

 www.iyyi.com

2017. 07

愛愛醫



第七期 总NO. 90

Volume 7,number 7, JuL 2017

刊首语

快乐说些什么

作者：xiwang001han

链接：<http://bbs.iyi.com/thread-3395676-1.html>

日子还的过
手指一根一根数着
有很多的挫折
要一一走过
肩膀上的脊梁
告诉我不服输
后悔是什么
要自己快乐
忘记是为了得到
更多的微笑
岁月的歌
轻轻附和

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 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	快乐说些什么.....2
专家讲坛	中国失眠症诊断和治疗指南.....4
关 注	《柳叶刀》报告.....17
专业交流	爱是畏惧还是担当.....21
西 医	误诊的宫外孕.....28
	结核性腹膜炎的误诊.....29
	肛门异物一例，机械性扩肛取出.....30
	一例惊险的甲磺酸帕珠沙星过敏性休克抢救经历.....31
	超声入门贴 556.....32
	腹裂，脐膨出一例.....36
	有奖读图第 70 期.....43
专业交流	中医治疗多汗症.....44
中 医	脉诊心传——揭开自学脉诊的不二心法.....45
	眩晕辨治.....48
	九针治偏瘫.....49
	我的招牌膏药.....51
识 草 药	鼠曲草.....52
	地 葱.....53
病例讨论	反复胸闷、气短 1 月.....55
	饮酒后突然腹痛半天.....66
医疗资讯	医疗资讯.....70
医网情深	当您老了.....73
	母亲的叮嘱.....74
编读往来	编读往来.....75
	心电图读图第六十九期答案解析.....75
杂志稿约	爱爱医杂志稿约.....77

中国失眠症诊断和治疗指南

原作者：中国睡眠研究会

链接：<http://bbs.iiyi.com/thread-3402126-1.html>

· 1844 ·

中华医学杂志 2017 年 6 月 27 日第 97 卷第 24 期 Natl Med J China, June 27, 2017, Vol. 97, No. 24

· 标准与规范 ·

中国失眠症诊断和治疗指南

中国睡眠研究会

失眠是常见的睡眠问题,在成人中符合失眠症诊断标准者在 10% ~ 15%,且呈慢性化病程,近半数严重失眠可持续 10 年以上^[1]。失眠严重损害患者的身心健康,影响患者的生活质量,甚至诱发交通事故等意外而危及个人及公共安全,对个体和社会都构成严重的负担^[2]。国内外睡眠医学专家曾发表多项与失眠有关的诊疗指南,但时间上相对陈旧,且多数仅针对成人,未能较好地涵盖儿童、老年人和孕产期妇女等特殊人群,同时较少关注中医药和物理治疗等相关内容。为此,2015 年 10 月,中国睡眠研究会在北京召开会议,邀请来自国内多家大型三甲医院、涵盖与睡眠医学相关的多个科室(包括精神科、心理科、神经内科、呼吸科、儿科、中医科等)的睡眠医学专家成立指南制定专家委员会,以编制适合国情的失眠症诊断和治疗指南。专家组经过反复和充分论证,结合现有的临床经验和国内外最新研究成果,特别是循证医学方面的证据,历时 1 年时间,完成了指南的撰写。本指南旨在为临床医师、护理人员、药剂师和心理学家,特别是睡眠医学相关从业人员提供规范化的失眠诊疗框架。

第一部分 指南制定原则和方法

一、循证依据

本指南参考 2008 年美国睡眠医学会(AASM)《成人慢性失眠评估和管理的临床指南》(以下简称 AASM 指南)^[3],并检索国内外的主要电子数据库(1999 年 7 月至 2015 年 9 月)以获取相关文献。电子数据库包括 Pubmed、EMBASE、Cochrane Library、万方数据库和中国知网,检索词为“失眠”及与失眠相关的评估、检测和治疗等内容的关键词。

二、推荐等级

本指南采用了与 AASM 指南相同的文献证据

级别以及推荐等级即“标准(Standard)”、“指南(Guideline)”和“临床建议(Option)”^[3]。睡眠障碍国际分类第三版(ICSD-3)^[1]的失眠症定义、诊断标准和流行病学等资料也作为“标准”来推荐。指南的一些重要内容在既往文献中可能找不到依据,或现有文献的结论相互之间存在矛盾,需要进行基于“专家共识”的推荐。专家共识反映了指南委员会成员基于文献和临床经验的一致性判断,本指南采用了与 AASM 指南类似的修订名义小组技术来形成专家共识^[3]。

第二部分 失眠症概述

一、失眠症的定义和分类

1. 定义(标准):失眠症是以频繁而持续的人睡困难和(或)睡眠维持困难并导致睡眠感不满意为特征的睡眠障碍。失眠症可孤立存在或者与精神障碍、躯体疾病或物质滥用共病,可伴随多种觉醒时功能损害^[1]。

2. 分类(标准):根据 ICSD-3,失眠症分为慢性失眠症、短期失眠症及其他类型的失眠症。其他类型的失眠症仅在患者不能满足慢性和(或)短期失眠症的情况下做出诊断,需慎重诊断。与慢性失眠症相比,短期失眠症的诊断不要求病程 ≥ 3 个月以及频度 ≥ 3 次/周^[4]。

二、失眠症的流行病学

1. 失眠症的现患率:2006 年中国睡眠研究会在 6 个城市进行的一项研究表明,中国内地成人有失眠症状者高达 57%^[5]。这个比例远超过欧美等发达国家。采用相对严格的诊断标准,2003 年在北京市进行的随机抽样调查中,普通成人失眠症患病率为 9.2%^[6]。

2. 失眠的自然病程:在 1 ~ 10 年的随访研究中,成人失眠持续率为 30% ~ 60%,提示失眠的病程具有持续性特征^[7]。另一方面,失眠具有一定(自然)缓解性,病程呈现波动性。失眠的持续率具有年龄差异,儿童和青少年期失眠持续率约为 15.0%,而中年女性和男性则分别高达 42.7% 和

DOI:10.3760/cma.j.issn.0376-2491.2017.24.002

通信作者:韩芳,100044 北京大学人民医院呼吸内科,Email:hanfang1@hotmail.com;唐向东,610041 四川大学华西医院睡眠医学中心,Email:xiangdong.tang@gmail.com;张斌,510515 南方医科大学南方医院精神心理科,Email:zhang73bin@hotmail.com

28.2%^[8]。

3. 危险因素: (1) 年龄: 为失眠的显著危险因素。慢性失眠症的现患率从儿童的 4.0%、青年人的 9.3%, 增加到老年人的 38.2%^[9]。(2) 性别: 女性患病风险约为男性的 1.4 倍, 该比率在 >45 岁人群中甚至增至 1.7 倍^[10]; 对儿童 (<12 岁) 的调查并未发现失眠存在女性易感性^[11]。(3) 既往史: 曾经存在失眠发作的人群的再次发病率是其他普通人群的 5.4 倍^[12]。(4) 遗传因素: 有家族史的普通人群的新发率是无家族史人群的 3 倍; 家系研究和双生子研究显示失眠的遗传度在 30% ~ 60%^[3]。(5) 应激及生活事件: 负性生活事件不仅是新发失眠的危险因素, 也是失眠得以慢性化的维持因素。(6) 个性特征: 失眠患者往往具有某些个性特征, 比如神经质、内化性、焦虑特性及完美主义。(7) 对环境的失眠反应性: 福特应激失眠反应测试 (FIRST) 量表可用来评估在 9 种常见的状态下出现失眠的可能性, 得分高人群的失眠新发率是其他人群的 3.3 倍^[11]。(8) 精神障碍: 70% ~ 80% 的精神障碍患者均报告有失眠症状, 而 50% 的失眠患者同时患有 1 种或 1 种以上精神障碍^[7]。(9) 躯体疾病: 慢性内科疾病患者往往报告有失眠症状, 而失眠人群罹患内科疾病的发生率显著高于非失眠人群。

三、失眠症的影响

研究显示伴有明显功能损害的失眠症造成的经济负担为 5 010 美元/(人·年), 仅有失眠症状 (未达到失眠症诊断标准) 者为 1 431 美元/(人·年), 而无失眠症状者为 421 美元/(人·年)^[13]。此外, 失眠对社会经济造成的间接损害 (如工伤及病假) 也显著高于直接损害。根据欧洲的一项研究, 失眠症导致的伤残调整寿命年在所有疾病中位列第 9 位^[12]。

四、失眠症的病理机制和假说

失眠发生和维持的主要假说是过度觉醒假说和 3P 假说 [3P 指的是 Predisposing (易感因素)、Precipitating (促发因素) 和 Perpetuating (维持因素)]^[12]。

1. 过度觉醒假说: 该假说认为失眠是一种过度觉醒^[4]。这种过度觉醒横跨 24 h 的日周期。失眠患者在睡眠和清醒时表现出更快的脑电频率、日间多次小睡潜伏期延长、24 h 代谢率增加、自主神经功能活性增加、下丘脑-垂体-肾上腺轴过度活跃及炎症因子释放增加等。

2. 3P 假说: 该假说认为失眠的发生和维持是由

3P 因素累积超过了发病阈值所致。一般来说, 易感因素包括年龄、性别、遗传及性格特征等, 可使个体对失眠易感。促发因素包括生活事件及应激等, 可引起失眠症状的急性发生。维持因素是指使失眠得以持续的行为和信念, 包括应对短期失眠所导致的不良睡眠行为 (如延长在床时间) 及由短期失眠所导致的焦虑和抑郁症状等, 尤其是对失眠本身的焦虑和恐惧。目前, 广泛应用的认知行为治疗 (CBTI) 就是建立在 3P 假说的基础之上。

第三部分 失眠症的评估与诊断

一、失眠症的临床评估

睡眠状况的临床评估是临床诊断和合理治疗方案制订的基础, 包括临床大体评估、主观测评和客观测评 (专家共识)。

1. 临床大体评估: (1) 主诉: 就诊希望解决的睡眠问题。核心信息包括失眠的具体特点、日间症状及其基本表现和持续时间。重点评估失眠第一次发生时的背景、表现和演变过程, 并对失眠的具体特点做出判断, 即: 是以入睡困难为主, 还是以睡眠维持困难为主? 这些表现随着时间如何演变? (2) 睡前状况: 从傍晚到卧床入睡前的行为和心理活动。要评估患者的行为模式、心理活动、情绪状态, 也要了解睡眠环境, 包括卧室的温度、湿度、光照条件、寝具等。这是了解患者关于失眠的认知、行为特点的主要途径, 也是制订心理治疗方案的基础。(3) 睡眠-觉醒节律: 了解患者日常作息习惯, 初步评估睡眠-觉醒规律, 排除各种昼夜节律失调性睡眠-觉醒障碍。(4) 夜间症状: 从入睡到清晨醒来的过程中, 可能出现与睡眠相关的且可能影响睡眠质和量的某种睡眠、神经或精神疾病, 需要明确病因。(5) 日间活动和功能: 包括觉醒和 (或) 警觉状态、情绪状态、精神痛苦程度、注意力和 (或) 记忆力等认知功能、日常生活和工作状态的变化, 以及对躯体指标 (如血压、血糖、血脂等) 的影响。(6) 其他病史: 评估躯体疾病、精神障碍疾患及治疗情况, 应激事件以及生活和工作情况。对女性患者, 还应评估月经周期、妊娠期和 (或) 更年期。(7) 体格检查、实验室检查和精神检查。(8) 家族史: 重点是一级亲属中睡眠紊乱、精神障碍、严重或慢性躯体疾病史。

2. 主观测评工具: (1) 睡眠日记: 以每天 24 h 为单元, 记录每小时的活动和睡眠情况, 连续记录时间是 2 周 (至少 1 周)。(2) 量表评估: 常用量表包括匹兹堡睡眠质量指数 (PSQI)^[14]、睡眠障碍评定

量表 (SDRS)^[15]、Epworth 嗜睡量表 (ESS)^[16]、失眠严重指数量表 (ISI)^[17]、清晨型-夜晚型量表 (MEQ)^[18]、睡眠不良信念与态度量表 (DBAS)^[19] 和 FIRST 等^[11]。

3. 客观测评工具: (1) 多导睡眠图 (PSG): 其使用建议如下: ①怀疑合并其他睡眠疾病的失眠应进行 PSG 以确定诊断, 治疗后还应复查 PSG 以评估疗效 (标准)^[1,3,20-21]; ②未确定诊断, 或治疗无效, 或伴暴力及伤害行为的失眠应进行 PSG 监测以确诊 (指南)^[3,21]; ③临床确诊单纯短期失眠或慢性失眠通常不需要应用 PSG (标准)^[1,3,21]; ④痴呆、抑郁、纤维肌痛或慢性疲劳综合征合并的失眠鉴别通常不需要应用 PSG (指南)^[3,21-22]。(2) 多次睡眠潜伏期试验 (MSLT): 可客观评定失眠患者日间觉醒程度和嗜睡倾向^[23]。失眠患者的 MSLT 表现: 通常显示日间警觉性在正常范围, 平均睡眠潜伏期延长表明可能存在过高警觉或者过度觉醒; 少数失眠患者的平均睡眠潜伏期缩短, 应考虑是否存在其他睡眠疾病; 合并日间嗜睡或发作性睡病的失眠患者可出现 MSLT 平均睡眠潜伏期缩短, 前夜 PSG 和 MSLT 中共出现 ≥ 2 次以快速眼动 (REM) 期开始的睡眠。MSLT 使用建议: ①为明确诊断, 日间嗜睡或猝倒的失眠患者应进行 MSLT 评价, 治疗后应复查 PSG 以评估疗效 (标准)^[1]; ②临床确诊为单纯短期失眠或慢性失眠者通常不需应用 MSLT 评价 (标准)^[3]; ③临床确诊为单纯短期失眠或慢性失眠者通常不需应用清醒维持试验评价 (标准)。(3) 体动记录检查: 用来评估睡眠-觉醒节律^[24]。使用建议: ①失眠包括抑郁相关失眠的昼夜节律变化或睡眠紊乱应进行体动记录检查评价, 治疗后还应复查以评估疗效 (指南)^[1,24]; ②评估昼夜节律失调性睡眠-觉醒障碍 (指南)^[1,24]。

需要注意, PSG、MSLT 和体动记录检查并非失眠的常规检查。合并其他睡眠疾病、诊断不明、顽固而难治性的失眠、有暴力行为时应考虑这些辅助方法。国内临床实践的相关数据很少, 可适当放宽应用指征, 以获取更多经验和更准确的结论。

二、失眠症的诊断和鉴别诊断

1. 诊断 (标准): 根据 ICD-3, 慢性失眠症诊断标准如下, 且标准 A ~ F 都必须满足: A. 患者报告, 或患者父母或照顾者观察到患者存在下列 1 条或以上: (1) 入睡困难; (2) 睡眠维持困难; (3) 比期望的起床时间醒来得早; (4) 在适当的时间点不肯上床睡觉; (5) 没有父母或照顾者干预难以入睡。B. 患者

报告, 或患者父母或照顾者观察到患者存在下列与夜间睡眠困难相关的 1 条或以上: (1) 疲劳或萎靡不振; (2) 注意力、专注力或记忆力下降; (3) 社交、家庭、职业或学业等功能损害; (4) 情绪不稳或易激惹; (5) 日间嗜睡; (6) 行为问题 (比如: 活动过度、冲动或攻击性); (7) 动力、精力或工作主动性下降; (8) 易犯错或易出事故; (9) 对自己的睡眠质量非常关切或不满意。C. 这些睡眠/觉醒主诉不能完全由不合适的睡眠机会 (如充足的睡眠时间) 或环境 (如黑暗、安静、安全、舒适的环境) 解释。D. 这些睡眠困难和相关的日间症状至少每周出现 3 次。E. 这些睡眠困难和相关的日间症状持续至少 3 个月。F. 这些睡眠困难和相关的日间症状不能被其他的睡眠障碍更好地解释。

短期失眠症的诊断标准与慢性失眠症类似, 但病程少于 3 个月, 且没有频率的要求。失眠症的诊断流程参见图 1。

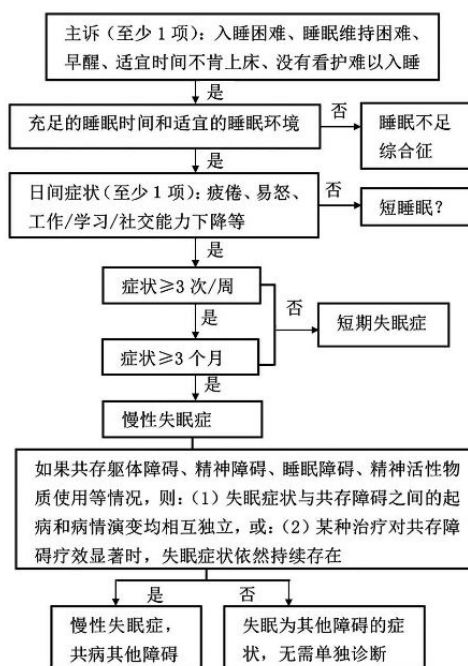
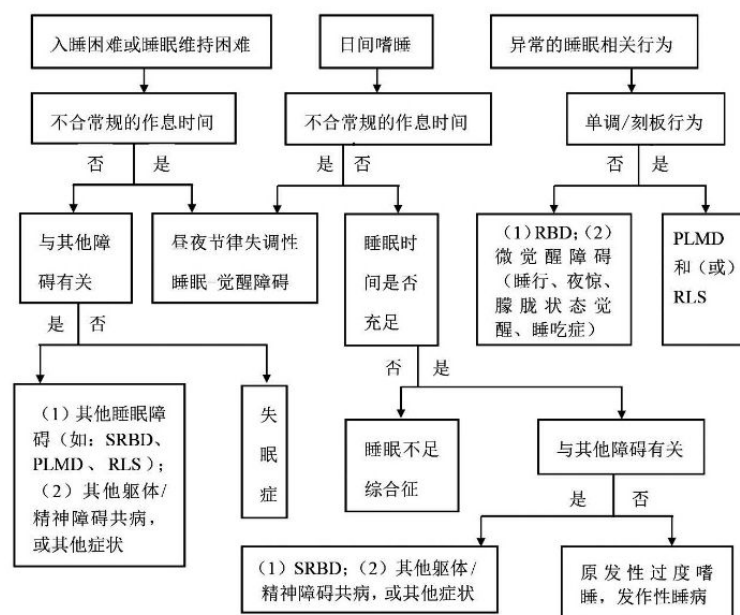


图 1 失眠症的诊断流程

2. 鉴别诊断 (专家共识): 失眠可以作为独立疾病存在 (失眠症), 也可以与其他疾病共同存在 (共病性失眠症) 或是其他疾病的症状之一。需要区别单纯性失眠症、共病性失眠症或失眠症状。(1) 睡眠障碍: 睡眠症状的详细评估流程见图 2。(2) 躯体疾病: 包括神经系统疾病、内分泌疾病、心血管疾病、



注: RBD: 快速眼睡眠期行为障碍; PLMD: 周期性肢体运动障碍; RLS: 不宁腿综合征; SRBD: 睡眠相关呼吸障碍

图 2 睡眠症状评估流程

呼吸系统疾病、消化系统疾病、泌尿生殖系统疾病、肌肉骨骼系统疾病等所致的失眠症状。(3) 精神障碍: 抑郁症患者可出现情绪低落、兴趣减退、精神运动性迟滞等核心症状, 双相情感障碍可出现抑郁和躁狂症状, 焦虑症患者除了有典型的焦虑、恐惧、担心, 常伴有心慌、呼吸加快等自主神经症状。此外, 其他的精神障碍也是失眠常见的原因。(4) 精神活性物质或药物: 抗抑郁药物、中枢兴奋性药物、心血管药物、麻醉性镇痛药、平喘药等药物, 以及酒精和烟草等物质均可诱发失眠。

第四部分 失眠症的治疗

一、概述

1. 适应证(专家共识): (1) 慢性失眠症: 需要进行规范性治疗。(2) 短期失眠症: 往往可以找到相关的诱发因素, 去除诱因可使部分患者睡眠恢复正常, 但仍有一部分患者会转为慢性失眠症^[1]。由于失眠具有慢性化、复发性的特点, 所以对于短期失眠症患者需要积极进行治疗。

2. 总体目标和具体目标(专家共识)^[3,25]: (1) 总体目标: ①增加有效睡眠时间和(或)改善睡眠质量; ②改善失眠相关性日间损害; ③减少或防止短期失眠症向慢性失眠症转化; ④减少与失眠相关的躯

体疾病或精神障碍共病的风险。(2) 具体目标: ①去除诱发失眠的因素可使部分患者睡眠恢复正常; ②改善睡眠后达到的具体指标, 如总睡眠时间 > 6 h、睡眠效率 > 80% ~ 85%、睡眠潜伏期 < 30 min、入睡后觉醒时间 < 30 min、降低觉醒次数或者减轻其他失眠症状; ③在床与睡眠之间建立积极和明确的联系; ④改善失眠相关性日间损害, 如精力下降、注意或学习困难、疲劳或躯体症状、情绪失调等; ⑤改善与失眠相关的心理行为学问题; ⑥避免药物干预带来的负面影响。

3. 持续性评估(专家共识)^[3,25]: (1) 失眠症治疗过程中, 一般需要每个月进行 1 次临床症状评估。(2) 在治疗过程中每 6 个月或旧病复发时, 需对患者睡眠情况进行全面评估。评估方法包括:

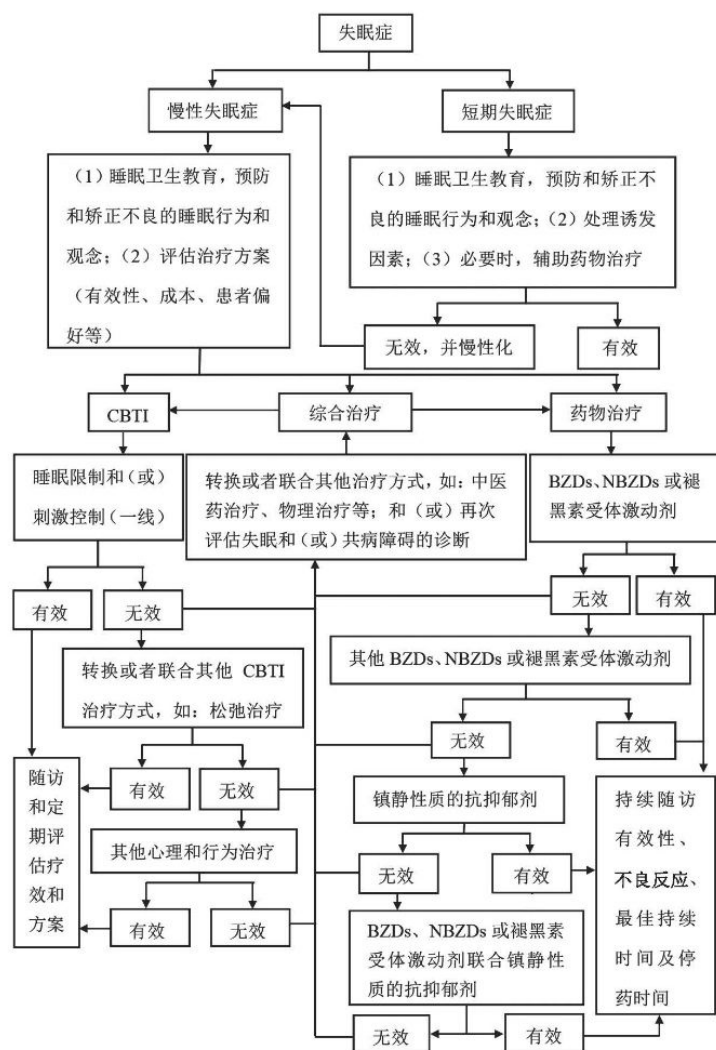
主观性评估与客观性评估。持续性评估有助于分析治疗效果和指导制定下一步治疗方案。(3) 在进行一种治疗方法或者联合治疗方法无效时, 应考虑更换其他心理行为疗法、药物治疗或联合疗法, 同时应注意重新进行病因筛查及其他共存疾病的评估。(4) 中止治疗 6 个月后需要重新进行评估, 因为这是失眠症状复发的高危时期。

失眠症的治疗包括心理治疗、药物治疗、物理治疗、中医治疗和综合治疗等内容, 流程见图 3。

二、心理治疗

1. 心理治疗的目标: 改变失眠患者的不良认知和行为因素, 增强患者自我控制失眠症的信心。总体的治疗目标是: (1) 确认导致慢性失眠的不当行为和错误认知; (2) 让患者了解自己对于失眠的错误认知, 重塑有助于睡眠的认知模式; (3) 消除努力入睡和增加的觉醒次数之间的关系, 加强床、放松及睡眠之间的良性联系; (4) 形成规律的作息时间表, 建立健康的睡眠习惯和营造良好的睡眠环境, 有利于重塑睡眠生理周期, 增加夜晚的睡眠驱动力; (5) 消除常见的心理生理性觉醒和对睡眠的焦虑。

2. 心理治疗的形式: 心理和行为治疗是首选的失眠症治疗方法, 最常见的是 CBTI。长期来看, CBTI 的疗效优于药物治疗^[5]。



注:CBTL:认知行为治疗;BZDs:苯二氮草类药物;NBZDs:非苯二氮草类药物

图3 失眠症的治疗流程

3. 具体治疗方法:(1)睡眠卫生(标准,不推荐单独使用):找出失眠患者不良的生活与睡眠习惯,从而帮助建立良好的睡眠习惯,营造舒适的睡眠环境。尚无足够证据证明单独运用睡眠卫生疗法有确切的疗效,需要与其他心理行为治疗方法联合运用。(2)认知治疗(标准):帮助患者认识到自己对于睡眠的错误认知,以及对失眠问题的非理性信念与态度,使患者重新树立起关于睡眠的积极、合理的观念,从而达到改善睡眠的目的。(3)睡眠限制(标准):通过睡眠限制缩短了夜间睡眠的卧床时间,增加了睡眠的连续性,直接提高了睡眠效率,并且通过禁止日间小睡,增加夜晚的睡眠驱动力。(4)刺激控制(标准):通过减少卧床时的觉醒时间

来消除患者存在的床与觉醒、沮丧、担忧等不良后果之间的消极联系,重建床与睡眠之间积极明确的联系。(5)松弛疗法(标准):放松治疗可以降低失眠患者睡眠时的紧张与过度警觉,从而促进患者入睡,减少夜间觉醒,提高睡眠质量。该疗法适合夜间频繁觉醒的失眠患者。(6)矛盾意向(指南):该疗法假设患者在有意进行某种活动时改变了自己对该行为的态度,态度的变化使得原来伴随该行为出现的不适应的情绪状态与该行为脱离开,让患者直面觉醒(努力入睡却没有能够成功)及失眠所引起的恐惧和焦虑。(7)多模式疗法(指南):在失眠症的诊疗中,很多临床医师会使用不同组成形式的多模式疗法(刺激控制、放松疗法、睡眠限制)和睡眠卫生教育。(8)音乐疗法(指南):轻柔舒缓的音乐可以使患者交感神经兴奋性降低,焦虑情绪和应激反应得到缓解,也有将患者的注意力从难以入眠的压力中分散出来的作用,这可以促使患者处于放松状态从而改善睡眠。(9)催眠疗法(指南):可以增加患者放松的深度,并通过放松和想象的方法减少与焦虑的先占观念有关的过度担忧以及交感神经兴奋。

三、药物治疗

1. 药物治疗目标:缓解症状,改善睡眠质量和(或)延长有效睡眠时间,缩短睡眠潜伏期,减少入睡后觉醒次数,实现疗效和潜在的药物不良反应之间的平衡,提高患者对睡眠质的主观满意度,恢复社会功能,提高患者的生活质量。药物治疗过程中,应根据以下方面选择药物种类(专家共识):(1)临床症状;(2)治疗目的;(3)既往治疗疗效;(4)患者的倾向性意见;(5)费用;(6)可获得性;(7)共患疾病;(8)禁忌证;(9)联合用药之间的相互作用;(10)不良反应^[3]。

2. 药物治疗原则:(1)基本原则:在病因治疗、CBTI 和睡眠健康教育的基础上,酌情给予催眠药

物。(2)个体化:用药剂量应遵循个体化原则,小剂量开始给药,一旦达到有效剂量后不轻易调整药物剂量。(3)给药原则:按需、间断、足量。每周服药 3~5 d 而不是连续每晚用药。需长期药物治疗的患者宜“按需服药”,即预期入睡困难时,镇静催眠药物在上床前 5~10 min 服用。上床 30 min 后仍不能入睡时服用;比通常起床时间提前 ≥ 5 h 醒来,且无法再次入睡时服用(仅适合使用短半衰期的药物);当第 2 天日间有重要工作或事情时可于睡前服用;抗抑郁药不能采用间歇疗程的方法。(4)疗程:应根据患者睡眠情况来调整用药剂量和维持时间:短于 4 周的药物干预可选择连续治疗;超过 4 周的药物干预需要每个月定期评估,每 6 个月或旧病复发时,需对患者睡眠情况进行全面评估;必要时变更治疗方案,或者根据患者的睡眠改善状况适时采用间歇治疗。(5)特殊人群:儿童、孕妇、哺乳期妇女、肝肾功能损害、重度睡眠呼吸暂停综合征、重症肌无力患者不宜服用催眠药物治疗。

3. 药物治疗的次序(专家共识):推荐用药顺序为:(1)短、中效的苯二氮䓬受体激动剂(BzRAs)或褪黑素受体激动剂(如雷美替胺);(2)其他 BzRAs 或褪黑素受体激动剂;(3)具有镇静作用的抗抑郁剂(如曲唑酮、米氮平、氟伏沙明、多塞平),尤其适用于伴有抑郁和(或)焦虑症的失眠患者;(4)联合使用 BzRAs 和具有镇静作用的抗抑郁剂;(5)处方药如抗癫痫药、抗精神病药不作为首选药物使用,仅适用于某些特殊情况 and 人群;(6)巴比妥类药物、水合氯醛等虽已被美国食品药品监督管理局(FDA)批准用于失眠的治疗,但临床上并不推荐应用;(7)非处方药如抗组胺药常被失眠患者用于失眠的自我处理,临床上并不推荐使用^[3];此外食欲素受体拮抗剂中的苏沃雷生(Suvorexant)已被 FDA 批准用于失眠的治疗。

4. 药物分类:FDA 批准的用于失眠治疗的药物包括部分 BzRAs、褪黑素受体激动剂、多塞平和食欲素受体拮抗剂等^[3]。大量的随机对照试验已经验证了 BzRAs 的短期疗效,但只有很少的对照试验验证此类药物的长期疗效。有些处方药超说明书使用范围来治疗失眠,包括抗抑郁药和抗癫痫药等。一些非处方药和中草药也用于失眠的治疗,包括抗组胺药、褪黑素和炒酸枣仁等,关于这些药物有效性和安全性方面的证据非常有限^[3]。(1)BzRAs(标准):BzRAs 包括苯二氮䓬类药物(BZDs)和非苯二氮䓬类药物(NBZDs)。两者都结合 γ -氨基丁酸

(GABA) A 受体,通过作用于 α 亚基协同增加 GABA 介导的氯离子通道开放频率,促进氯离子内流。这可增强 GABA 的抑制作用,通过抑制兴奋中枢而产生镇静催眠作用。BzRAs 对睡眠潜伏期、入睡后觉醒时间及总睡眠时间等睡眠质量指标均有不同程度改善,但大多不能优化睡眠结构(右佐匹克隆除外)。BZDs 主要包括艾司唑仑、三唑仑、地西泮、阿普唑仑、劳拉西泮、氯硝西泮。对焦虑性失眠患者的疗效较好。可增加总睡眠时间,缩短入睡潜伏期,减少夜间觉醒频率,但可显著减少慢波睡眠^[3],导致睡后恢复感下降。最常见的不良反应包括头晕、口干、食欲不振、便秘、谵妄、遗忘、跌倒、潜在的依赖性、次日残留的镇静作用、恶化慢性阻塞性肺疾病和阻塞性睡眠呼吸暂停综合征症状,以及突然停药引起的戒断综合征。NBZDs 包括右佐匹克隆、佐匹克隆、唑吡坦、扎来普隆^[3]。该类药物半衰期短,催眠效应类似 BZDs,对正常睡眠结构破坏较少,比 BZDs 更安全,日间镇静和其他不良反应较少。该类药物可以缩短客观和主观睡眠潜伏期,尤其是对于年轻患者和女性患者更明显^[26]。若最初使用的 BzRAs 对失眠治疗无效,则优先考虑选用同类药物中的其他药物,应根据患者对最初药物治疗的反应来重新选择药物。部分 BZDs 并没有明确推荐用于治疗失眠,需考虑药物活性持续时间对患者的影响,或者存在共病的患者能否从此类药物中获益^[3]。(2)褪黑素受体激动剂(标准):雷美替胺:褪黑素 MT₁ 和 MT₂ 受体激动剂,已被 FDA 批准用于失眠的药物^[27],用于治疗以入睡困难为主诉的失眠及昼夜节律失调导致的失眠症。(3)具有镇静作用的抗抑郁药:尤其适用于抑郁和(或)焦虑伴发失眠症的治疗,失眠的治疗剂量低于抗抑郁作用所要求的剂量^[27],这类药物包括:①曲唑酮(指南):5-羟色胺(5-HT)受体拮抗/再摄取抑制剂(SARIs),相比三环类抗抑郁药,无或只有很小的抗胆碱能活性^[3],适合合并抑郁症、重度睡眠呼吸暂停综合征及有药物依赖史的患者;②米氮平(临床建议):去甲肾上腺素能和特异性 5-HT 能抗抑郁剂(NaSSA),通过阻断 5-HT_{2A}受体、组胺 H₁受体而改善睡眠,可以增加睡眠的连续性和慢波睡眠,缩短入睡潜伏期,增加总睡眠时间,改善睡眠效率,尤其是对于伴有失眠的抑郁症患者,可以改善客观睡眠参数^[28];③氟伏沙明(临床建议):具有镇静作用的选择性 5-HT 再摄取抑制剂(SSRIs),对 α -肾上腺素能、 β -肾上腺素能、组胺、M-胆碱能、多巴胺能或 5-HT 受体几乎

不具有亲和性,可以通过延缓体内褪黑素代谢,升高内源性褪黑素的浓度来改善睡眠,缩短 REM 期睡眠时间,同时不增加觉醒次数,延长抑郁患者的 REM 睡眠潜伏期,改善抑郁和焦虑患者的睡眠^[29-30];

④多塞平(标准):三环类抗抑郁药(TCAs),为 FDA 批准的唯一一种可用于治疗失眠的抗抑郁药,可阻断 5-HT 和去甲肾上腺素的再摄取而发挥抗抑郁作用,同时可拮抗胆碱能受体、 α_1 -肾上腺素能受体和组胺 H_1 受体,因其可选择性地和较强地阻断组胺 H_1 受体,这就使得多塞平仅通过低剂量就可以发挥镇静催眠作用^[31];主要适用于睡眠维持困难和短期睡眠紊乱的患者^[32]。

(4)联合使用 BzRAs 和抗抑郁剂(临床建议):联合使用这两类药物可以达到通过不同的睡眠-觉醒机制来提高疗效的目的,同时降低高剂量的单一用药带来的毒性。BzRAs 可以增加抗抑郁药的抗焦虑作用,有效地改善焦虑性失眠,作用持久且安全性高。联合此两类药物治疗的不良反应主要为轻至中度的不良反应,包括头痛、困倦、口干等^[3]。

(5)食欲素受体拮抗剂(标准):苏沃雷生是一种高选择性食欲素受体拮抗剂^[33],是该类药物中第一个获得 FDA 批准用于治疗失眠的药物。苏沃雷生通过阻断食欲素受体促进睡眠,可以缩短入睡潜伏期,减少入睡后觉醒时间,增加总睡眠时间。

(6)其他处方药:①加巴喷丁(标准):可用于对其他药物治疗无效、对 BzRAs 禁忌的患者,对酒精依赖患者戒断后的焦虑性失眠、睡眠时相前移者有效,可用于治疗慢性疼痛性失眠和不宁腿综合征;②唑硫平(指南):第二代抗精神病药,可以拮抗组胺、多巴胺 D_2 和 5-HT₂ 受体,小剂量(12.5 ~ 25.0 mg)主要发挥抗组胺作用;该药通常不用于没有明显精神疾病的患者,除非其他药物治疗失败;③奥氮平(指南):第二代抗精神病药,可拮抗 5-HT_{2A/2C}、5-HT₃、5-HT₆ 受体、多巴胺 D_1 、 D_2 、 D_3 、 D_4 、 D_5 受体、胆碱能 $M_1 \sim M_5$ 受体以及组胺 H_1 受体,主要通过拮抗组胺 H_1 受体发挥镇静作用,可用于治疗矛盾性失眠。

(7)不推荐使用的处方药:虽然水合氯醛和巴比妥类药物被 FDA 批准用于治疗失眠,但考虑到这些药物的严重不良反应、疗效指数低及易产生耐受性和成瘾性,并不推荐这些药物用于失眠的治疗,仅用于某些特殊患者的特殊情况^[3]。

(8)非处方药物:如抗组胺药、抗组胺药-镇痛药合用,许多失眠患者将此类药物用于失眠的自我治疗。对于这类药物的有效性和安全性的证据非常有限,不推荐用于失眠的治疗^[3]。

(9)褪黑素(标准):褪黑素作用

于下丘脑的视交叉上核,激活褪黑素受体,从而调节睡眠-觉醒周期,可以改善时差变化引起的失眠、睡眠时相延迟和昼夜节律失调引起的失眠,但不作为常规用药。临床常用失眠治疗药物的特点见表 1。

5. 药物治疗调整:(1)换药指征:推荐治疗剂量无效;对药物产生耐受性或严重不良反应;与正在使用的其他药物发生相互作用;长期使用(>6 个月)导致减药或停药困难;有药物成瘾史的患者。(2)换药方法:如果首选药物治疗无效或无法遵医嘱服药,可更换为另一种短、中效的 BzRAs 或者褪黑素受体激动剂。需逐渐减少原有药物剂量,同时开始给予另一种药物,并逐渐加量,在 2 周左右完成换药过程。(3)常用减量方法:逐步减少睡前药量和(或)变更连续治疗为间歇治疗。

6. 终止药物治疗:(1)停药指征:患者感觉能够自我控制睡眠时,考虑逐渐减量、停药;如失眠与其他疾病(如抑郁症)或生活事件相关,当病因去除后,也应考虑减量、停药。(2)停药原则:避免突然中止药物治疗,应逐步减量、停药以减少失眠反弹,有时减量过程需要数周至数月。

四、物理治疗

物理治疗作为一种失眠治疗的补充技术,不良反应小,临床应用的可接受性强。

1. 光照疗法(指南):光刺激影响位于下丘脑控制昼夜节律的视交叉上核,抑制松果体褪黑素的分泌。光照疗法可以通过帮助建立并巩固规律的睡眠-觉醒周期来改善睡眠质量、提高睡眠效率和延长睡眠时间^[34]。光照疗法是一种自然、简单、低成本的治疗方法,而且不会导致残余效应和耐受性。不良反应包括头痛、眼疲劳,也可能诱发轻躁狂。

2. 重复经颅磁刺激(临床建议):以固定频率和强度连续作用于某一脑区的经颅磁刺激,称为重复经颅磁刺激(rTMS)。低频(≤ 1 Hz) rTMS 能够抑制大脑皮质的兴奋性。对健康人的研究发现其能够增加慢波睡眠的波幅,加深睡眠深度,增强记忆,有助于机体恢复^[35],而国内已经有较多 rTMS 治疗失眠症的报道,认为该技术是治疗慢性失眠症的有效手段。

3. 生物反馈疗法(指南):生物反馈疗法指的是通过人体内生理或病理的信息进行自身的反馈,患者经特殊的训练后,产生有意识“意念”的控制及心理的训练,达到治疗疾病的过程和恢复身心健康的一种新型物理疗法。脑电生物反馈疗法的报道多来自于国内的小样本研究,其效果仍需要更严格的临

表 1 常用失眠治疗药物的特点

药物及剂型	半衰期 (h)	规格 (mg)	口服推荐剂量 (mg)	适应证	FDA/CFDA 批准	常见不良反应/ 注意事项
苯二氮䓬受体激动剂						
非苯二氮䓬类						
佐匹克隆片剂	5	3.75, 7.50	7.50/3.75 ^a	入睡及睡眠维持困难。短效	否/是	口苦
右佐匹克隆片剂	6~9	1, 2, 3	2~3/1~2 ^a ; 肝损害者睡前 1~2	入睡及睡眠维持困难、早醒。中效	是/是	味觉异常
唑吡坦片剂	2.5	5, 10	5~10/2.5~5.0 ^a ; 肝功能损害者睡前 5.0	入睡困难。短效	是/是	有睡眠相关进食障碍及睡眠报道, 抑郁患者慎用
扎来普隆胶囊	1	5, 10	5~20/5~10 ^a ; 肝功能损害者睡前 5	入睡困难。短效	是/是	镇静、眩晕、剂量相关的记忆障碍
苯二氮䓬类						
艾司唑仑片剂	10~24	1, 2	1~2/0.5 ^a	入睡及睡眠维持困难。中效	是/是	口干
替马西泮胶囊	8~10	7.5, 15.0, 30.0	7.5~30.0/7.5~15.0 ^a	入睡及睡眠维持困难。中效	是/-	镇静、疲乏、眩晕
三唑仑片剂	2.5	0.125, 0.250	0.125~0.500/0.125~0.250 ^a	入睡困难。短效	是/是	非一线用药
氟西泮胶囊	30~100	15, 30	15~30/15 ^a	睡眠维持困难。长效	是/是	次日嗜睡
夸西泮片剂	20~40	15.0	7.5~15.0/7.5 ^a	入睡及睡眠维持困难、早醒。长效	是/-	困倦、头晕、疲乏、口干、消化不良
劳拉西泮片剂	10~20	0.5, 1.0	0.5~2.0/0.5~1.0 ^a	睡眠维持困难。中效	否/否	镇静、步态不稳
褪黑素受体激动剂						
雷美替胺片剂	1	8	8	入睡困难、昼夜节律失调。短效	是/-	禁与氟伏沙明联用; 肝功能受损者禁用
抗抑郁剂						
曲唑酮片剂	6~8	50	25~100	尤适用于焦虑/抑郁伴失眠者	否/否	口干、便秘、残留镇静作用、体位性低血压
米氮平片剂	20~30	30	7.5~30.0	焦虑/抑郁伴失眠者首选	否/否	口干、便秘、食欲及体重增加
氟伏沙明片剂	17~22	50	50~100	焦虑/抑郁伴失眠者	否/否	消化道症状
多塞平片剂	8~15/24 ^b	3, 6	3~6	睡眠维持困难、短期睡眠紊乱	是/否	无明显不良反应
食欲素受体拮抗剂						
苏沃雷生片剂	9~13	5, 10, 15, 20	10~20	入睡及睡眠维持困难	是/否	残留镇静作用
抗癫痫药						
加巴喷丁胶囊	5~9	100, 300	100~900	酒精依赖、疼痛性失眠、RLS、睡眠时相前移	否/否	头晕、共济失调、白细胞减少
抗精神病药						
喹硫平片剂	6	25, 50, 100	12.5~50.0	入睡困难	否/否	体重增加、QT 间期延长、头痛、头晕、晶状体改变
奥氮平片剂	51.8/33.8 ^c	5, 10	2.5~10.0	矛盾性失眠	否/否	体重增加、代谢异常

注: FDA: 美国食品药品监督管理局; CFDA: 国家食品药品监督管理局; RLS: 不宁腿综合征; ^a: 分别为 <65/≥65 岁推荐剂量; ^b: 两种形态; ^c: 分别为老年人/年轻人的半衰期; -: 国内无此药

床研究来证实。

4. 电疗法(指南): 电疗的原理是采用低强度微量电流刺激大脑, 直接调节大脑、下丘脑、边缘系统

及网状结构, 产生镇静性的内源性脑啡肽, 从而有效控制紧张焦虑, 改善睡眠。电疗法在国内的研究都是小样本对照研究, 仍需要更严格的临床研究

来证实。主要不良反应表现为对皮肤的刺激和头痛。

5. 其他(临床建议):超声波疗法、音乐疗法、电磁疗法、紫外线光量子透氧疗法、低能量氦氖激光都有用于治疗失眠有效的报道,但都缺乏设计严谨的临床试验来证实。

五、中医治疗

1. 中医辨证论治分类及治疗:失眠症在中医中称“不寐病”,以辨证论治为基础。目前标准有:《失眠症中医临床实践指南》《中医证候诊断疗效标准》《中药临床研究指导原则》《中医睡眠医学》。其中以《失眠症中医临床实践指南》为基础的较多。为方便临床应用,本章节根据《中华人民共和国药典》2015 版收录的中成药进行用药推荐。(1)心胆气虚证:主症:心悸胆怯,不易入睡,寐后易惊。次症:遇事善惊,气短倦怠,自汗乏力。推荐方药:安神定志丸、合酸枣仁汤。推荐中成药:枣仁安神胶囊。(2)肝火扰心证:主症:突发失眠,性情急躁易怒,不易入睡或入睡后多梦惊醒。次症:胸胁胀闷,善太息,口苦咽干,头晕头胀,目赤耳鸣,便秘溲赤。推荐方药:龙胆泻肝汤(《卫生宝鉴》)。推荐中成药:龙胆泻肝丸。(3)痰热扰心证:主症:失眠时作,恶梦纷纭,易惊易醒。次症:头目昏沉,脘腹痞闷,口苦心烦,饮食少思,口黏痰多。推荐方药:黄连温胆汤(《六因条辨》)。推荐中成药:珍珠末。(4)胃气失和证:主症:失眠多发生在饮食后,脘腹痞闷。次症:食滞不化,噯腐酸臭,大便臭秽,纳呆食少。推荐方药:保和丸(《丹溪心法》)、合平胃散(《太平惠民和剂局方》)。推荐中成药:归脾丸。(5)瘀血内阻证:主症:失眠日久,躁扰不宁,胸不任物,胸任重物,夜多惊梦,夜不能睡,夜寐不安。次症:面色青黄,或面部色斑,胸痛、头痛日久不愈,痛如针刺而有定处,或呃逆日久不止,或饮水即呛,干呕,或内热瞋闷,或心悸怔忡,或急躁善怒,或入暮潮热。推荐方药:血府逐瘀汤(《医林改错》)。推荐中成药:血府逐瘀丸(口服液或胶囊)、七十味珍珠丸。(6)心脾两虚证:主症:不易入睡,睡而不实,多眠易醒,醒后难以复寐、心悸健忘。次症:神疲乏力,四肢倦怠,纳谷不香,面色萎黄,口淡无味,腹胀便溏。推荐方药:归脾汤加减(《校注妇人良方》)。推荐中成药:归脾丸、柏子养心丸(片)。(7)心肾不交证:主症:夜难入睡,甚则彻夜不眠。次症:心中烦乱,头晕耳鸣,潮热盗汗,男子梦遗阳痿,女子月经不调,健忘,口舌生疮,大便干结。推荐方药:六味地黄丸(《小儿药证

直决》)、合交泰丸(《四科简效方》)。推荐中成药:朱砂安神丸、酸枣仁合剂。

2. 中医针灸治疗(指南):(1)心胆气虚证:心俞、胆俞、膈俞、气海补法,神庭、四神聪、本神、神门、三阴交平补平泻法。(2)肝火扰心证:肝俞、行间、太冲、合谷、太冲、中脘、丰隆、内关,以泻为主,神庭、四神聪、本神、百会、神门、三阴交平补平泻法。(3)痰热扰心证:太冲、丰隆泻法,神庭、四神聪、本神、神门、三阴交平补平泻法。(4)胃气失和证:中脘、足三里、阴陵泉、内关、神庭、四神聪、本神、神门、三阴交平补平泻法。(5)瘀血内阻证:肝俞、膈俞、血海、三阴交,以泻为主,神庭、四神聪、本神、神门、三阴交平补平泻法。(6)心脾两虚证:心俞、厥阴俞、脾俞、太冲、太白、中脘、足三里、神门、神庭、四神聪、本神、三阴交平补平泻法。(7)心肾不交证:心俞、肾俞、照海、太溪、神庭、四神聪、本神、神门、三阴交平补平泻法。

3. 电针疗法(指南):基于传统中医理论,用电针给予人体穴位刺激,用以治疗疾病的一种方法。研究显示电针对原发性失眠的短期治疗安全、有效^[36-38]。

4. 中药使用方法建议:(1)服用时间:午饭和晚饭后 0.5~1.0 h。(2)注意事项:服药期间不能饮酒,不吸烟,避免睡眠前的干扰因素,正在服用催眠药物的患者逐渐减药。对于妊娠期妇女,应当禁用活血化瘀中药。

第五部分 特殊人群失眠症的特点及诊治

一、妊娠期妇女

1. 流行病学:妊娠期失眠发生率为 52%~62%^[39-42]。引起失眠的相关因素有骨盆痛、腰痛和排尿次数增加,适应困难、呕吐和焦虑也可能导致失眠^[43]。

2. 妊娠期失眠的药物治疗安全性(指南):目前,广泛接受的妊娠期药物安全性国际分类有 3 种,分别是 FDA、澳大利亚药品评估委员会(ADEC)和瑞典药品目录(FASS)^[44]的妊娠期药物安全性分级,分级标准为 A、B、C、D、X。为了避免潜在的致畸作用,临床医师可以考虑使用非药物治疗失眠,如 CBTi(标准)、运动或冥想(临床建议)。在妊娠期合并失眠患者使用催眠药物的治疗过程中,临床医师应该注意以下几点(指南):(1)尽量缩短治疗疗程,以控制症状为主;尽量采用单药治疗,避免联合用药;尽量采用小剂量给药;尽量采用更安全的药物。

(2)原则上 NBZDs 较 BZDs 安全,避免使用 SSRIs 和抗组胺药物。(3)药物治疗需权衡利弊,可结合非药物治疗,如 CBTI。

常见的催眠药物在 FDA 和 ADEC 的妊娠安全等级(表 2):(1)BZDs(FDA 妊娠安全性分级为 D):BZDs 能透过胎盘,具有在胚胎/胎儿累积的潜力,可能造成不良影响^[45]。文献资料显示 BZDs 不会造成重大畸形,但可能会增加早产、低出生体重和小于胎龄儿的发生率,妊娠早期使用可增加低血糖风险,而妊娠晚期则可能增加呼吸相关风险^[46-52]。(2)NBZDs(FDA 妊娠安全性分级为 C):尽管唑吡坦、右佐匹克隆和佐匹克隆的 FDA 分级均为 C 级,而唑吡坦在 ADEC 分级系统中为 B3,但就目前的临床数据而言,似乎佐匹克隆比唑吡坦相对更安全,右佐匹克隆在美国更被允许用于妊娠期妇女^[41]。(3)抗抑郁药物:米氮平、曲唑酮和阿米替林的 FDA 妊娠安全性分级为 C。尽管 SSRIs 不会增加重大畸形风险,但会增加低体重和早产风险^[50]。在妊娠晚期,10%~30%的新生儿还会出现呼吸、运动、中枢神经系统或消化系统症状^[53-56]。BZDs 或 NBZDs 联合使用抗抑郁药与不联用抗抑郁药相比,早产、新生儿低血糖和呼吸问题的风险增加。(4)抗组胺类药物:苯海拉明(FDA 妊娠安全性分级为 B):常被用于妊娠期的恶心、呕吐症状,也具有催眠的作用。临床资料没有发现其对胎儿和孕妇会造成不良后果,但样本量小,仍需权衡利弊^[57]。

表 2 常见催眠药物在 FDA 和 ADEC 的妊娠安全性分级

药物	FDA 分级	ADEC 分级	药物	FDA 分级	ADEC 分级
苯二氮䓬类			非苯二氮䓬类		
阿普唑仑	D	B3	佐匹克隆	C	C
氯硝西泮	D	B3	右佐匹克隆	C	C
地西泮	D	C	抗抑郁药		
劳拉西泮	D	C	米氮平	C	B3
美达西泮	不能使用	不能使用	曲唑酮	C	不能使用
硝西泮	D	C	阿米替林	C	C
替马西泮	X	C	抗组胺药		
托非索泮	不能使用	不能使用	苯海拉明	B	A
非苯二氮䓬类			多西拉敏	A	A
扎来普隆	C	不能使用	羟嗪	C	A
唑吡坦	C	B3	尼拉敏	不能使用	A

注:FDA:美国食品药品监督管理局;ADEC:澳大利亚药品评估委员会

二、老年人群

1. 流行病学:研究发现 42% 的 65 岁以上老人报告至少出现一种睡眠相关问题,其中 23%~34%

有失眠症状,7%~15% 有清晨醒后未恢复感;睡眠相关主诉与呼吸道症状、躯体疾病、非处方药物、抑郁症状和自我健康感差有关^[58]。

2. 治疗:临床上针对老年失眠患者,首选心理和行为干预治疗,其次考虑药物治疗。(1)非药物治疗:在老年人的 CBTI 研究中,CBTI 使失眠很快得到解决,而且效果持续长达 2 年^[59]。循证证据仅证实其中的 2 种方法有效:睡眠限制-睡眠压缩治疗和多组分 CBTI(指南)^[60]。(2)药物治疗(临床建议):原则是减少服药种类,1 次/d 或 2 次/d,小剂量开始,注意调整剂量,充分了解所用药物的药理作用及相互作用。首选 NBZDs 以及结合非药物治疗。BZDs 虽然短期内能改善睡眠状况,但可能会增加痴呆的风险,且会增加跌倒风险,不建议在老年人中首选^[61](指南)。

三、儿童人群

1. 定义、诊断和分类:(1)定义(临床建议):在睡眠时间安排符合该年龄儿童需求且睡眠环境条件适合的情况下,儿童持续存在睡眠启动、睡眠持续或睡眠质量等问题,并导致儿童及整个家庭的日间功能受损^[62]。(2)诊断(标准):儿童失眠症首先要满足失眠症的总体诊断标准^[1,63]。与成人不同的是,儿童失眠症状通常由家长报告,反映了家长对儿童睡眠的主观认识。对于儿童,在临床实践和研究中较少使用“失眠症”一词,因此本节的“失眠”泛指“失眠症”和“失眠症状”^[64]。(3)分类(标准):不同年龄儿童失眠的症状表现不同^[65-66]。儿童失眠主要是指就寝问题和夜醒,分别属于儿童行为失眠的两种类型:入睡行为限制不足型和睡眠启动相关型^[1]。儿童可同时存在以上两种类型的失眠,即混合型。

2. 临床评估(专家共识):与成人相似,但需要注意儿童自身的特点^[20,65,67]。(1)病史采集:应仔细询问儿童的病史,“BEARS”睡眠筛查工具有助于在临床门诊工作中系统地询问睡眠相关病史:就寝问题、日间过度嗜睡、夜醒、睡眠时间和规律以及睡眠呼吸障碍^[68]。(2)神经心理发育和在校史:失眠儿童的神经心理发育和在校史通常无特异性。值得注意的是,失眠儿童虽常伴有焦虑和抑郁等消极情绪,但学业成绩通常优异。儿童有时可能因过于关注失眠对学业成绩的影响而使症状加重。(3)其他:家族史、情绪行为问题、体格检查、辅助检查、睡眠评估。(4)标准化睡眠问卷/量表:除了以上成人部分的量表可以使用外,适用于儿童的国内标准化

问卷/量表如下:儿童睡眠习惯问卷(CSHQ)^[69]和儿童睡眠紊乱量表(SDSC)^[70]。CSHQ 适用于 4~10 岁儿童,SDSC 适用于 6~14 岁儿童。婴幼儿阶段国内尚无标准化问卷,仅有的简明婴儿睡眠问卷(BISQ)可用于了解 0~3 岁婴幼儿的睡眠状况^[71],但没有确立评分系统及划界值。

3. 干预策略:(1)行为治疗(标准):行为治疗对儿童失眠的干预效果显著^[20,62,65,72],应当作为首选方案:①标准消退法:从安置儿童上床睡觉到早上起床,除了安全和健康方面的考虑,需要忽视儿童的不当行为(如哭闹、叫喊);目标是通过撤去对不当行为的强化而使其减少或消失;②渐进消退法:在预设的一段时间内先忽视儿童的睡前不当行为(哭闹、发脾气或反复要求),然后再简短察看儿童的情况;可使用渐变时间(如先 5 min,再 10 min)或固定时间(每隔 5 min);与标准消退法一样,目标是培养儿童的自我安抚能力,使儿童能够不依赖外界的特定条件而学会独立入睡;③良好睡前程序:帮助儿童建立一套固定顺序、愉快、安静的睡前程序,为睡眠做好准备;可以暂时性地推迟儿童的就寝时间,以便能在希望的时间内睡着,随后按照一定的时间表(如 15 min)逐渐将就寝时间提前;如果儿童不能在希望的时间内睡着,就让儿童起床,处于安静平和的环境下,待儿童想睡了再上床;④定时提前唤醒:对儿童夜醒规律进行详细记录,然后在常规夜醒时间前 15~30 min,轻拍唤醒儿童,再让其重新入睡,从而使常规夜醒不再出现;这一方法尽管被证明有效,但是父母接受度较低,且不适用于低龄儿童;⑤父母教育/预防:通过对家长进行宣传教育,预防睡眠问题的发生;这通常要与其他行为治疗技术结合使用;⑥其他:如睡眠卫生习惯、认知重建、放松训练、睡眠限制、刺激控制等,可参考成人部分。(2)药物治疗(临床建议):行为治疗效果不显著时,可采用药物治疗^[20,65,73]。药物治疗通常只用于儿童慢性失眠,并与行为治疗联合使用,用药时间也不宜过长,并须严密监测。FDA 至今未批准任何一种专门治疗 16 岁以下儿童失眠的药物,且治疗成人失眠的多数药物不推荐用于儿童^[20,65,67]。儿童失眠药物治疗的有效性、安全性和耐受性方面尚缺乏足够的循证证据支持,更多的是基于临床经验。存在药物的适应证时,建议考虑:①药物应当针对主要症状;②使用催眠药物前应先治疗其他睡眠障碍(如阻塞性睡眠呼吸暂停、不宁腿综合征和周期性肢体运动障碍等);③选择药物需权衡利弊,与儿童的年龄和神经

发育水平相适应。儿童失眠可选用的治疗药物类型包括抗组胺类、 α -受体激动剂、褪黑素、铁剂、BzRAs 等^[20,65,67]。

指南制定委员会成员:

组长:韩芳(北京大学人民医院呼吸内科)

副组长:唐向东(四川大学华西医院睡眠医学中心);张斌(南方医科大学南方医院精神心理科)

专家组成员(排名不分先后):陈贵海(安徽医科大学附属巢湖医院神经内科);邓丽影(南昌大学第二附属医院神经内科);顾平(河北医科大学第一医院神经内科);荣润国、何国华、张继辉(香港中文大学医学院精神科学系);何金彩(温州医科大学附属第一医院神经内科);黄志力(复旦大学基础医学院);贾福军(广东省人民医院,广东省精神卫生中心);江帆、王广海(上海交通大学医学院附属上海儿童医学中心发育行为儿科,儿科转化医学研究所);汪卫东、刘艳娇(中国中医科学院广安门医院睡眠中心);陆林、孙洪强、张卫华(北京大学第六医院精神科);潘集阳(暨南大学附属第一医院精神心理科);宿长军(第四军医大学唐都医院神经内科);王莞尔(北大国际医院睡眠医学中心);王玉平、詹淑琴(首都医科大学宣武医院神经内科);徐建、许良(上海市中医院脑病科);张熙(解放军总医院神经内科);赵忠新、吴惠涓(上海长征医院神经内科);周俊英(四川大学华西医院睡眠医学中心);刘帅(南方医科大学南方医院精神心理科)

主执笔人:张斌(南方医科大学南方医院精神心理科)

参 考 文 献

- [1] American Academy of Sleep Medicine. International Classification of Sleep Disorders (3rd ed.) [M]. Darien, IL: American Academy of Sleep Medicine, 2014.
- [2] Janson C, Lindberg E, Gislason T, et al. Insomnia in men-a 10-year prospective population based study [J]. Sleep, 2001, 24 (4): 425-430.
- [3] Schutte-Rodin S, Broch L, Buysse D, et al. Clinical guideline for the evaluation and management of chronic insomnia in adults [J]. J Clin Sleep Med, 2008, 4(5): 487-504.
- [4] Riemann D, Spiegelhalder K, Feige B, et al. The hyperarousal model of insomnia: a review of the concept and its evidence [J]. Sleep Med Rev, 2010, 14(1): 19-31. DOI: 10.1016/j.smrv.2009.04.002.
- [5] Smith MT, Perlis ML, Park A, et al. Comparative meta-analysis of pharmacotherapy and behavior therapy for persistent insomnia [J]. Am J Psychiatr, 2002, 159(1): 5-11. DOI: 10.1176/appi.ajp.159.1.5.
- [6] Xiang YT, Ma X, Cai ZJ, et al. The prevalence of insomnia, its sociodemographic and clinical correlates, and treatment in rural and urban regions of Beijing, China: a general population-based survey [J]. Sleep, 2008, 31(12): 1655-1662.
- [7] Morin CM, Leblanc M, Ivers H, et al. Monthly fluctuations of insomnia symptoms in a population-based sample [J]. Sleep, 2014, 37(2): 319-326. DOI: 10.5665/sleep.3406.
- [8] Zhang J, Lam SP, Li SX, et al. Long-term outcomes and predictors of chronic insomnia: a prospective study in Hong Kong Chinese adults [J]. Sleep Med, 2012, 13(5): 455-462. DOI: 10.1016/j.sleep.2011.11.015.

- [9] Chiu HF, Leung T, Lam LC, et al. Sleep problems in Chinese elderly in Hong Kong[J]. *Sleep*, 1999, 22(6): 717-726.
- [10] Zhang B, Wing YK. Sex differences in insomnia: a meta-analysis[J]. *Sleep*, 2006, 29(1): 85-93.
- [11] Kalmbach DA, Pillai V, Arnedt JT, et al. Identifying At-Risk Individuals for Insomnia Using the Ford Insomnia Response to Stress Test[J]. *Sleep*, 2016, 39(2): 449-456. DOI: 10.5665/sleep.5462.
- [12] Spielman AJ, Caruso LS, Glovinsky PB. A behavioral perspective on insomnia treatment[J]. *Psychiatr Clin North Am*, 1987, 10(4): 541-553.
- [13] Daley M, Morin CM, LeBlanc M, et al. The economic burden of insomnia: direct and indirect costs for individuals with insomnia syndrome, insomnia symptoms, and good sleepers[J]. *Sleep*, 2009, 32(1): 55-64.
- [14] 刘贤臣, 唐茂芹. 匹兹堡睡眠质量指数的信度和效度研究[J]. *中华精神科杂志*, 1996, 29(2): 103-107.
- [15] 肖卫东, 刘平, 马弘. 等. 睡眠障碍评定量表的信度和效度分析[J]. *中国心理卫生杂志*, 2007, 21(1): 40-41, 51. DOI: 10.3321/j.issn:1000-6729.2007.01.013.
- [16] Damiani MF, Quaranta VN, Falcone VA, et al. The Epworth Sleepiness Scale: conventional self vs physician administration[J]. *Chest*, 2013, 143(6): 1569-1575. DOI: 10.1378/chest.12-2174.
- [17] Morin CM, Belleville G, Belanger L, et al. The Insomnia Severity Index: psychometric indicators to detect insomnia cases and evaluate treatment response[J]. *Sleep*, 2011, 34(5): 601-608.
- [18] 张斌, 郝彦利, 荣润国. 清晨型与夜晚型评定量表的信度与效度[J]. *中国行为医学科学*, 2006, 15(9): 856-858. DOI: 10.3760/cma.j.issn.1674-6554.2006.09.044.
- [19] Yang CM, Hung CY, Lee HC. Stress-related sleep vulnerability and maladaptive sleep beliefs predict insomnia at long-term follow-up[J]. *J Clin Sleep Med*, 2014, 10(9): 997. DOI: 10.5664/jcsn.4036.
- [20] Pinto Jr LR, Alves RC, Caixeta E, et al. New guidelines for diagnosis and treatment of insomnia[J]. *Arq Neuropsiquiat*, 2010, 68(4): 666-675. DOI: 10.1590/S0004-282X2010000400038.
- [21] Littner M, Hirshkowitz M, Kramer M, et al. Practice parameters for using polysomnography to evaluate insomnia: an update[J]. *Sleep*, 2003, 26(6): 754-760.
- [22] Kryger MH, Roth T, Dement WC. Principles and Practice of Sleep Medicine (Fourth Edition)[M]. Philadelphia: Saunders, 2005.
- [23] Littner MR, Kushida C, Wise M, et al. Standards of Practice Committee of the American Academy of Sleep Medicine. Practice parameters for clinical use of the multiple sleep latency test and the maintenance of wakefulness test[J]. *Sleep*, 2005, 28(1): 113-121.
- [24] Morgenthaler T, Alessi C, Friedman L, et al. Practice parameters for the use of actigraphy in the assessment of sleep and sleep disorders: an update for 2007[J]. *Sleep*, 2007, 30(4): 519-529.
- [25] 中华医学会神经病学分会睡眠障碍学组. 中国成人失眠诊断与治疗指南[J]. *中华神经科杂志*, 2012, 45(7): 534-540. DOI: 10.3760/cma.j.issn.1006-7876.2012.07.022.
- [26] Huedo-Medina TB, Kirsch I, Middlemass J, et al. Effectiveness of non-benzodiazepine hypnotics in treatment of adult insomnia: meta-analysis of data submitted to the Food and Drug Administration[J]. *BMJ*, 2012, 345: e8343. DOI: 10.1136/bmj.e8343.
- [27] Winkelman JW. Clinical Practice. Insomnia Disorder[J]. *N Engl J Med*, 2015, 373(15): 1437-1444. DOI: 10.1056/NEJMc1412740.
- [28] Winokur A, DeMartini NA 3rd, McNally DP, et al. Comparative effects of mirtazapine and fluoxetine on sleep physiology measures in patients with major depression and insomnia[J]. *J Clin Psychiatry*, 2003, 64(10): 1224-1229. DOI: 10.4088/JCP.v64n1013.
- [29] Silvestri R, Pace-Schott EF, Gersh T, et al. Effects of fluvoxamine and paroxetine on sleep structure in normal subjects: a home-based Nightcap evaluation during drug administration and withdrawal[J]. *J Clin Psychiatr*, 2001, 62(8): 642-652. DOI: 10.4088/JCP.v62n0812.
- [30] Westenberg H, Sandner C. Tolerability and safety of fluvoxamine and other antidepressants[J]. *Int J Clin Pract*, 2006, 60(4): 482-491. DOI: 10.1111/j.1368-5031.2006.00865.x.
- [31] Yeung WF, Chung KF, Yung KP, et al. Doxepin for insomnia: a systematic review of randomized placebo-controlled trials[J]. *Sleep Med Rev*, 2015, 19: 75-83. DOI: 10.1016/j.smrv.2014.06.001.
- [32] Krystal AD, Lankford A, Durrence HH, et al. Efficacy and safety of doxepin 3 and 6 mg in a 35-day sleep laboratory trial in adults with chronic primary insomnia[J]. *Sleep*, 2011, 34(10): 1433-1442. DOI: 10.5665/sleep.1294.
- [33] Herring WJ, Connor KM, Ivgy-May N, et al. Suvorexant in Patients With Insomnia: Results From Two 3-Month Randomized Controlled Clinical Trials[J]. *Biol Psychiatry*, 2016, 79(2): 136-148. DOI: 10.1016/j.biopsych.2014.10.003.
- [34] van Maanen A, Meijer AM, van der Heijden KB, et al. The effects of light therapy on sleep problems: A systematic review and meta-analysis[J]. *Sleep Med Rev*, 2016, 29: 52-62. DOI: 10.1016/j.smrv.2015.08.009.
- [35] Massimini M, Ferrarelli F, Esser SK, et al. Triggering sleep slow waves by transcranial magnetic stimulation[J]. *Proc Natl Acad Sci U S A*, 2007, 104(20): 8496-8501. DOI: 10.1073/pnas.0702495104.
- [36] 肖晓玲, 刘志顺. 不同时间电针治疗失眠疗效评价[J]. *针刺研究*, 2008, 33(3): 201-204. DOI: 10.3969/j.issn.1000-0607.2008.03.013.
- [37] Yeung WF, Chung KF, Zhang SP, et al. Electroacupuncture for primary insomnia: a randomized controlled trial[J]. *Sleep*, 2009, 32(8): 1039-1047.
- [38] Ruan JW, Wang CH, Liao XX, et al. Electroacupuncture treatment of chronic insomniacs[J]. *Chin Med J (Engl)*, 2009, 122(23): 2869-2873.
- [39] Dørheim SK, Bjorvata B, Eberhard-Gran M. Insomnia and depressive symptoms in late pregnancy: a population-based study[J]. *Behav Sleep Med*, 2012, 10(3): 152-166. DOI: 10.1080/15402002.2012.660588.
- [40] Kizilirmak A, Timur S, Kartal B. Insomnia in pregnancy and factors related to insomnia[J]. *Scientific World Journal*, 2012, 2012: 197093. DOI: 10.1100/2012/197093.
- [41] Okun ML, Ebert R, Saini B. A review of sleep-promoting medications used in pregnancy[J]. *Am J Obstet Gynecol*, 2015, 212(4): 428-441. DOI: 10.1016/j.ajog.2014.10.1106.
- [42] Sharma SK, Nehra A, Sinha S, et al. Sleep disorders in pregnancy and their association with pregnancy outcomes: a prospective observational study[J]. *Sleep Breath*, 2016, 20(1): 87-93. DOI: 10.1007/s11325-015-1188-9.
- [43] Jones CR. Diagnostic and management approach to common sleep disorders during pregnancy[J]. *Clin Obstet Gynecol*, 2013, 56(2): 360-371. DOI: 10.1097/GRF.0b013e31828f2717.
- [44] Artama M, Gissler M, Malm H, et al. Nationwide register-based surveillance system on drugs and pregnancy in Finland 1996-2006[J]. *Pharmacoepidemiol Drug Saf*, 2011, 20(7): 729-738. DOI: 10.1002/pds.2159.
- [45] Iqbal MM, Sobhan T, Ryals T. Effects of commonly used benzodiazepines on the fetus, the neonate, and the nursing infant[J]. *Psychiatr Serv*, 2002, 53(1): 39-49. DOI: 10.1176/

- appt. ps. 53. 1. 39.
- [46] Wikner BN, Källén B. Are hypnotic benzodiazepine receptor agonists teratogenic in humans? [J]. *J Clin Psychopharmacol*, 2011, 31 (3): 356-359. DOI: 10.1097/JCP.0b013e3182197055.
- [47] Lin AE, Peller AJ, Westgate MN, et al. Clonazepam use in pregnancy and the risk of malformations[J]. *Birth Defects Res A Clin Mol Teratol*, 2004, 70(8): 534-536. DOI: 10.1002/bdra.20051.
- [48] Reis M, Källén B. Combined use of selective serotonin reuptake inhibitors and sedatives/hypnotics during pregnancy; risk of relatively severe congenital malformations or cardiac defects. A register study[J]. *BMJ Open*, 2013, 3(2). pii: e002166. DOI: 10.1136/bmjopen-2012-002166.
- [49] Wang LH, Lin HC, Lin CC, et al. Increased risk of adverse pregnancy outcomes in women receiving zolpidem during pregnancy[J]. *Clin Pharmacol Ther*, 2010, 88(3): 369-374. DOI: 10.1038/clpt.2010.97.
- [50] Eros E, Czeizel AE, Rockenbauer M, et al. A population-based case-control teratologic study of nitrazepam, medazepam, tofisopam, alprazolam and clonazepam treatment during pregnancy [J]. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*, 2002, 101(2): 147-154. DOI: 10.1016/S0301-2115(01)00545-0.
- [51] Diav-Citrin O, Okotore B, Lucarelli K, et al. Pregnancy outcome following first-trimester exposure to zopiclone: a prospective controlled cohort study[J]. *Am J Perinat*, 1999, 16(4): 157-160. DOI: 10.1055/s-2007-993850.
- [52] Wikner BN, Stiller CO, Bergman U, et al. Use of benzodiazepines and benzodiazepine receptor agonists during pregnancy; neonatal outcome and congenital malformations[J]. *Pharmacoepidemiol Drug Saf*, 2007, 16(11): 1203-1210. DOI: 10.1002/pds.1457.
- [53] de Vries NK, van der Veere CN, Reijneveld SA, et al. Early neurological outcome of young infants exposed to selective serotonin reuptake inhibitors during pregnancy: results from the observational SMOK study [J]. *PLoS One*, 2013, 8(5): e64654. DOI: 10.1371/journal.pone.0064654.
- [54] Austin MP, Karatas JC, Mishra P, et al. Infant neurodevelopment following in utero exposure to antidepressant medication[J]. *Acta Paediatr*, 2013, 102(11): 1054-1059. DOI: 10.1111/apa.12379.
- [55] Huang H, Coleman S, Bridge JA, et al. A meta-analysis of the relationship between antidepressant use in pregnancy and the risk of preterm birth and low birth weight[J]. *Gen Hosp Psychiatry*, 2014, 36(1): 13-18. DOI: 10.1016/j.genhosppsych.2013.08.002.
- [56] Myles N, Newall H, Ward H, et al. Systematic meta-analysis of individual selective serotonin reuptake inhibitor medications and congenital malformations[J]. *Aust N Z J Psychiatry*, 2013, 47(11): 1002-1012. DOI: 10.1177/0004867413492219.
- [57] Khazaie H, Rezaie L, Darvishi F, et al. Treatment of paradoxical insomnia with atypical antipsychotic drugs. A comparison of olanzapine and risperidone[J]. *Neurosciences (Riyadh)*, 2013, 18(1): 64-69. DOI: 10.1016/j.sleep.2013.11.389.
- [58] Foley DJ, Monjan AA, Brown SL, et al. Sleep complaints among elderly persons: an epidemiologic study of three communities[J]. *Sleep*, 1995, 18(6): 425-432.
- [59] Morin CM, Colechchi C, Stone J, et al. Behavioral and pharmacological therapies for late-life insomnia: a randomized controlled trial[J]. *JAMA*, 1999, 281(11): 991-999. DOI: 10.1001/jama.281.11.991.
- [60] McCurry SM, Logsdon RG, Teri L, et al. Evidence-based psychological treatments for insomnia in older adults[J]. *Psychol Aging*, 2007, 22(1): 18-27. DOI: 10.1037/0882-7974.22.1.18.
- [61] Alessi C, Vitiello MV. Insomnia (primary) in older people[J]. *BMJ Clin Evid*, 2011, pii: 2302.
- [62] Meltzer LJ, Mindell JA. Systematic review and meta-analysis of behavioral interventions for pediatric insomnia [J]. *J Pediatr Psychol*, 2014, 39(8): 932-948. DOI: 10.1093/jpepsy/jsu041.
- [63] American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders [M]. 5th ed. Arlington, VA: American Psychiatric Pub, 2013.
- [64] 张继辉, 刘亚平, 潘集阳. 失眠与抑郁关系 2008-2013 年研究进展及存在问题[J]. *中国心理卫生杂志*, 2015, 29(2): 81-86. DOI: 10.3969/j.issn.1000-6729.2015.02.001.
- [65] Owens JA, Mindell JA. Pediatric insomnia [J]. *Pediatr Clin North Am*, 2011, 58(3): 555-569. DOI: 10.1016/j.pcl.2011.03.011.
- [66] Bruni O, Angriman M. Pediatric insomnia: new insights in clinical assessment and treatment options [J]. *Arch Ital Biol*, 2015, 153(2-3): 154-166. DOI: 10.12871/000398292015239.
- [67] Nunes ML, Bruni O. Insomnia in childhood and adolescence: clinical aspects, diagnosis, and therapeutic approach [J]. *J Pediatr (Rio J)*, 2015, 91(6 Suppl 1): S26-S35. DOI: 10.1016/j.jped.2015.08.006.
- [68] Owens JA, Dalzell V. Use of the 'BEARS' sleep screening tool in a pediatric residents' continuity clinic: a pilot study[J]. *Sleep Med*, 2005, 6(1): 63-69. DOI: 10.1016/j.sleep.2004.07.015.
- [69] 李生慧, 金星明, 沈晓明, 等. 儿童睡眠习惯问卷中文版制定及测量性能考核[J]. *中华儿科杂志*, 2007, 45(3): 176-180. DOI: 10.3760/j.issn:0578-1310.2007.03.005.
- [70] Bruni O, Ottaviano S, Guidetti V, et al. The Sleep Disturbance Scale for Children (SDSC) Construct ion and validation of an instrument to evaluate sleep disturbances in childhood and adolescence[J]. *J Sleep Res*, 1996, 5(4): 251-261.
- [71] Sadeh A. A brief screening questionnaire for infant sleep problems: validation and findings for an Internet sample [J]. *Pediatrics*, 2004, 113(6): e570-e577. DOI: 10.1542/peds.113.6.e570.
- [72] Mindell JA, Kuhn B, Lewin DS, et al. Behavioral treatment of bedtime problems and night wakings in infants and young children [J]. *Sleep*, 2006, 29(10): 1263-1276.
- [73] Owens JA. Pharmacotherapy of pediatric insomnia [J]. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 2009, 48(2): 99-107. DOI: 10.1097/CHI.0b013e3181930639.

(收稿日期:2017-02-08)

(本文编辑:宋国营)

责任编辑: kangjing_dr

《柳叶刀》报告：中国是全球医疗进步最大国之一

来源：人民日报

链接：<http://www.cn-healthcare.com/article/20170704/content-493703.html>

没有全民健康，就没有全面小康。党的十八大以来，我国将人民健康放在优先发展的战略地位，全面深化医药卫生体制改革，看病难、看病贵明显缓解，百姓有了更多的获得感和幸福感。城乡居民个人卫生支出占卫生总费用的比重持续下降，小病看得上、大病看得起、重病有保障，健康水平持续改善，全民共享“健康红利”。世界银行、世界卫生组织认为，中国在实现全民健康覆盖方面迅速迈进，改革成就举世瞩目。

最近，全球著名医学杂志《柳叶刀》公布的报告称，中国医疗事业发展蓬勃，医疗质量不断提升，是全球进步最大的 5 个国家之一。

医改是一项重大民生工程。新一轮医改启动特别是党的十八大以来，我国将人民健康放在优先发展战略地位，坚持保基本、强基层、建机制的基本原则，坚持统筹推进、突出重点、循序渐进的基本路径，全面推进医改向纵深发展，探索出破解医改这道世界性难题的“中国解法”。实践证明，深化医改方向正确、路径清晰、措施得力、成效显著，给人民群众带来了实实在在的健康福祉。

5 年来，我国健康水平持续改善，居民主要健康指标总体上优于中高收入国家平均水平，人均期望寿命从 2010 年的 74.83 岁上升至 2016 年的 76.34 岁。较高的健康绩效，为全面建成小康社会奠定了重要基础。世界银行、世界卫生组织认为，中国在实现全民健康覆盖方面迅速迈进，改革成就举世瞩目。

基本医疗保障网惠及 13 亿人

北京大学医学部公共卫生学院教授吴明认为，我国在短时间内建立起覆盖全民的基本医疗保障制度，筹资水平和政府投入逐年提高，在改善居民医疗服务可及性、解决看病贵问题上发挥了关键作用。

5 年来，我国基本医疗保障制度覆盖人数逐年增加，基本医疗保障网惠及 13 亿人，实现医疗保障制度的全民覆盖，提高了卫生服务的公平性、可及性、质量和效率，开

辟了一条符合中国国情的健康发展道路。

5 年来，政府对医疗卫生投入持续增长，卫生总费用结构不断优化。2016 年，全国财政医疗卫生支出 1.32 万亿元，比 2015 年增长 10%，是医改启动前 2008 年的 4.1 倍。居民个人卫生支出占卫生总费用比重连续下降，个人负担逐年减轻，2012 年为 34.34%，2013 年为 33.88%，2014 年为 31.99%，2015 年为 29.27%，2016 年初步估算为 28.93%。目前已达到世界卫生组织倡导的全民健康覆盖目标，即中低收入国家居民个人卫生支出比例不超过 30%。

基本医保保障水平逐步提高，为实现人人病有所医提供了制度保障。2012 年，各级财政对城镇居民医保和新农合的补助标准为每人每年 200 元。2016 年，我国将城镇居民医保和新农合进行整合，城乡居民基本医保人均财政补助标准为 420 元，2017 年提高到 450 元。2012 年，人均基本公共卫生服务经费为 25 元；2017 年，人均基本公共卫生服务经费提高到 50 元。

大病保险从无到有，夯实了基本医保制度网底。2012 年，我国开始试点城乡居民大病医疗保险制度。到 2016 年底，城乡居民大病保险全面推开，实现全覆盖。2016 年，全面实施重特大疾病医疗救助，救助对象范围从城乡低保对象、特困人员逐步拓展到农村建档立卡贫困人口、低收入救助对象和因病致贫家庭重病患者。

世界银行曾发布各国医疗卫生支出占 GDP 的比例。据统计，2011 年中国医疗卫生支出占 GDP 的比例为 5%，2012 年为 5.3%，2013 年为 5.4%，2014 年为 5.5%，2015 年为 6%。

“新一轮医改是中国在公共服务领域进行的一次里程碑式的改革探索，具有开创性和借鉴性意义。”中国人民大学医改研究中心主任王虎峰说。

公立医院改革力度空前

公立医院综合改革是医改的重中之重，是缓解看病难、看病贵的关键环节。我国紧紧围绕破除以药补医、创新体制机制、调动医务人员积极性，着力建立维护公益性、调动积极性、保障可持续的公立医院运行新机制，涌现了大量公立医院改革典型，在控制医疗费用方面取得了较大进展，切实增强了人民群众的获得感。

吴明认为，我国公立医院综合改革路径逐渐清晰，改革显现初步成效，尤其是在三医联动和上下联动方面力度空前，形成了一批符合实际、可复制、可推广的典型经

验。

新一轮医改以来，城市公立医院改革从试点起步，由点及面，稳步推进。从 2010 年的 17 个公立医院综合改革试点城市扩展到 2015 年的 100 个，2016 年增至 200 个，2017 年所有 338 个地级以上城市全面推开。2015 年，县级公立医院综合改革全面推开，目前已覆盖全国 31 个省（区、市）的 1977 个县（市）。改革重心由搭建框架向制度建设转变，由医院改革向县域综合改革转变，由单项改革向医疗、医保、医药联动改革转变。2017 年 9 月底前，我国将全面推开公立医院综合改革，所有公立医院全部取消药品加成（中药饮片除外）。5 年来，各级公立医院通过取消药品加成、调整医疗服务价格、加大政府投入，收入结构趋于合理，使医院回归公益性质、医生回归看病角色、药品回归治病功能。城市公立医院药品收入占医疗收入的比例持续下降，2012 年为 44.8%，2013 年为 43.3%，2014 年为 42.2%，2015 年为 42.8%，2016 年为 39.6%。

医疗费用增长事关人民群众的切身利益。5 年来，我国在控制公立医院医疗费用增长方面，取得了显著的成效。从公立医院平均收入总额增长率看，医疗机构收入增幅 2012 年为 24.0%，2013 年为 15.7%，2014 年 15.3%，2015 年为 13.4%，2016 年预计控制在 10% 左右，全国医药费用过快增长势头得到初步遏制。同时，公立医院次均门诊和住院费用增长幅度呈下降趋势。

分级诊疗制度有序推进

“大医院人满为患，小医院门可罗雀”“全国人民上协和，不到协和心不死”，这是我国医疗资源配置不平衡的一个缩影。5 年来，我国有序推进分级诊疗制度建设，促进了医疗卫生服务供给侧的优化，推进了医疗卫生服务模式的升级转型。

5 年来，我国以提高基层医疗服务能力为重点，以常见病、多发病、慢性病分级诊疗为突破口，逐步引导优质医疗资源下沉，加快构建“基层首诊、双向转诊、急慢分治、上下联动”的分级诊疗制度。2016 年，全国 80% 的城市和 50% 的县开展分级诊疗试点。2017 年，全国 85% 以上的地市开展分级诊疗试点。目前，我国基本实现村村有卫生室、乡乡有卫生院，县医院服务能力明显提高，80% 以上的居民 15 分钟内能够到达最近的医疗点。

我国大力推进家庭医生签约服务，让群众患病后第一时间能够问诊自己的家庭医生，增强了群众对改革的获得感。截至 2016 年底，家庭医生签约率达到 22%、重点人群签约率达到 38.8%， “小病在基层、大病到医院、康复回基层” 的合理就医秩序正在形成。2016 年，19 个省份基层医疗卫生机构诊疗量占总诊疗量的比例呈上升趋势，部分省份超过 60%。

5 年来，基层医疗卫生机构诊疗人次逐年上升，2009 年为 33.9 亿人次，2012 年为 41.1 亿人次，2013 年为 43.2 亿人次，2016 年为 43.47 亿人次。

王虎峰认为，中国建立和完善家庭医生签约服务制度，充分利用基层卫生资源，构建基本医疗、健康教育、健康促进、预防保健为一体的服务体系，提供家庭出诊、家庭护理、日间观察、临终关怀等服务，这是一条低投入、高效益的健康之路。

中国医学科学院院长曹雪涛认为，深化医改的过程也是政府公共管理创新的过程。各级政府以促进社会公平正义、增进人民福祉为出发点和落脚点，以让人民群众有更多获得感为导向，逐步打破体制机制藩篱，部分地区成功实现弯道超车，完善了国家卫生治理体系，中国特色的基本医疗卫生制度建设路径更加清晰。

责任编辑：永恒流星

2017 年 06 月优秀版主名单：anne 医生、xzp_dragon 、zmdzfx、caobi2500、
ww2sxy520、踏青放牛、蔡 ys、品味淡泊、trg 、
andy1087911、jsdfnicholas、草原民间中医、
依秀儿

2017 年 06 月良好版主名单：airen13828、yanqi120、jjmjZy、争做良医、
laogao001、pathology、白衣安琪、
kaixindoul、ffxxff770603

2017 年 06 月优秀超版名单：哥们、zhbwxy

第一部分——西医部分

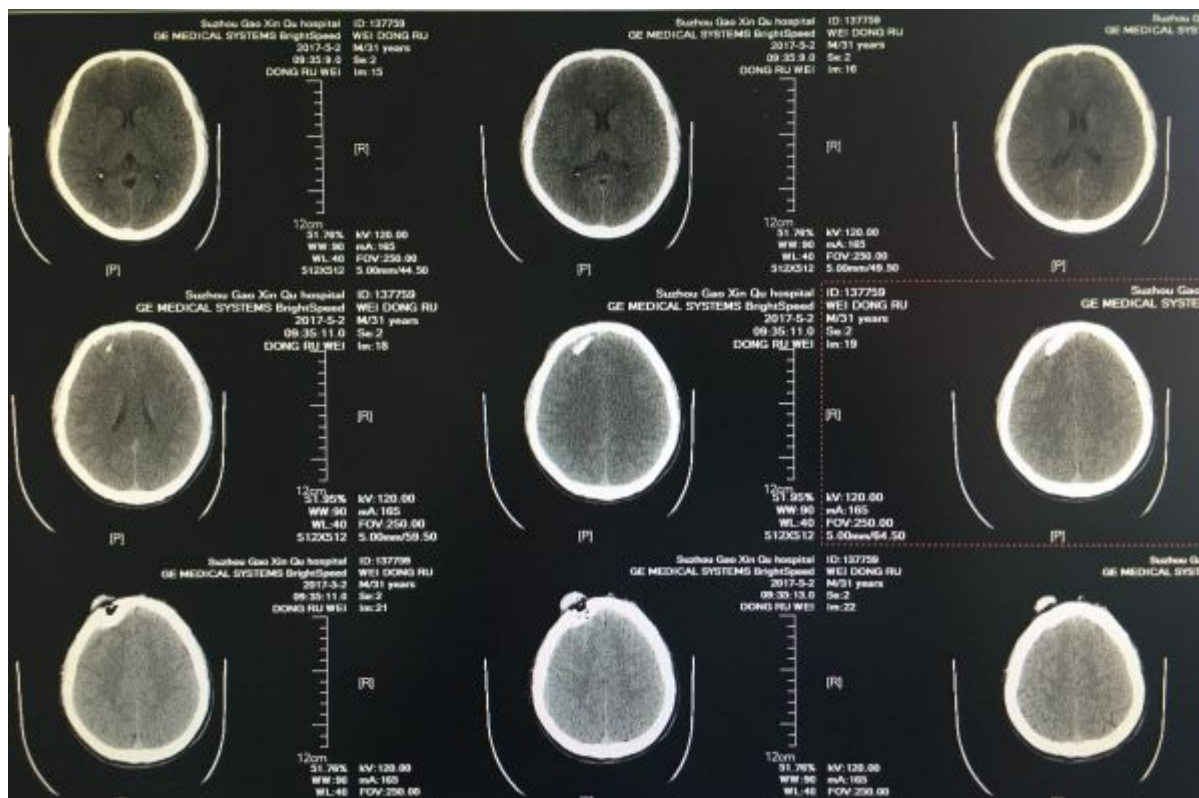
爱是畏惧还是担当——记一次外伤 24 小时后的开放性颅脑损伤手术

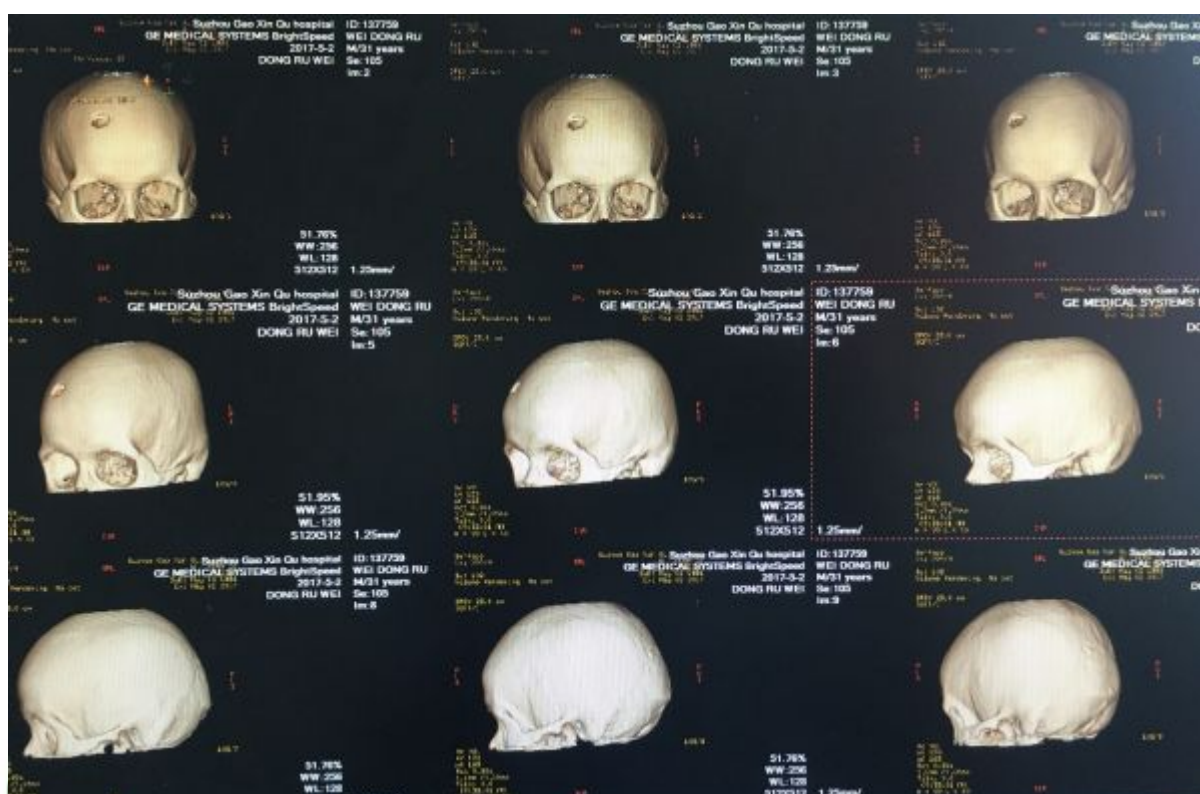
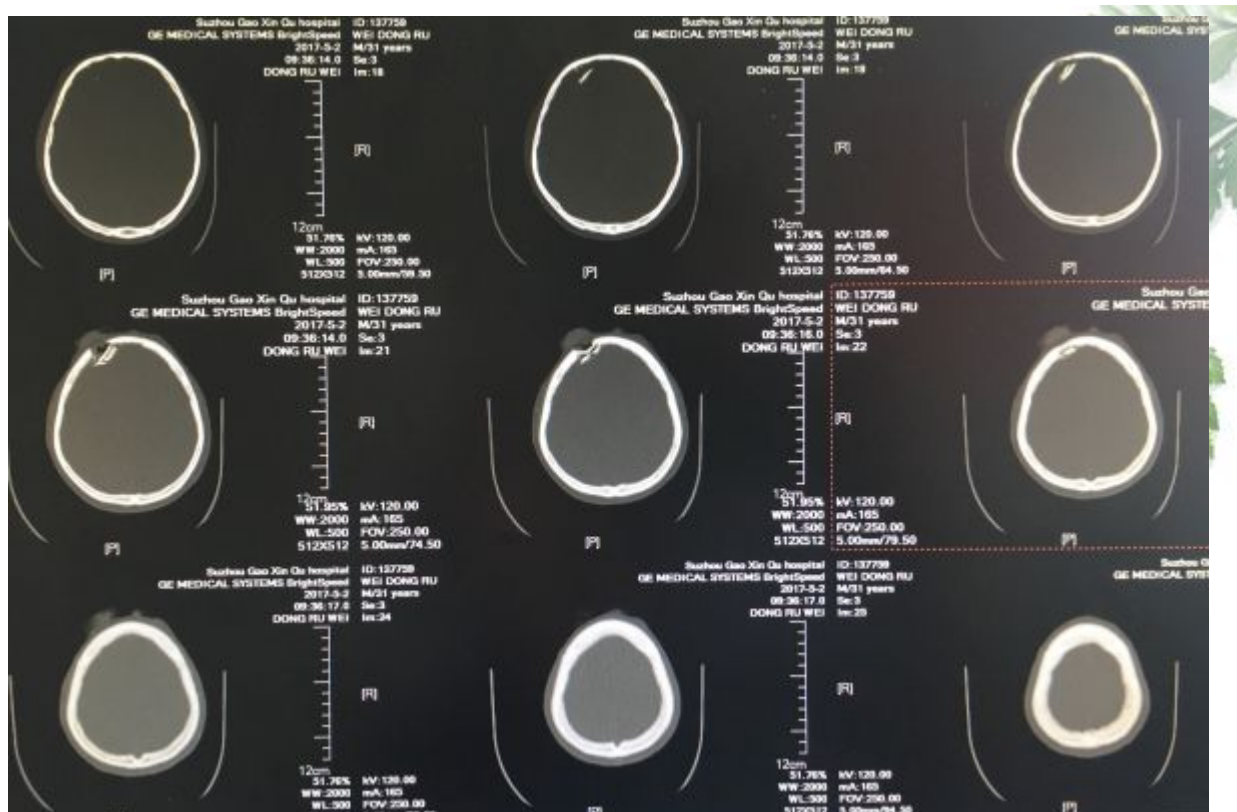
作者: jsdfnicholas

链接: <http://bbs.iiyi.com/thread-3397830-1.html>

手术过去半个多月了,但每当我们聊起,还是长吁短叹。

这是一则开放性颅脑损伤病例。患者男性,30岁。两辆电动车相撞时,前额刚好顶到了对方车把的一处突起。疼痛、流血来院。全程无昏迷,神志清,精神可。急诊头颅 CT 检查如下:





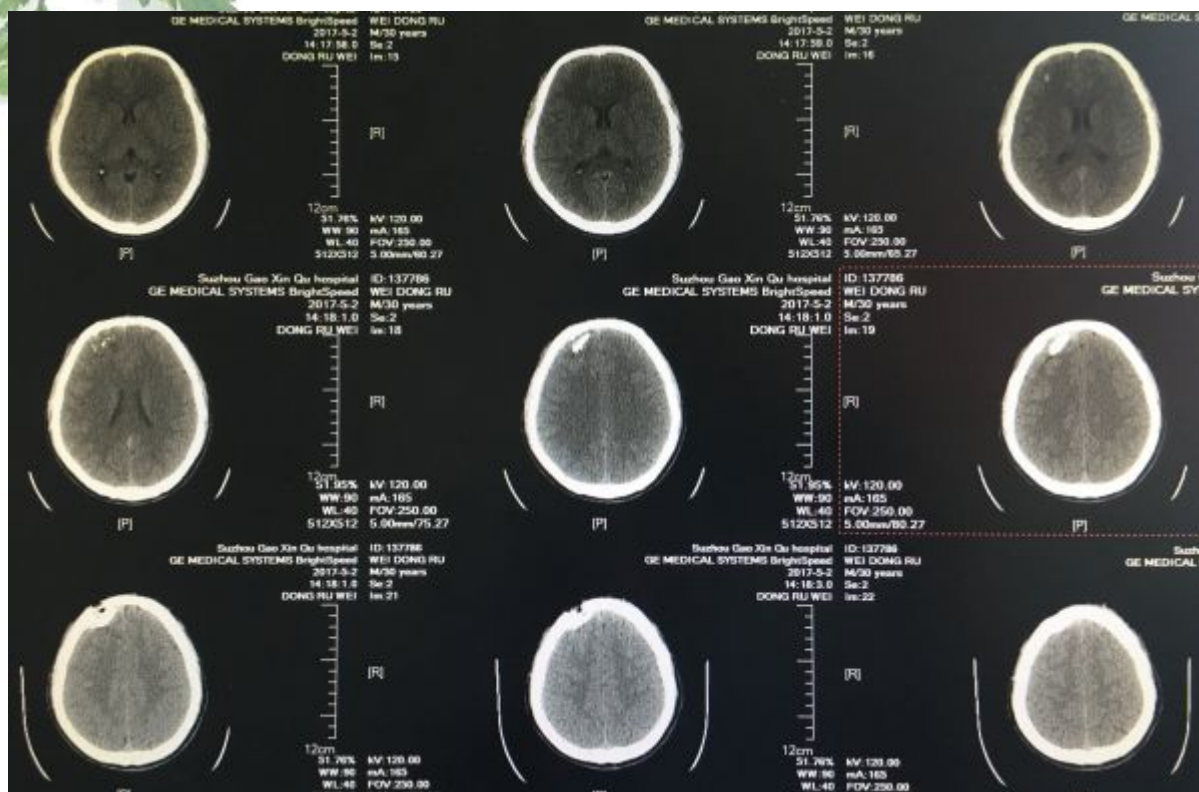
可见额部正中纵行头皮裂伤不深，而左侧发际线外的不规则伤口为着力点。

结合 CT 所示，开放性颅脑损伤，没说的，急诊手术！

但是，让我们目瞪口呆的是，患者妻子说这么大的事，开脑袋的手术，自己没法做主，出问题了怎么办。而患者本人也没主见，只听老婆的，我们反复沟通，反复强调了手术的及时、必要性，并告知颅内出血、癫痫、颅内感染之风险。

患者妻子一边焦虑，一边不能做主，一边继续电话忙碌自己公司的事宜。

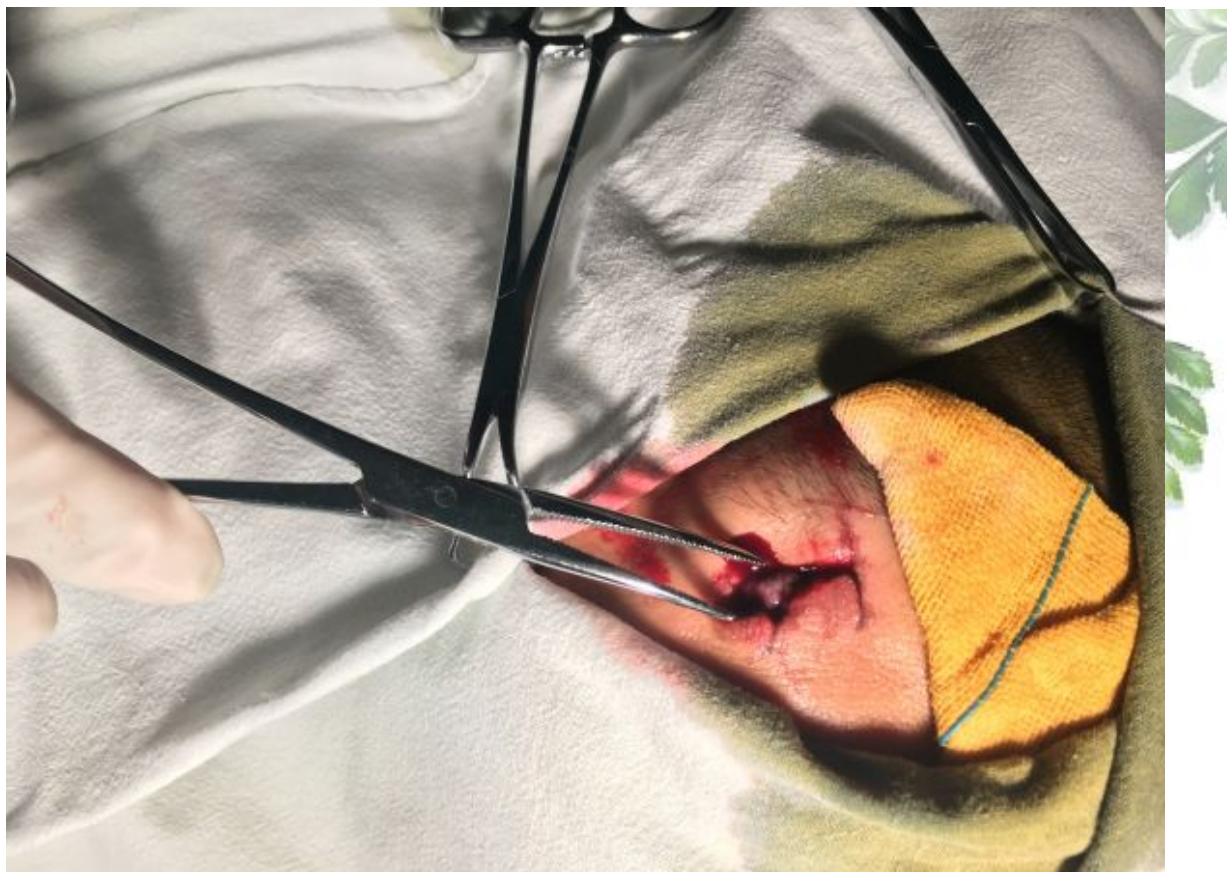
这期间，我们复查了头颅 CT，如下：



可见凹陷性骨折处脑挫裂伤形成，再次沟通未果。

我们很是无语，只能等患者联系远在一千多公里外的父母，而且还没有通高铁，要慢车坐一夜。

我们一边摇头，一边做了风险告知沟通，并进手术室进行了清创、缝合，转闭合。术中情况：



我为人人，人人为我



可见挫碎脑组织外露，术后再次沟通，患者妻子依然不能做主。遂严密监护。

心惊胆战的一夜过去了。

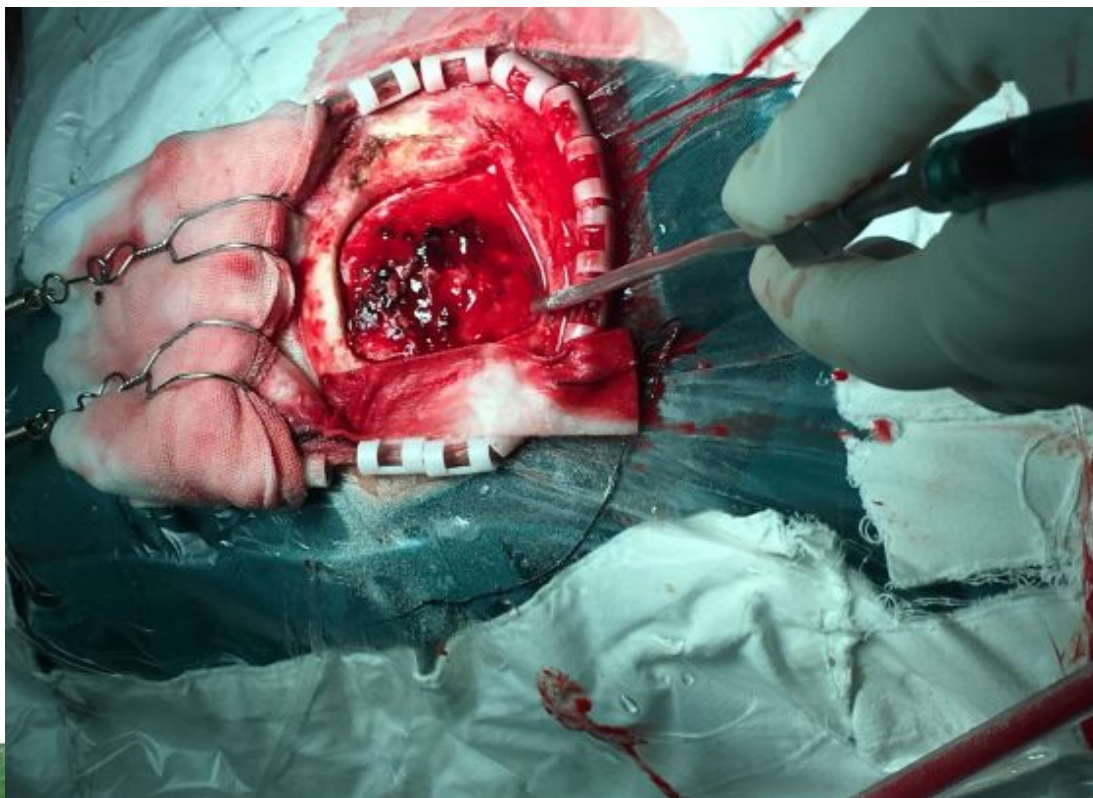
第二天清晨，当患者父母到来时，我们发现他们来自非常贫穷的地方，衣服破烂，还有残疾，而且压根听不懂普通话，根本没法沟通，而且也是畏畏缩缩，感觉和我们说话都很害怕。无奈之下，最后来来回回，还是患者妻子签的字。事情回到了起点，唉！



我为人人，人人为我



手术切口我们借助了正中纵行裂口为皮瓣的一边，在发际线内做切口（见上图）。



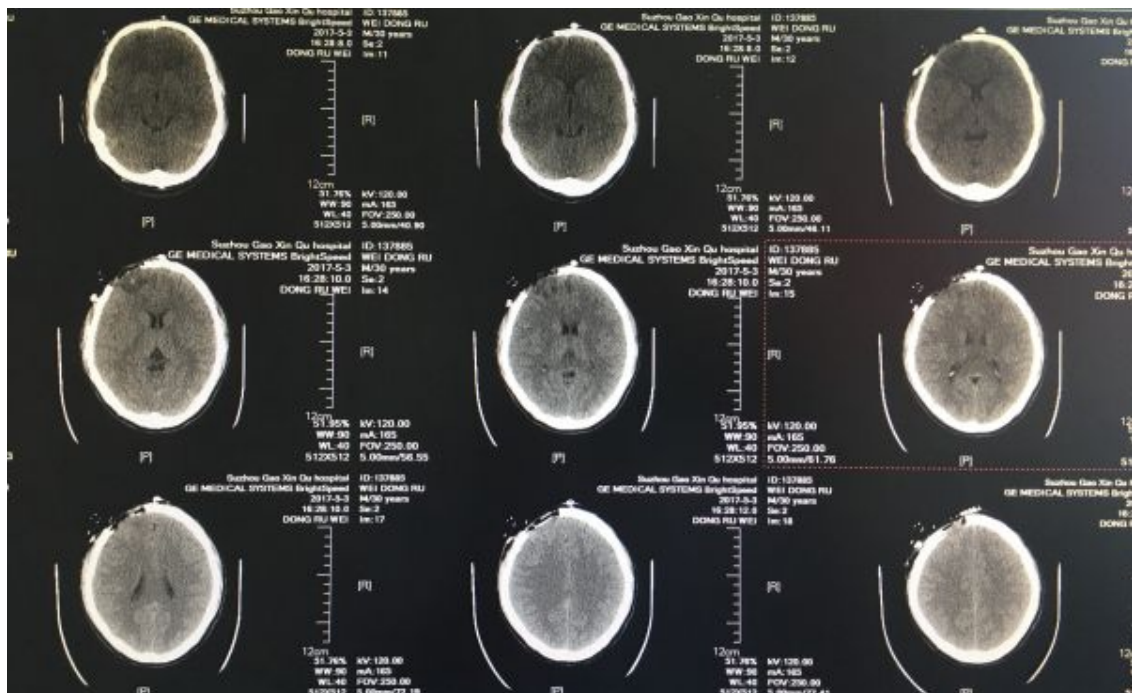
铣开骨瓣（矢状窦一侧最后铣开），见破碎的硬脑膜和脑组织，在破碎脑组织内找到了凹陷的骨折碎片，去除骨折碎片及骨瓣，以双氧水反复冲洗术野及皮肤破损处，

我为人人，人人为我

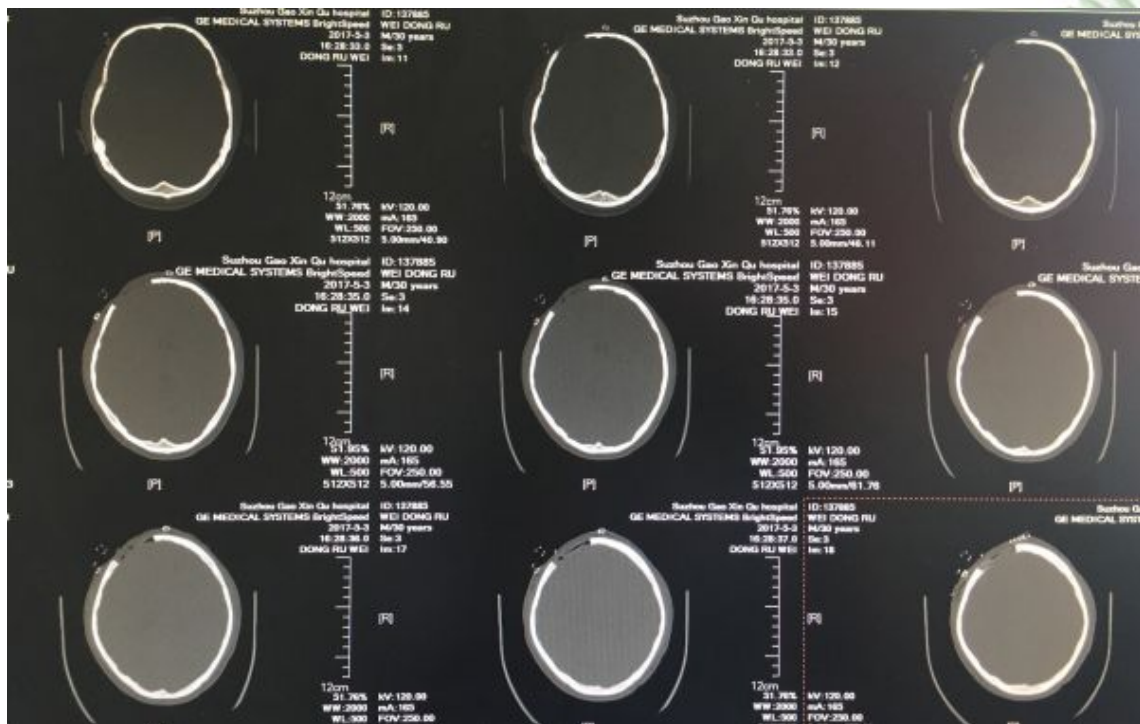
关颅。



术后复查 CT 如下：



我为人人，人人为我



术后 8 天拆线出院，过程中无发热，炎症相关指标不高。如后期未出现感染，可两到三个月修补颅骨，如出现感染，延长至六个月到一年。

病例介绍完了，还要补充的是，术后一周余，妻子没有陪过一天，陪床的一直是患者年迈的母亲。

这位患者是幸运的，但也是悲哀的，在生命受到威胁时，身边的人却畏惧了。

误诊的宫外孕

作者：zeng9922

链接：<http://bbs.iyyi.com/thread-938374-12.html> (338)

误诊经过：患者，女，38 岁，右下腹疼痛 2 天，呈持续性闷痛，无放射它处，无伴随症状。经当地卫生所治疗无效。既往史正常。月经史：每月正常，已经来了 15 天。查体：腹平软，右下腹压痛，轻反跳痛，麦氏点尤为明显。无移动浊音，肠鸣音正常。辅助检查：腹透、腹部 B 超均正常，尿 HCG 正常。当时考虑是阑尾炎，或者肠系膜淋巴结炎。在我这儿保守治疗几天还是无改善，后来到了别的大医院检查

也是跟我们一样的。最后当然保守不了，剖腹进行探查：阑尾好好的，发现右输卵管一个很不明显的小小豆子，原来是宫外孕呀！可是凭已知的病史真的很难想到。

误诊剖析：辅助检查，顾名思义只起辅助作用，做为临床医生不要上了辅助检查的当。但月经如何解释？宫外孕的出血当成了月经？怀疑最近一次月经可能是一次出血，病人当成了月经是正常的。一般排卵期是在月经前 14 天，也就是说按正常情况患者是刚好排卵的时候，可能是排卵意外提前了，月经刚过她就排卵了，所以才有了胚胎。可是尿 HCG 呢？为什么是正常的？是不是两周尿中 HCG 检验不出来，因为还没升高呢？还是两个医院都碰巧存在假阴性呢？

最后对大家老生常谈一下：育龄期妇女千万别漏掉宫外孕！以免造成误诊。

结核性腹膜炎的误诊

作者：赵氏中医

链接：<http://bbs.iiyi.com/thread-938374-11.html>

我也来发一个我曾经的误诊病例，还是我原来在外科进修时的一个病人，对我的感触很深，故而记忆犹新。

误诊经过：患者女，20 岁，因盆腹部包块入院。既往身体健康，无传染病史，家族无特殊史记载。

检查：发育正常，营养中等，神清，T：36℃，P：76 次/分，R：18 次/分，BP：95/65 毫米汞柱。浅表淋巴结未触及。心肺无异常。腹软，肝脾未扪及。腹部可触及西瓜大小的囊性包块，边界欠清，活动差，无触痛。B 超示：两个囊性包块，境界欠清，囊壁薄。盆腔少许积液。实验室：血常规、出凝血时间正常，肝功能、两对半正常。胸片无异常。

诊断：1.腹盆部包块性质待定；2.始基卵巢癌？

经患者签字同意，手术剖腹探查。准备就绪后，取下腹正中切口 14cm，依次切开皮肤、皮下组织、腹直肌、腹膜，后见：腹壁粘连，粟粒样大小不一结节，肠壁多附粟粒结节；探查子宫附件正常；在腹膜与肠浆膜层取粘连物送病理检查；关腹。

病理诊断：结核性腹膜炎（包块型）。

误诊剖析：1.病史询问、思路局限，检查不仔细；2.过份相信 B 超，综合分析水平低；3.对始基卵巢癌、回盲部下隐窝疝、美克尔憩室、结核性腹膜炎等边缘学科知识不全。

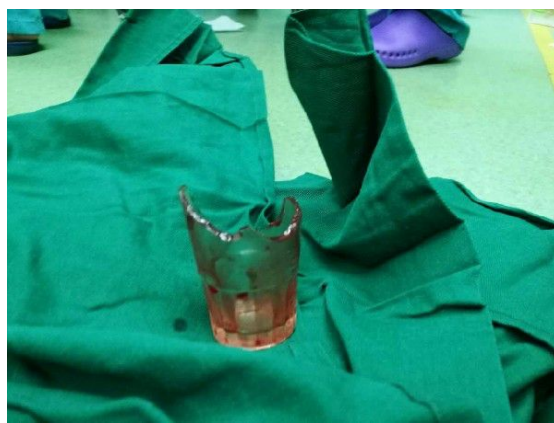
所以我们作为临床医生，除要认真仔细外，还要有扎实的知识面和综合分析的能力，这样才可将误诊的几率降到最低。

肛门异物一例，机械性扩肛取出

作者：zidongyong

链接：<http://bbs.iiyi.com/thread-3401572-1.html>

患者肛门异物 14 小时，在当地县医院经肛门扩张探物取出未成功，导致异物破碎，后转至市级医院肛肠科，试探性的机械性扩肛，费了老大劲用卵圆钳转动取出的。



一例惊险的甲磺酸帕珠沙星过敏性休克抢救经历

作者: yi474301

链接: <http://bbs.iiyi.com/thread-3401847-1.html>

相信很多的同行都用过甲磺酸帕珠沙星（科伦药业、齐若达）这个药，临床效果也还不错，不过过敏性休克也确实非常吓人。

一门诊病人，女，34岁。

主诉：因饮食不慎后腹痛，腹泻10余次。

现病史：前日饮食不慎后出现腹痛（呈阵发性绞痛），腹泻，水样便，呕吐一次胃内容物就诊。查体：T：37℃，BP：100/60mmHg。精神差，乏力，蜷缩体位。中上腹部有压痛，腹软，未触及异常。自述既往体健，否认胆道疾病病史；有慢性胃肠炎病史；有磺胺及安痛定过敏史。

诊断急性胃肠炎，给予抗感染，解痉止痛，补液治疗。予甲磺酸帕珠沙星 0.6g；0.9%氯化钠注射液 150ml+654-2 注射液 10mg；0.9%氯化钠注射液 250ml+5%碳酸氢钠 40ml；10%葡萄糖注射液 500ml+ATP40mg+CoA100mg+VC3.0g+VB6 0.2g+门冬氨酸钾镁 10ml 静脉滴注。中途我查看了两次病人情况，自诉疼痛已缓解。因为护士把顺序给调了，最后一组才输的甲磺酸帕珠沙星，当滴了10多分钟时病人诉手臂疼痛，手指有痉挛，护士嘱咐家属热敷及局部按摩后不缓解，当即取针让病人休息（未通知医生）。等了约20分钟左右通知医生查看，本人立即查看情况，发现不妙，呼叫病人无应答，反应差，发现已处于休克状态。立即嘱咐建立静脉通道，吸氧（此时病员醒过来了，出现烦躁，紧张，呼吸困难，呼吸急促费力，出冷汗，手足湿冷，病人非常紧张不停说“救我……”，肌肉仍有痉挛）。此时静脉通道已建立，嘱咐护士立即肌肉注射肾上腺素 0.5mg，静脉推注地塞米松 15mg，肌注非那根 25mg，5%葡萄糖注射液 250ml+10%葡萄糖酸钙 1g 静脉滴注。查BP：120/60mmHg，心率齐，约99次/分，意识清醒。这时悬着的心才稍有放松，安抚病人放松，深慢呼吸，大概7-8分钟后情况稍好转，但仍然呼吸困难，紧张，烦躁，手部肌肉有痉挛，发麻。因病人及家属都很紧张，连续呼叫120紧急接诊，与120大夫交接后送病人上车。

送走病人后我回忆分析，此例病人过敏体质，急性胃肠炎腹泻后有轻度脱水，或许伴有电解质失衡及酸碱失衡（因基层缺乏辅检）所以有手部肌肉痉挛，麻木，也许是病人过于紧张所产生。望各位同行及老师发表意见及建议，多多交流，也给各位奋战在基层一线的老师一个警钟：过敏性休克防不胜防，时刻提醒自己，我们是挣着卖白菜的钱，却担着卖白粉的心。

超声入门贴 556——急性化脓性阑尾炎伴粪石，腹腔淋巴结肿大

作者：songjunrui

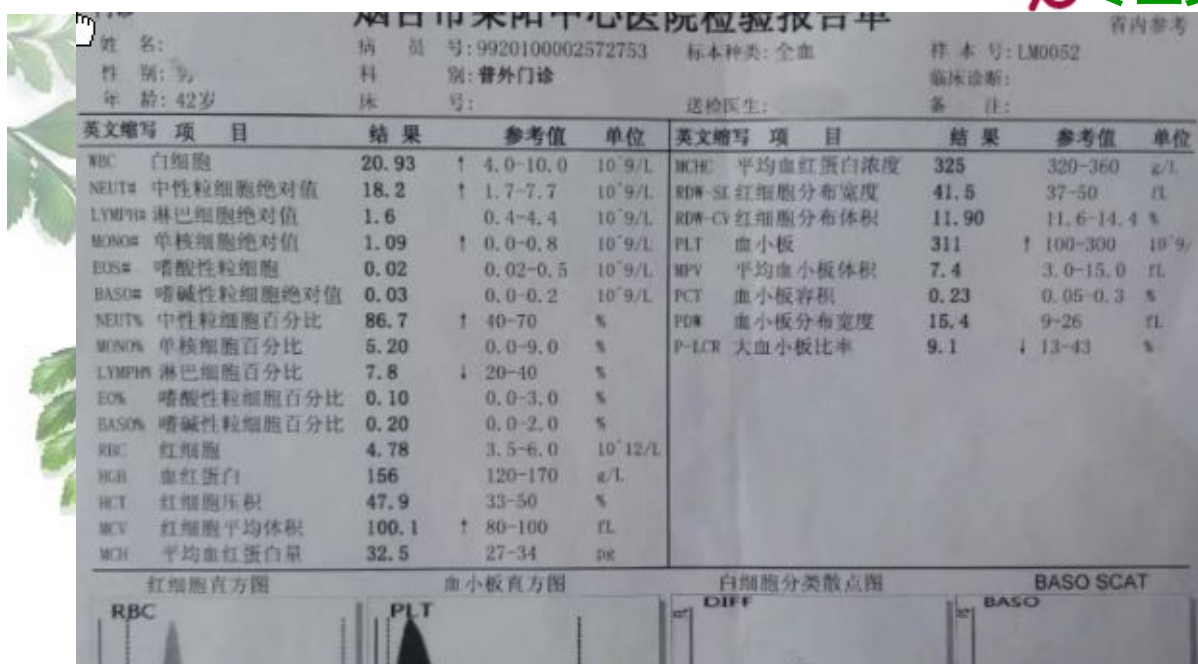
链接：<http://bbs.iiyi.com/thread-3394269-1.html>

患者男，42岁，前天晚上腹部疼痛，第二天到三级医院检查超声未见明显异常，今天腹部又出现疼痛来院住院治疗。

超声可见：右下腹阑尾区见腹腔多发肿大淋巴结，未见阑尾声像；展开全腹部扫查发现右侧髂血管偏内侧腹腔见肿胀管状回声，沿管状回声扫查见由起始端向盲端逐渐膨大，盲端游离，管腔内见强回声团块，后伴声影；旁见絮样略高回声团块；CDFI未见明显血流信号；管腔呈高张力，探头挤压疼痛明显且长时间观察管壁无明显蠕动。结合临床考虑：急性化脓性阑尾炎伴腔内粪石形成，右下腹腹腔淋巴结肿大。两天后患者手术，阑尾盲端穿孔，术后引流腹腔脓肿，住院13天脓肿消失出院。

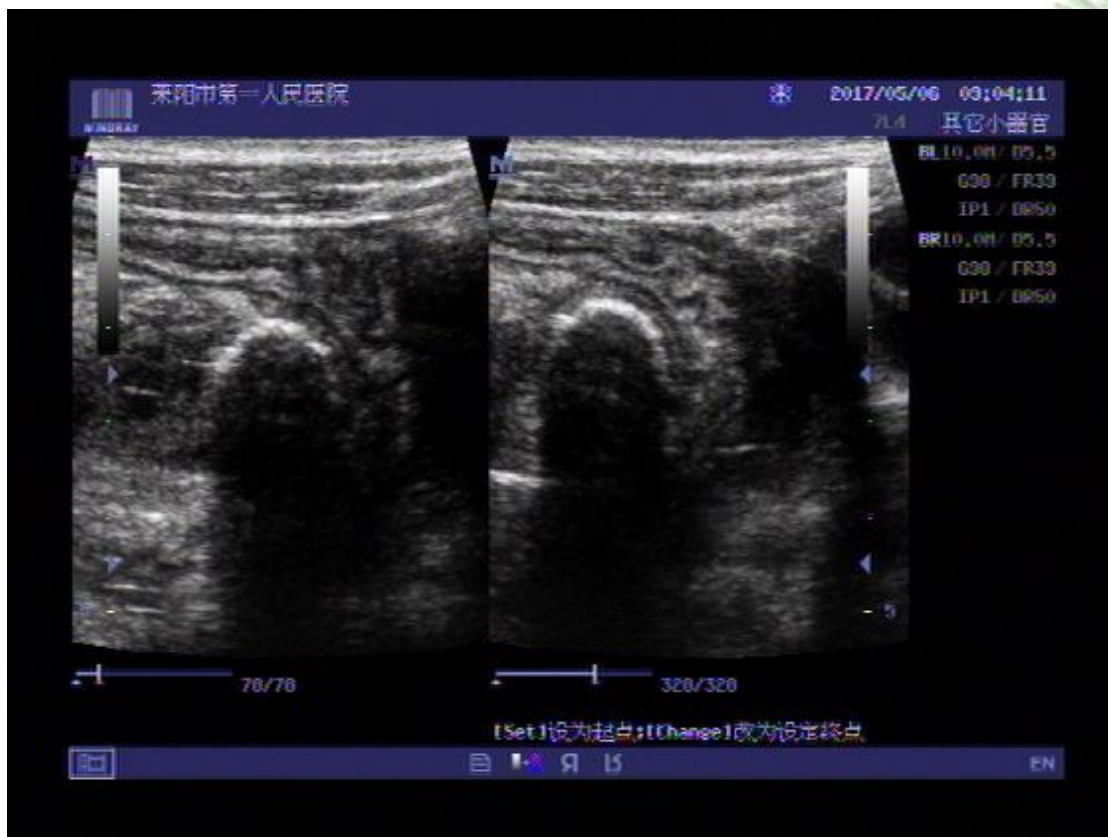
小小阑尾的解剖变异给超声扫查带来不少的麻烦，诊断阑尾炎需要结合血常规检查，临床症状，腹部触诊等相关信息，超声检查不是单纯的看图说话，更多的是需要临床相关检查结果的支持，亲爱的爱友们，阑尾扫查您有信心吗？











腹裂，脐膨出一例

作者：疏桐漏月

链接：<http://bbs.iiyi.com/thread-2141786-1.html>

患儿女，产后 30 分钟，因“早产，窒息复苏后，腹壁包块 30 分钟”入院。系双胎，A 胎正常，目前在产科。此患儿娩出后，APGAR 评分 8-7-6 分，立刻给窒息复苏后，患儿面色转红润，哭声响亮。生后即发现腹壁缺损，脏器膨出，膨出物直径约 12cm，表面有一层白色膜状物覆盖，内部脏器清晰可见。属于巨型腹裂，脐膨出。此类畸形较为罕见，需要手术治疗，但巨型脐膨出往往预后差，凶多吉少。

我为人人，人人为我



巨型脐膨出(acromphalus)是先天性腹壁发育畸形的常见类型，是因先天性腹壁发育不全在脐带周围形成腹壁缺损，导致腹腔内脏脱出的新生儿畸形。由于该病与染色体异常有关，病儿在患有脐膨出的同时还可能伴有其他器官的畸形。处理不当死亡率很高。绝大部分病儿需生后立即手术，否则由于局部皮肤破溃坏死、感染，病儿很难继续生存。少数病例由于囊膜逐渐纤维化形成瘢痕，从而保护了脱出的内脏，避免了早期死亡。本病死亡率与治疗时间有关，有条件时应尽早手术。

根据缺损的大小，可将脐膨出分为小型和巨型 2 种。

1. 巨型脐膨出(胚胎型脐膨出) 体壁的发育停顿发生在胚胎第 10 周之前，缺损的直径大于 5cm，因此在 10 周以前移行到体腔外的中肠不能回纳入容积较小的腹腔，在整个胎儿期留存腹腔外生长。脐带上方的腹壁缺损往往较下方为多，故肝、脾、胰腺等均可以突出到体外。尤其是肝脏，因体积较大、位置靠前更易膨出，是巨型脐膨出的一个标志。脐膨出的内脏有一囊膜包裹着，此层囊膜为羊膜和相当于壁层腹膜的内膜融合组成，在二者之间有一层胶冻样的结缔组织(warthon 胶冻)，囊膜略带白色透明 1~2mm 厚，薄厚不均。在巨型脐膨出囊膜下半部或接近下缘处可见有脐带的残株。

2. 小型脐膨出(胎儿型脐膨出) 形成腹壁的体层于 10 周后出现发育停顿，腹壁的缺损小于 5cm，此时体腔已经有相当容积，部分的中肠能够还纳入腹腔，脐带的残株在囊膜的中央，这个囊即是扩大的脐带基底，又称脐带疝。囊膜内有肠袢而肝、脾等

内脏均未突出于体外。

3. 伴发畸形。1986 年 Moore 报道，在 490 例腹壁畸形中脐膨出占 287 例 54% 有伴发畸形，与遗传有关。中国医科大学报道 56 例脐膨出中有 17 例伴发其他畸形，占 30.4%，伴发 2 种以上畸形者 7 例占 12.5%。

脐膨出口可以合并存在卵黄管未闭、Mcckel 憩室脐尿管未闭、结肠缺如、膀胱外翻、肠重复畸形、膈肌发育不全及缺损胸腹部不完全连体畸形等与腹壁发育停顿有关的疾病，而肠旋转不良为最多见的并发畸形。另外，脐膨出可发生很多染色体综合征，如 13-1516-18 和 21-三体性染色体综合征。40% 脐膨出患儿可以合并其他的先天性畸形如唇裂、多指、先天性心脏病等。如脐膨出伴有巨舌，同时身长、体重超过正常水平，则称为脐膨出-巨舌-巨体综合征；有时还伴有低血糖症和内脏肥大 (Beckwith-Wiedemann 综合征)。

Contell 五联征是脐膨出的另一种类型，它是由腹壁发育停顿造成。表现上腹脐膨出伴有胸骨远端裂，前中线膈肌缺损，心包与腹腔相通，心内发育异常 (如室间隔缺损、法乐氏四联征等) 和心脏向前移位。通过透明的囊膜可见到心脏跳动，有时肠袢可经膈肌缺损疝入心包。

临床表现：

1. 巨型脐膨出 腹壁的缺损环的直径超过 5cm，有时可达 10cm 以上，膨出部分的直径往往还要大，可在腹部中央突出如馒头样的肿物，脐带连接于囊膜的顶部。出生后通过透明膜可以见到囊内的器官，囊内容物除了小肠、结肠之外，还有肝脏、脾、胰腺甚至膀胱等。6~8h 后由于囊壁血液供应缺乏和暴露于空气之中，囊膜变得浑浊，水肿增厚。2~3 天后变得干枯脆弱，破裂、甚至坏死。囊壁的破裂可以导致腹腔的感染和囊内脏器的脱出，严重者可以招致患儿死亡，故应在早期及时处理。约 1% 患儿囊膜在产前或产程中破裂导致内脏脱出。囊膜一旦在宫内破裂，脱出的脏器由于长时间浸泡在羊水中，肠壁水肿增厚、表面无光泽，并有炎性渗出物覆盖，表面有许多胎粪色纤维素，腹腔继发感染，死亡率极高。如果分娩时囊膜破裂，内脏及肠管颜色较鲜红没有黄色纤维素覆盖，紧急处理，患儿可获挽救。虽然囊膜破裂的时间不同但均可找到残余囊膜，囊膜基底部的皮肤可以沿囊膜的表面爬行，最终于囊膜痂下形成结缔组织覆盖于囊膜的表面。皮肤与囊膜连接部易发生感染，并可扩散到腹腔。

2. 小型脐膨出 腹壁缺损环的直径小于 5cm，在腹部中央突出如橘子，甚至橄榄

样的肿物，因为膨出部分的直径往往较腹壁缺损环大，所以可形成腹部中央带蒂样物。囊内容物大多只有小肠，有时可有横结肠。分娩接生时如发现脐部扩大，应在脐带上 方结扎，防止将肠管结扎在其中，引起肠坏死。

囊壁的血液供给障碍和破裂可导致腹腔脏器脱出和继发腹腔感染，严重时常可危及患儿的生命。

鉴别诊断：

脐膨出需与腹裂相鉴别，两者鉴别的要点在于脐膨出无正常脐部结构，在肠曲或内脏之间可找到破裂残存的囊膜。而腹裂，脐、脐带的位置和形态均正常，只是在脐旁腹壁有一裂缝，肠管由此突出腹外。术前应做 X 线胸部透视及其他检查了解有无伴发畸形，以便手术中一同处理母孕期定期腹部超声检查可早期发现脐膨出以便产后立即采取治疗措施。

治疗原则：

1. 腹壁缺损直径 $<5\text{cm}$ ，一期手术治疗；
2. 腹壁缺损直径 $>5\text{cm}$ ，先用非手术治疗后行二期手术。

用药原则：

1. 手术治疗时，一般静脉应用抗生素即可，同时加强支持治疗。
2. 非手术治疗，应用外用药（红汞）等必要时加用静脉抗生素（如“B”或“C”项）。

疗效评价：

1. 治愈：脐膨出修复后，伤口一期愈合，无其他症状。
2. 好转：脐膨出的囊腔表面结痂，形成腹疝。
3. 未愈：未变化。

辅助检查：

术前应做 X 线胸部透视及其他检查，了解有无伴发畸形，以便手术中一同处理。

治疗：

先天性脐膨出患儿不论膨出的大小，都应尽早手术。如能在生后 6h 内完成手术，不但可以减少感染和囊膜破裂的危险而且由于胃肠道内没有食物，气体少，有利于将膨出的脏器回纳腹腔进行修补，可降低死亡率。

(1) 适应证：①不论脐膨出大小，囊膜壁破裂者应急诊手术，术中先妥善处理肠道畸形，然后再按囊膜破裂的原则治疗脐膨出；②小型脐膨出，基底部直径 $<5\text{cm}$ ，囊

内仅含有肠管，而不含有肝脏，膨出脏器还纳腹腔后不致引起呼吸和循环功能障碍者；③囊膜基底呈蒂状，膨出脏器易发生扭转引起梗阻或嵌顿者；④合并肠闭锁、肠狭窄、肠旋转不良等肠梗阻畸形者。

(2) 术前准备：脐膨出患儿因巨大羊膜囊或肠管直接暴露在体外，热量丧失很快，容易出现低体温；体液也可迅速丢失，导致水、电解质平衡失调；由于污染则易发生感染和败血症故术前应重点做好体温管理，预防感染和纠正水、电解质平衡失调。

①覆盖羊膜：患儿出生后，立即用无菌温盐水抗生素纱布覆盖羊膜或脱出的肠管，外面置干纱布包裹，在敷料外再敷一层塑料膜，或将患儿躯体放入塑料袋内，以防水分蒸发和热量丢失。对有肠管脱出者，包裹时应将肠管提离腹壁，并注意防止肠管扭曲和绞窄。

对就诊较晚伴有体温低下、羊膜或脏器污染的病例，先用温生/理盐水/抗生素溶液反复冲洗，使体温慢慢恢复，同时可清除脏器表面的污染。对防止低体温所致的代谢紊乱和腹膜炎引起的败血症非常有效。

②胃管减压：留置胃管并经常抽吸，防止呕吐和减少胃肠道气体。应迅速转外科处理。

③快速补液：纠正水、电解质平衡失调，并给血浆 20~40ml， γ -球蛋白 50mg/kg。同时给予广谱抗生素维生素 K、吸氧等。

上述各项处置，包括对患儿的必要检查，均应在 1~2h 内完成以保证尽快施行手术。

(3) 手术方法：有一期修补术、二期修补术和分期整复修补术 3 种。手术步骤分成 3 步：内脏复位、切除疝囊、修补腹壁。

①一期修补术：主要适应于小型脐膨出。一般腹壁缺损直径在 5cm 以下，囊肿直径在 5cm 以内，膨出物多为小肠通常能将其纳入腹腔，可行一期修补术。术中保留 1~2mm 的皮肤与囊膜相连，环形切开脐膨出的周边皮肤和皮下组织。在切口上方找出脐动静脉，进行结扎。将腹膜切一小口，伸入手指检查囊膜与脏器有无粘连，有肝脏膨出的患儿，囊膜有时与肝脏紧密粘连，勉强分离易引起肝脏出血或破裂。因此，可将黏着的囊壁留于肝上，其余的囊壁全部剪除，用 0.25%普鲁卡因溶液 10ml 做小肠系膜根部封闭检查有无肠旋转不良，如有应予以解除。然后将脏器轻轻纳入腹腔。还纳困难时可用手伸入腹腔，用拳头强力扩张腹腔，牵拉腹壁。逐层缝合腹壁，必要时做减

张缝合。

值得注意的是脐膨出愈大，更提示腹腔发育不良，因此手术时将内脏完全纳入腹腔，修补腹壁缺损往往很困难甚至不可能。由脊柱两侧向前腹壁切口处用手缓慢地反复扩张腹壁，可使本来容积很小的腹腔逐渐扩大；自肠管近端逐渐向远端挤压，尽量排出肠道内胎粪和气体，有助于肠管的还纳。

术中密切观察病儿的呼吸、脉搏、血压的变化。切忌粗暴和用力过大。如膨出的脏器不能全部纳入腹腔，或在回纳的过程中以及纳入之后，病儿出现呼吸困难、发绀等情况时，则不必修补腹壁仅将皮下组织和皮肤缝合即可，使其形成腹壁疝，以减低腹腔内压力。待以后二次手术修补腹壁缺损。

②二期修补术：巨型脐膨出需行二期手术修补整复，因其腹壁缺损直径在 5cm 以上，囊肿直径大于 5cm 并有肝脏膨出，一般不易一次还纳，即使一次可还纳也可使膈肌抬高，影响呼吸，应行分期整复修补术或二期修补术。手术开始前可先用手将膨出的内脏复位，并向中央拉拢两侧的的皮肤，如果两侧皮肤能够对合(或试行回纳如膨出的脏器能完全还纳入腹腔)，而不引起呼吸和循环障碍者则行一期修补术；否则应行分期整复修补或二期修补术。第 1 期，游离两侧腹壁，并做腋中线腹部两侧皮肤的纵行减张切口，将皮肤向中线拉拢缝合，覆盖在脐膨出的巨型囊膜上。第 2 期，在患儿 1~2 岁时进行，手术要求切除瘢痕，轻柔分离肠管表面与腹壁粘连，重新整复肠管，解剖腹壁各层，并分层缝合。此法优点是能防止感染和腹壁裂开，缺点是分离粘连时可能损害肠壁，引起广泛渗血，因而未被广泛采用。

③分期整复修补术(Schuster 法)：主要适应于巨型脐膨出。术中利用两片合成涤纶片或含硅塑料薄膜覆盖在巨型脐膨出的囊膜上，将边缘分别缝合于游离出来的两侧腹直肌的内缘，然后将两片合成纤维在中线的顶部及上、下端缝合成一个袋子，术后每 1~2 天紧缩涤纶袋 1 次，使脱出的脏器逐渐还纳入腹腔，促使腹腔容积渐渐扩大。经 10 余次紧缩缝合内脏可以全部还纳入腹腔，此时去除合成纤维片，分层缝合腹壁。

硅袋有异物刺激，作用存留时间越长，发生感染的机会越多，硅袋固定处也容易松脱。国外曾用聚四氟乙烯织品做成网袋或冻干硬脑膜代替硅袋，效果良好。中国人报道用阔筋膜、脐带片等自身材料修补，术后感染发生率明显降低。

此法的主要优点是使腹腔缓慢的扩大，腹压不致急剧增高，使不能行一期修补术的病例得到挽救。其缺点是，即使质量优良的涤纶织物直接压迫肠管，也易发生肠痿。

因此，应尽早除去涤纶织物关闭腹腔。

(4) 手术并发症：婴儿的腹腔较小，在缺损较大，膨出的内脏较多时，若强行还纳内脏，修补腹壁，使腹腔内压力过高，可引起一系列严重的病理改变。

①呼吸障碍：由于膈肌上推，使呼吸困难引起发绀，甚而致命。

②循环障碍：腹内压增高压迫下腔静脉和门静脉，使其回流受阻，造成循环衰竭及下肢充血性水肿。

③肠梗阻：压迫胃和小肠致肠管堵塞、坏死或穿孔。

④创口崩裂：创口张力太大，容易裂开，再次造成内脏脱出。

(5) 术后处理：继续保温、补液或输血、肠道外营养、给予抗生素、持续胃管减压。

非手术疗法 过去认为手术是挽救病儿生命的惟一方法，但死亡率较高。近年来，有人根据病儿的具体情况采用不同的治疗方法，即对早期就诊的病儿仍采用手术治疗但对那些就诊较晚，全身情况不佳，局部已有感染的病儿，则采用非手术疗法，也获得了较好的效果。

(1) 治疗机理：非手术疗法是将结痂剂涂在囊膜表面使其干燥并结痂，痂下生长出肉芽组织，然后由外周皮缘再向肉芽组织表面生长出上皮细胞，囊膜由上皮细胞和结缔组织覆盖，形成类似腹外疝的形式，以后选择适当时机再修补腹外疝。

(2) 适应证：①囊膜完整大小不同的脐膨出，特别是早产儿合并其他严重畸形或并发症而不适合手术者，如膀胱外翻、严重心脏病多发畸形等；②巨大脐膨出囊膜完整脱出内脏不能还纳入腹腔又无条件行分期手术修补者；③生后 3~4 天才就诊，羊膜表面已有感染者。

(3) 常用结痂剂：苧烷胺(zephiran)0.5%硝酸银液、1%碘酊或 0.5%红汞加 65%乙醇等，由于红汞吸收后可引起全身性中毒近年来极少应用。

(4) 操作方法：选择适当结痂剂涂擦在囊膜及其周围每天涂擦囊膜 1~2 次，保持局部干燥，每次涂擦后用无菌纱布覆盖，外用弹性绷带包扎。因为乙醇和硝酸银有杀菌、凝固蛋白及收敛的作用，一般在 1~2 天后囊被呈干痂状，1 周后整个囊膜上会结成一层层厚的结痂，干痂逐渐脱落，创面有肉芽组织增生，而周围的上皮组织逐渐向中央生长，一般在 2~3 个月内皮肤可以覆盖整个囊膜。由于瘢痕的收缩，肠管逐渐退入腹腔，在此过程中，随着患儿的生长发育，腹腔的容积逐步扩大，突出体外的脏

器如肝脏、肠管等缓慢还纳入腹腔。待 1~2 岁后手术修补腹壁。

非手术疗法不需要特殊设备及技术，方法简便易行，效果可靠。但亦有缺点：不能发现腹内其他伴发畸形；上皮细胞、瘢痕组织愈合覆盖囊膜所需治疗时间较长；肠管与瘢痕间常有广泛粘连，致使修补手术较为困难。

有奖读图第 70 期

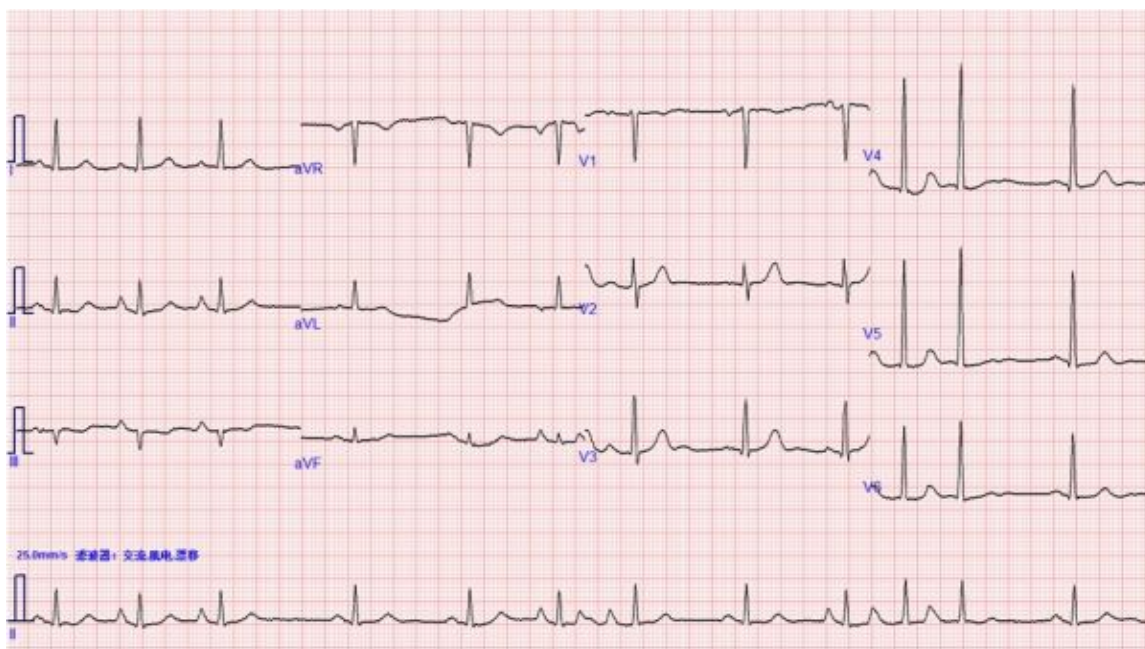
作者：trg

链接：<http://bbs.iiyi.com/thread-3401837-1.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】

患者男性，心慌气短多日就诊。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、草原民间中医

第二部分——中医部分

中医治疗多汗症

作者：余氏中医

链接：<http://bbs.iiyi.com/thread-2492813-1.html>

多汗症属于比较少见的一种疾病，准确的说，更接近是一种体质，它不同于一般疾病引起的盗汗、自汗，主要症状就是无明确原因的大量出汗，常规检查难于找到准确病因，西医没有有效的治疗方法，令病人苦不堪言。从2007年至今，我一共治疗多汗患者11例，都取得了满意疗效，下面介绍一个典型病例：

患者张XX，女，19岁，2009年12月31日就诊。其母代述，患者自小多汗，有时一天要换两次衣服，甚至在写字的时候手心的汗会把书和本子浸湿，不论春夏秋冬都是如此；父母也多次带她去各级医院检查，但始终找不到有效地治疗方法。因此患者产生了严重的自卑心理，初中毕业以后就不肯再继续上学。后来，家里让她学习理发，因为手上的汗经常会流到顾客的头上脖子上，导致顾客投诉，于是只好不再学了。

刻诊：患者偏瘦，当时测血压105/65mmHg，血常规、尿常规正常，出汗部位以手脚心为主，出汗如断线珍珠一样，一滴连着一滴，身体其他部位也比正常人汗多，饮食正常，睡眠不佳，容易疲劳。结合脉象分析，决定给予调补心肺，益气养阴及敛汗作为治疗原则，用当归六黄汤合四君子汤加减，药方如下：

制黄芪20克，生白术8克，党参10克，茯苓10克，陈皮6克，生甘草6克，防风8克，当归12克，生地12克，熟地12克，黄芩12克，黄柏12克，黄连12克，龙骨20克，牡蛎20克。七剂，水煎内服。

一周后复诊，自诉自汗现象有所减轻，手脚心虽然还有出汗，但是明显比一周前好转。在原方基础继续服用一周，疗效满意，未再继续服药。后随访4年无复发。

脉诊心传——揭开自学脉诊的不二心法

作者：但愿人皆健

链接：<http://bbs.iiyi.com/thread-2514702-1.html>

脉诊是中医诊断的主要手段之一，是历来让中医学子心神向往又烦恼头疼的神秘诊法。单凭三个指头，便可知人所患，定人生死，真是让人羡慕不已的技能！然而，脉学的玄之又玄，又让人常常摸不着头脑，长恨无良师亲授。学脉诊，大家都说难，究竟难在哪里？学子总结为两大方面。

其一，没有标准，个人主观性强。脉诊用的是一种触感，没有规范、标准的展现。不像视觉，可以将看到的颜色用色谱展现，对应出红黄青白黑等颜色。即使有形象的描述，如滑脉的如珠滚动，涩脉的轻刀刮竹……但也很难让人真实体会认识。现在中医院校制造出来粗糙的脉诊模型，摸起来更是让中医学子莫名其妙。按理说，手把手相授的师带徒形式，是在临床上最经得起考验的有效方法。然而现今中医教育的主流模式是科班教授，脱离了实践的课本式教育，几乎让脉诊形同虚设。

其二，理论混杂，让人不得要领。脉诊的理论就像中医各派的理论，所谓各家学说，不得其要者，就变成了各家胡说，让人莫衷一是。如濡脉，《脉经》认为“濡者，如帛衣在水中，轻手相得。”具有浮软的特点。而后世不少医家及教材认为濡脉是浮软细，有些医家认为濡脉即软脉，甚至有些认为是浮大软，各自的理解产生了相反的论述。如此混乱的脉诊学说，常使人看的书越多，心里越是迷糊。究其根源还是在于不明白脉诊的精髓。脉诊的“要”在哪里？是本篇重点阐述的内容。

首先，明白脉诊的终究目的。

脉诊的流派，根据它的目的，可以分为两大类，一类为辨病脉诊，一类为辨证脉诊。

何谓辨病脉诊？即是通过诊脉得知患者得了什么疾病。如发现鼻炎、尿道炎、肿瘤、结石……等等。现今流行的《金氏脉学》即此类。

何谓辨证脉诊？即是通过诊脉得知患者得了什么证型病机。如辨证为风寒表实证，肝郁脾虚证……等等，这是主流的脉诊。因为中医的精髓是辨证论治，得出是什么证便可“有是证用是药”了。而通过脉诊辨病，虽然在一定程度上认识了疾病，但

对临床用药没有主要的指导意义。

其次，明白辨证的核心内容。

中医辨证的核心包括两个方面的内容：第一辨部位，第二辨病性。

病位者，病变的部位，脏腑经络、卫气营血阴阳是也。

中医理论一早将五行系统划分出来，而应用于人体时，便产生了六脏、六腑、六气了，似乎有矛盾，其实不然，这是因为五行是论述宇宙的规律，没有上下之分；而人体是一个完整的系统，有升降才能完成新陈代谢，故将火分成了君火和相火，六脏便多了心包，六腑多了三焦。以六脏为纲，将经络、卫气营血阴阳统一起来，便能更有效的指导处方用药了。

脉诊反应的病位正对应此。

左手			右手		
寸	关	尺	寸	关	尺
心（沉）	肝（沉）	肾（沉）	肺（沉）	脾（沉）	命门（心包）（沉）
小肠（浮）	胆（浮）	膀胱（浮）	大肠（浮）	胃（浮）	三焦（浮）
营	血	阴	卫	气	阳

病性者，病变的性质，虚实、寒热、浮沉（逆陷）、开合是也。

中医的病性，通常只论述到八纲中的虚实、寒热，其实还很不全面，比如胃气上逆，大气下陷、卫气不开、肺气不敛……这些平常处处可见的证型，如何去论述？其实，我们对病性的认识太模糊了。中医的病性，其实相当于西医学说的病理，中医的病理有两个，就是太过、不及。那么就是说生理功能的太过、不及便是病性，而维持人体正常生理的因素有哪些？弄清楚这个问题，一切便迎刃而解了。

中医认为，人是由气组成的，其实天地都一样，而气可以分为阴阳两种，那么维持了阴阳二者的平和，便维持了正常的生理。所以，第一点，便是阴阳数量的相对平衡，人身为形体，有一定量的阴阳组成。太少便产生了虚，过多便产生了实；第二点，阴阳性质的相对稳定。人为恒温动物，阴平阳秘乃为常人。阴为寒，阳为热，阴太过或阳不及便产生了寒，阳太过或阴不及便产生了热；第三点，阴阳的运动，即气的运

动。人为动物，生生不息，顶天立地的人，给他画一个运动的坐标，便有了内部的升降运动，完成体内的能量分配；内外的散敛运动，完成人体与外界的能量沟通。升太过或降不及，便产生了浮（逆），降太过或升不及便产生了沉（陷）；散太过或敛不及便产生了开，敛太过或开不及便产生了合。所以中医的病性应该包括虚实、寒热、浮沉（逆陷）、开合。（此病性八纲可参考拙作——重释中医“八纲”辨证）

脉诊的纲领脉，反应的正是病性的内容。

病性	虚	实	寒	热	浮（逆）	沉（陷）	开	合
主脉	虚	实	迟	数	浮	沉	濡	弦
内容	力量的强弱程度 脉管的大小程度		频率的快慢程度		位置的浅深程度		脉管的软硬程度	
表述	太强/大为实 不足/细为虚		太快为数（>80） 太慢为迟（<60）		浮有余，中不足为浮 沉有余，中不足为沉		太软为濡（涣散） 太硬为弦（紧绷）	
意义	正气虚/邪气实		正气动/静		正气的位置（表/里）		正气的出入状态	
常脉	不虚不实/不大不细 有力柔和不顶指		不快不慢 60—80 次/分		不浮不沉 中取明显最有力		不软不硬 松软而有弹性	

最后，不断的用这个理论去指导实践。

例如：伤寒的典型脉象，我们说是浮紧脉，其实是不全面的。根据上述病位、病性的论述，这个脉完整表述应该为左脉（寸关尺）浮紧实数，反应的是膀胱经卫分（病位）实寒，正气欲祛邪外出之势。此时可以用麻黄汤，顺势利导，开腠理，驱邪外出。但是如果是无力的虚脉，或是迟脉，反应的病情显然是不同的。兼虚者，须加参芪以助正撤邪，兼迟者，还须附桂以助阳祛邪。

风热的脉象，我们通常说是浮数脉，其实也是不全面的。这个脉的表述应该为两寸浮实数（脉不弦不濡可以不述），反应的是心肺营卫（病位）实热，正气欲祛邪外出之势。此时用银翘散，清营透卫，收正祛邪。但是如果是无力的虚脉，或是濡脉、弦脉，反应的病情显然是不同的。

又如肝郁脾虚的脉，典型的脉象是左关中弦（实数），右关浮虚（濡数）。

眩晕辨治

作者：田丰辉

链接：<http://bbs.iiyi.com/thread-3395217-1.html>

患者，男，48岁，藏族，主诉头晕2月余。患者住在墨脱驻村，2个多月前无诱因出现头晕不适，每天感头昏沉，不清醒，无视物旋转，无恶心呕吐，无头痛，初在市人民医院住院治疗，上述症状无好转，后又在藏医院住院治疗，诊断为“美尼尔氏综合征”，经住院输液治疗半月，仍无好转，病情不增不减，因既往有“糖尿病、高血压病”病史，故常来我诊所测血糖，问及此病能治否，答：可以治疗。查：舌苔黄、厚，舌上少津，脉沉滑。思考患者素有“高血压病”病史，遂初以天麻钩藤饮加味治疗，处方：天麻15克，钩藤15克，石决明20克，黄芩10克，栀子10克，丹皮10克，杜仲15克，怀牛膝15克，桑寄生15克，龙骨20克，牡蛎20克，珍珠母20克，白芍15克，夏枯草20克，患者服药5剂，头晕依然。

细思：墨脱地处西藏东部，潮、湿、热为其特点，患者本常年居住在海拔2900米的林芝市，而在墨脱居住一小段时间后，感受湿热之气，湿热之邪上犯清窍，故有头晕不适症状。遂拟黄连温胆汤加味治疗，处方：天麻15克，黄连6克，半夏10克，茯苓15克，陈皮10克，枳实10克，竹茹10克，珍珠母20克，龙骨20克，牡蛎20克，石菖蒲15克，白术10克，炙甘草6克。患者服药5剂，头晕症状较前好转，诉伴有失眠，遂仍用前方加味治疗，处方：天麻20克，钩藤15克，黄连6克，半夏10克，茯苓15克，陈皮10克，枳实10克，竹茹10克，珍珠母20克，龙骨20克，牡蛎20克，石菖蒲15克，白术10克，远志10克，夜交藤30克，炙甘草6克。患者服药1剂后，头晕消失，头脑清晰，失眠也明显改善。

眩晕一病，用经方者，多取苓桂术甘汤、泽泻汤、真武汤、旋复代赭汤，而用时方者，多遵《中医内科学》之理论，按其证型归为：肝阳上亢、痰浊上扰、气血亏虚、肾阴肾阳亏虚，其中痰浊上扰清窍的治疗，除用半夏白术天麻汤外，还用了黄连温胆汤的治疗，我想，半夏白术天麻汤为治疗痰浊上犯清窍之属寒者，黄连温胆汤为痰浊上犯清窍之化热者，一温一寒，互相对应，实为中医之巧。

九针治偏瘫

作者：天上的木材

链接：<http://bbs.iiyi.com/thread-3400673-1.html>

中风后遗症，患者一侧肢体功能障碍，上肢表现为屈曲，下肢伸直，手指呈屈曲状态，被动伸直手，有僵硬抵抗感，瘫痪的下肢走一步划半个圈，这种特殊的走路姿势，这就是典型的偏瘫步态，也是偏瘫患者特有的表现。

如何让偏瘫患者早日恢复健康，我们通过九针对此病的治疗和研究，取得了一些较好的治疗效果，分享给大家，欢迎大家实践。

通过取相，当我们握拳的时候，可以将两个拳头，理解为我们的大脑，左手对应的为左脑，右手对应的为右脑，拳头内握的空间，对应的即是大脑内的脑髓，所以当左脑出血或脑梗，我们就需要疏通左手拳头内的气机，如下图所示：



专业交流

用 12 根半寸的针，疏通四个手指的 12 个关节，这样就可以起到疏通脑部的气血，促进大脑内能量和精微物质的运行。上图中疏通的是左手，意味着该患者左侧大脑有中风的病史。

患者偏瘫往往发生在对侧肢体，也就是左侧脑部出血，右侧肢体会出现功能障碍，所以我们可以利用九针，疏通功能障碍的一侧，图中疏通的是右手，扎四针，分别从掌指关节，沿着指背平刺，相当于九针组合里面“拉弓射箭”的一部分，食指和中指对应上肢，无名指和小指对应下肢。



当扎完这十六针后，就可以让患者慢慢活动身体，你会发现不少患者很快就有感觉，有的甚至扎完针几分钟就有感觉。

一般可以三天扎针一次，气血旺盛的患者可以每天扎，身体虚弱的患者，可以配合服用补益气血的药物，如：八珍汤。



我为人人，人人为我

我的招牌膏药

作者：赤脚大仙 1025

链接：<http://bbs.iiyi.com/thread-2519321-1.html>

药物组成：

花椒 30 克，白芥子 50 克，吴茱萸 60 克，细辛 30 克，肉桂 30 克，附子 30 克，延胡 30 克，艾叶 30 克（做成膏药则不用），桂枝 30 克，丁香 40 克，干姜 50 克，上方打粉过 120 目筛，该药粉可甘油调膏贴脐，也可调成流质，加入等体积巴布贴基质做成巴布贴。目前我做成巴布贴，名为“如意温中膏”，上次做了三百张，一周已卖出四十余张，定价二十块钱一张。

主治：

急性胃肠炎：胃痛，与受凉、食冷、食海鲜等冷性食、喜温喜按，贴剑突下，一般十分钟见效，二十分钟痛止，曾治愈三例，均半小时见效。

急性胃肠炎腹泻：或伴呕吐，腹痛喜温喜按，腹泻，贴神阙，一般一贴愈，小儿效更佳曾试十余例，效果确切；

慢性胃炎、胃溃疡：形寒，不能食冷，食后胃痛，胃胀暖气恶心，一贴见效，一般 5-7 天临床治愈（症状消失，能食冷饮水果），我治过最长的十天。目前已治疗二十余例，有效率 80% 以上。

慢性肠炎、结肠炎：腹泻，食冷、吹风后易发，甚者夏日腰上拴围巾（治过二例），一般一至三贴见效，治愈二至四周，日一次，贴神阙。目前已治十余例。

腰酸冷，下肢寒，脚不温，贴腰阳关，一周见效。

该膏药成本低，效果好，疗效比吃中药明显，副作用小。

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

鼠曲草

别名：无心草、鼠耳草、香茅、虻蜉酒草、黄花白艾、佛耳草。

来源：菊科植物鼠曲草的干燥全草。我国大部分地区有分布。主产于江苏、上海郊区及浙江等地。

形态：一年生或二年生草本，高 10~50 厘米。茎直立，密被白绵毛，通常自基部分枝。叶互生；下部叶匙形，上部叶匙形至线形，长 2~6 厘米，宽 3~10 毫米，先端圆钝具尖头，基部狭窄，抱茎，全缘，无柄，质柔软，两面均有白色绵毛，花后基部叶雕落。头状花序顶生，排列呈伞房状；总苞球状钟形，苞片多列，金黄色，干膜质；花全部管状，黄色，周围数层是雌花，花冠狭窄如线，花柱较花冠为短；中央为两性花，花管细长，先端 5 齿裂，雄蕊 5，柱头 2 裂。瘦果椭圆

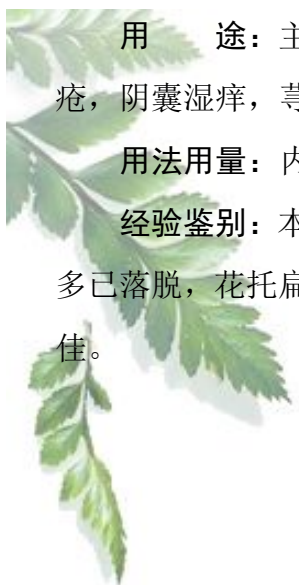


形，长约 0.5 毫米，具乳头状毛，冠毛黄白色。花期 4~6 月。果期 8~9 月。

栽培：鼠曲草喜温暖湿润的气候，对土壤要求不高常生长于田边、山坡及路边。

性味功能：性温、味咸、辛。化痰止咳、祛风除湿、清热解毒。

我为人人，人人为我



用 途：主治咳喘痰多，风湿痹痛，泄泻，水肿，蚕豆病，赤白带下，痈肿疮，阴囊湿痒，荨麻疹，高血压等症。

用法用量：内服 6~15 克。

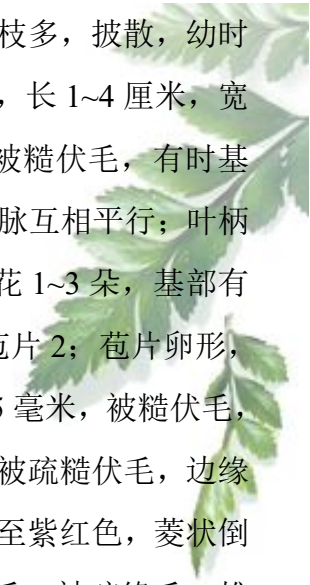
经验鉴别：本品质柔软，头状花序顶生，多数金黄色或棕黄色，舌状花及管状花多已落脱，花托扁平，有花脱落后的痕迹。气微，味微甘。以色灰白、叶及花多者为佳。

地 葱

别 名：紫茄子、山辣茄、库卢子、土茄子、地蒲根、地脚葱、地樱子。

来 源：野牡丹科植物地葱的干燥全草。分布于我国贵州、湖南、广西、广东、江西、浙江、福建等地。越南也有分布。





形态：小灌木，长 10~30 厘米；茎匍匐上升，逐节生根，分枝多，披散，幼时被糙伏毛，以后无毛。叶片坚纸质，卵形，顶端急尖，基部广楔形，长 1~4 厘米，宽 0.8~3 厘米，全缘或具密浅细锯齿，3~5 基出脉，叶面通常仅边缘被糙伏毛，有时基出脉行间被 1~2 行疏糙伏毛，背面仅沿基部脉上被极疏糙伏毛，侧脉互相平行；叶柄长 2~6 毫米，有时长达 15 毫米，被糙伏毛。聚伞花序，顶生，有花 1~3 朵，基部有叶状总苞 2，通常较叶小；花梗长 2~10 毫米，被糙伏毛，上部具苞片 2；苞片卵形，长 2~3 毫米，宽约 1.5 毫米，具缘毛，背面被糙伏毛；花萼管长约 5 毫米，被糙伏毛，毛基部膨大呈圆锥状，有时 2~3 簇生，裂片披针形，长 2~3 毫米，被疏糙伏毛，边缘具刺毛状缘毛，裂片间具 1 小裂片，较裂片小且短；花瓣淡紫红色至紫红色，菱状倒卵形，上部略偏斜，长 1.2~2 厘米，宽 1~1.5 厘米，顶端有 1 束刺毛，被疏缘毛；雄蕊长者药隔基部延伸，弯曲，末端具 2 小瘤，花丝较伸延的药隔略短，短者药隔不伸延，药隔基部具 2 小瘤；子房下位，顶端具刺毛。果坛状球状，平截，近顶端略缢缩，肉质，不开裂，长 7~9 毫米，直径约 7 毫米；宿存萼被疏糙伏毛。花期 5~7 月，果期 7~9 月。

栽培：地苳喜温暖湿润的气候，稍耐旱。生长适且温度为 25~30 摄氏度。一般土壤均能种植。低洼积水地不宜栽培。

性味功能：性平，味甘、涩。清热解毒，祛风利湿，补血止血。

用途：用于预防流行性脑脊髓膜炎，肠炎，痢疾，肺脓疡，盆腔炎，子宫出血，贫血，白带，腰腿痛，风湿骨痛，外伤出血，蛇咬伤。

用法用量：内服 15~25 克。

经验鉴别：地苳茎四棱形，多分枝，表面灰褐色或棕褐色，扭曲，有纵条纹，节处有细须根。气微，味微酸涩。

编辑：王颖健

责任编辑：金陵一剑



我为人人，人人为我

反复胸闷、气短 1 月

作者: ww2sxy520

链接: <http://bbs.iiyi.com/thread-3377130-1.html>

●病例摘要:

一般情况: 男性, 48 岁, 农民。

主诉: 反复胸闷、气短 1 月

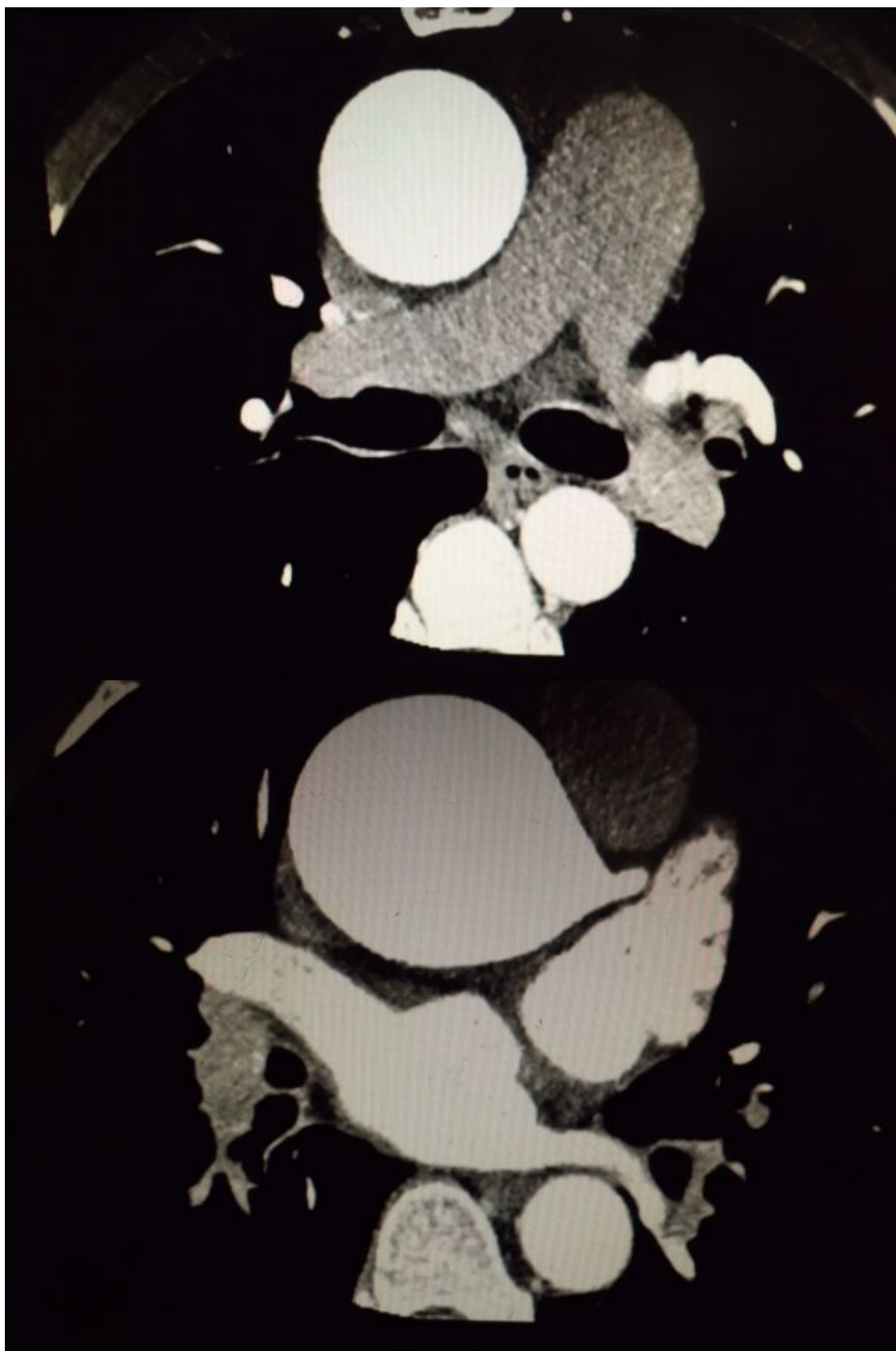
现病史: 患者 1 月前受凉后出现咳嗽、咳痰, 咳大量白色泡沫痰, 伴胸闷、气短、夜间不能平卧, 无心前区疼痛不适, 无头痛、头晕, 无乏力、多汗, 无发热、午后低热, 无咯血、呕血, 在附近医院输液治疗(具体药物及其剂量不详)后咳嗽、咳痰有所改善, 但仍有胸闷、气短、夜间不能平卧, 遂来我院就诊。

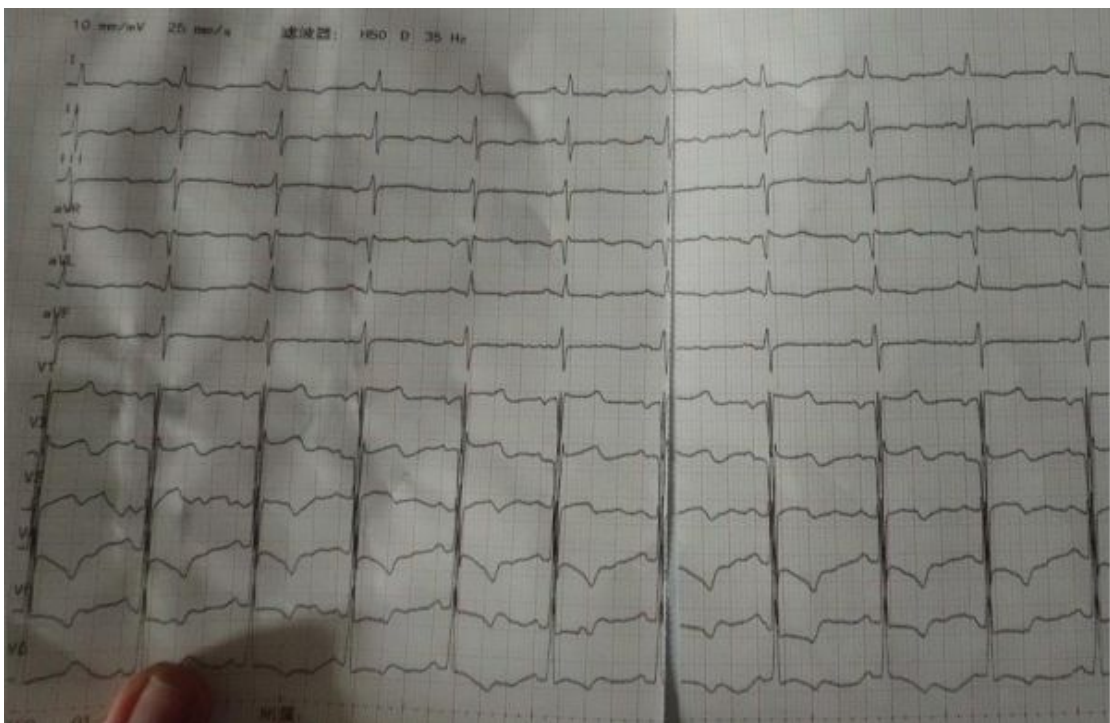
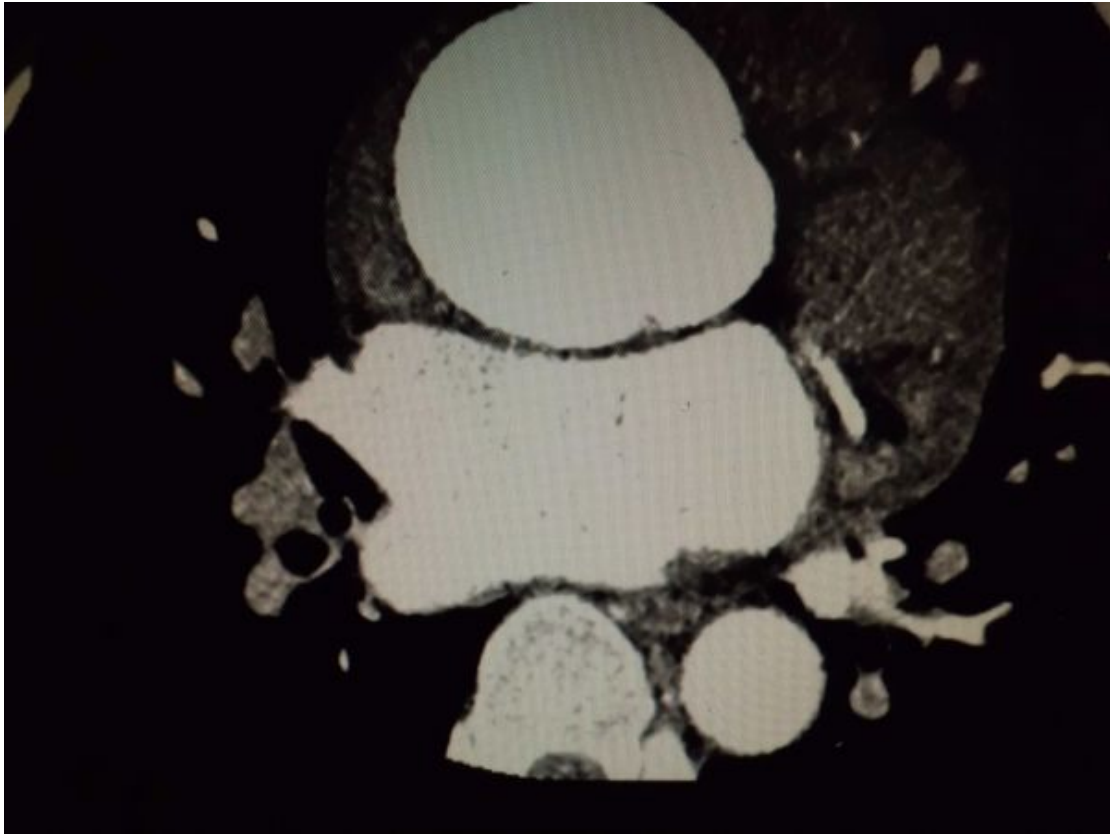
既往史: 既往体健, 无特殊病史。

查体: 体温 36.2℃, 脉搏 78 次/分, 呼吸 22 次/分, 血压 110/60mmHg。发育正常, 营养一般, 神志清楚, 精神欠佳, 问答切题, 查体合作。全身皮肤、黏膜无黄染, 浅表淋巴结无肿大。眼睑水肿, 巩膜无黄染, 结膜无充血, 双侧瞳孔等大等圆, 对光反射灵敏。耳、鼻无异常分泌物, 口唇、甲床略有紫绀。咽部无充血, 扁桃体无肿大, 颈软无抵抗, 颈静脉充盈, 甲状腺不大, 气管居中。双侧胸廓对称, 胸骨无压痛, 无胸壁静脉曲张, 双侧呼吸运动度一致, 双肺叩清音。双肺呼吸音粗, 双肺底散在湿啰音。心前区无隆起, 叩诊心浊音界无扩大, 心律齐, 心率 78 次/分, 主动脉瓣听诊区可闻及双期杂音。腹部平坦, 腹壁静脉无显露, 腹肌软, 全腹无压痛, 无反跳痛, 肝区及双肾区无叩击痛, 肠鸣音 4 次/分。双下肢轻度水肿。

辅助检查:

CRP: 20mg/L; WBC: $5.65 \times 10^9/L$, N: 74.9%, L: 17.3%, RBC: $4.93 \times 10^{12}/L$, HGB: 156g/L, PLT: $190 \times 10^9/L$; 心肌酶谱在正常之范围; 心电图和 CT 如下:





●请大家讨论该病例的诊断？诊断依据？

●临床讨论：

Sungungjie：

个人意见：结合病史及各项辅助检查，考虑心力衰竭。几张 CT 片没看出动脉栓，

病例讨论

建议查 D-二聚体，及凝血四项等检查，排除肺栓塞！

Jdxcty：

初步诊断：

冠心病；

心功能不全；

左心衰；

心功能III-IV级（纽约分级）；

陈旧性前间壁心梗？

主动脉瓣狭窄？关闭不全？

支气管炎。

诊断依据：

老年患者，受凉后发病，伴咳嗽、咳痰，胸闷气短，夜间阵发性呼吸困难，查体眼睑水肿，双肺下野湿啰音，主动脉瓣杂音，双下肢水肿。心电图是窦性心律，二尖瓣 P 波， V_1 - V_2 Q 波伴 ST 轻度抬高，ST-T 改变，CRP：20mg/L。

进一步检查：

除外肺栓塞，完善心脏彩超，加查肝颈静脉回流征，询问有无纳差，右心衰暂不能排除。下肢静脉彩超除外静脉返流性水肿。

治疗：

ACEI+ β_2 受体阻滞剂+利尿剂+硝酸酯类，抗炎化痰对症治疗。仍不缓解可加用洋地黄，定期复查电解质，完善 Holter 最好。

Jiabingsanqian：

增强胸部 CT 不太清楚，是在暗示肺栓塞，心电图各导联分开一下更清楚。建议检查 D-二聚体和 ECT 再诊断肺栓塞。以现有资料诊断：肺动脉高压、陈旧心梗、慢性支气管炎急性发作、左心房高电压。治疗：低流量吸氧， β 内酰胺类抗生素、化痰。

tianya978：

初步诊断：

心脏瓣膜病（主动脉瓣狭窄并关闭不全）；

心功能不全；

心功能III级（纽约分级）。

诊断依据：

老年患者，受凉后发病，伴咳嗽、咳痰，胸闷、气短，夜间阵发性呼吸困难，查体眼睑水肿，双肺下野湿啰音，主动脉瓣杂音，双下肢水肿，CRP:20 mg/L。

进一步检查：

1. 心脏彩超，明确瓣膜情况；2. 炎症三项、ASO，看是否存在风湿活动；3. 结核相关检查；4. 可以考虑做冠脉 CTA；

治疗：

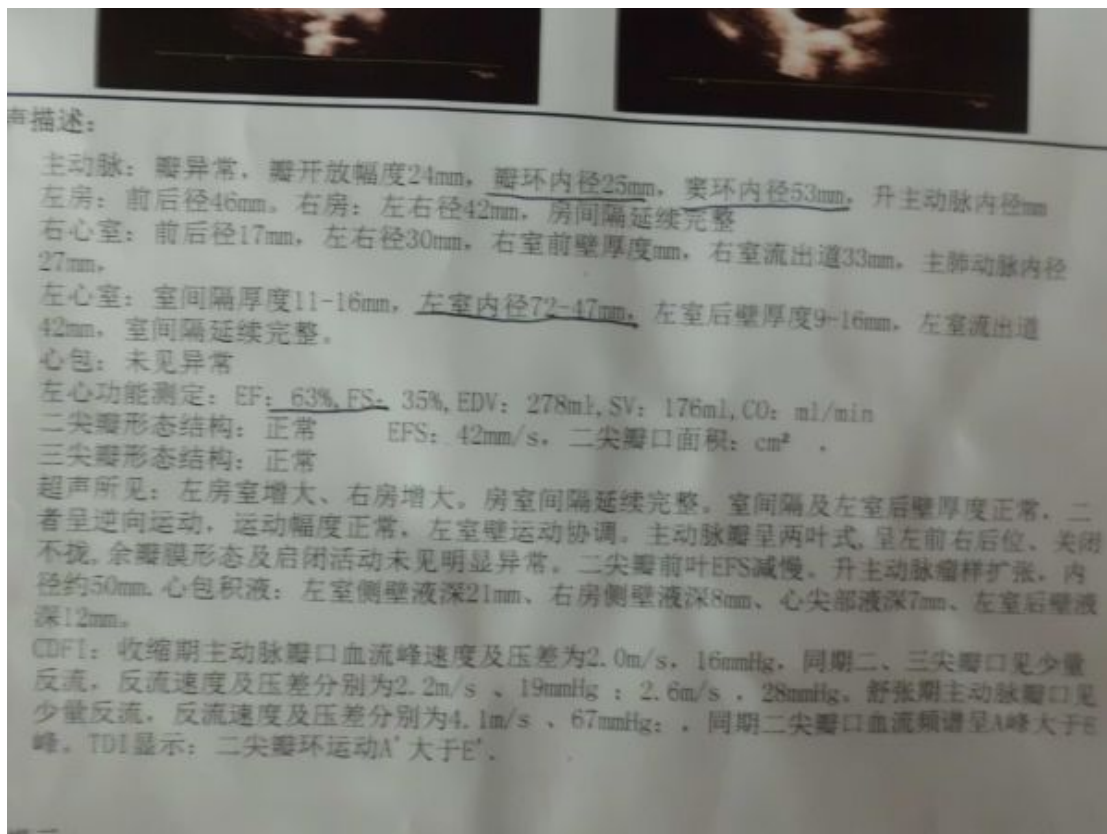
主要是利尿、补钾。心律为窦性、不快， β 受体阻滞剂可暂时不选。

●结论：

ww2sxy520:

公布结果：

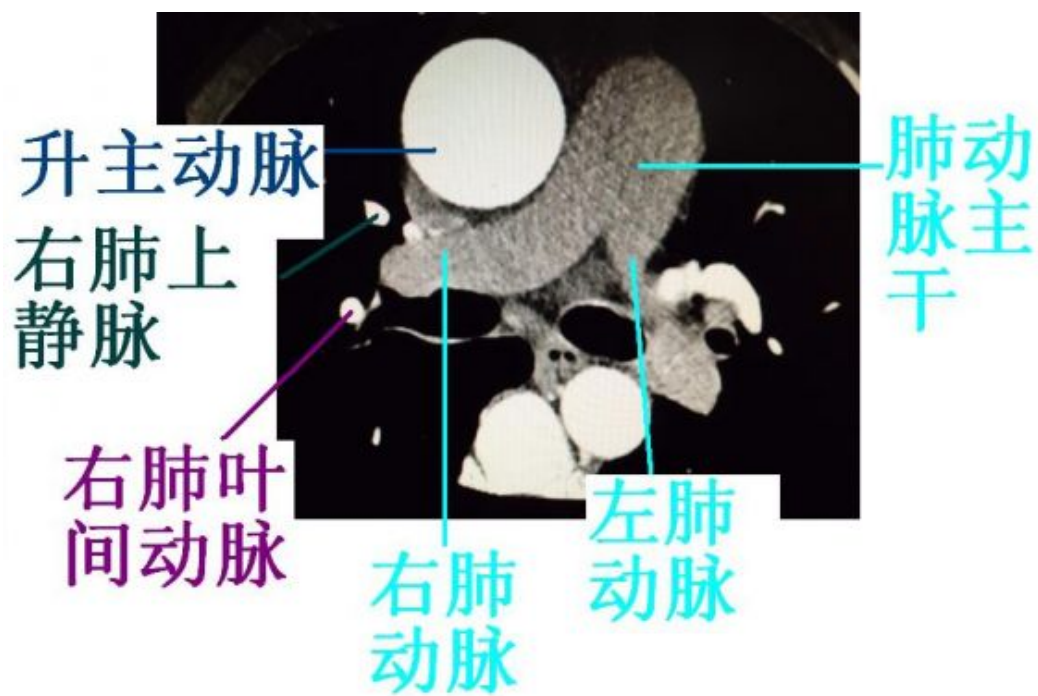
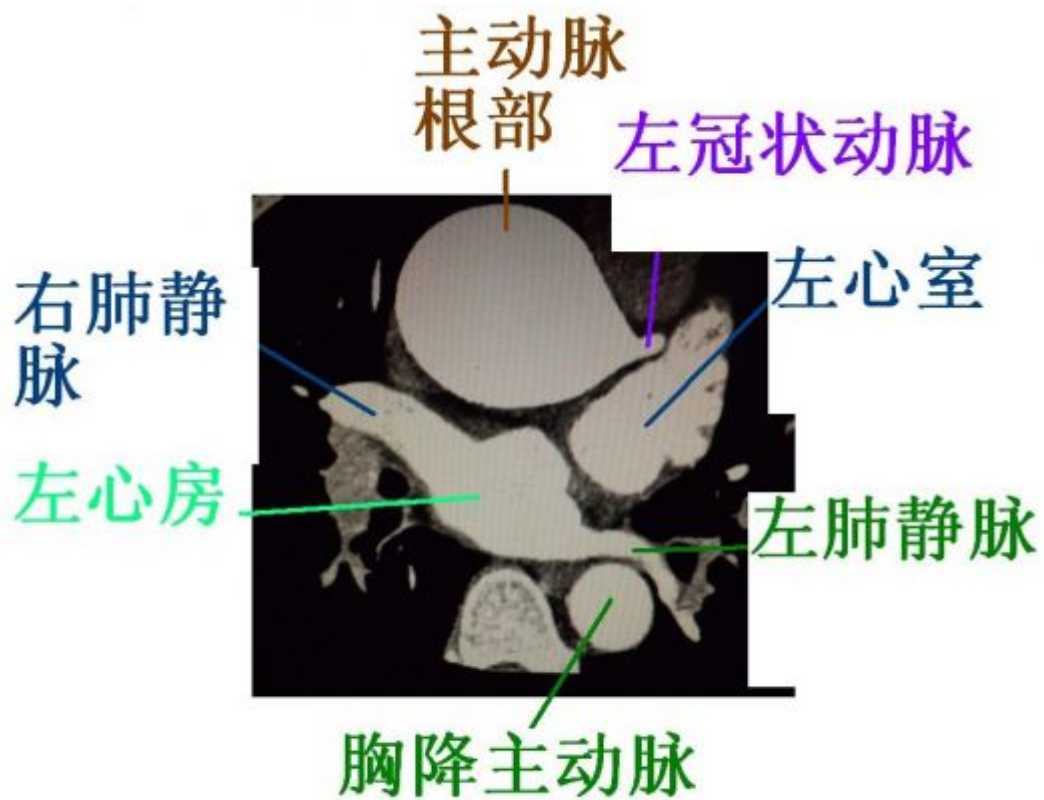
患者心脏彩超结果：

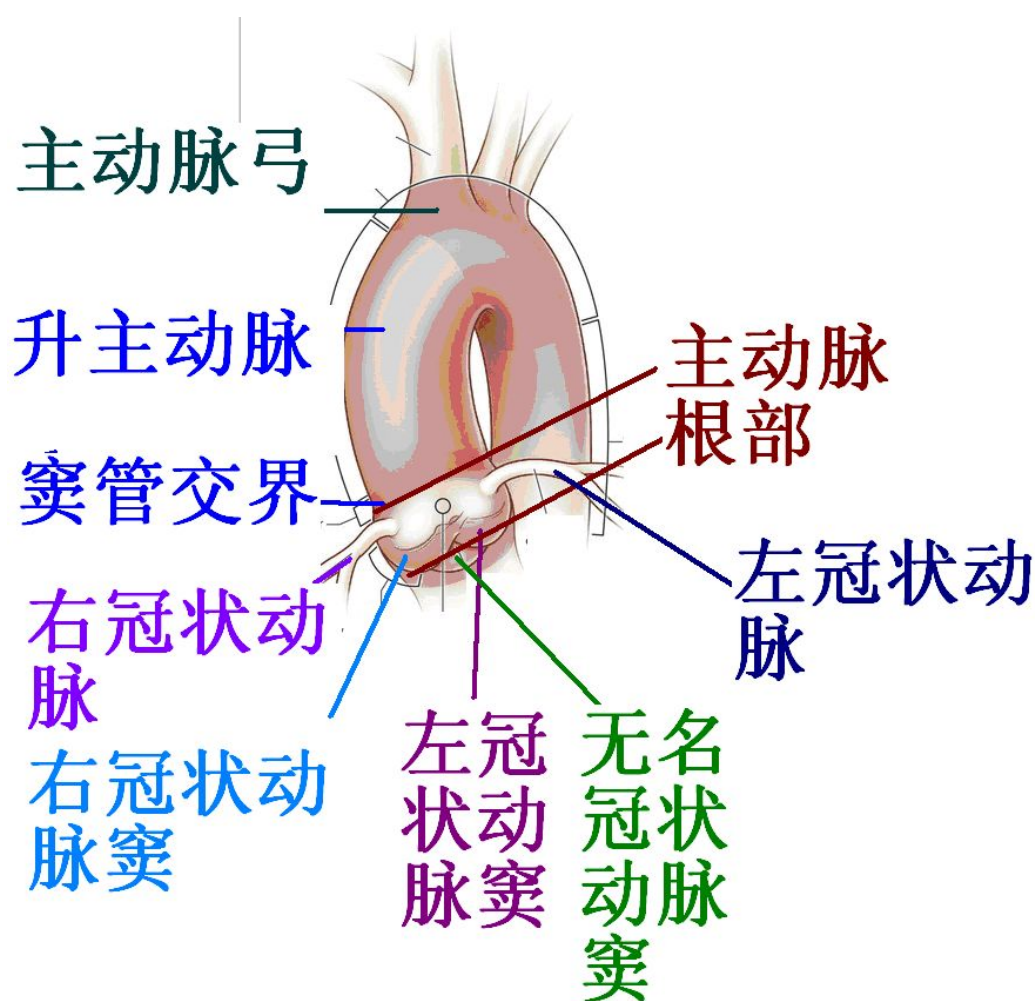
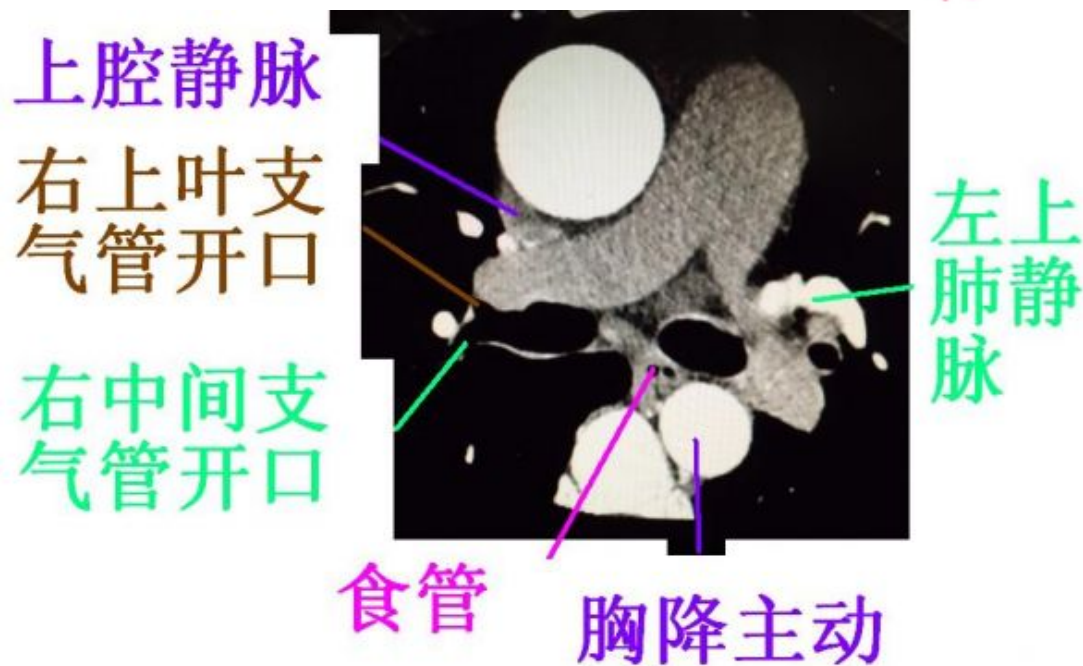


诊断考虑：主动脉瓣二叶化畸形；主动脉根部及升主动脉瘤；

老王知识串烧：

病例讨论





- 二叶主动脉瓣（BAV）是成人先天性心脏病中最常见的类型之一，发生率约为1.3%。虽然主动脉瓣狭窄和反流是BAV最常见的并发症，然而主动脉根至主动脉弓近端的任何或所有部位的扩张在这些患者中大约占50%。



- 正常主动脉瓣由三个半月形瓣叶组成。瓣叶附着于主动脉瓣近端，主动脉壁向外膨出形成Valsalva窦或主动脉窦，根据其各自冠状动脉的开口分为左冠窦、右冠窦和无冠窦。

- 典型的 BAV 由两个不等大的瓣叶构成。
- 左右瓣尖融合（RL 融合，形成前后两个瓣叶，即典型融合形式）最常见
- 其次是右冠窦和无冠窦瓣尖融合（RN 融合，形成左右两个瓣叶，称为非典型融合）。
- 左冠窦和无冠窦瓣尖融合最少见。
- 罕见瓣叶对称或无‘脊’形成，即“真二瓣化”。

- 主动脉瘤形成和主动脉夹层是 BAV 的主要并发症
- BAV 患者的升主动脉扩张速度（0.2-1.9 mm/ 年）比正常人群更快。

治疗

- 所有二叶主动脉病患者均应积极处理危险因素，特别是吸烟和高血压。
- β 肾上腺素阻滞剂、血管紧张素转化酶抑制剂和血管受体阻滞剂是降压药的首选。 β 肾上腺素阻滞剂理论上有减小主动脉壁剪切应力的作用，而血管受体阻滞剂已证实能减缓马方综合症病人主动脉的扩张速度。



治疗

- 建议主动脉根或升主动脉管径 $>40\text{mm}$ 患者每年做超声心动图监测，用 TTE 评估是否有瓣膜替换或修复的指征。
- 如果通过超声心动图、CT 或 MRI 持续的成像监测显示扩张速度超过 $5\text{mm}/\text{年}$ 可以考虑外科手术干预。



治疗

- 主动脉根或升主动脉管径为 45-49mm 的患者，如果伴有瓣膜或冠状动脉手术的适应症
- 单纯主动脉根受累患者，可以选择带瓣人造血管置换主动脉瓣和主动脉根术（Bentall 手术）



治疗

- 主动脉根或升主动脉管径为 45-50 mm 且无换瓣指证的患者，具有以下高危因素如主动脉夹层、破裂、或猝死家族史以及主动脉扩张速度 $>5\text{mm/年}$ 方可考虑外科手术。身材矮小患者主动脉瓣区扩张速度 $>10\text{cm}^2/\text{年}$ 也推荐手术。除此之外，建议每年 CT 或 MRI 进行风险分层后再评估。



治疗

- 最初主动脉根或升主动脉管径 $\geq 5.0\text{cm}$ 患者建议手术，而指南上阈值为 $\geq 5.5\text{cm}$ 患者推荐个体化治疗。欧洲指南建议：存在主动脉缩窄、系统性高血压、夹层家族史及主动脉管径扩张速度 $>2\text{mm/ 年}$ 的高危因素和主动脉根或升主动脉管径 $\geq 5.0\text{cm}$ 的患者可行主动脉置换手术。

饮酒后突然腹痛半天

作者：anne 医生

链接：<http://bbs.iiyi.com/thread-3218213-1.html>

●病历摘要

一般资料：患者，男，19 岁，城镇居民。

主诉：饮酒后突然腹痛半天

现病史：患者于入院头一天晚上与同龄人在饭店饮酒（具体不详）后感恶心，呕吐 1 次，呕吐量较多，为胃内容物，无血性液体或咖啡色样物，未处理。饮酒后，被他人送回家中。夜间家人未发现异常。次日起床，早餐进食后突然感腹部疼痛，呈持续性，以左腹部为著，伴恶心、呕吐数次，均为胃内黏液样物和所进食物。不发热，无腹泻症状。在外未予处理，急来就诊。

反复询问病史，否认外伤史。

既往史：既往体健。

个人史：有吸烟、饮酒史 2 年，余无其它病史记载。

家族史：父母身体健康，家族中无遗传病和传染病史。

查体：T：36.2℃；P：78 次/分；R：21 次/分；BP：100/60mmHg；Wt：65Kg。青年男性，神志清，急性痛苦病容，精神不振，发育正常，营养可，查体合作。全身皮肤粘膜未见皮疹、黄染及出血点，皮肤弹性可。浅表淋巴结未触及肿大。头、面、颈无异常。胸廓对称，无畸形。双侧呼吸运动对称，两侧语颤正常，无胸膜摩擦感，叩诊清音，双肺呼吸音清，无干湿性啰音。心前区无隆起，心尖搏动位于左侧第四肋间锁骨中线上，无弥散，心前区无震颤，心界叩诊正常，心率 78 次/分，律齐，心音有力，各瓣膜听诊区未闻及杂音。腹部稍膨隆，两侧对称，未见腹壁淤血，未见胃肠蠕动波。腹紧，左腹部压痛明显，以左上腹为著，左季肋区轻叩痛，无压痛和反跳痛，未触及包块，肝脾肋下未触及，叩诊鼓音，移动性浊音（+），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，腹壁反射、肱二头肌、肱三头肌、膝腱、跟腱反射正常，双侧巴氏征阴性，克氏征阴性，布氏征阴性。

辅助检查：血常规：WBC：12.0×10⁹/L，RBC3.41×10¹²/L，N：90%，L：9%，PLT：273×10⁹/L；血淀粉酶：109IU/L（20-210），腹水淀粉酶：163IU/L；尿常规：PRO2+，GLU（+-），余（-）。胸、腹透视：未见异常；腹部彩超提示大量无回声液性暗区，肝、胆、胰、脾未见异常；腹腔穿刺抽出 5ml 暗红色不凝血。

入院后积极术前准备，备血，输液，支持对症处理，拟行剖腹探查术。

●讨论：

1. 本例可能的诊断是什么？
2. 对于未明原因的腹痛，如何选择必要的辅助检查，协助诊断与指导下一步治疗？

●临床讨论：

方远谋：本例病人首先考虑胃穿孔，对于不明原因的腹痛还是要有选择性的行彩超或者 CT、胃镜、肠镜检查，还有必要的生化检查。

jjmjZy：

1. 诊断：急性坏死性胰腺炎。根据饮酒史，腹痛部位，淀粉酶增高，腹部抽出不凝血。
2. 不明原因的腹痛诊断上要注意：饮食情况，外伤史，腹痛的部位，性质，伴随症状等，辅助检查：腹平片、超声、CT、血钙、淀粉酶检查等，及胃镜，肠镜检查，

病例讨论

还有必要的生化检查。

上古天真论：该患者诊断应考虑重症急性胰腺炎。诊断依据为：有饮酒史。左上腹部疼痛，虽然没有明显腹膜刺激征，但腹部彩超提示大量无回声液性暗区。腹腔穿刺抽出 5ml 暗红色不凝血，腹水淀粉酶：163IU/L。尿 GLU：(-)，另血 AMY 显示在正常范围。均比较符合重症急性胰腺炎的表现。值得注意的是以上结果特异性并非绝对，急诊就诊时应给予上腹部 CT，血钙检查。另外：腹部彩超提示肝、胆、胰、脾未见异常，此可能与肠道充气所致，导致影响 B 超观察。胸腹透视：未见异常。若此为立位平片，则不支持空腔脏器穿孔诊断。

华年微风：诊断：急性出血坏死性胰腺炎。

依据：饮酒后腹部疼痛，呈持续发作，以左腹部为著，腹部彩超提示大量无回声液性暗区，腹腔穿刺抽出 5ml 暗红色不凝血，腹水淀粉酶：163IU/L，尿 GLU(+-)。

进一步检查：做血钙、血磷、肝和肾功能、血生化、以及动脉血血气分析检查。有条件时，应测定变性血红蛋白、脂肪酶、弹力蛋白酶、载脂蛋白 A2 (Apo-A2)、C 反应蛋白，有助于胰腺坏死的诊断，以及 CT 检查。

鉴别诊断：必须与急性胃肠炎、溃疡病急性穿孔、急性胆囊炎、胆石症、心肌梗塞、急性肠梗阻、肠系膜血管缺血性栓塞等相鉴别。

长安邓：诊断：急性胃穿孔。

诊断依据：

1. 腹部彩超提示有液性暗区；
2. 腹腔抽出 5ml 不凝血；
3. 腹痛，腹肌紧。

辅检：

1. 腹部 x 线透视，彩超；
2. 腹部 CT；
3. 腹腔穿刺。

●结论：

入院情况与最后答案公布如下：

入院后积极术前准备，备血，输液，支持对症处理，拟行剖腹探查术。

术前讨论：本例的可能诊断有：胃穿孔、急性胰腺炎、延迟性脾破裂、腹卒中综合征。

手术所见：腹腔大量暗红色不凝血，吸出后见脾胃韧带处有大量凝血块，大网膜血管多裂伤出血（疑有挫伤，但患者否认外伤史），清除凝血块，未再见新鲜活动性出血，切除部分出血严重的大网膜，探查腹腔、肝、胆、胰、脾、胃及肠管完好，未见损伤出血灶。术后诊断：腹卒中综合征；大网膜挫伤不排除。

腹卒中综合征（Abdominal Apoplexy Syndrome）是指腹腔内血管自发性破裂引起急腹症和休克症候群。又称之为自发性大量腹腔内出血、腹腔内卒中综合征、肠系膜或腹膜下出血综合征。多见于有动脉硬化、高血压的男性患者。

主要为突然发生的剧烈腹痛、面色苍白、血压下降，出现休克及腹膜刺激征。常有躁动不安。实验室检查有贫血、白细胞增多。腹腔穿刺为血性腹水。腹部 X 线平片有的患者可见液体平面。

本病一经确诊，即应尽早手术，修补破裂血管。并给予输血输液、应用抗生素，纠正休克，稳定生命体征。

本例经反复询问病史，均否认外伤史（不排除患者因特殊原因故意隐瞒外伤史的可能），如能排除外伤，考虑腹卒中综合征。

本例为年轻男患者，有饮酒史 2 年，此次在酒后发病，术前曾一度怀疑腹部脏器损伤或破裂，术中却发现大网膜血管多处裂伤。探寻可能的原因，住院曾反复询问病史，患者坚决否认外伤史，排除外伤史，本例最后诊断腹卒中综合征。

本例提示临床工作中对于未明原因的腹部出血常见病不能解释时，要考虑少见原因。正是：

千头万绪腹痛急，酒后突发需仔细；术前思考留线索，术后诊断太离奇。

责任编辑：绿漫天涯

编辑：刘现国

医疗资讯

也门霍乱肆虐 疫苗数量杯水车薪

也门饱受战争摧残，以沙特为首的联军与伊朗支持的胡塞武装之间的战争持续了 27 个月，也使这个国家成为霍乱滋生的温床。这种疾病通过粪便进入食物或水传播，喜欢卫生条件糟糕的地方。据了解，目前约有 2000 余万人受到这一致命性疾病的威胁。目前对抗这一致命性疾病面临的一个困境为，虽然有高达 2000 余万人受到威胁，但仅有 100 万份疫苗可以支配，可谓是杯水车薪。仅有 100 万份疫苗该用来保护谁呢，这难住了同霍乱疫情作斗争的公共卫生专家和国际小组。

3D 打印机器人向癌症开战

近日，世界上最小最精确的 3D 打印活检机器人面世。机器人的名字叫 Stormram 4，由 3D 打印塑料制成并由气压驱动。塑料的优势是该机器人可用于 MRI 扫描仪。在乳腺癌扫描中进行活检（切除一块组织）能显著提高准确性。该机器人在伦敦举行的国际哈姆林研讨会的外科手术机器人挑战赛上获得了一个奖项：全球机器人手术领域最重要的盛事。Stormram 4 是乳腺癌整个诊断相的一个刺激；准确的针控制，有效地实时 MRI 扫描和单个细针活检使得诊断更快和更准确。在不久的将来医疗机器人一定会成为医院的标准操作。

史无前例！两肺合一移植手术在日本实施

7 月 1 日，日本冈山大学医院成功进行了一例史无前例的手术——两肺合一移植手术。目前患者情况稳定，预计 3 个月后出院。医生将捐献者左右两肺的可用部分合二为一，制成一个左肺后移植给一名肺气肿女性患者，可谓给了患者“第二次生命”。大塔高宏也在 2 日的新闻发布会上向媒体演示了手术的大体过程。他表示，由于脏器移植供体非常有限，希望这一方法可在今后拓宽脏器移植的途径，以充分利用宝贵的供体器官。冈山大学医院在不同类型的肺部移植手术上有过多次成功案例。2013 年，冈山大学医院成功进行了世界首例活体肺中叶移植手术，将一名母亲的部分肺部移植给其年仅 3 岁的儿子。

研究确定低剂量阿司匹林的又一大神奇功效！

来自伦敦国王学院的研究人员表示，试验证明注射小剂量阿司匹林(150 毫克)可

以降低先兆子痫，此次研究发表在《新英格兰医学杂志》上，研究表明，先兆子痫是导致孕妇早产的主要原因之一，而低剂量的阿司匹林可以将这一风险降低 82%。来自伦敦国王学院的研究人员表示：“阿司匹林对预防先兆子痫的作用可谓“证据确凿”。在过去的十年里，我们开发了评估先兆子痫风险的新方法，我们应用这些方法来识别孕妇先兆子痫风险的大小。结果表明，阿司匹林可以预防先兆子痫的发生，我们希望这一发现可以用于临床实践，为孕妇和婴儿改善妊娠结局。先兆子痫通常发生妊娠 20 周后，往往导致早产。除此之外，还会导致抽搐，肾或肝功能衰竭，心肺疾病和其他孕产妇健康并发症。”

MR 眼镜 让医生“看透”组织精准手术

混合现实（MR）是基于增强现实（AR）和虚拟现实（VR）之后更先进的一种技术，能带来一种让人难以置信的现实和虚拟场景。近日，江苏省人民医院胸外科主任、主任医师陈亮教授团队，成功为一名 56 岁的女性患者实施了世界首例 MR 技术辅助下的肺肿瘤切除术。手术场景极具科幻感！手术中，陈亮的团队将张女士的影像资料输入电脑，出来的是病灶的 3D 模型。佩戴上特殊眼镜后，将 3D 模型从电脑屏中“拖拽”出来，融合到张女士的身上，与病灶重叠显示在一起。通过图像调节，张女士病灶附近的身体如同透明。

食药监总局发布提示：关注甲氨蝶呤片误用风险

《药品不良反应信息通报》国外信息版主要介绍有关国家药品监督管理部门发布的安全性信息，同时参考通报品种在我国临床使用情况，评估其在中国的效益/风险。本期通报品种为甲氨蝶呤片。甲氨蝶呤作为一种叶酸还原酶抑制剂，临床主要用于肿瘤和免疫疾病治疗。近年国外药品监管部门多次发布消息，提醒甲氨蝶呤片治疗类风湿关节炎等疾病时因错误改变给药频率导致中毒，甚至死亡的情况。为使广大医务人员和患者了解该药品的误用风险，国家食品药品监督管理总局发布本期药品不良反应信息通报。从目前评价看，正确使用甲氨蝶呤片，治疗获益大于风险。但鉴于国内外均有甲氨蝶呤片用药剂量或频率错误而误用中毒的案例，建议医师和药师充分认识并重视该产品可能出现的患者使用错误问题，对需要长期服用甲氨蝶呤片的患者应做好用药指导，向患者及家属明确并强调本品正确的用药方法。

陕西省今年在农村招录 250 名国家免费医学生

从陕西省卫计委获悉，今年陕西省将招录 250 名中央财政支持的中西部定向免费本科医学生，其中临床医学 200 名，中医学 50 名。培养计划重点向贫困地区、革命

老区倾斜。国家免费医学生只招收农村学生，报考者须同时具备两个条件：一是已参加 2017 年陕西省普通高校招生考试报名；二是本人及父亲或母亲或法定监护人户籍地在陕西省农村，本人具有当地连续 3 年以上户籍。国家免费医学生录取后、获得入学通知书前，须与培养高校和定向就业所在地的县级卫生计生、人力资源社会保障行政部门签署统一制式的定向培养和就业协议，承诺毕业后到有关基层医疗卫生机构服务 6 年（含 3 年全科专业住院医师规范化培训）。

北大研究称，女孩小时候挨饿长大后易高血脂

北京大学健康科学中心马军教授等研究发现，小时候经历 1959~1961 年三年自然灾害，挨过饿的女性更容易患血脂异常。研究数据显示，在胎儿期挨饿的 791 人中，血脂异常患病率为 23.1%，在婴儿期挨饿的 536 人中，血脂异常患病率为 22%，在幼儿期挨饿的 597 人，血脂异常患病率为 18.6%，而 822 名未遭遇饥荒的人中，血脂异常患病率仅为 15.7%。进一步分析显示，与未挨饿者相比，胎儿期挨饿和婴儿期挨饿者发生血脂异常的风险分别增加 58%和 52%。校正年龄因素后，生命早期挨饿的受试者在成年后 LDL-C 浓度就会增加。这种生命早期挨饿导致后期血脂异常的情况存在性别差异，女性在生命早期挨饿者患血脂异常的风险更高。胎儿期挨饿、婴儿期挨饿以及幼儿期挨饿，患血脂异常的风险分别增加 80%、75%和 63%。而挨饿对男性的血脂水平无影响。

广电总局:立即停播以专家作疗效证明的违规广告

假“神医”频繁出没于各大电视台养生节目，引起公众的热议。近日，国家广电总局发布消息，要求各大电台对于存在以节目形态变相发布或以电视购物短片广告形式播出，夸张、夸大宣传，以医生、专家、患者、公众人物等形象作疗效证明等违规问题的广告，立即停止播出。总局同时强调，特别要杜绝有关违规广告改头换面再次播出。

食管癌“免管免禁”疗法登录外科圣典

河南省肿瘤医院李印教授团队食管癌加速康复的“免管免禁”疗法，近日在国际外科领域权威杂志《外科学年鉴》在线发表。这一研究有望改变食管癌围手术期的治疗策略，有利于“免管免禁”加速康复外科治疗理念在国际上推广，在食管癌外科治疗中有里程碑式意义。

责任编辑：永恒流星

当您老了

作者：kaixindoul

链接：<http://bbs.iiyi.com/thread-3394490-1.html>

那天，给母亲打电话，絮絮叨叨说了一大通，而她只是嗯嗯的应着。“妈，你怎么了？有没有听我说话？”母亲略带愧疚地说：“额，我听不大清楚……”只在那一瞬间，我猛然发现母亲老了，耳朵背了，需要大声交流了，不觉得咽喉发紧，哽咽的说不出话来。

最近这两年，母亲老的特别快。头发已经白了大半，背有些驼，整个人也有些矮小了。脸上的皱纹愈加明显，刻画着岁月的风霜。现在，听力也在下降，想想这些，心酸的不行！

父亲自患病到去世历经三年，每一天都是母亲以泪洗面的照顾着他，几乎没见她开心的笑过，踏实的睡过。如今，距父亲去世已有四年，可每年的春节、清明节和父亲的忌日，母亲都会偷偷流泪，就那么呆坐在那里，泪流满面。我清楚，她怕我们担心，只有那个时候她的情感才会暂时的释放！

前几日回老家，看见堂屋的老照片，是母亲没结婚时照的。微笑着站在那里，两条黑黑的大辫子，两只手挽着，贤淑而又漂亮。转过头看到了现在的母亲，恍如做梦。

还记得女儿在断奶后就一直在老家由母亲照看，或许是她的第一个孙辈，或许她打心眼里喜欢女孩，女儿被母亲照顾的无微不至甚至有些娇蛮，我也委婉的提醒过母亲别太娇惯孩子，可母亲却说，树大自然直，大了就好了。如今已十二岁的女儿每次觉得委屈，还要嚷嚷着回家找奶奶。后来，弟弟家两个孩子陆续出生，母亲更是没有一点空闲，搂着大的，看着小的，真是累并快乐着。

闲聊中，有一次提起母亲过生日的话题。我说，娘啊，明年就要 66 了，该好好的庆祝一下了。可她还是摇摇头，像前几次一样。我理解母亲的心，但我也下定决心了，今年无论如何都要给母亲过一个开心的生日。到时候一定大声的说一声：“娘，辛苦了！”

母亲的叮嘱

作者：蔡 ys

链接：<http://bbs.iyi.com/thread-3395175-1.html>

又到母亲节，很多人在母亲节到来给母亲买衣服或买补品、首饰等，可有多少人真正回家和母亲一起吃顿饭，陪陪他们聊聊天呢？记得最深的就是母亲那没完没了的唠叨，从小到大都是我每一天的必修课。小时候，每天的早晨刚刚起床，母亲就嘱咐我们：“起来吃早点。”准备上学的时候：“到学校要和同学之间好好相处，上课认真听老师讲课，不知道的东西要多问问老师和同学。”长大后，每次出门时，母亲都会问我们：“外面的饭会不会吃得习惯？天气渐凉了，多注意给自己添加衣裳。”成家了，母亲还时不时嘱咐我们：“在外面自己要好好把握，实在不行就回来吧。”

虽然和母亲相距的不是很远，但是为了一番事业很少看望母亲，父亲离开我们已经十五个年头了，母亲也已七十高寿了，所幸在家中还有两兄弟和母亲一起生活，现在母亲仍然下地干些简单农活，时不时还捎些农产品给我们，每当我们叫母亲停止劳作的时候，母亲总是放不下手，还说：“现在身子骨还行，种些农产品给我的孙子吃，你们在外面买的东西都是反季节的，吃多了不好。”孩子们也喜欢吃奶奶种的农产品（地瓜、土豆、丝瓜等）。有时叫母亲过来和我们一起生活，母亲总是说不习惯，在老家多自在，外面车来人往非常嘈杂，睡个安稳觉都很难的，还是老家好，我有空的时候只是打电话问候母亲而已。今年春季茶价特别看好，母亲是采茶能手，早晨一大早就出去采摘茶叶，一天可以把几百收入囊中，母亲笑呵呵说着。随着天气变化茶价也随之下降，雨水一多价位就下跌的，头季茶也就快结束。昨晚打电话给母亲，叮嘱母亲：“田里劳作太热，早点回家吧，下雨天路滑，您就别再出去了，免得滑一跤。”电话那头母亲回答总是说：“知道、知道。”还叫我不用担心。再过一个多月就是母亲的生日，每年母亲的生日都是我们三兄弟和妹妹一起为母亲庆贺一番，母亲就怕我们太浪费总是嘱咐我们兄妹几个不要太铺张，我说就您喜欢的东西做一点，一大家十五、六口人聚一聚、聊一聊而已。上岁数的母亲牙齿有些松动，掉去几粒，有些东西已无法咬动，买些母亲喜好的食物，可母亲怕我们花钱，还说：“你们在外不容易，好好把握，孩子都长大了，需要一笔不小开销的。”母亲总是担心我们，不时叮嘱我们别乱花钱，这就是我至纯朴素的母亲。

母亲节到来之际，也祝天下所有母亲健康，吉祥！

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！

心电图读图第六十九期答案解析

作者:nikkive

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

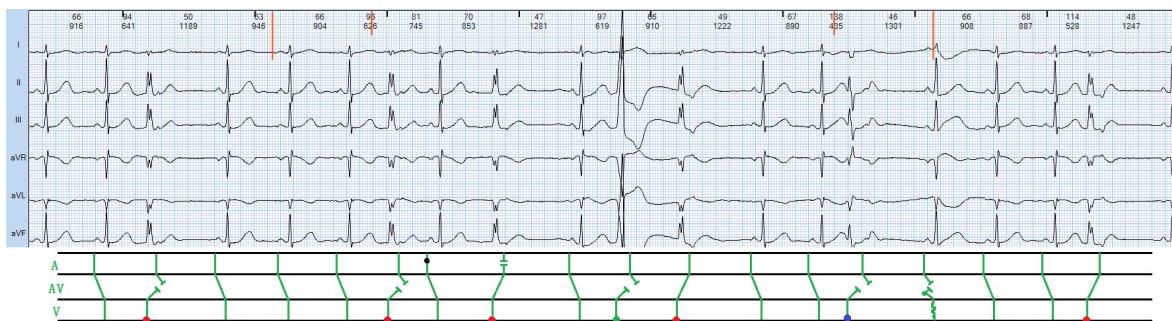
【心电图诊断】窦性心律、房性早搏、多源室性早搏、交界性逸搏伴非时相性室内差异性传导

【心电图诊断依据】窦性P波规律出现，可见P8提前出现，形态与窦性不同，为房性早搏。R3、7、9、12、19形态一致，联律间期不等，部分可见室房逆传或房性融合波，考虑室性并行心律可能。R11、R15联律间期不等，波形不一，为多源室性早搏。R16前P-R间期略短于正常下传P-R间期，QRS波形态与窦性略有差异，考虑为交界性逸搏伴非时相性室内差异性传导。

【鉴别诊断】暂无（仔细分析P波规律与QRS波形态不难得出结论）

【临床意义】患者为老年妇科手术患者常规心电图出现室早（以前未做过类似检

查），遂行动态心电图检查，动态心电图示：频发多源性室性早搏（散点图提示一种为室性并行心律），房性早搏，交界性逸搏。遂至心内科就诊，心内科诊断冠心病。



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.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。

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/>