

愛愛醫



第十二期 总NO. 119

Volume 10, number 12, Dec. 2019

刊首语

繁华如梦

作者：xiwang001han

链接：<https://bbs.iyyi.com/thread-3466720-1.html>

昨日
如同一场梦
快乐忧伤
清凉的风
在脸颊拂过
抚摸耳旁
生活中演绎着自己
开始努力
没有白天与黑夜
曲终拉下帷幕
骄傲的扭头
坚持或者放下
才是真正的自己
活出鲜活的样子
何必耿耿
昨日的繁华

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

繁华如梦.....1

关 注

医生“高空吸尿”受表彰 他说：这不应成为标杆因为这不现实..... 3

专业交流 西 医

突发昏迷半小时..... 5

差一点因小失大..... 7

既熟悉又陌生的青光眼..... 8

超声入门贴 1036——前列腺增大三维图..... 10

1 例胆囊炎的误诊..... 13

急性腹痛伴心动过缓，低血压病 1 例..... 14

原发性血小板增多症诊治进展..... 15

麻醉之术后惊魂..... 17

专业交流 中 医

运用四妙散合芍药甘草汤治疗腰骶关节疼痛 1 例.....21

重用附子理中汤治疗胃痛 1 例..... 21

通气散治疗耳闭 1 例..... 22

自拟神妙灵效汤治疗血栓闭塞性脉管炎(脱疽).....22

再说“五积散”..... 24

臭汗治验.....26

足跟痛治疗的一点思路..... 27

经行乳房胀痛中药调理 68 例的疗效观察..... 29

面瘫的针灸治疗..... 30

识 草 药

阳桃.....32

化橘红.....33

病例讨论

1 例腹泻导致的感染性休克患者的诊疗..... 35

腹痛、多食易饥半个月..... 37

医疗资讯

医疗资讯.....40

编读往来

编读往来.....43

杂志稿约

爱爱医杂志稿约..... 44

医生“高空吸尿”受表彰 他说：这不应成为标杆因为这不现实

来源：新华网

11月28日，暨南大学附属第一医院举行表彰大会，授予张红医生“暨南杏林楷模”称号，并号召全体职工学习张红医生在危急情况下以患者为中心，弘扬敬佑生命、救死扶伤、大爱无疆、敢于奉献的职业精神。

11月19日，在广州飞纽约的南方航空CZ399航班上，一位老人无法排尿。紧急情况下，医生张红用嘴吸出老人约800毫升的尿液，使得老人转危为安。

在表彰大会上，张红说：“我毕业于暨南大学医学院，在毕业典礼上就宣誓要把一生都献给医疗事业。所有的医疗从业者应当都经历过同样的宣誓，所以在当时的情况下，我相信每位医务工作者都会挺身而出。如果说我能够是一个楷模的话，那么我认为每一位医护工作者都值得成为楷模。这次表彰会后，我还是个平平凡凡的医生，还是会平平凡凡地工作。”

张红谈到这段经历时说：“与其说是当时是非常机智地‘灵机一动’，不如说是‘狗急跳墙’。当时没有想太多，飞机上条件有限。”提及会否担心感染，张红说：“不是不考虑，而是时间来不及，首先要救命。想不了那么多，因为感染是一个概率问题，我们不能把一个概率问题强加在一个必然出现的问题上。如果不这样处理，老人的生命是非常危险的，这是肯定的。”

张红认为，“吸尿这个事情不应该成为一个标杆，以后遇到类似的事情，不要以我作为一个标准，因为这不现实。不能把特殊性建立在普遍性上。但是，医生遇到这样的事情肯定要挺身而出，至于能不能做、做到什么程度，是另一回事；此外，无论在什么情况下，都要镇静，按照医疗常规来，就不会出问题。”

早前报道：（见下页）



近日，在广州飞往纽约的一趟航班上，时间已至子夜，旅客们大多已经进入了甜蜜的梦乡。突然，一位老人找到乘务处，告知自己的老伴无法排尿，需要医疗帮助。此时，乘务处立刻通过广播寻找医生，希望能够帮到这位无法排尿的老人。

听到广播后，飞机上来自广州华侨医院的张红和海南省人民医院的肖占祥赶了过来，只见老人情绪焦虑，浑身上下汗流不止，通过两位医生的判断，老人体内潴留有约 1000ml 的尿液，如果不及时排出，尿液过多有可能导致膀胱破裂。

情况紧急，两位医生迅速利用飞机上乘务组提供的可利用的医疗设备为老人排尿，没几分钟，一套简易自制的导尿装置就做好了。然而，由于机舱空间狭小，老人膀胱过度膨胀，无法因压力差引流老人膀胱内的尿液。救治出现了难题，正在大家焦急万分的时候，张医生当机立断，想到了用嘴帮老人吸出尿液。

整整半小时，张医生不断地用嘴吸出尿液，而后吐到杯中，顺利地帮老人排出了 700-800ml 的尿液，肖医生在一旁根据排尿情况争取最大限度地帮老人排尿。随后，两人再次为老人做了检查，老人的病情已经得到了极大地缓解。直到落地，看到病人无恙，嘱咐老人及时到就近医院做详细检查，两人才放下心来。

责任编辑：永恒流星

第一部分——西医部分

突发昏迷半小时

作者：冷丁

链接：<https://bbs.iiyi.com/thread-2620192-1.html>

患者女性，49岁，务农。

代主诉：突发昏迷半小时余。

现病史：家属代诉病人凌晨4时许睡觉时突然自诉手脚麻木（家属自认为属一侧肢体，原因是病人伸出一臂，面带惊色述手麻，紧接着述腿麻，但左右未知），继之出现昏迷，口吐少量白沫，双上肢屈曲抖动，下肢略曲，呼之不应，并伴呕吐胃内容物一次。家属拨“120”。

既往史：患“肾炎”20余年，已治愈（具体不详）；患高血压病，具体控制情况不详。

个人、婚育及家族史：无特殊。

体格检查：T：39.6℃，P：118次/分，R：22次/分，BP：210/110mmHg。发育正常，昏迷状态，未进食水。二便未排。Glasgow评分3分（E1V1M1），全身皮肤粘膜无紫绀、黄染、皮疹及出血点，全身浅表淋巴结无肿大。头无畸形，眼睑无浮肿，巩膜无黄染，结膜无苍白，角膜无异常，双侧瞳孔直径约1.0mm，对光反射消失。外耳道通畅，无异常分泌物。鼻外形正常开筒形，无鼻翼煽动，双侧鼻腔通畅，未见异常分泌物及出血。口唇稍紫绀，颈软，未见颈静脉怒张，颈动脉搏动正常，未闻及明显血管杂音，气管居中，甲状腺无肿大，未触及明显震颤，无包块。胸廓对称，两肺呼吸音粗，可闻及多量湿性啰音，心前区无隆起，心尖搏动正常，未触及震颤，听诊，心率118次/分，律齐，心音正常，心脏各瓣膜听诊区未闻及病理性杂音。腹部平坦，腹软，无肌紧张，未触及腹部包块，肝脾肋下未触及，移动性浊音阴性，肠鸣音未闻及。肛门与直肠及生殖器未查。脊柱四肢无畸形，双下肢无明显水肿，四肢肌张力正常，肌力检查不能进行。生理反射存在，双下肢病理征阳性。

患者于07:30（入院后3小时）出现呼吸停止，指脉氧降至32%，心率下降，立即给予抢救，经口气管插管成功，病情稳定。至上午九时，患者持续呼吸机支持，双眼瞳孔不等大，左2.0mm，右眼4.0mm，光反射消失，血压仍偏高，持续给予控制血

压治疗。体温持续 40℃ 左右，对症降温效果差，伴有寒战。期间伴呕吐，可见咖啡色液引出。心肺听诊同前。脑疝形成！

至晚上九时，血压迅速下降，撤硝普钠，改多巴胺、间羟胺应用。家属谈话后放弃治疗而出院。

这个病例最终没有明确诊断，冷丁说一下自己的思路，对与不对，权当探讨。

那天看到病人（当时无寒战），昏迷、四肢肌张力尚可，瞳孔直径 1.0cm，轻微鼾音，结合急性起病、进展迅速、病情重，考虑脑干出血。告诉家属多带人准备回院 CT 检查（当时就一个女家属在场）。在回医院的路上观察，病人不算太平（与脑干病变那种异常安静的症状不符），不典型抽搐两次，张口、抬头、上肢轻曲、抖动。更气愤的是，刚进医院，一次较长时间的抽搐发作了，CT 是没办法进行了（过后回想，若能等待或药物控制癫痫发作，创造出一个做 CT 的机会，也许就不会遗憾了）。

送到 ICU 门口，病人不抽了。治疗过程中，再看瞳孔，双侧恢复至 2.0mm，但对光反射仍无反应。ICU 也想尽力创造 CT 检查的机会，推了安定 10mg，不料二分钟后，抽搐再次发作。三小时后呼吸停止，又过了两小时后脑疝形成，至晚上九时，血压往下掉。放弃了！

所以，这个病人的诊断完全靠推断了。

考虑出血依据很充分。但具体部位可能各执一词了，象 ICU 就下了一个“脑干出血”的诊断。

冷丁之所以考虑丘脑出血破入脑室，主要有以下几点：

1. 早期的高热；
2. 抽搐，很少见到有脑干出血所致抽搐发生，并且这种不典型的抽搐动作；
3. 另一个就是寒战，给我的感觉，这个“寒战”可能大家理解有误，应该是一种抖动吧。丘脑出血刺激椎体外系所致的一种独有症状，记得我在一例老年小量丘脑出血（外侧）病人中，对此有过描述。

以上是冷丁对该病人的一点浅见，欢迎大家争论，提出更合理的意见。

回帖中，有爱友对双肺多量湿啰音提出了很中肯的见解——高血压致肺水肿。对此冷丁没有深入研究过，临床多见的是脑出血昏迷病人误吸及抽搐导致的呼吸道分泌物过多（刚发作时的口吐白沫）。而是否伴有其它原因，临床上很少做过多考虑。遗憾的还有病人血压始终不能降下来，直至突然下降需要升压药维持，并随即离院放弃。看来，也是一个小疑案了。

而大家所关心的心源性、电解质、血糖、肾性等问题，后来的检查结果均正常或接近正常，可以排除。而中毒依据病史及发病经过，也可以排除。

差一点因小失大

作者：鸟儿

链接：<https://bbs.iiyi.com/thread-2166966-1.html>

患者，男性，八岁，学生，汉族。

主诉：右手中指小肿物三年，要求切除。

查：体温 37℃，心率 88 次/分，呼吸 20 次/分，血压未测。发育营养不良，神志清楚，对答切题，体检合作。全身皮肤粘膜、巩膜未见黄染，浅表淋巴结未触及肿大。头颅五官端正，双侧瞳孔等大等圆，对光反射灵敏。外耳道无流脓。鼻翼无煽动。唇红无发绀，咽部稍充血，扁桃体无肿大。颈软，气管居中，无颈静脉怒张，甲状腺无肿大。双胸廓对称无畸形，呼吸运动自如。双肺呼吸音清，未闻及干湿啰音。心前区无隆起，心尖搏动位于胸骨左侧第五肋间锁骨中线内侧约 0.5cm 处，未触及震颤，心率 88 次/分，律齐，各瓣膜区未闻及杂音，无心包摩擦音。腹部平软，未见胃肠型及蠕动波，腹壁无静脉曲张，全腹无压痛，无反跳痛，未触及包块。肝脾肋下未触及，肝肾区无叩击痛，移动性浊音阴性。肠鸣音不亢进，胃区无振水声，未闻及血管杂音。四肢发育正常，右手中指中节近关节处有一 0.5cm×0.5cm 疣状突起，疣体表面粗糙，压之微痛，关节运动暂无明显影响，但有些影响外观。脊柱生理弯曲存在，各生理反射存在，病理反射未引出。肛门及外生殖器未查。

诊断：右手中指扁平疣？

处理：普鲁卡因皮试（-）。

普鲁卡因局麻下切除疣体，手术顺利，出血少，术中未诉明显不适，缝合皮肤。术后抗炎治疗。

患儿的父亲带患儿去门诊注射室接受治疗，并嘱患儿：“别乱跑，我去取药。”

医嘱：

青霉素 80 万单位，肌注，一日两次。（皮试后）

由于门诊的药房取药的患者较多，患儿的父亲需要排队。

正在这时，突然听到注射室的护士大声叫：“医生，刚才手术的小孩晕倒了！”

疾步去注射室，只见刚才的患儿面色苍白，呼吸急促，豆大的冷汗直冒，手足发凉，脉搏细速，歪倒在沙发上。来不及听心率，口头医嘱：

付肾素三分之一支皮下注射（没有静脉通道），地塞米松注射液 5 毫克肌注，氧气袋接上鼻导管给氧。针刺人中，合谷穴。

建立输液通道，5%GNS250 毫升快速扩容；5%GS 加葡萄糖酸钙注射液静点。不知道为何当时没有用异丙嗪。经一系列的抢救后，患儿转危为安，面色正常。四测平稳，继续防感染治疗。

患儿的父亲带他离开医院时，说了一句：差一点因小失大，好险啊！

总结：普鲁卡因过敏性休克。

这个患儿是鸟儿第一次看到的药物过敏性休克。事隔多年，抢救细节记得不是很清楚了，但当时的情景历历在目。记得当时自己根本没有抢救经验，吓得不轻。

从此，鸟儿对书上的皮试药物特别留心。（当时需皮试的药只有青霉素、普鲁卡因、细胞色素 c、链霉素、破伤风抗毒素、碘。）

既熟悉又陌生的青光眼

作者：anne 医生

链接：<https://bbs.iyi.com/thread-3441393-1.html>

引子

青光眼即使是发生在眼科，也是比较常见的疑难眼病之一。由于疾病的发生比较迅速，危害性是比较强的，患者会有随时出现双目失明的危险，必须及时抓住最佳的治疗时机，同时也需要特别注意掌握治疗方式。由于青光眼和其他的一些眼科的疾病比较相似，一旦出现误诊，将会非常危险。

病例回顾

这个病例虽已经过去多年，至今想来仍历历在目——

患者女性，52 岁，因“右侧头痛约 6 小时”就诊。于 6 小时前吃过晚饭后，患者突然觉得右侧头痛，自以为“偏头痛”，自服去痛片无效。自半夜至凌晨，头痛越来越厉害，不得不到医院看急诊。医生大致问了病史，没有发现特别的信息，体格检查时没发现异常。因患者头痛比较重，建议患者作头颅 CT。谁知折腾了半宿，头颅 CT 结果未见异常。结合患者既往有类似发作史，临床也考虑偏头痛。遂给患者对症处理，并让她次日来院复查。回家后，患者的头痛仍未见减轻，而且右侧眼也开始疼

痛难忍。第二天去医院复诊，由于眼痛明显，请眼科会诊。专科检查后发现其右眼视力 0.5，左眼视力则在 1.0 左右，测眼压达 32mmHg！初步诊断“闭角型青光眼”急性发作期。遂收住院治疗。住院后经积极降眼压、缩瞳等治疗，头痛消失，右眼视力也得到恢复。

病例思考

结合这个病例，有关青光眼的一些问题值得思考：

1.为什么青光眼容易被误诊？

①青光眼发作时的头痛、恶心、呕吐、眼痛等是很多疾病都共同存在的常见症状。青光眼急性发作时所出现的头痛较为剧烈，其它症状易于被掩盖，容易使人误以为是其它常见疾病。

②青光眼类型较多。主要有急性闭角型青光眼、慢性闭角型青光眼和原发性开角型青光眼三大类，特别是发生在老年人身上的急性闭角型青光眼症状，由于发病的特点就是比较紧急，但是眼科类的疾病症状却并不明显，容易误诊和漏诊。

③青光眼发生在老年人群时，许多患者虽出现视力下降伴眼睛肿痛，但由于对青光眼不重视或不了解，专业知识缺乏，通常会误诊为近视。

2.青光眼是眼部疾病，为什么头痛却异常剧烈？

急性闭角型青光眼发作的时候，除了视力下降、眼红等表现外，主要表现在剧烈的同侧头痛。头痛主要来自神经反射，眼部的疼痛放射到头部引起头痛；部分患者身体在应激情况下，肾上腺素分泌水平的升高、血压升高，也会导致头痛。

3.正常眼压值是多少？眼压对于诊断青光眼有何意义？

我国正常人眼的眼压值为 10.8~20.9mmHg，95%正常值范围约为 10~21mmHg，根据眼压是否超过正常范围的高限把青光眼分为眼压依赖性与眼压非依赖性，前者指眼压超过统计学上的正常范围的高限；后者指眼压在统计学上的正常范围，即正常眼压性青光眼，此青光眼的特殊性就在于：虽然眼压水平依然处于正常生理范围，但视神经却发生了与伴有高眼压的原发性开角型青光眼同样的病理损害，其眼压相对于自身眼球高，是病理性眼压。所谓“正常眼压”只是统计学上的一个定义，每个人的视神经对自身眼压高低的耐受程度不同，因此对每个患者，确定其耐受水平，即靶眼压，对青光眼防治有重要意义。

4.青光眼治疗的最终目标是什么？

青光眼是一种引起视神经损害的疾病。是全世界第二位致盲性眼病，仅次于白内

障，也是我国四大致盲性眼病（另外两种是黄斑病变和糖尿病视网膜病变）之一。据统计，我国青光眼患病率约为 0.21%~1.7%。在我国，青光眼是一组与病理性眼压升高密切相关的疾病，以视神经萎缩和视野缺损为特征。国外文献报道，在新确诊的开角型青光眼患者中，有 5%在确诊时已致盲，青光眼导致患者盲目的发生，原因在于大多数患者直到出现显著的视神经损害和部分视力丧失时，才注意到视野的丢失和诊断。对大多数患者而言眼压升高仍是造成视神经损伤的主要原因，眼压愈高，出现视乳头和视野损害的可能性愈大。所以，青光眼治疗的最终目标是延缓、停止或逆转青光眼所致的视神经和视网膜神经节细胞的损伤。现阶段，视神经保护治疗的安全性和有效性尚未被认可，降低眼压，目前仍是我们减缓青光眼性视神经损伤最为有效的治疗手段。

尾声

青光眼是指眼内压间断或持续升高的一种常见致盲眼病，该病发病迅速、危害性大、随时可导致失明。患者一旦失明就不可能复明。对于全科医生来说，青光眼既熟悉又陌生。熟悉的是似是而非的临床症状，陌生的是专科医生的诊断治疗。所以，应该大力普及青光眼防治知识，了解青光眼的致盲危害，以便早期发现，早期诊断，早期转诊，合理治疗。

超声入门贴 1036——前列腺增大三维图

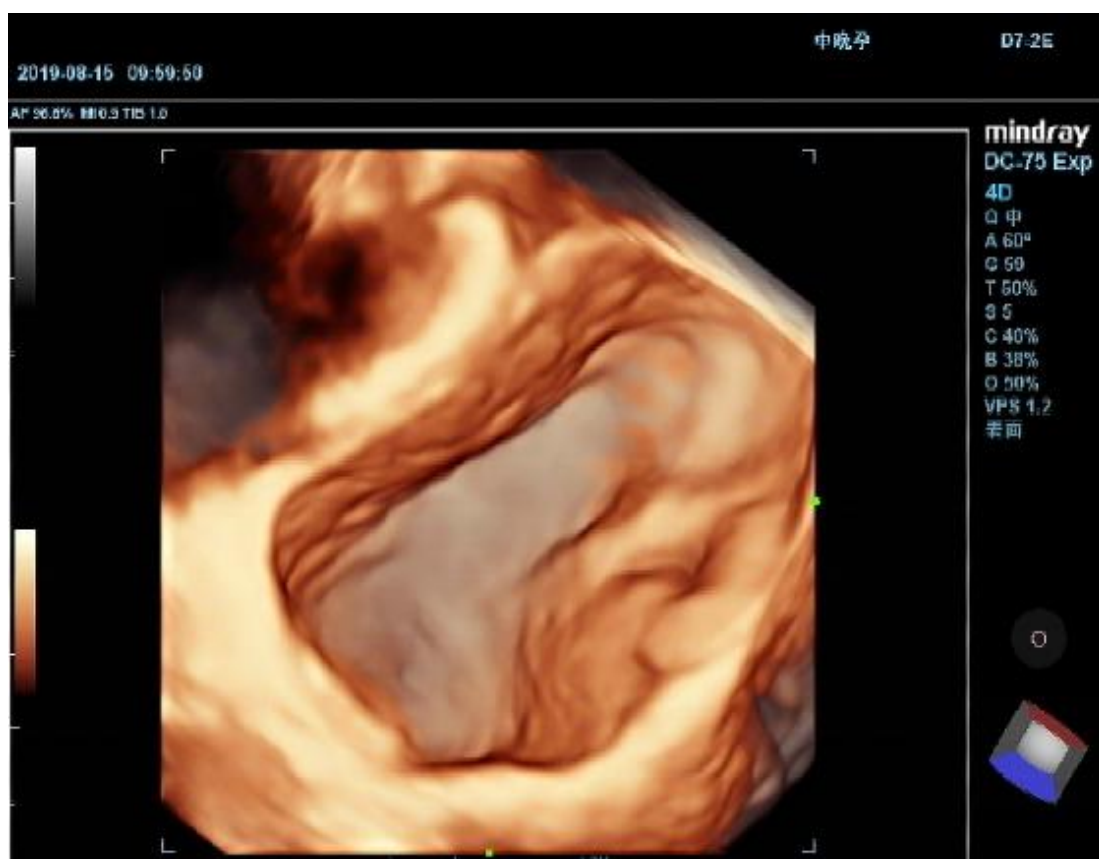
作者：songjunrui

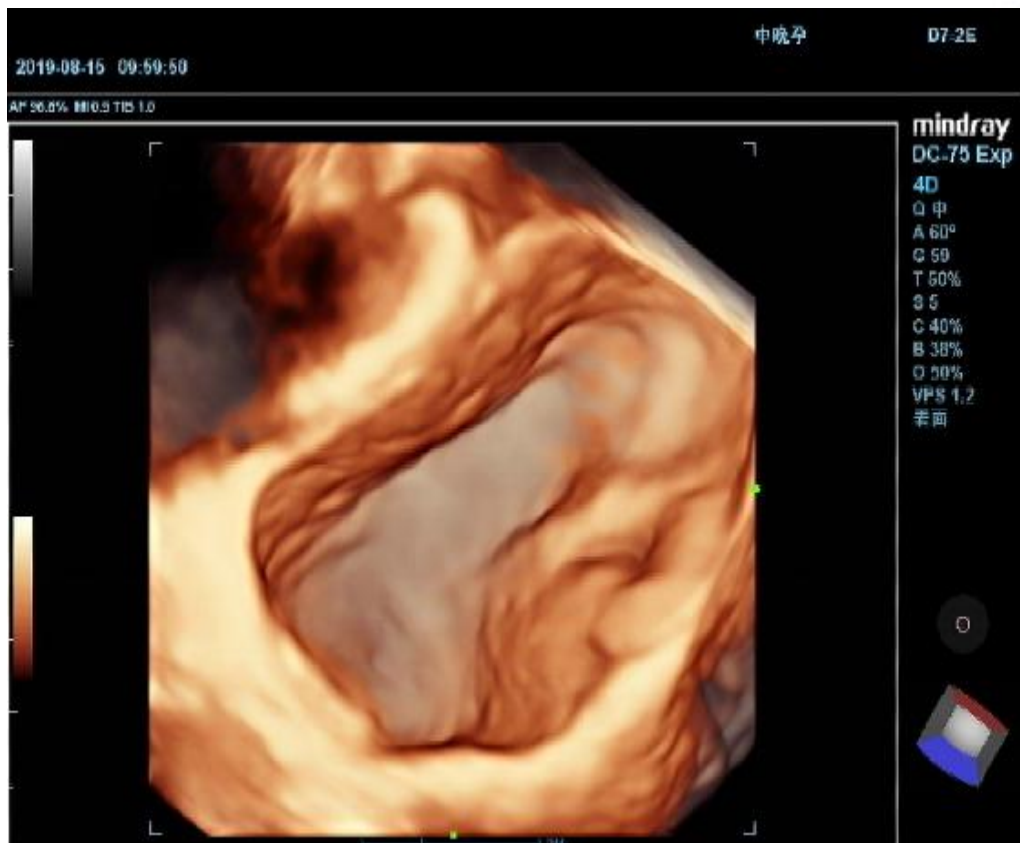
链接：<https://bbs.iiyi.com/thread-3465182-1.html>

迈瑞 DC-75 彩超效果图









1 例胆囊炎的误诊

作者：阿松哥哥

链接：<https://bbs.iiyi.com/thread-2494731-1.html>

患者女性，52岁。两年前开始无明显诱因出现上腹部疼痛不适，多在进食后出现上腹部胀满、隐痛不适，伴有嗝气、呃逆等，一般可忍受。曾在镇卫生院就诊，以“慢性胃炎”诊治，用药后可缓解。1日前因饮食稍过量，又出现上腹部胀满、疼痛不适，恶心，未吐，在家自行服用“胃药”效差，随后上腹部疼痛加重，伴恶心、呕吐来诊。查体：上腹压痛（+），余无异常。当时考虑患者发病前饮食正常，发病后无腹泻，查体腹软，除上腹部压痛外，全腹无压痛反跳痛。结合患者曾患“慢性胃炎”，加上患者为解除痛苦着急要求尽快处理，遂给予西咪替丁等输液治疗，效差，上腹部疼痛阵发性加剧。嘱患者到市人民医院检查协诊。B超诊断：胆结石、胆囊炎。经保守治疗效差作胆囊切除术，痊愈。

这是我刚参加工作不久接诊的一个病例，当时因无临床经验，问诊、查体不详，易于相信上级医生诊断及受到患者影响，导致误诊。提醒我们在临床诊疗活动中，应

细问病史、详细查体、诊疗思路要广，应对患者所言既往诊断存疑、排除对诊疗的影响等，这样才能避免误诊误治的发生。

急性腹痛伴心动过缓，低血压病 1 例

作者：射手 FLF

链接：<https://bbs.iyyi.com/thread-2064607-1.html>

近日碰到一患者，突发急性上腹痛半小时，较剧，呈持续性。伴呕吐 1 次，为胃内容物，非喷射性，无咖啡样物质。自觉胸闷、心悸、头晕，不能站立，喜蜷缩位。无头痛、咳嗽，无视物模糊。

查体：T：36.8℃，P：46 次/分，R：19 次/分，BP：75/55mmHg。神志清，精神疲软，唇无紫绀，脸色苍白。颈静脉无怒胀。双肺呼吸音清，未闻及干湿性啰音。心音弱，律齐，HR：46 次/分。腹软，上腹部压痛，无反跳痛，无腹肌紧张，肝脾肋下未及，墨菲氏征可疑阳性。双下肢无水肿。病理征阴性。

辅检：心电图：窦性心动过缓，HR：46 次/分，V1-V3T 波倒置。

腹部立位片：未见膈下游离气体，无肠胀气，无液平面。

B 超：胆囊明显偏大（数值已忘），胆囊壁未增厚，未见结石。胰腺、肾无异常。血常规、胸片无异常。

即刻血糖：8.2mmol/L。

电解质：钾、钠、氯均正常。

问既往病史：自述有胃病史，今晨进食辣椒等辛辣食物。

先补充下病人资料：患者女性，50 岁。

考虑胆心综合征。给患者用了山莨菪碱、抗心肌缺血药物，在解除胆囊痉挛的同时，抗胆碱拮抗迷走神经兴奋。效果立竿见影，约 20 分钟，腹痛就明显缓解，心率、血压均恢复正常。

不过个人认为此患者重要的不是有了 B 超结果，或者用药后好转作出准确诊断，而是病人来就诊时躺在你面前，一般情况较差，还未去做检查时，该怎么去判断，减少错误。比如说患者血压低，且伴有头晕，脑供血不足现象，可考虑休克症状。但患者心率却很慢，照理休克初期病人应该交感神经兴奋，导致心率代偿性加快。如果是心源性休克，发作时间又太短，且患者病史既往无心脏病史。是否要考虑迷走神经兴奋，拮抗了交感神经，而致心率慢，血压低呢？再联系患者突发上腹疼痛明显，自述

有胃病史，可否考虑到是因为胆囊病变致的胆心综合征？

另外重要一点要考虑到因果关系的是，到底是胆囊病变导致心肌缺血还是心肌缺血导致腹痛呢？特别是易导致传导阻滞、低血压的下壁、右心室缺血改变。

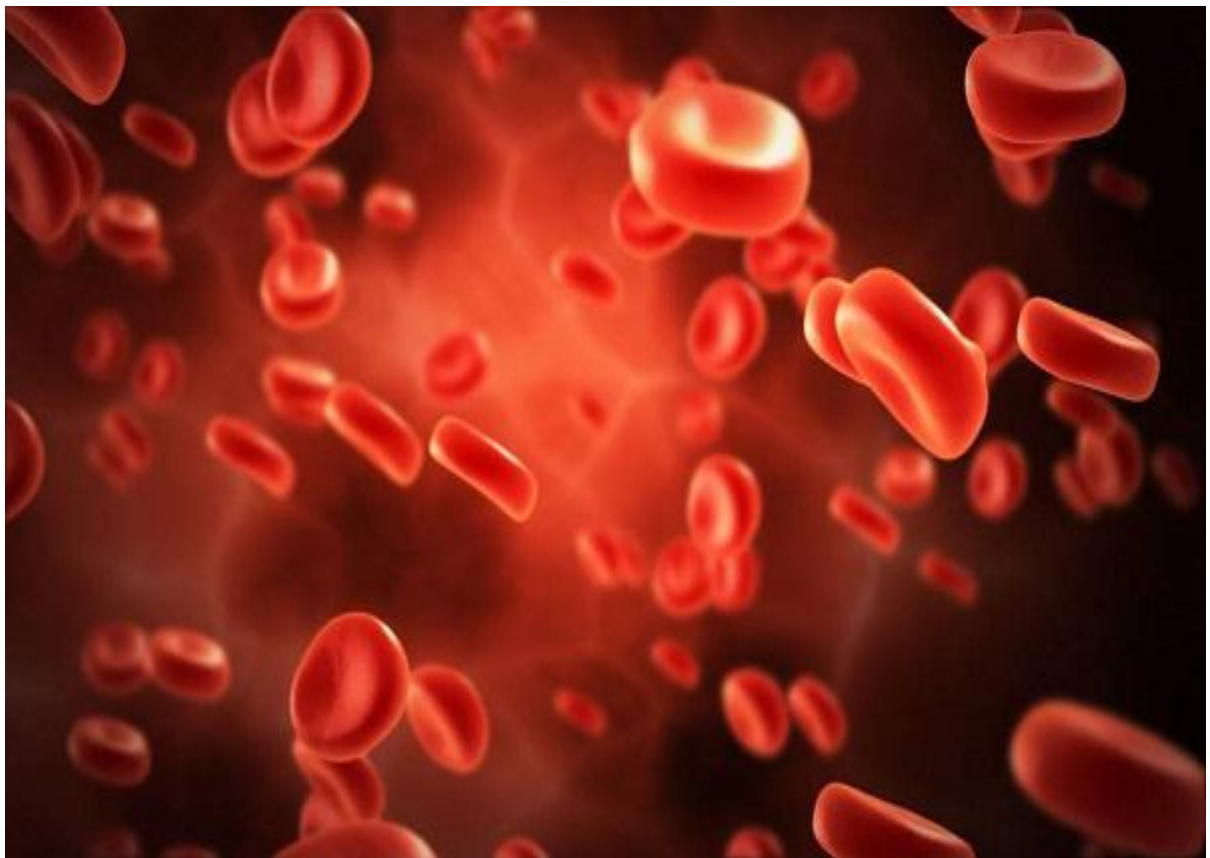
另一点此患者平时无心肌缺血症状，是突然起病，且B超示胆囊扩大，无内膜增厚，结石等炎性改变，以心动过缓、低血压症状明显，有进辛辣食物，要考虑是胆囊受刺激扩张影响迷走神经引起。这样的话是否应称之为胆一心反射更确切一点呢？

原发性血小板增多症诊治进展

作者：谷倩倩

链接：<https://article.iyyi.com/detail/413736.html>

原发性血小板增多症(ET)为主要累及巨核系的慢性骨髓增殖性疾病(CMPD)，其特征是血小板水平持续性增多而功能异常，骨髓巨核细胞过度增殖，伴有出血和(或)血栓栓塞发作，脾常增大。本病是一种只有通过排除反应性血小板增多症以及排除其他CMPD后才能诊断的疾病。



【诊断要点】

一、临床表现

1. 起病缓慢，约>20%的患者无症状。
2. 约 2/3 患者有皮肤黏膜自发性出血，以胃肠道出血常见，也可有鼻出血、齿龈出血、血尿、皮肤粘膜瘀斑，但紫癜少见。
3. 约 30%有动脉或静脉血栓形成。肢体血管栓塞后，可表现红斑肢痛、肢体麻木、疼痛，甚至坏疽。脾及肠系膜血管栓塞可致腹痛、呕吐。肺、脑、肾栓塞引起相应临床症状，个别患者以心肌梗死或脑血管意外为首表现。
4. 脾大占 80%，一般为轻到中度。少数患者有肝大。
5. 病程后期可向骨髓纤维化(MF)或白血病转化。

二、辅助检查

1. 血小板计数 $>600 \times 10^9/L$ ；血片中血小板聚集成堆、大小不一，有巨大畸形，偶可见到巨核细胞碎片及裸核。
2. 白细胞数可正常或增高，多在 $10 \sim 30 \times 10^9/L$ ，一般不超过 $50 \times 10^9/L$ ，分类以中性粒细胞为主，偶见幼粒细胞。
3. 30%的患者红细胞数正常或轻度增多，形态大小不一，呈多染性，也可出现豪-胶小体及嗜碱性点彩。少数患者有反复出血而导致低色素性贫血。
4. 骨髓象有核细胞尤其是巨核细胞显著增生，粒系及红系亦增多，血小板聚集成堆。无病态造血。中性粒细胞的碱性磷酸酶(NAP)活性增加。
5. 染色体检查有 21 号长臂缺失，也可 21 号染色体长臂大小不一，JAK2/V617F 突变可阳性，无 Ph 染色体或 BCR/ABL 融合基因。

三、2008WHO 诊断标准满足以下所有 4 条标准：

- ①持续血小板计数 $>450 \times 10^9/L$
- ②骨髓活检主要为巨核细胞系增生，胞体大而形态成熟的巨核细胞增多。无明显粒系或红系增多，无中性粒细胞左移现象。
- ③不符合 PV，PMF，BCR-ABL 阳性 CML 或 MDS 或其他髓系肿瘤的诊断标准。
- ④有 JAK2/V617F 突变或其他克隆性标志；或如 JAK2/V617F 阴性，则要求无反应性血小板增多的依据。

【治疗原则】

目的是减少血小板数以控制和预防出血、预防血栓栓塞并发症，并防止转化为白

血病。可有以下治疗措施：抗血小板治疗；化疗；干扰素；血小板单采术；JAK 抑制剂（高风险 ET 推荐）。

【处方】

处方 1：羟基脲片 15mg/(kg·d)，分 2~3 次，口服。

处方 2：IFN α 300 万 U，皮下输注，qd~qod。

处方 3：阿司匹林 100mg，口服，qd。

【注意事项】

1. JAK 抑制剂主要有 JAK2 和 JAK1/2 两种，研究发现它们是治疗 ET 患者骨髓增殖性肿瘤（MPN）和瘙痒症最有效的药物，2011 年美国食品与药物管理局（FDA）批准 Ruxolitinib 上市，这是首个获准的治疗高风险的骨髓纤维化（包括 PMP、ET 等）的药物。目前还没有令人信服的证据支持大部分 ET 患者需要 JAK 抑制剂治疗，但是 JAK 抑制剂是未来研究的方向。

2. 治疗可按 ET 危险程度而定。低危：年龄<40 岁，血小板数 $<1000 \times 10^9/L$ ，无血栓栓塞史，无高血压或糖尿病，可单用阿司匹林 75mg/日；中危：年龄 40~60 岁；其他同低危，可单用阿司匹林 75mg/d；有心血管危险因素（高血压、高脂血症、糖尿病）应加降血小板药（羟基脲，干扰素），高危：年龄>60 岁，具有下列之一：①血小板 $>1000 \times 10^9/L$ ；②有血栓栓塞史；③有高血压或糖尿病。用降血小板药物和阿司匹林；有血栓栓塞者无论低危、中危均应积极治疗。

麻醉之术后惊魂

作者：杨晓铭

链接：<https://article.iyyi.com/detail/413755.html>

上午十一时，麻醉医生小 P 送全身麻醉后苏醒的手术病人返回 ICU，一切和往常没有什么两样。小 P 和家属将患者推进电梯，电梯缓慢下降，患者血氧饱和度悄然下降，危险不期而至……



有人把一台手术的全身麻醉过程比喻成一架飞机飞行——麻醉诱导期就好像飞机起飞，麻醉苏醒期犹如飞机降落，而麻醉维持期譬如飞机在高空前进。麻醉诱导期和苏醒期往往危机四伏险象环生，其安全问题不容忽视。

我科近期发生一例术后呼吸系统严重并发症，报告如下。

患者女性，55岁，家庭妇女。因“发现血糖升高30余年，咽部异物感月余”入院。既往史：2008年行“左眼激光虹膜周切术”；2016年行“左眼激光后囊切开术”；有高血压病病史，自行口服卡托普利片，血压控制欠佳；有慢性肾功能不全史，口服“金水宝胶囊”。否认药物过敏史。体检：体温：36.4℃，脉搏：92次/分，呼吸：20次/分，血压：160/100mmHg，体重54.0kg，身高150cm，BMI：24kg/m²。神志清楚，慢性面容，步入病房，头颅正常，颈软，甲状腺II°肿大，心肺未闻异常，腹膨隆，肝脾肋下未及，四肢肌力肌张力正常，双侧腱反射正常，双足背动脉搏动稍减弱，四肢肌力肌张力正常，病理征阴性。入院诊断：1. 2型糖尿病；2. 咽部不适待查；3. 2型糖尿病性视网膜病变；4. 2型糖尿病性周围神经病；5. 高血压病（3级很高危）；6. 糖尿病肾病肾功能不全。内分泌科予以改善微循环、营养神经、监测血糖、控制血糖

等对症支持治疗 4 天后因患者甲状腺 II° 肿大，咽部有绳勒感请外科会诊转入普通外科，考虑甲状腺包块恶性待排，建议行左甲状腺全切术。继续调控血糖 6 天后入室在插管全麻下行左侧甲状腺切除+峡部切除术，术中顺利。

麻醉经过：麻醉 ASA 分级：3 级。入室开放静脉补液，常规监测 NIBP、SpO₂、HR、RR，面罩给氧去氮数分钟后静脉顺序给予咪唑安定 2 毫克，舒芬太尼 20 微克，依托咪酯脂肪乳剂 20 毫克，依他佐辛 15 毫克，顺式阿曲库铵 14 毫克诱导，5 分钟后行气管插管，确认无误后接麻醉机行控制呼吸，术中吸入七氟烷，静脉泵注丙泊酚、瑞芬太尼、右美托咪定维持麻醉，手术历时 105 分钟。术者缝合颈部皮肤时停止泵注麻醉药品，关闭七氟烷挥发罐，10 分钟后患者初醒，麻醉者给予加苏伦 40 毫克静脉注射，并给予拮抗剂（阿托品 0.5 毫克+新斯的明 1 毫克）缓慢静注，患者睁眼，握拳有力，呼吸节律正常，吸净气管内导管及口腔内分泌物，遂拔出气管内导管，面罩给氧观察 5 分钟，接 PCIA（舒芬太尼 100 微克，依他佐辛 30 毫克，地佐辛 5 毫克，托烷司琼 5 毫克生理盐水加至 100 毫升）患者出室，欲回 ICU。

镜头再返回文章开头一幕……

电梯内患者呼之不应，口唇青紫，立即联系 ICU 准备呼吸机及插管用具，到达 ICU 后面罩给氧，并紧急气管插管，接呼吸机控制呼吸。静脉推注地米 5 毫克，约 5 分钟后患者睁眼，拒管并挣扎，再次评估拔管指征后拔除气管内导管，改用储氧式面罩给氧，监测生命体征。翌晨转回普通外科病房，生命体征正常，未诉特殊不适。

已经苏醒的患者为何突发呼吸抑制、口唇紫绀、意识丧失呢？

患者发生了呼吸系统的并发症——早期术后低氧血症：全身麻醉时可抑制缺氧性和高二氧化碳性呼吸驱动，减少功能残气量，这些变化可持续到术后一段时间，易导致通气不足和低氧血症。低氧血症既是麻醉手术后病人最具有临床意义的常见并发症，又是诱发和加重麻醉手术后其它并发症，及术后致残率和死亡率居高不下的重要原因和启动因子，重者可危及生命。

结合本例女患，55 岁，65kg，150cm，BMI 28.9kg/m²，高血压病史（口服卡托普利片，血压控制欠佳），糖尿病病史（胰岛素治疗），血糖控制欠佳（糖化血红蛋白测定：HbA_{1c} 8.9%），糖尿病肾病，糖尿病性视网膜病变，糖尿病性周围神经病变等基础疾病以及肥胖因素，睡眠紊乱、睡眠性呼吸暂停综合征 (SAS) 因素更易发生低氧血症。

笔者认为本例最主要的原因因为麻醉因素，患者使用阿片类镇痛药，阿片类镇痛药

有直接呼吸抑制作用，且还干扰患者的睡眠状态，引起睡眠紊乱或嗜睡，而后者是低氧血症的好发时段。吸入性麻醉药能抑制 HPV，增加肺内分流，降低动脉氧分压。许多学者在对吸入性麻醉药在全身麻醉病人中应用的研究中发现，目前临床使用的包括七氟烷在内的吸入麻醉药品均可增加肺内分流是公认无疑的。故长时间的使用吸入麻醉有引起低氧血症之风险。

除此之外，术中肌松药的残余作用、膈肌功能紊乱、血液重新分布、呼吸道堵塞误吸喉痉挛支气管痉挛等、术后剧烈疼痛及氧耗增加均可能导致低氧血症。

本例麻醉还使用了右美托咪定长时间泵注，其可能延长阿片类镇痛药物和肌松药的作用时间，应该引起警惕，对于合并症多且 ASA3 级及以上患者应慎用：减量或者术毕提前 45 分钟停止泵注。

本例术后低氧血症虽转归良好，但是也暴露了麻醉管理中各时期的不足和漏洞：术前访视时应该注意血糖调控至最佳状态，停用 ACEI 类降压药 24 小时。麻醉诱导应该使用慢诱导，避免血流动力学不稳定，维持期适时调整麻醉药品用量和速度，应该以静脉维持为主，辅助低流量吸入麻醉药，维持适宜的麻醉深度，保持血流动力学稳定对糖尿病病人尤为重要；及时停止泵注右美托咪定（至少术毕前 40 分钟停用）以期患者顺利苏醒。苏醒期避免躁动，防止脑血管意外，掌握合适拔管时机对诸如此类全身麻醉患者至关重要。此例患者拔管后观察时间不够，预防性吸氧掩盖了低氧血症，导致转运途中发生严重通气不足及低氧血症。另外，PCIA 里含有阿片类镇痛药及其他镇痛药，过早静脉接入也可能导致本例并发症的发生。转运途中未做指脉氧监测及氧枕急救插管用具也是一大安全隐患。

麻醉风险贯穿整个围术期，麻醉医生应该提高风险意识，术前访视必须仔细到位，麻醉期全力以赴，确保安全无虞，方能安全着陆。

责任编辑：寒 冰

编辑：刘延红大夫

第二部分——中医部分

运用四妙散合芍药甘草汤 治疗腰髋关节疼痛 1 例

作者：田丰辉

链接：<https://bbs.iiyi.com/thread-2214419-1.html>

患者罗某，女，52岁，汉族，四川人，2011年9月10日诊。因右侧腰部、髋关节疼痛半年。患者于半年前无明显诱因出现右侧腰部、髋关节疼痛，爬楼梯时疼痛尤为明显，伴右下肢沉重、无力，但不痛，曾在外院输液及服药治疗2月，症状无缓解，遂来我院就诊，诉及此病情，给予拍髋关节及腰椎间盘X线检查，未见异常。查：舌苔为黄，微腻，脉沉滑，遂处方为：黄柏12g、苍术12g、怀牛膝30g、薏仁30g、白芍30g、赤芍30g、甘草15g、木瓜20g、独活30g、防己15g、寄生18g、续断18g，嘱病人服药3剂，每剂药吃两天，患者9月18日复诊，诉腰及髋关节痛有所轻，右下肢沉重明显好转。上方见效，遂仍以上方加减治疗，处方为：黄柏12g、苍术12g、怀牛膝30g、薏仁30g、白芍30g、赤芍30g、甘草15g、木瓜20g、独活30g、玄胡18g、寄生18g、续断18g，再服药3剂。患者于9月24日复诊，现症状已明显好转，只有轻微疼痛，再以第二次处方5剂，临床痊愈。随访1年未再复发。此患者腰、髋关节疼痛，伴有右下肢沉重感，舌苔黄，微腻，西医诊断不明确，而中医认为此为湿热注于筋骨，着于下肢而致诸症，故以四妙散清利湿热，更加木瓜、续断、寄生、独活祛风湿，补肝肾，并加芍药甘草汤柔肝缓急止痛，后两次加玄胡以活血止痛，增强其疗效。

重用附子理中汤治疗胃痛 1 例

作者：邯郸居士

链接：<https://bbs.iiyi.com/thread-1954590-1.html>

附子理中汤治疗胃痛，凡虚寒者多收良效。我近期治疗一例，初用不效，加大剂量后方效，今贴出，以飨爱友。

患者马某，寒冬冰雪未取暖，一冬后竟胃脘胀满，疼痛不止。发病四十多天，做过胃镜，说是浅表性胃炎。2011年3月17日初诊：面色虚浮水肿，舌质胖大淡红，

苔厚白且腻。四肢冰凉，畏寒怕冷。纳差，胃脘胀满，胀痛。脉沉缓。温补中阳法，附子理中汤加味。党参 15 克，白术 12 克，干姜 12 克，附子 12、焦三仙各 12 克，黄芪 18 克，草寇 9 克，陈皮 9 克，半夏 9 克，厚朴 12 克，甘草 9 克。水煎服 5 剂。3 月 22 日复诊，诸症同前，脉仍沉缓。原方改如下：党参 30 克，白术 15 克，干姜 30 克，附片 30 克（先煎一小时），黄芪 60 克，炙甘草 30 克，桂枝 15 克，砂仁 9 克，当归 30 克，水煎服 5 剂。3 月 27 日三诊：面目浮肿全消，胃脘疼痛、胀满未发。自叙服药后，尿量大增，一日六、七次。现食欲好，手脚温暖。脉缓但不沉，较前有力，舌质转红，苔明显减少，呈薄白。原方不更，再进 5 剂。

通气散治疗耳闭 1 例

作者：盛世中国

链接：<https://bbs.iyi.com/thread-1468624-1.html>

患者女，56 岁，自诉一个月来右耳逐渐出现耳内胀痛，并且最近几天出现耳内闭塞感，舌质淡红，苔薄白，舌底络脉瘀阻，青筋暴怒，脉艰涩，曾服西药，疗效不明显。

考虑到患者耳内闭塞感较甚，失治误治后反复发作，邪毒滞留，经窍阻塞，气血阻滞，老年人脾肾亏虚，治以活血通窍，方选通气散加味。

柴胡 10 克，香附 10 克，川芎 10 克，桃仁 10 克，红花 6 克，赤芍 10 克，石菖蒲 30 克。共三剂水煎服。

嘱其见效后再来复诊，但三天后不见患者来，我以为没有效果，患者因此没有再来复诊，就慢慢淡忘了此事。前天又见患者来到我的诊所，说其不知何故后脑疼痛要求我给她开几剂中药，问起她右耳的事，患者说喝到第二剂中药他的耳闭感就消失了，到现在已经全好了，受不了中药味道，所以没有来复诊了，我听了也很高兴。心血没有白费。

自拟神妙灵效汤治疗 血栓闭塞性脉管炎(脱疽)

作者：iceta

链接：<https://bbs.iyi.com/thread-2189137-1.html>

神妙灵效汤：黄芪、当归、远志、石斛、牛膝、玄参、忍冬藤、苍术、黄柏、丹参、乳香、没药、生甘草。

功效：扶正益气，清热解毒，活络消肿止痛。

主治：热毒炽盛之脱疽

临床加减：热毒重者加石膏、连翘、土茯苓等清热解毒；血瘀重者加桃仁、红花、水蛭、鸡血藤等活血养血。

临床应用

患者女，65岁，右小腿红肿胀疼痛半月余。

于一周前在某医院确诊为脉管炎，经静脉滴注头孢曲松 3.0g，一日两次，共 5 日后效果不佳来诊。

自诉：右下肢掀热疼痛，夜晚痛甚难眠，烦躁。查：体温：37.6℃，舌红少津，脉弦细涩，有力（热毒炽盛，气血瘀滞），右部脉弱于左部（气弱），感口渴（伤阴）。右小腿胫前有手心大小的红肿斑，触痛明显，边界不清楚，皮温高（39℃，当时用电子体温计测量的），局部可见静脉曲张，轻度指凹性水肿，右侧足背动脉可触及较左侧弱。患者持 5 日前血常规检查示：WBC $12.1 \times 10^9/L$ 。

证属：热毒炽盛，血瘀气弱。

遂予神妙灵效汤清热解毒，重用生芪益气托毒生肌，加土茯苓清热解毒，加水蛭破栓塞，化瘀通络为治。

处方：生黄芪 60 克，当归 15 克，远志 10 克，石斛 15 克，石膏 30 克，牛膝 15 克，玄参 15 克，忍冬藤 60 克，苍术 15 克，黄柏 15 克，丹参 20 克，乳香 10 克，没药 10 克，土茯苓 30 克，水蛭 6 克，生甘草 10 克。

三剂，水煎服，一日三次。并嘱外用土豆片贴敷局部，以观其效。

复诊



患者诉第二日右下肢红肿疼痛明显减轻, 尤其疼痛大减, 体温恢复正常, 睡眠较前明显改善。查: 右下肢红肿较前明显减轻, 可见肿消后皮纹。局部体温 37.5℃。

原方去石膏 5 剂后临床治愈。

神妙灵效汤其组方实为四神煎、四妙勇安汤、三妙丸、活洛效灵丹合方而成, 原方四妙勇安汤中金银花以忍冬藤代替(忍冬藤: 清热解毒、通经络)。临证加减治疗脱疽(热毒型), 西医称血栓闭塞性脉管炎数例疗效突出。本病属中医“脱疽”范围, 约可分为阳虚寒凝与湿热化毒二型, 而瘀阻不通, 又为两型所共有。故活血化瘀之法, 必须贯彻始终。而气为血帅, 气行则血行, 不论寒热, 皆以黄芪为君。气旺则可推动血行, 而生芪又最擅托毒生肌, 为痈疽要药, 不论阴证阳证均为脱疽首选要药。本案更加虫类药穿透攻破之力甚强, 可助活血化瘀破栓塞, 血行则热毒难以伏聚, 整体气血通达, 局部顽疾可祛! 神妙灵效汤为益气养血活血祛瘀解毒之法, 可使病变局部气血充盈, 肌肤四肢得养则病愈。然则血栓闭塞性脉管炎涉及血管, 临床治愈后易复发。平素应戒烟酒, 防寒保暖, 合理膳食, 防止创伤。

再说“五积散”

作者: 取法乎上

链接: <https://bbs.iyi.com/thread-3452198-1.html>

五积散在《仙授理伤续断秘方》、《太平惠民和剂局方》均有收载。《仙授理伤续断秘方》载“五积散”: 苍术、桔梗各 600 克, 枳壳、陈皮各 180 克, 芍药、白芷、川芎、当归、甘草、肉桂、茯苓、半夏各 90 克, 厚朴、干姜各 120 克, 麻黄 180 克。制法上除枳壳、桂两件外, 余细锉用慢火炒, 令色变, 摊冷, 入枳壳、桂令匀。

祛湿，理气活血，化痰消积，是治疗寒、湿、气、血、痰五积的主方，故名“五积散”。治外感风寒，内伤生冷，胸腹痞闷，呕吐恶食，头身疼痛，肩背拘急，以及妇女血气不调，心腹疼痛等症。用法用量每服9克，水150毫升，姜3片，煎至75毫升，热服。一首五积散中，包含了平胃散、二陈汤、桂枝汤、苓桂术甘汤、苓姜术甘汤、四物汤等，因其用途广泛，蒲辅周先生有“一首五积散，房上不喊房下喊”之说。

来春茂先生也曾说过，当年在农村走村串巷行医时，五积散救治百姓于乡野间，疗效生动活泼。但是目前已被中医界似乎淡忘，很多人甚至不知五积散为何方，或者一方子这么多味药，怀疑是拼凑方剂哗众取宠之嫌。我起初也有这样的想法，这样的想法比较正常。中医是经验医学，这么多名医一路走来推崇者不少，《仙授理伤续断秘方》是个什么地位的书，载这个方子一定大缘由的，那就是疗效。

典籍所载方子药味一样，个别药的剂量有些不同。来春茂先生也倡用熟料五积散，就是药材混合炒黄后粉碎。

二、本人对五积散的运用

临床中遇到寒湿、痰湿一类病人，我就会用上这个方子。自己平时也备用这个粉剂。寒湿病人指征一般饮食生冷过多，舌苔白腻，舌体胖大，常诉腰背疼或腰腿疼，夜晚睡觉易醒，大便稀溏不成型，舌下脉络淡紫，身体疲乏无力，常头昏头痛，妇女胳膊或脚踝水肿，手心和脚踝凉感。肢体疼痛性疾病如腰痛、颈椎疼痛、胸背痛、膝关节痛等具备寒湿指征者不少。

我采用熟料五积散的制作方法，“除枳壳、桂两件外，余细锉用慢火炒，令色变，摊冷，入枳壳、桂令匀。”枳壳和肉桂本身药材很干燥，因为含有挥发油因素所以不宜炒制，其他当归白芍桔梗如果不炒制，粉碎也比较困难。我自己使用的方子剂量如下：炒苍术40克，桔梗18克，麻黄15克，炒枳壳15克，厚朴12克，干姜12克，半夏9克，茯苓15克，炙甘草9克，白芷9克，当归9克，白芍9克，川芎9克，肉桂9克。（此为一剂药的剂量，如果多配药就剂量在增倍）。

寒湿型疼痛用这个方剂不一定比汤药效果慢，一般2天就有效果，坚持吃药粉一周，会有明显改善，包括乏力、睡眠质量、夜尿情况、疼痛减轻或消失。

三、心得体会

1. 成方为粉效果不一定比汤药慢，而且服药很方便，患者乐意接受，没有制胶囊，就让病患拿勺子吃，两口水就冲服完毕。

2. 看了许公岩老先生的书，才对五积散中用麻黄和重用桔梗体会更深刻。许老先生创制苍麻丸治疗痰湿肺病，祛寒湿注重开肺气，否则不能收功。小续命汤为什么里面有杏仁，古人之智慧包含多少深思和临床结晶呢！

3. 成方为粉副作用少，易控制病患病情发展。成方一般很组方很严密，不会有较大的偏斜作用。比如小续命汤、乌梅丸、桂枝芍药知母汤，你把方子开出去，没有达到治疗效果，也不会有过于严重后果，因为成方寒热阴阳并用，祖先考虑的周到啊。这个方子疗效并不低。

4. 成方为粉不一定就不赚钱，它没有什么副作用，你自己使用很放心，价格你就按照病患经济情况去定吧，相信你是善良的，有钱人也不都是小气的。

5. 寒湿疾病，一定交代要忌口。生冷少吃，冰冻食物、冷啤酒、冰激凌、冰水海鲜等，不良生活方式才是致病之源。

臭汗治验

作者：中籍华人

链接：<https://bbs.iyyi.com/thread-3465710-1.html>

苏某，男，16岁，高中生。2015年7月7日初诊。

主症：入夏以来汗出腐臭气味，满身及衣服皆臭，天气愈热，出汗愈臭。

常口渴，喜冷饮，小便黄。形体肥胖，身高1.62米，体重80公斤。面部散发粉刺两年余。舌红，苔淡黄较厚。脉滑数。既往无臭汗及狐臭史，家族中无此类病史。患者既往没有臭汗史。诊断：臭汗症。辨证：湿热蕴结，秽浊毒聚，而成臭汗。治法：清热解毒，除湿利浊。

方药：黄连解毒汤合平胃散加味：

茯苓45g、黄连10g、黄芩20g、黄柏15g、栀子15g、苍术15g、陈皮10g、厚朴20g、泽泻30g、苡仁30g、通草6g、桑皮20g 3剂。

7月12日复诊：虽天热出汗，但腐臭气味明显减少，舌苔转白。仍用原方，并针对面部粉刺加银花、蒲公英，3剂。

7月22日再诊：汗出腐臭气味已除，面部散发粉刺仍未完全消散，改用黄连解毒汤加丹参、银花、蒲公英、桔梗、皂刺、天虫、甘草。并嘱其以后应注意少吃肥甘油腻，控制体重，防止炎热之季复发。随访两月，臭汗未见复发。按：臭汗症是指分泌的汗液有特殊的臭味或汗液经分解后产生臭味。现代医学认为臭汗症与小汗腺和

大汗腺分泌的汗液异常有关：小汗腺引起的臭汗症往往与多汗症伴发，常见于足跖和趾间部位，因细菌分解汗液产生臭味。大汗腺受内分泌的影响，在青春期才开始分泌活跃，故大汗腺引起的臭汗症多在青春期出现，到老年可减轻或消失如腋窝、腹股沟、足部、肛周、外阴、脐窝及女性乳房下方等，以足部和腋窝臭汗症最为常见。腋窝臭汗症俗称狐臭，是一种特殊的刺鼻臭味，夏季更明显。由于细菌与大汗腺的分泌物发生作用产生不饱和脂肪酸导致特殊臭味的形成。大汗腺导致的臭汗症与遗传因素有关，患者大多有家族史。本例臭汗症则是全身出汗皆臭，似非大小汗腺所致的臭汗，既非狐臭，住年也未发生过臭汗。夏季炎热，加之体胖，身体需要散热，出汗是为正常，但出现腐臭味就不正常了。故治疗不在止汗，而在于祛除汗臭的根源。患者炎夏之季出现臭汗，身体肥胖，常口渴喜冷饮。舌苔淡黄而厚，脉滑数。根源是为湿热蕴结于内，酿成秽浊毒邪，炎夏酷热随汗出发越于外而臭，湿热是引起臭汗的根源。故治以清热解毒，除湿利浊，药用黄连解毒汤清热解毒，平胃散去甘草加茯苓、泽泻、苡仁、通草、桑皮除湿利浊，使秽浊毒邪随小便而排出，汗臭终除。

足跟痛治疗的一点思路

作者：针之道予术

链接：<https://bbs.iyyi.com/thread-3431964-1.html>

今天一例足跟痛 12 年的患者复诊，10 天前治疗一次后疼痛消失，已经说不再影响原来的工作和生活，可以说是临床症状治愈。不是说把患者的症状消失有什么大不了，关键是患者 12 年的治疗过程中各种治疗都没有什么效果，这一点让我无法理解。但是我知道患者没有把她身上的腰和颈椎的问题处理好，足跟痛的症状复发那是一定的。所以今天没有再给她调整足跟痛，而是放重点在颈椎和腰椎的调理上。

本来说这样的一个小病对于很多大咖来说，那都不是什么问题，但是很多医院、村医、个体诊所人从医者都大部分运用的是封闭和针刀等治疗，虽然治疗方法上没有什么值得批判的，因为我也是从这样的一个路中走过来的，当时没有想到治不下这个病是不是自己的医术有问题，而是看比自己年长的医生都没有办法把这个病治下来，所以就也没有再度探索的动力。但是就目前这样的状况来说，我觉得治疗上应该顺应国家的响应，能吃药不打针，能打针不输液的政策方针。所以，我来给大家分析下其中一个治疗思路，省得患者受到太多的过度治疗。

如图中的患者的方框这个地方区域疼痛的患者，治疗上只需要用 0.3*50 的针灸

针从脚底内侧面脚弓处向外进针把跖方肌扎到就可以当场见效了。想要效果更好的话，就必需要把这个肌肉“打跳”，也就是我在膝关节思路里分享的目前我老师讲的针灸得气的标准，具体可到相关文章查看。关于这个“打跳”需要我们个人多加练习才能每个穴位或者肌肉上都能达到这个“如鱼吞钩之沉浮”的标准！

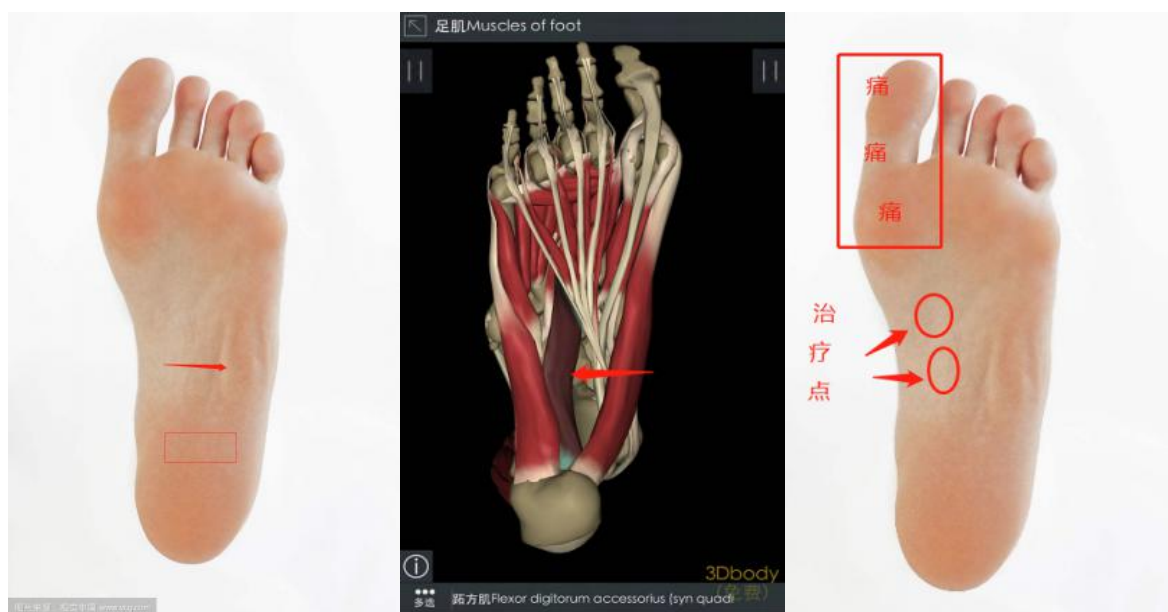
关于其它部位的足跟疼痛，还可以有不同的套路治疗模式或者说有部分患者是应该从整体调衡来完成的。

愿有缘人读懂此思路！

接上次的分享，这次继续分享不同部位疼痛的治疗思路。如果是第一个中拇指足底疼痛的话，或者说是其它的趾底疼痛，那可按下面的图进行推演治疗。就是在这个位置找相应的痛点进行对局部打跳就能立竿见影。关于打跳请到我发的贴“分享膝关节疾病治疗思路”中找。注：得气的标准

下面我就简单说一下这个得气的标准：比如我们治疗比目鱼肌的筑宾穴这个穴位的时候，得气的标准是看到肌肉，或者说局部的跳动。老师对于得气的标准，用现在生活的理解充分的诠释、证明了古书上说的：如鱼吞钩之沉浮。用我们生活上的解释也就是说我们日常钓鱼，那必须是看得见的，看到是否鱼上钩，那我们就会看到鱼漂在动或者说鱼漂周围的水在动。那么我们扎针的穴位就像钓鱼一样，我们也必须要看的见的针在动或者说局部肌肉在动才算是得气，所有的治疗点都以这个标准来衡量，也就是说以这个标准来衡量治疗是否有效的关键。

在这样的一个标准下，就能收到当面见效、立竿见影的疗效。



经行乳房胀痛中药调理 68 例的疗效观察

作者: zhujiayou123

链接: <https://article.iyyi.com/detail/411971.html>

【摘要】

目的:经行乳痛方治疗行经时乳房胀痛的疗效观察

方法:经行乳痛方

陈皮 12 克, 柴胡 12 克, 川芎 9 克, 香附 5 克, 枳壳 12 克, 芍药 5 克, 甘草 5 克, 王不留行 10 克, 川楝子 6 克, 夏枯草 6 克, 丹皮 6 克, 黄芩 5 克。

结果: 治疗结果, 治愈 52 例, 显效 13 例, 无效 3 例。

结论: 经行乳痛方治疗经行乳房胀痛的临床疗效确切。

经行乳房胀痛是指在经前或者是经期出现乳房胀痛, 月经干净后疼痛缓解的情况。本病多由于肝郁气滞, 情志不畅, 肝失疏泄, 血聚冲脉, 冲脉气盛, 肝失条达, 乳络不畅导致的以乳房胀痛为主要临床表现的病症。我科室在接诊此类患者中, 采用中医中药进行调理取得良好的疗效, 总结了一套行之有效的经验处方现已作为科室的协定处方使用, 现将治疗经过和结果介绍如下:

1、临床资料

1.1 一般资料共 68 例, 选自本医院 2015 年 2 月至 2018 年 10 月门诊患者, 年龄 20 到 25 岁, 平均年龄 23 岁, 最短病程两个月, 最长半年, 平均四个月。

1.2 诊断标准参照 2002 年江苏科技技术出版社出版, 由胡小怡主编的《中医妇科学》制定。

1.3 标准有精神, 过度紧张或暴怒史, 于经前 5 到 7 日出现乳房胀痛, 经前 2 到 3 日达到高峰, 有时候痛不可触衣, 经净后乳房胀痛明显减退, 临床检查乳房胀满, 乳房触及痛感, 无器质性改变。

2、治疗方法

2.1 方法经行乳痛方

陈皮 12 克, 柴胡 12 克, 川芎 9 克, 香附 5 克, 枳壳 12 克, 芍药 5 克, 甘草 5 克, 王不留行 10 克, 川楝子 6 克, 夏枯草 6 克, 丹皮 6 克, 黄芩 5 克。以上药物先用凉

水浸泡半小时，然后用武火烧开，转文火慢煮半小时，一付药煎两剂，共取 400 毫升，早晚各服 200 毫升。一般在月经前一周开始服药，服药至来月经时停止，一个月经周期为一个疗程，一般服用 3 到 4 个疗程，治疗期间忌食辛辣食物，避免受凉。

3、治疗结果

3.1 疗效标准参照《中药新药临床研究指导原则》制定：

服药后，乳房胀痛症状消失，无明显不适感，为痊愈。服药后，乳房胀痛症状明显减轻，为有效。

服药后，乳房胀痛情况无明显改变，为无效。

3.2 治疗结果

治疗结果，治愈 52 例，显效 13 例，无效 3 例。总有效率达 93%。

4、讨论

中医学认为本病主要是由于肝郁气滞，情志不畅，肝失疏泄，血聚冲脉，冲脉气盛，肝失条达，乳络不畅导致的以乳房胀痛为主要临床表现的病症。治疗原则主要是以疏肝解郁，通络止痛为主。方中陈皮能够理气调中；柴胡能够疏肝解郁；川芎能够活血行气，祛风止痛；香附能够疏肝理气，调经止痛；枳壳能够理气宽中，行滞消胀；芍药能够养血调经，柔肝止痛；王不留行能够活血通经，下乳消肿；川楝子能够行气止痛；夏枯草能够清肝明目，散结消肿；丹皮能够活血散瘀；黄芩能够清热燥湿，泻火解毒；甘草能够缓急止痛，缓和药性；诸药合用能够起到疏肝解郁，通络止痛的目的。对于这种经行乳房胀痛有一定的治疗效果，经反复使用，临床疗效确切，值得推广。

面瘫的针灸治疗

作者：zhengnengliang

链接：<https://article.iyyi.com/detail/411968.html>

面瘫，在西医学称为周围性面神经麻痹。是临床常见病、多发病，通常为急性起病，往往是在清晨起床或者在洗漱时照镜子，才发现一侧面部出现了异常，表现为面部的呆板，闭目不全，额头纹消失，口角歪斜，鼻唇沟变浅或消失，刷牙漱口出现漏水的现象，说话也存在跑风的现象。在进餐时，食物存在停留于齿龈之间，不能皱眉，不露齿，鼓腮。还有些人会伴有耳后、耳下的疼痛。

在中医治疗这个疾病，采用针灸的方法是非常有效的，而且治疗的效果越早越好。但是在临床中有一种观点认为在急性期不应该扎针灸。我们认为这是一种认识上的误区。关键在于治疗的辨证思路 and 取穴的方法。在疾病的发病期的不同阶段，采用不同的方法对症治疗，应该可以达到满意的效果。

面瘫分为急性期和恢复期。急性期和恢复期的取穴针刺方法都是有所不同的，这时应该充分体现中医的传统辨证论治的优势，根据不同的时期，采用对症的方法。

一般在发病的前一周，大概都属于急性期的范围。此时周围神经正处在急性的水肿期。面瘫的症状有一个逐渐加重的过程，这时侵袭人体的邪气还比较表浅，面部症状并不是很严重，所以在选择针灸治疗时，取穴应该宜少宜浅，采用体针和面针相结合的方法。主要穴位刺激，在体征比较多。常用穴位有风池，合谷，足三里，太冲等。此时的面部取穴尽量少或者不取。随着治疗时间的延长，逐渐发展成为恢复期，这是面部取穴就应该可以增加了。面部取穴大多采用直刺和透刺相结合的方法，常用穴位有阳白、攒竹、四白、人中、迎香、颧髎，同时配合四肢远端的曲线太冲合谷等。刺激手法，一般选择平补平泻的手法。尽量不建议采用电针，以免出现倒错反应，加重局部神经的水肿，引起不利的副作用。

在临床中无论是初期还是恢复期，在针刺过程中都建议配合一些热敷艾灸等方法来达到祛风散寒，改善面部血液循环，消除神经水肿的目的。同时配合口服营养神经的药物，比如说维生素 b1，维生素 b12，弥可保等。当然也可以配合中药来治疗，能够促进局部恢复的目的。还有一个关键的问题是，在治疗过程中一定注意防寒保暖，防风，注意佩戴口罩，远离空调和一些风比较大的地方。按时休息，保持心情愉快，对疾病的恢复也是非常有好处的。

责任编辑：博源堂主

编辑：草原民间中医 xiwang001han 砭艾

阳桃

别名：五敛子、杨桃、三敛、三廉子。

来源：酢浆草科阳桃 *Averrhoa carambola* L.干燥成熟的果实，原产马来西亚、印度尼西亚。现各地广泛栽培。



形态：乔木，高可达 12 米，分枝甚多；树皮暗灰色，内皮淡黄色，干后茶褐色，味微甜而涩。奇数羽状复叶，互生，长 10~20 厘米；小叶 5~13 片，全缘，卵形或椭圆形，长 3~7 厘米，宽 2~3.5 厘米，顶端渐尖，基部圆，一侧歪斜，表面深绿色，背面淡绿色，疏被柔毛或无毛，小叶柄甚短；花小，微香，数朵至多朵组成聚伞花序或圆锥花序，自叶腋出或着生于枝干上，花枝和花蕾深红色；萼片 5，长约 5 毫米，覆瓦状排列，基部合成细杯状，花瓣略向背面弯卷，长 8~10 毫米，宽 3~4 毫米，背面淡紫红色，边缘色较淡，有时为粉红色或白色；雄蕊 5~10 枚；子房 5 室，每室有多数胚珠，花柱 5 枚。浆果肉质，下垂，有 5 棱，很少 6 或 3 棱，横切面呈星芒状，长 5~8 厘米，淡绿色或蜡黄色，有时带暗红色。种子黑褐色。花期 4~12 月，果期 7~12 月。

栽培：阳桃喜高温湿润气候，不耐寒。以土层深厚、疏松肥沃、富含腐殖质的壤土栽培为宜。

性味功能：味酸、甘，性平；养阴润肺，生津止咳，利水消肿，清热解毒。

用 途：用于风热咳嗽，咽喉肿痛，烦渴，牙痛，解酒毒。

用法用量：内服：入煎剂 30~60 克。鲜果生食、绞汁服用。

经验鉴别：本品以色黄、皮肉脆软、味酸甜多汁者为佳。

化橘红

别 名：柚、抛、文旦。

来 源：芸香科植物柚 *Citrus maxima* (Burm.) Merr. 的干燥外层果皮，原产于我国长江以南各地，最北限见于河南省信阳及南阳一带，全为栽培。东南亚各国也有栽种。



形 态：乔木。嫩枝、叶背、花梗、花萼及子房均被柔毛，嫩叶通常暗紫红色，嫩枝扁且有棱。叶质颇厚，色浓绿，阔卵形或椭圆形，连翼叶长 9~16 厘米，宽 4~8 厘米，或更大，顶端钝或圆，有时短尖，基部圆，翼叶长 2~4 厘米，宽 0.5~3 厘米，个别品种的翼叶甚狭窄。总状花序，有时兼有腋生单花；花蕾淡紫红色，稀乳白色；花萼不规则 5~3 浅裂；花瓣长 1.5~2 厘米；雄蕊 25~35 枚，有时部分雄蕊不育；花柱粗长，柱头略较子房大。果圆球形，扁圆形，梨形或阔圆锥状，横径通常 10 厘米以上，淡黄或黄绿色，杂交种有朱红色的，果皮甚厚或薄，海绵质，油胞大，凸起，果

心实但松软，瓢囊 10~15 或多至 19 瓣，汁胞白色、粉红或鲜红色，少有带乳黄色；种子多达 200 余粒，亦有无子的，形状不规则，通常近似长方形，上部质薄且常截平，下部饱满，多兼有发育不全的，有明显纵肋棱，子叶乳白色，单胚。花期 4~5 月，果期 9~12 月。

栽 培：柚喜温暖湿润气候，不耐干旱，抗寒性差。比较喜阴，尤喜散射光，年日照时数 1200~1500h。宜选土层深厚、富含腐殖质、疏松肥沃的中性或微酸性土壤栽培。

性味功能：味辛、苦，性温；燥湿散寒，利气消痰。

用 途：用于风寒咳嗽，喉痒痰多，食积伤酒，呕恶痞闷。

用法用量：内服 3~6 克。

经验鉴别：本品以外表面黄绿色黄棕色，无毛者为佳。

编 辑：王 颖 健

责任编辑：金陵一剑

1 例腹泻导致的感染性休克患者的诊疗

作者：我是王琪

链接：<https://bingli.iiyi.com/show/63231-1.html>

●病例摘要

一般资料：女性, 56 岁, 农民。

主诉：纳差，乏力，口干 2 月余

现病史：

患者 2 月前无明显诱因出现纳差，乏力，口干，偶有流鼻血，自觉发热，烦躁，在当地诊所口服药物及输液治疗，具体用药不详，疗效差，至当地县医院检查发现肝功能明显异常，上腹部 CT 示脂肪肝、胆囊结石、胆囊炎，住院输液治疗，具体不详，疗效差。为求进一步诊治而来我院，门诊以“乙肝”收入我科，自发病以来，精神差，饮食差，睡眠差，小便黄，大便正常，体力下降，体重略减轻。

既往史：

平素身体一般，否认高血压，糖尿病，心脏病，肾病，脑血管疾病等病史，患乙肝 10 年余，未诊治。无结核、伤寒病史。否认手术，外伤史，否认输血，献血，卖血史，否认药物，食物过敏史，否认预防接种史。

个人史：

生于原籍，无外地长期居住史，无疫区、疫水接触史，务农，无毒物接触史，无烟酒等不良嗜好，否认性病及冶游史。

体格检查：

T:36.5℃, P:78 次/分, R:18 次/分, BP:128/70mmHg。发育正常，营养一般，神志清，精神差，扶入病房，慢性肝病面容，全身皮肤粘膜及巩膜中度黄染，未见皮疹、出血点，肝掌阳性，浅表淋巴结无肿大。双肺呼吸音粗，未闻及干湿性啰音，心率 78 次/分，各瓣膜听诊区未闻及病理性杂音。腹平软，腹部轻压痛，无反跳痛，肝脾肋下未触及，肝区叩击痛阳性，移动性浊音阴性，扑翼样震颤阴性。

辅助检查：

血常规示白细胞数 $4.67 \times 10^9/L$ ，中性粒细胞 $3.91 \times 10^9/L$ 中性粒细胞比值 83%、血红蛋白 97g/L，血小板 $105 \times 10^9/L$ ，肝功能示谷丙转氨酶 283U/L、谷草转氨酶 261U/L、白蛋白 30.9g/L、总胆红素 110umol/L、直接胆红素 73umol/L、间接胆红素

36umol/L。免疫八项示乙肝表面抗原、乙肝 e 抗原、乙肝核心抗体阳性。降钙素示:33.44ng/ml 血培养示:凝固酶阴性葡萄球菌感染。凝血四项:凝血酶原时间 22.4s, 活动度 40.3%, 上腹部 CT 示脂肪肝, 胆囊结石, 胆囊炎。

初步诊断:

1. 慢性乙型病毒性肝炎; 2. 重度肝炎; 3. 脂肪肝; 4. 胆囊结石胆囊炎。

诊断依据:

1. 病史:患乙肝 10 年余, 未诊治; 2. 症状:纳差, 乏力, 口干 2 月余; 3. 体征:慢性肝病面容, 全身皮肤粘膜及巩膜中度黄染, 未见皮疹, 出血点, 肝掌阳性, 腹平软, 腹部轻压痛, 无反跳痛, 肝脾肋下未触及, 肝区叩击痛阳性。4. 辅助检查支持诊断。

鉴别诊断:

1. 酒精性肝病:有长期大量的饮酒史, 肝炎标志物阴性。2. 自身免疫性肝病:主要有原发性胆汁性肝硬化和自身免疫性肝病史, 诊断主要依靠自身抗体的检测和病理组织检查。

诊治经过:

患者入院后积极完善相关辅助检查, 给予“复方甘草酸单铵, 还原型谷胱甘肽, 多酯稀磷脂酰胆碱”保肝药物治疗, 入院当晚凌晨不洁饮食后出现了腹泻, 发热, 温度 38.5℃, 急查降钙素示 0.86ng/ml, 立即给予“头孢他啶”抗感染治疗, 次日患者精神差, 进食差, 仍间断低热, 第三天早晨突然出现晕倒, 急查血糖显示 L0, 血压测不出, 立即给予静脉注射高糖, 并且立即查降钙素示 33.44ng/ml, 考虑感染性休克, 给予多巴胺, 重酒石酸去甲肾上腺素泵入, 给予比阿培南, 利奈唑胺抗感染药物治疗, 输注白蛋白, 血浆, 大量快速的补液等抢救措施, 经过 10 余小时的抢救, 患者最终没有抢救成功, 死亡。

●临床诊断:

1. 感染性休克; 2. 败血症; 3. 慢性乙型病毒性肝炎; 4. 重度肝炎; 5. 脂肪肝; 6. 胆囊结石胆囊炎

●分析总结:

1. 该患者的病情进展是非常迅速的, 一天一夜降钙素升高非常明显, 感染性休克的诊断是成立的, 虽然积极给予抢救治疗, 但是最终还是以失败而告终。一般的腹泻患者不会导致如此重的感染, 而这个患者的基础病, 乙肝, 重度肝炎, 也治疗了很长

时间，效果差，说明她的抵抗力，免疫力非常差，尤其遇见肝病、肝硬化患者的感染、发烧，都不能大意，需要及时控制感染，否则会出现比较严重的后果，可能会导致感染性休克，肝衰竭等并发症危及生命。该患者第二天低热，但是精神状态还好，这没有引起值班医生的重视，如果当天复查降钙素，及早的控制感染，可能结局又不一样了，所以我们在平时的值班中，一定需要密切观察每个患者的病情，尤其是一些特殊的患者，或许我们的细心、认真可能就会挽救一条生命。

2. 感染性休克的治疗是综合性的，成功的救治需遵循全面评估，早期干预，多元施救与整体管理的原则，其关键环节包括抗感染和抗休克治疗两个方面。在病原体没有明确前可以经验性应用抗感染药物，经验性用药注意早期选用强力的，抗菌谱广的，足量的杀菌剂进行治疗。抗休克治疗应积极建立静脉通路，针对休克的血流动力学变化给予补充血容量，纠正酸中毒，调整血管收缩功能，维护重要脏器功能等措施。

腹痛、多食易饥半个月

作者: kwj1863

链接: <https://bingli.iiyi.com/show/62894-1.html>

●病例摘要

一般资料: 男性, 7 岁, 学生。

主诉: 腹痛、多食易饥半月

现病史:

患者家属诉半月前无明显诱因出现脐周隐痛，无阵发性加剧，无他处放射，能够忍受，喜按揉，多食易饥，无消瘦，无异食癖，无泛酸、嗝气，无寒战、高热，无恶心、呕吐，无腹胀、腹泻，曾于当地诊断为“急性胃肠炎”，予口服药物治疗（药名及剂量不详），病情无好转，为求进一步诊治而来我院，经门诊以“蛔虫病”收住院。

既往史:

既往体健，无手术、外伤史及药物过敏史，否认“肝炎”、“结核”等传染病接触史。

体格检查:

T:36.6℃, P:86 次/分, R:20 次/分, BP:80/50mmHg。发育正常，营养中等，神志清楚，查体合作。全身皮肤粘膜无苍白，无黄疸，皮肤弹性正常，未见肝掌、蜘蛛痣。全身浅表淋巴结未触及肿大。头颅外形正常。结膜无苍白，巩膜无黄染，角膜无混浊，

双侧瞳孔等大等圆，直径约 2.5mm，眼球运动正常，光反射灵敏。耳廓外形正常，外耳道无异常分泌物，乳突无压痛，双侧听力粗测正常。鼻无畸形，鼻腔粘膜无充血、水肿，鼻中隔无偏曲，鼻翼无扇动，各副鼻窦无压痛。口唇无苍白，颊粘膜无溃疡、白斑，伸舌居中。咽后壁无红肿，悬雍垂居中，双侧扁桃体无肿大，表面无脓性分泌物，喉发音清晰。颈软，未见颈静脉怒张，颈动脉无异常搏动及杂音。气管居中，甲状腺无肿大。胸廓对称，无畸形。胸壁无静脉曲张，未及皮下气肿。胸式呼吸，双侧呼吸动度一致，肋间隙无增宽。语颤无增强及减弱，无捻发感及胸膜摩擦感。双肺叩诊清音，肺肝浊音界于右锁骨中线第五肋间。双侧呼吸音清晰，未闻及干湿性啰音。心前区无隆起，心尖搏动位于第五肋间左锁骨中线内侧 1.5cm。无震颤及心包摩擦感。心浊音界无扩大。心率 86 次/分，律齐，各瓣膜区未闻及病理性杂音，未闻及心包摩擦音。无脉搏短拙，无奇脉及大动脉枪击音。无水冲脉，毛细血管搏动征（-）。腹部平坦，无腹壁静脉曲张，未见胃肠型及逆蠕动波，脐周压痛，无反跳痛、肌紧张，肝脾肋下未触及，Murphy 征阴性，麦氏点无压痛，肝肾区无叩击痛，叩诊无移动性浊音，肠鸣音 5 次/分，未闻及气过水音及金属音。肛门及外生殖器未见异常。脊柱四肢无畸形，生理反射正常存在，病理反射未引出。

辅助检查：

腹部 B 超示：肝脏大小、形态规整，被膜光滑，实质回声均匀，肝内胆管不扩张。胆囊大小正常，壁光滑，囊内未见异常回声，胆总管未见扩张。胰腺大小正常，实质回声均匀，主胰管未见扩张。双肾大小正常，形态正常，实质回声均匀，肾盂、输尿管未见扩张。提示：肝、胆、胰、脾、双肾结构未见异常。

初步诊断：蛔虫病

诊断依据：

1. 少年男性，急性起病；2. 患者家属诉半月前无明显诱因出现脐周隐痛，无阵发性加剧，无他处放射，能够忍受，喜按揉，多食易饥，无消瘦，无异食癖，无恶心、呕吐，无腹胀、腹泻，曾于当地诊断为“急性胃肠炎”，予口服药物治疗，病情无好转；3. 腹部平坦，无腹壁静脉曲张，未见胃肠型及逆蠕动波，脐周压痛，无反跳痛、肌紧张，肝脾肋下未触及，Murphy 征阴性，麦氏点无压痛，肝肾区无叩击痛，叩诊无移动性浊音，肠鸣音 5 次/分，未闻及气过水音及金属音；4. 腹部 B 超提示：肝、胆、胰、脾、双肾结构未见异常。

鉴别诊断：

病例讨论

1. 急性胃肠炎：主要表现为腹痛，多为痉挛性绞痛，伴恶心、呕吐、腹泻，多有不洁饮食病史，查体腹部压痛，无反跳痛、肌紧张，可以鉴别。2. 肠痉挛：婴儿多见，可以出现反复发作的阵发性腹痛，腹部检查无异常体征，排气、排便后腹痛消失可以鉴别。

诊治经过：

患儿入院后完善各项检查，予易消化无刺激性饮食，甲苯咪唑 100 毫克，每日 2 次，连服 3 天，腹痛逐渐消失，5 天痊愈出院。

●临床诊断：蛔虫病

●分析总结：

蛔虫是寄生于人体肠道中体型最大的寄生虫，雌雄同体，成虫寄生于空肠，以肠内容物为食物。虫卵被吞食后，幼虫破卵而出，穿入肠壁通过门静脉系统循环进入肺，穿破肺组织进入肺泡腔，沿支气管向上移行到气管又重新被吞咽，幼虫进入小肠逐渐发育为成虫。传染源是蛔虫病患者，感染性蛔虫卵污染食物或手，经口吞入为传播途径。临床表现为食欲不振，多食易饥，腹痛，部分患儿磨牙，易惊，精神萎靡。蛔虫有钻孔的习性，在人体食入辛辣食物或者驱虫不当，或者内环境发生变化，蛔虫钻入开口于肠道的各种管道，引起胆道蛔虫等等。首选药物为甲苯咪唑，副作用小，偶有胃肠不适，腹泻。随着普及卫生知识、注意个人饮食卫生、做好粪便管理等措施，蛔虫病逐渐减少，但对于无明显诱因出现腹痛的患儿，应该考虑到蛔虫病的可能，避免误诊。

责任编辑：绿漫天涯

编辑：刘 现 国

医疗资讯

王辰、张亭栋获 2019 年度吴阶平医学奖

12 月 1 日，第十四届健康与发展中山论坛、2019 年吴阶平医学奖颁奖大会在广东省中山市举行。中国工程院院士、呼吸病学与危重症医学专家王辰教授和中西医结合血液病学专家张亭栋教授获得了 2019 年吴阶平医学奖。王升启、王伟、令狐恩强、张卫东、陈翔、董晨等六位专家教授获得了 2019 年医药创新奖。吴阶平医学奖是经卫生部、科技部批准的我国医药卫生领域的高级别奖项。吴阶平医学基金会于 2007 年设立“吴阶平医学奖”，授予在医药卫生领域做出突出贡献、取得显著成就的医学专家。2012 年，吴阶平医学基金会在“吴阶平医学奖”下再增设“吴阶平医药创新奖”。（中国新闻网）

河南发放首张医师电子证照

近日，河南省人民医院急危重症医学部主任秦秉玉在手机上登录《医师电子化注册信息系统（个人端）》，在执业信息栏点击“申请医师执业注册电子证照”，不到 3 分钟，秦秉玉就获取了河南省第一张医师电子证照。2018 年 4 月，国务院办公厅印发《关于促进“互联网+医疗健康”发展的意见》，推动各级卫生健康部门采用电子证照等信息化手段建立“网上办”的审批模式。河南省是医师、护士、医疗机构电子证照的首批试点省份。今年 4 月印发的《河南省医疗服务电子监管试点工作方案》提出，到今年年底或明年年初在全省推开医师、护士、医疗机构电子证照。该省选取河南省人民医院、郑州大学第一附属医院、河南省中医院、河南省儿童医院进行试点，试点结束后将尽快向全省推广。（医药卫生网）

世界艾滋病日：我国存活感染者逾 95 万

12 月 1 日是世界艾滋病日，国家卫健委前日发布数据显示，2019 年 1-10 月，全国新报告发现艾滋病感染者 13.1 万例，符合治疗条件的感染者接受抗病毒治疗比例为 86.6%。截至 10 月底，全国报告存活艾滋病感染者 95.8 万。此外，联合国艾滋病规划署今年 7 月发布报告显示，2018 年全球新增艾滋病病毒感染人数约 170 万，比 2010 年下降 16%。然而，2018 年全球因艾滋病相关疾病导致的死亡人数仍高达 77 万，要完成到 2020 年把死亡人数控制在 50 万以下的目标，困难重重。（新华社）

中国首部疫苗管理法实施，“四个最严”为宗旨

12月1日，《中华人民共和国疫苗管理法》开始施行。作为我国首部有关疫苗管理的专门法律，疫苗管理法在疫苗研制、注册、生产、批签发和流通等方面，进行了明确规定。疫苗管理法坚持以最严谨的标准、最严格的监管、最严厉的处罚、最严肃的问责等“四个最严”为立法宗旨，规定构成违法犯罪依法从重追究刑事责任，罚款进一步提高，如生产、销售的疫苗属于假药的，最高罚款从相应货值金额的30倍增加至50倍；属于劣药的，最高罚款从20倍增加至30倍。针对有严重违法行为的责任人员，也增加了行政拘留等惩罚。（科技日报）

六成年轻人害怕做体检、看检查报告

近日，中国青年报发起的一项针对1979名18-35岁青年的调查报告显示，受调查者中63.6%的人有过害怕看体检报告的经历，62.6%的受访青年表示平时压力大，怕体检查出问题，60.9%的受访青年坦言生活方式不健康，已经给身体造成了损害。实际上，大多数年轻人都知道健康常识，也知道熬夜、缺乏运动、饮食不健康、工作加班等会损害健康。尽管如此，还是有相当多年轻人不惜冒险或迫不得已，为了业绩和升迁，需要加班加点工作，需要陪客户喝酒抽烟，时不时还要熬夜甚至长期熬夜等。（北京青年报）

日本、韩国生育率下降趋势严峻

近日，日本和韩国相继发布数据，显示两国生育率下降趋势严峻。韩国生育率在今年第三季度达到史上最低。据韩国统计厅11月27日发布的《2019年9月人口动向报告》显示，韩国2019年第三季度生育率降至0.88，低于2018年0.98的总生育率，达到史上最低。日本生育率下降趋势也在持续，且降幅可能达到30年以来最大值。据日本厚生劳动省11月26日统计数据，2019年1-9月出生婴儿人数为67,3800人，较去年同期减少5.6%。而上一次日本全年出生人口降幅超过5%的年份是1989年。（澎湃新闻）

中药血竭中检出染色剂，安徽药监局介入调查

11月26日消息，经药品检验机构检验，发现了57批次药品不符合规定。其中，安徽亳源药业饮片有限公司生产的1批次血竭不符合规定，检查出染色剂808猩红和松香酸。当日，安徽省药监局相关工作人员表示，企业自行向血竭中添加808猩红等添加剂的可能性较低，应该是原材料有问题，药企可能存在自检不严的问题。目前省药监局高度重视，已成立调查组，将赴涉事企业实地进行调查。（国家药监局）

我国自主研发慢性髓性白血病药品获批上市

11月26日消息，甲磺酸氟马替尼（商品名：豪森昕福）上市注册申请获批，用于治疗费城染色体阳性的慢性髓性白血病（Ph+CML）慢性期成人患者。该药是拥有中国自主知识产权的创新药，通过优先审评审批程序获批上市。甲磺酸氟马替尼为小分子蛋白酪氨酸激酶（PTK）抑制剂，通过抑制 Bcr-Abl 酪氨酸激酶活性，抑制费城染色体阳性的 CML 和部分急性淋巴细胞性白血病患者的瘤细胞增殖，诱导肿瘤细胞凋亡。（国家药监局）

首个“返老还童”试验获批，100 万美元年轻 20 岁

近日，美国一家名为 Libella 的基因治疗公司宣布获得了哥伦比亚伦理委员会的批准，允许其在当地进行逆转衰老的收费临床试验，正式开始“返老还童”临床试验，该实验通过基因治疗手段，使用 AAV 病毒导入人端粒酶逆转录酶基因，从而希望让人类逆转衰老 20 年。目前，该临床试验招募已经被收录在美国临床试验数据库，试验计划招募 5 位 45 周岁以上的参与者。参与者报名后须缴纳 100 万美元费用，还需自费前往哥伦比亚签署知情同意书，然后才可以在授权医院内接受 Libella 公司提供的基因治疗。（医谷）

两部委叫停邮寄处方药，网售处方药解禁或遭阻

近日，国家发改委和商务部联合发布《市场准入负面清单（2019 年版）》，明确强调：“药品生产、经营企业不得违反规定采用邮寄、互联网交易等方式直接向公众销售处方药”，进一步规范网络售药行为。12 月 1 日，新版《药品管理法》即将正式实施，新管理法规定：疫苗、血液制品、麻醉药品、精神药品、医疗用毒性药品、放射性药品、药品类易制毒化学品等国家实行特殊管理的药品不得在网络上销售。其他药品都可以网售，并未直接禁止网售处方药，同时，还对网售处方药的第三方平台也提出了更高的要求。（国家发改委）

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