

开车族护腰攻略

现今社会,随着汽车工业的高速发展,汽车价格的持续走低,拥有一辆甚至多辆私家车已经不再是遥不可及的奢望。尤其是近10余年间,中国的汽车市场如雨后春笋一般蓬勃发展。不容忽视的是,在汽车逐渐改变出行方式、带来便利的同时,越来越多的“汽车病”也接踵而至,不断侵蚀着我们的健康,其中尤以开车习惯不当引发的腰部问题最为严重。据门诊病例反馈,开车姿势不良引发的腰腿痛患者数量逐年增加,且呈现低龄化趋势。开车族如何做到速度和健康两不误呢?

纠正开车坐姿不良

有些开车族喜欢将座椅尽可能向前或向后调,其实都不是正确的驾驶姿势。座椅太靠前,四肢的活动空间减少,肘关节及膝关节处于极度弯曲的状态,关节活动范围相应减小,四肢及腰部肌肉持续紧张,长时间处于这一姿势容易造成四肢及腰背肌肉酸痛;而座椅太靠后,四肢需要努力伸向方向盘及踏板,躯体势必前倾加大,这样的姿势不仅不符合人体脊柱正常的生理曲线,增大了腰椎间盘的压力,易引发椎间盘突出,而且腰背肌肉长期处于拉长状态,容易引发肌肉疲劳性损伤。

要掌握正确的驾驶坐姿并不难,座椅面应略微后倾,调整椅背,与椅面成100-110度夹角(简单的方法是在垂直坐姿的情况下,椅背部靠枕调整至与枕骨2-3拳距



离),而座椅的前后调节应与驾驶员的身高、体型相关,一般以双上肢握方向盘,肘关节屈曲呈50-60度;双下肢自然搁于踏板,膝关节自然屈曲呈60度左右为宜。臀部尽量靠后,在腰部可以垫2-3寸厚的腰垫,既保持腰椎前凸的正常生理弧度,又对腰部有一定的支撑作用。

车内外温差在5℃以内

过低的车内空调温度容易使局部血管、肌肉处于收缩状态,局部血流变少、流速减慢,各类炎性因子堆积于组织间,不易清除,导致滑膜炎、韧带炎、筋膜炎等软组织

无菌性炎症,产生疼痛症状,尤其在季节更替之际,腰痛症状更容易产生;同时低温使皮肤毛孔收缩,汗液排除减少,也不利于体内有害物质的排出。

行车时切莫贪图一时的凉快而将空调温度调得过低,应适当开窗通风或控制车内外温差在5℃以内。如果已经有腰痛症状,可以进行腰部热敷理疗,同时开车时可以佩戴腰围,对腰椎支撑保护,又有局部保暖功效。

避免频繁急刹车

正常人体腰椎有5节椎体弧

形排列,从侧面看,凸向前方,而每节腰椎之间,靠小关节、韧带、椎间盘以及周围的肌肉维系正常的位置关系,保持腰椎的相对稳定性。

行车过程中急刹车时,惯性及前冲力会使司机身体向前急冲,此时颈腰椎也会随之向前猛地屈曲,之后又弹回原位,长此以往便容易形成“摇摆伤”,此时稳定腰椎的结构发挥了限制腰椎间相对移动的作用,但如果反复频繁地急刹车,稳定结构也终究会疲劳损伤,致使腰肌劳损、筋膜炎,甚至腰椎间盘突出及腰椎滑脱。所以养成良好的开车习惯,平稳驾驶既能提高行车安全,又能有效减少腰部的负荷。

连续行驶不超2小时

鉴于一般私家车相对狭小的内部空间,以及行车时身体、精神处于高度紧张状态,建议连续行驶不要超过两小时,应每隔一小时休息10分钟,下车散步、活动腰部能促进全身血液循环,放松腰背部肌肉,有效减少腰痛的发生率。另外,对于已经有下腰痛或椎间盘突出症的患者,急性发作期严禁一切驾驶活动;经休息、治疗后,症状缓解,也建议避免长时间驾驶,驾驶时务必佩戴较坚硬的腰围,在颠簸不平的路况下,尽可能减速行驶,以免加重腰椎间盘突出,再次诱发腰腿疼痛。

“千里之行,始于足下”。在如今快节奏的工作生活中,这句古话已略显不合时宜。在汽车深入千家万户生活的同时,开车族要时刻牢记并养成正确的行车习惯,保持健康好“腰”。

裴剑如 梁裕(教授、博导、主任医师)(上海交通大学医学院附属瑞金医院骨科)

崴脚“未见骨折”更需重视治疗

走路时,一不小心崴了脚,一瘸一拐来到医院拍个片子,结果显示“未见骨折”,然后回家等着伤痛自行恢复,这是绝大多数人的“崴脚”经历。可是肿胀疼痛始终伴随,很多人人为之苦恼。

俗称的“崴脚”或“脚脖子伤筋”在医学上被称为踝关节扭伤。踝关节是人体重要的负重关节,其稳定性由内侧韧带复合体、外侧韧带复合体、下胫腓韧带复合体共同维系。这些部位的韧带并不像其他大关节周围韧带那样坚强,因此,在受到外力作用时更容易损伤。

崴脚后遗症主要包括踝关节不稳,踝关节撞击,踝关节滑膜炎,踝关节骨质增生等。对患者的直接影响就是走路不稳,局部肿胀、疼痛。究其原因,最主要的是在首次

受伤后未能得到及时、正确、有效的指导与治疗。首先,崴脚后拍摄的普通X片只能显示是否骨折,而不能显示有无韧带损伤。“未见骨折”的摄片报告会令患者忽视局部损伤的严重性。崴脚的瞬间,踝关节会出现不同程度的移位,但立刻就自动复位了。摄片时看到的“关节无移位”并不能说明关节没有受伤。韧带损伤后数日内的自行修复、愈合,让患者疼痛肿胀消退并使患者产生“损伤好转”的错觉,从而延误就医。治疗不当使损伤的韧带瘢痕连接、松弛并出现不稳。

为此,忠告患者:1. 出现损伤及时就诊,切莫抱有侥幸心理。2. 早期固

定、制动(即限制活动)、充分休息,促进损伤尽早恢复。3. 严重的韧带损伤、骨折,根据需要尽早手术,恢复踝关节结构及稳定性至关重要,讳疾忌医贻害终身。

戴号(上海市光华中西医结合医院脊柱创伤外科)



生物制剂新靶点新机制凸显活力

作为一种治疗难度较高的自身免疫性疾病,类风湿关节炎病程长,致残率高,传统的抗风湿药物(DMARDs)能够改善病情,缓解症状,减轻疼痛,但无法控制疾病进展和对关节的破坏。近年来,生物制剂的出现是类风关治疗的重要里程碑。相对传统药物,它能直接作用于主要的炎症因子,迅速有效地缓解症状,抑制关节结构的损害。中华医学会风湿病学分会主任委员、北京协和医院风湿免疫科副主任曾小峰教授指出,生物制剂目前的问题是作用靶点相对单一,尚无法满足所有患者的需求。因此,在临床上亟需多机制多靶点的治

疗手段。

白介素-6(IL-6)是一种多效性前炎症细胞因子,有多种生物活性,包括介导炎症反应、免疫反应等。IL-6在许多炎症性疾病中高表达(即转录或翻译出数量很多的最终产物),如类风关、红斑狼疮、克罗恩氏病等。近年来越来越多的证据表明IL-6/IL-6受体与类风关存在密切关联性。患者血清及滑液中IL-6及受体的浓度升高,并且IL-6水平与疾病活性及临床表现密切相关,这可以解释类风关患者的许多症状。因此可将IL-6信号转导途径相关的分子作为类风关的治疗靶点,目前已研制出全球首个

针对IL-6受体的人源化单克隆抗体托珠单抗。该药能阻断IL-6介导的信号转导,可有效改善炎症,抑制关节结构破坏,为干预类风关带来新的希望。

曾小峰教授客观评价,托珠单抗未来主要用于难治型的对其他药物治疗不佳的患者以及中到重度活动性类风关成年患者。关于IL-6的研究相对较新,发病机理及药物作用机制等许多问题有待深入阐明,疗程、减停药时机、药物替换、可能出现的副作用如感染等,仍需长期跟踪观察,从而为疾病的检测、诊断、预防及治疗提供一定的科学依据。袁雯 本版图片 TP

中医非常重视人体的胃气,认为“人以胃气为本”。胃癌患者由于病灶直接侵犯胃腑,正气虚弱是胃癌的基础病机,因此更应注重顾护胃气。

胃癌患者在癌前病变时,常常已有虚证存在,其临床表现为胃纳减少,饮食不馨,恶心欲呕,四肢乏力和形体消瘦等症。引起胃气虚弱原因很多,如肿瘤对胃的直接浸润,胃痛手术切除,化疗药物对消化系统的毒副作用等;另外,心情忧郁,思虑过度也可伤及胃气。李东垣在《脾胃论》中指出:“内伤脾胃,百病由生。”脾胃为后天之本,气血生化之源。古训云:“得水谷者昌,失水谷者亡,胃气一败,百药难治。”因此须遵循有胃气则生的理论指导,注重扶正宜先扶助胃气,攻邪需顾护胃气的治疗理念,以益气健脾养胃为治本,增强人体正气,达到祛邪于外。

通俗来说有以下四点:1. 慎用厚腻滋补碍胃品,因晚期患者均表现有不同程度阴阳气血不足之象,宜平补之,忌用大量大补之品妨碍胃气;2. 重视胃以通为用,以降为和的生理特征,在治疗中无论攻邪或扶正,应该配伍适量理气和胃之品;3. 用药要做到少而精,选用味单效兼、与辨病相结合的药物,以达药味少、剂量轻、胃腑得以容纳而不失其效的目的;4. 强调生活起居规律,避免过度疲劳,适量运动,饮食营养丰富,易消化、忌粗硬、油腻、刺激之品。这对提高患者免疫功能,改善症状,提高生活质量和延长生存期均有较好的效果。

目前晚期胃癌的完全缓解率低,中位无进展生存期短,生存期延长不理想。中医药在延长生存期、改善生活质量方面优势明显,若能将中医贯穿胃癌治疗的始末,可增效减毒,改善并发症,提高胃癌生存率。

张学俊(上海解放军四五五医院中医肿瘤科副主任医师)

肠外营养满足危重患者的能量需求

肠外营养是经静脉途径供应病人所需要的营养要素,包括热量(碳水化合物、脂肪乳剂)、必需和非必需氨基酸、维生素、电解质及微量元素。目的是使手术前后以及危重病人在无法正常进食的状况下仍可以维持营养状况、体重增加和创伤愈合,幼儿可以继续生长、发育。静脉输注途径和输注技术是肠外营养的必要保证。

中华医学会肠外肠内营养学分会副主委韦军民表示,当前临床营养治疗的新观念是,从营养支持到营养支持治疗。对有营养风险的患者进行科学合理的营养治疗干预,有助于改善临床效果、减少临床风险,并提高肠外营养的治疗标准。欧洲肠外肠内营养学会(ESPEN)建议,肠外营养混合液应该通过完整的全合一袋子来进行输注。若此类治疗没有配备严格的质量控制体系,产品的无菌性、稳定性、兼容性都会受到影响,致使患者面临危险。肠外营养产品包含多种复杂的无菌制剂,并必须确保从处方、混合到输注环节都在严格的环境控制下进行,并确保制造质量。现在的医疗技术已经能够实现即用型三腔袋肠外营养制剂的研制,并成功生产首个1.0升包装的三腔袋产品。柏豫

从LASIK激光手术到巩膜扩张术,从传导性热用膜成形术到调节性人工晶体植入术,随着眼科手术技术的飞速发展,对于老花眼这一人类无法避免的衰老性疾病,各种手术方法可谓层出不穷。那么,在老花眼手术逐步走进我国的今天,究竟何种方法更安全高效、代表主流呢?大量国外临床经验已证明,调节性人工晶体植入术更为高效、成熟、安全。适合于年龄较大合并白内障的老花眼,术后对远、中、近不同距离的视力都有所保障。多焦点人工晶体是一种先进的医疗光学科技,可以将远处与近处的物体同时呈像对焦于视网膜平面的手术技术。患者术后不必依赖眼镜就可以清楚地同时看远或看近,从而有效地改善了患者的视力,让几乎所有患者在双眼植入后不再依赖眼镜。

多焦点晶体植入术只需要在角膜边做一个2-3毫米的微小切口,然后利用新型的超音波乳化吸引术,将患者失去调节机能的晶状体吸除干净,将多焦点晶体植入原来的晶状体囊袋内,取代原本丧失机能的晶状体。整个手术过程仅约10分钟,患者无疼痛感,第二天就可正常用眼,不需要过长的术后休息时间。

廉井财(上海瑞视眼科医院院长、主任医师)