

 [www.iyyi.com](http://www.iyyi.com)

2017.10

# 爱爱医



第十期 总NO. 93

Volume 10,number 10, Oct 2017



## 又一个秋

作者：xiwang001han

链接：<http://bbs.iiyi.com/thread-3412639-1.html>

树叶开始憔悴，我知道秋天悄无声息的到来，而且来的有点晚。看着金黄的果实，丰收的季节可喜可贺。忙碌的人，满脸的笑意。感觉这个秋天是值得的。

感叹时光的不易，不知走了几个秋。虽然我很年轻，多半年来，有很多的惊喜，也有很多的失落。一点点的进步，虽然很慢，但依然要给自己鼓掌。知识总在不间断中绽放她的异彩，不要注重她的量。

开心就好，让自己平静下来。进入社会才感觉她的奇妙，需要学习的很多。不断的迎接新的难题，总在寻找答案的途中。勾勒一个喜欢的自己，从不同的角度。不管别人这么说，也许狼狈的要哭，但始终坚持自己给自己的素描。独特的自己，在自己喜欢的事情上有所长进。不贪图，不虚度，欣赏每一天的风景。记录下那些人，那些事，还有自己那一份小小的感动。

写一本属于自己的书，记录当下社会。繁华的盛景之下，小人物的追梦之旅。普通的日常，繁琐的往事，仍不忘那些年的誓言。虽然经过了五六年，或者七八年吧，我依旧是念念不忘。

爱之切，不知何时写起，总是蠢蠢欲动，执起笔又茫然而不知如何落笔。就这样来来回回，在曲折中往复着。

再慢慢沉淀一段时间吧，又一个秋！

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](mailto: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	又一个秋.....	2
专家讲坛	2016 AHA/ASA 成人脑卒中康复治疗指南解读.....	4
关 注	剪衣服抢救病人却遭索赔千元医生冤不冤？ .....	13
专业交流 西 医	一例肌肉注射局部坏死病例.....	18
	及时转变诊断思维.....	22
	股静脉置管与假性动脉瘤.....	23
	一例少见的腮腺炎.....	24
	肛瘘合并痔疮一例.....	25
	超声入门贴 605——.....	27
	容易漏诊的胆总管结石.....	27
	肠系膜动脉栓塞、肠坏死误诊一例.....	29
	关于静脉营养中氨基酸起始量的问题.....	30
	心电图读图第七十三期.....	32
专业交流 中 医	常用中药配伍及功效.....	33
	结合师傅 40 年经验整理（二） .....	33
	清胃散化裁治愈重舌一例.....	37
	简治“大腿疼痛” .....	38
	软外笔记摘录（二） .....	40
	脾胃病治疗经验一得.....	47
识 草 药	女贞子.....	49
	鸡冠花.....	51
病例讨论	呕吐、腹泻 1 月余，加重 1 天.....	52
	右下肢疼痛半月.....	56
医疗资讯	医疗资讯.....	59
医网情深	你喜欢手写吗？你还有收到手写信件吗？ .....	62
	开车的男人该让别的女生坐哪合适？ .....	63
编读往来	编读往来.....	65
	心电图读图第七十二期.....	65
杂志稿约	爱爱医杂志稿约.....	66

# 2016 AHA/ASA 成人脑卒中康复治疗指南解读

原作者：詹青

链接：<http://bbs.iyyi.com/thread-3413068-1.html>

詹青<sup>1,2</sup>, 王丽晶<sup>1,2</sup>

1. 上海中医药大学附属第七人民医院神经内科, 上海 200137  
2. 上海中医药大学附属第七人民医院神经康复科, 上海 200137

## 摘要

2016年6月, 美国心脏协会(American Heart Association, AHA)/美国卒中协会(American Stroke Association, ASA)发布了首次针对成人脑卒中康复治疗的指南(下文简称为2016 AHA/ASA指南)。本文旨在对2016 AHA/ASA指南与2011中国脑卒中康复治疗指南(下文简称为2011国内版指南)和2016中国脑梗死急性期康复专家共识(下文简称为2016国内版共识)进行比较, 为国内脑卒中后康复治疗提供参考。这3个版本的指南或共识均提倡早期康复, 但未对具体的介入时间给出明确的界定; 明确了适当的康复锻炼可以预防成人脑卒中后压疮、关节挛缩、深静脉血栓、肺部感染和泌尿系统感染等并发症, 并推荐了相关的防治建议。2016 AHA/ASA指南对于脑卒中后并发症的康复治疗方法、强度、时间、联合预防方案以及共病预防等措施的建议更为详尽。2016 AHA/ASA指南与2011国内版指南和2016国内版共识对于防治深静脉血栓和卒中后中枢性疼痛以及心理干预的推荐意见存在差异。2016 AHA/ASA指南还对恢复卒中后日常生活活动能力提供了休闲娱乐活动和职业康复的具体推荐。与国外康复治疗规范相比, 国内脑卒中康复治疗规范的发展依然任重道远。

**关键词:** 卒中; 康复; 指南; 专家共识; 美国心脏协会; 美国卒中协会

詹青, 王丽晶. 2016 AHA/ASA 成人脑卒中康复治疗指南解读[J]. 神经病学与神经康复学杂志, 2017, 13(1):1-9.

通信作者  
詹青

E-MAIL  
zhanqing@tongji.edu.cn

## Interpretation on 2016 AHA/ASA Guidelines for Adult Stroke Rehabilitation and Recovery

ZHAN Qing<sup>1,2</sup>, WANG Lijing<sup>1,2</sup>

1. Department of Neurology, Seventh People's Hospital Affiliated to Shanghai University of Traditional Chinese Medicine, Shanghai 200137, China

2. Department of Neurorehabilitation, Seventh People's Hospital Affiliated to Shanghai University of Traditional Chinese Medicine, Shanghai 200137, China

## ABSTRACT

In June 2016, American Heart Association (AHA)/American Stroke Association (ASA) released the first guideline for adult stroke rehabilitation—AHA/ASA Guidelines for Adult Stroke Rehabilitation and Recovery (2016 GASRR). This paper aims to compare the 2016 GASRR with Chinese Adult Stroke Rehabilitation Guideline in 2011 (2011 CASRG) and

CORRESPONDING AUTHOR  
ZHAN Qing

E-MAIL ADDRESS  
zhanqing@tongji.edu.cn

**基金项目:** 上海市进一步加快中医药事业发展三年行动计划(编号:ZY3-FWMS-2-1012); 上海中医药大学校级科研项目(编号:2016YG36); 上海中医药大学附属第七人民医院“七院新星”项目(编号:XX2016-03、XX2016-09)

**FUNDING/SUPPORT:** Shanghai Three-year Action Plan to Further Accelerate the Development of Traditional Chinese Medicine (No. ZY3-FWMS-2-1012); Academic

Research Project of Shanghai University of Traditional Chinese Medicine (No. 2016YG36); The New Star Project of Seventh People's Hospital Affiliated to Shanghai University of Traditional Chinese Medicine (No. XX2016-03, XX2016-09)

**CONFLICT OF INTEREST:** The authors have no conflicts of interest to disclose.

Received Feb. 14, 2017; accepted for publication March. 1, 2017

Copyright © 2017 by Journal of Neurology and Neurorehabilitation



Consensus of Rehabilitation Experts on Acute Cerebral Infarction in 2016 (2016 CREACI) to provide references for rehabilitation therapy of stroke in China. The 2016 GASRR, 2011 CASRG and 2016 CREACI all suggest that early rehabilitation during acute stage is essential for optimal outcomes, but do not provide the specified timing of intervention. Suggestions on rehabilitation methods are mentioned given specific training programs can prevent pressure sore, joint contracture, deep venous thrombosis (DVT), lung infection and urinary tract infection. The 2016 GASRR gives more detailed information on rehabilitation methods, level of rehabilitation activities, rehabilitation schedule, and the interventions to prevent pro-stroke complications. Furthermore, different approaches are suggested in the 2016 GASRR, 2011 CASRG and 2016 CREACI on prevention of DVT and post-stroke central pain and the psychological intervention. The 2016 GASRR also has covered recommendations for improvement of activities of daily living (ADL) and instrumental activities of daily living (IDAL) which are specified to leisure activities and occupational treatments. As compared with the criteria of stroke rehabilitation abroad, there is still a long way to go for the development of stroke rehabilitation in China. In the future, more researches are needed to be done in China in order to standardize the post-stroke rehabilitation.

KEY WORDS: Stroke; Rehabilitation; Guideline; Expert consensus; American Heart Association; American Stroke Association

To cite: ZHAN Q, WANG LJ. Interpretation on 2016 AHA/ASA Guidelines for Adult Stroke Rehabilitation and Recovery. *J Neurol and Neurorehabil*, 2017, 13(1):1-9.

中国每年新发脑卒中患者约 200 万人，其中 70% ~ 80% 的脑卒中患者因为残疾不能独立生活<sup>[1]</sup>。脑卒中后有效的康复治疗能够减轻患者功能上的残疾，加速脑卒中患者的康复进程，节约社会资源<sup>[2]</sup>。2016 年 6 月，美国心脏协会（American Heart Association, AHA）/ 美国卒中协会（American Stroke Association, ASA）发布了首次针对成人脑卒中康复治疗的指南<sup>[3]</sup>（后文简称为 2016 AHA/ASA 指南），主要涉及康复体系构建、早期康复干预时间及强度、并发症防治、心理干预、康复评定与治疗以及康复工程等方面。本文通过对 2016 AHA/ASA 指南与 2011 中国脑卒中康复治疗指南<sup>[4]</sup>（下文简称为 2011 国内版指南）和 2016 中国脑梗死急性期康复专家共识<sup>[5]</sup>（下文简称为 2016 国内版共识）进行对比，深入解读 2016 AHA/ASA 指南，为国内临床医师、康复医师和脑卒中患者提供脑卒中后早期康复治疗方案指导，亦为进一步规范脑卒中三级康复网络提供依据。

## 1 康复体系构建

2016 AHA/ASA 指南指出，所有的卒中患者均应接受早期康复，并且应在有组织的、多学科合作的护理团队下进行早期康复（I 级证据，A 级推荐）；类似护理模式应延续至患者出院后的社区康复（I 级证据，C 级推荐），并推荐出院时制定详细的个体训练计划，确保临床治疗和康复的连续性。同时，2016 AHA/ASA 指南强调应对患者的护理人员（包括家属在内）进行培训和宣教，认为一项完整的治疗参与计划对喜欢社区及居家康复的患者有益。完整计划的制定需要有专业人员的监管（II a 级证据，B 级推荐）。

2011 国内版指南也明确提出，所有接受康复治疗的脑卒中患者都应进入多专业合作、多学科团队组成的卒中单元进行正规治疗（I 级证据，A 级推荐），并提倡符合国情的“三级康复”，建议患者分别接受住院康复、康复中心康复以及社区康复。

2016 国内版共识则明确提出，需要进行组织化管理（包括多学科团队支持等），同时应重视人文和环境因素。

相较而言，在康复体系构建方面，这 3 个版本的指南或共识未见明显差异；但 2016 AHA/ASA 指南更注重出院后的社区康复个体化及家庭成员的参与性。

## 2 早期康复干预时间及强度

在脑卒中早期康复干预方面，2016 AHA/ASA 指南汇总了最新的有关超早期康复的研究，推荐脑卒中住院患者接受早期康复。患者接受的康复治疗强度应根据相对的受益和患者的耐受程度而定（I 级证据，B 级推荐），但不推荐在卒中发生后 24 h 接受高强度的超早期康复（III 级证据，A 级推荐）。

2011 国内版指南提出，脑卒中患者在病情稳定后应尽早接受康复治疗（I 级证据），但并未对康复介入的时机给出明确建议。在康复训练时，应考虑到患者的体力、耐力和心肺功能，在条件许可的情况下，可适当增加训练强度（II 级证据，B 级推荐）。

2016 国内版共识提出，急性脑梗死患者接受康复治疗是安全的，但早期宜采用低强度训练，同时加强各学科人员的康复意识，制定个体化的康复治疗方

案。这 3 个版本的指南或共识均建议早期进行康复，但均未对具体的康复干预时间给出明确的建议。现将最新的有关脑卒中早期康复干预时间及强度的研究结果汇总于表 1。

表 1 脑卒中早期康复干预时间及强度的相关研究汇总

研究	国家	纳入病例数 /n	基线情况	平均介入时间 /h	干预强度	结局
Langhorne 等 <sup>[6]</sup>	英国、澳大利亚	32	急性卒中；平均年龄为 65 岁；美国国立卫生研究院卒中量表 (National Institute of Health stroke scale, NIHSS) 平均评分为 6	24	未报告	有效、安全
van Wijk 等 <sup>[7]</sup>	澳大利亚	71	急性卒中；平均年龄为 74.7 岁；收缩压为 120 ~ 220 mmHg (1 mmHg = 0.133 kpa)；血氧饱和度为 92%；体温 < 38.5℃；除外改良 Rankin 量表评分 < 3 以及重症患者	18.1	167 min/例； 49 min/d； 3.8 次/d	显著缩短住院时间；显著减少并发症
AVERT Trial Collaboration group 等 <sup>[8]</sup>	包括英国、澳大利亚以及部分亚洲国家在内的总共 5 个国家的 56 个卒中单元	2 104	平均年龄为 72.3 岁；收缩压为 120 ~ 220 mmHg (1 mmHg = 0.133 kpa)；血氧饱和度为 92%；体温 < 38.5℃；除外改良 Rankin 量表评分 < 3 以及重症患者	18.5	201.5 min/例； 31 min/d； 6.5 次/例	改善 3 个月后的预后

## 3 并发症防治

3 个版本的指南或共识均认为，适当的康复锻炼可以预防压疮、关节挛缩、深静脉血栓、肺部感染和泌尿系统感染等并发症。相较而言，

2016 AHA/ASA 指南详细提供了脑卒中后常见并发症的防治建议，包括压疮、关节挛缩、深静脉血栓、膀胱及直肠功能障碍、患侧肩痛及肩关节半脱位、卒中后中枢性疼痛、跌倒、癫痫、卒中后骨质疏松等。



### 3.1 压疮

对于压疮的防治, 2016 AHA/ASA 指南与 2011 国内版指南的内容基本一致 (表 2)。

### 3.2 关节挛缩

相较而言, 2016 AHA/ASA 指南对关节挛缩防治的推荐意见更为详细, 且强调使用夹板作为

表 2 2016 美国心脏协会 (American Heart Association, AHA) / 美国卒中协会 (American Stroke Association, ASA) 指南、2011 国内版指南、2016 国内版共识对脑卒中康复的并发症防治建议

并发症	2016 AHA/ASA 指南 <sup>[8]</sup>	2011 国内版指南 <sup>[4]</sup>	2016 国内版共识 <sup>[9]</sup>
压疮			
评定	Braden 量表	Braden 量表	未提及
预防	减少皮肤摩擦; 提供合适支撑面; 避免潮湿; 保证营养摄入	摆放体位、定时翻身; 应用气垫床、敷料; 及时清理大小便; 保证营养摄入	未提及
关节挛缩	将偏瘫侧肩关节置于最大外旋位; 给予手或腕关节夹板以防止关节挛缩; 严重肘关节挛缩可考虑手术治疗; 使用踝关节夹板预防踝关节挛缩	采用一定姿势维持关节活动度; 对已挛缩关节, 使用支具增加关节活动度	未提及
深静脉血栓	应给予预防剂量的普通肝素或低分子肝素治疗; 同时, 使用间歇性气压治疗; 不推荐将弹力袜作为预防措施	酌情使用预防剂量的肝素; 间歇性气压治疗作为辅助治疗; 推荐将弹力袜作为辅助治疗; 推荐使用抗血小板聚集药物预防深静脉血栓及肺栓塞	未提及
膀胱及直肠功能障碍			
评定	接受排尿后膀胱检查及膀胱认知检查	及时进行功能评价, 主要进行尿流动力学检查	未提及
拔除导尿管时间	发病 24 h 内拔除 Foley 尿管	导尿管留置时间超过 24 h 存在风险, 应尽早拔除, 可继续应用抗菌尿管	未提及
训练方式	盆底肌训练	制定详细的训练计划	未提及
患侧肩痛及肩关节半脱位			
肩痛	健康宣教, 体位摆放; 合并肌张力增加, 可注射肉毒素治疗; 合并盂肱关节炎、肩峰炎时, 可考虑局部注射激素; 可采用电刺激治疗; 伴有神经性疼痛时, 可开展神经调节疼痛治疗试验	避免用力牵拉及过度屈曲; 合并痉挛可考虑注射肉毒素; 合并肩手综合征时, 可联合神经肌肉电刺激和类固醇激素治疗, 外用加压装置; 酌情使用功能电刺激	未提及
肩关节半脱位	体位摆放和悬吊应用; 针灸及肩胛上神经阻断术, 尚不明确疗效; 严重者考虑手术治疗	推荐电刺激联合传统运动疗法; 使用牢固的支撑装置防止恶化; 持续肩关节位置保持训练, 以改善脱位	未提及
中枢性疼痛			
评价	排除疼痛原因; 个体化治疗	采用量表 (1 ~ 10 分) 进行疼痛评价; 全方位疼痛管理	未提及
治疗	阿密曲替林、拉莫三嗪作为一线用药; 普加巴林、加巴喷丁、卡巴咪嗪、苯妥英作为二线用药; 不推荐将经皮电刺激疗法及深部大脑刺激作为治疗手段	使用阿米替林、卡马西平、拉莫三嗪等小剂量中枢镇痛药以及抗痉挛药	未提及
跌倒	通过平衡训练进行宣教; 环境改造; 风险评估	采取预防措施; 宣教; 风险评估	未提及
癫痫	积极寻找原因, 并开始抗癫痫药物治疗; 不推荐常规进行预防性癫痫治疗	未提及	未提及
卒中后骨质疏松			
评估	常规评估钙及维生素 D	定期检测骨密度	未提及
预防	增加活动可以减少骨质疏松的发生	康复干预及环境改造	未提及
治疗	未提及	药物治疗骨质疏松; 维生素 D 水平较低者, 可补充维生素 D	未提及

预防措施（表 2）；而 2011 国内版指南未对关节挛缩防治的具体方法进行详细描述（表 2）。

### 3.3 深静脉血栓

3 个版本的指南或共识均提及使用肝素、低分子肝素、间歇性气压治疗以及弹力袜以预防深静脉血栓，但具体的指导意见有所不同（表 2）。2016 AHA/ASA 指南明确阐述了深静脉血栓的预防方式及预防时间，包括药物及其剂量、给药方式、联合预防方案以及共病预防等，强调早期即开始采用低分子肝素联合间歇性气压治疗以预防深静脉血栓，不推荐使用弹力袜作为预防措施。2011 国内版指南则建议根据病情选择低分子肝素预防、间歇性气压治疗以及弹力袜辅助治疗，并推荐将抗血小板药物作为深静脉血栓的预防药物。

### 3.4 膀胱及直肠功能障碍

2016 AHA/ASA 指南与 2011 国内版指南对于导尿管拔除时间的意见并不一致（表 2）。在具体的训练方式方面，2016 AHA/ASA 指南的建议更为详细（表 2）。

### 3.5 患侧肩痛及肩关节半脱位

2016 AHA/ASA 指南和 2011 国内版指南均提及使用肉毒素以及采用物理因子治疗患侧肩痛或肩关节半脱位（尽管推荐级别并不一致）；但 2016 AHA/ASA 指南更关注手术的应用，而 2011 国内版指南则更强调采用物理因子治疗联合运动疗法来改善症状（表 2）。

### 3.6 卒中后中枢性疼痛

2016 AHA/ASA 指南和 2011 国内版指南均提出对卒中后中枢性疼痛进行评价（表 2）。2016 AHA/ASA 指南对药物推荐分层进行了详细的解析，并提及不推荐将部分物理因子治疗手段应用于卒中后中枢性疼痛的治疗。

### 3.7 跌倒

2016 AHA/ASA 指南和 2011 国内版指南均建议应对相关人员进行宣教，对危险因素进行评估（表 2）。2016 AHA/ASA 指南则更强调以平衡训练作为预防跌倒的主要措施。

### 3.8 癫痫

2016 AHA/ASA 指南建议，患者一旦发生癫痫，应积极寻找原因，并开始抗癫痫药物治疗（I 级证据，C 级推荐），但不推荐常规进行预防性癫痫治疗（III 级证据，C 级推荐）（表 2）；2011 国内版指南在此方面未给出指导意见（表 2）。

### 3.9 卒中后骨质疏松

2016 AHA/ASA 指南和 2011 国内版指南均推荐常规对骨质疏松进行评估，但 2011 国内版指南给出了更为详细的预防和治疗意见（表 2）。

## 4 心理干预

3 个版本的指南或共识推荐使用不同的量表，对卒中患者常规进行心理评估（表 3）。2016

表 3 2016 美国心脏协会 (American Heart Association, AHA) / 美国卒中协会 (American Stroke Association, ASA) 指南、2011 国内版指南、2016 国内版共识对脑卒中后心理干预的推荐意见

心理干预	2016 AHA/ASA 指南	2011 国内版指南	2016 国内版共识
评估	PHQ-2 量表等	汉密尔顿抑郁量表和汉密尔顿焦虑量表	简明精神状态检查量表
治疗	确诊为抑郁的患者，应进行抗抑郁治疗；合并情感障碍或情绪低落的患者，可给予选择性 5-羟色胺再摄取抑制剂或右美沙芬、奎尼丁治疗；合并精神障碍的患者，可进行精神科医生或心理医生咨询；预防性抗抑郁治疗的疗效尚不明确的患者，可给予药物与非药物结合治疗	可使用选择性 5-羟色胺再摄取抑制剂等抗抑郁药物	重视心理问题，并建立适当的应对策略



AHA/ASA 指南对卒中后心理障碍的分类推荐最为详细，对合并情感障碍、精神障碍的患者分别推荐采用不同的治疗方法，其中包括药物治疗和精神心理治疗；2011 国内版指南仅提及药物治疗；2016 国内版共识则未给出具体的处理意见。

## 5 康复评定与治疗

### 5.1 运动障碍评定与治疗

3 个版本的指南或共识对于运动障碍评定与治疗的建议各有侧重（表 4）。2016 AHA/ASA 指南和 2016 国内版共识均强调对患者进行运动功能评估，但其中 2016 AHA/ASA 指南更强调使用加速器等现代工具，2016 国内版共识则明确推荐了几种常用的评定量表。在治疗方面，2016 AHA/ASA 指南强调使用跑步机以及通过机械辅助进行运动康复训练，而不推荐针灸、物理因子治疗和部分神经发育学疗法。2011 国内版指南推荐了多种物理因子治疗，并联合常用的神经发育学疗法，同时建议将减重步行训练作为辅助治

疗手段。2016 国内版共识则未对具体的治疗方案选择给出推荐意见。在痉挛处理方面，2016 AHA/ASA 指南和 2011 国内版指南均推荐采用口服药物、肢体摆放和肉毒素注射等治疗方法，而对于夹板的使用则存在相反的意见。

### 5.2 感觉障碍评定与治疗

3 个版本的指南或共识均提出对所有患者进行感觉功能评估，但只有 2016 国内版共识推荐了具体的评定量表。在治疗方面，2016 AHA/ASA 指南和 2016 国内版共识均未给出具体的治疗意见；而 2011 国内版指南推荐了常用的训练方法，并推荐进行相关物理因子治疗（表 5）。

### 5.3 吞咽功能障碍评定与治疗

3 个版本的指南或共识均强调对所有脑卒中患者早期进行吞咽障碍筛查，维持营养供给，以及进行适当的治疗（表 6）。在评估方面，3 个版本的指南或共识均提及了床边筛查，以及借助仪器开展进一步的筛查。在治疗方面，2016 AHA/

表 4 2016 美国心脏协会 (American Heart Association, AHA) / 美国卒中学会 (American Stroke Association, ASA) 指南、2011 国内版指南、2016 国内版共识对卒中后运动障碍评定与治疗的推荐意见

运动障碍	2016 AHA/ASA 指南	2011 国内版指南	2016 国内版共识
评定	全面进行偏瘫、肌力、肌张力、平衡协调能力的评定	全面评定	应用 Brunnstrom 分期、Fugl-Meyer 运动功能评定量表、Fugl-Meyer 平衡量表、Asworth 痉挛评定量表等
治疗	对存在可矫正的步态障碍的患者，推荐使用踝足矫形器来代偿足下垂；可应用神经肌肉电刺激以替代踝足矫形器；使用跑步机或进行地上步行训练联合常规康复治疗以改善步行功能，可考虑在机器人辅助下进行运动训练以改善运动功能和移动能力；针灸、经皮电刺激等改善运动功能的疗效尚不明确；神经生理学治疗方法（例如：神经发育学疗法、本体神经肌肉易化法）的有效性尚未能完全明确	建议进行肌力强化训练；肌电生物反馈疗法与常规康复相结合；可应用功能性电刺激疗法；采用个体化方案；推荐功能性电刺激治疗结合常规训练；推荐强制性运动疗法；推荐将减重步行训练作为辅助治疗；推荐运动再学习疗法	良肢位摆放、体位变换、平衡能力训练、躯干控制能力训练等
痉挛治疗	推荐注射肉毒素；物理因子治疗；严重者鞘内注射巴氯芬；不推荐使用夹板和肌内效布贴	推荐注射肉毒素；严重者可进行外科手术；口服巴氯芬、替扎尼定；推荐夹板、肢体摆放	未提及

表 5 2016 美国心脏协会 (American Heart Association, AHA) / 美国卒中协会 (American Stroke Association, ASA) 指南、2011 国内版指南、2016 国内版共识对脑卒中后感觉障碍评定与治疗的推荐意见

感觉障碍	2016 AHA/ASA 指南	2011 国内版指南	2016 国内版共识
评定	对所有患者进行触觉、视觉等评定	推荐详细的触觉检查	采用 Fugl-Meyer 量表进行感觉评定
治疗	感觉训练	特定感觉训练、感觉关联训练； 联合经皮电刺激治疗	

表 6 2016 美国心脏协会 (American Heart Association, AHA) / 美国卒中协会 (American Stroke Association, ASA) 指南、2011 国内版指南、2016 国内版共识对脑卒中后吞咽功能障碍评定与治疗的推荐意见

吞咽功能障碍	2016 AHA/ASA 指南	2011 国内版指南	2016 国内版共识
评估	推荐早期筛查；吞咽功能评估；可酌情选用纤维内镜吞咽功能检查和吞咽造影检查	推荐早期筛查；床边饮水试验评估；可选择纤维内镜吞咽功能检查和吞咽造影检查	推荐早期筛查；洼田饮水试验；进一步进行纤维内镜吞咽功能检查和吞咽造影检查
营养供给	7 d 内建议鼻饲；鼻饲管可留置 2 ~ 3 周；如需长期肠内营养，应进行经皮胃造瘘	常规进行鼻饲；留置胃管时间 > 4 周时，可考虑经皮胃造瘘	
治疗	将行为干预作为治疗方法；针灸可作为辅助治疗方法；不推荐药物治疗、神经肌肉电刺激法和经颅磁刺激等	改变食物形状、进食方法等	口腔感觉刺激训练；运动能力训练；低频电刺激、表面肌电生物反馈、针刺治疗等

ASA 指南不推荐进行针灸及物理因子治疗，而 2016 国内版共识则强调多种训练方式联合物理因子治疗。

#### 5.4 言语功能障碍评定与治疗

2016 AHA/ASA 指南提出使用临床评定量表对交流能力进行评定，而 2011 国内版指南和 2016 国内版共识则强调对听说读写进行综合评定（表 7）。治疗方面，2016 AHA/ASA 指南强调同伴训练，但对最佳时间 / 剂量等未给出建议（表 7）。2011 国内版指南和 2016 国内版共识均提出针对严重患者采用代偿技术与策略（表 7）。其中，2011 国内版指南推荐进行强制性语言训练；而 2016 国内版共识则强调从床边开始，从听理解逐渐过渡至口语训练。

#### 5.5 认知功能障碍评定与治疗

3 个版本的指南或共识均提出必须早期筛查是否合并认知功能障碍，其中 2011 国内版指南和 2016 国内版共识均推荐了部分常用的量表，而 2016 AHA/ASA 指南则未提及（表 8）。治疗方面，2011 国内版指南提出多种药物治疗方法；2016 国内版共识强调使用包括视觉注意训练在内的多种手段进行治疗；2016 AHA/ASA 指南则提出了多种治疗方法，其中包括肢体失用以及单侧空间忽略疗法，但不肯定药物的疗效（表 8）。相较而言，2016 AHA/ASA 指南对于认知障碍非药物治疗的推荐最为详细。

#### 5.6 日常生活活动能力评定与治疗

2016 AHA/ASA 指南和 2011 国内版指南均提出



对常规日常生活活动能力和工具性日常生活活动能力进行评定，其中 2011 国内版指南推荐将 Barthel 指数和功能独立性评定量表作为常用的评定量表。

2016 AHA/ASA 指南推荐了多种提高常规日常生活活动能力的训练方式，包括休闲娱乐活动以及职业康复；而 2011 国内版指南未对此给出详细的推荐。

表 7 2016 美国心脏协会 (American Heart Association, AHA) / 美国卒中协会 (American Stroke Association, ASA) 指南、2011 国内版指南、2016 国内版共识对脑卒中后言语功能障碍评定与治疗的推荐意见

言语功能障碍	2016 AHA/ASA 指南	2011 国内版指南	2016 国内版共识
评估	临床评定量表	听说读写综合评价	听说读写综合评价
治疗	必须包含患者同伴训练；最佳剂量 / 时间尚未达成共识；不推荐药物治疗及大脑刺激；对于运动性失语，采用一定的行为技术与策略；对于代偿言语，可采取增强词义的交流技术策略及替代交流技术策略；可考虑电话随访康复指导；环境改造、参与社会活动等可改善效果	推荐强制性语言训练；对于构音障碍，推荐采用手势语等方法进行替代；推荐增强和代偿性交流	逐步开始进行听理解和口语训练等；推荐代偿交流手法

表 8 2016 美国心脏协会 (American Heart Association, AHA) / 美国卒中协会 (American Stroke Association, ASA) 指南、2011 国内版指南、2016 国内版共识对脑卒中后认知功能障碍评定与治疗的推荐意见

认知功能障碍	2016 AHA/ASA 指南	2011 国内版指南	2016 国内版共识
评估	推荐早期筛查和心理评估	推荐早期筛查；推荐使用简明精神状态检查量表、MoCA 量表、长谷川痴呆量表、韦氏成人智力测验	可使用简明精神状态检查量表，评估注意力、记忆力、失认症和失用症等
治疗	推荐提供丰富的环境；适当补偿策略；特殊记忆和训练方式；可给予音乐疗法；药物治疗的疗效尚不明确；合并肢体失用开展策略训练及手势训练	考虑使用 <i>N</i> -甲基- <i>D</i> -天冬氨酸受体抑制剂治疗痴呆或认知障碍；推荐胆碱酯酶抑制剂改善脑功能；推荐使用钙离子拮抗剂（尼莫地平）等预防和延缓血管性痴呆及认知障碍	视觉注意训练
单侧空间忽略	推荐视扫描训练等	未提及	未提及

表 9 2016 美国心脏协会 (American Heart Association, AHA) / 美国卒中协会 (American Stroke Association, ASA) 指南、2011 国内版指南、2016 国内版共识对脑卒中后日常生活活动能力评定与治疗的推荐意见

日常生活活动能力	2016 AHA/ASA 指南	2011 国内版指南	2016 国内版共识
评定	推荐出院前和出院后进行常规日常生活活动能力评定	推荐使用 Barthel 指数和功能独立性评定量表等	未提及
治疗	所有患者均接受日常生活活动能力、工具性日常生活活动能力训练；可考虑使用强制性诱导运动疗法；不推荐使用针灸；可结合休闲娱乐活动；可考虑开展职业康复	推荐强制性运动疗法	

## 6 康复工程

2016 AHA/ASA 指南和 2011 国内版指南均强调矫形器和动态辅助设备（轮椅等）的重要性。

## 7 结 论

综上所述，2016 AHA/ASA 指南是 AHA/ASA

发布的首次针对成人脑卒中康复治疗的指南，该指南较为详尽地给出推荐意见，与 2011 国内版指南和 2016 国内版共识相比，其涉及的范围更为广泛，内容也更为细致，可以为国内的康复治疗提供参考。2011 国内版指南和 2016 国内版共识的推荐意见则更加符合国情。今后有待开展更多的研究，从而为规范国内的康复治疗提供更多依据。

## 参考文献

- [1] 吴兆苏, 姚崇华, 赵 冬. 我国人群脑卒中发病率、死亡率的流行病学研究 [J]. 中华流行病学杂志, 2002, 24(s1):236-239.
- [2] Ostwald SK, Davis S, Hersch G, *et al.* Evidenced-based educational guidelines for stroke survivors after discharge home[J]. *J Neurosci Nurs*, 2008, 40(3):173-191.
- [3] Winstein CJ, Stein J, Arena R, *et al.* Guidelines For Adult Stroke Rehabilitation and Recovery: a guideline for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association[J]. *Stroke*, 2016, 47(6):e98-e169.
- [4] 张 通. 中国脑卒中康复治疗指南（2011 完全版）[J]. 中国医学前沿杂志电子版, 2012, 4(6):55-76.
- [5] 中国脑梗死急性期康复专家共识组. 中国脑梗死急性期康复专家共识 [J]. 中华物理医学与康复杂志, 2016, 38(1):1-6.
- [6] Langhorne P, Stott D, Knight A, *et al.* Very early rehabilitation or intensive telemetry after stroke: a pilot randomised trial[J]. *Cerebrovasc Dis*, 2010, 29(4):352-360.
- [7] van Wijk R, Cumming T, Churilov L, *et al.* An early mobilization protocol successfully delivers more and earlier therapy to acute stroke patients: further results from phase II of AVERT[J]. *Neurorehabil Neural Repair*, 2012, 26(1):20-26.
- [8] AVERT Trial Collaboration group, Bernhardt J, Langhorne P, *et al.* Efficacy and safety of very early mobilisation within 24 h of stroke onset (AVERT): a randomised controlled trial[J]. *Lancet*, 2015, 386(9988):46-55.

责任编辑: kangjing\_dr



## 剪衣服抢救病人却遭索赔千元医生冤不冤？

来源：综合转自央视网、北青报

如果说救死扶伤是医生的职责，那么对于急救医生来说，争分夺秒就得不惜一切代价。而这几天，一起事件引发了人们的关注：急救医生抢救活了一个病人，但几天后却被索赔千元，这是为什么呢？



### 剪衣服抢救病人却遭索赔

9月11日，湖北武汉的李先生，在工作中突然昏迷，随后被紧急送到了武汉大学中南医院抢救。监控显示：当时至少有10人参与了抢救，情况一度紧急。但好在抢救及时，患者情况出现好转，随后进了ICU，并在18日转入了普通病房。

9月17日，患者在ICU的最后一天，患者李先生的父亲却突然来到急救中心，要求索赔1500元。其中，1000元是因为在抢救时，患者的衣服和裤子都被医生剪坏了。另外500元的赔偿，是因为患者当时短裤里有500元现金，以及身份证、银行卡等重要物品，这些财物在抢救后都丢失了。据当地媒体报道，双方当天并未达成一致。

9月19日，李先生的父亲报警，并带着警察再次索赔，双方最终达成一致。剪坏衣服的赔偿金，从1000元下降到500元，再加上另外500元的遗失物品补偿，合计1000元。当天参与急救的全体医护人员，凑齐了这1000元的赔偿，患者父亲也写下了收据。



#### 医院：当时只因情况紧急 但承认有疏忽

此事一出，舆论哗然。有人质疑说：医生都是为了救人，患者家属怎么能再提起索赔？而另一方面也有人认为：再着急也得有相应的程序，把东西弄丢，医院确实也有一定的责任。

据了解，当时患者昏迷的原因是肺栓塞，这是一种非常凶险的疾病。在诊断治疗过程中，必须要用人工心肺仪来维持生命。要想使用这个设备，就要对患者实施股动脉穿刺，因此必须对患者的大腿根部、腹部进行消毒。

在当时的紧急情况下，剪掉患者的衣物才是最快的办法，这也是国内外急救中，都普遍采取的策略。武汉大学中南医院党委宣传部负责人表示，当时病人心跳已经停跳了。每一秒钟对他来说都非常珍贵。

22日，医院官方微博回应称：生命比什么都宝贵，医护人员能救了你的命，连命都能给你，怎会在乎这1000元钱。不过院方也表示，衣服剪了后没有妥善保管，在这点上也有疏失。

据北青报采访参与抢救的医生夏剑介绍，按照一般流程，剪掉后的患者衣物确实应该转交给家属或者陪同人员，但当时情况危急，剪开衣服后工作人员没发现重要物品，放在一边后就被工作人员丢掉垃圾桶里了。“关于这件事情，我们确实存在工作上的疏忽。”

患者父亲在接受北青报记者采访时表示，作为家属，他们对救护儿子的医护人员心存感激。但是医院随意丢弃患者衣物的行为本身就是不妥的，家属最终索赔的1000元也不是漫天要价。



武汉大学中南医院党委宣传部负责人：

我们觉得对他的衣物保管，医务人员也有没尽到责任的地方，也考虑到患者当时的心情，为了有利于他的康复，我们就把这个钱赔给他了。



患者父亲：感谢救治但坚持索赔

前来索赔的患者父亲，在接受媒体采访时表示：自己非常感激医院的救治行为，如今 10 多万元的医药费，就算借钱也要交给医院。但一码归一码，医院没有把患者的财物交给家属，这种失误就应该赔偿。



△患者家属与医院协商

### 医生：我们理解家属的索赔行为

武汉大学中南医院急救中心副主任医师夏剑是参与此次救援的医生之一，他表示，接受心肺复苏的病人抢救争分夺秒、时间宝贵，而剪掉衣服是最快的方式。

北青报：为什么救治时必须剪掉患者的衣物呢？

夏剑：我们必须给这位患者做心肺复苏，整个抢救过程需要按压、输液、上呼吸机等等，这些操作都需要去掉病人的衣服。国际上惯常的做法就是把衣服尽快去掉，剪掉就是最快的方法。

北青报：剪开衣服之后怎么处理的？有发现现金等财物么？

夏剑：剪开之后就把衣服丢在一边了，我们因为忙着抢救他就没有留意到衣服里是否有财物。家属提出来的时候已经过去了几天，之后也没有找到什么东西。当时只是想着抢救，有些细节我们没注意到。

北青报：正常情况下应该怎么处理患者的衣物？

夏剑：一般的处理方式是在抢救结束之后，如果患者需要就会还给患者，不需要的就丢掉。如果有重要财物的话，一般是交给家属或同行人员保管。但当时情况紧急，剪开衣服之后没看到什么重要物品，就把衣服放在一边了，衣服可能最后工作人员丢进了垃圾桶。

北青报：您对患者家属的索赔行为怎么看？

夏剑：说实话，最开始听到患者家属的诉求，心里确实有些不舒服。但后来想想也能理解，医院在这次事件中也有不对的地方，我们在抢救的过程中疏忽了整理病人衣物这一方面。虽然我们医生在抢救的过程中真的没有时间。

北青报：有网友建议剪患者衣服时通知家属签字，医院会这么做吗？

夏剑：这件事后医院肯定会注意保管患者的财物。至于剪患者衣服时要不要通知家属，如果时间允许的话可以询问家属，但如果没时间的话也不能为了这个耽误病人救治，毕竟救人才是第一位的。

北青报：这件事在网络传播后有什么后续？

夏剑：今天早上我接到好几个电话，有热心的人也有原来的病患，他们听说医院被索赔之后愿意自己掏钱把 1000 元补给医院，这样来看医患关系还是比较和谐的。

### 患者父亲：感谢医院但一码归一码

22 日下午，北青报记者来到中南医院见到患者的父亲李先生，他对网友的一些说法感到气愤，并认为不少人在不了解事情真相的情况下发表的观点伤害了他们。

北青报：为什么向医院索赔因抢救被剪掉的衣服？



李先生：这种说法不准确，很多人并不了解这件事。我们索赔主要是因为要办理相关手续的身份证不见了，儿子裤兜里还有 500 元现金、一张银行卡、一包烟和数据线、打火机等。医院在抢救后丢掉了这些东西，后续补办的过程也比较麻烦，这属于医院的工作疏忽。

北青报：您对医院剪掉衣服的行为认可吗？

李先生：这个我肯定是认可的，我自始至终都没有质疑过医院剪衣服不通知家属这件事，这是抢救的必要过程，我从未反驳。我只是觉得医院应该把儿子的衣物保管好还给我。

北青报：索赔的金额有什么依据吗？衣服值多少钱？

李先生：我索赔这些钱并不是漫天要价，根据遗失财物的估算价值，完全是合理的。除了 500 元现金，衣服包括上衣、裤子和一双鞋子，这些按照市场价来算，衣服索赔 500 元并不过分。其实我最初的目的并非是让医院赔衣服钱，只是觉得即使是剪坏的衣服也应该帮家属保存好。

北青报：1000 元跟医药费相比并不多，为什么还执意索赔？

李先生：我和爱人都是退休职工，这次儿子的治疗费用已经交了差不多 40 万，除去报销勉强能够承担。我当时没想太多，就觉得人情和索赔并不冲突，索赔也是正当要求，况且医院也承认了自己的过失，这是我们双方达成的协议。

北青报：有网友说，医院抢救了您儿子，您还向医院索赔，这种做法不地道，您怎么看？

李先生：我对参与抢救的医护人员心存感激，毕竟是他们救了我儿子的命。但一码归一码，医院提供的服务是有偿的，他们也要承担自己工作疏忽所造成的后果。

央视短评

### 别让苛责绑住治病救人的双手

在这件看似纠缠不清的事件中，可以明确的是，医院不赔偿患者的衣服，是合理、合法的。按照我国的《侵权责任法》，医务人员在抢救生命垂危的患者等紧急情况下，如果已经尽到合理诊疗义务，患者有损害，医疗机构不承担赔偿责任。法律对医务人员的宽容，其实保护的是全社会的基本利益。毕竟有了生命权，才能谈其他权。

而患者家属因为丢失 500 元报警，也是一个正常寻找财物的行为。

事实上，这是因为没有从法律上分析问题导致的纠缠不清。之所以很多人把索赔一千元钱和救命对立起来，认为这又是一起医患矛盾事件，其实是一种情绪化的表达。这种消极情绪如果在医护人员中蔓延，将会绑住他们救死扶伤的双手。别让苛责绑住治病救人的双手。

责任编辑：永恒流星

## 第一部分——西医部分

### 一例肌肉注射局部坏死病例

作者：溫柔殺手

链接：<http://bbs.iiyi.com/thread-1942704-1.html>

男，64岁。高血压病史数年，药物控制基本满意，无糖尿病史。

因牙髓炎给予“克林霉素 0.3，地塞米松 2mg” im，bid。

前2针注射完毕无恙，第三针注射后，患者夜间感注射部位疼痛并向大腿放射。第二天早上检查局部未发现明显异常，只是认为是一般注射后的局部刺激，继续在另外一侧注射第四针。第三天清晨患者敲门，进来后察看注射部位，局部就像皮下出血的样子，有青紫瘀斑，局部无红肿。患者感局部疼痛剧烈，放射至大腿。当时只是以为是注射针头刺穿某个小血管所导致的皮下出血，所以只做了一些简单的处理。

负责给这位患者注射的护士是刚实习结束的，已经考取护士证。查看注射部位正常，况且我监督过她们的工作，细节也都是我指点过的，注射的相关操作应该还是很规范的。

起初只认为是刺穿皮下血管所致较大面积的出血引起的疼痛，数天后认定是局部坏死。坏死部位局限，患者疼痛明显减轻，可以自然行走。虽然知道是坏死，但是不知道究竟是否深达肌层。在这期间查了很多资料，最后锁定“坏死性筋膜炎”。网上的资料简直可怕极了，有兴趣的朋友看完我的帖子可以去搜索下。

这张是7~10天左右的照片：

认定坏死后，因为坏死位置并未完全固定，再加之起初想的都比较理想，可能仅仅是皮肤全层的事情，血、尿常规正常，体温一直正常，所以给了保守治疗。如：

我为人人，人人为我





青霉素、丹参、654-2、Vc、coA 等输液，局部外涂美宝后神灯照射。中医朋友也给了些外用祛腐生肌的膏药。在这里还要感谢这些朋友，其中一位是中医版的音乐坊，当时她还在上研究生，给我赶制了膏药。

这是使用膏药数次后的图片：



经过这么一番折腾，大约 20~30 天，在这期间间断输液控制感染，改善血运，支持治疗，看来保守的办法是不行的。于是请教两位外科朋友，一位是在四军大手外科当合同医生的朋友，他的意见是住院清创后皮瓣移植；另外一位是我的好友，当时我为人人，人人为我

## 专业交流

一起在西安学医的同学，自己承包的渭南某妇幼院科室搞骨科和微创，他刚起步，但是包括股骨干骨折内固定、脚掌全部离断再植之类的活他都能搞。你说我该信任谁呢？第一个是三级甲等医院的，但是花费高，我去和人家医生也搭不上话，要是把病人送进去，过于扩大的治疗我很冤枉。最后我还是选择了我最好的朋友，因为我可以和他不断地商量。最后我的选择还是正确的，在他那里进行了清创。在这段时间里患者行走自如，无明显痛感。作完清创后坏死部位也就表面那么大的面积，皮肤全层、脂肪层、筋膜全部坏死，幸运的是未侵犯肌肉组织，也许是因为肌肉的血供比较丰富。一直切除至组织出血为止，这次并没有缝合，然后回家后我消毒了纱布，填塞创面换药一周。为什么要换药呢？主要是以后把那些缺少血运的失活组织彻底清除。回来后又给予抗菌素、改善血供、支持营养。患者也挺坚强的和我包车去清创后再包车回来，每次换药输液都是自己走来的。一周后肉芽组织生长良好，无感染迹象，拍照给朋友看了后，决定对伤口进行缝合。

这是清创后 7 天肉芽组织生长的情况：



这么大的口子，中间很深的坑，不知道怎么缝合。我的意思是把伤口扩大，做成梭形再行缝合。我朋友自信的意见实在令人佩服，他说缝合后的张力可以克服，如果

我为人人，人人为我



再扩大伤口瘢痕也相应增加。就按他的意思办，这次缝合患者受了很大的痛苦，但是最后还是坚持下来了。术毕，测了血压正常，休息了几个小时，租车回家，奇怪的是60 公里的路程患者并未诉疼痛。

以下是缝合1周后的图片，两边是留的引流，我朋友这种大外科针脚好像没有一点“美容”的意思，好在是臀部。



结局：伤口始终没有感染。现在已经过去将近一年，目前患者伤口早已恢复，行走自如，心态良好，就是那个瘢痕难以去掉。1周前我还看过伤口，局部没有明显的塌陷，瘢痕处有些感觉异常。

总结：这次这个事故原因不好说，如果说是注射消毒不好，那么并没有像细菌感染那样红、肿、热、痛。每个护士来工作我都是监督很多次才放手让她们去干的，这个护士刚从部队医院实习回来，消毒可以说都是按照课本上一套一套的做出来的，并且每次都抽回血。治疗室每天都有紫外线消毒，消毒液拖地每天2~3次，注射器宏达的，药品是鲁抗的，况且同批号无任何异常。按照网上“坏死性筋膜炎”来诊断，又感觉这个病人表现较轻，也没有高烧，血常规也不支持。有这几种可能：去甲肾上腺素误当成地塞米松注射引起血管强烈收缩而导致组织缺血坏死，可是我这里一直没有配备去甲肾上腺素，不可能出现拿错药；再一个高浓度克林误入血管，刺激血管收

缩;还有可能患者对克林霉素敏感导致局部某种变态反应;也许护士操作有某种问题。总之有些事情不好说,病人太多每天输液 30 多个,一半都是儿科病人,工作量太大,接触的病人太多了,难免怪异情况就会出现。

最后肯定有人要问最后赔偿了多少钱。我可以这么说,这件事情处理完毕包括药品的成本总计不到 2000 元。患者人比较开明,口口声声的说不怪人家护士娃,给我兄弟说我对他挺关心,处理的及时,没让他受多少罪。我兄弟也是做个体诊所的。希望各位在工作中能够真正做到为患者着想,搞好关系,万一有个什么纠纷遇到个开明的人也会好处理些。

这次事故,其实我心态调整的比较好,没有失眠焦虑,没有悲观,很积极的面对处理,每天 30 多个输液病人还要继续处理,没有关过一天门,也许忙碌使我不能顾及烦恼。去年我基本上没来过爱爱医,酒倒是多喝了点。经过这件事情,更加让我觉得赚钱不是关键的了,反而医疗安全很重要,不要冒险,情况不佳的就转院,事实证明很正确。希望大家不论在什么方面遇到挫折都要逆流而上,只要你积极的去面对,都会有好结果的。事物发展不可能一帆风顺,也许上天是让我休整一下再重振旗鼓。

## 及时转变诊断思维

作者:晴天

链接: <http://bbs.iiyi.com/thread-1169958-1.html>

患者男,70 岁。自诉头晕 7 天前来就诊。无发热,血压 120/70mmHg,查体无异常发现。因条件所限未行脑部 CT 等辅助检查。当时未做处理,只做观察。次日清晨患者出现右上下肢无力,说话没有异常。当时考虑脑血栓形成,当即予以甘露醇、清开灵、施普善、维脑路通等处理,当天下午症状没有缓解,反而出现口舌僵硬、说话不清,考虑为脑血栓加重,脑梗死灶增加,出现更为严重的症状。第二、三天继续治疗,症状依然没有缓解。

家属要求到三甲医院检查,经 CT 检查确诊为左侧慢性硬脑膜下血肿,在住院中行血肿冲洗抽吸术。术后用甘露醇、脑蛋白水解物等药物治疗。次日右侧肢体症状缓

解，2 天后肢体活动已经恢复正常，但语言功能没有改善。

回到家中患者家属请我去给患者输液。第一天我依然给予甘露醇、清开灵、施普善静滴，但口舌僵硬，吐字不清也依然存在。我在第二天去看时想到，患者的血肿已经抽吸，虽然不是很干净，但他的肢体功能能够恢复这么好，语言功能应该也可以呀，但是怎么会一点效果都没有呢？

我考虑了能引起语言不利的病因，除了脑部疾患之外，就是声带本身的原因。而声带又有什么问题？我仔细想了这个患者的前后治疗过程和用药情况，大胆设想会不会是药物引起的喉头声带水肿导致失声？而我们的思维已经固定在是由于脑部血肿引起的！

患者在出现肢体无力后用了施普善（脑蛋白水解物），去三甲医院也用了脑蛋白水解物。第一次是在输液后才出现了失声，以后在医院也继续使用，也就是致敏源继续存在，也是失声无法消除的原因。

分析了一下，我停用了施普善，只给予甘露醇、清开灵，并加用葡萄糖酸钙，口服抗过敏药物。更换药物后当天下午就可以讲话，继续应用 2 天后，患者的说话功能完全恢复。

我是个执业医师，行医也 7 年了，各种疾病也治疗了不少，但是象本例这样的还是第一次遇到，我在这里讲述出来，跟大家交流，其实我们也经常这样把简单病例复杂化考虑。我在农村的卫生院，这里没有任何设备，看病都是靠症状和查体诊断的，这就要求我们能在看病时及时转变诊断思维才能有病人让我们看！

顺便提一下，询问病史只说 30 年前出过车祸，其余没有外伤史。

## 股静脉置管与假性动脉瘤

作者：wjlg

链接：<http://bbs.iiyi.com/thread-3252480-1.html>

患者，61 岁，男性，个体。无药物过敏史。

患者 10 年前诊断为“2 型糖尿病”，6 月前诊断“糖尿病肾病、糖尿病视网膜病



变”。1 天前于我院查血肌酐：699  $\mu\text{mol/L}$ ，二氧化碳结合力：12mmol/L，血钾：6.93mmol/L，测血压：170/100mmHg，尿量约 1000ml/日，于我科住院治疗。查体：体温：36℃，脉搏：90 次/分，呼吸：30 次/分，血压：190/100mmHg。双下肢重度水肿。

诊断：2 型糖尿病；糖尿病肾病；慢性肾功能不全、尿毒症期；高钾血症。

治疗：行右侧临时股静脉置管开始血液透析治疗。

问题是：患者置管后始终自觉置管周围不适。考虑患者痛域低，未予特殊处理。但透析 2 次后患者左下肢明显水肿消退，右下肢仍重度肿胀。结合患者糖尿病病史，考虑下肢深静脉血栓。查右下肢血管彩超示：假性动脉瘤。

影像学表现：右侧腹股沟区不均质光团（不除外假性动脉瘤，请结合临床）。

影像学意见：右侧腹股沟区深静脉可见大小约 5.1x3.7cm 不均质光团。

听诊能听到血管杂音。

后来转到血管外科手术治疗。

以前置管前交代特别简单，那次后就逐条交代了，而且每次穿刺前都在 B 超下看看血管了。

## 一例少见的腮腺炎

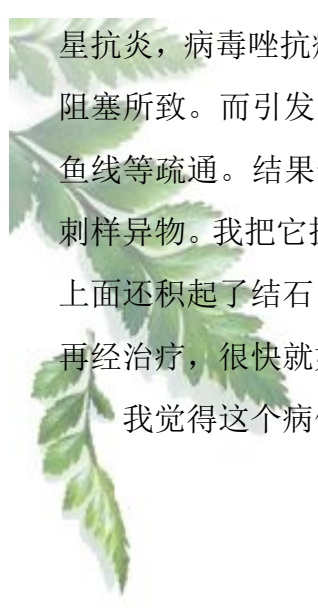
作者：flhking\_6

链接：<http://bbs.iiyi.com/thread-1392790-1.html>

行医这么多年，腮腺炎病人遇到不少，对这个病的诊治一般都能药到病除，但前几天遇到的一个病人却没有那么简单。

患者，男，55 岁。因右腮部肿痛 10 余天就诊。自诉 10 多天前无明显诱因出现右腮部肿痛，有时伴有畏寒发热，张口困难。自服穿心莲等药物后症状加重，故来我处就诊。查体：T：37.8℃。右腮以耳垂为中心肿胀明显，压痛剧烈，触之发硬，查看腮腺导管开口处无明显肿胀。

诊断：腮腺炎（1. 首先考虑化脓性；2. 流行性？）。根据这个病人的病史特点，考虑主要是以细菌所致为主，但不能排除病毒，所以在治疗上以头孢塞肟钠和加替沙



星抗炎，病毒唑抗病毒以及中药治疗。但三天后病情仍没有改善，我认为是腮腺导管阻塞所致。而引发阻塞最常见的原因是结石，所以就试探着用血管钳、注射器、钓鱼线等疏通。结果奇迹出现了，在努力了 10 多分钟后，在导管开口处露出了一黄色刺样异物。我把它拔了出来，天哪，原来是一根长达 2cm 的鱼刺。再仔细看看那鱼刺，上面还积起了结石。鱼刺出来后，大量的脓液流了出来，病人很快觉得好过了很多。再经治疗，很快就好了。

我觉得这个病例很有价值，说出来与大家分享。

## 肛瘘合并痔疮一例

作者：liuxxxxbc

链接：<http://bbs.iiyi.com/thread-3411366-1.html>

主诉：肛门外肿物 7 年多，肛门痒 1 个月余。

病例摘要：患者女性，52 岁。7 年前发现肛门外肿物，肛门痒不适 1 个月。为求诊治来院。

既往史：既往体健，无疫区接触史。

过敏史：无药物过敏史。

查体：肛门外肘膝位 6 点见外痔肿胀，肛门外肘膝位 12 点见皮赘，有一白条处皮肤痒，局部可触及条索状肿物。肛诊：肘膝位 12 点可触及条索状肿物。肛镜示混合痔 6 点位，12 点位肛瘘，可见肛瘘内口。

诊断：混合痔，肛瘘。

治疗：手术治疗：局部麻醉生效后，患者取右侧卧位，肛门镜下探查 12 点位肛瘘内口，由内口进入探查向深部走行瘘管 3 根，与肛门外白色条索处相通，行瘘管切开引流，前面混合痔分段切除，局部彻底止血，治疗结束。治疗后病人用一次抗生素后回家。

病例讨论：这个病例比较典型，是典型的混合痔肛瘘并发病例，6 点位痔疮，12 点位肛瘘，都符合肛瘘和痔疮好发部位。一般肛瘘病人，不容易得痔疮，痔疮病人很

## 专业交流

少得肛痿，痔疮肛痿同时得病机会比较少，同时出现，又这么典型病例，比较少。

术前照片，患者肛门处有白癜风：



病人治疗后图像：



我为人人，人人为我



# 超声入门贴 605—— 容易漏诊的胆总管结石

作者: songjunrui

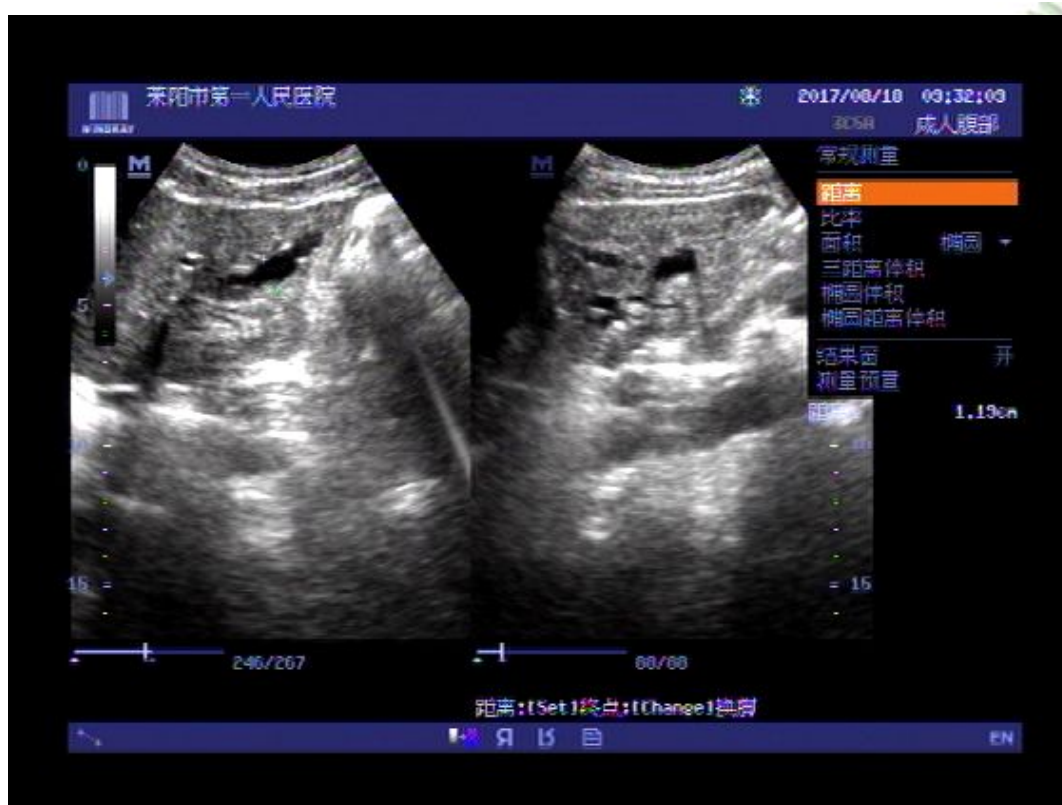
链接: <http://bbs.iiyi.com/thread-3408168-1.html>

患者, 男, 55 岁。

对于胆总管不扩张的胆总管结石, 您可要小心了!

超声可见: 肝左叶肝内胆管显著扩张, 最宽处约 1.06cm, 管腔内见弥散颗粒状强回声, 范围约 2.53cm×0.80cm。胆总管不扩张, 管腔内见一大小约 1.60cm×0.84cm 强回声团块, 后伴声影。







## 肠系膜动脉栓塞、肠坏死误诊一例

作者: haidong78

链接: <http://bbs.iiyi.com/thread-938374-1.html> (215 楼)

患者，男，48 岁，因“上腹部发作性疼痛 10 余年，加重伴恶心、呕吐，排便排气减少 1 天”入院。既往有慢性胃炎、胆囊炎病史。1 天前食豆腐、辣椒、饮酒后出现恶心呕吐，上腹部疼痛，左腰背部放射痛，未排便排气，来诊。

T: 38℃, P: 80 次/分, R: 20 次/分, BP: 130/75mmHg。肥胖，上腹部饱满，腹软，上腹部压痛、反跳痛，肠鸣音 1 次/分，余(-)。血、尿淀粉酶正常，胆固醇 6.8mmol/L，血糖 7.5 mmol/L，白细胞  $14.6 \times 10^9/L$ ；腹部 B 超：主胰管扩张；CT 无异常。

诊断：急性胰腺炎，麻痹性肠梗阻。

治疗：5%GNS250ml+左氧 0.4g, bid; 头孢吡肟 2.0g, bid; 甲硝唑 250ml, bid, 静滴及对症用药，共用 2750ml 液体。并给予胃肠减压，中药承气汤鼻饲。治疗 2 天患者腹痛减轻，排稀便 3 次。当夜患者腹痛进行性加重，查 BP: 170/100mmHg。急查



血淀粉酶轻度升高，肌注杜冷丁 100 毫克，仍腹痛。外科急会诊考虑坏死性胰腺炎，给予生长抑素 3 单位 bid 持续静滴，3 小时后患者躁动，大汗，血压测不到，测血气正常，患者呈休克状态。迅速扩容，血管活性药物多巴胺，力其丁等，抢救 3 小时后测 BP：100/60mmHg。腹痛减轻，但烦躁不安，腹胀，给予安定、冬眠灵等药物无效。持续 20 小时进行性加重，意识模糊，全腹出现反跳痛。

剖腹探查为：肠系膜动脉栓塞伴肠坏死。

此病例是我在一家三级甲医院进修时遇到的，本病与急性胰腺炎同为临床急腹症中症状与体征不相符的疾病，治疗原则相反，若诊断有误后果不堪设想。需要医者仔细查体，不放过蛛丝马迹，思路要广，方能作出正确诊断，避免误诊。

## 关于静脉营养中氨基酸起始量的问题

作者：疏桐漏月

链接：<http://bbs.iyyi.com/thread-1964324-1.html>

随着辅助生殖技术及产科监护治疗手段的日益提高，低出生体重儿的出生率在逐年上升，随之而来的是早产儿营养问题已成为新生儿科医生面临的又一难题。且有研究表明，极低出生体重儿生后第一周的营养供给甚至与远期认知发育密切相关。所以制定合理的早期静脉营养计划，让低出生体重儿能够顺利的生长发育，追赶体重，是非常重要的。

在这里我主要想谈一下关于静脉营养中氨基酸的使用方法。

传统的给药方法目前仍遵循金汉珍教授第三版《实用新生儿学》中推荐的，48 小时内给予，起始量 0.5g/kg.d，增幅为 0.5g/kg.d，直到 3g/kg.d。根据目前的使用比较来看，这个方法比较保守，并不利于低出生体重儿，尤其是极低超低体重儿后期的体重追赶。所以目前主张氨基酸宜早给、大量、早期就冲到足量。研究表明，早期输注氨基酸，除提高血浆氨基酸浓度、维持体内正氮平衡及缩短肠外营养时间外，对早产儿生后一段时间内体重、头围及身长的增长也有益。

Valentine 等的一项回顾性队列研究结果表明，极低出生体重儿早期氨基酸组（生后立刻就用）与晚期氨基酸组（生后 24 小时才开始用）相比较，前者体重增长优势明显，在纠正胎龄 36 周时，早期氨基酸组体重在 10 百分位以下者为 23.7%，晚期氨

氨基酸组则高达 41.7%。

由此可见，早期给予氨基酸要比晚期给予好。而我们新生儿学术组对此也做过对照，发现的确如此。

关于量的问题：目前提倡早期氨基酸静脉输注，但确切使用时间 & 剂量尚不统一。我们推荐的是：输注初始时间为生后 12~24 小时以内，初始剂量为 1.0g/kg.d，按 0.5g/kg.d 递增，最终达到 3.5g/kg.d。

以往氨基酸使用常规为第三天开始，初始 0.5g/kg.d 来给，缓慢递加。主要是考虑过多氨基酸会导致如代谢性酸中毒，高氨酸血症，氮质血症，肝功能及肾功能损伤。但近年提倡的早期应用氨基酸研究结果表明，早产儿生后 24 小时内给予静脉氨基酸，不但可以耐受，且无明显副反应。如 Valentine 等的报道，早期氨基酸组与晚期氨基酸组比较，菌血症，NEC，颅内出血及动脉导管开放等并发症并无统计学意义。多数 RCT 研究证实，早期给予氨基酸并未发生代酸、高氨酸血症及电解质紊乱等。但随着氨基酸剂量的增加，尿素浓度会在一定程度上增加，此时若患儿血氨增加不明显，尿素升高视为氨基酸氧化的结果，而非氨基酸不耐受表现。所以早期、足量使用氨基酸是安全的。

优势：有研究表明，早期蛋白质供给不足可能对早产儿远期神经发育产生不良影响，如导致认知障碍、学习困难、中枢或感觉神经障碍等。Stephens 等研究表明，对极低出生体重儿生后第一周增加蛋白质和能量的摄入，其在纠正胎龄 18 个月时智力发育指数评分较高。Poindexter 等的 RCT 研究不仅阐明了早期肠外应用氨基酸对头围，体重及身长有影响，还发现在纠正胎龄 18 个月时，早期应用氨基酸组不论在 Bayley 评分，还是脑瘫，听力障碍，失明及神经发育障碍后遗症方面，与晚期应用氨基酸组差异均无统计学意义。相反，Blanco 等报道，对极早产儿（<24 周）大剂量输注氨基酸（达 4g/kg.d），在纠正胎龄 18 个月时其认知发育反而更低。

由此可见，早期肠外大剂量输注氨基酸对改善早产儿营养状态及促进一定阶段生长有效，但对神经和智力发育是否有长期影响，目前仍在争议。神经发育是多因素共同作用的结果，营养仅为其中之一。仅进行生后几天的肠外大剂量氨基酸早期干预，是否会对未来的认知功能产生影响，仍需要进一步研究。

但无论如何，就其安全性及生长发育的促进方面来说，早期大量的氨基酸还是有益的，我们推荐使用。

## 心电图读图第七十三期

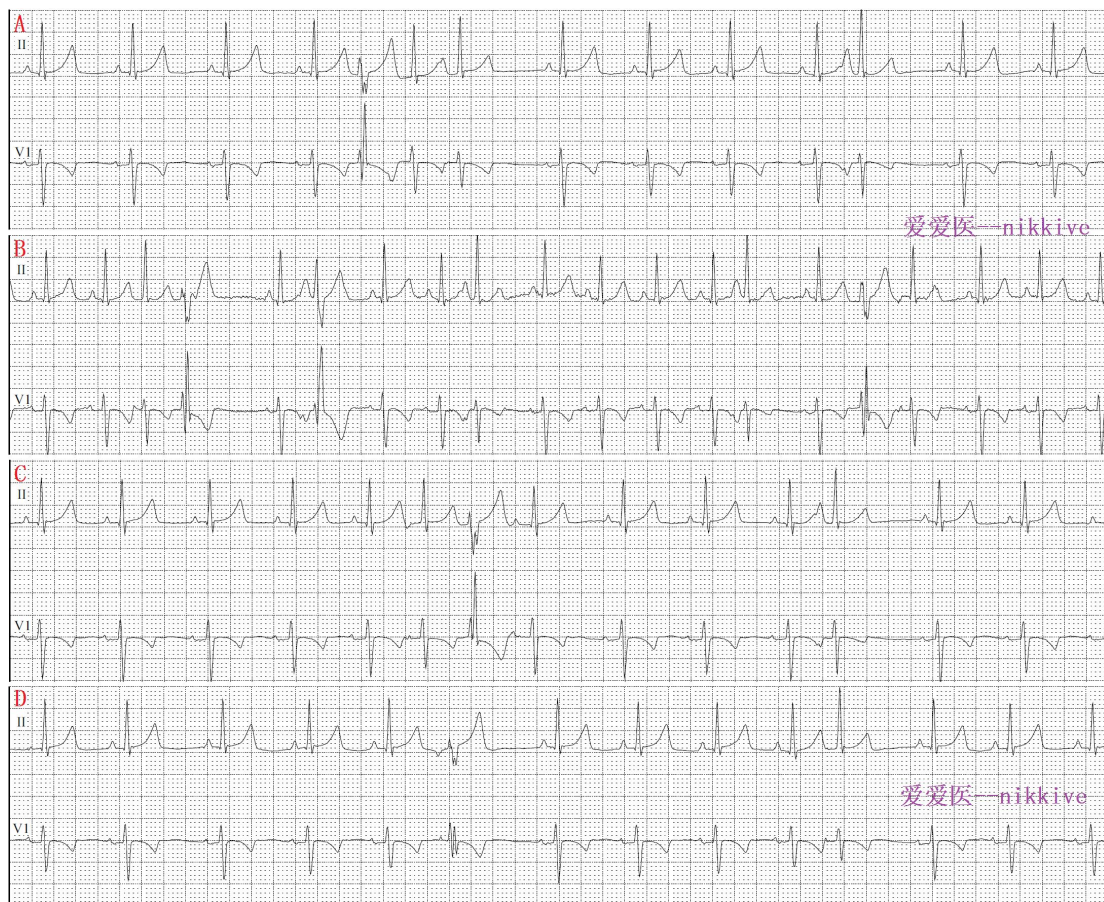
作者: nikkive

链接: <http://bbs.iiyi.com/thread-3413473-1.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】

患儿男，5岁，因心律失常（早搏就诊），不同时段动态心电图片段如图，请参加读图的朋友分析诊断，并尽量画出梯形图。




责任编辑：寒冰

编辑：刘延红大夫

我为人人，人人为我





## 第二部分——中医部分

### 常用中药配伍及功效 结合师傅 40 年经验整理（二）

作者：荆州徐峰

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

#### 清热泻火药

大黄——配黄芩 黄连——主清热泻火，治湿热腹痛，泄泻，咯血，便血，尿血等热伤血络证。

槟榔 黄连——主清热导滞，治湿热下痢，里急后重之证。

肉桂 赭石——主治肝郁多怒引起的鼻衄及吐衄（共为细末）。

厚朴 枳实——主攻积导滞，泻火行瘀，治热甚便秘，口干腹胀。

黄芪 甘草——主益气通便，治气虚肠燥，便秘乏力，肢倦神乏之证。

党参 甘草——主益气健脾，润肠通便，治习惯性便秘属气虚内热者。

瓦楞 公英——主治慢性胃炎（脘痞便秘，灼热嘈杂，嗳气泛酸）。

丹皮 桃仁——主泻火凉血，行瘀通经，治血瘀经闭，损伤瘀血，肠痛初起。

海螵 公英——主清热制酸，治胃痛泛酸，脘腹灼热，引起的慢性胃炎。

薄荷 甘草——主清热泻火，疏散风热，治大便燥结，风火牙痛，眼赤目痛。

黄芩 瓜蒌——主治咳嗽，痰热 壅实之证。

附片 干姜——主治结肠炎，尿毒症，阴寒发黄。

田七 白芨——主泻火凉血止血，治生小孩的出血。

木香 山楂——主攻积导滞，治肠道积滞，腹胀而大便干结。

桃仁 土鳖——主攻积导滞，破瘀，治劳力多重或怒气淤积所致的血瘀。

马齿苋 血藤——主清热解毒，泻下，治肠癌。

玄参 麦冬——主滋阴泻火行瘀，治肠燥便秘。

(炒) 大黄 炒地榆 炒茜草——主泻火，凉血，止血，治各种出血，如溃疡出血等。

白芨 甘草——主凉血止血，治上消化道出血。

火麻仁——配柏子仁 郁李仁——主滋阴补虚，润肠通便，治体虚肠燥便秘。

黑芝麻——配女贞子 桑葚子——主滋阴润肠，补养肝肾，治体虚便秘，眩晕乏力。

牵牛子——配葶苈子 杏仁——主祛痰，逐饮，通便，治气滞痰壅所致胸满咳喘。

槟榔 大黄——主杀虫攻积，治蛔虫，绦虫。

甘遂 芫花——主泻水逐饮，治腹水胸水，全身水肿。

甘遂——配芫花 大戟——主逐水消肿，治水肿胀满，小便不利。

生地——配麦冬 花粉——主清热生津，治热病津伤，消渴。

栀子 丹皮——主清热泻火，凉血止血，治血热妄行所致出血证。

赤芍 丹皮——主清热凉血，治热入营血所致的吐血，衄血。

侧柏叶 茅根——主凉血止血，治血热妄行所致出血证。

玄参 木贼——主滋阴降火，治咽喉红肿疼痛。

栀子 连翘——主清热 凉血解毒，治阴虚火旺所致的口腔溃疡，灼热疼痛。

黄连 花粉——主养阴清热止血，治胃热津伤所致的消渴，口渴欲饮，咽干，善饥。

石斛 麦冬——主清热生津，治热病津伤所致口干口渴。

栀子——配菊花 石决——主清热疏风凉血，治肝火上炎所致目赤肿痛。

黄柏 甘草——主清热解毒，利湿退黄，治肝胆湿热所致的口苦心烦，便黄胁痛。

黄柏 茵陈——主清热利湿，治湿热黄疸。

夏枯草——配炒蒲黄 五灵脂——主祛瘀活血止痛，治青春期共血，痛经。

大贝 玄参——主清肝火，散郁结，治痰火结聚所致的瘰癧，痰核。

龙胆草 钩藤 草决——主清肝明目，治目赤肿痛，迎风流泪，视物模糊。

钩藤 石决——主平降肝阳，治肝火旺所致头痛，头晕。

豨薟草 草决——主清肝泻火，平肝潜阳，治眩晕耳鸣，脚麻震颤，腰膝酸软，失眠多梦者。

草决明——配蝉蜕 菊花——主清肝明目，治风热目赤肿痛。

龙胆草 生牡蛎——主清肝明目，治肝火目赤肿痛。

钩藤 生牡蛎——主清肝明目，治肝阳上扰的头晕目眩，高血压病。

生首乌 莱菔子——主去腐润肠通便，治气滞便秘腹胀。

丹皮——配赤芍 桃仁——主凉血活血散瘀，治气血瘀滞所致腹痛，痛经下血有块。

侧柏叶 白茅根——主清热凉血止血，治血热妄行所致吐血，衄血，尿血。

玄参——配板蓝根 桔梗——主解毒利咽，治咽喉疼痛，声音嘶哑。

生地 麦冬——主清热凉血，滋阴增液，治口渴舌绛，烦躁，夜寐不眠。

蒙花 蝉蜕——主明目退翳，治视物模糊。

生牡蛎 大贝——主清热化痰，消肿散结，治瘰癧。

## 清热解毒药

金银花——配菊花 甘草——主清热解毒泻火，治预防流感。流脑。

连翘 牛蒡——主清热解毒，宣散，治外感风热，温病初起，表证未解里证又盛。

麦冬 桔梗——主养阴润肺，利咽，治咽喉疼痛，口渴，慢性咽炎。

连翘 甘草——主清热解毒，治温病初起，外感风热感冒。

连翘 蓝根——主清热解毒退热，治流行性感冒所致发热。

连翘 大贝——主清热解毒，散结，治疮疡，瘰癧。

灯芯草 公英——主清热解毒，治痰热郁肺所致干咳无痰，少痰。

连翘 公英——主清热解毒，治乳痈肿痛。

板蓝根——配野菊花 甘草——主清热解毒，治预防流行性脑脊髓膜炎。

贯众 甘草——主清热解毒凉血，治预防流感，脑炎。

山豆根 射干——主清热解毒 利咽，治咽喉肿痛，声音嘶哑。

石膏 玄参——主清热凉血，泻火解毒，治急性扁桃体炎。

大青叶——配板蓝根 甘草——主清热解毒，治预防流感，脑炎。

野菊花 甘草——主清热解毒，治预防流感。

蒲公英——配瓜蒌 青皮——主治乳痈。



麦芽 神曲——主消肿清热止痛，治回乳引起的乳房胀痛，散结。

蓝根 玄参——主清热解毒，治咽喉肿痛。

丝瓜络 香附——主清热解毒，消肿散结，治乳房胀痛，有肿块，红肿热痛明显的急性乳腺炎。

地丁 蜂房——主清热解毒，消肿散结，治急性乳腺炎之红肿热痛。

栀子 茵陈——主清热利湿，退黄，治湿热黄疸。

郁金 茵陈——主治湿热黄疸。

柴胡 虎杖——主疏肝利胆，治胆囊炎。

瓜蒌 大贝——主清热解毒，消肿散结，治乳痈红肿。

忍冬藤 车前草——主清热解毒，治热淋所致小便赤痛。

决明子 黄菊花——主疏散风热，散翳治目赤肿痛。

夏枯草 生牡蛎——主清热解毒散结，治瘰疬，痰核。

败酱草 赤芍——主清热凉血，消肿止痛，治妇科盆腔炎，结缔组织炎及输卵管炎。

败酱草 大黄——主治肠痈。

天葵子 地丁——主消肿散结，清热解毒，治疗疮热毒，乳痈肿痛，瘰疬，淋巴肿痛。

鸡内金 甘草——主治慢性胃炎。

败酱草——配公英 二花——主清热解毒，治急性结膜炎。

茵陈 栀子——主清热解毒，治急性黄疸。

薏米 附子——主清热解毒 消痈排脓，治肠痈有脓。

### 清热燥湿药

黄芩——配知母 桑白皮——主清热泻火，治肺热咳嗽。

连翘 金银花——主清热解毒，治热毒疮疡。

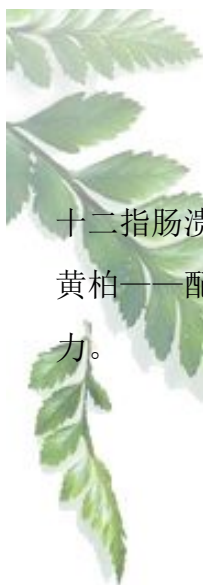
栀子 苦黄连——主清热泻火解毒，治胃热伤津，口干口苦。

栀子 香附子——主疏肝理气，清热止血，治烦躁易怒，情绪异常者。

黄连 黄柏 ——主泻火解毒，治热毒疮疡。

黄连——配栀子 连翘——主清热泻火解毒，治热毒火甚，心火。

升麻 石膏——主清热解毒，治胃火亢盛，口舌生疮，牙龈溃烂，咽喉肿痛。



赤芍 丹皮——主清热泻火解毒，治热毒疮疡。

花粉 生地——主清热泻火解毒，治胃火炽盛的消渴。

吴茱 白芍——主疏肝理气 和胃止痛，治胃脘疼痛，嘈杂，腹胀，泄泻及十二指肠溃疡。

黄柏——配苍术 牛膝——主补肝肾，强筋骨，清热燥湿，治足膝肿痛，下肢痿软无力。

白芷 胆草——主清热燥湿，治带下，阴肿。

栀子 黄芩——主清热燥湿，治热毒疮疡，湿疹。

生地 知母——主滋阴降火，治阴虚潮热，骨蒸。

肉桂 知母——主治下焦湿热所致口不渴而小便频者。

苦参——配土茯苓 白鲜皮——主清热燥湿，祛风杀虫，治皮肤瘙痒，疥疮顽癣。

白鲜皮 地肤子——主清热燥湿，祛风解毒，治湿热下注所致皮肤瘙痒。

黄柏 胆草——主清热燥湿，祛风杀虫，治赤白带下，阴部瘙痒。

秦皮 木香——主清热解毒。行气止痢，治血痢，里急后重。

（外）艾叶 花椒——主清热祛风，杀虫，治皮肤瘙痒，鹅掌风，脱屑。

生地 地肤子——主清热燥湿，泻火，治周身皮肤瘙痒，疥疮顽癣。

胆草——配黄柏 苦参——主清热燥湿，治下焦湿热所致赤白带下，阴部瘙痒。

栀子 黄芩——主清热泻火，燥湿，治肝火上炎。

## 清胃散化裁治愈重舌一例

作者：三峡纤夫

链接：<http://bbs.iiyi.com/thread-915950-1.html>

患者范某，男，29岁，农民。1999年10月25日，因舌根痛伴异物感12天来诊。

刻诊：见舌根系带处长出 $3\times 1\times 0.3\text{cm}$ 冠状物，无脓液。颜色、质地和舌相似，生长方向与舌平行，厚度比舌稍薄。舌红绛少许黄苔，脉数。

患者自感舌根热痛，异物感明显。自诉大便干燥，微渴喜饮冷水，余无特殊。

诊断：重舌



辨证：胃火上炎，血分有热

治法：清胃凉血，泻热通便

遣方：清胃散化裁

方药：黄连 8 克，生地 15 克，丹皮 12 克，升麻 15 克，石膏 40 克，栀子 10 克，大黄 10 克（后下），玄参 15 克，甘草 6 克。三剂，水煎服，一日半一剂。

医嘱：多喝水，忌辛辣

疗效：服药第二日大便通，舌根焮热消失、疼痛缓解；第三天异物感缓解，第五天疼痛消失，患者自己照镜子欢呼：“小舌头”不见了！其妻不信，上前一看，确实不见了。遂在赶集天专程前来告之与我，甚喜。

## 简治“大腿疼痛”

作者：lqs1944

链接：<http://bbs.iiyi.com/thread-3401120-1.html>

一年前我的左腿出现疼痛，从臀部开始一直延伸到小腿，并不是单一疼痛，而是酸、麻、痛、胀四合一同时发生，臀部只要发生疼痛，瞬间就会传导到小腿，有时也传导到脚背。发病时疼痛剧烈，难以忍受，坐卧不宁，治疗效果也不好，只有等待病症自行好转。还有一种奇怪的表现：在屋内走动有时腿部有不舒服的感觉，但病情并不十分严重，只要到室外走上几步，大腿就疼痛不已。

“腿痛”的病因大家众说纷纭：有的说与腰椎、骶椎有关；有的说是臀肌有问题；有的说是一种神经痛。而我为了治好自己的病，也对自己的情况进行了深入的分析。

要说是腰的问题，我的腰也确实有毛病。五十年前十几岁时抬石头就扭伤过，后来几十年也是从事体力劳动，也离不开腰肌的劳损，平时腰酸背痛也成了家常便饭。再加上如今我这个年龄，身体的零件早已退化，哪有没有问题的？但这些年大腿从没有出现过疼痛啊。而且自从我学医以来，每当腰部出现疼痛时，我都会采取不同的方法及时自治。因此，我觉得自己的腰椎不会有大的问题，腰、骶椎影响导致腿痛的可能性也不大。还有，大腿疼痛可能是臀中肌痉挛影响所致，臀中肌不是浅层肌而是深层肌。当大腿出现疼痛时，儿子帮我揉过臀中肌，揉按的当时有效，臀肌随着揉按越



来越柔软，越来越舒服，但好景不长，当第二次疼痛出现时，再次按揉就完全无效了。

如此症状反复出现，试验了各种各样的治疗方法，七个月后，终于不再痛了，我以为彻底治愈了。没想到，一年后，“大腿疼痛”又开始蠢蠢欲动，其症状如初，只是这次是单纯性的疼痛，没有过去那种酸、麻、胀的感觉了。病症为什么出现反复呢，患病的病因在哪里，应采取那种方法治疗？法不对证，疼痛就无法除根。

过去的自治经历告诉我：无论是在病因的判断上，还是采用的方法上，我走过的治疗之路似乎都是错误的，所以才导致长达七个月马拉松式的治疗后还会出现反复。我需要探讨新的思路，重新查找疼痛的原因，这才是治疗的关键所在。

因为“大腿疼痛”病发在大腿，刚开始治疗时，我把大腿肌肉做为重点，选择阴阳失衡点进行治疗，但治疗后效果不佳。接着又选臀中肌，但治来治去还是没见到效果，显然选择这几个部位是不正确的。大腿疼痛只是患病的表象，并不是患病的根本。我又根据人体“上下对称”，“下病上治”的原则，把治疗点放在上臂的三角肌上。新方案确定后，我用两手指在三角肌中肱骨左右两侧、从肩峰三角肌的起点到终点，一点挨一点地触摸，忽然感觉到一侧肱骨与三角肌相连处，有一约3寸多长的一段，可以触及很多的筋结及条索状物质。我想这些物质可能是导致大腿疼痛的主要病因，于是，我把这个部位做为治疗点，用手指反复揉按，大约不到一分钟的时间，手指下面感觉到筋结、条索性物质开始变柔软了，奇迹的是，此时，大腿疼痛感也得到了缓解。病症缓解使我眼前一亮：三角肌与肱骨接壤处的筋结及条索状物质，原来是“大腿疼痛”的主要病因，这真是“踏破铁鞋无觅处，得来全不费工夫”。

即使是自治，都是自己亲身可以感受到的，所以更能因此了解发病的病因以及采用治疗方法的正误。治疗绝不是一次定终身，以后每当我的“大腿”再次出现疼痛，按照这个思路自治，疼痛感都会立即缓解。病症好转证明：此次我对病因的判断和采用的方法是正确的，是符合人体规律的，是大腿疼痛的治疗点。以后我每天坚持治疗，病症逐渐得到好转，“大腿疼痛”很快就治愈了。

疼痛虽然治愈了，但我始终思考这个问题：上一次治愈后，为什么时隔一年再次出现疼痛呢？摸索出规律性的东西，在临床上积累经验，是至关重要的。

第一次疼痛历经几个月治疗痊愈了，但不知道患病的真正病因，显然只是一种盲目性的治疗。患病病因没有找到，只能是一种无效的治疗。这次找到了病因是在三角肌和肱骨的接壤处，今后治疗可避免走弯路，直接治疗三角肌即可止痛。

其二、我长期从事外治治疗，当然要付出一定的体力，加上年龄大、工作时间长，始终重复一些动作，必然导致某些肌肉疲劳，气血循环不畅，经络运行受阻，造成组织废物不断堆积。

其三、产生大腿疼痛有很多病因，有直接病因和间接病因。是否是臀肌痉挛所致？用手触摸臀肌时，发现一侧臀肌僵硬，证实是存在臀肌痉挛，用手揉按一段时间后，较硬的臀肌柔软，两侧臀肌阴阳平衡，这时病情得到好转，但相隔几个小时疼痛依旧，说明臀肌痉挛，并不是大腿疼痛的直接病因。

其四、大腿疼痛与腰椎、骶椎病变的关系。我十几岁时腰就有过扭伤史，后来几十年工作都集中在腰上，加之年老腰椎老化，腰椎或骶椎肯定存在病变。但即使腰椎、骶椎有病也只是患病的表象，并不是患病的根本，患病的病因在筋肉而不在骨。

大道至简，自身的治疗经历使我懂得，人体大部分外伤的病因，都来自于经筋，这是我多年临床的经验之谈。即使病症在颈椎、胸椎、腰椎和骶椎，患病的病因也决不在椎骨上，因为骨本身是没有血管、没有神经、没有淋巴管的骨性组织，经筋才是提供气血的本源，所以，循经调整肌肉是治疗骨病之根本。只要你遵循祖训，不默守陈规，开拓思路，勇于探索，按医道办事，总是可以解决治疗难题的。

## 软外笔记摘录（二）

作者：王立志

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

51. 在触痛部位左胸椎 7 背伸肌群松解，左偏头痛、面颊痛、项颈痛、背痛、左脸抽搐、左眼斜视、左肩痛部位即正常，上臂高举度和握力也恢复正常（可参见《软组织外科学》第 635 页）。

52. 头不能仰抬，否则腰腿痛增剧，腰臀手术后，上部征象自愈（可参见《软组织外科学》第 636 页）。

53. 右臀手术和双大腿根部手术后，右偏头痛、肩痛、胸闷、呼吸不畅，右手握力都恢复正常。

我为人人，人人为我

54. 双腰臀 3 手术后，头颈背肩痛和双手发抖立即消失。

55. 低头刷牙，腰痛加剧（病例 660）。

56. 切开髂后上棘内上缘腰背筋膜后叶附着处，病人顿感左侧头、颈、背痛消失，胸闷、背部沉重感全解除，呼吸顺畅（病例 663）。

57. 病人因腰痛诊断为腰椎间盘突出而注射了胶原酶，后手术验证并无腰椎间盘突出物存在，即本病例胶原酶治疗无效，但注射后患者征象显著好转，宣老总结说：注射长针头直达腰椎骨的穿刺，起到了与银质针针刺相似的治疗作用（病例 288，《软组织外科学》第 770 页，这是我用银质针而不用艾球的依据，5 年前因为银质针艾球加热烫伤遭受患者索赔，探索不用艾球，观察五年，疗效无损）。

58. 双臀 1 手术后，即感头痛和两上肢乏力立即消失（病例 997）。

59. 由于股内收肌群手术后的增长，相应的松弛了右臀的外展和伸展肌群附着处的牵拉性刺激，所以术后不但直接消除了右大腿根部肌附着处痛，还间接解除了右髋外侧和臀后方的软组织痛（可参见《软组织外科学》第 1032 页）。

60. 高度敏感性压痛点经过大松解后，仍可能压痛敏感（病例 1046）。

61. 左髌骨下脂肪垫松解后，左腘窝、小腿腹、跟底症状消失。

62. 腰 3 以上椎管内病变应用腰脊柱三种试验检查不具有鉴别诊断意义。腓总神经按压试验阳性体征判断椎管外软组织损害型腰腿痛。

63. 椎管内手术后，原有软组织敏感压痛点可自行消失，手术前腰臀部的毛囊炎也在三天内自愈。

64. 某夜间突感双下肢阵发性抽搐，痛的只能侧卧，不能平卧，椎管内手术去除肿瘤后痊愈，证明椎管内站位痛可突发，非渐起。

65. 腰大肌筋膜损害引起上腹痛，病人髋部因腰大肌筋膜挛缩而处于前屈位，使下肢不能完全伸直，也不能患髋超伸展（都是拉长腰大肌动作）。

66. 腰 3 以上腰部深层肌损害可以引起肋弓痛、上腹部不适、或腰带样紧束感、腹胀、上腹痛、腹腔内包块、嗝气反酸、呃逆、胃纳不佳、习惯性便秘、慢性腹泻。腰 4 骶 1 腰部深层肌附着处损害可引起下腹部不适、下腹痛、大腿根部痛、性功能减退、月经不调，骶 2 以下腰部深层肌损害引起肛门或会阴不适、刺痛、麻木、或者两者间软组织痉挛等。

67. 两处压痛点敏感，治疗一处，另一处也脱敏，举例：大腿根和腰 2~4 横突



尖压痛敏感，松解大腿根处软组织后，腰 2~4 横突尖压痛不敏感了。

68. 双大腿根部软组织松解后，外阴痛、会阴酸胀下坠、阴道不适、尿道刺痛、性交痛、后脑麻木、头痛、牙床发炎、牙龈出血痊愈。

69. 双腰部软组织松解后，腰痛、牙根痛、骶痛、上腹、双臀、双膝痛痊愈。

70. 双大腿根部松解后，卧床不能翻身或动弹，双手不能高举，无法完成手指抚摸头发和洗脸，腰骶臀腿痛和躯干上部征象完全消失（腰部或大腿根部松解后，可使头、颈、背、肩痛、手臂等躯干上部征像完全消失）。

71. 胸 12 腰 1 背伸肌群横断手术后，上腰痛、躯干上部征象自愈。

72. 左腰臀部压痛点高度敏感，松解手术后未改善，椎管内手术后，左腰臀痛和左下牙龈痛均立即消失。

73. 手术松解髌骨下脂肪垫，不进关节腔，也不处理病变的滑膜，均可消除患膝关节的所有征象（上下楼梯痛），关节积液也自行消失。（可参见《软组织外科学》第 1134 页）。

74. 跟底痛的原发病因是髌骨下脂肪垫或者内外踝后下方软组织（治疗 39 个严重跟底痛，均没有治疗 X 线提示的跟骨骨刺，只治疗髌骨下脂肪垫或者内外踝后下方软组织，39 个都痊愈）可参见《软组织外科学》第 1152 页。

75. 双踝痛松解后疼痛解除，小腿腹、腘窝、膝痛也不治自愈。

76. 踝痛来源于：1）内踝后下方胫骨后肌腱鞘损害。2）外踝后下方腓骨肌腱鞘损害。3）跗骨窦脂肪垫损害。4）踝前方关节囊附着处损害。5）踝后脂肪垫损害。

77. 背痛、胸闷、气短、叹息性呼吸、晚间征象更重，胸 2~10 棘突旁伸肌群剥离，胸 6 棘突水平背伸肌群完全横断后，所有不适消失。

78. 鉴别胸 1 至腰 3 椎管内外病变，用利多卡因注射液 0.5g 在棘突旁背伸肌群附着处局麻，痛消失，是椎管外，否则，是椎管内。

79. 颈肩松解手术后，颅脑征象解除，视物清楚，颈肩痛、前胸痛消失，呼吸顺畅，腰臀痛和大腿内侧痛不治自愈，起到下病上治。

80. 右腰臀结合大腿根部松解后，解除了右腰臀痛，还使左腰臀痛及头昏头痛、右前胸痛、右上腹痛也消失，起到上病下治、左病右治、前病后治。

81. 对受累的颈神经根、颈髓、交感神经而言，渐增的压迫不引起痛，临床上对本病并发的上肢症状，大多源于：1. 肩胛骨背面三肌。2. 脊柱颈胸段脊椎旁伸肌群附

着处。3. 斜角肌。4. 颈椎 5~7 棘突旁松解。

82. 生理曲度异常，强推前后，X 片对比，完全恢复正常，两个小时后再复查 X 片，又恢复原状。

83. 原发部位病因消除后，继发征象随同消失，若继发征象只暂时减轻或消失，是因为继发部位软组织继发了无菌性炎症，需同时治疗。

84. 确定原发部位的方法:A. 发病部位的先后。B. 征象的轻重，先治原发部位，后治继发部位。继发性传导部位未形成继发性病例变化（无菌性炎症）则原发部位痛解除后，继发性传导征象会自动消失，起到上病下治、左病右治、前病后治的作用，无需治疗继发痛部位。

85. 右胸锁乳突肌锁骨附着处松解后，右前胸腹臂、大腿内侧、右髌征象立即消失，起到下病上治的作用。

86. 肩周炎的原发病变是肩胛下三肌，肩周围痛是继发病，急性初期只治疗原发病区可愈，时久继发病区形成无菌性炎症，继发区也治疗。

87. 脊髓受压初期，异物体积达到相当程度，机械性刺激超越了神经组织的抗压作用，出项踩棉絮样感觉减退，继续增大的异物刺激也会发生像新鲜骨折急性压迫脊髓并发相应截瘫，和大小便失禁等严重的神经功能障碍等后期临床表现。

88. 上腰痛突出，双 12 肋骨下缘松解后消除。

89. 腰骶部软组织松解后，牙根痛自愈。

90. 食欲不振和胃纳不佳排除消化系统器质性病变外，可考虑背伸肌群胸腰椎段软组织向前传导影响和大腿根部、耻骨联合上缘软组织损害向上传导影响。

91. 典型的“放射性坐骨神经痛”的极大多数主要来源于髂翼外面阔筋膜张肌、臀中肌、臀小肌附着处的损害性病变。

92. 健康人的大腿内旋动作是通过股内收肌群和半腱肌、半膜肌的紧张与缩断结合臀肌（臀大肌、梨状肌、闭孔内肌、上孖肌、下孖肌）等相应的松弛与拉长共同协调完成。

93. 健康人的大腿外旋动作是在臀部肌群中主要依靠臀大肌，其次是梨状肌紧张与缩短并结合内旋肌群的松弛与拉长共同协调完成的。

94. “股神经痛”这种股前区痛等诸种临床表现以及股神经紧张试验的阳性体征，多见于大腿根部软组织损害。这是由于在股内收肌群损害中，特别是以耻骨上支和耻

骨结节附着的诸肌为主的损害，在股神经紧张试验的检查中，其肌附着处受到强烈的牵拉性刺激，不但引起股前区痛等临床表现，还会引起所谓的股神经紧张试验的阳性体征。由此可知，极大多数“股神经痛”等一系列临床表现属椎管外发病因素所引起；因椎管内发病因素致痛者仅占极少数。所以股前区痛临床表现以及股神经紧张试验的阳性体征，是腰椎管内外软组织无菌性炎症病变所共有；与腰3以上非疼痛因素的椎间盘突出物压迫神经根无关联。“股神经痛”、“髂腹股沟神经痛”以及“股内收肌综合征”的诸种临床表现，通过大腿根部软组织松解手术均可根治的疗效验证，上述均应该归于大腿根部软组织损害这一正确诊断之内，以求得统一。

95. 软组织的手术瘢痕粘连痛这个问题，沈克非教授说：“手术痛是暂时的，瘢痕粘连形成后这种切口痛会逐渐自行消失的”；瘢痕粘连不会引起疼痛，所以他们以后就再也不来找我了”。笔者认识是，手术引起的创伤性无菌性炎症反应刺激切口的神经末梢，会出现切口痛。即使这些炎症因素在切口瘢痕粘连形成过程中还继续存在，但随着时间的推移会自行消退直至完全消失，最后达到基本正常的柔软度。由此明确，单纯的切口瘢痕粘连是非疼痛因素，属客观事实。这种瘢痕的粘连与软组织无菌性炎症的病理性粘连有区别，不应混淆。

96. 临床实践验证，凡臀部或腰臀部有轻重不等的软组织损害性病变者，必伴有阔筋膜张肌的损害；凡有阔筋膜张肌损害病变者，也必有髂胫束的损害。对腰痛并发“坐骨神经痛”而言，三者不能缺其一。

97. 对具有“骶髂关节扭伤”的临床表现者，均根据压痛点分布施行腰臀部和腿部根部的强刺激推拿和密集型银质针针刺治疗而获得痊愈。说明传统的“骶髂关节扭伤”，实际上是腰臀部或腿部根部软组织已有无菌性炎症的病理基础（即潜在性压痛点），一旦受到病毒性感染或内分泌紊乱的影响，即使轻微的腰部活动动作下，也会诱发急性疼痛，决不是真正的骶髂关节扭伤。

对于“骶髂关节半脱位”，任何关节面软骨均无神经末梢存在，即使出现软骨病变如髌股关节或股胫关节损害或膝、踝关节大骨节病的损害等，经临床验证，均不会产生疼痛；疼痛来源于膝关节或踝关节周围损害性软组织。不采用手法整复，只施行腰臀部和腿部根部的密集型压痛点银质针针刺疗法，均取得立竿见影消除征象的满意疗效。其原因是，腰臀部和腿部根部的软组织损害性疼痛突然发作，痛度严重；骶髂关节为周围附着的多组痉挛肌肉的牵拉力不协调而形成骶髂关节的交锁，故在局麻下



手法整复时出现整复感和听到来自骶髂关节的响声。

98. “髂腰三角综合症”，因为在该三角区最易患无菌性炎症病变的骨骼肌附着处除多裂肌外，其深层有部分旋椎肌以及浅层尚有骶棘肌（下外端附着于髂嵴的髂后上棘内上缘→骶髂关节内侧缘→骶骨末端背面）。下腰痛时必与此三角附着处的损害有牵连，其区别仅在于以深层的多裂肌和旋椎肌损害为主，还是以浅层的骶棘肌损害为主的问题而已，而单独的多裂肌损害引起“下腰痛”是不可能发生的。腰5横突尖附着的髂腰韧带是最不容易发生损害性病变的软组织之一。

99. 腰脊柱三项临床试验：A. 胸部垫枕试验阳性，提示椎管内病变，腹部垫枕试验阳性，提示椎管外病变。B. 腰脊柱侧弯试验，脊柱弯向患侧引发腰腿痛症状为阳性，提示椎管内发病因素，弯向健侧使症状消失也是阳性，提示椎管内问题，若弯向健侧出现症状，提示椎管外软伤，若不管弯健侧、患侧头出现症状，提示椎管内外混合型病变。C. 胫神经弹拨试验，检查者提起患侧踝部，使膝关节屈成接近直角位，腘窝部软组织完全松弛，另一手指尖在腘窝中间偏向内侧处找到胫神经干，在其上横行弹拨询问病人是否有异常，再在健侧相同检查对比，正常神经干弹拨不会引起任何征象，胫神经弹拨试验阳性大多是椎管内损伤，而腓总神经弹拨实验阳性是椎管外软伤，是经验，道理无解。腓总神经按压试验操作法：患侧小腿伸直，按压腓骨小头下方的腓总神经通过处，若出现压痛、沿小腿外侧的传导痛、酸、胀、麻、木等感觉为腓总神经按压试验阳性。

100. 股内收肌群痉挛或者挛缩引起股骨相应的前屈和内收，导致梨状肌、臀大肌、臀中肌、臀小肌、阔筋膜张肌过度拉长和紧张（所以松解内收肌就是间接松解臀部肌肉，臀部肌肉放松，也能间接放松腰部肌肉），病例：男，工人，28岁，左腰痛并发典型坐骨神经放射痛三年，久治无效，检查：大腿外展严重受限，耻骨附着处压痛点敏感，内收肌群耻骨附着处松解后，病人顿觉左腰腿痛突然消失。

101. 大小菱形肌、前锯肌、肩胛提肌止点都在肩胛内侧缘，当这些肌肉中任何一块受伤，运动时各肌肉不能同步配合，都会引起附近其他相关联肌肉的代偿性损伤。

102. 右臀内侧痛，右髂后下棘压痛（实际是臀下神经压痛点）敏感，行右髂后下棘臀大肌附着处手术，实际上间接松弛了臀下神经，术后腰腿痛明显缓解。

103. 成人股骨头缺血性坏死不论是轻度、中度、还是重度股骨头变形均不是疼痛的发病原因，疼痛来自腰臀部和腿部根部的损害性软组织。

104. 乳腺小叶增生引起乳房痛，在背伸肌群处行密集型压痛点银质针，乳房痛立即消失，乳腺小叶增生不是乳房痛的原发病因，疼痛来源于背部软组织损害向前或耻骨部软组织损害向上的传导痛，故原发部位治疗可使乳房的传导痛不治而自愈。

105. 双腰部深层及腰三水平以下的游离并发肌束端完全断裂和上缩，通过瘢痕组织的连接和与骨面重新粘附长牢后，不会产生腰部功能的影响，这也就为日后开展项、背腰部伸肌群横断手术提供了可行性认识。

106. 左大腿根部软组织松解手术中，将肌群从耻骨上下支和坐骨结节附着处完全切开，肌群完全松弛后，病员在手术台上顿觉左腰痛、髌外侧痛、和下肢放射痛立即自行消失。（可参见《软组织外科学》第 582 页，病例 44）。

107. 按压右 S1~S4 中棘和背面，立即引出右小腿外侧的痛麻加剧。治疗右 S1~S4 中棘和背面，小腿外侧痛麻消失。（腰臀痛，右大腿内侧痛，右小腿外侧痛，右大腿根部松解后，腰臀腿痛全消失，25 年后复查没复发，可参见《软组织外科学》第 620 页，病例 110）。总结：小腿外侧痛，或者某个部位痛，原发点可有多个选择，治疗点也就可以多个。

108. 右膝痛突出，上下楼梯时更明显，右髌骨下脂肪垫松解，痊愈。（宣老治疗膝关节痛一般都是松解有压痛的脂肪垫）。

109. 腰椎脊柱左（痛）侧凸和后凸，当左腰骶椎腰部深层肌附着处切开剥离后，侧凸和后凸就自行消失，可见这类畸形多与椎管外软组织损害有关。

110. 左 12 肋下缘和腰 1~4 横突尖软组织切开剥离和定型的左臀部软组织松解手术后，左腰腿痛全消失，右腰臀痛也不治自愈。

111. 用 1%普鲁卡因注射液 10 毫升在左髂翼外三肌附着处局部封闭后，小腿、踝、前足、和五足趾的麻木刺痛完全消失以及前足和足趾立即恢复自主性伸展功能，当局麻作用过去后，患侧又恢复原来的病态。

112. 直腿伸腰无征象，左腰脊柱三种试验检查阳性，诊断属于椎管内为主的混合型软组织损害性左腰臀痛并发下肢传导麻痛。

113. 将内踝胫骨后肌腱鞘完全切开和此肌腱游离后，病人顿感右足背不适感消失，当将外踝腓骨长短肌总腱鞘完全切开和两肌腱分别游离后，又感右小腿外侧和足趾的不适感以及右臀和腰骶的残留痛也立即消失，由此可知，机体的软组织损害的低位痛可以向上传导引起高位痛。（可参见《软组织外科学》第 750 页，病例 271）。

114. 三种试验检查阴性的极少数罕见病例仍有合并腰椎管内病变的可能性（可参见《软组织外科学》第 767 页，病例 286）。

115. 单独的原发性腰椎管外软组织损害性疼痛大反射性肌痉挛导致腰脊柱出现侧凸或曲度改变，疼痛经久不愈，则痛侧腰椎管内脂肪长期被限制在缩短或拉长的非生理性位置上，易发生粘连和变性，导致这些变性脂肪的血供不佳，因而继发了潜在无菌性炎症的病理基础。

116. 左内外踝痛突出，局麻下行左内外踝后下方软组织松解手术，手术完毕，患者顿觉原有的左腰臀痛完全消失，这是上病下治的病例（可参见《软组织外科学》第 854 页，病例 377）。

## 脾胃病治疗经验一得

作者：王谢江 1980

链接：<http://bbs.iiyi.com/thread-1263492-1.html>

1. **重升降，利枢机** 升降出入是人体生命活动的基本形式，脾胃同居中焦，是人体升降的枢纽，升则上输于心肺，降则下归于肝肾。脾主运化，胃主受纳，脾主升清，胃主降浊，脾为脏属阴，胃为腑属阳；脾喜燥，胃喜润，二者性质和功用相反相承。二者只有协调一致，才能通上达下，使“清阳出上窍，浊阴归六腑”。由于脾胃的特殊地位和作用，因此，在诊治疾病时特别强调脾胃之升降功能，认为脾胃升降有序则气行有序，气行有序则血滞、痰阻、湿郁自行消散。基本方如下：升麻 4 克，柴胡 5 克，枇杷叶 10 克，川朴 12 克，枳壳 10 克，苍术 15 克，干姜 9 克。用柴胡、升麻以升清，枇杷叶、枳壳、川朴以降浊，苍术以燥湿运脾，干姜以温运脾阳。根据脾胃的升降、纳运功能特点，在治疗脾胃病时，非常强调“动”的概念，认为死水一潭无助于脾胃病的治疗。同时认为，只有纳才有可能运，只有浊气下降才有可能清气上升，因此，调理脾胃虽升降并用，但应有所侧重，总的原则应以通降为主。

2. **理脾胃、安五脏乱** 脾胃为水谷之海、气血生化之源，共为后天之本。《素问·太阴阳明论》：“脾病不能为胃行其津液，四肢不得禀水谷之气，气日以衰，脉道不利，筋骨肌肉皆无以受气而俱病”。由此可见，脾胃有病，常影响他脏。如脾胃虚弱，营血亏乏，心火独盛则心烦、心悸、怔忡等，脾胃虚弱，不能散精于肝或土壅

我为人人，人人为我



木郁而见头眩、情志抑郁、胁痛等;脾胃虚弱, 气血乏源, 无以化肾精而致肾亏。因此, 认为在多数情况下, 脾胃之病是导致他脏之病的根源, 本着治病求本的思想, 在治病时非常强调调理脾胃, 进而达到安抚他脏之功。

**3. 调五脏、益脾胃** 治疗脾胃病时, 非常重视调理与之相关的脏器。脾主运化属土, 肝主疏泄属木, “土得木而达”。一旦情志抑郁, 木亢克土可致脾胃病或致原有脾胃病加重。因此, 在原有理论“见肝之病, 知肝传脾, 当先实脾”的基础上总结出“见脾(胃)之病, 知肝侮脾, 当佐疏肝”, 临床治疗脾胃病时, 每于基本方上加用 1-2 味疏肝利胆之品, 如金钱草、茵陈、栀子等。治疗脾胃病时, 也非常重视肺及大肠对脾胃升降功能的影响。认为宣肃肺气及通导大便有助于脾胃升降功能的正常, 多在其基本方中加用杏仁、枇杷叶、蚕砂等, 以达子(肺、大肠)健母(脾、胃)安。认为脾胃与肾关系密切, 肾阳之温煦有助于脾胃的受纳腐熟运化, 若肾失温煦, 摄纳无权, 胃失和降, 脾失温运, 则受纳不能, 运化不及, 而致胃气上逆、清气下陷; 同时认为, 胃阴与肾阴的关系也很密切, 胃喜润而恶燥, 脾胃之功能除需阳气之温煦外, 尚需阴液的滋润, 正如叶天士所言“阳明燥土, 得阴则安”。况且胃润又是胃通降的前提, 不润则不降, 唯使肾阴足则胃阴启, 胃阴上济则能饮食, 下达则二便通调。基于上述认识, 在治疗脾胃病时多略兼补肾, 若偏于阳虚则加用肉苁蓉、补骨脂、巴戟天, 甚则附子、肉桂等; 若偏于阴虚则加用何首乌、制女贞子等。

**4. 寒湿并用, 通补兼施** 脾主运化升清, 喜燥恶湿; 胃主受纳降浊, 喜润恶燥; 在病理上, 脾多虚寒, 胃多实热。因此, 临床上脾胃病多表现为寒热错杂, 虚实相兼。基于以上观点, 对脾胃病的治疗多寒热并用, 通补兼施, 并认为由于各药归经的侧重点不同, 即使药性相反的药物配伍, 也不会彼此削弱对方的治疗作用。如既有脾阳虚又有胃火盛的患者, 就可用温脾阳的干姜、良姜、肉桂, 又可同时用石膏、黄连、公英以清胃火; 既有脾虚又有胃滞的患者, 就可既用健脾益气的黄芪、人参, 又用消食化积的谷麦芽、鸡内金。治疗脾胃病采用寒湿并用、通补兼施的理论源于《伤寒论》“心下痞而复恶寒汗出者, 附子泻心汤主之”, 此条为辨热痞兼阳虚的证治, 方用大黄、黄连、黄芩之苦寒, 以清泻上部之邪热达到消痞的目的, 用附子之辛热以求扶阳固表, 此为寒热补泻并投互治, 药虽同行, 而功则各奏。

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

### 女贞子

**别名：**青蜡树、大叶蜡树、白蜡树、蜡树。

**来源：**木犀科植物女贞的干燥种子，主产于长江以南至华南、西南各省区，向西北分布至陕西、甘肃。朝鲜也有分布，印度、尼泊尔有栽培。

**形态：**灌木或乔木，高可达 25 米；树皮灰褐色。枝黄褐色、灰色或紫红色，圆柱形，疏生圆形或长圆形皮孔。叶片常绿，革质，卵形、长卵形或椭圆形至宽椭圆形，长 6~17 厘米，宽 3~8 厘米，先端锐尖至渐尖或钝，基部圆形或近圆形，有时宽楔形或渐狭，叶缘平坦，上面光亮，两面无毛，中脉在上面凹入，下面凸起，侧脉 4~9 对，两面稍凸起或有时不明显；叶柄长 1~3 厘米，上面具沟，无毛。圆锥花序顶生，长 8~20 厘米，宽 8~25 厘米；花序梗长 0~3 厘米；花序轴及分枝轴无毛，紫色或黄棕色，果时具棱；花序基部苞片常与叶同型，小苞片披针形或线形，长 0.5~6 厘米，宽 0.2~1.5 厘米，凋落；花无梗或近无梗，长不超过 1 毫米；花萼无毛，长 1.5~2 毫米，齿不明显或近截形；花冠长 4~5 毫米，花冠管长 1.5~3 毫米，裂片长 2~2.5 毫米，反折；花丝长 1.5~3 毫米，花药长圆形，长 1~1.5 毫米；花柱长 1.5~2 毫米，柱头棒状。果肾形或近肾形，长 7~10 毫米，径 4~6 毫米，深蓝黑色，成熟时呈红黑色，被白粉；果梗长 0~5 毫米。花期 5~7 月，果期 7 月至翌年 5 月。

**栽培：**女贞喜温暖湿润气候，喜光耐荫，不甚耐寒，对土壤要求不严，以砂质壤上或粘质壤上栽培为宜，但在红、黄壤土上亦能生长。

**性味功能：**味苦、甘；性凉。补益肝肾、清虚热、明目。

**用途：**用于头昏目眩；腰膝酸软；遗精；耳鸣；须发早白，骨蒸潮热；目暗不明。

**用法用量：**内服 6~15 克，外用适量。

我为人人，人人为我





## 专业交流

经验鉴别：外果皮薄，中果皮稍厚而松软，内果皮木质，黄棕色，有数条纵棱，破开后种子通常 1 粒，椭圆形；一侧扁平或微弯曲，紫黑色，油性。以粒大、饱满、色黑紫者为佳。



我为人人，人人为我



## 鸡冠花

**别名：**鸡公花、鸡髻花、鸡冠头。

**来源：**樟科植物乌药的干燥块根。主产于安徽、江苏、浙江、福建、台湾、广东、广西、江西、湖北、湖南、陕西等地。

**形态：**本品为穗状花序，多扁平而肥厚，呈鸡冠状，长8~25厘米，宽5~20厘米，上缘宽，具皱褶，密生线状鳞片，下端渐窄，常残留扁平的茎。表面红色、紫红色或黄白色。中部以下密生多数小花，每花宿存的苞片及花被片均呈膜质。果实盖裂，种子扁圆肾形，黑色，有光泽。体轻，质柔韧。无臭，味淡。



**栽培：**喜温暖气候。对土壤要求不严，但以排水良好的夹砂土栽培较好。

**性味功能：**味甘、涩，凉。收敛止血，止带，止痢。

**用途：**用于吐血，崩漏，便血，痔血，赤白带下，久痢不止。

**用法用量：**内服6~12克。

**经验鉴别：**颜色较深，有红、浅红、白等颜色；中部以下密生许多小花，各小花有膜质灰白色的苞片及花被片。蒴果盖裂；种子黑色，有光泽。气无，味淡。以朵大而扁，色泽鲜艳的白鸡冠花较佳，色红者次之。

编辑：王颖健

责任编辑：金陵一剑

## 呕吐、腹泻 1 月余，加重 1 天

作者：anne 医生

链接：<http://bbs.iiyi.com/thread-3379260-1.html>

### ●病例摘要：

一般资料：患儿，男，52 天。

代主诉：呕吐、腹泻 1 月余，加重 1 天

现病史：患儿系第一胎，第一产，足月剖宫产，出生时体重 4.0kg。无窒息史。出生时哭声响亮，羊水、胎盘、脐带无异常，生后纯母乳喂养。1 月前出现腹泻，1 日 3-4 次，为黄色稀便或黏液样便，量中等，伴呕吐，吃奶后可诱发，呕吐物为食物或胃内容物。无发热，无排便时哭闹，无大便带血。在院外用药（婴儿健脾散、蒙脱石散等）无明显疗效。自昨日喂“羊脑”后（注：当地有给婴儿吃羊脑膈肠子习俗，据说，膈完肠子后，患儿添加辅食时不挑食，容易添加）呕吐症状加重，且出现面色苍白，精神不振，遂急来就诊。

母孕期健康，无特殊家族史。

入院查体：T：37.1℃；P：108 次/分；R：30 次/分；Wt：6.50Kg。男性患儿，发育正常，营养一般，神志清，精神不振，刺激反应差，面色苍白。全身皮肤粘膜未见黄染、皮疹，皮肤弹性稍差，浅表淋巴结未触及肿大。头颅无畸形，毛发分布均匀，有光泽，前囟门平，张力中等，眼睑无浮肿，眼窝无凹陷，结膜无充血，巩膜无黄染，双侧瞳孔等大等圆，直径 2.5mm，对光反射灵敏。耳廓无畸形，外耳道无分泌物。鼻腔通气畅，鼻翼无扇动。口唇稍干燥，无紫绀，口腔黏膜光滑，咽部无充血，软腭可见针尖状出血点（否认有针刺史）。双增殖体无肿大。颈软，气管居中，甲状腺无肿大。胸廓对称，无畸形，双侧呼吸运动对称，无吸气三凹征，双肺呼吸音粗，未闻及干湿性啰音。心率 108 次/分，律齐，心音有力，各瓣膜听诊区未闻及杂音。腹部稍膨隆，两侧对称，未见胃肠蠕动波，无压痛及反跳痛，肝脾未触及，未触及包块，叩诊鼓音，肠鸣音活跃。肛门及外生殖器无异常。脊柱四肢无畸形，四肢活动自如，各关节无红肿。双下肢无水肿，肱二头肌反射正常，腱反射、踝反射正常，双侧布氏征、克氏征、巴彬斯基征阴性。

辅助检查：血常规：WBC： $7.30 \times 10^9/L$ ；N：17.50%；L：71.90%；M：10.6%；Hb：95g/L；RBC： $3.10 \times 10^{12}/L$ ，MCV：91.8fl，MCH29.9pg，PLT： $225 \times 10^9/L$ 。血糖：4.46mmol/L。大便常规：黄色稀便。镜检：脂肪球++，白细胞+/HP，余（-）。隐血试验：（+）。尿常规：尿蛋白（+），胆红素（+），维生素C（+++），余（-）。腹透：肠腔大量积气，未见液平及膈下游离气体。

住院经过：入院后给予输液、应用抗生素抗感染、对症支持治疗。患儿病情无缓解，出现烦躁不安、尖声哭叫。前囟门张力增高，予对症处理后好转。但于同一天夜班时突然出现抽风1次，表现为双眼凝视，口吐白沫，头后仰，四肢抖动。经积极处理，病情平稳后转院治疗。

### ●讨论：

（1）本例可能的诊断是什么？需完善哪些检查才能确诊？

（2）本例处理是否得当？其惊厥发生的原因是什么？

### ●临床讨论：

#### 雾中看花：

侵袭性肠炎？做大便细菌培养，然后用抗生素。

输液太多，电解质紊乱，水中毒？缺钙？缺镁？都可引起惊厥。曾见过“胃肠炎相关性惊厥”一病，但此患者也太小了，应当不是此疾，不知做了脑电图没有，是否异常放电——癫痫，想复杂化了，考虑到脑疾。

bill\_74618：

病毒性脑炎也应排除。从一元论讲，病脑可出现这些相关症状。

正版马赛克：

过敏性腹泻？吃点水解蛋白奶粉看看，抗过敏治疗。

anne 医生：

过敏性腹泻，血常规中嗜酸性粒细胞不高，后来的病情不好解释。

### ●诊疗过程：

（1）临床特点：①52天婴儿，纯母乳喂养，隐匿性发病；②足月剖宫产，产时无异常，出生体重4.0kg；③腹泻史较长，此次发病前有进食“羊脑”诱因；④查体见反应差、面色苍白，软腭针尖状出血点，心肺（-），腹部膨隆，肠鸣音活跃；⑤血象不高，轻度贫血，且呈正常色素正常细胞性贫血；⑥病程后期出现尖声哭叫、呕吐、前囟门张力增高、抽风发作。



## 病例讨论

(2) 综合上述特点，科内会诊后，鉴于患儿长期腹泻，纯母乳喂养，存在维生素 K 缺乏的发病基础，查体有软腭出血点，难以用脓毒症、传染性单核细胞增多症解释，贫血不支持营养性、缺铁性或巨幼红细胞性贫血的特征。本例考虑小儿晚发性维生素 K 缺乏症合并颅内高压、颅内出血。预后较差，建议转院治疗。

### 反馈：

转院后，电话随访：患儿转院后给予头颅 CT 示颅内出血。临床诊断：晚发性维生素 K 缺乏症合并颅内出血、继发性癫痫。由于颅内出血量较大，虽经积极抢救，于转院第 3 天后，治疗无效，死亡。

**最后诊断：晚发性维生素 K 缺乏症合并颅内出血。**

### ● 总结：

小儿晚发性维生素 K 缺乏症(deficiency of vitamin K)是由于维生素 K 缺乏引起的凝血障碍性疾病。维生素 K 缺乏，影响某些凝血因子激活，发生凝血障碍而出血。本病为新生儿、婴儿期常见疾病，发生于 1 周内的新生儿叫新生儿出血症；发生于婴儿期的叫晚发性或迟发性维生素 K 依赖因子缺乏症；因肝病、胆病、迁延性腹泻、滥用抗生素引起的维生素 K 缺乏症，叫继发性维生素 K 缺乏症；无上述原因引起的维生素 K 缺乏症，叫特发性维生素 K 缺乏症。其中 90% 系因单纯母乳喂养引起，所以单纯母乳喂养是特发性维生素 K 缺乏症的主要发病原因。维生素 K 缺乏症主要表现是出血，出血可发生在任何部位，常合并颅内出血及肺出血而导致婴儿死亡，颅内出血对婴儿生命威胁最大，尤其是晚发性维生素 K 缺乏症，多见于 3 个月以内单纯母乳喂养而母亲不吃蔬菜的小儿，起病急骤，病情严重，首发症状常常是颅内出血，容易误诊。延误诊治和严重颅内出血常造成死亡，或遗留后遗症。及时补充维生素 K，有肯定效果。出生后补充维生素 K 能预防晚发性维生素 K 缺乏性出血症。因此，对可能引起维生素 K 缺乏的孕妇，哺乳期母亲及小儿应预防性用维生素 K。

症状体征多发生于出生后 1 个月左右，约 90% 以上见于单纯母乳喂养儿，如合并腹泻、使用广谱抗生素、肝胆疾病和长期禁食患儿则更易发生。

总结该病临床特点如下：

(1) 起病急骤、病情严重，多见于生后 4~8 周的母乳喂养儿。

(2) 颅内出血 大多数病例的首发表现为急性或亚急性颅内出血，以蛛网膜下腔、硬膜下、硬膜外出血为多见，脑室、脑实质出血少见。临床上有严重的中枢神经系统机能失常及颅内高压的表现，表现为烦躁不安、高声尖叫、频繁呕吐、反复抽搐，

严重的患儿可出现昏迷，呼吸不规则，可形成脑疝。体检发现前囟饱满，颅缝增宽，Moro 反射、觅食反射消失。

(3) 严重的出血倾向可见皮肤紫癜、黏膜出血，注射部位出血不止，常有呕血、便血。

(4) 贫血 不符合营养性贫血的特征，同时可有出血性贫血。

(5) 实验室检查 凝血时间和凝血酶原时间显著延长。

维生素 K 缺乏症的诊断参考标准：

(1) 存在引起维生素 k 缺乏的基础疾病。

(2) 临床有皮肤、粘膜及内脏轻、中度出血。

(3) PT、APTT 延长，FX，FIX、II 及凝血酶原抗原及活性降低。

(4) 维生素 K 治疗有效。

治疗措施：

(1) 治疗相关基础疾病。

(2) 饮食治疗，多食富含维生素 K 的食物，如新鲜蔬菜等绿色食品。

(3) 补充维生素 K。出血较轻者，维生素 K<sub>1</sub> 口服；持续半个月以上，出血严重或有胆道疾病者应用维生素 K<sub>1</sub> 静脉滴注。

(4) 凝血因子补充，如出血严重，维生素 K 难以快速止血。可用冷沉淀静脉滴注，亦可输注新鲜血浆、新鲜冰冻血浆。

(5) 如有颅内出血，首先要加强护理，保持安静，维持通气，抬高头肩部，推迟喂奶，控制补液；如有高声尖叫、频繁呕吐、反复抽搐等表现，应对症止惊，降低颅内压，恢复脑细胞功能；同时要及时止血，纠正贫血。严重者可手术清除血肿。

启示：

我们习惯说，人生就是一个大舞台。【新论语】有句话说的好：“人生，与其说像跳舞，不如说像摔跤，因为它要求我们立定脚跟，准备好迎接任何不期而遇的打击。”对于纯母乳喂养儿，长期腹泻，并不是好事情，需及时干预处理，否则，可影响维生素 K 的吸收，以致发生晚发性维生素 K 缺乏症。临床上遇到上述情况的小婴儿，发现不明原因贫血和出血倾向时应警惕该病的发生。

## 右下肢疼痛半月

作者: ww2sxy520

链接: <http://bbs.iiyi.com/thread-3407621-1.html>

### ●病例摘要:

一般情况: 70 岁, 女性, 农民。

主诉: 右下肢疼痛半月

现病史: 半月前无明显诱因出现右下肢疼痛不适, 疼痛呈持续性, 夜间不消失。自觉右下肢皮肤冰凉, 行走站立时疼痛明显。无发热、咳嗽、咳痰, 无心悸、胸闷、气短; 无咯血、呕血; 无恶心、呕吐; 未引起患者重视, 随病情进展, 疼痛进行性加剧, 逐渐出现右下肢足趾皮肤青紫、麻木。

患者既往有高血压病史 6 年, 未进行正规治疗, 也未监测血压。

体格检查: T: 37.8℃; BP: 145/95mmHg; P: 92 次/分; RR: 20 次/分。发育、营养一般, 神志清楚, 应答切题。全身皮肤、黏膜无黄染, 浅表淋巴结无肿大。眼睑无水肿, 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, 口唇甲床无紫绀, 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, 双肺呼吸音清, 双肺未闻及干湿啰音。心前区无隆起, 叩诊心浊音界无扩大, 心律齐, 心率 92 次/分, 心脏各瓣膜听诊区未闻及病理性杂音。腹部平坦, 腹壁静脉无显露, 腹肌软, 腹部无压痛, 无反跳痛; 肝区及双肾区无叩击痛, 肠鸣音 3 次/分。右下肢膝关节以下皮温较左侧明显降低, 右足外侧及足趾青紫, 未见皮肤溃烂, 双侧股动脉搏动一致, 右侧腘动脉、足背动脉未能触及。

血常规: WBC:  $11.4 \times 10^9/L$ , N: 79%, L: 13%, HGB: 204g/L, PLT:  $227 \times 10^9/L$ 。

ESR: 34; CRP: 108。

### ●讨论:

目前患者诊断考虑什么? 鉴别? 需要下一步进行哪些检查? 下一步治疗方案?

### ●临床讨论:

金 111music:

深静脉血栓, 与下肢动脉硬化症鉴别。治疗上要抗凝、抗血小板聚集、改善循环、控制血压等。

一夜雨 11LLL:



诊断：深静脉血栓症。

依据：高血压 6 年，半月前无明显诱因出现右下肢疼痛不适，疼痛呈持续性疼痛，夜间仍有疼痛，自觉右下肢皮肤冰凉，行走站立时疼痛明显。右足外侧及足趾青紫，未见皮肤溃烂，还原血红蛋白较高。双侧股动脉搏动一致，右侧腘动脉、足背动脉未能触及。

鉴别：动静脉瘘：动脉造影常直接显示瘘口。

淋巴水肿：可累及生殖器及内脏，后期有橡皮肿，肢体多粗大。

动脉栓塞：5p 征象，起病急骤。

检查：下肢血管彩超，深静脉造影，肺动脉 CT，凝血，生化。

治疗：1. 卧床休息，抬高患肢；2. 抗凝溶栓；3. 该患者出现病情逐渐加重，下肢青紫进行性发展，应立即控制病情，必要时手术治疗，避免下肢溃烂，坏疽。

**天之芽：**

初步诊断：一、周围动脉粥样硬化

诊断依据：1. 有高血压病史的危险因素，血压控制不佳。2. 右下肢疼痛半月，疼痛呈持续性疼痛，伴静息疼痛，伴右下肢皮肤冰凉，活动后疼痛明显，疼痛进行性加剧，逐渐出现右下肢足趾皮肤青紫、麻木（缺血）。右下肢膝关节下皮温较左侧明显降低，右足外侧及足趾青紫，未见皮肤溃烂，双侧股动脉搏动一致，右侧腘动脉、足背动脉未能触及。

二、肺栓塞待排：颈静脉充盈（可能伴肺动脉高压，但患者无呼吸困难等呼吸系统表现）。

鉴别诊断：1. 丹毒；2. 深静脉血栓形成；3. 糖尿病足；4. 坏疽。

完善血生化检查，D 二聚体，下肢动静脉超声检查，肺动脉 CT。

进一步治疗：改善循环，必要时行介入或者手术治疗。

**Liuyuchang：**

下肢动脉粥样硬化，右侧股深动脉闭塞或者次全闭塞。

分析：高血压病史不正规治疗是动脉粥样硬化的重要病因，双侧股动脉搏动，右侧腘动脉无搏动，说明闭塞在股总动脉和腘动脉之间。

鉴别静脉血栓：静脉血栓有明显肢体肿胀。

辅助检查最简便快捷准确，应该查下肢动脉、静脉彩超。可以看到血管堵塞的具体位置。也可以下肢血管造影。

**Aishenzhong：**

## 病例讨论

右下肢动脉血栓性脉管炎。应与血栓性深静脉炎鉴别，后者患肢除疼痛外，其水肿明显，脱落栓子可致肺栓塞。查右下肢血管彩超，D-二聚体、血凝四项、血常规、血糖、血脂等，必要时血管造影。控制高危因素、溶栓、抗凝、抗血小板聚积、扩血管、活血化瘀等，必要时介入或外科手术。

### ● 结论

#### 诊断：下肢动脉栓塞

需注意这几种血管疾病的鉴别：

1. 下肢深静脉血栓形成：血液黏度高、血流缓慢及血管壁的损伤是造成静脉血栓形成的三大主要原因，多发生于各种手术后、长期卧床、肿瘤、长期口服避孕药、下肢制动等人群。表现为小腿腓部肌肉肿胀疼痛和压痛，检查时可有 Homan 征。彩超检查有助于诊断。

2. 下肢动脉硬化闭塞症：多见于腹主动脉下端和下肢的大、中动脉。发病年龄多在 50 岁以上，男性多见，常有高血压、高血脂、糖尿病等病史。早期患肢发凉、麻木、易疲乏及间歇性跛行，后期趾、足静息痛。患肢营养障碍，肤色苍白，皮温降低，感觉减退，趾甲增厚变形，沿动脉径路可闻及收缩期杂音，病变远侧动脉搏动减弱或消失，重者坏疽、溃疡、肌肉萎缩。肢体节段性测压、动脉造影有助于诊断。

3. 血栓闭塞性脉管炎：多发于 20~40 岁男性青壮年，病因不明，一般认为和吸烟、寒冷、创伤等有关，主要累及中小型动脉，较大的动脉较少见，病变为节段性。本病发展过程可分为 3 期：（1）局部缺血期：受寒后感觉足麻木、发凉、疼痛，走路时小腿酸胀、易疲劳，症状逐渐加重，可发生间歇性跛行。行走后患肢小腿或足底即胀痛被迫停步休息后疼痛逐渐消失，再行走时疼痛又出现。患肢动脉搏动减弱或消失，可有游走性血栓性浅表静脉炎。（2）营养障碍期：病情继续发展，患肢麻木、怕冷、发凉明显。夜间疼痛明显，常抱足而坐，不得安眠。患肢动脉搏动消失，局部不出汗，指（趾）甲生长缓慢、增厚、变形。皮肤干燥、红润，呈紫红或苍白色，汗毛脱落，皮肤小腿肌肉萎缩。（3）坏死期：患肢发生溃疡或坏疽，多局限于足趾或足底，可向上扩展至踝关节，为干性坏疽。但发生继发性感染者可变为湿性坏疽。当患肢溃烂后，创面可经久不愈，疼痛加剧。患者逐渐衰弱，胃纳减少，消瘦，可伴有发热，有严重贫血，甚至可发生意识模糊，但发生败血症者很少见。

责任编辑：绿漫天涯

编辑：刘现国

## 医疗资讯

### 贵州省人民医院火腿月饼营业额超 2 亿？医院正面回应

近日，贵州省市民争相排队购买贵州省人民医院的火腿月饼。据网友称购买该月饼“需排四个小时”。据此，9 月 29 日下午，北青报记者联系到贵州省人民医院宣传科，工作人员称，医院卖的不是月饼，而是一种蔬饼，是职工食堂膳食科制作的日常糕点，因食材新鲜、糕点现做广受好评，但一年四季都有售卖，不是仅在中秋售卖。排队是由市民自发的，微博段子“排队绕地球好几圈”有夸张的成分，“月饼营业额超 2 亿”也是无中生有的。该工作人员告诉北青报记者，“我们没有想到这个会这么火，但我们心里是很开心的。”

### 广西首次开通空中医疗急救

9 月 28 日上午 9 时 51 分，横县一名重症创伤患者乘航空医疗救援直升机从横县人民医院出发，39 分钟后，安全抵达位于南宁市西乡塘区大学路的广西医科大学第二附属医院，并成功将伤者转运至急诊 ICU 进行救治。据了解，此次航空转运，是广西首次开通空中医疗救援服务。据了解，目前考虑到空中救援的成本，主要还是在紧急突发公共安全事件发生时，由区级应急部门以上的单位发出启动航空医疗救援指令。个人在特殊情况下也可以向提供服务的民营直升机公司请求救援，并自行支付由此产生的费用。

### 上海交大医学院儿科学院成立 为国内最大规模

为了更好地整合上海交通大学医学院及其附属医院的儿科优质资源，全面提升儿科的学科人才建设，全新组建的上海交通大学医学院儿科学院今天（9 月 29 日）成立，形成国内规模最大的儿科学院，竭力从源头上破题“儿科难”。新成立的儿科学院将以上海交通大学医学院附属新华医院、附属上海儿童医学中心、附属儿童医院为主体，并联合其他附属医院的儿科之力，包括附属瑞金医院儿科、附属仁济医院儿科、附属第六人民医院儿科等，形成国内规模最大的儿科医教研平台，探索医学教育、医学研究、临床实践相结合的整合教学模式。

### 江苏出新规 特级护理不超过 20 分钟不收费

江苏省物价局近日发出规范公立医疗机构护理项目收费的通知，在收费标准不作



调整的基础上,对全省 7 级护理项目及专项护理项目的收费进行规范,其中重症监护、特级护理按“小时”计费,不超过 20 分钟的不得收费。据悉,目前纳入江苏省护理类医疗服务收费项目的包括 7 级护理,指重症监护、特级护理、一级护理、二级护理、三级护理、特殊疾病护理、新生儿护理等,此外还有 7 类专项护理,包括新生儿特殊护理、精神病护理、气管切开护理、吸痰护理、造瘘(口)护理、动静脉置管护理、机械辅助排痰等。

### **各大医院全面停用喜炎平注射液**

近日,国家药品不良反应监测中心监测发现,江西青峰药业有限公司生产的喜炎平注射液在甘肃(涉事批号:2017041303)、黑龙江(涉事批号:2017042303)、江苏(涉事批号:2017061003)共发生十多例寒战、发热等严重不良反应。目前,国家食品药品监督管理总局要求所有医疗机构立即停止使用上述批号产品。据武汉市食品药品监督管理局相关负责人透露,中药注射液不是第一次“出事”。2006 年-2008 年间,由于鱼腥草注射液、刺五加注射液、炎毒清注射液、复方蒲公英注射液等多个品种不良事件集中爆发,使得监管部门不得不重视中药注射液的安全问题。

### **执业药师考试推迟一个月**

日前,人力资源和社会保障部人事考试中心阿布《关于调整 2017 年度执业药师资格考试时间的公告》,明确 2017 年执业药师考试时间由 2017 年 10 月 14 日、15 日,调整到 11 月 18 日、19 日,考试科目、考试内容不变,应试人员可于 11 月 8 日以后打印准考证。对于考试推迟的原因,据相关媒体与人力资源和社会保障部人事考试中心取得联系,得到的回复大概是因为:中国共产党第十九次全国代表大会(简称中共十九大)将于 2017 年 10 月 18 日召开,考试时间调整是为了错开这一世界性的重大会议,无其他原因,考生请放心。

### **北京门诊患者可自主选择购药渠道**

《北京市进一步改革完善药品生产流通使用政策的实施方案》(以下简称《实施方案》)正式发布,23 条新政涉及药品的审批、供应、采购配送、药价监测、医药费控制等。根据《实施方案》门诊患者可以自主选择在医疗机构或零售药店购药,医疗机构不得限制门诊患者凭处方到零售药店购药。《实施方案》提出,医疗机构应按药品通用名及相关规定开具处方,并主动向患者提供处方。门诊患者可以自主选择在医疗机构或零售药店购药,医疗机构不得限制门诊患者凭处方到零售药店购药。同时,北京市还将探索医疗机构处方信息与药品零售消费信息互联互通、实时共享。

## 2017 中国医生生存现状：超八成睡眠不足

2017 年《The Lancet》公布的一项研究中分析了中国 2005 年至 2015 年中国卫生和计划生育委员会公布的卫生年鉴，其中 25-34 岁医生的比例从 31.3%降至 22.6%，60 岁以上医生比例从 2.5%增加至 11.6%。其实，早在《2015 医生流失情况调查报告》中就已经可以看出 80 后医生成为了离职的主力军，并且不少人还是三甲医院的骨干医生。在对医生压力的调查中发现，61.5%的医生认为医患关系是他们最主要的压力来源，近三成医生所在的医院经常发生医闹事件。频繁的医闹事件，尤其是这种秀才遇上兵的情况，日益加深了医生对患者的心理恐惧，也造就了医患之间长久积累的信任危机。

## 研究发现服用抗抑郁药物可增加死亡风险

根据 mcmaster 领导的研究小组的最新发现，抗抑郁药物，通常是用来减少抑郁和焦虑的，增加了死亡的风险。众所周知，大脑血清素会影响情绪，而最常用的抗抑郁剂治疗抑郁症会阻碍神经细胞吸收血清素。然而，人们不太了解的是，身体的所有主要器官，心脏、肾脏、肺、肝脏，都使用血液中的血清素。抗抑郁药阻碍了这些器官中血清素的吸收，研究人员警告说，抗抑郁药物可能会通过阻止多种器官正常运作而增加死亡风险。有趣的是，关于抗抑郁药物的新闻并不全是坏事。研究人员发现，抗抑郁药物对心脏病和糖尿病等心血管疾病患者无害。这是有道理的，因为这些抗抑郁药具有稀释血液的作用，对治疗此类疾病很有用。

## 戒烟可显著降低中风患者不良预后率

近日研究人员评估了缺血性卒中或短暂性脑缺血发作后戒烟对预后的影响。本次研究是胰岛素抵抗对脑卒中预后影响的二次分析，在这项前瞻性观察性队列研究中，招募了 3876 名脑卒中患者，在脑卒中后 180 天内随机服用吡格列酮或安慰剂，随后平均随访 4.8 年，研究在基线以及随访过程中记录参试者吸烟情况。研究的主要终点是中风复发、心肌梗死(MI)或死亡。对年龄，性别，中风指数，中风史，高血压病史，冠状动脉疾病史收缩压和舒张压进行调整后，采用 Cox 回归模型考察 4.8 年内患者中风复发、心梗以及死亡与吸烟的关系。研究发现，1072 名(28%)参与者正在吸烟，但其中 450 名(42%)参与者戒烟。在戒烟者中，5 年的中风复发、心梗以及死亡为 15.7%，而持续吸烟者为 22.6%(调整后风险 0.66，95%，CI，0.48-0.90)。

责任编辑：永恒流星

【一起侃大山】活动优秀文贴选摘

## 你喜欢手写吗？你还有收到手写信件吗？

作者：品味淡泊

链接：<http://bbs.iiyi.com/thread-3408469-1.html>

【大山】：

亲爱的朋友们，你们觉得“无手写”时代，手写信是否还有必要呢？你还有收到过手写的信吗？或者你觉得收到手写信是怎样的体验呢？你每天都有手写吗？喜欢手写吗？

欢迎朋友们在此跟帖，畅所欲言吧！

【侃大山】：

**品味淡泊：**我喜欢手写，现在每天都会写点东西。但是现在都没有收到过朋友们手写的书信，希望我的朋友们都有跟我一样的心态，把手写重视起来。

**ngf1978：**在医院里工作，所谓的无纸化办公，又或者一切电子化，总之手写越来越少了，连签名都是电子的了，但是我还是很喜欢手写，只是无聊的时候随便写写，写一会儿就心情很好了。手写的信很多年都没有收到了，如果收到了，那对方一定是有问题了。

**品味淡泊：**说不定哪天忽然就流行手写了呢！

**ngf1978：**不过，书法还是挺流行的，这也算手写吧。

**ngf1978：**学生们写情书多半还是手写的。

**品味淡泊：**我们那个时候是手写，但是不知道现在的孩子是怎么来表达和联系的。等我去侦察下吧！

**ngf1978：**侦查到了告诉我一下。

**蔡 ys：**现在这个信息化的时代很少动笔写信什么，就是整天在处方上写一些药名和自己签名而已。每年考核和校验都是在电脑上操作，也无法真正地书写些什么，可有些字写出来好像都不认识的。一个字这样写对不对自己都感到疑惑的。

**kaixindou1：**没有写信的动力了，但是写一些帖子类的文字我还是用手写的方式的。



# 开车的男人该让别的女生坐哪合适？

作者：品味淡泊

链接：<http://bbs.iiyi.com/thread-3410314-1.html>

**【大山】：**

副驾驶是女朋友专属？

最近，网上一事特火，男朋友让别的女生坐副驾驶座，女友坐后排，现在要分手……

一方：副驾驶是女朋友专属，亲近的人才可以坐副驾驶。

另一方：坐车基本礼仪是坐副驾驶，不然就是把开车的朋友当司机。

大家怎么看？

**【侃大山】：**

**品味淡泊：**我家车子副驾驶的位置是我的专属。

不过也有特殊情况，比如跟长辈，跟丘的好朋友（仅限男士哈），那我就得主动让座。

**Zmdzfx：**我是主驾驶，副驾驶是没在意。

**品味淡泊：**呵呵，问题一样啊。

副驾驶让你老公坐还是男性朋友坐？

**jmjZy：**这个没有规定，看情况的。

**品味淡泊：**如果让你选择呢？

女朋友和女性朋友呢？

**jmjZy：**我一般开车出去都是和家里人，副驾室一般是爱人，孩子，前辈等。

**1kr200652100：**我们这儿是，很少有副驾驶。所以，副驾驶的位置一般都比较重要的人坐的，主要是为了聊天方便。女朋友当然地位高于别的女生，如果是将女朋友丢在不方便聊天亲近的后排，而让其她女生坐旁边，女友的确被冷落，是很不正常的。女友一定很受刺激而有反制动作的。

**ww2sxy520：**副驾驶必须要留给女友，这样聊天的时候才能不时看到表情，知道女友是不是随时会变天。

**品味淡泊：**给我感觉，你是一个非常体贴的人。

**ww2sxy520：**其实主要是家有悍妇啊。

**ngf1978:** 我们很少坐副驾驶，副驾驶用来放我的包，外人坐副驾驶，家人坐后排，下车方便。

**品味淡泊:** 倪版，假如让你选择呢？就 2 个人，一个是你爱人，一个是女性朋友。

**ngf1978:** 她俩个都坐后面，两个女人还可以八婆一下。

**舒省:** 舒省每天活动范围不大，安步当车。因为晕车，乘车都坐前面。

责任编辑: yemengzhe



## 编读往来

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

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

## 心电图读图第七十二期 答案解析

作者：trg

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

**【心电图参考诊断】**1. 窦性心动过缓；2. II度II型窦房阻滞；3. 交界性逸搏，不完全性右束支阻滞（快频率依赖性可能）；4. QTu 间期延长，建议查电解质。

**【心电图诊断依据】**PP 间期呈短、长两种，长 PP 间期是短 PP 的两倍，短 PP 与短 PP 相等约为 1.04 秒，P II、III、AVF 正负双向，PavR 倒置，符合窦性 P 波特征，部分 QRS 波前无 P 波，为交界性逸搏，逸搏周期为 1.48 秒，QRS 时限 0.10，终末 s 波较小，P 波在交界性逸搏后的形态略有不同，PR 间期也略延长，考虑是因为落在 u 波上的缘故，PR 间期考虑与交界性逸搏产生的干扰性延长，而窦性 P 波下传的 QRS 波形态略增宽，V1 导联 QRS 呈 rSr' 型，I、AVL、V5、V6 终末 S 波增宽，AVR 终末 r



波增宽，符合不完全性右束支阻滞特征。不排除与快频率依赖性有关，本图胸导联 u 波明显，导致 QTu 间期延长。



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，

## 爱爱医杂志稿约

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](mailto: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。