

爱爱医



第三期 总NO. 110

Volume 10, number 3, Mar. 2019

刊首语

美好的彩虹

作者：xiwang001han

链接：<https://bbs.iyi.com/thread-3460706-1.html>

我有一个梦
为自己买一个粉笔
画了个彩虹
我的心动
就在此刻
美好的时代
怎能缺少努力的人
还有汗水挥洒出来
有梦想的年轻人
怎可轻易放弃

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	美好的彩虹..... 1
关 注	2019 年两会来了！医疗领域值得我们关注. 3
专业交流	上呼吸道肿瘤误诊支气管哮喘 3 例分析..... 8
西 医	甲亢误诊为冠心病、心衰..... 10
	超声入门贴 987——前列腺增大并膀胱结石. 11
	全科医疗故事：话说剖宫产..... 14
	可逆性胼胝体压部病变综合征（RESLES） 15
	常见皮肤科皮肤病损的形态和分布..... 19
	鼻息肉的几点认识..... 22
专业交流	软伤心悟经——献给初学针灸者..... 25
中 医	对振腹疗法的一点感悟..... 29
	腰肌劳损病案一例..... 34
	抓主证，迅速治愈动物皮毛过敏症..... 35
	论乳腺增生症的诊断和中医分型..... 36
	手指麻木案..... 39
识 草 药	乳香.....41
	白芥子.....42
病例讨论	2 型糖尿病并发酮症伴多发合并症 1 例..... 44
	小儿直肠脱垂 1 例..... 47
医疗资讯	医疗资讯..... 50
医网情深	一件小事..... 53
	一袭白纱，分走我爱..... 53
编读往来	编读往来..... 57
杂志稿约	爱爱医杂志稿约..... 58



2019 年两会来了！医疗领域值得我们关注

来源：医脉通

2019 年 3 月 3 日，中国人民政治协商会议第十三届全国委员会第二次会议在京举行开幕式，正式拉开 2019 年全国两会的帷幕。那么，今年医疗卫生领域有哪些看点，让我们先来看一下。



看点一：“互联网+医疗健康”成亮点

全国政协新闻发言人郭卫民：对“互联网+医疗”感受深，为公众提供方便。

“互联网+医疗”正在改变人们的就医体验。“通过网络视频，现在北京、上海一些大医院的专家可以为我们中西部偏远地区的病人进行诊疗”，在 3 月 2 日举行的全国政协十三届二次会议新闻发布会上，新闻发言人郭卫民就医改话题独家回应南都记者时提到，他对“互联网+医疗”感受比较深。此外，郭卫民表示，现在城乡的许多医院开通了预约门诊、移动支付、在线查询等服务，为公众提供了方便。

相关回顾：

2017 年，《关于征求互联网诊疗管理办法（试行）》（征求意见稿）对开展互联网诊疗活动的医疗机构制定了详细规范，医疗机构、医生都需要相应资质，医疗活动的范围仅限于医疗机构间的远程医疗服务和基层医疗机构提供的慢性病签约服务。

2018 年 4 月 16 日，国务院新闻办公室举行政策例行吹风会，国家卫生健康委员会相关负责人介绍《关于促进“互联网+医疗健康”发展的指导意见》有关情况。意见明确，允许依托医疗机构发展互联网医院，一些常见病、慢性病可线上复诊并开具处方，线上问诊的行为规范、收费、医保支付等政策将配套支持。到 2020 年，二级以上医院将普遍提供线上服务，更方便人们看病就医。

看点二：从根本上解决疫苗安全

中国医院协会副会长方来英：保疫苗安全，建“一盒一码”追溯体系。

两会期间，方来英在接受采访时为疫苗安全问题建言献策。建议通过建立药品追溯体系，保证药品、疫苗的品质和安全。万一出现药品安全事件可以迅速召回，甚至精准“定位”到某一个病人身上。要建立追溯系统肯定会采用现代的信息化技术，表示这对于推动药品物联网建设也会有好处。

相关回顾：

2018 年 11 月 11 日，国家市场监督管理总局网站发布《中华人民共和国疫苗管理法（征求意见稿）》起草说明，开始向社会公开征求意见。征求意见稿提出，将加强疫苗上市监管，实施更加严格的生产管理，强化疫苗上市后研究管理，加强疫苗流通和预防接种管理，严惩重处违纪行为。

2019 年 1 月 18 日，国务院总理在就《政府工作报告（征求意见稿）》与教育、科技、文化、卫生、体育界人士和基层群众代表座谈时，提到疫苗问题——“在疫苗问题上必须向人民群众作出保证：要严格监管，绝不能再发生接种过期失效疫苗的问题。”

看点三：国家医保药品目录调整

国家医保局局长胡静林：预计 9 月份完成医保目录调整工作。

国家医疗保障局局长胡静林 3 日下午在人民大会堂“部长通道”上表示，目前正在改革现行目录管理办法，建立医保目录动态调整机制，同时启动 2019 年目录调整工作，预计工作 9 月份完成。胡静林说，目录调整会充分考虑医保基金的承受能力，充分考虑临床需求。具体来说，重点考虑基本药物、癌症和罕见病重大疾病用药，慢性疾病用药和儿童疾病用药，同时对于专家严格审定不具备条件的药品，也要调出目录。“总的来说要优化目录结构，让救命救急的好药进入目录，解决人民群众用药难、用药贵的问题。”

相关回顾：

2017 年，人社部正式公布了新版国家基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录，这也是我国基本医疗保障制度建立以来，第四次对药品目录进行调整。新版目录扩大了基本医疗保险用药保障范围，西药、中成药部分共收载药品 2535 个，较 2009 年版目录新增 339 个，增幅约 15.4%；关注儿童用药和重大疾病用药，增加了职业病特殊用药等，比如新增了治疗尘肺病的汉防己甲素等药品。

抗癌药进医保是社会持续关注的热点话题，国家医疗保障局相关负责人在 2019 年的全国医疗保障工作会议上表示，2019 年将开展医保药品目录调整，并明确建立药品动态调整机制，同时将建全国癌症病例登记系统，遴选第二批临床急需境外新品种。

看点四：西医开中药须培训、考核

中日友好医院保健部主任张洪春：西医开中药必须经过培训、考核

“我国大量中成药是西医所开，但是绝大多数西医不了解中药的四气五味、配伍和禁忌，多开和错开非常普遍，辨证不正确出现不良反应或副作用，也浪费医保基金。”全国政协委员、中日友好医院保健部主任张洪春最近正在抓紧修改自己的“两会”提案，其中一则提案便是“关于加强西医师使用中成药的培训、考核和管理”。并表示，70%中成药由西医所开，其中超四成属“不合理”；西医开中成药，有时后果很严重；加大培训，让西医开中药更有底气。

相关回顾：

中医药的发展历程贯穿了中华文明的历史延续至今，乃我国“国宝”之一，有着数千年悠久的历史 and 辉煌的成就。而到了明清时期，随着列强入侵，西学东渐，西方西医文化进入中国并落地生根，两种异质医学体系并存，冲突在所难免，在日益激化的中西医争论中，中医药成为了一个饱受争议的话题。

2016 年 12 月 25 日，历经两年之久的《中医药法》通过十二届全国人大常委会第二十五次会议审议，于 2017 年 7 月 1 日正式实施。《中医药法》以保护、扶持、发展中医药为宗旨，着眼继承和弘扬中医药，强化政策支持与保障，坚持规范与扶持并重，注重体制机制和制度创新，在很大程度上解决了制约中医药发展的重点、难点问题。

看点五：如何解决基层人才问题

中国医院协会副会长方来英：建立基层医疗特岗计划

方来英在两会期间采访中还提到基层医疗人才的稀缺问题。他举例说：“在北上广这些大城市和中心城市，博士是医生的标配，而在边远地区和县乡镇的卫生机构，本科毕业的医生都是稀罕人才。对此，方来英建议有关部门可以研究建立基层特岗计划，对基层急需的人才岗位给予特殊支持政策，采取国家购买服务的方式向基层群众提供公共服务。

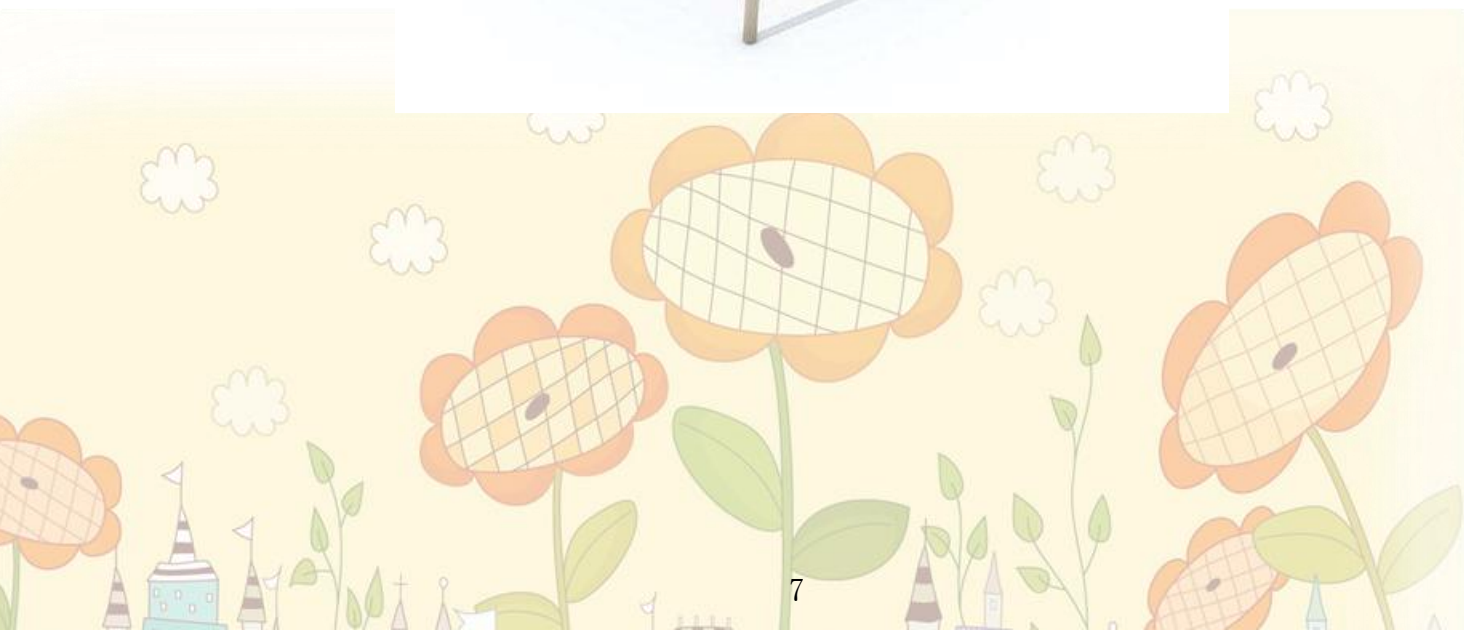
相关回顾：

在去年两会期间，卫生部北京医院心内科主任兼科研处处长、主任医师杨杰孚表示，“强基层”是推进分级诊疗的关键，“基层医院不论是硬件还是软件方面，与大医院相比还存在一些差距，尤其需要壮大基层队伍。”去年全国两会上，他将重点关注基层医院建设，医务人员培养问题，形成提案内容。

另一位新任全国政协委员杜丽群是一名来自基层医院（南宁市第四人民医院）的护士，她护理的病人是艾滋病患者。在平凡的岗位上，她守护着艾滋病患者的尊严，在传染病防控一线已经奋斗了 30 多年。表达了自己的愿望：“希望能够加大对基层

医院设备设施方面的投入，以及基层医疗人才的培养，在吸引人才的过程中能够增加一些更加优惠的条件，让更多人才参与到传染病的救治，这样才能够整个提高综合的救治能力。”

责任编辑：永恒流星



第一部分——西医部分

上呼吸道肿瘤误诊支气管哮喘 3 例分析

作者: fr731

链接: <https://bbs.iiyi.com/thread-1233411-1.html>

支气管哮喘和慢性支气管炎是肺科领域常见疾病,但有时也把症状性哮喘误诊为支气管哮喘症,气喘伴有咳嗽时被诊为慢性支气管炎喘息型。近年我们遇到 3 例上呼吸道肿瘤被长期误诊,兹报告如下。

1 临床资料

例 1: 女, 54 岁, 1998 年 6 月 13 日入院。有慢性咳嗽, 咳痰史 10 年。曾一度好转数年未发, 近 2 年来出现气喘伴有咳嗽, 曾以哮喘或慢支治疗, 但疗效不显著。入院前 3 日起出现进行性呼吸困难, 用药后症状不能缓解而收入院治疗。入院后发现患者于讲话后、走动后气喘明显, 尤以夜间右侧卧位时更甚。气喘发作时表现有吸气性和呼气性呼吸困难, 颈部能闻及喉鸣音, 但肺部听诊无哮鸣音。常规正位胸片无异常发现, 气管断层摄片示第三胸椎水平有 2.5cm×3.4cm 类圆形软组织块影。转市一院 CT 证实为气管肿瘤。于 1998 年 6 月 24 日手术, 切除肿瘤及相连气管软骨, 气管残端做端端吻合术。于术后 1 个月痊愈出院。病理诊断为气管类癌。

例 2: 女, 42 岁, 1996 年 7 月 8 日入院。胸闷气短 2 年。发病初期有喉部不适感, 入院前 4 个月出现声音嘶哑, 呛咳及夜间不能平卧。外地医院诊断为支气管哮喘, 长期服用平喘药, 但效果不显著。本次来吴堡县探亲时病情突然加重, 以哮喘持续状态和休克原因待查收住入院。入院时体检有明显吸气性三凹征, 大汗淋漓, 血压下降至 70/50mmHg, 并闻及喉鸣音。入院后胸部 X 片检查正常, 喉镜检查第一次未发现异常, 第二次检查在声门区见到有蚕豆大小暗紫色表面光滑的新生物, 新生物周围有粘液分泌物, 声带被肿瘤遮盖暴露不清, 声门裂明显缩小。后转市一院五官科治疗, 在直接喉镜下行肿瘤摘除。手术时发现左侧喉室有蚕豆大小的紫暗色新生物, 表面光滑, 左侧声门下区亦见有黄豆大小新生物。即做二肿块摘除。术后 3 周痊愈出院。病理报告: 声门区海绵状血管瘤。

例 3: 男, 21 岁, 1997 年 1 月 28 日入院。间断性咳嗽、气喘, 偶有痰中带血半年。近 4 个月来每因感冒或活动后则气喘明显。近 5 年上述症状加重, 活动或变换体

位气喘尤甚，不能平卧。曾按支气管哮喘治疗无效，故而入院。体检时呈坐位，呼吸 28 次/min，三凹征明显，两肺上部可闻及哮鸣音。胸部 X 线正位片示肺纹理增重，气管断层摄片示第四胸椎水平有 2.5cm×2.5cm 类圆形肿物。转市一院 CT 证实为气管肿瘤，于 1997 年 2 月 13 日手术。手术切除为一带蒂的圆形肿物，约 2cm×2cm×1.5cm 大小，病理诊断为气管内平滑肌瘤。术后一般情况好，随访半年无咳喘发作。

2 讨论

从以上 3 例报告中得知上呼吸道肿瘤一般不具有特征性症状，常见症状为呼吸困难、咳嗽、咳痰、痰中带血、气喘、喘鸣及发声改变等。而呼吸道阻塞症状亦可以由其他一般呼吸道疾病所引起，所以常被临床医师忽视，造成长期误诊，延误治疗。

2.1 发病情况 气管肿瘤的发病率很低，关于气管内恶性肿瘤国内有文献报道为：肺癌与原发气管癌之比是 100:0.97~17。Ranke 等认为原发性气管癌的发生率较肺癌低是与气管的直径较大，咳嗽反射与纤毛净化功能较强等保护功能有关，使含有有害物质的粘液不易在气管内潴留，因此发病率较低，但气管癌的发病机制尚不清楚，有待进一步研究。

2.2 病理类型和部位 恶性肿瘤有腺样囊性癌、鳞癌、未分化癌、腺癌、混合癌、类癌、基底细胞癌等，其中以鳞癌多见，其次为腺样囊性癌。良性肿瘤有乳头状瘤（可多发）、神经纤维瘤、错构瘤、血管瘤、平滑肌瘤等。关于肿瘤生长部位，有的学者报告下 1/3 最多，中 1/3 最少，有的学者报告在气管下 1/2 及下 2/3 处好发。同时在后侧壁生长多见，有文献报道占 85%。本例 1 病理报告为类癌，例 3 报告为气管内平滑肌瘤，均长于下 1/3 气管后侧壁，是气管肿瘤中少见的病理类型。

2.3 误诊原因 原发性气管肿瘤较罕见，临床医师对本病认识不足，长期按支气管哮喘或慢支治疗，忽视了气管腔内病变。或早期病变胸片可无异常发现，晚期病变因气道与胸骨、脊柱重叠致正位胸片也可漏诊。

因气管内径较粗且伸缩性较好，肿瘤较小时症状不明显，无特异性，只有在肿块达到气管截面积 75% 以上才会出现气道阻塞症状。有报道 88.5% 患者是因发生呼吸困难而就医的，故病程都属晚期。近年来虽然由于纤支镜，X 线断层摄片及 CT 应用，原发性气管癌的发现日趋增多，但报道误诊仍高达 74%。误诊的时间也较长。平均 10~12 个月。本文病例 1 属于低度恶性肿瘤，生长较缓慢，误诊时间长达 2 年。例 3 年龄 21 岁，如不细致观察病情，更不易想到肿瘤的可能，以致误诊长达半年之久。

2.4 诊断方法 当想到此病，诊断并不困难，高压电胸片、气管断层片、CT 检查、

纤支镜检查等都能得到诊断依据。纤支镜检查不但能窥见肿瘤所在部位、范围和形态，还能取标本进行病理组织学检查，但值得注意的是要非常小心，尤其当肿瘤已很大时做活检引起出血产生窒息，所以有气道严重阻塞症状者最好在手术室做术前检查并避免做活检。

气道肿瘤如能早期发现，尤为良性肿瘤手术切除后预后良好，所以临床医生应警惕气道肿瘤的存在。当有刺激性咳嗽、喘鸣、咯血、呼吸困难，特别是吸气性呼吸困难等症状，用其他病因不能解释者，都应想到气管肿瘤的可能性，要进一步观察病人，其呼吸困难和喘鸣是否缓慢进行性加重而非发作性。平卧、头颈仰伸或熟睡肌肉松弛时，是否症状突出和加重等。声音嘶哑、痰血等症状亦予以重视。此外，常规 X 线检查发现肺过度充气，肺功能检查出现最大吸气流速减低，吸气容量环减小，均提示大气道阻塞，应考虑到气管肿瘤的可能性。

病例 2 是声门区肿瘤。喉部肿瘤以肿瘤生长部位而论，可分为声门上区肿瘤、声门肿瘤及声门下区肿瘤。其临床症状多样化，长在不同部位的肿瘤各有特点。声门肿瘤早期就有声音嘶哑，而长在声门上区和下区肿瘤早期多无声嘶，仅有喉痒或异物感，当病情发展才出现声嘶及气道阻塞症状。如果能对呼吸困难伴有声嘶者有所警惕又有耐心多次行间接或直接喉镜检查是能发现病变的。本例就是在 2 次喉镜检查时发现病变，并及时手术治疗才挽救了病人生命。

甲亢误诊为冠心病、心衰

作者：★風雲★

链接：<https://bbs.iiyi.com/thread-938374-2.html> (41 楼)

患者：女，62 岁。有糖尿病史 5 年，冠心病史 5 年。3 天前出现明显乏力、气短、胸闷、呼吸急促，伴腹泻、出汗、烦躁不宁。心电图：窦性心动过速，左心室肥厚伴劳损。血糖 25.6mmol/L，CO₂CP 27.12vol/L。诊断为冠心病，糖尿病、酮症酸中毒。给予胰岛素治疗纠正高血糖及酸中毒，血糖很快控制，酸中毒纠正，但病人心率一直波动在 130-160 次/分，反复加重性呼吸困难，出汗较多，喘憋烦躁，平卧后呼吸困难，两肺湿啰音明显，伴有腹泻，大便 10-20 次/日，应用洋地黄等抗心衰药物治疗效果不明显。进一步体查发现，甲状腺轻度增大，血管杂音存在，考虑为甲亢性心脏病。经甲状腺功能测定：TT₃：3.47ng/dl(正常值 0.79-1.73ng/dl)，确诊为甲亢。

分析：甲亢时由于基础代谢率增高，及过多的甲状腺激素对心肌的直接作用，使

心率加快，心律失常，心肌收缩力增强，甚至出现心衰及心绞痛等。老年人冠心病发病率虽然较高，但对长期心衰、心动过速、心房纤颤的病人，抗心衰药物治疗效果不好时，应作甲状腺功能测定，尽可能避免因定势思维所造成的误诊漏诊。

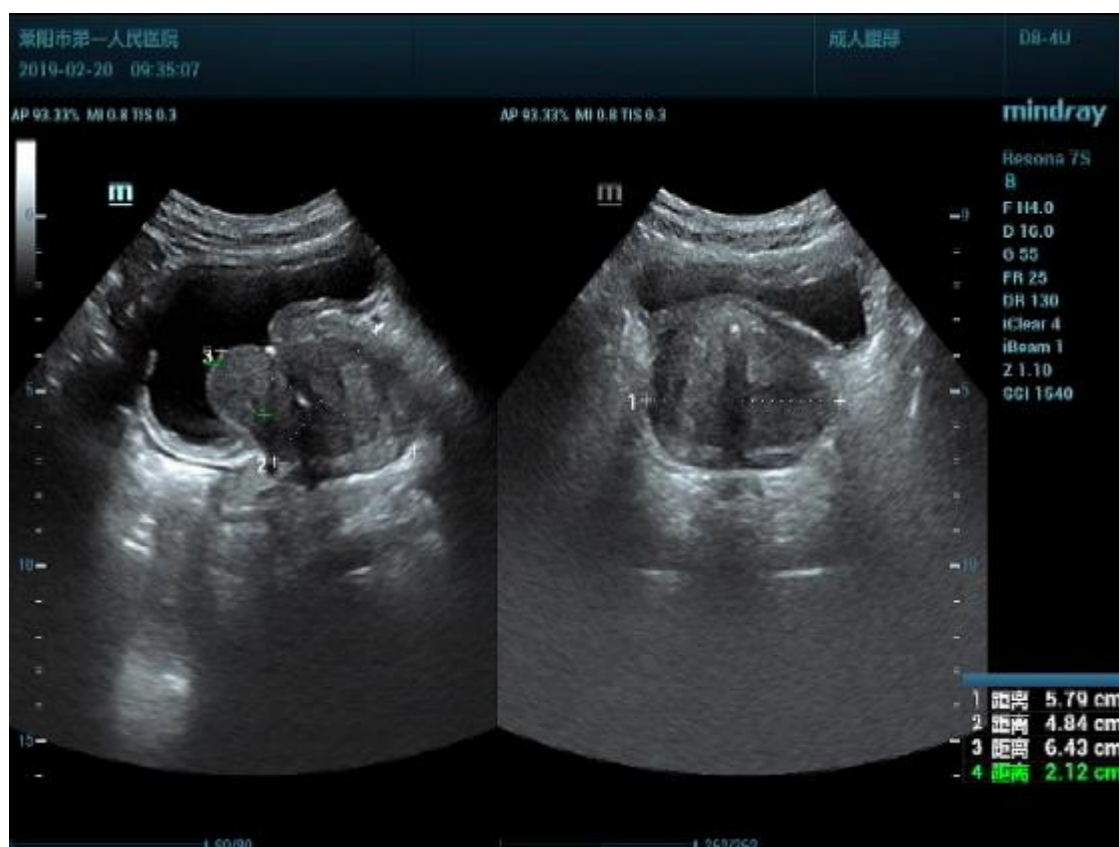
超声入门贴 987--前列腺增大并膀胱结石

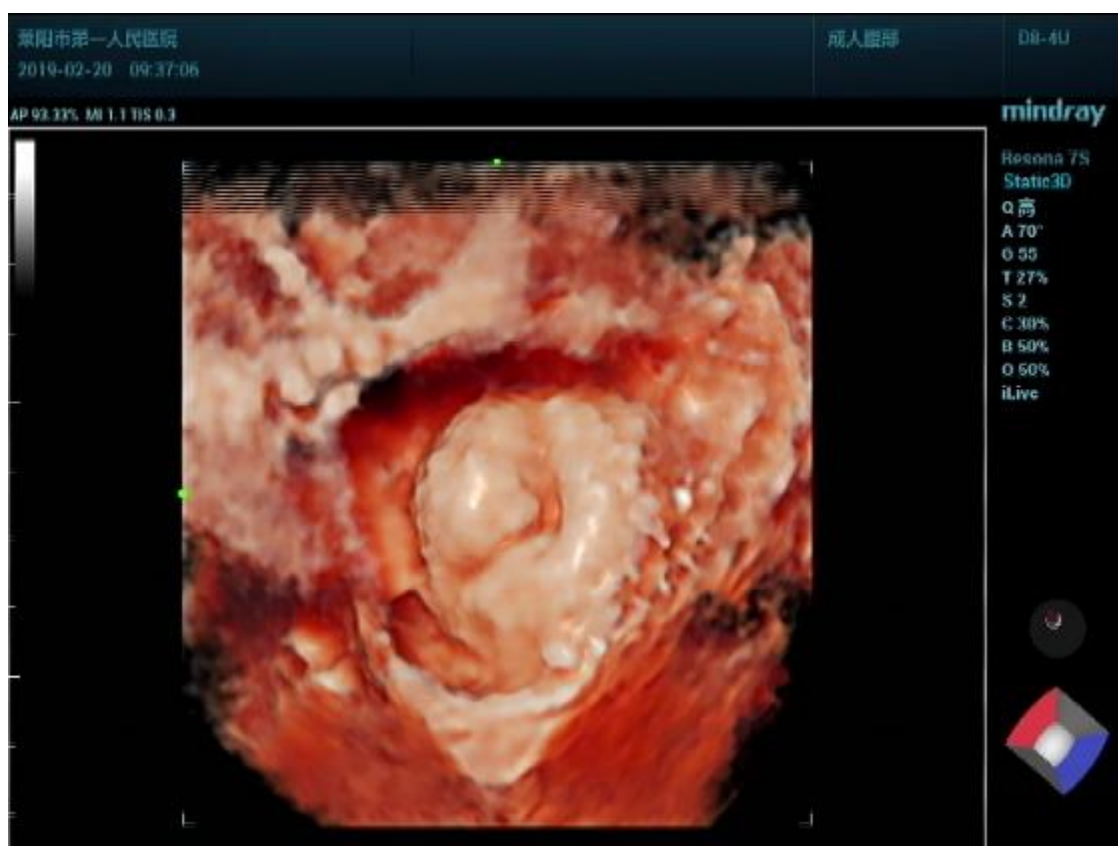
作者：songjunrui

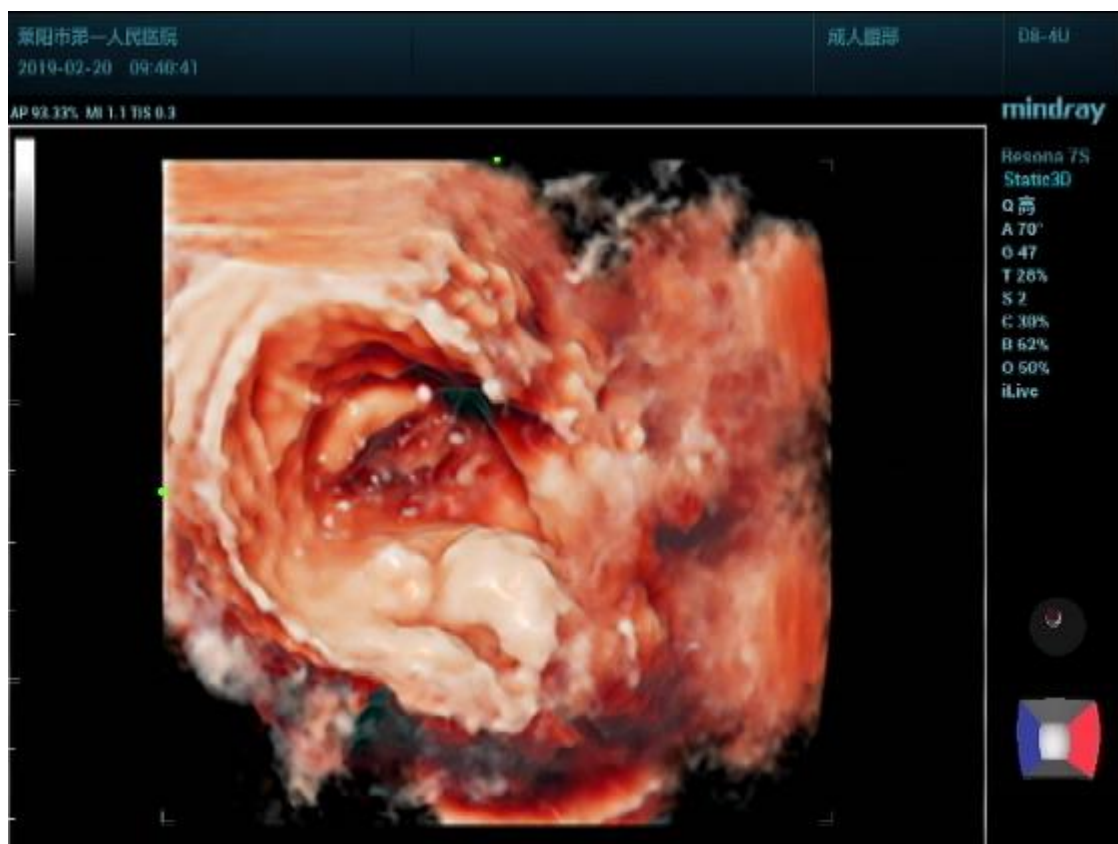
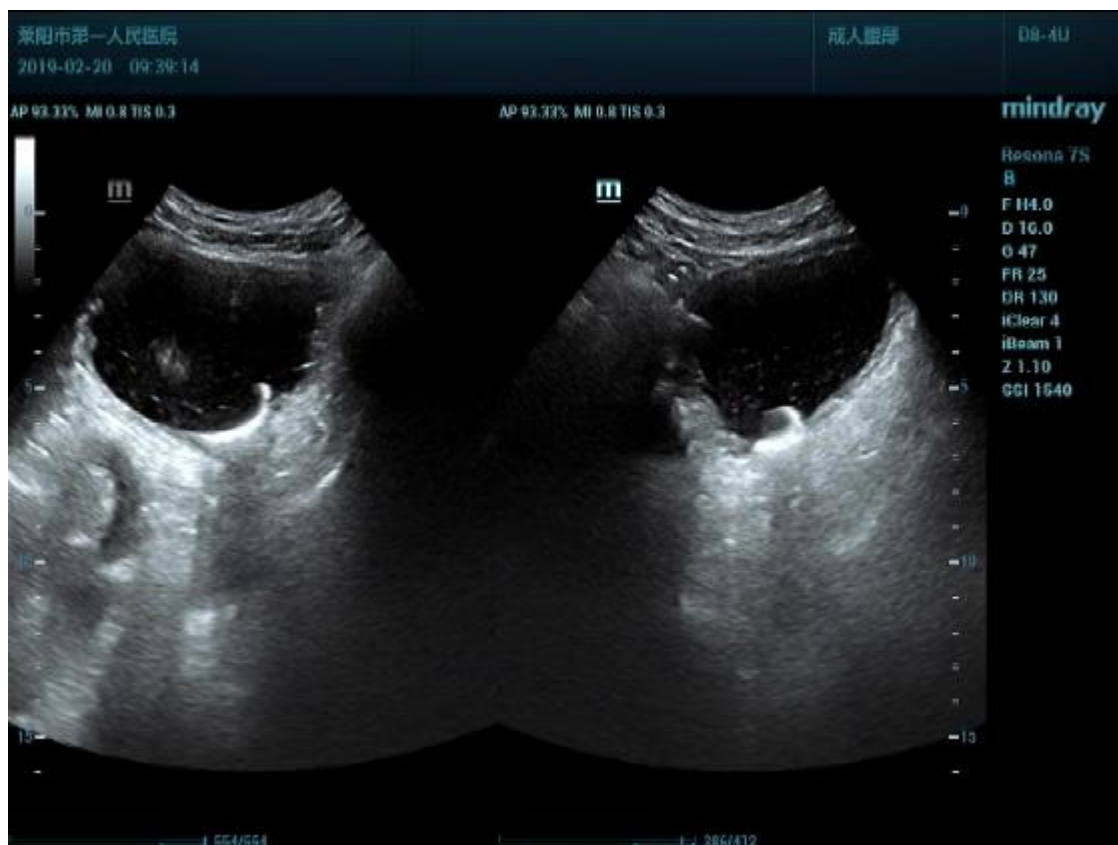
链接：<https://bbs.iiyi.com/thread-3460684-1.html>

男，75岁。超声可见：前列腺明显增大，以内腺增大为主，内腺向膀胱内突入约2.17cm，实质回声尚均匀。膀胱腔内见弧线状强回声团，后伴声影，位置活动。

三维成像：前列腺向膀胱腔内呈“唇样”隆起，表面光滑。膀胱腔内结石团呈“蚕豆样”。







全科医疗故事：话说剖宫产

作者：anne 医生

链接：<https://bbs.iiyi.com/thread-3460393-1.html>

本篇所述其实不是故事，但却胜似故事。

剖宫产本来是孕妇在分娩的过程中，由于孕妇或胎儿的原因，无法使婴儿顺利地自然降生而由医生采取开刀手术取出胎儿的一种方法。是孕妇顺产时出现异常状况迫不得已的补救措施。可是近年来剖宫产却越来越多。作为儿科医生，每天写病历问病史，患儿分娩方式是必须了解的内容之一，久而久之，临床接触到了不少剖宫产儿，不由引起一些思索。

本篇所述虽然有点乏味，但却令人深思。

早在 1985 年，世界卫生组织就对剖宫产率设置了 15% 的警戒线，而我国目前的剖宫产率已经达到了 46.2%。现如今，在某些医院，剖宫产率甚至达到了 70%-90%。异常高剖宫产率已成为社会关注的公共卫生问题，为什么剖宫产越来越多？这个问题令人担忧，值得我们临床深思。国内文献综述显示我国剖宫产现状表现在以下两个方面：一是自 90 年代以来，剖宫产率节节上升；二是剖宫产率过高及孕产妇和围生儿病死率不降反升。这种现状所反映的突出问题是剖宫产并没有解决妇婴安全问题。这个问题值得我们认真反思。

剖宫产手术作为妇产科常见的手术。临床决策应本着以人为本，安全第一的原则，既要考虑手术的必要性，也要考虑手术的危险性；既要严格掌握手术的适应症，也要从严把握手术的禁忌症。临床研究，剖宫产手术导致孕妇死亡的情况至少有以下几种：麻醉意外；心脑血管意外；羊水栓塞；大出血等。有人研究剖宫产导致围生儿死亡以宫内缺氧为主，包括妊娠合并内科严重疾病、重度子痫前期、胎盘及脐带因素，其次为新生儿肺部疾患及新生儿畸形。孕周 37 周，体重 2500g 死亡率最高。

随着剖宫产手术率的增加，剖宫产可能对产妇或儿童健康产生的长期持续的影响受到关注。对产妇而言，剖宫产后出血、感染、静脉血栓、麻醉等手术并发症的发生率明显高于阴道分娩，而且母亲的泌乳反射、母乳的质量以及母乳喂养的时长都显著低于自然分娩。同时，剖宫产还延长产妇住院和恢复时间，增加产妇经济负担。而重复剖宫产可能增加严重的产后出血，甚至是子宫切除的风险；对胎儿而言，母亲在阴道分娩过程中分泌的催产素，将会对孩子的行为和性格有长期的影响。而剖宫产的新

生儿患肺部疾病、儿童感觉系统失调、免疫功能降低、代谢综合征、哮喘以及过敏性疾病的发生率较高。有研究显示，剖宫产出生与儿童糖尿病、超重、肥胖密切相关。甚至有研究认为，剖宫产可能会影响儿童的神经系统发育。上述研究，值得我们今后工作好好借鉴。

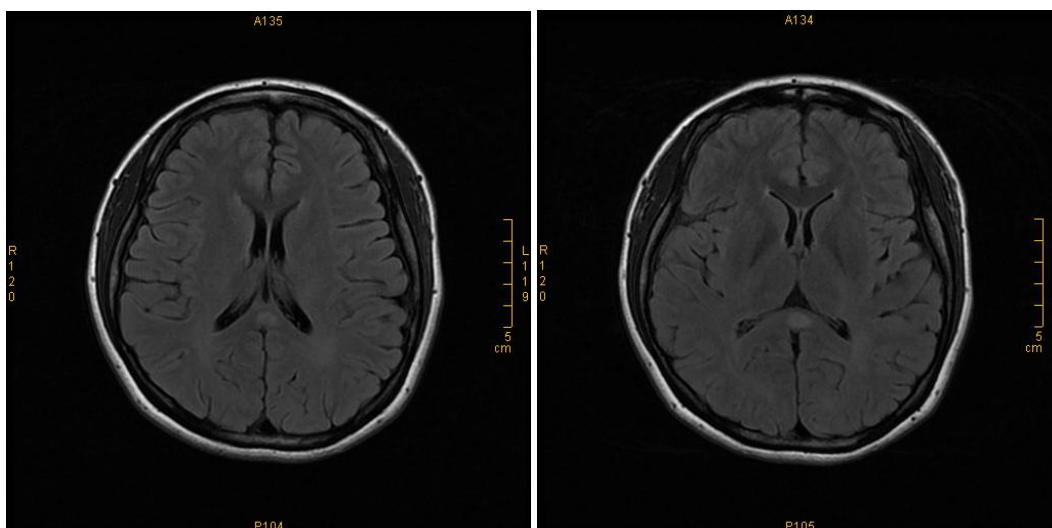
郎景和院士说：“医学是一种技能，但绝不仅仅是一种技能”。剖宫产作为孕妇顺产时的补救措施和技术既不是万能的，也不是“保险箱”，必须得到正确认识，严格掌握剖宫产手术指征以减少因剖宫产带来的对于母亲和婴儿的不良社会问题。让《剖宫产手术的专家共识(2014)》得到积极贯彻落实，积极开展无痛或导乐分娩等人性化服务，消除产妇恐惧和疼痛，树立经阴分娩的信心，提高自然分娩率，营造自然分娩的良好社会氛围。虽然剖宫产在发展过程中，经历了一些曲折，我们相信随着健康教育、科学化管理和认识的不断提高，剖宫产率必然逐渐降低至原来应有的正常水平，从而达到“减少干预，回归自然”的目标，向着分娩过程正常、自然和健康方向迈进。

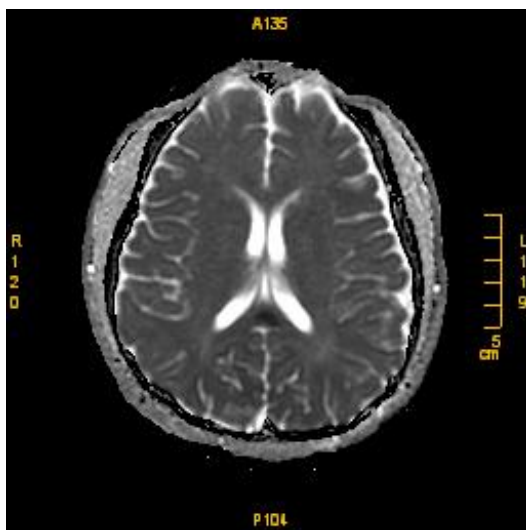
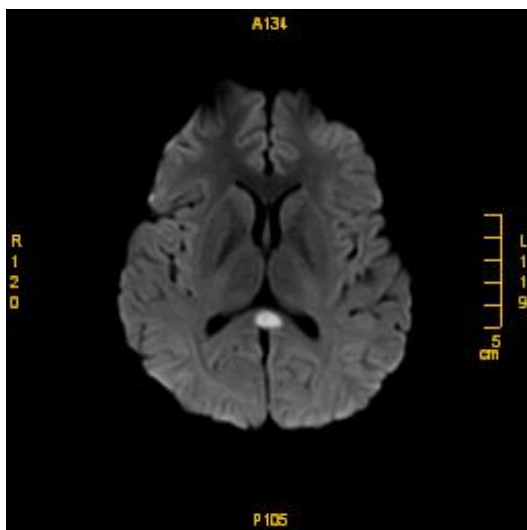
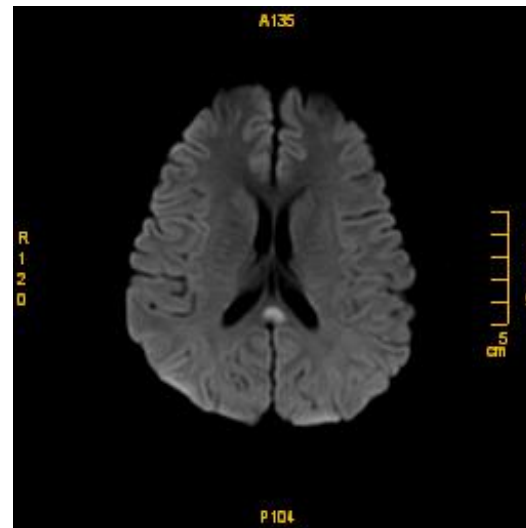
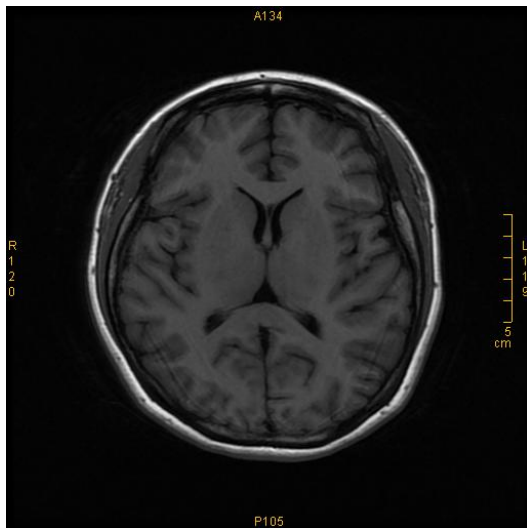
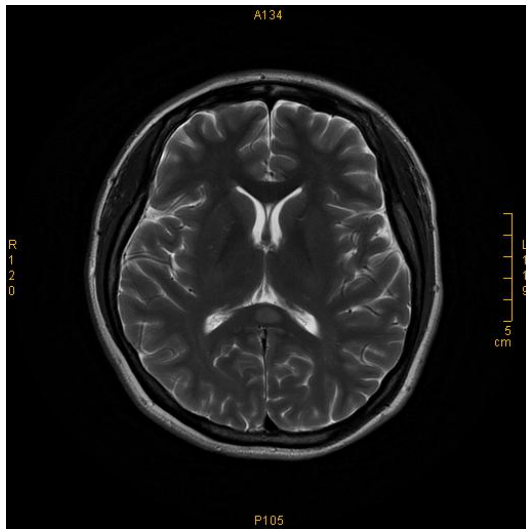
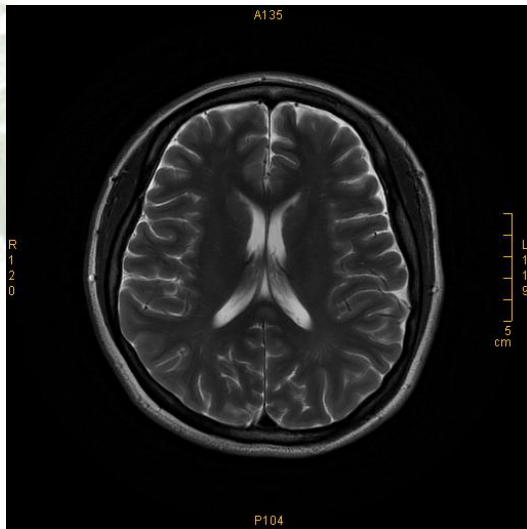
可逆性胼胝体压部病变综合征（RESLES）

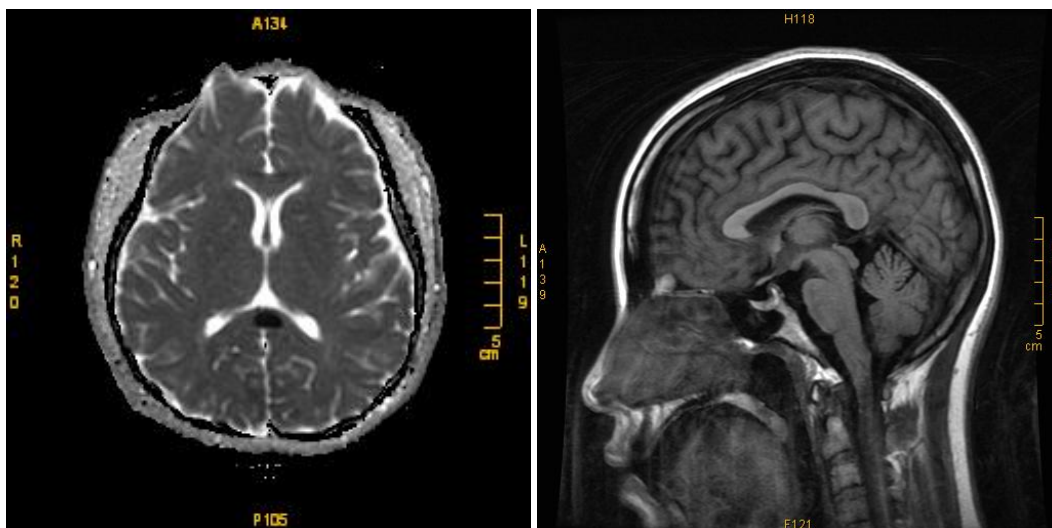
作者：ngf1978

链接：<https://bbs.iiyi.com/thread-3417919-1.html>

患者，女，28岁。意识丧失、抽搐发作4次。







MRI 所见：胼胝体压部见卵圆形异常信号，T1WI 稍低信号，T2WI 稍高信号，DWI 高信号，ADC 呈低信号，边界清楚，余脑实质未见异常信号。脑室、脑池系统对称，形态、大小正常，脑沟、脑回清晰；中线结构居中。

MRI 结论：胼胝体压部病变，考虑 RESLES 可能，建议近期复查。

知识链接

神经病学综合征：可逆性胼胝体压部病变综合征（RESLES）概述

可逆性胼胝体压部病变综合征（reversible splenial lesion syndrome, RESLES）是近年来提出的一种由各种病因引起的累及胼胝体压部的临床影像综合征。其特点为 MRI 上可见胼胝体压部（SCC）的卵圆形、非强化病灶，一段时间后可完全消失。RESLES 的发病过程尚不明确，SCC 的细胞毒性水肿（特别是兴奋性神经毒性细胞水肿）可能是是本病重要的病理生理学机制。本病临床症状缺乏特异性，对因治疗后大多预后良好，一般不遗留神经系统功能障碍。

术语变迁

胼胝体压部可逆性病变最早于 1999 年由 Kim 等首次报道，他们对 1200 名服用抗癫痫药的患者进行头颅磁共振随访，发现 2 例患者存在胼胝体压部病变，且分别在停药 4 个月和 6 个月后消失，无其他临床症状。当时，Kim 等认为该病变可能是抗癫痫药引起的脱髓鞘。此后，其他各种病因引起的胼胝体压部可逆性病变的报道陆续增多。2004 年，Tada 等提出了“伴胼胝体压部可逆性病变的轻度脑炎/脑病（mild encephalitis / encephalopathy with a reversible splenial lesion, MERS）”这一概念。但随后的研究表明，MERS 虽然可以很好的解释儿童中发生的可逆性胼胝体压部病变，但对成人并不完全适用，因为后者需要鉴别的病因谱更广。2011 年，

Garcia-Monco 等基于先前的研究，详细描述了这一临床影像综合征并提出了 RESLES 这一新术语。

病因

1. 癫痫发作和抗癫痫药的使用

癫痫发作和服用抗癫痫药是 RESLES 的最常见原因。癫痫发作的频率和发作类型与 RESLES 并无明显的相关性。传统或新型的抗癫痫药均能导致 RESLES 的出现，在撤药时更容易诱发。目前文献报道的与本病相关的抗癫痫药多达 14 种，其中卡马西平、苯妥英和拉莫三嗪最常见。其他疾病使用抗癫痫药时也可能致病，如服用卡马西平的三叉神经痛患者。

2. 感染

感染引起的 RESLES 常见于儿童和青壮年，无明显性别差异。临床上主要为脑炎或脑病的表现，大多数症状较轻。病原体以病毒为主，最为常见是流感病毒，其他如轮状病毒、麻疹病毒、疱疹病毒-6、EB 病毒、水痘-带状疱疹病毒、流行性腮腺炎病毒、腺病毒等也都可以引发 RESLES。细菌感染次之，主要为伤寒沙门菌、大肠埃希菌和肺炎军团菌。近来也有支原体、立克次体、钩端螺旋体和疟原虫感染的报道。已知病例中，约半数患者在全身感染的前提下并没有找到中枢神经系统感染的证据，脑脊液检查各项指标均正常，表现为脑病。

3. 代谢紊乱

可以引起 RESLES 的代谢异常包括由胰岛素治疗或口服降糖药引起的严重低血糖以及各种原因引起的高钠血症。SCC 的影像学异常出现早，几乎与临床症状同时或者在临床症状出现几小时后立即显现。同样，恢复得也较快，病灶多在一周内完全消失。但若未能早期发现，也会导致不可逆损伤。

4. 高原性脑水肿

高原性脑水肿也是引起 RESLES 的重要病因，但是其病变不局限于胼胝体，常伴有双侧大脑半球白质对称性水肿。磁共振上病灶 ADC 值通常升高，这与其他病因引起的 RESLES 有所不同。

5. 其他

除抗癫痫药外，一些其他药物也有可能导致 RESLES，包括顺铂、卡铂、5-氟尿嘧啶等抗肿瘤药物，包含拟交感神经药的减肥片，精神分裂症的奥氮平和西酞普兰联合治疗等。Banu-Aksu 等 2015 年观察到糖皮质激素治疗过程中的患者也可出现

RESLES。

一些看起来与本病无关的其他疾病患者，如神经性厌食、营养不良、有先兆的偏头痛、维生素 B12 缺乏症、腓骨肌萎缩症、系统性红斑狼疮等在检查中也可偶然发现可逆性的胼胝体压部病变，尽管这些患者多数没有相关症状。其他个案报道的病因还包括川崎病、子痫、草铵膦中毒、抗精神病药引起的恶性综合征、腹腔镜下胃旁路手术、无菌性脊髓脊膜炎、自身免疫性脑炎等。

临床特点

RESLES 的临床表现无特异性，主要与其病因有关，多呈脑炎或脑病的表现，最常见的症状包括发热，头痛，精神异常，意识状态改变（轻重不等）和癫痫发作，此外，局灶性神经功能缺失以及视觉相关症状（主要包括视幻觉、间歇性视觉模糊、无痛性视力减退、视野缺损、部分视野失认和视记忆障碍等。但由于许多患者存在不同程度的意识状态改变，这一表现常被掩盖）也有较多报道。

目前尚无 RESLES 引起胼胝体离断综合征的报道。后者多见于累及胼胝体前部的大范围损伤。

影像学表现

磁共振是诊断 RESLES 的首选检查。其特征性的影像学表现为 SCC（一般位于中心区域）局限性的椭圆形或条状的病变，如出现整个胼胝体压部受累的条状病变，称为“回旋镖征”（Boomerang sign）。病灶于 T1WI 上呈等或低信号，T2WI/FLAIR 和 DWI 上均为高信号，ADC 值降低，增强扫描无明显强化。目前尚无胼胝体压部发生囊病或坏死的报道。病变可不仅仅局限在胼胝体压部，其他部位如膝部、体部也可同时出现，甚至可以累及胼胝体外，如脑室旁白质，皮质下白质和基底节区，而这些病灶基本上也是可逆的。最近的研究表明，胼胝体外病变的出现往往提示预后不良，而胼胝体其他部位是否出现病灶与预后并无明显联系。

常见皮肤科皮肤病损的形态和分布

作者：龙振昼

链接：<https://article.iyyi.com/detail/412328.html>

临床上，要正确的诊断皮肤科疾病，必须了解一些常见皮损的形态、类型和分布，这对于鉴别诊断是非常有用的。皮肤科的皮损分为原发性皮损和继发性皮损两大类。

一、原发性皮损

原发性皮损，是指最早出现的皮肤改变，或者最初可见的皮肤损伤。用于描述原发性皮损的常用医学术语有以下几种：



1. 斑疹

这是临床上最常见的皮损类型，是指直径 $\leq 1\text{cm}$ 、以手触诊感觉不到的皮损。斑疹部位的皮肤颜色与周围皮肤存在差异。直径大于 1cm 的斑疹又叫斑片。斑疹不高出皮面，也不低于皮面。

2. 丘疹

丘疹是指直径 $\leq 5\text{mm}$ 、用手能触摸感觉到、呈散在分布的皮损。丘疹可以单独出现，也可以成片出现。

3. 斑块

斑块是指稍微有隆起、直径 $>5\text{mm}$ 的表浅皮损，常由丘疹融合而形成。

4. 结节

结节为直径 $\geq 5\text{mm}$ 、用手可以明显触摸感觉到、散在分布的皮损，较大的结节通常称为肿瘤，分良性和恶性两类。

5. 毛细血管扩张

毛细血管扩张是指浅表毛细血管的面积较平常扩大的皮损。

6. 紫癜

紫癜是指用手指或其他物体压之不褪色的紫红色皮损，由皮肤血管内血液渗出并进入皮下引起。紫癜可呈斑疹性或隆起性（丘疹样）皮损。

7. 脓疱

脓疱为含有脓性物质的小型、局限性皮肤丘疹，有时可见脓栓。

8. 水疱

水疱为含有浆液性物质的小型、直径 $<5\text{mm}$ 、局限性的皮肤丘疹。如果直径 $\geq 5\text{mm}$ ，则称为大疱。

9. 风团

风团是指不规则隆起的水肿性皮肤病变，边界清楚，但位置不固定，可在数小时内迁移至附近未受累区域，划痕试验阳性。

二、继发性皮损

继发性皮损是指由皮肤病疾病演变而来的病变，由继发性行为（如抓搔）或感染所致，包括以下几种：

1. 苔藓样变，指发生于抓搔或其它刺激后的慢性炎症，表现为皮肤纹路的增加和增厚，并伴有硬化。

2. 抓搔性皮肤破损，是由抓挠引起，表现为线状的浅表性皮肤糜烂。

3. 水肿，指组织内水分蓄积导致的肿胀。

4. 鳞屑，指浅层表皮细胞死亡并脱离皮肤的表现。

5. 结痂，指表现为干燥的渗出物，脱落后形成疤痕。

6. 裂隙，通常是指深达真皮的深层皮肤开裂。

7. 糜烂和溃疡，糜烂是表皮的浅层、局灶性缺失，而溃疡是指深达真皮的表皮局灶性缺失，溃疡愈合后可能遗留疤痕。

8. 疤痕，是指皮肤损伤后代替正常组织的异常纤维组织。

9. 萎缩，是指皮肤变薄引起的皮肤厚度减少。

10. 色素沉着：色素沉着过度指皮肤色素增加，色素沉着减少指皮肤色素减少，色素脱失指皮肤色素完全丧失。

三、皮损分布的临床意义

某些皮肤病好发于身体的特定部位，且见于具有某些特征的人群，如头癣，是儿童常见的头皮皮疹，但在成年中比较罕见。而足癣却多见于成年人，在儿童中比较罕见。因此，当儿童出现足部皮损时，要考虑到除足癣以外的其他疾病，比如湿疹、特异性皮炎、药疹以及接触性皮炎等等。而当成人出现头皮的皮疹时，并不一定是头癣，要考虑是否是脂溢性皮炎、过敏性皮炎或银屑病等。

总之，皮肤病损的类型、形态和分布，需要通过视诊和触诊进行检查，再结合年龄等特征来综合判断。

鼻息肉的几点认识

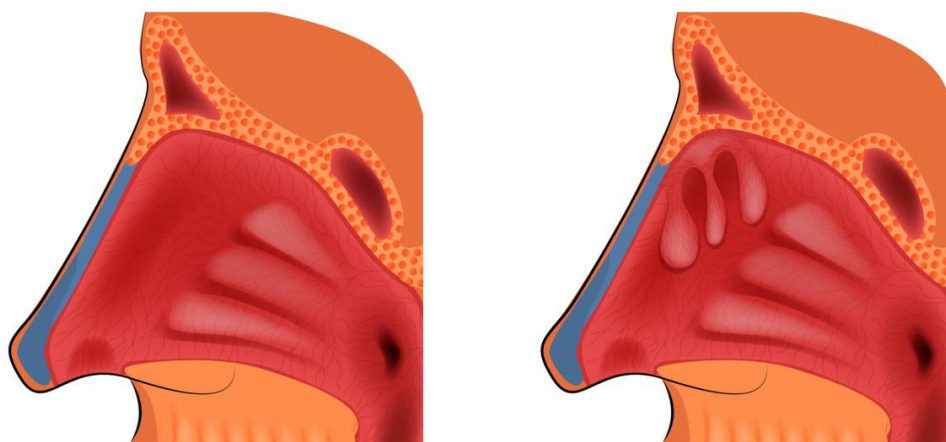
作者：张艳凯

链接：<https://article.iyyi.com/detail/412231.html>

鼻息肉发生率较低，其中大多数在老年患者中无症状。息肉通常在大约 40 岁时开始发展，并且在哮喘患者中特别常见。

鼻息肉患者的临床评估始于详细的病史。主要的主诉是鼻塞和嗅觉功能障碍。在这种情况下可能出现头痛，严重的头痛并不典型。体格检查评估鼻窦疾病在窦腔内扩散的迹象，例如突眼或复视，表明存在中枢神经系统附近部分受累的神经系统症状。内窥镜评估比鼻腔镜检查更能检查出鼻息肉，它可用于收集脓性分泌物的培养物，以指导医学治疗或诊断小息肉。

POLYPS



当患者进行了最佳的药物治疗时仍有持续症状或根据病史或体格检查怀疑有并发症，建议进行鼻窦计算机断层扫描。磁共振成像覆盖了鼻窦的典型炎症性疾病，包括息肉病，但是当临床医生怀疑恶性肿瘤，炎症性疾病引起的并发症或最初被怀疑不是鼻窦来源的严重头痛时可能是有用的。

鼻息肉患者的致病因素

许多因素被认为在鼻息肉中发挥作用。过敏，长期使用阿司匹林和肥胖，糖皮质激素的使用有利于发生鼻息肉。环境、烟草、烟雾接触者也是鼻息肉的发病因素，病毒感染会刺激一种自我传播的炎症综合症。慢性鼻-鼻窦炎与鼻息肉病之间的关系已得到充分证实，有助于鼻息肉的发生。

治疗

几十年来，皮质类固醇一直是鼻息肉的主要治疗方法。作用机制涉及通过细胞内糖皮质激素受体的活化来下调炎症蛋白质编码基因。已经显示鼻局部类固醇可以减少息肉大小并改善鼻部症状。术后使用这些类固醇也证明可以减少复发和全身治疗的需要。鼻用类固醇无可否认的好处使它们成为鼻息肉的第一线治疗方法。然而，口服类固醇的益处仍然不太确定，几乎没有随机数据和口服类固醇的全身效应风险。然而，它们的使用仍然是普遍的，作为减轻 NP 症状的手段。无论记录的效果如何，口服类固醇的使用将继续受到其广泛和充分记录的长期副作用的限制。

半胱氨酰白三烯受体（LTR）拮抗剂，例如孟鲁司特，通过阻断 LTR 位点起作用。可以使得息肉减少，类固醇使用减少，整体症状改善。对于白三烯水平过高的患者，例如 AERD 患者，单纯阻断 LTR 可能不足以对症状产生有意义的影响。为了提高效率，

必须在生产过程中中断白三烯途径。5-脂氧合酶抑制剂齐留通以这种方式起作用，并且已经提倡用于治疗 AERD。与 LTR 拮抗剂一样，需要进一步研究来量化这种药物的作用和用途。

免疫调节剂的开发代表了鼻息肉个体化治疗中的关键步骤。没有其他治疗方式提供与炎性致病细胞因子的这种明显联系。IL-5 在炎症中的作用使其成为抑制的天然靶标。嗜酸性粒细胞性哮喘患者的成功刺激了 CRS 的使用。在这些患者中，用抗 IL-5 治疗导致血清嗜酸性粒细胞水平，哮喘控制和 FEV₁ 水平的改善。

外科治疗

内镜鼻窦手术（ESS）长期以来已成功应用于 CRS 的治疗。总体成功率为 85%，失败率为 2%至 24%。然而，在鼻息肉的治疗中难以实现成功，因为手术治疗并未使个体消除炎性鼻腔鼻窦粘膜。不到 50%的患者表现出鼻塞的主要改善，嗅觉的报告改善甚至更少。这种主观改善的失败会使患者和外科医生都感到治疗的效果不佳。尽管通过手术切除炎症介质和细胞可以减少息肉负担，但是可能缺乏症状的改善效果。在某些患者，手术的益处可能或多或少是存在的。特别是哮喘或统一气道患者在 ESS 后可以出现了显著的改善，因为这些患者的炎症负荷通过手术治疗直接减少。AERD 患者似乎特别难以通过手术治疗。在 ESS 后嗅觉状态的研究中，发现 AERD 是恢复不良的独立危险因素。NP 的外科手术管理或切除不能防止 NP 的复发，特别是在具有固有炎性粘膜的个体中。然而，手术治疗可用于减少炎症的量，从而使医学治疗变得更有效并因此防止 NP 的复发。

囊性纤维化（CF）并发症的治疗

ESS 已被证明是安全的，主要并发症发生率在正常范围内。鉴于 CF 患者的肺部状况不稳定，重要的是要注意这些患者的麻醉风险没有增加。尽管可以在 CF 患者中安全地进行 ESS，但 NP 的存在不应仅被视为手术的原因。因为尽管手术治疗，鼻窦疾病很可能会复发。只有不到 10%的 CF 患者报告鼻腔鼻窦症状。鉴于手术干预的结果不一，证明肺功能有所改善，特别是长期，应使用症状状态来确定功能性内窥镜鼻窦手术的需要。一般而言，CF 患者在影像学检查发现鼻息肉被认为是良好的手术候选者，确认疾病负担和症状持续存在。在这种情况下，外科手术可以改善上呼吸道状态，而下呼吸状态可能仍然存在。

责任编辑：寒冰

编辑：刘延红大夫

第二部分——中医部分

软伤心悟经——献给初学针灸者

作者：dakan0455

链接：<https://bbs.iiyi.com/thread-2223658-1.html>

一、针灸

上针灸课时，老师完全是按教材中医理论讲的，我学完后说心里话，不太相信针灸的疗效。我想，几乎所有中医学院的毕业生都有同感。

我同学的女朋友是哈师大的，很漂亮，因为头痛差点自杀，孙申田教授几次就治好了。孙教授一天近百个患者，很多疑难杂症都治愈了。他是全国第一个把神经内科的理论和针灸结合，创立了针灸神经内科。

他也是因此在 80 年代就把黑龙江中医药大学针灸系变成了博士点。

后来又听了一位老教授的讲座：埋针，主治痈肿疔毒，疗效非常好。

他讲了在 60-70 年代，黄家驷在讲座时说中医不行，而当时李教授是跟踪报道记者，跟踪埋针传人。当时李教授鼓动那个传人叫板黄家驷。在医院里各自收治了 6 个患者，结果，赢了黄家驷。现在黑龙江中医药大学制作了课件，被国家中医药管理局选中。好像是埋针治疗带状疱疹后遗症。从那时起，我对针灸产生了浓厚的兴趣。

那时对针灸治疗软组织损伤还不敢相信。

治疗软组织损伤：新伤我采用制动、固定、中药外敷、消肿止痛。

陈久伤要么封闭，要么静养。

真正认识到针灸治疗软组织损伤疗效好是看了银质针的疗效。

2006 年在空军总医院培训班认识了一位在王福根那儿学了 10 个月的同学，他给我讲了颈椎病、肩周炎、腰间盘突出症、风湿关节炎、跟腱炎绝大部分软组织损伤用银质针一次治愈。

我惊呆了，半信半疑。

当我看了宣哲人的《软组织外科学》，才彻底相信了。并且在之后自学，应用银质针治疗软组织疾病疗效相当不错。

建议初学者《软组织外科学》应该必备，一定熟读之。

几个朋友我都推荐了，但他们都没有细读，因此总是经常感到很多疼痛弄不明白。

建议大家，熟读这本书。千万不要心浮气躁，如果只是一味浏览论坛中各种新奇的疗法，作为初学者，你永远成为不了高手。我求学就两家“古溪针刀”和“软外银质针”！这两家如果学会了，治疗疼痛就足够了！剩下无法治疗的就只能选择手术了！

我把它称为“葵花宝典”，确实可以使你迅速成为高手。只是不须自宫，也能成功。

下面我说说宝典速成法

软外分两部分：

一、颈臂肩背肘部、二腰臀腿膝踝部。

一部分伤痛必扎肩胛冈下三肌，加上肱骨大结节。

另一部分疼痛必扎髂骨外三肌，骶脊肌；内收肌。

具体一点：

1. 颈后头痛扎椎枕肌群，颈部肌群（斜角肌，头夹肌，颈夹肌）加岗下三肌，肱骨大结节。

触发点理论重点治疗斜方肌，胸锁乳突肌；针刀理论重点扎肩胛提肌。

套管针理论重点扎颈后肌肉到椎板。

2. 颈肩疼痛软外扎岗下三肌，加肱骨大结节，加颈后肌群。

注意！椎枕肌群扎不要超过一厘米；颈后肌群不要超2厘米。

3. 腰痛重点扎骶脊肌止点，及腰椎两侧关节突，椎板。髂外三肌，髂胫束，耻骨联合止点的内收肌。

有遇寒加重明显的（风湿）加髌下脂肪垫即内外膝眼。

有小腿症状的还要加股骨内外髁，胫骨内外髁及跟腱两侧、内外踝。

发点病例：

治疗肩痛：

10年前，一患者，坐摩托车被甩出去后手拄地，拍片无骨折，夜间痛不能寐，来我处就诊，处置：口服红伤药，固定制动，一周后，疼痛稍缓解，余曰，肌肉拉伤2-3周才愈，3周后，臂膀处仍痛，我很困惑，软组织损伤愈合时间就是2-3周，况且家传红伤药对于骨折疼痛效果很好，对于跌打损伤无不应手而愈，这次怎么损伤疼痛却不缓解。

半年后遇到此患者，告诉我说：他遇到一江湖游医，天宗穴处大针刺后拔罐，拔

出一些黑色淤血后，当时疼痛缓解，夜里睡得很香。

我当时记在心里，但是不明所以。

06 年读宣老《软组织外科学》后，看到岗下三肌时，拍案叫绝。

之后遇一患者，骑摩托车摔倒后手拄地，X 线显示未骨折，在市医院治疗一月后未愈，仍疼痛夜间难寐，又到中医院治疗，仍旧疼痛夜间难寐，此患者失去治疗信心，居然去看巫医，结果不用说自然是徒劳费工。

来我处就诊岗下三肌压痛点及大结节，银质针刺加热，一次而愈。

后来，很多秋收使用镰刀收割拉伤肌肉的患者，症状也是臂膀夜间疼痛，仍是岗下三肌及大结节银质针刺加热，应手而愈。

以后我改进用针灸针刺上述部位，加刺血拔罐后效果同样也很好，但是减轻了患者的痛苦。

痛点是治疗疼痛的钥匙绝对是真理，你只要在我说的上述部位找到痛点，下针肯定有效。

2008 年一个患者，头痛，前额痛，眼睛痛，眼眶痛，太阳穴痛，枕部痛，巅顶痛，颈椎痛，前胸痛，后背痛，肩部痛臂部痛，腰臀部也痛；一天必须服用两次强力止痛药。曾数次想要自杀。颈 4/5 椎体融合，颈间盘突出。多家三甲医院主张手术。

我可不管突出还是狭窄。是不是融合有痛点，且完全符合软外的痛点分布，银质针大面积扎之，枕部，颈部肩背部，岗下三肌，肱骨大结节。

没有麻药扎银质针患者居然不痛，实际疾病疼痛比扎针痛他才不觉银质针痛。加热后立刻感到轻松，最后又扎了腰臀部，12 次愈。

强调一下：阿是穴是提高疗效之关键。我们很多按照传统针灸，也扎了阿是穴，还有其他配穴，为什么效果不佳？原因很简单，刺激量不够。我指的阿是穴是一个甚至几个区域；需要大针还是大面积针刺，你那小针，就那么一下，怎么会有效？

我们常遇到风湿的腰痛和膝痛，其实，这是银质针的最佳适应症，请大家大胆使用，立竿见影。

李某，男，45 岁。膝关节痛，遇冷加重，夏天坐摩托车得穿毛裤，查：髌下脂肪垫压痛，髂胫束，髂后三肌，骶脊肌止点压痛，银质针加热，两次愈。

高某，女，57 岁。双膝关节疼痛，走路轻度障碍，上楼障碍，夏天 25 度左右居然需要穿毛裤，里面还要戴护膝，排除类风湿，银质针刺兼加热上面患者同样部位。后改用火疗，一周临床治愈。

总之，病例太多，不能一一而述。

软组织外科学的最大亮点是鉴别椎管内疾病还是椎管外疾病，如果是椎管内的，我们接手效果肯定不好，椎管外的效果特别好，椎管内外混合的疗效要长一点时间，要配合点中药。

至于虚证、实证，这里尽量不要注重这个。我认为最重要的是痛点，这是关键之关键，如果你找不到痛点，就会治疗无从下手。

你可以说用中药辨证，对于这些找不到痛点的类型，我们用药不确切，可能很多人不服气，我只想客观公正的评价。我也是铁杆中医。我也常用中药。

针灸或针刀治疗怎样取穴会高效？

针刀，银质针，套管针治疗取脊柱的椎板关节突大家已经有太多论述，我不重复；而另一个重要治疗点，即反应点的取穴我谈谈。

反应点在临床十分重要，临床上经常立竿见影。针刀也选用；经筋以此为主；超微针刀也是如此，银质针软组织外科学中的炎性脂肪颗粒，触发点手册。

再看看日本的枝川疗法，就是寻找体表反应点，然后注射反应点效果轰动世界。

我们看到的杏林春暖的治疗麦粒肿，反应点治疗痔疮等，疗效非常好。

那怎么找呢？

一、背部直观查看。

八字疗法我看李柏松老师用棉球擦拭后观察寻取，也有的用手摸，如北门医院，寻取阳性反应点。

二、交叉取穴，即内经里的巨刺、缪刺。

我们不是光针刺，而是在这些部位找到反应点后针刺。

八字疗法的对应交叉取穴，我们利用找反应点后针刺。

三、根据全息取穴。

我们完全可以根据疼痛部位在全身全息的相应部位找反应点。

四、根据触发点理论，

每个部位疼痛都列出相应的一些肌肉触发点，我们可以根据它们找到反应点。

五、耳穴，足反应点，脐针，腹针反应点，手针反应点。

这么多不是都取，我们找出最明显的，结节索条，看看是否针入痛止。

顺便给学了超微针刀，仍然困惑的朋友们；经筋的朋友们提供一点参考，希望有所帮助。

对振腹疗法的一点感悟

作者：接骨草

链接：<https://bbs.iiyi.com/thread-3460566-1.html>

为医之路是一个逐学渐进、不断修正、完善自己的过程，虽然我自己曾经写过一本书《杏林心语》，而写这本书当时并没有写书的打算，当时只是希望记录自己临床最真实的感悟发表到论坛，第一是也是希望将自己的心得分享给论坛的坛友们，第二是希望在论坛的互动交流中发现自己的不足，第三也是记录自己的成长过程。一路写下来，在论坛其他管理的建议下整理成书。因为有书出版过，很多网友就认为我是大师级的人物，而我自己知道我在医路上还是一个学子，就我现在回看以前所写觉得很多很多不足。因为我自己一年有一年的提升，一年有一年的感悟。今天就我今年学习振腹的感悟给大家做一个简单的汇报吧！

在腹部采用针刺或手法来治疗古已有之，现今最常用的腹部疗法有脐疗（肚脐给药）、腹针、振腹等疗法。以前我对于振腹虽然有所了解，但我觉得振腹最伤医者的身体，而且我当时认为振腹最主要是调理内伤杂病，当时认为对我们骨伤专业没有太大的用途，也就没有进一步的去学习。认真学习振腹是从今年开始的，源于群里赵清华老师给我发了一套臧福科教授讲振腹的语音专辑，我认真听了这套专辑，才真正的知道振腹可以治疗 30 多种疾病（都是比较疑难的病），我们骨伤科的颈椎病、腰椎间盘突出症、肩周炎等均在振腹疗法之中。

臧老认为很多疑难杂病的形成都是由于激素代谢出了问题，振腹可以调整激素的代谢，让其恢复正常的分泌水平。所以能够治疗由于激素代谢障碍的疾病。特别是臧老对肩周炎的分析，让我对肩周炎的形成有了一个新的认识。臧老认为肩周炎形成的主要原因是激素分泌障碍，导致肩关节关节液变得浑浊所致。正常的关节液是清澈透明的，肩周炎形成后关节液就会变得浑浊。通过振腹疗法调整内分泌，几次就可以治愈顽固的肩周炎，治疗痊愈后的肩关节的关节液会恢复正常的清澈度。通过臧老的这些论述，结合我们同仁对于急性的颈腰疼痛大都采用静脉滴注地塞米松而快速缓解患者疼痛的情况，从而我对臧老的振腹疗法深信不疑。

而且臧老讲到运用振腹不是通过上臂肌肉收缩来产生的振动，而是像拍篮球一样拍肚皮就可以了。这个拍靠的是释放我们的腕痉挛来达到的振腹效果，对于如何释放腕痉挛我没有深入的了解，因为臧老在讲课中提到患有小儿麻痹的人很容易学会

振腹。他们虽然有先天的缺陷，但这先天缺陷反而是他们的优势，他们可以自然释放腕痉挛。我们不能自然释放腕痉挛，咋办？臧老说的一个“抖”字，给了我启发。臧老讲课非常风趣，这个“抖”啊，臧老描述的就是哆嗦。任何病到了臧老那里都是在肚子上这么一哆嗦，严重的就再一哆嗦，哆嗦哆嗦的病就好了。这一哆嗦不是靠上臂肌肉收缩产生震颤而来的，靠的是手腕抖动而来的。我初学医时，我有一个师父段真静老师就要求我没事就练习一下抖手，抖手要求身、肩、肘腕均放松，先手半握拳，出拳时将手自然抖出去，目的是练习我们手法的寸劲和手腕的灵活性。这个“抖”字，再结合臧老所感悟到的拍篮球方式的“拍”字。我明白了臧老手法的理路，这和我以前所理解的振是两个概念，这和我目前对手法要求的“松”字没有任何冲突，就是抖腹嘛，用手抖就对了。（大家一定要注意，震——靠肌肉收缩带来的振动频率虽然很高，但很伤身体，臧老描述他的手法是低频高幅，这是最适合人体的，臧老讲课有科学记录，这低频具体描述我记不清了，是外国的一个科学家提出来的，臧老给引用过来了，我只记住了这个低频高幅。）我自己的认识就是身松、肩松、肘松、腕松，然后摆动手腕就对了，半个小时一个小时都没问题。

我临床运用振腹的第一个病人是我院一个静脉输液七叶皂苷钠漏针导致患者右前臂肿胀的患者，这个患者开始只是手背肿胀，当时叫患者回家热敷，结果五天后患者进行性发展整个前臂都肿胀。当时我想到我们临床中对于一些急性软组织肿胀的，或者过敏而导致肢体浮肿的患者，我们有的就采用内服或者静脉滴注激素的方式，很多效果不错。我想到臧老的振腹调节激素的情况，我就决定试一下。出于对振腹疗法一种强烈的研究思想，我给患者振腹。抖了 20 分钟，发现奇迹发生了，患者的右前臂肿胀明显减轻，继续用我们的专用药酒又给患者烤了一下右前臂和手。以前我处理都是用药酒烤，因为患者前臂的肿胀是我们医院输液引起，是我们医院的责任，虽然为了验证振腹但为了保险不能大意，还是给患者用药酒烤加强疗效。第二天患者前来，右前臂的肿胀已经消退 2/3，这完全出乎我的意料，之前静滴七叶皂苷钠漏针导致的肿胀严重的单纯我们的药酒一次烤是达不到这种疗效的，显然振腹在这次治疗中起了非常大的作用。我治疗同第一天，振腹 20 分钟，药酒烤半个小时。第三天患者前来，肿胀已经全部消退，巩固治疗一次。通过这个患者的治疗，我后来在患者肢体肿胀者均配合运用振腹，起到了非常显著的疗效。

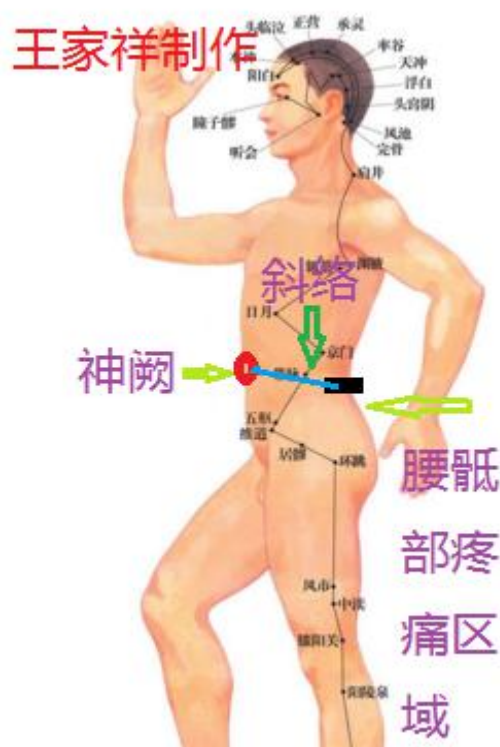
通过这个案例，也让我思考这振腹在我们中医如何去理解呢？中医不可能讲激素水平，虽然臧老讲的是调节激素。如果我们用纯中医思想是什么呢？肚脐在人体腹部

正中，按中医五行理路来讲中央属土，为脾所主，腹为至阴之地，脾也叫至阴嘛。脾也主运化水液，而且脾主四肢。

对振腹我临床的第二个体会是夜间腰痛，在臧福科教授的振腹疗法的治疗条例中就有振腹可以治疗腰椎间盘突出，对于腰椎间盘突出我没有可以运用振腹，通过臧老讲振腹可以治疗腰痛让我联想到阴交治疗腰痛。在周媚声的《灸绳》中有灸阴交治疗腰痛的介绍，我初学医时亦用艾灸过这个穴位，且灸这个穴位其灸感可以向腰骶部放射，有的整个腹部都会发热，这和臧老讲的振腹会出现腹部发热类似。臧老说导致腹部发热是刺激了腹主动脉的原因。按肚子如何会发热？大家知道吗？腹部手法很多，大都是虚招，在肚脐上方，找到腹动脉搏动的地方，点压，再左旋几下。肚子里面就发热了，这发热不是肚皮发热，大家需要注意。肚皮发热用擦法，肚皮搓几下表皮就热了。

我以前也写过一篇帖子叫《腰痛连腹关元求》对于腰痛牵扯到腹部疼痛的我在关元部位找到筋结予拨筋松解效果也很理想，且在最近的研究中我对络脉的理解也有了进一步的感悟，我将络脉分为直络、斜络、浮络、交叉络、散络五大类，关于络脉我也写了一篇文章《络脉在伤科临床上的运用》，这里不再赘述。由此我联想到神阙和阴交有斜络连接到腰骶部，如果神阙区域出现冷结，那么夜间阳气不能正常升发，就会出现腰骶部的疼痛，那么这种情况我们可以通过振腹来治疗这夜间腰骶部的疼痛。带着这样的思考，我在临床中去验证我的推断。一个夜间腰骶部疼痛的患者，时间已经4个月了，每天凌晨4点过腰骶部就酸胀难耐，根本无法在床上睡觉，必须下床活动活动这种酸胀感才会缓解。在此之前我处理这类患者都是内服外敷中药，和局部温针治疗为主。这次我为了验证我的推断，就单纯给患者振腹治疗。我用右手劳宫穴对准患者的肚脐，当时患者肚脐周围有点僵紧，我先轻轻的抓了几下患者的肚脐我就开始抖，当我的手在患者肚脐眼抖了五分钟后，感觉患者肚脐眼有一股凉气向外冒，直击我的劳宫。我继续抖患者的肚脐眼，感觉这寒气越来越重，我的手心感觉都是冰凉的，而且我自己感觉到一股冷气从我的劳宫穴直接放射到我的腋下。这也许就是他们讲的病气吧，有很多搞手法的都说会将这种病气吸到自己体内。当时我并没有管这到底是不是病气，为了证明我的推断我继续给患者抖肚脐，当我抖到20分钟的时候，患者肚脐眼没再继续冒冷气了，肚脐周围也明显柔软了。我也就没再继续抖了。告诉患者当天晚上腰骶部绝对没那么酸胀的，当时给患者讲这话只是为了给患者一个信号，我这方法有效果，不用吃药打针。患者哪里知道我当时的目的，就是为了验证我

的推断哟，当时就是为了验证疗效。第二天患者来了，一进门就夸我技术好，说昨晚 4 点过腰骶部微微有点胀，翻了几下身继续睡着了，这是近四个月来睡的最好的一次。我继续给患者抖了 20 分钟肚脐，开始几分钟患者肚脐仍然有一股轻微的凉气直透我的劳宫，但很快就消失了。当晚患者安然入睡，凌晨 4 点腰骶部没在出现酸胀，一觉睡到 6 点。第三天再治疗一次，患者没再来。后来遇到腰骶部夜间疼痛的，我都采用这个方法，大都一两次收功。



对于夜间腰痛临床中常常有两种情况，一种疼痛表现在腰骶部，一种疼痛表现在胸腰结合部位。振腹主要针对的腰骶部的夜间疼痛，胸腰结合部位的疼痛，可以在章门附近找筋结松开，一样效果比较明显，因为有更简单的方法，所以胸腰结合部位的夜间疼痛我就不抖肚子了。

另外一个体会就是夜间下肢痉挛性疼痛的情况，还是从案例来讲吧。有一个患者，女性，74 岁。 每日早上四点即出现右环跳区域痉挛性疼痛，来我处治疗时已经 40 来天了，到处医治无果，患者白天十点过后疼痛缓解，来的时候行走跛行。查患者腰背部没有明显的僵硬，只是在秩边区域有条索筋结！患者 CT 显示 L4/5，L5/S1 椎间盘突出。当时我重点处理了背部和下肢膀胱经和胆经一线。治疗两天没丝毫缓解，夜间疼痛如故。于是我就想到夜间腰痛振腹就可以，为什么这个患者不能振腹呢？何况

患者年老体虚，冬季阳气本应入里，显然是阳不入阴所致。于是我改变了方向，阳病找阴嘛。前面治疗无效显然是我开始的治疗方向出了问题，患者应该是阴经的毛病；于是我重点找了患者的阴经，发现患者血海、太溪、复溜压痛非常明显；太溪、复溜肾经，血海脾经，这说明什么问题？肾虚不能温煦脾土，导致气血生化无源嘛，血虚复不能养筋，则筋脉失养而拘急。为医容易医患虚虚哟，先入为主出问题呀！我就点按了这三个穴位，然后振腹 20 分钟！振腹后的第二天患者拘急疼痛改到早上 6 点，疼痛的程度有缓解。治疗如故。第三天疼痛改到早上 7 点，第四天早上微微有疼痛，但已经不拘急了，又巩固了五天天，患者痊愈了。

在我骨伤领域中，振腹治疗患者的情况我还有一个体会，可以治疗周身疼痛。最近的一个案例，这个案例不是我处理的，是我科室的学徒弄的，他来我这里不久，为了让他理解振腹并运用好这个振腹。这患者也是一个女性，76 岁，周身疼痛，不可触碰，四肢肘、腕、膝、踝关节均明显肿胀。双足不能下地，患者自觉足底有一根筋绷着，来的时候是家属背着来的，唯腹部可以触碰，其胃脘部胀满，不想吃饭，已经 5 天。在其他医院治疗无效，前来我处，这周身疼痛，不可触碰，在中医古籍中的描述是身如杖击。这个大家需要注意！周身疼痛，如绳捆绑的，也就是周身僵紧感觉的，那是外感所致，其病在表；而这身痛如被杖击的，是内在阳虚所致，况患者腹满不思食，也说明下焦阳虚不能温煦脾土，导致气血生化无源。我就给她振腹，当时我振腹 10 分钟就叫学徒弄了。第二天患者感觉胃脘没那么胀了，也吃了一点粥，疼痛缓解不少，四肢的肿胀也明显减轻了，第三天患者痛减大半，关节肿胀消退，第四天患者自己走来治疗了。巩固治疗了几天患者就痊愈了。

至于腹部胀满类的，我临床治疗不少，我的理解就是中焦不运，导致气机障碍，振腹可以调节气机的运行。有一个案例我影响很深，今年九月份的一个患者。邱某，女，66 岁，颈腰疼痛伴自汗不止十天。患者十天前受凉后出现身疼，白天晚上均大汗不止，头目昏沉，胃脘胀满。四天前来诊，当时为了解决身疼头昏，手法治疗三天天后身疼头昏均缓解，自汗如故。之前曾建议患者内服中药，患者不愿意内服中药，故没开方。见患者自汗严重，头发都是湿漉漉的，建议患者还是内服方药调理。患者答应内服方药，诊其脉沉而细，舌苔薄白而腻！此太少两感之证（也就是表里俱虚）。处方：附片 60 克（先煎两小时）、桂枝 30 克、白芍 30 克、炙甘草 20 克、山萸肉 20 克、大枣 20 克，加生姜 30 克。次日者前来，诉自汗如故，胃脘胀闷难耐，此中焦虚寒，导致药不下达所致，当输运中焦，引药下达；予中脘部点揉，复抖肚脐二十

分钟。患者胃脘胀痛消失，手法后患者即要解大便，如厕后患者自觉全身轻松，复针太溪，复溜，尺泽。灸关元。半小时后患者汗止！可惜当时没照相对比！遗憾！这个案例让我感受到振腹可以输转中焦气机。

这个振腹，用的最多的是腹部的肚脐！也就是神阙！为什么振腹，或者腹针，或者神阙给药能够治疗很多疾病？这个阙字！阙者，观也！观，门观！就是站在门上看！站的高点就可以看四周嘛！没这个门，就看不远了！其居于人体正中，观，什么来观？神来观，神观察四周情况，所以叫神阙！我们经脉是干什么的？就是我们人体的神巡视全身的路径！穴位是什么？神出入的门户！所以中医讲调神！神机，气立！中医治疗无非抓住这两个，内调神机，外调气立！我们这个神在神阙的位置可以观察周身的疾病，发现人体什么部位有问题，那么它就可以去处理那里的问题，所以振腹可以调节全身的疾。

对于振腹手法的理解，我认为关键在于一个“松”字，这是我的体会和感悟！

腰肌劳损病案一例

作者：绿衣

链接：<https://bbs.iiyi.com/thread-1574800-1.html>

李某，男，61岁，农民。

腰痛，时轻时重11年。

病人年轻时从事体力劳动，11年前出现腰痛症状，劳累后，或阴天及寒冷时加重，经CT，血沉，类风湿因子，抗“O”，尿检等检查未见异常，诊断为腰肌劳损，曾口服布洛芬等药物，可暂时止痛，近日因天气转冷，腰痛加重，欲求中药治疗。现病人面白，精神佳，两侧腰肌有压痛，肌肉紧张，屈腿实验阴性，下肢无浮肿，腰痛夜间重，舌暗红苔白，脉尺沉涩。

诊断：慢性腰肌劳损

方药：黄芪50克、党参30克、白术20克、当归30克、枸杞30克、杜仲20克、淫羊藿25克、骨碎补20克、香附15克、川芎15克、乳香10克、没药10克、威灵仙30克、土鳖虫20克、仙鹤草50克、怀牛膝40克、全蝎2克（吞）。

水煎内服，1剂痛减，3剂症状消失，半月后基本痊愈。

本病为腰肌，韧带的慢性损伤，脾主肌肉，故以黄芪、党参、白术补脾以强壮腰肌；肝主筋，故以当归，枸杞养肝血以濡养受损韧带，腰为肾之府，今腰痛必有肾虚，

脉证符合肾阳不足，故以杜仲、淫羊藿、骨碎补、牛膝补肾以壮腰，举重伤腰，恶血归之，故以乳没、土鳖虫、威灵仙、全蝎活血祛瘀，通络止痛，气能行血，行气助活血，故以香附、川芎行气，仙鹤草善治脱力劳伤，对于此病更为适宜，同时淫羊藿、威灵仙、川芎又能祛风湿，止痹痛，牛膝又能引经。

我治疗此病近百例，近期远期疗效皆优，若遇下列情况需临证加减：肾虚严重或伴骨质增生加狗脊、续断、鹿角胶或龟板胶，兼风湿加独活、木瓜、路路通，伴寒湿加附子、肉桂、苍术，淤血重见刺痛者加三七、红花，痰淤闭阻经络加地龙、白僵蚕，疼痛顽固剧烈加蜈蚣、细辛、元胡等等，灵活变通。

上述中药及剂量纯属经验之谈，经得起考验。

此病的治疗我看到有很多人注重活血补肾，祛风除湿，而忽略了补肝脾，因为这种病人一般不一定会脾虚，肝虚的症状，而在治疗上，补肝脾却是很重要的，正如我在方药的解释上说的那样，它是此病远期疗效的保障，望经验不足的爱友以后注意，也希望此病的治疗思路会起到抛砖引玉的作用，让大家治疗疾病更加灵活有效。

抓主证，迅速治愈动物皮毛过敏症

作者：取法乎上

链接：<https://bbs.iiyi.com/thread-3419038-1.html>

患者，女，21岁，瘦高，2017年11月6日来诊。

有花粉过敏和动物皮毛过敏症，吃奶制品也过敏。

自诉：月经周期不规律，月经期有3天也有21天不等，目前在吃西药片调经，月经有血块，颈椎僵硬，心烦躁，今年大学一年级，近一年因升学压力导致精神很紧张，以前常眩晕，有多次晕倒病史，情绪不好时腕闷手凉。

诊脉：左寸细弱，关弦细，尺细；右寸桡边脉，关浮弦，尺弱。诊舌：质淡红，苔薄白，有双涎线。

辨证：肝郁血虚，脉络不通。

治疗：

1、颈椎局部按摩30分钟。

2、草药：柴胡15克、香附12克、当归15克、赤、白芍各15克、云苓15克、白术15克、鸡血藤30克、生姜五片、大枣五枚（劈）、薄荷10克、葛根30克、乌梅10克、姜黄8克。水煎服五付，日分三服。

2017 年 11 月 11 日复诊，述：动物皮毛过敏已经消失，正常接触小动物安然无恙，无过敏表现。颈椎已经不疼痛，心情烦躁现象基本消除。舌诊观察双涎线消失。脉诊弦细弱脉，告知继续巩固治疗。

又给予：柴胡 10 克、香附 10 克、当归 12 克、赤、白芍各 10 克、云苓 12 克、白术 10 克、鸡血藤 30 克、生姜四片、大枣四枚（劈）、薄荷 6 克、葛根 15 克、乌梅 10 克、制首乌 12 克、炮姜 5 克、炙甘草 6 克。五付，水煎服，日分两服。

患者欢欣而去。

我没有把患者过敏作为主要矛盾去处理，首先诊断体质症状，注重改善体质情况。道理呢，“血行风自灭”，注重养血健脾，用了一味乌梅，效果才是最好的诠释吧。

论乳腺增生症的诊断和中医分型

作者：duyutang

链接：<https://bbs.iiyi.com/thread-1827091-1.html>

乳腺增生症是个模糊概念，国内外曾使用过的名称不少于 44 种，临床上又常混用病理名词，诊断始终没有一个统一的标准。是不是应该叫“病”？什么情况下才能称之为病或症？现在国外已有人叫“增生性改变”，即不承认这是病。我认为称“乳腺增生症”比较合适，多数情况下“症”与“病”是同义词，但“症”可以是很多症状的联合，例如“更年期综合症”，“肾病综合症”等等，乳腺增生症的情况与之相似，故叫“乳腺增生症”更好。生理性即正常的乳腺增生是不应该叫病，问题是从临床甚至病理上都难以界定生理性增生与增生症，这就给我们临床医生造成很多困难和不少困惑。很多论治乳腺增生症的文章包括了大量 10 多岁到 20 多岁的女青年，这无疑会给疗效统计带来很大水分。也许有人会说“我是根据肿块诊断的”，诚然“肿块”是属有病的范畴，但就乳腺而言，界定乳腺肿块还是肥厚的腺体，对于一些乳腺触诊经验欠缺的医生来说就可能是摸棱两可的事了。总体上来说乳腺增生症是属于“亚健康”状态，是从健康到疾病最终发展到乳腺癌的渐进性或跳跃性、多阶段、可停滞、可逆转的演化过程。包括的年龄段很长甚至妇女整个一生，“亚临床状态”或临床前期也很长，临床表现和病理变化自然更多种多样。乳腺增生症不仅是临床医生的难题，也是病理医生的难题。病理医生用个很省事的办法，把凡是不属于良恶性肿瘤、又不是炎症的所有乳腺疾病都归于乳腺增生症。临床医生怎么办？也只好采用排除法。我用 3 句话“排除两头，主抓中间，严防乳腺癌”，两头就是这亚健康的两头，一头是

正常的生理性的，一头是癌。中间主要是指年龄，即 35—50 岁的年龄段。因乳腺癌可以发生于任何年龄，所以中间又不仅指年龄，指的是从增生到乳腺癌的中间状态，这完全符合乳腺增生症的本质。“严防乳腺癌”是指不管什么年龄、什么情况下都要谨慎地排除乳腺癌的可能性。

所谓“排除两头”，癌这一头相对容易，因为有国际规范的诊断标准，有时遇到困难那是技术问题。生理性即属正常的这一头，问题就不那么简单了。个人的临床经验就起着主导作用，即使有相当临床经验的医生有时也会踌躇，几位专家也可能有争议。因为不可能也不需要每个女青年进行活检或 X 线检查，即使做了，也难以鉴别生理性还是病理性。根据我们多年研究乳腺病的结果，提出“青春期乳腺”和“未婚型乳腺”这两个概念，与同道们商讨。

“青春期乳腺”是指青春前期和青春期末婚少女和女青年的乳腺，年龄一般是 15—25 岁，青春期乳腺发育旺盛，胀满如球，肥厚的腺体分布在乳腺周围，呈车轮状。可有一些胀痛，多可忍受，个别敏感者可能就医。“未婚型乳腺”是指年龄已过青春期而且是真正意义上的未婚，胀满的程度有所下降，但腺体分布仍是车轮状，年纪较大的乳腺可能仍会饱满。如果有过一段满意的性生活，乳腺就会像泄了气的皮球，肥厚的腺体多向外上、内上象限和乳头正上方集中。真正未婚乳腺与多次人流或经产妇的乳腺在体征上有所不同，有经验的专科医生鉴别起来并不困难。因为高龄未婚是乳腺癌发病的危险因素之一，也是乳腺增生症的高发人群，35 岁以上未婚乳腺因多有胀痛和肿块常诊断为乳腺增生症。但 30 岁以下的年轻妇女，如果能通过触诊把这两型乳腺排除在“病”（当然更不是癌）之外，乳腺增生症的诊断就挤出了一些水分。因为这两种情况尽管有些疼痛或不适，多能不药而愈，心理咨询或生活指导就是最好方法，因此不能认为是病。

乳腺增生症是临床病名，是根据疼痛、肿块、乳头溢液三大症状，排除乳腺癌及其他良恶性疾病而诊断的。钼靶 X 线、高频 B 超等仅是鉴别诊断的手段，只有当怀疑乳腺癌时才做活检，以期得到一个明确的病理诊断。乳腺疼痛是增生症的最常见的主诉，对诊断和中医辨证有重要的参考价值，常是双侧性、周期性，以胀痛为主、窜肩扯背、痛无定处。乳腺肿块的确定还要取决于正确的检查方法和医生的个人经验。普通外科医生如果扪及腹部或体表有了肿块，那肯定是“异常”，对肿块的性质可能有争议，但不会怀疑是不是肿块。但对于乳腺来说，如果乳腺触诊方法不当或经验不足的医生就有可能把肥厚不均的腺体误为肿块，这就增加了纳入统计的病例。所以确

定乳腺有无肿块，即判定是正常还是病态应由资深的专科医生确诊。至于要给肿块定性，是增生？是癌？那是更要慎重的事。如果说乳腺增生症的“潜在危险”是癌变的话，那么乳腺肿块的“现时危险”就是误诊。80年代我们手术的146例乳腺癌中，术前在各医院的误诊率高达16.4%，误诊比癌变的危害性更大、更现实，所以在诊治乳腺增生症的整个过程中，鉴别诊断“严防乳腺癌”十分重要。乳腺增生症的肿块常有对称性、多发性和可变性，肿块形态分为片块型和结节型，片块型又分为薄片块和厚片块。为复查时一目了然，最好用图示标出肿块的位置、形态、大小。

目前关于乳腺增生症的中医辨证分型众说不一，中医文章中所用证型名称已不下37种，证型不统一，名称不规范，随意性很大。为了中医的现代化和便于中西医结合医生掌握中医分型，有必要提出一个简单而实用的分型方法。我们建议分肝郁和肾虚两型，肝郁即肝郁气滞，可以进一步分肝郁化热、气滞血瘀等亚型，治疗以舒肝解郁为主加减应用。肾虚型是指阴阳俱虚的基础上，多偏于阳虚故也叫肾阳虚型，症见肢寒怕冷，腰酸尿频，苔白脉细等。属于五心烦热，舌红少苔偏于阴虚者较少。临床也可再分为肾阳偏虚和肾阴偏虚两个亚型。

临床怎样分别肝郁型和肾虚型？简述如下：

从年龄上分：30岁以下多为肝郁型；40岁以上多为肾虚型。30~40岁两型兼而有之，分月经前后用两种药，即月经前舒肝，月经后补肾。

从症状上分：以痛为主，月经前或生气后加重，即“随喜怒而消长”者为肝郁型；以肿块为主，痛无规律，反复发作，缠绵难愈者为肾虚型。

从肿块上分：乳房胀满，腺体肥厚，质地较软，呈薄片状。肿块大小及硬度随情绪和月经有变化者多为肝郁型；乳房松弛，肿块呈厚片块或结节状，硬韧难消者多为肾虚型。

从脉象上分：肝郁型以“弦”为主象，脉象有力；肾虚型以“细”为主象，沉弱无力。

从手诊上分：沿生命线青筋显露为肝郁。大小鱼际之间发暗为肾虚。

以上指标并非绝对，尤其年龄仅供参考，中医认为乳腺增生症是起于肝、根于肾，肝郁与肾虚多兼而有之，有的年纪很大仍有明显的肝郁症状，所以常按月经前后周期用药。月经前采用疏肝理气、活血化瘀为主的“乳癖消颗粒”；月经后或肾虚型使用补肾温阳、阴中求阳的“化岩颗粒”。按月经前后分两型周期疗法符合内分泌的周期性变化，所以疗效较好。如果分型繁多又各用其药，没有主方主药，就会使进一步研

究陷入困境。如果不按周期一药到底，就会失去辨证施治的优势。中医历来认为经前为实，经后为虚，故经前宜疏泄，经后宜温补。根据我多年治疗乳腺疾病的经验，提出“妇人阳常不足”的学术观点。乳腺增生症或乳腺癌的肿块坚硬难消、皮色不变、证属阴疽。是中医典型的阴证，属寒痰凝聚，故补肾温阳、祛瘀化痰是治本之法。

手指麻木案

作者：锦文

链接：<https://bbs.iiyi.com/thread-2126704-1.html>

郝某，女 56 岁。于 2011 年 12 月 21 日来诊。

主诉：肘以下麻木年余，近期加剧。

患者麻木以来未正规治疗。服活血化瘀类成药无效，近期加剧。睡觉以及打太极时都会出现，以指头严重。

脉诊：右侧弦、沉，左侧滑、微弦、不数。

舌红、苔少、白，津液多，有些许齿痕。二便常，无口苦、出汗，轻微恶寒。

辨证：痰湿留居。

拟：指迷茯苓丸化裁。

麻黄 12 克、桂枝 12 克、白芍 12 克、半夏 20 克、茯苓 25 克、橘红 15 克、炙甘草 10 克、芒硝 12 克、葛根 20 克、桑枝 20 克、黄芪 20 克、威灵仙 12 克、莱菔子 12 克、赤芍 20 克、葶苈子 12 克、厚朴 15 克、姜黄 15 克、生姜 5 片。二剂。

二诊：麻木有些许好转（出现次数变少、缓解需要的时间缩短），大便无腹泻，只有轻微塘。去葶苈子，加郁金 15 克、玉竹 20 克。

三诊：麻木范围缩小，只有指头出现，患者表示奇怪，明显感觉到麻木范围在不断缩小。

桂枝 12 克、赤芍 12 克、半夏 20 克、茯苓 25 克、橘红 12 克、炙甘草 10 克、芒硝 15 克、葛根 25 克、桑枝 25 克、黄芪 25 克、威灵仙 12 克、莱菔子 12 克、姜黄 15 克、白术 20 克、骨碎补 20 克、玉竹 20 克、秦艽 12 克、大腹皮 15 克、生姜 5 片，二剂。

四诊：麻木几乎全部时间消失，患者欣喜。嘱再进 2 剂善后。

三诊方去威灵仙、大腹皮。改胆南星 12 克、生山楂 15 克。

近期患者介绍其 2 位邻居来看病。问及已经若失。

按：次按无甚值得圈点处，只算是一平常病例。但写下来只是想阐述下我的学习思路。算是予人之渔吧。

1. 辨证很简单，处方也顺理成章。但是在接触论坛前或许我不会使用指迷茯苓丸，估计直接是二陈汤化裁了。效果如何？我想还是有差别，为何？因为当初我不会想到加芒硝-泻下痰湿。

2. 茯苓丸--我是看到论坛《指迷茯苓丸》治疗肩周炎学习到的。当然原创作者是按照专病专方介绍的，但是我们学习就不要这么死板了，所谓举一反三么，心领神会才是自己的。

3. 学习其眼目。就茯苓丸说，本是一个二陈汤加味的，加了芒硝，这就算组方变化的眼目，其中有深意，自己留心琢磨就可以变化自如。

责任编辑：修竹临风

编辑：草原民间中医、砭艾、xiwang001han



乳香

别 名：熏陆香、马尾香、乳头香。

来 源：橄榄科植物乳香树皮部渗出的油胶树脂，分布红海沿岸至利比亚、苏丹、土耳其等地。主产于红海沿岸的索马里和埃塞俄比亚。



形 态：矮小灌木，高4~5米，罕达6米。树干粗壮，树皮光滑，淡棕黄色，纸状，粗枝的树皮鳞片状，逐渐剥落。叶互生，密集或于上部疏生，单数羽状复叶，长15~25厘米，叶柄被白毛；小叶7~10对，对生，无柄，基部者最小，向上渐大，小叶片长卵形，长达3.5厘米，顶端者长达7.5厘米，宽1.5厘米，先端钝，基部圆形、近心形或截形，边缘有不规则的圆齿裂，或近全缘，两面均被白毛，或上面无毛。花小，排列成稀疏的总状花序；苞片卵形；花萼杯状，先端5裂，裂片三角状卵形；花瓣5片，淡黄色，卵形，长约为萼片的2倍，先端急尖；雄蕊10，着生于花盘外侧，花丝短；子房上位，3~4室，每室具2垂生胚珠，柱头头状，略3裂。核果倒卵形，长约1厘米，有三棱，钝头，果皮肉质，肥厚，每室具种子1枚。

栽 培：乳香树以肥沃深厚，排水良好的土壤生长较好。喜光，但过于强烈的阳光对其发育不利。喜温暖。

性味功能：味辛、苦，性微温；活血行气、通经止痛、消肿生肌。

用 途：用于心腹疼痛、风湿痹痛、经闭痛经、跌打瘀痛、痈疽肿毒、肠痈、疮溃不敛。

用法用量：内服 3~10 克；或入丸、散。外用适量，研末调敷。

经验鉴别：本品以通透、无杂质、色泽黄绿者为佳。

白芥子

别 名：紫三角、紫亚兰。

来 源：十字花科植物白芥的种子产安徽、河南、山东、四川、河北、陕西、山西等地。以安徽、河南产量为大。



形 态：一年生草本，高达 75~100 厘米；茎直立，有分枝，具稍外折硬单毛。下部叶大头羽裂，长 5~15 厘米，宽 2~6 厘米，有 2~3 对裂片，顶裂片宽卵形，长 3.5~6 厘米，宽 3.5~4.5 厘米，常 3 裂，侧裂片长 1.5~2.5 厘米，宽 5~15 毫米，二者顶端皆圆钝或急尖，基部和叶轴会合，边缘有不规则粗锯齿，两面粗糙，有柔毛或近无毛；叶柄长 1~1.5 厘米；上部叶卵形或长圆卵形，长 2~4.5 厘米，边缘有缺刻状裂齿；叶柄长 3~10 毫米。总状花序有少数花，果期长达 30 厘米，无苞片；花淡黄色，直径约 1 厘米；花梗开展或稍外折，长 5~14 毫米；萼片长圆形或长圆状卵形，长 4~5 毫米，无毛或稍有毛，具白色膜质边缘；花瓣倒卵形，长 8~10 毫米，具短爪。长角果近圆柱形，长 2~4 厘米，宽 3~4 毫米，直立或弯曲，具糙硬毛，果瓣有 3~7 平行脉。喙稍

扁压，剑状，长 6~15 毫米，常弯曲，向顶端渐细，有 0~1 种子；种子每室 1~4 个，球形，直径约 2 毫米，黄棕色，有细窝穴。花果期 6~8 月。

栽 培：白芥子以排水良好的砂质壤土为宜

性味功能：味苦、甘、涩，性微寒；收敛止血，消肿生肌。

用 途：用于咳血吐血，外伤出血，疮疡肿毒，皮肤皲裂；肺结核咳血，溃疡病出血。

用法用量：内服 6~15 克，研粉吞服 3~6 克。外用适量。在土壤干湿度适度，表土略呈白色时，深耕耙细，至播种前翻耕耙细整平，开设排水沟。育苗移栽的并须作好苗床。

经验鉴别：本品以色黄白，个饱满，无杂质，味辛辣者为佳。

编 辑：王颖健

责任编辑：金陵一剑



2 型糖尿病并发酮症伴多发合并症 1 例

作者：斯梦未醒

链接：<https://bingli.iiyi.com/show/62448-1.html>

●病例摘要：

一般资料： 女性，52 岁，农民

主诉：发现血糖升高 8 年余，再发口渴多饮、消瘦半年

现病史：

患者 8 年前因消瘦、头昏检查发现血糖高（空腹血糖 12.5mmol/L），患者有口渴、多饮、多食，无心悸，无手抖。以“糖尿病”住院给予胰岛素治疗。出院后患者未注射胰岛素，口服美吡达（1 片 1 次/天）及二甲双胍（1 片 1 次/天），患者血糖未监测。半年前患者无诱因感口渴、多饮，进行性消瘦，无头晕，无恶心呕吐，无心慌、喘气，无腹痛、腹泻，无尿频、尿急、尿痛，无肢体麻木。患者未检查及治疗。昨天来我院查血糖高。今以“糖尿病”收入院。患者患病后精神饮食睡眠尚可，大小便多，体力体重下降。

既往史：

有高血压病史 8-9 年，坚持服硝苯地平缓释片及卡托普利治疗。诉 8 年前有心肌梗死病史，之后间断服药，具体不详。2017.11 在城关医院检查有乙肝、丙肝。否认其它疾病。诉丹参、皮蛋过敏。

查体：

T:36.4℃；P:79 次/分；R:19 次/分；BP:160/100mmHg。体重 53.05kg，身高 158cm，BMI:21。神清，自动体位，查体合作。双瞳正大等圆，对光反射灵敏，伸舌居中，颈软，心肺腹（一），双下肢无浮肿，双足偶有麻木，肌力肌张力正常，双足背动脉搏动无减弱，双侧浅感觉正常，腱反射减弱，双侧巴氏征阴性。

辅助检查：

门诊资料:2018.11.13 城关医院出院记录：胸片示支气管炎。腹部彩超：肝实质光点增粗，胆囊多发结石，双肾结石。武汉康圣达医学研究所查乙肝 DNA 小于 500IU/ml，正常。丙肝 RNA 小于 1000IU/ml，正常。2018.12.12 我院门诊查尿常规示白细胞 105/u1，尿酮+，蛋白质-，尿糖 3+，潜血-；空腹血糖 18.1mmol/L。今入院后查空腹血糖 18.3mmol/L。13/12 查血常规尚可；糖化血红蛋白 11.2%↑。肝肾血脂

病例讨论

血糖电解质:低密度脂蛋白 4.00mmol/L ↑、载脂蛋白 B1.27g/L ↑、葡萄糖测定(酶法)-
门诊 16.29mmol/L ↑。凝血全套、心肌酶谱正常。14/12 尿常规:尿糖 3+, 异常、酮
体-、白细胞 1+70Cell/uL cell/uL 异常、镜检白细胞 95/uL ↑、鳞状上皮细胞 40/U1
↑。17/12 尿常规正常。18/12 查颈动脉椎动脉彩超示双侧颈动脉内中膜增厚并斑块;
双下肢动静脉彩超示双下肢动脉内中膜增厚并斑块双下肢深静脉可显示段血流通畅。
心电图正常, X 线示老年性支气管炎。

●初步诊断:

1. 2 型糖尿病 糖尿病酮症 糖尿病周围神经病变? 2. 高血压病 3 级(极高危)

● 诊断依据:

1. 中老年患者, 既往有高血压及心肌梗死病史。2. 发现血糖升高 8 年余, 再发口
渴多饮、消瘦半年。3. 查体: 血压:160/100mmHg, 体重 53.5kg, 身高 158cm, BMI21。
神清, 双瞳正大等圆, 光反射灵敏, 伸舌居中, 颈软, 心肺腹尚可, 双下肢无浮肿,
双足偶有麻木, 肌力肌张力正常, 双足背动脉搏动无减弱, 双侧浅感觉正常, 腱反射
减弱, 双侧巴氏征阴性。4. 2018.12.12 我院门诊查尿常规示白细胞 105/u1, 尿酮+,
蛋白质-, 尿糖 3+, 潜血(-); 空腹血糖 18.1mmol/L。今入院后查空腹血糖 18.3mmol/L。
一般来说患者具有三多(口渴、多饮、多食, 多尿)典型症状, 空腹血糖 126mg/dl
(7.0mmol/l) 或餐后血糖 ≥ 200 mg/dl (11.1mmol/l)。没有典型症状, 仅空腹血糖
126mg/dl (7.0mmol/l) 或餐后血糖 200mg/dl (11.1mmol/l) 应再重复一次, 仍达以
上值者, 可以确诊为糖尿病。没有典型症状, 仅空腹血糖 126mg/dl (7.0mmol/l) 或
餐后血糖 200mg/dl, 糖耐量实验 2 小时血糖 200mg/dl 者可以确诊为糖尿病。该患者
中年人, 有典型症状, 且空腹血糖值 18.1mmol/L, 可确诊为 2 型糖尿病。因患者双
足偶有麻木, 腱反射减弱, 糖尿病周围神经病变诊断成立。

●鉴别诊断:

本病应与 1 型糖尿病鉴别: 1 型糖尿病: 多见于年轻患者, 胰岛分泌功能低, 查
胰岛功能基本为一直线。本例可以排除之。

●诊治经过:

患者入院后完善相关检查并给予降糖、扩管及对症治疗。告病重, 低盐低脂低糖
饮食, 入院后给予胰岛素静脉泵降糖, 患者血糖逐渐下降, 尿酮转阴性。17/12 因视
物模糊请眼科会诊, 会诊意见: 双眼视力差, 晶体轻微混浊, 眼底见视乳头边界清,
视网膜无出血及渗出。18/12 给予诺和锐及来得时降糖, 患者血糖降低, 因长期高血

压，建议患者行肝胆脾胰双肾及颈动脉、椎动脉、双下肢动静脉彩超检查，患者拒绝。给予前列地尔静滴，治疗微小血管循环障碍引起的四肢静息疼痛，改善心脑血管微循环障碍，有效。继续降糖：诺和锐 14U、10U、12U 三餐前皮下注射，来得时 20U 睡前皮下注射。阿卡波糖 50mg 三餐时嚼服。口服：硝苯地平缓释片、卡托普利、维生素 B1 等。患者出院时神清，口渴多饮好转，血糖控制可。偶有双足麻木。余尚可。注意饮食，适当运动，监测血糖，根据饮食运动及血糖调整胰岛素用量，避免低血糖发作。定期复查血尿常规、肝功能、眼底、血管彩超等，并随诊。

●临床诊断：

1. 2 型糖尿病并酮症糖尿病周围神经病变 2. 高血压病 3 级（极高危）3. 慢性病毒性肝炎（乙型、丙肝）4. 胆结石

●分析总结：

女患 52 岁，发现血糖升高 8 年余，再发口渴多饮、消瘦半年入院，诊断为 1. 2 型糖尿病并酮症糖尿病周围神经病变；2. 高血压病；3 级极高危；3. 慢性病毒性肝炎（乙型、丙肝）；4. 胆结石。入院空腹血糖 18.3mmol/L，糖化血红蛋白 11.2%。这是一例典型 2 型糖尿病患者因血糖控制不佳导致住院治疗的病例，且合并症多，如高血压，已服用降压药；慢性病毒性肝炎（乙肝加丙肝），抗病毒治疗有效，病毒处于抑制期（乙肝 DNA 小于 500IU/ml，正常。丙肝 RNA 小于 1000IU/ml，正常）。胆结石因非炎症期未予处理。2 型糖尿病原因可能是 B 细胞分泌的胰岛素出现相对的缺乏和（或）胰岛作用缺陷所引起。2 型糖尿病者当口服降糖药失效或存在口服降糖药的禁忌症时仍需使用胰岛素控制高血糖，以消除糖尿病的高血糖症状和减少糖尿病并发症发生的危险。2018 年美国医师协会（ACP）发布了非妊娠成人糖尿病糖化血红蛋白（HbA1c）控制目标的共识，ACP 共识指出 HbA1c 降到 6.5% 以下，不但无效，反而有害；HbA1c 降到 7.0%~8.0% 之间，可降低未来重要的血管并发症，但效果不明显，在 10~15 年之内 90% 以上的患者不会从中获益；HbA1c 降到 6.5%~7.0% 之间的效果如何，尚缺乏证据，但获益应该不会超过上述 HbA1c 降到 7.0%~8.0%。因此，ACP 非妊娠成人糖尿病 HbA1c 控制目标的共识推荐，在大多数 2 型糖尿病患者中 HbA1c 控制目标为 7%~8%。该患者 HbA1c 11.2%，已达使用胰岛素标准。中日友好医院杨文英教授指出：糖尿病治疗的终极目标并不是要控制每个血糖值，也不是将 HbA1c 控制到低于某个固定切点值，而是在不增加低血糖风险的前提下，充分降低糖尿病并发症发生率，延长患者生命，提高生存质量，同时兼顾患者及社会负担，尽可能降低医疗成本，取得治

疗获益和潜在风险的最佳平衡。因此，以患者为中心，根据具体情况确定个体化血糖控制目标和降糖治疗方案，才是当前糖尿病治疗的普遍共识。糖尿病的治疗并不是单纯地以降低 HbA1c 为目标，二甲双胍和生活方式的干预仍然是糖尿病的一线治疗方案，而二甲双胍治疗后的药物选择要综合考虑患者因素，如是否伴有 ASCVD、慢性肾脏并发症等，个体化理念依旧是目前各大指南的普遍共识。

小儿直肠脱垂 1 例

作者：手术者

链接：<https://bingli.iiyi.com/show/62554-1.html>

●病例摘要：

一般资料：男性，3 岁，儿童。

主诉：间断性便后肿物脱出 2 年余

现病史：

患者母亲诉患者于 2 年前无明显诱因，间断性出现排便后肛门肿物脱出，到当地门诊就诊，诊断为“脱肛”间断治疗（具体治疗方式不详），效果不佳。现患者上述症状进一步加重，排便后脱出肿物增大，需用手还纳。为求进一步手术治疗，遂来我院就诊。门诊以“直肠粘膜脱垂”收入院。现患者步入病房，一般情况良好。精神好，饮食好，无发热，无恶心，无呕吐，睡眠好，二便调。

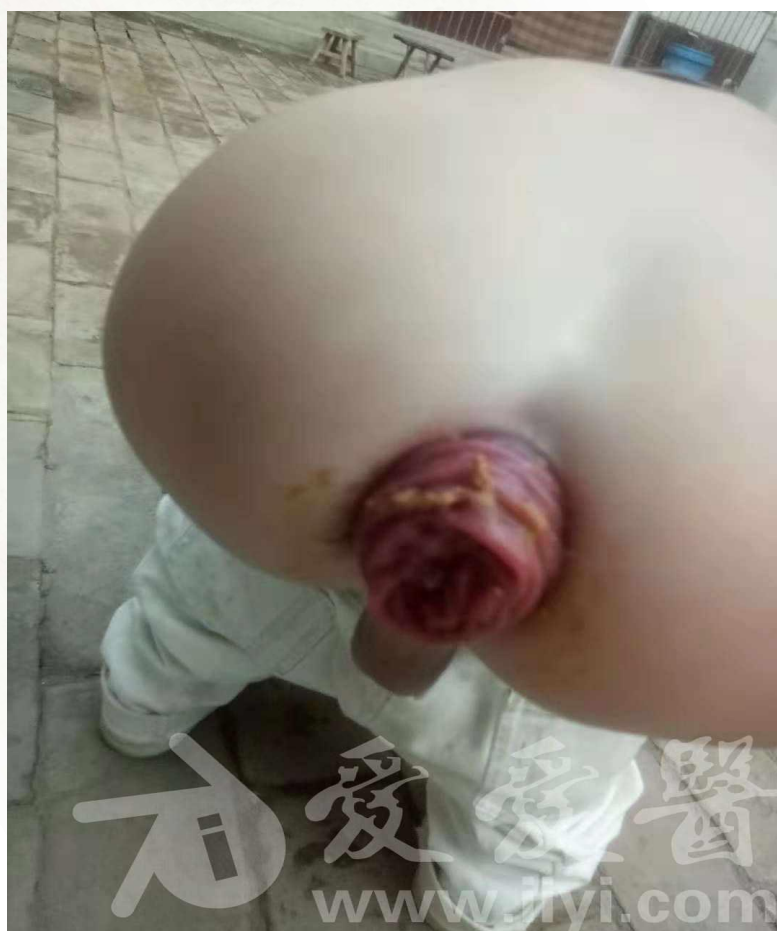
既往史：

否认“肝炎”及其它等传染病病史，否认其它食物及药物过敏史；否认外伤史、手术史，否认输血史；预防接种史正常。

体格检查：

T:36.1℃；P:101 次/分；R:21 次/分；BP:91/55/mmHg。发育良好，营养中等，体位自主，步态稳健，面容与表情正常，神志清楚，查体合作。皮肤及黏膜颜色正常，无皮疹，无肝掌、蜘蛛痣。全身浅表淋巴结未触及肿大。头颅无畸形、压痛、包块。毛发分布正常。眼睑无水肿，结膜无充血，眼球活动正常，巩膜无黄染，双侧瞳孔等大等圆，对光反射及调节反射正常。外耳道居中，乳突无压痛，听力正常，鼻无异常，口唇无发绀，口腔粘膜正常，伸舌居中，齿龈正常。咽部正常，扁桃体无肿大。颈软，颈动脉搏动正常，颈静脉无充盈，气管居中，肝颈静脉回流征阴性，甲状腺正常，无

压痛、震颤、血管杂音。胸廓对称无畸形，胸骨压痛（-），呼吸运动正常，呼吸规整，无胸膜摩擦感，叩诊清音，肺下界正常，双肺呼吸音清晰，无干湿性啰音及胸膜摩擦音。心前区无隆起，心尖搏动正常，无震颤及心包摩擦感，心浊音界正常，心率 101 次/分，律齐，心音有力，各瓣膜听诊区未闻及病理性杂音。无心包摩擦音。无周围血管征。腹平坦，对称，无腹壁静脉曲张，无胃肠型和蠕动波，腹部柔软，无压痛，无反跳痛，无包块，肝脾肾未触及，Murphy 氏征阴性，腹部呈鼓音，肝上界在右锁骨中线第五肋间，肝肾区无叩击痛，无移动性浊音，肠鸣音无亢进，未听到血管杂音。脊柱正常，四肢无畸形，无静脉曲张，运动正常，肌力肌张力正常，下肢无水肿，关节无肿胀及压痛。双侧肱二头肌、肱三头肌反射正常，膝腱、跟腱反射正常，痛、温、触觉正常。双侧 Babinski 征、脑膜刺激征阴性。



● 初步诊断：

直肠粘膜脱垂

● 诊断依据：

1. 患者男，3 岁，主因“间断性便后肿物脱出 2 年余。”入院。2. 入院时患者步入病房，一般情况良好。精神好，饮食好，无发热，无恶心，无呕吐，睡眠好，二便

调。3. 专科检查：患者排便后，见直肠粘膜呈同心圆状自肛门脱出，大小约 $5 \times 5 \times 5\text{cm}$ ，颜色红润，肛门括约肌收缩力弱。

●鉴别诊断：

1. 直肠息肉：多见于儿童，脱出息肉一般为单个，头圆而有长蒂，表面光滑，质较痔核稍硬，活动度大，容易出血，但多无射血、滴血现象。2. 肛乳头肥大：呈锥形或鼓锤状，灰白色，表面为上皮，一般无便血，常有疼痛或肛门坠胀，过度肥大者便后可脱出肛门外。3. 直肠癌：多见于中老年人，粪便中混有脓血、黏液、腐臭的分泌物，便意频数，里急后重，晚期大便变细。指检常可触及菜花状肿物或凹凸不平的溃疡，质地坚硬，不能推动，触之易出血。4. 下消化道出血：溃疡性结肠炎、克罗恩病、大肠血管瘤、憩室病、家族性息肉病等常有不同程度的便血，需作乙状结肠镜、纤维结肠镜检查或 X 线钡剂灌肠造影等检查才能鉴别。

诊治经过：

入院后完善各项检查，明确诊断为直肠粘膜脱垂，查无手术禁忌症后在全麻麻醉下行直肠粘膜袖状切除+肠壁折叠术（Delorme's），手术顺利，术后给予抗炎，营养支持治疗，定期换药，密切观察，对症处理治疗。

●临床诊断：

直肠粘膜脱垂

●分析总结：

直肠脱垂是指肛管、直肠甚至乙状结肠下端肠壁粘膜或全层向下移位而脱出于肛门。只有粘膜脱垂称为不完全脱垂；直肠全层脱出称为完全脱垂。如脱出部分在肛管直肠内称为内脱垂或者内套叠；脱出肛门外称为外脱垂。小儿直肠脱垂多发生于 2-4 岁的幼儿，由于先天缺陷或营养不良造成直肠脱垂。最初排使用力时有淡红色肿块从肛门脱出，便后能自行回缩，反复发作后，肿物必须在家长帮助下用手托回，如再继续发展，即使不排便肿物也会自行脱出。患儿常有肛门下坠感，伴有尿频和烦躁不安。我们采用 Delorme's 术式最大程度切除了脱出的直肠粘膜并折叠缝合周边肌层，术后第三天排便，排便顺畅，无出血，无明显疼痛，住院 9 天出院，分别于 1 个月、3 个月、半年随访，患者无肛门狭窄、排便障碍、再次脱垂等症状。

责任编辑：绿漫天涯

编辑：刘现国

医疗资讯

全国人大代表陈鑫：让年轻人愿穿“白大褂”

“当医生风险高、压力大、报酬低，现在很多年轻人不愿意穿‘白大褂’。”全国人大代表，南京市第一医院副院长陈鑫在京接受采访时说，如何让更多人特别是优秀年轻人才愿意学医，愿意从医，值得全社会关注。陈鑫建议，多部门联手，改善医生执业环境。首先让医生执业有安全感，医生提高医疗服务能力和沟通能力，相关部门要为医生提供安全的诊疗环境，及时、依法处置医患矛盾。其次我国医疗服务价格长期偏低，尤其是技术价值被低估，严重挫伤了广大医护人员的积极性。

白岩松建议公立医院试点“咨询门诊”

3月4日，全国政协委员白岩松在采访中表示，现在除了心理咨询，没有其他各专科的咨询门诊。他建议在公立医院开设咨询门诊，不开刀不开药，但要多开口，而且形成错峰。比如上午临床门诊，下午咨询门诊。

大病保险报销比例提至 60%

3月5日政府工作报告称，今年居民医保人均财政补助标准增加30元，一半用于大病保险，大病保险报销比例由50%提高到60%。同时，做好常见慢性病防治，把高血压、糖尿病等门诊用药纳入医保报销。

胃痛宁片等3种药品转换为处方药

3月4日，国家药监局要求将胃痛宁片、化痔栓及消栓通络制剂（片剂、胶囊剂、颗粒剂）调出非处方药目录，按处方药管理。公告还要求药品生产企业应按照相关药品说明书修订要求，提出修订说明书的补充申请，于2019年4月30日前报省级药监部门备案。

国家医保局公布“4+7”医保支付价

3月5日，国家医保局下发《国家医疗保障局关于国家组织药品集中采购和使用试点医保配套措施的意见》，意见提到：非中选药品2018年底价格为中选价格2倍



以上的，2019 年按原价格下调不低于 30%为支付标准，并在 2020 年或 2021 年调整到以中选药品价格为支付标准。各试点城市也可在综合考虑本地实际的基础上，探索通过调整个人自付比例等方式，引导患者使用中选品种；非中选药品 2018 年底价格在中选价格 2 倍或以内的，原则上以中选价格为支付标准；低于中选价格的，以实际价格为支付标准。

卫健委发布 5 种职业病强制性国家职业卫生标准

2 月 27 日，国家卫健委发布职业性接触性皮炎等 5 种职业病的强制性国家职业卫生标准，包括：《职业性接触性皮炎的诊断》（代替 GBZ20—2002）、《职业性中暑的诊断》（代替 GBZ41—2002）、《职业性哮喘的诊断》（代替 GBZ57—2008）、《职业性急性化学物中毒性多器官功能障碍综合征的诊断》（代替 GBZ77—2002）、《职业性莱姆病的诊断》。新标准自今年 7 月 1 日起施行，旧标准同时废止。对于职业性接触性皮炎，新标准在原标准的基础上，增加了新的刺激物和致敏物，并根据化学物质的成分进行了分类，以便更好地指导职业性接触性皮炎的诊断和治疗。

国家卫健委印发 2019 年罕见病诊疗指南

2 月 27 日，根据《第一批罕见病目录》，国家卫健委组织罕见病诊疗与保障专家委员会办公室牵头制定发布了《罕见病诊疗指南（2019 年版）》。指南对 121 种罕见病的概述、病因和流行病学、临床表现、辅助检查、诊断与鉴别诊断、治疗、诊疗流程进行了阐述。指南全文可在国家卫生健康委网站“医政医管”栏目下载。

上海团队为 40 天婴儿实施内镜手术，创世界纪录

复旦大学附属中山医院 3 月 4 日披露，一名出生仅 40 天、体重 5.3 公斤的婴儿成功接受了胃镜下幽门括约肌切开术(G-POEM)。3 月 5 日小家伙康复出院。据悉，在全球接受该种微创手术的患者中，未有比该婴儿年龄更小者。中国专家的成功手术开创了将隧道内镜技术应用于婴儿先天性幽门肥厚微创治疗的先河。手术由周红平教授团队与上海儿童医院医生合作完成，仅用时半小时左右。

55 位中国医药人士登胡润 2019 全球富豪榜

2 月 26 日，胡润研究院发布 2019 全球富豪榜，对 2,470 名十亿美金富豪截至 2019



年 1 月 31 日的财富进行了排名。马云家族以 2,600 亿元位列大中华区第一、全球第 22 位。作为全球医药第二大市场，中国医药行业上榜者总身家为 9,497 亿元。医药富豪榜前 20 位中，掌舵恒瑞医药、豪森医药的孙飘扬、钟慧娟夫妇仍以 750 亿元身家稳坐中国医药圈首富，迈瑞医疗创始人徐航，扬子江药业董事长徐镜人等也榜上有名。

全球第二例“半同卵双胞胎”被发现

2 月 28 日，《新英格兰医学杂志》发布论文，称澳大利亚发现了一对“半同卵双胞胎”龙凤胎。这位 28 岁的母亲怀孕 6 周后，超声显示有一个胎盘和两个羊膜囊，意味着是一对同卵双胞胎。但 8 周后的超声检查显示：双胞胎为一男一女。按照常理，这对于同卵双胞胎来说，是不可能的。这是全世界上已知的第二对半同卵双胞胎，也是首例在子宫内进行基因检测鉴定出半同卵双胞胎的案例。论文作者 Michael Gabbett 博士团队对每个囊中的羊水进行了基因检测，结果显示，双胞胎在母系上是相同的，父系上却有 78% 的基因组是嵌合的，使得他们的基因介于同卵和异卵之间。

FDA 警告公众，不要接受未经批准的机器人肿瘤手术

日前，美国食品和药物管理局（FDA）提醒患者和医疗服务提供者，不要使用机器人辅助系统进行乳房切除术和其他癌症手术。FDA 指出，与传统的外科手术相比，机器人手术生存获益和风险尚未得到确定，可能会带来安全风险，并导致癌症患者预后不良。2016 年统计显示，手术机器人及系统造成的并发症案例数令人担忧。过去 14 年，因为达芬奇机器人系统或其他机器人系统造成了患者死亡 144 例；患者受伤 1,391 例；机器人系统故障 8,061 例，包括摔倒或摔碎器械、器械电弧等。

“世界最小男婴”出院，出生时仅 268 克

日本每日新闻 2 月 26 日报道，2018 年 8 月在日本庆应大学医院出生的体重仅 268 克的男婴本月已出院。这名“世界最小男婴”的母亲今年 30 岁，怀孕时很长时间体重都没有增加，妊娠 24 周后做了剖腹产。本月 20 日，男婴已出生满 5 个月，体重长到了 3,238 克。

责任编辑：永恒流星



一件小事

作者：任结根

链接：<https://bbs.iyi.com/thread-3458711-1.html>

那是我刚出校门不久的事情。

一天，我在科室里看病，门外走进一对夫妇，男的面容憔悴，骨瘦如柴，双手捂着右胸。当我给他看病时，他说右胸疼痛，十分难受。他妻子拿出三年来从地方到上海各地医院的诊治资料。病历资料中最主要的异常辅助检查就是肝功能中谷丙转氨酶偏高。所用药物都是保肝治疗为主，辅助一些消炎止痛药，结果疗效不显。

这次来就诊，他们是抱着“死马当活马医”的态度来我院试一试。因为病人的妻子是我一个同学的姐姐，他自己是我本家。那时我可谓初生牛犊不怕虎，考虑到如果是肋间神经引起的疼痛，为什么消炎止痛药就不能治愈呢？原因可能是局部组织发生粘连，压迫肋间神经引起的疼痛。

于是，我让病人仔细回忆是否有受过外伤的情况。他痛苦地思索着，突然眼前一亮说，十年前夏日的某一天，他跟同村的村民们在一口池塘里玩耍，不知为何与一村民发生冲突，结果被对方一块红砖砸伤右背，形成一个血肿，后经治疗痊愈。但三年前突然出现右胸疼痛，反复治疗无效，也一直特别的苦恼。

基于上述病史，更加印证了我的判断，有可能是血肿肌化、粘连、压迫肋间神经所致。所以，我给他右背推拿松解粘连。几分钟的时间，患者感觉胸部疼痛明显缓解，二、三天后困扰病人多年的胸痛奇迹般痊愈了，直到现在也没有复发。这也充分的说明了，详细的病史采集是多么的重要。

多年来，这件小事我早已忘却。如果不是前几天我给老年大学的前辈们讲课时，一位前辈用形象生动的话语讲述了一个类似病例的话，我也许真的很难记起在自己从医路的起始处，也曾经经历过这件小事。

一袭白纱，分走我爱

作者：冷眼人

链接：<https://bbs.iyi.com/thread-3457448-1.html>

女儿要出嫁了。

虽然“男大当婚，女大当嫁”是亘古不变的道理，对于绝大多数年轻人来说，这一天迟早要来。但当这一天真的越来越近时，当父母的除了给女儿千万个祝福之外，心里总会有些割舍不下。

自从女儿投胎到我们家，全家老少无不欢欣鼓舞。那时候，别说手机了，家里连个座机电话都没有。我们与父母的沟通，大多都是通过书信往来，偶尔也趁节假日回到父母身边探望老人。父亲在给的信里不断地嘱咐我要改善孕期的生活。

呱呱坠地的女儿，为我们家增添了太多的乐趣。

女儿出生后，夫人没有母乳，靠奶粉喂养。这小家伙饿了、拉了、尿了，就会哇哇地哭，眼神中传递出的是满满的祈求。孩子的哭声就是命令！只要听到女儿的哭声，我和夫人不分昼夜，不管多忙，无论多困，都会第一时间查看女儿的情况，为她冲奶粉，为她擦屁屁，为她换尿布，为她洗衣服，为她……每天都忙得不亦乐乎。将近一年的辛苦，我们终于听到女儿会喊“妈妈”了，这是女儿的第一声叫喊。这一声喊叫，着实令夫人欣喜若狂，眼里浸满了幸福的泪花，一切的辛苦，一切的劳累，都随着这一声喊叫烟消云散了。

女儿蹒跚学步时，一次不小心，鞋子踩到自己拉的屎上了。她一手拿着鞋子，一手拿着纸，颤颤巍巍地走到奶奶面前：“奶，擦。”奶奶说：“先放外面吧，一会儿给你擦。”谁知女儿竟悄悄地到奶奶床前，把纸方方正正地铺在地上，再把鞋子整齐地放在纸上。等到奶奶忙完，起身往外走时，到床前看到这情景，老人家很是惊奇！

随着女儿一天天长大，我们就逐渐培养她的口语表达能力。夫人每天抽时间给女儿讲故事，还从学校找来故事磁带翻录了，拿回家播放给女儿听。那时候，她对一些词语虽不怎么理解，但她能够用那些词语很贴切地描述自己的意思。这一点，被当了一辈子教师的爷爷赞叹不已。爷爷伸出大拇指赞叹道：“这孩子的词汇量，很丰富！”

有一次，女儿感冒发高烧，夜里难以入睡。她说：“妈妈，躺着也难受。”妈妈问：“那该咋办呢？刚刚给你喝了药，药物起效也得有个过程啊。要不，给你讲故事吧？”女儿一听要讲故事，立马来了精神。讲着讲着，小家伙有点犯困了，眼睛逐渐合上。妈妈起身洗衣服，女儿立即不干了，硬是缠着妈妈一个接着一个的讲，直到她酣然入睡……

入托后，有一天下午，天降大雨，妈妈从托儿所接女儿回家，一手抱着女儿，一手撑着雨伞，行走在泥泞的道路上。女儿看妈妈脸上又是汗水又是雨水，可能是太累了，小家伙突然要挣脱妈妈，张开小嘴奶声奶气地说道：“妈妈，别抱我了，让我自

己下地走吧。”一句话，把妈妈感动得热泪盈眶，雨水混杂着泪水，还有汗水，顺着脸颊不住地往下流……

转眼之间，女儿已到了学龄期。夫人是小学老师，女儿在整个小学期间，每天都跟随妈妈上学、放学，非常乖巧。女儿在学校的一举一动，都收录在妈妈的眼底。

女儿读二年级时，我们医院组织员工到云台山秋游，我带着女儿一起去了。那年，中原油田教育系统组织小学生作文竞赛，按要求，三年级及以上的学生才能投稿。女儿怯怯地到学校教务处，小声向教务处老师弱弱地说明了想投稿的意思。得到领导赞赏后，她就把自己写的《爬云台山》，连同她写的《姥姥家的小鸡》一起投稿三年级组。教务处领导见到夫人就夸：“你家女儿真勇敢！她自己跑到教务处来要求投稿。”那次竞赛，女儿的这两篇作文，一举获得一等奖！

也许是从小听故事，讲故事，到后来逐渐读故事，培养了她对语文的兴趣，再加上她的两篇作文获奖，更增添了她对语文的爱好。初中、高中，一路走来，女儿的语文成绩一直名列前茅。以至于高考完毕，填写志愿时，她欣然选择了汉语言文学专业。后来，通过自己的艰苦努力，她终于如愿以偿地考上了研究生，选择的专业也是中国古代文学。

在读研究生的那几年，女儿非常关心爸爸妈妈的身体健康。寒假里，她跑到濮阳的药店里买回川贝，又到市场买回大梨，给妈妈熬川贝梨糖膏，趁热端到妈妈面前给妈妈吃，以治疗慢性支气管炎。她还从桂林买好多罗汉果带回来给爸爸妈妈泡水喝，治疗慢性支气管炎。

参加工作后，女儿给爸妈网购了中老年高钙奶粉。为减轻妈妈剁饺子馅的辛苦，女儿又给我们网购了绞肉机。每次在电话中，女儿都会叮嘱我们要好好休息，别太累了，要好好保养身体，劝我别喝那么多酒。听到这些叮咛，我和夫人心里感觉十分温暖！

三十年光阴弹指一挥间，女儿要出嫁了！

回顾女儿陪伴我们并给予我们的快乐，以及我们陪伴女儿成长过程中的点点滴滴，历历在目。这些美好的时光，无时无刻地呈现在我们眼前，令我们欣慰不已。

此时此刻，我想起了之前曾经读过的一篇微信文章。那是在一对新人的婚礼上，爸爸对女婿说的一段话。爸爸说：“第一个抱她的人是我而不是你，第一个亲她的人是我而不是你，第一个爱护她的人是我而不是你，可是，能陪伴她一生的人，我希望是你而不是我。”在此，我也把这几句话说给女婿听。

《周易》的第五十四卦是雷泽归妹卦。这一卦中“归妹”的意思是指，女儿出嫁到婆家，那里才是女儿自己的家。中华优秀传统文化里，自古有“百善孝为先”的精辟论述。希望女儿到自己的家中，上要孝敬公婆，下要相夫教子，培养好自己的子女。一阴一阳之谓道，你们夫妇要互敬互爱，做到阴阳和合，敬天尊地，与天地共存，携手走在人生的光明大道上！

衷心祝愿你们：百年好合，白头偕老！

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！

责任编辑：ngf1978

爱爱医杂志稿约

各位爱友：

爱爱医杂志自出版以来，受到了大家的广泛关注和热情支持，可以说爱爱医杂志的每一点进步都和爱友们的支持是分不开的。爱爱医杂志以爱爱医论坛为依托，以爱友们的需求为导向，来源于论坛，植根于爱友，大家的临床经验、大家的误诊教训、大家的专业论文、大家的心情故事，都是我们所需求的。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.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。

