

脊柱压缩性骨折怎样治疗

□邓思敏

脊柱压缩性骨折是一种常见的骨折类型，发生在脊柱的椎体部分，它通常是由于外力作用(如跌倒、交通事故等)、骨质疏松及长期的力学负荷等因素导致椎体受到压力过大而发生骨折，造成椎体变形和压缩，对患者的生活质量和健康产生了不可忽视的影响。

症状与诊断

脊柱压缩性骨折常见症状是背痛，疼痛程度因骨折的严重程度而有所不同。由于椎体的压缩和变形，脊柱可能出现畸形，使得背部呈现不正常的曲线。如果骨折压迫了脊髓或神经根，患者会出现神经症状，如肢体乏力、麻木感及行走困难等。

对于脊柱压缩性骨折的诊断，通常需要进行病史询问、体格检查、影像学检查和骨密度检测等多个步骤。在病史询问中，医生会详细了解患者是否有外伤史、背部疼痛出现时间等病史。医生还会进行脊柱和神经系统的检查，寻找脊柱畸形、神经功能异

常等体征，常见的影像学检查包括X射线、MRI(磁共振成像)和CT(计算机断层扫描)扫描，这些检查可以显示骨折的位置、程度及可能的并发症。在年龄较大或有骨质疏松风险的患者中，医生会进行骨密度检测，以评估骨质疏松的程度。通过这些步骤的综合分析，医生可以准确地诊断脊柱压缩性骨折，并采取相应的治疗方案，及早诊断和治疗对于预防并发症的发生和提高患者的生活质量非常重要。

治疗与康复

脊柱压缩性骨折的治疗方法因骨折类型、严重程度和患者整体健康状况而异，常见治疗方法包括保守治疗和手术治疗。

保守治疗可以采取以下措施：卧床休息有助于减轻背部压力并促进骨折愈合；通过药物(如非甾体类抗炎药)、物理疗法和热敷等方式可以缓解疼痛；在一些严重的脊柱压缩性骨折病例中，需要使用牵引装置来稳定椎体并减轻疼痛；进行适当康复锻炼也

有助于恢复椎体的功能和力量，提高患者的日常活动能力。

手术治疗主要包括以下几种：一是经皮椎体成形术，通过针刺将骨水泥注入骨折的椎体，从而加固和稳定椎体，并缓解疼痛；二是经皮椎体减压固定术，通过空心针刺入椎体，并将填充物注入椎体内部，以恢复椎体高度和形态；在某些严重的骨折情况下，可能需要手术切除受损的椎体，并使用植入物来稳定脊柱。

在骨折治愈后，患者及时进行功能锻炼是非常重要的。合理的康复运动可以帮助恢复脊柱的稳定性和灵活性，并加强脊柱周围肌肉的力量。骨折患者可以在医生指导下开展伸展运动、脊柱稳定性训练(平板支撑、桥式运动)、轻度有氧运动及力量训练等康复活动。

同时，患者在康复期间还需要维持良好的饮食习惯，以此来促进骨骼健康和肌肉发展。患者可以摄取富含蛋白质、钙、维生素D及其他关键营养成分的食

物，如鱼类、奶制品、坚果、蔬菜和水果。同时，避免摄入过多的糖分和饱和脂肪，以免对身体健康产生不良影响。骨折的痛苦刺将骨水泥注入骨折的椎体，以及后期长时间的康复，会给患者带来一定的心理压力。在此期间，患者要做好心理调适，积极面对和化解这些压力。患者可以通过与家属和朋友的交流、参加康复小组或寻求专业心理辅导来缓解焦虑。

预防措施

预防脊柱压缩性骨折的关键在于保持骨质健康和避免意外伤害。

进行骨密度保健 摄取足够的钙和维生素D可以促进骨骼健康；保持适当体重也很重要，过轻或过重都会增加骨折风险；增加进行有氧运动和力量训练也是一种有效的方法，可以帮助增加骨密度。

创造安全环境 无论是室内还是室外，设置防滑设施如扶手、扶手杆和防滑地板可以减少跌倒的机会；保持家中走道和

楼梯的通畅；在参与高风险活动时，要使用合适的设备。

注重身体平衡 平衡训练如瑜伽或太极，可以提高身体的平衡能力，对预防脊柱压缩性骨折很有帮助；在行走、上下楼梯等活动中要保持稳定，尤其是在冰雪天气或不平坦的地面上。

增强安全意识 注意周围环境，避免分散注意力而导致意外伤害；遵循安全标准，使用适当的工具和设备，以防止发生意外。

增强肌肉力量 定期进行体力锻炼，特别是强化背部、核心和腿部的肌肉，可以增加身体的稳定性和抗力，从而减少骨折的风险；通过提高肌肉力量，可以更好地保护脊柱和骨骼系统。

在治疗过程中，脊柱压缩性骨折患者需要积极参与康复，合理活动并注意预防跌倒和避免过度劳累。

(作者供职于广西壮族自治区防城港市第一人民医院)

急性呼吸窘迫综合征治疗策略

□龚敬

急性呼吸窘迫综合征(ARDS)是一种严重的肺部疾病，主要表现为急性呼吸功能衰竭，其病因多样，包括感染、创伤、炎症、吸入有害气体等。近年来，随着医疗技术的不断发展，急性呼吸窘迫综合征的诊断和治疗水平得到了显著提高，但仍然存在一定的挑战。

病因及类型

ARDS可能由多种原因引起，包括直接肺部损伤(如肺炎和误吸)、或间接损伤(如脓毒症、急性胰腺炎和创伤等)。ARDS的致病机制通常涉及肺泡毛细血管膜的广泛炎症反应，导致血管和上皮通透性增加、蛋白质丰富的肺水肿和肺组织弥漫性损伤。这些病理变化最终导致肺泡气体交换障碍，进而引发低氧血症和二氧化碳潴留，严重时还会导致多器官功能衰竭。

为了更精确地诊断和治疗ARDS，全球新定义对ARDS分类进行了新的诠释，并强调了ARDS分型和对应的临床处理策略，以反映不同的症状、治疗方法和预后。

非插管ARDS 患者在临床上展现出ARDS特征，但没有接受机械通气。在这些情况下，患者常在接受高流量鼻导管或非创伤性正压通气(NIV)治疗。由于缺乏气管插管，非插管ARDS的患者可能面临转为更严重阶段的风险。

插管ARDS 患者由于病情加重，需实施气管插管并进行机械通气。插管ARDS患者通常具有更高死亡风险，医疗团队应依据ARDS管理方针，保护性肺通气策

略和液体管理等，对患者进行干预。

资源有限情况下的ARDS 在一些资源受限的环境中，可能没有足够的设备或技术来提供常规的ARDS治疗，此时可使用简化的诊断和治疗流程，力求在有限条件下最大程度地提高患者的存活率。

临床表现

呼吸系统症状 呼吸急促、低氧血症、呼吸频率增快、胸廓异常扩张(吸气时胸骨上凹陷消失)、呼气末正压(PEEP)依赖等。

心血管系统症状 心率增快、心律失常、低血压、休克等。

中枢神经系统症状 意识障碍、定向力障碍、烦躁不安等。

肝脏损害 黄疸、肝功能异常等。

肾功能损害 尿量减少、肌酐升高等。

凝血功能障碍 出血倾向、弥散性血管内凝血(DIC)等。

治疗

氧疗 氧疗方式包括鼻导管、面罩和高流量吸氧等，可根据患者的具体情况选择合适的氧疗方式。需要注意的是，过高的氧浓度可能导致氧中毒，加重肺损伤，因此需要密切监测患者的血气分析结果，调整氧疗参数。

药物治疗 抗炎药、利尿剂、血管活性药物和抗凝药物等药物可以改善肺水肿、降低肺动脉压力、维持循环稳定等。具体药物的选择和使用需要根据患者的病情、病原体、合并症等多方面因素综合考虑。

此外，对于部分患者，如存在感染性休克或多器官功能障碍综

合等情况，可能需要使用激素类药物进行治疗。在使用药物治疗时，应密切监测患者的病情变化和药物不良反应，及时调整治疗方案。

机械通气 对于严重低氧血症和呼吸窘迫的患者，可采用无创或有创机械通气。无创机械通气包括高频振荡通气和双水平气道正压通气等，可以提高患者的通气功能，改善氧合和排出二氧化碳。有创机械通气主要包括气管插管和机械通气机的使用，适用于病情危重、无创机械通气无效或无法耐受的患者。在使用机械通气时，应注意调整合适的潮气量和呼吸频率，防止气压伤和肺损伤的发生。

俯卧位通气 俯卧位通气的原理是通过改变患者的身体姿势，使重力作用下的肺泡塌陷区域重新分布，从而改善通气/血流比例失衡和氧合状态。然而，俯卧位通气并非适用于所有急性呼吸窘迫综合征患者，需要根据患者的具体情况进行评估和选择。

营养支持 患者由于呼吸困难和营养不良等原因，可能出现体重下降、肌肉消耗等问题。因此，提供充足的热量和营养素，以维持机体代谢需要是非常重要的。营养支持的方式包括肠内营养和肠外营养等，应根据患者的具体情况选择合适的营养支持方式。

总之，急性呼吸窘迫综合征是一种复杂的临床病症，需要综合运用各种诊疗手段进行诊治。

(作者供职于安徽医科大学附属宿州医院重症医学科)

面神经麻痹，俗称“面瘫”，其是以面部表情肌群运动功能障碍为主要特征的常见病，一般症状是口、眼向一侧歪斜。面神经麻痹起病急，好发于春秋季节，随着病情加重，会在2天~4天达到高峰，在1周~2周后开始恢复。

病因与症状

中医认为面神经麻痹的发生与劳作过度、正气不足、风寒趁虚而入有关。发病时，患者无法完成抬眉、闭眼、鼓腮等动作。

按照损伤部位划分，面神经麻痹可分为中枢性面神经麻痹及周围性面神经麻痹，二者均具有面肌运动障碍，只是病变部位不同。

中枢性面神经麻痹 其为核上组织(包括皮质、皮质脑干纤维、内囊、脑桥等)受损时引起，出现病灶对侧颜面部肌肉麻痹。从上到下表现为鼻唇沟变浅，露齿时口角下垂(或称口角歪向病灶侧，即瘫痪面肌对侧)，不能吹口哨和鼓腮等。多见于脑血管病变、脑肿瘤和脑炎等。

周围性面神经麻痹 其与核下组织(包括面神经)受损时引起，出现病灶同侧全部面肌瘫痪，从上到下表现为不能皱额、皱眉、闭目、角膜反射消失，鼻唇沟变浅，不能露齿、鼓腮、吹口哨，口角下垂(或称口角歪向病灶对侧，即瘫痪面肌对侧)。多见于受寒、耳部或脑膜感染、神经纤维瘤引起的周围性面神经麻痹。此外还可出现舌前2/3味觉障碍。

周围性面神经麻痹 其为茎突孔内急性非化脓性面神经炎引起的周围性面神经瘫痪。临床以突然发生的一侧面部瘫痪，口眼歪斜为主症。

周围性面神经麻痹 其为茎突孔内急性非化脓性面神经炎引起的周围性面神经瘫痪。临床以突然发生的一侧面部瘫痪，口眼歪斜为主症。此外还可出现舌前2/3味觉障碍。

针灸如何治疗

中医认为，面神经麻痹多由风邪入中面部，痰浊阻滞经络所致，针灸治疗面神经麻痹已被临床广泛应用，其是以疏通面部经筋、活血通络为治疗原则。针灸治疗时，可选取穴位，阳白、颊车、地仓、颧髎、合谷穴为主穴，针对外感风寒所致面神经麻痹者，可配伍风池、列缺穴等穴位；针对外感风热所致者可配伍外关、曲池穴；针对气血不足者可配伍三里、气海穴等穴位；针对人中沟歪斜配伍水沟穴；针对鼻唇沟浅者，可配伍香穴；针对出现舌头麻、味觉减退者，可配伍廉泉穴；针对双眼闭合困难者可配伍攒竹、昆仑穴；针对出现流泪者，可配伍迎泣穴。

大部分面神经麻痹患者经过及时、准确治疗后可恢复。其中的特发性面神经麻痹大部分患者可在发病后2周~4周好转，3个月~4个月完全恢复。面肌完全麻痹患者，即使未接受任何治疗，70%的患者在发病6个月后可完全恢复。

如何预防

在日常生活中，人们要注意保暖、避免受凉；保持心情愉悦，不熬夜，有良好的作息习惯，适当进行体育锻炼，提高自身免疫力；饮食要低脂、低盐，禁忌烟酒，控制体重；有高血压病史者要积极控制血压，避免血压波动过大；有糖尿病病史者要积极控制血糖，做好糖尿病性神经病的预防工作；出门时要轻拍、轻按面部、耳后、颈部的一些重要穴位，增加自己的御寒能力；避免在人群多的地方滞留，以减少感染的风险。

另外，平时可以做些面部保健操，包括传统的面部按摩，主动或被动的按摩、热敷。建议用生姜、黄芪、白醋熬水，生姜可散寒解表，白醋可平温解表、散寒，黄芪可益气固本。此外，一旦患病后，在治疗期间要注意生活方式的改变，如果是在患病期间，特别是急性期，避免剧烈运动，避免吹风和强烈日照，避免持续性说话，说话要轻声低语，不能高声，说话不能时间太久，避免引起面部肌肉的进一步损伤，多静养对于面部的恢复较为有利。

一旦患上面神经麻痹，会给人们的生活带来很多不良的影响。日常饮食，可多食香菜、番茄、冬瓜、黄瓜、木瓜、苹果、菠萝等，这些食物能够帮助神经传导物质的合成，面神经麻痹患者应该适当进补。不宜吃辛辣、油腻食物，如辣椒、花椒、大葱、大蒜、肥肉、油煎、油炸食品、年糕、糍粑等，以免加重病情。及时补充钙及维生素B族元素，对面神经疾病有所帮助，钙不仅能对骨骼和智力有益，还能促进肌肉及神经功能正常。

(作者供职于广西壮族自治区河池市人民医院)

低剂量CT扫描知多少

□谢美玉

随着医学技术的不断发展，低剂量CT(计算机断层扫描)扫描在临床应用中取得了显著的优势。作为一种无创性检查方法，它不仅在诊断肺部疾病、肿瘤等方面具有高精度性，还能有效降低患者的辐射剂量。与此同时，低剂量CT扫描也面临着一些挑战。

优势

早期发现疾病 低剂量CT扫描可以对肺部、心血管等部位进行详细检查，有助于发现早期病变，为患者提供更多的治疗机会。

降低辐射剂量 与传统CT扫描相比，低剂量CT扫描使用的辐射剂量较低，减少了对患者的辐射伤害。研究表明，低剂量CT扫描在保证图像质量的前提下，可以降低辐射剂量约50%~90%。

无创性检查 低剂量CT扫描无需注射造影剂，避免了过敏等不良反应，对患者更为安全。

广泛应用于肺癌筛查 低剂量CT扫描被认为是肺癌筛查的有效手段。早期发现肺癌，有助于提高治愈率，降低死亡率。

提高诊断准确性 低剂量CT扫描可以对胸部、腹部等部位进行三维重建，提供更为准确的诊断依据。

挑战

设备和技术要求高 低剂量CT扫描对设备和技术要求较高，不是所有医疗机构都能开展。此外，低剂量CT扫描需要专业的医生进行解读，对医疗团队的专业素质有较高要求。

图像质量受限 由于辐射剂量降低，低剂量CT扫描的图像质量相对较低，可能在一定程度上影响病变的识别和诊断。

假阳性结果 由于低剂量CT扫描的广泛应用，部分患者可能会出现假阳性结果，导致过度诊断和治疗。

成本问题 低剂量CT扫描设备成本较高，检查费用也相对较高，可能加重患者负担。

辐射防护措施 尽管低剂量CT扫描的辐射剂量较低，但仍需采取严格的辐射防护措施，以降低患者和医生的辐射暴露。

必要性

低剂量CT扫描在肺部疾病的诊断能力上与常规CT扫描并无明显差异。尽管辐射剂量降低，但低剂量CT扫描在肺部小结节、弥漫性肺纤维化等疾病的诊断上仍具有较高的准确性。

低剂量CT扫描是早期筛查肺癌的重要手段。其对肺小结节和微小病变的检测能力较强，有助于发现早期肺癌患者。相较于常规胸片，低剂量CT扫描的清晰度和分辨率更高，降低了漏诊的风险。

对于已有肺部结节或长期吸烟等高风险人群，低剂量CT扫描提供了良好的检查条件。它可以准确地监测病灶的变化，为临床治疗提供依据。

可靠性

图像质量 低剂量CT扫描在降低辐射剂量的同时，通过对扫描技术的优化，保证了图像质量。它能够在肺部疾病的筛查中发挥重要作用，对于早期发现病变具有较高的可靠性。

辐射剂量 低剂量CT扫描的辐射剂量远低于常规CT检查，降低了患者在接受检查过程中的辐射暴露风险。据研究，低剂量CT扫描的辐射剂量仅为常规CT的1/10左右，这对于患者来说无疑是一个更好的选择。

临床应用 低剂量CT扫描在临床应用中具有较高的可靠性，尤其在肺部疾病的筛查和诊断方面。对于年龄在50岁以上、怀疑肺部有肿瘤性病变的中老年患者，医生建议采用低剂量CT进行检查，以便早期发现并干预。

经济效益 低剂量CT扫描不仅具有较高的可靠性，还具有较高的经济效益。因为它降低了患者的辐射剂量，减少了患者在接受检查过程中的风险，同时降低了医疗成本。

发展趋势

技术创新 低剂量CT扫描技术将不断优化和创新(如开发更高效的探测器、优化成像算法等)，以降低辐射剂量，提高图像质量。

人工智能的应用 通过引入人工智能技术，实现对低剂量CT扫描图像的自动分析与诊断，提高医生的工作效率，减少误诊率。

临床应用拓展 低剂量CT扫描将在更多临床领域得到应用(如肺癌、乳腺癌等疾病的早期筛查，心血管疾病的诊断等)。

低剂量CT扫描技术在临床诊断中具有广泛的应用前景，尤其是对于肺部疾病的筛查和早期诊断。在未来，随着医学技术的进一步发展，低剂量CT扫描技术有望在更多领域得到应用，为患者提供更安全、高效的诊断手段。

(作者供职于广西壮族自治区桂林市中医医院)

Hp感染治疗药物相关知识

□廖心慈

Hp(幽门螺杆菌)感染是一种感染性疾病，其与消化不良、胃炎、消化性溃疡和胃癌的发生密切相关。根除Hp感染可减轻胃黏膜炎症，促进溃疡愈合，降低胃癌发生风险。

抗Hp感染药物主要有抑酸药、铋剂、抗生素等。抑酸药通过提高胃内pH值，增加抗生素的稳定性，提高抗Hp疗效。铋剂通过破坏Hp的细胞壁，阻止Hp黏附于胃黏膜上皮和抑制Hp所产生的蛋白酶、尿酸酶和磷脂酶，从而发挥抗Hp功效。铋剂与抗生素合用有协同效应，可减少抗生素耐药风险。

根据中华医学会消化病学分会幽门螺杆菌学组发布的《2022中国幽门螺杆菌感染治疗指南》，Hp感染根除方案主要有：阿莫西林联合质子泵抑制剂(PPI)；PPI联合2种抗菌药物；PPI联合3种抗菌药物(阿莫西林、克

拉霉素和甲硝唑)。

下面主要介绍《2022中国幽门螺杆菌感染治疗指南》推荐作为幽门螺杆菌感染根除治疗首选的铋剂四联方案中抗菌药物、质子泵抑制剂、铋剂及含钾离子竞争性酸阻滞剂伏诺拉生的服用方法、不良反应及注意事项等。

抗菌药物 铋剂四联方案中推荐的抗菌药物组合如下：阿莫西林+克拉霉素、阿莫西林+左氧氟沙星、四环素+甲硝唑；阿莫西林+甲硝唑、阿莫西林+四环素。

阿莫西林最常见的不良反应是腹泻、恶心和皮疹；食物不影响阿莫西林的吸收；青霉素过敏及青霉素皮肤试验阳性患者禁用，对其他β-内酰胺剂(如头孢菌素、碳青霉烯类、单环β-内酰胺类)有严重的速发型过敏反应(如过敏反应)者禁用。

克拉霉素服用后的不良反

应有腹痛、腹泻、恶心、呕吐和味觉异常，通常为轻度。克拉霉素禁止与阿司咪唑、西沙必利、匹莫齐特、特非那定合用。一旦合用可能导致心律失常；禁止与麦角胺或双氢麦角胺合用，否则可能导致交感神经中毒；禁止与口服避孕药合用；禁止用于室性心律失常史的患者、电解质紊乱患者及伴有肾功能不全的严重肝功能不全患者。

左氧氟沙星服用后应补充足够的水分，以防止尿中药物浓度过高；妊娠及哺乳期妇女、18岁以下患者禁用；致残或潜在的不可逆的严重不良反应，包括肌腱炎和肌腱断裂，周围神经病变，中枢神经系统的影响；避免过度暴露于光源下，发生光敏反应/光毒性反应时应停药。

四环素服用时应饮用足量(约240毫升)水，避免食道溃疡和减少胃肠道刺激症状。四环

素可致肝毒性，通常为脂肪肝变性；建议服用四环素期间，不要直接暴露于阳光或紫外线下，一旦皮肤有红斑应立即停药。四环素可在任何骨组织中形成稳定的钙化合物，导致恒牙黄染、牙釉质发育不良和骨生长抑制，故8岁以下小儿不宜使用。

甲硝唑可能会使尿液变黑。对酒精的双硫仑样反应与口服甲硝唑有关，包括腹部痉挛、恶心、呕吐、头痛或潮红，停用甲硝唑3天内不能饮用酒精或含有丙二醇的产品。如果出现头晕、嗜睡、幻觉、抽搐或意识混乱、短暂的视觉障碍，建议不要驾驶或操作机械。

质子泵抑制剂 铋剂四联方案中的标准剂量PPI包括奥美拉唑、艾司奥美拉唑、雷贝拉唑、兰索拉唑、泮托拉唑、艾普拉唑。

铋剂 不同铋剂的用法略有区别。枸橼酸铋钾片服药期间口内可能带有氨味，并可使舌

苔及大便呈灰黑色，停药后即自行消失；偶见恶心便秘；牛奶和抗酸药可干扰本品的作用，不能同时服用；严重肾病患者及孕妇禁用。其他铋剂还有胶体果胶铋、胶体酒石酸铋等。

含钾离子竞争性酸阻滞剂 重要不良反应(频率未知)有休克、类速发过敏反应、全血细胞减少、粒细胞缺乏症、白细胞减少、血小板减少、肝功能损害、中毒性表皮坏死松解症、史蒂文斯-约翰逊综合征、多形性红斑、严重的结肠炎伴血便如艰难梭菌相关性腹泻。正在接受阿扎那韦或利匹韦林治疗的患者禁用。治疗期间，如有肝功能异常证据或出现提示肝功能不全的体征或症状，应采取包括停药在内的适当措施。

(作者供职于广西壮族自治区南溪山医院药学部)