

# 愛愛醫

2018



HAPPY NEW YEAR!

第二期 总NO. 97

Volume 9, number 2, Feb. 2018

# 刊首语

## 青春，我们从未辜负

作者：wsly9669

链接：<http://bbs.iyyi.com/thread-3426012-1.html>（15 楼）

经常听人唱起那些经典的老歌  
在一个个忙碌过后的夜晚  
徐徐的晚风  
皎洁的月光  
长长走廊里护士轻轻脚步  
似最美的音符  
唱响在每一个患者的心头  
温柔的呵护着他们的睡眠  
但愿每一分巡视  
每一秒守候  
都能为病人换取一丝宁静  
一份安心  
在每一个寂静的夜晚  
就这样  
静静的  
静静的  
迎接新的黎明的来到

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：张常哲

顾 问：杨俊标

编 委：王颖健 刘延红 刘宇峰 刘现国

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：463767990（QQ）

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：400-6269910

特别说明

杂志内容来源于爱爱医论坛，仅作内部交流使用，请勿商用，我们保留相关权益。欢迎业内交流和传播。因编者均为业余时间义务制作，书中错误在所难免，恳请读者批评指正。笔者审稿能力有限，如不慎侵犯您的版权，请来信提醒，我们将及时作出改正。

## 刊首语 专家讲坛 关注 专业交流 西 医

## 专业交流 中 医

## 识 草 药

## 病例讨论

## 医疗资讯 医网情深

## 编读往来

## 荣 誉 榜 杂志稿约

青春，我们从未辜负.....	1
国外痛风治疗指南演变及比较.....	1
中成药说明书，请说得再明些.....	4
右基底节出血纵轴穿刺引流一例.....	7
门诊纪实：从新生儿败血症说起.....	12
“外痔疮”图片分析详解.....	13
小儿支气管哮喘的治疗和预防.....	18
儿童青少年高血压.....	19
一例险些漏诊的脾破裂.....	20
超声入门贴 577——“诡异”的急性尿潴留.....	21
浅谈高位肛瘘的保留括约肌术式和切口的选择... ..	24
心电图读图第 77 期.....	28
运用国医大师孙光荣的扶正组合方治疗慢性咽喉炎的体会.....	31
关于针灸减肥的一些经验.....	32
腰股三角的临床运用.....	33
芍药临床体会.....	35
祖传系列故事之一治胆结石（囊炎、息肉）无影刀：当归、柴胡、白芍之合力.....	36
太乙膏的炼制.....	37
自己总结的痹证方.....	38
枫杨.....	40
树舌.....	41
持续低热 10 天.....	43
出乎意料的肝功异常.....	45
医疗资讯.....	48
父爱如山.....	51
2017 年底小驻.....	52
编读往来.....	54
心电图读图第 76 期答案解析.....	54
2018 年 1 月爱爱医论坛荣誉榜.....	56
爱爱医杂志稿约.....	57

# 国外痛风治疗指南演变及比较

作者：刘磊等

链接：<https://bbs.iiyi.com/thread-3430350-1.html>

刘磊, 薛愉, 朱小霞, 邹和建

**摘要:** 痛风是因长期高尿酸血症导致尿酸盐晶体沉积在关节、肾脏及其他软组织诱发的一组炎症性疾病, 且其发病率逐年升高, 已成为威胁人们健康的重要疾病。近 10 年来, 相关的国家(组织)根据临床研究证据相继发布了痛风的治疗指南并不断更新。文章对目前国际上广泛采用的治疗指南: 2007 年英国风湿病学会指南、2012 年美国风湿病学会指南、2014 年多国专家发布的 3e 指南和 2016 年欧洲抗风湿病联盟痛风治疗指南做一比较与总结, 为广大临床医生提供参考。

**关键词:** 痛风; 高尿酸血症; 指南; 别嘌醇; 非布司他; 秋水仙碱

**中图分类号:** R589.7 **文献标识码:** A

**Evolution of treatment recommendations for gout in abroad.** LIU Lei, XUE Yu, ZHU Xiao-xia, ZOU He-jian. Department of rheumatism, Huashan Hospital of Fudan University, Shanghai 200040, China

Corresponding author: ZOU He-jian, E-mail: [hjzou@fudan.edu.cn](mailto:hjzou@fudan.edu.cn)

**Abstract:** Gout is a group of inflammatory diseases caused by deposition of urate crystals in the joints, kidneys and other soft tissue due to a long-term hyperuricemia. Gout has become a serious threat to people's health, with the prevalence increasing year by year. Over the past 10 years, some countries (organizations) have issued guidelines for treatment of gout based on the clinical research which are constantly updated. In this review, we compared and summarized the current widely-used international treatment guidelines: the 2007 British Society for Rheumatology guidelines, the 2012 American College of Rheumatology guidelines, 2014 multinational experts-issued 3e guidelines and the 2016 European League Against Rheumatism gout treatment guidelines.

**Keywords:** gout; hyperuricemia; guidelines; allopurinol; febuxostat; colchicine

痛风是目前国内外最常见的关节炎之一, 在过去的十余年里各国(组织)发布了不少相关的治疗指南, 其中被广泛应用的有 2007 年英国风湿病学会指南<sup>[1]</sup>(以下简称 BSR)、2012 年美国风湿病学会指南<sup>[2-3]</sup>(以下简称 ACR)、2014 年多国专家发布的 3e(Evidence, Expertise, Exchange)指南(以下简称 3e 指南)和 2016 年欧洲抗风湿病联盟痛风治疗指南(以下简称 EULAR)<sup>[4-5]</sup>。上述指南均认为患者教育在痛风治疗中有重要地位, 但是在痛风的治疗, 特别是慢性痛风石性痛风的治疗中存在不少差异, 本文将着重在痛风的药物治疗方面对以上指南的异同点做一评析。

## 1 急性痛风的治疗

对于急性痛风的止痛治疗, BSR、ACR、3e 及 EULAR 指南认为秋水仙碱、非甾体类抗炎药和糖皮

质激素几乎是等效的, 在处方时可以根据患者情况选择。虽然各指南均要求以小剂量的秋水仙碱取代以往每 24 h 可累计达 6 mg 的用法, 但具体用法各有不同: BSR 推荐 0.5 mg, 3 次/d; ACR 推荐首日 1.8 mg, 此后每天 1~2 次, 每次 0.6 mg; 3e 指南推荐每天用量不超过 2 mg; EULAR 指南认为在发作后即应予负荷剂量 1 mg, 1 h 后再予 0.5 mg。对于非甾体类抗炎药的使用, 上述指南认为非选择性非甾体抗炎药与选择性 COX-2 抑制剂效果相当, ACR 指南推荐非甾体抗炎药疗程为 1 周, 其他指南未具体说明疗程, EULAR 指南认为如有必要, 可以联用质子泵抑制剂。ACR 指南建议在急性期可用 0.5 mg/kg 体重的泼尼松口服 5~10 d 或用 1 mg/kg 体重的泼尼松 2~5 d, 并在随后的 7~10 d 逐渐减量, EULAR 指南则建议泼尼松的用量为 30~35 mg/d, 共 3~5 d, 3e 指南也认为短期口服糖皮质激素是有效的, BSR 指南未提及口服糖皮质激素。关节腔内注射糖皮质激素被上述各指南所认可, 特别是针对易行穿刺操作的单关节急性痛风。

基金项目: 国家自然科学基金项目(81671588)

作者单位: 复旦大学附属华山医院风湿科, 复旦大学风湿、免疫、过敏性疾病研究中心, 上海 200040

通信作者: 邹和建, 电子信箱: [hjzou@fudan.edu.cn](mailto:hjzou@fudan.edu.cn)



ACR 指南对严重的急性痛风有具体定义:VAS 评分大于7分或累及多关节或至少累及1个大关节。EULAR 指南建议根据累及的关节数及病程判断急性痛风的严重程度。ACR 及 EULAR 指南均推荐秋水仙碱联合非甾体抗炎药或秋水仙碱联合糖皮质激素治疗严重的急性痛风,ACR 指南特别指出对于严重的急性痛风可在起始治疗时就考虑联用白细胞介素-1(IL-1)阻滞剂。若患者对3种急性期止痛药物均有禁忌证或上述药物无效,则应考虑 IL-1 阻滞剂。BSR、ACR 及 EULAR 指南均推荐在药物治疗的基础上联合非药物治疗,例如冰敷及休息等。

## 2 降尿酸治疗的指征及时机

降尿酸治疗的指征一直备受争论,而每年痛风发作的次数被所有指南采纳作为开始降尿酸治疗指征的判断指标。BSR 指南推荐每年发作大于1次即可开始降尿酸治疗,ACR 及 EULAR 指南则将此标准定为 $\geq 2$ 次/年。痛风石亦被上述指南采纳作为开始降尿酸治疗指征。BSR、ACR 和 EULAR 指南将慢性肾脏病作为降尿酸治疗的指征。近年的研究表明痛风及高尿酸血症是心血管事件的独立危险因素,而若在第二次痛风发作之后才开始降尿酸治疗,会延长患者暴露于高尿酸的时间;流行病学研究也提示别嘌醇可以降低心血管事件的发病率及合并痛风的充血性心力衰竭患者的病死率,因此 EULAR 指南建议对于合并高血压、缺血性心脏病及心功能不全的患者在第1次痛风发作后就应开始降尿酸治疗<sup>[6-9]</sup>。高水平的尿酸( $>480\mu\text{mol/L}$ )与频繁的痛风发作有关<sup>[10-12]</sup>。高血压、缺血性心脏病和慢性肾脏病又均与痛风频发有相关性,发病时年纪较轻( $<40$ 岁)可能导致更加严重的痛风<sup>[13]</sup>。故 EULAR 指南进一步建议若第一次痛风发作时患者血尿酸 $>480\mu\text{mol/L}$ 或发病年龄 $<40$ 岁,可开始降尿酸治疗。EULAR 指南基于近年来的临床研究证据,在每年发病次数、痛风性肾病和肾结石的基础上,增加了对于心血管危险因素、尿酸水平及发病年龄的考量,丰富了降尿酸治疗的指征。

BSR 指南推荐在急性痛风发作缓解后1~2周开始降尿酸治疗,ACR 指南认为在急性痛风缓解后即可开始降尿酸治疗,3e 指南及 EULAR 指南均未对降尿酸的时机做出建议,在目前的临床实践中,多采用 ACR 指南的建议,在急性痛风缓解后即可开始降尿酸治疗。

## 3 降尿酸药物的选择及治疗目标

目前国际上广泛使用的降尿酸药物主要有别嘌醇、非布司他及促排泄药(主要是丙磺舒或苯溴马隆)。BSR、3e 及 EULAR 指南推荐别嘌醇为降尿酸治疗的一线用药。ACR 指南建议将别嘌醇或非布司他为降尿酸治疗的一线用药。别嘌醇因其有效性及经济性在全世界被广泛使用,对于肾功能正常的患者,别嘌醇的起始剂量为 $100\text{ mg/d}$ ,多数指南推荐每2~4周增加 $100\text{ mg}$ 直到血尿酸水平达标,并应根据肾功能调整别嘌醇的用量。多数指南认为可使血尿酸达标的别嘌醇用量应大于等于 $300\text{ mg/d}$ ,ACR 指南提出如果没有不良反应,别嘌醇最大剂量可用至 $800\text{ mg/d}$ 。而 EULAR 指南对此持保守意见,认为目前没有很好的大规模研究来支持大剂量别嘌醇的安全性和有效性,别嘌醇最大剂量的推荐可参考各国对别嘌醇的使用指南或药物说明书。对于特定的人群:韩国人(CKD 3期及以上)、中国的汉族人群及泰国人,ACR 指南认为检测人类白细胞抗原(HLA)-B5801对保障别嘌醇用药的安全性有重要意义。因为这部分人群携带 HLA-B5801 等位基因的比例高,出现别嘌醇致严重药物超敏反应综合征的风险也明显升高。

ACR 指南认为若患者使用别嘌醇或非布司他存在禁忌证或不耐受可改用丙磺舒(苯溴马隆在美国未被批准上市),将其视为选择性的一线用药;3e 指南和 EULAR 指南均将非布司他及促排泄药(包括丙磺舒及苯溴马隆)作为二线用药,在单用别嘌醇无法使血尿酸达标时,可改用非布司他或促排泄药。若单用别嘌醇或非布司他效果不佳,ACR、3e 及 EULAR 指南推荐联用促排泄药。ACR 指南建议丙磺舒用于肾功能正常的患者,EULAR 指南认为对于 $\text{eGFR}>30\text{ mL/min}$ 的轻中度肾功能不全患者也可以使用苯溴马隆<sup>[14-15]</sup>。

多数指南均将降尿酸的目标值定为血尿酸至少 $<360\mu\text{mol/L}$ ,对于严重痛风,应将血尿酸控制在 $<300\mu\text{mol/L}$ ,最新的 EULAR 指南将严重痛风定义为有痛风石、慢性关节病或痛风频繁发作。需要注意的是,若经评估患者体内的痛风石已完全溶解且痛风已缓解后,可将血尿酸控制水平放宽到 $<360\mu\text{mol/L}$ 。对于所有痛风患者,应将血尿酸终身维持在 $<360\mu\text{mol/L}$ 。EULAR 指南还特别提出,基于尿酸的生理作用,在降血尿酸的过程中血尿酸



均不应长期  $<180\mu\text{mol/L}$ 。

#### 4 降尿酸治疗中预防急性痛风发作治疗

在降尿酸过程中因血尿酸降低而出现的急性痛风发作非常普遍且越来越受到重视,预防急性发作的治疗可以大大提高患者治疗的依从性。早在2007年,BSR指南即认为应在降尿酸治疗开始后予患者小剂量秋水仙碱6个月,如用小剂量非甾体类抗炎药,时间不应超过6周。ACR指南则认为无论是小剂量的秋水仙碱、非甾体类抗炎药或激素,用药时间均应为痛风石消失后6个月或对于无痛风石的患者在尿酸达标后再继续用3个月。EULAR指南推荐0.5~1 mg/d的秋水仙碱作为预防急性发作首选用药,对肾功能不全的患者应根据肾功能调整用量,用药时间为开始降尿酸治疗后6个月,若秋水仙碱不耐受或存在禁忌,可考虑用小剂量的非甾体类抗炎药。研究提示小剂量的秋水仙碱还可减少痛风患者心血管事件的发生<sup>[16]</sup>。EULAR指南提到对于有肾功能不全或在接受他汀类药物治疗的患者,应注意秋水仙碱潜在的神经和肌肉毒性;在与细胞色素P450 3A4或P-糖蛋白抑制剂联合使用时,秋水仙碱应减少剂量;对于合并使用强效细胞色素P450 3A4或P-糖蛋白抑制剂者(如克拉霉素、地尔硫卓、环孢素等),应避免使用秋水仙碱。

#### 5 痛风患者的合并用药

ACR指南将洛沙坦、非诺贝特归为促进尿酸排泄的药物,但因其作用较弱,只能作为降尿酸的辅助用药;因阿司匹林对预防心脑血管事件有重要意义,推荐在降尿酸治疗的同时将其保留。EULAR指南建议若痛风患者在服用袪利尿剂或噻嗪类利尿剂,如有可能应以其他类型利尿剂替换;对合并高血压的患者,可选用洛沙坦或钙离子拮抗剂类抗高血压药;非诺贝特及他汀类可在降脂的同时促进尿酸的排出,与ACR指南推荐保留阿司匹林的理念不同,EULAR认为如非必须使用阿司匹林,则建议停药。

通过上述对痛风治疗指南的比较及总结可以发现,每次指南的更新都基于新出现的临床研究证据,为我们的临床实践带来新的理念,以期痛风患者带来更大的获益。希望广大临床医生能领会指南的治疗理念、方法和目标,并结合自身经验为患者提供

更好的临床决策。

#### 参考文献

- [1] Jordan KM, Cameron JS, Snaith M, et al. British Society for Rheumatology and British Health Professionals in Rheumatology guideline for the management of gout[J]. Rheumatology (Oxford), 2007, 46(8):1372-1374.
- [2] Khanna D, Fitzgerald JD, Khanna PP, et al. 2012 American College of Rheumatology guidelines for management of gout. Part 1: systematic nonpharmacologic and pharmacologic therapeutic approaches to hyperuricemia[J]. Arthritis Care Res (Hoboken), 2012, 64(10):1431-1446.
- [3] Khanna D, Khanna PP, Fitzgerald JD, et al. 2012 American College of Rheumatology guidelines for management of gout. Part 2: therapy and anti-inflammatory prophylaxis of acute gouty arthritis. Arthritis Care Res (Hoboken) [J]. 2012, 64(10):1447-1461.
- [4] Sivera F, Andres M, Carmona L, et al. Multinational evidence-based recommendations for the diagnosis and management of gout: integrating systematic literature review and expert opinion of a broad panel of rheumatologists in the 3e initiative[J]. Ann Rheum Dis, 2014, 73(2):328-335.
- [5] Richette P, Doherty M, Pascual E, et al. 2016 updated EULAR evidence-based recommendations for the management of gout[J]. Ann Rheum Dis, 2016.
- [6] Stack AG, Hanley A, Casserly LF, et al. Independent and conjoint associations of gout and hyperuricaemia with total and cardiovascular mortality[J]. QJM, 2013, 106(7):647-58.
- [7] Bhole V, Krishnan E. Gout and the heart[J]. Rheum Dis Clin North Am, 2014, 40(1):125-143.
- [8] Richette P, Perez-Ruiz F. Serum uric acid and metabolic risk[J]. Curr Med Res Opin, 2013, 29 Suppl 3:9-15.
- [9] Krishnan E, Svendsen K, Neaton JD, et al. Long-term cardiovascular mortality among middle-aged men with gout. Arch Intern Med [J]. 2008, 168(10):1104-1110.
- [10] Wu EQ, Patel PA, Mody RR, et al. Frequency, risk, and cost of gout-related episodes among the elderly: does serum uric acid level matter? [J]. J Rheumatol, 2009, 36(5):1032-1040.
- [11] Borderud SP, Li Y, Burkhalter JE, et al. Electronic cigarette use among patients with cancer: characteristics of electronic cigarette users and their smoking cessation outcomes[J]. Cancer, 2015, 121(5):800.
- [12] Singh JA, Reddy SG, Kundukulam J. Risk factors for gout and prevention: a systematic review of the literature[J]. Curr Opin Rheumatol, 2011, 23(2):192-202.
- [13] Yamanaka H. Gout and hyperuricemia in young people[J]. Curr Opin Rheumatol, 2011, 23(2):156-160.
- [14] Perez-Ruiz F, Calabozo M, Fernandez-Lopez MJ, et al. Treatment of chronic gout in patients with renal function impairment: an open, randomized, actively controlled study[J]. J Clin Rheumatol, 1999, 5(2):49-55.
- [15] Fujimori S, Ooyama K, Ooyama H, et al. Efficacy of benzbromarone in hyperuricemic patients associated with chronic kidney disease[J]. Nucleosides Nucleotides Nucleic Acids, 2011, 30(12):1035-1038.
- [16] Deftereos S, Giannopoulos G, Raisakis K, et al. Colchicine treatment for the prevention of bare-metal stent restenosis in diabetic patients[J]. J Am Coll Cardiol, 2013, 61(16):1679-1685.

2016-10-23收稿 本文编辑: 高 森

责任编辑: kangjing\_dr

# 中成药说明书，请说得再明些

来源：人民网—人民日报

地址：<http://society.people.com.cn/n1/2018/0206/c1008-29807213.html>

规格与用法用量关联性不强、不良反应尚不明确、核心要素标示不充分……许多中成药说明书存在的信息不规范、不完整的问题，给患者和医师造成困惑。对此，食药监总局发布指导原则，对中成药说明书作出规范，让用药一目了然。指导原则鼓励企业依据自身情况有计划、自主地推进规范，带动中药行业高质量发展。

冬季流感多发，北京市朝阳区的李女士出现了鼻塞流涕、咳嗽头疼的症状，到药店购买了一盒连花清瘟颗粒，仔细阅读说明书：“规格”为每袋装 6g；“用法用量”为口服，一次 1 袋，一日 3 次。虽然如何用药说得很清楚，但是究竟用了多少药，会不会有副作用让人迷糊。该药标明金银花、红景天等十几种主要成分，但每克的含药量没有标明。同时，说明书中的“不良反应”“禁忌”都是“尚不明确”，只有“注意事项”标明运动员慎用。李女士看后很困惑，运动员不能用，那孕妇能用吗？

中药说明书信息不规范、不完整的问题其实挺常见。国家食品药品监督管理总局日前发布《中成药规格表述技术指导原则》（以下简称《原则》），是否会对中成药说明书规范化有所帮助？让患者用药更明确、更放心呢？

## 方便用药，说明书应动态修订

“中成药把中药饮片做成一定剂型，不用煎煮，方便患者使用。很多中成药都是非处方药（OTC），患者可以去药店直接购买使用。但一看中药说明书就巴掌大小，区区几百字，一些涉及用药安全的项下写着‘尚不明确’‘不详’。这样的说明书不仅不方便患者用药，也给用药安全带来隐患。同时，药师要指导患者用药，需要去查相关文献、技术标准才能搞清楚这些药能不能给孕妇、儿童、老年人等特殊人群使用。”中国药学会医院药专业委员会用药安全专家组组长、北京大学第三医院药剂科原副主任张晓乐说。

“监管政策都是以人为核心，为了保障人民群众的用药安全。此次规范中成药规格，就是为了让医生、患者在用药时一目了然。”食药监总局药品化妆品注册管理司相关负责人说。



比如有些中成药规格与用法用量关联性不强。某文号规格标示为每瓶装 60g，而用量为每次 20 粒，医生或患者并不知道每 20 粒重多少，含饮片多少；若规格标示改为每粒相当于饮片 0.15g，医生或患者用药就更清晰。

再比如，部分文号药品标准中处方为复方，但规格仅仅标示单味药成分的含量，规格标示不全面易产生误导。如复方黄连素片（糖衣片）由盐酸小檗碱、木香、吴茱萸、白芍等组成，但规格标示只说明了每片含盐酸小檗碱 30mg，没有标示复方中其他饮片的剂量，核心要素标示不充分。

当然，中成药说明书的问题不只规格一项，“不良反应”“禁忌”“注意事项”的缺失，存在一定的用药隐患。据了解，有医师在使用某中成药时，因说明书没有任何成分和含量的标明，也没有警示文字，结果用药过量给患者造成伤害。

食药监总局药品化妆品注册管理司相关负责人介绍，很多产品已经上市多年，如果在上市后监测到不良反应，在修改说明书时必须全部说明。药品上市许可持有人制度建立以后，药品上市许可持有人对该药品的安全性、有效性和质量可控性负主体责任。国家药品不良反应监测中心每年也会通过相关渠道给企业反馈信息，今后药品说明书的修订应当是动态的。

### 鼓励自愿，不会短期内“一刀切”

上海中医药大学课题组对 60194 个中药制剂文号规格的描述和统计，近 90% 的中药文号在说明书“规格”项下并没有标示单剂量药品的含药量，而是以重量、装量等来标示规格。以连花清瘟颗粒为例，依据《原则》，其规格应表述为“每 1g 相当于饮片××g”。

有媒体对《原则》解读为至少 90% 的中成药须修改说明书，给人以“一刀切”的感觉。对此食药监总局药品化妆品注册管理司相关负责人说：“像连花清瘟颗粒的说明书规格表述将来确实需要完善，但监管部门考虑到企业成本，目前不会强制规范，鼓励企业依据自身情况有计划地、自主地规范。企业不必担心当前产品的销售，公众在药师指导下用药也能保障安全。”

与之前颁布的《中成药通用名称命名技术指导原则》设置两年过渡期不同，此次颁布的《原则》并没有一个强制执行的时间表。主要鼓励企业自愿自主规范，不会短期内“一刀切”。但如果企业几年下来都不愿自觉规范，监管部门将通过药品上市许



可持有人责任落实、药品再注册等措施形成倒逼态势。

“规范中成药规格的技术标准是个好苗头，说明监管部门重视中药说明书的规范化问题，积极推动中成药管理向科学规范的方向发展。中药和西药（化药）一样，都有两面性，治病救人的同时也有其不良反应，要求从科学的角度规范中成药的药品说明书，其标准不应该比西药低。”张晓乐说。

### 立足长远，规范化倒逼企业发展

中药是国宝，又关系老百姓的生命健康问题，监管部门出台相关政策自然备受关注。近期监管部门针对中成药领域出台相关政策的步伐不断加快。梳理中成药领域的监管政策会发现一个关键词——规范化。

规范化将倒逼中药高质量发展。规范化不是要把中药行业管死，而是为了让行业更好地发展。规范化是中药现代化生产中保证产品质量的重要举措。

“中成药生产企业也应该负起责任来，规格规范这一步其实还迈得相对容易些，对‘不良反应’‘禁忌’‘注意事项’等项目的补充还要做很多工作。一些中成药在市场上销售多年，药厂有责任观察其不良反应，想方设法拿到第一手资料研究完善说明书，才能让自己的产品有更长远的发展。”张晓乐对记者说。

规范化也有利于中药走向世界。近年来，中医药逐渐被国际认可，尤其是我国科学家研制出中药青蒿素获得诺贝尔生理学或医学奖产生了重大影响。中药产品要走向国际，首先国内要练好内功，在尊重中药特点的基础上必须坚持符合药品属性的管理思路，才能使中药做大做强，靠稳定的疗效被广泛接受，甚至引领国际标准。“只有对中成药也像西药一样，严格要求其说明书标准，中药才能发扬光大，走向世界。”张晓乐说。

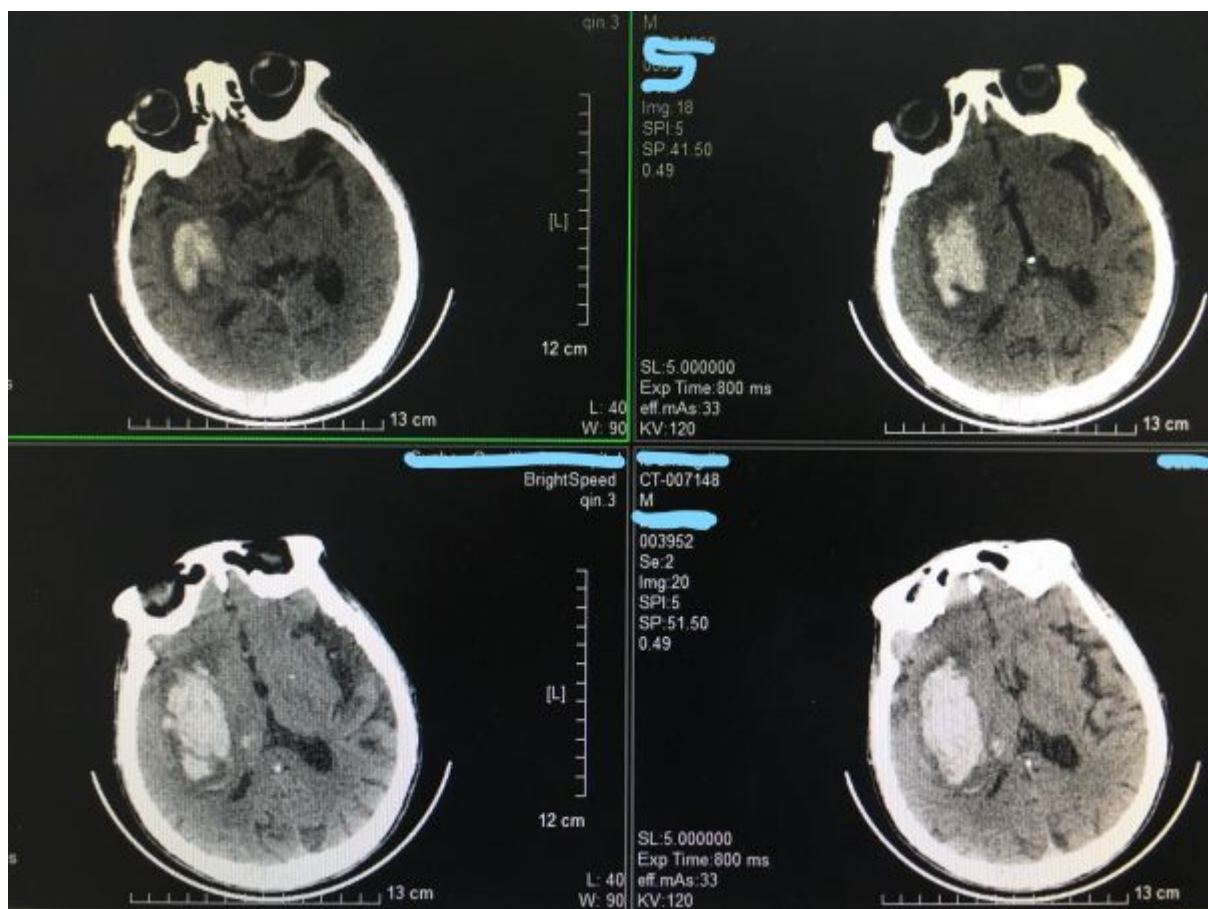
食药监总局药品化妆品注册管理司相关负责人说：目前，符合中药特点的注册管理体系已经初步构建，但仍需不断完善。未来，更规范、更方便医师及公众使用的中成药会越来越多。

责任编辑：永恒流星

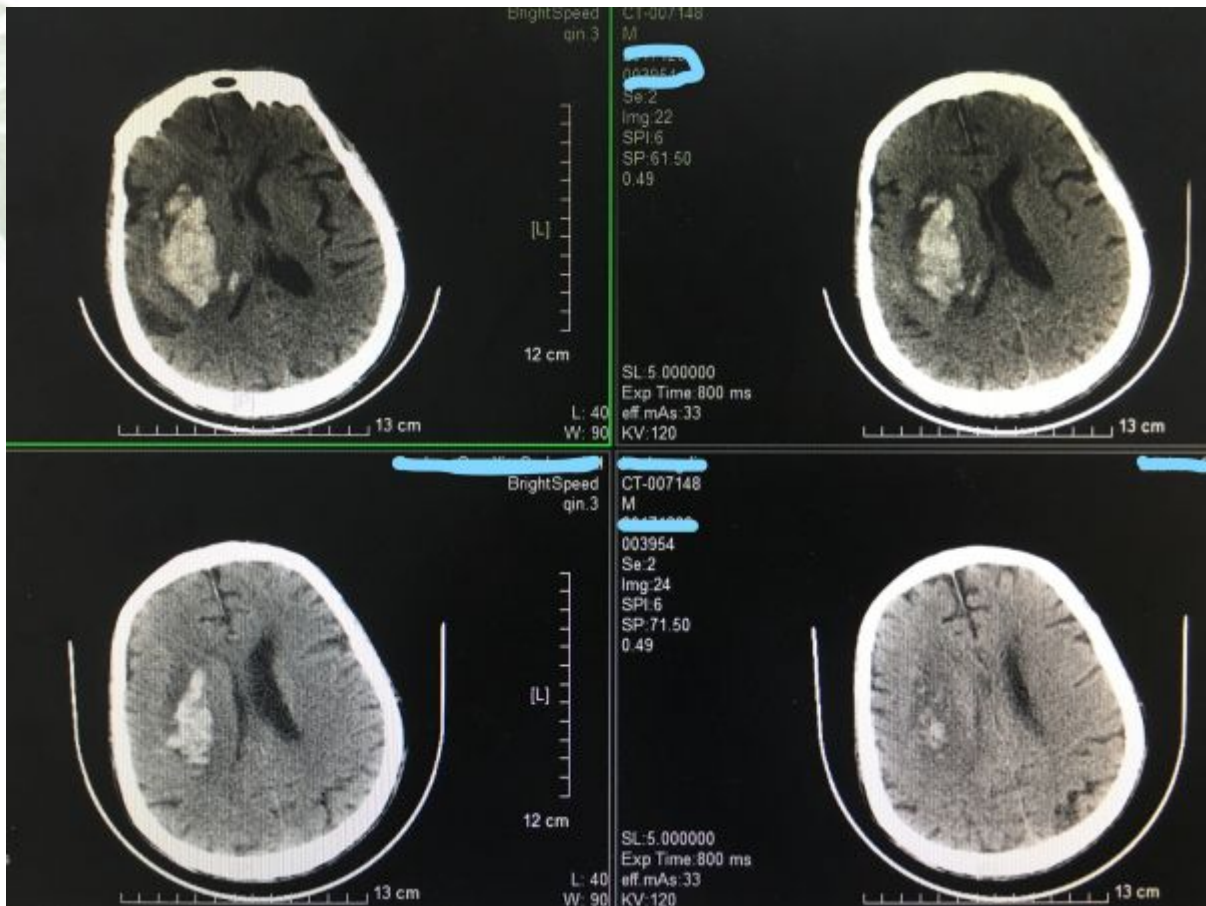
## 右基底节出血纵轴穿刺引流一例

链接: <https://bbs.iyi.com/thread-3425660-1.html>

患者老年男性，75岁。因肢体无力摔倒后来院就诊，行头颅CT检查如下：



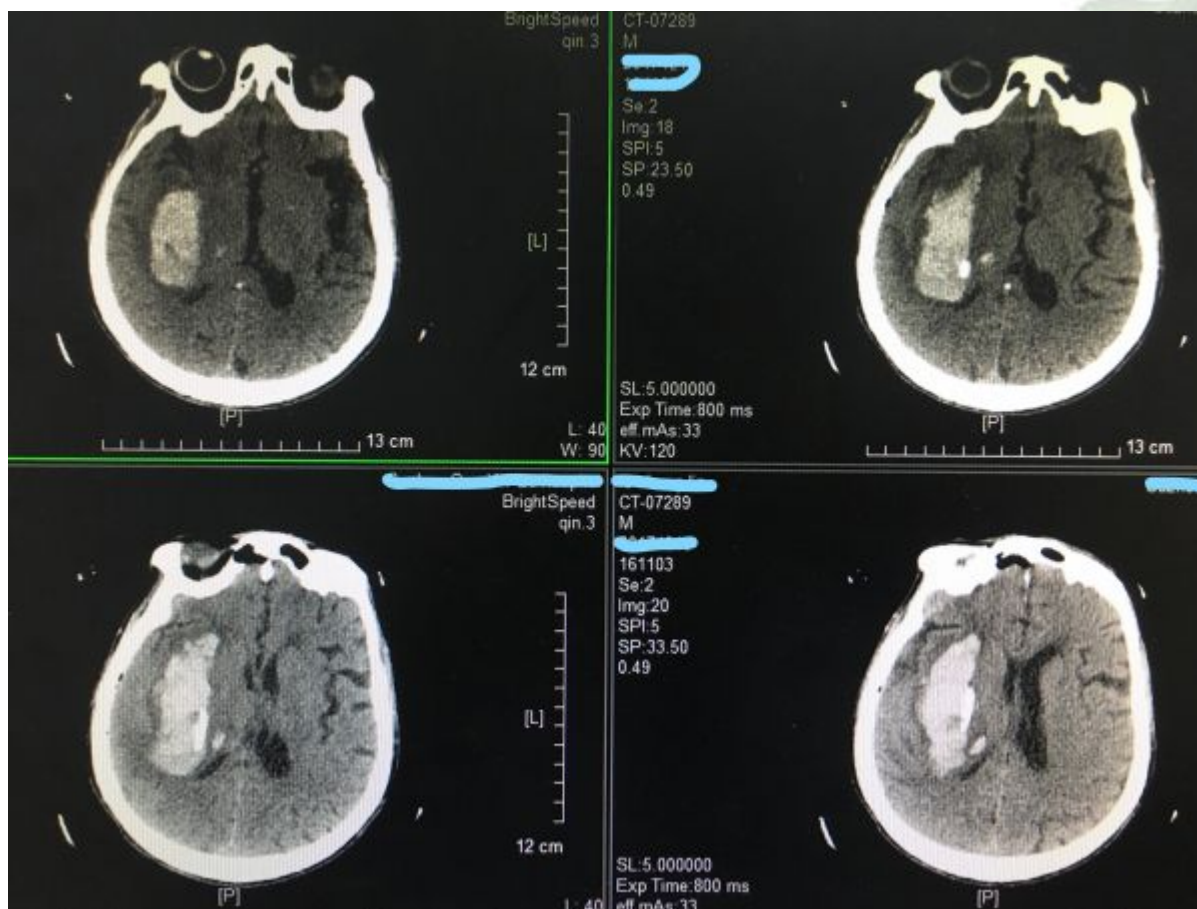




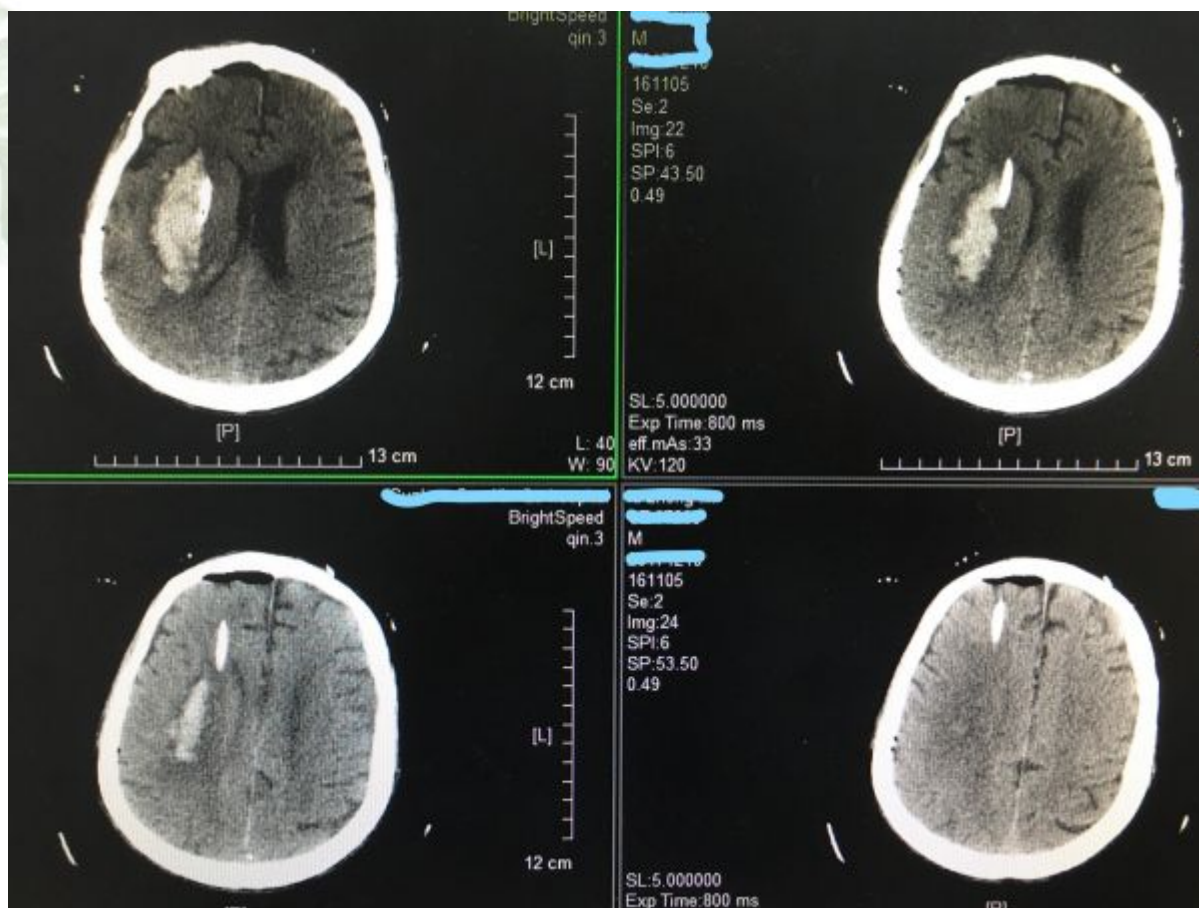
因患者高龄，基础疾病较多，虽然入院后神志尚清，但家属对治疗一直没有明确态度。经过一夜的考虑，在次日终于同意行微创治疗。



行定位片检查后，予以定位划线。术后，即刻复查头颅 CT 如下：

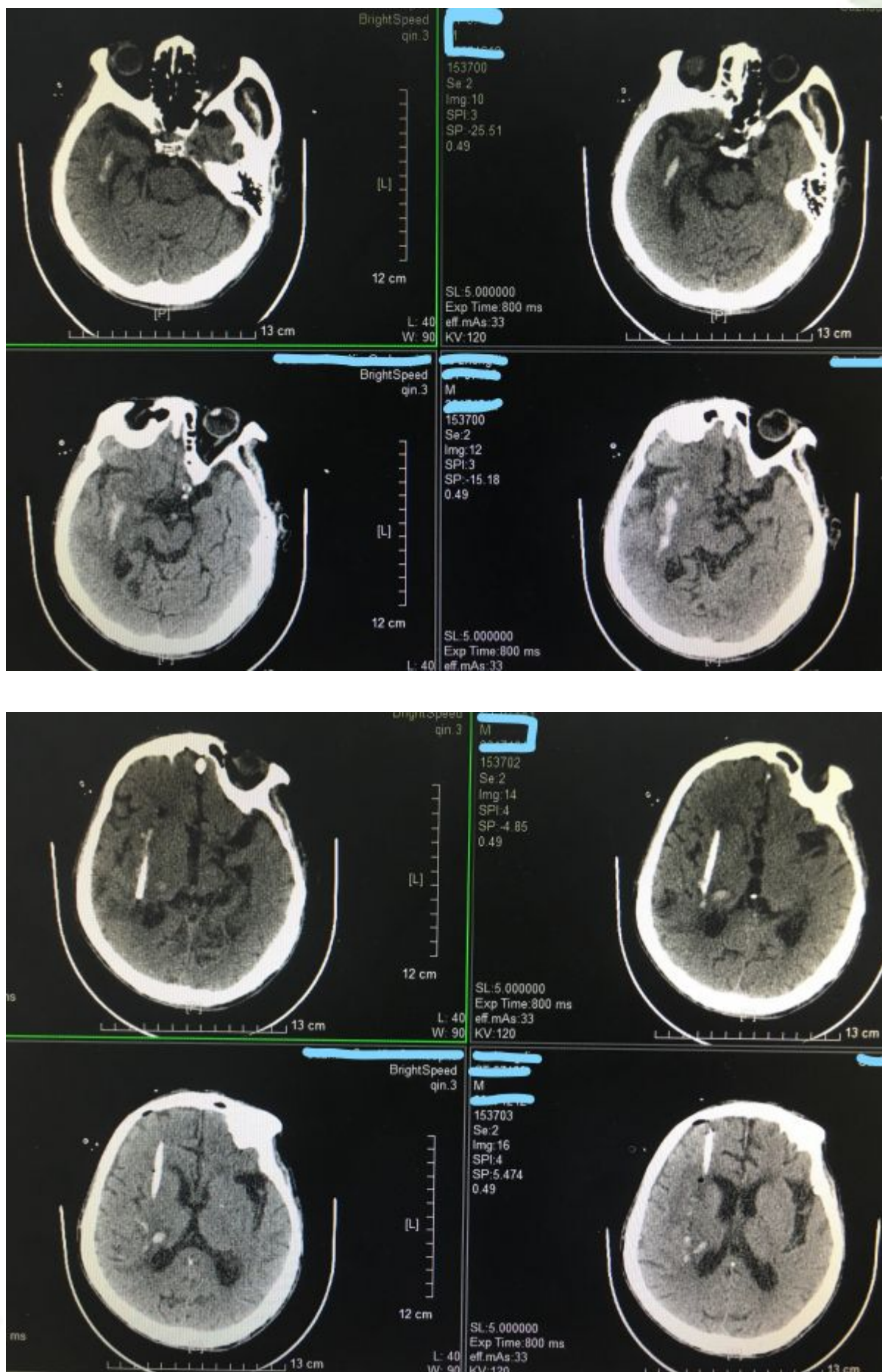






片中可见穿刺软管偏内侧，未达血肿中心。因在穿刺过程中，软管进颅后，需在脑组织中进行 10cm，而末端需与现在所见的软管末端外侧相距 1cm，还是很有难度的，即穿刺时相对中线稍稍外偏。

虽然穿刺不理想，我们依然在半日后开始血肿腔内灌注尿激酶，并予以夹闭两小时后开放，可见陈旧性血液引出。注射三次后，在术后第三天，我们复查了头颅 CT：



术中所见血肿引流情况非常理想，予以次日拔除，现肢体肌力恢复良好，已康复出院。

## 《诊室的故事》之一——门诊纪实：从新生儿败血症说起

作者：anne 医生

链接：<http://bbs.iiyi.com/thread-3426726-1.html>

诊室小天地，生命大舞台。故事谁主角，一人一世界。

一对中年夫妇，怀抱生后 15 天的新生儿，因发热、黄疸急来就诊。

初步了解病史获悉：患儿系抱养儿，出生史具体不详，于 10 余天前发现黄疸，当地按风俗习惯给予针刺治疗后，黄疸无好转；于 3 天前出现发热，温度波动在 38℃ 左右，无咳嗽，无流涕，无呛奶。在家自行用白酒擦浴物理降温，观察 3 天，体温不退反而上升；今日测体温 39℃，给予退热贴后，急忙转来我院就诊。初步检查发现患儿全身皮肤、粘膜黄染，前囟稍饱满，巩膜黄染。双肺呼吸音粗，未闻及明显干湿性啰音。心率 150 次/分，心率快而规则，心前区未闻及病理性杂音。脐带已脱，脐窝内有少许脓性分泌物。初步考虑：新生儿败血症，酒精中毒待排。看过患儿后，又进行了血液检查。检查结果示：WBC： $15.00 \times 10^9/L$ ，HB：139g/L，N：56.30%，L：25.50%，HCT：41.50%，PLT： $635 \times 10^9/L$ ；降钙素元： $<0.1ng/ml$ ；超敏 CRP：70.51mg/l。收入院治疗。

新生儿败血症临床诊断有严格标准。诊断标准有以下两点：

其一，确定诊断：具有临床表现并符合下列任意一条：（1）血培养或无菌体腔内培养出致病菌；（2）如果血培养标本培养出条件致病菌，则必须与另次（份）血、或无菌体腔内、或导管头培养出同种细菌。

其二，临床诊断：具有临床表现且具备以下任意一条：（1）非特异性检查  $\geq 2$  条；（2）血标本病原菌抗原或 DNA 检测阳性。

本例虽无血培养依据，但临床症状、体征比较典型，符合临床诊断标准。一旦确定诊断，治疗方案要规范，以达到治愈之目的。



我在想，也许一个单纯的新生儿黄疸，只要到正规医院及时处理，就不会积重难返！院外不当处理，才埋下这隐患祸根，教训深刻。工作中莫忽视科普知识宣传，倡导科学防病治病，医务工作者任重而道远。

## “外痔疮” 图片分析详解

作者：liuxxxxbc

链接：<http://bbs.iiyi.com/thread-3428645-1.html>

病例一：

患者女性，52 岁。

主要病史：肛门外肿物 7 年，大便便不干净，肛门瘙痒不适一月余。无便血，无疼痛症状。肛门指诊，直肠前壁空虚缺损，范围直径 3 厘米。直肠后壁可触及索条状肿物。

诊断：直肠前突，肛瘘，混合痔。



这个病人的痔疮，应该分为两部分，肘膝位 6 点痔疮考虑直肠前突引起的（因没



有正式命名，这个痔疮就是直肠前突引起。也就是说，有这个痔疮，基本上确定有直肠前突。但是有直肠前突者不一定都有这个痔疮，约 10% 直肠前突的病人没有这个痔疮。这个痔疮和直肠前突有关，如果治疗中不治疗直肠前突，就是把这个痔疮切除，过一段时间还会长出来。我把它称作“前突痔”。再看看后位痔疮也就是肘膝位 12 点的痔疮，肿胀不明显，后面有局部皮肤变白的位置是有肛瘘外口。所以这个痔疮和肛瘘有关。治疗中也证实了这个痔疮就是肛瘘引起的。下面是治疗后图片。



这是治疗后图片，前突痔已经治疗，直肠后位肛瘘也已经治疗，我的整个治疗就结束了。大家有没有这样的疑问：患者的“痔疮”治疗了吗？我的回答是没有治疗，但病人已经好了。那么，这个“痔疮”到底是不是真的“痔疮”呢？



这是术后 7 天的照片。



这是术后 30 天的照片。基本恢复得差不多了。当然肛门塑形还需要一段时间。但患者所有症状基本都恢复好了。

病例二：

简要病史：患者女性，32 岁，肛门外瘙痒 1 年余，局部肿胀，偶有便不干净。检查见肛门前后位肿胀，肛门外有分泌物，局部皮肤颜色略黑。直肠指诊：直肠前壁可触及直肠前突缺损薄弱，直肠后壁可触及索条肿物。

诊断：肛瘘，直肠前突。

术前病人的痔疮，也如病例一的一样，分前后两部分，前面和直肠前突有关，也就是我说的“前突痔”。后面的还是和肛瘘有关。术中证实了痔疮下面有瘘管走行。这个病人是一个典型的无外口的马蹄形瘘，治疗中完全切开引流，直肠前突也做了修补。

这是术前照片：

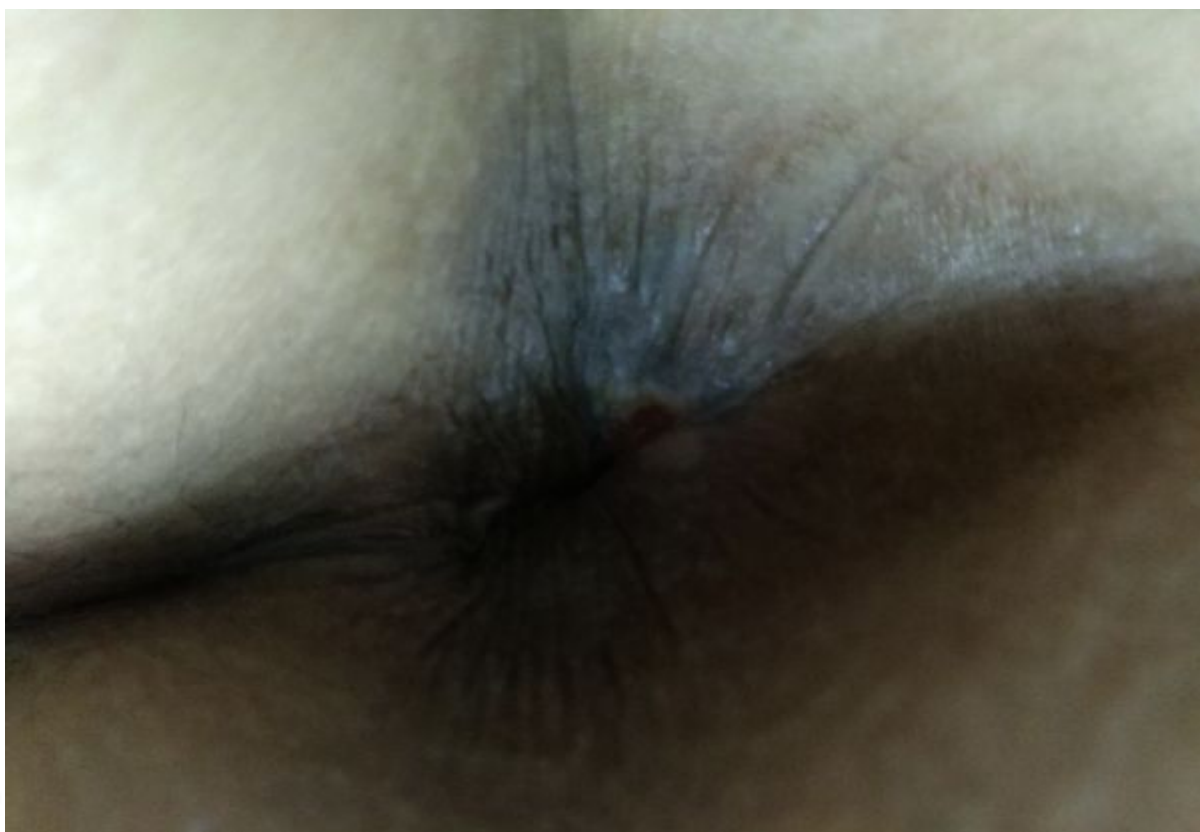


这是术后当时照片。





这是术后 30 天照片，基本恢复正常，还有局部未完全愈合，没有分泌物，不存在肛瘘遗留情况。





这种病例很普遍，我们治疗过好多这样的病例，治疗中已经证实：患者前后所谓的“痔疮”，和痔疮本身并没有什么关系！前面的与直肠前突有关，后面的与肛瘘有关。所以我说这个病人没有痔疮，大家还有异议吗？女性病人，前后位痔疮，基本上就是两种可能：一种是直肠前突和肛瘘并存，一种是直肠前突和肛裂并存，也有肛裂位于直肠前突下方的情况。这种病人如果单纯按照痔疮治疗，后果可想而知。为何“痔疮”容易复发？因为患者得了肛门疾病，并不知道得的具体是哪种疾病，笼统地都认为是痔疮！病人如果仅仅按照痔疮治疗，那么，前面的前突痔过一段时间还会再长出来；但如果肛瘘没进行治疗，后面的“痔疮”也会再长出来，只是可能没有以前大。此时，患者的自觉症状不会消失，就会认为没有治好病，如果再长出来，就认为是“复发”了。其实这种复发就是没有治疗彻底造成的。我写出这两个病例，就是让肛肠医生在治疗时多加注意，更有针对性，减少一些不必要的麻烦和纠纷。

## 小儿支气管哮喘的治疗和预防

作者：zxh812741

链接：<https://bbs.iyyi.com/thread-2406632-1.html>

本人从 2011 年 1 月到目前为止，大约收治小儿支气管哮喘病例约 80 多例，根据不同的情况给予相应的治疗措施，除其中一例因为伴有严重变应性皮炎、过敏性鼻炎转院治疗外，其余病例均得到控制，疗效显著，现将心得拿出来与大家分享。

据统计，小儿支气管哮喘是我国小儿呼吸道疾病中仅次于单纯呼吸道感染、居于第二位的常见疾病。目前在全世界来说发病率有不同程度的增高。

支气管哮喘是一组以嗜酸性粒细胞、肥大细胞和 T 细胞反应为主的气道慢性炎症。临床上表现为反复发作性的喘息、呼气性呼吸困难、胸闷或者咳嗽，可经治疗缓解或自行缓解，其气道对刺激物具有高反应性（具体内容请参考教材：诸福棠，《实用儿科学第七版》638 页）。

有些小儿一到秋季、冬季或者是初春时节，只要“感冒”就会出现咳嗽、喘息，而且静脉输液治疗往往一输就是七、八天甚至十几天，第二次“感冒”又出现类似症状，让许多家长都很苦恼，不知道该怎么办。要是遇到这样的孩子，您会怎么治疗呢？

起初我也很苦恼，目前治疗的有效药物价格不菲，患儿家长会接受吗？我考虑最多的是：家长为什么不接受？归根到底，还是因为他不能完全地信任你，担心花了钱

治不好病。于是我就在取得患儿家长信任方面，下了很多功夫。我打电话邀请或者是亲自登门拜访，把这些哮喘患儿的家长都集中到一起，告知某一天，我会为大家免费讲授小儿支气管哮喘方面的知识。讲课当天，我先给大家播放了网络专家的视频讲座，然后我在一边进行有针对性的讲解，得到了其中四五个家长的信任，愿意“试一试”。我抽取了三个家境殷实且发病基本相似的病例，开始试用药物。我所给予的急性期治疗包括：1. 普米克令舒+可必特雾化吸入；2. LTRA（白三烯受体调节剂）：孟鲁司特钠咀嚼片；3. 抗病毒治疗；4. 对症处理。好转之后我再让患儿继续口服孟鲁司特钠咀嚼片，2-5岁患儿每日晚间服用4mg，6-14岁每日晚间服用5mg。服用三个月后复查，其中2例三月内未再发病，1例发病两次。对于复发的患儿，我及时调整治疗方案：给予口服孟鲁司特钠咀嚼片的同时，给予舒利迭吸入，一日一次，三月后复查，病情得到控制，未再发病。之后停用舒利迭，继续口服孟鲁司特钠咀嚼片。三个病例初见成效后，我又开始再一次的宣传工作，把之前的和新近的哮喘患儿家长再次召集到一起，让这三个人给我做宣传，现身说法，这时候就赢得了大家的信任，有好多的人开始加入我的抗哮喘队伍当中。

我还有一个经验就是对于不同分级的患儿给予不同的治疗：对于经常患感冒的儿童，我会在盛夏时节给予卡介菌多糖核酸注射液肌肉注射。患儿的“感冒”越来越少了，家长的脸上也有了笑容。有人问我：你把娃娃都治的不生病了，你还挣什么钱啊？我笑而不语，我有我的想法，钱一辈子可以挣好多，但是我一辈子的名声来之不易啊。我要的就是做一个“看好病，不犯病”的大夫。

## 儿童青少年高血压

作者：laogao001

链接：<http://bbs.iyyi.com/thread-3419625-1.html>

随着社会压力及饮食模式的改变，高血压的患病年龄有年轻化趋势，儿童及青少年高血压患病率在逐年上升。近年来由于重视对这一部分人群的研究，发现儿童及青少年高血压患病率并不低。资料表明，儿童高血压总体患病率约为3%-5%。

### 儿童青少年高血压的诊断

迄今为止，国内尚无一个公认的、统一的诊断儿童青少年高血压的标准。由于各国儿童青少年的身体指标不同，其高血压诊断标准各异。学龄前儿童血压大于 120/80 毫米汞柱，学龄儿童大于 130/90 毫米汞柱即为高血压。

### 儿童高血压有什么症状

小儿高血压可以从完全无症状到有严重表现。大多数小儿是在常规身体检查中发现的。轻度高血压也可以有相当隐匿的症状，如生长发育差、易激动、急躁、易疲乏、个性改变、行为异常及注意力不集中等。此外，也有头痛、腹痛、恶心、呕吐及体重下降症状。许多小儿难以区别高血压的症状与原发病的症状。

严重的高血压也可无症状，特别是继发于主动脉缩窄的小儿。但严重的高血压也可引起与成人相似的症状，如抽风、意识变化、视力障碍、包括视物不清甚至失明、局部神经系统异常，如单瘫、偏瘫以及心力衰竭。

### 儿童得了高血压怎么办

小儿得高血压后，首先要注意尽量使孩子过正常生活，不要总让他想着自己有病，要帮助小儿树立战胜疾病的信心，不要过于紧张或劳累。

其次，要到医院检查高血压的原因。如找不到病因，小儿又较肥胖，又有家族高血压史，则应想到原发性高血压，这时可做血脂检查，如增高，则应控制饮食中的脂肪并减少饭量。

第三，要减少饮食中的食盐量。饮食中食盐过多常是高血压的原因之一。

第四，药物治疗。轻症高血压患儿一般只用一种降压药即可。较重的患儿可联合用药，具体用药应遵医嘱。

第五，要注意预防小儿高血压危象。如有高血压的小儿诉头痛、视物模糊或抽风时，应赶紧到医院治疗或抢救，或者可以先用镇静药鲁米那及口服降压药心痛定后再送医院治疗。这种情况常在高血压未得到及时控制或者小儿过度紧张、劳累、休息不好时发生。

## 一例险些漏诊的脾破裂

作者：pursong

链接：<http://bbs.iiyi.com/thread-1927982-1.html>



患者中年女性，半小时前骑电瓶车时不慎被汽车撞伤，致左胸腹部碰于电动车扶手上，并摔倒，当时即感疼痛，昏迷约 5 分钟，无呕吐，稍感恶心，后由他人急送来我院就诊。摄片示：左第 9 肋骨骨折；颅脑 CT 示：少许出血灶。

当时患者面色较苍白，血压无明显异常，门诊医生、住院医生（我）还有科主任都反复查过病人体征：腹软，左上腹没有明显的压痛，仅近肋骨骨折部位有轻微的深压痛，因而并未注意。好在我们为防万一，做了个 B 超，发现病人居然是脾破裂！故急诊行剖腹探查+脾切除术。腹中出血量达 1500ml，术中血压下降，脾破裂的伤口在脾的后面，正与肋骨骨折的部位相对。

教训：

1. 不要小看任何一个车祸病人，双侧肋骨骨折对肝脾的冲击不容忽视。
2. 脾破裂的病人不一定就有压痛及腹痛症状。
3. 检查要充分。

## 超声入门贴 577——“诡异”的急性尿潴留

作者：songjunrui

链接：<http://bbs.iiyi.com/thread-3400807-1.html>

谨以此文献给刚入门的爱友。

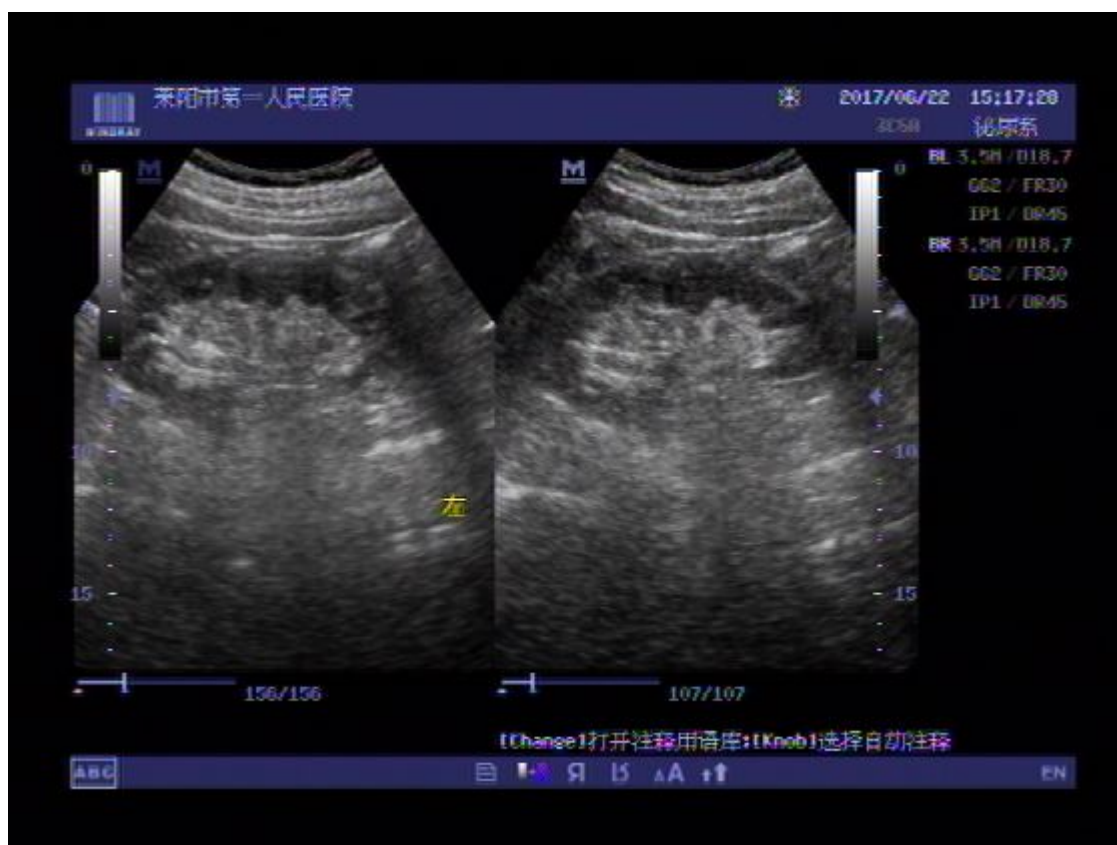
漫漫超声路，诊断疾病思路很重要，用我们的爱心，耐心，细心换来患者的安心，舒心，放心！

案例分享：男，86 岁，前列腺增生在上级医院行膀胱镜经尿道旋切术后一个月，今天早上到现在未排尿，憋的腹痛而来诊。

超声可见：膀胱极大充盈，前列腺未显示，双肾未见明显异常。脑子在思考既然刚刚前列腺旋切手术，内腺不梗阻就不是前列腺的问题，就只有考虑尿道的问题了。首选考虑术后炎性尿道狭窄？换成小器官探头先扫一下吧。探头先看前尿道就豁然开朗，前尿道舟状窝处可见一直径 1cm 大的结石，上方尿道扩张。

戴好手套让患者站立对准我们的垃圾桶轻揉尿道结石处，一股高压尿流猛地喷出，差点喷一身。慢慢尿完患者露出了笑脸，我也松了口气，打印报告完美收工。交给临床处理了。





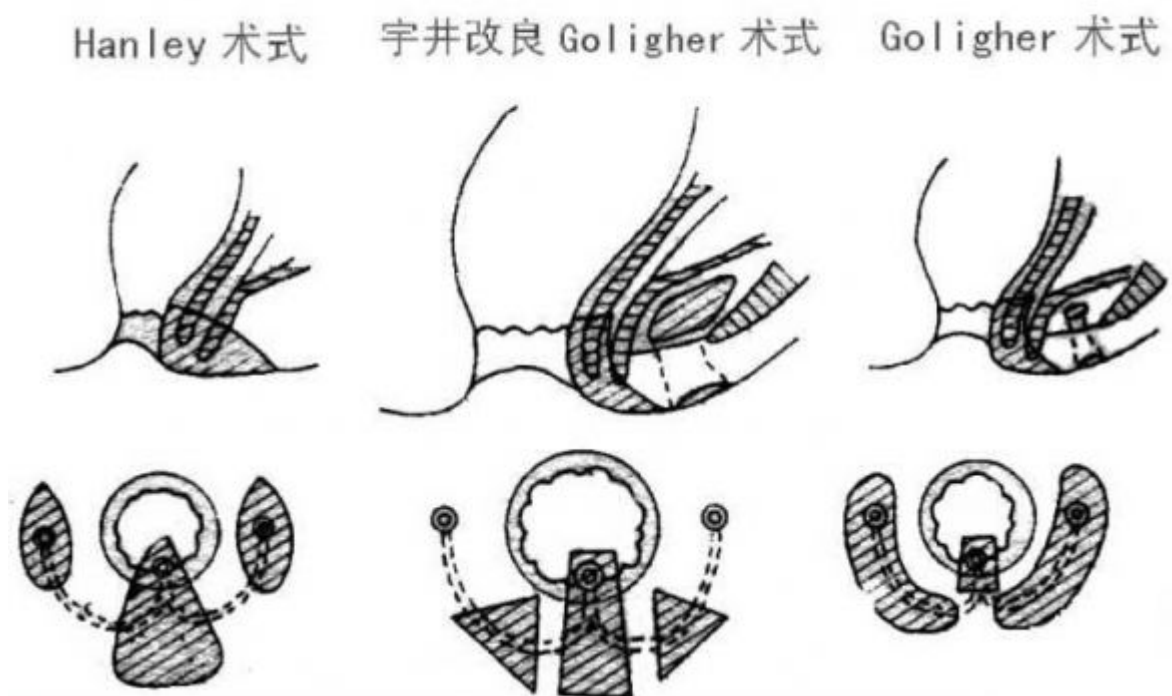


# 浅谈高位肛瘻的保留括约肌术式和切口的选择

作者：靳新领

链接：<http://bbs.iiyi.com/thread-3230006-1.html>

高位肛瘻的经典术式有 Hanley 术式、宇井改良 Goligher 术式、Goligher 术式，如下图：



**Hanley 术式：**Hanley 于 1965 年提出“治疗肛瘻没必要全部切开瘻道”的术式，又称瘻道不全切开术，内口引流术。他针对两侧肌下瘻设计的术式，即所谓坐骨直肠窝蹄铁形肛瘻的手术，此种病例内口多在后正中附近的一侧，手术时将原发内口处瘻道切开引流，并需切开内外括约肌皮下部及肛门后间隙，切口开放。适用于蹄铁形肛瘻。操作方法：在内口周围做一外宽内窄的切口，深至切断内外括约肌皮下部，切开肛门后间隙，搔刮空腔和管道，修剪瘢痕组织，其残留部分亦做多个切口，使瘢痕软化，切除两侧外口多余的皮肤，搔刮管道内坏死组织和肉芽组织，不切开瘻管。通过原发内口的治疗，促进瘻管愈合。

**Goligher 术式：**Goligher 主张切开脓肿时仅切除内括约肌不涉及外括约肌，在括约肌外切开两侧脓腔。

宇井改良 Goligher 术式：后位切口类似 Hanley 术式切口，在靠近后方处切开两侧的脓腔。我们平时常用的开窗留桥和此术式差不多。

总体来讲，Goligher 和宇井改良 Goligher 术式均源自 Hanley 术式，这些保留括约肌的术式主要是保留了外括约肌的浅深部。三个术式只讲了切口的位置和大体深度，没有细致的从解剖角度讲解切口切开的具体深度。

根据 Eisenhammer 的肛腺感染学说和肌间痿性脓肿理论，加之近几年的盆底解剖新发现，高位脓肿痿的走行机制如下：1. 肛腺感染→高位括约肌间隙→一侧或两侧的外括约肌深部上方→一侧或两侧的提肌下间隙→一侧或两侧的坐骨直肠窝。（有时候终止于一侧或两侧的提肌下间隙，并不向坐骨直肠窝蔓延）2. 肛腺感染→高位括约肌间隙→Courteny 间隙（肛管后深间隙）→6 点位肛提肌肌板（中缝）→直肠后间隙→骨盆直肠间隙（狭义）。比较严重的，像整个肛直环都硬化的有可能这两种途径都存在。6 点切口：这个切口要到达高位括约肌间隙，高位括约肌间隙是上传下达左右兼顾的中枢性间隙，所以，6 点的切口一定要切正，不要斜切。到达高位括约肌间隙的解剖标志是紧贴内括约肌钝性分离。如果高位的腔道到达了骨盆直肠间隙，在 6 点切口深处要切开外括约肌深部。

6 点的切口：是在 Minor 氏三角切开的，深度可达齿线，齿线上为高位括约肌间隙，低位的切开只损伤了外括约肌的皮下部和内括约肌的齿线以下部分，损伤比较小；为了高位的引流，需要把此切口做大做深，后位可以切开外括约肌浅部到尾骨尖，深部切开大部。下面用两张图片来显示一下需要切开的部分。

术中显示后位切口很大：

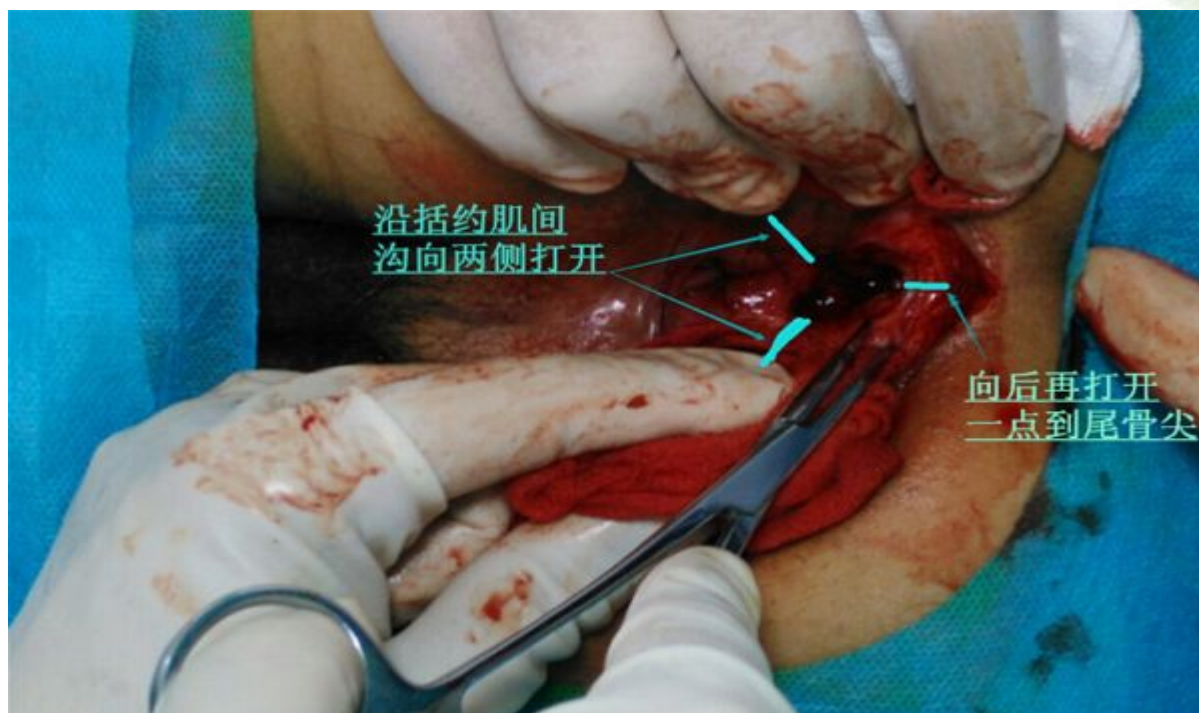


术后显示后位切口有点小:



术中应该再这样切开:





3点或/和9点切口：此切口解决的是提肌下间隙的引流。如果存在肛直环硬化，此处切口要做大。由于提肌下间隙在坐骨直肠窝的内上方，位置较高，二者之间仅存在薄薄的一层坐骨直肠窝隔膜，操作时容易将二者混为一谈，如不细致区分，很容易将要挂到提肌下间隙的浮线滑落挂到坐骨直肠窝，影响引流效果，尤其在脓肿期，由于粗暴操作和对解剖的认识不足，这种现象极为常见，导致提肌下间隙引流不畅，最终形成肛痿。提肌下间隙示意图：（本例图片来自网络，后位切口有点不规则）。



切开和挂浮线不到位后蹄铁形脓肿导致成瘻：



总之，切开是最有效的引流方式，所以，做好 6、3、9 点的切口对高位复杂脓肿的手术治疗有着非常重要的意义。

## 心电图读图第 77 期

作者：nikkive

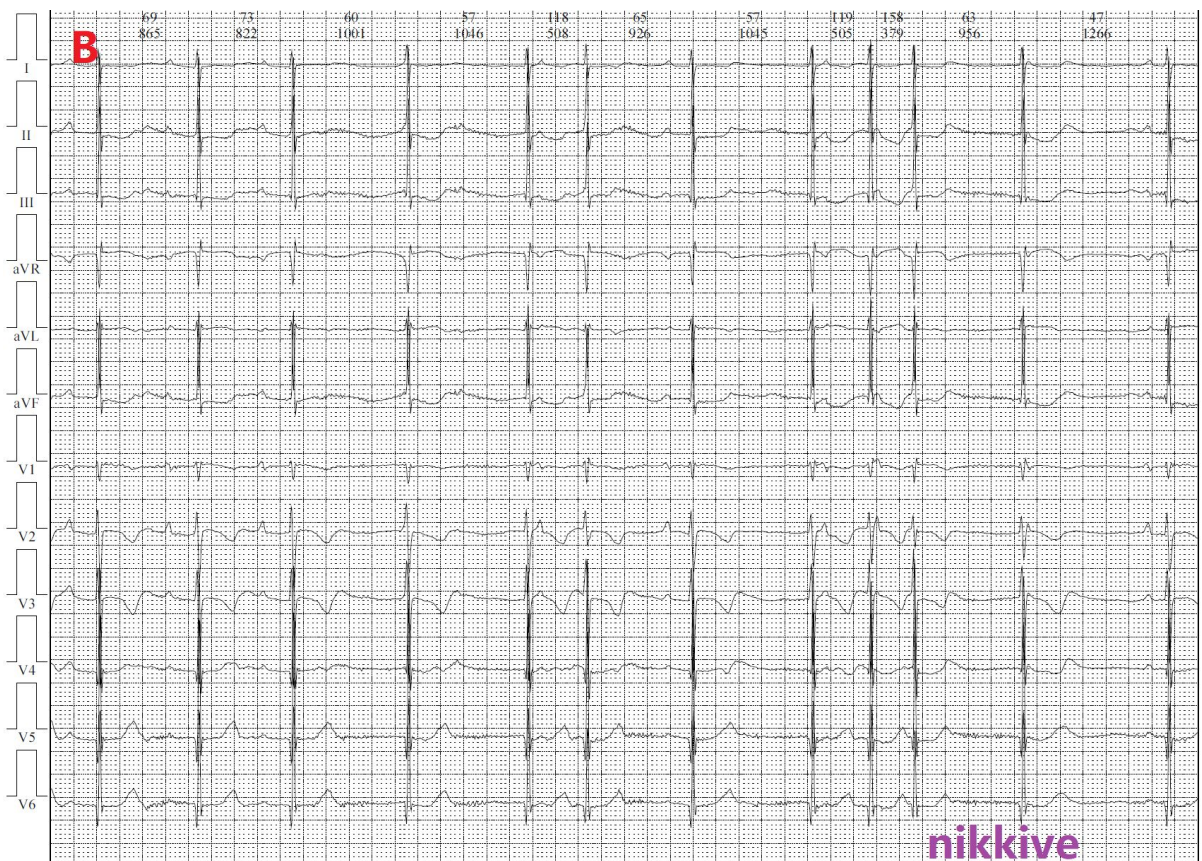
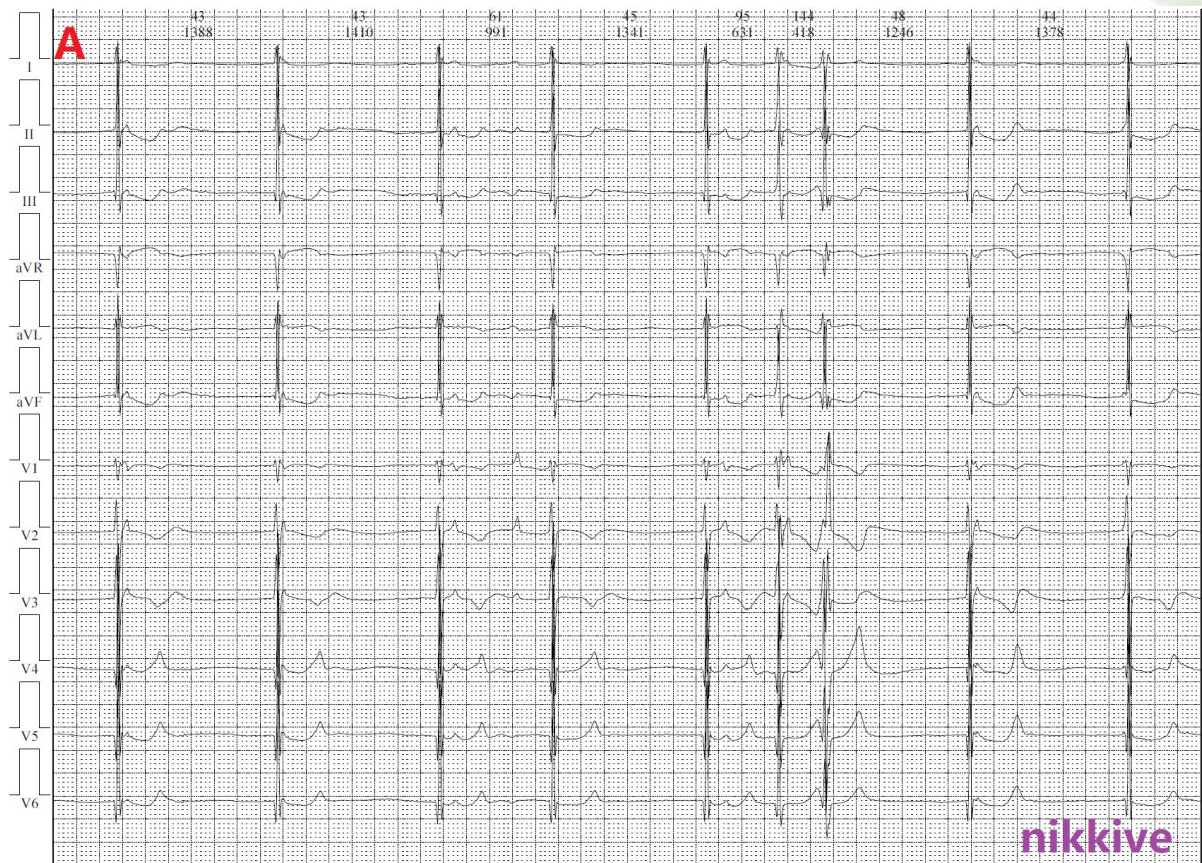
链接：<https://bbs.iiyi.com/thread-3429892-1.html>

请大家分析心电图时，尽量从以下四项分析。

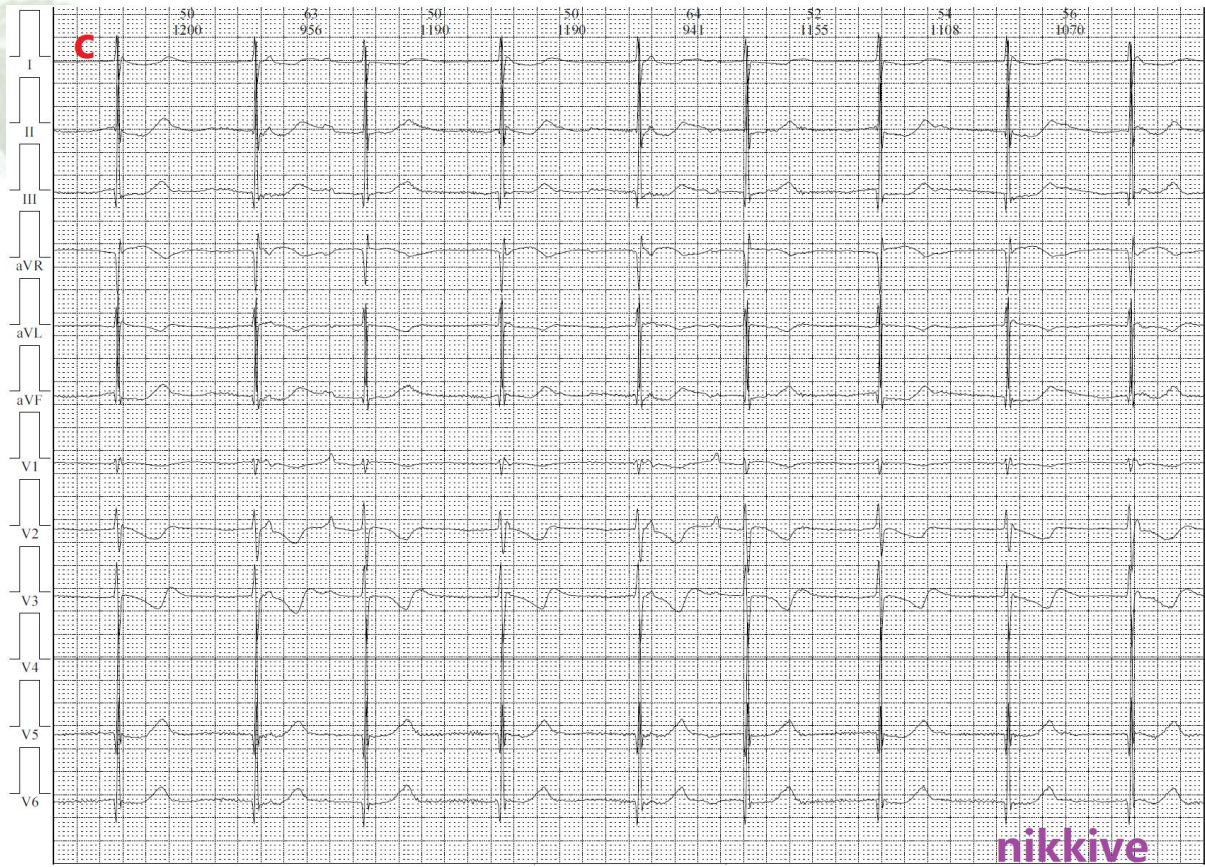
1. 【心电图诊断】
2. 【心电图诊断依据】
3. 【鉴别诊断】
4. 【临床意义】

患儿男，4 岁，自诉心跳慢就诊，本院动态片段如下。请给出分析过程及诊断，尽量画出梯形图。









责任编辑：寒冰

编辑：刘延红大夫

## 第二部分——中医部分

# 运用国医大师孙光荣的扶正组合方 治疗慢性咽喉炎的体会

作者：蒋亚坤

链接：<http://bbs.iiyi.com/thread-3402981-1.html>

患者，女，24岁。咽喉干疼伴嘶哑一年余。症状时轻时重，有时夜间疼醒，上午咽干、咽痛轻，下午疼痛重。大便微干。经多方治疗服中、西药无数，效果均不理想，经人介绍来我处治疗。

**刻诊：**舌边红，苔微黄而稍厚，咽部周围稍红，脉细微数。

**处方：**养阴清肺汤加减。

桔梗 12 克，生甘草 6 克，北沙参 15 克，花粉 10 克，茯苓 15 克，青果 10 克，白芍 7 克，玄参 10 克，木蝴蝶 6 克，芦根 20 克，麦冬 10 克，陈皮 10 克，生地 15 克，7 付水煎服。

病人服后复诊时说：无明显效果。

**二诊处方：**桔梗 15 克，甘草 6 克，射干 8 克，生地 15 克，知母 10 克，丹皮 10 克，黄柏 10 克，麦冬 15 克，葛根 15 克，花粉 10 克，茯苓 15 克，牛膝 10 克，薄荷 3 克。7 付水煎服。

病人自诉：服药后咽痛比以前加重，查体：咽扁桃体一侧鲜红、微肿一直到软腭游离缘及悬雍垂处，一侧扁桃体覆盖一层微黄的脓苔，体温 38℃。在家输液 3 天不见好转。就在我束手无策时突然想起“中和派”国医大师孙光荣的扶正组合，随即给予处方如下：

党参 10 克，黄芪 10 克，丹参 10 克，桔梗 15 克，生甘草 4 克，丹皮 10 克，枯黄芩 9 克，牛子 10 克，玄参 15 克，熟地 15 克，北沙参 15 克，木蝴蝶 6 克，生地 10 克，花粉 10 克。6 付水煎服。

病人服药 2 天后来电话说：服药后热退，无咽痛感，嘶哑基本消失，睡眠饮食尚可。3 个月后随访未再复发。

**讨论：**该患者久病体虚致阴虚内热，虚火上炎，方用养阴清火法，效果不佳，大

概是法和方均不适应。孙老认为疾病的发生都和正气不足有关系，方中党参、黄芪、丹参益气活血，桔梗、甘草、枯黄芩、牛子、木蝴蝶清肺热，利咽开音。花粉、北沙参、生地益肺胃而生津。少阴肾经行于咽喉部又为声音之根，所以加入熟地、玄参清火而又养肾阴，诸药合用益气活血扶正气，清肺热利咽开音，肺肾阴足火不得生。

因此我们在临床中要广开思路，一定要紧抓中医的整体观念，因人而异，全面辩证分析。

## 关于针灸减肥的一些经验

作者：ants0709

链接：<http://bbs.iiyi.com/thread-2166722-1.html>

现在，针灸减肥的病人也渐渐多起来，只要遵循科学原则，减肥也是一件容易的事。有位老师曾说过，减肥是一件吃力不讨好的事，的确，它需要医生的努力，更需要病人的努力，可以说针灸减肥=1%医生的努力+99%病人的努力。

### 治疗前期：

1. 病人身高、体重、腰围的测量，询问病人以前最高体重，最低体重。并告知病人其标准体重，体质指数，正常腰围。在治疗过程中，每周进行一次体重、腰围的测量，监测治疗过程。我一般是每个人建一张 excel 表格记录。

### 2. 病史的采集：

(1) 肥胖的时间，原因，之前减肥的方法。（有文献报道服用过减肥药物的人比较难减）；

(2) 舌苔，脉象。饮食习惯，二便情况，情绪情况，女性加问月经情况；

(3) 告知病人减肥是一个长期的过程，一般以一个星期减重 0.5-1kg 为宜。治疗一般为两个疗程，隔天治疗一次，时间跨度需要一个半月。每次治疗时间 0.5-1 小时。

### 治疗：

减肥治疗公式=合理的饮食搭配+良好的作息习惯+适当的运动锻炼+针灸治疗+中药治疗。

### 1. 合理的饮食搭配：

关键词：热量低且营养均衡；

要想减肥，首先要认识食物，比如尽量吃米饭而不吃面食；可以吃大量的蔬菜；



不吃坚果类和零食；水果要放在早晨吃；多用热量低的鱼虾牛肉代替猪肉；多喝乳类等等。我给病人制作了食物热量表，并不是让其去算今天摄入多少热量，那样的生活太累，只是想让大家看到各个食物热量的对比，从而聪明的选择减肥食物，我一样可以吃的七分饱，但是我热量比之前少多了，日子久了，也就减肥了。营养学是一门很复杂的学科，仍在学习中，饮食的合理搭配前提是健康饮食。

2. 良好的作息习惯：很简单，每天保证 8 小时睡眠，不熬夜，不贪睡。

3. 适当的运动锻炼。有文献显示，适量的有氧运动加少量的无氧运动减肥效果最好。每周保证 3 次有氧运动，每次 30 分钟以上。对于一些工作繁忙的人，没时间运动，就要求其每日上下班多做快走运动。

4. 针灸+电针+神灯照射。

针刺穴位：腹部为脐周穴位；下肢取穴为脾胃两经；上肢一般臂臑，曲池，内关、支沟、合谷。可搭配几组穴位交替治疗，增加穴位的敏感度。

电针：一般选疏密波，以患者适应度调大小，夹在肚脐两边穴位上。

5. 中药治疗：中药处方：一般以黄芪、荷叶、绞股蓝为君，四君（或六君）为臣，再根据个人体质搭配一些疏肝（白芍、郁金）、行气（枳壳、陈皮）、活血（当归、丹参）、通便（桃仁、决明子、麻子仁）、利尿、祛痰湿、清胃热（食欲比较旺盛的加点生地、玄参）等药物。个人比较反对一些泻药，或者寒凉大的药。

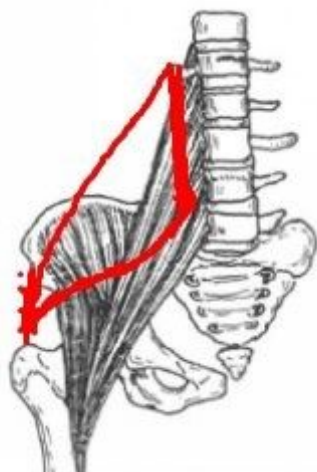
6. 心理治疗：我觉得很重要，每次同事都嫌我给减肥的病人针灸太慢，因为我要跟他们聊好久。减肥是一个长久的过程，在聊天的过程中，帮助他们树立信心，监督生活中的一些坏习惯，还有控制好病人的情绪，帮助他们释放压力，有的人释放压力的方式就是暴饮暴食。

## 腰股三角的临床运用

作者：接骨草

链接：<http://bbs.iiyi.com/thread-2538538-1.html>

今天我来说一说腰股三角。腰股三角是什么呢？其底角是腰一和腰五的横突部位，这个部位也是腰大肌在腰部的附着部位，其顶角在腹股沟外侧，相当于缝匠肌在腹股沟的位置。



说是一个三角，其实就是三个点，这三个点可以治疗什么呢？髂腰肌的疼痛、腰部前曲体位疼痛、腰痛伴下肢前侧疼痛，当然还有一些腰痛也可以选择这三个点，个人体会我列举的这三种情况选择这三个点可以收到非常明显的效果。

对于腹股沟这个点的运用是今年5月的一个患者开始运用的，当时这个患者我治疗的重点在绝骨，检查时发现腹股沟外侧沿比较僵硬。强化我运用这个点的是另一个女性患者，她是右侧腹股沟疼痛，在5年前也出现过一次，腹股沟处有一个鸡蛋大的筋结，多处医治都没有治疗好，后来2年前经一个医生强力拨按腹股沟的筋结治疗而愈。今年6月再发来我处治疗，开始我一直受到腹股沟部位不能揉按的思想影响，局部只是轻微处理了一下，重点放在左肩胛缝部位治疗，虽有一定的效果，但不太理想。后来在患者的要求下我重点选择了腹股沟处的拨按，结果效果相当明显，由此才开始了我对腹股沟部位的重视。后来我发现很多患者临床中选择这个部位均可取到意想不到的疗效。

还是从案例来讲解吧！

今年8月，我们医院一个医生的亲戚，从眉山到成都看病，她是左下腹疼痛，用力后疼痛加重，休息后减轻，至今已经两年，曾多处医治一直没有效果。多处B超检查没发现异常。此次本打算到川医做一个详细的检查。同事无意中提起此事，我叫其来我处先看看。检查后我认为是髂腰肌的损伤所致，每次治疗的重点就是选择了腰一横突和腹股沟的外侧缘进行拨按。治疗1周患者的症状全部消失。十多天前这个患者的儿子因事来成都谈及此事，说其母回家后就没有再痛过。

今年9月一个女士，双大腿前正中线牵扯疼痛2月，通过受力力线的分析，我重点选择双侧腰一至腰五横突一线进行拨按，还有就是腹股沟外缘的缝匠肌处进行拨

按，也是治疗 1 周症状消失。

另一个患者，男，48 岁。9 月 29 日初诊，自诉腰部直立及平卧不疼，下蹲起立及弯腰干活时即感腰部牵扯性剧痛 2 个月。常规在腰部推拿针灸治疗 7 天，患者腰痛略减，但效果很不理想。考虑弯腰体位髂腰肌最紧张，患者疼痛也表现在腰骶部，取双侧腰一至腰五横突一线和腹股沟中外三分之一处拨按，随即患者下地活动疼痛大减。又调治 4 次而愈。当时我由于固定思维的缘故，想到弯腰用力疼痛多是肌肉力量不够的问题，通过后来治疗反思还是腰大肌僵硬收缩之故。

近段时间以来我运用这个三角的案例很多，效果比较理想，所以进行总结。值得一说的是运用腹股沟这个点时，其腹股沟外侧均可触摸到一条比较僵硬的筋，呈细条状。

## 芍药临床体会

作者：lijuan0412

链接：<http://bbs.iyyi.com/thread-3425165-1.html>

历代对芍药之探讨评议甚多，有谓其酸苦微寒，破阴散结；有谓治下利，能从里和；有谓芍药治汗后反恶寒者，为敛其外散之气；有谓芍药为血中之气药，为破而不泄；有谓芍药是补剂等。诸说虽难尽同，但亦可观芍药功用之广。用得恰当，确能药到病除。

前已讲过，用芍药最多最广者，首为张仲景。后人亦无非在张氏经验上再加以分析探索。张氏当时所用芍药，经推考，当是赤芍。芍药至六朝始有赤、白之分。本人临床常用芍药，略述如下。

古人说：白芍能补，赤芍能泄。而实际上用白芍，是以其柔肝止痛、养血敛阴、平肝阳为主；用赤芍，是以其凉血活血，消痛散肿为主。

表邪用芍药，如太阳中风，用经方桂枝汤时，其芍药多用白芍。此时白芍是配桂枝而用。《医宗金鉴》谓：“桂枝君芍药，是于发汗中寓敛汗之旨；芍药臣桂枝，是于和营中有调卫之功。”又如用小青龙汤解表散寒，温肺化饮。方中芍药虽不是主要的，但却起益阴养血，特别能起和胃之用。又如用于表邪实证颈项脊强痛之葛根汤，其芍药有酸甘化阴，缓急止痛，濡润经脉之作用。

里证用芍药，肝气郁结，脘痛腹胀，肝脾不和诸证，常用四逆散、当归芍药散等。例如脘腹疼痛或大便泄下、四肢逆冷的四逆散证，宜透解郁热，疏肝理脾。方中芍药



是辅助柴胡养肝和营止痛之用。用本方加减以后治神志病，为运用经方得心应手之佳剂。又如治腹痛便脓血的湿热痢下，用芍药汤以行血调气，清热解毒时，方中芍药是和血止痛的主药，用量亦较他药为重。

我常用赤芍、白芍各 15 克，效果满意。再如当归四逆汤，为温经散寒、养血通脉的要方。曾以之治每冬四肢冻疮不已患者，见效迅速。此方中芍药是辅桂枝养血和营的。又如当归芍药散治妇科腹痛，有健脾渗湿之功。

至于治历节、关节疼痛的桂枝芍药知母汤。对风、寒、湿侵注关节的其他痹证，芍药当是主药之一。如以白芍、生甘草再加豨莶草、威灵仙、木瓜等都有明显治效。

芍药用作补法亦甚多，如建中汤、四物汤等，均以白芍为主。

总之，本人临诊用芍药甚多，表方用之，里方用之，寒方用之，热方用之，补方用之，泻方用之，和方用之，清方用之。几无方不用之。但总在诊断明细，认证确切，当用则用。

## 祖传系列故事之一治胆结石（囊炎、息肉）无影刀：当归、柴胡、白芍之合力

作者：排石专家

链接：<http://bbs.iiyi.com/thread-1264687-1.html>

祖曰：肝胆属木，治之最忌动刀。因刀为金，伐木之具也，故忌之。君不见肝诸症之强介入治疗，多不得善，不若用三分治七分养之法。

或问曰：胆何生结石乎？

胆主渗，十一脏皆取决于胆也。凡十一脏之气，得胆气渗之，则分清化浊，而奇功建焉。

胆寄于肝，二者互为表里，如手足相亲，无分彼此也。肾水生木，肝属木，是先生肝，肝即分其气以生胆也。故肾水旺而肝胆同旺，肾水衰而肝胆同衰。

今胆之生结石而痛者何（过去没当今之 B 超设备观到结石，而生结石诸症多归于胁痛也）？其因有二：一曰胆感外邪之寒也，一曰胆遇内郁也。胆感外寒和遇内郁，则胆气不通。若单补肾水，虽曰肝肾同治，而不解其郁，胆木不舒，则木势必下克脾胃土，而腹胀痛、胃纳差诸症生矣。故治肝胆又须健脾也。

胆郁久之，必耗水而亏肝，于是乎胆郁而肝亦郁也。至此，胆主渗化之功能失调，故结石诸症生矣。若生结石作痛而又发寒热，是内热也（今言炎症），重症也，宜早治。

此言治结石之“无影”刀，实不用开刀取石而结石能化也。试观用药之味：

当归——味甘辛，可攻可补，补血生血之圣药。肝为血之府，此物最生肝血也；

柴胡——味苦，微寒。最泻肝胆之邪，能止胸胁之刺痛，是郁症之要药也。

或曰：治郁何不用郁金？其亦治郁之圣药！

郁金，味苦，气寒。一寒一微寒，是气味轻重之别也。寒凉之品，易损胃气。气运日迁，今人禀气甚薄，解郁之药，先用柴胡而舍郁金也。此亦不失中和之道。

白芍——味苦、酸，最善平肝。肝性最急，得白芍平之，则火可散，郁可除，而痛自消，痛可除，坚积自化。

今合三者之力，而肝气得平，郁气得解，肝血得生，故肝气旺而胆亦旺矣。胆气一旺，其渗化之机重振，结石何能不化乎？此治结石之实有妙理也。

此三物之合力治石，不正若“无影刀”乎？因其不用开刀而能治石也。甚矣！

## 太乙膏的炼制

作者：旅客

链接：<http://bbs.iiyi.com/thread-1088491-1.html>

太乙膏原见于《太平惠民和剂局方》，后来在《医宗金鉴》中有其加味方。为外科常用之药。惜现代能用会用者已很少见。我原按照《医宗金鉴》的方法炼制三次皆未成功。后遇一民间医生（一位老太太），其夫原是一名中医，虽已过世，但她曾和丈夫炼制多年，有实际经验。我随其学习，起初不授。后交流近一年，才告我口诀，但不许我外传。

她说古书记载的剂量不准，她丈夫也失败过好几次。应该是麻油 2500 克、生地 60 克，肉桂 60 克，当归 60 克，白芷 50 克，马钱子 15 克，赤芍 60 克，大黄 60 克，以油浸 10 天，然后架火上熬制，待药皆浮起，说明已经炼好，用箬篱（极细）滤去药材，取静油再下鲜芡芡草（急性子的花、茎、根，院中多有栽培）和大蒜各 100 克，熬至鲜草黄焦为度，再滤出药油备用。此时下乱发 30 克继续熬制，待头发挑起呈半流质（似化未化状态）时，澄去头发，取静油再次滤静，然后加火熬制，一般熬到油呈黑色，取一点滴到水里，呈浮游状态不散（即滴水成珠），说明油已炼到

火候，可以下丹了。

取黄丹 1250 克（事前炒去水分，防止入油锅时外溢）徐徐下入油锅，边下边用不锈钢棍紧忙搅拌，使油与丹充分混匀，锅中不断冒白烟。此时最要紧不要使药外溢，防止的办法是见药上升，欲溢出时，忙把锅移下。待其平静再放到火上继续熬制。我即于此处失败过，所以千万小心，否则很容易前功尽弃。待油与丹充分混合后，此时可以下细药了。再把乳香 15 克，没药 15 克，轻粉 10 克，阿魏 10 克（事前都粉成细面）下入，搅拌均匀。

这时药基本炼好，趁热时倒入水中（用大盆盛水），另一人忙用钢棍搅拌，此时水中发出滋滋的响声，药油向盆边荡漾，通过钢棍的紧搅，结成药坨。趁热用手撕成小块（利于下次摊制，和去火毒），换冷水储存，一日换两遍冷水以去火毒。这就成功了。

半月后，可以用锅化开药坨，进行摊制了。膏药的纸被用包装纸（牛皮纸）比较结实。药要摊匀，大小厚薄一致。

以上是我个人的一些经验，写出供大家参考，可能与书上记载的不一样，但出于实践，临床所用颇广。《太平惠民和剂局方》有详载。我外治风湿骨痛、痈疮疔疽、诸疮漏口、痔疮疼痛等疾皆效。

有一次治阑尾炎（周围已经脓肿），内服活血消痈之剂，同时吞服三粒太乙膏做成的弹丸，一日两次。并于阑尾疼处用芒硝大蒜泥外敷，再用加味太乙膏帖盖。第二日，痛处即起泡，疼痛随即大减。又两日，大便排出脓血秽物甚多而愈。

## 自己总结的痹证方

作者：孟维奇

链接：<http://bbs.iiyi.com/thread-1760964-1.html>

自拟一方治痹证，疗效确切，处方如下：

黄芪 30 克，党参 20 克，当归 15 克，川芎 15 克，鸡血藤 30 克，熟地 15 克，桑枝 30 克，生白芍 30 克，白术 30 克，威灵仙 20 克，秦艽 15-20 克，独活 15-20 克，羌活 15-20 克，川乌一般从 6 克开始，以后逐渐加量。

看全方药物虽多但不杂。方中可分为：第一组为补气药，黄芪，党参补气，补体虚扶正气，固腠理固卫外。古语有“治风先治血，血行风自灭”所以用补血之药；第二组为熟地，白芍，当归补阴血，濡养筋脉。当归甘补辛散，苦泻宣通，白芍苦酸，



缓急止痛，养血；第三组为祛风除湿，通经活络药，川芎，鸡血藤，威灵仙，秦艽，独活，羌活，威灵仙，能祛表之风，又可化在里之湿，川芎活血行气止痛，善祛风，能上行头目，下行血海，外彻皮毛，旁达四肢，治疗寒凝气滞血瘀诸证。鸡血藤苦甘温之品，补血，舒筋活络，是治疗风湿久痹上品之药，秦艽，苦辛微寒，药性平和，兼善于舒筋络，为风中之润滑剂。桑枝祛风通络，偏上肢行利关节，羌活，独活为一对药，治疗全身之风，相互配伍相辅相成。方中用白术作用有二：一是素体虚弱，正气不足，卫外不固是引起痹证的因素，补脾气，脾为后天之本，血生化之源，气血的生，经脉的养。二是苦寒，补脾化湿。

本人用这个方治疗病人无数，加减变化很多。痛痹去桑枝加桂枝，麻黄，白芥子，蜈蚣；痛偏重的加川乌，草乌，偏湿热去鸡血藤加丹皮，丹参，忍冬藤，地龙；风痹加防风，重黄芪，党参，白术固表；天长日久气滞血瘀加穿山甲（研粉为好），乌蛇，着痹，加苍术；手足僵硬加僵蚕，上肢加姜黄，鹿衔草；颈椎重用葛根，麻木加天麻，下肢加川牛膝，肾虚加杜仲淫羊藿等。

举例：

李某，男，65岁。因2年前冬天在公园下象棋致病，每逢气温下降，腿疼如针刺，抱腿而号，痛苦万分。查：舌紫，脉弦紧。我认为，当时正值寒冬，在公园接触寒凉之物，受风寒，观其舌脉乃风寒痹阻经脉，气滞血瘀之证。遂用上方减羌活，桑枝，加川乌，麻黄，桂枝，穿山甲，蜈蚣，研末吞服，五剂疼痛大减，十五剂痊愈。

责任编辑：修竹临风

编辑：草原民间中医、砭艾、xiwang001han

## 枫 杨

**别 名：**麻柳、蜈蚣柳。

**来 源：**胡桃科植物枫杨的干燥树皮，产于我国陕西、河南、山东、安徽、江苏、浙江、江西、福建、台湾、广东、广西、湖南、湖北、四川、贵州、云南，华北和东北也有栽培。



**形 态：**大乔木，高达 30 米，胸径达 1 米；幼树树皮平滑，浅灰色，老时则深纵裂；小枝暗褐色，具灰黄色皮孔；芽具柄，密被锈褐色盾状着生的腺体。叶多为偶数或稀奇数羽状复叶，长 8~16 厘米，叶柄长 2~5 厘米，叶轴具翅至翅不甚发达，与叶柄一样被有疏或密的短毛；小叶 10~16 枚，对生或稀近对生，长椭圆形，长约 8~12 厘米，宽 2~3 厘米，顶端常钝圆，基部歪斜，上方 1 侧楔形，下方 1 侧圆形，边缘有向内弯的细锯齿，上面被有细小的浅色疣状凸起，沿中脉及侧脉被有极短的星芒状毛，下面幼时被有散生的短柔毛，成长后脱落而仅留有极稀疏的腺体及侧脉腋内留有 1 丛星芒状毛。雄性柔荑花序长约 6~10 厘米，单独生于去年生枝条上叶痕腋内，花序轴常有稀疏的星芒状毛。雄花常具 1 枚发育的花被片，雄蕊 5~12 枚。雌性柔荑花序顶生，长约 10~15 厘米，花序轴密被星芒状毛，下端不生花的部分长达 3 厘米，具 2 枚长达 5 毫米的不孕性苞片。雌花密被腺体。果序长 20~45 厘米，果序轴常被有宿存的

毛。果实长椭圆形，长约 6~7 毫米，基部常有宿存的星芒状毛；果翅狭，条形或阔条形，长 12~20 毫米，宽 3~6 毫米，具近于平行的脉。花期 4~5 月，果熟期 8~9 月。

**栽 培：**枫杨喜深厚肥沃湿润的土壤，以温度不太低，雨量比较多的暖温带和亚热带气候较为适宜。喜光树种，不耐庇荫。耐湿性强，但不耐常期积水和水位太高之地。深根性树种，主根明显，侧根发达。萌芽力很强，生长很快。。

**性味功能：**味苦、辛，温；祛风止痛、杀虫止痒、利尿消肿。

**用 途：**用于风湿麻木，寒湿骨痛，头颅伤痛，齿痛，疥癣，浮肿，痔疮，烫伤，溃疡日久不敛。

**用法用量：**有毒，不宜内服，外用适量。

**经验鉴别：**本品以暗褐色；体轻，质韧者为佳。

## 树 舌

**别 名：**扁芝、梨菌、老母菌、树耳朵、老牛肝。

**来 源：**多孔菌科真菌平盖灵芝的干燥子实体，分布于全国各地，为世界广布种。



**形 态：**多年生子实体，侧生无柄，木质或近木栓质。菌盖扁平，半圆形、扇形、扁山丘形至低马蹄形，厚 2~15 厘米；盖面皮壳灰白色至灰褐色，常覆有一层褐色孢子粉，有明显的同心环棱和环纹，常有大小不一的疣状突起，干后常有不规则的细裂



纹；盖缘薄而锐，有时钝，全缘或波状。管口面初期白色，渐变为黄白色至灰褐色，受伤处立即变为褐色；管口圆形，每 1 毫米间 4~6 个；菌管多层，在各层菌管间夹有一层薄的菌丝层，老的菌管中充塞有白色粉末状的菌丝。孢子卵圆形，一端有截头壁双层，外壁光滑，无色，内壁有刺状突起，褐色。

**栽 培：**本品以野生为主，喜阴凉潮湿枯朽的阔叶树的树干上。

**性味功能：**味微苦，平；止咳平喘、消炎抗癌。

**用 途：**用于咽喉炎，食管癌，鼻咽癌。

**用法用量：**内服 10~30 克。

**经验鉴别：**本品以肾形，半圆形，无霉坏虫蛀，质硬而韧者为佳。

编 辑：王颖健  
责任编辑：金陵一剑



## 持续低热 10 天

作者：别看资料

链接：<http://bbs.iiyi.com/thread-3425571-1.html>

### ●病例摘要

**基本资料：**患者女，14 岁。

**主诉：**持续低热 10 天

**现病史：**患儿于 10 天前无明显诱因出现发热，体温波动于 37.2-37.6℃，考虑上感，在家中口服药物（具体不详）无好转，继而出现咳嗽，在卫生室输液治疗（具体用药不详）咳嗽好转，但体温仍为 37.2-37.6℃。为系统治疗入院。患者发病以来食欲正常，二便正常。无恶心、呕吐，无乏力。

**既往史：**既往体健。无肝炎、结核等传染病史及接触史，按计划接种卡介苗、乙肝疫苗、脊髓灰质炎疫苗、百白破及麻疹疫苗。无手术、输血及外伤史，无食物及药物过敏史。

**体格检查：**T: 37.5℃；P: 80 次/分；R: 20 次/分。神志清，精神可，发育正常，营养好。全身皮肤粘膜未见黄染及出血点，皮肤弹性可。浅表淋巴结未触及肿大。头颅大小正常，无畸形。头发分布均匀，有光泽。眼睑无浮肿，结膜无充血，巩膜无黄染，双侧瞳孔等大等圆，对光反射及调节反射正常。鼻腔通气可，未见分泌物。耳廓无畸形，外耳道无分泌物。口唇红润，咽部无充血，双扁桃体无肿大。颈无抵抗，气管居中，甲状腺无肿大，无颈静脉怒张。胸廓对称，无畸形。心、肺未见异常。腹软，肝、脾不大，全腹无压痛及反跳痛，未触及包块，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，双下肢无水肿，腹壁反射、肱二头肌、肱三头肌、膝腱、跟腱反射正常，病理反射未引出。

### 辅助检查：

血常规：WBC:  $8.50 \times 10^9 / L$ ，L: 25%，N: 75%，HB:  $120 \times 10^9 / L$ ，PLT:  $220 \times 10^9 / L$ ；

CRP: 4.5mg/l；

支原体: 1:160；

肝功、心功、肾功正常、甲功正常、血糖正常；

胸片：双肺纹理略紊乱；

PPD 试验阴性。

**初步诊断：**支原体肺炎？

**诊断依据：**学龄儿童持续低热 10 天体温在 37.2 度左右，查体阳性体征较少，支原体 1:160，胸片：双肺纹理略紊乱。

**鉴别诊断：**

肺结核：

也有低热和咳嗽症状，X 线多可发现结核病灶，PPD 试验多阳性。

**诊疗过程：**入院一直用红霉素针对支原体治疗。

●**讨论：**持续发热的原因是什么？如何解决？

●**临床讨论：**

jsxq584520:

支原体感染引起发热的可能性比较大。

noyesrongqin:

1. 初步诊断：肺炎支原体感染。
2. 还需要检查：肺炎原体，风湿等。
3. 按肺炎支原体治疗：阿奇霉素 10MG/kg/日，吃 3 停 4 治疗。
4. 肺炎支原体感染可引起长期低热。

**别看资料：**

PPD 试验做了正常。

**松风雪月：**

考虑有没有药物热的可能性，建议暂停所有药物，多喝水，临床观察一下。

**十八口丁：**

支原体感染可能性大，依据：儿童，低热 10 天，支原体 1:160 阳性，不排除其它感染，可进一步检查，同时予以大环内酯类抗生素进行规范治疗一疗程。

●**结论：**

最后诊断：体温计误差。

**诊疗过程：**诊断明确：肺炎支原体肺炎，治疗方案得当，但治疗过程中家属一直纠结患儿低热，每次都是家属告诉我们医护人员说：孩子一直发热。偶然一次患儿家属说完我们又用医院体温计检测一次发现正常，再用其体温计检测我们正常医护人员，结果发现体温也是低热。结论：体温计误差。



经验：临床工作中，要相信患者家属，更要相信自己。在临床治疗中存在困惑要冷静细想每个环节。

## 出乎意料的肝功异常

作者： anne 医生

链接：<https://bbs.iiyi.com/thread-3377942-1.html>

### ●病例摘要：

**一般情况：**患儿，女，7个月。

**主诉：**咳喘 10 余天

**现病史：**患儿缘于 10 余天前无诱因开始出现咳嗽、喘息，有痰。咳嗽呈阵发性非痉挛样，以早晨起床时为著，不伴发热，无恶心、呕吐、腹泻、白陶土样大便，无皮肤黄染、皮疹史。病后，在院外口服及肌注药物（具体不详）治疗，咳喘症状迁延不愈，为求进一步诊治，转来我院就诊。辅助检查发现肝功异常。遂收入院治疗。患儿自发病以来，不愿活动，食欲较前下降，睡眠尚可。二便未见异常。

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

**个人史：**患儿系第 2 胎第 2 产，足月剖宫产，出生情况良好，无窒息抢救史，生后母乳及奶粉混合喂养，未添加辅食，生长发育顺序正常，营养、发育、智力同健康同龄儿。

**家族史：**父母均健康，非近亲婚配，否认家族中遗传病史及传染病史。

**入院体检：**T：37℃；P：102 次/分；R：30 次/分；Wt：7.0Kg。女性患儿，发育正常，营养一般，神志清，精神稍差，查体不合作。全身皮肤粘膜未见黄染、皮疹及出血点。浅表淋巴结无肿大。头颅无畸形，毛发分布均匀，双侧眼睑无浮肿，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。口唇无紫绀，口角无疱疹，口腔黏膜光滑，咽部无充血，软腭未见出血点、无疱疹及溃疡，双侧扁桃体无肿大。未见杨梅舌。颈软，气管居中，甲状腺无肿大。胸廓无畸形，双侧呼吸运动对称，双肺叩诊呈清音，双肺呼吸音粗，可闻及干湿性啰音。心率 102 次/分，律齐，心音有力，各瓣膜听诊区未闻及杂音。腹部膨隆，两侧对称，腹壁静脉不显露，全腹无压痛及反跳痛，肝脾未触及，未触及包块，叩诊呈鼓音，肠鸣音正常。肛门及外生殖器无异常，

无肛门潮红。脊柱四肢无畸形，四肢活动自如，各关节无红肿。肱二头肌反射正常，腱反射、踝反射正常，双侧布氏征、克氏征、巴彬斯基征阴性。

**辅助检查：**血常规：WBC:11.54×10<sup>9</sup>/L； N: 48.90%； L:34.60%； Hb:119g/L； PLT399×10<sup>9</sup>/L； CRP: 25.03mg/l； 肺炎支原体 IgM 抗体：阴性； 肝功：总胆红素 2.8μmol/L，直接胆红素:1.01μmol/L，ALT:217.0U/L，AST:191.0U/L，ALP:188.1U/L，血清白蛋白 43.4g/L，球蛋白 25.2g/L。胸部 CT：双肺叶见少量点片状高密度影，密度不均，边缘模糊。

**初步诊断：**1.支气管肺炎；2.肝功损害原因待查。

**住院经过：**入院后完善检查，给予抗感染、化痰、对症支持、保肝、雾化吸入等综合治疗 6 天。临床症状缓解。复查血常规：WBC:12.0×10<sup>9</sup>/L； N: 41.40%； L: 43.60%； Hb:116g/L； PLT: 550×10<sup>9</sup>/L； CRP: 2.17mg/l； PCT: <0.1ng/ml； ALT: 62.6U/L。

#### ●讨论：

- (1) 本例支气管肺炎诊断成立，入院后发现的肝功异常的原因是什么？
- (2) 本例在肝功异常的前提下，怎样权衡用药才合理？

#### ●临床讨论：

z1340385457:

1.肝功异常的原因，可能是药物引起的，也可能是小儿原有肝脏疾病未发现，大便为非白陶土样。

2.用药时要避免肝损害药物，同时保肝治疗。

**anne 医生：**

患者病史较长，院前用药不详。肝功异常是入院后发现。考虑药物性肝损害不能排除。同意您的目前处理原则。

xia941105:

应该与她入院前用药有关，很多药物会引起肝功能异常的。

**anne 医生：**

患者入院后发现，与原发病相伴潜行，应该考虑这方面原因。是否还有其它可能原因？

#### ●总结：

通观临床资料，本例一明一暗两个线索值得重视。即：其一是急性呼吸道感染症

状群——明线；其二是辅查发现的肝功异常——暗线。

应当说，两条线索发生在一个患者身上，绝非偶然，必然有着千丝万缕的联系。仔细分析肝功能异常的原因，除上述爱友提到的身体潜在疾病、药源性因素外，尚有导致呼吸道感染的病原体所致的继发性肝功损害。现分别讨论如下：

1. 小儿原有肝脏疾病：仔细分析临床资料，在导致肝功异常的病因中，只是一种推测。本例目前尚缺乏肝脏疾病的症状与体征，可能性较小。

2. 药源性肝损害：患者病史较长，院前用药不详。肝功异常是入院后发现。考虑药物性肝损害不能排除。临床常见导致肝损害的药物很多，常见对肝功能有影响的药物包括：（1）抗生素类药物，如阿莫西林、先锋类、大环内脂类等；（2）解热镇痛抗炎药物，如阿司匹林、扑热息痛、布洛芬、消炎痛、散利痛等。（3）其它还有许多，与本例关系不密切，不再赘述。

3. 急性呼吸道感染合并肝功能异常：急性呼吸道感染出现肝功能异常，常见于重症肺炎，轻症肺炎及上呼吸道感染鲜有临床报道。其发生原因是由于婴幼儿肝功能发育不完善，容易因多种病原体感染而致肝脏的炎性损伤；发病后临床滥用药物，或迷信新药、特药因而应用了毒性较强的治疗药物直接损伤肝脏，或药物剂量过大而增加肝脏负荷，由此可能产生药物性肝损伤；某些病毒感染可导致肝功异常，已知的有麻疹病毒、肠道病毒、巨细胞病毒、EB病毒等，近年来发现肺炎支原体肺炎感染也可导致肝功损害。但本例入院后检测肺炎支原体 IgM 抗体：阴性，可以排除。但鉴于患儿血象不高，未能排除病毒性肺炎所致的肝脏功能异常。

总之，患者的肝功损害考虑两个原因：病毒性肺炎所致的肝脏功能异常和药源性肝损害。上述两个方面可分别单独存在，也可能合并存在，是两者共同作用的结果。

本例提示当患儿发病时间较长时，不可忽略其他方面的检查，如肝、肾功能、心肌酶谱、生化检查等，从而全面了解身体状况，避免漏诊，指导治疗。

遗憾的是，所分析病例资料，限于基层单位条件未能检查全面，未能确定致病的病原体，只能根据临床大致推测其病因，值得广大爱友进一步深入探讨。

这正是：无风浪起波，无由肝功削；谁知肺炎在，隐藏事太多！

责任编辑：绿漫天涯

编辑：刘现国



## 医疗资讯

### 中国学者率先揭示寨卡病毒感染神经细胞的新机制

复旦大学披露，该校生物医学研究院/上海市公共卫生临床中心双聘教授徐建青团队对寨卡病毒入侵神经细胞的关键分子进行研究，率先揭示了寨卡病毒感染神经细胞的新机制。这将为研发新型有效的寨卡病毒防御技术提供生物学新靶点。徐建青团队进一步研究又证实了 AXL 分子在寨卡病毒感染神经细胞中的作用机制：通过系列作用，最终促进寨卡病毒在宿主细胞中复制。据透露，徐建青团队的论文已在《自然·微生物学》(Nature microbiology)杂志发表。

### 新华社：好消息！本科符合条件可直接获聘中级职称

记者从河北省卫计委获悉，河北省日前印发的《关于深化医教协同进一步推进医学教育改革与发展的实施意见》中规定，医学专业本科学历毕业生符合条件可直接获聘中级职称。同时，相关部门将修订基层卫生专业人员职称晋升办法，对外语成绩、论文、科研成果等在申报职称时不作硬性规定，可作为评审的参考条件，赋予不同的评价权重。河北基层卫生计生事业单位招聘高层次和全科等急需紧缺专业技术人才，可直接考察聘用等。

### 上海回应“医闹教师”评选高级教师：评审合规，结果有效

近日，上海闵行文来中学暴力伤医老师缪某，因为晋升高级职称，被舆论推到了风口浪尖。不少网友质疑，上海实行师德一票否决制，有过伤医行为的教师是否可以参加职称评审。针对网民和市民来电来信对缪某师德问题的投诉，闵行区教育局负责人称，上海市中小学教师高级专业技术职务任职资格评审委员会（闵行）办公室对于师德问题的评判标准，主要是教育部 2008 年修订的《中小学教师职业道德规范》和 2014 年印发的《中小学教师违反职业道德行为处理办法》。目前，办公室正在对相关问题进行复核，复核结果将及时向社会公布。1 月 29 日，上海市闵行区教育局回应“涉嫌医闹女教师”评选高级教师表示，评审合规，结果有效。根据相关卷宗材料反映：缪某在“国妇婴医院就诊的事件”属于民间纠纷性质，不属于医闹。

### 被炮轰数月，这一“神药”终于回应了！

1 月 29 日，“神药”匹多莫德的研发和生产厂家普利化学工业有限公司发布媒体声明，对近日广泛讨论的匹多莫德安全性和有效性问题作出公开回应。“这个药进



入市场很多年了，从市场反馈来看，对于患者增强免疫力还是有用处的。其是国家药监局批文生产的，使用说明书经过国家核准并具有法律效力，说明书上所有适应证都经过医学证明。”

### **有力证据！就算每天只抽 1 根烟，也大大增加心脏病和中风风险**

最新发表在 The BMJ 杂志上的一项研究证实，每天只抽 1 根烟导致的患冠心病和中风的风险比预期要高得多！科学家们建议：为了显著降低患心脏病和中风的风险，吸烟者应该完全停止吸烟，而不是减少吸烟量。总结来说，科学家们认为，这一发现对很多吸烟者以及“相信只抽几支烟几乎没有害处的人”具有重要影响。尽管存在一些局限性，但这篇论文是一项很有价值的参考，可为戒烟者提供一个强有力的健康激励，让他们完全停止吸烟。正如他们在结论中写道的那样，对于心血管疾病，没有所谓安全的吸烟水平。

### **美德两团队宣布癌症疫苗试验大获成功，癌细胞已扩散也痊愈！**

两个分别来自美国波士顿达纳癌症研究所和德国缅因兹大学的科研团队同时宣布了一个十分令人感到高兴的消息，这就是：在他们针对黑色素恶性肿瘤患者的研究中所开发的基因定制疫苗在一期试验中大获成功！美方提供的数据显示，参与治疗试验的总共有六名黑色素恶性肿瘤的患者，在进行基因定制化疫苗接种后，有四人已经完全康复，体内的肿瘤细胞含量为 0，且已经跟踪了 32 个月再无复发，而另外两个人虽然之后肿瘤细胞并没有立即消失，但是在经过其他常规手段的辅助下肿瘤细胞也已经消失殆尽。而在德方提供的数据显示，参与治疗试验的总共 13 名患者，在接种后，有 8 名肿瘤患者在三个月内肿瘤细胞完全消失，且连续跟踪 23 个月没有再复发，其余 5 名患者由于癌细胞已经扩散严重，截至研究成果公布时，共有两名患者的扩散肿瘤缩小，一名患者在接受常规辅助治疗后完全消灭了已经扩散了的肿瘤。

### **日本干细胞研究造假，诺奖得主道歉或将辞去重要职位**

日本京都大学 ips 细胞研究所 22 日承认，该所研究人员去年 2 月发表的一篇论文存在造假行为。研究所所长、诺贝尔奖得主山中伸弥为此召开记者会致歉。根据研究所 22 日公布的调查结果认定，以助教山水康平为第一作者的研究小组于 2017 年 2 月发表在美国《干细胞报告》杂志网络版上的一篇文章存在 17 处捏造和篡改图像数据行为。论文内容为利用诱导多能干细胞（ips 细胞）培养脑血管细胞。山水康平本人已承认造假行为，京都大学已经申请撤回这一论文。山中伸弥因在诱导多能干细胞领域的开创性研究而获得 2012 年诺贝尔生理学或医学奖。10 多年来，诱导多能干



胞不断展现在再生医疗等领域的巨大潜力。

### 中国心血管病报告 2017 重磅发布

《中国心血管病报告 2017（概要）》最新发布，全文见于《中国循环杂志》。总体上看，中国心血管病患病率及死亡率仍处于上升阶段。推算心血管病现患人数 2.9 亿，其中脑卒中 1300 万，冠心病 1100 万，肺原性心脏病 500 万，心力衰竭 450 万，风湿性心脏病 250 万，先天性心脏病 200 万，高血压 2.7 亿。心血管病死亡占居民疾病死亡构成 40%以上，居首位，高于肿瘤及其他疾病。近几年来农村心血管病死亡率持续高于城市水平。目前，心血管病死亡占城乡居民总死亡原因的首位，农村为 45.01%，城市为 42.61%。今后 10 年心血管病患病人数仍将快速增长。心血管病负担日渐加重，尤其是农村居民的心血管病死亡大幅增加。

### 卫计委发文，未来三年医师资格考试将发生哪些变化？

卫计委、医师资格考试委员会联合印发《国家医师资格考试发展规划（2018—2020 年）》，对未来三年的医师资格考试工作做出规划和部署。1. 乡村全科执业助理医师考试全覆盖；2. 儿科和院前急救短线专业加试继续进行；3. 固定合格分数线改革基本实现；4. 全面推进国家实践技能考试基地建设；5. 稳步推进计算机化考试；6. 继续开展分阶段考试实证研究；7. 「一年两试」改革扩大试点。

### 国家卫计委：已提供 3 亿元支持“廉价救命药”

近日，国家卫计委在官方网站发布对《尽快把“廉价救命”老药供给保障问题提上议事日程的提案》答复的函，该答复表示，近年来，工业和信息化部联合发展改革委、财政部等部门通过相关产业化专项对短缺药生产企业 GMP 改造给予支持，在产业振兴和技术改造专项中，将临床短缺药、罕见病药、儿童药的扩能改造作为支持重点，共支持 30 个项目实施技术改造，安排资金约 3 亿元。

责任编辑：永恒流星





## 父爱如山

作者：胡天静

链接：<https://bbs.iyi.com/thread-3398959-1.html>

上午十点半，程玮大哥给我留言，说郑大姐过来了，中午一块儿吃个饭。小店区党校旁边的酒店，郑大姐夫妇，我们四人一起一边吃饭一边唠嗑。

郑大姐是程玮大哥的一位学生，在太原郊区开了一家诊所。不知道怎么把话题说到婆媳关系了。郑大姐就给我们讲起了她爸爸，故事由此展开——

我爱人那边兄弟六个。我结婚的头天晚上，爸爸把我叫过去，吩咐：丽贞，你过去那边，你要记住，孝顺父母的时候，公公婆婆只有儿子一个；分家产的时候，公公婆婆有儿子五个。

到了婆家，几十年不敢和婆婆顶一句嘴。当然，不顺心委屈的时候也有。那时候，我们夫妻俩的工资加起来才七十多一点。有一天，婆婆对我说，让我去借八十元钱回来。我找了好几个同事，好不容易，才把这八十元凑齐。晚上给婆婆的时候，婆婆当我面，接过去就给了老三，一句话都没有。我心里就受不了啦，不敢说什么。

跑回娘家，倒在炕上，哇哇哇哭。哭了多大会儿，爸爸对我说，去喝点水。喝完水，我把事情的前前后后给爸爸说。爸爸问我，钱你是给了你婆婆吧？我说：是。爸爸说：给了你婆婆的钱，就是你婆婆的了，她怎么安排怎么使用是她的事。关你什么事？再说，你婆婆当着你面，给你兄弟，就是要你兄弟知道，这钱是你这个嫂子给想办法的，有什么不对吗？我不哭了。那以后，不管什么事情，我都再没有跑过娘家。

爸爸开了一个砖厂，有很多工人。爸爸临终前，把我叫到床前，对我说，厂里欠我钱的人很多，都不用问了。人家没有还我钱，一定是人家难。只有一个，开铲车的，我还欠他 68 元工钱，你得找到他，把这个钱给我付了……

郑大姐讲到这里，顿了一下。补充说，我们不知道这位开铲车的师傅叫什么名字，找了多次，找了多年，现在还没有找到。

我端起酒杯：“大姐，来，我敬老爷子一杯！”

不知咋的，泪水模糊了我的双眼……

## 2017 年底小驻

作者：天鸟 2014

链接：<https://bbs.iyi.com/thread-3426628-1.html>

今天，依旧是雪后的小雨。  
对面人家的书房透过来橘黄色的灯光，  
男主人泛白的头发一晃转过，  
一面墙是整整的一个书架。

姐问我，你有多久没看本书了？  
老公问我，你有几天没出过门了？  
他领着女儿去图书馆借了 20 本书，  
带着外面清冷的空气回来。

我努力做着做一个酱肘子，  
却突然在做好的那一刹那，  
想要把它摔在垃圾桶里。  
它泛着油腻，  
像极了这每天的生活。

每天自己拖延慵懒着，  
却把这份自责发泄在周围的一切。  
如果能描述的，恐怕只有这句话，  
一边痛苦，一边继续。

2017，就要过去了，  
想迫切有个切割点，把旧日子去除掉，  
然后变成一个崭新的自己，  
对工作，积极主动；

对垃圾新闻，删除再见；  
对日常，有情致；  
对父母，耐心爱护；  
对老公，体谅鼓励；  
对女儿，就像对待小时候的自己；  
而对自己，则要爱惜赞美。

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。

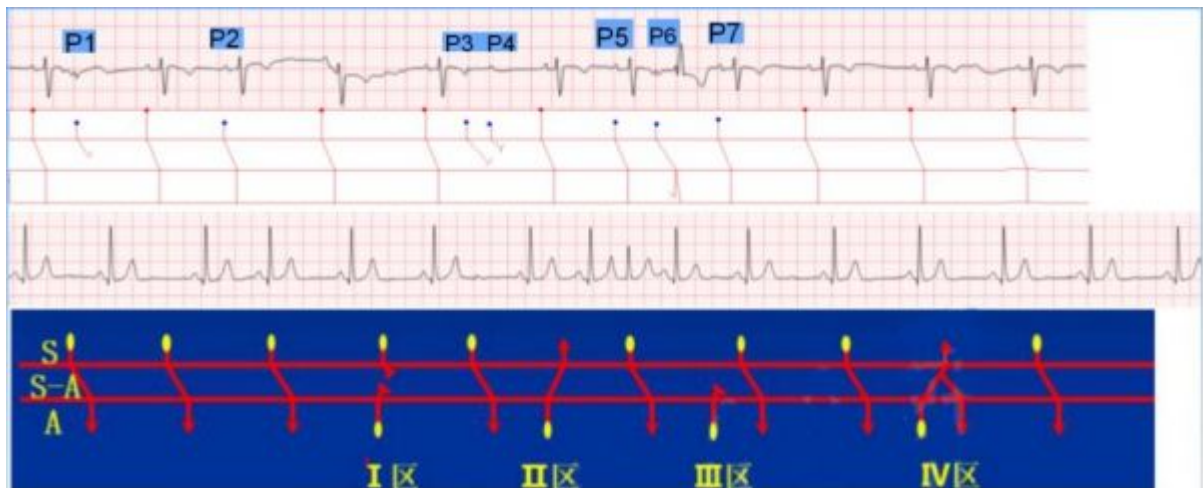
爱爱医杂志的每一篇文章都是编辑们精挑细选并认真审核的，这里汇聚的都是爱爱医的精华，只要您关注，一定会有所收获。编辑们利用业余时间认真审核稿件，就是希望通过我们的努力，给爱友们送去一份充实和感动。杂志的发展依靠大家的支持，爱爱医杂志期待您的投稿！也期待您积极参与爱爱医杂志版面活动，赢得精美纸质杂志年刊！大家的支持，是爱爱医前进的动力！爱爱医论坛每个月都有不同的风采，各版面活动精彩纷呈，还有爱爱医微信公众平台可以参与互动分享，期待您的参与！只要您活跃在爱爱医，就有机会获得我们的纸质杂志年刊奖励，精彩不容错过，您如果期待，就请快来参与活动和积极投稿吧！

## 心电图读图第 76 期答案解析

作者:trg

链接: <https://bbs.iiyi.com/thread-3426830-1.html>

从下条图长 II 导联看，图前段图后段的窦性周期均等，可确定为窦性周期，而不等于窦性周期的 RR 间期内，可见提早出现的心房波，每个心房波出现后都没有产生常见的不完全代偿间歇，房性早搏的发生可出现在四个区域，分别为 I、II、III、VI 区，可产生完全代偿间歇、不完全代偿间歇、次代偿间歇和小于窦性周期窦房折返性激动。结合 P5、P6、P7 连续提前出现考虑房速伴室内差传的情况下，P2、P5 也提前出现，考虑房早可能性大，但 P 波形态与窦性 P 波基本一致，窦性早搏是有可能的，P1、P3、P4 提前的较明显，未出现不完全代偿间歇，考虑与房性早搏落在 III 区未侵及窦房结有关，另 P4 不排除干扰所致，P4 后的第一个 P 波形态略有变化，考虑钟氏现象，其 PR 间期似乎略短，存在交界性逸搏可能。



心电图诊断：

1. 窦性心律（或存在窦性早搏）；
2. 房性早搏，部分未下传，部分成对出现，阵发性房速伴室内差异性传导，钟氏现象；
3. 交界性逸搏可能。

（本图没有标准答案，答案仅供参考。）

责任编辑：ngf1978

## 2018 年 1 月爱爱医论坛荣誉榜

优秀超版：哥们、htchb

优秀超版助理：想\_\_拟、旧日足迹、绿漫天涯

优秀版主：anne 医生、kaixindou1、zmdzfx、caobi2500、踏青放牛、ww2sxy520

蔡 ys、airen13828、trg、andy1087911、草原民间中医、别看资料、舒省

良好版主：品味淡泊、yanqi120、jjmjZy、lz6888、xzp\_dragon、ffxxff770603



## 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，投稿时对涉及患者或医务人员隐私或可能引起医疗纠纷的应使用化名或加密。

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

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

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

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

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

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

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

注：

1. 中医基础科学、中医临床各科、中药相关科学等相关文章均可投稿。
2. 中医相关论文要注意专业术语，体现中医药特色，病例、医案等要求体现四诊、辨证论治原则。

【征稿对象】全体爱友。

【征稿时间】长期

【征稿形式】

1. 请爱友参考《爱爱医》杂志版 (<http://zz.iyi.com>) 置顶帖《爱爱医杂志》征稿帖，按栏目分类投稿。

2. 也可以直接投稿到 463767990@qq.com。稿件以 word 格式附件发送。爱爱医编辑将在 7 个工作日内回复是否采用稿件。

可以是自己的原创文章，也可以推荐其他爱友的原创精品文章。

【征稿奖惩】

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

