www.iiyi.com

爱爱醫

2016.09

第九期　　总NO.80

Volume9, number9, Sep2016

刊首语

微笑

作者：xiwang001han
链接：http://bbs.iiyi.com/thread-3245821-1.html

耳边传来微笑
听你说
最近一切安好
无忧无扰
忙碌于
自己的事业
就像这个秋天
来的静悄悄
凉风略显妖娆
叶子起舞欢跳
大树微微的肥了腰
笔直的躯干
告诉我做人
就要挺胸昂头
无所畏惧
活出自己的味道
无论遇见什么磨难
嘴角始终保持微笑

责任编辑：yemengzhe

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
投稿信箱：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。

目 录

刊 首 语　微笑.....1
专家讲坛　脑梗死和脑出血的急诊处理：.....1
记住这些关键词.....1
关　　注　关注：中国医疗界十大新常态来袭！.....7
专业交流　对硫酸镁的重新认识.....10
西　　医　急诊科医生临床经验交流.....11
右侧下段输尿管结石误诊急性阑尾炎一例.....15
腰部急性感染误诊为腰腿痛.....16
慢性肾功能衰竭误诊分析.....17
绿药膏还可以这么用.....18
新生儿败血症的早期识别.....19
超声入门贴 461——老年性白内障.....21
一例头孢曲松导致的过敏性休克抢救全过程.....24
心电图读图 60 期.....26
专业交流　桂枝加厚朴杏子汤案.....31
中　　医　催乳中医有妙方.....32
学习绿衣先生治疗阳痿早泄用药体会.....33
六经辨证三种理论的统一.....35
张胜兵老师”中医基础理论讲稿”（节选）.....37
识 草 药　金银花.....41
半边莲.....42
病例讨论　反复发热的患儿.....43
心悸、气短、夜间无法平卧 10 余天.....51
医疗资讯　医疗资讯.....56
医网情深　又是梨花盛开时.....59
您把爱给了谁？.....61
编读往来　编读往来.....62
心电图有奖读图第五十九期.....62
评审工作及获奖名单.....62
杂志稿约　爱爱医杂志稿约.....64

脑梗死和脑出血的急诊处理：记住这些关键词

作者：踏雪无痕
链接：http://bbs.iiyi.com/thread-3246715-1.html
来源：医脉通

「时间就是生命」——脑梗死

对于缺血性脑卒中患者来说，时间是最最重要的，因为所有现有的干预措施仅在限定的时间窗内实施才是安全有效的。

诊断和评估

当怀疑患者为脑梗死时，应当迅速采集临床病史、发病时间，并且进行基本的神经系统检查。

NIHSS 评分」

美国国立卫生研究院卒中量表评分是一项评估卒中严重程度及疾病演变情况的客观指标，所有卒中患者均应接受该量表的检测。评分的范围为 0 分至 42 分。

「发病时间」

确认患者症状发作的时间是非常有必要的，因为急性期的治疗需要发病时间来指导。临床医生应当确定患者最后一次神经系统正常的时间点，以尽可能地正确估计时间窗。

「实验室检查」

实验室检查应包括指血糖测量、凝血功能检查、全血细胞计数和基础代谢情况。

「头 CT 平扫」

为了排除患者颅内的急性出血等其它诊断，应当立即进行头 CT 平扫检查。在 CT 扫描中，急性脑缺血在发病前几个小时通常并不明显，因此，患者如果出现了新发的局灶性神经功能缺损，并且在 CT 上并没有看到明显的异常表现，应当认定为急性缺血性脑卒中，并考虑相应的干预治疗。

卒中的鉴别诊断见下表。

卒中常见类似疾病

疾病性质	相关疾病	
神经系统疾病	**癫性发作伴或不伴Todd麻痹**	脑脓肿
	复杂偏头痛	脑炎
	特发性面神经麻痹	脊髓损伤
	脑肿瘤	脑出血
代谢性疾病	**低血糖**	高钠血症
	全身性感染	高氨血症
	高血糖	尿毒症
	低钠血症	
血管性疾病	动静脉畸形	颅内动脉瘤
	硬脑膜动静脉瘘	
创伤	硬膜下血肿	硬膜外血肿
药物毒物	**药物治疗或药物过量**	

字体加粗的疾病为最为常见的卒中类似疾病
Todd麻痹：癫性发作后局灶性无力

MEDLIVE.CN

急诊处理

紧急的治疗不应该由于胸片、导尿管、心电图等原因而延迟。治疗前经过的时间越长，功能结局越差，这强调了快速做出决策的需要。

「头低位」

降低床头可能通过促进血液流向缺血的脑组织而产生获益，但是禁止用于显著颅内压升高以及可能出现脑疝的患者。

「宽松降压」

仅当血压超过 220/110mmHg 时进行降压治疗，从而为具有受损风险的脑区域提供足够的血液灌注。

「rt-PA」

脑梗死症状发作 3 小时之内的患者，应当考虑对其进行静脉 rt-PA 溶栓治疗。经治医师应仔细斟酌溶栓治疗的风险和收益。

接受溶栓治疗的患者需满足：

- 临床诊断缺血性脑卒中，伴有可衡量的神经功能缺损
- 于近 3 小时内出现症状
- 年龄大于等于 18 岁

如有以下情况，患者不可接受溶栓治疗：

- 过去 3 个月内发生重要卒中事件
- 过去 3 个月内受到重度颅脑损伤
- 重要颅内出血史
- 此前曾有动静脉畸形或颅内动脉瘤破裂
- 中枢神经系统肿瘤
- 过去 7 天在不可压的部位进行过动脉穿刺
- 头 CT 扫描存在出血证据
- 头 CT 扫描显示缺血超过大脑半球的 33%
- 持续性高血压（收缩压≥185mmHg 或舒张压≥110mmHg）
- 急性显著出血的证据（外部或内部）
- 低血糖，即空腹血糖低于 50mg/dL（<2.8mmol/L）
- 血小板减少症（血小板计数<100×10^9/L）
- 显著凝血功能障碍（INR>1.7，PT>15 秒，或 APTT 异常延长）
- 目前正在使用 Xa 因子抑制剂或者直接凝血酶抑制剂

相对禁忌症包括：

- 症状轻微或快速缓解

- 过去 14 天内接受过大型手术或外伤
- 过去 21 天内出现过消化道或泌尿道出血
- 过去 3 个月内发生心肌梗死
- 未破裂颅内动脉瘤
- 卒中发作时出现痫性发作
- 妊娠

如果满足以上条件，则应当静脉给予 rt-PA，剂量为 0.9mg/kg；其中初始推注全部剂量的 10%，剩余的 90%在 1 小时内泵入。

在给予 rt-PA 过程中，患者的血压应当保持低于 185/100mmHg，尽量降低症状性脑出血的风险。

部分患者在卒中发病后 3～4.5 小时仍可获益，包括：

- 患者年龄不超过 80 岁
- 最近未使用口服抗凝剂
- 神经损伤不严重（NIHSS 评分≤25 分）
- 无糖尿病
- 无缺血性脑卒中病史

「血管内治疗」

基于近期的研究，一些患者可以通过动脉内溶栓或机械取栓术进一步获益，这两种治疗均是基于脑血管造影完成，独立于静脉 rt-PA 溶栓。接受治疗的患者应当根据具体情况接受神经科医师和神经介入医师团队的评估。该治疗的时间窗一般可以扩展到卒中发作后 6 小时，在某些情况下（如基底动脉闭塞）甚至可以进一步延长。

「抗血小板」

所有未接受溶栓治疗的脑梗死患者应当立即开始抗血小板治疗，接受溶栓治疗的患者可以在溶栓 24 小时后开始抗血小板治疗。

「普通肝素」

没有证据支持急性缺血性脑卒中患者在大多数情况下接受普通肝素治疗。

「血糖和体温」

血糖和体温的控制对于急性卒中后患者仍然是必要的，可以为损伤的脑组织提供进一步的保护。血糖应控制在 140～180mg/dL 范围之内。

「房颤」

对于由房颤导致的缺血性脑卒中，基于 CHA2DS2-VASC 卒中风险评分和 HAS-BLED 出血风险评分，应当考虑早期抗凝治疗。

一般情况下，在进行了进一步卒中后处理和损伤程度评价后，抗凝治疗可以在第一个 72 小时中断，因为此时缺血性脑卒中的出血转化风险有所上升。通常来讲，在缺血性脑卒中后 72 小时至 2 周之间，恢复全剂量的抗凝治疗。

「血压」和「凝血」——脑出血

将近 15%的卒中是由颅内出血引起的，在出血发作内 6 小时，头 CT 平扫检出出血灶的敏感度为 98.6%。脑出血的常见潜在病因是控制不佳的慢性高血压，导致受损血管或脂质透明变性的血管发生破裂，血液外渗进入脑实质。其他病因相对少见，详见下表。

颅内出血病因

疾病性质	相关疾病	
	高血压	
凝血功能障碍	药物相关（如抗凝、抗血小板药物）	
	特发性血小板减少性紫癜	
	血栓性血小板减少性紫癜	
	弥散性血管内凝血	
血管性疾病	动脉瘤（自发、真菌）	动静脉畸形
	硬脑膜动静脉瘘	海绵状血管畸形
	脑静脉血栓形成	脑皮质静脉血栓形成
肿瘤	原发中枢神经系统肿瘤	转移瘤
自发性	高血压脑出血	脑淀粉样血管病
其它	感染性心内膜炎	缺血性脑卒中
	脑挫伤	弥漫性轴索损伤

急诊处理

脑出血急性期治疗包括控制血压，逆转凝血功能障碍或抗凝，有时需要控制颅内压。基于随机试验的结果，手术在大多数情况下作用不大。

「积极降压」

许多研究都在调查急性脑出血最佳的血压控制目标。最近的数据表明，早期的积极治疗，在第 1 个小时内将收缩压降压目标控制在 140mmHg 以内是安全的，与保守的降压策略相比更能改善患者的功能预后。常用的降压药物应具有快速起效、短效、静脉内应用的特点。需要注意的是，脑出血的降压目标和脑梗死完全不同。

「凝血功能纠正」

在脑出血的情况下，凝血功能异常的逆转应当尽可能快。目前研究已证明华法林的应用是颅内出血扩大强有力的预测因素，可增加患者死亡风险。

目前，迅速逆转抗凝的药物已经不仅限于维生素 K 或新鲜冷冻血浆，凝血酶原复合物和重组凝血因子 VIIa 等药物的应用越发广泛。IV 因子凝血酶原复合物和重组凝血因子 VIIa 显示出比新鲜冰冻血浆更强的效果，不过直接比较这些新型逆转剂的数据仍然有限。

「抗凝逆转」

对于颅内出血患者的急性管理而言，正在使用新型口服抗凝剂（达比加群、阿哌沙班、利伐沙班、依度沙班）的患者，逆转抗凝的形势仍然严峻。相关实验室检查（如 Xa 因子水平）在许多机构不易实施，如果不能及时提供结果，有可能出现急性出血和临床恶化。具体管理策略包括给予新鲜冰冻血浆、凝血酶原复合物，并考虑血液透析。此外，近期关于达比加群逆转剂 idarucizumab 的研究已初具成效。

「警惕颅内高压」

颅内出血有时可能会导致颅内压增高，这种情况应当快速给予治疗。颅内出血患者发生任何精神状态的急性改变，均需要对患者颅内血肿扩大与否进行紧急评估。

责任编辑：kangjing_dr

关注：中国医疗界十大新常态来袭！

链接：http://www.iiyi.com/d-29-234264.html

一、当医生将越来越难：规培之路必不可少！

当医生有多难？临床专业毕业就能当医生的时代正在远去。目前中国每年有超过100万医学毕业生参加执业医师资格考试，而执业资格考试的通过率仅20%左右。

据了解，随着住院医师规范化培训的全面推开，特别是2020年后，即使考过了执业医师资格，大多数医院还要求参加规培并取得规培合格证书。而规培目前每年招生人数还不到10万人，且看不到大规模扩招的趋势。这就是说未来的医生职业将上演更为激烈的千军万马过独木桥的景象，当医生越来越难将成为新常态。

二、社会办医地位越来越高：中国“梅奥”将出现！

如果说社会和医疗界都已经习惯了公立医院才是主流，那接下来必须要面对的是社会办医的崛起。社会办医院目前已经在数量上超过了公立医院，未来越来越多的医护将会到民营医疗机构执业，越来越多患者将选择到民营医院就诊，社会办医将占据越来越多的市场份额，并将为市场提供多元化的医疗服务。

目前越来越多的资本开始进入医疗行业，越来越多的医生开始觉醒并投入到社会办医中，而莆田系的做法必将被市场淘汰，中国社会办医的社会美誉度也必将越来越高，中国将出现一批自己的“梅奥诊所”，和一批伟大的“梅奥医生”。

三、诊所将撑起基层医疗：大量医生将当老板！

在推进分级诊疗制度的建设进程中，有一条规律是绕不过的，就是大多数医疗服务将由基层医生提供，而最好的组织方式可能并不是乡镇卫生院或者社区卫生服务中心，而是医生开的诊所。

医生开诊所，在法理上，类似于天赋人权，放开医生开诊所必然是大势所趋。目前在国家层面已经放开了中医诊所的规划设置障碍，西医诊所放开也将指日可待！届时，会有越来越多的医生成为诊所老板。

四、医生凭阳光收入成为高收入群体：医护劳动将越来越值钱！

深圳罗湖区招聘30万年薪的全科医生，港大深圳医院的顾问医生年薪百万，看

上去很惊人，但事实上，这样的收入在中国一些三甲医院也不罕见，区别在于上述医生的收入是纯阳光的。

而医生获得阳光化的高收入，也将成为医改的必由之路。因此，在取消以药养医、实现医生收入阳光化的大背景下，大幅度提高医护劳务性服务价格将成为必然，诊金不够一碗面钱的时代将一去不复返。

随着社会办医的蓬勃发展，医生在市场上将越来越多地实现自己的价值，必然将倒逼公立医院薪酬体系的改革，优秀的医生在体制内也将能够拿到较高的阳光收入，医生群体的社会地位也将大幅提高。

五、医生多点执业、自由执业势不可挡：“自带流量”医生吃香！

有人说多点执业、自由执业不靠谱。事实上用静止的眼光看问题得出的答案必然是片面的。从发展的眼光应该考虑政策放开的趋势、医生资源寻求更合理配置的趋势，以及在资本涌入下社会办医迅猛发展将给公立医疗体制带来的冲击等重要因素。

中国医生的品牌意识越来越强，不再甘于仅仅依靠医院品牌，正越来越多地利用自媒体、移动医疗平台等渠道树立品牌，“自带流量”的医生多点执业、自由执业或者出走公立医院将成为大概率事件！

六、医生集团将遍地开花：数量或将惊人！

2014 年以来，中国医生集团雨后春笋般的涌现，目前数量已经超过百家，有人认为大多数医生集团将会倒掉；事实上，市场优胜劣汰很正常，医生集团作为一种新的医生执业组织方式，在中国才刚刚开始。中国医生集团数量不是太多了，而是太少了。

事实上成立医生集团不是北上广医生的专利，全国各地的医生都可以抱团成立医生集团多点执业或自由执业。未来的趋势是中国遍地都是医生集团，北京有于莺的全科医生集团，新疆喀什也会有喀什的全科医生集团，可能还不止一两个。医生集团作为一种组合便捷的医生执业组织形式，未来其数量或将惊人。

不仅如此，医生集团还将涌现出巨头，旗下可能不仅仅有数量众多的签约医生，还可能拥有大量医院及连锁诊所等医疗机构。

七、中国医生正在逐步告别编制时代：别了！铁饭碗！

不管你是否留恋，编制对于中国医护来说，都将逐步成为历史，中国公立医院不再按照编制管理已成定局，编制附着的福利也将逐步取消，中国医务人员将告别铁饭碗时代和准公务员身份，纳入社会化的福利保障体系。

失去了编制的束缚，对于医生群体来说，无异于剪掉了一根粗重的锁链，必将促进医生资源的自由流动，并激发医生群体的积极性和创造力。

八、公立医院改制浪潮来袭：要“甩包袱”了！

医改新政大谈公益性和政府应该履行办医投入职责，对于一些公立医院来说，这将是甘露春雨，意味着将获得更多的财政补贴，不再基本靠医院自己挣钱发工资、搞建设；但事实上，这样的定调意味着一些弱小的公立医院必将被地方政府所“抛弃”，因为很多财政紧张的地方政府根本不可能承担起这么多的公立医院投入责任，因此，改制就成为了必由之路。

国家层面的医疗体制改革已明确提出了“社会资本可直接投向资源稀缺及满足多元需求服务领域，多种形式参与公立医院改制重组”，知名卫生学者高解春教授更是预测，公立医院在未来的 5 至 10 年内，将迎来 20 年前国有企业改制那样的体制改革浪潮。

九、计划经济管制将逐步废除：医改文件或雪花飞舞！

医疗界新常态的一个重要背景就是中国经济进入到了新常态，需要大幅调整产业结构，大力发展服务业，而医疗健康服务业可谓首选。

促进医疗健康服务业发展，必然意味着政府的简政放权，将一些计划经济的行政管控手段从医疗领域逐步废除，让市场在医疗资源配置中发挥支配作用。可以预期的是，中国医疗界将进入简政放权，改革文件雪花飞舞般下发的时代。

十、300 万医药流通人员将大量转行！

国家卫计委最新统计数据显示，中国医生的数量已经超过 300 万，而据了解包括医药代表及医药流通企业人员在内总人数也惊人地到达 300 万之众，其中医药代表占比较大。

取消以药养医，医生收入阳光化将成为大势所趋，随着改革的推进，医药灰色利益链条上这个庞大的群体也必将大量失业而转行。

结语：十大新常态即将来袭，让我们期待拭目以待吧！

责任编辑：hehanhan

第一部分——西医

对硫酸镁的重新认识

作者：romantic1227

链接：http://bbs.iiyi.com/thread-1176625-1.html

今年气候格外干燥，门诊中呼吸道疾病患者急剧增多。前几天来了一位女患者，66 岁，平素身体康健，最近受凉劳累后发热好几天，自服感冒药不见好转，才在家人陪同下前来就诊。来时见急性病容，自诉头痛、咳嗽、呼吸困难。查体：T 38.9℃，双肺布满干湿啰音。排除结核、心衰。X 片报告符合临床诊断：支气管炎并肺部感染。患者咳喘较重不能平卧无法入眠。当时给予如下药物静脉输液治疗：

1.0.9%氯化钠注射液 250 毫升+注射用头孢曲松钠 3.0+利巴韦林注射液 0.6；

2.5%葡萄糖注射液 250 毫升+清开灵注射液 30 毫升；

3.5%葡萄糖注射液 100 毫升+沐舒坦注射液 30mg；

4.5%葡萄糖注射液 100 毫升+喘定注射液 0.5+地塞米松注射液 10mg；

三天后患者症状缓解较慢又加了一组：0.9%氯化钠注射液 250 毫升+注射用阿奇霉素 0.5。

再三天肺部体征减轻但喘憋症状仍存在。什么原因呢？患者不存在脱水，没有电解质紊乱，没有用氨茶碱，感染控制也比较好，痰液引流不好也不存在，又不存在气胸、肺不张等，查了一些资料，资料上说，对于重症哮喘经治疗无效可选用一些非常规的疗法：

1.5%葡萄糖注射液 500 毫升+肾上腺素注射液 1mg；

2.25%葡萄糖注射液 250 毫升+25%硫酸镁注射液 10 毫升；

3.5%葡萄糖注射液 500 毫升+酚托拉明注射液 10mg。

当时就选用了硫酸镁那一组，用药当天病人反应就相当好。又用了五天的药，病人痊愈出院。由此我开始注意硫酸镁在呼吸系统的作用：

1.硫酸镁在支气管哮喘中的作用：它具有扩张支气管，降低呼吸道阻力，提高肺活量的作用。

2.在毛细支气管炎中的作用：可以降低支气管平滑肌紧张度，稀释痰液，有利于肺部罗音的吸收，还有减轻粘液水肿和镇静作用。

3.镁在重症肺炎合并心衰、呼衰、脑衰中的作用：因重症肺炎普遍存在钙镁代谢紊乱，故缺镁可使心肌细胞线粒体断裂而致心衰、呼衰、脑衰，所以补充了镁离子就可以阻止这些衰竭的发生。镁还是一种非选择性血管扩张剂，可减慢心率，增加心脑血管流量，改善预后。

4.镁在肺动脉高压中的作用：硫酸镁有扩张肺血管降低肺动脉高压的作用。

借此文我把硫酸镁的作用告示大家，希望同仁们在临床用药中可千万不要忘了这一廉价多用途的好药。

急诊科医生临床经验交流

作者：soo1983

链接：http://bbs.iiyi.com/thread-1768705-1.html

一、56 岁糖尿病、高血压患者。家属代诉：神志模糊，意识不清、肢体乏力 2 小时。家属中有本院医生，考虑脑卒中。一来急诊就要求扫完 CT 后入神经科。主任让龙猫接诊，正当龙猫开好头颅 CT 单和入院卡准备检查时，主任说，不忙，扎个指尖血糖。结果显示 2.2mmol/L。推高糖后，患者神志好转，静脉点滴 5%葡萄糖注射液 500ml 后，神志清，肢体活动可。平扫头颅 CT 后显示正常，收入内分泌科。

二、43 岁男性患者，诉头部伤口肿痛 2 天，全身乏力，腰腹部疼痛，要求入院进行全身检查，急诊来院。在我院外科门诊随诊换药，诊断为头部伤口感染。予换药+口服抗生素+10%葡萄糖注射液 250ml+注射用喜炎平 0.15 静滴。视诊：患者消瘦，总是说口渴想喝水，既往有肺结核、糖尿病史，但患者说已治愈。追问病史，患者自行停降糖药 6 个月。指尖血糖 32mmol/L。考虑糖尿病高渗状态，头部伤口感染。立刻建立静脉通道，按糖尿病高渗状态抢救。

第一瓶补液至关重要，即使是葡萄糖也不能乱用。说实话，龙猫对于有高血压、

糖尿病史，昏迷、神志不清和年龄大于 45 岁（个人经验）的留观患者都指尖测一次血糖。但绝对不能迷信机器，毕竟不是抽血化验，说明书上也说明了血糖高的病人可能有 20%的误差。这 20%的误差对临床诊断用药可能起着决定作用，所以，一定要小心谨慎。今天就遇到一个年轻患者，查了指尖血糖 3.4mmol/L，抽血糖结果为 5.4mmol/L。

三、男，65 岁，因上腹痛 4 天，入消化科。既往有胆囊结石、2 型糖尿病、高血压病史。PE： T38℃，P90 次/分 ，R21 次/分， BP140/93mmHg。心肺听诊无异常发现。右上腹轻压痛无反跳痛，Murphys 征阴性，其余无特殊。ECG：电轴左偏；胸片：右膈上抬，主动脉型心，C/T 约 0.6。诊断：胆囊炎，HBP， 2 型糖尿病。予头孢三代及甲硝唑抗感染、硫酸镁口服利胆等。

入院后第二天晚上，出现呼吸急促、面色苍白。PE：BP150/98mmHg， P140 次/分， R30 次/分。考虑急性左心衰，予速尿、西地兰注射液等处理效果不佳，低氧明显，消化科请我们会诊。

到场后发现患者半坐卧位，呼吸急促，全身皮肤较黄染，但巩膜不黄，皮肤稍干，颈静脉未见怒张。气管居中，未及淋巴结肿大。双肺呼吸音尚清，双侧对称，心率快，尚齐。腹胀以上腹部为明显，右上腹轻压痛无反跳痛，腹肌不紧张。双下肢无浮肿。T 39.1℃。心电监护： P 150 次/分 ，BP150/99mmHg ，R24 次/分,$SO_2$86%。吸氧 4L/min。血白细胞 WBC 16×10^9/L，中性 87%， ART PO_2 7.1KPa， PCO_2 4.3KPa， PH 7.42 ，BE4.6 ，BNP 734 ，CK-MB20， AST30， cTNT 0.02 ，D-2 聚体正常，血 K 3.1， Na 133， ECG 示窦速。

分析：血气提示低氧，1 型呼吸衰常见。1 型呼衰的原因有：急性左心衰、PTE、ARDS。

心衰支持点：中老年男性、较肥胖、有 diabete 及 hypertension X-ray、左心增大。有心衰的基础，但 ECG 无 ST-T 等改变，无冠心病史。本次 BNP 不高，CK 及 CK-MB 稍高，虽然 HR 快但与缺氧、发热有关。心衰不太支持。

PTE 无肿瘤、近期手术后、长期卧床等病史，栓子来源不好明确，ECG 不支持，无 S1Q3T3 及右心压力高的改变，尤其是 D2 小于 500 可基本排除。

ARDS 虽然有胆道感染、血象高的感染病史但作为诱因似乎不太像，并且双肺清，感觉不太支持。

由于患者腹胀明显，3 天无大便今天服用硫酸镁后排过一次大便，量较多，黄褐

色。考虑由于发热及液体补充不足及低 K、 Na 引起肠麻痹导致腹胀。腹胀使膈肌上抬肺膨胀受限引起低氧继发心率快血压高等表现。

腹部情况还是请普外会诊吧。普外医生一听又是服用硫酸镁，他说前两天也是会诊一病人，也是服用硫酸镁后导致腹胀明显，统一分析认为腹部是原因。予禁食、下胃管接负压后吸出较多气体同时与 BIPAP 辅助呼吸后，患者病情好转，SO_2渐渐回升 98%。

总结：1 型呼吸衰除了心肺疾病外还要注意其他系统疾病。硫酸镁尽量不要给。

四、我是神内急诊，这是内科急诊医师给我讲的例子，感觉很好，分享如下：

某日，一 20 多岁农村女患者来诊，其母及未婚夫陪同。主诉是恶心呕吐 1～2 天，查体无特殊体征。反复追问既往病史，其母均否认。查血常规发现三系均高，想给其省点钱当时未查血生化（我院的急诊血生化包括离子血糖肾功），遂收至血液科，血液科医生看过病人直接查了个血生化，血糖接近 40，遂转至内分泌科。后内科医生问其母为何隐瞒病史，其母为其女能够出嫁而当着其女未婚夫的面而隐瞒。

经验教训：

1. 该给病人查的就要查，她拒绝是她的事，有时候好心办坏事。

2. 要时时刻刻想到患者可能会隐瞒病史，不要尽信患者所说。

3. 也是我最想说的一点。该年轻女性为 1 型糖尿病多年，此次已有酮酸表现。我们平时比较注意老年人的糖尿病，尤其是低血糖的问题，探讨很多，在下亦有很多关于低血糖的例子，今不赘述。但我想说对于年轻人，出现呕吐甚至昏迷时是否我们太少想到因 1 型糖尿病导致的高血糖酮症等问题。在下这一年来就曾在我院神内急诊及病房看到两例高糖昏迷患者。一例为 20 岁左右女性，一例为 30 多岁男性，来院之前过去家里根本就不知道患者有糖尿病。

五、患者 73 岁，老年男性，因“阵发性气紧、呼吸困难半天”入院，呼吸困难与体位改变密切相关，一旦改变体位则出现呼气性呼吸困难，极其费力，伴有喘鸣、心悸（心电监护 HR150～170bpm，ECG：窦速）、胸闷，全身大汗淋漓，无胸痛、无咯粉红色泡沫痰。既往有：肺结核病史（20 余年前），慢性咳嗽病史，否认高血压、冠心病、糖尿病病史。

入院查体：T：37℃，BP：180/100mmHg，SaO_2%：80%～90%，全身大汗，双肺可闻及哮鸣音，偶闻及细湿罗音，双侧呼吸音基本对称，心率快，整齐，余无明显特殊。

急查生化、常规、心肌酶等基本正常。

门诊拟“支哮？急性左心衰？”收入，看处理，氨茶碱、西地兰、速尿、雾化吸入激素、支气管扩张剂及静脉激素等都应用了，就是可以“缓解”一会儿，但是只要轻微改变体位就会马上发作，而缓解期血压：150/80mmHg，HR：100～110 次/分。胸片提示：支气管炎样改变，上纵隔稍增宽（考虑血管性）。这时候你是不是想到夹层呢？根据以上可见心衰、心梗基本可以排除。应该是呼吸性因素导致上述表现的。再认真查体，发现患子脖子有点粗，一触诊，典型的捻发感/握雪感，原来是皮下气肿。结合纵隔增宽，就明白了原来是纵隔气肿所致这一系列的改变，再复查胸片，见到颈部典型的皮下气肿改变，CT 可见第 4 胸椎处主支气管壁增厚、变形。

教训就是一定要认真查体，不能放过蛛丝马迹，不能看病人急、重，自己也就急了！

对于呼吸困难的病号一定要想到气胸这一类问题，要细心排除。

本来这个病例处理过程还是比较复杂的，也没有上述描述的那么典型的。是打算发个病例讨论的，但是患者昨天转上级医院了，把资料带走，所以放弃了，在这里当经验教训说一下。

六、女性，40 岁，恶心呕吐乏力 3 天来诊。曾在多家医院就诊，按胃肠炎处理无效。查体无特殊发现。月经史：LMP 为起病前 10 天。既往周期为 40 到 60 天。随口多问了句上一次来潮时间，为起病前 35 天。查尿 HCG 阳性，B 超可见胚囊。转妇产科就诊。这个病人是不孕症患者，结婚多年都没有孩子，好不容易怀上了，可是又用了很多药物。哎！

七、女性，65 岁，突发呼吸困难，端坐呼吸一小时来诊。陪护人员对既往史不了解。患者神志模糊，大汗淋漓，呼吸动度小，血氧饱和度 60%。双肺呼吸音低，几乎不可闻。急查胸片为双侧气胸，转胸外。后见到病人女儿，才知道患者既往分别出现过左右侧气胸。

八、男性，44 岁，腹泻两次伴晕厥 10 分钟来诊。腹泻为黄水样便。步行入院。近两周纳差，曾在外院就诊按消化不良处理。BP： 85/50mmHg，P：70 次/min。腹稍胀，质软，双侧下腹轻压痛且不固定，反跳痛可疑阳性。血常规白细胞升高，HB104g/L。高度怀疑腹腔内出血，床边 B 超显示肝硬化，腹水，可疑血性。腹穿抽出不凝血。腹部 CT 见肝脏巨大占位，仍然看不到出血部位。CT 增强显示肝癌破裂出血。转普外手术。

右侧下段输尿管结石误诊急性阑尾炎一例

作者：溫柔殺手

链接：http://bbs.iiyi.com/thread-1789439-1.html

这是我接诊的一位病人，女，初中学生。凌晨发生腹痛，早上我上班时前来就诊。

主诉：腹部绞痛 3 小时。经询问患者昨夜并未有特殊饮食。

心肺未见异常；腹平软，无腹肌紧张，右下腹麦氏点压痛明显，反跳痛阴性，全腹其余部位无压痛反跳痛，无放射痛；月经史未询问。

这时自己心中认定这是一例普通的急性阑尾炎，就继续询问：“刚开始的疼痛是不是全腹都痛，慢慢的就转变成右下腹痛了”？

患者说：“就是这样子，开始痛得很厉害都不知道是哪里痛，在床上打滚，慢慢的不怎么痛了，然后就是你按的那个地方痛得很”。

我再问：“有没有向尿道部位放射呢”？

患者说“没有”。

因为患者是中学生，平时也比较乖，妇科宫外孕方面没有考虑。

这时自己很绝对的认定这是一例普通的急性阑尾炎，有明显的转移性右下腹痛，于是就开始抗炎输液。

给予 10mg 654-2 患者明显感觉痛感减轻，此后 2 天症状减轻，已经开始上学。

但是第三日，查体发现患者疼痛仍然局限在右下腹麦氏点，但是有轻度的反跳痛，于是告诉患者父母可能保守治疗未必能行，考虑手术吧。

于是患者次日早上去医院诊治，中午时分又回来了，说是诊断为“尿路结石”，已经进行碎石治疗。

我一听原来是自己误诊了。因为我自己曾经得过急性阑尾炎，深有体会，而这例真太符合了。

我说化验尿是不是有血，患者父母说是的。

患者和我很熟悉，开玩笑对我说：“看来你该进修了”。自己惭愧、惭愧……

本地的碎石科是私人在某医院中设立的一个科室，也常来下面诊所做宣传，因为他们的 B 超检查是免费的，这几年也准确的送了几位泌尿系结石的病人去那里碎石，他们每次都说我判断的准确。

因为碎了石，带来碎石科处方：抗菌素一组；另外一组是维生素 K1 注射液 20mg+

维生素 C 注射液 2.0 静滴；还有就是黄体酮注射液和 654-2 注射液肌注。

随后输液，先给维生素 K1 组，没想到刚输上不到 1 分钟，患者立感气憋，脸部涨红。

当时马上认为是维生素 K1 过敏，立即停止输液，换空盐水维持，地塞米松 10mg 入壶，患者很快缓解。随后输液一切顺利。

维生素 K1 静脉用药平时我很少用。很早以前治疗肺炎给小儿用过，遇到过敏一例，因为是入壶所以不确定是哪个药物的问题。后来看书上写过维生素 K1 静脉使用可产生此类不良反应，随后就很少用它作为小儿支气管炎解痉治疗。我们这里的碎石科作为常规，开具维生素 K1 输液，目的主要是起到解痉以及止血的目的。去年还有一位 45 岁的男性泌尿系结石患者碎石后输维生素 K1，产生同样的不良反应，主要表现为气憋、脸部涨红，当时也是以同样方法处理很快缓解。

临床上很多时候就看自己的思路宽不宽，这例由于一开始就坚信是阑尾炎，输尿管结石连想都没想。有一些检查有时候还是很有必要的，这例患者早一些去做个尿常规和腹部 B 超就会及时明确诊断。

腰部急性感染误诊为腰腿痛

作者：linrong

链接：http://bbs.iiyi.com/forum.php?mo ... 374&pid=1172742

1.误诊经过：

患者， 男，39 岁，1 月前无明显诱因出现腰部持续酸胀样疼痛伴发热，对症治疗后好转。20 多天前双下肢出现阵发性酸胀痛伴烧灼感，以右侧腹股沟和大腿外侧为甚，无头痛、头晕、恶心及呕吐，不能行走，左侧卧位疼痛缓解。当地医院检查后予止痛及牵引等治疗无效。患者既往无肝炎、结核史。入院查体后考虑急性感染存在，经抗感染、营养支持及镇痛治疗，疼痛无缓解，体温呈间歇热型。行骨盆 MRI 提示双侧腰大肌脓肿，L5、S1 受累。请骨科会诊后建议行腰椎 CT。结果示：L5、S1 椎体及部分附件破坏伴椎旁脓肿形成，椎管内脓肿形成。再次请普外科、骨科、感染科会诊，考虑各个脏器病变：1.椎管内脓肿、椎体破坏；2.肝功受损；3.肠麻痹；4.泌尿系统

感染。转入骨科行脓肿切开引流术。术中见右侧腰大肌旁、右髂窝部黄色黏稠脓性液体，总量约 1000ml。病理检查示慢性炎症伴坏死，抗酸染色（－）。手术治疗后患者好转出院。

讨论：慢性疼痛影响患者生活质量，而急性疼痛则关系到患者的最佳治疗时期甚至生命。对急性疼痛最重要的不是止痛，而是对伤害的性质、程度和危险性进行评估，做出正确诊断，然后决定治疗方法。

2. 误诊自剖：

①患者有腰腿痛，院外平片示骨质增生，干扰了诊断。但患者有急性感染症状和体征，临床上以腰腿痛为主，还应与骨质增生和腰椎间盘突出相鉴别。

②平片检查很重要，但不能做出早期诊断。 CT 检查可清晰显示病灶部位，即使是小型椎旁脓肿也可发现，对腰大肌脓肿有独特诊断价值。MRI 对软组织病变分辨率较高，具有早期诊断价值，但费用太高。本例患者从发病到入院治疗都未行腰椎正侧位片检查，若先行腰椎 X 线，再行 CT，可能是最佳影像检查程序。

③由于疼痛涉及学科范围广，病种牵涉身体方位大，很多患者以疼痛为主诉就诊，因此应加强与其他科室的联系。

④明确诊断，不能盲目做有创治疗。

慢性肾功能衰竭误诊分析

作者：修竹临风

链接：http://bbs.iiyi.com/forum.php?mo ... 374&pid=1176523

今天是邻居一位大娘去世半年的日子，我看到她的老伴整日行单影孤，心里就很不是滋味，老人原不应该那么早去世的。这也是我见过的一个误诊病例，希望对大家有所帮助。

误诊经过：患者，女，63 岁，主诉浑身乏力 2 年多，厌食 6 个月，浮肿 1 个月，呼吸困难 1 周。患者自 2 年前开始，无明显诱因出现全身乏力。去医院检查诊断为贫血，给予补血药口服后稍有缓解，没有继续治疗。6 个月前出现厌食，食欲明显减退。又到医院做了胃镜检查，诊断为慢性萎缩性胃炎。回家后口服中药，间断治疗，停药后即出现食欲下降。1 个月前患者开始出现双下肢浮肿，为凹陷性，休息后可减轻，

但进行性加重。1 周前出现呼吸困难，以活动后加剧，逐渐加重至不能行走。既往有冠心病病史。发病以来体重没有明显下降（考虑为浮肿所致），食欲减退。查体：精神萎靡，重度贫血貌，全身高度水肿。肺部听诊无异常，心脏听诊心音减弱，肾区无叩击痛。因为患者确诊的疾病很多，一直以为所有症状皆为心脏病和萎缩性胃炎所致，一直采取对症治疗，头痛医头，脚痛医脚，始终也没有进行系统的检查和治疗。记得曾经化验过一到两次尿常规，没有明显的改变，未引起重视。直到一次输液后（患者的一个亲戚据说是懂些医道，不知在哪里弄的氨基酸注射液回家输，因为是邻居，输液后不舒服找我诊治），我看到患者病情很重，急忙要求其转院。送至医院后即收入院，全面检查后确诊为慢性肾功能衰竭，已经到达尿毒症期。因为治疗不及时，加之我们这里的医院条件有限，不能进行透析治疗，患者住院仅 3 天就死亡了。

误诊分析：该患者就住在我的诊所附近，也曾多次找我咨询，我都没有为其进行详细的体检，只是片面地相信医院的诊断，认为患者疾病比较多，所出现的症状是疾病发展的必然趋势，对于慢性肾功能衰竭这一疾病认识也不足，患者的症状体征根本没有向这个方向考虑，可以说是眼看着这个患者一步步走向死亡。这都是知识掌握不牢、对这一常见病缺乏应有的重视所致，也忽视了一些必要的检查。现在由于多种因素，慢性肾功能衰竭这一疾病已经是一种常见病、多发病，应该引起足够的重视。作为一名医生，分析疾病要有整体观念，不能头痛医头，脚痛医脚，只有综合分析，才能减少误诊，让这样的悲剧不再重演。

绿药膏还可以这么用

作者：kkcykk

链接：http://bbs.iiyi.com/forum.php?mo ... peid%26typeid%3D204

绿药膏全名：林可霉素利多卡因凝胶。

成分：林可霉素 5mg，利多卡因 4mg。

辅料：卡波姆，三乙醇胺，乳酸依沙吖啶，甘油，吐温，乙醇，色素，香精，注射用水。

适应症：轻度烫伤、创伤、蚊虫叮咬引起的各种皮肤感染。

规 格：10g：林可霉素 50mg 和利多卡因 40mg。

冬天的时候，我用一支绿药膏加 654-2 针 10mg 加地塞米松注射液 5mg 混合用于轻中度冻伤，效果胜于现成的冻疮药膏。夏天来了，我这个人倍受蚊虫青睐，每次被它们袭击的地方痒的不行，试过 N 种方法也不管用，有效果，也只是管一时的事，不知道什么时候就又痒了，直到抓的皮破血流落下疤痕才行。那天又被小虫子咬了，无意中看到了绿药膏，想了想，里面能加地塞米松注射液，可不可以加扑尔敏呢？止痒效果好，又没有了激素的副作用。对，就这样试试。于是打开一只绿药膏，加了 10mg 扑尔敏针，结果瞬间扑尔敏就变成了白色，吓的我没敢用，放了几天后拿过来看看，没事了，于是就抹在了虫咬的地方。没想到，用药的同时就不痒了（单用绿药膏或扑尔敏效果都不好），而且那些疙瘩都失踪了，只用一次就全好了。接下来的日子，除了蚊虫叮咬的，我又给丘疹性荨麻疹的病人用，同样效果都很好。至于刚混合时出现的白色反应，一小会儿就没了，用了以后也没有任何的副作用。如果爱友有用的着的可以试试，效果真的非常好。

新生儿败血症的早期识别

作者：疏桐漏月

链接：http://bbs.iiyi.com/forum.php?mo ... mp;page=1#pid204633

新生儿败血症是一种严重的细菌感染性疾病。败血症的含义是致病性细菌侵入血循环并在血液中生长繁殖，产生毒素引起的全身性感染。由于新生儿期免疫功能尚不成熟，体内的屏障功能尚不完善，细菌容易在全身扩散，当细菌通过血脑屏障进入中枢神经系统时，则可引起化脓性脑膜炎，使病情加重、凶险。但新生儿患败血症时，临床症状不像较大儿童有典型表现，一些败血症的特征表现不出来，特别是早期因症状无特异性而易被家长忽视，没有及时送医院，被延误治疗；即使早期到医院就诊，由于败血症的明确诊断要抽血做血培养，所需时间较长，早期的非特异性表现使医生的诊断也较为困难。因此，早期识别新生儿败血症的危险症状和体征对于让孩子能及

时就诊及得到诊治十分重要。

尽管新生儿败血症的表现缺乏特异性，但它们是新生儿的一些异常表现，要早期发现败血症，就需要注意观察孩子的异常表现，我们将新生儿败血症的危险症状归纳为“三少”、“二不”、“一低下”。

“三少”即少吃、少哭、少动。少吃是指新生儿吃奶明显减少或吸吮无力。母亲发现孩子吃奶不像以前吃奶那么迫切、那么有力，吃奶时间不足以前的一半时间长，吃牛奶的孩子吃奶量比平时减少了一半以上。少哭是指新生儿哭的次数减少或哭声低微。正常新生儿在尿湿后、饥饿时等不适情况下都会哭闹，而且哭声响亮。而败血症的孩子常不哭闹，或只哭几声就不哭了，而且哭声低微。有人把它形容为“猫叫”的低微哭声。少动是指新生儿四肢活动减少，或全身软弱。正常新生儿屈肌张力高，表现为四肢屈曲，你将手指放在他的手心，他会紧紧抓住你的手指，而且四肢能自主出现活动。败血症的孩子四肢及全身软弱，你将他的上肢抬起后放下，他的上肢不是表现为屈曲明显的反应，而是会掉落下来，也不会抓紧你的手指，而且四肢很少活动。

“二不”即体温不升及体重不增。体温不升是指新生儿测体温时在 35.5℃以下。平时小儿手足温暖，败血症时小儿手足发冷。体重不增是指新生儿出生后因败血症使体重没有正常增长。正常新生儿出生后有生理性体重下降，但下降的时间在生后 3-4 天最明显，下降的幅度不超过出生体重的 10%，以后逐渐恢复，在生后 7-10 天恢复到出生体重，以后小儿每天体重增加约 50 克，满月时体重增长在 750 克以上。而败血症的新生儿，生理性体重下降超过正常范围，在体重增长期体重不增加。

“一低下”即反应能力低下，或精神萎靡。正常新生儿在受到刺激时可做出适当反应，如微笑、注视、惊醒等，而败血症的小儿则表现为反应能力低下，昏昏欲睡，精神差。

除以上危险症状外，新生儿败血症可出现危险体征——黄疸。黄疸的特点是在正常生理性黄疸应该逐步消退时反而加剧，或黄疸消退后又出现黄疸。新生儿败血症并发黄疸是一个常见表现，甚至可能是唯一表现。因此当出现上述情况时应怀疑败血症存在的可能。

此外，败血症的小儿可有局部感染灶，如皮肤脓疱疮或疖肿，或脐部有脓性分泌物等，败血症的致病菌正是从这些病灶进入血液的。有这些感染病灶容易引起父母的注意，也有助于败血症的诊断。但有许多新生儿败血症没有感染病灶，如羊膜早破、

羊水污染，细菌经血或羊水感染胎儿；出生时由于产程延长使新生儿在产道受到感染等。由于缺乏科学知识，对小儿挑“马牙”、割“螳螂嘴”，使口腔黏膜损伤，致病菌从损伤处侵入血液引起败血症。

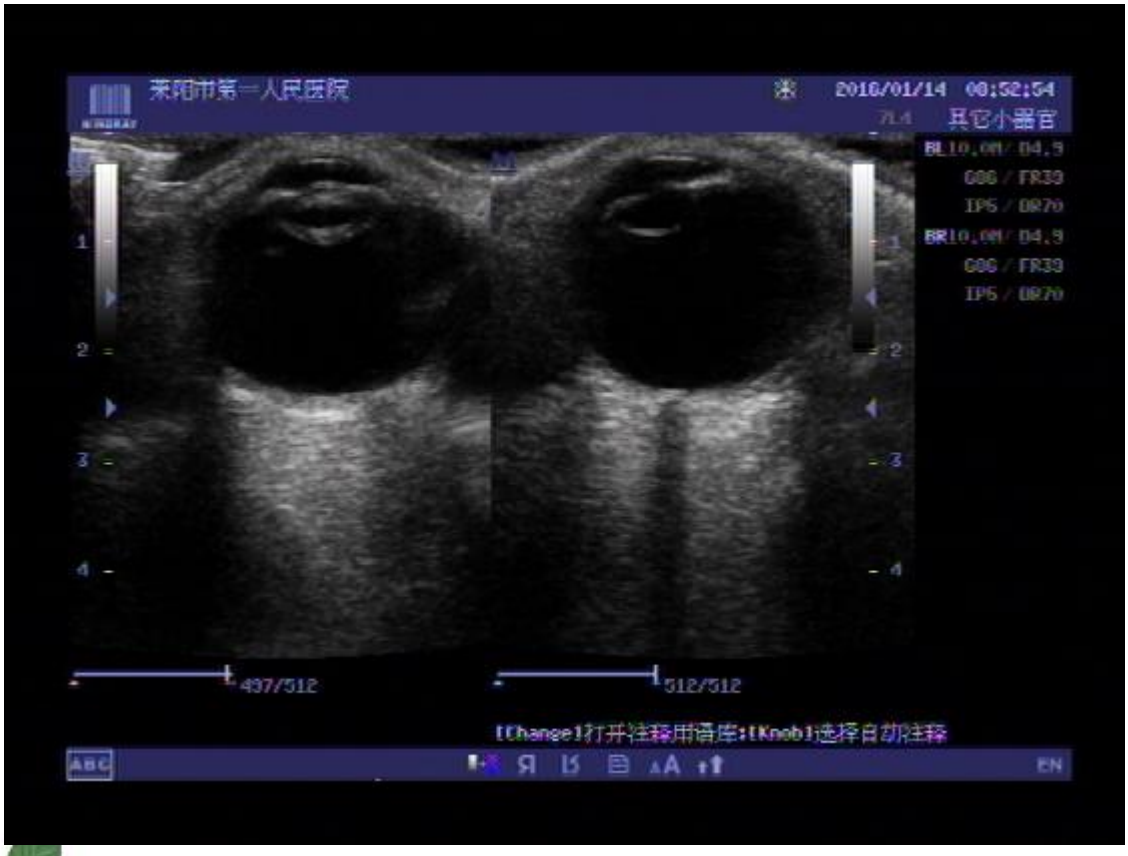
因此，新生儿败血症的预防要重视孕期保健，实行住院分娩，掌握科学育儿知识，做到防患于未然。

超声入门贴 461——老年性白内障

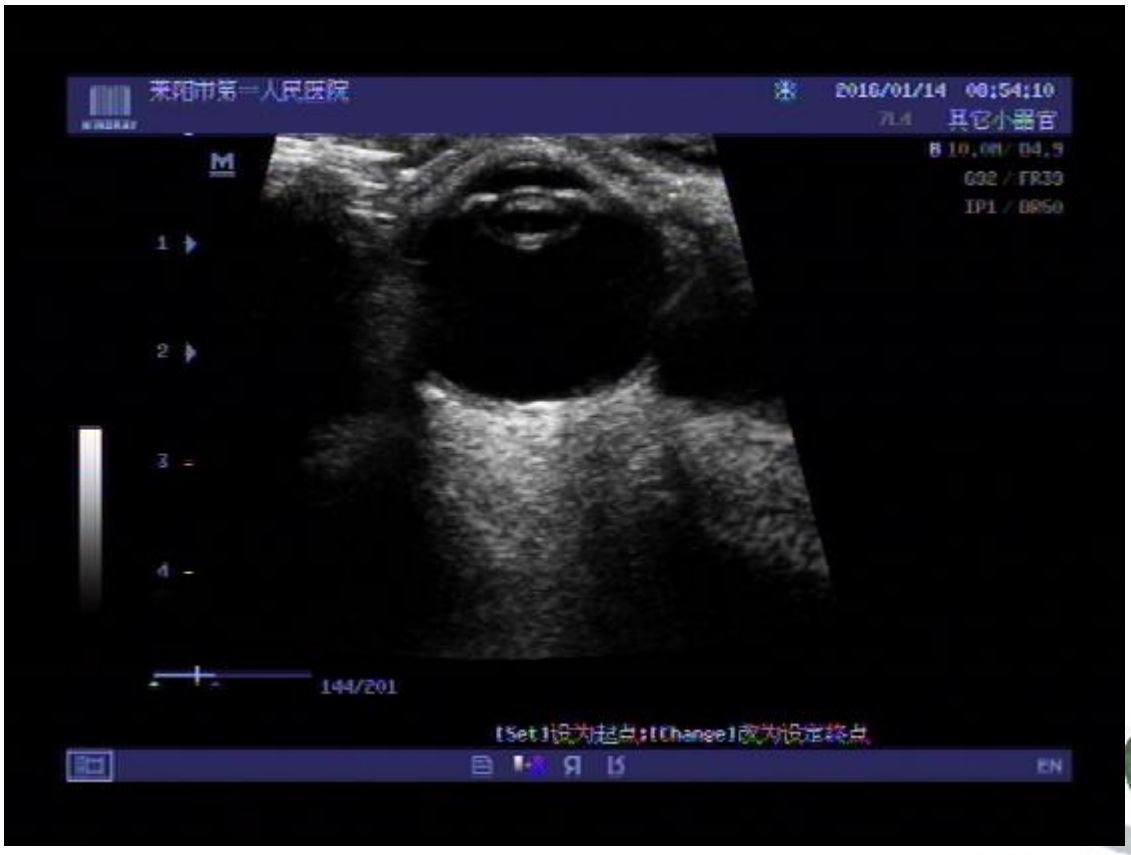
作者：songjunrui

链接：http://bbs.iiyi.com/thread-2706403-1.html

例一：男，51 岁。



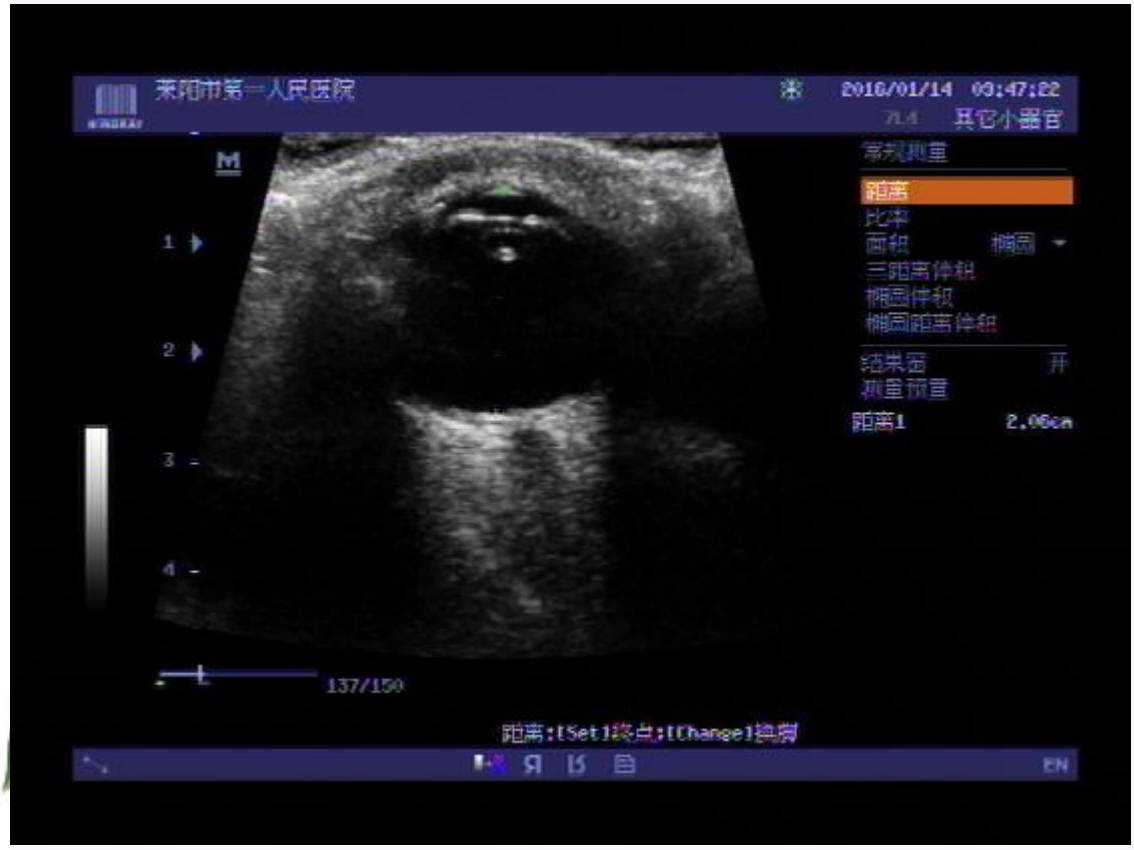
茶陵市第一人民医院
2016/01/14 00:54:15
其它小器官
M
1
2
3
4
54/64
[Set]设为起点;[Change]改为设定终点
EN


茶陵市第一人民医院
2016/01/14 00:54:10
其它小器官
M
1
2
3
4
144/201
[Set]设为起点;[Change]改为设定终点
EN

例

二：女 69 岁。

莱阳市第一人民医院
2016/01/14 03:40:03
其它小器官
M
1
2
3
4
465/512
[Set]设为起点;[Change]改为设定终点
EN


莱阳市第一人民医院
2016/01/14 03:47:22
其它小器官
M
常规测量
距离
比率
面积
椭圆
三距离伸积
椭圆伸积
椭圆距离伸积
结果页
开
测量前置
距离1
2.06cm
1
2
3
4
137/150
距离:[Set]终点;[Change]换房
EN

一例头孢曲松导致的过敏性休克抢救全过程

作者：学无止境 98 号

链接：http://bbs.iiyi.com/thread-1815358-1.html

临近中午，患者赵某，因泌尿系感染来我卫生室输液（是我的固定病人）。我给予头孢曲松输液，针扎上以后，估计没有 5 分钟，就听到患者喊我，说自己不舒服，我过去后患者说自己舌头麻，我随口问还有其他不舒服吗？患者沉默 10 秒左右答：难受，憋得慌。其实我已经感觉到不妙了，就眼看着患者出现面色苍白、出汗、口唇变白。“过敏性休克”的诊断闪出脑海。边想边动手，我立即跑步到药房，拿空糖换下头孢曲松，管中的残药排除。皮下注射肾上腺素注射液 0.5mg，地塞米松注射液 10mg 入壶，喘定注射液 0.25 入壶。并去枕平卧，听诊心音微弱，几乎听不清，嘱我老婆（是护士）测血压，测不到。马上嘱肾上腺素注射液 1mg 静推，地塞米松注射液 10mg 入壶，扑尔敏注射液 15mg 肌注。听诊心音稍好转，但肺部出现哮鸣音，小便失禁。

测血压仍是测不到。嘱肾上腺素注射液 1mg 静推，地塞米松注射液 10mg 入壶均是快速静滴。患者出现恶心，随即维生素 B_6 注射液 100mg 入壶，654-2 注射液 5mg 入壶，听诊心音增强，约 110 次/分。哮鸣音减少，血压回升，150/100mmHg。约 3 分钟，患者全身皮肤出现荨麻疹。听诊心音较前减弱、减慢，肺部仍有少量哮鸣音，血压下降至 60/40mmHg，嘱肾上腺素注射液 0.5mg 静推，配 0.9%氯化钠 500 毫升+10%氯化钾注射液 10ml+地塞米松注射液 10mg+碳酸氢钠注射液 20ml，换掉空糖，入壶 654-2 注射液 5mg。听诊心跳有力，心率约 120 次/分，血压 140/100mmHg。估计有 2 分钟，再次测血压 70/60mmHg，考虑血压不稳定，嘱 5%葡萄糖 500 毫升加肾上腺素注射液 2mg，在患者左足部再建一条液路，15 滴/分维持静滴，此时患者出现心慌，听诊心跳有力，加快，肺部哮鸣音消失，嘱肾上腺素一组减至 6—7 滴/分，监测血压 100/70mmHg，连续监测几次均稳定正常。此时荨麻疹也已经消失。心里才稍稍放松。

考虑患者后期情况，所以打“120”转院。两个液路维持护送到医院，抬到病床，患者除全身无力外，其余基本恢复正常，能说能笑。

患者自诉出现全身麻木，考虑缺血缺氧导致，医院也未做处理。测血压 110/70mmHg，肾上腺素组拔掉，生理盐水组已输完，接了一组参麦注射液静滴。

整个过程虽然血压消失，小便失禁，但患者一直处于清醒状态，期间一直和患者说话，恐其出现昏迷。抢救的时候也没有明显的时间观念，全靠患者的生命体征说话，一心只想把患者救回来，不然全都完了！都说发现患者出现休克症状时先明确生命体征，再紧急处理感觉有点不切实际。此时患者已不能配合，如测血压等浪费时间，等你测完，患者也就完了。所以当机立断，立即抢救。第一轮的药上去之后，再紧急测血压，观察生命体征（主要是测血压耽误时间）。

常在河边走，没有不湿鞋！什么时候也不能放松警惕。到现在想起来，还心有余悸。

此次抢救病例的经验总结：

1．任何时候也不能大意，不能因为“是老病人经常使用而不做皮试掉以轻心”。

2．输液患者尽量在诊所进行，以防突发情况，并能得到及时准确的处理。

3．虽然抢救成功，但弊端还是不少。其中，也是最重要的一点，肾上腺素的用量较大，自认为最后一次静推肾上腺素时就应该停止应用，果断开辟第二条静脉通路，静滴多巴胺或和阿拉明，这样更有保障，更安全。

但当时上述药物均没有，只好临时缓慢静滴肾上腺素了。爱友们可不要学我。好后怕的！！

4．除肾上腺素外，多巴胺、阿拉明等升压药，急救药必备。防患于未然。

5．激素应用稍显不足，抢救过敏性休克最重要的除了肾上腺素，就是激素，所以首剂应给予大剂量静滴。

6．吸氧的问题，有条件的基层卫生室、诊所也应该备上氧气瓶等吸氧设施。

7．沉着、冷静、不要慌张。（说不慌张是假的，不过尽量控制自己，不要自乱阵脚）密切观察病人的生命体征。

总结的不到位的地方，还望大家多多指正。

心电图读图 60 期

作者：nikkive

链接：http://bbs.iiyi.com/thread-3246223-1.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。

二等奖：奖励积分 1 个。

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。

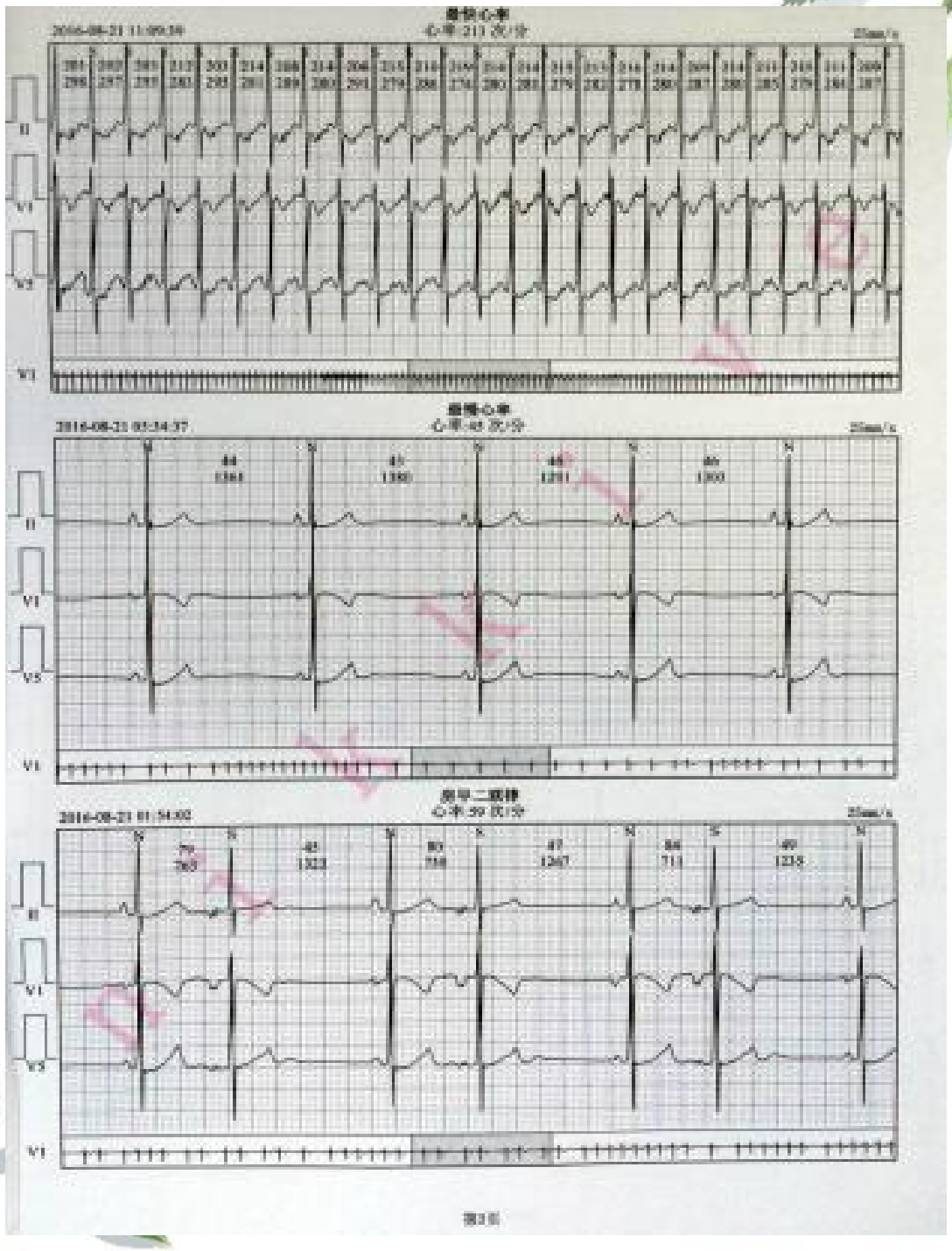
1、【心电图诊断】

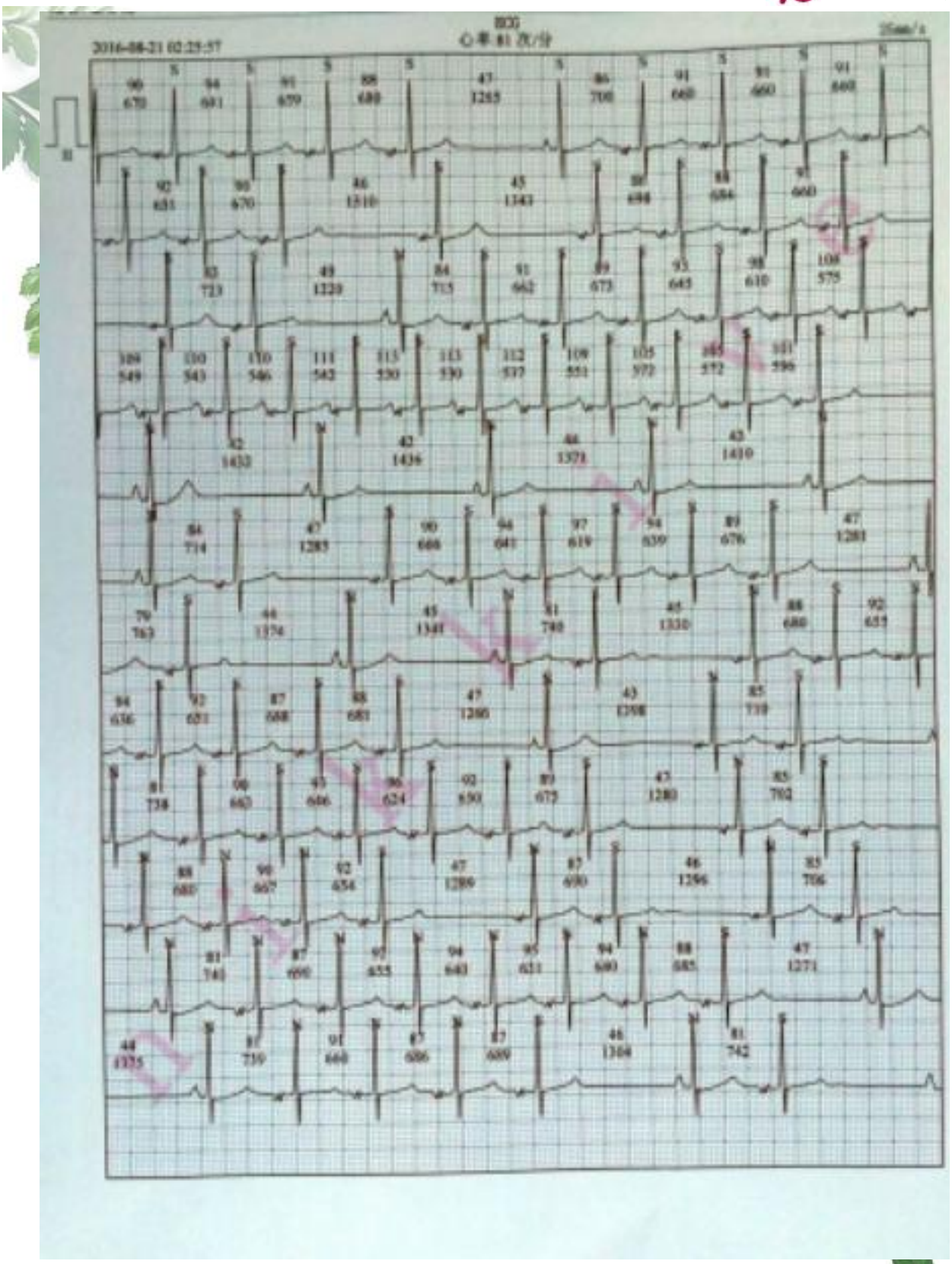
2、【心电图诊断依据】

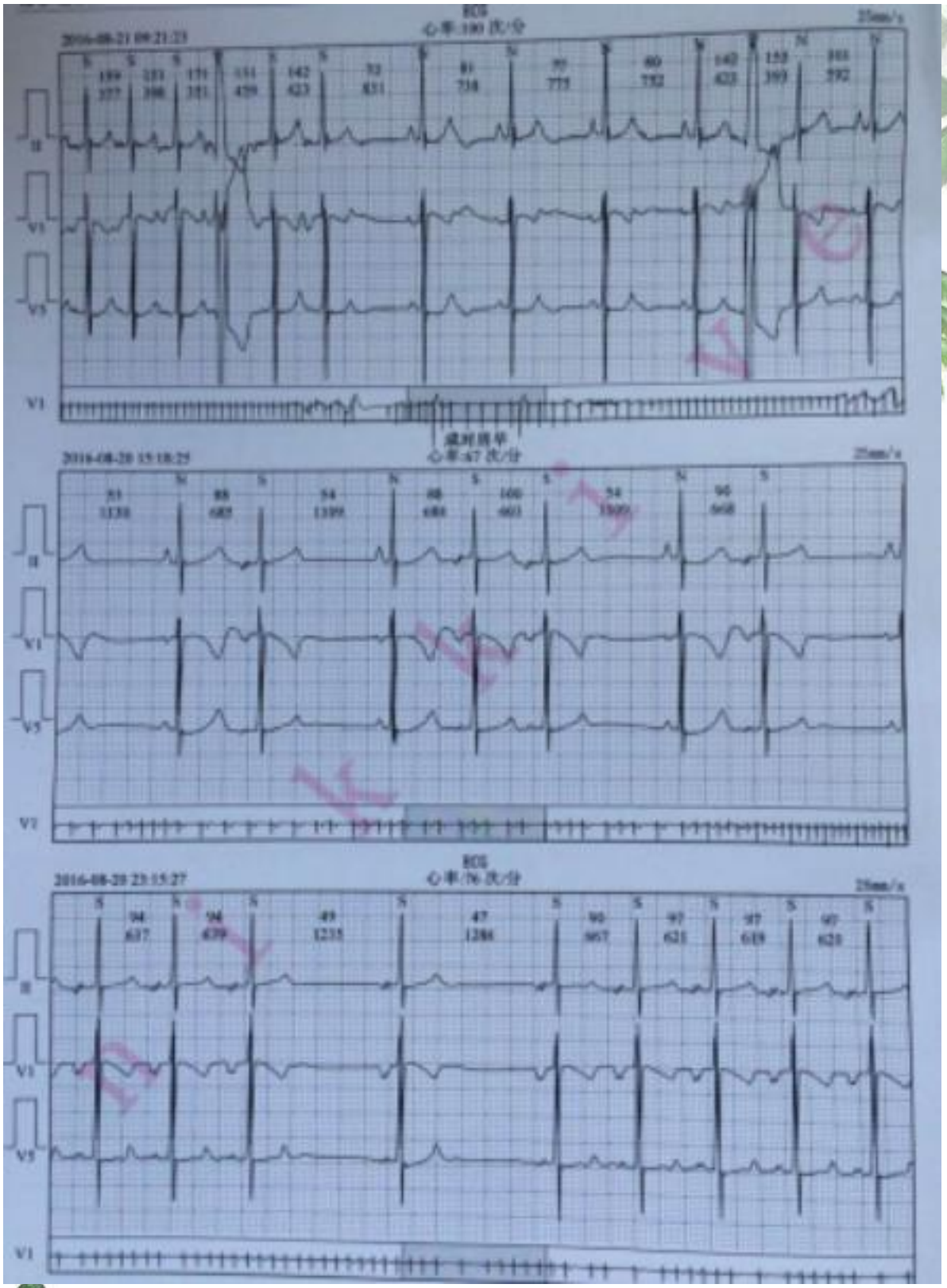
3、【鉴别诊断】

4、【临床意义】

患儿，女，10 岁。因心律失常入院。动态心电图片段如下，请结合心电图分析并画出梯形图（任选一张或全部）。




ECG
心率 81 次/分
2016-08-21 02:25:57
25mm/s
II


II
V1
V5
V1
II
V1
V5
V1
II
V1
V5
V1

责任编辑：寒冰

编辑：刘延红大夫

第二部分——中医部分

桂枝加厚朴杏子汤案

作者：yuch_sheng
链接：http://bbs.iiyi.com/thread-2574254-1.html

患儿，5 岁。

主诉中午在学校咳喘不停，无法午睡，老师通知家长接回家。现症气急咳喘不止，少痰，脸色红，低热，纳差，无咽干咽痛，无胸痛。查：舌淡红苔白中厚腻,摸其后背,汗多,家长隔了一条毛巾；微恶风。

因咳喘气急，家长很担心，怕是得了肺炎，问我要不要送医院？我让他暂不急，先吃一付中药看看情况。

分析：按其汗出恶风，为太阳中风证；咳喘,合厚朴杏仁；纳差苔白腻，还有太阴里饮，合半夏厚朴汤。最后选用了桂枝汤合半夏厚朴汤加桔梗杏仁，之所以选用此方，是学习了胡希恕老先生的书得来的经验。

桂枝 6g、白芍 8g、炙甘草 6g、大枣 3 枚、法夏 6g、厚朴 8g、苏梗 10g、茯苓 15g、桔梗 6g、杏仁 6g，一剂，自加生姜 3 片，告知服药后无缓解，就送医院。

晚上回访，小儿咳喘已缓解，能正常安睡，其家长要求继续中药治疗。

按：汗出而喘，常易想到麻杏石甘汤证，但麻黄石甘汤证常见舌苔偏黄，一般汗出而不恶风，与桂枝汤证还是有区别的。

催乳中医有妙方

作者：付济华
链接：http://bbs.iiyi.com/thread-2416225-1.html

产后缺乳可以分为虚证和实证两个类型，虚证是指产后气血亏虚乳汁化源不足，临床可见乳房松软，乳汁稀少，甚至乳汁全无。实证乃是情志不遂肝气郁结，疏泄失司，症见乳房胀痛，乳汁粘稠难出。治疗当审症求因，辨证论治。气血亏虚可用有补益气血功效的通乳丹；肝气郁结则用疏肝解郁的通肝生乳汤。

通乳丹（傅青主女科）

组方：人参 30g、生黄耆 30g、当归 60g、麦冬 15g、木通 0.9g、桔梗 0.9g、七孔猪蹄 2 个。

功效：补益气血，通经下乳；

主治：产后气血亏虚导致的缺乳。

浅解：方中重用人参黄芪益气血，健脾胃，当归以养血，脾胃为后天之本，气血生化之源，脾胃健则可化生气血，冲脉为血海，其气血在下为经水，在上则化为乳汁，然冲脉隶属阳明胃经，所以补脾胃即是补冲脉，冲脉气血充盛则乳汁化源不绝。又以麦冬养胃阴，少少的用一点桔梗引气血上行化为乳汁，又少用木通以通经下乳（木通有毒我用通草代替），七孔猪蹄味美，产妇食之可补益气血又能通经下乳，实为妙用 。全方合用补益气血，引血上行，化为乳汁，通经下乳。乳汁自如泉水，源源不绝也。余常叹傅青主用药之绝，遣方之妙，令我等后学望尘莫及！

典型病例：王 XX，女，36 岁，在我院妇产科产一男婴。产后已十余日，乳汁稀少，请中医科会诊。四诊之后，我便开了通乳汤五付，次日到病房随访（管床医生告诉我说病人已经带药出院了）未果。大概过了两个月后的一天我在中医科坐门诊，来了一个患者说我是王 XX 的亲戚，孩子几个月了奶水不够吃，听王 XX 说吃了你开的中药很管用，她吃了以后奶水一下子就变多……

通肝生乳汤（傅青主女科）

组方：柴胡 3g、白芍 15g、当归 15g、白术 15g、熟地 0.9g、麦冬 15g、通草 3g、远志 3g。

功效：疏肝解郁，通经下乳；

主治：产后情志不遂，肝气郁结所致的缺乳。

浅解：方中柴胡、白芍、当归、白术乃逍遥散去茯苓，其中柴胡、白芍疏肝解郁，当归补血，白术健脾，之所以用白术是因为肝木强则克脾土，是见肝之病知肝传脾，当先实脾。体现了古人上工治未病的智慧。逍遥散之所以去茯苓是因为茯苓淡渗利湿，利湿易伤阴血，所以去之不用。又加远志，安神定志以平肝气，熟地 、麦冬益阴血，因为肝体阴用阳，又主藏血，益阴血即可柔肝。又用通草以通经下乳。诸药合用肝气得疏，脾气得健，乳汁安有不通哉！

典型病例：张 XX，21 岁，产一女儿，其婆婆甚是不悦，与老公争吵后乳汁嘎然而止，乳房胀痛。前来我处就诊。予通肝生乳汤三付，当日乳汁即下。

学习绿衣先生治疗阳痿早泄用药体会

作者：张仲景 197810

链接：http://bbs.iiyi.com/thread-2064630-1.html

绿衣老师学验俱丰，用药独具匠心，笔者拜读其文章，受益匪浅，现就个人学习与体会介绍如下：

一、补气益肾之红参

很多肥胖，体力差伴阳痿早泄患者，多会出现神疲乏力，或勉强房事后出现精神萎靡等气虚阳虚症状，红参可以大补元气，对阳气虚弱的阳痿有效。绿衣先生经常在常规治疗效果不显时加红参，临床效果满意，剂量（种植红参）20～30g。

按语：红参能兴奋垂体-肾上腺皮质系统，提高应激反应能力，增强性腺机能，有促性腺激素作用；并且还可以增强机体抗疲劳能力。

二、补肾填精用枸杞

古云：“离家千里，勿服枸杞”，说明它有强阳道之功，对房劳过度引起的精血不足比较适宜。虽然它的作用很平和，但却很实用。一则，补肾填精以起痿；二则，与补阳药相伍，抵制补阳药之燥烈。其绿衣先生认为用量多在 50g 以上，效果才会明显。

按语：枸杞能提高血睾酮水平，与知母、黄柏、五味子、金樱子配伍应用治疗早泄甚佳。

三、中药伟哥属淫羊藿

对于性欲淡漠的病人，此药为首选，从名字中就可以看出羊食贪合，增强欲望。用于临床，效果的确明显，若符合肾阳不足，其剂量一般 20～50g，此药是治疗肾虚阳痿的最常用药。

按语：淫羊藿能增强下丘脑-垂体-性腺轴及肾上腺皮质轴分泌系统分泌功能，提高应激反应能力。

四、温肾壮阳之阳起石

几年前绿衣老师治疗一位 10 年病史的病人，诸多治疗方法无效，后以此药为主，剂量用至 70g，佐以枸杞防其燥烈，病人于用药第 2 日获得成功房事。取效后减量巩固治疗一些时日，2 年来未复发。中医之密在于量，在此处可见一斑。通常情况，它的剂量只是 15～30g，随病情调节药量。此药过量会引起咽干等，但未发现其他不适。

按语：《神农本草经》云：“阴痿不起，补不足”。临床笔者喜欢重用阳起石（30～60g）用之，常配熟地 25g、山萸 15g、山药 15g、菟丝子 15g、枸杞子 15g、蛇床子 15g、补骨脂 15g、肉苁蓉 15g、锁阳 15g、仙灵脾 30g、巴戟天 15g、蛤蚧 1 只。治疗命门火衰之阳痿，年老体弱或大病后，阳物不举或举而不坚；面色恍白，头晕目眩，耳鸣，精神萎靡，腰膝酸软，小腹发冷，畏寒肢冷，夜尿清长。若阳痿日久者加蜈蚣 2 条；若伴耳鸣早泄者加五味子 10g，远志 15g；若同房心理有压力者加柴胡 10g，刺蒺藜 30g；若畏寒肢冷者加附子 10g，肉桂 10g。

五、解郁通络壮阳的蜈蚣

绿衣老师认为蜈蚣是不用辩证分型的有效药。精神忧郁引起的，它可以疏通肝络以起痿；脉络瘀阻（动脉硬化）引起的，它可以化瘀通脉以起痿；蜈蚣本身也有强壮之功。有一问题顺便提及一下，蜈蚣和枸杞开始时经过几例治疗发现，水煎的效果比吞服的好，原因应该是水煎煮过程中二药中成份二次反应。

按语：这也是笔者治疗阳痿必用药。临床笔者也发现水煎的效果确实比单独吞服蜈蚣好。

六、早泄遗精用滑石

可能有的朋友感觉很奇怪，原因是这样的：早泄和遗精都属于尿窍闭，精窍开，

不兼用利水以开尿窍而仅以涩精之品固精门，很容易越涩越不利，所以在用五味子，桑螵蛸，金樱子等涩药的基础上加一味滑石，取其用涩于利之中，用补于遗之内，此为用药之密。此法还可以有效防止有轻微湿热的病人闭门留寇。

按语：滑石治疗早泄遗精没有心得，望绿衣先生进一步谈谈。

对于阳痿早泄病人，有一部分是因为精神压力等心理因素引起，此情况我一般以疏肝解郁为主，调补肝肾为辅。对于房劳或手淫过度引起的病人，我常用阴阳双补的方法，意在阴中求阳，阳中求阴，视病人脉证而定具体配伍。对于肥胖病人，多属于气虚阳虚，痰湿盛，所以就根据脉证多用补气补阳，化痰利湿为主，对于糖尿病病人和中老年人，其局部动脉硬化，供血不足，此为原因和过程很复杂的肾虚兼脉络瘀阻，治疗当补肾与活血通络并用，如加蜈蚣，地龙等。另外还有湿热下注等。

此外，我为大家推荐几味，临床笔者认为很实用的中药：

1. 白蒺藜：解郁通阳，治疗肝郁阳痿要药。一般用量 30g。

2. 益智仁：固精益阳，治疗阳痿伴遗精要药，古医李时珍十分推崇。一般用量 30～60g。

3. 水蛭粉：化瘀通阳络，治疗血瘀阳痿要药。一般用量 3g。

4. 蛇床子：古云：“欲同房用蛇床”催情壮阳之药。一般用量 20g。

5. 五味子：固精宁神，治疗早泄必用药。一般用量 15g。

六经辨证三种理论的统一

作者：zhangheqifeng

链接：http://bbs.iiyi.com/thread-2704688-1.html

历来对伤寒论六经的解释纷繁复杂，但主要有“六证候群说”、“经络说”、“六气说”，争论不休，事实上此三种主张并非不可统一，且看本人论述如下：

太阳病可看作与心血管系统及泌尿系统（足太阳膀胱、足少阴肾、手少阴心、手太阳小肠）有关的阳性病，侧重点是泌尿系统：肾与膀胱与水液代谢有关，阳性病则心脏功能足够强大，可以积极调整身体抗邪，外在表现就是发热恶寒、脉浮、头痛，发汗用桂枝、麻黄汤、利小便用苓桂剂均与此相联系。

少阴病乃是与心血管系统和泌尿系统有关的阴性病，小肠可提供水谷精微给心脏，与心血管是有联系的，侧重点在心脏，少阴病是心脏功能不能提供足够动力，已经不能够积极抗邪——所谓阳虚的状态，同时因为心脏动力不足阴血及津液也供应不足，所以脉微细，但欲寐。用药主要围绕附子进行配伍。附子汤，真武汤为代表方剂。

太阳寒水说明太阳病乃是感受寒邪的阳性病，并与水液代谢有关；

少阴君火说明少阴病是君火不明的阴性病，与心脏功能衰弱有关；

阳明病是消化系统（足太阴脾、足阳明胃、手阳明大肠）的阳性病，同时与肺有关的温病称为阳明外证（手太阴肺），事实上肺病很难说明确归于阳明还是归于太阳，所以仲景说“阳明病胃家实”，又说“发热不恶寒乃是温病又是阳明外证”。

这里的区别是肺热明显，有烦躁、口渴则归为阳明病，否则按 太阳病处理，阳明病时，身体能够积极组织抗邪，但是病邪既然能够突破外层进入阳明部位，说明病邪之强大，所以此时往往是正盛，邪亦实，结果是发高热，脉洪 大，不断蒸熬体液，以至于影响到身体机能的正常运转，此时必须利用身体强壮的基础，以白虎、承气之类对病邪迎头痛击。

太阴病是消化系统及肺部的阴性病，消化系统机能已经衰弱不足以抗邪，腹满而吐、食不下，自利益甚，都是消化不良的表现。以苍术、干姜之类配伍，其他如理中汤、四逆辈皆同此理。阳明燥金就是阳明病的特点是燥，燥结故胃家实。太阴湿土就是说太阴病的特点是湿，湿重故自利呕吐。

少阳病是三焦水液循环系统（足少阳胆、足厥阴肝、手少阳三焦、手厥阴心包）等的阳性病，侧重在足少阳胆和手少阳三焦；肝藏血，是影响三焦循环系统的重要器官；胆汁也是重要的腺体；三焦是体液循环的通道，心包乃是心脏之外的经脉、络脉，均与三焦体液循环系统有关；往来寒热、心烦喜呕，口苦咽干目眩都是体液循环系统积极活动，增加各种腺体分泌抗邪的表现，小柴胡汤清理循环系统在抗邪中产生的胸腹间结气，同时用人参等增加后续的抗邪动力。

厥阴病乃是三焦水液循环系统的阴性病，厥阴病作为六经病之一，由于伤寒论原文过简，历来争议颇多，前辈大师陆渊雷甚至认为厥阴病根本就不存在，不过是凑数而已。以仲景之严谨，我可实在不敢苟同此看法。我以为厥阴病乃是三焦水液循环系统发生障碍的阴性病，循环系统动力不足而发生瘀滞、这种瘀滞往往造成体内产生的热量不能够有效清除，局部津液、血液供应不足，由此产生发热，所谓阴虚内热的虚

热，应归为厥阴，一方面厥阴属于阴性病，需要姜、附振奋阳气，另一方面，厥阴病由于津血供应不足，容易阴虚而内热，需要清热，所以，厥阴虽然本身属 阴性病，但表现出来却是上热下寒、寒热错杂之象、乌梅丸、麻黄升麻汤这几种厥阴病的用药特点是都用了当归活血，而乌梅丸、麻黄升麻汤都属于寒热错杂，而其热的清除往往用清少阳热的药如黄芩、黄连等，显示厥阴和少阳之间的密切联系。

少阳相火，显示少阳乃是代行少阴君火之位，君火以明，相火以位，相火障碍，经常错位，则往来寒热、三焦水液循环系统紊乱。

厥阴风木，厥阴本寒，风木之气最喜条达，寒重而气窒，风木气於而生火，此厥阴本寒标热之由也。厥阴病，首先是有瘀滞，外在表现为厥、热错杂，厥者气血不达，热者、郁热难散，阴阳不通故呕 哕、厥阴乃是阴性病故下利。

故厥阴病特征乃是消渴、呕哕而下利，如半夏泻心汤呕而肠鸣属厥阴，乌梅丸上吐下利 均属典型方剂。

三阳病都是身体积极抗邪的症状，三阴病是机体无力抗邪，自身出现障碍的症状。

将此三种主要理论熔于一炉而互相并不矛盾，岂非创举乎？

张胜兵老师”中医基础理论讲稿”（节选）

作者：中医鬼谷子

链接：http://bbs.iiyi.com/thread-3238325-1.html

今天讲课，为什么首先发一个完整的中西医结合病例呢？因为作为一个医生，特别是临床医生，主要是像我们大学本科五年，研究生三年，本科五年的最后一年是在医院实习一年，第一件事情就是写完整的住院病历。如果住院病历写不好的话，直接影响到辨证论治、开方、处方、治疗。所以说病历书写相当重要，而且我们这个群里面，有大部分都是医生，自己都有门诊、诊所，只是有的医生偏向于疼痛科，有的偏向于外科不同而已。我们系统地学习中医，肯定要从标准化、全面化、从内外妇儿全面掌握的这样一个出发点来说，我们对大家的要求肯定是严格的，严格到可以书写出标准的中医病历。当然我现在发的病历是标准的中西医结合的，以中医为主的住院病历。这里面有的医生是西医出身，里面的西医部分呢，可能他会觉得很简单，我们大部分人是冲着学中医来的，完全的中西医结合的住院病历我们可以借鉴，目前为止，

暂时先忽略西医的部分，主要看中医的病历部分。那么中医的病历写完整了，才会有辨证论治，才会有对证的处方出来。之所以第一节课就从病历开始，原因很简单，因为我们的主要目的是加强自己的临床技能，首先就是从一个完整的中医病历到辨证论治开药整个过程当中，涉及到了哪些知识，在以后的学习过程当中如何去学习的问题。那就不是简单地从内外妇儿全部讲完，每一个内容后面搞几个方子，甚至给几个秘方给你，让你去行医，那不是学习，那叫投机取巧。真正的学习是从基础开始打牢。

完整的一个住院病历，中西医结合住院病历看完之后，大家接下来看门诊病历。因为门诊病历与住院病历稍有区别，住院病历比门诊病历更要详细一点，但是我们大多数人没有在住院部，基本上我们采用的是门诊病历，这就要求大家用门诊住院格式，最起码要求大家会写门诊病历。那么，门诊病历初诊、复诊都要详细的说明，第一次的话叫初诊。

初诊记录首先是年月日、姓名、性别、年龄、职业，这个是比较常规的，都要写的。主诉，主诉患者就诊时的主要症状或体征，以及它持续的时间，你比方说我们刚才发的病案，就明显是按这个格式写的：胃脘胀痛五年，加重三天，伴恶心。这就是一个标准的主诉。那么病史，病史是指主症发生的时间，病情的发展变化、诊治经过以及重要的既往史、个人史和过敏史。那么我们把体格检查，实验室检查，有的是在医院做了检查的，附在上面就可以了，只做参考，但是作为一个专业的中医，我们还是以自己的望闻问切为标准，比如说体格检查里面包括望闻问切，特别重要的是舌、脉（舌、脉特别重要）。在我们中医诊断学里面，我们会着重讲解望闻问切里面的舌诊和脉诊，因为很多人不会拿脉，或者说不标准，我们会标准地学习。通过病史的采集，望闻问切四诊合参，结合病历学，结合中医诊断学里面的十问歌：问寒热，饮食、睡眠、情志、二便、体重等各方面的情况，女性朋友一定要问经带；月经和白带，对我们的辨证论治和判断她是属于哪些情况的体质，会起到很大的指导作用。有很多朋友是自己开诊所，就有人曾经给我发病案，发了病案让我分析、参考看怎么治疗；中医如何诊断；诊断为什么情况；如何处方；我就说你写一个标准的中医病案过来。因为如果这个病历写的不详细，很容易出现判断的误差，甚至于不同的医生写的病历稍有差别，可以从不同的角度来认识这些疾病，也可以开出不同的方子，这属于同病异治嘛，同样的病历，不同的医生从不同的角度分析就可以得出不同的方药和治则。下面，我们通过这一个门诊病历来学习一下：

刘某，女，21 岁，学生，2005 年 7 月 14 日，初诊。

主诉：胃脘胀痛五年，加重三天，伴恶心。

现病史：患者因住校就餐饥饱不均出现胃脘胀痛，在本地医院经胃镜检查为慢性胃炎，用药不详，疗效不明显。近三天来，胃脘胀痛，饥饿时明显，伴恶心呃逆呕吐，无返酸、腹胀、头晕、纳呆，二便调，睡眠佳。

你看短短的几个字，就已经把十问歌说的差不多了，中医就是语简意赅，2002年胃镜检查显示，慢性浅表性胃炎，返流性食管炎，那么这个是西医的辅助检查，我们可以附在上面，作参考，但它不是我们开药的主要根据，我们开药的主要根据是中医的望闻问切。好，那我们看舌质淡红，苔薄白，脉平缓，这个病历写的很简短，但麻雀虽小，五脏俱全，都已经写得很清楚了，病史写得很清楚，很明白，因为言简意赅，用几个字就替代了，中医诊断为胃脘痛，因为慢性浅表型胃炎也好，其它胃病也好，我们只要他出现了胃脘胀痛这种情况，我们中医的病名叫胃脘痛，证型为胃虚气滞型，治则以补中和胃为大法，方药拟以香砂六君子汤加减。处方：下面的处方就是香砂六君子汤化裁加减而成，党参、白术、茯苓、甘草、陈皮、法夏、砂仁、这个香砂六君子汤，加了焦曲、莱菔子、炒 枳壳、干姜、大腹皮、藿香、谷芽、大枣。

我们看这个简单的病历，就这么短短的，不到一百字的一个初诊门诊病历，看它涉及到多少知识啊，我们诊断为胃脘痛，胃脘痛就是一个病名，以病人感觉最不适的状态诊断为哪一种疾病，就叫胃脘痛，因为我们中医没有慢性浅表型胃炎这个说法，这是西医的说法。证型属于胃虚气滞型，其实这个胃虚气滞啊，胃脘痛胃虚气滞啊，胃气虚，然后壅滞，治以补中和胃，补中，因为胃属于中焦，补中就是指补脾胃的意思，和胃就是和解。

展开来看，首先是我们要搞清楚，脾胃属中焦。而且在中医基础里面就指出来脾胃属土，补脾胃就是补土，五行属土。那么，舌淡红，苔薄白，脉平缓，这是舌脉 ，舌脉里中医诊断学里面的，如果中医诊断学学不好，这个舌脉判断不了，那么就简单几个字就涉及中医基础理论和中医诊断学里面的知识，有的人可能要花几个月，甚至几年时间去学习它。那么有人就问了：胃脘胀痛五年，加重三天，伴恶心。胃脘胀痛为什么是胃虚气滞型，不是脾气壅滞型，不是肝气郁滞型，不是其它 证型呢？大家知道，这个香砂六君丸是一个中成药，很多用香砂六君丸治疗胃病的，但是他就不知道什么情况下用香砂六君丸，其实治疗胃病的还有保和丸、平胃散，很多，玉女煎也是治疗胃病的，那么为什么这个地方就要用香砂六君丸，不用其它的。有一些胃胀的我们还用柴胡疏肝散，为什么这个地方就认为是胃虚气滞型，不是肝气犯胃、肝胃不

和型，不是脾气虚滞型呢？这个就是我们中医基础理论和中医诊断学你学得好不好，能不能判断的问题。你比方说，如果这个胃脘胀痛属于是一个肝气犯胃型，肝气犯胃型它就会两胁胀痛，痛引胃脘，它的疼痛的特点是两胁胀痛，痛引胃脘，而且是内因情志因素而诱发；如 果心情不好的时候就出现胃胀，心情好的时候会好一些，西医诊断也诊断为慢性浅表型胃炎，但是这个时候你就不能用香砂六君子汤加减，应该用什么呢，应该用肝气犯胃的柴胡疏肝散加减，对不对？这样的话，我们方子不一样，同样是胃脘胀痛，为什么有的人用香砂六君子汤，有的人用柴胡疏肝散，原因很简单，就是你是否辨证准确。我只是打了一个很简单的比方而已。通过打这一个简单的比方，大家就会明白，中医是对证下药，不是对病下药。慢性浅表性胃炎，西医大部分用奥美拉唑、兰索拉唑、吗丁啉就是多潘立酮片，用多潘立酮片来治胃胀，不管你是肝气犯胃型，还是胃气虚型，还是脾气虚型，不管你是哪一种证型，统一开多潘立酮片，中医可不是这样，中医出现一个胃脘胀痛的话，要判断它是哪一种证型，不是所有的证型，都用同一种药物，不是说我肚子胀，赶快加木香、大腹皮、枳壳、陈皮，赶快行气，它就不胀了。如果不对症，越用越胀的都有，比如胃气壅滞，脾气虚、或者说气机虚，总的气虚，气虚了之后，导致胃部胀满，气机不能够通畅而导致胀满的，就根本不能这样下药，要用黄芪建中汤，或者以黄芪为君药，来补气而祛胀，才能根本解决问题。所以说西药是对病下药，而中医是对证下药，这里的证就是指胃虚气滞型、脾气虚、或者是气虚壅滞型等，如果体现的是整体的气虚，就用黄芪、人参来益气、补气，使气机得以补充才能奏效，因为由于气虚而致的壅滞，气补上来壅滞才能自然而然就消散；或者由于肝气犯胃而出现的胃胀，疏散了肝气，胃气才能自然而然就疏散。这种情况不治胃病治肝病，因为病因病机是肝气造成的，所以要疏肝气，这个胃病就可以治。

我刚才是举了一个小小的例子，通过胃脘胀痛的这个例子，讲了中医辨证诊治的重要性。中医辨证诊治的基础是什么呢，就是中医基础理论和中医诊断学的灵活运用，如果中医基础理论和中医诊断学没有学好的话，根本无法辨证，根本没有辨证的材料，你根本就不能判断他究竟属于哪一种证型，如果证型都没有判断清楚的话，你就只能瞎开药，看到胃胀就加行气的药，看到胃痛你就加止痛的药，那和西医没什么区别，那根本就不是中医，因为中医的核心是辨证论治。

责任编辑：修竹临风

编辑：宇宙旋风、砭艾、xiwang001han

第三部分——识草药

金银花

别　名：忍冬、银花、二色花、双花。

来　源：忍冬科植物忍冬的干燥花蕾。除黑龙江、内蒙古、宁夏、青海、新疆、海南和西藏无自然生长外，全国各省均有分布。

形　态：半常绿藤本；幼枝红褐色，密被黄褐色。叶纸质，卵形，长 3~9.5 厘米，顶端尖，基部圆，有糙缘毛，上面深绿色，下面淡绿色，小枝上部叶通常两面均密被短糙毛，下部叶常平滑无毛而下面多少带青灰色；叶柄长 4~8 毫米，密被短柔毛。总花梗通常单生于小枝上部叶腋，与叶柄等长，下方者则长达 2~4 厘米，密被短柔后，并夹杂腺毛；苞片大，叶状，卵形，长达 2~3 厘米；小苞片顶端圆形，长约 1 毫米，为萼筒的 1/2~4/5，有短糙毛和腺毛；萼筒长约 2 毫米，萼齿卵状三角形，顶端尖而有长毛，外面和边缘都有密毛；花冠白色，有时基部向阳面呈微红，后变黄色，长 2~6 厘米，唇形，筒稍长于唇瓣，很少近等长，外被多少倒生的开展糙毛和长腺毛，上唇裂片顶端钝形，下唇带状而反曲；雄蕊和花柱均高出花冠。果实圆形，直径 6~7 毫米，熟时蓝黑色，有光泽；种子卵圆形，褐色，长约 3 毫米，中部有 1 凸起的脊，两侧有浅的横沟纹。花期 4~6 月（秋季亦常开花），果熟期 10~11 月。

栽　　培：金银花喜温和湿润气候，喜阳光充足，耐寒、耐旱、耐涝，适宜生长的温度为 20~30℃，对土壤要求不严，耐盐碱。但以土层深厚疏松的腐殖土栽培为宜。

性味功能：性寒，甘。清热解毒，凉散风热。

用　　途：用于痈肿疔疮，喉痹，丹毒，热毒血痢，风热感冒，温病发热。

用法用量：内服 6~15 克。

经验鉴别：金银花头部倒圆锥形，先端平坦，以气芳香，味微苦。以花未开放、色黄白、肥大者为佳。

半边莲

别　名：金菊草、金鸡舌、片花莲、偏莲。

来　源：桔梗科植物半边莲的干燥全草，主产于长江中、下游及以南各省区。印度以东的亚洲其它各国也有分布。

形　态：多年生草本。茎细弱，匍匐，节上生根，分枝直立，高 6~15 厘米，无毛。叶互生，椭圆状披针形，长 8~25 厘米，宽 2~6 厘米，先端急尖，基部圆形，全缘或顶部有明显的锯齿。花通常 1 朵，生分枝的上部叶腋；花梗细，长 1.2~3.5 厘米，基部有长约 1 毫米的小苞片 2 枚、1 枚或者没有；花萼筒倒长锥状，基部渐细而与花梗无明显区分，长 3~5 毫米，裂片披针形，约与萼筒等长，全缘或下部有 1 对小齿；花冠粉红色或白色，长 10~15 毫米，背面裂至基部，喉部以下生白色柔毛，裂片全部平展于下方，呈一个平面，2 侧裂片披针形，较长，中间 3 枚裂片椭圆状披针形，较短；雄蕊长约 8 毫米，花丝中部以上连合，未连合部分的花丝侧面生柔毛，花药管长约 2 毫米。蒴果倒锥状，长约 6 毫米。种子椭圆状，稍扁压，近肉色。花果期 5~10 月。

栽　培：半边莲喜温暖湿润气候，在潮湿的沟边、河滩湿地易生长。怕旱，耐寒，耐涝。以疏松肥沃的粘壤土栽培为宜。

性味功能：味甘、性平。清热解毒，利水消肿。

用　途：主毒蛇咬伤、痈肿疔疮、扁桃体炎、温疹、足癣、跌打损伤、湿热黄疸、阑尾炎、肠炎、肾炎、肝硬化腹水及多种癌症。

用法用量：内服 15~30 克。

经验鉴别：半边莲常缠结成团，根部细小，侧生纤细须根。气微，味微甘而辛。以茎叶色绿、根黄者为佳。

编　　辑：王颖健

责任编辑：金陵一剑

病例讨论

反复发热的患儿

作者：anne 医生

链接：http://bbs.iiyi.com/thread-3232749-1.html

●病历摘要：

一般资料：患者，男，1 岁 8 月，体重 11 千克。

主诉：反复发热 10 天

现病史：患儿于 10 天前无明显诱因出现发热，体温 38.0℃，伴流涕。无咳嗽、喘息，无寒战、抽搐，无嗜睡、惊厥，无呕吐、腹痛、腹泻，无一过性皮疹。在当地给予退热、消炎（具体用药不详）等治疗，体温时高时低，为求进一步诊治来我院，门诊以“发热原因待查”收入院。

患儿自发病以来，精神尚可，食欲正常，二便无异常。

既往史：既往身体健康，无肝炎、结核、麻疹等传染病及其接触史。当地有散发手足口病流行。无外伤、手术、输血史。无药物、食物过敏史。按计划免疫程序接种疫苗。

个人史：患儿系第 3 胎第 3 产，胎龄 37 周 5 天。因其母瘢痕子宫行剖宫产娩出，无窒息抢救史，出生时体重 2.8kg，生后母乳喂养，5 个月添加辅食，生长发育顺序正常，营养、发育、智力同健康同龄儿。患儿居住条件及经济条件一般。

家族史：父母均健康，非近亲婚配，否认家族中遗传病史及传染病史，其母孕期体健，无妊娠合并症。

体格检查：体温：38.1℃；脉搏：109 次/分；呼吸：25 次/分；体重：11Kg。男性患儿，发育正常，营养好，神志清，精神可，查体尚合作。全身皮肤粘膜未见黄染、皮疹及出血点，耳后、颈部、腹股沟等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，鼻翼无扇动。口唇红润，左侧口角可见疱疹，口腔黏膜光滑，咽部充血明显，咽峡部无疱疹、溃疡及白膜形成，双侧扁桃体无肿大，未见脓性分泌物附着。颈软，无抵抗感，气管居中，甲状腺无肿大，无颈静脉充盈怒张。胸廓对称，无畸形，双侧呼吸运动对称，无吸气三凹征，无胸骨后压痛，叩诊清音，双肺呼吸音稍粗，未闻及干湿性啰音，无胸膜摩擦音。心率 109 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，未见胃肠蠕动波，无压痛及反跳痛，肝脾未触及，未触及包块，叩诊鼓音，肠鸣音活跃。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+CRP：WBC:16.50×10^9/L，L:64.50%，N:13.90%，PLT:269×10^9/L，Hb:75g/L；CRP:19.88mg/L。肺炎支原体 IgM 抗体阴性、肠道病毒 71 型 IgM 抗体阴性。尿、粪便常规：（-）。X 线胸片：心、肺（-）。心电图：窦性心动过速。

初步诊断：1.发热原因待查；急性咽峡炎？2.口角炎；3.营养性贫血（中度）。

讨论：

1.患儿发热的原因是什么？下一步如何有针对性地选择其它辅助检查项目？

2.本病例诊断是否恰当？临床遇到患者发热、贫血时，应该注意哪些问题？

3.患儿口角炎的存在说明什么问题？

4.在诊断未明的条件下，请讨论临床处理原则?

●临床讨论：

一草堂：

此案发病是最近吗？患儿贫血，应怀疑血液病；如果是近期发病，应考虑小儿夏季热。依据临床症状中药用：生石膏 30 克，知母 10 克，生地 30 克，玄参 30 克，柴胡 10 克，葛根 10 克，地骨皮 10 克，青蒿 10 克，僵蚕 10 克，升麻 10 克，黄芩 10 克，大黄 6 克，香薷 10 克，淡豆豉 10 克，栀子 10 克，二花 30 克，连翘 15 克，蒲公英 30 克，紫花地丁 20 克，水煎，用头煎药液，分 4 次，从肛门滴入，一天 2 次。

jjmjZy：

1．从症状体征及辅助检查来看初步考虑：感染性疾病。针对性的检查：血液培养、药敏等检查。

2．本例诊断恰当，但也要排除川崎病等其它疾病，如果有贫血症状则要排除急性淋巴细胞性白血病等疾病，可进行骨髓穿刺明确诊断。

3．患儿口角炎考虑为长时间发热引起营养素的代谢消耗增加，维生素缺乏，长时间发热导致免疫力下降，从而引起单纯疱疹。

4．在病因尚未明确之前，一般为对症支持治疗为主，有针对性的应用抗生素，不可滥用抗生素及激素类药物。

病例讨论

小易 2：

1. 从提供的病史、体格检查、相关的辅助检查结果综合考虑，发热原因为“上呼吸道感染”。因为有贫血体征，故下一步检查：咽拭子、血细菌培养+药敏，血红蛋白电泳，骨髓细胞学检查，行心脏彩超检查了解冠脉情况；

2. 第一诊断依据不足。临床上遇到发热病人，应尽量明确诊断，才能对症下药，不能马上使用抗菌素，可先对症处理，完善相关检查，明确诊断。该病人贫血的原因，考虑为营养性贫血，可给予铁剂治疗。

3. 口角烂，发热超过 5 天，1 岁多儿童，抗菌治疗效果不佳，川崎病不能排除。

4. 该病人可适当给予口服阿司匹林片退热，停用抗菌素，加用利巴韦林抗病毒治疗。

anne 医生：

入院后给予哌拉西林他唑巴坦抗感染，小儿氨基酸注射液及脂溶性维生素注射液等对症支持治疗，治疗 3 天，体温仍反复，遂组织科内会诊讨论。

讨论纪要（一）

儿科医师甲：汇报病例及入院后治疗情况（此处内容略）。

儿科医师乙：本例病例特点：①1 岁 8 个月儿童，亚急性起病，除发热外，伴随症状不多；②既往体键，无传染病史，当地有手足口散发病例出现；③查体左口角有疱疹，其它部位未见皮疹的存在，浅表淋巴结无肿大，咽部充血，结膜不充血，扁桃体不大，心肺腹（-），神经系统查体未发现异常；④入院后辅查结果：血象增高，中性分类并不高，CRP 增高；特殊病原体检查初步排除肺炎支原体感染和引起重症手足口病的肠道病毒 71 型病毒感染；⑤入院后给予哌拉西林他唑巴坦抗感染未收到治疗效果，由于患儿在院外治疗情况不详，并不排除使用其它抗生素的可能性。总的来说，患儿有抗生素治疗无效的特点，目前诊断不明，请上级医师会诊，协助指导治疗。

儿科主治医师甲：患儿为学龄前儿童，亚急性起病，发热时间相对较长，一直诊断不清。尽管初步做了一些辅查，但对于本例而言，还是难以诊断。临床上不明热分析病因大致可分为两大类：其一，感染性疾病；另一类为非感染性疾病。本例就目前情况来看，似乎没有其它线索支持诊断为非感染性疾病。由于没有相应的原发病症状与体征，非感染性疾病暂不考虑；本例咽充血以及口角疱疹可提示某些诊断信息，在此提出来供大家分析参考，我本人倾向于感染性疾病。患者一般抗生素治疗无效，仍应考虑除肺炎支原体以外的其它特殊病原体感染的可能。另外，儿童由于身体条件的

特殊性，其它机会菌感染与成人相比较常见，应引起临床注意。本例来源于手足口病流行疫区，虽然引起重症手足口病的肠道病毒 71 型病毒阴性，并不能完全排除非典型手足口病的可能。因为引起手足口病病原很多，比如柯萨奇病毒 16 型也是病因之一。另外，需警惕患儿是否存在免疫缺陷问题。

儿科主治医师乙：不明原因的发热是儿科临床最常见且又非常棘手的问题。病因众多，现将诊断思路从儿科学角度作一浅析：

儿科长期发热未明病例与成人类似，但又有所差异，这与儿童发育特点、免疫条件不成熟以及儿科流行病学资料和临床疾病谱或发病成因有一定的关联。本例临床症状不典型，发热不明，临床提示诊断的线索少，加上基层辅助检查资料限于条件不能开展，检查资料残缺不全，确实给我们临床工作带来困难，组织大家进行讨论的目的在于开拓临床思路。现结合临床资料，重点讨论几个临床诊断方面的问题，供参考：

1.正如以上医师讨论的那样，本例的诊断考虑感染性疾病可能性较大。感染性疾病，疾病谱较广，包括一大类疾病。常见者有细菌、病毒感染以及某些特异性感染；少见者有某些特殊病原体感染、寄生虫病感染等。本例发病于夏季，为蚊虫泛滥季节，由蚊子、老鼠、跳蚤、螨虫等作媒介引起的疾病要重点排除；

2.在非感染性疾病中，某些血液系统疾病，儿科常见的引起发热的肿瘤、血管炎、结缔组织病等是鉴别诊断的重点；

3.药物热必须引起重视，患者入院前治疗不详，一般情况较好，临床症状、体征较少，有药物热发病的基础条件，不能马虎；

4.不明原因发热（FUO)的医学概念及临床相关问题：FUO 在医学上有一个严格概念，临床上动不动以“FUO”下诊断不妥。想借此加以讨论，引起大家重视和注意。

不明原因发热（Fever of Unknown Origin，FUO），广义不明原因发热的概念是指所有的不明原因的发热者，但在临床上还采用发热的狭义概念即 FUO。发热持续 3 周以上，体温在 38.5℃以上，经详细询问病史、体格检查和常规实验室检查仍不能明确诊断者。一般认为，持续 3 周以上的发热一般可以排除自限性病毒感染性疾病，病毒感染虽不易诊断，但发热一般不超过 3 周。

FUO 诊断

①发热病程≥3 周；②体温多次≥38.3℃；③经一周详细的检查仍未明确诊断者，同时需满足以上 2 个条件才能诊断。此概念的优点主要有：①剔除了可确诊的某些病毒感染；②剔除了病因较明确，诊断较容易的短期发热；③剔除了短期内可自愈的原

因不明的发热；④剔除了表现为低热的功能性发热。

将 FUO 分为 4 种亚型—经典型(classic FUO)、院内型(nosocomial FUO)、免疫缺陷型(neutropenic FUO)和 HIV 相关型(HIV associated FUO)。每一亚型均根据症状和体征的差别而制定有不同的诊断标准。

讨论纪要（二）

儿科副主任医师：同意以上各位医师的发言。翻阅患儿的病历资料，有一些蛛丝马迹在诊断中不容忽视：①患儿来源于手足口疫区，这提示可能是 1 例非典型无皮疹病例的可能；②出生月龄小，出生体重偏小，有先天不足因素存在以及病程中口角炎的存在，可能提示患儿免疫功能低下；③咽充血明显，考虑咽峡炎的可能或继发性咽部损害表现；④一般状况好，不支持诊断血液系统、肿瘤等恶性疾病；⑤中度贫血，是儿童常见的营养性缺铁性贫血还是另有原因，需注意观察；⑥血象特点支持感染，似乎不大支持非感染性疾病。据临床研究报告，大多数不明原因发热患儿通过临床必要的辅助检查可以明确病因诊断；其中，感染性疾病、风湿性疾病及肿瘤性疾病是主要病因，故以下疾病需重点考虑：

1.结核病：近年来结核病已成为临床公共卫生问题。儿童结核病，无论原发、继发或血型播散性结核都是以长期发热为主要临床表现，典型者临床上多呈慢性过程。常有低热、乏力等全身症状和咳嗽、咯血等呼吸系统表现，非典型者常易于误诊。但小儿结核病的传染源主要是成人患者，本例无结核密切接触史，而且按程序预防接种，所以结核病可能性不大。

2.急性感染性心内膜炎：患儿有长期发热不退、贫血、一般抗生素治疗无效等特点，要警惕该病的可能性。对患有心瓣膜病，先天性心血管畸形或人造瓣膜置换术的患者，尤其是有瓣膜杂音的患者，临床上反复短期使用抗生素，发热时常反复，应警惕本病的可能。及时进行超声心动图检查，血培养有助于诊断。但本例既往健康，无心脏病史，临床疑似诊断原则是有心脏病作为前提条件。

3.某些病毒性感染病及其相关病:虽然大多数病毒感染性疾病病程多在1周左右。然而，近年来发现某些病毒却不是这样，如 EB 病毒、巨细胞病毒、人类偏肺病毒、冠状病毒、肠道病毒、HIV 等。

①EB 病毒感染与传染性单核细胞增多症：传染性单核细胞增多症是一种单核-巨噬细胞系统急性增生性传染病。该病与 EB 病毒感染有关，多见于学龄前与学龄儿童，病程 2～3 周，常有自限性，预后良好。起病可急可缓，前驱症状隐匿，多数患者有

不同程度的发热，一般波动于 39 度左右，偶有 40 度者。发热持续一周左右，但中毒症状较轻。淋巴结肿大是本病特征之一，故又称“腺热病”。多数患儿出现咽痛，扁桃体肿大，陷窝可见白色渗出，偶可形成假膜。脾肿大常见，部分患者会出现形态不一的皮疹，血白细胞总数正常、升高或减少，1 周末升高，淋巴细胞增多，血涂片中异型淋巴细胞比例≥10%。血清 EB 病毒抗体测定阳性。本例虽然临床症状体征不典型，由于咽部充血明显，发热时间较长，目前不能完全排除，需做 EB 病毒方面检查，协助诊断；

②巨细胞病毒感染和单核细胞增多症样综合征：巨细胞病毒(cytomegalovirus，CMV)正式命名为人疱疹病毒 5 型。所致单核细胞增多症样综合征(mononueleosis-like syndrome)是 CMV 的原发感染，好发于大龄儿童和青年，婴幼儿期也可发生。临床表现为中度或高度发热，平均体温 39.3℃.持续 3～35 日，平均 18 日，有的长达数月。可伴全身不适、肌痛、肝功损害等，全身淋巴结肿大较少见，渗出性咽炎极少多在病程后期，发热 1～2 周后出现典型血象改变，白细胞总数达（10～20）×10^9/L,其中淋巴>50%，异淋>5%。罕见并发症有心肌炎、肺炎、溶血性贫血。本例不能排除，需查 CMV-IgM 抗体协助诊断；

③人类偏肺病毒、冠状病毒感染时多有呼吸道症状，本例无呼吸道症状，暂不考虑；

④疱疹性咽峡炎：是由肠道病毒引起的以急性发热和咽峡部疱疹溃疡为特征的急性传染性咽颊炎。夏、秋两季为高发季节，主要侵犯 1～7 岁小儿。临床以发热、咽痛、咽峡部黏膜小疱疹和浅表溃疡为主要表现，为自限性疾病。一般病程 4～6 日，重者可至 2 周。本例发热已到 10 天以上，未见咽峡部疱疹或溃疡，临床病程不相符，可以排除；

⑤艾滋病：是一种危害性极大的由人类免疫缺陷病毒引起的感染性疾病。本病早期一般无特异症状，特别是婴幼儿因之表现酷似儿科常见病，极易导致临床误诊。本例有长期发热不退，一般抗生素治疗无效，而且病程中有口角炎存在，可能提示患儿免疫功能低下，因此，要详细了解患儿父母的健康状况和患儿父亲职业情况，必要时可作血清学检查排除之；

4.川崎病：这是儿科长程发热经常需要鉴别的疾病之一。以前认识不足经常被误诊，由于近年来重视，诊断水平在上升。其主要症状常见持续性发热 5～11 天或更久（2 周至 1 个月），体温常达 39℃以上，抗生素治疗无效。除发热、咽充血外，还常

病例讨论

有淋巴结非化脓性肿大、结膜充血、口唇干裂、杨梅舌以及一过性皮疹，发热后期指端皮肤膜状脱皮等表现，发热后即陆续出现严重心肌炎或冠脉损害 并发症，本例与之不符，必要时可作心脏彩超加以鉴别；

5.小儿 Still 病：又称幼年型类风湿性关节炎(juvenile rheumatoid arthritis，JRA)。它是以慢性关节炎为特征的一组疾病，本例需与全身型类风湿性关节炎作出鉴别。发热是全身发病型的突出特征，病儿发烧时表现出重病容，热退后玩耍如常，病情呈戏剧性变化。发热可续数周，甚至数月，皮疹是全身型 JRA 另一特征，一般在高热时出现，热退后消失，常于夜间明显，次晨消退，不留痕迹，临床观察不细致容易被忽视，局部加热也可诱发皮疹，多数患儿有关节受累。本例无一过性皮疹和关节炎症状，可以排除；

6.鉴于患儿一般情况良好，翻阅病历中血常规检查资料可知，患儿为小细胞低色素性贫血，考虑营养性缺铁性贫血的可能性比较大，与本次发热可能是一个巧合，也可能是个诱因。营养性缺铁性贫血是由于体内铁缺乏导致血红蛋白合成减少所致，是小儿最常见的一种贫血，以婴幼儿发病率最高，严重危害小儿健康，是我国重点防治的小儿常见病之一。一般起病比较缓慢及隐匿，其临床表现随病情轻重而有不同。血常规检查可发现临床诊断线索，而进一步做血清铁、总铁结合力和转铁蛋白饱和度这三项反映血浆中铁含量的检测，有助于诊断；

7.最后需说明的一点是：患儿目前虽无出血、肝脾淋巴结肿大、胸骨压痛等表现，但由于同时有发热、贫血两大症状存在，不能完全排除血液病的可能，作为鉴别诊断，长期发热患儿骨髓穿刺查骨髓及血涂片检查是必要的。

总之，目前患儿发热原因虽不明朗，但通过本次讨论，有一个检查方向需要提醒医疗组同志们今后注意。特殊病原体感染、血液病应该成为下一步检查和排除的重点，尤其需注意某些病毒感染如 EB 病毒、CMV 感染及其相关疾病的可能性。血液系统疾病因为治疗方法不同，越早明确诊断，及时治疗，对预后越佳。

治疗：目前诊断不清楚，积极完善检查，加强营养，补充铁剂改善贫血，给予抗生素预防感染、对症支持治疗为主，病因明确后，针对病因治疗。

●临床诊断

传染性单核细胞增多症。

科室会诊讨论后，进一步查血 CMVIgM 抗体（-）、CMVIgG 抗体（-）、EBV 抗体 VCA－IgM 为阳性。

●总结

小儿传染性单核细胞增多症是一种单核-巨噬细胞系统急性增生性传染病，主要由 EB 病毒引起的，以侵犯淋巴系统为主的急性感染性疾病。临床表现变化多端，常见有发热、咽峡炎、淋巴结及肝脾肿大等，血中出现大量异常淋巴细胞，血清中可检出 EB 病毒抗体。

症状轻重不一，少年期常比幼年期重，年龄越小越不典型，一般典型症状可在发病一周后完全出现。由于本病全身各脏器都可受累，为数不少的患儿临床症状变化多端，表现多样，易于误诊。

该病诊断标准为：

1.临床症状

至少 3 项以上阳性：①发热；②咽炎、扁桃体炎；③颈部淋巴结肿大（1cm 以上）；④肝脏肿大；⑤脾脏肿大。

2.血象检查

（1）白细胞分类：淋巴细胞占 50%以上或淋巴细胞总数高于 5.0×10^9/L。

（2）异型淋巴细胞：异型淋巴细胞 10%以上或总数高于 1.0×10^9/L。

3.EB 病毒抗体检查

急性期 EBNA 抗体阴性；以下一项为阳性：

（1）VCA-IgM 抗体初期为阳性，以后转阴；

（2）双份血清 VCA-IgG 抗体滴度 4 倍以上升高；

（3）EA 抗体一过性升高；

（4）VCA-IgG 抗体初期阳性。

EBNA 抗体后期阳转。

本病无特效治疗方法，以对症及支持治疗为主。急性期应卧床休息，加强护理，避免发生严重并发症。抗生素无效，若出现继发细菌感染可使用抗生素。高热病人可用退热剂。更昔洛韦、干扰素早期治疗可缓解症状及减少口咽部排毒量，但对 EB 病毒潜伏感染无效，也可应用阿昔洛韦或 EB 病毒特异性免疫球蛋白进行治疗。酌情采用人血丙种球蛋白可改善症状，消除炎症，但一般病例不宜采用。

本病的预后大多良好，病程一般 2～4 周。

病例讨论

心悸、气短、夜间无法平卧 10 余天

作者：修竹临风

链接：http://bbs.iiyi.com/thread-3232826-1.html

●病历摘要：

一般资料：患者，男，45 岁。

主诉：心悸、气短，加重伴夜间无法平卧 10 余天

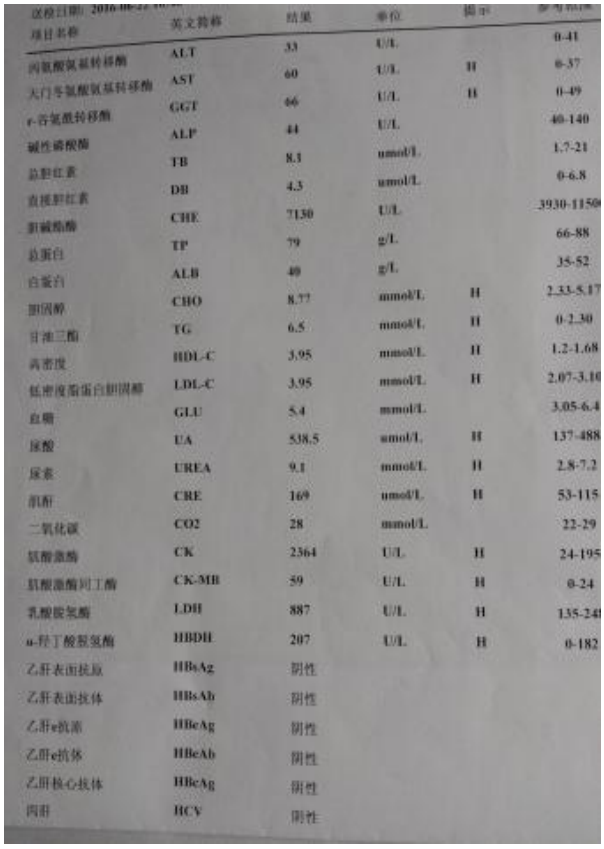
现病史：患者于 10 年前劳累后出现心悸、胸闷、气短，在当地医院就诊，住院治疗好转后出院。以后上述症状间断出现，情绪激动或稍感劳累后即有上述症状出现，症状时轻时重，未予重视。2 年前症状加重，出现下肢水肿，在某医院住院治疗，诊断为冠心病，治疗好转，出院后病情平稳。10 余天前患者生气后再次出现胸闷、心悸及气短，伴双下肢水肿，夜间无法平卧，躺下即感明显喘憋，自行口服药物治疗（具体药名及剂量不详），病情未见明显缓解，遂来我院，门诊以“冠心病”收入院。

病程中患者无寒战、发热，无胸痛、咯血，双下肢水肿明显，无意识障碍及抽搐，体重无变化，食欲、睡眠欠佳，腹胀明显，大便正常，小便减少。

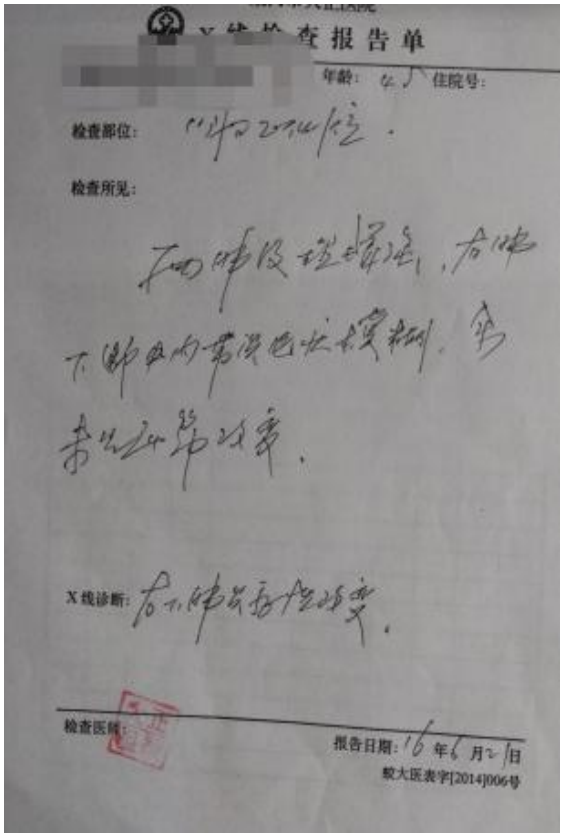
既往史：高血压病史 5 年，最高达 180/110mmHg，平时间断口服药物治疗，血压控制一般。

体格检查：体温：36.2℃；脉搏：68 次/分；呼吸：24 次/分；血压：140/110mmHg。神清语明，端坐体位，查体合作。双眼睑浮肿，口唇发绀。颈软，双肺呼吸音粗，双肺底可闻及较多湿啰音。心界无增大，心音低钝，心律尚规整，心率 68 次/分，各瓣膜听诊区未闻及病理性杂音。腹平软，肝脾肋下未触及，双下肢重度水肿。

辅助检查：尿常规：蛋白（+++）。



项目名称	英文简称	结果	单位	提示	参考值
丙氨酸氨基转移酶	ALT	33	U/L		0-41
天门冬氨酸氨基转移酶	AST	60	U/L	H	0-37
r-谷氨酰转移酶	GGT	66	U/L	H	0-49
碱性磷酸酶	ALP	44	U/L		40-140
总胆红素	TB	8.1	umol/L		1.7-21
直接胆红素	DB	4.3	umol/L		0-6.8
胆碱酯酶	CHE	7130	U/L		3930-11560
总蛋白	TP	79	g/L		66-88
白蛋白	ALB	40	g/L		35-52
胆固醇	CHO	8.77	mmol/L	H	2.33-5.17
甘油三酯	TG	6.5	mmol/L	H	0-2.30
高密度	HDL-C	3.95	mmol/L	H	1.2-1.68
低密度脂蛋白胆固醇	LDL-C	3.95	mmol/L	H	2.07-3.10
血糖	GLU	5.4	mmol/L		3.05-6.4
尿酸	UA	538.5	umol/L	H	137-488
尿素	UREA	9.1	mmol/L	H	2.8-7.2
肌酐	CRE	169	umol/L	H	53-115
二氧化碳	CO2	28	mmol/L		22-29
肌酸激酶	CK	2364	U/L	H	24-195
肌酸激酶同工酶	CK-MB	59	U/L	H	0-24
乳酸脱氢酶	LDH	887	U/L	H	135-245
a-羟丁酸脱氢酶	HBDH	207	U/L	H	0-182
乙肝表面抗原	HBsAg	阴性			
乙肝表面抗体	HBsAb	阴性			
乙肝e抗原	HBeAg	阴性			
乙肝e抗体	HBeAb	阴性			
乙肝核心抗体	HBcAg	阴性			
丙肝	HCV	阴性			



查报告单

年龄: 住院号:

检查部位:

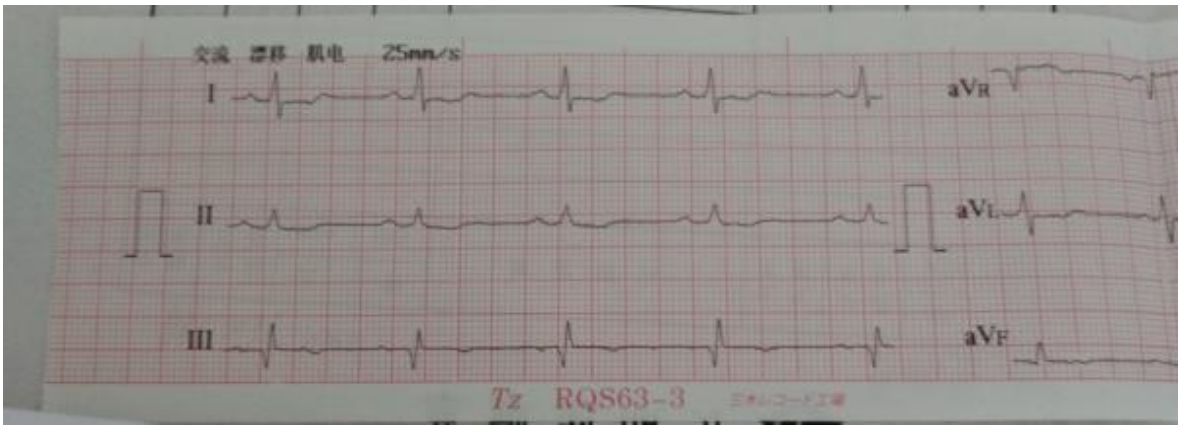
检查所见:

X线诊断:

检查医师:

报告日期: 年 月 日

蚌大医表字[2014]006号



病例讨论

●**初步诊断：**1.冠心病，心功能Ⅳ级；2.高血压病 3 级（很高危）。

讨论：

1.目前患者诊断考虑是什么？

2.和哪些疾病相鉴别？

3.治疗方案？

●**临床讨论：**

一草堂：

根据楼主描述的临床症状，此患者是慢性心衰发作的心性水肿。此病当用生脉饮加葶苈子强心利尿，此理论出自肖俊逸，用当归补血汤的补气养血，真武汤的温阳利水，加丹参的活血，桂枝甘草汤治心下悸，即温心阳。具体处方如下：人参 15 克，五味子 10 克，麦冬 10 克，黄芪 30 克，当归 10 克，葶苈子 10 克，制附子 9 克，白术 10 克，云苓 10 克，桂枝 10 克，丹参 10 克，麦芽 10 克，神曲 10 克，炙甘草 10 克，水煎服。

小易 2：

该病例特点：男，45 岁。反复心衰，血压高，两肺闻及大量湿性啰音，心脏不大，

心音低钝，双下肢凹陷性水肿；血脂高，心肌酶升高，心电图不支持冠心病。综上所述，首先考虑为：限制型心肌病、心功能 4 级。需进一步完善心脏彩超，电解质检查，复查心电图及心肌酶谱。治疗以纠正心衰为主，但洋地黄类药强心药慎用。

anne 医生：

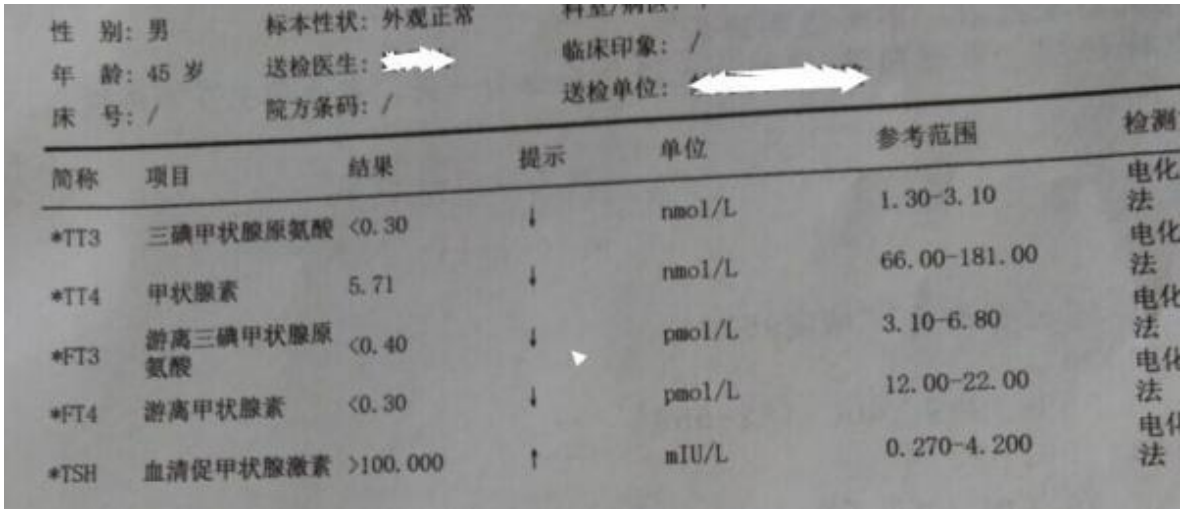
一、本病例特点：1.青年男性，以心血管症状与心衰为主要表现；2.一度诊断为冠心病但无心绞痛史；3.发现血压高 5 年，最高达 180/110mmHg，平时间断口服药物治疗，血压控制一般；4.查体可见端坐体位，双眼睑浮肿，口唇发绀，两肺闻及大量湿性啰音，心脏不大，心音低钝，双下肢凹陷性水肿；5.辅助检查有蛋白尿、高脂血症、高尿酸血症、轻度肝功损害和心肌酶谱异常；X 线提示右下肺炎改变；心电图示 I° AVB，胸导联 R 波递增不良，T 波低平。

二、诊断分析：1.冠心病：近年来冠心病发生向年轻化趋势发展，本例有心衰、高血压和高脂血症等易患因素存在，而且一度被诊断为冠心病，应该予以考虑。但是患者发病时年龄在 35 岁左右，而且无冠心病的心绞痛等表现，高血压是 5 年前才有的，心界不大，似与冠心病不符；可作心脏彩超和冠脉造影加以鉴别。2.限制性心肌病：本例病程与年龄特点符合该病特点。但本例尚有蛋白尿和高脂血症表现，虽然无低蛋白血症，不能完全排除肾病综合征的可能，需进一步查找限制性心肌病的病因，可能用原发性心肌病解释困难。3.淀粉样变性：是由多种原因造成的淀粉样物在体内各脏器细胞间的沉积，致使受累脏器功能逐渐衰竭的一种临床综合征。常累及多系统多器官，其临床表现取决于所累及的器官和受累器官的损伤程度。常受侵犯的器官有肾、心、肝、胃肠、舌、脾、神经系统、皮肤等。本例有心、肾损害表现，不能排除该病可能。需进一步查外周血、血生化、血清蛋白电泳、尿蛋白以及做刚果红试验和心脏彩超，协助诊断。

修竹临风：

入院后给予改善微循环，营养心肌，降低心脏负荷及支持对症治疗。强心使用西地兰，利尿使用速尿，用药三天，病情未见明显缓解，仍无法平卧，无法活动，下肢水肿明显。考虑到患者年轻，什么原因导致如此严重心脏改变？是不是甲状腺功能低下？于是提检甲功五项，结果回报如下，最终明确诊断：甲状腺机能减退症。予以补充甲状腺激素后病情逐渐好转。

病例讨论



性　别：男　　标本性状：外观正常　　临床印象：/
年　龄：45 岁　　送检医生：
床　号：/　　院方条码：/　　送检单位：

简称	项目	结果	提示	单位	参考范围	检测
*TT3	三碘甲状腺原氨酸	<0.30	↓	nmol/L	1.30-3.10	电化法
*TT4	甲状腺素	5.71	↓	nmol/L	66.00-181.00	电化法
*FT3	游离三碘甲状腺原氨酸	<0.40	↓	pmol/L	3.10-6.80	电化法
*FT4	游离甲状腺素	<0.30	↓	pmol/L	12.00-22.00	电化法
*TSH	血清促甲状腺激素	>100.000	↑	mIU/L	0.270-4.200	电化法

●临床诊断：

甲状腺机能减退症。

●总结

临床上将甲状腺机能减退(简称甲减)导致心肌、心包、冠状动脉改变称为甲状腺机能减退性心脏病(简称甲减心)。有报道说 70～80%的甲减病人有心血管改变，其临床表现主要为：心包积液、心功能下降、心绞痛及心电图改变等。无显著特异性，易误诊为其它原因所致的心包积液及冠心病。临床症状常表现为：心率缓慢，心音低弱，心脏呈普遍性扩大，伴有心包积液等。甲状腺机能减退性心脏病的发生是由于甲减时，甲状腺激素不足，引起心肌代谢障碍，许多心肌酶活性受到抑制，心肌对儿茶酚胺敏感性降低或心肌儿茶酚胺受体减少，致使心肌发生非特异性心肌病变和心肌损害，导致心肌收缩力减弱，从而促使甲减性心脏病的发生。甲状腺功能减低时，由于胆固醇代谢减慢，脂质代谢紊乱，患者可出现明显脂代谢紊乱，呈现高胆固醇血症，高甘油三酯血症以及高β-脂蛋白血症，常伴有动脉粥样硬化，构成诱发和加重冠心病的危险因素。并且甲减时，心肌细胞间粘蛋白、粘多糖沉积，心肌张力减退，心肌假性肥大，心肌内毛细血管壁增厚，心肌间质纤维粘液性肿胀，变性坏死，导致心肌收缩力下降，心脏扩大，更加有利于心衰的产生。

甲状腺机能减退性心脏病起病缓慢，临床表现不典型，缺乏特异性，应提高认识，及时进行甲状腺功能检查，早期诊断，早期治疗，减少误诊、漏诊。

责任编辑：yjb5200120

编辑：刘现国

医疗资讯

广东：21 家医院成立华南首个医疗联盟

华南地区首个医疗联盟近日诞生，由中山大学附属第三医院联手广东地区 20 家医院组建而成。据了解，这是广东地区最大的医疗联盟，中山三院院长戎利民介绍，这一医疗联盟中的医院各自的人事、经营均分开，中山三院将为其他医院进行专科的精准帮扶，并建立患者上转和下转的“绿色通道”，实现分级诊疗，而且未来联盟医院之间将在医生端开发使用 APP，实现医疗信息和医疗资源的共享。此外还将继续扩大联盟规模。

北京：首次公开招聘乡村医生

日前北京市卫计委发布最新消息，北京市面向社会公开招聘乡村医生岗位人员。据悉，对于招募到的乡村医生岗位人员，对其提供的服务由政府通过购买服务方式予以补助。2016 年，对绩效考核合格的人员， 基本补助标准为每月 3500 元，其中 60%为承担公共卫生服务的补助、40%为承担基本医疗和使用基本药物的补助。在基本补助之上，山区、半山区的岗位人员补助适当增加。此外，社会保险由政府适当补助。

上海：药品降价再出招 自费药品议价采购

上海阳光医药采购网发布《关于进一步完善本市自费药品直接挂网采购工作的通知》，进一步完善了自费药品直接挂网采购的方式和流程。在新的采购方式中，采购平台公布的价格信息将改成：15 省市中标价格、挂网价或医院供应价信息，供医院议价参考。至于议价方式，各医疗机构根据自身特点和销售使用的情况，可选择药品与企业自主议价。另外，市药事所将定期统计分析比较各医院自费药采购价格情况，对存在价格异常的药品及时提请市物价部门开展调查。

深圳：立法助力社会办医 惩治医闹滋事

深圳近日出台了全国首部地方性医疗综合法规，即《深圳经济特区医疗条例》，针对医闹滋事、社会办医难等社会“痛点”作出了规定。其中规定医疗机构执业场所

是公共场所，任何人不得“实施暴力或者以暴力相威胁、要挟医疗机构”，“或者在医疗机构寻衅滋事”，“聚众闹事、围堵医疗机构，强占或者冲击医疗机构执业场所”，违法者由公安机关依法处理。这意味着一旦有医闹寻衅滋事，公安机关需尽快处理。

南昌：区域人口信息化平台正式上线

近期南昌市区域人口信息化平台正式上线，并在红谷滩新区和青云谱区试点首发居民健康卡，标志着南昌迈向“智慧医疗”的新时代。据了解，今后只要是南昌市常住居民，首先可以免费持有一张由国家卫计委核发的、以身份证为唯一标识的居民健康卡，该卡整合医疗就诊卡、免费接种证、母婴保健证、计生服务卡等各类卡证，是南昌市健康领域的“一卡通”，并将逐步实现全国通用，从而大大改善就医体验。

BMC Neurology：那他珠单抗治疗儿童多发性硬化安全有效

复发型多发性硬化（MS）一线治疗药物包括干扰素-β（INF-β）和醋酸格拉默（GA），但是约 30%的儿童患者对一线药物部分或无反应。那他珠单抗（NA）被批准用于复发型多发性硬化，但是尚无儿童患者大型队列研究及随访数据。来自意大利的 Ghezzi 教授等人就此问题进行了研究，其纳入了意大利 2007 年采用 NA 治疗的 18 岁以下的儿童 MS 病例，共 101 例患者（其中女性 69 例），通过分析后证实 NA 安全、耐受性好且对于大多数患者非常有效。数据支持儿童 MS 使用 NA，而且 NA 治疗期间复发率相对减少。

Respirology：减肥可显著改善慢性阻塞性肺疾病患者健康状况

肥胖是人们健康预后较差的已知危险因素，但与此相矛盾的是，对于慢性阻塞性肺疾病（COPD）而言，肥胖反而能改善患者的生存和肺功能。因此，为明确肥胖的 COPD 患者与体重控制方面的关系，来自澳大利亚的 McDonald 等进行了一项研究，结果显示，对于肥胖的 COPD 患者而言，通过饮食能量限制及抗阻运动训练，可以在保持骨骼肌质量的同时，取得身体质量指数、运动耐力和健康状况等临床指标的显著改善。这一结果为肥胖的 COPD 患者管理指南的发展及其未来研究方向，提供了新的思路。

The Lancet：阿司匹林预防卒中的早期效果更好

阿司匹林可减少 13%的卒中复发风险，因此被推荐用于 TIA 或缺血性卒中的二级

预防。然而，阿司匹林对早期卒中复发的预防获益是否更高呢？为明确这一问题，来自英国的 Rothwell 教授等进行了一项研究，汇集了所有阿司匹林与对照（安慰剂或抗凝药物）相比，用于 TIA 或缺血性卒中二级预防研究的患者数据，结果证实，阿司匹林是最关键的治疗药物，其降低 6 周内卒中复发风险的效果最明显，提示阿司匹林早期获益更高。

Heart：改善睡眠呼吸暂停或可治疗顽固性心绞痛

顽固性心绞痛是指存在客观缺血证据，传统治疗无效又不适合进行介入或手术治疗的反复发作的心绞痛。有研究表明，顽固性心绞痛患者中有 73%合并阻塞性睡眠呼吸暂停，而睡眠呼吸暂停可触发一系列心血管不良效应，因此，阻塞性睡眠呼吸暂停可能在顽固性心绞痛中扮演重要角色。为此，来自巴西的 Geovanini 博士等进行了一项关于阻塞性睡眠呼吸暂停严重程度与顽固性心绞痛患者心肌损伤的研究。结果发现，严重阻塞性睡眠呼吸暂停与顽固性心绞痛夜间心肌损伤呈独立相关，因此，改善睡眠呼吸暂停或是一个治疗顽固性心绞痛的方法。

AJG：二甲双胍能改善胰腺癌患者生存率

糖尿病既是胰腺癌的危险因素，又是其并发症，有研究表明口服降糖药二甲双胍能降低糖尿病患者恶性肿瘤的发生风险并提高其生存率。为了探讨糖尿病患者在确诊胰腺癌之前使用二甲双胍能否改善患者生存，来自美国的 Amin 等进行了一项全国范围的研究，结果表明，在控制合并症、糖尿病严重程度、社会人口学及治疗措施等因素后，与其他降糖药物相比，二甲双胍能延长胰腺癌患者的生存时间，因而，研究人员认为二甲双胍或许可以作为合并糖尿病的胰腺癌患者在化疗过程中的辅助药物。

责任编辑：hehanhan

又是梨花盛开时

作者：李凤山
链接：http://bbs.iiyi.com/thread-3246855-1.html

一

心头常飘动一抹白云。

人们都说，白云可以当成丝绢，书写美丽的故事，我能不能写呢？

故事是有的，却不易写，因为，有些故事，本身就是一首诗。

二

噩梦醒来，眼前是一抹白云。

白的罩衫，白的头巾，白皙的皮肤，泉水般清澈的眼睛。

她立在我的床前，神色有些疲惫，脸上却有一丝宽慰的笑容。

朦胧中我仿佛记得，我叫过，闹过，狂过。我简直不敢相信，病痛中我曾经叱骂踢打过床前这位圣洁如天使般的少女。

好像什么事也不曾发生过，她搬过一张方凳，坐到我的床前，轻声细语地同我说起她的家乡，她的童年，她的会讲许多好听的故事、会剪许多好看的窗花、会做许多好吃的果脯的老外婆。

狂躁的情绪渐渐地平稳了，忐忑的心情渐渐地安定了，我仿佛回到了淮河边上的故乡：一夜东风过后，千树梨花绽开，白了原野，白了河堤，化作满天的白云……

三

眼前飘动一抹白云。

春天美丽。

夏天清凉。

秋天圣洁。

冬天温馨。

每天每天，她像白云一般飘来飘去。是她那轻轻的脚步奏起的乐章，把病友们送入梦境。梦中，我常常看到故乡的梨花，盛开的梨花，化成她甜甜的笑容。三百六十五个日夜之后，我从病榻上站立起来了。

恢复了健康。

恢复了青春。

恢复了潇洒。

恢复了英俊。

我用饱蘸情感的语言，给她写了一封发自肺腑的信。

四

远远地飘来一抹白云。

是她来了。

出院那天，该她休班，她竟然大老远地赶来为我送行，还送我一个扎着缎带的印花笔记本。

打开笔记，扉页上题了一行娟秀的文字：祝贺你的康复，祝愿你有一个远大的前程。笔记本里夹着她一张便装照片，少了几分圣洁，多了几分温情，她的怀里抱着可爱的女儿，身旁是一位幸福的先生。

合上笔记，我们相视着笑了。

笑虽无言，却充满理解，充分慰藉，充分信任。

五

每当梨花盛开的季节，我便想起她天使般的笑容。

白云连着梨花。

梨花开进白云。

美丽，清凉，圣洁，温馨……

您把爱给了谁？

作者：sophiajiao
链接：http://bbs.iiyi.com/thread-3233885-1.html

看了昨天的《社会与法》栏目，女儿离奇失踪背后的真相让人不寒而栗，以至于从昨晚到今天心情一直很沉重，不愿多说话，稍提及就哽咽。

事情是这样的。

故事发生在江西，6 岁女儿小雨从小跟奶奶一起长大，所以跟妈妈不是太亲密，一年跟妈妈能见一两次面，感情不深，跟奶奶却无话不谈。婆媳关系的紧张致使他们不得不从老家搬出来租房子住，孩子也便随了父母身边。但是，这便是悲剧的开始。妈妈每天都会偷偷打小雨，以各种借口，爸爸以为是对孩子的教育，便没有干涉，谁知妈妈变本加厉，最严重的一次，将小雨的胳膊打骨折了，还是邻居发现的，房东看不下去就不愿再把房子租给他们，辗转多次搬家，她把心头的怨恨一点点埋藏在心底。恰好搬家前的几天跟婆婆吵了架，孩子不喜欢妈妈的对待自己的方式，吵着要找奶奶，妈妈索性将对婆婆的所有怨恨都转嫁到了小雨的身上，一次次的被打伤，却从不敢跟别人讲。爸爸曾警告过妈妈，叫她停手，不要打孩子，但是她并没有就此收手，小雨的耳朵还是被妈妈扯破了，爸爸的心疼再也不能隐忍妈妈的无休止，他踹了妈妈一脚，而她的毒种埋得更深，她觉得所有人都不喜欢她，连女儿都不喜欢她。

最后，小雨不幸落水溺亡了。警察接到报案时不敢相信妈妈陈述事情经过时的淡定，便从妈妈开始，真相一点点浮出水面，事实并不像妈妈报案时说的那样，孩子是走丢的或者被人拐走了，在亲人的一再逼问下，她承认说，是带孩子出去玩的过程中，她追儿子的时候没有顾得上姐姐小雨，不慎掉进了河里，但她发现后并没有呼救，警方再一次质疑，调取相关地点的监控，并没有发现她说的事实。正在警方无头绪时，一个目击证人提供了线索：案发当天曾看到一个二十多岁的女人提一个大的水桶往河边走，回去的时候桶是空的，他路过河的时候只看到河面上漂浮的布娃娃，很脏很脏。

民警们看着监控一个个不敢相信这一事实，小雨是先死亡后才被扔到河里的，并非溺水。警方的质问下她终于交代了实情：小雨是她掐死后扔到河里的。“你掐小雨的时候，小雨什么反应？有没有呼救、挣扎之类的？”“没有，她没有挣扎，只是看着我的眼睛……”

故事的结尾总是让我们意想不到的，倘若眼前的这个女孩儿是陌生人，面对一个年仅 6 岁的小孩儿，怎么能做出如此丧心病狂的事情？更何况，她还是您亲生的呢？

责任编辑：yemengzhe

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！爱爱医论坛每个月都有不同的风采，各版面活动精彩纷呈，临近中秋佳节和国庆，爱爱医又有一大波活动推出，期待您的参与！只要您活跃在爱爱医，就有机会获得我们的纸质杂志年刊奖励，精彩不容错过，您如果期待，就请快来参与活动和积极投稿吧！

心电图有奖读图第五十九期
评审工作及获奖名单

作者：trg

链接：http://bbs.iiyi.com/thread-3239255-1.html

本期参考答案征求超版意见，现公布如下：

心电图特点：

图中上条的前三次搏动和下条中的第一个和倒数第一个搏动，符合窦性 P 波的特点，可以确定为窦性下传搏动，以此窦性 P 波形态为依据观察其它 P 波形态均不同于窦性 P 波，考虑房性 P 波，房性 P 波的形态可见三种以上，而且心房率明显不等，慢时心房率约为 100 次每分，快时心房率达到近 300 次每分，因心房率的 PP 间期明显不等，有明显的等电位线，所以不考虑房扑，考虑多源性房速比较合适。

宽 QRS 波有多种形态，其中比较固定的形态是在 V1 导联呈现 M 型的搏动，QRS 起始部分 r 波与窦性 QRS 波 r 波相同，其前均有一个心房波，P‘R 间期大于 0.12 秒，

考虑伴有室内差传。上下两条中第一个宽 QRS 波提前出现，其前没有相关的心房波，确定为室性早搏应该没有问题，分别呈现左束支阻滞型和右束支阻滞型室早特点，其他宽 QRS 波其前都存在心房波，但是 P'R 间期均短于其前下传的 P'R 间期，从形态上看，都呈现 R 或 Rs 型，尤其下条中倒数第 1 和 2 个宽 QRS 波，QRS 时限明显增宽，用室性融合波及室内差传很难解释，符合室性形态特点。上条中倒数第一个宽 QRS 波略窄些，考虑室性融合波可能性大。另外左胸导联 T 波低平。

心电图诊断：

窦性心律

多源性室早、室性融合波

多源性房速，部分呈现文氏型传导 T 波改变

获奖名单：

一等奖：陈列一

二等奖：秋土，云的影子

三等奖：空缺

2016 年 08 月优秀超版名单：哥们　zhbwxy

2016 年 08 月优秀版主名单：anne 医生、kaixindou1、zmdzfx、caobi2500、踏青放牛、jjmjZy、绿茗、品味淡泊、airen13828、争做良医、trg 、lzctnsf

2016 年 08 月良好版主名单：蔡 ys、yanqi120、ww2sxy520、依秀儿、laogao001、shanyangchen、pathology、xzp_dragon、舒省

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.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。