

宋涛◎主编

——家庭医疗保健经典——

家庭 医疗保健

JIATING YILIAOBAOJIAN



辽海出版社

宋涛◎主编

——家庭医疗保健经典——

家庭 医疗保健

JIATING YILIAOBAOJIAN

(中)



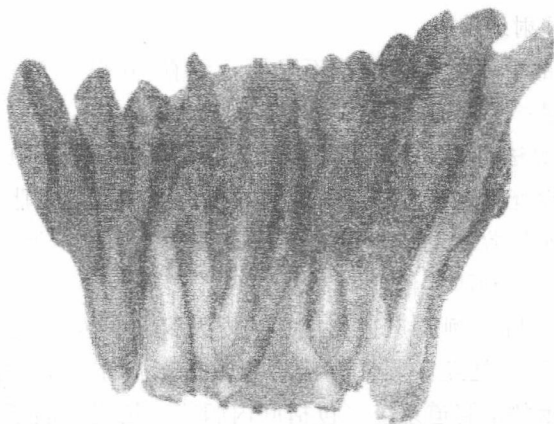
试验饮食

要明确一些疾病的诊断，就需做必要的检查，而有些检查前，需限制某些食物，以保证该检查的准确性。

1. 胆囊造影饮食。对于胆囊造影病人，需要进高脂肪饮食，这是由于脂类食物进入十二指肠后，刺激肠黏膜，产生胆囊收缩素，引起胆囊收缩和排空，以协助检查。做胆囊造影时，在检查的前一日中午进食高脂肪餐，使胆囊排空，晚餐进无脂肪饮食，次晨摄片（早餐禁食）。如显影良好可吃脂肪餐，用烹调油 40 克煎鸡蛋食用，半小时至一小时后再摄片观察胆囊收缩情况。

2. 潜血试验饮食。大便潜血试验可以诊断胃肠道有无出血。潜血试验前三天内应禁食肉类、肝类、血类食物，含铁剂药物及大量绿叶蔬菜，尤其是菠菜，以避免影响对检验结果的判断。可进食豆制品、菜花、马铃薯、大白菜等。

3. 忌碘饮食。甲状腺机能亢进的病人检验甲状腺吸 ^{131}I 测定及碘治疗时，在检查或治疗前一月，忌用含碘量高的食物如海带、紫菜、包心菜等。碘酒作局部消毒也禁用，以防碘的吸收。



其他护理

1. 为了避免影响病人进食时情绪，一切不急需的治疗和检查在饭前半小时应停止，如打针、服药等。

2. 协助病人大小便，洗手，扶助老弱病人坐起后再就餐。饭

前漱口，尤其是高热病人，以除去口内异味。

3. 应耐心的给自己不能进食的病人喂食，如为流质，可用小壶或麦管吸吮。食欲不好的病人，要耐心说服、宣传饮食营养对治疗的作用，鼓励其进食，同时要调换口味增进其食欲。

4. 过度疲劳入睡的病人，可在睡后再吃饭，因这时更为需要的是睡眠而不是饮食。

5. 饭菜要注意保温，在冬天更应给病人吃热菜热饭。

6. 必须严密消毒传染病人用过的食具。

胆道系统检查及护理

一、B型超声波检查

属无创伤性检查，其图像清晰、分辨率高，是一种安全、快速、简便、经济而准确的检查方法，是胆道疾病首选的检查。适用于胆道结石、肿瘤及囊性病变的诊断和阻塞性黄疸的鉴别诊断。由于受肠道内积气的影响，在检查前应禁食 12 小时、禁饮 4 小时，以保证胆囊、胆管内充盈胆汁，并减少胃肠的内容物和气体的干扰。

二、X 射线检查

1. 腹部平片胆固醇结石不显影，约有 10% ~ 15% 的胆囊结石因含有足够钙质而显影。

2. 口服法胆囊造影口服三碘化合物碘番酸做造影剂，拍片检查。用于检查胆囊有无结石、肿瘤或息肉等病变，进脂肪餐后还可了解胆囊的收缩功能。但它受许多因素的影响，准确率较低，目前已渐被 B 超所替代。

3. 经皮肝穿刺胆道造影（PTC）及经皮肝穿刺置管引流术（PTCD）PTC 是经穿刺针直接将胆道造影剂注入肝内胆管，能清晰地显示整个胆道系统（包括肝内胆管）情况，能了解胆管内病变部位、程度和范围，有助于黄疸的鉴别。此方法操作简便，显示清晰，不受肝功能减退或黄疸的限制，临床上逐渐替代静脉胆道造影。但 PTC 是一种损伤性检查方法，可能会出现胆汁外漏、出血、气胸及急性胆管炎等并发症。

4. 经内镜逆行胆胰管造影 (ERCP) 通过纤维十二指肠镜观察十二指肠乳头区的病变, 并经乳头开口处插管至胆管或胰管内, 再经导管注入造影剂行逆行造影, 以显示胆胰系统, 鉴别肝内、外胆管梗阻的部位和病变范围, 不受肝功能影响。适用于胆道结石、肝内外胆管扩张及梗阻性黄疸的检查。目前还通过十二指肠镜切开乳头和 Oddi 括约肌或插管至胆管内行取石和引流术。但它可诱发急性胰腺炎、胆管炎、消化道穿孔和心脏意外等并发症。

5. 低张性十二指肠钡餐检查

利用抗胆碱药物抑制十二指肠蠕动, 当其松弛后, 即进行气钡双对比检查。可显示十二指肠黏膜上较小的病变, 有助于鉴别胆管下端癌性和结石性梗阻。

三、十二指肠引流

放置导管至十二指肠内, 注入硫酸镁, 松弛胆总管 Oddi 括约肌, 并使胆囊收缩, 分别收集胆总管、胆囊和肝胆管内的胆汁。检查胆汁色泽、透明度、浓度, 镜检有无胆固醇结晶、脓细胞、异常细胞、虫卵和细菌等。

四、CT 检查

可将肝、胆、胰等脏器的占位病变作出较准确的判断。不受十二指肠气体遮盖的影响, 对胆总管下端病变的显示优于 B 超检查。是一种无损伤性诊断方法, 安全、准确。

五、核素扫描

使用 99 米锝一 EHIDA 等静脉注射, 然后用 γ 相机连续摄影, 可动态观察肝内外胆道系统和肝脏的病变, 有助于黄疸的鉴别诊断。方法简便, 对患者无损害, 适用于黄疸患者。

肝包虫病的临床表现

肝包虫病患者多有流行病区居住史及与狗、羊等动物接触史。主要表现是逐渐增大的右上腹包块, 查体时见肝肿大及肝浊音界增宽。

初期多无明显症状, 当囊肿增大到一定程度时, 即可出现压

迫症状：

1. 压迫胃肠道有上腹部胀痛不适、食欲减退、恶心呕吐等。
2. 压迫膈肌或穿破人胸腔可有气促、咳嗽等。
3. 压迫胆管可引起阻塞性黄疸。
4. 压迫门静脉可形成腹水、脾肿大等。
5. 当囊肿破裂时，有突然腹痛、发热，可伴皮肤瘙痒、荨麻疹、腹泻等过敏反应，甚至发生过敏性休克。
6. 当继发细菌感染时，则有类似细菌性肝脓肿表现。

通过做包虫囊液皮内试验、补体结合试验、X线及超声波检查均可协助诊断。但应注意严禁作诊断性肝穿刺，以免囊液外漏。

影响健康的环境因素

人类的一切活动都离不开环境，环境的质量与人类的健康有密切的关系，影响人健康的环境因素有：

1. 污染

①大气污染

②水污染：[水污染对人健康的影响]

③土壤污染

④噪声污染

2. 气温 持续高温可导致中暑，还可导致肾脏、循环系统疾病及中风。极冷可引起呼吸道疾病和冻伤。

3. 辐射 辐射包括日光、医疗诊断X线、治疗辐射、原子能和放射性同位素机构排放的放射性物质、电磁波通讯设备、电视塔等。辐射下易造成灼伤、产生皮肤癌及一些潜在的危害。

4. 现代的生活条件城市居住条件、紧张的生活节奏和现代高级食品、饮料等均对人的生理、心理造成不同程度的伤害。

体温测量方法及注意事项

1. 检查体温计完好性及水银柱是否在35度以下。
2. 口腔测温。口表水银端置于患者舌下部位，闭口3分钟，取出。

3. 直肠测温。肛表用油剂润滑水银端后轻轻插入 3~4 厘米，3 分钟取出。

4. 腋下测温。先擦干腋窝下汗液，体温计水银端放腋窝深处，紧贴皮肤，屈臂过胸，加紧体温计，5~10 分钟取出。建议院外用此法。

5. 用浸有消毒液的纱布擦净使用过的体温计看读数。

注意事项：

1. 精神异常、昏迷、婴幼儿、口腔疾患、口鼻腔手术、呼吸困难、不能合作者不可采用口表测温。

2. 进食、吸烟、面颊部冷热敷后应间隔 30 分钟方可用口表测温。

3. 直肠疾病或手术后、腹泻、心梗患者不宜从直肠测温，热水坐浴、灌肠后需待 30 分后可直肠测温。

4. 婴幼儿、精神病患者、躁动病患者测直肠温时护士需手持肛表，以防体温计断裂或进入直肠，造成意外。

5. 体形过于消瘦者不宜用腋表，患者淋浴后 30 分钟方可测腋温。

小儿感冒用药应取精华

儿童，尤其是婴幼儿，其身体发育不成熟，因此对药物的反应与成人有显著差别，即使在不同年龄组儿童中，对药物反应也有一定差异。儿科用药是否合理直接关系到儿童健康成长，就用药剂量的而言，儿童量绝不是成人量的按比例缩减。此外，药物还必须符合儿童特点如使用方便、口感较好等。

婴幼儿鼻腔相对较短，随着颅骨的发育及出牙，鼻道逐渐加长加宽，直至 4 岁发育完全。婴幼儿气管及支气管管腔相对狭窄，柔软，缺乏弹性组织，鼻腔没有鼻毛，呼吸道由于腺体分泌不足而较干燥，纤毛运动差，不能有效地清除微生物，加之儿童呼吸道黏膜柔软，富含血管，故易受感染。感染时由于鼻黏膜充血、肿胀及分泌物增加，使狭小的鼻腔更加狭窄，甚至鼻塞。由于婴幼儿不习惯张口呼吸，故鼻塞会引起呼吸困难。而呼吸困难

常导致婴幼儿拒绝吃奶及烦躁不安。

保持呼吸道通畅及合理应用抗菌药物是治疗小儿呼吸道感染的重要措施。祺尔百服宁可明显减轻儿童感冒的主要症状,适用于2~11岁儿童。4种药物组成可发挥解热、镇痛、减轻鼻黏膜充血、水肿,镇咳及抗过敏的作用,并克服单一药物在感冒治疗中的不足,使药物在剂量适中的情况下充分发挥综合性治疗作用。溶液剂型口服后吸收较快。百服宁可用于0~3岁婴幼儿感冒患者,使患儿体温下降,呼吸道症状明显改善。滴剂型可方便喂服及控制剂量。

负压引流管的护理

1. 保持引流管通畅

患者回病房后先检查引流管的数量及位置,负压引流管保持负压状态,保持引流管通畅,维持有效的引流,负压太大易引起引流管吸附于组织上,造成软组织损伤、引流不畅而引起切口内积血,增加感染发生率。防止引流管受压、扭曲、堵塞(一般术后1小时挤捏一次引流管,挤压方法:护士站在患者体侧,双手握住距插管处10~15厘米的排液管,挤压时两手相接,后面的手用力捏住引流管,使引流管闭塞,用前面的食指、中指、无名指、小指指腹用力、快速挤压引流管,使挤压与手掌的反作用力恰好与引流管的直径重叠),当引流管堵塞时可用手挤压胶管或用注射器冲洗,若引流管漏气,及时处理,预防并发症发生。

2. 做好引流管的固定

妥善固定引流管,防止其脱落,在搬运和翻身过程中,不应予别针固定,可在床边两侧固定一段绷带再将引流管固定在绷带上,这可增加患者的活动度,固定的高度均要低于引流口20~30厘米,应向患者及家属说明放置引流管的目的、重要性,强化医疗安全意识,防止高龄患者及麻醉未清醒患者将引流管拔除,若发现引流管脱落及时与医生联系,给予处理。

3. 观察引流液及性质

观察引流液的量、颜色、性质,认真记录并做好交班。(在

临床中负压引流袋的刻度有误，记录时要将引流液置入量杯中测量再记录，以保证出入量的准确性），引流物为浓稠的血性液体；24 小时后引流液一般在 50 毫升以下，引流物为稀薄的淡红色液体。若引流量过多，颜色鲜红，可能有出血征象；若引流量过少可能是管道堵塞或有受压、扭曲、漏气发生，应仔细观察并及时处理。脊柱手术引流液若呈淡黄色清亮，且病人出现头痛、恶心时提示有脑脊液漏，应立即报告医生及时处理。

4. 保持无菌密闭

经常检查引流管各连接处，确定其连接紧密，要防止漏气或脱落造成逆行感染

5. 拔管指征

拔管时间一般视引流量而定，一般 24 小时内引流量少于 50 毫升即可拔管，置管时间最长不超过 1 周，拔管时应严格按照无菌操作规程，防止逆行感染，引流管拔出后适当按压引流管周围的皮肤，以排除皮下积血。

秋季冷水洗浴有讲究

秋季可谓锻炼的好时节，有专家提醒说，秋天天高气爽，气温、水温、人体的温度都比较接近，冷水对人体的刺激较小，如果此时开始冷水浴锻炼有助于提高人对环境变化的适应能力，提高心血管系统的功能，让人更容易适应以后的气候变化。但是在洗浴时，也要注意一些讲究。

“冷水浴有明显的保健作用，它可以加强神经的兴奋功能，使得洗浴后精神爽快、头脑清晰。”交大二附院心血管内科的张超英大夫表示，如果人体经常受冷水刺激，肌肉就会紧张收缩，并迅速做出抵御，从而增强人体对温度变化的适应能力，增强机体免疫功能。可预防伤风感冒等上呼吸道感染，增强人体对疾病的抵抗能力。如果从秋天开始冷水浴，一直坚持下去，对冬季人体适应寒冷的能力及预防感冒大有裨益。

“每次冷水浴时间不能过久，水温不能过低。”张大夫解释说，在洗冷水浴时，水温最好在 15 度左右为宜，洗浴时间保持

在 15 分钟左右最好。

另外，在洗浴之前，先要做相应的热身运动，可提前用手揉搓皮肤直到发热为止。洗澡时，可先往四肢部位洒水，让身体适应后再开始洗。

需要注意的是，发热者及酒后，体质虚弱，妇女经期不宜冷水浴。进行冷水浴时也不能在空腹或饭后进行，进行冷水浴时若出现寒战不止、皮肤起鸡皮疙瘩，甚至头晕不适等症状，应立即停止。患有冠心病、急性肝炎、严重高血压、活动性风湿病及高烧的病人不宜进行冷水浴。另外，在进行冷水浴锻炼时，如果出现失眠、体重减轻、身体不适和食欲下降等情况时，应停止冷水浴。

入秋谨防前列腺炎复发

天气转凉人体交感神经兴奋性增强，使前列腺腺体收缩、腺管和血管扩张，造成慢性充血，从而使尿道内压增加，严重时可引起逆流。尿道情况的变化会加重前列腺液的淤积，导致前列腺疾病发作，出现尿频、尿急、尿痛，会阴、睾丸疼痛等症状。

所以，每到气候转冷的时候，男人更要保护好前列腺。尤其是中青年男性，更是前列腺疾病的高危人群。中青年时期正是男性功能旺盛期，前列腺长期充血会使细胞的代谢受到影响，引起细胞对细菌抵抗力的下降，以致细菌乘虚而入。

中青年时期也是前列腺分泌最旺盛的时期，不良生活习惯使机体抵抗力低下或其他部位发生感染，病原体很容易侵入前列腺，危害前列腺健康。

秋天护“腺”须知

立秋后保护前列腺，男人应该遵循的原则：一是多饮水。天气变冷之后，许多人的饮水量减少，而饮水减少会使尿液浓缩、排尿次数减少，对前列腺及其他脏器带来不利影响。一般人每天饮 2 升以上的开水，即可以通过排尿达到冲洗尿道、促进前列腺分泌物排出，预防前列腺感染的目的；二是尿急时莫“忍”。尿急时能忍就忍，这极易造成尿液反流，给高位脏器（肾脏和输

尿管)带来危害,甚至造成肾功能衰竭;三是戒掉烟酒、辣。酒、辣椒等食品以及吸烟,均对前列腺和尿道有刺激作用,可引起短暂的会阴部不舒服,还可引起前列腺和膀胱颈的充血、水肿,造成前列腺抵抗力降低;四是局部保暖要到位。一些追求时尚的男性,为了得到良好的形体效果,往往穿得较少,忽视了对前列腺的保暖,容易诱发前列腺疾病或加重原有病情。局部保持温暖的环境可使前列腺和精道的腔内压力降低,平滑肌纤维松弛,减少出口阻力,使前列腺引流通畅。保暖还可以减少肌肉组织收缩,使前列腺充血、水肿状态得到恢复;五是饮食上及时补充身体营养。微量元素锌可以增加前列腺的抗感染作用;六是避免久坐。经常久坐的男性前列腺负担较重,因此男性应尽量避免久坐;七是夫妻生活要适度。适度的夫妻生活不仅促进夫妻感情,还有利于男性前列腺健康;八是要加强锻炼。天气转凉,更应该坚持适当的体育锻炼。

每天使用牙线可防中风

研究发现,牙齿对心脏的危害一点也不亚于高血脂,为了降低心脏病和中风的风险,美国衰老学的有关专家建议,最好每天坚持使用牙线清洁牙齿。

临床发现,经常患牙髓炎、牙周炎的人,心脏病的发病率也会增加。彻底清洁牙齿是预防龋齿和牙周疾病的重要措施,与其他洁齿用品相比较,牙线能更方便有效地剔除牙缝里的残留物和牙齿邻面上的菌斑。

使用牙线时,取约 30 厘米长的牙线两端打结成一个圆形,将牙线缠绕在左右手中指上,用食指与另一只手的拇指绷紧牙线,切入牙间隙,紧贴牙面成“C”字形,缓缓地从牙根向牙管方向移动,每个牙面剔刮 4~6 次,即可清除覆辙在牙面上的牙垢和菌斑。

值得提醒的是,使用牙线不要用力过大,以免损伤牙龈;每清洁一个牙齿间隙要移动一段牙线,这样就能始终使用清洁的牙线洁净牙面。

孕妇阴道出血急救常识

孕妇阴道出血，无论是只出了一点点血或者是失血很多，都要立即与医生联系。在没有见到医生时要尽量躺下来休息。

1. 症状：怀孕已 28 个星期以上，阴道忽然出血。

可能：有早产的可能，也可能是胎盘脱落，或者是阴道、子宫出血。

处理：立即去看医生。少量出血可能无关紧要。如出血过多，为了母子的安全，必要时医生可能要采取催生措施，或用剖腹产将胎儿取出。

2. 症状：在怀孕 3 个月左右，发生阴道出血，腹痛并有不寻常的背痛。

可能：流产或子宫外孕。

处理：立即去看医生。如诊断是子宫外孕，要施手术终止怀孕。

3. 只是阴道出血，并无其他症状。

可能：流产或是阴道、子宫出血。

处理：去看医生。

4. 症状：在怀孕的头 3 个月内，时有少量出血。

可能：孕妇分泌的雌激素及黄体酮不足，先兆流产。

处理：卧床休息，等血止了再去看医生。如医生诊断是孕妇的性激素分泌不够，会用性激素安胎。

做好老年人的心理护理

对老年的界定有生物学和心理学标准之分。生物学认为，老年就是身体的各个生理系统逐渐失去自我更新能力的生命时段；而心理学认为，老年人解决问题的能力、理解、学习以及在常态和应激情况下的情绪反应等能力下降，老年人对社会各方面的压力和对环境的适应能力均减退的年龄时段。

(1) 保持积极的生活态度。有位心理学家说过，“感觉是一种主观东西，而生活就是一种感觉。人以什么样的态度感觉它、对待它，它就以什么样的姿势回报你，只要你热情、积极、乐

观、进取你的生活就将充满阳光。”宜兴善卷洞中有一个钟乳石，从这方面看像骏马，而从另一方面看又像只绵羊。生活中的事情也如此。从一个角度看，用积极的观念看就可发现其积极的意义，从而使人走出心理困境。把半空的玻璃杯看成半满的，这对于我们的生活是十分有利的。

(2) 活到老学到老。要防止心理老、空虚和无聊，首先需让老年人具有好奇心和上进心。好奇心是追求新事物、学习新知识的心理动力，启发好奇心的有效措施是组织老年人学习。老年人要了解自己在生理及心理上可能发生的诸多变化及适应方法。对老人易患疾病、意外事件以及心理困扰也要有认识，然后才能自我预防和治疗。所有的了解和认识都是学习和结果。据研究，适度的学习对延缓衰老，尤其是延缓心理衰老很有益。

(3) 老有所用、老有所乐。虽然生老病死是不可抗拒的自然规律，人在生理上应服老、不要做自己力不能及的事，但在精神上不能服老、怕老，要老当益壮，老有所用。老人可做一些力所能及、自己擅长而又不很紧张的工作，使精神有所寄托，人生价值得以体现。劳动，包括脑力劳动，能锻炼神经系统，而游手好闲对神经系统有害。一些健康有趣的爱好，如书法、绘画、摄影、集邮、钓鱼等，都能使人老有所乐。

(4) 维持良好的人际关系。许多影视作品中“老玩童”的形象，相信大家是不陌生的。确实，具有一颗天真烂漫的童心，保持朴素纯真的感情，对维持老人的健康、延缓其衰老是非常重要的。民间也有“苦要好，老做人”的俗话，说明老年人要和晚辈和睦相处，不倚老卖老、以老压小，乐于接受现在的“被领导”地位是关键所在，同样，家庭和社会上的其他成员尊敬老人，满足他们合理的各种需要，也是做好老年人心理保健的必要条件。

四肢骨折的家庭护理

由外力、暴力所致骨折多见，病理性骨折少见。骨折后局部肿胀，疼痛，畸形，功能活动障碍。开放性骨折常造成骨外露，

甚至并发神经、血管损伤，有的合并胸腹部损伤。

家庭护理要点

1. 急救护理原则。(1) 先判断伤情就地抢救；(2) 妥善处理伤口。(3) 给予简单肢体固定再送医院治疗。若合并有颅脑、胸、腹、骨盆伤，即送医院先抢救生命，而后再进行骨折处理。

2. 骨折处理先将骨折部位用木板（或木棒，竹片等）固定，防止搬运中再度造成局部损伤。若系开放性骨折，需保护局部清洁，以免造成感染，加重病情。

3. 经医院手术或手法复位为功能位，用夹板或石膏固定后，要注意观察肢体温度、感觉、有无肿胀、颜色有无发紫现象。特别是 24 小时之内严密观察尤为重要，切忌马虎，以免造成残废。

4. 恢复期护理

(1) 肱骨踝上骨折是指肱骨踝与肱骨干交界部位发生骨折。儿童期多见。主要症状为肿胀明显，皮下淤血，疼痛，活动受限。主要的护理：①多为手法复位后，骨折部位用石膏或夹板固定为功能位，要保持功能位置。注意指端血液循环，若固定过紧造成缺血，可出现剧烈疼痛，挠动脉搏动消失或减弱，末梢循环差，手部皮肤苍白发凉，被动伸直手指时引起前臂剧烈疼痛，应及时到医院处理。解除绷带、敷料及外固定物，完全暴露伤口，血液循环恢复，上述症状可消失。除特殊情况外，自己不要处理，以免造成骨折再移位，影响治疗效果（详见本节四（四））。②注意手、肘关节功能锻炼。③若系开放性骨折，注意保护无菌伤口，防止感染。

(2) 尺桡骨骨折多见于青少年，开放性骨折发生率高，外力作用跌倒时手着地而致骨折。骨折后局部有明显肿胀、淤痛、畸形、压痛、活动受限，或有骨摩擦音。调线证实骨折具体部位与性质，即可确立诊断、治疗。

①手法复位或内固定（开放性骨折清创后行内固定）后，注意观察指端血液循环，有无肿胀。特别注意观察指端皮肤颜色，如有青紫，应及时到医院请医生处理，以免造成神经与血管损伤，导致残废。

②如手术切开复位和内固定，保持无菌伤口清洁，防止污染。造成感染则影响愈合。

③注意肘关节、手指关节功能锻炼，防止关节僵硬，影响功能。

(3) 挠骨远端骨折跌倒前臂旋前、腕部后伸，手掌着地造成骨折，多见于中、老年人。骨折后局部肿胀、瘀血、疼痛、功能障碍。

①手部外伤后，及时到医院做调线检查，确定骨折部位，复位后用石膏或夹板固定。注意指端血液循环，一般固定3~4周。有移位的骨折，固定4~6周。在石膏、夹板固定期间，注意肩、肘关节活动。指关节可做轻微被动活动，后期可自主活动。

②石膏、夹板固定期间，局部皮肤发痒，可用50%酒精局部轻轻擦拭，消除痒感，防止用手抓痒，以免抓伤，引起感染。

③切忌自行打开石膏与夹板，以免移位，造成畸形愈合，影响功能，甚至造成残废。

(4) 股骨干骨折，股骨受直接暴力后致骨折。局部肿胀、疼痛、活动异常，功能障碍。骨折后即送医院进行检查、复位，骨牵引治疗。儿童常用皮肤牵引治疗4周，成人需要8~10周。护理要点为：

①恢复期主要是进行股四头肌运动。膝关节、踝关节功能锻炼，每次10~15分钟，每日3~4次。

②合理饮食，补充钙质，维生素类食物，必要时服用钙片。

③定时到医院做调光片复查，观察骨折愈合情况，确定能否下地负重。

(5) 股骨颈骨折是指股骨头与股骨粗隆之间的一段骨骼发生骨折。多见老年人。伤后患肢不能站立，髓关节疼痛，肢体缩短，患肢呈伸展位和外旋位。局部有叩击痛，被动活动时髓关节疼痛加重。有少数病人骨折后症状不是特别明显，但行走困难，应考虑有骨折的可能。

治疗常采取手法复位、手术内固定。股骨头粉碎性骨折或股骨头坏死，则需做股骨头置换手术。内、外固定都需要卧床休息

4~6周,甚至更长时间,一般需要3~6个月后可行走。但必须有调射线照片证实骨折处完全愈合。

主要护理如下:

①合理饮食,预防骨质疏松、多食高钙、高磷的食品,如牛奶、鸡蛋等。平时多活动,但要特别注意安全,防止跌倒。参加户外活动,要注意晒太阳,补充维生素D,可预防骨质疏松。

②术后取平卧位,抬高患肢置于轻度外展位,睡觉时仰卧位两腿之间放一枕头,不做盘腿内收或外旋动作,防止内固定的三翼钉脱出。术后在护士的指导下,正确做患侧股四头肌收缩和放松,踝关节伸展活动,掌握方法后可自行坚持每日3~4次锻炼。但要特别注意保持患肢的正确体位,骨折处未愈合不要负重。

③3个月后在他人保护下扶拐或助步器下地活动,每日3~4次,注意患肢仍不要负重。6个月后,调光照片检查,证明骨折线消失,骨愈合牢固,可弃拐行走,患肢开始负重。但仍应注意保护患肢不受意外伤、跌倒等。

④卧床期间防止感冒,防止发生肺炎及泌尿系感染。

⑤注意骨突出处皮肤保护。防止压伤,每日可做3~4次局部皮肤按摩,增强皮肤抵抗力。必要时骨突出处用气垫、棉垫圈等保护。

⑥重视病人心理疏导,消除怕站不起来,不能行走的顾虑,取得病人配合,使其主动坚持锻炼。加强防病知识的了解,增强防护意识,防止意外跌倒致伤和骨折,尤其是老年人更应特别注意行走安全。

(6)胫腓骨骨折,多因直接外力所致,多发生在青壮年和儿童。症状仍为肿胀、疼痛、功能障碍。骨折后即送医院治疗。

恢复期护理主要是膝关节、踝关节功能锻炼,防止长期石膏或夹板固定;造成膝、踝关节活动障碍(强直)而影响功能。并要注意补充含钙质多的饮食,必要时补充钙剂。

治疗老年抑郁的诀窍

标准的抗抑郁治疗对三分之一的老年抑郁患者无效。高龄、

既往多次发作、认知缺损、躯体状况不良、焦虑及睡眠障碍等，往往预示可能会出现治疗失败。此外，患有脑器质性疾病和静息性脑梗塞的老年抑郁患者，其预后尤其差。

治疗后，对难治性病人进行系统的再评估，在临床上尤为重要。一般来讲，应从药物的剂量、疗程、依从性等方面评估治疗是否恰当、充分。许多心理及生物学因素也可影响维持治疗，如与社会隔绝、与护理者关系差、甲状腺机能异常和顽固性疼痛。经过评估，如果既往已接受充分治疗，而且不存在或已经消除了影响维持治疗的因素，就可确定患者为难治性抑郁症，对这类患者目前可选用的治疗方案有：

电休克疗法

一项开放研究比较了电休克疗法与去甲替林联合奋乃静治疗伴发精神病性症状的老年抑郁患者的疗效。药物治疗 6 周后，无效的病人加用锂盐。结果显示，电休克疗法组有效率达 88%，而药物组只有 50%。Forkerts 等对比了帕罗西汀与电休克疗法对难治性老年抑郁患者的疗效，结果显示，电休克疗法组有效率达 71%，而帕罗西汀组仅为 28%。因此，对难治性和（或）伴有精神病症状的老年抑郁症患者，电休克疗法疗效显著。

换用不同类型的抗抑郁剂

开放性研究表明，单胺氧化酶抑制剂（MAOI）苯乙肼对难治性抑郁的有效率达 65%。对使用其他抗抑郁剂无效者，文拉法辛的有效率达 70%，去甲替林的有效率为 40%。在合并躯体疾病的老年患者中，与安慰剂相比，哌醋甲酯的有效率为 44%，MAOI 类药物司来吉兰有效率为 50%。

抗抑郁剂合并其他增效剂

临床研究显示，对 65 岁或 65 岁以上的老年患者，三环类抗抑郁药和 5 羟色胺再摄取抑制剂联合治疗效果明显（有些病人还可加用锂盐）。有学者提出一个“序贯”治疗方案：对那些去甲替林无效的患者，合并锂盐治疗；如疗效仍不佳，换用苯乙肼替代，然后再合并锂盐；最后换用电休克疗法或氟西汀治疗。采用上述方案的总有效率为 84%，排除脱落病例后的有效率可