



赵刚, 男, 43岁, 骨科博士, 副教授, 硕士研究生导师, 中华医学会会员, 国际骨密度测量学会 (ISCD) 会员暨中国区临床骨密度测量医师培训班讲师, 中国科学技术发展基金会骨质疏松委员会骨密度检测质控医师, 国际认证临床骨密度测量医师 (CCD). 中华医学会骨质疏松与骨矿盐疾病分会全国青年委员, 云南省医院管理协会创伤分会副主任委员, 云南省老年学学会骨质疏松分会主任委员, 云南省医师协会骨科分会副主任委员, 云南省骨质疏松研究中心副主任, 云南省创伤外科研究中心主任、昆明医科大学第二附属医院创伤外科主任. 研究方向为: 骨关节疾病、骨质疏松症及骨质疏松性骨折规范化治疗. 参与了卫生部重点项目“骨质疏松性骨折规范化治疗的多中心研究”及其他省部级项目的研究工作, 主持省级及厅级科研项目 2 项, 先后获云南省科技进步三等奖、云南省卫生厅医学进步二等奖, 云南省卫生厅学进步三等奖各 1 项, 在国家级核心期刊上发表论文 30 余篇.

骨质疏松症的基层预防——社区干预及防治

世界卫生组织定义骨质疏松症是以骨量减少、骨的微细结构退化为特征, 骨强度降低, 致使骨的脆性增加以及骨折危险性增加的一种全身性骨骼疾病. 骨质疏松症主要包括: 原发性骨质疏松症、继发性骨质疏松症和特发性骨质疏松症三类. 最先发生于以松质骨为主的骨结构区, 最大危害在于易发骨折, 20%的骨质疏松症患者有发生骨质疏松性骨折的可能, 而社区老年人群的干预是防治该病的基础^[1], 作者总结自己的经历、结合国内外相关的经验, 认为防治骨质疏松应从以下几方面进行.

1 普及骨质疏松防治知识, 预防骨折致伤致残是重点

据流行病学调查显示, 世界各地老年髋部骨折的年发病率均呈上升趋势, 1990年北美、欧洲、拉丁美洲、亚洲的髋部骨折年发病例数分别为 40 万、40 万、10 万和 60 万例. 预计到 2050 年, 上述地区髋部骨折的年发病例数将达到 80 万、70 万、60 万和 300 万, 其中亚洲发病数占了一半以上. 在欧盟和美国每年用于治疗骨质疏松性骨折的直接费用高达数百亿美元. 美国国立卫生研究院的综合分析显示老年患者髋部骨折后约 20% 在 1 a 内死亡, 25% 的患者能恢复到伤前生活质量, 其余

55% 将遗留不同程度的功能障碍.

中国是世界上老年人口最多的国家, 第五次人口普查结果显示, 目前我国有 65 岁以上老人 8 727 万. 根据世界卫生组织 1994 年制定的骨质疏松症诊断标准计算, 卫生部科研基金课题《中国正常人群的骨量变化趋势和峰值骨量》(中国科学技术发展基金会骨质疏松基金会) 2001 年~2005 年九省市对 7 059 名健康人 (20~102 岁) 的最新研究结果显示, 我国有低骨量者 (r 值 $-1.0SD$) 6 500 万, 骨质疏松患者 (r 值 $-2.5SD$) 4 000 万, 占总人口 (12.69 亿) 的 6.7%. 华北、中南、东北、西南四地 50 岁以上中老年人群中髋部骨折的患病率为 1.17%, 推测我国 60 岁以上老龄人群中髋部骨折的患者应在 150 万例以上. 根据 2000 年~2004 年上海复旦大学中山医院统计, 骨质疏松髋部骨折患者平均每年治疗费用人民币 11 363 元; 卫生部科研基金课题《骨质疏松性骨折规范化治疗的多中心临床研究》最新结果显示 2003 年~2006 年十一省市三甲医院统计骨质疏松髋部骨折患者平均治疗费用已达人民币 16 013.96 元, 脊柱骨折平均治疗费用 17 642.24 元, 几年间平均治疗费用增加 40% 以上. 30% 的髋部骨折患者因卧床导致各种并发症而死亡, 即使幸存的患者也会有一半的人残废, 生活质量显著降低.

同样, 骨质疏松性脊柱椎体骨折亦呈明显上升

趋势,有调查表明:男性椎体骨折的发生率随年龄的升高而缓慢上升,而女性在 65 岁以后椎体骨折发生率陡然升高,两性间与年龄相关的骨质疏松性椎骨骨折发病率有两种不同的方式.约 1/3 的椎体骨折患者与跌倒有关,其余患者则与压缩性负重如抬高、变换位置有关.椎骨骨折常自行发生或由微小的损伤(如咳嗽)引起,可有疼痛或无症状,由于椎体内部骨小梁破坏,数量减少,这种疏松而脆弱的椎体受压,导致椎体变形,经过数年,会使整个脊柱缩短 5~10 cm,从而导致身长短缩,背屈加重形成驼背,腰背疼痛更加明显.北京 50 岁以上妇女脊柱骨折的患病率为 15%,其中 50~59 岁组仅为 4.9%,而 80 岁以上组增至 36.6%,比 50~60 岁妇女高 6 倍之多.回顾性的研究认为我国至少有 150 万妇女患脊柱骨折,男女脊柱骨折患者可能有 250 万.然而,由于相当一部分骨质疏松性脊柱骨折呈隐匿性发生,没有引起骨科界足够的重视,临床漏诊率极高,除非已经引起明显的疼痛症状或脊柱畸形,此时如需要椎体成形术等治疗,则费用昂贵,通常花费在数万元以上.此外,因骨质疏松引起的体形畸变和行动不便也给患者造成精神方面的负面影响.可见,骨质疏松性骨折的治疗是社会性和全球性的问题,骨质疏松骨折不仅直接影响患者的生活质最,对家庭和社会经济来说,也是个沉重负担.通过治疗干预使老年人骨密度增加,骨质量改善,骨质疏松性骨折发生率下降或再骨折发生率下降已经迫在眉睫.因此,在骨质疏松防治健康教育时告知骨质疏松性骨折的危险因素以及预防跌倒的措施十分必要.在社区应不断加大骨质疏松健康教育的力度,普及骨质疏松性骨折的防治知识,做到早期预防,防止意外伤害,首先通过专家授课、放映幻灯片和录像等多种教育方式让患者了解骨质疏松症的病因、发病机制、诊断和治疗等相关知识,同时组织医护人员与患者、患者与患者之间交流和讨论.并采取一系列有效措施,如清除地板零乱物品、保持室内光照充足、卫生间要有防滑装置、穿平底鞋、外出活动时要有同伴、路面状况不好的要有人搀扶或扶拐杖行走等.

2 建立有利于骨健康的生活方式是防治骨质疏松的核心

运动过少或过度、不适当运动,吸烟、酗酒,长期低钙饮食和高盐饮食,过量饮咖啡,维生素 D 进食不足,被普遍认为是骨质疏松的危险因素.因此,加强对骨质疏松的预防,广泛开展骨质疏松防

治知识的健康教育,改善人们的生活方式甚为重要.通过健康教育使干预对象自觉纠正不利于骨健康的生活方式,使干预对象自觉遵从合理营养,科学补钙,积极从事体育锻炼,增加光照等指导,养成良好的生活习惯.包括:(1) 适量运动,坚持每天适当运动 30 min 以上;(2) 建立良好的生活习惯,戒烟限酒,同时应少饮咖啡、浓茶,减少碳酸饮料,不过度节食减肥;(3) 适当接受阳光照射,坚持每天晒太阳 20~30 min,以促进维生素 D 的合成,有利于肠道钙质的吸收.通过骨质疏松防治健康教育后,干预对象增加了户外活动时间,逐渐增加体育运动(以慢走、健身活动为主),也增加了晒太阳的次数及时间,改变了以前少运动、少外出、少晒太阳的生活习惯.健康宣教后干预对象的骨健康相关知识有明显提高,生活方式有所改善,健康教育在提高疾病认识的同时,也促进了利于骨健康的方式.

3 合理饮食和科学营养是防治骨质疏松的基础

目前,普遍认为营养疗法是防治骨质疏松的基础.均衡营养、食物多样化是营养疗法的基础,饮食上应多吃含钙及蛋白质的食物,进食乳制品、黄豆、鱼类、新鲜蔬菜、水果和海藻类产品,坚持低盐饮食.并应多饮水,保持大便通畅,这样可增进食欲,促进钙的吸收.要注重饮食的合理搭配,注意多摄取含钙、磷丰富的食物.牛奶是钙质和维生素 D 的良好来源,吸收率高,成人每天应摄取 250~500 mL 牛奶,并注意将牛奶、深绿色蔬菜、肉禽类合理配餐,全面营养.忌高盐、高脂肪饮食,但科学的饮食习惯养成是一个长期任务,还有赖于不断的教育和坚持,在推出知识的同时,要提供有吸引力的服务与成品,使人们的依从性不断提高,才会更有效.

4 骨质疏松一级预防的重点在社区

骨质疏松的发病与患者的知识、行为有着密切的关系.如果平时在干活、工作中多加注意,可起到积极预防的作用.社区卫生服务中心的服务对象是本社区居民,做好骨质疏松的一级预防是其服务的重要内容,因此将健康教育作为一种治疗手段,在患者接受医疗保健服务的同时,及时了解患者的心理、文化、社会、传统观念等情况,进行系统的指导,有针对性地解决实际问题,即实施个性化的

健康宣教干预是最有效的措施。健康教育是医疗卫生服务中最有效、最节省、效率最高的手段,形式多样的健康教育有利于居民增加卫生知识、培养良好的卫生习惯、改变不良卫生行为等。社区卫生服务的主要功能之一是为社区居民提供各种类型的健康教育,包括就诊患者和一般社区居民。目前社区卫生服务的健康教育手段比较单一,主要以阅读宣传栏和健康宣传资料为主,社区健康教育讲座开展频次不多,方式简单,居民参与率不高。因此,健康教育活动在社区中开展,其手段、方式及方法应多样化,以适应当前居民的医疗服务需求,制定适合本社区实际的健康教育方案,在健康教育的内容、手段、方式及开展频率等方面做出规划和设计。为了使骨质疏松健康干预更有效,社区卫生服务中心医务人员必须不断学习,提升自己的综合素质,努力使自身具备相应的专业能力,即掌握需求评估、计划设计、组织实施、效果评估、组织协调、信息传播等能力;同时更新服务理念、改变工作模式,多形式、多途径、高水平、高标准、高起点地实施健康教育,特别是组建服务团队,下社区提供团队式服务,从而让广大的中老年人充分认识到这个疾病,认识到它的危害性。从日常生活中注意预防,加强锻炼,建立有利于骨健康的生活方式,全面提高生活质量,改善骨健康状况。

总之,预防比治疗更为现实和重要。根据相关流行病学调查研究结果得出,该病的致病因素主要包括生活方式和习惯,故应积极避免和及时处理这些危险因素^[1]。在各个年龄阶段都应预防骨质疏松症,自幼年起摄入足够钙、维生素 D、维生素 B、维生素 K、蛋白质等。少年时代应有适量运动,尤以负重锻炼可获得理想的骨峰值。妇女绝经后如无禁忌症,可应用雌激素替代治疗 5~10 a。老人膳食亦应合理,忌烟、酒、咖啡等,不可滥服镇静药,要建立正规的预防措施,加强自我保护意识,注意防止摔倒。上述事项均需要通过持久的健康教育来形成科学的骨质疏松症预防观念,并可通过长期的随访来使骨质疏松症患者了解健康教育的意义。从长远来说,健康教育是预防骨质疏松症最经济有效的措施^[2]。

[参考文献]

- [1] 汪关宝,关丽征,王海萍,等. 社区老年骨质疏松高危人群干预的生命质量评价 [J]. 中国全科医学, 2008,11(7):1 229.
- [2] 沈薇,谢夏君,储珏. 40~65岁妇女骨质疏松症危险因素分析[J]. 中国全科医学,2009,12(7):1 274.
- [3] 夏维波. 骨质疏松症的联合治疗与序贯治疗[J]. 中国全科医学,2007,10(22):1 851.

(2014-10-17 收稿)