

肌少症+骨质疏松=老人“跌倒杀手”，如何防护

贺萍凤 重庆大学附属中心医院(重庆市急救医疗中心)

“我妈就是轻轻摔了一跤,怎么就骨折了?”生活中,这样的疑问很常见。很多人不知道,老人跌倒后容易骨折,不只是因为骨头“脆”,还可能是肌肉“没劲儿”了。肌少症和骨质疏松,就像一对“隐形杀手”,单独出现就有风险,叠加在一起会让老人跌倒概率飙升,骨折风险翻倍。数据显示,同时患有两种疾病的老人,跌倒发生率是健康老人的3倍,髌部骨折风险更是增加5倍。今天就为大家拆解这对“杀手”的危害,分享一套居家就能做的训练方案,帮老人做好双重防护,远离跌倒风险。

为什么肌少症+骨质疏松这么危险?

肌少症简单说就是“肌肉量减少、肌力下降”,老人随着年龄增长,肌肉会慢慢流失,没力气站稳、没劲儿扶东西;骨质疏松则是骨头密度降低、脆性增加,就像“空心的木头”,稍微受力就容易断。

这两者叠加,会形成恶性循环:肌肉少了,无法稳定身体,老人更容易跌倒;而骨头脆了,一旦跌倒就大概率会骨折。更关键的是,骨折后老人需要长期卧床,又会加速肌肉流失和骨量下降,进一步加重病情,甚至影响寿命。很多老人就是因为一次跌倒骨折,身体状态急剧下滑。其实,这两种问题都能通过科学训练改善,核心就是“练肌肉、强骨骼”。

一套居家训练方案,兼顾增肌与健骨

这套训练方案无需专业器材,在家就能完成,强度温和,适合60岁以上老人。训练前先热身5分钟,比如原地踏步、活动关节;训练中若感到头晕、关节疼痛,立即停止休息;每周坚持3-4次,每次30分钟左右,长期坚持才能见效。

1.抗阻训练:增肌稳力量(每次15分钟)。抗阻训练能直接增加肌肉量,提升肌力,为身体提供“支撑力”。

①靠墙静蹲:后背紧贴墙壁,双脚分开与肩同宽,脚尖朝前,

咳得停不下来？教您看懂痰的“颜色警报”

陈亚 彭水苗族土家族自治县人民医院

生活中,很多人在感冒、咳嗽时都会遇到一个问题:痰多、咳不尽,甚至一咳就是好几周。有人觉得“有痰就吐出来就行”,也有人因为痰的颜色变化而感到焦虑。其实,痰并不是毫无意义的分泌物,它往往是呼吸道发出的“信号灯”。通过观察痰的颜色、性状和变化趋势,可以帮助我们更好地理解呼吸道的状态。

一、痰从哪里来？为什么会变多

正常情况下,呼吸道内壁会分泌少量黏液,用来湿润气道、阻挡灰尘和病原体。这些分泌物在纤毛的推动下,会悄无声息地被排出,人们几乎感觉不到它的存在。

当呼吸道受到刺激时,比如感染、空气污染、过敏或长期吸烟,黏液分泌就会明显增多,同时纤毛清除功能下降,痰液便开始在气道内“堆积”,引发咳嗽。可以说,咳嗽是身体的一种自我保护反应,而痰,则是这一反应中最直观的“产物”。

二、透明或白色痰:相对温和的提醒

最常见的痰液颜色是透明或白色,质地多为黏稠或泡沫状。这类痰通常提示呼吸道存在轻度刺激,例如普通感冒初期、空气干燥、受凉或慢性咽炎等情况。

此时,呼吸道黏膜虽然有炎症反应,但并不一定意味着严重感染。多喝温水、保持空气湿润,往往能让痰液逐渐减少、变稀,咳嗽也会随之缓解。

三、黄色或黄绿色痰:炎症信号增强

当痰液颜色逐渐加深,呈现黄色甚至黄绿色时,往往提示炎症反应正在加重。这种颜色的形成,与痰中白细胞数量增加有关。白细胞在对抗病原体后“阵亡”,释放出的物质会让痰液变色。

在急性支气管炎、肺部感染或感冒后期,这类痰液较为常见。如果同时伴有发热、乏力、胸闷等表现,说明呼吸道负担正在加重。需要格外关注变化趋势,而不仅仅是颜色本身。

四、绿色痰:不只是“严重”两个字

很多人一看到绿色痰就十分紧张,其实绿色痰并不单纯等同于“病得很重”。绿色痰往往提示炎症存在了一段时间,痰液在气道内

慢阻肺吸入剂大揭秘:用对了才是“救命药”

黎已翠 重庆市红十字会医院(江北区人民医院)

慢性阻塞性肺疾病(简称慢阻肺)是一种以持续气流受限为特征的慢性呼吸系统疾病,而吸入剂是帮助患者控制病情的“得力助手”,它能直接作用于气道,具有起效快、副作用小的特点。但很多人因使用不当,导致药物无效且浪费金钱。因此,正确掌握慢阻肺吸入剂的使用方式,可以帮助避开使用雷区。

(一)慢阻肺吸入剂分类

慢阻肺吸入剂主要分为控制型、缓解型,两者不仅功能不同,使用场景也有严格区别。

1.控制型吸入剂:主要成分为糖皮质激素、长效支气管扩张剂,可通过长期控制气道炎症、舒张支气管,控制病情急性加重风险。此类药物需长期规律使用,常见代表有沙美特罗替卡松粉吸入剂、布地奈德福莫特罗粉吸入剂等。

2.缓解型吸入剂:多为短效支气管扩张剂,可通过快速舒张气道,缓解胸闷、气短、喘息等症状。此类药物不宜作为常规用药,仅在症状发作时使用,常见代表药物有沙丁胺醇气雾剂、异丙托溴铵气雾剂等。

(二)慢阻肺吸入剂的使用方法

不同类型的吸入剂操作方法略有差异,但主要步骤可分为准备、吸入、后续三步,具体如下:

1.压力定量吸入剂:如沙丁胺醇气雾剂。准备:取下保护帽,用力摇匀药瓶。吸入:缓慢呼气至不能再呼,将喷嘴放入口中,双唇紧闭,深吸气的同时按压药瓶,继续呼气至肺部充满。后续:屏气10s,缓慢呼气,若需要再次吸入,间隔1min后重复上述步骤。

2.干粉吸入剂:如沙美特罗替卡松粉吸入剂。准备:打开装置,装入药粉或确认药粉已就位。吸入:缓慢呼气至不能再呼,将吸嘴放入口中,双唇紧闭,快速、深长地吸气,感受药粉被吸入肺部。后续:屏气10s,缓慢呼气,使用后及时盖好装置,避免药粉受潮。

3.软雾吸入剂:如噻托溴铵软雾吸入剂。准备:取下保护帽,确认药筒已正确安装在装置内,无需摇匀。吸入:缓慢呼气至不能再呼,将吸嘴放入口中,双唇紧密包裹吸嘴,缓慢吸气的同时按压装置,持续吸气至肺部完全充满。后续:屏气10s,缓慢呼吸,若

缓慢屈膝下蹲,膝盖不超过脚尖,保持大腿与地面平行,坚持15-20秒后缓慢站起,休息30秒,做3组。这个动作能锻炼大腿肌肉,增强下肢支撑力,减少站立和行走时的不稳。②椅子辅助抬腿:坐在稳固的椅子上,双脚平放地面,双手抓牢椅子边缘。缓慢抬起一条腿,膝盖伸直,保持5-10秒后放下,换另一条腿,每条腿做10次,做3组。锻炼大腿前侧肌肉,提升抬腿和行走能力。③弹力带拉背(无弹力带可用毛巾替代):坐在椅子上,双脚踩住弹力带中点,双手抓住弹力带两端,缓慢向后拉,感受背部肌肉收缩,坚持5秒后放松,做15次,做3组。增强背部和手臂肌肉,方便老人扶东西、提重物。

2.平衡训练:防跌倒稳重心(每次10分钟)。平衡能力差是老人跌倒的直接原因,这些动作能提升身体协调性,减少失衡风险。①单腿站立:双手扶住稳固的桌子或墙壁,缓慢抬起一条腿,保持10-15秒后放下,换另一条腿,每条腿做5次,做2组。逐渐适应后,可尝试慢慢松开手,增加难度。②脚跟脚尖走:在平坦地面,先脚跟贴脚尖向前走10步,再脚尖贴脚跟向后走10步,行走时双手可轻扶墙面保持平衡,做2组。锻炼身体平衡感,提升行走稳定性。

3.负重行走:健骨促代谢(每次5分钟)。温和的负重运动能刺激骨骼,促进骨钙沉积,增强骨密度。老人可在室内缓慢行走,双手提1-2公斤的重物(如装满水的瓶子),行走速度以不喘为宜,每次走5分钟,做2组。注意行走时抬头挺胸,脚步轻盈。

结语:肌少症和骨质疏松不是老人的“必经之路”,科学的训练和健康的习惯就能有效防控。这套居家训练方案简单易操作,家人可以陪着老人一起做,既增加安全性,又能提升积极性。记住,预防跌倒比治疗更重要,从今天开始坚持训练,帮老人筑牢肌肉和骨骼的“双重防护墙”,让晚年生活更安全、更安心!

痰的颜色与性状：健康警报还是严重信号？

停留较久,成分发生改变。

在慢性支气管炎、支气管扩张等情况下,绿色痰可能反复出现。如果痰量大、气味异常或长期不缓解,这类信号更值得警惕,因为它意味着呼吸道清除能力已经受到影响。

五、粉红色或带血痰:需要重视的警报

痰中出现血丝,或呈粉红色泡沫状,是较为敏感的信号。这种情况可能与剧烈咳嗽导致的小血管破裂有关,也可能与肺部疾病有关。尤其是反复出现血痰,或伴随胸痛、呼吸困难、体重下降等情况时,不宜简单归因为“咳狠了”。痰液颜色在这里更像是一种“报警器”,提醒呼吸系统可能存在更深层的问题。

六、褐色或黑色痰:环境与生活方式的痕迹

褐色或黑色痰多见于长期吸烟者,或长期接触粉尘、污染空气的人群。烟尘和颗粒物沉积在气道内,混合痰液排出,就会形成这种颜色。这种痰液并不一定代表急性感染,但它提示呼吸道长期处于不良刺激之下,气道自净功能可能已经下降。痰液颜色在这里,更多反映的是长期环境和生活方式留下的“印记”。

七、看痰,不能只看颜色

虽然颜色是最直观的线索,但判断痰的意义,不能只停留在“看颜色”这一点。痰量是否突然增多、是否容易咳出、是否伴有异味,以及颜色是否持续变化,都是重要的信息。

八、让痰“走得顺”,也是对呼吸道的保护

保持充足水分摄入,可以让痰液变稀,更容易排出;室内空气湿润,有助于减轻气道刺激;避免烟雾和刺激性气体,可减少痰液产生。这些看似简单的生活细节,其实都在悄悄影响呼吸道的“工作状态”。

痰并不是令人厌烦的“废物”,而是身体通过呼吸道发出的语言。颜色的变化,就像一盏盏不同颜色的警示灯,传递着气道内部的信息。学会读懂这些信号,不是为了制造恐慌,而是为了更从容地面对身体的变化,给呼吸系统多一份理解与呵护。当咳嗽反复、痰液异常时,耐心观察、理性判断,往往比盲目担忧更有意义。你的身体,其实一直在努力告诉你它的感受。

慢阻肺吸入剂使用误区：如何避免无效吸入？

需再次吸入,间隔1-2min,用干净软布擦拭吸嘴,盖好保护帽。

(三)慢阻肺吸入剂的使用误区

慢阻肺吸入剂的临床疗效不仅取决于药物本身,更与使用方法密切相关,临床较为常见的几个误区如下:

1.误区一:吸药时不深吸气。部分患者吸药时只是轻轻吸气,导致药物停留在口腔或咽喉部,难以到达气道深处。因此,要求吸药时快速、深长地吸气,促使药物随气流直达病变部位。

2.误区二:吸完药后立即漱口。有些患者担心药物残留会刺激口腔而诱发感染,便在吸完药后立即漱口,冲掉刚吸入的药物。实际上,含糖皮质激素的吸入剂需要在吸药后1-2min再漱口,以此预防真菌感染。

3.误区三:装置使用前不检查、不摇匀。若压力定量气雾剂在使用前未充分摇匀,患者可因药物浓度不均而影响临床疗效,而干粉吸入剂则需要严格检查装置是否密封,确认药物有无受潮,避免药粉因结块而无法正确喷出。

4.误区四:多人共用一个装置。吸入剂属于个人专用药品,多人共用可能导致交叉感染,同时也会因装置内药物剂量不准确,而影响用药效果。

(四)慢阻肺吸入剂使用护理

吸入剂是治疗慢阻肺的重要药物,在其使用后重视漱口、清洁等细节,可直接影响临床疗效。

1.规范漱口:患者使用含糖皮质激素的吸入剂后,必须在1-2min后使用清水漱口,重点清洁咽喉部,降低口腔念珠菌感染、声音嘶哑风险。

2.清洁与保养装置:压力定量气雾剂使用后借助干净软布擦拭喷嘴,而干粉吸入剂吸嘴则需定期使用温水清洗,并于晾干后再次使用,避免药物残留或细菌滋生。

3.记录用药时间:建议患者随身携带用药记录本,详细记录使用时间、药物种类、剂量,以便复诊时由临床医生合理调节用药方案。

慢阻肺是一种需要长期管理的疾病,患者需要明确吸入剂的区别,掌握操作步骤,避免使用误区,以远离胸闷、气短等困扰。

别让生命“梗”住！急性心肌梗死的快速识别与自救

谷君 重庆市巴南区人民医院

急性心肌梗死(简称“心梗”)是威胁我国居民生命健康的“头号杀手”,多为冠状动脉急性、持续性缺血缺氧所引起的心肌坏死,约50%的患者因错过黄金治疗时间而失去宝贵的生命。心梗治疗核心在于早识别、早呼救、早溶栓、早介入。那么,我们该如何快速识别、自救?

(一)心梗的快速识别

心梗的症状表现具有多样性,典型症状易识别,但非典型症状常被忽视,成为延误治疗的主要原因。

1.典型症状:胸骨后或左胸部的压榨性、紧缩性疼痛,疼痛持续时间>15min,且休息或舌下含服硝酸甘油后无法缓解,就像胸口压了一块石头。部分患者仅表现为放射部位疼痛,如:左肩、左臂、后背、下颌、颈部甚至上腹部等,同时伴随大汗淋漓、呼吸困难、恶心呕吐等症状,部分患者甚至会出现强烈的濒死感。上述症状常见于中老年男性、合并基础疾病者(如高血压、冠心病)。2.非典型症状:部分老年女性、糖尿病患者可能无明显胸痛,仅表现为不明原因的呼吸困难、胸闷气短,或出现上腹部疼痛、牙痛、喉咙痛,易被误认为胃痛、牙周病或咽喉炎。还有少数患者会出现昏厥、意识模糊,多见于大面积心梗或合并心律失常患者。3.心梗的先兆症状:约70%的患者在发病前1-2周出现心绞痛发作频率增加、疼痛时间及程度改变,或在休息时也出现胸痛等先兆症状,这与冠状动脉斑块不稳定有关,需及时前往医疗机构接受正规治疗。

(二)心梗的自救措施

心梗的黄金救治时间为发病后120min内,正确的自救措施能为后续治疗赢得宝贵时间,而错误的做法会加重病情。

1.立即停止活动:无论患者正在做什么,都应立即停止活动,就地休息,避免因紧张、焦虑或活动等因素,增加心脏耗氧量,加重心肌缺血。同时,当患者处于站立或行走状态,突发性头晕、乏力可诱使其出现摔倒,产生二次伤害。2.马上拨打120急救电话:拨打急救电话需详细说明患者主要症状、所在位置和联系方式,并保持电话处于畅通状态。急救人员会携带专业设备和药物赶赴现场,并提前通知医院做好急救准备。若患者或家属自行打车去医院,普通车辆可能因无法为心律失常、心跳骤停患者提供专业抢救,延误救治时间。3.保持呼吸通畅:若患者呼吸困难,可采取半卧位,垫高上半身,并解开衣领、腰带,松开紧身衣物,引导其缓慢深呼吸。若其出现呕吐,需将头部偏向一侧,避免窒息。4.合理用药:若患者随身携带硝酸甘油,且无低血压、硝酸甘油过敏史,可指导患者舌下含服,若症状未在5min内缓解,可再次含服,且含服片数≤3片。若患者确认无药物过敏史、无活动性出血,可通过急救电话在临床医生正确指导下嚼服300mg阿司匹林。若患者相关症状不典型或存在其他疾病可能,切勿因盲目用药而影响病情。5.警惕心脏骤停:约10%的心梗患者会出现意识丧失、呼吸停止、脉搏消失等心脏骤停表现,应立即对其实施胸外按压、人工呼吸,并要求按压频率、按压深度符合急救标准。

(三)心梗的预防

心梗的发生并非偶然,多为不良生活方式与高危因素共同作用的结果。因此,控制高危因素、培养健康生活习惯尤为必要。

1.控制基础疾病:慢性基础疾病患者需遵医嘱规律服药,将血压、血脂、血糖指标控制在正常范围内,并要求冠心病患者长期服用抗血小板、调脂药物。2.培养健康生活习惯:每日睡眠时长控制在7-8h,戒烟限酒,正确调节生活、工作压力,坚持低盐、低脂、低糖饮食,规律进行快走、慢跑、游泳等中等强度有氧运动,合理控制体重,避免过度劳累。3.保持良好心态与定期体检:长期不良情绪可导致血压升高,诱发斑块破裂,应合理调节情绪,正确应对生活、工作压力,并定期前往医疗机构开展心电图、心脏超声检查等,尤其是40岁以上、高血压、糖尿病、冠心病家族史的高危人群。

心梗并非不可防、不可治,只要掌握心梗典型与非典型症状,采取正确自救措施,并坚持长期预防,可有效避免生命“梗”住。

痔疮的分类及治疗,这些知识要了解

张远富 重庆市合川区中西医结医院

痔疮由于发病部位私密,许多人不愿提及,出现明显症状时也羞于就医治疗,导致病情加重。但我们要知道,肛肠健康是整体健康不可缺少的部分,重视痔疮、正确认识痔疮,并积极采取正确的方法进行预防、治疗,才有望摆脱痔疮的困扰。

1.痔疮发生原因

痔疮的形成受到多方面因素的影响,主要包括:

(1)长期便秘或腹泻。用力屏气排便时,会对盆腔最底部的静脉丛造成压迫,且干燥粪便会直接对肛垫造成摩擦和推压,使其下移。腹泻会使肛垫反复充血、水肿,使支持组织松弛。(2)妊娠与分娩。妊娠期间,子宫体积增大将直接压迫盆腔静脉和下腔静脉,易发生充血。而分娩时,需要屏气用力,易将充血的肛垫推出。(3)久坐与久站。久坐使局部血液循环不畅,静脉易扩张淤血,而久站使血液回心阻力加大,血液易淤积。(4)不良饮食习惯,如膳食纤维摄入量不足导致粪便干硬,辛辣刺激食物易诱发或加重局部充血、水肿等症状。(5)年龄增长,结缔组织松弛、弹性下降,肛垫更易下移脱垂。(6)遗传因素,即静脉壁相对薄弱、血管弹性较差或结缔组织发育相对疏松的体质,在外界诱因下更易出现痔疮。

2.痔疮分类

根据痔疮位置与肛管皮肤和直肠黏膜交界处的锯齿状环线的关系,可分为内痔、外痔和混合痔。

(1)内痔位于齿状线以上,直肠末端,症状主要表现为便血、脱出,疼痛不明显。按照严重程度区分:Ⅰ度仅有出血症状,排便时有滴血、喷血或厕纸带血,无痔核脱出;Ⅱ度排便时痔核脱出,便后可自行缩回,伴有便血,便后症状消失;Ⅲ度痔核脱出需手动回纳,且久站、咳嗽、劳累时易脱出,并伴有出血和坠胀感;Ⅳ度痔核长期脱出,无法回纳,甚至出现嵌顿而引起水肿、坏死、疼痛剧烈。(2)外痔位于齿状线以下,肛管周围,症状以疼痛、异物感、瘙痒、潮湿为主。①血栓性外痔,肛旁青紫色伴有触痛明显的肿块,疼痛剧烈。②结缔组织性外痔(皮赘性外痔)最为常见的一种,症状以肛门不适、异物感、不易清洁、瘙痒和潮湿等为主。③炎性外痔症状表现为肛缘赘皮红肿、发热、疼痛明显,无硬结。④静脉曲张性外痔,肛周有柔软、青紫色团块,排便时增大、便后缩小,伴有坠胀感。(3)混合痔跨越齿状线,是内痔与外痔的相互融合,其症状也兼具两者。内痔病情进展到3度以上时,易形成混合痔。

3.痔疮治疗方法

了解痔疮的分类,可以帮助我们更好地区分痔疮的类型,选择合适的自我管理方法,且对临床治疗也具有重要的指导意义。首先,养成良好的饮食习惯、排便习惯、运动习惯并加强肛门局部卫生护理和提肛训练,是控制和治疗痔疮的基础,同时也是预防复发、改善预后的关键。在此基础上,根据患者具体情况为其选择合适的治疗方法,其治疗原则为“缓解症状,非根治,不同痔不同治”。

(1)药物治疗。①外用药物:栓剂适用于内痔,膏剂适用于外痔或肛缘涂抹。常用药物有保护黏膜、减轻肿胀的单价酸等保护收敛剂;可快速止痛、止痒的利多卡因等局部麻醉剂。②口服药物:临床常用药物有枸橼黄酮片等静脉活性药物,可减轻出血等症状;欧车前、蒙卡罗波非钙等纤维补充剂,可增加大便,减轻排便压力;对乙酰氨基酚等止痛药,可有效控制疼痛症状、缓解使用阿司匹林、布洛芬等易加重出血的药物。(2)手术治疗,可分为微创手术和外科手术。①微创手术创伤小、恢复快,是内痔治疗的主要方法,多用于Ⅰ-Ⅲ度且药物治疗不佳的患者,如橡皮圈套扎疗法、向痔核内注射化学药物、红外线凝固、双极电凝等。②外科手术治疗适用于病情严重或保守治疗无效的患者,需符合以下手术指征,即Ⅳ度内痔或混合痔、痔核嵌顿坏死、急性大出血、外痔皮赘严重影响生活、保守及微创治疗无效。常用术式有传统痔切除术、吻合器痔上黏膜环切术(PPH)、超声多普勒引导下痔动脉结扎术(DG-HAL)、血栓性外痔剥离术等。

痔疮的治疗要遵循阶梯治疗的原则,以无创治疗为主,必要时再考虑有创治疗。通常情况下,大多数患者接受非外科手术治疗并配合生活方式调整,都能获得较好的疗效。