

 www.iyyi.com

2016. 10

愛愛醫



第十期 总NO. 81

Volume 10,number 10, Oct 2016

背面的叶说

作者：xiwang001han

链接：<http://bbs.iyyi.com/thread-3238206-1.html>

欢笑的开始
只是平淡的继续
前进只是彼此的包容
阳光照在了脸颊
微笑传遍了世界的每一个角落

轻轻的风
慢悠悠的飘摇着绿叶
也许荣耀都归于你
而我在角落
久久的伫立

不为别的
只是为你衷心地祝福
因为你是我的窗户
眺望更远的天空

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.iyi.com

投稿邮箱：463767990@qq.com

联系我们：爱爱医华人医学论坛

网 址：<http://zz.iyi.com>

联 系 人：修竹临风

联系方式：QQ463767990

地 址：广东省珠海市金湾区机场东路 288 号

康德莱国际医疗产业园 K 栋

邮 编：519041

联系电话：4006269910

特别说明

杂志内容来源于爱爱医论坛，仅作内部交流使用，请勿商用，我们保留相关权益。欢迎业内交流和传播。因编者均为业余时间义务制作，书中错误在所难免，恳请读者批评指正。笔者审稿能力有限，如不慎侵犯您的版权，请来信提醒，我们将及时作出改正。

刊首语 专家讲坛 关注 专业交流 西 医

背面的叶说.....	1
H型高血压与脑卒中防控——从循证到精准.....	1
中国儿童用药之困：每年 10 万孩子死于“缺药”..	5
急诊科医生临床经验交流.....	8
防不胜防的酒精和双硫仑反应.....	12
超声入门贴 500——先天性处女膜闭锁.....	13
再谈换血.....	17
上消化道出血的常见临床药物治疗.....	20
治疗口疮（烂嘴）的妙方.....	21
克林霉素“惊魂”！.....	22
与老护士值班——安心，放心.....	23
睾丸扭转误诊.....	24
心电图读图 61 期.....	25
血管性头痛治案.....	27
痛经经验方“痛经灵”.....	28
学习脐针的体会.....	29
重症湿疹好心烦，苍滑汤方服之安.....	33
温中法治疗术后阑尾脓肿.....	34
临床辨证绝学.....	35
张胜兵中医基础理论讲稿（续上期）.....	35
青箱子.....	39
苍耳.....	40
突发左侧肢体无力月余，加重 10 天.....	42
上感后皮疹、腰痛、肾功损害.....	51
医疗资讯.....	55
最美家乡月，最浓父母恩.....	58
闲庭秋色.....	58
点绛唇.....	58
你扬鞭策马.....	59
编读往来.....	60
心电图有奖读图第六十期.....	60
评审工作及获奖名单.....	60
爱爱医杂志稿约.....	62

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

H 型高血压与脑卒中防控——从循证到精准

作者：任艺虹

链接：<http://bbs.iiyi.com/thread-3247150-1.html>

最近，在北京大学心血管转化医学论坛 2016 暨首届北京大学国际心脏康复教育论坛上，中国人民解放军总医院主任医师任艺虹教授做了题为“H 型高血压与脑卒中防控——从循证到精准”的报告。

中国的高血压患病人群非常多，几乎占总人口的三分之一。其中，又以脑血管事件的发生率为最高。脑卒中的死亡率基本和肿瘤所致死亡率相当。所以，如何防控高血压脑卒中成为我们需要关注的重点之一。

中美对比

11 项国际抗高血压 RCT 临床试验结果表明：中国高血压人群脑卒中发生率比欧美西方国家高得多。中国高血压人群的脑卒中与心肌梗死发生比值为 6.56~13.00，远大于西方人群的 1.02~1.63。在中国，H 型高血压所占比例比较大，约占到所有高血压人群的 75%。研究发现，伴同型半胱氨酸升高的高血压卒中的发生率比普通的高血压高。

在调查当中，中国高血压人群叶酸缺乏大概占 20%~60%，而在美国仅占 0.06%，差异非常大。在叶酸和同型半胱氨酸代谢中有一个很重要的环节就是四氢叶酸还原酶，它可能发生等位基因的基因型突变。其中 TT 基因型突变率在我国为 25%，在美国白人人群当中为 12%。

我们国家高血压人群中 75%是同型半胱氨酸水平高的，其中 TT 基因型又占 25%，还有相当一部分人不在其中。那么对于高血压的治疗，我们需要了解患者的同型半胱氨酸水平和基因型，来确定未来的治疗方式。

传统的危险因素——高血压、高血糖、高血脂是非常重要的，美国人群的“三高”比例比中国的高得多，但事实是，美国的脑血管事件的发生率却是下降的。任教授表示，传统的危险因素不能解释卒中高发的原因。

血浆同型半胱氨酸水平的升高是促使脑血管事件发生率增高的因素之一。中国高血压人群血中同型半胱氨酸平均水平为 $15 \mu\text{mol/L}$ ，美国高血压人群血中同型半胱氨酸平均水平为 $8\text{--}10 \mu\text{mol/L}$ 。血中同型半胱氨酸水平超过 $10 \mu\text{mol/L}$ 为异常的情况。相对应的，亚甲基四氢叶酸还原酶（MTHFR）C677T 基因型的发生率在中国是 25%，在美国只有 1%~12%。

同型半胱氨酸的水平与卒中发生率的相关性，在中美的情况都是一样的——只要是伴有高同型半胱氨酸的高血压，卒中的发生率就是高的。但是中国患病人群的特点是 TT 基因型突变率是非常高的，这种基因型会造成同型半胱氨酸水平特别高，所以治疗的时候就需要应用更大量的叶酸。

新型高危因素

高血压人群的新型危险因素就是同型半胱氨酸水平的增加。因此，对高危人群多重危险因素的干预是非常重要的。我们需要制定契合我国实际情况的治疗方案，要重视高血压患者的同型半胱氨酸水平。

H 型高血压的防控除了要控制血压和传统风险因素，还应该对高同型半胱氨酸血症进行干预，从而减低卒中的风险。

精准医疗

此概念最早由美国提出，主要是根据病人基因型特征、环境及生活习惯，进行针对性的干预治疗，早期受限于技术本身。但是随着人类基因组测序技术的飞速发展，测序的费用大幅降低、测序的速度大幅提升，这使得该项技术可以进入临床应用。

精准医学并不仅仅是基因测序，在很多方面都与很重要的作用。其产生的生物大数据对新药的开发、个体化用药指导有着很重要的临床指导意义。

我国也已经启动了精准医疗计划，预计到 2030 年前后将总共投入 600 亿以支持精准医疗的发展。

CSPPT 研究

一项基于 MTHFR C677T 基因水平的中国脑卒中精准防控大型临床研究——CSPPT 提出假设：在中国成年高血压人群中，与单纯用依那普利降压相比，依那普利叶酸片在降低首发脑卒中上更有效。

该研究为随机双盲、平行对照试验，纳入超过 2 万例高血压患者，进行了 4.5 年随访。这些患者入组时血压情况基本一致。首先对 TT 基因型 CC 基因型和 CT 基因型

专家讲坛

进行筛查，然后分组给予等量的依那普利和依那普利叶酸片。

最终结果显示：服用依那普利叶酸片的人群脑卒中发生风险下降了 21%，获益非常明显。并且在 TT 基因亚型当中，获益更加明显，脑卒中发生率下降了 28%。并且同型半胱氨酸水平越高，在依那普利叶酸片治疗下的获益就越明显。

除此之外，研究还对 CC 基因型和 TT 基因型的受益情况进行了比较，结论是 TT 基因型人群的叶酸水平更低，需要更多的叶酸进行治疗。这是由于 TT 基因型会使还原酶的活性下降 70%，造成更多的同型半胱氨酸蓄积。

荟萃分析显示：MTHFR C677TT 基因是卒中的一个独立危险因素，可以使西方人群卒中发生率增加 26%；使中国人群增加 50%。是高血压患者发生卒中的一个很重要的因素。中国的 TT 基因型出现率是 23%，美国为 12%。同样中国高血压患病人群的卒中发生率也是美国的 1 倍。

由此可以看出，H 型高血压精准治疗很重要的方面：在高同型半胱氨酸高血压中，除了要控制血压以外，控制同型半胱氨酸的水平也同样重要；并且要识别基因型，如果是 TT 基因型患者，常规的治疗是不够的，需要更大强度的叶酸补充。

	传统治疗	精准治疗
模式	不断更换药物 来寻找适合的药物	明确诊断 找到危险因素 直接选用针对药物
特点	消耗时间、药品 造成经济负担	简便 直接 有效

我国的指南和共识中对 H 型高血压的新推荐：1. 需要识别同型半胱氨酸血症的高血压；2. 需要特别识别 TT 基因型导致的 H 型高血压。TT 基因型是导致脑卒中发生的独立风险因素，推荐积极检测，有助于进行危险分层。

CC型	同型半胱氨酸 <10	低危		
CT型			低中危	
TT型				高危
CC型	同型半胱氨酸 ≥10		中危	
CT型				高危
TT型				

干预建议：非同型半胱氨酸型高血压：不需服用叶酸制剂依那普利，每6~12月检测一次同型半胱氨酸水平。

同行半胱氨酸：非TT基因型，依那普利叶酸片每天1片，每4~6个月检测一次同型半胱氨酸水平。

TT基因型，依那普利叶酸片至少每天2片，每4个月检查同行半胱氨酸水平。

同时，研究者霍勇教授表示：在我国高血压患病人群中，应重视同型半胱氨酸水平及甲基四氢叶酸677T基因型筛查。这能够识别高危人群，从而进行针对性治疗，对降低高血压患病人群的卒中发生率及死亡率有很大帮助。

责任编辑：yjb5200120

中国儿童用药之困： 每年 10 万孩子死于“缺药”

链接：<http://www.iiyi.com/d-26-236044.html>

据中国 2014 聋儿康复研究中心统计，我国每年有约 30000 名儿童因用药不当陷入无声世界。另据统计，我国儿童药物不良反应发生率为 12.5%，为成人的 2 倍，新生儿高达 24.4%，为成人的 4 倍。

中国人口宣教中心主任姚宏文对这些数字“耿耿于怀”，他说：“这些数字的背后，受到伤害的不仅是孩子，也给孩子家庭带来诸多的不幸，给社会带来沉重的负担。”

而在儿童药物不良反应的严峻形势背后，是中国儿童“缺医少药”的现实。《2016 年儿童用药安全调查报告白皮书》显示：目前我国儿童患病数量占患病人数的 19.3%，现有的 3500 多种药品中，专供儿童使用的仅 60 多种，占总数的 1.7%。那么要如何改变中国儿童“缺医少药”的现实，保障儿童基本用药需求？企业为儿童“量身定制”药物又面临哪些障碍？种种问题，亟待突破。

儿童用药短缺之患

从 20 多年前来到北京儿童医院工作，王晓玲就注意到一个场景：每天药师都要把片剂碾成粉再分剂量。“20 多年来，我们医院的药师几经更迭，但这个场景不曾改变。”

王晓玲是北京儿童医院药剂科主任，在她看来，片剂碾成粉再分剂量，意味着儿童药物在剂型、规格上的不充足。

王晓玲曾受国家卫计委药政司委托开展一项调查，结果显示，在全国 15 家大型儿童医院的儿科用药目录中，剂型排在最前面的是注射剂、片剂，口服溶液剂只有 21 种。“这对低龄儿童来说，意味着他们可能面临只有片剂可以选择的情况，这就需要把片剂分成 1/2 片、1/4 片，对新生儿来说，可能就得 1/8 片甚至更小，一旦分得不匀，就可能造成药物伤害。此外，糖浆剂等适合儿童的剂型品种也非常有限。”

在剂型、规格之外，儿童药数量上的短缺也不容忽视。前述王晓玲开展的调查表明，全国 15 家大型儿科医院的儿科目录共有药物 1098 种，儿童专用药品只有 45 种，占 4%，其余 1053 种药物中，有儿童用法、用量的品种约 43%。“这意味着，至少 50% 的药品在儿科使用时没有标注儿童的用法、用量。儿童用药说明书和用药信息的短缺，以及儿童用药的用法、用量不明确，也使儿科医生每天都面临着法律与临床的两难抉择，稍有不慎即可能导致超说明书用药。”王晓玲说。

中国工程院院士、中药药理学专家李连达说：目前存在一种误解，认为儿童就是“小大人”，儿科用药就是内科药掰半、减量，这是错误的。因为儿童有其生长发育规律和生理病理特点，儿童在疾病的发生、发展和转归上有其特殊性。“即使儿童和成人得同一种病，其发展规律也不相同，选方用药、注意事项、用药规律也不一样。”

王晓玲说：由于儿科“缺医少药”，我国每年5~14岁的孩子，死于可预防和可治疗疾病的人数有可能多达10万。“全球每天有125名儿童因中毒死亡，中毒也是我国儿童伤害、死亡的主要原因。”

据了解，在儿童群体中，药物中毒占所有中毒就诊儿童的比例，从2012年的53%上升到2014年的73%。从这个数据看，“对儿童的伤害比较严重。”王晓玲说。

儿童药物中毒的原因多为误服。这意味着，药品说明书对儿科用药安全至关重要。王晓玲表示，目前我国的药品说明书还比较混乱，儿童的药动力学数据严重不足。“我们希望国家能够要求企业把最新的药品说明书挂上官网，甚至像发达国家那样建立药品说明书的数据库，以及对儿童临床用药的综合评价体系和对儿童不良反应的主动监测体系，建立儿童的药动力学数据库，让儿童用药有更多、更可靠的科学信息和依据。”

儿童药研发之难

葵花药业董事长关彦斌说：儿童药的研发障碍主要是临床试验和研发投入。从临床试验看，几乎没有母亲愿意让自己的孩子去承担临床试验的风险，这是全世界都面临的难题。而从研发投入看，虽然儿童用药跟成人用药同样都是投入大、周期长、风险大，但通常来说，儿童药的利润要远低于成人药。比如，一个成人药研制成功后的年销售额可能达到几十亿、上百亿，但儿童药的年销售额通常只有一两个亿，至多两三个亿，因此，企业研发儿童药的热情并不高，儿童药的生产厂家也为数寥寥。

全国工商联药业商会的调查显示，全国6000多家药厂中，专门生产儿童用药的仅10余家，其中包括北京首儿药厂、天津市儿童药厂、哈尔滨儿童制药厂有限公司等。此外，有儿童药品生产部门的企业也仅30多家，如葵花药业集团、广州白云山制药股份有限公司、华北制药股份有限公司等，但儿童用药医疗市场90%以上的份额被为数不多的外资企业占领。

另从儿童药的市场规模看，我国儿童药的市场规模虽然由2011年的383.5亿元上升到2014年的526.6亿元，复合增长率达到11.2%，但就一万多亿的药品市场总体来看，仅占约4%。

亟待政策助力

回溯2003年以来中国儿童用药的相关政策法规，2014年出台的《关于保障儿童用药的若干意见》（下称《意见》）堪称国内第一个综合性指导文件。《意见》由国

关注

家卫生计生委、国家发展改革委等六部委联合印发，对鼓励研发创新、加快申报审批、确保生产供应、强化质量监管、推动合理用药等多个环节均提出具体要求。

《意见》落地后，招标政策的变动紧随其后。2015年2月，国务院办公厅发布《关于完善公立医院药品集中采购工作的指导意见》，提出“对妇儿专科非专利药品、急（抢）救药品、基础输液、临床用量小的药品（上述药品的具体范围由各省区市确定）和常用低价药品，实行集中挂网，由医院直接采购”。

2016年1月，审批政策调整。国家食品药品监督管理总局审评审批中心发布《临床急需儿童用药申请优先审评审批品种评定的基本原则》，提出对于防治儿童疾病且具有明显临床优势的药品注册申请可以加快审评审批。

今年6月，国家卫生计生委办公厅等联合印发《首批鼓励研发申报儿童药品清单》明确，清单内包括的药品，其研发申报受到政策鼓励。

面对不断传出的利好政策，关彦斌说他的期待非常简单：“我们企业就是希望这些好政策能够真正落实。这几年国家陆续出台了一系列的‘惠儿’政策，但是在政策贯彻执行的环节还是存在一些问题。从企业层面来看，国家政策带来的产业推动还没有落到实处，还需要社会各界积极行动，共同携手来稳步推进。”

具体到审批政策，关彦斌举例说，一些传统儿童用中药非常经典，也非常好用，但它们往往存在一个很大的问题，就是不好吃，孩子不愿意吃。同时它们的给药也不太方便，主要是散剂，需要用水服用，这样的中药孩子不大好接受，所以家长常常会捏着孩子的鼻子硬往嘴里灌。对于这样的传统中药，如果我们通过现代化的科学技术改变其剂型、口味，比如把它们变成果冻状的、软糖状的药物，让它们的口味变成草莓味的、橙子味的，孩子的接受度就会提高，服用也会更方便。但从目前来看，这种在保证质量前提下的改良剂型、改变口味，虽然在审批政策上已经获得快速审批的认可，但在一些地方还没有真正实施。

中国中药协会会长房书亭指出，儿童用药在研发、转让、生产、使用、销售等环节仍然需要更多的政策扶持，需要政府给予企业更多的关注，让企业能够更积极地为儿童“量身定制”药物。

王晓玲说，目前我国儿童药的生产厂家较少，儿童药专用的规格、剂型也比较少，导致很多疾病患儿无药可用，或者成人药儿童用，增加了儿童用药安全的风险。“我们期待更多的政策鼓励下，孩子们能够有更多专属药物可用、可选，也让我们医生不再为没有‘武器’、缺少‘武器’而担忧。”

结语：期待中国儿童“缺医少药”的现实早日得到改变！

责任编辑：hehanhan



第一部分——西医

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、实习生在病房突发意识丧失，全身阵挛样抽搐。其同学用车床送至急诊，到急诊已经发作近 10 分钟，发现患者除癫痫大发作表现外，出汗较多。推安定前查快速血糖为 2.2mmol/L，推高糖 40ml，1 分钟后抽搐停止，神志立即转清。癫痫大发作患者通常在阵挛停止后有昏睡期。曾经也遇过偏侧肢体乏力的 TIA 患者，实际是低血糖反应。查文献，低血糖还可表现为精神症状。所以，凡以神经、精神症状为主诉的，都应常规排除血糖变化。

二、120 通知到一基层医院出诊，说是癫痫持续状态。到该院听病情介绍：患者男性，24 岁，打工者。腹泻、呕吐、发热两天。起病当天即到该院按急性胃肠炎输液，第二天输液过程中突发阵发性意识丧失、全身抽搐。

现场发现患者抽搐时间短，数十秒即可停止，且神志迅速转清，间歇数分钟发作一次。发作时行心电图检查为阵发性室速。即予利多卡因静推，持续利多卡因静脉滴注。患者两天几乎未进食，腹泻、呕吐、高热，出汗多，该院两天共补钾 2g。于是另管予以补钾。在患者清醒的时候检查腹部，发现右下腹肌紧张，压痛、反跳痛均为阳性，考虑为急性化脓性阑尾炎，电解质紊乱，中毒性心肌炎，阵发性室速，阿斯综合症。回院后直接送入普外住院，病人经过手术治疗痊愈出院。

总结：查体的重要性——某些医生做腹部查体的时候很粗疏，甚至让病人坐着进行，这样容易遗漏体征。抽搐伴意识丧失，还需想到阿斯综合症的可能，以免耽误救治。

三、说一个自己的糗事。一高血压、肾功能不全（氮质血症期）患者突发胸背痛

专业交流

三小时来诊，双侧上臂血压为 170/100mmHg，查心电图、心肌酶无异常，想做胸部 CT 扫描排除主动脉夹层。但患者因经济困难又刚失业，不同意。无奈请心内住院总医师会诊。人家比我细心，查出患者的胸椎间隙有明显压痛，且与活动相关，考虑为椎间盘突出。鉴于患者确实经济困难，给开了点圣通平，让回家睡硬板床。一个月后该患者回院取降压药，啥痛都没了。

四、上诊断课的时候老师强调了物理检查的重要性，可是由于现在越来越多检查如 B 超、CT、MRI，以及相关血液检查的使用，很少看到我们的临床医生仔细的进行体格检查。但我也认识到有时即使很简单的体检也是很重要的，特别是在处理危重病人，病情变化又快又急，来不及和没条件去进一步检查时，更需要先进行认真的体格检查去判断病情。以下回顾我碰到的几例病人：

1. 一次夜班，到骨科急会诊。患者是个中年男子，外伤致“骨盆骨折，肋骨骨折”当天入院。急诊腹部和胸部 CT 情况还好。我去会诊时，患者神志淡漠，呼吸急促，面色苍白，在大剂量多巴胺维持下收缩压仍为 60~70mmHg。当时外科的医生也赶到会诊，他们考虑为失血性休克所致。可是我一看，病人两侧胸廓的外形不对称，一侧塌陷。听诊发现一侧呼吸音消失，叩诊一侧为鼓音，很明显为一侧大量气胸。立即给予穿刺放气，血压和呼吸明显改善。

2. 另一次值班，一个老年脑出血病人因昏迷和肺部轻中度感染接受机械通气支持。白天和晚上血气和电解质指标基本稳定，后半夜突发 SpO_2 下降和血压下降，伴有大汗，四肢冷。我在听诊心肺无明显异常后，想到了要排除低血糖（患者血糖高，接受过几次胰岛素治疗）。在让护士给予快速补液的同时，测了血糖，只有 1mmol/L 左右。经过给予高糖纠正后，血压和 SpO_2 都稳定了。该病人 SpO_2 的下降与血压下降、末端循环变差有关。

3. 还有看到 ICU 里病人特别是气管插管的心率或血压明显增高，首先要看病人的面部表情是否痛苦，是否躁动，如果没有其他特别的变化，用镇痛和镇静就解决了躁动问题，在不用其它药物的情况下很多病人的心率和血压也就不高了。

4. 还有机械通气脱机前后的评估中，我们很关注病人的表情，呼吸急促程度，有否辅助呼吸肌的参与，还有是否有大汗，这些都对呼吸做功的评估很有帮助。

五、急诊。凌晨 0 点左右来一患者，男性，50 多岁，心前区疼痛伴胸闷 30 分钟。既往有此类症状发生，自行含服硝甘类药物缓解，每次到医院后查检无阳性发现。

我为人人，人人为我

此次发病后为了让医院查出阳性体征，未用药。否认既往高血压、糖尿病史。

来急诊后见患者表情痛苦，查体：BP：110/65mmHg；p：81次/分；R：16次/分。心、肺未见明显异常。考虑：胸痛待查：ACS？

处理：心电监护、吸氧、建立静脉通路。18导心电图：电轴轻度左偏，未见明显AMI。抽血化验CK等相关化验。

嘱患者含服硝甘1片，5%GS50ml+硝甘10mg泵入，3ml/h，观察治疗。

30分钟多过去了，患者胸痛未缓解。护士说刚才抽血的时候患者的血特别不好抽，易凝。我立即给了患者阿斯匹林300mg嚼服。这时护士又说给患者输液扎不进去，原因是扎进去就凝。化验结果CK等还未回报。这时患者越来越不舒服，说难受，胸闷，快死了！问我是不是给错了药呀，情绪不稳定，恐慌！这时心电监护示：BP：95/55mmHg，脉搏从81次每分逐渐掉到了60多、50多，40多、30多。患者自觉濒死感，要求见亲人。这时我那个着急呀！心想病人都这样了，如果抢救的话静脉通路都还没有怎么办呀，快叫护士去叫二线呀。二线来时一看情况，想是不是急性心梗，复查18导心电图：仍未见明显AMI，但是二线想现在仍不能排除会不会是非ST-T抬高心梗。我同意他的说法，但是如果是心梗的话，我见到有一次心梗时心律失常是室早，然后室颤，这次监护显示的只是心率一直在变慢变慢，到30多次，并无室早等什么特别的失常现象，难道心梗也会这样？急查指尖血糖是5.8mmol/L。我突然想到病人不会是晕针吧，扎了近40分钟了。于是我跟二线说了会不会是晕针，汇报了病人来的时间至现在近1小时一直在抽血、扎针输液，但是现在还没扎上的情况，我想是不是可以暂时不扎了。当时我们都犹豫了，万一不是晕针呢？病人要是真出现意外的话是不是算袖手不管的感觉呢？但是后来我们还是下了让护士暂停操作的口头医嘱。观察了不到10分钟，患者渐回复。后来化验回报CK等均正常，考虑仍是ACS。

原来那个濒死感是因为晕针呀！

教训呀！

六、有同事一亲戚病死，拿病历复印件请我看看。

该病人既往有胰腺炎病史，入院后时腹痛腹胀恶心呕吐，胰腺体表投影处压痛，无腹膜刺激征，无腹水征。B超与CT提示有胰腺轻度肿胀，腹腔内有少量积液。医生予胃肠减压、补液、大黄液保留灌肠，但病情越来越重。入院后的第十二天转上级医院，但在上级医院治疗不足二天就死了。

专业交流

看上级医院的死亡证明有 2 型糖尿病的诊断，我怀疑是糖尿病酮症酸中毒。果然发现病人入院时就存在严重的电解质紊乱，血糖介于 11.2~16.8mmol/L，可主管医生以一般应激反应来解释，一味地补充葡萄糖液体。

同事将其亲戚转诊的上级医院病历复印件拿到手，我的怀疑真的是对的。

反思此病人为何会误诊，有几个原因：

1. 主管医生年轻，无经验，而其上级医生甚至其科主任查房只是个形式，或许根本就没有正式的上级医生与科主任查房。

2. 因为既往有胰腺炎病史，病人一腹痛、恶心呕吐，医生就往胰腺炎上想，不做详细认真的体格检查，辅助检查也只是为医院赚钱而已，或许医生就根本没有认真地看过化验单。

3. 外科大夫对糖尿病酮症酸中毒认识不足。虽然电解质紊乱血糖高，但病人胰腺体表投影处有压痛，病人有腹胀腹痛、恶心呕吐，B 超与 CT 提示有胰腺轻度肿胀，腹腔内有少量积液，就坚信是胰腺炎。

4. 缺乏多学科会诊。内外科大夫缺乏有效的专业沟通，在基层医院见怪不怪。外科大夫主要精力花如何提高手术操作水平上，而对一些基础理论缺乏应有的深入学习与研究，因而在不少医院出现了外科大夫的手术做得出神入化但理论水平一般般，不善于写学术论文，不善于做科研课题的怪现象，甚至对病情变化不能做出准确的判断和深入的分析。

七、一染着一头金发的发型师来看病，述说老是牙龈出血。张开嘴巴，见口腔内较多血污。还述说刚才出现头疼，且有加重趋势，为针刺样头疼。望诊其精神很差，考虑可能是血液系统疾病并多处出血，甚至颅内出血！建议患者赶快到上级医院去确诊。后来在上级医院确诊为白血病，颅内出血。好险啊！医生的视诊有时候真的很重要。

八、半夜咳嗽后出现一侧胸痛，而后出现胸闷，不能平卧。来我科时，患者行动缓慢，口唇紫绀，呼吸浅快。因患者年轻，第一反应是气胸，马上嘱吸氧，建立静脉通道。查体：血压偏低，脉搏较快，听诊一侧肺呼吸音消失。立即行 X 光检查，肺压缩近 80%，立即送外科处理。

九、男性，71 岁。某日上午吃早餐后突发上腹持续性钝痛，伴腹胀，为中上腹痛为主伴有腰酸感觉。2 天无肛门排便，有偶然排气，疼痛影响休息及进食。原有 COPD

我为人人，人人为我

病史 10 年。入院查体：血压 170/80mmHg，体温正常，左下肺闻及湿罗音，中上腹部压痛明显，无肌卫反跳痛。肠鸣音低钝。血常规白细胞、中性比例略有增高；腹部平片阴性；血淀粉酶正常；胸片提示慢性支气管炎；腹部 B 超提示轻度脂肪肝。当时我怀疑可能是肠梗阻或胰腺炎，但是有关指标阴性；再考虑是肺炎致腹痛，但是经过抗炎治疗病情不见好转。次日清晨再次检查血淀粉酶还是正常。12 小时后给予腹部 CT 检查结果是：坏死性胰腺炎。幸好检查及时，12 小时内诊断明确，经过消化科治疗目前生命体征稳定。

十、一女性患者急诊，34 岁，步行入院。诉上腹部疼痛 6 小时，为中上腹持续性闷痛，伴阵发性绞痛，无转移痛、放射痛，体位改变无明显好转或加重倾向，伴恶心感，无呕吐、腹泻、发热，否认不洁饮食史及饮酒史。停经 23 周，G2P1，第一胎为剖宫产。查体：P：78 次/分；Bp：108/65mmHg。心肺听诊未及异常，腹稍膨、软，剑突下轻压痛，余无殊。查腹腔及产科全套彩超未见异常，血常规、淀粉酶未见异常。急诊请产科、外科会诊，考虑无产科、外科情况，拟“腹痛待查”收住观察床。予抑酸、护胃等处理无好转。2 小时后腹痛加剧，复查腹腔及盆腔彩超提示腹腔积液，诊断性穿刺抽出不凝血，急诊行剖腹探查，为子宫后壁破裂并出血。现在想想还心有余悸呀。

防不胜防的酒精和双硫仑反应

作者：余氏中医

链接：<http://bbs.iiyi.com/thread-2504307-1.html>

今天遇到一个可以说是很蹊跷的双硫仑反应病例。

上午在我门诊做了一个小的妇科治疗手术，术毕妇科医师给她开了替硝唑两瓶，左氧氟沙星 0.3 克一瓶，上午 11 点左右输液完毕。出门时一切正常，我还和她打了招呼。下午 3 点 45 分在家属的搀扶下来到我门诊，进门就问哪个医师给看的，说病人已经很严重了。

一看患者皮肤发红，呼吸困难，测血压 85/55mmHg，心跳一分钟 105 次，患者一副很痛苦的表情。马上给患者吸氧，查询用药记录，未使用头孢类药物。有报道甲硝

专业交流

唑和酒精会引起双硫仑反应，替硝唑是否也会导致双硫仑反应呢？因为患者比较痛苦，所以未继续询问，立刻用生理盐水 100ml 加入地塞米松 10mg，维生素 C 1 克，快速静滴。约 10 分钟左右患者症状开始缓解，问她中午有没有饮酒？回答是没有，饭都没吃呢。我问她中午吃了什么呢？回答是在回家路上买了两个肉包，边走边吃，吃完了一个就开始头晕胸闷，自己以为是劳累了，所以回家以后卧床休息，等丈夫回家才发现不对头，才赶忙把她拉来门诊。原来是包子肉馅里头那点黄酒，导致的双硫仑反应。一瓶输完以后，患者完全恢复正常，我才和患者家属解释，不是手术的问题，也不是药物的问题，是因为肉包子里头的酒精导致的双硫仑反应，患者没有再纠结，自己回家了。

其实回顾临床过程中，有很多次不典型的酒精摄入，导致的双硫仑反应，而且不乏重症病例，我举几个例子：

2009 年 7 月，一个李姓 7 岁女孩，扁桃体发炎，发热 38.9℃，就诊时吃了一个烤热狗，当时使用的药物是头孢噻肟钠和炎琥宁，头孢噻肟皮试阴性，扎上针以后两分钟不到，出现呼吸困难、皮疹、寒颤，立刻按照药物过敏对症处理，约 15 分钟以后逐步缓解。

2012 年 9 月，一个女性患者，开了三天输液，使用药物甲硝唑、头孢噻肟钠。第一天输液正常，第二天下午输液时出现双硫仑反应，处理后恢复正常。询问中午吃的米粉蒸肉，里头用点料酒。第三天因为我有事出门，接诊医生没有更改药方，按原处方用药，没有出现不良反应。

还有些患者搽了花露水、喝了十滴水、藿香正气水，吃的菜里头用了料酒等等，都可能引起不良反应，临床工作中不能不慎重。

超声入门贴 500——先天性处女膜闭锁

作者：songjunrui

链接：<http://bbs.iiyi.com/thread-3246496-1.html>

处女膜闭锁，又称无孔处女膜，是一种不常见的先天性发育缺陷，也是女性生殖道畸形中最易纠治的一种形式。

我为人人，人人为我

临床表现:

1. 青春期乳房发育，迟迟未见月经来潮。
2. 周期性下腹胀痛，约每月 1 次发生于每月的相近日期，持续 4~5 天，可自行缓解，一次比一次明显，可伴乳房胀。
3. 1~2 年后出现排尿障碍，尿频，排尿不畅，甚至急性尿潴留。可伴便秘。
4. 自我检查，分开两大腿，对着镜子，再以两手分开小阴唇，可见向外凸出之处女膜，如鸽蛋大，表面紫色，无孔。

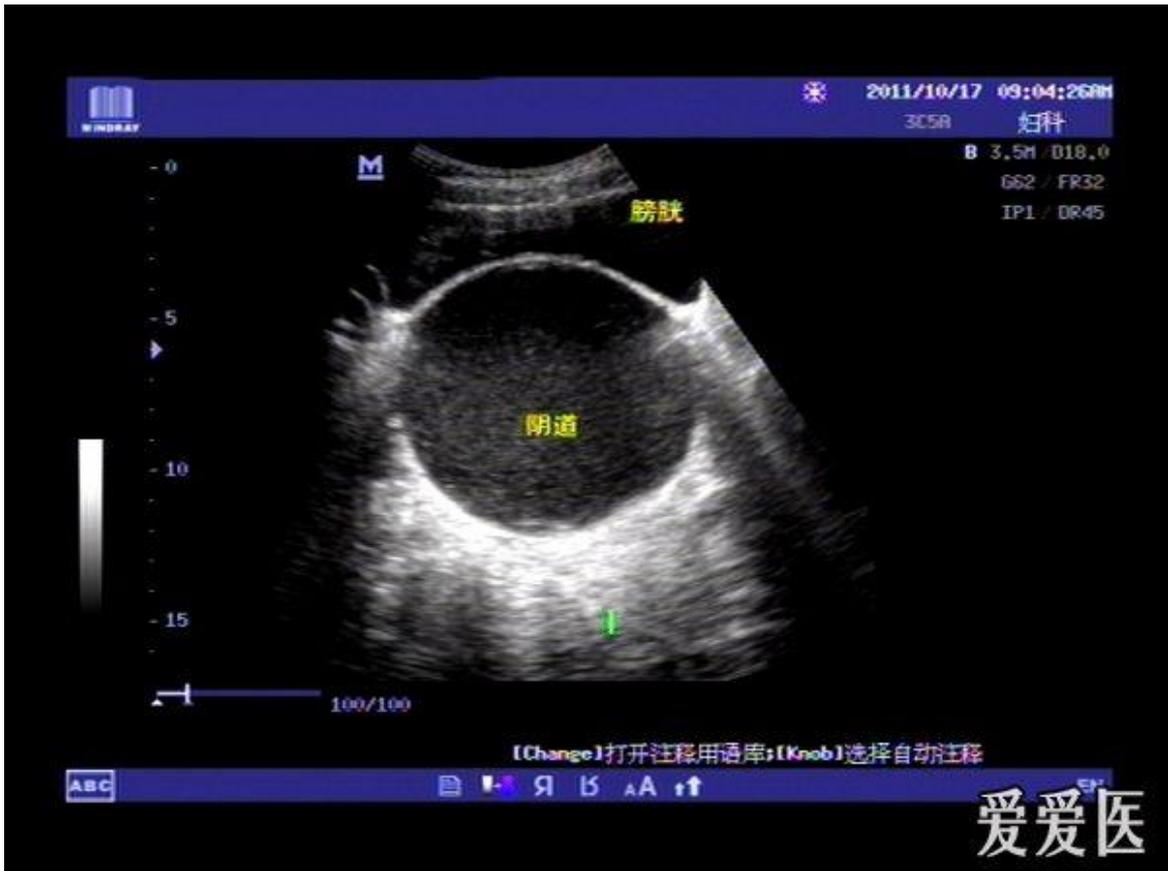
诊断检查:

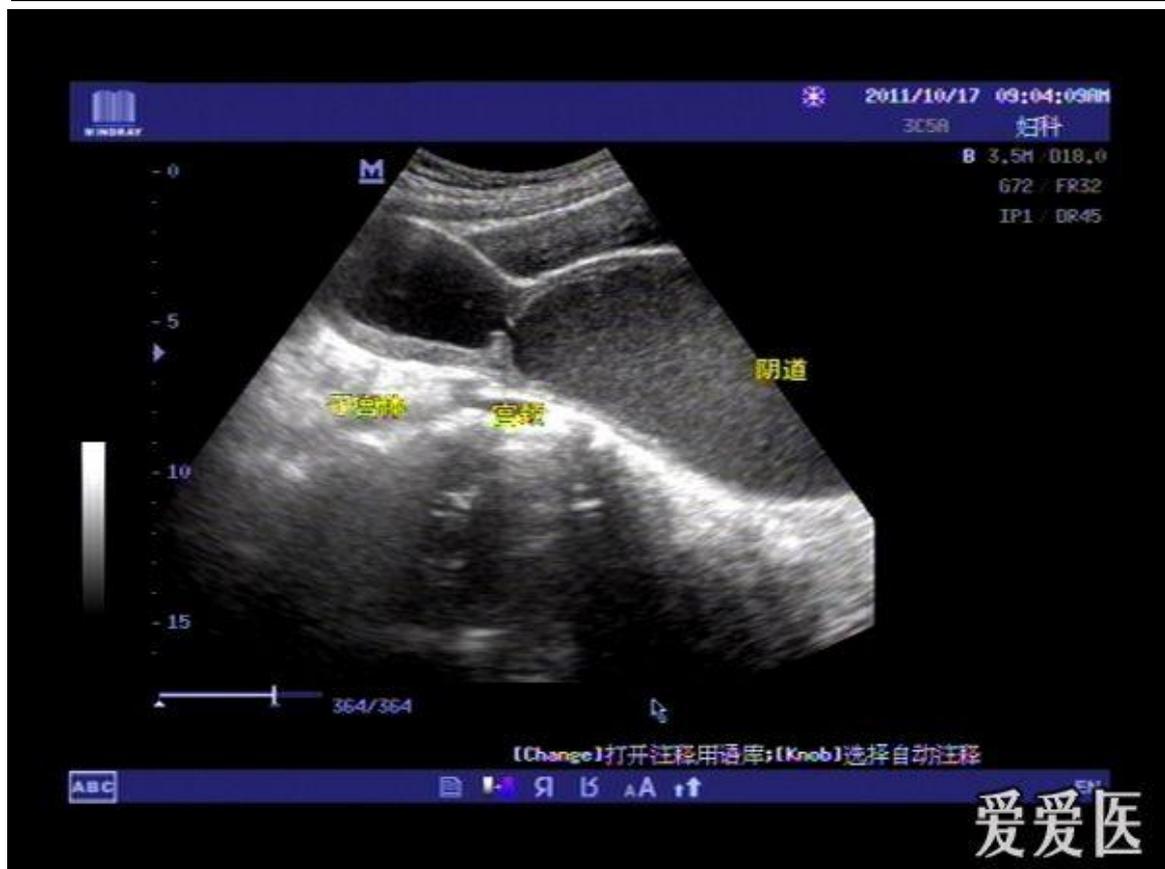
1. 妇科肛查，可见凸出之处女膜，阴道有肿块，向直肠膨出，子宫增大，其两侧有囊性肿块。
2. 穿刺检查，在处女膜凸出部，以粗针穿刺，可抽出不凝之褐色血，可确诊。

病例摘要:

患者，女，14 岁，因周期性下腹部胀痛不适 3 月余来我院就诊。查体：下腹部可扪及一包块。超声检查：膀胱适度充盈，子宫前倾位，宫底部上移至脐平面，宫体宫腔，宫颈及阴道明显扩张呈椭圆形，内回声不纯净，呈细密的点状回声，宫内膜显示清晰。超声诊断：处女膜闭锁。







再谈换血

作者：疏桐漏月

链接：<http://bbs.iiyi.com/thread-1718494-1.html>

第三版金汉珍著《实用新生儿学》，对于新生儿换血的方法描述得较为复杂，这里向大家介绍下操作比较容易的外周动静脉同步换血法，只需一个三通管就足够了。至于换血指征，我这里就不赘述了。

利用四肢静脉穿刺留置针替代脐静脉插管，肱动脉穿刺留置针替代脐动脉插管，进行外周血管双管换血，避免了脐血管切开插管，不需要特殊的插管导管，操作简单易行；采用外周血管进行换血，对肠道血流无直接影响，避免了坏死性小肠炎的发生，双管同步换血，效率高，血压较平稳，避免了血流动力学紊乱。（以上文字引自我版真心版主）。

简单说下步骤：

1. 计算出换血量，悬浮红细胞和血浆的比例为 3:1 配好。
2. 建立外周动静脉通道（我们用的是桡动脉为出路，头皮静脉为入路），两根头皮静脉，一根进血浆，一根进红细胞。
3. 桡动脉出路放一个三通管，两个接头分别接肝素和葡萄糖酸钙。
4. 计算出换血时间（一般两个半小时换完为好）。
5. 换血开始时，每换出二十毫升血液，给推一次肝素（注意：不推到血管里，而是刚好把肝素推到要进血管处，目的是为了肝素化三通，避免堵塞），到后面出路顺利的时候，可以不必二十毫升就推肝素，视管道通畅程度而定。
6. 每换出 100 毫升血液，推一次葡萄糖酸钙（因为悬浮红的稳定剂里有枸橼酸，会和血液中的钙离子整合，从而导致患儿低钙惊厥，所以推钙是很有必要的），10% 葡萄糖酸钙每次 1~2 毫升。
7. 常规查换血前后的血常规，血培养和血生化。
8. 换血前要进行消化道准备，提前两个小时禁食，避免返流。换血中注意观察患儿生命体征及桡动脉搏动情况。

说得不到位的地方，还望广大战友批评指正。以下附图为我科给患儿换血时的照片。



我为人人，人人为我



我为人人，人人为我

上消化道出血的常见临床药物治疗

作者: kangjing_dr

链接: <http://bbs.iiyi.com/thread-2512239-1.html>

上消化道出血是消化科经常遇到的急症之一,如何进行有效治疗将对挽救患者生命起到关键作用。

上消化道出血的原因以急性胃黏膜病变、消化性溃疡、上消化道肿瘤、门静脉高压引起的食管胃底静脉曲张破裂出血最常见。临床上,对出现急性循环衰竭症状(在短时间内失血量超过 1000ml 或出血量占循环血量的 20%),经输血才能纠正循环衰竭的上消化道出血者称为大量出血;仅有呕血和黑便,但不伴有循环衰竭症状者称为显性出血,而只表现为粪便隐血阳性的出血为隐性出血。

病因:

大多数是上消化道本身病变所致,少数是全身疾病的局部表现。最常见的病因依次是消化性溃疡、急性胃黏膜病变、胃癌、食管、胃底静脉曲张破裂等。其他少见的病因有食管裂孔疝、食管炎、贲门黏膜撕裂综合征、十二指肠球炎、胃间质瘤、胃黏膜脱垂、胆系胰腺病变等。消化性溃疡出血约占上消化道出血病例的 50%,其中尤以十二指肠球部溃疡居多。致命性出血多属十二指肠球部后壁或胃小弯穿透溃疡腐蚀黏膜下小动脉或静脉所致。部分病例可有典型的周期性、节律性上腹疼痛,出血前数日疼痛加剧,出血后疼痛减轻或缓解。这些症状,对消化性溃疡的诊断很有帮助。但有 30%的消化性溃疡合并出血的病例并无上述临床症状。

抢救原则:

迅速补充血容量。当上消化道出血时,首先要迅速建立有效的静脉通路。必须迅速而谨慎的补足血容量,目标是保持血流动力学稳定、血红蛋白大约 8g/dl。一般也应避免大量补充盐溶液。因为在上消化道出血时,大量补充盐溶液不利于消化道出血的治疗,而且容易诱发或加重肝硬化腹腔积液或其他部位血管外液体蓄积。显著凝血障碍和(或)血小板减少患者可严密监测患者的生命体征,如血压、脉搏、呼吸、尿量及神志变化。观察呕血及黑便情况,定期复查红细胞数、血红蛋白浓度、血细胞比容。必要时手术、镜下治疗。

具体用药:

专业交流

1. 止血剂，维生素 K1。常用剂量 10mg，安络血 10mg，2 次/天，肌注。有精神病和癫痫史者慎用。抗纤溶药物高浓度的 6-氨基乙酸对纤维蛋白溶酶有直接作用。适用于纤维蛋白溶解亢进者，对肝硬化出血有良好效果。

2. 制酸剂，H2 受体拮抗剂：甲氰咪胍、雷尼替丁及法莫替丁有较强的抑制胃酸分泌作用，或用法莫替丁奥美拉唑注射液，也可用奥美拉唑胶囊。

3. 生长抑素及其衍生物：奥曲肽首次 100 μg，静脉推注，然后以每 6h100 μg，用微量泵维持，出血停止后，也可以改为皮下注射，施他宁首次剂量，250 μg，静脉推注，然后用 3000 μg/12h 维持。

4. 血管加压素、垂体后叶素：首先静脉推注最大剂量可用至 0.6U/min，但随着剂量的增加，其全身不良反应也相应增加，出血停止后，剂量渐减 0.1U/min，维持治疗 40~72h。疗效：首次出血患者其止血率为 50%~60%，但出血停止后 24~48h 内再出血率为 40%。值得注意的是该药高血压患者禁用，但临床上常与硝甘混合静点或微泵。

除非消化道出血合并有出血性疾病、弥散性血管内凝血、严重的肝病等，存在凝血机制障碍时使用，一般的上消化道出血，则没有必要使用全身止血药。

只是对常用药物进行总结，各位老师有什么好的方法和建议，请分享讨论。

治疗口疮（烂嘴）的妙方

作者：希剑

链接：<http://bbs.iiyi.com/thread-1410612-1.html>

在临床上经常会遇见一些烂嘴角，舌体溃烂或口腔溃疡的患者，治疗上基本都大同小异，有的医生用桂林西瓜霜喷剂，有的用冰棚散外涂，也有的给予肌注药物治疗等。这些方法都可以，但对于极个别病人，有的嫌肌注疼痛，有的嫌受不了外用药物的味道。鉴于此，我有一个简单的验方愿与大家分享。

药物配方：庆大霉素针 8 万 u+西咪替丁针 0.4g+盐酸普鲁卡因针 40mg+维生素 B₁₂ 针 0.5mg，把药物共同加入一个小药瓶里，然后加入适量的思密达与药液混合即可。

庆大霉素针有抗菌的作用，西咪替丁在临床上也有治疗口疮的作用，普鲁卡因针

我为人人，人人为我



起止痛的作用，维生素 B₁₂ 针补充微量元素，思密达有着较强的吸附作用，可以促进伤口愈合，还可以抗菌。本方简单实用，又无异味，价格便宜，小孩子更易接受。

希望能对医界同僚有所帮助。

克林霉素“惊魂”！

作者：光辉岁月

链接：<http://bbs.iiyi.com/thread-2088186-1.html>

说起克林霉素来，我用的已经很多了。但大家还记得欣弗事件吗？好像那时候我没开始用。欣弗事件是安徽华源生物药业有限公司违反规定，生产的药品质量低下才导致了许多的局部反应，与克林霉素本身的不良反应无关。

我遇到这起惊魂事件是因为克林霉素本身的反应导致了病人的紧张，魂都快丢了。我没紧张，记录在案。

病人女性，29岁，扁桃体发炎，无过敏史，有妇科盆腔炎史，输液的前一天刚拿过治疗妇科疾病的中成药。输液给予克林霉素 1.8 克加 250 毫升生理盐水，第二瓶是利巴韦林 0.3 加糖水 250 毫升。当时接诊的时间是下午 1 点，病人说 3 点要接孩子，我说正常情况下没问题，一个半小时就可以输完。偏偏就是这个一个半小时！我也忽视了，速度没怎么调整，病人也催促，所以第一瓶 250 毫升的液体不到一小时就输完了，按说速度也不是特别的快。第二瓶输了三分之一吧，病人说肚子疼的厉害。起初考虑，因为病人有妇科病，腹痛也是正常的反应，嘱咐坚持下。几分钟后病人还是腹痛剧烈，不好了，克林霉素的副作用来了！克林霉素的不良反应就有腹痛！赶紧给 654-2 注射液 20 毫克，给病人喝热水，病人又说心慌头晕的。我那时真的没慌乱，还是坚持说是妇科病引起的急性腹痛！（睁眼说瞎话，还不能承认是我输液的药物的问题！不到时候不能说）没办法，就是因为我的镇定，病人才没坚持拔针，急测血压 100/70mmHg，心率 85 次/分，没事！654-2 输完又给了 100 毫升的生理盐水善后，100 毫升的生理盐水输了一半，病人就说现在疼的轻多了，然后拔针回家。临走之前我又给了病人 6 片 654-2 片，如果疼就吃两片，回家不到一小时，病人就吃了两片一会儿来说不怎么疼了，怎么眼睛看不清了？呵呵，我说没事，适当的喝点水明天就没

专业交流

事了，万一病人再尿不出来更麻烦。

第二天，病人来了，腹痛消失，也没什么其他的不良反应，继续输液治疗。只能更换抗生素给头孢了。平安输完后，我告诉病人昨天的腹痛应该是昨天那个抗生素引起的，提醒病人注意。病人告诉我，当时她的肚子疼的厉害，心慌出汗，怕自己病情严重丢掉性命。但看到我特别的镇定，语气很坚决，就没多想，今天是彻底服了我！一个月后的一天，病人带她的孩子来输液了，这个病人算是挽救了我的声誉！不然病人打电话 120，我就会很受伤！

药物的不良反应众多，时刻提醒自己，小心用药，及时关注病人的情况。遇到突发情况千万不能紧张，病人那个时候只能依靠医生了，如果医生乱了阵脚，病人会崩溃的！

与老护士值班——安心，放心

作者：爱情人生

链接：<http://bbs.iyyi.com/thread-2568180-1.html>

有些时候处理急症问题时老护士要比刚毕业的住院医师更有经验，分享几个我工作第一年时遇到的病例：

1. 一个有机磷中毒的病人阿托品过量后，一位医师予以 6.25 毫克氯丙嗪肌注对症治疗。我晚上值夜班交班时被告知病号应用镇静剂后睡着了，进去溜了一圈也没发现什么异常。睡觉之前老护士来敲门，说：不对呀！巡视病房时发现此病人痰特别多，喉部咕噜咕噜的感觉，用吸痰器吸没有任何反应，我怀疑他昏迷了。我过去予以简单查体发现是昏迷了，脑袋一片空白，一下不知怎么办了。她说：我现在去推呼吸机，你给手术室打电话让他们插管，然后给主任打电话！！反应过来开始行动了……

2. 急诊打电话说一个住院病人，上消化道出血的，准备床。急诊都说上消出血那肯定是上消出血。问问症状头晕，呕吐了几次，咖啡色的，没有黑便，查体贫血貌，血压 90/50mmHg。马上急查血常规肾功，止血药，补液，常规的都用上，闲着没事做个心电图吧。做完傻眼了，没见过，心率 35 次左右，往护士那一放，她说了一句，这个病号不是上消出血，得用异丙肾，放液体里滴，以前有过一个。抱着怀疑态度去

我为人人，人人为我

找主任，主任一句话：500 毫升液体一支异丙肾静滴，监测心率，告诉家属稳定后去戴起搏器……

睾丸扭转误诊

作者：雅冰

链接：<http://bbs.iiyi.com/thread-2448774-1.html>

上个夜班终于遇到睾丸扭转病人，但是误诊了。现记录诊疗经过，供各位兄弟参考和批评。

凌晨 00:30，患者，男性，45 岁。

主诉“突发右腹股沟剧痛 1 小时”

自述疼痛时感觉右侧精索有牵拉感，自述是附睾炎，要求打止痛针。无腹痛、腹泻，无恶心、呕吐。

PE：全腹软，无压痛，肠鸣音正常，双肾区无叩痛，右侧腹股沟可扪及约 3cm×4cm 肿块，质软，不能回纳，压痛明显，皮温正常。左侧睾丸可触及，无触痛，右侧睾丸因患者两下肢并拢，触诊不理想。

考虑：右斜疝。

请普外科会诊，考虑睾丸嵌顿，请泌尿科会诊。急诊 B 超提示精索环行扭转，血运无减少。

教训：

1. 未重视病人主诉，“疼痛时感觉右侧精索有牵拉感”。
2. 查体时候未充分暴露，影响查体结果。
3. 当时有考虑睾丸扭转，但是未充分重视。

睾丸扭转虽然是少见病，但是急诊每年多有发现，容易误诊，后果严重。

去年经过急诊诊断的睾丸扭转 2 例，一例开始诊断输尿管结石，一例诊断阑尾炎，症状体征多比较象。后来发现睾丸扭转，急诊手术，挽救睾丸。

睾丸扭转发病可能存在季节性，我们碰到的睾丸扭转基本多发生在春夏季节。

心电图读图 61 期

作者: trg

链接: <http://bbs.iiyi.com/thread-3252117-1.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。

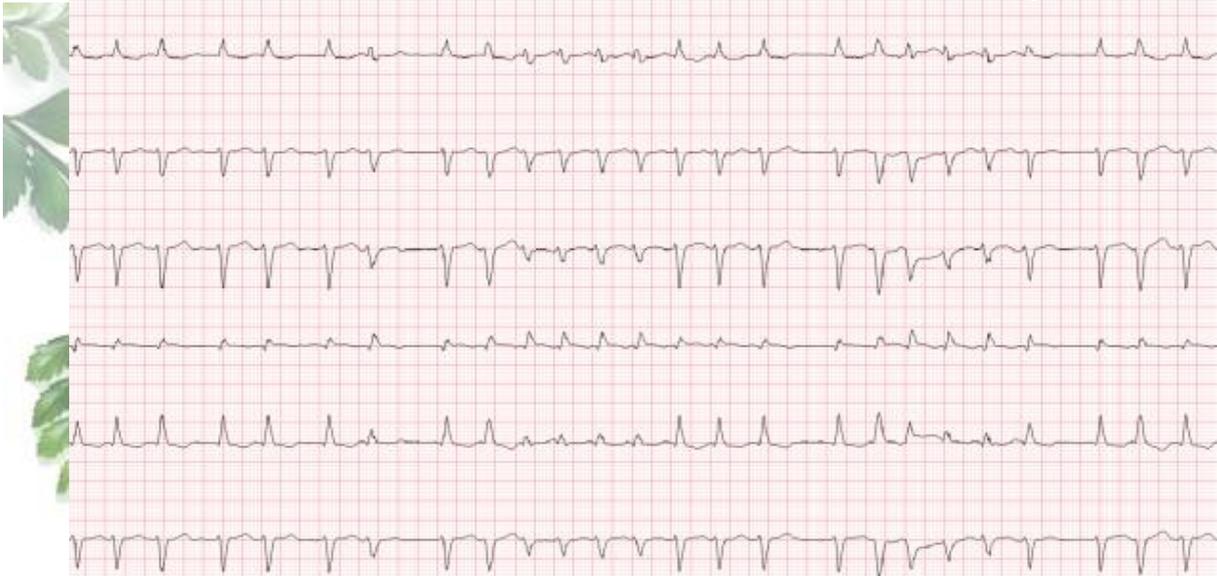
希望大家分析心电图时, 尽量从以下四项分析。

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

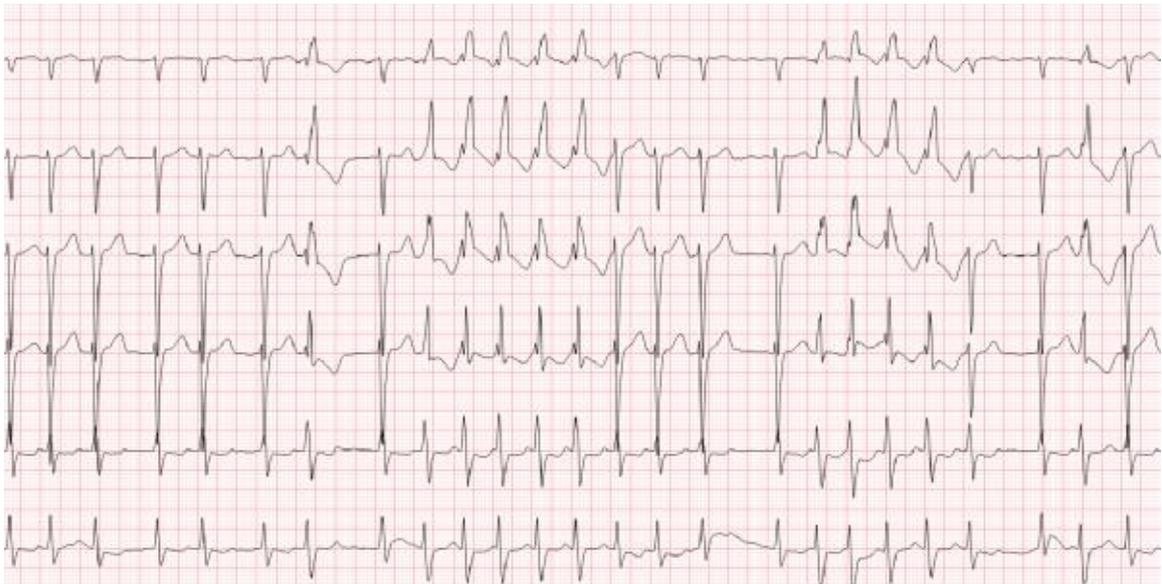
患者男性, 79 岁。

I-avF 导联





V1-V6 导联



责任编辑：寒冰

编辑：刘延红大夫

2016年09月优秀超版名单：哥们 zhbwxxy

2016年09月优秀版主名单：anne 医生、xzp_dragon、kaixindou1、zmdzfx、caobi2500、踏青放牛、jjmjZy、绿茗、品味淡泊、蔡 ys、trg 、laogao001、宇宙旋风

2016年09月良好版主名单：airen13828、yanqi120、ngf1978、ww2sxy520、江中浪花、靳新领、依秀儿、争做良医、shanyangchen、pathology、舒省

我为人人，人人为我

第二部分——中医部分

血管性头痛治案

作者：gdh0663

链接：<http://bbs.iyyi.com/thread-1633403-1.html>

患者，女，42岁。2002年12月18日就诊，自述两太阳穴部位疼痛反复发作近10年，痛如针刺，固定不移，每次发作持续时间不等，有愈痛愈烈之势，睡不安宁。每因生气郁怒而痛发或因感冒而痛发。测血压、血常规未见异常。舌质暗红，脉弦涩。

辨证：属血管性头痛（血瘀型）。

治法：宜疏肝理气，活血止痛。

方药：用柴胡疏肝散合川芎茶调散加减。

处方：川芎 15g、细辛 5g、元胡 15g、柴胡 15g、白芷 9g、香附 15g、白芍 15g、当归 15g、甘草 5g、桃仁 15g、红花 10g、丹参 20g、水蛭 10g、三七粉 5g（吞服）、水煎 2 次分服，三剂。

12月21日二诊，服药后太阳穴部位疼痛未再发作，睡眠良好，效不更方，嘱原方再服三剂。共服药 9 剂，临床治愈，随访 2 年未见复发。

讨论：血管性头痛也应辨证论治。头痛首倡川芎一味，其上行头目，下行血海，能散肝经之风，治少阳厥阴经头痛，活血行气、祛风止痛。经现代药理研究，川芎主含生物碱川芎嗪，能够舒张血管，缓解血管痉挛，降低血管阻力，改善微循环，调节脑血流量和血流速度，降低血脂及毛细血管通透性，调节血液粘稠度；细辛性升，然其气清而不浊，善降浊气而升清气，故使头目清爽，二药相合，治头痛效果好。

柴胡为少阳厥阴药，善治本经头痛；香附味辛能散，疏气解郁；气疏郁散则新血生而百体合，二药相伍，共奏疏肝解郁理气之功。

元胡行气血之滞，故治一身上下诸痛症；用之治痛，其活血行气止痛作用类似川芎；白芷辛温，善于通窍祛风止痛，性温气厚力宏，通窍行表，为足阳明经祛风散湿主药，能清阳明经一切头面诸疾，二者均可以降低脑动脉阻力及增加血流量，而起到镇静镇痛的作用。

白芍合甘草，酸甘化阴，柔肝缓急止痛。

当归、白芍养血补血，通络止痛。血液乃人体基本生命物质之一，具有营养和滋润全身脏腑组织器官的功能，又是神的物质基础，“血主濡之”“血养神”。肝主藏血，故借白芍补肝柔肝，清阳敛阴，以发挥肝藏血，即调节血流量的生理功能，从而保证人体在不同状态下各部位血流量的充沛及适度供给。据现代药理研究分析，当归也有一定的镇静、镇痛作用，且能改善血液循环、增加血流量，二者配伍借其补血养血之功。

本案方药加味，桃仁、红花、丹参、水蛭、三七粉加强活血化瘀的作用，以提高疗效！

痛经经验方“痛经灵”

作者：张仲景 197810

链接：<http://bbs.iiyi.com/thread-1804246-1.html>

痛经灵治疗气滞血瘀型痛经，系许润三、焦西妹老师经验方升华。

组成：丹参 15g、当归 10g、川芎 10g、赤芍 15g、红花 10g、元胡 15g、五灵脂 10g、蒲黄 10g、益母草 15g、香附 10g、乌药 10g、枳壳 10g、桂枝 6g。

功用：活血调经、理气止痛。

主治：痛经属气滞血瘀者，月经量少，色暗血块多，小腹胀痛，舌质紫黯，苔薄，脉弦。

方解：本方专治气滞血瘀所致痛经证。方中香附、乌药、枳壳理气行滞止痛；丹参、当归、川芎、赤芍养血调经；红花、元胡、五灵脂、蒲黄活血化瘀止痛；桂枝温通经络。以上诸药共奏活血调经、理气止痛的功效。

加减:

1. 兼肝郁者，加柴胡 10g、青皮 10g；
2. 兼寒凝者，加小茴香 15g、干姜 10g；
3. 偏血瘀者，加三棱 10g、文术 10g，久瘀者加地鳖虫；
4. 痛剧者，加没药 10g，伴出血多加血竭 10g、三七 10g。



学习脐针的体会

作者：海天

链接：<http://bbs.iiyi.com/thread-2097206-1.html>

习用脐针 4 年来，门诊量近 20000 人次，所接触到的病种范围很广。其中不乏一些疑难杂症、重症；但更多的是基层的常见病多发病。一路走来，经历了很多的波澜曲折，回过头看看，感触甚深。

初学脐针，最想知道的就是“什么病、怎么扎”。第一次参加脐针学习的时候，最喜欢缠着老学员问“什么病怎么扎”。比方说，失眠——水火既济；糖尿病——补肾三针；减肥三针，升阳三针……处方记录了几大篇，回去一用就犯糊涂了。怎么糖尿病这个师兄说扎补肾三针，那个说扎健脾三针，另外那位师兄说的是单针兑位？按图索骥，用上去有效了，就沾沾自喜，很有成就感的样子；用上去无效的话，就不知所云，找不到为什么无效的原因。

初学脐针，最难的是改变思维。遇到问题，常常一不小心就落入老套路，老思维。忘记了使用易理去分析，去处理问题。

那我们就先来探讨一下易学易理吧：

一、道法自然、天人合一，“道生一，一生二，二生三，三生万物”

这里要阐明的是什么样的层次问题：什么是道？什么是一、二、三……万的层次？它们之间有什么区别？有什么联系？怎么样把我们中医的理论、术语和它对应起来？这句话和另外两句话有什么区别联系？

1. “无极生太极，太极生两仪，两仪生四象，四象生八卦。”

2. “易有太极，是生两仪，两仪生四象，四象生八卦，八卦定吉凶，吉凶生大业。”

为什么用“生”把它们连接在一起？天人合一，天人是怎么合为一的？

太极大无外小无内，那什么时候该大？什么时候该小？大要多大才合适？小要多小？它有大小，有没有方向？有没有时间空间？常常有朋友埋怨自己落入中医的俗套中了，我说是自己没有用“活”起来。不是易理有问题，也不是中医基础有问题，是自己有问题。

最近遇到一位单侧左上肢静脉曲张的病人，病人主诉，筋脉跳痛。

按：肝主筋，心主脉。遂以落脏，取震离两针，留针 55 分钟。一次痛减。续治共 5 次收功。

其实，很多复杂源于简单，很多简单本来就蕴含复杂。把上述问题想一想，悟一悟，有了自己的答案了，就不会迷茫了。

二、分方归类，取类比象

分方归类、取类比象是易理脐针的最简捷的入门方法。医者意也，善于用意为良医。清温载之《温氏医案咳嗽》云：医不难於用药，而难於认证。我说，脐针不难于用针，难于构象。用好分方归类，取类比象两把钥匙，重辨象，善构象，脐针何其简单。

先说分方归类，分方归类就是一把尺子，根据需要，把你得来的所有关于病人的信息囊括进去。这个尺子可以是“一”，把所有的东西都用一个太极去分析。太极好比一个圆运动，找出它不圆的地方，或者运动太过、不及的地方，下手即可；这个尺子可以是“二”，二者，阴阳也；内外出入定阴阳。“一阴一阳谓之道”也；治疗上以平为期，以和为贵；这个尺子也可以是“三”，天、地、人“三才”；也可以是“五”，五脏六腑各归位，四方五行土居中。也可以是“八”，九宫八风河洛贵，先天后天德位配。也可以是“十二”，“二十四”……

类出来了，就是比象了。构象是一个很好玩的过程。察声色，究萌芽。防微杜渐，见微知著。给我一个象，就可以下手，就可以下针。

前些日，一位老大姐找我看病，症状说了一大堆。按照齐老师的说法，症状主诉大于 3 个的，对她的唠唠叨叨就可以充耳不闻，不管了，直接水火既济上就是。可她同来的丈夫说了一句，都是大儿子给气的。这就给我一个象：震。于是就扎一针震。

专业交流

结合望脐，震位找到一个红色的反应点，就那里下针了！

脐针中最有意思的，就是望脐了。脐的形、态、色、泽，会告诉你很多，中医有凭脉断证一说，望脐断病也是很好玩的。以神会神，以我知彼，熟能生巧。

三、改变思维，法无定法

清吴仪洛《本草从新原序》说：“夫医学之要，莫先于明理，其次则在辩证，其次则在用药。理不明，证于何辨？证不辨，药于何用？”是啊，理不明，针有何用？改变思维，是学习脐针必须的一个凤凰涅槃的过程。多读书，多听课，多临床，多探讨。玉不琢不成器，以效为师，慢慢的就把自己磨出来了。

下面，我们再谈谈初学脐针最容易犯的错误或者误区吧。

误区一：如我在本文序中所说，胶泥于一方一病，忘记了易理之变，脐针之法无定法。圆通活法，要善于变通。曾治疗一患者，处方为针艮位，可偏偏他的肚脐艮位，有一个小小的脐疝，属于禁针之列。见其左掌艮位，有一於络，遂改在此处放血。

误区二：重证不重象。辨象构象，乃脐针下针方便之门。若按照传统中医的理念，四诊合参，病史、病程、病因、病性、病位，方可得出病机、病势。同病异治，异病同治，均在于抓病机也。病机同则治同，病机异则治异。而构象的话，病史、病程、病因、病性、病位，病机，病势，任择其一，均可构象。望闻问切，任择其一，均可构象。有象就可下针。医生看病治疗，不问寒热虚实，恍如清泉石上流般灵动，该是多么轻松惬意的一件事啊。我常常在其中用得最多的就是病因和病位。举一个用年龄的例子：某男，56岁，自小多病。高血压，头痛，眩晕，便秘。病名多多，症状多多。不好抓主要矛盾，不好抓主证。我就用了一针，56/64。就是把他的脐壁，分成64份，在第56份的地方下针。

误区三：重病不重人。中医治人，强调的是整体观。我们不能忽略了他的病，也不能不顾护好他这个人。整体和局部的统一才是正道。道可道，非常道，要把非常道回归于常道。

误区四：重近期不重远期。追求即时疗效是没有错的，但远期疗效也应该是我们所追求的。曾以水火既济治疗一多年不寐的患者，我给她定的是每天一次，7次一疗程。连续使用了6次也没有效果，我反反复复的去想，去揣摩，都认为应该坚持，第7次治疗后，她的睡眠就好起来了。我还有一个守方8次治疗腰突的病例，也和此类似。这给我感触很大，法无定法，要变也要守啊。

误区五：重多针，不重单针。针数越少，套用的全息越多，治疗的疗效越好，才是越高超水平的脐针。

误区六：重扎前，不重扎后。扎前的诊断构象沟通，扎后的调气，都是上医治神的重要内容。神本无方，气本无体，藏于密者谓之神，充乎虚者谓之气。

误区七：重治疗不重摄生。习性造病，治未病，才是我们追求的境界。只要人间无疾病，哪怕架上药生尘。

理法方药，针灸手法，只要理通，怎么做都可以统一起来。都说细节决定成败，学习哪一种针法亦然。所以，我常常笑谈，要“三心二意”学中医；“三心”指的是：细心、悉心、精心。“二意”指的是：心存敬意、诚意。医之难，不难在用针用药，难在识证。医之难，不难在识证辨病，难在定见。

四、再三强调的东西，到最后，还是基础问题

基础理论，基础操作，基础技术。切不可忘记这“三基”的扎实！因为，定见，就来源于基础。定见不是成见，不是固执己见。胸中有大的原则，大的境界，自然枝叶去，根、干明。曾国藩说：“内断于心，自为把持！”诚不我欺也。书犹药也，善读之可以治愚。看书、临证、整理、总结，交流，内化。只有不断的反反复复这一过程，才能提高自己，升华自己。针感、手感，熟能生巧，就靠2个字：练习！

学习，是一种动力；是一种乐趣；是一种习惯！某个病种的深度和广度，都是我们挖掘的方向。以子宫肌瘤为例，我使用脐针治疗子宫肌瘤很常用的方有：

1. 脐部坎位找点：子宫肌瘤的病变反应点是小凸起，其凸起的数量和子宫肌瘤的数量常常是一致的；（注：也有凹陷的点，或者其他种类的点），其颜色常常和病程成正相关，颜色越深，病程越长；其质地常常和肌瘤的质地成正相关；点出现的位置，常常在坎位脐壁外缘内侧，偏里。（有时候由于病灶的牵拉，也可能移位，如移动到乾位或者艮位甚至兑位等等；和离位找眼睛的反应点有类似，但眼睛的反应点在脐壁外缘偏外。对此的解释呢，我个人认为还是病穴相应的理论，子宫肌瘤的部位偏内，眼睛的部位偏外）

2. 真武三针：真武三针亥子丑，地支针法之一。真武三针治疗本病，我认为它是很贴切的针对了其病机“阴成形”，恰当的使用了“阳化气”。

3. 山泽通气+坎：不通则病，以通为用。把山泽通气的力量，往病位上冲击。

4. 山地剥：其卦意，剥脱，剥离。

以上为治标所用，选择时期应该在经期治疗。经期几天，就治疗几天。治疗期间让病人注意休息，不做剧烈的活动；不得发怒，也不要抑郁。治本呢，我认为子宫肌瘤的产生，乃水土不合所致。所以，治本的方呢，我是使用水土合德。病人的体质，不良的生活习惯方式等等，也需要去调整。

重症湿疹好心烦，苍滑汤方服之安

作者：月半弯弯

链接：<http://bbs.iiyi.com/thread-2697262-1.html>

初至论坛，不揣愚钝，自认为此方治疗湿疹效果甚验，故公之于众，其实此方非我所创，乃名医甘志绅方，我只是实践之，甚觉效验。

方药：苍术 15g、滑石 15g、泽泻 10g、黄柏 10g、白芷 10g、蝉蜕 10g。

主治：适应于湿疮（类似于湿疹）。

加减：

1. 皮肤痒甚加苦参、白鲜皮、地肤子；
2. 滋水流溢较甚加重苍、滑、泽用量；
3. 3. 红肿较甚重用黄柏。

曾记四年前，一老病人来诊所，急迫问余：“湿疹能治否？”余答：“能！”问其情况，病人云其侄儿因湿疹甚是严重，住市某家大医院治疗罔效反愈发严重，余嘱其带来看看。翌日家人陪同来诊，观其男孩年仅十八岁，体重却超二百二十斤，幼年至今曾犯湿疹数次，易反复，今入院治疗月余，药用美能（甘草酸苷注射液），葡萄糖酸钙，维生素C，地米等等，愈发加重。

刻诊：头面胸腹四肢遍布丘疹，其痒剧烈，连合成片，滋水流溢不止，头面肿甚，极为痛苦。余嘱其停止所有西药治疗，开甘老经验方六付，告其忌辛辣油腻之品。六日后患者来诊，病去六七，其母甚喜，又予中药加减十二付，痊愈。前几日其母因病来诊，述其子四年前服药至今再无复发，目前正在减肥。

余用苍滑汤，凡见湿热蕴结之皮肤病皆可加减应用，屡用屡效，甘老不欺我也。



温中法治疗术后阑尾脓肿

作者：医林拾贝

链接：<http://bbs.iiyi.com/thread-2704769-1.html>

例一：2013年11月30日晚上六点，同学周某携其母来诊。其母由三人搀扶，进门后趴在桌子上，闭眼不语。周诉其母二十余天前晚上突然出现右下腹疼痛，挨到天明去了市人民医院。医院确诊为急性化脓性阑尾炎，行微创手术治疗，术后常规输了三天消炎针出院。出院后发现右下腹仍有疼痛，且疼痛逐渐加重。复诊时医生嘱咐让再输几天，一直输了二十天，仍然疼痛。更添吃不下饭，腹胀，冷痛症状，腹泻日十余次，近两天便的全是水。又于县医院做了B超，示阑尾残留脓肿：2.3×2.5cm。没再治疗，特来求诊。

刻诊：愁苦面貌，双眼窝轻微凹陷。右下腹反跳痛明显，腹凉。舌淡苔白，脉沉细略迟。

处方：白寇、厚朴、半夏、藿香、香薷、党参、云苓、白术、苏叶、鳖甲、甘草、干姜、红藤，两剂。

复诊：其母精神较前好转，胃口渐开，腹部已不觉冷。疼痛立止。只觉小腹稍涨、小便热痛。前方加蒲公英30g再进两剂。

复诊已无不适症状，各方面恢复正常。再进三剂后复查残留脓肿已经全部消失。同学赠锦旗以示感谢。

注：阑尾炎习用大黄牡丹汤加减。用温中散寒法治疗此病尚属首次，开方时心中亦觉没底，不料效果出乎意料。中医之精华在于辩证论治，有是证用是方，诚不虚言。

例二：无独有偶，本人一表亲，马某，31岁。亦因急性化脓性阑尾炎行微创治疗。术后腹疼不休，连输18天消炎针剂，复查仍有阑尾残留脓肿。其母听说我同学之母亲喝中药治愈，特来一试。

诊见：面色微白，右下腹疼痛，余无不适。舌淡苔稍腻，脉迟弦。证与例一相同，处方同上。

原以为五剂可愈，谁知三剂后复诊时诊脉见沉细微之状，知其青年人贪图床第之欢，大泄元气（其母听我说后曾私下确认此事）。元阳未复，缓图之。上方加附子，又进10剂，复查B超，阑尾残留脓肿消失，至此痊愈。



临床辨证绝学

作者：zhou35475840

链接：<http://bbs.iiyi.com/thread-3234404-1.html>

大便先干后溏，脾虚可见。

目睛干涩一症就可以确诊肝阴虚。肝阴不足，重用峻补名方一贯煎，速收成效。

夜间嗝干就可以认为是肾阴虚。

晨起口苦就是胆火上溢。

经前痛为实，经后痛为虚。

舌诊中无苔必诊为胃阴虚，舌根无苔必诊为肾阴虚，舌干红无苔，舌尖满布绛色小粒，乃肺性脑病先兆。

脉诊中双关部滑如豆，我即诊为肝胃不和或湿、食阻滞，如右部沉弱，左部正常必诊为气虚，反之左部沉弱，右部正常必诊为血虚，此时我往往弃症从脉，调和肝脾或峻补气血入手。

见心悸知心病，见胁痛知肝病，见口甜知脾病，见尿频知肾病，见气喘知肺病。

右手几无脉象一证，断为气虚，常言右手主气为阳，左手主血为阴。大剂峻补中气，复元扶正而获效。

临床上，我常以左手脉象沉弱而舍其它症，用大剂左归丸治之收效颇著。

张胜兵中医基础理论讲稿（续上期）

作者：中医鬼谷子

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

我们之前提到了中医基础理论和中医诊断学在病案中的指导和核心作用，没有它不会辨证，没有它看到疾病就摸索不出来，甚至说写病案你都不知道从何写起，不知道怎么写，不知道哪些是重点。所以说中医基础理论是整个中医的核心。这个理论大部分来自于《黄帝内经》，没有这个理论的支持那么你学中医就会像无头的苍蝇一样

瞎碰。在中医基础理论的前提之下，才能把中医诊断学学好，中医诊断学的强弱好坏，可以直接判断一个医生的强弱好坏，因为中医诊断学可以直接确定你这个医生能不能够敏锐地发现问题的关键，也就是病因的所在，因为只有中医诊断学学扎实了，你才能够准确地判断它是哪一种证型，准确地开出有效的方剂和中药。中医基础理论和中医诊断学学好了，但是中药学和方剂学没有学好，君臣佐使没有处理好的话，你仍然开不出好的方子，仍然治不明白疾病，这就是为什么我们在学了中基、中诊之后，接着就要学习中药学和方剂学得原因。我们还是以这个病案为基础，香砂六君子汤加减来探讨。

首先，提到健脾胃、补中和胃的方子，你会不会联想到香砂六君子丸、香砂六君子汤，就要看你的方剂学学得好不好，知道不知道这个方子的基本成分，香砂六君子汤加减，加减这两个字可是大有文章，为什么呢，因为他不是用的原方，如果所有的病都用的是原方的话，那好了，那就把所有的方剂背下来算了，那么我们就不用学中药学了，加减就是对中药学深刻灵活的运用。那么怎么加减呢？香砂六君子丸的成分是四君子汤加木香和砂仁，法夏、陈皮。当然香砂六君子的香，有的说是香附，有的说是木香，有两种说法，在古书上也有两种不同的记载，这是以后学方剂学的时候讨论的问题。我们现在就讨论加减，什么叫加减，就是在原方的基础上，加一些药，减一些药，加减的依据是根据临床表现，对证的加减，能够直接判断这个医生对中药学的把握，对中药药性、药量的把握是否到位。如果中药学学得好的话，常用的几百味中药应该能马上在脑海中浮现出它的四气五味归经、作用，以及临床常用在哪些方面等等。灵活掌握每一味中药的药性是非常重要的，是作为一个好的中医医生必备的素质和技能。

上面方中党参、白术、茯苓、甘草四味药，是四君子汤的基本组方。四君子汤是补气，实脾气，健脾气、是补脾胃之气、补中焦之气的组方。

我们临床中有很多基本方：象四君子汤健脾气、健脾胃之气，是补气的基本方；四物汤基本组方是当地川芎，当指当归，地指地黄，熟地黄、生地黄都可以，川指川芎，芍指白芍，是补血的基本方，四君子汤刚开始的组方不是党参，是人参，相当于现在的生晒参，后来根据不同的需要，把它改成了党参、改成红参、改成太子参、改成西洋参等等。改成不同的参，为什么改，怎么改？很简单，由于人参的补气的作用过强，而且比较贵，所以我们普通的四君子汤就用党参替代了人参。但是，党参的作

专业交流

用弱于人参，比方说有一些人，因为党参益气，气过会化一股火，有的是气阴两虚的，我们就用党参，我们选用西洋参或太子参来替代党参。因为太子参和西洋参是参里面能够养阴的，属于凉性参；而党参、人参、红参、高丽参，它们都是能够益气、生火的，而西洋参是能够降火的，太子参也是，你看健胃消食片里面就有太子参，那健胃的同时能够养阴。

再说茯苓，有一些人，把茯苓改成了茯神，党参、白术、茯神、甘草，我们也认为它是四君子汤。为什么呢，因为有些人在胃不好的时候，胃不和则卧不安，有的人由于胃病不舒服，导致晚上睡不好觉，这个时候呢，我们把茯苓改成茯神，这样就加强了它的安神的作用，虽然茯苓本身就有安神的作用，但是它主要是健脾利湿安神，茯神安神的作用强于茯苓，病人睡觉不太好的话，我们就需要把茯苓改成茯神，这也是四君子汤的变化。

下一味药白术，白术有炒白术和生白术之分，炒白术健脾利湿止泻作用强，炒白术走脏腑，走里，参苓白术散里的白术就要用炒白术，参苓白术散是止泻用的，健脾止泻用炒白术。但是玉屏风散里的白术就要用生白术，因为生白术走表，炙黄芪、生白术、防风，它以2:2:1的比例，就是玉屏风散，玉屏风散是固表、止汗、提高免疫力的，长期受风寒感冒，或者受风，或者出现一系列表象的，都可以用玉屏风散化痰来服用，以调节免疫力和抵抗力。

再说甘草，甘草本来是属于补气药，它也有补气的成分，但在这里呢，它加强了参、苓、术补气的作用，而且还能调和诸药，甘草也可以根据情况来用生甘草和炙甘草。

陈皮：行气芳香类，芳香化湿行气类药，炒陈皮可以健脾止泻，还能行气除胀，这个陈皮一定要用广陈皮，只有广东产的陈皮才有这个作用，其它地方产的不具备这个作用，这就是道地药材。陈皮是六陈汤里面的一味药，它本来是桔子皮，但为什么叫陈皮呢，因为它时间放得越久效果越好，所以以陈论之，谓之陈皮。陈皮、半夏为什么叫二陈汤，因为陈皮是越陈越好，半夏也是越陈越好，六陈里面有二陈，所以叫二陈汤。

半夏：分法半夏、姜半夏、竹茹半夏、生半夏，说白了半夏多得很，生半夏是有毒的，能够止痛，在外科里面还可以用生半夏来熬丹，炼丹。半夏作为化痰药，一般情况下属于温性的。半夏和法半夏、和姜半夏、和竹茹半夏的区别，法半夏化痰，姜

半夏是用生姜炮制过的，除了化痰还能够降逆，竹茹半夏还能祛寒通络。

砂仁：属于芳香类的药物，是温性的，象我们吃的油焖大虾，有很多菜里面，都有这个砂仁，它也是调料里的一种。砂仁取其味，有一点砂仁的味道就可以达到这个作用，它能醒脾去湿。醒脾就是让它不睡觉了，把它叫起来。

焦曲：就是炒神曲，是健脾胃消食之药，在我的书里面有个五仙散，是我在三仙散的基础上创造的，就是炒山楂、炒神曲、炒麦芽、炒谷芽、炒鸡内金，五种药都可以健胃消食，还有莱菔子，莱菔子也是炒的。生莱菔子是生主痰眩，炒莱菔子是去胀行气化痰，比如三子养亲汤，苏子、白芥子、莱菔子，它就是一个化痰气的药，主治老年性咳嗽。这个是方剂学中学的。

还有一个枳壳。宽中下气枳壳缓而枳实速也。炒枳壳能宽中下气，比枳实要慢一点，枳实更厉害。枳壳和枳实的区别就是，枳壳行气去胀宽胸，枳实能破气，就和陈皮和青皮的区别一样，陈皮能够行气去湿，但青皮能破气，所以它们功能大小不一样。

干姜：干姜能温中，干姜只用2克，点到即止。大腹皮能够除胀，有些鼓胀就是用大腹皮作为君药，来使用。大腹皮就是槟榔皮，槟榔也能行气。大腹皮行气除胀的作用很强。藿香，也是芳香类的药，藿香与佩兰常一起使用来治疗口臭，藿香正气液这个大家都知道，它能够去湿，走中焦，能行气。炒谷芽，健胃消食，大枣益气。

正因为如此，那个患者二诊，服药四剂后，胃脘胀痛好转，已无恶心，但是偶有腹胀，前方奏效，效不更方，再加佩兰，继服七剂。三诊胃脘胀痛消失，稍有腹胀，口干，纳可，便可，以理气和胃为主，于是加了理气和胃的药香附、木香、郁金，水煎服。三诊之后，痊愈。

今天我们以一个标准的住院病历和一个标准的门诊病历为例，讲解了中医从中基、中诊、中药、方剂，这四门基础的学科，直接指导我们能够开出有效的方剂，能够达到最后治病的目的。通过分析这个过程呢，让大家感觉到学习中医基础理论、中医诊断学、中药学和方剂学的必要性。

责任编辑：修竹临风

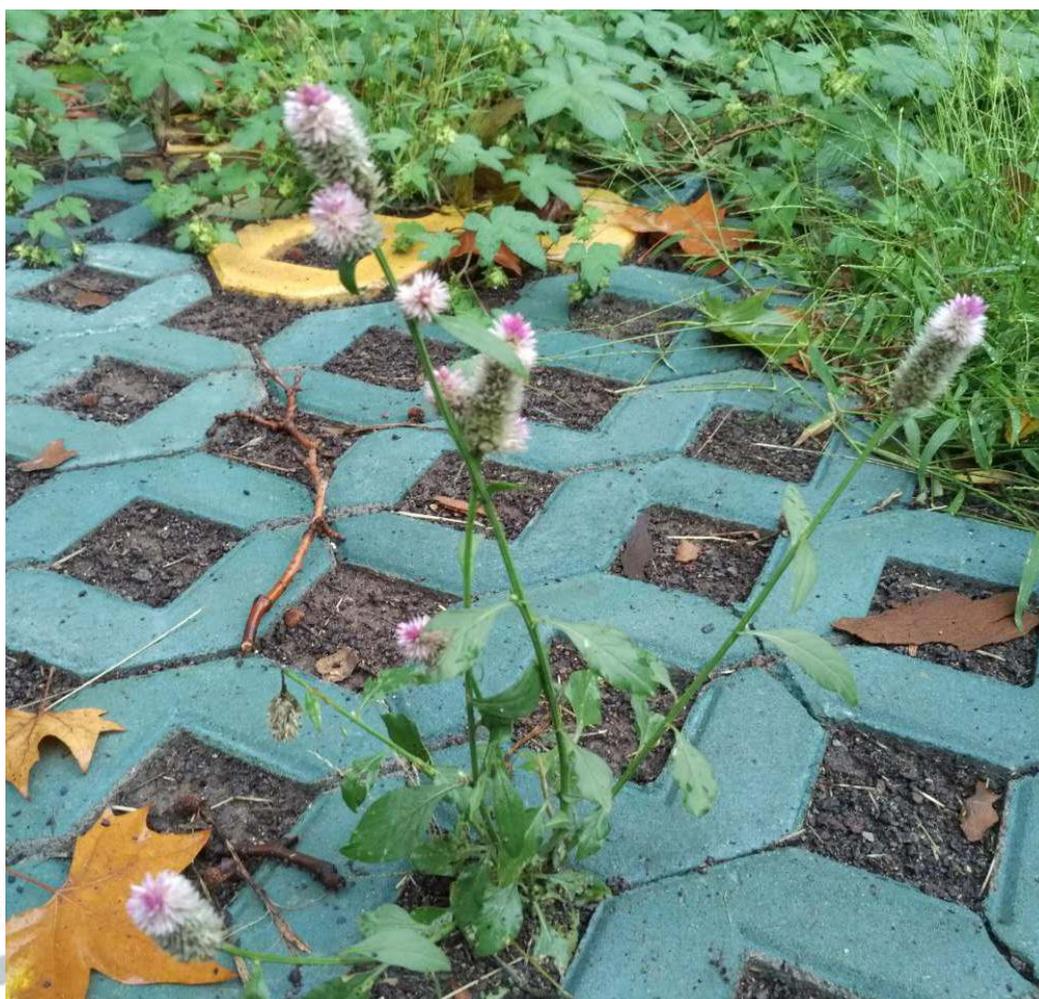
编辑：砭艾 宇宙旋风

第三部分——识草药

青箱子

别名：青箱、野鸡冠花、鸡冠花、百日红。

来源：苋科植物青箱的干燥种子，分布于全国。朝鲜、日本、俄罗斯、印度、越南、缅甸、泰国、菲律宾、马来西亚及非洲热带均有分布。



形态：一年生草本，高0.3~1米；茎直立，有分枝，绿色或红色，具明显条纹。叶片矩圆披针形，长5~8厘米，宽1~3厘米，绿色常带红色，顶端急尖或渐尖，具小芒尖，基部渐狭；叶柄长2~15毫米，或无叶柄。花多数，密生，在茎端或枝端成单一、无分枝的塔状或圆柱状穗状花序，长3~10厘米；苞片及小苞片披针形，长3~4毫米，白色，光亮，顶端渐尖，延长成细芒，具1中脉，在背部隆起；花被片矩圆状披针形，长6~10毫米，初为白色顶端带红色，或全部粉红色，后成白色，顶端渐尖，具1中脉，在背面凸起；花丝长5~6毫米，分离部分长约2.5~3毫米，花药紫色；子房有短柄，花柱紫色，长3~5毫米。胞果卵形，长3~3.5毫米，包裹在宿存花被片内。种子凸透镜状肾形，直径约1.5毫米。花期5~8月，果期6~10月。

栽培：喜温暖湿润气候。对土壤要求不严，以肥沃、排水良好的砂质壤上栽培为宜。忌积水，低洼地不宜种植。

性味功能：味苦；微寒。清肝、明目、退翳。

用途：用于肝热目赤，眼生翳膜，视物昏花，肝火眩晕。

用法用量：内服9~15克。

经验鉴别：干燥种子扁圆形，中心较边缘稍厚，直径1~1.5毫米，厚约0.5毫米。表面平滑，黑色，有光泽，侧面有一微凹的脐点。种皮薄而脆，易破碎，内面白色，微臭。

苍耳

别名：粘头婆、虱马头、苍耳子、老苍子。

来源：菊科植物龙苍耳的干燥果实。分布于东北、华北、华东、华南、西北及西南各省区。俄罗斯、伊朗、印度、朝鲜和日本也有分布。

形态：一年生草本，高20~90厘米。根纺锤状，茎直立，下部圆柱形，径4~10毫米，上部有纵沟。叶卵形，长4~9厘米，宽5~10厘米，近全缘，或有3~5不明显浅裂，顶端尖或钝，基部稍心形，与叶柄连接处成相等的楔形，边缘有不规则的粗锯齿，有三基出脉，侧脉弧形，直达叶缘，脉上密被糙伏毛，上面绿色，下面苍白色，被糙伏毛；叶柄长3~11厘米。雄性的头状花序球形，径4~6毫米，有或无花序梗，总苞片披针形，长1~1.5毫米，被短柔毛，花托柱状，托片倒披针形，长

专业交流

约2毫米，顶端尖，有微毛，有多数的雄花，花冠钟形，管部上端有5宽裂片；花药长圆状线形；雌性的头状花序椭圆形，外层总苞片小，披针形，长约3毫米，被短柔毛，内层总苞片结合成囊状，宽卵形，黄绿色，在瘦果成熟时变坚硬，连同喙部长12~15毫米，宽4~7毫米，外面有疏生的具钩状的刺，刺极细而直，基部微增粗或几不增粗，长1~1.5毫米，基部被柔毛，常有腺点，或全部无毛；喙坚硬，锥形，上端略呈镰刀状，长1.5~2.5毫米，常不等长，少有结合而成1个喙。瘦果2，倒卵形。花期7~8月，果期9~10月。



栽培：常生于平原、丘陵、低山、荒野、路边、沟旁、田边、草地、村旁等处。

性味功能：味苦、辛。性温，有毒。散风除湿、通鼻窍。

用途：用于风寒头痛，鼻渊流涕，风疹瘙痒，湿痹拘挛。

用法用量：内服3~9克。

经验鉴别：呈纺锤形，表面黄棕色或黄绿色，全体有钩刺，有油性。气微，味微苦。以粒大、饱满、色黄棕者为佳。

编辑：王颖健

责任编辑：金陵一剑

我为人人，人人为我

突发左侧肢体无力月余，加重 10 天

作者：踏青放牛

链接：<http://bbs.iiyi.com/thread-3233776-1.html>

●病历摘要：

一般资料：患者，男性，24岁，学生。

主诉：突发左侧肢体无力月余，加重10天

现病史：患者于1月前无明显诱因出现左侧肢体无力，20天前症状加重。平时有胸闷、口唇发绀等症状，时有呼吸困难，动则呼吸急促，每于行走、劳动时出现呼吸困难，下蹲片刻能缓解。病程中头痛、头昏，生活尚能自理，饮食尚可。

既往史：既往先心病史，未经系统治疗。否认高血压，糖尿病史。否认家族遗传病史及过敏史。吸烟五年，日均22支左右，无饮酒嗜好。

体格检查：体温：36.6℃；脉搏：77次/分；呼吸：19次/分；血压：130/80mmHg。发育较差，营养尚可，问答切题，自动体位，查体合作。全身皮肤粘膜未见黄染，皮肤弹性稍差，全身浅表淋巴结未触及肿大。头颅无畸形，双眼睑无浮肿，眼球活动自如，无外突，结膜无充血及水肿，巩膜无黄染，角膜透明，双侧瞳孔等大等圆，对光反应灵敏。耳廓无畸形，外耳道无溢脓，乳突无压痛。外鼻无畸形，鼻通气良好，无鼻翼煽动，副鼻窦区无压痛。口唇紫绀，口腔粘膜无出血点，伸舌居中，无震颤，咽部无充血，扁桃体无肿大，无脓性分泌物。颈软无抵抗，无颈静脉怒张，甲状腺无肿大，无血管杂音，气管居中，肝颈静脉回流征阴性。双肺叩诊清音，双肺呼吸音清晰，未闻及干湿性啰音和胸膜摩擦音。胸前部隆起，胸骨左缘第2~4肋间可闻及粗糙的喷射样收缩期杂音，伴收缩期细震颤，在胸前部可闻及连续性杂音，肺动脉瓣第二心音明显减弱，胸骨左缘第二、三肋间有收缩期吹风样喷射型杂音，伴有震颤。左上肢活动受限，可见杵状指。肝脾未触及。余(-)。

辅助检查：

1. 实验室检查

红细胞： $6.5 \times 10^{12}/L$ ，血红蛋白：210g/L，血小板计数： $80 \times 10^9/L$ 。动脉血氧饱和度：65%。凝血酶原时间：22秒。尿蛋白(+)。

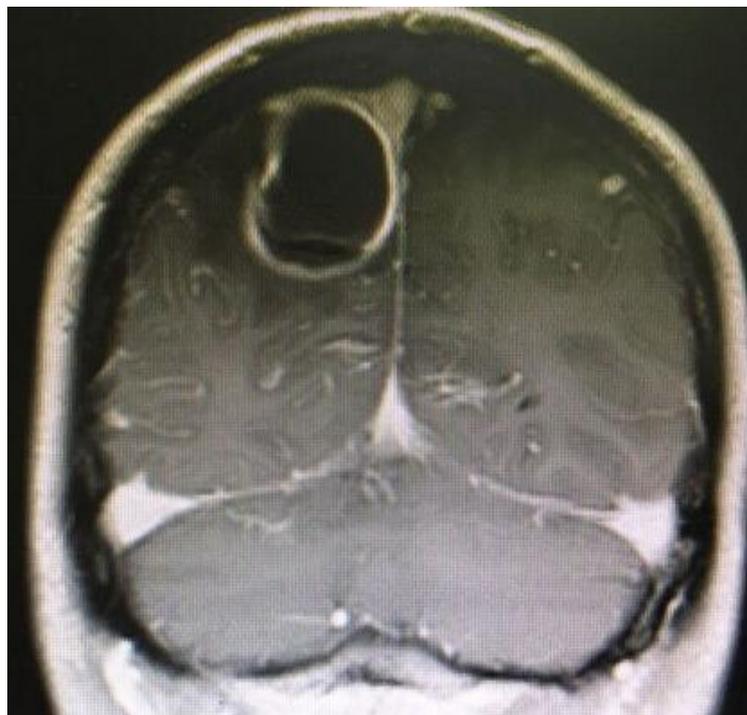
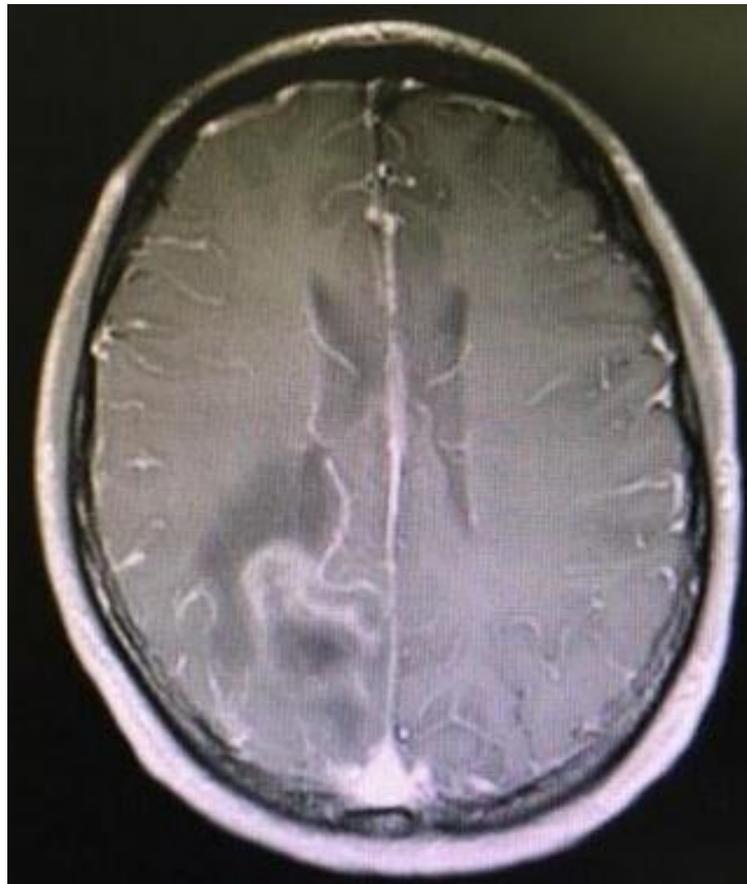
2. 影像学检查

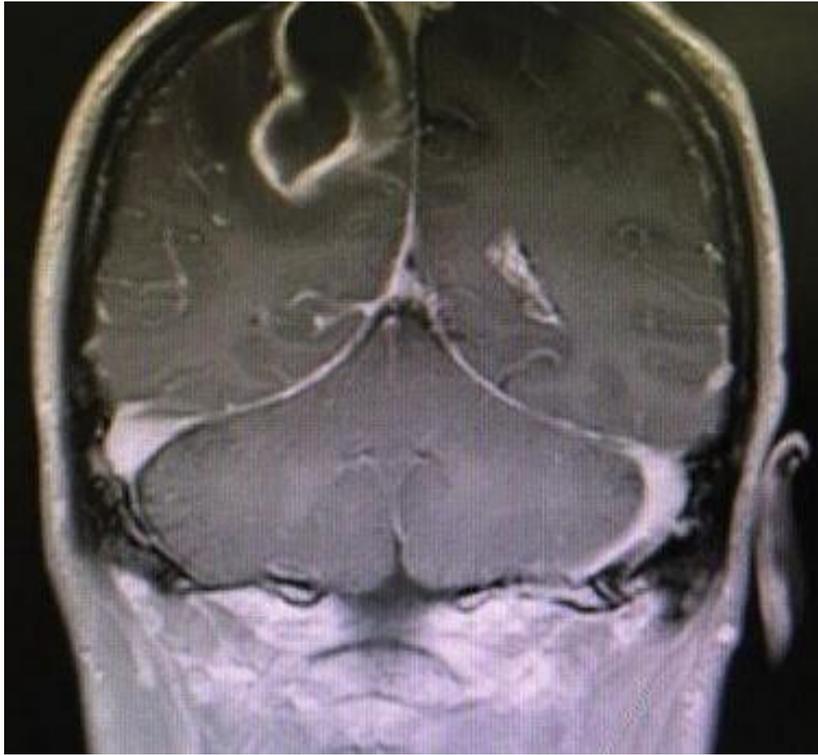
(1)心电图：电轴右偏，右房肥大，右室肥厚，不完全性右束支传导阻滞。

病例讨论

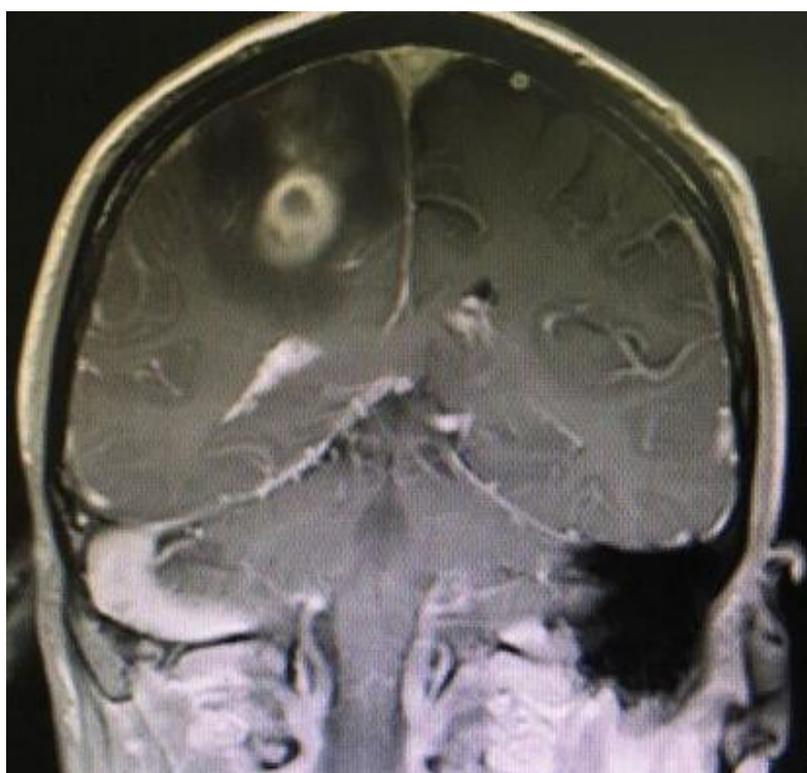
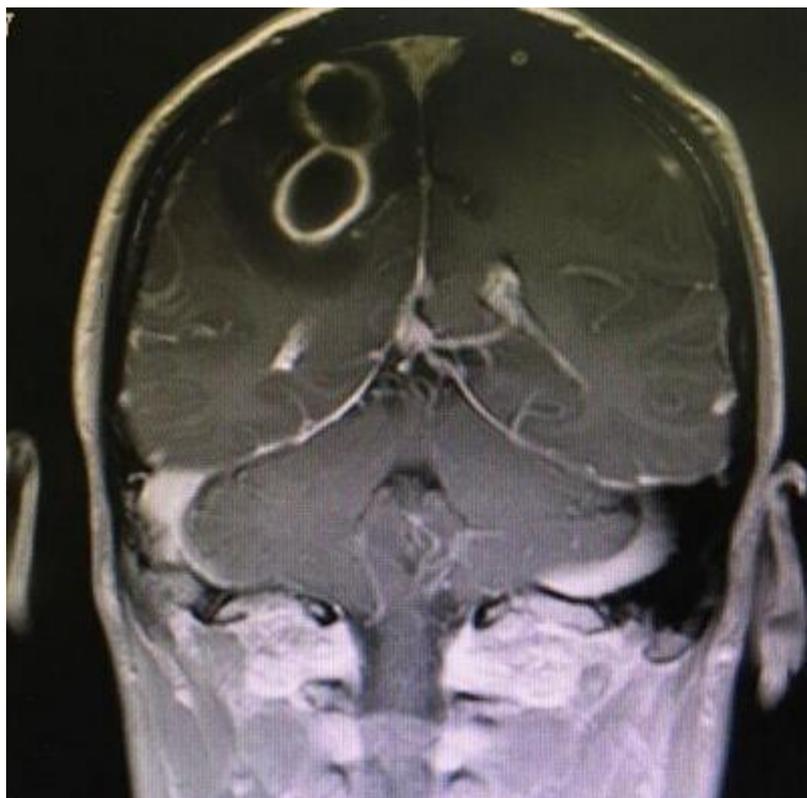
(2) 胸部 X 线检查：左心腰凹陷，心尖圆钝上翘，主动脉结突出，呈“靴状心”。

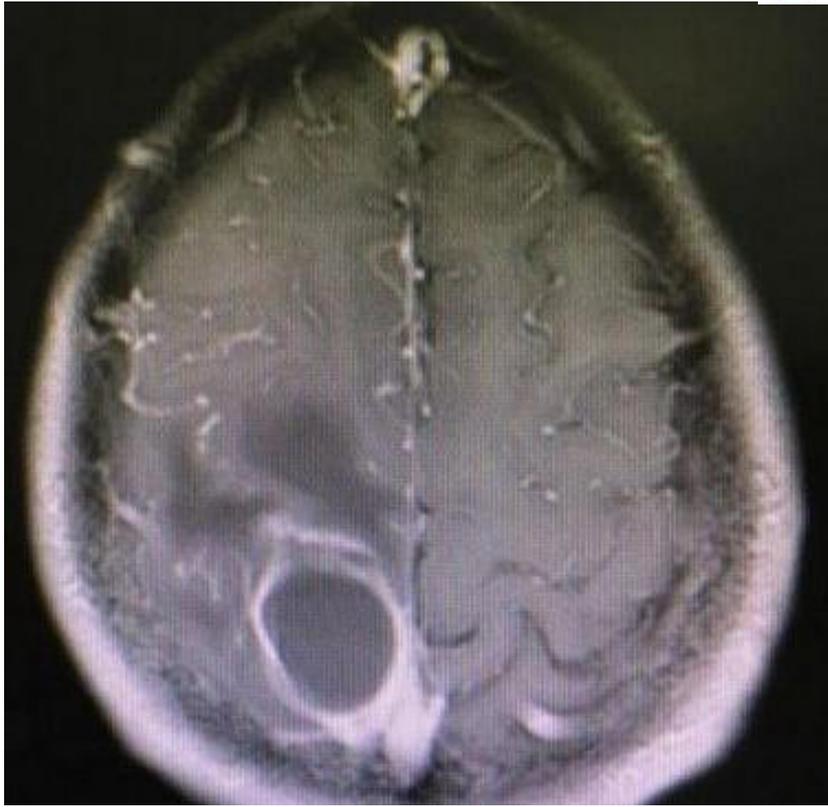
(3) 脑 MRI 如下：



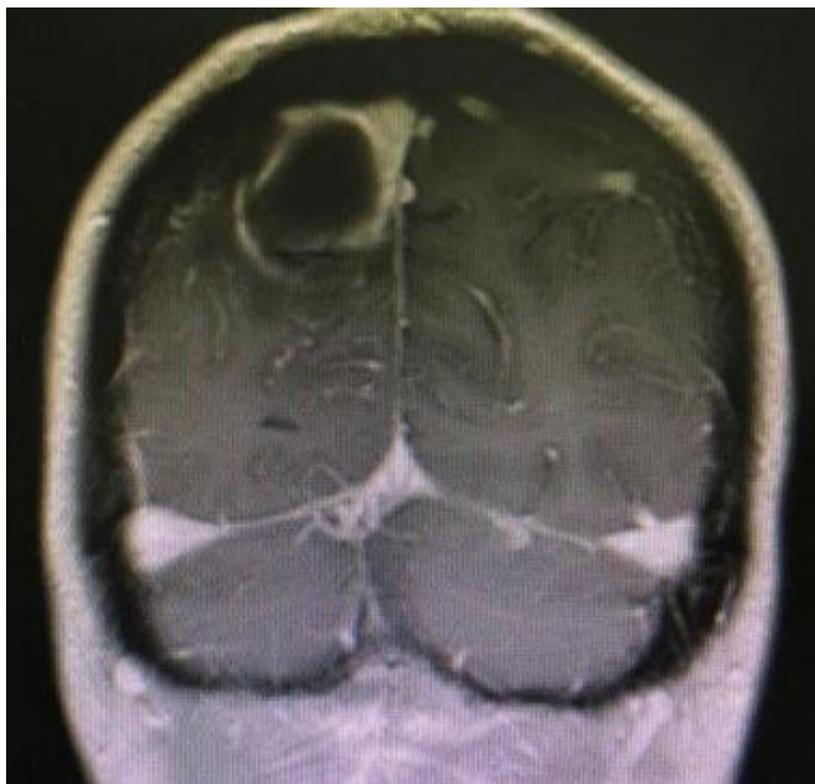


病例讨论





病例讨论



讨论:

1. 根据现有资料, 您的诊断是什么?
2. 诊断依据?
3. 进一步检查?
4. 颅内病变考虑什么?
5. 能否手术? 预后如何?

●临床讨论:

anne 医生

根据楼主提供的信息资料, 分析如下:

1. 本例初步诊断: 先天性心脏病-法洛氏三联症合并脑脓肿。
2. 诊断依据: ①男, 24 岁, 学生; ② 既往先心病史, 未系统治疗, 平时有胸闷、发绀伴蹲踞症状; ③胸骨左缘第 2~4 肋间可闻及粗糙的喷射样收缩期杂音, 伴收缩期细震颤。在胸前部有连续性杂音时, 说明有丰富的侧支血管存在, 肺动脉瓣第二心音减弱; ④辅助检查: 血红蛋白达 210g/L, 动脉血氧饱和度明显下降至 65%, 血小板计数减少至 $80 \times 10^9/L$, 凝血酶原时间延长, 尿蛋白可阳性; 心电图: 电轴右偏, 右房肥大, 右室肥厚, 不完全性右束支传导阻滞; X 线检查: 左心腰凹陷, 心尖圆钝上翘, 主动脉结突出, 呈“靴状心”; 头颅 MRI 示右侧脑脓肿呈环状强化。

进一步检查评估病情, 做好术前监测。手术治疗, 风险较高, 预后不乐观。

jjmjZy

1. 诊断: 先天性心脏病(复杂型), 心衰; 继发性血红蛋白增多症; 脑部占位性病变。
2. 诊断依据: 青年男性, 既往先心病史, 平时有胸闷、发绀现象, 时有呼吸困难, 动则呼吸急促, 每于行走、劳动时, 下蹲片刻才能缓解呼吸困难。胸前部隆起, 胸骨左缘第 2~4 肋间闻及粗糙的喷射样收缩期杂音, 伴收缩期细震颤。在胸前部闻及连续性杂音, 肺动脉瓣第二心音明显减弱。胸骨左缘第二、三肋间有收缩期吹风样喷射型杂音, 伴有震颤。心电图: 电轴右偏, 右房肥大, 右室肥厚。不完全性右束支传导阻滞。胸部 X 线检查: 左心腰凹陷, 心尖圆钝上翘, 主动脉结突出, 呈“靴状心”。遂确诊第一诊断, 目前可能伴有主动脉狭窄; 左侧肢体无力月余, 加重十天, 头晕、头痛, 杵状指; MRI: 右脑低信号影、高信号边界、周边伴有水肿带。

病例讨论

3. 进一步检查：超声心动图、血管造影、血气分析、心肌酶谱、电解质、肿瘤标志物等检查。

4. 根据脑部 MRI 的表现：边缘清晰，中央均匀低信号影，考虑为血管瘤。

5. 患者病情较为复杂，暂不考虑手术治疗。

杏林普度

诊断：1. 主动脉关闭不全（先天性）伴充血性心力衰竭；

2. 脑胶质瘤。

诊断依据：青年男性，既往先心病史，平时有胸闷、发绀现象，时有呼吸困难。动则呼吸急促，每于行走、劳动时，下蹲片刻才能缓解呼吸困难。胸前部隆起，胸骨左缘第 2~4 肋间闻及粗糙的喷射样收缩期杂音，伴收缩期细震颤。在胸前部闻及连续性杂音，肺动脉瓣第二心音明显减弱。胸骨左缘第二、三肋间有收缩期吹风样喷射型杂音，伴有震颤。心电图：电轴右偏，右房肥大，右室肥厚。不完全性右束支传导阻滞。胸部 X 线检查：左心腰凹陷，心尖圆钝上翘，主动脉结突出，呈“靴状心”。遂确诊第一诊断，目前可能也伴有主动脉狭窄；左侧肢体无力月余，加重十天，头晕、头痛，杵状指；MRI：右脑低信号影、高信号边界、周边伴有水肿带。

诊断考虑：脑胶质瘤。

进一步检查：心脏彩超、核磁，相关化验检查。

颅内脑胶质瘤，暂不适合手术，可等心功能改善后综合评分，专家会诊后再考虑是否手术，此病人预后差。

csh123csh

诊断：1. 先天性心脏病，法四？

2. 脑胶质瘤（三级）？

患者男性，24 岁，突发左侧肢体无力月余，加重十天（病变占位发展较快），平时有胸闷、发绀现象，时有呼吸困难，动则呼吸急促，每于行走、劳动时，下蹲片刻才能缓解呼吸困难（蹲踞现象，先天性心脏病变）。既往先心病史，胸前部隆起，胸骨左缘第 2~4 肋间可闻及粗糙的喷射样收缩期杂音，伴收缩期细震颤，胸前部可闻及连续性杂音，肺动脉瓣第二心音明显减弱，胸骨左缘第二、三肋间有收缩期吹风样喷射型杂音，伴有震颤。左上肢活动受限，可见杵状指。

心电图：电轴右偏，右房肥大，右室肥厚，不完全性右束支传导阻滞。

胸部 X 线检查：左心腰凹陷，心尖圆钝上翘，主动脉结突出，呈“靴状心”。

进一步检查：心功能情况。

目前对于胶质瘤的治疗，包括手术、放疗、化疗、靶向治疗等手段。治疗上要综合考虑患者的功能状态、对治疗的预期结果以及肿瘤所处的脑区部位、恶性程度级别等多种因素，从而制定个体化综合治疗方案。此病例预后不佳。

胶质瘤病理级别或恶性程度的影像学评估，不同级别胶质瘤的核磁共振特点简单叙述如下：1 级胶质瘤可以无或有均匀的增强，边界清楚一般无水肿；2 级胶质瘤一般无增强，边界不清；3 级可有局部增强，但大部无增强伴有中度水肿；4 级一般增强水肿均明显，并可有坏死区。

ww2sxy520

诊断：1. 先天性心脏病-法洛氏四联征；2. 继发性红细胞增多症。

诊断依据：24 岁男学生，平时有胸闷、发绀现象，时有呼吸困难，动则呼吸急促，每于行走、劳动时，下蹲片刻可缓解呼吸困难（蹲踞现象的机理为：行走、劳累时耗氧量增加，下蹲后增加体循环阻力，增加肺循环血流）。

查体发育较差，口唇紫绀，胸骨左缘第 2~4 肋间闻及粗糙的喷射样收缩期杂音，伴收缩期细震颤，在胸前部闻及连续性杂音，肺动脉瓣第二心音明显减弱，胸骨左缘第二、三肋间有收缩期吹风样喷射型杂音。（房缺杂音位于胸骨左缘第 2 肋间收缩期杂音，PDA 在胸骨左缘第 2 肋间双期连续型双期杂音，室缺胸骨左缘第 3、4 肋间收缩期杂音，肺动脉瓣狭窄时肺动脉瓣第二心音明显减弱）。进一步检查：心脏彩超、血气分析、心脏三位片。

颅内病灶考虑脑胶质瘤。MRI 提示脑低信号病灶，其常见的有脑脓肿、脑胶质瘤、转移性脑肿瘤。患者青年男性，既往无肺癌等恶性肿瘤病史，转移性脑肿瘤可能性小。患者无发热、寒战等感染表现，不考虑脑脓肿。

枫之远

诊断考虑为：先天性心脏病-法洛氏四联征并发脑脓肿。

诊断依据：①青年男性；② 既往先心病史，有胸闷、紫绀，头昏，杵状指等缺氧伴蹲踞症状；③胸骨左缘第 2~4 肋间可听到粗糙的喷射样收缩期杂音，伴收缩期细震颤；④辅助检查：红细胞： $6.5 \times 10^{12}/L$ ，血红蛋白：210g/L，血小板计数： $80 \times$

病例讨论

10⁹/L。动脉血氧饱和度：65%。凝血酶原时间：22 秒。尿蛋白(+)。心电图示电轴右偏，右房肥大，右室肥厚，右束支传导阻滞。X 线示左心腰凹陷，心尖圆钝上翘，主动脉结突出，呈“靴形心”，支持先天性心脏病-法洛氏四联征诊断。颅脑 MRI 显示倾向于脑脓肿，究其原因殆由于红细胞增多，血粘度高，流速缓，而并发细菌性血栓形成脑脓肿，因为脓肿局限，细菌入血较少，不一定出现发热现象。

心脏主张择期手术，脓肿或可保守治疗。

●总结

这是一例先天性心脏病-法洛氏四联征病例，根据病史，突发起病，结合 MRI 提示可见环形强化，有囊腔，薄壁均匀强化，有多灶，其间有间隔，水肿明显，占位效应不明显，典型的脑脓肿病例。

目前患者病情尚稳定，无高热，因麻醉风险大，予保守抗感染治疗，待条件允许时再考虑在 CT 引导下钻孔置换引流手术。

上感后皮疹、腰痛、肾功损害

作者：anne 医生

链接：<http://bbs.iiyi.com/thread-3246536-1.html>

●病历摘要：

一般资料：患者，女，30 岁，农民。

主诉：上感后皮疹 2 月余不退，伴腰痛、浮肿 2 周

现病史：患者于 2 月前受凉后出现发热、咳嗽、流涕等症状，在当地按“上呼吸道感染”治疗，症状好转后出现面部、手部以及足背皮肤皮疹，面部以双侧颊部为著，对称性分布，为红色斑疹，压之褪色，不伴瘙痒与疼痛，光照后皮损加重，且手背、足背等暴露部位皮肤也出现皮疹，其性质与上相同。自以为是感冒后服药（具体不详）过敏，当地先后给予口服抗过敏药物，中药以及局部外用“皮炎平软膏”等治疗，上述皮疹有所减轻，但迁延不退，时有发热、乏力、关节酸痛，渐出现指尖端针尖状红点，双手、足遇凉后变白、变紫现象。2 周前出现浮肿，起初以眼睑及双下肢踝部为主，以后逐渐延及全身，伴腰痛。无尿急、尿频、尿痛、血尿史，无腹痛、腹泻史，

无咳嗽、气喘史，无心悸、气短史，无脱发史。为求进一步诊治，今日来我院门诊，门诊完善检查后，收入院治疗。发病以来，食欲较前下降，大便成型，无便秘，小便少，夜间睡眠可。

既往史：既往体健，否认肝炎、结核等传染病及其密切接触史。无高血压、糖尿病等慢性疾病病史。无手术、外伤及输血史。

个人史：无特殊。

家族史：否认家族性遗传病史。

体格检查：体温：37℃；脉搏：88次/分；呼吸：22次/分；血压：174/112mmHg。成年女性，发育正常，营养一般，神志清，精神可，查体合作。全身皮肤粘膜未见黄染及出血点，面颊部、手背、足背皮肤可见陈旧性斑丘疹，面部皮疹有附着性鳞屑，未见抓痕，指尖端部位可见针尖状红点，压之不褪色。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，无脱发。面部浮肿，眼睑浮肿，结膜苍白、无水肿，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。口唇苍白，口腔黏膜光滑，无溃疡，咽部充血，双侧扁桃体无肿大。颈软，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，节律匀称，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88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，腹壁皮肤轻度水肿，腹壁静脉不显露，未见胃肠蠕动波，无压痛及反跳痛，肝脾未触及，未触及包块，腹水征(-)，叩诊鼓音，肝区无叩击痛，双肾区叩痛，肠鸣音活跃。肛门及外生殖器拒查。脊柱四肢无畸形，四肢活动自如，各关节无红肿。双下肢压陷性浮肿，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： $4.50 \times 10^9/L$ ，L：45.0%，N：54.0%，PLT： $90 \times 10^9/L$ ，Hb：75g/L；CRP：30mg/l；血沉：47mm/h；肝功及血离子基本正常；血肌酐：237umol/L；尿常规：pro3+，糖(-)，镜检：RBC(+)、WBC少许、颗粒管型(+)、细胞管型少许；粪便常规：(-)。X线胸片：心、肺(-)；心电图：窦性心动过速。

讨论：

1. 目前患者诊断考虑什么？如何确诊？

病例讨论

2. 下一步如何治疗？

●临床讨论：

天上星星

该患者考虑系统性红斑狼疮，但肾炎腰痛的机理不能解释？

肾肿大——包膜扩张——疼痛，但是不是每个类型的肾炎都肿大。这个患者的腰痛如何解释？临床上肾炎患者出现腰部疼痛的病例我没见过。

病例特点：

1. 年轻女性，有上感的明确诱因；
2. 多系统多器官病变：皮肤、泌尿、关节、血液、心血管病变、伴长期发热；
3. 辅助检查提示：造血、肾功能损害，CRP 高提示病情活动。

诊断：

系统性红斑狼疮。诊断上大家都没有异议，也比较典型，关键问题是腰疼伴肾区叩击痛，确实难解释，除了我上面提及的问题外，也有另外一种可能，结缔组织病导致的肌肉病变，导致腰疼，通过叩诊同样出现肾区叩击痛，误认为是肾区叩击痛？

tianli1234567

诊断考虑 SLE。

进一步检查：ANA、抗双链 DNA、抗 SM 抗体等等检查。

如确诊为 SLE，则可以使用氯喹，激素等药物进行治疗。

天广

诊断考虑系统性红斑狼疮。

诊断依据：1. 手足背，面部对称性丘疹；2. 日光过敏；3. 肾损害；4. 关节炎。

完善抗体补体检查，肾活检。患者肾功能损害较重，治疗上可用激素及免疫抑制剂冲击治疗。

ww2sxy520

诊断考虑：系统性红斑狼疮，狼疮性肾炎？

病例特点：

中年 30 岁女性患者，病史时间长，受凉后起病，有高血压、贫血病史。患者于 2 月前因“上呼吸道感染”经治疗后症状好转，出现面部、手部以及足背部皮肤皮疹。使用感冒药、抗过敏、中药以及局部外用“皮炎平软膏”等治疗迁延不退，时有发热，

乏力、关节酸痛，渐出现类似四肢“雷诺现象”。2周前发现浮肿，起初以眼睑及双下肢踝部为主，以后逐渐延及全身，伴腰痛。

查体：面颊部、手背、足背皮肤可见陈旧性斑丘疹，面部皮疹可见附着性鳞屑，未见抓痕，指尖端部位可见针尖状红点，压之不褪色。双下肢压陷性浮肿。

辅助检查：血常规+CRP：WBC： $4.50 \times 10^9/L$ ，L：45.0%，N：54.0%，PLT： $90 \times 10^9/L$ ，Hb：75g/L；CRP：30mg/l；血沉：47mm/h；肝功及血离子基本正常；血肌酐：237umol/L；尿常规：pro3+，糖（-），镜检：RBC（+）、WBC少许、颗粒管型（+）、细胞管型少许。

进一步检查：抗Sm抗体、抗dsDNA抗体、抗磷脂抗体和ANA抗体检测，必要时进行肾活检。

治疗：使用激素、免疫抑制剂等药物治疗。

lao197753

腰痛确实不好解释，肌酐才237umol/L，肾脏不一定就萎缩的，患者尿蛋白（3+），24小时蛋白尿估计已经超过500mg，可以留24小时尿检测。北医大的标准是每天尿蛋白超过800mg就是肾活检的指证了，有的医院是500mg，所以活检不仅能诊断，而且能指导治疗。

●总结

入院后进一步完善检查：ANA（+），抗双链DNA抗体（+）；C3、C4均低；血浆总蛋白30g/L，蛋白电泳示 $\alpha_2\beta$ 球蛋白升高， γ 球蛋白降低。复查尿常规：浑浊，pro3+，糖（-），镜检：RBC少许、WBC（++）、脓细胞（+）、颗粒管型（+）、细胞管型（-）。尿细菌定量培养，菌落：126/ml（ $\geq 10^5/ml$ ）。最后确定诊断为系统性红斑狼疮、狼疮性肾炎合并尿路感染、继发性高血压。

责任编辑：yjb5200120

编辑：刘现国

医疗资讯

湖南：已启动分级诊疗试点 看病不必都挤大医院

据近日成立的湖南省医院协会分级诊疗管理专业委员会的信息，湖南已启动分级诊疗工作试点，多渠道培养全科医生，下调非基层首诊报销比例，引导慢性病患者下转。湖南省医院协会会长刘君武表示，省医院协会分级诊疗管理专业委员会成立，将带领全省各级医院共同建立基层首诊、双向转诊、急慢分治、上下联动的分级诊疗模式，逐步落实分级诊疗制度，真正做到基层首诊，变输血为造血，让一、二、三级医院各司其职、各尽其责、各施所长，切实解决城乡居民“看病难、看病贵”问题。

上海：鼓励医生开办诊所和社会资本在人口导入区开设医疗机构

最新发布的上海市卫生计生改革和发展“十三五”规划称，要鼓励发展社会办医。支持有资质的医生开办私人诊所，发展一批有一定规模、影响和品牌特色的社会医疗机构，逐步提高社会办医疗机构的床位比重。同时推进非营利性民营医院和公立医院同等待遇，完善政府和医保购买服务机制，进一步推进医师多点执业，支持社会医疗机构发展。此外还要支持社会力量提供体检、医学检验、影像检查、健康管理、医疗旅游、健康咨询、卫生检测和评价服务。

黑龙江：全面停止门诊患者静脉输液

近日黑龙江卫计委发布《关于在全省三级医疗机构取消门诊静脉输液的通知》。其中称不合理使用静脉输液会带来患者医疗风险增加、医疗费用提高、就医时间延长等一系列问题，是“看病难”、“看病贵”的重要原因之一，因此决定全省各三级医院（含综合医院、中医医院、各类专科医院、妇幼保健院等）的各临床科室自2016年10月8日起应全面停止门诊患者静脉输液；儿童医院、各医院儿科门诊可保留静脉输液，但应采取切实有效措施，逐步减少直至停止门诊静脉输注抗菌药物；急诊和日间手术患者在严格掌握适应症的情况下可采用静脉输液治疗。

海南：率先实现异地就医医保结算全国覆盖

日前海南省社保局与上海市医保中心签订了异地就医结算合作协议，至此，海南异地就医结算合作范围扩大至全国 30 个省市区和新疆生产建设兵团，在全国各地拥有 223 个统筹区，率先实现省级统筹区全国覆盖（除港澳台地区）。结算模式是异地就医结算工作的核心问题，海南在建设异地就医结算系统平台时，充分考虑到要适应不同统筹区的实际情况，提供 3 种结算模式供合作方酌情选用：一是即时结算模式；二是延时结算模式；三是点对点结算模式。

南京：正式出台医联体建设的考核标准

来自南京市卫计委的最新统计数据显示，目前南京地区 24 家公立三级医院共签订近 50 个医联体。为推进医联体建设出实效，南京市正式出台严格考核标准，如区政府每年投入医联体建设经费不得少于 400 万元；核心医院对医联体内的每个基层医疗机构派驻至少 1 名临床医师，每周工作不少于 3 天；社区居民对医联体工作满意度需达 90% 等。据悉，考核结果分优秀、良好、合格和不合格 4 个等次，考核得分低于 60 分为不合格，将被取消医联体合作关系。

Circulation：游离甲状腺激素增高或可增加心源性猝死风险

心源性猝死（SCD）是指短时间内因心脏原因导致的意外死亡，死亡通常在症状出现 1 小时之内发生。既往研究表明，甲状腺功能异常增加心血管危险因素及疾病发生风险，甲减或亚临床甲减与血脂紊乱、冠心病有关，而甲亢或亚临床甲亢与房颤、冠心病或心衰有关，但甲功异常与 SCD 风险之间的关系尚属未知。为此，来自荷兰 Erasmus 大学医学中心的 Chaker 博士等进行了一项研究，研究发现游离甲状腺激素（FT4）升高增加 SCD 风险，FT4 可作为普通人群 SCD 风险预测及筛选标志物，未来需进一步研究评估 FT4 在 SCD 危险分层中的价值。

The Lancet：吉西他滨+顺铂可延长鼻咽癌患者的无进展生存期

复发或转移性鼻咽癌的治疗效果并不理想，目前还没有确立一线用药标准。中山大学附属肿瘤医院的张力教授开展一项临床研究，旨在比较吉西他滨+顺铂以及氟尿嘧啶+顺铂对复发或转移性鼻咽癌的有效性和安全性，该研究共纳入 362 名患者，将其随机分成 2 组：吉西他滨+顺铂组 181 例和氟尿嘧啶+顺铂组 181 例，结果显示，吉

医疗资讯

西他滨+顺铂可以显著延长复发或转移性鼻咽癌患者的无进展生存期。该研究为确立复发或转移性鼻咽癌患者一线用药方案提供了临床数据支持。

J Gastroenterol: 雷莫司琼治疗腹泻型肠易激综合征安全有效

腹泻型肠易激综合征（IBS-D）是一种常见的功能性胃肠道紊乱疾病，可严重影响患者的生活质量。已有研究表明，雷莫司琼治疗男性 IBS-D 疗效确切，且不会引起缺血性结肠炎，然而对女性 IBS-D 患者的安全性及长期疗效尚未明确。日本东北大学的 Fukudo 等进行了一项 III 期临床试验，证实雷莫司琼治疗女性 IBS-D 患者安全、有效，无严重并发症，且无发生缺血性结肠炎的确切证据。然而，应注意治疗期间可能会诱发便秘，发生率高达 20%。

Respirology: 长期使用激素导致间质性肺病患者肌力下降

对间质性肺病患者，长期使用糖皮质激素可能同样引起骨骼肌功能失调及肌肉衰弱、运动耐量和生活质量下降，但目前的证据尚未充分。来自日本长崎大学医院的 SHIGERU 医生及其团队的科研人员开展了一项前瞻性、横断面临床研究，结果表明，长期糖皮质激素治疗是间质性肺病患者骨骼肌力量减弱的独立危险因素。间质性肺部患者系统性使用激素治疗导致骨骼肌力量明显降低可能先于骨骼肌肌肉衰弱的出现。因此，在临床实践中需要医生密切关注间质性肺病患者骨骼肌肌肉力量的变化情况。

AJRCCM: 儿童期持续低肺功能会使慢性阻塞性肺部疾病风险提高

为了解幼年至成年期间肺功能变化的轨迹、是否有持续低肺功能水平人群存在、低肺功能水平相关的流行病学及病理机制特征，美国亚利桑那州立大学医学院的 Berry 等进行了一项研究，结果表明，自儿童期起始的持续低肺功能轨迹与 COPD 密切相关，此类人群生命后期患 COPD 的风险更高；这一人群肺功能水平往往处于正常范围下限，是一个独立的特殊亚群。总之，明确了导致这种低肺功能水平的危险因素，将为预防 COPD 新策略的发展奠定基础。

责任编辑：hehanhan

最美家乡月，最浓父母恩

作者：清澈 1975

链接：<http://bbs.iiyi.com/thread-3248916-1.html>

八月十五中秋夜，皎皎清空圆月明。
神州儿女回故里，父母膝下乐天伦。
瓜果月饼欢声笑，轻噙入口甜醉心。
人间正道有真情，不负美景与良辰。

闲庭秋色

作者：anne 医生

链接：<http://bbs.iiyi.com/thread-3246180-1.html>

居家种葡萄，秋光院中耀。
斜风埃尘飞，玉萄架下摇。
叶肥缠丝绕，虬枝助架牢。
借问串串紫，秋深知多少。

点绛唇

作者：孙家祥

链接：<http://bbs.iiyi.com/thread-3247249-1.html>

璀璨灯光，阁楼倒映江河里。
庙前杨泗，似李逵威立。
雾染滨河，看碧波嬉戏。
铜钟迺，声尤清耳，听禅惊人世。

你扬鞭策马

作者：zengwu200

链接：<http://bbs.iiyi.com/thread-3248158-1.html>

你扬鞭策马，
仗剑天涯，
我在路边，
赏我的花，
任时光荏苒，
青丝换白发，
梦里相思燃尽，
一场秋雨别盛夏，
夜半煮新茶，
独坐月下，
味炊烟袅袅，
世间繁华，
风卷轻纱，
珠帘打，
万物随缘，
舍利塔，
尘归尘土，
方知花落泪下，
千金也无价……

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！

心电图有奖读图第六十期 评审工作及获奖名单

作者：nikkive

链接：<http://bbs.iiyi.com/thread-3246223-1.html>

本次心电图读图参考陈列一老师的分析。

【心电图诊断】

图一由上到下依次诊断：房性心动过速（最快心室率）；窦性心动过缓（最慢心室率）；房性早搏呈二联律。

图二、四：房性心动过速部分伴传出阻滞。

图三由上到下依次诊断：窦性心律、房性心动过速、间位性室早；窦性心律、房性早搏（部分成对出现）；房性心动过速伴传出阻滞。

综合考虑：窦性心律、房性早搏、房性心动过速部分伴传出阻滞、室性早搏。

【心电图诊断依据】

编读往来

提早出现异位的P'波，P'R大于0.12S，部分呈连续发生，连续发生时部分P'波未传出而出现长RR间期限，长P'P'间期等于短P'P'间期限的两倍。存在房性心动过速伴传出阻滞。

【鉴别诊断】

房早伴差传，房室传导阻滞等。

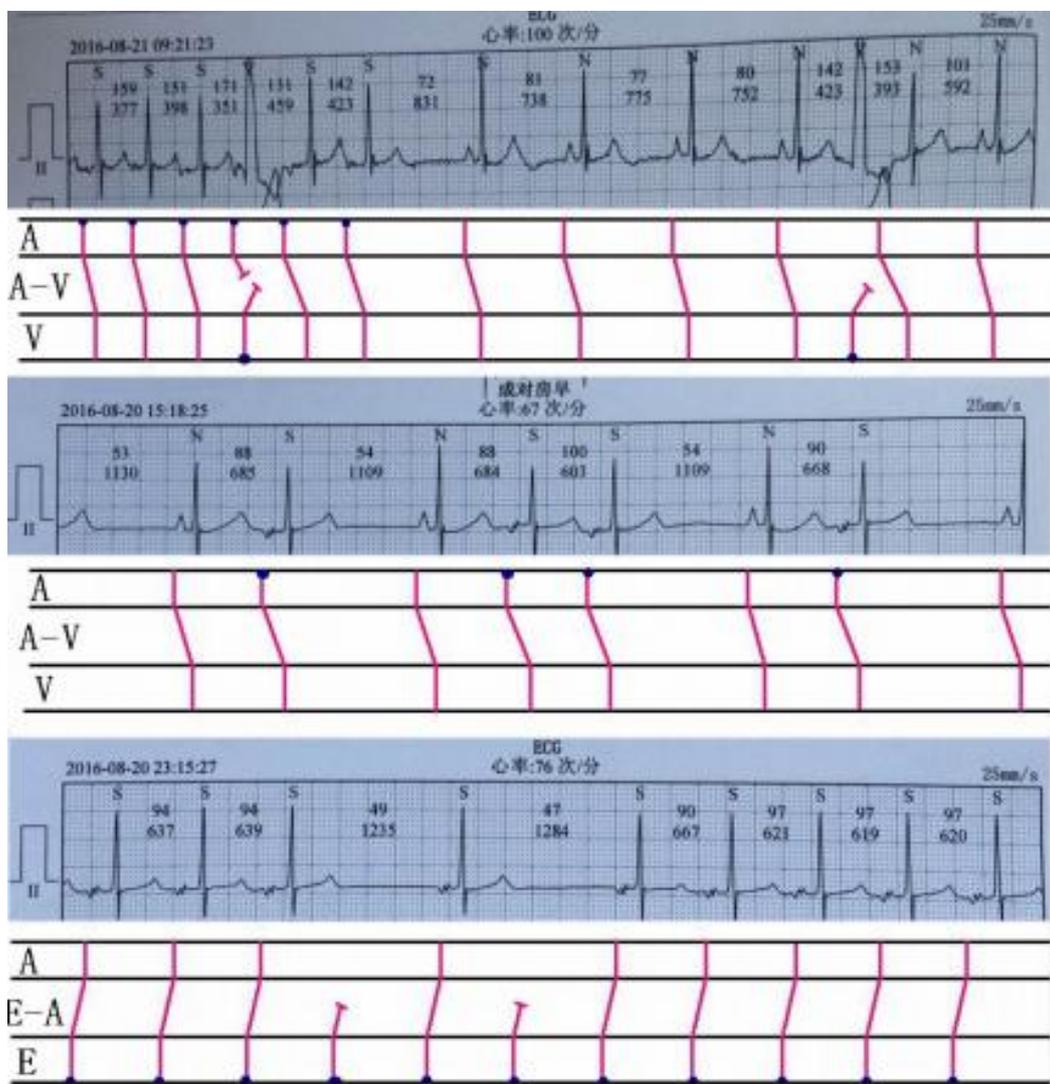
【临床意义】

小儿频繁出现房早房速，异位节律点自律性增高。

一等奖：陈列一

二等奖：云的影子 wjjhywj

三等奖：秋土 sence



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

爱爱医杂志稿约

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.iyyi.com>) 置顶帖《爱爱医杂志》征稿帖，按栏目分类投稿。2. 也可以直接投稿到 463767990@qq.com。稿件以 word 格

式附件发送。爱爱医编辑将在 7 个工作日内回复是否采用稿件。

可以是自己的原创文章，也可以推荐其他爱友的原创新品文章。

【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。

