

## 秋季腹泻高发季，怎么做才能正确避开？

濉溪县医院儿一科

最近这气温断崖式下降，预示秋的脚步已经渐渐临近。秋季是收获的季节，秋季是桂花飘香的季节。

但儿科中有一种疾病却是以这个季节命名的，这就是常常会让我们宝宝上吐下泻、高热不退、精神萎靡，甚至发生惊厥的“秋季腹泻”。

这来势汹汹的腹泻当然要引起我们的高度重视。单单就腹泻病而言这是仅次于呼吸道感染的危害儿童健康的第二大疾病。小儿得一次腹泻病，身高体重发育落后 6 个月，其中尤以秋季腹泻多发。话虽如此，但是得了秋季腹泻也不用过分担忧，只要正确积极治疗，大部分都会完全康复的。所谓的秋季腹泻就是指“轮状病毒肠炎”，因为好发于较寒冷的秋冬季节（10 月～次年 2 月），所以又叫秋季腹泻。

秋季腹泻一般多发于 5 岁以下，其中尤以 6 个月～2 岁的宝宝的病情较重。而 6 个月以下的小宝宝因为有来自母亲的抗体保护，被感染几率较低，即使感染了，病情也相对较轻。澳大利亚的学者最早在 1973 年发现了它，1975 年国际病毒学会正式命名轮状病毒。而我国在 1978 年首次检出轮状病毒。

下面我就和大家聊聊秋季腹泻的常见误区：

一、秋天了，宝宝大便偏稀就是轮状病毒吗？

很多家长看到孩子大便偏稀，就认为孩子是腹泻了，特别是在这个秋天的季节，就认为是秋季腹泻了。其实不一定。

腹泻是一组由多病原、多因素引起的以大便次数增多和大便性状改变为特点的儿科常见病。只有轮状病毒感染的才叫秋季腹泻。“变稀”和“增多”是腹泻的特点。诊断腹泻并不是依据每天的排便次数和性状，而是依据排便次数增多和大便性状的改变状况。

很多母乳喂养儿大便偏稀，次数相对多，但不一定是腹泻。母乳喂养的正常婴儿可能每天排便 6~12 次，也可能每 3~4 天排便一次。如果婴儿进食正常、没有脱水，体重身高发育正常、大便化验正常，他/她的排便就属于正常。如果孩子真的出现腹泻，除了排便问题，还会出现哭闹、进食差、睡眠不安等其他不适症状，体重增长也会受到影响。家长不能仅仅根据孩子大便偏稀就判断孩子腹泻。

二、腹泻了要立即止泻？

腹泻其实是肠道的一种自我保护性反应，通过腹泻可以排除病菌等有害物。所以，腹泻某种意义上说并不一定就是坏事。

治疗腹泻应重点解决原因，防治脱水，而不是单纯止泻。仅仅止泻，更容易导致病菌、毒素、代谢物滞留于肠内。如果这些物质被回

吸收后，会对人体造成更严重的损伤。毒素被吸收，引起严重的后果。

总之，腹泻现象并不一定就是坏事。腹泻虽然排出大量体液及未被吸收的营养物质，造成急性脱水和营养不良，但同时也排出了病原体及产生的相应毒素。腹泻立即止泻并非明智举措。

### 三、宝宝出现呕吐是否必须要禁食？

秋季腹泻的发病早期一般都会出现呕吐、发热的表现，当宝宝一吃就吐的时候，是否需要禁食？

正确的做法是可以暂禁食 4~6 小时，但是在此期间不禁水，完全不需要因为担心宝宝会饿坏而过于积极的喂食，频繁的呕吐不但会是宝宝极度不适还会加重脱水和电解质的紊乱。

如果宝宝出现频繁呕吐不能缓解，要注意是否发生了无肠套叠、肠梗阻等情况，一定要及时去医院进一步诊治。可以查一下腹部 B 超。但是呕吐缓解后，要及时恢复正常饮食。

### 四、腹泻期间可以吃香蕉吗？

香蕉富含钾，纤维含量低，并不会加重腹泻；但是建议避免喂食含粗纤维的蔬菜和水果以及高糖食物和高脂饮食。

### 五、腹泻可以继续母乳喂养吗？

大部分轮状病毒感染引起的呕吐，一般第二天就会缓解。如果宝宝呕吐缓解，应该尽快恢复正常饮食。

因为早期进食能改善感染引起的肠内渗透压，缩短腹泻病程，改善患儿的营养状况，去乳糖饮食可以缩短患儿的腹泻病程，但要给予与年龄匹配的饮食。

轮状病毒肠炎可出现继发乳糖酶缺乏，母乳喂养者一般可继续予以母乳喂养。但若喂奶后迅速引起大量腹泻，脱水体征明显出现或者恶化，应考虑使用不含乳糖的配方奶（腹泻奶粉）喂养，腹泻好转后再转为母乳喂养。

配方奶喂养者可选择应用低乳糖或无乳糖配方。年龄较大的儿童，饮食不加以限制，包括谷类、肉类、酸奶、水果、蔬菜。尽可能地保证热量供应，在急性腹泻病治愈后，应该额外补充因疾病所致的营养素缺失。

不推荐含高浓度单糖的食物，包括碳酸饮料、果冻、罐装果汁、甜点和含糖饮料；也不推荐进食脂肪含量高的食物。腹泻停止后，可逐渐恢复营养丰富的食物。

### 六、治疗脱水是否必须要静脉补液？

目前循证医学的证据显示口服补液方法与静脉输液一样有效，口服补液是急性感染性腹泻有效及性价比最高的治疗方法。强烈推荐用于预防脱水和治疗轻度、中度脱水。这也是 WHO 推荐治疗急性腹泻脱

水的方法，WHO 2002 年推荐的是低渗透压配方的口服补液盐散（III）。

但是如果宝宝出现重度脱水甚至循环衰竭休克的表现或者频繁呕吐不能口服补液的时候，是必须静脉补液治疗的。

#### 七、是否需要使用抗生素治疗？

因为秋季腹泻是轮状病毒感染引起的，使用抗生素对秋季腹泻是无效的。

但是如果在秋季腹泻的基础上伴发了细菌感染的时候，是可以使用抗生素治疗的。但是使用抗生素一定要医生的指导下，切忌自行盲目使用抗生素，否则非但对病程毫无帮助，还会加重肠道菌群失调，使腹泻迁延不愈。

#### 八、关于补锌

补锌也是 WHO 推荐的，由于急性腹泻时大便丢失锌增加、负锌平衡、组织锌减少，补锌治疗有助于改善急性腹泻病和慢性腹泻病患儿的临床预后，减少腹泻病复发。

推荐急性感染性腹泻病患儿进食后即予以补锌治疗，<6 个月的患儿，每天补充元素锌 10 mg，>6 个月的患儿，每天补充元素锌 20 mg，共 10~14 d。元素锌 20 mg 相当于硫酸锌 100 mg、葡萄糖酸锌 140 mg。

#### 九、如何判断脱水？

**表 1 急性腹泻病患儿在不同脱水程度时的表现**

脱水表现	轻度	中度	重度
丢失体液占体重比例(%)	3~5	>5~10	>10
精神状态	稍差	烦躁、易激惹	萎靡、昏迷
皮肤弹性	尚可	差	极差，捏起皮肤回复 $\geq 2$ s
口唇	稍干、口渴	干燥	明显干燥
前囟、眼窝	稍凹陷	凹陷	明显凹陷
肢端温度	正常	稍凉	四肢厥冷
尿量	稍少	明显减少	无尿
脉搏	正常	增快	明显增快
血压	正常	正常或稍降	降低或休克

图片来源：2016 中国儿童急性感染性腹泻病临床实践指南  
当然如何判断脱水程度的事情应该交给专业的儿科医生来完成，以上

的这张可供大家参考。

十、轮状病毒如何预防？

WHO 预防腹泻的推荐包括：

1、全母乳喂养至 6 个月时，并继续母乳喂养并添加辅食直到 2 岁。如果生长不足时，可考虑对更小的婴儿进行补充喂养。

2、摄入安全的水和食物。如果可能的话，对于年幼儿童，煮沸了至少 5 分钟的水用于制备食物和饮料是最佳的。

3、便后、处理儿童的粪便后及准备食物前都应洗手。

4、使用厕所设施，这些设施应当距饮用水源 10 米以外且所处地势比饮用水源更低。

此外 WHO 策略咨询专家组推荐，将婴儿轮状病毒疫苗纳入所有国家免疫计划中，并强烈推荐腹泻死亡占 5 岁以下儿童死亡的 10% 或以上的国家使用此疫苗。

---

## 孕期吃了布洛芬，孩子还能要么？

濉溪县医院妇产二科

布洛芬是我们日常最常用的药物之一，不论是成人镇痛还是小儿退烧，布洛芬都有不可替代的地位。布洛芬是成人镇痛药中最常用且有效的药物之一，也是儿童退烧的推荐药。布洛芬不仅解热镇痛的效果很好，副作用也非常小，所以有很多孕妇也认为孕期使用布洛芬是安全的，可是事实真的如此么？布洛芬在孕期使用也是安全的么？

今年，全世界最知名的生殖医学期刊之一《Human Reproduction》上发表了一项研究：布洛芬会穿透胎盘屏障，直接对女性胎儿生殖系统造成损伤！

布洛芬对孕妇而言，带来的后果这么可怕么？

### 一、布洛芬真的能致畸么？

《Human Reproduction》原文里是这么说的：

如果孕妇在妊娠开始的 24 周内服用布洛芬，那么她们女性胎儿的卵巢中的卵细胞数量可能会减少。胎儿发育的头三个月非常重要，是致畸的敏感期，在这一阶段，布洛芬会使女性胎儿的卵泡数量显著减少，卵细胞会通过卵泡来形成，所以导致的结果是，这些卵细胞细胞要么死亡，要么无法正常的生长并参与繁殖。

在 2017 年 10 月，Sci Rep 上也发表过一篇文章，文中提出：在人类暴露相关的浓度和早期妊娠特定狭窄的“早期窗口”内，布洛芬直接引起人胎儿睾丸和生殖细胞的内分泌紊乱。

之前的一些研究结果也表明了，在妊娠早期时（妊娠开始到 12 周内）使用非甾体抗炎药会增加新生儿先天性心脏缺陷、低体重新生儿的风险。而在妊娠后期—妊娠 29 周以后，非甾体抗炎药会抑制前列腺素的合成，这可能导致胎儿动脉导管过早关闭。

另外，还有研究表明 非甾体抗炎药可能不会增加不良出生风险，但有可能增加致妊娠期流产的风险。

非甾体抗炎药：即 NSAIDs，是一类不含有甾体结构的抗炎药，NSAIDs 自阿司匹林于 1898 年首次合成后，100 多年来已有百余种上千个品牌上市，这类药物包括阿司匹林、对乙酰氨基酚、吲哚美辛、萘普生、萘普酮、双氯芬酸、布洛芬、尼美舒利、罗非昔布、塞来昔布等，该类药物具有抗炎、抗风湿、止痛、退热和抗凝血等作用，在临床上广泛用于骨关节炎、类风湿性关节炎、多种发热和各种疼痛症状的缓解。

综上所述，孕期服用布洛芬，对男性胎儿、女性胎儿和孕妇均可能造成一定的不良影响。

布洛芬这么可怕么？那在孕期吃了布洛芬，孩子还能要吗？

## 二、在孕期吃了布洛芬，孩子还能要吗？

### 1. 受精后 2 周内（停经 4 周内）

此时，如果布洛芬对胎儿产生了不良影响，造成的结果即流产或是胎儿死亡，如果胎儿能正常发育，则不需要再担心布洛芬的影响。

### 2. 妊娠 30 周内

根据布洛芬的说明书上的指导来看，孕妇在 30 周之前服药，对胎儿的影响较小。此时，小剂量使用布洛芬，不会增加胎儿先天畸形的风险。

### 3. 妊娠 30 周之后

根据布洛芬的说明书，在妊娠 30 周之后，使用布洛芬，可能会造成胎儿动脉导管的过早闭合，甚至可能造成死胎。

综上所述，孕妇是在 30 周前服药，对胎儿整体影响不大。在 30 周后服的药，相对影响要大些。

但无论什么时期，小剂量服用（如 2 粒）布洛芬对胎儿几乎没有影响。而孕妇的焦虑情绪却可能导致胎儿发育迟缓或异常，所以，缓解孕妇焦虑才是最重要的，小剂量服用过布洛芬的孕妇大可不必因此过度紧张。

### 三、妊娠期感冒发热，有没有推荐药物？

#### 1. 物理降温

对孕妇跟胎儿来说，物理降温肯定是最为安全的措施，如果孕妇腋下体温不超过 38℃ 时，应该首先考虑用物理降温法。此时可以用冷毛巾、冰块、退烧贴等等方法。

#### 2. 对乙酰氨基酚

当孕妇体温超过 38.5℃，且身体有其他不适，比如浑身无力酸痛时，可以考虑用药。其中，对乙酰氨基酚是一种相对安全的药物。总体来说，相对于其他的非甾体抗炎药，对乙酰氨基酚是妊娠期解热镇痛最安全的。根据 FDA 制定的孕期安全药物分级，对乙酰氨基酚属于 B 级，即动物实验或临床试验显示安全的药物。但值得一提的是，对乙酰氨基酚与布洛芬一样，都可以透过胎盘，所以不建议大量使用，如果没有明显不适，物理降温依然是最稳妥的方法。

#### 3. 布洛芬

尽管前面说了布洛芬这么多缺点，但是同样也有大量的研究证明，在怀孕中期（13 周-27 周）时，小剂量使用布洛芬是安全的。在怀孕 30 周以后，还是要遵从说明书的建议，不要服用布洛芬。

# 一分钟读懂乙肝两对半结果

濉溪县医院感染科

## 导读

我国是慢性乙型肝炎大国，不少乙肝病毒携带者在就业、恋爱等各方面遭受了严重歧视，或多或少出现了心理亚健康状态。其实，不少病毒携带者或者经过正规治疗的乙肝患者，体内病毒的含量已经非常低，完全可以像正常人一样工作生活。

当然，部分病毒高复制的患者则需要根据机体不同的免疫状态决定是否抗病毒治疗，有的甚至需要终身服药。

那么，什么情况下需要治疗呢，大家先从认识乙肝两对半化验单开始。

乙肝病毒主要检测三对抗原抗体，因核心抗原在血液中无法检测，故主要检测 5 项，俗称两对半。

1. HBsAg: 乙肝表面抗原
2. HBsAb: 乙肝表面抗体
3. HBeAg: 乙肝 e 抗原
4. HBeAb: 乙肝 e 抗体
5. HBcAb (IgG/IgM): 乙肝核心抗体

下面给大家介绍一下两对半各种排列组合所代表的意义。

➤ 1, 3, 5 (IgG 和 IgM 均阳性) 阳性  
急性乙肝，病毒长期携带，建议：肝功能异常，抗病毒治疗；肝功能正常，定期观察。

➤ 1, 3 阳性, 5 (IgG 阳性和 IgM 阴性)  
慢性乙肝，病毒长期携带，建议：肝功能异常，抗病毒治疗；肝功能正常，定期观察。

➤ 单纯 5 (IgM) 阳性  
HBsAg 阴性的急性感染，病毒可能有变异，是一种表面抗原阴性的乙肝病毒急性感染，建议继续筛查 HBV-DNA，如阳性，抗病毒治疗；阴

性，定期复查。

➤ 单纯 5 (IgG) 阳性

感染消除，2 (HBsAb) 尚未出现，提示既往有感染，但病毒已被机体清除，无需处理。

➤ 1, 4, 5 (IgG 和 IgM 均阳性) 阳性

病毒携带者，病毒复制不活跃，建议：肝功能异常，抗病毒治疗；肝功能正常，定期观察。

➤ 单纯 2 阳性

机体对乙肝已产生免疫力，最理想的状态。

➤ 2, 4, 5 阳性

近期有乙肝病毒感染，机体已产生抗体，处于恢复期，无需处理。

➤ 单纯 1 阳性

乙肝病毒性感染处于潜伏期，定期观察。

➤ 1, 3, 4, 5 阳性或者 1, 2, 3, 5 阳性

抗病毒药物或干扰素等治疗期间，机体抗原抗体转换，属于免疫激活期。

注意：

(1) 乙型病毒性肝炎是一种慢性病，目前没有根治办法，如同高血压、糖尿病一样，需要有长期抗战的准备。

(2) 不同患者感染的乙肝病毒亚型不同，选择的抗病毒药物也会不同。另外，病毒会发生变异，故一般要求患者 3-6 个月复查相关指标。

(3) 目前乙肝相关指标主要有 HBV-DNA (病毒载量)、乙肝两对半定量、肝功能、AFP (甲胎蛋白)、腹部 B 超，建议动态观察。

(4) 抗病毒治疗开始后不能随便停药或换药，一旦停药，病毒可能会大量复制，破坏肝细胞。

抗病毒治疗的指标

铜牌：HBV-DNA 转阴

银牌：HBeAg 转阴

金牌：HBsAg 转阴

最后再次提醒大家，乙肝不可怕，正确面对疾病，放松自己的心情，有规律的生活，避免熬夜，避免不良生活习惯，终究能战胜疾病！

家有老人，当心骨质疏松性骨折

濉溪县医院 骨一科陈建伟

一、什么是骨质疏松性骨折？常见部位在哪里？

骨质疏松性骨折是低能量或非暴力骨折，指在日常生活中未受到明显外力或受到通常不会引起骨折外力而发生的骨折，亦称脆性骨折。

多见于老年人群，尤其是绝经后女性。发生的常见部位有：

1. 脊柱(胸腰段椎体)
2. 髋部（股骨颈及股骨转子间）
3. 腕部(桡骨远端)
4. 肩部（肱骨近端）。

二. 骨质疏松性骨折有什么特点？

国际骨质疏松基金会报告：全球每 3 秒钟就有 1 例骨质疏松性骨折发生，约 50%的女性和 20%的男性在 50 岁之后会遭遇初次骨质疏松性骨折，50%初次骨质疏松性骨折患者可能会发生再次骨质疏松性骨折。骨质疏松性骨折具有发病率高，致残致死率高，医疗花费高的特点。而我国目前诊疗现状是诊断率低、治疗率低、治疗依从性和规范性低。

三、请介绍一下常见的骨质疏松性骨折

（一）脊柱骨折

1. 诊断

脊柱是骨质疏松性骨折中最为常见的部位，胸腰椎多见。患者年龄及病史，尤其轻微外伤或劳动后出现胸腰部疼痛、身高缩短和驼背、脊柱变形或活动受限是诊断的重要参考。体检脊柱局部有压痛，尤其是体位改变时疼痛明显，卧床休息时减轻或消失，一般无下肢感觉异常、肌力减退及反射改变等神经损害表现。但如椎体压缩程度和脊柱畸形严重，也可出现神经功能损害表现。

根据 X 线分型标准将骨质疏松性骨折分为轻度（20%~25%）、中度（25%~40%）和重度（>40%）。引起疼痛的骨折椎体为责任椎。结合病

史、体检、MRI 或 ECT 结果综合判断。

## 2. 治疗

### (1) 非手术治疗

适用于症状和体征较轻，影像学检查显示为轻度椎体压缩骨折，或不能耐受手术者。治疗可采用卧板床、支具及药物等方法。多数的老年人经过卧床三到五天后可以缓解，如果患者不太疼了，能够躺得住，严格卧床四周，可以在支具保护下下床活动。这种骨质疏松性骨折本身风险并不高，只是后期可能影响人的心肺功能，同时驼背会影响人形象。

### (2) 手术治疗

椎体成形术（PVP）和椎体后凸成形术（PKP），是目前最常用的微创手术治疗方法，适用于非手术治疗无效，疼痛剧烈，不宜长时间卧床，能耐受手术者。高龄患者宜考虑早期手术，可有效缩短卧床时间，减少骨折并发症的发生。绝对禁忌证：不能耐受手术者，无痛、陈旧的骨质疏松性椎体压缩性骨折，凝血功能障碍者，对椎体成形器材过敏者。

## (二) 髌部骨折

### 1. 诊断

#### (1) 临床表现

髌部外伤后可有疼痛、肿胀和功能障碍，可出现畸形、骨擦感（音）、反常活动，但也有患者缺乏上述典型表现。

#### (2) 影像学检查

a. X 线，可确定骨折的部位、分型、移位方向和程度，对骨折诊断和治疗具有重要价值。X 线片除具有骨折的表现外，还有骨质疏松性症的表现。

b. CT 及三维重建：常用于判断骨折的程度和粉碎情况。

c. MRI：常用于发现隐匿性骨折，减少漏诊。

d. ECT：适用于无法行 MRI 检查或排除肿瘤骨转移等。

根据临床表现和影像学可明确诊断。

骨质疏松性髌部骨折主要包括股骨颈骨折和股骨转子间骨折，是骨质疏松症最严重并发症，具有致畸率高、致残率高、病死率高、恢复缓慢的特点，在骨质疏松性骨折临床发病率中居第二位，被称为“人生最后一次骨折”，和心梗、晚期糖尿病被世界卫生组织认为是老年人死亡的三大因素。随着人口老龄化趋势，老年髌部骨折的发病率也逐渐增长，且死亡率并没有降低。老年髌部骨折二十年前统计的数据和去年统计的数据围手术一个月内的死亡率一直维持在 6%~12% 的高比例，骨折后第一年内的死亡率高达 20%~25%，存活着中超过 50% 的患者会留有不同程度的残疾。

治疗骨质疏松性髌部骨折的目的是尽快采取有效的措施，恢复患者的

负重功能，减少卧床时间。

多数老年髋部骨折的患者并非因骨折和手术死亡，发病的患者群集中在本身就堆积了内科疾病、并发症的老年人，这种情况下再经受疾病和卧床的冲击，对全身负荷非常大。

老人摔伤后应注意几个容易发生加重的并发症。首先是心源性疾病，术前应该在尽量短的时间内完成心脏风险的评估和排查。其次是下肢静脉血栓，下肢骨折后有 70% 的患者会形成血栓。血栓形成主要由于长时间卧床，血液凝固在下肢静脉，形成血栓，这些血栓一旦脱落，到了肺里就是肺栓塞，肺栓塞的死亡率非常高，且发病前没有征兆。第三是肺部感染，髋部骨折后卧床至少 6 周到 3 个月，而且骨折后疼痛，没法翻身。人一不动，时间一长，肺里的痰就感染了，最终引发全身感染。第四是褥疮，长期卧床，必有褥疮，一旦出现，极难愈合。很多人就是因为褥疮面积慢慢扩大，最终死亡。第五是泌尿系感染，躺在床上解决大小便，老人自身卫生状况很难达到一个良好的标准，就容易出现泌尿系的感染。一感染就会出现发烧，进而导致全身的毒血症，直接要了老人的命。

## 2. 治疗

### (1) 股骨颈骨折

常采用 Garden 分型评估骨折的稳定性和移位程度。骨质疏松性股骨颈骨折推荐尽早手术治疗，包括闭合或切开复位内固定术、人工关节置换术等。

对于骨折移位不明显的稳定型骨折或合并内科疾病无法耐受手术者，可以酌情采用外固定支架或非手术治疗。据国内外临床统计，老年髋部骨折，选择保守治疗，一年后的生存率大概 50%。也就是说，骨折一年后，有一半老人都会离开。

选择人工股骨头置换还是人工全髋关节置换，主要根据患者的年龄、全身情况、预期寿命等因素来决定。对高龄、全身情况较差、预期寿命不太长者，可考虑行人工股骨头置换，以缩短手术时间，减少术中出血，满足基本的日常生活要求，否则行人工全髋关节置换术。

### (2) 股骨转子间骨折

常采用 Evans 分型或 A0 分型。目前主要治疗手段是闭合或切开复位内固定，包括髓内和髓外固定。从生物力学角度，髓内钉固定更具优势。人工髋关节置换不作为转子间骨折的常规治疗方法，仅当作一种补充手段。

### (三) 腕部（桡骨远端）骨折

#### 1. 诊断

根据病史、体检及 X 线检查基本可作出诊断。

桡骨远端骨质疏松性骨折多为粉碎性骨折，易累及关节面，骨折愈合

后常残留畸形和疼痛，造成腕关节和手部功能障碍，屈伸和旋转功能受限。

## 2. 治疗

可采用手法复位石膏或小夹板外固定等非手术治疗。

手法复位不满意者可采用手术治疗，目的是恢复关节面的平整及相邻关节面的吻合关系，重建关节的稳定性以及恢复无痛且功能良好的腕关节。手术可根据骨折的具体情况选择，包括经皮撬拨复位克氏针内固定、外固定支架固定、切开复位钢板内固定等。

### （四）肩部（肱骨近端骨折）

#### 1. 诊断

临床可根据病史、体检、X线检查，判断骨折类型，通过CT扫描明确主要骨块移位及压缩程度，而MRI则有助于判断肩袖损伤。

#### 2. 治疗

无移位的肱骨近端骨折，可采用非手术治疗，方法为颈腕吊带悬吊、贴胸位绷带固定或肩部支具固定等。

有明显移位的肱骨近端骨折建议手术治疗，根据患者具体情况采用闭合或切开复位内固定。内固定可选择肱骨近端解剖型钢板、锁定钢板、肱骨近端髓内钉等。

严重粉碎性高龄骨折患者，可考虑行人工肱骨头置换术。

### 四. 怎样预防骨质疏松性骨折？

1. 骨质疏松性骨折应以预防为主，55岁以上女性有必要查骨密度。如果骨量减低应通过一系列措施如饮食调整、适当的日晒、多运动、多喝牛奶等方法增加骨密度。如果确诊有骨质疏松了，就需要增加钙剂、增加维生素D3来补充钙的流失。如果骨质疏松进一步加重，就需要在医生的建议下使用抑制破骨细胞的药物和促进成骨细胞的药物，来增强骨的强度，减少骨质疏松性骨折。

2. 在防摔倒方面需要引起足够的重视，临床调查有很大一部分的老年髌部骨折是在夜间洗手间内摔倒所致。家有老人，70岁以后家里的布局就显得尤为重要，有许多问题也是需要改进的。第一，卧室和洗手间的灯具开关要非常便利灵敏而且有指示的亮点，同时需要有伸手就能触碰到的床头灯或手电筒。第二，老人床周围到洗手间的通道上，不能有杂物、忽高忽低的地毯、和过高的门槛，因为许多老年人脑供血不足，临时起床后头脑发晕，容易被绊倒。第三，床周围放着舒适、高摩擦防滑的鞋子，同时地面要做防滑处理。第四，老年人起夜多往往泌尿系统有问题，所以最主要的还是要治疗老年人的基础并发症。另外老年人白天摔倒大部分原因是遛狗和带孩子，所以老年人带孩子或周围有孩子乱跑一定要注意保护自己，同时大、中型犬的牵引绳不要绑到身体上。再次，雨雪、道路结冰天气，早晚天黑视野不清楚情

况下，老年人尽量留在家里，不要外出。

总之，圣人不治已病治未病，平常预防着点，让骨质疏松性骨折，这静悄悄的杀手远离老人。小时候父母用爱心和耐心，教我们学会走路。现在我们长大了，他们变老了，我们应该用同样的爱心和耐心，陪他们度过余生，耄耋之年，一定要避免人生最后一次骨折，让他们有尊严，有质量的老去。

本宣传材料最终解释权归濉溪县医院所有。