

 www.iyyi.com

2017. 06

愛愛醫



第六期 总NO. 89

Volume 6,number 6, Jun 2017

曾记得，那美好那幸福

作者：L1085246117

链接：<http://bbs.iyi.com/thread-3396405-1.html>

曾记得

那一年放学后

紧牵我手的是妈妈

还不停的唠叨

一定要记得早点儿回家

曾记得

那一年过马路

紧牵我手的是闺蜜

还不停的牢骚

一定要记得左右瞧一瞧

曾记得

那一年在雨中

紧牵我手的是老公

还不停的嘟囔

一定要记得等我来接你

总是想

时光流逝，岁月静好

父母还在，闺蜜还在，老公还在

牵手还在，健康还在，幸福还在

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 倪广峰
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 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，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

曾记得，那美好那幸福.....	2
激素补充治疗抗衰老技术规范指南.....	4
一个护士的辞职心声.....	7
眩晕症的治疗方法.....	9
请不要轻易放弃任何一位患者.....	11
关于“肺心病、心衰”的诊断书写小议.....	20
诊室的故事.....	22
超声入门贴 559——膀胱癌.....	23
宫外孕误诊一例.....	28
卡托普利致咳嗽一例.....	29
诊室的故事——门诊侧记.....	29
心电图读图第 69 期.....	31
针刺治痛的思路决定针具和操作方法.....	32
三仁汤治湿阻.....	33
效验灵方——治疗多囊卵巢方.....	33
凤翅医话——一方统治颈椎病.....	35
桂枝汤加味治愈荨麻疹体悟.....	37
——皮肤病当留意表征.....	37
软组织造成肢体疼痛的治疗体会.....	38
亲验马钱子之毒.....	39
威灵仙.....	42
乳浆大戟.....	43
发热 6 天，牙龈红肿 2 天，舌尖溃疡 1 天.....	45
肾功能不全尿毒症患者，跟 ANCA 有关吗？.....	48
医疗资讯.....	52
爱很简单.....	55
当你老了.....	56
表达爱.....	57
编读往来.....	58
心电图读图第六十八期答案解析.....	58
爱爱医杂志稿约.....	60

激素补充治疗抗衰老技术规范指南

原作者：中国整形美容协会抗衰老分会

链接：<http://bbs.iiyi.com/thread-3399205-1.html>

· 6 ·

中华老年病研究电子杂志 2016 年 8 月第 3 卷第 3 期 Chin J Geriatrics Res (Electronic Edition), August 2016, Vol.3, No.3

· 指南与共识 ·

激素补充治疗抗衰老技术规范指南

中国整形美容协会抗衰老分会

激素补充治疗抗衰老是指女性卵巢功能衰退^[1]、男性迟发性性腺功能减退症^[2,4]以及成年生长激素缺乏症等疾病,导致性激素和生长激素不足,引起机体健康问题而采用的临床医疗干预措施。该治疗方法应在有适应证而无禁忌证的情况下应用。通过适当补充所缺乏的激素,有助于缓解围绝经期妇女的不适症状以及中老年男性的机体和精神衰退,增加肌肉含量,减少脂肪成分,从而提高机体各个器官、系统的功能,改善生活质量,达到抗衰老目的^[5]。但应注意以下几点:①目前的临床证据显示,这些激素的合理应用(联合应用)可显著提高生活质量。②激素应用,必须与生活方式的改变相结合,包括运动和饮食管理。③激素的补充剂量为生理剂量,剂量不足会影响疗效;反之,若补充过多则增加不良反应的发生风险。

一、医疗机构基本要求

(一)有卫生行政部门核准登记的,设置有妇产科、内分泌科、整形美容抗衰老中心的综合医院、专科医院。

(二)有激素水平检测及相关诊断检验的分析条件和能力,或者与具备上述条件和能力的实验室有固定协作关系。

二、专业人员资质

(一)取得“医师执业证书”并登记注册。

(二)有主治医师以上的专业技术职务任职资格。

(三)有3年以上妇产科、男科、内分泌科、整形外科、保健科、老年病学等相关科室工作经验。

(四)经过省级或以上卫生行政部门认定的相关技术培训基地系统培训并考核合格。

三、相关组织、材料、制剂、药品及仪器设备要求

(一)所使用的激素类药品必须经国家食品药品监督管理局批准。

(二)有符合药品存放要求的独立储存设备。

四、雌孕激素的替代治疗

(一)对绝经过渡期和绝经后期妇女进行激素补充治疗相关知识的培训。应根据激素补充治疗的适应证,为有需要的女性提供激素补充治疗的相关信息,特别是激素补充治疗的可能获益和风险等信息。

在开始激素补充治疗前,应根据患者身体状况告知并分析治疗的利弊。治疗前详细了解病史,包括目前症状、一般病史、女性妇科病史、家族史(女性主要包括乳腺癌及子宫内膜癌等恶性肿瘤病史)、性生活史以及女性的绝经相关疾病的高危因素。女性应行常规妇科检查,其中乳腺和子宫内膜厚度应为必查项目,排除相应器官潜在恶性肿瘤可能,其余检查项目可根据需要选择。

(二)实施激素补充治疗前,履行风险及并发症告知义务,并签署知情同意书。

(三)在整个治疗期间,每次定期随访时,应再次评估激素补充治疗的获益和风险,决定是否继续使用。治疗开始时,1~2个月随访1次,根据症状改善情况调整药物剂量和方案。然后3~6个月随访1次。随访项目包括宫颈刮片、乳腺超声或钼靶X线片、子宫卵巢超声、性激素和促性腺激素、骨密度、肝肾功能、血常规和尿常规等检查。

(四)激素补充治疗方案应个体化。为使用者提供咨询时,若涉及治疗弊端,应客观如实告知患者,避免医患纠纷。

(五)并发症的处理及预防:如出现以下情况,应立即停用雌孕激素补充治疗。①已知或怀疑妊娠;②原因不明的阴道出血或子宫内膜增生;③已知或怀疑患有乳腺癌;④已知或怀疑患有与性激素相关

DOI:10.3877/cma.j.issn.2095-8757.2016.03.002

通信作者:包祺, 310009 杭州, 浙江大学医学院附属第二医院整形外科, Email: baoqi@zju.edu.cn

的恶性肿瘤;⑤6个月内患有活动性静脉或动脉血栓栓塞性疾病;⑥严重肝肾功能障碍;⑦血卟啉症、耳硬化症、系统性红斑狼疮;⑧与孕激素相关的脑膜瘤。

(六)若出现以下情况,应重新评估并与患者讨论,是否继续使用激素补充治疗:①子宫肌瘤;②子宫内膜异位症;③尚未控制的糖尿病及严重高血压;④有血栓栓塞性疾病史或血栓形成倾向;⑤胆囊疾病、癫痫、偏头痛、哮喘、高泌乳素血症;⑥乳腺良性疾病。

五、睾酮替代治疗

(一)对睾酮缺乏且有症状的中老年男性患者进行医学知识宣教。应根据激素补充治疗的适应证,对有需要的男性提供睾酮补充治疗相关的全面的利弊信息。

治疗前详细了解病史,包括症状(勃起功能障碍、体力下降、记忆力减退、情绪低落、失眠、阵发性潮热、体重逐年增加、腹型肥胖和排尿困难等)、一般病史、家族史(前列腺癌家族史);完善常规检查,包括性激素和促性腺激素、泌乳素、肝肾功能和血脂、血常规、前列腺超声和前列腺特异性抗原、骨密度等检查。

(二)实施激素补充治疗前,履行风险及并发症告知义务,并签署知情同意书。

(三)药物剂量:可选择口服十一酸睾酮胶丸制剂,每天2~3次/d,40~80 mg/次。在整个治疗期间,每次定期随访时,应再次评估激素补充治疗的受益和风险,决定是否继续使用。开始治疗后,1~2个月随访1次,然后可间隔3~6个月随访1次。随访项目包括性激素和促性腺激素水平、肝肾功能和血脂、血常规、前列腺超声和前列腺特异性抗原、骨密度等检查。

(四)并发症的处理及预防:如出现以下情况,可考虑停药。①如果用药3~6个月,且用药剂量充足,患者症状没有改善;②前列腺增生或前列腺癌;③红细胞增多症;④过度肥胖或伴有夜间睡眠呼吸暂停综合征。

五、生长激素的替代治疗

(一)对有症状的生长激素缺乏(IGF-1降低)的成年人进行生长激素治疗的教育和培训。应根据激素补充治疗的适应证,对有需要的成年人提供全面的激素补充治疗相关的利弊信息。对于生长激素

缺乏患者补充生理剂量的生长激素有助于增加体重、减少脂肪含量、改善体力、改善骨密度、改善机体代谢指标,全面提升生活质量。需要注意,超生理量的生长激素可能会促进已经存在的恶性肿瘤的生长,但目前的临床证据显示不会导致新的肿瘤发生。

治疗前详细询问患者病史,包括症状、一般病史、家族史(恶性肿瘤病史);完善常规检查,包括垂体前叶分泌的激素,例如生长激素、胰岛素样生长因子、性激素和促性腺激素、泌乳素、肝肾功能和血脂、血尿常规、机体脂肪含量、骨密度、大便潜血、各项肿瘤指标(AFP、CEA、CA199、CA125)、主要脏器(肝胆胰脾肾)超声、女性子宫附件超声等检查。在全面查体除外肿瘤后,才可以开始生长激素替代治疗。恶性肿瘤患者禁用生长激素,良性肿瘤患者慎用生长激素。

(二)实施激素补充治疗前,履行风险及并发症告知义务,并签署知情同意书。

(三)在整个治疗期间,每次定期随访时,应再次评估激素补充治疗的受益和风险,以决定是否继续使用。初期需2周随访1次,然后可间隔3个月随访1次。随访项目包括性激素和促性腺激素、胰岛素样生长因子、肝肾功能和血脂、血糖、血常规、大便潜血、腹部超声、肿瘤指标、骨密度等检查。

(四)药物剂量:重组人生长激素1次/d,1~2U/次,皮下注射。老年人可以从更小剂量开始(1次/d,0.5U/次,皮下注射)。根据患者临床症状的改善情况、药物不良反应以及胰岛素样生长因子水平进行剂量调整,使胰岛素样生长因子水平始终处于对应年龄正常范围内。

(五)并发症的处理:①若用药3~6个月,患者症状无改善,且临床检测指标(包括腰围、脂肪含量)也无改善,可考虑停药。②若用药期间出现水肿、头痛,可减少药物剂量;若仍然不能耐受,可考虑停药。③用药期间,定期进行全面体检,若发现潜在恶性肿瘤,应及时停药。④用药期间应监测血糖水平。非糖尿病患者,若血糖轻度升高可随诊观察;明显升高者,应停药。糖尿病患者应用生长激素后,血糖会进一步升高,需要调整降糖药物。⑤良性肿瘤患者,用药期间需密切观察良性肿瘤的体积变化。

专家组成员名单见本期第4页

执笔者:包祺、伍学焱、金杭美

参 考 文 献

- [1] 中华医学会妇产科学分会绝经学组. 绝经过渡期和绝经后期激素补充治疗临床应用指南(2009 版)[J]. 中华妇产科杂志, 2010, 45(8): 635-638.
- [2] Wang C, Nieschlage E, Swerdloff R, et al. 男性迟发性性腺功能减退症的检查、治疗和监测[J]. 国际生殖健康/计划生育杂志, 2011, 30(1): 29-41.
- [3] Bhasin S, Cunningham GR, Hayes FJ, et al. Testosterone therapy in men with androgen deficiency syndromes: an Endocrine Society clinical practice guideline[J]. J Clin Endocrinol Metab, 2010, 95(6): 2536-2559.
- [4] Kim YC. Hormonal replacement therapy and aging: Asian practical recommendations on testosterone supplementation[J]. Asian J Androl, 2003, 5(4): 339-344.
- [5] 中华人民共和国国家卫生和计划生育委员会. 老年人健康管理技术规范. 2015-11-04.
- (收稿日期: 2016-05-10)
(本文编辑: 欧阳卿)

中国整形美容协会抗衰老分会. 激素补充治疗抗衰老技术规范指南[J/CD]. 中华老年病研究电子杂志, 2016, 3(3): 6-8.

责任编辑: kangjing_dr

2017 年 05 月优秀超版名单: 哥们、zhbwxy

2017 年 05 月优秀版主名单: anne 医生、ffxxff770603、

kaixindou1、zmdzfx、caobi2500、
ww2sxy520、踏青放牛、品味淡泊、
airen13828、trg、andy1087911、
laogao001、白衣安琪、舒省

2017 年 05 月良好版主名单: 蔡 ys、yanqi120、jjmjZy、

争做良医、别看资料、pathology、
shanyangchen

一个护士的辞职心声

作者：燕小冰

链接：<http://www.iiyi.com/d-31-241878.html>

对，我要辞职了。

从此以后，不用通宵夜班，不用提心吊胆，不用被催着接瓶加药，不用无穷无尽的准备检查、考试，也不用像其他的姐姐那样挺着大肚子上夜班。

2012年，我从卫校毕业，进了省里的一家三甲医院，工作至今。我想，很多刚进入三甲医院工作的人，都会很高兴，家里人同样也会很高兴。同样的，时间久了以后，很多人也会很迷茫，难道这份工作真要干一辈子？

每个月要应付各种没完没了的检查，上了一天班回家，累得眼睛都睁不开，竟然还要背书，而且每个月要不定期的考试。而且考试的试卷还很奇葩，很多的考点跟护理半毛钱关系都没有，当然，领导说有，那就有吧，反正也无所谓了。

家里有人生病的时候，甚至自己生病的时候，还是不得不去上班。家里人生病了，怪你没时间照顾，只知道上班上班上班。自己生病了，科室也说缺人，你再坚持坚持。之前有则新闻，说某医院的护士，发高烧请病假，领导不批准，最后那个姐姐死了，脑疝。我不知道最后那个科室的领导有没有被问责，因为全世界很快都忘了这件事情。毕竟我们只是普普通通的人，不是真正的天使，你死了，没有人会记得你。

更加可笑的是，病态的制度，竟然为带病上班的医务人员叫好点赞。连科室的领导也不例外。记得有一回，科里有个姐姐要请病假，领导竟然说，轻伤不下火线，你看谁谁谁，手上挂着点滴坚持上班，你这样随随便便就请假了，那以后大家也都会争着要请假，还是再坚持坚持。后来，那个姐姐因为没有休息好，留下了后遗症，经常胸闷气短。我真不明白，什么叫随随便便请假，难道死了才可以请假吗？我们不是天使，我们是人，是血肉之躯，不是钢铁侠。

从实习开始，我就要给病人做生活护理，洗脸、洗脚、洗头发、剪指甲、床上擦浴。其实这些事情，一个小学文化的人来做都可以做得很好，我们的领导却无视我们的忙碌，而且美其名曰优质护理。前几天，我帮我妈妈剪指甲、洗头发、洗脚的时候，我妈妈竟然哭了，因为她刚知道她的宝贝女儿在医院经常要给陌生人洗头发洗脚。

记得实习的时候，经常会碰到一些猥琐的中年大叔，言语轻佻。有一回在内分泌科，一个又黑又胖又矮的大叔，脖子上戴个金链子，说他很寂寞，要我们陪他玩。我们都没理他，后来他又跑过来一直缠着我们老师。还有一回值夜班，我们老师用电子血压计给一个肺癌晚期，骨瘦如柴的老头子量血压，老头子手臂太细，血压一直测不出来，然后家属就开始发飙了，你是什么护士，干什么吃的，那么笨，我看你的手就会摸男人的小鸡鸡！而且，说这话的，竟然是个女家属，你能想象吗？

我刚开始上班的时候，一个月的工资是八百，现在也不过才一千多。你能想象这是什么生活吗？我出来工作竟然还要跟家里人要钱吃饭。这是天使的范儿吗？一次夜班也才五十块钱，十个小时，平均一小时五块钱，多么廉价的劳动力，我花了那么多年的时间去学习，最后我的劳动价值还比不上做家政服务的！这是天使的范儿吗？有的病人和家属，对我们一点都不尊重，甚至有公然调戏的。这是天使的范儿吗？

夜班多，检查多，考试多，工作累，休息少，工资低，这些也就算了。最可怕的是，我们的安全竟然得不到保障，几年时间，医疗环境越来越恶劣。现在，竟然可以有人随随便便拿着刀，随随便便走进医院，随随便便把护士砍了。而且围观的警察竟然可以等歹徒砍了四五刀以后才冲上去制止，我想说，那谁，你是吃屎的吗？

频发的暴力伤医案，我想，看过新闻的医务人员都很伤心。更叫人伤心的是，社会上竟然有很多人拍手叫好！老百姓把各种怨念都转嫁到医生护士身上，他们认为看病贵、看病难都是医生护士造成的，整个社会对医务人员的信任已经荡然无存，甚至有些人还没进手术室就立好遗嘱准备索赔。

前一段时间，我的学长，某省级三甲医院耳鼻喉科的医生，辞职了。在朋友圈火了两天。后来，我和他聊了很久，他说，股市里面有句话，“侠之大者，为国接盘”，在医疗界，应该改成“医之大者，为国接盘”，一副刀枪不入的天使样子，就要做好被万箭穿心的准备，如果承受不了，那就不要装逼，装逼被雷劈。

当时我很佩服他的勇气，今天我终于也交了辞职信，我只想过安安稳稳简简单单的生活，不用提心吊胆，睡到自然醒，下班溜溜狗，周末度度假。对伟大的提灯女神南丁格尔，我只能说，在你的时代，你是女神，而这是我的时代，我要回去做我的女神经病。

责任编辑：永恒流星



第一部分——西医部分

眩晕症的治疗方法

作者：沂河东沐河西

链接：<http://bbs.iiyi.com/thread-1328376-1.html>

眩晕为内科常见疾病之一，是人体对于空间关系的定向感觉发生障碍或平衡感觉发生障碍，患者感到外物旋转和自身有倾倒感，同时伴有恶心、呕吐等自主神经功能障碍，严重者可影响病人的日常生活。近年来，执业药师、临床药师及医师通过多年的工作实践发现，许多药物对治疗眩晕症疗效较佳，值得推广，现综合报道如下，供广大有关人员参考。

1. 利多卡因：利多卡因是局麻药，临床上也用于治疗室性心律失常。近年来发现，它不但有镇静作用，而且通过调节自主神经功能和扩张周围小血管，使耳动脉痉挛缓解，迷路水肿减轻，内耳淋巴压力降低，从而有效解除眩晕症状。方法：①用利多卡因 1~3 毫克/千克，加入到 25%葡萄糖溶液 40 毫升内缓慢静注，每日 1 次，7 天为 1 个疗程，直至症状消失。②将 2%利多卡因 5 毫升加 0.9%氯化钠溶液 5 毫升混匀，滴入鼻腔内 1~2 滴，每 5 分钟 1 次，总有效率为 98.46%。③将利多卡因 50~100 毫克加入到 50%葡萄糖溶液 40 毫升中静脉缓注，每日 1 次，连续 3 天；同时口服 654-2 片 10 毫克，每日 3 次。④将利多卡因 200 毫克+复方丹参液 16 毫升+ 5%葡萄糖溶液 500 毫升静滴，每日 1 次，用药 1~7 天。98.96%的病人在用药后 (17±8) 小时见效，7 天痊愈。

2. 纳络酮：纳络酮是合成的阿片受体拮抗剂，能阻滞 β -内啡肽与阿片受体结合，调节儿茶酚胺和前列腺素释放，解除小动脉痉挛，从而改善脑微循环，提高供氧，恢复脑细胞功能。用纳络酮 1.2 毫克加入到 5%葡萄糖溶液 250 毫升中静滴，每日 1 次，共 3 天，治疗 697 例眩晕症病人。结果，546 例病人当天显效，第 2 天症状消失；149

例患者第2天起效；两例患者用药3天症状完全消失。随访1个月至3年，无1例复发。用纳络酮治疗眩晕症到目前还未发现有不良反应。

3. 维脑路通：维脑路通具有降低血液黏滞性，改善微循环，提高血氧饱和度的作用。据报道，颈性眩晕症患者248例，用维脑路通0.8克+林格液500毫升静注，10天为1个疗程，较重者治疗两个疗程。结果，用药1个疗程内治愈210例，显效34例，有效4例。

4. 碳酸氢钠：用碳酸氢钠治疗107例眩晕症患者。方法：将5%碳酸氢钠10~60毫升加入到50%葡萄糖溶液40毫升中缓慢静推，每日1次，7天为1个疗程，隔1天再行第2个疗程；病情严重者用5%碳酸氢钠500毫升静滴，对前庭神经元炎患者治愈率达100%。对其机理，笔者认为系碳酸氢钠在血液游离出二氧化碳，反射性扩张血管，兴奋交感神经所致。另外，高渗碱性药物提高了血浆晶体渗透压，从而消除眩晕。

5. 葛根素：葛根素属异黄酮类化合物，具有广泛的 β 受体阻滞作用；可改善高黏血症和高凝血症，改善微循环，扩张冠脉及脑血管；还有消除自由基的作用。用葛根素注射液500毫克加入到0.9%氯化钠溶液250毫升中静注，每日3次，8小时1次，7天为1个疗程。结果，126例患者经第1个疗程治愈119例，第2个疗程治愈7例。

6. 刺五加：刺五加具有扩张血管，改善椎-基动脉供血不足，增加脑供血量的功能，对中枢神经系统有良好的镇静作用。用刺五加注射液60毫升加入到10%葡萄糖溶液250毫升中静注，每日1次，每两周为1个疗程，治疗眩晕198例。结果，治愈168例，显效25例，有效5例。

7. 酚妥拉明：酚妥拉明为 α 受体阻滞剂，能解除内耳血管痉挛，增加脑血流量。用酚妥拉明治疗突发性眩晕100例，方法：用酚妥拉明100毫克加0.9%氯化钠溶液500毫升，50滴/分钟，静脉滴注。结果，一次性治愈98例，多在10分钟起效，20~30分钟后眩晕症状明显减轻，两小时后症状完全缓解，疗效确切，值得在临床广泛推广。

使用过程中应注意药物的毒副作用，根据个体差异选择适当的救治药物，联合用药效果可能更为理想。

请不要轻易放弃任何一位患者

作者: jsdfnicholas

链接: <http://bbs.iiyi.com/thread-3381096-1.html>

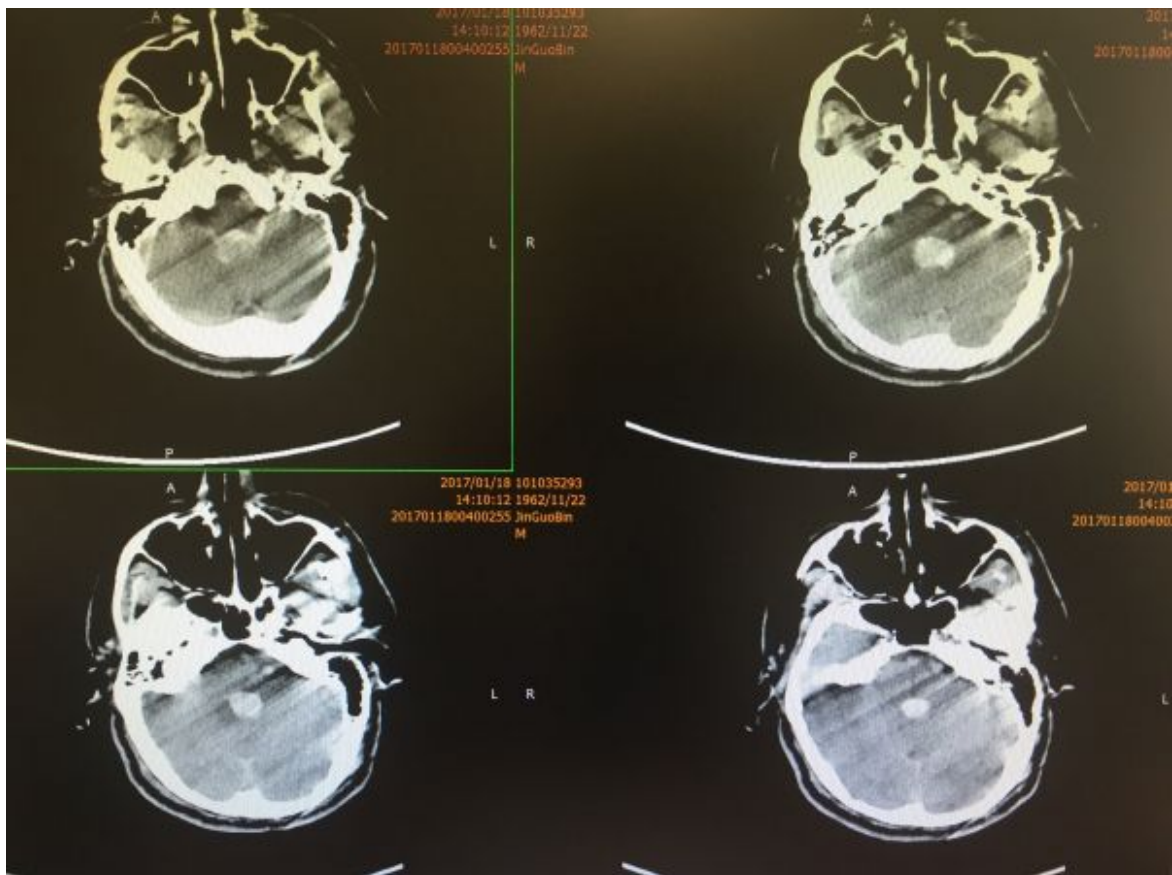
使用这个标题并不是为了博眼球，而是对近期三位患者奇迹般好转有感而发。

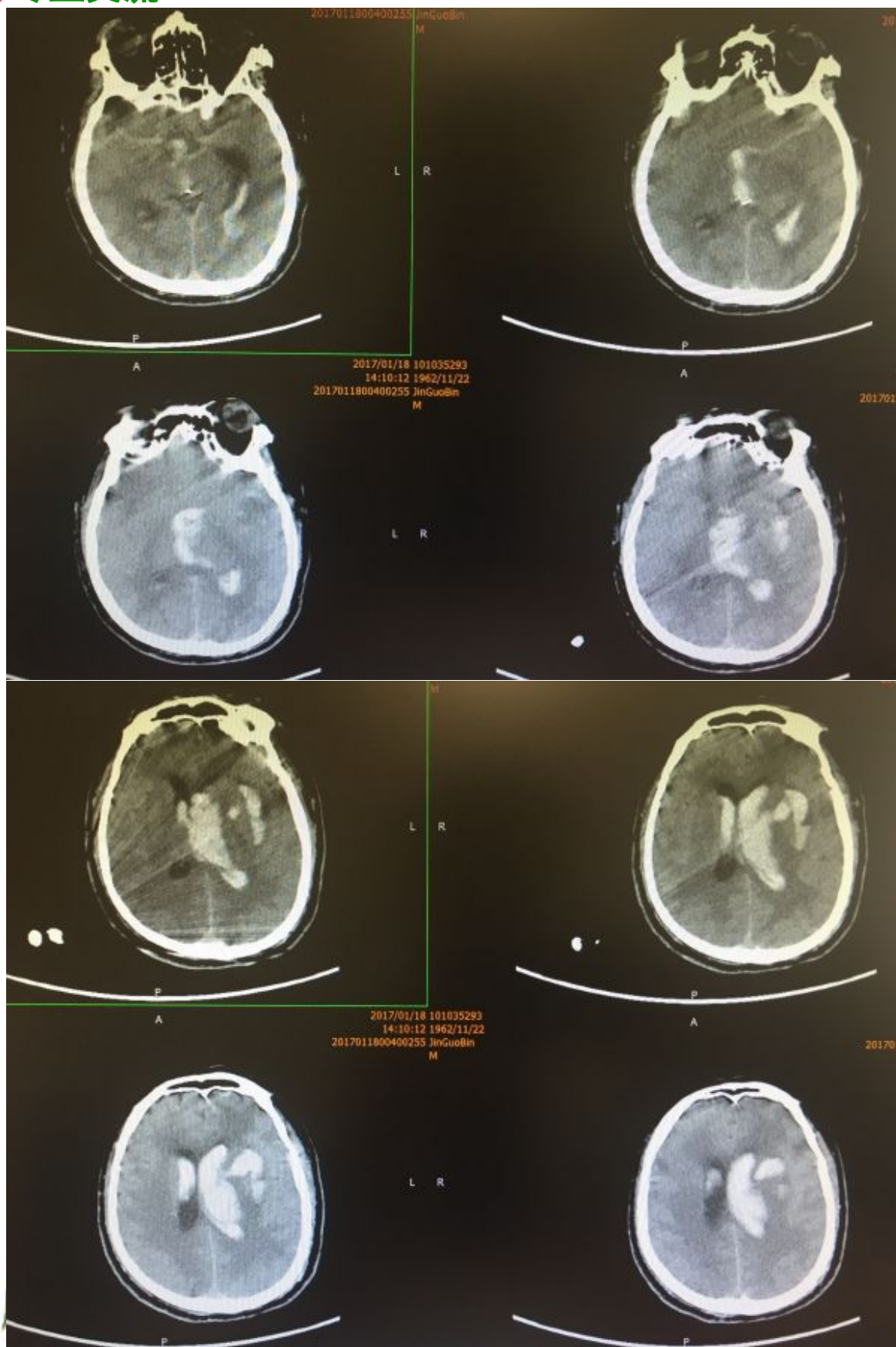
作为医生，不论职称高低，对接管的患者都要有自己的判断，当然，职称高的医生们的判断更要准确、到位，但谁都不能否认，医学存在巨大的未知空间，神经外科更是首当其冲，毕竟人类对脑部的开发仍处在朦胧状态。

这里要说的就是那些特殊的病例。现有大数据、多中心、循证医学等无法给出答案的病例，也许医生已经放弃，甚至上级医生们都放弃了，但患者的病情却出现了奇迹般的转归，我们感叹的同时不得不考虑，何时才是我们的“放弃点”？

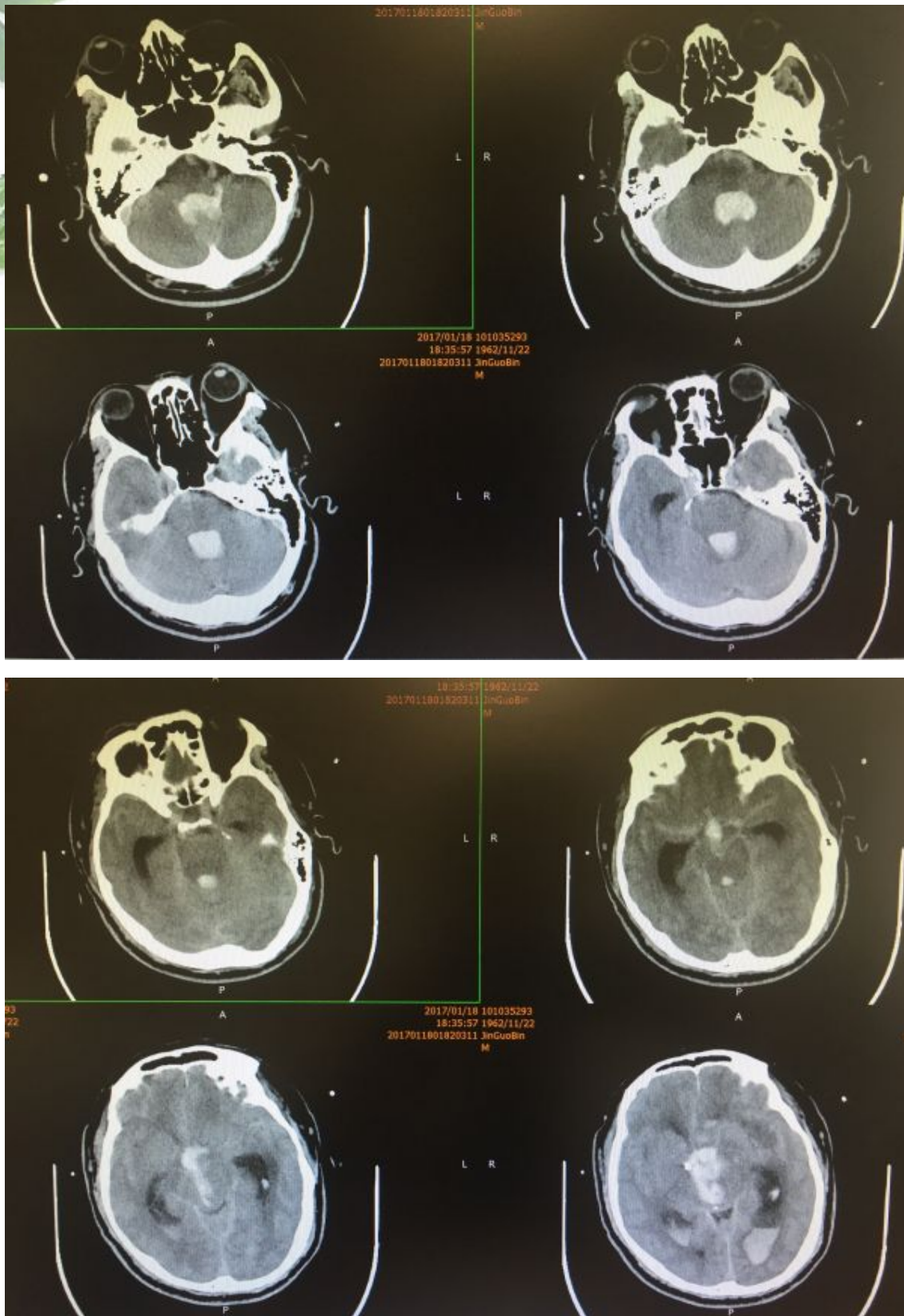
简单分享下近日的一则病例：

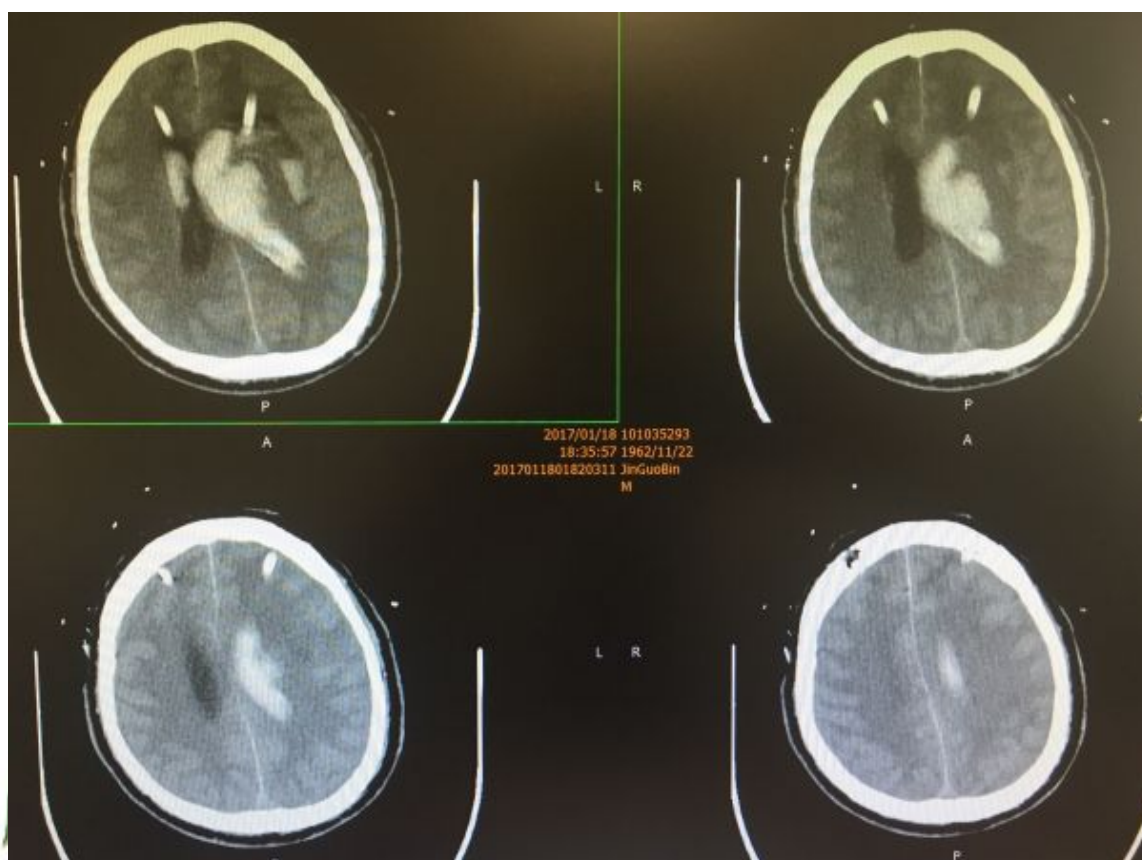
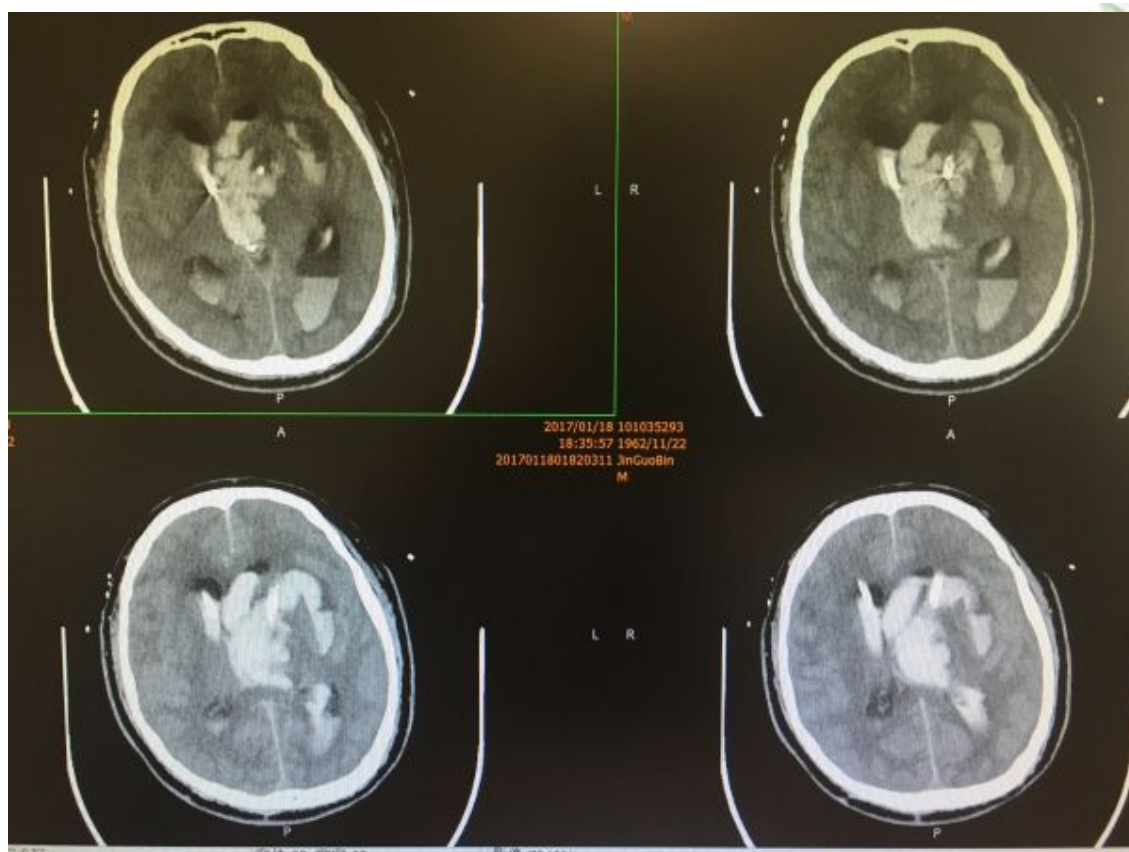
患者中年男性，因“突发意识不清 2 小时”入院。入院时嗜睡，伴呕吐，双侧瞳孔对光反射迟钝，小便失禁，头颅 CT 检查如下所示：





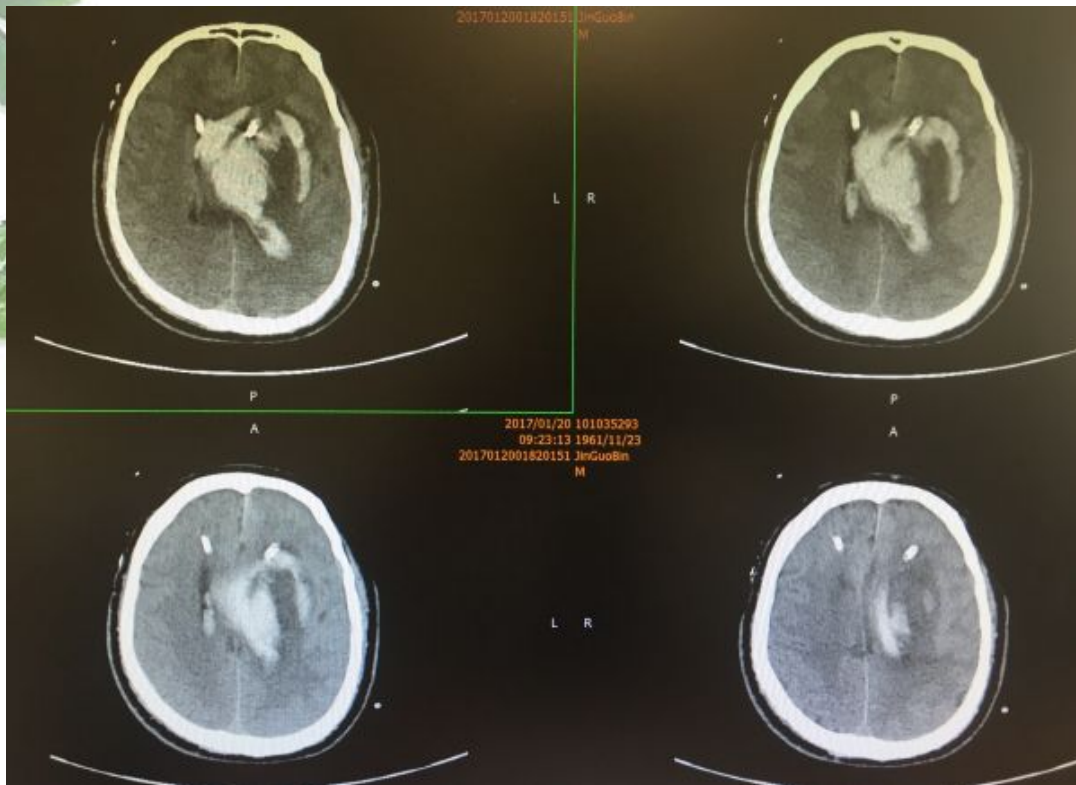
片中所见，左侧丘脑出血破入脑室，四脑室似乎有些许间隙，急诊在全麻下行双侧侧脑室穿刺引流+ICP 置入术，术后复查 CT 示：



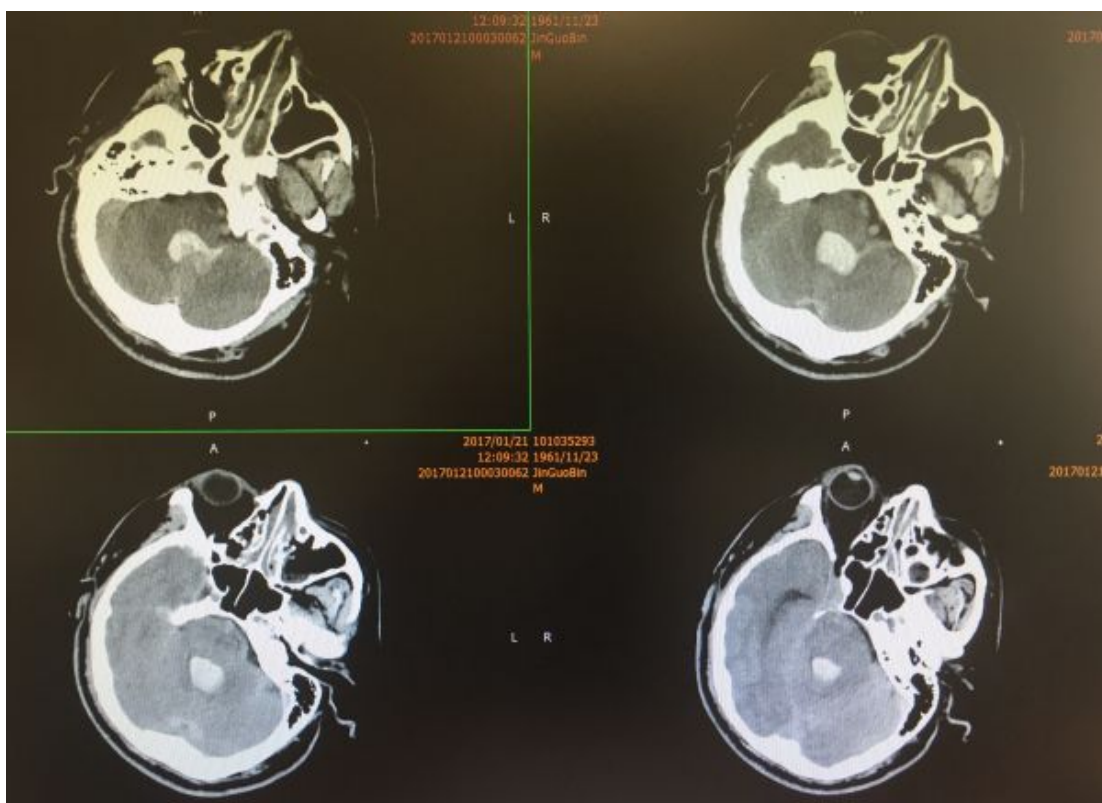


术后予以尿激酶 5 万 U-10 万 U 脑室内灌注，可液化少许，但很快引流管就堵了。

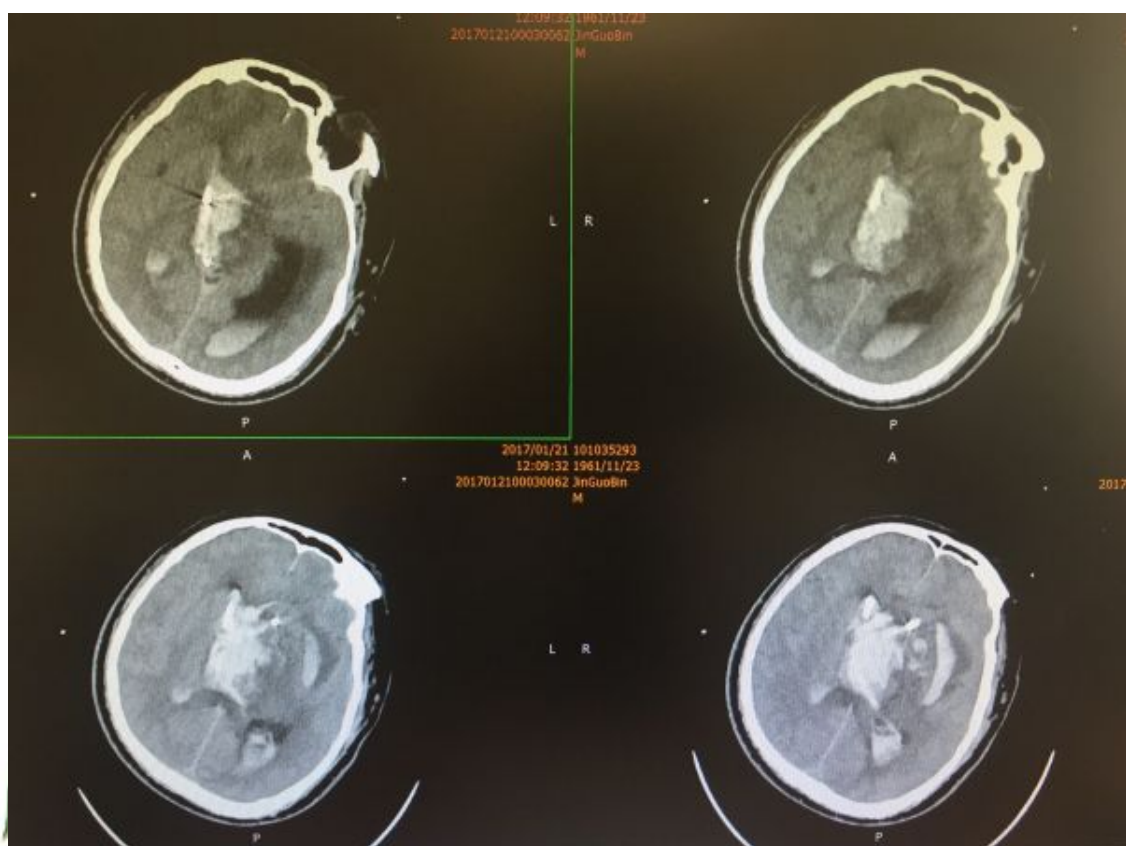
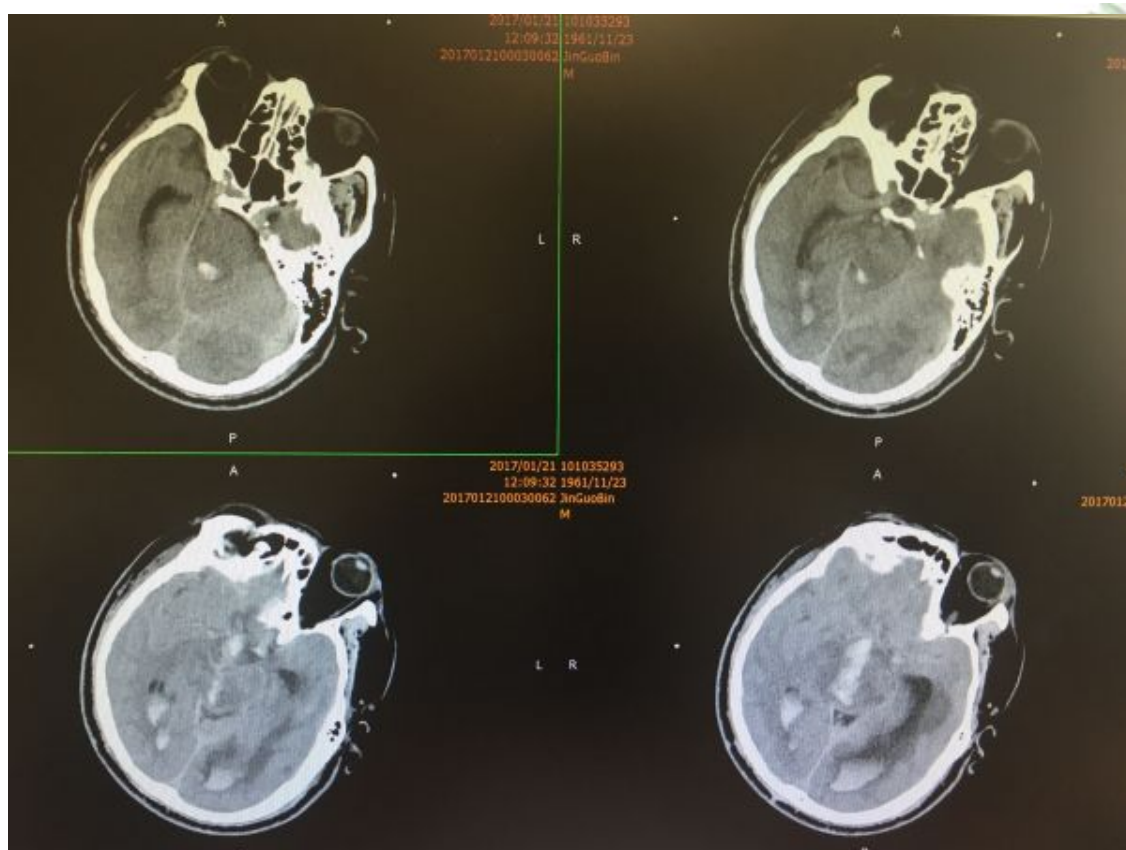
两天后复查 CT:



再过一天，复查 CT:



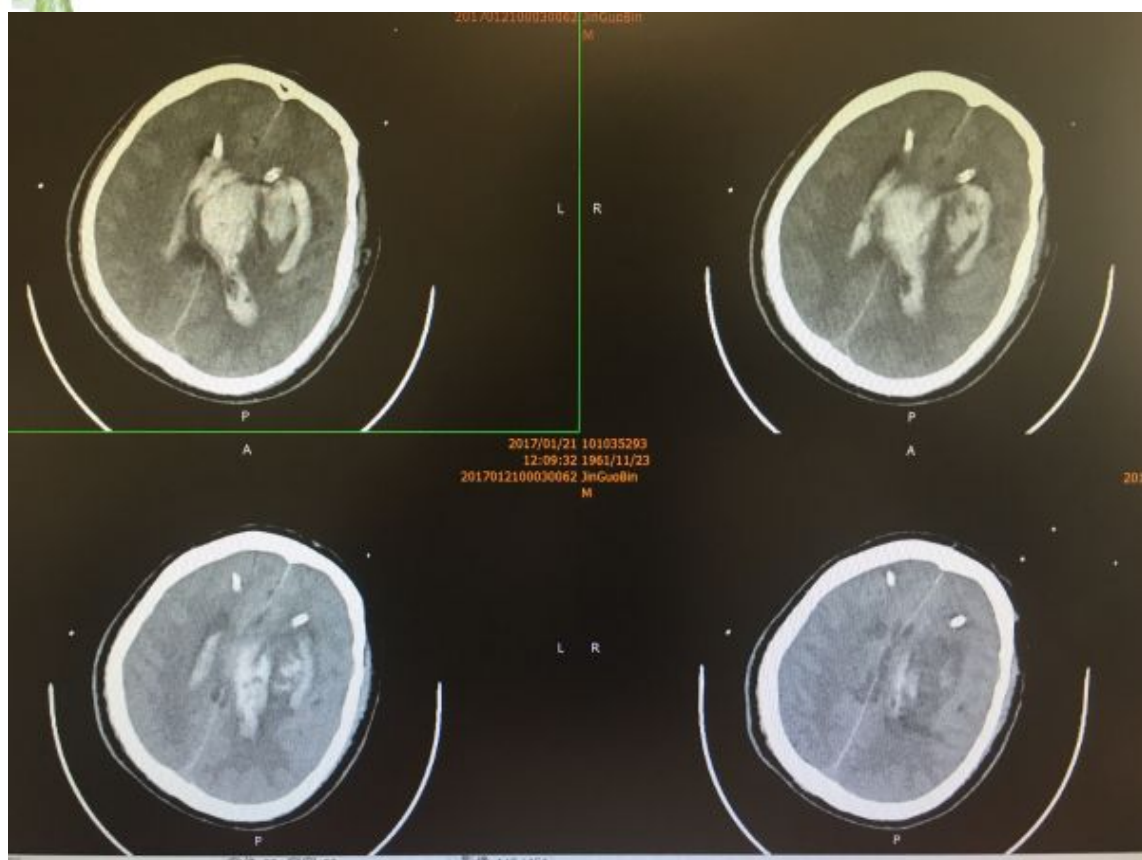
我为人人，人人为我

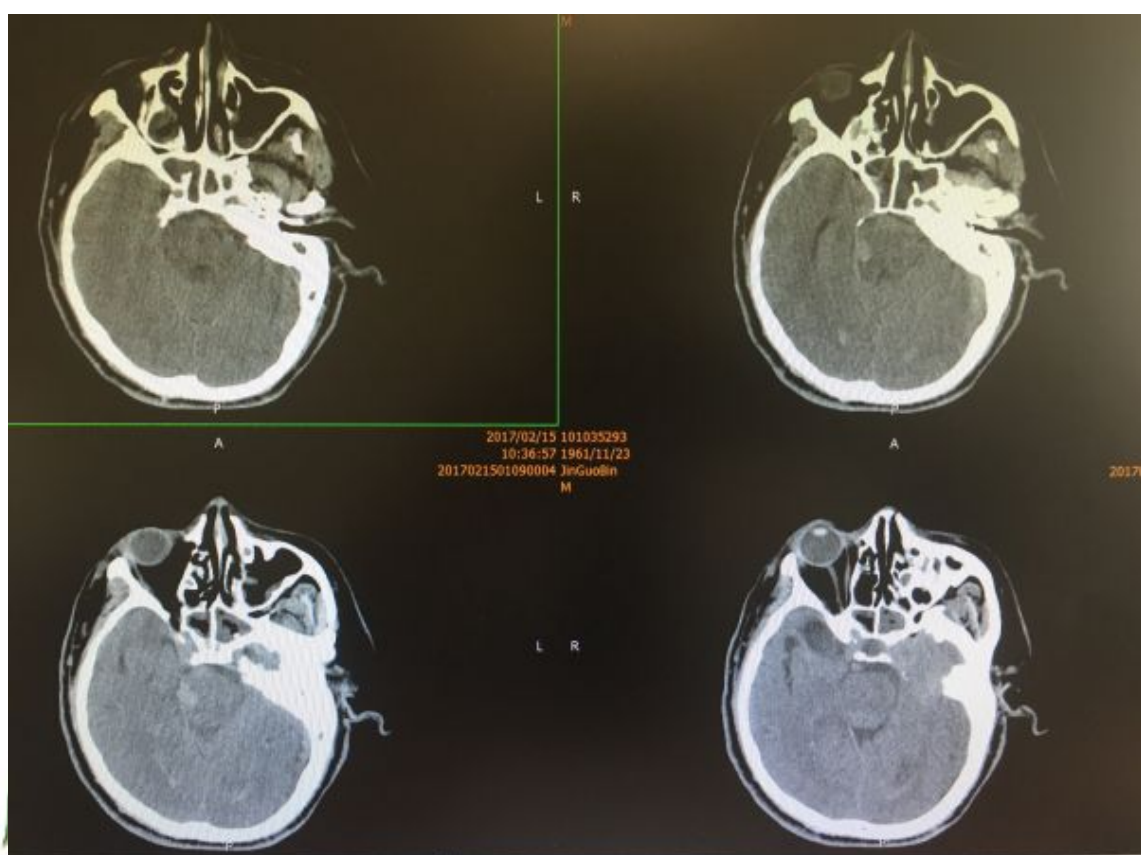
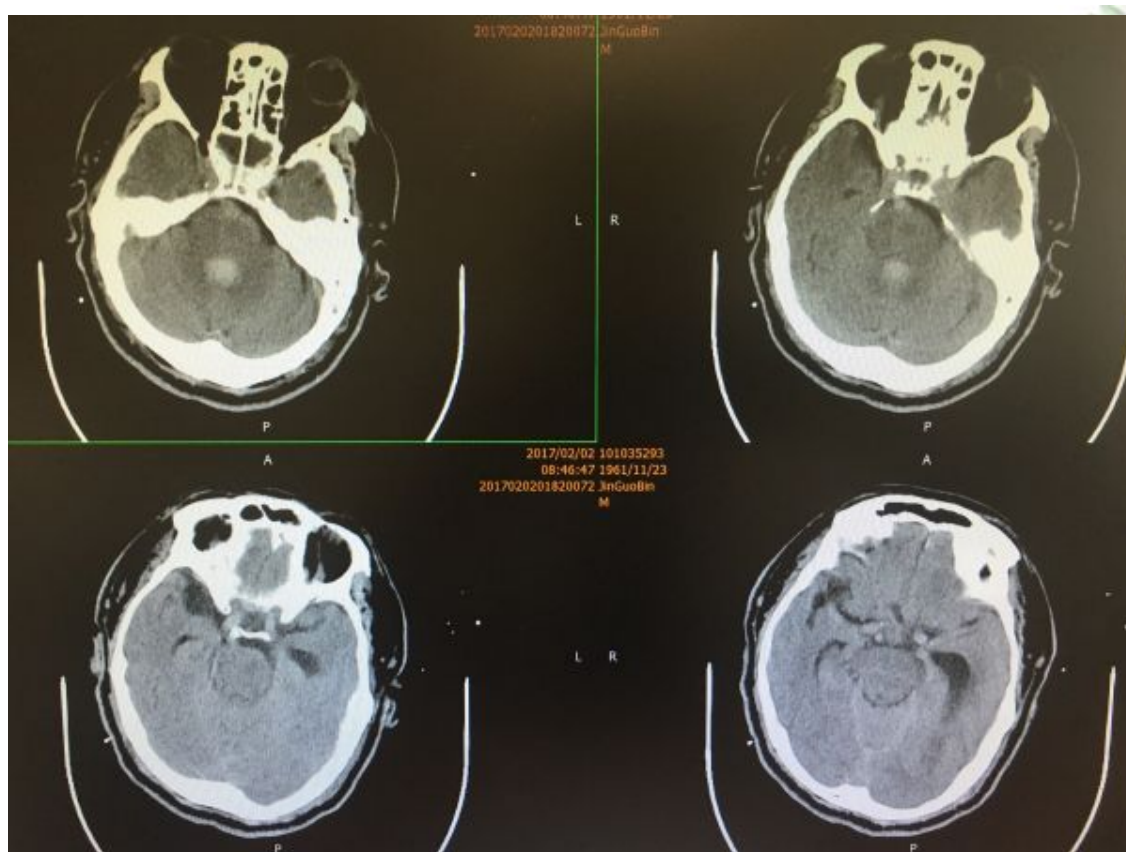


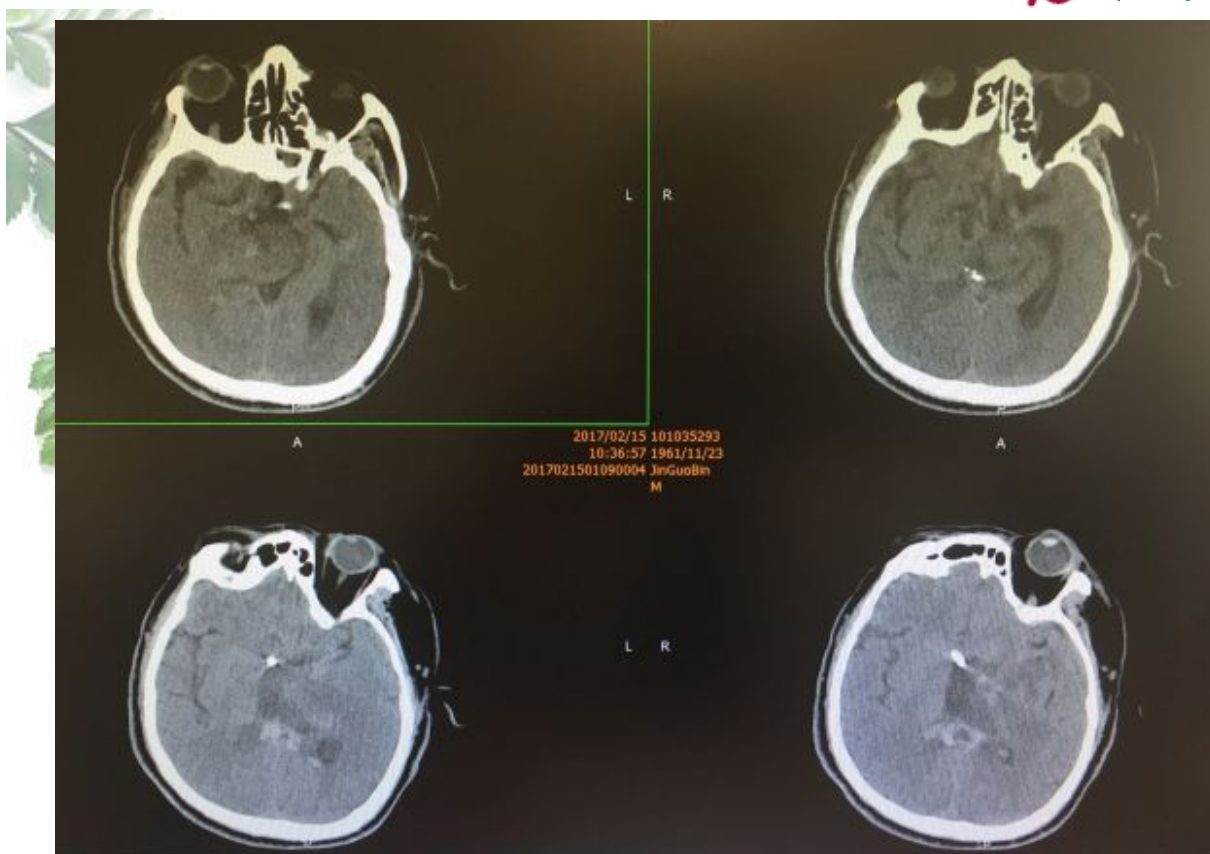
连续这么多天，患者的积血是慢慢在引流出来，但是脉氧差，进行口插管后，进而气切。家属最初了解病情的严重后，并不是特别的积极，认为如特别积极抢救的话，病人可能会非常的难受，家里人接受不了。不过后来看到 CT 似乎好些，还是同意了气切。

这里要说的是，在术后这几天的过程中，患者机械通气由自主呼吸到完全机控，左侧瞳孔稍大，对光反射消失。肺部感染亦比较严重，是全耐药型的肺炎克雷伯杆菌。结合瞳孔的情况，我们对该患者的预后不抱太大希望。

再过一周及半月，复查 CT 所示：







颅内出血进一步吸收，因为 ICP（脑室型）置入时间已经远超过允许时间，所以我们在经过测试后，发现两侧脑室 CSF 还是相通的，所以先行拔管了一侧 ICP，另一侧在和家属谈话后予以更换。

而就在三天前，该患者奇迹般的瞳孔回缩，现两侧相等，且患侧消失半月之久的对光反射又回来了，出现了自主呼吸，于是试改机械通气从机控到 CPAP/PSV 模式，居然完全可行。

我们把这个好消息告知家属，家属是喜极而泣，不过是否可醒还未可知。就在半月前，我们都和家属聊到是否可接受最好的状态——植物生存了，家属表示经济不成问题，心理过不去，已经考虑放弃拔管了。

这样的情况，两月内出现了三例，首先，我们必须首先要感谢家属的坚持，有了他们的坚持，才给予我们这样的学习机会，才有了医者的思考，为医学的发展作出贡献。其次，一个十分艰巨的难题抛给了我们，到底什么时候，才是我们沟通的“放弃点”？最后，希望我们的医学加快发展，不断提高我们的“放弃点”阈值直至难以触及。

关于“肺心病、心衰”的诊断书写小议

作者：我不是名医

链接：<http://bbs.iiyi.com/thread-2564148-1.html>

我们常常遇见 COPD，肺心病，右心衰，我们大家都知道是这么一回事儿，但是诊断的书写就五花八门了。

比较常见的两种写法：

1. 慢性阻塞性肺疾病急性加重期，慢性肺源性心脏病，心力衰竭，心功能 III 级。
2. 我经常是这样写的：慢性阻塞性肺疾病急性加重期，慢性肺源性心脏病失代偿。

我一般不评论心功能几级，我看书上描述肺心病，多是用代偿/失代偿来分级，不知道大家是如何分级的。

通过看前面几楼的回帖，得到一个信息：大家对肺心病的诊断都是写的心功能几级来分期的。而对于此，笔者有不同的看法。

证据 1：

证据 1.1：

我们翻开内科学，无论是哪一版，几乎都是除外肺心病以外的心脏病都是在心血管这一块讲解的，而唯独肺心病不是。

我们所常用的纽约心功能分级，是在循环系统开篇首先提到的内容，书上虽然没有说其实用范围，但是肯定的一点，循环系统说提到的所有心脏病用纽约心功能分级肯定是无可厚非的。不管是纽约心功能分级，还是 AHA/ACC 的心功能分期，都是广泛用于循环系统心脏疾病的。请大家注意，我们来看 AHA/ACC 的心功能分级里面 A 期提到的心衰高危期，无器质性心脏病，他在对器质性心脏病进行举例的时候并没有提到肺心病。当然，仅凭这一点，我相信大家是很难信服我的。肯定会有人认为我“读死书”了。

我们接到说，证据 1.2：

肺心病，不管发病机制，还是临床特点，都有其特殊性，那就是：肺心病的发病机制和临床表现，都和肺功能有必然的关系，也就是说在出现肺心病失代偿（或者说心衰）的时候绝大多数都伴有肺功能的失代偿，这里，呼吸系统编撰的专家们，或许在潜意识里就把肺心病和其他心脏病区分开来了。

好像这证据还是不充分。继续说，更加充分的证据 1.3:

不管是第七版，还是第八版，我们翻开书，肺心病章节，第七版 93 页，第八版 112 页。在描述肺心病的临床表现的时候，有这样一句话：“临床上除原有肺、胸疾病的各种症状体征以外，主要是逐步出现肺、心功能衰竭以及其他器官损害的征象，按照其代偿期与失代偿期进行分述”。

不知道大家有没有细读这一句话：“按照其代偿期与失代偿期进行分述”，这就明确的提示了肺心病的分期是有别于传统心脏病的纽约心功能分期，肺心病的分期是代偿和失代偿；我们所说的肺心病、心衰发作，正是书本上肺心病失代偿里面的临床表现：呼吸衰竭、右心衰竭。

这样看来，就很明朗了，肺心病的诊断书写，不应该参照传统的纽约心功能分级，而应该是用代偿/失代偿来分期，正如肝硬化一样。

证据 2:

如果说单论内科学，有人会认为我的证据太片面，说内科学虽然版本更新，但是都是那几个人编写的，换汤不换药。换言之，一本书的证据好像并不能说明问题。

我们又翻开《实用内科学》13 版 1598 页。

《实用内科学》13 版 1598 页也提到：本病进展缓慢，可分为代偿和失代偿两个阶段。

既然内科学/实用内科学都这样说了，我们还有什么理由认为肺心病心衰应该写心功能几级呢？内科学/实用内科学是我国医务人员的两大标杆，对吧？标杆都这样说了，我们就应该照他们说的写。而不是主观臆断，把其他心脏病的分级方式用于肺心病的分级。

有理有据，各位看官，看完我的分析，你们还认为肺心病心衰应该写心功能几级了吗？

因为笔者经历过很多家医院，只在一个二级医院老专家（华西退休老专家）口中见到这样书写肺心病诊断的，而其他的诊断，均是写的心功能几级来描述。以上是个人观点，欢迎各位老师指正！欢迎吐槽！

诊室的故事——经口插管与经鼻洗胃抢救中毒病人

作者：anne 医生

链接：<http://bbs.iyi.com/thread-3375621-1.html#pid15778847>

中毒临床急诊，病情危急万分。临床仔细评估，病情才能维稳——题记

临床工作多年，急诊急救几乎每天都在发生，说点儿什么呢？泛泛而谈。相信大家都有这样的经历：初入临床，谈起急诊，一脸的无奈；几经坎坷，再谈急诊，一通抱怨；历练多年，聊起急诊，如数家珍。

近年来，由于农药品种繁多，购买后管理意识不强，随处乱放，发生纠纷，经口中毒病例时有发生，悲剧由此上演。本篇就急诊中毒话题谈谈抢救 1 例硫代氯化物（扫螨净）中毒的些许肤浅体会。

病例摘要

李 x，男，19 岁，因与其家人争吵后自服“扫螨净”（量不详）约 3 小时来院急诊。

患者服农药后被发现时神志尚清，身边呕吐物为乳白色液体，有味。入院时 T 测不清。P：70 次/分，R：8 次/分，血压测不清。急性中毒面容，昏迷状态，皮肤湿冷，面色苍白，双瞳孔等大等圆，直径约 5mm 大小，对光反射迟钝，口唇重度发绀，颈部无抵抗感，两肺呼吸音粗，可闻及干湿性啰音，心音低钝，心律齐，心率 70 次/分。病理征（-）。诊断：急性扫螨净中毒。入院查体时突然呼吸心跳停止，立即给予人工胸外按压，同时，紧急经口插管呼吸机辅助治疗，经鼻插管彻底洗胃、解毒、排毒，给氧，升压药物维持血压等处理，病情逐渐得到改善。积极联系上级医院，转院治疗。电话回访，因服毒量大，积极救治无效，于入上级医院第 3 天死亡。

病例讨论

扫螨净是一种触杀性极强的杀螨剂，该药中毒，作用持久，有毒成分以硫代氯化物为主，目前无特效解毒剂。该病人中毒后主要表现为神经、呼吸功能障碍，迅速出现昏迷、呼吸停止、循环衰竭。该患者虽经积极抢救，终不治身亡，教训深刻！提示农村农药管理，刻不容缓！由于种田，自然灾害的发生，促使农民购买有效药物控制自然灾害，购买农药品种繁多，购买后管理意识不强，随处乱放，容易造成安全隐患。

我为人人，人人为我

宣传学习和认真执行《农药管理条例》，让悲剧不再重演，我们责无旁贷，任重道远！

启示与教训

急诊急救，既要熟练掌握抢救急诊流程，做到按部就班，忙而不乱。也有统筹兼顾，不拘泥常规，巧知变通。

本例患者生命处于垂危时，先抢救后洗胃的思路是对的。但由于突发的状况，病情危急，只有统筹兼顾，才能收到有益的净效益。胸外按压的实施，机械通气的运用，积极洗胃处理，三管俱下，共奏成功希望。本例在应用经口插管的同时，试用经鼻插管洗胃成功，为今后遇到类似病人洗胃问题积累了经验。如果顾此失彼，可能一切努力，化为泡影。

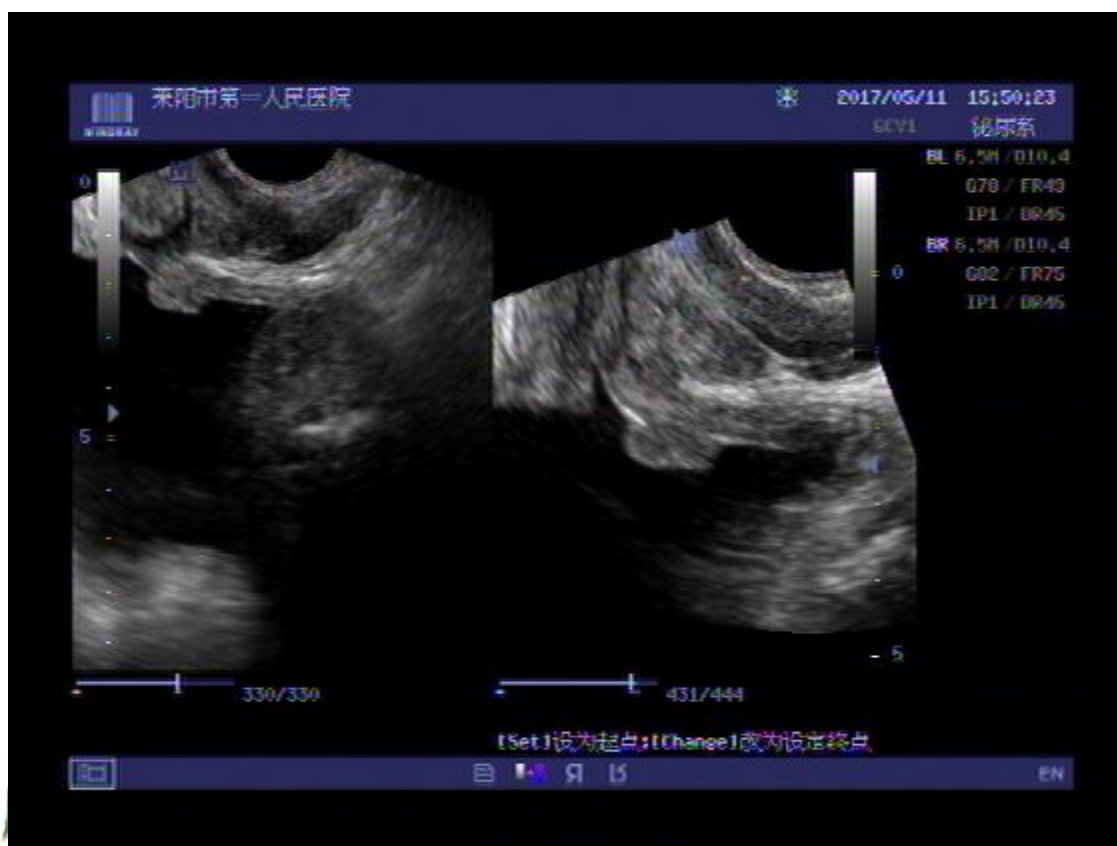
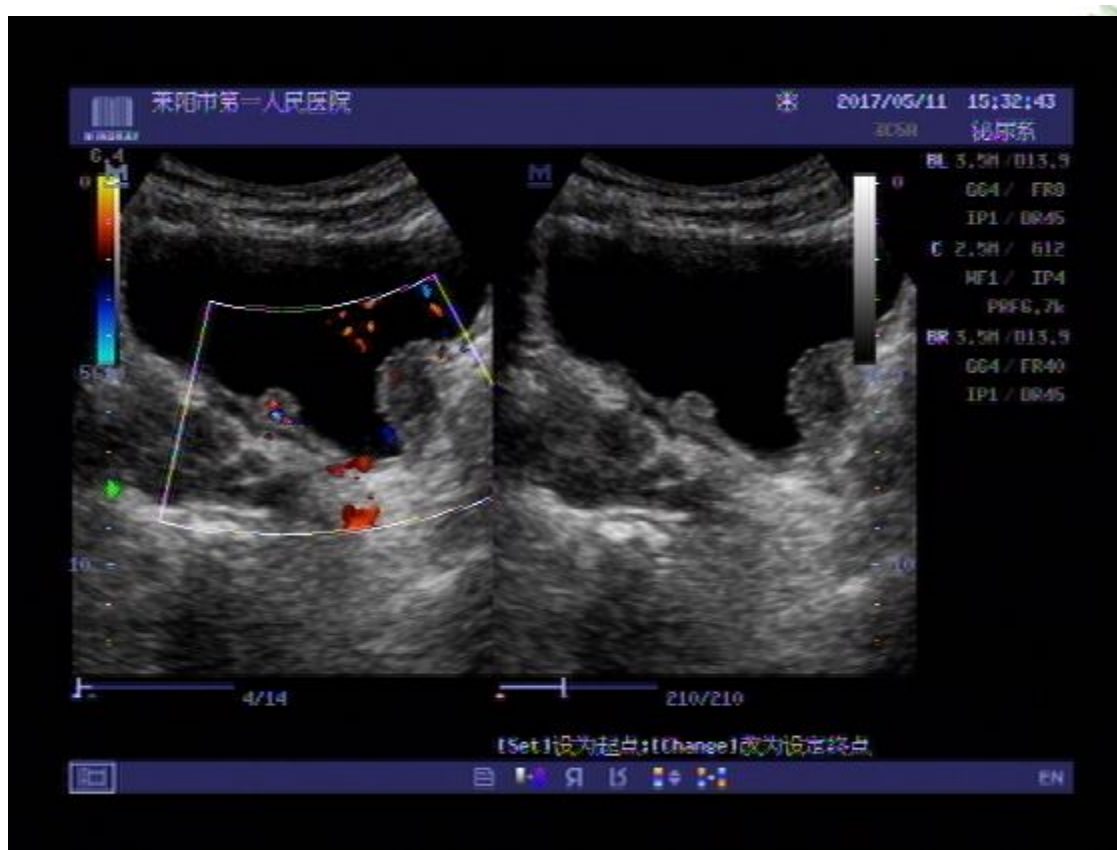
超声入门贴 559——膀胱癌

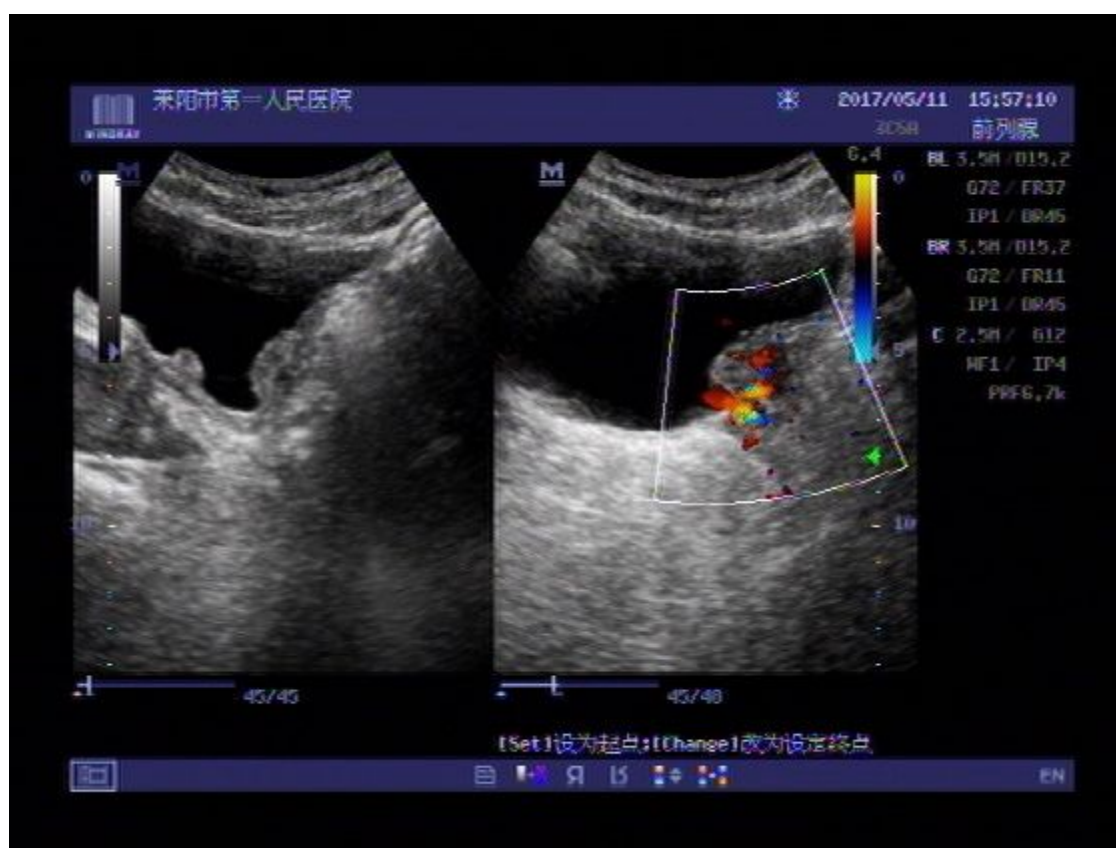
作者：songjunrui

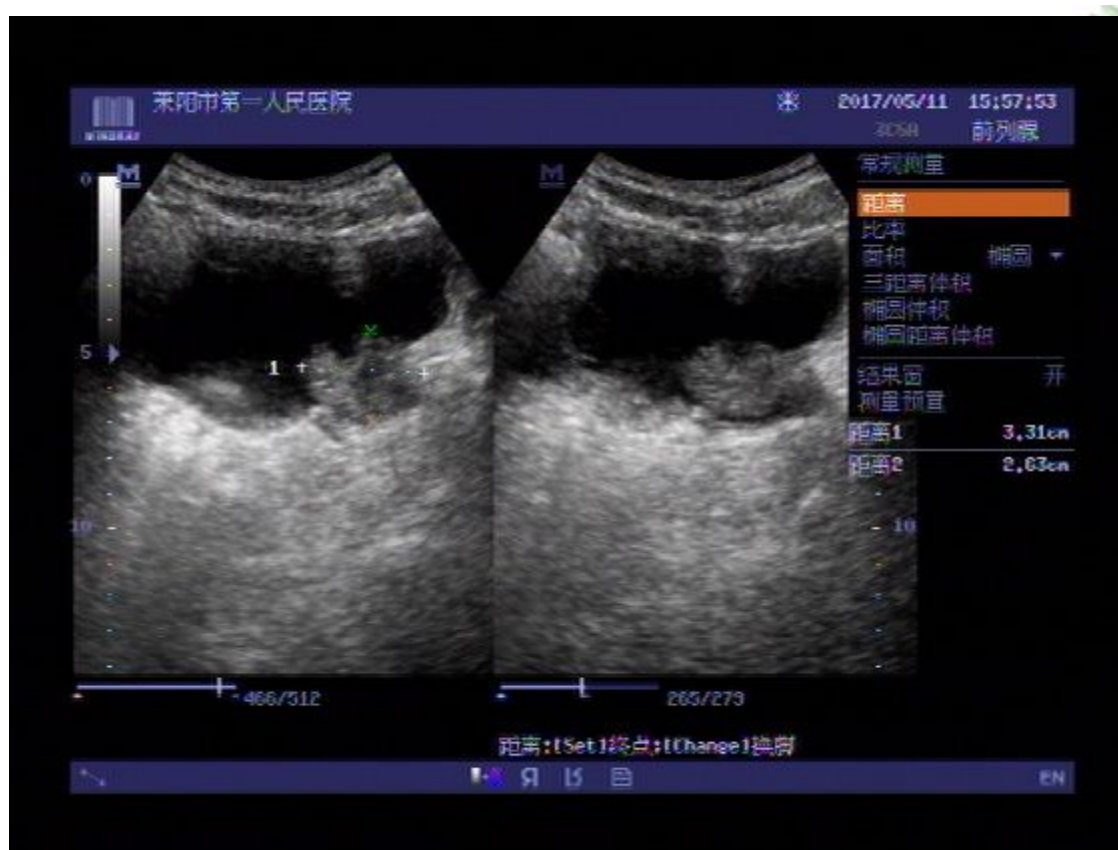
链接：<http://bbs.iyyi.com/thread-3395044-1.html>

患者男，60岁，发现尿血一周。超声可见膀胱三角区及侧壁分别见乳头状低回声结节，宽基底，大者瘤体浸润并侵及膀胱壁全层并部分向膀胱腔外膨突，CDFI见丰富点线样血流，频谱呈动脉频谱。口头交待患者建议增强CT，确定肿瘤浸润范围决定手术方案。

上三级医院住院，泌尿外科建议行膀胱镜肿瘤切除术，电话随访手术不能完整切除。患者准备转院省级肿瘤医院手术。









宫外孕误诊一例

作者：一生的倾注

链接：<http://bbs.iiyi.com/thread-938374-1.html> (376 楼)

误诊经过：

患者，女，40 岁。因“尿频、尿急、腰疼、尿液混浊”而就诊。

既往史：附件炎病史多年，无其他慢性病及传染病史。

查体：生命体征均正常，心肺听诊无异常。腹部平软，无压痛、反跳痛。双侧腹股沟上方似有条索状硬结稍有压痛(考虑双侧附件)，余(-)。

化验：尿十项：红细胞(+)，镜下可见红细胞堆积成团。

考虑：1. 行经期？问及患者，答快到了，就这两天的事了。

2. 泌尿系结石：因有大量红细胞，腰痛。那天上午 B 超医生不在，让其下午做 B 超。

3. 泌尿系感染：但尿中无白细胞、蛋白。

4. 附件炎：既往病史，加之两侧腹股沟上方有条索状压痛。

暂附件炎诊断成立。给予：

1. 0.9%NaCl 250ml

菌必治 3g，一日一次，静滴；

2. 替硝唑 0.2g，一日一次，静滴。

第二天早上患者家人来退药，说昨晚住院了。问何原因家属说下午来做 B 超说一切正常（下午我休息了），可到了晚上就腹痛了，而且很严重。我们晚上八点就下班了，所以她就到了上级医院去了，说是宫外孕住院手术了。

误诊自剖：

1. 患者说经期未到就在这两天的事（可能是患者没有记清吧），而且此患者 40 岁，还带着环经期并未到，所以我就没往怀孕上想。

2. B 超诊断失误，我院不是彩超可能显示不清，或 B 超医生的疏忽。

此例患者告诉我们：

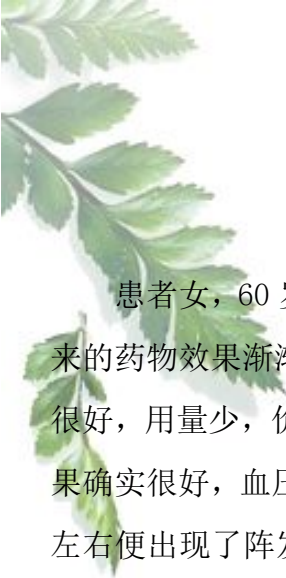
1. 辅助检查是不可缺少的，宁多做一项也不要因少做而漏诊、误诊。

2. 不能完全依靠辅助检查，应综合分析做出正确诊断。

卡托普利致咳嗽一例

作者: bytsh888

链接: <http://bbs.iyi.com/thread-938374-1.html> (333 楼)



患者女, 60 岁, 因患高血压病三年多, 一直口服降压药物维持。今年发现服用原来的药物效果渐渐变差, 血压忽高忽低很不稳定, 听病友介绍卡托普利这种新药效果很好, 用量少, 价格低, 便自购并加服了卡托普利一次一片, 一日一次, 服用一周效果确实很好, 血压稳定在正常范围而且自觉全身精力倍增。但好景不长, 约服用两周左右便出现了阵发性痉挛性咳嗽, 自觉喉痒难忍, 无痰或/和少痰, 有时伴有气促, 呼吸困难, 颜面潮红。恰好时值春季多方求医不效。一些诊所诊断为: 上呼吸道感染; 慢性咽喉炎, 急性气管炎; 支气管哮喘等, 调配相关药物口服, 甚至消炎抗病毒、糖皮质激素等药物联合应用, 输液大举进攻一周, 但阵发性痉咳收效甚微不见好转。后又求助祖国医学, 煎汤熬药, 连续服药 20 余剂, 但始终不能去根。经亲友介绍来院内科找我诊治, 经过详细询问病史和系统的体格检查及胸透并未发现明显的阳性体征。遂嘱咐其停用卡托普利及镇咳祛痰的药物, 其他降压药物照常服用, 每天检测血压一次。一周后, 阵发性痉挛性咳嗽等症状奇迹般消失, 且血压也没有升高!

误诊自剖: 忽略了卡托普利的副作用; 缺少病史及用药史的询问; 一概追求诊病用药, 对药物的毒副反应分析、重视不够!

诊室的故事——门诊侧记

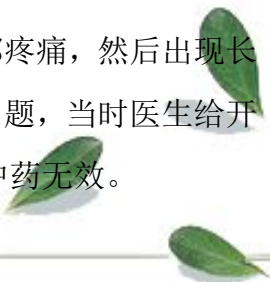
作者: 杯酒清茶

链接: <http://bbs.iyi.com/thread-3375672-1.html>

门诊一位患者, 诊疗情况归纳如下:

患者女, 29 岁。

病情描述: 两年前, 一次应激事件导致精神紧张引起左侧枕部疼痛, 然后出现长达一年的左侧枕部麻木, 并伴有耳朵闷塞感。看五官科测听力没问题, 当时医生给开了治周围神经炎类的药, 耳朵好了, 头麻木症状没好。吃活络的中药无效。



我为人人, 人人为我

最后看心理医生说有点焦虑，是性格原因，口服文拉法辛一盒。吃了该药后出现乏力，没再坚持服用。接着自己买了维生素 B₁ 和甲钴胺以营养神经，病情缓解症状消失了。可是，年前又是一次精神紧张，病人右侧枕部出现同样紧张性头痛，接着出现了半年的右侧麻木，并伴有右侧颈椎不适和右眼弱视感，但看眼科又没问题，吃同样的营养神经的药作用不大。后来怀孕一直到现在，未再治疗。而且躯体不适让病人两年来有社交恐惧，不愿接触人，觉得自己状态太差，接受不了自己这样出现在大家面前，于是来诊。

自认为现在颈椎眼睛不适越来越明显，怕耽误了最佳治疗时间。要求帮自己确诊一下到底是什么原因。

一般内科检查以及神经系统查体均未见异常。

脑部 CT 和颈椎 X 片未见异常，经颅多普勒右侧椎动脉血流速度加快。

分析解答：

很显然刚刚开始的时候就是枕神经痛的一个表现，固定于一侧的枕部阵痛伴麻木感，这不可能是焦虑抑郁或者心理问题，任何心理问题造成的躯体异常感受都不会单纯挑出一个如此精准的局部来出现问题。但是，随着时间的推移病人的注意力集中到了疾病上面，于是就逐渐出现了心理上的问题，现在是枕神经痛和心理焦虑抑郁同时存在，造成比较复杂的症状。枕神经痛的根本病因在颈部软组织，所有影像检查是查不出来的，但自己平时会感到经常颈部不适感，甚至可能会肩背部酸痛不适。治疗也并不复杂，首先要平和心态，更多的走出去尽情的开心锻炼身体游山玩水，然后必须注意不得经常以低头姿势做事，比如看手机等。到网上学会一套颈部保健操坚持每天做两次不可间断，再口服卡马西平、甲钴胺和复合维生素 B 治疗，一定会治愈的。如果怀孕，也不影响甲钴胺和复合维生素的使用而且对胎儿有益无害，但孕期尽量不要吃卡马西平。

预后随访：其后病人被随访半年，刚开始中间过程偶尔不想坚持锻炼和颈部保健操，经过多次鼓励沟通，沟通后很习惯。卡马西平没有服用，在当地颈部按摩 4 个疗程，同时甲钴胺和复合维生素 B 治疗半年，自认为完全治愈，没有任何症状。

分享意义：很多这类看似精神心理问题，原因可能是在一个简单的诱发因素上，通过心理疏导和针对病因的治疗，才是最彻底的。

心电图读图第 69 期

作者: nikkive

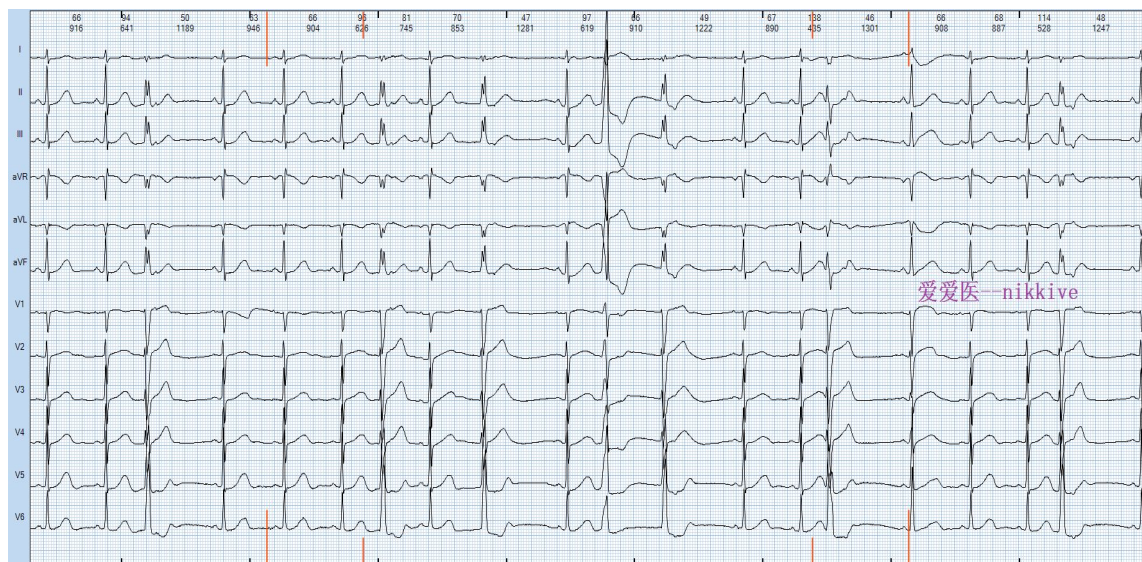
链接: <http://bbs.iiyi.com/thread-3398098-1.html>

请大家分析心电图时, 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】

患者老年女性, 妇科病就诊。常规心电图示室性早搏, 遂行动态心电图检测。

自诉以前未做过心电图检查。请分析心电图并画出梯形图。



责任编辑: 寒冰

编辑: 刘延红大夫

第二部分——中医部分

针刺治痛的思路决定针具和操作方法

作者：经筋医师

链接：<http://bbs.iiyi.com/thread-2033971-1.html>

关于针刺镇痛的机理很多，本人体会到三条思路供爱友参考：

1. 针对软组织损伤粘连的思路——软组织粘连——针刀、拨针、钩针松解；
2. 针对软组织缺血炎症思路——无菌性炎症——银针加温，火针促进血液循环；
3. 针对筋膜内部张力的思路——内压增高征——经络筋膜疏通松解针减压。

解析如下：

针刺镇痛是中医治疗疼痛最常用，最有效的技术操作，即用金属制成不同形状的针，运用不同手法在人体上刺激一定的穴位；中医认为是通过经络腧穴，调整人体脏腑气血，达到治疗疼痛的目的。

相关问题说明：

1. 针刀、拨针、钩针不能松解椎管内粘连。
2. 椎管内无菌性炎症，用银针加温，火针治疗的疗效不佳。
3. 肌筋膜内部张力因为运动系统的生物力学转换而增高。
4. 肌筋膜内张力增高为因，软组织缺血炎症，粘连互为果；如果同时存在，则互为因果，恶性循环。
5. 本人在用毫针、针刀、拨针、钩针、银针、火针治疗椎管外软组织疼痛，疗效满意。
6. 大家学习了解剖都知道，肌肉组织都是被筋膜所包裹的。
7. 针刀、拨针、钩针、银针都能够穿破肌筋膜为其相关软组织减压。

三仁汤治湿阻

作者：中籍华人

链接：<http://bbs.iiyi.com/thread-3385329-1.html>

杜 xx，女，70 岁，江口镇人。

因食西瓜致腹泻在一个体医生处输液治疗 3 天后，腹泻虽止，但身体困倦，胸脘满闷，饮食少思。舌苔白厚而腻，脉濡。

该患者因生冷寒湿损伤脾胃而致腹泻，输液治泻更使湿邪困阻脾胃。治宜芳化宣燥淡渗，方用三仁汤加减：茯苓 30 克，藿香 15 克，佩兰 15 克，杏仁 10 克，苡仁 30 克，白蔻 10 克，制半夏 10 克，厚朴 15 克，通草 6 克，淡竹叶 10 克，三仙各 15 克。3 剂。

7 月 19 日复诊：诸症悉退，唯双腿乏力，舌苔白，脉虚。方用六君子汤加山药，苡仁，砂仁，巴戟天三剂善后。

效验灵方——治疗多囊卵巢方

作者：王幸福

作者：<http://bbs.iiyi.com/thread-2359979-1.html>

【主方】：生黄芪 30 克，当归 30 克，白术 30 克，枳壳 15 克，生半夏 15 克，瞿麦 30 克，白芷 30 克，鹿角霜 15 克，昆布 10 克，益母草 20 克，七叶一枝花 30 克，浙贝母 30 克。同时加服消囊通经胶囊（主要成分：紫精丹、土牡蛎、炮甲珠、熊胆等）。

【主治】：多囊卵巢综合征。

【功效】：消除卵巢周围痰脂，刺激卵泡突破卵泡膜，恢复排卵。

【例一】：

患者 XX，女，27 岁，闭经 3 个月，B 超检查双侧卵巢各有 10 个以上卵泡排列，性激素 6 项检查不正常。人稍胖，结婚 3 年未孕，现想要生育，来我处就医，望能治好此病。我告知患者及家属此病不好治，需 3 个月到半年，先调好月经就有希望，不知能否喝这么长时间的中药。该母女俩说，只要能治好，再苦再难喝的药也要坚持。

我为人人，人人为我

我看母女二人信心坚定，答应为其治一治，于是就开出上方，外加服消囊通经胶囊，每日 1 剂，治疗后 20 余日来了月经。此后我告知患者在 14 日以后，隔日一同房。结果治疗 50 日以后，我在把脉时，发现有孕象，告之可能怀孕，建议其到省妇幼医院 B 超检查，发现已有孕囊存在，证实已怀孕。随即停止服药，一年后得一女。

（古道瘦马医案）

【例二】：

患者张 X，女，27 岁。体胖，闭经一年余，结婚二年未孕，经医院检查诊断为多囊卵巢综合症，于是先后用达英 35、来曲唑、优思明等治疗两年多未见疗效，其间用达英 35 就来月经，不用就不来。中医也看了不少，期间偶有效果，停药后又恢复如初，患者对治疗已失去信心。后就诊于我处。

刻诊：体形肥胖、面色红润，舌胖大，有齿痕，脉沉滑有力，口周胡须较重，汗毛亦较多。问及患者乳房下和大腿内侧是否有黑色斑块，患者说：“你这大夫太厉害了，连我身上有黑斑也能看出来”。我莞尔一笑。

查其化验单：无糖尿病及高胰岛素血症，性激素六项检查显示促黄体生成素高于促卵泡刺激素 3 倍。B 超：双侧卵巢增大，内见 0.8cm 以内的卵泡大于 12 个。

处方：

黄芪 30 克，当归 15 克，川芎 15 克，赤药 15 克，茯苓 30 克，苍术 30 克，泽泻 30 克，枳壳 15 克，白芷 25 克，生半夏 15 克，鹿角霜 10 克，昆布 15 克，浙贝母 20 克，重楼 30 克，元参 15 克，生牡蛎 30 克，白芥子 20 克，刘寄奴 25 克，木馒头 15 克，水煎服，一日三次，同时送服消囊通经胶囊。

服药五天后，月经来潮。患者甚为高兴，说这种情况过去从未有过，于是对今后的治疗充满信心。对此，嘱其继续服用二个月，第三个月来月经之后五天来我处复诊，加用克罗米芬 100mg，一日一次，连用五天，消囊通经胶囊不停，一次 5 粒，一日三次。

一个月后，病人见月经未来，遂来找我，一副沮丧之情，以为又恢复原样了。我说叫我把脉看看怎么回事。我切脉发现关尺沉滑有力，告知，你已经怀孕了。患者顿时转忧为乐，但仍然半信半疑。一个月后 B 超检查，已见胎芽及胎心搏动，一年后顺产得一子，病人特为上门感谢，我也从中获得成就感。

（学生李中文撰写）



凤翅医话——一方统治颈椎病

作者：凤翅

链接：<http://bbs.iiyi.com/thread-2072074-1.html>

由于影像检查的广泛应用，似乎被诊断为颈椎病的在临床上也越来越多。这其中
有老年、中年甚至有一部分是青年人。颈椎病是个症状较复杂的疾病，也称颈椎关节
综合征。因颈椎间盘退行性变性，周围骨质、小关节及软组织发生一系列病变，压迫
或刺激颈神经根、脊髓、椎动脉等组织而产生的一组综合病症，且因受累部位、受压
迫组织及压迫的程度不同而有不同的表现。眩晕、颈肩疼痛、上肢麻木疼痛、肌肉无
力甚或萎缩、头重脚轻、步履蹒跚、甚至猝倒等。

“颈椎病”一名，中医并无记载，但根据其临床特点可以归纳在眩晕和痹症内，
并且以痹症为多见。沈金鳌《杂病源流犀烛》说：“凡颈项强痛，肝肾膀胱病也，三
经受风寒湿邪”而成。《医学心悟·项急强》谓“项脊者，太阳经所过之地，太阳病
则项脊强也”，《证治准绳》“颈项强急之证多由邪客三阳经也”。因风寒湿侵袭，
长期劳损导致气血运行不畅，致使经气不利，络脉痹阻，不通则痛，也可致痰瘀互结。
总而言之，本病由诸多因素导致筋膜、肌肉失养而不能很好地约束关节致使关节失稳，
而产生“骨错缝，筋出槽”，压迫软组织、神经才有的颈椎病，也是筋病。那么颈椎
病的症状这么复杂，能不能有一个约法来统治呢？我这么多年也遇过很多颈椎关节综
合征，以我的经验来看，除了急性眩晕见证可以从痰饮论治外（这个在伤寒论中的痰
饮治法不再赘述），其余见证均可以痹症论治。仲景先师说“太阳病，脉浮，头项强
痛而恶寒”，“太阳病，项背强几几，无汗恶风者，葛根汤主之”，“太阳病，项背
强几几，反汗出恶风者，桂枝加葛根汤主之”，看来，项背强的情况是太阳病，要葛
根主治了。至于上肢的麻木、沉重、疼痛，我在别的文章中已经说了，可治从血痹证，
黄芪桂枝五物汤是主方。

尚 XX，五十四岁，喜欢麻将，常连玩一天两夜。久而久之，就患上了脖子僵痛
的毛病，平时休息可缓解。后来整天感觉头昏昏的，眼睛看东西定不准位，脚底下像
踩了棉花，双臂重、手麻、心脏还时不时的乱跳。有一次出门还因为头晕眼黑摔了一
跤，去广州某医院做了全面检查，除了颈椎发现有多椎间盘膨出外，没其他问题。住

了一个月医院，没有任何疗效，他又不肯听医生的建议做手术。又到空军医院再次检查，怕广州医院漏诊了，CT、核磁共振又重做了，几次折腾花了两三万。后来经他亲戚介绍来我这儿就诊。

问清病史，我让他坐正，按压头顶，就觉得两臂明显酸麻得厉害，脖子不强痛，可是自诉两肩胛骨中间的牵扯痛很久了。脉诊、舌象都无大异。虽然症状复杂，总是要抓主证为治，给予黄芪五物汤合葛根加味：绵黄芪 20 克，桂枝尖 20 克，白芍药 20 克，粉葛根 30 克，威灵仙 15 克，桑枝尖 30 克，川芎片 12 克，鸡血藤 30 克，生姜 30 克，七剂。同时让患者端坐，嘱患者放松。先用手法轻轻按摩松弛颈部肌肉，左手托住其枕部，右手托住其下颌，上提、左右摇晃数次，感觉晃脑袋如摇“拨浪鼓”一般轻松无抵抗力时，加大左右摆动角度，再稍运力，向右侧（先向左侧也可）做一次最大角度的转动，就可以听到“咔吧”的响声，对侧也如此。不可强求听到声音。这个斜扳法的力度要以意念控制，力道小了达不到目的，大了就有可能造成损伤。术毕，贴“千里香”两张。七剂药后患者即感各种症状都减轻了不少。姑娘又来电催老两口去广州，只得带药十剂走了。

颈椎关节综合征按压迫部位的不同，可有不同的症状：上颈椎的病变可引起枕后疼痛、颈强直、头昏、耳鸣、视力障碍以及发作性昏迷、猝倒；中颈椎的病变可产生根性疼痛及颈后肌、椎旁肌萎缩，甚至膈肌也可受累；下颈椎的病变可产生颈后、上背、肩胛区，甚至胸前区的疼痛。此外还有按临床表现不同，还可以进行如下的分类：神经根型，以颈枕部及颈肩部阵发或持续疼痛为主，这类最多；椎动脉型，以发作性眩晕、恶心、呕吐为主；还有以肢体麻木、酸胀无力、步态不稳等为主的脊髓型及头昏、视物模糊、心律失常的交感型。这几种类型特别是年纪较长者常常混合出现，给治疗带来了困难，常使人有无从下手之感。

我治疗此病也经过了一个摸索的过程，最后得到了这样一个定法，不管是何种表现，最终以益气舒筋宣痹为主治，随见证加减药物，收到了较好的疗效，拟定处方为：黄芪 20~50 克，桂枝 10~20 克，（赤）白芍 10~30 克，葛根 20~50 克，威灵仙 10~30 克，桑枝 20~30 克，鸡血藤 30~50 克，此为基本方。后脑痛、肩背困重加羌活；上肢麻木加当归，川芎；疼痛加片姜黄，元胡；有瘀血表现者，加苏木，甚者加服“乳没血甲散”；心悸加丹参养心。需要抓住最主要病痛侧重用药，表现不重要者即可忽视，多十剂以内见效。



桂枝汤加味治愈荨麻疹体悟

——皮肤病当留意表证

作者：绿水人家绕

链接：<http://bbs.iiyi.com/thread-3387788-1.html>

王 XX，女，2017 年 2 月 23 初诊。

患者糖尿病及高血压病史多年，慢性荨麻疹数年，多年来求医问药无数，效果不佳，来诊时仍然不定时发作。

刻诊：见红色丘疹，成团状，高起皮肤，白天轻，夜间重，纳可，小便调，大便偏干，睡眠亦可。舌质红，苔白，脉细略数。

处方：当归饮子加减：当归 30 克，生地 12 克，熟地 12 克，川芎 6 克，白芍 12 克，荆芥 10 克，防风 10 克，甘草 6 克，黄芪 20 克，制首乌 30 克，白蒺藜 10 克，蝉蜕 10 克。七剂。

3 月 3 日二诊：药后瘙痒减轻，可以停用西利替嗪，但有时还会发作，上方加僵蚕 10 克，紫草 10 克，七剂。

3 月 11 三诊：上方服后诸症平稳，瘙痒虽减但是未能根治。仔细询问患者自诉有时会身热、汗出，仔细诊脉发现脉显浮，因此突然想及此患者之荨麻疹是邪郁肌表而未解除之故，当时想用桂枝汤，但是考虑到当归饮子既然也有效，因此没有换方，只是在上方基础之上加连翘 10 克，丹皮 10 克，桂枝 10 克，继服七剂。

3 月 19 四诊：服完上方瘙痒还是未能彻底根除，于是断然换方：桂枝 10 克，白芍 10 克，甘草 6 克，生姜 10 克，大枣 10 克，荆芥 10 克，防风 10 克，白蒺藜 15 克。五剂。

3 月 25 日五诊：上方服完瘙痒完全止住，也没有再起风疹团，19 日原方再服五剂以巩固疗效。

治疗体会：此患者来诊之初，考虑患者糖尿病史多年，因此先入为主的想到其瘙痒是血虚风燥，因此忽略了详细的脉诊，选用了当归饮子，但是患者本来有表邪不解——三诊时发现脉浮，尽管当归饮子有效，也是其中有荆芥，防风之故，但是方不对症，虽然有效但是不能彻底治愈，因此四诊时改用桂枝汤加味，也是采用了胡希恕胡老的经验，没想到竟然收到五剂就能治愈的效果。由此看来皮肤病要注意表证的问题，临床辨证必须要注意脉诊结合其它三诊，才能真正掌握病机并且指导正确处方用药。

软组织造成肢体疼痛的治疗体会

作者：毛振中医生

链接 <http://bbs.iiyi.com/thread-2512861-1.html>

1. 从疼痛的区域向上需要找到适合的治疗区域，治疗区一定要有明显的肌肉损伤、小关节紊乱和明显的阳性指征，阳性指征越强对改善病症的治疗效果越好。
2. 立位下进行肌肉力量的评估，利用抗阻出现疼痛的阳性指征结合触诊寻找到损伤的肌肉，此时解剖和肌动学是不可缺少的知识基础。
3. 损伤的肌肉一定处于异常的关节序列位，关节的紊乱和肌肉的影响互为因果，需要筋骨同治。
4. 对损伤的软组织可以采用一指刀的 TRP 点治疗技术、圆形复位、动态关节松动技术，以症状改善和损伤处的条索状的阳性反应物变化为依据。
5. 对于有损伤的区域，可以采用超声波、冲击波和微波治疗，原理在于松开结节，改善水肿，促进血液循环。
6. 下肢在解决了髋及大腿周围肌肉的检查和治疗后，首先要根据皮神经分布寻找合适的椎体节段，往往该区域同步出现适合治疗的体征；上肢要查颈椎，并在身体的三个平面上综合考虑。
7. 上肢颈椎的治疗要配合上胸椎治疗，下肢疼痛要配合下胸椎治疗。
8. 考虑上肢的肩胛骨和下肢骨盆特定的损伤可能会在膝关节，踝关节出现的问题，应给予补偿性治疗，这种治疗可以使效果产生空间的叠加作用。
9. 疼痛为主要表现控制不好时，要加强闭合链训练，训练时不能出现疼痛和酸的感觉，良好的训练感觉为累，难以完成时的感觉为胀。闭合训练方法以 SET 最好。
10. 患者的主动参与不可缺少，头部的控制训练、下肢的控制训练可以在减重下开始，并进行负荷递增。
11. PNF 是训练的有效手段，可以考虑以伸肘和屈肘位两个模式参与。如果是患者感觉以酸为主，需要通过 PNF 在训练力量的过程中纠正痉挛，不建议使用 NJF 技术。
12. NJF 是在进行 PNF 的模式下进行同步的特定关节的松动，选择哪种模式要根据实际患者的情况考虑，以弱链为主。
13. 患者的姿势维持、正常习惯的养成、弱核心模式的训练以及家庭训练都非常



重要。

14. 整理治疗要考虑患者的背部和腹部之间的平衡。腹部可以采用对具有阳性指证明显的区域的进行处理，背部相同。解决了矢状面的问题后额妆面的问题也不能忽视。

15. 寻找肌肉的疼痛点，给予肌肉放松技术可以和动态关节松动技术同步参照使用。

16. 中焦肝胆在治疗中具有重要的作用。因此躯干 T5-10 的旋转螺旋考虑是慢性疑难性疼痛治疗的重点。

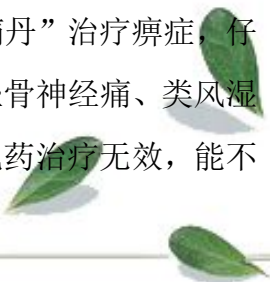
亲验马钱子之毒

作者：攀沙一粒

链接：<http://bbs.iiyi.com/thread-1814677-1.html>

1988 年 2 月，我调县中医院工作，任医务科长兼住院部主任。4 月初，门诊收治了一位三十余岁的农村女患者，白天看不出有病，也无任何不适，一到晚上，躺在病床上，就大声喊叫不止。值班医生问其原因，患者说，腰部、右腿后侧、右脚跟疼痛难忍。值班医生检查腰部、两腿后侧、两脚跟无明显阳性体征发现。急诊摄腰部正侧位片亦无阳性发现。这样连续三晚都是如此。追问病史此病已有半年之久，曾在当地卫生院，有名的医生均看遍了，始终治不好，又到县医院看过，亦无明显效果。现腿痛越来越重了，实在无法，就来中医院看了。鉴于这种情况，我就组织中医院有名的医生会诊，会诊后大家一致认为此病是风寒湿所致之右侧坐骨神经痛。并处一方，其中制川、草乌首剂各 10 克，以后每日加 3 克，逐日递增。连服四日病情毫无进展，患者照叫不止。

我在县医院图书室看杂志，其中有一本中医杂志，叫什么名字，我已记不清了。里面有一则报道，讲的是上海颜德馨教授应用三十年的“龙马定痛丹”治疗痹症，仔细一看主要治疗坐骨神经痛、类风湿性关节炎等，其中还有治疗坐骨神经痛、类风湿性关节炎的两个举例。我边看边想，我院这个坐骨神经痛患者，现药治疗无效，能不



我为人人，人人为我

能用此丹治疗？我即将此篇处方、制法、用法、举例抄下。经过认真、仔细、反复研究，本人认为此丹能够治疗该患者，于是决定按照杂志上“龙马定痛丹”的制法，验制“龙马定痛丹”。

我严格按照此丹的制作要求，购来原材料。先将生马钱子用土炒至膨胀，再入香油炸，俟有响爆之声，外呈棕黄色，切开呈紫红色时取出。再与土鳖、地龙、全蝎共极末，后入朱砂，制蜜丸 40 丸，每丸含制马钱子 0.75 克（凌一揆主编：高等医药院校教材《中药学》，制马钱子内服量为 0.3~0.9 克，作丸散服）。

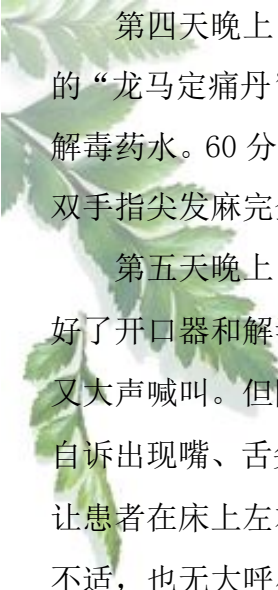
由于从未应用过含马钱子成份的药，尽管制好了“龙马定痛丹”，每丸马钱子含量也在要求范围以内。因为马钱子有大毒，不敢冒然给患者应用，必须试验出既要治病，又不至于出现中毒反应，以免发生意外。但目前又找不到能进行试验的载体，所以，想来想去，我还是决定由我自己来做试验。

第一天晚上 8 点，我开始服第 1 丸“龙马定痛丹”。在正式服药前，先准备了一个开口器，一碗高糖浓度的冷药水（甘草、绿豆各 30 克煎水加白糖）约 500ml。叮嘱妻子，若我服药后反应重，口张不开时，就用开口器帮忙撑开牙齿，将药水徐徐灌下。然后我就服下含制马钱子 0.75 克的“龙马定痛丹”1 丸。坐在书桌前看书，约 30 分钟后，开始出现反应：首先是头晕、焦虑不安，我说不行了，站起向门口走去（书桌到门口约 4 米远），刚走到门口，只觉得全身肌肉发紧、四肢拘急麻木、不能说话，但意识清楚、站立不稳，一下子就摔倒在门口。妻子见状，立即将药水给我慢慢灌下。我喝下药水后，就感觉头晕、焦虑，全身肌肉发紧但没有继续加重。大约 40 分钟后，头晕、焦虑、全身肌肉发紧开始渐渐消退，60 分钟后，前述症状基本消失，2 小时后，前述症状完全消失。

第二天晚上 8 点，我将 1 丸“龙马定痛丹”分成两份，还是准备了开口器和解毒药水，然后服下一份“龙马定痛丹”（制马钱子含量 0.375 克）。仍然坐在书桌前看书，30 分钟后没有反应，60 分钟后也没有反应，2 小时后也没有反应。

第三天晚上 8 点，我将 1 丸龙马定痛丹分成四份，仍然准备好开口器和解毒药水，然后服下三份龙马定痛丹（制马钱子含量 0.56 克）。仍然坐在书桌前看书，40 分钟后出现嘴唇、舌尖、双手指尖发麻，余无不适，没有喝解毒药水。60 分钟后嘴唇，舌尖，双手指尖发麻开始逐渐减退。2 小时后嘴唇，舌尖，双手指尖发麻完全消失。

随即将剩下的 37 丸“龙马定痛丹”按每丸含制马钱子 0.56 克，重新制成“龙马定痛丹”49 丸，每次服 1 丸，每晚睡前 1 小时用白糖冷开水送服。



第四天晚上8点，我仍然准备好了开口器和解毒药水，然后让我妻子服下改量后的“龙马定痛丹”。40分钟后她出现嘴唇、舌尖、双手指尖发麻，余无不适，没有喝解毒药水。60分钟后嘴唇，舌尖，双手指尖发麻逐渐开始减退。2小时后嘴唇，舌尖，双手指尖发麻完全消失。

第五天晚上8点，我来到病房，患者还没有睡觉，我给她讲明来意后，给她准备好了开口器和解毒药水，让她服下1丸“龙马定痛丹”。然后让她躺下，她躺下以后又大声喊叫。但随着时间的延长，患者的喊叫声逐渐变小，40分钟后叫声基本停止。自诉出现嘴、舌尖、双手指尖发麻，但神志清楚、说话流利，没有喝解毒药水。此时让患者在床上左右翻身，起卧数次，患者除嘴唇，舌尖，双手指尖发麻外，余无任何不适，也无大呼小叫了。60分钟后患者嘴唇，舌尖，双手指尖发麻逐渐开始减退。2小时后嘴唇，舌尖，双手指尖发麻完全消失，已安然入睡了。此药对患者有效，故停止其它一切治疗，每天只用此丹1丸，睡前1小时用糖水送服。连服15天，患者未再出现上述症状，坐骨神经痛基本痊愈，给予办理出院。出院带“龙马定痛丹”30丸，以巩固治疗。后来患者之夫来县城办事，特来医院感谢，说她回家服完30丸药丸后，就痊愈了，可以下地干活了。1年后随访该患者，坐骨神经痛未复发。

以后每遇此类患者，本人均用“龙马定痛丹”治疗。每次药丸制成后，本人均要先试服，每次必须达到药后出现嘴唇、舌尖、双手指尖发麻，余无不适，才让患者服药，这样既治疗了患者的病痛，又不至于让患者出现剧烈的中毒反应，医者放心，患者高兴，皆大欢喜。

附：

颜老“龙马定痛丹”组方：马钱子30克，土鳖3克，地龙3克，全蝎3克，朱砂0.3克，以马钱子为主药。马钱子的主要成份是土的宁，有大毒，必须炮制后用，需严格控制用量。

此方主治各种痹症，如肩背腰及周身疼痛，屈伸不利，肢体麻木等症。包括现代医学之风湿热、风湿性关节炎、风湿性肌炎、类风湿关节炎、坐骨神经痛、腰肌劳损、颈椎病、肩周炎等。据本人经验，此丸治疗坐骨神经痛，类风湿关节炎疗效最佳。

责任编辑：修竹临风

编辑：砭艾、草原民间中医、xiwang001han

第三部分——识草药

威灵仙

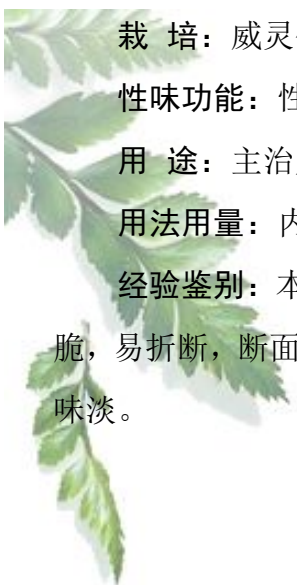
别 名：铁脚威灵仙、青风藤、白钱草、乌头力刚、移星草。

来 源：毛茛科植物威灵仙的干燥根及根茎。分布于云南、贵州、四川、陕西、广西、广东、湖南、湖北、河南、福建、台湾、江西、浙江、江苏、安徽等地。越南也有分布。

形 态：木质藤本。干后变黑色。茎、小枝近无毛或疏生短柔毛。一回羽状复叶有 5 小叶，有时 3 或 7，偶尔基部一对以至第二对 2~3 裂至 2~3 小叶；小叶片纸质，卵形或为线状披针形，长 1.5~10 厘米，宽 1~7 厘米，顶端锐尖至渐尖，偶有微凹，基部圆形、宽楔形至浅心形，全缘，两面近无毛，或疏生短柔毛。常为圆锥状聚伞花序，多花，腋生或顶生；花直径 1~2 厘米；萼片 4~5，开展，白色，长圆形，长 0.5~1.5 厘米，顶端常凸尖，外面边缘密生绒毛或中间有短柔毛，雄蕊无毛。瘦果扁，3~7 个，卵形至宽椭圆形，长 5~7 毫米，有柔毛，宿存花柱长 2~5 厘米。



我为人人，人人为我



栽 培：威灵仙喜温暖湿润的气候，常以含腐殖层的石灰质土壤栽培最适宜。

性味功能：性温、味咸、辛。祛风除湿、通络止痛。

用 途：主治风湿痹痛、肢体麻木、筋脉拘挛、屈伸不利、骨哽咽喉。

用法用量：内服 6~9 克。

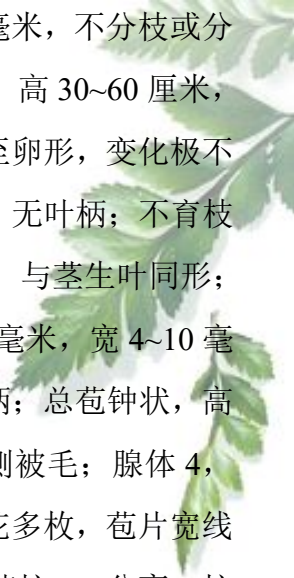
经验鉴别：本品表面黑褐色，有细纵纹，有的皮部脱落，露出黄白色木部；质硬脆，易折断，断面皮部较广，木部淡黄色，略呈方形，皮部与木部间常有裂隙。气微，味淡。

乳浆大戟

别 名：松叶乳汁大戟、宽叶乳浆大戟、乳浆草。

来 源：大戟科植物乳浆大戟的干燥全草。分布于全国（除海南、贵州、云南和西藏外）。广布于欧亚大陆，且归化于北美。





形态：多年生草本。根圆柱状，长 20 厘米以上，直径 3~6 毫米，不分枝或分枝，常曲折，褐色或黑褐色。茎单生或丛生，单生时自基部多分枝，高 30~60 厘米，直径 3~5 毫米；不育枝常发自基部，较矮，有时发自叶腋。叶线形至卵形，变化极不稳定，长 2~7 厘米，宽 4~7 毫米，先端尖或钝尖，基部楔形至平截；无叶柄；不育枝叶常为松针状，长 2~3 厘米，直径约 1 毫米；无柄；总苞叶 3~5 枚，与茎生叶同形；伞幅 3~5，长 2~5 厘米；苞叶 2 枚，常为肾形，少为卵形，长 4~12 毫米，宽 4~10 毫米，先端渐尖，基部近平截。花序单生于二歧分枝的顶端，基部无柄；总苞钟状，高约 3 毫米，直径 2.5~3.0 毫米，边缘 5 裂，裂片半圆形，边缘及内侧被毛；腺体 4，新月形，两端具角，角长而尖或短而钝，变异幅度较大，褐色。雄花多枚，苞片宽线形，无毛；雌花 1 枚，子房柄明显伸出总苞之外；子房光滑无毛；花柱 3，分离；柱头 2 裂。蒴果三棱状球形，长与直径均 5~6 毫米，具 3 个纵沟；花柱宿存；成熟时分裂为 3 个分果片。种子卵球状，长 2.5~3.0 毫米，直径 2.0~2.5 毫米，成熟时黄褐色；种阜盾状，无柄。

栽培：乳浆大戟喜温暖湿润气候，耐旱、耐寒喜潮湿。对土壤要求不严，以土层深厚、疏松肥沃、排水良好的砂质壤上或粘质壤上栽培为好。

性味功能：性微寒，味苦辣麻，有毒。利尿消肿，拔毒止痒。

用途：用于四肢浮肿，小便淋痛不利，疟疾；外用于瘰疬，疮癣瘙痒。

用法用量：外用适量，不可内服。

经验鉴别：乳浆大戟茎叶嫩枝呈绿色，全株含乳汁。茎生叶互生；叶片倒披针形或线状披针形。

编辑：王颖健

责任编辑：金陵一剑



我为人人，人人为我

发热 6 天，牙龈红肿 2 天，舌尖溃疡 1 天

作者：anne 医生

链接：<http://bbs.iiyi.com/thread-3386012-1.html>

●病例摘要

一般情况：患儿，男，10 月。

代主诉：发热 6 天，牙龈红肿 2 天，舌尖溃疡 1 天

现病史：该患儿于 6 天前无明显诱因出现发热，无鼻塞、咳嗽、流涕症状，体温最高 39.3℃。在当地给予肌注退热药物（具体药名及剂量不详），体温降而复升。3 天后当地卫生院就诊，查体除咽部充血外，其他未见异常，查血象无明显异常，诊断为“上呼吸道感染”，给予“小儿氨酚黄那敏颗粒、儿童回春颗粒、利巴韦林颗粒及复方锌布颗粒”等治疗，患儿体温仍不稳定，时高时低。体温在 38～39.5℃之间，入院 2 天前发现患儿牙龈红肿，加用消炎药物（具体药名及剂量不详）治疗，疗效欠佳。1 天前意外发现患儿舌尖部溃疡，因食欲差、病情迁延不愈转来就诊。门诊完善检查，收入院治疗。发病以来，无腹痛、腹泻、呕吐等症状，无咳嗽、喘息症状，无手足皮疹、寒颤、肌肉颤动史，食欲差，二便无异常。

既往史：既往健康，无麻疹、肝炎、结核、手足口病等传染病史及传染病接触史，无外伤、手术史，无输血史，无药物、食物过敏史，按计划接种疫苗。

个人史：患儿系第 1 胎，足月顺产，出生情况良好，无窒息抢救史，生后母乳喂养，生长发育顺序正常，智力同健康同龄儿。患儿居住条件及经济条件一般。

家族史：父母均健康，非近亲婚配，否认家族中遗传病史及传染病史。

体格检查：T：39.3℃；P：135 次/分；R：30 次/分；Wt：9.0Kg。男性患儿，发育正常，营养一般，神志清，精神不振，自主体位，查体不合作。全身皮肤粘膜稍干燥，未见黄染、皮疹及出血点，臀部、关节周围、手掌及足底未见皮疹，浅表淋巴结未触及肿大。头颅无畸形，毛发分布均匀，有光泽，结膜无充血，巩膜无黄染，双侧瞳孔等大等圆，直径 2.5mm，对光反射灵敏。耳廓无畸形，外耳道无分泌物。鼻腔通气畅。口唇干燥，唇部未见溃疡，牙龈红肿，咽部充血，咽峡部未见疱疹或溃疡，双侧扁桃体无肿大，舌尖部可见圆形溃疡 1 处，黄豆大小，周围充血，悬雍垂居中。颈

病例讨论

软，气管居中，甲状腺无肿大。胸廓对称无畸形，双侧呼吸运动均等，无吸气三凹征，双肺呼吸音粗，未闻及干、湿性啰音。心率 135 次/分，心律齐，心音有力，各瓣膜听诊区未闻及杂音。腹软，肝、脾未触及，未触及包块，未见胃肠蠕动波，无压痛及反跳痛，叩诊鼓音，肠鸣音正常。肛门及外生殖器无异常。脊柱、四肢无畸形，四肢活动自如，各关节无红肿。肱二头肌反射正常，腱反射、踝反射正常，双侧布氏征、克氏征、巴彬斯基征阴性。

辅助检查：血常规+CRP+肠道病毒 71 型 IgM 抗体：WBC： $12.80 \times 10^9/L$ ，L：22.50%，N：62.0%，PLT： $151 \times 10^9/L$ ，Hb：139g/L；CRP：31.12mg/L；肠道病毒 71 型 IgM 抗体：阴性。呼吸道五项检查：呼吸道合胞病毒抗体（RSVAB）IgM：阴性；腺病毒抗体（ADVAB）IgM：阴性；肺炎支原体抗体（MPAB）IgM：阴性；肺炎衣原体抗体（CPAB）IgM：阴性；柯萨奇病毒抗体（COXAB）IgM：弱阳性。尿常规：（-）。

●讨论

根据上述信息，讨论以下问题：

1. 本例诊断与治疗。
2. 治疗中有哪些需要注意的问题？

●临床讨论：

水灵秀：

1. 从症状和血象上看是细菌感染。
2. 感染灶不好说，但从体征上看，口腔是原发感染灶可能性极大。
3. 小儿血象有个特点，就是“4-6 交叉”，患儿此时是 10 个月大，应是淋巴细胞占高位时期，但血象是中性占高位，与正常生理相反，结合 C 反应蛋白，故细菌感染可能极大。
4. 我的印象：溃疡性口腔炎（此病多由球菌引起，口腔广泛充血伴溃疡，多伴发热等全身症状，和疱疹性口腔炎很难鉴别）。
5. 治疗上口服阿莫西林克拉维酸钾（香港澳美制药），局部使用金霉素甘油涂。

vestwi：

诊断考虑：疱疹性口腔炎。

患儿白细胞高，考虑混合感染。

治疗：抗病毒、抗菌及对症补液退热。

yjb5200120:

同意疱疹性口腔炎的诊断，患儿先为上感，继发口腔炎。

江海余生:

口腔溃疡提示维生素缺乏，应该补充维生素，饮食清淡，可多喝富含维生素 C 的果汁：苹果汁、猕猴桃汁、番茄汁、橙汁等。

咽部充血，发热——急性咽炎（幼儿常见高热诱因）。可选用敏感抗生素治疗。也可多喝西瓜汁，促进排尿退热——果汁疗法。

老郑啊:

小孩子因为脾胃虚弱脏器稚嫩，天生容易上火，由于看不到舌苔之类的诊断，这种情况推测是积食引起的。煮点淡豆豉绿豆加点消滞的内金或就好了。

anne 医生:

感谢各位爱友的讨论与分析！

本例最终诊断为：1 上呼吸道感染；2. 溃疡性口腔炎；

总结:

本例病初仅表现为发热，无其它呼吸道症状，查体发现咽部充血。考虑上呼吸道感染成立；病程中出现牙龈充血和舌尖溃疡，柯萨奇病毒抗体（COXAB）IgM：弱阳性，不能排除疱疹性口腔炎的可能；但患儿发热持续存在，血象与 C 反应蛋白升高，不支持单纯病毒感染，考虑混合感染，符合急性口腔炎的诊断标准。

急性口腔炎是由于各种感染引起的口腔黏膜炎症。多见于婴幼儿，可单独发生，也可继发于全身疾病如急性感染、腹泻、营养不良、久病体弱和维生素 B、C 缺乏等。感染常有病毒、真菌、细菌引起。本例可排除真菌感染，符合病毒、细菌混合感染的特点。但临床表现似乎更支持诊断为溃疡性口腔炎。

溃疡性口腔炎的主要致病菌有链球菌、肺炎球菌、铜绿假单胞菌和大肠埃希菌。多见于婴幼儿，常发生于急性感染、长期腹泻等抵抗力低下时，口腔不洁更有利于细菌的生长。疱疹性咽峡炎由柯萨奇 A 组病毒引起，好发于夏秋季，疱疹主要发生于咽腭弓、悬雍垂和软腭等处，有时见于舌，一般不累及牙龈和颊粘膜，颌下淋巴结可以肿大，可资鉴别。

溃疡性口腔炎的治疗分为一般治疗+局部用药+选用有效抗生素治疗。该病一般预后良好。

肾功能不全尿毒症患者，跟 ANCA 有关吗？

作者：xzp_dragon

链接：<http://bbs.iiyi.com/thread-3224944-1.html>

●病例摘要

一般情况：性别：女；年龄：72 岁；职业：城镇居民。

主诉：发现肾功能异常 2 年，纳差 20 天，加重 7 天

现病史：患者于 2014 年 9 月份因“间质性肺炎”就诊于当地医院，入院期间化验肾功能：尿素氮 20.0mmol/L ↑，肌酐 356umol/L ↑，血红蛋白 81.00g/L。遂进一步就诊于某医大附属二院肾内科，化验肾功能：尿素氮 34.28mmol/L ↑，肌酐 660 umol/L ↑，尿酸 597.0mmol/L。确诊为：慢性肾功能不全，尿毒症期。给予改善循环、改善肾功、调节免疫、腹膜透析治疗（具体不详），肾功能改善不理想，多次入院做腹膜透析治疗。肾功能不全的原因不明。于 20 天前患者不思饮食，间断出现意识模糊，随后大小便失禁。7 天前开始患者不能言语，不能明确示意，不能进食。为求进一步诊治今来我院。病来无发热，无喘息。

既往史：高血压病史 3 年，血压最高值 180/90mmHg。

间质性肺纤维化病史 5 年，干咳症状为主，激素治疗后，症状缓解。

ANCA 相关性血管炎病史 2 年，间断给予激素治疗。

既往否认糖尿病，冠心病史，无肝炎及肺结核等急、慢性传染病史，无外伤史，无药物过敏史。

查体：发育正常，营养不良，消瘦，恶液质状，意识模糊，精神萎靡，问话不答，被动体位，平车推入病室。血压 89/64mmHg。心前区无隆起，无震颤，心界不大，心率 110 次/分，律齐，各瓣膜听诊区未闻及杂音。双肺呼吸音粗，两肺未闻及干湿啰音。腹部平软，无胃肠型及蠕动波。双下肢无水肿，足背动脉搏动可触及，四肢肌张力正常，肌力不配合检查，双侧巴彬斯基征阴性，颈软，克氏征阴性。

辅助检查

心电图：窦性心律，窦性心动过速。

血常规：白细胞 $15.0 \times 10^9/L$ ，中性细胞数 $12.65 \times 10^9/L$ ，中性细胞比率 84.44%，红细胞 $5.17 \times 10^{12}/L$ ，血红蛋白 156 g/L。

初步诊断

1. 慢性肾功能不全（尿毒症期）；
2. 低血容量休克；
3. 肾性贫血；
4. 双肺间质纤维化；
5. ANCA 相关性血管炎。

治疗：吸氧，心电监护，葡萄糖、氯化钠、维生素、补氯化钾、补液等支持治疗，多巴胺维持泵入升压治疗。

过程：患者持续呼之不应，逐渐昏迷。血压 75/50mmHg，P120 次/分，R 36 次/分，指脉氧 85%。查体：昏迷，面色晦暗，口唇发绀，张口呼吸，呼吸浅快，两肺可闻及湿啰音。心率快，律齐，未闻及杂音。腹软，双下肢无水肿。约 24 小时后，患者体温 39.2℃，给予复方氨林巴比妥注射液 2ml 肌注。又 7 小时后，患者呼吸、心跳停止，血压为 0，双侧瞳孔散大、固定，心电图示直线，临床死亡。

●讨论

1. 您认识 ANCA 血管炎这类疾病吗？
2. 试分析该患者的慢性肾功能不全是否可能与 ANCA 有关系？

●临床讨论

ww2sxy520:

对于此种疾病略有所知。ANCA 相关性血管炎以肾和肺损害为主要临床表现，其基本病理改变为坏死性小血管炎。病理改变主要是小动脉、微动脉、小静脉和毛细血管的系统性、坏死性的自身免疫性炎症性病变。包括显微镜下多血管炎、Wegener 肉芽肿、变应性肉芽肿性血管炎。多数病人可无明显临床表现，部分患者表现为多器官功能受损。肺脏受累可以表现为肺出血，严重者可出现大咯血、呼吸衰竭而危及生命。累及肾脏可表现为血尿、蛋白尿和不同程度的肾功能损害，严重者可出现肾功能衰竭。部分患者有贫血、关节痛、肌肉痛、皮肤红斑、皮下出血点、皮下结节，活检为皮肤白细胞碎裂性血管炎。P-ANCA 是诊断本病的特异性标志抗体，并可以检测病情活动和预测复发，其滴度与血管炎活动有关。

患者慢性肾功能不全可能与 ANCA 存在一定关系，患者于 2014 年间质性肺炎时便存在肾功能不全，当时可能就是 ANCA 血管炎在肺部、肾脏的表现；同时由于患者合

病例讨论

并高血压，平时血压控制不理想，不排除同时由于高血压因素导致肾动脉硬化继发肾功能改变。患者肾功能损害可能是这两方面综合作用的结果。

sgzhangke:

患者已达尿毒症，对于肾功能改善病因治疗其实并没有太大的意义，所以也没有做肾活检的必要性。不知患者有没有尿，关键是规律透析。间质肺一个特点是听诊爆裂音，晚期导致呼吸衰竭，患者没有相关症状体征，需要 X 线、CT 协诊。

关于死亡原因，楼主给的资料太少，不好分析。

anne 医生:

本患者临床诊断符合显微镜下多血管炎（MPA）。MPA 相关的肺损伤在临床上最常见表现为寻常型间质性肺炎（UIP）和弥漫性肺泡出血（DAH），其本质是肺小血管炎，病变可累及肺脏的微动脉、微静脉及毛细血管网。本例患者未有弥漫性肺泡出血临床表现，但病程初期有肺间质纤维化，及在外就诊发现 ANCA 抗体阳性，其潜在的肾损害临床症状不明显，但客观检查已有肾损害证据。临床推测以显微镜下多血管炎（MPA）可能性最大。

该病经糖皮质激素联合免疫抑制剂治疗后其一年生存率达 80%~100%，五年生存率已从 10%提高到约 70%~80%。单纯激素治疗可能达不到预期效果。预后与患者年龄、就诊时的肌酐水平和有无肺出血密切相关。由于肾炎急剧进展，及早积极治疗至为重要。

aishenzhong:

ANCA 是以血管炎为共同的病理变化，临床表现与受累血管大小、类型及分部有关，肾脏血管丰富，所以是最常见的受累器管。此病人的慢性肾功能不全与 ANCA 有关。

● 总结

xzp_dragon:

这个患者涉及的诊断分三大部分：

第一部分为老年病，以高血压病为表现，可能涉及心、脑、肾等靶器官的损害，第二部分为肺纤维化，我们未获得这个患者肺纤维化的病因，但是老年病和 ANCA 血管炎都不能很好地解释肺纤维化这个病理过程；

第三部分是 ANCA 相关性血管炎，全称是抗中性粒细胞胞浆抗体（anti neutrophil cytoplasmic antibodies，ANCA）相关性血管炎。这个叫起来很拗口的一类疾病，

也是我们基层医院难得一见的疾病。

总体来说 ANCA 相关性血管炎是一种风湿类疾病，发病与免疫机制有关，病理损害涉及全身各系统和器官的小血管，以血管炎的形式发生，可以导致全身多脏器损害，包括心、脑、肾、肺、关节、皮肤等等。临床表现缺乏典型性，缺乏特异性，发病率较低，辨识度较差，依赖特异性化验检查手段，即 ANCA 或者活检等。相关的疾病诊断名称五花八门，大概听说过可能与之相关的有 Wegerner's 肉芽肿，多发性大动脉炎，结节性动脉炎以及川崎病等，其它一些疾病闻所未闻。

对于这个病人肾损害的病因如何认识：高血压？ANCA 相关性血管炎？其它原因？虽然我们没有追踪到患者 ANCA 的诊断和治疗过程，这不妨碍我们这样分析：这个病人的致死性的损害（尿毒症），很有可能与 ANCA 相关性血管炎有关，因为，假如患者真的只有 3 年的高血压病史，肾脏的损害达到尿毒症期，似乎快了一点。更何况，ANCA 相关性血管炎一旦损害肾血管，同样也是高血压病的发病因素。

此外肺纤维化与 ANCA 有管吗？文献可见 ANCA 相关性血管炎的肺部损害主要是血管损害，表现为结节、空洞以及肺泡出血，与该患者不相符。

该患者导致肾衰的疾病，确实可能与 ANCA 相关，只是我们已经无法知道它的分类，也无从知晓疾病的进展过程！

责任编辑：修竹临风、绿漫天涯

编辑：刘现国

医疗资讯

今年医改目标剑指高药价高检查费

国务院办公厅 28 日下发了《深化医药卫生体制改革 2014 年重点工作任务》（以下简称《任务》），提出了药品跨省联合招标采购、政府回购大型医疗设备等新概念，并配发了各主管部门落实任务的时间表。《经济参考报》记者注意到，时间表中的多数任务安排到了今年下半年，但公立医院药品集中采购、发展商业健康保险措施、短缺药品定点生产等四项工作要求 6 月底前完成。

业内人士指出，《任务》出现了很多新提法并排定了主要措施推行的时间表，大大改进了现行医疗体制改革中的不足之处，剑指“高药价、高检查费”，有望释放多重利好。

破除“以药补医”窘境 河南医改出新招

5 月 30 日，记者从省发改委获悉，《河南省推进医疗服务价格改革的实施意见》（以下简称《意见》）印发，提出要提高诊疗、手术等体现医务人员技术劳务价值的医疗服务价格，取消药品加成、降低大型医用设备检查价格，到 2020 年基本理顺医疗服务比价关系，既体现医疗技术价值，又实现群众总体负担不增加。《意见》从七个方面提出了推进医疗服务价格改革的任務，包括推进医疗服务价格分类管理、推进医疗服务价格管理体制改革、构建合理的医疗服务价格补偿机制、改革医疗服务价格项目管理、推进医疗服务定价方式改革、加强医疗服务价格监管等。

互联网医疗或迎大变革 网上问诊“专家”将严格准入资质

日前，一份卫计委印发的《关于征求互联网诊疗管理办法（试行）（征求意见稿）和关于推进互联网医疗服务发展的意见（征求意见稿）意见的函》在网络流传。该征求意见稿对开展互联网诊疗活动的医疗机构制定了详细规范，医疗机构、医生都需要相应资质，医疗活动的范围仅限于医疗机构间的远程医疗服务和基层医疗机构提供的慢性病签约服务。虽然该征求意见稿并未被公布，不过多位业内人士已经肯定了该征求意见稿的真实性，并表示如果最终文件改动不大，会对现有互联网医疗格局造成较大影响。

中国科协：撤稿事件损国家声誉 查实绝不姑息

在国新办举办的新闻发布会上，中国科协党组书记、常务副主席尚勇谈及“施普林格撤稿事件”时表示，这次撤稿事件严重损害了中国科技界的声誉，甚至对国家声誉也造成了不良影响。查实结果之后，中国科协将依法依规严肃处理，绝不姑息、绝不护短，结果会向社会再进行公布。这也就是表明科技界对学术不端行为零容忍的态度。今年4月21日，世界著名学术出版商施普林格（Springer）发布消息，称其治下的期刊《肿瘤生物学》（Tumor Biology）因作者编造审稿人和审稿意见而撤稿107篇论文。涉及的作者都来自中国。

医疗 IT 市场容量将突破 2802.5 亿美元

据市场调研公司根据 MarketsandMarkets 预测，全球医疗信息技术市场容量将从2016年的1342.5亿美元增长到2021年的2802.5亿美元，期间年复合增长率达到15.9%。推动该市场爆发的因素主要包括：通过医疗信息技术解决方案应对政府安全监管的需求日益增长，政府对医疗信息技术的支持力度加大，降低医疗保健成本的需求、医疗信息技术解决方案本身的高投资回报率、对医疗保险供应商有效地管理索赔和报销的需求、人们日益关注护理质量和临床治疗效果、责任型的关爱组织、大数据的普及。

国务院发文：个体诊所设置不受布局限制了

近日，国务院办公厅下发了《关于支持社会力量提供多层次多样化医疗服务的意见》（国务院办公厅 国办发〔2017〕44号，下文简称《意见》），对社会办医准入大放开，甚至彻底放开了对个体诊所布局的限制。到2020年，社会力量办医能力明显增强，医疗技术、服务品质、品牌美誉度显著提高，专业人才、健康保险、医药技术等支撑进一步夯实，行业发展环境全面优化。打造一大批有较强服务竞争力的社会办医疗机构，形成若干具有影响力的特色健康服务产业集聚区，服务供给基本满足国内需求，逐步形成多层次多样化医疗服务新格局。

食药监总局：71 批次中药饮片不合格

国家食品药品监督管理总局近日发布通告称，标示为云南白药集团股份有限公司中药饮片分公司等62家企业生产的71批次中药饮片不合格。对抽检发现的不合格中药饮片，相关省份食品药品监督管理局已采取查封扣押等控制措施，要求企业暂停销售使用、召回产品，并进行整改。根据通告，标示为北京能济中药饮片有限公司、河

北百合中药饮片有限公司、北京同仁堂(亳州)饮片有限责任公司、云南白药集团股份有限公司中药饮片分公司等企业生产的 40 批次土鳖虫不合格。不合格项目包括性状、浸出物、二氧化硫残留量等。标示为北京金崇光药业有限公司、吉林省泽康药业有限公司等企业生产的 30 批次冰片不合格。不合格项目包括性状、含量测定、不挥发物等。标示为广州至信中药饮片有限公司生产的 1 批次菟丝子不合格。不合格项目为含量测定。

寨卡病毒可用于对付脑肿瘤

剑桥大学学者哈里·布尔斯特罗德领衔的一个团队获得了英国癌症研究会的资助，将在实验室中测试用寨卡病毒攻击这种肿瘤的效果。研究团队表示，对寨卡病毒引发脑部疾病的分析显示，这种病毒能够穿过“血—脑屏障”，并且寨卡病毒会攻击发育中大脑的干细胞，而胶质母细胞瘤的细胞正好与这种干细胞相似，所以有望测试寨卡病毒对胶质母细胞瘤的效果。布尔斯特罗德说：“我们希望从一个不同角度来开展科研，基于对寨卡病毒的认识，探索利用它来对付难治的癌症。”

3D 打印心脏支架，可以随着身体一起生长

来自荷兰艾恩德霍芬理工大学（Eindhoven University of Technology）的研究人员开发了一款可以随着儿童的成长而自我调节的心脏支架，避免了在成长过程中需要二次手术更换植入物的需要。研究发表在了杂志《3D Printing and Additive Manufacturing》上。这款支架首先通过计算机模型进行设计，借助了镍钛支架的模型，然后模拟了共聚物 3D 打印支架的形状，通过 3D 打印的形式制作了支架的原型。支架模型具有弹性网状结构，研究人员的想法是，支架可以在到达植入位置后自我扩张，类似手术后的缝合线，最终可以被生物体降解。

研究提示腰围越大可能癌症风险越高

来自法国国际癌症研究所的主要研究者 Heinz Freisling 博士表示：研究发现显示，BMI 和体脂最多的身体部位能够作为把握肥胖相关癌症风险的良好指标。特别是腰部脂肪，可能对某种特定的癌症有重要影响，但需要进一步的研究。研究中对于 43000 例以上个体进行的数据分析显示，BMI 升高使肥胖相关癌症的风险升高了 11%，同样的风险升高体现在腰围和腰臀比（WHR）的升高，二者分别升高了 13%和 15%的风险。该研究 5 月 23 日在线发表于 British Journal of Cancer。

责任编辑：永恒流星

【2017 母亲节活动】活动优秀文贴选摘

爱很简单

作者：yemengzhe

链接：<http://bbs.iyyi.com/thread-3395196-1.html>

看到舒省在论坛分享的一篇描写母亲的美文，那种把与母亲之间的感情处到闺蜜的程度，倒是符合当代母女的关系。但是对于我而言，与母亲的关系永远是母与子的长辈情缘。我对她的关怀太少，她对我的付出太多。我想即便是用一辈子来报答，都还不够。

再过3个月，母亲就已经54岁了。每每想到这里我的心里总会一紧，比我自己的年龄增长都让我难过的多。自从工作之后，不知道为什么，对于母亲的年纪，我总是想刻意的让自己忘记。希望这样一来，心里记住的能总是她三四十岁的时光。我也曾把这种心境告诉过妹妹，她想了想，说：“哥，你老了！”

有时候我真的希望如果有可能的话，我心甘情愿的愿意用自己的时光补给母亲，哪怕是两年换一年呢，她的青春永驻感觉比我自己都要重要。越是长大，越是无法面对渐渐容光不在的母亲。

农田的劳作，家庭的操劳，她的皮肤渐渐粗糙，面部的皱纹也渐起。唯一不变的，是母亲做的饭。许久不回家的我，每当入口母亲做的饭菜或者小点，心头立刻会升起一团暖意，我深深的知道，这是深烙进我心灵深处的味道，没有任何其他食物可以替代。

现在想起，曾几何时，母亲与我交流的方式变成了隔三差五她给我做的水饺、馒头、包子、菜盒等等，吃完还总让我带一部分放冰箱，说想吃了再吃。是的，吃母亲的饭，成了我与母亲交流的主要方式，聊天倒是越来越少了。

最近几年，我感觉母亲对我不像小时候那么唠叨了，显得有点儿客气，我时常自责，是因为工作的缘故吗？这让我有些不安。我知道我的生活虽然有自己不断努力的结果，但是归根到底还是来自母亲的源泉。尽管她大字不识几个，但是小时候总是唠叨我要学习，要有出息，给她长志气。我知道母亲把生活中承受的压力化为对我的叮

嘱，孩子的明天是她的希望。他的儿子终于不用像她一样务农了，竟然像小时候说的一样，一步步的成了一名医生。我想这也许是对她最大的慰藉。

今天又重听了音频主播小默朗诵的的一篇来自宁子的《舍得》，这是我有史以来最感动的描写母亲的文章，每次重听或者诵读，总会泪流满面。我知道我的母亲比宁子文中描写的母亲更平凡，她的处事风格更低调，但是却像文中描写的一样，我的母亲一样的舍得。为了孩子，舍得自己的一切，而且她已经用自己的青春容颜换了孩子的明天。而我希望的用自己的时光换母亲的年纪，却永远都无法实现。

想到这里，我的心又一紧。

当你老了

作者：清澈 1975

链接：<http://bbs.iiyi.com/thread-3394426-1.html>

妈妈已经将近古稀之年了。

不知不觉间，她耳朵背了，眼睛花了，头发也花白了。

去年五月这个时候，妈妈左腿做了一个小手术，行动不是很方便，而她偏偏又是一个喜欢热闹，呆不住的人。父亲沉默寡言，我们姐弟仨又都有工作，只能是下班后抽空回去看她。

怎么办呢？我和姐姐们商量，为妈妈买了一部智能手机。她起初不愿意，说学不会，禁不住我们天天回去一步步示范，发图片，视频，面对面用微信语音聊天，关注公众号，终于妈妈也学会用了，还加入了她们初中同学群，谈笑风生，每天忙得不亦乐乎，脸上也露出了笑容。

后来妈妈关注了许多公众号，也会经常转发许多消息，当然良莠不齐，有的是属于假消息，我们又教她学习如何辨别，关注了谣言粉碎机，以后虚假信息看一下可以，不要到处转发。慢慢的，妈妈学得了许多知识，更获得了很多快乐。

再后来，我们又建了一个家庭微信群：“开心一家人”，姐夫、外甥们也加了进来，妈妈过生日的时候，姐夫在外地视频给妈妈祝寿，发生日快乐红包，其乐融融的感觉，温馨而又甜蜜，这，就是家！

表达爱

作者：品味淡泊

链接：<http://bbs.iiyi.com/thread-3395196-1.html>

虽然常常对别人说，爱要大声说出来！

真放在自己身上，也一样说不出口，特别是在面对老一辈人的时候，最多也是在敬酒时说几句祝福的话。

儿子还在我肚子里的时候，婆婆便来我们身边照顾了，一直到现在儿子都读初三了。整整 15 年，洗衣，做饭，带孩子，婆婆没说过一句埋怨的话，整天都乐呵呵的。想当初刚来江西的时候，婆婆还不会说普通话，跟别人的交流很困难，也没什么朋友，到现在一走出去，哪儿都有熟人，都有招呼声。换位想想，真心不容易！

孩子现在大了，不用再整天围着孩子转了，婆婆便多出了好多时间，她又是闲不住的人，每天便跟着这边的阿姨们去开垦荒地。这一块，那一块，现在家里的蔬菜基本上不用买了，我们自己家都吃不完，还送出去好多。丘说婆婆好多次了，不要种那么多菜，吃不完，种点自己够吃就行了，婆婆舍不得自己辛辛苦苦开垦出来的荒地给别人，多说几次她还会不高兴，跟丘生闷气。我跟丘说，你少说点吧，她喜欢，就让她种吧，我们在她忙不过来的时候搭把手吧！就这样，我们既体验了在地里劳作的辛苦，同时也收获丰收的喜悦！

俗话说劳动能治百病，自从婆婆开始种地后她很少感冒，再也没听她说过无聊之类的话了。

这段时间婆婆又跟着邻居开始做手工活了，串珠子，几分到一毛钱一串。丘干预，干这个眼睛都看花了，颈椎也受不了啊！婆婆跟丘据理力争，她跟我们一道早出晚归，早上从家里出来，一整天都呆在诊所里，晚上才回去，中午的时候就比较空闲，觉睡多了，晚上又睡不着，总要找点事做吧！让她吧，她高兴就好！我常跟丘这么说。有时候串珠子要忙着赶货的时候，婆婆会拿来让我帮忙，丘是敢怒而不敢言。

有时候我跟丘谈起，什么是对母亲的爱呢？恐怕不仅仅是让她老有所归，老有所养，而且还要让她老有所乐，老有所为吧。

支持理解婆婆所做的吧！让她高兴就好！母亲节快到了，祝福婆婆永远健康快乐！

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！

心电图读图第六十八期答案解析

作者：trg

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

本期心电图诊断：

窦性心动过速

肢导低电压

双源性室早

阵发性多源房速伴室内差传

T 波改变

本期心电图特点：

本图可见规整的窦性 P 波出现，P-P 间期相等，频率 103 次每分，图中间部分可见三次宽大畸形 QRS 波，提前出现，代偿间歇完全，QRS 波呈现两种形态，考虑双源

性室早。前半部分可见连续三次快速心室率，QRS 波呈室上性，其前有相关的 P' 波，P' R 间期逐渐延长，考虑与心房波落在相对不应期所致的 P' R 间期延长伴有室内差传有关。



责任编辑：ngf1978

医师资格考试

—— 制胜方案 ——



轻松备考 快速提升

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.iiyi.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/>