



骨质疏松怎么办?

七大常见误区要知道

□广州市荔湾区骨伤科医院(西关正骨医院) 黄瑾玥

误区一:

补钙就等于治疗骨质疏松?

单纯补钙不能等同于治疗骨质疏松,该病成因复杂。补钙虽有助于减缓骨量流失、改善骨矿化,但无法单独作为治疗手段。治疗应以增强骨强度、提升骨量、预防骨折为核心,通常需联合其他药物,并在专业医疗机构指导下进行科学干预。

误区二:

喝骨头汤能预防骨质疏松?

“以形补形”的观念并不科学。事实上,骨头汤中的钙含量远低于牛奶,且脂肪含量较高,长期饮用可能增加老年人心血管负担。预防骨质疏松应注重饮食多样化,控制油脂摄入,避免过量摄入高蛋白及含咖啡因食物。

误区三:

骨质疏松是老年病,与年轻人无关?

骨质疏松并非老年人“专属”。若年轻人缺乏运动、饮食不均衡、钙摄入不足,形体过瘦,或存在不良生活习惯,将难以达到理想的骨峰值,从而增加患病风险,这一问题在年轻女性中更为常见。此外,继发性骨质疏松可由内分泌疾病、妊娠哺乳、营养不良、肾病、肿瘤等引发,长期使用激素、化疗或放疗也可能导致骨量流失,过度节食减肥同样是危险因素之一。因此,骨质疏松的预防应从年轻时开始。

误区四:

老年人治疗骨质疏松为时已晚?

尽管骨质疏松难以完全逆转,但治疗仍具重要意义。部分人误以为老年期治疗无效而放弃干预,这是错误的。事实上,及时规范的治疗可有效缓解疼痛、降低骨折风险、提升生活质量。无论年龄大小,确诊后均应尽早接受专业治疗。

误区五:

骨质疏松可通过自我感觉发现?

多数患者在早期无明显症状,常在发生骨折后才被察觉。因此,不能仅靠身体感受判断是否患病。高危人群无论有无症状,均应定期进行骨密度检测,以便早期发现、及时干预。

误区六:

骨质疏松只是“小毛病”?

骨质疏松绝非简单的腰酸背痛,而是一种会显著增加骨折风险的全身性骨骼疾病。患者一旦跌倒,极易发生骨折,尤其对老年人而言,可能引发严重并发症,甚至危及生命。因此,公众应重视疾病骨质疏松的危害,积极调整生活方式,做好跌倒预防。

误区七:

骨质疏松患者应静养,不宜运动?

恰恰相反,适度运动是维持骨密度和骨强度的关键。缺乏运动会使骨量进一步流失,同时削弱肌肉力量,减少对骨骼的良性刺激,加速骨质疏松进展,降低关节灵活性,增加跌倒风险。科学锻炼有助于延缓病情发展,提升整体健康水平。

结语:

正确认识骨质疏松,走出认知误区,是防治该病的第一步。建议公众加强体育锻炼,保持均衡饮食,适量补充钙和维生素D,多摄入新鲜蔬果,远离烟酒,定期进行骨密度检查,切实做好跌倒预防。健康骨骼,从科学认知与日常干预开始。

医学指导:广州市荔湾区骨伤科医院(西关正骨医院)脊柱科主治中医师 杨佳生

睡眠障碍
识别干预有方法

□广东省中医院大德路总院 吴建魏

识别睡眠障碍

睡眠障碍是一类复杂的医学问题,主要表现为以下四种类型:入睡困难,卧床超过30分钟仍无法入睡;睡眠维持困难,夜间频繁觉醒,且难以再次入睡;早醒,比预期时间提前醒来,且无法继续入睡;睡眠质量差,虽睡眠时间充足,但次日仍感疲乏、精力不足。长期睡眠障碍不仅会影响日常生活与工作效率,还可能诱发或加重焦虑、抑郁、高血压、免疫力下降等身心疾病。因此,科学识别与及时干预至关重要。

中医治“不寐”

中医将失眠归为“不寐”范畴,核心病机为“阴阳失调,阳不入阴”,多因气血失和、脏腑功能紊乱所致(如心火亢盛、肝气郁结、脾胃不和等),进而导致“神不守舍”,难以入睡。治疗的关键在于调和阴阳、安神定志,具体方法包括:口服中药,根据“心肾不交”“肝郁化火”“心脾两虚”等不同辨证分型,选用酸枣仁汤、黄连阿胶汤等经典方剂,从内部调理脏腑功能,实现标本兼治。传统疗法,在麻醉镇静过程中,结合针灸或穴位按压(如神门、内关、百会、三阴交等穴位),可增强自主神经调节功能,与麻醉治疗协同发挥安神助眠作用。

一种安全且无成瘾性医疗干预

此处的“麻醉”并非手术中的“全身麻醉”,无需过度担忧。麻醉睡眠疗法是通过静脉输注短效镇静药物(如丙泊酚、右美托咪定等),使患者进入类似自然睡眠的生理状态。治疗过程中,患者处于舒适的浅层睡眠,治疗结束后可迅速苏醒,如同经历了一场深度休息。整个治疗过程由经验丰富的麻醉医师精准调控,全程配备心电图、血氧饱和度、血压等生命体征监测设备,确保安全。所用的药物起效快、代谢快,

无蓄积性,且无成瘾性,安全性较高。

麻醉睡眠治疗的流程

专业评估。在麻醉睡眠门诊进行系统评估,明确是否适合该疗法,排除治疗禁忌证。

辨证分型。由医师结合中医理论,判断患者具体证型,制定个体化治疗方案。

治疗实施。在配备监护设备与吸氧装置的治疗室内,先连接生命体征监测仪并给予吸氧;随后由麻醉医师缓慢静脉推注药物,使患者进入自然睡眠状态,期间可配合针灸或穴位按压。

苏醒阶段。单次治疗时长约1~2小时,结束后患者可自然苏醒,且意识清晰。

巩固疗效。治疗后配合中药调理、睡眠卫生教育、情志干预等综合措施,以维持和巩固长期治疗效果。

适宜人群

该疗法适用于以下情况:患有顽固性慢性失眠,常规药物治疗效果不佳或对用药存在顾虑者;因焦虑、抑郁等情绪问题引发睡眠障碍者;希望减少对传统安眠药的依赖者;追求整体调理,期望“治标更治本”的睡眠障碍患者。

立冬岭南养生:

湿热未尽 养藏为先

□广东省中医院 王晓丽

“立冬晴,一冬晴;立冬雨,一冬雨。”当北方已入寒冬,岭南仍草木葱茏,暖意融融。作为冬季起始的节气,立冬阳气潜藏、阴气盛极,万物休养生息,为来年生肌蓄力。

因五岭屏障与临海环境,岭南属亚热带季风气候,常年湿热多雨,冬季亦暖燥交替。故岭南立冬养生不可照搬北方“闭藏进补”,需遵循中医“因地制宜”原则,以“养藏”为纲,兼顾“清热、祛湿、润燥”。

岭南气候与体质特点
非典型“冬藏”环境

气候特点:湿热未退,燥气渐起。立冬时节,岭南白天最高气温仍可达25℃以上,有“十月小阳春”之称。此时雨水未断,湿度偏高,外湿易侵袭人体困阻脾胃;北风南下后雨量减少,又易出现“干热”“凉燥”,耗伤津液,引发口干、咽燥等不适。

人群体质:脾胃多湿,气阴易亏。长期湿热环境下,岭南人群体质呈共性特征:湿热体质者面垢油光、口苦身重、大便黏滞;脾虚湿困者脾胃运化弱,水湿内停成“内湿”,易诱发疾病;气阴两虚者因气候耗气、饮食辛辣、熬夜等,常感乏力、口干、心烦失眠。

因此,岭南立冬时节,养生需在“养藏”固阳基础上,兼顾“清化湿热、健脾益肺、益气养阴”。

立冬养生核心原则
收、润、健脾

起居养生:早睡晚起,防寒保暖。《黄帝内经》载:“冬三月,此谓闭藏……早卧晚起,必待日光。”岭南虽



暖,仍需顺应节律:建议23时前入睡,晨起待日出后再活动;早晚注意保暖,头部戴薄帽、足部穿覆跟鞋袜、背部加背心,防范风寒。

饮食养生:平补清补为主,忌峻补厚腻。

饮食需“补而不燥、润而不膩”,忌盲目进补羊肉、鹿茸等。健脾祛湿可选山药、莲子等;益气养阴宜用太子参、五指毛桃(尤适岭南)等;润肺生津可食梨、莲藕等;肉类优先鸡肉、鱼肉,牛肉需少量并配白萝卜。

运动养生:动静结合,不宜大汗。冬季运动忌大汗,防阳气外泄。推荐太极拳、散步等温和项目,选阳光充足的午后锻炼;运动后及时擦汗换衣,饮温水补津液。

情志养生:恬淡虚无,精神内守。冬季对应“肾”,需精神内敛以固肾精;保持心态平和,多参与听音乐、静坐等活动;午后晒背可温通经络、提振情绪;通过冥想等调节情绪,助身心协调。

立冬是阴阳转换关键节点,岭南养生是“平衡的艺术”:既要“冬藏”休养,又要应对湿热燥邪,做到补而不燥、清而不寒、润而不膩。养生在日常,愿这份指南助您安然度冬,为来年健康蓄力。

腰背疼痛久治不愈?

打个喷嚏竟导致骨折?其实这些情况并非偶然,而是骨质疏松在“作祟”。由于早期症状隐匿,骨质疏松常被忽视,而网络上关于其防治方法更是众说纷纭、真假难辨。对此,广州市荔湾区骨伤科医院(西关正骨医院)脊柱科主治中医师杨佳生,为您厘清骨质疏松的七大常见误区。

健康体重
强骨健身

2025年10月20日

世界骨质疏松日



编创:朱琳 唐诗杨 设计:王晓梅

部分素材由AI生成

警惕
“不死的癌症”

类风湿关节炎(Rheumatoid Arthritis, RA)是一种以侵蚀性关节炎为主要表现的慢性自身免疫性疾病,因病程迁延、致残率高,被部分患者称为“不死的癌症”。全球该病发病率为0.5%~1%,我国大陆地区患病率为0.42%,患者总数超500万。其发病高峰年龄为45~60岁,且可发生于任何年龄段,女性发病率显著高于男性,男女比例约为1:4。该病会导致关节软骨与骨质破坏,最终引发关节畸形和功能丧失,属于高致残性风湿病。

本文从中西医结合“防治一体化”理念出发,探讨类风湿关节炎的综合管理策略,即在有效控制症状的同时调节免疫功能,实现标本兼治,以应对这一常见且复杂的健康挑战。

● 类风湿关节炎的病理机制

现代医学认为,类风湿关节炎是慢性全身性自身免疫性疾病。在遗传易感的基础上,吸烟、感染等环境因素可触发免疫系统异常,导致机体错误攻击自身关节组织(尤以滑膜为主)。持续的炎症反应会引发滑膜增生和血管翳形成,进而破坏关节软骨与骨结构。

中医将本病归为“痹证”“尪痹”范畴。虽无“类风湿关节炎”这一病名,但中医对其病因病机早有认识,认为发病与正气不足、外邪侵袭密切相关,核心病机是风、寒、湿、热之邪痹阻经络,导致气血运

行不畅,日久则筋骨失养、关节变形。

● 识别早期“警报”信号

类风湿关节炎早期常出现多种警示表现,除典型的关节疼痛外,还需警惕以下症状:晨僵,晨起关节僵硬感持续30分钟以上,活动后可缓解;对称性关节肿胀,多见于腕、掌指、近端指间等小关节;全身症状,如疲劳、低热、食欲减退等;功能障碍,表现为握力下降、扣纽扣困难等日常生活受限情况。

需注意,上述症状并非类风湿关节炎的特异性表现,确诊需由风湿免疫科医生结合体格检查、实验室指标(如类风湿因子、抗环瓜氨酸肽抗体、血沉、C反应蛋白)及影像学检查(X线、超声、磁共振成像)综合判断。

● 中西医协同治疗效果更好

西医在精准诊断与急性期控制上优势突出,中医则擅长整体调节与体质改善,二者协同可实现优势互补,达到“1+1>2”的治疗效果。

针对炎症反应强烈、病情活动度高、关节损害进展迅速的患者,应尽早使用甲氨蝶呤等改善病情抗风湿药(DMARDs);必要时可联合生物制剂或小分子靶向药物,以快速控制炎症、延缓关节结构破坏。

对于早期或病情稳定的患者,可选用

深夜,儿科急诊室响起紧急呼救声。

一名2岁幼童因剧烈咳嗽、呼吸困难被家长慌张送入医院,正当医生准备接诊时,孩子突发心脏骤停,心跳戛然而止。经过紧张有序的心肺复苏抢救,孩子的心跳与呼吸终于恢复,随后被转入儿科重症监护室接受进一步治疗。这惊险一幕凸显了心肺复苏在急救中的关键作用——它如同利刃,能从死神手中夺回孩子的生命。

心脏骤停威胁儿童健康

在全球范围内,心脏骤停是重大公共卫生问题,其高致死率、高致残率给

家庭和社会带来沉重负担。虽然儿童心脏骤停发生率低于成人,但一旦发生,后果往往更严重。

中国儿童心脏骤停情况比想象中更常见,且病因与成人存在显著差异:婴幼儿以窒息多见,儿童以意外创伤为主,青少年则以心源性病因为主。随着年龄增长,儿童在公共场所(如街道、学校)发生心脏骤停的比例明显升高。

警惕“三无”危险信号

当孩子出现以下症状时,需高度警惕心脏骤停:突然倒地失去意识,对外界刺激无反应;面色苍白或发绀;呼吸

停止或呈现喘息样呼吸;颈动脉搏动消失。其典型表现可概括为“三无”:无反应、无呼吸、无脉搏。

学习心肺复苏
把握黄金救治窗口

记住心肺复苏的步骤:C-A-B(胸外按压-清理气道-人工呼吸),并尽早拨打急救电话120。心肺复苏每延迟一分钟,生存的机会就会减少7%~10%!持续心肺复苏直到救护车到来,如果有2名施救人员,建议每2分钟更换按压人员,同时,最大程度减少中断时间。

胸外按压(C):定位胸骨中下1/3

处(乳头连线中点),按压深度为婴儿4厘米、儿童5厘米、青少年5厘米以上,速率保持在100~120次/分钟。

开放气道(A):清除口腔异物,保持呼吸道通畅。

人工呼吸(B):单人施救时,按压30次后进行2次人工呼吸;双人施救时,按压15次后进行2次人工呼吸。若无法实施人工呼吸,单纯胸外按压亦可起到有效抢救作用。

做好医疗监护 守护孩子健康

即使孩子恢复心跳,仍需住院观察,具体包括:

查明心脏骤停的病因,排除潜在健康隐患;维持生命体征稳定,预防脑损伤等并发症;监测长期健康影响并给予相应治疗。

总之,心肺复苏技能是每个家长、教师和看护人员的必备本领。只有掌握这项技能,才能在孩子面临生命威胁的危急时刻及时伸出援手,守护儿童健康成长。

(通讯员:甄晓洲)

