

孕妇常运动，生娃倍轻松！

濉溪县医院妇产二科

近期，一位女明星的微博吸引了笔者的注意力。

怀孕近 36 周，依旧坚持运动，打破了许多人对孕期不能运动的误解。传统观念认为女性孕期应该好好静养，等待分娩。随着经济水平和生活质量的提高，许多传统观念也在发生转变。

那么孕妇到底需要不需要运动？从事什么运动对她们来说是安全的？运动对分娩方式、分娩时间和早产各有什么样的影响？世界各国的妇产科学专家对此进行了详尽研究。

孕期运动，不会增加早产风险

2016 年发表在《美国妇产科杂志》上的一项研究观察孕期运动是否与婴儿早产有关，结果发现，**孕期运动是安全的，并不会增加早产风险。**

正常体重妇女在怀孕期间的运动与早产风险：随机对照试验的系统回顾与梳理分析

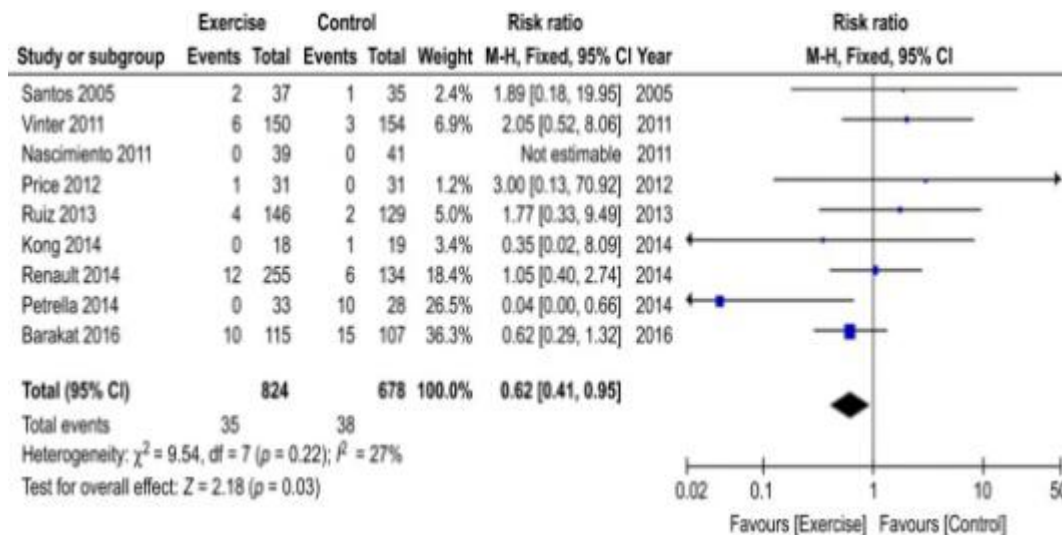
过去，许多女性在怀孕期间被禁止进行剧烈运动，担心运动会增加早产风险。

而论文作者之一 Vincenzo Berghella 教授认为：这种观念可能是由于运动能够促进去甲肾上腺素的释放，而去甲肾上腺素是一种能刺激子宫收缩的化学物质，进而导致早产。然而，大量的研究证实，**孕期运动并不会对婴儿造成损伤，并且对母亲和婴儿都有好处。**

研究团队选取了 9 项随机对照研究中的数据资料，孕妇被分为两组，共有 2059 名孕妇纳入了分析。纳入对象均为单胎、体重正常，无特殊疾病的孕妇。大约半数（1022 名）孕妇每次可运动 35~90 分钟，每周 3~4 次，并且持续了 10 周或直至分娩。剩余（1037 名）孕妇在怀孕期间没有进行任何运动。

分析结果显示：两组孕妇在早产率方面并无显著差异，但是孕期运动的女性更容易顺产（73.6%的孕期运动者顺产），这一比例在不运动的孕妇中为 67.5%。同样，孕期运动的女性剖宫产的比例较低（17.9%），而这一比例在不运动的孕妇中为 22%。此外，**孕期运动的女性其妊娠糖尿病和高血压的发病率也较低。**

图 1：运动组和非运动组孕妇早产风险比较



这项研究成果支持了美国妇产科医师大会（ACOG）目前的指导原则。但是，也有部分孕妇由于情绪因素或是心理上的担忧而不愿运动。因此，孕期运动应量力而行。

多运动，更容易顺产

2017年发表在《英国医学期刊》（BMJ）上的一项研究成果认为，孕妇应当把锻炼融入日常生活，对婴儿和孕妇双方都有益处。

基于饮食和体育锻炼的孕期干预对妊娠期增重及妊娠结局的影响：随机试验中个体参与者数据的梳理分析

研究作者，来自伦敦玛丽女王大学的 Shakila Thangaratinam 教授等人发现，在怀孕期间锻炼不仅对胎儿安全，而且孕妇剖宫产风险降低约 10%。

目前在英国，有约 1/4 的婴儿是通过剖宫产分娩的。虽然这种分娩方法被认为非常安全，但也存在并发症的风险：如感染、出血过多、对周围器官造成潜在危害。

研究人员评估了过往 36 项临床试验的数据，共涵盖了 16 个国家 12526 名孕妇。分析结果显示，在怀孕期间遵循量身定制的饮食和锻炼建议的女性剖宫产风险较低；患上妊娠糖尿病的风险也降低了 24%。

具体来说，饮食方面的建议包括限制对含糖饮料的饮用、改喝低脂乳制品和多吃果蔬；锻炼方案包括参加有氧课程班、散步和在健身房里骑固定自行车等。

与其他孕妇相比，合理安排饮食与体育运动相结合的孕妇其平均体重增长量要比前者轻 0.7 公斤，自然分娩的可能性也较大。

表 1：饮食和体育活动干预对妊娠期增重的影响

Outcomes	No of studies (No of women)		Intervention		Control		Mean difference (95% CI)		I ² (%)	
	IPD	IPD and non- IPD	IPD	IPD and non- IPD	IPD	IPD and non- IPD	IPD	IPD and non-IPD	IPD	IPD and non- IPD
Overall	33 (9320)	81 (17 530)	10.1 (5.4)	10.6*	10.8 (5.4)	11.5*	-0.70 (-0.92 to -0.48)	-1.10 (-1.46 to -0.74)	14.1	73.8
Diet	4 (1168)	12 (2017)	10.2 (4.4)	9.2*	11.0 (4.8)	11.7*	-0.72 (-1.48 to 0.04)	-2.84 (-4.77 to -0.91)	0.0	92.3
Physical activity	15 (2915)	37 (7355)	9.8 (4.4)	11.3*	10.8 (4.8)	11.9*	-0.73 (-1.11 to -0.34)	-0.72 (-1.04 to -0.41)	0.0	45.4
Mixed approach	15 (5369)	35 (8448)	10.2 (6.0)	10.3*	10.6 (5.9)	11.0*	-0.71 (-1.10 to -0.31)	-1.00 (-1.39 to -0.61)	34.9	54.6

有氧锻炼与力量训练相结合，生娃快

西班牙马德里理工大学的 Ruben Barakat 等人发现，在怀孕期间坚持锻炼的女性其分娩过程更顺畅，所需的分娩时间也较短。经常进行盆底肌锻炼、中等强度的有氧运动（如慢跑）和力量训练能将分娩时间缩短 50 分钟左右。

有关怀孕期间运动的一篇叙述性评论：我们能从中学到些什么？

研究者选取了 508 名孕妇，从她们怀孕的头三个月开始进行监测。其中半数的孕妇每周要锻炼 3 次，每次 1 个小时；另半数孕妇则接受产前咨询。

至分娩时，研究者发现，有一半以上的女性是自然分娩，并且分娩所用时间与经常锻炼这一因素之间存在着明显的相关性。经常锻炼的孕妇与不锻炼的孕妇在平均分娩时间上存在着很大的差异。具体来说，经常锻炼的孕妇其平均分娩时间是 7.5 个小时，而咨询组（只了解锻炼的好处，但并不真正进行锻炼）的孕妇其平均分娩时间为 8.3 个小时。

分娩时间的长短甚至会影响母亲和新生儿的身体健康和心理幸福感。分娩时间过长与围产期发病率和死亡率增加有关。其不良后果包括电解质失衡、低血糖、难产及其后遗症（如子宫破裂、产后出血）。它还可能会造成胎儿窘迫、围产期窒息、需要进行新生儿复苏和进入新生儿重症监护病房、缺氧缺血性脑病和脑瘫等。

这项研究成果鼓励孕妇坚持运动，锻炼不仅对预防妊娠并发症起到了关键作用，而且促进了母婴健康发展。

孕妇适合做什么运动？

英国皇家妇产科医师学院（RCOG）建议孕妇每天进行 30 分钟的有氧运动，如慢跑、游泳、跳舞或练习瑜伽。同时也表明，一旦感到不适，应当立即停止运动。那么如何判断运动强度是否合适？一条可以借鉴

的法则就是，孕妇在锻炼期间如果能正常对话，表明强度合适；如果说时气喘吁吁，则表明运动过于剧烈。

儿童哮喘 7 问 7 答

濉溪县医院儿一科

儿童哮喘属于慢性异质性疾病。近 20 余年来我国儿童哮喘的患病率呈明显上升趋势，我国儿童哮喘总患病率为 0.9%~1.1%，南方地区为 2%~5%，估计实际发病率远高于此。其主要特点在于以慢性气道炎症为主，包含随时间不断变化的呼吸道症状病史，如喘息、气短、胸闷和咳嗽，同时具有可变性呼气气流受限。

目前我国儿童哮喘的总体控制水平尚不理想，这与哮喘儿童家长对疾病的认知不足、临床医师的规范化管理水平有待于进一步提高有关。临床中常遇到各种各样关于儿童哮喘方面的问题，对其中一些比较常见的问题进行了部分归纳。

1 问. 哮喘是由过敏引起的吗？

不可否认哮喘与过敏密切相关，但这些特征并非哮喘的特异性表现。

患有湿疹、变应性鼻炎等其他过敏性疾病病史，或有哮喘等过敏性疾病家族史者，都会增加哮喘诊断的可能性，其中半数以上的哮喘儿童同时患有。而吸入变应原致敏是儿童发展为持续性哮喘的主要危险因素，儿童早期食物致敏可增加吸入变应原致敏的危险性。

所以对于所有反复喘息怀疑哮喘的儿童，均推荐进行变应原皮肤点刺试验或血清变应原特异性 IgE 测定，以了解患儿的过敏状态，协助哮喘诊断。也有利于了解导致哮喘发生和加重的个体危险因素，有助于制定环境干预措施和确定变应原特异性免疫治疗方案。但必须强调过敏状态检测阴性不能作为排除哮喘诊断的依据。换句话说具有过敏体质的儿童患有哮喘的风险较没有过敏体质的儿童大大提高，同样，也有一部分没有任何过敏表现的儿童也患有哮喘。

2 问. 哮喘不治疗自己会好吗？

临床中确实会遇到一些哮喘患儿随着年龄的增大、免疫力的增强，哮喘发作频率会减少，甚至痊愈，有一些家长甚至会认为哮喘是儿童时期的“正常现象”，属于儿童成长中的“烦恼”。

殊不知这种想法危害极大。哮喘的反复发作会影响孩子的呼吸功能，对呼吸系统造成不可逆的损害。儿童哮喘与一般成人哮喘不同，由于儿童肺部处于生长发育阶段，免疫功能会逐步完善，儿

童哮喘是完全可以控制甚至可逆的。如果儿童哮喘不能及时有效治疗，会有一些儿童迁延至成人，治疗难度更大。

所以，哮喘的控制治疗应越早越好，而且儿童时期哮喘的治疗反应还是非常好的。

3 问. 哮喘需要长期治疗吗？

毋庸置疑，儿童哮喘是儿童时期最常见的慢性疾病之一，既是慢性疾病就需要长期治疗。一般总的疗程在一年半到两年时间，部分患儿可能需要更长时间，一般每三到六个月需要评估一次，整个过程将视儿童哮喘控制情况进行减量直至停药。

家长切不可擅自减药或停药，过早减药或停药均可导致哮喘再次发作。

之所以需要长期治疗是因为儿童哮喘属于异质性疾病，通常表现为慢性气道炎症，平时我们所接触到的患儿即使没有任何症状但慢性气道炎症依然存在，所以需要药物长期控制，减轻气道炎症、气道高反应性。

4 问. 吸入型糖皮质激素长期使用会影响孩子身高吗？

ICS（吸入型糖皮质激素）是哮喘长期控制的首选药物，通常需要长期、规范使用才能达到良好的控制作用。

对于青春前期学龄期轻度—中度持续哮喘儿童，有研究发现 ICS 呈剂量依赖的生长受限。但是一些研究发现儿童 ICS 使用并不会影响最终身高。

每个儿童的生长速度不同，短期的评估不能预测成人时的身高。与严重哮喘带来的风险相比，激素对身高影响的作用较小。什么意思呢？也许从短期来看 ICS 的使用可能会对身高有一些负面影响，但不是渐进性或累积性的，也就是说从儿童整个生长发育来看没有证据显示 ICS 会影响儿童的最终身高。

5 问. 哮喘的治疗除了激素还有其他药物选择吗？

前面已经说过了没有证据显示使用 ICS 会影响儿童的最终身高。但临床中仍有部分家长对 ICS “过分”担心，这里提供一种**次选方案**，那便是**白三烯调节剂(LTRA)**，白三烯调节剂可分为白三烯受体拮抗剂(孟鲁司特、扎鲁司特)和白三烯合成酶(5-脂氧化酶)抑制剂。白三烯调节剂是一类非激素类抗炎药，能抑制气道平滑肌中的白三烯活性，并预防和抑制白三烯导致的血管通透性增加、气道嗜酸性粒细胞浸润和支气管痉挛。

目前应用于儿童临床的主要为白三烯受体拮抗剂(LTRA)孟鲁司特，可单独应用于轻度持续哮喘的治疗，尤其适用于无法应用或不愿使用 ICS，或伴变应性鼻炎的患儿。但单独应用疗效不如 ICS，对

于哮喘应用 LTRA 控制不佳的患儿我们提倡尽早替换或联合 ICS 治疗。

6 问. 哮喘需要限制运动吗?

首先大家要明白对于儿童哮喘的治疗结局是控制哮喘，我们的目标是希望哮喘儿童能够同其他正常的小朋友一样正常的生活、学习。

所以，我们不仅不要限制哮喘儿童活动，更要创造良好的氛围鼓励他们进行适宜的运动。

当然运动要有的放矢、循序渐进，没有必要一开始就进行一些竞争性比较强的运动。这不仅能够增强儿童的体质，还能够促使肺功能发育、增加肺活量、增强呼吸道的防御能力。

哮喘同肥胖也有一定的关系，对于肥胖的哮喘儿童，建议适当增加体育锻炼，减轻体重。

7 问. 哮喘会遗传吗?

哮喘具有明显遗传倾向，患儿及其家庭成员患过敏性疾病和特应性体质者明显高于正常人群。哮喘为多基因遗传性疾病，已发现许多与哮喘发病有关的基因(疾病相关基因)，如 IgE、IL-4、IL-13、TCR 等基因多态性。但是，哮喘发病率在近 30 年内明显增高，不能单纯以基因变异来解释，环境因素改变可能更为突

出。儿童哮喘的发作是阶段性的，哮喘的表现也具有多种多样，但气道的炎性反应是长期存在的，哮喘需要长期规范化治疗才能得到较好的控制，医护人员应和家长们一起共同参与到儿童哮喘的诊治中来，共同管理好孩子的哮喘。

各种止咳化痰药的用法，看这里！

濰溪县医院感染科

临床上，遇到咳嗽、咳痰患者甚多，那么我们该如何正确的选择止咳化痰药物呢？

一、常用咳嗽药用特点

1、可待因

可待因是从阿片中提取的，其作用类似吗啡，但较弱。有成瘾性，对延髓的咳嗽中枢有选择性的抑制作用，为中枢性镇咳药，镇咳作用强而迅速。它亦具有镇痛和镇静作用。

本药可用于各种原因所致的干咳或干咳伴有胸痛者；它能抑制支气管腺体的分泌，促使痰液粘稠。

注意：支气管腺体的分泌，使痰液粘稠而难以咳出，多痰者不宜应用；

本药有轻度呼吸抑制作用及支气管收缩作用，应注意；

本品可有眩晕、恶心、呕吐、便秘等不良反应，大剂量可出现烦躁不安。

含可待因的制剂:复方磷酸可待因糖浆、联邦止咳露等。

2、右美沙芬

是吗啡类右吗喃甲基醚的右旋异构体、为中枢性镇咳药，其镇咳强度与可待因相近或稍强，无镇痛作用，无成瘾性，治疗剂量也不抑制呼吸，大剂量可抑制呼吸。

副作用轻微，可出现头晕、暖气、恶心，呕吐等，痰多的病人慎用。

含右美沙芬的制剂:氢溴酸右美沙芬片、右美沙芬缓释混悬液、复方氢溴酸右美沙芬糖浆、右美沙芬愈创甘油醚糖浆(史达功)等。

3、喷托维林(维静宁、咳必清)

它的镇咳效率为可待因的 1/3。可轻度抑制支气管内的感受器和传入神经末梢，大剂量可使痉挛的支气管松弛，兼有外周性镇咳作用。本药多用于上、下呼吸道感染引起的咳嗽和百日咳等。

注意:本品有轻度阿托品作用，青光眼及心功能不全伴肺淤血者慎痰多、黏稠者忌用，否则咳嗽中枢被抑制，痰难咳出，愈积愈多，致使胸闷难受，甚至引起呼吸道阻塞，使病情加剧。

4、盐酸氯哌丁片

为苯海拉明的类似物，主要抑制咳嗽中枢而镇咳，也有微弱的抗组胺作用，镇咳作用较可待因弱，无依赖性及耐受性。本药多用于上、下呼吸道炎症性咳嗽。

注意:偶有轻度口干，嗜睡的副作用。

5、苯丙哌林(咳快好)

为非麻醉性镇咳药，主要阻断肺及胸膜感受器的传入感觉神经冲动，

并具有罂粟碱样平滑肌解痉作用，故兼有中枢性和外周性双重镇咳作用，其作用较强。

对呼吸中枢无抑制作用，未发现成瘾性。

本品可用于各种原因引起的咳嗽，尤其是刺激性干咳。

注意：服药后可出现一过性口咽发麻，此外，尚有乏力、头晕、上腹不适、食欲缺乏、皮疹等不良反应。对粘膜有麻醉作用，勿嚼碎，以免引起口腔麻木。

6、二氧丙嗪

本品具有较强的镇咳作用，并具有抗组胺、解除平滑肌痉挛、抗炎和局部麻醉作用。无肝肾等脏器的毒性。经过致畸研究，本品对胎儿无伤害。未发现其成瘾性。

治疗量与中毒量接近，不得超过极量。

本品主要用于镇咳，还可用于过敏性哮喘，荨麻疹和皮肤瘙痒症。

注意本品可有困倦，乏力副作用，驾驶人员与高空、危险作业者慎用。

复方制剂有复方二氧丙嗪茶碱片、二氧丙嗪苯丙哌林片。

7、那可丁

为阿片中所含的生物碱，是支气管解痉性镇咳药，能解除支气管平滑肌痉挛，抑制肺牵张，反射引起的咳嗽，也属外用性镇咳药，无镇痛、镇静及呼吸抑制作用，无成瘾性，镇咳作用与可待因相当。

大剂量可能兴奋呼吸，引起支气管痉挛。

常用制剂：复方甲氧那明胶囊。

★选用和比较

咳嗽是一种症状，不找病因，只给镇咳，可延误病情，引起不良后果。因此镇咳的同时，还需针对病情与病因适当治疗。

对一般咳嗽，临床多选用非成瘾性中枢性镇咳药如咳必清，右美沙芬。对上、下呼吸道感染所致的咳嗽，常选用咳必清，右美沙芬等，在镇咳的同时注意祛痰。

对伴有支气管痉挛的咳嗽可用盐酸氯哌丁片、那可丁等。

对刺激性干咳者选用苯丙哌林。

伴有过敏性咳嗽的选用二氧丙嗪。

二、常用祛痰药特点

1、氯化铵

是一种酸性盐，口服后通过胃反射性地增加支气管的水样分泌，使痰变稀，有助于痰液排出。

适用于呼吸道感染初期痰少黏稠不易咳出时。

剂量过大有恶心、呕吐和胃痛等不良反应；对溃疡病、肝肾功能不良者慎用，以防引起酸血症和高血氨症。

2、愈创木酚甘油醚

口服刺激胃粘膜，反射性引起支气管腺体分泌增加，稀释痰液，易于咳出。

不良反应有恶心，胃肠道不适等。

3、溴己新(必嗽平、必消痰)

能裂解痰中粘多糖纤维，降低痰液粘度，抑制粘液腺杯状细胞中酸性

糖蛋白合成，还可刺激胃粘膜反射性引起呼吸道分泌物增加，使痰液稀释而易于咯出，适用于具有白色粘痰不易咳出者。

适用于急慢性支气管炎、哮喘、支气管扩张、肺气肿，尤其适用于因痰液广泛阻塞小支气管引起的气急等症。

胃溃疡者慎用。本品与四环素合用可增强抗菌疗效。

4、乙酰半胱氨酸(痰易净)

可使痰中蛋白分解，使痰液稠度下降，易咳出。

适用于呼吸道炎症有粘痰不易咳出者及手术后咳痰困难者。

支气管哮喘者慎用，不宜与抗生素合用。

5、羧甲司坦(羧甲半胱氨酸)

本品为粘液调节剂，主要作用于支气管腺体的分泌，使低粘度的唾液粘蛋白分泌增加，高粘度的岩藻粘蛋白产生减少，因而使痰液的粘稠性降低而易于咳出。

有消化道溃疡史者慎用。不良反应少见。

5、氨溴索

具有促进肺表面活性物质生成，调节痰液分泌，改善气道清除作用，助痰排出。用于有痰、特别是深部痰液难咳出者。

本品与抗生素（阿莫西林、头孢呋新、红霉素、强力霉素）同时服用，可导致抗生素在肺组织浓度升高。

应避免与中枢性镇咳（如右美沙芬等）同时使用，以免稀化的痰液堵塞气道。

偶见皮疹、恶心、胃部不适、食欲缺乏、腹痛、腹泻。孕妇慎用。

6、桉柠蒎肠溶软胶囊

桃金娘科桉属和芸香科桔属及松科松属植物的提取物所组成。

本品能改善气管粘膜纤毛运动，促进呼吸道腺体的分泌作用，并使黏液移动速度增加，有助痰液排出。本品具有抗炎作用，能通过减轻支气管黏膜肿胀面起到舒张支气管作用。

不良反应轻微，偶有胃肠道不适及过敏反应。

7、标准桃金娘油肠溶胶囊

可重建上、下呼吸道的粘液纤毛清除系统的清除功能，从而稀化和碱化粘液，增强粘液纤毛运动，粘液移动速度显著增加，促进痰液排出。排痰次数会增加。

标准桃金娘油具有抗炎作用，能通过减轻支气管粘膜肿胀而起到舒张支气管的作用。

标准桃金娘油对细菌和真菌亦具有杀菌作用。本品能消除呼吸时的恶臭气味，令呼吸有清新感受。经持久用药后，呼吸道的慢性炎症可被改善或治愈。

标准桃金娘油的不良反应也极少。

基础试验研究和多年的临床应用表明，孕期妇女在医生的指导下服用本品无危险性。

★选用和比较

痰液稀薄或呈灰白色黏液状时可选择的药物：如氯化铵片、复方甘草片，还可选用中药合剂，如急支糖浆、鲜竹沥、复方甘草合剂、蛇胆

川贝液、蜜炼川贝枇杷膏等。

这类药物不仅化痰，止咳效果也好而且副作用较小。糖浆和蜜炼制剂因含糖量较高，糖尿病病人忌用。

痰液黏稠，不易咯出时，应选择黏液溶解性祛痰药。如：乙酰半胱氨酸、溴己新、氨溴索。

氨溴索、桉柠蒎肠溶软胶囊、标准桃金娘油肠溶胶囊，除能使痰液变稀外，还能促进纤毛运动和保护支气管黏膜，是较理想的祛痰药。

痰液为黄色或绿色脓痰时，提示我们患者伴有感染，溴己新和羧甲司坦可增加抗生素在感染灶的浓度。

在呼吸道炎症初期，如急性支气管炎、感冒，痰少而稠不易咯出者，采用恶心性祛痰药为宜。

对咳痰困难及肺合并症的危急状态，可应用桉柠蒎肠溶软胶囊、标准桃金娘油肠溶胶囊，改善气管粘膜纤毛运动，并使黏液移动速度增加，有助痰液排出，还具有抗炎作用，对慢性阻塞性肺疾患或呼吸衰竭的病人治疗有利。

大量咯痰时，不宜使用镇咳药，尤其是右美沙芬、喷托维林(咳必清)、苯丙哌林(咳快好)等。

三、常用止咳化痰类中成药选用

风寒咳嗽

临床可见咳嗽声重，咽痒，恶寒无汗，头痛或发热，甚则喘急。痰清色白、鼻塞流清涕。

选用：

半夏止咳糖浆（风寒咳嗽，痰多气逆）

风寒咳嗽颗粒（温肺散寒，祛痰止咳）

止咳宝片（宣肺祛痰，止咳平喘）

苏黄止咳胶囊（疏风宣肺，止咳利咽）

骨科健康教育知识宣传专栏

濉溪县医院骨一科

骨折功能锻炼注意事项

- 一、功能锻炼以病人不感疲劳，骨折部不发生疼痛为度。
- 二、功能锻炼要以恢复肢体的固定有生理功能为中心。
- 三、功能锻炼不能干扰骨折的固定，更不能做不利于骨折愈合的活动。

1 骨折早期：骨折后 1-2 周

特点：局部疼痛，患肢肿胀疼痛，骨折端不稳定，容易再移位。

目的：功能锻炼以促进局部血运，加强新陈代谢，去瘀生新，改善局部症状，防止肌肉萎缩，关节粘连。

方法：前臂骨折时做握拳和手指屈伸活动，下肢骨折时做股四头肌静力收缩运动，原则上骨折部上下关节不活动，身体其它部位均应进行正常活动。

2 骨折中期：骨折后 3-6 周

特点：骨折局部症基本消失，骨折端亦基本稳定，骨痂已形成。

目的：此期以主动运动为主，锻炼肌肉的舒缩活动和关节活动范围。

方法：继续增强患肢肌肉舒缩活动；逐步恢复骨折部上下关节的活动，并逐渐从被动到主动，可进一步扩大活动范围，防止肌肉萎缩。

3 骨折后期：骨折后 6-10 周

特点：骨折临近愈合后，又叫功能恢复期。

方法：应尽快恢复机体功能，锻炼关节持重能力，上肢骨折可鼓励病人做力所能及的轻微工作，使关节各部分都能得到全部锻炼；下肢扶拐者，应逐渐改为单拐，继而弃拐行走，并逐步增加摆腿和旋转动作，促进骨折的完全康复。

牵引术注意事项

一、牵引是应用作用与反作用的原理，使骨折或脱位整复，并预防和矫正畸形，对不宜手术的病人也可通过牵引达到治疗目的，持续牵引有皮牵引、兜带牵引及骨牵引 3 种。

二、因肢体或躯干牵引后病人活动受限，生活自理能力下降，故病人易产生消极心理。因此，应多与病人谈心，丰富其文化生活，使其分散注意力，愉快地配合治疗。

三、牵引前清洁牵引部位皮肤

四、多饮水，多吃粗纤维食物，预防便秘。冬季可穿厚袜套或棉腿套，防止冻伤。

五、头部牵引抬高床头，下肢牵引抬高床尾，保持牵引与体重平衡。

六、不能随意自行增减牵引重量，不能在牵引装置上盖物。

七、牵引后若肢体出现麻木、指（趾）端苍白或发紫、感觉迟钝、不

能运动等血运障碍时，应及时告诉医护人员。每天主动屈踝关节，防止足下垂。做力所能及的事情，防止肌肉萎缩和关节僵硬

八、练习深呼吸，用力咳嗽，定时拍打背部，以预防坠积性肺炎。由于局部组织长期受压，导致血液循环障碍，引起褥疮，可定期翻身、温水擦浴等办法预防。

九、牵引撤除后清洁皮肤，骨牵引的针眼需保持清洁干燥，以防伤口感染。

石膏包扎注意事项

石膏包扎具有固定肢体，防止骨折移位的作用。

二、石膏未干燥前，不应覆盖被物，夏季可用电扇，冬天可使用热吹风机或烤灯，以促其速干。

三、抬起未干的石膏时要用手掌平托，防止石膏断裂。

四、抬高患肢，预防肿胀。

五、石膏内部肢体有剧痛时，应及时告诉医生。

六、保持石膏清洁干燥，防止大小便污染。

七、石膏内的肌肉应定期进行肌肉的舒缩活动。

骨科手术一般健康知识宣教

手术是骨科的重要治疗手段，其种类很多，范围广泛，包括了四肢与躯干的骨、关节、肌肉、肌腱以及脊髓、周围神经和血管的各种手术，还有部分整形手术。手术效果是否理想，不仅仅取决于手

术本身的成功，手术前的准备与手术后的配合都效果。为了让病人积极配合治疗护理，请按以下指导进行。

一. 术前指导：

1. 饮食：

(1)进高热量、高蛋白、高粗纤维、维生素及果胶成分丰富的食物，多饮水，以保证营养供给，并保持大便通畅。

(2)一般手术前 12 小时禁食，术前 4 小时禁饮，以防止在麻醉手术过程中发生呕吐、误吸而引起吸入性肺炎、窒息等意外。

2. 活动与休息：

(1)卧硬板床，以预防骨折后骨折端刺伤血管、神经肌肉而加重损伤。

(2)脊柱结核病人绝对卧床休息，以预防病变组织压迫脊髓而致瘫痪或病情加重。

3. 特殊检查指导：磁共振检查前应去除身上的金属物如项链、手表、骨牵引针等，以免相互干扰。

4. 特殊治疗指导：高压氧治疗常用于外伤后肢体血运不良或神经营养障碍的病人。进入氧舱前，应穿纯棉制品，拿掉身上所有易燃易爆用物（如打火机），以免产生火花或引起火灾。

5. 胃肠道准备：

(1)术前 3 日训练床上大小便，以防术后不习惯卧床排便而致便秘或尿潴留。

(2)连续 3 日无大便者，需告诉护士，以便使用药物通便。

(3)术前一日需排除肠道淤积大便，以减轻术后腹胀，并有利于胃肠功能恢复，还可预防麻醉后因肛门括约肌松弛而在术中排便造成污染。

6. 进行手术后适应性锻炼，如深呼吸、咳嗽咳痰。

7. 个人卫生指导：

(1)皮肤准备：骨科手术皮肤准备需超关节范围，而且3天前即应开始准备，具体方法如下：手术前3日开始清洗切口局部及其周围皮肤，连续2日，术前一日剃除手术区毛发后再次清洗。

(2)洗澡、洗头，更衣，剪指（趾）甲。

(3)若有手、足癣或皮肤溃烂时尽早报告医护人员。

二. 术后指导：

1. 饮食：

(1)全麻及硬膜外麻醉术后6小时进流质，慢慢过渡到半流质或普食，臂丛麻醉术后4小时进食。

(2)饮食宜进高蛋白、高糖、富含胶原、微量元素（铜、锌、钙、铁）及含维生素A、C丰富的食物，如瘦肉、猪皮、肝、蛋黄、豆制品、胡萝卜、新鲜蔬菜和水果等，以补充足够的营养，促进伤口愈合及机体恢复。

2. 体位：

(1)全麻术后病人在未清醒前平卧，头偏向一侧，防止因呕吐而引起误吸。

(2)四肢手术后，用枕头、支架等抬高患肢使之高于心脏水平，远

侧端高于近侧端，以利于血液回流，消除水肿。

(3)对石膏外固定术后的病人也应抬高患肢，其肢体摆放，应以舒适、有利于静脉血回流、不引起石膏断裂或压迫局部软组织为原则。石膏未干前，避免移动肢体，且勿用手托起石膏，以免由于石膏凹陷引起局部皮肤压疮或血液循环障碍。

(4)大手术后及双下肢不能活动的病人卧气垫床，术后 4 小时开始翻身与按摩，以后每 2-3 小时重复 1 次，以预防压疮。

3. 护理：

(1)出现下述情况表明肢体受压、血液障碍，应及时告诉医护人员处理：肢体剧痛、由痛转为无痛、苍白、失去知觉、发凉、肿胀、麻木等。

(2)有伤口引流装置者，防扭曲、松动，保持伤口引流通畅，并保持伤口敷料周围皮肤清洁。

4. 并发症的处理：

(1)骨科手术切口均有不同程度的渗血。若出现大出血，切勿惊慌失措，立即用手压迫出血部位以达到止血目的，然后告诉医护人员进一步处理。

(2)疼痛：一般术后 24 小时内最为剧烈，以后慢慢缓解，酌情告诉医护人员适当应用止痛剂。

(3)尿潴留：术后 6-8 小时不能排尿时，多与麻醉及术中牵拉神经组织有关。用听流水声、热敷并按摩膀胱区等办法诱导排尿，若不能

排尿是由于体位不适者，可征得医护人员许可坐起或站起排尿，小儿则由家长抱起排尿。若仍不能排尿可由医护人员进行导尿。

本宣传材料最终解释权归濉溪县医院所有。