

中医治心病的方法及准则

□张明霞

自20世纪80年代以来,心脏介入治疗技术不断发展,循证医学理念持续推广。随着大型循证医学的证据以及流行病学调查结果的逐渐出现,中医治疗心血管疾病的研究方向也步入到运用现代医学的研究方法,取长补短,中西医结合的发展阶段,尤其是现代医学对心血管疾病的研究也逐渐进入预防与治疗并重,疾病治疗与身心健康并重的新阶段,因此也更进一步推动了中医心脏病学中“心主脉”“心主神志”理论在心血管疾病预防、治疗和康复中的深化运用。中医心脏病学作为中医内科学中重要的临床学科,其理论与治疗体系也日趋成熟。

中医学说的“心”不仅指解剖学意义上的“心脏”,还包含了部分“脑”的功能,如对神志的主管。因此,中医称心为“君主之官”,为调节人体血脉、神志的重要器官。

从20世纪60年代末开始,中医治疗胸痹、心衰、厥病等疾病的相关研究逐渐增多,到70年代以后,中医藏象理论中以“心主血脉,心主神志”的研究、中西医结合对心的证候本质研究、心病的病机病理研究、病证研究及方证

合一等治则治法的研究均取得一定成果。历代医家对心藏神,主血脉,主神志,主行血等心的生理功能及心的生理功能失调而引起的疾病多有著述,并在实践的基础上形成了一整套辨证论治的理论体系。

心为中医五脏之一,主要生理功能是主血脉,主藏神。其华在面,开窍于舌,与小肠相表里。由于心的主血脉和主藏神功能通过与肺、脾、肾、肝的功能相互协调,主宰了人体整个生命活动,故称心为“君主之官”“生之本”“五脏六腑之大主”。心主血脉,不仅指心气推动全身血液运行,也指心阴心阳相互协调,共同维持人体脉道的通畅,从而输送营养物质于全身脏腑形体官窍。心主血脉的功能失常,则人体的血液循环功能出现各种异常,进而影响人体正常的生理功能。心藏神,泛指心有统帅全身脏腑、经络、形体、官窍的生理活动和主司精神意识、思维、情志等心理活动的功能,心主神志的功能失常,往往导致脏腑气机紊乱,产生一系列精神与心理方面的障碍。回顾心脏病学的发展历程,不论从理论上对“心”的功能的认识,还是从实

践上对心病治疗原则的认识,中医均做了大量相互补充、相互印证的有益研究,中医学都可谓殊途同归。

中医理论认为,在正常情况下,人体与自然,人体各脏腑之间均处于“阴平阳秘”的动态平衡状态。但如果由于各种内外因素的作用,这种平衡状态受到破坏,机体失去正常的调节功能,则诸病由生。基于对疾病产生的这种认识,历代医家积累了丰富的临床经验,并最终形成了“未病先防,既病防变,扶正祛邪,脏腑生克均衡,异法方宜,标本缓急”等一系列独具特色的中医治法理论,这些中医治法在针对“六淫”“七情”“疫疠”致病等不同病因治疗的同时,既考虑到了不同地域气候、生活习惯的影响,也考虑到了不同患病人群禀赋和体质的差异。

中医的心病病机特点多本虚标实,虚实夹杂,临床诸症多见胸闷、胸痛、心悸、不寐等。历代临床中医医家多以标本兼治为原则,分别采用益气、温阳、滋阴、活血、化痰、通络为主,佐以安神养心,疏肝理气,以补益心气,调养心神,使血脉通畅,气血健旺,从

而使五脏阴阳调和,维持正常活跃的生理功能。

心病实证的治疗,宜祛邪以损其有余,酌以通补兼治,重镇安神之法治之。痰火扰心者,治宜清心泻火,豁痰通络;饮遏心阳或水饮凌心者,治宜温阳化饮;心血瘀阻,痰火、水饮、瘀血扰动心神,致心神不安者,治则清化痰火,重镇安神。病证多表现为虚实夹杂,临证治疗宜攻补兼施,兼顾气血,治心阳虚损的不同而随证治之。心病虚证治疗,则当以补其不足为基础,兼以宁心安神,养血通络。心气虚者,宜补心气;心血虚者,当养心血;心阴虚者,宜滋心阴;心阳虚者,则当温补心阳;气血亏虚者多见心神失养,故多兼施养心安神之法。

气属阳,血属阴,久病心气虚甚则气损及阳而成心阳虚衰,心阴虚亦多兼心血虚,故治疗心阳虚证时,多加用补心气药,治心阴虚证时亦多兼用补养心血药。古今医家在治疗心气虚时,往往酌加少量温阳之品,以取“少火生气”之意;补养心血时亦酌加补气之品,俾益气以生血。心病急性发作期,在治疗中应密切观察病情,注意神志、呼

吸、心率、血压等变化,急则治其标。

心病诸证的临证治疗决策中,针对五脏偏颇,还应重视他脏的生克均衡。心病虽然病位在心,但与肺、肝、脾、肾在生理病理上均有密切联系,心主血,肺主气,气为血帅,若心气不足,血行不畅,可致肺气宣发肃降输布失常,肺气虚虚,宗气不足,血运无力,终亦致心肺两虚,故治宜补益心肺。肝主疏泄,主全身气机,情志内伤,气机瘀滞,可致气滞血瘀,气郁化火生痰,气逆乱,进而痹阻心脉,甚则发为真心痛;心主血,脾统血,思虑过度往往伤及心脾,脾虚则气血生化乏源,统摄无权,重则致血溢脉外,引起心气亏耗,表现为心脾两虚,治当补益心脾;水火既济,心肾相交,若肾阴不足,心火独亢,或心火炽盛,独亢于上,不能下交于肾,表现为心肾不交证,治宜滋阴降火,交通心肾。年老或久病耗伤元气,肾精亏虚,可以致心神失养,治疗则多从补肾填精入手。

(作者供职于北京市第一中西医结合医院老年病科)

你的生活饮用水达标吗

□黄益茂

我国对生活饮用水水质有具体的要求,《生活饮用水卫生标准》中明确指出,生活饮用水中不应存在能危害人体健康的化学物质;不应存在能危害人体健康的放射性物质;不应存在病原微生物;必须经过消毒处理;感官性状必须良好且符合具体要求。

卫生标准现状

生活饮用水有着性价比 高、获取便利等特点,是广大人民群众在日常生活中使用频率最高、使用数量最大的水资源。为了保护我国广大人民群众的身体 健康与生活质量,我国以法律形式对生活饮用水制定了具体标准和行为规范,而且是随着时间推移不

断更新的,最新的《生活饮用水卫生标准》是于2022年3月15日发布的,已经在今年的4月1日正式实施。新版《生活饮用水卫生标准》历经了5年的论证与修订,具体内容产生了一定的变化,变化特点为更加关注感官指标、更加关注风险变化、更加关注消毒副产物和提高了部分指标限制。《生活饮用水卫生标准》是具有法律效力的国家强制标准,有着更强的科学性、公平性与现实意义,对生活饮用水净化、运输全过程都有着明确的规定,以此保障我国广大人民群众的饮用水安全。

如何判断水质达标

观察水的颜色,若自来水

颜色呈黄色且水质较为浑浊,水质就是不达标的,这种情况可能是水管内壁有铁锈,水中铁离子与锰离子被余氯氧化、水中铁离子含量过高导致的;观察水的 气味,自来水中的气 味来源较为复杂,水有异味可能是水管内的金属、水生生物繁殖、水中残留余氯导致的;观察水中是否有异物,自来水中有可能存在细小沙粒、破损的管道组织等异物,水中有异物可能是在安装管道或维修过程中带入了部分沙粒、水管内橡胶制品老化掉渣、储水箱防护不严等情况导致的;观察使用过程,有些问题是在自来水使用过程中出现的,如用自来水泡茶后可能出现油膜、用自来水清洗白色衣物可能导

致衣物变黄,这些情况可能是自来水中铁元素过多导致的。

特殊情况

即使生活饮用水水质达标,也有可能出现以下情况:自来水呈白色,这种情况一般是由于自来水在加压运输过程中混入了空气导致的,水中微小气泡较多,导致人眼看上去水呈白色甚至是乳白色,这是正常的物理现象,与水质无关,静置一段时间后的水颜色便会恢复正常。自来水有漂白粉的味道,这种情况一般是由于自来水内部仍存在一定量 的余氯导致的,这也是正常现象,只有保证生活饮用水中存在一定量的余氯,才能避免自来水中滋生细菌,静置一段

时间后漂白粉的味道便会淡化或者消失。自来水烧开后有白色沉淀物,这种情况一般是由于自来水在加热时,内部的钙镁离子等不溶性盐析出导致的,可能形成水垢、水渣或白色沉淀物,这也是正常现象,只要自来水的硬度在标准限值之内,对人体就没有健康影响。

生活饮用水的质量与广大人民群众的身体健康、生活质量息息相关。因此,我们在日常生活中要学会科学鉴别、使用自来水,保持平常心,避免不必要的担忧,同时也要注意观察,及时针对不正常的现象做出应对措施。

(作者供职于广东省高州市疾病预防控制中心检验科)

心脏康复方法的运用

□董 静

在这个不断变化的世界中,我们面临着许多身体和心理健康的挑战,其中心脏疾病是一个十分严重的问题。

心脏疾病不仅会对患者的生活产生极大的影响,还可能导致生命的威胁。因此,对于心脏疾病的康复和管理显得尤为重要。正确的心脏康复方法不仅可以帮助心脏病患者改善身体状况,还可以提高他们的生活质量和幸福感。通过适当运动、营养控制、戒烟限酒、心理调适等一系列措施,心脏病患者可以降低再次发作的风险,减轻病情,提高身体的功能。

心脏疾病是一种常见的疾病,它包括冠心病、心力衰竭等多种类型。心脏疾病的发生与生活方式、遗传等多种因素有关。如果不及时治疗和管理,心脏疾病会对患者的生活产生很大的影响,甚至威胁到生命。因此,心脏病患者需要接受心脏康复的综合治疗,以便减轻病情、恢复身体功能、提高生活质量。

以下是一些常见的心脏康复方法:

规律运动 进行适当的有氧运动可以帮助提高心血管功能,增强心脏肌肉,降低血压和血脂等。运动可以选择步行、慢跑、

骑车、游泳等多种方式,选择适合自己的运动方式、强度和频率。运动的强度和频率需要心脏病患者根据医生的建议和个体情况选择。运动过度会加重心脏负担,运动不足则无法达到康复的效果。

营养控制 心脏病患者需要遵循科学、均衡的饮食原则,摄入足够的蛋白质、维生素和矿物质等,同时限制不健康的食物。可以选择高纤维、低脂、低盐的饮食方式。

戒烟限酒 吸烟和过量饮酒对心脏健康有很大的危害,需要坚决戒烟限酒。吸烟和饮酒会加

重心脏负担,增加心脏病发作的风险。

心理调适 心脏病患者常常伴随着焦虑、抑郁等心理问题,需要及时处理。心理干预可以采用放松训练、认知行为疗法、心理咨询等方式,缓解情绪压力,提高心理健康水平。

定期随访 心脏病患者需要定期去医院随访,进行体检和评估,及时调整治疗方案和康复计划。定期随访可以帮助及时发现并处理病情变化,防止病情恶化和再次发作。需要注意的是,心脏康复方法需要根据个体情况和病情特点制定个性化的方案。

心脏康复方法需要患者本人积极参与,并遵循医生的建议和指导。同时,家庭和社会的支持也是非常重要的。家人可以帮助患者保持积极、乐观的心态,帮助他们坚持康复计划。社会也需要提供更多的支持和关注,为心脏病患者提供更好的康复环境和条件。

正确的心脏康复方法对心脏病患者来说非常重要。通过科学的康复措施和方法,心脏病患者可以有效降低再次发作的风险,恢复身体功能,提高生活质量。

(作者供职于信阳市人民医院内科)

单孔腹腔镜手术的优势

□厉 冰

单孔腹腔镜手术是指通过1个切口进入人体,置入腹腔镜器械进行的手术操作。常规的腹腔镜手术需要在人体做3~5个切口,可以看作是多孔腹腔镜手术。根据入路的不同,单孔腹腔镜可分为经自然腔道的内镜手术和经济单孔腹腔镜手术。

经自然腔道的内镜手术是指通过口腔、肛门、阴道或内脏的创口进行手术的方式,比如经过胃切口做阑尾切除术。但由于自然腔道的内镜手术适应人群很少,术中污染的可能性大,并且会破坏器官的完整性,在临床一直未得到广泛应用。

经济单孔腹腔镜手术是在肚脐做一个2~3厘米的切口,置入腹腔镜的器械完成手术操作。这

是妇科手术的常用入路,也是这篇文章的讨论重点。之所以选择肚脐,是因为肚脐是人体唯一一个天然的疤痕结构,在这里进行手术不会增加额外的疤痕,有利于美观。

优势

经济单孔腹腔镜手术创伤小,只需一个1~2厘米的切口;疼痛轻、更安全,因肚脐本身组织比较薄弱,术后疼痛轻;美观,利用脐部皱襞将手术切口遮挡或隐藏,术后瘢痕不明显,更具有美观性;感染低、恢复快,因切口数量少、创伤小,从而大大降低了术后感染,恢复快;住院时间短、费用低。

同时,单孔腹腔镜手术中取

出标本更容易,肚脐切口被撑开后直径可以达到3厘米,使得手术中取出标本更容易。

弊端

单孔腹腔镜手术最主要的缺点在于手术难度增加。在单孔腹腔镜手术中,由于所有的操作器械都经过单一孔道进入,操作空间狭小,器械之间相互交叉干扰,容易打架,即所谓的“筷子效应”。

尤其是镜下缝合操作,多数时候只能靠单手进行,对术者要求较高,由于操作器械常常与镜头处于同一平行线上,常规腹腔镜的手术三角区消失,需要术者重新感觉器械的位置和解剖的深度,操作精度下降。术中器械

也容易遮挡镜头,有时为了兼顾器械的操作,镜头要做适当的让步,难以获得最佳的手术视野。这在一定程度上也限制了单孔腹腔镜手术的广泛应用。

适应症

单孔腹腔镜手术适应证应遵循以下原则:现阶段良性疾病应是单孔腹腔镜手术的主要适应证,有条件的单位可对恶性肿瘤的单孔腔镜手术治疗进行积极、稳妥、慎重的临床探索;所选病例应为切除标本较小、可经脐部切取出,且不破坏脐部美观者;应尽量选择无需放置引流管的手术。

具体来说,需要进行阑尾切除的急慢性阑尾炎患者首先考

虑单孔腹腔镜下阑尾切除术,术后恢复快、创伤小、腹壁与肠管不会有粘连,不会造成远期粘连性肠梗阻并发症。

此外,胆襄结石、胆襄息肉等良性疾病也可以采用单孔腹腔镜胆襄切除术;胃的良性肿物,如胃肠道间质瘤,食管胃底结合部良性疾病如反流性食管炎、结肠良性肿物及早期结肠癌等疾病均可采用单孔腹腔镜来解除疾患;肝脏及脾脏疾病,如肝襄肿体积较大需要开窗引流者,肝脏血管瘤,脾功能亢进需要脾切除者也可以采用单孔腹腔镜手术进行治疗。

(作者供职于南阳市中心医院普外微创外科)

在临床中,不少骨折患者由于害怕疼痛,对于正确的康复锻炼和护理常识缺乏认识,认为骨折后需要制动、静养,只要“骨头长好”就万事大吉了。那么,真的是这样吗?

上肢骨折多为横型、斜型、螺旋、粉碎性骨折。常见的上肢骨折包括肱骨干骨折、桡骨髁上骨折、尺桡骨骨折、桡骨远端骨折等。在抢救上肢骨折患者时,要判断患者生命体征是否处于休克状态,注意保暖,尽量减少搬动;包扎伤口,清理可见污物,用干净的毛巾加压包扎;妥善固定,使用夹板、木棍、硬纸板进行固定;迅速转运,搬运过程中避免肢体弯曲、扭转等发生二次损伤。

发生上肢骨折一般多由直接暴力或间接暴力所致,直接暴力一般多指外力直接打击、挤压所造成的;而间接暴力多是由于跌倒致使手部或肘部着地导致的。发生骨折后肢体一般出现疼痛、肿胀、淤青、肢体活动障碍等症状。

患者入院后行X线检查一般可见骨折的部位、类型以及移位方向。其处理原则一般包括手法复位、外固定以及切开复位内固定。

对于受伤时间短、局部肿胀轻、没有血液循环障碍者,可进行手法复位外固定。复位成功后继续使用合适的石膏或小夹板固定。

复位成功后石膏固定时要注意以下几点:抬高患肢有利于静脉血及淋巴液回流,以减轻肢体肿胀。上肢要悬吊在胸前,如果是下肢要垫枕头以抬高患肢;石膏外固定后应及时检查石膏边缘是否平整,空隙是否恰当,以防止骨折部位、腰部、髋骨、膝下、各关节等部位因石膏压迫而发生压疮、组织坏死等,若有不适应的情况应及时返回医院,重新修整石膏。

石膏在强大外力作用下易折断碎裂。因此,在日常生活中应保护好石膏,如下肢骨折石膏外固定术后,尽量拄拐或是轮椅助行,避免使用打石膏的患肢行走着力;卧硬板床时,要用软垫保护好石膏,避免因患者翻身不当而折断石膏等;密切观察肢体末梢血循环(手指、脚趾处),注意颜色是否发紫、浮肿,有无剧烈疼痛,手指(趾)是否发凉、麻木、活动受限等。

若出现上述情况,应立即前往医院剖开石膏,以免发生肢体坏死或缺血性挛缩;肢体石膏外固定后,对于长期卧床患者,需定时翻身活动,预防褥疮,保持石膏干燥,不要着水,更不要被粪便、尿液等污物污染;骨折石膏外固定后要

在医生的指导下进行适当的功能锻炼,有利于骨折的愈合,如上肢骨折石膏外固定后,可做手指握拳及腕关节伸屈活动;根据检查结果确定是否拆除石膏,有任何问题及时随诊。对于严重粉碎性骨折移位明显、手法复位失败或复位后外固定不能维持复位的,则可行手术切开复位。术后要注意以下几点:定期进行伤口换药,一般一天换药一次,如果伤口已无渗血,可以2到3天换药一次。术后两周,根据伤口愈合情况拆线;定期复查骨折愈合情况;在骨折完全愈合之前,不能进行剧烈运动以及重体力劳动;及时遵医嘱复查,预防并发症的发生;术后早期开始进行功能锻炼。

(作者供职于新乡市中心医院东区骨科)

哪些表现提示前列腺“肥胖”了

□甄玉玲

前列腺增生是老年男子常见疾病,一般于50岁开始增生,60岁出现症状,增生后慢慢出现下尿路梗阻、排尿困难、尿线变细、排尿时间延长、淋漓不尽等症状。梗阻严重者可引起肾积水影响肾功能、危及生命,还常常引起膀胱结石、膀胱炎、膀胱癌等疾病。但前列腺增生是一种良性疾病,及时治疗可以治愈。

前列腺增生是一个慢性隐匿的过程,开始往往不容易引起重视,当出现下列现象时则提示你的前列腺“肥胖”超重了:

尿频、尿急 这是前列腺增生最早和最常见的症状,正常成年人日间排尿次数4~5次,每次200~300毫升,夜间0~1次,不超过2次,如果超过上述指标,则为尿频。前列腺增生的尿频特点以夜尿次数增多最为显著,严重者甚至可达10余次,可伴有尿急,即出现尿意时突然出现强烈的、不可抑制的排尿愿望,甚至出现尿失禁等症状。

进行性加重的排尿困难 排尿的力量和尿流的粗细逐渐变化,表现为排尿踌躇、等待时间延长、排尿费力、需要增加腹压帮助,尿线变细、尿流无力、尿不远,经常尿湿裤鞋,尿流断断续续,甚至呈滴沥状,排尿时间显著延长,这些都是典型的尿道梗阻症状。劳累、饮酒和憋尿会使梗阻症状加重甚至诱发尿潴留。

当出现上述的一些或轻或重的表现时,提示你的前列腺已经开始“变胖”了。

随着健康意识的增强和健康知识的普及,现在很多老年人都对前列腺增生有所了解,认为出现了排尿困难,就是得了前列腺“肥大”,其实这不完全正确,因为还有很多疾病也可引起排尿困难:

尿道狭窄或膀胱颈纤维化 前者由于外伤或尿道的炎症导致尿道疤痕纤维化、尿道变细;后者则因膀胱颈不明原因环状纤维化挛缩引起膀胱出口变窄。

膀胱结石 典型表现是尿流中断,排尿困难,活动或改变排尿体位后方可继续排尿,不过膀胱结石可继发前列腺增生症。

神经源性膀胱功能障碍 一些神经系统的病变如老年性痴呆、脑萎缩、脑血管疾病(脑梗死、脑出血、偏瘫等)、帕金森病、脑和脊髓的外伤或肿瘤等均可引起排尿困难。另外糖尿病也会破坏控制膀胱的神经而出现排尿费力,前列腺癌或位于膀胱颈附近的膀胱癌也可能阻塞尿道内口。

基于上述原因,当出现排尿困难时切忌自作主张,简单地以为就是前列腺增生而延误正确的诊断。

那么,患者应该如何判断呢?排尿日记有特殊的意义,有助于制定治疗方案和对治疗效果的预测。具体来说,要让患者自己记录实际排尿时间、排尿次数、每次尿量、伴随的症状、饮水量等,一般记录5~7天。同时,要确定尿频与饮水水的关系,饮水后尿量增加是正常现象;区别病态的尿频是否是精神心理因素等。

(作者供职于河南省人民医院泌尿外科)

肢体骨折的健康教育

□冯立平