

 www.iyyi.com

2016. 12

爱爱医



第十二期 总NO. 83

Volume 12,number 12, Dec 2016

刊首语

十月的洗礼

作者：xiwang001han

链接：<http://bbs.iiyi.com/thread-3255430-1.html>

岁月绘画了金黄
风吹树叶的悠扬
飘落
只是音符的乐章
摇摇晃晃
刹那
落地的忧伤
远方
寻求梦想
还是自我的埋葬
脚踩沙沙的路人
几人欣赏它的辉煌
面对冷风夕阳
只是键盘少了谁的模样
漫步穿过
一条条街巷
蓦然撞上
温暖的阳光

责任编辑：yemengzhe

目 录

会 长：陆德庆

执行会长：王罗刚

主 编：于竹梅

执行主编：倪广峰

副主编：康 晶 任忠林

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 柳 权

《爱爱医》杂志

在线订阅：zz.iiyi.com

投稿邮箱：463767990@qq.com

联系我们：爱爱医华人医学论坛

网 址：http://zz.iiyi.com

联 系 人：修竹临风

联系方式：QQ463767990

地 址：广东省珠海市金湾区机场东路 288 号

康德莱国际医疗产业园 K 栋

邮 编：519041

联系电话：4006269910

特别说明

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

刊 首 语 专家讲坛 关 注 专业交流 西 医

十月的洗礼.....	1
支气管哮喘中医证候诊断标准(2016 版).....	1
中国七年医改，亮点、难点在哪儿？.....	7
急诊科医生临床经验交流.....	9
孤独症谱系障碍.....	13
低血糖所致精神和行为障碍.....	14
分享脑积水引流试验后脑室回位 1 例.....	15
关于抗生素联用答会员问.....	20
超声入门贴 489——尿道结石嵌顿.....	23
狂犬病两例误诊.....	25
卡马西平致渗出性多形性红斑误诊.....	26
心电图讨论-心电图读图 63 期.....	27

专业交流 中 医

一方通治感冒咳嗽.....	28
浅论口臭.....	29
浅谈妊娠脉诊的诊断.....	30
神阙穴拔罐大家都用来治疗哪些病？.....	33
蛋黄油的干馏.....	34
一例肺炎的中医治疗.....	35

识 草 药

大丽花.....	38
土人参.....	39

病例讨论

牙源性急性坏死性纵膈炎一例.....	41
发热、咳嗽、皮肤紫癜、肝功能异常一例.....	45

医疗资讯

医疗资讯.....	49
-----------	----

医网情深

那把刀，狠狠地刺痛了我的心.....	52
我与爱爱医的网络情缘.....	53

编读往来

编读往来.....	55
心电图有奖读图第六十二期.....	55

杂志稿约

评审工作及获奖名单.....	55
爱爱医杂志稿约.....	57

支气管哮喘中医证候诊断标准（2016 版）

原作者：中华中医药学会肺系病专业委员会/中国民族医药学会肺病分会

链接：<http://bbs.iiyi.com/thread-3265799-1.html>

支气管哮喘(bronchial asthma)简称哮喘，是由嗜酸粒细胞、肥大细胞、T 淋巴细胞、中性粒细胞等多种气道炎性细胞和气道上皮细胞、平滑肌细胞等结构细胞及细胞组分参与的气道慢性炎症疾病。这种慢性炎症导致气道高反应性，常出现广泛多变的可逆性气流受限，并引起反复发作的喘息、气急、胸闷或咳嗽等，常存在典型的呼吸道症状：1) 超过 1 个症状(喘息、气短、胸闷和咳嗽)，尤其在成人患者；2) 夜间或早晨症状常常加重；3) 症状表现和强度随时间变化；4) 症状是由病毒感染(感冒)、锻炼、接触过敏源、天气变化、大笑或刺激物如汽车废气、烟雾或强烈气味触发^[1]。多数患者可自行或经治疗缓解。根据临床表现，哮喘分三期，即急性发作期、慢性持续期、临床缓解期。本病多属于中医学“哮病”范畴。

近年来，国内曾制定了哮喘及中医哮病或哮证的证候分类及辨证规范^[2-8]，2012 年发布的《支气管哮喘中医诊疗专家共识》^[9]对哮喘不同分期的证候及证治进行了规范。上述辨证规范对于提高临床辨证治疗水平具有一定的指导作用，但多以专家经验或专家共识为主，缺乏必要的临床试验与验证及中医术语规范，因此，科学制定哮喘的证候分类与诊断标准对于提高哮喘的临床诊疗水平具有重要意义。根据证候标准建立的思路^[10]，结合哮喘的临床特点开展中医证候诊断标准研究，基于文献研究^[11-14]，

通过临床调查研究与专家咨询问卷调查^[15-19]，采用统计分析、模糊神经网络技术分析及德尔菲法，初步制定了哮喘的证候分类与诊断标准^[20]，对制定的诊断标准进行考核验证，具有较好的敏感度、特异度、准确度等，在 4 家省级中医院试用并进一步完善。根据有关标准^[21-23]对其中的中医术语进行了规范，经中华中医药学会肺系病专业委员会及中国民族医药学会肺病分会讨论通过。

1. 证候分类与特征

哮喘的证候分类有基础证和临床常见证。基础证 10 种，即外寒证、痰饮证、痰浊证、痰热证、肺气虚证、脾气虚证、肾气虚证、肺阳虚证、肾阳虚证、血瘀证。基础证可单独呈现，也常以复合形式出现，基于基础证的认识对于常见证候的辨识具有

重要意义。临床常见证包括实证类(外寒内饮证、痰浊阻肺证、风痰阻肺证、痰热壅肺证)、虚证类(肺气虚证、肺脾气虚证、肺肾气虚证、肺肾阳虚证、阳气暴脱证)、兼证类(血瘀证)等3类10证。

专家问卷结果显示,外寒内饮证、痰浊阻肺证归属于“冷哮”;风痰阻肺证归属于“风哮”;痰热壅肺证归属于“热哮”;肺气虚证、肺脾气虚证、肺肾气虚证、肺肾阳虚证归属于“虚哮”;阳气暴脱证归属于“喘脱”危症;血瘀证归属于“瘀哮”。

1.1 实证类

1.1.1 外寒内饮证 主症:喘促,咳嗽,胸闷,气短,咽痒,痰白,痰清稀,流清涕,舌质淡红,舌苔白。次症:发热,恶寒,无汗,肢体酸楚或酸痛,鼻塞,鼻痒,喷嚏,痰泡沫,痰易咯出,痰多,喉中痰鸣,舌体胖大、舌齿痕、舌苔薄、舌苔腻、舌苔滑润,脉浮,脉紧,脉滑。

1.1.2 痰浊阻肺证 主症:喘促,气急,胸闷,气短,咳嗽,痰多,痰白,痰清稀,舌苔白。次症:咯痰不爽,喉中痰鸣,痰易咯出,食少,纳呆,肢体困倦,胃脘痞满,便溏,舌体胖大、舌齿痕、舌质淡红、舌苔腻,脉滑,脉弦。

1.1.3 风痰阻肺证 主症:喘促,气急,胸闷,气短,遇刺激气味则喘,咳嗽,鼻痒,流清涕,咽痒。次症:喷嚏,咽干,干咳,痰少,痰白,咯痰不爽,喉中痰鸣,舌苔白、舌苔黄,脉滑,脉弦。

1.1.4 痰热壅肺证 主症:喘促,气急,气短,胸闷,咳嗽,痰黄,痰黏稠,舌质红、舌苔黄、舌苔腻,脉数,脉滑。次症:痰多,咯痰不爽,喉中痰鸣,张口抬肩,不能平卧,遇刺激气味则喘,发热,口渴,大便秘结,脉弦。

1.2 虚证类

1.2.1 肺气虚证 主症:气短,咳嗽,神疲,乏力,自汗,舌质淡,脉细。次症:喘息,胸闷,易感冒,面色白,咯痰不爽,舌体胖大、舌齿痕、舌苔白,脉弱,脉沉。

1.2.2 肺脾气虚证 主症:气短,动则加重,肢体困倦,神疲,乏力,易感冒,纳呆,食少,便溏,舌质淡、舌边齿痕、舌苔白、舌苔薄,脉细,脉沉。次症:喘息,胸闷,自汗,面色少华或无华,胃脘痞满,腹胀、食后加重,舌体胖大,脉缓,脉弱。

1.2.3 肺肾气虚证 主症:喘息,胸闷,气短,动则喘甚,自汗,神疲,咯痰不爽,腰膝酸软,舌体胖大、舌苔薄、舌苔白,脉沉。次症:痰少,无痰,痰易咯出,乏力,头昏,夜尿频多,咳而遗溺,舌质淡、舌齿痕,脉弱,脉细。

1.2.4 肺肾阳虚证 主症:喘息,胸闷,气短,动则加重,神疲,痰清涎,肢体欠温,舌体胖大、舌质淡、舌齿痕。次症:颜面浮肿,痰多,易感冒,畏风寒,乏力,头昏,耳鸣,腰膝酸软,小便频数,夜尿频多,下肢水肿,舌苔滑润、舌苔薄、舌苔白,脉沉,脉缓。

1.2.5 阳气暴脱证 主症:喘促,气急,张口抬肩,不得平卧,脉微,脉细,脉数。次症:神志异常(恍惚、烦躁、嗜睡、昏迷),面色苍白,大汗淋漓,四肢厥冷,舌质淡、舌质红,脉疾促。

1.3 兼证类(血瘀证) 主症:面色晦暗,唇甲青紫,口唇和指端发绀,舌质暗、舌质紫暗、舌瘀点或瘀斑、舌下静脉迂曲、粗乱。次症:脉涩。

2. 证候诊断

哮喘临床常见证中各证候可单独存在也常兼见。急性发作期以实证为主,多表现为外寒内饮证、痰热壅肺证、痰浊阻肺证、风痰阻肺证;慢性持续期以虚实兼夹证为主,如肺肾阳虚兼外寒内饮的阳虚饮伏证、肺气虚或肺脾气虚或肺肾气虚兼痰浊阻肺的气虚痰阻证等;临床缓解期以虚证为主,表现为肺气虚证、肺脾气虚证、肺肾气虚证、肺肾阳虚证。血瘀证为主要兼证,常兼见于上述证候中^[15, 24]。临床辨证时予以注意。

2.1 实证类

2.1.1 外寒内饮证 1)喘促或咳嗽或胸闷、气短;2)恶寒、无汗,或肢体酸楚甚至酸痛;3)痰白清稀或兼泡沫;4)喉中痰鸣;5)舌苔白滑,或脉紧或浮紧或滑。具备1)、2)2项,加3)、4)、5)中2项。

2.1.2 痰浊阻肺证 1)喘促或咳嗽或胸闷、气短;2)喉中痰鸣;3)痰多、白黏或清稀;4)胃脘痞满;5)纳呆或食少;6)肢体困倦;7)舌苔白腻,或脉滑或弦滑。具备1)、2)、3)中2项,加4)、5)、6)、7)中2项。

2.1.3 风痰阻肺证 1)喘促或咳嗽或胸闷、气短;2)遇异味则喘或喉中痰鸣;3)鼻痒或喷嚏、流清涕或咽痒;4)痰白黏或咯痰不爽;5)脉滑或弦滑。具备1)、2)、3)中2项,加4)、5)中1项。

2.1.4 痰热壅肺证 1)喘促、气急或咳嗽或胸闷、气短;2)痰黄或黏稠;3)发热或口渴喜冷饮;4)大便秘结;5)舌质红,或舌苔黄或黄腻,或脉数或滑数。具备1)、2)2项,加3)、4)、5)中2项。

2.2 虚证类

2.2.1 肺气虚证 1)咳嗽或喘息、气短或胸闷，动则加重；2)神疲，或乏力；3)自汗，易感冒；4)舌质淡，或脉沉细或细弱。具备1)，加2)、3)、4)中2项。

2.2.2 肺脾气虚证 1)咳嗽或喘息、气短或胸闷，动则加重；2)神疲或乏力，动则加重；3)自汗，易感冒；4)纳呆或食少；5)胃脘痞满或腹胀或便溏；6)舌体胖大或齿痕，或脉沉细或沉缓或细弱。具备1)、2)、3)中2项，加4)、5)、6)中2项。

2.2.3 肺肾气虚证 1)喘息或胸闷或气短，动则加重；2)神疲、乏力，或自汗，动则加重；3)易感冒；4)腰膝酸软；5)耳鸣，头昏；6)夜尿频多，或咳而遗尿；7)舌质淡，或脉沉细或细弱。具备1)、2)、3)中2项，加4)、5)、6)、7)中2项。

2.2.4 肺肾阳虚证 1)喘息或胸闷或气短，动则加重；2)畏风寒，或肢体欠温；3)神疲或乏力，动则加重；4)易感冒；5)腰膝酸软；6)耳鸣，头昏；7)夜尿频多，或咳而遗尿；8)舌质淡，或舌苔白或白滑，或脉沉或沉缓。具备1)、2)中2项，加3)、4)、5)、6)、7)、8)中3项。

2.2.5 阳气暴脱证 1)喘促、气急或伴张口抬肩、不得平卧；2)神志异常(恍惚、烦躁、嗜睡、昏迷)；3)面色苍白、大汗淋漓，或四肢厥冷；4)脉微细欲绝或脉疾促。具备1)，加2)、3)、4)中2项。

2.3 兼证类

血瘀证 1)面色紫暗；2)唇甲青紫；3)舌质紫暗或有瘀斑或瘀点；4)舌下静脉迂曲、粗乱。具备1)、2)、3)、4)中1项。

该标准供中医内科、中西医结合内科医生临床使用，适合哮喘不同分期的证候诊断，对于喘息型支气管炎可参考使用。

组长:李建生

主要成员:李建生*, 王至婉, 李亚, 余学庆, 张洪春, 晁恩祥, 王永炎

执笔人:李建生, 王至婉

*通讯作者:李建生, li_js8@163.com, (0371)65676568

致谢:参加本标准制定讨论及临床试用的单位与专家有:中日友好医院晁恩祥、张洪春, 中国中医科学院西苑医院张燕萍、苗青, 北京中医药大学东直门医院冯淬灵, 北京中医药大学第三附属医院崔红生, 北京中医药大学第四临床医学院(枣庄市中医医院)王成祥, 上海中医药大学曙光医院张炜, 天津中医药大学第一附属医院尹新中, 天津中医药大学第二附属医院孙增涛、魏葆琳, 辽宁中医药大学附属医院徐艳玲, 辽

宁中医药大学第二附属医院于雪峰, 江苏省中医院奚肇庆、朱佳、孙子凯, 四川大学华西医院毛兵, 陕西省中医院马战平, 成都中医药大学附属医院董艳, 广州中医药大学第一附属医院张伟、孙志佳, 广东省中医院林琳, 河南中医药大学第二附属医院孟泳, 河南中医药大学第三附属医院周淼, 长春中医药大学附属医院宫晓燕、王檀, 吉林省中西医结合医院蔡鸿彦、孙良梅, 青岛市中医医院周兆山, 安徽中医药大学李泽庚, 安徽中医药大学第一附属医院张念志, 浙江省中医院王真, 江西中医药大学附属医院薛汉荣, 贵阳中医学院第一附属医院刘良丽, 贵阳中医学院第二附属医院葛正行, 宁夏医科大学中医学院刘敬霞, 新疆维吾尔自治区中医医院李风森。在本指南制定过程中得到王永炎院士、晁恩祥教授的悉心指导, 特此一并致谢。

参考文献

- [1] Global Initiative for Asthma (GINA) . Global strategy for asthma management and prevention 2014 (updated) [DB / OL] . (2014 — 5 — 06) [2016 — 2 — 10] [http: // www. ginas-thma. Org /](http://www.ginas-thma.Org/) .
- [2] 中华人民共和国卫生部. 中药新药临床研究指导原则 (第一辑) [M] . 1993: 6-10.
- [3] 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准 [S] . 南京: 南京大学出版社, 1994: 28-29.
- [4] 朱文锋. 中医内科疾病诊疗常规 [M] . 长沙: 湖南科技出版社, 1999: 8-10.
- [5] 贝政平, 蔡映云. 内科疾病诊断标准 [M] . 2 版. 北京: 科学出版社, 2007: 1446-1449.
- [6] 中华中医药学会. 中医内科常见病诊疗指南: 中医病证 部分 [M] . 北京: 中国中医药出版社, 2008: 5-7.
- [7] 王永炎, 严世芸. 实用中医内科学 [M] . 2 版. 上海: 上海科学技术出版社, 2009: 172-178.
- [8] 晁恩祥, 孙塑伦, 鲁兆麟. 今日中医内科: 上卷 [M] . 2 版. 北京: 人民卫生出版社, 2011: 434-480.
- [9] 中华中医药学会肺系病分会. 支气管哮喘中医诊疗专家共识 (2012) [J] . 中医杂志, 2013, 54(7) : 627-629.
- [10] 李建生, 余学庆, 胡金亮, 等. 中医证候标准建立的思路与方法 [J] . 河南中医学院学报, 2004, 19(6) : 4-6.
- [11] 李亚, 李素云, 李建生, 等. 支气管哮喘急性发作期中医证素分布规律的文献研究 [J] . 中医研究, 2010, 23 (1) : 78-81.
- [12] 李亚, 李素云, 李建生, 等. 支气管哮喘缓解期中医证素分布规律的文献分析 [J] . 时珍国医国药, 2010, 21 (9) : 2341-2343.

- [13] 李素云, 李亚, 李建生, 等. 支气管哮喘发作期中医证候及其临床特征的文献分析 [J]. 辽宁中医杂志, 2010, 37(9): 1686-1689.
- [14] 李素云, 李亚, 李建生, 等. 支气管哮喘缓解期中医证候及其临床特征的文献分析 [J]. 辽宁中医杂志, 2011, 38(3): 391-393.
- [15] 李建生, 王至婉, 余学庆, 等. 支气管哮喘不同分期证素演变规律研究 [J]. 中医杂志, 2015, 56(13): 1131-1135.
- [16] 王至婉, 李建生, 余学庆, 等. 支气管哮喘常见证候主次症的临床调查研究 [J]. 中华中医药杂志, 2015, 30(10): 3619-3623.
- [17] 王至婉, 李建生, 余学庆, 等. 支气管哮喘不同时期证候演变规律的临床调查研究 [J]. 北京中医药大学学报, 2016, 39(2): 136-139.
- [18] 王至婉, 李建生, 余学庆, 等. 支气管哮喘证候诊断的第二轮专家问卷调查分析 [C] // 中华中医药学会肺系病分会. 中华中医药学会第十八次全国中医肺系病学术交流大会暨青年委员会成立大会论文选编上册. 合肥, 2014: 443-451.
- [19] 王至婉, 胡金亮, 李建生, 等. 基于自适应模糊推理系统探讨支气管哮喘中医证候主次症特征 [C] // 中华中医药学会第十八次全国中医肺系病学术会议、中华中医药学会肺系病分会交流大会暨青年委员会成立大会论文选编上册. 合肥, 2014: 388-392.
- [20] 李建生, 王至婉, 余学庆等. 支气管哮喘证候诊断标准的研究制定 [J]. 中医学报, 2015, 30(6): 27-31.
- [21] 中华人民共和国国家质量监督检验检疫总局, 国家标准化管理委员会. 中医基础理论术语 [M]. 北京: 中国标准出版社, 2006: 65-77.
- [22] 国家技术监督局. 中医临床诊疗术语 [M]. 北京: 中国标准出版社, 1997: 12-23.
- [23] 全国科学技术名词审定委员会. 中医药学名词 [M]. 北京: 科学出版社, 2010: 32-33.
- [24] 李建生. 支气管哮喘中医辨证治疗概要 [J]. 中医学报, 2011, 21(1): 26-28.
- (收稿日期: 2016-03-10; 修回日期: 2016-07-09) [编辑: 侯建春]

责任编辑: kangjing_dr

中国七年医改，亮点、难点在哪儿？

链接：<http://www.iyi.com/d-25-237649.html>

日前，第九届全球健康促进大会“深化医改”平行论坛上，国家卫生计生委体制改革司司长梁万年介绍，实行医改后，我国医疗服务利用量迅速增长，去年全国医疗机构诊疗人次上升至 77 亿人次，较改革前增加了 57%，卫生总费用个人负担比例下降至 29.27%。居民健康水平方面，全国人均期望寿命达 76.34 岁、孕产妇死亡率下降至 20.1/十万人，婴幼儿死亡率下降至 8.1‰，三大健康指标均实现了联合国千年发展目标。

论坛上，来自卫生行政部门、基层医疗机构的专家和管理者们一致将目光放在基层医疗上。世卫组织驻华代表施赫德点评：“基层医疗犹如金字塔的塔底，要构筑好塔底，中国在此方面已取得巨大成就。”

全国基本医保覆盖面：95%

作为世界上最大的发展中国家，2015 年我国人口达到 13.75 亿，人均 GDP 为 7600 美元，卫生总费用占 GDP 的比重为 6.05%。在卫生资源方面，每千人口拥有执业（助理）医师 2.22 人、注册护士数 2.37 人、病床数 5.11 张。

梁万年说，自 2009 年新一轮医改启动至今，我国已基本建成覆盖全民的基本医疗保障制度。目前，基本医保参保人数超过 13 亿人，覆盖面稳固在 95%以上，保障水平有了大幅提高。今年城乡居民基本医保政府人均补助标准已提高至每人每年 420 元。

我国地缘辽阔，区域间发展差异大，健全基层医疗卫生服务体系并非易事。梁万年介绍，中央财政先后投入 1000 亿元支持基层医疗卫生机构建设。面向全体城乡居民免费提供基本公共卫生服务，今年政府补助标准提高至人均 45 元。

上海小目标：普及家庭医生

上海人口众多、老龄化程度高、医疗资源相对充沛，怎样“强基层”？上海市卫计委主任邬惊雷提出，先从“实现一个小目标”做起，即推广家庭医生制、实现分级诊疗。他介绍，上海每 10 万人口就有 1 家社区卫生服务中心，平均 80 至 90 万人口就有 1 家区域医疗中心，这构成了上海医疗服务的层级关系。上海实施社区居民签约家庭医生“1+1+1”服务（1 家社区卫生服务中心、1 家区域医疗中心、1 家三级医院），由家庭医生牵头实现有序转诊，顺利链接不同层级的医疗机构。

特大型城市普及家庭医生，偏远区域这样的“小目标”该如何实现？在 118.3 万平方公里的内蒙古自治区，遍及基层的“小药箱”成为牧民的健康保障。内蒙古自治

区卫计委副主任尹赤林介绍，交通不便，导致看病防病成本增加。在卫生院设流动服务车，牧民家庭放置小药箱，“两点一线”加上全科医生支持，有效解决牧民“小病拖、大病扛”的状况。

零差率销售，药价降三成

目前，我国城市公立医院综合改革试点已扩展至 200 个地市级以上城市，覆盖全国三分之二地区，县级公立医院改革已全面推开。梁万年表示，以省为单位进行网上集中采购、实行零差率销售，药品价格比改革前平均下降三成左右。这样可逐步建立起维护公益性、调动积极性、保障可持续的基层运行机制。

去年 10 月，江苏省 204 家城市公立医院全部取消药品加价，公立医院补偿机制通过政府投入来完成。江苏省卫计委主任王咏红补充，全省公立医院按照床位核定编制，由此解决同工同酬问题。政府还对医务工作者进行津贴补贴。

安徽省天长市人民医院院长许长松介绍了医疗管理模式转变给医院带来的可喜变化。在天长市人民医院，临床按病种付费成为有效的管理、支付方式。该院共有临床路径病种 247 个、临床路径表单 263 个，200 个病种纳入按病种付费。扭转了管理模式后，医院药占比、住院病人均次费用等指标都有明显向好趋势。

区域平衡、药物创新仍难解

梁万年提出，分级诊疗、建立现代医院管理制度等，仍是我国医改的“硬骨头”。国家卫计委拟定时间表，扩大家庭医生签约服务，力争在 2020 年实现签约服务覆盖全人群。明年则全面推开公立医院改革，实行政事分开、管办分开，建立符合行业特点的薪酬制度。

施赫德则建议，中国各地区之间如何实现平衡，相当具有挑战性。例如上海与内蒙古，地域差异大，政府支付同样的资金，居民获取的服务可能完全不一样。如何根据各地区不同情况，有的放矢地进行制度设计，值得探索。此外，现有资源怎样整合，也是医改中一直未能解决的症结。

专家同时提出，我国在药物创新领域有着巨大潜力。当前，创新药物注册流程偏慢，使许多药物获取时间比其他国家晚。在完善国家基本药物制度之时，加快药物审批制度改革不该被遗忘。

结语：既然我们都明确了亮点，那相应措施的巩固就是必然的。既然我们都找到了难点，那解决方案的到来就不会遥远。期待未来的医改会越改越好吧！

责任编辑：hehanhan

第一部分——西医

急诊科医生临床经验交流

作者: sool983

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

一、刚毕业的医生可能没有见过破伤风的病例，但只要见过一例就会终生不忘。

病例 1: 男性，50 岁左右，因“不明原因抽搐一天”入院。当时见患者头后仰，龇牙咧嘴状，面部肌肉及四肢肌肉不停抖动，神志清楚。其实这是典型的破伤风之“角弓反张，苦笑面容”。再看患者右手食指有破损，破伤风确诊，收入病房后症状逐渐加重，一周后死亡。

病例 2: 男性，40 岁左右，因“车祸后抽搐一周”入院。当时患者驾驶手扶拖拉机过程中出车祸，被车厢压在下面。在当地中医院治疗，住院期间出现抽搐症状，考虑“缺血缺氧性脑病”转我院，收神经内科治疗。我当时去看了一下患者，只见患者“龇牙咧嘴状，面部肌肉不停抽动”，典型苦笑面容，而且患者意识始终清楚，答问切题，一点都不像缺血缺氧性脑病后遗症，再看患者全身多处皮损结痂，翻看病历没有注射破伤风抗毒素，诊断为“破伤风”，治疗痊愈。

二、5 年前的夏天，那时我还在实习，老妈跟我抱怨说后背疼是怎么回事？我当时没在意，说了两句就糊弄过去了。过了几天老妈实在受不了就去医院看病，回来的时候哭丧个脸，也不和我说话，只听她边哭边打电话给老爹：“你快回来吧，大夫说我得了胆囊癌，做了手术也活不久了！”吓得我赶紧问怎么回事？她说，医生认为这个疼是牵涉痛，因为她有多年胆囊息肉病史，现在已经癌变了，所以才会疼，而且就算做手术也只能活几个月。我当时内疚的不行，全家人在痛苦不安中度过了一个星期。有天老妈说后背好像起泡了让我看看，我一看，真是哭笑不得——带状疱疹！后来回想起姥姥那段时间正好患带状疱疹，老妈照顾了很久，悬着的心才放进肚子里。从此

以后遇到腹痛、背痛的患者，脑子里都会想起这段啼笑皆非的回忆。

三、目前在急诊科轮转，深刻体会到查体的重要性，接班之后要仔细查体，发现问题及时解决，还要有敢于质疑上级医师的诊断，不能盲从。上周接诊了一个上级医师误诊的病例：一老年男性患者主诉右上腹疼痛，当时接诊医生（已是副主任医师级别）给患者查了血常规，提示有感染。查体右上腹压痛，Murphy 征（+），怀疑胆囊炎。做了腹部 B 超，虽然结果回报胆囊息肉样病变、脂肪肝、肾囊肿，但最后还是按照胆囊炎治疗的，开了 3 天点滴。患者当天晚上出现发热，第二天来急诊继续输液。接班时接诊医生没有向我交代这个患者的情况，当时我正忙着处理旁边留观的一个慢性充血性心衰的病重患者，本想礼貌性的问候一下，交谈过程中发现患者有咳嗽、咳痰症状，呼吸较促。问了患者，主诉还是右上腹痛。听诊双侧中、下肺湿啰音，右肺显著，赶紧拍了胸片提示双肺感染，收入院了。

我通过这个病例总结以下几点：

1. 诊疗思维要全面，不能想当然。
2. 认真仔细的查体十分重要。
3. 对于右上腹痛的患者，诊断急性胆囊炎之前要先排除右下肺炎、带状疱疹等疾病。
4. 凡事要在心里多打个问号，能发现很多问题。

四、副肿瘤综合症。由于肿瘤的产物（包括异位激素的产生）、异常的免疫反应（包括交叉免疫、自身免疫和免疫复合物沉着等）或其它不明原因，可引起内分泌、神经、消化、造血、骨关节、肾脏及皮肤等系统发生病变，出现相应的临床表现。这些表现不是由原发肿瘤或转移病灶所在的部位直接引起的，而是通过上述途径间接引起，故称为副肿瘤综合症。

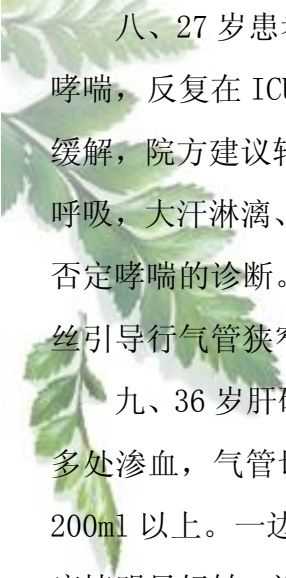
主要表现为：肿瘤热、恶液质、免疫抑制、重症肌无力、肥大性骨关节病、男性乳房发育症、柯兴综合征、神经肌肉痛、高钙血症、低血糖症、高血压、不明原因的贫血、血小板减少性紫癜、皮炎、弥漫性血管内凝血、肾炎等等。

五、女患者，40 岁。陪伴人说患者在去洗手间时突然摔倒，然后大喊一声，陪伴人赶到后发现患者躺在地上，神志恍惚，无恶心呕吐。询问病史，患者只是睁眼，目光黯淡，讲话有气无力。当时先测生命指征，体温 36.8℃，脉搏 80 次/分，呼吸 25 次/分，血压 130/80mmHg。双侧瞳孔等大等圆，对光反射存在。双肺及心脏听诊无异

常。四肢肌力可。陪伴人诉说患者曾经有高血压病史，有一次低血糖经历。当时测血压不高，鉴于有低血糖病史，就考虑是低血糖发作，于是用随机血糖仪测血糖为 6.7mmol/L。当时正困惑，于是决定再做一遍查体。有高血压病史，所以就查双下肢巴氏征，结果右下肢阳性。于是赶紧让患者做颅脑 CT 检查，结果是脑出血。自己过后总结一定要细心的查体。

六、一个有意思的病例令我难以忘记，也令我遗憾多年，至今我仍感觉对不起那位女患者。事情发生在 10 年前的一个下午 3 时，我从门诊到病房去，突然被一双手死死的抓住了，转头一看，是一位曾经找我看过的中年女性患者，只见她满脸的惊恐，嘴里不住的说：“大夫，救救我。”我和她答话时，发现她对我说的话置之不理，还是重复她的那几句。我将她带入观察室，经过认真的询问病史和体格检查，有以下几个方面：有高血压病、糖尿病史 5 年。两小时前出现上述语无伦次的症状，但四肢活动好，行走平稳，语速如常。查体时血压 150/80mmHg。神志尚清，语言流畅，对答不切题。颅神经（一），四肢肌力、肌张力、深浅反射均正常，锥体束征阴性。行颅脑 CT 检查未见明显异常。当时我考虑脑血管病，但没依据。是不是精神病呢？因拿不准所以先给予观察治疗：706 代血浆 500ml 加脉络宁 20ml 缓慢静滴，并告诉家属必要时到精神卫生中心去看一看。想不到大约 2 小时后，该患者不说话了，眼里含着泪，再次查体时发现右侧上下肢肌力下降（3~4 级）。这时才猛然想到患者是典型的感觉性失语，进一步发展成完全性失语。即刻更改治疗方案，予降纤、抗凝等治疗。当时家属要求再做 CT，因考虑时间太短，病灶显影的可能性不大，怕让患者花冤枉钱，故坚持不做。次日清晨，瘫痪加重，嗜睡，复查 CT 显示左大脑半球低密度灶。这时家属对我有意见，认为如果早复查 CT 不至于导致病情这么重。之后虽经数月治疗，患者仍留下了严重的后遗症。这件事我没多大责任，但至今仍难以释怀。

七、31 岁的青年男性，3 天前在海里游泳后出现头部持续性隐痛不适，咳嗽、流涕、咽痛，无意识障碍，无黄痰。自服阿奇霉素 2 天，无明显缓解来院就诊。查体血压 120/80mmHg，可见扁桃体肿大，肺、心、腹无明显异常，无神经定位体征。查了个血常规，血象偏高。当时没在意，认为是单纯扁桃体炎，准备开消炎药给他。后来追问病史，患者诉头痛开始以颈项部为重，后渐渐移至前额部。当时就怀疑颅内病变，行 CT 检查，结果是蛛网膜下腔出血！立即输液收入 ICU，行 DSA 检查：动脉瘤！差点出事，现在想起来还觉得有点后怕。



八、27 岁患者，车祸致颅脑外伤，外院术后气管插管呼吸支持 1 周，1 月后出现哮喘，反复在 ICU、神经外科以及呼吸科治疗 2 月余，使用大剂量甲强龙治疗仍不能缓解，院方建议转院进一步治疗，转至我院呼吸科，呼吸科请我会诊，看到患者端坐呼吸，大汗淋漓、在无创呼吸机使用的情况下，仍呈现典型的吸气性呼吸困难，立即否定哮喘的诊断。调来患者胸片发现是气管严重狭窄，长期气管插管所致。立即经导丝引导行气管狭窄扩张，术后呼吸困难好转。


九、36 岁肝硬化女患者行肝移植术，术后血小板仅有 1.4 万，肾功能衰竭，全身多处渗血，气管切开处渗血达 2000ml，行血液滤过的深静脉置管处每日渗血量都在 200ml 以上。一边补充血小板，一边大量使用维生素 C，每日 10g。一周后患者清醒，病情明显好转。谁知当天深夜 4 点左右，值班医生打电话说患者突然昏迷，直觉告诉我应该是低血糖所致，但反复多次快速血糖均在 5.0 以上。为防止血糖仪故障，调来其他病区 3 支血糖仪同时测定结果相似。患者双侧瞳孔等大，直径 4mm 左右，对光无反应，没有大汗没有心跳加快等交感神经兴奋表现。神经科会诊考虑颅内出血，毕竟患者血小板一直在 3 万以下。在准备行 CT 检查时我让护士推注了 20ml 高糖，并抽血送检验科复查血糖，结果血糖仅有 0.9mmol/L，推注高糖后患者瞳孔对光反射恢复。事后用维生素 C 测定血糖仪，发现该药可显著干扰快速血糖仪的测定，证实此情况与长期使用大剂量维生素 C 有关。

十、两个患者都是上一班的医生收治的，都是以头痛、恶心、呕吐来就诊。血压正常，心、肺查体无明显异常，第一例行头颅 CT 检查提示腔梗，第二例未见异常。用镇痛、改善脑血供治疗，效果不明显。接班后，我触按一下患者眼球，发现患者眼球稍硬，请眼科会诊，考虑是青光眼急性发作引起的头痛、恶心、呕吐，收住院处理症状缓解。

作为内科的急诊医师，估计大家都有可能碰到青光眼引起的眼胀和头痛。

青光眼由于眼压急剧上升，三叉神经末梢受到刺激，反射性地引起三叉神经分布区域的疼痛，患者常感到有偏头痛和眼睛胀痛。眼压升高还可反射性地引起迷走神经及呕吐神经中枢的兴奋，出现严重的恶心呕吐。

正常眼压范围为 10~21 毫米汞柱，用手指触按眼球富有弹性。当眼压上升到 25~40 毫米汞柱时，用手指触按眼球好似打足气的球，比较硬。当上升到 40~70 毫米汞柱时，再用手触按，眼球硬得像石头一样。



所以头痛患者在就诊时，可以叫患者闭眼，我们再用手指触按眼球，说不定能发现几例青光眼。

因为不是眼科医生，所以对青光眼了解不深，请各位战友拍砖。

孤独症谱系障碍

作者：舒省

链接：<http://bbs.iiyi.com/thread-1758211-1.html>（11 楼）

患儿男，3 岁 2 个月。家长诉其说话比其他人迟，不听话，有“多动症”，前来就诊。

主诉和病史：至今不会用语言表达自己的需要，但会自言自语说别人听不懂的话，鹦鹉学舌般不流利地含糊地重复别人说过的部分词语。不依恋家人，不与人交流，不明白别人讲的话，不听指挥。但一岁多就坚持自己进食且动作协调，两岁会自己上厕所。从不与小朋友玩耍，经常被比他小的孩子欺负，被打后只会呆站无反应。害怕邻居家的宠物狗，经常一看见就会大哭。从小对玩具不感兴趣，但喜欢看老人打“天九”（一种纸牌类游戏）；最喜欢玩家里的饮水机，不停地按开关放水，有水时会说“有水”，没水时会说“无、无”。在别人家里发现有抽水马桶就千方百计去拉水箱。

个人史：足月顺产。母怀孕期间无异常，否认产伤、窒息及抢救史。母乳喂养，四月龄开始添加辅食，无偏食、挑食。按时免疫接种。否认遗传、传染病家族史。无外伤及手术史。

体格检查：体重 16kg，身高 96.5cm，头围 51.9cm，前囟已闭。神清，精神好，双侧瞳孔等大等圆对光反射灵敏，与人无对视。颈软无抵抗，心肺听诊无异常，腹软，触诊无异常，四肢关节活动好，肌张力正常。

其它检查：血常规、听力检测无异常。智能检查（儿心量表）因其视而不见，听而不闻，不能配合检查，只能通过询问家长及观察其行为，大致判定其大动作及精细动作发育基本符合年龄，语言及交往、适应能力均严重落后。

初步诊断：1. 语言发育障碍；2. 孤独症谱系障碍。

治疗：转上级医院儿童行为发育中心。

诊断分析：通过病史询问、体格检查、辅助检查及行为观察，基本符合孤独症“社会交往障碍、语言交往障碍和异常、刻板的兴趣行为”三个主要症状。

其语音发育、理解能力、表达能力均远低于同龄平均水平，非听力异常所致，未排除广泛性发育障碍类神经系统疾病及其它儿童精神疾病。

个人感受：近年来，随着诊断标准的变迁、公众对疾病的认识增加、早期诊断等各种原因，孤独症谱系障碍患病率在世界各地均有明显的上升趋势。其预后取决于患儿病情的严重程度和干预的时机及程度，所以早期发现、早期诊断和早期干预极其重要。这就需提高家长保健意识和能力，更加需提高基层儿童保健人员适宜技术水平。

低血糖所致精神和行为障碍

作者：wangtingyu2008

链接：<http://bbs.iiyi.com/thread-1758211-1.html>（12 楼）

患者何某某，女，31 岁，未婚，汉族，银行职员，中专文化，东莞人。于 2009 年 10 月 8 号入院。

主诉：阵发性跌倒、昏睡反复发作近 1 年，加重 2 月。

现病史：患者缘于 2008 年 10 月 20 日起，可能因为失恋等原因而出现精神异常，主要表现为发呆，动作迟缓，而后出现双下肢乏力，站立不稳，缓慢跌倒，继而昏睡。大声呼唤亦叫不醒，即便醒来，仍不知所在，当时无两眼上翻、牙关紧闭、口吐白沫、四肢抽搐等。以后症状反复发作，曾有一次尿失禁。曾在多家医院就诊，外院行头颅 CT、MRI、TCD、EEG 等检查，均未见阳性征象，考虑为“抑郁症”，予以“奥氮平 20 毫克/每晚，盐酸帕罗西汀 20 毫克/日”等治疗，效果不佳。近两个月来，症状加重，患者在办公室经常无故跌倒昏睡，无法正常上班，于今日入我院治疗。

患者近一年来无高热、头昏、头痛、恶心、呕吐，无兴奋或少语等。

既往史：2000 年发现胆囊息肉，当年行“胆囊息肉”切除术。

个人史、家族史无特殊。

体格检查：生命体征平稳，心肺未见异常，腹部无特殊。神经系统可见四肢肌力 4 级，张力基本正常，腱反射减弱，未引出病理征。

精神科检查：意识清晰，定向力完整，未查及幻觉、错觉。思维清晰，未引出妄想，注意力尚集中。情绪尚稳定，意志稍减退。

入院诊断：乏力昏睡原因待查：1、睡行症？2、癫痫？3、抑郁症？

入院后生化检查示钾：3.22mmol/L，GLU：2.6mmol/L，余正常。故予以补钾补糖治疗。第三天复查钾：3.85mmol/L，GLU：2.67mmol/L。因此怀疑患者的症状是否与低血糖有关。遂予 2 小时查一次血糖，最高为餐后 1 小时血糖 8.9mmol/L，最低为晨 5 时血糖 2.2mmol/L。于是考虑低血糖症所致精神和行为障碍，与胰岛细胞瘤有关。在外院行腹部 CT 证实胰头部有细胞瘤，随后转院手术治疗。术中证实胰头部胰岛细胞瘤。因手术不成功，术后陷入昏迷状态，于 12 月 10 日死亡。

这个病例虽然明确诊断，但结局凄凄然。

分享脑积水引流试验后脑室回位 1 例

作者：jsdfnicholas

链接：<http://bbs.iiyi.com/thread-3259561-1.html>

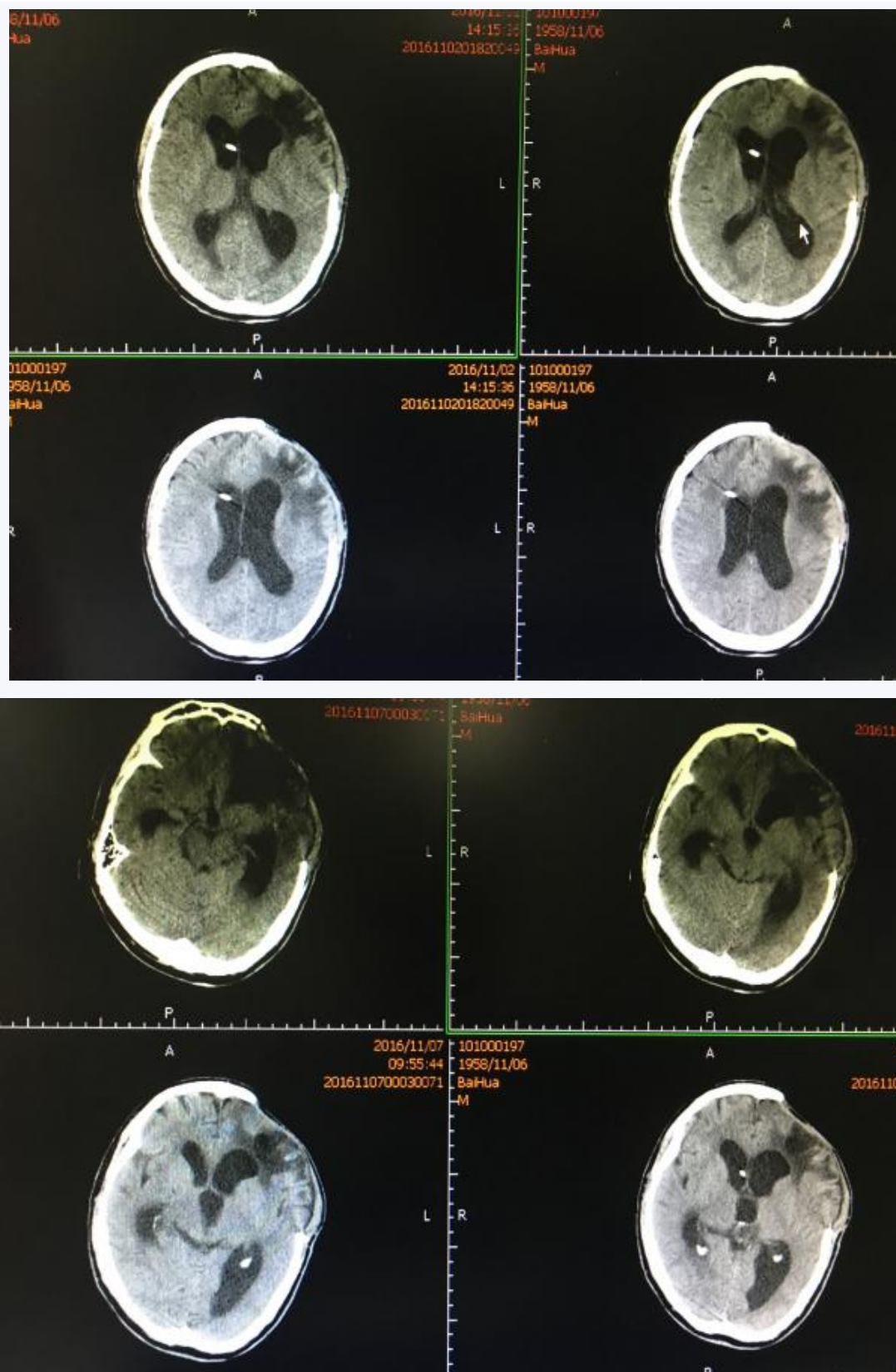
分享一个病例。

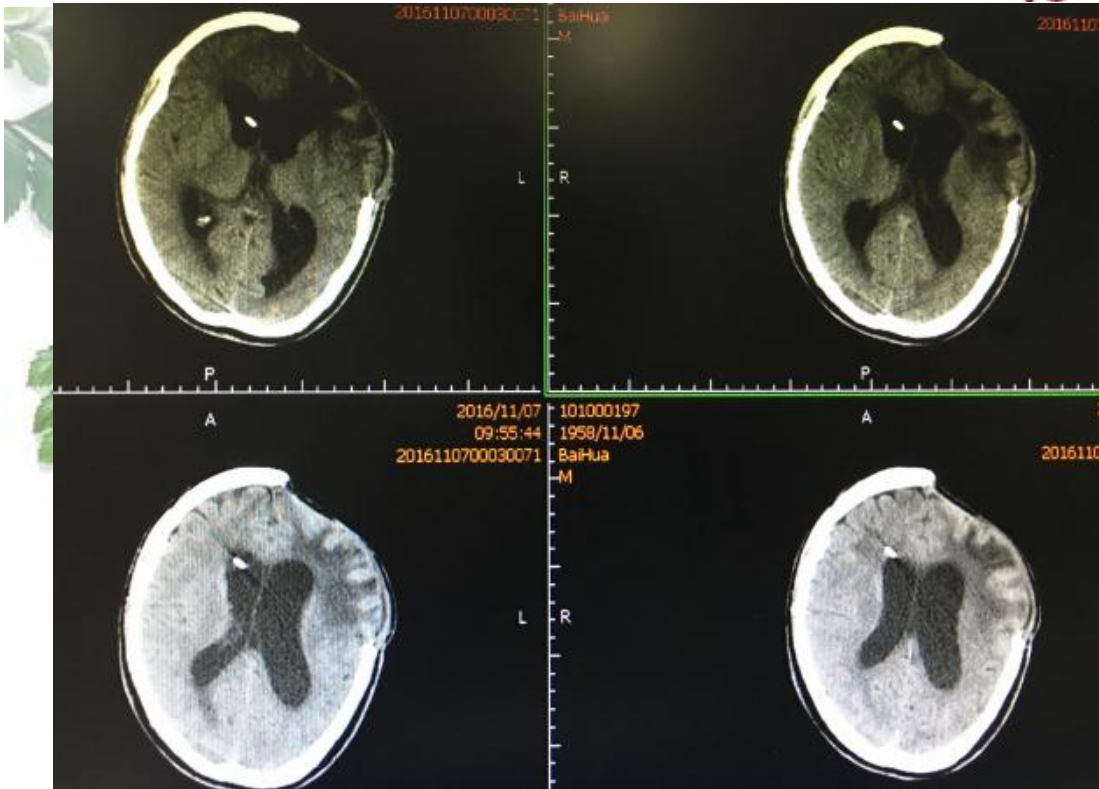
“脑积水”是临床常见的一种疾病，有原发，也有继发，以后者为主。

患者中年男性，半年前因动脉瘤破裂在外院行动脉瘤夹闭术。术后三月后，渐出现步态不稳，认知障碍，未予处理。上述症状加重后，行 ommayya 囊植入术，后来储液囊堵了，症状进一步加重，故来院就诊。多次行头颅 CT 检查，如下：



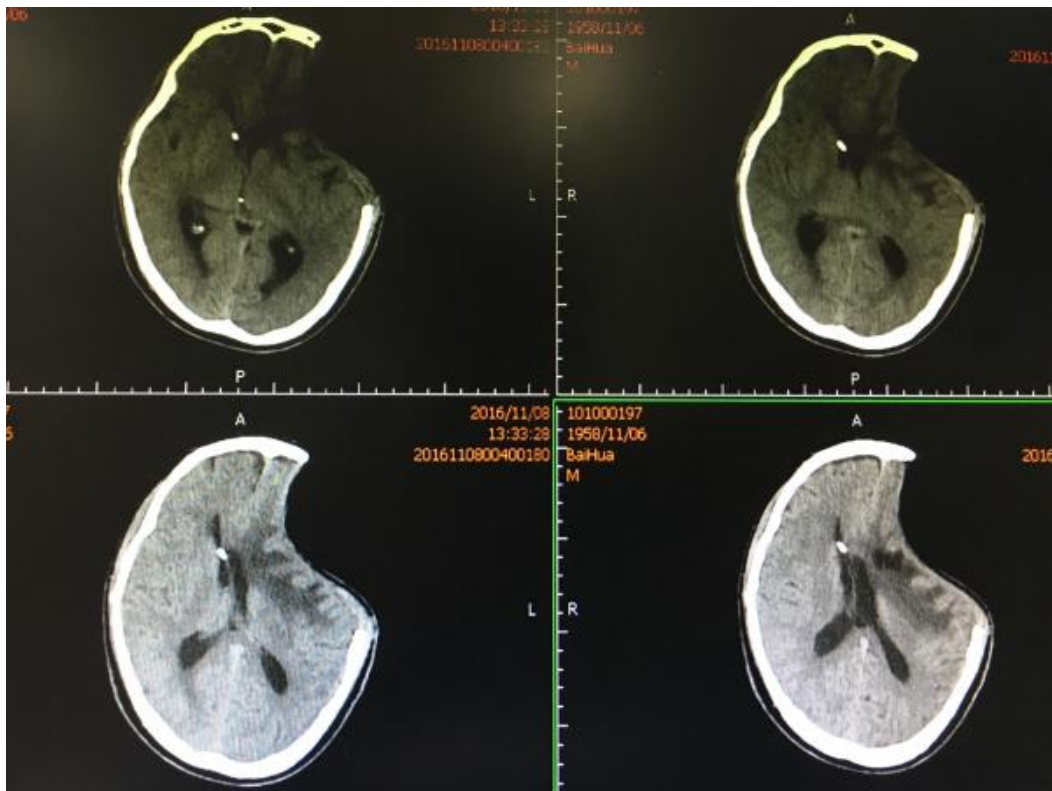




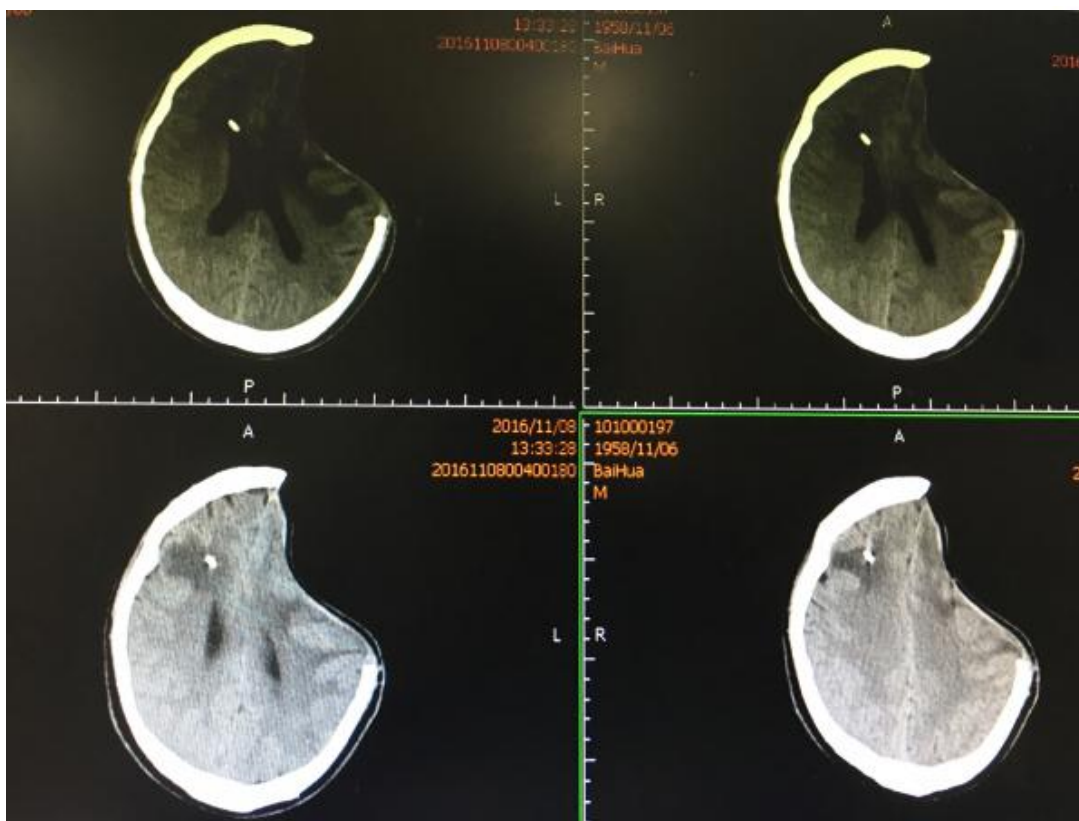


之后，在考虑是否做 V-P 分流术前，我们先行腰大池引流试验，看看分流是否可以获益。

这里要补充下，患者来院时意识尚清，精神差，腰大池置管引流仅一天后，患者意识明显下降，急查 CT 如下：



我为人人，人人为我



看到脑室系统结构回位，左侧去骨瓣处脑组织塌陷。

这个结果说明什么问题呢？仅仅说明这一刻，引流过度，别的暂时说明不了什么。

所以，我们关闭了引流管。两天后，患者意识障碍明显好转，骨窗塌陷处无明显变化，往好的方面考虑，通过我们的脑脊液试验，该患者的脑脊液循环已经重新建立平衡，所以就不一定需要分流了。

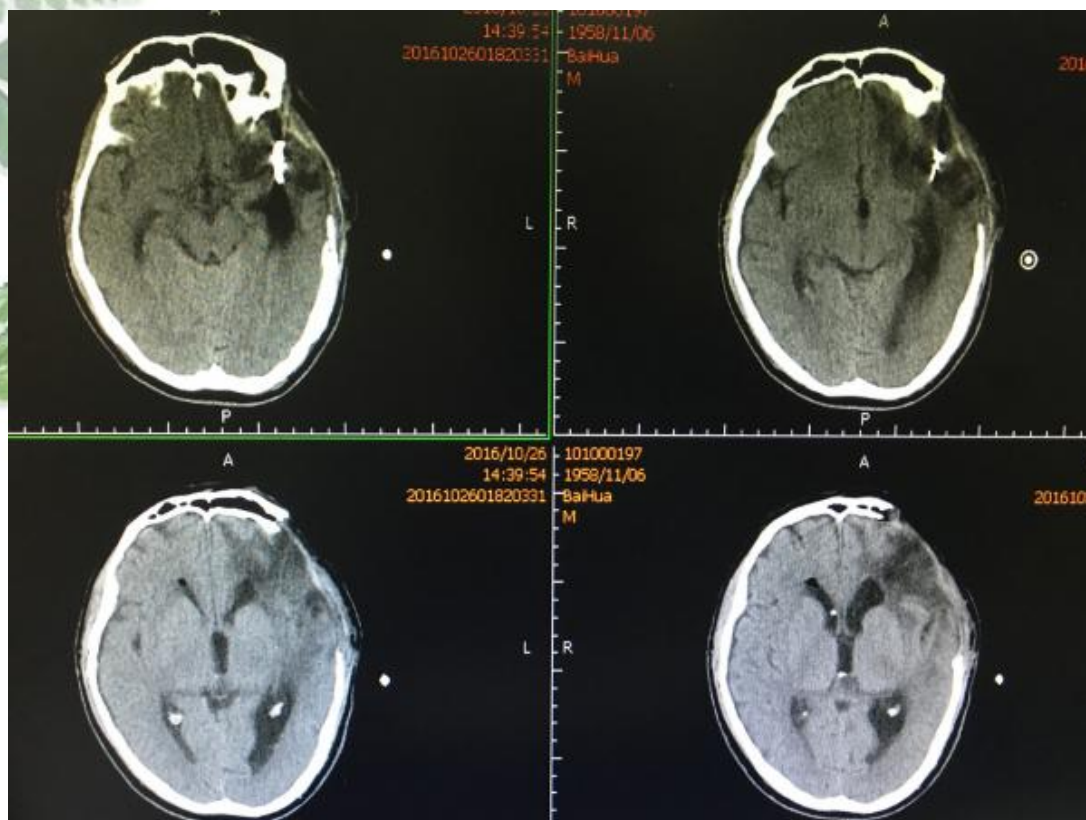
坏的方面考虑来自我之前的一个患者，这位患者没有做腰大池置管，而是在一次腰穿后，复查 CT 扩大的脑室重新归位，我们的惊喜只存留了一天，患者意识障碍加重，再次复查 CT 脑室重新扩大了，而且出现了蛛网膜下腔出血。

至于现在我们讨论的这位患者，关闭引流管 2 天，骨窗未见膨隆，意识障碍好转，除了我们的乐观外，我们也有担忧：那就是腰穿时穿刺所致脑脊液持续渗漏至硬脊膜外腔，如果这个渗漏速度过快，就会致医源性的小脑扁桃体疝；如果渗漏速度过慢或无渗漏，而脑积水的病因未解，脑室会继续扩大；而如果渗漏的速度刚好与脑脊液的产生达成一个诡异的平衡，那就很难说了，需要多观察几日，待漏口产生变化时，我们就会等到结果；而无渗漏，无引流的情况下，归位的脑室未再扩大，才是我们最开心的“平衡”！

任何手术对患者都是打击，生理、精神亦或经济，所以我们的决定是，腰穿确定

我为人人，人人为我

CSF 性状无恙后，暂时出院，严密观察患者骨窗、认知、步态等情况。



关于抗生素联用答会员问

作者：疏桐漏月

链接：<http://bbs.iyyi.com/thread-1861495-1.html>

以下是临海望云会员发给我的 QQ 留言：

大哥你好！好久没有见您了，想请教几个问题：

现在我一同学在 XX 医院内儿科进修，他们内儿科治疗支气管炎，支气管肺炎的方案很多是：

- (1) 头孢类（如头曲或硫脒等）+青霉素类（阿莫西林舒巴坦或哌拉西林他唑巴坦等）；
- (2) 头孢类+阿奇；
- (3) 青霉素+阿奇（我想请教大哥，你们儿科会这样用吗？这样使用是否合理？

我为人人，人人为我

专业交流

像我们一般选用一组抗生素，很少联合，为什么大医院也这样用药？）

其他的用药会酌情用：丹参粉针、喜炎平、沐舒坦、病毒唑等。（请问你们用中成药点滴多吗？我一般不用，中成药怕反应多！）

另外我看他们肺炎会用：阿拉明与酚妥拉明同瓶点滴（请问这两种药联用的机理是什么？对肺炎有用吗？你们会这样用吗？）

请大哥有空时能否讲解一下，感谢！

首先还是感谢你对我的信任，因为工作太忙，所以没有及时回复，万望见谅！那我就我个人的观点试着回答下你提的若干问题。

你提的第一个问题，涉及抗生素联合使用的问题。既然是联合使用，我们就有必要把你提的这几种抗生素详细分析一下：

根据抗生素对微生物的作用方式，目前将抗生素分为四大类，第一类为繁殖期杀菌剂，它们包括β内酰胺类和氟喹诺酮类。第二类为静止期杀菌剂，包括氨基糖苷类抗生素，多粘菌素类（对繁殖期及静止期细菌均有杀灭作用）；第三类为快效抑菌剂，包括四环素类、氯霉素类及大环内酯类抗生素。第四类为慢效抑菌剂，包括磺胺类、环丝氨酸等。

那么抗生素联合使用往往会产生以下效果：1. 相加；2. 拮抗；3. 协同；4. 无关。我想，我们联用抗生素，目的肯定是想得到相加或协同的效果，也就是想得到1+1大于等于2的效果。可惜啊，由于许多医生对抗生素的药理知识掌握不牢固，一厢情愿的联合使用某些抗生素，不但得不到相加的效果，反而增加了患者的肝\肾负担，降低了疗效。

那么我们看你说的第一个联合：头孢+青霉素类。从分类来说，这两个药物同属β内酰胺类抗生素，也就是同属一类杀菌剂，同类抗生素是不主张联用的。因为他们对细菌的杀灭作用都是通过和细菌细胞壁上的青霉素结合蛋白PBPS相结合而起到杀菌作用，而两者联用，会导致这两个药物竞争结合PBPS，从而导致两个药物的效果都下降，临床上出现拮抗的表现。

也许有人会说了，这两个药物合用抗菌谱就大大增加了嘛！为什么不能联用呢？呵呵，这种想法就属于典型的“想当然”了！首先，阿莫西林就属于广谱抗生素范畴，它的抗菌谱与三代头孢，如头曲有重叠作用，这样联合是没有意义的。而硫脒是一代头孢，抗菌谱主要偏阳性菌，如果你断定是一个阳性菌，你完全可以单用。如果你不

我为人人，人人为我

确定是什么细菌，你可以选用一个对格兰阳和阴都作用均衡的抗生素，比如二代头孢里的头孢呋辛，何必需要联用呢？而如果你觉得这个细菌是个院内感染的耐药阴性菌，则可以单独使用一个加酶抑制剂的抗生素，比如哌拉西林他唑巴坦就很好。而且两药联合，不但会增加毒性，而且还容易诱导细菌更快耐药。所以这个方案是没有道理的，不主张使用。

另外我要强调一点，就是在抗生素初选之前，尽可能把病原学完善，比如血培养，痰培养等，然后等报告回来后对症选药，这是最好的。

第二个联合和第三个联合可以合并，都属于一类和三类联用，就是 β 内酰胺类加大环内脂类，这个联合可以考虑。传统观念认为，大环内酯类能迅速阻断细菌的蛋白质合成，致使细菌合成细胞壁的过程停止，生长代谢处于静止状态；而 β 内酰胺类属繁殖期杀菌剂，其作用机理是直接影响细胞壁的合成而起杀菌作用。二者联合应用后，前者抑制了敏感菌的生长繁殖，使后者难以充分发挥杀菌效能，疗效降低，故一直被列为联合使用的禁忌。近年来，这一观点受到质疑，大量的研究证据表明，二者联合使用在治疗许多感染，尤其是一些严重的或难治性感染，效果良好。为什么会这样呢？因为大环内脂类抗生素是一个胞内浓度高的抗生素，可以在巨噬细胞内浓聚，并随着巨噬细胞的趋化，向感染灶移动，并在感染灶释放出来，对一些局灶型感染十分有利，同时，通过破坏敏感菌的细胞壁和胞浆的完整性，影响细菌的主动外排系统（主动泵出，是细菌一个非常重要的耐药机制），可保持药物菌体内的高浓度，利于头孢曲松等 β 内酰胺类抗生素对细胞壁的破坏，从而杀灭细菌。而且大环与免疫系统的协同关系也非常重要，比如促进单核巨噬细胞增生、吞噬，促进NK细胞的活性、提高中性粒细胞的趋化，尤其对细菌生物被膜的抑制作用很强，可以破坏由于细菌的荚膜构成的生物被膜，从而利于 β 内酰胺的穿入，更好的杀菌。

所以这个组合是可取的，推荐组合：头孢曲松+阿奇霉素。

除此之外，一类和二类（ β 内酰胺类和氨基糖苷）合用可以有协同作用，但是氨基糖苷儿童慎用，我就不多赘述其机理了。二类和三类也可以合用，也不多赘述了……四类多不与其它药物联用，因为联用其表现为无关的效应，并会增加肝、肾负担。

我再简单回答一下关于中成药静滴的问题（沐舒坦不是中成药）。中成药，目前儿科比较喜欢使用的多半是穿心莲内酯类制剂，比如喜炎平，炎琥宁，穿琥宁等。那么它们的抗炎作用是肯定的，但是正如你说的，由于中成药里，大分子类物质不容易

清除干净，所以很容易产生过敏，所以使用时一定要慎之又慎。我们也偶尔会用的……

再说说阿拉明和酚妥拉明的问题：恕我才疏学浅，因为我对这两种药物的合用真是没有听说过，我们也从不这样用。如果有哪位同仁知道，还望指点一二。我个人认为这两种药物合用是荒谬的。

阿拉明，又叫间羟胺，它是一个肾上腺素拟似剂，主要作用是兴奋 α 受体，而对 β 受体作用较弱，可以起到收缩血管，升高血压的作用，临床上多用来治疗休克、难治性低血压等。而酚妥拉明，又叫立其丁，其作用刚好和阿拉明相反，是肾上腺素受体的拮抗剂，主要通过拮抗 α 受体（前者兴奋，后者阻断，所以我真是纳闷，为什么要两药联用，还同瓶静点？），暴露 β 受体，通过“肾上腺素的反转作用”而起到扩张血管，改善外周循环，降低血压的作用，临床上常用来治疗肺部循环障碍，比如重症肺炎，难治性高血压等。

所以我认为二者同用是没有任何道理和根据的。也许是我孤陋寡闻吧。希望我的回答能帮到你！

超声入门贴 489——尿道结石嵌顿

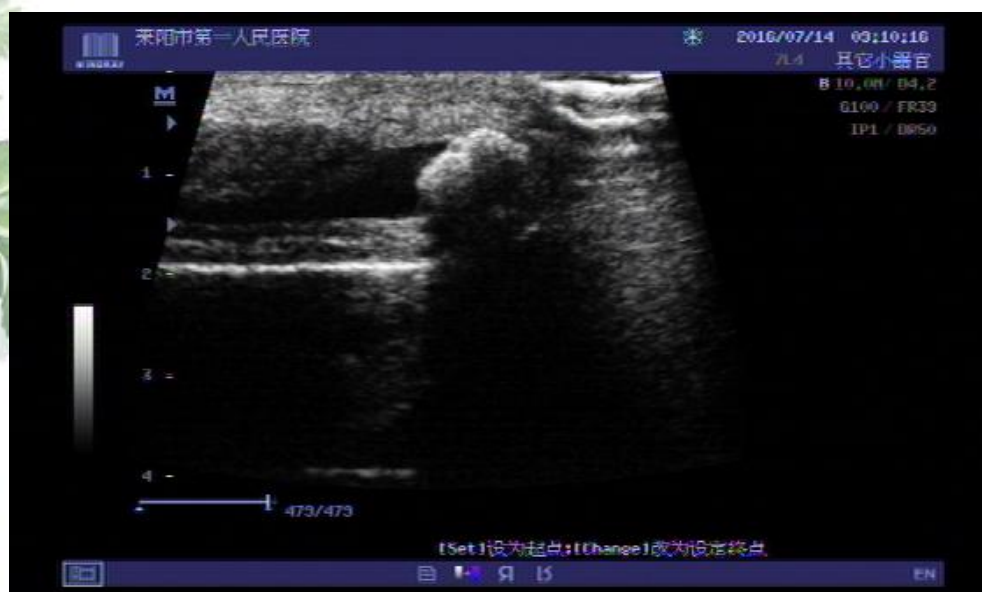
作者：songjunrui

链接：<http://bbs.iiyi.com/thread-3235102-1.html>

男，74 岁，突发急性腹痛，尿流中断。急诊超声可见龟头部尿道内一团块状强回声，后伴声影，龟头处尿道口能看见结石，外科用钳夹处理了。



我为人人，人人为我



我为人人，人人为我

狂犬病两例误诊

作者：我爱谁

链接：[http://bbs.iiyi.com/forum.php?mo ... 374&pid=1705649](http://bbs.iiyi.com/forum.php?mo...374&pid=1705649)

我是基层医院的医生，在平时的工作中碰到过两例狂犬病患者：

1. 一小女孩，14岁，以左脚麻痹、不能行走2天就医。PE：神志清晰，无发热，无吞咽困难，无怕风、怕水，无恐慌，左下肢皮温较右下肢明显增高，四肢肌力、肌张力正常，生理反射存在，没有引出病理反射。一月前曾被自家小狗咬伤左无名指，未行任何预防措施，小狗今健在。左下肢血管B超无异常，请神经内科会诊考虑胸腰段脊髓炎，遂收入神内科。入院后第二天开始出现恐慌、怕风、怕水等典型狂犬病症状，转感染内科隔离治疗，3天后死亡。

2. 一个59岁的阿婆，以左手剧痛2天在当地医院诊治未果遂来我院。三月前曾被狗咬伤左食指，现伤口痊愈，但未行任何预防措施，狗亦在咬伤当天被主人打死。既往体健，体查血压正常，无狂犬病症状，能喝水吃饭，左手持续性疼痛，曲马多止痛效果差，度冷丁效果亦不是很明显。因患者是本院某医生的熟人，虽考虑狂犬病可能，但是未有症状遂安排疼痛科住院，追踪患者，3天后逐渐出现狂犬病症状，请感染科会诊后转感染科，4天后死亡。

这两例患者以局部症状起病，早期没有狂犬病症状，但是都有狗咬伤病史，患者及家属提供的病史我们医生只能是参考，而不能全信，他们的诊治过程给我很大启发。狂犬病起病后的病死率是100%，我们医生，特别是基层农村医生在接诊这类患者时，如果考虑狂犬病要作好防护措施，免得不小心被咬伤或接触到患者的唾液等是相当危险的，也会给部分很少见过该病的临床科室带来不必要的麻烦和恐慌。



卡马西平致渗出性多形性红斑误诊

作者：紫雪 5068007

链接：[http://bbs.iiyi.com/forum.php?mo ... 374&pid=2106213](http://bbs.iiyi.com/forum.php?mo...374&pid=2106213)

误诊经过：

患者男性，42岁，因口腔、咽喉疼痛伴烧灼感1天就诊。患者自述近日因生意上的事，应酬比较多，抽烟、喝酒、吃火锅天天不误，昨日早上开始出现口腔、咽喉疼痛，尤以喝水、吃饭时为剧，当时未予注意，今日疼痛加重并伴烧灼感来就诊。T：36.8℃，P：80次/分，R：20次/分，BP：135/70mmHg。查体：口腔、咽部粘膜糜烂、脱落，部分地方有淡紫色水疱，破裂的已形成溃疡。唇内也可见水疱、出血、溃疡及灰白色假膜，有脓性分泌物。因患者是我的一位朋友，我深知其生活习性，平日有点伤风感冒的都在我这里治疗，所以并没有详细询问病史，亦未作全身体格检查。也认为是嗜食辛辣、抽烟喝酒所致的口腔炎、唇炎，给其服用了“口炎宁颗粒”，并予“西瓜霜喷剂”吹患处。两天后，症状加重，到县医院住院治疗，诊断为：渗出性多形性红斑。原因是患者近来由于患有椎间盘突出症诱发坐骨神经痛在医院做理疗时，医生顺便开了卡马西平片，服后出现了皮肤、粘膜表皮性坏死性药疹。六天后患者好转出院。

误诊剖析：

1. 过于相信患者的病史描述，遗漏了对病史的详细询问。
2. 自认为深知患者的健康状况，忽略了病患部位以外的体格检查。

事后患者告诉我，县医院说幸亏住院及时，卡马西平的中毒症状只侵及皮肤、粘膜，尚未影响肝肾功能并形成中毒性表皮坏死溶解症。

在此，告戒爱友们，诊疗疾病时，不管对患者多么熟悉和了解，一定不要忽略诊疗常规。

心电图讨论-心电图读图 63 期

作者: trg

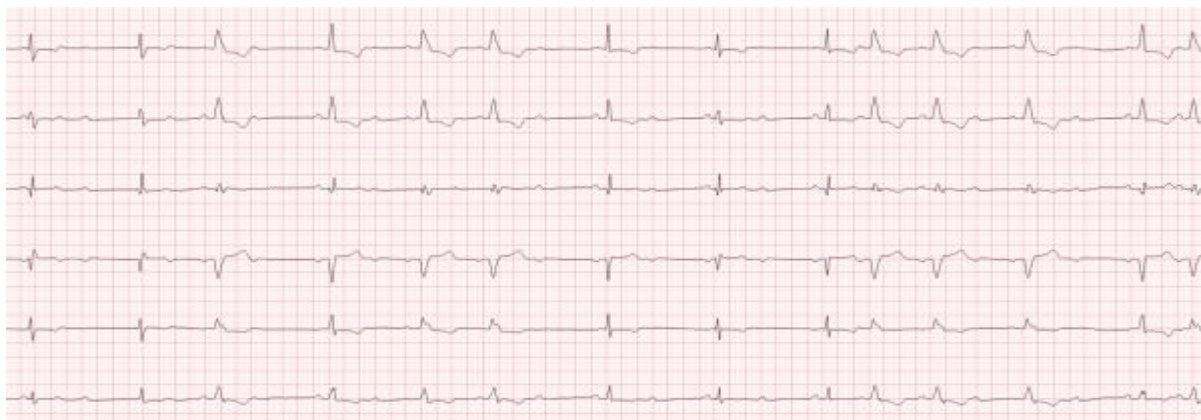
链接: <http://bbs.iiyi.com/thread-3262925-1.html>

请大家分析心电图, 尽量从以下四项分析, 下期杂志将给出答案。

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, 72 岁, 请分析下图并附梯形图说明。

I-avF 导联



V1-v6 导联



责任编辑: 寒冰

编辑: 刘延红大夫

我为人人, 人人为我



第二部分——中医部分

一方通治感冒咳喘

作者：乡村医生向阳花

链接：<http://bbs.iiyi.com/thread-3216275-1.html>

2015 年入冬至 2016 年春，感冒后咳嗽、气喘久治不愈的患者很多，有的患者输液治疗达 20 天之久，多数是无奈之下才找中医喝“苦水”，让信奉中医的我对其即感到同情、可怜，又感到可恨、可叹！鉴于患者惧服中药，咱就费点事制点浓缩剂，患者省事又易服，为咱中医争争气。于是，思考再三，敲定处方如下：

处方：麻黄 10g，杏仁 10g，石膏 30g，甘草 10g，云苓 30g，桂枝 10g，生姜 20g，柴胡 10g，黄芩 10g，半夏 10g，厚朴 10g，陈皮 20g，瓜蒌 10g，桔梗 10g。

制法：桂枝、甘草、陈皮、桔梗烘干粉碎为细末，余药水煎两次，合并滤液，静置沉淀，上清液浓缩，加入以上粉末再烘干打粉，大概每克相当于生药 3 克左右。

用法：成人每服 10 克，每日两次，小儿酌减。

疗效：治疗 17 例，其中 10 岁以下小儿 6 例，60 岁以上老人 2 例，中年妇女 9 例。基本当日症减，三日症除，连服 5 天痊愈。

典型病例：

1. 患儿代某，4 岁，铁杆患者，每次初期感冒均服中药，春节前后两次感冒，均服该药痊愈。

2. 患儿代某，7 岁，感冒后输液治疗 5 日，已不发热，但咳嗽，动则咳嗽加剧，服该药 6 日痊愈。

3. 患妇宫某，46 岁，感冒后输液治疗 15 日，不发热，咳嗽轻微，但胸闷气短明显，无高血压、心脏病、哮喘史，服该药 9 日痊愈。



4. 患者为外乡老姐弟俩，姐姐 76 岁，春节前因感冒后咳喘久治不愈，年二十六来诊，服药 3 天，明显改善，二十九再拿 5 天药物，具体情况不详。春节后，一老年男性患者来诊，言为其姐推荐前来，病情基本同其姐，但兼早搏、供血不足等心脏病，加服生脉饮（同仁堂人参方），连服五天，诸症若失，再求 5 天中药，因未再来诊，效果不明。

浅论口臭

作者：宜昌济民中医

链接：<http://bbs.iiyi.com/thread-3131388-1.html>

一天，诊室里来了位女患者，40 岁左右，进门就问，你看我有什么病，于是就伸出手，让我把脉。我一瞧，这阵式，知道考我来着。没办法得硬着皮头上啊，于是我诊其脉，双脉沉弦，重按更有力带紧象；舌质淡白苔厚腻；观察其人体胖。我说：中医讲四诊合参，从舌脉及面色等观察，反应你寒湿内郁，水湿不化，脾湿旺，而胃阳弱，或在内有胃肠不好，或有身痛等等，病的种类无数，脉象只有二十八种，单凭脉断出西医的病名，我个人观点：那不是医生，那是神仙。脉象只能看出五脏盛衰，与四季脉区别，而能知身体气血盛衰，与春夏秋冬季节特性相不相应；有的病，出现了症状，而不见其脉，有的见其脉，而无此症状，况且西医病名分类是微观，而中医是宏观，中医角度说的病名如太阴病或阳明病，可包括西医数种病名；用中医脉去断西医病名怎么断？

患者听完说道：“确实没有医生看出我的病，我就是口臭，手脚心热，夜晚要把手心放在墙上，吃了无数中药，就是不好。”

我说：“我知道以前医生见你口臭，又手脚心热，肯定给你开清热、养阴、化湿的药物，对吧？”患者道：“找的都是专家，什么玉竹、石斛、沙参、藿香、佩兰、黄连、石膏之类我都会背了，别说治口臭，舌苔都没治下去，总是厚厚的，我天天早上刮，给你说实话，是别人介绍我来的，说你看病还可以，我已经没信心了，你认为怎么治，能不能治？”

我笑着说：“你这个病非干姜、附片不能治。”患者一听来劲了，说：“治了好

多年，曾经有位老中医用过这样的药，确实好些，后来犯了，也找不到人了。”

处方：干姜 30 克、半夏 30 克、陈皮 30 克、甘草 15 克、云苓 20 克、附片 10 克，服 5 剂，舌质变红，苔好转，仍白腻，诸症同前，前方加桂枝 10 克又服 5 剂，因出现口腔溃疡而改用黄芪、当归、连翘等治疗口腔溃疡（患者易生溃疡），后仍用干姜 25 克、半夏 30 克、陈皮 30 克、甘草 15 克、白术 15 克、云苓 20 克，5 剂，口臭不明显，又服 5 剂，舌苔已无，已无口臭，手脚心热不明显。

按：口臭中医讲胃火、肺热、肠热，往往按此治疗未见其效。闲暇之时，常思考口臭的原因，我们都知道，如果东西是湿的，无论在冬天还是夏天，都容易发霉，变臭；如果没有湿，是干的，怎么都不会臭和霉。你看那无水的沟，永远没有臭味，只要有水，几天就臭了，臭水沟，臭水沟，就是这样来的。这种自然现象告诉我们，臭与温度高低无关，主要是有水，有湿才会臭；温度只是在变臭的时间上表现出快慢。东西湿了，需要太阳去晒干，才不会臭和霉烂，所以口臭按火大治是疗效不好的原因，用滋阴养阴之药更错。

那口臭应该怎么治疗，主要是化湿，没有湿了，怎会臭？或干姜、白术、佩兰、陈皮、云苓、半夏化寒湿，或苡仁、扁豆、甘寒化湿，或茵陈四苓散；当然以上不能包治所有口臭；如肠道燥气，将水湿蒸上，出现口臭；必用大黄芒硝方效，故中医治病不能先入为主，预先设定什么方药治什么病，而是据脉证分析，当用则用。若能明白病之原因，无论怎么变化也能找到根源而用药。

浅谈妊娠脉诊的诊断

作者：杏林苑

链接：<http://bbs.iiyi.com/thread-1982826-1.html>

在一些古典影视中我们常常见到中医把脉诊断是否有喜的片断，这也是中国人较熟悉的诊断怀孕的方法之一。时至今日，虽然有了早孕检验及 B 超的检查，但行医于农村，还是有许多已婚妇女在停经后，直接要求脉诊确认者，故而在这十余年的临证中，也渐渐对早孕脉法有了一定的认识及体会，在此不嫌简陋，略谈一二。

对于怀孕的诊断，首先是婚后停经，了解月经史，然后通过脉诊，如果为滑脉，

互相参合，即可确定为怀孕。一般来讲对于素来经期正常，而突然停经，又从脉诊诊为滑脉者，较易确定，而对于素来经期不准而从脉定孕，这就要求诊脉者必须要有一定的脉诊功底。诗云：“纸上得来终觉浅，绝知此事要躬行”，而要对孕脉的诊断达到一定的熟练度及精准性，除了有一定的脉诊基础外，必须要敢于去摸，反复对比，因为临床往往会出现似滑非滑的脉象，也随妇女停经时间长短，及体质的强弱而表现出不同程度的滑脉脉象。

故而，欲达把脉定孕的准确度，首先我们还是要了解《内经》中的几条关于妊娠脉诊内容。其《素问·阴阳别论》中曰：“阴搏阳别，谓之有子。”所言即孕脉的一种脉象识别方法，然而“阴搏阳别”到底是指什么样的脉象呢？唐·王冰在《重广补注黄帝内经素问·序》中说：“阴，谓之尺也。搏，谓搏触于手也。尺脉搏击，与寸口殊别，阳气挺扬，则为有妊之兆。何者？阴中有别阳故。”读懂此言，方可理解“阴搏阳别”实指妇女寸口脉的尺部滑数有力，与寸部脉搏力微而并不搏指明显有别。而尺脉为阴，配属于肾，肾藏精气，又主胎妊，所以，怀孕后肾脉旺盛，故尺部明显盛于寸部。另一条则为《素问·平人氣象论》：“妇人手少阴脉动甚者，妊子也。”又何为“少阴脉”呢？历代认识颇为不一，但本人还是推崇少阴脉为两手尺部为妥，“少阴，尺脉也，两手少阴脉动甚者，则知肾气有余，感天一所生之气，故妊子也。”

明白了上两句古文的意思，再结合临床脉诊，对于妊娠滑脉的认识就会有别于其它疾病病因所引起的滑脉。从本人的认识而言，对于停经三至一周者，其双尺部脉滑象有时并不明显，这就要仔细的与双寸部进行反复对比，而其指力要恰在举、按、寻的按部，也就是在指腹感觉到脉搏最有力的这个深度，才能感觉到滑脉的有无及脉动强度，并须反复与双寸部脉进行对比，如果尺部稍滑或伴脉的往来速度甚于寸部，就可考虑已孕。停经超过一周以上，特别是十天以上者，随着停经天数的相应增加，其双尺脉动逐渐有力，滑脉象越来越明显。如身体素佳者，其尺脉可明显搏指有力，圆滑如珠，采取“寻”法按之于骨，其滑脉象可移之于指腹一侧或两侧搏动；且尺部脉与寸、关部的脉象相比，其来往速度要快，相比寸脉其尺部脉更为搏指有力。

在临床实际中，虽然通过脉诊可以臆断是否怀孕，但亦须通过现代检查确诊。这不仅可以将自己的诊脉得以验证，也是一种自我保护的措施，以避免不必要的纠纷。而其脉象的掌握，可因体质、环境、受孕时间及诊脉者的水平等等因素的影响，故临床需多诊合参。总之以脉诊辨别是否怀孕，在当前临床上仍然具有一定的价值。有做

西医的朋友或许仍不相信脉诊，或通过脉能辨妊娠与否，在此顺便提及今年家父诊一患者，把脉后自言，右关怎么只能触及到半部脉象？于是让我再把脉，右关轻取似感觉不到，中取搏指最强时，仅能感觉到偏尺部不及一半的搏动，以脉定论，其胃定有疾，待定脉后，患者才告诉我们，她的胃在二十年前做过胃大部分切除手术，故通过此次脉诊，更可确定脉诊的可靠性，有时通过单纯脉诊完全可以诊断某些疾病。故医学界早就从西医角度进行了妊娠脉象的解释：因为妊娠期间机体有效循环血量显著增加，超过正常血液总量的 33%以上，此时心脏的收缩力量显著加强，每次搏出量增加，因而脉搏就相应地有力流畅，尽管脉象的形成受多种因素影响，但有效循环血量和心脏收缩力毕竟起着重要的作用。故而对于以脉辨妊娠也不足奇了。

下面就自己所学再谈谈脉诊辨男女。关于这个话题，可能会涉及到国家有关政策，但作为中医这门医学，自古就有其自己的独特理论及辨证方法，脉诊辨别男女也是中医学一种独特的辨证方法，中医需要继承，更需要发展，从古至今便留下了许多有关脉诊辨别男女的方法。但其辨别之法众说纷纭，学者欲学却不知宗何学说为准。本人则较推崇《濒湖脉学》妇女脉法所言：“左疾为男，右疾为女”，然言之甚简，其意大概就是左脉疾数者胎儿为男，右脉疾数者胎儿为女。言之较详者就数《女科经纶卷二·嗣育门》，辨男女左右之疾胜：“潘硕甫曰：《举要》云：男女之别，以左右取。左疾为男，右疾为女。沉实在左，浮大在右，左男右女，可以预剖。盖左脉疾胜于右，是为男孕。以男属阳居左，胎气盅于阳，故左胜。右脉疾胜于左，是为女孕。以女属阴居右，胎气盅于阴，故右胜也。”

本人所学此脉法，皆乃家父所授，其大体诊脉法即后来所读得《女科经纶》潘硕甫所曰之脉法。结合实际应用，体会到欲从脉象辨清，必以双尺脉象的对比为主，再结合单手三部脉象左右对比，其诊脉指力仍以指腹感觉到脉搏跳动最强的这个时段为准。一般尺脉滑利而应指有力，按之不绝者，相对应左男右女之分；再结合脉疾辨别，“疾”，我的理解就是其脉往来较快，但并不等于脉搏次数较快，而再取两手搏动强度及脉体大小分辨男女；至于其脉大与否，随孕期月份而脉象逐现浮大而数，在孕三月之内见脉较大，但须分大而实和大兼松，如大而松现于左，右脉虽不大，但其脉实，可定为女；孕三月之后，辨别稍难，但仍以双尺往来速度、脉体大小、脉象松实，两手总脉体相对比。至于双胞胎或龙凤胎辨之机会甚少，有待学习。

附案：本案乃鄙人之妻，故有充足的时间掌握其孕期脉象变化，但因自己懒散，

后几月未能记录成文字。

停经五天，双尺浮取不明显，中取脉搏最强时，稍感滑利，双寸相对双尺其脉搏强度稍减。早早孕试纸检验第二条杠隐约可见泛红。

停红十天，双尺滑利较为明显，相对寸脉更强。右三部脉相对左三部脉稍大，右尺往来稍逊于左；早早孕检查第二条杠与第一条红杠基本接近。

停经两月左右，双尺滑利明显，但左尺滑利应指有力，来去均较右尺为疾，特别是脉去比右更快。

停经四个月左右，再诊脉右浮大稍松散，寸部轻取浮大，重取则减，尺部软松散；左偏沉实，寸部脉浮而搏指无力，沉取滑利，尺部应指滑利而实。

停经五个月左右，右洪滑，较左洪大，中取则松散，指下滑利感不强，尺部中取滑而软；左洪滑，中取滑利应指明显，来势较右疾，尺部沉、中取搏指明显滑利。（足月分娩一男婴）

神阙穴拔罐大家都用来治疗哪些病？

作者：白术散

链接：<http://bbs.iiyi.com/thread-1995023-1.html>（5 楼）

急性荨麻疹，通常拔一次就够。起到阻断免疫反应，顿挫病势作用。

慢性荨麻疹，病人肯坚持的，隔日一次，可以多拔几次。

急性胃炎，神阙配中脘。闪罐 10 来下，留罐 10～15 分钟，走罐振荡三五下。

腹胀腹痛的，在排除急腹症情况下，方法同上。拔罐效果立竿见影。

便秘腹胀痛在三天以内的，也可拔罐后拉罐数次，通常拔罐后腹胀减轻，有排气，并可听到肠蠕动声响。便秘六七日的不敢拔，建议去灌肠。

痛经，神阙配关元及关元两侧，也可立刻见效。



蛋黄油的干馏

作者：金陵一剑

链接：<http://bbs.iiyi.com/thread-2090478-1.html>

来源：始载于《备急千金要方》。为雉科动物家鸡的蛋，煮熟后剥取蛋黄，经干馏制所得。

炮制方法：鸡蛋煮熟后，剥取蛋黄置干馏容器内，搅碎，先用文火加热，边加热边搅拌，让水分尽快散尽，待水分散尽后，改用武火加热，边加热边搅拌，直至蛋黄油出尽为止，过滤，搜集蛋黄油备用。

工艺流程：



图 1 新鲜鸡蛋



图 2 鸡蛋煮熟



图 3 剥取蛋黄



图 4 文火馏干



图 5 改武火加热



图 6 油出



图 7 油尽图



图 8 滤取备用

成品性状：蛋黄油为深棕色油状液体，有青黄色荧光。

经验：文火加热时，火力要小，不停搅拌，使水分自内而外徐徐出尽，避免外干内湿的夹生现象。此外，自始至终应不停搅拌，避免局部受热不均，影响出油率。

应用：本品味甘，性平。归心、肾经。具有清热解毒作用。用于烧伤，皮肤溃疡，湿疹，头疮等。

一例肺炎的中医治疗

作者：黑糊糊

链接：<http://bbs.iiyi.com/thread-925661-1.html>

患者，女，28岁，寒战、高热两天，伴咳嗽、胸痛，测体温 39.8℃。

因高度怀疑肺炎，嘱其去医院检查，X线片示左下肺炎性实变。因患者对多种药

我为人人，人人为我

物过敏，来诊所就诊，要求中医治疗。

患者神清，畏寒高热，体温 39.8 度，时有汗出，伴有咳嗽，无痰，咽红，左胸、左背部疼痛，全身酸痛，饮食减少，渴喜冷饮，大便正常，小便黄少，舌质红苔薄白，脉浮数。

体检：T:39.8℃ P:96bpm R:28bpm BP:120/70mmhg

急性病容，神志清楚，精神微疲，自动体位，营养中等，全身皮肤粘膜未见黄染，无出血点，全身浅表淋巴结未触及肿大。鼻粘膜无充血流涕，咽部有充血，甲状腺不大，颈软。胸廓无畸形，心脏（—）。腹式呼吸，呼吸增快，语音稍有增强，叩诊无特殊发现，听诊偶有湿性啰音。腹部平软，未见肠型及胃肠蠕动波，肝、脾肋下未及。双肋脊角无叩痛。四肢脊柱无异常，未引出病理反射。

病史：

患者系农民，结婚两年，顺产 1 女，现 8 个月，尚在哺乳。发病前有受凉史，2 月 9 号发热，曾注射过两支安痛定，10 号服过速效伤风胶囊 4 粒。否认肝炎、结核等病史，无遗传病，对青霉素、头孢菌素、庆大霉素、磺胺药过敏，对蚕豆，四季豆也过敏。

X 线检查：左下肺大面积实变阴影。

血常规：白细胞 2.6 万/微升，中性 92%。

叶天士云“温邪上受，首先犯肺”。吴鞠通曰：“风温者，初春阳气始开，厥阴行令，风夹温也”，此人发热而渴，当从风温辨治，邪犯卫表，故寒战高热，卫气搏击，故全身酸痛，时有汗出，犯肺故咳嗽胸痛，舌脉均示邪在肺卫，虽感寒而发，但其热已昭然。当以甘辛轻灵之剂凉解肺卫，透散温邪，以银翘散加减：

金银花 15g 连翘 20g 牛蒡子 10g 薄荷 6g 荆芥 10g 栀子 6g

芦根 15g 桔梗 6g 竹叶 10g 杏仁 6g 甘草 6g 防风 15g

一剂，不拘时服。另以鱼腥草做菜食。

12 日，二诊：服上方后，畏寒身痛已除，咳甚，T:39.2℃，去防风，二剂。

14 日，三诊：T:38.6℃，脉浮象已减，舌苔有增厚之象，将化热入里之象，去荆芥，加黄芩，方如下：

金银花 20g 连翘 30g 牛蒡子 10g 薄荷 6g 栀子 6g 黄芩 10g

芦根 15g 桔梗 6g 竹叶 10g 杏仁 6g 甘草 6g

二剂。

16日，四诊：T：37.6℃，咳嗽有脓痰，舌苔白厚，脉洪数，里热已现，当清肺化痰，方如下：

金银花 20g 连翘 30g 牛蒡子 10g 瓜蒌壳 15g 栀子 6g 黄芩 20g
芦根 30g 桔梗 9g 竹叶 10g 杏仁 6g 浙贝 10g 甘草 10g

二剂，6次/日。

17日五诊：T：37.2℃。前药加胆南星 6g，二剂。

18日六诊：医院开了阿奇霉素口服，患者内服后腹痛，呕吐，食、药、水不能进，入喝水即吐，面容憔悴，脉缓涩，舌瘦，但无下利，停前药，予补液盐一包，并开下药：

半夏 9g 丁香 6g 苏叶 15g 芦根 30g 自加生姜一块

19日七诊：照片示阴影有所消散。呕止，大量脓痰，舌苔白厚微黄，脉洪数，无汗，微喘，前次所剩药再加瓜蒌 15g、加沙参 20g。

一剂。

20日八诊：舌质转润，舌苔白厚微黄，脉同前，痰多微黄，银翘散合清金化痰汤加减：

金银花 20g 连翘 30g 牛蒡子 10g 瓜蒌壳 30g 栀子 6g 黄芩 30g
芦根 30g 桔梗 10g 陈皮 15g 前胡 10g 浙贝 10g 冬瓜仁 12g
苡仁 20g 金荞麦根 30g 桑白皮 15g 甘草 10g

二剂。

22日9诊：大便微溏，去牛蒡子，前胡，加茯苓 15，如下：

金银花 20g 连翘 30g 茯苓 15g 瓜蒌壳 30g 栀子 6g 黄芩 30g
芦根 30g 桔梗 10g 陈皮 15g 浙贝 10g 冬瓜仁 12g 苡仁 20g
金荞麦根 30g 桑白皮 15g 甘草 10g

二剂。

24日10诊：舌苔转白变薄，脉象柔和，痰稀白减少，症状大有好转，信心倍增。

22日晚向教授请教，深受鼓舞。上方加沙参 20，三剂。

27日11诊：微咳，偶有痰，舌淡红苔白，脉无异常，饮食恢复，再拍X线片，虽未完全吸收，但已是时间问题了，24日方银花、连翘减半，去桔梗，三剂。

到现在为止，患者病情基本稳定并逐步向愈，期间未用西药，全按中医温病辨治，这也是因为患者体质特异，要求中医治疗，不然开始是没有信心的，前人治疗肺炎多从风温着手，主张初期以辛凉轻透为主，中期以清肺化痰为主，兼以透热转气，后期养阴润肺为主，兼清余邪。把此病例发于此处和大家共享，也希望各位同行能增强对中医的信心。

责任编辑：博源堂主

编辑：xiwang001han 砭艾 宇宙旋风
修竹临风 刘延红大夫

第三部分——识草药

大丽花

别名：天竺牡丹、西番莲、大理菊、苕菊。

来源：菊科植物大丽花的干燥块根，原产于墨西哥，我国大部分地区均有栽培。

形态：多年生草本，有巨大棒状块根。茎直立，多分枝，高 1.5~2 米，粗壮。叶 1~3 回羽状全裂，上部叶有时不分裂，裂片卵形或长圆状卵形，下面灰绿色，两面无毛。头状花序大，有长花序梗，常下垂，宽 6~12 厘米。总苞片外层约 5 个，卵状椭圆形，叶质，内层膜质，椭圆状披针形。舌状花 1 层，白色，红色，或紫色，常卵形，顶端有不明显的 3 齿，或全缘；管状花黄色，有时在栽培种全部为舌状花。瘦果长圆形，长 9~12 毫米，宽 3~4 毫米，黑色，扁平，有 2 个不明显的齿。花期 6~12 月，果期 9~10 月。

我为人人，人人为我



栽 培：大丽花喜欢凉爽气候，但不耐霜和干旱洪涝，适宜栽培于疏松肥沃且排水良好的沙质土壤中。

性味功能：味辛，甘、性平；清热解毒、散瘀止痛。

用 途：用于腮腺炎；龋齿疼痛；无名肿毒；跌打损伤。

用法用量：内服 6~15 克。外用适量。

经验鉴别：大丽花块根呈长纺锤形，微弯，表面灰白色，未去皮的黄棕色。质硬，不易折断，断面类白色，角质化。气笛，味淡。

土人 参

别 名：栌兰、假人参、参草、土高丽参、红参、紫人参、煮饭花、力参。

来 源：马齿苋科植物土人参的干燥根，原产热带美洲。我国中部和南部均有栽植。

形 态：一年生或多年生草本，全株无毛，高 30~100 厘米。主根粗壮，圆锥形，有少数分枝，皮黑褐色，断面乳白色。茎直立，肉质，基部近木质，多少分枝，圆柱形，有时具槽。叶片稍肉质，倒卵形，长 5~10 厘米，宽 2.5~5 厘米，顶端急尖，基部狭楔形，全缘。圆锥花序顶生或腋生，较大形，常二叉状分枝，具长花序梗；花小，直径约 6 毫米；总苞片圆形，长 3~4 毫米；苞片 2，膜质，披针形，顶端急尖，长约

我为人人，人人为我

1 毫米；花梗长 5~10 毫米；萼片卵形，紫红色，早落；花瓣粉红色或淡紫红色，长椭圆形，长 6~12 毫米，顶端圆钝，稀微凹；雄蕊 10~20，比花瓣短；花柱线形，长约 2 毫米，基部具关节；柱头 3 裂，稍开展；子房卵球形，长约 2 毫米。蒴果近球形，直径约 4 毫米，3 瓣裂，坚纸质；种子多数，扁圆形，直径约 1 毫米，黑褐色，有光泽。花期 6~8 月，果期 9~11 月。



栽培：土人参生于田野、路边、墙脚石旁、山坡沟边等阴湿处，喜温暖、向阳。以较肥沃、疏松和排水良好的夹沙土栽培为宜。

性味功能：味甘，淡、性平。补气润肺、止咳、调经。

用途：主脾虚劳倦；食少；泄泻；肺癆咳血；眩晕；潮热；盗汗；自汗；月经不调；带下，产妇乳汁不足。

用法用量：内服 30~60 克。外用适量。

经验鉴别：土人参质地坚硬，难折断。折断面，未加工的平坦，已加工的呈角状，中央常有大空腔。气微，味淡、微有粘滑感。

编辑：王颖健

责任编辑：金陵一剑

牙源性急性坏死性纵膈炎一例

作者: ww2sxy520

链接: <http://bbs.iiyi.com/thread-3211181-1.html>

●病历摘要:

一般资料: 男性, 75 岁, 退休公务员。

主诉: 左侧牙龈肿痛半月, 右胸疼痛 3 天。

现病史: 患者于半月前因龋齿(左下第 3 磨牙)在外院行拔牙术, 术后出现左侧牙龈胀痛不适, 无咳嗽、咯血、咯痰, 无胸闷、气短, 无乏力、盗汗、午后低热, 自行口服头孢菌素药(具体用药及剂量不详)后症状无缓解, 并出现发热(体温未测)、咳嗽, 咯黄色粘痰, 痰不易咳出, 痰量不多, 伴胸闷、气短。无咯血、乏力、盗汗、午后低热。3 天前自觉右侧胸部持续性疼痛, 咳嗽、深呼吸、变换体位时胸痛明显, 伴有乏力、纳差, 无头痛、头晕, 无泛酸、嗝气、呕血、咯血、黑便。为求进一步诊治, 来我院就诊。

既往史: 高血压病史 10 年, 一直口服波依定每日 2.5mg, 患者家属代诉血压控制稳定。否认肝炎、结核等传染病及其密切接触史, 无糖尿病等慢性疾病病史, 无手术、外伤及输血史。

体格检查: 体温: 36.5℃; 脉搏: 90 次/分; 呼吸: 18 次/分; 血压: 100/70mmHg。发育正常, 营养一般, 神志清楚, 精神差, 急性痛苦面容, 平车推入病房, 问答切题, 查体合作。全身皮肤、黏膜无黄染及出血点, 浅表淋巴结无肿大。眼睑无下垂, 巩膜无黄染, 结膜无充血, 双侧瞳孔等大、等圆, 对光反射灵敏。耳、鼻无异常分泌物。口唇紫绀, 左下第 3 磨牙缺如, 局部有少量黄色脓性液体流出, 伴有恶臭。咽部无充血, 扁桃体无肿大。颈软无抵抗, 颈静脉无充盈, 甲状腺不大, 气管居中。双侧胸廓对称, 无胸壁静脉曲张, 左肺叩诊呈浊音, 右肺叩诊呈清音, 双下肺呼吸音左肺较右侧减弱, 右肺闻及散在湿啰音。心前区无隆起, 叩诊心浊音界不大, 心律齐, 心音有力, 心率 90 次/分, 各瓣膜听诊区无杂音。腹部平坦, 腹壁静脉无显露, 腹肌软, 全腹无压痛及反跳痛, 肝、脾肋下未触及, 肝区及双肾区无叩击痛, 移动性浊音阴性, 肠鸣音 3 次/分。双下肢无水肿, 无杵状指(趾)。

辅助检查:

血常规提示: WBC: $17.83 \times 10^9/L$, N: 88.7%, L: 6.2%, HGB: 174g/L, PLT: $236 \times 10^9/L$ 。

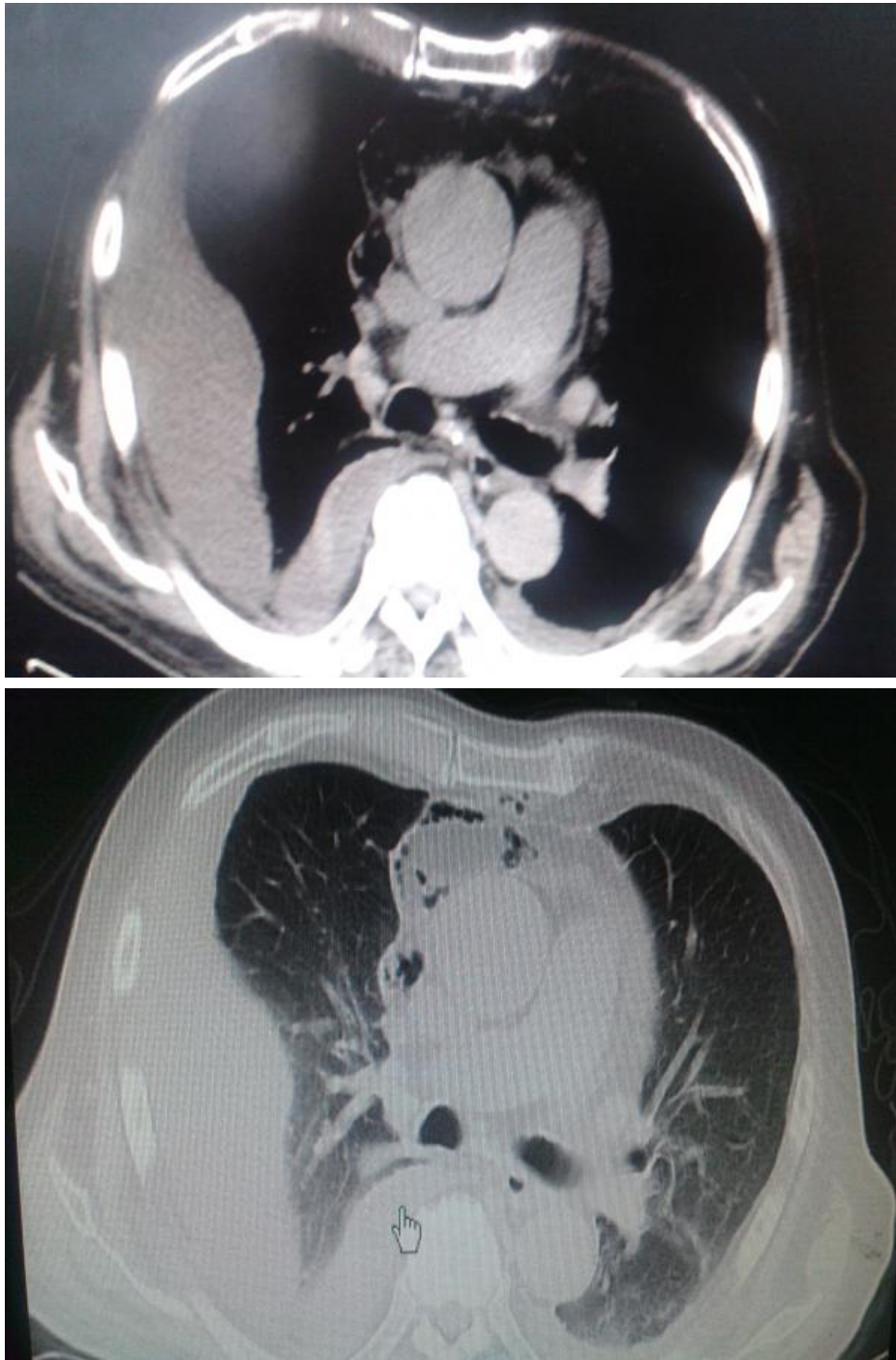
心电图：大致正常心电图。

肝肾功能、CKMB、TnI 在正常范围。

胸 CT 见下图：



病例讨论



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：

jjmjZy:

诊断：左侧胸腔积液。

鉴别诊断：气胸、肿瘤、心肌梗塞、肺结核等。

治疗：休息，吸氧，维持水、电解质平衡，抗感染，左胸腔穿刺，必要时手术治疗。

●临床诊断

牙源性急性下行性坏死性纵膈炎。

●总结

纵膈炎是指纵膈内的细菌感染，多为外伤、手术或纵膈感染引起的急性结缔组织化脓性炎症。是一种严重且潜在危及患者生命的疾病，其死亡率高，上世纪 80 年代报道为 42%，1999～2015 年几个 10 例以上的报道统计其死亡率为 16.5-23%。面颈部感染如牙源性感染、急性化脓性扁桃体炎、化脓性淋巴结炎等可沿颈筋膜间隙扩散下行引起纵膈广泛的蜂窝织炎、坏死、脓肿形成，这称为下行性坏死性纵膈炎（DNM）。DNM 是纵膈炎中最凶险的一种，病死率很高。纵膈感染一旦形成，炎症很快沿疏松结缔组织扩散。本病死亡率高的主要原因为延迟诊断以及引流不畅，死因多为脓毒血症引起的中毒性休克、心肌炎及急性呼吸功能、肾功能等多脏器功能衰竭。

一旦形成纵膈炎或者脓肿时必须进行纵膈切开引流，以解除纵膈内张力及其对气管、大血管和肺组织的压迫、侵袭。对于下行性坏死性纵膈炎的患者手术及引流方式的选择至关重要，目前国内外报道的纵膈引流的方法很多。Estrera 等采用经颈纵膈引流，但该方法主要用于隆突以上的纵膈感染，由于该方法不能完全解除纵膈内化脓性炎症，易延误治疗。也有一些学者采取开胸手术或者胸腔镜手术分离纵膈内各器官间隙、充分引流脓液后纵膈旁放置引流管。经胸纵膈引流较为彻底，但对于老年患者，手术前可能存在慢支、肺气肿、高血压、糖尿病等基础疾病，心、肺、肝、肾等重要脏器储备功能差，经胸纵膈引流手术后，并发肺部感染、呼吸衰竭等并发症的风险明显升高。

本患者为老年男性，一般状况差，不能耐受经胸手术的创伤，我们采取胸骨上窝及剑突下纵膈切开、纵膈引流，这样可以清除纵膈内脓液及坏死组织，同时可以在这两个切口放置纵膈引流管，治疗效果尚可，患者已经治愈出院。

发热、咳嗽、皮肤紫癜、肝功能异常一例

作者：anne 医生

链接：<http://bbs.iiyi.com/thread-3231469-1.html>

●病历摘要：

一般资料：患者，男，11岁，学龄儿童，体重30.0Kg。

主诉：发热、咳嗽10天，双下肢紫癜7天。

现病史：患者于10天前受凉后出现咳嗽、流涕、喷嚏等症状，咳嗽不剧烈，呈阵发性非痉挛样，有痰，伴发热，体温最高39℃。无喘息及呼吸困难，无畏寒、寒战等症状，无惊厥发作。病后在当地按“上呼吸道感染”治疗，给予“小儿氨酚黄那敏颗粒、利巴韦林颗粒、肺力咳合剂、复方锌布颗粒”等药物治疗，症状时轻时重。

入院前7天上述症状未改善，双下肢又出现对称性皮损，表现为针头至黄豆大小暗红色瘀点、瘀斑，不高起皮肤，压之不褪色，到当地卫生院就诊，门诊以“过敏性紫癜”收入院。给予“青霉素、地塞米松、葡萄糖酸钙、维生素C、维生素B₆”等治疗，患儿皮损延及臀部，性质同上。仍时有发热，体温不规则，在37.5~38.5℃之间，同时自觉上腹部不适，伴泛酸、嗝气，轻度恶心，无呕吐，无关节肿痛，无腰痛、乏力。住院期间发现肝功能异常，加以“甘草酸二胺”保肝治疗无效，于今日转入我院。发病以来，食欲差，无咳血、盗汗史，无尿急、尿频、尿痛、血尿及泡沫尿史，无厌食油腻食物史，二便无异常，睡眠尚可。

既往史：既往体健，无肝炎、结核、麻疹等传染病及其接触史，无长期用药及毒物接触史，否认食物中毒及药物过敏史，无输血史。

个人史：生于原籍，本地居住，当地有散发“手足口病”流行。按程序预防接种。

家族史：否认家族性、遗传性疾病病史。

体格检查：体温：38.2℃；脉搏：110次/分；呼吸：26次/分；体重：30.0Kg。发育正常，营养一般，神志清，精神可，自主体位，查体合作。全身皮肤粘膜未见黄染，未见手足疱疹，双下肢及臀部可见散在紫癜，略高出皮肤，压之不褪色，皮肤弹性稍差，浅表淋巴结未触及肿大。头颅无畸形，毛发分布均匀，有光泽。眼睑无浮肿，眼窝无凹陷，结膜无充血，巩膜未见黄染，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，鼻道内无分泌物。口唇无紫绀，口腔黏膜光滑，无龋齿。咽部无充血，软腭无疱疹、溃疡，双扁桃

体无肿大。颈软，气管居中，甲状腺无肿大。胸廓对称无畸形，双侧呼吸运动对称，无吸气三凹征，两侧语颤正常，无胸膜摩擦感，叩诊清音，双肺呼吸音粗，未闻及干湿性啰音。心率 110 次/分，律不齐，可闻及早搏，心音有力，各瓣膜听诊区未闻及杂音。腹部稍膨隆，两侧对称，未见胃肠蠕动波，剑突下轻压痛，无反跳痛，肝、脾未触及，未触及包块，叩诊鼓音，腹水征（-），右季肋区叩痛，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，双下肢无水肿。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： $10.5 \times 10^9/L$ ，N:60.20%，L:35.10%，Hb:126g/L，PLT： $263 \times 10^9/L$ ；hs-CRP:10.5mg/L（0.0-5）；肠道病毒 EV71IgM 抗体：阴性；肺炎支原体 IgM 抗体（-）；尿、粪常规均（-）；肝功：TBIL:17.1umol/L（2-24）、DBIL:2.0umol/L（0-3.4）、IBIL:11.8umol/L（1.70-20.60）、AST:80IU/L（15-40）、ALT:158.2IU/L（9-50）、ALP:367IU/L（0-500）、GGT:28.6IU/L（10-60）；肾功及血离子无异常；甲、乙、丁、戊型肝炎标志物均阴性；碳 13 呼气试验：零时刻 DELTA 值-25.9%（3.2%）、三十分钟 DELTA 值-1.09%（3.3%）、DOB 值 6.9（正常<4），诊断结果提示幽门螺杆菌（HP）感染。

心电图示窦性心律，偶发室性早搏。

X 线胸片：双肺纹理紊乱、增强，未见炎性阴影，心影正常，双侧肋膈角锐利。

●**初步诊断：**1. 肺内感染；2. 胃炎伴 HP 感染；3. 室性早搏；4. 败血症？5. 肝损害原因待查？

入院后给予保肝、护胃、抗生素抗感染及对症支持治疗。完善相关检查，查 EBV-VCA 抗体：阴性；巨细胞病毒（CMV）IgM：阳性；CMV IgG：阴性；CMV-DNA 定量：阳性。加用更昔洛韦强化治疗 2 周，继以维持治疗 1 周，复查 CMV-DNA 定量：阴性。住院 20 天好转出院，建议继续口服药物巩固治疗，1 周后门诊随访。

●临床诊断：

1. 巨细胞病毒性肝炎；2. 过敏性紫癜；3. 偶发室性早搏；4. 上呼吸道感染；5. 胃炎伴 HP 感染。

●病例分析：

本例患儿的临床经过与诊断过程值得深思。患儿缘起于上呼吸道感染，上呼吸道感染 90%左右由病毒引起，细菌感染常继发于病毒感染之后，预后良好，有自限性，一般 5~7 天痊愈。本例患儿一周后没有痊愈，病程中出现了皮肤紫癜和肝功异常，

病例讨论

分析皮肤紫癜表现比较符合过敏性紫癜特点，但是过敏性紫癜伴肝功能异常者临床少见，能否解释临床表现值得推敲！患儿发热症状持续存在，应另有潜在病因。

1. 从整体角度分析，本病例以上呼吸道感染症状首发，病程后期出现肝功能异常比较突兀。

肝功损害考虑以下因素：①病毒性肝炎：包括常见甲、乙、丙、丁、戊和其它少见的嗜肝病毒感染，如 CMV、EBV 等；②药物性肝损害。多种药物可以引起，如抗肿瘤的化疗药、抗结核药、解热镇痛药、免疫抑制剂、降糖降脂药、抗细菌、抗真菌及抗病毒药等。最近研究显示中药所致药物性肝损伤占临床药物性肝损伤的 4.8%～32.6%，已成为一个不容忽视的问题，另外一些“保健品”也经常引起肝损伤，需引起临床高度注意。本例无药物过敏史，而且缺乏药物性肝损害常见的皮疹、黄疸等表现，持续发热在药物性肝损害中罕见，本例暂不考虑。

2. 从局部角度分析：皮肤紫癜明修栈道，而 HP 感染或是线索？

患者病程中出现了对称性下肢及臀部皮肤紫癜，临床上无关节、肾脏损害，符合皮肤型过敏性紫癜的特点，过敏性紫癜的诊断成立，分析病因可能与某些感染如 HP 感染有关联。本例临床辅查 HP 感染存在，所以 HP 感染因素要考虑，其它因素也不能排除。

3. 发散思维：潜伏感染暗度陈仓。

著名的心理学家吉尔福特指出：“人的创造力主要依靠发散思维，它是创造思维的主要部分。”这里所说的发散性思维是指与集中思维相对的一种思维方式。发散思维对问题从不同角度进行探索，从不同层面进行分析，本例从整体到局部不同层次分析中可以发现：①患者上呼吸道感染存在；②HP 感染存在；③按图索骥，过敏性紫癜也存在；④发热症状串起临床全过程。潜伏感染是因，发热是果，发热的原因是一条主线，从这条主线顺藤摸瓜，终究揭穿谜底。

肝功能异常是儿童各种疾病容易伴发疾病之一，且临床症状多不明显，容易漏诊或误诊。究其病因，多由甲型—庚型肝炎病毒、巨细胞病毒等病原感染相关性肝炎所致，但在儿科临床上也经常发现与这些常见的肝炎病毒感染无关的肝功能损害，值得临床研究与重视。

临床上不能用一个疾病解释时，且不可牵强附会，要学会发散思维考虑问题。当我们试着从不同角度考虑临床问题时，有时就会体会到“针尖窟窿透斗风”的道理。

●总结

一、与成人感染不同，CMV 获得性感染在儿童人群中相对常见。

人类巨细胞病毒 (HCMV) 感染在人群中普遍存在，我国约 80% 以上人群的 CMV 感染发生在儿童时期，大多数感染无症状。儿童和成人感染多数为隐性感染，少数出现单核细胞增多症、肺炎、肝炎及心肌炎。儿童期感染常通过呼吸道获得，常为不显性，但成为长期带毒者，偶可出现迁延性肝炎或间质性肺炎。多次接受新鲜血液输血的患儿，也可发生此病，其表现可酷似传染性单核细胞增多症，但 EB 病毒衣壳抗原的嗜异凝集反应和 IgM 抗体始终阴性，可资鉴别。

综合本例入院后辅查资料，考虑患儿为获得性 HCMV 感染所致。

二、CMV 肝炎的诊断要点。

CMV 肝炎的诊断需根据临床表现与辅助检查资料综合确定，本例有肝功能的异常，相关辅助检查中提示患儿有获得性 HCMV 感染证据，临床诊断成立。

三、巨细胞性肝炎应用更昔洛韦要慎重。

在免疫功能正常的成年人，CMV 肝炎为自限性经过，无需特殊治疗。绝大多数婴儿肝炎综合征即使患儿体内检查到 CMV 或者抗体，不能确定就是 CMV 感染所致，需排除其它病因后才能确诊。抗病毒药物存在可能的近期或远期的不良反应，临床应用指征非常严格，如果临床症状并不严重，需权衡利弊，再做决定。同时，做好与其家属的沟通与交流，让患者家属了解相关知识，征得同意后实施较为妥当。

四、治疗策略。

更昔洛韦是目前有效的药物，应用要规范，预防病情反弹。目前，更昔洛韦是防治 CMV 感染的首选药物，一经应用，临床要规范。一般起始强化治疗用量为 5mg/kg 入液静滴，q12h 或 q8h，至少 2~3 周，继而维持治疗 5mg/kg 静滴或口服 2 周~2 个月。维持方法：每次 5mg/kg，1 周 5 次，维持 14~60 天，并注意对肝、肾功能和血象进行监测。

责任编辑：yjb5200120

编辑：绿漫天涯、刘现国

医疗资讯

罕见病精准医学研究将正式启航

2016 年 3 月 8 日公布的《科技部关于发布国家重点研发计划精准医学研究等重点专项 2016 年度项目申报指南的通知》正式拉开了精准医疗重大专项科研行动的序幕。9 月，“罕见病临床队列研究项目”正式获批立项，此项目致力于罕见病的精准医学研究，此项目将建立我国首个国家罕见病注册登记平台，是我国首次进行的全国范围的大规模罕见病注册登记，有望为全国罕见病患者带来治愈希望，具有重要的医学、经济学、社会学和伦理学意义。

卫计委将大修食安标准 婴幼儿食品为重点

近日，国家卫计委在新发的《食品安全标准与监测评估“十三五”规划（2016-2020 年）》（下称《规划》）中披露，“十三五”期间，政府将清理整合近 5000 项食品安全标准，制定、修订 300 项食品安全国家标准，其中重点是加强婴幼儿配方食品、特殊医学用途配方食品等特殊人群营养型食品标准。此外，国家卫计委还拟建立囊括 300 余项指标的国家食品安全风险监测数据库，按照“标准统一、业务协同、信息共享、安全可靠”的原则，构建互联互通的国家、省、地市、县四级网络体系，充分利用大数据平台的整合作用。

甘肃集中查处一批违反医疗服务和药品价格问题

甘肃省发改委日前通报，2016 年 8 月至 11 月 30 日期间，该省各级价格主管部门针对群众投诉举报，集中查处了一批违反医疗服务和药品价格政策的问题。此次集中查处包括 17 件案例，涉及单位包括兰大一院，兰大二院、省人民医院等多家医疗单位。其中包括，有患者反映在兰空机关医院妇产科剖腹产住院一周，花费 1 万多元，认为收费有问题，要求核实处理。经查，反映问题属实，共计多收费 2860.13 元。价格主管部门已责成该院将多收费 2860.13 元退还给患者。

平均利润率-5.5% 医药电商亏损严重难以盈利

近日，国家食药监总局南方医药经济研究所所长林建宁在第 28 届全国医药经济信息发布会上表示，预计去年医药电商平均毛利率为 17.6%，平均费用率为 23.1%，据

此推算平均利润率为-5.5%。据《每日经济新闻》记者了解，尽管大部分电商没有破解盈利难题，但医药企业对网上药店的探索热情不减。国家食药监总局数据库最新数据显示，共有 598 个医药企业拥有网上卖药牌照，比去年底增加了 69 家。广东一家中型连锁药店总经理接受记者采访时坦言，药品网售是不可避免的趋势，大家目前谈的不是盈利问题，而是如何在这轮新的模式中站稳脚跟。

医改新动向？天津医联体首次引入药店和药商

日前，泰心心血管病医联体成立，该医联体在原有三级医院、二级医院、社区医院的基础上创新结构模式，在全市范围内首次引入了药店和药商，使分级诊疗、医药分开切实得以落实。今后患者在该医联体的药店开出的医保药，可以按照二级医院比例报销；同时这些药店也会为患者预留出相应的药品份额，方便患者拿药；如果患者购买的药量达到规定数量，药店还可以提供送药上门服务。

食药总局：停产停售氯美扎酮苯乙双胍 年底前完成召回

近日，经国家食品药品监督管理总局组织再评价，认为氯美扎酮可造成中枢及外周神经系统、皮肤及其附件、胃肠系统损害，特别是严重的皮肤不良反应发生率较高，临床价值有限，在我国使用风险大于效益。经国家食品药品监督管理总局组织再评价，认为苯乙双胍可导致乳酸酸中毒，发生率较高，临床价值有限，在我国使用风险大于效益，决定停止苯乙双胍原料药及其制剂在我国的生产、销售和使用，撤销药品批准证明文件。已上市销售的苯乙双胍原料药及其制剂由生产企业负责召回，召回工作应于 2016 年 12 月 31 日前完成，召回产品在企业所在地食品药品监督管理部门监督下销毁。

未来 10 年，中国药品市场将被重塑

11 月 23 日，波士顿咨询公司（BCG）发布最新研究报告《在不断变化的中国市场，制药企业如何持续制胜？》。报告指出，中国的药品市场正在发生重大改变，对于跨国公司和本土企业来说，在未来 10 年，占药品市场销售额 90% 的过专利期的原研药和仿制药市场将被重塑。报告指出，中国人口结构的变化，包括老龄化和中产及富裕阶层的扩张以及中国政府为国民医疗投入比例的扩大都为医药市场带来利好。在上述因素推动下，从现在到 2020 年，中国整体的医疗支出的年均复合增长率将达到 5%-10%。报告预计，未来的药品市场将逐渐从现在的以医院为中心的体系，转向“去中心化”的模式，包括三种主要的销售渠道：医院、基层医疗机构和零售药店。

今后，中央不再给卫生院和村卫生室投钱

11月23日，国家发改委下发了《全民健康保障工程建设规划》通知（下面简称《规划》），其中强调“十二五”以来，按照保基本、强基层、建机制的原则，中央和地方各级政府不断加大医疗卫生服务体系建设投入力度，公共卫生和基本医疗服务基础设施条件明显增强，2017年起，不再安排中央预算内投资支持乡镇卫生院和村卫生室项目建设，相关建设资金由地方政府负责筹集。

李克强：三医联动是未来医改核心

11月21日的第九届全球健康促进大会的开幕式上，国务院总理李克强指出，深化公立医院改革，完善全民基本医保制度，改革药品供应保障体系，更加注重医疗、医保、医药的三医联动改革。目前，医药卫生体制改革已进入深水区，医改成果亟待巩固，体制机制障碍亟待破除，协调推三医联动的改革已经逐渐成为各方共识，也是下一步医改工作的重中之重。李克强认为，进一步深化公立医院改革，加快建立分级诊疗体系，破除行政壁垒，加强各级各类医疗卫生机构联合协作，推进支付方式改革，改革药品供应保障体系，让人民群众用上安全有效的药品。

药监总局法制司司长徐景和：《药品管理法》修订进入关键阶段

“《药品管理法》自1984年颁布实施以来，已经走过了30多年的历程，2001年修订距今也有10余年，随着社会经济的不断发展，该法已不能完全适应新形势下的监管需要。”国家食品药品监督管理总局（以下简称CFDA）法制司司长徐景和在第28届全国医药经济信息发布会上表示：“目前我国处于药品监管改革及医药卫生体制改革的关键时期，《药品管理法》的修订已经进入了关键阶段，我们希望能够尽快向社会征求意见。”

责任编辑：永恒流星

那把刀，狠狠地刺痛了我的心

作者：清澈 1975

链接：<http://bbs.iiyi.com/thread-3261578-1.html>



惊闻又伤医，悲怒心头起。

只恨长夜迟，乌云遮明日。

本是同根生，相煎何太急。

刀丛觅小诗，执笔心血泣。

就在昨日，山西省长治市和平医院的一位女医生被人刺伤心脏，经过全院紧急抢救，截止目前尚未脱离危险。详情不多说了，医护的朋友圈最近都是这条消息，大家应该都有所了解了吧。

迄今为止，这是离我最近的一起恶性伤医事件！

二十年前，我就读于长治医学院，和平医院是我们的附属医院，和我们学院仅仅一墙之隔。

这所白求恩曾经待过的医院（医院前身就叫白求恩国际和平医院），是除了省城之外我省实力最为雄厚的一所医院了。许多医院里的医生，当年都曾兼任我们的带教老师，我们有点小病小痛，跑过去叫声老师，剩下一切就都 OK 了。

那是我的母校的医院，对于那里的一切，我自然有一种骨子里的亲切。

一直以来我以长医人为荣，一直以做一名医生为荣，尽管各种医闹、伤医时有发生，总觉得离我很远很远，一直不愿相信，但切切实实的，在我的身边也发生了。

从昨天，到今天，一种莫名的情绪充斥在心里，悲哀，无助，愤怒，种种负面的

情绪掺杂在一起。

实在想不通到底为什么会这样，为什么屠刀、匕首、斧头竟然都齐齐对准了救死扶伤的医护人员？

今晚看到了儿子的课本，想到了鲁迅先生当年弃医从文，这一刻，我有些明悟了。

这个年代，人们身体生病不要紧，要命的是人的灵魂和思想也生病了！

消费观、价值观、人生观、公理道德，通通都发生了扭曲！我体会到了鲁迅先生当年为何竟然会写出“横眉冷对千夫指、怒向刀丛觅小诗”的诗句。我如今，何尝不是出离愤怒了呢？

种种卑鄙的恶性事件发生后，即使恶徒得到严惩，但伤者已伤，逝者已逝，终难挽回，旧伤未好，又添新痛，心的创痛终究是再难抚平了！

奉劝各位医护兄弟姐妹，为了妻儿老小，为了全家安康，好好保护好自己，因为明天，也不知道会有什么，在等着我们！

我与爱爱医的网络情缘

作者：清澈 1975

链接：<http://bbs.iiyi.com/thread-3262058-1.html>

又是一年 11 月 26 日，我注册爱爱医，已经整整 5 个年头了。

一千八百多个日子里，我在爱爱医的陪伴下，跨入不惑之年，开电脑的头等大事，就是登陆论坛，就这样，她竟无声无息却又彻彻底底地“侵入”并融入了我的生活。

注册爱爱医实属偶然，搜索相关资料，误打误撞地闯入进来，注册账号后积分权限太低又不能随意浏览下载，只能到处乱闯，参加各个版块有积分的活动，那段时间，可以说痛并快乐着。

经过一段时间的摸爬滚打，对各个版块也熟悉了许多，积分在悄然增长，每天的喜悦也与日俱增，有困惑无助的时候给爱友站内消息，居然很快就会有回音，每天打开论坛页面，听到那一声“咦，短消息”的时候，甭提有多开心了，相信很多朋友对老版论坛的信息提示音，都特别怀念吧？

后来经常发一些涂鸦之作，由于表现活跃实在有些过头，便被不少版主、超版盯上了，邀请我加入版主团队，怀着忐忑的心情，跟帖递交了申请，在佛爷和修竹的推

荐下，担任了影音版版主，从而认识了更多的版主和好朋友，那时候哥们超版还对我没有加入新手版，表示非常遗憾呢。

之后在各位版主的帮助和爱友们的支持下，策划组织了几次活动，参与人数和反响还相当的好，那满足感，无法用语言所形容。直到爱爱医周年庆典，才知道自己居然有幸和爱爱医建站是同一天生日，何其幸哉。

五年的时光一路走来，组织、参与、经历了几年来爱爱医庆典活动，对佛爷组织的“左手爱爱，右手十年”活动，还有每年圣诞节的活动，特别记忆犹新，字里行间都可以感受到会员们高涨的热情。正是由于众多版主的无私奉献，众多爱友们的热情参与，才有了爱爱医这么多年的积累和沉淀。非常荣幸地，我也是爱爱医历史长河中的小小一员！

回头想想，正是由于大家来自同一个行业，有共同的话题，我们才能隔着千山万水，隔着电波网络，如此亲如一家、毫无顾忌的交流着，从最初一个个抽象的会员名和头像，到见识真实的姓名和照片，再到后来，甚至可以开一些友好的、善意的玩笑，彼此间有了熟悉的昵称，洋洋、月月、默默、虫子、佛爷、阿呆、标哥（有人喜欢叫表哥，呵呵）、彪哥、修竹姐、葱姐、船夫、N版、严版、品味、娇版、开心豆、秀儿、想拟、绿漫、小白……一个个简称、略称、昵称，大家应该都能对的上号吧？当然，哥们这个称呼就是扑面而来的一种亲和感，事实上，也确实人如其名，在论坛共事多年，虽未谋面，和各位好朋友神交已久，这难道不是一种最宝贵的情缘吗？

坐在电脑前码字，脑海里勾画着一个个好朋友的模样，窗外是凛冽的寒风，心中却是暖暖的感觉。

最后以我在论坛经常说的一句话收尾：希望大家在这里，都能学得真知，交到挚友，收获好心情！

责任编辑：yemengzhe

勘误：爱爱医杂志第2016年11月期，《医网情深》栏目的第2篇文章《西藏之旅》的作者和链接地址错误，现订正如下，我们为此错误向原作者表示深深的歉意。

作者：gjhs13013

链接：

<http://bbs.iiyi.com/forum.php?mod=redirect&goto=findpost&ptid=2498654&pid=14158594>

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，还有爱爱医微信公众平台可以参与互动分享，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！

心电图有奖读图第六十二期 评审工作及获奖名单

作者:nikkive

链接: <http://bbs.iiyi.com/thread-3257763-1.html>

本期有奖读图参考答案参考方振兴老师和云的影子老师的诊断及分析如下：

1. 【心电图诊断】

窦性心动过缓伴不齐

电轴左偏

左前分支阻滞

交界性早搏伴室内差异性传导，部分成对出现

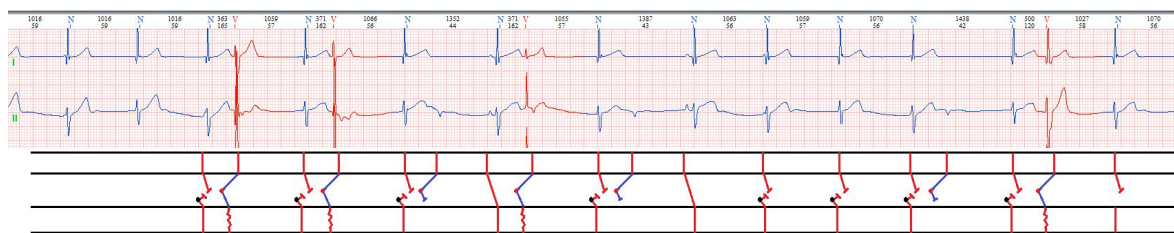
交界性早搏（部分双向传导，部分仅逆向传导酷似阻滞型房性早搏，可见交界性早搏重整交界性逸搏节律点）

交界性逸搏心律

2. 【心电图诊断依据】

p 波直立，P-R 间期大于 0.12 秒，符合窦性心律，小儿 3 岁左右一般窦性频率 80-120 次/分，故考虑窦性心动过缓。同时 II 导联 QRS 呈 rS 型电轴左偏，符合左前支阻滞。并可见提前出现的 QRS-T 组，形态各异，联律间期相等，且 QRS 时限有小于 0.12 秒，有大于 0.12 秒，应考虑起搏点在房室交界区。窄宽 QRS 之后可见倒置 P 波，是交界性早搏逆传心房，心室除极在前，心房除极在后，说明逆传心房慢于前传心室时间。

图中标 A 是早搏后的代偿间歇，而 B 区则是交界逸搏后出现交界性早搏及下一次窦性心搏的间期，所以 B 区间期大于 A 区间期。（问：为什么间期较短的 A 处后出现逸搏，间期 $B > A$ ，B 后却出现窦性下传了。这个的原因是由于 B 间期里面的倒置 P 波是一次交界性激动仅逆传心房而前传心室时受阻，但是其在交界区产生新的不应期，使交界性逸搏的节律点重整，重整后到下一次逸搏还未出现时窦性搏动出现进而下传心室。造成间期 $B > A$ 而 B 后窦性搏动能下传）。



3. 【鉴别诊断】

主要与室性早搏相鉴别。

4. 【临床意义】交界性早搏，可见于正常人、心脏神经官能症以及器质性心脏病患者均可以发生。常见因素有：植物神经功能紊乱，情绪激动、神经紧张、疲劳、消化不良、过度吸烟、饮酒或喝浓茶等；洋地黄、钡剂、奎尼丁、拟交感药等药物因素；冠心病、心肌病、甲状腺功能亢进性心脏病、电解质紊乱等。

中奖名单：

一等奖：云的影子

二等奖：方振兴 wjjhywj

三等奖：秋土 qq479698193

责任编辑：倪广峰

爱爱医杂志稿约

各位爱友：

爱爱医杂志自出版以来，受到了大家的广泛关注和热情支持，可以说爱爱医杂志的每一点进步都和爱友们的支持是分不开的。爱爱医杂志以爱爱医论坛为依托，以爱友们的需求为导向，来源于论坛，植根于爱友，大家的临床经验、大家的误诊教训、大家的专业论文、大家的心情故事，都是我们所需求的。为了更好的办好爱爱医杂志，为了使杂志更贴近爱友的需要，根据杂志的栏目设置，特面向全体爱友征稿。

【征稿要求】

爱爱医杂志目前设有刊首语、专家讲坛、人物专访、专业交流（含中医）、病例讨论（含中医）、病例分析（含中医）、专业论文（含中医）、医疗资讯和爱医热点、关注、问卷调查、医网情深、精品展示等栏目，现根据栏目分类，分述征稿要求如下：

一、刊首语：文体不限。要求文字乐观向上，有一定的激励性，可以联系某一阶段的论坛宣传方向及重大事件和季节，旨在宣传论坛，宣扬一种精神。字数要求 **400～500** 字。

二、专家讲坛：主要针对近 **2** 年来国内外专家对热点问题的讨论和指南性论文、专著、综述或者会议纪要。要求已公开在正规期刊发表，能提供原文。最好有作者介绍及相应的解读。要求具有实用性，对临床工作有一定的指导意义，字数 **2000** 字左右。

三、人物专访：文体要求记叙形式，突出人物特点，重点介绍人物的精神及对论坛的贡献。字数要求 **800～1000** 字。

四、专业交流：内容可以是您的临床经验、误诊误治教训、特殊病例启示、用药验方、老药新用、临床实践方法创新等等，要求文字表述专业、通顺、逻辑条理性强，字数不限。一律使用规范的医学术语。

五、病例讨论：要求选择具有代表性、有助于爱友提升工作能力的完整病例，或者特殊少见的病例。严格按照病历格式书写（比如主诉、现病史、既往史等以及详细

的体格检查、诊疗经过、辅助检查等必须写全），方便爱友分析交流。还要提供相应的临床专业总结，以提升理论层次。

六、病例分析：主要是针对临床中、西医方面较复杂病例，或难点病例，或易或已误诊病例进行临床病例讨论，要求有病例简介，体查，必要的辅助检查结果，及发言讨论的内容及总结，内容来源可来自临床病例讨论或爱医论坛专业讨论，投稿时如涉及患者或医务人员隐私或可能引起医疗纠纷的应使用化名或加密。

七、专业论文或综述：要求必须原创，严禁剽窃抄袭。如有发生，将于核实后的下期杂志中通报批评。按照正规论文格式要求，欢迎提供英文摘要。有理有据，论点充分，参考文献尽量选用北大核心或 medline 收录的文献，提倡引用高质量英语文献。

八、医疗资讯：要求短小精悍，搜集最新最有代表性的一句话医疗新闻，让爱友们了解最新医疗动态。

九、爱医热点：要求标题简明扼要，直叩主题，选择论坛最具有代表性的热点活动及病例，可以给出主题后附上论坛帖子链接地址。

十、关注：内容主要是关注与医生有关的行业热点话题、医改动向、医疗法律、医院发展等。要求有一定的代表性和社会关注度。字数 1000 字左右。

十一、问卷调查：要求在论坛以调查帖的形式发出，参与人数比较多，有代表意义，最好附上相关评论。评论字数不少于 200 字。

十二、医网情深：要求必须是贴近医生生活的原创的心情文字，内容积极，文字优美，最好配有插图。字数每期 1200 字左右。可以独立成篇，也可以长篇连载。

十三、精品展示：内容主要是来源于论坛各专业版面精品伯乐推荐整理的精品帖，要求帖子内容有广泛的指导意义，而且附有伯乐的推荐理由。

注：

1.中医基础科学、中医临床各科、中药相关科学等相关文章均可投稿。

2.中医相关论文要注意专业术语，体现中医药特色，病例、医案等要求体现四诊、辨证论治原则。

【征稿对象】全体爱友。

【征稿时间】长期

【征稿形式】

1.请爱友参考《爱爱医》杂志版（<http://zz.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

爱爱医杂志稿约

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。

