

 zz.iyyi.com

2020.10

爱爱医



第十期 总NO. 129

Volume 11, number 10, Oct. 2020

刊首语

春忆

作者：龙之玉

链接：<https://bbs.iiyi.com/thread-949183-1.html>

黄花湖边
垂首无语
依稀中
又看见
那只微扬的手
还有
一串串
一深一浅的笑声
裹挟着岁月
也消损不了的细枝末节
在微风吹拂下
仙若春花
芬芳四溢

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

封面图片：yemengzhe

在线阅读：<http://bbs.iayi.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	春忆.....	1
专业交流 西 医	《医患沟通经验总结》之：猝死.....	3
	支气管哮喘药物治疗总结（一）.....	4
	呼吸道感染用药经验总结.....	6
	超声入门贴 974——附睾炎.....	8
	药用炭片，你还碾碎加水注入胃管 吗？.....	14
	胫骨横向骨搬移治疗糖尿病足.....	18
专业交流 中 医	也谈“升阳益胃汤”.....	20
	黄疸验案.....	22
	白头翁汤效果.....	24
	益肾通痹汤治疗腰椎管狭窄症的疗效 观察.....	25
	除湿法在皮肤病的临床运用.....	30
	夏天使用浮针治疗时，千万别忘了叮 咛这一点.....	31
识 草 药	黄芪.....	33
	回回苏.....	34
病例讨论	奇怪的心肌梗死.....	36
	外阴癌 1 例.....	39
杂志稿约	爱爱医杂志稿约.....	44

第一部分——西医部分

《医患沟通经验总结》之：猝死

作者：冷丁

链接：<https://bbs.iiyi.com/thread-2380055-1.html>

昨晚发生的事情。接电话：城乡结合区，一病人昏迷。

到现场，诊所医生尚算镇静：“快进去看看吧，已经按了一会儿了”。

心里一惊，慌忙往屋里赶。病人已亡。当即告诉家属：呼吸心跳已经停止，瞳孔扩大。再尽一把力吧，难得过来。

第一时间单膝跪地（病人卧在地上），心外按压，吩咐建立通路，应用药物。

边按边问明前因后果，得知：患者五十二岁，朋友家办喜事，出了力，又喝了酒，自己走回来倒沙发上说肚子胀、闷。妻子去诊所求医，带回了葡萄糖，喝了以后，吐了几次，感觉全身无力，到不了诊所。妻子再叫了诊所大夫，看了看说“别是心脏问题了”。挂上液体没多久，突然昏迷，瘫倒地上，刚才喉部好象还有声音（忘了给家属解释，可能是按出来的响动）。

诊所医生拿了剩下的液体悄悄走了（出于职业习惯，进门时冷丁已注意到了输液架的黄色液体）。一个家属接上嘴说：“是不是酒精与什么药起了毒性？”

擦了擦被汗水模糊的双眼，冷丁回答：“你说的是头孢，那是白色的，你们输的是黄色药，绝对不是。应该还是个心源性的猝死”。

还是一边按压，一边询问既往有无胸痛、胸闷、咽紧、肩背痛等症。得到回答：既往体健。而女家属时不时拿毛巾为冷丁擦汗。

反复听、看无反应，约二十分钟，告诉家属们患者没希望了，别让病人再受罪了。

不待家属开口，冷丁接着道：“才五十多岁，再争取一把吧。”

约半小时，再次检查，宣布临床死亡。

拉主要家属出屋，说：“你们也看到了，来时已经死亡，尽管做了急救，建了通路，最短时间用了抢救药，最终还是不治（忘了加一句，能过来的机会本身就很渺茫）。死亡原因很可能是冠心病的猝死型，别的没这么快”。自然又引用了无数次的我院值班年青人员猝死的例子来加重说明。

针对家属提出，平时没听说过心脏问题的疑问。冷丁这样回答：冠心病分好几个

类型，其中一种就是猝死型。就怕平时没症状，不知道防范。一发作就致死。赶快处理下面的事吧，手脚都凉了。

总结：遇到死亡的事，最麻烦，牵涉的问题也多。必须先了解死亡时间，时间久了，家属不提出抢救，也就当个验尸官。市区内的死亡，往往是体力活。这时就应第一时间告知并急救，不惜体力，不顾身份（其实咱们也没啥身份），边抢救边问病史，以便以后给家属一个交待。

而对于家属中毒的疑问，要提高警惕，那就是一个套。不知道、不确定、不能说的不敢乱说，既是保护别人，也是保护自己，人命问题呀！搞不好诊所医生骂你，甚至反往你身上赖，要是形成官司，说不得还要你出庭作证。惹这骚干什么。咱们尽到自己的义务就行，其它的，不怕麻烦有法医（对了，忘记给家属说：想了解是不是心脏病得尸检）。好在进屋瞄了一眼的黄色液体替大家都解了围。

做足了前期工作后，宣布死亡前，再努一把力，防止家属再要求抢救，你又不好走。走之前把咱们努力执行的抢救过程再详细（按压、吸氧、通路、用药、观察等做过的工作一一摆明）说明，不怕重复，不要只说个抢救，那说的只是一个工作，事无巨细，说明你做了大量工作；但该笼统的得笼统，具体的抢救用药，一笔带过，你敢保证你的用药在专家眼里就是完美无缺！

最后，就是有些话别当着死人说。譬如说，宣布死亡；譬如说，抢救费。

走人之前，再交待家属，快处理下面的事。冬天说天太冷，夏天说，天太热。

以上是昨晚一例的真实记录，有些还算不上医患沟通，勉强了。

支气管哮喘药物治疗总结（一）

作者：我是哈达

链接：<https://bbs.iiyi.com/thread-2232006-1.html>

笔者哈达，一名村医，曾于潍坊哮喘病医院学习。近几年，对支气管哮喘积累了些经验，又广泛阅读各方面的书籍，整理汇在一起，编成资料，在与大家分享的同时也提高了自己，其最终目的是共同规范支气管哮喘的治疗。有一道考题：缓解轻中度哮喘的首选药物是哪一个？答案是 β_2 受体激动剂。今天就从这一制剂开始讲起。

这类药物松弛平滑肌作用较强，吸入给药可在数分钟内起效，并维持数小时。但是这类药物应按需间歇使用，不宜长期单一使用，也不宜过量应用，否则会引起骨骼肌震颤、低血钾、心律紊乱等不良反应。压力型定量手控气雾剂和干粉吸入短效 β_2

受体激动剂不适用于重度哮喘发作；其溶液如沙丁胺醇、特布他林、菲诺贝特及其复方制剂经雾化泵吸入适用于轻至重度哮喘发作。口服给药方便，但副作用比吸入给药时明显。 β_2 受体激动剂可以引起细胞膜 β_2 受体的向下调节，表现为耐药现象，故应予以避免。

β_2 受体激动剂分为长效和短效制剂。长效可维持 12 小时，短效维持 4-6 小时。长效又可以分为慢效（0.5 小时起效）和速效（数分钟起效）。目前我国使用的长效 β_2 受体激动剂有两种：

1. 沙美特罗：经气雾剂和蝶形装置给药，给药后 30 分钟起效，平喘作用维持大于 12 小时。推荐使用剂量为 50 μ a，2 次/日吸入。

2. 福莫特罗：经都保方式给药。给药后 3-5 分钟起效，平喘作用维持在 8-12 小时以上。其平喘作用有很大的依赖性，推荐剂量为 4.5-9.0 μ a，2 次/日吸入。

吸入长效 β_2 受体激动剂适用于夜间哮喘和运动型哮喘的预防和治疗。福莫特罗起效迅速，可按需用于哮喘急性发作的治疗。

近年来推荐联合糖皮质激素吸入剂与长效 β_2 受体激动剂治疗哮喘。两者具有协同抗炎和平喘作用，可获得相当于或者优于加倍剂量的糖皮质激素吸入剂时的疗效，并可增加患者的依从性，减少较大剂量的糖皮质激素吸入剂引起的不良反应，尤其适用于中重度哮喘的长期治疗。比较常用典型的药物如舒利迭。

今天总结下糖皮质激素。循证医学证实，糖皮质激素是最有效的控制气道炎症的药物。根据使用途径不同，分为全身用和吸入用（ICS）。ICS 的局部抗炎作用要比全身用的作用强。由于直接吸气给药，药物直接作用于呼吸道，所需的剂量小。而且通过消化道和呼吸道入血液后大部分被肝脏灭活，因此全身副反应明显减少，可以放心长期使用。

使用 ICS 要注意使用方法，使用方法不正确可以使效果降低，副作用加大。当患者自己看说明书使用装置时将近半数不能正确使用；只教一次，仅仅 60% 患者能够自己使用；连续教患者 4 次，才使 90% 患者能正确使用，有 10% 患者始终不会。因此临床医生要反复教患者正确使用吸入装置。

吸入激素抑制气道炎症的作用与剂量有关。有很多患者因剂量过小，疗程不够而效果不佳。糖皮质激素气雾剂和干粉吸入剂需连续规律（注意这四个字）吸入一周方能达到明显的效果。所以 ICS 不能作为哮喘急性发作时的治疗。然而布地奈德气雾剂却是个例外，是唯一能迅速起效的 ICS，可以作为哮喘急性期的治疗。

由于吸烟影响 ICS 的效果，所以吸烟患者需要戒烟并且加大 ICS 剂量。由于 ICS 可以引起声音嘶哑，咽部不适，口腔念珠菌感染，所以吸药完毕后要及时用清水漱口。已经有研究证明，ICS 可能与青光眼和白内障的发生有关。

如果需要全身使用糖皮质激素，一般要密切注意以下几点。

对于有结核病、糖尿病、寄生虫感染、骨质疏松、青光眼、严重抑郁症或消化性溃疡的哮喘患者要严密随访。

尽量使用半衰期较短的激素。如泼尼松、甲基泼尼松龙等，不建议使用地塞米松。

严重哮喘病发作时，应静脉及时给予琥珀酸氢化可的松 400-1000mg/日。或甲泼尼龙 80-160mg/日，应用 3-5 天，哮喘控制后可改为口服，缓慢停药。

呼吸道感染用药经验总结

作者：康宁 100

链接：<https://bbs.iiyi.com/thread-1701326-1.html>

在小诊所里，呼吸道感染患者占相当大的比重，我把我这儿的用药写出来和大家交流交流，有什么不对的地方请大家指出来。

用药原则：

1. 安全。青霉素尽量不用，中药制剂少用，尽量用一些大厂家的，别的药用以前要排除禁忌症，要求做皮试的别省。

2. 速效。首先要控制住症状，并不一定按书上的原则来，要充分考虑到患者的感受和认知。特别是发烧的时候，先要控制住温度，地塞米松该用就用，对一些感染不要只想到抗生素，光去治本了，一定要做相应的对症治疗。

3. 最常用的检查设备就是听诊器了，听诊的时候要把病情说的严重一个档次，太轻了引不起重视来，同时也给自己留一条后路。

4. 做好医嘱，不嫌麻烦，如果加重了，可以挑家长的毛病。

用药选择：

先选择对症药物。咽痒了，口服一些熄风止痒的中成药或抗过敏的西药扑尔敏、赛庚啶；咳嗽厉害的强力止咳就行，咳嗽有痰，用药要祛痰止咳，化痰药量要足；中成药的剂量要求都很少，量可以尽量用的大一点，我的经验两到三倍没问题，当然要具体分析；西药这类的药千万不可多用；咳嗽的厉害适当的加一些平喘解痉药、抗过敏药（痰多不用），有时候会收到意想不到的疗效。

1. 抗生素，我一般用头孢类、阿奇类，喹诺酮类的还有克林。

轻微感染，或是病毒引起的感染，根据患者情况（病情、认知、要求、经济）选择一种抗生素，配合抗病毒药物，配合对症药物治疗。抗病毒以前多用中药的，现在用利巴韦林，尽管疗效不太确定，没办法。再就是 Vc 也常用。

在中国先锋霉素深入人心，只要患者要求，不过敏就上，大不了多打瓶，害处不大。隐形的害处，患者察觉不到的害处，没事。

咳嗽有痰，早期首选阿奇、喹诺酮类。无论时间长短，出现粘白痰，咳嗽声音响，特别是伴有胸痛的、伴有耳朵疼的首选阿奇类；痰多，咳嗽时间比较长，首选头孢，抗菌谱那叫一个广呀，真是好药；咳嗽时间很长，或者痰有股臭味，有脓的，或者素有阻塞性肺病，别忘了抗厌氧菌，替硝唑，或用克林；翠绿色痰，也常见。什么好药，复方药、头孢第三代、第四代、第五代，确保安全的情况下用吧。太难治了，要提前和患者说好，你的病很麻烦。用药后谨防念珠菌感染。

抽烟的病号自找的，可也得治疗呀，首选阿奇，必要时再打瓶甲硝唑，有效不贵也算一瓶。

有些病号拿不准，抗生素能联用就联用，联用抗菌谱扩大，相应的见效系数就提高。再说说激素，哮喘的用就行，先控制住哮喘再说。

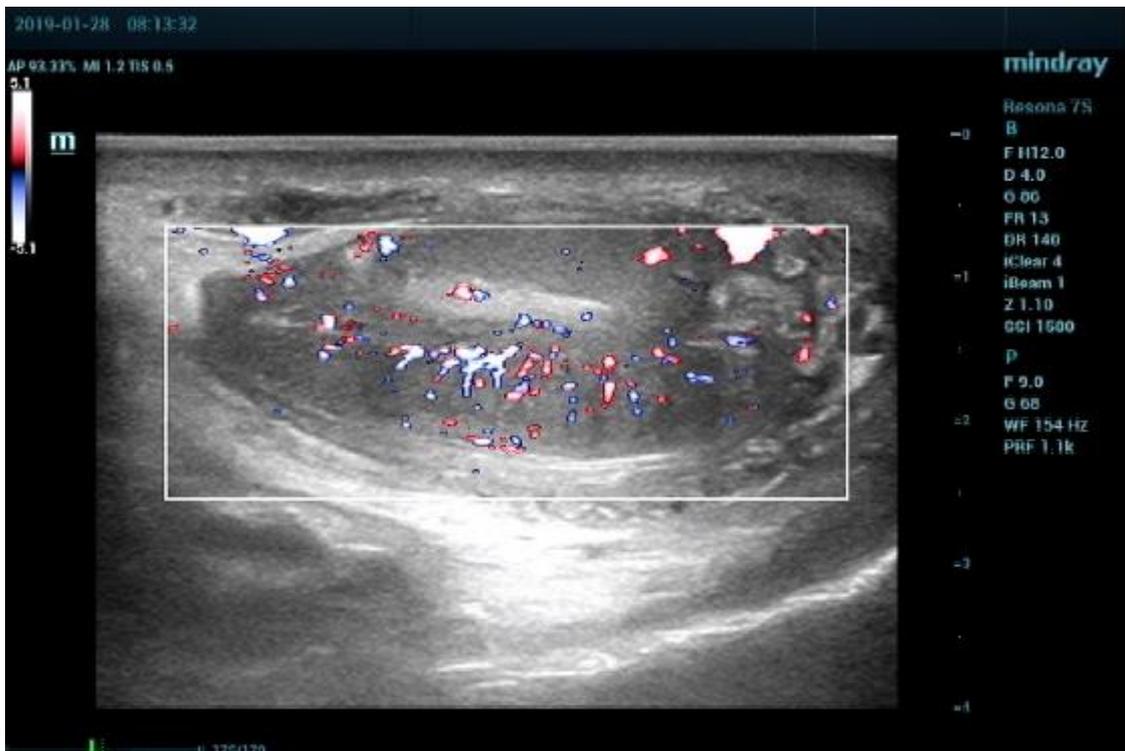
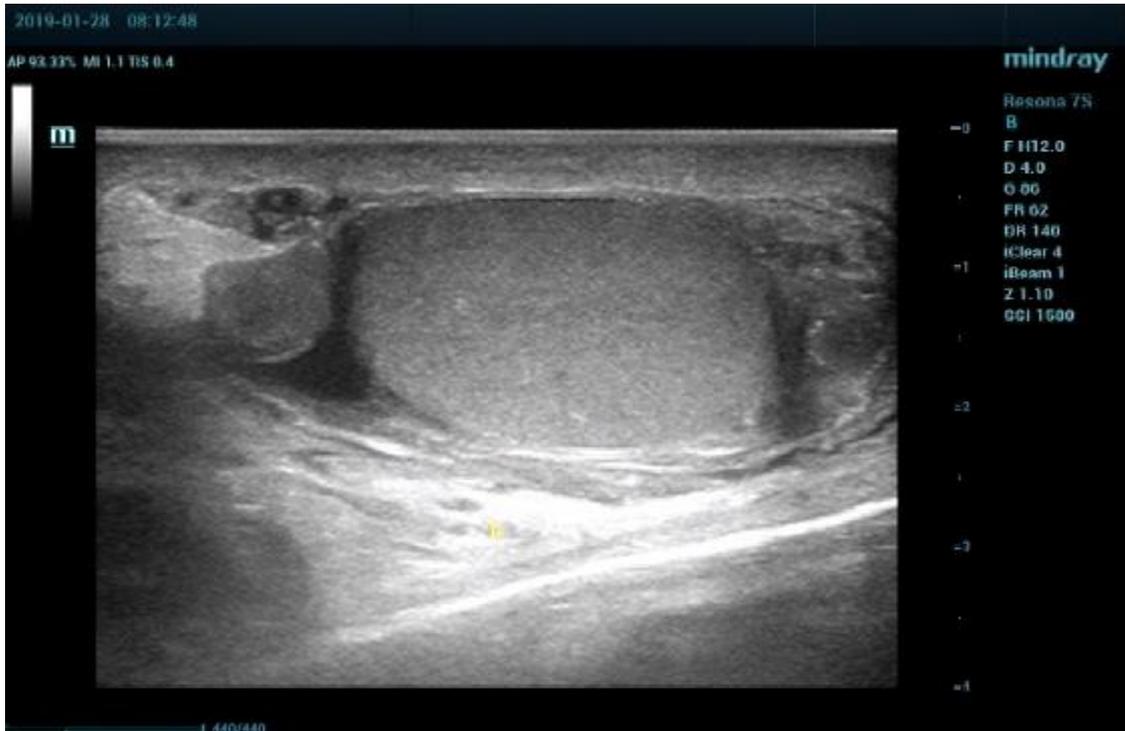
想到哪儿写到哪儿，没什么条理了，有什么不足的地方，指出来探讨探讨。

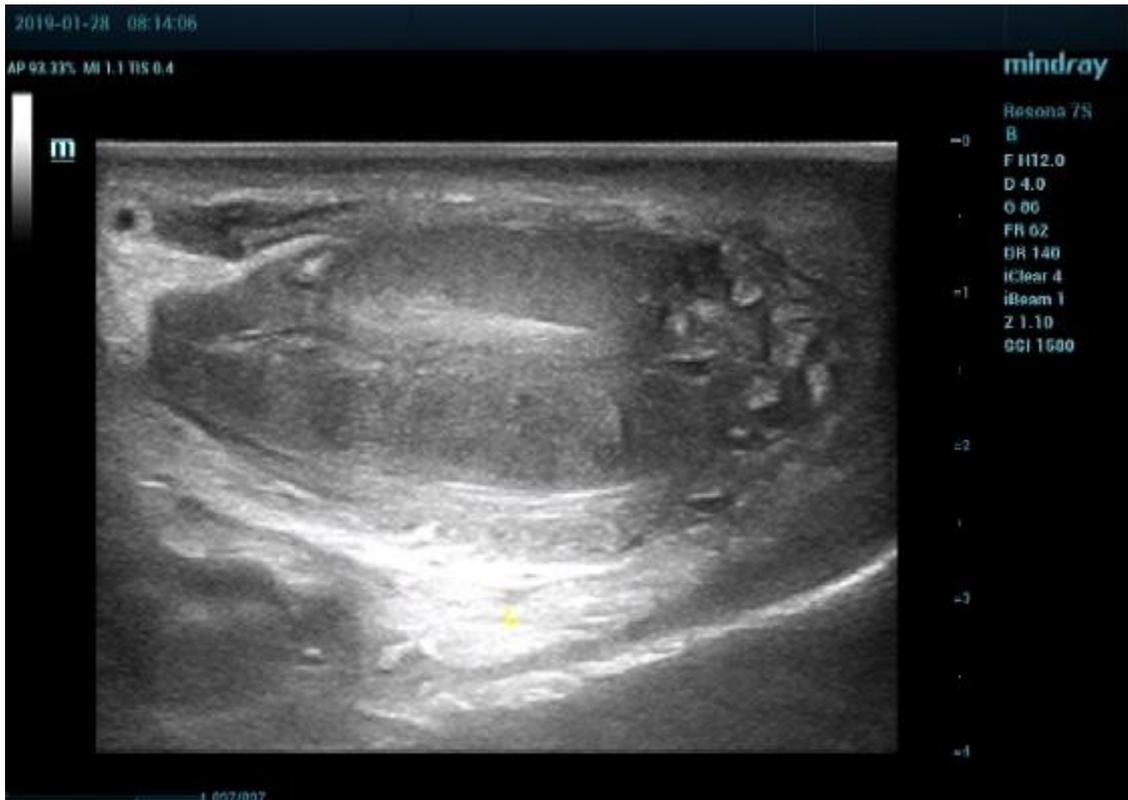
超声入门贴 974——附睾炎

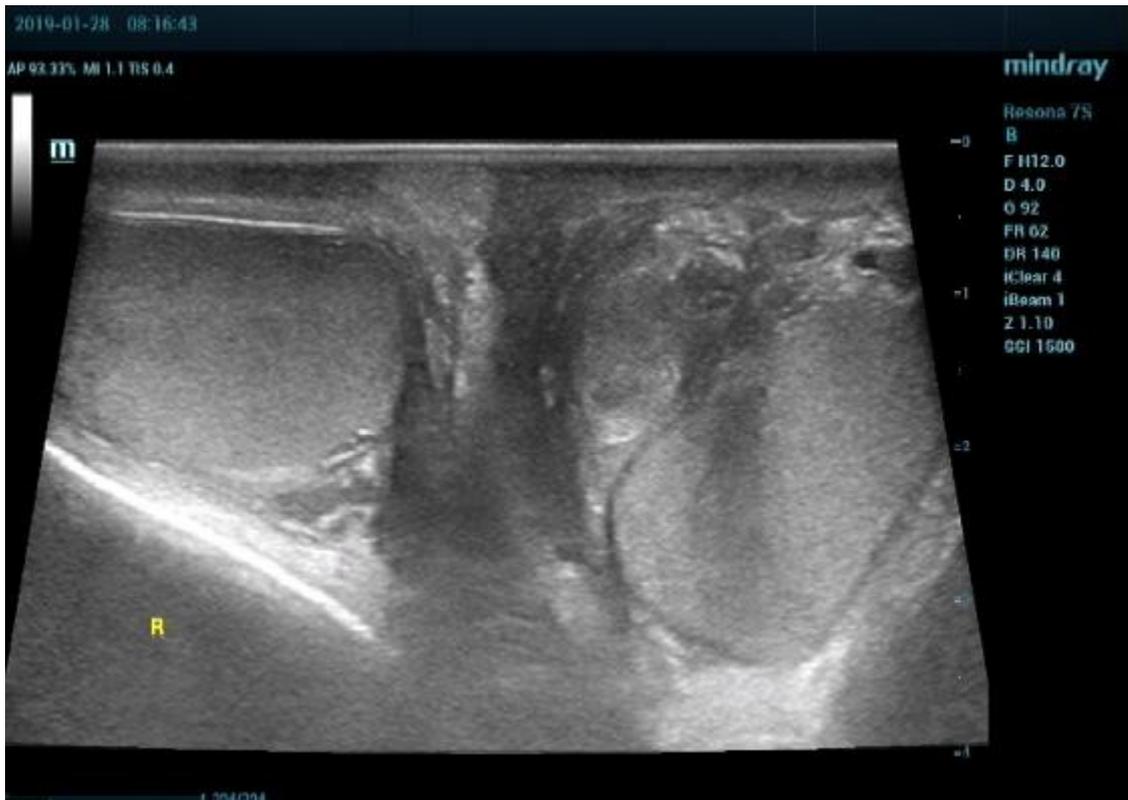
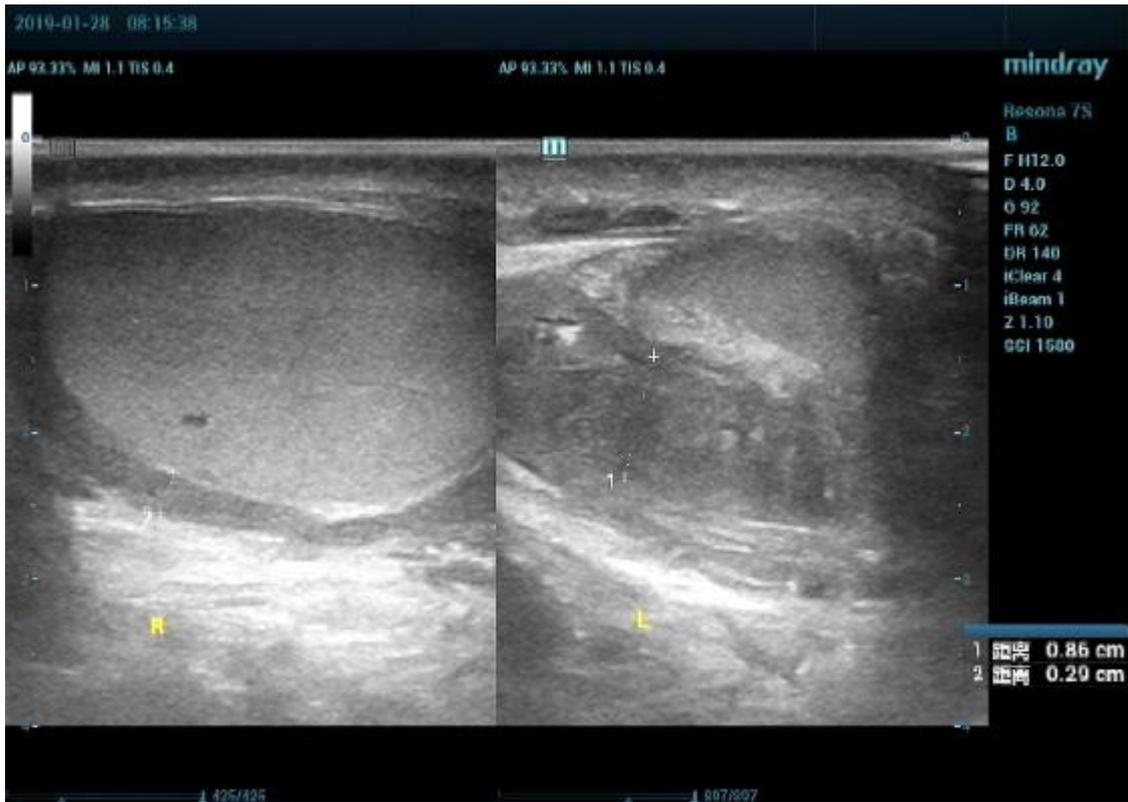
作者: songjunrui

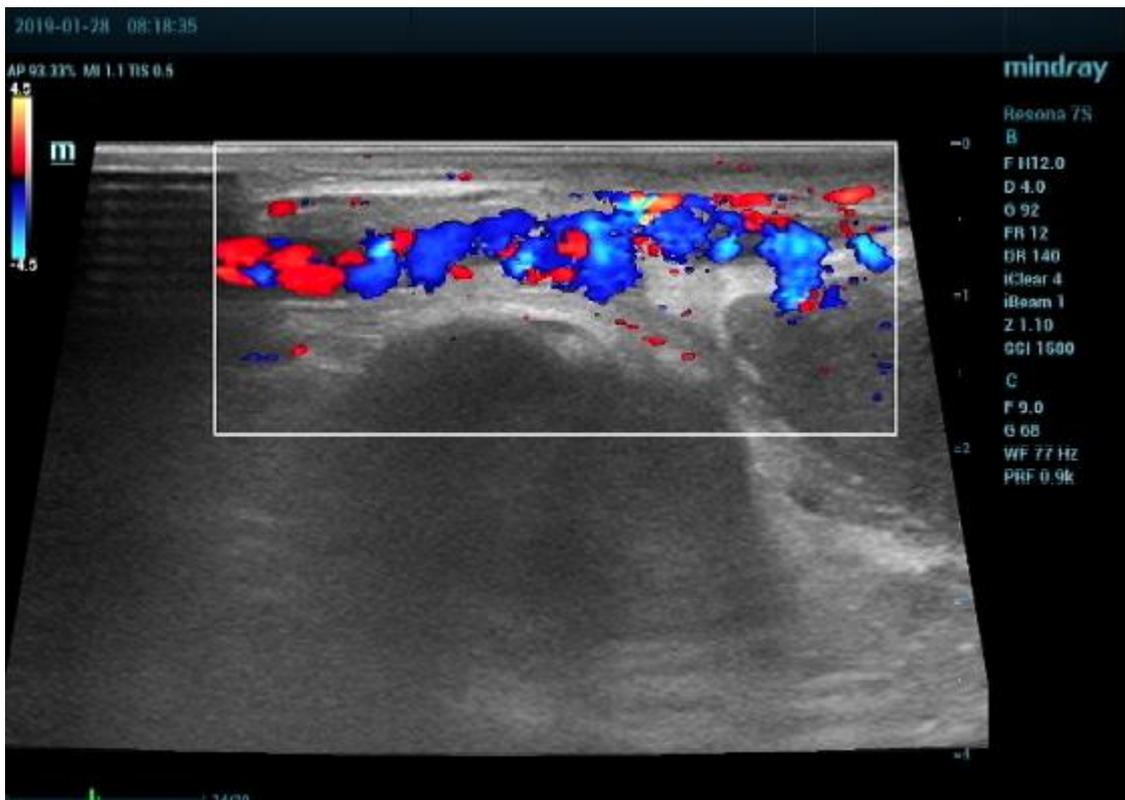
链接: <https://bbs.iiyi.com/thread-3460071-1.html>

男, 55岁。











药用炭片，你还碾碎加水注入胃管吗？

作者：张凤霞

链接：<https://article.iyyi.com/detail/414737.html>

今天又学了一招。

医院内急诊科里接诊到口服药物中毒患者，给予洗胃抢救之后，在拔出洗胃管之前，还要常规的给予药用炭片胃管注入，以起到消化道洗消、吸附毒物的作用。洗胃后给予药用炭应用，是口服中毒患者进行消化道洗消的常用救治方法，临床常用洗胃后口服或胃管鼻饲。

药用炭片为吸附药，主要成分为药用炭，为薄膜衣片，除去膜衣后显黑色或灰黑色。具有巨大的比表面积，能有效地从胃肠道中吸附肌酐、尿酸等有毒物质，使这些毒性物质不在体内循环，而从肠道中排出体外，使体内肌酐、尿酸积存量降低。胃肠道不吸收，全由肠道排出。



药用炭具有颗粒小表面积大的特点，是安全可靠的吸附剂。它与毒物非特异性结合为复合物使之不能被吸收。可用于许多经口中毒的患者。如生物碱、巴比妥类、吗

啡类、水杨酸类、三环类抗抑郁药、苯酚、氯化汞、毒菌等，临床较常用于食物及生物碱等引起的中毒及腹泻、腹胀气等。

用于吸附剂的药用炭用量：成人 50-100g，儿童按 1-2g/kg，加水制成混悬液，口服或经胃管灌入，之后再吸出，反复多次，也可在洗胃后置 30g 于胃中。药用炭除外观颜色发黑看上去感官较差外，其他不良反应少。大剂量使用可引起小肠堵塞；误吸入肺可引起严重的并发症。



胃管灌注吸附剂药用炭片之常规做法

之前，护理人员为洗胃后的患者应用药用炭吸附剂，通常的做法是先将药用炭片粉碎再用温水稀释成液体状，用注射器抽取，注入胃管，以灌注到患者胃内。

由于没有专门的粉碎工具，急诊科护士就会就地取材，她们常用输液瓶用力碾压硬硬的药片。用瓶子压碎成粉末也很不容易，粉碎过程中炭粉飞扬，可能造成药物浪费和环境污染；护士想尽快溶化炭剂，在溶化过程中会用棍棒不断搅动液体。而未制

粒的炭粉会在液面结膜，搅拌易粘结于搅拌棒或容器壁上。操作护士稍有不慎，灌注药用炭时，这种灰黑色的混悬液就有可能污染床铺和衣物，导致了浪费时间、人力，却得不到应有的效果。

他山之石，可以攻玉。

后来有一次，看到护士网上有一篇文章，说的是护士为一个鼻饲患者注入药用炭后，发生胃管堵管的案例。

原因分析是因为药用炭片不宜与其他药品一起服用，会吸附其他药品，影响药物作用；口服药滞留于胃管内，由于药用炭吸附其他药品，导致本来没有碾碎的药品变得更加粘稠，贴附在胃管管壁，继而发生堵管的情况。

查阅相关文献看到，炭剂型及液体运动对药用炭溶化时间的影响无显著性差异。只要将炭片放人生理盐水中静置 16~18min，等待炭片成糊状液时，轻轻搅拌液体成悬浮状液后，即可应用。

由于案例中的堵管情况是发生在一个鼻饲患者身上，后来他们改进了临床操作，并进行了反思和总结，在为患者服用多种药物时，药用炭等特殊中成药须与其他药物分开服用。

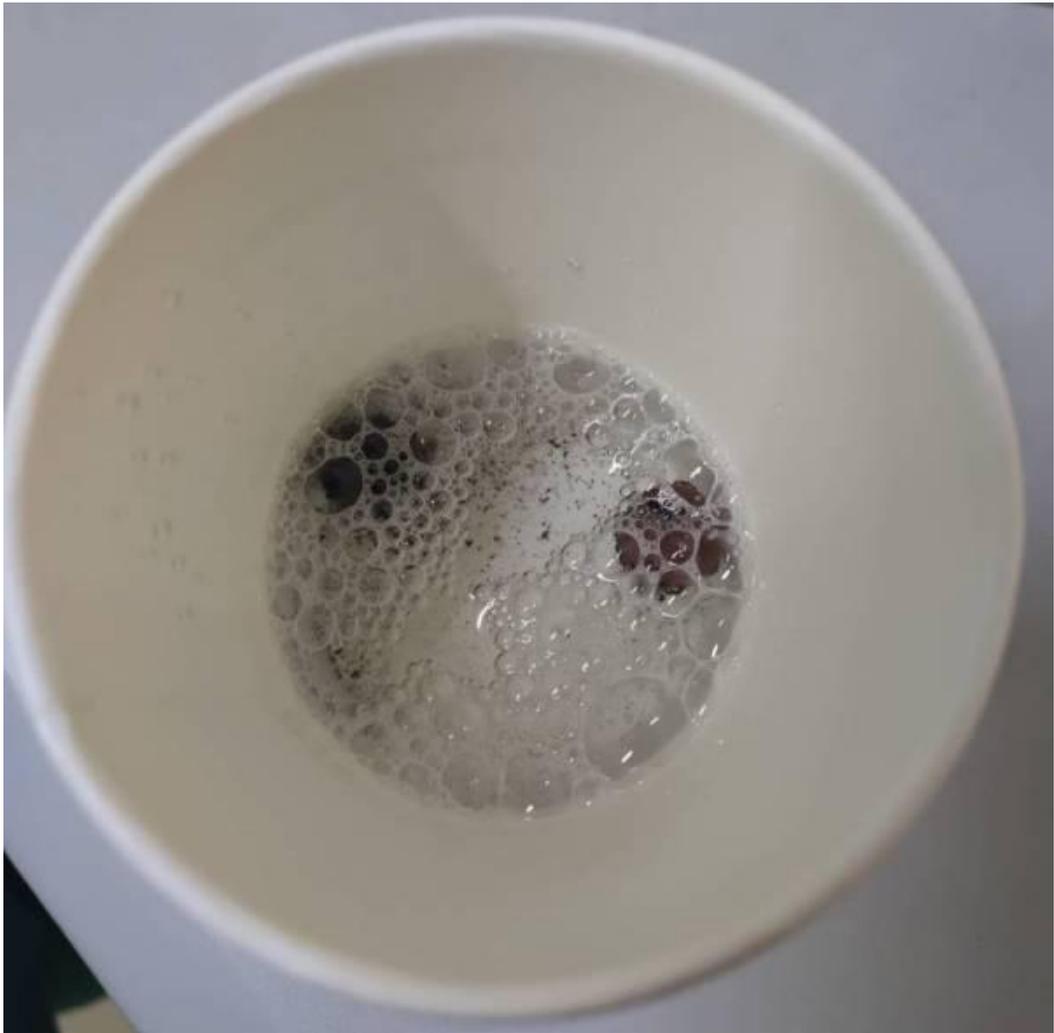
鼻饲药用炭时，无须碾碎，只需溶解 16-18 分钟，等待炭片呈糊状液时，轻轻搅拌成混悬液时即可应用。鼻饲用药同时服用多种药物时分开碾碎、分开胃管注入，注入后要注意注水，保证药液到达胃内，有效克服了药用炭临床应用中堵管现象。

实践

当看到“炭剂型及液体运动对药用炭溶化时间的影响无显著性差异。只要将炭片放人生理盐水中静置 16~18min，等待炭片成糊状液时，轻轻搅拌液体成悬浮状液后，即可应用”。急诊科护理人员眼前一亮：无须碾碎，只需加水浸泡溶解，太好了！

急诊科护士是动手能力最强的临床护士。护士长带着值班护士说干就干，当即拿出两片抢救车里备用的药用炭片放到一个一次性杯子里，倒入 100ml 温水进行观察。

上面的案例中，不是说需要加水溶解 16~18 分钟吗？既然每一个洗胃的患者都要常规灌注药用炭液进行常规的消化道洗消，我们从患者插胃管的时候，就开始加水溶解药用炭片好了，洗胃结束，正好不耽误胃管灌注。



说是 16~18 分钟，其实，试验自从清水倒入药用炭上开始，就有很多气泡涌出，不到 2 分钟的时间，两片药用炭片，就溶解完毕，用棍棒搅动，完全溶解成混悬物了，根本无需等待 16~18 分钟这么长的时间！

感悟

什么是护理临床经验？经验来源于临床护理实践和不断的学习与改进。

护理人员面对药用炭片这样临床不常用的药物，要加强学习其药理作用及特性、注意事项。在完成本职护理工作任务的基础上，借鉴他人经验和成果，并在临床护理工作中加以运用和改良，就有了自己宝贵的临床经验和心得体会。

作为一名临床护士，想要做好护理本职工作，提升护理工作质量，并没有你想象中的那么困难：处处留心皆学问。只要你在工作中有心，有一颗愿意学，并愿意付诸实施的心，和一双愿意亲手进行临床实践的手。

胫骨横向骨搬移治疗糖尿病足

作者：李风波

链接：<https://article.iyyi.com/detail/413964.html>

糖尿病足是由 Oakley 于 1956 年首先提出。Catterall 1972 年将其定义为因神经病变而失去感觉和因缺血而失去活力、合并感染的足。WHO 对糖尿病足的定义为：与下肢远端神经异常和不同程度的周围血管病变相关的足部感染、溃疡和(或)深层组织破坏。糖尿病足是下肢神经或(和)血管病变伴足部组织营养障碍(溃疡或坏疽)的糖尿病患者足部的综合征。主因是患者有糖尿病病史，出现足部的感染、溃疡等。



糖尿病足通过普通的换药很难愈合，会出现逐步的足部组织坏死，严重者常常需要截肢。目前主要的治疗方法是下肢静脉球囊扩张和支架置入解决比较大的下肢动脉堵塞，血管旁路转流术、主动脉内膜剥脱术、带蒂大网膜移植术、经皮腔内血管成形术、干细胞移植。虽然方法很多，但是效果不佳。除了这些方法，从骨科发展出来的方法是采用横向骨搬移来治疗糖尿病足。

骨横向骨搬移治疗糖尿病足的生理机制为骨髓腔血运丰富，并能迅速形成微血管

系统。根据 Ilizarov 生物学理论-张应力法则，在持续、缓慢、稳定的牵张力作用下，骨骼、肌肉、神经、血管、皮肤等组织都能得到再生。这是骨搬运、骨不连、骨髓炎、肢体矫形的理论基础。生物组织缓慢牵拉产生一定张力可刺激组织的再生和活跃生长，其生长方式类似胎儿组织，均为相同的细胞分裂。治疗措施是小腿部通过牵拉骨块可以从胫骨骨髓腔内重新生成一套微血管系统与末端微细血管融合，从而重新恢复下肢血液循环，使因血管闭塞造成的组织坏死趋于缓解直至痊愈。在动物实验方面，实验将狗的胫骨部分截断、横向搬运截断的胫骨；3天后逐渐横向搬运；在手术后7天后可见大量毛细血管网络再生。

胫骨横向骨搬运主要适应症是糖尿病足、下肢动脉硬化闭塞症、血栓闭塞性脉管炎。细节是术前一定要进行下肢动脉造影检查，针对腘动脉以上的动脉闭塞，需要先通过血管外科行下肢动脉支架置入术。对于小腿动脉的闭塞可以采用我们的横向骨搬运。

骨搬运区域在胫骨中段三分之一处，切口在胫骨中段，做向内侧的弧形切口，长度约为12cm左右，手术一定注意不要分离皮肤和深筋膜，直接切开到骨膜，连同骨膜一同从胫骨上分离。在胫骨前内侧骨皮质做骨块设计。需要搬运的骨块截骨宽1-1.8cm，长8-12cm；用2.5cm钻头或者克氏针，在骨块截骨线上钻孔，然后用骨刀将搬运骨块切断，使骨块能活动。按照骨搬运外固定架，缝合骨膜和切口。手术后7-10天开始搬运，每天1mm，分4-8次进行；横向搬运截骨约1.5cm，大概需要14天左右；然后在以同样的速度压回，约14天。整个过程大概需要1个半月左右。骨搬运治疗结束后，只要不进行负重活动，日常活动问题不大。

患者多在手术后第2-5天即感觉脚发热，麻木症状消失，随着骨搬运的进行，间歇跛行等症状明显减轻，搬运结束后皮肤温度升高，患者自述小腿温度、感觉、疼痛等异常症状均消失。在我们进行骨搬运的同时，仍要严格的控制好血糖和积极调整内科情况，检查血清蛋白，如有低蛋白血症，需要输注白蛋白治疗。选择好适应症，效果相当好。

综上所述，胫骨横向骨搬运对治疗下肢慢性缺血性疾病有较好的临床疗效，它能使局部血管再生，从而改善患肢局部血供，促进创面愈合，避免截肢。

责任编辑：寒 冰

编辑：刘延红大夫

第二部分——中医部分

也谈“升阳益胃汤”

作者：取法乎上

链接 <https://bbs.iyi.com/thread-3466211-1.html>

“补土派”是经过数百年检验的良验良法，李东垣先生为巨擘。“补肾不如补脾”，很多时候检验是正确的。“脾旺四时”、“脾主肌肉”、“脾旺四肢之末”，“脾为后天之本”。

《素问·太阴阳明论》：“四肢皆禀气于胃，而不得至经，必因于脾，乃得禀也。”不喜欢写东西整天引经据典，但是这句话很重要，需要说一说。

近时用东垣先生补中益气汤为多，也不知道是个什么原因。查文献补中益气汤也是治疗杂病的中药名方。《脾胃论》成书于公元1249年，列方60余首，补中益气、调中益气、升阳益胃、升阳散火，几个思路涵盖了脾胃病的面貌。不过，我认为升阳益胃汤比较全面地解读了脾胃以及脾胃损伤连带疾病的病因关系。

升阳益胃汤14味药，黄芪、防风、白芍、党参、白术、茯苓、甘草、羌活、独活、柴胡、泽泻、黄连、陈皮、半夏。初看东垣的方子，平淡杂乱，细品方子立的独具匠心，杀伐升降补益于一体，但是又互相牵制，不会失于偏颇。说这个方子是东垣方子的代表，是能够成立的。

思路理一理，说话还是要以实践为立足点的，从以下几例病证来谈一谈。

一、用“升阳”思路治疗几个病证

我用这个方子治了十几例高血压病，辨证为气虚痰湿者，身乏力，或汗出，晨起血压高，胃胀满或伴便溏，或伴行走腿部无力。用这个方子四至五剂，大气上来血压就降下来了。或云：升阳益胃汤为什么不加当归、丹参、赤芍等活血之品，像朱良春先生的双降汤思路一样。我的回答是，我没有加，用的原方，不加效果也出来了，这就是东垣的方子。遇见高血压，我会习惯先问几句话：有没有乏力？胃舒服吗？大便怎么样？典型的阴虚阳亢我还见的不是很多，天麻钩藤饮用的也不多。举例说明：某老太，67岁，体瘦，2019年7月1日来诊。脉象：双寸弱，左关缓弱，右关沉弦缓，双尺弱。舌象：舌质暗、苔腻根厚。主诉：血压时160—170mmHg之间，不稳定，纳食差，一月间消瘦很多，既往：心梗、中风史，乏力明显，右腿阳明经位置疼痛，天

气变化时加重，曾有子宫下垂治疗史，憋不住尿、时常尿频。处方升阳益胃汤：生黄芪 30 克，羌活、独活各 6 克，陈皮、生半夏各 8 克，茯苓 12 克，炙甘草 6 克，柴胡 8 克，党参 12 克，白术 12 克，黄连 2 克，泽泻 8 克，防风 8 克，白芍 10 克。五剂水煎服，日分二服。服药后二诊，胃纳好转，一周没有吃降压片，血压 106/76mmHg，右腿没有再出现疼痛，乏力感明显好转，尿频改善较大，大便不成形。继服五剂，诸证稳定，基本收功。方子药量除了黄芪剂量都不大，有道是：药吃对方，一口汤，不对方，用车装”其实就是这样。

用“升阳”法治糖尿病，胰岛素分泌不足型。凭记忆说下这个病例：某女，40 多岁，每日需要注射胰岛素维持，主诉：体倦乏力，左臂肩膀疼抬不起来，乏力便溏，舌体胖大，脉濡细。她主要是别人介绍来看胳膊疼的。处方予：“升阳益胃汤”五剂，服药后反馈身体各项指标转良，胳膊还有疼痛，但是胰岛素已经减半。继服五剂，指标转良，胳膊见轻可以上抬，但是还有疼痛。她说她主要是看胳膊的，怎么会给看糖尿病了。后来失联，介绍人说她家境不好，看病害怕花钱多。所谓病治有缘吧。这个方子是能较快降血糖的，至于加不加桑叶、翻白草，我没有试验过。但是典型消渴证不属于此类型，2 型糖尿病胰岛素抵抗也不要这个方子，胰岛素抵抗是一个特殊的专题，此不赘述。

用“升阳”法来治甲状腺病。甲状腺常见病甲状腺结节、甲状腺肿大、甲亢。类型属于脾胃寒湿、虚阳上亢类型，此类型病患关脉弱、右寸脉浮大滑。来个近期的病例：某女，48 岁，已断经两年，主诉甲亢。舌暗淡苔白腻，双寸浮、双关沉弦缓。西医诊断为甲亢，本人说不吃药就心跳，西医建议摘除甲状腺，乏力口干，既往：胃炎史，身上脂肪瘤较多。处方升阳益胃汤 5 剂，自觉症状良好，继服 8 剂，查指标转良，病患信心大增。病人刚诊断时就郑重地说，西医不让服人参类药品，因为是甲亢。我说我不给你服人参，但是也不建议你去做手术挨刀，汤剂里面还是加了党参的，西医和中医就不是一个思路，有较好的结果就可以了。结节、肿大就是一个局部问题，你把它纳入整个身体综合考虑就是了，这就是中医的整体观念，是一个灵魂。当然，阴虚肝郁类型甲亢也不是用这个方。

二、用“益胃”思路治疗胃肠疾病

胃酸、胃胀、纳差、便溏都是症状，就用下这个方子。或云，你这是不负责任的话，就不分寒热虚实了吗？因为我用过，我也思索过，十人九胃病，治法各异，林林总总，蔚为大观。东垣既然说能够益胃，肯定可以治胃病。很多病患服药后胃的症状

消除较快。里面有黄连、白芍、柴胡，也有黄芪、党参、白术、陈皮、半夏、茯苓，还是比较全面。或云，近时胃酸用乌贼骨、瓦楞子、败酱草，胃胀疼用元胡、砂仁、木香、槟榔、九香虫，淤血用三七、五灵脂，这里都没有用。大气一转，升清降浊，吃了药胃病比较见效。那就不用太麻烦了，大道至简吧，李东垣老先生为我们订了法门。

三、治疗经络肢体疼痛症

腰疼、腿疼、胳膊疼，疼痛病现在都设不少专科了，针灸、针刀、埋线、推拿、封闭注射也是不亦乐乎。还是习惯先问几句话：乏力么？胃怎样？看舌头，问两便。最后把个脉，四诊中脉诊老是排最后的，典型瘀血疼痛排除外，脾胃造成的腰腿疼、颈肩背疼还是很多的。我习惯问疼痛部位，是阳明经还是少阳经或是太阳经，那个经络疼痛心里就有个套路了。这个方子呢，是阳明经和膀胱经疼痛的治法。这个病例较多，一般五六剂基本收功了。近贤喜用风药者，孙曼之先生有经验，风能祛湿，风为百病之长，方子里面有二活和防风，足矣，是组合中的精兵强将也。用过两例指端麻木者，方子加豨莶草，效果也很好。增加靶性药物，可让自己更有底气一些。

四、治疗痔疮

这个方子治疗痔疮可以说是风马牛不相及也。我用过两例，连带把痔疮都消除了，这就是事实。我认为有几个关键药黄芪、黄连、羌活，补气化湿热，就是这么个思路，当然你加一点地龙或许更妙，罗大伦先生讲过，黄芪、地龙是他家治痔疮的祖传秘方。我也查阅一些古籍，地龙治疗痔疮记载不少，有者云直接装胶囊服用，兼有比类取象之意义。

黄疸验案

作者：中籍华人

链接：<https://bbs.iiyi.com/thread-3471505-1.html>

患者，男，15岁，中学生，本县江口镇人。于2014年11月12日由其父亲陪同来诊。

患者因黄疸逐步加深半月，去外地某大医院检查，彩超示：肝脏大小、形态正常，回声均质，门静脉0.8cm；胆囊壁增厚；胰、脾未见异常。肝功检验仅见：总胆红素、直接胆红素、间接胆红素显著升高(分别为42.3、18.2、24.1 $\mu\text{mol/L}$)，谷丙转氨酶、谷草转氨酶、碱性磷酸酶升高(分别为214、110、420U/L)，查甲、乙、丙肝病毒抗

原抗体均为阴性，未能确定是何种肝炎，医院要求住院观察，家长未同意，遂回家就治。

现症：上腹胀闷，右肋时见隐痛，饮食尚可，略厌油，口苦口干但不欲饮，大便干，小便深黄。面黄、目黄，全身皮肤黄。精神尚可。舌苔白较厚、中根部黄、舌质红降。脉滑数。

诊断：黄疸。

辨证：阳黄；肝胆湿热，瘀热互结。

治法：清热化瘀，利湿退黄。

方药：茵栀赤虎汤加味：茵陈 30 克，栀子 15 克，赤芍 50 克，大黄 10 克，虎杖 10 克，五味子 15 克，柴胡 10 克，藿香 15 克，山楂 20 克，茯苓 30 克，苡仁 30 克，板蓝根 20 克，佛手 15 克，大枣 20 克。每剂水煎 3 次，共煎取药汁 500ml，每次温服 100ml，每日 3 次。完全休息，避免受凉，忌食油腻辛辣物品。

嘱先取 3 剂服，服后若无不适，则继续服用此方，每次取药前先回复一下病情有何变化，以便及时调整处方。其家长后来分别取了 4 次药，有两次只在处方上略作了调整，共服了 15 剂。

12 月 7 日复诊：黄疸完全消退，自觉身体已无不适，舌质红润，舌苔薄白，脉象平和。彩超复查肝胆胰脾未见异常。肝功复检，仅谷丙转氨酶 42U/L，高出 2U/L，其它各项都正常。改用六君子汤加柴胡 10 克，白芍 15 克，山楂 15 克，五味子 10 克，绞股蓝 20g，茵陈 10g，5 剂善后。随访半年未见复发。

按：本例黄疸临床表现似为病毒性传染性黄疸型肝炎，但经大医院生化及免疫检验没有找到具体的致病病毒，无法确定是何种肝炎。中医辨证属于阳黄里实热证之肝胆湿热，瘀热互结病机，故用《伤寒论》主治“瘀热在里，身必发黄”的茵陈蒿汤为基础，重加凉血化瘀顿挫黄疸和加速黄疸消退的赤芍和利湿退黄的虎杖组成茵栀赤虎汤为主，加五味子、山楂味酸养肝降酶；藿香、茯苓、苡仁芳化利湿运脾，藿香配茵陈芳化清利，既防茵陈苦寒伤中，又能增强疗效；板蓝根助茵、栀、虎杖清热解毒，佛手、柴胡行气疏肝引经，大枣和中实脾。全方共凑清热化瘀，利湿退黄，又护肝降酶实脾之功效，既祛除了临床症状，又消除了肝功损害、胆壁增厚的病理改变，显现了中医药治疗该病种的优势。

白头翁汤效果

作者：zcmxan

链接：<https://bbs.iiyi.com/thread-3227764-1.html>

白头翁汤一共四味苦寒药，两味归肝经，两味不归肝经，两味治血分，两味治气分。白头翁、秦皮两味苦寒药归肝经，凉血热，止肝热血痢。黄连、黄柏也是苦寒药，清热燥湿止痢，是治气分的，这两味药不入血分。

白头翁汤从它的主药、方名就能得知这是一张主治厥阴病的方子，这是毫无疑问的。围绕着白头翁汤证的下利，厥阴病篇又列了10多段条文讲了类似证：四逆汤、通脉四逆汤主治的是寒利；小承气汤主治的是热结旁流等等。但是真正属于厥阴病的下利就是白头翁汤证。

白头翁汤很好用，但因为受思维的局限，恐怕在坐的很多医生还没用过白头翁汤。其实只要明白了白头翁汤治疗的是厥阴病，是凉血热，解血分热毒的一张方，临床上你就会用白头翁汤了。

案例追踪：患者是一名中年妇女，西医诊断附件炎。第一个症状是少腹局部有条索状物，按之压痛。第二个症状是黄带比较多，而且异味很大。

前面有两位大夫分别开过方，第一位医生用了三妙散加减，用三妙散没错，因为黄带多且味大，当然考虑为湿热下注，因此第一位大夫想到三妙散这个辨证思维基本上是对的，但是疗效不好。第二位大夫用了《金匱要略》中的桂枝茯苓丸，桂枝茯苓丸在《金匱要略》中是治疗妊娠癥病的，是活血化瘀利水的一张方子，这位大夫用桂枝茯苓丸应该说比第一位大夫用三妙散更接近于正确，第一位大夫只想到了湿热下注，忽视了癥瘕积聚，少腹部有条索状物，正是中医所讲的癥瘕积聚，有瘀血，因此这个方子比第一位大夫开得要更好，但是也没效。

我是第三位大夫，我看前两位大夫开的方子基本上是合理的，病人的症状、体征、脉象没有很特殊的地方，所以思考了很长时间，最后才把辨证的着眼点放在了舌质。病人舌质深红，据此判断其热毒郁滞在厥阴血分。附件炎是少腹的病变，厥阴肝经走少腹环绕阴器，少腹是厥阴肝经所主的部位，所以我诊断这是厥阴病，热毒郁结在厥阴，故用白头翁汤加了五灵脂、元胡。

服后效果明显，3付药后虽然仍有包块，但疼痛明显减轻，黄带也有所减少，6付药后痊愈。因为此病是慢性附件炎，患者每遇劳累、生气、性生活多就经常发作，

于是又做了水丸，“丸者缓也，汤者荡也”，以防止复发，丸药服了约一个月。

心得：在这里想给大家提示的是：白头翁汤在《伤寒论》主要治疗拉肚子，脓血痢。而我用它治疗过附件炎，有的医生还用它治疗过妇女的乳腺炎，还有的医生用它治疗过眼睛的结膜炎。虽然这些病种不一样，部位也不一样，但是异病同治的机理都一样的，就是肝经热毒循经或者横逆导致乳腺炎，或者上攻导致结膜炎，或者下注导致下痢、附件炎，因其病机都是肝经热毒郁结，才有了异病同治的基础。

此例患者用三妙散、桂枝茯苓丸虽差之毫厘，但临床疗效却失之千里，所以中医在临床上辨证思维和用药的准确性非常重要。

益肾通痹汤治疗腰椎管狭窄症的疗效观察

作者：吴连堤

链接：<https://article.iyyi.com/detail/410034.html>

腰椎管狭窄症，是继发于椎间盘突出、椎间盘膨出合并骨赘和关节突关节的变化，导致椎管内血管和神经结构的压迫，引起的症状和体征。典型的临床症状是行走时出现臀部的疼痛、间接性跛行。目前常用的治疗方法是手术干预，硬膜外药物注射治疗也是临床上常用的方法。手术的目的是解除硬膜囊受压，硬膜外注射的目的是抑制疼痛反应，改善各种功能机制。手术减压和硬膜外药物注射，临床效果明显，部分患者出现术后症状加重的现象，因此，外科手术的安全性倍受质疑。中医治疗本疾病具有独特的见解，本研究组将近两年的门诊患者采用益肾通痹汤治疗腰椎管狭窄症，将其与甘露醇治疗进行了临床的疗效研究，将收集的资料进行数据处理，统计学分析，得到了相应的结果，现将结果汇报如下。

1 临床资料

1.1 诊断标准 诊断标准参照《实用骨科学》诊断标准。①有慢性腰腿痛病史；②间歇性跛行，即行走一段距离后时出现一侧下肢或双侧下肢疼痛、麻木、酸胀等感觉，停止走步或稍前弯腰后则下肢症状消失，然后再向前走一定距离后，又出现上述症状，经休息又消失，反复出现；开始时可走数千米，逐渐减少，只能走数百米或几十米，甚至需坐下或蹲下休息才缓解。③坐骨神经痛，从臀后、股外后至小腿前外足背麻木疼痛或者是足外缘小腿外后及股后外至臀部；可伴有下肢感觉、肌力及腱反射的改变；腰过伸试验阳性，直腿抬高试验多为阴性；④X线和CT或MRI显示腰椎退行性变。X线片可见椎间隙变窄，椎体骨唇增生，小关节肥大等；侧位片腰椎管比正常的狭窄；

CT可显示硬膜后方受压阶段黄韧带肥厚，腰间盘膨出、突出或脱出，椎间孔狭，关节突肥大内聚，椎板增厚。MRI测定椎管中央矢状径 $<9\text{mm}$ 或侧隐窝 $<3\text{mm}$ 。

1.2 纳入标准①符合诊断标准；②患者不接受手术，主动要求保守治疗；③伴有较多的临床基础疾病，如凝血功能障碍、慢性心肺脑疾病等不能耐受手术者；④近半个月未接受其他治疗或者是接受了治疗但是已经脱药了的；⑤签署知情同意书。

1.3 排除标准①不符合诊断标准和纳入标准者；②合并其他脊柱疾病者，如骨折、肿瘤、不稳、结核、感染等病变者；③不接受本治疗者。

1.4 一般资料 选用我院从2015年3月-2017年7月，门诊被诊断为腰椎管狭窄症的106例患者，其中男性73例，女性33例；106例患者年龄在42-85岁之间，平均年龄为55岁；L2/3-L3/4椎管狭窄患者3例，L3/4-L4/5椎管狭窄患者25例，L4/5-L5/S1椎管狭窄患者78例；将106例患者平均分成治疗组和对照组，其中治疗组患者，男性37例，女性16例，L2/3-L3/4椎管狭窄患者1例，L3/4-L4/5椎管狭窄患者13例，L4/5-L5/S1椎管狭窄患者39例，腰痛视觉疼痛模拟评分 5.98 ± 2.74 分，腿痛视觉疼痛模拟评分 4.09 ± 2.28 分；对照组患者，男性36例，女性17例，L2/3-L3/4椎管狭窄患者2例，L3/4-L4/5椎管狭窄患者13例，L4/5-L5/S1椎管狭窄患者39例，腰痛视觉疼痛模拟评分 5.63 ± 2.41 分，腿痛视觉疼痛模拟评分 3.97 ± 2.5 分。分组在年龄、性别、发病节段、治疗前的VAS评分比较无统计学意义($P>0.05$)，具有可比性，可作为研究比较。

2 治疗方法

2.1 治疗组

给予益肾通痹汤治疗，方剂组成：川断10克，狗脊10克，桑枝12克，鸡血藤12克，蛭虫10克，地龙10克，蜈蚣2条、制川乌6克，制草乌6克，白芥子6克，仙灵脾10克，鹿街草15克，甘草10克，药物均由本院附属医院制剂中心制成合剂150mg/袋，每次1袋，早晚各服用1次，连续服用3周。

2.2 对照组

静脉药：予20%甘露醇针250mL静脉滴注，每天2次，疗程为1周。甘露醇针剂，产品规格：250ml:50g。伴有下肢麻木的患者给予甲钴胺片0.5mg，口服，每天3次，3周为一疗程。甲钴胺片，规格：20片每盒。剂量：0.5g每片。

3 观察指标与疗效标准

3.1 观察指标及临床疗效判定

3.1.1 视觉疼痛模拟评分 (visualanaloguescale, VAS)

本评估方法是通过使用一条长约 10cm 的游动标尺，上面标有单面的 10 个刻度，两端分别为“0”分和“10”分，0 分表示无痛，10 分代表难以忍受的最剧烈的疼痛。临床使用时将有刻度的一面背向病人，让病人在直尺上标出能代表自己疼痛程度的相应位置，医师根据病人标出的位置为其评出分数，临床评定以“0-2”分为“优”，“3-5”分为“良”，“6-8”分为“可”，>“8”分为“差”。在进行本研究时先告知患者具体的操作方式，进行评分，并记录。

3.1.2 日本矫形外科协会 JOA 评分标准评定疗效

参照《中医病证诊断疗效标准》及日本矫形外科协会 JOA 评分标准。JOA 总评分最高为 29 分，最低 0 分。分数越低表明功能障碍越明显。改善指数=治疗后评分-治疗前评分，治疗后评分改善率=[(治疗后评分-治疗前评分)/29-治疗前评分]×100%。通过改善指数可反映患者治疗前后腰椎功能的改善情况，通过改善率可了解临床治疗效果。痊愈:和正常的一样，无腰腿疼痛症状，功能正常，4 个月内不会出现复发的情况；JOA 评分改善率为 100%。显效:腰腿疼痛明显减轻，腰部各方面的生理功能基本正常，无间歇性跛行或明显的双下肢疲乏感，可连续行走 500m 以上，无大小便障碍或异感，可在外界的影响下出现轻微的临床症状，出现的症状患者可接受，不影响患者的日常生活；JOA 评分改善率大于 60%小于 100%。好转:腰腿疼痛减轻，腰部生理性能部分恢复，但停止药物治疗后复发，外界的影响，出现相应的临床症状，影响日常生活，可行走 150-500m，大小便无明显障碍；JOA 评分改善率大于 25%小于 60%。无效:腰腿痛症状及腰部的生理功能均无改善甚至加重；JOA 评分改善率小于 25%。

4 统计学方法收集到的数据，经过整理后，用 SPSS23.0 统计和分析，组间构成比较采用 X² 检验，疗效比较用秩和检验，差异有统计学意义 P≤0.05 或者是 P≤0.01。

5 结果

5.1 两组患者治疗前后的疼痛视觉评分比较，治疗组患者治疗前的视觉疼痛模拟评分 5.98±2.74 分，腿痛视觉疼痛模拟评分 4.09±2.28 分；对照组患者治疗前腰痛视觉疼痛模拟评分 5.63±2.41 分，腿痛视觉疼痛模拟评分 3.97±2.5 分；三周后对两组的患者再次进行视觉疼痛模拟评分，P<0.05，差异有统计学意义，益肾通痹汤治疗腰椎管狭窄症疗效比甘露醇组更佳，具体的治疗前后评分对比如表 1。

表 1 两组治疗前后的视觉疼痛模拟评分

组别例数治疗前 (VAS) 治疗后 (VAS)

腰部腿部腰部腿部

治疗组 536.65±3.03①7.40±2.78②4.01±3.90①4.73±3.36②

对照组 536.49±2.98①6.98±2.95②4.53±3.54①4.87±3.42②

注：①两组在治疗三周后 $P① < 0.05$ ；②两组在治疗三周后 $P② < 0.05$ 。

5.2 两组患者治疗前后的 JOA 评分标准评定疗效比较，治疗组、治疗组和对照组治疗前后的改善指数和治疗后评分改善率差异存在统计学意义， $P < 0.05$ ，统计学分析可见治疗组疗效比对照组优越，具体的看表 2，表 3。

表 2 两组治疗前后的 JOA 评分

组别例数治疗前评分治疗后评分

治疗组 538.09±5.98①22.77±3.43①

对照组 537.98±7.58②18.28±13.56②

注：治疗组和对照组治疗前后的 JOA 评分差异有统计学意义， $P①、P② < 0.05$ ；治疗组和对照组治疗后评分差异有统计学意义， $P①② < 0.05$ ，益肾通痹汤治疗腰椎管狭窄症临床疗效相对于对照组明显。

表 3 治疗后两组的改善指数和改善率比较

组别例数改善指数治疗后评分改善率

治疗组 5314.68±2.5570.21%

对照组 5310.30±5.9849.00%

注：三周后，治疗组的改善指数和治疗后评分改善率比较有统计学意义， $P < 0.05$ 。

6 讨论

腰椎管狭窄症可分为先天性和后天性，多发于 40 岁以上的中年人。好发部位为第四、五腰椎，其次是第五腰椎和第一骶椎，男性相对女性多见，主要是体力劳动者。先天性的主要是腰椎椎管狭窄和侧隐窝的狭窄；后天性慢性退变导致的椎体相关结

构，包括骨性和纤维结构的形态和容积异常，主要表现是腰椎椎管、神经根管、侧隐窝狭窄，形成的一系列临床症状，主要是影响到神经根、马尾及神经伴行的相关血管受压，导致神经根的一系列无菌性炎症，而产生的以间歇性跛行、腰腿疼痛、麻木为主要症状的一系列临床表现综合征。腰椎管狭窄症临床上典型的的症状是间接性跛行，患者在行走一定路程后，就会出现下肢的疼痛、腰痛症状，经休息后患者的临床症状可缓解，当马尾神经受到影响之后，患者会出现大小便的症状，严重可出现尿潴留。西医在治疗本疾病的时候主要是通过手术来减压，减轻硬脊膜的受压，慢慢的改善炎症，临床常见的治疗方法有微创和开放性手术，其中微创有经皮椎间孔镜[10]，在孔镜下将关节突的凸出部分、椎间盘等清除，直接将受压的神经释放压力；腰椎椎间融合术(TLIF)也是临床上常用的方法，可减轻神经的受压，同时可通过椎体间的融合来减少术后的复发。考虑到手术风险和经济，部分患者会主动要求保守治疗，中医治疗具有明显的优势。

腰椎管狭窄症属于中医的腰腿痛范畴，祖国医学认为本疾病发生的主要内因是先天性的肾气不足，后天肾气虚衰，以及过度劳累引起的。主要的外因是反复外伤、慢性劳损、风寒湿邪的侵袭。本疾病的主要病因病机是肾虚不固，经络受阻，气滞血瘀，营卫不和，导致的腰部和腿部筋脉的痹阻导致的疼痛，“通则不痛，不通则痛”，经络阻滞就会形成疼痛，腰腿部主要是足太阳膀胱经的循行路线，所以会出现腰部疼痛伴随下肢的疼痛，中医治疗主要是补肝肾、活血通络祛瘀止痛为主。中医治疗可选择手法治疗，同时结合中药、练功等。

益肾通痹汤治方剂组成：川断、狗脊、桑枝、鸡血藤、蝮虫、地龙、蜈蚣、制川乌、制草乌、白芥子、仙灵脾、鹿街草、甘草，主要是祛瘀补肝肾，其中川断可强筋骨、续筋接骨、活血祛瘀；其中狗脊、鸡血藤、鹿街草可补肝肾，强腰膝；仙灵脾、白芥子、制川乌、制草乌祛风除湿，温经止痛；蝮虫祛瘀活血；地龙、蜈蚣活络；桑枝治风寒湿痹，四肢拘挛，脚气浮肿，肌体风痒。诸药一起使用可补肝肾，祛瘀活络，止痛，可治疗腰椎管狭窄引起的腰部疼痛，下肢疼痛。近几年益肾通痹汤被广泛的运用到临床，并对其进行了药理的研究，其可促进损伤神经元修复以及正常神经元再生，具有改善神经功能、保护神经根的作用，可用在糖尿病[13]和腰椎间盘突出性的治疗等。本研究将腰椎管狭窄症患者进行保守治疗，和甘露醇治疗比较，通过视觉疼痛模拟评分、JOA 评分标准评定疗效，统计学研究结果显示益肾通痹汤治疗组的临床疗效显著，优于甘露醇组，患者可接受，而且经济方便，临床上可进行推广。但是本药物还缺少

大数据的研究，希望后人可进行一个大样本、多中心的临床研究，使得其治疗更具有科学依据，同时可在世界推广中医的经典治疗。

除湿法在皮肤病的临床运用

作者：武巴音

链接：<https://article.iyyi.com/detail/410285.html>

我们临床中，皮肤病常见表现有皮肤水疱糜烂、渗出、水肿，或皮肤肥厚，疾病缠绵不愈，舌质淡，舌体胖大或边有齿痕，脉弦滑或濡，这都与湿有关，所以有人说：“善治湿者皮之半”。除湿法在湿疹、脂溢性脱发、结节性痒疹、皮肤瘙痒症、天疱疮等皮肤疾病中经常使用。常用中药有苍术、白术、藿香、茯苓、茵陈、萹藤、滑石、车前子等。临床治疗时，脾虚湿胜者宜健脾燥湿，肾虚湿盛者宜温阳利水，肺气不宜引起水湿停滞宜宣肺利水，湿邪夹热宜清利，夹风者宜疏散，夹寒者宜温燥。湿邪为患，大致可归纳为四个方面。

一、脾虚湿盛，蕴湿不化

临床多表现为病程长久，缠绵难愈，易反复发作，脘腹胀满，食后尤甚，大便常不成形，舌质淡，舌体胖大，边有齿痕，苔白滑，脉缓或濡。皮损可见肥厚粗糙，色素沉着，有水疱或渗出、糜烂。常见疾病如慢性湿疹、神经性皮炎、疱疹样皮炎、慢性角化性皮肤病等。治疗时应该健脾除湿，润肤止痒。我常用除湿胃苓汤健脾除湿汤加减治疗，痒感明显加白鲜皮；皮肤肥厚者加当归、赤芍。

二、湿蕴化热，湿热胶着

临床上大多病程较短，急性发作，表现为心烦口渴，大便燥结，小便黄赤，舌质红，苔黄腻，脉滑数。皮损可见局部皮肤灼热肿胀，上有水疱，糜烂渗出，剧烈瘙痒，常见疾病如急性湿疹，接触性皮炎，带状疱疹，药疹、脓皮病等。治疗时宜清热解毒，利湿消肿。方用甘露消毒丹或清热除湿汤加减治疗，湿重者加茯苓皮、冬瓜皮；皮肤红赤者加丹皮，水牛角。

三、湿从寒化，水湿壅滞

临床中病程长短不一，口不渴或渴而不欲饮水，胃脘痞满，手足常不温，舌质淡，脉沉细。皮损可见丘疹、水疱，湿润糜烂不明显，或表现皮肤肥厚角化。常见皮肤病如慢性湿疹，渗出性银屑病，毛囊角化病等疾病。治宜温阳化气，利水除湿。我常用苓桂术甘汤加减治疗，湿重者加泽泻，车前子；寒重者加干姜，生姜。

四、湿浊内停，水湿不化

临床中病程多较短，大多有明显的季节性，多发于暑湿季节，常伴有脾胃不和，口中无味，不思饮食，脘腹胀闷，舌质淡红或红，舌苔白腻。脉弦滑。局部皮肤可有红斑、丘疹、水疱，表面轻度渗出。常见疾病如急性湿疹、皮炎，过敏性皮炎，日光性皮炎，药疹等。治疗时宜芳香除湿，辟秽化浊。方用藿香正气散或藿朴夏苓汤加减治疗，瘙痒明显者加地肤子，浮萍。

夏天使用浮针治疗时，千万别忘了叮嘱这一点

作者：刘德龙

链接：<https://article.iyyi.com/detail/413899.html>

前几天浮针大世界再次发表了一篇文章《宁可大汗淋漓，不可凉风习习》，这篇文章告诉我们：在给病人进行浮针治疗前交待医嘱的时候，一定要叮嘱患者在浮针治疗结束后，在炎热的夏天不要吹空调。

这几天有一个小患者因眼睛不停眨眼来就诊，治疗后患者要严格遵医嘱，不能回家吹空调，患者回家后确实认真的执行了医嘱，结果还是出现了反跳现象，经过和患者家属聊天，发现了原因……

患者是一个 12 岁的男童，职业是学生。

主诉：频繁眨眼两个月。

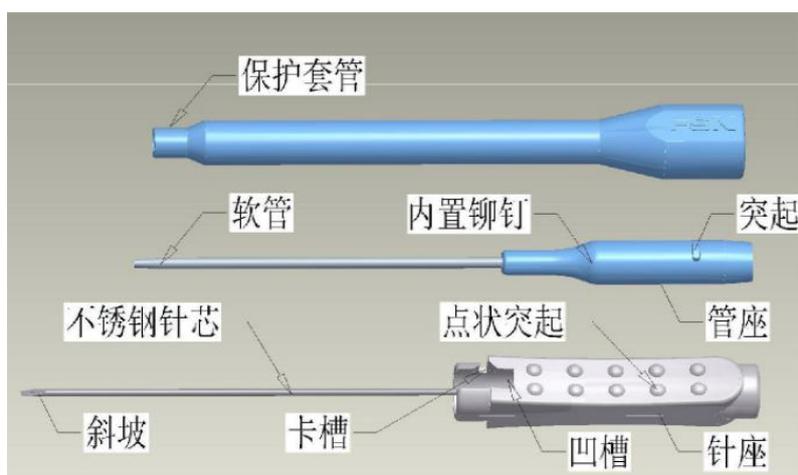
现病史：两个月前无明显原因和诱因出现频繁眨眼现象，眼睛无法正常睁开，感觉有眼涩的感觉，眨眼次数一分钟达到八九十次，到当地几个二甲医院诊断为：结膜炎。给滴眼药和口服调节神经的药物，效果不佳，经人介绍来我说就诊。未做相关检查，在二甲医院诊断为眼肌疲劳症给口服消炎药和营养神经的药物，效果还是不佳。

查患肌：肱桡肌、胸锁乳突肌、斜角肌、竖脊肌。

使用符仲华博士发明的一次性浮针，先从肱桡肌进针，然后让患者侧头抗阻，再侧头抗阻，接着后伸背部抗阻，分别处理了胸锁乳突肌，斜角肌，竖脊肌，即时效果非常好，眨眼次数和眼涩的感觉明显减少和减轻。医嘱：避免受凉，不要吹空调和风扇。

患者严格遵守医嘱，连续治疗了五次，基本上恢复到正常的 90%，告诉患者家属五天后再来治疗一次，结果第五次后的第三天患儿家属带着小儿来就诊，代诉说：眨眼突然比原来更频繁了，又恢复到原来的 80%，眼圈周围发青面积比原来增大了。通

过详细询问病史才发现，因为天气太热，医嘱是不让小儿吹空调和风扇，于是他爷爷给小儿买了两箱子雪糕，小孩基本上是一两个小时吃一个雪糕，第二天就出现了反跳现象。继续在肱桡肌进针，让患者低头抗阻，侧头抗阻，再转头抗阻，治疗结束后眨眼情况明显好转，眼圈周围发青的面积缩小一半。隔两天再治疗一次，治疗方法同上，眨眼情况再次明显减轻 80%。继续治疗三次双侧胸锁乳突肌，治疗时从胸骨柄进针，让患者低头抗阻，转头抗阻，评估患肌的紧、僵、硬、滑基本消除，疾病基本上得到完全恢复。



打开《浮针医学纲要》第 137 页，有这么一段话：很多人在炎夏日喜欢用空调，为了保护身体不受凉，一边吹空调，一边盖被子。以为盖了被子睡觉，空调的冷风妨碍不了身体，其实不然，因为：睡着后身体热，多半会无意识的掀开被子，即使被子裹得严实，也容易受到空调中冷空气的侵袭，因为睡着后静止不动，血液流速减慢，体表温度下降，抵挡空调中冷空气侵袭的能力下降。

通过这个病例，患者在没有受到冷刺激的前提下，经过几次治疗，病情都得到了很好的恢复，症状得到了很大的改善。但由于患者没有遵医嘱长时间吃过冷的食物使面部的肌肉受凉收缩，从而导致面部的血液循环减慢，从而使患肌的加重，病情加重。

浮针医学专家组老师刘玉忠时常在讲课时告诉我们：兵马未动，粮草先行。过冷的食物刺激了脾胃，使脾胃失运化，影响了胃肠功能吸收。从而影响了浮针治疗时的人体血液环境。这也是我们在应用浮针治疗病人时一定要注意的血液循环一体观，营养状态整体观，因此我们在给患者或者患者家属交待医嘱时，一定不要忘了禁食过冷的食物。

责任编辑：修竹临风

编辑：草原民间中医、砭艾、xiwang001han

我为人人，人人为我

黄芪

别名：蒙古黄芪、绵芪、绵黄芪、黄耆。

来源：豆科植物蒙古黄芪 *Astragalus mongholicus* Bunge 的干燥根，产于我国黑龙江（呼伦贝尔盟）、内蒙古、河北、山西等地。



形态：多年生草本，高 50~100 厘米。主根肥厚，木质，常分枝，灰白色。茎直立，上部多分枝，有细棱，被白色柔毛。羽状复叶有 13~27 片小叶，长 5~10 厘米；叶柄长 0.5~1 厘米；托叶离生，卵形，披针形或线状披针形，长 4~10 毫米，下面被白色柔毛或近无毛；小叶椭圆形或长圆状卵形，长 7~30 毫米，宽 3~12 毫米，先端钝圆或微凹，具小尖头或不明显，基部圆形，上面绿色，近无毛，下面被伏贴白色柔毛。总状花序稍密，有 10~20 朵花；总花梗与叶近等长或较长，至果期显著伸长；苞片线状披针形，长 2~5 毫米，背面被白色柔毛；花梗长 3~4 毫米，连同花序轴稍密被棕色或黑色柔毛；小苞片 2；花萼钟状，长 5~7 毫米，外面被白色或黑色柔毛，有时萼筒近于无毛，仅萼齿有毛，萼齿短，三角形至钻形，长仅为萼筒的 1/4~1/5；花冠黄色或淡黄色，旗瓣倒卵形，长 12~20 毫米，顶端微凹，基部具短瓣柄，翼瓣较旗瓣稍短，瓣片长圆形，基部具短耳，瓣柄较瓣片长约 1.5 倍，龙骨瓣与翼瓣近等长，

瓣片半卵形，瓣柄较瓣片稍长；子房有柄，被细柔毛。荚果薄膜质，稍膨胀，半椭圆形，长 20~30 毫米，宽 8~12 毫米，顶端具刺尖，两面被白色或黑色细短柔毛，果颈超出萼外；种子 3~8 颗。花期 6~8 月，果期 7~9 月。

栽培：黄芪适应性强，生于海拔 2500~4000 米的向阳山坡、沟旁或灌丛中。

性味功能：味甘，性温；归脾、肺经；补气固表，利尿托毒，排脓，敛疮生肌。

用途：用于气虚乏力，食少便溏，中气下陷，久泻脱肛，便血崩漏，表虚自汗，气虚水肿，痈疽难溃，久溃不敛，血虚痿黄，内热消渴；慢性肾炎蛋白尿，糖尿病。

用法用量：内服 9~30 克。

经验鉴别：本品以质坚韧，断面强纤维性。气微，味微甜，有豆腥味者为佳。

回回苏

别名：回回苏、鸡冠紫苏。

来源：唇形科植物回回苏 *Perilla frutescens* var. *crisp* (Thunb.) Hand.~Mazz. 的干燥叶。原产我国山西，河北，湖北，江西，浙江，江苏，福建，台湾，广东，广西，云南，贵州及四川；国外日本也有分布。

形态：一年生、直立草本。茎高 0.3~2 米，绿色或紫色，钝四棱形，具四槽，密被长柔毛。叶具狭而深的锯齿，长 7~13 厘米，宽 4.5~10 厘米，两面紫色，上面被疏柔毛，下面被贴生柔毛，侧脉 7~8 对，位于下部者稍靠近，斜上升，与中脉在上面微突起下面明显突起；叶柄长 3~5 厘米，背腹扁平，密被长柔毛。轮伞花序 2 花，组成长 1.5~15 厘米、密被长柔毛、偏向一侧的顶生及腋生总状花序；苞片宽卵圆形或近圆形，长宽约 4 毫米，先端具短尖，外被红褐色腺点，无毛，边缘膜质；花梗长 1.5 毫米，密被柔毛。花萼钟形，10 脉，长约 3 毫米，直伸，下部被长柔毛，夹有黄色腺点，内面喉部有疏柔毛环，结果时增大，长至 1.1 厘米，平伸或下垂，基部一边肿胀，萼檐二唇形，上唇宽大，3 齿，中齿较小，下唇比上唇稍长，2 齿，齿披针形。花冠白色至紫红色，长 3~4 毫米，外面略被微柔毛，内面在下唇片基部略被微柔毛，冠筒短，长 2~2.5 毫米，喉部斜钟形，冠檐近二唇形，上唇微缺，下唇 3 裂，中裂片较大，侧裂片与上唇相近似。雄蕊 4，几不伸出，前对稍长，离生，插生喉部，花丝扁平，花药 2 室，室平行，其后略叉开或极叉开。花柱先端相等 2 浅裂。花盘前方呈

识草药

指状膨大。小坚果近球形，灰褐色，直径约 1.5 毫米，具网纹。花期 8~11 月，果期 8~12 月。



栽培：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：味辛，性温；归肺、脾经。解表散寒，行气和胃。

用途：用于风寒感冒，咳嗽呕恶，妊娠呕吐，鱼蟹中毒。

用法用量：内服 5~9 克。

经验鉴别：本品以无霉味，干净无杂草、灰分，香气浓郁，色紫者为佳。

编辑：王颖健

责任编辑：金陵一剑

奇怪的心肌梗死

作者: 0378120

链接: <https://bingli.iiyi.com/show/63915-1.html>

●病例摘要

一般资料: 女性, 82岁, 农民。

主诉: 乏力 20年, 腹泻后加重 1天

现病史:

患者 20年前因乏力, 活动后心悸等不适, 在开封市某医院诊断为甲状腺功能减退, 长期应用优甲乐片治疗, 每周两次, 每次 50ug, 乏力症状好转, 日常生活可自理, 但不能胜任中等体力活动。一天前, 进食生冷食品后, 出现腹泻三次, 稀水样便, 量不小, 伴食欲不振, 胸腹部不适, 性质难以描述, 乏力明显加重, 伴闷气, 需卧床休息。在本院急诊查心电图示窦性心动过缓, 心肌供血不足, 化验示心肌酶明显升高。

既往史:

平素体质较差, 容易患病毒性感冒、腹泻等疾病。30年前曾因子宫肌瘤手术切除。否认高血压, 冠心病, 糖尿病病史, 无药物过敏史。预防接种史不详。平时基础体温偏低, 多在 35℃左右。

体格检查:

T:36.8℃, P:58次/分, R:14次/分, BP:90/60mmHg。发育正常, 神志清, 精神差。全身皮肤干燥, 弹性降低, 口唇苍白, 面颊及下肢非压陷性水肿。甲状腺未触及肿大, 颈软无抵抗。胸廓对称, 双肺可以闻及湿性啰音, 右肺较重。心界扩大, 心率 58次/分, 律齐, 心音弱。腹部无明显隆起, 听诊肠鸣音活跃。脊柱四肢无畸形, 活动自如, 膝腱反射稍弱, 病理征未引出。

辅助检查:

心梗三项: CKMB:23.16ng/ml, 肌钙蛋白 I:10.8ng/ml, 肌红蛋白 >600ng/ml。
心电图: 一度房室传导阻滞, 广泛 ST-T 改变, III 导联病理性 Q 波。

病例讨论

姓名: [REDACTED] 病历号: [REDACTED] 床号: 11 标本号: 26
 性别: 女 送检科室: [REDACTED] 标本类型: 血清 备注:
 年龄: 82岁 送检医生: [REDACTED] 临床诊断:

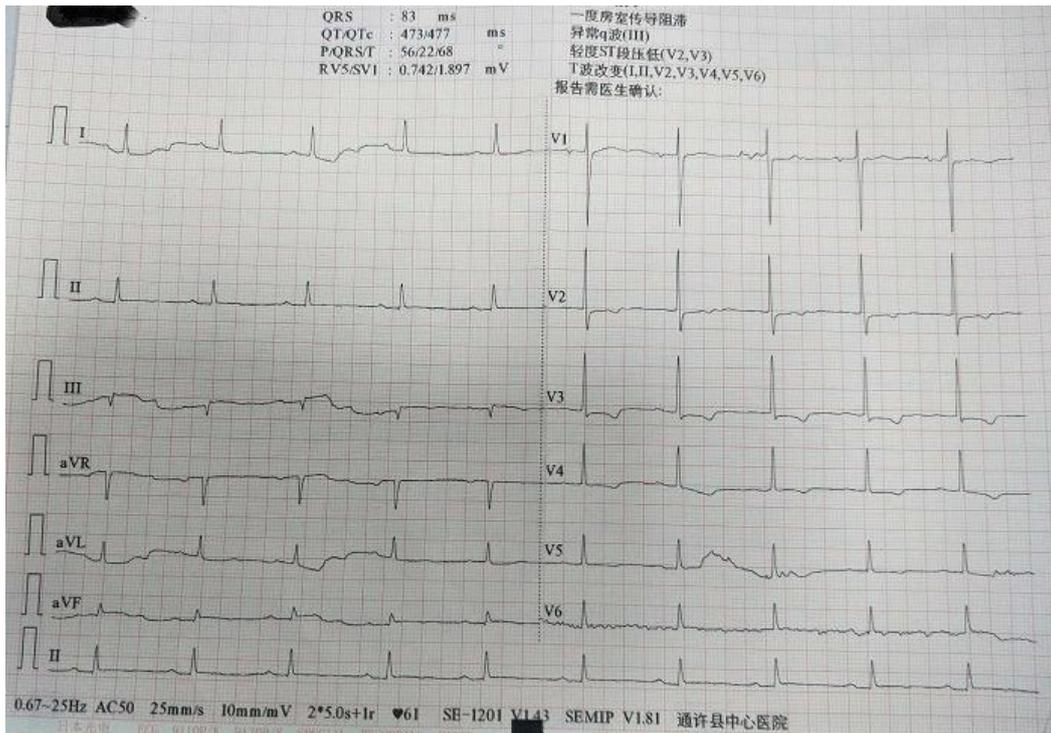
代码	项目名称	测定值	参考值	单位	代码	项目名称	测定值	参考值
PHCY	同型半胱氨酸	10.4	4~15.4	umol/L				
Ca	钙	1.86 ↓	2.19~2.80	mmol/L				
P	磷	1.13	0.9~1.34	mmol/L				
CTnI	肌钙蛋白I	47.4 ↑	0~0.5	ng/mL				

检测时间: 2020-04-13 09:57 报告时间: 2020-04-13 11:17 检验人员: [REDACTED] 审核人员: [REDACTED]
 结果只对本次样本负责! 有疑问请于3日内咨询

姓名: [REDACTED] 病历号: [REDACTED] 床号: 25 标本号: 9
 性别: 女 送检科室: [REDACTED] 标本类型: 血清 备注:
 年龄: 82岁 送检医生: [REDACTED] 临床诊断:

代码	项目名称	测定值	参考值	单位	代码	项目名称	测定值	参考值
ALT	丙氨酸氨基转移酶	57.0 ↑	0~40	U/L	20a-HBD	a-羟丁酸脱氢酶	270 ↑	74~199
AST	天门冬氨酸氨基转移酶	54.0 ↑	0~45	U/L	21CTnI	肌钙蛋白I	0.1	0~0.5
	谷草/谷丙	0.95	0.9~2.5					
ALP	碱性磷酸酶	584 ↑	40~150	U/L				
GGT	谷氨酰转肽酶	367 ↑	0~50	U/L				
TBIL	总胆红素	8.6	3.4~20.5	umol/L				
DBIL	直接胆红素	2.9	0~6	umol/L				
IBIL	间接胆红素	5.70	2~17	umol/L				
TP	总蛋白	58.2 ↓	60~83	g/L				
DALB	白蛋白	31.3 ↓	37~53	g/L				
IGLO	球蛋白	26.9	15~43	g/L				
2A/G	白/球比例	1.16 ↓	1.5~2.5					
BUREA	尿素	5.85	1.43~7.14	mmol/L				
ACR	肌酐	64.0	35~97	umol/L				
UA	尿酸	295	120~430	umol/L				
GLU	葡萄糖	4.24	3.89~6.11	mmol/L				
CK	肌酸激酶	81	24~194	U/L				
CK-MB	肌酸激酶同工酶	15.0	0~24	U/L				
LDH	乳酸脱氢酶	289 ↑	100~240	U/L				

检测时间: 2020-04-17 10:36 报告时间: 2020-04-17 11:19 检验人员: [REDACTED] 审核人员: [REDACTED]
 结果只对本次样本负责! 有疑问请于3日内咨询



通许县中心医院检验报告单

姓名: [REDACTED] 病历号: [REDACTED] 床号: 11 标本号: 110
 性别: 女 送检科室: [REDACTED] 标本类型: 血清 备注:
 年龄: 82岁 送检医生: [REDACTED] 临床诊断:

代码	项目名称	测定值	参考值	单位
1	GLU 葡萄糖	6.70 ↑	3.89~6.11	mmol/L
2	CK-MB 肌酸激酶同工酶(心梗)	23.16 ↑	0~5	ng/mL
3	CTnI 肌钙蛋白I	10.8 ↑	0~0.5	ng/mL
4	Myo 肌红蛋白	>600 ↑	0~58	ng/mL

时间: 2020-04-12 16:00 报告时间: 2020-04-12 16:12 检验人员: [REDACTED] 审核人员: [REDACTED]
 请只对本次样本负责! 如有疑问请于3日内咨询

●初步诊断:

1. 甲状腺功能减退性心肌病;
2. 心肌梗死;
3. 肺部感染;
4. 急性肠炎。

●诊断依据:

甲状腺功能减退病史 20 年, 甲减症状没有完全控制, 腹泻后症状加重。查体, 体温 36.8℃, 心率 58 次/分, 非压陷性水肿, 皮肤干燥, 双肺可以闻及湿性啰音,

病例讨论

心界扩大，心音弱，肠鸣音活跃。辅助检查结果。

●鉴别诊断：

冠心病，急性心肌梗死，多有高血压，糖尿病，高脂血症病史，发病时有明显的胸部压榨样疼痛，心电图可以有心肌梗死演变。

●诊治经过：

调整优甲乐用量，每天 50ug，应用抗生素，应用生脉注射液等药物。完善检查等治疗措施，病人症状很快改善，一周后出院，患者可以达到生活自理。嘱按时用药，3 周后复查甲状腺功能。

●临床诊断：

1. 甲状腺功能减退性心肌病；2. 心肌梗死；3. 肺部感染；4. 急性肠炎。

●分析总结：

甲状腺功能减退，容易影响到心脏，诱发心肌损伤，如果出现心肌酶的升高，容易和原发性冠心病混淆，误诊为冠心病、心肌梗死。而心肌梗死通常会用到硝酸甘油等药物，有可能使甲减时的血压进一步下降，影响到病人的恢复。如果已经确诊，治疗以补充甲状腺素为主。该例病人，虽然平时坚持服用优甲乐，但用量明显偏低，不能维持生理需要，本次因为肠炎腹泻，诱发病情加重，并出现严重的心肌酶升高，但心电图缺乏典型的心肌梗死性改变，给予补充甲状腺素，对症治疗后，症状很快改善。

外阴癌 1 例

作者：lixiumei2015

链接：<https://bingli.iiyi.com/show/64397-1.html>

●病例摘要

一般资料：女性，56 岁，农民。

主诉：外阴瘙痒 1 年余，发现外阴肿物 1 天

现病史：

患者平素月经规律，周期 30 天，经期 3 天，月经量少，偶有痛经。目前绝经 17 年，绝经后无阴道流血及流液。1 年前患者无诱因出现外阴瘙痒，无疼痛及其他不适，多次当地卫生室按阴道炎给与治疗，效果不佳。1 天前来本院就诊，门诊初步检查后，以“外阴肿瘤”收入院。患者自发病以来，饮食睡眠可，无明显体重减轻，大小便正常。

既往史:

平素身体健康，无出血性疾病，无妇科疾病史，否认贫血史，无传染病史，否认传染病接触史，24年前行双侧输卵管结扎术，否认外伤史，无输血史，无药物过敏史，无食物过敏史，按规定预防接种。

个人史:

生于本地，无外地久居史，生活规律，否认吸烟史，否认饮酒史，无毒物，粉尘及放射性物质接触史，无冶游史。

体格检查:

T:36.5℃，P:78次/分，R:20次/分，BP:112/71mmHg。一般情况:发育正常，正常面容，体态中，营养中等，神志清楚，精神安静，自主体位，呼吸正常，查体合作。皮肤粘膜无黄染，无出血。浅表淋巴结未触及肿大。头颅及其器官形状正常，毛发分布均匀，色黑，有光泽。结膜正常，巩膜无黄染。口唇正常。牙龈，颊粘膜无出血。咽部无充血，两侧扁桃体无肿大。颈软，无颈静脉怒张，气管居中，甲状腺无肿大。胸廓对称，乳房发育正常，双侧乳房未触及包块，双肺呼吸音清晰，无啰音。心前区无隆起，无震颤，无心包摩擦感，心率78次/分，心律规整，无杂音。脉率78次/分，毛细血管充盈良好，无毛细血管搏动征，无股动脉枪击音。全腹软，无妊娠纹，无色素沉着，无压痛，无反跳痛，脾未触及，无包块，无移动性浊音。肠鸣音正常。直肠肛门正常。脊柱正常，四肢正常，关节正常。神经系统检查，腹壁反射正常，肱二头肌反射正常，肱三头肌反射正常，膝腱反射正常，跟腱反射正常，巴彬斯基征阴性，脑膜刺激征阴性。妇科检查:外阴发育正常，已婚已产式，于阴蒂部可见一约3×2×2cm质硬肿块，边界不清，可见溃疡，渗液，无触痛，大小阴唇无异常，尿道口清晰，阴道通畅，无赘生物，阴道壁无增厚，宫颈萎缩，表面光滑，子宫前位，小于正常，双侧附件区未及异常。

辅助检查:

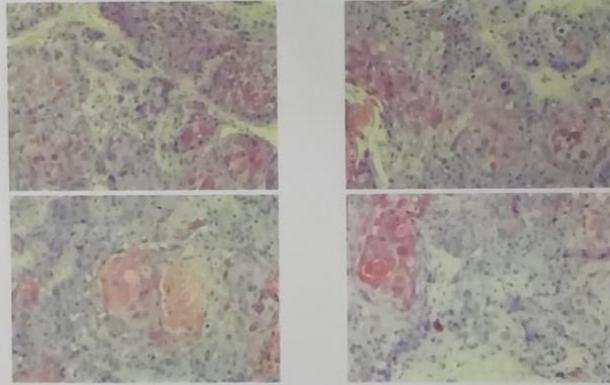
血常规:WBC $5.88 \times 10^9/L$ ，HGB126g/L，PLT $246 \times 10^9/L$ 。尿常规:正常。心电图:窦性心律，窦性心动过缓。胸部CT未见异常。盆腔MRI未见异常。妇科彩超:子宫前位，大小正常，肌层回声均匀，内膜厚约0.4cm，双侧附件区未见异常。外阴肿瘤组织活检:角化型鳞状细胞癌。

临床诊断： 外阴肿物

肉眼所见：

小组织2块，体积0.5cmx0.5cmx0.4cm，灰红，质软。全

光镜所见：



病理诊断：

外阴肿物活检：角化型鳞状细胞癌。

检查项目： 双下肢深静脉血栓筛查超声检查



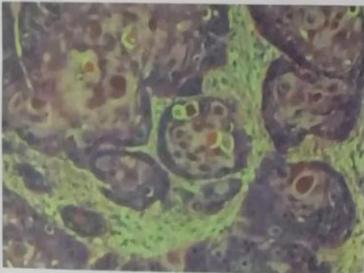
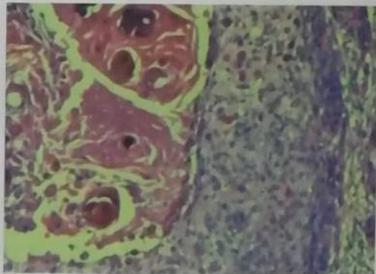
影像表现：

双侧髂总静脉、髂外静脉及双下肢股总静脉、股浅静脉、股深静脉、腘静脉及胫后静脉血管走行自然，管径正常，管腔内透声可，探头加压，管腔可闭合，CDFI：诸血管腔内血流通畅，充盈良好，管腔内未探及异常回声。

诊断意见：

双侧髂总静脉、髂外静脉及双下肢深静脉未见明显异常声像图

科别	本院科室	病房	住院号
检查部位:腹部			
检查方法:常规			
<p>影像学表现:</p> <p>肝脏形态、大小未见明显异常,肝实质及双肾实质见多个无强化囊性信号;部分病灶DWI呈高信号。肝内、外胆管未见扩张,胆囊不大,内未见异常信号。胰腺形态正常,内未见异常信号灶,主胰管未见明显扩张。脾脏大小、形态正常,内信号未见异常。腹膜后未见明显肿大淋巴结。</p> <p>子宫形态可,内膜未见明显增厚,附件区未见明显异常信号。盆腔未见肿大淋巴结;注入GD-DTPA后盆腔内未见异常强化灶,所示诸骨信号未见明显异常。</p>			
<p>影像学诊断:</p> <p>1 肝脏及双肾多发异常信号,符合囊肿MR表现,必要时肝胆特异性对比剂进一步检查。 2 盆腔MR未见明显异常。</p>			

<p>临床诊断: 外阴癌</p> <hr/> <p>肉眼所见:</p> <p>部分外阴,体积5cmx4.5cmx2.5cm,表面皮肤面积约4.5cmx4.5cm,距上切线1.2cm,距周边切线1cm,0.8cm处查见一溃疡型肿物,面积约2cmx2cm;周边皮肤灰白,斑块状,略隆起,肿物切面灰白,质硬,切面积2cmx1cm,侵达肌层。</p> <p>另送右腹股沟淋巴结,查见淋巴结10枚,大者直径1.2cm,灰白,质软。</p> <p>另送左腹股沟淋巴结,查见淋巴结10枚,大者直径1.5cm,灰白,质软。</p> <p>光镜所见:</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around;">   </div> <hr/> <p>病理诊断:</p> <p>外阴:鳞状细胞癌,角化型,溃疡型,肿物切面积2cmx2cm,侵达肌层;周围伴低级别鳞状上皮内瘤变;未见明显神经、脉管侵犯;四周切缘及底切缘未见癌;另送“右腹股沟”、“左腹股沟”各检出淋巴结10枚均未查见转移癌。</p>

初步诊断: 外阴癌

诊断依据:

1. 外阴瘙痒1年余,发现外阴肿物1天。

病例讨论

2. 查体:外阴发育正常,于阴蒂部可见一约 $3 \times 3 \times 2\text{cm}$ 质硬肿块,边界不清,可见溃疡及渗液,无触痛,大小阴唇无异常,尿道口清晰。阴道通畅,阴道壁无增厚,宫颈萎缩,光滑,子宫附件未及异常。

3. 外阴肿物活检:角化型鳞状细胞癌。

鉴别诊断:

1. 外阴乳头瘤:外阴乳头状瘤是发生于外阴的良性肿瘤,与 HPV 病毒感染及局部卫生习惯有一定的关系,肿瘤一般生长缓慢,外观灰白菜花样或乳头状,预后良好。

2. 外阴纤维瘤:是发生于外阴纤维组织的肿瘤,多见于育龄期妇女,生长缓慢,一般不恶变。常生长于大阴唇,质硬,光滑,色与正常皮肤或呈深红色可推动或悬挂状,表面可有溃疡和坏死。本病不符,可排除。

● 诊治经过:

完善检查后在硬腰联合麻醉下行根治性外阴切除术+双侧腹股沟淋巴结清扫术。为了防止切口愈合不良,皮下放置负压引流管,等没有渗液时拔除。住院 15 天切口愈合良好出院。常规病理:外阴鳞状细胞癌,角化型,溃疡型,肿物面积 $2 \times 2\text{cm}$,浸达肌层,周围伴低级别鳞状上皮内病变,未见神经脉管侵犯,四周切缘及底切缘未见癌,左右腹股沟淋巴结未见转移癌。

● 临床诊断: 外阴鳞状细胞癌,角化型,溃疡型。

● 分析总结:

外阴恶性肿瘤占女性生殖道原发恶性肿瘤的 3-5%,外阴鳞状细胞癌占外阴全部恶性肿瘤的 80-90%,主要发生于绝经后女性,年轻女性发病率有升高趋势,40-60%的外阴癌与 HPV 病毒感染有关,其中 16 型感染超过 50%。常见的症状是外阴瘙痒,局部肿块或溃疡,合并感染或较晚期癌可出现溃疡,渗液和出血,组织学检查是确诊的唯一方法。治疗方法: 1. 手术治疗,对于 I 期到 II 期的外阴癌患者应采取广泛性外阴切除术+左右腹股沟淋巴结清扫术,术后辅助化疗。晚期病人可姑息放疗,但是病人一般不能承受外阴的疼痛。化疗对外阴癌也有一定疗效。术后应定期随访,外阴癌的预后与分期有关,以淋巴结转移最为密切。

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.iiyi.com>) 置顶帖《爱爱医杂志》征稿帖，按栏目分类投稿。

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

可以是自己的原创文章，也可以推荐其他爱友的原创精品文章。

【征稿奖惩】

- 跟帖征稿后，原创作品未被加分的将给予一个贡献积分，如被杂志采用再加一分。
- 被杂志采用的文章作者可以根据个人意愿，署真实姓名和/或爱爱医用户名，以示鼓励，并优先推荐给媒体发表。
- 推荐他人文章如果被杂志采用，送花 10 朵。

