

表 4 2 组患者治疗前后骨密度变化($\bar{x} \pm s, g/cm^2$)

组别	时间	腰椎(L ₂₋₄)	髌部骨密度
对照组 (44 例)	治疗前	0.61 ± 0.14	0.42 ± 0.11
	治疗后	0.74 ± 0.09 [△]	0.54 ± 0.07 [△]
观察组 (44 例)	治疗前	0.59 ± 0.15	0.41 ± 0.12
	治疗后	0.93 ± 0.07 ^{△*}	0.67 ± 0.05 ^{△*}

注:与本组治疗前比较, $\Delta P < 0.05$; 与对照组治疗后比较, * $P < 0.05$

骨折和其他并发症,不仅增加患者痛苦,同时给社会和家庭带来极大压力和负担^[4]。西医主要以钙尔奇和阿法骨化醇软胶囊等补充钙剂药物治疗,以促进骨形成,维持患者骨骼健康。但长期服用会引发一定副作用,进而影响其依从性。中医认为,老年骨质疏松症属“骨痿”“骨痹”“骨枯”等范畴,《素问·痿论》有记载,“肾气热则腰脊不举,骨枯则髓减”,最终发展为骨痿。肾乃先天之本,主骨生髓,髓足则骨强;脾乃后天之本,脾虚日久,肾精不得充养,骨骼失养则发生骨质疏松症;脾肾气虚,气血运行不畅导致血瘀,促进骨质疏松症的形成。中医认为老年原发性骨质疏松症以肾虚为本,脾虚为促进因素,血瘀为病理产物,所以治疗应以补肾为主,并兼顾健脾、活血止痛。笔者在西药治疗基础上自拟补肾强骨化瘀汤治疗,方中淫羊藿、杜仲补肾强筋健骨;山茱萸可补肾气,添精髓,收敛固涩;狗脊补肝肾、强腰膝;续断、骨碎补、牛膝补肝肾益肾、强筋壮骨、活血化瘀、通利血脉;熟地黄、鹿角胶可补肾填精益髓,髓充则骨坚;黄芪、白术益气健脾,以资化源,养先天之本;佐红花、川芎祛瘀生新、行气止痛;甘草可益气补中,缓急止痛,调和诸药,全方共奏健脾益肾、填髓壮骨、活血止痛之功效。现代药理学研究表明,杜仲可抑制骨吸收和提高骨强度^[5];丹参提取物可促进骨细胞活性,抑制骨吸收^[6];熟地黄具有抑制骨吸收,防治骨质疏松作用^[7];骨碎补可增加骨密度,加速骨折愈合^[8];鹿角胶可增加骨密度^[9]。所以诸药配伍收效显著。本研究结果显示,自拟补肾强骨化瘀汤联合钙尔奇、阿法骨化醇软胶囊治疗老年原发性骨质疏松症可更好地改善患者肾虚血瘀临床症状,增强骨密度,缓解疼痛,治疗效果明显优于单纯西药补钙剂。

参考文献

[1] 季康,张中伟,徐红伟. 唑来膦酸注射液联合降钙素治疗老年骨质疏松的疗效及其对血清 IL-6、TNF- α 水平的影响 [J]. 中国老年学杂志, 2020, 40(2): 356-359.
 [2] 马远征,王以朋,刘强,等. 中国老年骨质疏松症诊疗指南(2018) [J]. 中国骨质疏松杂志, 2018, 24(12): 1541-1567.
 [3] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则(试行) [M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2002: 356-360.
 [4] 魏雪红,鲁亚玲,段梅欣,等. 胃护理干预联合回医灸灸治疗老年原发性骨质疏松症(骨蚀) 随机平行对照研究 [J]. 实用中医内科杂志, 2019, 33(2): 58-62.
 [5] 刘聪,郭非非,肖军平,等. 杜仲不同部位化学成分及药理作用研究进展 [J/OL]. 中国中药杂志, 2020-03-03.
 [6] 代晓光,苏长兰. 丹参化学成分及药理研究进展 [J]. 中医药信息, 2018, 35(4): 126-129.
 [7] 李乃谦. 熟地黄活性成分药理作用的研究进展 [J]. 中国处方

药, 2017, 15(1): 14-15.

[8] 陶巍. 骨碎补治疗成人踝骨骨折的药理研究 [J]. 中国医院用药评价与分析, 2016, 16(S1): 44, 46.
 [9] 鲍悦,高久堂,孙佳明,等. 中药鹿角胶的研究进展 [J]. 吉林中医药, 2016, 36(2): 173-175, 204.

(修回日期: 2021-01-31)

基于“互联网+”的认知行为疗法 配合揞针走罐治疗代谢综合征 伴高血压患者的临床观察

余爱华

(浙江省人民医院心血管内科·浙江 杭州 310000)

代谢综合征 (metabolic syndrome, MS) 是以腹型肥胖为主要特征,并伴有代谢指标异常的代谢紊乱症候群^[1]。随着生活水平的提高,MS 的发病率呈显著升高的趋势,已成为不容忽视的社会公共问题。据国际糖尿病联盟 2005 年估计,全球约 1/4 人口患有 MS。目前我国 MS 发病率已高于 15%,患者人数超 2 亿^[2]。MS 的主要危害来源于腹内脂肪堆积,升高的游离脂肪酸及脂肪因子紊乱介导了血栓、炎症、动脉硬化,进而导致心血管代谢紊乱性疾病发病风险的增加,心血管危险因素可同时伴着患者血压升高而增加心脑血管事件发生的风险^[3]。

认知行为疗法 (cognitive behavior therapy, CBT) 是通过宣教纠正改变患者既有认知以及行为,从而达到缓解相应症状的治疗方法^[4]。本研究基于“互联网+”技术,进行远程的认知行为疗法配合中医揞针、走罐,取得较好的疗效,现报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 择取 2018 年 3 月—2019 年 7 月本院收治的 MS 患者共 100 例,采用随机数字法把患者分成对照组和观察组。对照组 50 例患者中,男性 32 例,女性 18 例;平均年龄 (43.2 ± 8.1) 岁; BMI (26.2 ± 2.7) kg/m²; 腰臀比 (WHR) (0.96 ± 0.07)。观察组 50 例患者中,男性 34 例,女性 16 例;平均年龄 (42.9 ± 8.0) 岁; BMI (26.5 ± 2.9) kg/m²; 腰臀比 (WHR) (0.96 ± 0.06)。两组患者一般资料的差异比较结果提示均无统计学差异 ($P > 0.05$),具有可比性。

1.2 纳入标准 1) 符合 2005 年 IDF 颁布的 MS 的诊断标准 [腹型肥胖: 男性 ≥ 90 cm, 女性 ≥ 80 cm (中国人腰围 WC 参数)]; 2) 血压升高: SBP ≥ 130 mm Hg 或 DBP ≥ 85 mm Hg, 或已诊断为高血压病并接受相应治疗; 3) 患者及家属已签署知情同意书; 4) 患者无皮肤病以及其他针刺和拔罐的禁忌症,也无视力、听力、理解力相关功能障碍。

2 方法

2.1 治疗方法 对照组患者在门诊接受针刺以及走罐治疗,并在治疗时配合口头的健康宣教,宣教分为饮食宣教、运动宣教以及相关疾病的药物宣教。1) 腹部走罐: 患者取仰

卧位,先在患者腹部涂抹一层润滑油,将真空抽气罐吸附在腹部,吸力以患者的承受力为度,双手握住罐底,在腹部走罐,从外周向脐中推动时用力重,从脐中向外周推动时用力轻,反复走罐 5 ~ 10 min,以皮肤潮红为度。2) 针刺治疗:选取主穴为天枢、足三里、中脘、三阴交、丰隆、阴陵泉。选用“华佗牌”(规格 0.35 mm × 25 mm)的不锈钢毫针,刺入穴位,以得气为度,得气后留针半小时,采用提插补泻法每 10 min 行针 1 次,出针时采用开阖补泻法。上述治疗每 2 日 1 次,持续 8 周。观察组患者接受线上、线下治疗。1) 线下阶段:仅在第一次治疗时,需要患者以及其指定 1 名家属前来门诊,其后的治疗均患者自行在家中治疗。治疗方法采用针刺和走罐,而针刺和走罐的频率同对照组,以走罐结合针刺,先进行腹部走罐,在行罐时向患者家属讲解其注意事项,走罐结束后进行针刺,仅针刺针具与对照组不同,选用新型皮内针——清铃揸针进行埋针治疗,同样在埋针时向患者及家属讲解穴位的定位以及相关事宜。治疗结束后,把患者拉入统一微信群,并讲解后期线上阶段事宜。2) 线上阶段:该阶段主要目的有两点,一是保证患者家中治疗的真实性和准确性,方法是每次治疗后患者需在群中上传 1 张揸针和 1 张走罐的治疗照片,拍摄照片时注意左下角需要有一部显示当日日期的手机入镜(现代智能手机的日期不能修改);此外,在微信群中答疑走罐以及埋针的相关疑问,以图片和视频的方式指导患者如何对穴位进行准确定位。本阶段的第二个目的是进行线上的认知行为干预,具体方法:①每日晚上 8:00 群中患者依序号上传每日午餐和晚餐的照片,群中的医师以及营养师进行从总量、分配、种类等各个方面进行点评;②要求患者每周至少运动 3 次,以 KEEP 软件记录运动量,患者需转发运动链接至微信群;③要求患者使用智能手机下载任意一款具有“整点报时”功能的 APP,并在工作生活时间开启整点报时功能,嘱咐患者在每日工作之余,整点报时响起就需起立运动 3 min;④进行高血压的用药科普。

2.2 观察指标 1) 简易体脂参数: BMI、腰围(WC)、腰臀比(WHR)。2) 血压。3) 腹部脂肪厚度及内脏脂肪指数(VAI):用彩色多普勒超声检查仪检测脂肪厚度,VAI 计算公式如下: $VAI = WC / [39.68 + (1.88 \times BMI)] \times TG / 1.03 \times 1.31 / HDL - C$ 。

2.3 统计学方法 采用 SPSS22.0 软件对数据进行处理、分析,计量资料比较采用 *t* 检验,计数资料比较采用 χ^2 检验; *P* < 0.05 表示差异具有统计学意义。

3 结果

3.1 两组患者干预前后简易体脂参数比较 见表 1。

表 1 两组患者干预前后简易体脂参数比较($\bar{x} \pm s$)

组别	时间	BMI (kg/m ²)	WC (cm)	WHR
对照组 (50 例)	干预前	26.2 ± 2.7	96.43 ± 5.39	0.96 ± 0.07
	干预后	24.3 ± 2.4*	92.34 ± 5.23*	0.90 ± 0.06*
观察组 (50 例)	干预前	26.5 ± 2.9	96.26 ± 5.43	0.96 ± 0.06
	干预后	22.3 ± 1.9 Δ	88.37 ± 4.55 Δ	0.88 ± 0.05*

注:与本组治疗前比较,* *P* < 0.05;与对照组比较, Δ *P* < 0.05

3.2 两组患者干预前后腹部脂肪厚度及内脏脂肪指数

(VAI) 比较 见表 2。

表 2 两组患者干预前后腹部脂肪厚度及 VAI 比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	腹部脂肪厚度 (cm)		内脏脂肪指数 (VAI)	
		干预前	干预后	干预前	干预后
对照组	50	22.8 ± 3.8	19.1 ± 2.4*	1.98 ± 0.53	1.50 ± 0.45*
观察组	50	23.1 ± 3.7	16.5 ± 2.6 Δ *	1.95 ± 0.54	1.13 ± 0.42 Δ *

注:与本组治疗前比较,* *P* < 0.05;与对照组比较, Δ *P* < 0.05

3.3 两组患者干预前后血压变化比较 见表 3。

表 3 两组患者干预前后 SBP、DBP 比较($\bar{x} \pm s$, mm Hg)

组别	例数	SBP		DBP	
		干预前	干预后	干预前	干预后
对照组	50	150.2 ± 8.9	129.6 ± 7.4*	88.8 ± 5.3	80.5 ± 3.4*
观察组	50	149.8 ± 8.8	116.8 ± 6.6 Δ *	87.9 ± 5.5	79.1 ± 3.2*

注:与本组治疗前比较,* *P* < 0.05;与对照组比较, Δ *P* < 0.05

4 讨论

流行病学调查表明,全球 1/5 ~ 1/4 的人口患有 MS,MS 及其并发症的研究和防治已成为当今重大的公共卫生问题,腹型肥胖是 MS 发病机制的核心。西医主要运用药物或手术等手段治疗,如常用的药物西布曲明有口干、失眠、便秘等不良反应^[5],奥利司他会导致胃肠功能障碍及影响维生素吸收^[6];而手术如吸脂整形术(liposuction)、胃内水球术(intragastic balloon)、胃旁路术和腹腔镜胃旁路术(Rouxen-Ylaparoscopic gastric bypass,LGBP)等等,也有诸多副作用和不良反应^[7-9]。

MS 属于中医学“湿阻”“消渴”“肥满”等范畴^[10],《素问·奇病论》记载“夫五味入口,藏于胃,脾为之行其精气,津液在脾,故令人口甘也,此肥美之所发也,此人必数食甘美而多肥也。”其病因为过食肥甘厚腻之品,兼之少动,导致气机失常和运化失司,导致气血运行不畅,水湿敷布不利;属本虚标实,实以痰证、痰证多见,虚则多气虚。

针法和罐法是中医治疗肥胖最经典和传统的两种方法,本研究中选择天枢、足三里、中脘、三阴交、丰隆、阴陵泉等穴,其中天枢、足三里、中脘能有效的调理脾胃、健脾燥湿,脾旺则食物得以运化、气血得以充补;肥胖者多痰饮湿邪,而丰隆长于化痰;配以三阴交、阴陵泉滋阴降压,平肝潜阳,诸穴合用,在减肥的同时还能调理机体,影响糖代谢、内分泌及消化分泌过程,调节下丘脑摄食中枢,饱腹中枢,促进新陈代谢,改善血压情况,有效预防和治疗代谢综合征及腹型肥胖,且具有较好的远期疗效^[11-12]。此外,本研究中观察组选用疼痛微小的揸针,大大减少针刺带来的不适感,而且操作简单,只需要认准穴位即可自行埋入,为居家治疗带来了可能性,避免了患者每次前来医院进行治疗,大大节约了时间成本。本研究的重点在于线上阶段,以手机进行远程的干预,制定一套与之相关的管理制度,如以每次揸针走罐治疗的照片来保证治疗真实性、以远程指导答疑来保证治疗的准确性,同时从饮食、运动、药物 3 个方面去进行认知的矫正和行为的干预,从结果来看,观察组在干预 4 周后在 BMI、腰围(WC)、腹部脂肪厚度以及内脏脂肪指数优于对照组(*P* < 0.05),差异有统计学意义,最终取得较好的疗效。

综上所述,以“互联网+”为基础的认知行为疗法配合揸针、走罐的治疗方案,以方便、易行、疗效快的揸针走罐为手段,进行院外远程指导治疗和认知行为干预,不受时间、空间的约束,既减轻家庭的经济负担,且具有显著临床价值,值得继续研究和推广。

参考文献

- [1] 中华医学会糖尿病学分会. 中国 2 型糖尿病防治指南(2017 年版) [J]. 中国实用内科杂志, 2018, 38(4): 292-344.
- [2] Jing-Hong Liu, Yu-Xi Qian, Qing-Hua Ma, et al. Depressive symptoms and metabolic syndrome components among older Chinese adults [J]. Bio Med Central, 2020, 12(18).
- [3] 贺志伟, 王红蓉, 肖芳, 等. ARB 类降压药联合他汀类药物对高血压伴代谢综合征患者 LVMI、CIMI、CysC 的影响 [J]. 心血管病防治知识(学术版), 2020, 10(4): 9-12.
- [4] 江开达. 精神疾病高级教程 [M]. 北京: 人民军医出版社, 2009: 327-331.
- [5] 李春玲. 盐酸西布曲明治疗单纯性肥胖患者的有效性和安全性分析 [J]. 中国急救医学, 2016, 36(Z2): 33-34.
- [6] 缪强. 奥利司他联合非诺贝特治疗肥胖伴脂质代谢紊乱的疗效分析 [J]. 养生保健指南, 2019, 3(1): 3-4.
- [7] Jody A, Barry A, Franklin. Reduction in predicted coronary heart disease risk after substantial weight reduction after bariatric surgery [J]. Am J Cardiol, 2007, 99: 222-226.
- [8] Hong YG, Kim HT. Impact of large-volume liposuction on serum lipids in orientals: A pilot study [J]. Aesth Plast Surg, 2006, 30: 327-332.
- [9] Genco A, Dellepiane D, Baglio G, et al. Adjustable intragastric balloon vs non-adjustable intragastric balloon: case-control study on complications, tolerance, and efficacy [J]. Obes Surg, 2013, 23(7): 953-958.
- [10] 陈晓欣, 吕雄, 郭丽珍. 吕雄教授分期辨治代谢综合征经验 [J]. 中医药学报, 2018, 46(4): 60-62.
- [11] 陈杰, 邢海娇, 李青, 等. 针刺对代谢综合征糖脂代谢紊乱的调节作用研究 [J]. 中国针灸, 2017, 37(4): 361-365.
- [12] 王强, 刘莉. 中医药治疗代谢综合征的研究进展 [J]. 中医药信息, 2017, 34(6): 142-145.

(收稿日期: 2020-05-07)

贝蒺清肺降火汤辅助治疗社区获得性肺炎痰热壅肺证 54 例

方俊成, 王益莲, 黎业鹏

(浙江省淳安县中医院肺病科·浙江 杭州 311700)

傅 霁

(浙江省杭州市中医院治未病科·浙江 杭州 310006)

社区获得性肺炎是呼吸科较常见的感染性疾病,其住院率和 ICU 的死亡率分别为 12% 和 40%^[1-2]。目前仍缺乏特效药物和疗法,西医主要以抗感染和对症治疗为主,可一定

程度缓解症状,但长期应用抗生素易出现耐药,增加治疗难度^[3]。中医具有治病求本、辨证施治的优势,因此采取中西医结合疗法可有效提高该病的临床疗效^[4]。本文采用中药贝蒺清肺降火汤辅助治疗社区获得性肺炎痰热壅肺证,取得满意效果,现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 108 例观察对象均来自于本院 2016 年 3 月—2019 年 5 月就诊的社区获得性肺炎患者,随机数字表法将其分为对照组和观察组,各 54 例。对照组:男性 34 例,女性 20 例;年龄 40~68(52.41±7.77)岁;病程 22~95(65.3±9.7)h。观察组:男性 31 例,女性 23 例;年龄 41~70(53.09±8.39)岁;病程 23~96(65.8±9.5)h。比较 2 组患者一般资料无统计学意义($P>0.05$)。

1.2 入选标准 1)符合《社区获得性肺炎诊断和治疗指南》^[5]中诊断标准;2)符合《社区获得性肺炎中医诊疗指南(2011 版)》^[6]中痰热壅肺证辨证标准;3)年龄 40~70 岁;4)签署《知情同意书》。

1.3 排除标准 1)伴有肺部肿瘤、肺间质性疾病以及支气管扩张症等肺部疾病者;2)妊娠期或哺乳期妇女;3)合并心、肝、肾等严重功能障碍者;4)体温 $\geq 41^{\circ}\text{C}$ 或重症肺炎需监护者;5)精神疾病不能配合治疗者;6)对本研究所用药物过敏者。

2 方法

2.1 治疗方法 两组患者根据痰培养结果选择敏感抗生素并予以化痰药物治疗。观察组加服贝蒺清肺降火汤,浙贝母 15 g、瓜蒌 10 g、天花粉 10 g、茯苓 10 g、橘红 6 g、桔梗 6 g、芦根 20 g、北沙参 20 g、陈皮 6 g、制半夏 6 g、前胡 10 g、杏仁 5 g、黄芩 10 g、石膏 20 g、甘草 6 g,中药饮片均由本院药房提供,每日 1 剂,水煎服,早晚各 1 次温服。2 组疗程均为 10 d。

2.2 疗效标准 临床控制:症状体征消失或基本消失,痰热壅肺证减分率 $\geq 95\%$;显效:症状体征明显改善,痰热壅肺证减分率 $\geq 70\%$ 但 $<95\%$;有效:症状体征有好转,痰热壅肺证减分率 $\geq 30\%$ 但 $<70\%$;无效:症状体征无改善,甚或加重,痰热壅肺证减分率 $<30\%$ 。减分率=(治疗前评分-治疗后评分)/治疗前评分;总有效率=临床控制率+显效率+有效率。

2.3 观察指标 1)症状评分:将症状(咳嗽、咳痰、胸痛、发热、口渴、腹胀)按 4 级(无、轻度、中度、重度)分别计为 0、2、4、6 分;2)肺部感染评分(CPIS)^[7]:包括患者的体温、白细胞计数、胸部 X 线浸润影、气体交换指数(动脉血氧饱和度)、气管分泌物培养,CPIS 总分大于 6 分被认为肺部感染,CPIS ≤ 6 分为病情恢复;3)肺功能指标:使用肺功能检测仪对患者的肺活量(VC)、最大自主分钟通气量(MVV)、1s 用力呼气容积(FEV1)进行检测。

2.4 统计学方法 计量资料以($\bar{x}\pm s$)表示,治疗前后比较用施配对样本 t 检验,组间治疗后比较用独立样本 t 检验;计数资料以[例(%)]表示,比较用 χ^2 检验;统计用 SPSS20.0 版软件;检验水准 $\alpha=0.05$ 。

3 结果