

愛愛醫

第七期 总NO. 126

Volume 11, number 7, July. 2020

刊首语

早情

作者：平凡人生

链接：<https://bbs.iyyi.com/thread-54399-1.html>

盛夏的夜
捂暖青绿的果
调皮的孩子
经不起诱惑
急着品尝
那一丝
甜味的酸涩

早情的果
再大再圆
必竟
挂在未熟季节的枝头
于是
我在树下
耐着性子翘首
等待果实
成熟的季节

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三灶镇金海岸大道3号

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	早情.....	1
专业交流 西 医	阿莫西林过敏 1 例.....	3
	经验分享——惊魂哮喘发作.....	3
	糖皮质激素诱发的精神症状.....	4
	超声入门贴 1036——前列腺增大三维图.....	5
	病例故事——无言的痛风石.....	8
	1 例难忘的脾切除手术.....	11
	内镜下异物取出术浅谈.....	13
专业交流 中 医	封髓丹加味治疗奇怪的发烧.....	18
	乌梅汤治愈口干 1 例.....	19
	口腔癌辅助治疗 1 例得失记录.....	20
	大黄黄连泻心汤讲解.....	21
	不孕 2 例治验.....	24
	自制西瓜霜.....	24
	表里经位置相对穴配穴法介绍.....	25
	激素依赖性皮炎的中医治疗.....	26
识 草 药	芭蕉花.....	28
	灯心草.....	29
病例讨论	胃脘痛伴烧心、反酸 7 天.....	31
	右下腹部疼痛 4 月余.....	34
杂志稿约	爱爱医杂志稿约.....	41

第一部分——西医部分

阿莫西林过敏 1 例

作者：邓军

链接：<https://bbs.iiyi.com/thread-1797321-1.html>

患者女，84岁，于2010年5月3日就诊。主诉头晕头痛、皮肤瘙痒、咳嗽气喘。有慢支、冠心病病史。

查体：呼吸16次/分，心率75次/分，血压120/60mmHg，脉搏75次/分。处方：阿莫西林2粒，甘草片3片，舒喘灵2片，赛庚定1片口服。处方前询问病人有无青霉素过敏史，患者说无，以前口服过阿莫西林胶囊无事。回家服药几分钟后，病人就打喷嚏，接着就出冷汗、呼吸困难、心慌、皮肤湿冷。家属马上给我打电话询问，我意识到是阿莫西林引起的过敏反应，立即准备抢救药品前去处理。由于距患者家有3公里路，就骑两轮到患者家里。患者家属说不行了，马上打120去医院，我说不要慌，我先给处理，万一不行再联系120，现在是抢救的关键时候。没有立即测量血压，因为时间就是生命。立即给予肾上腺素0.5mg上臂皮下注射，接着肌注异丙嗪25mg，建立静脉通道予地米10mg+0.9%氯化钠100ml。带来的氧气瓶也拿过来，立即吸氧。这时测量血压为110/50mmHg。由于病人有冠心病，之前副肾素没有注射1mg，心想隔5分钟后若病情不缓解，再打算皮下注射0.5mg，考虑到患者有冠心病，血压也有好转就没有再注射副肾素。用药后患者口述气促好转了，就是心慌，四肢有点颤，心想可能是副肾针的副作用吧？隔了20分钟又测量血压为130/50mmHg，心终于放下了。回想我行医13年了，青霉素过敏倒是遇到过几例，可阿莫西林出现这么严重的过敏性反应的倒是第1次遇到，以前遇到几例只是皮肤痒感、潮红的。

嗨，行医难呀！之所以发上来，是为了提醒同行们口服阿莫西林要高度注意过敏反应。凡是抢救过敏反应，对于年龄大的有冠心病的患者，副肾针首剂不能偏大，要警惕引起脑出血，但是也不能不用，因为那时候时间就是生命，不能耽误抢救时间。

经验分享——惊魂哮喘发作

作者：旧日足迹

链接：<https://bbs.iiyi.com/thread-3457375-1.html>

患者女性，45岁，公务员。

主因间断胸闷2个月入院。既往有支气管哮喘病史20余年，间断吸入舒利迭、沙丁胺醇治疗，近期时有喘息发作。患者胸闷发作无规律，持续时间不等，近日情绪激动后胸闷再发。入院考虑不排除心脏神经症，给予刺五加注射液静滴。患者诉静滴后数分钟出现喘息气促，进行性加重，端坐呼吸，伴大汗。查体双肺可闻及哮鸣音。立即停用刺五加注射液，给予吸氧，沙丁胺醇吸入，甲泼尼龙80mg静滴，多索茶碱静滴，后症状逐渐减轻，病情好转。

患者在病房里一个人，没有陪床的。假如患者呼吸困难进展迅速，未能按呼叫器，那么后果不堪设想。

这个病历提示我们，支气管哮喘患者必须要有陪护人员，即使不在医院，也不要单独出行。该类患者属于过敏体质，用药一定要慎重，尤其是中成药，尽量不用，避免过敏诱发哮喘。

临床真是如履薄冰，大家一定要小心谨慎。

糖皮质激素诱发的精神症状

作者：公孙少秋

链接：<https://bbs.iiyi.com/thread-2470142-1.html>

昨晚酒席上遇见了老同学，对这位老同学我印象最深的不是我借了她钱没还，当然，我也没借她钱。

那是一个夏天，还在享受本科读书生涯。这位同学的专业是计划生育与保健，那天她走进来，问我：XXX，糖皮质激素会不会引起精神症状啊？

我愣了一下，然后说：不会吧。糖皮质激素是抗炎、抗休克、抗过敏的，应该不会出现精神症状。为什么这么问呢？

我确实有点懵了，忘了药理学的东西了，也只是凭着第一印象说了这些东西。

她说：有个亲戚住院静脉用了激素，第二天精神不大正常。家里也没有精神病等家族史。

一眨眼，几年的光阴过去了。她现在在附院妇科工作。这次见到她，来不及打招呼，这个糖皮质激素的问题就立马涌进了我的脑海。因为我觉得自己犯错了，有点丢人啊。糖皮质激素的不良反应之一，药理学上赫然写着，就是精神症状，我竟然忘了。而且人家还是个美女，这次真是拉下脸了。

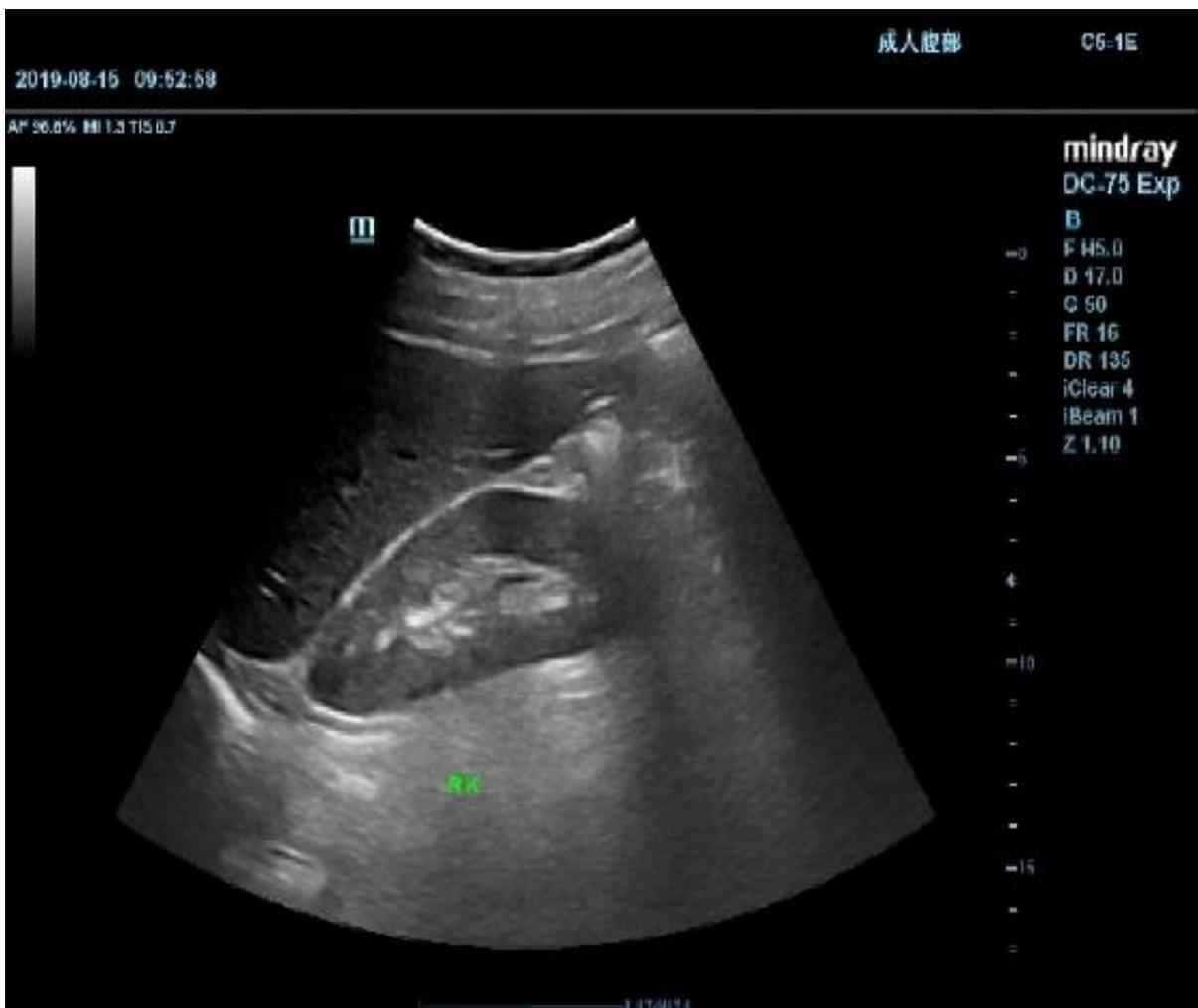
自此以后，我化成灰也会记得：糖皮质激素可以导致/诱发精神症状，即使患者本身无精神病史。所以一旦在用糖皮质激素的患者出现精神症状，应排除是否由糖皮质激素所引起。

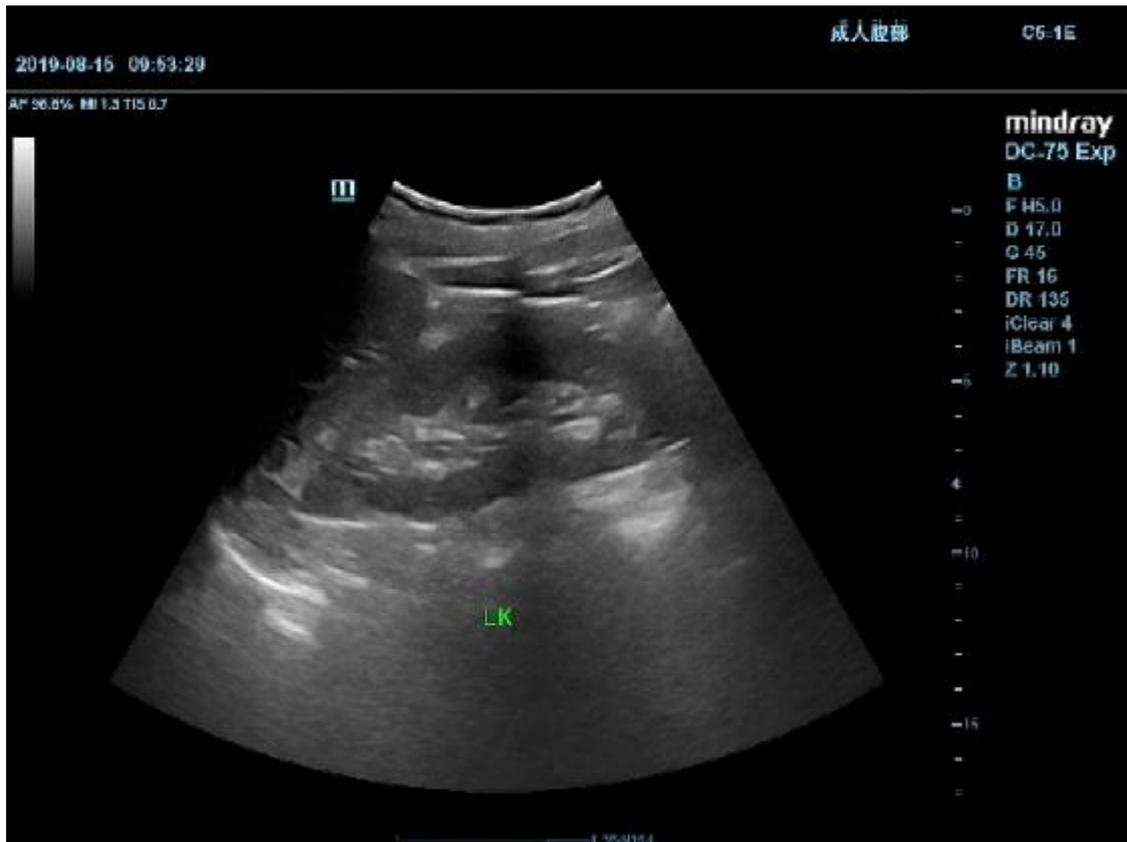
超声入门贴 1036——前列腺增大三维图

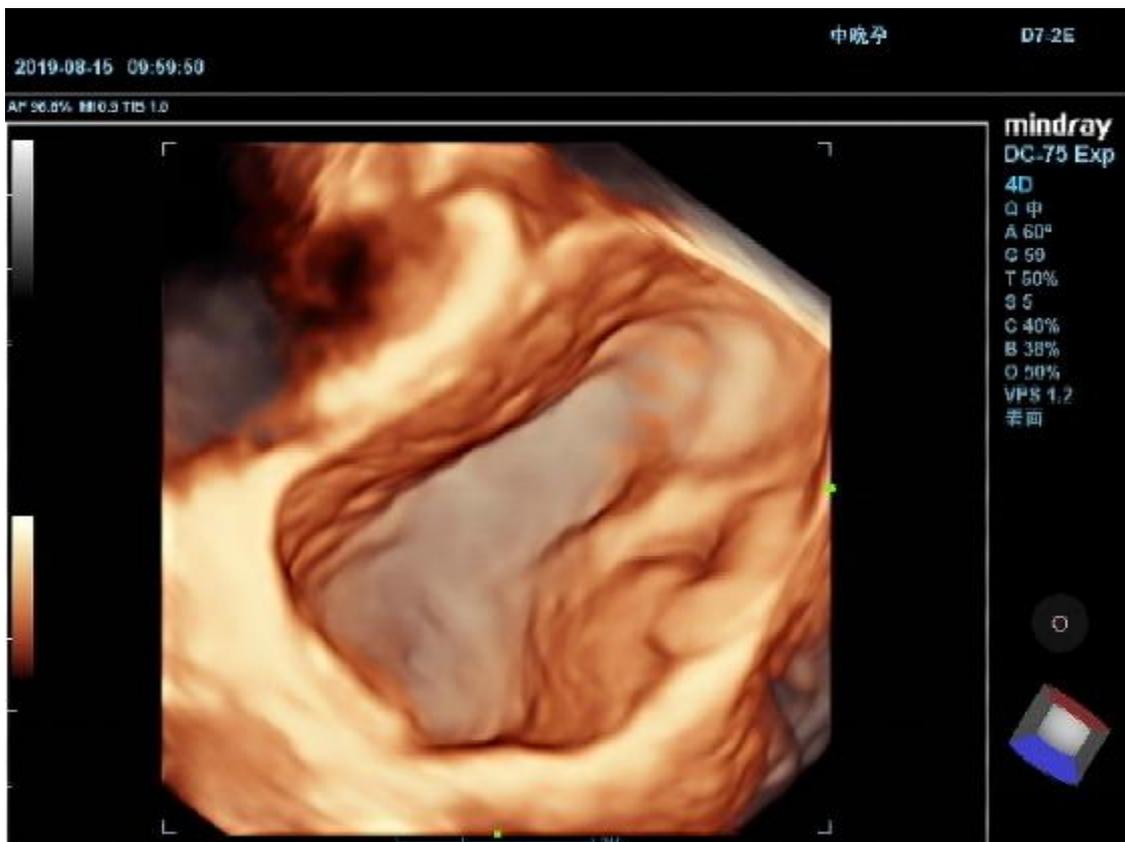
作者：songjunrui

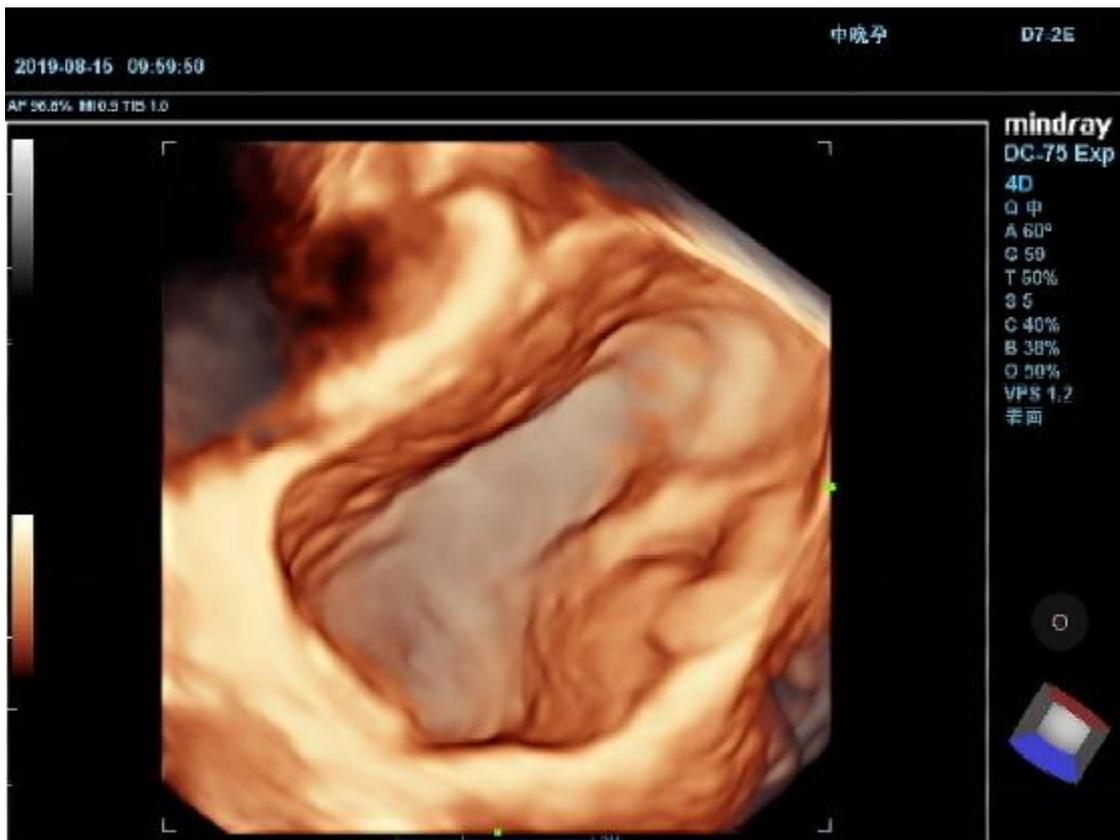
链接：<https://bbs.iiyi.com/thread-3465182-1.html>

迈瑞 DC-75 彩超效果图。









病例故事——无言的痛风石

作者：anne 医生

链接：<https://bbs.iiyi.com/thread-3440568-1.html>

在痛风病人的发病过程中，会出现一种坚硬如石的结节，称为“痛风石”，又名痛风结节，是尿酸钠结晶沉积于软组织，引起慢性炎症及纤维组织增生形成的结节块。由于部位隐匿或局部的病变易于被人们忽视，但却是诊断痛风的重要线索。下面，回顾一个早年进修时遇到的病例，病例虽过去十数年，今天翻阅病案笔记后，情景仍历历在目，难以忘怀。

一、患者无意，病史遗漏线索

患者，男，52岁，农民。因“右踝关节肿痛、面部浮肿1月，伴鼻衄2次”就诊。询问病史时患者诉说：1月前无明显诱因出现右踝关节红、肿、痛，活动受限，否认外伤史。嗣后，渐出现面部浮肿。病后纳差、乏力，无发热，无尿急、尿痛、尿频症状，无腰部酸痛，在当地先后给予“青霉素、洁霉素、头孢霉素”等药物治疗，踝关节疼痛减轻，但面部浮肿未消失。入院第10天和第3天前分别出现鼻衄1次，量不多，伴上腹部隐痛不适感。大便干燥，色黑，无血便。入院3天前曾在当地检查，

排除了类风湿性关节炎、系统性红斑狼疮。查血提示贫血，血肌酐异常。门诊初步诊断为“慢性肾炎，尿毒症”等，收入内科病房治疗。

二、入院查体发现线索，可能是痛风结节

入院后查体：T：36.7° C，P：80bpm，R：20bpm，BP：130/90mmHg。慢性病容，贫血貌，神志清楚，精神可。全身皮肤无黄染及出血点，浅表淋巴结未触及肿大。眼睑浮肿，结膜苍白、无水肿，巩膜无黄染，双侧瞳孔等大等圆，对光反射灵敏。鼻无异常，无鼻中隔偏曲，鼻道通畅无分泌物，各副鼻窦区无压痛。右耳轮后可见一粟粒结节，无压痛，结节表面可见点状陈旧性破损。心、肺、腹（-）。脊柱四肢无畸形，右踝关节与其它关节未见红肿，活动无障碍，无杵状指（趾）。神经系统查体未发现异常。

右耳轮后结节比较隐匿，门诊患者较多，线索被遗漏。入院后，由于查体发现耳后结节，而且表面可见点状陈旧性破损这一线索，思路被打开，发现结节后再次咨询患者，患者说：半月前无意中发现耳后有一结节，挤压后流出石灰渣样物。初步推测可能是痛风结节。

三、痛风石是否存在，辅助检查项目筛选及诊断方向大不同

辅助检查：3天前院外检查：血常规 WBC： $4.2 \times 10^9/L$ ，N：80%，L：13%，E：3%，M：4%，Hb：66g/L，PLT： $112 \times 10^9/L$ ；CT：1分，BT：2分；血肌酐： $706 \mu\text{mol/L}$ ；血沉：65mm/h；类风湿因子：（-）；抗“O” $<500U$ ；ANA系列无异常； K^+ ：3.8mmol/L， Na^+ ：139mmol/L， Cl^- ：116mmol/L；粪常规无异常；尿常规：尿比重：1.010，PH：5.5，尿蛋白：（++），颗粒管型：0~2/HP。入院后血常规：WBC： $6.1 \times 10^9/L$ ，N：82%，L：16%，E：2%，M：4%，Hb：60g/L，PLT： $116 \times 10^9/L$ ；血肌酐 $655 \mu\text{mol/L}$ ；血尿酸 $426 \mu\text{mol/L}$ ；凝血四项：未见异常；尿常规：尿比重：1.014，PH：4.5，尿蛋白：（+++），镜检：RBC（++），颗粒管型 0~1/HP；尿本周氏蛋白（-）；粪常规：OB+，余（-）。

结合病史、查体及血尿酸增高，患者最后诊断：痛风性关节炎；痛风性肾病，慢性肾功能不全（肾衰竭期），继发性贫血，消化道出血；耳部痛风石。

本例如果没有痛风石的发现，诊断可能要走弯路，根据患者的信息可能考虑自身免疫病，还可能考虑多发性骨髓瘤。势必还要做血清免疫电泳、骨髓穿刺等相关检查，不但增加患者的痛苦，而且增加患者经济负担。可见，痛风石是否存在，临床诊断方向大有不同！正是：肾损害，关节痛，徘徊风湿血液病；问症状，查体征，发现线索不放松。诊断依据待完善，辅助检查筛查行。

四、痛风的有关诊断与治疗问题思考

痛风是一种由于嘌呤生物合成代谢增加，尿酸产生过多或因尿酸排泄不良而致血中尿酸升高，尿酸盐结晶沉积在关节滑膜、滑囊、软骨及其他组织中引起的反复发作性炎性疾病。其临床特征为：高尿酸血症及尿酸盐结晶、沉积所致的特征性急性关节炎、痛风石、间质性肾炎，严重者见关节畸形及功能障碍，常伴尿酸性尿路结石。

关于痛风诊断国内尚无统一标准，一般多采用美国风湿病协会标准，美国 Holmes 标准以及日本修订标准。急性痛风根据典型临床表现，实验室检查和治疗反应不难诊断。慢性痛风性关节炎的诊断，需要认真进行鉴别，并应尽可能取得尿酸盐结晶作为依据。

1. 治疗痛风的原则：合理的饮食控制；充足的水分摄入；规律生活制度；适当的体育活动；有效的药物治疗；定期的健康检查。

2. 治疗痛风的目的：①迅速控制痛风性关节炎的急性发作；②预防急性关节炎复发；③纠正高尿酸血症，以预防尿酸盐沉积造成的关节破坏及肾脏损害；④手术剔除痛风石，对毁损关节进行矫形手术，以提高生活质量。

3. 本例涉及问题与指导：①急性痛风性关节炎应注意卧床休息、抬高患肢，避免负重。暂缓使用降尿酸药物，以免引起血尿酸波动，延长发作时间或引起转移性痛风。②对于血尿酸水平在 $535 \mu\text{mol/L}$ (9.0mg/dl) 以下，无痛风家族史者一般无需用药治疗，但应控制饮食，避免诱因，并密切随访。反之，应使用降尿酸药物。如果伴发高血压病、糖尿病、高脂血症、心脑血管病等，应在治疗伴发病的同时，适当降低血尿酸。③对于痛风性肾病，在使用利尿剂时应避免使用影响尿酸排泄的噻嗪类利尿剂、速尿、利尿酸等，可选择螺内酯（安体舒通）等。碳酸酐酶抑制剂乙酰唑胺（acetazolamide）兼有利尿和碱化尿液作用，亦可选用。对于慢性肾功能不全可行透析治疗，必要时可作肾移植。

五、病例诊断过程，带给了我们以下启示：面肿乏力关节痛，症状看似一般。贫血鼻衄累肾功，悬疑千回百转！一个小小体征，强烈昭示经典。

1. 有些东西表面上看，似乎与患者就诊的主诉无关，与现患疾病是否关联，需要客观评价。

2. 某些隐匿部位的体征容易被漏掉，查体时当发现某些阳性体征，一定要重视与诊断之间的联系，与患者陈述病情的联系，深入进行反思，不可轻易放过，深入认识其客观存在的现实与意义。一些当时看似无关紧要的体征，或许就是打开诊断的一扇

窗口。

3. 痛风对于机体的损害是渐进性的，应按痛风治疗原则及时治疗，以达到治疗目的。如不及时进行干预，后果非常严重。

1 例难忘的脾切除手术

作者：x1j1028

链接：<https://bbs.iiyi.com/thread-1401977-1.html>

这一例脾切除手术让我铭记终生。在这里提出来和大家一起讨论。

患者女性，40岁。既往有两次胆道手术史，目前诊断肝左右胆管结石，左肝内胆管囊性扩张，脾梗死伴感染，上周一转入我科，当时曾有感染性休克。当时血白蛋白20g/L，隐性黄疸，大量腹水，伴左侧胸水，血红蛋白76g/L，凝血酶原活性度64%。予保守对症治疗，希望情况能有所缓解后再行手术，但一周来病情无好转，反复高热，至术前，血红蛋白64g/L，血白蛋白大约28g/L。遂紧急剖腹探查，结合术中情况，行脾切除及腹腔引流。

有一个最深刻的印象，就是术中输血（血浆约一半）7200ml。平生从未有如此大量的术中输血，因血流动力学不稳定，几度中断手术。即使到了ICU，查血图的情况也非常糟糕。术中一度红细胞压积只有10%，而到了ICU时也只有14%。

首先感觉手术时机被耽搁了。既然是到了这样的一个情况才开始手术，那么在这之前的处理就应该存在问题。进腹之后，引流脓液3000ml，腹腔组织高度水肿，再次感到手术的时机被耽搁了。实际上，在刚转入我科的时候，只是脾梗死伴感染，最多只有膈下的脓肿，而并无其他部位的脓肿形成。随着病程的进展，我在查体的时候，就感觉到了脾脏的周界在增大，只是没有确定，还以为本来就这么大，通过减腹水而使脾脏的周界显现了出来而已，其实是已形成脓肿并在不断扩大；到手术开始前我再去查体，发现腹部膨隆，已不能明确地扪及脾脏的周界了。我当时也感到蹊跷，开腹以后，才明白，脓肿已经穿破。我以前并没有遇到过类似的情况，也没有意识到脾梗死会发展这么快，有这么严重的后果。现在回想起来，如果当时就能预测到会有如此糟糕的结局，即刻高度警觉，以最快的时间纠正全身情况，争取在2-3天的时间内行手术，病情的严重程度和术中操作的难度和危险程度也不至于像现在这样，而且术前每天反复的高温也提示腹腔内的感染非常的严重。

其次是术前准备的问题。术前的准备也不够充分，我只准备了细胞和血浆各

1000ml。在这样的情况下手术，再多一倍也不为过，而且针对其凝血功能不好，并没有备改善凝血功能的血液制品。这些方面的原因也导致了在术中大量出血时，不能及时地做出对策和有效的处理。

再次是手术的问题。很显然，这是一个困难的脾切除手术，在我以前还从没有遇见过，也确实没有经验。腹腔内所有的组织都高度水肿并且将脾脏包裹，脾周组织都水肿挛缩。脾脏实际上并不大，但是其膈面紧紧粘连，尤其在膈下，由于有脓肿形成、脾脏的上级位置很高很后，局部的分离很困难。由于组织高度水肿，局部的血管看不清，所以也不能预先结扎脾动脉。应该说游离脾下及脾前组织还是成功的，在进入脾上极分离的时候，由于不能很好地暴露，无法在直视下进行分离，所以就直接去用手指进行强行的钝性分离，结果没能找准间隙，实际是从脾实质中进行离断的，结果导致比较厉害的出血，这时候我就试图将脾蒂上止血钳，反而导致了更凶猛的出血，后来检查，才发现是将脾蒂后面的血管损伤了，由于脾膈面的粘连没有分离，出血的位置实际是位于缝隙之间，以至于进行局部的压迫而不能有效地将出血点压住。反复几次，试图将出血压迫后进行分离，但是一旦开始操作，就又开始出血，不能进行下去。最后，是强行将膈面的粘连钝性分离，将脾脏抬起来，再处理脾上极处的脾胃韧带中的胃短血管，将脾蒂基本游离出来之后，确切地上止血钳，才将局面控制住。而且此时发现，最初所上的止血钳并没有到位。但是这时候，由于已经花费了很多的时间，以及创面的不断出血，整个的出血量已经很大了，完全可能并发DIC的可能。也许好在血浆使用较多，最终患者挺了过来。

所以，对于这个患者，在手术操作中的技巧也是非常重要。在将脾下及脾前组织游离完后，如果分离膈面及脾上极感到困难，而且是在进行了细致的努力之后，这时候就应该从脾门部开始入手，将脾门周围的组织尽可能地游离开，尤其是将脾胃韧带小心地离断（可用止血钳小心地掏），使得脾门部的组织尽可能地少，然后在脾门部上止血钳以控制入脾的血流。利用钝性或锐性分离，快速将脾膈面的粘连分离，创面用纱布压迫，并且继续向上分离。将脾脏向前、向下牵拉，更好地暴露脾上极和脾胃韧带，继续利用钝性或锐性分离，创面用纱布压迫，然后将脾脏拿掉，进一步在直视下确切止血，出血是可以控制的。本例在最后时刻就是这么去完成的。

非常地幸运，该例患者术后恢复非常好，术后三天即开始进食，术后10天左右即痊愈出院。

内镜下异物取出术浅谈

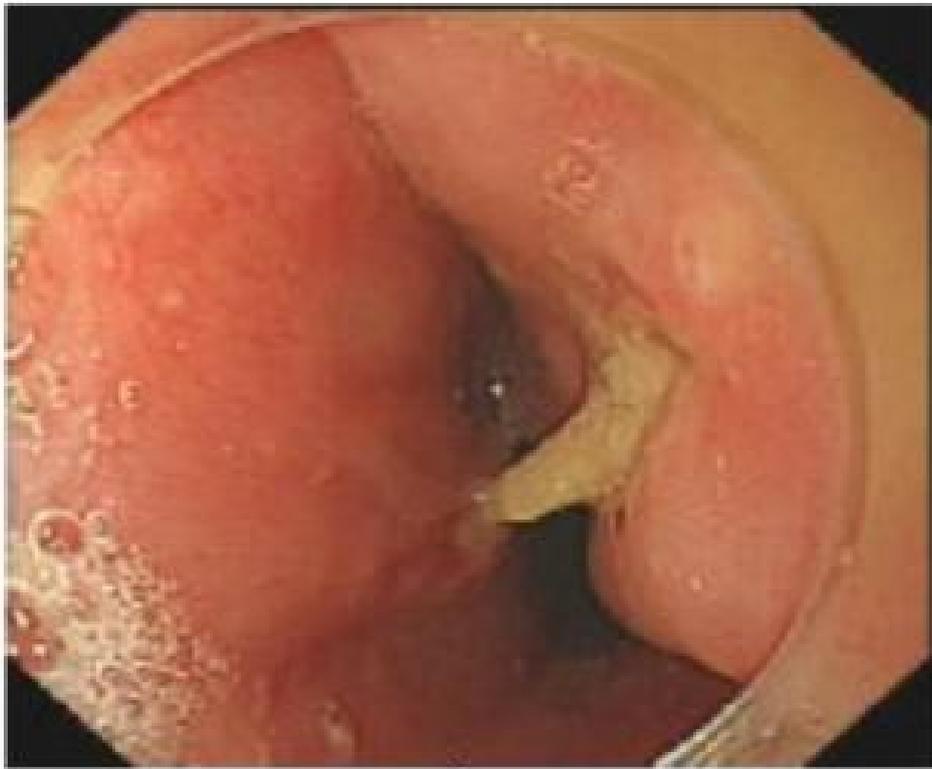
作者：林楠

链接：<https://article.iyi.com/detail/414378.html>

作为一名消化科医生，夜班总是会遇到吃下各种各样东西的人前来取异物，比如鱼刺、硬币、纽扣、别针、小刀、筷子、打火机、电池等，种类各异。

记得一次普通的夜班，急诊入院一个老年女性，以“误吞‘鱼刺’6小时余”入院。患者不慎吃了一口带鱼刺的鱼肉后，随即出现进食干饭、米粉等粗硬食物时胸骨后有异物感，遂急诊我院，考虑是有“食管异物”可能。查体：体温：36.6℃，脉搏：68次/分，呼吸：20次/分，血压：142/94mmHg。神志清楚，精神疲乏。双肺呼吸音清，未闻及干湿性啰音。心率68次/分，律齐。腹平软，无压痛、反跳痛，肠鸣音4次/分。患者心电图无明显异常。禁水禁食时间达到6个小时。与患者及家属沟通谈话后，拟急诊行全麻下胃镜检查+备行食管异物取出。

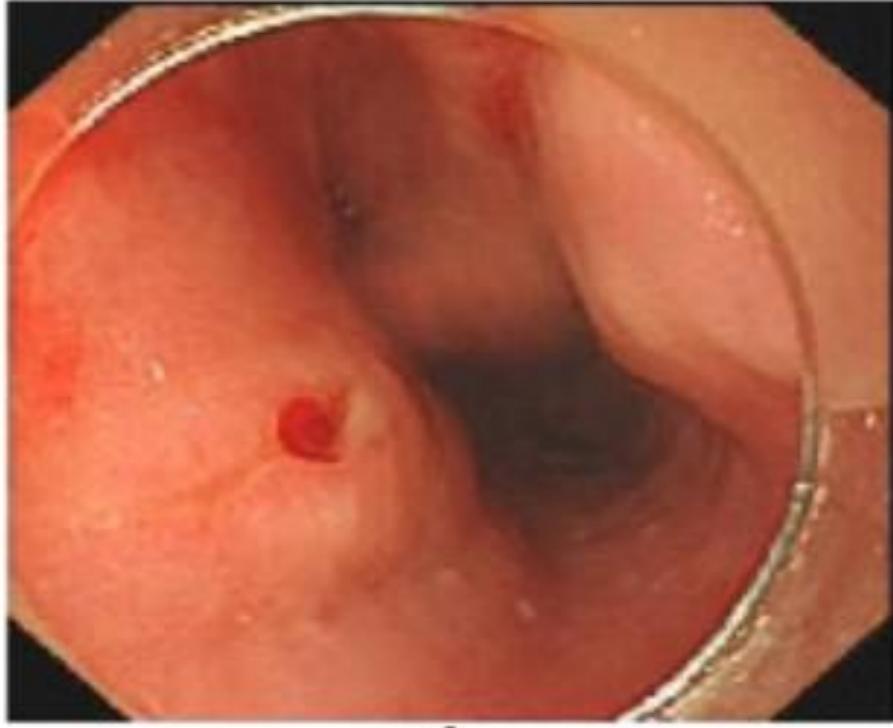
为了提高内镜下视野清晰度和提高取出成功率，减少粘膜擦伤，戴透明帽进镜，距门齿约为25cm见针刺状鱼骨头异物存留（图1）



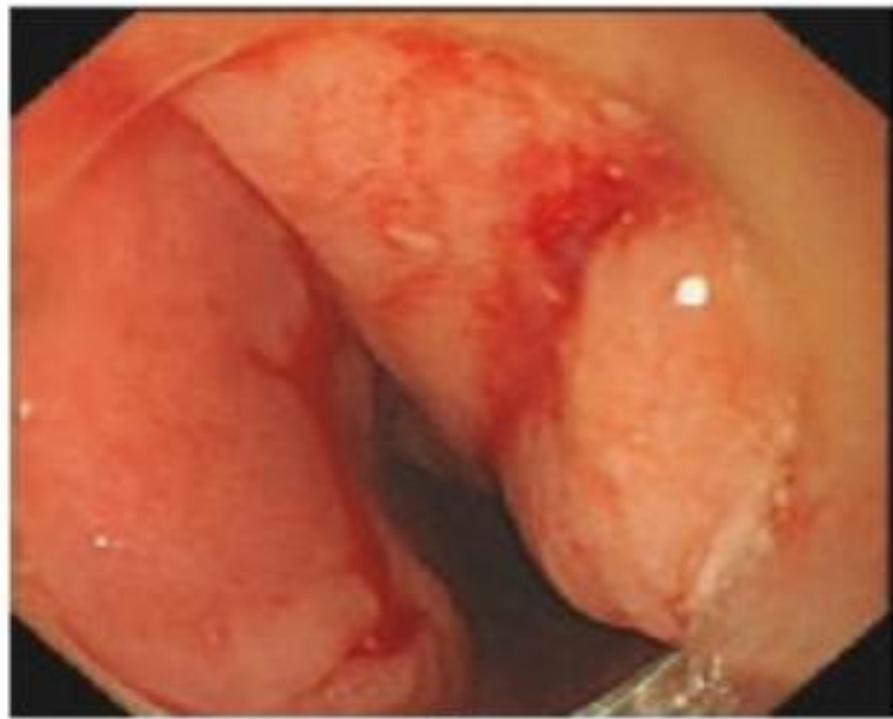
内镜下食管异物图1

专业交流

异物两端分别刺入食管左前壁和右后壁，充气后见少量渗血，予异物钳夹取异物一端，将异物调整成长轴与食管平行后，随内镜缓慢退出。再次进镜见食管壁两处损伤，少量渗血（图2、3）。



鱼刺取出后食管左前壁 图2



鱼刺取出后食管右后壁 图3

未见明显脓液和气体溢出，不能完全排除食管穿孔。鱼骨头取出后有血迹残留（图4）。



被取出食管异物 3CM 左右的鱼刺图 4

内镜诊断：1. 食管异物（鱼骨头）内镜下异物取出术，2. 食管穿孔待排。

术后返回病房予禁食、头孢噻肟抗感染、白眉蛇毒血凝酶止血、补液和营养支持治疗，严密观察患者状态，无明显出血、穿孔表现，3 天后进食流质无明显不适予办理出院。

异物对人体的影响主要取决于异物的形状、大小、质地和滞留部位，小而光滑的异物可顺利通过消化道，不引起症状，对消化道无损害。较大而尖硬的异物可引起消化道梗阻、黏膜损伤、出血、穿孔及在此基础上发生的纵隔炎、腹膜炎。

而最为凶险的，就是我们本次分享的病例，卡在食管内异物，病人一般都有持续性异物感或疼痛，吞咽时加重，尖硬异物损伤食管可出现颈部或胸骨后剧烈疼痛，梗阻部位黏膜糜烂、出血、形成溃疡。如果异物不幸卡在了食管中段主动脉搏动处，较大尖硬异物穿破食管壁刺入主动脉可发生致命性大出血。所以，在内镜取异物的过程中，需要瞻前顾后，避免严重并发症的发生。

那么，总结一下上消化道异物的取出过程，我们需要注意些什么呢？

1. 观察并寻找异物：通过胃镜进入食管时应尽量缓慢，因为进镜过快可能会加重异物对食管的损伤。胃镜进入胃内，首先需要耐心的观察，有时患者胃内有大量食物，异物相对较小，需要医生在食物堆里仔细寻找，可先向胃内充气，撑开胃腔便于寻找；也可通过活检孔道向食物堆里喷射水，冲开食物再寻找。看到异物后，不要急于试着探取，应先观察异物是否已损伤了黏膜，考虑使用什么工具来夹取异物，把步骤想清楚，再进行下一步。

2. 理顺异物方向：长条形的异物需要注意其方向性，比较理想的方向是异物的长轴与胃（或食管）的长轴平行。观察异物的两头，选择相对方便的一头，慢慢拔出，并离开黏膜壁，同时向腔道内充气，便于异物拔出。

3. 破碎异物：有些异物（如胃结石、食物团块、毛发团块等）需要先进行破碎，然后让其自行排出。破碎异物时可使用活检钳、剪刀、圈套器等工具松解和破碎异物。破碎胃结石有时很不容易，因为胃结石的结构一般比较紧，需要反复操作。可以尝试在结石中打一孔，从中间一点一点挖，这样结石才容易被控制住，不打滑。分次破碎后分次取出，也可试用高频电击碎石仪电击，或用破碎胆管结石的粉碎器破碎结石。

4. 抓持异物：抓持异物往往是操作过程中比较困难的。异物边缘光滑，加上黏滑的胃液，给抓持带来难度。如果是长条形异物，抓持一般比较容易，用圈套器套住一头即可拔出，注意不要套在中间，尽可能套在接近头端，这样异物不容易卡住。如果是细小的长条形异物，只要用活检钳钳持即可。如果是不太大的圆钝形异物，可用爪钳、网篮。

5. 对于难取的异物及有风险的异物，我们建议：

①将锋利异物的边缘与黏膜隔离：用胃镜外套管、自制的内镜前端保护套（如透明帽）包裹锋利异物。

②尽可能使管腔扩大：充气使管腔扩张时向外牵拉异物，不易损伤管腔。为便于操作，也可将嵌顿于食管下段的异物小心地推向胃内，以方便钳取。

③尽量缩小异物横径：可用胆道碎石器将异物断成若干部分。

6. 将长条形异物拉出食管时，应让助手将患者的头后仰，颈部尽可能拉直，否则异物容易卡在咽喉部。已有嵌顿的异物，是否能摘除，应首先排除穿透伤及大的动脉，其次排除急性穿孔后，方可进行操作，仔细观察试取，切不可贸然夹取。有时异物卡在咽喉部拉不出来，可请耳鼻喉科医师用硬式食管镜及硬式钳帮助取出。异物成

专业交流

功取出以后，最好再进入胃内观察一次，观察有无出血、损伤等，观察有否遗漏了其他疾病。最后将胃内所注的空气抽出，减轻胃胀等不适。

总之，上消化道异物取出术是一名消化科医生的必备本领，需要胆大心细，事先做好评估，过程中根据实际情况灵活采取策略，事后严密观察是否出现术后并发症，保证异物取出顺利。

责任编辑：寒 冰

编辑：刘延红大夫

第二部分——中医部分

封髓丹加味治疗奇怪的发烧

作者：中医人家 13341288983

链接：<https://bbs.iyyi.com/thread-3469020-1.html>

患者，女，53岁。主诉：年前患心肌炎，去当地医院诊治给予内服中药7剂后，身体下部自觉小腹至膝盖，身体上部两肘至肩，后背、腰部，三处发热。再找原医师复诊调治两次，无效，又转某中医服中药2剂，不仅无效，症状反而加重，三处灼热如炭火烤炙，白天坐立不安，夜晚难以成眠。要求：给开清火的药，量大一些。

问诊如下：

问：口味？

答：前几天曾口苦，吃了前医的药后，口不苦了，这几天口干。

问：有无其他不适？

答：有时欲呕，有时小腹隐痛，食可，大便1次/日，质好，爽快；饮水不多，小便正常；睡眠，因发热不可入睡。

月经：正常年龄月经来潮，每次持续4-5天，月经周期30天，色暗，量渐少，排泄不爽，经前情绪易怒烦躁。

望诊：舌淡红，苔厚腻、稍黄。

脉诊：左沉细滑，右虚。

处方：黄柏20克，甘草15克，砂仁10克，银柴胡15克，白芍15克，枳实15克，黄芩10克，郁金12克，木香15克，青蒿15克。3剂。

患者服完2剂，即打电话向我报喜：“热已退了八九分了，自己估计吃完3剂就好了”。还说了一些感谢的话，果然，服完3剂就好了。

[按]说实话，这样的奇怪的发烧，我是第一次遇到。一是发热部位散在多处；二是患者自觉灼热难忍，却非实火所致；三是仔细考量舌脉，又非阴虚造成。一筹莫展之际，忽然想起郑钦安先生的封髓丹；患者心烦意乱，寝食难安，四逆散该用，当时只想到这一层，后来深思，这种四肢的上端发烧，应该属于阳郁于内不得展布于四末，虽然手脚并不寒凉；患者右脉虚，细思，气虚或许也是发烧的一个因素，记得焦树德先生治疗气虚发烧时往往加用银柴胡和青蒿，遂将四逆散的柴胡改为银柴胡；舌苔厚腻，加用木香活泛肠胃，依据这个思路，拟定了上面的处方，想不

到收到了较好的疗效。

乌梅汤治愈口干 1 例

作者：46896858

链接：<https://bbs.iiyi.com/thread-3469079-1.html>

患者，女，手脚黄如橘色，身上淡黄，眼睛不黄，晨起口苦，口渴多饮，唇干，痰粘稠，咽喉不适，上月曾做咽喉息肉手术，眼干，怕冷，夜尿二次，尿黄，大便成形，时溏（见治疗前图片）。处方：乌梅 30 克，花椒 10 克，细辛 6 克，黄连 6 克，黄柏 3 克，干姜 10 克，制附子 10 克，桂枝 15 克，党参 20 克，当归 15 克，浙贝 10 克，黄芩 15 克，瓜蒌 30 克，茵陈 15 克，三剂。二诊：痰不稠，口苦，便溏，夜尿一次（见治疗后图片）。此为寒热错杂之证，肝为刚脏，内寄相火，心包亦有相火。相火者，辅君火以行事，随君火以游行全身。当肝寒时，阳气馁弱，肝失升发、舒达之性，则肝气郁。无土栽培当然，这种肝郁，是因阳气馁弱而郁，自不同于情志不遂而肝气郁结者，此为实，彼为虚。既然阳气虚馁而肝郁，则肝中相火也不能随君游行于周身，亦为郁，相火郁则化热。这就是在阳气虚馁的脏寒基础上，又有相火内郁化热，因而形成了寒热错杂证，正如尤在泾所云：“积阴之下，必有伏阳”。治疗这种寒热错杂证，因其前提是厥阴脏寒，所以乌梅丸中以五味热药温肝阳，人参益肝气，乌梅、当归补肝体；连柏清其相火内郁之热，形成补肝且调理寒热之方。故 3 剂而效。

治疗前



治疗后



口腔癌辅助治疗 1 例得失记录

作者：取法乎上

链接：<https://bbs.iiyi.com/thread-3464007-1.html>

患者，女，43岁，2017年11月27日首诊。右口腔咬合处溃疡如杏仁大，凹陷。身体稍胖，自诉：最近一段时间大便不成形，常食冷物，饭后胀满，肚子常有响声。西医建议：切除癌变部位，本人恐惧，精神压力大。舌象：舌苔白润、舌质紫暗、舌根白腻、舌边齿痕。脉象：六脉弱数，右关偏弦。

辨证：脾胃湿寒，阴火上冲。

治疗：甘草泻心汤加味。黄连8克，黄芩10克，炙甘草30克，制半夏12克，干姜片10克，大枣四枚，生姜五片，石斛15克，桔梗10克，白蔻6克，丹参12克，党参15克，山药20克，白术12克，3剂水煎服。

2017年12月8日，其朋友前来，告知服用汤药以后自觉胃很舒服。西医认为：口腔癌扩散，令其化疗。

2017年12月22日，本人已经做完化疗，嗓子里面特别干燥。胃肠很不舒服，大便一日一次青黑色。预计2018年1月10日做口腔癌部分切除术，本人精神压力大，吃不下饭，舌脉基本如前。

治疗：

1. 处方：黄连 6 克，黄芩 6 克，炙甘草 15 克，法半夏 12 克，桂枝 12 克，干姜 10 克，枣四枚，生姜四片，党参 15 克，白术 12 克，白蔻 8 克，生山药 15 克，5 剂水煎服。

2. 取一寸毫针刺右手拇指上制污穴，立即呕吐，然后自觉肠胃舒服。配合刺董针外三关、四花青穴。

2018 年 01 月 03 日，来诊，自诉：吃中药后胃感觉很好。自己感觉口腔溃疡面缩小，心情舒畅。化疗掉了不少头发，舌质淡苔白腻边齿痕。处方：黄连 6 克，黄芩 6 克，炙甘草 15 克，法半夏 12 克，桂枝 12 克，干姜 10 克，枣四枚，生姜四片，党参 15 克，白术 12 克，白蔻 8 克，砂仁 10 克，附片 10 克，生山药 15 克，藿香 10 克，5 剂水煎服。针刺：左侧拇指制污穴，出淡色血少许。

后来诊两次，手术后恢复良好，嘱：戒冷食。患者状况平稳，精神较好。

分析：

1. 本例是日久饮食生冷，中焦虚寒过甚，口腔溃疡。调理中焦是正治之路。在实践用药中也证明如此。半夏散（半夏桂枝甘草）是不可以少的，治疗客寒的药。

2. 由于国情以及饮食文化差异，其本人对致病原因认识不足。嘱：戒冷饮后逐渐好转。但是也没有做彻底治疗，好转后就未再诊治。

3. 董氏奇穴的制污穴效果非常的好，在本例中，针刺几分钟就呕吐，针毕就觉身体舒畅感，的确有制污和排污之效果。

大黄黄连泻心汤讲解

作者：在路上的外地人

链接：<https://bbs.iiyi.com/thread-1904804-1.html>

一五四、心下痞，按之濡，其脉关上浮者，大黄黄连泻心汤主之。方十七。

大黄黄连泻心汤方

大黄二两（味苦寒） 黄连一两（味苦寒）。

右二味，以麻沸汤二升渍之，须臾绞去滓，分温再服。

1. 心下痞：部位肯定了。症状明确了，痞是病人自己感觉一个堵塞不通的感觉，按之濡，是医生诊查的结果，这个按之濡和那个按之硬满，前面小陷胸汤提到的不一样，和硬满疼也不一样，和柴胡汤的肋下硬满，也不一样，十枣汤的心下痞、硬满，引肋下疼，也不一样，这就是辨证，心下痞，按之濡，后面特征性的是：其脉关上浮

者，一一关在中间，一般的照《金匱要略》上诸积辨脉的时候，关是指肚脐这个位置，关上，指上腹，浮主虚。那不应该说是主表，关上应该是看的部位，前面提到这个痞是怎么形成的，因为内虚以后，邪气入，你从外面还没有解，还有的时候，你又从里面虚了他。他邪气就入了，入得不是很深，在关上，在上腹部位，他不是五苓散的水证，也不是结胸证的阳气结实，也不是脏结的阴结，所以叫关上浮。

2. 煎法特别，先把水烧开，把两味药一冲，泡一泡，象泡茶一样泡透了，这个需要多长时间，没讲，像泡茶那个时间就短了。泡铁观音第一泡一般半分钟至一分钟，第二泡一般一分半左右，每次加半分钟左右。我听说过的，看过的，好象是这么个过程。你泡花茶呢，80度水还要短一些，对大黄，黄连来说的话，质地比较硬，比铁观音的老茶叶要老，所以这个需要应该超过一分半或两分钟的，否则泡不透。大黄，你要切成片，好泡，要是根，就不好泡，打碎了。那个块，相对泡的时间要长一些。泡透了，使劲挤压，分两次服。

3. 这还有一个按：大黄黄连泻心汤，诸本皆二味，又后附子泻心汤，用大黄、黄连、黄芩、附子，恐是前方中亦有黄芩，后但加附子也，故后云附子泻心汤，本云加附子也。他这看法是很对的，从这考虑上来看，有可能是大黄、黄连、黄芩加上了附子，原先一个本是加附子也。

4. 而实际运用之中呢，三味有效，二味也效，一味大黄也有效，照现在的说法，黄芩清上焦热，黄连清中焦热，黄柏清下焦热。栀子清三焦热，大黄偏于通腹。

5. 大黄质地比黄连要松，两个都是根，黄连它是一个木本的东西，大黄是多年生的草本，黄芩也不一样，有枯芩，有条芩，枯芩是多年生的，野生的东西，质地比较轻，后来说枯芩比较偏于清肺热，轻清上扬中空，心是黑了，干了，空了，叫枯芩，又叫烂肠草，又叫腐肠。条芩是当年生的、实心的、人工种植的实心的黄芩，味道比较苦一点，中间实心的，实际产量也不低，甚至更高。还有豚尾芩，像猪尾巴那样，还有鼠尾芩，像老鼠尾巴那样。实际上在运用中，我用着没什么区别，以前药材便宜的时候，还是有枯芩的，多年生的。

6. 以麻沸汤二升渍之，需要绞去滓，分温再服。一一泡的方法，像现在的金银花、胖大海、麦冬之类的，类似这方法。在中药的煎服法中，火轻的是取的气，火重的，是取的味。重火炖熬一般是治下焦的病，在里的病，在骨髓的病，临时的感冒药，像银翘散、川芎茶调散、防风通圣散，都是轻轻取气，取在表的，都用汤重熬的话，就不合适了。重煎是取的深部的味，下沉的。最简单的，你象泡茉莉花茶，100度水

泡就没那香味了，轻的一泡，闻那味来也好喝。煮了以后，色香味就都没有了，只有苦涩。反过来说，你要是喝铁观音，用80-90度水一泡，根本出不来味。只有苦涩的浅表味，色也出不来，味也出不来。你用滚开的水才能泡出那个味道来。哪像有些老茶煮都没事。茶叶一个简单的叶子都这样，中药同样也是这样。你泡菊花、薄荷能泡茶，重熬了它就没味了，勾藤轻轻上浮的，治高血压的，一般的是后下，假如你用龙骨牡蛎之类的，你不重煎的话，一烫一洗，大概什么东西也没有。所以掌握好这个火候，从这个方子的煎服法中也看到用药的火候和病相应的，不同的煎服法。那么这就牵涉到一个问题，有人说我看了个病，用五苓散，十天没效，他哪是用的五苓散？他是煎的汤！有人说这个散和汤相同，那就不行了，不是一个方！有人说我用补中益气汤，用了多长时间，那汤还是汤，那补中益气丸就不一样了。也有人说我用天王补心丸，用了好长时间不管用，你做的是汤，那不是丸，原先是丹，丹是做丸的，朱砂是不煎的。也有人说可以变化，有人习惯用天王补心丸做成汤来用，特别推崇这个方子，用的很好。理中丸，张仲景本身提到的做汤尤佳，做汤更好，那就可以用。就说汤是否可以改成丸？丸是否可以改成汤？这个改变是否可以，有些是可以的。历代有经验，用的能有效，甚至创方者明确表示可以的，你放心用。有些是不可以的，严格的不能用的，你用就是大错误，根本不管用，浪费药材还出毛病。你比如说安宫牛黄丸，很好吧，你一煮试试，那就麻烦了，麝香就没味了。用的就那香味，走窜的。所以你变也好，必须有变的根据，有经典的经验，有师传的经验，有临床的验证，或者有实验室的根据加上临床的效应。光有实验室的根据还不行，必须有临床效应。你要是不变，还可靠一些。你说绝对不能变，那也要有根据。尽量有根据的来用。

7. 单纯的一个大黄泡水喝，也能解决这问题。大黄这个药，轻的泡水喝有泻的作用，重用了以后，它不但不能泻，还能收敛。它随着火候改变，起相反的作用。就是取气和取味的作用。这个药甚至当作一个长寿药，上海有一个大黄研究所，他们证实这个药能抗氧化，能做长寿药。我的中药老师翁维健说，他在一个国际博览会上看到意大利人弄的大黄酒，本来是千金方中的一个方子，饭后能消食，抗衰老。就这一味药大黄泡酒，他们申请了专利。他受到刺激，回来后他弄了个中医营养系，营养系就是他创立的。在这方面，你从食品到药品，从治病和食疗，经典上都有很明确的根据。比现代人自己臆想着什么绿豆治肝，红豆治心之类的要可靠得多。

不孕 2 例治验

作者：绿衣

链接：<https://bbs.iiyi.com/thread-2182512-1.html>

1. 王某，26 岁，女，不孕 1 年。病人结婚 5 年，曾有一女，近 1 年求二胎，无避孕正常性生活半年未果，经西医调治 4 月，改到我处求中医治疗。病人形体适中，月经量少，经准，但有痛经，第一天疼痛明显，无其他不适，舌红苔少，脉尺弱。

诊断：不孕、精血不足。

方药：菟丝子 30 克，当归 20 克，熟地 30 克，何首乌 30 克，白术 20 克，茯苓 20 克，川芎 10 克，王不留行 15 克，路路通 20 克，小茴香 10 克。月经过后第 3 天开始服用至 13 天。2 月后受孕。

2. 刘某，30 岁，女，不孕 5 年。病人结婚 5 年，性生活正常，未采取任何避孕措施但一直未曾怀孕。夫妻二人父母心急如焚，命其求治，遂来我处。病人体瘦，肢冷畏寒，下肢尤甚，月经多延后，质量适中，但有血块，无其他不适。舌淡脉沉弱。

诊断：不孕、肾阳不足。

方药：菟丝子 20 克，当归 20 克，熟地 30 克，淫羊藿 20 克，肉桂 15 克，小茴香 20 克，紫石英 30 克，王不留行 15 克，路路通 20 克，川芎 10 克。月经过后第 3 天开始服用至 13 天。2 月后受孕。

上述 2 病人在同一个月接受治疗，同一个月受孕，且都是好友之妻，有此疗效，深感安慰。

自制西瓜霜

作者：君子梅竹

链接：<https://bbs.iiyi.com/thread-2407082-1.html>

原料：西瓜一个 5 千克（立冬时候的最好），皮硝 480 克，冰片 18 克。

制法有 2 种：

制法 1：将西瓜顶切下 2-3cm 厚度，把西瓜瓢去掉，将皮硝装入西瓜内，把切下的西瓜顶盖盖上，用竹签钉稳，将装好药的西瓜装进无釉的瓦罐内，封严，放在阴凉通风处，待霜析出罐外，扫下，再析再扫，把霜收好。用纸包好，挂在通风处，使其风化，过 100 目筛子。再将原料中的冰片与收到的西瓜霜按 18 克：600 克混合，过

筛，装瓶备用。

制法 2：把同量的西瓜切碎，与皮硝混合后装在无釉瓦罐内，封严，置阴凉通风处，依上法扫取、混合、过筛、装瓶备用。

用法：每次 0.3 克，吹患处。

功效：消肿止痛。咽喉红肿、溃烂、乳蛾、喉痹、口舌生疮等。

表里经位置相对穴配穴法介绍

作者：田喜江

链接：<https://article.iyyi.com/detail/411908.html>

中医针灸理论体系和临床实践经验都非常丰富，经长期的临床实践，针灸配穴已经形成了比较完善的理论体系。其主要方法有前后配穴法、上下配穴法、左右配穴法、表里配穴法、远近配穴法、子母补泻配穴法、俞募配穴法、原络配穴法等。

表里配穴法为根据脏腑的表里对应关系，将阴经与阳经的的相应穴位进行配伍的方法。本文介绍的是表里配穴法中的一种特殊类型，相互配伍的两穴不但属于表里经络的关系，其位置也是相对的，分别位于肢体的正反两侧，可以称为位置相对穴，这样的穴位有许多组，这里只举例三组，其余可以举一反三。这种配穴法的优点是取穴方便、不需要患者反复调整体位，又可以同时调理脏与腑的经气，还均可以用透刺法，增强针感。

一、阳溪、太渊

阳溪位于腕背侧横纹桡侧，手拇指向上翘时，当拇短伸肌腱与拇长伸肌腱之间的凹陷中。主治：头痛，目赤肿痛，耳聋，耳鸣，齿痛，咽喉肿痛，手腕痛。直刺 0.5~0.8 寸。

太渊位于腕掌侧横纹桡侧，桡动脉搏动处。主治：咳嗽，气喘，咳血，胸痛，咽喉肿痛，腕臂痛，无脉症。直刺 0.3~0.5 寸。

配伍意义：阳溪属于手阳明大肠经五腧穴中的经穴，太渊属于手太阴肺经五腧穴中的输穴。肺经与大肠经为表里经，两穴位置分别位于腕背与腕掌侧横纹中，两穴配伍可以用风热感冒、胃热牙痛、咽痛等症的治疗。肺能通调水道，大肠能传化糟粕，临床有时可见一种病人，呼吸系统有慢性咳喘疾患，同时患有痔疮、便秘等大肠部位的疾病，用此两穴配伍可以收到显著治疗效果。

二、阳池、太陵

阳池位于腕背横纹中，当指总伸肌腱的尺侧缘凹陷处。主治：腕痛，肩臂痛，耳聋，疟疾，消渴，口干，喉痹。直刺 0.3~0.5 寸。

大陵位于腕掌横纹的中点处，当掌长肌腱与桡侧腕屈肌腱之间。主治心痛，心悸，胃痛，呕吐，惊悸，癫狂，痫证，胸胁痛，腕关节疼痛等。直刺 0.3~0.5 寸。

配伍意义：阳池为手少阳三焦经的原穴，大陵为厥阴心包经的输穴和原穴，三焦经与心包经为表里经，两穴位置相对，配伍以后善治腕肘肩关节疼痛、胃肠疾病。

三、阳谷、神门

阳谷位于腕背侧尺侧端，当尺骨茎突与三角骨之间的凹陷处。主治：头痛，目眩，耳鸣，耳聋，热病，癫狂痫，腕痛。直刺 0.3~0.5 寸。

神门位于腕掌侧横纹尺侧端，尺侧腕屈肌腱的桡侧凹陷处。主治：心病，心烦，惊悸，怔忡，健忘，失眠，癫狂痫，胸胁痛。直刺 0.3~0.5 寸。

配伍意义：阳谷为手太阳小肠经的经穴，神门为手少阴心经的输穴和原穴。小肠经与心经为表里经，阳谷与神谷穴位置相对，两穴配伍善治心脏、神经系统疾患。

激素依赖性皮炎的中医治疗

作者：武巴音

链接：<https://article.iyyi.com/detail/411247.html>

激素依赖性皮炎是由于长期外用含糖皮质激素药膏，一旦停用后导致皮肤潮红变薄、毛细血管扩张、色素沉着伴烧灼感，甚至出现痤疮及酒渣鼻样皮疹的一种皮肤病，是近年来逐渐增多的一种常发于面部的损美性皮肤病。激素的应用始于近现代医学，中医古代医籍中没有对本病的相关记载，但根据其病因及临床表现可归属为药疹、风湿疹，并以此来进行辨证论治。

1. 病因病机

本病病因为虚实夹杂，内外因合而为病。外因为外感药毒，中医认为激素类制剂属辛燥甘温之品，久用有生热耗津伤阴之弊，内因为素体阴虚，阴虚无以制阳以至血热。两阳相合，阴虚更加严重，阴越虚阳越亢，血热也更为严重。《黄帝内经》中有“诸痛痒疮，皆属于心”的记载，其认为心为火脏，主血脉，其华在面，所以肌表血热可见皮损灼热，潮红；血热伤营耗血，肌肤失养，可见色素沉着；热毒入络，血瘀络脉，可见颜面红血丝。因此，心火亢盛，热伤血络是其主要病机。

2. 辨证论治

针对以上的病因病机，我们以脏腑辨证为基础，结合心火亢盛，热伤血络这一病机，治疗应以清热凉血为主，并根据临床表现灵活辨证治疗。我喜欢用泻心汤合清营汤加减治疗。

药物组成：黄芩 12 克，黄连 10 克，大黄（后下）5 克，水牛角（先煎）20 克，生地 20 克，白茅根 20 克，竹叶 12 克，玄参 15 克，牡丹皮 12 克，赤芍 15 克，木通 10 克，甘草 6 克。

方药加减：瘙痒明显者加浮萍、蝉蜕、白蒺藜等；红肿明显者加石膏、金银花、连翘等；血瘀者加红花、丹参等；伴阴虚月经量少者加鳖甲、青蒿、地骨皮等；色素沉着，皮肤萎缩可加红花、玫瑰花、僵蚕。

外用药物应该以清凉、安抚药膏为主，并注意避免冷、热及日光等理化的刺激，并可逐步减低激素外用制剂直至停止。我常用枇杷叶 30 克，绿茶 30 克，紫草 15 克，地榆 30 克，马齿苋 30 克，水煎成 1 升，取上清液冷敷面部，每次 30 分钟，2~3 次/日，7 天为一个疗程。其中，枇杷叶、绿茶、马齿苋清热解毒，紫草、地榆清热凉血，它们同用可以达到清洁皮肤、消炎止痒的作用。

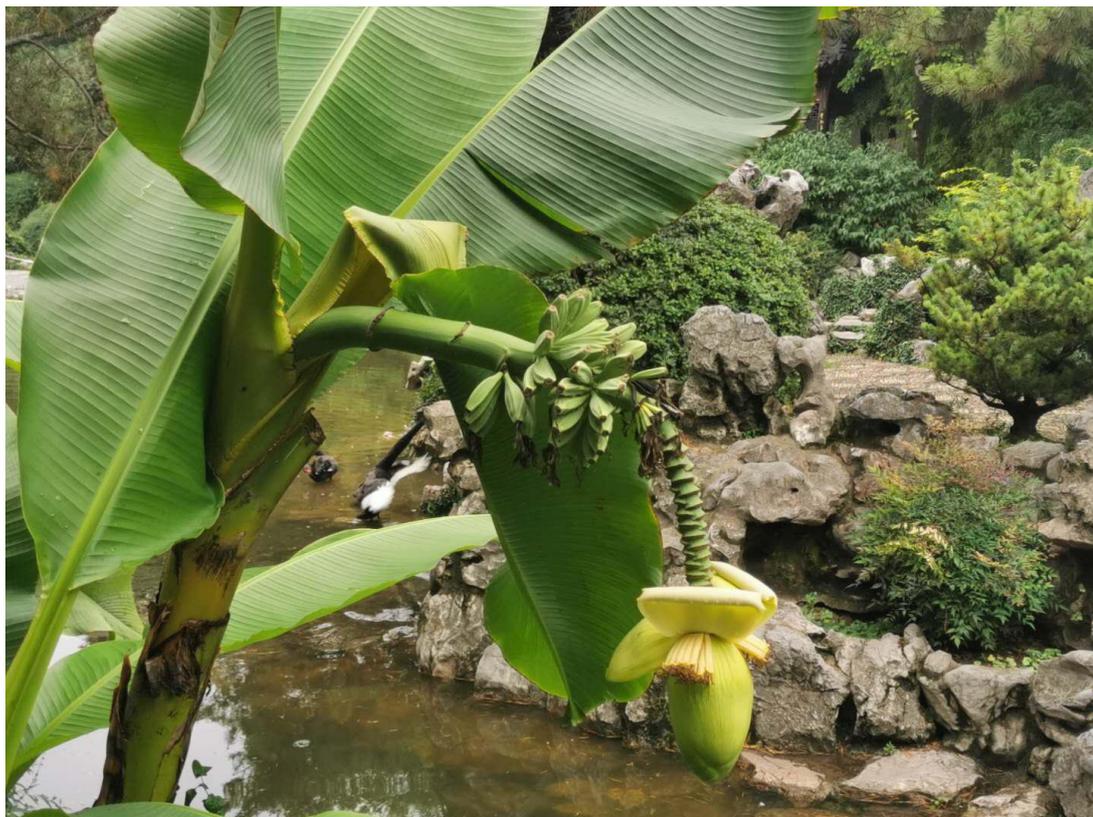
责任编辑：修竹临风

编辑：草原民间中医、砭艾、xiwang001han

芭蕉花

别名：甘蕉、天苴、板蕉、牙蕉、大叶芭蕉、大头芭蕉、芭蕉头、芭苴。

来源：芭蕉科芭蕉属植物芭蕉 *Musa basjoo* Sieb. et Zucc.干燥花朵，产于我国台湾省。国外日本也有分布。



形态：多年生的草本植物，植株高 2.5~4 米。叶片长圆形，长 2~3 米，宽 25~30 厘米，先端钝，基部圆形或不对称，叶面鲜绿色，有光泽；叶柄粗壮，长达 30 厘米。花序顶生，下垂；苞片红褐色或紫色；雄花生于花序上部，雌花生于花序下部；雌花在一苞片内约 10~16 朵，排成 2 列；合生花被片长 4~4.5 厘米，具 5 齿裂，离生花被片几与合生花被片等长，顶端具小尖头。浆果三棱状，长圆形，长 5~7 厘米，具 3~5 棱，近无柄，肉质，内具多数种子。种子黑色，具疣突及不规则棱角，宽 6~8 毫米。

栽培：芭蕉喜生于温暖，土壤肥沃的地方，喜湿润，不耐寒，耐半阴。

性味功能：味甘淡，性凉；清热解毒，利尿消肿，凉血止痛。

用途：用于感冒咳嗽，头痛，高血压病，胃痛，腹痛，肝炎，痢疾，崩漏，

胎动不安，尿路感染，水肿；外用治中耳炎，创伤出血，痈疔肿毒。

用法用量：内服 50~100 克。

经验鉴别：本品外表暗紫色。以完整鲜艳者为佳。

灯心草

别名：秧草、水灯心、野席草、龙须草、灯草、水葱。

来源：灯心草科灯心草属植物灯心草 *Juncus effusus* L. 的干燥茎髓。原产我国黑龙江、吉林、辽宁、河北、陕西、甘肃、山东、江苏、安徽、浙江、江西、福建、台湾、河南、湖北、湖南、广东、广西、四川、贵州、云南、西藏。



形态：多年生草本，高 27~91 厘米，有时更高；根状茎粗壮横走，具黄褐色稍粗的须根。茎丛生，直立，圆柱型，淡绿色，具纵条纹，直径 1.5~3 毫米，茎内充满白色的髓心。叶全部为低出叶，呈鞘状或鳞片状，包围在茎的基部，长 1~22 厘米，基部红褐至黑褐色；叶片退化为刺芒状。聚伞花序假侧生，含多花，排列紧密或疏散；总苞片圆柱形，生于顶端，似茎的延伸，直立，长 5~28 厘米，顶端尖锐；小苞片 2 枚，宽卵形，膜质，顶端尖；花淡绿色；花被片线状披针形，长 2~12.7 毫米，宽约

0.8 毫米，顶端锐尖，背脊增厚突出，黄绿色，边缘膜质，外轮者稍长于内轮；雄蕊 3 或 6 枚，长约为花被片的 2/3；花药长圆形，黄色，长约 0.7 毫米，稍短于花丝；雌蕊具 3 室子房；花柱极短；柱头 3 分叉，长约 1 毫米。蒴果长圆形或卵形，长约 2.8 毫米，顶端钝或微凹，黄褐色。种子卵状长圆形，长 0.5~0.6 毫米，黄褐色。花期 4~7 月，果期 6~9 月。

栽 培：灯心草喜湿润环境，耐寒，忌干旱。对土壤条件要求不严，但宜选潮湿、肥沃疏松地栽培。

性味功能：味甘、淡，性微寒；清心火，利小便。

用 途：用于心烦失眠，尿少涩痛，口舌生疮。

用法用量：内服 1~3 克。

经验鉴别：本品以色白、条长、粗细均匀、有弹性者为佳。

责任编辑：金陵一剑

编 辑：王颖健

胃脘痛伴烧心、反酸 7 天

作者：大医静诚

链接：<https://bbs.iiyi.com/thread-3469787-1.html>

●病例摘要

一般资料：男性，68 岁。

主诉：胃脘痛伴烧心、反酸 7 天

现病史：患者于 7 天前无明显诱因出现胃痛，以胃脘部显著，伴烧心、反酸，受凉后发作或者加重，喜温喜按，伴有手脚冰凉，无恶心、呕吐，无头晕、头痛，无心慌、胸闷及呼吸困难，无腹泻。在当地未予特殊处理，上述症状持续存在无缓解，为求进一步治疗故来我院，经门诊收入我科。现症见：胃痛，烧心，舌苔淡白，脉虚弱。患者自发病以来，神志清，精神可，饮食差，睡眠差，大便干结，小便正常。

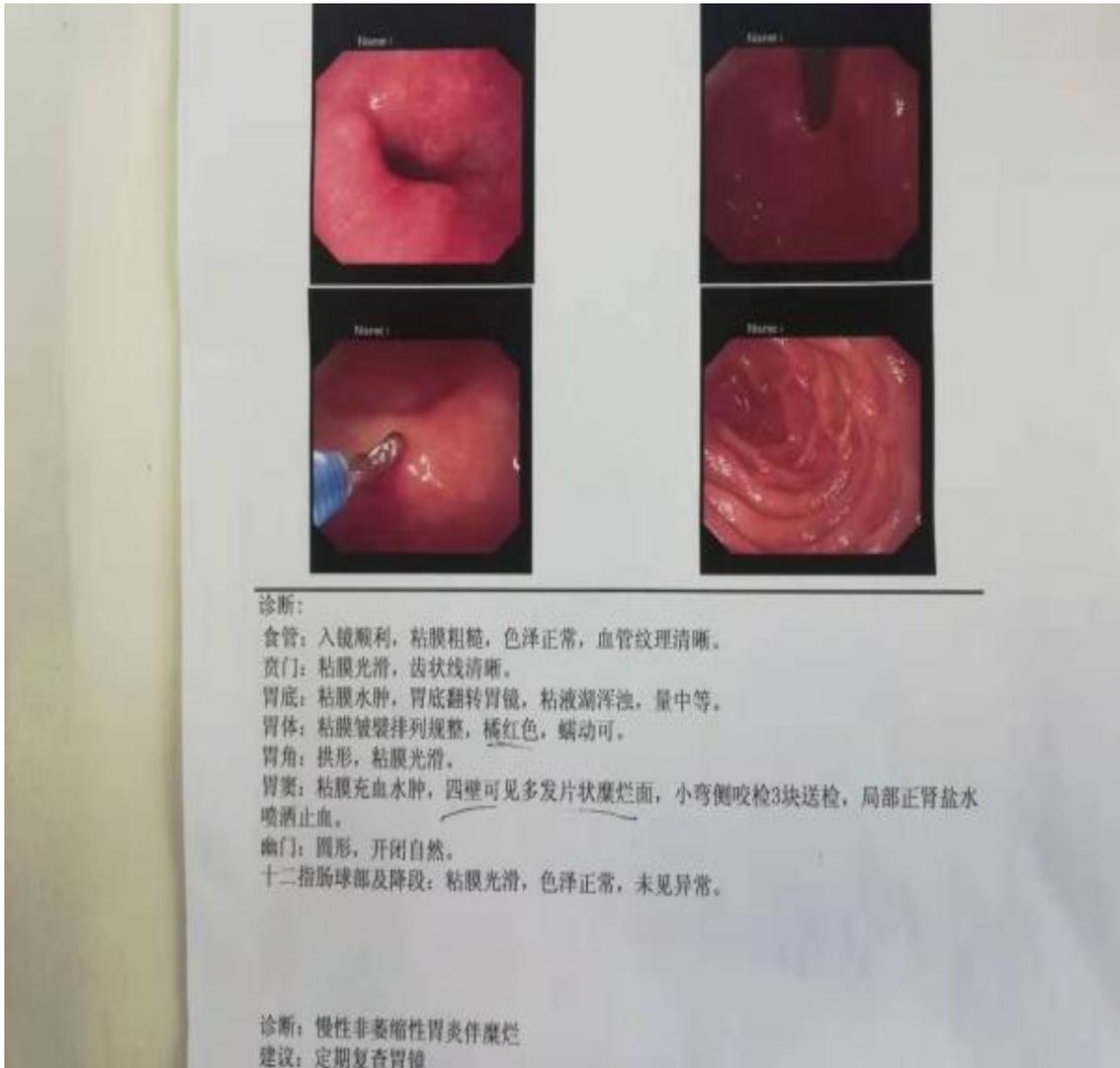
既往史：既往“胃炎”病史多年；否认“冠心病，高血压、糖尿病”病史，否认“肝炎、结核”等传染病病史，否认重大手术及外伤史、输血史，否认药、食物过敏史，预防接种史不详。

个人史：生于原籍，久居当地，未到过疫区及牧区，无放射性物质及有毒物质接触史，否认性病及接触史。

体格检查：T:36.1℃，P:73 次/分，R:19 次/分，BP:140/90mmHg。神志清，精神可，双瞳孔正大等圆，对光反射灵敏，口唇无紫绀，伸舌居中，咽部无充血，双侧颈静脉无充盈，颈动脉无异常搏动，颈软无抵抗，气管居中，甲状腺不大。双肺呼吸音清，未闻及干湿性啰音，心率 73 次/分，律齐，未闻及病理性杂音。腹平软，胃脘部压痛，无反跳痛及肌紧张，肝脾未及肿大，叩鼓音，肠鸣音正常。四肢肌力 5 级，肌张力正常，双下肢无水肿。双侧 Babinski 征（-）。

辅助检查：

电子胃镜示：慢性非萎缩性胃炎伴糜烂。



●讨论：

1. 如何进行中医诊断？

2. 如何治疗？

●临床讨论：

朱永 8：诊断：胃痛，为“脾胃虚弱”型。

患者畏寒，怕冷，四肢冷凉，舌淡脉弱，神疲，纳差，均为脾虚之症状。

药用：半夏 陈皮 木香 砂仁 太子参 白术 茯苓 黄连 吴茱萸 乌贼骨 肉苁蓉。

1mf617617：西医诊断：慢性胃炎

病例讨论

中医诊断：胃痛（脾胃虚寒证）

建议查幽门螺旋杆菌感染情况，中西医治疗。若 HP 阳性，西药：奥美拉唑、克拉霉素、阿莫西林三联疗法。中药：黄芪建中汤加减。

若 HP 阴性，西药：奥美拉唑或兰索拉唑制酸、磷酸铝凝胶制酸保护胃粘膜。配合中药：黄芪建中汤加减，温胃健脾、和胃止痛。

春日蒲公英： 诊断：胃痛（脾胃虚寒兼肝脾不和型）

治法：疏肝和脾，温胃散寒。

方剂：戊己丸合当归四逆加吴茱萸生姜汤。

本症稳定后，必须用六君子汤加当归、白芍等，健脾和胃、养血之剂缓调巩固，以免复发。

Fangsir：

诊断：胃痛，脾胃虚寒

胃脘部疼痛，伴反酸烧心，为胃痛。怕凉，受凉发作加重，手脚凉，为寒邪，喜温喜按，舌淡苔白，脉虚弱，为虚寒。

治疗：附子理中丸加味。黑顺片 10，人参 15，炒白术 15，干姜 15，炙甘草 10，当归 20，肉苁蓉 15。

临床诊断：胃痛 脾胃虚寒

诊断依据：

患者为老年男性，体形消瘦，平素饮食不节，脾气虚弱，中阳不振，胃失和降，不通则痛，故出现胃痛。根据患者受凉后症状加重，并且喜温喜按，伴手脚不温，舌苔淡白，脉虚弱，所以可以明确为“脾胃虚寒”之证。总之，本病属中医“胃痛”范畴，证属脾胃虚寒。

鉴别诊断：

①真心痛：由心经病变引起的病症，症状为当胸而痛，多为刺痛，动辄加重，痛引肩背，常伴有心悸气短、汗出肢冷，病情危重。②噎膈：与胃痛皆有胸骨后烧灼痛

症状。但噎膈有持续性进行性吞咽困难，咽下梗阻即吐。而胃痛无吞咽困难。

诊治经过：

中医给予温中健脾，和胃止痛来治疗，故应用黄芪建中汤加减，具体如下：黄芪 30g 桂枝 15g 白芍药 20g 瓜蒌 30g 甘草 5g 元胡 12g 川楝子 10g 吴茱萸 10g 黄连 10g 鸡内金 10g 炮姜 10g 大枣肉 15g 神曲 10g 麦芽 10g 丹参 20g 上方加水 1000 毫升，水煎 50 分钟，取汁 200 毫升，二煎加水 500 毫升，煎 30 分钟，取汁 200 毫升，五付。每付分为两袋，早晨饭后一袋，晚上饭后一袋；口服五剂后复诊。

分析总结：

该患者从发病到就诊，已经有 7 天的时间，所以胃痛属于绵绵不休，并且患者的疼痛是受凉后发作或者症状加重，得温后痛减，平时喜温喜按，并且手足不温，属于胃痛中的脾胃虚寒证型。所以应用中医的经典方剂黄芪建中汤来治疗，可以起到温中健脾、和胃止痛的效果。由于患者疼痛较严重，所以在温补脾胃的同时，加用止痛的元胡、川楝子；该患者还有烧心、反酸的症状，所以加用黄连、吴茱萸；由于患者平时便秘，所以加瓜蒌 30g 来润肠通便；鸡内金、神曲、麦芽促进消化，增加食欲，有补中寓消之意；丹参可以改善循环，帮助患者病情恢复。患者口服 5 剂后复诊，根据患者症状的变化，再次调整用药。

右下腹部疼痛 4 月余

作者：yhlhbb

链接：<https://bbs.iiyi.com/thread-3469789-1.html>

●病例摘要

一般资料：男性，30 岁，农民。

主诉：右下腹部疼痛 4 月余

现病史：患者 4 个月前无明显诱因出现腹部疼痛，以右下腹部疼痛为主，疼痛呈阵发性发作，伴恶心，未呕吐。患者无发热，无腹泻、无胸闷、心悸，无咳嗽、咳痰，

病例讨论

无肩背部放射痛，无皮肤发黄及瘙痒，于我院诊断阑尾周围脓肿，输液药物治疗后症状缓解。患者1月前再次出现腹部疼痛，于当地输液治疗，效果欠佳，今为求进一步诊治就诊于我院，门诊检查后收住我科。患者自发病以来神志清，精神差，睡眠饮食差，大小便尚正常。

既往史：平素健康状况良好。否认高血压、糖尿病、冠心病病史，否认慢性支气管炎病史，否认胆结石、胆囊炎病史，否认传染病病史。预防接种史按规定。否认手术外伤史，否认输血史，否认药物食物过敏史。

体格检查：T:37℃，P:80次/分，R:18次/分，BP:120/80mmHg。发育正常，营养良好，正常面容，表情自然，自主体位，神志清楚，言语清晰，查体合作。全身皮肤粘膜无黄染，无水肿，无肝掌，无蜘蛛痣。全身浅表淋巴结无肿大。头颅无畸形，无压痛，无头部包块。眼睑正常，结膜正常，巩膜无黄染，双瞳孔等大、等圆，双眼瞳孔对光反射灵敏。

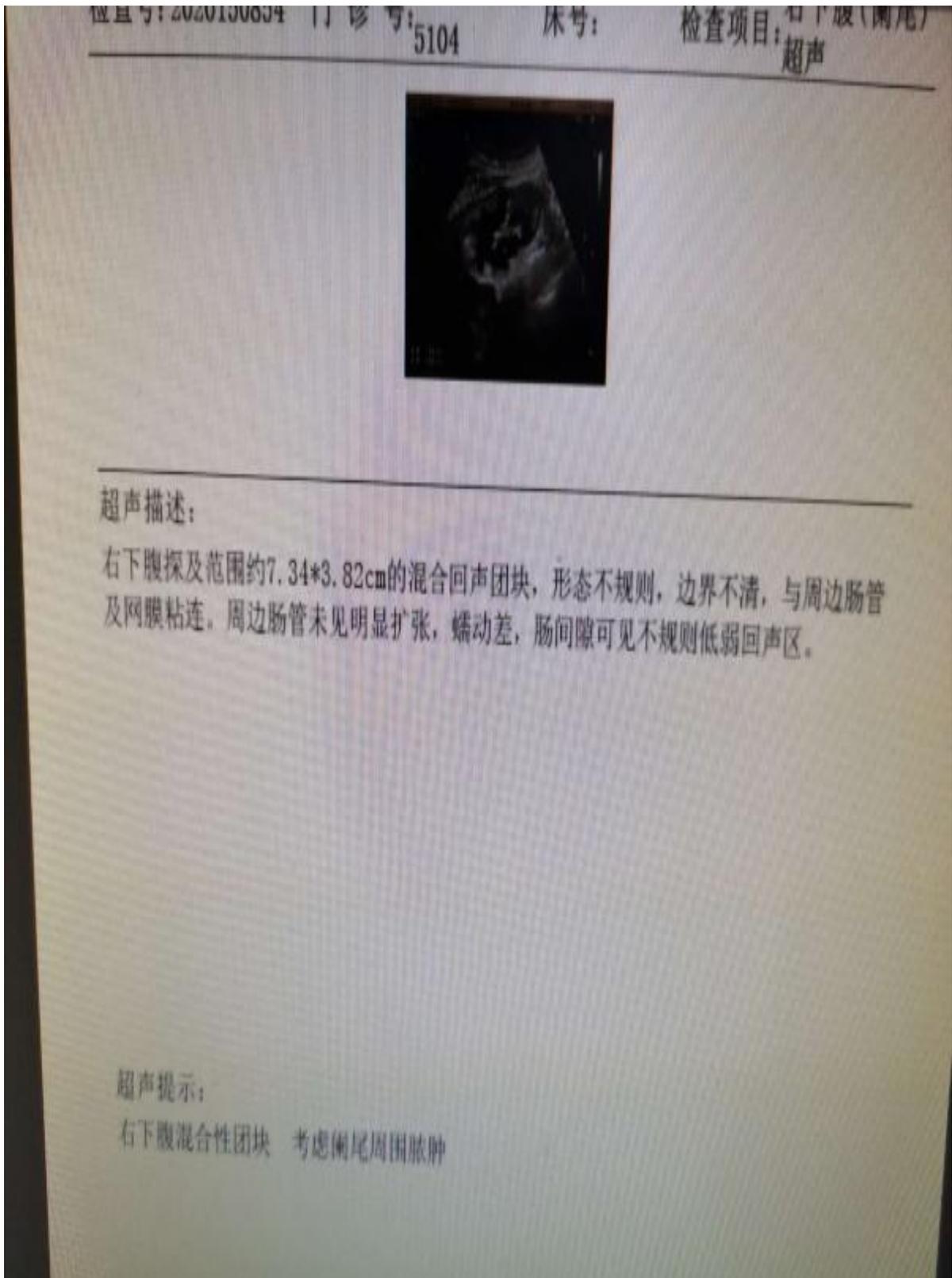
外耳道无异常分泌物，无乳突压痛，听力测试无障碍。鼻外形正常，嗅觉正常。口唇红润，口腔粘膜正常，扁桃体无肿大。颈软，无抵抗，颈动脉正常搏动，颈静脉无怒张，气管居中，双侧甲状腺无肿大，肝颈静脉回流征阴性。胸廓对称，外形正常，无胸骨压痛，双乳房正常对称。双侧呼吸运动对称，肋间隙正常，语颤正常，呼吸音清，未闻及干湿啰音，无胸膜摩擦音。

心前区无隆起，心尖搏动正常，心浊音界无明显扩大，心率80次/分，律齐，无杂音，无心包摩擦音。脊柱正常，活动度正常。四肢正常，运动正常，关节无红肿、无压痛，活动正常，双下肢无水肿，肌张力正常，四肢肌力正常。腹壁反射存在，肱二头肌反射存在，肱三头肌反射存在，膝反射存在。巴氏征(右)：未引出，巴氏征(左)：未引出；克氏征(右)：未引出，克氏征(左)：未引出；布氏征：未引出。腹部平坦，腹肌软，右侧腹部触及大小约6x7cm包块，质硬，压痛，无反跳痛，边界欠清，肝、脾肋下未触及，肝区及双肾区叩痛(-)，Murphy征(-)，移动性浊音(-)，肠鸣音4次/分。

辅助检查：

2020-02-03彩超检查报告：右下腹探及范围约7.34x3.82cm的混合回声团块，形态不规则，边界不清，与周边肠管及网膜粘连。周边肠管未见明显扩张，蠕动差，

肠间隙可见不规则低弱回声区。右下腹混合性团块，考虑阑尾周围脓肿。



病例讨论

科 室：胃肠外科 床 号：25 住院号：10258421
临床诊断：回盲部肿物



检查所见：
肠道准备尚可。
直肠：粘膜欠光滑，见有散在点状充血斑，血管纹理欠清晰。
乙状结肠：粘膜光滑，充血，血管纹理清晰。
降结肠：粘膜光滑，充血，血管纹理清晰。
横结肠：粘膜光滑，血管纹理清晰。
升结肠：粘膜粗糙，进镜约70cm可见一隆起性包块，向腔内生长，表面糜烂，覆有血痂，致管腔狭窄，无法进镜，靛胭脂染色后，染色剂分布不均。取活检六块。

诊断提示：
直肠、结肠炎
升结肠占位性病变（性质待病理）

INFORMATION SYSTEM
HANGZHOU UNIVERSITY OF MEDICINE
地址：杭州下沙九沙路331112
[HUP] ACTN-BF-23-25-A-C-2

大肠肠管一段，长16cm，直径3cm，回肠长7cm，直径2.8cm，肿物位于回盲瓣周围，环绕整个肠周，面积11*6cm，切面灰白质脆，侵达外膜，距回肠断端长是3.5cm，距结肠断端长是12cm，所附阑尾长7cm，直径0.6cm，阑尾切面灰白质软。

光镜所见：



病理诊断：

（右半结肠+少许回肠）：低分化癌伴大片坏死，考虑腺癌，浸润型，肿物面积11*6cm，侵达外膜外并形成癌结节，累及回肠末端，未累及两切线及阑尾，检出肠周淋巴结（0/53）及另送第6组淋巴结（0/6）均未见癌转移。慢性阑尾炎。

●讨论:

1. 如何诊断?
2. 如何治疗?

●临床讨论

littlestone1986: 该患者 4 个月前发作的腹痛,是如何诊断为阑尾周围脓肿的? 既往有发作阑尾炎的病史吗? 阑尾周围脓肿的诊断一方面要有阑尾炎的病史,另一方面也可以通过临床症状体征及彩超结果辅助诊断,但是目前肠道肿瘤存在发病率高,发病年龄年轻化,所以一定要注意排除肿瘤情况,可以做个腹部 CT 协助诊断。该例患者腹痛及右下腹包块可以考虑诊断: 右下腹包块待查: 阑尾周围脓肿? 回盲部肿瘤? 回盲部憩室炎? 然后通过进一步检查胸腹部增强 CT, 了解有无肿瘤其他地方浸润及转移, 结合肠镜检查可以术前获得病理结果, 如果没有手术禁忌症, 可以首选腹腔镜下右半结肠癌根治术, 结合术后病理情况, 必要时术后继续化疗。

uczsyh32611990: 根据肠镜检查考虑为: 升结肠癌待活检病理结果证实。还需要查 CEA。按根治性右半结肠切除术准备手术治疗。根据术后病理报告诊断为: 回盲部腺癌。还需要做免疫组化, 根据结果选择化疗方案。

kwj1863: 诊断: 升结肠低分化腺癌。治疗: 患者病理回报浸出浆膜, 无淋巴结转移, 行右半结肠切除, 回肠横结肠吻合术。术后再进一步化疗, 巩固疗效。

●结论:

初步诊断: 回盲部肿物

诊断依据:

1. 右下腹部疼痛 4 个月余。
2. 查体: 腹部平坦, 腹肌软, 右侧腹部触及大小约 6x7cm 包块, 质硬, 压痛, 无反跳痛, 边界欠清, 肝、脾肋下未触及, 肝区及双肾区叩痛 (-), Murphy 征 (-), 移动性浊音 (-), 肠鸣音 4 次/分。
3. 2020-02-03 彩超检查报告: 右下腹探及范围约 7.34x3.82cm 的混合回声团块, 形态不规则, 边界不清, 与周边肠管及网膜粘连。周边肠管未见明显扩张, 蠕动差,

病例讨论

肠间隙可见不规则低弱回声区。右下腹混合性团块，考虑阑尾周围脓肿。

鉴别诊断：

1. 痔：内痔一般多为无痛性便血，血色鲜红不与大便相混合，据出血量的多少而出现大便表面带血、滴血、线状流血、或喷射状出血。肛门镜或乙状结肠镜检查可于齿状线附近见暗紫色痔核。

2. 胃十二指肠溃疡穿孔：患者多有溃疡病史，突发剧烈腹痛，腹壁板状强直等腹膜刺激症状明显。体检除右下腹压痛外，上腹部压痛明显。X线检查发现膈下游离气体有助于鉴别诊断。

3. 右输尿管结石：突发右下腹阵发性剧烈绞痛，向阴部放射。尿中有红细胞，B超或X线发现结石可鉴别。

诊治经过：

患者入院后完善辅助检查，充分术前准备工作，在全身麻醉下行腹腔镜右半结肠切除术。术中患者取平卧位，两腿分开，常规消毒铺巾。脐下4cm处穿刺建立气腹达14mmHg，五孔法置入器械。镜下探查见：腹腔内无腹水，肝、腹膜、肠管等未见明显转移灶，肿瘤位于升结肠，大小约5x6x7cm，侵透浆膜层，侵及侧腹膜，并形成肠管不完全梗阻，肠系膜根部见肿大淋巴结。行腹腔镜右半结肠切除术。术后恢复顺利。

临床诊断：结肠癌

分析总结：

1. 结肠癌的症状在临床上往往跟其他系统的疾病很类似，所以有时候结肠癌容易被误诊。

2. 比如说升结肠癌或者是盲肠癌，症状跟慢性阑尾炎、阑尾包块有类似的地方，所以盲肠癌和升结肠癌有时会被误诊为阑尾炎、阑尾周围脓肿；患者黑便和贫血需同上消化道出血、缺铁性贫血等相鉴别。

3. 肝区的结肠癌或者是右侧的横结肠癌也容易引起上腹部的不舒服、疼痛。

4. 约30%左右的右半结肠癌的病人合并胆道结石，这些胆道结石也可以有右上腹疼痛。病人常常只是做了B超，发现有胆囊结石，右上腹痛症状就用胆囊结石来进行

解释。所以，合并有胆囊结石的这些右半结肠癌能常常会被误诊或者是被耽误诊断；中段结肠癌也就是横结肠癌，有时候在腹部形成腹部包块，易与胃癌诊断相混淆，被误诊为胃癌；左半结肠癌也就是降结肠癌、乙状结肠癌的病人易跟慢性结肠炎、慢性菌痢和便秘局限性肠炎、溃疡性结肠炎相混淆，被误诊；结肠癌的病人在临床上为减少误诊率，常常使用胃肠镜检查，或配合 CT 或者是磁共振检查。

责任编辑：绿漫天涯

编辑：刘现国

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。

