

膝关节骨性关节炎 怎样预防

膝关节骨性关节炎是一种十分常见的慢性关节疾病,该疾病发作较为缓慢,刚开始只是膝关节疼痛、肿胀,随着病情加重,患者的膝关节逐渐僵化,部分患者后期已经完全无法活动。该疾病多发于50岁以上的中老年患者,女性发病率略高于男性。那么该疾病究竟是什么样的疾病?又该如何预防和治疗呢?

膝关节骨性关节炎的症状

关节疼痛

膝关节骨性关节炎最常见的症状就是疼痛,在早期患者会出现轻中度疼痛,经过休息后就能缓解,在受凉时可能会诱发或是加重疼痛,呈现出一定风湿性关节炎的特点。随着疾病的发展,患者在上下楼梯或是做蹲起等动作时,膝盖也会出现明显疼痛,并影响患者的正常行动,当疾病发展到后期,患者甚至已经无法正常行走,部分重症患者在休息时膝关节也会出现持续性疼痛。

关节活动受限

在早期,患者长时间保持一个身体姿态后,突然改变膝盖姿

态时会感觉膝盖僵硬,有明显的的不灵活感。随着疾病加重,患者在早晨起床时,也会感觉到膝关节僵硬,一般持续30分钟左右,到了疾病后期,患者的膝关节活动会严重受限,甚至可能会导致残疾。

关节畸形

在疾病早期,患者的膝盖并不会出现明显的畸形,但随着疾病不断发展,患者半月板损伤逐渐严重,软骨层开始变薄,就会导致患者膝关节开始出现内翻、外翻等畸形情况。

肌肉萎缩

部分患者到了疾病晚期,由于关节疼痛、关节畸形、关节活动受限等问题,会导致其活动度下降,患者的肌肉开始逐渐萎缩,并引发肌肉无力、关节无力等问题。

如何预防膝关节骨性关节炎

改变膝盖受力方式

走路姿势会对膝盖受力造成影响,长期扭着腰、撇着腿走路会改变膝盖的受力方式,让其受力不够均匀,从而引发疾病。

同时,在平时的生活中要尽量避免长时间蹲下,蹲下会给膝盖带来较大负担,在蹲下一段时间后应该站起或坐下缓解膝盖压力。

减少膝关节过重负荷的运动

有膝关节骨性关节炎的人,尽量少上下楼梯、少登山、少久站、少提重物,避免膝关节的负荷过大而加重病情。但也要进行适当的功能锻炼,防止腿部的肌肉萎缩,增加膝关节的稳定性。运动应该尽可能选择一些不会增加膝关节负担的运动,特别是对于一些老年人,可以选择游泳、散步等较为舒缓的运动。

减肥

肥胖会大幅度增加膝关节的负担,肥胖者要尽可能控制自身体重,多吃一些含蛋白质、钙的食物,减少脂肪的摄入,这不仅能补充骨骼中的钙质,也能有效控制自身体重。

膝关节骨性关节炎的治疗

目前进行膝关节骨性关节炎治疗主要采用阶梯治疗。膝关节骨性关节炎可以被分为早期、中期和晚期三个阶段,在治

疗时要遵循阶梯治疗原则,根据疾病严重程度、发病时间长短等选择合理的治疗方法。

保守治疗

症状较轻、发病时间较短的患者可以选择保守治疗。患者尽可能改变自己的生活习惯和运动方式,降低膝关节的负荷,同时要加大腿部肌肉力量锻炼。有条件的患者还可以辅以物理治疗,也能在一定程度上缓解膝盖疼痛。天冷时膝盖要暖,必要时佩戴护膝。如果患者感觉症状缓解程度不佳,可以适当服用一些非甾体类消炎镇痛药物。

手术治疗

如果在服用药物后,缓解效果依然不佳,或是疾病发展已经影响到患者正常生活的中晚期患者,就需要考虑手术治疗。手术治疗有着较多方案,如,微创关节镜清理术、截骨畸形矫正术、单髁置换术、全膝置换术等,不同手术方法有着不同的适应症,患者应该在医生的建议下选择适合自己的治疗方法。

(作者:鄱川山 福建省永泰县医院 骨科 副主任医师)

患上胰腺癌 如何放疗

胰腺是人体主要的内、分泌腺体之一,参与人体的消化、营养物质代谢等重要功能。因解剖位置隐蔽且症状无特异性而难以发现早/中期胰腺癌。胰腺癌治疗预后差,如果不幸患上“胰腺癌”,有哪些治疗方法?能否早期诊断、早期治疗呢?生活中如何预防其发生呢?

2022年我国新发胰腺癌约11.87万人;死亡约10.63万人。是严重危害人民群众生命健康的癌症之一,其预防与早诊早治重要性凸显。

发生危险因素

不良习惯:吸烟者患病风险提升2倍,肥胖和糖尿病提升患病风险20%~50%。

职业暴露:长期暴露于甲萘胺、联苯胺、氯化烃类、镍环境等。

遗传因素:一级直系亲属罹患胰腺癌的个人,其风险增加18~57倍。BRCA1/2突变的个人风险增加3~10倍,胚系基因突变与CDKN2A/P16、MLH1/MSH2、APC、PRSS1、STK11都相关。

现代放疗技术

图像引导的调强放射治疗(IGRT)可自适应肿瘤(靶区)运

动及形变,精确制导照射,疗效更佳,3/4级毒性更少。特别是MRI引导的自适应放疗(MRIGRT)是未来放疗的主流技术之一。

另有质子、重离子、中子放疗技术。

治疗方法

包括手术、新/辅助放化疗、靶向/免疫治疗及其联合治疗。

手术切除的胰腺癌仅占15%~20%(可手术比例低);术后中位生存期(mOS)15~23个月,5年生存率小于20%(疗效差)。术后联合治疗尤为重要。

放射治疗联合的药物有吉西他滨、氟嘧啶类,伊利替康或脂质体剂型,铂类,白蛋白结合紫杉醇等。机制是它们减少S期的肿瘤细胞数量(而此时肿瘤细胞对放疗抗拒),同时增敏放射杀伤而产生整合效应。

可手术和边界可手术胰腺癌

术后治疗(辅助治疗)

可手术胰腺癌的标准治疗方法是术后辅助化疗和/或放疗,尤其是对淋巴结阳性患者。

生存获益上,放化疗显著优于单纯放疗;放疗联合吉西他滨优于5FU,卡培他滨优于吉西他

滨方案。

术中放射治疗

是对胰腺癌外放疗技术的有益补充和术中不可切除胰腺癌的挽救治疗。

术前治疗(新辅助治疗)

可提高可手术病人的比例;降低肿瘤体积;提高阴性切缘比例(即转化为可切除R0);筛选病情稳定或对治疗敏感的可手术优势人群;治疗未检出的微转移灶。

特别是序贯SBRT/手术是边界可切除和不可切除胰腺癌病人的最佳方案之一。

不可手术切除胰腺癌

PS评分良好,无远处转移的局部晚期胰腺癌:在2~6周期化疗后序贯放化疗(或SBRT)的局部控制率更好,部分病灶获得手术机会。

转移性胰腺癌

体能状态(PS)良好的病人,多药化疗序贯/同步放化疗的生存期和生活质量更佳。

约80%的病人终究会有顽固性的上腹部及背部疼痛,放疗联合止痛/抗焦虑效果更佳,特别是应用MRIGRT技术。

肺、肝孤立/寡转移灶:可尝试SBRT联合靶向药物,尤其是无法手术的转移灶。

未来发展方向

基于MRIGRT的SBRT联合靶向治疗(EGFR、NTRK、KRAS等的抑制剂)和/或免疫治疗。

预防与早诊早治如下:

戒除不良生活方式:禁烟酒、少食加工红肉、积极预防/治疗肥胖和糖尿病,适度运动……

减少职业暴露:包括甲萘胺、联苯胺、氯化烃类、杀虫剂、镍等化学物品和重金属的接触。

直系亲属患病的个人,应定期检查胰腺、结直肠、乳腺、卵巢等,争取早诊早治。

(作者:白志刚 福建医科大学附属第二医院 肿瘤放疗治疗科)

医学科普专栏投稿邮箱:

fujianwsbkp@126.com

联系电话:0591-88369123

联系人:杨老师