

骨质疏松症的认识误区

骨质疏松症是临床常见疾病,特别是在老年人群中尤其普遍。该病可引起身体乏力、腰背痛、四肢痛,且由于骨脆性升高,容易诱发骨质疏松症性骨折,对患者的正常生活造成较大的影响。但是目前许多人对于该病的认知不足,没有引起重视。了解骨质疏松症的认识误区,能够帮助我们更好地了解并应对这一疾病。

首先我们来了解一下什么是骨质疏松症,骨质疏松症是一种影响骨骼健康的全身性疾病,表现为骨量减少和骨组织微结构破坏,使得骨骼的脆性增加,骨折风险升高。该疾病分为原发性 and 继发性两类,原发性骨质疏松症主要与年龄和性别有关,继发性骨质疏松症是由于疾病或药物等原因所致的代谢性骨病,比如继发于某些内分泌疾病,如甲状腺功能亢进症、糖尿病等,长期服用甲状腺激素、免疫抑制剂或糖皮质激素(如强的松)的患者也易患病。另外,长期卧床制动等可能引起继发性骨质疏松症。

疼痛是骨质疏松症最常见的症状,以腰背痛最为常见。疼痛常在姿势改变、长时间行走或负重活动时加重,并且夜间痛比白天更明显。

随着医学科普宣传力度不断加大,这几年人们对“骨质疏松”这几个字已经非常熟悉,许多人还知道骨质疏松症者容易骨折,会给人们的健康和生活带来严重影响。但对骨质疏松症的防治,许多人一知半解,甚至走进了误区。

- 1.骨质疏松症只要补钙就行
- 其实,骨质疏松症不仅仅是缺钙,骨质疏松症的原因或诱因很多,如:体重过低、性激素低下、吸烟、过度饮酒、过度饮咖啡和碳酸饮料、体力活动缺乏、饮食中钙和维生素D缺乏(光照少或摄入少)等。其中,缺钙只是诸多原因之一,单纯补钙不足以预防骨质疏松症。
- 2.骨质疏松症与年轻人无关
- 继发于其他疾病的骨质疏松症,如甲状腺功能亢

进症、糖尿病等单纯补钙远远不够,还需要治疗原发病。另外,散发的其他类型的骨代谢疾病也不容忽略,如甲状旁腺疾病、成人维生素D缺乏症等。这些因素的存在均容易使年轻人患上骨质疏松症。

3.没有外伤就不会骨折

患有骨质疏松症的骨骼是非常脆弱的,有些轻微动作作常常不被感知,但可以引起骨折:咳嗽、打喷嚏、用力提重物或抱小孩甚至用力呼吸。常见的骨折部位:脊椎骨、肋骨、桡骨、股骨上端,这些轻微的骨折可以给病人带来严重的后果,因此应注意检查及早明确诊断并及时治疗。

4.血钙正常,就是不缺钙,即使患骨质疏松症,也不需补钙

血钙正常不等于骨骼中的钙正常,血液中的钙含量通过多种激素的调节使其维持在狭小的正常范围内,这些激素是甲状旁腺激素、降钙素、活性维生素D。当钙摄入不足或丢失过多而导致机体缺钙时,会通过激素调节破骨细胞重吸收骨质而使骨骼中储备的钙释放到血液中,以维持血钙于正常范围内,此时骨骼中的钙发生流失。而当膳食中钙摄入量增加时,则通过成骨细胞重新形成骨质而重建钙的储备,上述平衡如被打破即会引发骨质疏松症。需要强调的是原发性骨质疏松症即使发生严重的骨折,其血钙水平仍然是正常的,因此补钙不能简单地只根据血钙水平而定。

5.维生素D就是钙片

此结论是错误的,不过,维生素D与钙片之间具有密切的联系。钙的吸收一定需要维生素D的参与,维生素D是钙的忠实伴侣,可以促进肠道钙吸收。“活性”维生素D是维生素D的活化形式,维生素D本身无活性,需经过肝脏、肾脏转化成“活性”维生素D后才能发挥生物学作用。阿法骨化醇和骨化三醇都是“活性”维生素D。不过,前者需经肾脏进一步转化后才起作用,

中风后吞咽障碍？别慌！有办法

脑卒中俗称“中风”,是脑部血管突然破裂引起出血(脑出血)或因血管阻塞导致血液不能流入大脑引起缺血(脑梗死)致脑组织损伤。根据《中国脑卒中防治报告(2023)》,我国平均每10秒就有1人初发或复发脑卒中,不少人不因脑卒中离世;幸存者中,约75%留下后遗症,40%重度残废,严重威胁到居民的生命健康和生活质量。吞咽障碍作为中风后最常见的并发症之一,可继发吸人性肺炎和营养不良,甚至会导致患者因气道阻塞而窒息,从而增加了中风的死亡率。这种看似简单的“吃饭困难”,却对患者的生理、心理健康造成严重影响。下面将深入解析吞咽障碍的康复策略,为患者和照护者提供科学指导。

中风后为什么会出现吞咽障碍？

吞咽过程是一种极其快速且复杂的运动,正常的吞咽过程可分为准备期、口腔期、咽期、食管期。吞咽过程的任一环节出现问题,都会导致吞咽障碍的发生。中风患者出现的吞咽障碍是由于脑卒中后脑功能受损,大脑中枢对脑神经控制失调,导致吞咽肌群(舌肌、颊肌、咽喉肌等)不能协调完成吞咽过程。当然了,要想了解中风患者的吞咽障碍出现在哪一环节,就必须由专业的医护人员来进行评估。但作为家属,我们必须要知道的是,大多数中风患者的吞咽障碍,经过正确的、科学的康复训练,是可以恢复一定的进食功能的。根据相关文献,中风后出现吞咽障碍的康复治疗有效率可以达到70%,尽早开始落实吞咽功能康复训练,可促进吞咽功能的恢复,对减少营养不良、吸人性肺炎、误吸等并发症,促进神经功能的修复、减少病死率具有重要的意义。

如何简易筛查出中风后吞咽障碍？

1.反复唾液吞咽试验。主要用于评定高龄患者吞咽功能,以30秒内患者吞咽的次数和喉上抬的幅度评定,如30秒内患者吞咽的次数<3次,或喉上下移动<2厘米,判定为异常。

2.饮水试验。让患者端坐,喝下30毫升温开水,观察喝水所需时间和呛咳情况。1级(优),能顺利地1次将水咽下;2级(良),分2次以上,能不呛咳地咽下;3级(中),能1次咽下,但有呛咳;4级(可),分2次以上咽下,但有呛咳;5级(差),频繁呛咳,不能全部咽下。结果评定:1级,饮水需5秒以上或2级为可疑异常;3~5级均为异常,需在医院接受专业的评定和康复治疗。

吞咽障碍康复治疗方法有哪些？

康复治疗分间接训练(基础训练)和直接训练(摄食训练)。

1.间接训练(基础训练)

训练的目的:为了提高吞咽器官的运动控制能力,强化肌肉的力量和肌群的协调性。

发音训练:指导患者发出“a”音。并向两侧发“yi”音,然后再发“wu”音。每音持续3~5秒,连续5~10次,每天2~3次。

舌肌、咀嚼肌运动:让患者张口,将舌头尽力向外伸出,先舔下唇及左右口角,转自舔上唇及硬腭部,然后将舌头缩回,闭口做上下牙齿互叩及咀嚼10次。如果患者不能自行进行舌运动时,护士或家属可用纱布轻轻地把持舌头,进行上下、左右运动,将舌还原原处,轻托下颌口处以磨牙咬动10次,分别于早、中、晚饭前进行,每次5分钟。

颊肌、喉部内收肌运动:嘱患者张口后闭上,使双颊部充满气体,鼓起腮,随呼气轻轻吐出,2次/天,每次反复5次。此法也可通过吹气球、吹蜡烛等来训练。

吸吮训练:模仿吸吮手指运动,每次吸吮20次。

颈部的活动度训练:前后左右放松颈部,左右旋转、提肩、沉肩运动,利用颈部屈伸运动帮助患者引起咽下反射,防止误吸。

咳嗽训练:指导患者进行用力的深吸气-憋气-咳出,建立起排除气管异物的防御功能,提高咳出能力和防止误吸。

尤其是当气短的症状持续或逐渐加重时,这时的你或许并没有意识到问题的严重性,往往以为是自己运动不够或身体虚弱,但慢阻肺正是在这个阶段悄然滋生。慢阻阻肺患者的气道会因为长期的炎症和损伤逐渐变窄,导致气体交换困难,表现出气短的症状。如果你有这种情况,一定要警惕,及早检查。

3.经常感冒或呼吸道感染

正常情况下,我们的免疫系统能够有效对抗常见的病毒和细菌,但慢阻肺患者的呼吸道由于长期炎症,免疫功能会逐渐下降,容易受到外界细菌和病毒的侵袭。因此,慢阻肺患者经常会出现反复感冒、呼吸道感染等症状,尤其是在天气变化的时候。你会发现自己每逢季节交替时,总是更容易感冒,或者一感冒就变得格外难受,康复时间也比别人长。

这时,我们应该特别留意,不要将其简单归咎于季节变化。长期的反复感染不仅会加重肺部负担,还可能加剧病情。

4.长期嗓音变化

你是否注意到,自己最近的嗓音变得沙哑,或说话时常常感觉声音嘶哑?有时,嗓音沙哑是感冒引起的,但如果这种情况没有好转,反而持续了较长时间,可能提示慢阻肺的潜在风险。慢阻肺引发的咳嗽和气短,可能会影响到声带的功能,进而导致嗓音的变化。

有些患者还会在说话时感到气息不够,常常不得不停顿喘气。如果这种现象逐渐加重,最好去医院做个检查,尽早了解是否有肺部疾病。

5.不明原因的体重减轻和疲乏感

后者可直接发挥作用。

6.骨质疏松症是自然衰老造成的,无需治疗

老年人需要关注的四大疾病为:高血压、高血脂、糖尿病与骨质疏松症。这些疾病的发生均与增龄有关,也可以说与自然衰老有关,但是并非不需要治疗或没有办法治疗。事实上,上述疾病都是可以预防 and 治疗的,其中骨质疏松症即可通过生活方式干预、补钙,必要时也可配合药物治疗而减轻病人的疼痛,预防骨折的发生,从而提高老年人的生活质量并延长其寿命。建议男性60岁,女性50岁后每1~2年到正规医院定期检查骨密度。

7.有骨质增生不能补钙

骨质疏松症常常合并骨质增生,而骨质增生通常是继发于骨质疏松症后机体的代偿过程中发生钙异位沉积所致。这时钙常常沉积于骨关节表面而形成了“骨刺”,补钙可以纠正机体缺钙状态,从而部分纠正这一异常过程,减少“骨刺”的形成,因此患有骨质疏松症的同时患有骨质增生仍需补钙治疗。

8.患有肾结石者不能补钙

导致肾结石的原因很多,如尿路畸形、尿路梗阻、尿液过度碱化或尿中草酸过多,甚至因机体缺钙而导致骨钙释出过多,进一步通过尿排出过多等,当然过多补钙或应用活性维生素D也可导致肾结石。需要强调的是患有肾结石的应注意以下几方面:查找“肾结石”原因,如甲状腺功能亢进症、尿路畸形等;定期检测血钙;监测尿钙与尿PH值;区别不同情况,个体化补钙。

骨质疏松症虽然可怕,但通过科学的预防 and 治疗,可以有效减少其危害。从儿童时期开始加强运动,保证足够的钙质和维生素D摄入,培养良好的生活习惯,可以大大降低骨质疏松症的发生率。对于已经患病的患者,及时就医并遵循医生的指导进行治疗,可以显著改善生活质量。

(天长市人民医院 王德萍)

直接训练(摄食训练)

本训练在间接训练的基础上进行,通过食用食物并同用体位、食物形态等补偿手段达到训练的目的。安全提示:本训练前需经医务人员专业评估。

餐具选择:患者手抓握能力较差时,应选用匙面小、难以沾上食物、柄长或柄粗、边缘钝的匙羹,便于患者稳定握持餐具;如患者用一只手舀碗里的食物有困难,碗底可加用防滑垫,预防患者舀食物时碰翻碗具;可用杯口不接触鼻的杯子,或在吸口上加上吸管等,这样患者不用费力伸展颈部就可以饮用。

食物的性状与调配:容易吞咽的食物是什么样的呢?大多数人会错误的认为稀的食物比稠的食物容易吞咽。事实上,稀的食物是不安全的,更容易引起呛咳、误吸,稠的食物比稀的食物才更安全。因此,吞咽障碍患者的食物应是密度均匀、黏性适当、不易松散 的,比如米糊、软面条、鸡蛋羹、软烂的蔬菜等,同时兼顾食物的色、香、味及温度等。应避免吃松散易碎的饼干、坚果等。

进食体位的选择:记住了,能坐位就不要平卧;能在餐桌上进食就不要在床边;不能坐位的患者至少取上身屈曲30° 仰卧位,头部前屈;进食后不要立即躺下,让患者在舒适的坐位或半坐卧位休息30~40分钟。

进食姿势的选择:改变进食姿势可改善或消除 吞咽误吸症状。如头部旋转,可帮助单侧咽部麻痹患者咽下食物;头部侧一边吞咽,适用于一侧舌肌和咽肌麻痹患者;低头吞咽适用于吞咽动作启动迟缓患者等。

咽咽康复是神经可塑性 with 功能代偿的奇迹之旅。通过早期评估,科学训练和全人关怀,约70%的患者在6个月内可恢复安全经口进食。记住,每一次用心的吞咽训练,都是在重建生命的尊严之路。

(滁州中西医结合医院 孙平芳)

食管癌术后护理知多少

食管癌是常见的消化道恶性肿瘤,发病年龄多在40岁以上,男性多于女性,成人食管长约25~30厘米,是连接口腔与胃的一长管状肌性器官,主要作用是将食物迅速输送入胃内,长期进食粗硬、霉变、腌制食物,饮烈性酒,进食过热过快等,易造成食管损伤,有致癌风险,食管癌致病的可能因素还与亚硝胺、遗传基因、营养等相关,食管癌需早防早治,内镜检查可明确诊断,手术治疗是治疗食管癌首选方法,辅以放疗、化疗等综合治疗,临床上中胸段食管癌最常见,常用的手术方式为开胸食管癌切除术,开胸手术术围大,手术复杂,加上食管的特殊解剖,术后极易发生吻合口瘘、出血、乳糜胸等严重并发症,手术中规范的预防与严格的管理,可以有效避免严重并发症发生,或者及时识别 并发病,尽早干预处理,有效促进病人康复,下面谈谈食管癌术后护理相关知识。

1.全麻后护理

病人全麻术后返回病房,判断病人全麻是否已经清醒,观察有无恶心呕吐,取平卧位,心电监护,严密监测体温、脉搏、呼吸、血压、血氧饱和度变化,数值异常立即汇报并对症处理。中心吸氧,术后病人完全清醒后,取低半卧位,利于引流与呼吸,提高病人舒适度。

2.引流管护理

食管癌开胸术后留置鼻胃管、鼻肠营养管、胸腔引流管、尿管、纵膈引流管等重要生命管道,各类管道如滑脱或意外拔除,不允许重新置入,所以,管道护理为重中之重。首先需向病人和家属讲解各类管道的重要性,取得病人理解与家属配合。病人对全 身插满管道,充满恐惧与严重不适,需要安慰理解病人,提高病人依从性,保持管道引流通畅,妥善固定。所有管道采取三固定方法,防止滑脱,严密认真观察所有引流液的颜色、量、性状,定期挤压引流管,防止堵塞。病人如有躁动或不配合,必要时镇静,并双上肢约束,防止意外拔管。保持所有管道在位、通畅,对病人顺利康复有至关重要的作用。留置管道同时,做好口腔护理、保持病人鼻腔湿润,提高病人舒适度。

3.呼吸道护理

食管癌开胸手术破坏了胸廓的完整性,肺通气功能严重受损,术中 对肺长时间挤压、牵拉造成一定损伤。术后切口疼痛,病人虚弱、咳嗽无力,容易发 生呼吸困难、缺氧,并发肺不张、肺炎甚至呼吸衰竭,需严密观察呼吸形态、频率、节律有无异常,监测血氧饱和度数值,低于95%要查看原因并处理缺氧症状。每日两次氧化雾化吸入,稀释痰

液,雾化吸入后协助病人坐起,使用振动排痰机辅助排痰,便于痰液顺利咳出,仔细观察咳出的痰量、颜色、黏稠度。病情允许时,术后两到三天尽早下床活动,促进肺部血液循环、预防肺部并发症。

4.饮食护理

食管是进食的唯一通道,癌变后切除病变部位并进行切口吻合,早期吻合口处于充血水肿期,需绝对禁食禁饮。随着专科的发展,早期营养的重要性被认识,术后24小时,由鼻肠管滴入所需营养液与水分,深静脉营养同步进行,给与脂肪乳、氨基酸等混合液,保证病人营养充分摄入,维持机体机能,增加抵抗力。鼻胃管拔除后,才可以经口进食,初步试饮少量温开水,术后5~6日进全清流质,每两小时给100ml,每天6次,逐渐过渡至半流质、软食,术后3周无不适普通饮食。正常饮食后,应注意少量多餐,细嚼慢咽,进食不宜过多过烫,避免生、冷、硬、长纤维食物,如硬质的药片、带骨刺的鱼肉类、花生、豆类、未切断的鸡肉鸭肉等,防止后期吻合口瘘的发生。居家康复期间,不能全进食流质,需要每日咀嚼饭团、馒头等光滑团状食物,进行食管被动扩张,有效防止食管狭窄。

5.并发症的预防与护理

食管癌开胸手术,术后发生并发症如出血、吻合口瘘、乳糜胸等,严重威胁病人生命。医护与病人及家属,需要共同协助管理,有效预防术后并发症,或及时识别并发病,尽早干预处理,保证病人术后顺利康复。病人手术术围大,手术复杂,镇痛、睡眠管理到位,有效止痛,提高病人舒适性,夜间睡眠严重欠缺者,适当使用镇静药,保证睡眠充足,防止术后谵妄等发生。管道保持通畅不被提前拔除,密切观察各类管道引流液,异常及时汇报处理。全程观察病人有无呼吸困难、胸腔积液和全身中毒症状,如高热、胸痛、寒战等吻合口瘘的表现。有效排痰,协助鼓励病人尽早下床活动,防止深静脉血栓。

食管癌术后护理是一个复杂而系统的过程,在这个过程中,需要医护人员、患者和家属的共同努力,共同参与。通过有效的管道、饮食护理,科学的术后康复,疼痛护理,呼吸道管理,预防并发症发生。病人出院后,对居家饮食睡眠活动等事项要详细告知,提高病人生存率,按时进行定期复查,预防食管后期并发症比如食管狭窄、晚期吻合口瘘等。术后护理知识的普及,可以使手术患者不再恐惧,帮助他们顺利康复。

(天长市人民医院 王萍)

“蛇缠腰”不可怕,科学认识带状疱疹

在日常生活中,很多人可能听说过带状疱疹,也就是民间传说的“蛇缠腰”,许多人还亲身经历过它带来的痛苦。带状疱疹究竟是一种怎样的疾病?让我们一起认识一下它。

带状疱疹的“真面目”

其实它是水痘病毒“复活”搞的鬼!带状疱疹由水痘-带状疱疹病毒引起,这个病毒有两个“面孔”,初次感染的时候表现为水痘(儿童常见),病毒会潜伏在脊髓或颅神经的神经节中,进入长期休眠状态。当人体免疫力下降时,病毒会被激活苏醒,沿着神经纤维迁移到皮肤,引发带状疱疹。

哪些情况容易染病毒激活

第一,年龄大的50岁以上人群最常见;第二,长期压力过大精神紧张、疲劳的人群;第三,有慢性疾病的患者,比如患有高血压、糖尿病、冠心病的人群;第四,接受化疗、器官移植、长期使用激素、免疫抑制剂的人群。

出现什么样的症状去就诊呢

当身体一侧出现不明原因的疼痛,感觉异常、有麻木感、针刺样、放电样疼痛或疼痛部位伴有一簇簇红斑、水泡等皮疹,尤其是疼痛为阵发性剧烈疼痛,要高度怀疑是带状疱疹,建议及时前往皮肤科就诊,争取早期诊断和治疗,降低并发症的发生风险。

带状疱疹“缠一圈人就会死”吗

这是绝对不可能的事情,人体神经分布具有严格的单侧性,每个神经节负责身体某一区域的感觉和运动,左右两侧神经在脊柱处互不交叉。带状疱疹的单侧性是病毒沿单侧神经节→神经纤维→皮肤传播的必然结果,就像闪电只能击中一棵树,不会同时劈中对面的另一棵一样。不存在民间所说的“缠一圈人就会死”的说法。带状疱疹的皮疹不光出现在一侧的腰间,还可能出现在一侧的头部、面部、上肢、下肢。不同部位的带状疱疹症状也有所不同。例如,发生在头部的带状疱疹,可累及三叉神经,导致眼部、额部等部位出现皮疹和疼痛,严重时可影响视力;发生在胸部的带状疱疹较为常见,可引起胸部或腹部的疼痛和皮疹;发生在腰骶部的带状疱疹则可能导致下腹部、臀部等部位的症状。

发生带状疱疹怎么治疗呢

投稿邮箱:czrb9012@163.com