

 www.iyyi.com

2017. 08

爱爱医



第八期 总NO. 91

Volume 8,number 8, AUG 2017

路

作者：anne 医生

链接：<http://bbs.iyi.com/thread-3402202-1.html> 7 楼

生命之旅，各自不同。
人生的道路，砥砺前行。

一根竹竿，导引探索。
脚下的大地，任由奔波。

二根拐杖，承重支撑。
坎坷的道路，任由攀登。

三尺讲台，知识徜徉。
四季的耕耘，桃李芬芳。

四肢健全，道路万千。
坎坷与曲直，风雨历练。

生命之旅，自有不同。
人生的征途，砥砺前行……

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	路.....	2
专家讲坛	儿童急性扁桃体炎诊疗—临床实践指南.....	4
关 注	史上第一个癌症疫苗在国内上市, 专家解析 接种那些事儿.....	8
专业交流	急性心肌梗死?	11
西 医	用牵引式套扎器套扎直肠息肉 1 例.....	13
	一例高热病人的诊疗留给我的思考.....	21
	超声入门贴 540——辣条的“魅力”	23
	影像学典型征象——棒棒糖征.....	26
	典型病例——乳腺癌钼靶片.....	28
	误诊 3 例.....	28
	食管癌误诊一例.....	30
	心电图读图第 71 期.....	31
专业交流	治疗反复口腔溃疡的一点感悟.....	34
中 医	葛根汤合小柴胡汤治疗长期低热一例.....	35
	柴胡龙牡汤治疗老年遗尿、关节积液一例.....	35
	治疗原发性口腔溃疡一例.....	37
	漫话小青龙.....	38
	针刺技巧小总结.....	40
	我的刺络放血经验.....	43
识 草 药	阔叶十大功劳.....	44
	山杏.....	45
病例讨论	胸腔积液.....	47
	恶心、呕吐 3 天，伴喘憋 1 天.....	47
医疗资讯	医疗资讯.....	63
医网情深	住培收获在附二，如今踏上新征程.....	66
	梦中的长医.....	67
编读往来	编读往来.....	69
	心电图读图第七十期.....	69
杂志稿约	爱爱医杂志稿约.....	71

儿童急性扁桃体炎诊疗—临床实践指南

(2016 年制定)

原作者: 中国医师协会儿科医师分会儿童耳鼻咽喉专业委员会

链接: <http://bbs.iiyi.com/thread-3406060-1.html>

中国实用儿科杂志 2017 年 3 月 第 32 卷 第 3 期

· 161 ·

指南·标准·共识

DOI: 10.19538/j.ek2017030601

儿童急性扁桃体炎诊疗——临床实践指南 (2016 年制定)

中国医师协会儿科医师分会儿童耳鼻咽喉专业委员会(2016 年 11 月)

执笔: 刘大波(广州市妇女儿童医疗中心耳鼻咽喉科)、谷庆隆(首都儿科研究所附属儿童医院耳鼻咽喉科)

制定专家(按姓氏笔画排列): 陈慧中(首都儿科研究所附属儿童医院呼吸科)、陈志敏(浙江大学医学院附属儿童医院呼吸科)、付勇(浙江大学医学院附属儿童医院耳鼻咽喉科)、韩志英(山西省儿童医院呼吸科)、洪建国(上海交通大学附属第一人民医院儿科)、李琦(南京医科大学附属南京儿童医院耳鼻咽喉科)、陆权(上海交通大学附属儿童医院呼吸科)、尚云晓(中国医科大学附属盛京医院小儿呼吸内科)、沈蓓(天津市儿童医院耳鼻咽喉科)、沈翎(福建省福州儿童医院耳鼻咽喉科)、王智楠(武汉市妇女儿童医疗保健中心耳鼻咽喉科)、许政敏(复旦大学附属儿科医院耳鼻咽喉头颈外科)、姚红兵(重庆医科大学附属儿童医院耳鼻咽喉科)、赵德育(南京医科大学附属南京儿童医院呼吸科)、赵顺英(首都医科大学附属北京儿童医院呼吸科)、张海邻(温州医科大学附属第二医院儿童呼吸科)、张建基(山东大学齐鲁儿童医院耳鼻咽喉科)

秘书: 陈超(复旦大学附属儿科医院耳鼻咽喉头颈外科)

中图分类号: R72 文献标志码: C

【关键词】 急性扁桃体炎; 诊断; 治疗; 指南; 儿童

Keywords acute tonsillitis; diagnosis; treatment; guideline; child

1 前言

急性扁桃体炎是小儿耳鼻咽喉科和小儿内科的常见多发病^[1-2], 国外围绕急性扁桃体炎制定有指南和标准, 例如美国耳鼻咽喉-头颈外科学会制定的关于儿童扁桃体切除术的临床指南^[3], 欧洲临床微生物及感染疾病学会及苏格兰校际指南网络(Scottish Intercollegiate Guidelines Network, SIGN)制定的关于导致咽喉痛的疾病指南等^[4-5], 这些指南分别从扁桃体切除术的指征、筛查病原体(尤其是 A 群 β 溶血性链球菌的检出)、抗菌药物的使用指征等方面进行了探讨, 国内也有很多学者进行了急性扁桃体炎的研究, 但多集中在急性扁桃体炎的内科治疗方面, 比如抗菌药物的选择^[6-7]、中医对该病的症候类型研究等^[8-9], 迄今仍缺乏系统的、结合中国国情的儿童急性扁桃体炎诊治指南。针对这种现状, 中国医师协会儿科医师分会儿童耳鼻咽喉专业委员会组织国内部分相关专家制订了

《儿童急性扁桃体炎诊疗——临床实践指南》, 这是继《儿童急性感染性鼻-鼻窦炎诊疗——临床实践指南(2014 年制订)》^[10]和《儿童急性中耳炎诊疗——临床实践指南(2015 年制订)》^[11]后新推出的一部涉及小儿耳鼻咽喉科和小儿内科急性上呼吸道感染范畴的跨学科指南, 希望能推进临床医生对这些疾病的规范化诊疗。

复发性急性扁桃体炎(recurrent acute tonsillitis, RAT)^[12], 是指急性咽痛症状、扁桃体炎的反复发作, 而在发作间歇期内不存在或者没有显著主诉症状的一种状态, 国外学者建议用 RAT 此概念代替“慢性扁桃体炎”的诊断, 本指南仅予提及, 不做进一步论述。

2 定义

急性(腭)扁桃体炎是指腭扁桃体的急性非特异性炎症, 通常简称急性扁桃体炎, 是上呼吸道感染的一种类型, 多同时伴有程度不等的咽部黏膜和淋巴组织的急性炎症。该病在春、秋两季及气

通讯作者: 许政敏, 电子信箱: 13916320945@163.com

温变化时容易发病^[13],可发生在任何年龄,多见于学龄前期和学龄期儿童^[12,14]。

3 分类

3.1 根据病理分类 参照文献^[13]。

3.1.1 急性卡他性扁桃体炎 病变较轻,炎症局限于黏膜表面,表现为扁桃体表面黏膜充血无明显渗出物,隐窝内及扁桃体实质无明显炎症改变。

3.1.2 急性滤泡性扁桃体炎 炎症侵及扁桃体实质内的淋巴滤泡,引起充血、肿胀甚至化脓,在隐窝口之间的黏膜下可呈现黄白色斑点。

3.1.3 急性隐窝性扁桃体炎 扁桃体充血、肿胀,隐窝内充塞有脱落上皮、纤维蛋白、脓细胞、细菌等组成的渗出物,并自隐窝口排出,有时隐窝口渗出物连成一片,形似假膜,但易于拭去。

3.2 根据致病的病原体进行分类

3.2.1 急性细菌性扁桃体炎 A群β溶血性链球菌为本病的主要致病菌^[14-15],其次肺炎链球菌、金黄色葡萄球菌等也可引起本病。

3.2.2 急性病毒性扁桃体炎 病毒也是急性扁桃体炎的主要病原体^[15],常见病毒有EB病毒、鼻病毒、流感病毒和腺病毒等^[2,16]。

3.2.3 其他病原体导致的急性扁桃体炎 如沙眼衣原体、肺炎支原体等^[2]。

4 诊断

4.1 症状

4.1.1 全身症状 多见于急性滤泡性和急性隐窝性扁桃体炎。起病急,可有畏寒、高热、头痛、食欲下降、疲乏无力、周身不适等表现,小儿有时可因高热而引起抽搐、呕吐及昏睡等。婴幼儿可因肠系膜淋巴结受累而出现腹痛及腹泻。

4.1.2 局部症状 剧烈咽痛为其主要症状,常放射至耳部,多伴有吞咽困难,婴幼儿常表现为流涎、拒食。部分病例下颌和(或)颈部淋巴结肿大,可出现转头受限,炎症波及咽鼓管时则出现耳闷、耳鸣、耳痛甚至听力下降。扁桃体肿大较显著,在婴幼儿还可引起呼吸困难^[16]。

4.2 体征 患儿呈急性病容,可有高热,咽部黏膜呈弥漫性急性充血,以扁桃体及两侧腭弓最为严重,腭扁桃体肿大,部分病例扁桃体表面可见黄白色脓点或在隐窝口处有黄白色或灰白色豆渣样渗出物,可连成一片形似假膜,但不超出扁桃体范

围,易拭去且不遗留出血创面。下颌和(或)颈部淋巴结常肿大伴压痛。应明确:根据临床症状及体征很难区分出急性病毒性扁桃体炎还是急性细菌性扁桃体炎^[17]。

一般而言,病毒性扁桃体炎常表现为扁桃体充血、肿大等,同时还常伴有咳嗽、声嘶和流涕等卡他症状;而细菌性扁桃体炎则更多伴有扁桃体渗出物^[18]。

4.3 实验室检查

4.3.1 血常规及C反应蛋白 细菌性者常伴有外周血白细胞计数增高,中性粒细胞百分比增高和C反应蛋白增高。

4.3.2 病原学检测 病原学检测主要是咽拭培养和药物敏感试验,要重视病原学的研究。由于无症状健康儿童的咽喉部也可有高达40%的正常定植菌的携带阳性率^[19-21],所以这项检查并不推荐为常规检查,而应根据临床症状和体征做出初步判断后再决定是否需要进行。

4.3.3 其他检查 当怀疑有并发症出现,如咽旁脓肿、咽后脓肿、扁桃体周围脓肿时可以根据病情选择性的进行CT检查或超声检查。考虑有肾脏并发症时,如考虑A群β溶血性链球菌导致的肾小球肾炎等时,应进行尿和肾功能等相关检查。

5 鉴别诊断

主要与咽白喉、樊尚咽峡炎及某些血液病所引起的咽峡炎等疾病相鉴别^[13]。

5.1 咽白喉 咽痛轻,查体可见灰白色假膜常超出扁桃体范围,假膜坚韧,不易擦去,强剥易出血,颈部淋巴结多有肿大,呈“牛颈”状,患者精神萎靡、低热、面色苍白,脉搏微弱,呈现中毒症状。外周血白细胞计数一般无变化,假膜涂片可见白喉棒状杆菌。

5.2 樊尚咽峡炎(vincent angina) 多表现为单侧咽痛,查体可见一侧扁桃体覆盖灰色或黄色假膜,擦去后可见其下有溃疡,牙龈常见类似改变,患侧颈淋巴结有时肿大,全身症状较轻,涂片可见梭形杆菌及樊尚螺旋菌。外周血白细胞计数略有升高。

5.3 单核细胞增多症性咽峡炎 咽痛较轻,查体可见扁桃体红肿,有时覆盖有白色假膜,易擦去,全身淋巴结肿大,有“腺性热”,患者高热、头痛、急性病容,有时出现皮疹,肝脾肿大等,咽拭涂片阴

性或可查到呼吸道正常定植细菌,外周血检查可见异常淋巴细胞、单核细胞增多可占 50% 以上,血清嗜异凝集试验(+),有条件可送检 EB 病毒特异性抗体测定。

5.4 粒细胞缺乏性咽峡炎 咽痛程度不一,查体可见坏死性溃疡,其上覆有深褐色假膜,周围组织苍白、缺血,软腭、牙龈有同样病变,颈部淋巴结无肿大,全身情况迅速衰竭,有脓毒性弛张热,咽拭涂片阴性或查到呼吸道正常定植细菌,外周血检查白细胞计数显著减少,粒细胞锐减或消失。

5.5 白血病性咽峡炎 一般无咽痛,查体早期可见一侧扁桃体浸润肿大,继而表面坏死,覆有灰白色假膜,常伴有口腔黏膜肿胀、溃疡或坏死。全身淋巴结肿大,急性期体温升高,可有全身性出血,以致衰竭。咽拭涂片阴性或仅查到呼吸道正常定植细菌,外周血液检查白细胞增多,分类以原始白细胞和幼稚白细胞为主。

5.6 猩红热 咽痛,查体可见在充血肿胀的扁桃体上出现灰色或褐色假膜,易拭去,下层红,不出血,咽黏膜呈弥漫深红色,软腭上有散在红点,颈部淋巴结肿大,有时化脓,全身他处淋巴结也可能肿大,患者恶寒、高热、头痛及呕吐,可有弥漫细小充血性斑丘疹(12~36 h 内)、杨梅舌(1~2 d 后),咽拭涂片可检出 A 群 β 溶血性链球菌。

6 并发症

由于抗菌药物的使用,目前并发症已明显减少。可分为局部并发症和全身并发症^[13]。

6.1 局部并发症 为急性炎症直接侵犯邻近组织所致,可导致颈部深部的感染,例如咽后脓肿、咽旁脓肿及扁桃体周围脓肿等,还可以向上蔓延,引起急性中耳炎、急性鼻-鼻窦炎,向下蔓延可引起急性喉气管炎、急性支气管炎甚至肺炎等。

6.2 全身并发症 目前一般认为,全身并发症的发生多与各个靶器官对链球菌所产生的Ⅲ型变态反应有关,如可引起风湿热、急性肾小球肾炎、急性关节炎(常侵犯肩、肘及膝关节,小关节较少受累)等。急性扁桃体炎后出现风湿热者,心脏并发症尤为多见。

7 治疗

7.1 一般治疗 卧床休息、清淡饮食、多饮水、加强营养及保持排便通畅;咽痛剧烈或高热时,可口

服退热药及镇痛药。

7.2 抗菌药物的使用 病毒性急性扁桃体炎常为自限性^[15],无需使用抗菌药物治疗,可以考虑使用中药等治疗。

A 群 β 溶血性链球菌为本病的主要致病细菌,对于有细菌感染证据的急性扁桃体炎患儿, β 内酰胺类为抗菌药物治疗的一线首选药物,抗菌治疗应以清除病灶致病菌为目的,疗程至少 10 d,根据病情轻重,决定给药途径。青霉素类,如:阿莫西林、阿莫西林+克拉维酸制剂等口服为推荐药物^[22-24]。头孢类抗菌药物由于抗菌谱更广,也可以作为一线药物治疗^[25]。对青霉素过敏的患儿或考虑为肺炎支原体感染者,建议使用阿奇霉素等大环内酯类抗菌药物治疗,阿奇霉素剂量为每日 1 次给药,推荐使用剂量是 10 mg/(kg·d),连续使用 3 d 为 1 个疗程;也有使用 5 d 疗程的用法:首剂 10 mg/(kg·d),第 2~5 天 5 mg/(kg·d)。或者 12 mg/(kg·d),连续使用 5 d 为 1 个疗程^[26]。

7.3 局部治疗 包括含漱液及局部含片等,也有一定疗效。较大儿童可以使用复方氯己定含漱液、复方硼砂溶液等进行漱口。含片和局部喷剂也可使用。

7.4 中医中药 可以考虑使用中医中药起到疏风清热、消肿解毒的治疗作用。

7.5 手术治疗 本指南推荐在急性期 2 周后,并符合以下条件时可考虑扁桃体手术摘除治疗。

根据扁桃体的发作次数来决定是否手术,主要根据以下原则:(1)在之前的 1 年内扁桃体炎发作 7 次或更多次。(2)在之前的 2 年内每年扁桃体炎发作 5 次或更多次。(3)在之前的 3 年内每年扁桃体炎发作 3 次或更多次^[17]。

其他指征:(1)扁桃体炎曾引起咽旁间隙感染或扁桃体周围脓肿者。(2)扁桃体过度肥大,妨碍吞咽、呼吸或发声者;或引起阻塞性睡眠呼吸暂停、睡眠低通气综合征者。(3)白喉带菌者经保守治疗无效时。(4)不明原因的低热及其他扁桃体源性疾病(成为引起其他脏器病变的病灶),如伴有慢性扁桃体炎的急性肾炎、风湿性关节炎出现时等。(5)其他扁桃体疾病,如扁桃体角化症及良性肿瘤等^[11]。

参考文献

- [1] Linder JA. Evaluation and management of adult pharyngitis[J].

- Compr Ther, 2008, 34(3-4): 196-203.
- [2] Sidell D, Shapiro NL. Acute tonsillitis [J]. Infect Disord Drug Targets, 2012, 12(4): 271-276.
- [3] Reginald FB, Sanford M. Clinical practice guideline: tonsillectomy in children [J]. Otolaryngol Head Neck Surg, 2011, 144(S1): S1-S30.
- [4] Pelucchi C, Grigoryan L, Galeone C, et al. guideline for the management of acute sore throat [J]. Clin Microbiol Infect, 2012, 18(Suppl 1N): 1-28.
- [5] Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Management of sore throat and indication for tonsillectomy [EB/OL]. (2013-09-19) <http://www.sign.ac.uk/pdf/qrg117.pdf>.
- [6] 贾维刚, 曲颖, 李星, 等. 阿莫西林克拉维酸钾片治疗急性咽扁桃体炎的疗效和安全性 [J]. 实用临床医药杂志, 2012, 16(23): 117-118.
- [7] 郑力航, 邱星安. 阿莫西林/克拉维酸钾序贯疗法治疗扁桃体炎的疗效观察 [J]. 临床合理用药, 2010, 3(20): 80-81.
- [8] 王晓才, 黄象安, 王晓宝. 急性扁桃体炎发热病例的证候类型及特点 [J]. 北京中医药大学学报(中医临床版), 2011, 18(2): 8-10.
- [9] 吕欢, 王明明, 李妮. 中药制剂治疗小儿急性扁桃体炎进展 [J]. 实用中医药杂志, 2010, 26(2): 132-133.
- [10] 中国医师协会儿科医师分会儿童耳鼻咽喉专业委员会. 儿童急性感染性鼻-鼻窦炎诊疗——临床实践指南(2014年制订) [J]. 中国实用儿科杂志, 2015, 30(7): 512-514.
- [11] 中国医师协会儿科医师分会儿童耳鼻咽喉专业委员会. 儿童急性中耳炎诊疗——临床实践指南(2015年制定) [J]. 中国实用儿科杂志, 2016, 31(2): 81-84.
- [12] Jochen P, Windfuhr, Nicole T, et al. Clinical practice guideline: tonsillitis I. diagnostics and nonsurgical management [J]. Eur Arch Otorhinolaryngol, 2016, 273(4): 1-15.
- [13] 黄选兆, 汪吉宝, 孔伟佳. 实用耳鼻咽喉头颈外科学 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 2009: 320-322.
- [14] Barzilai A, Miron D, Sela S. Etiology and management of acute and recurrent group A streptococcal tonsillitis [J]. Curr Infect Dis Rep, 2001, 3(3): 217-223.
- [15] Gilbey P, Livshits L, Sharabi-Nov A, et al. Probiotics in addition to antibiotics for the treatment of acute tonsillitis: a randomized, placebo-controlled study [J]. Eur J Clin Microbiol Infect Dis, 2015, 34(5): 1011-1015.
- [16] Bartlett A, Bola S, Williams R. Acute tonsillitis and its complications: an overview [J]. J R Nav Med Serv, 2015, 101(1): 69-73.
- [17] Anne P, Pekka K. Tonsils and adenoids [M]. In: John MG, Glenis KS, Peter DB. Pediatric ENT. Springer-Verlag Berlin Heidelberg, 2007: 131-138.
- [18] Sdralis T, Berkowitz RG. Early adenotonsillectomy for relief of acute upper airway obstruction due to acute tonsillitis in children [J]. Int J Pediatr Otorhinolaryngol, 1996, 35(1): 25-29.
- [19] Stelter K. Tonsillitis and sore throat in children [J]. GMS Curr Top Otorhinolaryngol Head Neck Surg, 2014, 13(1): 7.
- [20] Österreichische Gesellschaften für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde KuH, Kinder- und Jugendheilkunde. Gemeinsame Empfehlung zur Entfernung der Gaumenmandeln (Tonsillektomie) [J]. Monatsschr Kinderheilkd, 2008, 3(156): 268-271.
- [21] Caplan C. Case against the use of throat culture in the management of streptococcal pharyngitis [J]. J Fam Pract, 1979, 8(4): 485-490.
- [22] Chiappini E, Regoli M, Bonsignori F, et al. Analysis of different recommendations from international guidelines for the management of acute pharyngitis in adults and children [J]. Clin Ther, 2011, 33(1): 48-58.
- [23] Clegg HW, Ryan AG, Dallas SD, et al. Treatment of streptococcal pharyngitis with once-daily compared with twice-daily amoxicillin: a noninferiority trial [J]. Pediatr Infect Dis J, 2006, 25(9): 761-767.
- [24] Lennon DR, Farrell E, Martin DR, et al. Once-daily amoxicillin versus twice-daily penicillin V in group A beta-hemolytic streptococcal pharyngitis [J]. Arch Dis Child, 2008, 93(6): 474-478.
- [25] Pichichero ME, Gooch WM, Rodriguez W, et al. Effective short-course treatment of acute group A beta-hemolytic streptococcal tonsillopharyngitis: ten days of penicillin V vs 5 days or 10 days of cefpodoxime therapy in children [J]. Arch Pediatr Adolesc Med, 1994, 148(10): 1053-1060.
- [26] Shulman ST, Bisno AL, Clegg HW, et al. Clinical practice guideline for the diagnosis and management of group A streptococcal pharyngitis: 2012 update by the infectious diseases society of America [J]. Clin Infect Dis, 2012, 55(15): 86-102.

(2016-12-16 收稿)

责任编辑: kangjing_dr

史上第一个癌症疫苗在国内上市，专家解析接种那些事儿

来源：新华网

链接：http://news.xinhuanet.com/science/2017-08/02/c_136492812.htm

宫颈癌疫苗上市 专家解析接种那些事儿

英国制药企业葛兰素史克（GSK）7月31日向记者证实，我国内地首批进口的宫颈癌二价疫苗希瑞适已通过相关部门的检验放行，现正供应全国市场，以满足中国适龄女性对通过疫苗接种来预防宫颈癌的健康需求。

宫颈癌疫苗正式上市

作为人类历史上首个病因明确的癌症，宫颈癌是由一种或多种高危型人乳头状瘤病毒（HPV）的持续感染引起。而 HPV 疫苗也是全球第一个肿瘤疫苗，人类首次尝试通过疫苗消灭一种癌症。

“宫颈癌是严重威胁妇女健康的常见恶性肿瘤。我国每年新发病例为 10 万，死亡病例 3 万。”中国医学科学院肿瘤医院流行病学专家乔教授说，宫颈癌疫苗接种将显著降低宫颈癌及其癌前病变的发病率，从而降低疾病负担。

过去多年以来，HPV 疫苗未能获准在我国内地上市，因此有接种者不惜远赴香港进行接种。而 3 剂接种完毕需半年时间，接种者需要在半年内往返香港三次，往往行程复杂，且花销巨大。

公开资料显示，2016 年 7 月，GSK 公司的宫颈癌二价疫苗希瑞适获得中国食品药品监督管理局（CFDA）的上市许可，成为国内首个获批的预防宫颈癌的疫苗。

据 GSK 公司介绍，目前希瑞适疫苗已在全国 17 个省份完成了招标准入工作，包括重庆、贵州、陕西、云南、辽宁、内蒙古、黑龙江、福建、宁夏、新疆、山东、河南、江西、广西、安徽、海南、四川等地。而在尚未招标的省份，GSK 公司也在积极申请补标工作。

首批进口希瑞适疫苗有效期至 2019 年 11 月。希瑞适疫苗将采用 3 剂免疫接种程

序，第 1 剂和第 2 剂间隔 1 个月，第 2 和第 3 剂间隔 5 个月，3 剂接种完毕需半年的时间。

希瑞适疫苗的中标价格是每支 580 元，全程 3 剂共计 1740 元，比香港接种价格低 1000 元左右。由于各省份政策不同，且涉及冷链管理费、接种服务等，各省份接种者最终付费价格会有不同。

据介绍，在目前完成招标的各省份，希瑞适疫苗均被列入 2 类疫苗，也就是自愿自费接种疫苗，可以在各地社区医院及社区卫生服务中心进行接种。

注射 HPV 疫苗利大于弊

希瑞适疫苗在内地正式上市的消息，很快便引发了网友热议，其中也不乏困惑，诸如“超过指定年龄还能注射吗？”“九价疫苗都有了，为什么国内才只引进二价和四价？”等。

据介绍，各国药监机构是基于本国实际情况考虑，从而批准 HPV 疫苗的适应年龄。目前希瑞适在欧盟及香港获批的适应年龄是适用于 9 岁以上的女性，在美国的获批适应年龄是适用于 9 至 26 岁的女性。

GSK 公司相关负责人介绍，希瑞适在中国获批的适应年龄是适用于 9 至 25 岁女性，GSK 将会和药监机构密切沟通，探讨如何基于全世界现行适应年龄及适应症来进一步更新说明书，使该疫苗能最大程度地惠及所需要保护的人群。

微博认证为北京协和医院妇产科医生、教授、博士生导师的“协和谭先杰”发表微博称：“一般认为，HPV 疫苗最佳接种年龄是 11—12 岁，美国食品与药品管理局 FDA 批准的是 9—26 岁，但全球范围内一般认为可以在 9—45 岁之间，也就是说，如果需要，任何年龄都可接种，多晚都不晚。”

中国医学科学院肿瘤医院肿瘤流行病学室副主任、教授、博士生导师赵医生告诉记者，当前全世界范围内主要有三种 HPV 疫苗，分别是二价、四价和九价疫苗，“价”代表疫苗覆盖的病毒细分种类，价越高，覆盖的 HPV 病毒亚型种类越多。

“二价疫苗希瑞适可以预防由 HPV16 及 HPV18 型病毒引起的宫颈癌。”赵医生说，HPV16 和 18 亚型与恶性肿瘤的发生最为密切，超过 70% 的宫颈癌都是由这两种型别病毒引起的。

赵医生介绍，二价、四价疫苗在国内都做过临床试验，四价疫苗也刚被国家食品药品监督管理局批准，而九价出现得比较晚，在我国还没有做过临床试验，进入国

内市场至少还需要几年时间。

针对个别网友要去国外接种九价疫苗的想法，赵医生认为，二价、四价疫苗基本上可以预防七成以上的 HPV 病毒引起的宫颈癌，九价疫苗无非就是锦上添花。

对于希瑞适疫苗的安全性，赵医生表示，包括世界卫生组织在内的不少医药卫生机构都做过监测，出现副作用的大部分个案都是诸如注射部位出现红疹、肿胀及疼痛。与所有疫苗一样，HPV 疫苗的副作用的弊远远不能掩盖其预防疾病的利。

宫颈癌诊治进入两级预防阶段

“现在 HPV 疫苗还没有投放到医院，所以我们也只是像往常一样做宫颈癌的筛查。”妇产科主任医师伍医生说，宫颈癌可以在早期通过筛查发现，早期治疗能够阻止它不发展成为宫颈癌。

“宫颈癌疫苗正式供应中国内地市场，意味着我国内地对宫颈癌的诊治由此进入两级预防阶段。”伍医生告诉记者，一级预防即注射宫颈癌疫苗，注射后就阻断了 HPV 病毒感染的路径，二级预防是对女性进行定期筛查，将宫颈癌前病变找出来，以降低发展成宫颈癌的风险。

疾病预防控制中心相关负责人表示，目前距离接种疫苗还需要一段时间，但是在此期间，需要省内相关部门做好准备，给予基层医疗机构专业的培训和技术指导，也应该做好前期的宣传工作。

“国内近期内不太可能会把 HPV 疫苗纳入到医保范围。”赵医生认为，当前我国也正在进行 HPV 疫苗的基础研发，已经有一两种在临床试验之中，未来有更多种疫苗被批准进入市场，通过市场竞争，HPV 疫苗的价格会降下来，届时有可能会被纳入医保。

受访专家建议，我国应借鉴其他国家和地区的经验，对接种疫苗的群体进行记录和评估，建立完善的疫苗监测追踪系统。

本作品为“科普中国-科技前沿大师谈”原创。

责任编辑：永恒流星

第一部分——西医部分

急性心肌梗死？

作者：踏青放牛

链接：<http://bbs.iiyi.com/thread-3403410-1.html>

病史简介：患者女性，60岁，无慢性病史。因“阵发性上腹痛伴呕吐4小时”就诊。家属诉晚饭后出现腹痛，伴呕吐，无发热，无腹泻，服用“胃药”无改善。同餐家人无症状。于当日晚23:20就诊。

入院查体：神清，BP：110/70mmHg，HR：85次/分。双肺呼吸音粗，未闻及啰音。腹软，肝脾未及，剑下压痛，无反跳痛，Murphy征(-)，肠鸣音6次/分。

血常规：WBC： $17.10 \times 10^9/L$ ，NE：86.3%，HGB：138g/L，PLT： $321 \times 10^9/L$ 。心电图显示正常窦律。拟诊为腹痛待查，急性胃炎？予抗炎、抑酸、止吐对症治疗，同时查生化全项、心肌酶及淀粉酶。

一、考虑急性心肌梗死，由观察室转入抢救室

经上述治疗腹痛、呕吐症状改善不明显。生化全项回报 TP：86g/L，CHOL：5.8mmol/L，AST：38U/L，ALT：24U/L，CK：173U/L，MMB：10ng/L，CTNI：2.77ng/L，LDH：223U/L，AMY：130U/L，TBIL：5.64umol，BUN：7.33mmol/L，Cr：86.6mmol/L，Na：137.5mmol/L，K：4.2mmol/L，AG：7.0mmol/L，GLU：15.06mmol/L。心肌酶升高，考虑急性心肌梗死，由观察室转入抢救室。

二、胸片提示肺水肿

患者此时躁动不安，查体不配合，不能平卧，口唇发绀。BP：146/117mmHg，HR：129次/分。双肺湿罗音，剑突下压痛。急查血气 SaO_2 ：70%，PH：7.088，Lac：20.10mmol/L， PCO_2 ：44.8mmHg， PO_2 ：56mmHg， HCO_3^- ：13.6mmol/L，BE：16.5mmol/L；心梗三项：CKMB：40.1ng/ml，MYO：44.5ng/ml，TNI：10.9ng/ml，BNP：1320pg/ml；胸片提示肺水肿。给予患者气管插管，呼吸机SIMV方式通气， SaO_2 升至98%，BP：

我为人人，人人为我

136/96mmHg，HR：160 次/分，双肺湿啰音，经气管插管流出粉红色泡沫痰。

什么疾病导致该腹痛患者发生如此严重的心肌损害、肺水肿、左心功能衰竭、呼吸衰竭？

三、患者最终死于急性左心功能衰竭

纵观患者全程临床表现，因阵发腹痛起病，病情急剧变化，随之出现腹痛症状加剧，窦性心动过速，高血压，呼吸困难，如何解释一系列症状？

尸检记录：后腹膜主动脉单个旁可见一直径为 7.5cm 肿物，重约 150g，包膜完整，与周围组织界限清楚无粘连。切面实性质软，灰褐，可见小灶出血。

病理诊断：腹膜后副节瘤伴囊性变；急性肺淤血水肿；脾、肾、肾上腺、垂体、胃肠道等多脏器淤血。

副神经节瘤：发生于主动脉旁，属肾上腺外副神经节瘤，副神经节瘤产生儿茶酚胺物质，使血管强烈收缩，血压增高，组织缺血、缺氧，患者临终前的各种症状和体征由肿瘤大量释放儿茶酚胺所导致。

四、本例失误感想

① 将患者的腹痛误诊为简单的胃炎，为消化系统常见病，给予对症处理。

② 考虑到下壁心梗可导致腹痛，抽血查心肌酶，但当心梗不能解释这一系列病情变化时，没有考虑消化系统以外的疾病，没有影像学的检查。

③ 在观察过程中病情出现变化，亦未完善相应的检查及请相关科室会诊，若在诊疗过程中有腹部超声或 CT 检查，对于诊断能有所提示，也能避免日后的纠纷，这是一痛心的教训。

五、起病急、来势凶、难诊断

急性腹痛诊治过程中面临着种种的困惑：

① 起病急、来势凶，短时间内常难以做出诊断。

② 病变复杂多样，多与消化系统有关，但也可全身疾病伴随症状之一，涉及内、外、妇等多学科疾病，常需多科会诊。

③ 常出现拖延诊断、不恰当的检查或治疗，造成贻误病情、医疗纠纷。

急诊科由于病人多，病种杂，需要在短时间内识别危重病的不典型临床表现，与家属沟通、交待预后，对于急诊医师是一严峻的挑战，也是我们永远追求的目标。

用牵引式套扎器套扎直肠息肉 1 例

作者：靳新领

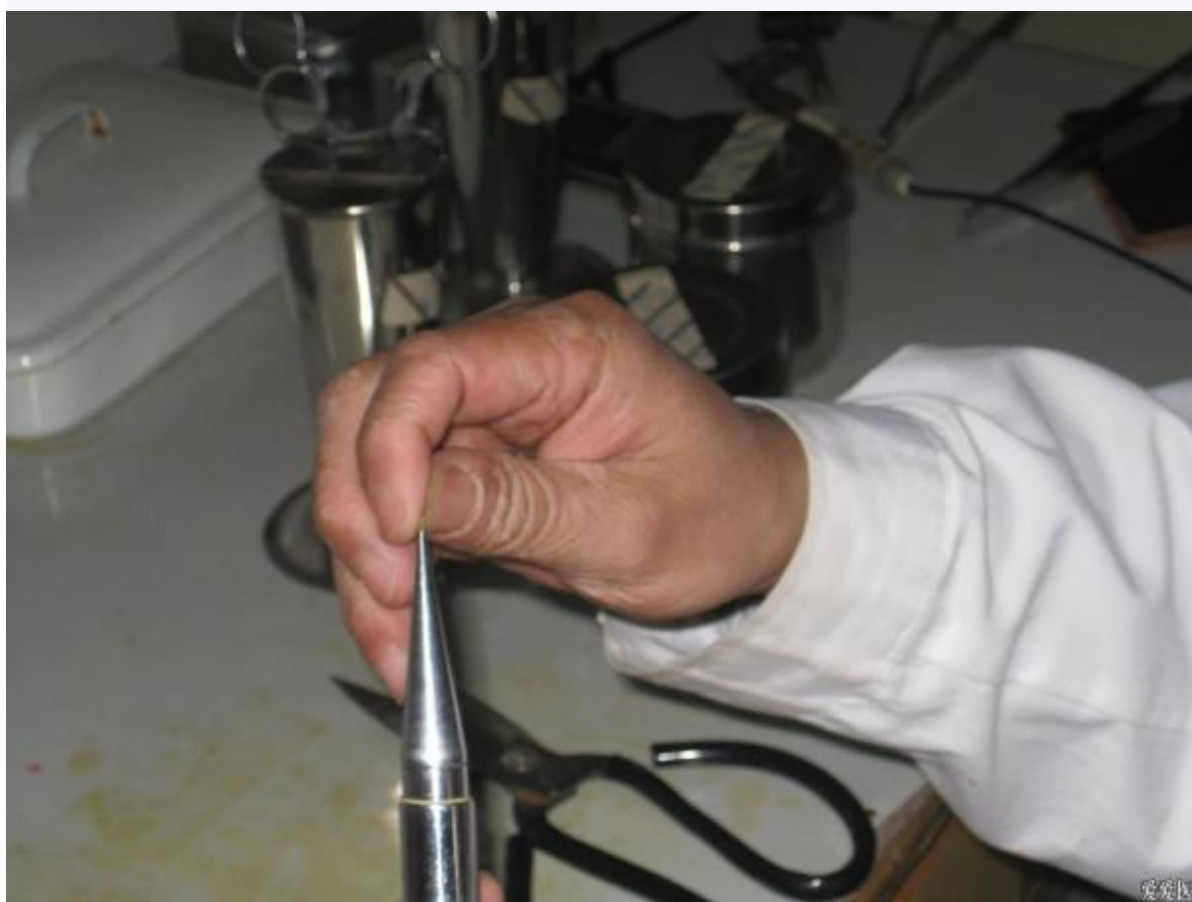
链接：<http://bbs.iiyi.com/thread-1982401-1.html>

女性，93 岁。大便后肛门内肿物反复脱出 2 年，滴鲜血 1 天。指诊：距肛缘 3cm 直肠前壁可触及大约 2cm×2cm 质软包块，指套带血。诊断：直肠息肉。

1. 将胶圈安上套扎器的过程：







我为人人，人人为我



2. 胶圈套扎息肉的过程:



我为人人，人人为我





将息肉拉入套扎器的头里面，扣动扳机，胶圈套入息肉根部：

我为人人，人人为我





套扎结束，将息肉塞入肛内。

我为人人，人人为我



一例高热病人的诊疗留给我的思考

作者：huangdez

链接：<http://bbs.iiyi.com/thread-2614972-1.html>

患者男性，63岁。退休工人。自觉全身酸困伴关节痛两天，加重一天。

自述两天前因天气炎热加上干些重活，全身汗流浹背，干完活就到了空调间休息。第2天就感到有些不舒服，全身肌肉酸困伴关节痛，无寒颤，无头疼及恶心。患者平素体健，因上述症状加重而就医。至就诊前还没察觉自己是在发高热。

既往史：高血压15年，一直服用降压药。抽烟40多年，每天20~30支。

检查：T：39.7℃，BP：120/70mmHg，P：85次/分。血常规：WBC 1.2万，N 88%。

患者精神良好，无头痛、头晕，咽喉部无不适，大小便正常。眼结膜无充血，颈部淋巴结无肿大，咽部充血，扁桃体无肿大。听诊心肺（一）。肝、脾未触及。左下

肢小腿前方有一 2cm×3cm 红斑，红斑上可见米粒大小之丘疹，稍痒，不痛。余（-）。

根据检查首先考虑是否为空调病，但血象高无法解释。左小腿丹毒？但局部无红肿疼痛，也不成立。只好抗炎及对症处理。因患者有事不想输液，给予如下治疗：

林可霉素注射液 1.2 万+地塞米松注射液 5mg 、安痛定注射液 2ml，肌肉注射；连花清瘟胶囊 4 粒，tid po。

患者第 2 天复诊，感觉一切恢复正常，要求继续打一针。测体温 36.7℃，小腿部红斑依然存在，根据情况给予林可霉素注射液 1.2 万、柴胡注射液 4ml 肌肉注射。其中林可霉素 1ml 注射在左下肢小腿红斑处。

患者第 3 天上午来复诊，查看左小腿红斑已基本恢复正常，体温正常。复查血常规：WBC1.3 万，N83%；尿常规检查正常。究竟炎症出在哪？随即嘱咐病人到大医院拍一张胸片。

下午患者带着胸片来找我，并说了一些让我意想不到的话：患者到医院拍完片后碰到一位同事的孩子，学校刚毕业在那家医院实习。了解情况后那个年轻人随即给患者看了一下喉咙，告诉他得了化脓性扁桃体炎，让他来找我打几天青霉素。一句话把我从梦中惊醒，我又给患者仔细检查了咽喉部位，发现两侧扁桃体Ⅱ度肿大，上面布满脓点。真感到惭愧，从医几十年还不如一个刚毕业的学生。

胸片结果提示：1. 主动脉钙化。2. 支气管炎。患者有长期吸烟史，却也没有咳嗽症状。本次发烧和白细胞升高主要病因可能是扁桃体化脓所致，随即开了如下处方：

0.9%氯化钠注射液 250ml+青霉素 800 万单位 x 3 ivgtt qd ；

庆大霉素注射液 8 万单位+ 2%利多卡因注射液 2ml，扁桃体穴位注射，qd；

连续治疗 3 天，查血常规正常，患者痊愈。

该病例对我触动很大，回想起来患者自始至终没有感到咽喉部不适，高烧没有感到畏寒，高烧时咽喉部除了充血外扁桃体也没发现异常。但后来的几天复诊时没有注意扁桃体的变化。这使我感到很内疚，以后再遇到发热原因不明的患者，一定要重视体格检查和必要的复查，不能被无症状的病情所迷惑。望各位同仁引以为戒。

超声入门贴 540——辣条的“魅力”

作者: songjunrui

链接: <http://bbs.iiyi.com/thread-3389675-1.html>

患者女, 15 岁。近一个月天天吃辣条。昨晚腹痛, 家人给吃奥美拉唑缓解, 今天来检查。

触诊: 上腹部压痛, 右下腹轻微压痛。

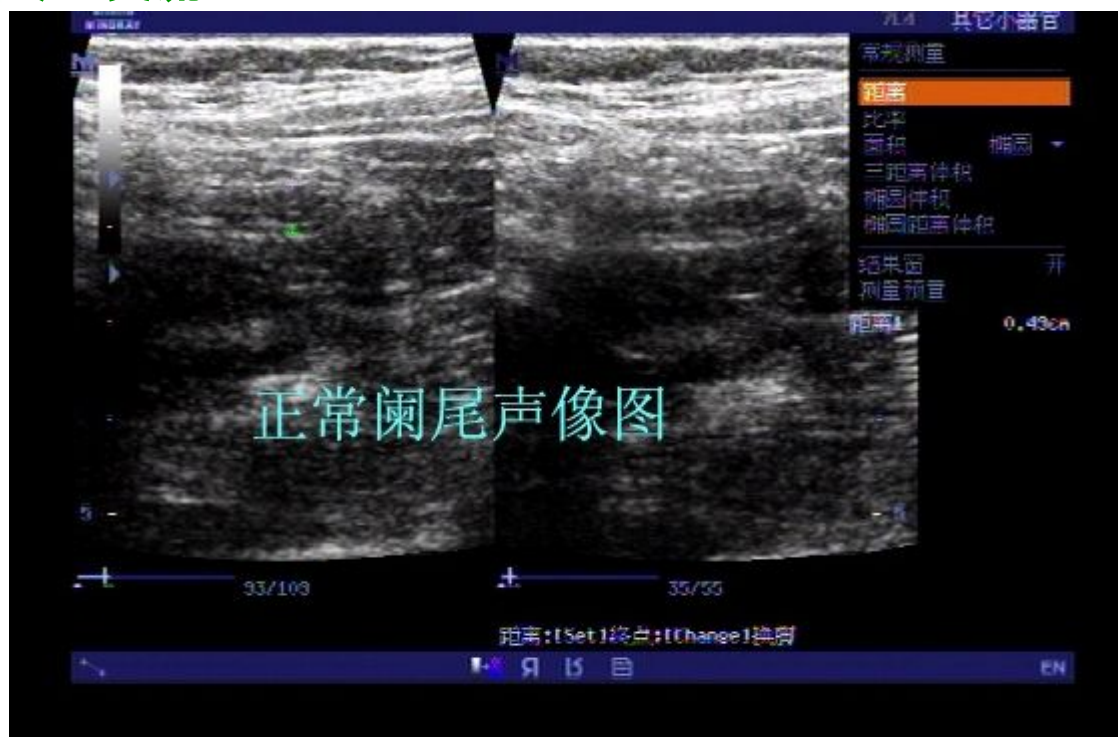
血象: 白细胞增高。

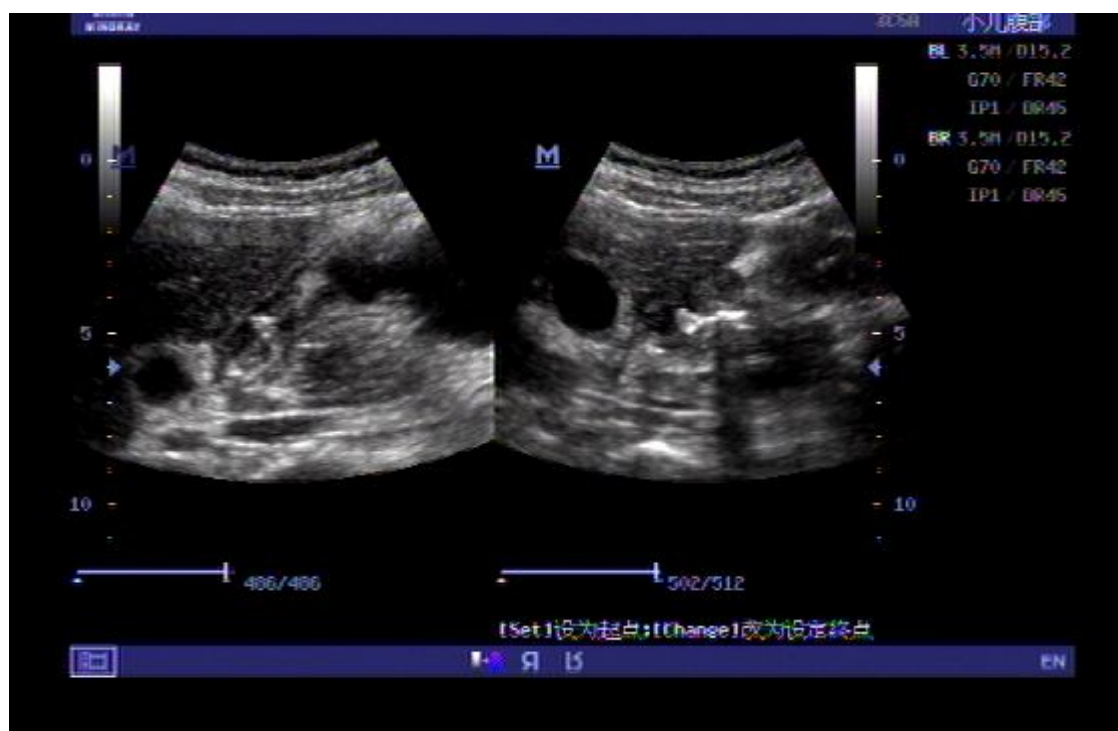
临床行阑尾检查, 超声右下腹扫查可见阑尾外径在正常范围, 探头加压轻微疼痛; 展开全腹部扫查查找血象高的原因, 发现十二指肠溃疡。和患者沟通需要进一步检查, 同意后进行胃肠检查。让患者口服温开水约 400ml 后发现十二指肠球部前壁一大而深的溃疡, 深达肌层。

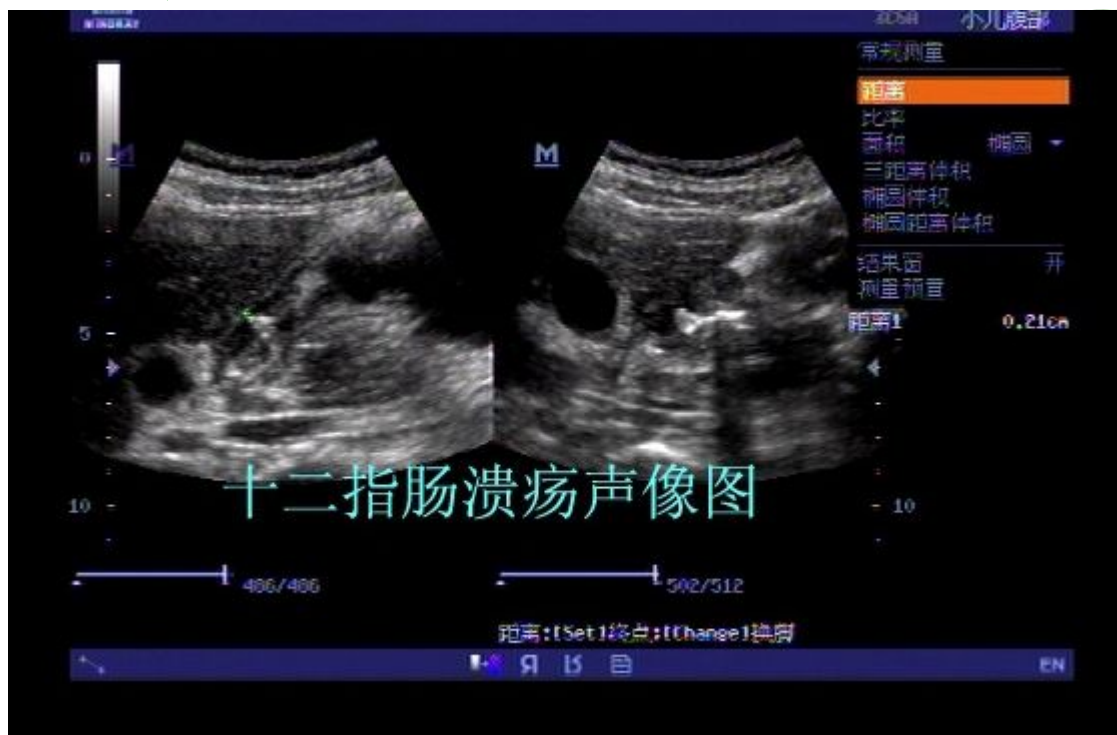
温馨总结: 该病例来就诊时临床症状轻微, 加上血象增高, 让临床医师首先想到阑尾炎, 通过检查发现阑尾未见明显异常, 展开全腹部扫查发现溃疡。如果没有进一步检查发现溃疡, 回家观察后也许会发生十二指肠溃疡穿孔引起急腹症。风险无处不在, 所以先检查后用药你能理解吗? 胃肠超声的优势显而易见, 胃肠道疾病, 您会想到用彩超检查吗?

莱阳市第一人民医院检验报告单						
样本编号	27	条码号		性别	女	年龄
姓名		病历号		科室	内二科	送检医生
送检时间		科室	内二科	床号		
项目	名称	测试结果	提示	单位	参考值	
WBC	白细胞	17.95	↑	10 ⁹ /L	4.00-10.00	
NEU#	中性粒细胞数目	15.25	↑	10 ⁹ /L	2.00-7.00	
LYM#	淋巴细胞数目	1.35		10 ⁹ /L	0.50-4.00	
MON#	单核细胞数目	1.20		10 ⁹ /L	0.12-0.80	
EOS#	嗜酸性粒细胞数目	0.02		10 ⁹ /L	0.02-0.50	
BAS#	嗜碱性粒细胞数目	0.13	↑	10 ⁹ /L	0.00-0.10	
NEU%	中性粒细胞百分比	85.0	↑	%	50.0-70.0	
LYM%	淋巴细胞百分比	7.5	↓	%	20.0-40.0	
MON%	单核细胞百分比	6.7		%	3.0-8.0	
EOS%	嗜酸性粒细胞百分比	0.1	↓	%	0.5-5.0	
BAS%	嗜碱性粒细胞百分比	0.7		%	0.0-1.0	
RBC	红细胞	4.85		10 ¹² /L	3.50-5.50	
HGB	血红蛋白	138		g/L	110-160	
HCT	红细胞压积	0.408		L/L	0.350-0.500	
MCV	平均红细胞体积	87.8		fL	80.0-100.0	
MCH	平均红细胞血红蛋白含量	29.7		pg	27.0-34.0	
MCHC	平均红细胞血红蛋白浓度	338		g/L	320-360	
PLT	血小板	348	↑	10 ⁹ /L	100-300	
RDW-SD	红细胞分布宽度标准差	40.8		fL	35.0-56.0	
RDW-CV	红细胞分布宽度变异系数	11.5		%	11.0-16.0	
PDW	血小板分布宽度	14.2	↓	fL	15.0-18.0	
MPV	平均血小板体积	9.3		fL	7.0-13.0	
P-LCR	大血小板比率	18.8		%	13.0-43.0	
PCT	血小板压积	0.74	↑	%	0.100-0.280	
测试时间	2017/4/6 8:27:27	检测人		审核人	打印时间	2017/4/6 8:27:52
此结果只对本标本负责						

我为人人，人人为我







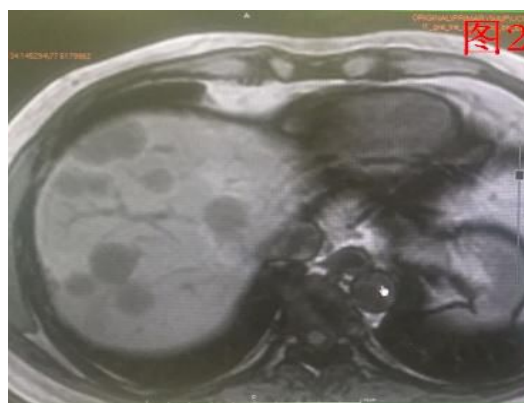
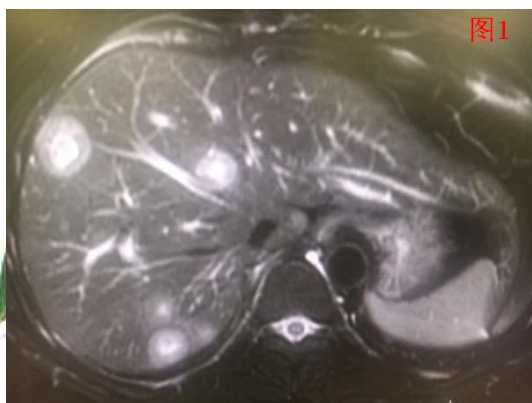
影像学典型征象——棒棒糖征

作者: ngf1978

链接: <http://bbs.iiyi.com/thread-3395694-1.html>

患者为青年男性，体检发现肝脏肿瘤性病变。病理证实为肝上皮样血管内皮细胞瘤。

MRI 检查图像如下:



我为人人，人人为我

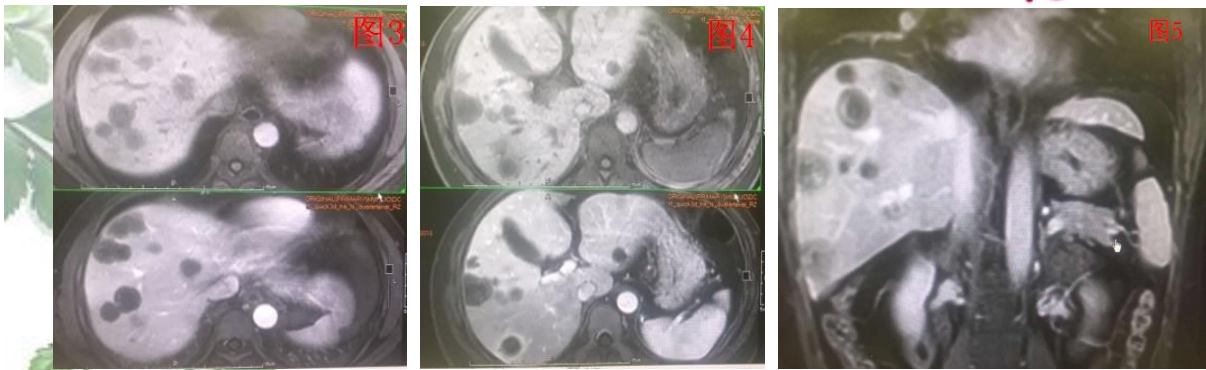
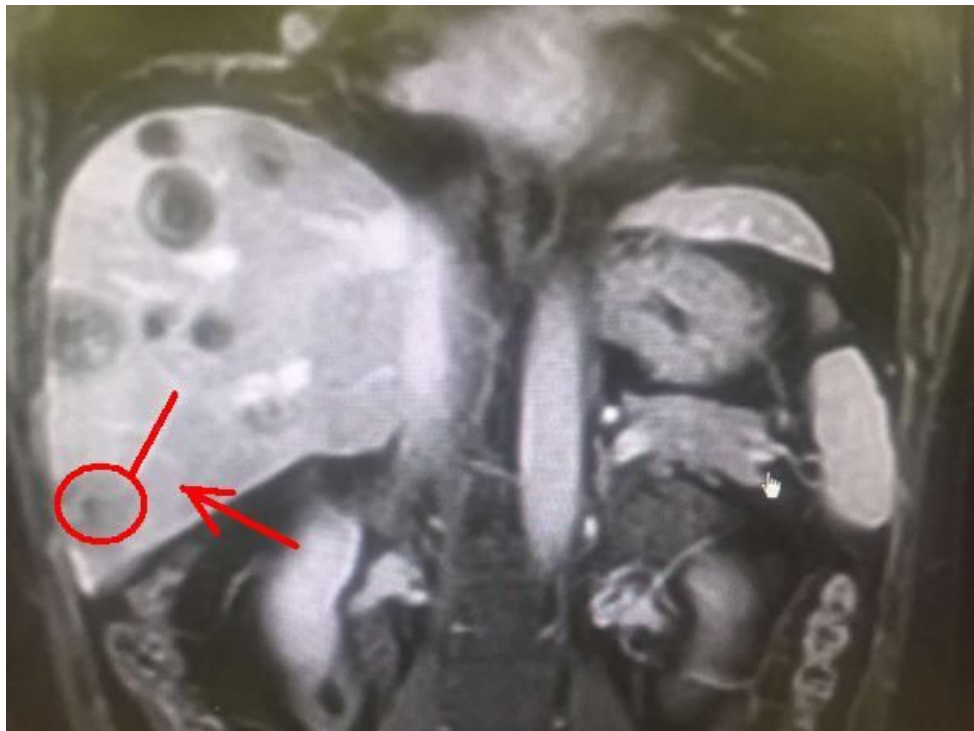


图 5 是 MRI 增强冠状位图像，可见棒棒糖征，而棒棒糖征被认为是肝上皮样血管内皮细胞瘤的典型征象。

棒棒糖征见于增强 CT 或 MRI 上，是较大的不强化或者边缘强化的肿块，加上肝静脉或门静脉伸向这些肿块并终止于这些病灶的边缘，形成类似棒棒糖一样的图像。下图红色箭头所指。

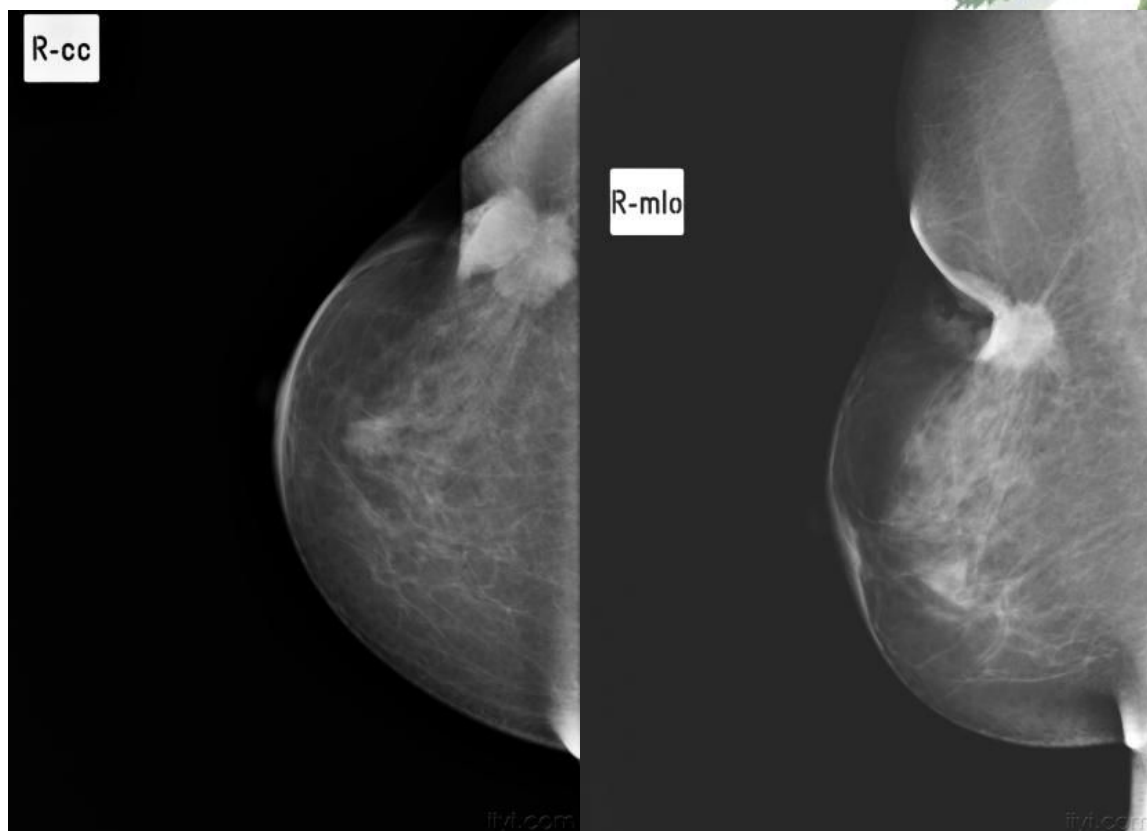


典型病例——乳腺癌钼靶片

作者: cnhbwdh

链接: <http://bbs.iiyi.com/thread-1534558-1.html>

乳腺癌钼靶片



误诊 3 例

作者: zangweiwei120

链接: <http://bbs.iiyi.com/thread-938374-1.html> (356 楼)

一、他避免了气管切开

记得刚开始值班的时候，一天夜里，脑外科急会诊气管切开。患者为老年较瘦男性，脑外伤术后，麻醉后沉睡状态，鼾声连天，II度吸气性呼吸困难，血氧监测 80%

我为人人，人人为我

左右，一旦唤醒即可恢复正常。怎么看都不像有中枢和呼吸功能障碍，也不像下呼吸道分泌物过多。但那天脑外正好有副教授级别的医师在，坚决主张尽早气管切开。我打电话请示我的上级医师，考虑为麻醉后睡眠状态舌肌无力舌后坠所致，试用麻醉科防止舌后坠的口咽通气道短管，并用绳绕脑后固定。立竿见影，血氧恢复正常，一夜平稳，避免了气管切开。

体会：

- 1.一定要详细了解病人的症状、体征及辅助检查，在此基础上才能得出正确结论。
- 2.如果上述前提你满足了，那么关键时刻要相信自己的判断，并以理服人。
- 3.如果不能肯定，最好请示上级医师，不要逞强，这样可以为患者选出最佳处理方案，同时避免错误处理，以免将来造成医疗纠纷。

二、默默地承受数落

今天早上查房，被主任训了一顿。

我值夜班管的是一位 81 岁高龄患者，女性，目前诊断考虑：慢支合并感染；1 型呼衰；风心病，二尖瓣狭窄合并主动脉瓣关闭不全，慢性心功能不全，心功能 3~4 级；多发陈旧脑梗塞；抑郁症；双下肢动脉闭塞；2 型糖尿病。入住 RICU 两月，气管切开两月。

患者最主要的问题是呼吸中枢因 5 次脑梗受损，驱动弱，慢性消耗而呼吸肌无力，脱机非常困难，入睡后呼吸机 PSV 模式频繁报警低通气，只能用 SIMV。病情稳定后，几次脱机均告失败。早上查房时，血常规回报，HGB: 76 克/L，主任问为什么会进行性下降？我说，患者处于慢性消耗状态。主任说，患者感染已控制，怎么会消耗呢，找原因了吗？接着他听了听肠鸣音，马上就大怒：夜班怎么值的？肠鸣音这么活跃，一定是有出血灶，值夜班只写个病程就行吗？怎么不动脑子……

我只能默默承受数落。其实这之前，患者 HGB 就进行性下降，输过一次悬浮红，输完之后 HGB 升到 110 克，然后又又在下降。之前多次查了大便、尿、胃内容 OB 均阴性。又反复感染，又有呼吸机，肯定是慢性消耗所致。肠鸣音活跃已有多日，与患者胃肠营养加量有关。因自从胃肠营养加量后，患者大便次数增多，肠鸣音活跃起来，我自信还是非常了解病情的，肯定不是什么出血，所以夜班没查。但敢怒不敢言，咱毕竟是小兵！

事实胜于雄辩，上午查的胃内容 OB 及便常规均为阴性！

我为人人，人人为我

主治医生定性为慢性消耗。

回想起来就觉得很委屈，自己认真做了，想了，而且是对了，还得挨批，多打击积极性啊！

三、她患的是冠心病吗

患者，女，54岁。以“间断胸闷一年，再发四天”入院。一年前劳累后出现胸闷、心慌症状，每次发作持续约5~10分钟不等，休息后可缓解。过去确诊“冠状动脉粥样硬化性心脏病”，治疗后症状缓解。门诊服用“消心痛、丹参片”等药物治疗。一周前因与人怄气再次出现上述症状来院治疗。

入院查生命体征平稳。考虑患者既往有“冠心病”病史，给予抗凝、抗血小板聚集、改善心肌供血、改善心肌代谢等治疗。用药三天，患者胸闷症状改善不明显，并自觉头痛，睡眠质量差。

于是分析：1.本次患者胸闷持续时间长；2.按心绞痛治疗效果不佳；3.本次发病前曾与人怄气；4.正处于更年期精神神经症状较重，易产生抑郁、焦虑、失眠、心慌、气短症状。考虑胸闷是由于心理方面因素引起，遂给予心理安慰，治疗改为“安定、谷维素”口服，静点刺五加等药物调节自主神经功能，治疗一周上述症状渐缓解。

体会：

1.当患者因胸闷、胸痛、恶心、失眠等症状就医时，如果临床体征和辅助检查没有明显异常，就应考虑是否心理问题引发的躯体症状。

2.一些“冠心病”患者伴有抑郁、焦虑等精神方面症状，应引起临床医师的重视。

3.对既往诊治过或诊断明确的患者，每次都应详细问诊，多和患者沟通，随时发现新的问题以及时解决。

食管癌误诊一例

作者：张欢琦

链接：<http://bbs.iiyi.com/thread-938374-1.html>（321楼）

患者，男，52岁，左上胸部隐痛2月，无明显诱因，不伴有咳嗽，气短，无心悸胸闷。体检：营养中等，精神好。胸部皮肤无皮疹，胸部无压痛，双肺及心脏（一）。

我为人人，人人为我

就按“肋间神经炎”给予双氯灭痛片，VB6 口服。两个月后，患者又来看同一个病，还是左上胸部痛，拿他自己的话说：拿不倒人，但就是不舒服。还说两个月以内他去遍了周围的医院诊所，胸片、心电图都作过了，都正常，没发现啥病，他让我给他好好听一下肺。我前后肺部仔细听诊仍无异常发现。因为当时没其他病人，我就详细的问他这个痛的具体细节，希望能问出些东西来。如：痛有没有时间特点，是否和身体、肢体的运动有关，饮食有无改变，体重有无减轻，大便有无改变……病人当时很乐观的说：身体绝对没问题，体重每次磨面时都在磅上称一下，130kg，啥都能吃，白酒每天都喝，没啥不适。出门时病人不经意间问了一句话：吃软馒头和这个地方痛有关吗？因为他发现每次吃软馒头时，那个地方就痛得明显些。说实话当时我确实没细想，也许有些不耐烦吧，就说最好明天去医院作个消化道钡透吧。次日，病人果然去做了钡透（自己要求的）。不做不知道，一做结果让人后悔，惭愧：食管癌（上段，晚期）。

误诊剖析：基础差，经验少，对于一个症状，只停留在常见病层面上，不习惯去深究。

因为该患者已经失去了手术治疗的时机，只化疗了两次，于确诊的 3 个月后去世。

心电图读图第 71 期

作者：htchb

链接：<http://bbs.iiyi.com/thread-3405739-1.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，72 岁，急性起病。

患者因“胸闷、心悸 1 周”入院。该患者 1 周前无明显诱因始感胸闷、心悸不适，尤以夜间为著，每次发作持续时间数分钟至数十分钟不等，有时伴有气急，需端坐位

我为人人，人人为我

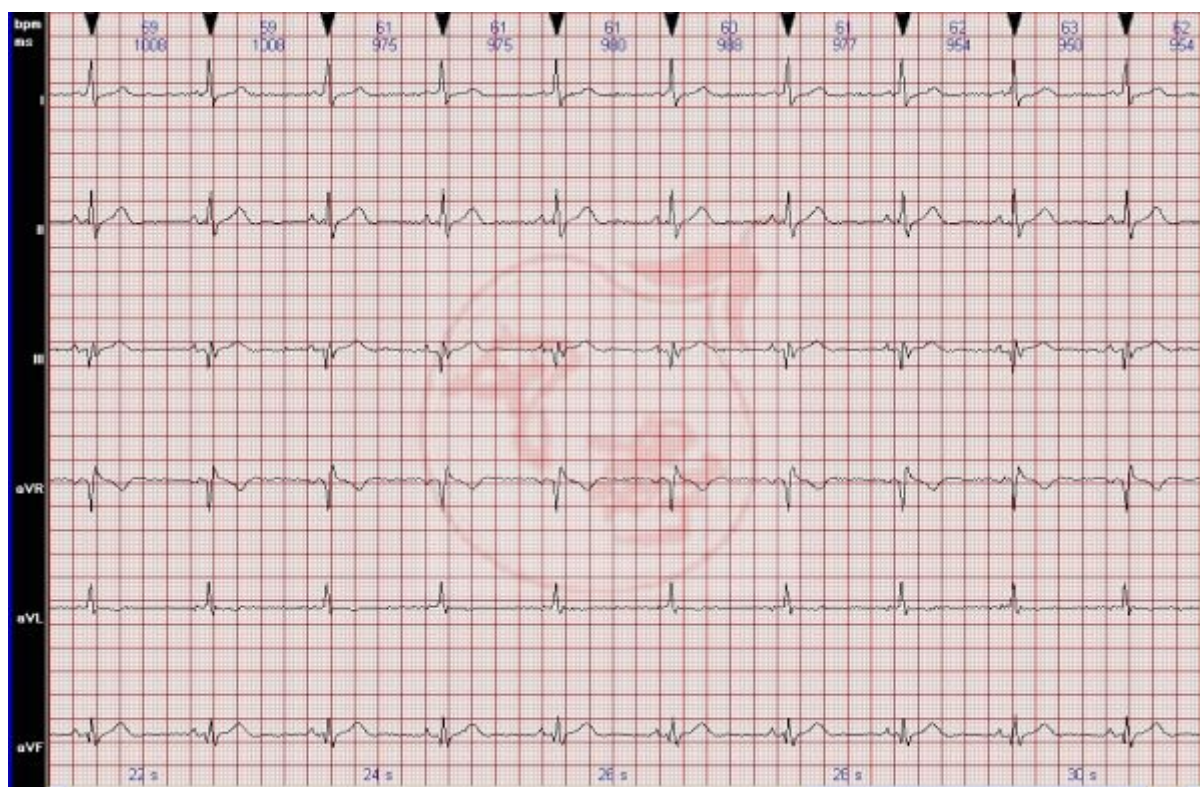
专业交流

方能缓解，但无明显胸痛，无咯粉红色泡沫样痰。自行口服“稳心颗粒及麝香保心丸”处理，症状可缓解。今于当地卫生院查心电图示窦性心律、偶发室上性早搏，偶发室性早搏，为进一步诊治遂来我院，拟“心律失常”而收住入院。患者病程中无头痛、眩晕，无胸痛，无咳嗽、咳痰，无心前区疼痛，无恶心、呕吐，无腹痛、腹泻，无反酸、嗝气，无尿少、尿频，无抽搐，无意识障碍，食眠欠佳，二便正常。

既往有“脑萎缩”病史，具体不详。否认“高血压、糖尿病”病史。

查体：T:36.4℃，P:62次/分，R:18次/分，BP:120/80mmHg。神志清，精神欠佳，唇不绀，咽不充血。颈软，气管居中，两肺呼吸音清，未闻及干湿啰音，心率62次/分，心律不齐，可闻及早搏，每分钟约2~3个，各瓣膜区未闻及病理性杂音。腹平坦，无压痛反跳痛，双下肢无浮肿，四肢肌力、肌张力正常。

标准电压纸速：



我为人人，人人为我



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

治疗反复口腔溃疡的一点感悟

作者: kilvin1718

链接: <http://bbs.iiyi.com/thread-3396267-1.html>

本人地处江南地区，在临床上常遇口腔溃疡患者，反复发作，经久不愈。曾治一患者，口腔溃疡反复发作数年，此未愈而彼又起。西医常予以激素治疗，口服维持1年余，免疫指标下降，因担心激素长期服用引起不良反应而寻求中医药治疗。曾于他处服用中药，予其清热泻火苦寒之剂而果欠佳。刻诊：舌质淡苔薄白，脉细。投以柴胡、葛根、荆芥、黄芪、党参、升麻、麦冬、玄参、熟地、白芍、黄连、肉桂、甘草。服药1周后患者诉溃疡较前已好转，且本周无新发溃疡出现，继服前药，前后共服药近3周。3月后再遇患者，诉近3月来无明显溃疡发作，复查免疫指标已近恢复正常，开始停用激素。

本人临床观察发现，有不少口腔溃疡患者其证往往虚实相夹，其热证虽显但并不明显，同时常常兼有脾胃虚弱之象，舌质多淡而苔薄白。投以苦寒之剂常常效果欠佳，因其脾本虚弱，中焦职能弱化，一味寒凉反使其凝固不动，脾胃更受其害。单纯投以补剂又疗效缓慢，迁延日久患者难以坚持长期服药。所谓“阳道实，阴道虚”，治疗以虚实同治，取李东垣火郁发之之意，以柴胡、葛根、荆芥等辛散之品发其郁火，黄芪、党参以振发脾阳，麦冬、玄参、熟地、白芍以补其虚，同时避免升散太过。黄连、肉桂合用，取交泰之意，“水能升而火有降”。其中升麻一味，不仅为升提之用，裘沛然先生指出升麻于金元以前之本草中乃为清热解毒之要药，对于治疗口腔溃疡、白塞氏病效果显著，其用量多在15至30克之间。余在临床对于此类病症常用10至15克以上，效果颇佳。



葛根汤合小柴胡汤治疗长期低热一例

作者：绿水人家绕

链接：<http://bbs.iiyi.com/thread-3231987-1.html>

患者魏某某，女，47岁。6月24日就诊。主诉：低热1年余，自觉头痛时就会发热，怕冷，畏寒，无汗出，骨节疼痛。发热时自测体温（腋下） $37.1^{\circ}\text{C}\sim 37.2^{\circ}\text{C}$ 。

刻诊：脉左沉细右浮细。

处方：

柴胡18克，黄芩9克，半夏10克，党参12克，炙甘草6克，生姜15克，大枣20克，桂枝10克，白芍10克，麻黄10克，葛根10克。

5剂，水煎服。

7月2日复诊，上方服完，低热表现已除。

按：患者低热1年多，虽然病程较长，不得辨为内伤发热，中医辨治发热分外感内伤，但是此患在发热之余，尚有怕冷，故病仍在表而不在里，除此之外，患者还伴有骨节疼痛，无汗出，本应辨为麻黄汤证，但是因为该患者脉象浮沉之中兼有细象，此为气血不足，正气不支，若以麻黄汤大发其寒，恐有过汗伤正之弊，故以发汗力弱，扶正力大的桂枝汤加麻黄、葛根（即葛根汤），微发其汗，又由于发热日久，虽未入里，但是邪亦不仅仅在表，而兼在半表半里，因此选方除葛根汤之外，又合小柴胡汤，以解在半表半里之邪，如此则方证相应，所以才收效甚捷。

柴胡龙牡汤治疗 老年遗尿、关节积液一例

作者：胡必江

链接：<http://bbs.iiyi.com/thread-3397903-1.html>

《伤寒论》经方之高妙、深远，总使我心里充满了惊叹，而我每每使用经方获得奇效，亦是最为骄傲的事儿。

我为人人，人人为我

曾于 2016 年寒冬腊月，诊一女性患者，青州人氏，年龄 60 岁，其子陪同来诊。自诉：患尿自遗 10 余年，膝关节积水肿痛 30 年，如今到了“不治不行”的地步。追问病史自诉：双下肢乏力，双膝关节肿胀明显、夜睡痛不休，行走不稳。走路、上下楼都会酸痛泛响，甚至不能行走。小便不利，来不及上厕所就尿裤子，有时候咳嗽或听到水声不能自控而尿液自行流出，或尿后余沥不尽，尿失禁。因常犯此疾，遍求中西医诊治，皆以鲜效而丧失治疗信心。

老年遗尿如何治？膝关节积液又怎么治呢，这病困扰了患者好多年。中西医看过很多次，患者对能否治好真的没有信心。担心用药也只是一时之效，我好言劝慰：“意图不战而屈人之兵，治病必效。你的情况就是陈年老病又复加风寒外袭，超出了身体的承受范围。湿热下注蓄滞膀胱，气化失约导致尿自遗，中医治疗是治病求本，绝不可能是一时之效。”俗话说：心药医心，通过给予心理暗示，给她吃了“定心丸”，她才安心接受治疗。

询问其病况，素喜太息，恶热多汗，口粘发苦，大便干结，小便色黄。往来寒热，不寐且乱梦纷纭，受惊动易醒等病症均有，且双下肢乏力，膝盖冰冷。

查：舌红苔黄厚根腻，脉象沉弦。

病变部位主要在少阳，少阳三焦不利则小便不利。肝主筋，且久病失调不能主筋，则见筋肉酸痛颤动，痿软无力，水肿积液等症。口苦干则主热，肢节疼痛冷紧则主寒，本病前医就是忽略了其独处藏奸的寒热不调，上热下寒。

所患复杂之病，以少阳为主，兼涉少阴、太阳、太阴、阳明。一系列多重多方向病证病机需要改变的问题，必用复杂之方。小便不利，一身尽重，不可转侧者，柴胡加龙骨牡蛎汤主之。本方从肝着眼，而及心肾，从少阳入手而旁顾太阳、阳明。方义在于疏通三焦，表里寒热并治。三焦通畅之后，下焦通畅，大小便通畅。阴膝却也“戾气”深重，兼以附子温阳散寒。表里错杂之邪得以速解，兹收安内攘外之功。

针对错综复杂病证，沉痾重疾用猛药。

处方：柴胡根 120 克，野黄芩 45 克，上人参 45 克，桂枝尖 45 克，云茯苓 45 克，生半夏 60 克，西大黄 30 克，生龙骨 45 克，生牡蛎 45 克，代赭石 45 克，生姜 45 克，干玉枣 45 克（擘），江油附子 20 克。水煎服，10 剂。

二诊：患家欣喜来告：服完 3 剂后积水立消，下肢较前有力，疼痛大减。小便利，

尿遗失，大便畅，身轻快。前方既效，嘱再服此方，从身体尽除垃圾则免屡发之患。旧年顽疾，继服 10 剂诸证失而愈。

《医宗金鉴》谓：“以错杂之药，而治错杂之病。”柴胡加龙骨牡蛎汤表里寒热并治，阴阳并调，使表里错杂之邪得以速解，故可用于治疗临床多种疾病。

治疗原发性口腔溃疡一例

作者：二郎战神

链接：<http://bbs.iiyi.com/thread-3399258-1.html>

患者，女，长期做早点生意，睡眠时间短，每天不足 6 小时，喜食辛辣，经常口腔溃疡复发，曾多次服药：口腔溃疡散、维生素 B2、维生素 C、意可贴、口腔溃疡喷剂等等，效果不明显；输过液，估计是曾经用过激素，迅速好转又很快复发。晚上时痛急前来就诊。就诊时证见：痛苦面容，舌体两侧有多发 0.5×0.5mm 大小的溃疡区，周围红肿，溃疡中间黄色脓点，舌体干燥，舌苔薄舌质红，脉弦细。自诉：口干饮水不多，大便干燥。神疲乏力，睡眠欠佳。测血糖 6.0mmol/L；微量元素测定正常。

辨证分析：考虑病人长期劳作，经常复发，免疫能力下降，脾胃功能虚弱，气血生化乏源，津液匮乏；又溃疡有脓点，舌干质红，为热毒上攻于舌；脉弦主肝主痛。

治拟益气滋阴，清热解毒。

方药：太子参 12 克，白术 10 克，黄芩 10 克，黄连 10 克，知母 12 克，天花粉 12 克，葛根 10 克，生地黄 12 克，麦冬 10 克，白芍 15 克，蒲公英，野菊花，地丁，金银花，连翘，甘草各 10 克，7 剂。水煎服。

上方服三剂症状明显好转，7 剂后基本痊愈。后随访无复发。

方解：本例病症在辨证的基础上选方加减：拟用四君子汤、消渴方合五味消毒饮加减运用，方用太子参、白术意在健脾益气，让气血生化有源，气血得充，神疲乏力之感得消。黄芩、黄连清上中焦热毒；知母、天花粉、葛根、生地黄、麦冬意在滋阴清热生津，凉血消肿；白芍敛阴止痛；至于蒲公英、野菊花、地丁、二花、连翘等加强清热解毒，消肿排脓之功。全方没有特别之处，但是病人服后效果不错，没有复发。

告知：注意休息；饮食清淡；多吃蔬菜水果。

临床注重询问病人的工作性质，工作时间，饮食习惯，排便习惯。

漫话小青龙

作者: qqsunlifengl

链接: <http://bbs.iiyi.com/thread-3391547-1.html>

小青龙汤

《伤寒论》

【组成用法】麻黄去节，三两(9g) 芍药三两(9g) 细辛三两(3g) 干姜三两(3g) 甘草炙，三两(6g) 半夏洗，半升(9g) 五味子半升(9g) 右八味，以水一斗，先煮麻黄减二升，去上沫，内诸药。煮取三升，去滓，温服一升。若渴，去半夏，加瓜蒌根三两；若微利，去麻黄，加芫花如鸡子大，熬令赤色；若噎者，去麻黄，加附子一枚(炮)；若小便不利，少腹满者，去麻黄，加茯苓四两；若喘，加杏仁半升，去皮尖。

【本方功用】解表蠲饮，止咳平喘。

【适用范围】风寒客表，水饮内停。恶寒发热，无汗，喘咳，痰多而稀，或痰饮咳喘，不得平卧，或身体疼重，四肢、头面浮肿，舌苔白滑，脉浮者。

【方义讲述】小青龙汤这个药比较特殊，分这么几个情况：麻黄跟桂枝是一对，干姜跟细辛是一对，再加上半夏，芍药跟五味子这又是一对，它是佐制药，是相反相承的药。

正常的来理解它，这地方是麻、桂为君，姜、辛为臣，其它是佐药，和甘草佐使药，它主要的症状是由于素有寒饮又受风寒，所以产生的一种喘咳。它由于这样的情况，它就出现了一些症状的特征，既然是风寒而需要用了麻、桂，它就是有寒热而无汗，恶寒发热，既然素有痰饮、寒饮，那么它的喘咳，它这个痰就有特殊性，发作的时候，它就是泡沫的、白色的、粘的，它这个痰很难出来，那么寒饮的痰正常情况象什么呢，类似于鸡蛋清，你看了它几乎是透明的，颜色是白的，但是很粘，如果吐在痰盂里，你用棍可以挑起来，但是它受了风寒以后，由于咳而不畅，肺气不宣，所以它呢多泡沫，很难出来，而且它经常有那么个情况，咳了以后就喘，喘了以后就喘息抬肩，而且往往不得平卧——躺不下来，因为气不平，躺下以后，气就接不上了。那么痰饮的问题是由于素体阳虚，由于阳气虚，水湿不化而产生了又叫水饮，又叫痰饮，究其性质来说，属寒，所以又叫寒饮，那么这个必须用温化的办法。

所以麻、桂共同发汗解表，这是可以理解了，但是从剂量上要注意一下，在这个地方不仅是麻黄三两，桂枝的量是不是比麻黄汤大了一点，可以注意一下，所以这个大一点，就要联系起来看，为什么？并不是因为它表实的厉害要加强它发汗的问题。就得要总结刚才所讲的痰饮之所以产生是由于阳气，那么治疗痰饮的还有一些方剂，有些可以知道，苓桂术甘汤还记得吗？它那不就是桂枝吗，它这个桂枝就不仅仅利用它温通血脉的问题，它就是温胸阳、化寒饮，所以这地方的桂枝加重它有两个意思在这，一方面有助于发汗解表，一方面它帮助治寒饮，正因为里面有寒饮，所以它配伍用量大了，这些地方，特别是方子与方子之间的可以给它同类比较。

麻黄汤如何用的，大青龙如何用，小青龙如何用法，都有麻黄，都有桂枝，它这个配合也不同，所以这个问题一般不讲这么细，麻、桂就是发汗，但我们考虑到，这样的班我们应该把这一点，给点出来，才可以理解，在对于本科生、初学的不要讲这么多，你讲这么多它不可能理解，它脑子里还没有痰饮的概念呢，是吧，那好多东西还没讲，所以它反而越听越糊涂，所以这个由于对象不同要考虑讲深的可接受性的问题，底下就谈一谈干姜跟细辛的问题。

细辛这味药，我们一般知道它入少阴经，能够去在里在下深伏之寒，因为这个药它的发散力量、辛散力量特别强，而它本身又是辛热之品，它有一个特点是什么呢——发散水中之寒，那么这个问题往往把个水理解为少阴肾，所以这个话不太明确，应该是依附水中之寒，寒是无形之邪，水是有形之邪，无形之邪而依附有形之中，那么哪些药能够更好的给它分离出来、驱除它。那么干姜在此主要用来温脾阳、暖肺气、温暖脾肺，所以这两个合起来，有助于去水饮的，加上半夏，半夏可以降逆，半夏可以祛痰。

在这里加着配合它们来祛痰饮、降逆气，所以这个地方它没有用杏仁来配合。可是这个问题回过来进一步想想看，外有风寒如此之重，内有寒饮素来所有，内外勾结发生了这么个病，那么这个人素来的体质可以知道，从这一点你给它一分析就清楚了，它既然阳气不能蒸水化气变为痰饮，可见这个人的阴分怎么样，那阳气之虚不要说了，那么素体的阴也不足。因为它这个水之所以不能为阳气所化，这个水是什么呢？实际上是水谷之精，人的饮食水谷所产生的，它既然变成痰了，它就不能化生成气血津液了，所以有一部分痰，它就虚一部分气血津液，所以从这方面可以理解到这个病人，所以我们有时候光看到病人有邪的一面，还要看到病人虚的一面，所谓“虚者责之，

盛者责之”，正因为这样，所以在用麻桂的同时用芍药；在用姜、辛、半夏的同时用五味。

我想这个情况就可以理解，这个地方用芍药跟桂枝汤同芍药相同的意思，使它辛温、发汗、解表而不耗伤津液，不耗伤阴血，所以可以说它是一个佐制的药吧，相反相承的吗，但它可以制它而不影响解表，所以说它是佐制药。五味子来说，它这里面还有两个作用，由于细辛、干姜本身是辛热之品，特别细辛，就因为它辛散的很，所以名字如辛嘛，加上干姜，另外同时还有麻桂在发汗解表，所以这个问题除掉了阴以外，还要考虑到它的肺气问题，考虑到人体素来阳气的问题，所谓肺气的问题，是因为现在它已经气逆而喘咳而致于喘息抬肩，而致于不得平卧，可以知道它气逆比较厉害，而它素体之所以有寒饮正因为它的阳气虚，所以在这样的時候你不用这些药不能解除它的寒饮与风寒，你用这些药又得考虑到气虚，而五味子呢，它本身又是温性药，它可以收敛肺气所以它这样防止阳气受伤，防止肺气受伤。

那么在这里面再加上甘草那就更可以理解了，甘草不仅跟芍药相配的问题，甘草还可以跟五味子相配，都可以达到一个酸甘化阴的问题，那么这样的配伍再加上甘草本身它有补气的作用，所以可以驱邪而不伤正，那么这么一个方子对于治疗有寒饮而又受风寒所产生的喘咳，这方子是比较好的。

针刺技巧小总结

作者：太极松功

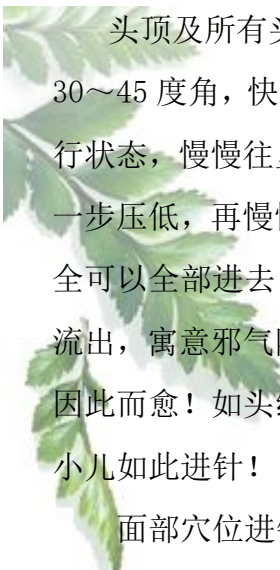
链接：<http://bbs.iiyi.com/thread-2708140-1.html>

对于那些初入本行的学生们来说，我看有必要在这里将这些小技巧强调一下，当然每个人有每个人的看法和做法，不尽相同，仅代表个人意见而已。希望能够对那些初学者以提醒和借鉴。如有不到之处，还请各位前辈指正，目的就一个：让那些热衷于针灸事业的后生们少走些弯路，尽快达到自己理想的境界。

针刺部位不同选择不同的进针方法：

进针方法教科书中都有详细的介绍，但我仍想在此强调一下。

我为人人，人人为我




头顶及所有头发覆盖处：平刺法：操作方法为：先将针身与头皮所要进针部位成30~45度角，快速将针尖穿透头皮进入至腱膜下，然后压低针身，使针身与头皮呈平行状态，慢慢往里推进针身，若有阻力，则说明碰到头骨，则可以往后退针身，再进一步压低，再慢慢向前推进。如果患者比较疼痛，则可以停止推进，一寸半的针身完全可以全部进去。对于治疗偏头痛或全头痛患者有很好的疗效，最好能在拔针时有血流出，寓意邪气随血排出，医者，意也，其关键也在于此，邪气随血而出，则病也会因此而愈！如头维、头临泣、上星、率谷、曲鬓等穴。但有一点禁忌切记：绝不可给小儿如此进针！

面部穴位进针方法：面部皮肤薄，且额部下面就是骨头，因此，在额头部仍以平刺为主。双侧面颊及口角四周和鼻翼两旁，可以用一寸或半寸的针直刺，如下关、口禾髎、水沟、承浆等。如果需要透刺如地仓透颊车，建议用提捏进针法：用左手食指和拇指捏起面部皮肤，右手进针，针刺时一直捏着皮肤，直到针尖达到所要的深度，且可以边往前捏着皮肤边往里进针，一寸半的针或者两寸的针在面部完全可以全部透入！额头平刺也建议采取提捏进针法，本人在印堂处进针时，绝对提捏进针。很好的进针方法。

对于眼睛周围穴位的进针尤其是睛明与球后穴，以直刺为主，宜选针身较细者，加用押手将眼球向另一侧压迫后，刺手持毫针沿眼眶边沿针身缓缓向里推进，切忌快速推进，防止损伤眼睛。可以进入一寸二分左右。

太阳穴进针：可以用一寸半的针直刺，可以深入刺入一寸二左右，但是这种刺法是为了治疗斜视患者，效果相当好，本人曾治疗好几个脑血管病患者引起的斜视，经过三到五次的治疗基本就能纠正其斜视症状。其它疾病不建议如此深刺，可用半寸针，稍刺即可。对于有上眼睑下垂患者，可以用半寸的毫针将上眼睑以提捏进针的方法，刺入上眼睑皮肤中，可有效提高患者眼脸上抬的力量，缓解下垂之症状。本人导师的临床经验之一。

面部及太阳穴和眼睛周围的穴位针刺最关键的是拔针：这是避免“熊猫眼”和面部出血的唯一的關鍵就是一定要把按压的时间给足了，可以绝对防止“熊猫眼”的发生。人的正常凝血时间为1~3分钟，因此每个穴位出针后一定要按压最少1分钟，而且一定是有效按压时间，而不是仅仅做个按压的样子。防止内部出血产生瘀青，影响美容，也影响患者治疗的积极性。切记切记！



颈项部：颈部穴位本人较少选取，即便是选取也是以半寸毫针直刺，有些保守，但以安全为第一要务。

后项部：本人对颈椎病的治疗颇有心得，颈部夹脊穴深刺包括风池穴深刺，没有任何问题，但一定要掌握针刺方向，向脊柱方向斜刺，可以深入一寸半左右（视患者胖瘦程度决定）。对于治疗颈椎病 各种类型都有较好的疗效。但也是要注意出针时要注意按压穴位，防止皮下出血肿！对于风府哑门这些穴位，安全第一，手底下没有根的，最好还是避免深刺！至于用三寸长的针向咽喉方向深刺治疗咽神经麻痹之吞咽障碍患者，如果手底下没有根，建议避免去尝试，最好先把解剖学给了解清楚，再去尝试，否则，后果自负。

背部：腹深如井，背薄如饼！对于胸部和腰部的夹脊穴来说，可以适当的深刺，但一定要向脊柱方向斜刺，以知为度，患者如果感到疼痛或不适，马上停止进针，并稍微向上拔一下。避免意外情况出现。对于改善胸腹脏器的功能有着非常好的改善，对于胸椎和腰椎病有着奇特的疗效。对于太阳经穴位，可以直刺，但绝对不主张深刺，视患者胖瘦程度，可以用半寸的毫针直刺，更深的还是建议斟酌。腰部夹脊穴排刺对于改善腰椎间盘突出引起的腰疼有很好的改善作用，再配合上拔罐，更是疗效显著。也许可以说是唯一的除了手术之外的能够无副作用改善其疼痛症状的治疗方法。

腹部：腹深如井，但在肝胆区，还是谨慎小心，别深刺！还有就是如果给患者小腹部施针，最好让患者在治疗前排尿！注意细节，有时候细节决定成败。国内医疗环境如此之差，还是谨慎为主。

四肢穴位：各种针刺手法均可以在四肢部位任意选择使用。毕竟没有脏器的干扰，但四肢选穴还是最好以辩证治疗为主，因为大多属于远道刺，因此一定要针灸知识基本功扎实者，四肢选穴有时候可有奇效：比如五输穴的选择和应用，八脉交会穴的选择和应用等。其实四肢穴的选取来治疗疾病，是判断一个针灸医生道行高低的最佳方式。从四肢选穴来调理脏腑功能，气血运行。这才是真正的高手。





我的刺络放血经验

作者：风中百合

链接：<http://bbs.iiyi.com/thread-2496002-1.html>

刺络放血方法简单，放旧血来新血，有时有意想不到的效果。后学者不可不知，不能不用！

现在谈谈我的临床治疗各种疾病的放血方法：

1. 高血压：耳轮顶上三棱针刺放血，刺入后立即出针，轻轻挤压针孔周围，使出血数滴，然后以消毒棉球按压针孔即可。有很好的泄肝降火，平息肝阳之效，配合醋浸鸡蛋对临界高血压效果很好，高血压病也有效，但要少量配合药物。

2. 顽癣、结节性痒症：可以用七星针叩刺少量出血，再到皮下打少量臭氧效果特别好。

3. 粉刺：用血糖仪刺血笔弹针（能控制深度的）弹刺黑头，再用罐子轻轻拔出点血来。然后外敷药配合中药效果不错。晕厥，突然倒地，休克，还有手足麻木的病人。可以用三棱针刺十宣手指尖或脚指尖，有促进苏醒，缓解麻木的功效。

4. 坐骨神经痛、膝后侧胀痛：可以在腘窝委中放血，但千万记住此处放血一定要站着放，这样血才容易出来，此处放血有时压力很高，注意别喷在自己身上。

5. 凡有压痛、有淤堵、有条索，你认为有病的你都可以放，血管不大就刺血，病变部位有大血管经过那就直接用头皮针接注射器放 30~100ml，我们曾经放得最多一次放了 120ml，不要怕。

凡应用刺血疗法、应充分考虑患者体质的强弱、气血的盛衰以及疾病的虚实属性、轻重缓急等情况。血虚或阴液亏损患者，禁用刺血。附近有重要内脏不能深刺，凡是皮肤发黑有静脉曲张的血管你最好不要去刺。凡是怕血晕血的人也不要搞。动脉血管可千万不要去动哦！

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

阔叶十大功劳

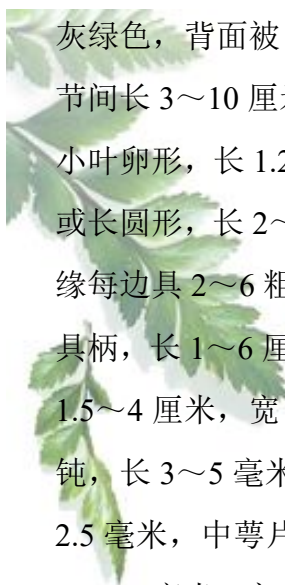
别 名：黄天竹、土黄柏、刺黄柏、刺黄芩、木黄连。

来 源：小檗科植物阔叶十大功劳的干燥根茎，产于浙江、安徽、江西、福建、湖南、湖北、陕西、河南、广东、广西、四川。该种在日本、墨西哥、美国温暖地区以及欧洲等地已广为栽培。在美国东部似已成为归化植物。



形 态：灌木或小乔木，高 0.5~8 米。叶狭倒卵形至长圆形，长 27~51 厘米，宽 10~20 厘米，具 4~10 对小叶，最下一对小叶距叶柄基部 0.5~2.5 厘米，上面暗

我为人人，人人为我



灰绿色，背面被白霜，有时淡黄绿色或苍白色，两面叶脉不显，叶轴粗 2~4 毫米，节间长 3~10 厘米；小叶厚革质，硬直，自叶下部往上小叶渐次变长而狭，最下一对小叶卵形，长 1.2~3.5 厘米，宽 1~2 厘米，具 1~2 粗锯齿，往上小叶近圆形至卵形或长圆形，长 2~10.5 厘米，宽 2~6 厘米，基部阔楔形或圆形，偏斜，有时心形，边缘每边具 2~6 粗锯齿，先端具硬尖，顶生小叶较大，长 7~13 厘米，宽 3.5~10 厘米，具柄，长 1~6 厘米。总状花序直立，通常 3~9 个簇生；芽鳞卵形至卵状披针形，长 1.5~4 厘米，宽 0.7~1.2 厘米；花梗长 4~6 厘米；苞片阔卵形或卵状披针形，先端钝，长 3~5 毫米，宽 2~3 毫米；花黄色；外萼片卵形，长 2.3~2.5 毫米，宽 1.5~2.5 毫米，中萼片椭圆形，长 5~6 毫米，宽 3.5~4 毫米，内萼片长圆状椭圆形，长 6.5~7 毫米，宽 4~4.5 毫米；花瓣倒卵状椭圆形，长 6~7 毫米，宽 3~4 毫米，基部腺体明显，先端微缺；雄蕊长 3.2~4.5 毫米，药隔不延伸，顶端圆形至截形；子房长圆状卵形，长约 3.2 毫米，花柱短，胚珠 3~4 枚。浆果卵形，长约 1.5 厘米，直径约 1~1.2 厘米，深蓝色，被白粉。花期 9 月至翌年 1 月，果期 3~5 月。

栽培：阔叶十大功劳喜欢温暖气候，不耐严寒。对土壤要求不严，以砂质壤土生长较好，但不宜盐碱土地栽培。

性味功能：味苦，性寒；清热燥湿、消肿解毒。

用途：用于细菌性痢疾，急性肠胃炎，传染性肝炎，肺炎，肺结核，支气管炎，咽喉肿痛。外用治眼结膜炎，痈疖肿毒，烧、烫伤。

用法用量：内服 25~50 克。

经验鉴别：阔叶十大功劳根茎表面土黄色或褐包，表皮粗糙，断面呈黄色。

山杏

别名：杏实、杏子、杏。

来源：蔷薇科植物山杏的干燥果实，主产于黑龙江、吉林、辽宁、内蒙古、甘肃、河北、山西等地，蒙古东部和东南部、苏联远东和西伯利亚也有分布。

形态：灌木或小乔木，高 2~5 米；树皮暗灰色；小枝无毛，稀幼时疏生短柔毛，灰褐色或淡红褐色。叶片卵形或近圆形，长 3~10 厘米，宽 3~7 厘米，先端长

专业交流

渐尖至尾尖，基部圆形至近心形，叶边有细钝锯齿，两面无毛，稀下面脉腋间具短柔毛；叶柄长2~3.5厘米，无毛，有或无小腺体。花单生，直径1.5~2厘米，先于叶开放；花梗长1~2毫米；花萼紫红色；萼筒钟形，基部微被短柔毛或无毛；萼片长圆状椭圆形，先端尖，花后反折；花瓣近圆形或倒卵形，白色或粉红色；雄蕊几与花瓣近等长；子房被短柔毛。果实扁球形，直径1.5~2.5厘米，黄色或桔红色，有时具红晕，被短柔毛；果肉较薄而干燥，成熟时开裂，味酸涩不可食，成熟时沿腹缝线开裂；核扁球形，易与果肉分离，两侧扁，顶端圆形，基部一侧偏斜，不对称，表面较平滑，腹面宽而锐利；种仁味苦。花期3~4月，果期6~7月。



栽 培：喜干燥向阳山坡上、丘陵草原或与落叶乔灌木混生，抗旱、耐寒，生长于海拔700~2000米。

性味功能：味酸、甘，性温，有小毒。润肺定喘、生津止渴。

用 途：用于肺燥咳嗽，津伤口渴，治心中冷热，止渴定喘，解瘟疫。

用法用量：内服9~15克。

经验鉴别：山杏两侧扁，果肉薄而干燥，熟时开裂，味酸涩，不能吃。核易与果肉分离，基部一侧不对称，平滑。

编 辑：王颖健

责任编辑：金陵一剑

我为人人，人人为我

胸腔积液

作者: ww2sxy520

链接: <http://bbs.iiyi.com/thread-3234190-1.html>

●病历摘要:

一般情况: 男性, 46 岁, 农民。

主诉: 咳嗽 1 月, 伴胸闷、气短 1 周

现病史: 患者于 1 月前无明显诱因出现干咳, 活动后自觉有胸闷、气短, 无咳血, 无乏力、盗汗、午后低热, 自行口服感冒药后症状无缓解, 反而加重, 稍事活动后即明显感觉胸闷、气短, 自觉左侧胸部胀痛不适, 疼痛不严重, 在当地医院就诊。查胸片提示左侧胸腔积液, 无腹胀、恶心, 无咯血, 无声音嘶哑, 无心悸、呕血、呕吐, 无声音嘶哑, 为进一步诊治遂来我院就诊。

既往史: 既往体健。否认肝炎、结核等传染病及其密切接触史。无高血压、糖尿病、冠心病等慢性疾病病史。无手术、外伤及输血史。有吸烟史 20 年, 每日 10~20 支。

入院查体: 体温 36.8℃, 脉搏 84 次/分, 呼吸 21 次/分, 血压 120/80mmHg。发育正常, 营养一般, 神志清楚, 精神欠佳, 步入病房, 问答切题, 查体合作。全身皮肤、黏膜无黄染、出血点, 浅表淋巴结无肿大。眼睑无下垂, 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, 口唇无紫绀, 咽部无充血, 扁桃体无肿大。颈软无抵抗, 颈静脉无充盈, 甲状腺不大, 气管居中。双侧胸廓对称, 无胸壁静脉曲张, 右肺叩诊呈清音, 左下肺叩诊呈实音, 左下肺呼吸音较右侧明显减弱, 双肺未闻及干湿性啰音。心前区无隆起, 叩诊心浊音界不大, 心律齐, 心音有力, 心率 84 次/分, 各瓣膜听诊区无杂音。腹部平坦, 腹壁静脉无显露, 腹肌软, 全腹无压痛及反跳痛, 肝、脾肋下未触及, 肝区及双肾区无叩击痛, 移动性浊音阴性, 肠鸣音正常。双下肢无水肿, 无杵状指(趾)。

辅助检查:

凝血提示: PT、APTT 在正常值范围; D-二聚体 3.6ng/L (正常值 0-1);

心电图提示窦性心律; 心肌酶谱各项检查在正常值范围;

ESR: 2mm; CRP: 15.2 (正常值 0-8);

病例讨论

结核抗体阴性；

痰结核杆菌阴性；

患者入院后血常规、肝、肾功能、胸腔积液检查见下图。

●讨论：

目前患者胸腔积液的原因考虑什么？依据？下一步需要进行哪些检查？

中文名称	结果	单位	参考范围
1 外观	血性、浑浊、无凝块		
2 粘蛋白定性	+-	↑	
3 白细胞计数	840	$\times 10^6/L$	
4 单核	0.70		
5 多核	0.30		

中文名称	结果	单位	参考范围
1 白蛋白(ALB)	26.8	↓ g/L	35~55
2 腺苷脱氨酶(ADA)	6.00	U/L	4~24
3 乳酸脱氢酶(LDH)	494.00	↑ U/L	140~270
4 葡萄糖(GLU)	3.50	mmol/L	2.5~4.4

检验项目	结果	参考范围	检验项目	结果	参考范围
1 谷丙转氨酶(ALT)	34.0	0~38 U/L	18 二氧化碳结合力(CO2)	23.00	20~30 mmol/L
2 总胆红素(TBIL)	14.70	0~17 umol/L	19 总胆固醇(TCH)	3.38	0~5.17 mmol/L
3 直接胆红素(DBIL)	6.31 ↑	0~3.4 umol/L	20 甘油三脂(TG)	0.98	0~1.7 mmol/L
4 间接胆红素(IBIL)	8.39	0~14.4 umol/L	21 高密度脂蛋白(HDL)	0.92	0.78~2 mmol/L
5 总蛋白(TP)	65.00	60~80 g/L	22 低密度脂蛋白(LDL)	2.16	0~4 mmol/L
6 白蛋白(ALB)	40.9	35~55 g/L	23 钾(K)	4.60	3.5~5.3 mmol/L
7 球蛋白(GLB)	24.10	20~30 g/L	24 钠(Na)	145.00	135~148 mmol/L
8 白蛋白/球蛋白(A/G)	1.7	1~2.5	25 氯(Cl)	102.00	96~105 mmol/L
9 碱性磷酸酶(ALP)	99.40	40~150 U/L	26 钙(Ca)	2.20	2~2.6 mmol/L
10 谷氨酰基转移酶(GGT)	69.00 ↑	5~58 U/L	27 磷(P)	1.06	0.84~1.45 mmol/L
11 胆碱酯酶(CHE)	7311	5000~14000 U/L	28 镁(Mg)	0.95	0.75~1.25 mmol/L
12 总胆汁酸(TBA)	10.60	0~20 umol/L			
13 谷草转氨酶(AST)	29.0	0~38 U/L			
14 尿素(Bun)	5.88	1.7~8.3 mmol/L			
15 肌酐(Cr)	57.00	44~97 umol/L			
16 尿酸(UA)	306	110~420 umol/L			
17 葡萄糖(GLU)	4.30	4.2~6.4 mmol/L			

项目	代号	结果	参考范围	项目	代号	结果	参考范围
1 白细胞计数	WBC	6.35	3.5~9.5 $10^9/L$	13 血红蛋白	HGB	196.0 ↑	130~175 g/L
2 中性粒细胞百分比	NE%	63.14	40~75 %	14 红细胞压积	HCT	60.50 ↑	40~50 %
3 淋巴细胞百分比	LY%	26.14	20~50 %	15 平均红细胞体积	MCV	88.70	82~100 fL
4 单核细胞百分比	MO%	7.24	3~10 %	16 平均血红蛋白含量	MCH	28.70	27~34 pg
5 嗜酸性粒细胞比	EO%	3.34	0.4~8.0 %	17 平均血红蛋白浓度	MCHC	324.00	316~354 g/L
6 嗜碱性粒细胞比	BA%	0.34	0~1 %	18 红细胞体积分布	RDW-CV	14.1	12.3~14.8 %
7 中性粒细胞计数	NE#	4.00	1.8~6.3 $10^9/L$	19 血小板计数	PLT	142	125~350 $10^9/L$
8 淋巴细胞计数	LY#	1.66	1.1~3.2 $10^9/L$	20 红细胞体积分布	RDW-SI	45.7	38.3~51.5 fL
9 单核细胞计数	MO#	0.46	0.1~0.6 $10^9/L$	21 血小板压积	PCT	-----	0.077~0.3 %
10 嗜酸性粒细胞计	EO#	0.21	0.02~0.52 $10^9/L$	22 平均血小板体积	MPV	-----	11.7~16 fL
11 嗜碱性粒细胞计	BA#	0.02	0~0.06 $10^9/L$	23 血小板体积分布	PDW	-----	13.8~25.4 fL
12 红细胞计数	RBC	6.82 ↑	4.3~5.8 $10^{12}/L$	24 大血小板细胞比	PLCR	-----	11.0~45.0 %

●临床讨论:

anne 医生:

根据楼主提供的信息资料分析如下:

青年男性患者,咳嗽1月,伴胸闷、气短1周,无发热。在当地医院就诊,查胸片提示左侧胸腔积液。既往体健,有吸烟史20年,每日10~20支。查体除左侧胸腔外,无提示诊断的其它线索。血象不高,但血红蛋白和红细胞增高;血沉不快;CRP偏高;D-二聚体升高;胸水常规提示非渗出液。介于渗出与漏出之间可能更符合临床。不能排除特殊病原体感染所致,比如肺炎支原体、病毒性胸膜炎等;血脂、蛋白、肝、肾功无明显异常。

综合上述资料,本例可以排除以渗出液见长的结核、细菌感染、真菌感染、肺栓塞;胸液血糖>3.4,可以排除肺炎旁积液、脓胸、结缔组织病等情况。患者既往无肝脏疾病可以排除肝硬化所致的肝源性胸水;因无相应基础病可以排除心源性、肾源性、营养不良性、糖尿病性等疾病。虽然患者比较年轻,但不能排除恶性胸水的可能。
1. 有长期吸烟史,需高度怀疑肺癌所致的胸水的可能性。2. 原发性胸膜间皮瘤,需注意询问石棉暴露史。3. 淋巴瘤不能除外。

总之,本例首先考虑肺炎支原体感染或病毒性胸膜炎;其次恶性胸液不排除。

下一步需查MP-AB,做肺CT或MRI;胸腔镜检查;经皮胸膜活检术;甲功检查排除甲减症。

shfr_ssmu:

病例讨论

患者胸腔积液的原因首先考虑肺癌，依据如下：

1. 患者为中年男性，有长期吸烟史；
2. 胸水外观呈血性（如果能排除胸腔穿刺误伤血管）；
3. 胸水白细胞 $>500 \times 10^6/L$ ，LDH $>200U/L$ ，符合渗出液（如果血清也查 LDH，胸水与血清 LDH 比值也能说明问题）；
4. 胸水黏蛋白定性(±)，介于渗出液与漏出液之间，倾向于肿瘤（肿瘤引起胸腔积液有多种机制，积液性质可介于渗出液与漏出液之间）。

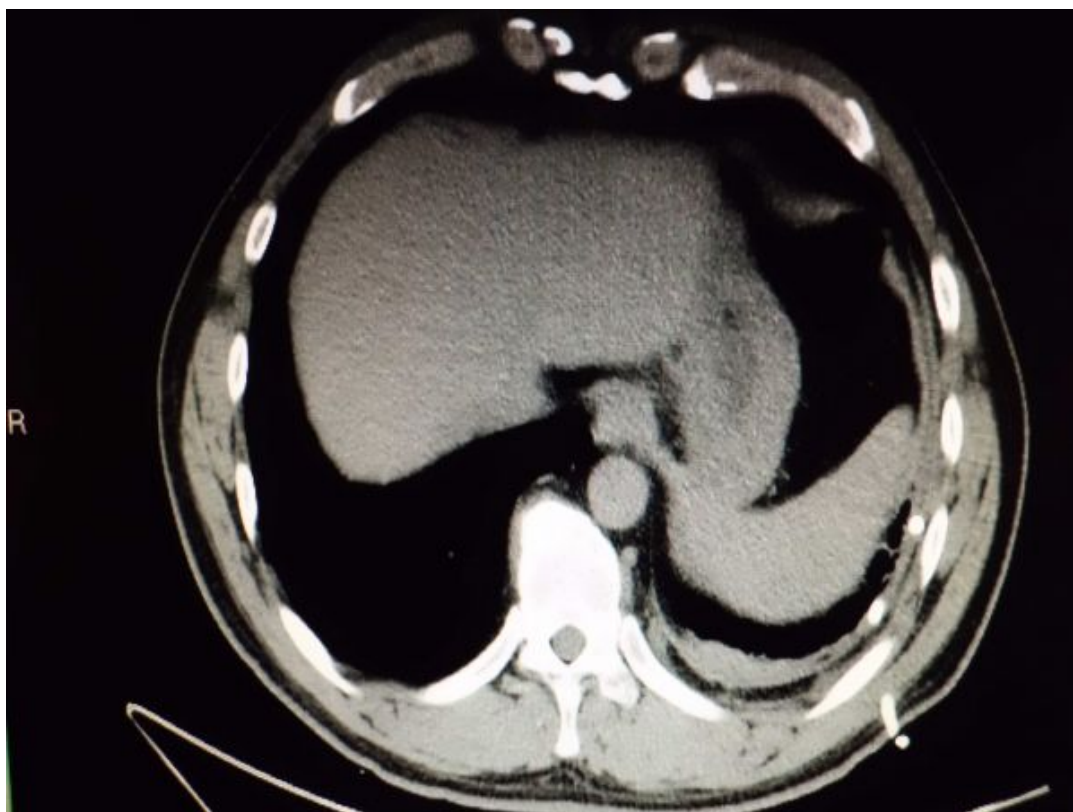
下一步要做的检查有：

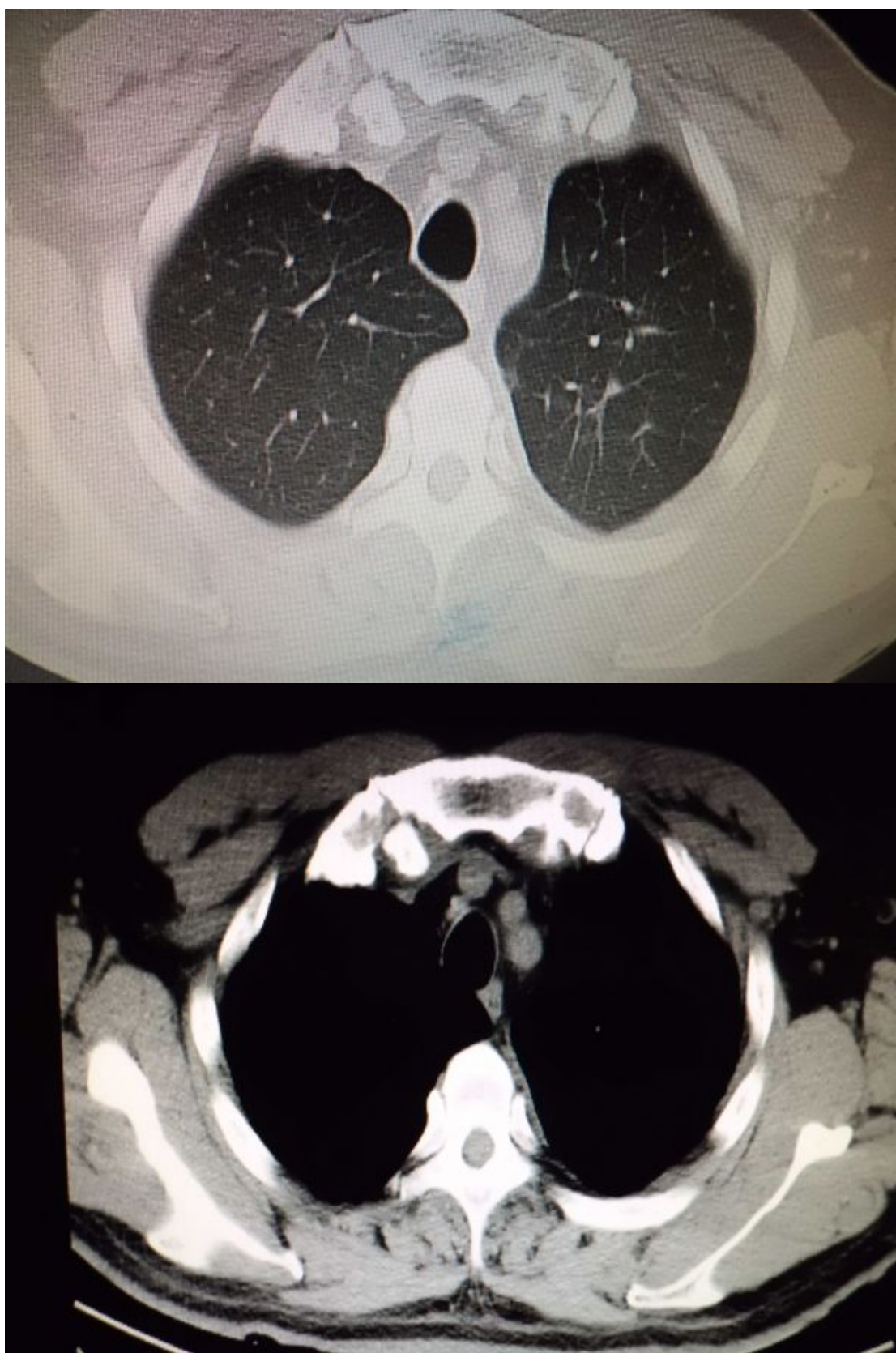
1. 胸部 CT（最好在胸腔穿刺抽出适量积液后再做，以便发现肺内病灶）；
2. 胸水细胞病理学检查；
3. 根据胸部 CT 表现选择适宜方法（支气管镜、经皮肺穿刺）行肺活检。

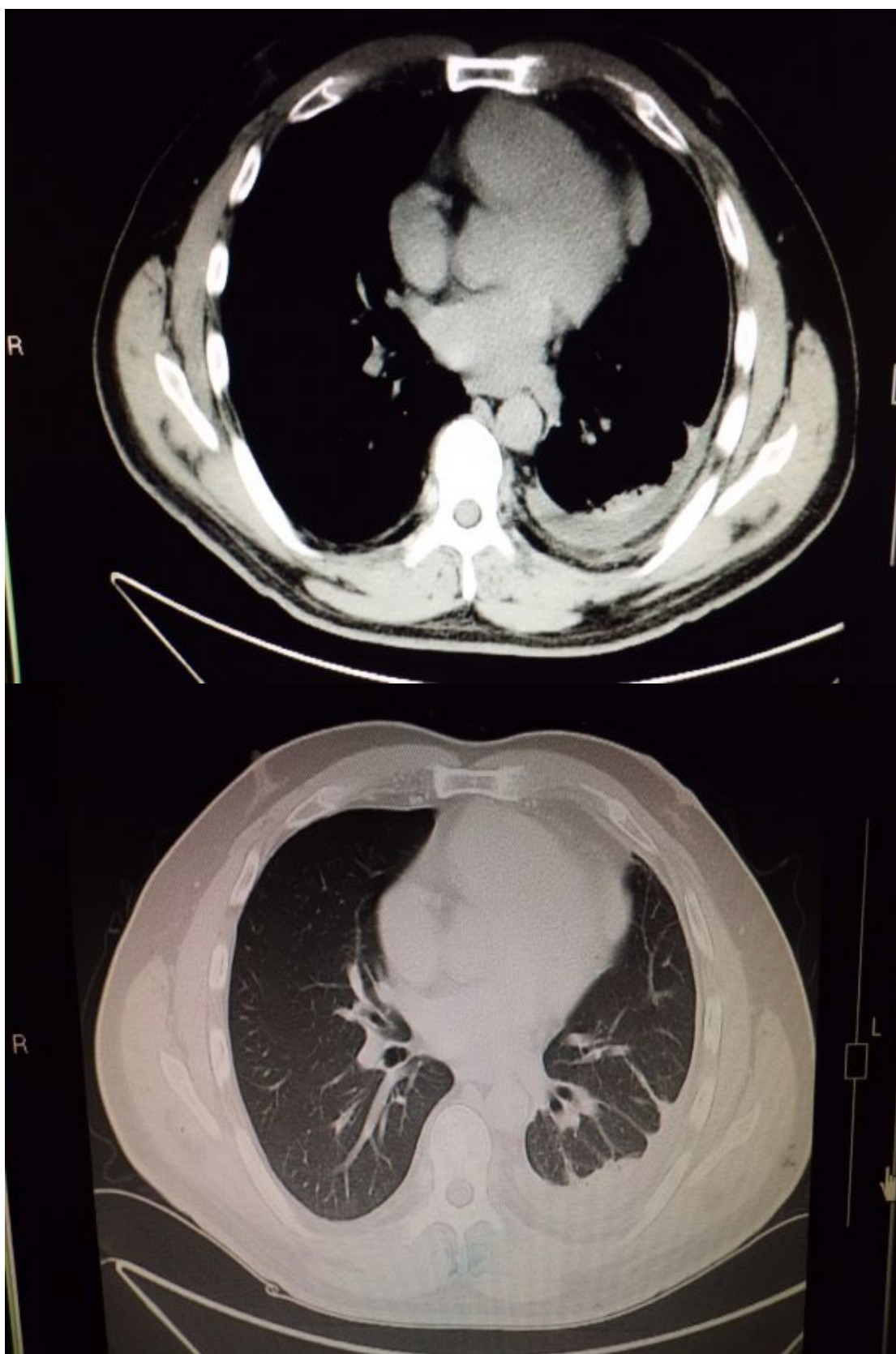
该患者血常规中血红蛋白浓度升高，而生化检查未提示脱水，用胸部肿瘤似乎又难以解释。不知大家对此有何看法。

ww2sxy520:

今日跟进病情进展：患者入院后给予放置深静脉穿刺针进行引流，并隔日胸膜腔注入尿激酶 20 万单位，复查胸部 CT 如下：







拔除胸腔引流装置，两天后患者出现胸闷、气短，并进行性加剧，活动后自觉有胸闷、气短尤其明显，并出现夜间不能平卧，伴有发热，体温 38.8℃，无咳血，无乏

力、盗汗、午后低热。查体：体温 38.5℃，脉搏 98 次/分，呼吸 24 次/分，血压 130/80mmHg。发育正常，营养一般，神志清楚，精神差，端坐呼吸，问答切题，查体合作。全身皮肤、黏膜无黄染、出血点；浅表淋巴结无肿大。眼睑无下垂，巩膜无黄染，双侧瞳孔等大等圆、对光反射灵敏，耳、鼻无异常分泌物，口唇紫绀，咽部无充血，扁桃体无肿大，颈软无抵抗，颈静脉无充盈，甲状腺不大，气管居中。双侧胸廓对称，无胸壁静脉曲张，右肺叩呈清音，左肺叩诊呈实音，双下肺呼吸音极低，双肺未闻及干湿性啰音。急查 D-二聚体：5.2ng/L（正常值 0-1）。

患者治疗后一度症状缓解，再次出现胸闷、气短、端坐呼吸考虑什么？下一步需要进行哪些检查？

shfr_ssmu:

患者治疗后症状一度缓解，撤除胸腔引流装置后再度出现胸闷、气短、端坐呼吸，考虑肺栓塞可能。患者还有红细胞增多症（尚不明确是真性还是继发性），易并发血栓栓塞性疾病，是肺栓塞的危险因素之一。进一步检查需要做肺 CTA。

anne 医生:

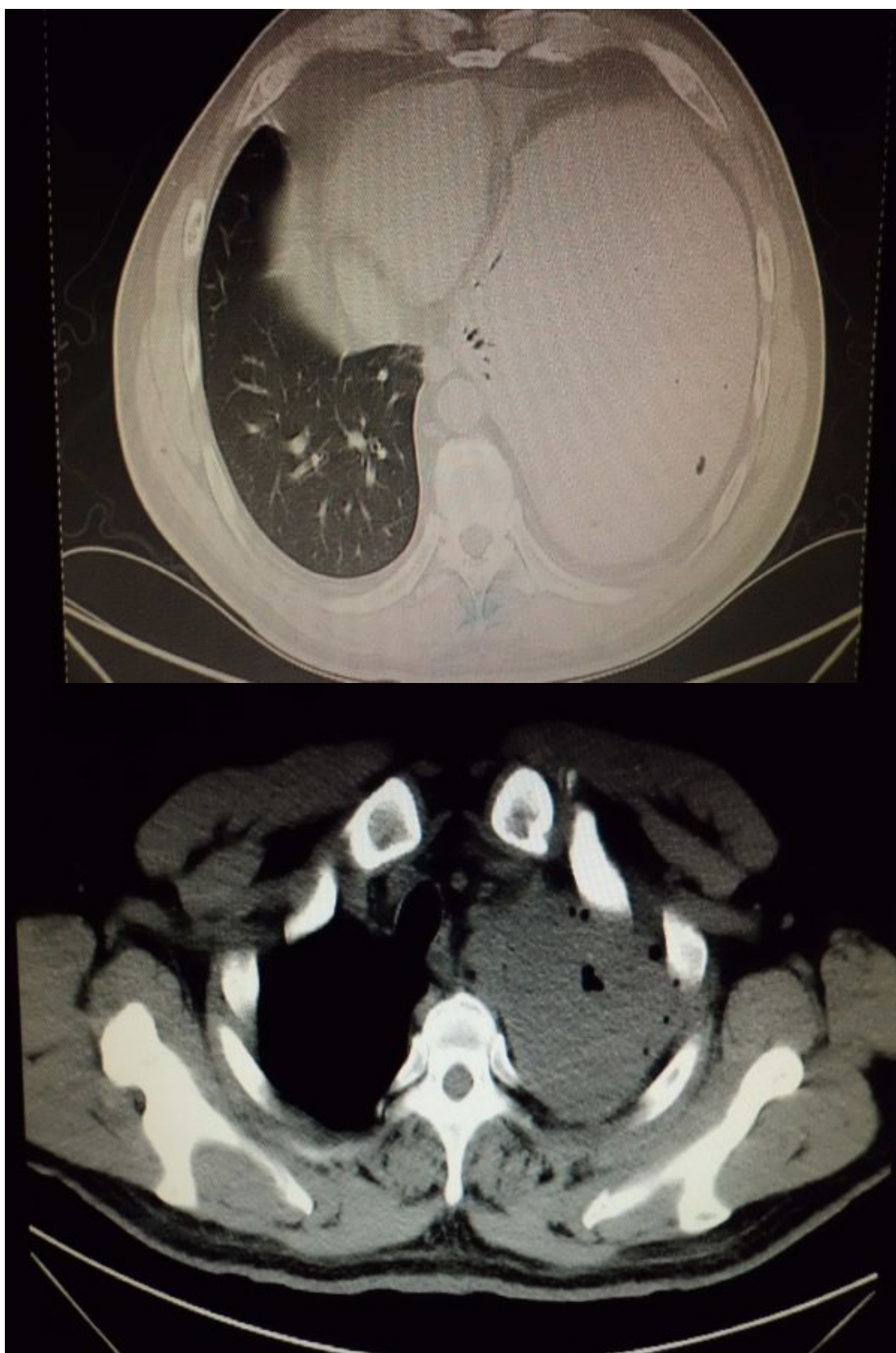
患者治疗后症状一度缓解，撤除胸腔引流装置后再度出现胸闷、气短、端坐呼吸，查体颈静脉无充盈，甲状腺不大，气管居中。双侧胸廓对称，无胸壁静脉曲张，右肺叩诊呈清音，左肺叩诊呈实音，双下肺呼吸音极低，双肺未闻及干湿性啰音。胸部、肺部未发现占位性病变，不支持肺癌；诊断肺栓塞有可能，但肺栓塞常伴有胸痛与咯血表现，似不大支持；心包积液，临床有类似表现，但患者无颈静脉充盈，不好解释；气胸可有类似表现，但缺乏客观体征，不予考虑；最后还是考虑胸膜病变引起积液增多所致，比较符合临床，结合早期血性胸水表现，故本例的诊断首先考虑为胸膜间皮瘤可能性较大。需做胸腔镜+活检协助诊断。其次，鉴于患者较年轻，尚需重点排除结核性胸膜炎合并血性积液的可能。可做胸水细胞学及细菌学筛查，必要时可抗结核试验性治疗。

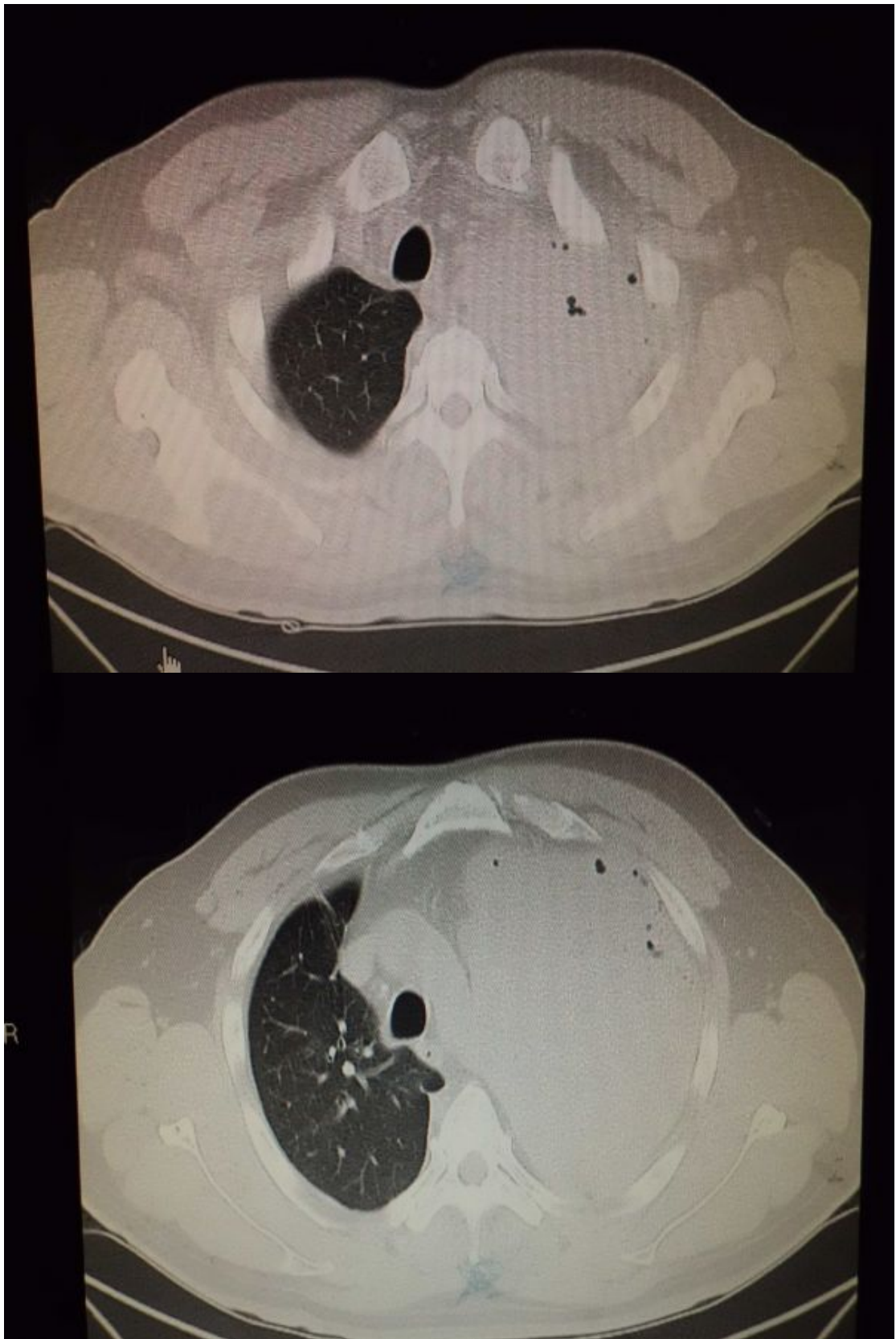
●**结论:**

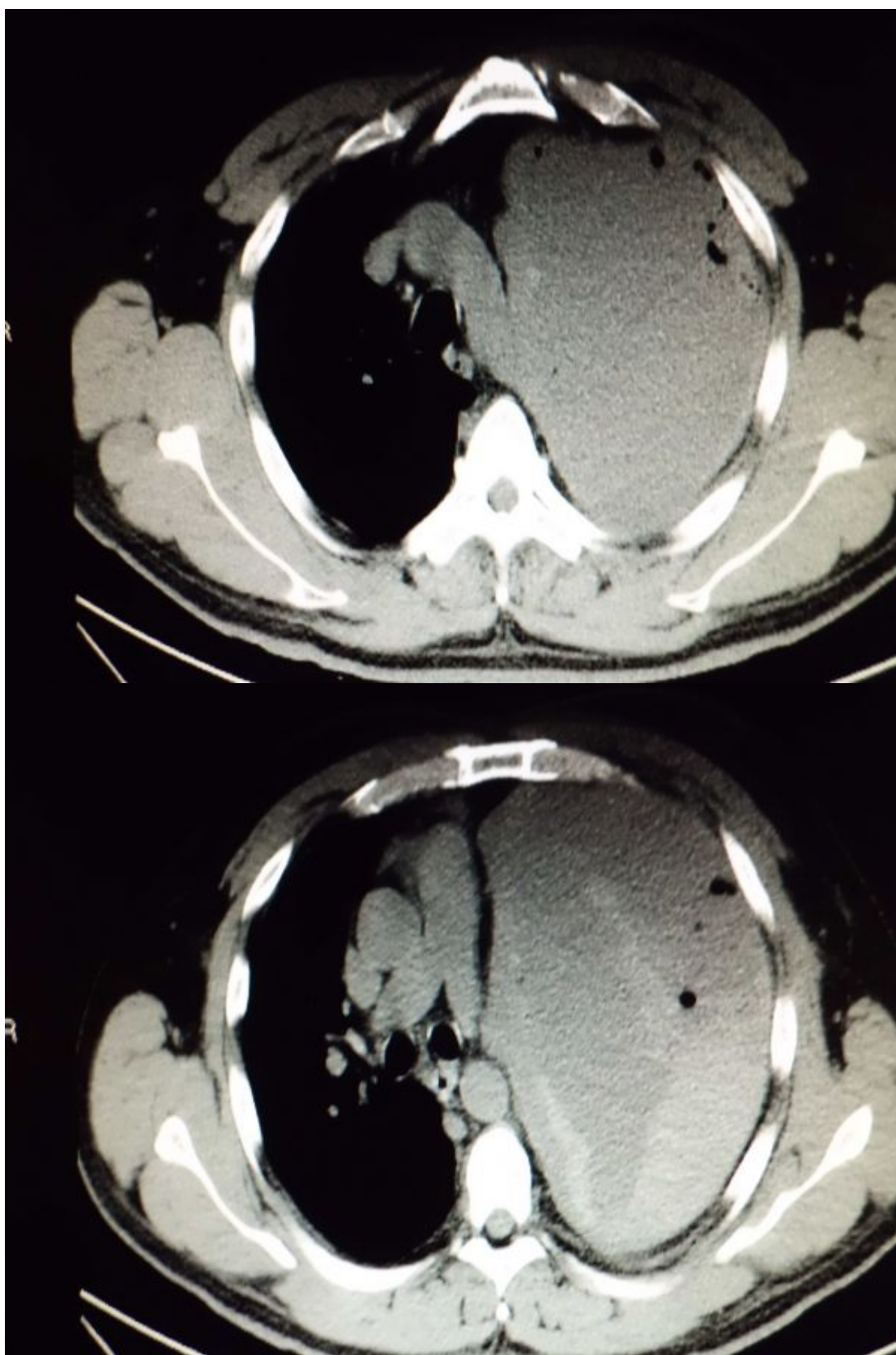
ww2sxy520:

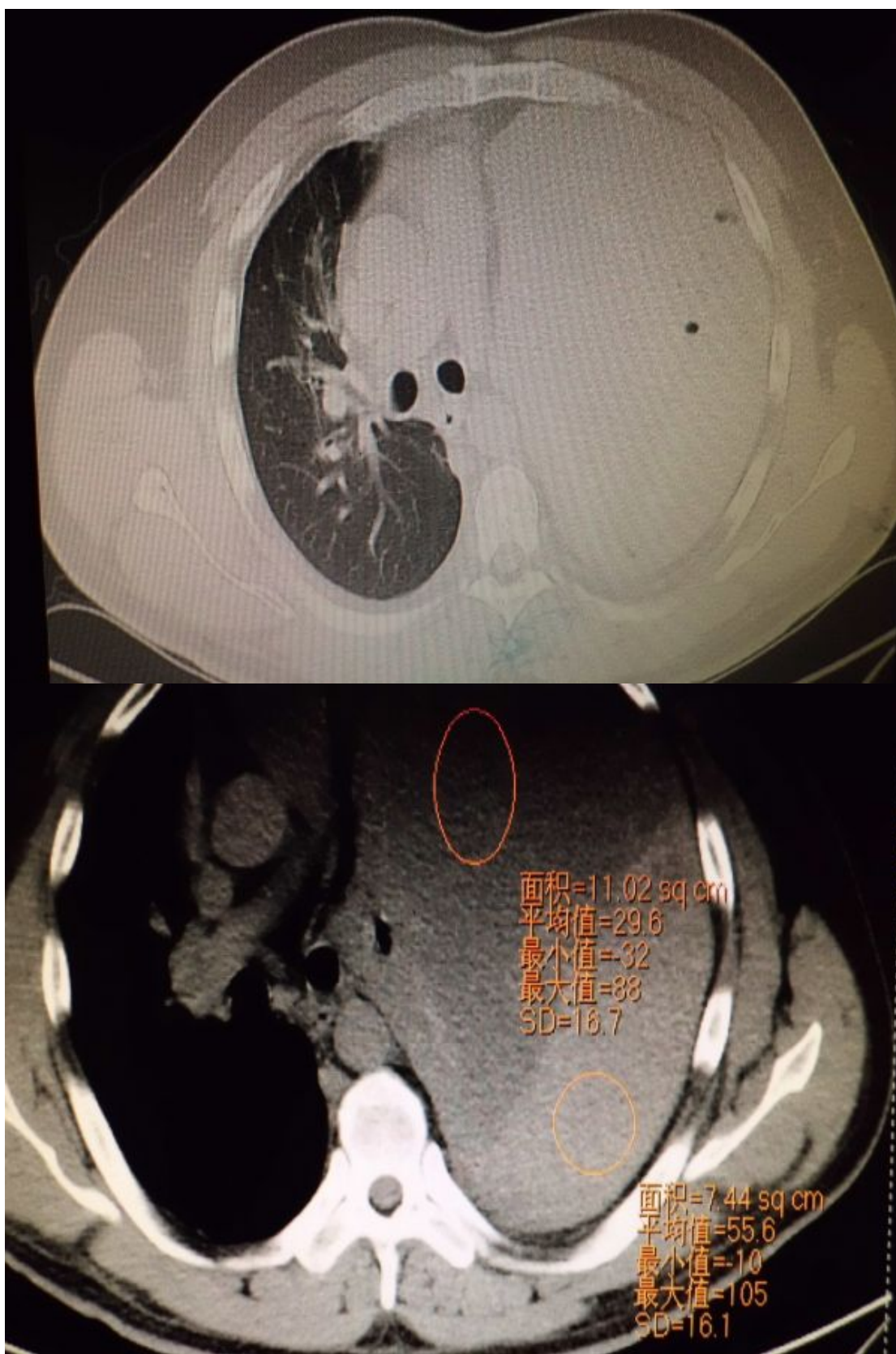
复查胸部 CT 如图所示:

病例讨论











CT 提示左侧大量胸腔积液，内部密度不均匀，不排除胸腔内出血并形成血凝块可能。急诊行手术探查，开胸后证实为暗红色血液及血凝块共约 2000 余毫升，清除积

血后发现壁层胸膜有两个蚕豆样大小结节，切除结节进行病理检查提示：胸膜间皮瘤，最后诊断为胸膜间皮瘤并出血。

查阅资料既往有胸膜间皮瘤累及肋间动脉破裂出血的报道。

胸膜间皮瘤为胸膜原发性肿瘤，是来源于脏层、壁层、纵膈或横膈四部分胸膜的肿瘤。国外发病率高于国内，各为 0.07~0.11%和 0.04%。死亡率占全世界所有肿瘤的 1%以下。50 岁以上中年人多见，男女之比为 2:1。该病与石棉接触有关，恶性型尚缺乏有效的治疗方法。常见症状为胸痛伴呼吸困难、活动后气促、呼吸音减弱、胸痛、进行性消瘦；患侧胸廓活动受限，饱满，叩诊浊音，呼吸音减低或消失。可有锁骨上窝及腋下淋巴结肿大；胸片和胸水检查为本病的初筛检查。有条件尽可能做胸部 CT 或 MRI，胸腔镜取活体组织可确诊。局限型者应首选手术治疗，弥漫型者可手术与化疗相结合。

恶心、呕吐 3 天，伴喘憋 1 天

作者：anne 医生

链接：<http://bbs.iiyi.com/thread-3215672-1.html>

●病历摘要：

一般情况：患者，男，60 岁，农民，体重 55kg。

主诉：恶心、呕吐 3 天，伴喘憋 1 天

现病史：患者于 3 天前无明显诱因的出现恶心、呕吐，呕吐物为胃内容物，不含胆汁，呈非喷射状，一日多次，伴头晕、乏力，不伴腹痛、腹泻，无发热。病后，在当地对症处理，效果不佳，症状反而加重，遂到当地卫生院就诊，发现血压高，血钾高，予以收住院输液（具体不详）治疗，因恶心呕吐不缓解，且于 1 日前出现气促、喘憋，以致呼吸困难，意识模糊。急转往县级医院就诊。

既往史：平素健康，否认慢支、哮喘、高血压、冠心病史，否认糖尿病、肾炎史，无外伤手术及输血史。

个人史、家族史无特殊。

查体：T：36.5℃，P：110bpm，R：30bpm，BP：150/90mmHg。身高 165cm，体重：

病例讨论

55kg。老年男性，发育正常，营养一般，呼吸急促，意识模糊，车接入院，全身皮肤稍干燥，无黄染及出血点，浅表淋巴结未触及肿大。头颅发育无异常，五官端正。眼睑无浮肿，结膜无充血，巩膜无黄染，双侧瞳孔等大等圆，对光反射存在。耳鼻无异常，口唇干燥，咽无充血，双扁桃体无肿大。颈软，气管居中，甲状腺无肿大。胸廓对称无畸形，双侧呼吸运动相等，节律匀称，听诊：两侧肺呼吸音粗，可闻及散在哮鸣音和少量细湿性啰音。心界不大，心音有力，心律齐，各瓣膜听诊区无病理性杂音。腹部平坦，腹壁静脉不显露，无胃肠型。剑突下轻压痛，全腹未触及包块，肝、脾肋下均未触及，肝区及双肾区无叩击痛。肠鸣音正常。肛门及外生殖器无异常，脊柱四肢无畸形，双下肢无水肿，各关节无红肿，活动无障碍，无杵状指（趾）。神经系统查体未发现异常。

辅助检查：血常规、粪常规无异常；心电图：窦性心动过速。腹部彩超：肝、胆、胰、脾、肾未发现异常。其它检查有待完善。

●讨论：

1. 本例如何诊断？
2. 下一步应完善哪些检查？目前最需要急查的项目有哪些？
3. 后续如何治疗？

●临床讨论：

ww2sxy520：考虑肾功能不全；肺部感染；高血压；高钾血症？

诊断依据：

1. 患者为 60 岁老年男性，既往无特殊病史。病史时间短，起病隐匿无明显诱因。
2. 患者于 3 天前出现恶心、呕吐，吐物为胃内容物，不含胆汁，呈非喷射状，一日多次，伴头晕、乏力（颅内高压可有头痛，咳嗽、排便等均可使疼痛加剧，呕吐或过度换气可使头痛减轻。其呕吐常呈喷射性，呕吐与头痛剧烈程度一致。高血压导致的颅内高压症状依据不足），不伴腹痛、腹泻，无发热。在当地对症处理，症状反而加重。到当地卫生院就诊，发现血压高，血钾高，遂予收住院输液治疗。因恶心呕吐不缓解，且于 1 日前出现气促、喘憋，以致呼吸困难，意识模糊。（患者虽有恶心、呕吐，但无腹痛、腹泻等表现，消化道疾病似乎依据不足，恶心、呕吐只是患者本身疾病的一种胃肠道表现，并且恶心、呕吐后一般多会出现低血钾，患者反而出现高血钾，并血压高，治疗过程中出现喘憋、意识问题，似乎存在肾功能不全表现）

3. 查体：P：110bpm，R：30bpm，BP：150/90mmHg。营养一般，呼吸急促，意识模糊。全身皮肤稍干燥。两侧肺呼吸音粗，可闻及散在哮鸣音和少量细湿性啰音。剑突下轻压痛，全腹未触及包块，肝、脾肋下均未触及，肝区及双肾区无叩击痛。肠鸣音正常。肛门及外生殖器无异常。

4. 辅助检查：血常规、粪常规无异常；心电图：窦性心动过速。腹部彩超：肝、胆、胰、脾、肾未发现异常。目前最需要急查的项目有：肝肾功能、电解质、血气分析、尿常规、凝血功能、胸片。

治疗上暂时给予对症治疗，明确诊断后再进行进一步治疗。

上古天真论：

考虑诊断：1. 急性肾功能不全；2. 肾性高血压。

消化道起病，喘憋、意识问题等临床多系统受累症状明显，其中消化道起病为 ARF 的典型症状。当过度容量负荷情况下可以出现呼吸系统症状，喘憋常见。若出现尿毒症脑病时可出现意识问题。另电解质检查提示血钾高，均支持 ARF 诊断。下一步需完善肾小球滤过率、肝、肾功能、甲状旁腺素、BNP、E4A、动脉血气、胸片、心脏彩超，必要时考虑肾穿刺活检。因该患者已出现意识问题，尿毒症脑病可能性大，治疗应首先考虑透析（CRRT）。

素问炙甘草：

初步诊断：1. 喘息型支气管炎；2. 高血压；3. 高血钾；4. 颅内压增高

诊断依据：听诊：两侧肺呼吸音粗，可闻及散在哮鸣音和少量细湿性啰音。在原来高血压的基础上并发颅内压增高，出现恶心、呕吐，吐物为胃内容物，不含胆汁，呈非喷射状，一日多次，伴头晕、乏力，呼吸急促，意识模糊。同时伴有高血钾，考虑肾功能不全存在，以及电解质紊乱等情况。

辅助检查：胸片、脑 CT、肾功、血常规、血气分析等，治疗：消炎止喘，降压，维持水、电解质、酸碱平衡等。明确诊断进一步治疗。

雅融：

高血压、高血钾是此患者诊断突破点。

患者以恶心、呕吐为主诉入院，但患者并无明显颅内压增高的表现。无明显头痛及喷射样呕吐。

其二，患者消化道症状不明显，不能诊断恶心、呕吐为消化道本源病引起。

其三，入院后出现了喘憋，意识模糊等外周循环衰竭的表现。不能说在医院补液

病例讨论

不足引起，应为该病本源引起。

现在第一直觉是：膜性肾病。

●**结论：**患者入院后急查血糖（血糖仪检测）示明显增高。急查血生化，结果如下：血钾：5.0mmol/L、血钠：145mmol/L、血氯：117mmol/L、BUN：12.6mmol/L；尿常规：尿糖 4+，余（-）。床边胸片示肺内感染。

诊断：2 型糖尿病伴高渗状态；老年肺部隐匿性感染；症状性高血压。

给予吸氧、输液、检测血糖、降血压、抗感染、按高渗状态应用胰岛素原则及时给予胰岛素减低血糖、边补边利降颅压以及对症支持治疗等综合措施。患者共住院 12 天，好转出院。

●**总结：**

糖尿病高渗状态是临床常见也是最危重的糖尿病急性并发症之一。大多见于 60 岁以上老年（II 型）轻症糖尿病及少数幼年（I 型）病者。男女发病率相似。其主要临床特征为严重的高血糖、脱水、血浆渗透压升高而无明显的酮症酸中毒。患者常有意识障碍或昏迷。本病病死率高，应予以足够的警惕、及时的诊断和有效的治疗。

本例发病隐匿，缺乏糖尿病三多一少症状和呼吸道症状，尤其患者就诊时否认糖尿病史，让人不容易想到糖尿病的可能；但当患者查体发现未明原因的脱水体征和肺部感染迹象，强烈提示患者可能存在某种隐形却易于发生感染的疾病时脑子应该绷紧老年糖尿病不典型这根弦。因此，对于老年危重患者，及时检测血糖有利于早期发现诊断线索，切不可忽视。

感染是糖尿病高渗状态最主要的诱因。近 20%~55% 的糖尿病高渗状态患者以此为首发表现；临床发现也可出现于从未确诊糖尿病者。其中，尤其以呼吸道和泌尿系感染最为常见。此外，任何应激状态都是易患因素。该患未发现明确诱因，考虑老年患者在糖尿病基础上的隐匿型感染；在综合治疗糖尿病基础上，应及时经验性应用广谱抗生素治疗，有利于患者的康复。

本例提示：1. 当患者否认糖尿病史时，并不能完全排除糖尿病的可能，以免思维受限，造成误诊；2. 老人出现未明脱水征时，应该想到体征背后掩藏的可能线索，及时查血糖寻找诊断线索。

责任编辑：绿漫天涯

编 辑：刘现国

医疗资讯

南京准妈妈血型全世界独有 已被国际基因库收录

南京一位准妈妈在医院做产前检查时，医院检测发现她的血型有异常现象，且不能十分确定她的血型。为了精确检测这位准妈妈的血型，也为了生产时可能有备血的情况产生，医院把标本送至江苏省血液中心研究室做进一步检测。通过血清学血型复查，和进一步基因检测，江苏省血液中心输血研究室的工作人员发现这位准妈妈的 ABO 基因存在新的突变，该新的碱基突变导致氨基酸变化造成这位准妈妈 A 抗原表达减弱，从而出现异常现象。通俗意义上说，这位准妈妈的血型是 A 型，但由于 ABO 等位基因存在突变，属于 A 型中的 A 亚型。江苏省血液中心输血研究室陈青研究员带领的课题组，对此进行了研究，在国际上首次发现并报道了 ABO 血型系统中由于新等位基因突变导致的新的 A3 亚型的等位基因，已被国际基因库收录并公布。

国内首个宫颈癌疫苗正式上市 各社区医院可提供接种

国内首个获批的宫颈癌疫苗已正式上市，适用于 9—25 岁女性。首批进口的宫颈癌疫苗已通过中国相关质检部门的检验放行，现正供应全国市场，以满足大量中国适龄女性对通过疫苗接种来预防宫颈癌的健康需求。值得注意的是，宫颈癌疫苗的接种和其他疫苗一样，是在各城市的社区医院及社区卫生服务中心进行。据了解，宫颈癌疫苗可防止人体感染疫苗所涵盖的人乳头状瘤病毒亚型变异。研究发现 99.7% 的子宫宫颈癌都是因感染 HPV 造成的，HPV 也可以引发其他相对少见的癌症，如阴茎癌、喉癌、肺癌和肛门癌等。HPV 的主要途径是性或皮肤与皮肤接触传播。

倍感振奋！HIV 疫苗人体初期试验成功

就在近日，艾滋病疫苗研究实现突破，研究人员宣布艾滋病疫苗的人体初期试验成功，可以触发免疫反应，即在研 HIV-1 疫苗获得了可喜的首个临床（approach 研究）数据。虽然是初期试验，但这真的是一个难得的好消息！据媒体相关报道，approach（HIV-V-A004/NCT02315703）在美国、卢旺达、乌干达，南非和泰国进行，是一涉及 393 名健康未感染 HIV 病毒成年人的多中心、随机、平行、安慰剂对照、双盲临床 1/2a 研究。它旨在评估各种“马赛克”嵌合型初始加强 HIV-1 疫苗的安全性、耐受性和免

疫原性。所有疫苗方案似乎都具有良好的耐受性。第三次疫苗接种后的主要分析显示，大多数活性疫苗方案在 100% 的研究参与者中引发抗体反应。

美国完成首次人类胚胎基因组编辑

日前，美国俄勒冈健康与科学大学（OHSU）表示，美国完成首次人类胚胎基因组编辑实验。麻省理工学院技术评论（MIT Technology Review）表示，OHSU 胚胎细胞和基因治疗中心主任 Shoukhrat Mitalipov 博士及其同事使用 CRISPR-Cas9 技术（该技术允许科学家以前所未有的精确度编辑基因）潜在地修复导致遗传性疾病的有缺陷的基因。根据 OHSU 表示，同行评议的研究预计将在下周发布在一个尚未命名的科学杂志上，直到出版拒绝进一步评论。据悉，到目前为止，只有三项此类实验已经发表，全部由我国科学家完成。据媒体报道，前两项显示不佳结果，第三项更有前景，但只使用了六个胚胎。据报道，Mitalipov 博士的研究小组使用了“几十”个胚胎。

日本：人工智能助力“照片查癌”

借助人工智能技术，日本研究人员开发出一种快速诊断皮肤癌的新方法，能通过皮肤照片立即判断是否患癌，准确率高达 90%。《日本经济新闻》26 日报道说，这项研究由京瓷公司和筑波大学合作完成。研究人员收集了 4000 张与皮肤病变相关图片，让人工智能系统通过深度学习掌握皮肤癌特征。使用时，医生只需上传皮肤照片，系统就能自动判断是否患癌。研究人员介绍，人工智能系统仅凭照片就能初步诊断皮肤癌，有助于癌症的早期诊断。这一技术特别适用于异地诊断，帮助专业医生短缺地区居民。京瓷公司计划 2019 年度向医院销售相关诊断设备。

我国科学家研发出灭活寨卡病毒药物

国际权威期刊《自然·通讯》26 日在线公布了我国团队研发的一种寨卡病毒抑制剂。复旦大学基础医学院陆路、姜世勃研究团队与复旦大学附属公共卫生临床中心和军事医学科学院微生物流行病学研究所研究团队合作设计的“多肽类病毒灭活剂”可有效杀灭寨卡病毒，阻止其感染孕鼠及其胎儿，对研发防治寨卡病毒感染的药物有重大意义。截至目前，尚没有一种用于治疗寨卡病毒感染的疫苗或药物被批准使用。

柳叶刀：人类历史上第一个可预防淋病的疫苗出现了

7 月 10 日，发表在著名医学期刊《柳叶刀》上的一篇研究表明，由制药巨头葛兰素史克（GSK）公司生产的 MeNZB，这种常被我们用作乙型脑膜炎的防治疫苗，居然可

以用以淋病预防，这种意想不到的“副作用”简直是一箭双雕。通过数学模型分析表明，如果可以给 13 岁以下的儿童中的半数进行接种，20 年后，淋病的传播率将会下降 90%！

国务院：鼓励临床毕业生读中医 鼓励西医离职学中医

国务院办公厅日前发布关于深化医教协同进一步推进医学教育改革与发展的意见。强调加强中医药人才培养。建立完善西医学习中医制度，鼓励临床医学专业毕业生攻读中医专业学位，鼓励西医离职学习中医。鼓励扶持民族地区和高等院校开办民族医药相关专业，支持有条件的院校开展民族医药研究生教育。

中国科学家利用基因疗法成功逆转 1 型糖尿病进程

中国研究人员报告说，他们运用基因治疗技术，让 1 型糖尿病小鼠体内产生大量欧米茄-3 脂肪酸，成功逆转疾病进程。这为治愈饱受 1 型糖尿病折磨的患者带来了新希望。这项由广东工业大学赵子建及李芳红两名教授领军完成的研究发表在新一期美国《临床检查杂志》上。1 型糖尿病是一种自身免疫疾病，其患者自身免疫系统会错误攻击并摧毁分泌胰岛素的胰岛细胞，从而导致胰岛功能丧失并最终发展为 1 型糖尿病。1 型糖尿病多发于青少年，因此也曾被称为青少年糖尿病。据赵子建介绍，1 型糖尿病患者一旦发病就无法逆转，病人将终身依赖胰岛素注射，并要经常监控血糖。目前，世界上还没有药物或技术可控制自身免疫并促使胰岛细胞再生，以达到逆转自身免疫进程并治愈糖尿病的目标。

2017 年 8 月 1 日起北京护士可多点执业

北京市医疗机构的护士也可多点执业了。近日，北京市卫计委公布《关于实施护士区域注册的通知》，8 月 1 日起，在北京市实施护士区域注册。护士区域注册，是指护士执业注册地点由所执业的单个医疗卫生机构调整为北京市行政区划。护士在北京市行政区域内任意一家医疗卫生机构执业注册后，执业注册全市有效，且可同时在本市行政区域内多个医疗卫生机构执业。

责任编辑：永恒流星

住培收获在附二，如今踏上新征程

作者：antumn

链接：<http://bbs.iiyi.com/thread-3401984-1.html>

6月是毕业的季节，连绵的雨季像我们面对离别的心情。三年的时光，一千多个日日夜夜，听起来如此漫长，可是现在回顾起来却惊觉时光真的如白驹过隙，转瞬即逝。曾经抱怨，曾经感慨，如今只剩满腔留恋！

《大医精诚》有云：凡大医治病，必当安神定志，无欲无求。当我踏进温医大附二医手术室的那一刻起，我就做好了身体、心理的一切准备，摩拳擦掌准备大干一场。依然清晰记得第一天进入手术室，被那环形的结构绕晕，主任说其实很简单的，绕来绕去就是一个圈。此后的三年，我们便在这麻醉科、在不同的手术间，跟不同的老师，做各种不同手术的麻醉。

这规培的三年是我们麻醉生涯的基础和根基，是无比重要的三年。在这里，老师们放手让我们尝试所有的麻醉操作，因此我的麻醉技能得到了全面的培养，麻醉管理也得到了成长与提高，我为此感到喜悦和自豪！当然我们所有的收获也是伴着我们满满的付出，在最缺人的暑假，我们可能会上班到深夜；在急诊班的时候，我们会忙到没有时间喝水；在夜班的时候可能会直接通宵，彻夜不眠。好在我们学习在有爱心的医院，一群可爱的老师们，会时刻关心着我们。在夜班的时候，医院会为我们提供免费的爱心粥送到各个科室，而老师们会让我们轮流睡觉，有的老师甚至自己不睡让我们先去睡；平时老师经常提醒我们，不要低头盯住手机不放，注意休息；在周末的时候，会组织我们参加志愿者活动或文体活动，丰富我们的经历，转换心情；医院、科室经常有沟通能力等知识讲座，举办心理减压工作坊，提高我们的人文素养。

蓦然回首，发现这里留下了我们如此多的足迹，我们有多少感动，就有多少不舍。我们来不及在老师指导下再来一次超声下神经阻滞，来不及并肩再上一个难忘的夜班，也来不及再参加一次科室的热烈的病例讨论……

我们即将踏上新的工作岗位，但是附二医的点点滴滴将铭记于我们心中。或许在未来于某个特定的场景，突然回想起这三年的某一天某一件事某一个人，也许是在忘记换液体的时候会想起李主任的火眼金睛，还有李主任路过时爽朗的声音说：“液体该换了，肝素没有标记！”被别人提问时会想起一脸认真的王宁老师，他会说：“怎

么这都不会？赶快回去看书！”还有见义勇为、和蔼可亲的胡主任，以及林函老师的百变发型，以及与我们朝夕相伴的许许多多的带教老师。

三年中，我们坐上车，去了又回，那是开始新的一学期。这一次我们坐上车，去了不回，就毕业了。饮水思源，结草衔环。感谢连院长带领下，主任领导下的麻醉科为我们提供了学习求知的环境，为我们的临床和科研构筑了坚实的平台！感谢各位主任、老师，在我们迷茫的时候给予我们指引督促，正是因为你们，我们才得以成长与蜕变！此刻将所有的心情化作祝福，祝福我们敬爱的老师，身体健康、工作顺利！我们如今踏上新征程，不会辜负老师的殷殷期盼！

梦中的长医

作者：清澈 1975

链接：<http://bbs.iyyi.com/thread-3404491-1.html>

长医一别二十年，恍如弹指一挥间。

往事依稀如云烟，挥手沥沥在眼前。

十年，又一个十年也即将过去。

整整二十年，一晃就这么悄悄溜走了。

当年的七月，好像也是 24 日吧！带着复杂莫名的心绪，与长医挥手告别。

忘不了当年懵懵懂懂地去开学报到；忘不了浑浑噩噩地军训枯燥；忘不了同学舍友的嬉戏欢笑；忘不了考试时的忧愁烦恼；忘不了争夺阶梯教室的神情激愤；忘不了一切一切的过往周遭。

可能是岁月经历的久了吧！怀旧的情怀常常会滋生出来，有时候闭上眼，往事的一幕幕就会电影一般浮现出来。不管是岁月虚度的后悔，还是年少轻狂的浮躁，好的，坏的，经历过了，经验或是教训，都应是人生宝贵的财富了吧？

二零一三年曾经在太原相聚一次，不少同学都未能来，成为了心中的遗憾。当年少年模样的小伙伴，都变成了中年大叔，恣意生长的头发渐渐稀疏；风姿万千的女生们，不少也都有了壮实的腰段。不由感叹，岁月真是一把那啥的刀。

那次聚会也才得知，有一位同学已然离世，更加感叹岁月无常，人生苦短，更增添了对生命的敬畏，好好珍重，好好活着，健康是福，平安是福。

双十年华，人生最美的二十年，就这样过去了，相信每个人都收获良多，有不少已经改行或是不在一线，也有许多成为了各个医院科室的骨干。有时也会困惑：是我们改变了生活，还是生活改变了我们。

一晃多年过去，许多同学毕业至今再未谋面。为生活苟且的我们，把诗和远方埋在了心底，幸好在微信的网络世界，我们还能彼此聊上几句，也算是一种慰藉吧！

点燃一支烟，泡上一杯茶，即使今生不能再见，心底也在默默遥祝，你，你，还有他，所有的你们，幸福快乐，健康平安！

责任编辑：yemengzhe



2017 年 07 月优秀版主名单：anne 医生、kaixindoul、zmdzfx、caobi2500、
ww2sxy520、踏青放牛、蔡 ys、品味淡泊、trg 、
andy1087911、草原民间中医、依秀儿

2017 年 07 月良好版主名单：airen13828、yanqi120、jjmjZy、
别看资料、 nikkive

2017 年 07 月优秀超版名单：哥们、htchb

2017 年 07 月优秀超版助理：ngf1978、旧日足迹

编读往来

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

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

心电图读图第七十期

答案解析

作者:trg

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

【心电图诊断】窦性心搏，房性早搏成对，短阵性房速伴不规则房室传导。

【心电图诊断依据】本图心房波呈现两种形态，在下壁导联呈现圆滑直立偏低形态的考虑为窦性 P 波，R4-R5 为窦性周期，另外有数目较多的高尖直立 P 波，提前出现，考虑为房性早搏，成对出现或连续出现形成短阵房速，诊断并不困难，但是图中 2 和 3 位置中，关键是心房波的个数问题值得讨论。

2 中存在三个心房波可以得到共识，但是第 2 个 p' 是受阻还是缓慢下传心室形成跨 p' 波下传，值得商榷。

3 中到底是三个心房波还是五个心房波？从最后两个下传的 QRS 波振幅明显增

编读往来

高，可以提示其中叠加了两个心房波，房速频率逐渐加快，导致不规则房室传导。



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/>