

 www.iyyi.com

2015. 12

愛愛醫



第十二期 总NO. 71

Volume 12,number 12, Dec 2015

刊首语

不爱说话的男人

作者：xiwang001han

链接：<http://bbs.iyyi.com/thread-2640533-1.html>

你总是这样的
一个人默默地忙碌着
说话慢慢的少了
人却老了
扭扭曲曲的背影
蓦然发现
时间过得太快了
街道的灯光隐隐地亮着
夜风不停的呼呼着
双手红彤彤的
整个身体都在颤抖着
歇会吧
辛苦了



责任编辑：yemengzhe

目 录

会 长：陆德庆

执行会长：王罗刚

主 编：于竹梅

副主编：倪广峰 康 晶

制 作：汪纪利

顾 问：杨俊标

编 辑：王颖健 任忠林 刘延红 刘现国

李照禄 何含含 杨俊标 张常哲

陈建华 林业雄 殷吉磊 尉晓亮

黄汉纯 蔡晓刚

《爱爱医》杂志

在线订阅：zz.iyi.com

投稿邮箱：463767990@qq.com

联系我们：爱爱医华人医学论坛

网 址：<http://zz.iyi.com>

联 系 人：修竹临风

联系方式：QQ463767990

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：4006269910

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 专家讲坛

不爱说话的男人..... 1

基础起搏心电图解读系列讲座（9）：..... 1

基础起搏心电图解读系列讲座（10）：..... 12

关 注 专业交流 西 医

医院进社区为何“堵得慌”？..... 25

都是酒精惹的祸..... 29

附子中毒之求医路..... 31

老和美肤讨论系列——关于痤疮..... 32

我经历的一次误诊..... 37

儿童泌尿系感染误诊为颅内感染 1 例..... 38

消化内镜看图诊断（二十）..... 41

自身免疫性溶血性贫血..... 44

急救护理思维..... 48

心电图读图第 51 期..... 50

专业交流 中 医

用升陷补肺法治疗自发性气胸的体会..... 53

我的读书笔记部分内容选录（一）..... 56

月经不调针灸有较好效果..... 60

手法中按的技巧..... 62

经络现象是地道的神经现象..... 63

识 草 药

洋金花..... 67

商 陆..... 68

病例讨论

夜间阵发性咳嗽伴大量出汗、烦躁不安 1 例..... 70

反复咳嗽、咳痰伴喘息 10 余年，..... 76

再发加重 1 天..... 76

医疗资讯

医疗资讯..... 82

医网情深

微聚焦：镜头五（信任为交往插上翅膀）..... 85

《护理区豆豆听你讲故事》..... 86

《护理版豆豆听您讲故事系列活动》..... 88

编读往来

编读往来..... 89

心电图有奖读图第五十期..... 89

杂志稿约

爱爱医杂志稿约..... 91

基础起搏心电图解读系列讲座（9）： 根据起搏 P'、QRS' 波形判断起搏部位

作者：何方田

链接：<http://bbs.iiyi.com/thread-2621226-1.html>

【摘要】通过 13 个图例阐述了不同起搏部位、电极脱位或接口错接情形下，以及单、双心室起搏方式下的心电图特征，回溯分析了起搏电极有无脱位或错接，判断单、双心室起搏方式。

【关键词】心房起搏；心室起搏；希氏束起搏；双心室同步起搏；电极脱位

一、心房起搏部位的判断

心房电极植入部位通常为右心耳、右心房游离壁或右心房间隔部。

1、起搏部位为右心耳、右心房游离壁

心房电极植入右心耳、右心房游离壁后，起搏脉冲所引发的心房除极方向与窦性激动的除极方向一致，故起搏的 P' 波极性与窦性 P 波一致，在 I、II、aVF、V3~V5 导联直立，在 aVR 导联倒置（图 1）。

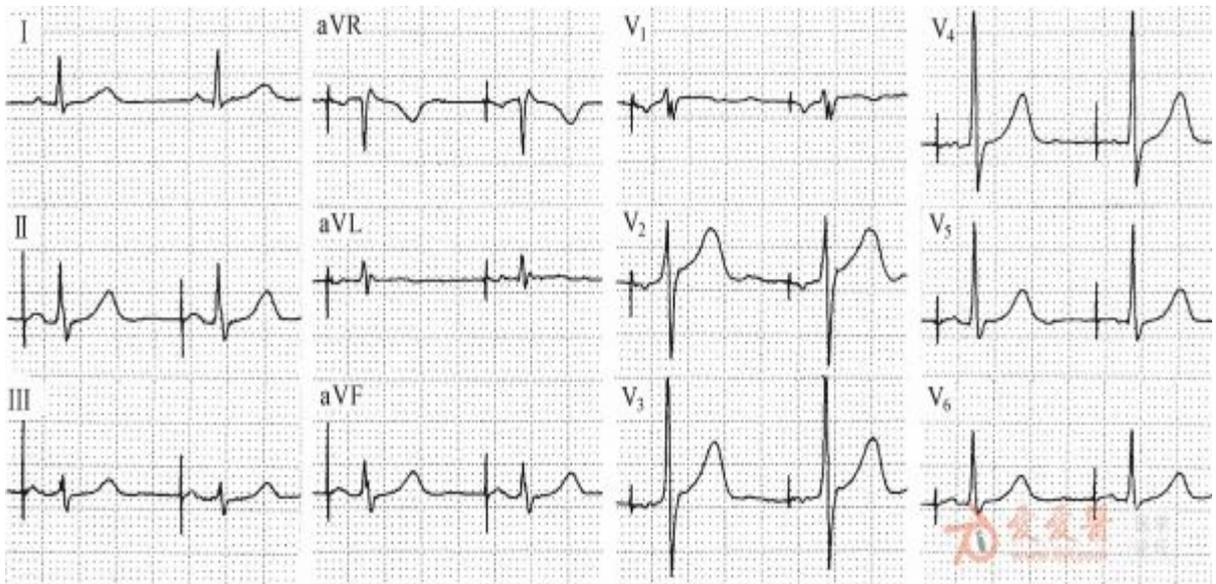


图 1 “J”型电极固定在右心耳，其起搏 P' 波极性和形态与窦性 P 波基本一致

2、起搏部位为右心房间隔部

右侧房间隔是右心房最佳起搏部位。因房间隔是心房内传导延缓或阻滞最常发生的部位，此处起搏既可消除心房内传导延缓或阻滞，又可减少左、右心房除极时间差及复极的离散度，故可预防和治疗心房颤动。由于起搏部位距左、右心房均较近，因此起搏的P'波变窄、时间缩短，形态不同于窦性P波。

3、心房电极脱位至心房下部

若心房电极脱位至右心房下部或穿过房间隔至左心房下部，则起搏的P'波极性与窦性P波相反，呈现逆行P—波的特点（图2）。



图2 心房电极脱位至心房下部导致起搏P'波呈逆行P—波特征

例1：患者男性，59岁，临床诊断：病态窦房结综合征、植入双腔起搏器1年。设置的起搏器参数：基本起搏周期860ms，频率70~120次/min，A-V间期200ms。II、III、aVF、V3~V6导联心房起搏脉冲后跟随的P'波倒置，而aVR导联直立，呈现逆行P—波特征（图2）；其起搏周期0.86s，频率70次/min；P—R间期0.16s，QRS波形正常；II、III、aVF导联T波低平或负正双相。心电图诊断：①双腔起搏器，以AAI模式起搏；②心房下部起搏心律，提示心房电极脱位至心房前下部，需结合临床；③下壁轻度T波改变。

4、心房电极脱位至右心室流入道/流出道附近

若心房电极脱位至靠近右心室流入道/流出道附近，则起搏脉冲可引发心室起搏，在下壁导联形成主波向上的起搏QRS'波群，并出现右心室流入道/流出道起搏图形。



图3 双腔起搏器，心房电极脱位至右心室流入道/流出道导致右心室流入道/流出道与右心室心尖部起搏并存

例2：患者男性，59岁，临床诊断：冠心病，三度房室阻滞，植入双腔起搏器半年。设置的起搏器参数：基本起搏周期1080ms，频率56~100次/min，A-V间期160ms，心室后心房不应期（PVARP）350ms，心室不应期300ms。上、下两行II导联定准电压均为5mm/mV（图3），其中上行显示窦性P-P间期0.80s，频率75次/min，P波均未能下传心室。R1~R3搏动宽大畸形，呈R型，其前有相关的起搏脉冲，起搏周期1.08s，S-R'间期0.07s；R4搏动也宽大畸形，略提前出现，其偶联间期0.86s，频率70次/min；R5搏动为DDD起搏，其心室脉冲引发的QRS'波群呈QS型，为右心室心尖部起搏图形，房性起搏逸搏周期即R4-S间期1.16s，表明R1~R3搏动的起搏脉冲均由心房电极发放，且心房电极均未能感知窦性P波，提示心房电极脱位至右心室流入道/流出道引发心室起搏。下行II导联系将起搏器程控为VVI起搏模式后记录，显示起搏QRS'波形与上行的R5搏动一致。心电图诊断：①窦性心律；②三度房室阻滞；③双腔起搏器，偶见DDD起搏；④心房电极感知功能异常，心房脉冲引发右心室起搏，提示心房电极脱位至右心室流入道/流出道；⑤S-R'间期延长，提示心房电极脱位后起搏右心室时，其电极与心内膜交接区出现一度传出阻滞；⑥提示开启频率负滞后功能；⑦室性早搏或加速的室性逸搏。

5、心房、心室导线和脉冲发生器的接口错接

此种情况下可出现心房脉冲起搏心室，而心室脉冲起搏心房的反常现象。

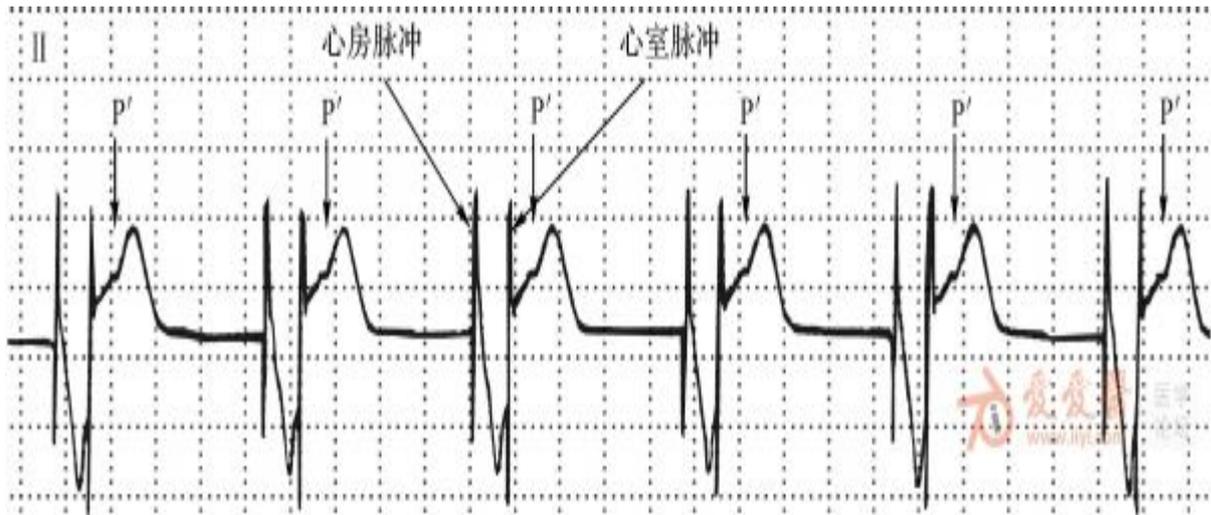


图4 心房和心室电极导线错接后引起的心房和心室交叉刺激

例3：患者女性，67岁，临床诊断：病态窦房结综合征，植入双腔起搏器1h。II导联（图4）显示第1个起搏脉冲引发宽大畸形QRS-T波群，第2个起搏脉冲后跟随相应的P'波，V-A间期0.17s，呈现“心房脉冲-起搏QRS'波群-心室脉冲-起搏P'波”的序列；这表明心房电极导线错接在心室线路接口中，其发放的起搏脉冲激动心室；而心室电极导线错接在心房线路接口中，其发放的起搏脉冲激动心房（箭头所指处为起搏的P'波）。心电图诊断：①DDD起搏心律；②心房和心室电极导线错接后引起的心房和心室交叉刺激。

二、单心室起搏部位的判断

根据V1、II、III、aVF导联起搏QRS'波形的特征，可判断单心室起搏部位。若为右心室起搏，则V1导联QRS'波群呈类左束支阻滞图形；再根据II、III、aVF导联QRS'主波方向，以确定是右心室心尖部起搏还是右心室流出道起搏。若为左心室起搏，则V1导联QRS'波群呈类右束支阻滞图形。

1、右心室心尖部起搏

大多数的心室起搏电极放置在右心室心尖部，起搏脉冲发放后，其除极方向由右心室向左心室、由心尖部向心底部，故起搏QRS'波群在V1导联呈类左束支阻滞图形（QRS'主波向下），II、III、aVF导联QRS'主波向下，电轴左偏（图5）。

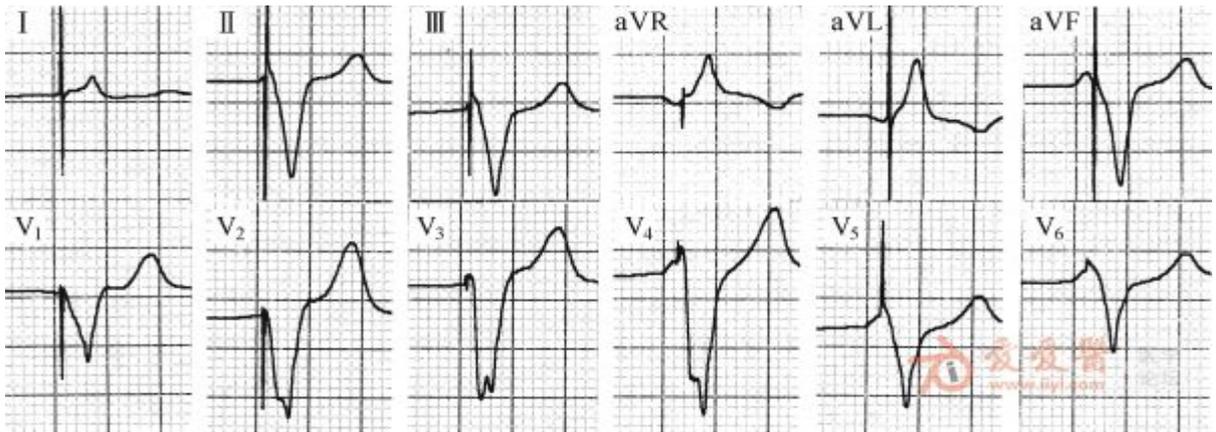


图5 心室起搏器右心室心尖部起搏时的心电图特征

例4：患者男性，76岁，临床诊断：病态窦房结综合征，植入心室起搏器5年。设置的起搏器参数：基本起搏周期1000ms，频率60次/min。常规12导联心电图定准电压均为5mm/mV（图5），显示心室起搏QRS'波群呈类左束支和左前分支阻滞图形，aVR、aVL、aVF、V4~V6导联起搏QRS'波群之前可见窦性P波，频率50次/min。心电图诊断：①窦性心动过缓；②VVI起搏心律（右心室心尖部起搏），起搏功能正常。

2、右心室流出道起搏（非常规起搏部位）

少数的心室起搏电极放置在右心室流出道，起搏脉冲发放后，其除极方向由右心室向左心室、由心底部向心尖部，故QRS'波群在V1导联呈类左束支阻滞图形（QRS'主波向下），在II、III、aVF导联QRS'主波向上，电轴正常或轻度右偏（图6）。

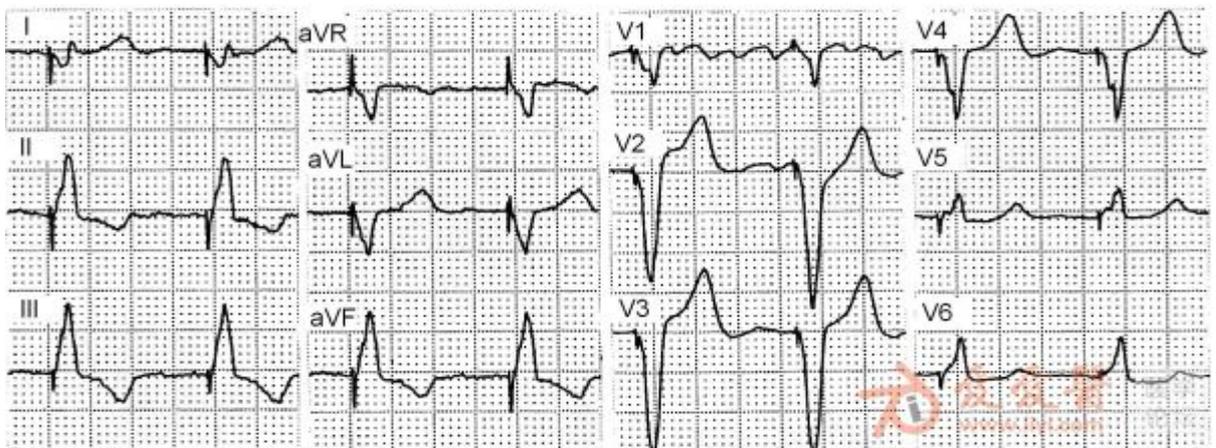


图6 心室起搏器（VVIR）右心室流出道起搏时的心电图特征

例 5: 患者男性, 73 岁, 临床诊断: 心房颤动伴长 R-R 间歇, 植入心室起搏器(VVIR) 1 年。设置的起搏器参数: 基本起搏周期 1 100 ms, 频率 55~120 次/min。肢体导联与胸导联分别同步记录, 其中 V4~V5 导联定准电压为 5 mm/mV (图 6), 显示基本节律为不纯性心房扑动, II、III、aVF 导联 QRS' 波群呈 R 型, 在胸前导联呈类左束支阻滞图形, 起搏周期 0.75 s, 频率 80 次/min。心电图诊断: ①不纯性心房扑动; ② VVIR 起搏心律(右心室流出道起搏), 起搏功能正常。

3、左心室起搏

绝大多数的左心室起搏用于双心室同步起搏。单纯的左心室起搏较少见, 主要见于重大手术需要保护性临时起搏、心脏手术后需要植入起搏器或血管畸形等几种情形。起搏脉冲发放后, 其除极方向由左心室向右心室除极, 起搏 QRS' 波群在 V1 导联呈类右束支阻滞图形(QRS' 主波向上), I、V6 导联 QRS' 主波向下(图 7)。

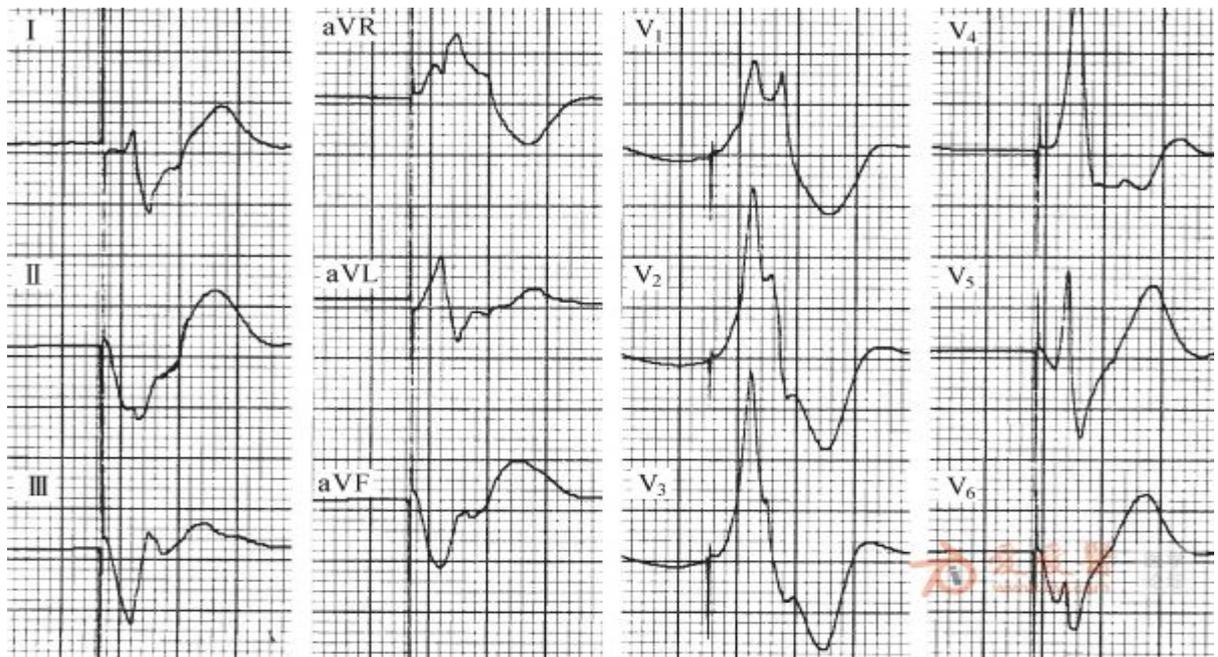


图 7 心室起搏器左心室外膜起搏时的心电图特征

例 6: 患者女性, 45 岁, 临床诊断: 风心病, 双瓣膜置换术后, 心外膜植入心室起搏器半年。设置的起搏器参数: 基本起搏周期 1 100 ms, 频率 55 次/min。常规 12 导联心电图的定准电压均为 5 mm/mV (图 7), 未见窦性 P 波, 也未见明显的 f 波, 心室起搏 QRS' 波群呈类右束支阻滞图形, 时间 0.26 s, I、V6 导联 QRS' 主波向下, 起搏周期 1.10 s, 频率 55 次/min。心电图诊断: ①窦性停搏或细颤型心房颤动? ② VVI 起搏心律, 为左心室外膜起搏, 起搏功能正常。

4、右心室起搏后电轴发生变化

与起搏器植入时，心室电极从右心室流入道逐渐进入右心室心尖部，或心室电极脱位后发生漂移有关。

5、右心室电极脱位至右心室流入道三尖瓣附近

若右心室电极脱位至右心室流入道三尖瓣附近，则其发放的起搏脉冲有可能引发心房起搏，跟随相应的逆行 P—波。



图 8 双腔起搏器，心房电极交替性感知功能低下、心室起搏脉冲夺获心房

例 7：患者女性，70 岁，临床诊断：病态窦房结综合征，植入双腔起搏器 1 年多。设置的起搏器参数：基本起搏周期 1 100 ms，频率 55~100 次/min，A-V 间期 180 ms，心室后心房不应期 350 ms，心室不应期 300 ms。上、下两行 V1 导联系不同时间记录（图 8），上行显示双腔起搏器，起搏周期 1.08~1.10s，频率 55~56 次/min，A-V 间期 0.18 s；心房起搏的 P' 波经房室交接区下传心室出现呈 rS 型 QRS 波群，时间 0.11 s，而心室起搏脉冲落在 QRS 波群的起始处，未能引发心室除极，呈现出伪室性融合波的特点。下行显示窦性 P-P 间期 0.86~0.96 s，频率 61~70 次/min，P-R 间期 0.17s；值得注意的是，R1、R3、R5、R7 窦性搏动的 P 波和 QRS 波群后起搏器仍发放心房和心室脉冲，其中 R1、R3 搏动中起搏脉冲的 A-V 间期为 0.18s，而 R5、R7 搏动中则为 0.12s，属于心室安全起搏；心室起搏脉冲后均跟随相应的起搏 P' 波，表明心室脉冲夺获心房，P2、P4、P6 与其后心房脉冲的间距为 1.10 s，与起搏器的基本周期一致，表明心房电极交替性感知了窦性 P 波。心电图诊断：①窦性心律；②双腔起搏器，伪室性融合波，心室安全起搏信号；③心房电极交替性感知功能低下，提示由心房电极亚脱位所致；④心室起搏脉冲夺获心房，提示心室电极漂移至三尖瓣处附近，需结合临床诊断。

6、希氏束起搏

当心房电极植入在希氏束附近或室间隔时，其发放起搏脉冲除极心室所形成 QRS' 波群畸形程度较轻或呈原有束支阻滞图形（图 9），而心室电极植入右室心尖部，

其起搏 QRS' 波形呈类似左束支阻滞图形。一般情况下，起搏器均由植入在希氏束附近或室间隔的心房电极发放起搏脉冲经传导束下传带动心室除极产生一种 QRS' 波群，但当其出现间歇性失夺获时，植入右室心尖部的电极将发放起搏脉冲带动心室除极出现右室心尖部起搏的 QRS' 波群，这样就会出现两种起搏 QRS' 波形（图 10）。

例 8：患者男性，56 岁，临床诊断：扩张型心肌病、完全性左束支阻滞、室性心动过速。半年前于我院心内科植入双腔 ICD。

【起搏器资料】SJM Fortify *DR CD2231-40、除颤电极 Durata 7122、希氏束电极 2088TC-58。起搏电极位置：（1）希氏束电极：右室希氏束部位（心房接口）；（2）起搏感知电极：中间隔；（3）除颤电极：中间隔偏低位置。起搏参数：基本起搏周期 850ms，频率 70~120 次/min，A（H）-V 间期 200ms；希氏束电极感知度 4.6mV，起搏阈值 0.6V；起搏感知电极 R 波振幅 14.3mV，起搏阈值 0.6V。

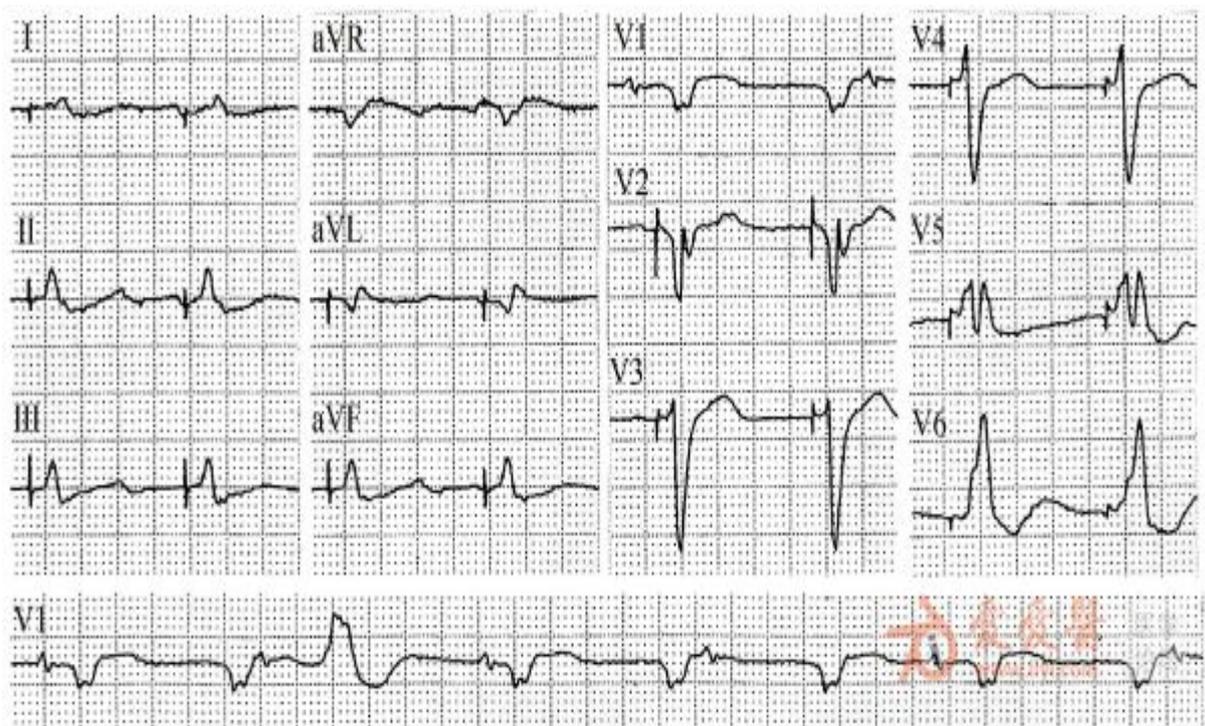


图 9 希氏束起搏时常规 12 导联心电图

图 9 显示：①窦性心动过缓；②完全性房室分离，提示三度房室传导阻滞所致；③室性早搏；④希氏束起搏心律；⑤完全性左束支传导阻滞。

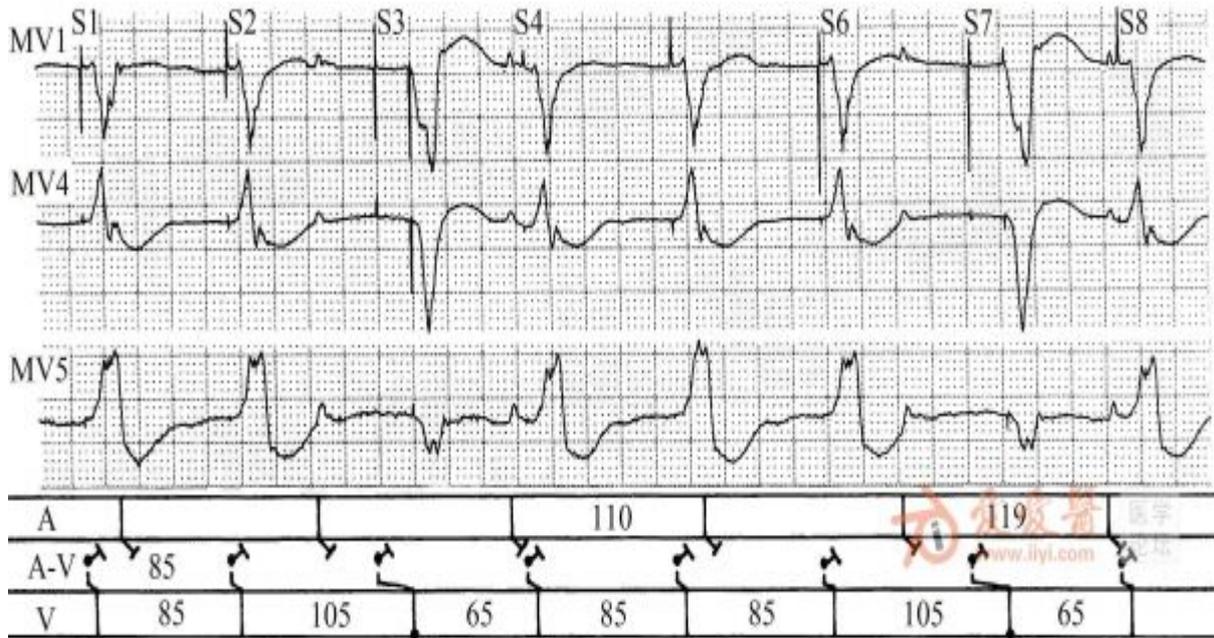


图 10 动态心电图显示希氏束起搏失夺获引发心尖部起搏出现两种起搏 QRS 波形

图 10 系动态心电图记录的一个片段，显示窦性 P-P 间期 1.10~1.19s，频率 50~55 次/min，无论 P 波落在何处均未能下传心室，存在完全性房室分离；起搏周期 0.85s，频率 70 次/min，S1、S2、S4~S6、S8 为希氏束电极所发放的起搏脉冲，其引发的 QRS' 波群呈左束支阻滞图形，且抑制了心室脉冲的发放，S-R 间期 0.07s；S3、S7 所发放的起搏脉冲未能起搏心室，相隔 0.20s 后由右室心尖部电极发放脉冲，所引发的 QRS' 波群呈类似左束支阻滞图形，表明希氏束电极存在传出二度阻滞。心电图诊断：①窦性心动过缓；②完全性房室分离，提示三度房室传导阻滞所致；③希氏束和右室心尖部间歇性起搏引发两种起搏 QRS' 波形；④完全性左束支传导阻滞；⑤希氏束电极存在二度传出阻滞。

三、双心室同步起搏部位的判断

双心室同步起搏用于三腔起搏器，即右心房+右心室+左心室 3 个部位起搏，又称心室同步化起搏（CRT），主要用于治疗顽固性心力衰竭、扩张型心肌病等。心室起搏方式分为左心室领先起搏，右心室领先起搏和左、右心室基本同步起搏 3 种。多数情况下，左心室领先起搏对心室收缩同步化的作用优于右心室领先起搏，V1 导联 QRS 波群多呈类右束支阻滞图形。I 导联出现 Q (q) 波或呈 QS 型、QRS 波形相对变窄为判断真正双心室起搏的有效指标，但需要与植入 CRT 后的模板心电图进行比较，以便做出准确判断。

1、左心室领先起搏

起搏 QRS' 波群在 V1 导联呈类右束支阻滞图形，I 导联出现 Q(q) 波或呈 QS 型，II、III、aVF 导联 QRS' 主波向上（右心室电极放在流出道）或向下（右心室电极放在心尖部），QRS' 波群时间明显短于心室单腔起搏时的 QRS' 波群时间，大多 < 0.16s（图 11）。

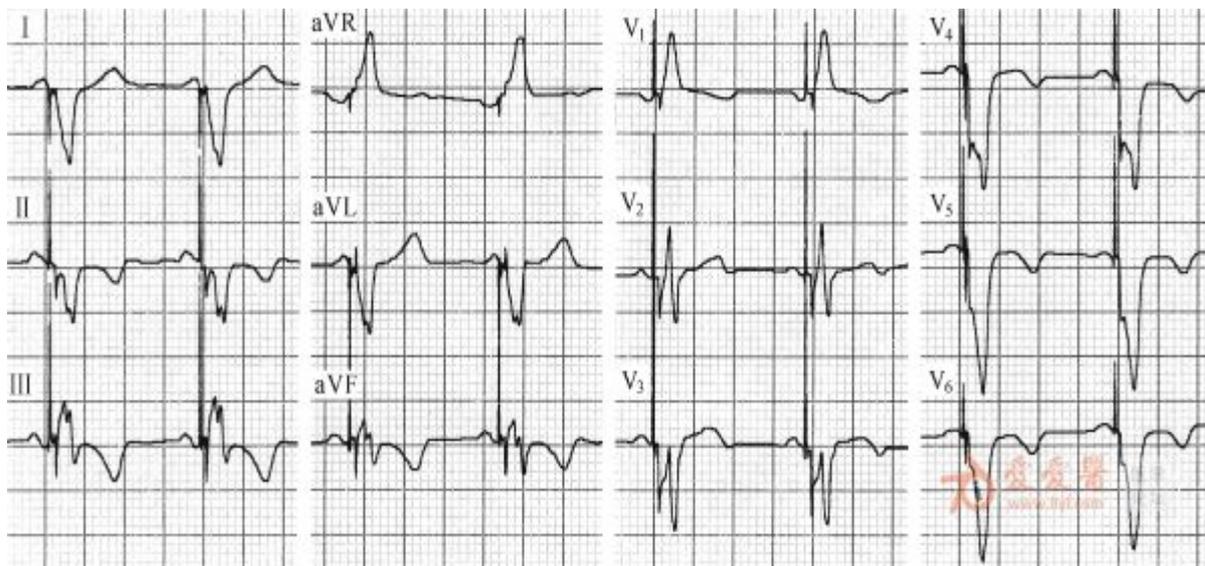


图 11 三腔起搏器（CRT）左心室领先起搏时的心电图特征（类右束支阻滞图形）

例 9：患者男性，70 岁，临床诊断：扩张型心肌病，植入三腔起搏器 5 年。设置的起搏器参数：基本起搏周期 1 000 ms，频率 60~125 次/min，A-V 间期 120 ms。常规 12 导联心电图（图 11）示窦性 P-P 间期 0.77 s，频率 78 次/min，P-V 间期 0.12 s；表明心房电极感知窦性 P 波后触发心室起搏，QRS' 波群呈类右束支阻滞图形伴电轴右偏（I 导联呈 QS 型，III 导联呈 Rs 型），其前有两根相距 0.02~0.04s 的心室起搏脉冲，起搏 QRS' 时间 0.16s，表明置于冠状静脉侧静脉的左心室电极先发放起搏脉冲，而右心室的电极后发放起搏脉冲。心电图诊断：①窦性心律；②三腔起搏器，呈左心室领先起搏，起搏器功能未见异常。

2、右心室领先起搏

起搏 QRS' 波群在 V1 导联呈类左束支阻滞图形，I 导联出现 Q(q) 波或呈 QS 型，II、III、aVF 导联 QRS' 主波向上（右心室电极放在流出道）或向下（右心室电极放在心尖部），QRS' 波群时间与心室单腔起搏时的 QRS' 波群时间相当或稍短（图 12）。

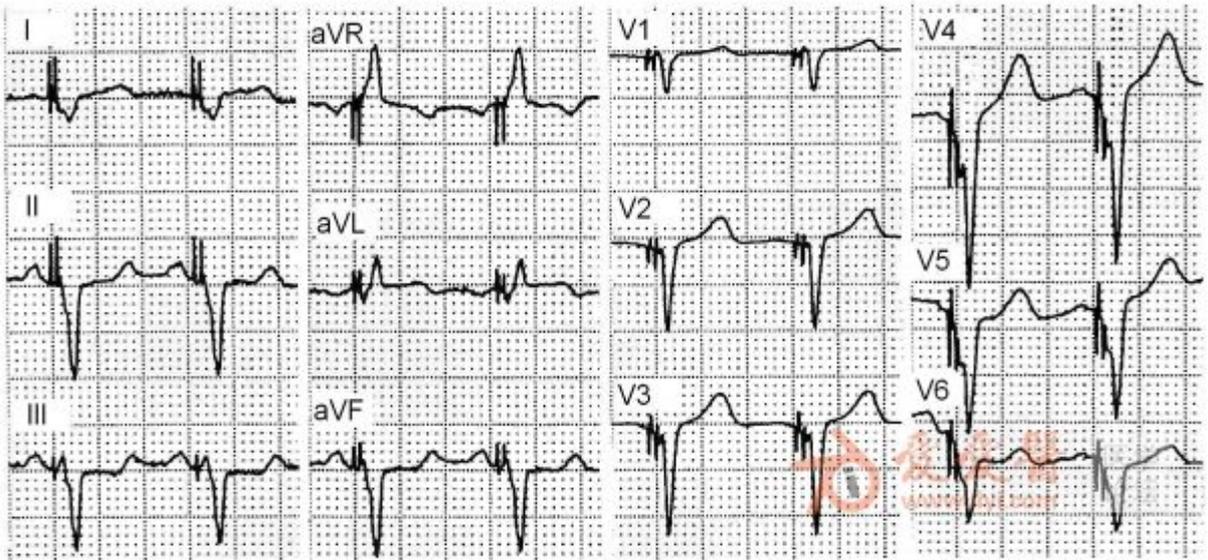


图 12 三腔起搏器 (CRT) 右心室领先起搏时的心电图特征 (类左束支阻滞图形)

例 10: 患者男性, 67 岁, 临床诊断: 冠心病, 缺血型心肌病, 植入三腔起搏器半年。设置的起搏器参数: 基本起搏周期 1 100 ms, 频率 55~120 次/min, A-V 间期 140 ms。肢体导联与胸导联分别同步记录, 其中 V1~V3 导联定准电压均为 5 mm/mV (图 12), 显示窦性 P-P 间期 0.63s, 频率 95 次/min, P-V 间期 0.11s; 表明心房电极感知窦性 P 波后触发心室起搏, 其 QRS' 波群呈类左束支阻滞图形伴电轴极度右偏 (I 导联呈 QS 型, III 导联呈 rS 型), 其前有两根相距 0.03 s 的心室起搏脉冲, 起搏 QRS' 时间 0.14s, 表明置于右心室心尖部的电极先发放起搏脉冲, 而置于冠状静脉侧静脉的左心室电极后发放起搏脉冲。心电图诊断: ①窦性心律; ②三腔起搏器, 呈右心室领先起搏, 起搏器功能未见异常。

3、左、右心室基本同步起搏

起搏 QRS' 波群在 V1 导联呈类右束支阻滞图形, I 导联出现 Q(q) 波或呈 QS 型, II、III、aVF 导联 QRS' 主波向上 (右心室电极放在流出道) 或向下 (右心室电极放在心尖部), QRS' 波群明显变窄, 时间多在 0.14 s 左右 (图 13)。

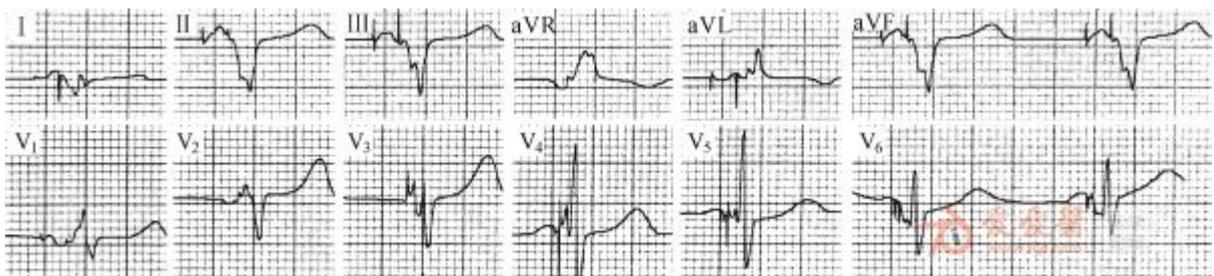


图 13 三腔起搏器 (CRT) 呈左、右心室基本同步起搏时的心电图特征 (胸前导联起搏 QRS' 波形类正常除极时的图形)

例 11：患者男性，52 岁，临床诊断：扩张型心肌病，植入三腔起搏器 2 年。设置的起搏器参数：基本起搏周期 1 000 ms，频率 60~120 次/min，A-V 间期 120 ms，心室后心房不应期 300 ms，心室不应期 300 ms。如图 13 所示，V4~V6 导联可见窦性 P 波并触发心室起搏，其 P-V 间期 0.12s，其余导联均为 DDD 起搏，A-V 间期 0.12 s。在 V5、V6 导联起搏 QRS' 波群前有两根相距 0.02 s 的心室起搏脉冲，起搏 QRS' 时间 0.15 s，其形态在 I 导联呈 Qrs 型，II、III、aVF 导联呈 QS 或 rS 型；在胸前导联主波方向基本上与正常心脏除极时主波方向类似，表现为左、右心室基本同步收缩。心电图诊断：①窦性搏动；②三腔起搏器，以 VDD 和 DDD 模式起搏，功能未见异常；③表现为左、右心室基本同步收缩，右心室起搏电极放置在右心室心尖部。

4、左心室或右心室电极脱位

若 QRS 波群突然变宽或突然由类右束支阻滞图形转变为类左束支阻滞图形，则应考虑左心室起搏失夺获或电极脱位。

基础起搏心电图解读系列讲座（10）： 起搏器节律对自身心电的影响

作者：何方田

链接：<http://bbs.iiyi.com/thread-2622634-1.html>

起搏器的植入人为地增加了心脏的起搏点，它与心脏自身节律可发生相互影响而出现以下心电图表现。

一、重整窦房结节律

当窦性频率慢于 AAI 起搏心律、VVI 起搏心律伴逆传心房、DDD 起搏心律及起搏器介导性心动过速的频率时，其起搏 P' 波、逆传 P—波均可逆传窦房结使其节律持续重整，导致窦性 P 波难以显现（图 1~图 3）。

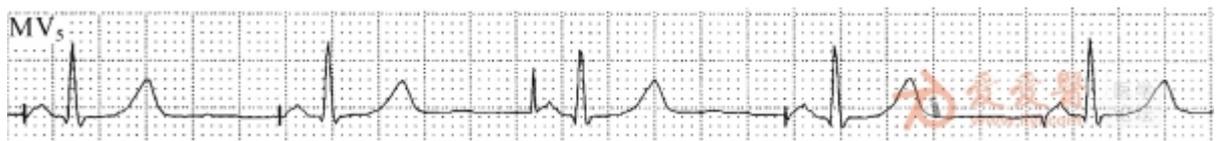


图 1 AAI 起搏心律，未见窦性 P 波显现

例 1: 患者男性, 74 岁, 临床诊断: 病态窦房结综合征, 植入心房起搏器 2 年。设置的起搏器参数: 基本起搏周期 1 100 ms, 频率 55 次/min, 心房不应期 400 ms。MV5 导联 (图 1) 未见窦性 P 波, 可见心房起搏脉冲后跟随相应的 P' 波, 其起搏周期 1.10 s, 频率 55 次/min, 脉冲的振幅和极性有所不同, A-R 间期 0.18 s, QRS 波形正常。心电图诊断: ①未见窦性 P 波, 窦性停搏或起搏 P' 波逆传窦房结使其节律持续重整所致; ②AAI 起搏心律, 起搏器功能未见异常 (严格地说起搏器的感知功能无法评价)。

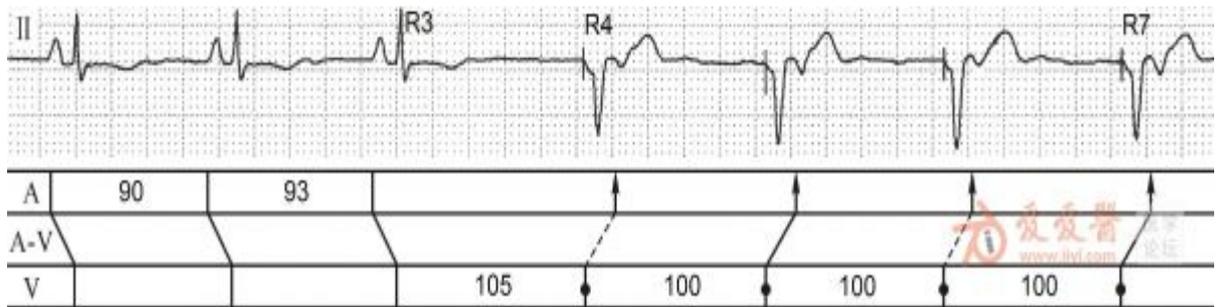


图 2 VVI 起搏心律伴室-房逆传双径路, 心室起搏后未见窦性 P 波显现

例 2: 患者男性, 60 岁, 临床诊断: 病态窦房结综合征, 植入心室起搏器 3 年。设置的起搏器参数: 基本起搏周期 1 000 ms, 频率 60 次/min。II 导联 (图 2) 显示窦性 P 波形态尖耸, 电压 0.25 mV, 其 P-P 间期 0.90~0.93 s, 频率 65~67 次/min。当窦性激动未能及时发放且大于起搏室性逸搏周期 (R3-R4 间期) 1.05 s 时, 便由心室起搏脉冲发放带动心室起搏, 如 R4~R7 搏动, 其起搏周期 1.0 s, 频率 60 次/min。每个 VVI 起搏后均有逆行 P—波跟随, R'—P—间期 0.17 s, 但其 P—波形态呈浅、深交替性改变, 提示是由室-房逆传双径路所致。心室起搏后未见窦性 P 波, 与逆行 P—波逆传窦房结使其节律重整, 或与窦性激动在窦房交接区发生连续干扰有关; 可见 T 波浅倒。心电图诊断: ①窦性心律; ②提示窦性停搏; ③肺型 P 波可疑, 需结合临床; ④VVI 起搏心律伴室-房逆传双径路, 起搏器功能未见异常; ⑤轻度 T 波改变。



图 3 DDD 起搏心律时, 未见窦性 P 波显现

例 3: 患者男性, 63 岁, 临床诊断: 病态窦房结综合征, 植入双腔起搏器 5 年。设置的起搏器参数: 基本起搏周期 1 000 ms, 频率 60~120 次/min, A-V 间期 180 ms。MV1 导联 (图 3) 未见窦性 P 波, 可见心房、心室起搏脉冲后跟随相应的起搏 P' 波和 QRS' 波群, A-V 间期 0.18 s, 起搏周期 1.0 s, 频率 60 次/min, 起搏逸搏周期 (R5-V 间期) 1.0 s; R1 搏动的 QRS 波形与其他心室起搏 QRS' 波形略异, 为心房起搏搏动经房室交接区下传心室与经 A-V 间期触发心室起搏两者所形成的室性融合波; R5 搏动提前出现, 落在 T 波的下降肢上, 其前无相关的 P 波, 为室性早搏。心电图诊断: ①未见窦性 P 波, 提示窦性停搏或起搏 P' 波逆传窦房结使其节律持续重整所致; ②双腔起搏器, 以 DDD 模式工作, 起搏器功能未见异常; ③室性早搏, 呈广义的 Ron-T 现象; ④室性融合波。

二、干扰性窦房分离

当窦性频率与 AAI 起搏心律、VVI 起搏心律伴逆传心房、DDD 起搏心律及起搏器介导性心动过速的频率接近时, 即窦性 P-P 间期与 P' -P' 间期或 P—P—间期互差 ≤ 0.09 s, 其 P'、P—波逆传时在窦房交接区与窦性激动产生连续干扰而形成干扰性窦房分离, 致使窦性 P 波难以显现 (图 4)。

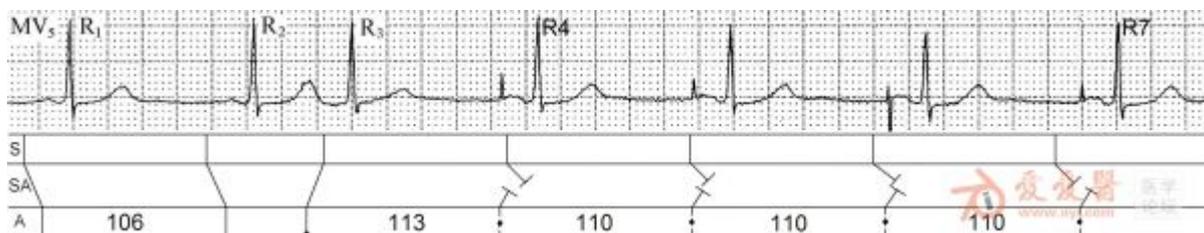


图 4 窦性激动与心房起搏激动在窦房交接区产生干扰性窦房分离
致使窦性 P 波难以显现

例 4: 患者男性, 70 岁, 临床诊断: 病态窦房结综合征, 植入双腔起搏器 1 年。设置的起搏器参数: 基本起搏周期 1 100 ms, 频率 55~120 次/min, A-V 间期 240 ms, 心室后心房不应期 300 ms, 心室不应期 300 ms。MV5 导联 (图 4) 显示 R1、R2 搏动为窦性搏动, 其 P-P 间期 1.06 s, 频率 57 次/min, P-R 间期 0.13 s; R3 搏动为提前出现的 P' -QRS-T 波群, P' -R 间期 0.25 s, 为房性早搏伴干扰性 P' -R 间期延长; R1~R3 搏动表现为 ODI 模式; 房性早搏代偿间歇后出现 AAI 起搏心律 (R4~R7 搏动), 其起搏房性逸搏周期 1.13s, 起搏周期 1.10 s, 频率 55 次/min, 期间未见窦性 P 波出现。心电图诊断: ①窦性心动过缓; ②房性早搏伴干扰性 P' -R 间期延长; ③双腔起搏器, 以 ODI、AAI 模式工作, 起搏器功能未见异常; ④不完全性干扰性窦房分离。

三、房室干扰及干扰性房室分离

VVI 起搏时，可产生房室干扰或干扰性房室分离，从而使房室间失去正常的收缩顺序，将不同程度地影响血流动力学，严重者可出现心室起搏器综合征（图 5）。

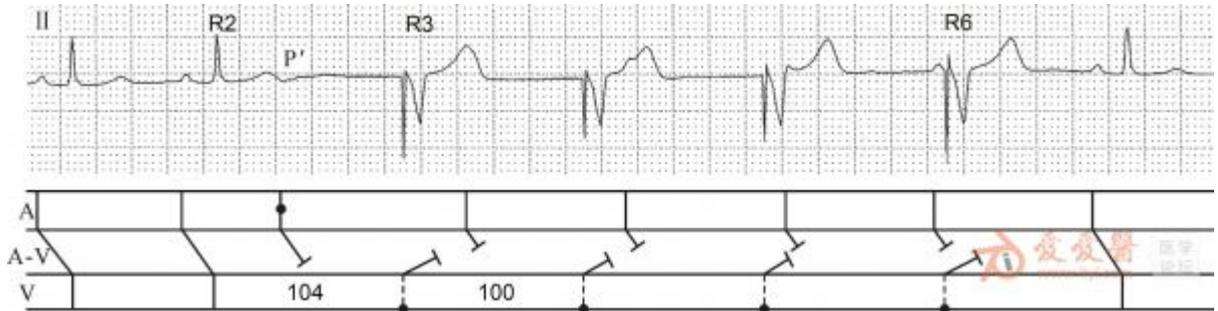


图 5 阻滞型房性早搏引发 VVI 起搏心律及不完全性干扰性房室分离

例 5：患者男性，80 岁，临床诊断：病态窦房结综合征，植入心室起搏器 1 年。设置的起搏器参数：基本起搏周期 1 000 ms，频率 60 次/min，心室不应期 350 ms。II 导联（图 5）显示阻滞型房性早搏（P'）后连续出现 4 次 VVI 起搏（R3~R6 搏动），其起搏周期 1.0 s，频率 60 次/min，起搏室性逸搏周期（R2-R3 间期）1.04 s，窦性 P 波重叠在起搏 QRS-T 波群的不同部位上而形成不完全性干扰性房室分离。心电图诊断：①窦性心律；②阻滞型房性早搏；③VVI 起搏心律，起搏器功能未见异常；④不完全性干扰性房室分离。

四、房性或室性融合波

若起搏搏动与自身搏动共同除极心房或心室，则形成房性或室性融合波（图 6）。

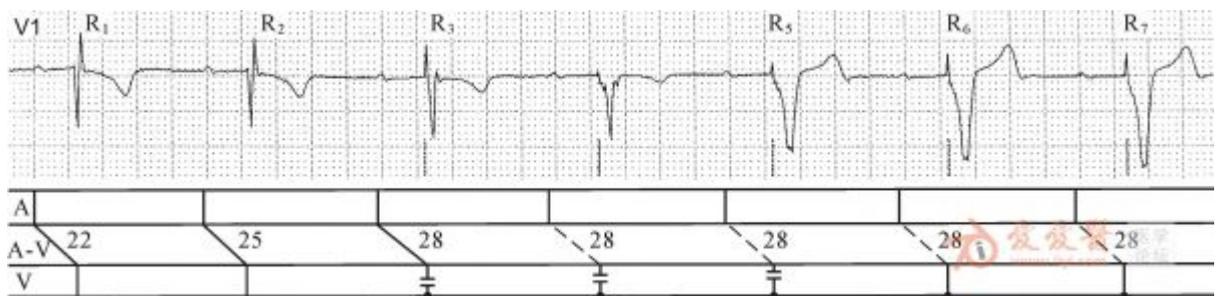


图 6 双腔起搏器以 ODI、VAT 模式起搏伴不同程度的室性融合波

例 6：患者男性，63 岁，临床诊断：高度房室阻滞，植入双腔起搏器 1 年。设置的起搏器参数：基本起搏周期 1 000 ms，频率 60~120 次/min，A-V 间期 280 ms，心室后心房不应期 300 ms。V1 导联（图 6）显示窦性 P-P 间期 0.97~1.02 s，频率 59~62 次/min；P-R 间期由 0.22 s→0.25 s→0.28 s 直至与 P-V 间期一致，经 P-V 间期

触发心室起搏；窦性下传 QRS 波群呈 rSR' 型，时间 0.08 s，如 R1、R2 搏动；R6、R7 搏动以 VAT 模式起搏，R3~R5 搏动为窦性 P 波经房室交接区下传与经 P-V 间期触发心室起搏而形成不同程度的室性融合波。心电图诊断：①窦性心律；②长 P-R 间期型二度 I 型房室阻滞；③提示不完全性右束支阻滞；④双腔起搏器，以 ODI、VAT 模式起搏伴不同程度的室性融合波，起搏器功能未见异常。

五、起搏-反复搏动二联律

包括房性起搏-反复搏动二联律和室性起搏-反复搏动二联律两种。其中，前者是指 AAI 起搏时，心房起搏搏动在下传心室过程中又从另一条径路折回心房产生逆行 P—波，形成起搏 P' -QRS-P—或起搏 P' -QRS-P—QRS 序列，并以二联律形式出现(图 7)；而后者是指 VVI 起搏时，心室起搏搏动在逆传心房过程中又从另一条径路折回心室产生正常 QRS 波群或伴心室内差异性传导，形成起搏 QRS' -P—QRS 序列，并以二联律形式出现(图 8)。

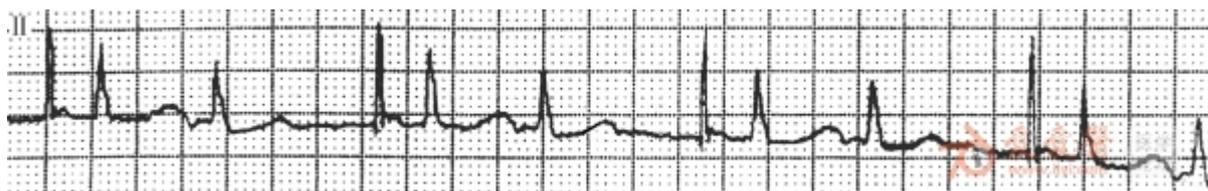


图 7 AAI 起搏-反复搏动二联律

例 7：患者男性，58 岁，临床诊断：病态窦房结综合征，植入 AAIR 起搏器 2 年。设置的起搏器参数：基本起搏周期 1 000 ms，频率 60~120 次/min。II 导联(图 7)未见窦性 P 波，呈现心房起搏 P' 波-正常 QRS 波群-逆行 P—波-正常 QRS 波群的序列，以二联律形式出现；R-P—间期 0.40 s，P—R 间期 0.12 s，起搏逸搏周期 0.84 s，频率 71 次/min。该逆行 P—波形成的机制有 2 种：①折返部位在房室交接区，即存在房性反复搏动；②折返部位在心房下部，即折返性房性早搏。心电图诊断：①AAI 起搏-反复搏动(房性反复搏动)二联律；②房室交接区双径路传导；③不能排除心房下部折返性房性早搏二联律。



图 8 VVI 起搏-反复搏动二联律

例 8: 患者男性, 74 岁, 临床诊断: 病态窦房结综合征, 植入 VVIR 起搏器 3 年。设置的起搏器参数: 基本起搏周期 1 000 ms, 频率 60~120 次/min。II 导联 (图 8) 在 P—P 间期长达 1.70 s 时, 始终未见窦性 P 波出现; 可见 VVI 起搏 QRS' -逆行波 P—正常 QRS 波群的序列, 呈现二联律形式; R' -P 间期 0.64 s, P—R 间期 0.16 s, 起搏逸搏周期 0.90 s, 频率 67 次/min; T 波浅倒。心电图诊断: ①始终未见窦性 P 波, 提示窦性停搏所致; ②VVI 起搏-反复搏动 (室性反复搏动) 二联律; ③房室交接区双径路传导; ④T 波改变。

六、起搏-窦性夺获二联律

当窦性心动过缓、间歇性窦性停搏或二度窦房阻滞时, 若植入心室起搏器, 则有可能出现每隔 1 个起搏 QRS' 波群后跟随 1 个窦性夺获 QRS 波群, 两者呈交替出现而类似于逸搏-夺获二联律 (图 9)。

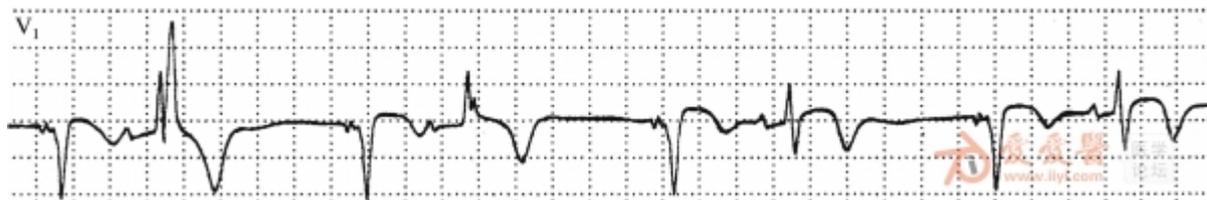


图 9 VVI 起搏-窦性夺获二联律

例 9: 患者女性, 78 岁, 临床诊断: 病态窦房结综合征, 植入心室起搏器 5 年。设置的起搏器参数: 基本起搏周期 1 000 ms, 频率 60 次/min。V1 导联 (图 9) 显示窦性 P-P 间期 1.66~1.80 s, 频率 33~36 次/min, 窦性下传的 QRS 波形正常或呈不同程度的右束支阻滞图形; 可见心室起搏脉冲引发的宽大畸形 QRS-T 波群, 其起搏室性逸搏周期 1.02 s。心电图诊断: ①显著的窦性心动过缓, 可能由 2:1 二度窦房阻滞所致; ②VVI 起搏-窦性夺获二联律, 有时伴心室内差异性传导; ③起搏器功能未见异常。

七、诱发快速性心律失常

当有激动逆传心房或心房起搏器感知功能异常时, 若起搏脉冲落在心房易颤期内, 则易引发心房扑动或心房颤动; 当心室感知功能异常时, 若起搏搏动或自身搏动落在心室易颤期内, 则易引发快速性室性心律失常, 甚至危及患者的生命。

八、起搏器介导性心动过速

植入双腔起搏器后, 当室性异位搏动逆传心房且室房逆传时间大于心室后心房不应期, 或心房起搏功能不良而心室起搏搏动又能逆传心房时, 就有可能产生起搏器介

导性心动过速（图 10 和图 11）。起搏器介导性心动过速是双腔起搏器植入后的并发症，常见的诱发因素有磁场干扰、肌电干扰、房性或室性早搏、起搏器感知故障、起搏器电源耗竭等。起搏器介导性心动过速发生时，其冲动在起搏器、心房和心室电极导线及心脏特殊传导系统之间发生折返而形成快速性心律失常。现代起搏器因增加了自动终止功能，绝大多数的起搏器介导性心动过速均可自动终止。其心电图特点：①突然发生快速、整齐的心室起搏心电图，心室率常在 90~130/min 的范围内；②快速整齐的心室起搏可由房性早搏、室性早搏所诱发；③快速整齐的心室起搏可突然停止，恢复双腔起搏心电图；④心室起搏后的逆行 P—波常落入起搏搏动的 ST 段或 T 波之中而较难识别。

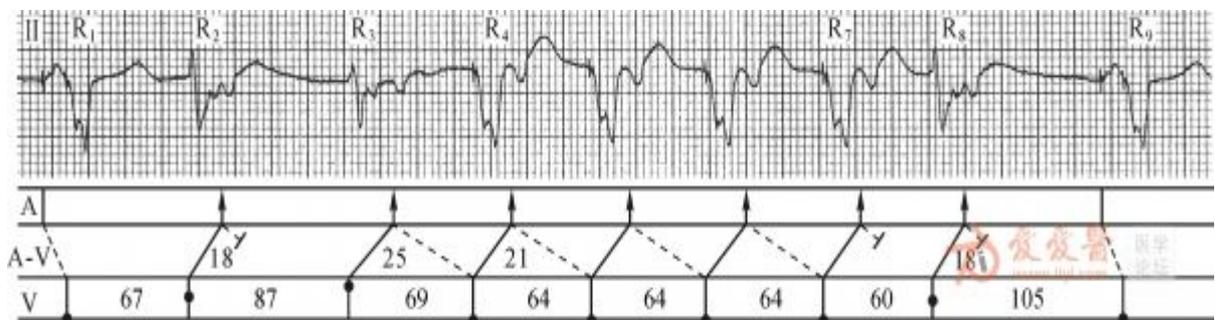


图 10 加速的室性逸搏诱发起搏器介导性心动过速

例 10：患者女性，65 岁，临床诊断：冠心病，病态窦房结综合征，心力衰竭，植入三腔起搏器 1 周。设置的起搏器参数：基本起搏周期 1 000 ms，频率 60~100 次/min，A-V 间期 120 ms，心室后心房不应期 200 ms，心室不应期 300 ms。II 导联（图 10）显示 R1、R9 搏动为三腔起搏，其中 QRS' 波群前有 2 个起搏脉冲，A-V 间期 0.12 s，起搏室性逸搏周期 1.05 s；R2、R8 搏动为提前出现的宽大畸形的 QRS-T 波群，其前无 P（P'）波，其后有逆行 P—波跟随，R'—P—间期 0.18 s，为同源性室性早搏；R3 搏动为延迟出现的宽大畸形的 QRS-T 波群，逸搏周期 0.87 s，频率 69 次/min，为加速的室性逸搏，其后也有逆行 P—波跟随，R'—P—间期 0.25 s，并诱发了起搏器介导性心动过速，频率 94 次/min，如 R4~R7 搏动。此时 R'—P—间期 0.21 s，P—V 间期 0.44 s，该心动过速被 R8 室性早搏所终止。心电图诊断：①三腔起搏器，以 DDD 和 VAT 模式起搏；②室性早搏伴逆传心房；③加速的室性逸搏诱发起搏器介导性心动过速，又被室性早搏所终止；④提示室-房逆传双径路。

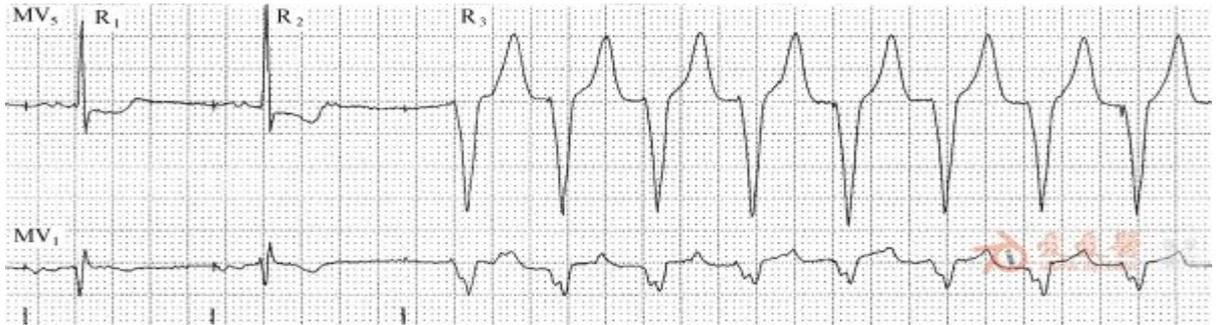


图 11 间歇性心房起搏功能不良伴心室起搏搏动逆传心房
引发起搏器介导性心动过速

例 11: 患者女性, 70 岁, 临床诊断: 病态窦房结综合征, 植入双腔起搏器半年。设置的起搏器参数: 基本起搏周期 1 000 ms, 频率 60~120 次/min, A-V 间期 240~320 ms, 心室后心房不应期 200 ms。MV5、MV1 导联同步记录 (图 11), 其中 MV1 导联定准电压 5 mm/mV。R1、R2 搏动为 AAI 起搏, 其起搏 P' 波增宽, 时间 0.16 s, 呈双峰切迹, 两峰距 0.06s, A-R 间期 0.24 s; MV1 导联 QRS 波群呈 rsR' 型, 时间 0.09 s, 而 MV5 导联 ST 段呈缺血型压低 0.05~0.1 mV, T 波有时倒置; R3 搏动为 DDD 起搏, 起搏周期 1.0 s, 频率 60 次/min, A-V 间期 0.24 s, 但心房起搏脉冲后未跟随相应的 P' 波, 心室起搏 QRS' 波群后有逆行 P—波跟随, 其 R' -P—间期 0.24 s; 在 P' -P—间期长达 1.51s 时, 未见窦性 P 波出现。该逆行 P—波被心房电极感知后, 触发心室起搏而形成起搏器介导性心动过速, 其起搏周期 0.52 s, 频率 116 次/min, 小于起搏器设定的上限频率。心电图诊断: ①未见窦性 P 波, 提示窦性停搏所致; ②起搏 P' 波增宽、A-R 间期延长, 可能由心房内阻滞所致; ③不完全性右束支阻滞; ④双腔起搏器, 以 AAI、DDD 及 VAT 模式起搏; ⑤间歇性心房起搏功能不良, 提示心房电极亚脱位所致; ⑥心房和心室感知功能及心室起搏功能均正常; ⑦起搏器介导性心动过速; ⑧ST-T 改变。

九、心室起搏对急性心肌梗死心电图诊断的影响

右心室起搏改变了心室除极、复极的顺序, 不但 QRS 波形发生改变掩盖了急性心肌梗死时的异常 Q 波, 而且其 ST 段、T 波也不可避免地受到影响。故临床上若遇到植入起搏器后出现胸痛的患者, 分析心电图时不但应密切结合临床情况及实验室检测指标, 如心肌酶谱、肌钙蛋白等, 还应对比无症状时的起搏心电图, 必要时可通过程控降低起搏频率, 以利于显示自身节律, 观察有无异常 Q 波、ST 段是否呈损伤型抬高。若发现有症状时记录的心电图较无症状时心电图 ST 段抬高、T 波呈明显变化, 尤其是起搏 QRS' 波群主波向下时, 出现 ST 段压低 ≥ 0.1 mV 伴 T 波倒置或者 ST 段抬高 $> 0.5 \sim$

0.8 mV 或超过同导联 T 波振幅的一半或超过 S 波的深度，且呈动态演变，则提示存在急性心肌梗死（图 12 和图 13）。

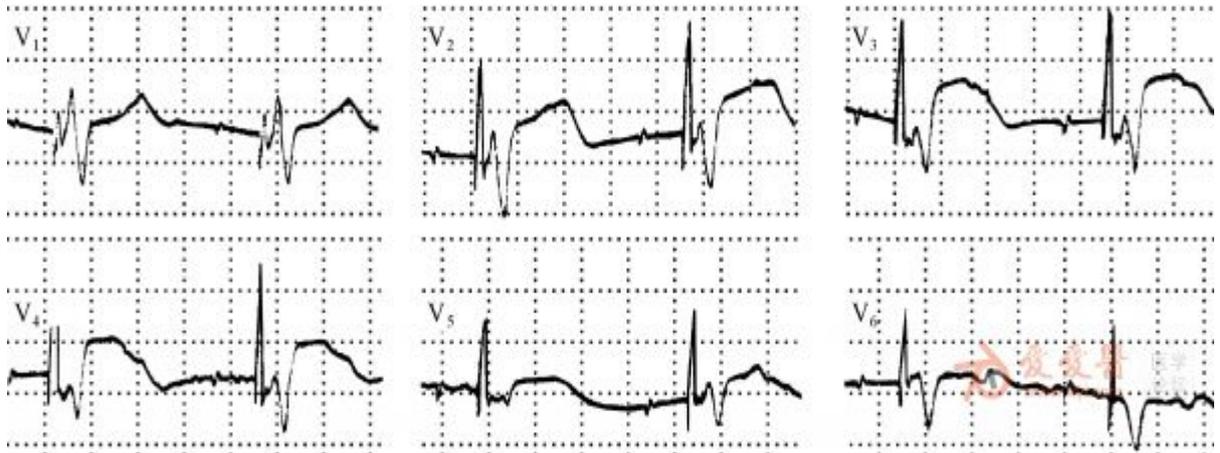


图 12 DDD 起搏心律伴前间壁、前壁急性心肌梗死

例 12：患者男性，64 岁，临床诊断：病态窦房结综合征，植入双腔起搏器 3 年，急性心肌梗死。设置的起搏器参数：基本起搏周期 1 000 ms，频率 60~120 次/min，A-V 间期 180 ms。胸前导联心电图（图 12）显示 DDD 起搏心律，其起搏周期 0.90 s，频率 67 次/min，A-V 间期 0.18 s；V1~V5 导联起搏 QRS' 波群的 r 波振幅逐渐减小，V2~V5 导联 ST 段呈上斜型或弓背型抬高 0.15~0.4 mV，超过同导联 T 波振幅的一半。心电图诊断：①双腔起搏器，以 DDD 模式起搏，起搏器功能未见异常；②前间壁及前壁 r 波振幅逆递增伴 ST 段改变，提示急性心肌梗死所致，请结合临床。

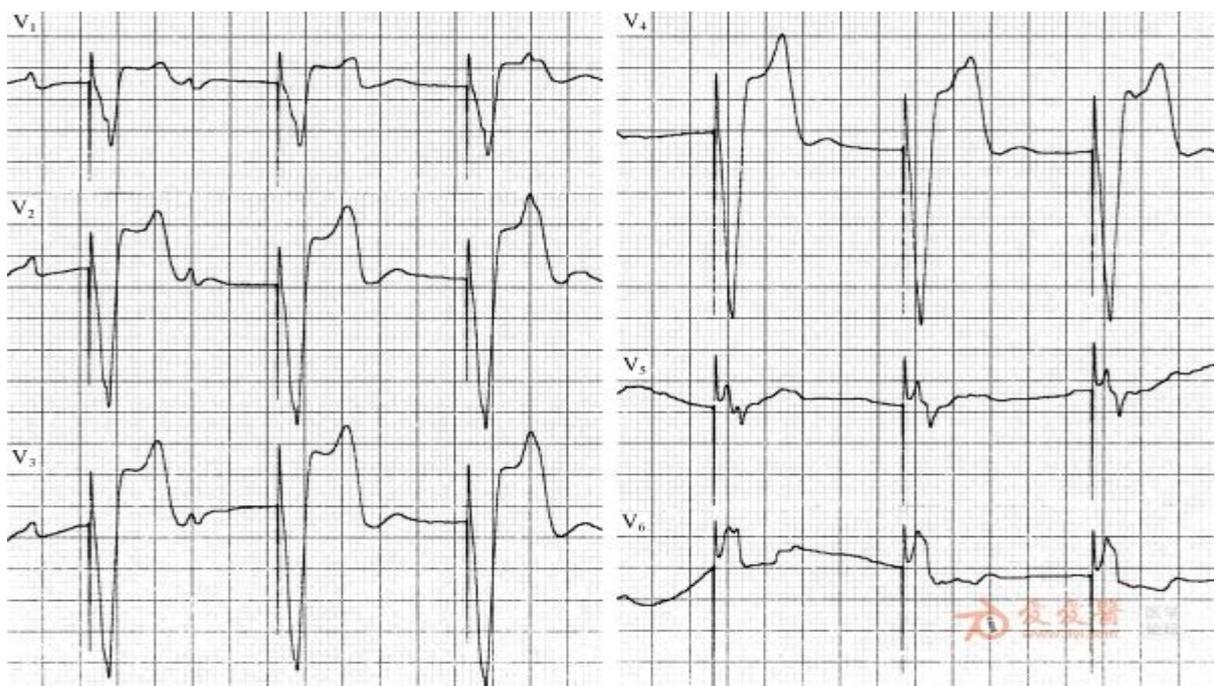


图 13 VVI 起搏心律伴前间壁、前壁急性心肌梗死

例 13: 患者男性, 83 岁, 临床诊断: 三度房室阻滞, 植入心室起搏器 2 年, 胸痛 2 h。设置的起搏器参数: 基本起搏周期 1 000 ms, 频率 60 次/min。胸前导联心电图 (图 13) 显示窦性 P-P 间期 0.86 s, 频率 70 次/min, P-R 间期长短不一; QRS 波群均由心室起搏脉冲所引发, 其起搏周期 1.0 s, 频率 60 次/min, V1~V4 导联 ST 段呈水平型抬高 0.35~0.95 mV, T 波高耸。心电图诊断: ①窦性心律; ②完全性房室分离, 由三度房室阻滞所致; ③VVI 起搏心律, 起搏器功能未见异常; ④前间壁、前壁 ST 段呈水平型抬高, 提示急性心肌梗死所致, 请结合临床。

十、心室起搏引起心室电张调整性 T 波改变

右心室起搏后, 在以 R 波为主的导联 (II、III、aVF、V4~V6) 会出现 T 波倒置, 类似“冠状 T 波”, 部分患者可伴有 ST 段压低。该 T 波倒置究竟是原发性 T 波改变, 还是电张调整性 T 波改变, 或两者兼有之, 有时难以区分, 往往容易造成漏诊或误诊, 延误治疗时机。原发性 T 波改变多由心肌缺血、劳损等病理性因素所致, 属病理性改变; 而电张调整性 T 波改变则是心室起搏后正常的电生理现象, 属功能性改变 (图 14)。

电张调整性 T 波改变的心电图特征: ①可发生在植入起搏器 5 h 后, 在 2 周左右达高峰, 停止起搏后会维持一段时间再逐渐消失; ②常出现在以 R 波为主的导联, 如 II、III、aVF、V4~V6 导联; ③ T 波倒置方向与起搏 QRS' 波群方向一致, T 波两肢不太对称, 前肢长于后肢, 而有别于两肢呈对称性倒置的缺血型 T 波改变; ④一般不会像心肌梗死的 T 波改变那样出现动态变化; ⑤ Q-T 间期延长且部分患者可伴有 ST 段改变。

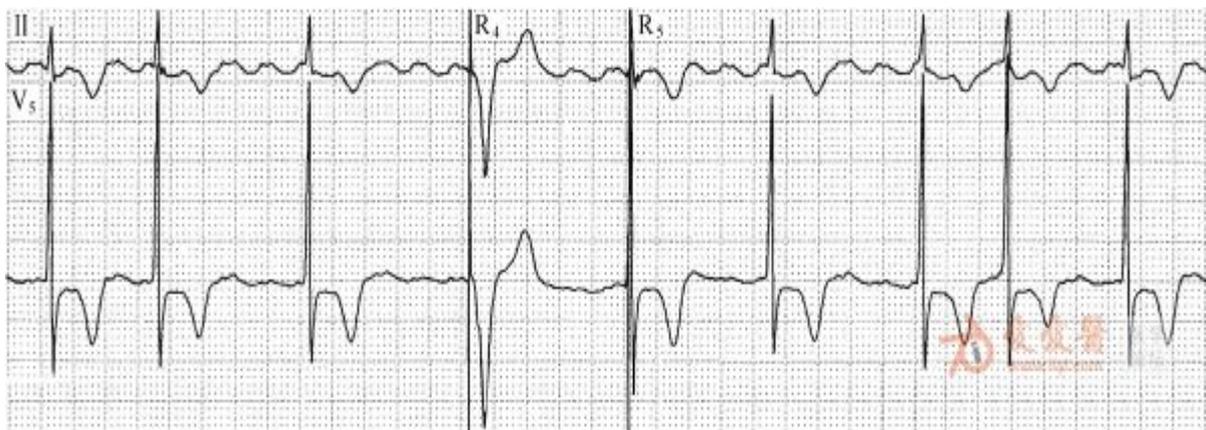


图 14 VVI 起搏引起心室电张调整性 T 波改变

例 14：患者男性，64 岁，临床诊断：病态窦房结综合征，植入双腔起搏器 5 年，后程控为 VVI 起搏。设置的起搏器参数：基本起搏周期 1 000 ms，频率 60 次/min。II、V5 导联同步记录（图 14），显示 P 波消失，代之以 F 波，R-R 间期不规则，房室呈 2：1~4：1 传导，平均心室率约 70 次/min；当房室传导比例 $\geq 4：1$ 时，心室就发放起搏脉冲并夺获心室（R4 搏动），其起搏周期 1.0 s，起搏室性逸搏周期 1.03 s，有时起搏脉冲重叠在自身 QRS 波群中（R5 搏动）；V5 导联 R 波电压最高达 2.8 mV，ST 段呈水平型或弓背向上型压低 0.1~0.15 mV，T 波倒置。心电图诊断：①心房扑动伴正常的心室率，房室呈 2：1~4：1 传导；②偶见 VVI 起搏和伪室性融合波，起搏器功能未见异常；③ST-T 改变，提示由心室电张调整性 T 波改变所致。

十一、起搏器功能异常引起相应的心律失常

如感知功能低下引起竞争性心律失常而出现人工性早搏（图 15）、感知功能过强引发起搏周期延长（图 16）或停搏（图 17）、起搏功能异常引起心室停搏（图 18）、电能耗竭或起搏器元器件失灵引起频率奔放现象等。



图 15 心室起搏器感知功能低下出现人工性“室性早搏”二联律

例 15：患者男性，84 岁，临床诊断：冠心病，病态窦房结综合征，植入心室起搏器 10 年。设置的起搏器参数：基本起搏周期 1 000 ms，频率 60 次/min。MV5 导联（图 15）显示基本 P-P 间期 1.11~1.68 s，频率 36~55 次/min，大多 P-R 间期为 0.20 s，仅 P2、P3 落在起搏搏动 T 波顶峰上其下传的 P-R 间期约为 0.32s，QRS 时间 0.11 s，ST 段呈缺血型压低 0.1 mV，T 波倒置；可见心室起搏脉冲呈固定发放，与窦性搏动竞争性控制心室，形成窦性搏动-心室起搏二联律，心室起搏周期 1.30~1.41 s，频率 43~46 次/min。心电图诊断：①窦性心动过缓伴显著不齐；②心室起搏器感知功能低下引发人工性“室性早搏”二联律、起搏频率明显减慢及不齐，提示起搏器电能耗竭所致；③窦性夺获心室时出现干扰性 P-R 间期延长；④ST-T 改变，请结合临床。

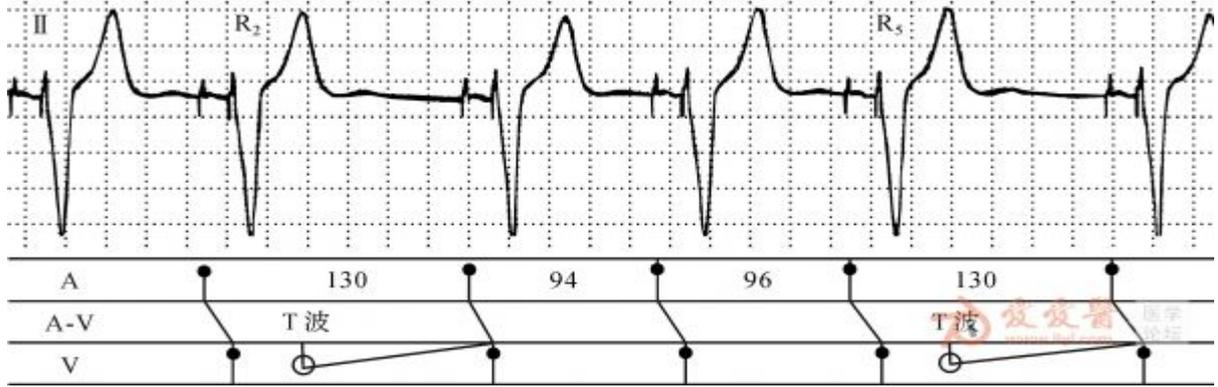


图 16 双腔起搏器心室电极间歇性感知 T 波导致起搏周期延长

例 16: 患者男性, 65 岁, 临床诊断: 病态窦房结综合征, 植入双腔起搏器 2 年。设置的起搏器参数: 基本起搏周期 960 ms, 频率 63~100 次/min, 心房感知度 0.5 mV, 心室感知度 2.5 mV, 心室不应期 300 ms, 心室后心房不应期 350 ms, A-V 间期 180 ms。II 导联 (图 16) 未见窦性 P 波, 显示 DDD 起搏心律, 起搏周期呈 0.94~0.96 s、1.30 s 短长两种, 仔细测量发现 R2、R5 搏动的 T 波顶峰与其后的心室脉冲的间距恰好为 0.96 s, 与起搏周期一致, 表明心室电极感知了 T 波并以此重整了起搏器的节律。心电图诊断: ①提示窦性停搏; ②双腔起搏器, 以 DDD 模式起搏; ③心室电极间歇性感知 T 波导致起搏周期延长, 提示心室电极感知功能过强所致。

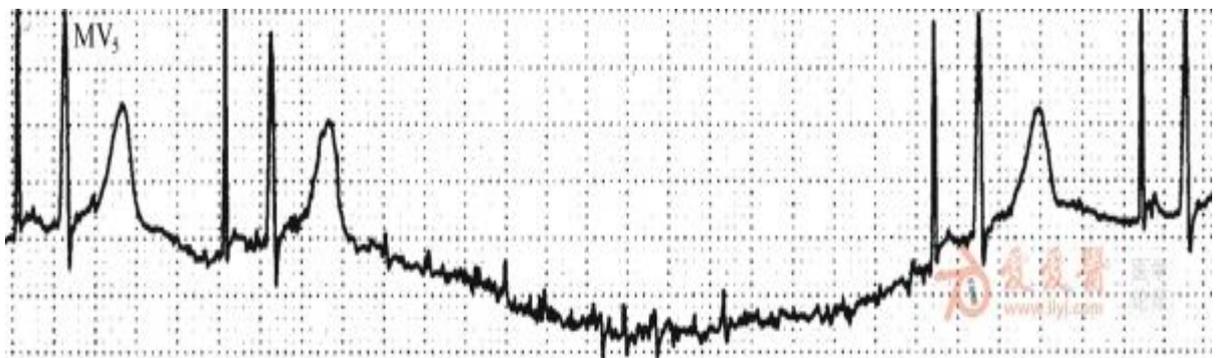


图 17 心房起搏器感知肌电波导致起搏器节律重整出现短暂性全心停搏

例 17: 患者男性, 66 岁, 临床诊断: 病态窦房结综合征, 植入心房起搏器 5 年。设置的起搏器参数: 基本起搏周期 1 000 ms, 频率 60 次/min, 心房感知度 0.5 mV, 心房起搏电压 2.5 V。MV5 导联 (图 17) 显示心房基本起搏周期 1.0 s 频率 60 次/min, 发生肌电波干扰时出现长达 3.44 s 的起搏周期, A-R 间期 0.22 s。心电图诊断: ①窦性停搏; ②AAI 起搏心律; ③肌电干扰波抑制起搏器脉冲发放而引发短暂性全心停搏, 提示心房起搏器感知功能过强所致; ④下级起搏点功能不良, 符合双结病的心电图改变。

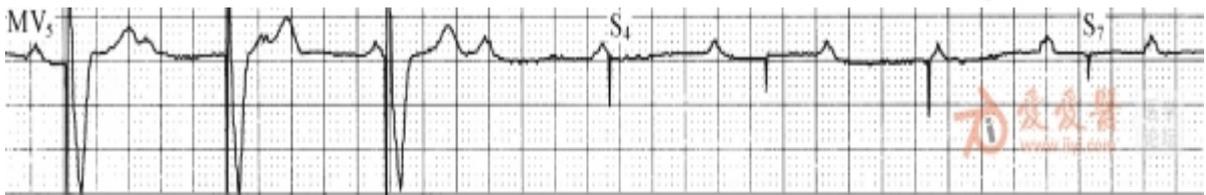


图 18 心室起搏功能异常引起的短暂性心室停搏

例 18: 患者女性, 75 岁, 临床诊断: 三度房室阻滞, 植入心室起搏器 8 年, 晕厥原因待查。设置的起搏器参数: 基本起搏周期 1 000 ms, 频率 60 次/min。MV5 导联 (图 18) 显示窦性 P-P 间期 0.64~0.71 s, 频率 85~94 次/min, P 波均未能下传心室; 可见 VVI 起搏心律, 其起搏周期有 0.96~1.0 s、1.38 s 短长两种, 其中 S4 起搏脉冲与其前 T 波顶峰的时距恰好为 1.0 s, 表明心室电极感知了 T 波并使起搏器节律重整; S4~S7 起搏脉冲均未能夺获心室, 也未见下级起搏点发放激动, 以致出现长达 4.8 s 以上的心室停搏现象。心电图诊断: ①窦性心律; ②三度房室阻滞; ③VVI 起搏心律、间歇性心室起搏功能异常而引起短暂性心室停搏及间歇性感知功能过强, 提示电能耗竭所致; ④下级起搏点功能不良。

十二、结束语

随着临床上功能复杂的起搏器植入日益增多, 相应的起搏心电图也日趋复杂多变, 这主要体现在以下几个方面: ①自身节律与起搏器节律相互影响, 如自身节律被感知后将使起搏器节律重整, 心房发放的起搏脉冲可逆传窦房结使其节律重整; ②双腔起搏器所设置的各种参数使心房、心室两腔相互制约和相互影响; ③为了尽量模仿窦房结、房室结的功能, 现代起搏器设置了各种特殊功能, 增加了起搏心电图分析的难度; ④起搏后可引发各种心律失常, 如起搏器介导性心动过速等; ⑤若发生起搏器故障或功能异常, 心电图表现则更为复杂; ⑥右心室起搏使心室除极顺序发生改变, 会对自身节律的搏动产生影响, 如影响急性心肌梗死的诊断及出现电张调整性 T 波改变等; ⑦原本就存在的各种心律失常, 在植入起搏器后仍会继续出现。因此, 如何正确地阅读、分析这类起搏心电图已成为心电学诊断面临的新问题、新挑战!

责任编辑: kangjing_dr

医院进社区为何“堵得慌”？

链接：<http://www.iyi.com/d-18-226156.html>

医院开进社区本是为了更方便市民看病，不过最近接连发生的抵触事件，不禁让人对这种想法打上了问号。事实上，现今一方面是人们对社区医院、诊所有需求，另一方面又害怕污染物在小区扩散。面对大多数居民的强烈反对，卫计部门会行使一票否决权，这让一些基层医疗工作的推进陷入了两难。

根据佛山不少社区医院和门诊的情况，不少早期建成的社区医院和门诊也是开设在居民楼之间。这些社区医院经过几年的发展，逐渐形成了自己的口碑。在国家出台政策鼓励民营资本进入医疗领域后，人们维权意识开始觉醒，对新进来的医疗机构和诊所抱有很大的不信任感，导致两者前后反差较大。

如何缓解医院和居民两者之间的矛盾？业内人士表示，最重要还是要消除群众的不信任感。

反对方

社区开诊所遭居民连连反对

过去由于布局和规划的原因，优质医疗资源过分集中在市中心，居民的日常保健并不是很方便，而社区医院和社区门诊则可以填补这方面的空白。但在社区里开医院或者门诊，却不是一件简单的事情。不久前，佛山禅城区依云上城的业主抗议小区开诊所。当事人冯先生表示，自己打算开一家诊所，以健康咨询、针灸、推拿理疗为主。然而公示一出，却引得周边居民抗议连连。

时间追溯到 2009 年，当时发展较快的佛山健翔医院因为床位等原因需要寻找一个相当面积的新址。该医院的负责人表示，当时医院特意向禅城区卫生局提出搬迁申请，区卫生局在贴出公示后，并没有收到市民的意见。该院只做中医推拿、针灸，最多有少许中药味，并不会给居民的生活带来太多影响。即使这样，健翔医院迁新址的计划依然因为居民的强烈反对而落了空。

民营心理医院因居民反对“难产”

无独有偶，中山首家民营心理医院也因选址问题而“难产”。今年辞任中山市第三人民医院副院长的甘露春，与其团队筹备全市首家民营心理医院时，却因选址问题遭到居委会和学校反对，导致项目暂停。

甘露春表示，该项目选址在中心城区一个“三旧改造”的厂房，不过却遭到附近

居民的强烈反对。目前项目还处于僵持的状态。

甘露春直言，居民们的反应“过激”了。“我们做的是民生工程，对百姓是大有裨益的。”精神病人在医务工作者的管理下一般不会骚扰到居民的生活。尽管面临困境，甘露春仍表示不会丧失信心。“项目新的选址已确定在中山板芙镇，将以一个健康产业园的形式来做，当地政府也很支持。”

探因：如遭反对卫计部门可一票否决

一方面是居民反对医院、诊所进社区，另一方面又是政府鼓励私人诊所的开办。要弄清楚为何会出现这种尴尬境地，首先还得从卫计部门的审批设置说起。

从《2011年禅城设置医疗机构审查情况公示》可得知，2011年申请设立医疗机构的公司或个人仅为17家。而到了《2014年—2015年申请医疗机构》的公示表可以看到，今年参与公示的医疗机构多达57家。记者对本月所公示的29家参与公示的医疗机构进行了统计，有1家中医门诊和1家诊所获评零分。

佛山市禅城区卫计局医政科科长谭晓泉表示，公示期里如果拟批准的医疗机构遭到投诉，经查核实，将一律取消资格。如果没人投诉，公示期后医疗机构将获得设置批准书。筹备完成并通过卫计部门的验收，医疗机构才能够正式营业。

谭晓泉告诉记者：“此次公示的两家医疗机构都为0分，主要原因是由于居民的反对意见很强烈。”

佛山市卫计局相关负责人告诉记者，如果小区业主和医疗机构在协商后达不成一致或者市民反映很强烈的话，相关法律法规赋予了卫计部门一票否决的权利。

医院必然污染社区环境吗？答案为不是。

日前，记者从佛山市卫计局了解到，2014年佛山综合医疗服务能力位居全省第3位，但根据医疗服务信息分析，佛山医疗服务资源总量仍然不足。

尽管基层医疗机构的设立能带来如此多的好处，但居民反对诊所、医院进社区的情况还是不时发生。该负责人表示，遇见该类型事件时，一般首先会让社区居民与医疗机构协商，如果反对的居民太多或者双方协商不一致的话，就会以不影响市民生活为由而行使一票否决权，不批准医疗机构的成立。

佛山市卫计局相关人员表示，市民担心污染，这其实不是问题。“对于医疗废物的收集，佛山市统一有专门的车辆收集；而对于医疗机构的设立，卫计部门在审批上就会从严，副高以上的职称才能申办，这就是很高的门槛。而在拿药途径上，也是统一规定从正规渠道来拿；另外还有相应的执法队伍来监督执法。”不过即使这样，该负责人也坦言，在推进这项工作最大的困难点就是周边小区市民的不理解。

然而事实上，许多市民仍会觉得身边的社区医院或者诊所会成为定时炸弹。为此

关注

不少市民就列举了社区医院的七大“罪状”，其中包括：医疗垃圾等将造成环境污染，增加病菌感染疾病的几率；外来人员增多，影响住户休息；人员积聚增加小区治安隐患；医院前面是活动区，影响居民休闲娱乐；看病的人将会占用小区车位；医疗设备器械产生的辐射，危害居民健康；造成消防隐患等。

除了担心上述情况外，市民对针对传染病、心理等专科社区医院和诊所都敬而远之。禅城区依云上城的业主李阿姨就表示，“不管如何宣传和解释，小区居民心里都会有个疙瘩。”市民陈先生表示，如果心理有疾病或者精神有问题的病人在附近看病，难保不会发生一些袭击事件。

支持方

政府必须有所作为

佛山市禅城区中心医院城南社区卫生服务中心主任陈庆昭表示，在刚开始接触前，一般市民对盈利性的门诊都很反感。另一方面居民对民办的社区医院、私人诊所所有误解，认为这些社会资本办的医疗机构就是来圈钱的。建议医院尽可能邀请一些名医坐诊，同时政府部门主动出击打击黑诊所等来消除居民的心理隔阂。

而在甘露春看来，要想在此件事上有所突破，必须还得要政府作为。在政府宣传、说服工作等方面，政府的效用比企业大很多。“如果想要推进社会资本进入医疗领域，缓解基层就医矛盾，方便市民看病就医，政府的不遗余力是必须要有的。”

医院与居民能否和谐共处？答案为：可以的。

然而仅仅是选址不合理，才导致市民如此排斥医院和门诊吗？调查发现，在佛山的唐翠园小区里，有两家社区医院，分别是朝阳医院唐园门诊部以及唐翠园社区卫生站。他们所处的位置均是在居民楼下，人来人往。这两家医院均在唐翠园小区里，与居民相安无事共处了非常长的时间。同样，江门的精神病医院也位于中心城区，周边也有楼盘。

建设时间早选址偏僻

业内人士表示，出现此种情况，一是由于建设时间太早，医院和诊所所处的位置确实较为偏僻。而近几年由于城市规模扩张，导致原来的郊区也变成了市中心；另一方面，近期越来越多的反对事件发生，也证明了大家维权意识的觉醒。

重质量、重服务、再是赢信任

服务质量好看病方便

唐翠园社区卫生站的规模并不算大，但是中医、西医一应俱全，卫生站里还开设牙科等业务。下午5时许，该医院的全科医师朱医生接待完最后一个病人后，他才长长地舒了一口气。朱医生说，唐翠园社区卫生站早在1994年便开设，但当时的开设

没有遇到过任何的阻力，反而是一片赞好声。“作为一名医务工作者来说，我只能说一切担心都是不成立的。比如说我们的医疗垃圾，卫计部门都是定时定点用专车来运走的。”

“来我们这里的都是老街坊，通常都是看一些老人病，又或者是一般的发烧感冒。”朱医生说，之所以每天这么多街坊来看病，一是靠他们的口碑，二是等候时间短，三是靠价格，看个感冒发烧一般花10—20元便可以出门，同时就算不用住院也可以报销医保。

以公益性质取得信任

与唐翠园社区卫生站不同，佛山市禅城区中心医院城南社区卫生服务中心则是从公益慈善为切入点进入社区，在做好老年人、慢性病、儿童保健等社区基本公共卫生服务后，逐渐为社区居民接纳，从而从一个以基本公共卫生服务为主的卫生站变成了如今全科医疗服务中心。

该社区卫生服务中心主任陈庆昭告诉记者，该中心自从2009年建立起来，便是以基本公共卫生服务为主，主要为当地居民提供儿童、孕产妇保健、预防接种等免费服务。不以盈利为目的的免费医疗服务受到了居民的普遍接受和欢迎。

不过在陈庆昭眼里看来，在做起全科医疗后，该中心的医疗服务质量以及医务人员素质之高也是当地居民看重的一个重要原因之一。“中心在招人的时候就规定要么是研究生及以上学历，要么就是有中级以上职称，然后还有一套良好的培养体制。”

“出门看病很方便”

虽然禅城区集中了多家三甲医院，但每个医院都人满为患。因而部分市民还是比较赞同医院进社区。

“出门就能看病，有什么不好？一点小毛病去大医院，挂号、排队、拿药耗时不少，整一轮走下来也是累得够呛。”家住禅城区季华园附近的王叔就如此表示，如果遇上了一些紧急情况，社区医院和诊所还可以先帮忙处理。

同样，对于腿脚不便的方婆婆来说，每次靠家人推着轮椅出去看病的确麻烦。“有时候为了不麻烦家人，方婆婆即使哪里不舒服了也不愿告诉子女。”站在一旁的邻居如是说道，如果家门口就有一些简易医院和诊所的话，这会极大地方便了像方婆婆这样的居民。同样，澳伯表示，他大病过一次，现在需要定期服药和诊治，社区医院和诊所开在家门口对他这样的老年人无疑是大有裨益的。

结语：未来的医疗行业发展究竟是什么走向，让我们拭目以待！

责任编辑：hehanhan

第一部分——西医部分

都是酒精惹的祸

作者：康健晟

链接：<http://bbs.iiyi.com/thread-2019499-4.html>

这里说的“祸”既没有酒后暴力的血腥，也没有醉驾车祸后的惨不忍睹，但是这个因酒而惹的“祸”一样令人命悬一线。

去年夏天一个月朗星稀的晚上，我在急诊值夜班。正在整理病案的我忽然听到一阵急促的脚步声和呼救声，赶忙从医生办公室跑出来。只见四个健壮的小伙子抬着一名男子往急诊室跑，其中一个小伙子一边跑一边喊：“医生呢？医生呢？快救救我兄弟，他酒精过敏了。”我和值班的护士急忙迎上去，帮助他们把病人安置在急救室的治疗床上。病人大概 20 出头的样子，男性，颜面潮红，呼吸急促。我一边检查病人，一边询问病史。护士按口头医嘱给予了吸氧和血压监测等。经过询问病史才知道，这几个人好久未见面，今日一聚，小酌几杯，然酒未过三巡，这位病人就说有点儿心慌、胸闷、憋气、头痛、看东西有点模糊，所以急送来诊。

我在查体时并没有发现病人的皮肤上有因过敏而导致的皮疹，只是右侧面部有擦伤。从病人的朋友口中得知，病人既往饮酒从未出现过类似的情况。问到病人面部擦伤的情况时，其中一位小伙说那是病人前天滑旱冰擦伤的，还在社区门诊打针了呢！“用的什么药知道吗？”我连忙追问。“头孢什么，我也搞不清了，”病人的弟弟回答。

此时，一切都明朗起来——病人不是什么酒精过敏，而是“双硫仑样反应”。所谓的双硫仑样反应是指头孢类药物使用后，如果饮酒，就会发生面部潮红、结膜充血、视物模糊、搏动性头痛、头晕，恶心、呕吐、出汗、口干、胸痛甚至急性心肌梗死、急性心衰、呼吸困难、急性肝衰竭等等，严重的甚至会导致惊厥及死亡。好在病人生

命体征平稳，给予吸氧等相关对症支持治疗后，约 1 个小时，病人的症状有了明显缓解。

次日清晨，病人已经基本没有什么不适了。在询问他在社区静滴“头孢”时大夫是否叮嘱用药期间不让喝酒时，病人不好意思地用手挠着后脑勺笑着说：“兄弟们许久不见，一时兴起把大夫交代的给忘了。”“如果不是你们吃饭的地方在医院附近，来诊及时，一旦血压下降是有可能危及生命的呀！以后可得注意了。”我也不知道说这些是在为他的“大难不死”高兴还是在埋怨他们不听医生的话！

无独有偶，今天查完房，我带教的一名学生跑到医生办公室找我，和我说起了一件让他一生都难以忘却的“祸”事。

前天晚上，这名学生的父亲 11 点才回家，一脸的酒气。到家后就对他说自己牙痛。这位同学让父亲吃了两片甲硝唑和一些消炎止痛的药物，随后就去睡觉了。结果，不到 20 分钟，这名同学的母亲撕心裂肺的喊：“强！快来呀，快看看你爸爸这是怎么了？”这位学说当时他父亲面部潮红、呼吸急促，还不停的呕吐，并不时的抓着胸口说心难受。因为这位同学的父亲原本心脏就不是太好，家人没敢耽搁，随即送去了市立医院。

市立医院离这位同学的家不是很远，但是尽管如此，到了医院后，他父亲的血压却已经开始下降了。“谢天谢地！”这位同学对我说：“当时医院的医生处理很果断，救了我爸爸一命。老师，你说我笨不笨，为什么当时就没有想起饮酒后不能吃甲硝唑呀！”此时我看到泪珠在这名同学的眼里打着转。我安慰他道：“事情过去了，别太自责了。”

这个“祸”也是“双硫仑样反应”在作祟。

大家都应该在头脑中有这样的认识：在使用头孢菌素类药物（尤其是头孢哌酮）、硝咪唑类药物（如：甲硝唑、替硝唑等）和呋喃唑酮（痢特灵）、氯霉素、酮康唑、灰黄霉素等药物期间是不可以饮酒的，否则就有可能会出现心、，胸闷、感觉憋气，头痛、视力模糊、呕吐等情况，严重者甚至可以危及生命！

附子中毒之求医路

作者：田丰辉

链接：<http://bbs.iiyi.com/thread-2488919-1.html>

当读完这个病历，大家都会认为这是一个简单的病例，但就是这样一个简单的病例却被延误 2 周后才得以确诊，此文非论文，亦不在于学术讨论，旨在分享误诊误治的感悟，姑且以“附子中毒之求医路”为题目，以叙述的形式写出，让我们一起来看看这个病人的具体情况。

患者女，34 岁，汉族，云南大理人，居民。因“呼吸困难 2 周，心悸 10 天”收入我科。患者于半月前在家用附子 1 斤，与猪蹄炖食，患者吃得较多，连猪蹄、附子、汤共两碗（具体量不详），当晚无事，次日晨起即感喉头发紧，呼吸不畅，有轻微头晕、乏力不适，病人未予重视，因病人家乡经常食用附子炖猪蹄，自认为与食用附子无关。症状持续存在，且有加重之势，并出现呼吸困难，自觉喉头部位发紧。病人于第 3 天开始就诊，先在我院门诊就诊，门诊医生因其呼吸困难，给予查胸片、血常规未见异常，后又再诉咽喉部不适，以为甲状腺疾病，给予查甲状腺激素示未见异常，甲状腺彩超：左侧甲状腺低回声结节。服药后无好转（具体用药不详）。又在上级医院检查治疗，仍未见明显异常，给予口服药物治疗（具体不详），症状仍无好转。于 10 天前开始出现心悸，咽部如物阻塞，伴轻微恶心，无呕吐，无腹痛腹泻，无胸痛，无四肢发麻及口唇发麻感，无咳嗽咳痰，无端坐呼吸及夜间阵发性呼吸困难，无畏寒、发热等不适症状。病人再次来我院就诊。此次就诊于内科，给予心电图检查，提示窦性心动过缓，心率：43 次/分，遂门诊以“心律失常，窦性心动过缓”收住院。患者自发病以来，神志清，精神欠佳，饮食及睡眠良好，二便正常。

病人平素体健，否认“高血压病”、“糖尿病”病史，否认“肝炎”、“结核”病史，无药物过敏史，无外伤、手术史，无烟酒史。已婚，有 2 女，均体健。

入院后查体：T：36.6℃；P：42 次/分；R：21 次/分；BP：100/70mmHg。步入病房，自动体位，查体合作，颜面无浮肿，口唇略发绀，咽红，双侧扁桃体不肿大，颈静脉无怒张，双肺呼吸音清，未闻及干湿性啰音。心界无扩大，心率 42 次/分，律不齐，未闻及杂音。腹部平坦，无压痛，肝脾不大，移动性浊音（-），肠鸣音 5 次/分。双下肢无水肿，生理反射存在，病理征未引出。

入院后值班医生接诊病人，住院病人必须详细询问病史，这是为写病历做好准备，更是进一步诊断和治疗的一个重要环节，特别是与此次疾病有关的饮食、情志、用药、检查等情况，终于明确了病因，即过量服用附子导致中毒。在过去的两周时间里，病人一直在门诊就医，因始终不相信自己是食用附子过量，所以在整个就医的过程中未言及此事，这可能是导致误诊误治的根本原因。还有门诊医生，专科性较强，病人又较多，未全面询问病史，也是导致疾病误诊、漏诊的主要原因。近日在“爱爱医”看到《调查：97%医生反对职称评审制度》一文，其中文章说到：“广东药学院附属第一医院内分泌科副主任医师周昭远介绍，其实欧美和港台都没有副主任医师和主任医师的说法。他们只有全科医生和专科医生。”可以想象，如果此病人在全科医生的诊治下，就不易被误诊了，文章还说道：“对于医生而言，能够让患者花最少的钱治好病的就是好医生，职称高低与治病能力没有任何关系。”可能现行医疗体制也是导致患者误诊误治的一个因素。

入院后病人诊断明确，治疗就容易多了，入院后诊断为：乌头碱中毒。给予补液、利尿，口服阿托品片 0.6mg，每日 3 次，治疗 3 天后，病人无不适症状，心率恢复正常，无任何不适，办理出院。1 周后随访，未再出现不适。

老和美肤讨论系列——关于痤疮

作者：老和

链接：<http://bbs.iiyi.com/thread-2634983-1.html>



上图是一例痤疮，这个原图是我在网上看到的，借来一用。

我为人人，人人为我

专业交流

该例，咱们不管他的皮损分型，只看皮损分布。这是个司空见惯的皮损分布，太常见了，是吧？

但是如果仔细看，会发现一个有趣的现象：

皮损的分布是分“板块”的，可以大致地分成BCD这三个板块，划分依据是三者之间比较清晰或者非常清晰的分界。在此分界里，皮损很少甚至没有，比如BCD三者之间的那个E区域，皮损基本没有；BC之间，有个皮损较少区；最有意思的是CD板块之间，那个那么狭窄的但确实存在的无皮损的条状空白区（虚线示）。

怎么解释这个现象？为什么上下左右都有严重的皮损，偏偏到了这里没有皮损？更明显的：那A区域，为什么一个痘痘也没有？为什么会这样？谁能告诉我？

其实，为什么这个A区域不长痤疮的问题，困扰了我20年。自从我从事皮肤科、某天遇到一位严重的男性痤疮病人开始，当时没有请教上级医生，一则是怕自己显得“太菜”，二则是怕老师回答不出来难堪。

是因为皮脂分泌程度有差异？可是那个A区域分明是冒油非常厉害的区域，而D区域冒油很少，结果冒油厉害的A区一粒也不长，不厉害的D区反而那么严重，为什么？

现在，老和的解释是：侧卧的机械性损伤，是造成痤疮的第一诱因。侧卧的机械性损伤（剪切力、压力），造成毛囊口角化异常、毛孔堵塞形成痤疮的原发皮损——粉刺。

在有骨骼衬垫、硌着的区域，皮肤受损会更厉害，所以这些区域痤疮就更厉害，所以皮损形成了那样的板块分布：B区域：对应的是颧骨；C区域：对应牙齿、牙床；D区域：对应下颌骨。

所以，A区域完全没有皮损，因为侧卧时，这里不是“承重墙”，而堵枪眼的是BCD区域，牙齿/骨骼垫着，当承重墙了；E区域，肉多柔软，也被旁边的承重墙保护了；C、D间的那个狭窄的空白区，躲在下颌骨跟牙床之间的凹槽区域内，幸免于难。

关于板块样的皮损分布，该例是个典型，因为皮损多且密集，所以容易很直观地辨认出BCD这三个皮损板块，以及板块之间的分界。而在病情轻的人，皮损比较少，但板块样的分布同样存在——这个板块聚集一小片皮损，那个板块聚集一小片。

假如真的是侧卧的原因的话，那是不是应该：睡觉朝哪一边侧卧多，这一侧的皮损就相对重。不是吗？是的，就是这样，各位可以到门诊上仔细看一下，最好是找那

我为人人，人人为我

种比较单纯的痤疮，不合并有酒渣样皮炎的，否则不太容易辨认。

下图就是这样的例子，左右两侧面部痤疮的差异：她喜欢左侧卧，因为带小孩睡觉，小孩在左边。于是乎，左侧的痤疮明显的重。同时，有意思的是：左侧的黄褐斑也重。

这是另一个颠覆性的话题：绝大多数黄褐斑，其直接病因，也是侧卧。以后在其他文章中再聊。



说明一下：

1、A 区域并非绝对不发生经典意义上的痤疮（粉刺+红丘疹那种），只不过非常少见。如果，在 A 区域我们看到粉刺，那铁板钉钉是过度清洁造成，以后再其他文章中细聊。

2、这里说的是经典意义上的痤疮，而不是酒渣样皮炎之类“痘痘”样的东西，相信我们的临床医生都能分清。

其实，机械性损伤可以造成痤疮/痤疮样的病症，皮肤科医生都熟知，比如小提



Fiddler's neck 是特殊病因造成的特殊的痤疮样的东西，而在“一般”的面部痤疮，过去几十年里，我们忽视了侧卧时脸在枕头上所遭受到的种种的力的损伤。这或许是因为绝大多数人根本感觉不到这种种的力的存在和它们造成的不适。

大家从婴儿起就那么睡觉，我猜想，也算是一种自我保护吧，这个感觉的“开关”，在很小很小的时候就被关上了。各位中，有谁的开关是开着或者半开着的吗？如果有，那入睡就变成了一件非常痛苦的事情——你能感觉到额角、眉弓、上睑、颞部、面颊部在枕头上受到的牵拉、挤压，皮肤被活生生地扯着，颧骨那里被硬硬地硌着，哪怕你用非常软的枕头。

延伸思考-1 面颈部毛囊性红斑黑变病



面颈部毛囊性红斑黑变病
图片引自 爱爱医论坛皮肤科讨论版
<http://bbs.iyi.com/thread-1931127-1.html>



前面讲到，侧卧的机械性损伤，可以造成毛囊口的角化异常，继而形成粉刺/痤疮，那如果，此机械性损伤，发生在皮脂分泌不旺盛的人/年龄段/局部皮肤呢？那会形成什么吗？

是的，那也可能造成毛囊口的角化异常、堵塞毛孔，只不过这时候不形成典型的粉刺，而是另一个东西——面颈部毛囊性红斑黑变病。

面颈部毛囊性红斑黑变病，大家知道，它的皮损表现正如其病名：面颈部、毛囊性、红斑、黑变。其病因，我确信，也是侧卧：侧卧的机械性损伤，在侧卧受累区造成：毛囊口的角化异常/堵塞，形成毛囊性角化性丘疹。

同时，此机械性损伤造成炎症性的表现：红斑和黑变。严重的病例很难看，但轻型的呢，可以轻到：在脸颊侧面或者下颌角区域，聚集着一些轻度的毛囊性角化性丘疹，红斑、黑变很不明显，但那块皮肤会有点粗糙，有点暗沉。这个情况其实相当常见，只不过不会就诊，他/她自己也没怎么在意，但我开美容院，经常能发现这个现象。

面颈部毛囊性红斑黑变病，貌似北方地区/农村更常见或者严重，我的猜测是：传统上，北方地区和农村，可能更多地使用谷物填充的粗糙的硬枕头。

延伸思考-2 毛周角化症

前面聊到，侧卧的机械性损伤可以造成毛囊口角化异常、堵塞，导致痤疮和面颈部毛囊性红斑黑变病，那如果是其他原因造成的机械性损伤，是不是也有可能导致类似问题呢？

当然，比如前面提过的小提琴手颈，再比如毛周角化症。

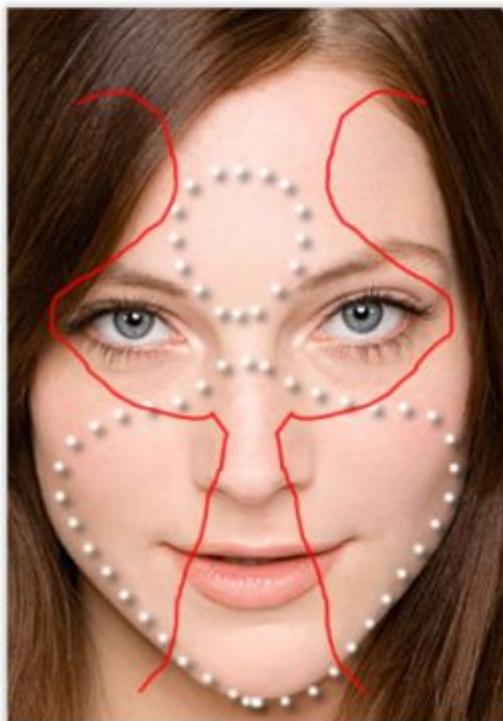
毛周角化症，我确信，是衣物造成的机械性损伤导致的毛囊口角化异常。大家不妨观察一下其具体分布。我的意思是，比如：上臂的皮损，也是不均匀的，那主要分布在上臂的哪里？大腿，分布在大腿的哪里？

你会发现，是肢体运动时与衣物接触紧密的地方。模拟一下，活动活动胳膊腿，就能体会出来。

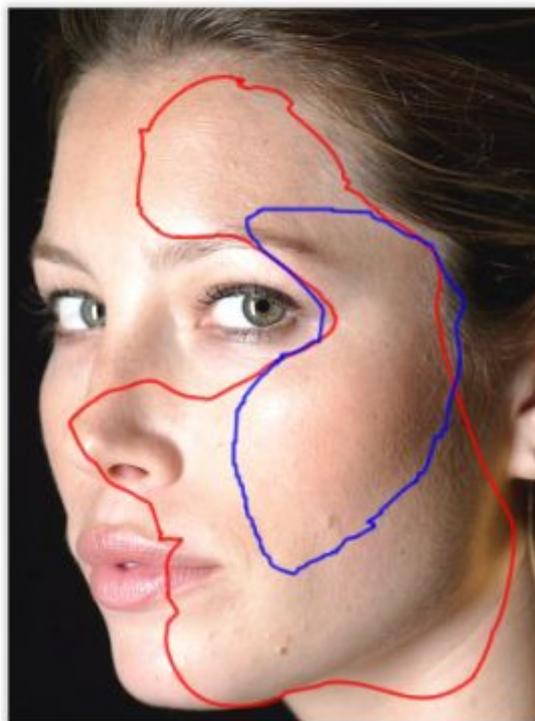
附，示意图：侧卧性损伤和过度清洁性损伤的常见受累区域：



下图：
白色虚线圈内：过度清洁损伤区域
红色实线外侧：侧卧损伤区域



下图：
红色圈内：侧卧损伤区域
其中的蓝色圈区域受损通常最严重



我经历的一次误诊

作者：喜庆

链接：<http://bbs.iiyi.com/thread-2529577-1.html>

从医的路上真的很不容易，我讲一下我的一个误诊病例，希望引起大家注意。

患者是我的熟人，范某，女，57岁，到我科来看牙。主诉：下后牙疼痛2天，昨夜未睡。检查左上下6残冠。我建议她去拍片，牙片可见：牙根劈裂。只能拔出。我先量血压：120/90mmHg。问其有无糖尿病、血液病、感冒、心脏病、脑血管病？患者否认。当我打完麻药（利多卡因5ml）5分钟，患者出现头晕，不敢睁眼，面色苍白。摸脉搏微弱，考虑麻药过敏，我立即取一支“副肾”肌注，10分钟左右病人正在缓解。这时候我要停止拔牙，家属不干了，说都打麻药了为什么不拔了？钱我们都交完了。随后就找院长去了。院长和我说，你还是尽量拔吧，别让她在这叫喊。我触了触没什么感觉，心想拔也没什么，结果2颗都拔下来了也没费什么事。但是，这个人拔牙后

我为人人，人人为我

牙窝处却出血不止。压迫、副肾、止血敏纱条、填塞，所有方法都用了就是出血。我当时十分着急，不知道该怎么办，干口腔科7年了，还是第一次遇到这样的情况。再次仔细询问病史，病人才说，她是肝癌化疗患者。患者不说实话，医生有什么办法？我当时很生气，但也得把面前的事解决完呀。这个时候没有人会帮你，我告诉自己一定要冷静，如果我慌了患者会更慌，再加上刚才的麻药反应会把事情闹大的。急中生智，我突然想起师傅带我的时候，告诉过我，有拔牙出血不止的可在出血处附近打麻药，待局部变白后，用三七粉加副肾素棉球按住出血处可以止血。我按照师傅的方法处置后，让患者大棉球咬住几分钟，终于真的就不出血了。三七粉以前买的一直没用过，没想到这时却派上了用场。患者不知怎么回事，下了椅子和我说：“孩子不是我找你麻烦，打完麻药我就不好受，你再不给我拔，我不还得遭罪？我这都疼得2天没吃饭了”。我一听，我怎么没问这个呀，空腹打麻药很多人虚脱的。患者走后我想了很多：这是没出什么大事，一旦出了事，后果不堪设想。现在的人，什么熟人不熟人的，翻脸不认人，能讹诈得你倾家荡产。我的老师在我们实习结束的时候对我们说：“患者多变，能在医院，别去法院。”当时没理解，后来才知道，太有道理了。

儿童泌尿系感染误诊为颅内感染 1 例

作者：anne 医生

链接：<http://bbs.iyyi.com/thread-2631204-1.html>

患者，女，4岁。

主诉：发热2天伴头痛、呕吐1天。

现病史：患儿于2天前无明显诱因出现发热，体温达38.5℃，不伴咳嗽、鼻塞、流涕等症状，无腹痛、腹泻及呕吐。无寒战，无抽搐，无嗜睡、惊厥。在外按“感冒”治疗（具体不详），并嘱咐患儿父母给患儿多饮水。于入院1天前发热继续升高，体温最高达39.8℃，伴头痛、呕吐，尿频，但无腹痛、腰痛、排尿痛等表现。头痛于体温下降时可消失。且体温下降时出汗较多。1天来共计呕吐2次，非喷射状呕吐，呕吐物为胃内容物，不含胆汁。因药物退热后短期内复有增高。今为进一步治疗来我院就诊，门诊以“1. 急性上呼吸道感染； 2. 颅内感染？”收入院。患儿自发病以来，

我为人人，人人为我

专业交流

食欲可，大便无异常。

既往史：既往身体健康，无类似病史，有扁桃体炎史。无肝炎、结核等传染病史及传染病接触史，无外伤、手术史，无输血史，无药物、食物过敏史，按计划接种疫苗。

个人史：患儿系第1胎第1产，足月剖宫产，出生情况良好，无窒息抢救史，生后母乳喂养，5~6个月添加辅食，1岁后断奶，生长发育顺序正常，营养、发育、智力同健康同龄儿。

家族史：父母均健康，非近亲婚配，家族成员中否认传染病及家族性遗传病病史。

体检：T:39.5℃；P:110次/分；R:22次/分；Wt:16.5Kg。发育正常、营养好，神志清，精神不振，自主体位，查体尚合作。全身皮肤无黄染、皮疹及出血点，浅表淋巴结未触及肿大。头颅无畸形，毛发分布均匀，有光泽，眼睑无下垂，眼窝无凹陷，结膜无充血，巩膜无黄染，双侧瞳孔等大等圆，直径2.5mm，对光反射灵敏。耳廓无畸形，外耳道无分泌物。鼻腔通气畅，鼻翼无煽动。口唇红润，口腔黏膜光滑，无疱疹、溃疡，咽部充血不著，双侧扁桃体II°肿大，表面无充血，未见脓栓附着。颈软，无抵抗感，气管居中，甲状腺无肿。胸廓对称，无畸形，双侧呼吸运动对称，无吸气三凹征，两侧语颤正常，无胸膜摩擦感，叩诊清音，双肺呼吸音粗，未闻及干湿性啰音。心率110次/分，律齐，心音有力，各瓣膜听诊区未闻及杂音。腹部膨隆，两侧对称，未见胃肠型和蠕动波，无压痛及反跳痛，肝脾未触及，未触及包块，叩诊鼓音，肝区及双肾区无叩击痛，肠鸣音正常。肛门及外生殖器无异常。脊柱四肢无畸形，四肢活动自如，各关节无红肿。肱二头肌反射正常，腱反射、踝反射正常，双侧布氏征、克氏征、巴彬斯基征阴性。

辅助检查：血常规：WBC： $8.80 \times 10^9 / L$ ，L：21.40%，N：69.50%，PLT： $195 \times 10^9 / L$ ，Hb：113g/L；CRP:75.97mg/L。脑电图：界限性EEG表现，请结合临床。

初步诊断：1. 急性上呼吸道感染；2. 颅内感染？

住院经过：入院后给予青霉素、利巴韦林、胞磷胆碱钠、西咪替丁、甘露醇等药物治疗，发热无好转。入院第二日仍发热伴尿频。自述头痛，无惊厥，无呕吐、无咳嗽，无流涕，大便正常。查体：神志清楚，精神不振，咽部无充血，双侧扁桃体II°肿大，表面无充血，未见脓栓附着。双肺呼吸音粗，未闻及干湿性啰音，心律齐，心音有力，各瓣膜区未闻及杂音，腹软，肠鸣音正常，克氏征（-）、布氏征（-）。

我为人人，人人为我

入院后查尿常规：Pro (+-), WBC2 (+), BLD (+), RBC:少许, 脓球 2 (+), 余 (-)。泌尿系彩超提示膀胱炎。根据病史、病程进展、查体及辅助检查资料，修正诊断：泌尿系感染。明确诊断后停用青霉素、胞磷胆碱及甘露醇，改用头孢曲松继续抗感染治疗，碱性药物碱化尿液，其它对症治疗，患儿体温逐渐下降，5天后，痊愈出院。

病例总结：

儿童泌尿系感染是儿童时期的常见病、多发病，如治疗不及时，可能转成肾炎，甚至肾功能衰竭。儿童经常穿开裆裤，尿道口常受粪便和其他不洁物的污染，加上局部防御能力差，易引起上行感染，女孩尿道短，更易感染。

女孩多见，症状因年龄而异。如新生儿以败血症、脑膜炎及全身中毒症状为主要表现，常表现为精神淡漠、拒奶、激惹或体重不增；婴儿常表现为发热、吐泻、体重不增；而儿童除有发热、寒战外常有尿频、尿急、尿痛、下腹痛、腰痛及肾区叩痛等。

儿童泌尿系感染治疗原则：卧床休息，多饮水，勤排尿，缩短细菌在膀胱内的停留时间。女孩应注意外阴部清洁。早期积极采用有效抗生素治疗。抗生素通常使用7天或10天。

本例启示与教训：

儿科泌尿系感染，临床症状不典型，易于误诊。年龄越小全身症状越明显，常常以发热、哭闹、烦躁、食欲减退、呕吐、腹泻、尿裤子为主要症状，尿路刺激症状多较轻或易被忽视。本例发病时间短，临床症状不典型，发热中毒症状重，除尿频外，无尿痛、尿急、血尿或腰痛、下腹痛等泌尿系其它表现。早期初诊医生考虑可能与饮水有关，导致误诊，今后临床应引起重视。仔细分析本例患儿资料，该患儿既往有扁桃体炎史，此次查体咽部充血不著，肿大扁桃体的存在是既往扁桃体炎遗留下的体征，可能与扁桃体纤维化有关，与本次发热关系可能不大。上呼吸道感染可以排除，但由于发热患儿上感多见，而且临床“上感是个篮子筐，啥因都能往里装”！以致误诊。再加上头痛呕吐，尽管无神经系统体征，由于脑电图的误导，从而误诊为颅内感染。根本原因就在于没有认真分析临床资料，今后应吸取教训。

对于儿科发热患者，尤其女性儿童发热，临床医生应该时刻绷紧这根弦，泌尿系感染可能是发热原因之一。建议常规做尿常规检测，以防漏误诊，甚至误治。

消化内镜看图诊断（二十）

作者：ls1970130

链接：<http://bbs.iiyi.com/thread-2308235-1.html>

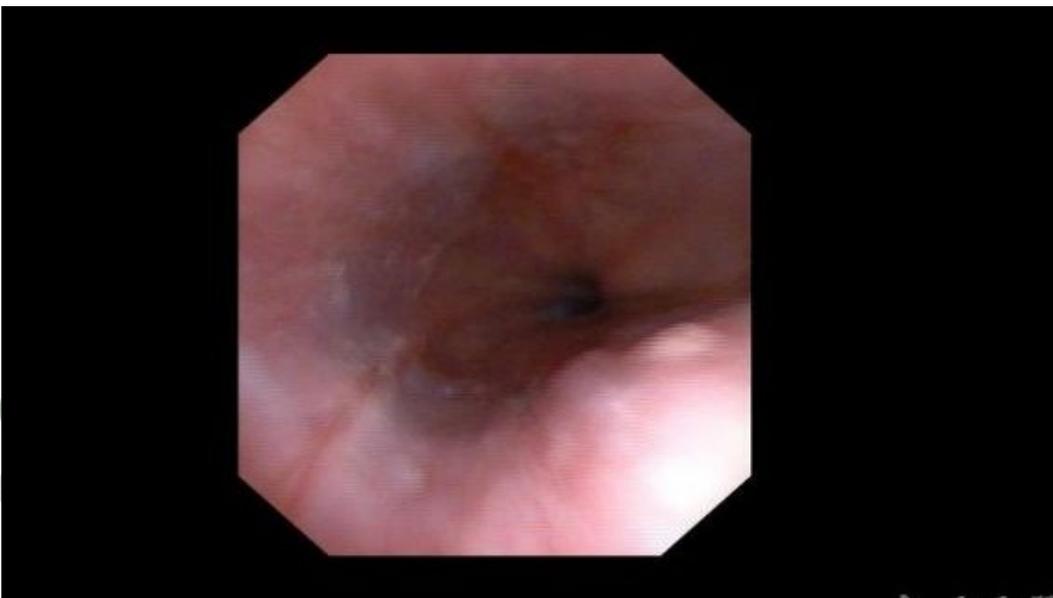
【病史摘要】：

周某某，男，50岁。因“上腹部疼痛3月余”就诊。查体：一般情况可，腹部平坦，中上腹压痛，无反跳痛。HBsAg阴性。行胃镜检查：

食道\



食道\



我为人人，人人为我

胃底\



胃体\



胃角\



胃窦\



以上看图诊断答案请在本期内找

我为人人，人人为我

**【检查所见】：**

食道：中下段粘膜血管纹理清，扩张度好，见数条条索状糜烂，未见融合，齿状线清晰。

胃角：形态正常，弧度存在，见一处约 0.4cm×1.0cm 大小深凹陷性溃疡，覆白苔；另见旁边粘膜粗糙，伴不规则浅溃疡形成，覆白苔。

其它部位：未见特殊表现。

【镜下诊断】：

胃角多发溃疡 A1 (深凹陷性溃疡性质待病理)；

反流性食道炎 B 级；

HP：阴性；

活检：胃角。

【病理诊断】：

(胃角) 低分化腺癌。

【治疗方案】：

根据病理结果，首选手术治疗。

自身免疫性溶血性贫血

作者：别看资料

链接：<http://bbs.iiyi.com/thread-2632234-1.html>

自身免疫性溶血性贫血 (autoimmune hemolytic anemia, AIHA) 是由于各种原因导致机体内产生与自身红细胞抗原结合的自身抗体，造成红细胞破坏的溶血性疾病。儿童时期发病率约为 1:80000，发病数约占全部溶血性贫血的 25%，80%发生于 10 岁以下，男孩多于女孩。

【诊断程序】

步骤一 是不是自身免疫性溶血性贫血→重要疑诊线索

专业交流

患儿面色苍白，软弱乏力，血红蛋白尿（酱油色样、葡萄酒样或浓茶样），常伴有黄疸和肝脾肿大，以脾脏肿大为主。一般根据病情急缓分为两型：

①急性型 常为3岁以下的婴幼儿，男性儿童占多数。发病前1~2周有前驱感染，尤其是病毒感染史。起病急，发热、寒战、呕吐、腹痛，进行性贫血，黄疸，脾肿大，常发生血红蛋白尿，重者可出现急性肾功能不全。

②慢性型 多见于年长儿，原发性者占多数。起病缓慢，表现为进行性或间歇性溶血，常伴有血红蛋白尿。反复感染加重溶血、贫血及黄疸。慢性型者病程常在3个月以上。

步骤二 能不能不是自身免疫引起的溶血性贫血→排除线索

遗传性球形红细胞增多症：贫血、黄疸、脾肿大，外周血出现球形红细胞。有阳性家族史、Coombs 试验阴性可与AIHA区别。

G6PD 酶缺陷症：X 连锁不完全显性遗传，有进食蚕豆或氧化型药物史，Coombs 试验阴性，G6PD 酶活性显著降低。

海洋性贫血：小细胞低色素性贫血，呈慢性经过，红细胞盐水渗透试验脆性降低，血红蛋白电泳 HbF 或 HbH 异常升高，Coombs 试验阴性。

步骤三 确诊的重要依据

1. 血常规 呈正细胞正色素性贫血。急性型患者多为重度或极重度贫血（Hb < 30g/L），慢性型患者贫血多较轻。网织红细胞急性型者可达20%~30%，甚至高达60%~80%，慢性型者升高不明显，反可降低。外周血涂片红细胞大小不等，可见到多量的球形红细胞，也可见到有核红细胞、嗜多彩红细胞及红细胞碎片，白细胞和血小板计数多为升高。

2. 抗人球蛋白试验（Coombs 试验）分为直接和间接两种。前者是检测患者红细胞表面的不完全抗体，后者是检测患者血清中游离的不完全抗体，这两种试验在AIHA患者大多呈阳性，尤其是直接试验阳性是诊断AIHA强有力的证据。

3. 其它检查 骨髓象红细胞系统显著增生，以中晚幼红细胞增生为主，粒红比例降低甚至倒置。红细胞盐水渗透试验脆性增高，血清间接胆红素和总胆红素升高。

步骤四 病因诊断

原发性AIHA：病因不明。

继发性 AIHA：继发于病毒感染（巨细胞病毒、肝炎病毒、疱疹病毒、腮腺炎病毒、EB 病毒等）；细菌性感染（伤寒、链球菌、金黄色葡萄球菌、结核病等）；支原体肺炎；风湿性疾病（系统性红斑狼疮、类风湿病等）；药物（青霉素、氯霉素、磺胺类、甲基多巴等）；免疫缺陷性疾病和肿瘤性疾病（如恶性淋巴瘤、慢性淋巴细胞白血病等）。

步骤五 临床评估

温反应性抗体（简称温抗体）：主要是 IgG，是一种不完全抗体，与红细胞发生反应最适宜温度为 37℃，主要引起血管外溶血，临床上温抗体型 AIHA 占 80% 以上。

冷反应性抗体（简称冷抗体）：主要是 IgM，是一种完全抗体，与红细胞发生反应的最适宜温度为 4℃，主要引起血管内溶血。冷抗体又分为两种：一种在低温时使红细胞发生凝集者称为冷凝集素，可直接与循环中红细胞发生凝集，引起冷凝集素病。另一种直接使红细胞发生溶血者称为冷热溶血素，见于阵发性寒冷性血红蛋白尿。

冷凝集素病：多见于 5 岁以下儿童。常继发于传染性单核细胞增多症、巨细胞病毒感染、支原体肺炎等。起病急，主要表现为受冷后耳廓、鼻尖、手指、足趾末端发绀和雷诺征象，随环境温度升高而消失。临床经过呈自限性，可有程度不同的黄疸和贫血，随原发疾病痊愈而消失。

阵发性寒冷性血红蛋白尿：在 1 岁以后小儿可发病，也有原发性患者。受冷后急剧起病，突出表现为发热、寒战、腹痛、腰背痛、贫血和血红蛋白尿，大多数持续数小时即可缓解，以后遇冷可再复发。

【治疗程序】

原发病治疗：认真寻找病因，积极治疗原发病。

肾上腺糖皮质激素（以下简称激素）仍然为治疗 AIHA 首选药物。泼尼松每日 2mg/kg，分 2~3 次口服。有效者溶血停止，血红蛋白每周上升 20~30g/L。严重病例在治疗初期短程应用较大剂量激素静脉滴注（氢化可的松每日 20mg/kg 或地塞米松 0.75mg~1.5mg/kg），也可用大剂量甲泼尼龙冲击治疗，剂量为每日 20~40 mg/kg，静脉点滴 3~5 天，以后改泼尼松口服。

大剂量静脉丙种球蛋白 适用于激素治疗无效的病例。每日 400mg/kg，静脉点滴，连用 5 日为一疗程。每隔 7~10 日用药一疗程，连用 4 个疗程。

免疫抑制剂 对激素治疗无效或需较大剂量激素维持者可予免疫抑制剂治疗。硫唑嘌呤每日 2~3mg/kg 口服；环磷酰胺每日 2~3mg/kg 口服，或每次 10~15 mg/kg 静脉注射，每周一次；有效后维持 2~3 个月。环胞素 A 每日 3~9mg/kg，分 2 次，疗程 3~4 月。

脾切除 适应证：① 对激素治疗有禁忌者；② 激素治疗无效者或需较大维持剂量者；③激素与免疫抑制剂联合治疗仍不能控制溶血者；④正规激素疗法仍经常反复发作者。温抗体型患者切脾后约 50%的原发性者、30%的继发性者可缓解，冷抗体型患者切脾后仅有少数病例有效。

输红细胞 适用于严重贫血危及患者生命时。输注洗涤红细胞，每次 5~10ml/kg。
血浆置换或换血疗法

其它治疗：抗淋巴细胞球蛋白（ALG）、抗胸腺细胞球蛋白（ATG）、胸腺切除、脾区放疗等。

【临床经验与注意事项】

1. 泼尼松连续服用 4 周无效时应改用其它疗法。如有效则继续服药，直到维持血红蛋白稳定在 100g/L 以上和网织红细胞下降，即可将泼尼松用量减半，以后再缓慢减量。持续稳定者可于病程两个月后停药。在减量中如有复发，应恢复到最后一次有效剂量，直至再获得疗效为止。凡需长期服用的，尽可能隔日顿服以减少肾上腺皮质激素的副作用。副作用主要表现为高血压、向心性肥胖，容易并发感染，诱发或加重溃疡病等。

2. 应用免疫抑制剂治疗时，注意观察血象和防治感染。长期烷化剂治疗可诱发恶性肿瘤，应予重视。

3. AIHA 患者红细胞表面的抗原位点可被抗体阻断。因此血型鉴定及交叉配血会出现困难，遇到这种情况，应将患者红细胞用生理盐水充分洗涤去除表面的抗体后再确定血型。输血速度宜慢（儿童最初 15~20 分钟内输入 5ml）、输血量宜少（一般每次 2~3ml/kg），并可加用小剂量地塞米松。输血期间应严密观察有无溶血现象发生。

急救护理思维

作者: zmdzfx

链接: <http://bbs.iiyi.com/thread-2635159-1.html>

案例

2015年10月17日7:58分,急救人员都聚集在急救站医生办公室,等待着科室晨会交接班,还未等晨会开始,120急救指挥中心突然下发指令:某小区东门,保安,晕倒!急救三人组医护司S医生、Z护士、L师傅立即出车。

8:16回车,接车人员小心翼翼地把躺在车载担架车上,已然在院前就建好静脉通道、吸氧的患者,从救护车上协力转运到急救大厅。自从患者被抬上救护车,躺倒在担架车上的那一刻起,急救队员就让患者一直平卧,以减轻心脏负荷,积极纠正心源性休克……这是一个代主诉“突然晕倒”,高度疑似“心肌梗死”的冠心病患者。当时患者意识有些模糊、胸闷不适、全身大汗淋漓,面色苍白、晦暗,有些烦躁,血压低,心跳快,氧饱和度低……患者随时有可能出现心跳骤停!急查频谱心电图示:V1-V5T波高尖,侧壁导联ST段压低。患者的临床表现和检查结果都在渐渐朝着“急性心肌梗死”的诊断上聚拢,急救护士通过医生授意,正在采血,通知生化室检验人员:急查心肌酶!

最终的化验结果提示,该名患者就是突发心肌梗死,急救医护人员的临床诊断思路、院前急救处置、转运、院内入住院病区前的先期辅助检查,都很重要。

数不清急救站有多少报120“晕倒”的患者,经过急救队员的紧急救治了,有许多“晕倒”,看似平常,实则危机四伏!这些死神在头顶盘旋的“晕倒”患者,多因心脑血管原因,脑梗、心梗、脑出血……死亡率常常很高。表面上,被第一目击者报为“晕倒”,可晕倒的原因很多,比如眼前这大面积的心肌梗死,要么生,要么死,这是怎样的一种大起大落,怎样的一种跌宕起伏?还有哪一种120报料为“晕倒”的急救伤患,有这么典型的临床表现与走极端转归?

感悟

平常的120院前急救,多为内科系统的常见病、多发病、慢性病,甚至夹杂着许多酒精中毒、各种外伤患者,这些都不算什么?急救队员唯有练就一双“火眼金睛”,

专业交流

从这些众多伤患中筛选、救治急危重伤患，才最能考量急救医护人员的急诊思维和救治能力！

暴露在公众监督之下的院前急救，更需严谨、规范。还有哪一种工作状态敢与急救队员发起挑战？急救现场往往就在室外、道路、施工现场、各种公众场合，这就是院前急救又名“院外急救”的直接原因，这是急危重伤患在进入医院之前的一段先期救护，可以有公众的参与，更有公众雪亮眼睛的监督！急救队员不仅要救护得力，行为举止规范、标准，更要注意维护 120 急救的外部形象。

这里展现的是一个急救体系的运转。院前急救，考量的不仅仅是急救组合中的某一名医生、护士、还有急救司机的职责与能力，更能体现出一个急救团队，乃至整个急救体系的高效运转。急诊医疗服务体系（EMSS），讲究的是院前急救、院内急诊诊治、重症监护救治和各专科的“生命绿色通道”为一体高效运转的急救网络体系。在这张大网上，各部门高效运转，快速联动，牵一发而动全身。可是，摆在急救护士面前的现实情况是，其他部门，往往反应就没有这么高效、快速，缺乏相关应急演练和培训，这就是医务科护理部的管理命题了，急救护士，头脑中重点工作原则和急救思路要清晰，即使看出问题，也不能因之行为举动做出偏激之举，要在急救工作中展现出我们良好的急救素质与修养，凡事只要我们做到尽力，就无愧于心。

开放急救绿色通道的“急先锋”。急救绿色通道是指对急危重伤患简化所有手续，在就诊、检查、手术、住院等各个环节上优先处理，各个环节安排合理紧凑，实施全程陪诊服务，使危重病人得到及时的救治。各种滋味，急救护士感受最深，身处急救一分子，急救护士深谙“开放”的及时，更要提前做好急救准备：要凡事坐在前面，提前电话联系开路、提前准备床位、抢救仪器，提前准备抢救药品物品，甚至电梯，考虑到每一个细节，把工作做好做到位。

每天都在执行口头抢救医嘱。在院外急救用药中，护士执行的口头医嘱，都是抢救医嘱。这些医嘱与院内医嘱有着很大的不同，急救护士要做到自己心中有数，必须执行“三清一复核”的用药原则：“三清”：听清、问清、看清；“一复核”：药物的名称、剂量、浓度，复述两遍，与医生复核无误后，方可执行。

院前急救工作流程的熟练掌握。急救护士每天都在做什么？急救工作流程：接受呼救——发出指令——奔赴现场——现场急救（初步识别、评估病情、稳定病情）——安全转运。每一环节都需要急救护士的迅速联动，体现执行力，需要护士亲力亲为，才能高效转运，才能不辱使命。每一个急救护士正式上岗前，都要先热身——实

我为人人，人人为我



践——实战，熟知这些工作流程和程序，因为院前护士，就你一个，所有的担子都担在你一个人身上，在院前，无可依赖之人，凡事都要靠自己！流程熟练，动作迅速到位，能为患者的救护争取宝贵的救治时间，为提升伤患的治愈率，起到关键的举足轻重的作用。

心电图读图第 51 期

作者：nikkive

链接：<http://bbs.iiyi.com/thread-2685027-1.html>

活动内容：心电图图例的判读与分析。

活动办法：由心电图版提供一份图例，发表在本期爱爱医杂志上，请广大爱爱医会员根据提示，在心电图版有奖读图主题帖中加密回复，便于评比。每月底由心电图版主们和风影、乐园超版（或邀请若干专业组老师），共同评选出三个奖项，在心电图版公布参考答案及获奖名单，并将结果公布在下一期爱爱医杂志上。（会员分析结果以参考答案的接近性和完整性以及回答问题的先后顺序为评选标准）。

奖项设置：

一等奖：奖励积分 2 个及爱医币 50 币。

二等奖：奖励积分 1 个及爱医币 30 币。

三等奖：奖励积分 1 个。

注：读图抢答过程中，为了公平起见，应大家要求，请大家在回复心电图时，给回帖进行加密 500 积分，谢谢！我们斑竹于下月的 1 日解密，供大家参考。

希望大家分析心电图时，尽量从以下四项分析。

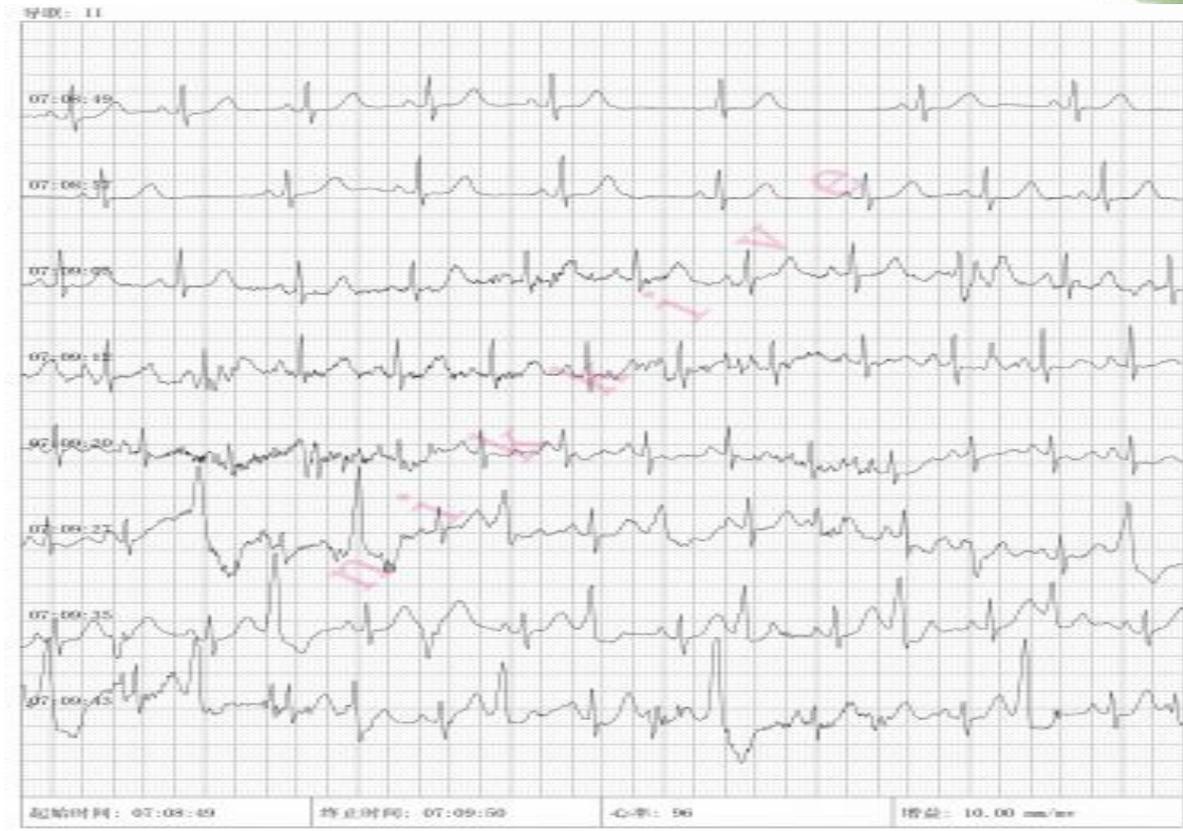
- 1、【心电图诊断】
- 2、【心电图诊断依据】
- 3、【鉴别诊断】
- 4、【临床意义】

简单病史：患儿男，7 岁，4+年前出现晕厥，运动后突出，表现为突然倒地，呼之不应，面唇发绀，同时伴有全身大发作样抽搐，持续时间达 30 分钟。就医后给予相应处理后逐渐停止。清醒后无头晕头痛，肢体障碍等不适。完善相关常规检查未见

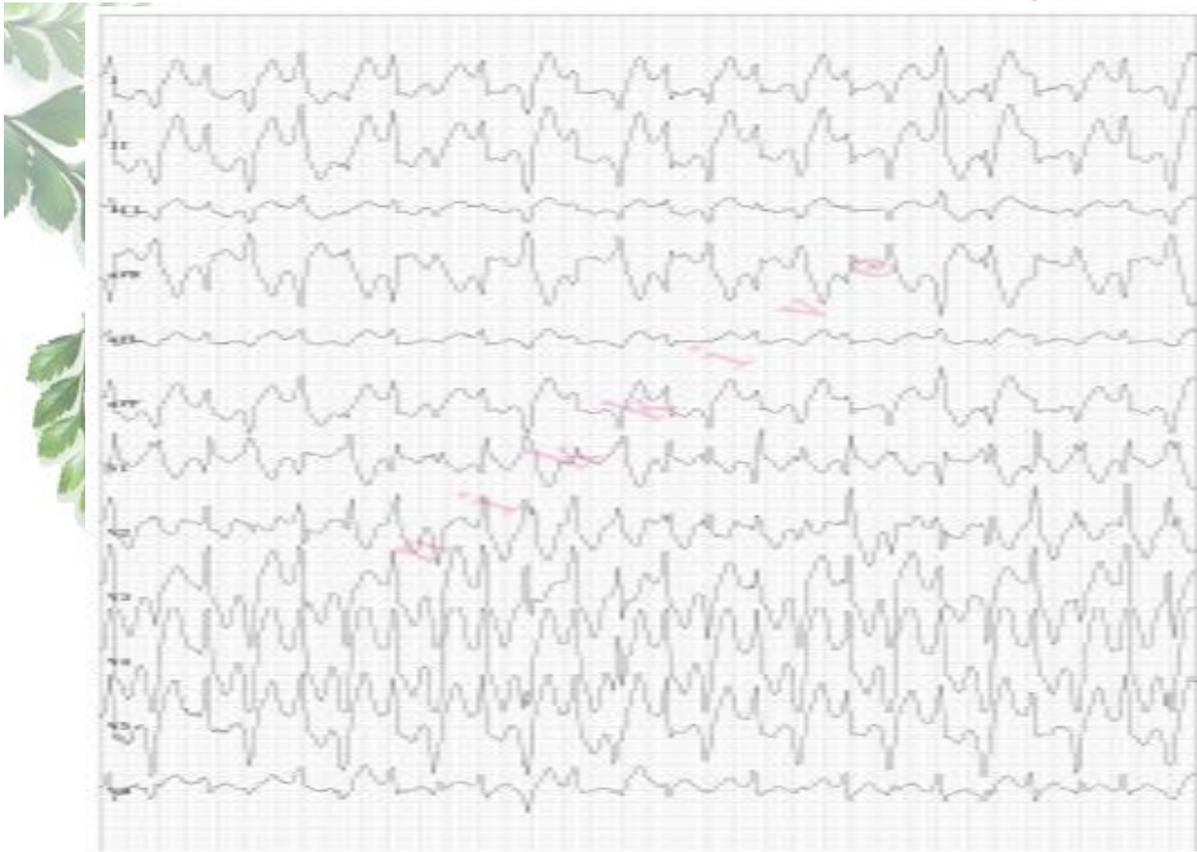
我为人人，人人为我

专业交流

明显异常。我院多次动态心电图检查。本图为最近动态心电图片。请分析心电图及鉴别诊断！



我为人人，人人为我



数据表

心率失常数据表A		心率失常数据表B											
Hour	HR	MinHR	MaxHR	VE	VE Pair	VE Run	VE Big	VE Trig	SVE	SVE Pair	SVE Run	SVE Big	S
09:34-10:34	60	48	80	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
10:34-11:34	58	50	68	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
11:34-12:34	52	42	67	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
12:34-13:34	47	40	58	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
13:34-14:34	53	42	71	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
14:34-15:34	52	45	60	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
15:34-16:34	48	43	55	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
16:34-17:34	65	43	136	162	5	16	1	0	0	0	0	0	0
17:34-18:34	71	56	94	10	0	0	1	0	0	0	0	0	0
18:34-19:34	71	51	116	55	0	1	2	0	0	0	0	0	0
19:34-20:34	57	47	71	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
20:34-21:34	57	48	71	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
21:34-22:34	52	42	68	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0
22:34-23:34	43	37	50	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
23:34-00:34	43	37	52	3	0	0	0	1	0	0	0	0	0
00:34-01:34	42	37	49	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
01:34-02:34	44	37	55	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0
02:34-03:34	47	37	63	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0
03:34-04:34	48	40	61	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
04:34-05:34	48	40	60	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
05:34-06:34	49	41	60	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
06:34-07:34	63	41	131	123	2	5	1	0	0	0	0	0	0
07:34-08:19	67	45	126	536	36	20	3	2	0	0	0	0	0
All	53	37	136	895	43	42	8	3	0	0	0	0	0

确定 取消

责任编辑：寒冰

编辑：刘延红大夫

第二部分——中医部分

用升降补肺法治疗自发性气胸的体会

作者：中籍华人

链接：<http://bbs.iiyi.com/thread-2514855-1.html>

自发性气胸是肺脏疾病中的急症之一，多数患者病因不明。笔者用中医升降补肺法配合“胸腔穿刺术”等方法治愈本病3例，总结如下。

病例1：鲜XX，女，15岁，本县响滩镇龙岩村人。1990年5月21日初诊。

主诉：咳嗽、气喘、发热20余天，加重伴胸痛、呼吸困难5天。

患者20多天前因受凉后开始出现发烧、咳嗽、气喘，5天前又出现胸痛、气短、呼吸困难，阵阵呛咳，不能平卧，在当地经乡村医生治疗无好转由家人背来我院急诊。症见喘息、气短、频频呛咳，喉中有哮鸣音，发烧、口渴、汗多、形瘦、神疲、舌红、苔薄白而干，脉浮数。刻诊：体温38.6℃，呼吸40次/分，心率120次/分。气管向右移位。右肺呼吸音显著增强并伴有哮鸣音，左肺呼吸音减低，外侧大部分呼吸音消失，叩诊呈鼓音。心尖搏动移至胸骨左缘。X线胸透可见：右肺纹理增多，左肺外带有约60%的透光区，左肺叶被压缩到40%，心脏右移到胸骨后。X线提示：急性支气管炎并自发性气胸。

中医诊断：咳嗽、喘证。

西医诊断：气胸。

中医辨证：热痰壅肺，脏体受损，肺气外泄，宣降失职。治以清热化痰，护肺、平喘。

处理：（其父要求门诊治疗）立即行“左侧胸腔穿刺术”，抽出气体约600ml，病势缓解。方用银芩麻杏石甘汤加瓜蒌壳、川贝、南沙参、百合、葶苈子，二剂。西药用青霉素肌注（当时还未流行大输液）抗感染及平喘镇咳药对症治疗。病患因经济

困难坚持回家治疗。

5月24日复诊：仍急诊来院，现症除体温37.8℃，气急喘促、呼吸困难略减外，其他症状依然如故。X线透视：左肺受压程度及外带透光区较初诊时略有减轻和缩小。舌红苔薄白而干，脉浮数而虚。

中医辨证：肺虚气陷，邪热恋肺。

治法：治以升陷补肺为主，辅以清泄肺热，方用升陷汤加味：黄芪、北沙参各30g，山茱萸、百合、银花、黄芩各15g，知母、桔梗、紫菀各10g，升麻、柴胡、甘草各5g。3剂。再次胸穿抽出气体近600ml，西药只用复方新诺明片、咳平片口服，停用注射剂。

5月29日三诊：患者步行来诊，热去汗止，精神转佳，已无明显呼吸困难，仅有轻微咳嗽，活动时有气短喘急，舌红润，脉虚数。查诊：气管居中，心尖搏动已接近正常位置，两肺仅有短小哮鸣音，左肺外侧呼吸音相对减弱。X线胸透：左肺外带区有约10%的透光区。胸腔气体较少，不再胸穿抽气。仍用二诊时的中医治法与方药，5剂。

6月11日四诊：仅微有咳嗽。舌红润，脉和缓而虚。听诊两肺无异常。为巩固疗效，仍用升陷补肺法，方升陷汤合补肺汤加减，5剂。旬日后再次来院诊视，一切已如常人，仍以四诊时处方加减，连服5剂而愈，随访半年未见复发。

病例2：陈XX，男，21岁，农民。本县南风乡凉垵村人。1990年10月17日初诊。

患者于一天前背砖途中歇气时“嗨哟”一声吆喝后，突然出现呼吸费力，呛咳，无法继续劳作。来诊时手掌抚胸，胸部前倾，面色少华。阵阵呛咳，说话声低，呼吸费力。舌苔薄白，脉虚数。查诊：气管左移，呼吸浅快，35次/分，右肺呼吸音明显减弱，左肺呼吸音增强。右胸外侧叩诊呈鼓音。心率106次/分。X线胸透：双肺野清晰，右肺外带区有约40%的透光区，右肺叶被压缩到60%。X线提示：自发性气胸。

中医辨证：过劳用力，损伤肺脏，肺气外泄，肺虚气陷。

处理：治以升陷补肺，方用升陷汤加味：黄芪30g、知母15g、桔梗10g、升麻5g、柴胡5g、瓜蒌壳15g、百合15g、紫菀15g、山茱萸20g、山药15g。3剂。胸穿抽出气体约300ml。嘱半卧位卧床休息，避免用力咳嗽、说话和排便。

专业交流

10月24日复诊：患者感觉良好，只是上楼梯、走上坡时呼吸费力并呛咳。X光胸透：右肺中上外带区有少许透光区。仍用原方5剂。

11月7日三诊：患者已没有不适感觉，只是还不敢大声说话，不敢劳作。X光胸透复查双肺无异常。用原方去瓜蒌壳、紫菀，加四君子汤，5剂善后。随访半年未见异常。

病例3：韩XX，男，52岁，本县响滩镇楠木村人。1991年3月9日初诊。平素有慢性咳嗽，两天前因受凉后剧烈咳嗽而出现自发性气胸，病情与例2大致相似，漏出的气体少于例2，症状也较轻，未做胸穿抽气，直接用升陷补肺法治疗，只是方药上初诊用的是升陷汤合止嗽散加僵蚕、全蝎、旋覆花、枇杷叶、粟壳等解痉、降逆、镇咳药，咳止后治疗与例2基本相同。

体会：中医学无“自发性气胸”的病名，按其临床表现，类似中医学之喘证、咳嗽等病证。以其发病机理而论，则为虚实夹杂之证，因肺脏久患其它疾病，脏器受损，病邪未除，旧病未已，再加其它诱因，如剧烈咳嗽、突用猛力等；或素体肺虚，再加某种诱因，导致邻近肺外壁的大泡破裂，气体进入胸膜腔而发生本病。中医治疗当标本虚实兼顾，大量气体壅滞胸膜腔时，则以标实为主，胸腔穿刺抽气等于使用特殊攻邪之法顿挫了病势，使邪实之标迅速居于次要地位，故治疗上当以本虚为主。例1患者初诊时，笔者囿于西医对本病的治疗原则，忽略了中医治病求本和标本虚实的法则，用中药纯治其标实，未顾其本虚，犯了“勿虚虚勿实实”之戒，结果使虚者仍虚，实者仍实，故二诊时病情几乎一切如故。经重新辨证，自发性气胸的症候表现与张锡纯所论“胸中大气下陷”的证候表现极为相似，张氏云：“胸中大气下陷，气短不足以息。或努力呼吸，有似乎喘。或气息将停，危在顷刻。”所以首例患者复诊以后和2、3例都参照张氏之论，再结合自发性气胸的发病机理，立升陷补肺法治之，并选用张氏治疗胸中大气下陷的主方升陷汤结合个体差异加味，标本兼治，切中病机，均得治愈。

我的读书笔记部分内容选录（一）

作者：仲景传人

链接：<http://bbs.iyi.com/thread-2629734-1.html>

平日里空闲较多，所以自己常在论坛里下载中医各家经验仔细阅读，并用电脑码字写成读书笔记，有些附有一点自己的心得体会。所选大多是民国到上世纪九十年代的各家经验。我认为，这个时间段的医家经验，比较可靠。读了这么多医家经验，感觉自己水平还是不够，不懂的地方很多（笔记中留有问号处，就是自己还没有弄懂的地方）。古人有云：愚者千虑，亦有一得。在此，我把读书笔记的内容摘录一些，与大家共享。另外，笔记中我自己的心得体会，是用括号里的“自按”，来提领和总结。

读书笔记抄录之一：

《成孚民医案医话》：作者精研伤寒内难，于新疆行医数十年，经验丰富，闻名遐迩。该书前半部分是医案，用药经验老到，后半部内容是医话和医方。

伤食吐蛔病例：

于某，女 25 岁。夏秋之交吃隔夜馊食过多，并与家人争吵，故胃痛干呕。数日后痛渐加剧，中药消导剂不应。身热，食物难下，饮水亦痛甚。索冷水，稍饮则胃痛难忍。一月后形体瘦削，大肉尽脱，肌肤甲错、体若番炭。消导药无效，温补则助热，寒凉则加痛。辗转四十余日，危笃。经医三人均束手，余亦在其中。忽然一日吐蛔虫两条。余由吐蛔想到乌梅丸，其理由于厥阴风木与少阳相火相煽，诚为上热下寒阴阳寒热错杂之证。今患者由于伤食、生气为病（气、郁、食、毒相搏结），食积不化、肝气郁结久而化火，久用香燥理气之药伤肝导致肝木横逆不驯，肝胃不和。欲饮水是有热，稍饮又痛是有寒，乃寒热错杂之证。遂用乌梅丸作汤剂。翌日，患者白云：药后舒适，痛稍轻，能饮米汤少许，更进一剂，痛大减，续服五剂后逐渐好转。

自按——此案很好的诠释仲景书中“厥阴病”、“乌梅丸”方证、“吐蛔”、厥阴病篇为六经病篇之诸等难题。厥阴病证复杂，是六经病变之末期。后世许多医家对于厥阴病持有怀疑：是否有厥阴病存在？厥阴病有何复杂？为何原书中厥阴病篇章条文语焉不详？乌梅丸只是治蛔厥而已，为何冠于厥阴病篇方药之首？它是否就是厥阴病主方？厥阴病提纲中为何有吐蛔？实际临床病例中蛔虫真的能吐出？甚至有医家

专业交流

否认存在厥阴病条文及提纲，甚至主张删去厥阴病篇。也有医家怀疑厥阴病篇已经散失等等的观点。比如姜春华就认为厥阴病篇为千古疑案。而作者的这个病案，很好的抨击了诸多怀疑论者。

再按——仲景书中原意，厥阴应就是六经病变之末期，比少阴病之心肾阳微更进一步演化。其病情之复杂，阴阳寒热杂于一体，难以言明才是仲景本意。神而明之，只能存乎一心也。所以仲景在厥阴病提纲里也只稍列其大概，即所谓的微言大义也。仲景于书中列框架规矩于前，须再有待后人来总结发扬吧。所喜如吴又可列方“三甲散”，主治“邪气深入厥阴血脉……主客交浑……种种难言之症状”，自己不由赞叹：此即是仲景书中之厥阴病的范畴，三甲散也是厥阴病之方也。吴又可于仲景学术的发扬，以及对于外感温病深入到厥阴的治疗，居功至伟也不为过。

三按——作者已分析了患者的病因病机。我再按照我的理解再仔细分析患者的病因病机：患者最初是食用变质食物，即是食物中毒之类，这是最初病因，应有腹痛腹泻之症；泄泻则伤脾胃，所以太阴之经病矣；泄泻又埋下了气阴两虚、中阳下陷之端倪。翌日又再生气，则再伤少阳肝木。怒伤肝，进一步损伤气血，且又气机郁结，如此，则少阳之经又病矣。尤其少阳病则生发之气受损。少阳又是六经枢纽。更糟糕的是：患者就诊时杂药乱投，消导破气消积之药损伤正气。如此则进一步伤肝、损脾胃中气。如此种种，伤及太阴、少阳，最终导致气阴虚、中虚、肝脾受损，肝木愈发横逆难驯；肝脾胃愈发的升降失和。脾气不升，胃气不降，运化失常；少阳枢纽不利、正气受损，且体内之毒素与肝木横逆愈发暴乱难治。患者又难于正常摄食不能恢复体力。如此种种，致使病邪步步深入，最终病入厥阴。就好比两军对垒，敌人最终深入腹地，进入中央枢纽之地，而已方则由于内政失和，百姓不附，粮草不济，并加有天灾人祸，整个国家已经糜烂至不可收拾之边缘。然可喜的是患者尚属年轻，肾气未伤，幸可以图万一也。作者最终启用乌梅丸，用人参附子以温阳、黄连黄柏以清热解毒、当归乌梅以安抚、花椒细辛以攻邪杀虫解毒，就好比战时临危受命，启用一个指挥调度得当、能根据敌情与己方之势采取针对性措施的良相大将。呜呼，有此良将，何敌不克？有此良方，何患不除？所谓治外感如将，而治内伤如相。但用药又如用兵，也要当势立断，如再不施用乌梅丸对症之方，则真就只能“告穷归天”了。

读书笔记抄录之二：

《孙朝宗医论集》：

1、孙氏从《参西录》所引《续名医医案》所云“正胆汤”——即“温胆汤”加枣仁、代赭石，孙氏认为此方中正，不偏不倚是其特长，加减用之，遍治胃脘痛、汗出、心悸、惊恐、抽搐、腹胀、呃逆、呕吐、肋痛、头痛、不眠、胃不和、卧不安、眩晕、哭泣、嬉笑无常等等……

2、书中举例：某前额胀痛呕吐黄绿苦水久治不愈，后仔细问明，可能是由于郁怒所致。于是引用李东垣“前额疼痛非半夏不能疗”及高颠之上唯风可到。辨证为少阳郁怒，选方用正胆汤化裁而终于治愈。

3、孙氏多方观察发现夜半子时多是疾病发生的时刻，前期选用小柴胡、温胆汤等都奏效甚微，后发现正胆汤疗效明显，终于摸索出选用枣仁为主配伍甘草，“先其时服药”，遍治脘腹痛 98 例、汗出 28 例、惊恐 21 例、心悸 110 例、哭泣 11 例、抽搐 10 例、小腹痛 10 例、腹胀 16 例、腹泻 9 例、饥饿 15 例、肋痛 16 例、咳喘 10 例、烦躁不安 21 例、腿痛 9 例、失眠 11 例、头疼汗出 10 例、手痒 5 例、鼻衄 3 例、脑鸣 8 例、呕吐苦水 11 例等等……。书中详载病例，孙氏用药一般只取生枣仁 30~60 克、甘草 10 克两味药，稍用或甚少加用其他药物，直捣中枢。

自按——仔细揣摩其病证范围与“子时发病”，可见其多属于现代所谓的植物神经功能失调、神经官能症的范畴，而且枣仁配伍甘草，恰符合“甘能缓急”之意，中医理论之神奇由此可见。孙氏分析其病因病机——“十一脏皆取决于胆”。子时为人 体阴阳转变之时，而少阳恰为之枢纽。（孙氏书后还论及：心属于少阴，为阴之枢纽，胆为少阳，为阳之枢纽，心胆相合，故合阴阳枢纽之转。治疗从心胆入手，则很多疾病得心应手矣。）

读书笔记抄录之三：

《俞慎初论医集》：猪胆汁古代广泛用于临床而近代少用。作者认为猪胆汁能清热解毒润燥，竟然用于乳癌症治疗？并附有两则医案。

一病例，行三次手术后又复发，症属阴热热毒伤津，故作者嘱咐用猪胆汁一盞约 20 克，兑白糖，日一服，并用蛇舌草黄药子栝楼半枝莲等分，煎水代茶。一月后复诊，稍有起色，嘱咐续用，勿懈怠。另一病例，黄某 40 岁。患者左侧……经确诊为乳腺

专业交流

癌。乃按上案方法治疗，并用抗癌草药方，并嘱咐煎服新鲜猪胆汁，泡白砂糖，每次一个，先后百余次，症状消失，四年未见复发。

自按——作者未详细说明到底是煎服还是生用？

读书笔记抄录之四：

《岳美中医话集》：“医有五等”篇——岳氏按医术高低，把中医医生水平分为五等：初等是开方医生，读过方药歌诀但只能套方；二等用药医生，是为学过基本理论；三等是辨证医生，有师承、有训练，对于中医下过功夫，较精通，有根底，但经验不够。四等医生是入细医生：学验俱丰诚为可贵，能独立分析问题、解决问题。复杂疾病也能抽丝剥茧，渐入佳境。从容和缓之中能愈大证，堪称名医。五等是最上等之医：旁人不能治的病，到他手即能回春，辩证分析准确入微。

自按——对照看来，估计自己勉强处于第三阶段，真是贻笑大方也。

第五等之医，按照古人之语，似乎就是“医者意也”之“意境”。自己平日里所阅各个医家经验，大多良医少，而庸医多，名不副实者多。解放后大批名老中医多是真才实学者，但也良莠不齐。各名家中，尤其许多温病派、时方家等，多是名高而术低者，多只是应景罢了。如陈苏生就曾抨击当时某些温病派、时方派误人性命匪浅。而岳美中氏医术之严谨，我认为真的离古人所谓之“医者意也”的境界不远了。而逐渐至上世纪九十年代后期，所出的各家医书论文，多是骗名骗职称而已矣。不由叹息。

读书笔记抄录之五：

《赵绍琴临床经验辑要》：作者对于慢性肾炎的认识：历代医家均主用补益，百无一效，作者后来反思，观察到慢肾发展到肾衰阶段大都表现为脉弦细滑数，沉取尤甚。舌绛红且干，心烦急躁，大便干结伴有神疲乏力或舌淡滑润，下肢浮肿纳谷不香。绝非肾虚、绝非脾肾阳虚八味丸之属。作者分析：沉脉主里，沉脉又是气脉，也是水邪蕴蓄之脉。沉濡或沉软、濡软主湿浊、痰饮。辨证着眼应于热郁于内，湿阻不化（此是关键）。治疗上：一定强调热郁者清透；湿郁阻者芳化；日久入血分，注重清化湿热凉血化瘀。肾衰者……注重瘀的实质（西医认为肾小球变性进而纤维化相接的肾小管发生营养不良性改变或萎缩）

赵绍琴对于慢性肾炎肾病新论四则：

非虚论；忌食蛋白质论（西医的丢蛋白补蛋白的理论在临床上贻误病人，反而限制蛋白摄入反能扭转病情）；宜动不宜静论；慢性肾功能损害可逆论。

读书笔记抄录之六：

颜德馨经验选抄：

疑难病治疗：临床多年，对于临床中疑难杂症，颜氏摸索出两条思路：

1) 振奋阳气：阳气与人体身体机能强弱密切关系，临床久治不愈的疾患，加用附片，往往有意外效果。每治久病缠绵不愈者，从温运阳气获胜。

作者举例：（在此限于篇幅，省略）

自按——自从祝味菊入沪以来，温阳之法也得到沪地海派医家的继承和发扬。附子的使用经验不断得到总结。其他如祝味菊氏高徒陈苏生者，治疗肝病久患者，也往往加入附子。

2) 立足于“血为百病之胎”，采用活血化瘀法攻克难症。

月经不调针灸有较好效果

作者：蔡晓刚

链接：<http://bbs.iiyi.com/thread-2631159-1.html>

月经是育龄女性特有的一种子宫周期性出血的生理现象，一般月经初潮也标志着女性生育力的萌发，而停经则宣告受孕权力的终结。凡是月经的周期、出血、血色、经质的异常都属于月经不调。常见症状包括月经周期的过短、过长、紊乱或闭经、经量过多、淋漓不断等，严重的痛经、经前期综合征也属此范畴。西医学认为丘脑下部-垂体-卵巢三者之间动态平衡的关系受到外界环境、自身精神情绪因素、全身健康状况以及其他内分泌腺功能的影响后，任何一个环节不能保持生理平衡均能导致月经不调。

中医学认为月经不调与肝、脾、肾、冲脉、任脉、带脉有着直接的关系。肝脾和调、肾精充盛、冲任脉盛月事可如期而下，且色、量、质规律正常。如果素体阳盛、过服辛辣；或肝郁化火，热扰冲任；或饮食不当、思虑伤脾、统摄无权、冲任不固均

我为人人，人人为我

专业交流

可致月经先期。若外感寒邪，血为寒凝；或久病体虚，化源不足，血海不能如期满溢则可致月经后期。当情志抑郁，肝气不疏；或肾气虚衰，藏泄失司，冲任失调，血海蓄溢失常可使月经先后无定期。对于月经不调当以和血调经为治疗总则。取带脉、三阴交为主穴。症以经行先期，量多或少，色深红或紫，质粘稠，伴有面红口干，心烦易怒，乳房、少腹胀痛，小便短黄灼热，舌红苔黄，脉数者加太冲。对于经期后延，量少，色黯有血块或色淡红质清稀，小腹痛得热可减，畏寒肢冷，头晕眼花，腰酸乏力，小便清长，舌质淡苔白，脉沉迟者可加丹田。对于月经周期不定，经量或多或少，色紫红有块，行经不畅，或伴有胸胁、乳房、少腹胀痛，暖气食少、舌苔薄，脉弦者加取肝俞、脾俞、肾俞。令患者取舒适卧位并将所选穴位处充分暴露，术者左手将打火机的火焰开至最大伸于右手所持的大口的玻璃罐中瞬间闪过后迅速将罐吸拔于带脉、肝俞、脾俞、肾俞处留罐 10 分钟，左右两侧穴位隔日交替拔火罐。将里面放有点燃的艾段的大艾灸盒放置于丹田处施温和灸，以患者自觉施灸局部肚腹内温热、舒服，术者视之泛红但不致烫伤为度。常规消毒后毫针直刺三阴交、太冲各 1 寸。三阴交施以缓慢小幅度提插捻转平补平泻手法约 1 分钟，太冲施以捻转提插泻法。于每次月经前一周开始针灸调理每日一次至月经来潮停止，连续调理不下三个月经周期。

《奇经八脉考·带脉篇》言：“带脉者，起于季肋……围身一周，如束带然。”带脉能约束纵行之脉，足之三阴、三阳以及阴阳二跷脉皆受带脉之约束，以加强经脉之间的联系。像《儒门事亲》所言：“冲、任、督三脉同起而异行，一源而三歧，皆络带脉。”《针灸甲乙经》所载：“妇人少腹坚痛，月水不通，带脉主之。”足以说明带脉对主司妇女带下的作用。在位于腹侧部的足少阳胆经与带脉交会穴带脉穴处拔火罐，对于不论哪种诱因所致郁结气滞、淤血阻塞均可调和疏通。在背俞穴肝俞、脾俞、肾俞拔火罐，在三阴交针刺具有益气健脾，疏肝益肾，填精调经的作用。太冲为肝经原穴，泻之可疏泄肝火，清热凉血，邪热祛除。

包括阴交、气海、石门、关元、中极五个穴位在内的部位称为丹田，《难经》认为此处是“性命之祖，生气之源，五脏六腑之本，十二经脉之根，阴阳之会，呼吸之门，水火交会之乡。”大艾灸盒于此施温和灸可以补益真元，温通冲任，驱逐淫邪、养血理血活血行血。诸穴协作，诸法合用，各奏其责月事自调。

手法中按的技巧

作者：毛振中医生

链接：<http://bbs.iiyi.com/thread-2641875-1.html>



手法中“按”是最常见的，要想按的好可以按照以下来做：

第一：按压的部位一定有适合按的指证，往往是有阳性反应点。选不对，按的再好也是错。

第二：看见了“疙瘩”肌肉，要放松，不是按在肌肉上，而是按在肌肉边上，从受损伤的肌肉——筋膜——旁边肌肉的缝隙进行发力，这点非常关键。

第三：上述的缝隙是“从左从右”要分清，选择阻力大的一侧。

第四：按不能一下到底，而是需要选择度。首先是治疗师指甲发白可以作为指证；更好的是按下去有一定的阻力屏障出现，就是按到了一个顶手的位置，在这里要维持30秒，此时你会感到你的手被吸进去一点点，然后到达第二个阻力屏障，重复操作。

第五：手法的“里”是三维的，选择主力方向，配合另外三个围度+旋转，与肌纤维垂直的方向是最大的放松，所有的肌纤维都是三维的，所以手法也是三维的。

第六：按要配合患者吐气，这是放松激痛点的要诀。

第七：利用身体姿势锁定，放大能够引起痉挛的最好位置，也就是将身体或者治疗区肢体摆在一个特定的三维位置。

第八：先静力按，然后配合肢体的运动，边动边按，这个不是活动其他肢体，而是和需要按压的肌肉相连的肌肉运动，这是动态关节松动和筋膜松动的精华。

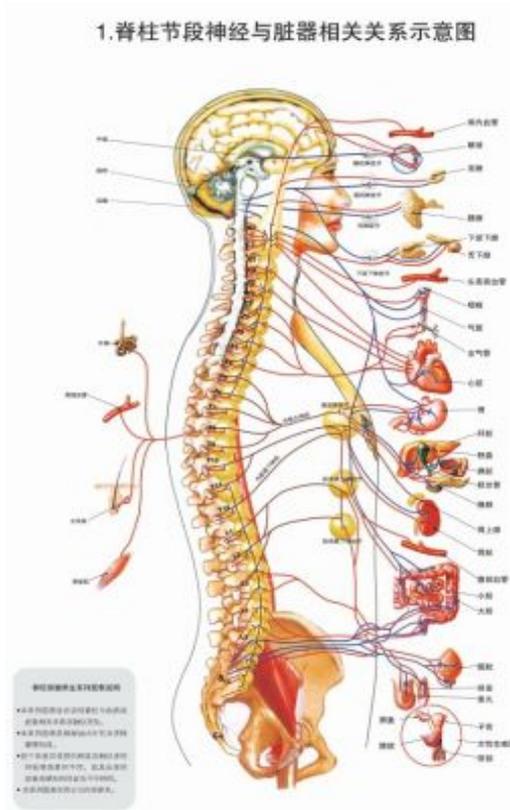
第九：按的时候需要“把路上的石头搬开”，还是动，诀窍是正按倒走，治疗师手移动的方向与按的方向相反。

第十：操作的时候，手是眼，找准问题，手是黏住的，但发力是从脚上传上来，站稳了，动脚，力从脚——腰——肩——手，像一个鞭子一样传上来，即渗透又有力度。

经络现象是地道的神经现象

作者：刘亦之

链接：<http://bbs.iiyi.com/thread-2632946-1.html>



中医的价值不仅仅是中药、针灸的治病疗效，中医的更大价值在于中医理论里蕴含的科学价值。中医理论首先是经验理论是中医人的不作为和世人的无知埋没了中医理论的科学性。神经系统是现代医学最伟大的科学发现之一，然而中国人几千年前就已经开始对神经进行探索并成功运用到临床，并且形成了中医人自己独特的认识。中医是地地道道的临床实践医学、经验医学，把中医定义为文化、哲学、道，非科学是在埋没中医学价值。中医与现代医学的关系不是对立的它们是被发展被继承的关系。中医学的固步自封导致中医被西医超越发展，而西医发现的神经系统却证实了中医针灸的科学性以及经络现象、经络生理功能的科学性，从这一方面说中医学被现代医学超越发展了。

经络学说是中医理论的基础，是中医理论的根源。酸麻胀痛等经络现象是中国古人最早发现的神经现象，经络的生理功能就是中医对于神经系统生理功能的深入认

识，这是任何人无法抹杀的事实。中国古人几千年前就已经开始了对神经的探索并且成功运用到临床，针灸就是人为制造神经冲动刺激病所来治病的古老技术。如果这一认识得到世界公认一定会引起轰动——中国古人才是神经研究的先驱，中医有文字记载研究经络的记录比欧洲的科学家发现神经系统早 1500 年左右。经络的行气血、营阴阳，是指经络控制气血运行、调节阴阳平衡，而不是通常认为的经络本身是气血运行通道。经络的感传就是神经的生物电传导，经络的感传速度就是神经的传导速度，经络的得气就是神经对于针刺的应激性反应。中医经络的背部内脏俞穴是控制内脏器官的植物神经经过的地方，中国古人通过漫长的临床观察发现刺激这些穴位能够调整内脏功能失调。这和今天西医生理解剖发现的控制内脏的植物神经走向是一致的。针灸调理人体内脏功能失调正是利用神经冲动通过联系内脏的植物神经的传导功能刺激相应的脏腑实现的。十二经脉、奇经八脉是古人根据经络现象大胆猜测虚构出来的产物罢了，其虚构的原型就是神经系统！大家看看经络系统与神经系统生理功能的比较是不是大体一致：

- 一【a】经络有酸麻胀痛的得气反应【b】神经对刺激同样出现应激反应
- 二【a】针刺过程中经络有感传【b】神经元之间有生物电传导
- 三【a】感传有一定的速度【b】不同的神经纤维也有不同的传导速度
- 四【a】脊椎两边是内脏腧穴【b】神经系统通过脊椎传出神经与内脏相连
- 五【a】经络行气血营阴阳【b】神经系统控制血液循环，调节人体整体状态
- 六【a】经络联络脏腑沟通上下【b】神经系统就是联络五脏六腑联络全身
- 七【a】经络感应传导调节机体平衡【b】神经系统感应传导调节机体平衡

得气和感传是两种客观存在的神经现象。出现得气感的时候患者都会出现酸麻胀痛的感觉，针刺的深度只有达到神经主干附近才能出现得气感！针刺的另一种现象就是感传，不过感传的速度不是经典理论中的速度那么低，每次都是瞬间到达，这和神经的传导速度惊人的吻合。经络现象说到底是地地道道的神经现象，属于古人对人体神经现象的重大发现。

中医针灸的治病疗效有目共睹对于适应症疗效如神，但是针灸的治疗一直处于知其然而不知所以然。近一二百年西医借助现代科学技术日新月异，不断发展成为现代医学，而中医则陷入拒绝现代医学与现代科学的怪圈以至于对针灸治病的作用原理一

专业交流

直解释不清。针灸的有效性让针灸苦苦支撑，没有科学解释的中医针灸是不可能得到世界的认可。无论中医学还是西医学，都是研究人体结构、生理功能、病理变化和诊断治疗疾病的科学。既然二者研究的对象是同一人体，那么对于同一人体结构和功能的认识决不可能出现两种毫不相关的经络理论与神经理论。究根结底中医经络是中国古人神经系统认识的萌芽，是中国古人根据经络现象以神经实体结构为原型虚构出来的主观认识。

中医针灸是中国古人通过神经治病的临床应用。针灸通过刺激神经系统治病是不争的事实，中医针灸自从诞生以来就是通过刺激神经系统来治病即使到今天这个事实也没有被改变。高位截瘫病人失去酸麻胀痛的感觉以及失去感传的功能其实已经告诉我们针灸是通过神经治病的事实！针灸包含针刺和艾灸，这是两种不同的传统治疗方法。在实际的临床治疗中为了提高疗效通常两种方法结合进行。针刺是通过进、退、捻、留、捣等手法对肌体神经进行一定的机械刺激人为产生神经冲动，神经冲动通过神经系统传导刺激病所治疗疾病。艾灸是利用血液得热则行遇冷则凝的原理通过灸条或者艾柱的热量促进局部血液循环，主要针对肌体的风寒湿证所进行的一种传统治疗方法。灸条、艾柱的热刺激作用于局部神经加速血液循环促进局部气血畅通从而消除风寒湿导致的顽疾。针灸是针刺和艾灸的结合是利用机械刺激、热刺激人为制造神经冲动，神经冲动通过神经系统的传导功能刺激功能失调的器官组织而调整其功能失调！

说针灸通过刺激神经系统治病其实证据非常多，而且都摆在书面上，只是大家都视而不见罢了，最直接的证据就是截瘫病人没有针感，医生针下没有手感，全身麻醉的病人也出现同样的状况，局部麻醉区的穴位同样没有针感和手感。针灸要求得气，气速至效速至，气迟至则效果差，气不至则无效，所以针灸过程产生酸麻胀痛是针灸取得疗效的必要条件，这实际要求的是肌体神经对针刺的应激反应。另外对于穴位的针刺都要求一定的深度，如果您能仔细观察就不难发现，针尖刺入的深度恰恰在神经主干附近或者靠近神经束的地方才会出现针感，每次情况都一模一样，这绝不是偶然现象。只是没有引起我们的重视。如果您能亲身体会一下，这种感觉更加明显。

我们看看生理学中植物神经对各器官支配的模式图，再对比一下中医经络的背部内脏腧穴图，两个图有着惊人的相似。现代研究表明，脊髓内有调节植物神经功能的初级中枢，脊髓对许多内脏反射有一定的调节作用。这和中医经络膀胱经中的俞穴有

我为人人，人人为我

异曲同工之妙，中医认为五脏六腑之气输注于背腰部的经穴，称为俞穴。它们之间在背部的分布规律可以说完全一致。中医认为刺激这些地方会调整相应的内脏功能失调，而针灸的临床疗效也确实是如此，那么针灸如此有效而且能够反复验证其有效性，这其中一定蕴含着科学道理。中医针灸刺激背部俞穴可以调整内脏功能失调，真正的原因是：针刺脏腑俞穴产生的神经冲动通过联系内脏的植物神经传导直接刺激相应的脏腑器官而治病！

西医对于内脏痛觉的研究表明，内脏疾病往往引起身体的体表部位发生疼痛或者痛觉过敏，这种疼痛称为牵涉痛，目前对于发生牵涉痛的原因还不清楚。研究发现发生牵涉痛的体表部位与患病的内脏部位有一定的解剖关系，它们的传入神经由同一脊神经后跟进入脊髓，这恰恰旁证了中医脏腑募穴的科学性，中医脏腑募穴就是患病脏腑在体表的压痛点，中医调理脏腑功能失调是有物质基础的：刺激脏腑俞穴、募穴产生的神经冲动通过植物神经的传导直接刺激相应的脏腑器官调整脏腑器官的功能失调。

针刺肌体穴位造成的神经冲动不仅能够通过神经传导对远端器官组织造成影响，对于穴区局部的器官组织也会造成影响。这就是穴位治病既能近治也能远治的原因。针灸临床部分穴位对人体影响范围很大，例如内关穴可以治疗肺胃心胸的大部分疾病，胸闷气短、心率加快、胃肠功能失调都需要选内关，这是因为刺激内关引起的神经冲动可以通过神经网络的传导刺激到胸内的大部分脏腑器官。这也能够解释脏腑调理除了选择俞穴、募穴还选择远端配穴的原因！

学术是人类智慧的结晶，应该不分古今、中外、你我，以是者为是，非者为非，永远以先进代替落后。治学就要博采众长、兼容并蓄、常新常进，前不同于古人而能发展古人；后不同于来者而能启迪来者。中医作为一门治病的医术不应该独立于现代医学之外，应该与时俱进和现代医学兼容并蓄！中国中医科学院的更名让我们看到了中医未来发展的方向——唯有中医科学化才能让古老的中医再次焕发青春！我们完全可以自豪的向全世界宣布：中医针灸是人为制造神经冲动通过神经系统的传导功能刺激病所治病。这一事实一定会改写神经研究利用的历史还原中医针灸的科学性！

编辑：砭艾、宇宙旋风、万里云天、xiwang001han

第三部分——识草药

洋金花

别名：白花曼陀罗、闹羊花、风茄花。

来源：茄科植物洋金花的干燥花，分布于热带及亚热带地区，温带地区普遍栽培；我国台湾、福建、广东、广西、云南、贵州等省区常为野生，江苏、浙江栽培较多，江南其它省和北方许多城市有栽培。

形态：一年生直立草本而呈半灌木状，高0.5~1.5米，茎基部稍木质化。叶卵形，顶端渐尖，基部为不对称圆形，长5~20厘米，宽4~15厘米，边缘有不规则的浅裂，侧脉每边4~6条；叶柄长2~5厘米。花单生于枝叉间，花梗长约1厘米。花萼筒状，长4~9厘米，直径2厘米，裂片披针形，果时宿存部分增大成浅盘状；花冠长漏斗状，长14~20厘米，檐部直径6~10厘米，筒中部之下较细，向上扩大



呈喇叭状，裂片顶端有小尖头，白色、黄色或浅紫色，单瓣、在栽培类型中有2重瓣或3重瓣；雄蕊5，在重瓣类型中常变态成15枚左右，花药长约1.2厘米；子房疏生短刺毛，花柱长11~16厘米。蒴果近球状，疏生粗短刺，直径约3厘米，不规则4瓣裂。种子淡褐色，宽约3毫米。花果期3~12月。

栽培：洋金花耐旱常生于向阳的山坡草地或住宅旁，气温5℃左右种子开始发芽；气温低于2~3℃时，植株死亡。以向阳、土层疏松肥沃、排水良好的砂质壤土栽培为宜。

性味功能：味辛；性温；有毒。止咳平喘，止痛镇静。

用途：治疗哮喘咳嗽，脘腹冷痛，风湿痹痛，小儿慢惊；外科麻醉。

用法用量：内服0.3~0.5克。

经验鉴别：洋金花为喇叭状，表面密被绒毛，以味苦后干者为佳。

商 陆

别名：章柳、山萝卜，倒水莲。

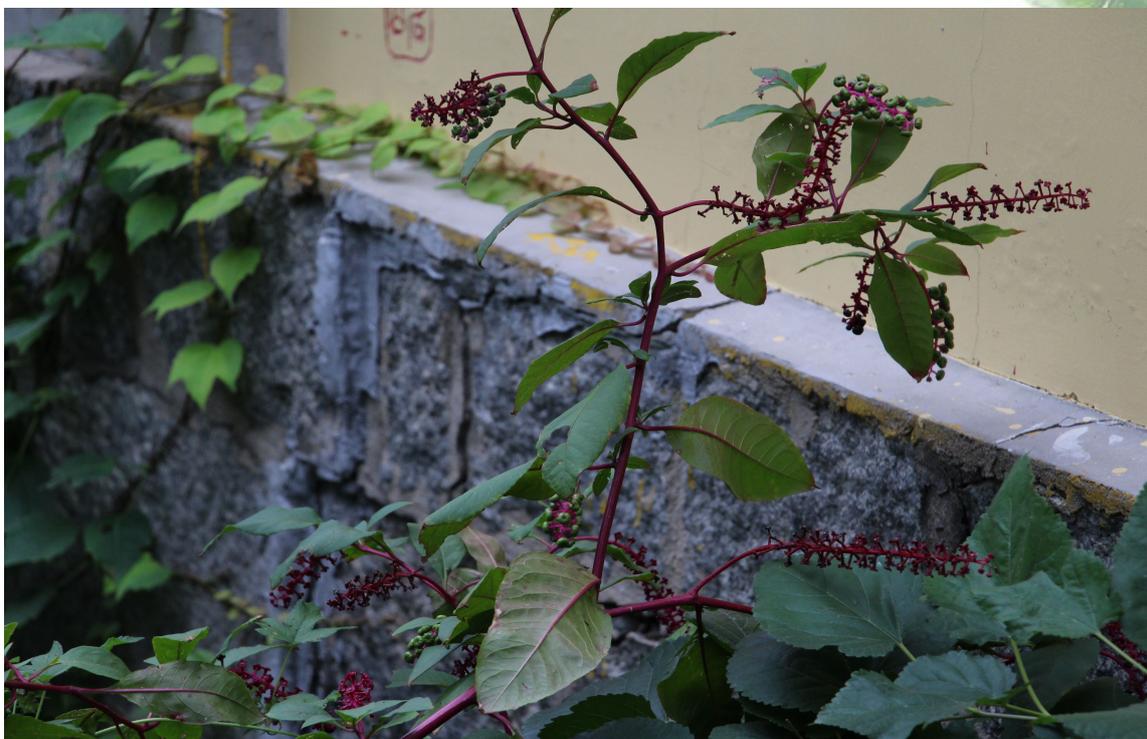
来源：商陆科植物商陆地锦的干燥根茎，分布于中国东北至华南各省区。朝鲜、日本也有分布。

形态：多年生草本，高0.5~1.5米。根肥大，肉质，倒圆锥形，外皮淡黄色。茎直立，圆柱形，有纵沟，肉质，绿色，多分枝。叶片薄纸质，椭圆形，长10~30厘米，宽4.5~15厘米，顶端尖，基部楔形，渐狭，两面散生细小白色斑点（针晶体），背面中脉凸起；叶柄长1.5~3厘米，粗壮，上面有槽，下面半圆形，基部稍扁宽。总状花序顶生或与叶对生，圆柱状，直立，通常比叶短，密生多花；花序梗长1~4厘米；花梗基部的苞片线形，长约1.5毫米，上部2枚小苞片线状披针形，均膜质；花梗细，长6~13毫米，基部变粗；花两性，直径约8毫米；花被片5，白色、黄绿色，椭圆形、卵形，顶端圆钝，长3~4毫米，宽约2毫米，大小相等，花后常反折；雄蕊8~10，与花被片近等长，花丝白色，钻形，基部成片状，宿存，花药椭圆形，粉红色；心皮通常为8，有时少至5或多至10，分离；花柱短，直立，顶端下弯，柱头不明显。果序直立；浆果扁球形，直径约7毫米，熟时黑色；种子肾形，黑色，长

专业交流

约3毫米，具3棱。花期5~8月，果期6~10月。

栽培：商陆常野生于山脚、林间、路旁及房前屋后，平原、丘陵及山地均有分布。喜温暖湿润的气候条件，耐寒不耐涝，适宜生长温度14~30℃；地上部分在秋冬落叶时枯萎，而地下的肉质根能耐零下15摄氏度的低温。对土壤的适应性广，不



论是沙土还是红壤土，不管土壤肥沃还是瘠薄，都能长得枝繁叶茂。

性味功能：味苦性寒。有毒。逐水消肿，通利二便。

用途：用于水肿胀满，通利二便；外用解毒散结。

用法用量：内服3~9克。外用适量。

经验鉴别：商陆横切片弯曲不平，边缘皱缩有同心性环轮，纵切片弯曲或卷曲，以久嚼麻舌者为佳。

编辑：王颖健

责任编辑：金陵一剑



我为人人，人人为我

夜间阵发性咳嗽伴大量出汗、烦躁不安 1 例

作者：anne 医生

链接：<http://bbs.iiyi.com/thread-2601007-1.html>

●病历摘要：

一般资料：男，56岁，农民。

主诉：发作性心悸、胸闷10余年，咳嗽2周，加重7天来诊。

现病史：患者于10余年前无明显诱因出现心悸、胸闷，活动后加重，在当地按“冠心病”治疗，上述症状时轻时重。2年前发现心律失常、心脏扩大，诊断为“缺血性心肌病、房颤”，予以“依那普利、消心痛、地高辛”等药物治疗，症状一度好转，一般活动不受限制。2月前开始出现干咳、无痰，伴出汗，自觉胸闷、乏力，无发热，自行服用“罗红霉素”治疗，症状无减轻。7天前症状逐渐加重，咳嗽转为阵发性非痉挛性咳嗽，咯少量稀痰，无咳血或痰中带血丝，无胸痛，无午后潮热。食欲差，为求进一步诊治，来诊。患者发病以来，夜间睡眠差，出汗较多，尿少，每2~3天排大便1次，成形。

既往史：高血压病史10余年，血压最高时可达175/100mmHg，应用降压药后血压控制良好。无糖尿病、肝、肾疾病病史，30年前曾患肺结核，已治愈。余无特殊。

体格检查：体温：38.5℃；脉搏：120次/分；呼吸：18次/分；血压：121/93mmHg。慢性病容，半卧位，全身出汗较多，神志清，精神萎靡不振。双眼睑轻度水肿，结膜无充血、水肿，巩膜无黄染，双瞳孔等大同圆，对光反射灵敏。耳鼻无异常。口唇紫绀，咽充血。颈静脉怒张，颈软，甲状腺无肿大。胸廓对称无畸形，双肺呼吸音粗糙，可闻及干湿性啰音，左肺底闻及水泡音。心前区无隆起，叩诊心脏向左扩大，心尖搏动弥散，心音强弱不等，心律不齐，心率149次/分，心尖区可闻及收缩中晚期非喷射样喀喇音。腹部平软，肝脏轻度肿大，脾不大，双肾区无叩击痛，肠鸣音正常。脊柱、四肢无畸形，肛门及外生殖器无异常，双下肢轻度凹陷性水肿，未见杵状指（趾）。神经系统查体无异常。

辅助检查：血常规、尿常规、粪常规无明显异常；肝、肾功能轻度异常；甲状腺功能无异常；血钾、氯正常，血钠130mmol/L；心电图：快速房颤，左室肥大；胸片示：双肺纹理增多、散乱，双肺下叶片状密度增高影，心影形态呈普大型。印象：双

病例讨论

肺炎症；心肌病。心脏彩超：A03.50cm、LA6.02cm、RV1.90cm、IVS0.73cm、LV7.68cm、LVPW0.84cm。左房、左室内径明显增大，心肌动度普遍减低，以室间隔为著。二尖瓣前后叶略增强，腱索较细，瓣尖处细线样回声，随瓣膜摆动，收缩期前后叶拖入左房，以后叶明显。CDFI 探及二尖瓣重度返流信号。

入院后给予拜阿斯匹灵片 0.1g qd、代文片 80mg qd、安体舒通片 20mg bid、双氢克尿噻片 25mg bid、合心爽胶囊 30mg tid、单硝酸异山梨酯注射液 20mg 入液静滴，每日一次；以及抗生素注射用哌拉西林钠他唑巴坦钠抗感染治疗。

住院当晚，患者白班液体已用完。夜间巡视病房时发现患者阵发性咳嗽、仍大量出汗、不能平卧，且烦躁不安。

●讨论：

请大家讨论以下问题：

- 一、本患者的诊断是什么？
- 二、入院后的处理是否恰当？
- 三、患者阵发性咳嗽、大量出汗、不能平卧，且烦躁不安的原因是什么？怎样处理？

●临床讨论：

绿漫天涯：

一、本例的诊断是什么？

考虑：

1. 高血压病（3级，极高危）；
2. 扩张型心肌病；
3. 全心功能不全；
4. 二尖瓣关闭不全；
5. 心律失常（房颤）；
6. 肺部感染？

诊断依据：

1. 有慢性心悸、胸闷、活动后加重病史，且症状时轻时重。2年前发现心律失常，心脏扩大；
2. 出现干咳、无痰，伴出汗、胸闷、乏力明显，症状逐渐加重，出汗较多，尿少；
3. 查体见：体温 38.5℃；脉搏 120 次/分；呼吸 18 次/分；血压 121/93mmHg。双眼睑轻度水肿，口唇紫绀，颈静脉怒张，双肺呼吸音粗糙，可闻及干湿性啰音，左肺底闻及水泡音。心脏向左扩大，心尖搏动弥散，心音强弱不等，心律不齐，心率 149 次/分，心尖区可闻及收缩中、晚期非喷射样喀喇音。肝脏轻度肿大，双下肢轻度凹陷性水肿。

4. 辅助检查：心电图：快速房颤，左室肥大；胸片示双肺纹理增多、散乱，双肺下叶片状密度增高影，心影形态呈普大型。印象：双肺炎症；心肌病。心脏彩超：左房、左室内径明显增大，心肌动度普遍减低，以室间隔为著。二尖瓣前后叶略增强，腱索较细，瓣尖处细线样回声，随瓣膜摆动，收缩期前后叶拖入左房，以后叶明显。CDFI 探及二尖瓣重度返流信号。

二、入院后的处理是否恰当？

入院血压 121/93mmHg，相对较低，无需降压治疗。过度降压可加重脏器的灌注不足和血液的肺部瘀滞，加重呼吸困难。利尿剂应加强，可静脉用袢利尿剂，以迅速缓解肺高压状态；扩血管药过多；需联合洋地黄制剂。

三、患者阵发性咳嗽、大量出汗、不能平卧，且烦躁不安的原因是什么？怎样处理？

与肺循环淤血、肺动脉高压、左心衰有关，处理着重利尿、扩血管、强心，纠正心律失常。

冷丁：

此患者的治疗应该说基本合理。静脉应用了抗生素及扩冠药物，但症状不轻反重，特别是出现了烦躁不安的精神症状。应该说，该病人基础疾病较多、且重，病史也长，心脏问题与双肺问题掺杂，既往疾病与急性病混合，长期病史与急性病史混杂。需注意一一鉴别、区分。

从后面的用药看，病人的急性症状与心脏关系不大。较早出现的咳嗽症状及后来发现的肺部问题，心源性肺水肿可以解释，住院中纠正心、肺功能，症状无缓解，考虑另有原因。急性期是否与代文所致血容量不足有关呢？

因此，结合既往咳嗽史，前期服用依那普利以及后期服用代文，考虑与药物不良反应有关。

绿漫天涯：

这些问题我也想过。首先肺部感染问题，有发热、咳嗽、憋气症状，有肺部湿啰音体征，有相应的 X 线表现，似乎诊断肺炎成立，但患者的血常规正常，是不是肺部的湿啰音是心衰造成的呢？这个鉴别有点难。依那普利可以导致咳嗽，看病史时间上不是很支持，患者是两年前开始服用依那普利，而出现咳嗽时间是 2 个月前，不太支持。

冷丁：谢谢提醒，注意到了“两年前”这一时间相关性。对此有两种看法，第一，

病例讨论

起初“咳嗽”可能轻微，误认为感染或心脏问题，未能引起重视（包括医、患双方）；第二，属慢性浸润性肺损伤，累积到一定程度出现症状及相应的肺部体征改变。目前，对卡托普利所致咳嗽的研究多偏重于急性期，解释为：①缓激肽分解代谢减弱，并在血液中堆积，从而作用于支气管，通过迷走神经反射致支气管收缩、痉挛，粘膜充血水肿，分泌物增加而出现顽固性咳嗽。②迷走神经纤维细胞介导，咽部刺激性受体的敏感性增加等。③可能影响了某些炎性介质，如组织胺、前列腺素类灭活，使这些物质浓度增高而积聚肺内，达到一定程度后便可刺激咳嗽感受器引起咳嗽。

而另一方面，卡托普利所致淋巴细胞性间质性肺炎，因时效性问题，鲜有人重视，也极少见著于报端，仅在特殊不良反应及肺间质纤维化中有所提及。近些年来，肺间质性疾病不断增多，可能也与此有一定关系。

anne 医生：

一、诊断：

1. 高血压病（3级，极高危）；2. 高血压性心脏病；全心功能不全；二尖瓣脱垂、关闭不全；心律失常（房颤）3. 肺部感染？

诊断依据：

1. 有长期高血压病史；

2. 在心功能代偿期仅有高血压的一般症状。当心功能代偿不全时，可出现左心衰竭的症状。久病患者可发生右心衰竭最终导致全心衰竭；

3. 体格检查发现，患者颈静脉怒张，双肺呼吸音粗糙，可闻及干湿性啰音，左肺底闻及水泡音。心前区无隆起，心脏向左扩大，心尖搏动弥散，心音强弱不等，心律不齐，心率 149 次/分，心尖区可闻及收缩中晚期非喷射样喀喇音。腹部平软，肝脏轻度肿大。眼睑及下肢水肿；

4. 心电图：快速房颤，左室肥大；胸片示：双肺纹理增多、散乱，双肺下叶片状密度增高影，心脏形态呈普大型。印象：双肺炎症；心肌病。心脏彩超：A03.50cm，LA6.02cm，RV1.90cm，IVS0.73cm，LV7.68cm，LVPW0.84cm。左房、左室内径明显增大，心肌动度普遍减低，以室间隔为著。二尖瓣前后叶略增强，腱索较细，瓣尖处细线样回声，随瓣膜摆动，收缩期前后叶拖入左房，以后叶明显。CDFI 探及二尖瓣重度返流信号。彩超所见符合高心病、二尖瓣脱垂及重度关闭不全的特点。

鉴别诊断：

1. 冠心病：冠心病是冠状动脉粥样硬化性心脏病的简称。由于冠状动脉硬化，使

血管狭窄或堵塞，导致心肌缺血、缺氧而引起。高血压、高血脂、糖尿病常是引起冠心病的重要因素。高心病和冠心病在不同病变部位和病理基础上，对心血管和心肌造成病损。高心病时因心肌肥厚，使心脏供血与耗氧量明显增加，可进一步加重心肌缺血。高血压本身也同样加重心肌耗氧，加速冠状动脉的损害。高心病与冠心病虽是两种不同的疾病，但二者之间有着密切的关系，二者有共同的病因——高血压，并常在同一患者身上合并发生，称为高冠心。本例除心衰与心律失常外，虽无心绞痛发作，也未能完全除外，冠状动脉造影有助于确诊。所以，在治疗时，应采取综合治疗措施，控制高血压，并积极改善心肌缺血，使患者得到有效的治疗；

2. 扩张型心肌病：原发性扩张型心肌病是一种原因不明的心肌病，其主要特征是心脏扩大和心肌收缩功能减低。由于起病隐匿，早期可表现为心室增大，可能有心律失常，静态时射血分数正常，运动后射血分数降低；然后逐渐发展为充血性心力衰竭。本例的临床表现确实与此类似，但该患者心功能不全的发生缘于高血压病，有明确的病因，故以诊断高心病比较合适；

3. 肺内感染：患者咳嗽继发于服用依那普利之后，首先应该想到 ACEI 类药物副作用，所以当患者来诊住院时，接诊医师已考虑到这个原因，并调整为 ARB 类药物（代文）治疗。而患者入院后查体发现发热（T38.5℃）及胸片“双肺纹理增多、散乱，双肺下叶片状密度增高影”，不得不怀疑感染的存在。

二、关于治疗

鉴于上述情况，应该说接诊医师的处理是恰当的。血压的偏低可能与长期服用降压药有关，也与全心衰不无关系。此时如骤然停用降压药物得不偿失，应该坚持应用。本例发生问题的重点缘于绿漫老师分析的那样是肺循环淤血，肺动脉高压所致，与左心衰有关，故给予地高辛片 0.25g 口服，0.9%氯化钠注射液 10ml 加呋塞米注射液 40mg 静脉注射，1 小时后观察患者症状缓解并俯卧入眠。

三、治疗商榷

在治疗问题上，由于患者存在二尖瓣返流及脱垂，有人提出可用硝普钠静点进行调节，我觉得当时患者血压不高，未用；我认为：如果经上述处理后，患者心率仍较快，可应用小剂量倍他乐克治疗。

枫之远：

问一句：心率 149 次/分，快速房颤，左心衰、肺水肿的临床表现都具备了，为什么不首选西地兰抗心衰，而最后选用口服弱效的地高辛呢？血压已偏低为什么还首

病例讨论

选利尿剂来抗心衰呢，不考虑引起低灌注吗？病人年老虚弱，38.8℃的体温肯定增加氧耗，此时不需要用点退烧药吗？

anne 医生：

1. 为何不用收效快的西地兰，转用较弱的地高辛？

患者为高血压性心脏病合并二尖瓣脱垂，如果给予强效的药物，确实收效快，在心率减低的同时，也会增加心肌收缩力，势必增加二尖瓣脱垂症状，这就是二尖瓣脱垂综合征患者应用 β 受体阻滞剂降低心率而不用强心剂的原因。考虑应用口服地高辛药物，作用慢，发挥作用柔和，临床不良效应相对少，配合其它药物叠加的效应相对有益一些。

2. 为何应用呋塞米？

前面已经说过，患者发生心率快的原因是多方面的，有心衰、感染、发热等，且三者相互联系，并非单纯心衰因素。相反，心衰的发生既有感染因素，也有基础病和瓣膜因素，而该患者发生心衰的机制为肺淤血、肺动脉高压，用呋塞米可明显减轻肺淤血，从而改善肺动脉高压，后续的地高辛也能发挥有益效应。

3. 是否应用退热药物？

患者发热是肺内感染引起的，单纯给予退热药物有害无利。发热是患者体内感染后免疫反应的一种表现，应用退热药物可能暂时缓解发热症状，但随后而来的是出汗较多（患者本身出汗就较多），显性失水多了，需要增加液体量，从而增加心脏负担，对患者病情恢复无益。患者体温为非高热，不会引起严重不良反应。所以，只有选择合理的抗生素抗感染治疗，感染控制后，体温自然减退。而如果患者发热中毒症状明显，则另当别论。只是像此患者这样的情况，应用退热药物不做首选。

Sgzhangke：

诊断为高心病还是牵强了点，扩张型心肌病可能更适合，当然是不是冠心病 缺血性心肌病型，这个与患者病史有关。此患者，感染可能是一个重要的诱因，不去除，心衰是很难控制的，所以加强抗感染是重中之重，控制发热对症处理也是很重要的。对于心衰达三级的患者，37.5℃我们也经常使用退热药。同时建议口服华法林抗凝治疗。氢氯噻嗪利尿效果不佳，建议口服呋塞米等治疗。

反复咳嗽、咳痰伴喘息 10 余年， 再发加重 1 天

作者：旧日足迹

链接：<http://bbs.iiyi.com/thread-2631715-1.html>

●病历摘要：

一般资料：男性，64 岁，农民，汉族，已婚，体重 70kg。

主诉：反复咳嗽、咳痰伴喘息 10 余年，再发加重 1 天

现病史：患者缘于 10 余年前受凉后出现咳嗽、咯痰，经静点抗炎药后好转，但反复发作，每年发病 3 个月以上，未予正规治疗。后咳喘反复发作，逐渐加重，曾于我院住院治疗，经给予抗炎、止咳、化痰、解痉平喘等治疗，症状好转出院。

患者于本次入院前 1 天因受凉后咳喘再发，咳少量白色粘痰，痰液粘稠不易咳出，无胸痛及大汗，无咯血，自服“救心丸”无缓解，为求系统治疗入院。患者自发病以来，精神差，进食少，睡眠差，二便如常，体重无明显变化。

既往史：否认“冠心病、高血压病、糖尿病”病史。否认食物及药物过敏史。

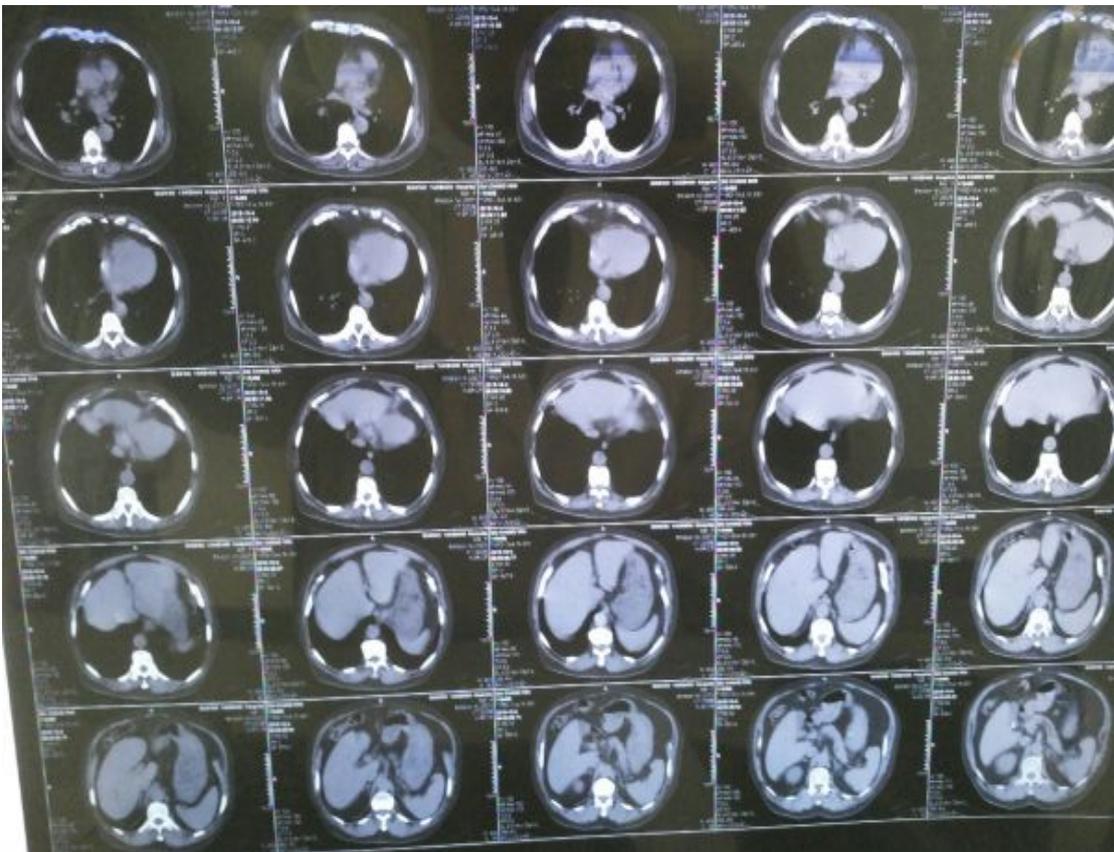
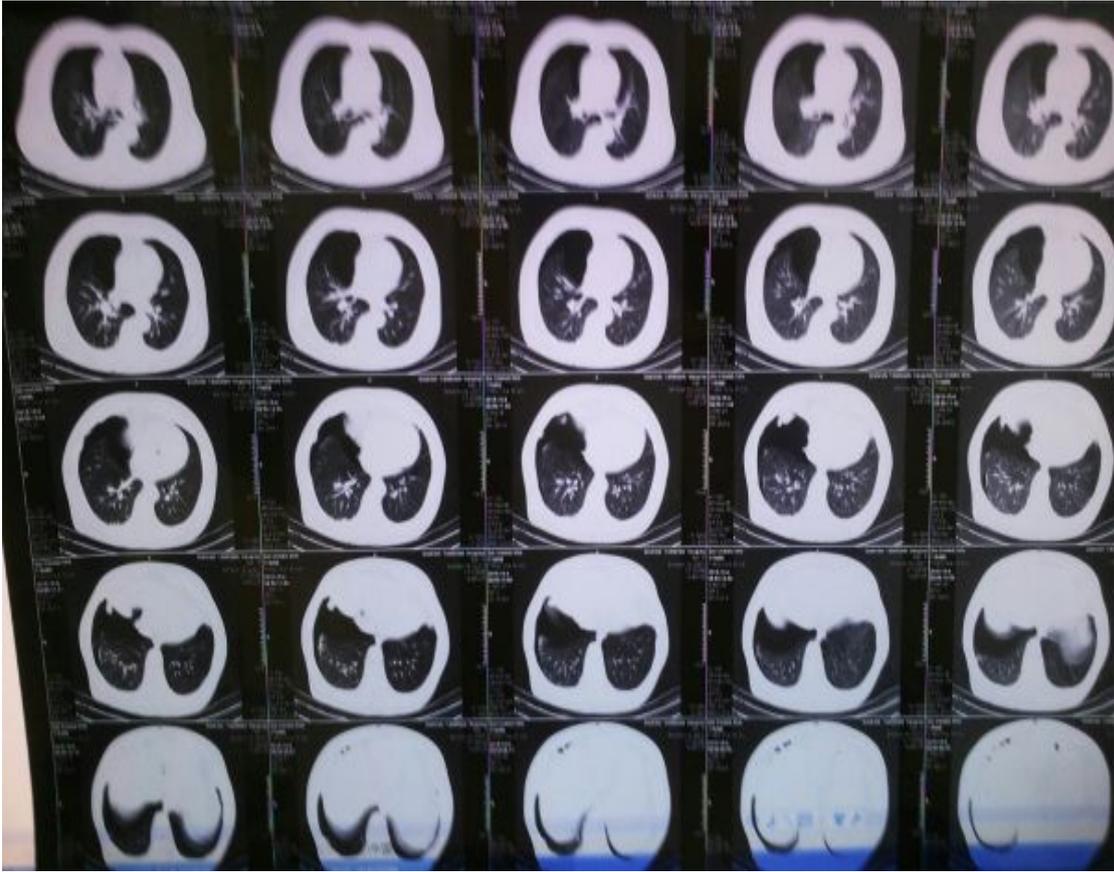
个人史：生于原籍，久居本地，未到过牧区及疫区，预防接种史随当地，吸烟史 40 年，每日 1 包，不嗜酒。

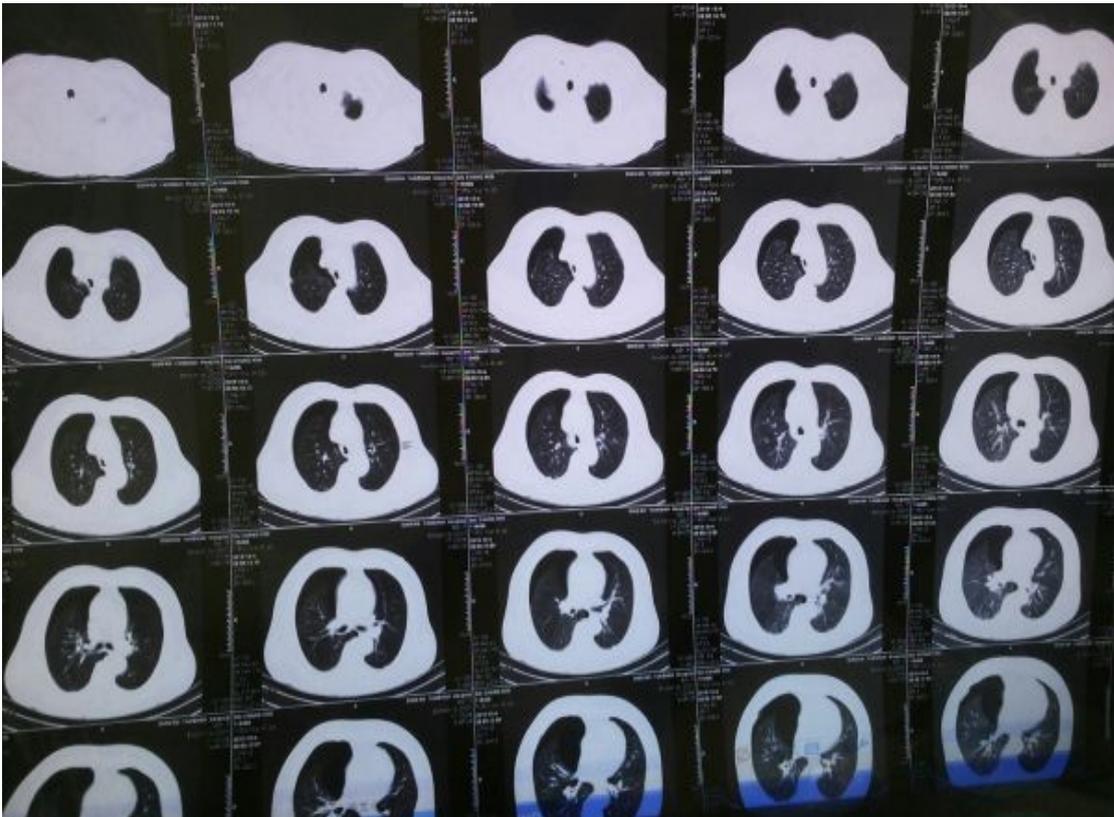
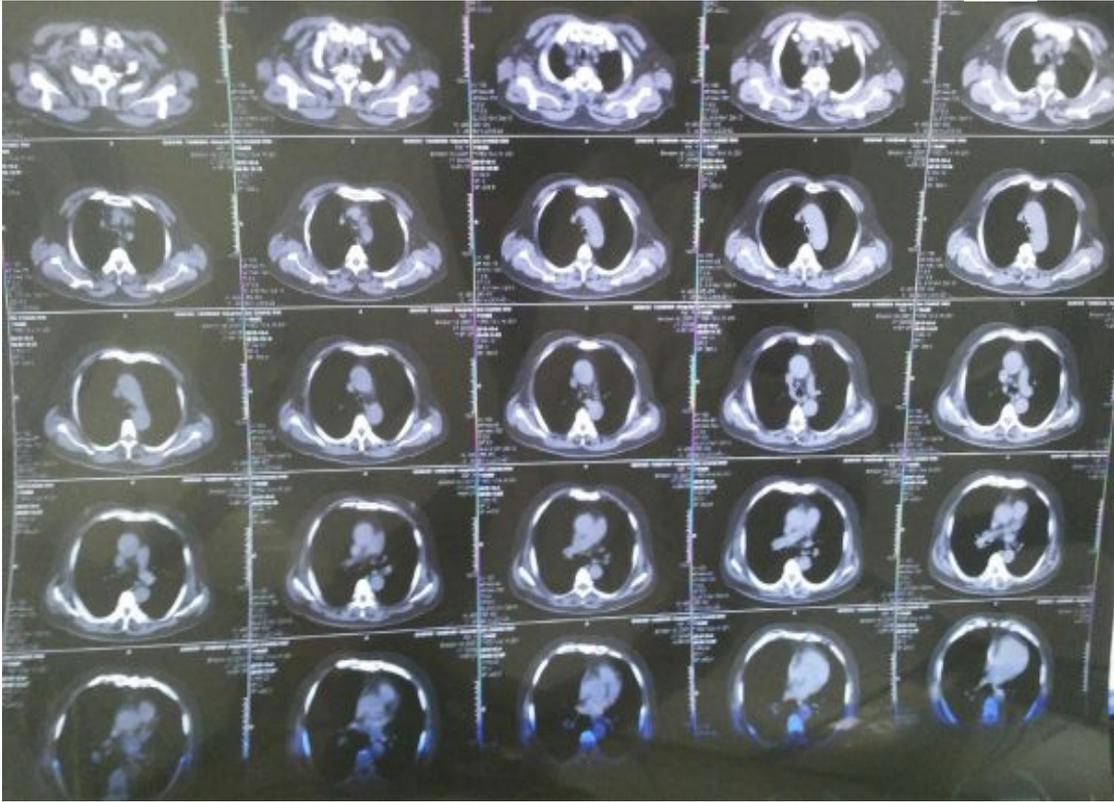
家族史：否认家族性、遗传性疾病病史。

体格检查：脉搏：98 次/分；血压：140/70mmHg。神志清，全身皮肤黏膜无出血点，浅表淋巴结无肿大。言语流利，口唇无紫绀，伸舌居中。无颈静脉怒张，颈软无抵抗。双肺呼吸音粗，可闻及干湿性啰音。心率约 98 次/分，律齐，未及明显杂音。腹软，无压痛、反跳痛及肌紧张，叩诊鼓音，肠鸣音正常。双下肢无水肿，双侧病理征阴性。

辅助检查：血常规提示中性粒细胞比例偏高，电解质、肝肾功能未见异常，BNP 正常，血沉 8mm/h，心电图大致正常。胸部 CT 如下：

病例讨论





●讨论:

1. 诊断及鉴别诊断?
2. 治疗?
3. 病情评估?

病例讨论

● 临床讨论:

Sophiajiao: 结合病史及体征、辅助检查, 分析如下:

1. 可能的诊断及鉴别诊断:

1) 肺癌: 有长期吸烟史, 每日 1 包, 且有咳嗽、咳痰及气喘症状。部分患者可有咯血、杵状指等典型特征。

2) 慢性支气管炎急性加重期: 有 10 余年的慢性咳嗽、咳痰、喘息病史, 每年发病超过 3 个月以上, 近期气喘加重。肺部可闻及啰音, CT 显示肺纹理增粗、紊乱。

鉴别诊断:

1) 肺结核: 咳嗽、咳痰伴咯血, 有低热、盗汗症状, 肺部 CT 可看到结核球, 本病例可排除。

2) 肺栓塞: 有明显呼吸困难及胸痛症状, 凝血功能异常, 本病例暂不支持。

治疗:

1) 积极控制感染, 吸氧。

2) 化痰、平喘对症治疗。

病情评估:

患者暂未出现心衰、呼衰症状, 积极控制感染, 防止病情进一步发展。

疑问: CT 肺部有黑影, 是充气还是积液呢?

ww2sxy520:

诊断: 1. 慢性支气管炎; 2. 肺气肿; 3. 右侧自发性气胸。

诊断依据:

1. 64 岁男性, 有吸烟史。

2. 反复咳嗽、咳痰伴喘息 10 余年, 再发加重 1 天。患者缘于 10 余年前受凉后出现咳嗽、咳痰, 经静点抗炎药可好转, 但反复发作, 每年发病 3 个月以上, 且逐渐加重, 曾于我院住院治疗, 给予抗炎、止咳、化痰、解痉平喘等治疗, 症状好转出院。于本次入院前 1 天患者受凉后咳喘再发, 咳少量白色粘痰, 痰液粘稠不易咳出, 无胸痛及大汗, 无咯血, 自服“救心丸”症状无缓解。

3. 查体: 血压: 140/70mmHg, 双肺呼吸音粗, 可闻及干湿性啰音。腹软, 无压痛, 无反跳痛及肌紧张, 叩诊鼓音, 肠鸣音正常。双下肢无水肿, 双侧病理征阴性。

4. 辅助检查: 血常规提示中性粒细胞比例偏高, 电解质、肝肾功能未见异常。BNP 不高, 血沉 8mm/h, 心电图大致正常。胸部 CT: 胸廓呈桶状, 右侧可见气胸线, 肺组

织压缩。

鉴别诊断：

1. 肺大泡

气胸往往有突然发作的病史，而肺大泡多为长时间反复胸闷，X线胸片上张力性肺大泡在胸壁边缘尤其是肋膈角处可见到纤细的肺大泡边缘线。气胸和张力性肺大泡的鉴别主要依靠CT。

2. 支气管断裂

支气管断裂往往有胸部的外伤史，外伤的特点是加速运动过程中突然停止的过程。支气管断裂引起的张力性气胸，胸腔引流管常有持续性溢气，在X线胸像上可见到“肺下垂征”，即萎陷的肺上缘低于肺门水平，而一般原因引起的气胸，肺萎陷是朝向肺门的。

3. 急性肺栓塞

在临床上可有呼吸困难等症状，同时常伴有发热、咯血、休克、白细胞数增高等，一般多有下肢反复发作的静脉血栓形成史或长期卧床史，X线胸片无气胸征象。

4. 支气管扩张

多见于儿童或青年期发病，常继发于麻疹、肺炎或百日咳后，并有咳嗽、咳痰反复发作的病史，合并感染时痰量增多，并呈脓性或伴有发热。病程中常反复咯血。胸片上可见双肺下野纹理粗乱或呈卷发状。高分辨CT(HRCT)检查有助于确诊。

5. 肺结核

活动性肺结核患者多有午后低热、消瘦、乏力、盗汗等中毒症状。咳嗽痰量不多，常有咯血。老年肺结核的中毒症状多不明显。胸片上可发现结核病灶，部分患者痰结核菌检查可获阳性。

6. 支气管哮喘

常为特异质患者或有过敏性疾病的家族史。多于幼年发病。一般无慢性咳嗽、咳痰史。哮喘多突然发作，且有季节性，血和痰中嗜酸性粒细胞常增多，治疗后可迅速缓解。发作时双肺满布哮鸣音，呼气延长，缓解后可消失，且无症状，但气道反应性仍增高。

7. 肺癌

多发生在40岁以上男性，并有多年吸烟史的患者，刺激性咳嗽常伴痰中带血和胸痛。胸片检查肺部常有块影或反复发作的阻塞性肺炎。痰脱落细胞及纤维支气管镜

病例讨论

等检查，可明确诊断。

8. 慢性肺间质纤维化

慢性咳嗽，咯少量黏液性非脓性痰，进行性呼吸困难，双肺底可闻及裂帛音 (Velcro 啰音)，严重者伴有发绀并有杵状指。胸片见中、下肺野及肺周边部纹理增多紊乱呈网状结构，其间见弥漫性细小斑点阴影。肺功能检查呈限制性通气功能障碍，弥散功能降低， PaO_2 下降。肺活检是确诊的手段。

治疗：行胸腔闭式引流促进肺复张，给予预防感染等药物治疗。

Xiaoshitouli:

1. 诊断：1) 慢性支气管炎急性发作；2) 慢性阻塞性肺气肿；3) 右侧气胸

2. 诊断依据：有慢支“3+2”表现，胸片有桶状胸表现，右侧有气胸。

3. 治疗：止咳、祛痰、平喘、有效抗生素控制感染，评估患者肺功能，必要时抽气治疗。应注意患者一般饮食情况，加强营养，特别注意防止电解质紊乱及低蛋白血症。

4. 胸片只能了解气体压缩情况，但是比起 CT 准确性差点，有的肺大泡或肺气肿很容易误诊为气胸，一旦穿刺，危险较大，特别是老年人，很容易诱发呼吸衰竭导致死亡。

●结论:

诊断：1. 慢性支气管炎急性发作；2. 慢性阻塞性肺气肿；3. 右侧自发性气胸。

治疗：卧床休息，低流量吸氧，抗炎、止咳、化痰、解痉平喘。胸外科会诊建议行胸腔闭式引流，患者拒绝，签字后继续保守治疗，治疗 7 天后症状明显缓解，自动出院。

注意事项：慢阻肺疾病常常合并肺大泡，患者剧烈咳嗽后可导致自发性气胸形成，严重者可能导致严重呼吸困难，就诊不及时可导致死亡。这种患者入院后一定及时完善胸部 X 线片或胸部 CT 以协诊。有些病人因气胸量少、医师水平等原因，导致查体不能及时发现，容易漏诊。

责任编辑：yjb5200120 绿漫天涯

编辑：刘现国 踏雪无痕

医疗资讯

成都：允许医院保安动武

最近成都出台并实施了该市首个医院安全防范标准，加强医院安保，除提出头盔、防割手套、胶木警棍等防护装备要求做到每一班保卫人员不少于人手一件外，同时提出如遇紧急情况，医院安保人员可以像防暴警察一样用催泪瓦斯、喷雾剂等攻击性装备对付不法分子。据了解，“标准”对医院安保人员的配备作了明确规定：保安员数量遵循“就高不就低”原则，按照不低于 20 张病床 1 名保安的标准配备，原则上要求二级医院建立一支不少于 30 人的保安应急机动队伍，三级医院建立一支不少于 50 人的保安应急机动队伍。

吉林：非公医院服务价格自己定

日前，吉林省物价局印发《吉林省非公立医疗机构医疗服务实行市场调节价及有关问题的实施意见的通知》指出，从即日起，吉林省经卫生计生行政部门审批的公立医疗机构名录之外的所有医疗机构均为非公立医疗机构，其提供的所有医疗服务的价格都实行市场调节。非公立医疗机构根据市场供求及竞争情况，按照公平、合法和诚实守信的原则自主制定医疗服务价格。

山东：打破公立医院“铁饭碗” 所有人员实行竞聘上岗

近日山东省政府新闻办召开新闻发布会，山东将创新公立医院编制人事管理方式，在公立医院实行人员控制总量备案管理，将审批制改成备案制，把人员控制总量如何确定放权给各公立医院，由公立医院在人员控制总量内自主用人，控制总量内人员在岗位聘用、收入分配、职称评定、管理使用等方面同等对待。省编办副主任邵长才表示，这将有利于落实公立医院用人自主权，有效解决公立医院专业技术人才培养、引进问题，既可以有效保障原编内人员既有权益，畅通与外部交流渠道，又可以逐步建立起能上能下的用人机制，激发公立医院发展活力。

广东：城市公立医院将全面取消药品加成

日前广东省政府官网公布《广东省城市公立医院综合改革的实施意见》，明确到

医疗资讯

2016年，城市公立医院综合改革试点范围扩大到50%地级以上市，到2017年，全省城市公立医院综合改革全面推开，总体上个人卫生支出占卫生总费用的比例降低到30%以下。其中提出，全面取消药品加成（中药饮片除外），破除以药补医机制。对于医院因取消药品加成减少的合理收入（含药品贮藏、保管、损耗等费用），将按照调整医疗服务价格补偿80%，财政专项补偿10%，医院自我消化10%的原则进行补偿。对欠发达地区医院，省财政给予适当补助。

山西：编制内外护理人员实现同工同酬

针对一些地区和医疗机构，存在合同制护士管理不规范，制度不完善，权益不能保障，不能做到同工同酬等问题。山西省作出规定，医疗机构根据业务发展和工作需要聘用合同制护理专业技术人员，应当按照国家有关法律、法规与聘用人员签订书面聘用合同，明确双方与工作有关的权利和义务。在工资福利待遇方面，除了与编制内护士同工同酬外，医疗机构应按照国家有关规定，为聘用的合同制护士缴纳养老、失业、医疗、工伤、生育等保险和住房公积金，并支付相应费用。

N Engl J Med: 早期吸入布地奈德可防止早产儿支气管肺发育不良

支气管肺发育不良是早产儿常见的呼吸系统并发症之一。布地奈德是一种具有高效局部抗炎作用的糖皮质激素，吸入后对早产儿的结局的影响目前还不清楚。故此项研究考察了早产儿早期吸入布地奈德预防支气管肺发育不良的效果。结果显示，在极度早产儿中，早期吸入布地奈德的婴儿支气管肺发育不良的发生率低于安慰剂组的婴儿，但是这种优势的获得可能会以死亡率增加为代价。

Lancet Haemat: Elotuzumab 联合疗法治疗复发性多发性骨髓瘤 (MM) 的 2 期研究

Elotuzumab，一种靶向细胞表面蛋白 SLAMF7（它存在于骨髓瘤细胞和NK细胞）的单克隆抗体。它通过直接激活和先天性免疫系统，选择性地杀死SLAMF7表达的骨髓瘤细胞，从而可能使骨髓瘤患者获益。此研究的1期试验中，82%的MM患者经Elotuzumab+来那度胺+地塞米松治疗后，达到了一个总缓解率。现2期试验显示Elotuzumab联合来那度胺和地塞米松治疗MM，安全性和有效性可观。并且，该疗法看似要优于先前单独使用来那度胺和地塞米松的疗效。

Neurology: 视神经脊髓炎可能增加流产及先兆子痫风险

视神经脊髓炎谱系疾病（NMOSD），是一类经常与多发性硬化相混淆的疾病，可能增加女性患者在妊娠期间流产或先兆子痫的发生几率。相关的研究结果被发表于神经科学杂志上。此项研究纳入了 60 名被诊断为 NMOSD 的女性患者，并且至少有一次妊娠史，对她们的病历进行回顾。研究者 Leite 表示，本研究的主要问题是样本较少，为回顾性分析，且缺乏胎盘标本病理数据。“要确认我们的结果尚需更大的研究。然而，我们的研究提示，在孕前及孕期防治疾病活动，对于改善患有视神经脊髓炎妇女的妊娠结局是十分重要的。”

Diabetes Care: 急性肾损伤可预测糖尿病患者严重不良预后

糖尿病患者易形成心血管疾病及非心血管疾病并发症。在不同的研究中，急性肾损伤（AKI）、蛋白尿及低肾小球滤过率（eGFR）可预测不良预后，但是当综合考虑时，他们各自的预测价值尚不清楚。此项队列研究中招募 2 型糖尿病患者，随访患者糖尿病相关的事件的发生：死亡、主要的心血管事件（心肌梗死、卒中、充血性心脏衰竭、截肢、动脉血运重建术）、肾功能衰竭（血清肌酐水平持续倍增或终末期肾脏疾病）。最终研究结果显示：AKI、低 eGFR 及尿白蛋白升高，三者分别或一起，均是糖尿病患者严重不良预后及死亡的生物标志物。

Ann Rheum Dis: 银屑病关节炎病人需预防心血管事件的发生

为了评估银屑病关节炎（PsA）患者心血管事件的发生率及危险因素。研究人员进行队列研究，研究对象从一家大型银屑病关节炎医院中招募，在 1978 年-2013 年间进行随访调查。参与者根据标准协议做间隔 6-12 个月的评估。收集的资料包括人口统计资料、生活习惯、医疗史、药物使用史及与银屑病关节炎（PsA）相关的结果。结果表明银屑病关节炎病人在疾病发展过程中，心血管事件显著增加。增加的心血管风险与传统的心血管危险因素和疾病活动有相关性。

责任编辑：hehanhan

微聚焦：镜头五（信任为交往插上翅膀）

作者：sophiajiao

链接：<http://bbs.iiyi.com/thread-2641266-1.html>

说来有些惭愧。

吃过饭去小区附近的农商ATM机上取钱，因为属于便民的那种，所以只有一台，门口台阶上坐着一名衣裳褴褛的中年男子，戴着一顶灰色运动帽，很明显已经分不出本来的颜色，暗的发黑。突然想到网上曝过很多新闻，抢钱、骗钱的案子数不胜数，“坏蛋”的名号很快就给了他，没再多看几眼就赶紧进去了，刚走到ATM机前，他急匆匆走过去站在我的旁边用祈求的眼神看着我，语无伦次的说：“你好！我查一下钱，我卡上有钱，前段时间生病住院花了很多钱，我们很穷，我不会用这个东西，我需要看一下政府有没有骗我……”说了很多，我终于搞明白了他的意思，说着就将他的银行卡给了我，而且毫无迟疑的告诉我密码，他看着我娴熟的操作着，脸上带了些许笑容，他问我有多少钱，“有两千五百三十七块九毛六”，“真的补了六百呢，现在的社会真好”，说着满足的笑了，像个孩子。我递过卡，他连忙道谢，转身走了出去。我也取了生活费径直回家了。一路想来，他一介农民，没有文化，粗糙的没人会关注，怎么无所戒备地把银行卡给了我，而且让我独自操作？而我，却给他扣了一顶“坏蛋”的帽子，真的愧疚。

是这个社会太复杂？还是现在的人们不再单纯？



《护理区豆豆听你讲故事》之 祝我们“教师节快乐”！

作者：zmdzfx

链接：<http://bbs.iiyi.com/thread-2625330-1.html>

留置导尿是医院内临床一线常用的护理操作技术。那年在外科病区，我们却遭遇到了一次因导尿引发的尴尬和难堪。

那次导尿是为一个老年女性患者做术前准备而做的，年轻的治疗班护士备齐用物端着治疗盘进了319病房，我那次作为操作助手随行。在为患者做了解释和告知后，关闭门窗、遮挡患者，常规消毒会阴部皮肤，分开小阴唇，就是看不到女性患者明显的尿道口，肯定有尿道口了，不然怎么解决排尿问题，但是怎么就是找不到尿道口？面对那些似是而非的紫红色黏膜皱襞，年轻的护士拿着导尿管就是找不着北，试插，一下子就滑进了阴道口！

我也纳闷，戴上手套，重新消毒，皱着眉头俯下身子找了又找，还是没有，已经毁了一根导尿管了，在目标不明的情况下，还是别再盲插了吧？于是，我脱下手套，出去找“外援”。

请的高手当时还是普外科的一名值班医生，听了我们的述说，他什么都没说，来到患者面前，认真地查看了患者，专注地思索，只用左手在患者下腹部那么一压，女患者松弛的会阴部皮肤立即被提拉了上去，尿道口立刻明显地暴露在操作者的视线之下！

消毒，插管，淡黄色的尿液一下子就从导尿管内缓缓流出，插管成功！

这就是“潜伏”在我们身边深藏不露的临床带教老师，如今的他，早已成长为今天泌尿外科领域的专家。当时，他以自己丰富的临床经验、沉静稳重的人格特征，一下子就征服了那些年轻医护人员浮躁的心。

在学校里学到的东西毕竟有限，很多临床实践经验，就是这样，在临床工作中，边走边学，从我们身边的同行同事们——带教老师身上，切磋交流，点点滴滴地积累而成，随着时间的流逝，渐渐地，我们也慢慢成长为像他那样的“老师”。

“三人行，必有我师焉”。而我们的老师，就是这些活跃在临床一线的医护同行同事们。严谨严肃的医疗护理工作，成就了每一个医生护士，每个人都会在工作中成长为带教老师。即使是在一个临床很普通的护理技术操——鼻饲。你看，平日里看上

医网情深

去其貌不扬的同事，当她（他）衣帽整齐，戴着口罩手套，严肃认真地沉醉在工作中的时候，一下子变得沉静、成熟，充满医者独特的魅力。在她的眼里，在她的口中，从她的手下，自有一套流畅而娴熟的操作流程应声而出：“您好，王阿姨……”核对医嘱，携用物至床旁，床尾核对医嘱卡与床头牌床号、姓名。撕胶布3条，帮助取半坐位，颌下铺治疗巾，放弯盘，清洁鼻孔。检查胃管是否通畅，测量插管长度后关闭胃管帽，拿纱布包裹着的胃管，用石蜡油棉球润滑胃管前端。左手以纱布托住胃管，右手用钳子夹住胃管前端，“阿姨，我要为您插胃管了。”沿一侧鼻孔缓缓插入……“您感觉不适吗？请稍忍耐一下”……插管过程中……整套插管过程一气呵成，流畅而顺利，很快就完美地完成一整套的插管操作流程。她在前面熟练地操作，衣帽整齐、身姿窈窕，头发一丝不苟地挽在燕尾帽下，沉醉其中而心中无它……跟着他（她）们，能学到很多书本上学不到的内容，这不仅仅是知识上的积累，更有临床思维的拓展以及为人师者待人接物的言传身教。

这就是我们身边的医护人员，是医护人员，也是老师，默默无闻，外人所不知道的临床带教老师，今天你是我的学生，明天，你就是他（她）的老师。

或许，医学真的就有这样深邃的魔力，一旦披上这身白衣，披挂上阵，原本相貌普通、看似平凡的男人女人，无论是在站在手术台接过手术刀，还是从铺开无菌区手持导管，还是消毒好皮肤坚定地进针……那一刻，竟觉得他（她）们是人世间最帅最美的……职业赋予我们、你们、他（她）们的，就是这种独特而沉静的职业美！

这种美，模仿不来，复制不去。只是因为我们的缘故，无人围观，更无人喝彩，更很少为外人所知，我们身边的患者由于病痛的折磨而因之所忽略。我们医护人员却能够慎独修身，忍受着枯燥和寂寞，高质量地日复一日，年复一年，行使着自己的职责，守护着患者的生命。

今天，时值教师节，我有心香一注，默默点燃，此时此刻，遥祝我们自己，我们都是最棒的临床带教老师，为在工作中带出更优秀的医护人员，为医学传承之后继有人，尽心竭力代代传承，更祝大家身心健康，工作快乐！让我们向活跃在临床一线的带教老师们学习，向他（她）们致敬，为自己喝彩！我们要用自己的眼睛，手下的文字，去歌颂他们、赞美她们、宣传我们。正是由于有了我们这个群体的存在，我们的患者才有了康复的希望，我们的医疗护理质量才有了安全可靠而有效的保障！

《护理版豆豆听您讲故事系列活动》

——（二）文不对题

作者：阿松哥哥

链接：<http://bbs.iiyi.com/thread-2448087-1.html>

阿松在基层工作，纯一落魄医生，常既是医又是护，也常来贵版学习护理方面的知识，今日遇豆豆版主开展活动，遂参加支持。常见版内医药护一家亲有感而发，由于才疏学浅，写得语无伦次，请老师们勿喷：江南好，风景旧曾谙；日出江花红胜火，春来江水绿如蓝。能不忆江南？

哥们，我的大脚丫如一缕孤烟，安静的飘过护版，踏雪无痕似晓雪。版内医药护一家亲，都如兄弟姐妹。鸟儿、诸葛大夫、天山老友、朝云哥哥、海中的小鱼儿等在抒发笑对人生的豪情逸志及医护知识！笑人得很，陈勇想拟一无所有来敷衍，好悠然自得淡泊爱生活，唉，好多事情不可强求！还有什么？打死我也不说了：什么魔鬼天使木易妖妖的，好吓人！

安静！豆豆正沉默不语坐看云淡，遐想：小草也强悍哟，悠悠芳草突破寒冰已吐芽长出小叶，春雨绵绵雨久花开，满园园的绿，绿漫天涯，好一片生命的绿色！春天已悄悄来临，让我们举起双手来迎接这杏林之春吧！！记得在坛中可不许灌水、或当隐行的天使，要做个求知之人，勇于发言，大家共同努力，让护理版红红火火，坛中春意盎然！！

是呀，虽然我们经常冷不丁的受到无情雨雪的抽打，可我们要看到雨后的彩虹！以医然为你的服务理念，一心一意的为病患服务，用白衣天使的智慧，开心的笑对风雨柔如彩虹，像凤凰雄鹰一样健康飞翔！！！

最后送给您们——敬(亲)爱的老师们：一束康乃馨！祝您和您的家人幸福安康！！！！

责任编辑：中医理论

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办越好。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！2015年的纸质杂志年刊已经开始组稿，精彩不容错过，您如果期待，就请快来参与活动和投稿吧！

心电图有奖读图第五十期 评审工作及获奖名单

作者:htchb

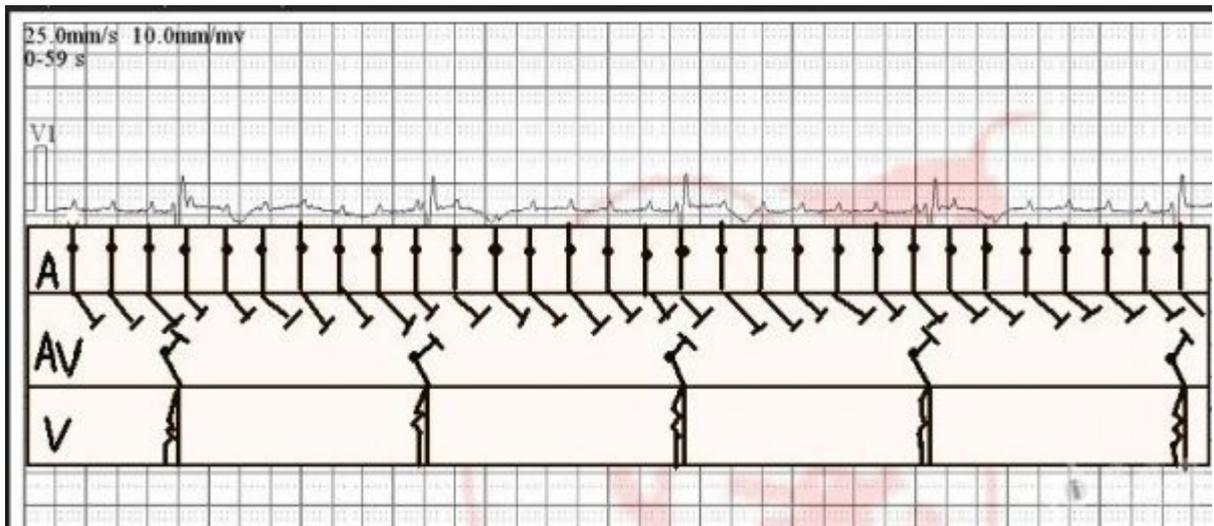
链接: <http://bbs.iiyi.com/thread-2638587-1.html>

心电图可见P波消失，代之以大小形态相同的F波，频率250bpm；RR间期规则，频率37bpm，FR间期不固定，说明F波与QRS波群无关，则为III度房室阻滞，QRS形态呈IRBBB形态，考虑交界性自主心律伴IRBBB可能。QT间期达0.6s，QT间期明显延长；图中II、III、AVF以及V4—V6导联ST段下移，AVR、V1、V2导联ST段抬高，II、III、AVF以及V1—V5导联T波倒置，且V3、V4导联深倒置，最深达0.6mv，故考虑“6+2”现象的可能，但可惜此患者是退休工人前来体检所查，没有详细临床资料，也没有进一步检查的结果，但我们还是按规程报了危急值，也希望大家在工作中遇到此类心电图，及时报危急值，有条件的要进一步DCG及冠脉造影，及时进行相关治疗，挽救患者生命。分析难免有误，还望大家及时指正，并继续讨论。

图就借用云的影子的梯形图，心电图诊断：

- 1、心房扑动
- 2、III 度房室阻滞
- 3、交界性自主心律伴不完全性右束支阻滞
- 4、ST-T 改变（6+2 现象？）
- 5、QT 间期延长

报危急值，建议进一步检查。



本期获奖名单：

第一名：秋土

第二名：云的影子

第三名：xzp_dragon

责任编辑：修竹临风

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.iyyi.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。

爱爱医杂志稿约

可以是自己的原创文章，也可以推荐其他爱友原创文章。

【征稿奖惩】

- 跟帖征稿后，原创作品未被加分的将给予一个贡献积分，如被杂志采用再加一分。
- 被杂志采用的文章作者可以根据个人意愿，署真实姓名和/或爱爱医用户名，以示鼓励，并优先推荐给媒体发表。
- 推荐他人文章如果被杂志采用，送花 10 朵。
- 累计采用五篇作品，可以获得爱爱医纪念品份，年终累计前三名可以获得年终奖励。
- 抄袭剽窃的文章将予以警告和论坛公示，扣除 2 个爱爱医积分。





爱爱医

O2O诊疗联盟

——爱爱医带您与“互联网+”时代一起飞



↑ 爱爱医-诊疗助手

快速问医生-云病历 ↓



宣传品牌

便利工作

提高收入

入盟QQ: 2221168886
客服热线: 4009886120

诊疗有爱 生活更美