

桡骨远端骨折手术及保守治疗的利与弊

殷利 重庆长城骨科医院

在骨伤科门诊中，桡骨远端骨折较为常见，其主要受滑倒、高处跌下等多种间接暴力损伤的影响导致患者骨折。目前，此类疾病在骨质疏松患者中较为常见，对患者健康带来了不良影响。在临床治疗中，手术治疗、保守治疗均有广泛应用，而选择合适的治疗方案，对提高预后品质具有重要作用。对此，以下则带大家了解两种治疗方法的的不同优势与缺点。

1.桡骨远端骨折的手术治疗

1.1 治疗方法：手术治疗能够帮助患者尽可能达到较强的内固定、解剖复位效果，减少对血运功能的破坏，加快恢复速度。在手术治疗过程中，医师需构建手术入路切口，将肌腱逐层剥离，并避免对周边血管、神经造成损害，安全到达骨折部位。然后，针对骨折端实施复位，以钢板、螺钉展开固定，从而达到理想的复位效果。最后，仔细检查固定区域，保证骨折对位对线准确，即可实施缝合包扎，以此充分保障临床治疗效果。

1.2 优点：第一，骨折复位效果显著。经过手术治疗后，由于钢板、螺钉的固定处理，能够让骨折部位处于最佳功能复位位置，为加快病情恢复速度奠定了坚实基础。同时，在手术期间，医师需要将受伤部位切开，将碎片按照解剖结构拼起来。此时，不仅能够达到理想的对位效果，还能够进一步增强内固定的稳定性。第二，远期疗效显著。经过内固定处理后，通常很少造成骨折端移位问题。因此，经过治疗后，患者通过积极参与早期康复训练，远期疗效也更为显著。第三，术后管理便捷。经过术后14天恢复，患者身体基本恢复健康，可进行拆线处理，并根据整体恢复情况，适时安排出院。通常情况下，术后还需定期复诊，以观察恢复情况，一旦出现异常情况，也能及时采取有效的应对措施。

1.3 缺点：第一，手术是一项侵入性操作，术中存在一定风险，尤其是术后还可能引发多种并发症。如创口感染、神经损伤等，对患者预后存在较大的影响。第二，经手术治疗后，手术疤痕愈合可能影响腕

关节功能恢复，再加上钢板、螺钉的存在，对患者日常生活存在一定影响。第三，手术费用较高，患者需要承担较大的经济压力。第四，治疗后，若植骨不稳，极易增加感染风险，从而增加患者痛苦。

2.桡骨远端骨折的保守治疗

2.1 治疗方法：面对不完全骨折、无移位骨折患者时，无需采取整复治疗。一般情况下，医师会针对手掌、手背应用小夹板进行固定处理，持续治疗3周。若存在移位骨折，则有必要实施复位固定，治疗期间需结合软组织恢复状况，针对小夹板展开合理调整，避免固定过紧造成软组织肿胀加剧，从而直接影响病情改善效果。现阶段，临床应用较多的保守治疗方案为闭合手法整复，由早期手法整复、小夹板固定、功能锻炼进行治疗，能够有效提升治疗效果，最大限度降低疾病影响程度。

2.2 优点：第一，相较于手术治疗，此项治疗方案所带来的心理压力更小，无手术风险、术后并发症，无需进行内固定，患者具有较高的接受程度。第二，治疗费用较低，治疗期间需根据医嘱定期换药、复诊，且治疗期间无需住院，患者拥有更充足的时间。第三，面对不符合手术指征的患者，应用保守治疗方案也能起到理想的治疗效果，可帮助患者最大限度改善腕功能。

2.3 缺点：第一，复诊频繁，应用小夹板、石膏固定后，治疗期间需定期换药，至少需要进行6次换药。其中，对于不稳定性骨折患者而言，需要增加随访次数，以免夹板固定不当间接影响腕功能恢复。第二，在首次完成复位治疗后，患者普遍存在强烈的疼痛感，要求患者具备较强的耐受力。另外，部分外敷药物的应用可能造成皮肤瘙痒，从而增加患者治疗期间的不适感。第三，治疗时间相对较长，若未能定期复诊，可能直接影响后续恢复效果，要求患者具备较强的依从性。第四，消肿后，若未能及时针对小夹板、石膏进行调整，可能产生骨折缩短、移位等不良现象，从而对腕关节远期功能恢复带来不良影响。

了解中医的常见急救护理方法

喻巧 重庆市渝北区中医院

许多人误以为中医只能慢调慢养，实则其自古便有“急则治标”的急救思想。针刺放血、穴位按压、急救用药等多种方法，在应对晕厥、高热、创伤等急症时，能迅速干预，争取宝贵的救治时间，有效打破“中医是慢郎中”的刻板印象。

1.针刺与放血急救法

1.1 十宣放血法：十宣放血法是针对高热惊厥或中暑昏迷患者的急救技术。操作时，取患者十指指尖距指甲缘约0.1寸处，严格消毒后，用采血针快速点刺1-2毫米深，然后从指根向指尖轻柔推挤，每指挤出3-5滴血液，最后用消毒棉球按压止血。此法通过刺激指尖的“井穴”，能迅速泄除体内热邪，醒神开窍。

1.2 人中穴针刺法：人中穴位于鼻唇沟上中1/3交界处。遇突发晕厥或中暑神昏者，施救者可用拇指指甲垂直用力掐按此穴，持续30秒至1分钟，以患者出现皱眉或苏醒为有效。操作时需稳稳患者头部，进行有节律的强刺激。此法通过刺激督脉以开窍醒神，为后续急救争取时间。

1.3 耳尖放血技术：耳尖放血适用于高血压急象、急性结膜炎等实热证。操作时，将耳廓前折，取最高点消毒后用三棱针快速点刺，挤出8-10滴血液。中医认为此法可泻肝胆实火、清头目热毒，现代应用表明其能快速降压、减轻炎症。操作须严格无菌，凝血功能障碍者禁用。

2.穴位按压急救技术

2.1 内关穴急救应用：当突发心慌、心悸或晕车呕吐时，可迅速按压内关穴急救。此穴位于前臂内侧，腕横纹向上三横指宽度的中点，在两筋之间的凹陷处。具体做法是：用另一只手的拇指指腹垂直用力向下按压，力度以产生明显的酸、麻、胀感为宜，同时保持深呼吸。持续强刺激按压3至5分钟，能有效宁心安神、理气止痛，缓解胸部不适与恶心想。

2.2 合谷穴应急处理：合谷穴位于手背第一、二掌骨间中点，是重要的镇痛要穴。遇急性头痛、牙痛或腹痛时，可用拇指深压此穴，同时配合缓慢深呼吸，持续按压直至症状缓解。此法可激活人体自身的镇痛系统。需注意，孕妇禁用此穴，以免引起子宫收缩。

口服降糖药，您吃对时间了吗？

万素馨 重庆大学附属三峡医院

“吃药时间不对，药效少一半。”这句话用在口服降糖药上再合适不过。对糖尿病患者来说，降糖药的服用时间直接影响血糖控制效果，吃早了可能导致低血糖，吃晚了又控不住餐后血糖，不少人因为没按对服药时间，明明药没停，血糖却一直“过山车”。今天就用通俗的语言，讲讲常见口服降糖药的最佳服用时间，帮您把药吃对、吃到位。

首先要明确一个核心原则：降糖药的服用时间，主要看它的“工作方式”——是帮您控制空腹血糖，还是餐后血糖？是需要空腹吸收，还是得跟着食物一起发挥作用？不同类型的药，“脾气”不一样，服用时间自然有讲究。

首先需要说说最常见的二甲双胍，它是很多2型糖尿病患者的“入门药”，性价比、安全性好。二甲双胍有普通片、缓释片、肠溶片三种剂型，服用时间差别很大。普通片对肠胃有点刺激，建议随餐吃或餐后立即吃，能减少恶心、腹胀的不适；肠溶片吸收快、刺激小，需要餐前30分钟吃，让药物快速到达肠道发挥作用；缓释片作用时间长，每天吃1-2次就行，晚餐后吃效果最好，能平稳控制夜间和第二天的空腹血糖。

接下来是磺脲类药物，比如格列齐特、格列美脲、格列吡嗪，这类药降糖效果强，是控制空腹和餐后血糖的“主力军”。但它的风险也相对高，容易引发低血糖，所以服用时间必须严格把控。短效的格列吡嗪、格列喹酮，作用快、持续时间短，主要针对餐后血糖，要餐前30分钟吃；中长效的格列齐特缓释片、格列美脲，能覆盖全天血糖，早餐前吃1次就行，切记不能掰开或嚼碎，否则会让药效突然释放，增加低血糖风险。

然后是格列奈类药物，比如瑞格列奈、那格列奈，它被称为“餐后血糖急救药”，起效特别快，服药后15分钟就能发挥作用，持续时间只有2-4小时。这类药的服用时间最灵活，也最考验精准

2.3 足三里的急症运用：遇到突发性胃痛、恶心呕吐或感觉虚弱乏力时，可立刻按压“足三里”穴急救。该穴位于小腿外侧，先找到膝盖骨外下方的凹陷(外膝眼)，由此向下量取四横指(约本人手掌四指并拢的宽度)，再往胫骨外侧一横指处，按压有显著酸胀感。用拇指指腹或指节垂直向下用力深按，保持力度并做小幅揉动，持续按压3-5分钟，可有效和胃止痛、提振阳气。长途奔波或饮食不节后出现胃肠急症，此法能快速缓解不适。

3.中药与手法急救

3.1 急救中成药应用：中医急救储备中成药有安宫牛黄丸、紫雪散、速效救心丸等。安宫牛黄丸适治高热神昏、中风昏厥，温水溶化灌服或鼻饲；紫雪散治热病惊厥，口服1.5-3克；速效救心丸缓解心绞痛急性发作，舌下含服10-15粒。这类药物基于芳香开窍、清热熄风等中医理论研制，现代药理证实具有脑组织保护、抗惊厥、改善心肌缺血等作用，应用需精准辨证，明确禁忌。

3.2 中医创伤止血法：中医外伤急救范畴内，常规压迫止血外多辅以止血本草应用；小蓟(刺儿菜)鲜品捣烂外敷、云南白药撒布创面、三七粉内服外用，皆可靠止血效能；鼻出血处置可采白茅根30克煎汤冷服，湿毛巾冷敷前额，此类手段依托中药收敛止血、活血定痛之效，现代研究佐证其含促凝血组分，严重出血需优先施用现代医学止血举措。

3.3 急性扭伤正骨手法：对于急性踝关节扭伤，中医采用“动法”处理：在损伤初期(24小时内)，先予冷敷，随后进行轻度拔伸牵引，配合远端穴位按压(如对侧肩部对应点)。24小时后可采用牵活血化瘀草药外敷，配合轻柔的摇法、扳法恢复关节活动度。这种处理遵循“筋喜柔不喜刚”的原则，既能缓解疼痛肿胀，又可预防慢性关节不稳。操作时需排除骨折可能，手法宜轻柔渐进。

结语：中医急救体系绝非“慢郎中”，其针刺、按压、用药等法门，在突发晕厥、心慌、创伤等急症中，能快速开窍醒神、止血镇痛，为现代医疗救援争取黄金时间。掌握这些源自千年智慧、简便易行的急救技能，能让我们在危急时刻多一份从容与保障，切实打破对中医的传统刻板印象。

度，需要餐前15分钟内吃，甚至吃完药马上吃饭都可以。但要注意，如果没吃饭就吃药，很容易导致低血糖，所以必须“药随饭走”，漏餐就不能吃药了。

还有专门针对餐后血糖的α-糖苷酶抑制剂，比如阿卡波糖、伏格列波糖、米格列醇。它的作用机制很特别，是通过延缓米饭、面条等主食的吸收来降糖，所以服用时间必须和主食“绑定”。正确吃法是吃第一口饭时嚼服，或者在餐前即刻整片吞服，要是饭后再吃，主食已经开始吸收，药效就大打折扣了。很多人反映吃了这类药会胀气、排气多，这是正常反应，慢慢适应后会减轻，不用轻易停药。

近几年热门的DPP-4抑制剂，比如西格列汀、沙格列汀、利格列汀，堪称“懒人友好型”药物。它的作用时间长，血糖高时才会发挥作用，低血糖风险很低，服用时间也最自由，每天固定时间吃1次就行，餐前、餐后都可以，忘记吃饭也不影响服药。（但要注意，必须每天在同一时间吃，比如每天早上起床后，这样才能保证体内药物浓度稳定。

最后是SGLT-2抑制剂，比如达格列净、恩格列净、卡格列净，它的降糖方式很特别，是通过尿液排出多余糖分，还能保护心脏和肾脏。这类药也适合每天固定时间服用，餐前餐后都可以，但建议每天在同一时间吃，比如早餐前。需要提醒的是，服用期间要多喝水，避免脱水，还要注意个人卫生，减少泌尿系统感染的风险。

很多糖尿病患者只关注“吃什么药”，却忽略了“什么时候吃”，其实找对服用时间，才能让药物发挥最大效果，减少血糖波动和不良反应。如果您现在还不清楚自己吃的药该什么时候吃，不妨拿出药盒看看说明书，或者下次复诊时问问医生，把服药时间和吃饭、作息结合起来，形成习惯。

白内障：晶状体的“衰老迷雾”与手术重生

熊祥伟 陆军军医大学第二附属医院

白内障是全球首位致盲性眼病，但也是最可逆的视力损害。当晶状体从透明渐变浑浊，就像相机镜头上擦不掉的雾气，世界便逐渐失去清晰。理解这个过程，能帮助我们摆脱“等成熟了再做”的误区，在最佳时机重获光明。

晶状体浑浊的化学真相

晶状体由65%水和35%蛋白质构成，这些蛋白质精确排列形成透明介质。随着年龄增长，紫外线损伤、氧化自由基攻击和代谢废物累积，使蛋白质发生交联变性，从“水溶性”转为“水不溶性”。这个过程始于40岁，到60岁时90%的人已有早期白内障。有趣的是，晶状体中央核心的蛋白质从出生起就不再更新，是最早出现浑浊的部位。这就是为什么早期白内障患者常抱怨“近视度数突然加深”——晶状体核硬化导致屈光指数改变，而非真正的近视发展。

症状发展的“三个阶段”

初发期：仅在周边皮质出现楔形浑浊，视力几乎不受影响，但对对比敏感度开始下降，夜间开车感到眩光。很多人在此阶段误以为是“老花加重”。膨胀期：晶状体吸水膨胀，前房变浅，可能诱发急性闭角型青光眼。此时瞳孔区已明显发白，视力降至0.3以下。40岁以上人群若突发眼胀痛伴恶心呕吐，需警惕膨胀期白内障继发青光眼。成熟期与过熟期：整个晶状体呈乳白色，视力仅存光感。过熟期白内障会溶解脱落，堵塞房水流出通道，引发晶体溶解性青光眼。此时手术难度和风险显著增加。

手术时机的“黄金标准”

“等成熟了再做”是20年前的旧观念。现代超声乳化手术只需在角膜缘做2-3毫米切口，用超声波将浑浊晶状体粉碎吸出，无需等待其“熟透”。最佳手术时机是视力降到0.3-0.5，且影响日常生活时。过早手术会浪费自身晶状体调节力，过晚手术则增加并发症风险。一个重要信号是：若戴眼镜也无法矫正视力，或眩光测试显示夜间视力严重下降，就应考虑手术。

人工晶体选择的“个性化时代”

单焦点晶体提供最清晰的远视力，但术后仍需佩戴老花镜。多焦点晶体通过衍射环设计，实现远中近全程视力，但可能产生光晕，且对眼底健康要求较高。散光矫正型(Toric)晶体可同时纠正角膜散光，适合术前散光超过150度的患者。对于常年户外工作者，选择过滤蓝光的人工晶体可减少视网膜光损伤。选择哪种晶体，取决于年龄、职业、用眼习惯和眼底状况，而非“越贵越好”。

手术并发症的真实概率

超声乳化手术成功率超过98%，但了解风险有助于理性决策。后囊浑浊是最常见的“继发障”，发生率约30%，可用YAG激光轻松解决。角膜内皮损伤是严重并发症，术前必须测量内皮细胞计数，若低于800个/平方毫米，需谨慎评估。感染性眼内炎发生率虽仅0.1%，但后果严重，术后2周内严格避免脏水入眼至关重要。

术后视力恢复的“时间密码”

大多数患者术后第一天视力即显著改善，但稳定需1-3个月。角膜切口愈合期间可能出现暂时性干眼，需使用无防腐剂人工泪液3-6个月。人工晶体位置完全稳定约需1个月，其间避免剧烈运动和揉眼。值得注意的是，术后屈光状态可能轻微漂移，3个月时的验光结果最为准确。

延缓疾病进展的“科学清单”

紫外线是白内障头号加速器，选择UV400标识的墨镜，可阻挡99%以上紫外线。吸烟者患白内障的发病风险增加2-3倍，戒烟是最有效的预防措施。糖尿病患者需将糖化血红蛋白控制在7%以下，高血糖会加速山梨醇通路激活，导致晶状体渗透性损伤。虽然尚无药物能逆转白内障，但富含叶黄素、玉米黄质的深绿色蔬菜，确实能减缓氧化损伤进程。

白内障手术是医学界最成功的复明工程，日间手术不住院即可完成。当世界开始模糊，及时检查、科学决策、个性化选择晶体，90岁也能拥有20岁的清晰视界。

老年患者在无痛胃镜期间低血压的防与治

王瑶 重庆市第十三人民医院

一、为什么“睡一觉”容易发生低血压？

无痛胃镜已经成为食管与胃部肿瘤早筛、早诊乃至镜下治疗的核心诊疗手段。由于其“无痛、舒适、安全”的优点，让越来越多的老年人愿意主动接受胃镜检查。对于老年患者而言，进行一次舒适的胃镜检查不仅可以帮助他们更早发现病灶并获得治愈机会，更能直接提升晚年生活质量。

然而，舒适背后亦有隐忧。在无痛胃镜检查过程中，麻醉医生选择多种麻醉药物联合作用让患者的意识在数分钟内可逆性地消失，帮助他们在无知觉的舒适状态下完成检查和治疗。但因为老年人的机体储备逐渐下降，心肺代偿能力减弱，这些麻醉药物发挥作用的同时极易诱发低血压。在治疗的准备阶段，如果麻醉风险评估不精准、药物方案个体化不到位、麻醉监测不全面以及患者准备不合格，都有可能发生严重的并发症。因此，“无痛”的概念并不代表“无风险”，如何在舒适度和安全性之间找到一个精确的平衡点，是每一个从事内镜和麻醉工作的团队都必须面对和解答的问题。

二、胃镜检查期间发生低血压可能对老年患者产生哪些不良影响

随着年龄增长，老年人的血管弹性减退、心脏储备功能减弱，脑血流自动调节范围变窄。检查过程中，如果血压突然下降，冠状动脉血流灌注瞬间告急，轻则可能诱发急性心肌缺血、心绞痛，重则心房颤动、心律失常等危重并发症接踵而来。如果低血压顽固难以逆转，可能发生心源性休克，甚至心脏骤停——这是无痛胃镜最凶险的并发症。当机体重要脏器持续的低血压灌注，会延缓麻醉药物的清除代谢，使患者苏醒延迟、谵妄发生率增加，跌倒、误吸风险陡增，甚至再次出现短暂意识丧失。此外，胃肠黏膜在低血流灌注下屏障受损，若检查期间进行了活检或息肉切除治疗，胃部出血、穿孔的“报警”信号可能被掩盖，从而延误救治。即便低血压未给老年患者带来不可逆的器官损害，也可能增加额外补液、升压、强化监测等治疗，相关医疗开销会随之上涨。由此可见，老年患者在胃镜检查中发生“低血压”是牵一发而动全身的大问题，其影响范围远超过检查本身。

三、胃镜检查期间低血压预防与治疗

由于老年患者往往伴随多种慢性疾病，因此在检查前，患者需要配合麻醉医生详细完成既往病史及用药情况问诊，做好高危人群的筛查及充足的检查准备。随着医疗领域人工智能的发展，更多先进的临床低血压预测模型也能够运用其中，对低血压进行精准预测，以确保在胃镜检查过程中麻醉治疗的每一个环节都得到妥善准备。首先，对于年龄≥70岁，衰弱(Fried评分≥3分)，既往合并低血压、高血压、心绞痛、冠心病、慢性心衰等，建议选择预约上午检查，减少禁食脱水时间。其次，优化老年患者检查前身体状态，保证合并症病情稳定，老年患者必须严格遵循麻醉医生关于停用或调整不同治疗药物的建议。例如，多数降压类药物在检查当日仍需继续服用，避免因擅自停药而出现检查期间血压剧烈波动。再有，检查前患者需禁食6 h、禁清饮2 h，对身体虚弱、容量不足或下午进行检查的患者可以预先静脉输液补充乳酸林格液等晶体溶液250-500 mL。最后，对于高风险的危重患者，麻醉医生在治疗期间可能会使用甲氧明、麻黄碱等升压药物治疗低血压，并在必要时进行有创动脉血压监测以实时监测患者的血压变化，从而调整治疗方案。

四、老年患者需要做些什么准备才能更安全地完成无痛胃镜检查

1.务必向麻醉医生详细描述自己的病情和当前的药物使用计划，并牢记医生的建议，同时不要隐瞒自己的病史；
2.务必进行近期的血压检测，并真实地向医生报告日常血压的波动情况；
3.检查当日医生嘱咐的药物务必牢记按时服用，不擅自停药、加药。
总之，希望各位老年患者朋友谨记：年龄大不是胃镜检查的禁忌，真正的风险在于忽略了血压的安全性。