

康健园

本报专刊部主编 | 第 618 期 | 2016 年 12 月 26 日 星期一 责任编辑:潘嘉毅 视觉设计:戚黎明 编辑邮箱:pjy@xmwb.com.cn

“中成药降压”用之有道

生活实例

王老伯是一位高血压患者,长期服用 2 种降压药。入冬后他常常感到头晕,视物模糊,听邻居李阿姨说杞菊地黄丸效果不错,于是他急忙到药店买了几瓶每天服用,同时把降压药也停了。没过几天,王老伯感到头涨头痛,家属赶紧送他到医院。只见王老伯满脸通红,大

便干结,脉弦劲有力,测血压 180/100mmHg,医生结合其病史给他选用了合理的降压药物,同时四诊合参,辨证施治,辅以平肝潜阳类中成药治疗,过了一周复诊,王老伯血压稳定了,头痛头涨、视物模糊的症状也缓解了。

误区一:中成药替代降压药

高血压中成药是一类根据中医理论指导下由多种中药材研制而成的中成药,具有平肝潜阳、滋阴补肾、化痰活血等功效,能缓解高血压患者头痛头涨、耳鸣、视物模糊等症状,但其药力平缓,降压效果有限,不能替代西药降压药。因此,在服用中成药的同时,决不能随意停服降压药物,否则会像上例中王老伯那样捡了芝麻,丢了西瓜,导致血压反跳,甚至引起心脑血管意外。

误区二:人云亦云,他药我也用

这在老百姓中很有代表性,往往听别人说某中成药吃得好就盲目跟风,结果药不对症,适得其反。事实上,高血压中成药是在中医理论指导下研制而成的,必然应该在中医理论指导下因人而异,辨证施治。

高血压病相当于中医学“眩晕”范畴。病位在肝、肾,常累及心、脾,肝肾阴阳失调为其主要病机。故治疗本病,需根据不同的证型,施以不同的中成药。

肝阳上亢证:常见头痛,眩晕,心烦易怒,夜眠不宁,面红口苦,舌质红苔黄,脉弦。

代表药物:牛黄降压丸。主要成分有人工牛黄、羚羊角、珍珠、水牛角浓缩粉、白芍、决明子、川芎、黄芩提取物、郁金、冰片、甘松、薄荷等。具有清心化痰,平肝安神的功效。可用于心肝火旺、痰热壅盛所致的头晕目眩、头痛失眠、烦躁不安的高血压病见上述证候者。一次 1~2 丸,一日 1 次。但腹泻者忌服;气血不足所致的头晕目眩、失眠患者忌服。

肾精不足证:常见眩晕,神疲健忘,腰膝酸软,遗精耳鸣。其中偏于阴虚者,表现为五心烦

我国高血压患者人数已突破 3.3 亿,每 3 名成人中就有 1 人患高血压。市面上各类降压药如雨后春笋般涌现,中成药作为其中一类“特殊降压药”在广大老百姓中运用广泛,其中误区多多。



热,舌质红,脉弦细;偏于阳虚者,表现为四肢不温,舌质淡,脉沉细。

代表药物:杞菊地黄丸。主要成分有枸杞子、菊花、熟地、山药、茯苓、泽泻、丹皮等。主要用于肾精不足偏阴虚者,每日 3 次,每次 8 粒口服。但感冒发热病人不宜服用。

代表药物:金匱肾气丸。主要成分有附片、肉桂、熟地、山药、茯苓、泽泻、丹皮等。主要用于肾精不足偏阳虚者,每日 3 次,每次 8 粒口服。但感冒发热、有实热者不宜服用。

以上两种代表药物,有高血压、心脏病、肝病、糖尿病、肾病等慢性病严重者在医师指导

下服用。

误区三:一用到底,不按时随访

中医讲究方证相应,证变方亦变。患者每次就诊时的证型都不一样,今天或许还是肝阳上亢证,明天或许就变成阳虚证了,这就要求我们不能一直服用同一种中成药,一定要遵医嘱规律随访,在专业医师的指导下合理用药。有时疾病复杂,需进一步做相应检查,明确病情后方能对症下药。

本版图片 TP

霍清萍(主任医师、教授) 汪天湛(主治医师、博士)(上海交通大学附属第六人民医院中医科)

起底肺小结节——

如何做到“不拘小节”

适用于合并心血管疾病及年轻患者

由于病灶毗邻心脏,使用常规放疗时射线很难避开心脏,患者可能会因放疗引起的心血管损伤而影响长期生存质量。借助质子重离子治疗高精度、低毒副作用的特点,适用于合并心血管疾病及年轻患者,尤其是左胸恶性肺小结节患者,可降低放疗毒副反应的发生几率。

“精准、低毒”是质子重离子治疗恶性肺小结节的核心优势。根据临床数据显示,质子重离子治疗对于心脏和肺的保护具有明显优势。在保证照射部位剂量相同的情况下,心脏所接受到的不必要剂量,质子重离子较光子下降了 50%以上,显著降低了心血管疾病的发生几率。

从手术到放疗,从微创手术到质子重离子治疗,随着对疾病认知、了解的加深,以及医学技术的进步,相信终有一天人们能够真正直面肺小结节,“不拘小节”。

陈剑(复旦大学附属肿瘤医院质子重离子中心副主任医师)

上海夕阳红口腔门诊部

电话: 62490819 62498957

地址: 万航渡路1号环球世界大厦副楼(B座)1002室

沪医广 2016 第 07-08-C191 号 医疗广告有效期: 2016 年 7 月 8 日至 2017 年 7 月 7 日止

结节,是人体体表或内部组织的一种圆形小突起。许多人对它怀有一种矛盾的心理,既庆幸不是癌症的喜悦,又有可能癌变的焦虑。而肺结节是指生长在肺部的结节灶,也是目前最为多发的结节之一。那么发现自身罹患肺结节到底该如何处理?肺结节是否等同于早期肺癌呢?

肺小结节≠早期癌变

结节,只是影像学上的一个描述性的名词,指的是病灶的大小而不是病灶的性质。根据胸部影像检查(CT 或胸片)中类圆形病灶的直径大小,可分为肺结节、肺小结节(<1 厘米)。临床上存在“先罹患小结节,后发展成癌症”的病例,久而久之,人们不由自主地将“结节”和“癌症”画上了等号,其实这是错误的。

肺部结节并不能完全等同于早期癌变。临床数据显示,随着影像设备和检查技术尤其是低剂量螺旋 CT 的应用,肺小结节的检出率逐步提高,大约 40%左右的受检人查出患有肺小结节。由于肺部的很多疾病都会形成肺结节或肺小结节,通常这类结节灶近 80%都是良性病变,仅需定期随访即可。而余下的那部分患者,则需要及时治疗,防止疾病发展、恶化。这些患者大可放心,针对早期肺癌,手术、放疗、化疗、免疫等手段都可以取得不错的疗效。

肺小结节不再“一刀切”

针对恶性肺小结节的治疗,目前主要以外科手术为主,放疗、免疫治疗等也有适用。尤其近些年来微创手术(如达芬奇机器人等)的应用,使患者因治疗受到的创伤愈加轻微。据统

随着人民生活水平的提高和人口老龄化程度的加剧,下肢动脉硬化闭塞症(ASO)的发病率不断上升。与人们熟知的心梗、脑梗类似,血管硬化也可造成下肢动脉闭塞导致肢体缺血,从而引起冷感、麻木、间歇性跛行、静息痛和溃疡坏疽等轻重不等的一系列症状。所谓“间歇性跛行”是指在行走一段距离后会感到小腿胀痛不适,必须停下来休息一会儿才能继续行走。静息痛是更为严重的肢体缺血症状,病人即使不走路也会有明显的肢体疼痛,尤其是在夜间。而溃疡和坏疽则是最严重的缺血表现,再不及时治疗有相当一部分病人将面临截肢的风险。

下肢动脉闭塞症的治疗包括控制体重、降压、控糖、降血脂、戒烟等危险因素的控制,行走锻炼,抗血小板和扩血管药物治疗,对于药物治疗无效的严重病例则需要进行复通血管的手术治疗。随着腔内治疗技术的发展,血管腔内介入治疗已成为下肢动脉闭塞症手术治疗的首选方式。

一说到血管腔内介入治疗,很多人都以为就是放支架。这是由于球囊扩张加支架植入这一治疗模式一直以来的确是下肢动脉闭塞症的主要治疗方式,也取得了良好的治疗效果。但随着血管腔内技术的不断发展、治疗理念的不断深化和治疗器材日新月异的改进,下肢动脉闭塞症的微创治疗已经不再仅仅局限于支架植入。血管外科医生可以针对不同性质、不同位置、不同程度的病变,选择最合适的方法和器具进行血管的复通。

对于下肢动脉硬化斑块引起的血管闭塞,可以选择外周斑块切除系统、特殊球囊来恢复血管的通畅,如 SilverHawk(第一代)和 TurboHawk(第二代)外周斑块切除系统。药物涂层球囊(DCB)是目前国际最流行的一种非支架治疗技术,可以大大减少支架植入的比例和长度,进一步提高疗效。

除了上述针对硬化斑块引起的血管闭塞的治疗新方式以外,对于因血栓栓塞引起的血管闭塞,则可以选择取栓、溶栓、吸栓、切栓等多种方法恢复血流通畅。目前,血管外科医生已经可以应用更加微创、不需要作手术切口的方式来治疗血栓。与导管溶栓相比,新型吸栓和切栓系统能够更快地复通血管,特别适合于年龄大、身体差、缺血重的患者。

血管腔内治疗发展到今天,外科医生手中的“武器”越来越多。随着特殊球囊、导管溶栓、减容装置等新器具的相继发展应用,目前血管腔内治疗已经从单纯的球囊扩张、支架植入,发展成为融球囊扩张、支架成形、斑块旋切、动脉内溶栓、吸栓、机械血栓切除等多种技术的综合治疗方法,可以根据不同病变情况结合使用,进而提高疗效、改善长期通畅率,提高患者生活质量,降低截肢率。

包俊敏(教授、主任医师) 陆烨(第二军医大学附属长海医院血管外科)

治疗下肢动脉闭塞不再只是放支架