

愛愛醫



第八期 总NO. 115

Volume 10, number 8, Aug. 2019

刊首语

音乐和酒

作者：xiwang001han

链接：<https://bbs.iiyi.com/thread-3464571-1.html>

耳边熟悉的歌谣
让我如同身受
还有那烧烤味
一口一口的白酒

这个夏天
应该努力的季节
流淌在喉中的火热
烧尽疲惫

沉沦于平淡
看着夜的黑
微弱的星光
数着年轮

责任编辑：yemengzhe

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 任志林

制 作：张常哲

顾 问：杨俊标

编 委：王顺健 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。

目录

刊 首 语	音乐和酒.....1
关 注	医师可兼职开诊所，9 月起实行！..... 3
专业交流	我经历的几例眩晕患者..... 7
西 医	女阴皮肤病诊疗思路..... 10
	耽误了的乳腺癌..... 12
	妈妈的疾病误诊了 30 年..... 13
	超声入门贴 1007—足腱鞘囊肿..... 14
	甲状腺癌真的是“懒癌”吗？..... 17
	小儿睾丸触及不到的解决方法..... 21
专业交流	脑出血、酒精戒断、谵妄发热案..... 24
中 医	治鼻炎的验方..... 28
	儿童抽动症治验..... 28
	巅顶头痛治验..... 29
	太乙膏的炼制..... 30
	中医正骨与整脊、理筋与按摩的区别..... 31
	辨经取穴治疗肩周炎..... 32
	骨质疏松症的中医药治疗..... 33
	辨证论治慢性肾炎之脾肾阳虚症..... 37
识 草 药	繁缕.....40
	白蜡树.....41
病例讨论	支原体肺炎初诊怀疑肺结核 1 例..... 43
	小儿坏疽性阑尾炎误诊为血液疾病 1 例.... 48
医疗资讯	医疗资讯..... 51
编读往来	编读往来..... 54
杂志稿约	爱爱医杂志稿约..... 55

医师可兼职开诊所，9月起实行！

来源：北京市卫健委

今年5月份国家发布的《关于开展促进诊所发展试点的意见》轰动了整个医疗圈，“改革魄力是前所未有的！”不少业内人士给出了这样的高评价。如今3个月过去了，这些举措终于在北京落地。

近日，北京市卫健委、北京市发展改革委、北京市财政局等五部门联合发布“《北京市促进诊所发展试点的实施方案》的通知”（以下简称《方案》）。



《方案》要求2019—2020年，在本市朝阳区、海淀区、昌平区、大兴区开展促进诊所发展试点工作，根据试点经验完善诊所建设与管理政策。

诊所准入由审批制改为备案制管理

随着“放管服”的推进，备案制将在多个领域铺开。在今年5月份国家文件中正式提出要在10个试点城市实行诊所备案制。

《方案》要求，简化准入程序。

2019年9月底前，各试点区不对诊所设置进行规划限制，将诊所准入由审批制改为备案制管理。举办诊所的，报所在地区卫生健康委备案，发放《医疗机构执业许可证》后，即可开展执业活动。

跨行政区域经营的连锁化诊所由市卫生健康委进行备案。本市诊所备案管理办法由市卫生健康委另行制定。

医师可全职或兼职开办诊所

国家文件中关于医师可全职或兼职开诊所的措施同样在北京落地。《方案》指出，鼓励医师举办诊所。

鼓励在医疗机构执业满 5 年，取得中级及以上职称资格的医师，全职或兼职开办专科诊所。鼓励符合条件的全科医师，或加注全科医师执业范围的专科医师，全职或兼职开办全科诊所。

兼职开办诊所的医师要按照多点执业有关要求，与主要执业医疗机构通过签订协议等形式明确双方的责任、权利和义务，对其在主要执业医疗机构的工作时间、任务量、服务质量和薪酬绩效分配等提出具体要求，确保兼职开办诊所的医师能够完成主要执业医疗机构的工作。

这项措施给广大医生在政策层面松了绑，也给兼职开诊所提供了权威理由，随着试点阶段的成熟，兼职开诊所将在更多地点落地实行。

同时，在开诊所医师的资质方面也秉承了国家文件的要求，即“取得中级及以上职称资格的医师”，看来在这方面不会降低要求。

诊所实行自主定价

在医疗服务价格方面，诊所拥有更多的自主权。

诊所提供医疗服务的价格实行自主定价。建立医保定点医疗机构动态管理机制。简化诊所的环评、消防等审批手续，与诊所备案手续并联办理，不作为卫生健康行政部门办理诊所备案的前置材料。

注重对医师资质和能力的审核

《方案》指出，诊所是提供常见病、多发病诊疗服务和家庭医生签约服务的医疗机构。

市和试点区卫生健康行政部门应当按照国家最新公布实施的《诊所基本标准》，对申请备案的诊所进行审核，从重点审核设备设施等硬件调整为注重对医师资质和能力的审核，在诊所（不含中医诊所）执业的医师要取得中级及以上职称资格。

鼓励将诊所纳入医联体建设，实现资源共享

各试点区卫生健康委在建设区域医联体过程中，根据诊所意愿，将其纳入医联体建设。

2020 年 3 月底前，各试点区纳入辖区医联体范围的诊所应不少于 1 家，并在诊所和合作医疗机构之间建立双向转诊制度。

各专科医联体牵头单位要结合实际，将诊所纳入成员单位范围，帮助其提升医疗服务水平。

鼓励医联体内二级以上医院、基层医疗卫生机构和独立设置的医学检验中心、医学影像中心、消毒供应中心、病理中心等机构，与诊所建立协作关系，实现医疗资源共享。

支持诊所规模化集团化发展

鼓励不同专科医师按照国家有关规定成立适宜规模的合伙制医生集团，举办专科医师联合诊所。

鼓励社会力量举办连锁化、集团化诊所，形成规范化、标准化的管理和服务模式。

鼓励诊所提供家庭医生签约服务

鼓励各试点区以政府购买服务的方式，将符合条件的诊所纳入可以提供家庭医生签约服务的医疗机构范围，通过提供个性化签约服务，进一步满足居民多层次多样化的健康需求。

2020 年 6 月底前，各试点区卫生健康委应至少确定 1 家诊所，将其纳入可以提供家庭医生签约服务的医疗机构范围。

职称评定时侧重诊所医师临床能力和服务质量

《方案》在诊所医师职称评定方面也放宽了条件。

要求促进诊所全职医师职业发展。全职在诊所执业的医师申报高级职称时，可按照本市基层卫生专业技术人员职称评审有关政策执行。

建立体现诊所全职医师职业属性和岗位特点的职称分类评价标准，外语成绩不作为申报条件，对论文、科研等不作硬性规定，侧重评价其常见病、多发病的诊疗、护理、康复等临床工作能力和服务质量。

推行职称评审代表作制度，打破职称评审论文“一刀切”，将诊所全职医师的代表性成果作为职称评审的主要内容，代表作可包括论文、专题报告、病案分析资料、医疗卫生新技术推广使用报告等。

加强监管力度，创新行业监管手段

诊所要建立信息系统记录诊疗信息，并按照本市卫生健康行政部门规定及标准要求报送和上传诊疗信息。诊所诊疗信息报送规定由市卫生健康委另行制定。

要加强对诊所的监督管理，发现问题的要限期整改，整改不落实的，按照国家有关规定依法予以处理。

医疗保障部门要加强对纳入医保定点诊所的监督管理，对虚构医疗服务等恶意骗取医保基金的，应当解除医保协议。

完善诊所处罚信息和不良行为记录机制，将不良记录信息记入信息化平台，与诊所设置人、法定代表人及主要负责人信息相关联，并与信用系统联通，作为有关部门开展联合惩戒的依据。

《方案》要求 2019 年 9 月底前，北京市启动促进诊所发展试点实施工作。

除了北京外，在国家文件中还列出了上海、沈阳、南京、杭州、武汉、广州、深圳、成都、西安这 9 个城市。通过在试点地区总结经验、完善细节，相信这些举措很快就会推广到更多地区。

责任编辑：永恒流星

第一部分——西医部分

我经历的几例眩晕患者

作者：善行天下

原帖链接：<https://bbs.iyi.com/thread-1646933-1.html>

眩晕，相信大家都不陌生吧？以前也经常遇到，并且治疗效果还算满意。但不知为什么，这几天眩晕病号比较多一些，而且治疗起来也是让我欢喜让我忧。简单的说说我最近接诊的几例眩晕患者。

病例 1：刘某，女，20 岁，学生。两天前感到头晕、目眩，伴有恶心、呕吐及轻微的耳鸣，无头痛，无眼球震颤。血压 100/60mmHg。考虑：内耳性眩晕。

处方：天麻素注射液 200mg，im，st；

0.9%氯化钠注射液 250ml

盐酸倍他司汀注射液 20mg

654-2 注射液 10mg，静滴；

5%葡萄糖注射液 250ml

维生素 C 注射液 2.0

维生素 B6 注射液 0.2

注射用法莫替丁 40mg

10%氯化钾注射液 5ml，静滴。

经以上药物治疗 2 天，症状减轻，但不明显，另给予 20%甘露醇注射液 250ml 静滴。五天后，患者痊愈。

病例 2：杜某，女，53 岁。2 年前患脑左侧基底节区大面积出血，经治疗后，病情稳定，但 2 年来右侧肢体瘫痪，不能下床。于昨天突然感到头晕厉害，不敢睁眼，自觉天旋地转。以为是患者又犯了老毛病，本想直接送 120，但发现患者意识清醒，无呕吐，无肢体瘫痪加重等现象。急测血压 140/90mmHg，当时看不像脑出血，应该为前庭周围性病变，就给自己壮了一下胆，给予治疗：

处方：西比灵胶囊 5mg，qd；

20%甘露醇注射液 250ml，静滴；

0.9%氯化钠注射液 200ml

654-2 注射液 20mg，静滴；
5%葡萄糖氯化钠注射液 250ml
注射用乙酰谷酰胺 600mg
胞磷胆碱钠注射液 750mg
0%氯化钾注射液 5ml，静滴。

第二天查房，患者诉无明显效果，仍然晕得厉害，由于此患者以前有脑出血，所以也不敢再给予治疗，嘱病人去县医院检查。

7天后患者痊愈出院，诊断不是脑出血，还带回一天的输液针剂及处方。我急迫的打开一看，恍然大悟：“原来我上述处方没变，只是在第2组加了利多卡因注射液200mg静滴。真是高手，学习了。

病例3：患者姚某，女，50岁。眩晕症状比较重，经我看时，患者已经2天没睁眼了。自诉2天来一直感觉像漂在空中。曾在当地诊所输液两天（用药不详），没有一点效果。患者无耳聋耳鸣，无恶心呕吐。自述既往有高血压，高血脂病史。当时测血压140/90mmHg，上月查血脂结果还在正常范围，其它体格检查均未发现明显异常。当时考虑排除高血压、高血脂的原因，也不像美尼尔综合征。又问患者颈部有无不适，患者说颈部酸痛。是否为颈椎压迫、椎基底动脉供血不足？当医生作诊断不能犹豫啊，于是我就很自信的对她说：“你这是神经性眩晕症，我见得多了，这病你找我就对了”。患者家属听了表示很相信，并对我说：“我前一段时间刚做了胃大部切除术，所以家里经济也很紧张，哪有钱再去大医院，这回就全靠你了”。我说：“你就放心吧。”大话说出去了，到底能不能治好？心里没底，但也有信心，毕竟眩晕的病号我都治好了无数个了。

处方：1.西比灵胶囊 5mg， bid；
2.地巴唑片， 20mg， tid；
3.天麻素胶囊， 2粒， tid， 口服；
4.盐酸培他司汀注射液， 500ml
刺五加注射液 60ml，静滴；
5.20%甘露醇注射用 250ml，静滴；
6.5%葡萄糖注射液 250ml
利多卡因注射液 200mg
654-2 注射液 10mg，静滴。

第三天患者来诊，说没有什么效果，还是照样晕。我边解释说没有那么快好，边在心里分析了一下：颈椎压迫，已用脱水利尿剂；供血不足，已用扩血管、改善微循环药物。平时有高血压病，难道是脑血管病变引起的？调调处方吧。口服药不变，输液如下：

- 1.0.9%氯化钠注射液 250ml
- 丁咯地尔注射液 200mg；
- 2.盐酸倍他司丁注射液 500ml
- 脉络宁注射液 20ml；
- 3.5%葡萄糖注射液 250ml
- 维生素 C 注射液 2.0g
- 维生素 B6 注射液 0.2g
- ATP 注射液 40mg
- 注射用乙酰谷酰胺 0.6 静滴

就这样又用了 2 天，也就是第四天打完针，患者仍然说无明显好转。我当时心里有些急了，从来没见过这么复杂的眩晕病例。由于当初说了大话，现在也不能再让患者去别处了，心里想一定要给她治好！于是我就又仔细的询问了病史，发现患者眩晕并非旋转性，主要是有种不稳定感。细致的对患者检查了一次。然后又查书籍，搜网页，努力了一个下午。终于功夫不负有心人，认为有点眉目了。第二天患者来诊，就直接对她说：“今天不用输液了，给你开一种口服药，回家吃了应该会好了”。患者很实在的一家人，也没多说什么，半信半疑的，无奈的拿药走了。

第二天刚上班，患者家属就跑来了，我有点不安，就先问他：“现在怎么样了？”“好了，好多了，这个药太神了”，患者家属高兴的回答我。我听了之后心里太高兴了，又学了一招。今天都一个多星期了，未复发。说了半天，这种口服药到底是什么呀？

其实这种很常用，就是阿普唑仑片。使用依据：

- 1.患者眩晕并非旋转性，主要是有种不稳定感，多种抗眩晕药物无效，排除前庭周围病变及颈性眩晕。
- 2.患者丈夫刚做了胃大部切除术，那就是指前段时间得过胃癌，患者作为妻子，心理上承受到打击。
- 3.经过用药分析，基本排除了周围性眩晕和中枢性眩晕两大类，也就基本排除了

真性眩晕。

4.想到了假性眩晕，也就想到了精神性眩晕。

女阴皮肤病诊疗思路

作者：智多星 500202

原帖链接：<https://bbs.iyi.com/thread-1661724-1.html>

在皮肤性病科，侵犯女阴部位的疾病很多，充分认识外阴部位的非性病性损害，对于正确诊断性传播疾病也是非常重要的。女阴皮肤病除部分原发疾病外，可能是局部刺激的结果，也可能是全身疾病的一部分，可能是炎症改变，也可能有潜在的恶性病变，确诊一个外阴病常需要细菌学、病理学或其他学科方面的配合。

一、引起诊断困难的原因

(1)女阴常见疾病可因松弛的外阴组织和外阴局部潮湿发生改变。因此，女阴部位的炎症性疾病大多常可伴随严重的阴唇肿胀；潮湿则常导致疾病失去原有的特征。

(2)继发性感染（细菌或真菌）常使临床表现变得复杂。

(3)许多女阴皮肤病因剧痒、搔抓，产生单纯性苔藓样增厚的皮革样表现。

(4)适当或不适当的治疗，医师处方或自行用药均能迅速改变原来的病征。

(5)许多常见皮肤病不累及阴部，但许多不常见的病却常侵犯阴部。

二、有女阴症状的皮肤病

侵犯女阴的常见皮肤病(不包括性传播疾病、其他感染性疾病及外阴部肿瘤)，如湿疹、神经性皮炎、擦伤溃烂、脂溢性皮炎、银屑病、接触性皮炎、药物性皮炎、硬化萎缩性苔藓等。

较少见的，如大汗腺痒疹、特应性皮炎、扁平苔藓、白癜风、荨麻疹、多形红斑等。

侵犯女阴的罕见皮肤病，如黏膜类天疱疮、增殖型天疱疮、寻常型天疱疮、线状IgA大疱性皮肤病、大疱性表皮松解症、角层下脓疱性皮肤病、家族性良性天疱疮、Darier病、肠病性肢端皮炎等。

女阴白色病变是一组疾病的共同病变特征。常需借助于组织病理学检查，这里仅就当前较为公认的观点予以概述。

临床分型；根据临床女阴白色病变可分为三型。

(1)萎缩型：可有两种形式。一是外阴普遍萎缩、变白，表现为双侧大阴唇、阴蒂变平，小阴唇部分或全部消失，阴道口狭小，后联合和会阴凹陷或发紧，弹性下降，有时可累及肛门。有些患者可见外阴粘连、皲裂或糜烂。另一形式为外阴轻度萎缩、变白，表现为小阴唇变薄，皮纹变浅或消失。此型常见于硬斑病、萎缩性扁平苔藓、硬化萎缩性苔藓、女阴干枯、女阴萎缩（老年性女阴萎缩、原发性女阴萎缩、硬化萎缩性苔藓）。据统计分析，在白色病变中，萎缩型病变以硬化性萎缩性苔藓居多。

(2)增厚型：表现为双侧阴唇沟、小阴唇、阴蒂等呈局灶性或弥漫性白色增厚的斑片。有时表现粉红色，表皮粗糙、增厚、硬结，易并发皲裂、糜烂、溃疡。此型常见于外阴黏膜白斑(黏膜白斑或白色角化病)、白色海绵痣、外阴瘙痒症、念珠菌病、疥疮、神经性皮炎、湿疹以及其他的慢性非特异性皮炎等。据统计分析，在白色病变中，增厚型病变的绝大多数为慢性非特异性皮炎。

(3)混合型：萎缩与增厚的病变同时存在。以硬化性萎缩性苔藓与慢性非特异性皮炎常见。

三、鉴别诊断

(1)色素类：主要表现为斑片或条状或斑点样。如外阴部白癜风、老年外阴斑状色素沉着、外阴炎白癜风样改变及外阴部色痣等。

(2)皮炎类：念珠菌性外阴炎、外阴白喉、扁平苔藓、接触性皮炎、神经性皮炎、湿疹以及其他的慢性非特异性皮炎等。

(3)溃疡类：复发性阿弗他溃疡、白塞氏病、复发性坏死性黏膜腺周围炎、阿米巴性女阴炎、腔口皮肤结核、下疳样脓皮病、梅毒、软下疳、生殖器疱疹等。

(4)增生性或疣状病变：如尖锐湿疣、瘢痕疙瘩、鲍温样丘疹病、乳房外湿疹样癌、疣状癌、女阴鳞状细胞癌、阴部大汗腺癌、恶性黑素瘤等。

(5)肿胀类：外阴血管性水肿、外阴淋巴水肿、外阴血肿、疖肿、巴氏腺脓肿等。

(6)丘疹类：传染性软疣、阴部粟丘疹、汗管瘤、光泽苔藓、皮脂腺异位症、假性湿疣、血管瘤、乳头状汗腺瘤、单发性生殖器平滑肌瘤。

四、诊断原则

(1)耐心地询问病史：包括既往史、治疗史、用药史。这些不仅有助于诊断，而且可了解到患者的心理和疾病发生的社会因素，对下一步的防治也有意义。

(2)熟知正常外阴，细致地检查病变：要求医务人员在光线充分的条件下，认真细致地按解剖顺序进行观察，不要放过任何可疑征象。

(3)综合作出判断：外阴皮肤病的诊断，除了依靠病史和对皮肤病损的观察外，有时还需要运用细胞学、病理学、免疫学、遗传学、其他生物化学检查等，但也不要过于依赖以上检查，要结合临床表现综合地作出诊断。

(4)活体组织病理学检查也是必要的诊断手段。

(5)不主张用多种制剂作试验性治疗来协助诊断。

耽误了的乳腺癌

作者：wonengxing

原帖链接：<https://bbs.iyi.com/thread-1530089-1.html>

在某医院针灸科见一患者家属与大夫哭诉，便上前详听。听后认为此事意义很大，发上来以作为警示。

患者，女性，48岁。2年前在体检中发现右乳有一黄豆粒大的肿块，性质不明，建议复查。于是她去某综合医院乳腺科就诊，大夫开了些中成药嘱其不效复诊。因效果不明显她又就诊于某中医医院，这里的大夫更是夜郎自大，狂称“你这不用检查，就是增生，吃半年中药就好”。半年后情况没有好转但也没有发展，此患者自己便放松了警惕。半年前，她因发热不退就诊于一家综合医院，经检查诊断为胸膜炎，收入院予抗炎治疗，效果不佳，出院观察。而后因后背疼痛难忍又到医院，诊断为筋膜炎，抗炎止痛配合针灸治疗，症状改善。不料3个月前又出现发热不解，后背疼痛，到医院就诊无效，故找到针灸科以寻求中医治疗，这大夫为患者治疗了2天，认为其不是一般的筋膜炎，应该还有别的问题，便详细寻问病人病史及发病情况。随后患者想起乳腺肿块病史，与大夫陈述。大夫嘱其乳腺科检查，发现右乳肿块已经3×5cm大小，表面凹凸不平，边界不清，活动度差，遂诊为乳癌待查。患者转诊肿瘤医院，经全面检查确为乳癌晚期多发转移。现正在化疗中。患者家属前来医院告诉此针灸科大夫患者近况，并向其表示感谢。

警示：

第一、医生在患者第一次因乳腺肿块就诊，而肿块性质不明时，未对患者进行有关乳腺癌的预防宣传，未强化患者的乳癌意识，使患者产生轻视心理；

第二、中医医生由于缺乏西医常识或者西医思维不敏感，一味相信自己辨证施治能力，对患者产生误导作用；

第三、患者因胸膜炎收入院，大夫未对患者进行详细的问诊和全面的体格检查，忽视了乳腺问题；

第四、患者治疗无效时，大夫并未对其提出更进一步地诊疗建议，而是不了了之。

这些都贯穿了一个责任问题，如果从患者就诊的第一个大夫开始就向其宣传乳癌知识，并积极做出下一步诊治建议，我想该患者也不会这么晚才发现自己严重的病情，以致现在只能等待死亡。

妈妈的疾病误诊了 30 年

作者：cyq15333

原帖链接：<https://bbs.iyi.com/thread-2163716-1.html>

我的妈妈是个勤劳朴实的农民，30年前无明显诱因出现心跳加快。回忆当时除了心跳快之外，没有心前区发闷，无憋喘、青紫，无头晕头昏，然后静卧后好转，5分钟左右基本同常人。后来找卫生院的医生看，说是冠心病，以后家里就常备硝酸甘油和速效救心丸了，那个时候我可还没出生。后来断断续续发作，都是在劳累后发作，休息后并且含服硝酸甘油或速效救心丸后好转至症状消失。2003年，我上了医大，慢慢的也学习了很多医学知识，发誓要把妈妈治疗好。那段时间还真的特别关注冠心病，简直到了痴迷的程度。2009年10月21日，我刚工作两年，休假回家，妈妈的病情出现了新的变化。基本躺在床上，伴呕吐，吃不下东西，我就重新把妈妈的发病过程想了一遍。

主诉：心悸30年，浑身无力半年，加重半个月。

现病史：患者三十年前无明显诱因出现心跳加快，具体数字不详。以后断断续续发作，突发突止，以劳累后为甚，自诉口服硝酸甘油或速效救心丸后缓解，每次发作不超过10分钟。半年前发作后自感浑身无力，必须蹲下方能缓解，并且伴有恶心，偶有呕吐。近半个月发作次数增多，并且起床困难，懒言少语，伴呕吐增多，食欲差。自近半月发病以来，饮食差，睡眠一般，小便正常，大便次数少。

发作时查体：T：36.5℃，HR：198次/分，R：20次/分，BP：118/76mmHg。其他正常的不说了。

由于条件有限，许多时候去大医院检查没有发病，也检查不出来什么，医生也给出了冠心病诊断，有的给开了心得安。这次妈妈在床上很难受，吃不下饭，然后我就

带妈妈准备去放支架（之前我一直认为发作时是心肌缺血）。谁知道，到了省会医院一检查，原来妈妈的病被误诊了三十年！到底是什么病呢？大家都猜到了吗？

最终诊断：阵发性室上性心动过速。

确诊：食道调搏。

治疗：刺激迷走神经，如刺激咽喉部，压眼球。

根治：射频消融。

目前母亲身体很好，自从射频消融治疗后，跟变了个人似的。

误诊原因如下：

第一：没有想到，妈妈 20 岁怎么可能患冠心病，何况在他们那个年代，吃肉就是奢侈品。

第二：其他医生很容易受到第一个医生的误诊。

第三：自己学医后，也产生了习惯性思维，也被误导了。

第四：感觉学医做好医生不能人云亦云，要有自己的思维和主见，别人的意见只是建议。

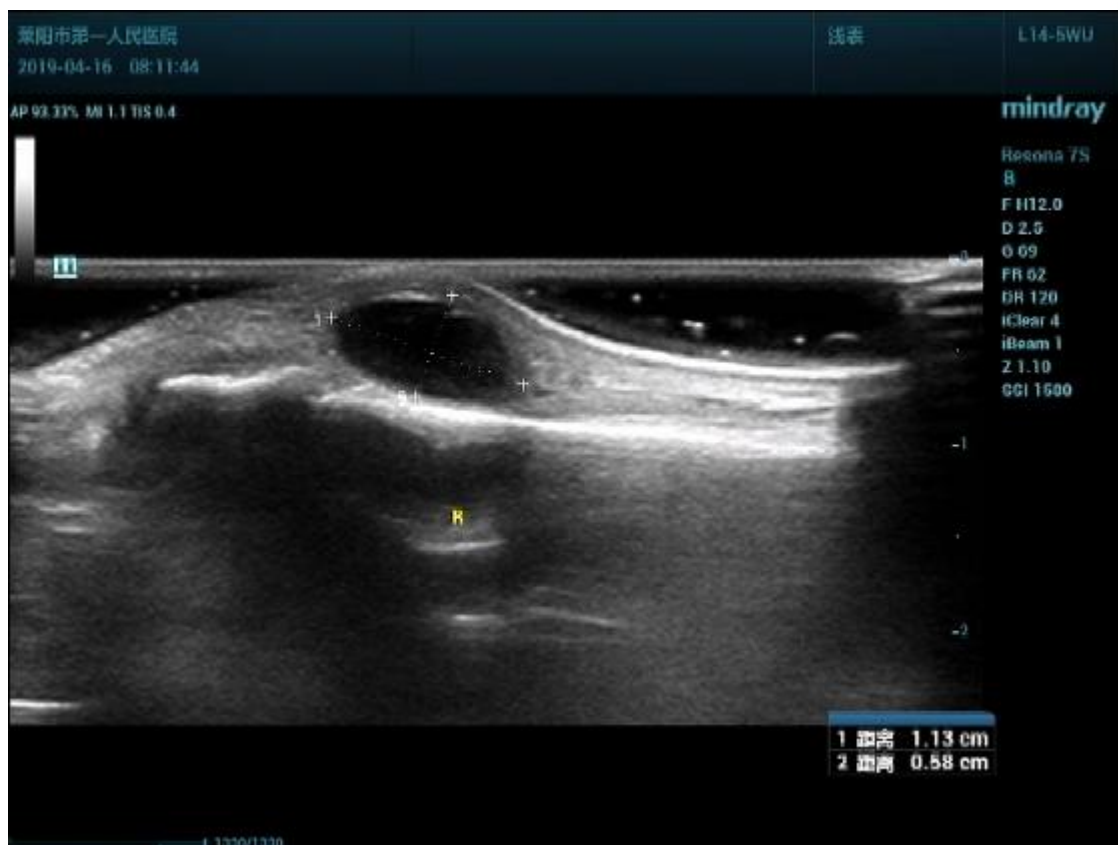
第五：自己学习五年临床，两年轮转，也没有拓宽自己的思维，可能是去了心血管内科无同类疾病吧，都是心肌缺血，心肌梗死的多。

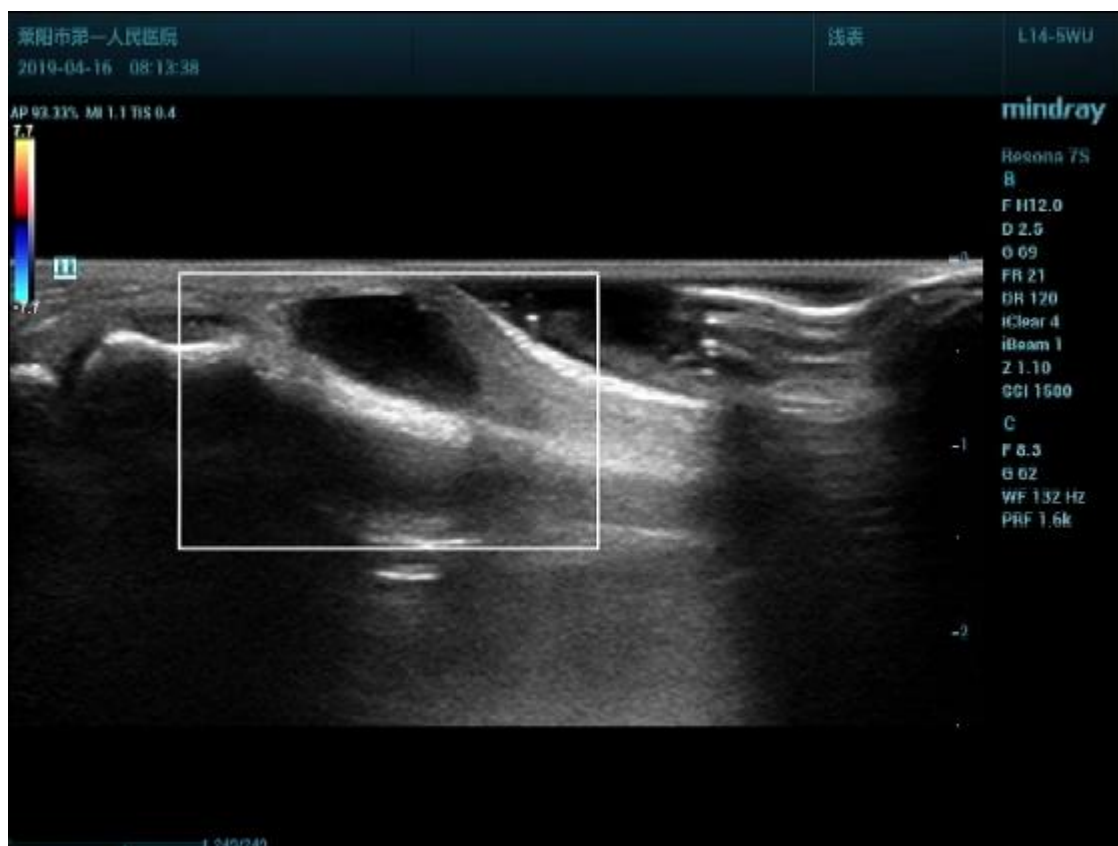
第六：没有系统的看待问题，为什么心血管疾病会表现在消化道上，当时妈妈还怀疑是消化道肿瘤，因为外公是由于胃癌去世的。

超声入门贴 1007—足腱鞘囊肿

作者：songjunrui

原帖链接：<https://bbs.iyi.com/thread-3462317-1.html>





甲状腺癌真的是“懒癌”吗？

作者：孙士礼

原帖链接：<https://article.iiyi.com/detail/413273.html>

甲状腺位于颈部甲状软骨下方，气管两旁。部位比较特殊，构成了生命的“命门”。甲状腺发生病变，特别是发生恶性病变——甲状腺癌后则转变为生命的“窄门”。曾经由于甲状腺癌病程长、发展慢，症状轻或无，99%以上的患者不痛，难发现，人们一度把甲状腺癌称之为“懒癌”。



事实真的是这样吗？怎样穿过生命的“窄门”，走出甲状腺癌的认识误区？

一、提高认识是前提

甲状腺癌由数种不同生物学行为以及不同病理类型的癌肿组成，是最常见的甲状腺恶性肿瘤。其来源于甲状腺上皮细胞，绝大部分甲状腺癌起源于滤泡上皮细胞，可分为乳头状癌(PTC, 60%)、滤泡状腺癌(FTC, 20%)，未分化癌(ATC)、髓样癌(MTC)。流行病学数据统计结果表明：无论国外还是国内，甲状腺癌的发病率均是所有恶性实体肿瘤中增长最快的。2018年中国临床肿瘤学会(CSCO)称其为持续/复发及转移性甲状腺癌，并制定了最新指南。

1. 隐匿性甲状腺癌的不确定性

隐匿性甲状腺癌（OCT）具有低侵袭性和生物学行为趋于良性的特点，指肿瘤直径 $\leq 1.0\text{cm}$ 的甲状腺癌。由于肿瘤体积小，无特殊症状，临床漏诊率较高，给临床诊断和治疗带来许多不确定性。由于 OCT 具有不确定性，临床治疗可能出现治疗的不足或过度现象。

2. 甲状腺微小癌治疗的不统一

甲状腺微小癌（TMC）是指肿瘤直径在 10mm 以下的甲状腺癌，是甲状腺癌的一种特殊类型，组织学上常见的是乳头状微小癌，占 $65\%\sim 99\%$ 。一般无明显症状。国内多以手术治疗为主，但是国外指南也有不用手术治疗推荐。治疗方案的截然不同，反映了是切除还是保留的现实问题，也折射出了临床医师对于治疗不足还是治疗过度的问题思考。

3. 青少年甲状腺癌的的变异性

青少年甲状腺癌以 PTC、FTC 多见，多数为分化型甲状腺癌（DTC），其生物学行为温和，预后较好。但应注意甲状腺癌的变异性和治疗的特殊性。人们对于青少年甲状腺癌认识的缺失，不同程度反映了现实的治疗不足。

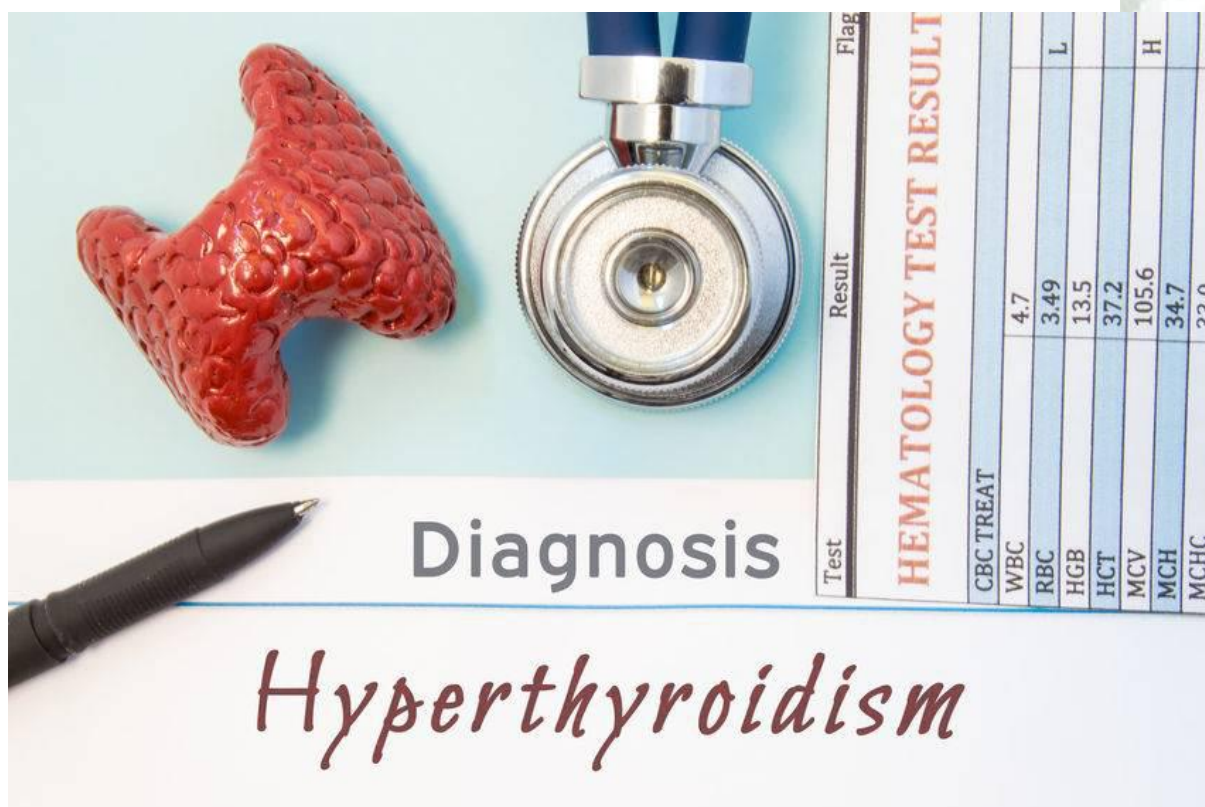
4. 未分化型甲状腺癌和髓样癌的不良性

ATC 多见于大于 65 岁的老年女性，是一种侵袭性的未分化肿瘤，疾病相关死亡率达 100% 。临床研究发现，约半数 ATC 患者先前患有或同时伴有 DTC。MTC 是起源于甲状腺中的降钙素分泌细胞或滤泡旁细胞的恶性肿瘤。占全部甲状腺癌的 7% ，中等恶性程度，其预后介于 DTC 和 ATC 两者之间。可有淋巴结侵犯和血行转移。临床表现为甲状腺结节，部分患者出现腹泻、面部潮红、多汗等内分泌失调表现。预后难以乐观。

5. 甲状腺疾病合并甲状腺癌的非单一性

结节性甲状腺肿，甲状腺腺瘤，桥本甲状腺炎、甲亢和甲状腺癌是甲状腺常见疾病，对甲状腺疾病的发病及其变化的认识影响着临床医师对甲状腺疾病诊治的抉择。有研究提示甲状腺癌合并甲状腺结节或桥本甲状腺炎的发病情况逐年递增。随着医学水平的提高，诊疗手段的改善，临床对甲状腺瘤和甲亢合并甲状腺癌的研究报告也随之增多。特别是甲亢合并甲状腺癌术前较少能够确诊。提示对于甲状腺其它疾病治疗的过度，而对深藏其中的甲状腺癌治疗的不足。临床医师要提高认识，不可一病定终身。

总之，甲状腺癌不都是“懒癌”延误治疗也要命！甲状腺癌可分为 PTC、FTC、ATC 和 MTC 四种类型，其中后两者 ATC 和 MTC，预后比较差。



二、拓宽诊断思路

要拓宽诊断思路，笔者提出诊断三要素：因病而谋，应癌而动，顺势而为。

1.因病而谋：围绕甲状腺疾病这个中心，把握甲状腺疾病的发生、发展趋势，找准诊断切入点和着力点，找到诊断方向。做出初步诊断，但初步诊断不是最终诊断，要严密观察，防止疾病的演变。

2.应癌而动：着眼疾病的演变，着眼“癌”事，提高警惕，熟练掌握甲状腺癌的各种类型特点，做到心中有数，把握诊断大方向，做好鉴别诊断，不按图索骥；做好综合评估，不耽搁治疗，防止诊断失误。

3.顺势而为：运用一切诊断手段为临床服务，把握诊断甲状腺癌的客观依据，作出符合临床的疾病诊断，明确甲状腺癌的诊断类型，明确诊断后确定治疗方向，加强科室协作，按循证医学证据制定最佳药物或手术方案，保证最佳治疗效果，防止治疗上的失误。

三、规范治疗是关键

针对不同的甲状腺癌病理类型，其手术治疗方案不一样。

1.手术治疗

手术是临床治疗甲状腺癌的首选方式。甲状腺癌治疗方法的选择：根据患者年龄、性别、原发肿瘤的大小、范围、组织学分级、DNA 倍体以及是否出现远处转移，将患者分为几个风险组，便于选择治疗方案。

2.碘-131 治疗

碘-131 治疗可以说是手术治疗的后续治疗，与手术治疗不可分割。碘-131 治疗甲状腺癌，主要是针对甲状腺癌的转移灶。DTC 和正常甲状腺组织一样可以摄取碘-131，被甲状腺摄取后通过局部的放射性摧毁甲状腺及甲状腺癌组织达到治疗的目的。术后可以配合应用碘-131 进行治疗。

3.靶向药物治疗

靶向药物是晚期甲状腺癌治疗的延续，对难治性甲状腺癌(碘-131 治疗无效的 PTC、FTC 和 MTC)的治疗提高了新的手段，靶向药物酪氨酸激酶抑制剂（TKIs）可能成为晚期甲状腺癌的治疗提供新的选择。有待深入研究。

4.个体化综合治疗

个体化综合治疗，贴近临床实际，甲状腺癌个体化综合治疗是甲状腺癌治疗的必然趋势。注重多学科团队作用是实施综合治疗模式的保障，综合治疗模式之下是否可以进一步改善患者的预后？这些都是我们未来探索的问题。



四、临床预防不可或缺

近年来，甲状腺癌发病率上升，而且呈现出年轻化趋势，一些甲状腺癌患者认为自己患上的是“懒癌”，抱着掉以轻心的态度，如果患者任凭病情发展或不按时治疗，病情可能恶化，后果不堪设想。预防甲状腺癌，要保持合理的饮食习惯，保持心情舒畅，避免过度劳累，定期做甲状腺功能和甲状腺彩超检查，一旦发现患上甲状腺癌，不要太过紧张、焦虑，要高度重视，遵循医嘱进行科学治疗，坚持定期服药，避免“懒癌”病情恶化。

五、小结

近年来，有“生命的窄门”之称的甲状腺癌有逐年上升和年轻化发展的趋势。该病具有起病隐匿、症状发展慢、症状轻等特点，一度被误认为“懒癌”。其实不然，临床医师应该走出认识误区。必须着力提高认识水平，致力拓宽诊断思路，尽力规范治疗方案，奋力开辟个体化综合治疗的康庄大道，努力解决预防问题，发挥预防为主的良性效应。目前，手术切除仍然是甲状腺癌治疗的核心，各项外科新技术的发展必然为患者带来福音，要在循证医学的基础上，注重多学科团队作用，给予甲状腺癌患者科学的评估和合理、规范、个体化综合治疗并大力减少治疗不足和治疗过度的现象发生。

小儿睾丸触及不到的解决方法

作者：龙振昼

原帖链接：<https://article.iyyi.com/detail/412586.html>

儿童隐睾，是指睾丸没有在阴囊内且出生后 4 个月内睾丸没有自行降入阴囊，是最常见的小儿先天性泌尿生殖畸形。大多数隐睾为睾丸未下降，只有少部分属于睾丸没有发育或萎缩导致的睾丸缺如。

正常情况下睾丸下降的机制目前还不十分明确。多数专家认为下降素起了关键的作用。睾丸经腹股沟管下降，始于妊娠第 28 周，是机械性因素、激素和神经递质相互作用的结果，也和腹腔内压力、鞘状突未闭、雄激素、促性腺激素等因素有关。

一、隐睾的临床特征

隐睾的主要表现为两边或一边阴囊空虚、发育不良或严重皱缩，可能伴有腹股沟区饱满。大约 10% 表现为双侧隐睾，而单侧隐睾多表现为左侧睾丸未能触及。

没有降到阴囊的睾丸，通常位于阴囊上方的外环口处，其次是腹股沟管内，最后是腹腔。

很多出生时未降至阴囊的睾丸，在出生后前 6 个月内会完成下降，所以在 6 个月内不要急于去治疗。如果睾丸出生 6 个月后仍未下降，则可能不会自行下降，通常需要通过手术操作将睾丸纳入阴囊，并将其固定于阴囊内。

有极少数婴儿在出生时睾丸完全下降，但之后又在 4~8 岁的儿童期重新上升至未降的位置，这种情况也可能需要手术。

二、隐睾或睾丸未降的并发症

睾丸未能降至阴囊，可能会有一些潜在的并发症和后遗症，如腹股沟疝、睾丸扭转、睾丸损伤、生育力低下或恶变等。

三、儿童隐睾的诊断

1. 详细的询问病史

详细了解新生儿期睾丸是否位于阴囊内，既往有没有手术史，孕期母亲有没有服用雄激素等等。

2. 认真的体格检查

检查婴幼儿的睾丸需要双手同时进行，必要时可以在手上涂以外科润滑剂或者温热的肥皂水，一只手放在髂前上棘附近，另一只手则置于阴囊处，前一只手从髂前上棘沿着腹股沟管方向移动，轻轻地试图将任何滞留的睾丸组织推入阴囊。

在此操作期间，真性的未降睾丸或位于腹股沟的异位睾丸，可能会在检查者的手指下滑动或突然出现。当低位的异位睾丸或回缩睾丸被前一只手挤入阴囊内，另一支手可以触及睾丸。

除了检查睾丸之外，对生殖器的检查还应该包括评估阴茎、尿道口位置、阴囊和腹股沟管等等。

3. 影像学检查

影像学检查并不是常规用来定位睾丸的手段，因为缺乏敏感性和特异性，不足以改变对手术探查的需要。因为 B 超检查发现不可触及睾丸的敏感性和特异性分别为 45% 和 78%。

4. 睾丸不可触及的解决策略

① 双侧睾丸不可触及时，需要考虑是不是真性睾丸未降、睾丸缺如和异位睾丸，区分这些疾病，通常需要手术探查。

②部分双侧睾丸均不可触及的，可能需要基因检测性别，如果表型为男性，需要考虑是否有性发育异常、先天性无睾症和双侧睾丸萎缩。

总之，隐睾是指睾丸在出生 4 个月后仍然没有在阴囊内的情况，是儿童最常见的泌尿生殖系统畸形。发现隐睾需要详细的采集病史和体格检查，再根据具体情况决定需采取何种治疗方案。

责任编辑：寒冰
编辑：刘延红大夫

第二部分——中医部分

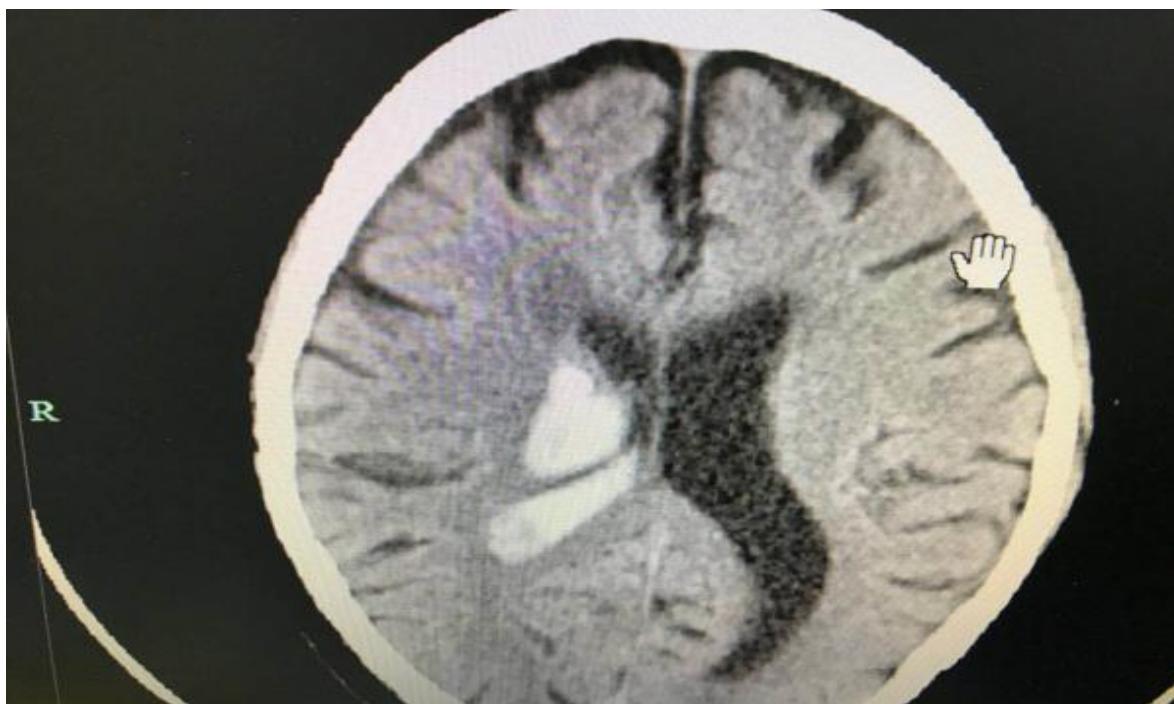
脑出血、酒精戒断、谵妄发热案

作者：Sczhfzhf

链接：<https://bbs.iyyi.com/thread-3442111-1.html>

患者，男，82岁。因头晕伴行走不稳3小时，于2017年10月25日入院。平素有高血压，慢性阻塞性肺病史，酒依赖，每天要饮两餐白酒。头颅CT示：右侧、背侧丘脑出血，破入右侧脑室。右侧基底节区腔隙性脑梗塞。入院后给予20%甘露醇注射液脱水，胞磷胆碱钠注射液营养脑组织，乌拉地尔注射液降压，注射用奥美拉唑护胃等治疗。入院第一至第四天体温在37-38℃之间，病情尚平稳。于第五天晨（2017年10月29日）突发收缩压降至100mmHg，患者出现烦躁不安、谵语、幻觉、高热，体温39.8℃，经补液，给予对乙酰氨基酚及物理降温，血压恢复到160/90mmHg，但仍然高热、无汗、烦躁、谵语，考虑酒精戒断，予以米氮平，维生素B1注射液等治疗，但仍烦躁，谵语，神志模糊。

2017年10月29日第一次中医会诊：谵语烦躁，面色潮红略暗，唇焦，全身皮肤干燥无汗且发烫灼手，舌体降红干枯且短缩后坠，无苔，如烤焦之荷叶，卷缩在里，竟不能及齿（拍照困难），脉弦细数。



据舌象辨证，当为养阴生津固脱之参麦饮、养阴生津清热增液汤、黄连阿胶汤之类。但仔细全面询查，患者有一典型特征：脐以上之半身皮肤干燥，脉络不显（浅表静脉塌陷），属津液干枯，阴绝津枯之象。脐以下之下半身皮肤水肿，脉络显露鲜明（脐以下腹壁浅表静脉曲张，下肢浅表静脉曲张）。

腹诊：腹满，特别是脐以下少腹胀满，按之如气囊，叩之如气球。两上肢浅静脉萎陷，胸壁及脐以上浅静脉萎陷，但脐以下腹壁静脉曲张，双下肢静脉充盈曲张，显露，按之有张力，试以米醋灌肠，流出少许黄色水样便，未见硬结之大便。

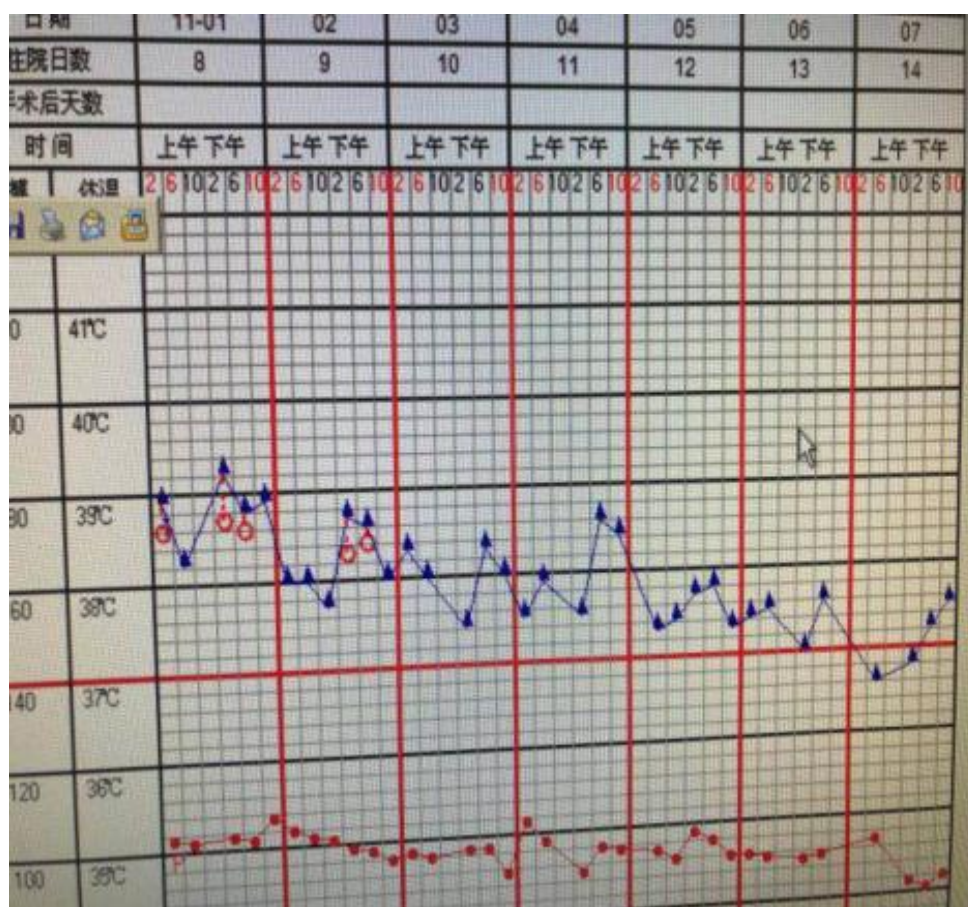
处方：生大黄 10g（后下），芒硝 6g（分冲），桃仁 10g，当归 10g，赤芍 10g，牡丹皮 10g，厚朴 10g，枳壳 10g，西洋参片 9g，生姜 10g。当晚（29 日）21:30 时急煎服。服后腹中咕噜作响，解了些许软便，腹胀气减轻，30 日上午再服一剂。解 300 克左右燥屎，腹胀好转，腹软，腹壁浅静脉及下肢静脉充盈好转，瘀热燥屎一去，阴阳交通，津液得复，上下交融，唇焦舌枯短缩竟有改善，下午能配合伸舌出来，腹满消失，脐以下腹壁静脉及下肢静脉平复如常，病人转为安静，当日体温下降至 37.9℃。

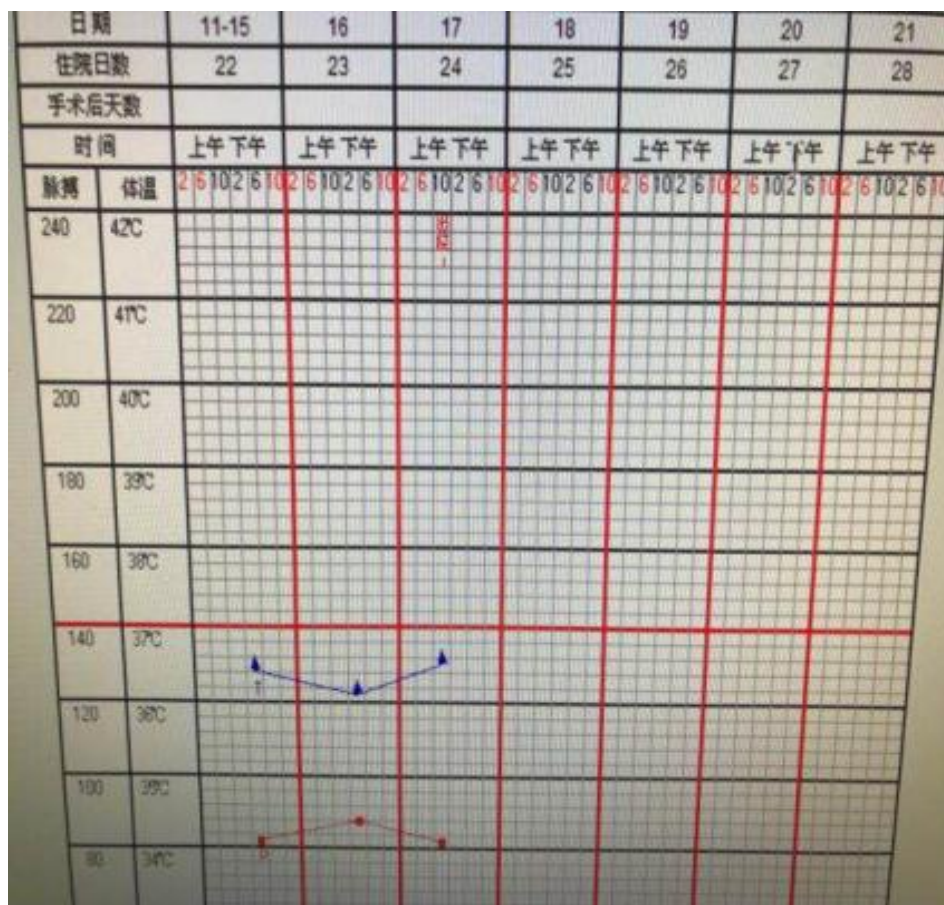


药后舌象（30 日上午拍照）



药后舌象（30 日下午拍照）





10月29日夜及30日用桃仁承气汤，31日用小柴胡汤，病人神志清楚，体温逐

渐恢复正常，最后痊愈出院。

治鼻炎的验方

作者：cqfdy

链接：<https://bbs.iyyi.com/thread-1026158-1.html>

无论哪种鼻炎，都会经年累月、缠绵难愈，我有个办法效果非常不错，曾经发表在 10 余年前的《四川中医》上，继后又有人将很好的使用效果发表在《河南中医》上，方法如下：

按照我们中医的传统理论，根据鼻炎的临床表现，分成外寒型、内热型和过敏型三种，用苍耳子 20 g，辛夷 20 g，白芷 20 g，薄荷 15 g 为基础方，外寒型加桂枝 6 g，内热型加黄柏 20 g，过敏型加夏枯草 12 g。将每一种类型的 5 味药共为细末，过筛装入能够密闭的瓶中备用。使用时根据自己鼻孔的外形和大小，取约 1 g 左右的药末，用 4—5cm 见方的消毒纱块包入药末，使药球能塞入鼻孔为宜，用一根棉线将药球捆扎紧，并留 5cm 左右一小段以便能在鼻孔外拉出药球，将药球慢慢塞入鼻孔，两个鼻孔交替塞用，塞入后 2—3 小时取出，一般第二天就基本没有鼻炎的症状出现，头痛也会相应好转。

使用原理：

当药球塞入鼻孔后，首先是干燥的纱布和药末会将鼻孔内的分泌物或者脓涕吸干，当药末吸入一定的分泌物后，就开始分解、渗出药汁并反流回鼻腔发挥药物的治疗作用，当药球吸入的分泌物过多时，过多的分泌物就会沿着留于鼻孔外的棉线流出体外，起到引流的作用。

注意事项：

1. 塞入的深度以刚好将要打喷嚏时即止，过深会因为喷嚏而将药球冲出；
2. 捆扎药球时要让药球能随意变形，以便根据鼻孔的外形随意变动；
3. 捆扎的棉线一定要留一小段在鼻孔外，以便能随时将药球拉出体外；
4. 若能同时结合服用苍耳子散或者辛夷鼻炎丸效果会更好。

儿童抽动症治验

作者：中籍华人

链接: <https://bbs.iyi.com/thread-3452366-1.html>

患者，男，10岁，2013年1月17日就诊。

挤眉弄眼、耸鼻，甩头，清嗓子样短咳10多天。阵发性发作，每天三至五次，甚则十余次，每次数秒、十余秒或半分钟以上，受到指责时发作更为突出。身体形质较差，面色少华，舌苔薄白，脉弦细。

诊断：儿童抽动症。其病因病机多为儿童生长发育、生活学习过程中多种因素导致血气不足，虚风内动，元神受扰。

治法：养血调神，祛风定痉。

方药：四五定痉调神汤：

当归10g，白芍15g，川芎10g，地黄6g，蝉蜕6g，僵蚕6g，地龙6g，全蝎5g，蜈蚣1条，防风15g，钩藤10g，龙骨20g，牡蛎20g，甘草6g。3剂，日一剂水煎服。

1月28日复诊：其父代述，服完上次开的3剂中药后，挤眉弄眼、耸鼻，甩头、清嗓子样短咳等症全都消失，因期末考试没来复诊，现再来看看还要不要吃药。遂针对患儿身体形质较差，又发本症的基本情况，处以益养心脾，补肾调元神之法，归脾汤加枸杞、菟丝子、龙牡善后。随访至今未见复发，其间患儿之父还介绍了另一个患有本症的儿童来诊，也用四（物）五（虫）定痉调神汤治愈。

巅顶头痛治验

作者：中医老学员

链接: <https://bbs.iyi.com/thread-3448700-1.html>

近日，双休日在家整理书柜，书中掉出一纸，检之，乃1975年治巅顶头痛记录。补记如下，供各位大侠评析。

患者张某某，时年41岁，微胖，体素健壮，常在周日骑自行车达50余公里回家。唯患巅顶头痛十年。发作时巅顶如针刺，头皮手不可近，但重按之，又非头皮痛。时而于半夜发作，之前如有鬼魅压之。十年之中，跑遍多处大城市中西医治之无数，病历近百页厚。

患者为本单位干部，知吾家中业医数代人，求助于我。我将其病情及各地用药处方写信告于父亲。父来函授方，乃湖北中医学院张梦侬先生治巅顶头痛方加味。我将处方交与张某，恰好其病又发。正是头痛之际，浑身抖动如筛糠。其到医院抄方拿药

三剂。

后听其介绍，煎服之后约一小时，自觉后背有一线清凉之气，直冲头顶，头痛自此减轻，三剂服完，头痛完全消失。几年后，又有发作之象，再服三剂，从此未发。

湖北中医学院张梦依先生治巅顶头痛方如下：

制首乌 5 钱，女贞子 5 钱，杭菊花 3 钱，黑豆皮 3 钱，苦丁茶 3 钱，白芍 3 钱，甘草 3 钱，石斛 3 钱，制龟板 1 两，制鳖甲 1 两，煅磁石粉 1 两，生石决明 1 两。

吾父在该方上加了一味：藁本 3 钱

分析：阴虚则阳亢，液足则阳潜。巅顶为阳脉之海，督脉所属。肝肾阴虚，肝阳上犯，足厥阴肝经上行与督脉会于巅，故头痛以巅为显。治宜滋补肝肾，育阴潜阳。方中以制首乌、制龟板、女贞子滋补肝肾，以石决明、煅磁石潜浮阳，以白芍、菊花歇肝风，以藁本载药上行巅顶。使肾水得济，肝火得平。故见速效。

太乙膏的炼制

作者：一浩

链接：<https://bbs.iyyi.com/thread-1608318-1.html>

太乙膏原见于《太平惠民和剂局方》，后来在《医宗金鉴》中有其加味方。为中医外科常用之药。惜现代能用会者已很少见。我原按照《医宗金鉴》的方炼制三次皆未成功。后遇一民间医生随其学习、交流近一年，才告我口诀。

她说古书记载的剂量不准，应该是麻油 2500g，生地 60g，肉桂 60g，当归 60g，白芷 50g，马钱子 15g，赤芍 60g，大黄 60g，以油浸 10 天，然后架火上熬制，待药皆浮起，说明已经炼好，用箴篱（极细）滤去药材，取静油再下鲜芫荽草（急性子的花、茎、根，院中多有栽培）和大蒜各 100g，熬至鲜草黄焦为度，再滤出药油备用。此时下乱发 30g 继续熬制，待头发挑起呈半流质（似化未化状态）时，澄去头发，取静油再次滤静，然后加火熬制，一般熬到油呈黑色，取一点滴到水里，呈浮游状态不散（即滴水成珠），说明油已炼到火候，可以下丹了。取黄丹 1250g（事前炒去水分，防止入油锅时外溢）徐徐下入油锅，边下边用不锈钢棍紧忙搅拌，使油与丹充分混匀，锅中不断冒白烟。此时最要紧不要使药外溢，防止的办法是见药上升，欲溢出时，忙把锅移下。待其平静再放到火上继续熬制。我即于此处失败过，所以千万小心，否则很容易前功尽弃。待油与丹充分混合后，此时可以下细药了。再把乳香 15g，没药 15g，

轻粉 10g，阿魏 10g（事前都粉成细面）下入，搅拌均匀。

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

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

以上是我个人的一些经验，可能与书上记载的不一样，《太平惠民和剂局方》有详载。我外治风湿骨痛、痈疮疔疽、诸疮漏口、痔疮疼痛等疾皆效。

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

中医正骨与整脊、理筋与按摩的区别

作者：劳谦君子

链接：<https://bbs.iiyi.com/thread-2035417-1.html>

为了更好的说明这个问题，先谈两个病例。

患者，男，运动员，在一次训练中手臂拉伤，每次举臂，便觉臂部有一根筋抽着疼痛不能举，一直到肩。经针灸，按摩后终不见症状减轻。后到笔者处治疗。

触诊：从肩部到大臂处有一根小指粗筋翻转出槽，摸其手感，尚属新伤，给予手法较好治疗。

令患者臂曲肘放于医者手臂上，医者另一臂辅助将肱骨向上提，与肩胛骨对齐，所谓引筋转关，然后将患者手臂轻轻翻转，力量由肩一直引到大臂处。顺筋翻转，一两圈后。嘱患者举臂，症状基本消除，但举臂时稍有不适。嘱其过两天再治，经两次治疗，症状消除。

后患者在一次训练中腰拉伤，因笔者有事外出，找人按摩整脊，结果走着进去，抬着出来。数天内只能以某一姿势曲坐。

触诊：患者有一根筋从腰部翻转出槽，到臀部后分两支在大腿内外侧循行出槽。嘱患者坐位，类似冯氏旋转手法，然后引向体缓缓旋转，将腰部筋入槽。然后将患者

腿顺绕，将腿部筋绕开。症状立解，可以仰躺俯卧。但蹲起仍困难。经休息，三次治疗后痊愈。

患者，女，福建人。半年前因一次车祸后致肩锁韧带断裂，拍片尚未完全断裂。因不愿手术，找当地中医敷药固定捆绑。症状缓解，拍片韧带恢复良好。但不能举臂，不能侧卧。颈椎转动不适。

触诊，该患者桡骨错位，从桡骨处筋出槽，肱骨头前移，颈椎第五六七侧摆移位。

幸亏该患者第一个就找笔者治疗，如果找人去做所谓的整脊治疗，后果很难想像。因为患者的颈椎侧摆错位是因为肱骨、桡骨、肋骨、锁骨等一系列骨错位引起，因为这些骨头错位，使前、中、后斜角肌等一系列肌肉拉紧出槽，而导至颈椎错位。如果只是所谓的整脊，将椎体勉强复位，而骨头相对距离增大，这些肌内会被更加拉紧，从而压迫神经，后果可能是越治越重。（这样的患者我接诊过一次，也是摔伤后找人整脊，结果造成颈肩部长年水肿不消，将相关错位骨头复位后症状渐渐缓解，水肿消除）。

将该患者错缝的肋骨、肱骨、桡骨先复位，然后将颈椎复位，将筋入槽。当下嘱患者摇头，症状立解。再试侧卧，还有症状，但不觉得很重。患者已经很满意。但侧卧这个症状开始怎么也搞不清，经三次治疗总是不能消除，后来才醒悟到是第一二肋骨之间的筋未调。因其在肩井中隐藏着，故没有太注意，处理后症状立解。经六至七次治疗，没有任何症状，只是天气变化时肩觉酸困。

通过上面病例我们可以看到，正骨与整脊，按摩与理筋还是有很大区别的。

辨经取穴治疗肩周炎

作者：土不留行

链接：<https://bbs.iyi.com/thread-3223645-1.html>

在治疗前，诊断很重要。所有的疾病只有诊断明确，治疗才容易。这里指的是五十肩、冻结肩、凝结肩。如果是颈肩综合征所选穴是不同的。

肩前部的疼痛取鱼际穴，肩外侧的疼痛取三间穴，肩后侧的疼痛取后溪穴，抬不上的取肩髃穴，后背不了的取天宗穴。

能用简单的方法，解决问题，何必要搞的复杂，所以能用针灸取穴解决问题，我不用针刀，拨针。除非是对针恐惧的患者，用正骨手法解决。痛苦最小，疗效最好是我疼痛路上的永远追求。

不要因为一次效果不理想，就否决它。也许是你取穴不对，操作不对，坚持就出效果的。

骨质疏松症的中医药治疗

作者：韩仁贵

链接：<https://article.iyyi.com/detail/410373.html>

随着人口的老齡化的加剧，骨质疏松症已成为老年人的一种常见疾病。西药主要用骨营养补充剂、骨吸收抑制剂、骨形成促进剂等治疗，这些药物虽然在一定程度上可以防治骨质疏松症，但是其效果并不理想。随着中医药对骨质疏松症的深入研究，在治疗方面上取得一定程度上的突破，渐渐成为治疗骨质疏松症手段之一。骨质疏松症与中医的“骨痿”、“骨痹”等比较相似。

一、对骨质疏松症的病名研究

骨质疏松症是现代医学的专业术语，从临床症状看，与中医的“骨痿”、“骨枯”、“骨痹”、“骨极”比较一致。《素问》中曾记载痿躄、枢折挈胫纵而不任地、腰脊不举、骨枯而髓减、骨重不举、骨髓酸痛等，与骨质疏松症在临床表现中的足疼不能着地、腰背痛、驼背、关节屈伸不利等相符合。而《备急千金要方》对于骨极描述为：牙齿苦痛，手足疼，不能久立，屈伸不利。因此，骨质疏松症属于祖国医学中的“骨痹”、“骨极”等范畴。

二、对骨质疏松症病因病机的研究

骨质疏松症的病因病机比较复杂，其中大多临床医家认为与肾虚精亏、脾胃虚弱、肝失条达、血淤等有关。

(1) 肾虚《素问·阴阳应象大论》记载“肾生骨髓”，说明肾的生理功能与骨及骨髓有关，若肾精不足，骨髓失养，骨骼生长发育不良，骨质脆弱，易于骨折或者骨质疏松症。《景岳全书·痿证》曰：“肾气热，今水不胜火，则腰脊不举，则骨枯而髓虚，发为骨痿”。无论是《素问》还是《景岳全书》都道明了肾与人体全身骨骼的关系。有研究发现临床通过补肾固本治疗的方法可以改善骨钙素、降钙素、骨碱性磷酸酶水平，降低血清基质金属蛋白酶-2，从而抑制骨吸收，又能促进骨形成，还可以提高激素水平，对于绝经后骨质疏松症的治疗有显著的效果。肾虚患者临床症见腰酸背痛、肢体软弱、女子经少或提前绝经等，与骨质疏松症的临床症状较为相似。

(2) 脾胃虚弱：李东垣《脾胃论》记载：脾病则下流乘肾，土克水，则骨乏无力，是为骨蚀，令人骨髓空虚，足不能履地。这说明脾胃如果不好，容易产生湿邪，而湿邪容易下注下焦，从而影响到后天肾水，渐渐出现肢体软弱、骨节疼痛、不久立、骨质脆弱等现象。研究发现，健脾对骨质疏松性骨折的骨痂形成有促进作用，而且还能提高骨小梁的质量，促进骨折预后，从而降低骨延迟愈合或骨不连的发生率。脾胃得健，水谷精微得以运化，通过后天养先天，骨骼得到润养而健壮，从而达到治疗脾胃气虚证型老年糖尿病骨质疏松症。

(3) 肝失条达和血瘀《素问》曾记载肝的主要生理功能，如：“七八，肝气衰，筋不能动”、“肝之气血亏虚，筋膜失养，则筋力不健，运动不利”、“肝主身之筋膜”等。中医认为肝为阳中之阴脏，肾为阴中之阴脏，这两脏容易发生阴液亏损，从而出现膝酸痛，膝软无力，形体消瘦，眩晕耳鸣等症。研究发现肝肾阴虚型骨质疏松骨折患者血碱性磷酸酶 ALP、I 型胶原羧基端肽 B 特殊序列偏高、血清白蛋白偏低，这些指标的异常容易与骨质疏松症的发病有关，如 β -CTX 在破骨细胞对骨基质吸收时，就释放入血循环，其含量的高低是表示机体对骨吸收的状况，临床可以根据其来判断治疗骨质疏松症的效果。同时现代药理研究发现补肝肾可以影响成骨细胞或破骨细胞的增殖分化，减缓骨丢失、增加骨密度，缓解骨质疏松症的症状。骨质疏松症最为明显的临床症状是疼痛，用血细胞参数来对骨质疏松症患者进行血瘀评分及疼痛评分，发现血瘀越严重，则骨质疏松症患者疼痛越也明显，提示血瘀在骨质疏松性疼痛致病机制中起着重要作用。这可能是瘀血阻滞经络，则导致营养物质不能及时补养机体，骨骼得不到滋润，日久就会发生骨痹。虽然也有些医家认为骨质疏松症病因病机还与脏腑有关，但是中医临床对骨质疏松症的治疗大多基于肾虚、脾胃虚弱、肝失条达、血瘀等为主。

三、中医对骨质疏松症的分型

骨质疏松症的中医辨证分型目前还没形成统一的标准，而名医名家对于骨质疏松症的分型也是各抒己见，各有成就。通过对骨质疏松症患者进行临床辨证分型，大体可以分为肝肾亏虚型、气滞血瘀型、脾胃虚弱型。通过对 751 例绝经后的骨质疏松症患者临床资料进行聚类分析发现，45-54 岁患者大多是肝肾虚损为多，而其他脾胃虚弱、气血瘀滞、肺虚等差异并不是很明显。这可能与中医理论中的天癸竭，地道不通有关，因为女性绝经后体内激素分泌减少，就会出现更年期一系列症状，容易引发骨质疏松症。根据体质来进行辩证分型，则有平和体质、气虚体质、阳虚体质、阴虚体

质、痰湿体质等，但是气虚体质、阳虚体质、阴虚体质的 BMD 水平较低。无论那种分型，基本都是不外乎从肝、肾、脾及血瘀入手，相信随着各个医家不断补充，日后的分型将会越来越标准化。

四、治疗

(1) 单味中药治疗骨质疏松症的研究。

最近几年，随着 GC、HPLC、UHPLC、MS 等技术应用到中药研究方面上，中药的研究得到空前的发展。目前，临床发现能够治疗骨质疏松症的单味中药数量较多，但其大体可以归类为调节体内激素类、增强成骨细胞功能类中药、调节细胞因子类中药。

调节体内激素类中药。绝经后由于体内分泌激素水平降低，其中雌激素降低最为明显，而雌激素可以直接作用于骨骼和影响骨代谢，所以绝经后的女性发生骨质疏松症风险率会相应提高。临床对于绝经后引起的骨质疏松症的治疗主要调节其体内激素，而具有调节体内激素类中药主要有淫羊藿、葛根、杜仲、人参等。淫羊藿味辛甘、性温，归肝肾经，其功效主要为补命门、益精气、强筋骨、补肾壮阳等。现代药理研究发现，淫羊藿提取物具有类激素样作用，对绝经后妇女的骨质流失具有保护作用，从而可以有效降低绝经后妇女骨质疏松症的发生率。虽然中医理论记载中有些中药并无强筋骨、补肝肾的作用，但是随着临床研究的深入发现葛根也具有类激素样作用。这可能是葛根含有葛根素异黄酮类植物雌激素，同样也具有雌激素样活性，不仅可以调节体内激素预防骨质疏松症，还对心血管有一定的保护作用。杜仲叶醇提取物能提高雌激素水平，减少尿钙磷的丢失，并且还能降低骨钙素含量，从而调节骨代谢防治骨质疏松症。由于中药毒副作用小，患者比较乐意接受，而且部分中药还可以调节体内激素水平从而治疗骨质疏松症，这将会是以后临床研究的重点。

增强成骨细胞功能类中药。骨质疏松症的发病机制与成骨能力和骨吸收能力有很大的关系，通常由于体内的成骨能力下降而且骨吸收速度加快，骨代谢无法维持动态平衡而发生骨质疏松症。临床研究发现，部分中药可以提高成骨细胞活力，从而对骨骼起到保护作用，预防骨质疏松症。临床研究发现，能够直接刺激成骨细胞的中药大多属于补益类，如巴戟天、黄芪、续断等。巴戟天醇、乙醚、正丁醇提取物给予大鼠的成骨细胞，发现其低中高组都能刺激成骨细胞增殖，而正丁醇部位低剂量组能够促进成骨细胞分泌碱性磷酸酶，促进骨的生长，在三种不同提取部位中，正丁醇提取部位是最有可能含有直接刺激成骨细胞的增殖成分。巴戟天之所以能够直接刺激成骨细胞的增殖可能与补肾阳，强筋骨功效有关。用噻唑蓝比色法检测黄芪多糖对成骨细胞的

影响，发现黄芪甲苷可以提高成骨细胞的活性与 24-羟基化酶、 1α -羟化酶、mRNA 等的表达。黄芪性微温，味甘，归脾、肺经，具有补气升阳、益卫固表、托毒生肌、利水消肿之功效，现代药理显示黄芪具有提高免疫力、抗肿瘤、降血糖等作用，而成骨细胞由于黄芪甲苷所提供的营养物质，从而提高成骨细胞增殖分化，有利于骨的形成，起到防治骨质疏松症的作用。

调节细胞因子类中药。白细胞介素-1、白细胞介素-6、肿瘤坏死因子等细胞因子可以促进破骨细胞的生成，加速骨吸收，从而诱发骨质疏松症。具有调节细胞因子的中药并不多，其主要包括牛膝、补骨脂等。含有牛膝提取物能提高 OC 抑制因子的表达，从而抑制 OC 的分化，有利于骨的形成。研究表明，补骨脂中的补骨脂素通过 CD4+T 细胞也能抑制的 OC 骨吸收功能，而且还有具有下调 TNF 的功能，从而对骨的形成起到保护作用。目前，对于调节细胞因子类中药处于相对不足，还待进一步临床研究。

(2) 中药复方治疗骨质疏松症的研究。

由于单味中药的治疗效果还是比较有限，临床多采取中药复方对骨质疏松症患者进行整体调理。这些中药复方大多根据骨质疏松症患者的个体差异进行加减化裁而来，其大多治方以补肝肾、健脾益气、活血化瘀等为主。

补肝肾。中医通过调补肝肾的方法，使肝血充盈和肾精充足，四肢筋脉得到润养、骨骼变得强壮有力，减轻患者疼痛，提高骨质疏松症患者的生活质量。临床采取补肝肾的治疗方法可以益精血、强筋骨，从而修复骨组织。目前，已有一些补肝肾中成药在临床中得到应用，其疗效显著，如强骨胶囊、复方制剂的骨疏康、仙灵骨堡等，这说明中医通过补肝肾治疗骨质疏松症，在一定程度上来讲，是值得学习借鉴。

健脾益气。中医认为，脾主肌肉，为气血生化之源，后天之本。脾若强健，则运化能力强，四肢有力，气血充足而化精润养骨骼肌肤等，反之，则四肢无力，骨质脆弱、疲倦等。临床有些骨质疏松症患者属于脾胃虚弱型，通过益气健脾后取得很好的效果，其体质也得到很大改善，生活质量也得到一定程度的提高。

活血化瘀。由于骨质疏松症的病因病机较为复杂，临床上有时经过补肝肾、健脾益气的治疗，其效果并不是很理想时，要考虑骨质疏松症患者是否有淤血造成，适当加入活血化瘀的中药。唐容川《血证论》中指出“瘀血在经络脏腑之间，则周身作痛，以其堵塞气之往来，故滞障而痛，所谓痛则不通也”。临床上骨质疏松症患者的疼痛有些是不荣则通，但有些血瘀造成的，要注意区分。临床研究发现，单纯钙剂是很难

抑制骨质流失，而通过结合活血化瘀的方法，能降低血液粘稠度，使血流加速，改善微循环，增加局部血流量，促进药物吸收。

（3）针灸治疗骨质疏松症的研究。

中医除了药物疗法，还有另一特色，就是通过针灸推拿，调动体内的正气，激发机体的潜能来进行自我修复。这是一种天然的疗法，其副作用越低于药物疗法，安全性较高，疗法明显，其临床应用的热度并不亚于其他疗法。针灸推拿法在治疗原发性骨质疏松症相比较常规的药物治疗效果更好。针灸推拿可以通过对穴位的小刺激来达到益精填髓、补肾健脾的作用，从而起到治疗骨质疏松症的效果。

（4）中医运动养生。

相对于其他疗法来说，运动疗法既经济又实惠、简便。而中医运动养生历史悠久，其中五禽戏、八段锦、太极拳等运动能够起到舒经活络、强身健体、延年益寿等作用，骨质疏松症患者依从性高，现已被用于临床实践中。五禽戏的运动能够对骨质疏松症起到预防和治疗作用，其效果优于常规运动。与五禽戏相似的八段锦也是广受老年人喜爱的健身养生运动之一。八段锦可以促进血液循环，提高骨细胞的活力，增强肌肉功能及机体平衡力等，从而可以预防骨质疏松症。健身功法简单易学，可强筋壮骨，增强机体柔韧性及协调能力，应当在临床中推广应用。

中医在治疗骨质疏松症方面上已取得一定的成就，但是由于中药成分复杂，其机制作用的研究尚未成熟，所以能够真正得到临床运用的中药制剂比较少。随着现代科技技术和大数据的发展，人们对于中医药的研究也更加深入，很多医学难题将会被攻克。我国中药资源丰富，中医药文化历史悠久，治疗骨质疏松症效果确切，相信不久的将来治疗骨质疏松症的成方制剂会越来越多，其治疗效果也会越来越趋向于精准化。

辨证论治慢性肾炎之脾肾阳虚症

作者：赵树良

链接：<https://article.iyyi.com/detail/411214.html>

患者张某，婚姻：已婚，年龄：46岁。

主诉：腰酸、腰痛半月。

现病史：经检查确诊肾小球肾炎。胆固醇偏高、蛋白尿。时常出现心悸、恶心、欲呕。

个人史：初诊时略有外感。目前就业且疗养中。很少熬夜，生活作息皆正常。饮食清淡，三餐都正常。

既往病史：胃肠功能差，易腹泻。

家庭病史：无家族遗传性疾病。

中医四诊：

望诊：面色苍白淡黑、舌质红、苔白腻、小便色赤、齿长而垢、行缓体重。

闻诊：呼吸略促、语声低微。

问诊：头晕目眩，记忆力略差，口干、畏寒、贫血、眠差、尿频量少色赤、腰酸。

切诊：左脉沉涩、右脉沉滑。

理学检查：血压：170/100mmHg、体温：37° 呼吸：20 次 / 分、脉搏：72 次 / 分；

诊断：中医诊断，脾肾阳虚，气阴两虚。西医诊断，肾炎、肾征候群及肾变性病，血脂过高症。

治则：温阳利水，益气养阴，先升再降。补土养金润水，兼顾冲带。

处方：滋阴降火汤合四君子汤另加猪苓 12g、泽泻 10g。

理法方药分析：

病理分析：慢性肾功能衰竭是由于脾肾两虚为主要因素，本例湿邪郁阻中焦，气化失调，可以导致小便少而赤，甚至混浊，而成阴虚内热再灼阴之情形。

中焦脾胃气虚，运化无力，气血生化之源匮乏，则体虚易倦，面色晦暗。

由于阴阳互根，脾肾阳虚而损及阴，进而阴阳失调的复杂情形。湿浊之邪留体内，可寒亦可热化，而形成浊阴或湿热互结阻中焦，升降失调则出现恶心、呕吐。上下心肾不交、心火不下，肾水不上，乃心肾之真元不足，而现心悸，失眠，进而健忘情形。若心火独亢，口干少津，烦不得卧，腰酸遗精，乃水亏火旺也。

治法分析：降心火，泻邪水，补阴虚。调理中焦，以成转输之功。上升清气，肾水同起。下降心火，而温阳利水，且土盛能堤防治水，而共成其功。

方药分析：先养胃健脾，倍泽苓启水之上源，使能肃降，并培中土使精气四达，则周身气机以疏通。滋阴降火汤，用于急慢性肾炎，可气血双调而滋阴。四君子汤，健脾养胃，益气和中。猪苓，升而能降，开腠发汗利便行水。泽泻，利小便，泻肾经火邪，利水湿。

追踪诊疗记录：气机已动，肺气渐行，肺气降则诸气降，水气悸喘稍减，自应引水邪下行。

[二诊]，原症略有改善，且肺气机动应引水下，故守方除四君子汤、猪苓、泽泻，合五苓散以温阳利水，健脾利气。

[三诊]寒湿之邪渐下，理应胀痞，守方再加砂仁 10g，以和胃醒脾，理气调中。

[四诊]胀痞已消，故除砂仁，消肾气之患，且守方保持疗效。

[五诊]稳定进步中，守方固疗效。

[六诊]距离上次看诊，已超过三个月，细察邪既退位当补正，故舍原方，而改用六味地黄丸滋阴补肾，养血益气；另加黄芩 10g，养阴退热；知母 10g，清肺金润肾燥兼顾；加龟板 8g，补心益肾滋阴除热；加川牛膝 10g，引诸药下行而益肝肾。

[七诊]症状大有改进，但寒湿束胸中之阳，牛膝降气稍过，故守方除川七再加丹参补血，养胸中之阳，以归复于正位，经云：「胸主阳，腹主阴。」丹参 10g 入心及包络经，以缓解上焦之烦热。目前继续服药中。

[八诊]，停药三月后复查肾及小便指标正常。

心得感言：病患在四年前，无意中去体检才发现：当时尿素氮在 130mmol/L 以上，其生活作息，三餐饮食皆正常，故当时无法接受这事实。经过西医断断续续治疗二年余，并无明显改善，故而接触中医治疗。现在已明显改善。由此可知，西医疗效不佳的情况，由中医加以治疗，只要诊断正确，方药精准，灵活而妥善运用，而得适当的改善。

责任编辑：修竹临风

编辑：草原民间中医、砭艾、xiwang001han

繁缕

别名：鹅肠菜、鹅耳伸筋、鸡儿肠。

来源：石竹科植物繁缕 *Stellaria media* (L.) Cyr. 的干燥全草，全国广布（仅新疆、黑龙江未见记录）。



形态：一年生或二年生草本，高 10~30 厘米。茎俯仰或上升，基部多少分枝，常带淡紫红色，被 1~2 列毛。叶片宽卵形或卵形，长 1.5~2.5 厘米，宽 1~1.5 厘米，顶端渐尖或急尖，基部渐狭或近心形，全缘；基生叶具长柄，上部叶常无柄或具短柄。疏聚伞花序顶生；花梗细弱，具 1 列短毛，花后伸长，下垂，长 7~14 毫米；萼片 5，卵状披针形，长约 4 毫米，顶端稍钝或近圆形，边缘宽膜质，外面被短腺毛；花瓣白色，长椭圆形，比萼片短，深 2 裂达基部，裂片近线形；雄蕊 3~5，短于花瓣；花柱 3，线形。蒴果卵形，稍长于宿存萼，顶端 6 裂，具多数种子；种子卵圆形至近圆形，稍扁，红褐色，直径 1~1.2 毫米，表面具半球形瘤状凸起，脊较显著。花期 6~7 月，果期 7~8 月。

栽培：繁缕喜温和湿润的环境，云南一般在雨季生长旺盛，冬季也能见到。适宜的生长温度为 13~23℃。能适较轻的霜冻。

性味功能：味微苦、甘、酸，性凉；清热解毒，凉血消痈，活血止痛。

用途：用于痢疾，肠痈，肺痈，乳痈，疔疮肿毒，痔疮肿毒、出血，跌打伤痛，产后瘀滞腹痛，乳汁不下。

用法用量：内服 15~30 克。

经验鉴别：本品以叶片完整、色绿无杂质及泥土者为佳。

白蜡树

别名：秦皮、梣皮。

来源：木犀科植物白蜡树 *Fraxinus chinensis* Roxb. 的干燥树皮，主产于南北各省区。多为栽培。越南、朝鲜也有分布。



形态：落叶乔木，高 10~12 米；树皮灰褐色，纵裂。芽阔卵形或圆锥形，被棕色柔毛或腺毛。小枝黄褐色，粗糙，无毛或疏被长柔毛，旋即秃净，皮孔小，不明显。羽状复叶长 15~25 厘米；叶柄长 4~6 厘米，基部不增厚；叶轴挺直，上面具浅沟，初时疏被柔毛，旋即秃净；小叶 5~7 枚，硬纸质，卵形、倒卵状长圆形至披针形，长 3~10 厘米，宽 2~4 厘米，顶生小叶与侧生小叶近等大或稍大，先端锐尖至渐尖，基部钝圆或楔形，叶缘具整齐锯齿，上面无毛，下面无毛或有时沿中脉两侧被白色长柔毛，中脉在上面平坦，侧脉 8~10 对，下面凸起，细脉在两面凸起，明显网结；小叶柄长 3~5 毫米。圆锥花序顶生或腋生枝梢，长 8~10 厘米；花序梗长 2~4 厘米，无毛或被细柔毛，光滑，无皮孔；花雌雄异株；雄花密集，花萼小，钟状，长约 1 毫米，无花冠，花药与花丝近等长；雌花疏离，花萼大，桶状，长 2~3 毫米，4 浅裂，花柱细长，柱头 2 裂。翅果匙形，长 3~4 厘米，宽 4~6 毫米，上中部最宽，先端锐尖，常呈犁头状，基部渐狭，翅平展，下延至坚果中部，坚果圆柱形，长约 1.5 厘米；宿存萼紧贴于坚果基部，常在一侧开口深裂。花期 4~5 月，果期 7~9 月。

栽培：白蜡树喜温暖湿润气候，喜阳光。

性味功能：味苦、涩，性寒；清热燥湿、收涩明目。

用途：用于热痢，泄泻，赤白带下，目赤肿痛，目生翳膜。

用法用量：内服 6~12 克。

经验鉴别：本品以整齐、长条呈筒状除去粗皮者为佳。

编 辑：王颖健

责任编辑：金陵一剑

支原体肺炎初诊怀疑肺结核 1 例

作者：斯梦未醒

链接：<https://bingli.iiyi.com/show/62929-1.html>

●病例摘要

基本资料：女性, 11 岁。

主诉：咳嗽发热 6 天

现病史：

患儿于 6 天前起病，出现间断发热，体温波动在 38.5-39.5℃，偶有畏冷寒战，稍有鼻塞流涕，阵发性咳嗽，喉头有痰，白天咳嗽稍重。于当地医院治疗 1 天（具体不详），来我院门诊治疗 4 天（头孢哌酮他唑巴坦钠+阿奇霉素静滴），咳嗽未见好转，现患儿仍反复高热，门诊以“支气管肺炎”收住院。自起病以来，患儿精神尚可，食纳尚可，大小便正常。

既往史：无特殊。

体格检查：

T:39℃, P:100 次/分, R:25 次/分, BP:90/60mmHg。神清，精神反应佳，全身未见出血点及皮疹，浅表淋巴结未及肿大，皮肤巩膜无黄染；呼吸平稳，未见三凹征及鼻翼扇动，鼻腔未见分泌物；唇红，口腔粘膜光滑完整，咽充血，扁桃体Ⅱ度肿大，未见分泌物；颈软；胸廓未见异常，双侧呼吸运动均匀对称，语颤正常，叩诊呈清音，双肺呼吸音粗，未及啰音；心前区无隆起，心界不大，听诊心音有力，律齐，未及杂音；腹部平坦，无压痛及反跳痛，肝脾肋下未及肿大，肠鸣音活跃；外阴未见异常；四肢、关节未见畸形，运动灵活自如，肌张力正常，未引出病理反射。

辅助检查：

2019.06.24 我院门诊血常规：WBC: $6.84 \times 10^9/L$; RBC: $5.54 \times 10^{12}/L$; HGB: 158g/L; PLT: $141 \times 10^9/L$; N: 65.2%; L: 28.0%; FR-CRP: 30.29mg/L。胸片示：左上肺感染性病变。



检查名称：胸部CT平扫+三维重建

检查方法：SN基线 层厚10MM 层距10MM

影像所见：

肺窗：双肺纹理增多，左肺野及右下肺可见多发斑片状高密度影，以左上肺为甚；气管及双侧主支气管显示通畅；心影未见明显异常；纵隔窗：左上肺可见斑片状软组织密度灶；气管居中；平扫纵隔内未见明显肿大淋巴结影。

印象：双肺感染性病变：（较前片2019-07-01比较明显好转）
建议：治疗后复查或临床行相关检查，排除其他。

影像所见:

左上肺见斑片状云絮状模糊影，密度不均，心影大小、形态属正常范围。两膈面光滑，两侧肋膈角锐利。

影像学意见:

左上肺感染性病变，多为结核
建议复查或进一步检查

检查名称: 胸部CT平扫+三维重建

检查方法: SN基线 层厚10MM 层距10MM

影像所见:

肺窗：左肺及右肺下叶可见多发斑片状淡薄密度影；气管及双侧主支气管显示通畅；心影未见明显异常；纵隔窗：左肺上叶可见斑点状软组织密度影；气管居中；平扫纵隔内未见明显肿大淋巴结影。

印象: 双肺感染性病变，建议治疗后复查或临床行相关检查，排除其它可能。

1	红细胞沉降率测定 (ESR)	97	mm/h
---	----------------	----	------

检测项目	检测结果	单位	标志	参考
1 神经元特异性烯醇化酶	6.3	ug/L		0.0~18.3

1	结核抗体测定	阴性 (-)
2	肺炎支原体抗体	阳性 (+)
3	肺炎衣原体抗体	阴性 (-)

检测项目	检测结果	单位	标志	参考
1 627 涂片未见抗酸杆菌				

1	白细胞 (WBC)	8.2	10 ⁹ /L	3.5~9.5			18	单核细胞数	0.5	10 ⁹ /L
2	红细胞 (RBC)	4.24	10 ¹² /L	4.30~5.80			19	嗜酸性粒细胞	0.0	10 ⁹ /L
3	血红蛋白 (HGB)	129	g/L	130~175			20	嗜碱性粒细胞	0.0	10 ⁹ /L
4	血小板 (PLT)	252	10 ⁹ /L	125~350			21	红细胞分布宽度 (RDW-SD)	37.5	fL
5	红细胞压积 (HCT)	36.2	%	40.0~50.0			22	红细胞变异系数 (RDW-CV)	12.6	%
6	平均血小板体积 (MPV)	9.3	fL	9.0~13.0			23	血小板分布宽度 (PDW)	15.7	fL
7	血小板压积 (PCT)	0.23	%	0.10~0.50			24	大型血小板比率 (P-LCR)	20.7	%
8	红细胞平均体积 (MCV)	85.4	fL	82.0~100.0			25	大血小板数目 (P-LCC)	52	10 ⁹ /L
9	平均血红蛋白量 (MCH)	30.5	pg	27.0~34.0						
10	平均血红蛋白浓度 (MCHC)	356	g/L	316~354	↑					
11	中性细胞比率	69.6	%	40.0~75.0						
12	淋巴细胞比率	23.8	%	20.0~50.0						
13	单核细胞比率	6.1	%	3.0~10.0						
14	嗜酸性粒细胞比率	0.3	%	0.4~8.0	↓					
15	嗜碱性粒细胞比率	0.2	%	0.0~1.0						
16	中性细胞数	5.7	10 ⁹ /L	1.8~6.3						
17	淋巴细胞数	2.0	10 ⁹ /L	1.1~3.2						

1	总胆红素 (TBIL)	8.4	umol/L	5.0~20.1			18	二氧化碳结合率 (CO2)	21.3	mmol/L
2	直接胆红素 (DBIL)	2.1	umol/L	0.3~6.8			19	尿酸 (UA)	270	umol/L
3	间接胆红素 (IDBIL)	6.3	umol/L	1.1~17.0			20	β2微球蛋白 (β2mG)	1.7	mg/L
4	总胆汁酸 (TBA)	3.4	umol/L	0.0~10.0			21	C-反应蛋白 (CRP) (CRP)	125.8	mg/L
5	谷草转氨酶 (AST)	58	U/L	15~40	↑		22	葡萄糖测定 (酶法)-门诊	4.65	mmol/L
6	谷丙转氨酶 (ALT)	44	U/L	9~50	↑		23	血清乳酸脱氢酶 (LDH)	358	U/L
7	谷草/谷丙 (ST/AL)	1.3		0.5~1.5			24	羟丁酸脱氢酶 (HBDH)	343	U/L
8	总蛋白 (TP)	78.4	g/L	65.0~85.0			25	肌酸激酶 (CK)	250	U/L
9	白蛋白 (ALB)	39.5	g/L	40.0~55.0	↓		26	肌酸激酶-MB酶 (CKMB)	11	U/L
10	球蛋白 (GLO)	38.9	g/L	20.0~40.0			27	急诊电解质	3.53	mmol/L
11	白球比 (A/G)	1.0		1.2~2.4	↓		28	钠 (Na)	135.3	mmol/L
12	血清前白蛋白 (PA)	110	mg/L	150~400	↓		29	氯 (CL)	101.7	mmol/L
13	碱性磷酸酶 (ALP)	181	U/L	45~125	↑		30	钙元素测定 (Ca)	2.51	mmol/L
14	谷氨酰转氨酶 (GGT)	28	U/L	10~60			31	镁元素测定 (Mg)	0.75	mmol/L
15	血清5'-核苷酸酶测定 (5)	5	U/L	0~9			32	磷 (P)	1.09	mmol/L
16	尿素 (BUN)	2.2	mmol/L	2.5~6.3	↓					
17	肌酐 (CREA)	47.1	umol/L	31.8~93.7						

检测项目	检测结果	单位	标志	参考
1 627 涂片未见抗酸杆菌				

检测项目	检测结果	单位	标志	参考
1 降钙素原 (PCT.)	0.17	ng/ml		0.00~0.50
2 超敏C反应蛋白w (hs-crp)	>5.0	mg/l	↑	0.00~3.00
3 C反应蛋白w (CRP.)	69.00	mg/L	↑	0.00~10.00

初步诊断:

支气管肺炎

病例讨论

肺结核？

诊断依据：

患儿发热咳嗽，体检咽红，扁桃体肿大；双肺呼吸音粗；支气管肺炎。胸片示：左上肺感染性病变，多为结核。怀疑肺结核，转感染疾病科。感染科接诊后复查胸片及胸部 CT，T-spot 阴性，痰涂片未见抗酸杆菌，排除结核(2019-07-02)肺炎支原体抗体,肺炎衣原体抗体:肺炎支原体抗体阳性(+)、肺炎衣原体抗体阴性(-)。考虑支原体肺炎。诊断需综合临床症状 X 线及血清学检查结果做出诊断。

鉴别诊断：

1. 婴幼儿急性发热应注意排除如麻疹、急疹、风疹、猩红热、结核、痢疾、EBV 感染等感染性疾病；有惊厥时要警惕颅内感染以及中毒性脑病等。

2. 支原体肺炎：本病不仅多见于年长儿，婴幼儿感染也常见。临床常有发热、热型不定，热程 1-3 周，刺激性咳嗽为突出表现。有的酷似百日咳样咳嗽，年长儿还可伴咽痛、胸闷、胸痛，肺部体征常不明显。胸片改变可为肺门影增浓，支气管肺炎改变，间质性肺炎改变，均一的实影。MP-IgM 检查可进一步鉴别。

●诊治经过：

入院后予以双氯酚酸钠栓退热等对症支持治疗。复查胸片示：左上肺感染性病变，疑为结核。转感染科治疗。感染科接诊后复查胸片及胸部 CT，T-spot 阴性，(2019-07-02)肺炎支原体抗体,肺炎衣原体抗体:肺炎支原体抗体阳性(+)、肺炎衣原体抗体阴性(-)。考虑支原体肺炎。经大环内酯类药物（阿奇霉素）治疗有效，痊愈出院。

●临床诊断：

支原体肺炎

●分析总结：

1. 这是一支原体肺炎疑诊肺结核最后确诊的病例。

2. 患儿女，11 岁，咳嗽发热 6 天收入小儿内科。门诊曾给予抗炎治疗，因疗效欠佳入院。胸片示左上肺感染性病变，疑为结核，遂转感染性疾病科。感染科排除结

核，诊断为支原体肺炎，给予抗炎治疗及对症支持治疗，治疗有效，痊愈出院。

3. 该患儿胸片可疑结核，行 CT 及痰涂片查结核杆菌以及 T-spot 阴性，血沉虽升高，但是仍可排除肺结核。肺炎支原体抗体、肺炎衣原体抗体：肺炎支原体抗体阳性（+）、肺炎衣原体抗体阴性（-）。最终确诊为支原体肺炎。

4. 此类病例需仔细甄别，支原体肺炎是由肺炎支原体引起的呼吸道和肺部的急性炎症改变，约占非细菌性肺炎的 1/3 以上。肺炎支原体介于细菌和病毒之间，是兼性厌氧、能独立生活的最小微生物，主要通过呼吸道传播。诊断需综合临床症状 X 线及血清学检查结果做出诊断。早期使用适当抗菌药物可减轻症状及缩短病程。大环内酯类抗菌药物为首选，也可使用氟喹诺酮类药物。青霉素或头孢类无效，剧烈呛咳者适当镇咳，若继发细菌感染可根据痰病原学检查选用针对性抗菌药物治疗。

小儿坏疽性阑尾炎误诊为血液疾病 1 例

作者：宋列英主任医师

链接：<https://bingli.iiyi.com/show/62636-1.html>

●病例摘要

一般资料：女性，2 岁 8 个月。

主诉：发热 6 天，于 2018 年 8 月 28 日入我市某儿童医院

现病史：

患儿于 2018 年 8 月 22 日始出现发热。为持续高热，体温 39~40℃ 左右。足量退热药物，能使体温暂时下降 4 小时左右。不伴有皮疹，无咳嗽，伴呕吐两次，吐胃内容物，自然缓解。发热当天在某儿童医院就诊，诊断为疱疹性咽峡炎。当天嘱患者回家吃药治疗。吃药两天无效，返回该儿童医院。给予阿洛西林，炎琥宁静点。治疗 4 天发热仍无缓解。8 月 28 日查降钙素原 7.2ng/l，立即收入院。发病以来状态逐渐变差。表现为食欲不振，不愿玩耍。大小便基本正常。

既往史：既往健康。否认传染病接触史。

个人史：生于本地，没有外出史。按顺序进行预防接种。

体格检查:

T:39.8℃, P:122 次/分, R:26 次/分, BP:90/60/mmHg。入院时查体, 面色黄白, 精神倦怠。浅表淋巴结无肿大。咽部充血, 未见疱疹, 双肺呼吸音清晰, 无啰音。心率偏快, 122 次/分, 节律规整, 心音有力。腹部查体不配合。触诊下腹部时有哭闹。手足四肢无硬肿。

辅助检查:

血常规: WBC: $2.2 \times 10^9/L$, N: $1.42 \times 10^9/L$, FR-CRP: 7.6mg/ml, 降钙素原 7.2ng/L。

初步诊断:

血液系统疾病?

诊断依据:

发热 6 天。多为高热, 面色差。应用青霉素类药物(阿洛西林静脉用药 4 天)治疗无效。白细胞、中性粒细胞降低。

鉴别诊断:

1. 川崎病: 虽然发热大约 5 天, 但没有皮疹, 没有浅表淋巴结肿大, 手足无硬肿, 血小板没有增高, c 反应蛋白没有明显增高。
2. 传染性单核细胞增多症: 血象特点不支持。没有淋巴结肿大, 仅有咽部充血症状, 证据不充分。
3. 败血症: 患儿发热时间长, 一般状态差, 要注意此病, 需要进一步检查血培养确定。

●诊治经过:

患儿入院后给予头孢一代抗菌素治疗。治疗至第二天下午家属要求转院。入院后查肝肾功能正常。c 反应蛋白升高。于 8 月 29 日晚转往上级医院。住院期间排白色大便一次, 状态逐渐变差。到上级医院后, 经腹部超声检查, 提示阑尾炎。但患儿查体不支持阑尾炎, 无肌紧张及右下腹压痛。在该院儿内科住院治疗三天, 病情无好转。请外科医生会诊, 考虑儿童坏疽性阑尾炎。于 9 月 1 日转入儿外科行右下腹剖腹探查术。发现阑尾肿大, 周围脓肿, 并出现坏疽情况。

●临床诊断:

坏疽性阑尾炎；感染性休克

●分析总结:

患儿到上级医院后。经腹部超声检查初步确定为阑尾炎。因缺乏典型症状，临床也在观察中，于9月1日行阑尾手术。病理报告：坏疽性阑尾炎。此病在儿童中较少见，治疗以手术为主，药物治疗无效。但该病例在查体过程中也有蛛丝马迹提供线索。查体时，腹部查体不满意，触诊下腹时患儿哭闹明显。这一点提示下腹部有触痛。但某地儿童医院医生忽略此查体。入某地儿童医院当天下午排白色大便一次，医生也未给予重视。这样的大便多数见于坏疽性阑尾炎，或化脓性阑尾炎。入院前患儿降钙素原明显增高，一般提示脓毒血症，但医生未监测血压，未给予足够的重视。以上存在着医治不到位情况，在基层医生中比较常见。分享此病例的目的就是提醒大家，一定要重视每一个查体的细节。发热大于72小时的患儿，一定要给予足够的重视。无论患儿配合与否，血压是必须测的。希望通过此病例的分享，让我们的诊断思路有拓展，对今后的诊疗有帮助。最后说明一点，儿童阑尾炎常常缺乏典型症状，辅助检查提示阑尾炎，一定要给予重视。早期和家属沟通，取得家属同意后可以尽早进行手术。这样才能缩短病程，减轻患儿痛苦。

责任编辑：绿漫天涯

编辑：刘现国



医疗资讯

北京鼓励医生开办诊所，可自主定价

近日，北京市卫健委、北京市发改委等五部门联合制定《北京市促进诊所发展试点的实施方案》，明确9月底前，北京将启动促进诊所发展试点实施工作。《方案》提出诊所提供医疗服务的价格实行自主定价，同时还将实行动态管理机制，简化环评、消防等审批手续。根据《方案》，2019—2020年北京市朝阳区、海淀区、昌平区、大兴区将开展促进诊所发展试点工作，并将诊所准入由审批制改为备案制管理。在进行审核时，将从重点审核设备等硬件调整为注重对医师资质和能力的审核，执业医师要取得中级及以上职称资格。《方案》鼓励，执业满5年取得中级及以上职称资格的医师，全职或兼职开办诊所。对兼职开办诊所的医师，对其在主要执业医疗机构的工作时间、任务量、服务质量等提出具体要求，确保其能够完成主要执业医疗机构的工作。

缅甸甲型 H1N1 流感已致 90 人死亡

新华社仰光8月8日消息，缅甸卫生部门公布的最新数据显示，自今年6月以来至8月7日，缅甸全国已有422人确认感染甲型H1N1流感病毒，其中90人死亡。此次甲型H1N1流感疫情影响缅甸多个省邦，其中仰光省致死病例最多，达到63人。自2009年以来，甲型H1N1流感疫情已多次在缅甸出现。2017年，缅甸全国有400多人感染此型流感病毒，死亡38人。

含羟考酮复方制剂等品种被列入精神药品

8月7日消息，国家药监局、公安部、国家卫健委日前联合发布《关于将含羟考酮复方制剂等品种列入精神药品管理的公告》。公告称，根据《麻醉药品和精神药品管理条例》规定，决定将含羟考酮复方制剂等品种列入精神药品管理，9月1日起施行。具体为：口服固体制剂每剂量单位含羟考酮碱大于5毫克，且不含其它麻醉药品、精神药品或药品类易制毒化学品的复方制剂列入第一类精神药品管理；口服固体制剂每剂量单位含羟考酮碱不超过5毫克，且不含其它麻醉药品、精神药品或药品类易制毒化学品的复方制剂列入第二类精神药品管理；丁丙诺啡与纳洛酮的复方口服固体制剂列入第二类精神药品管理。

国家医保局：年底实现高值医用耗材零差率销售

日前，针对高值医用耗材价格虚高、过度使用等问题，国办印发《治理高值医用耗材改革方案》。国家医疗保障局表示，此次综合改革将借鉴 11 城市药品集中带量采购，以量换价，招采合一的做法推进改革。按照要求，2019 年底前实现全部公立医疗机构医用耗材零差率销售，高值医用耗材销售价格按采购价格执行。公立医疗机构因取消医用耗材加成而减少的合理收入，主要通过调整医疗服务价格、财政适当补助等方式妥善解决。公立医疗机构要通过分类集中采购、加强成本核算等方式降低成本，实现良性平稳运行。

世卫组织：艾滋病毒耐药性激增，鼓励全球向度鲁特韦过渡

世界卫生组织（WHO）在最近发布的《2019 版艾滋病毒耐药性报告》中指出，两种关键的抗艾滋病毒药物依法韦伦（Efavirenz）、奈韦拉平（Nevirapine）的耐药性激增。值得注意的是，世卫组织日前已建议，根据新的收益和风险证据，推荐将抗艾滋病毒药物度鲁特韦（dolutegravir）作为包括孕妇和有生育潜力人群在内的所有人群的首选一线和二线治疗药物。世卫组织统计显示，2019 年，82 个低收入和中等收入国家报告称正向使用度鲁特韦的艾滋病毒治疗方案过渡。

国家卫健委：中国人均预期寿命 77 岁，健康预期寿命 68.7 岁

7 月 29 日，国家卫健委召开新闻发布会，会上公布，2018 年中国人均预期寿命 77 岁，健康预期寿命为 68.7 岁，居民大致有 8 年多时间带病生存。《国务院关于实施健康中国行动的意见》明确提出，老年人健康快乐是社会文明进步的重要标志。中国是世界上老年人口最多的国家，也是人口老龄化发展速度最快的国家之一。截至 2018 年底，中国 60 岁及以上老年人口约 2.49 亿，占总人口的 17.9%；65 岁及以上人口约 1.67 亿，占总人口的 11.9%。

日本解除禁令，批准首例人类-动物胚胎移植试验

7 月 26 日，据 Nature 报道，在东京大学和加利福尼亚州斯坦福大学领导团队的日本干细胞科学家 Hiromitsu Nakauchi 获得政府支持，成为第一位制造含有人类细胞的动物胚胎并将其移植到替代动物体内的科学家。Hiromitsu Nakauchi 计划在小鼠和大鼠胚胎中培育人类细胞，然后将其移植到替代动物体内，最终目标是制造出具有人体细胞的器官，可以移植到人体中。

电子烟无害？世界卫生组织官方否认：应加以管理

世界卫生组织近日发布报告，确认“电子烟有害”。同时呼吁各国政府和消费者不要轻信烟草企业关于电子烟等产品的宣传，“电子烟损害小”等说法只是烟草企业

的宣传策略，应加强对电子烟市场的监管。世卫组织非传染性疾病预防部门主任道格拉斯介绍：“进行监管的主要目的，是为了阻止向非吸烟者和青少年推销电子烟。无论对于电子烟民还是非电子烟民，都能真正实现健康风险最小化。”同时据中国国家卫生健康委员会规划司司长毛群安透露，他们计划通过立法加强对电子烟的监管。

监管爆发！20 市医保局强制药店下架保健食品

据中国营养保健食品协会的不完全统计，目前约有 20 个城市的医保部门以公开发文或以协议约定的方式，明确禁止定点药店摆放、销售保健食品。比如，7 月 18 日，惠州市医疗保障局发文，暂时限制定点零售药店部分商品使用职工医保个人账户进行结算，被限制的商品为批准文号中包含“国食健字”“卫食健字”“消字”“卫妆**字”“国妆**字”等字样的商品和婴幼儿奶粉。换言之，在医保定点药店人们不能使用职工医保卡购买上述种类的商品。此外，6 月 13 日，山西省原平市医保局在定点药店整顿工作专题会上要求，所有定点药店必须下架非药品；5 月 18 日，江西省赣州市医保局发布通告，要求定点零售药店及时清理下架禁止类非医药商品；5 月 13 日，合肥市医保基金管理中心发布通知，定点药店不能摆放和经营医保支付范围以外的其他商品……

我国每千名儿童拥有 0.92 名儿科医生

国家儿童医学中心 7 月 26 日发布我国儿童医疗卫生服务发展最新情况。数据显示，截至 2018 年，我国拥有儿科医师 23 万，每千名儿童拥有 0.92 名儿科医生。我国共有儿童医院 228 家，开设儿科单位综合医院 2 万余家，每千名儿童床位数为 2.22 张。国家儿童医学中心主任倪鑫表示，“儿科医疗资源供给不断丰富，儿童医疗服务能力显著提升，尽管离发达国家如美国每千名儿科执业（助理）医师 1.5 人的标准还有差距，但我国儿童医疗供需矛盾近年有了明显缓解”。

责任编辑：永恒流星

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。

