



“三伏天”虚寒类疾病患者适合“冬病夏治”

据新华社电(记者 田晓航)今年7月15日入伏。中医专家介绍,“三伏”是“冬病夏治”的好时机,部分人群在此期间进行敷贴“三伏贴”、艾灸等治疗,能够有效防治虚、寒类疾病。

中国中医科学院西苑医院苏州医院执行院长高铸焯说,“冬病夏治”是利用夏季气温高,在人体阳气较旺盛时,治疗因阳气不足、寒气太盛而易在冬季(气候寒冷时)发生或加重的疾病,通常“三伏天”里人体阳气最为旺盛,治疗效果更好。

高铸焯介绍,适合“冬病夏治”的疾病有以下几类:呼吸系统疾病,如慢性支气管炎哮喘、慢性支气管炎、慢性咳嗽、反复感冒、慢性过敏性鼻炎等;消化系统疾病,如慢性胃肠炎、慢性胃炎、胃痛等;风湿骨病,如关节炎、骨质增生、颈椎病、肩周炎、腰椎间盘突出等;小儿体虚易感冒、反复咳嗽、厌食、遗尿

等;部分虚寒妇科病,如痛经、受凉后反复发作的盆腔炎等。此外,部分心绞痛阳虚寒凝患者也可“冬病夏治”。

“冬病夏治”通常采用哪些方法?人们最熟悉的当数“三伏贴”。高铸焯说,根据中医理论,夏季人体阳气在表,宜以养阳为主,此时毛孔开泄,运用敷贴,可使腠理宣通,驱使体内风、寒、湿邪外出。

“不止‘三伏贴’,内服中药、艾灸、拔罐、刮痧等也是‘冬病夏治’的常用方法,它们均以鼓舞正气来使药物疗效得到最大程度发挥。”高铸焯说。

“冬病夏治”虽然对虚、寒类疾病有良好的防治效果,但并非所有人都适合。专家提醒,以下几种患者不宜“冬病夏治”:患非虚、寒引起疾病者,尤其是患湿热引起疾病者,有严重皮肤病和皮肤过敏者以及有出血倾向者,有糖尿病且血糖控制不理想者。

“三伏贴”并非“万能贴” 这些误区要避免

三伏的第一天,很多人开始贴敷“三伏贴”,以求达到冬病夏治的目的。贴敷“三伏贴”哪些误区要避免?来听医务人员怎么说。

“三伏贴”虽然可以治疗很多疾病,但并不是任何人任何情况都适合。医务人员指出,肺炎及多种感染性疾病急性发热期不适宜“三伏贴”治疗;有严重心肺功能疾病患者、对药物过敏者、皮肤有破损者、疾病发作期(如发烧、正在咳嗽等)患者不宜进行贴敷治疗;2岁以下的孩子由于皮肤娇嫩,贴敷容易引起感染,也不宜进行这项治疗。

“三伏贴”贴敷期间,应忌烟酒、辛辣、生冷、油腻等刺激性食物,以免影响疗效。根据个体差异,贴敷

时间也可以做适当调整。“三伏贴”不是治疗慢性病的特效药,不能完全替代其他治疗,原来在服药的慢性病患者,不要盲目减药、停药。

中国中医科学院广安门医院呼吸科主任李光熙提醒道:“三伏贴”贴得时间过长,就会对皮肤刺激过大。我们一般都建议病人贴4到6个小时。如果超过6个小时甚至更长时间的话,对皮肤损害就非常大了,就容易起泡。

中国中医科学院广安门医院风湿病科主任姜泉则称,在“三伏贴”揭下来之后,半个小时之后去洗澡是没有问题的。但是很多患者贴了以后觉得有点热的感觉,有时候会在空调下吹一吹,这个是不行的。

据央视网

“冬病夏治”正当时 你需要先了解这些知识

中医认为三伏是“冬病夏治”的养生好时机。什么是“冬病夏治”?适用人群有哪些?为此,江苏省中医院呼吸与危重症医学科主任中医师徐静介绍,“冬病”主要指人体受寒侵袭容易发作或加重的疾病,通常呈明显的季节性,秋冬季加重,夏季有所减轻。例如,夏季养生不当而诱发的过敏性鼻炎、咽炎等慢性呼吸系统疾病,慢性支气管炎、哮喘、肺气肿等寒性疾病。

“夏治”即利用夏季阳气升发,皮肤腠理开泄的特性,进行预防性调理,以益气温阳、散寒通络,提高机体的抗病能力,达到减轻冬季易发疾病症状的传统中医药特色疗法。”徐静表示,常见的“夏治”方法有穴贴、中药、针灸、推拿、药膳、艾灸等。“三伏贴”就属于穴贴的一种,是目前普及最广的“夏治”方法之一,它是将中草药熬成膏药、油膏或将药物赋形做成药饼,贴敷于人体体表特定部位,以刺激穴位、激发经气,使药物成分渗透吸收发挥治疗作用。

徐静指出,不建议患者自行在家贴敷“三伏贴”,因为“三伏贴”药方成分不同,作用不同,在非医疗机构购买的“三伏贴”很可能存在质量参差不齐的情况,存在一定安全隐患。她还强调,三伏天养生不要盲目跟风走极端,“三伏贴”“三伏灸”“天灸晒背”等都是针对哮喘、慢性支气管炎、过敏性鼻炎等有寒症的患者。这些“冬病”须由中医师通过辨证论治,诊断出确实属于中医“阳虚体质”的“寒”性特征,才能运用“冬病夏治”的方法治疗。

据人民网

噬血细胞综合征:来势汹汹的罕见病

噬血细胞是指活化的巨噬细胞吞噬正常的血细胞形成的细胞。人体血液中巨噬细胞的作用是双向的,正常情况下起着清道夫的作用,将入侵的细菌及机体衰老细胞吞噬清除,但在某些触发因素如感染、肿瘤、自身免疫性疾病等作用,吞噬细胞过度激活,吞噬正常的血细胞,破坏机体正常组织,临床诊断为“噬血细胞综合征(HLH)”。以反复发热、全血细胞减少、肝脾肿大以及骨髓、肝、脾、淋巴结组织发现噬血现象为主要特征。

HLH是一种罕见病,不单单在婴儿期发病,成人也可以发病。HLH的潜在病因较多,作为一个临床综合征,缺乏特异性临床表现,首诊科室较多,容易漏诊、误诊。但该病起病急,进展迅速,病死率高,未经治疗中位生存时间不超过2个月。笔者所在医院就曾接诊了一名老年HLH患者。

血去哪了?原来是噬血细胞在作祟

患者是一名76岁女性,因腹痛1周,腹泻2天入院。入院1周前无明显诱因下出现右侧和下腹部阵发性胀痛,有排气排便,曾在当地诊所予以输液治疗(具体不详),症状未见好转。5天后患者出现发热,自测体温达到38.2℃,且大便次数增多,为黄色稀水便,约3~5次/日,有活动时胸闷气喘不适,伴全身乏力,食欲减退,病程中,患者无恶心呕吐,无明显咳嗽,咳痰,无尿频尿急尿痛等症状。查体:T38.2℃,精神疲软,睑结膜苍白,心肺无殊,腹软,右腹压痛明显,无反跳痛,未触及肝脏,未触及脾脏,肝颈静脉回流征阴性。

入院后血常规提示白细胞计数 $0.34 \times 10^9/L$,淋巴细胞计数 $0.3 \times 10^9/L$,单核细胞计数 $0 \times 10^9/L$,中性粒细胞计数 $0 \times 10^9/L$,红细胞计数 $2.69 \times 10^{12}/L$,血红蛋白浓度76g/L,血小板总数 $56 \times 10^9/L$ (提示全血减少),生化指标:白蛋白23.8g/L,钠135.0mmol/L,钾3.09mmol/L,二氧化碳19.1mmol/L,C反应蛋白298.15mg/L,降钙素原4.570ng/ml,白介素10:64.11pg/mL,白介素6:191.0pg/mL,白介素8:6398.00pg/mL,铁蛋白674.9ng/mL(提示有感染、营养不良),腹部平扫CT结果显示脾大;急性阑尾炎可能,请结合病史;右侧回盲部局部肠壁肿胀伴渗出,

考虑感染性病变。此时,医生考虑为急性阑尾炎引发骨髓抑制可能,给予亚胺培南西司他丁抗感染治疗,同时予输入人血白蛋白、重组人粒细胞因子升白细胞,纠正电解质紊乱等治疗。患者腹痛、乏力、纳差等症状仍未见明显好转,再次复查血常规提示白细胞计数 $0.39 \times 10^9/L$,淋巴细胞计数 $0.3 \times 10^9/L$,单核细胞计数 $0.09 \times 10^9/L$,中性粒细胞计数 $0 \times 10^9/L$,嗜酸性细胞计数 $0 \times 10^9/L$,红细胞计数 $2.48 \times 10^{12}/L$,血红蛋白浓度70g/L,血小板总数 $94 \times 10^9/L$ 。

常规治疗效果不明显,就在这个时候,噬血细胞综合征进入医生诊断的视野。立即完善骨髓细胞学检查结果提示:1.骨髓增生明显降低,粒红巨明显减低。2.异淋、浆细胞增高。外送NK细胞活性检测报告单提示NK细胞活性(%)为1.2%,提示NK细胞活性减低,可溶性CD25结果为10125u/mL,最终,患者确定是噬血细胞综合征。于是,医生继续给予抗感染同时加用地塞米松等处理,不久后,患者体温恢复正常,全身乏力、纳差及腹痛等症状有所好转,出院前复查血常规结果提示白细胞、血小板计数恢复正常。

诱发病因有很多,指标复查是关键

由于HLH患者缺乏典型临床表现,易被误诊为普

通感染,引起病情恶化。

在临床上,HLH由于触发因素和发病机制的不同,通常被分为“原发性或遗传性”和“继发性或获得性”两大类。原发性HLH具有明确的家族史和(或)基因缺陷,是一种常染色体或性染色体隐性遗传病,通常在幼年发病,90%患儿在2岁以内发病。根据缺陷基因的特点分为家族性HLH、免疫缺陷综合征相关HLH和EB病毒驱动型HLH。继发性HLH患者通常无家族史或已知的遗传基因缺陷,在感染、肿瘤、风湿性疾病等触发因素持续刺激下,T淋巴细胞和巨噬细胞过度增殖活化,释放大量炎症因子形成细胞因子风暴,导致发热、组织脏器官功能损伤和多系统器官功能衰竭。

HLH诱发病因多种多样,临床表现也缺乏特异性,诊断流程不能一步到位,而且不同病因的预后及治疗方案有所不同,早期明确诊断至关重要。根据国际组织细胞协会的诊断标准符合以下两条标准中任何一条时可以诊断HLH,①分子诊断符合HLH:存在已知的HLH相关致病基因;②符合以下8条中的5条如发热、脾肿大、血细胞减少(两系或三系)、高甘油三酯血症或低纤维蛋白血症、找到噬血细胞(骨髓、脾、淋巴结)、NK细胞活性降低或缺如、血清铁蛋白升高、可溶性CD25升高。上述患者满足以上8条中的6条最终确诊。

HLH病情进展迅速,死亡率高,故一旦确诊应及时干预。HLH的治疗分为两步走:一是诱导缓解,也就是控制过度炎症反应;二是病因治疗,纠正潜在免疫缺陷和控制原发病,防治复发。此外,在治疗过程中需要复查多项指标,来评估疗效。

综上所述,HLH患者起病形式急,病情重,临床表现无特异性,容易被误诊、漏诊,延迟治疗。在临床工作中,对于近期出现新发感染的患者,尤其是伴有全血细胞计数减少的,且经单纯抗感染治疗无效的患者,临床医师应提高警惕,尽早完善骨髓穿刺、NK细胞活性及可溶性白介素2受体等检查明确诊断,尽早采取有效的干预措施,这样有利于患者转危为安。

安徽医科大学安庆医学中心 冯小利 陈力量