

 www.iyyi.com

2017.02

愛愛醫



第二期 总NO. 85

Volume 2, number 2, Feb 2017

刊首语

小时光

作者：xiwang001han

链接：<http://bbs.iiyi.com/thread-3376957-1.html>

一天比一年更长，
快乐小时光，
什么模样？

做的如此夸张，
张大口型放声歌唱。
音符的悠扬，
生命的华丽登场。
动作滑稽的微笑，
喜欢的尽情释放。
背影得给人们想象，
一天就这样喜剧收场，
一年就这样翻开新篇章。

心中亮堂堂，
祝福传遍了小巷，
鞭炮烟火的回荡。

小时光，
原来好梦一场。

责任编辑：yemengzhe

目 录

会 长：陆德庆
执行会长：高立涛
主 编：于竹梅
执行主编：倪广峰
副 主 编：康 晶 任忠林
制 作：汪纪利
顾 问：杨俊标
编 辑：王颖健 刘延红 刘宇峰 刘现国
李照禄 杨俊标 张常哲 陈建华
殷吉磊 韩希乾 蔡晓刚 柳 权

《爱爱医》杂志

在线订阅：zz.iiyi.com
投稿邮箱：463767990@qq.com
联系我们：爱爱医华人医学论坛
网 址：<http://zz.iiyi.com>
联 系 人：修竹临风
联系方式：QQ463767990
地 址：广东省珠海市金湾区机场东路 288 号
康德莱国际医疗产业园 K 栋
邮 编：519041
联系电话：4006269910

特别说明

杂志内容来源于爱爱医论坛，仅作内部交流使用，请勿商用，我们保留相关权益。欢迎业内交流和传播。因编者均为业余时间义务制作，书中错误在所难免，恳请读者批评指正。笔者审稿能力有限，如不慎侵犯您的版权，请来信提醒，我们将及时作出改正。

刊 首 语 专家讲坛 关 注

专业交流 西 医

专业交流 中 医

识 草 药

病例讨论

医疗资讯 医网情深

编读往来

杂志稿约

小时光.....	1
中国血压测量指南 2011 版.....	1
如果医护人员每次过年都被这样对待，那我们宁愿不要过年！	16
急诊科特殊病例 48 例.....	19
性病门诊医生接诊参阅资料.....	22
关于膈下游离气体—— 一次难忘的手术探查.....	26
两例典型的一氧化碳中毒后迟发性脑病.....	27
和大家一起交流学习一下猩红热.....	28
超声入门贴 504——典型膀胱癌.....	30
支气管哮喘药物治疗小结.....	32
难道是氨溴索注射液过敏了？	34
跟腱断裂误诊.....	35
心电图讨论-心电图读图 65 期.....	36
程玮老师的一些针灸经验（一）	38
颈椎关节紊乱的判断方法.....	42
耄耋老者脑中风，续命汤剂显神奇.....	44
杏苏止嗽汤治疗凉燥咳嗽经验.....	46
白花映山红.....	48
乌药.....	49
发作性意识丧失一例.....	51
腹痛、腰背痛伴呕吐、发热一例.....	53
医疗资讯.....	59
医者，当有悬壶济世的仁心.....	62
还好我没放弃.....	63
编读往来.....	65
心电图读图第六十四期.....	66
爱爱医杂志稿约.....	67

中国血压测量指南 2011 版

来源：中国血压测量工作组

链接：<http://bbs.iiyi.com/thread-3379273-1.html>

· 1 ·

· 指 南 ·

中国血压测量指南

中国血压测量工作组

(中国高血压联盟、国家心血管病中心高血压委员会、中华高血压杂志)

血压是人体重要的生命体征。血压测量是了解血压水平、诊断高血压、指导治疗、评估降压疗效以及观察病情变化的主要手段。在临床诊疗、人群防治和科学研究中有 3 种方法测量血压,即诊室血压、动态血压和家庭血压,其中诊室血压是目前常用的方法。

3 种血压测量方法各有其特点。诊室血压由医护人员在诊室按标准规范进行测量,目前尚是评估血压水平、临床诊疗及对高血压进行分级的常用的较为客观、传统的标准方法和主要依据。动态血压由自动的血压测量仪器完成,24 h 内测量次数较多,无测量者误差,可避免白大衣效应,并可测量夜间睡眠期间的血压。因此,动态血压既可更客观地测量血压,还可评估血压短时变异和昼夜节律。家庭血压由被测量者自我完成,也可由家庭成员等协助完成。家庭血压是在熟悉的环境中测量,也可避免白大衣效应。家庭血压还可用于评估数日、数周甚至数月、数年血压的长期变异和降压疗效,有助于增强患者的参与意识,改善患者的治疗依从性。

欧洲和美国均制定了血压测量指南,这对规范血压测量、了解人群血压水平、准确地诊断高血压和评估降压疗效起到了重要的作用^[1-3]。我国人群高血压患病率持续增加,估算目前至少有 2 亿高血压患者,高血压的并发症脑卒中、心脏病已经成为威胁国人健康的重大疾病,心脑血管病死亡占居民总死亡的 40% 以上。高血压防治的任务艰巨。让居民了解自己的血压水平、让高血压患者知晓自己患高血压,从而提高高血压患者的治疗率和控制率,是现阶段我国高血压防治的主要任务^[4]。但现实中大多数居民长期不测量血压,2/3 的高血压患者不知道自己患高血压;大部分高血压患者未定期监测自己的血压,部分患者凭“感觉”用药。正确掌握血压测量方法和测量技术,了解患者血压状态,是改善人群高血压知晓率和治疗率的基本环节。但许多地方存在血压测量不规范现象,影响了高血压的准确诊断和疗效的评估。为了提高对准确测量

血压重要性的认识,推广统一的血压测量操作规范与技术,尤其对诊室血压的客观评价、动态血压的推广应用、家庭血压的积极倡导等方面应有明确的信息,同时配合《中国高血压防治指南 2010》的宣传推广^[4],唤起人们对血压测量的重视,特制定一部适合中国特点的血压测量指南是非常必要的。指南坚持遵循证据的原则,检索评估了有关文献,组织临床和仪器研究及基层防治专家多次讨论,并征求同行意见,历时 4 年制定而成。

1 血压测量基本技术

1.1 血压测量基本要求 规范操作、准确测量血压是高血压诊断、分级及疗效评估的关键^[4]。

1.1.1 测量前准备^[5] ①患者:测血压前 30 min 内不喝咖啡或酒,不剧烈活动,心绪平稳。排空膀胱,静坐休息 5~10 min。②仪器:采用经过国家计量部门批准和定期校准的合格台式水银血压计、其他款式的血压计,或经国际标准[欧洲高血压协会(European society of hypertension,ESH)、英国高血压协会(British hypertension society,BHS)或美国医疗器械促进协会(American association of medical instrument,AAMI)]验证合格的动态血压计、电子血压计等。③测量条件:坐位测量需要准备适合患者手臂高度的桌子,以及有靠背的椅子;卧位测量需准备患者肘部能外展 45° 的诊疗床。④环境条件:适当空间,适宜温度,环境安静,无噪音。

1.1.2 测量设备 ①血压计:建议采用合格的台式水银血压计、电子血压计、动态血压计。台式水银血压计用于诊室血压测量(office blood pressure monitoring,OBPM);上臂式电子血压计用于家庭血压测量(home blood pressure monitoring,HBPM);动态血压计用于 24 h 动态血压监测(ambulatory blood pressure monitoring,ABPM)。有条件的地区可用上臂式电子血压计测量诊室血压。②听诊器:应使用高质量的短管听诊器,常规采用膜式胸件,当听低频率柯氏音时建议采用钟式胸件。③血压单位:一般临床和研究计量的血压单位用“mm Hg”表示,在正式出版物中注明“mm Hg”与“kPa”的换算关系,1 mm Hg=0.133 kPa。

通信作者:刘力生(北京高血压联盟研究所),E-mail:llschi@yahoo.com.cn;吴兆苏(北京安贞医院);朱鼎良(上海瑞金医院)

中国血压测量指南要点

- 血压测量是高血压诊断、评估、治疗和科学研究的重要方法；规范化、标准化操作是准确测量血压的关键。
- OBPM、ABPM、HBPM 是目前血压测量的3种方法。
- 诊室血压是目前高血压诊断治疗评估的常用的较为客观、传统的标准方法，准确性好。有条件的可使用 ABPM 或(和)HBPM 帮助高血压的诊断与治疗评估。
- 动态血压可监测日常生活状态下全天血压，获得 24 h、白昼、夜间的血压信息，有助于鉴别白大衣性高血压和隐蔽性高血压；有助于评估降压疗效。
- HBPM 可监测常态下白天血压、获得短期和长期血压信息。电子血压计操作简便。有利于提高患者治疗的依从性。积极推荐所有高血压患者和老年人定期进行 HBPM。医护人员应尽可能培训和指导患者进行 HBPM。
- 台式水银血压计、动态血压计和电子血压计应定期校准。一般每半年校准一次。大型医疗机构医用仪器计量室应进行血压计校准工作。严格管理台式水银血压计，防止水银对环境的污染。
- 严格执行血压测量程序：患者安静休息 5 min 以上，取坐位，裸露上臂，束缚好袖带，袖带与心脏同一水平；测压时保持安静；台式水银血压计，放气速度均匀，听诊以柯氏音第 1 音为收缩压，柯氏音第 5 音为舒张压；如实记录血压读数，精确到 2 mm Hg，尾数为 0、2、4、6、8。
- 高血压诊断的血压阈值：诊室血压 $\geq 140/90$ mm Hg；家庭血压 $\geq 135/85$ mm Hg；动态血压：白昼 $\geq 135/85$ mm Hg，全天 $\geq 130/80$ mm Hg。
- 推荐使用合格的台式水银血压计、动态血压计、电子血压计。诊室血压目前仍用台式水银血压计测量，有条件的可用上臂式医用电子血压计逐渐替代台式水银血压计。推荐使用经过国际标准认证的合格的动态血压计进行 ABPM。推荐使用经国际标准认证的上臂式电子血压计进行 HBPM。
- 血压计认证的国际标准主要有 ESH、BHS 和 AAMI 标准。我国推荐使用 ESH 标准。

1.1.3 测量人员 经过血压测量培训的医生、护士及技术人员实施诊室血压和动态血压的测量。经过培训的患者、家属或其他人员实施家庭血压的测量。

1.1.4 测量要求 常规测量上臂血压；不建议常规测量手腕血压、手指血压。①建议初次测量两侧上臂血

压(肱动脉处)，以血压高的一侧作为血压测量的上肢。

②当两臂血压(收缩压)差值 > 20 mm Hg 时，建议进行四肢血压测量。③老年人及糖尿病或某些疾病患者易出现体位性低血压，建议测量多种体位血压。需要时可以测量卧位或站立位血压，站立位血压测量应在卧位改为站立 3 min 后进行。

1.2 影响准确测量血压的因素^[6-7]

1.2.1 受测者准备 与受测者有关的诸多因素均可引起血压测量的偏差。如室内温度、运动、饮酒或吸烟、手臂位置、肌肉紧张、膀胱充盈、讲话和环境噪声等。受测者讲话是常见的因素，因此，测压时受测者不能讲话，医护人员也不能与受测者讲话。

1.2.2 受测者体位 血压测量最常采用的体位是坐位或仰卧位，但这两种体位所测血压有差别。有报道坐位测量的舒张压较仰卧位高 5 mm Hg，收缩压相差不大。部分患者需要测量直立位血压，一般仰卧位的收缩压较直立位高 5~8 mm Hg，舒张压高 4~6 mm Hg。双腿交叉可使收缩压升高 2~8 mm Hg。

1.2.3 手臂的位置 测量血压时气囊位置应该与右心房水平同高。如果上臂位置低于右心房水平，测得值偏高；如果上臂高于心脏水平，测得值偏低。每高于或低于心脏水平 2.5 cm，血压相差 2 mm Hg。坐位时，右心房水平位于胸骨中部，第四肋水平。卧位时用枕支托以使上臂与腋中线同高。

1.2.4 左右手臂血压的差别 约 20% 的人左右上臂血压差别 > 10 mm Hg(称为臂间血压差异)，因此推荐第一次检查时应测量左右上臂血压。臂间血压差异持续 > 20 mm Hg 时高度提示主动脉弓缩窄及上肢动脉闭塞。当左右上臂血压不一致时，采用数值较高侧手臂测量的血压值。

1.2.5 血压计的位置 测压过程中血压计水银柱要保持垂直，读数时必须保持视线垂直于血压计刻度面的中心。

1.2.6 血压计的精确性 所有临床使用血压计都需要进行精确性检验。只有通过检测合格的血压计才能在临床使用。目前 OBPM 主要使用台式水银血压计，台式水银血压计是验证其他非台式水银血压计准确性的重要工具，同时台式水银血压计也应定期校准(一般每半年检测 1 次)。水银量过少测出的收缩压、舒张压都偏低。水银量过多，测出的收缩压、舒张压都偏高。刻度管内的水银凸面正好在刻度“0”时水银量合适。

1.2.7 袖带大小 有研究比较了动脉内压力和袖带(血压)的关系，结果显示，袖带宽度为臂围的 46% 时误差最小。目前认为，袖带气囊至少应覆盖 80% 的上臂周径。如果使用的袖带相对于臂围过小，会导致血压测量值高于血管内压力。对上臂过于粗壮的肥胖者，

在没有合适的袖带选用时,可将袖带置于前臂上部,听诊桡动脉搏动测压。此时应当特别注意前臂的位置与心脏同高。如果左右上臂均不适合于血压测量,可以考虑使用下肢。将袖带绑于小腿下端,监听足背动脉血压,95%的患者可以测得踝部血压。

推荐袖带大小为:

瘦型成人或少年,袖带尺寸 12 cm×18 cm(超小号);

上臂围 22 cm~26 cm,袖带尺寸 12 cm×22 cm(成人小号);

上臂围 27 cm~34 cm,袖带尺寸 16 cm×30 cm(成人标准号);

上臂围 35 cm~44 cm,袖带尺寸 16 cm×36 cm(成人大号);

上臂围 45 cm~52 cm,袖带尺寸 16 cm×42 cm(成人超大号或大腿袖带)。

1.2.8 袖带位置及缠绕松紧程度 袖带气囊中部放置于上臂肱动脉的上方,袖带边缘不要卷起以免袖带起止血带的作用。袖带的下缘在肘窝的上方 2~3 cm。袖带绑得太紧,测出的收缩压、舒张压都偏低。绑得太松可使测得的血压偏高。一般认为能塞进 2 个指头时松紧适度。

1.2.9 充放气速度 缓慢均匀放气速度为每秒下降 2~4 mm Hg,放气速度过快,可使测得的收缩压偏低而舒张压偏高。当心动过缓和心律不齐时推荐放气速度为每搏心跳下降 2 mm Hg。

1.2.10 测量次数 当对患者进行数次测量时,第 1 次往往是较高的。因此每次测量血压至少测 2 次,中间间隔 1 min,取平均值作为患者的血压。如果两次测量值相差 >5 mm Hg,应再进行测量,计算 3 次平均血压值。

1.2.11 尾数偏好 所谓尾数偏好,是指将血压读数习惯性记录为末位 0 或 5 mm Hg,此现象要尽量避免,台式水银血压计测量血压单次记录血压值尾数应精确到 2 mm Hg,即 0、2、4、6、8 mm Hg 的尾数。电子血压计以血压计显示的血压数值为准,即从 0 到 9 的 10 个数字均可。

1.2.12 其他影响因素 关于影响血压测量准确性的因素还有如下报道:①将听诊器胸件塞于袖带下动脉搏动处,测得的血压值低于听诊器胸件不塞于袖带下的规范操作的测得值。②隔着衣服测得的血压值要比规范操作测得值高一些,而将衣袖捋起来后测得的血压要比规范操作的低一些。也有研究显示,如在胳膊上加一层 <0.5 cm 厚度的内衣再进行检查,其对检查的结果数值没有什么影响。③冬天脱上衣后立即测量血压可使得血压升高 3~5 mm Hg。④血压存在季节性差异,气温低的冬季血压高于夏季。

1.3 特殊人群、特殊状态下的血压测量

1.3.1 少年儿童 通常推荐使用传统的袖带血压测量方法,成人测量血压的一般要求同样适用于少儿。采用标准的临床医用血压计测量,柯氏第 1 音作为收缩压。儿童舒张压读数取柯氏音第 IV 时相(K4)还是第 V 时相(K5),国内外尚不统一。成人取 K5 为舒张压,考虑到我国儿科教学和临床一直采用 K4 为舒张压,以及相当比例的儿童柯氏音不消失的状况,建议实际测量中同时记录 K4 和 K5。也有认为没有消失音的用 K4,有消失音的用 K5。

目前国际上统一采用 P_{90} 、 P_{95} 、 P_{99} 作为诊断“正常高值血压”、“高血压”和“严重高血压”的标准。对个体而言,只有经过 3 次及以上不同时机测量的血压水平 $\geq P_{95}$ 方可诊断为高血压;随后要进行高血压程度的分级^[8]:①高血压 1 级: $P_{95} \sim P_{99} + 5$ mm Hg;②高血压 2 级: $\geq P_{99} + 5$ mm Hg。儿童中“白大衣性高血压”现象较为常见,可通过 ABPM 或 HBPM 予以鉴别。目前国际上多采用美国心肺中心推荐的方法测量儿童血压^[9]。

1.3.1.1 测前准备 测量前 30 min 避免激烈活动、进食及水以外的饮料,安静休息 5 min 以上。婴儿血压易变,进食、直立体位吃奶时血压均升高,准备应更充分。

1.3.1.2 血压计 较大儿童仍采用台式水银血压计,袖带宽度相当于上臂长度的 2/3。先充气达柯氏第 1 音以上约 30 mm Hg 处,缓缓放气。

1.3.1.3 测量姿势和手臂 在大多数儿童只需要手臂与心脏保持同一水平。临床上儿童常取坐位,婴幼儿取仰卧位。一般卧位或坐位保持 3 min,而站立保持 1 min。不论采用何种姿势,在测量血压时手臂必需得到支撑,尤其是肘部,否则收缩压会因为肌肉等长收缩升高 10% 左右。建议在第一次测量时测两侧手臂。

1.3.1.4 袖带尺寸 选择合适的袖带非常重要,袖带的气囊应该环绕上臂周径的 80%~100%,气囊的宽度应该是上臂围的 40%。根据患儿手臂大小来选择袖带比根据年龄选择更为重要。通常有 3 种尺寸的充气性气囊袖带可供选择:① 4 cm×13 cm;② 8 cm×18 cm;③ 12 cm×26 cm。

1.3.2 老年人 老年人中单纯收缩期高血压、白大衣性高血压、体位性低血压和餐后低血压有更高的发生比例,同时老年人血压的变异较大,因此 ABPM 和 HBPM 在老年患者中尤为重要。

老年人血压测量时还需注意以下几种情况:①自主神经功能衰退:可能显示出明显的血压变异性并在 ABPM 中间段有低血压现象,应注意识别这类低血压现象。②假性高血压:假性高血压是动脉顺应性下降

及动脉僵硬增高的结果,周围肌性动脉由于动脉粥样硬化进展,袖带内必须有更高的压力去压迫动脉,从而表现为袖带测压和直接测量血压之间有很大的差异性。③体位性低血压:常见于立位时出现明显血压下降,因此初次测量血压以及调整用药后,应注意立位血压的测量^[10-12]。

1.3.3 心律失常 高血压患者常见的心律失常主要包括心动过缓、心动过速和异位节律(心房颤动及早搏等)。传统的血压测量是根据袖带压力下降时外周血管听诊时血管搏动音的变化来判断的,这种血压测量的方法在心律失常患者可能会产生一定的误差。因而,心律失常患者在血压测量时注意以下几个方面:①对于严重心动过缓患者(心室率 <40 次/min),测量血压时放气速度要比正常心率时减慢,通常放气速度应为每搏心跳水银柱下降不超过 2 mm Hg,这样可以避免放气过快导致的收缩压偏低和舒张压偏高的现象;②对于心脏节律不齐,特别是心房颤动时由于心室律绝对不齐,RR间期差异很大,血压测量充其量只能获得较为粗糙的数值,这种情况下只有通过重复测量克服心脏逐跳变异较大带来的问题。而对于心动过缓又伴有严重节律不齐者,血压测量时上述两个方面均应注意。③直接动脉血压连续监测能提高血压测量的准确性和可靠性,因为示波监测是通过对连续波形变化的分析测量血压的。直接动脉血压连续监测可以克服心律失常患者手动测量血压带来的问题,但这种血压测量技术因为是有创技术,不适宜于门诊患者的应用。

1.3.4 肥胖 肥胖患者通常臂围较粗,用适合臂围大小的袖带测量血压尤为重要。肥胖患者进行血压测量时,除了需要注意患者的体位、手臂的位置、心理情绪、袖带和听诊器的位置等因素外,还要特别注意袖带的大小是否合适。准确的血压测量需要根据不同的臂围选用不同的袖带(常需成人大号袖带,甚至用大腿袖带)。但在实践中仅有成人标准袖带,缺少成人大号袖带。而血压测量的误差,恰恰是由于袖带应用不规范造成。①异常肥胖患者上臂粗而且短,对极少数患者臂围 >50 cm, BHS 推荐使用较长的袖带(16 cm \times 42 cm)。②在使用大腿袖带也不合适时,可将合适的袖带包在前臂,使之位于心脏水平,听诊桡动脉搏动音以确定血压,或者用一个验证合格的腕部血压计。测定桡动脉压力方法还有听诊桡动脉柯氏音,但这种方法可高估舒张压。使用成人标准袖带测量臂围较粗患者的血压,可造成舒张压过高的偏差。

1.3.5 妊娠 正常妊娠早中期,收缩压和舒张压较孕前下降 $5\sim 10$ mm Hg,晚期逐渐恢复到孕前水平。在妊娠中有 $>10\%$ 的孕妇患有临床相关性高血压。

大多数产科医生达成的共识是:女性妊娠期间,血压测量以收缩压为准,柯氏音第1音(第I时相柯氏音)为收缩压。而舒张压受妊娠的影响变异较大,妊娠者的舒张压仍以完全消失音(第V时相柯氏音)确定,特殊时可以变音(第IV时相柯氏音)确定。

在怀孕期间主要用 ABPM 来识别白大衣性高血压,白大衣性高血压在孕妇中的发生率大约是 30% 。但 ABPM 可能预测先兆子痫的证据还未被完全确定^[13]。推荐妊娠妇女进行 HBPM,无高血压的每月测量1次,一般高血压的每周测量 $2\sim 3$ 次,严重高血压的至少每天早晚各测量1次。

1.3.6 运动血压 正常情况下,随着运动量增加,心输出量增加,收缩压随之升高,而舒张压通常保持不变或仅有轻度降低。在 100 W 标准蹬车试验中已经定义出运动收缩压的上限是 180 mm Hg,且非年龄依赖性。运动后,收缩压通常会在 6 min内下降至静息水平,并且可能保持低于运动前水平达数小时^[14]。

目前,ESH的建议是,标准蹬车试验的中等运动负荷(600 kpm/min, 100 W。 1 kpm=移动 1 kg重物,垂直距离为 1 m时克服重力所作的功)所对应的运动收缩压如 >200 mm Hg被视为异常^[3]。

运动时血压升高不明显已经被认为是无症状主动脉弓缩窄预后不良的一个指标。在目前的美国心脏协会/美国心脏病学院(American heart association/American college of cardiology, AHA/ACC)指南中,运动中收缩压不升高是严重主动脉弓缩窄手术的2b级别证据^[15]。欧洲心脏病协会(European society of cardiology, ESC)指南中定义运动时血压升高不良是指收缩压升高 <20 mm Hg^[16]。

1.3.7 使用降压药 服用降压药物将影响患者的血压水平。在对患者做出高血压诊断时,首先应明确患者是否服用了降压药物。在降压药物疗效的判定中,要注意血压测量的时间及方法。就降压药物本身对血压水平的影响而言,需注意以下几点:①如需了解患者不服药时真实的血压状况,对能够停用降压药物的患者,建议在密切观察下停药 5 个半衰期以上后测量血压。②血压测量时间:如要了解降压药物的疗效,应根据降压药物的峰值及谷值时间测量血压,一般应当测量降压药物的谷值时的血压。为了明确所测血压是处在药物的降压谷值水平抑或峰值水平,可以标注出患者服用降压药物的时间。③血压测量方法:某些降压药物可引起体位性低血压。对这类患者,需加测站立位血压。为了更加全面地了解已服用降压药物患者的血压水平,在测量诊室血压的基础上,可加测动态血压或家庭血压。

要点 1: 血压测量基本要求要点

- 血压测量是高血压诊断和分级及疗效评估的基本手段。规范操作、准确测量血压是高血压诊断、分级及疗效评估的关键。
- 血压测量包括 3 种方法: OBPM、ABPM、HBPM。
- 使用合格的血压计: 包括台式水银血压计、电子血压计、动态血压计。
- 台式水银血压计每 6 月校准 1 次, 电子血压计和动态血压计均应经过国际标准验证; 常用的国际标准有 ESH、BHS 和 AAMI。我国推荐应用 ESH 标准。
- 应了解影响血压测量准确性的有关因素。
- 关注特殊人群血压测量: 老年人、少儿、妊娠期妇女、糖尿病等。

2 OBPM

OBPM 通常指在诊室或医院内由医生、护士或技术人员采用台式水银血压计、自动或半自动血压计测量上臂肱动脉的血压值。这种方法已有 100 多年的临床应用历史, 是所有临床科室医护人员必须掌握的重要测量方法之一, 是目前评估血压水平、临床诊疗及对高血压进行分级的常用的较为客观、传统的标准方法和主要依据^[4], 但因影响因素甚多, 需要系统评估及规范测量。

2.1 优点和缺点 由经过训练的医护人员用台式水银血压计和袖带柯氏音技术测量的血压读数是目前 OBPM 的标准值。OBPM 简便、实用、所得血压数据较可靠; 血压计也易于维护。但有一些缺点: ①诊室血压不能反映 24 h 血压情况, 只提供当时血压水平。②因血压固有的变异性, 一次测量血压即决定患者的血压值, 可能过多诊断“高血压”或漏诊隐蔽性高血压^[17-18]。③白大衣性高血压的几率较高, 存在警觉反应性血压升高的倾向。④诊室血压可预测高血压患者的靶器官损害及发生心血管病风险, 但其预测能力可能不及 HBPM 和 ABPM^[19-20]。

2.2 血压计 目前用于 OBPM 的主要有台式水银血压计, 也有气压式血压计、混合式血压计和医用自动电子血压计。各种血压计均有其优缺点, 必须了解其原理和性能, 才能减少测量误差。

2.2.1 台式水银血压计 台式水银血压计测量比较精确。这些血压计有某些共同的特点: 都有充气、放气装置和袖带, 并且通过听诊器听诊来测量血压, 在临床工作中均为人工操作。由于橡皮管老化和裂缝漏气会使水银下降的速度难以控制, 降低血压测量的精确度。橡皮管应该保持质量良好不漏气, 袖带和压力计之间的橡皮管长度不能短于 70 cm, 袖带不能短于 30 cm。

连接处应当密不透气, 控制阀容易调节。阀门失灵容易漏气并增加控制释放气压的难度, 会低估收缩压并高估舒张压。

台式水银血压计虽然操作简单, 测量准确, 但是水银对人体和环境有一定的危害性, 尤其是对使用台式水银血压计的人, 因此使用台式水银血压计要特别小心, 关键是防止水银泄漏。

台式水银血压计易于检测和维护, 医院中使用的台式水银血压计至少每 6 月需要进行清洗和校准 1 次。检修制度在所用医院中应当强制执行, 同时医护人员在临床测量血压过程中也应重视对台式水银血压计的观察, 检查台式水银血压计有无问题以及袖带是否合适。

影响台式水银血压计精确性的因素见表 1。

表 1 影响台式水银血压计精确性的因素

- 在没有外压下, 水银柱的凸面应与 0 刻度线平行, 如果低于刻度线, 则需要增加水银。
- 水银柱刻度表从 0~300 mm Hg, 以 2 mm Hg 为一格。
- 水银槽的直径至少是垂直管直径的 10 倍。
- 如果在测压过程中血压计没有保持垂直, 就会出现测量误差, 立式血压计可通过平衡血压计水平来调整。在医院推荐使用台式水银血压计, 这种血压计可以让测压者自己调整血压计的水平, 而不需要在床边平衡血压计水平来测量血压。
- 血压计顶部的通风口必须保持开放状态, 避免因堵塞引起水银柱对气压变化的反应不够敏感, 导致高估血压水平。
- 血压计的控制阀是最容易引起血压测量误差的因素之一, 如果控制阀有问题, 应及时更换。

2.2.2 气压式血压计 气压式血压计记录血压通过风箱和操作杆系统, 相对水银池和水银柱而言更加复杂。随着气压式血压计使用时间的延长, 机械装置的精确性难以保证, 导致血压测量值偏低, 从而低估了患者的血压水平, 因此气压式血压计测量血压精确度不如台式水银血压计。通过台式水银血压计来校正气压式血压计, 允许平均收缩压相差 3 mm Hg, 但是大约 58% 气压式血压计误差 > 4 mm Hg, 大约 33% 气压式血压计误差 > 7 mm Hg。气压式血压计应该每 6 月通过标准的台式水银血压计来校正其血压测量值。目前, 一般不推荐气压式血压计常规用于测量血压, 但考虑价格相对低廉, 在部分农村地区仍可使用, 有条件的地区应逐步减少气压式血压计的使用。

2.2.3 混合式血压计 混合式血压计结合了电子血压计和传统台式水银血压计的特点, 使用电子压力计代替水银柱, 用听诊器听柯氏音来确定血压值。通过液晶显示屏代替水银柱来显示血压值, 从而避免了血压值尾数选择的偏好。

2.2.4 医用自动电子血压计 经过国际标准(BHS和AAMI、ESH)验证的自动血压计可以自动提供收缩压、舒张压、平均动脉压、心率和测量时间,从而减少血压数值尾数选择的偏好和主观偏倚。更重要的是,不需要复杂详细的血压测量强化训练。自动血压计的另外一个优点是能够储存数据供以后分析使用。目前的趋势是自动血压计正在逐渐代替传统台式水银血压计,许多国内外大型临床研究已经使用自动血压计代替台式水银血压计来测量血压。

虽然自动血压计应用越来越广泛,但它仍有不足,如示波技术不能在所有情形下测定血压,尤其是对心律失常的患者,比如快速型心房颤动;有医生怀疑部分患者报告的血压测量数值的可靠性。

2.3 测量方法

2.3.1 听诊方法 适用于水银、气压式和半自动血压计。将袖带缠绕上臂并且充气到收缩压30 mm Hg以上,将肱动脉血流阻断,当逐渐缓慢放气时血液重新流过肱动脉,这时在袖带下方肱动脉之上的听诊器即可闻及声音(也称为柯氏音),传统上柯氏音分5个时相,见表2。

表2 柯氏音的时相与特征

时相	柯氏音特征
第Ⅰ时相	袖带压力下降中听到第1次轻的、重复而且清晰的敲击声;
第Ⅱ时相	随着袖带压力的下降,声音变大,成为较响的钝浊声;
听诊无音间歇	在一些患者测量过程中,听诊音完全消失的短暂时间;
第Ⅲ时相	声音变得更响,出现较清脆的抨击声;
第Ⅳ时相	声音突然变小,短促而低沉;
第Ⅴ时相	随着袖带压力下降,声音最终消失。

注:第Ⅱ和第Ⅲ时相的听诊音的临床意义目前尚不清楚。

第Ⅳ时相柯氏音(变音)比第Ⅴ时相柯氏音(消失)可以高10 mm Hg以上,但通常差别在5 mm Hg之内。在大多数情况下以最终消失音(第Ⅴ时相柯氏音)时水银柱所示数值为舒张压。但部分人群(比如<12岁儿童、孕妇、老年人、严重贫血、甲状腺机能亢进症、主动脉瓣关闭不全患者)当袖带压力降为0时,仍可以听到声音,这些人群以变音(第Ⅳ时相柯氏音)作为舒张压的数值,并在测量值后加以标注“变音”读数。

在具有脉压增大的老年患者,在收缩压和舒张压之间,柯氏音有时不能听到,而在袖带继续放气时又重新出现,这种现象被称为听诊无音间歇。这种现象会低估收缩压。这可能是由于动脉内血压的波动引起,多发生于有靶器官损害的患者。在袖带充气之前将手臂抬高过头部30 s,然后将手臂放到通常的位置继续测量,这种方法常常可以消除听诊无音间歇。

2.3.2 不同体位时血压的差异 血压测量最常采用坐位或卧位,有时需加测站立位时的血压。不同体位测量血压值不同^[21-22]。如前文所述,大多研究发现坐位时测的舒张压比卧位时高5 mm Hg,坐位与卧位收缩压相差不大。收缩压在卧位时要比直立时高8 mm Hg。若安静站立3 min,收缩压下降>20 mm Hg,和(或)舒张压下降>10 mm Hg称为体位性低血压。另有一种类型为平卧时高血压,同时又有体位性低血压,这种患者血压变化很大,在站立时常因低血压出现晕厥,而在夜间平卧时又有较高的血压,易出现致命的靶器官损害和并发症如冠状动脉性心脏病(冠心病)、心力衰竭、肾功能衰竭、脑卒中和猝死,常见于老年人自主神经衰竭、多发性系统萎缩,合并帕金森病或糖尿病等。

2.3.3 四肢血压的差异 许多研究均发现左右上臂血压有差异,而且这种差异与用左手或用右手无关^[23]。研究表明左右上臂血压差异明显是预测心脑血管病的一个危险因素。正常血压人群左右上臂收缩压相差>5 mm Hg占21.4%,≥10 mm Hg占7.1%,舒张压相差≥5 mm Hg占11.7%,未发现舒张压相差≥10 mm Hg。高血压患者左右上臂收缩压差别≥5 mm Hg占31%,≥10 mm Hg占10%。左右上臂血压的某一侧高于对侧的比例相当(均约50%),故在首次检查时应测量左右上臂的血压,有助于发现主动脉弓缩窄和上肢动脉闭塞。当左右上臂血压持续存在差异时,则应测量血压高的一侧上臂血压。

根据血压形成原理,正常情况下肢血压比上肢血压高^[24]。有研究比较健康青年人四肢血压,发现大腿血压高于上臂20/16 mm Hg。而且发现如同左右上臂血压一样,两侧大腿血压也存在一定差异,收缩压相差>5 mm Hg占21.1%,>10 mm Hg占7.3%,舒张压相差>5 mm Hg占21.4%,>10 mm Hg占1.6%。

关于踝部血压,测量部位在内踝上3 cm,听诊器置于足背动脉搏动处,由于小腿下部周径与上臂周径相近,可使用相应的上臂袖带。研究发现踝部血压比上臂高4~10/4~9 mm Hg,当上臂受伤、骨折、输液等不便测压时,可使用踝部血压测量值代替。另外,踝臂血压指数(踝部收缩压与上臂收缩压比值)可用来发现外周动脉疾病,踝臂血压指数正常值为1.0~1.3,踝臂血压指数<0.9提示下肢动脉疾病。当下肢收缩压低于上臂收缩压时,还应当考虑主动脉弓缩窄的可能。

某些大动脉功能检测仪采用示波测量技术,同步测量左右上臂及踝部血压,可同时观察左右上臂及踝部血压差异和踝臂血压指数。该检测无创、简便、快速、准确,可操作性强。

2.3.4 医生护士对血压测量的差异 除了医疗环境对血压测量的影响外,还发现对同样患者,医生和护士

测量的血压水平有不同。护士记录的平均收缩压和舒张压明显低于医生测的血压(相差 6.3/7.9 mm Hg),这种差别并非由于技术的差异。同时,研究发现护士记录的血压通常比医生测的血压更接近患者白昼的平均血压^[25-26]。因此,在高血压患者的诊室血压管理中,应综合考虑医生和护士测量的血压值。

2.4 台式水银血压计标准测压程序

2.4.1 测压程序 台式水银血压计血压测量的标准程序见图 1。

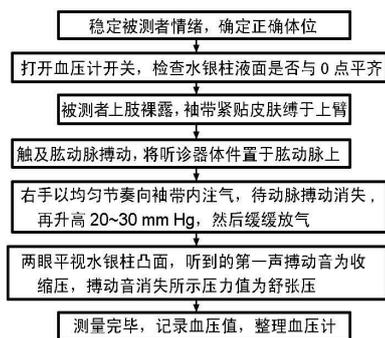


图 1 台式水银血压计测量血压的标准程序

2.4.2 血压测量细节 将袖带紧贴皮肤缚在被测者的上臂,袖带的下缘应在肘弯上 2.0~2.5 cm。轻轻地把听诊器放置在肱动脉搏动的最强处,听诊器应当平坦紧贴放置,不能过分用力压,否则会导致动脉变形,产生杂音。听诊器的膜件不要接触衣服、袖带和橡皮管,避免摩擦音。

2.4.3 血压读数的确定 观察水银柱上升高度,在气囊内压力达到使肱动脉搏动音消失后,再升高 20~30 mm Hg。然后,松开放气旋钮,使气囊匀速缓慢放气(下降速率 2~4 mm Hg/s),同时应水平注视水银柱凸面。在放气过程中,当听到第一次肱动脉搏动声响(柯氏第 1 音)时,水银柱凸面的垂直高度为收缩压;当随水银柱下降,声音突然变小,最终消失时(柯氏消失音),水银柱所示数值为舒张压,获得舒张压读数后,快速放气至零。但在一些特殊人群(儿童、孕妇、老年人)以及一些特殊疾病(严重贫血、甲状腺机能亢进症、主动脉关闭不全)者,舒张压的第 V 时相柯氏音无法判断,因此以变音(第 IV 时相柯氏音)作为舒张压的数值。

2.4.4 触诊估测血压 当触诊到肱动脉搏动消失时,再快速袖带充气升压 30 mm Hg,然后缓慢放气,测压者要注意脉搏再次出现时的血压值,这个数值接近收缩压水平。触诊估测血压很重要,因为柯氏第 1 音常常随着血压下降而消失,在相对低的水平再次出现(听诊无音间歇),导致收缩压数值被低估。在一些患者用听诊很难精确判断血压值的端点时,触诊方法就很重

要,例如孕妇、休克状态、正在运动者。

血压测量完毕,将气囊排气,卷好袖带,平整地放入血压计盒中。向右侧倾斜血压计约 45°,使水银柱内水银进入水银槽后关闭开关。

2.5 血压记录及高血压诊断治疗目标值

2.5.1 血压记录要点 ①记录血压值时选择最近的 2 mm Hg 刻度值,不宜选择整数 10 mm Hg 偏爱数值。血压末数值应以 0、2、4、6、8 mm Hg 表示。②测压的体位:坐、站立或平卧位。③左上臂或右上臂血压。④第 IV 或第 V 时相柯氏音。⑤患者的个人状态焦虑或轻松。⑥进食状态。⑦降压药使用情况等。

2.5.2 血压分类和治疗目标值 目前中国高血压联盟对高血压诊断均是基于非同日 3 次坐位血压测量值。我国血压分类和控制目标值见表 3、4^[4]。

表 3 血压分类

血压分类	收缩压 (mm Hg)	两者关系	舒张压 (mm Hg)
正常血压	<120	和	<80
正常高值血压	120~139	和(或)	80~89
高血压	≥140	和(或)	≥90
1 级高血压	140~159	和(或)	90~99
2 级高血压	160~179	和(或)	100~109
3 级高血压	≥180	和(或)	≥110
单纯收缩期高血压	≥140	和	<90

表 4 高血压患者降压治疗的目标值

高血压患者	收缩压 (mm Hg)	两者关系	舒张压 (mm Hg)
一般高血压	<140	和	<90
高血压合并糖尿病或肾病或冠心病	<130	和	<80
高血压合并脑卒中后	<140	和	<90
老年人	<150	和	<90

要点 2:OBPM 要点

- 常规 OBPM 是目前高血压诊断、分级和指导治疗的最常用的标准方法。
- OBPM 常用的血压计有台式水银血压计;有条件的可用医用自动血压计。
- 严格按照标准规范测量血压;不同体位、左右上臂、上下肢血压均存在一定差异。
- 踝臂血压指数 <0.9 作为下肢动脉疾病诊断标准。
- 收缩压 ≥140 mm Hg 或(和)舒张压 ≥90 mm Hg 作为高血压诊断阈值。
- 一般高血压患者降压治疗的目标值 <140/90 mm Hg,一般高危患者目标值 <130/80 mm Hg,老年高血压患者收缩压 <150 mm Hg。

3 ABPM

ABPM 是通过仪器自动间断性定时测量日常生活状态下血压的一种检测技术。由于 ABPM 克服了诊室血压 24 h 内测量次数较少、观察误差和白大衣效应等局限性,因此能较客观地反映 24 h 血压的实际水平与波动状况。

3.1 优点和缺点 ABPM 的优点:无观察误差和读数选择偏差;有较多血压读数,可获得 24 h、白昼、夜间和每小时的血压均值,24 h 血压均值有较好重复性;无白大衣效应;无安慰剂效应;可评估长时血压变异;可评估昼夜血压节律;可评估降压治疗后 24 h 血压控制状况。

ABPM 的缺点:每次测得的血压读数可能欠准确,尤其在活动时;睡眠质量影响夜间血压读数;每小时血压均值的重复性较差;需要更多与预后关系的证据,需要降压治疗循证证据;费用较高,很难长期频繁使用。

3.2 仪器选择 ABPM 采用无创性携带式动态血压计。动态血压计内的电动泵使上臂袖带自动充气,根据压力示波法或柯氏音听诊法测压原理拾取信号并记录贮存收缩压、舒张压和心率值。监测结束后,贮存的数据可通过计算机或专用分析仪打印出每次测量的血压读数和一些初步的统计分析结果。

推荐使用经 BHS(1993)、AAMI(1993)和(或)ESH(2002)验证合格的动态血压计。

动态血压计至少每年 1 次与台式水银血压计进行读数校正,采用 Y 或 T 型管连通袖带,二者的血压平均读数差异应该 <5 mm Hg。

3.3 测量方法 由经过培训的医护及技术人员负责管理、使用和维护动态血压计。佩戴袖带前,向被测者说明测压的注意事项。强调自动测量血压时,佩戴袖带的上臂要尽量保持静止状态。ABPM 期间,保持以往平常生活或工作状态,避免佩戴袖带肢体大幅度的活动,如握拳、提重物、驾驶汽车、骑自行车、手工劳作等,以防袖带位置移动或松动而影响测压的结果。袖带佩戴方法同 OBPM。

测压间隔时间可选择 15、20 或 30 min。一般而言,为了提供诊断性资料,夜间测压间隔时间可适当延长为 30 或 60 min。为了考核降压疗效或观察血压昼夜节律状况,应进行整个 24 h 血压监测,白昼与夜间的测压间隔时间尽量保持一致,记录开始睡眠和清醒的时间。

注意事项:自动测量血压时,佩戴袖带的上臂要尽量保持静止状态。袖带位置移动或松脱可导致较大的数据误差或测不出。如果发生袖带位置明显移动或松脱,则应及时纠正。睡眠时上臂位置变化或被躯干压迫可影响血压读数的准确性。部分数据因可信度较

差,分析时应该舍弃。一般采用下述舍弃标准:收缩压 >260 或 <70 mm Hg;舒张压 >150 或 <40 mm Hg;脉压 >150 或 <20 mm Hg。有效的血压读数次数应该达到监测次数的 80% 以上,每小时至少有 1 次血压读数,否则结果的可靠性与重复性较差。

3.4 数据分析和参数 从心血管危险的角度,ABPM 目前最有价值和常用的指标是 24 h、白昼(清醒活动)和夜间(睡眠)的平均收缩压与舒张压水平,夜间血压下降百分率以及清晨时段血压升高幅度(晨峰)。

24 h、白昼与夜间的血压平均值反映不同阶段血压的总体水平。动态血压正常参照上限值:24 h $<130/80$ mm Hg,白昼 $<135/85$ mm Hg,夜间 $<120/70$ mm Hg。

夜间血压下降百分率:(白昼平均值-夜间平均值)/白昼平均值($\times 100\%$)。10%~20%:构型; $<10\%$:非构型; $>20\%$:超构型; $<0\%$:反构型。收缩压与舒张压不一致时,采用收缩压。

血压晨峰:起床后 2 h 内的收缩压平均值-夜间睡眠时的收缩压最低值(包括最低值在内 1 h 的平均值), ≥ 35 mm Hg 为晨峰血压增高。

从考核降压疗效的角度,ABPM 目前最有价值和常用的指标是 24 h、白昼和夜间平均收缩压与舒张压下降幅度(治疗前一治疗后),降压效应谷峰比值(trough to peak ratio, T/P),平滑指数,以及服药后 18~24 h 平均收缩压与舒张压下降幅度(治疗前一治疗后)。24 h、白昼和夜间平均收缩压与舒张压下降幅度反映平均降压强度。降压效应 T/P 和服药后 18~24 h 平均收缩压与舒张压下降幅度是评价 24 h 持续降压能力的主要指标。平滑指数能综合评价 24 h 平稳降压的程度。

T/P 计算方法:谷效应值(下一次剂量前 2 h 血压下降的平均值)/峰效应值(包括最大降压作用时间段在内 2 h 血压下降的平均值)。血压下降的平均值是指治疗前安慰剂期间血压值与降压药治疗 8~12 周后血压值之差。T/P $\geq 50\%$ 是评价长效降压药的必要条件。如果收缩压与舒张压的 T/P 有较大差异,以收缩压的 T/P 为准。T/P 计算采用降压有效受试者整体治疗后血压下降平均值;也可采用计算每例降压有效受试者的 T/P,然后取中位数(T/P 通常呈非正态分布)。这两种计算方法各有优缺点。

平滑指数计算方法:计算相对应的每小时治疗前与治疗后血压之差,获得 24 h 的血压平均下降值和标准差,平滑指数=24 h 血压下降均值/标准差。如果收缩压与舒张压的平滑指数有较大差异,以收缩压的平滑指数为准。平滑指数通常用于不同降压药物或治疗方案降压平稳程度的比较,一般以降压有效受试者整

体的数据进行计算。

3.5 临床应用 ABPM 目前在临床工作上主要用于诊断白大衣性高血压、隐蔽性高血压、难治性高血压,评估血压升高程度和血压昼夜节律,目前尚不能取代诊室血压作为高血压诊断和分级的依据。ABPM 在临床研究方面有很好的应用前景,例如心血管调节机制研究、心血管危险预测、新药或治疗方案疗效评价等。

ABPM 的临床应用扩展了人们对血压波动规律的认识。然而,动态血压不同于诊室血压,前者在日常生活起居活动情况下,包括睡眠和不同体位,由仪器自动测量数十次;后者在休息 5~10 min 后取坐位由医护人员测量单次或数次。判断血压升高的标准也不同:诊室血压 $\geq 140/90$,白昼动态血压 $\geq 135/85$ mm Hg。因此,动态血压和诊室血压的诊断价值与临床意义不完全相同。

动态血压与诊室血压之间的关系,在不同人群中并不相同,表现为以下四种类型:①诊室血压不高,白昼动态血压也不高,诊室血压略低于白昼动态血压,见于正常健康者;②诊室血压升高,白昼动态血压也升高,诊室血压略高于或接近白昼动态血压,见于大部分高血压患者;③诊室血压升高,但白昼动态血压不高,诊室血压明显高于白昼动态血压,称为白大衣性高血压或单纯诊室高血压;④诊室血压不高,但白昼动态血压升高,诊室血压明显低于白昼动态血压,称为隐蔽性高血压。ABPM 对白大衣性高血压和隐蔽性高血压具有诊断价值。“白大衣性高血压”(white coat hypertension)或“单纯诊室高血压”(isolated clinic hypertension)的实际患病率各家报道不一致,主要取决于诊断标准,在轻度高血压中占 20%~35%,在人群中约占 10%。多见于女性、老年人以及病程较短病情较轻患者。诊断时要注意与高血压患者的白大衣效应(white coat effect)区别开来。白大衣性高血压的发生机制尚不明确,可能属于条件反射。然而,这些患者在规律性地反复出现的应激情况时,例如上班工作,并不引起血压升高。其确切的自然史和预后还不很清楚。一些观察性的随访研究认为,白大衣性高血压患者发生心血管危险与正常血压者相同,但是也有研究认为白大衣性高血压患者常伴有多种心血管危险因素,仍有较高的心血管危险。目前一般认为这种类型患者并不需要实施积极降压治疗,患者对降压治疗容易发生较多不良反应。如果临床治疗试验中包括较多此类患者,常使试验结果失败。白大衣性高血压的预后和治疗取决于伴随的心血管危险因素。

“隐蔽性高血压”(masked hypertension)约占所谓正常血压者的 15%,这类患者表现为对日常生活中的应激状况或运动有较强的升压反应。隐蔽性高血压多

见于男性、老年人、糖尿病、代谢综合征、诊室血压在正常高值者。清晨高血压也是隐蔽性高血压的一种表现,清晨高血压是指诊室血压不高,但清晨时段血压升高。据初步研究,隐蔽性高血压患者已经有明显靶器官损害,微量白蛋白尿和左心室肥厚的发生率较高。隐蔽性高血压患者有很高的心血管危险,甚至高于已知的高血压患者,因为不知晓而未实施降压治疗。如果临床上有难以解释的明显靶器官损害,例如鼻出血、眼底出血、心力衰竭,应高度怀疑隐蔽性高血压。诊断主要依靠 ABPM。对隐蔽性高血压患者,应该实施积极降压治疗,并尽可能逆转靶器官损害。

ABPM 常用于少年儿童高血压的诊断和鉴别诊断^[27-28]。

要点 3: ABPM 要点

- ABPM 是通过仪器自动间断性定时测量日常生活状态下血压的一种检测技术。可较客观地反映血压的实际水平与波动状况。
- ABPM 的用途:
 - 高血压的诊断与评估;
 - 诊断白大衣性高血压;
 - 检测隐蔽性高血压;
 - 检查评估难治性高血压的原因;
 - 评估血压升高程度、血压晨峰、短时血压变异和昼夜节律;
 - 评估降压疗效。
- 推荐使用经过国际标准认证的动态血压计。
- 动态血压正常参照上限值:24 h $< 130/80$,白昼 $< 135/85$,夜间 $< 120/70$ mm Hg。

4 HBPM

HBPM 是指患者自己或家属在医疗单位外(一般在家庭)测量血压,也称为自测血压(self blood pressure measurement, SBPM)。

许多研究提示,家庭血压低于医务人员在诊室测量的血压水平^[29]。国际上 HBPM 越来越受到重视,高血压患者应用 HBPM 日渐增多,美国及欧洲发达国家高血压患者应用 HBPM 比率 $> 50\%$,有的达到 75%。从 2000 年至 2005 年,美国采用 HBPM 的患者由 38% 增至 55%、家庭拥有血压计者由 49% 增至 64%,但 14% 患者因费用问题未购买家用血压计。我国缺乏全国性调查,2007 年北京功能社区职业人群 30681 人调查显示,没有高血压的在职职工中有 10.1% 开展 HBPM;高血压患者 9900 例不规律进行 HBPM,比率约 30%。另一项北京和上海的调查提示,多数门诊高血压

压患者是有症状时才进行 HBPM。

4.1 特点 HBPM 已成为高血压诊断和治疗效果评价的重要方法之一,作用不容忽视。HBPM 主要特点如下:①可靠性:与 OBPM 相比,HBPM 的可靠性强。一是能提供大量血压信息。二是详实地记录患者血压,因此建议使用有存储功能的血压计。HBPM 一般由合格的电子仪器自动测量,避免人为的误差。②真实性:初诊或需要改变治疗方案的高血压患者 HBPM 至少 7 d,取后 6 d 血压平均值作为治疗参考的血压值,能真实反映患者某段时间的血压水平。HBPM 可筛查白大衣性高血压和发现隐蔽性高血压。③简便性:HBPM 在家庭进行,不用到医院或诊室,方便测量,尤其是方便老年患者或工作忙的职业人群。

4.2 仪器

4.2.1 HBPM 仪器的推荐 HBPM 的仪器有台式水银血压计、气压式血压计、自动或半自动式电子血压计。

台式水银血压计需要听诊技术,对老年人、肢体活动受限者或文化程度低的使用者掌握使用不方便,且容易发生测量和记录偏差。气压式血压计需要医生较严格的指导测压技术,目前已减少使用。电子血压计使用方便,操作简单,越来越受到重视,《中国高血压防治指南 2010》推荐使用经国际标准化认证的上臂式电子血压计^[30]。一般不推荐常规使用腕式血压计或手指式血压计。

目前市场上仅少数家用电子血压计符合国际认证标准(如 AAMI、BHS、ESH),最新的仪器认证结果在 Dabl 教育网站(<http://www.dableducational.org>)及 BHS 网站(<http://www.bhsoc.org/default.stm>)查询。中国高血压联盟网站(<http://www.bhli.org.cn>)也将公布经过国际标准认证的电子血压计。

医生可向咨询患者介绍 3 种以上经过国际标准认证的合格的电子血压计,供患者选择。

4.2.2 电子血压计的认证 目前我国电子血压计市场产品良莠不齐,未经过国际标准认证的电子血压计充斥市场,给电子血压计市场造成混乱。

目前公认有 3 个国际标准用于验证电子血压计:ESH^[3]、BHS 和 AAMI。经过以上 3 种标准之一验证的可视为合格电子血压计。由于 BHS 和 AAMI 标准相对复杂,ESH 标准相对简单,目前国际上较多使用,我国学者提倡应用 ESH 制定的国际标准。中国高血压联盟血压测量工作小组正在开展血压测量研究和认证技术培训。北京、上海等地对我国市场部分电子血压计用国际标准进行了验证。

4.2.3 电子血压计种类

4.2.3.1 指式电子血压计 测量手指血压,其准确性

尚存在问题,故目前不推荐使用指式电子血压计。

4.2.3.2 腕式电子血压计 测量手腕血压,其准确性好于指式血压计,研究提示其准确性尚好。腕式血压计可能适用于肥胖,高龄老年或寒冷地区的血压测量。但广泛应用尚存在问题,主要是由于一般使用者难以保持腕式血压计的袖带与心脏的同一水平。故目前不提倡广泛使用。

4.2.3.3 上臂式电子血压计 上臂式电子血压计操作简单,使用方便,准确性好,故目前推荐广泛使用。

电子血压计的校准:电子血压计每 6 月应校准 1 次。使用过程中发现电子血压计准确性有问题,应及时检查和维修。建议二、三级医院承担血压计的校准任务。

4.3 条件与程序 HBPM 的基本条件:患者的能力;座椅、上臂支撑物(桌子)、合适的袖带、气囊;血压测量结果的记录与报告(自动记录,或如实记录)。

4.3.1 一般原则 HBPM 与 OBPM 的一般原则是一致的,重点强调如下:①HBPM 应接受医务工作者培训或指导,患者不能根据 HBPM 随意增减降压药,应在医务人员指导下调整用药;②测压前至少休息 5 min;测压时患者务必保持安静,不讲话,不活动;③坐位,双脚自然着地;裸臂绑好袖带,袖带大小合适;袖带必须与心脏保持同一水平;④诊断和治疗初期,每日早晚各 1 次,连续家庭血压测量 1 周;长期观察中每 3 月 HBPM 1 周;第 1 天血压值去除,仅计算后 6 d 的血压值;⑤患者的 HBPM 日记仅供参考,但血压计的装置记录的血压是可靠的;⑥ HBPM 每次连续 2~3 遍,每遍间隔 1 min;建议仅计算后两遍的血压数值。有调查显示,首遍测量血压数值往往偏高。

4.3.2 家庭血压测量的频率^[31]

4.3.2.1 初始阶段 初诊高血压或初始家庭血压测量者,应该每天早(6:00—9:00)和晚(18:00—21:00)各 1 次,每次测量 2~3 遍,连续自测 7 d,第 1 d 血压值去除,计算后 6 d 血压平均值作为评估治疗的参考。最好在早上起床后,服降压药和早餐前,排尿后,固定时间自测坐位血压。对少数无法连续测量 7 d 者,至少连续测量 3 d,后 2 d 血压平均值作为治疗评估的参考。

4.3.2.2 治疗阶段 如血压稳定且达标则每周自测 1~2 d;如血压不稳定或未达标,则增加次数,每天 2 次,或每周数天。HBPM 数据应该作为治疗的参考。如果要改变治疗,应该参考 HBPM 2 周的平均数值去评估治疗的效果。

4.3.2.3 随访阶段 如高血压已控制,HBPM 应当每周测 1~2 d,早晚各 1 次;如怀疑高血压未控制或治疗的依从性差,则应增加 HBPM 的频率。长期观察,每 3 月重复第 1 周 HBPM 的频率,即每天早晚各 1 次,连续 7 d。

4.3.2.4 特殊情况 对药物评价或治疗依从性差的患者,连续家庭血压7 d,应该计算后6 d血压的12个读数。对白大衣性高血压、隐蔽性高血压或难治性高血压的鉴别,建议每天早晚各测1次,连续测量2~4周。

对于个别无法完成连续7 d血压测量的,建议至少连续测量3 d,以后2 d血压平均值作为参考值。

4.4 影响因素

4.4.1 观察者的判断 有报道提示,患者在HBPM中自己记录的数值可能有偏差^[32],但有记录功能贮存的数据是可靠的。

4.4.2 患者的培训 医生应当了解患者自己报告的HBPM数值可能有偏差。医护人员应当对患者进行HBPM的培训和指导。尤其对使用台式水银血压计和气压式血压计的患者更应当进行标准的培训和指导。

4.4.3 季节变化 血压随季节而变化,一般冬季寒冷时血压较高,而夏季炎热时血压较低。

4.4.4 患者因素 少数患者不能够进行HBPM,如肢体残疾障碍;精神焦虑、抑郁或紊乱等患者不适于HBPM。

4.4.5 血压计本身问题 使用了未经国际标准认证的血压计,或未定期校准的血压计。

4.5 诊断阈值与治疗目标值

4.5.1 高血压诊断 有客观真实记录的非同日3次HBPM ≥ 135 和(或) ≥ 85 mm Hg的可考虑诊断为高血压。HBPM水平低于OBPM水平。HBPM 135/85 mm Hg相当于OBPM的140/90 mm Hg。

4.5.2 治疗的血压目标值 普通高血压患者降压治疗的血压目标HBPM应是 $< 135/85$ mm Hg。

4.5.3 临床应用 HBPM与ABPM结合,可提高高血压诊断的准确性,提高治疗的把握性。OBPM诊断为高血压且无靶器官损害的,HBPM $\geq 135/85$ mm Hg者应开始药物治疗;如HBPM 125~134/76~84 mm Hg的,可行ABPM,ABPM值 $\geq 130/80$ mm Hg者开始药物治疗;HBPM $< 125/76$ mm Hg或ABPM $< 130/80$ mm Hg者继续监测血压。

4.6 临床应用指征 HBPM不仅是作为临床技术应用,而且更广泛地应用于科学研究。世界高血压联盟和中国高血压联盟均提倡高血压患者进行HBPM。因此,凡有条件的高血压患者均应该积极进行HBPM。高血压患者只有了解自己的血压水平,才有可能积极主动配合医生的治疗,改善治疗依从性。患者为医生提供准确的常态下血压信息,医生可更准确全面地评估患者的情况,做出科学的诊断和治疗决定,以便更加合理用药,规范管理,提高血压达标率。

4.6.1 白大衣性高血压 HBPM和ABPM均可作为白大衣性高血压鉴别诊断的方法^[33]。OBPM水平高,而HBPM和ABPM水平不高是白大衣性高血压的特

征。OBPM减去HBPM的差别比OBPM减去ABPM白天平均值的差别要小些。HBPM比ABPM操作简便、费用少,因此,常用于白大衣性高血压的鉴别诊断。

4.6.2 隐蔽性高血压 HBPM和ABPM均可作为隐蔽性高血压鉴别诊断的方法。OBPM水平不高,但HBPM和ABPM水平升高是隐蔽性高血压的特征。

4.6.3 老年人 用自动电子血压计进行HBPM尤其适用于老年人或行动不便的患者。

4.6.4 妊娠 妊娠妇女HBPM的数值低于OBPM。HBPM有助于评估妊娠期间血压变化和抗高血压效果。

4.6.5 糖尿病 HBPM有助于更严格地控制血压,提高糖尿病患者的血压达标率。

4.6.6 难治性高血压 对OBPM没有控制的高血压,HBPM有助于鉴别假性或真性难治性高血压。OBPM高而HBPM不高的可能是假性难治性高血压。

4.6.7 改善治疗的依从性 HBPM有利于调动患者治疗的主动性和积极性,改善患者长期治疗的依从性。

4.6.8 预测预后 HBPM比OBPM能更好地预测高血压患者心血管事件发生危险和死亡危险。

4.6.9 抗高血压用药的指导 HBPM在医院外抗高血压药物治疗评估方面发挥作用^[34]。HBPM可改善高血压试验患者治疗的依从性。HBPM是检出较小血压差别的灵敏方法。HBPM有助于指导高血压的治疗^[1]。

4.6.10 临床研究 HBPM可用于高血压临床研究包括药物治疗评估。

4.6.11 长时血压变异 家庭血压可评估数天、数月、数年的长时期血压变异。血压变异是心血管病预后的预测因子。

4.7 非适应证 某些心律失常如心房颤动、频发早搏患者,采用示波法不能准确测量血压。血压本身的变异性可能影响患者情绪,使其血压升高,形成恶性循环,不建议这类患者行HBPM。精神焦虑、抑郁及紊乱或擅自改变治疗方案的患者不适于HBPM。

4.8 HBPM与ABPM、OBPM的比较与关联 HBPM与ABPM、OBPM的特点见表5。HBPM平均值与ABPM平均值(白天)更接近^[35]。HBPM值低于OBPM值。HBPM的费用低于ABPM,略高于OBPM。HBPM操作简便,优于ABPM和OBPM^[18,36]。与ABPM相比,HBPM的优点是使用方便,可多次测量,费用低廉,便于推广;主要缺点是不能在睡眠中测量血压。与OBPM比较,HBPM的优点是可避免或筛查白大衣性高血压;可发现隐蔽性高血压;更全面反映血压水平及其波动情况;避免听诊和血压尾数误差;减少患者就诊次数;提高患者治疗依从性。缺点是不适合心房颤动等心律失常患者;个别患者可能有血压报告或记录偏差;可引起精神焦虑者的精神紧张或造成少数

人擅自盲目调整治疗方案^[2,37-42]。3种血压测量方法诊断高血压、白大衣性高血压、隐蔽性高血压的阈值见表6。3种血压测量方法对高血压治疗的参考程序见图2。

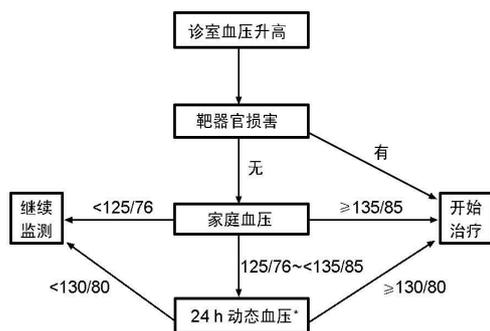
表5 3种不同血压测量方法的特点

测量方式	病情诊断	预测后果	正常高限 (mm Hg)	评估长期疗效	血压节律	血压变异	价格	操作方便	诊断白大衣性或隐蔽性高血压
诊室血压	是	是	140/90	是	否	是(长时)	便宜	是	不能
家庭血压	是	是	135/85	是	否	是(长时)	便宜	是	能
动态血压	是	是	135/85(白昼)	受限	是	是(短时)	较贵	否	能

表6 3种血压测量方法诊断高血压、白大衣性高血压、隐蔽性高血压的阈值 (mm Hg)

血压状况	诊室血压	家庭血压	动态血压
正常血压	<140/90	<135/85	<130/80(24 h)或<135/85(白昼)
高血压	≥140/90	≥135/85	≥130/80(24 h)或≥135/85(白昼)
白大衣性高血压	≥140/90	<135/85	<130/80(24 h)或<135/85(白昼)
隐蔽性高血压	<140/90	≥135/85	≥130/80(24 h)或≥135/85(白昼)

注:参见 Parati G. *J Hypertens*, 2008, 28:1505。



注:参见 Pickering TG. *Hypertension*, 2008, 52:1-9; * 24 h 平均血压; 血压单位为 mm Hg。

图2 高血压治疗评估程序

我国学者入选了高血压前期和高血压患者,比较了 HBPM 与 ABPM、OBPM 的评估作用,发现高血压前期中的隐蔽性高血压检出率较高;1级高血压患者中,HBPM 与 ABPM 对白大衣性高血压的检出率分别为 9.8%和 11.8%。研究认为 HBPM 可提供更真实的血压信息,有助于筛查白大衣性高血压及隐蔽性高血压^[43]。北京另一项血压测量研究表明,HBPM 与 ABPM 对正常血压及高血压患者的血压测量均有很好的相关性;HBPM 连续 7 d,第 1 天的血压偏高,第 3 天后血压处于平稳状态^[44]。

有研究认为 HBPM 与白天 ABPM 的血压值几乎相等,建议在缺乏 ABPM 条件的单位,可用 HBPM 代替 ABPM,既简便又省钱^[45]。

要点 4: HBPM 要点

- HBPM 可作为常规血压测量方式之一,应用于诊断,鉴别诊断和疗效评估。
- HBPM 推荐使用经国际标准认证的上臂式电子血压计。
- 常用的国际标准有 ESH、BHS 和 AAMI。目前我国推荐应用 ESH 标准。
- HBPM 的频率:初始阶段或评价疗效的建议连续家庭血压测量 7 d,每天早(6:00—9:00)晚(18:00—21:00)各 1 次,每次测量 2~3 遍;去掉第 1 天,仅计算后 6 d 血压平均值为治疗或评价的参考值。长期随访中,如血压稳定且达标,建议每周 HBPM 1~2 d;如血压未达标或不稳定,则增加家庭血压测量频率。
- HBPM 血压 135/85 mm Hg 为正常高限值。(可核查的或仪器记录的)非同日 3 次 HBPM 值 ≥135/85 mm Hg 可考虑诊断为高血压。一般高血压治疗的 HBPM 目标值应 <135/85 mm Hg。
- HBPM 适用于老年人、妊娠妇女、糖尿病、可疑白大衣性高血压、隐蔽性高血压、难治性高血压、预测预后、改善治疗依从性、长时期血压变异和降压疗效评估等。
- 对伴有精神焦虑、抑郁或擅自改变治疗方案的患者,不建议进行 HBPM。

5 推广、研究与展望

5.1 推广 《中国血压测量指南》是我国第一部血压测量标准规范化和指导性文件,是高血压诊断、鉴别诊

断、疗效评价、预测预后的参考文件和医务人员血压测量的准则。各级卫生管理部门、医疗机构、防治机构、社区卫生服务机构均应积极宣传推广《中国血压测量指南》，规范血压测量的方法和程序，做到按血压测量指南规范化测量血压，以便获得准确的血压信息，为高血压诊断和治疗及考核提供参考依据。中国血压测量指南的发布也必将对血压测量的规范化产生积极的影响。

5.2 研究与展望 中国高血压联盟于2007年第九届国际高血压及相关疾病学术研讨会期间提出制定《中国血压测量指南》以来，先后召开了多次有关血压测量尤其是HBPM进展的研讨会。近年来，北京高血压联盟研究所和上海市高血压研究所开展了几款电子血压计的认证工作，并进行了血压测量的研究。北京、上海、哈尔滨等地发表了一系列血压测量研究的重要文章。

北京报道了HBPM与ABPM结果的一致性。上海报道了ABPM的新指标—动态动脉僵硬指数(ambulatory arterial stiffness index, AASI)，通过ABPM可获得AASI，并提出年轻人与老年人AASI的正常值标准。哈尔滨报道柯氏音法和示波法相结合的新型血压测量仪的研究，初步测试证实该仪器有较高的准确性和稳定性。

近年，一种新型的全自动的血压计用于临床。医生为患者安放好袖带，并现场测定一次血压，证实各种情况正常后离开，然后让患者独处诊室，仪器再自动测量5次血压，并显示5次血压的平均值。这种血压测量称为诊室自动血压(automated office blood pressure, AOBP)测定。已有研究表明，AOBP与ABPM的清醒动态血压数值接近，可以排除白大衣效应。国内已有单位使用，AOBP值得进一步研究。

虽然血压测量研究取得一些进步，但许多问题有待探讨，如ABPM能否更方便简化更经济；通过无线通讯或互联网进行远程传输和分析以实现血压的实时和电子化监测；柯氏音为基础的电子血压计研制等。北京及上海等地正在进行以柯氏音为基础的新型血压计的研制。

OBPM仍是目前血压测量的常用方法。为了保护环境，发达国家正逐步用上臂式自动血压计替代台式水银血压计。随着我国经济的发展和人们认识的提高，无污染的血压计或自动血压计将逐步取代台式水银血压计。为了改善高血压患者治疗的依从性，建议积极推广使用经过国际标准认证的上臂式电子血压计进行HBPM。高血压患者应有规律地进行HBPM；可核查的HBPM记录能为医生的临床处理提供有价值的参考。ABPM避免测压者的误差，有助于获得全天

更多血压信息，尤其可获得夜间血压信息，有助于识别白大衣性高血压或隐蔽性高血压，也是降压疗效评估的重要方法，建议有条件的地区应积极开展ABPM。

血压测量有许多问题需要进一步研究和探讨，本指南也需要不断完善。欢迎大家提出宝贵意见和建议，计划3~4年后进行修订。

共同作者 王文(北京阜外医院,国家心血管病中心);张维忠(上海瑞金医院);孙宁玲(北京大学人民医院);林金秀(福建医科大学附属第一医院)

声明 本指南制定由中国高血压联盟和国家心血管病中心组织专家编写,与企业没有利益关联

中国血压测量指南组织机构

组织单位 中国高血压联盟,国家心血管病中心高血压委员会,中华高血压杂志

专家委员会主席 刘力生 **副主席** 陈达光,吴兆苏,朱鼎良
专家委员会成员

孙宁玲,林金秀,张维忠,王文,孙明,林曙光,黄峻,赵连友,谢晋湘,王继杰,张廷杰,刘国树,马淑平,李南方,祝之明,华琦,张麟,袁洪,孙刚,初少莉,李新立,陈鲁原,陶军,徐新娟,王淑玉,王增武,唐新华,牟建军,张亮清,路方红,张虎,吴海英,徐守春,朱曼璐,张学中,张红叶,姚崇华,俞梦孙,杨虎生,谢良地,黄建凤,陈伟伟,张宇清,苏海,吴可贵

写作组 王文,孙宁玲,林金秀,张维忠 **整理** 陈小明

志谢 彭峰,荆珊,刘靖,陈源源,王鸿懿,刘明波,林丽琼,王宗道(中国台湾)

参考文献

- [1] Pickering TG, Miller NH, Oggedegbe G, *et al.* Call to action on use and reimbursement for home blood pressure monitoring: a joint scientific statement from the American heart association, American society of hypertension, and preventive cardiovascular nurses association[J]. *Hypertension*, 2008, 52(1): 1-9.
- [2] Parati G, Stergiou GS, Asmar R, *et al.* European society of hypertension guidelines for blood pressure monitoring at home: a summary report of the second international consensus conference on home blood pressure monitoring[J]. *J Hypertens*, 2008, 26(8): 1505-1526.
- [3] O'Brien E, Asmar R, Beilin L, *et al.* European society of hypertension recommendations for conventional, ambulatory and home blood pressure measurement[J]. *J Hypertens*, 2003, 21(5): 821-848.
- [4] 中国高血压防治指南修订委员会. 中国高血压防治指南 2010[J]. *中华高血压杂志*, 2011, 19(8): 701-743.
- [5] Pickering TG, Hall JE, Appel LJ, *et al.* Recommendations for blood pressure measurement in humans and experimental animals part1: blood pressure measurement in humans[J]. *Hypertension*, 2005(45): 142-161.
- [6] 诸葛毅. 人体血压测量的质量控制与技术偏差的纠正[J]. *实验技术与管理*, 2007, 24(5): 26-28.
- [7] 苏海. 重视血压测量的规范操作[J]. *高血压杂志*, 2005, 13(10):

- 597-599.
- [8] Lurbe E, Cifkova R, Cruickshank JK, *et al.* Management of high blood pressure in children and adolescents; recommendations of the European society of hypertension[J]. *J Hypertens*, 2009, 27(9):1719-1742.
- [9] Sinaido AR. Hypertension in children[J]. *N Engl J Med*, 1996, 335(26):1968-1973.
- [10] Vagaonescu TD, Saadia D, Tuhim S, *et al.* Hypertensive cardiovascular damage in patients with primary autonomic failure[J]. *Lancet*, 2000, 355(9205):725-726.
- [11] Low PA, Opfer-Gehrking TL, McPhee BR, *et al.* Prospective evaluation of clinical characteristics of orthostatic hypotension[J]. *Mayo Clin Proc*, 1995, 70(7):617-622.
- [12] Wright JC, Looney SW. Prevalence of positive Osler's manoeuvre in 3387 persons screened for the systolic hypertension in the elderly program (SHEP)[J]. *J Hum Hypertens*, 1997, 11(5):285-289.
- [13] Penny JA, Halligan AWF, Shennan AH, *et al.* Automated, ambulatory, or conventional blood pressure measurement in pregnancy; which is the better predictor of severe hypertension? [J]. *Am J Obstet Gynaecol*, 1998, 178(3):521-526.
- [14] Fletcher GF, Balady GJ, Amsterdam EA, *et al.* Exercise standards for testing and training; a statement for healthcare professionals from the American heart association[J]. *Circulation*, 2001, 104(14):1694-1740.
- [15] Bonow RO, Carabello BA, Chatterjee K, *et al.* ACC/AHA 2006 guidelines for the management of patients with valvular heart disease; a report of the American college of cardiology/American heart association task force on practice guidelines (writing committee to revise the 1998 guidelines for the management of patients with valvular heart disease)[J]. *Circulation*, 2006, 114(5):e84-e231.
- [16] Lung B, Gohlke-Barwolf C, Tornos P, *et al.* Recommendations on the management of the asymptomatic patient with valvular heart disease[J]. *Eur Heart J*, 2002, 23(16):1253-1266.
- [17] Betty KB, Jugoslav B, Slaven K, *et al.* Comparison between continuous ambulatory arterial blood pressure monitoring and standard blood pressure measurements among patients of younger and older age group[J]. *Coll Antropol*, 2009, 33(1):65-70.
- [18] Sega R, Facchetti R, Bombelli M, *et al.* Prognostic value of ambulatory and home blood pressures compared with office blood pressure in the general population; follow-up results from the Pressioni Arteriose Monitorate e Loro Associazioni (PAMELA) study[J]. *Circulation*, 2005, 111(14):1777-1783.
- [19] Niiranen TJ, Jula AM, Kantola IM, *et al.* Home blood pressure has a stronger association with arterial stiffness than clinic blood pressure; the Finn-Home study[J]. *Blood Press Monit*, 2009, 14(5):196-201.
- [20] Velvie P, Mahboob R, Michael L, *et al.* Disparate estimates of hypertension control from ambulatory and clinic blood pressure measurements in hypertensive kidney disease[J]. *Hypertension*, 2009, 53(1):20-27.
- [21] Quinn RR, Hemmelgarn BR, Padwal RS, *et al.* The 2010 Canadian hypertension education program recommendations for the management of hypertension; part I-blood pressure measurement, diagnosis and assessment of risk[J]. *Can J Cardiol*, 2010, 26(5):241-248.
- [22] O'Brien E, Asmar R, Beilin L, *et al.* Practice guidelines of the European society of hypertension for clinic, ambulatory and self blood pressure measurement[J]. *J Hypertens*, 2005, 23(4):697-701.
- [23] Equchik, Yacoub M, Jhalani J, *et al.* Consistency of blood pressure differences between the left and right arms[J]. *Arch Intern Med*, 2007, 167(4):388-393.
- [24] 李放, 郑军, 何铁春, 等. 成年人四肢血压差异值的分布规律[J]. *心脏杂志*, 2002, 14(4):280.
- [25] Head GA, Mihailidou AS, Duggan KA, *et al.* Definition of ambulatory blood pressure targets for diagnosis and treatment of hypertension in relation to clinic blood pressure; prospective cohort study[J]. *BMJ*, 2010, 340:c1104. doi: 10.1136/bmj.c1104.
- [26] La Batide-Alanore A, Chatellier G, Bobrie G, *et al.* Comparison of nurse and physician determined clinic blood pressure levels in patients referred to a hypertension clinic; implications for subsequent management[J]. *J hypertens*, 2000, 18(4):391-398.
- [27] Páll D, Juhász M, Katona E, *et al.* Importance of ambulatory blood pressure monitoring in adolescent hypertension[J]. *Orv Hetil*, 2009, 150(49):2211-2217.
- [28] Urbina E, Alpert B, Flynn J, *et al.* Ambulatory blood pressure monitoring in children and adolescents; recommendations for standard assessment; a scientific statement from the American heart association atherosclerosis, hypertension, and obesity in youth committee of the council on cardiovascular disease in the young and the council for high blood pressure research[J]. *Hypertension*, 2008, 52(3):433-451.
- [29] O'Brien E, Beevers G, Lip GY. ABC of hypertension ; blood pressure measurement. Part IV- automated sphygmomanometry; self blood pressure measurement[J]. *BMJ*, 2001, 322(7295):1167-1170.
- [30] 中国高血压防治指南修订委员会. 2005 版中国高血压防治指南[J]. *高血压杂志*, 2006, 13 增刊 1:2-37.
- [31] Mengden T, Chamontin B, Phong Chau N, *et al.* User procedure for self-measurement of blood pressure. First international consensus conference on self blood pressure measurement [J]. *Blood press Monit*, 2000, 5(2):111-129.
- [32] Mengden T, Hernandez Medina RM, Beltran B, *et al.* Reliability of reporting self-measured blood pressure values by hypertensive patients[J]. *Am J Hypertens*, 1998, 11(12):1413-1417.
- [33] Appel LJ, Stason WB. Ambulatory blood pressure monitoring and blood pressure self-measurement in the diagnosis and management of hypertension[J]. *Ann Intern Med*, 1993, 118(11):867-882.
- [34] Ménard J, Chatellier G, Day M, *et al.* Self-measurement of blood pressure at home to evaluate drug effects by the trough; peak ratio[J]. *J Hypertens*, 1994, 12(Suppl 8):s21-25.
- [35] 胡继宏, 赵连城, 武阳丰, 等. 家庭自测血压的可靠性[J]. *中华高血压杂志*, 2008, 16(2):136-139.
- [36] Fagard RH, Van Den Broeke C, De Cort P. Prognostic significance of blood pressure measured in the office, at home and during ambulatory monitoring in older patients in general practice [J]. *J Hum Hypertens*, 2005, 19(10):801-807.
- [37] Imai Y, Otsuka K, kawano Y, *et al.* Japanese society of hypertension(JSH) guidelines for self-monitoring of blood pressure at home[J]. *Hypertens Res*, 2008, 26(10):771-782.

- [38] Staessen JA, Thijs L, Ohkubo T, *et al.* Thirty years of research on diagnostic and therapeutic thresholds for the self-measured blood pressure at home[J]. *Blood Press Monit*, 2008, 13(6):352-65.
- [39] Padwal RJ, Hemmelgarn BR, Khan NA, *et al.* The 2008 Canadian hypertension education program recommendations for the management of hypertension; Part 1-blood pressure measurement, diagnosis and assessment of risk[J]. *Can J Cardiol*, 2008, 24(6):455-463.
- [40] Kerry S, Markus H, Khong T, *et al.* Community based trial of home blood pressure monitoring with nurse-led telephone support in patients with stroke or transient ischaemic attack recently discharged from hospital[J]. *Trials*, 2008, 9:15.
- [41] Shinada K, Fujita T, Ito S, *et al.* The importance of home blood pressure measurement for preventing stroke and cardiovascular disease in hypertensive patients; a sub-analysis of the Japan hypertension evaluation with angiotensin II antagonist losartan therapy(J-HEALTH) study, a prospective nationwide observational study[J]. *Hypertens Res*, 2008, 31(10):1903-1911.
- [42] Parati G, Stergiou GS, Asmat R, *et al.* European society of hypertension practice guidelines for home blood pressure monitoring [J]. *J Hum Hypertens*, 2010, 24(12):779-785.
- [43] Zhuo S, Wen W, Li-Yuan M, *et al.* Home blood pressure measurement in prehypertension and untreated hypertension; comparison with ambulatory blood pressure monitoring and office blood pressure[J]. *Blood Press Monit*, 2009, 14(6):245-250.
- [44] Wang W, Xie JX, Liu L, *et al.* Agreement comparison between home and clinic blood pressure measurements in 200 Chinese participants[J]. *Blood Press Monit*, 2011, 16(6):277-281.
- [45] McGowan N, Padfield PL. Self blood pressure monitoring: a worthy substitute for ambulatory blood pressure? [J]. *J Hum Hypertens*, 2010, 24(12):801-806.

收稿日期:2011-09-05 责任编辑:陈小明



责任编辑: kangjing_dr

2017 年 1 月优秀超版: 哥们 zhbwxxy

2017 年 01 月优秀版主: anne 医生、ffxxff770603、kaixindoul、zmdzfx、caobi2500、ww2sxy520、踏青放牛、airen13828、ngf1978、trg 、jsdfnicholas、草原民间中医、andy1087911、依秀儿、舒省

2017 年 01 月良好版主: yanqi120、品味淡泊、jjmjZy、shanyangchen、柏李溪、xzp_dragon、靳新领

如果医护人员每次过年都被这样对待， 那我们宁愿不要过年！

来源：华医网综合整理

链接：<http://www.iiyi.com/d-04-239098.html>

打击医闹的口号喊了很多年，医务人员的心还是被伤了很多年，据不完全统计，春节前后，全国各地被披露的发生在医院的伤医、医闹事件几乎每天都有，居然七天来九起医闹，医务人员的这个年过得真是胆颤心惊。

1月26日山东省高唐县人民医院医师遭遇暴力殴打

1月26日晚，一酒后外伤患者到高唐县人民医院眼科就诊，拒绝缝合，手术室内吸烟被制止后，踢打大夫，大夫正当防卫，医院工作人员报警，警察到医院后患者被带离，后该外伤患者又纠集多人到医院闹事，医院工作人员再次报警，警察到场后仍有人踢打医生。该事件警方正在处理中。

1月28日湖北省咸宁市某医院儿科发生打砸事件



据知情人士说，事件发生在咸宁市某医院儿科，起因疑似大年初一，一名不明原因抽搐的患儿抢救无效，索赔一百万，而发生此次打砸事件。

关注

1月28日河南省漯河市第二人民医院急诊科发生伤医事件

大年初一凌晨 5:00 多，河南省漯河市第二人民医院急诊科发生一起医闹事件，两伙醉酒青年大闹急诊科，还有人殴打医生，其中一名男子还扬言：我们是省电视台的！这哥们他爹是市里领导！我说让你们二院关门你们都开不成！

医生报警后，医院保安和警方及时到达，一名男子对保安还大打出手。后来警方将涉案人员全部带回派出所进一步进行调查。本次事件中，漯河市二院急诊科一名赵姓医生受伤，一名保安人员受伤。

1月28日山东省济南市千佛山医院急诊科患者殴打护士及保安

大年初一山东济南一男士喝大了，家人把他送到济南市千佛山医院急诊科。结果因酒精作用，躁狂不已，无缘由地追打护士和保安。

1月29日河南省洛阳市伊川县人民医院急诊科医生遭遇患者殴打

据曹医生介绍，1月29日凌晨时分，该患者因被电动车撞倒后，来到伊川县人民医院急诊科就诊，“我当时查看了他的情况后，转身为患者开单子，刚扭过身，他左手就拽着我的衣领，用右手朝我的头部殴打，考虑到职责所在，始终没有还手，被他打了几下头部后，用手格挡着他的拳头。”该患者拽着曹医生的衣领不松手，时长约2分钟，“当时急诊科有很多病人等着看病，他在医院大喊大叫，也引起许多病人的不满，有病人和他吵了起来。”“很多病人等着看病，无奈之下，我只得拨打报警电话求助。”曹医生说，警方赶到现场后，将他和打人的患者一起带走录了口供，“截止目前，我还没有接收到该患者及家人的道歉。”目前，警方已介入调查。

1月29日宝鸡市中医院B超室一名年轻医生被患者打致脑震荡

大年初二 8:00 上班，医生招呼第一位患者上 B 超床。开电脑和 B 超机，然后起身打开身后另一台 B 超机（另外一名医生马上进来，好直接工作）。返回准备给这名病人做检查，病人突然以迅雷不及掩耳之势坐起，搂住医生脖子开始打头。嘴里喊着我都疼成这样了，你不赶紧给我做检查？打完逃跑，被医院保安抓回送警。

1月30日城固县医院一值班医生被患者抓伤

凌晨 1 时左右，城固县委组织部人才办副主任丁某某酒后去县医院看急诊时，与值班医生发生冲突，一怒之下抓伤医生。1月30日上午，丁某某向值班医生道了歉，取得当事人及其亲属的谅解。当天中午，城固县医院召开了中层以上干部职工大会，丁某某在该大会上向院方道歉。

1月31日陕西省乾县人民医院一医生遭十余名患者家属殴打，致严重颅脑损伤

陕西省乾县人民医院崔领库大夫在春节值班期间被十几名患者家属用酒瓶及铁凳殴打，导致眼眶壁骨折等严重颅脑损伤，凶手行凶后逃跑，崔大夫不忘职责，坚持处理完行凶家属的病人后才报警，后转往上级医院治疗。

2月1日陕西省森工医院护士遭到焦姓政府官员殴打

涉事的西安市金融办资本市场处处长焦峰刚在陕西省森工医院急诊科陪其住院父母时，要求当班护士予其父母准备轮椅去做治疗，由于轮椅是所有来院患者公用物品已被其他患者使用，当班护士马上予其准备担架床，焦峰刚为此不悦而对该当班护士大打出手！院方报警，户县城关派出所介入调查。焦峰刚被停职检查，也被警方行政拘留5日。



我们高质量的生活，离不开医生保驾护航，所以请自觉的保护好我们身边的医生。抵制医闹，爱护医生，就是在爱护我们每个人的健康。建议国家法律严惩恶意伤医行为，让医生安心看病，这类事件必须引起全社会的重视，不要让伤医、医闹事件再次发生。同时，我们也希望能够看到相应的后续报道，严惩不法分子，还医务人员尊重和安全，不要再不了了之！

对于医务人员来说，真的是“过年，想说爱你不是一件容易的事”！

责任编辑：永恒流星

第一部分——西医部分

急诊科特殊病例 48 例

作者：luokaibo2012

链接：<http://bbs.iiyi.com/thread-2607364-1.html>

1. 我有一次值夜班，大约晚上 12 点，来了一个病人，指着剑突区诉不适，家属大嚷心脏问题，但心电图未见异常。随后患者出现呕吐，当时病人清醒，查看过往病历，有类似病史，最终以“胃炎”收入院。患者有高血压病史，但无正规治疗，在门诊已予心痛定含服，故进病房后血压不高。予制酸治疗，接着患者“睡着”了，唤之应答，但不醒，以为正常睡觉，谁知逐渐出现烦躁。查体双瞳孔不等大，病理征未引出，心率、呼吸平稳。但为了安全起见，给予头颅 CT 检查，结果显示脑干大量出血，破入脑室。即予气管插管，插管时咽反射灵敏，但气管插管后就出现心率减慢、自主呼吸停止，这才知道脑干大量出血不都是早期昏迷！

2. 一个患者 50 多岁，因“鼻塞、低热”就诊。查血象、胸片后以“上感”予以“庆大霉素、病毒唑”静点。2 天后病人诉耳聋，疑为庆大霉素所致，遂改为“氨苄西林”静点，仍不见好转。同行建议耳鼻喉科检查，约一周后病人在上级医院确诊为“鼻咽癌”。遂恍然大悟：中年人鼻塞、耳聋，追问病史，有鼻出血，应该首先排除鼻咽癌呀！

3. 在急诊科遇到一个病人，24 岁，诉头痛难忍，敲打桌面，我认为是三叉神经痛。后做头颅 CT，结果示颅内出血。

4. 一个 40 岁女性病人，诉打鼾 1 个月，爱人陪同就诊。病人诉乏力，头晕，查体神经系统体征均阴性，当然要预约 PSG 了。当时想打鼾病史才 1 个月，会不会有其它问题，于是和旁边的医生交流了一下，他建议拍头颅 CT。等结果出来后，大吃一惊——脑干血肿！

5. 从外院转来一个胸外伤病人，已经放置双侧胸腔闭式引流和气管切开。双侧胸

我为人人，人人为我

引管畅通，行呼吸机辅助呼吸血氧饱和度只有 60%~80%。复查胸片见双肺复张好，未见有严重创伤性湿肺。给地塞米松后血氧仍未见好转，赶紧请教老师。老师过来看了一眼说：管子细了(指气管插管)。马上换了粗的气管插管，惊人的一幕发生了：病人的血氧饱和度一下就升到 98%，我们无语，从此开始仰望老师。

一机械通气病人，呼吸机气道压力一直高，病人 SpO_2 在 90% 左右。主任查房嘱气管插管再拨出一点看看，情况即刻改善。原来病人颈短，气管插管进入支气管。

又一有机磷农药中毒病人，呼吸机气道压力一直很高，病人 SpO_2 低，外院转入。主任让护士吸痰，吸痰管插入不畅，主任嘱马上更换气管插管，换下的气管插管内见有坚硬的痰痂附着在内壁，已堵 1/2 口径。以后知道气道湿化之重要，尤其是有机磷农药中毒病人。

针对气管插管的患者我们科是除了常规听双侧呼吸音是否对称，还要常规拍床边胸片的，看看插管的位置是否合适，距隆突 3cm 左右！另外气管插管的直径要根据患者的体重等来估计，管径过细很容易导致气道压力过高。

6. 有一老年女性病人，发热 3 天入院。住院 1 个月，发热始终不退。查血常规、血生化、血沉、免疫指标、甲状腺功能都正常，给予抗感染治疗无效。正束手无策时，病人家属一句话给了我们提示：这老太太和老头闹别扭闹得挺大的。我们后来仔细观察老太太，结果发现其量体温前半小时都喝过热水。

看来，我们也需要考虑医学以外的因素。

7. 刚到急诊时记得有个头痛、头晕的病人，经头颅 CT 检查后无明显异常后，当班的医生就给予对症处理。病人在经过几轮班医生处理后仍无好转，最后还是一个实习护士检查瞳孔发现不对称才引起重视，病人最后诊断为青光眼。后来家属说三甲医院的护士就是厉害，搞得我们一个个面露愧色！

8. 青年女性，离婚，因“腹痛、腹泻 2 天”到急诊科就医，给予补液及左氧氟沙星抗感染治疗。输左氧过程中，患者突然出现四肢僵直，发笑，给予镇静处理后患者仍然会时不时发笑。当时患者家属对急诊医生有意见，就收住院观察。入院后因患者家属拒绝交钱，所以每天都是给予补液治疗，口服黄连素抗感染。但是患者仍时有腹泻，但每次量都很少，且大小便不能自控，时有发笑、腹痛、四肢僵直发作，考虑瘧病予以诱导治疗后症状可缓解。因患者曾离过婚，多方了解患者当时情况，既往有精神疾病史，故考虑患者此次症状可能与其患有精神疾病有关，但是腹痛、腹泻却一直

专业交流

没办法解决。后来给她查了 B 超，有少许腹腔积液；再查肝脏 B 超，结果是肝脏多发实质性肿块，并有门静脉栓子形成；查个 AFP 大于 1000ng/ml。最后确诊为原发性肝癌，刚好可以解释她的腹痛、腹泻和精神症状，当然肝癌出现腹泻和精神症状的很少。让我们汗颜，幸好给她做了肝脏 B 超。

得了两点体会：在病因诊断方面，应该考虑一下以少见症状为首发的一些疾病；另外在考虑精神疾病之前，首先要排除器质性疾病。因为该患者拒绝交钱，不配合检查，所以拖了一段时间才确诊下来。

9. 半夜里碰到过一个气促急性发作的患者，既往有喘支史。听诊两肺一点呼吸音都没有，第一反应“沉默肺”？赶紧激素、支气管扩张剂使用，患者的症状稍缓解，但不明显。第二天老主任查房，对我说了一句话：慢支突发的急性气促，首先要排除的是并发气胸，拍张胸片吧。结果真是气胸，抽气后胸闷明显缓解。从此以后，记住了最该记住的并发症。

10. 老年人突发的神志不清或者是胡言乱语，很多人作一个 CT 都有腔隙性梗塞灶而诊断为“脑梗”。其实首先应该先用手摸一下患者的额头，试试有没有发烧。很多发烧、肺炎、上感的患者被误诊。老年人的高烧非常容易导致神志改变——切记。

11. 我在消化内科实习快结束的时候，和一个主治医生一起值班，中午午休时护士告诉我们要从急诊科转来一个上消化道出血的病人。那时，我已经在消化科呆了不少时间，上消化道出血我也管过很多例了，所以我就自告奋勇的跟老师说，这个病人我先去处理，老师同意了。当病人抬到我们科室时，一看懵了，神志不清，呼之不应！我第一反应是大出血导致了休克，我再看了下病历记录，呕血才一大口，也不过几百毫升吧。大便隐血（+），测血压：正常！颈软！问家属昏迷有多长时间了，家属说在急诊科时还是清醒的，怎么回事？脑血管意外？我立即去请教老师，在和老师去病室的路上，我就把病史简要的说了下，老师就打电话到神经内科请急会诊。老师又重新检查了一下，也没什么发现。在等神经内科医生来的时候，我们老师问了一句家属，以前可出现过类似的情况？家属说，经常出现！尤其在生气和人多的时候！晕！癔症呀！等一楼的神经内科医生到的时候，病人已经醒了！这时我又发现一个细节，当我们很急的时候，病人家属却无所谓的样子。原来，他们早就见过她那一招了。

12. 一 78 岁老年男性因“冠心病，心绞痛”在我院心内科住院，经抗凝、扩冠、营养心肌等治疗后无心绞痛发作。入院第 4 天晚 12 点突发心前区痛，大汗淋漓，稍

气促，查：R:30次/分，P:90次/分，BP:110/60mmHg。怀疑AMI，即行ECG示窦性心律，T波低平。急查心肌酶：肌钙蛋白正常；血气：PCO₂为27mmHg，PO₂为87mmHg；PH:7.43；BP:110/60mmHg，余正常。次日早上复查ECG、心肌酶、肌钙蛋白基本同前，诊断AMI不成立。做UCG提示有肺栓塞可能，即做胸部CT及增强扫描，发现右下肺小面积肺栓塞。经华发林、速避凝等抗凝治疗好转出院。这个病例提醒我们肺栓塞临床表现不典型，无特异性，思维要开阔，提高诊断意识！

性病门诊医生接诊参阅资料

作者：郭三

链接：<http://bbs.iyyi.com/thread-1200786-1.html>

一、看病程序及注意事项

填好病历本上的基本项目，如：姓名、性别、年龄等。

1. 询问病史，询问病人有哪些不舒服及患病的时间。

注意事项：

(1) 在询问病史时，大夫可适当的有针对性的提示病人有无某某症状。

(2) 一定要追问病人第一次出现症状的时间，这对判断疾病的分期，疾病的预后及治疗中应注意到的问题十分重要。

(3) 院外治疗情况也十分重要，可提醒我们避免重复用药和无效治疗。

2. 直接检查病人患部。

(1) 男病人检查顺序。

小腹有无压痛；双侧腹股沟有无压痛；有无肿物和肿大淋巴结，如触及要注其大小、形状、硬度、活动度，有无压痛；阴囊有无疱疹、溃疡等，双侧睾丸或附睾丸是否对称、有无增大、缩小、有无结节；冠状沟系带旁有无疣体；尿道口是否是一条直线，内口有无充血、有无分泌物，增生物（尤其注意有无疣体）。

(2) 女病人检查顺序。

会阴、肛门周围、大小阴唇、尿道口、阴道壁有无充血，有无增生物（应注意有无疣病）；阴道内有无分泌物，其颜色、气味有无异常；宫颈有无糜烂，有无脓性分

分泌物和疱疹。

注意事项：

(1) 要按顺序仔细检查，避免遗漏。

(2) 动作要轻柔熟练。

3. 检查完要填写好病历，做好记录。

4. 检查完后，要果断地告诉病人存在的问题，为了进一步明确诊断，必须先做化验检查（化验只需数分钟）。要做几项、每项多少钱要给病人交待清楚，要告诉病人何时取结果。

注意事项：

(1) 有些病人不愿意做化验，想直接用药；有些病人不等化验结果出来想先用药，原则上是不行的。不化验、不等化验结果，我们就不知道哪种微生物感染（可以俗称微生物的细菌），就会盲目用药，不但会延误治疗还会给你带来不必要的经济损失，让病人真正尝到讲科学是对他认真负责的。

(2) 有些病人提出化验费高，应该给病人讲清，我们的化验不是一般的检验，而是先进的仪器直接检查出你是哪一种细菌感染，只有这样用药才有针对性效果。告知患者所用仪器的产地、购置价格、检测结果的准确性，也有助于让患者配合我们的诊治方案。

(3) 对病情较重，分泌物多的患者，一是可先给开洗药清洗患部；二是对经济条件好的病人又有其他要求的，大夫又取得了时间等化验结果出来，根据化验报告进行诊断，开处方，直接输液治疗。

(4) 尽量动员病人在本院观察室输液治疗，可随时观察病情，对疗效不好的可随时进行药物调整。

(5) 对那些刁诈的病人、态度高傲不尊重医生的病人以及对医院比较了解的人尽量动员不在此治疗。

(6) 初诊病人一定要亲自让患者目睹治疗。

二、复诊病人

1. 对复诊病人要和蔼可亲，优质服务，要询问病人用药后的情况。输液治疗的前2天，可问病人用药后有没有不舒服的感觉，3天以后特别是4~6天时，一定要问疗效如何。对疗效不好的一定要及时调整，千万不可一种药输液到底（前1~2天最好

不问疗效，因为治疗 1~2 天马上好的病人极少，如问病人回答未见好转，双方都不好回答，不如不问，如真有好转，医生不问病人也会主动告诉你的。）

2. 对复诊病人每次用药前都要先检查患部，对待不同的病号要用不同的语气，抓住病人心理，对症下药。例如：对信心不足的复诊患者要给予鼓励告诉他病情在好转，对某些不在乎的可不经意的唬他一下。

3. 要根据病人的病情，经济状况或疾病的程度，可以用药的种类，药品剂量给予随量调整，以取信于患者。

三、关于回答病人提出的问题。

1. 关于疗程问题。

要告诉病人只能在治疗 3~4 天后，才能估计大概的治疗天数。治疗 3~4 天后，观察患者对用药后的反应，如果患者感染的菌株对所用之药敏感，临床症状好转的就快，疗程就不会长；反之，临床症状在用药之后无明显改善，说明患者感染的菌株对所用之药不敏感，疗程可能就要长些，必要时还需要更换药物，调整剂量。所以人和人不完全一样，有的人输液 5~7 天症状可完全消失。另外疗程的长短还受机体的健康状况、免疫系统功能，病程的长短等因素影响，所以只能边治疗边观察。

注意事项：

(1) 病人问到此问题，再按上述解答，不问不要主动介绍。

(2) 通过和病人交谈，应使病人增加治病的信心，而不是增加病人负担，解释的方法要抓住对方心理，要灵活变动。

(3) 对尖锐湿疣的病人可直接告诉他一定坚持输液治疗 10 天，一是巩固碳化的疗效，二是清理体内病毒防止复发。

(4) 对经济实在困难的可在输液治疗数天后改用口服药或者不经输液直接使用口服药，但必须给病人交待清楚，必须坚持较长时间的服药治疗。

(5) 对治疗 2—3 天，症状很快改善后，给病人讲清最好不要马上停止输液，症状减轻只是部分微生物被杀死，像那些在组织深部的还不能达到清除目的，最好再坚持数日，否则前功尽弃，很快就会复发，到头来吃苦的还是你自己。

2. 关于价格问题。

有的病人认为我们的药贵，应给病人解释清楚。

(1) 肯定地告诉病人我们的药不贵，讲明你（指患者）患的不是一般的病，因

专业交流

此用的也不是一般的药，量也不是一般的量（大剂量）。

（2）为什么用大量，目前引起性病的耐药菌株越来越多，一般剂量根本达不到杀菌的目的，只能增加菌株的耐药性，打几针，吃几片药只能给治疗带来困难，给病人带来痛苦，所以使用大剂量是正确的，这也是全国著名性病专家的共识。

3. 包好不包好的问题。

因为人与人之间的健康状况、免疫功能、感染的菌株、病程长短等均不相同，治疗后的结果不会完全相同。就像同样都是急性单纯性阑尾炎，其手术结果不会完全相同。绝大部分病人，一周拆线愈合很好，不留任何道疤。但极个别的人伤口不能按期愈合，甚至切口部位形成很宽的疤痕组织，因此就是这种小手术在术前也是要让家属签字交代清楚的。作为医院对任何疾病都是没有包好、不包好的说法。一个伤风感冒病人，治愈率达到 99%，但还有一小部分人无法治好。我们治疗了这么多的病人，绝大部分都好了。只要在您治疗期间能与大夫合作，树立坚定的信心，坚持治疗都会好的。

4. 有的人做固态源数日后，尿道有分泌物流出。

根据某些微生物不耐高温的特性，固态源利用物理方法使用于前后尿道和前列腺，一方面杀死寄生在该部位的微生物（衣原体、支原体），另一方面帮助该部位已损伤的组织，进行修复。在杀灭微生物和组织修复过程中，一些微生物的遗体和毒素，以及损伤组织的脱落，就会通过前列腺汇集到总管进入尿道，排出体外。因此，做固态源之后，有分泌物从尿道流出，属正常现象的，不必惊慌。

5. 衣原体感染的病人，临床已治愈，为什么化验迟迟不转阴？

衣原体感染刺激机体产生抗体，这种抗体可在体内存留长达数年之久（支原体的产生抗体在体内存留的时间没这么长），抗原和抗体含有相同的 DNA 基因，所以无论基因检测或抗体检测可在长时间之内为阳性。因此这种化验结果很难判断是感染未治愈，还是治愈后抗体存在的结果，故衣原体感染的病人在判断治疗效果时以临床症状为依据。

6. 性病能不能治好？

可肯定的告诉病人目前除艾滋病暂时还无特效药物治疗外，其他性病的都能治好，但必须有治疗的信心，必须和大夫合作，必须遵守治疗期间的病人手册（患者须知），性病是完全可以治愈的。

7. 为什么治好了后遗症的症状久久不能消失？

这是因为损伤的组织要恢复到正常必须经过一定的时间。比如：一个人褥疮开始又肿又疼痛，当七天引流后，红肿疼痛缓解，但该部位组织恢复到病前那样还需 10 天半月或更长。性病的后遗症如前列腺炎、睾丸炎、附件炎等需要一段时间的修复，因此性病治好了，后遗症的症状不会马上消失。

8. 一个疗程需要多少钱？

一般病人不问我们也不必讲，如病人一再追问还是不讲为好。一则是有些病人确实需要输液很长时间；二则开始把钱讲的太多，对病人是一种精神压力，甚至放弃治疗，达不到我们医生的救死扶伤的目的。但也不能讲得太少，而且告诉病人这是一个大概的数字，可能用不了，也可能不够，要边治疗边看，只有把病治好，才是咱们医生及患者的共同目的，皆大欢喜。

关于膈下游离气体——一次难忘的手术探查

作者：爱组织

链接：<http://bbs.iiyi.com/thread-1406679-1.html>

4年前的一天下午，急诊转入一位病人，17岁，男性，聋哑，智障。监护人代诉其3天前开始出现腹痛，不思饮食，入院当天出现发热和频繁呕吐始来就诊。既往无胃病史。体检发现患者体温38℃，脱水貌，全腹肌紧张，呈板状腹，肺肝浊音界消失，肠鸣音消失。立位腹平片提示双膈下游离气体，白细胞高达2万。

根据病史和查体结果考虑诊断为上消化道穿孔遂决定行剖腹探查。

全麻成功后取上腹正中切口入腹，可见腹腔内有积气并有大量稀薄脓液，初步清理后接下来的探查令人莫名其妙。首先探查胃及十二指肠，胃前壁、胃窦区、十二指肠球部均未见穿孔，切开网膜囊探查胃后壁也未见异常；胆囊及肝外胆道解剖关系清晰可辨未有阳性发现；遂向下延长切口绕脐3cm，探查结肠下区，分段仔细探查，十二指肠水平部升部、空肠、回肠、阑尾等区域，除可见有少量脓苔附着于右下腹区并无异常，阑尾游离微有充血外并无更多异常；行阑尾切除后继续探查，升结肠、横结肠、乙状结肠探查均未发现异常，给予温盐水冲洗腹腔盆腔直至冲洗液清澈，反复探

专业交流

查后考虑如再无发现盆腔置引流关腹。右下腹壁戳孔置引流管，意将引流管置于直肠膀胱陷窝内，在送置引流管时忽感直肠前壁挂带中指，进一步触摸位于直肠膀胱陷窝稍上部直肠前壁组织破坏，遂再次延长切口到耻骨上，此时患者的腹部切口已从剑突直达耻骨联合上（外科俗称“通天口”），将小肠推挡向上，提拉乙状结肠后，这才发现位于直肠腹段近腹膜反折处约 1cm 可见前壁正中一椭圆型组织挫伤穿孔灶！

当时的感觉就像是中了头彩，世界真美好啊！接下来的处理，梭形切除挫伤直肠前壁妥善缝合，左下腹乙状结肠造瘘，关腹用了足有 40 分钟，手术结束。

还好患者年轻体壮，切口愈合顺利。第一次术后三个月，乙状结肠造口切除回置，康复顺利。

通过这个病例回忆体会有：

1. 当病史采集有障碍时一定要全面考虑，不要按常规和习惯决定手术探查。
2. 全腹膜炎患者查体时肛指检查是非常必要的，不能想当然的省略。
3. 当探查无阳性发现时不要轻言放弃，自欺欺人，尤其是探查全消化道时一定要从头到尾，不遗漏一分一毫。
4. 阅读 X 线或多普勒等辅助检查资料时时刻刻牢记，作为临床医师一定要有自己独立的判断而不能成为辅助检查的奴隶。

但愿我的教训会给大家一些好的借鉴。

两例典型的一氧化碳中毒后迟发性脑病

作者：修竹临风

链接：<http://bbs.iiyi.com/thread-1001266-1.html>

患者，男，73 岁；女，68 岁。一月前在家中煤烟中毒，从晚间入睡至第二天自行醒来，时间大约 18 小时。其间邻居多次砸门打电话都不知道，男患者先行清醒以后，发现身边都是呕吐物，自觉头痛、头晕，自己下地开门通风，发现老伴尚未清醒，急忙找来邻居送老伴去当地医院诊治。当时诊断为急性一氧化碳中毒。立即对女患者行高压氧治疗，治疗 3 天后好转出院，继续给予神经营养药物治疗。男患者当时未行高压氧治疗，只给予神经营养药物治疗 3 天。出院后，女患者的子女为其买来瑞典进

我为人人，人人为我



口神经细胞营养药物——施普善(主要成分为脑蛋白水解物)，继续治疗。男患者照顾老伴每天的生活起居。出院 5 天后，两患者相继出现记忆力减退，定向力障碍，随之出现说话吐字不清，表情呆板，不认识曾经熟悉的人，走路不稳，大小便失禁直至生活完全不能自理、意识丧失等一系列脑病症状。出现上述症状后，两患者再一次入院，每天行高压氧治疗，连续进行 20 天，女患者症状有所缓解，能够自己进食，有人搀扶下可以近距离散步，只是排便排尿没有知觉。男患者则丝毫没有起色，完全处于植物人状态，现在只能靠鼻饲维持最基本的生命需求。

我把这两个典型的迟发性脑病病例发给大家是希望大家在工作中对这种情形有一个认识，一旦发现一氧化碳中毒患者，不管当时病情轻重与否，都应及时进行高压氧治疗，而且时间要长，对老年患者更应警惕迟发性脑病的发生，避免类似的悲剧再一次上演。

一氧化碳中毒后迟发性脑病的诊断要点：

1. 有明显的中毒史。
2. 有 3~7 天的中间清醒期，其间生活完全能够自理，有时有嗜睡等表现。
3. 有逐渐加重的意识障碍，甚至失去自理能力，呈植物人状态。

和大家一起交流学习一下猩红热

作者：wrh

链接：<http://bbs.iiyi.com/thread-1065904-1.html>

患者，女，4 岁。发热伴咳嗽 2 天，颈、腹部皮疹来就诊。

患儿 9 月 22 日发热，患儿母亲在家里给孩子口服退热药物，没有效果。在 9 月 23 日早上高热 39.5℃，在其他诊所肌注退热药物，口服头孢氨苄甲氧苄啶片。晚上 9 点多再次高热来我诊所就诊。测量体温 39.3℃，咽部明显充血，扁桃体红肿，轻微咳嗽。听诊肺部呼吸音无明显异常。发现颈、腹部有皮疹，大小均匀，点状充血红斑疹。孩子自述还有点轻微腹部疼痛。当时怀疑药物过敏，询问孩子母亲是否以前曾经口服过头孢氨苄甲氧苄啶片，孩子母亲说口服过头孢没有发现对什么药物过敏。又怀疑不是药物过敏，就给予扑热息痛 2/3 片，维生素 C2 片，盐水加头孢曲松 1 克、5%GS



专业交流

加清开灵 20ml 输液治疗。输液后孩子体温还有 38℃。9 月 24 日早上孩子父亲着急就带孩子到县医院做了检查，检查胸部透视轻微支气管炎，医生说身上疹子是过敏引起的。孩子中午再次来诊，测量体温 39.5℃，疹子又出了好多。面部比较少，颈部、腋窝、腹股沟、都是皮疹。看舌苔，舌乳头充血出于白苔外，象“草莓舌”，这样我就更肯定不是过敏，是猩红热。我给孩子父亲说了我的判断，可是家属不是很相信我说的话。我就给孩子家长解释猩红热出疹规律是 24 小时遍布全身，48 小时达高峰，然后会按照出疹子的顺序消退。24 日用的药物扑热息痛 2/3 片，维生素 C 2 片，0.9% 氯化钠加头孢曲松 1 克，5%GS 加双黄连 20ml（我也知道猩红热用青霉素治疗是首选的药物，可是孩子和家长坚决不愿意再做皮试），在输液过程中皮疹遍布全身。交代孩子家长给孩子多喝开水，输液后体温仍然在 38℃ 以上，孩子家长不是很满意我也没有办法。心中忐忑不安了一天，晚上 12 点孩子发热退了，今天早上测量体温 36.6℃，颈、腹部皮疹基本消退，其他部位也在减退。今天继续按照 24 日用药治疗，治疗完毕孩子精神基本恢复正常。

猩红热是由 A 组 β 溶血性链球菌引起的一种急性传染病。临床症状有：1. 发热；2. 咽痛和头痛；3. 杨梅舌；4. 全身弥漫性鲜红色皮疹。患儿脸上发红但不出疹，与红色的颜面相比，口唇周围常显得苍白，俗称“环口苍白圈”。这时检查患儿的嗓子，可看到扁桃体充血明显，有时还能看到脓性渗出。

猩红热并不可怕，青霉素为特效药物；若小儿对青霉素过敏，可选择红霉素。

鉴别疹子：

1. 猩红热。发热 1~2 天胸部和颈部开始出疹。继而迅速蔓延全身的粟粒样疹子，大小均匀的点状充血红斑疹，杨梅舌。

2. 麻疹。发热 3~4 日后出疹，皮疹为红色斑丘疹，疹间皮肤正常，但部分皮疹可融合。先见于发际、耳后、头面部，渐延及躯干，四肢，最后达手心足掌，3~5 日内出齐。颊黏膜出现麻疹黏膜斑。

3. 风疹。出疹期典型临床表现为耳后、枕部及颈后淋巴结肿大伴有触痛，持续 1 周左右；皮疹在淋巴结肿大后 24 小时出现，是多形性，大部分是散在斑丘疹，也可呈大片皮肤发红或针尖状猩红热样皮疹，开始在面部，24 小时内遍及颈、躯干、手臂，最后至足部。

4. 药物疹。对称性分布，往往有瘙痒、烧灼感。

我为人人，人人为我

疾病的发生发展需要仔细的鉴别，要相信科学，坚信正确观点。医生是个特殊服务行业“健康所系，性命相托”。

猩红热不是很常见，所以容易引起误诊。

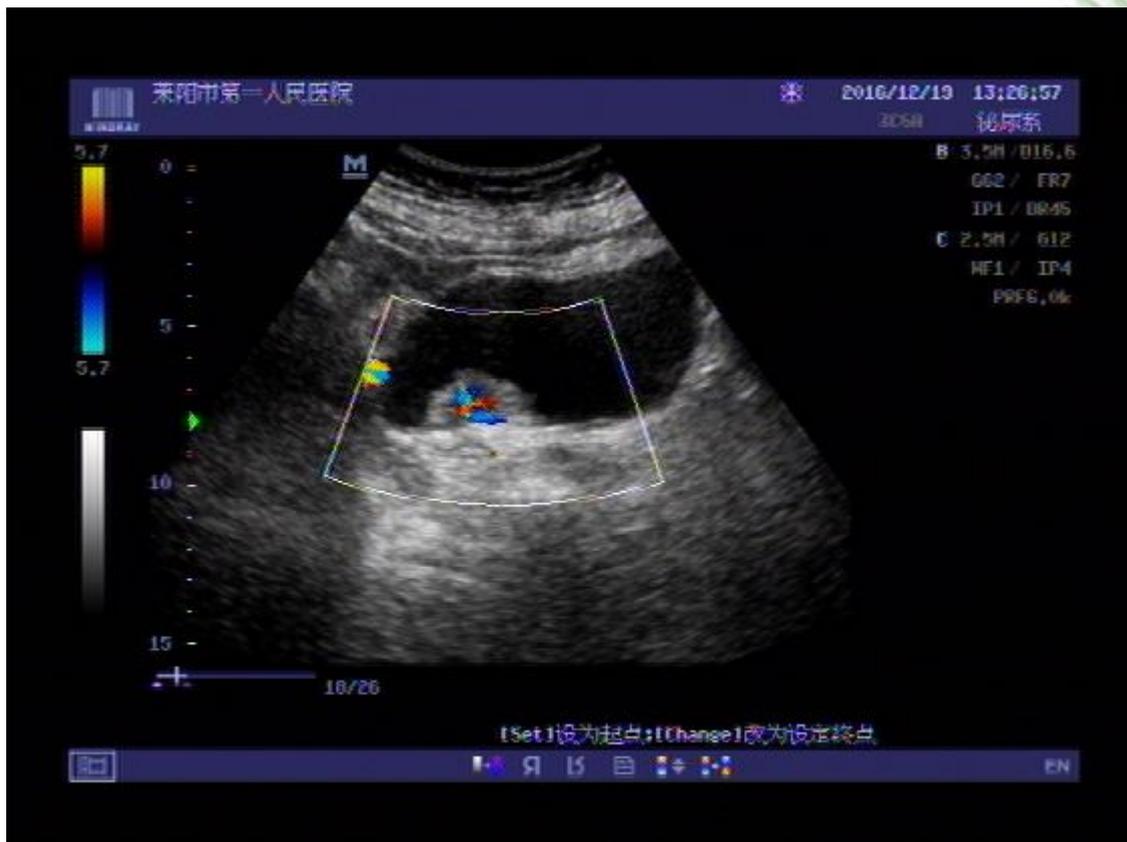
超声入门贴 504——典型膀胱癌

作者：songjunrui

链接：<http://bbs.iiyi.com/thread-3267121-1.html>

女，80岁，无意中发现小便发红5天来诊。







支气管哮喘药物治疗小结

作者：我是哈达

链接：[http://bbs.iyyi.com/forum.php?mo ... peid%26typeid%3D204](http://bbs.iyyi.com/forum.php?mo...peid%26typeid%3D204)

笔者哈达，一普通村医，曾于潍坊哮喘病医院学习。近几年，对支气管哮喘积累了些经验，又广泛阅读各方面的书籍，整理汇在一起，写成此文，在与大家分享的同时也提高了自己，其最终目的是共同规范支气管哮喘的治疗。由于时间的关系，将会分期讲述。本文主要讲述一下支气管哮喘药物治疗方面的一些内容和看法。

有一道考题：缓解轻中度哮喘的首选药物是那一个？答案是 β_2 受体激动剂。今天就从这一制剂开始讲起。

这类药物松弛平滑肌作用较强，吸入给药可在数分钟内起效，并维持数小时。但是这类药物应按需间歇使用，不宜长期单一使用，也不宜过量应用，否则会引起骨骼肌震颤，低血钾，心律紊乱等不良反应。压力型定量手控气雾剂和干粉吸入短效 β_2 受体激动剂不适用于重度哮喘发作；其溶液如沙丁胺醇，特布他林，菲诺贝特及其复

我为人人，人人为我

专业交流

方制剂经雾化泵吸入适用于轻至中度哮喘发作。口服给药方便，但副作用比吸入给药时明显。 β_2 受体激动剂可以引起细胞膜 β_2 受体的向下调节，表现为耐药现象，故应予以避免。

β_2 受体激动剂分为长效和短效。长效药物作用可维持12小时，短效药物作用维持4~6小时。长效又可以分为慢效（0.5小时起效）和速效（数分钟起效）。目前我国使用的长效 β_2 受体激动剂有两种：

1. 沙美特罗：经气雾剂和蝶形装置给药，给药后30分钟起效，平喘作用维持大于12小时。推荐使用剂量为50 μ a，2次/日吸入。

2. 福莫特罗：经都保方式给药。给药后3~5分钟起效，平喘作用维持在8~12小时以上。其平喘作用有很大的依赖性，推荐剂量为4.5~9.0 μ a，2次/日吸入。

吸入长效 β_2 受体激动剂适用于哮喘（尤其是夜间哮喘和运动型哮喘）的预防和治疗。福莫特罗起效迅速，可按需用于哮喘急性发作的治疗。

近年来推荐联合糖皮质激素吸入剂与长效 β_2 受体激动剂治疗哮喘，两者具有协同抗炎和平喘作用。可获得相当于或者优于加倍剂量的糖皮质激素吸入剂时的疗效，并可增加患者的依从性，减少较大剂量的糖皮质激素吸入剂引起的不良反应，尤其适用于中、重度哮喘的长期治疗。比较常用的典型药物如舒利迭。

接下来总结下糖皮质激素。循证医学证实，糖皮质激素是最有效的控制气道炎症的药物。根据使用途径不同，分为全身用和吸入用（ICS）。ICS的局部抗炎作用要比全身用的作用强。由于直接吸气给药，药物直接作用于呼吸道，而且所需的剂量小，通过消化道和呼吸道入血液后大部分被肝脏灭活，因此全身副反应明显减少，可以放心长期使用。

使用ICS要注意使用方法。使用方法不正确可以使效果降低，副作用加大。当患者自己看说明书使用装置时将近半数不能正确使用；只教一次，仅仅60%患者能够自己使用；连续教患者4次，才使90%患者能正确使用，有10%患者始终不会。因此临床医生要反复教患者正确使用吸入装置。

吸入激素抑制气道炎症的作用与剂量有关。有很多患者因剂量过小，疗程不够而效果不佳。糖皮质激素气雾剂和干粉吸入剂需“连续规律”（注意这四个字）吸入一周后方能达到明显的效果，所以ICS不能作为哮喘急性发作时的治疗。而布地奈德气雾剂却是个例外，是唯一能迅速起效的ICS，可以作为哮喘急性期的治疗。

由于吸烟影响 ICS 的效果。所以吸烟患者需要戒烟并且加大 ICS 剂量。由于 ICS 可以引起声音嘶哑，咽部不适，口腔念珠菌感染，所以吸药完毕后要及时用清水漱口。已经有研究证明，ICS 可能与青光眼和白内障的发生有关。

如果需要全身使用糖皮质激素，一般要密切注意以下几点。

1. 对于有结核病，糖尿病，寄生虫感染，骨质疏松，青光眼，严重抑郁症或消化性溃疡的哮喘患者要严密随访。
2. 尽量使用半衰期较短的激素。如泼尼松，甲基泼尼松龙等，不建议使用地塞米松。
3. 严重哮喘病发作时，应静脉及时给予琥珀酸氢化可的松 400~1000mg/日或甲泼尼龙 80~160mg/日，应用 3~5 天，哮喘控制后可改为口服，缓慢停药。

难道是氨溴索注射液过敏了？

作者：kaixindoul

链接：<http://bbs.iyyi.com/thread-3262652-1.html>

案例：

患者，男，年龄 60 岁，因“咳嗽、咳痰，上呼吸道感染”收入院，遵医嘱抗炎，抗病毒、止咳、化痰类药物静脉输液。当为患者静脉输入第二瓶盐酸氨溴索注射液 45mg 时，大概 20 分钟后，患者忽然感觉胸闷，气短，头晕。护士发现后立即停止输入该液体，换上生理盐水，同时通知了值班医生。患者这时面色变得苍白，护士为其吸上氧气，测量血压 80/50mmHg。医生经查体后，怀疑药物过敏性休克，医嘱给予地塞米松 10 毫克。半小时后该患者仍胸闷不适，血压 90/60mmHg，医生听诊查体后，遵医嘱给予肾上腺素 1mg 静推。20 分钟后症状完全缓解，血压 100/60mmHg，40 分钟后患者恢复正常血压 120/80mmHg。

上述案例中显然是发生了药物过敏性休克，它的发生与药物的剂量没多大关系，是由于氨溴索注射液引起了患者全身变态反应，出现胸闷气短、面色苍白等迅速休克的表现，发现并抢救不及时会危及生命。处理方法基本都是立即停用可能引起发生过敏的药物，对症治疗。

专业交流

处理方案及护理措施具体如下：

（一）去除病因。停用一切可疑的致病药物是必须首先采取的步骤，切忌拔针，一旦休克后血管难以再次穿刺影响最佳抢救时机。并把该药瓶和加药注射器可拿到治疗室，有些过敏源可通过空气传播，具体过敏药物再等候排除。

（二）支持疗法。给患者以有利的条件，避免不利因素，以期顺利地渡过其自限性的病程，如卧床休息、吸氧，保持病室安静舒适。

（三）药物治疗。需根据病情轻重采取不同措施。

1. 轻症病例，皮肤轻度皮疹瘙痒者，可以医嘱给予 10%葡萄糖酸钙静脉注射，日 1~2 次。也可以局部外搽抗组胺的外用药物一日多次，以止痒、散热、消炎。

2. 病情稍重的病例，指皮疹比较广泛，且伴发热或者胸闷气短者，嘱患者立即卧床休息，根据情况使用激素，地塞米松 5~10mg 或氢化考地松 100~200mg 加入 10%糖水中静滴。（糖尿病病人不要用糖水，以免加重病情）。

3. 严重休克病例，立即给予肾上腺素 0.5~1mg 皮下注射，必要时 20~30 分钟再皮下注射一次，同时密切观察生命体征的变化。

4. 可选择中医救治如针刺人中，十宣穴，足三里，曲池等穴。

跟腱断裂误诊

作者：kezhimeng

链接：[http://bbs.iyyi.com/forum.php?mo ... 374&pid=7724256](http://bbs.iyyi.com/forum.php?mo...374&pid=7724256)

我们医院的几个男医生踢足球，一个男医生突然的起动加速后突然感觉左踝疼痛，肿胀，并说当时肯定有人踢了他的踝部，其实周围没有人踢他。因为他是外科医生，说扭伤了，就没怎么仔细的体检，而且他的跖屈活动还可以，他自己也没怎么在意（由于工作原因就没有打石膏）。

伤者后来一直跛行，并老说听到响声，而且坚持说有人踢伤他的。（我非常自责，这么明显的体征和表现，我当时竟然没有一种意识是跟腱的问题！后悔呀！）。

一直到了 3 周后，我们隔离结束回到医院后，还是没有好转，请我们科里的主任看过后，诊断为：陈旧性跟腱断裂（完全）。

我为人人，人人为我

从中的体会：

1. 跟腱损伤易漏诊（因跖屈运动仍存在）！多见于办公一族，偶尔运动者。伤时闻及声响，并怀疑被人踢伤。断裂部位位于跟腱附着处 2~6cm 处，此处血供较差，跟腱易变性。

2. 确诊的有效体格检查：单足提踵试验！（主任给他做的就是这个试验），若阳性则为完全性断裂。

3. 新鲜损伤断端直接缝合，可用 Bunnell 可抽出式钢丝缝合。陈旧损伤给予 V-Y 成型术。

4. 术后处理：长腿石膏固定于足跖屈膝关节屈曲 30 度位 4 周，然后改短腿足跖屈石膏两周，接下去开始康复锻炼。石膏拆除后可穿一宽厚跟鞋高度约 7~8cm，每周到鞋铺削薄 1cm，等削到平底时，跟腱就应该松下来了。

5. 陈旧的跟腱完全断裂，做的 V-Y 跟腱成型，现在一年了，活动很好。

但我认为最重要的：

1. 责任心：当时要是仔细问诊、体检应该会考虑到跟腱的问题。

2. 专科意识：跖屈运动存在并不能说明跟腱的完好，因为像胫后肌及屈趾肌肉同样有跖屈的作用！

心电图讨论-心电图读图 65 期

作者：nikkive

链接：<http://bbs.iiyi.com/thread-3377995-1.html>

请大家阅读分析以下心电图，尽量从以下四项分析。

1. 【心电图诊断】
2. 【心电图诊断依据】
3. 【鉴别诊断】
4. 【临床意义】

本期心电图 A、B 为不同的患儿，临床诊断均为心律失常。截图为患儿动态心电图节律导联（左上角时间），请分别分析其心律失常并画出梯形图加以说明。

图 A

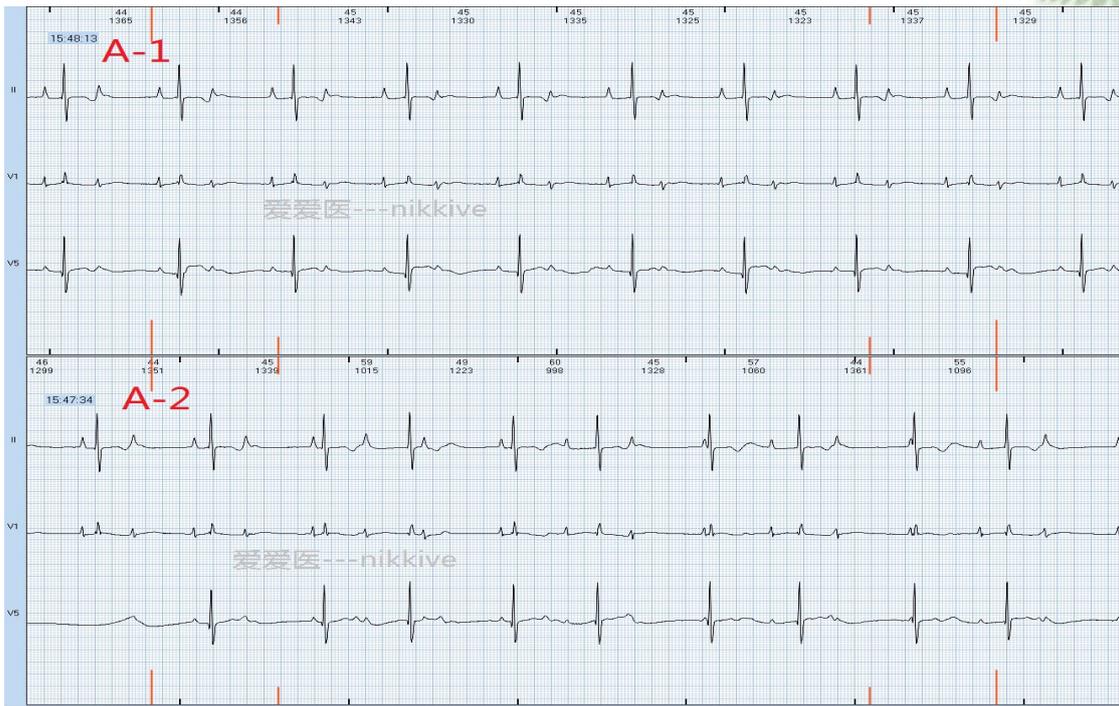
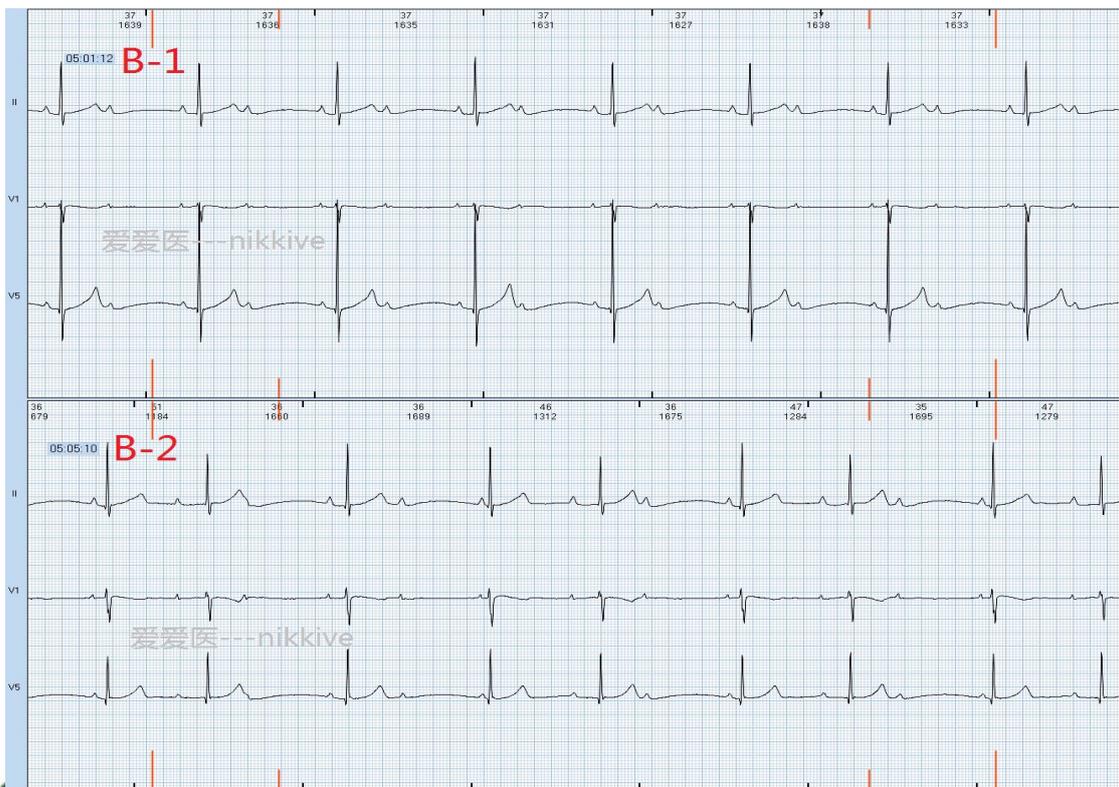


图 B



责任编辑：寒冰

编辑：刘延红大夫

我为人人，人人为我



第二部分——中医部分

程玮老师的一些针灸经验（一）

作者：海天

链接：<http://bbs.iiyi.com/thread-1937081-1.html>

程玮老师是《经穴探源》一书的作者。是一位学者型的老师，善于思辨，善于创新。每当我遇到问题的时候，总喜欢向他讨教。他不一定给我一个方法，但一定给我一个思路。

下面和大家分享一些程玮老师的针灸经验。

程玮老师说的最多几句话是：“大道至简，大医至爱；适者有寿，仁者无敌。快乐中医，快乐针灸。”

他喜欢简单的中医，简单的针灸。针灸中有无一些简便的方法，使初学者也能快速学以致用，照本宣科即能解决临床中遇到的一些较为复杂的疑难问题，这是他致力于研究的内容。易于重复、传播、复制的针灸技术，程玮老师称之为“傻瓜技术”，也就是说，这样的针灸处方，只要你找对了针灸穴位，即使是用脚踢进去的针也有效。经过多年的摸索研究，他在这方面已经有了一些收获和经验。在此，特选择其中的一部分，供同道们探讨。

健运脾胃的针灸处方

处方一

取穴：气冲、公孙、中脘。双侧取穴。

针法：气冲穴直刺 1-1.5 寸，公孙穴直刺 0.8-1 寸，双侧进针。中脘穴直刺 1 寸，上穴进针后皆留针约四十分钟，闭孔出针。

疗程：每天一次，七到十天一疗程。一般一疗程即可。

功用：健脾运化。对于胃纳不佳、食不多、食不香、有饮食偏好、或惧怕油腻或

我为人人，人人为我



专业交流

精力不济者，一般在四五天的针刺后，即能有效的改善上述情况，使患者胃口大开，饭量明显增加，食之有味，精力随之变得较前充沛。对于体弱羸瘦者，针刺七到十天，多数患者可出现体重增加三至五斤的变化。

说明：脾乃至阴之属，其性至柔、至静，如土的不动之义，故其自我运化功能差，要寄旺于四季。此即脾土物质的运化随肝风而飘、随心火而炎、随肺气而升、随肾水而降。冲脉者经脉之海，有渗灌诸经的作用。气冲穴即是冲脉气血在阳明胃经的输出之口，输出气血强劲有力，如冲行之状。公孙穴为脾经与冲脉交会之穴。针刺气冲及公孙穴，可将冲脉气血较好的引入脾经，增强脾经气血的运化能力，使脾经气血不需依靠于四时之气也能很好的运化，达到健脾胃的目的。针补中脘穴，则是加强胃的吸纳能力。

此法适用于因脾胃虚弱、脾胃运化不力所导致的各种疾病，能有效的改善人体后天脾胃的吸收和运化功能。若其它脏腑与脾胃同病，运用此法能快速消除脾胃方面的相关病症。临床运用上，此法除任冲脉气血极虚的人(如天年将尽者)疗效不显外，绝大多数的患者使用此法后，皆能达到上述效果。

处方二

取穴：气冲、公孙、劳宫、肩井（或完骨，或翳风）。肩井、完骨、翳风三穴的选穴原则，以指针压按疼痛为准，不痛者不选。

针法：气冲、公孙穴针法同上。劳宫直刺 0.5-0.8 寸，行泻法，每十分钟行针一次。肩井穴直刺 0.8-1.2 寸（编者注：肩井穴深部正当肺尖，常规直刺仅仅为 0.5~0.8 寸。这里为“0.8-1.2 寸”应为作者经验，读者临床施术时当遵“慎不可深刺”！）完骨穴直刺约 0.5 寸，翳风穴直刺约 0.5-0.8 寸，留针四十分钟，气冲和公孙穴不用运针，针肩井、完骨、翳风三穴时则每十分钟提插捻转快速运针一分钟。

疗程：每日一次，三天一疗程。

功用：和胃降逆止呕。适用于干呕、呕吐宿汁、呕吐酸水、胃气反逆等等症状。轻症患者一般一疗程即取显效，二到三个疗程可获痊愈，重症患者二个疗程即取显效，四到五个疗程可获痊愈。

说明：凡胃逆呕吐的患者皆有一个基本特点，即是脾胃虚弱。因其脾胃虚弱，故一旦受寒或肝气郁结、肝脾不和时易出现胃气呕逆现象。在本方的组成中，气冲与公孙穴相配，即是改善人体脾胃虚弱的状态而设，使脾胃的功能处于健运状态，脾胃

我为人人，人人为我

运化功能正常则不易受克。泻劳宫则是泻内热，“诸呕吐酸，暴注下迫，皆属于热”，热除则胃气不能反逆于上。肩井、完骨、翳风诸穴，它是肝胆气血向胃经传输的枢纽之处，人体的脾胃一旦虚弱，不能及时有效的运化肝胆传来的气血物质，使肝胆的气血停留于上（不能下），则会出现五行中的所说的木（肝）克土（脾）状态，使胃气出现反逆呕吐。除此之外，肩井、完骨、翳风三穴还有分流膀胱经头颈部寒湿经水的目的，能散降头颈背部之寒，故此处方不但适用于胃热呕逆、肝脾不和呕逆，也适用于伤寒呕逆。

处方三

取穴：列缺、地仓、公孙、气冲、通里、大陵、关元、气海。双侧取穴。

针法：列缺穴进针时针身与皮肤呈 60 度角，进针后与肺经循行路线垂直，针尖向心包经方向，进针约 0.5-0.8 寸，通常只针左边。地仓穴直刺 0.5-0.8 寸，通常只针左边。公孙和气冲二穴针法同上。通里穴直刺 0.5-0.8 寸，通常针左边。大陵穴直刺 0.5-0.8 寸，通常针右边。关元穴直刺 2-3 寸（若用于治疗阳痿，则关元穴进针后应向阴部方向斜刺 3 寸以上）。气海穴直刺 2-2.5 寸。所有穴位皆用补法，留针四十分钟，闭孔出针。

疗程：每日一次，十天一疗程。针刺对象本身脾胃功能较好的可改为五至七天一疗程。

功用：填精补髓、祛病强身、延年益寿。适用于先天不足、后天不济，髓海空虚导致的精力不佳、注意力不集中、不胜长久思考、神疲乏力、失眠、渐忘、畏寒怕冷、体弱多病，以及冲任亏虚导致的男女不孕不育、阳痿、早泄等相关症状。体质稍好的一般一个疗程相关症状可基本消除，体质特差者一般三个疗程相关症状亦可基本消除。

说明：人的先天得之于父母。先天秉赋不足者，体质虚弱，易外感内伤。先天秉赋过亢者，透支太过亦导致各种疾病。精髓为人的先天所得，与人的后天所得可相互为用、互为补充。人的先天所得不可改变，只能不断地消耗，而人的后天所得则为可变因素。如何改善人的后天，使其处于最佳状态，用以弥补人先天的不足、弥补后天的透支，这是创立本方的初衷。后天所得要化为人之精髓，它必须有多种元素的参与，这即是气、血、饮食精微，除此之外，这些人体中的精微物质还要有一个能进入人体髓海的通路。如前所述，公孙与气冲穴相配可加强脾胃的吸收与运化功能。气海穴补

专业交流

气并助脾胃的运化。大陵穴强化君主之官心气在人体中的支配作用。通里穴能将心血很好地导入人体的里部、内部，加强血液化精的作用。地仓穴可使胃经中的精微物质通于先天的肾部、下元。列缺穴能将肺经吸收和化生的精微物质直接传入髓海所处的先天内部（但一定要遵照上面所述方法行针）。关元穴则是打开先天与后天精髓物质的运行通道。

处方四

取穴：与脏腑相对应的背部俞穴，如心包热取厥阴俞、脾热取脾俞、三焦热取三焦俞。双侧取穴。

做法：找准穴位后皮肤表面碘伏严格消毒数次，术者双手亦严格消毒。施术前穴位处用利多卡因作局麻，在皮下 0.3、0.7 和 1 厘米处各推入 0.5 毫升药液。麻醉药起效后，用一次性小手术刀片（10 号或 11 号）在穴位处纵向切开一长和深各一厘米的切口，后用刀片切断肌肉层 10 至 20 根肌纤维，清除出血，然后用消毒敷料覆盖包扎。术后防止感染。

疗程：一次一疗程。七至十天后根据情况可再做第二个疗程。

功用：泻脏腑内热。凡脏腑高热、实热，各种疾病纠缠在一起而引起的某一脏腑奇热、结热，普通的针药难以消除时，运用本法可快速清除脏腑内热，且对人体其它方面无影响，安全有效。多数患者施术一次后次日即见显著效果，内热极重者最多三次可全部清除。

说明：经言“五脏俞可泻脏腑之热”，然普通的针灸方法泻脏腑的顽固性内热时往往难以很快取效，特别是多种病因纠缠在一起的疾病，需多次施术方能取效。究其原因，盖人体中的各种包膜所致也。皮毛为人体最大的包膜，此外有肌肉包膜、肌纤维包膜、血管包膜、神经包膜等等。针刺之所以能够泻热，其本质之一即是刺透包膜使内气外泄，亦如轮胎皮球放气。湿被单叠好后不易凉干，而将湿被单散开来凉则易干。比如刚烤熟的红薯从外面一点一点的吃进去永远都烫嘴，烤红薯切开来吃则不烫。本法与切烤红薯散内热、散开来凉被单除湿是一个道理，故其能快速消除顽固性内热。如内热导致的癫痫、胸腔内部淋巴肿大、肢体震颤，施用本法能立即控制病情，次日可见显效，一到二次后有可靠的远期疗效。

处方五

我为人人，人人为我



取穴：大都。

针法：在患侧的大都穴用一寸针直刺约 0.8-1 寸，留四十分钟，不运针，日一次。

疗程：一次一疗程。

功用：温阳、散湿、除寒。只要是属脾寒湿引起的膝关节疾病，运用本法一般一次即消。

说明：膝关节为人体经脉的合穴所在之处，合穴者气血聚集汇合之处也。经言“脾主四肢”，脾何以主四肢，脾者至阴之属，有不动之义。膝关节气血运行不畅，则寒湿聚集。大都穴为脾经荥穴，五行属火，补大都穴即是壮脾火，脾经火旺火至，则合穴处的寒湿散而不聚，膝关节的疾病立消。

处方六

取穴：郄门、通里。舌尖歪斜向左侧则针左侧，歪向右侧则针右侧，不可针反方向。

针法：郄门直刺 1-1.5 寸，通里穴直刺 0.5-0.8 寸，留针 20 分钟，期间提插捻转运针二次，每次半分至一分钟。

疗程：每日一次，三次一疗程。

功用：祛寒湿，壮心阳。

说明：心气通于舌，凡舌体卷曲者皆与心气不足或心气不至有关。通里、郄门二穴可快速将心经及心包经有余之心阴通于里部、内部，使心气得复，故能立马振奋心阳。一般急性中风引起的舌体歪斜，施用本法能收立竿见影之功，病久者三四个疗程后亦可见显著效果，且疗效稳定。（未完待续）

颈椎关节紊乱的判断方法

作者：武大郎

链接：<http://bbs.iiyi.com/thread-1279827-1.html>

【前言】：颈椎病应用脊柱微调手法治疗效果立竿见影，但在应用手法时如何才能避免盲目操作呢？我根据以下几个方法来判断椎体移位方向，并采取相应的手法，效果很好。以下内容特将 X 线检查放在首位，我认为应该先学会读片，从片上分析出

专业交流

患者的颈椎移位方向，再结合触诊加深体会，这样才能在反复实践中提高触诊的准确性。只有这样才能为以后即便在没拍片子的情况下在脑海中就能建立椎体的三维影像打下坚实的基础（毕竟片子拍起来不如触诊简单）。以下方法是我常用的，写得匆忙，难免遗漏，欢迎补充。

颈椎的移位情况有 14 个。就是按照左右旋转，前后仰俯，左右侧倾来组合的。

【X 线片】

【以正位，侧位，开口位片（注意：查看第一第二颈椎时用开口位片，拍侧位片时患者应稍抬头）较常用】

正位

1. 棘突：取直尺，将大多数棘突连成一线，偏移中线 3 毫米就有临床意义。此时是棘突移位方向就是复位时头的旋转方向。顺便说一下，腰椎的棘突移位方向就是侧卧位复位时候的在上面的方向，这点很重要。

2. 枢椎棘突呈山字型，尖处应该指在齿突内，在其外有意义。至于是第一颈椎还是第二颈椎旋转，则看大多数椎体的位置。

3. 双侧小关节间隙不对称，一侧有一侧无，提示旋转或侧移。

4. 环枢关节错位，可以看到环齿间隙不对称，环齿间隙显示一侧宽一侧窄，则此时椎体向窄侧旋转，棘突向宽侧旋转，此时复位时头的旋转方向应该向宽侧。

5. 环枢关节的“八”字影不对称。

6. 同一椎间隙不呈长方形，呈一侧宽一侧窄，提示侧倾。

侧位

1. 椎体双边征：（椎体上下缘有两条边），提示有旋转，若全部有，则说明体位的问题。

2. 小关节突双突征：（关节突出现两条边，）提示左右旋转。

3. 椎体后缘连线在某处中断，不呈连续的弧线，提示前后移位。这点在患者出现的临床症状上和 X 片上的病理部位比较吻合。不像其它一些 X 片征，可能未必是患者目前致病的部位。

4. 椎间隙狭窄：说明该处椎间盘退变。

5. 椎管矢径 $<11\text{mm}$ ，考虑脊髓受压， $<8\text{mm}$ 可以确定脊髓型颈椎病。

说明：双边征和双突征对椎体不稳有早期诊断价值。两种征像都因不稳导致椎体

我为人人，人人为我

旋转。侧位上由于椎体后缘无法重叠，而出现双边，小关节无法重叠出现双突征。过屈过伸位 X 片可以显示颈椎是否稳定。

【触诊】

体位：患者坐正，头和肩膀水平呈垂直。

手法：以拇指和中指张开呈爪状，作两侧对合触诊，指头以按压和滑移为主要手段。

1. 棘突：

有无偏歪（提示旋转）；有无棘突之间隙增宽（提示椎体有俯仰，有椎间盘突出、膨出可能，此点在腰椎的判断也十分有益处。当然还要加上引出压痛）；有无台阶感（滑脱可能）。

由于棘突有分叉，分叉后可能出现一叉大一叉小的情况，只能做参考。

2. 小关节突：

在棘突旁三厘米左右。有无凸凹（提示旋转）。

3. 横突：

在颈部两侧，第一颈椎侧突在乳突正下。

用拇中指两侧一起按压来判断是否有旋转移位。

【颈椎病】

临床我们一般将颈椎病按引起症状的椎体位置，分三段。所谓上颈段、中颈段、下颈段病变。

上颈段：C₁、C₂椎，症状以晕，枕后痛为主。治疗：以放松枕下肌群手法，C₁、C₂椎整脊为主。急性期强调固定。

中颈段：C₃、C₄椎，症状主要以肩酸胀，交感神经症状为主。推拿效果好。

下颈段：C₅、C₆、C₇椎，症状以上肢出现放射痛为主。牵引+整脊。

耄耋老者脑中风，续命汤剂显神奇

作者：ldaoyisheng

链接：<http://bbs.iiyi.com/thread-3238744-1.html>

患者，男，85岁。

因右侧肢体运动不灵活，伴言语不利4天，于2016年3月31日上午由其儿搀扶

我为人人，人人为我

专业交流

来诊。遂建议到医院做 CT，患者做完 CT 后执意回我诊所治疗。

刻诊：精神疲倦，意识清晰，走路稍不稳，家属搀扶，恶寒无汗，活动后易出汗。头晕，头痛不重，言语不清，稍有流涎，右上肢与下肢运动不灵活。右手肌力较左侧明显减退。无明显身痛不适，右眼睑轻微下垂，嘴角向左歪斜，不能吹口哨。口不渴，饮食无味，心下无胀满。无恶心、呕吐，无腹胀、腹痛，腹平软。小便清长，夜尿一次，大便软，一至两天一次。伸舌时舌体偏向右侧，舌质淡红，苔薄白，左脉浮弦，右脉细弱。有多年吸烟、饮酒史。

CT 提示：腔隙性脑梗塞、脑萎缩。

处方：《千金》小续命汤（一两按十五克折算）

麻黄 15 克、桂枝 15 克、粉防己 15 克、黄芩 15 克、生姜 50 克、炮附片（砂炒）15 克、防风 25 克、党参 30 克、赤芍 15 克、川芎 15 克、炙甘草 15 克。三剂，每日 1 剂冷水泡 1 小时后水煎一小时，分三次服。

2016-04-04 复诊：

右上肢明显较前灵活，言语较前也利索，稍流涎。精神可，饮食可。自诉服药后昨天开始小便次数增多，1-2 小时一次，量不多，不痛，但解小便有些费力。两小腿有些痉挛，疼痛不甚。有些乏力。嘴角略歪斜，舌偏不明显，舌质淡红，苔薄白。

处方：继续用上方，麻黄易黄芪 30 克、倍桂枝、芍药、川芎、甘草，加当归 15 克。

黄芪 30 克、黄芩 15 克、炮附片（砂炒）15 克、党参 30 克、川芎 30 克、生姜 75 克、桂枝 30 克、粉防己 15 克、防风 25 克、黑白芍 30 克、炙甘草 30 克、当归 15 克。五剂，每日 1 剂，冷水泡 1 小时后水煎 1 小时，分三次服。

取黄芪汤与芍药甘草汤意。

2016-04-09 三诊：

患者诉病情明显好转，言语非常清楚，肢体活动自如，稍觉乏力，精神稍疲乏，腰酸软，已不用拐杖，但右下肢走路时稍有跛行，腿未再发生痉挛性抽搐，饮食可，小便 5-6 小时一次，夜尿 1 次，大便正常。患者病情好转，但由于每日要抽一包烟，这几天感觉咽稍痒，早上起床咳吐黄稠痰。嘴无偏斜，舌体无偏，舌质淡红，苔薄白。左脉浮弦，右脉细弱欠力。

处方：大阳旦汤加炮附子、防风、川芎、信前胡。



黄芪 60 克、黑白芍 30 克、当归 30 克、防风 30 克、生姜 50 克、桂枝 30 克、党参 30 克、川芎 30 克、信前胡 30 克、炮附片（砂炒）10 克、炙甘草 20 克。五剂，每日 1 剂，冷水泡 1 小时后水煎 1 小时，分三次服。

2016-04-14 四诊：

咳嗽好转，早上已经无痰，下肢较前有力，说话语言清晰，不流涎，舌不偏，口角无偏斜。头不晕不痛，皮肤有微汗，双手肌力正常，右腿略有跛行，腿未再发生痉挛性抽搐。舌质红，苔白，微糙。双脉细弱软无力。

续方再进，剂量稍调整。

黄芪 60 克、黑白芍 20 克、当归 20 克、防风 30 克、桂枝 30 克、党参 30 克、川芎 30 克、信前胡 30 克、生姜 50 克、生附 3 克、炙甘草 20 克。五剂，每日 1 剂，冷水泡 1 小时后水煎 1 小时，分三次服。

患者自认为已经康复，不想再服汤药，给予脑络通胶囊 2 瓶（成份以黄芪，川芎为主），嘱其服完汤药后再服。

最近补充回访：

2016 年 5 月 14 日自己独自来测量血压，精神状态好，四肢活动灵活，但走路时感觉有些向前倾，劝其继续服用中药，患者不同意，再次给予脑络通胶囊 2 瓶口服。

2016 年 7 月 27 日，其子因腰痛来诊，问及现在情况，言老人现在情况不错，无明显不适，每天出门玩牌，不用拐杖，基本痊愈。

杏苏止嗽汤治疗凉燥咳嗽经验

作者：张仲景 197810

链接：<http://bbs.iiyi.com/thread-1936011-1.html>

【组成】

杏仁 15 克、苏叶 15 克、甘草 5 克、桔梗 10 克、枳壳 10 克、法半夏 15 克、陈皮 15 克、茯苓 15 克、荆芥 10 克、前胡 15 克、炙紫苑 15 克、炙款冬花 15 克、炙百部 15 克。

【功用】清宣凉燥，理肺化痰，疏风止咳。

【疗程】3 天见效，7 天治愈。

我为人人，人人为我

专业交流

【主治】

深秋气冷，感受凉燥，肺失宣降之外感凉燥咳嗽。症见咳嗽痰稀，咽痒而干，恶寒无汗，舌苔薄白。

【方解】

本方由杏苏散合止嗽散加减而成，《素问·至真要大论》云：“燥淫于内，治以苦温，佐以甘辛。”方中苏叶宣散凉燥，合杏仁降利肺气，两药合用轻宣凉燥、理肺化痰，炙百部为君药；紫苑、炙款冬花止咳化痰，荆芥疏风解表，以祛在表之余邪；桔梗开宣肺气，枳壳、前胡降气化痰，一升一降，以复肺气之宣降；法半夏、陈皮、茯苓燥湿化痰、行气止咳；甘草调和诸药，合桔梗利咽止咳。全方合用具有清宣凉燥，理肺化痰，疏风止咳之功。

【加减】

1. 若咳嗽较甚者，加白前 15 克、浙贝 15 克，化痰止咳；
2. 若咽痒甚者，加牛蒡子 15 克、蝉蜕 15 克，祛风止痒；
3. 若咽干甚者，加麦冬 15 克、玄参 15 克，滋阴润燥；
4. 若鼻塞声重者，加辛夷 15 克、苍耳子 10 克，宣通鼻窍。

【医案】

贾某某，男，15 岁，初诊日期：2011 年 1 月 14 日。主诉：咳嗽 15 天。现病史：患者近日感冒，西药治疗后鼻塞流涕、发烧咽痛缓解，但咳嗽持续未减，故求诊于中医。刻诊：咳嗽痰白，咽痒恶寒，自述家里暖气热，空气干燥，舌质淡苔薄白，脉沉滑。辨证：风寒外袭，肺失宣降之咳嗽。方药：杏仁 15 克、苏叶 15 克、甘草 5 克、桔梗 10 克、枳壳 10 克、法半夏 15 克、陈皮 15 克、茯苓 15 克、荆芥 10 克、白前 15 克、前胡 15 克、炙百部 15 克、炙紫苑 15 克、炙款冬花 15 克、大贝 15 克，服药 3 剂而愈。

按语：现在生活水平好了，屋里暖气热，空气干燥，年轻爱美，穿的又少，很容易出现外感凉燥咳嗽，此方很实用！

责任编辑：修竹临风

编辑：宇宙旋风、砭艾、草原民间中医、xiwang001han

我为人人，人人为我

第三部分——识草药

白花映山红

别名：白映山红、白艳山红、白花杜鹃。

来源：杜鹃花科植物白花杜鹃的干燥根茎，主产于江苏、浙江、江西、福建、广东、广西、四川和云南；日本、越南、印度尼西亚、英国、美国广泛引种栽培。



形态：半常绿灌木，高1~3米；幼枝开展，分枝多，密被灰褐色开展的长柔毛，混生少数腺毛。叶纸质，披针形，长2~6厘米，宽0.5~1.8厘米，先端钝尖至圆形，基部楔形，上面深绿色，疏被灰褐色贴生长糙伏毛，混生短腺毛，中脉、侧脉及细脉

我为人人，人人为我

专业交流

在上面凹陷，在下面凸出或明显可见；叶柄长 2~4 毫米，密被灰褐色扁平长糙伏毛和短腺毛。伞形花序顶生，具花 1~3 朵；花梗长达 1.5 厘米，密被淡黄褐色长柔毛和腺头毛；花萼大，绿色，裂片 5，披针形，长 1.2 厘米，密被腺状短柔毛；花冠白色，

有时淡红色，阔漏斗形，长 3~4.5 厘米，5 深裂，裂片椭圆状卵形，长约与花冠管等长，无毛，也无紫斑；雄蕊 10，不等长，花丝中部以下被微柔毛；子房卵球形，5 室，长 4 毫米，直径 2 毫米，密被刚毛状糙伏毛和腺头毛，花柱伸出花冠外很长，无毛。蒴果圆锥状卵球形，长约 1 厘米。花期 4~5 月，果期 6~7 月。

栽 培：白花杜鹃喜凉爽湿润的气候，恶酷热干燥。要求富含腐殖质、疏松、湿润的弱酸性土壤。部分种及园艺品种的适应性较强，耐干旱，对光有一定要求，但不耐曝晒，夏秋应有落叶乔木或荫棚遮挡烈日，并经常以水喷洒地面。

性味功能：味辛、甘；性温。和血散瘀、止咳化痰。

用 途：用于吐血，便血，痢疾，崩漏，咳嗽，跌打损伤。

用法用量：内服 15~30 克，外用适量。

经验鉴别：根呈细长圆柱形，弯曲，有分枝。长短不等，直径约 1.5 厘米，根头部膨大，有多数木质茎基。表面灰棕色或红棕色，较光滑，有网状细皱纹。木质坚硬，难折断，断面淡棕色。无臭，味淡。

乌药

别 名：台乌、矮樟、香桂樟、铜钱柴、班皮柴。

来 源：樟科植物乌药的干燥块根。主产于安徽、江苏、浙江、福建、台湾、广东、广西、江西、湖北、湖南、陕西等地。

形 态：常绿灌木，高可达 5 米，胸径 4 厘米；树皮灰褐色；根有纺锤状，一般长 3.5~8 厘米，直径 0.7~2.5 厘米，外面棕黄色，表面有细皱纹，有香味，微苦。幼枝青绿色，具纵向细条纹，密被金黄色绢毛，后渐脱落，老时无毛，干时褐色。顶芽长椭圆形。叶互生，卵形，通常长 2.7~5 厘米，宽 1.5~4 厘米，有时可长达 7 厘米，先端长渐尖，基部圆形，革质，上面绿色，有光泽，下面苍白色，幼时密被棕褐色柔毛，后渐脱落；叶柄长 0.5~1 厘米，有褐色柔毛，后毛被渐脱落。伞形花序腋生，无

我为人人，人人为我



总梗，每花序有一苞片，一般有花7朵；花被片6，近等长，外面被白色柔毛，内面无毛，黄色，偶有外乳白内紫红色；花梗长约0.4毫米，被柔毛。雄花花被片长约4毫米，宽约2毫米；雄蕊长3~4毫米，花丝被疏柔毛，第三轮的有2宽肾形具柄腺体，着生花丝基部，有时第二轮的也有腺体1~2枚。雌花花被片长约2.5毫米，宽约2毫米；子房椭圆形，长约1.5毫米，被褐色短柔毛，柱头头状。果卵形，长0.6~1厘米，直径4~7毫米。花期3~4月，果期5~11月。

栽 培：生于荒山灌木林中或高草丛中，喜阳光充足、土壤肥沃处。

性味功能：味辛、温。用于行气止痛、温肾散寒。

用 途：主胸胁满闷，脘腹胀痛，头痛，寒疝疼痛，痛经及产后腹痛，尿频，遗尿。

用法用量：内服5~10克。

经验鉴别：乌药片为横切圆形薄片，厚1~5毫米，或更薄，切面黄白色至淡棕黄色而微红，有放射状纹理和年轮。质脆。以个大、肥壮、质嫩、折断面香气浓郁者为佳。



编 辑：王颖健

责任编辑：金陵一剑

发作性意识丧失一例

作者: xzp_dragon

链接: <http://bbs.iiyi.com/thread-3250250-1.html>

●病历摘要:

一般资料: 患者女, 63岁, 城镇居民。

主诉: 发作性意识丧失6小时

现病史: 患者于6小时前进餐时自觉胸闷不适, 随即出现意识丧失, 瘫倒在座位上, 伴有小便失禁, 症状持续数秒钟后意识恢复。发作前无头痛、头晕、视物模糊, 患者对发作前有记忆, 对发作过程无记忆。否认头痛、头晕, 否认视物旋转、复视、无肢体麻木、肢体抽搐、肢体瘫痪, 无腹痛、返酸、恶心呕吐。为进一步诊治而来我院。近日无发热, 无咳嗽、咳痰, 无腹泻, 饮食、夜眠欠佳, 二便正常。

既往史: 高血压病史10余年, 血压最高达180/100mmHg, 平素口服降压药物(硝苯地平缓释片)治疗, 血压控制尚可, 近日未调整降压药, 今晨正常服降压药, 未测血压。脑梗塞病史10余年。冠心病病史6年, 平素有胸闷、心悸、气短。糖尿病病史3年, 1年前应用胰岛素降糖, 血糖控制不佳。双膝关节骨质增生病史多年, 否认药物过敏史。

体格检查: 体温: 36.5℃; 脉搏: 80次/分; 呼吸: 18次/分; 血压: 140/80mmHg, 意识清楚, 精神尚可, 言语清晰, 问答合理, 查体合作。皮肤及黏膜无苍白及出血点。眼球运动自如, 无视野缺损, 无复视, 无眼震, 双瞳孔等大等圆, 直径约3.0mm, 对光反射灵敏。额纹及鼻唇沟对称。口唇无紫绀, 伸舌居中。颈静脉无怒张, 气管居中, 甲状腺不大。双肺叩诊清音, 呼吸音清。心前区无隆起, 无震颤, 心界不大, 心率94次/分, 律齐, 各瓣膜听诊区未闻及杂音。腹部平软, 无胃肠型及蠕动波, 无肌紧张, 无压痛及反跳痛, 肠鸣音正常。各关节无红肿, 双下肢活动受限, 双下肢无水肿, 双侧足背动脉搏动可触及。四肢肌力5级, 肌张力正常, 指鼻试验稳准, 深浅感觉对称正常, 双下肢腱反射减弱, 双侧巴彬斯基征阴性, 颈无抵抗, 克匿格氏征阴性。

辅助检查:

血常规: 白细胞 $10.4 \times 10^9/L$, 其余各项正常。二日后复查, 均正常。

尿常规: 正常。

血离子: 正常; **肾功:** 尿素 9.44mmol/L、肌酐 90umol/L; 肌钙蛋白阴性; **肝功:** 正常; **血脂:** 甘油三酯 5.23mmol/L, 总胆固醇 5.51mmol/L, 高密度脂蛋白胆固醇

0.88mmol/L，低密度脂蛋白胆固醇 3.9mmol/L（高）。

空腹血糖：13.4mmol/L、餐后 2 小时血糖：25.4mmol/L。

心电图：窦性心律，电轴不偏；动态心电图：窦性心律，频发室早、部分导联部分时段 ST-T 改变。

头部 CT：多发腔隙性脑梗塞，部分软化灶形成，脑白质脱髓鞘改变，脑萎缩。胸片正常。

●初步诊断

1. 晕厥原因待查，血管运动性晕厥？
2. 高血压病 3 级，极高危；
3. 冠心病，心肌缺血；
4. 2 型糖尿病；
5. 高脂血症；
6. 脑梗塞后遗症。

讨论：

1. 晕厥发生时正在进餐，能否考虑为进餐诱发的晕厥，谈谈您的意见？
2. 肾功检查尿素氮和肌酐均轻度升高，而两次尿检尿蛋白均正常，说明什么？

●临床讨论：

Aishengzhong:

进餐时颈部活动对双侧椎动脉产生牵拉，如病人有高血压、糖尿病等基础疾病，椎动脉内膜受损可造成短暂性脑缺血发作；突发心律失常亦可引发短暂脑缺血。但此病应排除局灶性癫痫发作。肌酐、尿素氮高，而尿检蛋白正常，说明尿蛋白与肾功能损伤不平行，应查尿微量蛋白、胱抑素。有的人肾功能明显低下，而尿蛋白一直在正常值内，可能为肾间质损伤。

秋土：

晕厥为进餐时发生，持续时间短，无逆行性遗忘，无头痛，无肢体偏瘫，这些都表明非脑源性，也非低血糖，尽管病人在用胰岛素，可能会出现餐前低血糖，但一般低血糖引发的症状不会仅仅持续数秒钟，发作前有胸闷，所以考虑是吞咽性晕厥。

大布朗：

1. 与进食无关，短暂性晕厥伴有胸闷、小便失禁、频发室早，考虑心律失常所致短暂性脑缺血发作；
2. 肌酐、尿素氮轻度升高，尿蛋白正常，可考虑肾前性肾功能异常，可能为少食、

病例讨论

少水引起。

●临床诊断

1. 晕厥原因待查，血管运动性晕厥？
2. 高血压病 3 级，极高危；
3. 冠心病，心肌缺血；
4. 2 型糖尿病；
5. 高脂血症；
6. 脑梗塞后遗症。

●总结

跟进餐相关的晕厥，可能的原因：

- 一、内脏血流重新分布。
- 二、血压调节反应迟缓。

病理生理过程：各种原因导致的自主神经功能异常，比如糖尿病导致神经功能受损；动脉粥样硬化导致感受器调节下降；心脏疾病致心力衰竭等。在胃排空加快，腹腔脏器血流增加时，机体不能有效代偿，最终结果都是脑灌注下降，发生晕厥。可见于健康老人、高龄老人，高血压患者更易发作，包括降压药物相关疾病如糖尿病、帕金森、心血管疾病、心衰、自主神经病变、瘫痪、多系统变性等。我还观察过几例餐时饮酒相关的意识障碍，发病机理类似。需要注意跟心源性晕厥、TIA、癫痫等相鉴别。

肾功轻度异常首先跟灌注不足导致肾前性损害有关，但是同时发生 BUN、Cr 异常，应该排除肾功能损伤。根据公式计算肌酐清除率（女性，63 岁，62 公斤，肌酐 90），55.4ml/min，属于轻度肾功能受损。

腹痛、腰背痛伴呕吐、发热一例

作者：anne 医生

链接：<http://bbs.iiyi.com/thread-3224583-1.html>

●病历摘要：

一般资料：患者，男，68 岁，身高 165cm，体重 45kg，农民。

主诉：剧烈呕吐、腹痛伴腰背痛 1 天，发热 2 小时

现病史：患者于1天前活动后出现腹痛、呕吐，腹痛为发作性疼痛，阵发性加剧。腹痛初以脐周部为著，伴腰背部疼痛，蜷曲侧卧位可减轻，伴呕吐，呕吐呈非喷射状，均为所进食物或胃黏液样物，无咖啡色样液体，共计5次，呕吐量较多。当地卫生院诊断为“急性粘连性肠梗阻”，给予“禁食、胃肠减压、输液、解痉止痛、对症支持”等治疗，症状无缓解。2小时前出现发热，体温达38.9℃，为求进一步诊治来我院，门诊完善检查后收入院。患者否认暴饮暴食史，未排大便，小便1次，量少，色黄。

既往史：有阑尾炎手术史。否认高血压、冠心病、糖尿病史，无返酸、嗝气、上腹痛史，无输血史。

个人史：生于原籍，未到外地久居或旅游。生活欠规律，有烟酒嗜好40余年，吸烟约每日1包，饮酒每日3~4两。余无特殊病史。

家族史：否认家族性、遗传性疾病病史。

体格检查：体温：38.5℃；脉搏：108次/分；呼吸：25次/分；血压：110/70mmHg。老年男性，发育正常，营养一般，被动体位，查体合作。全身皮肤无黄染及出血点，浅表淋巴结未触及肿大。头、面、颈无异常。心肺未见异常。腹部稍膨隆，腹壁静脉不显露，未见胃肠型，右下腹部有一手术疤痕，腹胀、全腹压痛，肌紧张，反跳痛不明显，未触及包块，肝、脾肋下均未触及，肝区及双肾区无叩击痛，移动性浊音(+)，可闻及气过水声，肠鸣音正常。肛门及外生殖器无异常，脊柱四肢无畸形，双下肢无水肿。双侧布氏征、克氏征、巴彬斯基征阴性，余未发现异常。

辅助检查：

血常规+CRP：WBC： $18.9 \times 10^9/L$ ，N：86.50%，L：22.30%，Hb：107g/L，PLT： $248 \times 10^9/L$ ；hs-CRP：30.5mg/L（0.0-5）。

随机血糖：5.60mmol/L；血型：O型；粪常规无标本；尿常规：（-）。

腹水常规提示渗出性腹水。

床边腹部X线平片：胃和十二指肠胀气，小肠胀气不明显，但可见2个小液平面。

心电图：窦性心动过速。

腹部彩超：未发现异常。

●**初步诊断：**粘连性肠梗阻。

入院后完善检查，继续禁食、持续胃肠减压、输液、抗感染、对症支持治疗，病情不见好转，积极术前准备，拟行手术治疗。

讨论：

病例讨论

1. 本例除考虑粘连性肠梗阻外，可能的病因是什么？
2. 明确诊断还需哪些检查或处置措施？
3. 有无手术指征？怎样确定手术方式？

●临床讨论：

jjmjZy:

1. 除粘连性肠梗阻(阑尾炎术后)外，应排除急性重症胰腺炎、尿路结石、肿瘤等。
2. 进一步完善CT、电解质、淀粉酶、血气分析、肿瘤标志物等检查。
3. 根据腹水等情况考虑进行手术治疗。

逍遥散人 6:

患者既往有阑尾炎手术病史，可导致肠粘连性肠梗阻。该患者发热、呕吐、腹痛、血象升高，不排除胰腺炎、泌尿系结石。需进一步查腹部CT明确诊断，暂不要手术治疗。

sxk810:

病史要点:

1. 症状：a. 呕吐（阵发非中枢性），b. 腹痛（定位不清），c. 发热（先痛再发热，外科病特征）；
2. 病史：吸烟史、阑尾切除术史；
3. 查体：全腹压痛但无反跳痛，肌紧张，腹水征（+）；
4. 辅检：腹平片示两个气液平但小肠积气不多；渗出性腹水；WBC: $18.9 \times 10^9/L$ ，N: 86.50%。

分析意见:

一、就腹痛、呕吐特点而言，有以下几个思路：

1. 肠梗阻：病例中已经提及；
2. 急腹症其它类：胃肠道穿孔（本例无膈下游离气体不考虑）；胰腺炎（多为脐上部位至全腹疼痛，反跳痛明显，本例不像）；胆石症（多有腹痛、发热、黄疸，且多无全腹痛，此病全腹痛少见）；尿石症（泌尿系症状为主，本例可能性亦不大）；综上所述急腹症除肠梗阻外，其余可能性不大。

3. 循环系统：a. 心绞痛（多表现于胸骨下压榨痛，历时短，无全腹痛，本例不支持）；b. 心梗（心电图不支持）；c. 腹部动脉血栓（要警惕，因为患者有吸烟史，且

年龄 65 岁，有高危因素；但本例血小板正常，暂不支持，须复查，同时腹部血管造影或彩超可助鉴别）；d. 动脉夹层（无持续性剧痛，可排除）。

4. 过敏性紫癜腹型：就病例现有资料，本病尚应在考虑之列，符合点：腹痛定位不清，血象高或正常，有渗出性病变。

5. 肠道疾病还应注意的有：肠系膜动脉栓塞、过敏性紫癜。

进一步检查：腹部 CT、选择性肠系膜血管造影、多部位血管彩超。

建议先尝试性应用激素及抗组胺药，如血管有异常使用抗栓、活血药，如无好转再考虑是否手术。

shfr_ssmu:

从临床特征分析：患者腹痛伴腰背痛，蜷曲侧卧位可减轻，提示病变位于腹膜后，故重点考虑胰腺和血管疾病。

首先排查急性胰腺炎，查血、尿淀粉酶。该患者抽过腹水，腹水淀粉酶也可查一下。如果有条件，还可查脂肪酶以及上腹部 CT。如果急性胰腺炎诊断成立，还要区分轻症还是重症，两者预后有很大差别。提示重症胰腺炎的线索有：全腹压痛明显，伴腹肌紧张、反跳痛；血、尿淀粉酶骤降；血钙降低；血糖高；腹水淀粉酶高。重症胰腺炎部分具有手术指征，但手术风险也较大。现在血液净化治疗的指征逐渐扩大，重症胰腺炎也已列为 CRRT 的指征之一，其原理主要是清除炎症介质，缓解全身炎症反应综合征（SIRS）。

至于血管疾病，主要是排除主动脉夹层。该患者否认高血压史，但长期吸烟，生活欠规律，不排除未发现的高血压，查体时可测双侧血压甚至四肢血压，必要时行主动脉 CTA 鉴别。

ww2sxy520:

1. 患者既往有阑尾切除手术史，很容易想到手术后肠管粘连导致肠梗阻，但本患者肠梗阻有其特点：68 岁老年男性，活动后起病，开始时为腹痛、呕吐。腹痛呈发作性疼痛，阵发性加剧，腹痛初以脐周部为著，伴腰背部疼痛。疼痛发作时与体位有关，蜷曲侧卧位可减轻。伴呕吐，呕吐呈非喷射状，均为所进食物或胃黏液样物，无咖啡色样液体，考虑“急性粘连性肠梗阻”给予“禁食、胃肠减压、输液、解痉止痛、对症支持”等治疗，症状无缓解，病情进展快，于入院 2 小时前出现发热，体温达 38.9℃，查体时有腹腔积液，腹水为渗出性，加之血白细胞计数、中性粒细胞计数明显升高，

病例讨论

提示肠坏死或者感染，此时肠鸣音正常。鉴于以上特点需要考虑肠系膜静脉血栓、肠套叠、小肠憩室。

2. 明确诊断还需检查或处置措施：腹部增强 CT。

3. 目前患者出现腹腔渗液，不排除发生感染或者肠管坏死，具备手术探查指征，可行腹部增强 CT 及充分准备后手术探查。

● 临床分析

本例患者既往有阑尾炎手术史，此次的临床表现与肠梗阻特点相符，诊断粘连性肠梗阻成立。经积极保守治疗，腹痛不缓解，进一步分析引起肠梗阻的病因如下：患者以腹痛、呕吐为主要表现，临床考虑粘连性肠梗阻保守治疗无效，后期出现腹腔渗出，虽床边 X 线表现不典型，但后期出现发热与腹腔渗出的体征，不能排除绞窄性肠梗阻可能；其次，患者的腹痛与体位有关，且伴腰背部痛支持绞窄性肠梗阻。

临床除考虑上述因素外，还需考虑可能存在其它原因。本例蜷曲侧卧位疼痛减轻的特点与腰背部放射痛似乎提示患者胰腺、小肠、腹内疝或脊柱源性腹痛的可能，但患者肝、胆、胰、脾彩超未见异常，胰腺疾病可除外。而后期腹腔渗出征的存在，不支持诊断为脊柱源性腹痛。

最后，值得注意的是患者此次发病在活动后，一系列表现提示腹腔内疾病指向性强，所以需进一步排除腹内疝和小肠疾病，结合患者腹痛特点与体位特征，不能除外由于肠梗阻发生绞窄或肠扭转的可能。另外，患者为老年人，还需注意排除隐匿性消化道肿瘤的可能。

● 临床诊断：肠粘连伴小肠扭转。

入院后完善检查，继续禁食、持续胃肠减压、输液、抗感染、对症支持治疗，病情不见好转，积极术前准备，行剖腹探查手术。术中见肠粘连和小肠扭转，仔细检查未发现肠管坏死，遂行小肠扭转复位和粘连松解术。术后诊断为肠粘连伴小肠扭转。

● 总结

本病以粘连性肠梗阻为特点，于活动后出现腹痛、呕吐，伴腰背部牵涉痛，随着时间的推移，出现发热、腹腔渗出征，保守治疗无效，有剖腹探查指征。经外科手术得以确诊，并得到及时有效治疗，所幸病程短，尚未发生肠管坏死。本例提示临床上有关手术指征的病人应该积极准备手术，争取早做手术，以避免严重并发症的发生。

小肠扭转是指小肠袢沿其肠系膜纵轴顺时针或逆时针方向扭转超过 180° ，使扭转肠袢的两端及肠系膜血管均受压，肠管发生完全或部分闭塞和血运障碍，从而形成

闭袢性绞窄性肠梗阻。小肠扭转发生后是否有肠梗阻的表现，还与发生扭转的肠袢长短和扭转的度数有一定的关系。一般而言，扭转的肠袢短小更容易出现梗阻，而肠袢较长时，一般需要扭转 $180^{\circ} \sim 360^{\circ}$ 以上时才会造成梗阻。小肠扭转发生后其系膜也随之发生扭转，肠系膜血管被扭曲压迫，影响肠袢的血运，容易发生肠穿孔和腹膜炎。

小肠扭转表现为急性机械性肠梗阻症状，常有饱食后剧烈活动等诱发因素。表现为突然发作剧烈腹部绞痛，多在脐周围，常为持续性疼痛阵发性加重；腹痛常牵涉腰背部，病人往往不敢平仰卧喜取胸膝位或蜷曲侧卧位；呕吐频繁，早期腹胀不明显，压痛较轻，无明显腹肌紧张和反跳痛；可以没有高亢的肠鸣音，随着时间的推移腹胀明显并逐渐加剧，有时呈不对称性腹胀，腹部压痛和肌紧张。腹部有时可扪及压痛的扩张肠袢。白细胞升高：白细胞明显升高 ($>15 \times 10^9/L$) 可于早期出现，这可能是肠缺血痉挛引起的一种应激反应。腹部 X 线平片可见小肠普遍胀气和多个液平面，有时可见假肿瘤征、车轮状或花瓣样小肠影或出现空、回肠换位征但如果全小肠扭转，则可能仅见胃和十二指肠胀气，小肠积气不明显，或仅偶见小液平面。CT 扫描：典型者显示闭袢型肠梗阻，闭袢内肠管扩张、充气明显，有液平面，根据肠粘连形态，可判断空肠、回肠位置发生了置换。在不同层面可出现“C”字形肠袢或“咖啡豆”征，肠内积液多也可出现“假肿瘤”征。扩大肠袢壁薄，皱襞细少，呈绞窄缺血改变，增强后闭袢肠管如绞窄重往往肠壁强化不足或不强化。肠系膜水肿肠系膜静脉回流受阻而扩张，并可见肠系膜连同其血管纠集、扭曲，形成旋涡状称“旋涡”征。在病程的早期可先试行非手术疗法但在大多数情况下，尤其是病情较重或有腹膜刺激征则应及时采取手术治疗。手术进腹后首先将因扭转而膨胀的肠袢挽出切口外，仔细检查其系膜扭转的方向和扭转程度，并判断肠袢的生机，再依据其肠管的生机决定手术方式。有两种基本术式：(1) 小肠扭转复位术：复位前先行减压，一方面可避免膨胀的肠袢在复位时发生破裂，另一方面可以减少肠内容物中毒素吸收。复位时将扭转的肠袢按其相反方向回转复位。复位后如肠管血运恢复，无坏死则需进一步解决复发的问題；如移动性盲肠可固定于侧腹壁，乙状结肠过长部分折叠固定于降结肠内侧。(2) 肠切除吻合术：确定肠袢已坏死无疑，应先阻断已坏死肠管的血管，再行复位切除以阻止肠腔内毒性物质吸收。肠切除术后所留小肠过短时将会出现严重的病理生理紊乱——短肠综合征。因此，需要做小肠广泛切除时应持特别慎重的态度，尽可能多地保留哪怕 1cm 的小肠。如病人情况尚好，可做一期肠切除吻合。

责任编辑：yjb5200120

编辑：绿漫天涯、刘现国

医疗资讯

北京大医院预约最热门的科室出炉

北京大医院预约最热门的科室是哪些?预约最佳时间是几点?运行了七个多月的京医通预约挂号平台日前给出了答案。截至 2016 年年底,京医通卡累计发放 835 万张,关联社保卡 119 万张,线上平台 2016 年的累计挂号量为 443 万人次,线上平台的日最高挂号量为 46560 人次。在热门预约科室前十名中,北京口腔医院、北京妇产医院和同仁医院占据了 80%。

药师立法,已经启动,用药将有法律监督

药师在促进临床合理用药,保障药物质量和合理使用方面具有重要作用。国务院医改办专职副主任、国家卫生计生委体改司司长梁万年 1 月 25 日在国新办举行的政策吹风会上表示,我国已正式启动药师法立法工作。全国人大已将药师法列入立法计划,正会同有关部门开展相关研究,进行前期调研准备,将按照有关要求,充分听取各方面的意见和建议,加快推动药师法立法进程。

卫计委:对规培医生 3 万元/人/年进行补贴

中央财政将会每年每人 3 万元对进行住院医师规范化培训进行补贴,国家卫生计生委科技教育司副司长金生国透露,未来补助机制将成为经常性的。截至目前,中央选定了 559 家首批住院医师规范化培训基地,投入 18 亿元,投入 5800 余万元专项资金轮训师资 2 万人。目前,全科医生仅有 17 万左右。前不久,卫计委印发的《十三五全国卫生计生人才发展规划》中提出,全科医生计划到 2020 年需达 30 万人医生,缺口达 13 万人。

二级以上医院要尝试按病种收费

近日,国家发改委、国家卫生计生委、人社部联合发出的《关于推进按病种收费工作的通知》要求,各地进一步扩大按病种收费病种数量,鼓励将日间手术纳入按病

种收费范围。各地二级及以上公立医院都要选取一定数量的病种实施按病种收费，城市公立医院综合改革试点地区 2017 年年底前实行按病种收费的病种不得少于 100 个。各地要抓紧制定实施细则，于 2017 年 6 月底前向社会公布并组织实施。

国家卫计委：暂停办理大型医用设备配置许可

国家卫计委称，按照国务院行政审批制度改革部署和要求，大型医用设备配置许可由非行政许可调整为行政许可，目前卫计委正在履行新设许可程序。按照国务院医改相关要求，在履行新设许可程序期间，暂停办理大型医用设备配置许可。在暂停办理大型医用设备配置许可期间，医疗机构申请放射诊疗许可时，暂不需提交大型医用设备配置许可证明文件。

饶毅痛批中药注射剂：这是伪科学！谋财害命！

1 月 15 日，北京大学讲席教授、未来论坛科学家委员会委员、北京生命科学研究所以资深研究员、中枢神经科学领域专家饶毅教授在网易未来论坛现场痛批中药注射剂。他认为，现在有一批中药厂要大量向全国推销中医注射剂，这不仅把西医要求的科学检验绕过去，也把中医要求的不能大量推广绕过去，这种做法是一个商人做法，这是伪科学，是为了谋财害命。事实上，自诞生以来，中药内核、西药剂型的中药注射剂品类就一直遭遇着信任与安全的不断挑战。

国家将为医生等 14 种职业建立红黑名单制度

今年，守信者将获得更多实惠，失信者将更加寸步难行。国家发改委相关负责人透露，2017 年，个人诚信体系建设将掀起高潮。要加快建立医师、房地产中介、导游等 14 类重点职业人员信用记录。同时，在全国范围建立和完善信用红黑名单制度。列入黑名单的失信人将遭遇联合惩戒。国家发改委透露，据不完全统计，全国法院累计公布失信被执行人 644.52 万例，民航部门限制购买机票 576.62 万人次，铁路部门限制购买列车软卧、高铁和其他动车组一等座以上车票 207.23 万人次。工商部门限制担任各类企业法定代表人、董事、监事、高级管理人员 7.1 万余人次。

哮喘儿童更容易肥胖

该研究于 1 月 20 日发表在《美国呼吸道与危重护理医学杂志》，其结果表明，哮喘发作时使用哮喘吸入器的儿童患者肥胖的可能性减小 43%。“及早诊断和治疗哮喘也阻止儿童时期肥胖流行，”该研究的高级作者、南加州大学凯克医学院预防医学教授 Frank Gilliland 表示，“哮喘和肥胖呈恶性循环，二者相互影响。我们的研究结果还发现，哮喘吸入器可帮助儿童患者预防肥胖。虽然这一结果仍有待进一步研究，但有趣的是，研究说明体育锻炼和其它哮喘药物都与之无关。”

英国研究：医院太嘈杂可引发或加重老人痴呆

医院候诊室乱糟糟的嘈杂容易让老人陷入谵妄状态，可能引发老人痴呆或加重痴呆症老人病情。伦敦大学学院和剑桥大学研究团队跟踪调查近 1000 名 65 岁以上老人 10 年认知状况，包括记忆能力、思维能力和谵妄发作史等，经老人同意在他们去世后解剖大脑。结果显示，大脑受损者会出现痴呆症迹象，而谵妄的痴呆症患者大脑记忆区域受损最严重。

新针刺麻醉心脏手术研究结论获国际认可

近日，美国权威心脏病学综合性杂志《国际心脏病杂志》刊登了上海中医药大学附属曙光医院周嘉等医生撰写的《当代中国针刺麻醉心脏直视手术》论文，由于该杂志的影响因子达到 6.802，该篇论文成为了近五年来 SCI 收录论文中关于针刺麻醉临床型研究排名第一的文章。由于该论文中涉及的研究不仅再次证明了针刺麻醉的真实有效，而且对于减少术后并发症和降低医疗费用的程度进行了准确统计，使得同样面临日益高涨医疗费用问题的诸多国际同行投来关注的目光。

责任编辑：永恒流星

医者，当有悬壶济世的仁心

作者：清澈 1975

链接：<http://bbs.iiyi.com/thread-3377776-1.html>

难得的春节假期，陪家人踏上旅途的列车，对面卧铺一位花季少女却突然癫痫发作，四肢抽搐，双眼凝视，口吐泡沫……

请注意，这不是一个假定的故事情节，这是大年初二发生的一件真实事情！

对面的他没有丝毫犹豫，立刻上前去枕平卧，压迫人中、下关，清理吐出物，避免舌咬伤，两分钟左右缓解，随安抚家属情绪。

然而事情还没结束，患者癫痫反复发作，随身带的针灸针也用上了，一分钟内可快速控制，但预防不了复发，家属没有带癫痫药物，考虑癫痫持续状态，嘱家属下站下车就医。

爱出者爱返，假日里感受到医护同行这浓浓的正能量，心里倍加温暖！

试想一下，作为医者的我们，如果遇到这样突发状况，是否会怕惹麻烦而选择独善其身？还是像他这样，医者仁心，舍我其谁！这样的选择多少会有些纠结吧？

我们都知道，癫痫持续状态是一种很凶险的急症，很可能危及生命，处理不好的话，会对医患关系产生隐患，何况还是在条件有限的列车上！

现在您一定很想知道，故事主人公的那个“他”是谁吧？

他是我的一位神交已久却从未谋面的网友，爱爱医论坛一位优秀的版主——绿漫天涯。

我和他相识在爱爱医，用四区超版标哥的话说，绿漫版主专业基础深厚，文笔造诣精湛，人品更是出类拔萃！



为医者，当有这有的胸怀，为医者，当有这样的仁心！

这张照片是他在春节休假之际，朋友圈里发的一个图片，可以清晰的看到：悬壶济世四个大字，他确实确实也做到了。

让我们祝福那个 17 岁的姑娘，早日转危为安，同时，我们也应为勇于伸出援手的绿漫兄弟，点赞！！

还好我没放弃

作者：菊娃娃

链接：<http://bbs.iiyi.com/thread-3264440-1.html>

有很多时候，生命若梦，回首处，梦过嫣然。

转眼一年过去了，曾觉得自己的日子过得很乱、很乱，曾绝望的想要放弃这一切，也曾一个人撕心裂肺的哭泣……可这一刻我想说的是：终于等到你，还好我没放弃！

回想一年前犹豫不决，每天心不在焉，每天浑浑噩噩，日复一日不见光明的日子，虽然我现在也不见得过得多好，虽然我还是一个人在打拼，累了只能一个人默默回家，委屈了只能一个人悄悄擦干眼泪，病了只能一个人挣扎着给自己倒水，还要承受对孩子、对家人的思念之苦，偶尔还会听到别人跟我说“你那边干得好好的，过来干嘛啊？”以前我会说着种种原因：为了孩子将来在这边上学啊；因为那边干得没劲儿啊；因为过来才有希望嘛……而现在我只能“呵呵……”

没错，10 个月前我正式从县医院辞职了，放弃了编制，还赔了钱，离开了家人，来到了现在的医院，一所三甲医院，州内最好最大的医院。在亲人、同事和朋友的质疑下，我毅然的离开了那个我工作了 5 年的地方，离开了那个我从来没有想过要扎根的地方。一年多以前，我曾整夜整夜的思考自己到底要不要离开，那时候如果要问我为什么想要离开，我会有无数个理由，可是我现在好像都忘了，现在，我只知道，我不后悔！

说说离开后的生活吧！我是一个不善于表达，不爱说话，甚至有些自闭的人，在不熟悉的人面前，更是没有话说。以前的科室三、四个人，到了新的环境，我甚至不知道该怎么和大家相处，还好在科室里有实习时带过我的老师，可是面对那么多新同事，我还是觉得不自在。我只能告诉自己“爱笑的人运气都不会太差”，所以不管是

对谁，我都会微笑着打招呼，我尊重每一个人，包括打扫卫生的阿姨。熟悉了一个星期就让我跟着二线老师值班了，第一个夜班忐忑的折腾了一夜，各种急诊病人，后来还做了一个食道异物的手术，护士笑着跟我说，这是欺负新人吧，而我庆幸这一晚总算是熬过来了！熬过了第一晚，心里也就有了几分底。在后来的日子里也慢慢发现，以前的我是那么的无知，很多问题根本就不懂怎么回事，因为没有上级医师指导，也没有进修学习过，最基本的治疗原则都不对，虽然也看过书，但和实际相比，差得太远、太远。所以每次上手术或者做治疗，我都觉得自己好像在重新学习，信息量好大，我都快记不完了。就凭这一点，我觉得是来对了！因为以前的医院什么手术都开展不了，现在的我几乎是零基础在学，虽然老师们都很好的教我，但是我动手能力不强，考证也耽误了两年，同事中总有一些人会排挤我，我也曾感到很委屈，不过仔细想想，有什么了不起的，新人嘛，总是要受欺负的！

工作中再苦再累，我都能忍受，最痛苦的是，辛苦、委屈了一天，回到这个家里，冷冷清清就我一个人，那段时间，我甚至连电视都不敢看，因为我觉得电视嘈杂的声音，更让我觉得孤独！曾经以为，过来了我还能找到以前的朋友，我还可以做我喜欢而以前不能做的事情，我可以享受3年来无法享受的安静和清闲……然而却发现孤独打败了这一切，习惯了孩子在我身边吵吵闹闹，习惯了每天都能和家人在一起，闲时还能和老公一起逛街、买菜、做饭，现在我一个人，什么也不想做！以前的朋友也因为多年不联系而变得有了隔阂，变得陌生。每天只能盼着晚上和孩子视频，可是他们不太愿意和我说话，可能觉得“要说就当面说，这样视频没意思”吧。还好我能抽出一些周末的时间回去看看他们，回县里的班车得坐四个小时，但只要有时间，我就归心似箭！到他们放假的时候，老公又带着他们过来和我团聚。

就这样熬过了半年，我以为苦日子结束了，以为老公可以调过来工作，我们和孩子再也不分开，可是因为各种原因，老公的工作变动不了，因为没有人带孩子，他们只能继续留在老家，第二个学期开学，我还是一个人。我曾因为这件事抑郁了很久，恍恍惚惚，有一次下班回家，竟然搭错公交车，走了很远，发现越走越陌生，下了车，发现没有到家里的公车，又舍不得打的，于是走了很久，直到天黑才到家。我也曾和老公怄气，很多天没有联系，我一个人哭得撕心裂肺，那种日子度日如年！后来想了很久，既然这一切都是我自己的选择，那么再苦我也得承受，总会想到办法的，不是吗？他一个人带着孩子是多么的不容易，我还能强求什么呢？彼此亏欠，只待来日偿还！

编读往来

日子依然这样过着，孩子一天天长大，让人省心了不少，这学期相聚的日子相对多一些。

最后一个月了，计划年后让孩子过来上学，这本来就是我来这边工作的原因之一。孩子过来，我又将面对无数挑战，难以相处的母亲，繁忙的工作，我知道困难重重，可是如果不踏出第一步，计划将永不会实现！

趁我们头脑发热，我们要不顾一切，万一实现了呢？

闲看花开，静待落花，冷暖自知，干净如始！期待我们团聚的那一刻！

愿所有的努力终有回报，愿所有的美好如期而至！

责任编辑：yemengzhe

编读往来

我们的杂志已经出版了很多期，编辑部与读者及时交流，才能让我们的杂志越来越好。我们开辟《编读往来》栏目，旨在积极和大家互动，进一步提高杂志质量。

爱爱医杂志的每一篇文章都是编辑们精挑细选并认真审核的，这里汇聚的都是爱爱医的精华，只要您关注，一定会有所收获。编辑们利用业余时间认真审核稿件，就是希望通过我们的努力，给爱友们送去一份充实和感动。杂志的发展依靠大家的支持，爱爱医杂志期待您的投稿！也期待您积极参与爱爱医杂志版面活动，赢得精美纸质杂志年刊！大家的支持，是爱爱医前进的动力！爱爱医论坛每个月都有不同的风采，各版面活动精彩纷呈，还有爱爱医微信公众平台可以参与互动分享，期待您的参与！只要您活跃在爱爱医，就有机会获得我们的纸质杂志年刊奖励，精彩不容错过，您如果期待，就请快来参与活动和积极投稿吧！

心电图读图第六十四期

答案解析

作者: trg

链接: <http://bbs.iiyi.com/thread-3371758-1.html>

本期读图参考答案:

1. 【心电图诊断】

窦性心律

二度文氏型房室阻滞伴超长传导, 慢径路文氏型房室传导可能

不完全性右束支阻滞

ST-T 改变

2. 【心电图诊断依据】

P 波在 II. III. AVF 导联直立, AVR 倒置符合窦性心律的诊断, 各导联可见长 P-R 间期, 存在逐渐延长至心室波脱落, 多数 3:2 传导, 偶见 4:3 传导, 符合二度文氏型房室阻滞的诊断, 长 P-R 间期下传心室 QRS 波之后可见有明显的直立窦性 P 波, 落在前一次心室除极 QRS 波的绝对不应期内, 本不该下传却下传了, 不能排除慢径路文氏型房室传导可能, 需要电生理检查证实。本图可见短长 RR 间期现象, 这种现象临床上多见于窦性早搏二联律, 3:2 窦房阻滞, 3:2 房室阻滞, 房性早搏二联律, 房早未下传三联律, 交界性早搏二联律等, 临床上需要鉴别。

另外, V_1 导联 QRS 波呈 rSr' 型, 时限小于 0.12 秒, 以 R 波为主的 s 波增宽, 符合不完全性右束支阻滞的诊断。还可见 ST-T 的改变, 应结合临床进行诊断。



责任编辑: ngf1978

爱爱医杂志稿约

各位爱友：

爱爱医杂志自出版以来，受到了大家的广泛关注和热情支持，可以说爱爱医杂志的每一点进步都和爱友们的支持是分不开的。爱爱医杂志以爱爱医论坛为依托，以爱友们的需求为导向，来源于论坛，植根于爱友，大家的临床经验、大家的误诊教训、大家的专业论文、大家的心情故事，都是我们所需求的。为了更好的办好爱爱医杂志，为了使杂志更贴近爱友的需要，根据杂志的栏目设置，特面向全体爱友征稿。

【征稿要求】

爱爱医杂志目前设有刊首语、专家讲坛、人物专访、专业交流（含中医）、病例讨论（含中医）、病例分析（含中医）、专业论文（含中医）、医疗资讯和爱医热点、关注、问卷调查、医网情深、精品展示等栏目，现根据栏目分类，分述征稿要求如下：

一、刊首语：文体不限。要求文字乐观向上，有一定的激励性，可以联系某一阶段的论坛宣传方向及重大事件和季节，旨在宣传论坛，宣扬一种精神。字数要求 **400~500** 字。

二、专家讲坛：主要针对近 **2** 年来国内外专家对热点问题的讨论和指南性论文、专著、综述或者会议纪要。要求已公开在正规期刊发表，能提供原文。最好有作者介绍及相应的解读。要求具有实用性，对临床工作有一定的指导意义，字数 **2000** 字左右。

三、人物专访：文体要求记叙形式，突出人物特点，重点介绍人物的精神及对论坛的贡献。字数要求 **800~1000** 字。

四、专业交流：内容可以是您的临床经验、误诊误治教训、特殊病例启示、用药验方、老药新用、临床实践方法创新等等，要求文字表述专业、通顺、逻辑条理性强，字数不限。一律使用规范的医学术语。

五、病例讨论：要求选择具有代表性、有助于爱友提升工作能力的完整病例，或者特殊少见的病例。严格按照病历格式书写（比如主诉、现病史、既往史等以及详细的体格检查、诊疗经过、辅助检查等必须写全），方便爱友分析交流。还要提供相应

的临床专业总结，以提升理论层次。

六、病例分析：主要是针对临床中、西医方面较复杂病例，或难点病例，或易或已误诊病例进行临床病例讨论，要求有病例简介，体查，必要的辅助检查结果，及发言讨论的内容及总结，内容来源可来自临床病例讨论或爱医论坛专业讨论，投稿时对涉及患者或医务人员隐私或可能引起医疗纠纷的应使用化名或加密。

七、专业论文或综述：要求必须原创，严禁剽窃抄袭。如有发生，将于核实后的下期杂志中通报批评。按照正规论文格式要求，欢迎提供英文摘要。有理有据，论点充分，参考文献尽量选用北大核心或 medline 收录的文献，提倡引用高质量英语文献。

八、医疗资讯：要求短小精悍，搜集最新最有代表性的一句话医疗新闻，让爱友们了解最新医疗动态。

九、爱医热点：要求标题简明扼要，直叩主题，选择论坛最具有代表性的热点活动及病例，可以给出主题后附上论坛帖子链接地址。

十、关注：内容主要是关注与医生有关的行业热点话题、医改动向、医疗法律、医院发展等。要求有一定的代表性和社会关注度。字数 1000 字左右。

十一、问卷调查：要求在论坛以调查帖的形式发出，参与人数比较多，有代表意义，最好附上相关评论。评论字数不少于 200 字。

十二、医网情深：要求必须是贴近医生生活的原创的心情文字，内容积极，文字优美，最好配有插图。字数每期 1200 字左右。可以独立成篇，也可以长篇连载。

十三、精品展示：内容主要是来源于论坛各专业版面精品伯乐推荐整理的精品帖，要求帖子内容有广泛的指导意义，而且附有伯乐的推荐理由。

注：

1.中医基础科学、中医临床各科、中药相关科学等相关文章均可投稿。

2.中医相关论文要注意专业术语，体现中医药特色，病例、医案等要求体现四诊、辨证论治原则。

【征稿对象】全体爱友。

【征稿时间】长期

【征稿形式】

1.请爱友参考《爱爱医》杂志版（<http://zz.iyi.com>）置顶帖《爱爱医杂志》征稿帖，按栏目分类投稿。2.也可以直接投稿到 463767990@qq.com。稿件以 word 格式附件发送。爱爱医编辑将在 7 个工作日内回复是否采用稿件。

爱爱医杂志稿约

可以是自己的原创文章，也可以推荐其他爱友的原創精品文章。

【征稿奖惩】

- 跟帖征稿后，原创作品未被加分的将给予一个贡献积分，如被杂志采用再加一分。
- 被杂志采用的文章作者可以根据个人意愿，署真实姓名和/或爱爱医用户名，以示鼓励，并优先推荐给媒体发表。
- 推荐他人文章如果被杂志采用，送花 10 朵。
- 累计采用五篇作品，可以获得爱爱医纪念品份，年终累计前三名可以获得年终奖励。
- 抄袭剽窃的文章将予以警告和论坛公示，扣除 2 个爱爱医积分。

