

 www.iyyi.com

2016. 06

爱爱医



第六期 总NO. 77

Volume 6,number 6, Jun 2016

麦子熟了

作者：anne 医生

链接：<http://bbs.iyi.com/thread-2611238-15.html>

麦子熟了
停不住的热浪
成熟的轨迹
在田野徜徉

灌浆雨后
掩不住的喜悦
饱满的颗粒
欢快地嬉闹

东南风临
藏不住的金黄
留不住矜持
热烈地怒放

麦子熟了
拢不住的麦香
一片丰收在望的景象
在田间闪亮

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 刘延红 刘现国 李照禄

何含含 杨俊标 张常哲 陈建华

殷吉磊 韩希乾 蔡晓刚

《爱爱医》杂志

在线订阅：zz.iiyi.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.iiyi.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

关 注 专业交流 西 医

专业交流 中 医

识 草 药

病例讨论

医疗资讯 医网情深

编读往来

杂志稿约

麦子熟了.....	1
基础起搏心电图系列讲座（27）：.....	1
基础起搏心电图系列讲座（28）：.....	8
基础起搏心电图系列讲座（29）：.....	9
解读家庭医生签约服务：.....	12
学学怎么绘制梯形图.....	15
几例误诊分析.....	18
卵巢囊肿蒂扭转误诊一例.....	19
一个有意思的病.....	20
不同病人静脉穿刺的几点不同体会.....	21
快速治愈皮肤开裂伤的方法.....	24
超声入门贴 73——眼睑板腺癌.....	27
吡啶胺致低钾血症，意识丧失一例.....	31
黄体酮保胎时需要注意什么.....	32
讲故事，求诊断：嫂子的“过敏”.....	33
基层儿科炎症启示录.....	35
当瞎猫碰上活耗子，一个病人发现.....	36
心电图有奖读图第 57 期.....	37
浅论口腔溃疡.....	39
银翘散碰到小柴胡汤.....	40
麻杏石甘汤治无名高热.....	41
化痰利咽汤治疗慢性咽炎.....	42
针灸是一门艺术.....	43
我的听课读书笔记体会和临床病例心得.....	44
栝 楼.....	47
薏 苡.....	49
心悸、胸部闷痛 3 小时.....	51
支原体肺炎、高热惊厥一例.....	54
大叶性肺炎一例.....	56
医疗资讯.....	60
心情区微聚焦：镜头二十五（医生的无奈）.....	63
春.....	64
找个“情绪垃圾桶”倾倒一下，吐完槽去上班.....	64
编读往来.....	66
心电图有奖读图五十六期评审及获奖名单.....	66
爱爱医杂志稿约.....	68

基础起搏心电图系列讲座（27）： 解读双腔起搏器心电图中的“三明治”现象

作者：何方田

链接：<http://bbs.iiyi.com/thread-2702601-1.html>

两个起搏脉冲之间夹有一个 QRS 波群的现象，有学者形象地称之为“三明治”现象。此现象常见于心室安全起搏、心房和心室电极导线反接、心房电极脱位、心室电极感知功能不足、起搏阈值自动管理功能等。现结合相关病例和心电图予以阐述，以期抛砖引玉，共同提高诊断水平。

一、心室安全起搏

（1）基本概念：心室安全起搏是指在心房脉冲发放后 100~120ms 处触发心室脉冲释放，防止心室电极交叉感知到非 QRS 波群等其他电信号后被抑制而引起心室停搏。其心电图特征是在时距 100~120ms 出现连续 2 次起搏脉冲，其中第 1 个为心房起搏脉冲，第 2 个为心室安全起搏脉冲（图 1）。如感知的信号确实是交叉感知窗口内感知到肌电波、电磁信号等干扰信号，则第 2 个发生得早的起搏脉冲便能起搏心室，从而防止心室停搏；如感知的信号是自身 QRS 波群，则第 2 个发生得早的起搏脉冲落入自身 QRS 波群或紧随其后，但不会引起心室除极，也不会落入心室的易颤期内，故称为心室安全起搏。



图 1 阵发性心房扑动引发心室安全起搏脉冲发放出现“三明治”现象（R5 搏动）

（2）启动心室安全起搏的条件：心室安全起搏仅跟随在心房起搏脉冲之后，因心房起搏脉冲的发放才会启动心室通道的交叉感知窗，而只有出现在交叉感知窗内的信号才会触发心室安全起搏（图 2）。

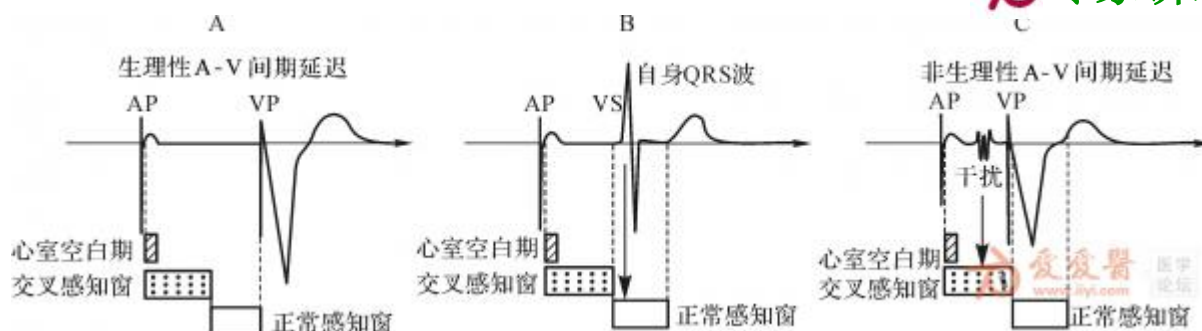


图 2 生理性 A-V 间期延迟和安全起搏（非生理性 A-V 间期延迟）示意图

图 A 为生理性 A-V 间期延迟，它包括心房后心室空白期、交叉感知窗和正常感知窗 3 个部分

图 B 为自身心电信号落在正常感知窗内被心室电极感知后抑制了心室起搏脉冲的发放

图 C 系电信号落在交叉感知窗内被心室电极感知后启动了心室安全起搏

(3) 心电图特征：①连续出现两个起搏脉冲，其 A-V 间期短而固定（100~120ms，部分起搏器该数值可以程控），为心室安全起搏的主要特征；②可表现为短 A-V 间期伴起搏的 QRS 波群或短 A-V 间期伴心室起搏脉冲。

(4) 出现心室安全起搏常见原因：①心房电极感知功能不足（图 3）；②起搏器参数设置不当；③心房颤动、扑动（图 4）或房性心律失常（图 5）；④室性早搏恰好落在交叉感知窗内被心室电极所感知（图 6）等。

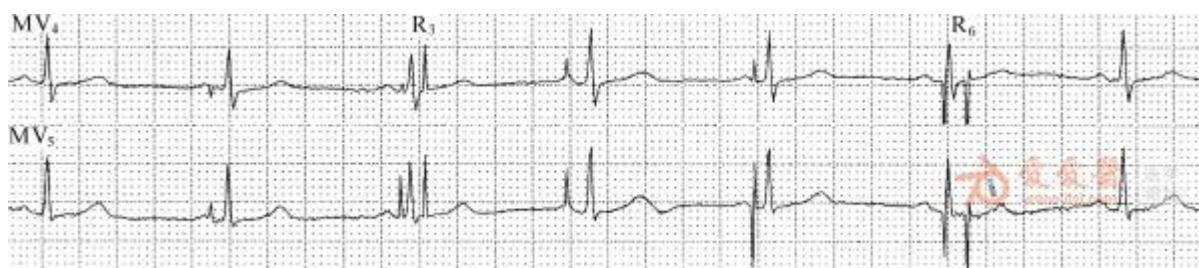


图 3 心房电极间歇性感知功能不足引发心室安全起搏脉冲发放出现“三明治”现象（R3、R6 搏动）



图 4 不纯性心房扑动引发双腔起搏器起搏模式转换（VVI 起搏）及心室安全起搏脉冲发放出现“三明治”现象（R6 搏动）

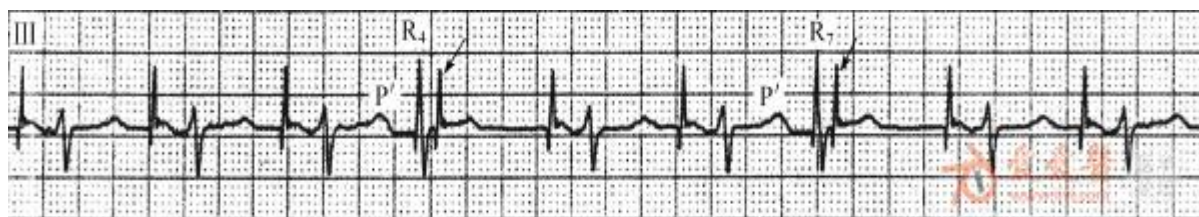


图 5 心房电极未能感知房性早搏引发心室安全起搏脉冲发放出现“三明治”现象
(R4、R7 搏动)

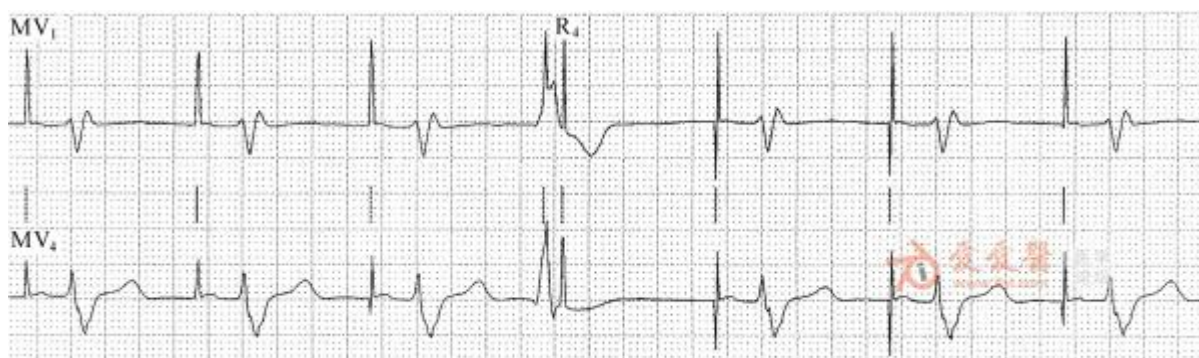


图 6 室性早搏落在交叉感知窗内引发心室安全起搏脉冲发放出现“三明治”现象
(R4 搏动)

二、心房和心室电极导线反接

双腔起搏器的心房、心室电极导线和脉冲发生器的接口错接，导致心房脉冲起搏心室出现宽大畸形 QRS-T 波群，心室脉冲起搏心房出现逆行 P—波，心房和心室交叉刺激引发“三明治”现象（图 7）。

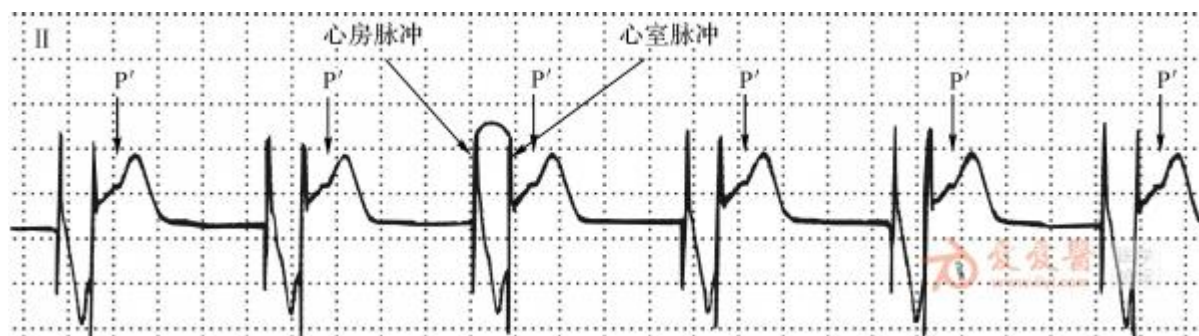


图 7 心房和心室电极导线错接引发交叉刺激而出现“三明治”现象

三、心房电极导线脱位

（一）心房电极导线完全脱位

（1）心房电极脱位后而未再植入其他部位心内膜：此时其起搏和感知功能均丧

失，不能感知自身 P 波，心房起搏脉冲呈固定性发放，其后无相应的 P' 波跟随。当自身节律的频率接近于起搏器的下限频率时，可有心房脉冲发放；若心房脉冲落在自身 QRS 波群之前，心室电极未能感知到该 QRS 波群，则可在 QRS 波群中出现心室起搏脉冲，成为伪室性融合波而出现“三明治”现象（图 8）。

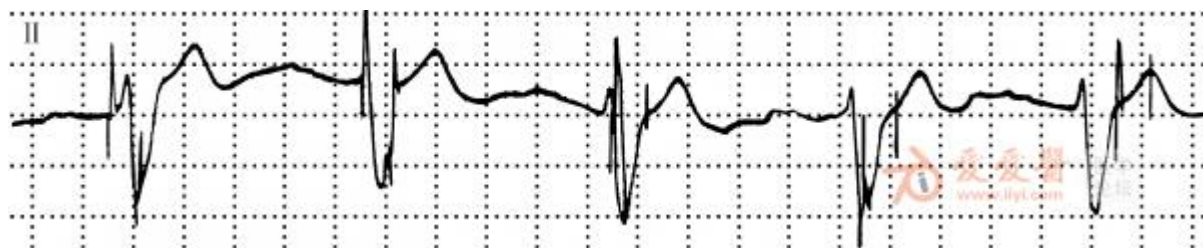


图 8 心房电极完全脱位时出现自身节律及伪室性融合波而引发“三明治”现象(R2 搏动)

(2) 心房电极脱位后漂移至右心室流出道或流入道：心房电极完全脱位后，当其电极漂移至右心室流出道或流入道并接触心内膜，且自身节律的频率接近于起搏器的下限频率及心房电极能间歇性感知自身 P 波时，可有心房脉冲发放；若心房脉冲落在自身 QRS 波群之前，心室电极未能感知到该 QRS 波群，则可在 QRS 波群中出现心室起搏脉冲，成为伪室性融合波而出现“三明治”现象（图 9）。此外，心房脉冲还能引发心室起搏而出现右心室流出道或流入道起搏 QRS-T 波群（图 9）。

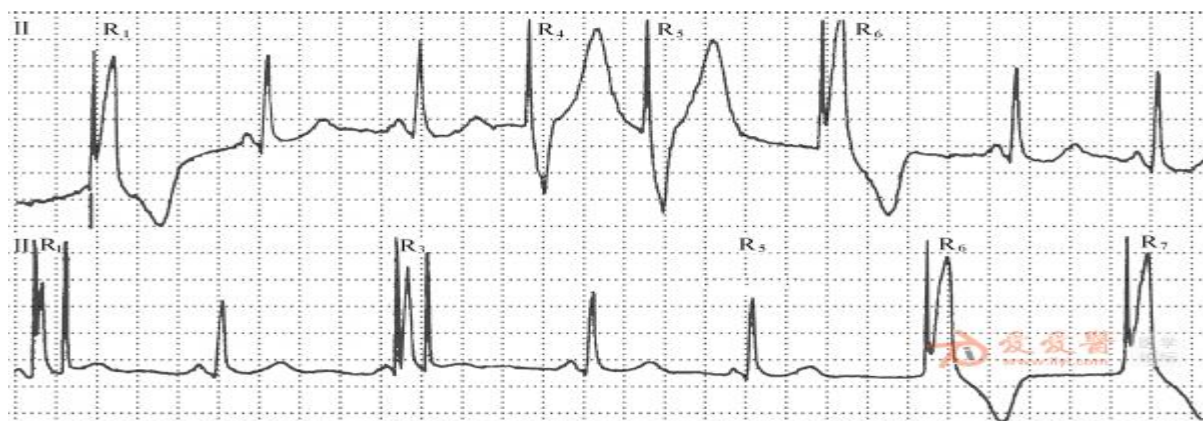


图 9 心房电极完全脱位后心房电极移位至右室流出道或流入道出现自身节律而引发“三明治”现象（下行 R1、R3 搏动）和右室流出道或流入道与右心室心尖部起搏并存

(二) 心房电极亚脱位

(1) 心房电极亚脱位出现感知功能异常而起搏功能正常：此时心房电极不能感知自身 P 波，心房起搏脉冲呈固定性发放，只要心房肌脱离了不应期，其后就会有相应的 P' 波跟随。当自身节律的频率接近于起搏器的下限频率时，可有心房脉冲发放；

专家讲坛

若心房脉冲落在自身 QRS 波群之前，心室电极未能感知到该 QRS 波群，则可在 QRS 波群中或后出现心室起搏脉冲，成为伪室性融合波而出现“三明治”现象；一旦自身心率慢于起搏器的下限频率时，将出现 DDD 起搏模式。故在同一幅心电图图中这两种现象可交替出现（图 10）。

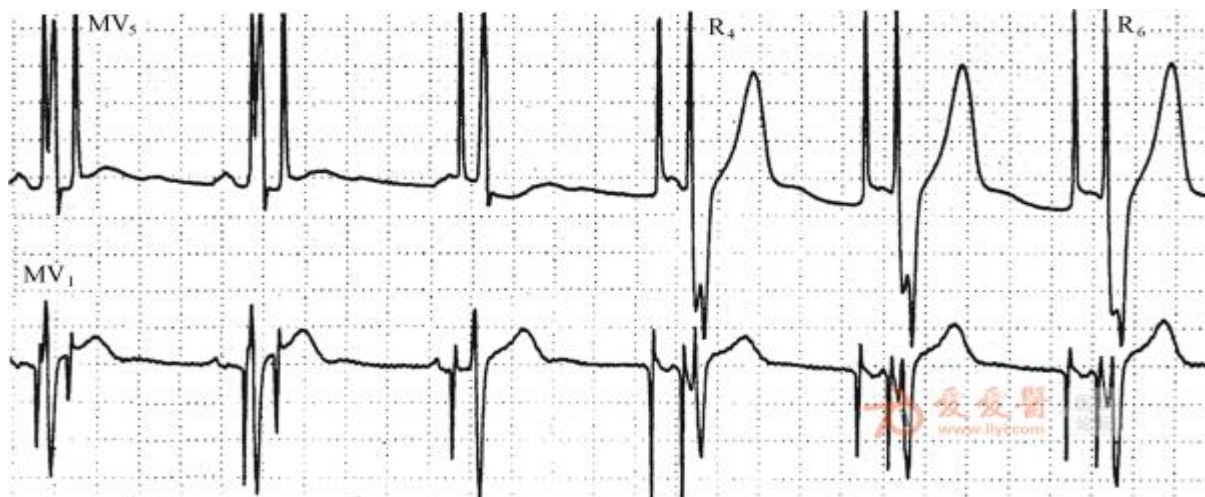


图 10 心房电极亚脱位可能伴间歇性心室电极感知功能不足时出现自身节律而引发“三明治”现象（R1、R2 搏动）

（2）心房电极亚脱位出现交替性感知功能不足，心室电极脱位漂移至右心室流出道或流入道附近：此时心房电极呈交替性不能感知自身 P 波，以致心房起搏脉冲呈交替性发放。若心房脉冲落在自身 QRS 波群之前，心室电极因脱位未能感知到该 QRS 波群，则可在 QRS 波群中或后出现心室起搏脉冲，成为伪室性融合波而出现“三明治”现象（图 11）。因心室电极脱位漂移至右心室流出道或流入道附近，有可能会心室起搏脉冲夺获心房（图 11）。



图 11 心房电极亚脱位出现交替性感知功能不足时出现自身节律而引发“三明治”现象及心室安全起搏脉冲发放、心室电极脱位漂移至右心室流出道或流入道而引发心室脉冲夺获心房

四、心室电极间歇性感知功能不足

当 P-R 间期或 A-R 间期 $<$ A-V 间期时，自身节律的 P 波或心房脉冲引发的 P' 波经房室交接区下传心室，因心室电极存在间歇性感知功能不足，不能感知部分 QRS 波群而经 A-V 间期后发放心室起搏脉冲，引发“三明治”现象（图 12、图 13）。



图 12 心室电极间歇性感知功能不足引发“三明治”现象（R5 搏动）

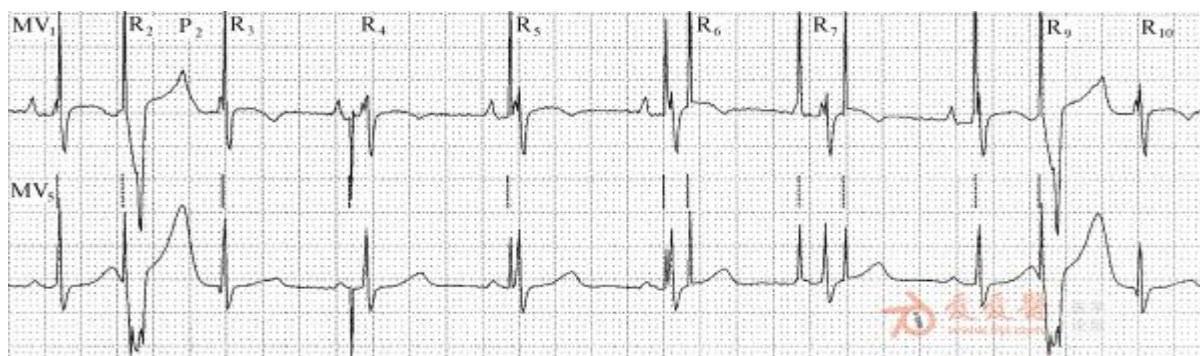


图 13 心房感知功能不足、心室间歇性感知功能不足引发“三明治”现象（R6、R7 搏动）及心室安全起搏脉冲发放（R6 搏动）

五、起搏阈值自动管理功能

起搏阈值自动管理功能是指起搏器自动地以较低的输出能量来检测每一个起搏脉冲是否均能夺获心室，若确认起搏脉冲未能夺获心室，则起搏器将以较高的输出能量发放心室备用脉冲，确保夺获心室，借以节约电能和避免心室失夺获。

每一个心室起搏脉冲后，起搏器经过 15ms 的初始等待时间后，起搏器测量刺激除极反应信号（简称 ER）的感知系统将开放 47.5ms 感知期，检测脉冲后有无相应的起搏 QRS' 波群出现。若有起搏 QRS' 波群出现，则脉冲发生器将抑制备用安全脉冲发放；若无起搏 QRS' 波群出现，则发放备用脉冲起搏心室。凡是在起搏脉冲发放后 62.5ms 内，ER 感知系统未能检测到相应的起搏 QRS' 波群，起搏器便确认为心室失夺获，在心室脉冲后 80~100ms 处发放脉宽 0.5ms、电压 4.5V 的备用脉冲来起搏心室，以期确保安全，并且随后一个心动周期搏动的 P-V 或 A-V 间期延长 100ms，以避免因

专家讲坛

真性、假性室性融合波而误判。因真性室性融合波含有起搏的 QRS 波群，能被 ER 感知系统所感知；而假性室性融合波系起搏脉冲重叠在自身 QRS 波群中，其脉冲不能被夺获心室而不能被 ER 感知系统所感知，起搏器将在心室脉冲后 80~100ms 处发放备用脉冲，该备用脉冲落在心室肌的不应期内而成为无效起搏。一次失夺获后立即将 P-V 或 A-V 间期延长 100ms，若失夺获系假性室性融合波所致，则 P-V 或 A-V 间期延长后自身 QRS 波群即可显露；若因 ER 感知不良引起，则 P-V 或 A-V 间期延长后仍无自身 QRS 波群出现而呈现心室起搏（图 14、图 15）。

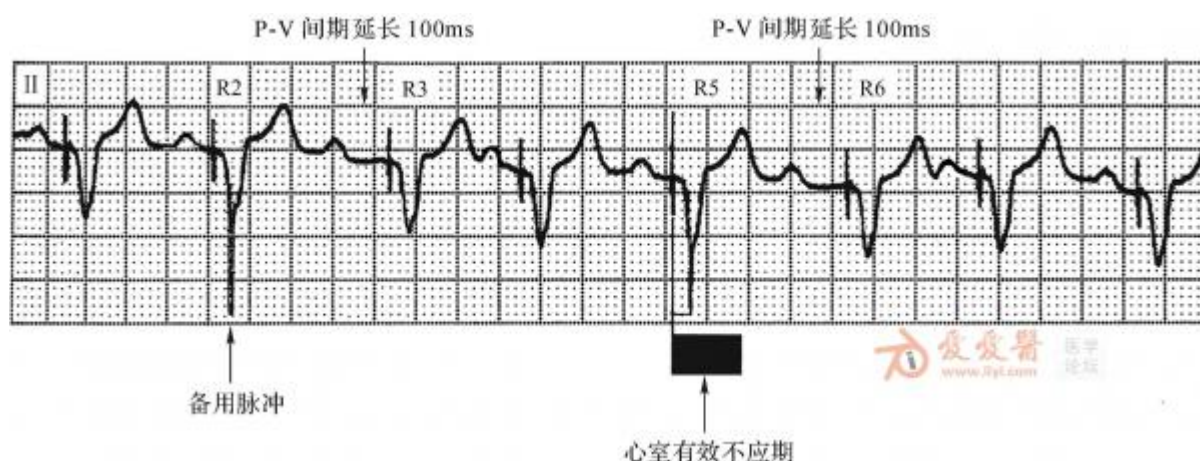


图 14 起搏阈值自动管理功能因 ER 感知系统感知功能不足而引发“三明治”现象（R2、R5 搏动）



图 15 起搏阈值自动管理功能因心房起搏功能不良和心室感知功能不足而引发“三明治”现象（下行 R4~R6 搏动）

六、结束语

综上所述，双腔起搏器心电图中所出现的“三明治”现象几乎见于起搏器存在不同程度功能异常，应引起高度重视。

基础起搏心电图系列讲座（28）：

一、药物、电解质及急性心肌梗死对起搏器功能的影响

作者：何方田

链接：<http://bbs.iiyi.com/thread-2704224-1.html>

一、一般药物对起搏器功能的影响

起搏器的基本功能主要是指起搏功能和感知功能。影响起搏器功能的基本因素有起搏器和电极系统的自身因素、电极与心内膜接触情况、心内信号和机体的生理变化、药物和电解质的影响等。

糖皮质激素、儿茶酚胺类药物可降低起搏阈值，而倍他乐克（美托洛尔）、普罗帕酮（心律平）、维拉帕米（异搏定）、奎尼丁等药物均会提高起搏阈值，普鲁卡因酰胺、洋地黄药物在治疗剂量时对起搏阈值影响较小。

二、抗心律失常药物对起搏器功能的影响

植入起搏器患者常因并发心律失常而需用抗心律失常药物治疗，对起搏器功能的影响与药物种类、剂量及电极类型等有关。一般应用常规剂量时，对起搏器功能不会造成影响，但应用过量或中毒时，可影响起搏和（或）感知功能。故起搏器患者在使用抗心律失常药物时，应经常复查心电图，借以观察有无 Q-T 间期延长、有无出现新的心律失常及药物对起搏器功能的影响。

（1）对起搏阈值无明显影响的抗心律失常药物：抗心律失常药物 I A 类的普鲁卡因酰胺、II 类的普萘洛尔、III 类的胺碘酮、索他洛尔、依布利特及 IV 类的维拉帕米对起搏阈值均无明显影响。

（2）能不同程度地增加起搏阈值的抗心律失常药物：抗心律失常药物 I A 类的缓脉灵、I B 类的利多卡因和美西律、I C 类的氟卡尼、恩卡尼和普罗帕酮会不同程度地增加起搏阈值。这些抗心律失常药物对激素电极的起搏阈值则无明显影响。

为避免抗心律失常药物对起搏器功能的影响，一方面植入起搏器时尽量选用激素电极并设置较高的输出能量，另一方面尽量选用 II 类、III 类的抗心律失常药物。

三、电解质对起搏器功能的影响

电解质对起搏阈值会产生不同程度的影响，如静脉滴注林格氏液可降低阈值 20%~30%，氯化钾和胰岛素合用将提高起搏阈值 20%~40%，3%高渗氯化钠将提高阈值 50%~60%。

四、急性心肌梗死对起搏器功能的影响

急性心肌梗死时，因心肌除极向量的改变和细胞内外离子的变化，QRS 波幅降低或极性改变将会影响起搏器的感知功能；梗死后心肌的应激性增强和心室颤动的阈值降低，低能量的电刺激可诱发心律失常。因此，急性心肌梗死患者在调整起搏器输出能量时应注意不可过高，以免诱发严重的室性心律失常。

五、生理因素对起搏阈值的影响

生理因素会影响起搏阈值，其波动范围在基础水平的 50%左右，如睡眠中起搏阈值可提高 36%，而运动时则下降 25%。

基础起搏心电图系列讲座（29）： 动态心电图在起搏器诊断中的价值

作者：何方田

链接：<http://bbs.iiyi.com/thread-2706790-1.html>

一、概述

虽然现代起搏器具有内置的辅助分析系统、资料存储功能、起搏器双向遥测和程控功能对起搏器功能正常与否进行检测，但动态心电图检查能连续监测、记录患者在日常活动过程中的各种心电变化，能如实地反映起搏器的功能状态，如起搏功能、感知功能、频率、脉冲幅度、宽度及波形特点等，尤其是能捕捉起搏器间歇性或一过性起搏和（或）感知功能异常、起搏器介导性心动过速及起搏后心律失常，除能对其做出定性诊断外，还能做出定量诊断，如计算出起搏搏动数占总记录心率数的百分比、各种心律失常的总数等；也能对 ST-T 改变做出定性和定量的诊断。故动态心电图检查是诊断起搏器功能正常与否、确定心律失常性质及数量的基石，是不可缺少的检查项目，是其他检查包括程控仪所无法替代的。

二、动态心电图的诊断价值

（1）动态心电图对起搏器植入早期，能监测其起搏功能、感知功能是否正常，借以了解心内膜电极有无移位、漂移等（图 1）。

(2) 对起搏器植入后期能监测其电能损耗程度、有无起搏与感知功能异常等。

(3) 能对起搏、感知功能异常做出定性和定量诊断：对起搏、感知功能完全失效，常规心电图及程控仪即可做出正确诊断，但对间歇性或一过性起搏、感知功能异常，则动态心电图检查具有无可比拟的优越性。

(4) 能捕捉起搏器介导性心动过速，并确定其发生机制。引发起搏器介导性心动过速有 7 种类型：①双腔起搏器引发的人工折返性心动过速；②室上性心律失常引发广义的起搏器介导性心动过速；③感知驱动器引发的起搏性心动过速（具有频率应答功能起搏器，如 AAIR、VVIR、DDDR）；④起搏器频率奔放现象；⑤非同步起搏诱发的心动过速（感知功能不足引发的竞争性起搏）；⑥心房电极感知过度引发的起搏器介导性心动过速；⑦双腔起搏器电极交叉感知引发的起搏器介导性心动过速。通过动态心电图检查，能明确起搏器介导性心动过速的发生机制，指导临床医生采取相应对策，降低其发生率。

(5) 能捕捉各种间歇性或一过性心律失常，并对其做出定性和定量诊断。

(6) 能捕捉一过性 ST-T 改变，但对持续性 T 波倒置，需注意是否由电张调整性改变所致。

(7) 能明确心源性猝死的原因：属回顾性诊断，对严重心律失常有时会痛失抢救机会，我们曾遇到 5 例 Ron-T 室性早搏诱发极速型室性心动过速、心室颤动而猝死。

(8) 识别与心脏病有关的各种症状：临床上常遇及一些如胸闷、胸痛、气急、心悸、黑朦、晕厥或停跳感等症状，其原因是多方面的，如 DCG 发现一过性、间歇性心律失常或 ST-T 改变等与症状出现时间相吻合，则有助于症状的解释，做出合理判断与治疗。病人所述的停跳感可以是窦性停搏、窦房传导阻滞或房室传导阻滞所致，也可以是早搏、窦性心律不齐等。值得一提的是有些严重心律失常甚至急性心肌梗死患者可无任何症状。DCG 对识别心绞痛、变异性心绞痛、夜间阵发性呼吸困难是比较理想的诊断方法。

三、植入式 Holter 的诊断价值

最近几年开始植入具有远程传输功能的第三代植入式 Holter（图 1），为不明原因晕厥患者的诊断提供了更为先进的诊断工具。

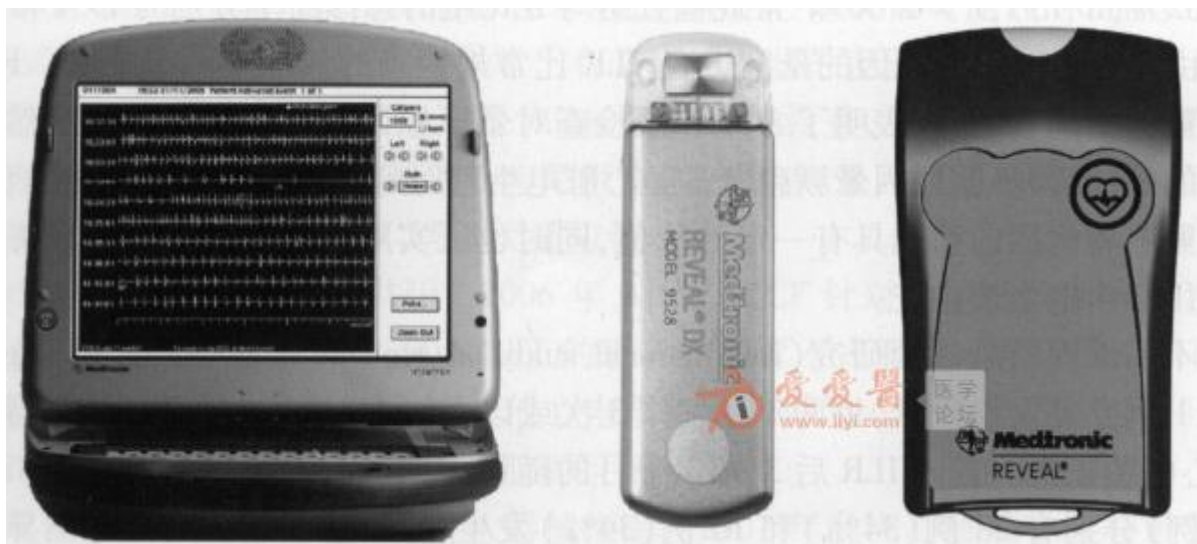


图 1 第三代植入式 Holter (从左向右依次为程控仪、植入式记录器、患者助手)

(一) 第三代植入式 Holter 特点

(1) 轻巧：体积小 ($61 \times 19 \times 8\text{mm}$)，质量轻 (15g)。

(2) 监测时间长：可提供长达 3 年的 ECG 监测，有利于晕厥发作间歇时间较长患者的检测，适合于抗心律失常药物治疗后的监测和疗效评估。

(3) 心电图记录时间长：能提供 49.5min 的 ECG 存储，其中患者手动激活存储 22.5min，共 3 次，每次患者激活前 6.5min 和激活后 1min；仪器自动检测存储 27min，共 27 次，每次记录感知之前 30s 和事件终止后 27s，能自动检测心律失常类型有心动过缓、停搏、心动过速及快速性室性心动过速 4 种。

(4) 感知功能明显增强：提高追踪阈值功能，可提供可靠的 R 波感知，并辅以噪声反转功能及超范围监测算法更能降低假阳性事件的检出率，提高心电事件诊断的精确性。

(5) 远程随访：第三代植入式 Holter 兼容 CareLink，可进行远程随访。

(6) 患者助手功能：患者可手动激活心电存储记录、可启动数据管理功能。

(7) 可接受核磁共振 (MRI) 检查：可使患者安全地接受有条件下的 MRI 检查。

(二) 第三代植入式 Holter 适应证

在所有各种常规检查之后，仍不能明确晕厥、先兆晕厥、反复发作的心悸患者。

责任编辑：kangjing_dr

解读家庭医生签约服务： 力争 2020 年全人群覆盖

链接：<http://www.iiyi.com/d-07-232524.html>

近期国务院医改办、国家卫生计生委、国家发展改革委、民政部、财政部、人力资源社会保障部和国家中医药管理局七部委制定并印发《关于推进家庭医生签约服务的指导意见》。现就有关内容解读如下：

1、为什么要推进家庭医生签约服务？

当前，我国医药卫生事业面临人口老龄化、城镇化和慢性病高发等诸多挑战，现今医疗卫生服务模式难以满足群众对长期、连续健康照顾的需求。同时就医集中于大医院，不利于改善就医环境、均衡医疗资源、合理控制医疗费用等。国际经验和国内实践证明，在基层推进家庭医生签约服务是新形势下保障和维护群众健康的重要途径，为实现基层首诊、分级诊疗奠定基础。

2、目前家庭医生签约服务的开展情况如何？

《意见》印发以来，国家层面和各地开展了多种形式的签约服务试点，在团队建设、筹资、激励、考核等新机制方面进行了积极探索，并得到群众的认可和欢迎，为改革积累了宝贵经验和广泛的群众基础。同时，存在着一些问题制约了签约服务工作的推进。这些问题都需要通过改革，逐步加以解决，进而保障家庭医生签约服务的顺利推广。

3、开展家庭医生签约服务的总体思路和主要目标是什么？

推进家庭医生签约服务的总体思路是，根据深化医药卫生体制改革的总体部署和要求，围绕推进健康中国建设、实现人人享有基本医疗卫生服务的目标，以健康为中心，促进医疗卫生工作重心下移、资源下沉，结合基层医疗卫生机构综合改革和全科医生制度建设，加快推进家庭医生签约服务。不断完善签约服务内涵，突出中西医结合，增强群众主动利用签约服务的意愿；建立健全签约服务的内在激励与外部支撑，调动家庭医生开展签约服务的积极性；鼓励引导二级以上医院和非政府办医疗卫生机构参与，提高签约服务覆盖面和水平，促进基层首诊、分级诊疗，为群众提供综合、连续、协同的基本医疗卫生服务，增强人民群众的获得感。推进家庭医生签约服务的主要目标是，2016 年，在 200 个公立医院综合改革试点城市开展家庭医生签约服务，鼓励其他有条件的地区积极开展试点。重点在签约服务的方式、内容、收付费、考核、

关注

激励机制等方面实现突破，优先覆盖老年人、孕产妇、儿童、残疾人等人群，以及高血压、糖尿病、结核病等慢性疾病和严重精神障碍患者等。到 2017 年，家庭医生签约服务覆盖率达到 30%以上，重点人群签约服务覆盖率达到 60%以上。到 2020 年，力争将签约服务扩大到全人群，形成与居民长期稳定的契约服务关系，基本实现家庭医生签约服务制度的全覆盖。

4、谁来提供家庭医生签约服务？采取什么服务形式？

现阶段家庭医生主要由以下人员承担：一是基层医疗卫生机构注册全科医生（含助理全科医生和中医类别全科医生），二是具备能力的乡镇卫生院医师和乡村医生，三是符合条件的公立医院医师和中级以上职称的退休临床医师，同时还鼓励符合条件的非政府办医疗卫生机构（含个体诊所）提供签约服务。未来随着全科医生人才队伍的发展，将逐步形成以全科医生为核心的签约服务队伍。家庭医生签约服务原则上应当采取团队服务形式，主要由家庭医生、社区护士、公卫医师（含助理公卫医师）等组成，并有二级以上医院医师（含中医类别医师）提供技术支持和业务指导。

5、居民如何与家庭医生团队进行签约？

居民或家庭可以自愿选择 1 个家庭医生团队签订服务协议。每次签约的服务周期原则上为一年，期满后居民可根据服务情况选择续约，或另选其他家庭医生团队签约。鼓励和引导居民就近签约，也可跨区域签约，建立有序竞争机制。同时还要加强医院与基层医疗卫生机构之间的对接，各地在引导居民或家庭在与家庭医生团队签约时，居民或家庭还可以自愿选择一所二级医院、一所三级医院，建立“1+1+1”的组合签约服务模式，在组合之内可根据需求自行选择就医机构，并逐步过渡到基层首诊；在组合之外就诊应当通过家庭医生转诊，形成有序就医格局。

6、居民签约后能得到哪些服务和优惠？

居民在签约后，将享受到家庭医生团队提供的基本医疗、公共卫生和约定的健康管理服务。基本医疗服务涵盖常见病、多发病的中西医诊治，合理用药，就医路径指导和转诊预约等。公共卫生服务涵盖国家基本公共卫生服务项目和规定的其他公共卫生服务。健康管理服务主要是针对居民健康状况和需求，制定不同类型的个性化签约服务内容，可包括健康评估、康复指导、家庭病床、家庭护理、中医药“治未病”服务、远程健康监测等。通过不断优化签约服务内涵来满足居民的多样化医疗卫生服务需求。

7、签约服务费从哪里来？如何发挥家庭医生在合理控费方面的作用？

家庭医生团队为居民提供约定的签约服务，根据签约服务人数按年收取签约服务费，由医保基金、基本公共卫生服务经费和签约居民付费等方式共同分担。家庭医生团队通过签约服务维护好签约居民的健康，是从源头控制医疗费用的重要措施。还可以探索对纵向合作的医疗联合体等分工协作模式实行医保总额付费，发挥家庭医生在医保付费控制中的作用，合理引导双向转诊。

8、如何激励家庭医生团队更好地提供签约服务？

调动家庭医生团队的服务积极性需要采取多方面的激励措施。在收入分配方面，要综合考虑包括签约服务在内的绩效考核情况等因素，合理确定基层医疗卫生机构绩效工资总量，使家庭医生通过提供优质签约服务等合理提高收入水平。同时，应在编制、人员聘用、职称晋升、在职培训、评奖推优等方面重点向全科医生倾斜，加快全科医生队伍建设，提升签约服务水平。

9、如何加强签约服务的绩效考核？

建立科学的绩效考核机制是促进家庭医生提供优质服务的关键。一是完善绩效考核标准。二是开展定期考核。三是建立挂钩机制。四是发挥社会监督作用。

10、如何为签约服务提供技术支撑？

签约服务的顺利推进、签约双方的良性互动，离不开资源的协同共享和技术的有力支持。一是整合二级以上医院现有的检查检验、消毒供应中心等资源向基层医疗卫生机构开放。二是探索设置独立的区域医学检验机构、病理诊断机构、医学影像检查机构等，实现区域资源共享。三是完善家庭医生签约服务必需设施设备的配备，有条件的地方可为家庭医生配备统一的着装、出诊装备、交通工具等。四是构建完善的区域医疗卫生信息平台，实现签约居民健康档案、电子病历、检验报告等信息共享和业务协同。五是通过远程医疗、即时通讯等方式，加强二级以上医院医师与家庭医生的技术交流与业务指导。六是通过智能客户端等多种方式搭建家庭医生与签约居民的交流平台，为信息咨询、互动交流、患者反馈、健康管理等提供便利。七是积极利用移动互联网、可穿戴设备等为签约居民提供在线预约诊疗、候诊提醒、划价缴费、诊疗报告查询、药品配送和健康信息收集等服务，增强群众对于签约服务的获得感。

责任编辑：hehanhan

第一部分——西医

学学怎么绘制梯形图

作者：鑫淼森焱垚

链接：<http://bbs.iiyi.com/thread-1409139-1.html>

梯形图电脑制作方法，主要是用 windows 画图等制图软件制作，在本论坛已经有详细的说明（问问斑竹就知道了）。制作梯形图我目前没有专业的制作软件，都是靠人工一条线、一个点画出来，比较费时费力。如果谁有专业的软件可以通知我一声，共同学习。

在分析复杂的心律失常时，根据心电图特点，用图解的方法来说明激动的起源和传导过程，所绘制出的图形如阶梯，故称之为梯形图。1925 年，最早由 Thomas lewis 首先设计并利用梯形图（Lewis 线）分析心律失常。60 年代以来，梯形图的内容又得到了充实和改进，成为分析心律失常、尤其是分析复杂心律失常的一种必要手段。现根据一般惯例对梯形图的绘制方法作一介绍。

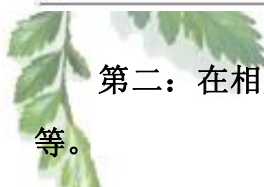
梯形图附在有关心电图下方。梯形图主要是由横线、垂直线和斜线绘制的线条示意图。通常用三行即可表达，即 A、A-V、V。在分析较复杂的心律失常时，根据需要酌情增加行数，可画五行或七行图，以便详细分析。现将绘制梯形图的步骤简单介绍如下：

第一：根据需要先画数条平行线，分成数行，在每行的左边标明部位。如：S（窦房结）、S-A（窦房交界区）、A（心房）、A-V（交界区）、V（心室）、E-V（异—室联结处）、E（异位）等。其中表示交界区所占的一行应宽大些。现以室性早搏绘制梯形图。如下图示：





第二：在相应行内定出心房、心室搏动的起点，**P1、P2、P3、R1、R2、R3**等。



第三：根据 **P-QRS-T** 波的特点，判断起搏点的位置，在图纸上标明起搏激动。



第四：连接定向传导线。



第五：写出各种时间。



第六：找出阻滞和干扰。



第七：根据 **P** 波与 **QRS** 波群的关系，间接推测交界区的情况。如激动在交接区的传导方向和途径，有无隐匿性传导，有无传导阻滞，有无干扰，有无起搏激动存在，有无反复搏动，有无节律重整现象等。



第八：找出主要矛盾和重点问题：①窦性频率为 85 次/分，PR 间期 0.16 秒。②提前出现的宽大畸形的 **QRS** 波群，起前无相关 **P** 波，代偿间期完全。③二个窦性激动一个室性激动，规律出现。

第九：综合分析诊断。

1. 窦性心律；2.室性早搏呈三联律。



几例误诊分析

作者：喜悦今生

链接：<http://bbs.iiyi.com/thread-938374-1.html>（57 楼）

一、同事的一次误诊。

患儿男，8 个月，哭闹不安。家人抱入诊室，不停啼哭，未见发热。查体心肺口腔未见异常。皮肤无斑疹。略有腹肌紧张。问患者二便情况，回答说略有消化不良，大便二次。

以消化不良、肠痉挛处置。

第二天反馈在别处诊疗信息：小儿桡骨头半脱位。

教训：儿科是哑科，务须详细问诊，细致体检。

二、老师的一个病例。

患者男，45 岁。是老师的朋友。

主诉：双下肢腓肠肌疼痛半年，加重一个月。

现病史：半年前无明显诱因出现双下肢腓肠肌处疼痛，有腹胀、食欲不振等症状，未加重视。一个月前加重，影响行走，从卧室走到卫生间也感觉疲劳。

查体：皮肤无异常，未见局部红肿热痛及风湿结节。

老师看了看，说没有大问题，就对症治疗吧。因为很熟，没做检查，就回去了。

后来听说病人因病情没好转，在外院做了超声等检查，确诊为胰腺癌转移。

老师说这事实不在不太光彩，如果不是熟人，可能该做的检查也就做了。

教训：看似不重要的常规检查，会发现很大的问题。

三、进修时的一个病例。

患者男，36 岁，就诊时询问下肢血栓中药有办法治疗吗？老师抬头看看他：面色萎黄，体态偏瘦，却有个很胖的肚子。就问他：“患者是你吗？你有血栓吗？”患者回答：“是，已经做过下肢彩超，确诊了。”

我的老师又看看他说：“不对吧，你再做一个腹部 B 超吧，黑白的就行。”

检查结果很快出来了，是肝硬化腹水，导致下肢水肿。

我很敬佩我的老师，同时想，那另外那家医院的医生怎么想的呢，看病就只看到腿了吗？

卵巢囊肿蒂扭转误诊一例

作者: 1x1

链接: <http://bbs.iiyi.com/thread-938374-1.html> (59 楼)

三天前我院转来一 15 岁女病人，学生。来前已在当地卫生所诊断为阑尾炎，并已行抗感染治疗三天。卫生所用药为头孢类及左氧氟沙星。因患者病情不断加重，转入我院拟行手术治疗。

来时查体，患者发热，T: 38.6℃，BP: 50mmHg/80，P: 98 次/分。下腹部有明显压痛、反跳痛及腹肌紧张，左右下腹部压痛对比不明显。追问病史，患者诉先为右下腹部疼痛，后延及整个下腹部。月经 14 天前干净。其余无特殊。

以个人经验来说，本人考虑到急性阑尾炎。一般联用两种可靠抗生素治疗三天都可以控制感染，至少病情不会加重。但是该患者已经输液 3 天，而且两侧下腹部压痛对比不明显，故怀疑诊断阑尾炎是否正确。

因患者血压低，怀疑是否有内出血的情况，如黄体破裂？但腹腔穿刺未抽到任何液体。当然也不排除感染性休克所致。

急查血常规、胸腹透视、腹部 B 超。血常规显示 WBC $11.5 \times 10^9/L$ ；透视见肠管中等胀气，余未见异常；右下腹 B 超未见异常。

因我院为镇卫生院，不敢轻易确诊，请所有外科医生会诊，但都认为是阑尾炎。本人和病人家属说明情况后，其家人要求请上级医院外科主任手术。

上级医院主任因赶时间在路上时即要求我们先打麻醉再说。硬膜外麻醉后，主任看过各项检查结果未亲自体检病人便开始手术。

术中仅见阑尾轻度充血，腹腔有少量暗红色积液。手术摘除阑尾后，主任认为病情并不是这么简单，遂行右下腹探查，结果发现右侧卵巢囊肿蒂扭转，囊肿比拳头还大，遂行手术摘除。

手术后主任说，B 超应该看得到的，体检时应该摸得到右下腹包块。幸亏进一步行探查术。我们惭愧体检不过关，惭愧辅助检查科室技术经验欠佳。

手术后患者恢复很好。

经验教训：1. 阑尾炎虽然是常见病，但本人以前碰到不少诊断为阑尾炎的病例，结果手术证实都不是。如有的是肠梗阻，有的是胆结石，有的是宫外孕，还有输尿管

结石，以及这次碰到的卵巢囊肿蒂扭转。这些误诊的病例都有一个明显相似的地方，那就是看起来像阑尾炎，但体检都不是典型的表现。典型的在体检时阑尾区都有一个比较明显的压痛点，而不是压痛面。不典型的压痛区都较弥散，和周围对比不明显。

2. 不要轻信辅助检查结果，特别是影像学检查。因为这些检查和操作人员的主观因素联系较大，和操作人员的经验有关。

3. 对女性急腹症病人首先要明确排除妇产科情况。

一个有意思的病

作者：疏桐漏月

链接：<http://bbs.iyyi.com/thread-21930-1.html>

这是一个 24 天大的患儿，“发现面瘫 20 天”入我院新生儿科治疗。面瘫的特点：当哭泣时右侧口角向下而另一侧则没有动静。自发性微笑的时候两侧对称，额纹、鼻唇沟、悬雍垂等都正常，非哭泣表情时也对称。查体：心尖部可闻及 2 级收缩期吹风样杂音，粗糙。

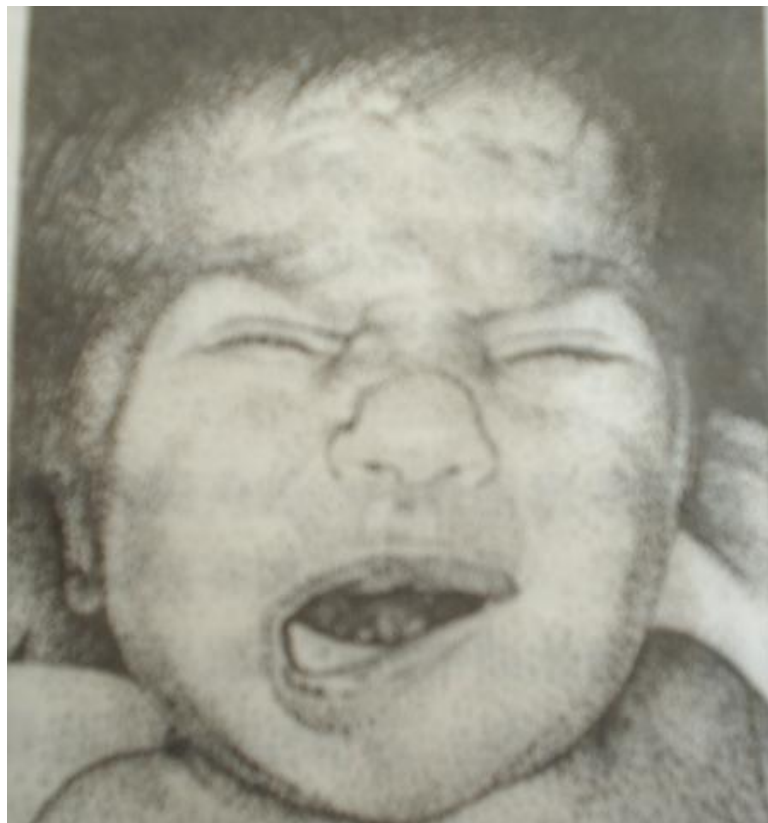
当时门诊下的诊断是：1、左侧面瘫查因；2、心脏杂音原因待查（先心病）。经过激素、脱水剂、营养神经系统的药物治疗 2 周，面瘫没有丝毫好转。做彩色超声心动图提示为：室间隔多发缺损（肌部）。最后经我们小儿科神经组和新生儿组的专家会诊后，下诊断为：歪嘴哭综合征。

歪嘴哭综合征，俗称软腭-心-面综合征，是一种常染色体隐性遗传病，表现为面肌和心肌的发育障碍，从而导致面肌缺损和先心病。它的表现就是：只有哭泣的时候会出现类似“面瘫”的表现，而做其他表情的时候则完全正常，这点是和真正面瘫做鉴别的要点。而且生后就表现出来，没有诱因。在这种情况下，大多数新生儿都有心脏发育受损的表现，但也有部分没有心脏异常。

所以建议新生儿科的同行们如果遇到这样的情况，最好建议给予心脏彩超的检查，以明确是否有先心病的存在。

有报道说这样的患儿和日后精神病的发病有一定关系。

注：（照片来自：杨思源编著的《小儿心脏病学》）



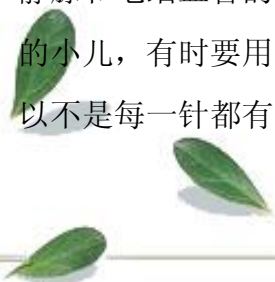
不同病人静脉穿刺的几点不同体会

作者：鸟儿

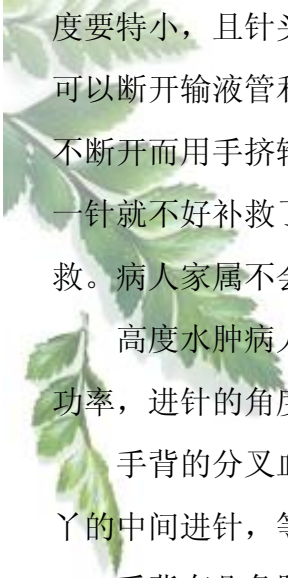
链接：<http://bbs.iiyi.com/thread-1388251-1.html>

老年人的血管脆性比较大，对较瘦的皮下脂肪少的人进针前要绷紧皮肤，以拉直血管。因老年人输液速度大多不要求太快，可以用较小的针头以较小的角度进针，针头不要进血管太深。而且老年人的血管弯曲多，容易穿破，固定时动作轻一点，否则针头有可能滑出。

儿科病人主要选用头皮进针。因小儿大多好动，四肢比较难固定，就是扎的再好都容易肿，这样不但增加我们的工作量，病人肯定不满意，还会说我们扎的不好，所以较小的儿科病人选用头皮。但不是所有的头皮针都是同样一个扎法，头皮有较粗的静脉和毛细血管的不同。较粗的有正中静脉，双颞浅静脉，比较好扎。但对扎很多天的小儿，有时要用到头皮毛细血管的。这种血管管腔中的血流量不大，静脉压低，所以不是每一针都有明显的回血，也不会有明显的落空感。这种血管都很表浅，进针角



我为人人，人人为我



度要特小，且针头不能进的太多，只要自个感觉在血管中，没有回血也不要来回穿，可以断开输液管和针头的连接处察看。因静脉压高于大气压，往往有回血的，但如果不断开而用手挤输液管，针头没在血管中，挤进去的液体就会肿在皮下，前面肿了这一针就不好补救了。断开以后如仍没回血就要想一下原因了，只要没穿破仍然可以补救。病人家属不会认为你扎了两次，往往他们都是以你扎的次数多少来说好坏的。

高度水肿病人的血管比较不容易扎，这种病人一定要保护好血管，尽可能提高成功率，进针的角度也要稍大一点。

手背的分叉血管，就是指的倒“丫”字形的静脉，也有它独特的扎法。我们从倒丫的中间进针，等针尖完全进入直行的血管后再推进一点就可以了。

手背有几条肌腱，大凡横跨过肌腱的静脉都不首选扎。因为肌腱往往高出皮肤，我们穿刺静脉时很容易伤及肌腱，同时不好固定。

男病人和女病人的手背静脉扎法也有所不同。男病人皮下脂肪相对少，手背静脉好多都走行在皮肤下面，清晰可见，有时还在两条肌腱中间，我们穿刺时角度要更小一些，如角度大了很容易扎穿静脉底层。而女病人的手背静脉好多都看不见，皮下脂肪稍多，很多血管靠先摸清其走向，以稍大的角度进针，见回血后再以很小的角度推进一点点，不要太过深入。如暴露的静脉太短，可以从稍下方进针，待到针尖到达看得见的地方再进血管。

腕关节附近都有一条大静脉，这条静脉优点是管腔粗，但它却有一个缺点，是易滑动，有的人还跨到尺侧去，不好固定，病人稍稍动一下就容易肿，有一定经验的医生建议不要首选。但对于新手来说，可以选，因为看得见、管腔粗。建议穿进去以后用夹板从两侧固定腕关节。当然，这是无可奈何的选择，但好过给病人扎很多次。

同样下肢的踝关节附近有大隐静脉，这条静脉也和腕部一样有优缺点。大部分人的大隐静脉都从内踝上方跨过，再往胫侧走行一点点，然后马上走直。但个体差异有时会很大，如看不到静脉的走向就容易穿破。当然成人我们平时很少会用到它，只是对于不能用头皮的稍大一点的儿童，手背静脉看不到的有时必须用到它。大家平时没事多观察这条血管的走向，对于三至四岁的儿童即便看不见走向也能扎上的，只是固定时要注意仔细些。

还有，实在找不到血管的儿童还可用足背的毛细血管。特别是皮肤白晰的更好找。



由于毛细血管管腔特细，就要按上面所说的头皮的毛细血管一样的扎法，进针角度要特小，不一定要要求一定要有回血，只要不在关节位置也能输好几瓶液体的。

记得当年我初到现在单位的第一个晚上，住院部有一高度水肿住院日久的本院家属扎不进针。当晚她们的护士长外出，院长听说我和护士长同学就找到我。我一看，真的没法弄。四肢都高度水肿，根本看不见血管，肘部的静脉都被穿刺多次，皮下瘀血斑块。这样的病人既看不到血管，也摸不到血管，而且能扎上的血管大多被扎过了，有的地方还青紫。对付这种病人首先是要放松自己的心态，相信天下只有治不好的病，却没有扎不上的针，慢慢耐心地查，不要轻易下手，以免给病人带来不必要的痛苦，否则不但病人会骂人，而你自己也会垂头丧气再无信心。几经查找，最后在右手中指第二节指关节侧面发现一弯曲的小静脉。先拉直血管，五号半针直接穿刺进血管，不敢进入太多，也不要指望这种血管能有什么很好的回血，凭感觉确定在管腔里面就固定好。当然，你如果想扎上高度水肿病人的“深静脉”，就要完全放弃视觉，完全凭感觉。这种病人的静脉管壁弹性根本感觉不到，完全靠观看皮下水肿的程度来确定进针的角度，靠平时对血管的观测经验来定进针的深度。当然现在对这种病人用的都是留置针了，可在我早年工作的年代没有。

对于任何的静脉都要注意保护。不要从血管的中部进针，最好开始从下部进针。可以先进皮下，再潜入静脉，这样扎进去的针不易滑出。如果你万一扎破血管了还有可补救的方法，就是把针尖再退回血管但不退出皮下，然后重新固定静脉再往前进针。当然，你此时要注意已穿破的静脉的渗血情况，可以用手指压一会儿。但这样在病人眼里就是只扎一次的，病人就是以你扎的次数多少来评价你的水平的。但是这种方法却不适合很小的毛细血管。对毛细血管必需直对血管扎进去，也不必等见到回血再停针。因为从针尖到针柄是有一定的距离的，毛细血管内的血液本来就少，压力很低，它回到针柄的位置了，针尖早就在血管了，如你不及时停针的话，针尖在很小的毛细血管管腔内太容易破了，这样破了没法补救。

头皮静脉穿刺后晚上可热敷，这样有利于第二天再扎。穿刺时热敷、酒精敷可扩张血管。另外，拔针时注意保护血管，在进皮肤针眼的前面一点压住进血管针眼（这一点在拔任何部位的针时都要注意），这样可防止血液外溢至皮下。因血液外溢会导致皮下瘀血青紫，第二天这一条血管就无法看清了。

手背，足背的静脉都有静脉网，互通。且和头皮一样没有静脉瓣。因此，手背和足背及头皮的静脉可以倒着注射，不用怕。只是固定时，针柄一定不能放在关节的部位，但针身中间却可以处在关节的位置（扎上后用夹板固定这关节）。注射之前就应估算好针柄的长度，您准备把针尖的位置放在哪，再比一下长度，就知道针柄的位置了。还有，这些部位的血管管腔一般都不粗，不宜输注刺激性强的药物，比如甘露醇，还有阿奇、左氧、低右，以及苏打液，也不能用这样的血管来推注高渗糖等。

快速治愈皮肤开裂伤的方法

作者：huangdez

链接：<http://bbs.iyyi.com/thread-2327799-1.html>

我是多年工作在一线的全科医生，下面这篇稿件是我多年积累的一点经验总结。2010 年曾被《中国全科医师杂志》录用，因当时版面费用太高，本人承受不了而放弃发表。今拿出来，一是感谢爱爱医网给我提供一个很好学习与交流平台，二是为了回馈无发表真实秘方及经验的各位无私奉献的同道朋友，这种方法是一种传统的治疗方法，对年轻的医生朋友可能有些帮助，我将自己制作的蝶形胶布拍了下来，希望看后对您有所启发和帮助。

蝶形胶布替代伤口缝合的疗效观察

临床上最常见的皮肤外伤如刀伤、锐器物造成的皮肤开裂，作为外科门诊对此种外伤的处理一般是止血、清创、缝合。如果要达到伤口的一期愈合，要求条件较高：要求室内环境和使用的物品及医疗器械要达到无菌标准。这在大医院不难做到，但在基层门诊则很难达到无菌的条件。如操作不当或缝合技术不过关，很容易引起缝合的伤口感染（有些患者对缝合线有排异反应），于缝合后 2~3 天出现伤口红肿，甚至化脓，从而延长了伤口的愈合时间，给病人造成了经济上的损失和肉体上的痛苦。本人在基层工作多年，接诊过许多从市级医院和基层卫生单位经缝合治疗后前来换药的病人，其中伤口出现感染的达 50% 左右。自 1998 年以来笔者用自制蝶形胶布替代缝合方法用于皮肤外伤开裂的治疗，通过对 167 例患者的治疗观察，收到了很好的效果。

一、临床资料：167 例患者中男性 135 例，女性 32 例；年龄最小 4 岁，最大 88 岁；其中刀伤 24 例，锐器伤 96 例，其它原因造成的外伤 47 例。均排除大血管和肌腱神经损伤。

二、治疗方法：首先用过氧化氢溶液冲洗伤口，将伤口内的异物和污物清理干净，然后用生理盐水冲洗，接着用 2% 碘酊（或碘伏）消毒伤口周围皮肤，再用 75% 酒精脱碘。如伤口出血不止，可用无菌棉球或纱布块压迫止血，待出血停止后进行皮肤消毒处理。等伤口周围皮肤干燥后将开裂的皮肤对合好，将伤口两侧皮肤向伤口处拉紧，同时用蝶形胶布固定，固定好后用无菌镊子对合伤口，使之平整，然后将碘伏纱布条覆盖在伤口上，再用无菌纱布覆盖，胶布固定。伤口处理完毕，按常规注射破伤风抗毒素 1500U，口服或输注抗生素 3 天以预防感染。嘱咐病人注意休息，每 2 天换药一次，换药时如伤口无渗出，则不需换蝶形胶布，只进行伤口消毒处理。如有出血或渗出，要及时更换碟形胶布，更换过程同以上操作。

蝶形胶布的制作：用粘性较好的胶布（亦可用一次性输液贴）剪成宽 1.5cm、长 7~8cm 的长方形，在胶布的中段两侧用消毒剪刀各剪开 1cm 长、0.5cm 宽的缺口，将中间剪开的胶布两侧均向内折叠，即制成蝶形胶布。中间接触伤口的部分用碘伏消毒干净，保证相对无菌。根据伤口的长短，准备 1~4 条碟形胶布。

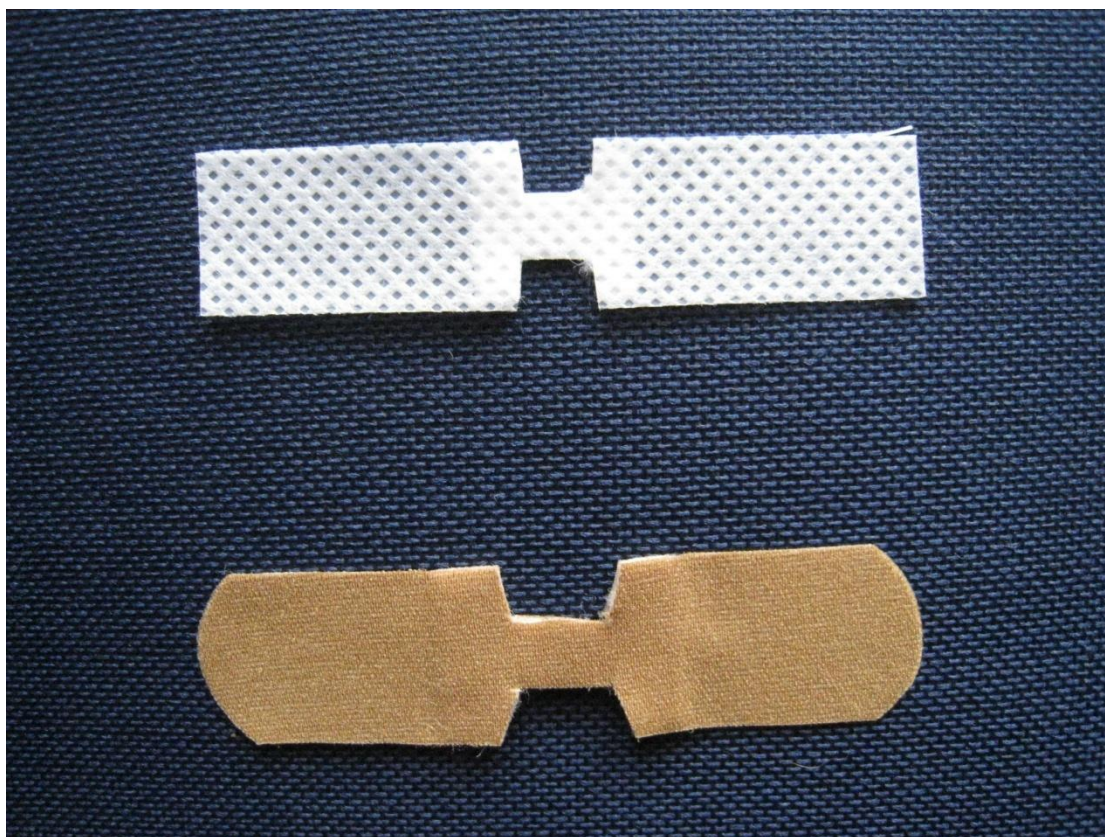
三、结果：167 例病人临床达到一期愈合的 148 例，占 88.6%，均经 2~4 次换药后痊愈；二期愈合的 19 例，占 11.4%，主要表现为伤口轻度红肿，有少量分泌物，但经抗感染处理后均在 10 天左右愈合。

典型病例 1：李 XX，男，4 岁，于 1998 年 6 月因玩耍时不慎跌倒，额部被砖棱碰破，出血不止，检查发现左侧额部有一长 2cm 左右、深约 0.4cm 的皮肤开裂伤。首先进行止血处理，然后按上述方法进行伤口清创，用碟形胶布固定，对合伤口，无菌敷料包扎。经换药两次，伤口痊愈，无明显伤痕。一月后随访，伤口完好如初。

病例 2：杨 XX，男，48 岁，市绿化队工人，于 2009 年 8 月 23 日来我中心急诊。其在工作中不慎被手工电锯将左侧大腿前内侧损伤，伤口长约 6.5cm，深约 1.5cm，伤口创面开裂约 1.2cm，边缘整齐，出血不止。先用无菌纱布块压迫止血，血止后按上述方法进行清创消毒，用碟形胶布固定，对合伤口，无菌敷料包扎。注射破伤风抗毒素，并口服抗生素预防感染，嘱病人卧床休息一周。于第 3 天换药时发现创口无渗出和红肿，情况良好。换药 3 次痊愈，伤口一期愈合。

讨论:通过对 167 例因外伤造成的皮肤开裂患者用蝶形胶布替代缝合的治疗观察,达到临床一期愈合的占 88.6%,一般 3 天左右伤口开始愈合,7 天左右基本痊愈。即使糖尿病患者,在有效控制血糖的情况下,用该方法处理,也达到了同样的效果。临床二期愈合的占 11.4%,多数由于伤口处理后未能得到休息,或换药不及时,或伤口未保持干燥,或伤口污染较重。出现局部红肿,有少量分泌物等感染情况。但经局部清创消毒处理,给予抗感染治疗后,均在短期内治愈。这就要求在处理伤口时,一定要把伤口清理干净,注意无菌操作。换药时如发现伤口有感染情况,要给予清创消毒、更换蝶形胶布,必须使伤口保持干燥。伤口处理好后要及时注射破伤风抗毒素及必要的抗感染治疗。

蝶形胶布的主要作用是拉紧伤口两侧的皮肤,使裂开的皮肤对合紧密,从而有利于肉芽与皮肤组织的修复,达到和缝合一样的效果。该方法主要适用于皮肤毛发少的部位,如毛发较多的部位,则要予以清除毛发,才能使蝶形胶布发挥作用。蝶形胶布的应用具有操作简单,容易掌握,痛苦小,费用低,伤口愈合快,病人乐于接受等特点。尤其适宜在基层医疗单位推广应用。



超声入门贴 73——眼睑板腺癌

作者: songjunrui

链接: <http://bbs.iyyi.com/thread-2343217-1.html>

患者男, 50 岁, 左侧眼睑肿物三个月, 最近一个月突然增大。

手术病理:

眼睑板腺癌网络知识: 眼睑板腺癌是起自睑板腺的一种发病率较高的恶性肿瘤, 占眼睑恶性肿瘤的第二位, 平均发病年龄在 60 岁以上, 女性多于男性, 上睑为好发部位。临床上, 早期睑板可触及一坚硬肿块, 与皮肤无粘连, 睑结膜面可见不均匀黄白色斑点。晚期肿块增大, 呈结节状或分叶状, 表面皮肤变薄, 血管扩张, 累及睑缘和睑结膜时, 表面组织溃破, 并露出黄白色结节。

肉眼观察: 肿块无明显包膜, 质地坚硬, 切面呈灰白色, 间有黄色斑点。

组织病理: 病理组织学上可分为 5 型:

①分化型: 癌细胞为圆形或多角形, 泡状核, 核仁明显。胞浆丰富, 呈网状或颗粒状, 染色较淡, 核分裂像多见。癌细胞呈巢状排列, 外有结缔组织和毛细血管包绕。纤维结缔组织伸入癌巢内, 将其分隔成小叶状。小叶中央常有坏死, 从而形成囊腔样结构, 腔内含脂肪染色阳性的物质。此型癌细胞分化较好, 形态和组织结构与睑板腺相似。

②鳞状细胞型: 癌细胞较大, 胞浆多, 红染。核大小不一、染色较深。癌细胞巢中可出现角化珠, 组织形态和鳞状细胞癌相似。

③基底细胞癌型: 癌细胞呈小叶状排列, 癌细胞较小, 且大小比较一致。胞浆小, 核染色较深, 组织形态近似基底细胞癌。

④腺型: 组织结构基本也是小叶状, 但癌细胞为柱状, 有的区域癌细胞呈条索状排列近似腺癌。

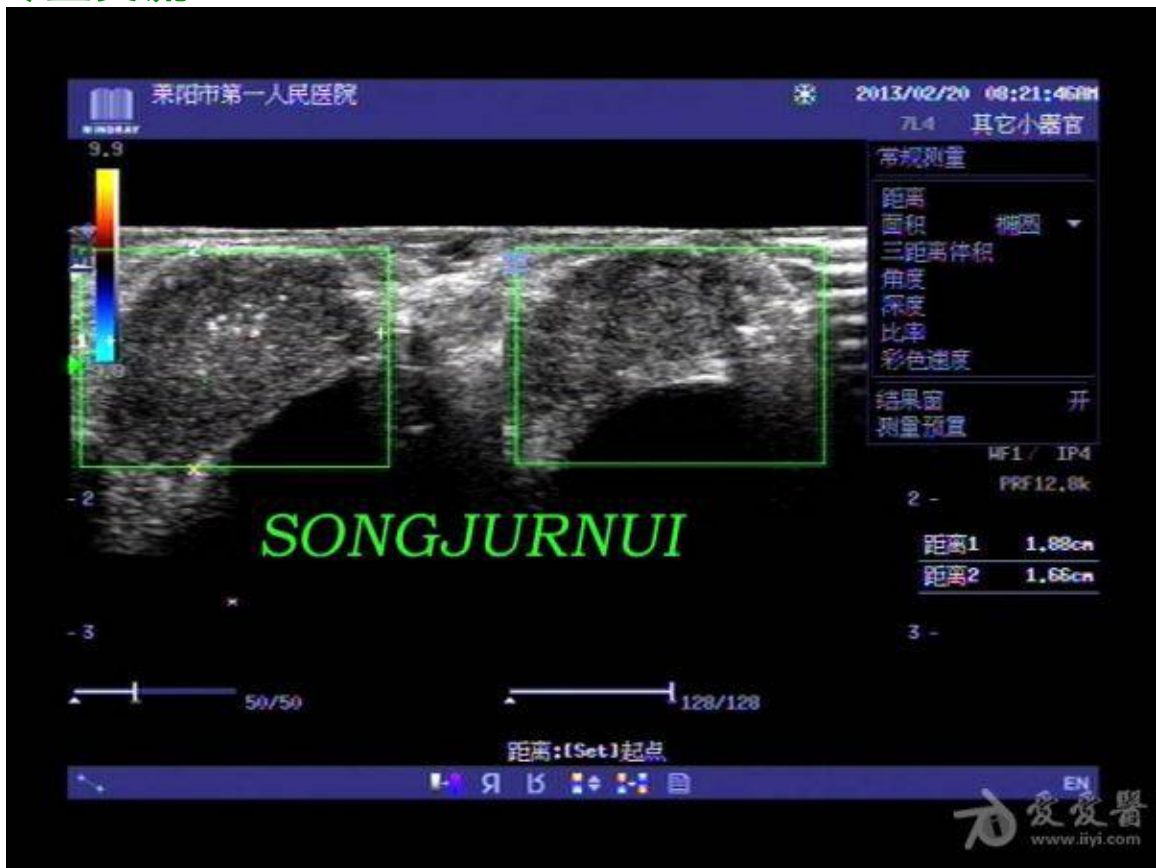
⑤梭形细胞型: 癌细胞为梭形或椭圆形, 平行排列, 无明显小叶样结构。

诊断眼睑睑板腺癌时应注意与鳞状细胞癌、基底样鳞状细胞癌相鉴别。睑板腺癌巢中无角化珠, 胞浆因含脂质大都为空泡状, 脂肪染色阳性, S-100 蛋白阳性。而鳞状细胞癌高分化者, 胞浆呈空泡状, 是因含糖原之故, PAS 阳性, 而脂肪染色则阴性。

我为人人, 人人为我

至于基底样鳞癌，则既有鳞癌的特点，又具有基底细胞癌的特征，如癌巢的周边癌细胞作栅栏状排列可鉴别。







吲哒帕胺致低钾血症，意识丧失一例

作者：一点零

链接：<http://bbs.iiyi.com/thread-2526001-1.html>

一年多前的老病例，有些东西记不大清楚了，大家权当故事看吧。

老年女性，因“下肢乏力一天”入院。

原有高血压病史2年，平时服用吲哒帕胺，自测血压尚可。服药初期医生嘱其自服少量氯化钾并定期监测，数月无事后停止。三天前到泰山玩，一天前登山，下山时出现下肢乏力，行走困难，由当地轿夫抬下山，未诊治。今到我院门诊予查血钾示2.4mmol/L左右，门诊未处理，收入院。

见血钾低，即口头医嘱让护士立即配制氯化钾输液，并准备口服药补钾、心电监护。

查体：神清，对答自如，谈笑风生。血压心率可，下肢肌力下降。回办公室，准备开医嘱。刚进办公室，忽闻家属大哭并大叫救命。立即回病房，见患者意识丧失，拍打无反应，听诊未及明显心音。考虑心跳骤停，即予胸外心脏按压数十次，患者苏醒，恢复意识，听诊心率基本正常。予以停用吲哒帕胺，改用其他降压药，补钾治疗后，出院。

此例可见，低钾所致心律失常部分病例可表现为突然发作，该患者在问病史过程中一切正常，有说有笑，转身不足一分钟，就到鬼门关走了一遭。同时，对低钾患者，急诊医生未予任何处理即收住入院，很不恰当。缺陷是来不及上心电监护，无法了解心律失常的类型。

吲哒帕胺：为非噻嗪类利尿衍生物，利尿作用弱。降压机制开始与利尿排钠有关外，还可直接舒张小动脉，降低血管壁张力和血管对升压物质的反应性，从而使外周阻力下降。吲哒帕胺的扩血管作用与其阻滞钙通道，减少 Ca^{2+} 内流有关。此外，本品还有促进血管内皮细胞产生内皮细胞衍生的松弛因子（EDRF）、抗心肌肥厚等作用。口服易吸收，口服后30min血药浓度达峰值，2~3h起效，血浆蛋白结合率约75%，在体内大部分被代谢，其代谢物及少量的原形药物经肾排出， $t^{1/2}$ 为12~20h。吲哒帕胺是一强效、长效降压药，适用于轻、中度高血压，伴有浮肿者更适宜。本品不引起血脂改变，适用于高脂血症者。不良反应轻，可有上腹不适、恶心、食欲缺乏、头痛、嗜睡、腹泻及皮疹等，可致血糖及血尿酸轻度升高，长期应用可使血钾降低。

我为人人，人人为我

黄体酮保胎时需要注意什么

作者: kaixindoul

链接: <http://bbs.iiyi.com/thread-3211232-1.html>

当您使用黄体酮肌注保胎时需注意, 用药时最好每天固定在一个时间。这个时间最好是上午, 每天和前一天注射时间相差应控制在两个小时之内。用药 7~10 天后根据您的时间安排可以来医院复查激素水平, 根据结果调整用药剂量。为保证激素水平的评估效果, 采血当天先不要进行黄体酮肌注, 当采血完毕后按原剂量肌注, 当天下午激素结果出来后我们再根据检查结果进行下次黄体酮注射剂量的调整。当您使用 20mg 以上黄体酮肌注保胎时, 一般不建议直接停药, 需要逐渐减量停药, 以免因为血液中孕激素水平出现较大波动, 而引起阴道出血, 给您增加不必要的心理负担。因此建议在出来结果之前始终按原剂量肌注, 只有出来结果后再进行剂量的调整。

人类使用黄体酮注射液保胎已有上百年的历史。孕期使用安全可靠。黄体酮注射液与人体自身产生的孕激素结构相同。用药后孕激素水平会升高, 但是这并不代表您自身产生的激素水平已经恢复到正常, 而是用药后补充的结果。我们会根据您激素增长的情况逐步减药直到您自身能够产生稳定充裕的孕激素为止。一般最晚到孕 11 周前后胎盘功能建立, 人体自身就会产生稳定充足的孕激素。目前临床常用的孕激素制剂有: 黄体酮注射液、黄体酮胶丸、黄体酮胶囊、黄体酮软胶囊、地屈孕酮片。这些孕激素制剂都是孕期可以安全使用的。一般我个人建议孕期地屈孕酮和黄体酮注射液结合保胎。其中黄体酮注射液效果最好, 也最廉价, 缺点就是每天挨一针。

黄体酮胶囊, 黄体酮软胶囊, 黄体酮胶丸属于同类, 都是微粒化的黄体酮, 它们的成分和肌注的黄体酮没有什么区别, 价格较高, 一天的成本往往要十几块钱, 吸收效果不及黄体酮注射液, 每天最大用量不建议超过 300mg, 这个剂量约等效于黄体酮注射液 30mg 的剂量。而相当一部分患者需要补充黄体酮注射液的剂量在 40~60mg, 因此限制了这些药物的应用。地屈孕酮片, 虽然昂贵但是它的成分和天然的孕激素不同, 被称之为逆转录孕酮, 是天然黄体酮经过紫外线照射的特殊工艺制成。目前的资料显示地屈孕酮在保胎方面的效果优于天然黄体酮。因此我选择了一个便宜的黄体酮注射液和一个价格较高但是效果良好的药物配伍。

换句通俗易懂的话说, 有些方案选择黄体酮注射液+黄体酮胶丸配伍, 其实用来

用去只用了一种药物。黄体酮注射液+地屈孕酮片相当于同样的花费却用了两种药物保胎。

现在越来越多的妇女，孕期都曾接受过黄体酮保胎。那么我们为什么要用黄体酮保胎呢？或者什么样的情况需要保胎呢？孕激素保胎治疗适合于黄体功能不足、先兆流产，曾经有过自然流产史，珍贵儿、高龄孕妇、多囊卵巢综合症妊娠的妇女。女性怀孕后由黄体开始分泌雌孕激素，来维持胚胎发育。过去认为“在8~11周是黄体开始萎缩胎盘功能开始建立的过渡时期，这时有可能会造成孕酮水平的波动。”但是目前学术界已经不再使用类似的说法，从孕8周后内膜就开始产生少量的孕酮，孕10周胎盘前体开始建立，有一些激进的医生保胎用到孕10周即停药，而有些医生延续了之前的一些用药习惯用药到孕12~13周停药。我的建议是具体情况具体分析，要对孕妇的年龄，既往妊娠史，以及HCG，早孕期雌激素的水平进行综合评估。之所以有黄体胎盘功能交替导致自然流产的类似说法，是因为人类一路走来能看到的只是表象，因为人类最常见的两种非整倍体异常导致的自然流产22-三体，16-三体通常发生于有胎心之后的8~10周之间，因为以前我们不能检查胚胎染色体于是就推理是因为黄体和胎盘功能交替导致的孕激素断档，从而造成的胚胎停育。

讲故事，求诊断：嫂子的“过敏”

作者：修竹临风

链接：<http://bbs.iyyi.com/thread-2050323-1.html>

爱人刚刚换了一个新的单位，工作几个月后，就和单位的张哥相处的非常好。张哥非常好客，这个周末邀请我和爱人前去做客，说是让我们尝尝嫂子的手艺。知道我做基层医生几乎没有时间，还专门给我打了好几个电话，让我安排好时间一定过去。盛情难却，周末我和爱人就一起去了张哥家。张哥家收拾得特别干净，一看女主人就特别勤快。嫂子给我们准备了一桌子好吃的，还特意告诉我们，这些菜都是她自己种的，绝对绿色无污染。饭后还带我们去参观了她的小菜园，让我们品尝了她种的李子和葡萄。嫂子今年48岁，性格特别好，让我第一次见面就感觉特别亲近，她似乎也

特别喜欢我，从那以后嫂子就经常去我的诊室和我聊天。

这一天，我还没吃午饭，嫂子就过来了，还特意给我带了一点她自己腌制的萝卜咸菜。嫂子和我说：“我今天是找你看病来了。”我忙问嫂子怎么了，嫂子撸起袖子给我看，只见她身上密密麻麻的荨麻疹，都抓破了。她告诉我，以前也找医生看过，告诉她是过敏性体质，就是草熏的，这不，一去园子里就起疹子，痒的厉害，隔一段时间就发作一次，让我给她打针，并且说以前发作的时候，都是打强力解毒敏和地塞米松就可以缓解。我呢，因为和嫂子比较熟，再说有那诱人的咸菜让我垂涎欲滴，就只给嫂子进行了简单的查体：生命体征正常，全身浅表淋巴结无肿大，巩膜无黄染，心肺听诊无异常，肝、脾无肿大，肠鸣音正常。随即也拿了强力解毒敏和地塞米松给嫂子肌注了一针。第二天，嫂子告诉我好些了，于是又肌注了三天，配合口服抗过敏药物，一周左右才逐渐好转。

开始的时候，嫂子的这种情况只是在夏天出现，后来，情况越来越严重，即使不去园子里不接触青草、身上不出疹子，也痒得特别厉害，身上的皮肤到处可以看到抓痕，有的地方还出现了色素沉着。本来白皙的皮肤变得很粗糙和难看。我知道经常用地塞米松对身体的危害，就建议嫂子去看看中医，吃点中药，配合外洗的中药试试看。但是嫂子告诉我，她试过了效果也不明显。慢慢地，嫂子还出现了浑身乏力的表现，她告诉我这几个月经常有些腹泻，双眼睑内眼角的地方还多了两个黄色的小疙瘩。真是越老越添彩。这个讨厌的“过敏”搅得她经常睡不好觉，体重也下降了不少。

后来嫂子到省医药就诊，医生给予相关临床化验检查，表现为明显肝功能异常，IgM 增高，血清抗线粒体抗体阳性，最终行肝穿刺活检，提示肝硬化表现，最终确诊为原发性胆汁性肝硬化（PBC）。

原发性胆汁性肝硬化（PBC）是自身免疫性疾病，好发于中年以上女性，多数病例明确诊断时无明显临床症状，血清抗线粒体抗体（AMA）阳性率很高，但并非 100%。本病进展缓慢，但生存率较同龄、同性别人低。主要临床表现乏力，皮肤瘙痒，门静脉高压，骨质疏松，皮肤黄疣，脂溶性维生素缺乏，以及复发性无症状尿路感染。血清抗线粒体抗体阳性是 PBC 的重要免疫特征，许多患者在常规检查发现清抗线粒体抗体（AMA）阳性时无任何症状及肝功异常。

基层儿科炎症启示录

作者：anne 医生

链接：<http://bbs.iiyi.com/thread-2643850-1.html>

本篇所提“炎症”概念，主要指感染而言。提起基层儿科，由于医院条件受限，不能开展血培养+药敏试验，临床用药只能是摸着石头过河，说起炎症或感染离不开抗生素的选择。目前，儿童抗生素使用存在以下 6 个常见错误：发热就使用“抗生素”；抗生素越新越贵越好；家庭滥用抗生素；小病使用广谱抗生素或频繁换药；随意停药或间断服用；用抗生素预防感冒。这些错误用法实实在在发生在我们身边，且每天都在上演，令人担忧。人们都说，儿童的世界是五彩斑斓的，但在儿科世界里，你只要深谙了感染治疗和抗菌药物选择，就已经读懂了这个五彩斑斓世界的一大半。

针对上述用药错误，儿科专家呼吁：儿童使用抗生素需遵守五大原则：

一、孩子生病应到医院就诊，由医生来判断是否需用抗生素，不可孩子一患病就服用抗生素。


二、严格掌握适应证。凡可用可不用者尽量不用；一种抗生素能奏效时，就不要同时用两种抗生素，多用药多保险的想法是错误的；当一种抗生素连续使用三天以上无效时，再考虑在医生的指导下换另一种敏感的抗生素或采取联合用药。

三、药物使用的种类、剂量及给药途径要遵从医嘱。认为儿童用药即为成人剂量减半的概念是错误的。对儿童来说，还应考虑小儿机体代谢状态。对患有肝、肾疾病的小儿，应避免使用具有相应毒副作用的药物。

四、除非病情需要（如患有结核病），应尽量避免长期使用抗生素。

五、警惕抗生素用药不良反应。应注意药物引起的过敏反应、毒性反应及二重感染。

针对社会与临床分离的现实，感慨良多。作为基层医生，我们有责任也有义务宣传滥用抗生素的危害。学习与合理使用抗生素是我们的必学科目。抗生素问题，说起来枯燥无味，但是，一旦与临床结合，就丰富了许多。



当瞎猫碰上活耗子，一个病人发现的 治疗腰痛的“特效药”

作者：魏仁辉

链接：<http://bbs.iiyi.com/thread-1983162-1.html>

在临床中，有的时候，久病成良医。往往病人通过自己的切身体会，对药物的疗效更加有体会，所以往往看病的时候也能从病人中学习一些经验。

早两天刚好在给一个病人做腰椎牵引，一个病人说：“哦，原来是腰椎间盘突出啊，我也有过啊，那年我做 CT 也是这个情况，腰痛，脚麻伴腿痛，吃了很多药如腰痛宁啊、万通筋骨片等，没有一点用。”然后他接着讲述自己灵机一动，用了一种中成药，后来光只吃那种药腰痛也好了，脚也不麻了。人家常说运气好，是瞎猫碰上死耗子，这个可以说碰上了成为美餐的活耗子，是一种什么药呢？

原来他同时还觉得腹股沟有点痛，以为是前列腺的发炎痛，自己买了一些前列康吃。后来吃了一瓶之后腰不痛了，脚也不麻了，可以下地耕种了。后来有几个人是同一种情况，找他诊治也是告诉他们也这种药，效果也很好。

我听了，便跟做牵引的病人说，吃的药中加一种前列康。该药主要成分是油菜花粉，吃了不但补肾还可以美容（病人是女的）。用药如下：小活络丸 1 粒，bid，颈腰康胶囊 3 粒 tid，前列康片 4 片，tid。当时那个病人，因为听了之前那个病人的讲述，很自然的接受了这个建议。三天后再来做牵引的时候说，腰已经不痛了，脚也不痛了，加了药物之后比平时效果“快”多了。

后来我又给几个病人加用前列康，效果确实好一些，疗效快一些。

看看前列康的说明：

【成份】油菜花花粉。

【药理作用】

- 1、本品为花粉制剂，含有多种维生素、微量元素、氨基酸、酶等物质。
- 2、主要用于治疗前列腺增生症及前列腺炎。

3、前列腺增生与前列腺组织内双氢睾酮(DHT)随年龄增长降解减慢和生成增加有关。

4、花粉有抗雄性激素的作用，并能改善尿道粘膜及其周围组织水肿，能显著缩小前列腺体积。

【功效主治】补肾固本。用于肾气不固等引起的慢性前列腺炎、前列腺增生。

欢迎大家试用。反正我试了几个效果不错。原理有待大家分析。

心电图有奖读图第 57 期

作者：nikkive

链接：<http://bbs.iyyi.com/thread-3224210-1.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凤影、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 个及大码爱爱医棉 T 恤衫一件。

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】

我为人人，人人为我

患儿，男，3岁，VSD介入术后三天复查心电图如下。请结合心电图分析画出梯形图。



责任编辑：寒冰

编辑：刘延红大夫

第二部分——中医部分

浅论口腔溃疡

作者:宜昌济民中医

链接: <http://bbs.iiyi.com/thread-3130524-1.html>

口舌生疮一证，病虽小而难治。很多患者反复发作，非常痛苦。常规治法以心胃火重入手，不外清热养阴凉血之品，此众所共知。然而临床用之却疗效不尽人意。自学《伤寒》后，治口腔溃疡用甘草泻心汤或千金三物苦参、地黄、黄芩等，有时也难见其效。后自己经常口腔溃疡，治愈后，对口腔溃疡有了新的认识，掌握了辨证用药的要点。

口腔溃疡首先辨虚火实火，凡不间断疼痛，不碰到溃疡或不说话，不吞咽都疼，无休止疼多为实火。如不碰到、不吃饭、不说话等就不疼，反之才疼乃虚火无疑；再辨有没有外邪拂郁，有表邪必要解表略带清热。如是内因实火，皆知用药法则；唯虚火导致，舌脉上无热证可循，此种人最易反复发作，特别是熬夜后或吃温度高、烫的食物（如火锅），易发溃疡，而且数日都难自愈。凡疮处已白而多日不愈，必用双补气血之品，如：四君加当归、黄芪、白芍或少加半夏陈皮降阳明而气下，则虚火消；或疮处既白仍红的利害，以上方加连翘 3~5 克；或初起红还未溃白，先用针刺局部出血，再服上方少加连翘，虚证溃疡用之绝妙；更有中焦虚寒，胃气上逆不降，生虚火，也有用附子理中汤加半夏陈皮之时（临床上很多口臭，数用清火药不效的，大多是中焦寒湿，和溃疡同理，用附子理中去党参或不去加半夏、陈皮，反而有效。曾治数例多年久治不愈的口臭患者，皆用此法而愈）。

一男子，59 岁，经常口腔溃疡，严重时，溃疡地方很多。患病有 3 年多。按患者自己说一月没有几天是好的。天天吃维生素，仍然无法阻止溃疡。他老婆因雷诺氏病经我治疗好了，才带他来找我治疗。来诊时，见患者口腔右侧粘膜有一红点，有触痛。

我详细了解以前发病症状、舌脉后，问患者：熬夜不？患者答：天天在电脑上看小说，2-3点才睡。我告诉患者，这个病，不治疗，以后也可以不复发；用药治疗，还熬夜，还是会复发。患者茫然不信。我给患者讲了原理后，患者仍半信半疑。最后患者说，就按你说的每天10点半睡觉，不信这和睡觉有关。我用针在局部刺出血后，未开任何药，就叫患者回去了。半年后，碰到该患者。该患者说，听你的后，至今未发过溃疡。睡觉则阳降生阴，下元有根，已无虚火。

凡久治不愈的口腔溃疡患者，治疗前必叮嘱不熬夜和不吃高温火锅；不然病必反。不听医嘱者，宁可不治。

治一男子，30岁，经常口腔溃疡，近日又发，审乃虚火，用黄芪20g、当归15g、白芍15g、白术15g、云苓10g、炙甘草15g、党参15g、半夏15g、连翘5g，服一剂已不痛，二剂而愈。上方去连翘，又服10剂巩固，并叮嘱禁忌，戒之切莫犯禁。

又治一女，50岁，反复性口腔溃疡多年，病初自己买泻火药，如三黄片、黄连上清片、牛黄解毒丸等吃，每次一吃就好。后来发作，再服就不管用了。有时严重了，去诊所输液治疗。每次拖延数日才好，但刚好几天，新的溃疡又起，苦不堪言。来诊时，口腔内多处溃疡，不碰不疼，有触碰则非常痛，六脉沉而无力，舌红苔薄白，余无它症。此素用苦寒泻下药，败中宫，损脾阴，虚火上升。用理中汤加重草、参以补阴血，半夏陈皮降逆下火。（辅行诀称理中为小补脾汤）干姜15g、半夏30g、陈皮30g、白术15g、炙甘草30g、党参40g、附片8g、白芍10g、黄芪15g、当归10g，服二剂，吃饭已不觉疼，又服三剂而愈。后嘱不要乱吃泻火清火药，忌熬夜等；再以上方略调整又服7剂，该患者后未再复发。

银翘散碰到小柴胡汤

作者：田丰辉

链接：<http://bbs.iiyi.com/thread-3125462-1.html>

初春之时，我家侄子，19岁，诉咽喉疼痛伴畏寒发热1天，畏寒发热以夜间出现，白天不发作，夜间出现寒战，盖上几床被也觉得冷，半小时后汗出则缓解；白天则以

咽喉部疼痛为主，饮食二便正常，姐打电话求诊，要求通过短信开药，舌苔脉象皆无。

症状：咽喉疼痛、畏寒发热，寒多热少，出汗，口腔内有几处溃疡。此病起病较急，今感受风邪，邪在肺卫，《内经》云：“风淫于内，治以辛凉，佐以甘苦”，故选用银翘散加味治疗。处方为：银花 15g、连翘 15g、桔梗 10g、牛蒡子 10g、荆芥 10g、薄荷 10g、芦根 15g、柴胡 18g、黄芩 10g、甘草 6g。服药一副，当晚未再出现寒战等不适症状，次日晨起仍有咽痛不适，继续服用上药一副则愈。

银翘散见于《温病条辨》，为方书中之首方，为辛凉平剂，治疗风温温热，一切四时温邪，病从外来，初起身热而渴，不恶寒，或微恶寒，咳嗽咽痛，邪在表者，运用此方效果很好。

熊继柏老师的经验值得学习，熊老治疗春天的风热感冒，常用银翘散加柴胡，或以银翘散合小柴胡汤，柴胡可以重用，可以用到 15~30g，才能发挥它的解表作用。熊老认为：春天为厥阴风木主令，又为少阳初生之气，阳气生发的季节，“春三月，此谓发陈，天地俱生，万物以荣”。换句话说就是肝胆之气主司的时候，所以春天的感冒，风热证也好，风寒证也好，都要重视一个方，小柴胡汤。且熊老治疗急性扁桃体炎，常在银翘散中加大黄，对于扁桃体炎导致的高热症状，效果很好。

小柴胡汤是临床上运用最为广泛的一张处方，集寒热补泻于一方，治辛升、苦降、甘润诸法为一炉，不管外感内伤，男女老幼，各个系统的疾病，只要病机符合少阳枢机不利，皆可应用。我也曾见某些医生，不管疾病之寒热虚实，不分疾病的新久，每张处方上即用柴胡、黄芩，然后再加减其它药物，这种看似灵活变通，其实是一种牵强，更是对药物的一种浪费。

麻杏石甘汤治无名高热

作者：wanggd159688

链接：<http://bbs.iiyi.com/thread-3211341-1.html>

李某，男，35岁，患脊髓型颈椎病来我院治疗。脊髓受压特别严重，详见于颈椎MRI。入院时症见四肢瘫软麻木无力，下肢肌力基本为0级，没有知觉，上肢可稍

做摇摆动作，神志清，精神可，大小便失禁。入院第二天体温开始升高，第三天时体温达 39℃，给予注射用青霉素钠 800 万 U 静脉输液；安痛定注射液 2ml 肌注；并辅以物理降温后体温下降。然而病人到夜晚体温又会升高，如此反复，体温始终降不下来。在入院第六天体温达到 40℃，病情非常危急，既然西药不能把体温降下来，何不用中药试试。经过仔细诊查，刻诊：病人高热微恶寒，口干口渴，头晕乏力，唯头部及后背部有汗出，其他部位未见汗出，且皮肤发凉，伴小便不利，下肢浮肿。舌质红，苔黄腻，脉浮数。中医辨证：寒邪闭肺，肺失宣肃，郁而化热。为其拟方如下：

麻黄 6g、杏仁 12g、石膏 40g、栀子 15g、双花 30g、连翘 15g、芦根 60g、黄芩 15g、甘草 10g，日 1 剂，水煎服，分三次服。

病人中午服药后 1 小时再测体温 38℃，四肢部已有汗出，傍晚再服一次，入夜体温恢复正常，一整夜体温未再升高。第二天上午体温上升 38℃，令患者再服 1 剂后体温恢复正常，未再升高。服中药期间未再注射安痛定，也未进行物理降温。高热 40℃ 两剂中药便治愈，不能不感叹中医的神奇。只要辨证准确，中医疗效也是非常显著的。

人的体温恒定是在神经和体液的共同调节下，是人体的产热和散热两过程保持相对的平衡而实现的。此高热的形成我认为是因为脊髓受压，控制皮肤汗腺之神经功能受损，人体内产生的热量散发不出去所以形成高热不退。此方麻黄、杏仁两药合用，一宣一降，来恢复肺的宣肃功能，肺主皮毛，肺的宣肃功能正常，自然能把热量通过汗液排出体外，加之石膏、双花、连翘、黄芩四药从内清解，栀子、芦根二药导热从下焦而出，诸药合用，共奏奇功！

化痰利咽汤治疗慢性咽炎

作者：lanfgzi

链接：<http://bbs.iiyi.com/thread-3212003-1.html>

组成：柴胡 15g、菖蒲 30g、茯苓 30g、半夏 15g、陈皮 15g、射干 15g、桔梗 15g、天虫 15g、甘草 10g、生姜 3 片。

服法：水煎两次混合，分两次服。

功用：解郁化痰，清咽利喉

我为人人，人人为我

主治：慢性咽炎。

组方依据：慢性咽炎属中医“梅核气”范畴，患者自觉咽喉部有异物感，吞之不下，吐之不出，如有炙肉阻塞咽部，每因情绪不舒而发病。该病多发于壮年人，以女性居多。中医认为病因为肝气郁结，痰湿内阻。治宜疏肝解郁，燥湿化痰，清利咽喉。药用柴胡、菖蒲疏肝解郁，化湿开窍；二陈汤燥湿化痰、理气和胃；射干、桔梗、天虫清热利咽，消肿散结；甘草调和药性。诸药合用，共奏肝舒气畅，痰消气行之功效。

加减：大便干结者，加大黄以通腑泄热；心烦意乱者，加牡丹皮，炒栀子以清心除烦；睡眠不宁者，加酸枣仁、黄连、肉桂以养心安神，交通心肾。

体会：本病目前被公认为是一种心身疾病或精神躯体性疾病，对这类患者在治疗过程中还要从心理方面进行开导，解除思想顾虑，增强治疗信心；少食煎炒辛辣食物，加强体育锻炼，增强体质等。

针灸是一门艺术

作者：周攀登

链接：<http://bbs.iiyi.com/thread-3214621-1.html>

最近一老患者过来找我看病，男性，51岁，自诉：近3天来出现牙龈疼痛难忍，同时伴有大便出血、量少、色鲜红，晚上失眠，有多年痔疮病史，肠镜检查大肠未见器质性病变。听他说完，我说：用2根针解决你牙龈痛、便血、失眠3个问题，省得你看完肛肠科，又看口腔科，然后还要去看失眠专科。遂针左侧合谷，用泻法，左侧牙龈疼痛立刻消失，右侧未见改善；然后针右侧内庭穴，泻法，右侧牙龈痛应针而解。复诊时自诉当晚大便质变软，未见便血，睡眠明显改善。

诊疗思路：如果用中医六经辨证，我的诊断是：阳明经病证型，胃肠积热。方药该用白虎汤加减。但嫌煎药麻烦，故改用针刺治疗。

针刺经络辨证依据：《灵枢经·经脉第十》云：大肠手阳明之脉…其支者，从缺盆上颈贯颊，入下齿中…是动则病齿痛颈肿…，胃足阳明之脉，入上齿中，还出夹口环唇……痔疮也是大肠末端，古人云：“胃不和则卧不安”；综合以上分析，本病在

肠胃，为手阳明大肠经及足阳明胃经所主，针刺大肠经左侧合谷穴，用泻法去大肠之热；针刺足阳明胃经右侧内庭穴用泻法，引热下行，肠胃积热既去，牙龈痛、便血、睡眠的问题自然改善。

三个小毛病，找到了发病原因，并对症治疗，治病求本。用一种原理来解释，用一种治疗方法解决问题，这就是中医的辨证论治和整体观念在临床的应用，由此可见中医针灸治病也是一种艺术，与大家分享。

我的听课读书笔记体会和临床病例心得

作者：神奇平衡力

链接：<http://bbs.iiyi.com/thread-2703955-1.html>

从 1994 年学习医学，一晃 20 多年过去了，临床上有失败的病例，也有高效的喜悦，摸爬滚打这 20 多年，真的是酸甜苦辣各种体会都有。

从 2007 年开始学习针灸，一直到 2013 年，基本上每年都出去学习，有收获，也有上当受骗。就像白福云老师所说，学习的人有瘾；其实不是有瘾，而是在临床上有解决不了的病，就想能不能这次学习回来就可以解决呢？但是上了几次当，我就发现，所谓的大师都是包装出来的。所以，现在的我就不出去学习了，而是在网上买了些视频，加上前些年买的书，现在就是通过听课读书加实践来学习了。

从今天开始，我会将我听课读书的体会和临床病例所得说出来，和大家共同学习。

1、散偏汤治疗偏头痛所得

靳 XX，女，每天晚上 12 点左右，左侧偏头痛，患者对味大的药说难以下咽，喝下去以后就呕吐，所以先给了一盒天麻头痛片，服用后效不显，问病人可不可以服用汤药，患者头痛的厉害，同意汤药治疗，说先抓一副试试，查体诊断：患者畏寒，每天骑电动车上班，中风所致。

方药如下：川芎 45g、柴胡 15g、赤芍 12g、香附 10g、白芥子 10g、荆芥 10g、防风 10g、白芷 10g、甘草 6g，服用后头痛减轻，没有呕吐，再抓两副，痊愈。

散偏汤是传统的中药方剂。来源于《辨证录》卷二。原方组成：白芍 15g、川芎 30g、郁李仁 3g、柴胡 3g、白芥子 9g、香附 6g、甘草 3g、白芷 1.5g, 用于疏肝解郁，活血止痛。主要治疗郁气不宣，又加风邪袭于少阳经，遂致半边头风，或痛在右，或痛在左，其痛时轻时重，遇顺境则痛轻，遇逆境则痛重，遇拂抑之事而更加风寒之天，则大痛而不能出户。本方主药是川芎，而且重用是关键，少了则效差。

散偏汤歌诀：散偏川芎多，柴芷香附芍，白芥郁李草，血瘀风寒着。

2、防风生姜汤治疗感冒

天气越来越冷，感冒的人就越来越多，现在的人都追求“短平快”，治病也是一样，所以输液的人就越来越多，其实，现在有很多的感冒，大多数都只是伤风或伤寒，用中药就来的很快，而且不伤害身体，可惜国人却只认为西医来得快，输液好得快，感冒要求输液的却是越来越多。西医治疗，基本是三素一汤，滥用对身体伤害很大。

防风生姜汤：防风 30g，生姜 30g，用水煎煮 10 多分钟，可以加红糖，也可以不加。一天喝两次，一般一到两天，感冒就可以好。比西药的感冒胶、快克、康泰克效果快多了。

某男，感冒、流清鼻涕如水，来诊要求输液，我说，就一个伤风感冒，没有必要输液，喝点药就可以好。病人坚持要输液，没办法，随其意。第二天来说还是流清鼻涕，效果不好。我说，给你一种中药，和生姜同煎，一次就可以搞定，病人同意。我就用上方，病人服后，一天就好了。

某女，感冒，症状基本同上。打了两天针，喝了几天感冒胶囊就是不好，我也用上方治愈。

防风，是一种药草的名字，别名铜芸、回云、回草、百枝、百种；多年生草本植物，其喜凉爽气候，耐寒，耐干旱，主产于河北、黑龙江、四川、内蒙古等地。防风的根可生用，味辛、甘，性微温，有祛风解表，胜湿止痛，止痉的功效；用于外感表证，风疹瘙痒，风湿痹痛，破伤风证，脾虚湿盛。内服：煎汤一般用 5~10g，但临床上，我一般治疗感冒用 30g。

《本草纲目》：“三十六般风，去上焦风邪，头目滞气，经络留湿，一身骨节痛。除风去湿仙药。

《药类法象》：“治风通用。泻肺实，散头目中滞气，除上焦邪。”

3、攒竹穴治呃逆

这临床上遇到打嗝的病人，我的首选是攒竹穴，是学习高树中老师一针疗法的时候得到的，临床每遇呃逆的病人，轻的用手按压，重的用针扎，并让病人憋气，然后猛的往外咳嗽，往往这时候，病人的呃逆立止。

攒竹穴，经穴名。出《针灸甲乙经》。别名眉头、眉本、员在、始光、夜光、明光、光明、员柱。属足太阳膀胱经。在面部，当眉头陷中，眶上切迹处。布有额神经内侧支和额动、静脉。主治头痛，目眩，目翳，目赤肿痛，迎风流泪，近视，眼睑瞤动，眉棱骨痛，及急、慢性结膜炎，面神经麻痹等。操作方法为可向眉中或向眼眶内缘平刺或斜刺 0.5~0.8 寸，或直刺 0.2~0.3 寸；禁灸。

1) 攒竹。本穴处物质为睛明穴上传而来的水湿之气，因其性寒而为吸热上行，与睛明穴内提供的水湿之气相比，由本穴上行的水湿之气量小，如同捆扎聚集的竹竿小头一般(小头为上部、为去部，大头为下部、为来部)，故名攒竹。小竹名意与攒竹近同。

2) 眉本。眉，穴所在的部位也。本，根本也。眉本名意指本穴气血为眉发的根本。眉发与人的头发、须发一样，它皆为血气之余物，由人的肾之所生、血之所养。眉头须发始生于内而荣长于外，其气血来源在于本穴，本穴的气血强弱虚实直接关系到眉发的荣枯，故名眉本。眉头、眉柱、眉中名意与眉本同。

3) 始光。始，开始也。光，光明也。始光名意指膀胱经气血在此由寒湿之状变为阳热之状。本穴气血为睛明穴传来的寒湿水气，至本穴后吸热胀散而变为阳热之气，气血的变化如同从黑暗处来到光明处一般，故名始光。夜光、明光、光明、矢光、矢元名意与始光近同。

4) 员在。员，周围之意。在，存在也。员在名意指本穴气血聚集于穴周，所处的范围不太大。本穴物质为睛明穴传来的水湿之气，至本穴后，虽吸热胀散，但所扩散的范围不太大，故名员在。员柱名意与员在同。

打嗝在中医看来是“胃气上逆，动膈而致”，同时还认为打嗝与阳明和太阳的“复气”有关。攒竹穴是阳明、太阳两经气交会之处，有清泻阳明、太阳复气之功，即有和胃理气止嗝的功效，是临床治疗打嗝不止的重要穴位之一。

取穴方法：在面部，当眉头陷中，眶上切迹处。

点按法：用双手拇指指腹分别按在两侧攒竹穴上，其余四指紧贴头部两侧，持续均匀地点、按揉，使局部产生酸胀感，力度由轻到重，再由重到轻，重复以上动作 5～10 分钟。

呃逆的患者在操作前可深吸一口气，屏住呼吸再行点按，有明显指压感觉，用力咳嗽吐气，每多获效。急性腰扭伤患者，待有明显指压感觉时，配合缓慢做腰部的前后、左右运动，有助疼痛缓解。

悬灸法：患者取舒适卧位，操作者将点燃的艾条放置于穴位上，距离皮肤约 3cm 的位置，使局部产生温热感但又不灼伤局部皮肤为度，每次约 10～15 分钟，以局部皮肤潮红为宜，每日 1 次。悬灸法也多用于治疗其他局部的病症。

注意事项

改变不良的饮食习惯，不贪食生冷之品，切忌进食过快。（未完待续）

责任编辑：修竹临风

编辑：宇宙旋风、砭艾、xiwang001han

第三部分——识草药

栝 楼

别 名：瓜蒌、瓜楼、药瓜。

来 源：葫芦科植物栝楼的干燥果实，产于辽宁、华北、华东、中南、陕西、甘肃、四川、贵州和云南等地。朝鲜、日本、越南和老挝等地也有分布。

形态：攀援藤本，长达 10 米；块根圆柱状，粗大肥厚，富含淀粉，淡黄褐色。茎较粗，多分枝，具纵棱及槽，被白色伸展柔毛。叶片纸质，轮廓近圆形，常 3~7 中裂，稀深裂或不分裂而仅有不等大的粗齿，裂片菱状倒卵形，先端钝，急尖，边缘常再浅裂，叶基心形，弯缺深 2~4 厘米，上表面深绿色，粗糙，背面淡绿色，两面沿脉被长柔毛状硬毛，基出掌状脉 5 条，细脉网状；叶柄长 3~10 厘米，具纵条纹，被长柔毛。卷须 3~7 歧，被柔毛。花雌雄异株。雄总状花序单生，或与一单花并生，或在枝条上部者单生，总状花序长 10~20 厘米，粗壮，具纵棱与槽，被微柔毛，顶端有 5~8 花，单花花梗长约 15 厘米，花梗长约 3 毫米，小苞片倒卵形，长 1.5~3 厘米，宽 1~2 厘米，中上部具粗齿，基部具柄，被短柔毛；花萼筒状，长 2~4 厘米，



顶端扩大，径约 10 毫米，中、下部径约 5 毫米，被短柔毛，裂片披针形，长 10~15 毫米，宽 3~5 毫米，全缘；花冠白色，裂片倒卵形，长 20 毫米，宽 18 毫米，顶端中央绿色尖头，两侧具丝状流苏，被柔毛；花药靠合，长约 6 毫米，径约 4 毫米，花丝分离，粗壮，被长柔毛。雌花单生，花梗长 7.5 厘米，被短柔毛；花萼筒圆形，长 2.5 厘米，径 1.2 厘米，裂片和花冠同雄花；子房椭圆形，绿色，长 2 厘米，径 1 厘米，花柱长 2 厘米，柱头 3。果梗粗壮，长 4~11 厘米；果实椭圆形，长 7~10 厘米，成熟时黄褐色；种子椭圆形，压扁，长 11~16 毫米，宽 7~12 毫米，淡黄褐色，近

缘处具棱线。花期 5~8 月，果期 8~10 月。

栽 培：栝楼喜欢温暖潮湿气候。较耐寒，不耐干旱。应选择向阳、土层深厚、疏松肥沃的砂质壤土地块栽培。不宜在低洼地及盐碱地栽培。常生长于海拔 200~1800m 的山坡林下、灌丛中、草地和村旁田边、在自然分布区广为栽培。

性味功能：味甘、微苦，性寒；润肺化痰，散结消肿。

用 途：药性赋言“瓜蒌子下气润肺喘兮，又且宽中”。用于止咳平喘，涤痰结，利咽喉，消痈肿疮毒。

用法用量：内服 10~15 克。

经验鉴别：栝楼表面淡黄色略带白粉，形如成熟的柿子。



薏 苡

别 名：菩提子、药玉米、晚念珠、苡米。

来 源：禾本科植物薏苡的干燥种仁。主产于辽宁、河北、山西、山东、河南、陕西、江苏、安徽、浙江、江西、湖北、湖南、福建、台湾、广东、广西、海南、四川、贵州、云南等省区。分布于亚洲东南部与太平洋岛屿，世界的热带、亚热带、非洲、美洲的热湿地带均有种植或野生。

形 态：一年生粗壮草本，须根黄白色，海绵质，直径约 3 毫米。秆直立丛生，高 1~2 米，具 10 多节，节多分枝。叶鞘短于其节间，无毛；叶舌干膜质，长约 1 毫米；叶片扁平宽大，开展，长 10~40 厘米，宽 1.5~3 厘米，基部圆形或近心形，中脉粗厚，在下面隆起，边缘粗糙，通常无毛。总状花序腋生成束，长 4~10 厘米，直立或下垂，具长梗。雌小穗位于花序之下部，外面包以骨质念珠状之总苞，总苞卵圆形，长 7~10 毫米，直径 6~8 毫米，珐琅质，坚硬，有光泽；第一颖卵圆形，顶端渐尖呈喙状，具 10 余脉，包围着第二颖及第一外稃；第二外稃短于颖，具 3 脉，第二内稃较小；雄蕊常退化；雌蕊具细长柱头，从总苞之顶端伸出。颖果小，含淀粉少，常不饱满。雄小穗 2~3 对，着生于总状花序上部，长 1~2 厘米；无柄雄小穗长 6~7



毫米，第一颖草质，边缘内折成脊，具有不等宽之翼，顶端钝，具多数脉，第二颖舟形；外稃与内稃膜质；第一及第二小花常具雄蕊 3 枚，花药桔黄色，长 4~5 毫米；有柄雄小穗与无柄者相似，或较小而呈不同程度的退化。



栽培：薏苡应选半阳，土层深厚，疏松肥沃，且湿润的土地，多见于湿润的屋旁、池塘、河沟、山谷、溪涧或易受涝的农田等地方，海拔 200~2000 米处常见。

性味功能：味甘、淡，微寒。利湿健脾、舒筋除痹、清热排脓。

用途：药性赋言“薏苡理脚气而除风湿”。用于水肿，脚气，小便淋沥，湿温病，泄泻带下，风湿痹痛，筋脉拘挛，肺痈，肠痈，扁平疣，现代研究认为薏苡有较好的抗肿瘤作用。

用法用量：内服 10~30 克。

经验鉴别：薏苡仁呈长圆形。外表皮白色，另一端微凹有一处淡棕色种脐。主体为淀粉。

编辑：王颖健
责任编辑：金陵一剑

心悸、胸部闷痛 3 小时

作者: ww2sxy520

链接: <http://bbs.iiyi.com/thread-3215976-1.html>

●病历摘要:

一般资料: 男性, 21 岁, 在读大学生。

主诉: 心悸、胸部闷痛 3 小时

现病史: 患者于 3 小时前运动时突发心悸、胸部闷痛, 呈持续性胸骨后疼痛, 休息不能缓解, 遂来我院就诊。病程中无咳嗽、咯痰, 无发热, 无乏力、盗汗、午后低热, 无泛酸、嗝气, 无呕血、咯血、黑便。

既往史: 既往体健; 否认传染病史; 否认外伤、手术史; 否认药物过敏史。

体格检查: 体温: 37.4℃; 脉搏: 126 次/分; 呼吸: 26 次/分; 血压: 140/70mmHg。发育正常, 营养一般, 神志清楚, 精神差, 急性痛苦面容, 轮椅推入病房, 端坐呼吸。全身皮肤、黏膜无黄染及出血点, 浅表淋巴结无肿大。眼睑无下垂, 巩膜无黄染, 结膜无充血, 双侧瞳孔等大等圆, 对光反射灵敏。耳、鼻无异常分泌物。口唇紫绀, 咽部无充血, 扁桃体无肿大。气管居中, 颈静脉充盈, 颈软无抵抗, 甲状腺不大。双侧胸廓对称, 无胸壁静脉曲张, 双肺叩诊呈清音, 双下肺呼吸音清, 双肺可闻及散在湿性啰音。心前区无隆起, 叩诊心浊音界向左下扩大, 心律齐, 心率 126 次/分, 胸骨左缘 3、4 肋间可闻及连续响亮 4/6 级粗糙杂音, 可触及震颤。股动脉枪击音及毛细血管搏动征阳性。腹部平坦, 腹壁静脉无显露, 腹肌软, 全腹无压痛及反跳痛, 肝脾肋下未触及, 肝区及双肾区无叩击痛, 移动性浊音阴性, 肠鸣音 3 次/分。双下肢无水肿, 无杵状指(趾)。

辅助检查:

心电图提示窦性心动过速, 右室高电压。

初步诊断:

胸痛原因待查。

讨论:

1. 目前患者诊断考虑是什么?
2. 需和哪些疾病相鉴别?
3. 治疗方案?

●临床讨论:

jimjZy

诊断：先心病伴心衰(室缺右心衰?)。

鉴别：风心病、心包炎、病毒性心肌炎等。

治疗：休息、必要时吸氧、对症、手术等治疗。

追梦的人

患者突发持续性胸痛、呼吸困难、紫绀，双肺散在湿啰音，胸骨左缘 3、4 肋间可闻及连续响亮的 4/6 级粗糙杂音，可触及震颤，考虑是室间隔缺损引起的左心衰。周围血管征、靴型心，可能有主动脉瓣关闭不全，颈静脉充盈提示右室高电压，为并发肺动脉高压引起。

暖暖德

胸骨左缘 3、4 肋间可闻及连续响亮的 4/6 级粗糙杂音，可触及震颤；股动脉枪击音及毛细血管搏动征阳性；周围血管征阳性；主动脉瓣第二听诊区闻及杂音，结合年龄考虑先天性心脏病。需要与病毒性心肌炎、心绞痛等疾病鉴别。

王韩军

患者于 3 小时前运动时突发心悸、胸部闷痛，胸痛呈持续性胸骨后疼痛，胸骨左缘 3、4 肋间可闻及连续响亮的 4/6 级粗糙杂音，可触及震颤；股动脉枪击音及毛细血管搏动征阳性；也可引起冠脉供血不足，发生心绞痛。这是主动脉瓣关闭不全的临床表现。患者既往健康，发生主动脉瓣关闭不全的病因是什么？颈静脉充盈是右心功能不全的临床表现之一，本病应该出现左心功能不全，晚期合并右心功能不全，如无其它右心功能不全的体征，可暂不考虑右心问题。许多引起主动脉瓣狭窄的原因都可引起主动脉瓣关闭不全；主动脉瓣的退行性钙化病变，由于瓣叶固定不能完全闭合；风湿性主动脉瓣的病变由于瓣叶卷缩、变硬，造成不能闭合；主动脉瓣的二瓣畸形由于瓣叶的纤维化和钙化均可造成主动脉瓣的关闭不全。另外，由于主动脉瓣环中层囊性坏死，造成主动脉瓣环弹力纤维的退行性病变，主动脉瓣环的扩张也引起主动脉瓣关闭不全。此外，任何升主动脉的扩张、动脉瘤、夹层动脉瘤均可造成主动脉瓣的关闭不全。最后，主动脉瓣叶的黏液性退行性病变造成主动脉瓣的变薄、脱垂以及感染性心内膜炎造成的瓣叶的穿孔、损坏，这也是造成主动脉瓣关闭不全的常见原因。患者既往史是健康，究竟是病史采集不明细，还是患者突发主动脉瓣关闭不全？

病例讨论

素问炙甘草

考虑主动脉靴型心。

检查：双下肺呼吸音清，双肺闻及散在的湿性啰音。心前区无隆起，叩诊心浊音界向左下扩大，心律齐，心率 126 次/分，胸骨左缘 3、4 肋间可闻及连续响亮的 4/6 级粗糙杂音，可触及震颤。股动脉枪击音及毛细血管搏动征阳性。综合上述考虑主动脉靴型心的可能性大些，由于主动脉关闭不全或狭窄，血液返流入左心室，引起左心室代偿性扩张、肥大、向左膨隆、心尖下移，导致心衰。

鉴别：病毒性心肌炎、心包炎、风心病、心绞痛。

治疗：卧床休息、防治感染、防治心衰、高热量、低盐饮食等。

HOUXIANGRU

患者为学生，运动后出现心悸、胸部闷痛，诊断考虑：

1. 急性主动脉瓣关闭不全？
2. 主动脉夹层？
3. 急性冠脉综合征？

鉴别诊断：

1. 肌肉拉伤；
2. 气胸；
3. 二尖瓣脱垂。

建议进一步检查：超声心动图、CT，必要时行冠脉造影。

治疗：对症治疗。活血化瘀、行气止痛的中药如：红花、银杏达莫。必要时介入治疗。

●临床诊断

冠状动脉窦动脉瘤破裂。

●总结

患者行心脏彩超检查提示：冠状动脉窦动脉瘤破裂（右冠窦瘤破入右房）。

冠状动脉窦动脉瘤破裂又名 Valsalva 窦动脉瘤破裂，是一种少见的先天性心脏病。多发生在右冠窦，次之为无冠窦，左冠窦则很少见。由于解剖学上的关系右冠窦瘤多破入右心室腔，少数破入右心房腔，而无冠窦瘤多数破入右心房腔。未破裂的冠状动脉窦瘤一般无临床症状，破裂后才呈现症状。

发病年龄多数在 20~40 岁之间，约有 1/3 的病人起病急骤。冠状动脉窦动脉瘤破裂后主动脉血流将返流入右心腔，形成左向右分流。其增加右心负担的大小随破口大小而定，分流量大者可引起肺动脉高压和右心衰竭。由于心房压力低，破入右心房者分流量加大，更易出现右心衰竭。临床表现为有剧烈活动时发生的心前区疼痛，伴有心悸、气急，可迅速恶化至心力衰竭。查体有胸骨左缘 3、4 肋间震颤和粗糙Ⅳ级连续性杂音，并向心尖传导。可伴脉压增宽、水冲脉、动脉枪击音及肝肿大等心衰体征。治疗以外科手术治疗为主。

支原体肺炎、高热惊厥一例

作者：anne 医生

链接：<http://bbs.iyi.com/thread-3213313-1.html>

●病历摘要：

一般资料：患儿，女，4 岁 10 月，学龄前儿童，体重 22kg。

主诉：咳嗽 4 天，头痛伴发热 1 天，呕吐 3 小时，惊厥 1 分钟

现病史：患儿于 4 天前无明显诱因出现咳嗽，咳嗽呈阵发非痉挛性，无喘息，夜间为著，痰少，病初无发热。在院外给予口服药物（具体不详）治疗，咳嗽稍减轻。1 天前出现发热，体温在 37.8~40℃ 之间，伴头痛，用药不见好转，体温降而复升。3 小时前出现呕吐，呈非喷射性，呕吐物为胃内容物，不含胆汁，累计 3 次，无腹泻。来院前惊厥 1 次，表现为头向后仰、眼球固定上翻、口吐白沫、牙关紧闭、口周青紫、四肢抽动，无大小便失禁，历时约 1 分钟。惊厥时体温高达 40℃，经降温、止痉处理后，体温下降，转来本院就诊，门诊检查后以“1. 颅内感染；2. 支气管炎。”收入院。患儿自发病以来，食欲较差，大小便未见明显异常。

既往史：无传染病接触史，无外伤及手术史，无输血史，无药物过敏史，无外地久居史。

个人史：患儿系第 1 胎第 1 产，足月顺产，生时无窒息，生后母乳喂养。

家族史：父母健康，非近亲婚配。否认家族中有遗传病史。其母孕期健康。

体格检查：体温：37.8℃；脉搏：90 次/分；呼吸：25 次/分；血压未测。发育正常，营养一般，神志清，精神不振，呼吸平稳。全身皮肤粘膜无黄染，无皮疹及出

病例讨论

血点，浅表淋巴结无肿大。头颅大小正常，毛发正常，双侧耳廓无畸形，外耳道未见异常分泌物。眼睑无水肿，结膜无充血，巩膜无黄染，双侧瞳孔等大等圆，对光反射存在。鼻翼无扇动，鼻腔未见分泌物。口唇无紫绀，口腔粘膜光滑，未见疱疹及溃疡，咽部充血，左侧扁桃体 I 度肿大。颈部对称，软，颈静脉无怒张，气管居中，甲状腺无肿大。胸廓对称，无畸形，三凹征阴性，双肺呼吸音粗，可闻及干性啰音。心前区无隆起，心率 90 次/分，心音有力，律齐，心前区未闻及病理性杂音。腹部稍膨隆，未见胃肠蠕动波，腹软，肝脾肋下未触及，肠鸣音正常。肛门、外生殖器未见异常。脊柱、四肢无畸形。神经系统查体未见异常。

辅助检查：血常规：WBC： $22.60 \times 10^9/L$ ，N:78.30%，L:5.70%，Hb:127g/L，PLT: $451 \times 10^9/L$ ；hs-CRP:12.86mg/L。

●**初步诊断：**1. 急性支气管炎；2. 颅内感染？

住院经过：入院后查肺炎支原体 IgM 抗体阳性；肠道病毒 71 型 IgM 抗体阴性；降钙素原 0.5ng/ml（正常<0.1）。给以哌拉西林钠他唑巴坦钠、阿奇霉素抗感染，氨溴索祛痰，甘露醇降颅压等对症支持治疗 13 天，应用阿奇霉素抗支原体 2 个疗程，患儿痊愈出院。

●**临床诊断：**

1. 肺炎支原体肺炎；2. 高热惊厥；3. 颅内感染？

●**病例分析：**

患儿为学龄前儿童，早期以咳嗽症状为主，夜间为著，病程中出现发热、头痛、呕吐、惊厥，症状加重，门诊检查血象和 CRP 增高；提示呼吸道与颅内感染可能，但病因需进一步查明。

儿童急性上呼吸道感染，全年都可发生，冬春较多，可呈流行或散发，传染期轻症只限于最初几天，重症则较长，有时仅表现为发热，可突然高热，体温达 38~40℃ 左右，持续 1~2 天或 10 余天不等，极少数患儿会因此而抽搐。

儿童急性上呼吸道感染多以病毒感染居多，早期一般不用抗生素治疗，继发细菌感染后病程延长，应及时选用有效的抗生素治疗。

本例的发病过程后期出现了发热、头痛、惊厥等症状，提示合并细菌感染；头痛既可以为发热中毒症状，也可为颅内感染的表现；患儿的惊厥发生在高热时，且热降抽止，神经系统检查无异常，考虑高热惊厥；患儿入院后完善检查，支持支原体感染，结合病情，咳嗽以夜间为主，比较符合肺炎支原体肺炎症状与体征分离的特点，考虑

肺炎支原体肺炎。

小儿肺炎支原体肺炎的临床特点概括起来主要包括以下几个方面：

①由肺炎支原体引起，多见幼儿，常见于 5~15 岁的儿童；

②发病缓慢，低热或中度发热，热程 1~3 周，伴头痛，咽痛，肌肉酸痛；

③以刺激性干咳为突出表现，夜间尤著，初为干咳，后转为顽固性剧咳，有时似百日咳样咳嗽，咯出粘液稠痰，甚至带血丝。咳嗽持续时间长，可达 1~4 周，常伴有胸痛；

④肺部体征较轻，与剧咳和发热不一致；

⑤肺外表现：溶贫、脑膜炎、心肌炎、肾炎等；

⑥X 线特点：肺门阴影增浓；支气管肺炎改变，以右肺中下野为多；间质性肺炎改变，两肺弥漫性网状结节状阴影，呈均一大片状阴影；胸腔积液；游走性、云雾状浸润影等。

本例入院后曾建议做腰穿或头颅 CT、胸部 X 片，其父母拒绝，但综合患儿发病过程分析，尽管患儿惊厥考虑与高热有关，鉴于支原体感染的特殊性，仍不排除颅内感染的可能。

大叶性肺炎一例

作者：雅融

链接：<http://bbs.iiyi.com/thread-3214929-1.html>

●病历摘要：

一般资料：男，36 岁，工厂工人，原籍湖北，务工人员。

主诉：胸痛、咳嗽、咯痰伴发热 2 天

现病史：患者 2 天前淋雨后出现咳嗽、咯痰，咳嗽呈阵发性加剧，无明显规律，痰为铁锈色样痰，量不多，较易咯出。胸痛以右侧为主，咳嗽时加重，伴有发热及畏寒，发热最高达 39℃。病程中无恶心及呕吐，无腹痛及腹泻。在诊所服用退热药及头孢类抗生素，未见明显好转，为求进一步治疗，遂入我院。患者自患病来精神稍差，进食少，大小便正常。

病例讨论

既往史：既往有大叶性肺炎病史。否认肝炎、结核等传染病史。无手术及重大外伤史，无输血史，无药敏史。预防接种史不详。

个人史：生于原籍，无疫水接触史，无不良嗜好。

家族史：无特殊性遗传病史。

体格检查：体温：39.2℃；脉搏：90 次/分；呼吸：20 次/分；血压：120/80mmHg。发育正常，营养中等，神志清楚，急性面容，查体合作。全身皮肤、粘膜未见黄染，浅表淋巴结未触及肿大。头颅五官无畸形，巩膜无黄染，双瞳孔等大等圆，对光反射灵敏。外耳道无流脓，鼻翼无煽动。唇无发绀，咽稍红，双扁桃体无肿大。颈软，无颈静脉怒张，气管居中，甲状腺无肿大。双胸廓对称无畸形，呼吸运动自如，双侧语音震颤对等，双肺呼吸音粗，可闻及右下肺固定湿性啰音。心前区无隆起，心尖搏动位于左侧第五肋间锁骨中线内侧约 0.5cm 处，触无震颤，心率 90 次/分，律齐，各瓣膜听诊区无杂音，无心包摩擦音，无周围血管征。腹部平坦，柔软，腹壁无静脉曲张，无胃肠蠕动波，全腹无压痛，无反跳痛，未触及包块，肝脾肋下未扪及，肝肾区无叩



击痛，移动性浊音阴性，肠鸣音无亢进，胃区无振水声，未闻及血管杂音。外生殖器正常，肛门无外痔及瘘管。脊柱、四肢无畸形，活动自如。生理反射存在，病理反射未引出。

辅助检查：胸片示：右下肺炎。

●**初步诊断：**大叶性肺炎。

住院经过：

入院后治疗方案：退热、补液、抗感染。

病例讨论

1. 抗生素选择青霉素类，因药房已无青霉素，选择阿莫西林克拉维酸钾进行抗炎。
2. 患者高热，选择复方氨基比林退热。高热容易出汗且患者纳差，应注意补充电解质及液体。考虑患者当天饮食较少，补液总量超过 1000ml。

患者入院第 2 天退热，第 3 天咳嗽、咯痰、胸痛好转明显，第 4 天要求出院。实验室检查提示中性粒细胞百分数及 C 反应蛋白明显升高，白细胞不高，考虑是患者入院前自服抗菌素影响了结果。

住院号: 00006272 病区: 浏家港病区 床号: 001 诊断: 大叶性肺炎							
检验项目	结果	参考范围	单位	检验项目	结果	参考范围	单位
1 白细胞计数(WBC)	5.61	4.00~10.00	$10^9/L$	13 红细胞计数(RBC)	4.70	4.0~5.5	10^{12}
2 淋巴细胞百分数(LYM%)	20.2	20.0~40.0	%	14 红细胞压积(HCT)	0.45	0.37~0.47	%
3 单核细胞百分数(MON%)	6.7	3.0~12.0	%	15 平均血红蛋白含量	31.9	27.0~34.0	pg
4 中性粒细胞百分数(NEU%)	72.2 ↑	50~70	%	16 平均血红蛋白浓度	337	320~360	g/L
5 嗜酸粒细胞百分数(EOS%)	0.7	0.5~5.0	%	17 红细胞分布宽度	46.7	35.0~56.0	%
6 嗜碱粒细胞百分数(BAS%)	0.20	0.00~1.00	%	18 RBC分布宽度变异系数	11.7	11.0~16.0	%
7 淋巴细胞绝对值(LYM)	1.14	0.80~4.00	$10^9/L$	19 红细胞平均体积	94.6	80.0~100.0	fL
8 单核细胞绝对值(MON)	0.38	0.12~1.20	$10^9/L$	20 血小板计数(PLT)	118	100~300	$10^9/L$
9 中性粒细胞绝对数(NEU)	4.1	2.0~7.0	$10^9/L$	21 血小板分布宽度	16.0	9.0~17.0	fL
10 嗜酸粒细胞绝对值(EOS)	0.03	0.02~0.50	$10^9/L$	22 血小板压积(PCT)	0.09	0.108~0.282	%
11 嗜碱粒细胞绝对值(BAS)	0.01	0.00~0.10	$10^9/L$	23 血小板平均体积	8.0	6.5~12.0	fL
12 血红蛋白(HGB)	150	120~160	g/L	24 C反应蛋白	71.700 ↑	0.0~10.0	mg/L

住院号: 00006272 病区: 浏家港病区 床号: 001 样本类型: 血清 诊断: 大叶性肺炎							
检验项目	结果	参考范围	单位	检验项目	结果	参考范围	单位
1 谷丙转氨酶(ALT)	20.1	0.0~40.0	U/L	19 低密度脂蛋白(LDL)	2.13	1.63~3.12	mmol/L
2 谷草转氨酶(AST)	28.8	0.0~40.0	U/L	20 葡萄糖(GLU)	5.30	3.60~6.10	mmol/L
3 碱性磷酸酶(ALP)	61.4	53.0~140.0	U/L	21 载脂蛋白A[APOA]	1.07	1.0~1.6	g/L
4 谷氨转氨酶(GGT)	25.3	8.0~58.0	U/L	22 载脂蛋白B[APOB]	0.72	0.6~1.6	g/L
5 总蛋白(TP)	67.8	60.0~80.0	g/L	23 腺苷脱氨酶[ADA]	25.01 ↑	4.00~18.00	U/L
6 白蛋白(Alb)	40.8	35.0~55.0	g/L	24 乙肝表面抗原(HBs)	阴性*	阴性	
7 球蛋白(Glb)	27.0	16.0~35.0	g/L	25 乙肝表面抗体(HBs)	阴性	阴性	
8 白/球比值(A/G)	1.5	1.5~2.5		26 乙肝e抗原(HBeAg)	阴性	阴性	
9 总胆红素(TBil)	10.6	2.0~25.0	$\mu\text{mol/L}$	27 乙肝e抗体(HBeAb)	阴性	阴性	
10 直接胆红素(DBil)	4.3	0~5.0	$\mu\text{mol/L}$	28 乙肝核心抗体(HBc)	阳性*	阴性	
11 间接胆红素[IBL]	6.3	0~17.1	$\mu\text{mol/L}$				
12 总胆汁酸(TBA)	6.8	0.0~10.0	$\mu\text{mol/L}$				
13 尿素氮(BUN)	4.3	2.86~6.2	mmol/L				
14 肌酐(Cre)	69.3	48.0~115.0	$\mu\text{mol/L}$				
15 尿酸(UA)	191	180~440	$\mu\text{mol/L}$				
16 甘油三酯(TG)	0.59	0.48~1.88	mmol/L				
17 总胆固醇(TChol)	3.1	3.35~6.45	mmol/L				
18 高密度脂蛋白(HDL)	1.05	0.9~2.5	mmol/L				

病例讨论

●临床诊断:

大叶性肺炎。

●总结:

患者为中年男性，胸痛、咳嗽、咯痰伴高热 2 天，胸片提示右下肺炎。患者淋雨后出现症状，病情进展快，发热为高热，除咳嗽、咯痰、胸痛、发热并无咽痛、流涕等急性上呼吸道感染的典型症状。痰的颜色带有铁锈色，故从诱因、发展过程、进展至临床表现，均为典型大叶性肺炎的临床表现。

大叶性肺炎又名肺炎球菌肺炎，是由肺炎双球菌等细菌感染引起的呈大叶性分布的肺部急性炎症。多种细菌均可引起大叶性肺炎，但绝大多数为肺炎链球菌，其中以 III 型致病力最强。肺炎链球菌为革兰氏阳性菌，有荚膜，其致病力是由于高分子多糖体的荚膜对组织的侵袭作用，少数为肺炎杆菌、金黄色葡萄球菌、溶血性链球菌、流感嗜血杆菌等。肺炎链球菌为口腔及鼻咽部的正常寄生菌群，若呼吸道的排菌自净功能及机体的抵抗力正常时，不引发肺炎。当机体受寒、过度疲劳、醉酒、感冒、糖尿病、免疫功能低下等使呼吸道防御功能被削弱，细菌侵入肺泡通过变态反应使肺泡壁毛细血管通透性增强，浆液及纤维素渗出，富含蛋白的渗出物中细菌迅速繁殖，并通过肺泡间孔或呼吸细支气管向邻近肺组织蔓延，波及一个肺段或整个肺叶。大叶间的蔓延系带菌的渗出液经叶支气管播散所致。主要病理改变为肺泡的渗出性炎症和实变。临床症状有突然寒战、高热、咳嗽、胸痛、咳铁锈色痰；血白细胞计数增高；典型的 X 线表现为肺段、叶实变。病程短，及时应用青霉素等抗生素治疗可获痊愈。

责任编辑：yjb5200120

编辑：刘现国

医疗资讯

乌镇：因“互联网医疗”再夺眼球

日前，记者从桐乡市人民政府获悉，“首届国际互联网医疗大会暨中国互联网医疗健康产业联盟成立大会”将在乌镇召开。这是继两届世界互联网大会之后，乌镇举办的最高规格的互联网医疗大会。乌镇互联网医院作为“互联网+医疗健康产业”的典型代表，在大会期间广受关注。本次大会以“互联共享智汇健康”为主题，设有覆盖互联网+医疗健康产业的多个经典节点。同时，还特别开设互联网医疗创新展区，将吸纳国内一线互联网及信息化机构，为国内外与会者展示中国互联网医疗健康事业的前沿科技与发展成果。

合肥：公立医院新医疗服务项目定价试水“新政”

近日，合肥市物价局正式发布《合肥市医疗服务项目价格审批工作规则》，并指出公立医院新增的医疗服务项目试水新政，对未指定具体价格的医疗服务项目都将依据这个规则，并需要经过专家评审后方可定价。据了解，该规则主要是针对合肥市行政区域内市属及以下公立医疗机构医疗服务项目价格的申报审批管理。合肥市物价局副局长王磊表示，此次试水新政，充分发挥了医疗服务价格评审专家的作用，提高了政府制定医疗服务价格的科学性，进一步促进了新医疗服务项目积极合理的应用，将有效激活合肥市公立医院资源利用效率。

北京：98.8%养老机构都有医疗服务

目前北京正在制定《推进医疗卫生与养老服务相结合的实施意见》，研究康复医院、护理院建设的扶持政策，推进社区医疗卫生服务机构为老年人提供入户上门服务。市老龄办相关负责人介绍，目前共有三种实现医养结合的渠道，分别为经批准且已经通过医保定点审定的独立内设医疗机构、引入医疗机构分支或经卫生部门批准，以及与就近医疗机构建立医疗保障协议和绿色通道。经统计，全市 449 家养老机构和养老照料中心的医疗服务覆盖率已经达到 98.8%。

福建：媒体失实报道医患纠纷须担责

据中青在线福州 6 月 2 日报道 “新闻媒体或者新闻记者对真相未明、调查结果

医疗资讯

尚未公布的医患纠纷作失实报道，或者报道中煽动对立情绪，造成严重社会不良影响和后果的，依照国家有关规定追究责任。”上述内容首次出现在近日公布的《福建省医疗纠纷预防与处理办法》中。为有效预防和处置医患纠纷，福建省由卫生计生部门负责，相关部门配合，建立医院内部沟通调解、应急处置联动、医疗纠纷人民调解、医疗责任保险和医疗救助为主要内容的“五位一体”长效机制建设，使其从制度层面走向法制层面。另外《办法》还对医患双方医疗行为做了约束。

陕西：有望实现医生年薪制

5月30日，陕西省深化医药卫生体制综合改革试点启动。省政府要求，按国家要求重点抓好公立医院改革，积极推广县镇一体化和医疗集团等改革模式，加快建立医药、医疗、医保“三医”联动的公立医院运行新机制。省卫计委将加大医院内部创新改革，成立公立医院管理委员会，推行医生年薪制，取消药品加成，实施零差率销售等，改革人事制度和评价体系，遏制大处方，考核和效益脱钩，将更倾向于服务、科研、项目等方面，同时扩大远程会诊。目前，全省实施分级诊疗制度改革的效益已经开始显现。

Nature：史上最详细人DNA转录前起始复合体结构出炉

在一项新的研究中，科学家们将低温电镜技术和最新的计算建模方法结合在一起，史无前例地详细解析出近原子分辨率下的人转录前起始复合体（transcription pre-initiation complex, PIC）的分子结构。这将有助深入认识在转录起始整个过程中人PIC发生的一系列构象变化。这种PIC组装是打开启动子的双链DNA螺旋结构从而将DNA放入在RNA聚合酶活性位点上和开始转录所必需的。通过对PIC的关闭状态、打开状态和起始转录状态的比较，人们对DNA接触、启动子解旋和转录泡稳定化产生了新的深刻认识。

Nat Commun：科学家已经实现利用病人组织获得β细胞治疗糖尿病

最近，研究人员利用糖尿病病人皮肤细胞形成的诱导多能干细胞分化得到与1型糖尿病病人组织来源无差别的β细胞。该细胞能够表达β细胞分子标记，并且在体内外条件下均能对葡萄糖产生应答，同时在小鼠模型中可以阻止四氧嘧啶诱导的糖尿病并对抗糖尿病药物产生应答。进一步用体外疾病模型表明这些细胞能够对不同的β细胞应激形式产生应答。在β细胞植入达到一年时间的小鼠模型中也未观察到肿瘤形成。利用1型糖尿病病人组织得到的β细胞将来可能用于治疗糖尿病，进行抗糖尿病

药物筛选以及进行 β 细胞生物学研究，具有重要意义。

BMJ：大量摄入土豆或增加个体患高血压的风险

研究者通过追踪超过 20 年的 3 项美国大型研究，其中包括 18.7 万男性和女性个体，利用调查问卷的形式评估了个体的饮食摄入，包括摄入土豆的频率等，随后对参与者进行诊断来测定患者的高血压情况。在考虑了多个和高血压相关的其它因素后，指出上述土豆食物的摄入或许会引发潜在的公众健康影响，他们并不认为将土豆纳入到政府食品项目会对公众健康带来效益，反而他们通过对控制摄食的研究发现，高碳水化合物化合物的食物或存在一定的副作用。另外还表明将会继续依赖前瞻性的群组研究。

Cell：首次鉴定出胰腺癌的潜在治疗靶标

目前研究者鉴定出了胰腺导管腺癌（PDAC）的首个潜在分子治疗靶标 SIRT6 及其精确的分子机制。结果发现 30% 以上的 PDAC 病人样品表现出 SIRT6 失活且预后很差。据细胞系和模式动物实验证实 PDAC 中低水平的 SIRT6 与 Lin28b 表达增加相关联。Lin28b 表达是 SIRT6 缺失的 PDAC 肿瘤细胞生长和存活所必不可少的。SIRT6 缺失导致 Lin28b 启动子组蛋白高度乙酰化，Myc 过表达，并且显著地增加 Lin28b 及其下游 let-7 的靶基因 HMGA2、IGF2BP1 和 IGF2BP3。研究人员希望进一步开发 Lin28b 抑制剂，可能让这一部分 PDAC 病人受益。

Science：老年性痴呆的发生可能在淀粉样斑块沉积之前

在老年性痴呆（阿尔茨海默氏症）早期突触丧失的机制探究中，研究者们证实阿尔兹海默症发生在大脑中累积淀粉样斑块之前，并指出一些在疾病早期保护认知功能的新治疗靶点。在多个阿尔茨海默氏症小鼠模型中，确定存在与健康发育大脑中“修剪”多余突触相似的一些机制错误地激活。研究表明阻断这些机制后，在观察到淀粉样蛋白斑沉积物之前，就出现了易受损伤的突触周围 C1q 富集。而 C1q 是形成斑块沉积物之前对突触有毒性作用的必要条件。同时利用 ANX-005 人类抗体可以阻断 C1q，这将有潜力用于各种神经退行性疾病中防止突触丧失。

责任编辑：hehanhan

心情区微聚焦：镜头二十五（医生的无奈）

作者：清澈1975

链接：<http://bbs.iiyi.com/thread-3211186-1.html>

“无意义的病人，做了无意义的措施，对医护人员的意义，无意义的忙了一夜，最终不知意义何在？”

以上是我的一位同行医生今早发在朋友圈的一段话，看得出他心情烦闷，充满了失落感。

这位医生朋友，当年是一位非常积极向上的大男孩，专科毕业后分配回县里工作，却继续奋发学习，脱产上了本科，研究生，并如愿以偿的进入了省肿瘤医院，跟随他的导师进入了胸外科，实现了人生重大的转折，我们都非常的羡慕他。

后来工作时间长了，每天认认真真的为患者看病，却还要应对各种各样、无休止的医疗纠纷，所以离开心爱的胸外科，转入ICU工作，这里收治的都是各科术后的重症患者，相对来说纠纷会少一些吧。他由于积极肯干，钻研业务，很快成为了副主任。

在这里干的久了，对一些患者的终末治疗，也是非常的无奈，从医学角度来讲，有许多患者其实已无继续治疗或者抢救的必要，但是作为这个行业，医生作为医疗行为的权威，是没有话语权的，只要患者在医院，只要家属没说放弃治疗，你就必须继续给予救治，且不说严重消耗医院的设备，人力物力等医疗资源，家属最终也有可能面临人财两空的局面。

患者的家属可能面临道德舆论的压力，这种情况下大都也不愿回家，落一个不孝的骂名，所有觉得在医院老去更体面些，从而让医院及医生面临很尴尬的境地，明明毫无治疗希望的患者，却还得给予相应的处置，这种“过度医疗”何时才能终止？



春

作者：诸葛大夫

链接：<http://bbs.iiyi.com/thread-3128433-1.html>

春，悄然而至，将严冬送行，召唤着懒洋洋的人们——春天已来临。悄悄走出家门，去享受春的恩惠，静听花开的声音。置身在人车川流的都市，感受现代的气息，快节奏的生活，人更需要静静心，走出去看看春的色彩，听听花开的声音。春风轻拂，穿越林间山野，一眼望去，嫩绿的柳枝随风摇曳，山坡上的迎春花点点金黄，金灿灿的油菜花围绕村庄，就是一副多彩的写意画卷。走过去置身这花的海洋，躺在绿油油的草地上，仰望着头顶的蓝天白云和空中飘逸的各色风筝，听着枝头不知名小鸟的婉转啼唱和田间追逐孩子们的欢声笑语，一切都是如此安然，如此静。脑海中不自主浮现出那首“在那桃花盛开的地方”，一曲想望、一曲思念，思绪一路向前，只想在炎热夏天来临之前，去寻找远处美丽、清澈既模糊的春天。

用心品一品花开的声音、听一听田间昆虫的交响曲、闻一闻心旷神怡的花香……春天就在我们身边！漫步在田野小路中，一路走来，春暖花开，春风拂面，拂去心灵的烦恼，带走满身的疲惫。看翠绿的柳絮在水边随风飘舞，看粉红的桃花在晨光中绚丽妖娆，春天的微风是甜甜的，春天的阳光是暖暖的，拥着满眼欲滴的清翠，披着满身柔媚的晨光，这不就是幸福吗？

找个“情绪垃圾桶”倾倒一下，吐完槽去上班

作者：zmdzfx

链接：<http://bbs.iiyi.com/thread-3151298-1.html>

只是抱怨抱怨，找个“情绪垃圾桶”倾倒一下，吐完槽去上班。

《一个护士的辞职信，一个真实的故事》引发了临床护士纷纷议论：

护士西风：我们儿科门诊住院连在一起，晚上值班就一人值班，昨晚抽空上个卫生间，都被患儿家长吼起来了。

护士小徐：我经常连夜16小时，经常午饭下午吃，拿到手的工资也不是很多，感觉当护士，付出与回报根本不成比例。

护理老师寓言：网络盛行时代，思想正的孩子被负能量动摇，思想不正的孩子被负能量摧毁。我学校的很多护理系学生本来就不相信社会，不想做护士。像《一个护士的辞职信，一个真实的故事》这样的文字过后，呵呵……这样的文章，我真是担心。我的学生们，医学界的孩子都被负能量包裹。我再有力，也教不出来了……

点评：儿科护士会因做不到“一针见血”被一大群患儿家长围攻、谩骂，甚至殴打；急诊科护士常常因接诊到胡闹折腾的醉汉，而气的长吁短叹；肿瘤科护士要做好身心调节，甩掉来自患方的负能量，还要随时提防身患绝症的患者有自杀倾向；精神科的护士更是要面对精神和认知异常的精神障碍患者，防患者自伤，更要防自身受到患者的攻击……如果护士都辞职了，护生都不干了，医院里的护士们都在抱怨和负能量里病态维持，整个护理界里，抱怨连天，很多人都把一腔怨气发在网上……护士苦啊，护士累，护士没地位……这样真的好吗？

谁的职场不委屈？没有一个工作岗位是不累的，你羡慕别人表面上的光鲜和靓丽，只是没有深入进去，体会不到那个职业的痛苦和负面而已。抱怨和咒骂，诉苦水和哀叹连连，都是没有用的。别人听到了又将如何？顶多无关痛痒地安慰你两句，接下来的日子，还是要你自己走，没有谁会做你的“救世主”，拯救你离开这里的“水深火热”。

任何一件工作都不好干。护理工作也是一样，如果护理界所有人都不干了，那么，我们老了也只能是自生自灭。既然选择了做护士，就要承担得起护士的责任和担当，或者你干脆改行，赶快逃离“火坑”，省得大家都不愉快。或许无论选哪一条路都不好走，别人的成功或许不仅仅在于选对了路，更重要的是他们能坚持走完全程。

尽管还是会面对患者的无理和不理解，甚至是谩骂和拳脚相向，但是我们相信绝大多数的护士，还是会带着热情和努力投入到工作中去。

其实，我们身边还是有很多“正能量”护士的，这些人是护理队伍中的主流，他们因为自己的努力和坚持感染了别人，帮助了病人，反而有了共同进步的自豪与愉悦。

其实，每个人都有负面情绪的时候，但是我们是当代护士，不是见人就诉苦的“祥林嫂”，那样只会令人哀叹，更加的小看你，再抱怨也是于事无补。

所以说，抱怨归抱怨，也仅仅只能是抱怨一下，找到一个“情绪垃圾桶”倾倒倾倒，释放一下压力，见好就收吧，吐完槽，赶紧回去接班，上班时间马上就到啦！

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来越好。我们开辟《编读往来》栏目，旨在积极和大家互动，进一步提高杂志质量。

爱爱医杂志的每一篇文章都是编辑们精挑细选并认真审核的，这里汇聚的都是爱爱医的精华，只要您关注，一定会有所收获。编辑们利用业余时间认真审核稿件，就是希望通过我们的努力，给爱友们送去一份充实和感动。杂志的发展依靠大家的支持，爱爱医杂志期待您的投稿！也期待您积极参与爱爱医杂志版面活动，赢得精美纸质杂志年刊！大家的支持，是爱爱医前进的动力！爱爱医论坛各版面本月开展了一系列精彩活动，只要您积极参与，就有机会获得我们的纸质杂志年刊奖励，精彩不容错过，您如果期待，就请快来参与活动和积极投稿吧！

心电图有奖读图五十六期评审及获奖名单

作者：trg

链接：<http://bbs.iiyi.com/thread-3215702-1.html>

心电图特点：

II、III、AVF、V1、V6 导联弓背抬高，I、AVL 导联 ST 压低，STIII抬高 $>$ ST II 抬高，STAVL 压低 $>$ ST I，以及 V1、V6 导联的 ST 段抬高，这些特征提示罪犯血管为右冠脉近端，右冠脉优势型。患者没有其他临床资料，应根据患者是否胸痛以及持续时间和相关酶学，高度提示病人急性下后壁合并右室心梗，应加做后壁及右室导联。但不排除变异型心绞痛的阵发性改变。

本图心房波规律出现，心房率 143 次/分，符合窦性 P 特征，但因频率较快，合并右室心肌梗死多伴有房性心律失常，高度提示房性心动过速可能大些。P-R 不固定，QRS 两种形态，两种形态 R-R 各自基本相等，前半部分 QRS 波稍宽，心室率 50 次/分，后半部分 QRS 波略窄，心室率 37 次/分。两种 QRS 形态振幅有些差异，宽窄相差程度小些，但是频率差别较大。从频率上看支持后者为室性前者为交界性。

本图的难点是同一份心电图前后的 RR 间期呈现两种，如何解释清楚是关键，上述观点用两种逸搏心律解释，另有一种观点解释前半部分属于房速伴有 3:1 传导，

编读往来

因存在隐匿性房室传导使下传的 P' R 间期延长，伴有室内差传，不同于后半部分的交界性逸搏心律的 QRS 波。也有一定道理，但是室内差传常因 P' R 间期不同导致 QRS 波形态有差异，本图 QRS 波似乎呈现两种固定形态，用两种逸搏心律解释似乎更合理一些。

梯形图借用云老师所画



心电图诊断：

房性心动过速（不排除窦性心动过速）

三度房室阻滞

交界性逸搏心律，高位室性逸搏心律

急性下后壁、右室心肌梗死（不排除变异性心绞痛，请结合临床）

经专家组讨论，提供答案参考，根据答题先后和正确符合率排名

一等奖：云的影子

二等奖：wjhywj、秋土

三等奖：幸福 7881

责任编辑：修竹临风

2016 年 05 月优秀超版名单： 哥们 zhbwxxy

2016 年 05 月优秀版主名单：宇宙旋风、lzctnsf 、anne 医生、ffxxff770603、kaixindoul、zmdzfx、caobi2500、踏青放牛、jjmjZy、绿茗、品味淡泊、依秀儿、trg 、chb19910624、andy1087911

2016 年 05 月良好版主名单：ngf1978、蔡 ys、airen13828、yanqi120、sophiajiao、xzp_dragon、jsdfnicholas、江中浪花、pathology、laogao001、ww2sxy520、中医理论

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，投稿时如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。
- 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。

