

中西医结合防治高血压病效果好

高邮市中医医院 内科 主任中医师 丁国培



高血压病是一种多发病、常见病,在我国存在着“三高”(患病率高、病死率高、致残率高)、“三低”(知晓率低 30.2%、服药率低 24.7%、控制率低 6.1%)和“三不”(不规律服药、不遵医嘱不吃药、不爱用药)现象,因此其防治任务迫切而艰巨。实践证明,中西医结合治疗较之单纯的中医或西医治疗有着不可替代的优越性,是高血压防治的最佳方法。

广义“痰”,痰湿蕴于脉络管道,堵塞于脑,会形成脑梗死、脑萎缩;若蕴于心,当发心绞痛、心肌梗死;或蕴于肝则发为脂肪肝、各种心血管疾病迁延日久,必然导致血瘀,犹如河道、沟渠淤塞或者说像自来水管的锈迹、污垢一样,个人认为在治疗高血压病时,应以一贯之配合活血化痰药物应用。如“丹参片”、“血府逐瘀片”、“荷丹片”等。

中医强调“医食同源”,要合理膳食,药补,食补并重。在强化低盐饮食,锻炼身体,戒烟限酒的同时,中医学依据人体脏腑阴阳,将人群分为不同类型,而食物、蔬菜、水果依其五味和寒热特征,也可分为不同种类,均有不同属性和不同的脏腑归经,如酸入肝,苦入心等,如体质属心肝旺型,可建议多食苦瓜、柠檬、柚子等酸苦清泄的蔬菜水果。如果是女性更年期出现烦躁,头晕,面部烘热,血压升高等阴虚火旺症状时,可服用阿胶,黑芝麻、胡桃肉、沙参、麦片、杜仲等滋阴养液之品。总之,中西医结合治疗高血压病既可有效控制血压,又有更好地改善患者的症状,提高生活质量,前景十分广阔。

作者简介:

丁国培,主任中医师,扬州市中医学会员理事、市医学会中医专业委员会副主任委员。毕业于南京中医学院中医系,曾师随赵养生、董和斋等老中医侍诊。并到上海中医药大学附属龙华医院师从徐嵩年、陈以平等教授进修中医肾病,深得真传。从事中医工作几十年,在内科疑难杂症临床方面颇有建树。对急、慢性肾小球疾病以及系统性红斑狼疮等自身免疫性疾病诊治研究颇有见长,愈病日众。此外,对急、慢性支气管炎、支气管哮喘、慢性肝炎、肝硬化腹水、慢性胃病、慢性腹泻等方面治疗效果显著。先后在省级以上医学杂志发表学术论文 10 余篇,其中撰写的《略论肾小球疾病从脾论治》、《辨证治疗小儿紫癜性肾炎 31 例》、《外感咳嗽辨治析微》等文章先后获奖,主编《中医预防保健常识》,并参与《中医诊疗学》中草药章节编写。

二、客观地评价中西医疗效

中西医结合治疗高血压病优势较多,一是能调整体质,增强对降压药的敏感性,缓解和消除高血压的伴随症状,有效地提高患者的生活质量,二是降压作用缓和。三是不良反应少,与西药合用能减量、减毒、增效。四是注重个体差异,治疗因人而异,重视心理、整体及外围环境对于病情的影响。不足之外,一是起效慢,在单纯降压指标效果难以与西药降压相比较。二是中药汤剂虽然疗效好,但患者不能坚持长期服用。西药治疗高血压优势也较多,单靶点拮抗是西药之长。一是目前仍是降压的主力军。二是降压作用较强能迅速,能有效地控制血压。三是长效药物可 24 小时平稳降压。四是对某些靶点器官受损有逆转作用。不足之处。一是几乎所有降压西药均存在程度不等不良反应。二是降压过程中血压波动大,特别是早期或老年性高血压对西药特别敏感。三是长期使用某种降压药能产生耐药性。四是用药后血压虽降至正常,但临床自觉症状,改善不理想。五是疗效个体差异较大,需要反复调整,治疗时容易忽视作为一个人的整体性,及非药物治疗的重要价值。

三、科学合理地防治高血压,做到未病先防

“治无病之病,防范于未病之先;治无患之患,治理于未乱之先。”

高血压病不仅发病率日趋升高,而且向年轻化发展,构成了对人类健康和生命的主要威胁和隐患。对于早期的高血压病患者,提倡尽早降压,把疾病消灭于萌芽状态,可以有效的控制血压,防止或减缓高血压病的加重和进展,越早降压,越多获益。当非药物治疗无法控制高血压病的时候,应果断采用药物治疗,“逐邪务早”,“早遏其路”,阻断血管重塑,防止左心室肥厚,血管结构与功能改变,蛋白尿等亚临床终点的出现,使临床获益最大化。

中医学认为高血压病总的病机应为气阴阴阳失调,风、火、痰、瘀互结,临证多见虚实夹杂,病在肝、肾、涉及心、脾,“痰”、“瘀”是高血压病进一步发展的关键病机。高血脂症的脂质代谢紊乱即为中医



高邮市中医医院 骨伤科 主治医师 吴刚

腰椎间盘突出症是因椎间盘变性,纤维环破裂,髓核突出刺激或压迫神经根所表现的一种综合征,是引起腰痛最常见的原因之一。好发于青壮年,其中约 80% 发生在 20~50 岁之间。男性明显多于女性,男女之比约为 5:1。根据腰椎间盘突出症的位置和程度不同,临床表现各异,通常分为:(1)中央型:椎间盘在中线突出,压迫马尾,症状较重。(2)外侧型:突出位于椎间小关节部位及其外侧,压迫硬膜囊和神经根。(3)后外侧型:突出的椎间盘位于中线的一侧,压迫同侧神经根。

康复治疗

腰椎间盘突出症的治疗分为非手术治疗和手术治疗两种。非手术疗法是康复治疗的重要方法,约 90% 以上的患者都是通过非手术疗法而使症状得到缓解或治愈。非手术疗法能改变突出物与受压神经根的关系,纠正腰椎错位和松解神经根的粘连,有利于病变的恢复,是本病首选的治疗方法。非手术疗法包括腰椎牵引、物理治疗、按摩、针灸、体疗、手法复位、痛点封闭、硬膜外注射、髓核化学溶解法等方法。如经保守治疗观察半年以上属无效,影响日常生活及工作者,可施行手术治疗。

中成药是在中医药理论指导下,以中药材为原料,按照规定的处方、生产工艺和质量标准生产的制剂,具有便于携带、使用方便等特点。

中成药分内服和外用两种:

内服药:丸剂(糊丸、水泛丸、蜜丸、浓缩丸);散剂、颗粒剂、片剂、胶囊剂(粉剂、软胶囊)、丹剂、糖浆剂、膏剂。

外用药:搽剂、栓剂、膏贴剂、滴眼剂、滴鼻剂、气雾剂、洗剂、静脉用注射剂等。

如何正确使用中成药?

1、中成药需辨证使用

中成药剂型及种类越来越多,虽各有特点,然药物相对固定,使用时必须在中医药理论的指导下辨证论治,同一种疾病在不同的时期所表现的证候不同,则应选用不同的中成药。

如中风患者:

- ①痰湿明显:华佗再造丸。
- ②血瘀明显:脑血康(水蛭)溶栓胶囊、血塞通等。
- ③气虚血瘀:通心络、脑心通、脑安颗粒等。

部分医生和患者只看说明书中的治疗病种,而不看中药成份,此药适用于哪类证型,必须明确。正如《医述》中讲:“凡医人用药,须先认证,认证须先审脉,审脉明,斯认证真,认证真,斯用药当。”诊断不明,药证不符,“热证”用“热药”,“寒证”用“寒药”,“虚证”用“猛药”,“实证”用“补药”,则损害无穷,加重病情。

2、正确认识中成药的毒副作用

一般来讲,良好的安全性是中药的优点之一,生产中成药所采用的中药材大都是天然药品,但还是有毒副作用的,正所谓说:“是药三分毒。”毒性是中药的一种基本属性,但毒性不等于毒药。这种毒性起到治疗疾病的作用,就成为药物的功效。如果使用药物治疗疾病的同时,其它的毒性反应对人体产生了反作用,就成了毒副作用。

近些年来,临床报道中药及中成药的不良反应、毒副作用不断增多,所以中药及中成药的使用应首先遵循辨证的原则,其次应了解药物的毒性。

《有毒中草药大辞典》一书载有毒性的中草药 487 种,其中致死量在 1 克以内的极毒药有 22 种。《医疗用毒性药品管理办法》中确定的管制使用的中药有 28 种。

如:罂粟、大麻、洋金花;药子、关木通、广防己、马兜铃、马钱子、蟾酥、雄黄、木别子、斑蝥、大戟、甘遂、芫花、生半夏等。

3、中成药的使用方法

①中病即止

中成药适宜长期服用,虽毒性小,但长期服用,可蓄积中毒,所以中病即止,或间断使用。

②联合运用必须遵循用药原则

如何正确使用中成药

高邮市中医医院 内科 主任中医师 李大卓



A、中成药+中成药
如附子理中丸+金匮肾气丸(附子重复)

B、含有乌头(附子)+含有贝母、半夏等治疗咳嗽的中成药(十八反:乌头反半夏、贝母;)

C、中成药+西药

这是中西医结合治疗疾病的有效途径之一,合理地联合使用,对提高临床治疗效果,促进疾病迅速痊愈有其重要意义,若联合不当,可导致药效下降,甚至产生毒副作用。

如:A. 含有机酸的六味地黄丸、杞菊地黄丸、山楂丸、保和丸、护肝片等就不宜与胃舒平、安达、小苏打、硫糖铝、氨茶碱、小檗碱等合用(酸碱中和失去药效)。B. 含有朱砂的朱砂安神丸、苏合香丸等,不宜与溴化钾、溴化钠、碘化钾等合用(产生碘化汞、溴化汞等导致药源性结肠炎)。

3. 掌握服药方法

- ①严格按量服用,不可“多多益善”;
- ②注意服药时间:A. 补益药多空腹使用; B. 治疗胃肠道疾病应在餐后 1 小时左右; C. 安神药应在睡前 1 小时左右等。
- ③注意服药过程中的任何反应。
- ④注意药物禁忌;

A. 药食禁忌:

- A 含人参的中成药忌萝卜、茶叶、咖啡、巧克力等;
- B 含何首乌、地黄的中成药忌葱、蒜、萝卜等;
- C 含茯苓的中成药忌食醋等。

B. 妊娠禁忌:

- 禁用:麝香、三棱、莪术、巴豆;
- 慎用:活血行气类、泻下导滞类、大辛大热类;
- C. 注意说明书中的禁忌:

- 含麻黄的中成药:青光眼禁用;
- 高血压、冠心病、前列腺肥大者慎用;
- 洁白胶囊:高血压、出血倾向者慎用等。

作者简介:

李大卓,主任中医师,高邮市中医医院中医基层指导科科长,世界中医药联合会消化病专业委员会理事,江苏省中医学会脾胃专业委员会常务委员,扬州中医学会脾胃病专业委员会副主任委员,高邮市有突出贡献的中青年专家。从事内科临床工作 30 余,积累了较丰富中医内科临床工作经验,尤其在中西医结合消化病方面有独到治疗特色。

腰椎间盘突出症的防治

高邮市中医医院 骨伤科 主治医师 吴刚

腰椎间盘突出症是因椎间盘变性,纤维环破裂,髓核突出刺激或压迫神经根所表现的一种综合征,是引起腰痛最常见的原因之一。好发于青壮年,其中约 80% 发生在 20~50 岁之间。男性明显多于女性,男女之比约为 5:1。根据腰椎间盘突出症的位置和程度不同,临床表现各异,通常分为:(1)中央型:椎间盘在中线突出,压迫马尾,症状较重。(2)外侧型:突出位于椎间小关节部位及其外侧,压迫硬膜囊和神经根。(3)后外侧型:突出的椎间盘位于中线的一侧,压迫同侧神经根。

康复治疗

腰椎间盘突出症的治疗分为非手术治疗和手术治疗两种。非手术疗法是康复治疗的重要方法,约 90% 以上的患者都是通过非手术疗法而使症状得到缓解或治愈。非手术疗法能改变突出物与受压神经根的关系,纠正腰椎错位和松解神经根的粘连,有利于病变的恢复,是本病首选的治疗方法。非手术疗法包括腰椎牵引、物理治疗、按摩、针灸、体疗、手法复位、痛点封闭、硬膜外注射、髓核化学溶解法等方法。如经保守治疗观察半年以上属无效,影响日常生活及工作者,可施行手术治疗。

1. 卧床休息:适用于急性发作期症状较重的患者,严格卧硬板休息 3 周左右,有利于减轻体重对椎间盘的压力,有利于炎症的消退。3 周后带腰围起床活动,3 个月内不做弯腰持重动作。

2. 腰椎牵引:仰卧位,用两个牵引套分别固定骨盆和胸部或腰部,进行对抗牵引。牵引重量通常从 30kg 开始,逐渐增至相当于患者体重的重量,每次牵引 20~30min。牵引的作用是使下段腰椎的椎间隙增大,产生负压,有利于髓核的还纳;牵引使后纵韧带拉紧,起到向前推压的作用,也有利于突出物的还纳;牵引可促使突出物与神经根的位置发生变化,减轻对神经根的刺激或压迫;牵引有助于松弛肌肉,改变肌肉的痉挛状态。

3. 运动疗法:当腰、腿部放射性剧痛好转后可进行运动治疗,其目的是增强腰背肌和腹肌的肌力训练。以增强脊柱的稳定性,促进痊愈,预防复发。

4. 手术后康复治疗:对保守治疗无效或经常反复发作的病人,可进行手术治疗。手术后的康复治疗与非手术康复治疗的方法基本相同,后路手术者应减少腰部的前屈动作;前路手术者应减少腰部后伸的运动,植骨融合术者应在骨愈合以后再开始进行腰部活动的训练。

预防

1. 健康检查:对不同的人群,特别是青壮年应做健康检查。注意有无脊柱先天性异常,如隐性骶椎裂患者如发生腰痛易诱发腰椎间盘突出症。

2. 改善腰部姿势:某些需长时间弯腰用力的劳动,腰椎间盘承受的压力比站立时承受的压力增加 1 倍以上,弯腰转身提取重物承受的压力则更

大。因此,长期弯腰工作腰痛发病率高,腰椎间盘突出症的发病率也高。纠正的方法是改善腰部姿势。在弯腰提物或搬运重物时,要精神集中,各肌肉、关节运动协调配合,拾物时以下蹲代替弯腰,避免大幅度地屈伸腰部,避免在腰部侧弯、扭转姿势下用力。携带重物时应尽量使其贴近躯干,减少椎间盘的压力。每工作 1 min 应适当的活动腰部,或做操,减轻腰部的疲劳,这对于预防椎间盘突出的发生有重要意义。

3. 及时治愈腰痛:腰痛时,肌肉的紧张性保护作用的同时也大大增加了椎间盘的压力,促进椎间盘蜕变和诱发椎间盘突出。因此,对于素来经常腰痛的患者,应查明腰痛的原因,及时治疗,减少椎间盘突出的发病率。

4. 加强腰、腹部肌肉锻炼:可增加腰椎的稳定性,减轻腰椎负荷,对椎间盘有保护作用。

作者简介:

吴刚,主治医师,毕业于江苏省职工医科大学,从事骨外科工作 10 余年,先后在江苏省人民医院,上海市第六人民医院进修深造,并接受国际内固定研究学会(AO/ASIF)创伤骨科培训中心(中国)培训。临床主要特长及工作方向:创伤骨科,关节外科,手外科,应用骨科显微外科技术进行组织缺损的修复、骨不连和骨髓炎的治疗。

高邮市中医医院 中医院之窗
健康之友
总第 124 期
2012 年第一期
www.84610120.com
主持人:夏在祥 特约编辑:陈进