

 www.iyyi.com

2017. 09

爱爱医



第九期 总NO. 92

Volume 9,number 9, SEP 2017

想慢慢的奔跑

作者：xiwang001han

链接：<http://bbs.iiyi.com/thread-2574649-1.html>

想慢慢的奔跑，
不知不觉，
时间是如此的重要。
让岁月的发髻，随着白云舞蹈。

琐碎的往事，
把生活编织成武侠的逍遥。
枯燥，让我爱上了她原本的曲调。
沉浸，只是昨日的无理取闹。

可是，
谁又能放下心里的墙角。
我会好好的藏好，也许明天会美妙。
而我，怎能让此刻虚度掉。

加油，
我会为自己默默地祈祷。
一切都是为了故事的继续画描。
也许没有终点的聚焦，经过了才是最好。

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：于竹梅

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	想慢慢的奔跑.....	2
专家讲坛	糖尿病周围神经病变中医临床诊疗指南.....	4
关 注	国家卫计委回应产妇坠楼事件.....	9
专业交流	不寻常主诉下藏着大隐患！	14
西 医	用手机实现眼底照相临床实践的点滴与改进建议.....	15
	固执的代价——颅脑外伤“二进宫”病例分享.....	17
	超声入门贴 595——自学阴超跟我来.....	23
	室上速的治疗.....	27
	肺栓塞误诊分析.....	31
	误诊 2 例.....	33
	根管治疗几点的体会.....	33
	心电图读图第 72 期.....	34
专业交流	常用中药配伍及功效及经验整理（一）	36
中 医	膝关节积液治验 1 例.....	39
	强直性脊柱炎治验一例.....	40
	便秘误治 1 例.....	41
	软外笔记摘录（一）	42
	肩周炎验案一则.....	47
	颈椎错位引起枕大神经与肩胛提肌疼痛一例.....	48
识 草 药	茉莉花.....	50
	番木瓜.....	51
病例讨论	咳嗽、咳痰、胸闷、气短 3 天.....	53
	难治的肺炎.....	57
医疗资讯	医疗资讯.....	61
医网情深	亲历九寨沟 7.0 级地震.....	64
编读往来	编读往来.....	67
	心电图读图第七十一期.....	67
杂志稿约	爱爱医杂志稿约.....	68

糖尿病周围神经病变中医 临床诊疗指南（2016 年版）

原作者：方朝晖

链接：<http://bbs.iyyi.com/thread-3410464-1.html>

中华中医药学会糖尿病分会

本指南以糖尿病周围神经病变的中医药治疗为主要内容，在以往糖尿病周围神经病变诊疗指南和专家共识的基础上，对研究质量相对较高的中医药治疗糖尿病周围神经病变的系统综述和随机对照试验（randomized controlled trial, RCT）进行了严格的质量评价，并对质量偏低的文献进行了文献降级处理。从现有的证据中选出相对较为可靠的证据，推荐临床有效且安全、可行的中医药辨证分型标准和治疗方法，以提高中医药治疗糖尿病周围神经病变的临床疗效。本指南规定了糖尿病周围神经病变的诊断、辨证、治疗建议，其内容适用于糖尿病周围神经病变的诊断和治疗全过程。

本指南主要内容为成年糖尿病周围神经病变的中医药治疗，特别是以中医药辨证治疗为主。鉴于某些西药在临床治疗中的必要性，中西医结合治疗列在指南中的次要地位。因此，主要使用人群为中医内分泌科和中西医结合内分泌科临床执业医师。西医内分泌科执业医师和其他学科中医师也可参照本指南中的相关内容。

1 证据来源、质量评价和推荐原则

1.1 检索策略

电子检索的资料库包括中国知网学术文献总库、万方数据库、中文科技期刊全文数据库、中国生物医学文献数据库、Cochrane Library、PubMed、Embase 数据库、国家食品药品监督管理局数据库、中国临床试验注册中心和美国临床数据注册数据库。文献检索未设定语种限制，检索日期为建库至 2015 年 9 月 30 日。

中文检索词包括糖尿病周围神经病变、糖尿病性周围神经病变、糖尿病神经病变、消渴、肢痹、痹证、筋痹、痿痹、中药、中成药、草药、随机、对照等。英文检索词为 diabetic peripheral neuropathy, diabetic neuropathy, xiaoke, zhibi, bizheng, jin-

bi, weibi, traditional Chinese medicine, Chinese medicine, alternative medicine, randomized, clinical trial。根据不同资料库的特征分别进行主题词联合自由词、关键词进行综合检索。

1.2 文献筛选

纳入标准：1) 中医药治疗糖尿病周围神经病变的系统综述、RCT，另包括自身前后对照的病例系列观察、专家经验、病例报告、队列研究。2) 研究对象为糖尿病周围神经病变患者，除外严重合并症，暂不限定病情严重程度。3) 治疗措施包括中草药复方、中成药、中药提取物、针灸等，以及以上各种治疗方法的单用或联合应用。4) 对照治疗措施包括安慰剂对照以及能够治疗糖尿病周围神经病变的上市西药。

排除标准：1) 试验方案为中医治疗方法与西药联合应用，且试验方法与对照方案中所应用的西药不一致的文献。2) 不以治疗疗程为观察指标，但两组治疗疗程不一致的研究文献。3) 若作者及内容基本相同的论文同时出现在会议论文和期刊中，则排除会议论文。4) 若作者及内容基本相同的论文同时出现在两篇或两篇以上论文中，则排除发表时间偏后的文献。5) 依据患者入组时基线内容（包括性别、年龄、病程、严重程度等）和试验方案或对照治疗方案判定为重复发表的论文或涉嫌抄袭的论文。

符合纳入标准但不列入推荐的研究：1) 按照中医辨证分型进行临床观察，但未按照辨证分型进行疗效统计分析的研究。2) 治疗方药需要加减，但未说明如何加减的研究。3) 未取得专家共识的研究。

1.3 证据评价和分级标准

采用 Cochrane 手册（版本：5.1.0）^[1] 对入选的随机对照试验研究进行质量评价和分级；质量评价标准为：1) 随机方法是否正确。2) 是否隐蔽分组。3) 盲法的使用情况。4) 失访或退出描述情况，有无采用意向性分析。以上质量标准中，如

基金项目：国家中医药管理局中药标准化项目（SATCM-2015-BZ095）

所有标准均为“充分”，则发生各种偏倚的可能性很小；如其中一条为不清楚，则有发生相应偏倚的可能性中等；如其中一条为“不充分”或“未采用”，则有发生相应偏倚的可能性高度。

证据分类原则主要参照刘建平撰写的《传统医学证据体的构成及证据分级的建议》^[2]。此外，本指南中规定，若单个随机对照试验判定为高风险，则证据级别降低一级。文献筛选和评价过程由两名评价员独立进行；如双方意见不一致，通过协商解决或由第三方裁决。

1.4 推荐原则

结合传统中医理论、文献研究和专家经验等综合考虑和制定，所有的证据均需取得专家共识后方可列入推荐。指南的推荐强度分级按照 GRADE 小组制定的推荐强度级别标准进行证据推荐，该标准中推荐意见分为强、弱两级，当证据明确显示干预措施利优于弊或弊优于利时，可将其列为强推荐；当利弊不确定或无论质量高低的证据均显示利弊相当时，则视为弱推荐^[3]。

综合以上考虑，本指南规定：证据为 I 级并且取得专家共识则视为强推荐；证据为 II 级、III 级、IV 级、V 级且取得专家共识则视为弱推荐。

2 指南制定的方法和过程

中医药论治部分采取在循证医学证据的基础上再进行专家共识的形式进行。来自全国各地的 10 名中医糖尿病专家对共识意见（草案）进行了充分的讨论和修改，并以无记名形式对共识意见（草案）的多项内容逐条进行投票。在专家共识投票过程中，专家意见分为：1）完全同意。2）同意，但有一定保留。3）同意，但有较大保留。4）不同意，但有保留。5）完全不同意。如果其条款 > 60% 的专家数选择 1）+ 2），或 > 85% 的专家数选择 1）+ 2）+ 3），则认为取得专家共识，作为条款通过。

在全国从事中医糖尿病相关临床工作 10 年以上且具有主任医师职称的专家中进行 3 轮专家问卷，结合专家问卷结果，召开专家论证，对指南初稿、编制说明等材料进行评价，提出所属学科专家评估小组评价意见。指南工作组根据评估小组评价意见，撰写指南质量方法学评价报告，根据评价结果进一步修改完善指南。修订后的指南被送至同行专家（指南制定小组以外的独立成员，包括临床领域和方法学方面的专家）进行进一步评审。评价工具采用《指南研究与评价工具 II（AGREE

II）》^[4-5]，评价员就推荐意见的合理性和用于实践的可行性等方面进行判断，其结果是范围和目的领域分值 95.83%，参与人员领域分值 90.28%，严谨性领域分值 91.67%，清晰性领域分值 93.06%，应用性领域分值 90.63%，独立性领域分值 100%，在六个方面均有一致性较高评价。指南全面性评价：关于指南总体质量的评分中 3 位专家评价为 7 分，1 位专家评价为 6 分。关于我愿意推荐使用该指南中有 4 位专家愿意推荐使用该指南。

3 诊断

3.1 定义

糖尿病周围神经病变是指在排除其他原因的情况下，糖尿病患者出现周围神经功能障碍相关的症状和（或）体征。常见症状为肢体麻木、疼痛、灼热或其他异常感觉。无症状的糖尿病神经病变，依靠体征筛查，如肌肉无力和萎缩，肢体局部浅感觉减退，腱反射减弱或消失等，或神经电生理检查方可诊断^[6]。

3.2 诊断要点

3.2.1 病史^[6] 有糖尿病病史或诊断糖尿病的证据，诊断糖尿病时或之后出现的周围神经病变，排除导致周围神经病变的其他原因。

3.2.2 临床表现^[6] 症状：临床主要表现为麻木、疼痛、感觉异常等症状。有感觉神经和运动神经障碍的临床表现，通常为对称性，下肢较上肢严重。早期先出现感觉神经障碍的临床表现，首先出现肢端感觉异常，分布如袜子或手套状，伴麻木、针刺、灼热、蚁走感、发凉或如踏棉垫感，有时伴有痛觉过敏。随后有肢痛，呈隐痛、刺痛或烧灼样痛，夜间及寒冷季节加重。晚期则出现运动神经障碍的临床表现：肌张力减弱，肌力减弱以至肌萎缩、瘫痪。肌萎缩多见于手、足小肌肉和大腿肌。无临床症状者，结合体征、理化检查进行评价。

体征：腱反射减弱或消失，尤以跟腱反射为著。震动感减弱或消失，触觉、温度觉、针刺痛觉、压力觉有不同程度减退。患者可有足部或手部小肌肉的无力和萎缩，但通常出现较晚。

其他：肌电图检测：在临床症状出现前，神经电生理检查可发现 F 波异常、感觉神经传导速度（SCV）和运动神经传导速度（MCV）减慢、动作电位波幅下降、远端潜伏期延长^[6-7]；筛查量表：采用密歇根糖尿病神经病变计分法（MDNS）^[8]、多伦多临床评分系统（TCSS）^[9]进行计分，得分有一定的升高。

3.2.3 鉴别诊断^[10-11] 1) 肢痹与脉痹。二者的症状均可见肢体麻木、疼痛等。肢痹疼痛多为刺痛、烧灼痛、闪电痛,并伴有四肢冷凉、皮肤蚁行感、袜套感,晚期肌肉可发生萎缩。脉痹以下肢间歇性跛行为主要表现,疼痛症状较为突出,可表现为夜间静息痛,抬高患肢加重,下垂肢体减轻,桡动脉或足背动脉搏动减弱。2) 痹证与痿证。二者的症状主要都在肢体关节、肌肉。鉴别要点首先在于痛与不痛,痹证以筋骨、肌肉、关节疼痛为主,痿证以肢体筋脉弛缓不收或痿弱不用,肌肉瘦削为特点,多无疼痛。

4 辨证

本辨证分型参考《中医病证诊断疗效标准》^[12]和《糖尿病中医防治指南》^[13]、《糖尿病中医防治标准(草案)》^[13]、《糖尿病周围神经病变中医诊疗规范初稿》^[14],并根据前期文献^[15-16]整理和临床流行病学调查结果^[17-18]制定。

4.1 气虚血瘀证

肢体无力麻木如有蚁行,肢末时痛,多呈刺痛,下肢为主,入夜痛甚,神疲倦怠,气短懒言,动则汗出,腹泻或便秘,舌质淡暗,或有瘀点,苔薄白,脉细涩。

4.2 阴虚血瘀证

肢体麻木,腿足挛急,酸胀疼痛,或肢体灼热疼痛,夜间为甚,五心烦热,失眠多梦,皮肤干燥,口干咽燥,腰膝酸软,头晕耳鸣,便秘,舌质嫩红或暗红,苔花剥少津,脉细数或细涩。

4.3 痰瘀阻络证

肢体麻木刺痛,常有定处,或肌肤紫暗、肿胀,肢体困倦,头重如裹,昏蒙不清,体多肥胖,口黏乏味,胸闷纳呆,腹胀不适,大便黏滞,舌质紫暗,舌体胖大有齿痕,苔白厚腻,脉沉滑或沉涩。

4.4 肝肾亏虚证

肢体关节屈伸不利,痿软无力,甚者肌肉萎缩,腰膝酸软,骨松齿摇,头晕耳鸣,舌质淡,少苔或无苔,脉沉细无力。

4.5 阳虚寒凝证

肢体麻木不仁,肢末冷痛,得温痛减,遇寒痛增,下肢为著,入夜更甚,神疲倦怠,腰膝乏力,畏寒怕冷,舌质暗淡或有瘀点,苔白滑,脉沉紧。

4.6 湿热阻络证

肢体灼热疼痛,或重着乏力,麻木不仁,脘腹胀满,口腻不渴,心烦口苦,面色晦垢,大便黏滞,小便黄赤,舌红苔黄腻,脉滑数。

5 临床治疗与推荐建议

5.1 治疗原则^[19-21]

本病治疗应注重辨证,首先应辨虚实主次:本病属本虚标实之证,本虚以气虚、阴虚为主,渐至阴阳两虚,标实则责之瘀血、痰浊等,总以脉络不通为主。治疗当辨证施治。同时,瘀血既是病理产物,又是致病因素,遣方择药前提下,酌情选加化瘀通络之品,取其以通为补、以通为助之义。本病在治疗手段的选择上,除口服、注射等常规的方法外,当灵活选用熏洗、针、灸等外治法,内外同治,以提高疗效。

5.2 分型论治

5.2.1 气虚血瘀证 治法:补气活血,化瘀通痹。

推荐方药:1) 补阳还五汤(《医林改错》)加减(弱推荐,Ⅱa级)^[22-24]。2) 黄芪桂枝五物汤(《金匮要略》)加减(弱推荐,Ⅱb级)^[25-27]。随症加减:病变以上肢为主加桑枝、防风、羌活;以下肢为主加川牛膝、木瓜、威灵仙等。

推荐中成药:1) 木丹颗粒(弱推荐,Ⅱa级)^[28-29]。2) 通心络胶囊(弱推荐,Ⅱa级)^[30-31]。3) 糖脉康颗粒(弱推荐,Ⅱa级)^[32-33]。4) 川芎嗪注射液(弱推荐,Ⅱa级)^[34-35]。5) 血栓通注射液(弱推荐,Ⅱa级)^[36-37]。

5.2.2 阴虚血瘀证 治法:滋阴活血,柔筋缓急。

推荐方药:1) 芍药甘草汤(《伤寒论》)加减(弱推荐,Ⅱb级)^[38-39]。2) 桃红四物汤(《医宗金鉴》)加减(弱推荐,Ⅳ级)^[40]。随症加减:腿足挛急,时发抽搐,加全蝎、蜈蚣;五心烦热加地骨皮、胡黄连、知母;大便秘结加玄参、麦冬、生地黄;口苦咽干,目眩加柴胡、黄芩等。

推荐中成药:1) 津力达颗粒(弱推荐,Ⅱb级)^[41]。2) 生脉注射液(弱推荐,Ⅱb级)^[42-43]。

5.2.3 痰瘀阻络证 治法:化痰活血,宣痹通络。

推荐方药:1) 双合汤(《杂病源流犀烛》)加减(弱推荐,Ⅱb级)^[44-45]。2) 白芥子散(《妇人良方》)加减(弱推荐,Ⅳ级)^[46]。随症加减:胸闷呕恶,口黏加藿香、佩兰、石菖蒲;肢体麻木如蚁行较重者加独活、防风、僵蚕、全蝎;疼痛部位固定不移加白附子、延胡索、鸡血藤、制川乌(1.5~3g)等。

推荐中成药:1) 血塞通软胶囊(弱推荐,Ⅱa级)^[47]。2) 葛酮通络胶囊(弱推荐,Ⅱb级)^[48]。3) 血府逐瘀胶囊(弱推荐,Ⅱb级)^[49]。4) 丹参注射液(弱推荐,Ⅱa级)^[50]。5) 丹红注射液

(弱推荐, II a 级)^[51, 52]。

5.2.4 肝肾亏虚证 治法: 滋补肝肾, 益精填髓。

推荐方药: 1) 六味地黄丸(《小儿药证直诀》)加减(弱推荐, IV级)^[53]。2) 虎潜丸(《丹溪心法》)加减(弱推荐, IV级)^[54]。随症加减: 肾精不足, 腰膝酸软明显加牛骨髓、龟甲、菟丝子; 阴虚明显, 五心烦热, 加白芍、女贞子、银柴胡等。

5.2.5 阳虚寒凝证 治法: 温经散寒, 通络止痛。

推荐方药: 1) 当归四逆汤(《伤寒论》)加减(弱推荐, II a 级)^[55, 56]。2) 阳和汤(《外科全生集》)加减(强推荐, I a 级)^[57]。加减: 以下肢, 尤以足疼痛为甚者, 可酌加制川乌(1.5~3g)、续断、牛膝、狗脊、木瓜; 内有久寒, 见水饮呕逆者, 加吴茱萸、生姜、半夏等。

5.2.6 湿热阻络证 治法: 清热利湿, 活血通络。

推荐方药: 1) 四妙散(《成方便读》)加减(弱推荐, IV级)^[58]。2) 当归拈痛汤(《医学启源》)加减(弱推荐, IV级)^[59, 60]。随症加减: 以肢体灼热为甚者, 可酌加黄连、黄芩、苦参、桃仁; 肢体重着者, 加薏苡仁、萆薢、泽泻等。

5.3 针灸疗法

5.3.1 体针 气虚血瘀证取穴内关、气海、合谷、血海、足三里、三阴交、胰俞、肺俞等(弱推荐, V级)^[61]。阴虚血瘀证取穴肝俞、肾俞、胰俞、足三里、三阴交、太溪、曲池、合谷等(弱推荐, II b 级)^[64, 65]。痰瘀阻络证取穴合谷、曲池、脾俞、胰俞、血海、足三里、三焦俞、三阴交、丰隆、解溪、太冲、梁丘等(弱推荐, II a 级)^[60, 62]。肝肾亏虚证取穴肝俞、脾俞、肾俞、胰俞、足三里、三阴交、承山、伏兔等(弱推荐, II a 级)^[64, 63]。阳虚寒凝证取穴外关、曲池、肾俞、命门、腰阳关、关元、环跳、阳陵泉、阴陵泉、绝骨、照海、足临泣、胰俞、手三里等(弱推荐, II b 级)^[64, 64]。湿热阻络证取穴大椎、阴陵泉、曲池、内庭、合谷、三阴交、太溪、养老等(弱推荐, V级)^[64, 65]。

5.3.2 艾灸 取穴太溪、三阴交、足三里、合谷、曲池、涌泉、承山、委中、太冲、行间等(强推荐, Ib 级)^[66, 67]。用于气虚血瘀证、痰瘀阻络证。

5.4 其他治疗

5.4.1 穴位注射 黄芪注射液(弱推荐, II b 级)^[68, 69], 用于气虚血瘀证、痰瘀阻络证、阳虚寒凝证。丹红注射液(弱推荐, II a 级)^[70], 用于气虚血瘀证、痰瘀阻络证。

5.4.2 熏洗法 1) 四藤一仙汤外洗方加减(弱

推荐, V级)^[71], 用于气虚血瘀证、阴虚血瘀证、肝肾亏虚证、痰瘀阻络证。2) 糖痛外洗方加减(弱推荐, II a 级)^[72]。用于阳虚寒凝证、痰瘀阻络证。

5.4.3 物理疗法 1) 特定电磁波谱治疗仪(弱推荐, II b 级)^[73], 各证型均可选用。2) 安诺治疗仪(弱推荐, II b 级)^[74], 各证型均可选用。

5.5 预防与调摄

5.5.1 预防 做好四季养生, 饮食有节, 运动有常, 内养正气, 外慎邪气。辨证论治, 选用中医技术方法进行早期干预, 体现既病防变理念。

5.5.2 调摄 辨证施膳, 平衡膳食, 戒烟限酒。适度练传统功法, 增强体质。调节情志, 树立起战胜疾病的信心。

附: 指南制定小组成员及共识专家名单

组长: 方朝晖, 吴以岭

执笔人: 方朝晖*, 吴以岭, 赵进东

* 通讯作者: fangzhaohui1111@163.com

成员(按姓氏笔画排序): 王天芳(北京中医药大学)、王玲(合肥工业大学)、方朝晖(安徽中医药大学第一附属医院)、叶山东(安徽省立医院)、刘健(安徽中医药大学第一附属医院)、吴以岭(河北省中西医结合医药研究院)、何丽云(中国中医科学院)、庞国明(开封市中医院)、范冠杰(广东省中医院)、陆翔(安徽中医药大学)、赵进东(安徽中医药大学第一附属医院)、高怀林(河北以岭医院)、倪青(中国中医科学院广安门医院)、谢春光(成都中医药大学附属医院)

共识专家(按姓氏笔画排序): 王旭(南京中医药大学第一临床医学院)、孔德明(贵阳中医学院第一附属医院)、仝小林(中国中医科学院广安门医院)、冯兴中(北京世纪坛医院)、石岩(辽宁省中医药大学附属医院)、刘喜明(中国中医科学院广安门医院)、朴春丽(长春中医药大学)、陈文实(蚌埠市中心医院)、陈秋(成都中医药大学附属医院)、李学军(厦门大学附属第一医院)、杨叔禹(厦门市糖尿病研究所)、胡爱民(武汉市中医医院)、高怀林(河北以岭医院)、郭俊杰(山西省中医院)、衡先培(福建中医药大学附属人民医院)

参考文献

- [1] HIGGINS JPT, GREEN S. Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions Version 5.0.1 [Z/OL]. (2008-09-01) [2015-04-01]. <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/cochrane/cclcentral/articles/375/CN->

- 00871375/frame.html.
- [2] 刘建平. 传统医学证据体的构成及证据分级的建议 [J]. 中国中西医结合杂志, 2007, 27(12): 1061-1065.
- [3] GUYATT GH, OXMAN AD, VIST GE, et al. GRADE: an emerging consensus on rating quality of evidence and strength of recommendations [J]. BMJ, 2008, 336(7650): 924-926.
- [4] AGREE Collaboration. Development and validation of an international appraisal instrument for assessing the quality of clinical practice guidelines: the AGREE project [J]. Qual Saf Health Care, 2003, 12(1): 18-23.
- [5] BROUWERS MC, KHO ME, BROWMAN GP, et al. AGREE II: Advancing guideline development, reporting and evaluation in healthcare [J]. CMAJ, 182(18): 839-842.
- [6] 中华医学会糖尿病分会. 中国 2 型糖尿病防治指南 (2013 年版) [J]. 中华糖尿病杂志, 2014, 6(7): 447-498.
- [7] 楼大钧, 朱麒麟, 斯徐伟. 应用多伦多临床评分系统筛查 2 型糖尿病患者周围神经病变的观察 [J]. 中国糖尿病杂志, 2013, 21(9): 773-775.
- [8] FELDMAN EL, STEVEBS MJ, THOMAS PK, et al. A practical two-step quantitative clinical and electrophysiological assessment for the diagnosis and staging of diabetic neuropathy [J]. Diabetes Care, 1994, 17(11): 1281-1289.
- [9] BRIL V, PERKINS BA. Validation of the Toronto Clinical Scoring System for diabetic polyneuropathy [J]. Diabetes Care, 2002, 25(11): 2048-2052.
- [10] 全小林. 糖尿病中医防治指南 [M]. 北京: 中国中医药出版社, 2007: 25.
- [11] 吕仁和, 赵进喜. 糖尿病及其并发症中西医诊治学 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 2014: 645-646.
- [12] 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准 [S]. 南京: 南京大学出版社, 1994: 41.
- [13] 全小林. 糖尿病中医防治标准 (草案) [M]. 北京: 科学出版社, 2014: 40-41.
- [14] 庞国明, 闫楠, 朱璞, 等. 糖尿病周围神经病变中医诊疗规范初稿 [J]. 中华中医药杂志, 2010, 25(2): 260-264.
- [15] 谭名媛, 王晓歌, 戴芳芳, 等. 基于现代文献探讨糖尿病周围神经病变的中医证型分布 [J]. 成都中医药大学学报, 2015, 38(2): 120-121, 127.
- [16] 刘会贞, 王玉中, 刘栋, 等. 糖尿病周围神经病变的中医证型聚类及其与病变程度的关系 [J]. 中医杂志, 2011, 52(11): 945-948.
- [17] 范冠杰, 王映璇, 熊莉华, 等. 119 例糖尿病周围神经病变中医证型规律探讨 [J]. 辽宁中医杂志, 2011, 38(8): 1515-1516.
- [18] 靳森, 安红梅, 唐红, 等. 118 例 2 型糖尿病周围神经病变中医证候特征及电生理改变的相关性 [J]. 北京中医药, 2010, 29(6): 406-408.
- [19] HAO CZ, WU F, LU L, et al. Chinese herbal medicine for diabetic peripheral neuropathy: an updated meta-analysis of 10 high quality randomized controlled studies [J]. PLoS One, 2013, 8(10): e76113. doi: 10.1371/journal.pone.0076113.
- [20] CHEN W, LUO YF, LIU JP. Topical herbal medicine for treatment of diabetic peripheral neuropathy: a systematic review of randomized controlled trials [J]. Forsch Komplementmed, 2011, 18(3): 134-145.
- [21] AHN AC, BENNANI T, FREEMAN R, et al. Two styles of acupuncture for treating painful diabetic neuropathy: a pilot randomised control trial [J]. Acupunct Med, 2007, 25(1): 11-17.
- [22] 教富娥, 丛科, 纪笑艳. 补阳还五汤治疗糖尿病周围神经病变疗效观察 [J]. 辽宁中医杂志, 2013, 40(4): 740.
- [23] 王清任. 医林改错 [M]. 欧阳兵, 张成博, 点校. 天津: 天津科学技术出版社, 1999: 36.
- [24] WEI ZX. Experiences in treating diabetic peripheral neuropathy with traditional Chinese medicine [J]. Chin J Integr Med, 2008, 14(4): 248-250.
- [25] 姜宏. 黄芪桂枝五物汤加味治疗糖尿病周围神经病变疗效观察 [J]. 新中医, 2014, 46(12): 82-84.
- [26] FENG L, LIU WK, DENG L, et al. Clinical efficacy of aconitum-containing traditional Chinese medicine for diabetic peripheral neuropathic pain [J]. Am J Chin Med, 2014, 42(1): 109-117.
- [27] 张仲景. 金匱要略 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 1989: 152.
- [28] 弭艳旭, 弭艳红, 周凤娟. 木丹颗粒治疗糖尿病周围神经病变的临床研究 [J]. 湖南中医药大学学报, 2013, 33(11): 65-67.
- [29] 邢清, 母义明, 陈康, 等. 木丹颗粒联合甲钴胺治疗糖尿病周围神经病变的临床观察 [J]. 中国糖尿病杂志, 2014, 22(8): 715-717.
- [30] 卢益丽. 通心络胶囊治疗糖尿病周围神经病变 37 例临床观察 [J]. 浙江中医杂志, 2014, 49(12): 926.
- [31] 葛近峰, 林育红, 汪莹, 等. 通心络胶囊治疗糖尿病周围神经病变临床疗效评价 [J]. 中国中医基础医学杂志, 2011, 17(10): 1121-1123.
- [32] 李小毅. 糖脉康颗粒治疗糖尿病周围神经病变的疗效观察 [J]. 成都中医药大学学报, 2005, 28(3): 46-47.
- [33] 康志强. 糖脉康颗粒治疗糖尿病周围神经病变 30 例疗效观察 [J]. 成都中医药大学学报, 2007, 30(6): 79-80.
- [34] 卢绍霞. 盐酸川芎嗪注射液治疗糖尿病周围神经病变 68 例 [J]. 实用糖尿病杂志, 2010, 6(2): 40-41.
- [35] 张明云, 徐玉香, 杨孟冬, 等. 中西医结合治疗糖尿病周围神经病变疗效观察 [J]. 中国中医药信息杂志, 2011, 18(10): 73, 99.
- [36] 黄婧, 方向明, 叶文春, 等. 血栓通注射液联合丁咯地尔治疗糖尿病周围神经病变的临床观察 [J]. 川北医学院学报, 2014, 29(6): 593-595.
- [37] 钱宏利, 周卫青. 血栓通联合甲钴胺注射液治疗糖尿

责任编辑: kangjing_dr

国家卫计委回应产妇坠楼事件

来源：（中华网）

链接 http://news.china.com/news100/11038989/20170908/31317408_all.html



产妇马某就是从医院的这个窗户跳下去的

9月6日，陕西榆林市第一医院官方针对“8·31产妇跳楼”事件再次做出说明，并公布了部分视频截图。医院称，监控视频显示，孕妇甚至向家属下跪请求，但家属仍不同意。而孕妇家属则说，当时孕妇是因为疼痛难忍才下跪。目前，家属和医院就“谁拒绝了剖宫产”各执一词。7日上午，榆林市卫计委方面称，已经介入调查此事。目前，主治医师已经被停职，并全力配合警方调查。

国家卫计委新闻发言人9月7日表示，关于社会关注的榆林产妇事件，出现这样的情况让人非常痛心，在此对家属表示深切慰问。国家卫计委对此高度重视，已责成当地卫生计生部门认真调查核实，依法依规严肃处理。

产妇生母称“他们不出钱难道我不会出”

据产妇生母郝爱英告诉记者，她对网上“剖宫产之争”的说法颇为愤怒，她一直

在强调，“这是我的亲生女儿，看着她难受，我会不难受？”“他们不同意，不出钱，难道我不会出？”

郝爱英最想弄明白的是，为什么“有文化、有文凭、性格开朗、不是糊涂娃”的女儿会从医院的5楼跳下去，但截至目前，这个问题依然没有答案。她对网上“剖宫产之争”的说法颇为愤怒，她一直在强调，“这是我的亲生女儿，看着她难受，我会不难受？”“他们不同意，不出钱，难道我不会出？”

“她还有个弟弟，大大咧咧的，不可能抑郁。”郝爱英否定了产妇有抑郁症的说法，“大学毕业后，她一直在做家教，给孩子们辅导功课，从来没有见过她生气，收入不知道，但他们的家庭条件还可以。”

9月6日上午，郝爱英又去了医院，因为“榆林市卫生局来调查女儿跳楼的事情了”。她说，现在事情没有进展，医院也没个交代，只是把责任往外推，这让他们非常接受不了，“医生没提过一定要剖宫产，也没有说过有无痛分娩”。

郝爱英说，现在他们的想法就是走一步看一步，未来可能走法律程序。

对话产妇生母“她跪是因为疼，不是有意下跪”

记者：您还记得当天的情况吗？

郝爱英：跳下去的时候，我就在医院。我们最后一次问医生时，说十指都开了，孩子和我女儿都好着呢，准备上产床，让我们家属在外面等着。

等待的时候，有两个刚出生的孩子被抱出来了，都不是我们的。后来又出来一个大夫，我们就问他，“我们的产妇呢？”大夫说，“你们产妇不知道到哪儿去了，找不到了。”一听他说这个话，我们就进产房去找，产房里的大夫问我们怎么进产房了，我们和大夫说，我们的产妇找不到了。但是进去后，四处也没有找到我女儿。

出了产房，我就给我丈夫打了个电话，告诉他女儿没找到。刚挂了电话，我就听到有人说楼底下躺了一个人。

记者：当天女儿下跪的时候，情绪已经很不好了吧？

郝爱英：情绪不好是肯定的，但那是因为难受。她跪是因为疼，是不由自主地下跪，不是有意下跪。她是我的亲生女儿，她要是有意下跪，我心里能好受？我肯定不好受。

记者：如果是您女儿的丈夫和婆婆不同意剖宫产，您会放任这种结果发生吗？

郝爱英：她的丈夫和婆婆为什么不同意，难道她婆婆不想抱孙子吗？她怀的是个男孩儿啊！她是我亲生的，如果他们不同意，我知道的话，我不会给他们钱吗？医生

一直没有强调过必须要剖宫产。

记者：当时医院有抢救孩子吗？

郝爱英：后来我知道楼底下的人是我女儿的时候，她已经在抢救室里了。当时抢救了 48 分钟，但最终大人和孩子都没抢救过来。第二天警察来和我了解情况，我又不知道当时是什么情况，只是听一个大夫说，我女儿跳楼的时候，他拽了一把没拽住，你们既然拽了一把没拽住，还出来和家属要人，这不是自相矛盾吗？

记者：现在还有个焦点是在衣服上。

郝爱英：医生说拽的时候，是说拽衣服，但是抬我女儿上担架的时候，他们又说没穿衣服，我也晕晕乎乎的。

回应质疑“当时想都没想过生二胎的事情”

记者：有一种说法是，家属不同意剖宫产是因为费用的原因？

郝爱英：现在的生活条件好了，有钱没钱生孩子都得进医院。再说，没钱的话，医院住也住不进去，再说生孩子也花不了多少钱。但是既然进了医院，肯定就要准备花钱了，生孩子的钱是必须要花的，不可能省，我不可能拿自己孩子的生命开玩笑，但最后的结果还是成现在这样了。

记者：还有一种说法是，婆婆为了让儿媳妇尽快生二胎，所以不同意剖宫产？

郝爱英：她本来怀的就是男孩。再说我们也不懂，为了生二胎，第一胎选择剖宫产好，还是顺产好。这是第一胎，都还没生呢，怎么可能为了生二胎，考虑那么多。当时想都没想过生二胎的事情。再说，我也听说，现在的医疗技术这么发达，生几胎都可以剖宫产，就是怎么省事怎么来。

亲戚也罢，丈夫也罢，医生也罢，意见都是统一的，才能进医院，如果意见不一致，医院怎么会给我们签字？

记者：女儿和女婿关系如何？

郝爱英：女儿和女婿，婆家、娘家关系一直都挺好的。要是他们有一点隔阂，我能受得了吗？现在很多事情都是瞎猜测的，我是她的亲生母亲，我都没想到，社会上这么多的胡言乱语，就给我们说成了这样。

综合新华社、《法制晚报》报道

生孩子方式到底谁说了算？

备受关注的陕西产妇坠楼身亡事件持续发酵。9月6日，陕西省榆林市卫计局介入调查此事。然而，舆论的争论并没有随之减弱，事件中牵连出的“选择哪种生产方式，决定权到底属于谁”广受热议。

顺产或剖宫产，究竟应该听谁的？

本事件的舆论中，许多人将剖宫产作为一个可供选择的选项，然而事实并非如此。

剖宫产是为解决难产问题而出现的一个医疗措施，但顺产还是剖宫产，实际上并不是一道主观选择题。“目前，国内有不少医院对于剖宫产还是在进行控制的，并非患者提出就能做。”妇产科专家龚晓明说。

“为了解决困难的分娩，降低并发症的情况下是可以选择剖宫产的”。龚晓明举例，产妇在难产、胎位异常、骨盆异常、胎盘异常、胎儿异常的情况下，可以选择剖宫产。

“有些精神因素造成不能够顺产的，在实际操作中都会适当放宽指征。”南京市妇幼保健院妇产科副主任医师乌兰说。

同时，《侵权责任法》和《医疗机构管理条例》也明文规定，产妇有决定能否手术的权利。“产妇若是完全民事行为能力人，意识清醒的情况下有能力表达自己的意愿，完全可以对自己的民事行为负责，医院只需取得产妇本人签字即可手术。”北京市富程律师事务所律师倪娜说。

尽管法律有明确规定，但是关于各大医疗机构的手术性治疗中，签字同意权的配置问题一直存在不同观点的交锋和争论。“患者本人具有一定的决定权，但是她的伤病住院治疗产生一定的费用以及后续康复期间的照护也与家庭成员、近亲属具有不可分割的利益关系，因此，其他的家庭成员也有一定的发言权。”江苏省卫生法学会副会长胡晓翔在接受采访时表示。

龚晓明也指出，在现实生活中，“剖宫产，由家人和医院共同决定的不在少数”。

已取得家属授权，院方就不担责？

针对被普遍质疑的“产妇做手术，为何必须家属签字？”，医院也做出解释：产妇签署了《授权书》，授权其丈夫全权负责签署一切相关文书，在她本人未撤回授权

且未出现危及生命的紧急情况（产程记录产妇血压、胎心正常）时，未获得被授权人同意，医院无权改变生产方式。

如果现实中遇到这种情况，医院是否担责？

北京大成律师事务所律师李洪奇认为，“院方不能因为孕妇和家属之间签署的《授权委托书》而免责。”

李洪奇指出，《侵权责任法》第五十六条规定，因抢救生命垂危的患者等紧急情况，不能取得患者或者其近亲属意见的，经医疗机构负责人或者授权的负责人批准，可以立即实施相应的医疗措施。“其中‘不能取得患者或者其近亲属意见的’已经涵盖了临床各种可能性，包括家属联系不到、无法到场或者虽在场但拒绝签字。”

而对于“产妇请求”却抵不过家属签字的情况，倪娜认为，这种处置方式不合理。

“现实中，一些医院会担心产妇本人可能在手术中死亡或失去意识，届时签字的效力可能会被质疑，医院出于医患风险考虑，可能会要求家属与产妇共同签字。”倪娜告诉记者。

“但此时，如果发生患者和家属意见不一致的情况，则需尊重产妇本人的意愿，产妇本人自决权是受法律保障的。”倪娜说。

据新华社北京9月7日电

责任编辑：永恒流星

2017年08月论坛优秀版主名单：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、别看资料

2017年08月论坛良好版主名单：airen13828、yanqil20、jjmjZy、依秀儿、xzp_dragon、ffxxff770603、舒省

2017年08月论坛优秀超版名单：哥们、htchb

2017年08月论坛优秀超版助理：想_拟、ngf1978、旧日足迹

第一部分——西医部分

不寻常主诉下藏着大隐患！

作者：踏青放牛

链接：<http://bbs.iiyi.com/thread-3380488-1.html>

每天的急诊病人流量巨大，各式各样的病人都有。其中有一些病人，他们的主诉不同于常见的发热、胸闷、胸痛、腹泻、腹痛等，经常是这样：

“后背热，像过电一样。”

“胸口麻酥酥的，不疼。”

.....

此类病人中有些是因为精神问题、压力大等，导致的身体异样感觉。然而，有时这些“奇葩”的主诉后面，却埋着一颗巨大的“地雷”。

后背发热，一直像过电一样

78 岁老年女性患者，被家属发现跟往常不一样 2 小时来就诊。询问现病史，患者家属说不清楚患者怎么不舒服。仔细问患者，老太太强调中午吃完饭，开始觉得后背发热，一直像过电一样，余未诉不适。

查体：BP：187/90 mmHg；HR：95 次/分。神清，双肺未闻及啰音，心律齐。腹软，无压痛。双下肢不肿。

既往史：高血压病 15 年，糖尿病 10 年。

笔者因急诊流水工作时间较短，遇见这种病人不敢掉以轻心。

复测：对侧上肢血压为 173/86mmHg。初步作出口服降压药处理，同时完善血液检查及胸片、心脏彩超。

大约 40 分钟后，接心脏超声室危急报告：“主动脉夹层不能除外”！这时笔者倒吸一口气，幸亏没有因为家属嫌检查费用多，而简单处理。再看胸片，提示主动脉

增宽，紧急将患者送急诊抢救室监护治疗，2 小时后患者 D-二聚体结果示：15ng/ml。

通过这个病例,总结出以下几点心得:

1. 特殊主诉的病人，尤其是胸、背、腹等部位的异样感觉，不能掉以轻心。
2. 不能轻视胸片的作用，毕竟胸片快速提供关于心肺及主动脉的一些信息。
3. 对于血压高的病人一定要完善检查。

胸口麻酥酥的，不疼

在这个病例后大约 2 个月，又遇见一个 58 岁男性患者，因“胸口麻酥酥的，不疼”1 个小时来就诊。

查体：BP：203/98mmHg；HR：96 次/分。神清，双肺未及啰音，心律齐。腹软，无压痛。双下肢不肿。

既往：体健。

复测：对侧上肢血压 178/90mmHg。因没有夜班常规心脏超声，依照上次经验，先完善患者胸片及相关血液检查，胸片示主动脉明显增宽。

2 小时后：患者 D-二聚体结果示 20 ng/ml！将患者送抢救室监护治疗，后了解到患者全主动脉 CT 证实为主动脉夹层。

通过接触这两个病例，在急诊流水工作中，不敢对任何病人掉以轻心。

用手机实现眼底照相临床实践的 点滴与改进建议

作者：徐奇俯

链接：<http://bbs.iiyi.com/thread-3406538-1.html>

由于现代科学的发展，眼底病的诊断从直接眼底镜到间接眼底镜，到眼底荧光造影或是单纯的眼底照相，到眼底断层扫描（OCT）对眼底病的诊断的确确有很大的帮助。但是这些检查仪器多数是在三级以上的大医院或是专业的眼科二级以上的医院才有。因为昂贵的价格不是一般的医院可以承受的，就算可以承受，因为患者太少也

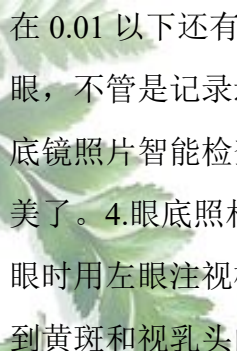
有可能无法收回成本。这样就给中国这样一个多数基层医院眼科诊断眼底病带来很大的困惑。

手机照相在现代人们的生活中成了很常见的一种乐趣。特别是手机的像素越来越高，清晰度也越来越好。平时生活中只要是能看到的東西，在光线好的情况下都可以拍出很清晰的照片。我们就想到，可不可以用手机在眼底镜下加上一个特殊镜头拍出眼底清晰的照片，然后打印出相片，这样可以直观的看到眼底正常与异常的情况，再结合临床，对眼底病的诊断有很好的帮助。特别是对糖尿病性眼底病的发展与程度，视网膜病变与视网膜脱落的程度，黄斑病的诊断（如中心性浆液性视网膜炎，黄斑水肿，黄斑出血与黄斑裂孔等等），视神经病变的诊断提供了有力的直观诊断依据。

我们有幸成为泰瑞眼科在开发与研究用手机进行眼前段与眼底照相的最先试用者。特别是眼底照相全国第一批只有十名医生中我是其中一个。在试用过程的几个月中，把我们在临床实践中的点点滴滴与改进的建议在这里说说，希望以后这种检查方法正式用于临床，对同道们有一点帮助，特别是在研究与开发中进行改进，以达到最佳的临床诊断效果，进入广大基层眼科。

先说说试用中的优点。第一：方便，多数情况下 5 分钟就可以学会基本的操作方法。因为有超过 45 度的广角眼底视野。可以适应近视、老花的精准自动对焦；第二：基本上能拍出高清晰的眼底图像；第三：有后台眼科专家诊断参考意见，特别是媲美眼科专家的人工智能糖尿病视网膜眼底病变自动诊断算法；第四是便携、而且价格仅仅只需要传统台式眼底镜设备的 1/100 或更少。

通过几个月的临床实践，我们在操作过程中发现一些不足的地方。第一：是操作方法上镜头如果不安装在固定的架子上操作就很不稳定，建议最好是有一个固定的头架。如果有一台旧的裂隙灯显微镜改良一下最好；第二：检查时最好是在暗室中进行，因为角膜上的反光影响效果；第三：手机操作因为没有硬性的支撑常常有摆动，不是很方便；第四：拍摄的图片上传到平台只能用手机流量上传，正常的 WiFi 没有办法上传。昨天还发现左右眼在交换照眼底照片时只有右眼可以用，左眼不能用的情况；第五：特别是眼底照片中有二个反光的亮点，很影响照片的清晰，同时有遮盖局部眼底的情况，对诊断很不利。我们想这个问题可能出在光源的问题上，是可以解决的；第六：平台上传后的报告中有几个地方要特别注意改正：1. 因为眼科检查中视力检查



在 0.01 以下还有数指视力和光感视力等等，记录不了。2.眼科的检查都是先右眼后左眼，不管是记录还是照片的先后都要以这个顺序，千万不要搞反了。3.现在试用的眼底镜照片智能检查中只适应糖尿病眼底病变，希望其它眼底病也能有智能检查就更完美了。4.眼底照相时临床上注视的问题是一个很重要的问题，我常常让患者在检查右眼时用左眼注视检查者的右耳。检查左眼时患者的右眼注视检查者的左耳，就可以看到黄斑和视乳头的情况。

以上是我们在这二个多月运用泰瑞眼科眼底镜时发现的点点滴滴的临床体会与建议意见，不对之处欢迎批评指正。

固执的代价—— 颅脑外伤“二进宫”病例分享

作者： jsdfnicholas

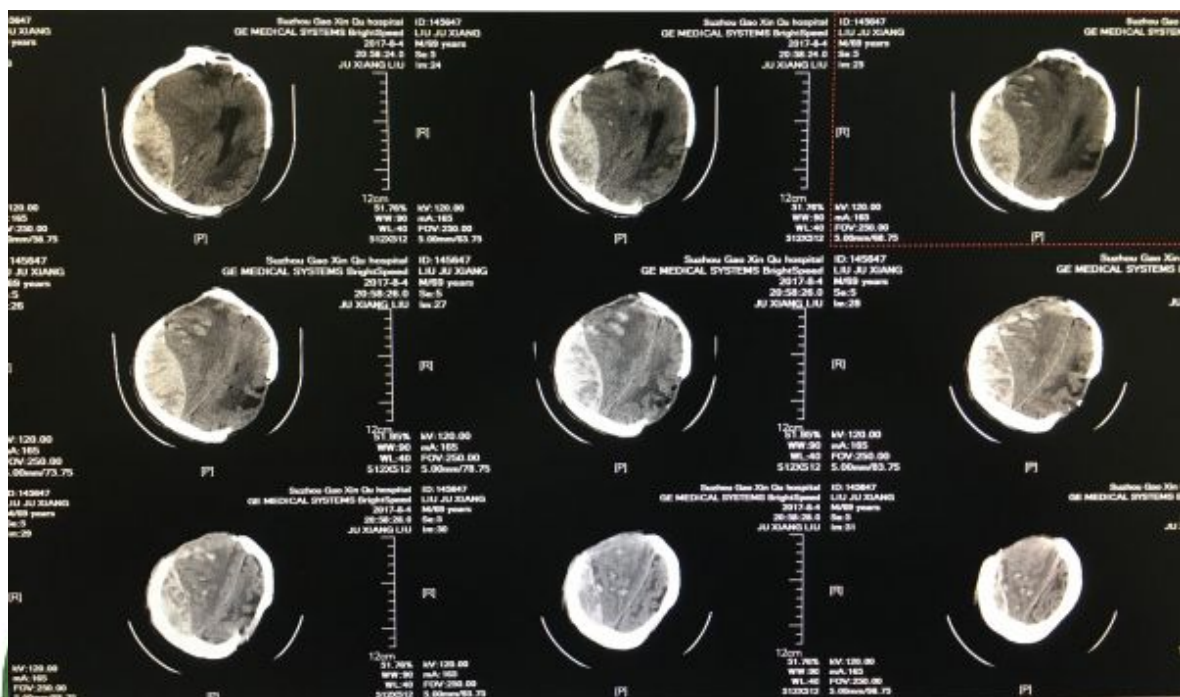
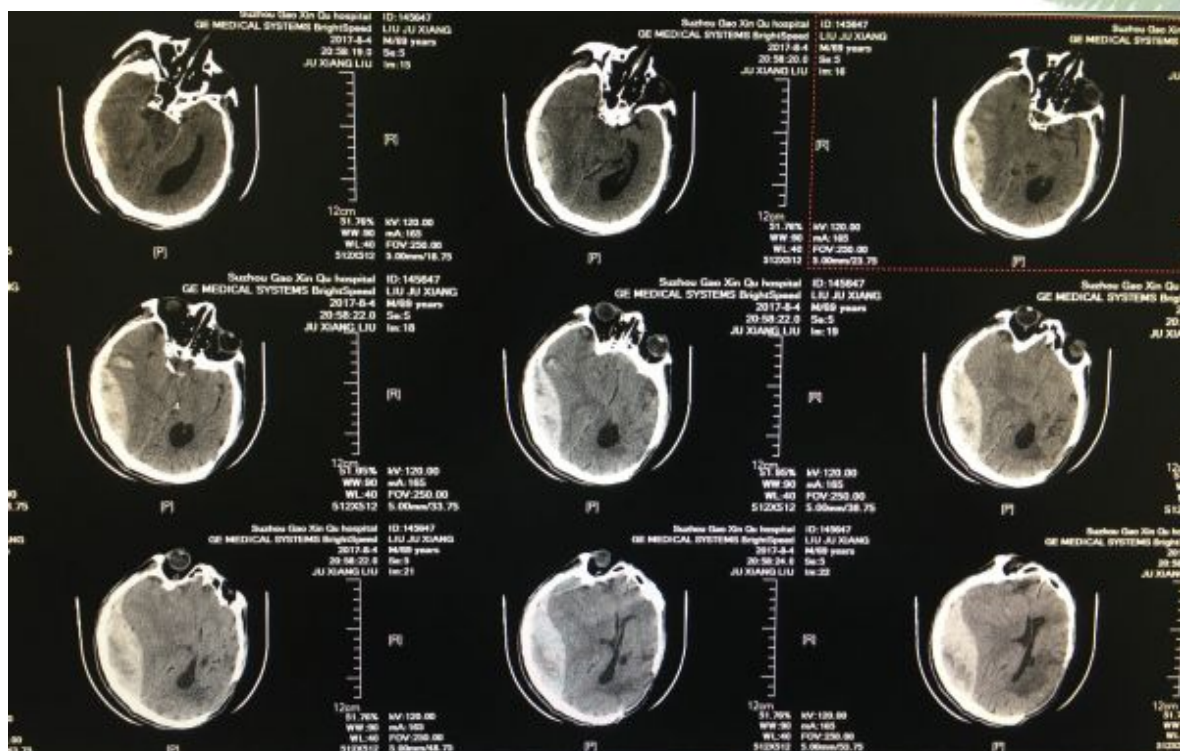
链接：<http://bbs.iiyi.com/thread-3406856-1.html>

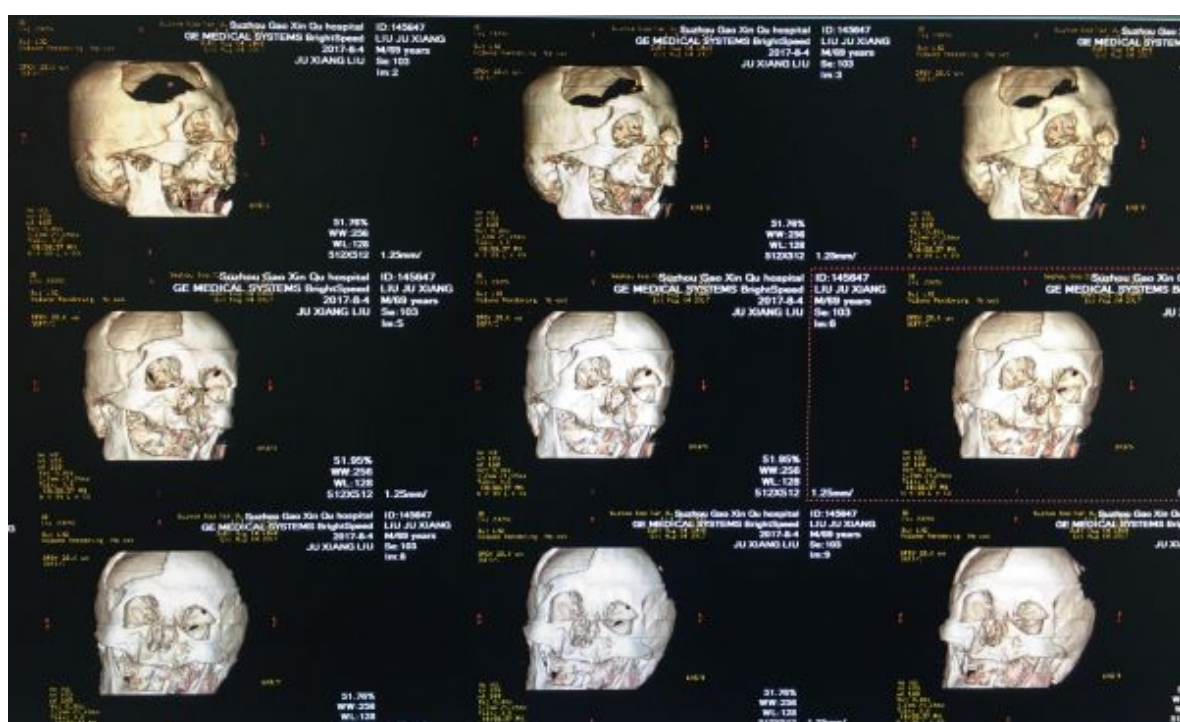
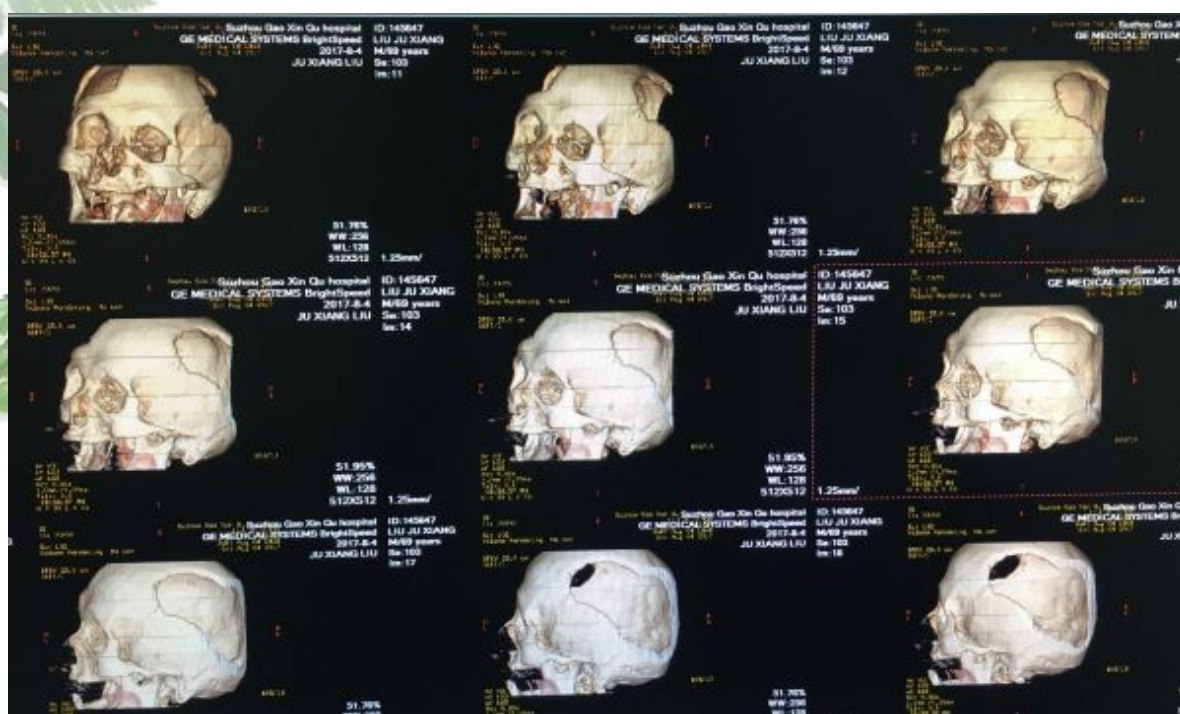
日常生活中，不少行为都有其两面性，比如倾囊之执着，亦或侧贬之固执。

而今天，我们就说说这“固执”的一些事。

患者是位年近古稀的老人，十余年前因头部外伤曾于外院行开颅手术治疗，术中两侧分别去除部分颅骨，手术顺利，据家属叙述未留下任何后遗症。但天有不测风云，去年，老人发作两次脑梗塞，遗留肢体偏瘫症状，仅可勉强持物缓行。

此次入院源于老人不慎摔倒，头部着地，家人发现时已意识不清，急送我院。查体：深昏迷，GCS 评分：3 分。右侧瞳孔散大固定，双侧病理征阳性。头颅 CT 检查如下：





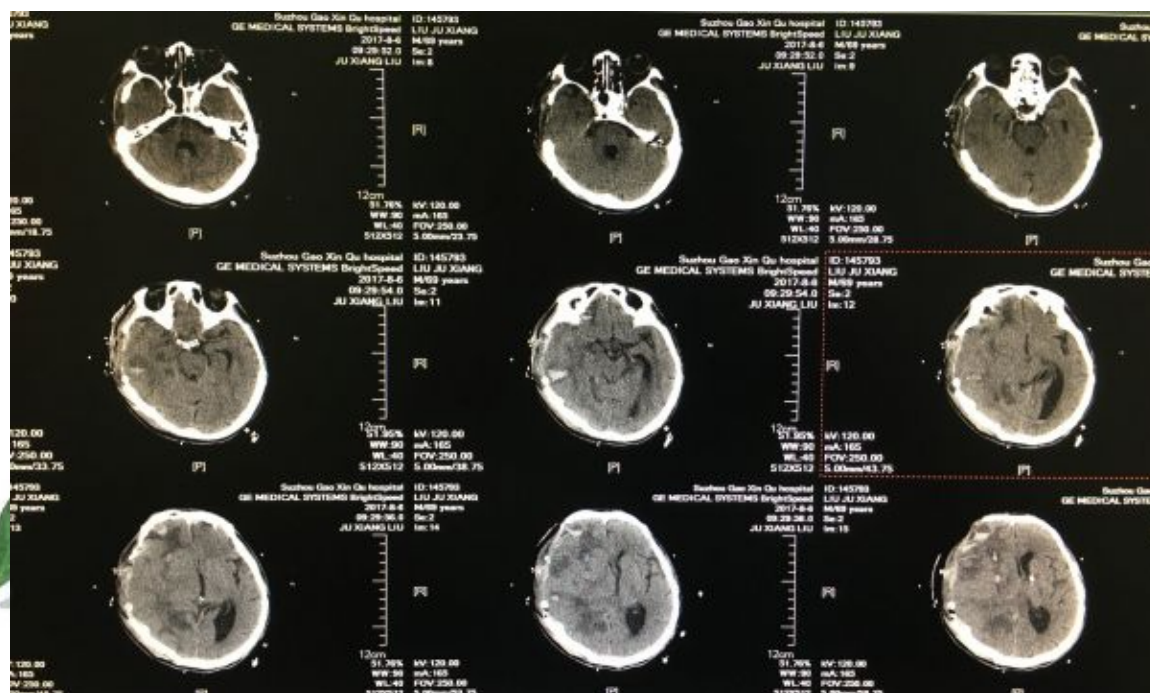
片中可见右颞顶部巨大硬膜外血肿，中线明显左移，环池消失，脑疝形成。根据片中骨瓣去除及脑软化灶情况，可以推测十余年前的那次外伤为左侧硬膜外血肿加右侧脑挫裂伤伴脑内血肿。

专业交流

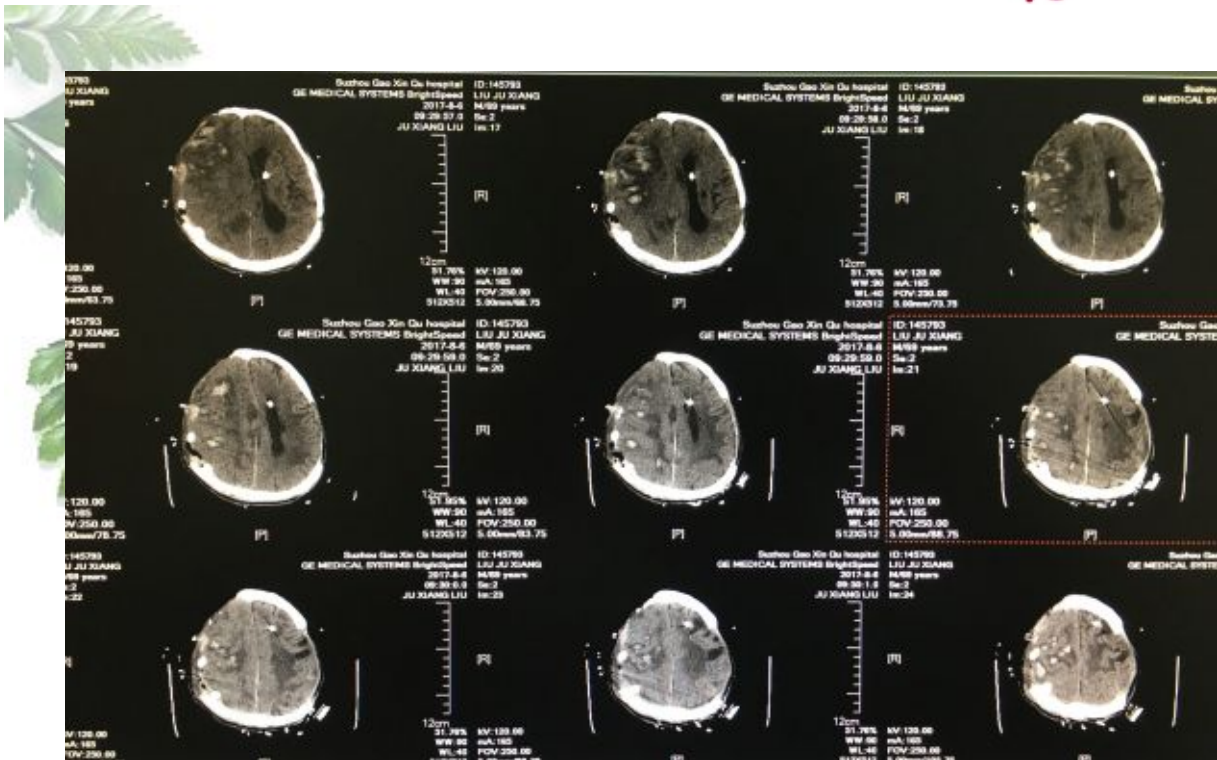
入院后积极完善术前准备，急诊在全麻下行开颅探查、颅内压监测探头植入、右颞顶部硬膜外血肿清除、去骨瓣减压术。术中初测颅内压并不高，8cmH₂O。术后散大瞳孔未回缩。



术后复查头颅 CT:

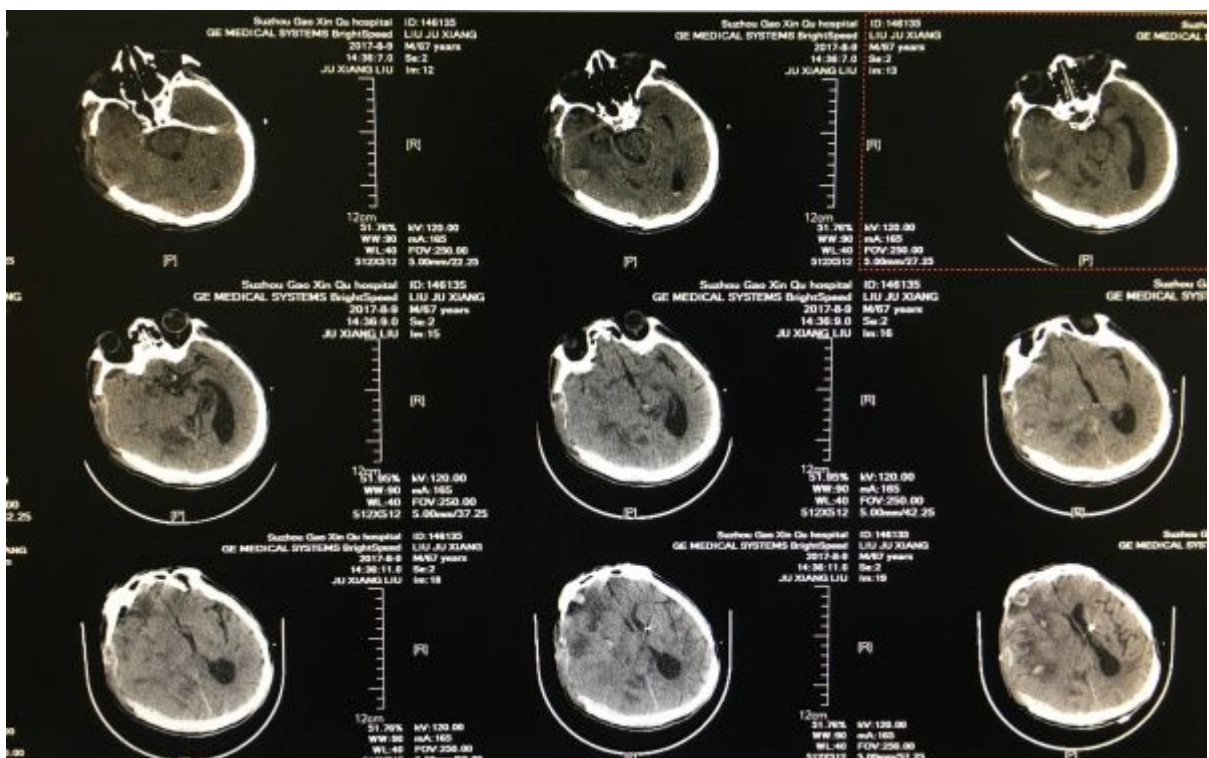


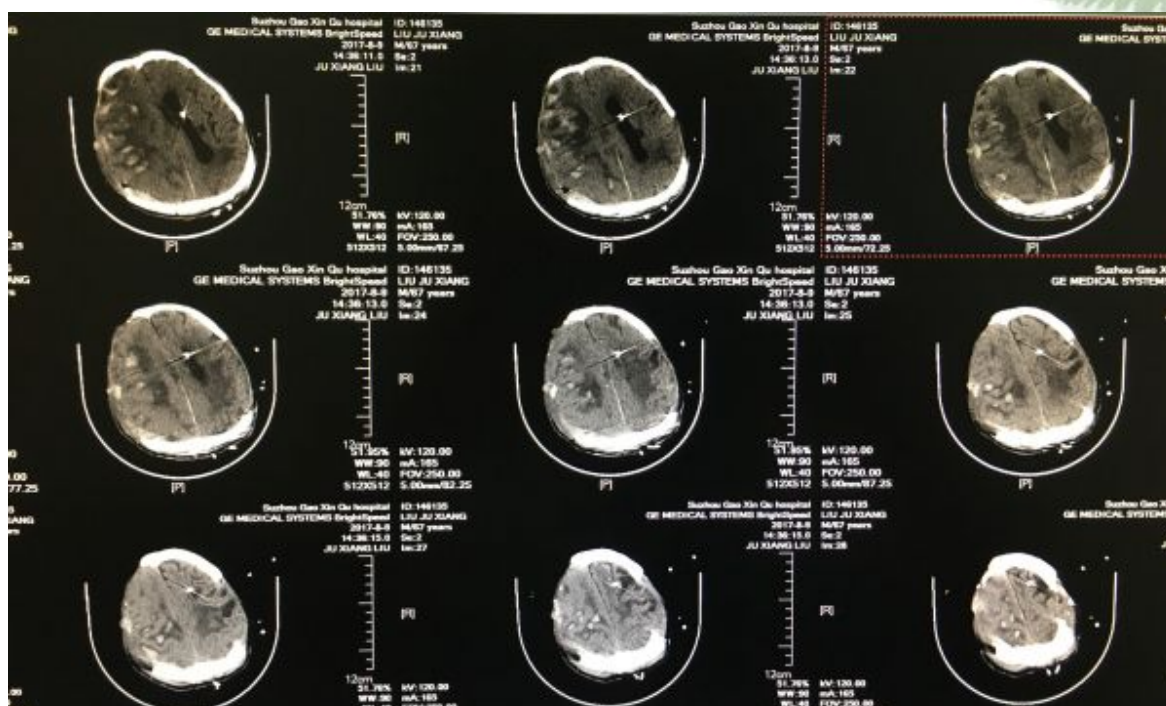
我为人人，人人为我



片中可见硬膜外血肿完全清除，环池复现，中线移位较前好转，颅内压监护探头在位。

三日后再次复查 CT：





片中可见中线移位进一步好转，多发脑挫裂伤周边水肿明显。

现患者气管插管呼吸机机械通气中，治疗以预防感染、维持水电平衡、营养神经、改善微循环、渗透性等治疗，控制 ICP，保证 CPP，严密监测患者白蛋白、血钠、血红蛋白、24 小时出入量、脑脊液性状等情况。

治疗在有条不紊的进行着，同时，我们也在疑虑，患者十余年前行开颅血肿清除+去骨瓣减压手术，为何之后未及时进行颅骨修补手术呢，如果有人工钛网的保护，此次还会伤得如此之重吗？

与患者家属的再一次沟通，另我们了解到，老人平常性格固执，认准的事情九头牛也拉不回。儿女和老伴往往着急在心头，无奈在脸庞。十余年前的那次外伤，术后恢复地异常顺利，但术后三月，医生建议修补颅骨时，老人的“倔劲”又来了……

在我们神经外科日常的临床工作中，或者说在普外科、骨科、妇科、内科等等各科同仁的日常工作中，此类事件并不罕见。我们不是家属，患者也不是我们的亲人，但作为一线的医务人员，我们有理由、有义务、有责任在患者首次就诊时就充分告知，告知“固执”的无益，尽我们所把将这份“代价”降到最低。

超声入门贴 595——自学阴超跟我来

作者： songjunrui

链接： <http://bbs.iiyi.com/thread-3403591-1.html>

谨以此帖献给刚入门的爱友及长期工作在基层的超声工作者，因为基层条件差，患者少，人员紧张，设备更新后无法出去进修阴超怎么办？培养我们的自学能力，可以通过网络自学，自己慢慢摸索，好友交流，短期外出观摩等方法进行提高自我的技术水平，爱爱医超声医学论坛，期待您的精彩！

教您秘籍：一招 OK！

先用腹部探头观察，然后用经阴道探头检查，做一下对比，手法不是教的，是练出来的。

探头拿正方向经阴道缓慢进入，观察阴道，宫颈，宫体，内膜，旋转 90 度观察宫体短轴子宫内膜，探头向左摆动观察左侧附件区，向右摆动观察右侧附件区。

举例：我们用的迈瑞 DC-6 彩超经阴道探头。



专业交流

例一：

女，31岁，精神病患者。3个月未来月经，家人陪着来检查。经腹部探头观察子宫后位未见明显异常。如下图：



阴道超声检查如下图：



我为人人，人人为我

病例二：女，32岁，停经67天来诊。经腹部超声提示：子宫前位。结合临床考虑胚芽停育。图如下：



经直肠检查如下图（科里下午没有女性工作者，孕妇家属陪着，用经直肠检查比较方便，不必害羞尴尬）



专业交流

病例三：女，28岁，剖宫产术后两个月，阴道仍有少量白色分泌物来诊。经腹部探头检查：子宫后位。如下：



经直肠检查（只有男超声医师的情况下可以选择）：盆腔静脉曲张。如下图：



我为人人，人人为我



室上速的治疗

作者: xzp_dragon

链接: <http://bbs.iiyi.com/thread-2589116-1.html>

室上速的诊断和治疗, 过去想的比较简单, 异搏定 (维拉帕米) 稀释静注, 很多患者也自己主动提供信息, 说注射异搏定一针就好。后来这家医院没有异搏定, 就用心律平 (普罗帕酮), 也不错。有一次注射心律平后发生顽固性血压下降, 现在主要用胺碘酮了。

说说这个病人:

女性, 40 岁。

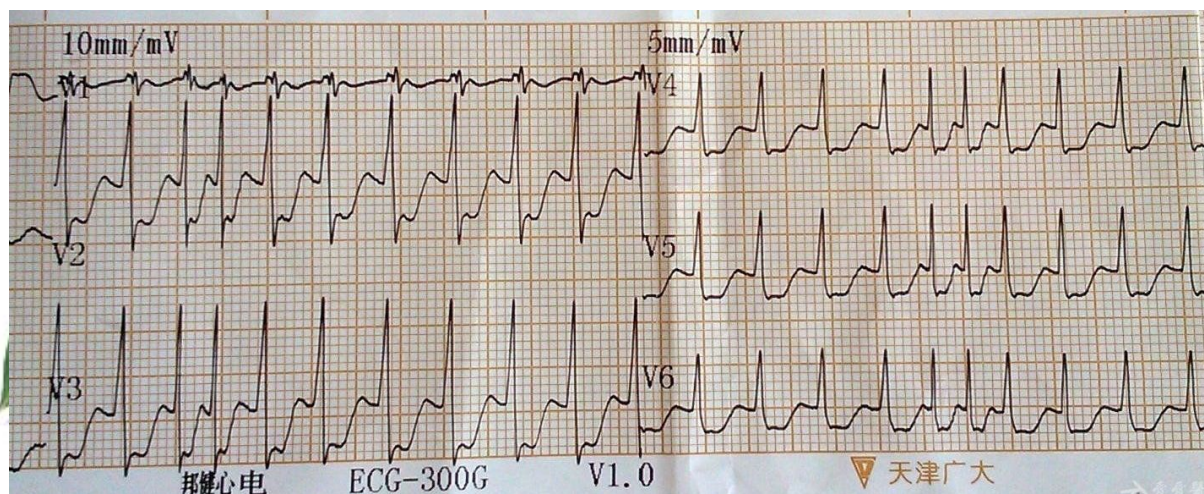
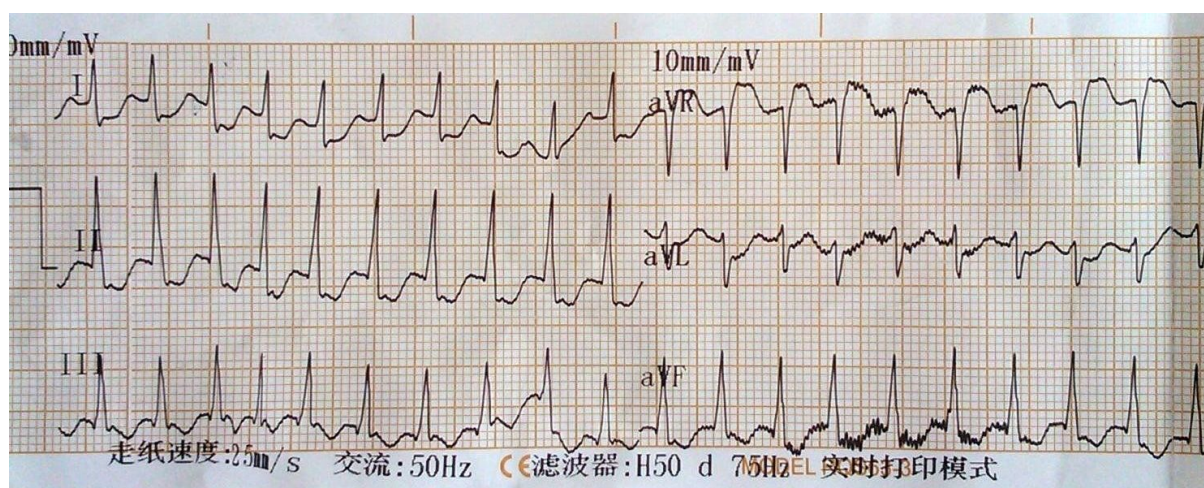
主诉: 反复发作心慌 10 余年, 再发 2 小时。

现病史：于 10 多年前无明显诱因发病，反复出现短暂心慌，每 1~2 年发作 1 次，每次发作少则 10 多分钟，多则 1~2 小时，有时自行缓解，有时需要在医院打针才能缓解，具体用药不详。今日上午正常工作时再次发病，心慌、胸闷、气短，心前区不适，并出现头晕、呕吐、口干。在诊所含服速效救心丸，症状无好转，伴有周身大汗，全身乏力，四肢发冷，被家属送来我院。否认意识障碍，否认呼吸困难，否认肢体抽搐、肢体瘫痪、尿便失禁。

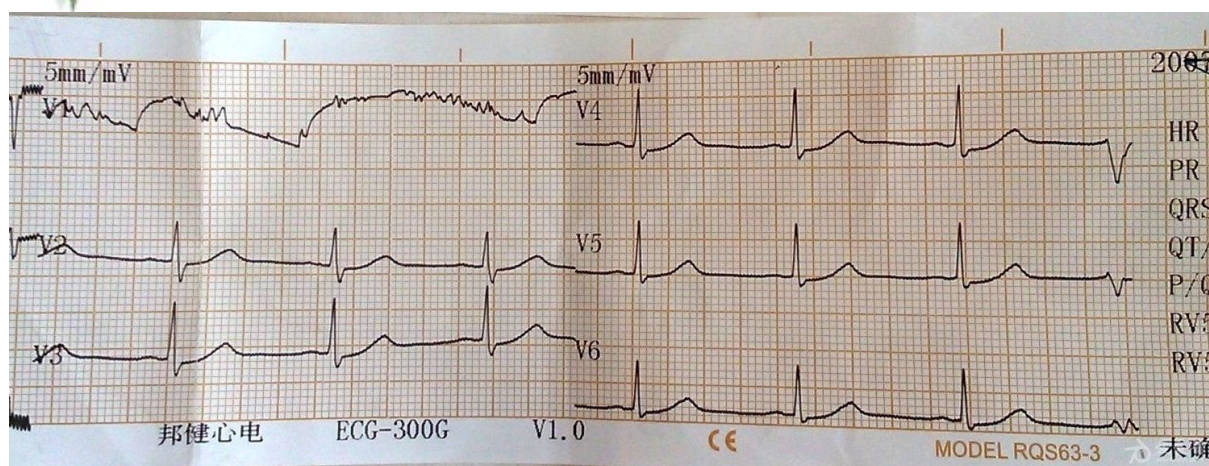
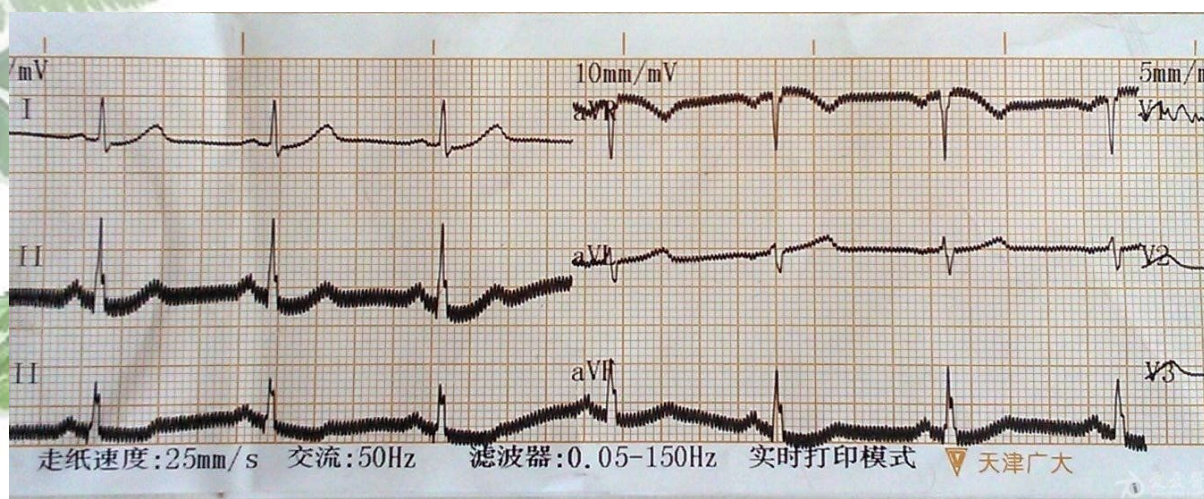
既往史：无高血压、糖尿病等病史。

查体：体温 36℃；脉搏不清；血压 78/34mmHg；呼吸 20 次分。神志清楚，精神不振，平车推入病房；皮肤无黄染，面色苍白，口唇紫绀，四肢皮肤湿冷。呼吸略促，颈静脉无怒张；两肺呼吸音略粗，未闻及干湿啰音；心率 200 次/分，心律整齐，未闻及瓣膜杂音；腹软，无压痛，肠鸣音正常；四肢远端动脉搏动未触及，颈动脉波动可触及；四肢肌力 5 级，腱反射对称正常，病理征未引出。

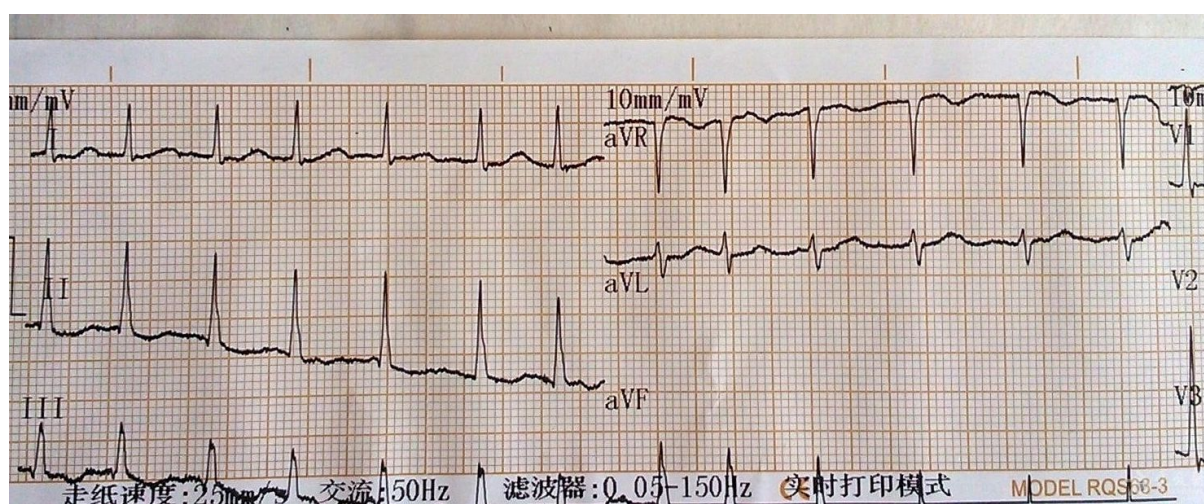
心电图如下：入院时：

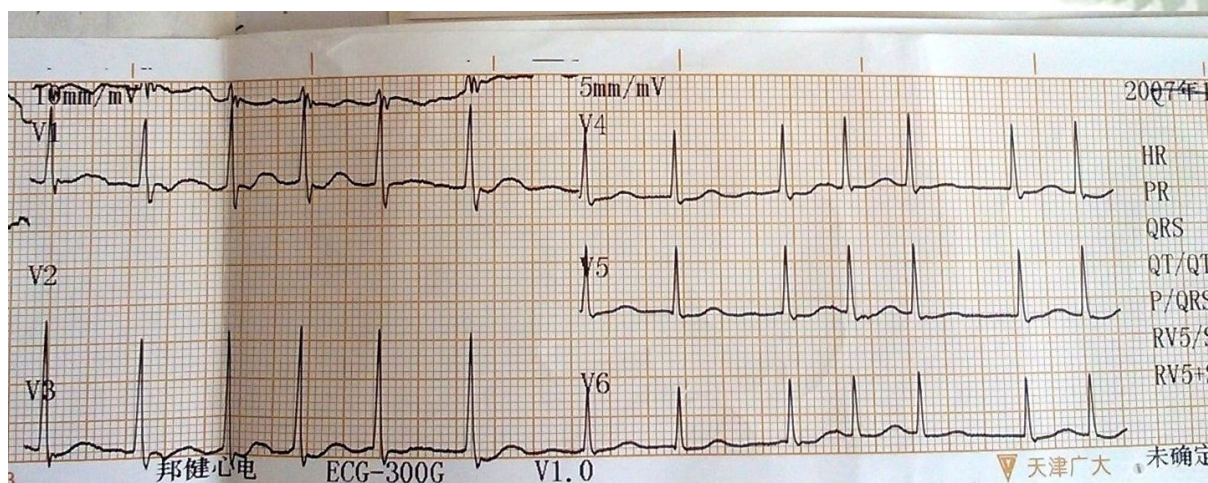


第一次转律后:

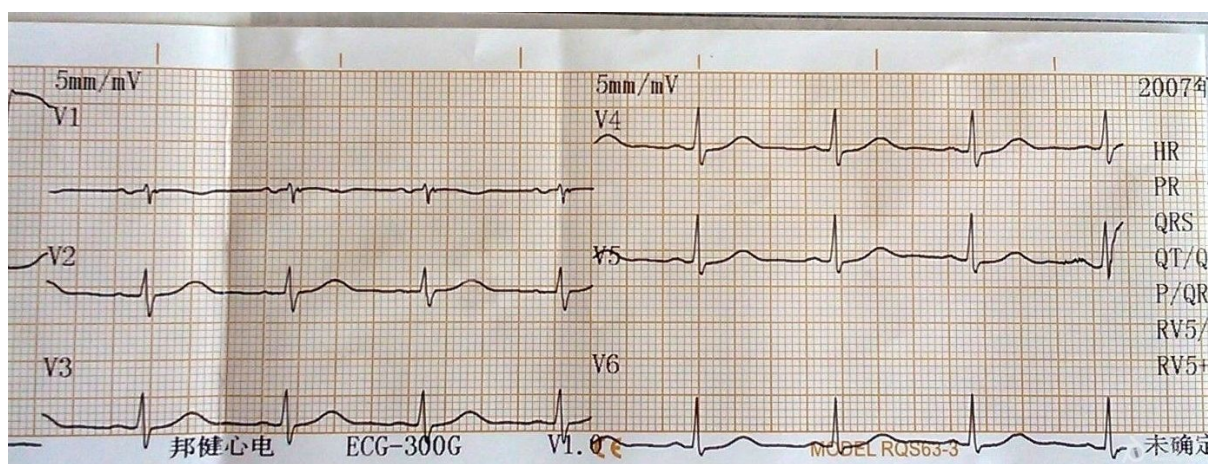
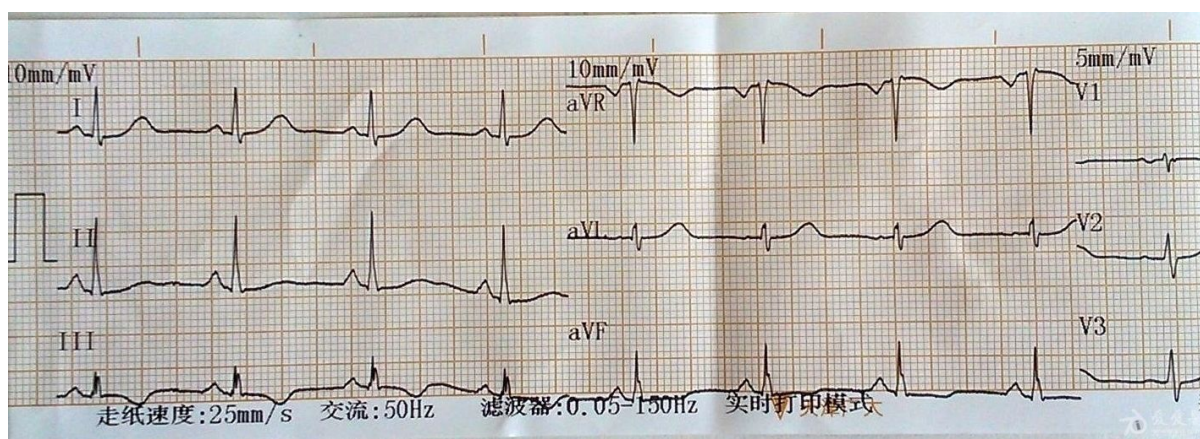


转律后心动过速复发:

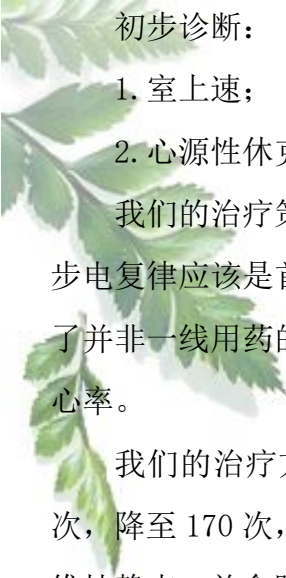




再次转律成功:



我为人人，人人为我



初步诊断：

1. 室上速；
2. 心源性休克。

我们的治疗策略：因为血压下降，维拉帕米和普罗帕酮都不能用，腺苷静注和同步电复律应该是首选。但因为我们是基层医院，没有这方面的经验和保障，于是采用了并非一线用药的胺碘酮，配合倍他乐克减低心脏电传导，还静脉点滴了 ATP 以减慢心率。

我们的治疗方法：胺碘酮 150mg，稀释至 10ml，10 分钟静脉注射，心率从 200 次，降至 170 次，血压升高到 90~100/40~50mmHg；随后以胺碘酮 300mg，加入 250ml 维持静点，并含服倍他乐克 25mg，极化液静脉输液中加 40mgATP，约 3 小时后，心率降为 140 次，再次给予胺碘酮静脉注射，以 150mg 稀释至 10ml，在 10 分钟内静脉注射，到第 8 分钟时转律成功。心电图为窦性心律，心率 70 次/分，血压 107/60mmHg。

此后约 1 小时，心律失常再发，但不再是匀齐的快速心律波形，而是快速而不齐的心律（电生理机制说不明白）。血压再次略下降，为 90/50mmHg，继续胺碘酮缓慢静脉滴注，24 小时大约使用胺碘酮 900mg，血压波动在 105~120/50~70mmHg，入院第 24 小时左右，再次成功转律。观察 24 小时无复发，办理出院，嘱患者前往上级医院做电生理检查和射频治疗等。

肺栓塞误诊分析

作者：shijiang

链接：<http://bbs.iiyi.com/thread-938374-1.html>（282 楼）

病史：男性，72 岁。因“间断活动中胸痛、胸闷 1 周”入院（心内科）。既往体健。体格检查无阳性体征。

生化检查均正常；

未查血气分析；

我为人人，人人为我

超声心动：右房轻度增大，余正常；

胸片：右下肺类圆形阴影；

心电图：胸导联 T 波双向；

初步诊断：冠心病、不稳定性心绞痛、右下肺炎。

治疗：抗凝、抗血小板及抗炎治疗。

入院后给予冠状动脉造影检查：大致正常；心肌灌注显像检查：大致正常。

治疗后患者以“心脏神经官能症、右下肺炎”出院，院外继续接受抗凝治疗。

2 周后该患者再次因“喘憋 1 个月”入院（呼吸科）。

血气分析： PaO_2 72.5mmHg；

胸片：右下肺类圆形阴影。

诊断和治疗：

1. 结核？结核菌素实验（PPD）（-），痰找结核菌（-）。
2. 肿瘤？肿瘤标记物（-）；胸部 CT：炎性实变；正电子发射计算机断层扫描（PET）：炎症病变；全身骨扫描：未见到转移灶。

因怀疑肺部肿瘤转胸外科，准备行穿刺活检。先进性相关检查：肺动脉 MRA：肺动脉及其分支内可见血栓；下肢静脉超声：右股浅静脉中下段、静脉及小腿静脉丛血栓形成。

肺栓塞诊断明确，右下肺阴影考虑为肺梗死。

治疗：重组组织型纤溶酶原激活剂（rt-PA）溶栓，低分子肝素和华法林抗凝，国际标准化比值（INR）维持于 2~3 之间。

治疗 2 周后，患者症状缓解， PaO_2 85mm Hg，肺动脉 CTA：肺动脉及其分支充盈缺损较前减小。

点评：

1. 重视肺栓塞。
2. 强调血气分析的重要性。
3. 进行正规的溶栓和抗凝治疗。

误诊 2 例

作者：天使难飞

链接：<http://bbs.iiyi.com/thread-938374-1.html>（258 楼）

给大家介绍两例我曾见到过的病例：

1. 患儿，男，2 岁，以“腹泻 5 天、昏迷 2 天”为主诉收住重症监护病房，由基层医院转入。查生化时发现血糖 25.6mmol/L，急给补救措施但为时已晚，患儿于当日傍晚抢救无效死亡，家属撕心裂肺的哭声给我留下了极深的印象，我想假如首诊医生能够多考虑一些，知识面更全一些；假如一开始就为患儿做了较全面的检查，也许悲剧就不会发生。

2. 患者，男，70 岁，以“慢性咳嗽、咳痰 20 余年、加重半月伴呼吸困难 1 周”为主诉入院。给予止咳、平喘、抗感染治疗月余，效果不理想，后查血糖并诊断为 2 型糖尿病（之前曾查过空腹血糖：正常）。给予降糖药物治疗，血糖控制后感染很快控制，两周后病人出院。

教训：

1. 病人入院时的常规检查不能少，即使是在基层医院，不能过多考虑病人经济原因，该做的检查一定要做，不能只凭经验，以免贻误治疗时机。

2. 遇到较难控制的感染时要考虑是否有糖尿病存在，查血糖时不能只看空腹血糖，要注意餐后血糖。

根管治疗几点的体会

作者：师一

链接：<http://bbs.iiyi.com/thread-3409190-1.html>

患者就诊时往往是患牙疼痛就诊。检查患牙龋坏达牙本质深层，有的牙冠由于龋坏失去三分之二，甚至更严重的仅剩残根。第一步先止住疼痛是最关键，也是患者就诊的目的。确定疼痛牙齿，龋坏感染引起的先用生理盐水或无菌水慢慢冲洗去除腐败组织，探针大弯头轻轻探查，大体知道露髓或有疼痛敏感位置。刮匙去除感染腐败物，

丁香油或者樟脑酚棉球放入龋洞中安抚止疼消炎，疼痛明显的最好一天两次上药。局部上药两天左右，患者疼痛减轻或者消失后再做下一步治疗。

根管治疗最常用的还是麻醉下拔髓和药物抑菌失活。我还是比较喜欢用最后的那种方法。临床上有两种失活药品，一种是快速失活剂，过 24 小时左右就把神经失活，回诊行拔髓治疗。有的患者还会疼痛，需要配合麻醉治疗。微创是主流，现在拔智齿都打局部麻醉了，三角牙周膜麻醉就行了。慢性失活是最好的，封药需要时间较长，一般是一到两周，但是效果最好。临床同行说，有的患者牙髓感染在局部的封闭失活抑菌剂一年多都没有事，效果很好。开髓完全暴露根管口，在视野清晰下行根管治疗。

根管治疗分三步，第一是根管预备，根管消毒，根管充填。我还是比较喜欢用手扩方法预备根管。选择大号锉，先预备根管上三分之一，无菌水冲洗，也可以用生理盐水反复冲洗。然后在预备中三分之一段，最后用小号锉细心预备根尖段，这样预备好处是碎屑不易超出根尖孔引起急性感染。对于岁数大，或者根管不通畅的患者，在预备根管时，最好在根管口放上点 EDTA 凝胶，五分钟后，在扩针上涂上凝胶旋转慢慢扩锉。既起到了软化根管作用还去除玷污层，易于根管操作和成功修复。中端不通畅也可以滴入水剂 EDTA，水剂感觉比凝胶糊剂效果好。一定滴入根管里，建议在橡皮章下使用最好。最后用次氯酸钠液冲洗，在使用前最好加热，放到开水里加热，效果最好，3%的次氯酸钠加热后相当于 5.25%的次氯酸钠，高浓度的次氯酸钠在橡皮章下使用。对于残髓腐败物用 5%以上的次氯酸钠荡洗根管效果最好。注意的是，冲洗时用小针管，专业的根管针头轻轻加压冲洗，切记不要将液体冲出根管口。成功预备完成的根管比初挫到三个号段以上就行了。然后用无菌水反复冲洗根管。接着进行根管消毒，常用还是 CP 液。最后在排片下确定牙尖胶长度。合适的牙尖胶是加压后距根尖 3 到 5 个毫米最理想。这是冷牙胶充填方法。

心电图读图第 72 期

作者：trg

链接：<http://bbs.iiyi.com/thread-3409666-1.html>

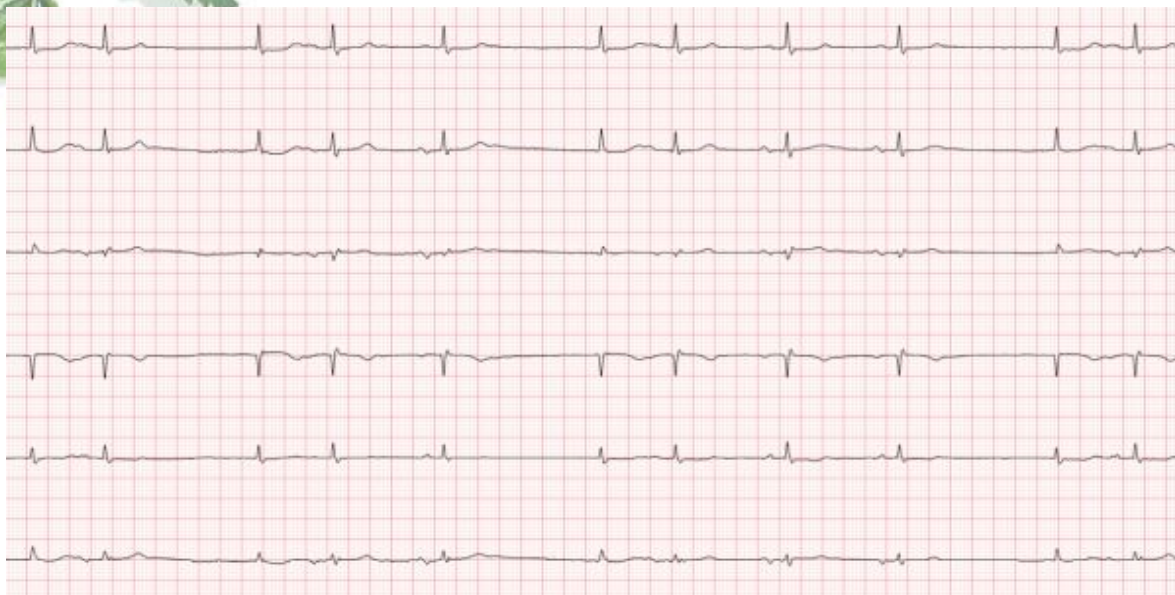
请大家分析心电图时，尽量从以下四项分析。

我为人人，人人为我

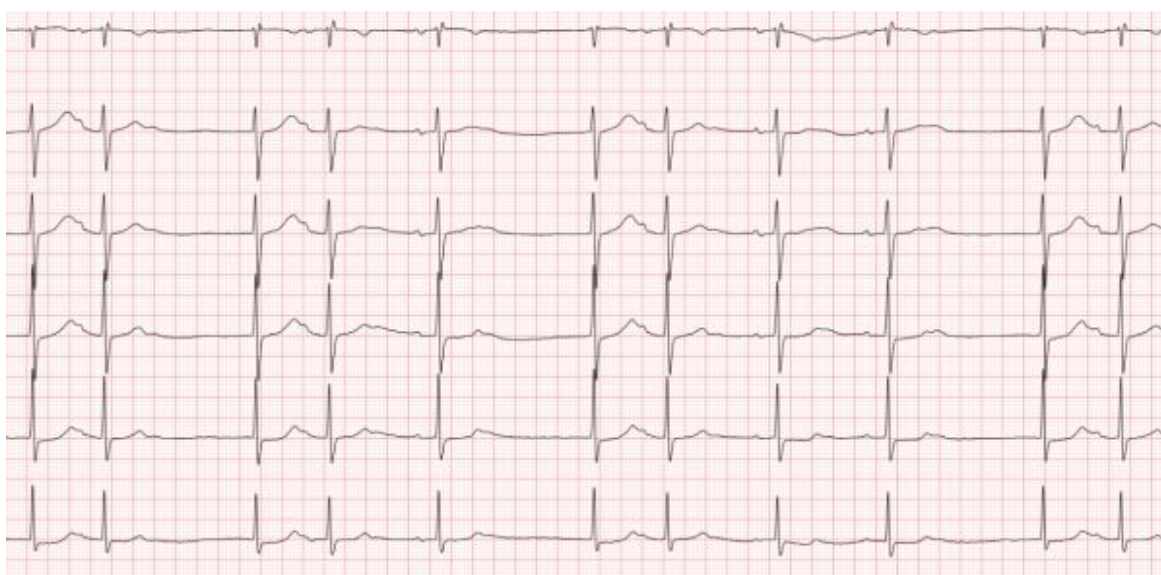
1. 【心电图诊断】
2. 【心电图诊断依据】
3. 【鉴别诊断】
4. 【临床意义】

患者男性，73 岁。请参加读图的朋友分析诊断，并画出梯形图。

I-avF 导联，标准电压：



V1-V6 导联，标准电压：



责任编辑：寒冰

编辑：刘延红大夫

第二部分——中医部分

常用中药配伍及功效 及经验整理（一）

作者：荆州徐峰

链接：<http://bbs.iiyi.com/thread-2037025-1.html>

发散风寒药

麻黄——配薄荷、蝉衣——主解表，散风透疹，治风疹身痒。

杏仁、甘草——主发汗解表，宣肺平喘，治风寒感冒，咳嗽气喘。

杏仁、厚朴——主行气降逆，止咳平喘，肺气壅滞，咳喘气逆证。

白术、生姜——主发汗解表，利水消肿，治水肿兼表证，小便不利。

桂枝——配茯苓、白术——主通阳化气，治水湿内停，痰饮咳喘，小便不利。

猪苓、泽泻——主通阳化气，利水消肿，治水肿，小便不利。

附子、白术——主温阳利水，治阳虚水停，四肢浮肿。

防风——配羌活、防己——主胜湿祛风，治周身痹痛。

黄芪、白术——主益气健脾，固表止汗，治表虚自汗及体虚易感。

荆芥、白芷——主温中散寒，治风寒感冒及恶寒发热者。

羌活——配独活、灵仙——主祛风湿，治周身风湿疼痛者。

防风、防己——主祛风胜湿，治风湿痹症疼痛。

公英、蓝根——主祛风解表，治风热表证。

防风、白芷——主祛风解表止痛，治感冒风寒 恶寒发热，头身疼痛。

川芎、细辛——主祛风解表止痛，治头、项、上肢疼痛。

藁本、苍术——主治风寒湿邪，风湿痹症，肢体疼痛。

细辛——配麻黄、附子——主发散风寒，祛风止痛，治外感风寒，阴寒内盛。



羌活、白芷——主祛风止痛，治风寒头痛。

白芷、石膏——主祛风止痛，治风火牙痛。

干姜、半夏——主温肺化痰，治痰多咳嗽，痰稀色白。

丁香、五倍子——主治早泄（用 95% 酒精 15 毫升浸泡 15 天，行房前涂擦于阴茎头部约 1~3 公分后行房）。

紫苏——配香附、陈皮——主发表散寒，行气宽中，治风寒感冒兼有气滞。

藿香、陈皮——主行气宽中，解郁止呕，治气郁不畅，胸闷呕吐。

砂仁、陈皮——主行气宽中安胎，治妊娠恶阻，胎动不安。

半夏、厚朴——主解郁宽中，治风寒表证而兼胸闷呕吐。

枇杷叶、杏仁——主疏风散寒止咳，治风寒感冒所致咳嗽，急性支气管炎等。

荆芥——配薄荷、防风——主祛风解表 止血，治头痛身痛，目赤咽痛。

炒槐花炭、地榆炭——主止血，治便血，痔疮出血。

白芷——配甘草、肉桂——主温中散寒，和胃止痛，治风寒脘腹疼痛。

黄芩、甘草——主疏风清热止痛，治风热感冒头痛眉棱骨痛，三叉神经痛，血管性头痛。

石膏、升麻——主疏风止痛，治风热牙疼头痛等。

蔓荆子、藁本——主疏风止痛，治头痛。

大贝、玄胡——主治久治不愈的风寒型胃痛。

苍耳、辛夷——主治头痛鼻塞。

荆芥、防风——主疏风止痛，治风寒止痛。

黄柏、苍术——主清热燥湿，治湿热带下。

香薷——配藿香、佩兰——主发汗解表，化湿解暑，治夏季贪凉所致发热恶寒无汗等。

牛蒡——配荆芥、桔梗——主枳壳化痰，疏风解表，治风热感冒所致咳嗽痰多，咯痰不爽。

金银花、连翘——主清泄热毒，治咽喉肿痛 疔腮肿痛，痰黄咳嗽。

板蓝根、黄连——主清热解毒，治热毒疮疡，疔痈肿痛。

板蓝根、玄参——主清热解毒，治咽痛，声音嘶哑。

荆芥、桔梗——主祛痰止咳，治外感风热，咯痰不爽。

苍耳子——配羌活、当归——主祛风湿，治风湿痹症，四肢拘挛。

辛夷花、白芷——主通窍祛风，治头痛鼻塞，流涕混浊。

蝉蜕——配薄荷、牛蒡——主疏散风热，治风热表证，麻疹初起，透发不畅，皮肤瘙痒。

木蝴蝶、桔梗——主利咽喉，散风热，治风邪郁肺肺气失宣所致的声音嘶哑。

钩藤、僵蚕——主散风热定惊治小儿惊风，抽筋。

木贼、蛇蜕——主疏散风热，明目退翳，治眼睛模糊生翳，视物不清等。

薄荷、钩藤——主镇静止啼，治小儿夜啼。

射干、桔梗——主治风热咳嗽失音。

发散风热药

菊花——配黄芩、栀子——主清热解毒，治热甚烦躁，目赤肿痛。

珍珠母、钩藤——主疏散风热，平肝明目，治肝阳上亢所致的头晕目眩，

白蒺藜、蝉蜕——主疏散风热，清肝明目，治肝火上炎所致目赤肿痛。

蒲公英、地丁——主清热解毒，疏散风热，治疮疡肿痛。

石决明、桑叶——主清肝明目，治目赤肿痛，风热羞明。

蔓荆子、防风——主疏散风热，治感冒及风热头痛。

山楂、桑叶——主清肝泻火，治头晕目眩，头痛心烦，面红面赤，高血压，高血脂。

葛根——配麦冬、花粉——主生津止渴，治胃热口干，口渴。

白芷、辛夷——主治风寒感冒。

党参、白术——主健脾止泻，治脾虚泄泻，湿热泄利。

黄芩、黄连——主清热燥湿，治湿热泄泻。

甘草、黄连——主解表清热，燥湿止泻，治湿热之证，肠炎泄泻。

柴胡——配葛根、羌活——主发汗解表，治感冒风热，头痛。



黄芩、半夏——主解表退热，疏肝解郁治寒热往来，口苦胁痛，恶寒等症。

黄芩、青蒿——主透表泻热，治发汗解表。

青皮、郁金——主疏肝解郁，治肝气郁结，胁肋疼痛，跌打伤扑。

香附、郁金——主疏肝解郁，治肝气郁结，胁肋疼痛。

香附、当归——主疏肝解郁，调经，治肝气郁结，月经不调，痛经。

蔓荆——配藁本、川芎——主散风热，清头目，治风热疼痛。

木贼——配蝉蜕、蛇蜕——主发散风热，退翳膜，治风热上攻引起的翳膜上睛。

膝关节积液治验 1 例

作者：德馨医家

链接 <http://bbs.iiyi.com/thread-2588391-1.html>

患者，男，48 岁，体力劳动者，因 2 个月前右膝关节被重物碰撞后并发积液求诊。自诉膝关节疼痛，功能受限，拍片骨关节无损伤。于他处以软组织损伤治疗，具体用药不详；经治疗后疼痛消失，但是关节肿胀加重，弯曲受限，当地医院检查后诊断膝关节积液，给予“膝关节腔穿刺抽液、加压包扎”等治疗。从开始时每月 2 次膝关节腔穿刺抽液到最后每星期 2 次，关节积液越抽越多。此次病人来诊前 1 日刚做完膝关节腔穿刺抽液治疗。

刻诊：右膝关节明显肿胀，按压有波动感，浮髌试验（+），屈伸受限，无疼痛；病人自诉用手按压会有积液从穿刺的针孔喷出来；遂建议中医药外治，方法如下：

1. 针灸：足三里、阴、阳陵泉，血海，犊鼻，鹤顶，悬钟，三阴交等穴位，交替选用；
2. TDP 治疗；
3. 活血化瘀中药外敷。

以上综合治疗，每日 1 次，7 次一疗程，治疗期间停止工作；1 个疗程后，膝关节积液消失不是很明显，但是没有增多，之前如果 7 天不做膝关节腔穿刺抽液，膝关



节就会严重肿胀伴疼痛、行走困难；但由于病人是外地人，来回就诊费用较高，且这种治疗方法，膝关节积液虽然没有增加，但是也没有消失，就想打退堂鼓，但患者还是有继续治疗下去的意愿，于是改变治疗策略，给予中药口服，药渣热敷，中药处方如下：

生黄芪 30g，牛膝 15g，石斛 10g，远志 15g，忍冬藤 15g，鸡血藤 15g，伸筋草 10g，生白芍 18g，赤芍 18g，炙甘草 10g，延胡索 10g，当归 10g，丹参 10g，乳香 10g，没药 10g，薏苡仁 10g，路路通 10g。

三剂，水煎服，每日一剂；药渣兑酒局部热敷。

三天后复诊：患者卷起裤腿，膝关节平整如初，浮髌试验（-），屈伸自如；病人大喜，原方再进 3 剂给予巩固，嘱其痊愈之后再工作以免复发。后随访半年未复发。

思考：中药口服方其实是四神煎合活络效灵丹加减化裁而来。按照我的理解，不通则痛，瘀则痛、则肿。此患者前期膝关节受伤，经脉受损，瘀血肿胀，前期治疗后未经休息而致受损经脉未完全恢复其运行气血，营养四肢百骸的功能，受损之处，气血运行失畅，而形成膝关节积液之证，加其膝关节穿刺抽液，风寒入侵，故反反复复不易痊愈，余给予扶正，活血，通络，行气，利水等方药而凑效。

强直性脊柱炎治验一例

作者：piao-peng

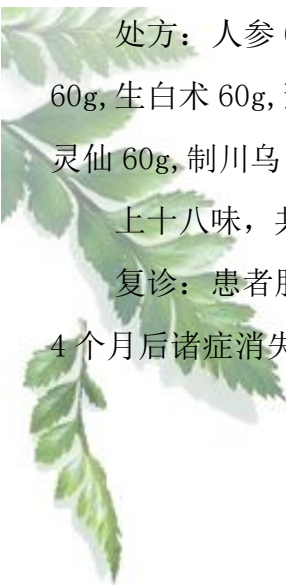
链接：<http://bbs.iiyi.com/thread-1743587-1.html>

患者：王某，男，28 岁，退伍军人。

主诉：腰背僵硬疼痛 2 年

患者 2 年前出现腰背部僵硬疼痛，晨起时加重，逢阴雨天加重，活动后减轻，在某三甲医院拍片后诊断为强直性脊柱炎。遂退伍转业，回家疗养。就诊时症候同上，切诊：左寸细软、右尺沉紧而滑，其余四部均滑。

诊断：痹证。



处方：人参 60g, 桂枝 50g, 狗脊 60g, 羌活 60g, 制马钱子 30g, 雷公藤 50g, 生麻黄 60g, 生白术 60g, 薏米仁 80g, 木瓜 80g, 延胡索 80g, 红藤 80g, 白芥子 40g, 三七 50g, 威灵仙 60g, 制川乌 60g, 黄柏 40g。

上十八味，共研细粉，每次 5g，每日 3 次。两个月服完。

复诊：患者服用两个月后，疼痛缓解，阴雨天仍有不适，上方继续服用 2 个月，4 个月后诸症消失，脉象已无滑象。拍片复查，未见异常。

便秘误治 1 例

作者：绿水人家绕

链接：<http://bbs.iiyi.com/thread-3399174-1.html>

张某某，男，46 岁。

以便秘为主诉来诊。大便先干后稀，2 日一行，如此数年，乏力，晨起口干口苦，纳可。

刻诊：舌质淡苔白腻，脉象细弱，左手尤甚。

辨证：气虚便秘。

处方：以补中益气汤加减：

党参 10g, 生白术 30g, 茯苓 10g, 炙甘草 6g, 枳壳 10g, 黄芪 30g, 陈皮 12g, 柴胡 5g, 升麻 5g, 厚朴 12g, 大黄 3g, 黄芩 9g, 半夏 10g, 玄参 15g, 麦冬 10g, 生地 12g, 七剂，水煎服。

6 月 3 日二诊：症状没有缓解，舌脉同前；修改处方如下：

党参 15g, 生白术 30g, 炙甘草 6g, 当归 15g, 黄芪 30g, 柴胡 5g, 升麻 5g, 陈皮 6g, 制附子 10g, 麻黄 6g, 细辛 10g, 枳壳 10g, 肉苁蓉 30g, 杏仁 10g, 紫苑 10g, 黑芝麻 10g, 五剂，水煎服。

6 月 9 日，三诊：上方服完大便 4 日未解，自己失去信心，遂停止治疗。

此患者便秘数年，长期服用决明子，大便 2 日一行，先干后稀，平时乏力，脉象亦弱，因此断为气虚，辨证应该无误，之所以用麻黄附子细辛汤是为了振奋阳气，兴

奋肠管，用杏仁紫苑是为了宣畅肺气，因为肺与大肠相表里，有提壶揭盖之意，但是为何用药之后不但没效，反而大便4日未解，难道是辨证有误？大便先干后稀，中医诊断学为肝郁脾虚，难道应该用逍遥散化裁？

软外笔记摘录（一）

作者：王立志

链接：<http://bbs.iiyi.com/thread-2386759-1.html>

1. 右髋外侧不适，行走不爽、拉紧感，阔筋膜张肌在髂前上棘水平位压痛明显，行髂胫束横行切开手术，解除了髋外侧征象，阔筋膜张肌压痛点不再敏感。
2. 髂胫束T形切开手术，有助于大部分臀大肌的放松。
3. 内收肌损伤，大腿后伸、外展功能受限。
4. 手法或背法有效的治疗原理，在于突然拉长了脊柱旁痉挛缩短了损害性软组织，特别是受累的骨骼肌和筋膜等，达到了以松治痛的目的，与解除关节面交锁，形成关节突粘连无因果关系。
5. 宣老病例统计：腰椎病百分之九十五治愈显效率，5~33年未复发，颈椎病92%治愈显效率，平均10年未复发。
6. 宣老患腰椎间盘突出症、脊柱侧突、后突，左腰痛并发坐骨神经痛、左足麻痹，通过脊柱过伸位卧硬床休息三个月，43年未曾复发。
7. 软外是创用了软组织无菌性炎症致痛学说，全面取代传统的压迫致痛学说。
8. 阔筋膜张肌、臀中肌、臀小肌简称髂翼外三肌
9. 腰脊柱三种试验检查的共有阳性体征，只能是腰三骶一椎管内损害。只有当三种试验全属阳性体征或者内中至少上下结合两种试验一起阳性者，才可明确为椎管内软组织损害的临床诊断。
10. 50岁以上从无腰腿痛病史的正常人，大多数均有不同程度的髓核突出存在（既腰椎间盘突出）。

11. 镇痛是对症、治标、短时的，治痛是对因、治本、彻底的。

12. 屈髋屈膝、分腿试验，大腿根部痛，内收肌耻骨软组织附着处损害。髋外侧痛，髂翼外面三肌（阔筋膜张肌、臀中肌、臀小肌）损害，臀内侧痛，是骶髂关节外侧缘臀大肌附着处损害。

13. 肌肉挛缩是病变的严重阶段，针刺松解不能解决的，需要手术松解。

14. 传统推拿也能放松软组织早期的痉挛和轻度挛缩而起到镇痛的治疗作用，当病变处于挛缩阶段时，推拿力量到达较浅，松解不彻底，其疗效不如压痛点银质针疗法。

15. 软组织骨骼附着处的无菌性炎症反应的化学性刺激，作用于该处神经末梢，引起疼痛属于原发因素，因疼痛引起的反射性（保护性）肌痉挛和肌挛缩属于继发因素。

16. 患者主诉麻木、触电感不一定全属刺激神经干、枝而来，因为在临床中当银质针针尖刺及机体特定部位骨面附着处的病变软组织，也常引起麻木、触电感，如针刺肩胛骨背面三肌附着处特别是大圆肌病变时，必会引出向同侧上肢传导的触电样麻刺感，针刺髂翼外面三肌附着处特别是臀小肌病变时，必会引出向同侧下肢传导的触电样麻刺感，这两处没有神经干或枝的存在，当软组织无菌性炎症病变时，针尖刺及骨面附着的病变软组织，能引出触电样麻刺感全属客观事实。

17. 治疗脊柱后关节综合征的正骨手法之所以有效，主要是施治者用暴力把两侧缩短的肌群突然过度拉长，解除了肌痉挛，就达到了以松治痛的目的，并非是后关节错位被正骨手法整复的治疗结果。

18. 先天和后天的骨骼畸形，最多只会引起功能障碍而不是疼痛。

19. 关节软骨面均无感觉神经末梢存在，疼痛来源于关节外损害性病变的软组织，所以笔者对成人股骨头缺血性坏死、髌骨软骨软化症、大骨节病等软骨病变，只处理关节外或滑膜外软组织损害而不处理病变的关节内软骨组织，均消除了疼痛。

20. 痛经与大腿根部软组织损害或结合腹直肌和棱椎肌耻骨联合附着处损害有关系，现采用耻骨部病变诸肌附着处行压痛点银质针，选择在月经来前 2~3 天治疗，就使月经前后无痛经发生，也有远期疗效。

21. 下腰痛（腰骶痛）的部位是腰 4 骶 2。

22. 正常神经组织受到突然的急性机械性压迫刺激引起的功能障碍只可能出现麻木到麻痹，对渐增的慢性机械性压迫的刺激，由于正常神经组织的抗压作用极强，多不会引起压迫征象，只有神经鞘膜外的脂肪出现无菌性炎症病变时，其化学性刺激作用于鞘膜外神经末梢才会引起疼痛。

23. 凡有腰三横突压痛点者，必伴有同侧腰2腰4横突尖的敏感压痛点存在，松懈腰三横突尖都是1~6月短期的疗效。

24. 单独的臀中肌损害病变而无臀大肌、臀小肌、阔筋膜张肌等损害，是难以想象的，因为无论是臀部软组织受急性损伤还是慢性劳损，最先受累的是臀部浅层软组织臀大肌、阔筋膜张肌等，其次是其下的臀中肌、臀小肌。

25. 以臀上皮神经为例，皮下神经枝离断后可以再生，一般在6~10个月内会由皮肤感觉消失慢慢变为感觉异常或者过敏，直至完全恢复正常。

26. 当髋关节外周原发性软组织损害性疼痛解除后，则其继发的滑膜炎或滑膜积液就会自行消退，髌髁下脂肪垫损害也会继发滑膜炎积液。

27. 成人股骨头缺血性坏死的疼痛来源于髋关节外周无菌性炎症病变的软组织，由于任何关节软骨内不具有感觉神经末梢，所以坏死股骨头不是疼痛的原发因素。

28. 膝痛来源于髌下脂肪垫髌尖粗面附着处的无菌性炎症病变。

29. 非手术疗法对真正的脊髓型颈椎病引起的神经压迫征象难以起治疗作用。

30. 在肩周炎治疗中，对肩胛骨背面三肌附着处显性压痛点治疗，极大多数病例取得满意疗效，肩臂痛解除，功能恢复正常，连并发的前胸痛、肩前方痛（特别是喙突痛、和肱二头肌长头腱鞘痛）和患臂传导性麻木、麻刺、麻痹以及功能障碍等，均不治而自行消失。

31. 宣老说：非手术疗法治疗肩周炎，未遇到失败病例（本人对凝结期肩周炎治疗无效）。

32. 在肩周炎的治疗中，首先针对肩胛骨背面三肌附着处原发病灶的治疗，当原发病灶痛解除后，仍残留肩前方痛或外方痛者，再补行继发病灶的治疗。

33. 临床上还未发现1例真正的肱二头肌长头腱鞘炎，都是肩胛后面三肌损伤的继发痛。

34. 对屈指肌腱鞘炎，用屈指肌压痛点的自我强刺激推拿方法，近20年来，屈

指肌腱鞘炎初发病例均获得治愈，许多慢性病例也取得相当高的治愈率，一般一周左右治愈，对桡骨茎突狭窄性腱鞘炎，压痛点推拿无效。

35. 棘突端正中和脊间韧带有压痛者，多属两旁腰部软组织损害向中央汇集的传导痛影响，多非棘突端软组织或者脊间韧带的原发性疼痛引起。

36. 腰椎后关节压痛点是腰部深层肌的发痛部位，是后关节附着的多裂肌、回旋肌病变所导致。

37. 腰背筋膜前叶和腰髂肋肌附着于腰 1 到腰 4 横突尖上，当病变时，引起腰痛，腰 1~腰 3 横突尖痛常会并发肋弓痛，上腹部腰带样紧束感，腹部不适、腹痛、腹胀、嗝气、反酸、恶逆、食欲不振、胃纳不佳、习惯性便秘与慢性腹泻交替发生。

38. 针对原发性髌骨脂肪垫损害或原发性内外踝后下方软组织损害进行松解，完全可以治愈继发性跟底痛，至今还未遇到治疗无效的病例，所以跟底痛纯属于上述两处软组织损害的传导征象，并非原发性跟底部软组织损害所致，更与跟骨骨赘无关。

39. 在股骨干前后内外附着的肌肉病变时，可出现局限痛、麻、或并发奇冷感，严重者在炎热天需穿皮裤保暖，这些多属于腰臀部和大腿根部软组织损害所继发的传导征象，通过腰臀部和大腿根部松解可以消除这些传导征象，如果在传导部位已经继发软组织损害，则继发部位也要治疗。

40. 腰脊柱生理性前凸减少或者消失变直，甚至变为后凸畸形，且多在腰骶部，以深部的多裂肌、回旋肌和腰背筋膜前叶为主的损害或者合并腰椎管内软组织损害为多见，腰脊柱过度前凸畸形以浅层的腰背筋膜后叶与骶棘肌为主的损害多见。单侧臀部软组织损害时，脊柱可凸向病侧，单侧骶脊肌损害为主，脊柱可凸向健侧，单侧病例的脊柱侧凸比较明显，双侧病例情况复杂，两侧肌痉挛的程度轻重不等时，也可查知。

41. 浅层腰肌损伤引起腰骶痛，前屈受限，深层肌损伤，也会腰骶痛，脊柱后伸受限。

42. 上臂外展超过 90 度时，肩胛骨开始相应的外展或内收，所以，上肢外展伸高至 180 度时，肩胛骨的极度外展是起重要作用的，在 90 度以内上臂的外展或内收，肩胛骨是稳定不动的。

43. 原发性椎管内软组织痛必然会向椎管外软组织传导，引起继发性椎管外软组织痛。

44. 椎管外软组织损害性腰痛或腰腿痛需要与下列疾病做出鉴别诊断：A. 腰椎结核或骶髂关节结核；发病比较慢性，为持续性腰痛，有时也可并发坐骨神经痛，下午有低热，夜间出盗汗，可能有肺结核。B. 强直性脊柱炎；好侵犯脊柱和骶髂等微动关节，具有敏感压痛点，关节周围软组织钙化，腰痛范围广泛，脊柱呈竹节样骨性连接，以致活动功能丧失。C. 腰椎化脓性骨髓炎；病变部位处于腰部深层，故不易发现红肿，但是局部痛疼和功能障碍等主诉和体征极为明显，还伴有高热、寒热、血液白细胞增多等全身中毒性征象。D. 脊柱骨质疏松症；慢性发病，有广泛性腰痛。E. 泌尿系统结石；肾结石或输尿管结石引起梗阻或继发感染时，可发生同侧腰痛，血尿是本病的重要病像。F. 转移性肿瘤；本病侵犯腰椎或骨盆的骨骼引起痛，这种病例均会合并腰臀部高度敏感压痛点。G. 马尾肿瘤；夜间卧床则疼加剧，起床活动后征象可以减轻，因此病人通宵达旦的行走，或站立，多数病人有腰臀部敏感压痛点。H. 椎管内软组织损害。

45. 躯干上部软组织损害痛应与颈椎结核、胸椎结核、颈椎病、强制性脊柱炎、后纵韧带骨化症、脊髓痨、椎管内肿瘤、脊髓空洞症、进行性肌萎缩症鉴别。

46. 软组织损害的原发因素在于骨骼附着的病变软组织，而肌痉挛或肌挛缩的软组织形态或性质的改变只是继发性病例改变，传统的针灸理论硬性规定严禁靠骨缘进针和刺伤骨膜，在继发因素肌痉挛或肌挛缩的病变软组织中进行针刺，故疗效差且易复发。

47. 股骨颈骨折的假关节、缺血性坏死的成人股骨头或髋关节骨关节病等骨骼变异与腰腿痛无关联，疼痛来自髋关节周围的软组织损害。

48. 双臀 1 手术后，腰臀痛和右下肢痛麻消失，左肘外侧痛不治自愈（可参见《宣蛰人软组织外科学》第 563 页）。力的放松顺序是，松臀部肌肉→竖脊肌→菱形肌→肩胛下三肌→肘部肌肉松解。

49. 双臀 3 手术后，头痛立即自行消失。（可参见《宣蛰人软组织外科学》第 573 页）

50. 双腰臀痛，左重于右，松解左腰臀和左大腿根部软组织，右腰臀痛不治而愈。（可参见《宣蛰人软组织外科学》第 610 页）



肩周炎验案一则

作者：gaoyeyeye

链接：<http://bbs.iiyi.com/thread-3377079-1.html>

患者，蒋某，女，63岁，退休，2017-1-13初诊。

自诉2月前无明显外伤下出现右肩关节前缘痛，抬肩时疼痛往上臂前缘放射，曾在外院针灸治疗数次，未见明显改善。CT:未见明显异常（外院），遂到我处求诊。询问患者退休后爱好体育锻炼，尤喜欢拉树悬挂。

查体：肩关节活动可，唯右臂后伸时，上臂前缘牵拉状疼痛，肩隅、肩外陵处压痛明显。

诊断：肩周炎、右肱二头肌长头肌拉伤，遂按肩痛（太阴、阳明）治疗。

取穴：左：中平、阴陵泉、右：鱼际、间谷。

针后患者即感到肩关节轻松，自诉两月来从未有过的舒服。局部压痛和牵拉感明显减轻。

2017-1-14至2017-1-18，效不更方，患者症状日渐减轻，感到满意。

2017-1-20六诊：患者感觉疼痛基本消失，唯肩后伸时上臂前缘牵拉痛尚存在，按压局部无明显压痛，按压指下亦无明显软组织改变。遂按手阳明经经气不利治疗，用首位对应取穴法，根据手阳明大肠经的循行，取左迎香，右三间（商阳，二间处肌肉浅薄，不适合毫针手法，遂取三间），针入让患者带针活动肩关节，半小时后起针，自诉本次治疗后诸症消失，为巩固疗效嘱再针两次。

按语：肩周炎是发生在肩关节囊及其周围韧带肌腱滑囊的广泛性退行性病变，主要发生在中老年人，故中医有“五十肩”之称，其临床表现为肩部疼痛，肩关节活动障碍，日久可见肩部肌肉萎缩，局部粘连，属于祖国医学“痹症”范畴。多因营卫虚弱，筋骨衰退，复因局部感受风寒，或劳累闪挫，或习惯偏侧而卧，筋脉长期受压受寒，经脉气血受遏，遂致筋脉失养，寒凝血脉，瘀血阻络而成肩痛。

针灸治疗肩周炎效果明显，对于活动度尚可的肩痛效果尤佳。

本例患者年过六旬，本是气血不足，锻炼过度气血虚弱更甚，按中医“虚则补之”的原则当取太阴、阳明经多气血经络上的穴位为主，针用补法为宜；又按巨刺法，故

取左侧中平穴、阴陵泉穴针刺得气后施以补法；右侧取鱼际，间谷，属辩证施治，“荣输治外经”、“输主体重节痛”之理也。得气后稍提针，针尖朝向病所。辩证（经）精，取穴准，故此例患者能在短期内奏效。

六诊之后，患者肩关节周围痛点消失，唯余上举牵拉痛，且牵拉感刚好在手阳明大肠经循行路线上，故用彭静山老先生的“首尾相应取穴法”，以疏通阳明经气，事实证明临床大家的针灸法，确实有非常之效。

本例患者因肩关节活动尚可，故未在局部针刺，如有肩部活动受限患者可配合肩三针治疗，或痛点合谷针刺，有明显瘀络的可配合刺络拔罐效果更佳。用针稀疏，尽量减少在不必要的穴位上针刺，以减少给患者带来不必要的痛苦。

针灸临床必须时刻关注患者证的变化，证变治亦变，切不可拘泥。

颈椎错位引起枕大神经 与肩胛提肌疼痛一例

作者：sandy200007

链接：<http://bbs.iiyi.com/thread-3401125-1.html>

患者，女，35岁。

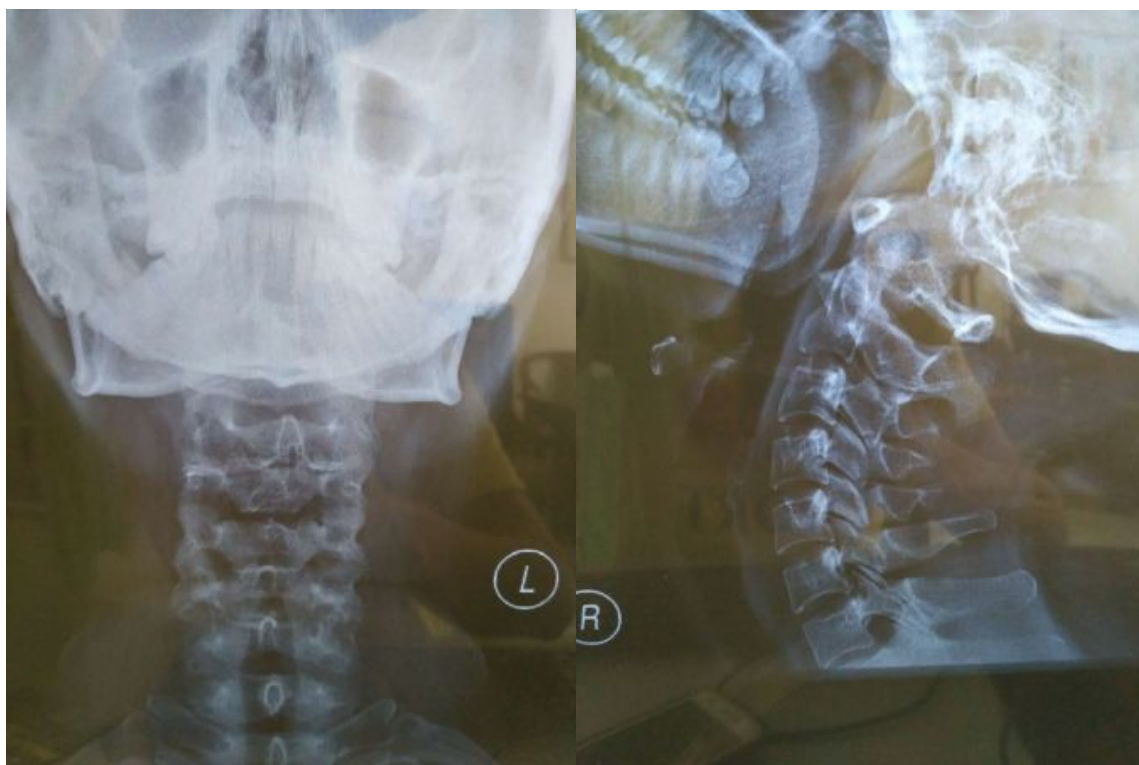
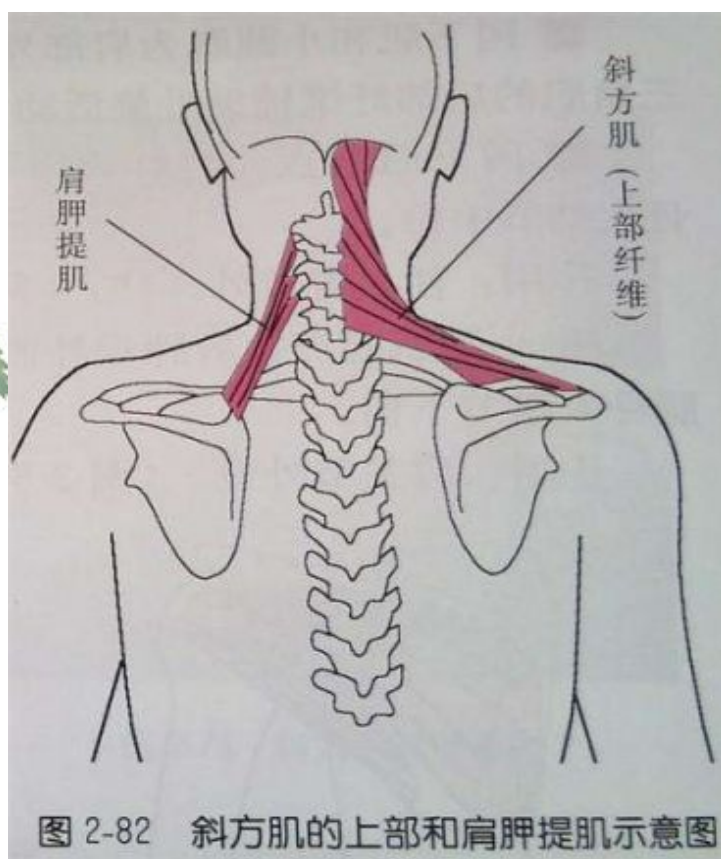
主诉：偏头痛18年左右，左侧头痛，每次疼痛都是肩膀、肩胛上内侧缘都连同侧的颈部肌肉都会疼痛，怕吹风，严重时左眼都睁不开。

触诊：C2/3有旋转错位，C3/4呈梯度。

影像：C3/4滑脱错位，退度为主的倾位，C2/3旋转错位。

经过手法治疗几次后，虽然有效，但效果维持不了多久，原因在于患者过份紧张，效果欠佳，昨天索性用跨角搬按法，效果确切。

为巩固疗效，又拉伸及训练了肩胛提肌，拉伸胸大肌，调整呼吸。



责任编辑：修竹临风

编辑：草原民间中医、砭艾、xiwang001han

我为人人，人人为我



第三部分——识草药

茉莉花



别 名：白末利、小南强、奈花。

来 源：木犀科植物茉莉的干燥花朵，原产于印度和中国南方。世界各地也均有广泛栽培。

形 态：直立或攀援灌木，高达3米。小枝圆柱形或稍压扁状，有时中空，疏被柔毛。叶对生，单叶，叶片纸质，圆形、椭圆形、卵状椭圆形或倒卵形，长4~12.5厘米，宽2~7.5厘米，两端圆或钝，基部有时微心形，侧脉4~6对，在上面稍凹入或

我为人人，人人为我

凹起，下面凸起，细脉在两面常明显，微凸起，除下面脉腋间常具簇毛外，其余无毛；叶柄长 2~6 毫米，被短柔毛，具关节。聚伞花序顶生，通常有花 3 朵，有时单花或多达 5 朵；花序梗长 1~4.5 厘米，被短柔毛；苞片微小，锥形，长 4~8 毫米；花梗长 0.3~2 厘米；花极芳香；花萼无毛或疏被短柔毛，裂片线形，长 5~7 毫米；花冠白色，花冠管长 0.7~1.5 厘米，裂片长圆形至近圆形，宽 5~9 毫米，先端圆或钝。果球形，径约 1 厘米，呈紫黑色。花期 5~8 月，果期 7~9 月。

栽 培：茉莉花喜欢温暖潮湿气候。应选择向阳、土层深厚、疏松肥沃，富含腐殖质和排水良好的砂质壤上为好。

性味功能：味微甘、辛，性温；理气止痛，辟秽开郁。

用 途：主治湿法中阻、胸膈不舒、泻痢腹痛、头晕头痛、目赤、疮毒等。

用法用量：内服 3~10 克。外用：适量，煎水洗目或菜油浸滴耳。

经验鉴别：茉莉花质脆。气芳香，味涩。以朵大、色黄白、气香浓者为佳。

番木瓜

别 名：万寿果、番瓜、满山抛、树冬瓜。

来 源：番木瓜科植物番木瓜的干燥果实，原产于热带美洲。我国福建南部、台湾、广东、广西、云南南部等省区已广泛栽培。

形 态：常绿软木质小乔木，高达 8~10 米，具乳汁；茎具螺旋状排列的托叶痕。叶大，聚生于茎顶端，近盾形，直径可达 60 厘米，通常 5~9 深裂，每裂片再为羽状分裂；叶柄中空，长达 60~100 厘米。花单性或两性，有些品种在雄株上偶尔产生两性花或雌花，并结成果实，亦有时在雌株上出现少数雄花。植株有雄株，雌株和两性株。雄花：排列成圆锥花序，长达 1 米，下垂；花无梗；萼片基部连合；花冠乳黄色，冠管细管状，长 1.6~2.5 厘米，花冠裂片 5，披针形，长约 1.8 厘米，宽 4.5 毫米；雄蕊 10，5 长 5 短，短的几无花丝，长的花丝白色，被白色绒毛；子房退化。雌花：单生或由数朵排列成伞房花序，着生叶腋内，具短梗或近无梗，萼片 5，长约



1 厘米，中部以下合生；花冠裂片 5，分离，乳黄色或黄白色，长圆形或披针形，长 5~6.2 厘米，宽 1.2~2 厘米；子房上位，卵球形，无柄，

花柱 5，柱头数裂，近流苏状。两性花：雄蕊 5 枚，着生于近子房基部极短的花冠管上，或为 10 枚着生于较长的花冠管上，排列成 2 轮，冠管长 1.9~2.5 厘米，花冠裂片长圆形，长约 2.8 厘米，宽 9 毫米，子房比雌株子房较小。浆果肉质，成熟时橙黄色或黄色，长圆球形，倒卵状长圆球形，梨形或近圆球形，长 10~30 厘米或更长，果肉

柔软多汁，味香甜；种子多数，卵球形，成熟时黑色，外种皮肉质，内种皮木质，具皱纹。花果期全年。

栽 培：番木瓜喜高温多湿热带气候，不耐寒，遇霜即凋寒，因根系较浅，忌大风，忌积水。对地热要求不严，丘陵、山地都可栽培，对土壤适应性较强，但以疏松肥沃的砂质壤土或壤土生长为好。

性味功能：味甘、性平。健胃消食，滋补催乳，舒筋通络。

用 途：用于脾胃虚弱，食欲不振，乳汁缺少，风湿关节疼痛，肢体麻木，胃、十二指肠溃疡疼痛。

用法用量：内服 9~15 克。或鲜品适量生食。外用：取汁涂；或研末撒。

经验鉴别：番木瓜果皮肉质，有白色浆汁。种子多数，椭圆形，外包有多浆、淡黄色的假种皮，种皮棕黄色。

编 辑：王颖健

责任编辑：金陵一剑

我为人人，人人为我

咳嗽、咳痰、胸闷、气短 3 天

作者: ww2sxy520

链接: <http://bbs.iiyi.com/thread-3257681-1.html>

●病例摘要

一般情况: 女, 6 岁。

主诉: 咳嗽、咳痰、胸闷、气短 3 天

现病史: 家长代述患者出生时因“感冒”在当地医院就诊。体格检查时发现心脏杂音, 但由于患者家庭经济原因一直未进行进一步检查。患者平素易感冒, 跑步、哭闹时可出现口唇明显紫绀。3 天前受凉后出现咳嗽、咳少量白色黏痰, 痰粘稠, 不易咳出。自觉胸闷、气短, 夜间不能平卧, 自感发热(体温未测), 无午后低热, 无咯血、呕血, 无饮水呛咳、声音嘶哑, 无呕吐, 今来我院就诊。

体格检查: 体温 37.8℃, 脉搏 122 次/分, 呼吸 30 次/分, 血压 105/65mmHg, 身高 80cm, 体重 12 公斤。营养差, 神志清楚, 精神差, 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。眼睑轻度水肿, 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, 口唇甲床略显紫绀, 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。双肺叩呈清音, 双肺呼吸音粗, 双肺底可闻及大量湿啰音。心前区无隆起, 可触及震颤, 叩诊心浊音界扩大, 心律齐, 心率 122 次/分, 胸骨左缘第 3、4 肋间及心尖部可闻及收缩期杂音, P₂亢进。腹部平坦, 腹肌软, 全腹无压痛、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。

●讨论:

目前诊断考虑? 进一步需要那些检查? 针对本病例采取的治疗措施?

Aishenzhong: 左向右分流的先心病(如室缺、肺动脉瓣漏斗部狭窄、主动脉瓣狭窄、大的房缺、三尖瓣关闭不全等), 并伴肺动脉高压, 心功能不全, 双肺炎症? 需查心脏彩超、血尿常规、胸片、脑钠肽前体、血气分析、必要时心脏 MRI。暂对症治疗, 确诊后对因治疗。

病例讨论

小易 2: 患儿，女，6 岁，咳嗽、咳痰、胸闷、气短，平素易感冒，运动可出现紫绀，查体心率、呼吸快，两肺有湿啰音，心脏扩大，胸骨左缘第 3、4 肋间及心尖部可闻及收缩期杂音，可触及震颤， P_2 亢进，双下肢水肿。据上述特点，目前诊断：肺部感染，先天性心脏病（室间隔缺损），心功能 2 级；进一步检查：血常规、电解质、心肌酶谱、血气分析、心电图、胸片、心脏彩超等。治疗：抗感染，强心、利尿、扩血管，降低肺动脉压，吸氧、适当镇静，待明确先心诊断，择期手术治疗。

别看资料：

一、目前诊断考虑：

1. 先天性心脏病、法洛氏三联症？
2. 支气管肺炎
3. 左心功能不全
4. 营养不良

二、进一步需要那些检查

1. 血、尿、便常规、心电图；
2. 生化：肝功、心功、肾功、离子、CRP、MP-AB、血糖、CK-MB；
3. 肺 DR、心脏超声。

三、针对本病例采取的治疗措施

1. 积极控制感染；
2. 休息、必要吸氧；
3. 促进痰液引流。

此病人主要发病原因是先天性心脏病导致的肺瘀血，引起的肺内感染。

leimaol01: 6 岁女性患儿，主要表现咳嗽、咳痰、胸闷、气短，平素易感冒，运动出现紫绀，查体：营养差，心率、呼吸快，两肺有湿啰音，心脏扩大，胸骨左缘第 3、4 肋间及心尖部可闻及收缩期杂音，可触及震颤， P_2 亢进，双下肢水肿。综上所述，考虑患儿为先天性心脏病，左向右分流，肺动脉高压。本次由于感染，病情加重入院。患儿未接受过系统诊治，故进一步检查：1. 血、尿、便常规、生化全项、心肌酶谱、血气分析，心电图、胸片、心脏彩超等。治疗：控制感染，降肺动脉压，减轻肺水肿，吸氧、适当镇静，待明确先心诊断，择期手术治疗。

Mydy: 1. 听诊胸骨左缘第 3、4 肋间及心尖部可闻及收缩期杂音，患者平素易感冒，跑步、哭闹时可出现口唇明显紫绀，考虑先心病。建议彩超确诊。

2. 3 天前受凉后出现咳嗽，咳少量白色黏痰，痰粘稠，痰不易咳出，自觉胸闷、气短，夜间不能平卧，有发热体温未测，无午后低热，无咯血、呕血，无饮水呛咳、声音嘶哑，无呕吐，双肺底可闻及大量湿啰音（肺部感染）。是细菌还是病毒感染或是混合感染需要进一步生化检查确定。

●结论：

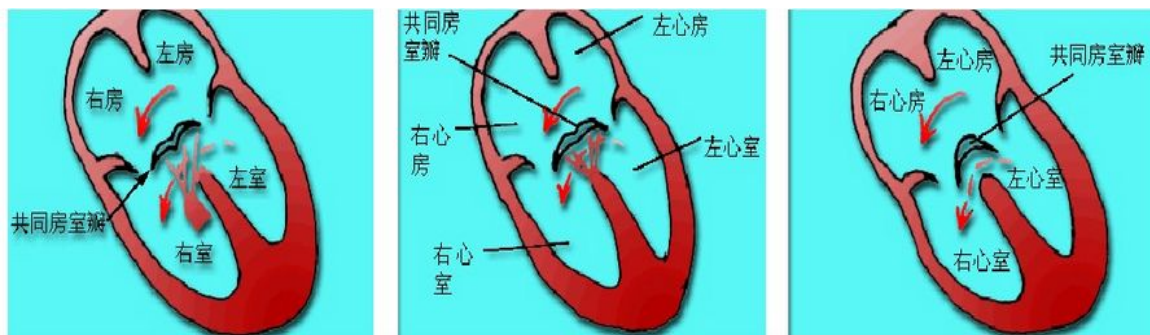
ww2sxy520：患者诊断为：完全性心内膜垫缺损

讨论：心内膜垫缺损也称为房室间隔缺损或房室通道缺损。胚胎期由于心室流入道的心内膜垫融合过程中的发育障碍所致，所包括畸形为房室瓣下大型室间隔缺损、近房室瓣平面上房间隔缺损、单一或共同房室瓣孔。根据房室瓣周围房室间隔组织的发育程度和房室瓣畸形的不同将心内膜垫缺损分为部分型、过度型、完全型。部分型心内膜垫缺损主要包括原发孔房间隔缺损和二尖瓣裂缺及其所致的不同程度的二尖瓣返流。原发孔房间隔缺损如新月形，在房间隔下部和房室瓣上方。二尖瓣返流部位大多在前瓣裂缺处。完全型心内膜垫缺损包括原发孔房间隔缺损和房室瓣下方室间隔流入道缺损。一组房室瓣横跨左、右心，形成了上（前）和下（后）桥瓣。病人在室间隔嵴上形成一“裸区”。完全性心内膜垫缺损分为三个亚型：A 型最常见。指前桥瓣的腱索广泛附着在室间隔嵴上，能被有效地分为“两瓣”，即左上桥瓣完全在左心室，右上桥瓣完全在右心室。B 型较少见。指左前桥瓣发出乳头肌附着在右侧室间隔上。C 型指前桥瓣悬浮在室间隔上，没有腱索附着。完全型心内膜垫缺损易合并圆锥干畸形，如法洛四联症、右室双出口、大动脉错位，其中法洛四联症最常见，约占 6%。其它合并畸形包括动脉导管未闭（10%），永存左上腔静脉（3%），弥漫性主动脉瓣下狭窄或残留房室瓣组织所致的左心室流出道梗阻。过度型心内膜垫缺损介于部分型和完全型之间，有两组明确的房室瓣孔，原发性房间隔缺损和房室瓣下方室间隔缺损。病人的室间隔缺损常位于流入道室间隔，在室间隔嵴上没有明显的“裸区”。完全型心内膜垫缺损病人因心内四个心腔相互交通，存在大量左向右分流，右心室和肺动脉压与体心室压相等，从出生时就有严重的肺动脉高压，并进行性加重。患者常在出生后几个月内就出现明显的肺血管阻力增高。分流量小的病人症状可以不明显，仅在查体时发现心脏杂音。分流较大者随着生后肺血管阻力的下降，患者会出现大汗、呼吸急促、喂养困难、反复上呼吸道感染、生长发育迟缓、活动量受限以及充血性心力衰竭等严重表现。完全型心内膜垫缺损病人生后早期即有典型的充血性心力衰竭症状，包括反复上呼吸道感染、喂养困难、体重不增、进食时出汗。体检发现心动过速、呼

病例讨论

吸困难、肝大、心前区搏动增加。如果房室瓣反流明显，会听到响亮的收缩期杂音。

胸片显示双室大和肺充血。心电图示双室肥厚、P-R 间期延长、电轴左偏。



- **A型:**

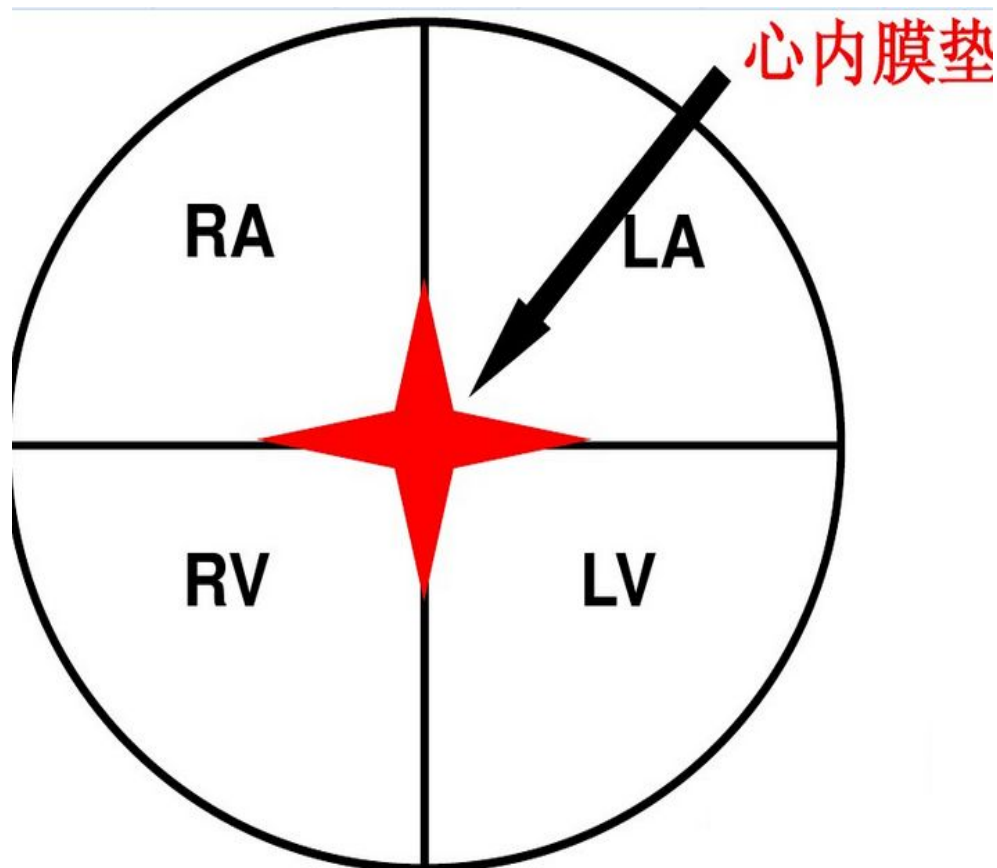
二尖瓣和三尖瓣分开并可辨认，其腱索分别连与室间隔上端。

- **B型:**

二尖瓣和三尖瓣分开并可辨认，其腱索均连与室间隔右心室侧。

- **C型:**

共同房室瓣前叶未分离，呈一整体自由漂浮于房室之间，无腱索与室间隔相连，舒张期越过室间隔缺损口进入右心室，收缩期进入左心室。



难治的肺炎

作者: xzp_dragon

链接: <http://bbs.iiyi.com/thread-3377427-1.html>

●病例摘要:

一般情况: 男, 78 岁, 城镇居民。

主诉: 反复咳嗽、咳痰, 气急 10 天

现病史: 患者于 10 天前受凉后出现咳嗽, 咳少量黄、白色样粘痰, 伴气急。最初 3 天曾发生两次痰中带少量新鲜血, 以后再未发生。自服消炎药物及感冒药物 (具体不详) 未见明显好转, 于昨日去附近某二级医院输液 1 天, 检查发现 D-二聚体升高, 肾功异常 (D-二聚体: 18mg/L, 血钾: 5.73 mmol/L, 肌酐 376umol/L, 尿素氮 26.7mmol/L), 诊断不明, 建议转上级医院诊治。患者家属因经济条件差拒绝在大医院治疗, 转回要求在我院住院治疗。发病来无发热, 无胸痛, 无胸闷, 无大量咳痰, 无脓臭痰。无下肢疼痛, 浮肿, 否认下肢发凉、乏力沉重感。病程中无恶心、呕吐, 无呕血及黑便, 无腹痛, 无腹泻。饮食欠佳, 睡眠可, 排尿略感不适, 大便干燥。

既往史: 发现血糖增高 12 年, 最高 15mmol/L, 平时口服二甲双胍片, 未监测血糖。

体格检查: 发育正常, 营养中等。平车推入病房, 查体合作。神志清楚, 精神萎靡, 问答合理。血压 170/90mmHg。皮肤及黏膜无黄染、无苍白。浅表淋巴结未触及肿大。口唇无紫绀, 咽部无充血。双瞳孔等大正圆, 直径约 3.0mm, 光反射灵敏。眼球活动自如, 无眼震。双额纹及鼻唇沟对称。伸舌居中。颈软, 无抵抗。双肺叩诊音清, 呼吸音粗, 左肺可闻及湿啰音, 右肺未闻及干湿啰音。心前区无隆起, 无震颤, 心界不大, 心率 82 次/分, 律齐, 各瓣膜听诊区未闻及杂音。腹部平软, 剑突下轻压痛, 无反跳痛。无胃肠型及蠕动波, 无肌紧张。四肢关节活动自如, 左膝关节烫伤皮肤结痂 3×3cm²。双下肢无水肿, 四肢肌力 5 级。双 Babinski 征阴性, 克匿格氏征阴性。

辅助检查:

心电图: 窦性心率, 电轴不偏, II、III、AVF 导联 T 波倒置;

外院胸 CT: 慢性支气管炎、左侧中段肺炎改变, 肺气肿改变;

血常规: 白细胞 $5.8 \times 10^9/L$; 中性粒细胞 $4.78 \times 10^9/L$; 淋巴细胞 $0.41 \times 10^9/L$; 中性细胞比率: 82.21%; 单核细胞: 10.5; 红细胞 $4.1 \times 10^{12}/L$; 血红蛋白 117g/L; 血小板 $109 \times 10^9/L$;

D-二聚体: 5mg/L (0-1);

病例讨论

肾功能：肌酐 95 μ mol/L，尿素 10.5 mmol/L；

血钾：5.3mmol/L 钠：148mmol/L 氯：121mmol/L；

空腹血糖：11.6mmol/L，糖化血红蛋白 7.9%；

心肌酶正常、肌钙蛋白阴性；

血脂：总胆固醇 3.59mmol/L，甘油三酯 1.72mmol/L，高密度脂蛋白 1.23mmol/L，低密度脂蛋白 1.91；

肝功能：谷丙转氨酶 20U/L；

尿常规：GLU2+，PRO3+，白细胞 WBC242/UL，RBC250/u1；

D-二聚体监测结果：

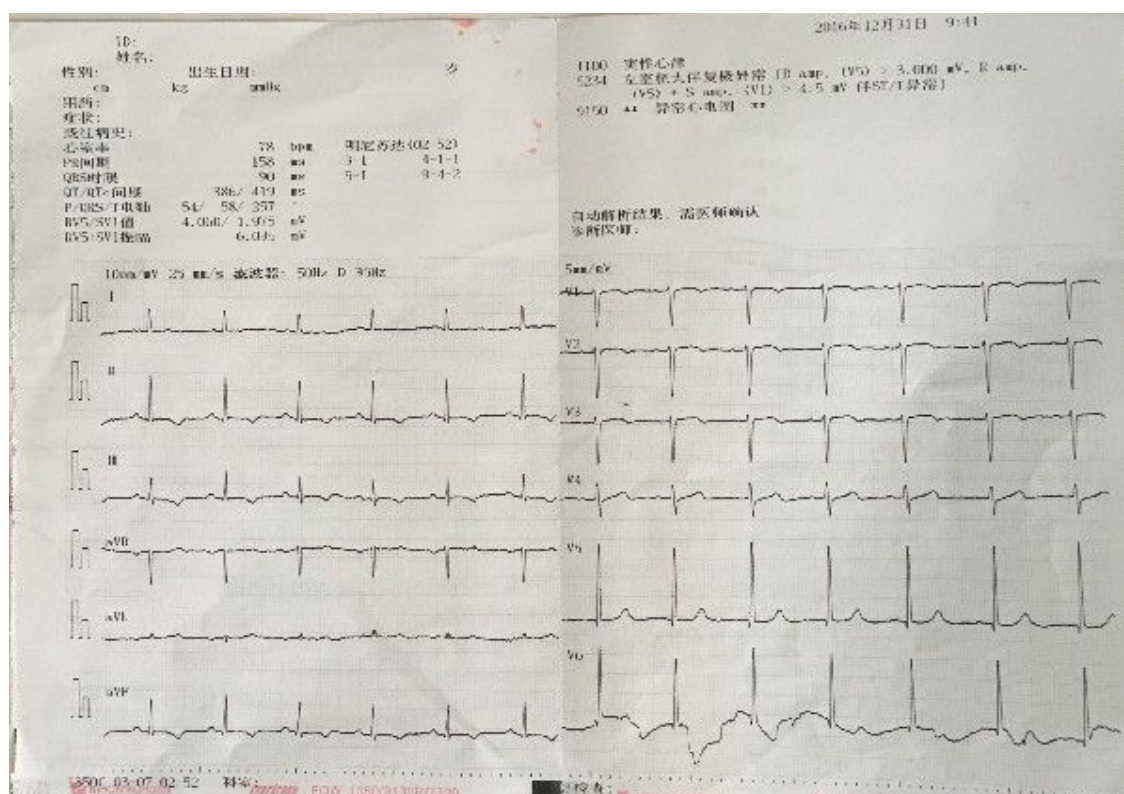
入院前一天：18mg/L；

入院当日：5mg/L；

入院次日：3.9mg/L；

入院第三日：3.18mg/L；

入院第六天：2.23mg/L。



初步诊断：

1. 肺内感染
2. 2 型糖尿病
3. 高血压病 2 级（高危）
4. 冠心病、心肌缺血

5. 尿路感染

预后:

抗菌素治疗 3 天, 患者精神萎靡状况无改善, 再次去上级医院就诊, 急诊检查后家属放弃治疗, 返回家中。

●讨论:

1. 肺部 CT 结果未见肺梗塞, 能排除吗?

2. 没确诊肺梗塞, 能用低分子肝素治疗吗?

3. 该患者还有可能存在哪些复杂的病理过程? 在我院治疗期间还应该做哪些适合乡镇医院的检查?

●临床讨论:

aishenzhong: 薄层 CT 扫描未发现肺梗塞基本上没有肺段以上的梗塞。没有确诊肺梗塞原则上不用抗凝剂。此病人控制血糖达目标值, 可进行痰细菌培养及药敏试验指导下应用抗生素, 同时用祛痰、扩张支气管药。并应用扩血管及活血化瘀药兼治冠心病及对症治疗。

anne 医生: 根据楼主提供的信息, 试着回答提出的问题:

1. 肺部 CT 结果未见肺梗塞, 能排除吗?

肺部 CT 结果未见肺梗塞, 不能排除。肺动脉造影才是诊断肺栓塞的金指标。本例 D-二聚体阳性, 对于肺栓塞预测价值很低, 不能据此诊断为肺栓塞。相反, D-二聚体阴性, 对于排除肺栓塞价值很高。

2. 没确诊肺梗塞, 能用低分子肝素治疗吗?

患者存在糖尿病、高血压等基层病, 目前, 血压不高, 虽近期有左膝关节烫伤史, 不是应用低分子肝素的禁忌症。没有确诊肺栓塞, 鉴于病情, 仍可应用。

3. 该患者还有可能存在哪些复杂的病理过程? 在我院治疗期间还应该做哪些适合乡镇医院的检查?

住院患者, 可能存在因患菌血症(肺内感染)等病易引起凝血异常而导致 D-二聚体升高。

还应该做以下检查, 如胸片、下肢深静脉彩超、超声心动图等, 有条件者还可做血气分析、肺动脉造影等。

ww2sxy520:

没确诊肺梗塞, 能用低分子肝素治疗吗?

本患者没有确诊肺栓塞, 只是单纯的 D-二聚体升高, D-二聚体主要反映纤维蛋白溶解功能, 增高或阳性见于继发性纤维蛋白溶解功能亢进, 如高凝状态、弥散性血管

病例讨论

内凝血、肾脏疾病、器官移植排斥反应、溶栓治疗等。D-二聚体增高提示了与体内各种原因引起的血栓性疾病相关。同时也说明了纤溶活性的增强；临床上常见于弥漫性血管内凝血（DIC）、动脉或者静脉系统血栓、恶性肿瘤、败血症、肝病、妊高征孕妇、先兆子痫、烧伤、外科手术等；并不是血栓形成的有利证据，本患者本身存在肺部感染、肾功能异常（不排除糖尿病或者高血压所致肾损害）也可以造成 D-二聚体升高，因此 D-二聚体不是进行抗凝治疗的证据。另外一方面，根据肺栓塞的 Wills 量表评分标准或者 Geneva 量表评分标准患者为低度肺栓塞风险，无抗凝治疗指征，不建议抗凝治疗。若担心下半身静脉血栓形成可采取物理方法进行预防。该患者还有可能存在哪些复杂的病理过程？在我院治疗期间还应该做哪些适合乡镇医院的检查？

1. 患者胸 CT 提示慢性支气管炎、左侧中段肺炎改变，肺气肿改变。肺叶分段无左侧中段，个人认为可能是左肺上叶舌段感染，由于左肺上叶舌段解剖关系，一般发生感染后炎症吸收较为缓慢。

2. 患者查体时发现左膝关节烫伤皮肤结痂，由于患者 78 岁高龄，加之存在糖尿病，免疫功能受损，需要警惕左下肢膝关节处软组织感染可能，可请外科进行处理同时进行局部的细菌涂片和培养检查。曾有皮肤软组织感染导致肺部感染的报道。

3. 治疗过程中需要动态复查胸片、血常规、血沉、CRP、血气，患者尿蛋白阳性、尿细菌涂片和培养，治疗过程中需要监测血浆白蛋白水平，必要时需要给予加强营养、纠正低蛋白血症，行下肢深静脉彩超、心脏彩超、颈动脉、椎动脉和肾动脉彩超等。

●结论：

xzp_dragon:

同意以上各位老师的意见。

归纳如下：

1. 肺部 CT 平扫是肺梗塞的筛查手段，确诊需要造影。
2. D-二聚体升高的原因很多，不能以 D-二聚体升高作为抗凝治疗的指标。
3. 该患者高钾、高氯的情况，以及肾功损害提示可能存在代谢紊乱和酸碱平衡紊乱，因缺乏更多的资料而难进一步分析！缺乏下肢静脉血管检查的资料是病例的重要缺陷！

随诊结果：

下肢深静脉血栓形成，需手术治疗。

家属放弃治疗，返回家中休养！

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，居然可以用于淋病预防，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

亲历九寨沟 7.0 级地震

作者：中籍华人

链接：<http://bbs.iyi.com/thread-3408269-1.html>

2017 年 8 月 8 日，我和儿孙一行四人，儿子自驾车经四川巴中、广元、甘肃文县，再进入四川原南坪县今九寨沟县漳扎镇的九寨沟风景区旅游。

早上六点半出发，下午三点到达漳扎镇。经景区进出口沿 S301 公路向西前行一公里，在公路右侧的三喜宾馆办好入住手续后，又到景区进出口的游客中心买好了第二天进入景区的门票。路上来往游客摩肩接踵，甚为热闹。两旁高耸的山峰构成了一个两头开阔中间狭窄的峡谷。在狭窄地段，北边山岩陡峭，绝壁上一颗颗顽强的雪松扎根在一些岩缝中挺直地向上生长。南边高耸的山上尽是茂密的森林。峡谷中隐藏着一颗明珠——漳扎镇。S301 公路和一条小河穿镇而过，护卫着仙景般的九寨沟风景区。

晚饭后，我们穿过 S301 公路和公路边由西北向东南流淌的小河。经过河边的停车场，进入漳扎镇街区游览。原来这里是镇上的美食城、商业街和一些游乐场所。处处灯红酒绿，餐饮业生意火爆，各个店内店外食客满桌。这些繁荣景象显示出九寨沟风景区兴盛的旅游业快速地推动了当地的经济的发展。

从网上得知，这段时间正值九寨沟旅游高峰，每天旅游、住宿、餐饮、购物、交通、娱乐等等各项总收入超亿元。仅 8 日当天景区就接待游客 38000 多人，其中团体游客 18000 余人，散客 20000 余人。大自然赐予九寨沟这个神秘而美妙的仙景，造就了一个实实在在的旅游强县，那些人工打造的旅游县谁都难以与之匹敌。

8 点过半，我们回到宾馆客房。洗漱以后，儿孙们玩着手机，我打开电视看看本地新闻。9 点 19 分我们突然感到房屋强烈抖摇，伴有低沉的轰鸣响声，即将读研正在度暑假的外孙高喊道：“地震了！”

同时，所有电灯瞬间熄灭。紧接着外面就有许多人慌乱跑下楼的声音。强烈抖动大约持续了 10 多秒。我当时还站立在床头边，只感觉强烈的匀速抖摇，但没有晕眩。附近也没有房屋和楼后山体垮塌的征象，我感觉不是很严重，见儿孙们在往外跑，便对他们说“大地震跑不了，小地震不用跑！不用怕！不用慌！把钱和要紧的东西随身带好，然后再有序地下楼！”

随后，我们都与家人打电话报平安，但使用移动号的暂时不通，联通、电信都还通畅。不多久，当地发生 7.0 级地震的消息就见诸于手机网络了。地震中心就在附近的地方，即北纬 33.20 度，东经 103.88 度，我用手机测出自己所在的经纬度是北纬 33.15，东经 103.55，与地震中心就隔那么一点点：纬度差 0.05，经度差 0.33，只有一两公里左右的距离。

我们所住的客房门外过梁右上方有一斜向裂纹，并有少量涂料块落到地面。数分钟以后，宾馆的旅客和当地的人都撤离到 S301 公路南侧与小河之间的绿地上。我们所住的宾馆旁边一家宾馆大门上面有大片瓦砾落下，幸好没砸着人，但感觉整体上的破坏性不是很大，附近的山体和房屋都没有出现垮塌。因为 2008 年曾经历过 5.12 汶川大地震，我们所在的平昌出现的震动虽比这次我们所在地点的地震动稍微弱点，但持续的时间却长得多，房屋的损坏程度比现在客居的地方还严重一些。所以，这次遇到这样破坏性不是很大的 7.0 级地震，也就没有任何恐惧感。地震后不久，景区管理局在网上发布信息，从 8 月 9 日起景区暂时关闭，停止接待游客，已购买了 9 日门票的一律退票，购票厅从 9 日早上 6 点开始办理退票业务。

当晚，皓月当空。我们仍按漳扎镇应急工作人员的安排，用宾馆的床上用品在公路边开阔的绿地上露宿，虽有多次余震也并不觉得可怕。12 点过后，供电恢复正常。地震发生后，旁边的 S301 公路上，警车、消防车、救护车，来来往往，通宵达旦。

第二天早上，我们乘车前往景区游客中心退票，见傍山的公路边有巨石和碎石落下，砸坏了好几处路边栏杆和小车。景区游客中心售票大厅前外墙有许多 X 型的裂纹，网上报导天堂洲际大酒店昨晚发生垮塌，2800 多游客已及时疏散。有消息说昨晚地震发生时，美食城的食客、店员都惊惶躲避，漏收账单达六万之多。至 9 日早上 3 点半，地震已造成 9 人死亡，其中游客 6 人、本地人 2 人，身份不明 1 人，受伤 164 人。后来据央广网 8 月 11 日消息，截止 8 月 11 日 21 时，地震共造成 24 人死亡、493 人受伤。

退票后我们乘车撤离，数不清的小车间或一些大巴，逶迤排列如长龙，缓慢向前移动。从漳扎镇出来的数十公里傍山邻河路段，有多处垮塌，其中有一段完全受堵，交警正在调派推土机清障排险，大车无法通过，小车另从临时便道开出。一路走走停停，从早上 7 点经九寨沟县城、甘肃文县到四川广元，原本只需 6 小时却花了 13 个小时才到达。后来得知地震使九寨沟风景区一些重要景点遭到严重破坏，美丽的火花海决口，湖水完全干涸。86 年版《西游记》电视剧片尾曲《敢问路在何方》，唐僧师

徒四人从瀑布上走过的场景，宽 270 米，高 24.5 米的诺日朗瀑布，是中国大型钙化瀑布之一，也是中国最宽的瀑布，在这次地震中泥土垮塌，原来宽阔的涓涓细流变成了单股急流，瀑布变成了土坎。景区交通道路也受到一些损坏，突变之快，实在令人唏嘘。

大自然是绝妙的造物主，给漳扎镇赐予了九寨沟这个美妙绝伦的人间仙境，令无数的外地人神往，给当地带来了空前的繁荣。但 8 月 8 日晚突发一次暴怒，却造成山崩地裂，使仙景也出现了一些缺憾，令远近的人顿生恐惧，使当地陡然变得暂时萧条！但九寨沟风景区的大多数景点仍然还是完好的，一切磨难中蕴涵着修炼，一切毁灭中蕴酿着新生。也许九寨沟风景区经过这次地震又会诞生更新的美景，让她的未来更加美丽诱人！

这次旅游本来是去九寨沟风景区，但突发 7.0 级地震而没有去成，却因亲身经历了一次地震的历练，增强了正确面对灾害的心理意识和意志，因而并不遗憾。在此谨向在此次地震中遇难的同胞致以沉痛的悼念！并向他们的亲人致以亲切的慰问！向地震灾区的人民致以亲切的慰问！

2017/8/16

责任编辑：yemengzhe



编读往来

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

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

心电图读图第七十一期 答案解析

作者：htchb

链接：<http://bbs.iiyi.com/thread-3405739-1.html>

【心电图参考诊断】 1. 窦性心律 2. A 型心室预激 3. 完全性右束支阻滞。

【心电图诊断依据】 此图基础心律为窦性，PR 间期 0.09s，胸导较为清楚；QRS 波群时限 0.14s，形态呈 CRBBB 图形，QRS 波群起始处可见 Δ 波，符合 WPW 图形， V_{1-6} 导联的 QRS 波群的主波向上和 V_1 导联的 Δ 波正向，旁路位于左心室后基底部； RV_5 电压 3.2mv，左心室电压增高，预激情况下，常见到右室或左室高电压，便并不可靠；故这份心电图符合完全性右束支阻滞合并 A 型预激。

责任编辑：ngf1978

爱爱医杂志稿约

各位爱友：

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

【征稿要求】

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

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

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

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

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

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

六、病例分析：主要是针对临床中、西医方面较复杂病例，或难点病例，或易或

已误诊病例进行临床病例讨论，要求有病例简介，体查，必要的辅助检查结果，及发言讨论的内容及总结，内容来源可来自临床病例讨论或爱医论坛专业讨论，投稿时如涉及患者或医务人员隐私或可能引起医疗纠纷的应使用化名或加密。

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

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

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

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

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

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

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

注：

1.中医基础科学、中医临床各科、中药相关科学等相关文章均可投稿。

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

【征稿对象】全体爱友。

【征稿时间】长期

【征稿形式】

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

可以是自己的原创文章，也可以推荐其他爱友的原创精品文章。

【征稿奖惩】

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

医师资格考试

—— 制胜方案 ——



轻松备考 快速提升



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