

 www.iyyi.com

2017. 05

爱爱医



第五期 总NO. 88

Volume 5,number 5, May 2017

年长

作者：xiwang001han

链接：<http://bbs.iyyi.com/thread-3391273-1.html>

一年很漫长
十几年过的安逸又夸张
二十几年过的懒散又成长
三十几年过的世俗又名利场
想一想又怎么样
谁会比谁过的怎么样
谁会坚持理想
初心飘荡的跑向了远方
错过了就别来无恙
今天还会昂头
看向远方
离开的人
淡淡的消失在脑海
记起的人他又在何方
日子比天长
还是珍惜拥有的时光
明天的我
破皮鞋一样亮堂堂
管他们又何妨

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 刘现国 刘宇峰

李照禄 杨俊标 张常哲 殷吉磊

韩希乾 蔡晓刚 柳 权

《爱爱医》杂志

在线阅读：<http://bbs.iyi.com/zazhi>

投稿邮箱：463767990@qq.com

联系我们：爱爱医华人医学论坛

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，

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

年长..... 2

精准医学背景下的高血压分型..... 4

107 篇中国医学论文被撤事件的反思..... 7

撰写的医学论文为啥都在造假？..... 8

涉事医生心声：被曝光后怕丢掉职称..... 10

前列腺增生的药物治疗..... 11

妇科医生 B 超启蒙——卵泡未破裂..... 13

个体诊所遇到的要命的急诊..... 15

药物过敏的处理体会..... 17

宫外孕误诊一例..... 18

胃穿孔误诊一例..... 19

超声入门贴——臀部脂肪瘤样增生..... 19

一句话经典..... 21

心电图读图第 68 期..... 24

三黄泻心汤加味治疗消渴一例..... 26

整理去腐生肌散系列配方的临床应用..... 27

黄芪桂枝五物汤加减治疗末梢神经炎案..... 28

浅谈中药外治..... 28

七味白术散加味治疗肿满一例..... 31

大腿后侧疼痛不可忽视的问题..... 31

比较安全的肩胛骨内侧缘压痛点针刺方法..... 33

阑尾炎效方——红藤煎..... 34

红花继木..... 36

乌 药..... 36

金樱子..... 37

心悸胸闷 2 个月，加重 2 天..... 39

发热、言语迟钝、肢体无力一例..... 43

医疗资讯..... 49

尼尔斯骑鹅旅游记..... 52

读《苏东坡传》..... 53

任之堂中药讲记..... 54

编读往来..... 55

心电图读图第六十七期..... 55

爱爱医杂志稿约..... 57

精准医学背景下的高血压分型

原作者：温绍君

链接：<http://bbs.iyyi.com/thread-3394369-1.html>

心肺血管病杂志 2017 年 3 月第 36 卷第 3 期 Journal of Cardiovascular & Pulmonary Diseases, March 2017, Vol. 36, No. 3

147

DOI:10.3969/j.issn.1007-5062.2017.03.001

· 专家笔谈 ·

精准医学背景下的高血压分型

温绍君

关键词 高血压;精准医学;基因分型

[中图分类号] R54 [文献标志码] A [文章编号] 1007-5062(2017)03-147-03

众所周知,高血压是全球死因的重要危险因素之一。据世界卫生组织报告,高血压在引起死亡的各种危险因素中位居首位,约占全球总死亡率的13%^[1]。《中国心血管病报告 2015》的数据显示,2010 年我国因高血压导致的死亡占全部死亡的24.6%,这一比例远远高于全球平均水平。这主要是因为我国居民高血压患病率逐年增高,2012 年中国居民营养与慢性病调查报告显示,我国 18 岁以上居民高血压患病率为 25.2%^[2],较 2002 年的 18.8% 增长了 7%,意味着我国每年新增高血压病例达 1 000 万。为我国的医疗卫生事业带来了沉重的负担,2013 年,我国卫生总费用超过 3 万亿元,其中高血压直接费用占 6.61%^[3]。近 20 年来,通过各级医疗部门对心血管病的积极防控,我国高血压患者的检出、治疗和控制情况都取得了显著的进步。但是,与发达国家相比我国人群高血压患者的知晓率、治疗率和控制率仍非常低,特别是经济文化水平比较落后的农村或边远地区情况尤为严重。《中国高血压防治指南 2010》指出,目前我国的高血压患者中约有 1.3 亿不知道自己患有高血压,而在已知患有高血压的人群中,仍有大约 3 000 万患者没有接受治疗;在接受降压治疗的患者中,大约 75% 的患者血压没有达到目标水平,因此我国高血压的防治任务仍十分艰巨^[4]。

随着 2015 年初美国奥巴马政府精准医学计划的提出,“精准医学”一词进入公众视野并迅速成为世界范围内健康相关研究的热门词。精准医学(precision medicine)是考虑到每个人基因、环境和

生活方式等个体化差异的促进健康和治疗疾病的新兴医疗模式^[5]。基因组学的快速发展、生物医学分析的日渐成熟和日新月异的生物大数据云计算技术是实现精准医学的前提。精准医学的实施就是先通过对大样本健康人群和某类疾病的患者进行基因组测序、并采集相关临床信息和生物信息,建立一个尽可能全面的医学数据信息库,然后通过研究分析不同个体间各种数据信息的差异,找出与疾病相关的共同原因和特殊原因,从分子层面找到疾病的致病靶标,并对其进行精确分子分型和临床分型,最终开发出针对特定患者特定疾病病因的靶向药物和治疗方法,实现对于人类疾病和特定患者进行个性化精准治疗和有效预警。可见,精准医学就是更精确的个性化医学。

高血压作为全球主要公共卫生问题,如果能实现精准医疗无疑对缓解高血压带来的巨大社会经济负担具有重要的意义。那么,高血压的防治已经进入精准医学时代了吗?客观的说,还有很长一段路要走,无论是高血压基因分型的精准性还是治疗的精确度都面临很大挑战。

1. 单基因遗传性高血压 对疾病进行精确的分子分型和临床分型是实现个性化精准治疗的关键。目前高血压的分型主要为原发性高血压和继发性高血压,近年来随着基因测序、全基因组扫描等技术方法的应用,已明确了多种由单基因变异引起的高血压,即单基因遗传性高血压(由单个基因突变引起的高血压),其遗传方式符合孟德尔遗传规律,因此又称孟德型高血压。目前明确为单基因高血压的主要有以下几种^[6]:Liddle's 综合征、Gordon's 综合征(也称假性低醛固酮血症 II 型)、糖皮质激素可治疗性醛固酮增多症(glucocorticoid induced aldosteronism, GRA)、盐皮质激素受体活性突变(mineralocorticoid receptor activity mutation, MRAM)、类盐皮

作者单位:100029 首都医科大学附属北京安贞医院-北京市心肺血管疾病研究所 高血压研究室

通信作者:温绍君,研究员,教授,博士生导师,研究方向:心血管病的基础与临床。E-mail:wenshaojun@aliyun.com

质激素增多症 (syndrome of apparent mineralocorticoid excess, AME)、高血压伴短指畸形 (也称 Bilginturan 综合征)。其中一些单基因遗传性高血压患者可以采用特定的药物针对致病基因进行治疗, 比如保钾利尿剂氨苯蝶啶治疗 Liddle's 综合征, 小剂量糖皮质激素治疗 GRA, 螺内酯、依普利酮治疗类 AME; 噻嗪利尿剂治疗 Gordon 综合征。

上述已明确病因的单基因高血压, 在临床上可利用基因芯片技术通过对基因突变的筛查来实现基因诊断, 并结合临床表现及实验室检查明确临床诊断。基因突变位点筛查是识别单基因遗传性高血压准确、可靠的方法, 而且可在出现血压升高的表型前做出临床前、甚至产前诊断。但需要指出的是, 单基因遗传性高血压为少见疾病, 大约可解释 1% 的高血压患者^[5]。因此不是所有临床上发现血压升高的患者都需要进行单基因性高血压病的基因筛查, 而是要结合患者的临床表现来选择, 这类高血压一般具有以下特点: 大多有高血压家族史, 发病早, 多在青少年发病, 一旦发病多表现为重度高血压或难治性高血压, 可伴有相关激素和生化指标水平的异常。

2. 非单基因遗传性高血压 大多数高血压患者属于非单基因遗传性高血压, 也就是原发性高血压, 它们属于非孟德尔遗传性状, 也就是受众多基因与环境因素共同作用而发生的疾病, 也称多基因疾病或复杂性疾病。根据目前关于原发性高血压的相关基因的研究, 已经发现与血压及调节相关的基因多达 200 多个, 我课题组在近 10 年完成的国家“863”项目和北京市自然科学基金重大项目中, 对 60 余个高血压候选基因的 200 多个单核苷酸多态性 (single nucleotide polymorphism, SNPs) 位点进行了分析, 结果发现来自 22 个基因的 36 个 SNPs 与中国汉族的原发性高血压发病风险有关, 主要涉及以下系统和功能通路的基因: 肾素-血管紧张素-醛固酮系统^[6]、交感神经系统^[6]、内皮系统^[6]、激肽释放酶-激肽系统^[7]、生长因子和激素^[8]、细胞内信使及平滑肌细胞增殖抑制基因等。但是, 由于原发性高血压是由一定数量的微效应基因变异累积所致, 它具有明显的遗传异质性和表型复杂性, 因此基于某一群体的关联研究和连锁分析数据, 难以推广到其他群体和散发的病例, 甚至得出完全相反的结论。因此迄今为止关联研究和连锁分析未能发现有效的原发性高血压易感基因。

全基因组关联分析 (genome-wide association

study, GWAS) 是指从人类全基因组范围的序列变异中, 筛选出与疾病性状相关联的单核苷酸多态性位点, 使众多功能不明的基因变异被挑选出来为疾病的研究提供线索。它的优势在于不受预先设定候选基因的制约, 利用全基因组广泛范围的 SNP 为基因提供线索。2007 年首个高血压 GWAS 研究问世后, 来自欧洲、美国、非洲和东亚等多个国家和地区的血压相关 GWAS 研究相继发表^[3], 但是最终获得的结果只能解释 <1% 的血压水平差异, 而且多数实验结果无法被别人所重复, 这主要是因为, 影响血压的遗传因素和环境因素均很复杂, 导致血压升高或降低的基因变异数量可能有成千上万, 而且不同个体、不同家庭、不同种族之间, 也可能千差万别。此外, GWAS 采用的芯片只能检测最小等位基因频率 (minor allele frequency, MAF) 高于 5% 的常见基因变异, 不能检测低频的罕见变异。而近年来的研究显示低频罕见变异 (rare variant) 在复杂性疾病的发病机制中具有重要的作用, 其对性状的作用可能大于常见变异的作用, 多个罕见变异共同作用同样可导致常见疾病。因此, GWAS 研究仅仅揭开了高血压相关基因的冰山一角, 更多的相关基因有待识别。可见, 对于人数众多的原发性高血压患者来说, 距离精准分型诊断和治疗尚有很长一段路要走。

随着基因测序技术的不断发展, 利用 SNP 高通量检测手段, 对人类全基因组进行检查, 为全面系统研究复杂疾病的遗传因素掀开了新的一页, 是目前科学界公认的最为有效的搜寻重大疾病易感基因的研究方法, 但是在高血压临床研究应用方面, 除了基因测序分析之外仍需探索新的途径和方向。因为高血压是由环境因素和遗传因素共同作用导致的, 除了测序技术外, 与高血压相关的环境因素、生物信息学、表观遗传学、线粒体组学、蛋白质组学等层面也需要作为技术手段来精准的认识。对于高血压防治的精准医疗, 我们要理性看待、冷静思考, 我们期待随着将来各组学和技术的发展, 通过构建多地区性甚至国际性的协作组, 利用大数据整合分析技术, 提高高血压相关指标的统计效力并挖掘出可能具有重要作用的罕见基因, 最终实现高血压的早期预警、早期诊断与精准干预, 全面提升高血压病防控能力。

参考文献

- [1] The World Health Organization. Global Health Risk: mortality and burden of disease attributable to selected major risks. Geneva: WHO, 2009.

- [2] 中国居民营养与慢性病状况报告(2015 年). 北京:人民卫生出版社, 2015.
- [3] 刘明波, 李镭冲, 刘世伟, 等. 2010 年中国人群高血压疾病负担. 中华流行病学杂志, 2014;65-68.
- [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. 中华高血压杂志, 2011, 19:701-744.
- [5] 王向东, 何明燕, 陈成水. 精准医学: 与临床实践有多远? . 国际呼吸杂志, 2015, 35 :481-484.
- [6] 老年高血压诊治进展. 北京:北京大学医学出版社, 2014.
- [7] Dells C, McBride MW, Graham D, et al. Genetics of hypertension: from experimental animals to humans . Biochim Biophys Acta, 2010: 1299-1308.
- [8] Wang L, Zhang B, Li M, et al. Association between single-nucleotide polymorphisms in six hypertensive candidate genes and hypertension among northern Han Chinese individuals. Hyper Res, 2014, 37: 1068-1074.
- [9] Yuqing Lou, Jielin Liu, Shaojun Wen, et al. Association study of β 2-adrenergic receptor gene polymorphisms and hypertension in the Northern Han Chinese. PLoS ONE, 2011: e18590.
- [10] Liu J, Wang L, Liu Y, et al. The association between endothelial nitric oxide synthase gene G894T polymorphism and hypertension in Han Chinese: a case-control study and an updated meta-analysis. Ann Hum Biol, 2015, 42:184-194.
- [11] Gu W, Li Z, Wang Z, et al. Association of the bradykinin receptors genes variants with hypertension: a case-control study and meta-analysis. Clin Exp Hypertens, 2016, 38:100-106.
- [12] Liu Y, Lou YQ, Liu K, et al. Role of leptin receptor gene polymorphisms in susceptibility to the development of essential hypertension: a case-control association study in a Northern Han Chinese population. J Hum Hypertens, 2014, 28:551-556.
- [13] Tong X, Wei C, Lu Q. Genome-wide joint analysis of single-nucleotide variant sets and gene expression for hypertension and related phenotypes. BMC Proc, 2016, 10 (Suppl 7) :125-129.

(2017-02-08 收稿)

责任编辑: kangjing_dr

2017 年 04 月优秀超版名单: 哥们 zhbwxxy

2017 年 04 月优秀版主名单: anne 医生、ffxxff770603、kaixindoul、zmdzfx、
caobi2500、ww2sxy520、踏青放牛、品味淡泊、
yanqil20、trg 、草原民间中医、andy1087911、
laogao001

2017 年 04 月良好版主名单: 蔡 ys、airenl3828、ngf1978、jjmjZy、依秀儿、
jsdfnicholas、pathology

107 篇中国医学论文被撤事件的反思

来源: <http://www.iyyi.com/d-24-241061.html>

日前,世界知名学术出版商旗下杂志《肿瘤生物学》一次性撤销 2012 年~2016 年发表的 107 篇中国作者的文章,称这些文章的发表者伪造同行评审,论文投稿者“既是运动员,又充当了裁判员”。107 篇论文全部和中国研究机构有关,创下了正规学术期刊单次撤稿数量之最。中国论文又出丑了,这锅谁来背?

“论文提交的评审人建议中,使用了评审人的真实姓名,但假冒了其电子邮件地址,这让编辑以为文章发送给了真正的评审人。在我们与真正的评审人沟通后,他们确认并没有对论文做过评审。”参与此次调查的出版商细胞生物学及生物化学编辑总监彼得·巴特勒表示:“同行评审流程是保障科研质量、诚信和可重复性的基石之一。我们撤销这些论文,旨在清除不良的科学记录。”

此次撤稿的 107 篇中国文章涉及全国 19 个省(区、市),上海、山东、浙江、江苏等地被撤论文较多;论文涉及包括高校院所、高校附属医院、地方医院、部队院校及医院的上百家单位,其中超过半数为高校附属医院,多家全国知名三甲医院赫然在列。在科室分布上,以泌尿外科、普外科、神经外科、肿瘤科为主,涉及作者 500 余人。网上已有全部医生名单。

21 日,中科院在官网发表声明,称已就撤稿事件与上述出版集团相关负责人进行了坦诚深入交流,并指出,虽然作者有不可推卸的责任,但出版集团和期刊编辑存在内控机制不完善、审核把关不严格等问题,也理应对此承担责任。

这样的回应不免有些“强盗逻辑”。这不仅明显带有袒护这些被撤稿论文作者的意味,还把因存在问题而被撤稿的原因归咎于期刊方把关不严。如此逻辑颠倒的回应也难怪会引来众多网友的不满和质疑。中科院这是在弱化自己应承担的责任。

专家直言,国际学术界对学术不端基本上都是零容忍,只要出现了学术不端问题,学者基本上就失去了学术生命。但在中国,这种情况非常少见,许多学者带病任职的情况非常普遍。其分析认为,这主要有两方面原因所致,一是长期不重视学术品行的学术文化,二是学术不端有普遍性和多发性问题,有法不责众的情况。另外,“第三方”中介对虚假同行评审具有不可推卸的责任,是学术不端共同的“敌人”。

国家自然科学基金委员会监督委员会主任陈宜瑜院士强调，捍卫科学道德底线的同时，要优化科技评价体系，科研论文发表不应与职称晋升直接挂钩。也有业内人士表示，目前国家已出台职称评审改革制度，提出了分类评价等重要改革举措，关键是要政策落到实处。

今年年初，中办国办下发《关于深化职称制度改革的意见》，要求以品德、能力、业绩为导向，完善评价标准，创新评价方式，克服唯学历、唯资历、唯论文的倾向，科学客观公正评价专业技术人才，让专业技术人才有更多时间和精力深耕专业。要破除发论文评职称的焦虑，中央的改革意见须真正落地。

当然，一方面需要改革人才评价机制，但另一方面，尽管我们应该更看重实际业绩，不过，通过造假的方式来发表论文仍然不符合主流价值观。解决这个问题，需要多方共同努力。

撰写的医学论文为啥都在造假？

来源：<http://www.iiyi.com/d-24-241070.html>

医学论文写作是一项严肃、意义重大的工作、是交流经验，传播科技成果，不断提高临床诊治和科研水平的重要组成部分，可为啥会接二连三的爆出国内医生的论文造假呢？

一方面，国内的医院对医生的论文要求已到了几乎苛刻的地步。晋升需要论文，聘任需要论文，年度考核需要论文……论文已经成为医生从业必须的“通行证”，同时也是医生身上的一座大山。就如国内某知名报纸的爆料，如果要晋升副主任医师、副教授等高级职称的，至少发表 2 篇 SCI 论文才有参加申报资格；在一线城市的大医院，甚至要求医生必须发在国外权威杂志上才有晋升正高资格。

另一方面，国内的医生们每天面对繁重的工作难有科研的精力。每天要坐门诊、收病人、写病历、做手术，有时候连喝水的时间都难以挤出来，生病了都在坚守岗位。再者，写论文要查文献，搜集资料，进行数据分析，后期的反复删改更是忙之又忙，

一般的医生哪能可抽出空来学习其中的窍门与方法，哪可能坐下来，冒着被累死的节奏来静下心来搞研究？

一面是严厉的要求，一面是繁重的工作，在缺少人性化的重压之下，指引医生们走出的只可能是学术的邪路。在并不纯净的学术氛围影响下，越来越多的医生选择“捷径”，这不能不说是一种现实的悲哀。我们在质问这些造假的论文的同时，也应思考职称制度对于论文的要求。

论文造假倒逼职称制度的改革！

最近热播的《外科风云》对当下的职称制度对于论文的要求，狠狠的讽刺了一把。白百合饰演的高材生陆晨曦技术好、业务能力强，但却因为论文要求迟迟不达标，而在主治医师的位置上徘徊多年，眼瞅着其他同仁一个个晋升却不感冒、不着急。面对恩师傅院长的质问下，陆晨曦一阵见血地指出：那些注了水的、东偏西凑地篇数有意义吗？凡是手术做不好只会出这种注水文章的都应该回医院重修去！

首先，我们应该认清医生的职责是治病救人，任何形式的晋升与评选都应该以此中心，不能偏离救死扶伤的业务能力。在此基础上，才能进行其他附加条件的加分。当下职称晋升的论文制度已经畸形化，一方面医生同仁们叫苦不迭，另一方面对于学术氛围与社会风气造成了不良影响。

其次，对于论文的要求不应“一棒子打死”，医学论文的作用不用累述，相信大家自会懂得其中的意义，因此完全否定现实，让医生彻底与论文隔绝也并不现实。现在急于要做的事是弱化论文在职称晋升、评奖评优中的占比，减轻医生的负担。再者医学研究生可针对科研型和临床技能型，进行不同的论文要求，体现不同类型的偏重。

第三，让论文的撰写与发表回归本源，为什么晋升就要发SCI论文，其他核心论文就低人一等了？为什么非得要求发在国外杂志上，国内的杂志就真的污秽不堪？畸形的论文制度造就的畸形的氛围，让整个医学学术界蒙羞。其他行业的也会有造假，但医疗行业似乎更需值得反思。一个救死扶伤的伟大行业，不能以真诚的心态、真实的数据、真正的论文呈现，实在让人担忧！因此让论文的撰写与发表回归本源已迫在眉睫！

涉事医生心声：被曝光后怕丢掉职称

来源：<http://www.iiyi.com/d-27-241153.html>

涉事医生吴明（化名）正陷于对此次事件曝光的焦虑中。吴明表示：“我工作 12 年，医院要求晋升副高得有国外核心期刊的论文。我也向国外期刊投过稿，但因为英文水平不好或缺乏专家评审推荐，频频被退。”前年他找了一家公司，让其帮忙搞定专家评审推荐。公司承诺从润色论文、评审推荐再到投稿发表会一条龙服务。他一次给了这家公司 7 万元，最后论文终于发表成功。正因为论文数量够了，去年他升上了副高职称。这次东窗事发后，由于担心刚晋升上的职称会被撤掉，他一直惴惴不安。

程蕊（化名）是济南某医院急诊科医生，工作 8 年，目前是一名主治医师。按规定，工作超过 5 年就可以申报副高职称，需要足 3 篇核心期刊论文、科研成果以及职称外语合格等条件。“外语已经考过了，但临床工作已经很忙，还要参加学术活动，实在没精力再写论文。我正打算找枪手代写。”程蕊坦言。


程蕊说，她经常接到论文代写公司的电话，有公司甚至到科室推销，“我用的鼠标垫都是论文代写公司给的。”她笑言，之前接到此类电话，她都是一挂了之，但最近身边一名同事花钱不费吹灰之力就发表了 5 篇论文，让她也动了心思。

“即使自己写论文，也是东拼西凑，很多是拿出上硕博时导师的文章改改数据、题目，换汤不换药。”她透露，在评职称时，论文质量如何基本没人看，只要量够就行。不仅是论文，科研成果也有很多医生是花钱买的，让别人帮加个名字就行。

广州某三甲医院的一名医生告诉记者，本次事件中涉嫌的造假论文，不是内容上的造假，而是同行评审造假，具体是同行评审以“真专家名字、假联系方式”的方式进行，给出的是有利于论文发表的虚假意见，这其中涉及论文中介机构的操作。“现在国内想往国外杂志投稿，不少都要找中介”，而目前国内的一些论文中介机构，除了提供中文论文译英或英文论文润色服务外，也可以代为“搞定”同行评审意见。有中介机构就采取了造假来提高论文的发表率。

论文“丢人”，根源可能在职称论文的相关规定“逼人”。回到政策的原点，也是问题的起点——国内各级各类的学术期刊，是不是足以承载众多论文发表者篇数、版面的诉求？那些到国外发表论文的作者固然有更上一层楼的动机，有的也是被逼无奈。话又说回来，正儿八经的学术期刊，凭什么要承载那么多其实不学无术的论文呢？说到底，还是“催逼”论文的制度在惹祸。

责任编辑：永恒流星



第一部分——西医部分

前列腺增生的药物治疗

作者：落魄医生 1

链接：<http://bbs.iiyi.com/thread-2608017-1.html>

治疗前列腺增生的药物很多，今天就和大家讨论下该病的药物治疗，希望能抛砖引玉。

(1) α -受体阻滞剂

酚苄明（竹林胺）：规格 5mg/10mg，初始剂量为每次 10mg，每天 2 次，隔日增加 10mg，常用维持量为 20~40mg，每天 2 次。

坦索罗辛（哈乐）：规格 0.2mg，每次 0.2mg，每天 1 次。注：国产为坦洛新。

特拉唑嗪（高特灵）：规格 2mg，初始剂量为睡前服用 1mg，一周或两周后每日剂量可加倍以达预期效应，常用维持剂量为 5-10mg，每日 1 次。

赛洛多辛（优利福）：规格 4mg，每次 4mg，每天 2 次，可根据情况酌情减量。

阿夫唑嗪（桑塔）：规格 10mg，每次 10mg，晚饭后服。

多沙唑嗪（可多华）：规格 4mg，每次 4mg，每天 1 次。

萘哌地尔（博帝）：规格 12.5mg/25mg，每次 25mg，每天一次，睡前服。

(2) 5 α 还原酶抑制剂

非那雄胺（保列治）：规格 5mg，每次 5mg，每天 1 次。

依立雄胺又称爱普列特（川流）：规格 5mg，每次 5mg，每天 2 次。

度他雄胺（安福达）：规格 0.5mg，每次 0.5mg，每天 1 次。

(3) M 受体拮抗剂

索利那新（卫喜康）：规格 5mg，每次 5mg，每天 1 次，可增至 10mg。

奥昔布宁（奥宁）：规格 5mg/10mg，初始剂量 5mg，每天 2~3 次，每天最多不超过 30mg。

专业交流

曲司氯铵（顺睦利）：规格 5mg/20mg，每次 20mg，每天 2 次。

丙哌维林（华克）：规格 10mg，每次 20mg，每天 1 次，饭后服。

托特罗定（得妥）：规格 1mg/2mg/4mg，国产片剂每次 2mg，每天 2 次。进口缓释片一次 4mg，每天 1 次。

（4）抗雄激素制剂

非甾体抗雄激素药：代表有氟他胺（福至尔）：规格 250mg，每次 250mg，每天 3 次。

甾体抗雄激素药：孕激素。

（5）其他制剂

普适泰（舍尼通）：规格含（P-5）70mg，含（EA10）4mg，每次 1 片，每天 2 次。

普乐安：就是前列康，这里不再赘述。

黄酮哌酯：平滑肌松弛剂，规格 200mg，每次 200mg，每天 3 至 4 次。

中药制剂：略。

使用心得：

α -受体阻滞剂，起效快，适用于轻症患者。常见不良反应为体位性低血压，个人认为具有心梗倾向的最好不用！另外，本类药物不适合长期使用，该类药物治疗时尤其需要注意与其它药物的相互作用。

常用：坦索罗辛及酚苄明。

5 α 还原酶抑制剂，副作用小，安全有效，但起效慢，一般需半年，停药后复发，可长期服用。国外有报道可终生服用。

常用：度他雄胺和非那雄胺，且一般都是度他雄胺+坦索罗辛或非那雄胺+坦索罗辛，联用可以增强疗效及减小坦索罗辛的副作用。

M 受体拮抗剂：主要副作用为口干，尿潴留及青光眼为禁忌，主要用于改善尿频、尿急及尿失禁等症状。用的比较少，托特罗定和曲司氯铵用过几次，其他的没用过。

抗雄激素制剂，氟他胺一般用于前列腺癌，也可以缩小增生的前列腺，特点是副作用小。

孕激素，不用。

其他类，普适泰常用，起效缓慢，经我治疗的服用最长者为 3 年，未见明显不良反应，一般服用半年至 1 年。

我为人人，人人为我

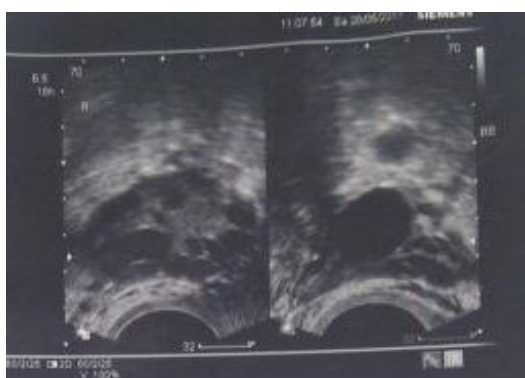
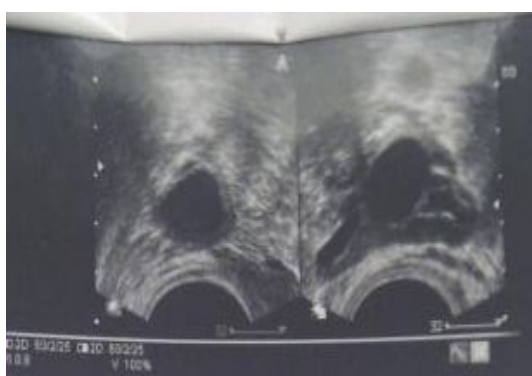
治疗前列腺增生的患者时，需要评估患者的综合情况，考虑药品的个体差异，规避某种药物在某个患者身上可能造成的严重伤害，更要排除前列腺癌及一些尿路梗阻的其它疾患。

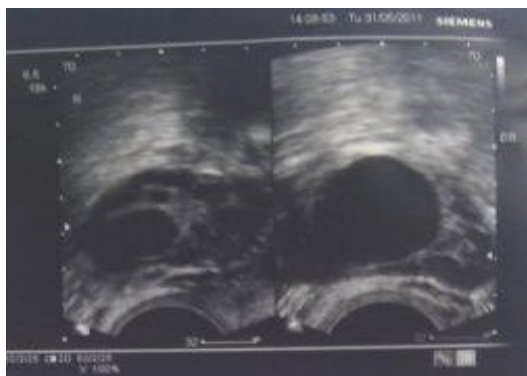
友情提示：药品的使用请详阅药品说明书，此文只为医生间交流，不作为患者的治疗参考！

妇科医生 B 超启蒙——卵泡未破裂

作者：千手历历

链接：<http://bbs.iiyi.com/thread-1995580-1.html>





这是一个 B 超监测排卵过程的病例。

前次月经 5 月 15 日。周期第 13 天（5 月 27 日）经阴道 B 超可以看到优势卵泡发育。5 月 28 日和 31 日继续长大直径超过 2.5 厘米后，破裂排卵的可能性就比较小了。

末次月经 6 月 14 日。6 月 15 日复查 B 超发现左侧卵巢内有一个很大的液性暗区，这就是那个未破裂卵泡形成的囊肿。最下面的图片右侧的图，这个囊肿下面被 B 超探头顶的有些扁了，不然就是个椭圆形或者圆形的。

这就是单纯性的卵巢囊肿，直径一般在 3 厘米左右，也偶尔有超过 5 厘米甚至 8 厘米的，该病例的囊肿几乎比子宫还要大些。这类囊肿边界很清楚，其内是无回声区。

只要嘱咐患者注意避免剧烈活动，不能同房，防止发生囊肿破裂扭转等急症，有些人会自然消失，或者在周期第 3-5 天内给予妈富隆口服，1 片，qd，连续服用 21 天。停药后月经来潮，复查 B 超，绝大部分患者囊肿会消失。还有一部分会明显缩小，继续用药一个周期，这就可以避免手术了。

经常遇到一些患者说，怎么我在有的医院检查说有卵巢囊肿，有的医院又说没有，到底有没有啊？

其实这种囊肿时有时无，不是哪个医院的对与错，实际上就是时有时无的，这个就是没有排卵的原因。



个体诊所遇到的要命的急诊

作者：布医神相

链接：<http://bbs.iiyi.com/thread-1894633-1.html>

2010年5月1日晚9点30分，我在诊所里上网。突然来了一个病人，说是有点过敏叫我打一针。听到打一针我是最不高兴的了，只打一针是让我们个体诊所收最少的钱冒最大的风险。我心里暗定了打一针就不看这个病人，原则上是给他输液+吃药。

病人自述，晚上9点左右在我们当地河边茶馆喝茶聊天，自觉有个什么东西在颈部叮咬了他一下，一会儿就感觉很痒，旁边的朋友一看他的颈部起了一个包，他就立刻找诊所看病。因为是晚上很多诊所都关门了，找了近20分钟才找到我的诊所。

来我诊所的时候病人自觉瘙痒加重了，所以叫我打一针。我一看病人颈部和前胸都有大块的风团，初步诊断是荨麻疹。叫病人输液，病人本能的犹豫了一下，说：“输吧”。我的治疗计划如下：

1、5%GS150ml

葡萄糖酸钙 20ml

地塞米松 20mg

2、5%GS200ml

Vc2.0

刚刚输液1分钟，病人感觉瘙痒更厉害了，自觉脸部有紧绷感，口唇麻木感，说话有点不利索了。病人质问我：“医生，你输的什么药哦，我感觉越来越难受了”。我又一次仔细观察了病人，哎呀！除了先前的颈部和胸部，现在连整个头面部、双上肢、腹部以上都被荨麻疹覆盖了，荨麻疹边缘有海岸状风团，还有卫星风团，色很红，但是和颈部的红又有区别，颈部是深红色的，可以说髂前上棘连线以上的皮肤都肿大了一圈。心里有三分恐惧：一个荨麻疹啊！有那么凶吗？决定改变原治疗计划。感觉这个病人的病情凶险，马上问病人有没有呼吸不畅的感觉，给病人说如果有我就马上送你去医院，离我最近的医院是一公里处的县中医院。因为第一组药物还没有输完，所以要等第一组输完才能换药，我在病人面前装得很镇定。

随后病人说呼吸有点困难了，自觉喉部干痛，像有人在掐他的喉咙一样。我又一

专业交流

次观察了病人，荨麻疹范围没有再扩大，但是病人头面部和双上肢颈部在荨麻疹皮损的基础上开始出现水泡，就像烧烫伤那样的水泡，双耳特别明显，并且双眼睑已经水肿的睁不开了。我立马说：“干脆送医院吧，你这个荨麻疹很厉害，和青霉素过敏很像，你有呼吸困难了，有生命危险，还是去医院吧。”病人吃力的说：“再看看吧”。估计病人是想省钱。

在此过程中，我不断的劝病人到医院治疗，心里那个怕啊！

时间过的很快，第一组药物输完了，我在第二组药物里又加了 20mg 地塞米松，我心里知道激素的量已经很大了，不过为了救命，要打破常规，不能拘泥，现在是首先把病人的命保住。第二组输了一半病人还是睁不开眼睛，但是喉部干痛像有人在掐的感觉消失了，头面部的紧绷感也消失了，全身瘙痒开始减轻了，我心里松了一口气。等第二组输完，病人全身烧烫伤样的水肿和风团全面消退，我临时决定再输一组，针对呼吸道的：

3、5%GS250ml

氨茶碱 0.25

地塞米松 10mg

以前我看过书，氨茶碱可以用于治疗荨麻疹，氨茶碱可以治疗支气管痉挛，可以用于治疗荨麻疹。

等第三组输完，病人眼睛也能睁开了，只是皮肤还有散在的红点。我给病人拿了三天口服药，嘱咐还要继续输液治疗，每天都来。我给病人开玩笑说“今天我幸好没有听你的打一针，要不然你可就没命了，今天我是救了你一命哈！”病人很高兴说：“谢谢，老师技术不错，我要给你宣传一下”。随后病人规规矩矩的治疗了三天，痊愈。

其实这个事我现在想想都后怕的，那天晚上我要是真的给他打了一屁股针，病人离开我的诊所后肯定很危险，那样我就惨了啊！以后再也不敢接这样的病人了，不过这种病人谁都很难预料啊！

我后来翻了很多书，总结了自己在这个病人治疗中的不足之处。我应该立即给病人肌注肾上腺素，这个因为忙就忘了。

我为人人，人人为我



药物过敏的处理体会

作者：踏青放牛

链接：<http://bbs.iiyi.com/thread-3237721-1.html>

1、如系输液引起则静脉输液通道一定保留，换输液管及液体，生理盐水为佳。多数患者家属或患者本人常自主拔掉输液通道是错误的，休克时血容量减少，新建静脉通道不易，并且浪费时间，时间宝贵。

2、肾上腺素的应用，此药抗过敏效果不容置疑，也是首选的，对多种药物引起的过敏疗效甚好，但需根据患者病情考虑用药量，建议第一次用 0.3-0.5mg，观察患者状况，不行可追加 0.3mg；如还是不行再追加 0.3mg。如一次就用 1mg 患者反应不改善就用量而言，就要考虑了，总之少量多次为好。

3、吸氧，必不可少。

典型病例：曾经碰到一例脑血管病患者，静脉点滴脑复康注射液 250mg，6 分钟后出现全身皮肤潮红，皮肤痒，恶心，呕吐，并且出现烦躁。当时判断为脑复康过敏，因为前三组液体输完没有出现任何反应，输入脑复康不足 5 分钟出现症状。可从未遇到过脑复康过敏病例，从症状看像过敏，即按过敏处理：立即停用脑复康，给予地米 10mg 静脉推注，建立了静脉输液通道。患者仍然烦躁，皮肤潮红，皮肤痒，恶心，呕吐，5 分钟后又给予地米 10mg 静脉推注，同样疗效不佳。后用肾上腺素 0.5mg 后随即好转，30 分钟后又出现反复，又追加了 0.3mg 后就没有再发作了。

对青霉素的使用还有几点看法。青霉素在临床中好多医生在皮试阴性后都静点 960 万单位，量偏大。个人认为，皮试阴性后也要警惕过敏，在滴注前一定建立好静脉通道，准备好抗敏急救药物。

滴注就建立了静脉通道，如有过敏发生，有静脉通道就可以进行多种抢救药物的注入，并且可以立即阻止青霉素的输入，同时体内的青霉素可相对快速排出体外。

虽用抗过敏药物，但需维持对青霉素吸收的完成及排除。所以建议当皮试阴性后，可将配好的青霉素液体适当输入一点点，如若出现过敏反应时，因量少，便于抢救。

本文属工作中的体会，仅供参考。

宫外孕误诊一例

作者: fwh123

链接: <http://bbs.iiyi.com/thread-938374-1.html> (363 楼)

患者女, 30 岁, 主因持续性腹痛 3 天来诊。查体: 体温、呼吸、脉搏正常, 血压 120/80mmHg。神志清, 痛苦面容, 面色苍白。心肺听诊阴性。腹部平坦, 腹壁未见静脉曲张, 上腹部有压痛, 没有反跳痛及肌紧张, 肝脾未触及包块, 叩诊移动性浊音阳性。腹部超声示: 腹腔可见大量的液性暗区, 最大处深约 5cm, 子宫大小正常, 宫腔内可见节育器强回声, 节育器位置正常, 余未见明显异常。妇科检查: 宫颈举痛阴性, 双合诊阴性, 经后穹隆穿刺未穿出液体。妇科不考虑宫外孕, 转内科治疗, 内科以输抗生素治疗。患者输注抗生素后腹痛减轻, 10 天后复查超声, 腹水明显减少, 患者回家继续输抗生素治疗。半月后的一天下午患者又剧烈腹痛来诊, 查体同前, 查血压 100/60mmHg。超声提示: 腹腔可见液性暗区, 最大处深约 2.6cm。未做腹穿, 因患者以前有过腹腔积液, 建议患者到县级医院检查, 以明确诊断。患者因为天色已晚, 想在家输抗生素, 明天再去县级医院诊疗。但是回家后输注抗生素无效, 腹痛加剧, 于当天晚上, 就到了县级医院, 值班医生考虑宫外孕, 做了腹穿, 第一次穿刺没有抽出液体, 后来又穿了一次, 抽出了不凝血, 当天晚上就做了手术, 确诊为宫外孕。回想这例宫外孕患者, 我们应该吸取这样的教训:

- 1、生育年龄的妇女突发的剧烈腹痛首先考虑宫外孕。
- 2、带环的妇女也有可能发生宫外孕。
- 3、在超声提示腹腔有液体时应该腹穿, 一次穿不出来可以改变穿刺方位或在超声的引导下穿刺。
- 4、对腹痛的病人我们应该有一个全面的诊断思路, 这样能够让我们减少误诊。



胃穿孔误诊一例

作者：奕奕

链接：<http://bbs.iiyi.com/thread-938374-1.html>（367 楼）

一女性患者，24 岁，因“右下腹疼痛 1 天”入院。门诊查体：右下腹轻压痛，无反跳痛。行 B 超检查，子宫附件未见异常，阑尾未见异常。WBC 稍高。门诊以“盆腔炎”收入妇产科。

病房予青霉素静滴 2 天，患者未见明显好转，并伴有低热。第三天下午再次行子宫、双附件及阑尾 B 超，B 超示：子宫、双附件未见异常，阑尾稍肿大，右下腹有少量积液。

患者的主管医生考虑“阑尾炎”，因为有手术要上，让我写个外科会诊。我又去问了一次病史，患者仍诉右下腹疼痛，右侧卧位时，右下腹轻压痛明显，无反跳痛，无板状腹。我追问病史，得知患者首发症状是剑突下疼痛，而后才出现右下腹疼痛，目前以右下腹疼痛为主。患者有胃病史，未经过系统治疗，发病前因上感而服用了 2 天感冒药。查体：剑突下压痛，疼痛程度大于右下腹，并有轻微反跳痛。诊断：胃穿孔。外科剖腹探查，确诊为胃穿孔。

教训：

1. 不要依赖门诊诊断，因为门诊的医生通常都是很忙的，检查不一定全面。
2. 病症的表现不一定很典型，所以一定要详细的询问病史，不管你有多忙。

超声入门贴——臀部脂肪瘤样增生

作者：songjunrui

链接：<http://bbs.iiyi.com/thread-3380296-1.html>

男，50 岁，十年前发现臀部皮肤表面一小结节没管它。今年过年打麻将磨的疼，今日来就诊。

体表照片如下：

我为人人，人人为我



超声检查图片如下:



病理结果如下:



我为人人，人人为我



病理诊断报告单

姓名:	性别: 男	年龄: 58岁	婚姻: 未知	门诊
住院号:	科别: 普外科	床号:	住院	
术前诊断: 脂肪瘤	送检日期: 2017-			
病变部位: 臀部	送检医师:			
标本: 肿物				

肉眼所见:
 肿物一件6*5*4cm, 切面灰红色, 质软

镜下所见:



诊断:
 (部) 脂肪瘤伴鳞状上皮增生/角化

一句话经典

作者: 余小笨

链接: <http://bbs.iiyi.com/thread-2611189-1.html>

1. 心梗后心肌室壁瘤, 就像“自行车被磨薄的内胎”, 一打气, 薄的地方就会突出来。
2. 稳定型斑块是一种脂核小, 纤维帽厚, 没有活跃的炎症细胞的稳定斑块, 就像附着在血管壁上的“小馅厚皮饺子”, 不容易破, 就不会有血小板粘附激活聚集, 就很少有血栓事件!
3. 不稳定的血管斑块, 就像“皮薄馅大的饺子”, 很容易破; 稳定的斑块则是“皮厚馅少”的包子, 虽然不容易破, 但会慢慢堵死血管。
4. 时间就是生命, 时间就是心肌——AMI 后冠脉再通需争分夺秒!
5. 心肌梗死 2 个月后 ST 段抬高持续存在, 提示室壁瘤的存在!
6. 不典型的主动脉夹层: 一是血压低, 因为双肺 CT 检查发现心包积血才发现主

我为人人, 人人为我



动脉夹层破入心包；二是双下肢突然瘫痪，因为夹层影响脊髓动脉供血所致。

7. ACEI、 β 受体阻滞剂和醛固酮受体拮抗剂是慢性充血性心力衰竭治疗的三大基石。

8. ST段抬高的是溶栓（红色血栓），ST段压低的是抗栓（白色血栓）。

9. 查看心电图时，先看心律而非心率。

10. 急性心梗抗凝前一定要除外主动脉夹层。

11. 右室心梗以补液为主，左室心梗谨慎补液。

12. 年轻人讲心要想到胃，老年人讲胃要想到心。

13. 扩张型心肌病“一大二薄三小四弱”：大（心脏扩大）；薄（室壁薄）；小（瓣膜相对小，多有瓣膜返流）；弱（室壁运动减弱）。

14. 治疗心力衰竭的3+X+TWO：3代表利尿、强心、扩血管；X代表针对心力衰竭的诱因进行治疗；TWO代表block和ACEI两大类药。

15. 前胸部不适，都要想到心梗，特别是老年患者，常规做个心电图非常必要：上——牙痛、咽痛、恶心、呕吐；下——腹部不适；左右——肩部、胳膊不适；前后——肋部不适。

16. 继发性高血压速记：“两肾原醛嗜铬瘤”——肾血管、肾实质、原发性醛固酮增多症、嗜铬细胞瘤；皮质动脉和妊高（皮质醇增多症、主动脉缩窄、妊娠高血压病）。

17. 冠心病有6条防线：一防发病；二防事件；三防后果；四防复发；五防心衰及再发心梗；六防心理情绪异常。

18. 左心衰治疗：端坐下垂位，吸氧打吗啡，利尿强心扩张剂，氨茶碱静滴。

19. 教育高血压患者：宁可少吃一餐饭，不可少吃一次药。

20. 心律失常就是心脏的快跳、慢跳、乱跳或者不跳。

21. 回旋更喜脊柱，前降常走向心尖；前降有如一把梳子帮你区分回旋。（在阅读冠脉影像和图片时，无论什么体位，离脊柱近的就是回旋，走向心尖的常常是前降支，前降支发出数条间隔支，就像一把梳子一样，不仅有助于区分回旋和前降支，还有助于区分前降支和其发出的对角支。）

22. 形容二尖瓣狭窄时的开瓣音：“弹性好的瓣膜就像赶车的马鞭”——马鞭的

弹性很好，用力挥出去，然后再使劲回拉时就会出现很大的响声。

23. 房颤发生机制如同发动机，一旦“点火”成功，就会“循环”下去。

24. 心衰就好比水涝，肺中发生涝灾，就是左心衰。当涝灾发生在除肺以外的部位就是右心衰。

25. 一度房室阻滞就像小两口关系变差，说话间隔变长（P-R 间期延长）；二度就像关系更恶化，一方时而就不回家了（QRS 脱落）；三度就是离婚了，各过各的——（房跳房，室跳室）。

26. 狭窄降前负荷，关闭不全降后负荷。如同一匹载着一车石头的疲惫不堪的马，你应该先卸下石头（利尿），让他再歇一歇（扩血管），歇歇以后再给它一鞭（强心），则马能渡过难关。而你如果不先卸下石头（利尿），让他再歇一歇（扩血管），而是直接上来就给它几鞭，马肯定要被累死的。

27. 心绞痛不只是痛，其“痛”的性质包含着闷、憋、喘、痛四种不同性质的症状。

28. 糖尿病是心血管疾病的等危症，冠心病患者是高血糖的高危人群。

29. 服用地高辛病人出现黄绿视、心律失常，一定查地高辛血药浓度，警惕地高辛中毒。

30. 心率很慢或很快的病人要常规检查“甲功”，以排除甲状腺功能异常。

31. 平时有房颤的病人如果心电图突然规整了，那么你要小心电解质紊乱了，尤其是高钾血症的发生。

32. 洋地黄类药物禁忌症：肥厚梗阻二尖窄，急性心梗伴心衰；二度高度房室阻，预激病窦不应该。

33. 不稳定性心绞痛三机制：斑块破裂；狭窄加重；冠脉痉挛。

34. 不明原因晕厥患者心电图要寻找 3 波：Brugada 波、明显的 J 波、Epsilon 波，有则提示晕厥为心源性。

35. 血小板的 5 个 10：血小板的寿命约为 10 天。每天约有 10^{10} 个血小板产生，需要时产量可增加 10 倍。（由于每日均有新的血小板产生，而当新的血小板产生占到整体的 10% 时，血小板的功能即可恢复正常，所以需每日维持服用。）

36. 心梗的五种并发症：动脉栓塞心室膨，乳头断裂心脏破，梗死后期综合症。

37. 突发辗转不安伴心率血压变化（升高或降低），背部不适应首先考虑主动脉夹层分离。

38. 主动脉夹层患者可没有明显胸背痛，表现为腹痛，因脏器缺血引起。

39. PCI 术后病人下床活动时，突然出现胸闷气短伴全身大汗，血压下降等情况，千万不要忘了考虑肺梗塞。

40. 排除其它原因的突发低血压，不要太相信貌似“正常”的心电监护，做个床边心电图，可能有意想不到的发现——室性心动过速。

41. 如果一个胸痛患者出现“休克样表现”伴有血压升高，那么诊断应该是主动脉夹层。

42. 急性胸痛考虑急性下壁心肌梗塞的病人，一定要加做右胸导联，因为 V_3r-V_5r 诊断右室梗塞敏感性、特异性均高，但是持续时间短，很多时间只能在急诊室心电图中出现。

心电图读图第 68 期

作者：trg

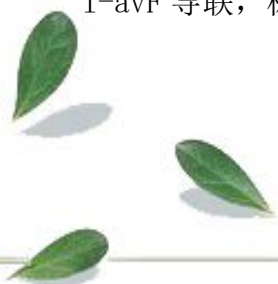
链接：<http://bbs.iiyi.com/thread-3393363-1.html>

请大家分析以下心电图，尽量从以下四项分析。

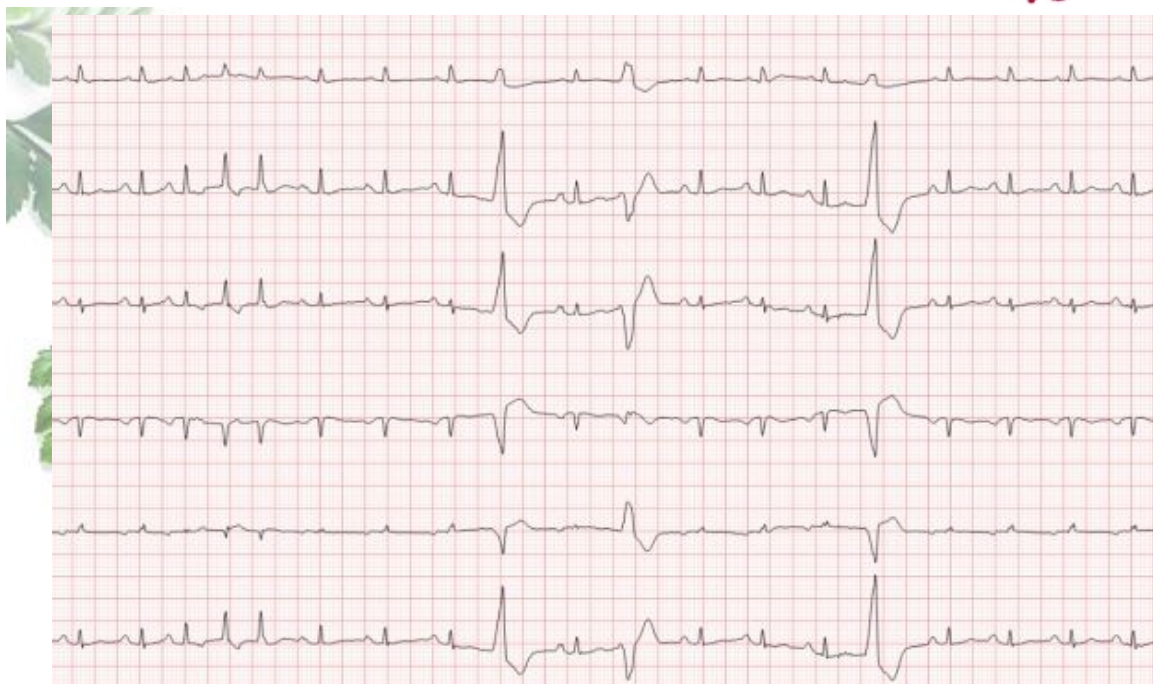
1. 【心电图诊断】
2. 【心电图诊断依据】
3. 【鉴别诊断】
4. 【临床意义】

患者男性，78 岁。请给出诊断及分析过程。

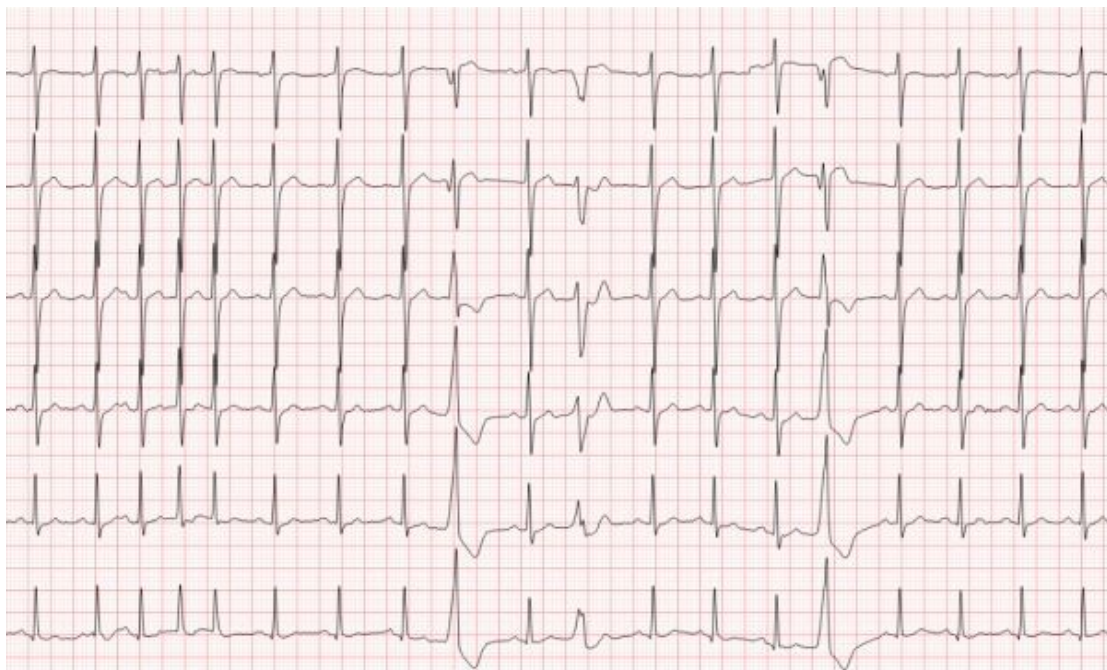
I-avF 导联，标准电压



我为人人，人人为我



v1-V6 导联，标准电压



责任编辑：寒冰

编辑：刘延红大夫

第二部分——中医部分

三黄泻心汤加味治疗消渴一例

作者：邯郸居士

链接 <http://bbs.iiyi.com/thread-2189931-1.html>

郑某，女，54岁。患糖尿病3年余，平时靠注射胰岛素和口服二甲双胍片维持血糖平稳，当时空腹血糖10.8mmol/L。由于双脚底麻木，如踩棉花就诊。刻诊：患者体瘦，面色略黄，脉滑少数，舌质淡红苔干，舌下络脉增粗。予三黄泻心汤加味，药方组成：黄连30克，黄柏12克，大黄9克，黄芪30克，当归15克，地龙12克，三七粉冲服6克，党参15克，白术15克，何首乌15克，红花12克，内服。七剂后，脚底麻木减轻，空腹血糖8.0mmol/L。前方加虎杖30克，姜黄15克。14天后，原二甲双胍片一日三次一次一片，已经减为一日两次一次一片，胰岛素停止应用。前法加减40余天，用二甲双胍片一日一片，血糖维持在7.0之内。嘱咐她继续用药，多走路，少食油腻。

消渴是症状，病人自觉口干渴，欲饮水，得水方解，时时有此症状，明显超过平常饮水量。现代医学以糖尿病多见，也有非糖尿病消渴。临证时，又有糖尿病不大饮水者。今日生活水准提升，烹调油炸多，饮食多高粱厚味。油腻之品，化湿生痰，阻于脾（脾就是胰腺）络，脾因而运化失司，水谷精微不得上行少阴心经，进而辐溉四肢脏腑，因而水谷精微（碳水化合物）缺乏，因其缺故，机体迫向外求，故有饥饿或口干渴症状。不是人体水谷精微多了，而是瘀滞不得疏通。由于经络郁闭，进而热从内生，呈现气阴双虚证候。西医采取降糖药减少糖吸收思路是否正确，值得商榷！

我治疗消渴，注重运脾祛湿去瘀。临床常能使患者症状消除，血糖平稳。

整理去腐生肌散系列配方的临床应用

作者：草原民间中医

链接：<http://bbs.iiyi.com/thread-3379500-1.html>

去腐生肌散 1-5 号系列配方系原创作者杏林之春老师的分享，因系列配方发布的比较分散，故收集整理后分享供大家学习应用！

去腐生肌散 1-4 号都具有去腐提毒的功效，生肌长肉的红升丹为主药，轻粉可祛痰为辅药，乳香、没药、血竭行气治血定痛，儿茶、煅石膏、煅龙骨等收湿止血敛疮，珍珠母益阴生肌为佐药、冰片透窍为引。去腐生肌散五号是以珍珠母、象皮生肌长皮为主药，血余益阴生肌为辅药、炉甘石、煅石膏、儿茶、血竭收湿活血敛疮为佐药，冰片透窍为引。

配方如下：

去腐生肌散 1 号：红升丹 60 克，轻粉 15 克，乳香 4.5 克，没药 4.5 克，血竭 4.5 克，冰片 1.5 克。用法：共研极细末外用。

去腐生肌散 2 号：红升丹 60 克，轻粉 9 克，血竭 9 克，儿茶 6 克，煅石膏 15 克，冰片 1.5 克。用法：共研极细粉末外用。

去腐生肌散 3 号：红升丹 60 克，轻粉 9 克，乳香 30 克，没药 30 克，冰片 3 克，血竭 15 克，儿茶 9 克，煅龙骨 30 克，煅石膏 30 克，珍珠母 30 克。用法：共研极细末外用。

去腐生肌散 4 号：红升丹 30 克，乳香 30 克，没药 30 克，象皮 18 克，煅龙骨 45 克，珍珠母 15 克，血竭 30 克，儿茶 30 克，海螵蛸 45 克，轻粉 9 克，煅石膏 30 克，冰片 1.5 克。用法：共研极细末外用。

去腐生肌散 5 号：珍珠母 6 克，象皮 6 克，血余 6 克，炉甘石 9 克，血竭 6 克，煅石膏 30 克，冰片 0.3 克。用法：共研细末备用。

换药方法：先揭除敷料，用干棉球擦净伤口周围分泌物，再用干棉球蘸去伤口内分泌物，检查伤口坏死组织多而不易去除时，可撒去腐生肌散 1-2 号，最后用生肌玉红膏盖好，胶布固定。生肌玉红膏的范围不要太大，略超过创面即可，每 1 到 2 天换药一次。待坏死组织大部分消除时就改用去腐生肌散 3 号，换药同前，当肉芽新鲜时换 5 号生肌散。如伤口分泌物不多，换药时间可以适当延长，直至愈合。

黄芪桂枝五物汤加减治疗末梢神经炎案

作者：北漠燕赵

链接：<http://bbs.iiyi.com/thread-2050272-1.html>

白某，男，48岁。

主诉：双下肢麻木伴疼痛一个月。

病史：今年8月份无诱因出现心慌，查血糖15mmol/L、酮体25mg/dl，随诊断为2型糖尿病、糖尿病酮症。经治疗后酮症消失，并给予胰岛素控制血糖，空腹血糖维持在正常水平。近一个月来出现双下肢麻木伴疼痛，休息不见缓解。

症见：自述下肢麻木、酸胀疼、怕凉，睡眠差，大便可，舌淡苔滑脉弦。

辨证：气虚血弱再加之寒湿痰浊闭阻、脉络不通。

处方：黄芪桂枝五物汤加减：

生黄芪45克，嫩桂枝30克，杭白芍30克，干姜20克，鸡血藤40克，夜交藤30克，忍冬藤30克，川牛膝15克，广地龙10克，川芎10克，长卿15克，七剂，水煎服，日一剂，分三次服。

二诊，患者自述服药两天后、疼痛症状明显减轻，随后麻木等症状基本消失。上方未做大的调整，告诉患者这是糖尿病所致，嘱咐再服药一周。

分析：患糖尿病之后，高血糖对血脉的长期影响，出现脉络不畅，就其源或寒、或湿、或瘀、或虚，治疗当温通、辛散、化瘀、补虚等通络之法。

浅谈中药外治

作者：正定曹

链接：<http://bbs.iiyi.com/thread-2454523-1.html>

受一位老中医的影响我痴于中药外治疗法治疗一些病症。以独特、新颖，疗效好而慢慢的得到了患者的认可和赞赏。其实中药外治法对我们临床医生来说都不会陌生，它独特的治疗形式和临床高效在一些经典的古医书中不乏一些外治法的论述，并

我为人人，人人为我

且现在越来越被人重视且应用于临床。外用药的部位广泛，上至头顶，下至足心，肌肤、窍道等等都可以使用。其以简便、取效迅速、病患乐意接受等为优势越来越被重视。中医治病强调的是治病求本，同样中药外治也是不例外，吴氏认为“外治之理，即内治之理，外治之药，亦即内治之药，所异者法耳。”指出“外治必如内治者，先求其本，本者何，明阴阳识脏腑也。”应“察四时五行，求病机，度病情，辨病形。”以辨证论治原则指导内病外治，继承、发展了中医外治的理论。所以说外治法虽然和内治法是两种治疗途径，但是理本同一，外治法施方药在外，内治法服汤（丸等）药于内，殊途同归。

临床上可常见的肚脐敷药、穴位敷药、鼻孔塞药、甚则一些取嚏法、涌泉敷药等等很多不同的外治手段。比如说最为常见的脐疗法，可以治疗腹痛、腹泻、呕吐等包含儿、妇、男科等等很多疾病。再如外治常用的外治法治疗一些疾病：

一、塞鼻法：

1. 小儿痰喘神方：巴豆一粒，杵烂，棉裹塞鼻，男左女右，痰自下。
2. 耳鸣塞耳，乌头烧灰，石菖蒲等份为末，棉裹塞之，日再塞为效。

二、浴法：

1. 儿生三日，用桃根、梅根、李根各八两，水煮汤浴儿，能除诸疮。
2. 小儿咳嗽，生姜四两，煎浓汤沐浴即愈。

三、吸法：伤寒咳逆，服药无效，雄黄三钱，酒一盏，煎七分乘热嗅其气即止。

四、吹法：喉痹，猪牙皂、白矾、黄连各等份，瓦上焙干为末，以药半钱吹入喉中，少顷吐出脓血，立愈。

五、贴法：小儿重舌，巴豆半粒，饭粒四、五粒，共捣为饼，如黄豆大贴眉心中间待四周起泡，去之即愈。

六、敷法：小儿赤眼，黄连为末，水调敷脚心。

病案举例：

1. 患者女，21岁，痛经六年余，患者自诉逢经来潮便会小腹胀痛、心烦，经色黑，有血块，腹痛厉害时影响上班和休息。查见舌苔白质暗有瘀斑，证属气滞血瘀型痛经，给于川乌、川芎、细辛研极细末过筛后加入少许冰片，每次取少许药末棉裹塞鼻中。用药后约20分钟疼痛消失。嘱其每天坚持用药至经期结束，连用三个经期。后随访未曾复发。

注：本法取肺开窍于鼻，主气司呼吸，肺朝百脉，以充全身，气为血帅，肺气宣畅则血行周流不息，用川乌、川芎、细辛其辛温香窜、散寒止痛之功效，冰片助开窍通络而达通则不痛。

2. 患儿8岁，男，虫牙疼痛难忍来诊，平素喜甜制品，三天前吃甘蔗后始出现疼痛，曾在本村口服、输液治疗2天疗效不佳，查见两侧上下可见5颗坏牙、大小不同龋洞，左侧下牙疼痛难忍。齿为骨之余，故按之其后背上的大杼穴，患儿自感痛减，按揉2分钟左右，疼痛消除。并于阳溪穴外敷药善后。

注：灵枢经脉第十篇：手阳明之别……上曲颊偏齿……实则龋聋，虚则齿寒痹隔，取之所别也。故虫牙的病人在取偏历穴往往也是立竿见影。

3. 患者女，26岁，产后2月余，右乳房肿痛2天，在家土方治疗无效后找中医内服汤药一天，无法耐受疼痛，随来诊查见外下象限局部红肿，可触及2~3厘米大小肿块，压痛触痛明显，伴发热（37.9度）。以半夏、葱白捣烂塞鼻治疗，每天2次善后。

注：半夏、葱白有消毒散结、消散疮毒之功效。

又如：治鸡眼，用蜈蚣、生南星为末醋调，敷鸡眼四周；

治阳明症，大便燥结，用猪胆汁导法或用食盐融水灌肠或用猪胆汁少调以醋，灌肠即通；

小儿久泄久痢不止，及满口生疮，白烂如泥，痛哭不已，诸医罔效。用巴豆一个去壳，瓜子仁七个，共捣一处如泥津调，贴在两眉间，手巾包，待成泡，揭去即愈；

伤寒感冒，生姜，葱白，核桃，细茶，黑豆煎汤，冲熏头面，名五虎汤，得汗解；

又如华佗治阴虚牙痛，生附子一枚研末，口津调敷脚心。

其外尚有很多不同部位外用药治疗不同的病症之法，举不胜举，恕不赘述。

吴师机曾说：上焦之症下治，下焦之症上治，中焦之症并治。亦于内经说的上病下取，下病上取异曲同工。可以说是外治法中灵活辩证施治的典范。吴师机所言的上中下焦分治最为代表的就是嚏、填、坐三种外治法了，吴师机认为病在上焦者，以药末嗅鼻取嚏发散为第一捷法。病在中焦，以药切末炒香，布包敷脐上为第一捷法。病在下焦，以药或研或炒，或随症而制，布包坐于身下为第一捷法。各法既可以单独使用，也可以联合应用，即可上下呼应，亦可正佐反佐。一法之中，百法备焉。

夫内治者何以能外取也？不知亦取诸气而已矣。人体四肢、五脏六腑上下内外均

因经络之气相互关联，沟通一气，从而成为一个统一的机体，所以人体外部或体表的穴位外用药可以刺激穴位、激发经气、疏通气血而使药物由皮毛入内脏，直达病所，故此也临床上外治手段屡用屡验。



七味白术散加味治疗肿满一例

作者：雨中的云

链接：<http://bbs.iiyi.com/thread-1824335-1.html>

患者，女，55岁，一月前，每晨起自觉四肢浮肿，面部胀满，眼皮肿。活动后症状逐渐消失。一周前自觉四肢酸困无力，唯卧方舒。舌红苔薄黄，脉唯寸部稍浮，余皆正常。食欲良好，大便成形，大便一日三四次，小便稍黄。四肢按之无凹陷。

经云：诸湿肿满，皆属于脾。脾虚则运化失司，水湿停聚，流于四肢则肿胀。脾主升清，虚则清浊具下。舌红苔黄，食欲良好，非是脾阳不足，亦非脾气虚，此为脾阴不足。

处方：七味白术散加減：

党参 15 克，白术 15 克，茯苓 15 克，甘草 10 克，藿香 10 克，木香 6 克，葛根 15 克，沙参 20 克，白扁豆 30 克，白豆蔻 6 克。

上方以四君子加沙参白扁豆补脾阴之不足，藿香豆蔻砂仁芳香以化湿，葛根升清降浊。

今日患者前来复诊，服上药 5 剂后，自觉症状减轻。前言每日大便三四次，今日来言，前因不好意思，故意少说几次，实际上每日 7-8 次。服药后减为每日 2-3 次。

前方有效，原方续服五剂。

大腿后侧疼痛不可忽视的问题

作者：济世中药方

链接：<http://bbs.iiyi.com/thread-3261281-1.html>

第一例患者就诊于 20 天前，患者，男性，身高 1.82m，体重 200 斤。

我为人人，人人为我

主诉：经常腰痛，现左侧腿痛，麻木 2 个月。病史：经常腰酸腰痛，弯腰时明显加重，2 月前突然出现腰痛向左侧腿放射至足跟，左侧下肢大腿后牵扯样疼痛，站立姿势好转，坐姿加重，左侧下肢无力、麻木，足跟、足底麻木，右侧肢体正常，无其它不适。患者曾于十几年前参军训练时臀部受伤，当时经过治疗已痊愈。

根据患者带来的 X 光片显示：腰椎 4/5 前滑脱，腰骶关节间隙变窄，椎间孔变小，左侧骶髂关节错位，触诊与片子结果相符合。

治疗：腰椎整骨复位，腰骶关节复位，骶髂关节复位，治疗 6 天，触诊骨结构和间隙均正常，最后症状为站立时左侧腿不痛，坐姿时很痛，不能坐，大腿后侧股二头肌有跳动性疼痛，足跟、足底麻木。后经过查解剖书，沿着股二头肌走向和神经支配，怀疑是骶骨 2、3 的问题和坐骨结节的问题，调整后还是没有缓解，只能用针灸，动用大针莽针刃针，刺后还是有所缓解减轻，一天后又开始疼痛，以前临床中没有遇到这么缠手的病例，治疗了 10 天后，没有办法了最后开始让患者口服舒筋活血止痛药了，就这样一晃半月过去了，患者的病情没有治愈，自己心里也不舒服，每天都在考虑是什么问题引起的，哪里还没有考虑到，肯定是还有问题所在。

就在上一个患者治疗后的半月，也是男性，五十岁，同样的也是腰痛，右侧下肢疼痛，麻木，大腿后放射痛至足跟，触诊和片子所示一样，腰椎前滑脱。这个患者疼痛有 4 个月，麻木 2 个月，在 2 个月的时候从一米高的梯子上摔下来，有臀部受伤史，当时由于腰痛、腿痛比较厉害，没有感觉臀部受伤时的不适。同样的症状，同样的病例，在一个月内同时出现，实话说头疼那是假的，可是患者慕名而来，我们有义务要尽最大努力去治疗啊，正好是下午的时间，病人不是太多，用了一个小时，从颈椎到尾椎仔细彻底的检查每一个椎体、肌肉，最后发现了问题，前期的诊断忽略了臀部外伤病史，没有骨折，没有想到这么一小段尾骨会出现这么严重的临床症状，摸骨诊断尾椎向右偏移了一点，抱着试试看的心里，向左调整了偏移，结果患者所有的症状完全消失，可以说立竿见影。通过这一个患者的效果，赶紧打电话通知前面的那个患者，等患者来后，一摸，一样的问题，呵呵，结果就不用说了。这次治疗后五天了，患者没有出现不适的感觉，后期效果良好，这就是压力产生的动力，这就是自我提高。

通过这两个特殊的病例，突出了摸骨在临床诊断的主要性，临床中我们接触的都是疑难杂症，都是需要手术的骨关节疾病，这两个病例也算是一点经验吧。



比较安全的肩胛骨内侧缘压痛点针刺方法

作者：经筋医师

链接：<http://bbs.iiyi.com/thread-1994768-1.html>

肩胛骨内侧缘顽固性疼痛是我们中医针推外治临床上常见的一种症状，临床称之为“肩胛骨脊椎疼痛综合症”或“肩胛综合症”；民间又称“搬肩痧”、“掰膀夹气”、“凤尾痛”等等，长期危害着患者的身心健康。

本病多是肩胛胸壁关节由于活动不协调而导致的一种脊柱与肩胛骨之间的软组织慢性劳损性疾患。多因肩部过度负重、不良工作姿势如扭曲、肩部的重力冲击压迫或肩关节的过度频繁活动所致。

肩胛胸壁关节，指肩胛骨和胸廓间所形成的关节，肩臂活动时，它参与肩关节的活动。

当肩部受伤后或肩关节的过度频繁活动，致使肩胛提肌、大小菱形肌在肩胛骨内上角与内侧缘的附着处，因反复牵拉和摩擦而发生急、慢性损伤，肩胛骨与胸廓之间的滑膜和肩胛下肌因反复摩擦而产生炎性渗出、增生、肥厚、形成“筋结”病灶进而影响其正常活动而产生症状；

中医认为属痹证，常因风寒湿邪夹瘀凝滞所致，为筋脉失养、气血不通之症。

针刀松解治疗肩胛骨内侧缘激痛点（肌肉僵硬或条索状物等），具有立竿见影的效果。

现将一种比较安全、实用的针刺方法汇报给爱友们分享：

针刺时患者俯卧位，患侧手向背后伸，致使肩胛骨向后旋转展开，并且翘起来；在肩胛骨的上方，或者内侧缘平行进针，针尖即可刺到肩胛骨上的提肩胛肌，或者菱形肌附着点。切记针尖刺向肩胛骨，行针时间要短。

颈、胸椎失稳所致肩胛背痛者，配合颈、胸椎整脊手法。

阑尾炎效方——红藤煎

作者：凤翅

链接：<http://bbs.iiyi.com/thread-2071842-1.html>

我们平时不易遇到阑尾炎，因为都去输液抗炎或者做手术的缘故。如果遇到就要一招制敌，快速治愈才能不让患者跑到手术台上去。

前些日子我的一个堂妹逛街时突发上腹疼痛、呕吐，急到我这儿来检查。按压麦氏点，有压痛并有强烈的反跳痛，疼痛放射至脐周、胃脘部。询问既往体健，并无其他病史，排除妇科等一切可能导致的右下腹痛的问题，确诊为急性单纯性阑尾炎。即刻上抗生素，用甲硝唑注射液 0.5 克、林可霉素 1.2 克加地塞米松 10 毫克静滴。同时嚼服 654—2 片 10 毫克，药后腹痛稍减，呕吐也止。商量愿服中药，并不辨证，即给予百试百效方红藤煎。用大血藤 100 克、败酱草 15 克、赤芍药 20 克、生甘草 10 克，二剂。药后复诊，述腹疼已止，药后并无反应，只是大便稍多，还微感腹胀。按压麦氏点轻微疼痛，反跳痛已无。原方加枳壳 10 克，续二剂，愈。

红藤煎治疗急性阑尾炎时常用到，可以说是百发百中。病程稍长、病情复杂者宜辨证加味。

认识红藤还是当小时候，见家中药柜中各种各样的药很是好奇，便问父亲这药是治啥的，那药是治啥的，父亲多是一句话就把我打发了。一日见大药屉里有一种红药片，还带像自行车辐条一样的窟眼儿，放嘴边吹还能透气，便问父亲这个东西是啥，父亲说它叫红藤，是治肚子痛的，我再问为啥肚子会痛，为啥它能治肚子痛，父亲说你长大了学医了就都晓得了。及学医才知红藤又叫大血藤，是治肠痛的效药。初行医时在基层医院，老百姓患肚子痛的很多。那时我见外科医生一见肚子痛的不管是不是阑尾炎，多按在手术台上给割了，反正他们认为阑尾要不要无关紧要，就是不是阑尾炎，术后再保守治疗其他问题也可，住院费是跑不掉的。对这一点，我很反感。真正的阑尾炎一到化脓期，就是做手术，没个十天半月也好不了。我常想：如果在我接诊的患者中遇到阑尾炎，我就想办法一招制住，不让患者做手术。一次我老家的一位老太太，患阑尾脓肿住院，八十二岁高龄，外科医生们不敢下刀，怕下不了手术台，只得保守治疗。一周过去了，老人高热不休，因腹皮薄，右下腹可见鸭蛋大肿块，告病

我为人人，人人为我

危。其子问我咋办，我说都这样了，只得死马当个活马医，可用中药一试。查体见舌苔老黄，不时汗出，肚腹绷急拒按，腹膜刺激征已现，时有谵语，承气汤证已备。遂用大黄牡丹皮汤合大承气汤合方。药进二剂，下燥粪不少，已见稀便，高热稍退，神智渐清，可包块无啥动静，再大胆加红藤一两，薏苡仁一两，败酱草半两、冬瓜子半两，变生大黄为制大黄，再二剂药后大便见下红白秽物，臭不可挡，包块外表已不见，热退身凉，可坐起来自己进食，调理数日回家。这是我第一次大胆重剂使用红藤。

用红藤治肠痈，以我的所读，最早可见《景岳全书》。“治肠痈，生于小肚角，微肿而小腹隐痛不止者是。若毒气不散，渐大内攻而溃，则成大患：红藤一两许，以好酒二碗，煎一碗，午前一服，醉卧之，午后用紫花地丁一两许，亦如前煎服，服后痛必渐止为效”，神仙一醉忍冬酒用法同此。《中药大辞典》载治急慢性阑尾炎、阑尾脓肿方，用红藤二两，紫花地丁一两水煎服。

有了这次的经验后，凡遇阑尾炎，只要不是阴证，我必用红藤。剂量也由一两逐渐用至二两，甚至更多。《实用中医外科学》载红藤煎方，红藤 30 克、赤芍 15 克、枳壳、木香各 9 克、败酱草 15 克，甘草 6 克，可以师法。其实单用红藤重剂即可名为红藤煎，随见证稍事加味。

责任编辑：修竹临风

编辑：砭艾 xiwang001han



第三部分——识草药

红花继木

乌 药

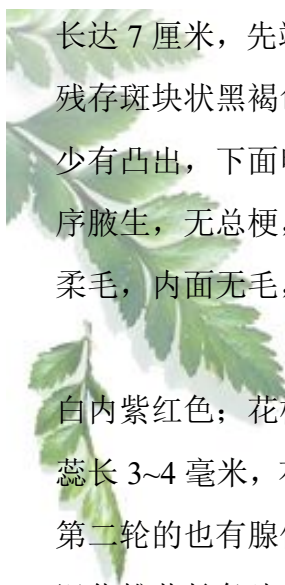
别 名：铜钱树、天台乌药、斑皮柴、白背树、香叶子。

来 源：樟科植物乌药的根。主产于浙江、江西、福建、安徽、湖南、广东，广西、台湾等省区。越南、菲律宾也有分布。

形 态：常绿灌木或小乔木，高可达 5 米，胸径 4 厘米；树皮灰褐色；根纺锤状，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，有刺激性清凉感。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，偶见残存斑块状黑褐色毛片，两面有小凹窝，三出脉，中脉及第一对侧脉上面通常凹下，少有凸出，下面明显凸出；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，黄绿色，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；退化雌蕊坛状。雌花花被片长约 2.5 毫米，宽约 2 毫米，退化雄蕊长条片状，被疏柔毛，长约 1.5 毫米，第三轮基部着生 2 具柄腺体；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。

栽 培：乌药喜亚热带气候，适应性强。以在阳光充足，土质疏松肥沃的酸性土壤栽培为宜。

性味功能：性温、味微苦、辛。顺气止痛、温肾散寒。

用 途：主治胸腹胀痛，气逆喘急，膀胱虚冷，遗尿尿频，疝气，痛经。

用法用量：内服 3~9 克。

经验鉴别：本品多呈纺锤状，略弯曲，有的中部收缩成连珠状，表面黄棕色，有纵皱纹及稀疏的细根痕。质坚硬。切面黄白色，射线放射状，可见年轮环纹，中心颜色较深。气香，味微苦、辛，有清凉感。质老、不呈纺锤状的直根，不可供药用。

金樱子

别 名：刺梨子、山石榴、山鸡头子、和尚头、唐樱笏、油饼果子。

来 源：蔷薇科植物金樱子的果实。分布于西南、华南、江苏、江西、浙江和福建等地。



形态:常绿攀

援灌木，高可达 5 米；小枝粗壮，散生扁弯皮刺，无毛，幼时被腺毛，老时逐渐脱落减少。小叶革质，通常 3，稀 5，连叶柄长 5~10 厘米；小叶片卵形，长 2~6 厘米，宽 1.2~3.5 厘米，先端急尖，稀尾状渐尖，边缘有锐



锯齿，上面亮绿色，无毛，下面黄绿色，幼时沿中肋有腺毛，老时逐渐脱落无毛；小叶柄和叶轴有皮刺和腺毛；托叶离生或基部与叶柄合生，披针形，边缘有细齿，齿尖有腺体，早落。花单生于叶腋，直径 5~7 厘米；花梗长 1.8~2.5 厘米，偶有 3 厘米者，花梗和萼筒密被腺毛，随果实成长变为针刺；萼片卵状披针形，先端呈叶状，边缘羽状浅裂或全缘，常有刺毛和腺毛，内面密被柔毛，比花瓣稍短；花瓣白色，宽倒卵形，先端微凹；雄蕊多数；心皮多数，花柱离生，有毛，比雄蕊短很多。果梨形、倒卵形，稀近球形，紫褐色，外面密被刺毛，果梗长约 3 厘米，萼片宿存。

栽培:金樱子喜温暖干燥的气候。以排水良好、疏松、肥沃的砂质壤土为宜。

性味功能:性平，味酸、甘、涩。固精缩尿，涩肠止泻。

用途:用于遗精滑精，遗尿尿频，崩漏带下，久泻久痢。

用法用量:内服 6~12 克。

经验鉴别:金樱子淡黄棕色，木质，外被淡黄色绒毛。气微，味甘、微涩。以个大、色红黄、有光泽、去净毛刺者为佳。

责任编辑:金陵一剑

编辑:王颖健

我为人人，人人为我

心悸胸闷 2 个月，加重 2 天

作者：修竹临风

链接：<http://bbs.iiyi.com/thread-3387831-1.html>

●病历摘要：

一般资料：患者男，64 岁。

主诉：心悸、胸闷 2 月，加重 2 天

现病史：患者于 2 月前劳累后出现心悸、胸闷，休息后缓解，未在意。此后每逢情绪激动或劳累后即有上述症状出现，休息或口服丹参片等药物可以逐渐缓解，未进行系统治疗。2 天前患者情绪激动后再次出现明显心悸及胸闷，症状较以往为重，且伴有乏力及夜间睡眠不安。到蛟河市医院检查后回家口服地奥心血康等药物治疗 2 天，病情未见明显好转，为求进一步诊疗，今日来我院就诊，门诊以“冠心病”收入院。

病程中无发热、胸痛，无咳嗽、咯血，无黑朦、意识障碍，无抽搐及下肢水肿，饮食尚可，睡眠欠佳，大便正常，小便不畅，夜尿 3~4 次。

既往史：前列腺增生病史 8 年，平时排尿困难。

体格检查：体温：36.2℃；脉搏：70 次/分；呼吸：20 次/分；血压：130/80mmHg。

神清语明，自动体位，查体合作。全身满布大小不一的软质结节，活动良好。双眼睑无浮肿。口唇稍发绀，咽无充血。颈软。双肺呼吸音粗，未闻及干湿啰音。心界不大，心音低钝，心律尚规整，心率 70 次/分，各瓣膜听诊区未闻及病理性杂音。腹平软，肝、脾肋下未触及。双下肢无水肿。生理反射存在，病理反射未引出。

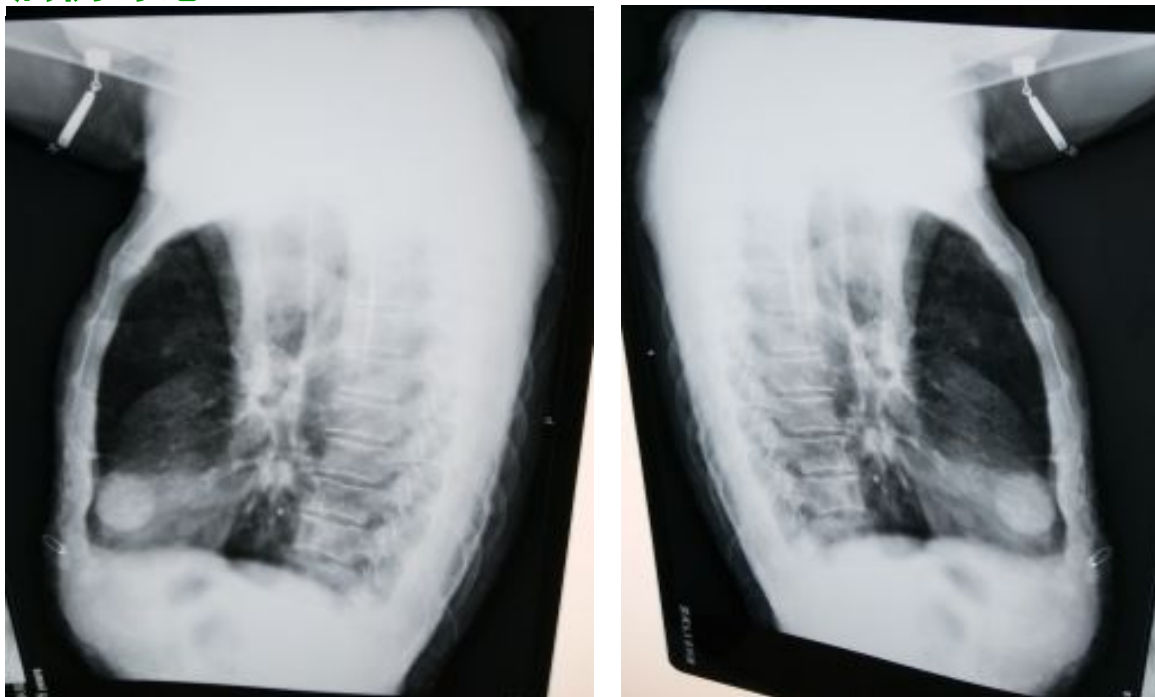
辅助检查：

心脏彩超：左室舒张功能减低，二尖瓣和三尖瓣轻度返流。

血、尿常规及凝血四项未见明显异常；肝功 r-谷氨酰转移酶：134U/L，低密度脂蛋白胆固醇：3.31mmol/L，余生化检查项目未见明显异常。

心电图：窦性心律，正常心电图。

病例讨论



●讨论:

请大家分析一下上图肺部的阴影是什么?

●临床讨论:

anne 医生:

本例是肺内孤立性圆形阴影的鉴别诊断问题, 病例特点是以心血管症状为主, 入

院后检查意外发现肺部圆形阴影，临床上缺乏呼吸道症状，结合年龄与部位，似乎不支持结核，符合肺部肿瘤的某些特征，鉴别的重点应该在良恶性肿瘤上。本例的影像学特点为边缘光滑，周围无毛刺，靠近胸膜而无粘连，这样的情况较为符合肺错构瘤的表现。肺错构瘤不是真性肿瘤（也有研究者主张其为真正的肿瘤），而是胚叶发育异常，起源于肺内的正常组织，主要为软骨、纤维结缔及脂肪组织等形成的肿瘤样病变。因其性质及影像学特征近似良性肿瘤，故列为良性肿瘤范围内。建议进一步检查，确诊后手术治疗。

aishenzhong:

胸片示左肺下野球形阴影，周围无毛刺，可考虑肺良性肿瘤、肺癌、结核球等。查肺 CT、肺癌标志物、ESR、CRP，痰查癌细胞或结核菌，必要时支气管镜、经皮肺穿刺病理确诊。

anne 医生:

如果可以排除肺错构瘤及恶性肿瘤，需要考虑肺炎性假瘤。肺炎性假瘤是一种病因不清的非肿瘤性病变，常在肺内形成包块。临床上肺炎性假瘤并不常见，男女均可发生，患者年龄从 1~70 岁。据临床观察发现约有一半的病人无症状，病变可发生于任何肺叶，X 线常表现为孤立的、界限清楚的圆形或卵圆形包块，较大者肿块界限不清，偶见钙化或空洞形成。本例的影像学所见除阴影外似与支气管紊乱联系密切，粗看象一条飘带似有若无的与阴影联结着，为非常强的提示线索！虽未见钙化或空洞形成，不能完全排除肺炎性假瘤的可能。

患者全身布满大小不一的软质结节很难与肺部阴影关联，可能是两个病。

xiexiecn:

全身布满大小不一的软质结节，是脂肪瘤吗？胸片里的可能是软质结节。

ww2sxy520:

该患者考虑恶性肿瘤肺及皮肤转移。初次看这个片子，左下肺靠近膈肌处可见一个类圆形软组织病灶，边缘光滑，未见明显分叶、毛刺，密度较为均匀，很容易想到为左下肺良性病灶，如结核瘤、错构瘤等。但将胸片放大后可见在这个较为明显的病灶旁边有一个较小的结节，会是什么？我们来看这个患者的情况：64 岁老年男性，患者主要表现为劳累心悸、胸闷，患者没有咳嗽、咳痰等呼吸系统症状，查体时全身布满大小不一的软质结节，活动良好。对于一个老年男性，肺部这样的非孤立性病灶和皮肤多发性结节需要警惕肺、皮肤转移瘤的可能。

病例讨论



anne 医生:

根据楼主提供的信息资料和提示，参考其他爱友的分析，本例看似简单，实际上隐含的信息也不少。分析问题不能通盘考虑可能导致误诊误治。患者既往的病史和皮肤的多发性结节以及肺部影像学等信息，一系列线索提供了我们原先讨论时被忽略的信息，这些信息对于诊断大有深意！细看这个患者的资料，难道是前列腺癌合并肺、皮肤转移的病例？不妨这样假设：患者既往有 8 年的前列腺增生病史，平时经常排尿困难，前列腺癌通常缺乏特异性的症状，早期的局限性前列腺癌通常没有任何症状，当肿瘤侵犯或阻塞尿道、膀胱颈时，则会发生非特异性的下尿路梗阻或刺激症状，有逐渐加重的尿流缓慢、尿频、尿急、尿流中断、排尿不尽、排尿困难等，严重者可能出现急性尿潴留、血尿、尿失禁。因为未有相关资料检查，不能排除前列腺癌的可能。需进一步检查直肠指检、血清 PSA 浓度测定和经直肠超声引导下的前列腺穿刺活检等明确诊断。

● 总结

这是一个误诊病例。如下图病人的 CT 扫描没有发现肿瘤，大家看看病人体表的多发肿块图片，就明白怎么回事了。

病人是多发性神经纤维瘤病，左下胸部的一个较大的神经纤维瘤显影，呈现在肺部平片上就是光滑的肿块影，奇怪的是其它的肿块没有显影，所以造成了误诊。

病人入院后给予改善微循环，营养心肌、控制危险因素等治疗，一周后患者心悸、胸闷明显减轻，好转出院。神经纤维瘤病有家族史，无特殊治疗。



发热、言语迟钝、肢体无力一例

作者：anne 医生

链接：<http://bbs.iiyi.com/thread-3119649-1.html>

●病历摘要：

一般资料：患者，女，28岁，农民。

主诉：发热13天，言语迟钝伴肢体无力、麻木11天

现病史：患者于13天前无明显诱因出现发热，体温在37~38℃之间，不伴咳嗽、流涕、喷嚏等症状，自行口服感冒药物（不详）无明显好转，仍有发热。发病2天后，发现言语困难、吐字缓慢、不能发高音，右手无力，持物失落，遂到当地卫生院就诊。查血常规大致正常，脑电图未见异常，诊断为“病毒性脑炎”，给予“林可霉素、利巴韦林、地塞米松、胞磷胆碱”等药物治疗。入院第2日热退未再上升，住院7天，临床症状缓解出院。出院2天劳累后症状再次出现且较前加重，自觉头晕、乏力，反应迟钝，言语症状同前，右侧身体出现蚁走感，左侧肢体出现麻木感。无发热，无咳嗽，无惊厥发作，无视物不清或视物成双，无眼睛酸胀不适、眼睑下垂，无腹泻、呕吐，为求进一步诊治来诊，门诊以“脑干炎症？”收入院治疗。

病例讨论

发病以来，无午后潮热、盗汗史，无关节肿痛史，无一过性皮疹史，进食较前减少。近两天来，进食水呛咳明显，二便无异常，夜间睡眠差。

既往史：既往有胆囊炎病史，治愈后未再复发。否认肝炎、结核等传染病及其密切接触史。有青霉素、头孢类抗生素过敏史，无手术、外伤及输血史。

个人史及家族史：无特殊。

家族史：否认家族性、遗传性疾病病史。

体格检查：体温：37℃；脉搏：80 次/分；呼吸：22 次/分；血压：90/60mmHg。发育正常，营养不良，急性病容，反应迟钝，言语语速慢、语义连贯，不能发高音。神志清楚，精神紧张，车推入病房，查体合作。全身皮肤、黏膜无黄染、出血点，浅表淋巴结无肿大。巩膜无黄染，耳、鼻无异常。口唇无紫绀，咽部无充血。颈静脉无怒张，甲状腺不大，气管居中，肝颈静脉回流征阴性。胸廓对称无畸形，两侧呼吸运动均等，叩呈清音，语颤觉无异常，双肺呼吸音清晰，未闻及啰音。心前区无隆起，心尖搏动于第 5 肋间左锁骨中线内侧 0.5cm 处，叩诊心浊音界不大，心律整齐，心音有力，心率 80 次/分，各瓣膜听诊区无杂音。腹部平坦，腹壁静脉不显露，腹壁软，肝、脾肋下未触及，肝区及双肾区无叩击痛，肠鸣音正常。肛门及外生殖器拒查。脊柱四肢无畸形，四肢关节无肿痛与畸形，双下肢无水肿，无杵状指（趾）。神经系统查体：精神紧张，反应迟钝，定向力无明显障碍，自知力可，粗试视野检查无偏盲，眼球各方向活动不受限；面纹对称；伸舌、悬雍垂居中。右侧舌后 1/3 味觉丧失；右侧咽反射消失，右侧软腭运动迟钝，左侧正常；左侧耸肩力差，右侧正常；四肢肌力检查右侧肢体力弱，右上肢肌力 IV 级；右下肢 V 级，肌张力不高，腱反射右侧减弱左侧活跃，右侧腹壁反射减弱，右侧偏身感觉障碍，左侧无异常，克尼格氏征、布氏征以及巴氏征均阴性。

辅助检查：

血常规：WBC：11.90×10⁹/L，N:60%，L:35%，Hb:128g/L，PLT:146×10⁹/L。

血沉：30mm/h；ASO< 200IU/ml。

尿常规：PH:6.5，SG:1.020，余（-）。

粪便常规无异常；血糖、生化、心肌酶谱未见异常；甲功五项正常。

胸腹透视：心肺（-）。复查脑电图：未见异常；B超：肝、胆、胰、脾、肾未见异常。

讨论：

1. 患者有后组颅神经损害症状，后组颅神经损害可见于哪些病？
2. 本例可能的诊断及其依据？
3. 本例需与哪些疾病鉴别？
4. 要明确诊断还需做哪些检查？
5. 处理原则是什么？

●临床讨论：

ybh317:

1. 患者有后组颅神经损害症状，后组颅神经损害可见于哪些病？
有脑外伤、脑溢血、脑血栓、脑炎与脑膜炎、脱髓鞘疾病等。
2. 本例可能的诊断及其依据？
有血像偏高，感觉与运动神经、舌咽神经功能等异常为诊断依据。
3. 本例需与哪些疾病鉴别？
与脑血管疾病等相鉴别。
4. 要明确诊断还需做哪些检查？
核磁共振与腰穿检查。
5. 请说说处理原则。
消炎、护脑、营养神经等对症治疗，配合针灸与中药。

冷丁：

该病例神经损害广泛，牵涉多支神经，同时却又集中到后组颅神经及其周围，病因可局限可广泛，分析起来难度较大。先看主要症状：发病2天后，无意中发现自己言语困难，吐字缓慢，不能发高音——舌咽、迷走神经受损（从后来的体检情况，可推测出右侧舌、咽、软腭功能障碍）；右手无力，持物失落——右侧运动功能障碍；左侧耸肩无力，发生时间不明——副神经损害。病情进展后出现右侧上下肢体肌力减退，肌张力不高，腱反射右侧减弱左侧活跃，右侧腹壁反射减弱，右侧偏身感觉障碍，右侧身体出现蚁走感，左侧肢体有麻木感（若将左侧麻木感忽略的话，就是一个完全的右侧偏瘫及感觉障碍）。综合两组分析，病损段偏重于延髓下偏右侧，病变波及范围位于后组颅神经、右侧脊（头、面及肢体均为右侧，考虑损伤部位位于脊髓交叉以下），这个考虑是局限性病变，病损部位如此集中，局限性病变应做为第一考虑。结

病例讨论

合年龄及既往史，桥小脑角肿瘤、多发性神经炎、颅神经炎、脑膜炎、脑卒中、外伤等。外伤依据病史不支持；肿瘤问题，病史短，发热等，与该诊断不太相符，不作为第一诊断；神经炎，与该病例较为相符，可做为第一诊断；脑卒中或动脉瘤压迫，缺乏应有的依据，需进一步 CT 或 MRI 排除。另一方面，广泛性病因考虑，需要排除全身性及脑外器官的神经毒性表现，可以考虑到的较符合的疾病为甲亢。

●临床分析

“不寻常”、“不一致”，是破解谜题的关键，脑干炎症是个“筐”，好多病可往里装。临床资料试图展现其不寻常的临床表现和不一致的神经损害，提示患者时空多发性的特征，更希望通过案例中的诊断思路帮助各位同行更准确地诊断以后组颅神经损害为表现的案例，避免简单化把难以解释的后组颅神经损害患者都放在“脑干炎症”的篮子里。

本例为青年女性患者，发热后出现后组颅神经损害的症状，临床查体却不只是单纯后组颅神经损害。既有右侧舌咽、迷走神经受累，兼有右侧偏身感觉障碍，还有左侧副神经损害，更有院外治疗的短期缓解！虽然感觉临床症状扑朔迷离，但是，中枢神经系统急性脱髓鞘疾病的方向可以基本确立。其中，高度怀疑多发性硬化症的可能，需进一步作相应检查，协助诊断。现结合病历所见，试着分析如下：

1. 脑干炎症：是指发生于脑干的炎症，病因和发病机制多不明确，可能为病毒感染或炎性脱髓鞘。临床特点包括：常有前驱感染史，急性或亚急性起病，主要表现为多颅神经损害、共济失调、长束征、意识障碍。本例的特征符合该病的临床特点，但接下来的初步检查似乎并不支持诊断。如血象特点，脑膜刺激征的缺乏，临床意识的变化以及脑电图的正常均不能用单纯脑干炎症解释；

2. 系统性红斑狼疮：特殊类型的狼疮性脑病可有中枢神经系统症状和神经系统局部定位体征，但临床上除系统性红斑狼疮原发症状外多表现为头痛、癫痫、瘫痪以及脑病综合征（可出现多种器质性脑病表现，如认知功能障碍、情感异常、人格异常、痴呆等）。本例目前不予考虑；

3. 重症肌无力：肌无力常从一组肌群开始，范围逐步扩大。首发症状常为一侧或双侧眼外肌麻痹，如上睑下垂、斜视和复视，重者眼球运动明显受限，甚至眼球固定，但瞳孔括约肌不受累。面部及咽喉肌受累时出现表情淡漠、苦笑面容，连续咀嚼无力、饮水呛咳、吞咽困难，说话带鼻音、发音障碍等。累及胸锁乳突肌和斜方肌时则表现

为颈软、抬头困难，转颈、耸肩无力。本例虽有其中类似表现，没有肌无力和眼睑下垂等重症肌无力常见的表现，故可排除；

4. 结核性脑膜炎：多有结核史和结核中毒症状，隐性起病，颅底炎性渗出物的刺激、粘连、压迫，可致脑神经损害，以动眼、外展、面和视神经最易受累。表现视力减退、复视和面神经麻痹等。本例与之不符，可以排除；

5. 吉兰-巴雷综合征：临床上以四肢对称性弛缓性瘫痪为其主要表现。从四肢末端的麻木、针刺感开始。客观检查可有手套、袜套样和(或)三叉神经支配区的感觉减退。约半数病人可有脑神经损害，以舌咽、迷走和一侧或两侧面神经的周围性瘫痪为多见，其次是动眼、滑车、展神经。脑脊液多有蛋白增高而细胞数正常或接近正常的蛋白-细胞分离现象。感觉障碍远较运动障碍为轻，是本病特点之一，可资鉴别，必要时查脑脊液和相关检查鉴别之；

6. 多发性硬化症：是以中枢神经系统白质炎性脱髓鞘病变为主要特点的自身免疫病。本病最常累及的部位为脑室周围白质、视神经、脊髓、脑干和小脑。主要临床特点为中枢神经系统白质散在分布的多病灶与病程中呈现的缓解复发，症状和体征的空间多发性和病程的时间多发性。本例病程中曾应用激素临床症状一度缓解，比较符合该病临床表现，需头颅 CT 或 MRI 协助诊断。

●**临床诊断：**急性脱髓鞘疾病，多发性硬化症。

需完善检查：风湿及免疫方面：ANA、ENA 系列，免疫蛋白电泳、心电图、眼底检查、脑脊液、头颅 MRI 等。

治疗：入院后眼底检查提示视乳头边缘清晰，生理凹陷平坦，无动-静脉交叉现象。先给予激素配合维生素 B₁、B₁₂、胞磷胆碱等营养脑神经和脑细胞活化剂治疗，甘露醇降低颅内压，抗生素预防感染，经治疗无效者，可加用免疫抑制剂治疗。需注意患者为过敏体质，对青霉素、先锋类药物过敏，应该禁用，ATP、细胞色素 C 要慎用，以策安全。

随访：该患者经讨论后，完善检查，诊断为多发性硬化症。按讨论方案治疗 10 天，临床症状再次缓解出院，定期门诊随访。

●**总结**

1. 患者有后组颅神经损害症状，后组颅神经损害可见于哪些病？

有脑外伤、脑溢血、脑血栓、脑炎与脑膜炎、颅脑占位、脱髓鞘疾病等。

病例讨论

2. 本例可能的诊断及依据？

多发性硬化症。

依据：青年女性，继发热后出现颅神经损害症状和多发的、波动的病情；其它疾病难以解释；头颅 CT 或 MRI 有助于诊断。

3. 本例需与哪些疾病鉴别？

详见上面病例分析相关内容。

4. 要明确诊断还需做哪些检查？

头颅 CT 检查，磁共振成像检查（MRI），而 MR 是检测多发性硬化最有效的辅助诊断手段，阳性率可达 62%~94%。脑脊液检查，脑干听觉诱发电位等有助于协助诊断。

5. 请说说处理原则。

多发性硬化（MS）治疗的主要目的是抑制炎性脱髓鞘病变进展，防止急性期病变恶化及缓解期复发，晚期采取对症和支持疗法，减轻神经功能障碍带来的痛苦。其主要治疗原则如下：

5.1. 疾病复发，损伤严重者应使用大剂量糖皮质激素静脉滴注；

5.2. 所有复发-缓解型 MS 患者都应长期给予免疫调节治疗；

5.3. 继发-进展型 MS 患者需早期给予积极治疗；

5.4. 原发-进展型 MS 患者对于改善病情的治疗反应不佳；

5.5. MS 是一种终身疾病，近期没有关于终止治疗的病例。如果病人不能耐受一种治疗，或治疗失败，需采用另一种治疗；

5.6. 需在临床上和/或通过 MRI 检测病人的疾病活动性。应在功能出现不可逆损伤之前开始改变或增加治疗。

责任编辑：yjb5200120

编辑：绿漫天涯、刘现国

医疗资讯

广东年内三级医院全面停止门诊输液

记者从广东省卫生计生委权威渠道了解到,根据日前出台的《广东省深化医药卫生体制综合改革实施方案》,广东将在全省二级以上公立医院逐步停止门诊患者静脉输注抗菌药物。因取消普通门诊抗菌药物输液是个系统工程,这项工作将会按照计划稳步推进。这也意味着,广东全面取消门诊输液并未有具体时间表。不过,记者走访发现,在“今年7月前全面取消药品加成”等因素促进下,广州地区不少三甲大医院实质上已经悄然先动作,甚至有的医院比如省医,已经全面停止门诊输液,绝大多数已在计划或安排取消中。

北京医改再出新政:鼓励医生开设私人诊所未来有望跨省执业

日前,北京市正式出台《北京市促进社会办医健康发展若干政策措施》,保障社会办医在规划用地、政府财政投入、医师执业制度改革、参与公立医院改革,以及对民办医院的社会监管等方面得到更大的支持。为进一步支持社会办医机构发展,日前北京市正式出台《北京市促进社会办医健康发展若干政策措施》,保障社会办医在规划用地、政府财政投入、医师执业制度改革、参与公立医院改革,以及对民办医院的社会监管等方面得到更大的支持。除了对医疗机构的政策支持之外,医生的“市场化”也将得到更大的支持,包括鼓励到基层就医或开设工作室;同步非全日制医师的医保、公积金;参与基层社会办医的医生可作为职称晋升前的经历等。

云计算、人工智能颠覆传统医疗只是时间问题

云计算的海量信息存储与处理,是数据化智慧医疗中最具挑战性、也是最重要的一个环节。试想一下,当生物学基础中的图片都能以数据的形式保存下来,并对其进行分类,那将会有效提高进行信息检索和管理的便利程度。云计算进入医疗行业是势在必行,并且基于云计算的人工智能和健康保健产品也将会彻底颠覆传统的医疗模式,为人们带来全新的健康管理体验。而在科技创新的政策推动下,营造绿色健康的信息生态圈,打造适应时代进步的健康生活服务是一个前景广阔的潜在市场,智慧医疗要走的路还很长,解决难点并掌握核心技术,云计算、人工智能颠覆传统医疗行业只是时间问题。

按病种付费时代来临 多地开始试点

控制医疗费用的不合理增长，向来是近年医改的重要目标。有消息称，从4月1日起，福建省将在全国率先实行患者就诊按病种付费，而且首批就明确了有100个病种在省属公立医院按统一价格付费。实际上，很多省份和地区对单病种付费已有尝试。国家发改委发文称，已遴选了包括老年性白内障、慢性扁桃体炎等320个病种列入按病种收费目录，各地二级以上公立医院都要选取一定数量的病种改革，城市公立医院综合改革试点地区2017年底前实行按病种收费的病种不少于100个。各地要抓紧制定推进按病种收费的实施细则，于2017年6月底前向社会公布并组织实施。也就是说截至2017年6月底以前，全国各省份及直辖市都必须陆续出台相关政策并向社会公布。

临床数据造假将承担刑事责任

2017年4月10日，食药监局（CFDA）发布了《总局办公厅再次公开征求《关于药物临床试验数据核查有关问题处理意见的公告（修改稿）》意见》。CFDA在总结修改收到的280条反馈意见的基础上，按照法律法规要求，明确政策界限，严肃查处注册申请中临床试验数据造假行为。也在同一天，首席大法官、最高人民法院院长周强主持召开最高人民法院审判委员会全体会议，审议并原则通过《最高人民法院、最高人民检察院关于办理药品、医疗器械注册申请数据造假刑事案件适用法律若干问题的解释》。对于药品注册申请人自己弄虚作假，提供虚假的非临床研究或者临床试验报告及相关材料，骗取药品批准证明文件的，可以按生产、销售假药罪定罪处罚。

心房颤动是认知能力下降和痴呆的危险因素！

近日，心血管领域权威杂志Eur Heart J上发表了一篇文章，在该研究中，为了评估房颤是否是认知功能障碍的危险因素，研究人员使用了从45岁至85岁的成年人房颤、重复认知评分和痴呆症发病率的前瞻性数据进行了分析。在45岁至85岁的成年人中，房颤与加速的认知功能下降有关，即使在房颤发病率较低的年龄，房颤与较高的痴呆的风险相关，至少有部分可以被房颤患者发生的心血管疾病所解释。

研究显示：吸烟是重症哮喘发病的危险因素之一

中日医院呼吸内科林江涛教授等发表文章，对我国八省市重症支气管哮喘患病情况进行了分析。结果显示，我国重症哮喘患者在哮喘人群中的比例与其他地区相似，重症哮喘较多发生在老年患者中，随着受教育程度的增高而降低，吸烟是重症哮喘的危险因素之一。吸烟哮喘人群(702例)中重症哮喘的比例显著高于非吸烟哮喘人群

(1332 例)中重症哮喘比例(7.98%与 4.95%, OR 为 1.663)。研究者分析,吸烟可对许多药物的代谢产生影响,加速肺功能的恶化,因此吸烟与重症哮喘密切相关。为此,哮喘患者管理中必须戒烟。

全球超半数人口感染幽门螺旋杆菌

研究通过对 14006 份研究报告的筛选,获得了 263 篇关于幽门螺杆菌感染的研究,其中 184 篇报告了最终分析数据,共包含 62 个国家和地区,其中非洲幽门螺杆菌感染的患病率最高(70.1%; 95% CI 62.6-77.7),大洋洲患病率最低(24.4%; 95% CI 18.5-30.4)。各国家间,幽门螺旋杆菌感染率最低的国家是瑞士,18.9%(95% CI 13.1-24.7),患病率最高的国家是尼日利亚 87.7%(95% CI 83.1-92.2)。基于区域患病率估计,2015 年在全球范围内大约有 44 亿人感染了幽门螺杆菌。全球超半数人口感染了幽门螺旋杆菌,根除幽门螺旋杆菌的形式仍然严峻。

咖啡可降低患前列腺癌的风险

一项最新研究表明,每天三杯或更多杯咖啡可降低前列腺癌的风险。通过实验室实验也证实了咖啡的抗肿瘤作用。关于咖啡对前列腺癌风险影响的 meta 分析数据是有争议的。咖啡因作为咖啡的生物活性化合物尚未在体外深入研究。这项研究旨在评估意大利式咖啡对患前列腺癌风险的影响,并在体外研究咖啡因对前列腺癌细胞系的潜在抗增殖和抗转移活性。

德国科学家发明肺癌呼吸检测法

德国科学家日前研究出一种方法,能通过分析受测者呼吸气体中的核糖核酸分子,检测他们是否患有肺癌,准确率高达 98%。核糖核酸可以结合细胞中稳定的 DNA(脱氧核糖核酸)片段产生不同的变体,继而合成不同的蛋白质。来自马克斯 普朗克心肺研究所的科学家发现,健康细胞中产生的核糖核酸变体数量按照特定比例存在,但癌细胞中核糖核酸结合 GATA6 和 NKX2 两种基因产生的变体数量,其比例与在健康细胞中存在差异。科学家们分别根据健康和患有肺癌的研究人群产生的核糖核酸相关数据建立起模型,并对 138 名已知其健康状况的对象进行测试,结果发现此方法对肺癌的诊断准确率高达 98%。这一项目组的负责人吉列尔莫·巴雷托说,这种方法能让肺癌的早期诊断变得更加容易及可靠,可以作为现有常用诊断技术的补充。

责任编辑:永恒流星

【书香四月，快乐阅读】活动优秀文贴选摘

尼尔斯骑鹅旅游记

作者：kaixindoul

链接：<http://bbs.iyyi.com/thread-3392228-1.html>

参加这个活动，其实想刺激女儿更加爱阅读，说实话这本书我以前没看过，我想写《童年》高尔基的那本，我感觉写的不错。可是霸道的女儿让我写这本，我想应该是她喜欢这本书吧！这丫头一般自己喜欢的书，会强制我看看，不过我嘴上会反抗说不看不看，事实上却有一种特别幸福感！

表面被迫看书，其实是内心苛求的，这是女儿最近非常爱撒娇，或者爱和我对着说话，应该确切的说是有点死对头的意思吧！用女儿的话就是我是她的“死党”呵呵，幸福吧？偷偷的！我若是很欣然接受她的建议，她却表现的好像不兴奋！不多说废话了，说说这本书！

这本《尼尔斯骑鹅旅游记》是一本非常奇妙的书，别小看它哦！它可是获奖童话作品，诺贝尔文学奖哦！是不是对它有点兴趣了？

书中介绍的是一个十四岁男孩住在农家小院，得罪精灵变成了拇指大小的小人儿，骑着大鹅去旅行，经历很多，跟着一群大雁长途跋涉，结交朋友，也遇到凶恶的坏人，经历磨难和危险，得到锻炼，帮助别人，获得很多启发，从动物们身上学知识，慢慢改掉自己的缺点，变成一个勇敢，坚强，善良，聪慧的好孩子！

童话书不一定幼稚，耐心安静下来，捧起书，无论是童话还是世界名著，还是小学生作文，只要我们肯挤出时间看书，书中自有颜如玉，书中自有黄金屋哦！

《爱的教育》、《老人与海》、《羊脂球》等，都是目标书籍，慢慢来，不是没时间看书，挤一挤总会有时间！

读《苏东坡传》

作者：wangguodian

链接：<http://bbs.iiyi.com/thread-3391930-1.html>

林语堂的《苏东坡传》有多个译本，我看的是张振玉的译本，我觉得这是我见过的最精彩的传记。

首先，林并没有将苏东坡奉若神明，而是如实叙写，娓娓道来。偶尔加以调侃，还原了苏东坡一个真实的形象。

其次，本传旁征博引，除了苏的生平文字资料，还引用了大量的文史知识，让读者清楚，苏是处于怎样的一个历史背景下，他的行为是处于什么考虑的。

另外，本书的趣味性也很强，作者尽量还原历史，对当时的情景描写绘声绘色，特别是苏在杭州的生活，无论是干劲十足地为百姓谋福利，还是惬意的游山玩水，都令人心向往之。

还有很多历史故事，苏与奇人往来的趣事，还常常穿插有哲理性的语言，如君子之交淡如水，语堂先生理解为：“水没有刺激的味道，但是人永远不会对之生厌”。很形象，也加深了对苏的了解。

但也有不足之处，像对王安石变法及王安石的个人评价，我觉得有失偏颇，对这个影响苏至深的事件，其三个章节叙写，几乎都是贬义。以历史的眼光来看，他甚至直接说王安石为国家一大害。性不可以善恶论也，更何况有点历史常识的都知道变法虽然失败了，但也有可取之处，这是作者的个人好恶标准使然。

读一本好书，如品一杯香茗。很多美妙的感觉常一瞬即逝。其情虽不可一一而述，但内心无比充盈。



任之堂中药讲记

作者：andy1087911

链接：<http://bbs.iiyi.com/thread-3391050-1.html>

很高兴看到论坛能搞这样的活动，读书对于每个人的成长都是很重要的。每个年龄段有每个年龄段的兴趣，属于这个阶段的书，看后会很有感悟和启发。

现代人读书的时间很少，感觉没有什么时间，其实不然，都给手机占用了。一有空就会拿起手机来看，哪怕对着小孩子，这个习惯很不好。尽管我也有这个坏习惯，但自己注意到了，现在孩子面前尽量不用手机。

拿起书来读，今年想要学习一点中医的知识，近期就拿起任之堂的中药讲记来看，给没看过的朋友作一下介绍：

本书以理顺中药思路为主线，展示了传统中医最为独特的取象悟性思维，将任之堂的用药心法全盘托出。在轻松学习之余，却将中医最精髓的东西（升降气机）深入浅出，以最通俗的文字讲述出来。里面对药象、病象、自然万象的领悟，极为独特新颖，发前人所未发，大开学者悟性，令人有迅速步入中医之门之感。

这个是书的介绍，确实是这样，我看了大部分，讲得比我们以前学中医中药形象多了。还有小故事，记起来没有那么死板，相信很多学西医的人，对于学中医就难理解，但多拿生活的哲理来悟中医就是很好的学习方法，在此我推荐任之堂一系列的书籍，很值得一看。



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办越好。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！

心电图读图第六十七期

答案解析

作者：trg

链接：<http://bbs.iiyi.com/thread-3388715-1.html>

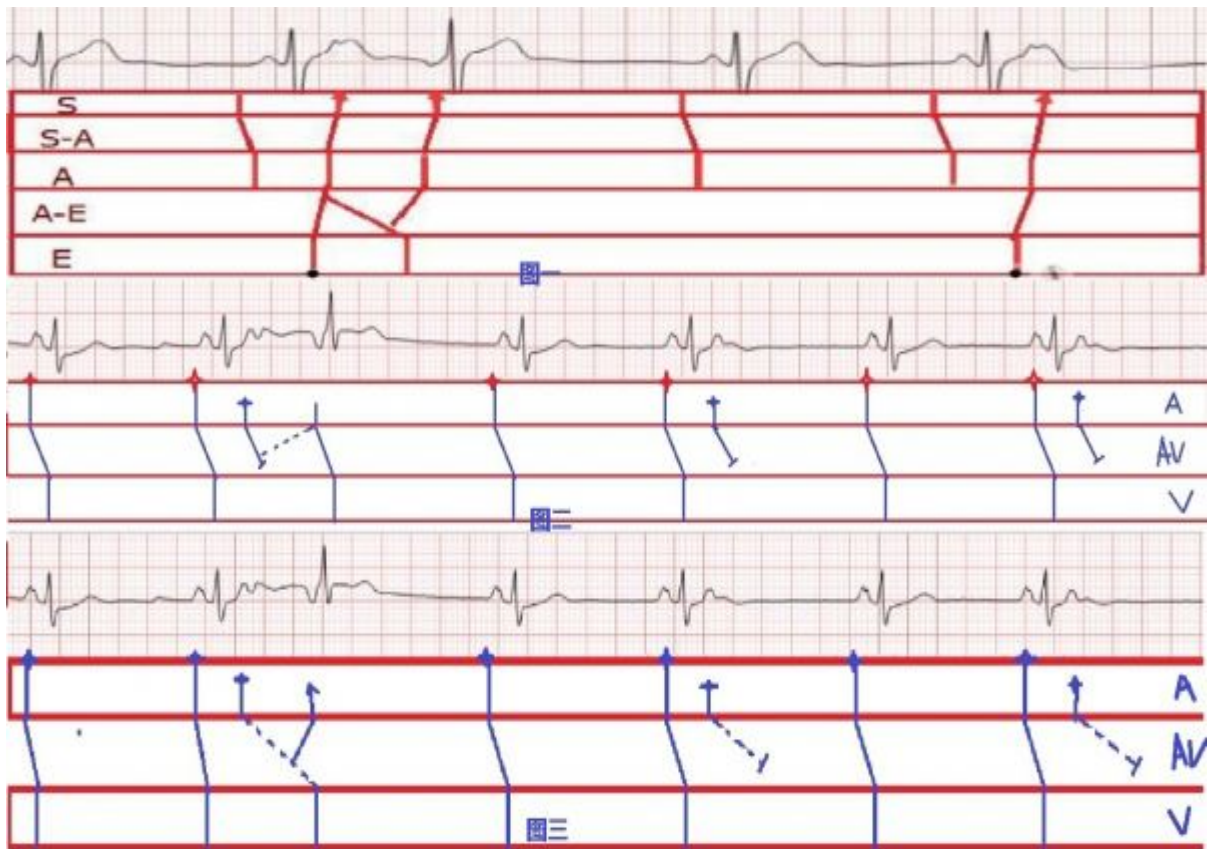
本期心电图诊断：

1. 窦性心动过缓
2. 房早伴房内折返，部分未下传、快慢型（或慢快型）反复搏动可能，提示房室结内双径路。

心电图分析：

主导节律为窦性心律，频率每分钟 54BPM。在第 2、5、7 个 QRS 后 ST 段上可见提前出现的 P 波，首先考虑最常见的房早未下传，但 R-P 固定 160ms，从 R-P 固定且长度

160ms 表现，需要排除房室旁道折返可能性。在第二个提前的 P 波后紧跟着出现一次提前的窄 QRS，其前 P 符合逆行 P 特征，P-R120ms，需要考虑窄 QRS 与其前 P' 的相关性，如果无相关性，可能交界早搏可能性大，需要长时间描记心电图观察到未出现房早后的 QRS 波出现紧跟逆 P-窄 QRS 表现来证明逆行 P 波与房早无关，如果窄 QRS 与其前 P' 有相关性，一般可出现三种情况，第一种考虑房内折返，如梯形图一；第二种情况考虑房早在交接区内经慢径路折返激动心房，快经路前传激动心室的快慢型反复搏动，如梯形图二；第三种情况考虑房早经慢径路缓慢下传心室再经快径路折返激动心房，表现少见的逆行 P 波出现在 QRS 波之前的慢快型反复搏动。三种情况都需要电生理证实。



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，都是我们所需要的。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，投稿时如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.iyyi.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。

可以是自己的原创文章，也可以推荐其他爱友的原创精品文章。

【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。

医师资格考试

—— 制胜方案 ——



轻松备考 快速提升



培训果链接地址: <http://peixun.iiyi.com/specials/yszgks/>