

爱爱医



若时间倒流，
你还会学医吗？

第三期 总NO. 98

Volume 9, number 3, Mar. 2018

刊首语

当初为什么选择学医？

作者：天鸟 2014

链接：<http://bbs.iiyi.com/thread-3425287-1.html>（10楼）

当初为什么选择学医？

因为，我对医生这个行业根本不了解。

我听说，医生可以值夜班。

于是，我就窃喜，

能够在别人都已经进入睡梦的时候，

我可以正大光明的守住一盏灯，

读我喜欢读的书，

仿佛生命加长了，

我想象是一个高瞻远瞩的智者，

众人皆醉我独醒，

享受这份美丽的寂寞和孤独。

我听说，医生是这个世界上真正携带一身本领的人，

像个侠客吧。

无论是在医院还是在生活中，

在飞机上还是火车上，

医生总是那个急于被召唤的使者，

众人闪开，他出现在殷切的目光中，

头上带着光环。

后来，我真正做了医生，

我才感受到，

原来一个夜班，接受五个新病人，死亡三个病人，
不知不觉看着天由黑就那么变白了，
阿姨的打饭车隆隆声中推进来，
病人也都醒来了，走廊里繁忙热闹，
美丽的寂寞和孤独就那么成了悲壮。

后来，经历了越多，
我才知道，
医生行走在险恶的江湖中，
是多么不易。
它要你高贵、善良、勤奋、努力，
像淤泥中荷花、天涧中的清流。
可时代在变迁中，
对方可以奸诈、恶毒、无耻、无知，他们说时代变了。
而医生和护士，
相互扶持着，小心谨慎地，
彼此叮嘱着，不要有事情，没消息就是好消息。

我一个同学每天早晨坚持跑步，
他跟我说，
有规律的生活就是享受，
那时候是刚上大学。
我还在心里笑，太没有魄力，太没有创意了，
这样的生活哪里精彩，
我要的日子是每天都要向上的职业生涯，
我要的爱情是看见他第一眼就要嘴唇发抖，
早搏频发的心情火花。

后来，后来这个词应该是很忧伤的过程，
因为经历了不能够返回的事和人，还有心情。

现在，我还是愿意做那个侠客，
只是我会做一身厚厚的软猬甲，
 让我在出手行侠时，
 不再有彻心的伤痛。
也许，在网络里，再去化身成一个少年，
 去猖狂，去嬉笑怒骂。

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

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

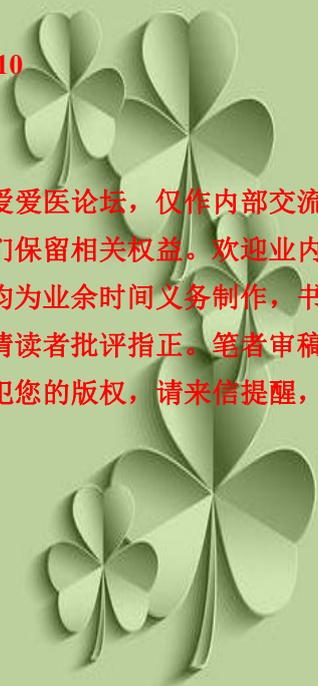
邮 编：519041

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	当初为什么选择学医？..... 1
专家讲坛	2017 版 EAU《男性性腺功能减退症指南》解读..... 1
关 注	全国两会：医药界代表都说了什么？..... 8
专业交流	前牙间隙用树脂关闭..... 11
西 医	小儿腹泻治疗体会..... 12
	痔疮手术经验谈——“两头处理法”..... 12
	《诊室的故事》——星星的孩子..... 20
	超声入门贴 572——白内障..... 21
	外伤病人误诊 1 例..... 23
	宫外孕误诊 1 例..... 24
	儿童暴发性心肌炎..... 25
	心电图读图第 78 期..... 25
专业交流	腰疾治疗经验..... 27
中 医	《伤寒论》方治验..... 29
	浅论甲减病..... 31
	最近的小儿外感治验..... 32
	腰痛治验一例..... 33
	肩胛骨调整以及杂谈..... 33
	关于刮痧的一点体悟..... 34
	一例咽痛患者的治疗体会..... 35
识 草 药	火棘..... 36
	檀香..... 37
病例讨论	反复高热、头痛、肝功轻度异常一例..... 39
	突发持续腹痛 4 天..... 43
医疗资讯	医疗资讯..... 54
医网情深	像我这样平凡的人..... 58
编读往来	编读往来..... 61
	心电图读图第 77 期答案解析..... 61
荣 誉 榜	2018 年 2 月爱爱医论坛荣誉榜..... 63
杂志稿约	爱爱医杂志稿约..... 64



2017 版 EAU 《男性性腺功能减退症指南》解读

原作者：李焱风等

链接：<https://bbs.iyyi.com/thread-3432437-1.html>

李焱风^{1,2} 杨毅坚^{1,2} 秦国政¹ 张春和^{1△} 张科³

1 云南中医学院第一附属医院/云南省中医医院男科, 昆明 650021

2 南京中医药大学, 南京 210023

3 云南中医学院, 昆明 650500

【摘要】 随着全球老龄化进程的加剧, 男性雄性激素缺乏的问题日益得到全世界的关注。2017 年 3 月, 欧洲泌尿外科学会 (EAU) 更新了《EAU 男性性腺功能减退症指南》(以下简称《指南》)。对男性性腺功能减退症 (Male Hypogonadism) 的流行病学、病因学、病理学、诊断评估、临床表现、治疗、随访等方面做了详细论述, 并对有关内容进行了更新。本文通过对 2017 年《指南》的解读, 旨在帮助临床医生更进一步认识本病, 以及在今后的临床工作中更加重视本病的诊断、治疗和预防工作。

【关键词】 欧洲泌尿外科学会; 男性性腺功能减退症; 指南; 解读; 睾酮替代治疗

Interpretation of the 2017 edition of EAU Guidelines on Male Hypogonadism Li Yanfeng^{1,2}, YANG Yijian^{1,2}, QIN Guozheng¹, ZHANG Chunhe^{1△}, ZHANG Ke³. 1. Department of Andrology, Yunnan Provincial Traditional Chinese Medicine Hospital, The First Hospital Affiliated to Yunnan University of Traditional Chinese Medicine, Kunming 650021, Yunnan, China; 2. Nanjing University of Chinese Medicine, Nanjing 210023, Jiangsu, China; 3. Yunnan University of Traditional Chinese Medicine, Yunnan 650500, Yunnan, China

【Abstract】 With the aggravation of the aging process in the world, the problem of male hormone deficiency has been given more and more attention all over the world. In March 2017, the European Association Urology (EAU) updated The EAU Guidelines on Male Hypogonadism. The epidemiology, etiology, pathology, clinical manifestations, diagnostic evaluation, treatment and follow-up for male hypogonadism are discussed in detail, and the contents are updated. The article is aimed to help clinicians to understand the disease by the interpretation of the 2017 edition of EAU Guidelines on Male Hypogonadism, and remind the physician to pay more attention to the diagnosis, treatment and prevention of the disease in the future clinical work.

【Key words】 European Association of Urology (EAU); Male hypogonadism; Guidelines; Interpretation; Testosterone replacement therapy

【中图分类号】 R698

【文献标志码】 A

男性性腺功能减退症是一种由雄性激素缺乏所致的临床综合征。研究证据表明睾酮水平随年龄增长而逐渐下降, 导致成年男性性腺功能减退症的风险因素包括了肥胖、慢性疾病和不良的健康状态, 患者有可能在睾酮替代治疗中获益, 但睾酮替代治疗的安全性还需要长期的观察。本文主要介绍欧洲泌尿外科学会 (The European Association of Urology, EAU) 关于男性性腺功能减退症诊断和治疗指南, 对原发性及继发性男性性腺功能减退、年龄相关性的睾酮水平下降以及睾酮缺乏的治疗做了重点论述。本版《指南》是对 2012 年第 1 版《指南》的进一步修订, 专家组通过对 2011 年至 2016 年以来在 Embase、Medline 和 Cochrane 数据库中心的随机对照试验、Meta 分析或随机对照 Meta 分析进行了系统文献检索和评估, 并提供了切实可行的

建议。

1 流行病学

《指南》对本病做出了明确的定义: 男性性腺功能减退症是由雄性激素缺乏引起的临床综合征, 可能会对多器官功能和生活质量 (Quality of life, QoL) 产生不利影响。男性性腺功能减退症的诊断必须同时包括症状持续性的临床症状和雄性激素缺乏的生理证据。

雄性激素随着年龄的增长而轻微下降, 在健康男性中也会发生。在中年男性中, 生理性性腺功能减退症的发生率为 2.1% ~ 12.8%^[1], 40 ~ 79 岁的低睾酮和性腺功能减退症的患者发病率为 2.1% ~ 5.7%^[1,2]。性腺功能减退症在老年男性、肥胖男性、并存疾病较多以及身体健康状态欠佳的男性中发病更为普遍。

2 生理

2.1 雄性激素的生理功能

《指南》更加详细地阐述了雄性激素的生理功能, 是男性正常发育过程中必不可少的。未分化的性腺发育成胎儿睾丸需

【基金项目】 国家自然科学基金项目 (30760316)。

【第一作者简介】 李焱风 (1980—), 男, 主治医师、讲师、在职博士, 主要从事泌尿男科临床、教学和科研工作。

△【通讯作者】 张春和, E-mail: zhangchunhe0426@126.com

要通过多个基因的表达,包括决定性别的 Y 染色体(SRY 基因复合体)和 SOX 基因。胎儿睾丸产生三种激素:睾酮、胰岛素样肽 3(insulin-like peptide 3, INSL3)和抗苗勒管激素(anti-Müllerian hormone, AMH)。睾酮有助于中肾管(Wolffian duct)的稳固和附睾、输精管、精囊的形成,AMH 促使苗勒管退化,INSL3、AMH 和睾酮调节睾丸下降。睾酮促进了前列腺、阴茎和阴囊的发育。在这些器官中睾酮被 5α -还原酶被转化为更有效的代谢产物 5α -双氢睾酮(5α -dihydrotestosterone, 5α -DHT)。睾丸内睾酮可维持精子发生过程并抑制生殖细胞凋亡,但表面上不直接作用于生殖细胞,而是通过 AR 作用于 Sertoli 细胞并影响生精管道的微环境。睾酮也可以通过芳香化酶代谢成雌二醇,雌二醇对男性骨质矿化是必不可少的。睾酮的产生,在胎儿期受到胎盘产生的绒毛膜促性腺激素(HCG)的抑制,出生后受到垂体分泌的黄体生成素(luteinising hormone, LH)的抑制。但在出生后几个月内(微小青春期)血清睾酮水平就可以迅速达到成人水平。此后,直到青春期睾酮都处于低水平,青春期开始后,在下丘脑促性腺激素释放激素(gonadotropin-releasing hormone, GnRH)的分泌作用下,产生促性腺激素,并引起睾酮产生、男性性征发育和精子发生。

2.2 雄激素受体

睾酮通过位于靶细胞的细胞质和细胞核中的雄激素受体(AR)发挥其作用。AR 基因位于 X 染色体上(Xq 11-12),其缺陷和突变可导致男性性发育不良(disorder of sexual develop-

ment, DSD),不太严重的突变可能导致轻度的雄激素抵抗和男性不育。雄激素敏感性可能受 AR 基因外显子 1 中胞嘧啶-腺嘌呤-鸟嘌呤(cytosine-adenine-guanine, CAG)扩增的长度的影响。较短的扩增与前列腺疾病的风险增加相关,较长的扩增与组织中的雄激素作用下降有关。即使在正常的睾酮水平的情况下,CAG 扩增的数量也可能影响雄激素的作用。

3 病因学与分类

性腺功能减退由于睾丸功能障碍引起,或者是由下丘脑-垂体-性腺轴的一个或多个环节的功能障碍导致。可根据功能障碍的层面(睾丸、下丘脑和垂体、下丘脑/垂体和性腺、雄性激素靶器官)将男性性腺功能减退分为睾丸源性男性性腺功能减退(原发性性腺功能减退)、下丘脑-垂体源性男性性腺功能减退(继发性性腺功能减退)、由下丘脑/垂体和性腺的混合功能障碍引起的男性性腺功能减退(成人期发病的性腺功能减退,也被称为迟发性性腺功能减退症和年龄相关性性腺功能减退症)、由雄激素靶器官缺陷导致的男性性腺功能减退症。其中原发性睾丸障碍是性腺功能减退最常见的原因,可导致睾酮水平低,精子发生障碍和促性腺激素升高(高 LH 和 FSH)。继发性性腺功能减退是青春期延迟的最常见原因。《指南》指出,对性腺功能减退症进行分类具有治疗意义。建议通过 LH 和 FSH 水平来区分原发性和继发性性腺功能减退,不仅可以对患者进行评估,对治疗有指导意义,还可以对患者相关的健康问题及不育症进行鉴别(证据水平 1b,推荐级别 B)。见表 1、表 2。

表 1 原发性性腺功能减退症的形式

疾病	雄激素缺乏的原因
睾丸下降不全或异位睾丸	睾丸下降失败,睾丸发育不良
Klinefelter 综合征 47, XXY	生殖细胞中的性染色体未分离
睾丸肿瘤	睾丸发育异常
睾丸炎	病毒或非特异性睾丸炎
获得性的无睾症	创伤,肿瘤,扭转,炎症,医源性,手术切除
继发性睾丸功能障碍 (原发性)睾丸萎缩/睾丸发育不全	药源性,毒品,毒素,全身性疾病,精索静脉曲张 男性不育(原发性或特发性原因)
先天性无睾症(双侧患病率 1 例/2 万名男性,单侧患病率为其 4 倍)	子宫内扭转是最可能的原因
46, XY 性腺发育不良(DSD)(原男性假两性畸形)	类固醇生物合成酶缺陷导致睾酮合成障碍(17, 20-羟化酶缺陷, 17 β -羟基类固醇脱氢酶缺陷)
性腺发育不全(同“条索状性腺”)	XY 性腺发育不全,可以由不同基因的突变引起
46, XX 男性综合征(患病率 1/10000 ~ 20000)	在减数分裂期间,Y 染色体的 DNA 片段易位后,男性当前的遗传信息从 Y 染色体到了 X 染色体。
Noonan 综合征(患病率 1/1000 ~ 1/5000)	身材矮小,先天性心脏病,隐睾症
灭活 LH 受体突变, Leydig 细胞发育不全(患病率 1/1000000 ~ 1/20000)	由于突变, Leydig 细胞不能发育

表2 继发性性腺功能减退的形式

疾病	雄性激素缺乏的原因
高催乳素血症	催乳素分泌性垂体腺瘤(催乳素瘤)或药物诱导
单纯性促性腺激素分泌不足性性腺功能减退(Isolated hypogonadotropic hypogonadism, IHH)(以前称为特发性促性腺激素分泌不足性性腺功能减退症)	特异性或不明确原因的突变影响了 GnRH 的合成或作用
卡尔曼氏综合征(促性腺激素分泌不足的性腺功能减退症伴有嗅觉丧失,发病率万分之一)	GnRH 缺乏症和嗅觉丧失,由遗传因素决定
继发性 GnRH 缺乏症	药物,药物,毒素,全身性疾病
垂体功能减退症	放射治疗,创伤,感染,血色素沉着症和血管功能不全或先天性
垂体腺瘤	激素分泌腺瘤;非垂体激素依赖性腺瘤;转移到垂体或垂体柄
Prader-Willi 综合征(PWS)(以前称为 Prader-Labhart-Willi 综合征,10,000 人中流行 1 例)	先天性 GnRH 分泌紊乱
先天性促性腺激素不足性性腺功能减退(发病率 1/12,500)	X 染色体隐性遗传病,多数患者由 DAX1 基因突变引起
Pasqualini 综合征	单纯性 LH 缺乏症

4 诊断评估

性腺功能减退症诊断的依据是由雄激素缺乏引起的持续存在的症状和体征以及使用可靠方法测定的持续的睾酮水平低下(至少两次检测)^[3,4-7]。应该指出的是,随着时间的推移,有一大部分人从继发性性腺功能减退症中恢复,在对没有明确下丘脑或垂体疾病的患者进行睾酮治疗时,重新评估显得非常

重要^[8]。

4.1 临床症状和实验室检查

《指南》指出血液循环中雄激素水平低下,可能与患者的临床症状和体征相关联。《指南》将男性性腺功能减退的临床症状分为三类。见表 3。

表3 睾酮缺乏的症状与体征

症状分类	具体表现
睾酮缺乏的症状与体征	睾丸体积减小、男性不育症、体毛减少、男性乳房异常发育、体重与肌肉力量下降、内脏型肥胖、代谢综合征、胰岛素抵抗和 2 型糖尿病、骨矿物质密度降低(骨质疏松)和低创伤性骨折、轻度贫血
性方面症状	性欲和性活动减少、勃起功能障碍、夜间勃起减少
认知和心理症状	潮热、情绪变化、疲劳和愤怒、睡眠障碍、抑郁、认知功能减退

以上症状,在正常睾酮水平的男性中也可以发生,可能有多种原因,而不只是睾酮缺乏。性腺功能减退的中老年男性最常见的症状是性欲降低、性活动减少、勃起功能障、情绪变化和体能下降,其他与睾酮下降相关的因素是肥胖和身体健康状况欠佳。雄激素缺乏的症状和体征的变化取决于发病年龄,病程和缺乏的严重程度。

《指南》建议在睾酮水平与症状不一致的情况下,应分析游离睾酮(free testosterone, FT)水平。至少需要评估两次,如果差异 > 20%,应该进一步评估^[9]。性腺功能减退症并不总是有明显的睾酮水平低下,为了区分原发性和继发性性腺功能减退症,以及确定成年男性性腺功能减退,需要测定血清 LH 水平。最好在 30d 内,在禁食状态下进行两次血清 LH 和睾酮水平的测定。对于激素水平的监测不再局限于 7 点到 9 点,而是要求在 7 点到 11 点进行。

4.2 病史和问卷调查

对于性腺功能减退的问卷调查表较多^[10],比如 ADAM(andro- gen deficiency in aging males)问卷、PADAM(partial androgen deficiency in aging males)问卷、AMS(aging male symptoms scale)

问卷、MMAS(massachusetts male aging survey)问卷等,但新版的《指南》指出,已出版的问卷调查并不可靠,特异性较低,对疾病的诊断效果不高。在病史采集的过程中,评估和排除系统性疾病、营养不良和消化不良的体征以及持续的急性疾病非常重要的,还需要积极询问患者的治疗用药史。

4.3 体格检查

《指南》建议对体重指数(body mass index, BMI)、腰臀比(或腹部矢状直径)、体毛、男性型脱发、男性乳房发育的大小、睾丸大小(用睾丸测量计或超声波测量)进行评估,还应包括阴茎以及前列腺的直肠指检(digital rectal examination, DRE)。

《指南》认为,男性性腺功能减退症的诊断基于雄激素缺乏症的症状和体征,同时伴有持续性的血清睾酮水平下降(证据水平 3,推荐级别 C)。建议在早上在禁食状态下 11 点前进行睾酮监测(证据水平 1,推荐级别 A);用可靠的方法至少检测两次总睾酮。对于总睾酮水平接近正常值低限(8~12 nmol/L)、怀疑或已知的性激素结合球蛋白(SHBG)水平异常者需行游离睾酮检测(证据水平 1,推荐级别 A);常规对睾酮缺乏的疾病或治疗过程进行睾酮水平评估,同时治疗可能需要指征。这包

括：性功能障碍、2型糖尿病、代谢综合征、肥胖、垂体肿瘤、继发于鞍区放射以及下丘脑和鞍区的其他疾病、用抑制睾酮水平的药物进行治疗 - 例如皮质类固醇和阿片剂、中度至严重慢性阻塞性肺病、不育、骨质疏松症或低创伤性骨折、艾滋病毒感染与肌肉减少症（证据水平 2，推荐级别 B）。分析 LH 血清水平以区别原发性和继发性性腺功能减退症（证据水平 2，推荐级别 A）。

4.4 临床结局

性腺功能减退症的临床结局，取决于发病年龄和性腺功能减退的严重程度。

4.4.1 产前雄性激素缺乏 在妊娠期的前 14 周，睾酮水平对于男性外生殖器的正常男性化至关重要。在这个时期由于 AR 或 LH 受体功能不足引起的雄激素缺乏或雄激素抵抗可能导致生殖器异常发育异常，由于外生殖器明显异常，诊断为性发育障碍的患者年龄往往较小。然而，由于青春期发育延迟，表型谱两端的患者在儿童期可能被忽视，而在青春期被确诊。

表 4 成年期发病的男性性腺功能减退症的筛查建议

建议	证据水平	推荐级别
仅对与表中 3 列举的一致和多重的症状和的体征的成年男性进行睾酮缺乏的筛查	3	C
具有睾丸功能障碍的年轻男子和 50 岁以上低睾酮的男性应额外进行骨质疏松症筛查	2	B

4.4.4 2 型糖尿病患者的性腺功能减退 2 型糖尿病中男性性腺功能性减退高发。最常见的治疗的症状和体征是性功能障碍。据报道，高达 70% 的糖尿病男性勃起功能障碍可能由不同或组合的病因（血管、神经、药物、心理因素）以及性腺功能减退症引起，约占 30%，单独使用睾酮治疗可能不够，可能需要联合使用与 PDE5 抑制剂。睾酮缺乏与 2 型糖尿病男性的心血管危险因素相关，一些研究中发现睾酮替代治疗（testosterone replacement therapy, TRT）可以改善胰岛素抵抗，控制血糖，减少身体脂肪和腰围，降低总胆固醇和低密度脂蛋白、脂蛋白 a，并且可能使低密度脂蛋白轻微降低。有一些证据表明，TRT 可以降低死亡率^[11-13]。

5 疾病管理

5.1 治疗的适应症和禁忌症

睾酮治疗旨在恢复男性生理范围内的睾酮水平，恢复生理性雄激素的功能和改善生活质量，例如幸福感、性功能、肌肉力量和骨矿物质密度。《指南》建议，在开始治疗前，需进行血液、心血管、乳房和前列腺评估（证据水平 1a，推荐级别 A），评估心血管危险因素，并优化已存在心血管疾病的二级预防（证据水平 1a，推荐级别 A）；在治疗期间，应监测睾酮、血细胞比容、血红蛋白和前列腺特异性抗原（prostate-specific antigen, PSA）（证据水平 3，推荐级别 A）；谨慎治疗已存在心血管疾病、静脉血栓栓塞或慢性心脏衰竭的男性性腺功能减退症且需要睾酮治疗的患者，通过临床评估仔细监测，血细胞比容（不超过 0.54），睾酮水平最好保持在正常健康范围中线（证据水平 1b，推荐级别 A）。睾酮治疗的主要适应症和主要禁忌症分别见表 5、表 6。

4.4.2 青春期前雄性激素缺乏 青春期延迟的定义为在 14 岁时没有睾丸增大。青春期延迟并不一定表示存在疾病。在严重雄激素缺乏的情况下，青春期的早发性性腺功能减退症的诊断和治疗相当简单。常见的临床表现与体征有青春期延迟、小睾丸、隐睾症、男子女性型乳房发育、高音调声音、骨骺未闭、线性增长到成年、无睾症、体毛/面部毛发稀疏、不育症、骨量降低、肌肉减少、性欲下降/性活动减少。

4.4.3 成年期发病的性腺功能减退症 成年期发病的性腺功能减退症定义为睾酮缺乏，通常与临床症状或体征有关，此类患者常有正常的青春发育期以及正常的男性第二性征。症状或体征可能没有特异性，必须通过激素测定来证实临床的怀疑。但是个体之间存在较大差异，即使在一个个体内，不同靶器官的阈值水平可能不同，雄激素受体活性可能也与这种差异有关。对于此类的筛查建议见表 4。

表 5 睾酮治疗的主要适应症

青春期延迟（原发性或先天性（HH, Kallmann 综合征））
克氏综合征伴有性腺功能减退症
性功能障碍伴睾酮水平下降
性腺功能减退症伴骨量下降
成年男性伴有低睾酮水平和多种临床症状和体征，特别是在未成功治疗的肥胖和并存疾病发生的和性腺功能减退症有一致临床表现
垂体功能减退症
睾丸功能障碍和性腺功能减退
2 型糖尿病伴有性腺功能减退

表 6 睾酮治疗的禁忌症

局部晚期或转移性前列腺癌
男性乳腺癌
渴望生育的男性
血细胞比容 > 0.54
严重慢性心力衰竭/纽约心脏协会 IV 级

与 2016 年版《指南》相比，删除了“未得到控制的心血管疾病”“PSA > 4ng/mL”“严重呼吸睡眠暂停”“由前列腺增生症导致的严重下尿路症状”的禁忌症。

目前有良好的证据表明睾酮缺乏以及勃起功能障碍是心血管疾病及全因死亡率和心血管疾病死亡率的独立生物标志物，但不一定是原因^[14]。在正常范围内的内源性睾酮水平与最

低死亡风险相关^[3]。在预先存在心血管疾病的男性中,应对个体心血管风险因素(如生活方式,饮食,运动,吸烟,高血压,糖尿病,血脂异常)进行治疗,二级预防应尽可能优化。睾丸激素治疗已经很多年了,直到最近,医学文献中仍然没有关于引起心脏衰竭以外的主要心血管事件(major cardiovascular events, MACE)风险增加的临床研究。相关研究结果并不支持睾酮治疗与不良心血管事件之间的因果关系^[4]。回顾性研究显示睾丸激素较低的男性经睾酮替代治疗达到正常范围与心肌梗死的减少相关,而用睾酮治疗未达标的男性并未获益^[5]。另一项回顾性研究显示,睾酮治疗没有增加任何心肌梗死的风险^[6]。没有任何证据表明睾酮治疗与静脉血栓栓塞发病率增加有关^[9,20]。但严重慢性心力衰竭仍是男性睾酮治疗的禁忌症,因为液体潴留可能导致病情恶化。有趣的是,睾酮缺乏症增加了心力衰竭男性的再入院率和死亡率^[21]。

对于PSA,先前对于睾酮治疗可能会增加患前列腺癌的风险的担心已经被许多荟萃分析所反驳^[22-23]。然而,尚缺乏长期有效的数据来得出睾酮治疗对前列腺癌进展是安全的结论。因此,前列腺监测仍然需要进行。PSA水平显著或持续增加的受试者需要进一步检查以排除前列腺癌。目前的证据表明,TRT不仅不会恶化下尿路症状(lower urinary tract symptoms, LUTS),而且性腺功能减退本身就是LUTS/BPH的重要危险因素^[24]。

考虑到睾酮对精子发生有抑制作用,对有积极生育需求的男性并不建议使用TRT治疗。目前没有一致的证据表明睾酮治疗与阻塞性睡眠呼吸暂停(obstructive sleep apnoea, OSA)有关。也没有证据表明睾酮治疗可能导致OSA发病或恶化^[25]。

5.2 治疗的益处

《指南》指出,睾酮治疗可能会改善症状,但许多性腺功能减退的男性患有慢性疾病和肥胖。降低体重,改善生活方式和良好治疗并存疾病可以增加睾酮,减少糖尿病和心血管疾病的

相关风险(证据水平2)。睾酮治疗可以改善身体组成、骨矿化、代谢综合征的症状、男性性问题、控制糖尿病,记忆力和抑郁症状(证据水平3),但许多性腺功能减退的男性患病和/或肥胖,减肥、改善生活方式和良好的合并疾病的治疗比睾酮替代治疗更为重要^[26,28],一项Meta分析还显示睾酮对心情有显著的正面影响^[26]。在接受睾酮治疗的性腺功能减退的男性中,观察到体重指数和腰围减少,血糖和血脂改善(证据水平2a)。睾酮治疗显示可适度增加性功能低下的男性性功能^[21],有助于改善性腺功能减退的男性对PDE5抑制剂的反应^[23],但对睾酮水平正常的男性不是非常有效。近期的观点认为,睾酮治疗可以改善低睾酮水平的体弱男性的生活质量和体能^[23]。

《指南》建议,在开始睾酮治疗之前,改善生活方式,减肥并治疗并存疾病(证据水平3,推荐级别C);在性功能低下伴有勃起功能障碍的男性患者中,首先以PDE5抑制剂作为一线治疗,如果PDE5i治疗效果不佳则加入睾酮(证据水平2,推荐级别A);在性腺功能低下合并糖尿病的男性考虑睾酮治疗(证据水平2,推荐级别B)。

5.3 治疗的选择

《指南》介绍了常用睾酮制剂的优缺点(见表7),可用的制剂是口服制剂、肌内注射剂和透皮贴剂。常用的有效率的十一酸睾酮、短效的环戊丙酸睾酮和庚酸睾酮、透皮睾酮制剂。柠檬酸内酯目前被用作男性性腺功能减退症的非适应症的药物。除了有生育治疗指征的患者,HCG治疗方法不推荐用于男性性腺功能减退症的长期治疗。尽管证据有限,雌激素拮抗剂和芳香化酶抑制剂仍是希望生育的性腺功能减退症患者的进一步选择^[24]。对于合成代谢雄激素类固醇(anabolic-androgenic steroids, AAS)导致的低促性腺激素性性腺功能减退可以用HCG和选择性雌激素受体调节剂(selective oestrogen receptor modulators, SERM)^[23]治疗病情,直到生殖内分泌轴恢复。睾酮替代疗法的建议见表8、对治疗过程中风险因素的建议见表9。

表7 替代疗法的睾酮制剂

制剂	用法	优点	缺点
十一酸睾酮	口服;每6h2~6粒	通过淋巴系统吸收,从而减少肝脏受累	睾酮水平在阈值中间上下波动。每天需要与脂肪食物多次摄入
环戊丙酸睾酮	肌内注射;每2~3周1次	短效制剂,允许在发生副作用的情况下停药	睾酮水平可能发生波动
庚酸睾酮	肌内注射;每2~3周1次	短效制剂,允许在发生副作用的情况下停药	睾酮水平会发生波动
十一酸睾酮	肌内注射;每10~14周注射1次	睾酮水平稳定而无波动	长效制剂,如果发生副作用,不能及时撤药
透皮睾酮	凝胶;每日用药	睾酮水平稳定而无波动	人际传播的风险
皮下埋植物	每5~7个月皮下埋植	持续时间长,血清睾酮水平恒定	植入物感染和挤压的风险

表 8 睾酮替代疗法的建议

建议	证据水平	推荐级别
选择治疗方案, 全面告知患者的可能的获益和副作用。知情同意后, 由患者和医师联合决定	3	A
初始治疗时, 使用短效制剂而不是长效药物, 如果出现副作用, 可以调整或停止治疗	3	B
男性不育症和渴望生育的患者, 不使用睾酮治疗, 因为会抑制精子发生	1b	A
人绒毛膜促性腺激素仅用于促性腺激素低下性腺功能减退症伴同时进行生育治疗的患者	1b	B
在成人发生的性腺功能减退症患者中, 只对伴有多种症状以及通过减肥、改变生活方式、积极治疗并存疾病但不成功的男性才使用睾酮治疗	2	A

表 9 有关睾酮替代治疗的证据摘要

证据摘要	证据水平
病例报告和小型队列研究指出, 睾丸激素治疗与乳腺癌发病之间可能存在相关性, 但目前还没有有力的证据证明这种关系	3
随机对照试验支持睾酮治疗不会导致前列腺组织学改变的假说	1b
近期的研究表明, 睾丸激素治疗不会增加前列腺癌的风险, 但是尚缺乏长期的随访数据	3
没有证据表明睾酮治疗与阻塞性睡眠呼吸暂停有相关性	3
没有实质证据表明, 睾酮替代治疗达到正常生理范围与主要不良心血管事件的发展有关	1a
在性腺功能减退的男性中, 已经证明睾酮治疗对心血管风险有积极影响	1b

6 随访

因为可能发生潜在的雄激素依赖症状和状况, 接受睾丸激素治疗的患者需要定期随访(对于随访的建议见表 10)。包括睾酮水平、骨密度、血细胞比容、前列腺安全(PSA、直肠指检)、心血管监测。

目前还没有足够的数据来定义睾酮的最佳血清水平。专家意见认为, 睾酮治疗应将血清睾酮水平恢复到男性特定年龄组的正常范围的中线水平, 这通常足以缓解各种激素缺乏症状。血清睾酮水平的最佳监测方案也取决于所用睾酮的配方。

表 10 男性性腺功能减退的随访建议

建议	证据水平	推荐级别
在治疗开始后的 3、6、12 个月评估睾酮治疗的效果, 之后每年评估	4	C
在 6、12 个月监测睾酮水平、血细胞比容, 之后每年监测。如果血细胞比容大于 0.54, 则降低睾酮剂量或将睾酮制剂从肠胃外改为局部用药或行静脉切开放血, 如果血细胞比容仍然升高则停止睾酮治疗, 一旦血细胞比容正常, 则以较低剂量重新进行治疗	4	C
在开始 TRT 之前, 通过直肠指检和前列腺特异性抗原(PSA)评估前列腺健康, 治疗的 3、6、12 个月随访检测 PSA, 之后每年进行检测	4	C
在睾丸激素治疗开始之前, 评估患有心血管疾病的男性的心血管疾病症状, 并在治疗期间继续进行密切的临床评估	1b	A

参 考 文 献

- Hall SA, Esche GR, Araujo AB, et al. Correlates of low testosterone and symptomatic androgen deficiency in a population-based sample. *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 2008, 93 (10):3870.
- Wu FCW, Tajar A, Pye SR, et al. Hypothalamic-pituitary-testicular axis disruptions in older men are differentially linked to age and modifiable risk factors: The European Male Aging Study. *J Clin Endocrinol Metab*, 2008, 93 (7):2737-2745.
- Hall SA, Esche GR, Araujo AB, et al. Correlates of low testosterone and symptomatic androgen deficiency in a population-based sample. *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 2008, 93 (10):3870-3877.
- Bhasin S, Cunningham GR, Hayes FJ, et al. Testosterone therapy in men with androgen deficiency syndromes: an Endocrine Society clinical practice guideline. *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 2010, 95 (6):1995-2010.
- Rosner W, Auchus RJ, Azziz R, et al. Position statement: Utility, limitations, and pitfalls in measuring testosterone: an Endocrine Society position statement. *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 2007, 92 (2):405-413.

- [6] Rosner W, Vesper H, Society E, et al. Toward excellence in testosterone testing: a consensus statement. *J Clin Endocrinol Metab*, 2010, 95 (10) :4542 -4528.
- [7] Wang C, Catlin DH, Demers LM, et al. Measurement of total serum testosterone in adult men: comparison of current laboratory methods versus liquid chromatography - tandem mass spectrometry. *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 2004, 89 (2) :534.
- [8] Rastrelli G, Carter EL, Ahern T, et al. Development of and recovery from secondary hypogonadism in aging men: prospective results from the EMAS. *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 2015, 100 (8) :3172.
- [9] Morales A. Testosterone deficiency syndrome: An overview with emphasis on the diagnostic conundrum. *Clinical Biochemistry*, 2014, 47 (10 -11) :960 -966.
- [10] 郭应禄, 李宏军. 男性更年期综合征. 第 1 版. 北京: 中国中医药出版社, 2005.
- [11] Jones TH, Arver S, Behre HM, et al. Testosterone replacement in hypogonadal men with type 2 diabetes and/or metabolic syndrome (the TIMES2 study). *Diabetes Care*, 2011, 34 (4) :828.
- [12] Muraleedharan V, Marsh H, Kapoor D, et al. Testosterone deficiency is associated with increased risk of mortality and testosterone replacement improves survival in men with type 2 diabetes. *European Journal of Endocrinology*, 2013, 169 (6) :725 -733.
- [13] Rao PM, Kelly DM, Jones TH. Testosterone and insulin resistance in the metabolic syndrome and T2DM in men. *Nature Reviews Endocrinology*, 2013, 9 (8) :479.
- [14] Muraleedharan V, Jones TH. Testosterone and mortality. *Clinical Endocrinology*, 2014, 81 (4) :477 -487.
- [15] Yeap BB, Alfonso H, Chubb SA, et al. In older men an optimal plasma testosterone is associated with reduced all - cause mortality and higher dihydrotestosterone with reduced ischemic heart disease mortality, while estradiol levels do not predict mortality. *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 2014, 99 (1) :9 -18.
- [16] Corona G, Maseroli E, Rastrelli G, et al. Cardiovascular risk associated with testosterone - boosting medications: a systematic review and meta - analysis. *Expert Opinion on Drug Safety*, 2014, 13 (10) :1327 -1351.
- [17] Sharma R, Oni OA, Gupta K, et al. Normalization of testosterone level is associated with reduced incidence of myocardial infarction and mortality in men. *European Heart Journal*, 2015, 36 (40) :2706.
- [18] Baillargeon J, Urban RJ, Kuo YF, et al. Risk of myocardial infarction in older men receiving Testosterone Therapy. *Annals of Pharmacotherapy*, 2014, 48 (9) :1138.
- [19] Baillargeon J, Urban RJ, Morgentaler A, et al. Risk of venous thromboembolism in men receiving Testosterone Therapy. *Mayo Clinic Proceedings*, 2015, 90 (8) :1038 -1045.
- [20] Sharma R, Oni OA, Chen G, et al. Association between testosterone replacement therapy and the incidence of DVT and pulmonary embolism: A retrospective cohort study of the veterans administration database. *Chest*, 2016, 150 (3) :563 -571.
- [21] Santos MRD, Sayegh ALC, Groehs RVR, et al. Testosterone deficiency increases hospital readmission and mortality rates in male patients with heart failure. *Arquivos Brasileiros De Cardiologia*, 2015, 105 (3) :256 -264.
- [22] Calof OM, Singh AB, Lee ML, et al. Adverse events associated with testosterone replacement in middle - aged and older men: A meta - analysis of randomized, placebo - controlled trials. *Journals of Gerontology*, 2005, 60 (11) :1451.
- [23] Marks LS, Mazer NA, Mostaghel E, et al. Effect of testosterone replacement therapy on prostate tissue in men with late - onset hypogonadism: a randomized controlled trial. *Jama*, 2006, 296 (19) :2351 -2361.
- [24] Shabsigh R, Crawford ED, Nehra A, et al. Testosterone therapy in hypogonadal men and potential prostate cancer risk: a systematic review. *International Journal of Impotence Research*, 2009, 21 (1) :9 -23.
- [25] Fernandez - Balsells MM, Murad MH, Lane M, et al. Clinical review 1: Adverse effects of testosterone therapy in adult men: a systematic review and meta - analysis. *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 2010, 95 (6) :2560.
- [26] Baas W, Kohler TS. Testosterone replacement therapy and voiding dysfunction. *Translational Andrology & Urology*, 2016, 5 (6) :890 -897.
- [27] Hanafy HM. Testosterone therapy and obstructive sleep apnea: is there a real connection?. *Journal of Sexual Medicine*, 2007, 4 (5) :1241 -1246.
- [28] Camacho EM, Huhtaniemi IT, O'Neil TW, et al. Age - associated changes in hypothalamic - pituitary - testicular function in middle - aged and older men are modified by weight change and lifestyle factors: longitudinal results from the European Male Ageing Study. *European Journal of Endocrinology*, 2013, 168 (3) :445.
- [29] Kumagai H, Zempo - Miyaki A, Yoshikawa T, et al. Lifestyle modification increases serum testosterone level and decrease central blood pressure in overweight and obese men. *Endocrine Journal*, 2015, 62 (5) :423 -430.
- [30] Amanatkar HR, Chibnall JT, Seo BW, et al. Impact of exogenous testosterone on mood: a systematic review and meta - analysis of randomized placebo - controlled trials. *Annals of Clinical Psychiatry*, 2014, 26 (1) :19.
- [31] Snyder PJ, Bhasin S, Cunningham GR, et al. Effects of testosterone treatment in older men. *New England Journal of Medicine*, 2016, 374 (7) :611.
- [32] Corona G, Isidori AM, Buvat J, et al. Testosterone supplementation and sexual function: A meta - analysis study. *Journal of Sexual Medicine*, 2014, 11 (6) :1577.
- [33] Ahern T, Wu FCW. New horizons in testosterone and the ageing male. *Age and Ageing*, 2015, 44 (2) :188 -195.
- [34] Ho CCK, Tan HM. Treatment of the hypogonadal infertile male - A review. *Sexual Medicine Reviews*, 2013, 1 (1) :42 -49.
- [35] Rahnema CD, Lipshultz LI, Crosnoe LE, et al. Anabolic steroid - induced hypogonadism: diagnosis and treatment. *Fertility & Sterility*, 2014, 101 (5) :1271 -1279.

(收稿日期: 2017 - 04 - 28)

责任编辑: kangjing_dr

全国两会：医药界代表都说了什么？

来源：21 世纪经济报道、新京报、长城网、财新网等

医药界代表、委员名单

十三届全国人大一次会议、全国政协十三届一次会议将分别于 2018 年 3 月 5 日和 3 月 3 日在北京开幕，两会代表、委员名单也已经全部出炉。

今年有 70 多位医药界人士将为医药行业的改革和发展建言献策。从名单中可以看出，本届新的全国两会代表有不少是来自创新型药企，其中还有一些生物制药公司，而且也有不少研发人员成为新的两会代表。这实际与国家鼓励药物创新的政策密切相关。

如《“十三五”国家战略性新兴产业发展规划》制定以后，生物医药被放在很重要的位置，国家的宏观政策以及药监局的监管，均给予创新药研发很大的支持；

2017 年 10 月 8 日，中共中央办公厅和国务院办公厅联合印发《关于深化审评审批制度改革鼓励药品医疗器械创新的意见》，极大地激发医药研发的活力，促进药品医疗器械产业结构调整和技术创新。

两会代表怎么说？

全国 9 成以上基层医疗机构都能提供中医药服务

3 月 3 日下午，全国两会首场“部长通道”在人民大会堂北大厅开启。国家中医药管理局局长王国强在回答“老百姓如何在家门口更好接受中医服务”时提到，中医药的源头活水在基层，工作重点在基层，短板弱项也在基层。

现在全国 90% 以上乡镇卫生院和社区卫生服务中心都能够提供中医药的服务，80% 以上的社区服务站和 60% 以上的村卫生室能够提供中医药的服务。

下一步，国家中医药管理局将加强中医人才骨干培养；建立医联体，把城市里优质的医院资源下沉到基层；同时中医诊所已经从审批制变成备案制，更多人可以开办门诊部，群众将获得更加多元、多样的中医服务。

京津冀医疗卫生一体化发展需精准定位

3 月 3 日下午，全国人大代表、河北医科大学第四医院放疗三科主任祝淑钗对记者说：“在京津冀协同发展的大背景下，京津冀医疗卫生深入发展更需精准定位”。

祝淑钗说，随着京津冀协同发展各方面政策的出台，近2年，河北省通过开办分院、医院托管、合作共建、专科协作等形式先后有300余家二级以上医疗机构与京津医院建立了合作关系，效果显著。

祝淑钗建议，京津冀三地的协同发展一定要分层次，应该从城市规划布局和卫生资源配置的层面，保证与京津对接的合理性、有效性、可行性和持续性。

她说，要从区域发展全局中寻找各个医院的发展定位，立足各自资源优势，引进优势专科，实施“院院”联合、组建医疗联合体、共建共管等模式开展形式多样的医疗服务合作，促进多方发展。

行业统计数字和实际产业数字中存在巨大水分

3月4日，医药界人大代表政协委员座谈会在北京国宾宾馆举办，会议由25家医药界协会举办，由E药经理人承办，近40位医药界两会代表出席，每人发言五分钟，对行业热点发表讲话。

全国人大代表康恩贝董事长胡季强称，“中国还不是医药强国”，世界处方药销售50强名单、世界药物销售前100名中，均没有中国公司生产的药物，国产药物没有一个单品销售额超过10亿元，超过之后会限制用药。

胡季强同时指出，行业统计数字和实际产业数字中存在巨大水分，按照官方统计数字，中国医药行业规模为3.5万亿元，其中药品销售额占2万亿元，但中国药品市场终端零售价只有1.5万亿元。

药品招标应当向证券市场学习

在药品招标领域，现行做法是以省为单位，各省自行招标。对于这一方案，中国医药企业管理协会郭沛云认为，“药品招标应当向证券市场学习，国内有上交所和深交所，医药领域两个交易市场不够，东西南北中各加一个也行”。

座谈会组织方在《进一步完善公立医院药品集中采购的建议》指出，现行方法下有诸多弊病，包括过度的行政管制剥夺了医疗机构作为招标主体的权利，各省招标过程中存在指定交易等具有保护主义色彩的措施，逐个与参与各省招标业让企业重复劳动。亦有说法指出，对于企业而言，若在集中采购中掉标，会损失一大块业务，分别在各省投标则无这一顾虑。

原料药转型审计切记“一刀切”

对于化学原料药短缺的问题，建议指出，中国是原料药生产大国，相关企业有 2000 多家，年产量达 100 万吨以上，占医药工业总收入的 16%。但是近两年来受到环保停产等因素的影响，部分品种价格上涨，导致供给紧张。

环保监管可以倒逼原料药企业转型审计，淘汰落后企业，但执行过程切记“一刀切”，同时也要支持建设高标准原料药园区，为高端原料药发展提供产地。

建议分期分批进行质量一致性评价

按照计划，2018 年 12 月 31 日前将完成 289 目录一致性评价（注：289 目录指国家食药总局公布的 2018 年底前必须完成一致性评价的目录），建议指出，这样的时间安排过于紧促，建议放宽至 2021 年。郭沛云指出，目前通过一致性评价的药物不到 10 个，按照科学谨慎的原则，年底之前完成 289 个一致性评价“与现实脱节”。

新药上市审评审批应继续优化

恒瑞医药董事长孙飘扬认为，在政策的助力下，中国医药行业已进入全新时代，具有技术优势的公司更容易占得先机。

他同时建议，政策应当继续鼓励开展新药临床试验，企业申报后监管部门实行沉默式许可制度；新药上市审评审批流程应当继续优化，生产现场和临床试验的检查同步进行，而非互为条件；药企研发周期越来越长，专利期应当适当延长，建设适宜国情的数据保护制度，提高企业研发热情。

责任编辑：永恒流星

第一部分——西医部分

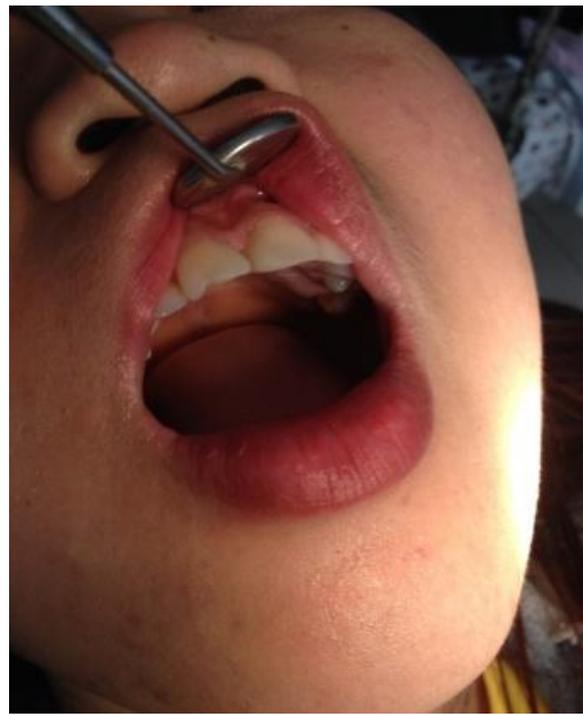
前牙间隙用树脂关闭

作者：师一

链接：<https://bbs.iiyi.com/thread-3426756-1.html>

中年女性，上前牙有间隙就诊。建议进行矫正、瓷贴面修复这两项最好的关闭间隙方案，患者考虑时间、价格等因素不同意，最后患者选择树脂关闭间隙。先选择相同颜色的树脂在前牙上直接固化，修理完成后让患者先看看是否满意。待患者满意后去除修复体，用水枪冲洗干净。最后按釉质粘接操作方法分层固化。第一步吹干牙面用 30%~40%磷酸酸蚀修复体表面，大约 30 秒后，先吸去表面胶体磷酸，再洗去表面剩余酸蚀剂水雾冲洗大于 30 秒，吹干牙体表面，毛刷上蘸取饱满的粘接剂（一般是第五代）在酸蚀的牙齿部位反复涂擦 30 秒，停 5 秒最好再涂擦一遍，用气球枪吹匀粘接剂光照 20 秒；然后选择相同颜色加热的树脂分层固化；最后涂一层阻氧剂光照 10 秒左右，最好过 24~72 小时后抛光，因为刚固化的树脂达 80%左右。树脂耐磨但是硬度低，用于磨牙颌面的修复最好不用，咬合面的修复最理想的还是瓷体修复，一类洞二类洞最好选择瓷嵌体修复。

患者修复图片：



小儿腹泻治疗体会

作者: izq760402

链接: <https://bbs.iiyi.com/thread-1639605-1.html>

小儿腹泻治疗关键是预防与治疗患儿脱水,补液量估计要尽量准确。这点有赖于详细的病史采集和仔细体格检查,包括大便的性状、颜色、次数和大概的量,呕吐量及性状也要问清,进食情况,精神状态,眼窝凹陷程度,皮肤弹性等。

1. 治疗目标是大便次数和性状明显减少和改善,直至正常大便。
2. 应嘱咐患儿家属注意饮食卫生和调节,不要吃含糖高的食品。中国人对乳糖不耐受,所以,可以建议患儿家属在腹泻期间买对乳糖不耐受婴儿专用奶粉给患儿喂养。
3. 补液遵循三定(定性、定量、定速)、三见(见尿补钾、见惊补钙、见酸补碱)、三量(累积损失量、继续损失量、生理需要量)、三先(先盐后糖、先浓后淡、先快后慢)。简称“四个三”。
4. 抗病毒药必用,能量合剂常用,抗生素少用。
5. 尽量让患儿睡觉,有利于增强体质和减少大便次数(方法很多,自己考虑,不主张用安定或水合氯醛等)。
6. 不要用次碳酸铋之类的止泻药(止的快,吐的厉害)。记住一点:“通则不吐,吐则不通”。用思密达、妈妈爱,口服、灌肠均可。
7. 支持治疗也很重要:血浆、氨基酸、维生素C等。

痔疮手术经验谈——“两头处理法”

作者: 龚式肛肠

链接: <https://bbs.iiyi.com/thread-2642795-1.html>

混合痔就是从直肠下端粘膜隆起的内痔向下延续经齿线至肛管、肛缘隆起的痔疮。手术治疗大家就会一致认为“外剥内扎术”。其实临床上绝大部分病例不是这样治疗的。

为了说明问题,我把混合痔的一个脊点痔核从外到里分成三段:肛缘段、齿线段、内痔段。

肛缘段是从外痔的外缘至接近齿线的这一部分,即外痔的下半段。

齿线段是近齿线的上下部分，包括肛窦、肛瓣、肛隐窝及过渡带等组织，可以认为是外痔的上半段。

内痔段是齿线以上直肠下端粘膜隆起部，即内痔部分。

内痔段主要的病理改变是静脉曲张，而肛缘段和齿线段会出现静脉曲张或结缔组织增生等多种病理改变。

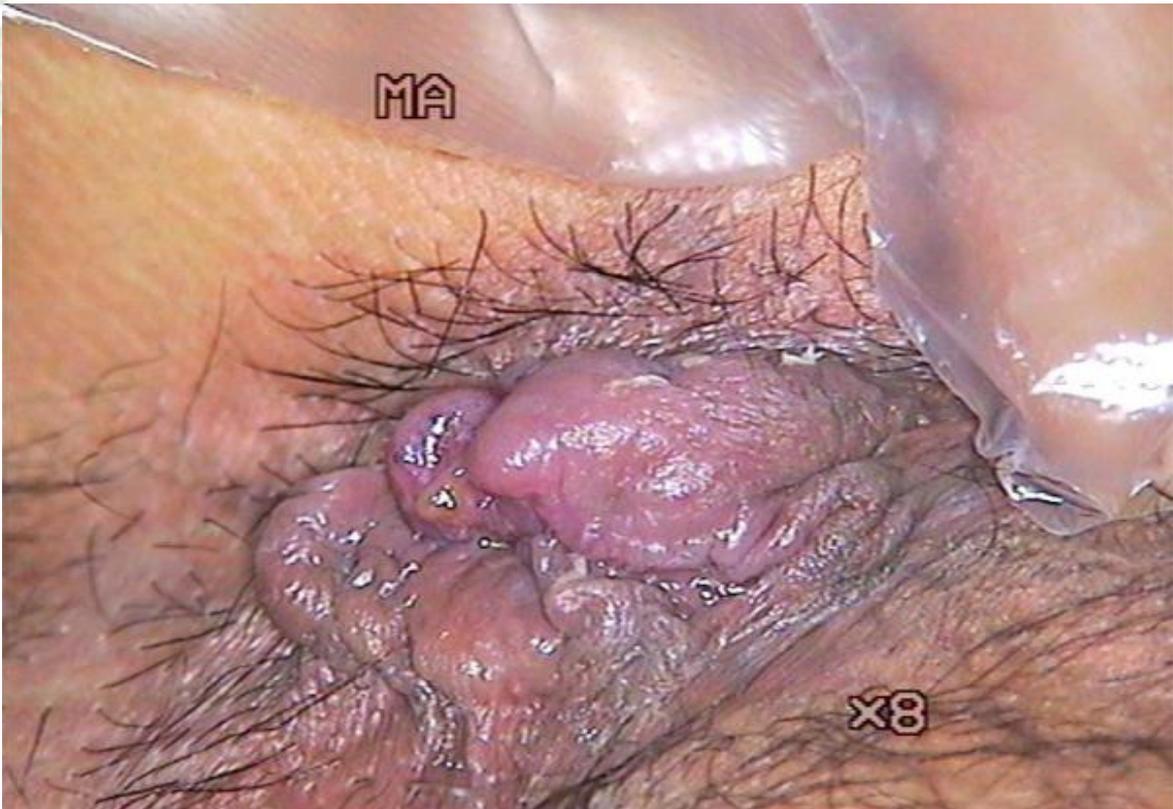
其实混合痔表现各异，所以手术方式会有所不同。为合理准确的选择不同术式，我这里把混合痔分成了五种表现形式：肛缘型、肛管型、齿线型、内痔型和均匀型。

一个脊点痔核依据其最突出隆起点所在部位不同，分型如下：

1.肛缘型混合痔：痔核隆起最突出点位置在肛缘附近，痔核外露明显，很难还纳于肛门内。以结缔组织性痔居多。

治疗这样的混合痔，外痔单独处理。伤口外端在痔核最外缘，伤口上端接近齿线，一般不伤齿线。内痔单独处理（包括硬化剂注射、干结疗法、缝扎术或无需处理）。





2.肛管型混合痔：痔核隆起点位置在肛缘至齿线之间的肛管内，外痔微露于肛外，挣努方明显突出。静脉曲张性临床多见。

治疗：外痔单独切除，伤口上端虽损伤少部齿线，但此处伤口较窄。内痔单独处理（包括硬化剂注射、干结疗法、缝扎术或无需处理）。





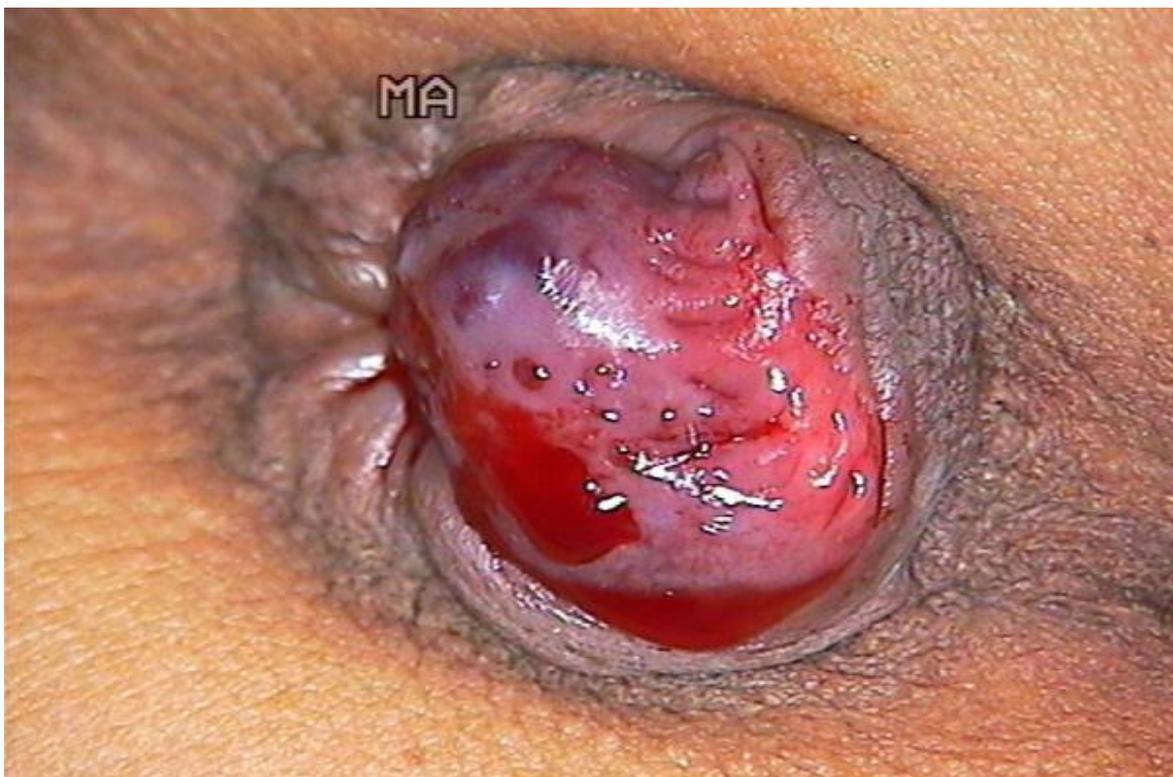
3.齿线型混合痔：痔核隆起最突出点位置在齿线部位。若不伴随肛管下移性脱肛等合并症，肛外无法直视。此类痔的患者肛管往往很短，缺少外痔存在的空间，手术切除的伤口很短。静脉曲张性为主。

治疗：外剥内扎术或内外一体干结术。



4.内痔型混合痔：痔核隆起最突出点位置在齿线上方的内痔部位，向下延伸，齿线隆起为次，止于齿线。它和单纯性内痔的区别在于是否侵害到齿线。

治疗：以缝扎内痔或干结内痔为主，但一定要沿放射方向切除部分齿线部痔核组织以减压，防止术后产生外痔水肿。





5.均匀型混合痔：痔核从肛缘经肛管、齿线至内痔部，隆起程度均匀，没有明显突出点。此类痔核或延伸至肛缘外或较短仅在肛管内，或静脉曲张性或结缔组织增生性，或厚或薄。

治疗：均匀型混合痔薄者，尽量使用内、外痔分别处理法，保留齿线部；厚者，可采用外剥内扎一体切除术，但伤口尽量做成上下宽，中间窄的葫芦形。





从以上介绍不难看出，除了齿线型和均匀型混合痔厚者等两种类型，是采用外剥内扎（或内外干结）一体治疗外，大多情况下都采用了内、外分治法，即两头处理法。

两头处理法的优点是：**1.**伤口小，容易愈合；**2.**不损伤齿线；**3.**术后排便疼痛轻；**4.**损伤少，手术时间短。

《诊室的故事》——星星的孩子

作者：anne 医生

链接：<https://bbs.iiyi.com/thread-3426727-1.html>

都说，儿科是哑科。确实这样，从事儿科工作以来，深切体会到儿科工作的艰辛和无奈！今天，不妨说一个儿童自闭症的话题。自闭症儿童，因有语言交流和社会交往障碍，整天沉浸在自己的世界中，被称为“星星的孩子”。

一天，早上上班后，诊室看到的第一个患者就是“星星的孩子”。患儿，男，6岁。这是患者父亲来院第2次复诊。

第1次是在前天，由另一个医生接诊。主因呕吐来诊。不发热，病史由患儿父亲代述。（注：患儿母亲因患儿是自闭症与其父亲离异，患儿由其父亲照顾，这无疑给这个家庭和孩子带来的伤害是巨大的。）患儿父亲说，任何事情，只要孩子一有风吹草动都觉得心惊肉跳。第一天来诊，因发现孩子吃饭呕吐，来院做了腹部彩超，医生说彩超没事。查体孩子不能合作，就给开了醒脾养儿颗粒和多潘立酮两种药物，还用了半支灌肛药物（开塞露）。用药后孩子拉了一点粪便，不多，粪便成形，也不干。回家后服药2次，不见效果，今天来看看到底是啥原因？孩子父亲一边叙述病况，一边说着治疗过程。检查时发现患儿腹部稍胀，未见胃肠型和蠕动波，未触到包块，肠鸣音活跃。我建议患儿做个血常规+CRP检查。

半小时后，患者父亲把检查结果拿回来了，同时还做了脑电图。我正感觉奇怪，患儿父亲忙解释说，家附近的一个小朋友因为呕吐到医院就诊，做了脑电图，结果是小儿脑炎。怕耽误了孩子，在门诊要求医生开了脑电图也做了一个，结果不正常，您给看看吧。

我接过患儿父亲手中的化验单和脑电图检查结果：血象不高，中性偏高，其它血液成分未见明显异常；CRP高，11.6mg/L（正常值范围0.0-5.0）；脑电图结果为异常范围脑电图。

看着手中的辅助检查结果，我再次询问患儿病史。患儿父亲说，患儿呕吐前曾吃过一个大虾，再没吃其它东西，不发热，无腹泻，进食则吐，吐出来的东西有酸味。反复询问病史，诊断线索不充分。考虑可能是食物中毒或者急性胃炎。遂入院观察输液治疗。鉴于患儿情况比较特殊，入院后未使用抗生素治疗，给予输液、对症处理，应用碱性药物、西咪替丁、水溶性维生素、氯化钾等药物治疗。患儿输液后症状明显

缓解，未再呕吐，精神好了许多。今早来院复诊，其父亲说患儿输液回家后排水样便2次，无脓血。嘱留取粪便标本送检，结果：白细胞少许，隐血试验+，脂肪球+，轮状病毒抗原：阴性。今日照方抓药，再输液1天。

患儿的情形与诺如病毒性胃肠炎类似。诺如病毒感染性胃肠炎诊断主要依据流行病学资料、临床表现以及从患者粪便和呕吐物中找到病毒颗粒，如采用酶联免疫夹心法或放免法检测粪便中的诺如病毒抗原和血清中的IgM抗体，也可采用反转录PCR或荧光定量PCR检测技术协助诊断。限于医院条件，诺如病毒检测在我们基层单位未开展，只是根据临床表现大致推测。目前尚无特效的抗诺如病毒药物，治疗主要是对症治疗或支持疗法。对腹泻严重的病例，尤其是幼儿及体弱者应及时补充液体、纠正水、电解质、酸碱平衡失调。多数患者症状改善，预后良好。

我庆幸没有被脑电图所迷惑，因为脑电图对于诊断儿童癫痫病虽然有帮助，但对小儿脑炎诊断并不特异！患儿本身有自闭症基础，我当时考虑，患儿做脑电图时不能很好地配合，其结果难以令人信服。所幸对症处理后，患儿病情好转，实在幸甚！

儿童自闭症，这个话题有点沉重。如何带领孩子走出孤独，并非单纯的医学问题，而是一个考验智慧、耐性与爱心的社会问题。

诊室故事多，生命是主角。让爱作音符，谱写生命歌。

超声入门贴 572——白内障

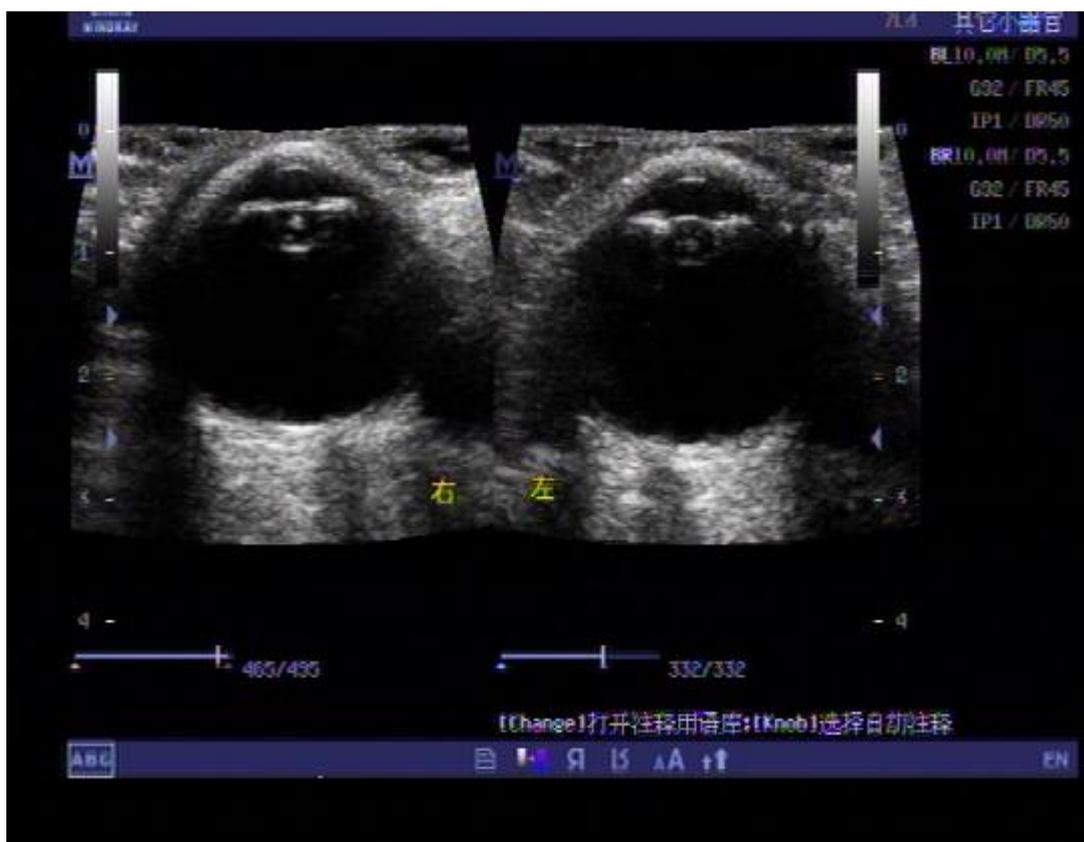
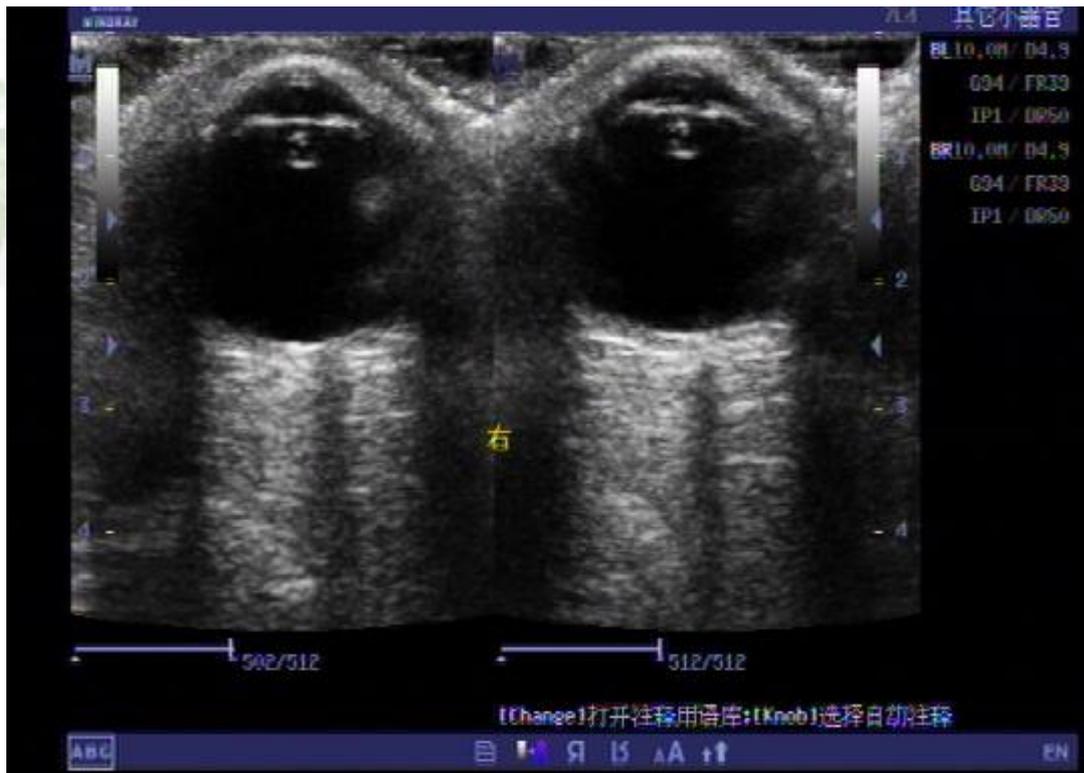
作者：songjunrui

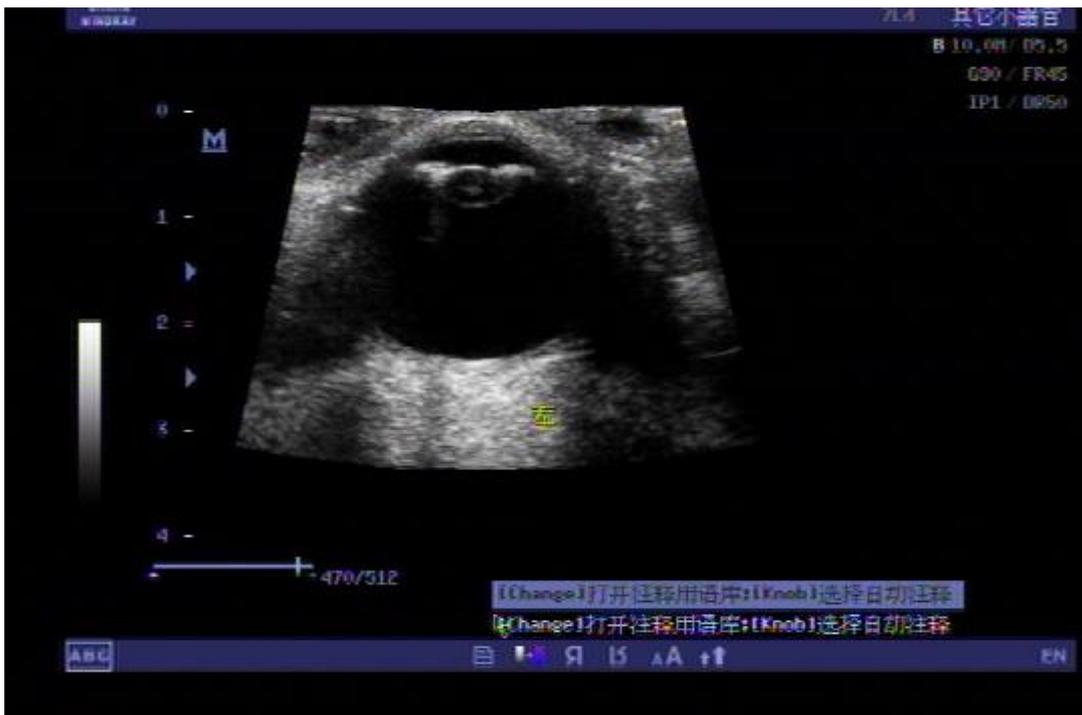
链接：<https://bbs.iyyi.com/thread-3398413-1.html>

患者，女，66岁，左眼失明一年，右眼视物不清半年，今天来院要求手术。

超声可见：双眼眼轴在正常范围，左眼晶状体前后皮质部呈弧形回声增强，中央髓核部见点状强回声，右眼晶状体中央见斑点状强回声，双侧玻璃体透声好，视神经根部显示清晰，骨性眶壁未见明显占位。CDFI未见明显异常血流。

超声提示：双眼晶状体浑浊——符合老年性白内障声像（左侧著）。





外伤病人误诊 1 例

作者：274005

链接：<http://bbs.iyyi.com/thread-938374-12.html> (133 楼)

患者男，外伤后急入院。

入院查体：胸廓挤压征阳性，左胸呼吸音低，右胸部压痛，可以触到骨擦音。

X 光片：右侧 5-11 肋骨骨折并左侧液气胸。

入院后常规以肋骨骨折并左侧液气胸治疗，外固定并引流后病人情况没有明显缓解，血压不稳。仔细听诊，于左胸可闻及肠鸣音。急行 CT 检查，发现左侧有膈疝，遂行急诊手术。

手术探查可见左胸腔内有部分胃疝入（疝入胃约占胃的 50%），较胀，同时见横结肠疝入胸腔，胃与横结肠血运良好。将其还纳至腹腔，左膈肌破裂约 10cm，自前外斜向后内至心包缘。查出血点，将其缝合修补。手术后病人情况好转，逐渐平稳康复。

讨论和教训：

1. 对急诊病人要细心、仔细观察，不要放过任何可疑的征象。
2. 胸部的开放性或闭合性损伤，同时合并腹腔内器官损伤和（或）膈肌破裂，称之为胸腹联合伤。X 光检查如果示膈下积气，可作出腹腔内空腔脏器破裂的诊断。
3. 处理：首先封闭胸部伤口。

宫外孕误诊 1 例

作者：tangshaoyun

链接：<http://bbs.iiyi.com/thread-938374-12.html>（136 楼）

患者，女，34 岁，阴道不规则流血 2 天，自诉停经 36 天，来本院妇产科就诊。妇产科医生查尿 TT 阳性，考虑先兆流产。由于患者已有两个小孩，不能再生，要求流产。妇产科医生便给予清宫术，清宫后带药回家（抗菌素及止血药）。2 天后患者突发腹痛 2 小时来本院。体查：体温 37℃，心率 100 次/分，血压 80/50mmHg。神清，痛苦面容，被动体位，皮肤粘膜苍白，腹平坦，无腹壁静脉曲张，无胃肠型及蠕动波，全腹压痛，以右下腹明显、无反跳痛、肌紧张，肝脾未触及，移动性浊音（+），肠鸣音正常。

妇检：经产型外阴，阴道通畅，宫颈光滑，举痛（+），后穹窿饱满，子宫体略大，无明显压痛，全腹压痛以右侧为重，未触及肿块。后穹窿穿刺抽出不凝血。未做 B 超（因我们乡医院效益不好没有 B 超）。立即剖腹探查，术中见腹腔大量积血，右侧输卵管壶腹部破裂并活动性出血。

诊断：宫外孕破裂出血，失血性休克。

体会：

- 1.每个流产病人都必需 B 超检查，查看月份大小并排除宫外孕。
- 2.流产后的组织要用清水漂洗，看有无绒毛及胚胎组织，如没有则要高度怀疑宫外孕或手术失败。
- 3.必须提高乡镇妇产科医生的业务水平。

儿童暴发性心肌炎

作者：laogao001

链接：<https://bbs.iiyi.com/thread-3419709-1.html>

电视剧《急诊科医生》剧中医生接诊一个患心肌炎小女孩，接诊医生以急性肠胃炎的诊断进行治疗。在治疗过程中小女孩出现了晕厥，幸好医生抢救及时小孩才转危为安，减少一起医患纠纷。下面说说儿童暴发性心肌炎。

近年来，小儿病毒性心肌炎的病例有所上升，因病毒性心肌炎的病情轻重相差悬殊，轻者症状不明显，重者如治疗不及时甚至会发生死亡。心肌炎的临床分型国内尚未统一，有学者把暴发型心肌炎归在重型之中，也有学者把暴发型心肌炎单独列出。暴发型心肌炎虽少见但起病急骤、变化迅猛、病情危重，可迅速发展为心力衰竭和循环功能障碍、或阿斯综合征的心肌炎患者，是儿童重症医学和心脏病学的严重危重疾病。

由于儿童患者多数不能准确表述其症状，且不少儿童暴发性心肌炎患儿以心外症状为首表现，容易导致诊断延误和漏诊。国外有报道多数心肌炎或儿童暴发性心肌炎患儿发病 2 周内曾经有反复就医经历，经常在疾病初期误诊为哮喘或肺炎。国内报道的一组暴发性心肌炎病例首发症状均为腹痛、腹胀、呕吐等，临床上极易误诊。

因此，儿科门急诊医师遇到腹痛、呕吐等症状的患儿，除考虑胃肠道疾病或急腹症外，应认真检查心脏体征，特别注意心音和心律听诊，必要时进行辅助检查，如心电图、超声心动图、心肌酶谱等，进行综合分析，以防止将儿童暴发性心肌炎诊断为简单的胃肠炎。

心电图读图第 78 期

作者：trg

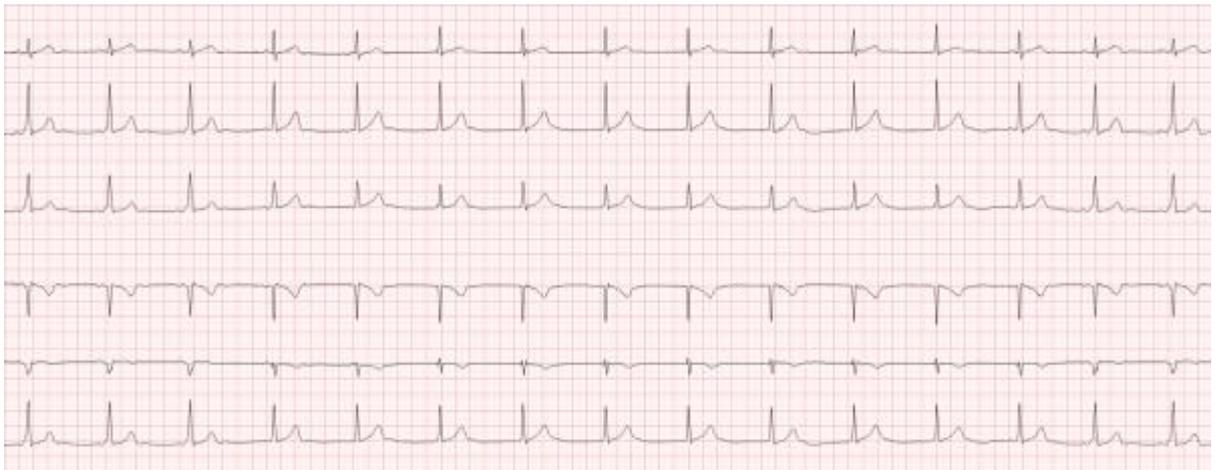
链接：<https://bbs.iiyi.com/thread-3432124-1.html>

请大家分析心电图时，尽量从以下四项分析。

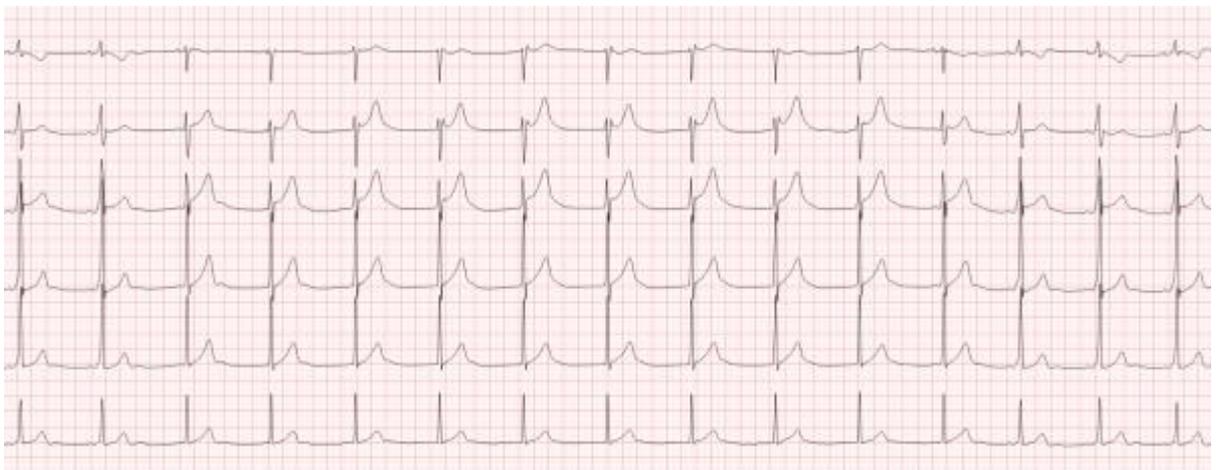
1. 【心电图诊断】
2. 【心电图诊断依据】
3. 【鉴别诊断】
4. 【临床意义】

患者，男性，45岁，阵发性心悸病史。

I-avF 导联，标注电压



V1-V6 导联，标准电压



责任编辑：寒 冰

编辑：刘延红大夫

第二部分——中医部分

腰疾治疗经验

作者：lqs1944

链接：<https://bbs.iiyi.com/thread-3406452-1.html>

腰椎是人体当中一个较大的关节，除承担自身躯干的重量外，还要承担来自身体外部的各种负荷。因此，根据腰椎自身的生理需要，配备强有力的“硬件”（椎体、韧带）和“软件”（强大的腰肌、血管、神经），营养和保护腰椎，共同维持腰部的正常生理活动。

在几十年在临床工作中，我遵循古人的医训，对腰疾治疗的不断加深认知，不断地尝试，不断地总结经验，推出一套以揉肌为主、不以治腰为主，避开腰椎、韧带的治疗腰椎病的新方法，这些方法有益于加强腰椎的维护保养，避免腰部再次伤害。

正因为腰椎在人体中具有一定的特殊性，所以当腰椎发生伤害后，一定要谨慎处理，不能采取掰、拧、摔、敲、牵引等非常极端的方法治疗。这些方法对腰痛有一定缓解作用，但这种强制、创伤性的治疗，可能给患者带来很多意想不到的后遗症。治疗腰椎疾病不单纯看似治疗几块骨头那样简单，要讲究科学，符合人体规律，在腰椎周围要坚持轻柔，坚持治肌，坚持调整内脏，坚持辩证施治等。以调整软件为主的方法，才是真正治腰的真谛。

中医认为，疾病多为气滞血瘀所致，治则多为活血化瘀，而化瘀是治疗的关键所在。腰椎病通过什么化瘀呢？是通过与腰椎、韧带相连接的肌肉组织来完成。肌肉是气血运行的载体，是蕴藏气血物质的“仓库”，同时也是调节气血的主要器官，这个论点并不是凭空设想得出的，而是通过诸多腰椎疾患治疗实践中得到证实的。

曾治疗一位腰肌痉挛的患者，查体时发现患者腰椎两侧的韧带紧绷，让其放松她根本放松不了。我按照常规方法在腰肌外侧肌肉处，用工具轻轻、反复的揉按，痛感略有好转，但腰肌还是不能放松。这就像“一个人发脾气一样，她发脾气了，你不能再发脾气，不能以恶制恶”，这个时候应因势利导，以柔克刚“化解矛盾”。我这时不再用工具，仅用大拇指在腰椎与竖脊肌之间的肌肉处揉按。揉按一会后，我感觉到僵硬的腰肌越揉越软了。治疗结束后患者站起来走路时，自诉腰痛好了许多。患者高兴地说：“这办法真好，腰疼得这么严重，治疗时却没有感到有痛感，这是我这些年

来治腰最舒服的一次。”医疗事实说明，腰部发生的病变，绝不是采取强制性的方法掰出来的。

腰痛虽然发生在腰椎、韧带，表现为腰椎增生、膨出、错位，或韧带僵硬等，但这些都是患病的表证，并不是真实病因，也不是腰椎病的治疗点。从人体解剖上看，腰椎、韧带本身没有血管，也没有神经，那么腰椎、韧带能够产生疼痛吗？显然是不可能的，那么腰痛干嘛还要治疗腰椎和韧带呢？

由于在认知上发生了变化，我这些年在治疗腰椎疾病时逐渐远离了对腰椎、韧带的治疗，而是回归到以坚持治肌肉以及调节内脏的方面上来。腰椎是人体的一部分，它的周围有很多组织，从不同方式为腰椎提供营养。腰椎、韧带都是有生命力的，腰椎发生疼痛了，是向你释放出来的一种信号，当得到这种信号后，就不能不管它，医者在这个时候绝不能采取过激的方法对待它。而是要关心它，顺从它，爱护它，采取正确的方法帮助它，规劝它。治疗腰椎病本身是一门科学，科学是无止境的，要及时挖掘采用新的治疗方法。

在不断临床实践总结中我发现，肱二头肌可以有效治疗腰椎疾患，为腰部提供气血，成为一个新的治疗点。

有一位男士，过去患有腰椎病，腰椎膨出、骶骨增生等，因此，有时活动量大一些，腰部就会出现疲乏、酸痛。一次闲暇时驱车去游泳，游泳前腰部感到不太舒服，但他想游泳是在水中活动，通过水的浮力，也许筋骨舒展开了腰痛也会跟着好了，所以带“病”游泳。没想到事与愿违，游了一会就感到腰部不舒服，最后终止了游泳，出游泳池时腰部疼痛加剧，勉强开车回家。到家后病情加剧，上床、翻身都异常疼痛，于是来我处就诊。

检查发现腰椎 3/4 节膨出，骶椎骨多处增生，腰 5 椎与骶椎接壤处错位近 0.5 公分，附着腰椎两侧竖脊肌松软度严重失衡，而且腰椎以上的几节胸椎也相应的出现了膨出，难怪“腰”疼的那么严重。

病情诊断清楚了，我先让他趴在床上，在放松的状态下，避开腰椎、竖脊肌，选择了腰椎、竖脊肌外侧的肌肉，通过揉肌方法轻轻的揉按，使其患病腰椎、竖脊肌经络得以扩充，加快气血循环。揉按一会后，患者的腰痛程度开始减缓，治疗的第一阶段结束，我又让患者取坐位，再次检查胸椎、腰椎的生理曲线，这是治疗的第二步。经过多次这样的检查与治疗，病人病情好转了许多，在地上可以来回自由走动了。

第二天治疗前又再次检查，此时患者虽然腰部依然有些疼痛，但腰椎与骶椎的接

壤处已经复位了，腰椎与整个胸椎基本恢复到生理曲线，所以疼痛有所减轻。为了提高疗效，我突发奇想：根据“下病上治”的原则，在上肢的肌肉处寻求治疗点，以上制下，看看有无特殊疗效。于是我按照新的思路开始检查。我站在他的背后，在两个上肢内侧肱二头肌上触摸，发现一侧肱二头肌上果然有很多条索状的结节，这些条索状的结节，正是促成腰椎病的一个原因，使通往腰部的气血循环受阻，按照“以上制下”的观点看，一定影响了脊椎乃至腰椎的供血状态。

病因确定后，我顺着肱二头肌肌纤维间隙处反复揉按，促使废物尽快排出，满足腰肌等部位代谢的需要。经过揉按，待肌组织柔软度发生一定变化时，我终止了治疗。此时我让患者走路试一试疗效。患者起来后高兴地说，腰好多了！脚可以抬很高了。于是，我按照这个新治疗方法又治疗了几天，病人就痊愈了。通过这个病例，验证了肱二头肌是治疗腰病的一个新的治疗点。

为什么“下病能上治”？人体是一个有机的整体，通过经络、经筋等器官，把五脏六腑，四肢百骸联系起来，根据脏腑的特性赋予各自的运转功能。人体的上下、左右、前后，通过络脉联系都是相通的，相互影响、相互制约，维持脏腑的运转功能，体内这种稳环境一旦被打破，身体的有关部位就可产生气滞血瘀。根据瘀滞的不同性质，可出现不同程度的病痛点。病痛点出现后，根据病情有选择性的运用这些治则，再通过经络、经筋的方法，及时调整穴位、揉肌，达到平衡阴阳，活血化瘀，消炎止痛的作用，恢复脏腑的运转功能。

《伤寒论》方治验

作者：高展 6

链接：<https://bbs.iiyi.com/thread-2555017-1.html>

一、甲亢：这个病《伤寒论》里有分析，少阴君火不明，少阳风吹入相，相火旺君火衰，相越君位而大乱天下，相火旺就眼睛突出来，脖子长粗了，这个都是相越君位了。相火旺则胃热喜欢吃东西，消化特别好，君火衰则肾寒于下，精神萎靡气力不足之少阴证显，同时寒水入土变成太阴湿土不化，脾气大虚，吃多便多就是没有吸收，脾虚也，长期下去大气下陷，少腹就鼓突，中气衰败大可畏。李可老中医有句名言：“脾胃不灭人不死”。

方：肾气丸又叫桂附地黄丸吃一段时间就舒服了，如果出现了胸闷肚子胀，就吃补中益气丸大量吃几天肚子不胀了，继续服用肾气丸。

二、颈椎病：这个就是太阳病项背强几几的葛根汤证，因为颈椎长期一个动作不动，人体太阳经就被堵住了这个位置，吃桂枝加葛根，或者葛根汤都很不错，一般三天就好了，巩固治疗吃一两瓶桂附地黄丸鼓舞肾气，少阴强太阳也就强了，太阳寒水的原理。很多人用舒筋活血药，这个方法不太对，是治疗厥阴的方法，是木气疏通的方法，当然木升金降也是一个协调系统，太阳金降入少阴水里也可以，但是正确治疗还是用太阳法。

三、鼻炎：这个病我遇到最多，用了许多五花八门的方法就是没有给治好，一个朋友因“鼻炎”手术花费几万元，鼻炎好像没有问题了，结果头痛厉害，整天昏昏沉沉的。又家母鼻炎几年，一直我也没有注意，母亲自己用西药进行治疗，长期鼻子堵塞如同感冒流涕状，还疼得厉害，夜不能寐，很是难受。我的方子就一个少阴病开始发作，麻黄附子细辛汤。当晚服药症状减轻大半，第二天基本不疼了，三天三剂吃完基本痊愈。再吃肾气丸一个月巩固。肺开窍于鼻，鼻子堵塞难过是肺的问题，可惜你治疗肺就是见效一时，不稳定，加入附子后效果就不一样了，因为病根在少阴肾寒，太阳不入寒水，加入细辛就可以了。金不生水，水寒格金，先后天坎卦之病。

四、灰指甲：这个病在指甲，脾主四肢，四肢问题在脾气虚了。用黄芪桂枝五物汤吃下去就好了。桂枝汤调理气血，去掉甘草加入黄芪大补脾气，气旺血旺自然指甲好了。

五、咽炎：这个病也是时代的问题，今天是八运，土旺。艮是太阴，太阴是湿土，太阴被水来湿很正常，太阴过旺水寒于土中导致肾虚寒，君火衰于下，肾脉到咽喉，故病。四逆汤小剂量吃几剂就好了，如果咽赤疼痛加入桔梗 3 克。

六、腰椎病最难治疗，最复杂，一般发病都是腰椎变形，四肢肌肉萎缩了，甚者无法站立。治疗用当归四逆汤加入乌头附子大量服用。

腰椎病在腰，为太阳经的位置，可以明确诊断为太阳病，自然桂枝汤是第一选择，如果涉及到双脚发凉就转到厥阴当归四逆汤，如果大汗淋漓就转到真武汤之少阴太阴里，我亲人得这个病的时候就是出现了上身大汗淋漓，双脚冰凉，好在我用大量附子才不至于精神胃口衰退。如果口苦又转少阳，如果大便不通又转阳明或者转太阳桃核承气汤证，大多数是这个太阳阳明之间的桃核承气汤证。如果轻了转肾气丸加当归片。

总之这个病厉害得很，是多种疾病的杂合，是《伤寒论》里杂病的范围，一般都是多个组合。

我的常用方是：附子，草乌，川乌，干姜各 15 克，桂枝，麻黄，细辛，柴胡，

葛根各 10 克，赤芍，白芍各 15 克，生姜 12 片，大枣 12 枚，黄芪 120 克，当归，干地黄各 30 克，枸杞子，补骨脂，菟丝子，淫羊藿，真土蜂蜜各 30 克。一天一剂，如果疼得厉害，乌头附子加倍使用，但是需要先煮 2 小时，同时兑入真土蜂蜜服用。

浅论甲减病

作者：宜昌济民中医

链接：<https://bbs.iiyi.com/thread-3132399-1.html>

甲减，西医之病名，可分为桥本氏甲减、原发性甲减和继发性甲减。中医治疗甲减病必探本求源，不可因名用药，桥本氏甲减有脖子粗大而无任何症状者，或有脖子粗而无力、水肿等甲减症状者，亦有原发性甲减症状各不相同者，病名同，病象各异，治疗各不相同方有治愈之机。

桥本病发病者青少年女性居多，其以脖子粗大，甲功指标不正常，无其它不适之症，绝大多数患者因精神压力大，睡眠不好或长期熬夜所致，此种人本元气不足，又久耗其元气，少阳阳明上逆不降，阳不降则阴不生，下元必虚，如只有脖子肿大，而无其它症状的，下元虚而不甚，宜逍遥散去薄荷加半夏、陈皮、桔梗或加薏苡仁、莲米、山药，必重用半夏、陈皮以降逆气而消肿块；如脖子肿大，又有怕冷无力嗜睡或水肿，宜苓桂术甘汤或真武汤或桂枝附子汤加重半夏、陈皮。切忌用活血散结攻破之品。此桥本病治疗大法，其间或有出入增减药味药量者，皆视情而定。病状万千，不可尽述，知其因，必能治其象。

陈某，女，19 岁，患桥本氏甲减多年，一直优甲乐治疗，脖子仍粗大，月经不正常，甲功指标时高成甲亢，时低又成甲减，无奈之下求诊我处，现症：脖子肿大，月经量少，时而紊乱或二月一来或一月来，神疲乏力，其女非常肥胖，双脉沉弦滑，舌红苔少，据证用逍遥散去薄荷加薏苡仁、扁豆、莲米、黄芪，重用半夏、陈皮服 20 剂，停药优甲乐，脖子肿大变小，体重减轻，服 2 月，脖子恢复正常，月经正常，甲功指标正常，后叮嘱患者禁止熬夜，生活规律，少劳累。近年桥本氏甲减单独用中药恢复其甲功指标的有 20 多例。

原发性甲减多以中年女性居多，甲状腺一般无肿大，其它症状不一，有关节疼痛为主，有水肿无力嗜睡，有胃胀增胖，心慌气短，记忆力减退等病象，究其因，必阴寒内盛，阳气大衰或外兼表证或水湿内阻，其治疗大法，以温阳运化中宫为主，兼表者以桂枝附子汤加苓术或兼水肿、心慌者，桂枝汤合真武汤加黄芪或胃腹胀，寒湿内

阻而合半夏厚朴生姜人参汤或又湿久化热，必用薏苡仁、扁豆、而渗湿或又不水肿，唯怕冷，无力而加党参、当归、黄芪或又水湿太盛兼太阳症，而先用麻黄附子细辛汤，待病势减而换方者，皆视病之变化而用之，遵仲景之法而细酌治之鲜有不愈者。碘¹³¹导致的甲减，治愈难度大，有少数能恢复者，有消除症状而甲功指标难以恢复者，仍需继续探索。

朱某，原发性甲减5年，一直服用优甲乐2片，查甲功指标正常，但甲减症状仍在，全身疼痛，双腿水肿，无力，嗜睡，怕冷，便秘，反应迟钝，记忆力差，后经人介绍来我处治疗，诊其脉沉弱，舌淡苔水滑，此阳气虚衰，水湿内盛，以桂枝汤合真武汤服5剂，诸症减轻，建议停用优甲乐，继续服15剂，诸症消失，又以上方加黄芪、党参、当归服3月复查，甲功指标正常，停药三个月后复查仍然正常，近年治疗的10余例原发性甲减证实，中药确能恢复甲状腺功能，只是时间长。

最近的小儿外感治验

作者：黑糊糊

链接：<https://bbs.iiyi.com/thread-1078575-1.html>

近来，我诊所收治了以发热、流涕、咳嗽为主，采取西药治疗效果不好的患儿。从中医角度分析主要以外感寒邪为主，兼有痰、湿、食等因素。面色偏青，舌淡苔薄白，指纹淡，处方用药基本上是以下方子：

白芷、蝉蜕、防风、麻黄、前胡、苏叶、枳壳，各10克。还有几个有腹泻的加上了白术，有痰的用瓜蒌壳，心率过快的麻黄减量，大体随证用药，一般都是一剂就好了。最近治疗过多例，几乎全是吃过一剂中药后都好了，效果最好的只吃了两次。

也许有人会奇怪，这个剂量和大人的没什么分别了，是不是大了，我这里说说原因，小孩吃中药本来就是一件为难的事，一次吃不了多少，如果剂量开小了，在喂药的时候洒了，真正吃下去的不多，难得见效，所以只有采取大剂量的药，服药的时候一次也不能多吃。我是采用小量频服的办法，既保证了药效，又不致量大引起副作用。在煎煮方面，放200ml左右水，大火煎10分钟，每次根据身体长幼和体质不同，服10—30ml，一日3—6次，温服。嘱家长注意适当给小孩增减衣物，不让吃生冷和玩水。这个药会微微发汗，但不会致大汗淋漓，表证重的还可以加桂枝、生姜，以促进发汗。

腰痛治验一例

作者：中籍华人

链接：<https://bbs.iiyi.com/thread-3409178-1.html>

中年男子，腰背屈曲，面露痛苦，患者自诉：腰部摔伤6天，在骨科住院治疗，检查没有伤到骨头，只是有点腰间盘脱出，但输液不见好转，所以来找中医治疗。

刻诊：以脊柱两侧疼痛为主，转侧困难，局部肌肤较为僵硬，触按疼痛。面色较晦暗，舌质略紫瘀，苔白。脉弦涩。

证：属外伤腰脊筋肉，血瘀气滞。

治：以活血化瘀，行气通络。

方：用活络效灵丹加味：

当归15克，丹参15克，乳香10克，没药10克，土鳖15克，地龙15克，延胡30克，狗脊30克，千斤拔20克，台乌片15g，续断15g。3剂。每日一剂。

5日后患者复诊：疼痛明显减轻，腰背能伸，要求再开个处方，前方加黄芪30克，牛膝15克。善后巩固。

肩胛骨调整以及杂谈

作者：余知鱼

链接：<https://bbs.iiyi.com/thread-1949138-1.html>

最近又读了姚君弘先生的《痛证及相关病症的病因及手法治疗》几遍，发现我平时不太有思路的肩胛骨的调整，有了不错的效果，有了好东西就和大家分享下：

1. 他是通过上臂两种极限姿势来带动肩胛骨运动的，一种是患者俯卧，上臂向前向上抬，抬到极限。术者扶住其肘关节，稍稍用力上抬，保持15秒。

2. 患者依然俯卧，患者手臂后伸到极限位置。手心向下向前，曲肘，术者依然扶住其肘关节，稍稍用力上抬，保持15秒。

基本上这两个伸展做完以后可以马上使肩部的肌肉放松，肩胛骨内上角的疼痛也锐减或者消失，无需刻意按摩。

颈椎和胸椎的交界处，一直比较难搞，我想了一段时间，我们可能都犯了一个错误，把关节锁住了，以至于我们无法调整。在看台湾林两传医师的手法以后，我就模仿他的手法，让患者放松的方式来调整，术者也放松的手法，极度的伸展，各个方位

的伸展，然后你稍稍给患椎一个相反方向的力量，“卡卡”就全都松动了，其实也许就是这样，关节在不知不觉中错位，我们也能在不知不觉中复位，一点都不难，我们想的都太复杂，不需要那么复杂，也许就是大道至简。

关于刮痧的一点体悟

作者：liangzifeng

链接：<https://bbs.iiyi.com/thread-1627145-1.html>

笔者在近几年用刮痧配合治疗多种颈肩腰腿痛，取得很好的疗效，现将自己几年的一点体悟总结一下：

1. 刮痧板用 2~3 毫米厚的最好，牛角就可以，再厚或薄都不是很合适。必须用刮痧油或按摩油做润滑剂。

2. 刮痧方向可任意操作，一般都需朝两个相反方向刮痧，可最大出痧。关键是板下的阻力要把握好：不要跳板或太滑，应让病人尽量舒服。

3. 颈椎最好坐着刮痧，但头晕的要躺着刮。后背卧位。速度要慢，刮痧面要尽量拉长，这样最舒服。

4. 刮痧是最好的软组织松软方法，立竿见影，如后背酸胀，刮痧后迅速见效。因此笔者认为，作为一个理疗师不可不会刮痧，关键是省力。

5. 操作时应沉心静气，不可浮躁，不强出痧：体虚者点到为止，体实者手法稍重，最好刮 2~3 次重板。

6. 刮痧时不可刮到骨头上，或手法重都会出现第二天疲劳，轻微出现是正常的。

7. 刮痧板的角度需根据皮下结节的生长方向，以最大接触面积最好。

8. 出痧多不一定病重，反而是血液循环好的表现；出痧少往往是顽固疾病，如结节增生等；不出痧者最难治疗。

9. 体质虚弱者也会出痧很多，不可再放血点刺；体实者病重者，往往刮到最后也不觉得刮的疼，应考虑放血点刺。

10. 刮痧不只是一种治疗办法，也是一种诊断手段：虚实寒热近在眼前。寒者痧青，实者痧紫，虚者痧淡，热者痧鲜红。局部病灶会显现出痧团。

一例咽痛患者的治疗体会

作者：一贴先生

链接：<https://bbs.iiyi.com/thread-1041184-1.html>

患者，女，24岁，未婚。

主诉：咽喉疼痛2周，大便不解4天。

现病史：患者2周前无明显诱因下自觉咽喉疼痛不适，当时无发热畏寒，无头晕头痛，自行服用凉茶无效，又以为是感冒了，到医院予氨苄西林静滴，3天后无明显效果，反觉咽部更加疼痛，遂改用头孢曲松纳静滴，继续治疗3天，咽部疼痛仍不缓解，此时患者仍不觉发热等不适。故来诊求中医治疗，来诊时症见：咽痛，无发热畏寒，无汗出，口渴喜饮，饮食正常，睡眠自觉烦躁，小便正常，大便4天未解。舌尖红，苔薄黄腻。六部脉均洪大有力。

追问病史，患者平时喜欢光顾肯德基一类餐店。

辨证考虑：阳明腑实。

选方：调胃承气汤加减。

用药：大黄10克，芒硝10克（冲服），甘草6克，黄芩10克。一剂，水煎服。

二诊患者自诉：下午2点左右服药后午睡，5点左右睡醒，咽痛顿失，当天晚上解大便一次。

此例治疗效果如此明显，我觉得有以下体会：

1. 经方确实好用，只要你辨证正确，就能做到药到病除，所以临床的时候，我们不能忽视《伤寒论》，平时有时间我们还是要多看看这本中医的经典之作，你会发现中医治疗效果真的很神。

2. 患者经过治疗2周后咽部仍然疼痛，我们要考虑其是否辨证问题。此例患者关键是脉象，洪大有力，结合没有大便数天，联想一下我们学过的知识，不难考虑采取的治疗方法是“釜底抽薪”之法。方中虽然药味少，但是药对病证，故能立竿见影。

3. 临床上有些疾病，西医治疗效果不好，我们要果断的采取中医治疗。这是我们中医师的长处。我们把西医做不到的做到了，就体现了我们中医师的价值。

责任编辑：修竹临风

编辑：砭艾、草原民间中医、xiwang001han

火 棘

别 名：救军粮、救命粮、红子。

来 源：蔷薇科植物火棘的干燥果实，产于我国陕西、河南、江苏、浙江、福建、湖北、湖南、广西、贵州、云南、四川、西藏。



形 态：常绿灌木，高达3米；侧枝短，先端成刺状，嫩枝外被锈色短柔毛，老枝暗褐色，无毛；芽小，外被短柔毛。叶片倒卵形或倒卵状长圆形，长1.5~6厘米，宽0.5~2厘米，先端圆钝或微凹，有时具短尖头，基部楔形，下延连于叶柄，边缘有钝锯齿，齿尖向内弯，近基部全缘，两面皆无毛；叶柄短，无毛或嫩时有柔毛。花集成复伞房花序，直径3~4厘米，花梗和总花梗近于无毛，花梗长约1厘米；花直径约1厘米；萼筒钟状，无毛；萼片三角卵形，先端钝；花瓣白色，近圆形，长约4毫米，宽约3毫米；雄蕊20，花丝长3~4毫米，药黄色；花柱5，离生，与雄蕊等长，子房上部密生白色柔毛。果实近球形，直径约5毫米，桔红色或深红色。花期3~5月，果期8~11月。

栽 培：火棘适应性强，性喜温暖和阳光充足的环境。喜疏松、肥沃的土壤。常生于山地、丘陵地阳坡灌丛草地及河沟路旁。

性味功能：味甘、酸，性平；消积止痢、活血止血。

用 途：用于消化不良，肠炎，痢疾，小儿疳积，崩漏，白带，产后腹痛。

用法用量：内服 30~50 克。

经验鉴别：本品以近圆形，色深红者为佳。

檀 香

别 名：白檀、白檀木。

来 源：檀香科植物檀香的干燥树心材，原产太平洋岛屿，现以印度、印尼周边分布最多。



形 态：常绿小乔木，高约 10 米；枝圆柱状，带灰褐色，具条纹，有少数皮孔和半圆形的叶痕；小枝细长，淡绿色，节间稍肿大。叶椭圆状卵形，膜质，长 4~8 厘米，宽 2~4 厘米，顶端锐尖，基部楔形或阔楔形，多少下延，边缘波状，稍外折，背面有白粉，中脉在背面凸起，侧脉约 10 对，网脉不明显；叶柄细长，长 1~1.5 厘米。三歧聚伞式圆锥花序腋生或顶生，长 2.5~4 厘米；苞片 2 枚，微小，位于花序的

基部，钻状披针形，长 2.5~3 毫米，早落；总花梗长 2~5 厘米；花梗长 2~4 毫米，有细条纹；花长 4~4.5 毫米，直径 5~6 毫米；花被管钟状，长约 2 毫米，淡绿色；花被 4 裂，裂片卵状三角形，长 2~2.5 毫米，内部初时绿黄色，后呈深棕红色；雄蕊 4 枚，长约 2.5 毫米，外伸；花盘裂片卵圆形，长约 1 毫米；花柱长 3 毫米，深红色，柱头浅 3~4 裂。核果长 1~1.2 厘米，直径约 1 厘米，外果皮肉质多汁，成熟时深紫红色至紫黑色，顶端稍平坦，花被残痕直径 5~6 毫米，宿存花柱基多少隆起，内果皮具纵稜 3~4 条。花期 5~6 月，果期 7~9 月。

栽 培：檀香适宜生长在 23~35℃ 之间，降雨量在 600~1600 毫米之间的地域。檀香根部最忌积水，植物对土壤的肥力要求较高。初期种植当做好追肥工作。檀香根浅，幼苗阶段是苗高茎细的形态，防风能力差。檀香生长需要一定的阴蔽，但不能太大。

性味功能：味辛，温；行气温中，开胃止痛。

用 途：用于寒凝气滞，胸痛，腹痛，胃痛食少，冠心病及心绞痛等症。

用法用量：内服 2~5 克。

经验鉴别：本品以黄棕色，无边皮气清香，质地光滑细腻，油性高且生长与陈化时间久者为佳。

编 辑：王颖健

责任编辑：金陵一剑

反复高热、头痛、肝功轻度异常一例

作者：anne 医生

链接：<https://bbs.iiyi.com/thread-3425148-1.html>

●病例摘要

一般情况：患儿，女，5岁。

主诉：发热、头痛4-5天

现病史：患儿于4-5天前无明显诱因出现发热，体温39℃左右，偶有干咳，诉头痛，无抽搐，无呕吐，无腹泻，口服“小儿退热药（具体不详）”，体温降而复升，2天前曾来我院门诊就诊。查血常规+CRP+PCT示：WBC： $8.9 \times 10^9/L$ ，N：76.4%，L：11.9%，Hb：135g/L，PLT： $176 \times 10^9/L$ ；CRP：1.72mg/L；PCT：0.075ng/ml。按“上呼吸道感染”对症处理，体温不退，最高达40℃，伴畏寒、寒颤、头痛，精神不振，食欲差，无抽搐发作，今为进一步治疗来我院就诊，完善检查后，门诊以“急性上呼吸道感染，支原体感染”收入院。患儿自发病以来，精神不振，食欲差，大小便正常。

既往史：既往身体健康，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，按计划接种卡介苗、乙肝疫苗，脊髓灰质炎疫苗，百白破疫苗等。

个人史：患儿系第1胎第1产，足月顺产，出生情况良好，无窒息抢救史，生长发育顺序正常，营养、发育、智力同健康同龄儿。患儿居住条件及经济条件一般。

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，其母孕期体健，无妊娠合并症。

体格检查：T：38.4℃；P：126次/分；R：20次/分；Wt：22.5Kg。

发育正常、营养好，神志清，精神不振，自主体位，查体不合作。全身皮肤粘膜未见黄染、皮疹及出血点，浅表淋巴结未触及肿大。头颅无畸形，毛发分布均匀，有光泽，眼睑无下垂，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。口唇红润，口腔黏膜光滑，无疱疹、溃疡，咽部充血，无疱疹、溃疡。双侧扁桃体Ⅱ度大，轻度充血，无脓栓。颈软，无抵抗感，气管居中，甲状腺无肿大，无颈静脉怒张。胸廓对称，无畸形，双侧呼吸运动对称，无吸气三凹征，两侧语颤正常，无胸膜

摩擦感，叩诊清音，双肺呼吸音粗，未闻及干湿性啰音。心率 126 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，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，肠鸣音正常。肛门及外生殖器无异常。脊柱四肢无畸形，四肢活动自如，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+CRP+肺炎支原体抗体+EB 病毒抗体：WBC： $7.10 \times 10^9 / L$ ，L：15.90%，N：71.30%，PLT： $127 \times 10^9 / L$ ，Hb：134g/L；CRP：4.81mg/L，肺炎支原体抗体：弱阳性。肝功：AST80U/L，肾功及尿常规（-）。

初步诊断：1. 急性上呼吸道感染； 2. 支原体感染

住院经过：入院后给予抗感染、对症支持治疗，体温仍不退，最高达 40℃。入院第 3 天查房发现：患儿咽部充血明显，双侧扁桃体 II 度肿大，右侧可见白色膜状物，心肺腹（-）。

●讨论：

1. 本例可能的诊断是什么？需与哪些疾病鉴别？
2. 明确诊断还需做哪些辅助检查？
3. 下一步如何治疗？

●临床讨论

别看资料：

1. 本例可能的诊断是什么？需与哪些疾病鉴别？

急性化脓性扁桃体炎。注意与川崎病、传染性单核细胞增多症鉴别。

2. 明确诊断还需做哪些辅助检查？

查 EBV 抗体、做心脏超声；

3. 下一步如何治疗？

保肝、抗病毒可用更昔洛韦。

Aishenzhong:

化脓性扁桃腺炎、毒血症。应除外支气管肺炎、病毒性脑炎、传染性单核细胞增多症、川崎病；拍胸片、嗜异性凝集试验、异型淋巴细胞、EBV、必要时头颅 MRI、腰穿等；调整抗生素、加抗病毒药、短期应用激素、对症支持治疗。

●结论

anne 医生：

一、病例特点：

1. 学龄前儿童，发热、头痛为主诉，急性起病。
2. 主要症状：发热伴畏寒、寒颤，轻度咳嗽。
3. 重要体征：咽充血、扁桃体肿大、无脓栓——咽充血明显，扁桃体肿大、右侧可见白色膜状物。
4. 查血 2 次，白细胞总数都不高，血 CRP 及 PCT 无异常，肺炎支原体抗体：弱阳性。肝功：AST80U/L, 肾功及尿常规（-）。
5. 既往史、个人史及家族史无特殊。
6. 入院后抗感染治疗，疗效差。

二、临床分析：

根据上述特点，临床考虑以下疾病：

1. 化脓性扁桃体炎：本例有发热、头痛、畏寒、寒颤及扁桃体肿大史，后期发现右侧扁桃体有白膜覆盖，首先考虑化脓性扁桃体炎可能。但仔细分析，本例似乎与化脓性扁桃体炎有差异：①肿大的扁桃体上面没有黄白色脓点或脓苔，后期形成的白色假膜，还可见于其它疾病；②血常规检查白细胞及中性粒细胞计数无明显增高。血 PCT 及 C 反应蛋白无增高；③入院后给予抗感染、对症支持治疗，体温仍反复不退，最高达 40℃，除考虑所选抗生素因素未控制感染外，也不排除非细菌感染所致。

2. 咽白喉：由白喉杆菌引起的急性传染病，以咽部黏膜形成灰白色假膜及白喉外毒素所致的全身毒血症为主要特征。轻症患者发病较缓，多为低热，体温 38℃ 左右，咽痛较轻。重症患者起病急，咽痛剧烈，可出现高热、烦躁、呼吸急促、发绀及循环衰竭等症。本例后期有一侧假膜形成，但咽痛不明显，虽有高热，但无烦躁、呼吸急促、发绀及循环衰竭等症，暂不考虑。有条件者鼻、咽等咽拭子涂片及培养可找到白喉杆菌，有助于诊断。

3. 川崎病：儿科发热五天以上，抗感染治疗效差者，即使临床症状与体征不典型，也要考虑川崎病可能。本例有发热及其中毒症状，肝功轻度受损，这在川崎病患者中并非少见。但患者黏膜损害不明显，无淋巴结肿大及一过性皮疹等表现，查血小板不高，CRP 也不高，似可排除，对于不典型川崎病患者，动态观察临床过程，早期给予心脏冠脉彩超有助于发现诊断线索。

4. 肺炎支原体感染：除发热外，咳嗽症状比较明显，本例除发热外，与支原体感染后症状不符，虽然查肺炎支原体抗体弱阳性，不考虑近期感染。

5. 传染性单核细胞增多症：传染性单核细胞增多症是一种散发性的急性感染性疾病，病原体是 EB 病毒，发病机制没完全明了。临床表现多样化，发病率逐渐增加！本例的发病过程与其类似，特别是后期咽部有假膜形成，虽无淋巴结肿大和一过性皮疹所见，不能排除非典型患者，下一步需查 EB 病毒抗体，协助诊断。

病例反馈：

患儿入院后因考虑传染性单核细胞增多症可能性不排除，进一步查血 EB 病毒 IgM 抗体，结果阳性。入院第 4 天早查房时发现患儿右侧颈部淋巴结肿大，压痛。临床诊断：传染性单核细胞增多症继发急性扁桃体炎、右侧淋巴结炎、肝功损害。

●知识拓展：

传染性单核细胞增多症(infectious mono-nucleosis, IM) IM 的临床三联征为发热、咽峡炎和淋巴结肿大, 实验室检查为外周血淋巴细胞计数和异型淋巴细胞比例均增高，是其诊断线索，如果有 EB 病毒感染证据，则可确诊。

一、诊断：

1. 诊断依据 ①临床有发热、咽峡炎、淋巴结肿大、肝脾大、肝功能异常、皮疹等多脏器损害特征，年龄越小，临床表现越复杂。②外周血淋巴细胞数增多(>0.50)，异型淋巴细胞数多(>0.10~0.20)。③血清嗜异凝集反应经豚鼠肾吸附后仍阳性(抗体滴度 40)。④EB 病毒抗体阳性，抗 VCA-IgM 阳性是确诊急性 IM 的重要指标。⑤除外传染性单核细胞增多综合征。

2. 鉴别诊断：

①急性链球菌感染性咽扁桃体炎，渗出物呈黄白色，淋巴结肿大仅限于颈部，咽拭子涂片可见脓细胞，血象中性粒细胞增多，对青霉素疗效良好，可以鉴别。

②以淋巴结、肝、脾大为主要表现者要与白血病、霍奇金淋巴瘤及其他淋巴增殖性疾病鉴别。通过骨髓检查，淋巴结活检可证实诊断。

③以神经系统症状为主要表现者要与病毒性脑炎等鉴别，通过仔细的临床观察，血细胞检查及血清学试验与之鉴别。

④传染性单核细胞增多综合征：由各种感染性病毒(巨细胞病毒、肝炎病毒等)、药物过敏等引起临床上与传单表现相似的一组综合征，但其血清嗜异凝集抗体及 EBV 抗体阴性可鉴别。

⑤此外本病还需与心肌炎、风疹、病毒性脑炎等相鉴别。

二、治疗

病例讨论

本病的治疗以对症治疗为主，疾病大多能自愈，急性期特别是并发肝炎时应卧床休息，如出现黄疸可按病毒性肝炎处理原则治疗，抗生素对本病无效，仅在咽部，扁桃体继发细菌感染时可加选用，一般采用青霉素类抗生素，疗程 7~10 天。有认为甲硝唑及克林霉素对本病咽峡炎症可能有助，提示合并厌氧菌感染的可能。

大剂量丙种球蛋白静注可用于重症 IM 患者，尤其低丙种球蛋白血症者，剂量 400mg/(kg·d)。静脉滴注，连用 2~3 天。

肾上腺皮质激素适应证如下：①咽部和喉部有严重病变水肿的；②有深度黄疸的；③高热持续不退的；④伴有血小板减少性紫癜或溶血性贫血的；⑤有心肌炎、心包炎并发症的；⑥有中枢神经并发症的。泼尼松 2mg/(kg·d) 口服，危重者可静脉滴注氢化可的松或地塞米松，疗程 5~7d。对咽部及喉头有严重病变或水肿者有应用指征，可使炎症迅速消退，及时应用尚可避免气管切开，激素也可应用于有中枢神经系统并发症，血小板减少性紫癜，溶血性贫血，心肌炎，心包炎等。可采用短程糖皮质激素静脉注射。如甲基强的松龙 1mg/(kg·d) 分次静滴，好转后改用强的松 1~2mg/(kg·d) 口服，用药 5~7 天，有一定效果。

对脾肿大的患者注意避免剧烈运动，以免脾破裂，一旦发生脾破裂即行紧急作脾切除术。

阿昔洛韦及其衍生物在体外试验中有拮抗 EB 病毒的作用，但此类药物不必常规地应用于一般的传染性单核细胞增多症患者。有报道用阿昔洛韦 30mg/(kg·d) 或更昔洛韦静滴，加糖皮质激素对重症 IM 有明显疗效。亦有认为，上述二种抗病毒制剂并不能缩短 IM 的临床过程，及改善预后，且有轻度肾毒性，故仅用于重症患者。

中医中药主要清热解毒，按中医辨证施治。

(拓展内容根据网络知识综合整理)

突发持续腹痛 4 天

作者：旧日足迹

链接：<https://bbs.iiyi.com/thread-2597605-1.html>

● 病例摘要

一般资料：患者男性，48 岁，农民。

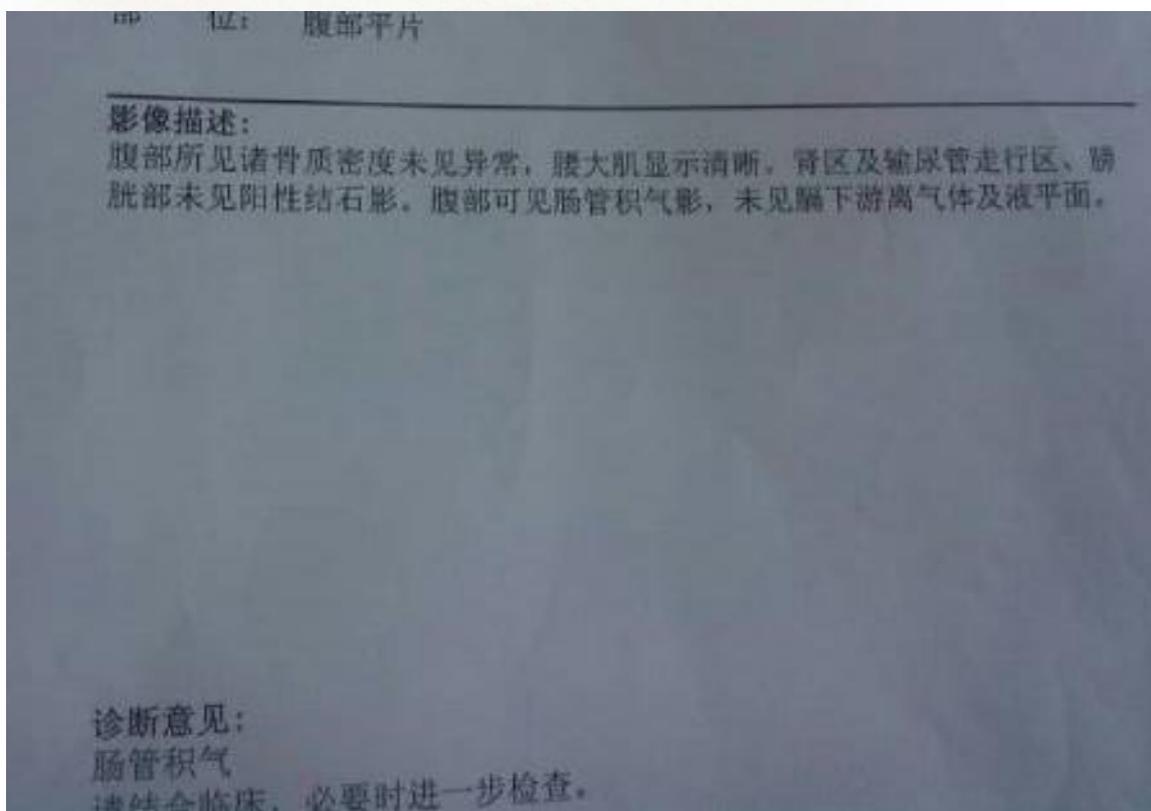
主诉：突发持续腹痛 4 天

现病史：患者于4天前晨起后无明显诱因出现腹痛，以上腹部为著，呈持续性胀痛，无明显放射痛，伴恶心呕吐，呕吐物为胃内容物，无血性物，弯腰可稍缓解，伴大汗，无胸痛、心悸，无头痛头晕，无腹泻，无发热，于诊所静点消炎药（具体药物不详）治疗，症状无减轻，后就诊于市人民医院，并住院治疗，治疗不详，检查如下图，后患者仍持续腹痛，无排便、排气，伴发热，欲下胃肠减压，患者不能耐受，为求进一步治疗入院。患者自发病以来，精神差，未进食，睡眠差，未排便，尿量可，体重无明显变化。

既往史：否认高血压病、糖尿病、冠心病病史。否认肝炎、结核等传染性病史。否认食物及药物过敏史。

体格检查：血压140/80毫米汞柱。神清，巩膜无黄染，结膜无苍白，双肺呼吸音粗，无啰音。腹平坦，无腹壁静脉曲张，未见胃肠型及蠕动波，上腹部压痛，轻度反跳痛，莫菲氏征阴性，麦氏点无明显压痛，叩鼓音，肠鸣音弱，移动性浊音阴性。双下肢无水肿。双侧病理征阴性。

辅助检查如下图。



病例讨论

检查部位: 胰胆管水成像(MRCP)核磁
检查日期: 2015-5-18
扫描方式: 平扫

检查所见:
肝脏大小、形态正常,边缘光滑,肝内未见明确异常密度影,肝内、外胆管未见扩张,胆囊不大,胆囊壁T2信号增高,其内未见异常密度影。脾脏大小形态正常,未见异常密度影,肝脾周缘见长T2异常信号。胰腺体积饱满,胰管无扩张。所示肠系膜、腹膜后及双肾周脂肪T2/fs信号增高。左侧胸腔内见液性信号。

诊断意见: MRCP提示:
1、胆囊壁信号异常,考虑炎性病变,请结合其他检查。
2、少量腹腔积液。
3、腹腔内大范围脂肪水肿。
4、左侧胸腔积液。

项目	中文名称	结果	参考值	单位	项目	中文名称	结果	参考值	单位
1	WBC 白细胞数	19.08	↑ 4-10	10 ⁹ /L	14	HCT 红细胞压积	45.80	37-49	%
2	NEUT# 中性粒细胞绝对值	17.59	↑ 2-7.5	10 ⁹ /L	15	MCT 平均红细胞体积	95.80	80-100	fL
3	LYMPH# 淋巴细胞绝对值	0.95	0.8-4	10 ⁹ /L	16	MCH 平均红细胞血红蛋白含量	33.30	27-34	pg
4	MONO# 单核细胞绝对值	0.53	0.16-1.2	10 ⁹ /L	17	MCHC 平均红细胞血红蛋白浓度	347.00	320-360	g/L
5	EO# 嗜酸性粒细胞绝对值	0.01	↓ 0.02-0.5	10 ⁹ /L	18	RDW-SD 红细胞分布宽度标准差	45.70	37-54	fL
6	BASO# 嗜碱性粒细胞绝对值	0.00	0-0.1	10 ⁹ /L	19	RDW-CV 红细胞分布宽度变异系数	13.40	11-16	%
7	NEUT% 中性粒细胞百分比	92.11	↑ 50-75	%	20	PLT 血小板数	325.00	100-300	10 ⁹ /L
8	LYMPH% 淋巴细胞百分比	5.02	↓ 20-40	%	21	PDW 血小板体积分布宽度	13.00	9-17	fL
9	MONO% 单核细胞百分比	2.80	↓ 4-12	%	22	MPV 平均血小板体积	10.60	9.4-12.5	fL
10	EO% 嗜酸性粒细胞百分比	0.10	↓ 0.5-5	%	23	PCT 血小板压积	0.24	0.11-0.27	%
11	BASO% 嗜碱性粒细胞百分比	0.00	0-1	%	24	P-LCR 大型血小板比率	29.30	13-43	%
12	RBC 红细胞数	4.78	3.5-5	10 ¹² /L					
13	HGB 血红蛋白浓度	159.00	110-160	g/L					

文名	结果	状态	单位	参考值	英文名	中文名	结果	状态
淀粉酶	1607.0	↑	U/L	0-900				

48 岁 床 号: 08

中文名	结果	状态	单位	参考值	英文名
钾	3.80		mmol/L	3.5-5.3	
钠	140.0		mmol/L	136-144	
氯	100.0		mmol/L	96-108	
钙	1.98	↓	mmol/L	2.1-2.7	
二氧化碳	20.7		mmol/L	20-29	
血淀粉酶	407.00	↑	U/L	0-100	

名	中文名	结果	状态	单位	参考值
	钾	4.30		mmol/L	3.5-5.3
	钠	141.0		mmol/L	136-144
	氯	104.0		mmol/L	96-108
	钙	2.35		mmol/L	2.1-2.7
	二氧化碳	23.2		mmol/L	20-29
	谷草转氨酶	16.0		U/L	0-40
	尿素氮	6.20		mmol/L	1.7-8.3
A	肌酐	70.8		umol/L	40-106
	尿酸	223.4		umol/L	89-416
	β2-微球蛋白	2.00		mg/l	1.01-2.97
C	胱抑素-C	0.78		mg/L	0.56-1.3
	肌酸肌酶	97.0		U/L	25-200
B	肌酸激酶同工酶	14.0		U/L	0-24
	乳酸脱氢酶	190.0		U/L	80-285
	α-羟丁酸脱氢酶	91.0		U/L	70-230
	肌红蛋白	9.2		ng/ml	0-90
	肌钙蛋白	0.20		ng/ml	0-1.68
	葡萄糖	8.60	↑	mmol/L	3.8-6.1
	血淀粉酶	123.00	↑	U/L	0-100

病例讨论

项目名称	项目名称	检测结果	参考值	尿干代号	项目名称	检测结果	单位
WBC (LPF)	白细胞	17.00	0-18	LEU	白细胞	-	
RBC	红细胞	917.70	↑ 0-18	NIT	亚硝酸盐	-	
EC	上皮细胞	9.80	↑ 0-8.7	TRB	浊度	-	
CAST	管型	6.04	↑ 0-2.25	COU	颜色	黄色	
BACT	细菌	13.10	↑ 0-11.4	KET	酮体	-	mmol/L
RBC-M	红细胞(高倍视野)	165.19		PH	PH	5.50	
WBC-M	白细胞(高倍视野)	3.06		GLU	葡萄糖	2+	11 mmol/L
EC-M	上皮细胞(高倍视野)	1.76		PRO	蛋白质	1+	0.5 g/L
CAST-M	管型(高倍视野)	17.52		SG	比重	1.038	
KYAL	结晶	0.40		BIL	胆红素	-	μmol/L
YLC	类酵母菌	0.00		BLD	隐血	3+	OVER mg/L
SNV	小圆细胞	8.50					
P.CAST	病理管型	2.74					
WCLN	粘液丝	2.96					
Cond.	电导率	19.20	3-39				
RBC-Info	红细胞形态信息	混合性红					
Cond.-Inf	电导率分級	3级					
UTI-Info	尿路感染信息	尿路感染					
RBC-P70Fsc	红细胞70%向前散射光分布宽度	75.00					
RBC-Fsc-DW	红细胞前向散射光分布宽度	42.00					
Large-RBC	大红细胞	182.00					
Small-RBC	小红细胞	428.60					
Non-Lysed-RBC#	未受损红细胞绝对值	610.70					
Non-Lysed-RBC%	未受损红细胞百分比	66.50					
Lysed-RBC	受损红细胞	307.00					

镜检项目		
镜检项目	镜检结果	单位
红细胞	10-12/HP	
粗颗粒管型	1-2/L{P}	LPF

序号	英文名称	中文名称	结果	状态	参考值	单位
1	A-HAVIGM	甲肝抗体IgM	0.276	阴性	0-1.0	COI
2	HbsAg	HBsAg	0.717	阴性	0-0.9	COI
3	Anti-HBs	抗-HBs	111.6	阳性 ↑	0-10	IU/L
4	HBeAg	HBeAg	0.100	阴性	0-1	COI
5	Anti-HBe	抗-HBe	1.08	阴性	> 1	COI
6	Anti-HBc	抗-HBc	0.004	阳性 ↓	> 1	COI
7	Anti-HCV	丙肝抗体	0.032	阴性	0-1	COI

中文名称	结果	参考值	单位	项目	中文名称	结果	参考值	单位
白细胞数	17.46	↑ 4-10	10 ⁹ /L	14 HCT	红细胞压积	45.30	37-49	%
# 中性粒细胞绝对值	15.57	↑ 2-7.5	10 ⁹ /L	15 MCV	平均红细胞体积	92.30	80-100	fL
# 淋巴细胞绝对值	0.89	0.8-4	10 ⁹ /L	16 MCH	平均红细胞血红蛋白含量	32.20	27-34	pg
# 单核细胞绝对值	0.98	0.16-1.2	10 ⁹ /L	17 MCHC	平均红细胞血红蛋白浓度	349.00	320-360	g/L
嗜酸性粒细胞绝对值	0.00	↓ 0.02-0.5	10 ⁹ /L	18 RDW-SD	红细胞分布宽度标准差	43.20	37-54	fL
# 嗜碱性粒细胞绝对值	0.02	0-0.1	10 ⁹ /L	19 RDW-CV	红细胞分布宽度变异系数	13.30	11-16	%
中性粒细胞百分比	89.21	↑ 50-75	%	20 PLT	血小板数	263.00	100-300	10 ⁹ /L
% 淋巴细胞百分比	5.12	↓ 20-40	%	21 PDW	血小板体积分布宽度	10.70	9-17	fL
% 单核细胞百分比	5.60	4-12	%	22 MPV	平均血小板体积	9.90	9.4-12.5	fL
嗜酸性粒细胞百分比	0	↓ 0.5-5	%	23 PCT	血小板压积	0.28	↑ 0.11-0.27	%
% 嗜碱性粒细胞百分比	0.10	0-1	%	24 P-LCR	大型血小板比率	23.50	13-43	%
红细胞数	4.91	3.5-5	10 ¹² /L	25 ABO	ABO血型			A型
血红蛋白浓度	158.00	110-160	g/L	26 Rh(D)	Rh(D)			阳性

检查部位：全腹部CT
扫描方式：平扫

检查所见：
肝脏大小、形态正常，边缘光滑，肝内未见明确异常密度影，肝内、外胆管未见扩张，胆囊不大，壁未见增厚，其内未见异常密度影。脾脏大小形态正常，未见异常密度影。胰腺体积饱满，周围脂肪间隙模糊，胰头前方为著。双肾大小、形态正常，肾内未见异常密度影，肾盂肾盏无扩张。腹膜后未见肿大淋巴结。前列腺及精囊腺大小、形态正常，膀胱充盈欠佳，密度略增高，膀胱内未见异常密度影，膀胱直肠间隙清晰，内未见异常密度影。

检查印象：考虑胰腺炎，请结合临床。
膀胱充盈欠佳，密度略增高。

部 位：腹部平片

影像描述：
腹部可见少量肠管积气影，未见膈下游离气体及液平面。

诊断意见：
腹部平片未见明显异常。
请结合临床，必要时进一步检查。

病例讨论

检查部位：胰腺CT

扫描方式：平扫

检查所见：

原诊：考虑胰腺炎，请结合临床。

本次复查示：胰周脂肪间隙模糊，并见液体影。肝脾周缘并见液体影。

本次复查提示：腹腔积液

英文名	结果	状态	单位	参考值	英文名	中文名	结果	状态	单位
丙氨酸转氨酶	14.0		U/L	0-40	21 LP(a)	脂蛋白a	3.7		mg/dL
草氨酸转氨酶	15.0		U/L	0-40	22 AMY	唾液淀粉酶	329.00	↑	U/L
碱性磷酸酶	73.0		U/L	25-150	23 CRP	C反应蛋白	131.1	↑	mg/l
γ-谷氨酰转氨酶	59.0	↑	U/L	0-40					
总胆红素	28.3	↑	umol/L	0-20.4					
直接胆红素	9.2	↑	umol/L	0-6.8					
间接胆红素	19.1	↑	umol/L	0-17					
总胆汁酸	1.0		umol/L	0-10					
胆碱酯酶	6707.0		U/L	4100-11000					
腺苷脱氨酶	7.00		U/L	4-18					
总蛋白	58.3		g/L	54-82					
白蛋白	39.6		g/L	34-50					
球蛋白	18.7	↓	g/L	20-45					
白球比	2.12			1.2-2.3					
总胆固醇	3.41		mmol/L	0-5.17					
甘油三酯	0.94		mmol/L	0.56-1.71					
高密度脂蛋白	2.01	↑	mmol/L	0.83-1.96					
低密度脂蛋白	1.66		mmol/L	0-3.12					
脂蛋白A	1.17		g/L	1-1.6					
脂蛋白B	0.63		g/L	0.6-1.1					

英文名称	中文名称	结果	状态	单位	参考值
AFP	甲胎蛋白	5.2		ng/mL	0-10
CA-125	糖基类抗原125	7.6		U/ml	0-35
CA-199	糖基类抗原199	15.4		U/ml	0-27
CEA	癌胚抗原	1.5		ng/ml	0-4.7
FER	铁蛋白	209.8		ng/mL	30-400
TPSA	总前列腺抗原	0.1		ng/ml	0-4.4

●讨论

第一、诊断及依据？

第二、鉴别诊断？

第三、可能出现的并发症？

第四、还应完善的检查？

第五、本病常见的诱因？本病例考虑什么诱因？

（补充一句，患者这几天娶儿媳妇，但未大量饮酒及吃肉。）

●临床讨论

yulang7779286:

初步诊断为急性胰腺炎。

诊断依据：

1. 上腹部疼痛，弯腰可稍缓解；
2. B超考虑胰腺炎；
3. 血淀粉酶升高。

鉴别诊断：

胃、十二指肠溃疡急性穿孔：常有消化性溃疡病史，有明显的化学性腹膜炎症状和体征，板状腹，立位腹部 X 线可见膈下游离气体。

急性胆囊炎：常有胆绞痛发作病史，疼痛多在右上腹，可以伴有局部压痛、反跳痛，墨菲氏征阳性，B超检查可见胆石症。

并发症是胰腺脓肿，急性呼吸衰竭，急性肾脏衰竭，胰性脑病。

还应完善的检查是：做胰腺 CT，做心电图，查心肌酶谱。

处理原则：

一、监护，严密观察体温、呼吸、血压、脉搏与尿量，仔细观察腹部体征，注意复查血象、血尿淀粉酶、电解质及血气分析；

二、维持内环境平衡及抗休克；

三、禁食及胃肠减压；生长抑素奥曲肽；

四、奥美拉唑 40mg 静脉滴注一天两次；

五、抑制胰酶活性，抑肽酶 10-25u, bid；

六、抗生素选用氧氟沙星，头孢哌酮，可与甲硝唑联合用药；

七、解痉镇痛，阿托品 0.5mg im st。

预后：

病例讨论

水肿型病人预后良好，常在一周内恢复，若病因不根除常可复发。出血坏死型若病人年龄大，低血压，低血钙，低清蛋白，低氧血症、血糖过高及有全身并发症均提示预后不良。

预防：

积极治疗胆道疾病，避免暴饮暴食及酗酒，避免精神压力过大和过度兴奋。

ww2sxy520:

诊断：急性胰腺炎；肠麻痹；低钙血症；胸腔积液

诊断依据：

1. 48岁男性，既往体健，起病无明显诱因。
2. 患者于4天前晨起无明显诱因出现腹痛，以上腹部持续性胀痛，伴恶心呕吐，呕吐物为胃内容物，无血性物，弯腰可稍缓解，伴大汗，无排便排气，伴发热。
3. 查体：血压140/80毫米汞柱，神清，巩膜无黄染，结膜无苍白，双肺呼吸音粗，无啰音，腹平坦，无腹壁静脉曲张，未见胃肠型及蠕动波，上腹部压痛，轻度反跳痛，莫菲氏征阴性，麦氏点无明显压痛，叩鼓音，肠鸣音弱，移动性浊音阴性。
4. 实验室检查：淀粉酶升高。

鉴别诊断：

1. 急性胆囊炎：腹痛较急性胰腺炎轻，其疼痛部位为右上腹部胆囊区，并向右胸及右肩部放射，血尿淀粉酶正常或稍高；如伴有胆道结石，其腹痛程度较为剧烈，且往往伴有寒战、高热及黄疸。
2. 胆道蛔虫病：多数为儿童及青年，开始在上腹部剑突下偏右方，呈剧烈的阵发性绞痛，患者往往自述有向上“钻顶感”。疼痛发作时，辗转不安、大汗、手足冷，痛后如常人。其特点为“症状严重，体征轻微”（症状与体征相矛盾）。血尿淀粉酶正常，但在胆道蛔虫合并胰腺炎时，淀粉酶可升高。
3. 胃及十二指肠溃疡穿孔：既往多有消化道溃疡病史，突然发生的上腹部剧烈疼痛，很快扩散至全腹部，腹壁呈板状强直，肠音消失，肝浊音缩小或消失。腹平片有膈下游离气体。
4. 冠心病：可有冠心病史，胸前区有压迫感，腹部体征不明显等。

可能出现的并发症：

1. 局部并发症：胰腺脓肿、胰腺假性囊肿；
2. 全身并发症、单个或者多个脏器功能衰竭、感染、慢性胰腺炎。

本病常见的诱因：胆道系统疾病、酒精或药物、手术创伤。

本患者无暴饮暴食、大量饮酒史，CT 提示胆囊炎，不排除胆管结石移行过程中引起 Oddis 括约肌功能障碍或者胆道炎症时细菌毒素释放出激肽可通过胆胰间淋巴管交通支激活胰腺消化酶引起的急性胰腺炎。

zsr1170287426:

高度怀疑：重症胰腺炎。严密观察生命体征、尿量，腹部体征，注意复查血象、血尿淀粉酶、电解质及血气分析。

治疗方面：禁食及胃肠减压；维持内环境平衡及抗休克；生长抑素奥曲肽；奥美拉唑 40mg 静脉滴注，一天两次；抑肽酶 10-25u, bid；选用强有力的抗生素和止痛剂。

●结论

旧日足迹：

诊断：重症胰腺炎

治疗：

消化内科入院护理常规

1 级护理

陪人

禁食水

测血压 2 次/日

胃肠减压

生理盐水 100 毫升

兰索拉唑 30 毫克 静点 2 次/日

5%葡萄糖 500 毫升

门冬氨酸钾镁 10 毫升 静点 1 次/日

5%葡萄糖 500 毫升

丙氨酰谷氨酰胺 10 克

氯化钾针 1.5 克 静点 1 次/日

5%葡萄糖 500 毫升

注射用 12 种复合维生素 1 支

氯化钾 1.5 克 静点 1 次/日

5%葡萄糖 250 毫升

病例讨论

异甘草酸镁 150 毫克 静点 1 次/日
5%葡萄糖 250 毫升
注射用甲磺酸加贝酯 0.3 克 静点 1 次/日
替硝唑 0.8 克 静点 1 次/日
生理盐水 100 毫升
哌拉西林钠他唑巴坦钠 2.5 克 静点 2 次/日
5%葡萄糖 50 毫升
生长抑素 3 毫克 250 微克每小时静脉泵入
生理盐水 90 毫升
开塞露 60 毫升
硫酸镁 30 毫升 肛门注入
5%葡萄糖 100 毫升
葡萄糖酸钙 20 毫升 静点
大黄 3 克 口服 3 次/日。

责任编辑：绿漫天涯

编辑：刘现国



医疗资讯

美国高血压杂志：高血压患者常喝酸奶降低心血管病风险

《美国高血压杂志》上的一项新研究表明，高血压患者多喝酸奶或可降低心血管疾病风险。

高血压是心血管疾病的主要危险因素。以前的临床试验证明饮用乳制品对心血管健康有益。多饮用乳制品有利于控制心血管疾病相关的合并症如高血压、2型糖尿病和胰岛素抵抗。这项新研究发现，对于女性高血压患者，常喝酸奶会降低患心肌梗死的风险 30%，对于男性则降低 19%。另外，女性高血压患者摄入更多的酸奶则接受血运重建的风险就降低 16%。

国家公卫绩效考核通知发布，弄虚作假一票否决

国家卫生计生委和财政部近日下发通知，开展 2017 年度国家基本公共卫生服务项目绩效评价（考核）。本次绩效评价范围将覆盖所有省、自治区、直辖市和新疆生产建设兵团。通知要求，各省（区、市）要按照要求，加强本地区基本公共卫生服务项目绩效评价工作的组织管理，更加突出项目成效、居民感受度和县区级绩效评价主体作用。县区级卫生计生行政部门和财政部门要对辖区所有承担任务的医疗卫生机构开展一次综合绩效评价。省要对地市、地市要对县区进行逐级绩效评价并排名。国家将根据排名情况选择部分地区进行绩效评价，评价结果与中央财政补助资金挂钩。对绩效评价中发现有弄虚作假的，实行一票否决。关于免费提供避孕药具项目和健康素养促进项目，一并纳入国家基本公共卫生服务项目整体绩效评价中。

华人研究荣登 Cell 封面，可精确诊断多种疾病的 AI 诞生了！

近日荣登《细胞》封面的这项研究，为我们提供了一款全新的 AI 工具。本研究的通讯作者张康教授是加州大学圣地亚哥分校（UCSD）的眼科教授，也是眼科遗传学的首席医师（Chief, Ophthalmic Genetics）。在眼科治疗中，视网膜 OCT（光学相干断层扫描）成像技术是最常被使用的诊断技术之一，每年的使用总数超过 3000 万次。通过获取视网膜组织的高分辨率图像，医生们能够精准地对年龄相关性黄斑变性和糖尿病性黄斑水肿等致盲性眼病作出诊断，并提供治疗方案。



德科学家用植物“废料”合成青蒿素：仅 15 分钟，更高产廉价

研究人员考虑利用提取青蒿素后剩余的植物“废料”化学合成青蒿素。早在 2012 年，马普协会研究人员就找到了从植物“废料”中提取青蒿酸进而合成青蒿素的方法。如今，他们进一步完善了工艺，不仅不再需要花大力气清理植物“废料”，还摒弃了昂贵且对环境有害的化学色素，转而“就地取材”，把植物叶绿素作为催化剂。新法大大降低了成本，提高了产量，生产过程也得到简化，从植物“废料”到制成青蒿素仅需不到 15 分钟。研究人员介绍，这种“更廉价、更高效、更环保”的方法还可用于植物中天然物质的提取或制备其他药物。目前，他们已在美国肯塔基州开设工厂，准备应用上述方法大规模生产青蒿素。

人猪胚胎后世界首例人羊嵌合体诞生，可培育人体器官

尽管此前科学家已经成功培育了人猪嵌合体，使医学界对利用它们培育人体器官感到振奋，但并没有研究团队将这一成果更进一步。不过，斯坦福大学的研究团队已经成功将胰腺移植到了小鼠体内，他们现在又首次将人类干细胞导入绵羊胚胎，获得了人羊嵌合体。这项突破性的成果或许将帮助缓解全球性的器官捐献短缺问题。在美国，约有 76000 人在等待器官移植，在英国这一数据是 6500 人，而每位患者可能需要等待 5 年甚至更长时间。平均每天有 32 位患者在等待器官捐赠的过程中死去。

全球最有钱的 75 位医药人揭晓，恒瑞孙飘扬夫妇中国第一

2 月 28 日，胡润研究院发布《2018 胡润全球富豪榜》，这是胡润研究院连续第 7 年发布“胡润全球富豪榜”，共计来自 68 个国家。上榜富豪财富计算的截止日期为 2017 年 8 月 15 日。从上榜的 2694 名富豪中，筛选出涉及医药、医疗、医疗器械、生物制品、疫苗等行业的富豪，共计 75 人，财富总额为 16423 亿元。其中来自中国有 70 位，财富超百亿元的有 46 人。不过占据医药行业前三的富豪来自瑞士、印度和韩国，分别是雪兰诺的埃内斯托·贝尔塔雷利家族，财富 1100 亿元；太阳制药的迪利普·桑哈维，财富 950 亿元；赛尔群的 Seo Jung Jin，财富 880 亿元。

重磅：129 所高校大幅撤销 340 个学位授权点！

2月28日，国务院学位委员会正式公布了《下达2017年动态调整撤销和增列的学位授权点名单的通知》，共有25个省(区、市)的129所高校大幅撤销340个学位点。此外，共有24个省(区、市)的87所高校增列了184个学位点。从撤销学位点较多的高校来看，广西大学此次撤销学位点最多，达到13个，而且全部为硕士学位点。兰州大学撤销12个学位点，仅次于广西大学。

中国脑计划有望今年起步，脑发育研究有别于他国同类计划

2月27日，中国科学院院士、同济大学原校长裴钢透露，今年有望成为中国脑计划的起步之年，其中脑发育研究是我国脑计划区别于世界其他国家脑计划的特别之处。张旭院士透露，从传统大院大所云集的枫林路一带，到“脑—智工程”产业化生态圈所在的临港地区，以及建设中的张江国家实验室脑与智能科技研究院、国家脑科学与类脑研究南方科学中心等，上海正在脑计划“地图”上加紧布局。

重度饮酒是导致痴呆症最重要的危险因素

发表在《柳叶刀》子刊杂志上，题为“Contribution of alcohol use disorders to the burden of dementia in France 2008 - 13: a nationwide retrospective cohort study”的这篇论文中，科学家们调查了酒精使用障碍的影响。研究包括了被诊断患有精神和行为障碍或慢性疾病的人，其疾病都是由酒精的慢性有害使用引起的。分析显示，57000例早发性痴呆(65岁之前)中，大多数(57%)与慢性重度饮酒有关。此外，早发性痴呆有明显的性别差异。虽然大多数痴呆患者是女性，但几乎三分之二(64.9%)的早发性痴呆患者是男性。作者们表示，世界卫生组织对慢性重度饮酒的定义为男性平均每天饮用超过60克纯酒精，女性平均每天饮用超过40克纯酒精。鉴于这项研究中发现的强相关性，他们建议，对重度饮酒实施筛查和干预；对酒精使用障碍进行治疗，以减少因酒精引起的痴呆症负担。

基于针灸疗法，中国科研人员发现一个支气管哮喘治疗靶标

我国科研人员从针灸治疗哮喘中获得灵感，首次发现并验证了一个支气管哮喘治疗靶标，为新药研发提供了思路，相关成果近日作为封面文章刊登在国际学术期刊《科学·转化医学》上。据论文作者之一、常州大学邓林红教授介绍，研究发现，针刺大椎、风门、肺俞等穴位后，不仅哮喘患者的呼吸功能得到明显改善，对缓解哮喘起关



医疗资讯

键作用的金属硫蛋白-2 (MT-2) 含量也有所提升。进一步研究表明, MT-2 在气道平滑肌细胞上的作用受体是肌动蛋白结合蛋白-2 (Transgelin-2)。Transgelin-2 是中国科研工作者基于针灸疗法发现并验证的第一个支气管哮喘治疗新靶标。

责任编辑: 永恒流星



像我这样平凡的人

作者：天鸟 2014

链接：<https://bbs.iiyi.com/thread-3431801-1.html>

—

一场大雪，让她请了假，
安安心心躲在家中，
经营着一场头痛欲裂的重感冒。
昨日梦里是多年前的场景，换了人物，也变了故事。

毛不易的像我这样的人，
循环地在她耳边吟唱。

春节过年，她倦怠了主动去拜年，
麻木地回应着群发到自己的信息。
偶然间，接到了从没有过奢望的某人的祝福，
就像一场太极拳的推手，
再轻柔地回复过去，
心中的那片涟漪慢慢地恢复平静。

她曾经给自己贴了很多标签，
不××，不××，还有不××，
就是没有优秀两个字。
面对生活中的选择，她宁愿躲在她的舒适区里，
去遥望远处的雪山，
她觉得和那人的距离就像这雪山和山脚的草地。

她爱和解这个词，
就像是释然着生活中的矛盾。

但她依旧不善于经营着这生活。

她问自己，

像我这样的人，

我能宽恕我的平凡吗？

二

2月25日，晴。

她和微信上的朋友有一搭没一搭说着话，

说着说着就走了神，

感觉味如嚼蜡，没有新意，

唉，自己怎么这么喜新厌旧呢。

称量好面包机里的面粉分量，

定好明天早上的时间，

她突然想起了一句话，

今天重复着昨天的故事，

突然一种茫然涌起，

生活，也许，就是这样的不停地向前赶路。

帮女儿定好了明天的 to do list，

英文、数学、中文、跳绳和家务，

嘱咐着女儿放学在校门口要等爸爸十分钟来接。

而对于她自己，

她犹豫，到底是从今晚，还是明早开始。

书房里静悄悄的，

只有她打字的声音，

她爱极了自己独处的时光。

也许路人可以看见百叶窗的灯光里，

她的那张脸，

甘于平凡却不甘于平庸。

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 77 期答案解析

作者:nikkive

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

心电图诊断:

窦性心动过缓伴不齐

交界性逸搏及逸搏心律

不完全性干扰性房室脱节

房性早搏

一度房室传导阻滞

室内差异性传导

右房异常

诊断依据: 窦性 P 波交规律出现，频率较慢，存在窦性心动过缓，PV2 高尖，考虑右房异常。可见提前出现 P' 波，形态与窦性不同，代偿不完全，为房性早搏。下传 PR 间期较长（如 B 图 P1-3），约 0.28 秒，存在一度房室传导阻滞（或 PR 间期延长）。部分窄 QRS 波前无窦性 P，为交界性逸搏及逸搏心律（部分交界性逸搏隐匿性传导致其后干扰性 PR 间期延长）。

鉴别诊断：窦性停搏，室性早搏等

临床意义：患儿4岁（一般书上80-120频率），窦性频率相对较慢，窦性节律的规律不太符合窦性停搏或窦房阻滞，属于窦性心动过缓伴心律不齐，患儿入院后行阿托品实验提示患儿为病态窦房结综合征，有安装起搏器指针。



责任编辑：ngf1978

2018年2月爱爱医论坛荣誉榜

优秀超版：哥们

优秀超版助理：ngf1978、想__拟、旧日足迹、绿漫天涯

优秀版主：anne 医生、kaixindou1、zmdzfx、caobi2500、ww2sxy520、踏青放牛
airen13828、蔡 ys、trg 、草原民间中医、别看资料

良好版主：品味淡泊、jjmjZy、依秀儿、 lz6888 、andy1087911、舒省

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，都是我们所需求的。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.iiyi.com>) 置顶帖《爱爱医杂志》征稿帖，按栏目分类投稿。

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

可以是自己的原创文章，也可以推荐其他爱友的原创精品文章。

【征稿奖惩】

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

