防治相彰 和腰突症说“拜拜”

随着人们生活节奏及方式的改变，腰椎间盘突出症已成为一种常见病，严重干扰市民的日常生活与工作。长征医院骨科医院脊柱微创团队的专家共识是，腰突症的防治与康复不能被割裂，而应是一套完整的体系，防中有治、治中有护，环环相扣，紧密结合。

提示一

养成好习惯还得靠自己

腰椎间盘突出症一般是由于外伤、过度负重、长期震动、不良体位影响等因素导致椎间盘内压增高纤维环破裂，造成椎间盘膨出、突出甚至脱出压迫神经引起神经支配区腰腿疼痛等一系列症状。长征医院骨科医院副院长、上海医学会骨科分会微创学组组长叶晓健教授指出，从疾病的成因就可以了解到，培养良好的工作习惯与姿势体位的重要性，无论处于疾病的哪个阶段，这都是显而易见的。

除了腰椎间盘随年龄增长发生退行性变以外，身体的姿势不良引起的腰部损伤是腰椎间盘变性的主要原因，也是腰椎间盘突出的诱因。长期的前倾坐姿、反复的弯腰、腰部突然用力、弓腰搬抬重物及扭转动作容易引起腰椎间盘突出，所以本病的易患人群与职业相关度较高，如司机、会计、久坐办公者。

养成良好的工作姿势和间歇性的腰部休息、负重与活动前的腰部预热性活动，对腰突症来说是一种重要的预防乃至康复手段。叶晓健教授还提出五项防治举措：1. 寒冷潮湿季节注意保暖；2. 腰椎退变患者避免长时间站或坐；3. 纠正不良姿势，避免使用增大椎间盘压力的姿势；4. 避免腰部突然过度负重和长时间弯腰活动，搬重物时选择合理姿势；5.戒烟。

提示二

先进治疗手段关键时刻帮一把

患了腰突症后，光靠注意行为改变还不够，首次发病、症状较轻者，先采用保守治疗。方法包括急性发作期卧硬板床休息 2–3 周；使用腰围制动，可避免或减少 25%左右的腰肌受力，但较长时间腰托固定易造成腰部肌肉萎缩，佩戴时间不宜超过 3 周；腰椎牵引治疗，一般为 2 周一个疗程；中医中药，活血化瘀，舒筋通络，补养肝肾；针灸推拿，对于腰肌劳损、急性腰扭伤、轻度腰椎间盘突出所致的腰痛，效果较好，但仅限于腰痛；艾灸，温经散寒、温通经络、活血逐痹、消瘀散结、扶阳固脱、防病保健，适合于寒性体质的人群，不适合热性体质的人群及女性例假期间，使用艾灸时要注意避免烫伤、避免起火；除了口服中药外，还可以使用药渣外敷及泡脚，综合起来达到良好疗效。

叶晓健教授进一步介绍，当腰突症较为严重、保守治疗无效，或症状反复发作，影响工作生活；病情逐渐发展，神经症状明显，还有急性发作，神经压迫症状严重，大小便功能障碍者，应考虑手术治疗。不能讳疾忌医，不能因恐惧手术而延误治疗时机。

医学发展到现在，对于专科医师来说，腰椎手术已经非常成熟，手术方法根据年龄、椎间盘突出的程度、数量和骨质增生等情况，可以采用微创手术治疗或传统开放手术治疗。借助微创设备目前可以实现微创通道或内镜下减压、髓核摘除、经皮内固定与融合手术。对于多节段的椎间盘突出或伴有严重椎管狭窄的患者，微创手术及传统开放手术各有优势，因此就诊后有经验的医生都会根据患者的具体情况制定个体化的阶梯式治疗方案。

手术治疗后，并不意味着万事大吉，良好的康复训练及建立科学的工作生活习惯，对恢复和保持健康的脊柱功能一样重要。过度用腰的体育活动、负重、扭腰等都会增加复发风险；手术后要加强腰背肌锻炼，维持脊柱稳定性，防止复发。所以自我养护贯穿于防治腰突症的始终，患者自己正是对抗疾病的最好医生。 **虞睿** 本版图片 TP

克服中年危机

知“心”话

近期两部国产电影《港囧》和《夏洛特烦恼》，不约而同地表现了大叔们的“中年危机”，梦想依然缥缈，现实一地鸡毛，青春无法重温，生活只能出逃。电影的票房神话和巨大社会反响，折射出 70 后、80 后对这种心态的认同，换言之，时下 35–45 岁的人群可能普遍经历着“中年危机”，内心充满了对现实的焦灼感和无力感，常常沮丧和迷茫。

人到中年，上有老下有小，责任日益增加，身体却不堪重负，自我期待与真实生活的差距越来越大，心理危机确实很容易出现。危机之下，很多人选择了逃避，婚姻乏味就出轨，工作下坡就消沉，沮丧自怜或者一味幻想，在危机中越陷越深。

危机确实是威胁，我们必须面对开始衰老的现实，时不我待，不可能像 20 岁的人那样憧憬无限了，但同时也是机遇，它迫使我们去直面恐惧，追问生命的意义。子曰四十不惑，如果没有经历这种危机，恐怕很难真正做到“不惑”。

两部电影的共同归宿，最终都是向现实妥协，向家庭回归。但真的要克服“中年危机”，恐怕要经历更为复杂和痛苦的心理过程。

首先，最重要的一点，是必须承认和接受自己的局限性。年轻时我们认为自己有无限可能，对自己和世界都有过高的期待，此时终于深切体会到自己真正能做到的非常有限。这难免让人沮丧，但是当你接受了这种局限性之后，才能甄别出真正重要的人和事，主动放弃那些烦扰你的虚名浮利，脚踏实地去做自己最热爱、最擅长的事，反而会让你接近梦想的实现。

其次，必须和生活和解，但享受平庸并非唯一出路，改变和提高可能是更好的选择。我们降低了期待，修正了目标，但不是放弃自己，而是以一种更平和从容的姿态前进。如果面临事业低谷，我们需要更多的学习和思考，来打破瓶颈；如果出现婚姻危机，我们需要坦诚沟通，改变自己而非更换爱人。

最后，行动才是持续改变的唯一途径，当你确定了新的方向和目标，不要只挂在嘴上，必须落实在每天的行动之中。

刘文娟（复旦大学附属中山医院心理科）

单髁置换保留自己的膝关节

长期以来，全膝关节置换术在治疗中重度膝关节骨性关节炎中占据着主导地位。过去几十年，对这类患者的治疗选择要么是接受截骨或药物等保守治疗的方法，等若干年后发展为全关节的骨关节炎再行全膝关节置换术，患者往往要继续痛苦的等待；要么就直接接受全膝关节置换术，而手术需要切除交叉韧带、半月板以及外侧以及前方间室的关节软骨等尚正常的组织，显然扩大了切除的范围，相当于“一人生病，全家吃药”。

事实上，并不是所有膝关节疾病的患者，都需要将整个膝关节都换掉的。人体的膝关节有三个间室：内侧、外侧、前侧间室。在膝关节骨性关节炎病人中，约有近 30%的病人，膝关节的疼痛和退变主要限于膝关节的一侧间室，尤以内侧间室多见，对这类患者有一个专门的医学诊断：单间室骨关节炎。能否仅仅置换有病变的那部分关节面，而保留仍然健康的组织，以减少对患者的创伤，一直是骨科医生所探究的。

膝关节单髁置换术即由上述理念发展而来，这项技术在欧洲和北美已发展了近 30 年，该手术就是将病变的内侧或外侧间室的软骨置换掉，其面积约为整个膝关节软骨的三分之一，被老百姓形容为“只换一半关节”的手术，并且具有创伤少不输血，感染风险低，减少住院日，保留正常的交叉韧带及关节软骨等优势。近年来的研究显示，在正确掌握适应症和良好的手术操作基础上，膝关节单髁置换能够取得满意的结果，术后 20 年随访时仍有九成以上患者功能良好，治疗效果较为满意。

当然，并不是所有骨关节炎的患者都可以用单髁置换术来解决困扰的，需要由专业医生根据患者的实际情况进行综合考量后决定。通常情况下，膝关节的疼痛局限在一侧，站立或短距离行走即疼痛，通过保守治疗效果不好，X 线片表现为单侧间室关节间隙狭窄，膝关节核磁共振显示膝关节一侧软骨面明显损伤，存在这些情况的患者才可能是膝关节单髁置换术的适应人群。

在成功进行了单髁置换手术后，术后的康复锻炼同样应当重视。除了应用止痛药控制术后疼痛和小腿肌肉等长收缩和足背伸屈活动这些常规护理措施外，最重要的是患侧膝关节屈伸活动锻炼，防止关节周围软组织因缺乏活动而发生粘连并导致关节僵硬，可在医生指导下使用膝关节功能锻炼机 CPM 辅助锻炼，通常医生更主张患者依靠自己而不是依靠机器进行练习。

汪滋民（第二军医大学附属长海医院关节骨病科副主任）

科|普|活|动

11月1日上午8:00开始，“膝关节患者病友会暨膝关节伤病科普咨询活动”在长海医院17号楼（科技楼）一楼第三会议室举办。关节骨病科的医生将对膝关节疼痛、膝关节活动功能障碍等疾病及膝关节功能锻炼及康复进行现场答疑。读者咨询时请带好相关病历资料。

既然“斩草除根”，何以愁“肠”百结？

肠道息肉引发的困惑

近年来随着内镜技术的飞速发展，肠镜下治疗技术突飞猛进，很多息肉甚至早期肿瘤在内镜下切除已经不是技术问题。问题在于哪些病灶适合在内镜下切除，哪些建议手术切除，哪些内镜下切除后根据病理结果建议追加手术，这些已成为越来越多患者心中的“纠结”。

大肠息肉其实只是一个形态学上笼统的概念，发生在肠粘膜的隆起型病灶的总称。细分有很多类型，比如增生性息肉、炎性息肉、儿童性息肉、腺瘤、家族性息肉病、其他少见类型等。多数大肠息肉起病隐匿，无任何临床症状，少数表现为大便习惯改变、大便带血和黏液，稀便，次数增多。有些典型的肠道外症状常提示有息肉病的可能，一些患者常因肠道外症状就诊，切不可忽视。由于本病临床症状少，容易忽视或漏诊，因此，结肠息肉的诊断首先要提高对本病的认识，凡原因未明的便血或消化道症状者，尤其是 40 岁以上的中老年男性，应注意作进一步检查，以提高大肠息肉的发现率和确诊率。

发现息肉后是否选择内镜下摘除或者切除，是一个很专业的问题，需要专科医师根据息肉的大小、部位、形态，结合病人的年龄和全身情况做出决定，通常情况下，较小或有蒂的息肉、肉眼观察考虑良性的息肉、怀疑或证实早期癌肿但超声内镜等检查病灶仅局限于粘膜层的病灶、尽管明确为癌肿但病人高龄体弱无法耐受手术的情况等等，可以选择内镜下局部切除。内镜下切除的病灶常规会标记后做病理检查，如果良性，定期随访肠镜即可。但是如果有癌变，就带来了上述的所谓“纠结”。这需要内镜医生、病理科医生和结直肠外科医生三方面的讨论意见，分析病理类型、浸润深度、基底切缘和环周切缘。

值得注意的是，肠镜下切除用的多是电灼类手术器械，有时会造成病理判断上的困难，病灶如果到了粘膜下层，具体深度是粘膜下层的哪一层呢（专业上还可以分为三层）？这关系到肿瘤发生淋巴结转移的机会有多少，是否需要追加手术。所以，对于浸润到粘膜下层的所谓“早癌”，是否适合内镜下切除，还是有争议的。因为这会使得一小部分已经有淋巴结转移的病人“治疗不足”，后期复发后再去做“挽救性手术”，效果就差了很多。

如何避免治疗过度和治疗不足，既有治疗技术上的问题，也有治疗理念的因素，需要临床经验丰富的专业医生根据病灶的具体情况具体分析，同时兼顾病人的年龄和身体状态，制定个体化的治疗决策。

王志刚（上海交通大学附属第六人民医院胃肠外科主任医师）