

 www.iyyi.com

2014.04

爱爱医



第四期 总NO. 51

Volume 5, number 04, Apr. 2014

刊首语

似水流年

——我依然是我，我不再是我

作者：wangguodian

链接：<http://www.iyyi.com/med/thread-2418673-1.html>

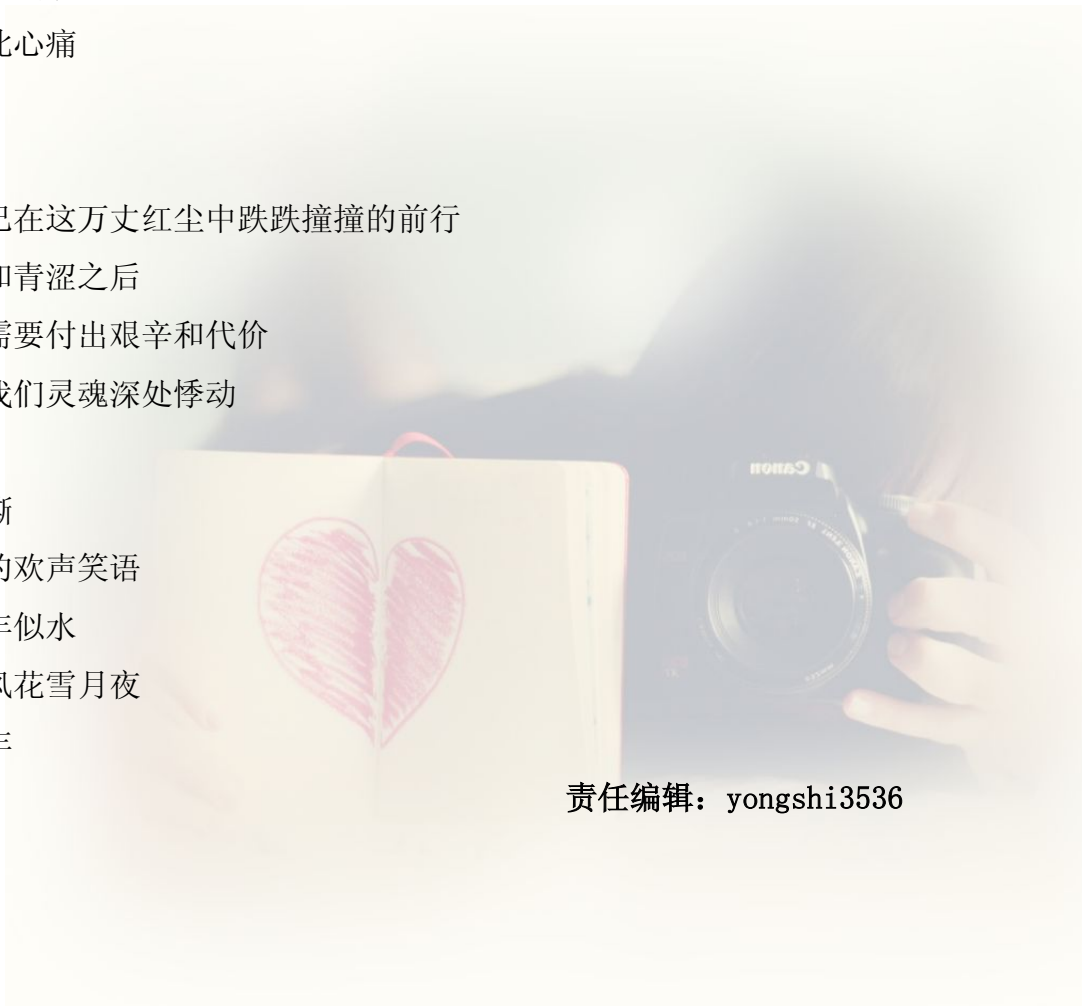
时间在不觉间，便已悄悄的走过了一年
多少个浪漫的季节
无声无息的消逝于指缝间
怀揣最初的感动
用平淡的文字，祭奠那份早已随风远去的记忆

窗外的夜，清幽而寂静
聆听怀旧音乐
点上一支寂寞的烟
这是我一个人的世界
安静得让人如此心痛

很多的时候
我们都身不由己在这万丈红尘中跌跌撞撞的前行
抛却那些天真和青涩之后
每一段成长都需要付出艰辛和代价
可梦想始终在我们灵魂深处悸动

今晚，冷风嘶嘶
忘不了那一年的欢声笑语
时光辗转，流年似水
而我依然独舞风花雪月夜
醉问今昔是何年

责任编辑：yongshi3536



目录

会 长：陆德庆
执行会长：李 璇
主 编：于竹梅
副 主 编：侯计文 倪广峰
制 作：李燕杰
编 委：马小军 王 永 王荣增
王颖健 任忠林 刘 科
刘 威 刘延红 李照禄
何含含 陈 勇 张常哲
杨俊标 苗国英 柳 权
袁 俊 殷吉磊 尉晓亮
黄汉纯 韩东岳 蔡晓刚

《爱爱医》杂志

在线订阅：zz.iiyi.com

投稿邮箱：463767990@qq.com

联系我们：爱爱医华人医学论坛

网 址：http://www.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，否则我们保留相关权利。欢迎业内交流和传播。因编辑均为业余时间义务组稿、审核，虽经多次勘校。纰漏仍在所难免，恳请读者们批评指正。编者审稿能力有限，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 人物访谈 关注 专业交流 西 医

似水流年.....	1
让优秀成为一种习惯.....	1
启动住院医师培训新制度 让医学生尽快成熟.....	5
春季好发皮肤病及其防治方法总结.....	9
冷丁讲故事——急诊一夜.....	11
消化内镜看图诊断（一）.....	13
临床上浅析脑鸣和耳鸣的区别.....	17
突发休克为哪般？.....	18
一氧化碳中毒.....	19
瘙痒性皮肤病治疗之我见.....	22
肛瘘与肛周脓肿屡治不愈需小心.....	24
心电图读图第三十一期.....	27

专业交流 中 医

足厥阴肝经病案评析.....	29
读经典，话黄疸.....	31
小儿咳嗽治验.....	32
我的用药经验.....	33
巨刺与缪刺.....	35
临证得失录.....	37

识 草 药

野菊花.....	39
鱼腥草.....	40

病例讨论

腹痛待诊.....	42
发热 3 个月，发现盆腔包块 1 个月.....	49
胸痛查因.....	52

医疗资讯 爱医热点 医网情深

医疗资讯.....	54
爱医热点.....	57
春暖花开，这是我的世界.....	58
最好的药物.....	60

编读往来 杂志稿约

编读往来.....	62
爱爱医杂志稿约.....	64

让优秀成为一种习惯

——记考研考博版版主兼杂志编委 hehanhan

作者：陈勇一无所有

链接：<http://bbs.iyyi.com/thread-2467037-1.html>

谈到 hehanhan 版主，我认识他不但是因为我们在爱爱医论坛同一个区担任版主，而且也缘于我们一起加入爱爱医杂志编辑部团队。所以，请允许我隆重的介绍本次访谈的嘉宾——hehanhan。

hehanhan 这个爱爱医的账户名其实是他真实姓名的全拼——何含含。他是兰州大学 2013 级内科学硕士，爱爱医论坛管理团队中一名出色的年轻版主。在 2013 年短短的几个月中就顺利的通过了考研考博版主与爱爱医杂志编辑的两个岗位的双重考核。hehanhan 版主出生于医药世家，从小就受到浓郁的医药环境的熏陶。外公和舅舅都是朴实的乡村医生，二姨则是在药厂上班，妈妈曾经也是一名优秀的助产士。但是选择医学这条路，还有一个原因——由于他当初高考的估分失误，不得已才在家人的建议下，选择了和自己报考的其他志愿相比分数要求相对较低的医学院。

hehanhan 在大学本科学习期间，看到研究生的生活相对于本科生而言更加多姿多彩，心向往之。经过自己的不懈努力终于成为了梦寐以求的研究生队伍中的一份子。由于 hehanhan 版主是科研型硕士，所以需要学习一年的理论课程。平时就是教室和实验室，其他的时间是看文献、打球，偶尔和宿舍的同学们一起去聚聚餐，长假时还去外面旅游放松下。今年三月份的时候导师告诉他要开始找课题，他很有压力，加上今年还要参加执业医师考试，更需要努力的复习。这就是 hehanhan 版主今年的大事，在这里让我们祝愿他顺利实现自己的目标！

hehanhan 版主谈到自己的学习成长经历时说，在医学院的前两年，由于课程都是针对基础课的学习，所以自己对医学的概念认识还比较浅显，直到外科学和诊断学等临床课程的学习，他才发现自己对医学非常感兴趣，也就非常渴求知识水平的提高。大二的第二学期，他按照学习计划去医院进行了见习，和大多数见习生一样，刚到医院，他的心情忐忑不安，总觉得自己掌握的医学知识太少，担心不能顺利完成见习任务。因此，他更加努力的利用一切机会提升自己的能力。他经常在网上查找各类医学网站和论坛，到处浏览、学习知识，充实自己。他印象中比较深刻的几个网站有爱爱医、医生圈、医

梦园、好医生、丁香园、医学生网等。在不断了解的过程中，他发现爱爱医的学术氛围相对于其他网站更加浓厚，浏览论坛也比较方便，而且非常人性化，于是就用自己名字的全拼，在爱爱医论坛注册了 hehanhan 这个账号。

2011 年，hehanhan 版主在学校的附属医院见习，那里的辅导员对见习生要求非常严格，要求所有人每天早上七点五十之前要到教室，而楼管也会查宿舍，看是否还有人没上课，住宿的条件不太好，十个人的宿舍，仅仅两个柜子，两张桌子，学习的空间相对狭小，因此 hehanhan 版主只能在业余时间利用手机游逛在爱爱医的知识海洋中，回忆和巩固所学的临床课程，驻守爱爱医这种方式逐渐地成为了他的学习习惯。在见习开始的一段时间，老师会在理论课之后带他们去科室看相关的病例。学习时遇到的诸多疑惑，他就会在爱爱医上寻找相关的帖子进行学习和求助，也经常会得到爱友们的耐心回复和解答。他说，现在爱爱医已然是他生活的一部分了。

hehanhan 从决定考研开始，就一直关注爱爱医论坛。对于考研，其实最重要的是坚持。书山有路勤为径，学海无涯苦作舟。在准备的过程中，保持一份稳定的心态，制定好每段时间的计划，坚持下去，总会有属于自己的收获。每天晚上躺在床上时，他都会习惯性的浏览论坛的考硕考博版，看看爱友的经验，鼓励自己。渐渐的他发现自己离不开爱爱医论坛了，这也许就是人们常说的日久生情吧。也是在那个时候，他参加了一个“记自己考研经历”的活动，认识了许多考研备考中的爱友，更得到了 dongyuet 版主的支持，dongyuet 版主慧眼识才，鼓励他申请爱爱医版主职务。

也是在那段时间，有一天他在论坛中看到了爱爱医校园大使招募的通知，大概看了介绍和要求，他觉得自己的条件基本符合，想尝试一下，就跟帖报了名。报名海选后，接着就是网络投票阶段。为了顺利得到通过，在那段时间，他每天发动自己的同学、朋友，甚至医院的老师都来支持他的竞选，终于他很荣幸成为了一名爱爱医的校园大使，参与了一系列校园大使的活动。在活动中他认识了更多的朋友，学到了更多的知识，还记得“张哥”来学校时对他们活动的指导，“吕姐”对他们工作的支持，以及同学们不辞辛劳的宣传爱爱医。他感觉这段经历是他人生中非常宝贵的财富，拉近了自己与爱爱医的关系，让他更加深刻的理解了爱爱医的宗旨，也锻炼了交际能力。他说，如果有机会的话，希望这类活动还可以再次大规模开展。

2013 年 5 月，考研的事情告一段落，hehanhan 版主也顺利的考取了兰州大学。想着自己在考研的过程中得到了论坛诸多的帮助，也该回报一下，就尝试着申请成为论坛的版主。在选择哪个版块的时候他犹豫了，因为自己还是在校学生，在专业水平上跟业务

熟练、经验老道的临床医师相比还有一定差距，暂时不能选择临床版块。想到自己当初也是经历考研的磨练、浴火重生，因此最终他选择了考硕考博版，希望通过这个平台，为需要帮助的爱友们奉献一份微薄的力量。

做版主的最初几个月时间，他唯一的期望就是努力管理好自己的版面。考硕考博版，顾名思义就是广大爱友中参与考研或者考博的爱友相互交流与分享的平台。考研和考博的爱友主要是低年资的医师，他们大多是已经在岗，对现实中的工作状态和自己的业务能力不满意，或者对于未来抱有更加远大的理想与憧憬。虽然对于整个爱爱医来说，这个群体的人数相对较少，更新的帖子也不是很多，版面不是最活跃的，但是 hehanhan 版主尽量对已经开帖记录自己拼搏历程的爱友给予鼓励和支持，让他们感受到爱爱医的温暖。hehanhan 版主说：“其实现实生活中考研和考博的主力军是学生，论坛应该努力开拓校园市场，像爱爱医校园大使这样的校园活动应持续下去，吸纳更多的医学生，在量的基础上提升质的飞跃，从而壮大爱爱医中医学生阶梯队伍，一定程度上也为爱爱医的长远发展从源头上储备力量。”hehanhan 版主在积极鼓励版面热心爱友的同时，也一直在思索如何去更好地活跃版块的问题，但是一直没有发现行之有效的方法，对此，他也特别希望得到大家的建议，博采众长，集思广益，以带动版面更好地发展。

有一天，他偶然在办公大厅看到关于杂志的发展状况以及招募编委的帖子，就有些心动了。因为他看到那么多优秀的老师坚守在爱爱医的杂志，他们不求回报，只谈奉献的精神深深感染了他。他想自己也应该加入到这个奋发向上的团队中，和杂志的各位老师在一起，不断学习和完善自己，并为论坛多贡献一份自己的力量。经过严格的考核，2013 年 11 月，他如愿以偿的加入了爱爱医杂志编委的团队，与永恒流星老师一起担任爱爱医杂志的《医疗资讯》和《关注》两个栏目的编辑。

在论坛的成长过程中，dongyuet 版主是他来到论坛认识的第一个版主，dongyuet 版主对他的关注和支持，让他对爱爱医顿时有了归属感。在 hehanhan 考研的过程中，dongyuet 版主不断地给予他鼓励和支持，让他最终坚持下来，成功考取了理想的院校，并且还鼓励他去申请论坛的版主，可以说 dongyuet 版主是他在爱爱医的引路人，hehanhan 很感激他。还有清澈超版也给他留下了很深的印象。hehanhan 经常会去影音版块浏览帖子，寻找喜欢的视频或者歌曲，而清澈超版分享的“56 音乐下午茶”这个栏目就深深的吸引了他，这个栏目也让他成了影音版块的常客，看着清澈超版每天都会更新节目，甚至大清早就起来工作，一直默默坚持，这种无私的奉献与坚持，深深的震撼了 hehanhan 版主。hehanhan 版主说，与爱爱医一路走来，他得到了爱爱医中多个优秀版主、爱友的

帮助和支持,如修竹临风、紫色丁香、小医生不拽、陈勇一无所有、公孙少秋、andy1087911、永恒流星等,这些优秀的会员用自己的行动感召着他,让他不敢懈怠,时刻努力成为他们中的一员。

让优秀成为一种习惯,这一点,他的确做到了,努力地去做一个优秀的版主,努力地去做一个优秀的编辑,这就是他在爱爱医最大的收获。我请他发表在爱爱医的成长感言,他由衷的说:“爱爱医,感谢有你!”懂得感恩,才懂得付出,懂得付出,才有更多的收获,让我们祝愿这个年轻的小伙子越来越优秀,愿更多的年轻人伴随着爱爱医共同成长!

责任编辑: yemengzhe、陈勇一无所有



启动住院医师培训新制度 让医学生尽快成熟

来源：环球医学资讯（爱爱医转载）

链接：<http://www.iyi.com/d-01-196438.html>

挂号难一直是人们就医的首要问题。为何大医院人满为患而基层医院冷冷清清？如何均衡发展医疗资源，如何让基层医院也能有更多的优秀医生？近日，国家卫生计生委等 7 部门联合印发《关于建立住院医师规范化培训制度的指导意见》。今后，医学本科毕业生毕业后，必须在国家认定的医院培训基地经过 3 年住院医师规范化培训，考试合格后才能当医生。切实保证培训质量，让年轻医师通过 3 年高质量、规范化的培训，能够会看病、看好病，提升我国医生整体水准，成为业内的共同期待。这一改革是否能给百姓看病就医带来改变？

中国医生为何成长缓慢？医生培训缺乏“同质性”

如何保证培训管理质量，培养出合格人才，也是卫生行政部门最为关心的问题。“不能让好政策‘玩虚’了。”天津市卫生局科教处处长高辉说，在下一步的政策执行中，要注重对卫生管理人员、基地医院、师资队伍等实际操作层面的人员培训，加强培训管理的信息化建设，尤其要保证整体实施过程中的统一标准，否则各地有严、有松，不利于提高全国医师整体水平的规范化、同质化。

瑞金医院院长朱正纲说，以前没有建立国家层面的住院医师培训制度，各地区、各医院“各自为政”，培养出的医生缺乏“同质性”。医学生在二级医院的科室接触到的病人没有三级大医院多，医生临床实践机会相对较少，四五年后，再送到三甲医院经过培训才能成为一名合格的临床医生。再经过临床的锻炼和经验的积累，大概 20 至 25 年后才能赶上美国医学生毕业后 8 年的临床水平。还有一个问题在于，二级医院不可能把所有医生都送出去培训。

中国医疗培训体系的漏洞与不足最明显的一个例子就是急诊科值班医生不会紧急救治。以前，急诊科值班医生遇到危重病人，打电话通知专科医生来，之后就干等，或象征性地做些抢救准备工作。家属不满：你怎么不抢救？医生感到委屈：我不会急救。

长期以来，我们的医学教育都是教医生如何诊断疾病、怎样正规化治疗，很少教

他们在紧急情况下如何稳定病人的生命体征。很多非急诊医生不会做气管插管，不会建人工气道，不会在短时间内进行深静脉穿刺，不仅延误了病情，还容易激化医患关系的紧张。

住院医师规范化培训的探索

上海市卫生计生委党委书记黄红说，国内外的医疗卫生实践证明，医学毕业生成长为合格的临床医师，还需要经过住院医师规范化培训和专科培训。

2009年，瑞金医院开始探索住院医师培训。瑞金医院构建大教育体系，成立规范化培训领导小组、专家委员会和专家督导组，确定轮转时间、培训计划、考核内容。本科生‘5+3’培训模式就此出台。在原上海市卫生局的支持下，医院当年招进来51名医学毕业生，这些人与上海市人才交流中心签订合同，在瑞金医院培训基地培训3年后，分配到全市各级医疗机构。

2010年，上海市在试点基础上，建立“统一标准、统一考核”的住院医师规范化培训制度，确定了50所住院医师规范化培训医院的300余个培训基地。规定凡具有医学5年本科及以上学历、拟从事临床工作的医学毕业生，都需要经过为期3年的住院医师规范化培训。七年制、八年制医学生，酌减或维持培训年限。

目前获得资格认证的50所医院，都是复旦、中医药大学、第二军医大学等高校的附属医院或教学医院。医院虽不同，执行的却是同一培训流程和标准，哪一科医生需要轮转哪些科室，掌握哪些临床技能，必须依照规定。

轮转科室分必选和自选两种，如，外科住院医师要在普外科培训9个月，在骨科2个月，ICU病房2个月，麻醉科4个月，门、急诊和手术室各2个月等。麻醉科是住院医师的必经之处，医师们的主要急救技能培训都在这里。4个月的大密度和大强度训练后，他们技艺谙熟。瑞金医院特意为此建立了3000平方米的实训基地，设置各种模拟人和模拟场地。住院医师在此模拟各种有创抢救，不用在患者身上试验。

“与毕业实习要求不同，医院会让住院医师更多参与工作。”正在上海中山医院内科基地培训的陈庆兴说。由于进基地时不能跟培训医院签约，只有拼命学习，争取各方面表现突出，将来才能分配到理想医院。

“一名外科住院医师考核时，前面事项做得完美，但最后一个动作导致满盘皆输——他用手推了一下眼镜。手术过程中，无菌操作是铁律。”黄红介绍，规培基地不乏铁面考官，每科轮转后，都有出科考试。考试通不过者继续培训，第二次考试仍不

合格，由个人承担后续培训费用。考核合格者可取得住院医师规范化培训合格证书，没有证书者，不能从事临床工作。3年来，300多家基地培训住院医师8373名，合格率超过95%。

规范化培训究竟怎样？

“这一政策的出台，使住院医师规范化培训从‘工作’上升到‘制度’，对于提升我国临床医师队伍的整体水平具有里程碑式的意义。”北京医学教育协会会长贾明艳难掩激动地说。

从医学毕业生到合格医生，住院医师规范化培训是必经阶段，但由于此前我国长期未从国家层面建立统一的住院医师规范化培训制度，医学生毕业后，直接到不同层级医院工作，临床能力主要依靠所在医院培养，严重影响了医疗队伍整体素质的提高。

在贾明艳看来，通过规范化的培训，保证新进人员整体素质具有专业水准，通过医生培养过程中关键环节的质的提升，也能为群众提供更高质量、更规范的医疗服务。

我国此前已在住院医师规范化培训领域开展了大量实践探索，但对于普通公众而言，住院医师规范化培训还是一个陌生的概念。家住北京市郊的陆光琳女士就是头一回听说。“医生这个职业太特殊，是要治病救人的。”陆光琳说，“如果我家附近的社区医院有这样在大医院经过规范培训的医生，一般的小毛病就不用非去市区的大医院了。”

“希望能学到真本领。”寒窗苦读5年——8年后，还要再接受3年规范化培训才能当医生，医学生也格外希望培训能真正学有所获。

正在念大五的北大医学部临床专业八年制医学生韩钦说，只要培训能够对自己将来的职业发展有所助益，苦点、累点都没关系。“希望通过培训，能真正掌握临床技能，能有老师认真带教，有好的学习途径，而不是简单的重复劳动。”

去年，瑞金医院规培基地的一名住院医师在骨科轮转时，遇到一位患者主诉腰痛，于是给他拍了CT，发现患者胰腺有问题。由于发现及时，患者及早做了手术。而在曾被诟病的急诊科，医生边打电话叫专科医生，边投入抢救，有效的提高了抢救成功率。

“经过规范化培训，医生能力全方位提升。”瑞金医院内科基地肾内科带教医师任红如是说。

规培基地出来的住院医师变得很“抢手”。2013年，瑞金医院215名住院医师，

35%留在该院，20%去往上海市 5 家郊县医院，45%分到二级医院和社区卫生服务中心。

“这批年轻医生到岗后上手快。”浦东新区潍坊社区卫生服务中心负责人杜兆辉评价。

培训基地无私为社会输送人才的动力是什么？

“规范化培训后，政府每年都有各基地质量跟踪，医院之间也有了竞争感，必须提高培训质量，免得统一考试成绩不好在行业内面上无光。”中山医院教育处处长郑玉英说。

但在规培制度实施之初，许多学生和家长都发急：出了大学门，不能当医生，还要进行 3 年培训。额外的成本谁“买单”？为保障住院医师利益，上海要求医院在培训期间对学员“同工同酬”，经费来源是政府补贴、医院投资、用人单位交钱。

在建立全国统一的规范化医师培养体系的同时，《指导意见》也在国家制度层面明确了人事、财政、学位衔接、执业注册等方面的保障衔接政策。

“《指导意见》的出台具有非常好的政策导向作用，希望国家各项支撑政策能尽快落地。”在高辉看来，落实财政支持十分重要。地方具体实施方案中，能够给予多大比例的财政支持，资助标准能否满足培训人员的心理预期，都需要加强部门沟通协调。

“作为全国首批全面开展住院医师规范化培训工作的地区，天津市财政对住院医师规范化培训给予了大力支持，培训对象每月可获得 1000 元补助，但住院医师还是普遍希望补助能更高一点。现在，有了中央财政支持，我们希望能争取到市级财政的更大支持。”高辉说。

在学位衔接方面，上海探索住院医师规范化培训与医学硕士专业学位研究生教育衔接。实现《执业医师资格证书》、《上海市住院医师规范化培训合格证书》、硕士研究生学历证书和临床医学硕士专业学位证书“四证合一”。

正是完善的质量跟踪检查、政府补贴费用和成熟的学位衔接，规范化培训才能为社会源源不断的提供高水平医疗人才，让人们的健康得到保障。

结束语：住院医师规范化培训是培养合格临床医师的必经途径，是加强卫生人才队伍建设、提高医疗卫生工作质量和水平的治本之策，是深化医药卫生体制改革和医学教育的重大举措。期待我国医师队伍的综合素质和专业水平的全面提高。

责任编辑：永恒流星、hehanhan

春季好发皮肤病及其防治方法总结

作者：阿松哥哥

链接：<http://www.iiyi.com/med/thread-2447420-1.html>

春天的天气忽冷忽热，变化无常；随着日照的增长，紫外线辐射也不断增强；春暖花开，天空中弥漫着花香和花粉等。这些不良的外界刺激都可能引起皮肤产生病变，现总结出几种春季易发的皮肤病与大家分享，请老师们补充并在用药方面予以指导：

一、过敏性皮炎：

1. 临床特点：（1）皮疹通常发生在面部、四肢、胸前等暴露部位，但以屈侧为主且呈对称性分布；（2）皮疹以红斑、丘疹或丘疱疹为主，有融合倾向，但皮疹形态较单一；（3）瘙痒剧烈或有灼热感，有少数病人可伴有发热、头昏、胸闷等全身症状。

2. 防治原则：有过敏病史的人在春季要注意保护自己，尽量避免接触、吸入和食入过敏物；忌食辛辣刺激食物、饮料、酒等；治疗以止痒、脱敏为主。

该病病因较复杂，多与变态反应有关。病因有季节性花粉、食物（特别是鱼虾蟹等海鲜类、草莓、芒果及坚果类如开心果、杏仁等）。病人来诊后应详细询问病史，寻找并去除可能的病因或诱发加重因素。这样的病人我处理一般是：（1）5%葡萄糖注射液 250ml+维生素 C 2.0g+10%葡萄糖酸钙 10ml, 1 次/日，静滴；（2）5%葡萄糖注射液 100ml+地塞米松 10mg, 1 次/日，静滴；（3）氯雷他定片，每次 10mg, 1 次/日，口服；（4）局部外用炉甘石洗剂或肤轻松软膏。

二、荨麻疹：

1. 临床特点：为突然发生的皮肤粘膜潮红斑或（和）风团，形态、大小不定，常伴有瘙痒，少数患者伴有发热、头痛、关节痛、恶心、呕吐、胸闷等全身症状。单个风团常持续数分钟至 3~6 小时，消退后不留痕迹，但可复发。一些药物、食物、感染、吸入物、物理刺激、蚊虫叮咬等因素均可引起。

2. 防治原则：去除病因及通过抑制肥大细胞释放组胺等炎症介质或拮抗炎症介质对靶器官、靶组织的作用来控制荨麻疹。

该病病因复杂，处理前要特别注意过敏性休克或喉头水肿的表现，做到心中有数。一般处理：（1）雷尼替丁，每次 0.15g, 2 次/日，口服；氯雷他定糖浆，每次 10ml, 1 次/日，口服；强的松片，每次 10mg, 3 次/日，口服；（2）5%葡萄糖注射液 500ml+维生素 C 3.0g+10%葡萄糖酸钙 15ml, 1 次/日，静滴；（3）5%葡萄糖注射液 100ml+地塞米松 10mg, 1 次/日，静滴。严重者肌注非那根 25mg/次（0.25~0.5mg/kg），0.1

%肾上腺素 0.5ml 皮下或肌肉注射等。

三、光敏性皮炎：

春季阳光逐渐增强，捂了一冬的皮肤对明显增强的紫外线不能立刻适应，一些特殊体质的人就会对紫外线过度敏感。光敏性皮炎一般好发于曝光部位，如面、颈项、胸 V 区、手臂等，表现为这些部位的皮肤出现丘疹、红斑、水疱、脱屑等，常伴有不同程度的瘙痒。该病是一种与免疫和遗传有关的皮肤病，给病人造成很大的肉体痛苦和心理创伤，严重影响生活质量。预防的方法是外出时一定要在曝光部位涂抹具有良好阻挡紫外线作用的防晒霜，或者戴宽边帽、撑遮阳伞。一旦患了光敏性皮炎，就要口服抗过敏药物，并配合抗炎、抗过敏的外用药。春季还要注意少吃或不吃具有增强光敏作用的蔬菜，如灰灰菜、油菜、紫云英、小白菜、芥菜、苋菜、田螺、蒲公英、无花果等，以免发生蔬菜-日光性皮炎。也要避免因病服用四环素、氯丙嗪、双氢克尿噻、异丙嗪等药物，以免发生光敏性药疹。

四、风疹：

临床特点：是由风疹病毒引起的急性呼吸道传染病，1~5 岁小儿易感，成人也可患病。潜伏期 14~21 日，开始可有发热、流涕、轻咳、全身不适等前驱症状，1~2 天后出现皮疹，最早于面颈部，1 日内可波及躯干、四肢，掌跖常无皮疹。皮疹呈淡红色，有丘疹、斑疹和斑丘疹，部分可融合，常伴有耳后、枕后和颈部淋巴结肿大，皮疹经 2~4 天消退，不留色素沉着及鳞屑。

防治原则：控制传染源及保护易感者，治疗以对症治疗为主，发热 38.5℃ 以上给予退热药，瘙痒时外用炉甘石洗剂等。

五、隐翅虫皮炎：

特点：本病好发于 3~9 月，多在清晨起床后发现皮损。皮损常为红斑、脓疱，呈一排至数排或不规则排列，中央常见糜烂及渗出。皮损多呈条索状、斑片状，因自身接种的皮疹多为抓痕状，皱褶部位尚可见“接吻”性损害。点状者约如绿豆或稍大的鲜红色丘疹及斑块，表面亦可有小脓疱，孤立散在或数个排列呈条状或簇集成群。多侵及颜面部，次为颈部、上、下肢及躯干，阴部皮肤亦常被累及，片状损害以阴囊多见，边缘境界不清。少数皮损范围广，炎症较重患者，常伴头痛、头昏及发烧等全身症状，浅表淋巴结可肿大。患者常自觉有剧烈灼痛及灼痒感。一般 1~2 周内痊愈，愈后遗留色素沉着或减退斑。

防治原则：1. 搞好清洁卫生，安置纱门、窗，发现虫体要间接捻拍，虫体爬过

的皮肤立即用清水或肥皂水充分清洗，出现皮损不要直接触摸、搔抓其它部位。2. 抗炎、止痒、止痛等对症处理。

掌握了该病特点，一般都能明确诊断。治疗：1. 外用药：（1）开始用 5% 碳酸氢钠溶液湿敷，继发感染用 1/5000 的高锰酸钾溶液湿敷；（2）南通蛇药片 6~8 片加冷开水或食醋 10ml 调成糊状，每天 3 次外用。2. 预防、控制感染等：0.9% 氯化钠注射液 500ml + 克林霉素 1.2g, 1 次/日，静滴；5% 葡萄糖注射液 250ml + 维生素 C 2.0g + 10% 葡萄糖酸钙 10ml, 1 次/日，静滴。

六、青春痘：

随着气温的回升，皮肤的新陈代谢及汗腺、皮脂腺分泌也随之旺盛，皮肤由冬季的偏干燥而变得滋润滑腻，所以春天皮肤很容易长青春痘（痤疮、粉刺），因此春天的护肤品应选用偏清爽型含油脂少的霜剂、奶液、蜜类。在化妆时应选用含油脂少的粉底液、蜜，油性皮肤不要用粉质的化妆品，这样会堵塞毛孔而长出粉刺。如已长了粉刺，不要用手挤，可用痤疮膏外搽，少吃糖、脂肪、油腻、油炸食物，多吃蔬菜、水果，保持大便通畅，严重的可用抗菌素治疗。

七、黄褐斑、雀斑

由于春季阳光增强，这两种病都会因紫外线的作用而加重，或使一些朋友面部出现反应，所以成为了春季好发的皮肤病，它不仅影响人们的容貌，而且还影响社交及身心健康。这两种病在春季到来时主要应注意做好防护，外出时搽防晒霜、戴宽边帽、撑遮阳伞，慎用化妆品等，可每天口服 1~3g 维生素 C。

冷丁讲故事——急诊一夜

作者：冷丁

链接：<http://bbs.iyyi.com/forum.php?mod=redirect&goto=findpost&ptid=2143525&pid=12476411>

昨晚的夜班虽不算忙，但收获不少。先后拉了两个心率不足 40 次的病人，中间又经历了紧张、刺激、复杂的一死两重伤一轻伤的车祸。

接班没多久，乡间拉病人，家属代主诉：晕厥五小时。五小时前病人无明显诱因突发意识丧失，摔倒在地，持续一两分钟后自行缓解。当时伴双上肢抖动，无肌肉强直、牙关紧闭、口吐白沫、双眼上翻、面色青紫等症，口唇家属未注意。后测体温 38.0℃，予降温、输注抗菌药物处理，病情不缓解，仍多次晕厥发作。急拨 120，既往史：高血压、冠心病史，心动过缓史（平时 40 次/分左右，这个是冷丁摸脉后追问

出来的病史，家属是外院的护士)，糖尿病史。

体检：T：37.3℃，P：41 次/分，R：18 次/分，BP：125/65mmHg。

发育正常，营养中等，神志模糊（刚刚又一次晕厥发作），精神萎靡，查体尚合作。双瞳孔正常，右颞区约 3cm 大小头皮血肿。伸舌居中，咽未查。双肺呼吸音清，未闻及干湿性啰音。心率 41 次/分，律尚齐，心音可，未闻及杂音。腹无异常。四肢肌力尚可，巴氏征阴性。

入车内吸氧后，病人意识稍清，自诉：体乏无力，无心悸、胸痛、胸闷、咽紧、腹痛等症，无头痛、头晕。家属诉病人近来咳嗽（查发热原因），饮食尚正常（排除低血糖）。近年来窦缓，稍活动即气促，但生活尚可勉强自理。

告知家属：初步考虑三方面问题：第一，脑血管，晕厥多次发作，肯定病因未去除，又有外伤史，考虑比较重的脑部疾病，四肢活动可，诊断脑干梗塞或摔前、摔后的脑出血；第二，心源性，包括心梗，还有这么个心率（没见过），要考虑；第三，血糖问题。

CT 检查后（小腔梗，头皮血肿）入心内，心电图一拉，傻眼了，第一次拉个短的，心率 41 次/分，接着拉，心率 35 次/分，并且，连续四个 P 波之间仅有一个 QRS 波——完全性房室传导阻滞，说停就会停。而外院的护士家属这才嚷嚷：“是啊，是啊，以前在我院也说二度什么阻滞的。”气得冷丁直想骂。

或许是为了增强冷丁的记忆，半夜出诊卫生院：心脏病。见 76 岁女性，卧床吸氧，滴着硝甘。问之诉：二小时前突发上腹痛、恶心，伴心口闷（指着上腹）、压气（问是往上涌着想吐那种压还是喘不过来气那种压，回答不出来），疼痛剧烈时（逐渐加剧）伴面色苍白、多汗，腹痛呈阵发性。摸脉，强而有力（按正常感觉该是血压 170 以上），律齐，但心率明显缓慢。急查心电图：窦缓，38 次/分，心肌缺血。

体检倒简单，心率 38 次/分，血压 150/70mmHg（摸脉断压禁忌证）。上腹肌稍紧，明显压痛，无反跳痛，墨菲氏征阴性，脐区及下腹轻压痛。

既往慢支炎、肺气肿、肺心病（活动后气促）、房颤、胃炎、胆囊炎，高血压、冠心病病史。

一路反复追问这个胸闷、压气，最后确定胃炎送普内。到普内这么一说，普内害怕了：消化道问题不否认，但心率这么低可不敢收啊，停了没办法。

转心内吧，气得心内没脾气，往死里给家属谈话。还别说，心内还真问出了一点线索：半月前房颤后，一直用着抗心律失常药。

不觉自己懊恼：这冷丁，虽说没见过，但“按最重症处理，往最重科室送”不是你自己总结的吗？别是排除了个腹型心梗得意忘形了吧？

回头说说这个车祸。同时两辆救护车呼啸而去，二十分钟到达。跳下车，冷丁绕开坐在地上掉泪的面部擦伤患者，直奔躺在地下的两个。第一个，男，瞳孔散大，无脉，大动脉搏动无，想着摸大动脉时尚有体温的情况，冷丁迅速掏出听诊器听了听心肺。并问出：一开始就那样。当即一边走向旁边的昏迷女性（可看到腹部呼吸动作），一边宣布死亡。断然拒绝周围人（不知道啥关系）抢救死亡男性的请求：“顾活人难顾死人，这个女的能不能活还难说，快来抬。”说实话，这个女的也是看着无反应，头下血迹，鼻腔血迹，双眼睑肿胀（夜黑不辨色，回来病房一看，发青，熊猫眼）；压眶无反应；脉搏减弱；掰开眼皮查看：左侧瞳孔 2mm，右侧瞳孔 5mm，脑疝，难活。同班的伶俐的骏马抬上另一个意识模糊、流着血的男人上了车。

冷丁一个个拉着周围人一起抬昏迷女性上担架，情况紧急，全不管那些人四肢到底有几处骨折。临上车，冲周围喊：“认识的通知家属一声，随时有危险。”

氧气、通路，电话科内、并协商神外：我这个患者要进 ICU，一气呵成。快到医院，却接到电话回示：无床。

一边拉病人到神外，一边继续电话联系总值班：第一，ICU 无床；第二，三无病人，特重型，担保签字。

最后，神外抬床进 ICU。等被子铺床的工夫，冷丁不看监护，瞪眼看腹式呼吸，眼看着一口气分两次吸，冷丁忙道：呼吸要停！一群人立马围过来，被子也不铺了，直接抬上床，气管插管准备。等冷丁下楼来又听说患者呼吸停了，又救过来还做了检查。患者左侧肢体无意识活动，恐怕左脑出血，但明显的右颅着地却不太好解释。对了，冲击伤，右脑受力，脑组织反向左冲，造成左脑受损。

颅底骨折，出血排不出来，引发脑疝，可也不排除压迫视神经可能。冷丁无知，就按最重的来了。

消化内镜看图诊断（一）

作者：ls1970130

链接：<http://bbs.iiyi.com/thread-2318992-1.html>

【病史摘要】：

患者女，53 岁，因“上腹部不适 2 周”就诊。查体：一般情况可，腹部平坦，

中上腹压痛，无反跳痛。HBsAg 阴性。行胃镜检查，请爱友们分析镜下所见，并给予诊断：

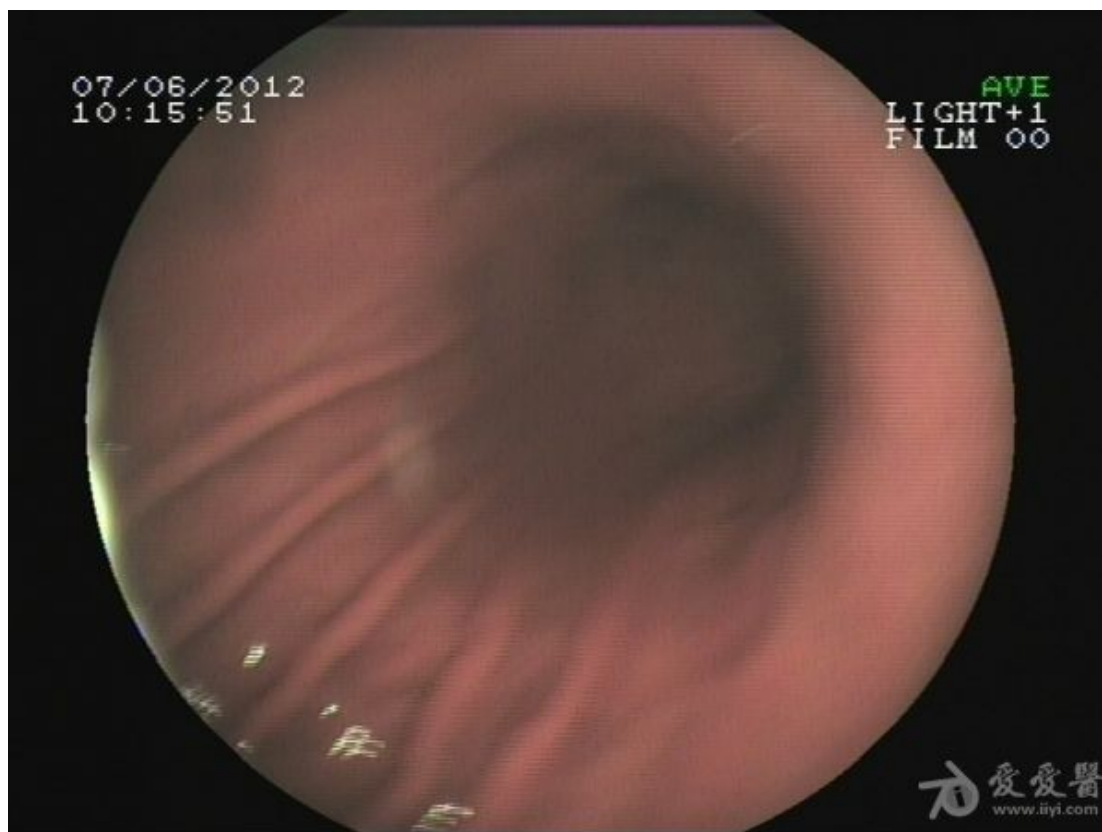
胃：



胃体：



胃体：



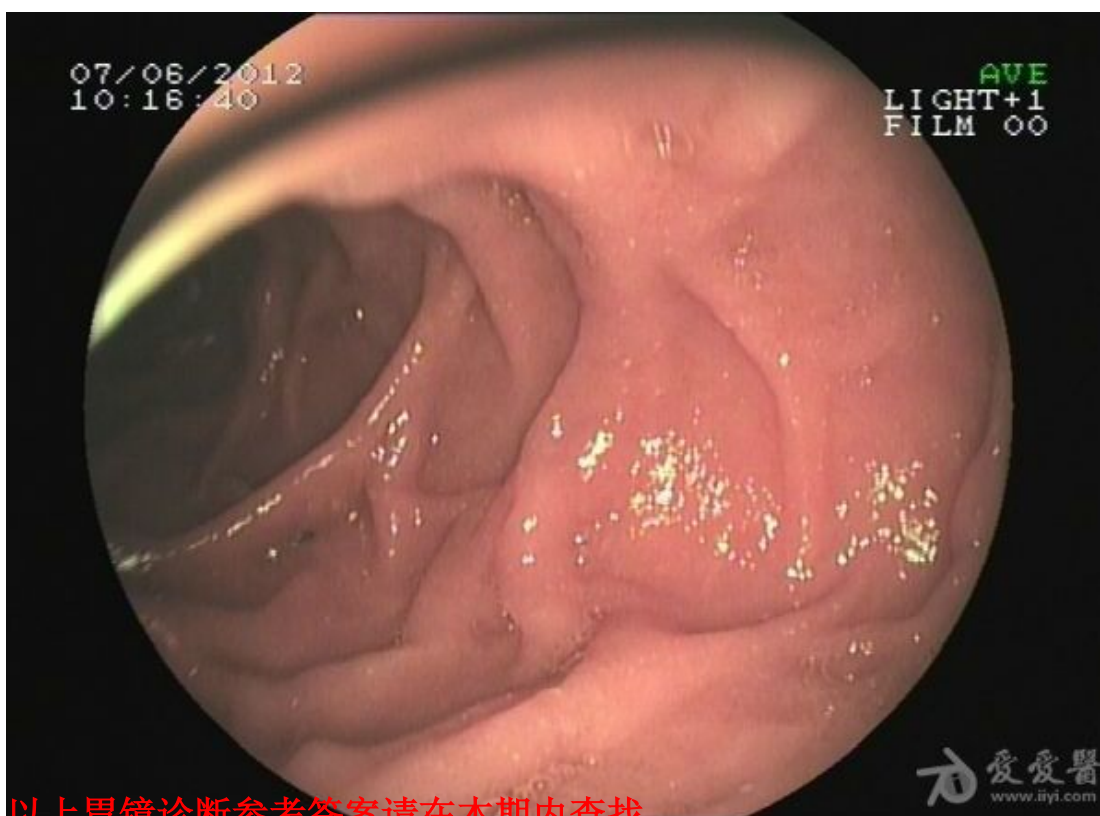
胃角:



胃窦:



十二指肠降部:



以上胃镜诊断参考答案请在本期内查找。

临床上浅析脑鸣和耳鸣的区别

作者：诸葛大夫

链接：<http://bbs.iiyi.com/thread-2449603-1.html>

门诊中经常会遇到患者问脑袋里嗡嗡响是什么疾病？吵得睡不好，真痛苦。其实这种声音是脑鸣。患者常常感觉脑内有各种声音，比如蝉鸣声、流水声等，响时昼夜不停，常使患者抑郁烦躁不安，同时常伴有眩晕耳鸣、失眠及健忘等症状，严重时会引起紧张焦虑、神经衰弱、甚至脑萎缩等症状。耳朵是声音传递的器官，它本身是不会发出声音的，所以声音是来源于脑内。脑鸣其实是大脑神经的功能紊乱，延脑的耳蜗神经核至大脑皮质听觉中枢的整个通道的任何一个部位的病变都会引起脑鸣。患者自觉脑内如虫类般鸣响，但这种鸣响多为较低调的间歇性嗡嗡声，临床上很多医生容易与耳鸣混为一谈。

耳鸣在临床是种较常见的症状，出现在患者耳部或头部的一种声音感觉，但外界并无相应的声源刺激存在，是多种耳科疾病的症候之一，临床上耳鸣也可出现在内、外、神经、精神等科的疾病中。耳鸣可因听觉通路上任一部分的异常活动引起并持续存在，令患者非常烦恼，常受心理因素的影响。若患者以耳鸣为主症来就诊，也可作为疾病对待，但治疗起来难度较大，目前来说尚属于疑难病范畴。耳鸣为听觉机能紊乱所致，临床上分为主观性和客观性两类。耳鸣的音调也有高音性和低音性之分，前者多属神经性耳鸣，而后者多属气导性耳鸣。客观性耳鸣大多为临近组织病变所导致。耳部病变引起者常与眩晕或耳聋同时存在，如由全身因素引起的则多不伴耳聋或眩晕。

耳鸣的发病率较高，主要临床症状为一侧或双侧出现，有时间断或持续发生，性质多样，强度不一，声音也呈多样化，有时似铃声、哨声、嗡嗡声、海涛声、啾啾声等，有时也可呈各种声调的纯音或者杂声。有外耳道耵聍栓塞和活动性异物者，它的鸣响可于头部运动时发生；如耳部鼓室病变所致耳鸣大多为高频率搏动样音；耳蜗性耳鸣一定伴有听力减退；而典型的美尼尔氏疾病早期耳鸣呈低音调，继而呈高调持续性耳鸣；抗生素中毒（链霉素、庆大霉素等）为一宽带耳鸣，以高调为主；如高血压引起的耳鸣大多为双侧性，耳鸣与脉搏一致。

因此临床上不能把脑鸣和耳鸣混为一体。治疗脑鸣的关键是对症下药，中医辨证施治，才能达到理想的治疗效果。而耳鸣病因较复杂，症状不一，治疗起来比较棘手，

如怀疑有耳部器质性病变，应到正规五官科检查治疗，如高血压等疾病引起的耳鸣应积极治疗原发病，以免错过治疗时机。

突发休克为哪般？

作者：修竹临风

链接：<http://bbs.iiyi.com/thread-2341660-1.html>

向海村的小李医生开了一家中西医结合诊所，由于自幼随父学习中医和针灸，加上正规医学院校的学习经历，使得他的诊所开业以来生意一直不错。他用中医中药配合针灸治疗腰椎间盘突出效果也是非常好，所以每天针灸的患者也很多。

今天早晨刚开门两个小时，就已经有 6 个针灸的了。九点刚过，诊室的门一响，又来了一个患者。小李抬头一看，是邻村的周大哥，也是因为腰椎间盘突出来找小李针灸的。周大哥平时喜欢开玩笑，这不刚进门就对小李说：“小李子，你真是神针啊，几针下去就让我从瘸子队伍里走出来了，快点给我再扎上，我一会还要去参加婚礼呢！”

小李赶忙让他趴在一张床上，拿来针灸针准备给他施针。谁知第一针刚扎下去，周大哥的脸色就变得苍白起来，眼睛也失去了光彩。小李心里一惊，难道晕针了？“周大哥，你是不是早晨没吃饭？”小李边拔出那根针边问，谁知周大哥并没有回答。小李急忙帮他平躺下来，让护士冲了一杯白糖水给他喝下，同时给人中扎了一针。奇怪，怎么没有多少好转？小李心里纳闷，还是拿来血压计和听诊器给周大哥迅速开始检查：体温不高，血压 80/60mmHg。晕了，怎么血压这么低，没听说他平时低血压啊！再看周大哥，意识已经有些模糊，面部有些肿胀，额头还发现一两个黄豆大小的荨麻疹。小李医生心想，病人有荨麻疹，面部肿胀，一定是什么东西过敏了，立即按照过敏性休克给予积极抢救后周大哥转危为安。当时病人不能说话，小李医生能够迅速判断情况并成功实施抢救，使病人转危为安也的确不易，看来小李医生也绝不是浪得虚名的。

这个病人的过敏性休克，其过敏源既不是消毒剂，也不是药物。患者醒来之后小李医生详细的询问了患者有无进食特殊食物或服用了特殊药物，结果都没有，后来周大哥突然想起，在来诊所的路上，曾被一只蜜蜂叮了一下，叮在了脖子上。小李医生连忙仔细查看：不错，在周大哥的后发际部位居然还有一个小小的蜂针。当时患者没有说就已经意识不清了，要不是小李医生抢救及时，真的因为过敏性休克导致死亡，

恐怕一时半会也很难查明原因了，真替小李医生捏了一把汗。当时小李医生因为发现了荨麻疹和血压下降，才考虑过敏性休克，果断给予地米、异丙嗪等药物治疗，可是患者依然没有清醒，荨麻疹逐渐增多，后来给予了副肾并补充血容量，周大哥才缓过来，真是到死神那里报了个到，又回来了。路上被蜜蜂叮，恰巧到诊所针灸时过敏性休克发作，也的确非常凶险。修竹发上来也希望爱友们在遇到这种情况时可以借鉴，查体一定要仔细才行。

一氧化碳中毒

作者：别看资料

链接：<http://bbs.iiyi.com/thread-2118361-1.html>

一氧化碳(CO)中毒又称煤气中毒，CO在空气中含量仅0.01%，当吸入气中CO含量达到0.04%~0.06%时即可引起中毒，如浓度达0.32%，仅需30分钟即可使人昏迷而致死亡。冬季取暖烟囱故障或室内通风不良，煤炉产生的气体中CO含量高达6%~30%；每日大量吸烟；在通风不良的浴室内使用燃气加热器淋浴都可发生CO中毒。失火现场空气中CO浓度可高达10%，也可发生中毒。也有因为煤气泄漏或者冶炼车间通风不良而致。CO经呼吸道进入体内，与血红蛋白结合，形成碳氧血红蛋白。CO与血红蛋白的亲合力比氧大数百倍，碳氧血红蛋白一旦形成，解离很慢，且碳氧血红蛋白的存在还抑制氧合血红蛋白解离，阻止氧的释放和传递，导致低氧血症、组织缺氧。脑和心脏对缺氧最敏感，易致脑损伤和心肌损害。

【诊断程序】

步骤一 判断是不是一氧化碳中毒→重要诊断线索

突然出现头痛、眩晕、恶心、呕吐、四肢无力等，继续加重则颜面潮红、口唇呈樱桃红色、心悸、血压下降、烦躁不安，逐渐进入昏迷状态，甚至发生阵发性抽搐，且伴有心肌损害及肺水肿，严重者多脏器功能衰竭，甚至死亡。

步骤二 确诊的重要依据

病史：有明确CO的接触史。

实验室检查：①碳氧血红蛋白测定，轻度中毒者血碳氧血红蛋白饱和度为10%~20%，中度中毒者为30%~40%，重度中毒者>50%；②采血1~2滴，置4ml蒸馏水中，加入10%碳酸氢钠2滴，混匀，正常血呈草黄色，如有碳氧血红蛋白呈淡粉红色，约80秒后再变成草黄色；③取蒸馏水10ml，加血3~5滴，煮沸，正常人血

显褐色，患者血仍为红色。



确诊的其他依据

脑电图检查：可见弥漫性低波幅慢波，与缺氧性疾病进展相平行。

头部 CT 或头部 MRI 检查：脑水肿时可见脑部有病理性密度减低区。



确诊 CO 中毒

步骤三 临床评估

一、急性中毒：按中毒程度可分为三级。

1、轻度中毒：患者有剧烈的头痛、头晕、心悸，口唇粘膜呈现樱桃红色、四肢无力、恶心、呕吐、嗜睡、意识模糊、视物不清、感觉迟钝、谵妄、幻觉、抽搐等。冠心病患者出现心绞痛。血液碳氧血红蛋白浓度可高于 10%~20%。吸入新鲜空气症状很快缓解。

2、中度中毒：患者出现呼吸困难、意识丧失、昏迷，对疼痛刺激可有反应，瞳孔对光反射和角膜反射迟钝，腱反射减弱，呼吸、血压和脉搏可有改变。血液碳氧血红蛋白浓度可高于 30%~40%。经吸氧治疗可以恢复正常且无明显并发症。

3、重度中毒：深昏迷，各种反射消失。患者可呈去大脑皮层状态：患者可以睁眼，但无意识，不语、不动、不主动进食或大小便，呼之不应，推之不动，肌张力增强。常有脑水肿，惊厥，呼吸衰竭，肺水肿，上消化道出血，休克和严重的心肌损害，心律失常，心肌梗死，大脑局灶性损害及锥体系或锥体外系损害体征。皮肤可出现红肿和水疱，多见于昏迷时肢体受压迫的部位。该部位肌肉血液供应持续减少可导致压迫性肌肉坏死（横纹肌溶解症）。坏死肌肉释放的肌球蛋白可引起急性肾小管坏死和肾衰竭。死亡率高，幸存者多有不同程度的后遗症。血液碳氧血红蛋白浓度可高于 50%以上。

二、急性 CO 中毒迟发脑病（神经精神后发症）：急性 CO 中毒患者在意识障碍恢复后，经过约 2~60 天的“假愈期”，可出现下列临床表现之一：①精神意识障碍：呈现痴呆木僵、谵妄状态或去大脑皮层状态；②锥体外系神经障碍：由于基底神经节和苍白球损害出现震颤麻痹综合症（表情淡漠、四肢肌张力增强、静止性震颤、前冲步态）；③锥体系神经损害：如偏瘫、病理反射阳性或大小便失禁等；④大脑皮质局灶性功能障碍：如失语、失明、不能站立及继发性癫痫；⑤周围神经炎：皮肤感觉障

碍或缺失、皮肤色素减退、水肿及球后视神经炎和颅神经麻痹。

【治疗程序】

迅速脱离中毒现场：首先使患儿迅速脱离 CO 中毒现场，至通风良好处，保持呼吸道通畅，多数轻症患儿可缓解。

氧疗：较重的患儿给予吸氧，尤以含 5%~7% 二氧化碳的氧最好。有资料表明，在自然情况下 CO 半衰期（排出半量时间）为 5 小时 20 分钟，吸入纯氧可缩短至 80 分钟，吸入 3 个大气压纯氧，可达 25 分钟，故 CO 中毒有条件时应行高压氧治疗。高压氧治疗指征：①急性中、重度中毒已深昏迷、呼吸功能不全或呼吸心跳骤停；②曾有昏迷、心电图 ST 改变，有精神症状、反应迟钝，大小便失禁，痴呆等迟发性脑病表现。高压氧能加速碳氧血红蛋白解离；提高氧分压，增加组织供氧，使脑血管收缩，降低颅内压；防止 CO 中毒的各种并发症如肺水肿、脑水肿、心肌损害和迟发性脑病等。

换血治疗：重症昏迷患儿，可放血 100~200ml 予以充氧后再输入，甚至可以换血治疗。

其他：有呼吸衰竭征象行气管插管、机械通气；对症治疗脑水肿及纠正水、电解质紊乱和酸碱失衡。

瘙痒性皮肤病治疗之我见

作者：东方医学、zxh812741

链接：<http://bbs.iiyi.com/thread-2450175-1.html>

<http://bbs.iiyi.com/thread-2451017-1.html>

患儿男，7 岁，每到夏天蚊子叮咬后皮肤起脓包、溃烂，其余季节没有夏天严重，但是也经常发作，各大医院、中医都看过，迁延不愈，病史三年。

（临床表现见下页图所示）

根据以上资料，试分析如下：

一、病例特点：

1. 学龄儿童，男性，慢性病程，急性发作史。
2. 四季发作，尤以夏季蚊虫叮咬后为甚，可能与蚊虫叮咬后所致的过敏反应有关。
3. 皮疹特点：黄豆大小红褐色坚实丘疹、结节，界限清楚，表面抓破。

4. 体格检查不全面，是否有淋巴结肿大？
5. 既往史：家族史、遗传史不详。
6. 既往治疗不详。



二、诊断和鉴别：

1. 诊断：瘙痒性皮肤病；

结节性痒疹。

2. 诊断依据：根据患儿发病特点以及皮疹特点，可做出诊断。

3. 鉴别诊断：

1) 丘疹性荨麻疹：多发病于冬秋季节，病程较短，皮疹呈风团样丘疹，部分皮疹顶端有小水疱形成。

2) 疥疮：一般无明显的发病年龄，但是有接触史，蔓延迅速，皮疹多出现于腋下、腕部、指间、小腹部，以丘疹、小水疱为主，夜间瘙痒剧烈，水疱处可查见疥螨。

3) 慢性湿疹：无特殊好发部位，与年龄、季节无关，急性期可有渗出。

三、治疗：

1. 治疗方法简述：

1) 尽可能找出病因及诱发因素，本例多于蚊虫叮咬后症状严重，估计与蚊虫叮咬释放毒素，导致体内组胺释放过多引起过敏反应有关。

2) 防止蚊虫叮咬，夏季全身皮肤可涂上花露水或风油精等。

3) 给予抗组胺药、钙剂、多种维生素等，症状严重时可考虑使用糖皮质激素口服。

4) 外用消炎止痒药物：如炉甘石洗剂、1%薄荷脑洗剂等。

2. 常规治疗：

氯雷他定糖浆（开瑞坦），每次 5ml，1 次/日，口服；

小儿维生素咀嚼片（小施尔康），每次 1 片，1 次/日，咀嚼口服；

糠酸莫米松乳膏（艾洛松），1 次/日，外用；

醋酸泼尼松龙片，5~10mg，清晨顿服，症状特别严重时；

炉甘石洗剂，外用。

3. 中医治疗：

中医认为该病的发作与风、湿、毒、虫和血瘀有关。受风、蚊虫叮咬后痒重，湿瘀之邪常凝聚于局部不愈，毒重则病程顽固难愈，湿热化虫，剧痒不止。犹如虫蚁在体内爬行。总的来说，此病是机体受六淫侵袭，经络受阻、气血不畅，致血瘀痰凝、蕴结化燥，或脾虚停湿、寒湿作祟，或湿热化虫所致。治疗上常采用荆防汤、凉血消风汤治疗，因患儿四诊不全，故只能诉其大概。

4. 最新治疗方法：

1) 复方甘草酸苷片（美能），每次 25mg，3 次/日，口服，连续服用 2~3 个疗程。

2) 卡介菌多糖核酸注射液（斯奇康），每次 1ml，3 次/周，肌注，3 个月为一个疗程。

3) 转移因子口服溶液，每次 10ml，2 次/日，口服。

4) 氯雷他定糖浆（开瑞坦），每次 5ml，1 次/日，口服。

5) 丁苯羟酸乳膏，适量外用，本品不能长期使用。

6) 本病心理安慰治疗是很重要的，尤其是对患儿家长，一定要耐心的解释本病的发病机制，治疗过程比较缓慢，让家长相信，不然治疗了几天家长就带到别的地方去了，所有的方案都作废了。

7) 如果瘙痒特别剧烈，皮疹广泛出现，特别严重时，可以考虑口服糖皮质激素。

肛瘻与肛周脓肿屡治不愈需小心

作者: aleistudent

链接: <http://bbs.iiyi.com/thread-2003719-1.html>

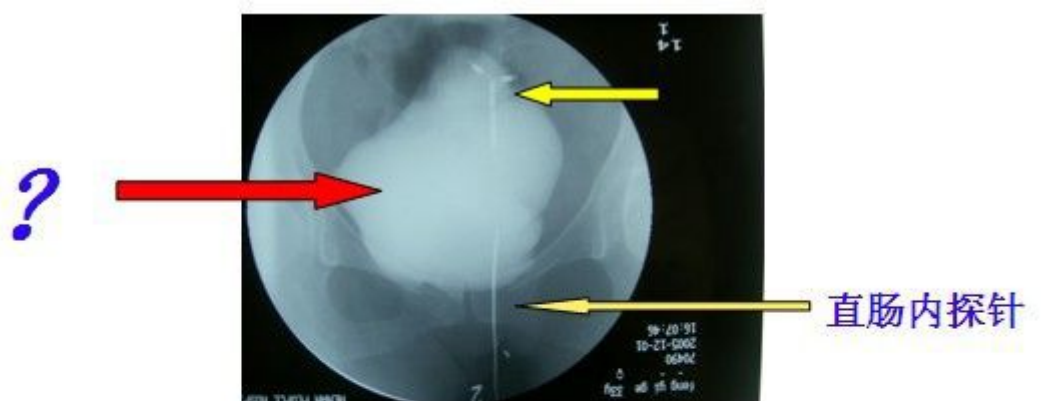
某男, 49 岁, 农民。因“肛周红肿, 疼痛四天”由门诊以“肛周脓肿”收入院。

患肛周脓肿多年, 屡治不愈, 或愈后很快复发, 曾多次在外院行肛周脓肿、肛瘻手术治疗, 以至于臀部体无完肤。

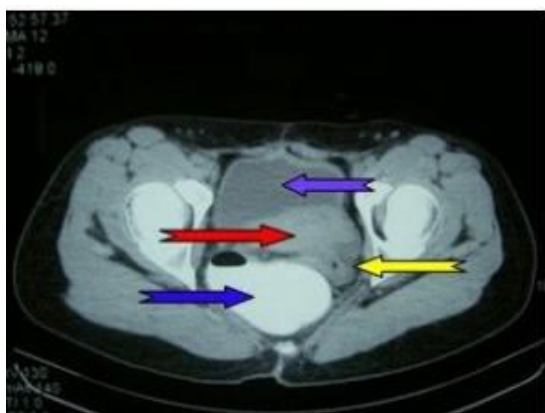
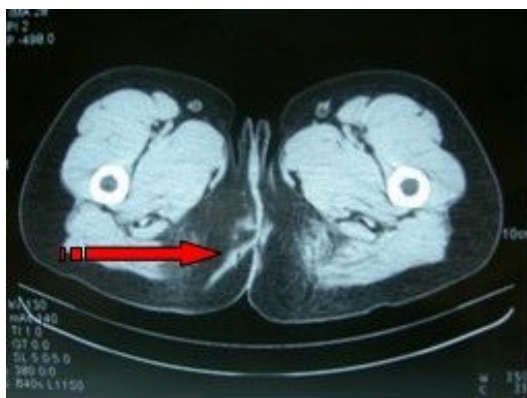


半月前肛周出现红肿硬块, 疼痛, 伴肛门不适, 排便不畅, 会阴部坠胀, 排尿困难, 为求治疗前来我院。查体: 肛门截石位: 6~9 时位外 3cm 处 2×3cm 大小红肿硬块, 触痛 (+), 波动感明显, 指诊时齿线上 2cm 直肠壁膨隆, 波动感 (+)。肛内外发现瘻管。入院后查血常规: WBC: $2.1 \times 10^9/L$, 体温 $38.5^\circ C$ 。

造影示:

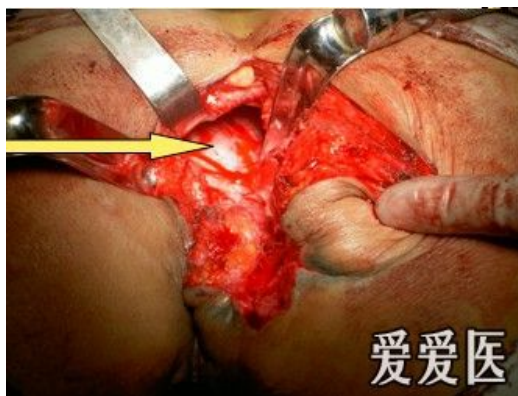
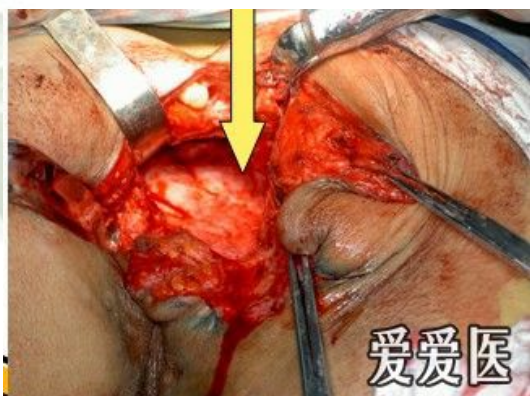


CT 检查示:



临床诊断: 腹腔囊肿。

手术切开可见光滑囊壁:



剥离切除物：



术后病理：皮样囊肿。

教训分析：患者肛瘘及肛周脓肿情况明显，瘘管可为自然形成或多次误诊误治中形成。很多医师在治疗中不加思索，轻易认定是前次治疗医师未正确找到内口并彻底清除。后又由于轻信自己技术，反复多次进行处理，导致目前局面。目前 CT 在肛周脓肿或肛瘘的治疗中尚不属于常规检查，又由于患者经济条件太差，屡次拒绝 CT 检查，造成长期的误诊误治。提示各位同仁在以后的临床工作中遇此类肛瘘久治不愈的患者，一定要多长个心眼，多考虑一下，他真的是个普通的肛瘘吗？那为什么会有如此多的医师无法彻底治愈呢？会不会是有别的疾病？多做检查，完善检查后再进行治疗。

心电图读图第三十一期

作者: nikkive

链接: <http://bbs.iiyi.com/thread-2463989-1.html>

为了激发广大网友的心电图学习兴趣和提高参与度, 更好的活跃论坛的气氛, 增强心电图版的人气, 本期适当降低有奖读图的难度。

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乐园超版(或邀请若干版主)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为评选标准)。

奖项设置: 一等奖: 奖励积分 2 个及爱医币 50 币。

二等奖: 奖励积分 1 个及爱医币 30 币。

三等奖: 奖励积分 1 个。

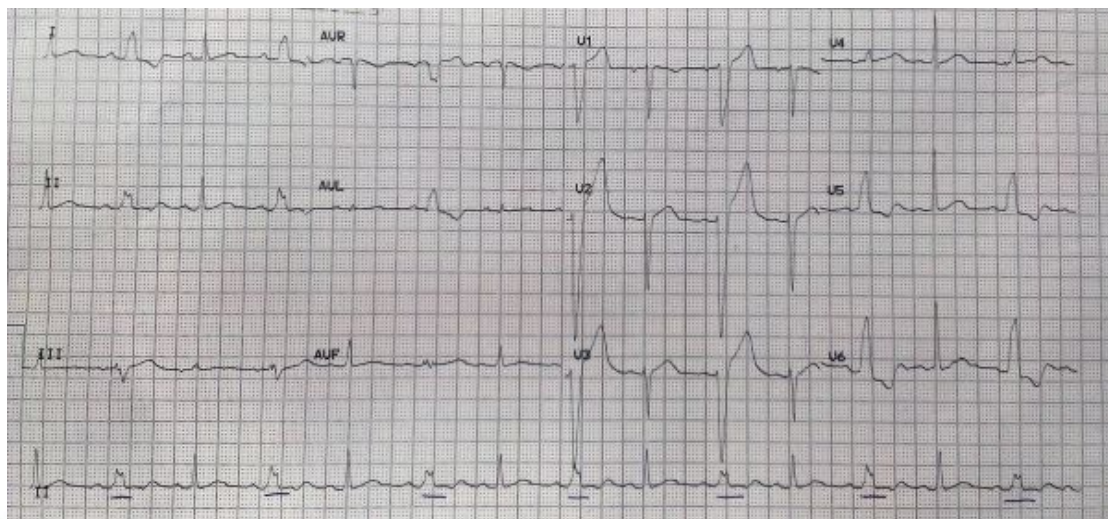
注: 请大家在回复心电图时, 给回帖进行加密 200 积分, 谢谢!

希望大家分析心电图时, 尽量从以下四项分析。

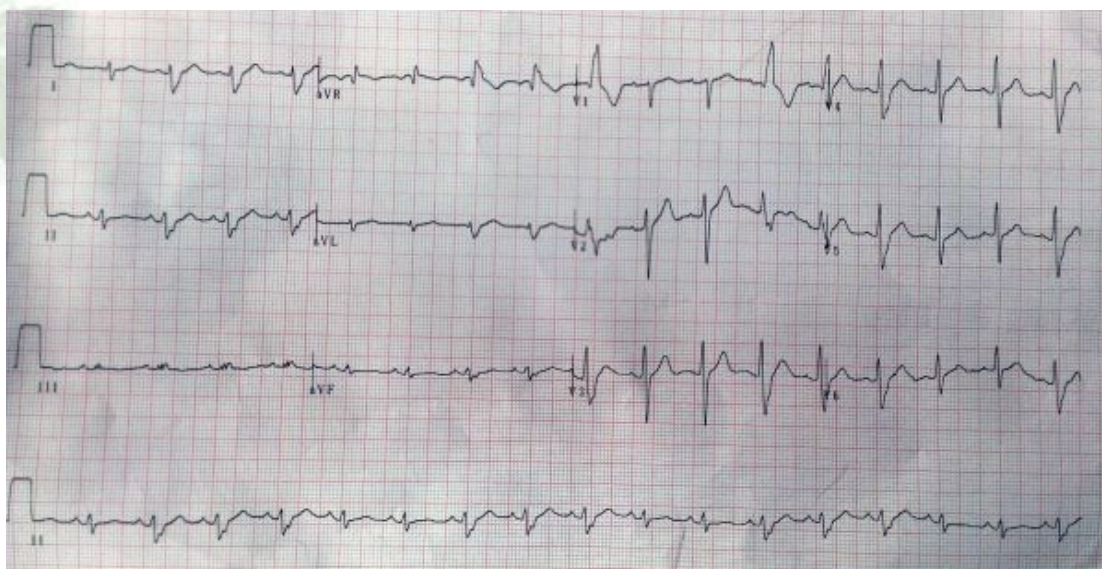
1. 【心电图诊断】
2. 【心电图诊断依据】
3. 【鉴别诊断】
4. 【临床意义】

本期两幅图例, 分别为两位不同的患者, 请分别看图作答。

图一:



图二：



责任编辑：dliuke、寒冰

编 辑：刘延红大夫、smile0333

足厥阴肝经病案评析

作者：道少斋主人

链接：<http://www.iiyi.com/med/thread-1254921-1.html>

一 经络走向：

《灵枢·经脉》：“肝足厥阴之脉。起于大指丛毛之际，上循足跗上廉，去内踝一寸，上踝八寸，交出太阴之后，上脘内廉，循股阴，入毛中，过阴器，抵小腹，挟胃、属肝、络胆，上贯膈，布胁肋，循喉咙之后，上入颃颳，连目系，上出额，与督脉会于巅；其支者，从目系下颊里，环唇内；其支者，复从肝别，贯膈，上注肺。”

本经自足大趾背侧外际（大敦）起始，向上沿着足背内侧到达内踝前一寸（中封）的部位，再向上在三阴交穴处与足太阴脾经和足少阴肾经相会，在内踝上八寸处交叉到足太阴脾经的后面，上至脘窝内缘（曲泉）沿着大腿内侧，分布于阴毛部位，绕过阴器（外生殖器），到达小腹，挟着胃的旁边，属于肝脏，联络胆腑，向上贯穿膈肌，分布在胁肋部，沿着喉咙的后边，向上进入鼻咽部，联系目系（眼与脑相连的组织），上出额部，与督脉会于巅顶。它的支脉，从目系下行到口颊里边，环绕唇内。它的另一条支脉从肝分出，贯穿膈肌，进入肺中，由此回复到手太阴肺经。

二 主病：

《灵枢·经脉》载：“肝足厥阴之脉……是动则病；腰痛不可俯仰，丈夫（广^贵）疝，妇人少腹肿，甚则咽干，面尘脱色。是主肝所生病者：胸满，呕逆，飧泄，狐疝，遗溺，闭癃。”

本经发生病变，主要表现为腰痛，疝气，妇人少腹肿，咽干，面色灰暗，胸满，呕逆，飧泄，遗尿，癃闭等。

三 病案评析：

病案1 呕吐——肝郁胃逆案

劳心太过，因得斯证。症见：腹中有气，自下上冲，至胃脘满闷，胸中烦热，胁下胀痛，时常呃逆，间作呕吐。大便秘结，其脉左部沉细，右部则弦硬而长，大于左部数倍。

处方：

生赭石一两（轧细）、生山药一两、天冬一两、寸麦冬六钱（去心）、清半夏四钱（水洗三次）、碎竹茹三钱、生麦芽三钱、茵陈二钱、川续断二钱、生鸡内金二钱（黄色的，捣）、甘草钱半。（《医学衷中参西录》河北人民出版社 1974 年第 2 版 698~699）

评析：“足厥阴肝经……挟胃、属肝、络胆”。肝气主升，胃气主降。若肝气不降，则每挟胃气上逆。此案“乃肝气郁结，冲气上逆，更迫胃气不降也。”肝气不降，迫胃气上逆，冲脉上隶阳明胃经，故见腹中有气，自下上冲，至胃脘满闷，胸中烦热，胁下胀痛，时常呃逆，间作呕吐。肝经“布胸肋”，肝以伸为用，郁则气滞，故“胁下胀痛”。胃气以下降为顺，顺则传送二便下行，今胃气逆，是以大便燥。治以舒肝理气，和胃安冲。

方用生赭石镇肝气上逆，降胃气以止呕；半夏、竹茹降胃安冲；胃喜湿恶燥，故以山药润胃补胃，可助胃气下降；用鸡内金取其能化瘀以止痛。方中生麦芽、茵陈、川断三味最难理解。肝以伸为用，镇肝之用必佐伸肝之品，生麦芽、茵陈能宣通肝气之郁结，川断顺达肝气上升之性，使镇肝无抑遏肝主伸、主升之生理之性。此为最应学习之处，当参考镇肝熄风汤学习之。该方组成：牛膝 30 克、生赭石 30 克、生龙骨 15 克、生牡蛎 15 克、生龟板 15 克、生杭芍 15 克、玄参 15 克、天冬 15 克、川楝子 15 克、生麦芽 6 克、茵陈 6 克、甘草 4.5 克。主治：用于肝风内动，头目晕眩，耳聾耳鸣，心中烦热，躁扰不宁，筋脉拘急，手足蠕动，脑中发热，面红如醉之证。是由于气血上冲所致，故用牛膝为主，以引血下行而治其标。然阴虚则阳亢，故辅用龟板、杭芍滋阴养血，龙骨、牡蛎潜阳熄风，以治其本。若肝阳上升，肺胃之气随之

也升，故以赭石降肝胃之逆气，玄参、天冬以肃降肺气，肺胃之气行，则又可抑制肝阳之上僭作为兼制药。但肝为刚脏，性喜条达，如用药过于强制，反会引起肝阳更加上升，故用川楝子、麦芽、茵陈清热疏肝，顺肝脏条达之性，自可趋于和平，甘草调和诸药作为引和药。阴足阳潜，气血以和，其风当自平。

读经典，话黄疸

作者：田丰辉

链接：<http://www.iiyi.com/med/thread-2418645-1.html>

2005年6月，某男应诊，31岁，3天前晚上突患呕吐，胸骨疼痛，未治疗，次日晨起伴右胁下疼痛，颇为剧烈，胸脘痞闷，食欲不振，某医投以附子理中汤一剂，翌日，病情转变，全身发黄，小便黄如橘子色。来我处诊治，详细询问病史，已经数日不食，并感乏力，未予重视及治疗。观其神志清，精神差，眼眶凹陷，白睛发黄，鼻梁青紫，舌苔黄腻，脉弦劲有力，自觉小腹烧灼阵痛，溲时茎中疼痛，其色如菜油，大便欲便而不便，口渴思饮，脘腹胀满。

从以上症状，即可诊断为黄疸这个病，再辨证，我们一起来看《伤寒论》199、236、260条，云：“阳明病，瘀热在里，身必发黄，茵陈蒿汤主之。”、“阳明病，无汗，小便不利，心中懊憹者，身必发黄。”、“伤寒七八日，身黄如橘子色，小便不利，腹微满者，茵陈蒿汤主之。”学以致用、用以促学，这是临床医生的思想觉悟、境界、品质的要求，更是提高临床水平的唯一方法。《伤寒论》中提到黄疸、小便不利、腹微满、心中懊憹等症状，这与此病人的症状贴切，故此病当属于阳明病湿热发黄，法当泄热利湿退黄，治疗以茵陈蒿汤加味治疗。

处方为：茵陈 30g、大黄 6g、栀子 18g、车前草 30g、黄柏 12g、鱼鳅串 30g。

服药1副，肤黄有减退，白睛以及小便仍黄，但小便时不疼痛，能进稀粥一碗，下燥屎十余枚，其色黑而坚硬，继续服用2副，1周后，黄退便清，食欲倍增，痛苦全消。再投以小柴胡汤加味治疗5副病愈。处方为：柴胡 10g、黄芩 10g、半夏 10g、党参 15g、郁金 10g、谷芽 10g、麦芽 10g、鸡内金 10g、鱼鳅串 20g、茵陈 20g、炙甘草 5g。

记得上卫校时，老师教我们《方剂学》，讲到“茵陈蒿汤”治疗黄疸效果很好，且说黄疸的治疗不能超过十八天，超过不易治疗，给我留下很深的印象。后又在《金匱要略·黄疸病脉证并治第十五》时读到“黄疸之病，当以十八日为期，治之十日以

上瘥，反剧为难治。”这段话，今又遇到此病人治疗共计半月左右而病愈，可知仲景制方和创造的理论，临床实用价值之高，不可言喻。诚如《医宗金鉴》评价此书：“诚医宗旨正派、启万世之法程，实医门之圣书也。”

从本病分析，相当于现代医学的急性黄疸型病毒性肝炎（甲型），临床现遇到的较少，即使有，也要隔离治疗，并转传染科，所以治疗的机会更少。

处方中之鱼鳅串，此物在川北一带较多见，田边地里随处可见，其味辛、苦，性寒，无毒，入肝、脾二经。具有凉血止血、清热利湿、解毒消肿、化食消胀等功效。我们当地老百姓用本品治疗小儿膈食病（消化不良）效果较好，临床中医工作者多以本品加入复方中运用，其临床功效还需进一步研究挖掘。

小儿咳嗽治验

作者：lrm727

链接：<http://www.iiyi.com/med/thread-2033894-1.html>

1、小儿顿咳，咳则呕，呕出痰涎，舌苔粘腻，此时已是胃中有痰饮，当用平肝和胃之法，药如陈皮、半夏、茯苓、苏子、白芥子、莱菔子、旋复花、代赭石等，常一剂而效。

2、冬季小儿舌净如常，惟咳嗽频频无寒热，可用三拗汤加紫苑、桑皮等多效。

3、小儿日久咳嗽不愈，舌四边红而舌中一块黄苔，此肺胃阴虚，痰热不化，徒以祛痰无益，当用麦冬、沙参、苏子、桑皮、半夏、瓜蒌等药。

4、小儿咳嗽较轻，但痰多，久治不愈，法当化痰通腑，药用苏子、莱菔子、瓜蒌、杏仁、威灵仙、当归等味，待大便轻泻几次即愈。

5、小儿发热数日，咳嗽频频，舌上有苔腻者，多为湿热郁于里，当用杏仁、薏苡仁、芦根、茅根、前胡、枇杷叶、甘草等味。

6、小儿咳嗽呈阵发甚剧烈，稀水样痰，多为饮咳，兼有风邪，即西医所谓咳嗽变异性哮喘，当用僵蚕、蝉衣、射干、麻黄、茯苓、薏苡仁、葶苈子、五味子之类多效。

7、小儿咳嗽频频无痰，舌红者多为肺热阴伤当用桑皮、地骨皮、杏仁、浙贝母、知母、生甘草等味。

8、小儿咳嗽咽痒则咳，痰少，也无其他症状，多为风邪流连在咽喉当用桔梗、荆芥、僵蚕、前胡、牛蒡子、木蝴蝶等利咽药，用肺药无效。

我的用药经验

作者：风中百合

链接：<http://bbs.iiyi.com/thread-2419010-1.html>

核桃仁 大家只知道它是个食品，因形像脑髓，都懂得它补肾填脑髓很好，但它其实是味化结石的好药，每天 10 个左右生吃有很好的化石作用。如果把它和鸡内金或鸭内金各等份研磨，可以每次一汤匙，一天服用两次。

山茱萸 传统都知道它是味补肝肾、收敛固脱的好药。补肝肾一般 10g 左右，固脱一般和人参、附子合用，没有 60~120g 是没有效果的，其实我临床摸索它还有很好的降糖作用，一般用 30g，大家可以去试用。

荳蔻 是味冷僻药，但它在古代没有列为官药，实在是可惜。在江西宜春地区，农村家家户户门前都种有它，家里有人关节痛，拿它煎一把，有人牙痛也来煎它，皮肤痒也用它煎水外洗。它还有个很好的功效，就是治疗偏瘫，我治偏瘫从不离它，特别是中风后的肩手综合征。虽然它是祛风除湿、活血化瘀、通络止痛的好药，但它很贱，屋前屋后一年种了，以后就不用管了，年年有。一兜大的可以收干品好几公斤，效益特别好。我一般用 15g 左右，很安全。

僵蚕 想买到真的确实很难，记住僵蚕掰开看断面有四个棕色半透明的环就是正品。如果能看到僵蚕菌丝那更是真的没有假，如果虫体不圆，扁的外裹一层白的，没有用处，那是得普通病死的蚕，没有药用价值。一般用于祛风定惊、化痰散结。其实它治疗糖尿病各种并发症有很好疗效，用 15g 和山茱萸有很好的协同降糖作用。

天花粉 清热生津 15g 够了，但治疗消渴病一定要 30g 才见功，不过量大会引起病人呕吐，宜从小量慢慢加。

五加皮 希望搞中医的朋友看看你们的五加皮，是南五加皮还是北五加皮，市场一般卖的都是香五加皮即北五加皮，有毒，不堪用，说它能强心，我是不用它。2005 年版《中国药典》将其列为两种药材，香加皮属有毒药材，其用量和五加皮也不同，故在使用管理中，应严加区别。南五加皮跟人参一个科，属有补益性的抗风湿药，用 15g 即可。

片姜黄 为姜科多年生温郁金的根茎，趁鲜时切片晒干，多为栽培。与色姜黄有很大区别，不能混用，一般颈肩痛一定要用本品，不能用姜黄，它一般染色用得更多。胸痹痛也可以用，但走肩臂一定要用片姜黄！量 12g 即可。

瓜蒌 全瓜蒌清肺化痰效果好，用皮勉强可以，但治疗胸痹全瓜蒌效果好。有院子的朋友可以自己种，一年种了年年有，不用管理。瓜蒌皮效果很差，我一般用半干瓜蒌 100g，全干全瓜蒌 30g 配丹参 30g，效果很好。

金荞麦 荞麦为蓼科植物，别名苦荞麦、野桥荞麦、天荞麦。其性凉，味辛、苦，有清热解毒、活血化瘀、健脾利湿的作用。我们本地一般用它治疗各种原因引起的前胸肋肋痛，确有引经药的效果。前段时间一个带状疱疹病人胸痛难当，我用全瓜蒌 30g、丹参 30g、金荞麦 30g 三味药吃三天就好了。

用量大小要看怎么用？用在什么地方？病人体质，以及季节及居住地域都有很大关系，现在谈谈我一些常用中药用量大小的经验。

甘草 调和药性用 3g 足够，取其清热解毒、润肺止咳可用 10g，如果是芍药甘草汤或是抗过敏一定得要用 15g。

旱半夏 化痰止吐用 10g 足够，治疗精神疾病或失眠要用 20g，我一般用生半夏，其实我们用的半夏早已浸泡过，据说要浸泡去皮才能晒得干。药店一般用水半夏代替旱半夏，水半夏只能化痰没有止吐的效果！药店喜欢用它因为它便宜。

生地 一般凉血止血可用 15g，如果治疗皮肤瘙痒可用 30g。风湿，发挥中药的激素作用，那得要用 90g 以上。

厚朴 如果用在平胃散消胀用 10g，但如果治疗帕金森起肌松作用那得 30g。

土茯苓 治疗皮肤病、痛风等用 30g，治疗梅毒、淋病、湿疣、衣原体和病毒等引起的性病可用到 100g，此药安全，量小无效。我喜欢用白土茯苓，京津地区喜欢用红土茯苓，效果相近。

当归 调经用 10g 足矣，但用于风湿活血止痛最少也要 30g。

葛根 解表退热、透疹、升阳止泻，用 15g。生津治疗糖尿病要用粉葛 30g，如果治疗项背强几几颈椎病我一般用野葛 60g。葛根超过 30g 有些病人会有发晕的感觉，这是医学上所谓的晕眩反应，一般不要紧。记住治疗心脑血管病一定要用野葛，家种的那种很白的不堪用。野生的如果很白那是用米汤煮了的。

白芍 养血敛阴用 15g，芍药甘草汤治风湿我用 30g，如果要缓解肌肉痉挛需要 60g，或是赤白芍各 30g，记住白芍超过 30g 会有腹泻作用，不要怕。爷爷在世的时候总喜欢赤白芍各 12g 一起用。

川芎 辛温解表 10g，治脑梗活血化瘀 15g，治疗顽固头痛要 30g 才见功！

红藤 活血通络用 20g，败毒散瘀治疗肠痈用 60g，配合大黄牡丹汤治疗阑尾炎

效果不错。

黄芪 补气固表、利尿托毒，最多不要超过 30g，但治疗骨关节炎（鹤膝风）起码要 60g 以上，而且要配陈皮。

白芷 治感冒头痛用 6g，治前额痛鼻窦炎 10g，用于胃溃疡、风湿镇痛、抗蛇神经毒要用 15g。古说本品性燥烈，发散甚，然看它可以做面部美容敷脸，应该还是很平和的。

柴胡 有南北两种，品种繁多，用于退热要用南柴胡，量我的经验小柴胡汤要用 30g。治疗肝气郁滞的胁痛、月经不调，保肝用北柴胡 10g 就够了。

桑枝 走上肢治疗中风半身不遂用 30g，治疗肩周炎可用 50g，顽固的神经根型颈椎病可用到 100g，无副作用。

蝉蜕 治疗风热作痒、音哑用 6g，婴幼儿夜啼 2g 足矣，如果要取息风定痉治疗破伤风起码要用 30g 以上，而且要配蜈蚣全蝎。

木贼草 除翳特效，角膜溃疡用它 20g。

泽泻 利尿降血脂用 15g，六味地黄丸用 6~10g，治疗眩晕可用到 30g 效果显著。

薏苡仁 其实是一种和大米一样平和的东西，量小无效，利水渗湿用 30g 起步，湿热痹痛干脆来个 60g，如果是扁平疣 30g 和米一起煮连渣吃效显。寻常疣和木贼草、香附各 30g 煎水外洗，记得母疣用头发丝扎紧！

茯苓 健脾利湿用 15g，显著浮肿的用 30g，治疗惊悸失眠、精神出问题 60g 不算多。我不喜欢用茯苓皮总觉得黑渣样的不堪用。

金钱草 各种结石少不了，我喜欢用三种金钱草。尿结石用连钱草 30g 加江西金钱草 30g，胆结石用过路黄 60g。单味过路黄可用至 120g，长期大量服用金钱草会有头晕心悸，民间认为是“打药”，会打坏身体，其实与利尿排钾有关，适当多喝水补点钾就没有问题。

芦根 清肺热用 30g，我觉得此品化结石和核桃仁一样好，用 50g。

巨刺与缪刺

作者：砭艾

链接：<http://bbs.iiyi.com/thread-2419654-1.html>

（041600）山西省洪洞县中医医院针灸科蔡晓刚

前不久一位女性因右手拇指关节屈伸时活动不灵活（不能主动伸直），关节肿胀，

活动关节时产生弹响、疼痛来我诊室就医。经检查诊断为“屈指肌腱狭窄性腱鞘炎”，令患者取仰卧位在她左手拇指关节处寻找与右手拇指关节痛疼最为明显处相同的位置常规消毒，用一毫针直刺 0.8 寸施捻转手法并令患者自己活动右手拇指痛疼关节时，患者惊呼：不痛了，活动正常了，真是太神奇了！刚才扎针的时候，我还在想我的右手有问题你咋扎在我左手，不会是搞错了吧？！现在看来扎针确实还挺神奇……

前面采取的针刺方法属于传统针刺方法九刺之一的巨刺，又称“互刺”，早在《黄帝内经》中就有相关记载。在好多古医籍中可以看到相关表述，如《灵枢·官针》云：“巨刺者，左取右，右取左。”《素问·调经论》又言：“病在于左，而右脉病者，巨刺之。”后《针灸大成》进一步讲到“邪客于经，左盛则右病，右盛则左病，亦有移易者，左痛未已，而右脉先病，如此者必巨刺之。”《素问·五常政大论》谓：“气反者，病在上，取之下，病在下，取之上”。《灵枢·终始篇》言：“病在上者，下取之，病在下者，高取之”。《素问·阴阳应象大论》曰：“故善用针者，从阴引阳，从阳引阴，以左治右，以右治左，以我知彼，以表知里，以观过与不及之理，见微得过，用之不殆。”《素问·手足阴阳流注论》言“岐伯曰：凡人两手足，各有三阴脉、三阳脉。以合为十二经也。手之三阴，从胸走至手；手之三阳，从手走至头；足之三阳，从头下走至足；足之三阴，从足上走入腹。络脉传注，周流不息。故经脉者，行气血，通阴阳，以荣于身者也。”人体的经络体系就像网络一样在人体上交互错综，把身体各个部位都连接到一块，不论手足各经脉都是互相连接，气血运行“阴阳相贯，如环无端”的。经脉、腧穴之间相互协同、相互依存、相互对称的深层次内在联系，经脉之气左右、上下、前后相通交贯，互注转输决定了当病邪侵袭人体通过经络既可影响局部，又可波及左右、上下引起经络气血内外、左右倾移，左盛右虚或右盛左虚。采用巨刺法针刺健侧（或特定的某一部位、穴位）可调整机体左右、上下气血的偏盛偏衰状况，使气血流通趋于平衡统一重新回到平衡状态。正如上海针灸名家杨永璇称所言“（巨刺是）借健侧之正气，行患侧之经气”实寓疏导平衡之意。

采取巨刺法治疗疾病，尤其是对于治疗痛疼性疾病的有效性已得到了西医实验室的验证。采取电针一侧的三阴交和阴陵泉可以使伤害性的刺激诱发另一侧的腓总神经电位中 C 波受到抑制；针刺健侧穴位可以抑制患侧伤害性刺激在神经干上所能引起的冲动；针刺一侧足三里对另一侧腓肠肌收缩呈不同程度的抑制作用；针刺左解溪、丘墟可使右手阳溪、阳池穴附近的痛点立即消失。都说明巨刺使对侧相应穴位灌流液中乙酰胆碱含量有所下降（ $P>0.05$ ），而不同侧组则明显增加（ $P<0.01$ ）。中枢 5-羟色

胺、乙酰胆碱等物质对针刺镇痛有促进作用，针刺促进乙酰胆碱的功能活动，而它通过 5-羟色胺发挥镇痛作用。等等。综上所述，巨刺法是一种传统、有效的治疗方法，适用于左右两侧经络失衡，一侧经脉阻滞，气血不通而引起的肢体疼痛与活动障碍疾患。对消除疼痛有较好疗效，对缓解痉挛、僵急，其疗效较直接刺痛处为佳。

与巨刺法相近的一种取穴针刺方法叫缪刺法，也是一种传统的针刺方法。在《素问·缪刺论》中说：“邪客于五脏之间，其病也，脉引而痛。时来时止，视其病，缪刺之于手足爪甲上，视其脉，出其血……有痛而经不病者缪刺之，因视其皮部血络者尽取之。”明确指出缪刺的部位都是各经的井穴和所属皮部的血络。

简单而言巨刺法刺经刺之较深，缪刺法刺络刺之肤浅，除一深一浅之不同外巨刺与缪刺的治疗机理、针刺部位的选择等其他均相同。

不论巨刺还是缪刺，临床运用中对于各部位软组织闪挫伤、关节扭伤、偏头痛、落枕、肩周炎、肘关节炎，膝关节炎、膝关节疼痛、耳聋、牙痛、咽喉肿痛、周围性面瘫、脑血管病后遗症、肋间神经痛、小儿麻痹后遗症及内脏疾患等都有很好的疗效。

临证得失录

——腰痛治疗无常法 夺人之长为己用

作者：杏林苑

链接：<http://bbs.iiyi.com/thread-1960633-1.html>

李某，男，30岁，近几年来从事搬运工作，半年前因劳动强度较大，出现腰腿疼痛麻木，经CT证实为腰椎间盘突出症，在本县医院住院治疗一周无效，又多次服用各种方药均效果不明显。来诊述以腰部胀痛为主，休息减轻，晚上腰腿伴冷感。因长时间服药，胃脘部疼痛不舒，舌质偏淡，脉细涩。辨证为寒痹阻络，气血不足；方选常用治痹高效方重订三痹汤加味：制附片12克（先煎）、桂枝10克、白芍15克、大枣10克、党参15克、白术15克、茯苓10克、生姜10克、当归10克、川芎6克、防风10克、防己15克、细辛3克、黄芪15克、海螵蛸15克、淮牛膝15克。4剂，水煎服，一天一剂。

药尽后患者再来诊，述药后疼痛未减反痛增，其它未见不适。考虑当为方药逐寒

湿于外，故始痛增，后必痛慢减。但患者因见病未减而痛增，更医到广西某骨科医院诊治。该处处方则以补中益气汤加减，首诊用药：黄芪 40 克、炙甘草 6 克、柴胡 5 克、当归 12 克、葛根 20 克、地龙 10 克、蜈蚣 1 条、茯苓 20 克、木瓜 15 克、陈皮 6 克、白术 15 克、升麻 3 克、党参 20 克、鸡血藤 15 克、海螵蛸 8 克，10 剂。言服上药后疼痛明显减轻。二诊，因腰腿仍怕冷，上方去地龙、木瓜、鸡血藤、海螵蛸、茯苓、蜈蚣，加仙灵脾 15 克、鹿角霜 15 克、桑寄生 20 克、葛根 15 克、杜仲 15 克、香附 10 克、青皮 8 克，12 剂。药后痛麻冷消失。半月后因再度从事重体力劳动疼痛又作，带原方来我处取药，继以骨科医院首诊方加鹿角霜、仙灵脾，十余剂而症除。

腰椎间盘突出症一病，临床发病率似有增高趋势，西医一般以牵引为主，对于年轻、急性发作者效果还较好，但对于发病时间较长，年岁较大者，单纯牵引治疗效果不佳，而绝大多数都选用中医治疗，通过正确的辨证与辨病结合，其治疗优势和效果毋庸置疑。

本人近十年来治疗此病病例较多。偏寒者，用独活寄生汤加附片，痛甚加川乌、草乌；正气不足者用重订三痹汤加减；偏热瘀者，用芍药甘草汤合活络效灵丹。大多都能几剂痛减，不过三十剂症除，平常多注意休息，远期效果也较满意。然而，治无百发百中，有时觉得辨证无误，却效不尽意。就上案而言，辨证方向应该是对的，为什么反而痛增呢？当然，中医治疗此类风寒湿痹痛，因经络欲通，疼痛加重者临床上常见，另一原因就是方不对证了。用补中益气汤加减治痹证，初看似觉不对证，但细思之，腰椎间盘突出症大多数都是在长期超体力劳动后出现，日久伤筋劳骨，气血暗耗，肾气不足。且脾肾为先后天之本，补其后天，必充其先天，故以此方补益后天、中之先天也。得此治法，临床辨证运用于因强力劳累过度所致腰疾患者，其效果的确不凡。因此可见，学习不仅仅从书本上吸取知识，更有必要从患者所服用方药上，学他人之长为己所用，何乐而不为。

责任编辑：博源堂主

编辑：砭艾、dongyuet、万里云天、花梧桐

野菊花

别 名：山菊花、路边黄。

来 源：菊科植物野菊的干燥全草，全国分布于东北、华北、华中、华南及西南各地。夏季开始采收，干燥后即可使用。

形 态：多年生草本，高 0.25~1 米。茎直立或铺散，顶端有分支。茎枝被有稀疏的绒毛。基生叶和下部叶花期时会有脱落。中部茎叶呈卵形，长 3~10 厘米，宽 2~7 厘米，羽状半裂不明显而边缘有浅锯齿。基部呈宽楔形，叶柄长 1~2 厘米，柄基无耳或有分裂的叶耳。叶两面颜色略同，淡绿或深绿色。头状花序直径 1.5~2.5 厘米，多数在茎枝顶端排成疏松的伞房花序。总苞片约 5 层，全部苞片边缘白色或褐色宽膜质，顶端稍钝。舌状花黄色，舌片长 10~13 毫米，顶端全缘或 2~3 齿。瘦果长 1.5~1.8 毫米。花期为 6~11 月。





栽培：野菊适合温暖湿润的环境，沙土地，盐渍地，湿地。一般春季 3~4 月播种，秋季开始采收。

性味功能：味苦，辛，凉。清热解毒，散瘀明目。

用途：用于风热感冒、咽喉肿痛、皮炎湿疹。4~5 月份的嫩茎叶采集后，可以凉拌，亦可炒食；花朵秋季开花盛期，分批采收，鲜用或晒干。

用法用量：本品入药 10~15g，鲜用 30~60g。

经验鉴别：野菊头状花序类球形，叶互生。

鱼腥草

别名：狗贴耳、侧耳根、蕺菜。

来源：三白草科植物蕺菜的干燥全草，主产于我国中部、东南至西南部各省区，亚洲东部和东南部。4~10 月采摘，干燥后即可使用。

形态：腥臭草本，高 30~60 厘米。茎下部伏地，节上面有轮生小根，上部分直立，无毛或节上被毛。叶片薄纸质呈卵形，长 4~10 厘米，宽有 2.5~6 厘米，叶片两面有时除叶脉被毛外余均无毛，背面紫红色，叶脉 5~7 条，叶柄长 1~3.5 厘米，顶端稍钝，下部分与叶柄合生长 8~20 毫米的鞘，基部扩大。花序长约 2 厘米，宽 5~6 毫米；总花梗长 1.5~3 厘米；总苞片长圆形，长 10~15 毫米，宽 5~7 毫米，顶

端钝圆；雄蕊长于子房，花丝长为花药的3倍。蒴果长2~3毫米，顶端有宿存的花柱。花期4~7月。



栽 培：鱼腥草适合温暖湿润的环境，喜肥沃的沙壤土。一春季晚霜结束后栽培，4~10月均可采收。

性味功能：性寒凉，味辛。清热解毒、消肿疗疮、利尿除湿、健胃消食。新鲜的鱼腥草根可以凉拌食用。

用 途：用治实热、热毒、湿邪、疾热为患的肺痈、疮疡肿毒、痔疮便血、脾胃积热。

用法用量：本品鱼腥草内服15~25g。

经验鉴别：取本品少量搓碎，闻之有鱼腥味，以气味浓者为佳。

责任编辑：金陵一剑

编 辑：王颖建

腹痛待诊

作者: xzp_dragon

链接: <http://bbs.iiyi.com/thread-2448226-1.html>

●病历摘要:

一般情况: 女性, 72 岁, 城镇居民。

主诉: 右上腹痛伴呕吐 4 天。

现病史: 患者于 4 天前晚餐后约 2 小时出现右上腹痛, 呈阵发性钝痛, 伴恶心、呕吐胃内容物, 无咖啡色物。无发热、无腹泻。

既往史: 无高血压病、糖尿病病史, 无心脏病病史, 无胃溃疡病史。

查体: 血压 130/60mmHg。神清, 步入病室, 无痛苦面容。无黄疸、紫绀。双肺呼吸音清, 未闻及干湿性啰音。心率 80 次/分, 律齐, 未闻及杂音。腹部平坦, 未见肠型及蠕动波。全腹均有压痛, 以右上腹为著, 上腹略感肌紧张, 全腹无反跳痛, 未触及包块, 墨菲氏征可疑阳性。移动性浊音阴性, 肠鸣音减弱。

血常规: WBC: $11.0 \times 10^9/L$, N: 88.8%, 红细胞、血小板正常。

●讨论: 大家考虑可能是什么诊断? 有什么依据?

●临床讨论:

冷丁:

这个病例很符合基层的病例特点, 也很有急诊猜病的特性, 所不同的是病人发病 4 天。

该病例比较特殊, 缺乏特异性症状。病人首发腹痛部位在右上腹, 主要压痛部位也在此处, 且墨菲氏征可疑阳性, 应该首先考虑肝、胆问题。而肝区无叩击痛等阳性体征, 故不首先考虑。但单纯的胆囊问题, 不应该出现腹肌紧张及全腹压痛, 所以胆囊破裂、穿孔的可能性较大。老年人, 穿孔时的症状可能不太典型, 而穿孔处被结石阻塞或被膜包绕, 致使胆汁不再进一步流入腹腔而使腹膜症状不典型的可能性较大。这个不太常见, 纯属猜测。等看明天的片子及最后诊断。

绿漫天涯:

1. 老年女性, 一句话说明病情可以不典型。晚餐后约 2 小时出现右上腹痛, 呈阵发性钝痛, 伴恶心、呕吐胃内容物, 无咖啡色物。说明疾病发作与饮食有关系, 与消

化系统相关。这方面范围很大，比如肝胆疾病、心血管疾病、胃肠疾病、腹部血管栓塞性疾病、胰腺、阑尾、妇科等等都可沾边。但可以排除胆道蛔虫、上消化道出血。

2. 根据既往史：无高血压病、糖尿病病史，无心脏病病史，无胃溃疡病史。无高血压病史，查体血压不高可排除动脉血管夹层；无糖尿病史可排除酮症酸中毒；无心脏病史不支持心绞痛、心梗；无胃溃疡病史排除溃疡病穿孔。

3. 体格检查：根据双肺和心脏的检查可排除心肺疾病；腹部平坦，未见肠型及蠕动波，可排除肠道梗阻；全腹部均有压痛，右上腹明显，墨菲氏征可疑阳性，上腹略感肌紧张，全腹无反跳痛。因为是老年人，不排除腹膜炎、腹腔脏器破裂或穿孔，病变中心侧重于右上腹部，主要考虑肝胆、胃、十二指肠、胰腺相关性疾病。移动性浊音阴性，排除腹水、大量内出血。

4. 辅助检查血象偏高，考虑与炎症相关或应激。

综合以上，肝胆疾病、胃十二指肠疾病、胰腺疾病、高位阑尾疾病……猜几个代表：肝癌破裂出血？十二指肠憩室穿孔？胰腺癌性胰腺炎？高位阑尾穿孔？

阿松哥哥：

病例特点：女性患者 72 岁，4 天前晚餐后约 2 小时出现右上腹痛，呈阵发性钝痛，伴恶心、呕吐胃内容物，查体全腹部均有压痛，右上腹明显，墨菲氏征可疑阳性，上腹略感肌紧张，血常规：WBC： $11.0 \times 10^9/L$ ，N:88.8%，既往无高血压病、糖尿病病史，无心脏病病史。

病例分析：患者为 72 岁老年女性，在餐后 2 小时出现阵发性右上腹钝痛，伴呕吐胃内容物，全腹有压痛，以右上腹为著，墨菲氏征可疑阳性，上腹略感肌紧张等临床症状体征，接诊后都会考虑肝胆疾病、胃肠疾病、胰腺病变等。就该例患者个人考虑应为：慢性胆囊炎急性发作导致的胆囊轻微破裂穿孔，从而呈现出局限性腹膜炎的征象。理由：患者老年、城镇居民，常吃高脂肪和富含胆固醇的食物、运动少、神经内分泌调节和代谢障碍等多种因素可导致慢性胆囊炎，胆囊功能减退，在进餐等诱因下引起胆囊炎急性发作，导致胆囊轻微破裂穿孔，被大网膜及周围脏器包裹，形成胆囊周围脓肿，呈现局限性腹膜炎征象。与之鉴别的疾病很多：胰腺炎、胃、十二指肠穿孔、上消化道出血、肠梗阻、心脏疾病等。主要有赖于结合实验室及其它辅助检查等综合考虑。

猜可能的诊断是：胆囊炎并穿孔（慢性胆囊炎急性发作）？腹膜炎（局限性）？
诊断的依据：进餐后起病，阵发性右上腹钝痛、伴呕吐、全腹有压痛，右上腹明显，

病例讨论

墨菲氏征可疑阳性，上腹略感肌紧张，血常规示白细胞计数偏高，以中性粒细胞升高显著，考虑细菌性感染。

xzp_dragon:

患者于2月23日来我院就诊，做腹部超声和胸片检查，结果如下：

腹部超声检查报告单

姓名: _____ 性别: 女 年龄: 73 科室: 门诊 住院号: _____ 超声号: _____

临床诊断: 胆结石

超声显像所见:

肝 脏 肝右叶长 _____ mm 厚 _____ mm
肝右斜厚 _____ mm 肋下长 _____ mm 厚 _____ mm

肝内回声 不均匀性增强

肝门血管 门脉主干 10 mm 下腔静脉 _____ mm
肝右静脉 _____ mm 肝中静脉 _____ mm 肝左静脉 _____ mm

脾 脏 肋间厚 27 mm 长 _____ mm 肋下厚 _____ mm 脾静脉 _____ mm

胆 囊 胆 囊 壁 厚 2 mm 胆后胆管 (h) mm
胆总管 _____ mm 肝总管 _____ mm 胰 管 _____ mm

胰 腺 胰 头 1.5 cm 胰体 _____ mm 胰尾 _____ mm 主胰管 _____ mm

前 列 腺 宽 _____ mm 厚 _____ mm 长 _____ mm

超声描述:

肝周围见液性区伴粗大光点分布，最深3.4cm。
肝内见少量液性区伴7mm。
右胸膈下见液性区20mm。

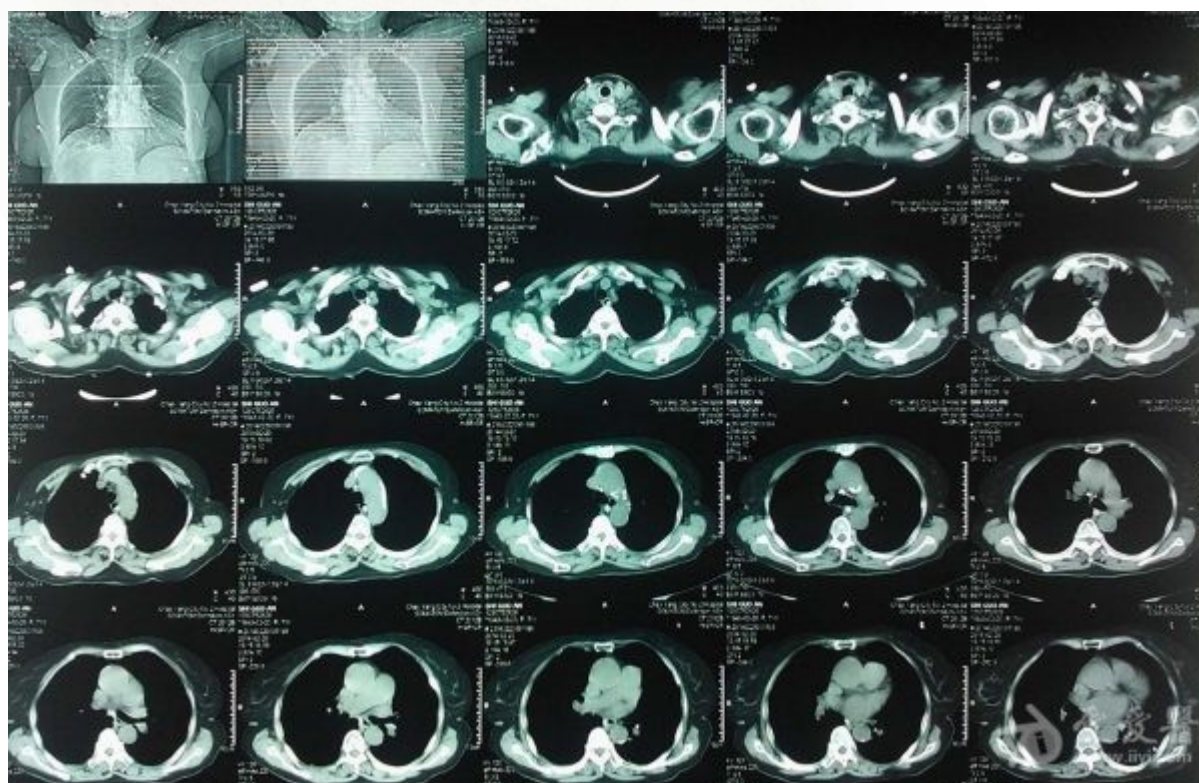
诊断:

1. 胆结石。
2. 肝周围见囊性积液。
3. 右胸膈下见积液。

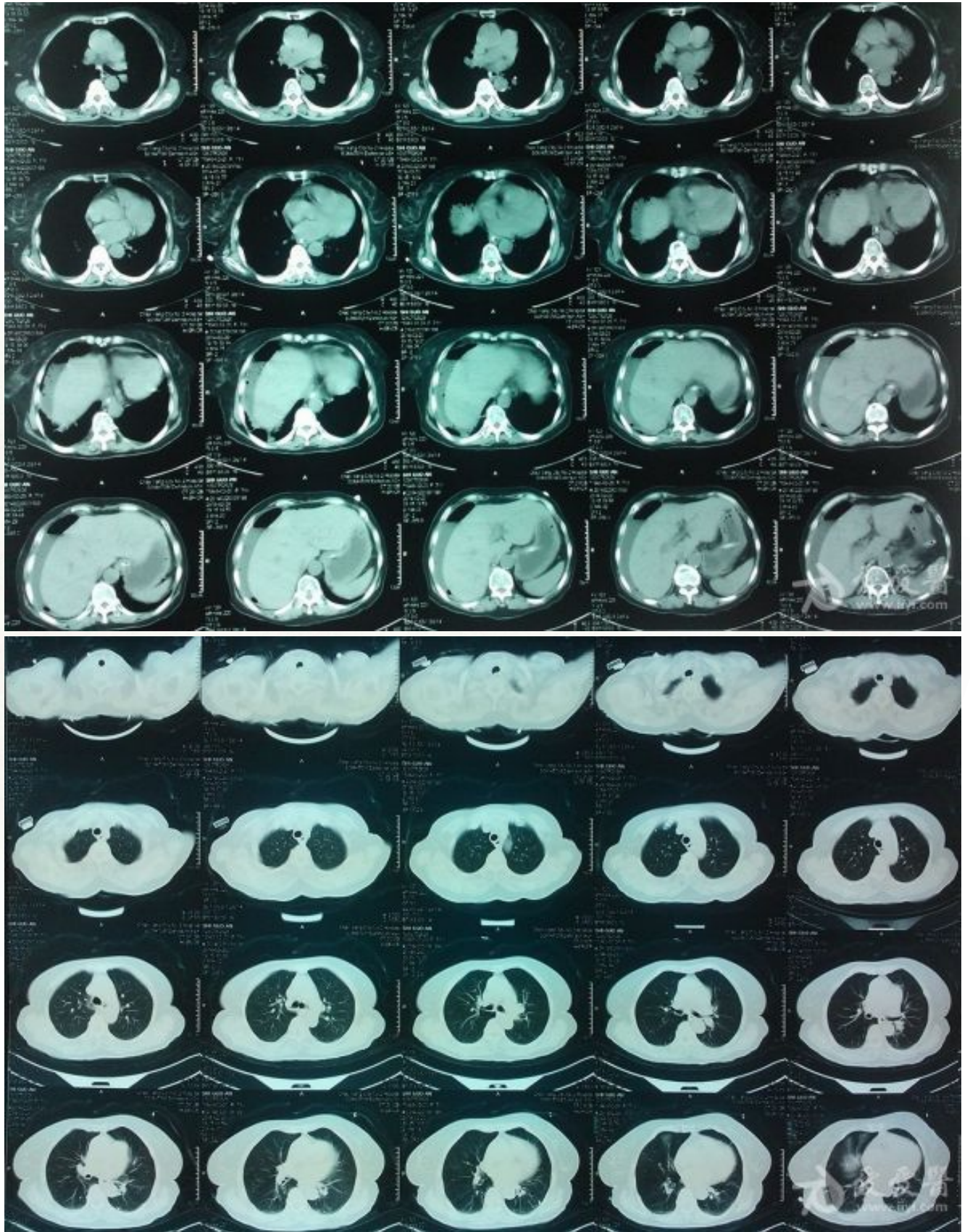
检查者: 2014.2.23
日期: 2014.2.23
www.iyyi.com

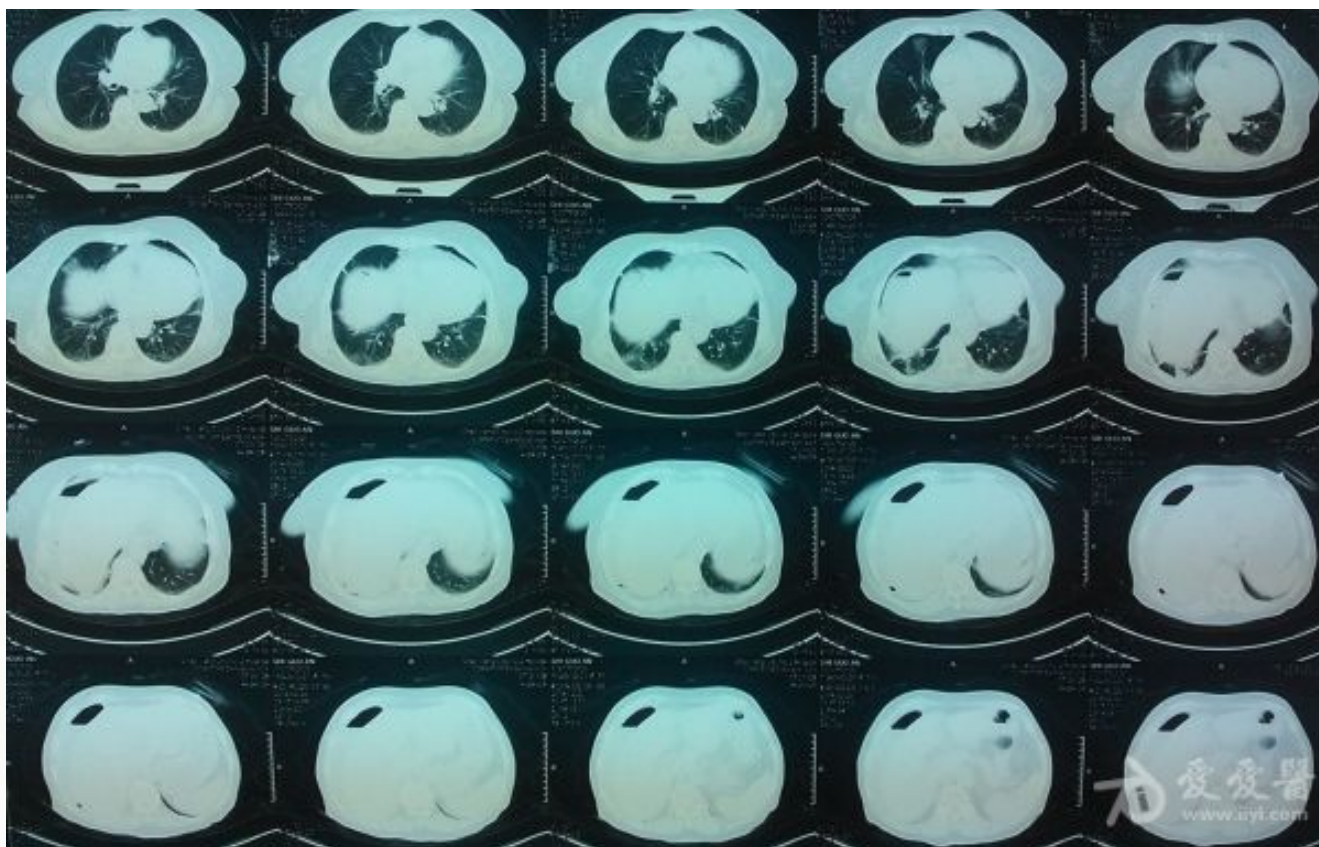


胸部 CT:

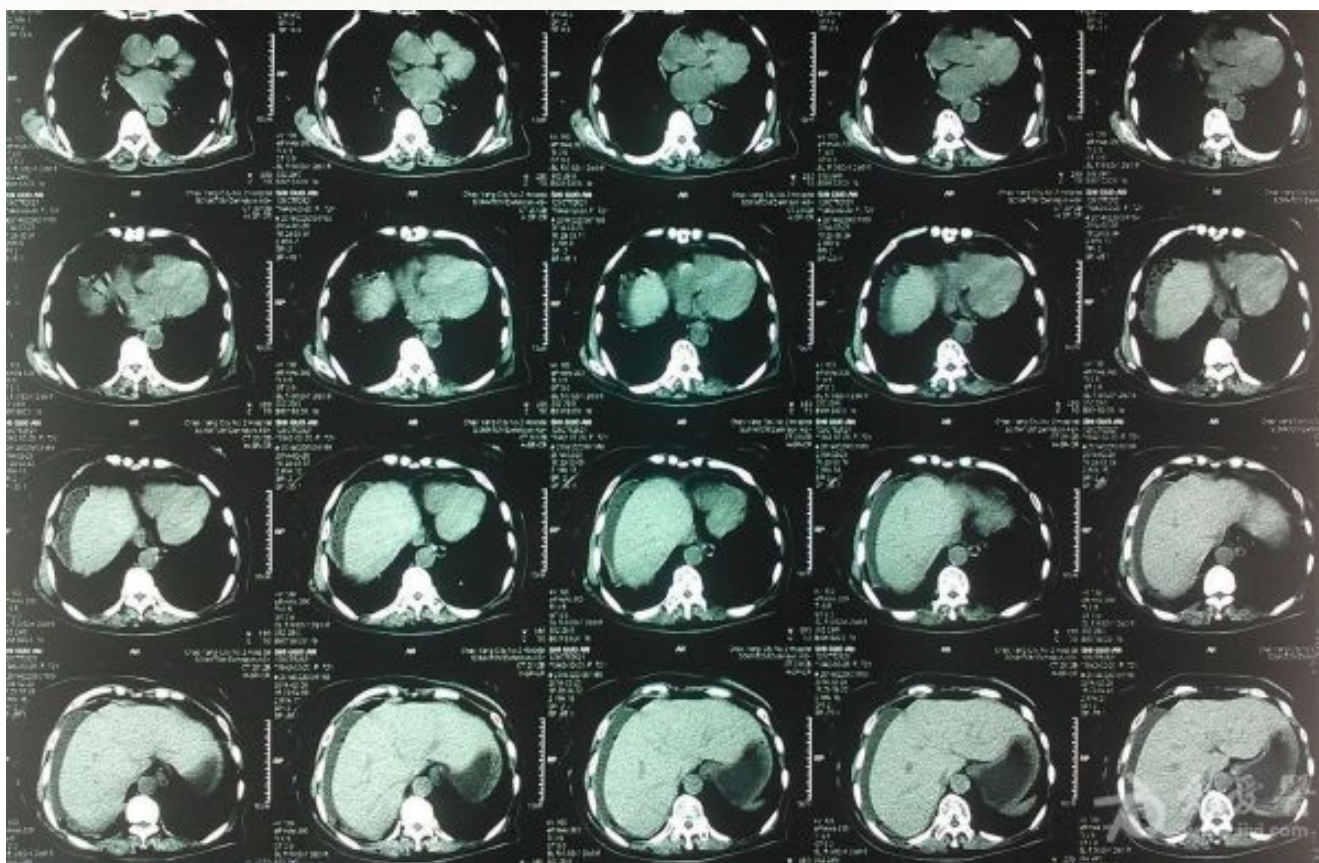


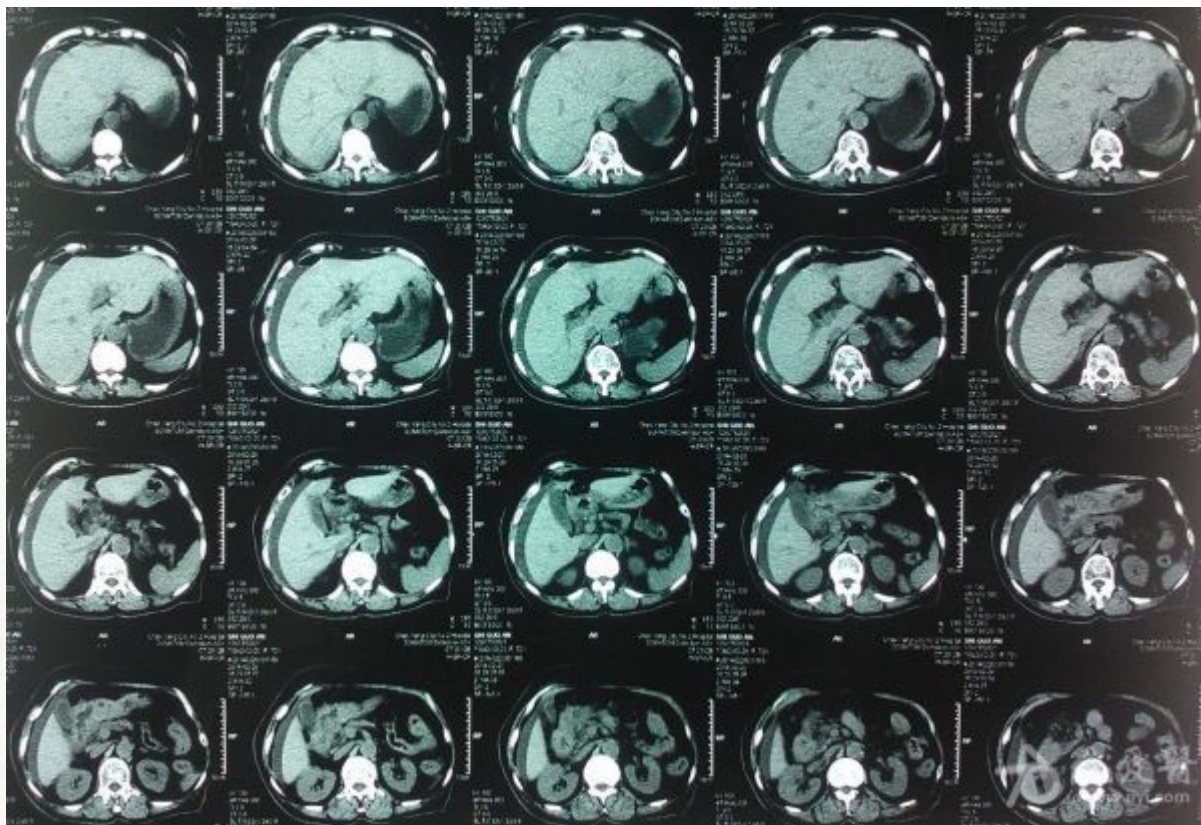
病例讨论





上腹部 CT:





Sgzhangeke:

X 线提示右侧膈肌上抬，膈肌下见少量气体，结合病史及体征，考虑 1. 急性腹膜炎；2. 胃肠道穿孔。

Bai48136258:

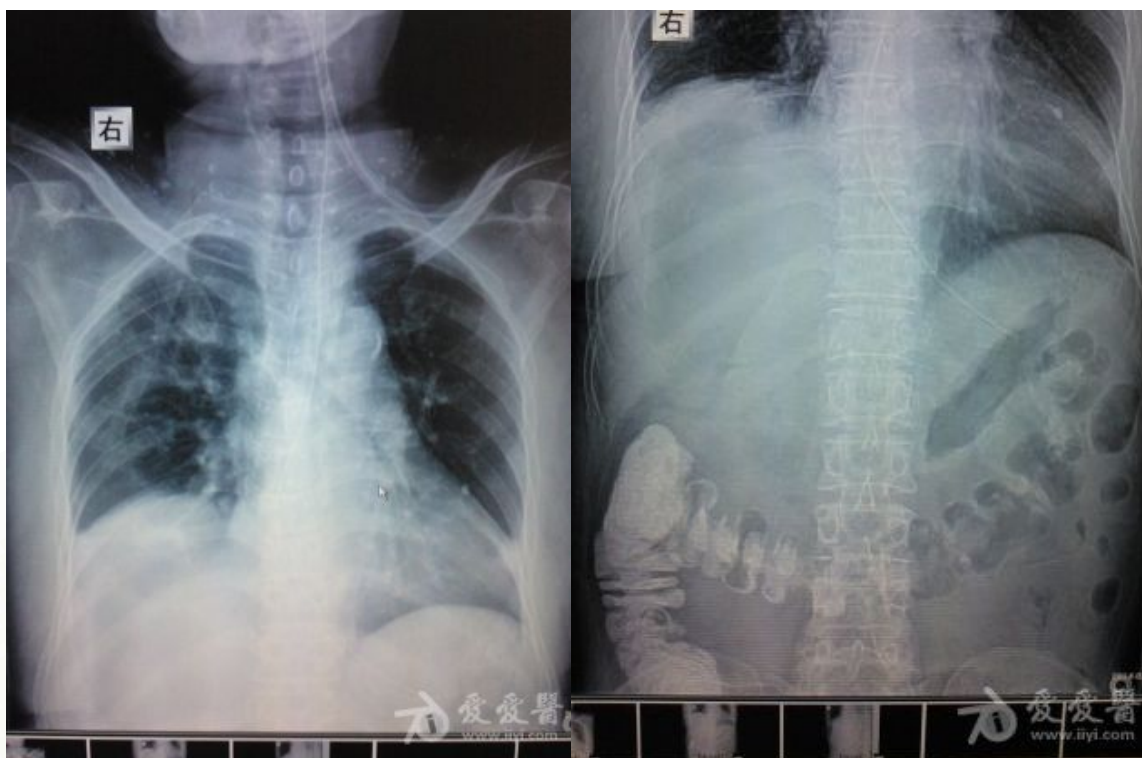
结合病史、查体、化验检查，考虑上消化道空腹穿孔。肝周积气、积液都支持诊断，由于病史较长，可考虑行禁饮食、胃肠减压保守治疗，如腹膜炎加重，建议剖腹探查行穿孔修补术或腹腔镜下穿孔修补术。如保守治疗成功，三个月后行胃镜检查。

CT 阅片：胸腔无积液，肝周积气积液，胆囊壁稍厚（为慢性胆囊炎表现）。

对于上消化道穿孔，腹部立位平片是一个验证诊断。正常人体，左侧膈肌因为胃体的关系，相对于右侧较高。右侧膈下、肝上是一个相对负压的间隙。对于腹腔的积液、出血、积气往往聚集于此，使得膈肌抬高。穿孔早期，气液相对游离，会在右膈下甚至双膈下有气液聚集（气体影响不规则，炎性渗出多时，会出现肝周液平，上有气体影及肝脏边缘影像），此时气体周围影清晰；随着时间的推移，气体被吸收一部分，炎性渗出继续加重，会形成气体液体相对塑形区；后期，包裹性脓腔形成，气液量相对固定，气体吸收能力差，会再次出现固定气液平面。

●最后结果:

今天拍摄的 DR:



腹膜炎的腹部 X 线透视(或平片) 普遍有以下影像表现:

(1) 急性全腹膜炎: 平片可示:

① 游离气腹征, 胃、十二指肠穿孔常见到膈下有游离气体, 但回肠、结肠穿孔后游离气体少见;

② 腹膜增厚征;

③ 腹腔积液征;

④ 反射性肠淤张征, 通常显示肠腔有轻度扩张并有多个小液平面;

⑤ 肠壁增厚及粘连征(由纤维蛋白附着于肠外壁所致);

⑥ 胁腹脂线加宽, 密度增大征。

若有肠扭转, 可见排列成多种形态的小跨度蜷曲肠襻、空肠和回肠换位。腹内疝绞窄可见孤立、突出胀大的肠襻, 不因时间而改变位置, 或有假肿瘤状阴影等。

(2) 局限性腹膜炎: 整个腹部虽有一定改变, 但优势表现于某一局限部分(后者常为全腹膜炎的局限化)。平片中, 由于大网膜移位及炎性块的存在, 因而在某一区域, 密度相对高于其他部分。局限胁腹脂线增粗、密度加大, 局限性肠淤积等。

腹膜炎 CT 扫描比 X 线平片更加容易观察, 也更加准确。CT 除显示与 X 线平片表现相似的共通性影像外, 不同病因所致的急性腹膜炎还可能显示一定特殊性影像学表

现。如来源于胆囊结石、炎症、穿孔者，其腹腔积液主要分布在右肝下间隙、右肝上间隙和右结肠旁沟，在胆囊或前述区域内可发现胆石，一般无气腹存在。胃溃疡后壁穿孔所致的全腹膜炎常并有网膜囊内积液、积气征。急性阑尾炎穿孔所致右下腹局限性腹膜炎，可示阑尾粗肿、有粪石或合并位置外移，邻近脂肪组织受炎症浸润而密度增大，甚至在炎症区可见小气泡征等。故 CT 检查对腹腔内脏器病变的诊断帮助较大，对评估腹腔内渗液量也有一定帮助。

最后结果：本患者应诊断为胃后壁穿孔，致腹腔包裹性积液、积气、脓肿形成，病程典型，影像典型。

只是由于患者拒绝配合，导致延误治疗，病情恶化，到第 5 天，脓肿扩散，败血症形成。虽到某三甲医院冒险开腹，但术后当日死亡。

发热 3 个月，发现盆腔包块 1 个月

作者：hj.z

链接：<http://bbs.iiyi.com/forum.php?mod=viewthread&tid=2124322>

●病历摘要：

患者，女，52岁。以“不规则发热3个月，发现盆腔包块1个月”为主诉入院。

患者于3个月前，无明显诱因下出现发热，以午后发热为著，伴畏寒及关节痛，体温波动于37.8~39.3℃，无明显腹痛、纳差，消瘦。

多次外院查血常规：白细胞： $12.3 \sim 13.2 \times 10^9/L$ ，中性粒细胞：71.5~76.0%，血色素：126~129g/L，血小板： $396 \sim 475 \times 10^9/L$ ；尿常规：红细胞：76~295/u1，白细胞：13~25/HPF，潜血(++)，细菌：2483.2~2961.4/u1；C-反应蛋白：118mg/L；甲状腺功能正常；自身抗体检查无阳性发现；血结核杆菌抗体阴性，尿抗酸杆菌涂片阴性；肥达外斐试验阴性；盆腔 CT 提示：子宫肌瘤。外院检查后，排除免疫病及结核病，给予口服抗炎药及中药，症状无明显改善。

1个月前，患者出现阴道排液，灰黄色，有异味，伴腰部酸痛，来我院就诊。

查体：G₁P₁，绝经4年。血常规、TORCH、布氏杆菌凝集实验均无异常发现。血沉79mm/h。CEA：2.13ng/ml，CA125：132.2U/ml。血培养(-)。给予口服头孢呋辛及甲硝唑抗感染后，阴道分泌物减少，但仍有间断午后发热。胸部 CT 平扫未见明显异常。盆腔 B 超提示：子宫左上方囊性包块，不排除输卵管积水，但需除外附件区占位。妇科检查左附件区囊性增厚，有触痛，子宫直肠窝不饱满。

●讨论：

1. 初步诊断；
2. 鉴别诊断；
3. 必要的辅助检查；
4. 治疗方案。

●临床讨论

wang520abc：

我先来，抛砖引玉下。

1. 包块待查：

子宫病变：子宫肌瘤恶变？子宫癌？

卵巢病变：卵巢肿瘤？

输卵管病变：输卵管积脓？输卵管肿瘤？

2. 盆腔其他部位的病变，全身其他部位病变转移。
3. 妇科检查、宫颈癌筛查、相关癌胚抗原、胸、腹检查。
4. 完善相关检查，剖腹探查。

仟仟结：

初步诊断：1. 慢性盆腔炎；2. 慢性泌尿系感染；3. 子宫肌瘤。

鉴别诊断：1. 盆腔结核；2. 盆腔淤血综合症；3. 子宫肌瘤囊性变；4. 子宫内膜癌。

必要的辅助检查：1. 细菌培养+药敏；2. 结核菌素试验；3. 阴式超声检查，确定子宫肌瘤的范围及位置；4. 阴道分泌物检验。

治疗方案：抗感染治疗，抗菌素用至血、尿常规恢复正常。明确诊断后手术治疗。

sun 燕子：

1. 初步诊断：盆腔包块待查、盆腔炎性疾病（输卵管卵巢炎？）输卵管卵巢脓肿？老年性子宫内膜炎合并宫腔积液？左侧输卵管癌？子宫肌瘤。

2. 鉴别诊断：盆腔结核、卵巢肿瘤、子宫内膜癌、卵巢子宫内膜异位症、急性阑尾炎。

3. 必要的辅助检查：血培养（高热时）、宫颈分泌物涂片和培养、宫颈分泌物沙眼衣原体检查、阴道B超或核磁共振检查，必要时行子宫内膜分段诊刮术，活检。

4. 治疗方案：诊断一经明确，对症支持治疗，有手术指征者手术治疗。

龙腾冰之晨落：

子宫肌瘤伴卵巢囊肿，诱发输卵管炎症。

雨 and 阳：

1. 初步诊断：盆腔脓肿（输卵管积脓）。
2. 鉴别诊断：肠道肿瘤、肠结核、卵巢囊肿。
3. 必要的辅助检查：查盆腔 MR，完善相关术前检查如血常规、肝肾功能、凝血四项、心电图等。
4. 治疗方案：完善相关术前检查，做好阴道及肠道准备，请普外会诊，行剖腹探查术。

ainishi：

初步诊断：盆腔炎、子宫肌瘤、左附件区肿瘤。

必要的辅助检查：血、尿常规+血型+凝血功能+输血全套+肝肾功能+空腹血糖+心电图+征求病人同意后常规做个胃镜。

治疗方案：行腹腔镜检术，根据情况开腹，术中取病变组织快速送病检。

●**总结：**

由于诊断不明，需完善术前检查，行腹腔镜检查。术中见：左侧输卵管粗大，与左卵巢及周围肠管粘连形成直径约6cm 的包块。分离粘连后，见左卵巢及左输卵管处烂肉样组织，转开腹手术，切除左附件，送快速冰冻，病理结果为恶性肿瘤，不排除分化差的癌，遂行肿瘤细胞减灭术。石蜡病理结果：（左附件）低分化苗勒氏管上皮癌，广泛累及输卵管及卵巢。

术后1天患者体温恢复正常，未再出现发热。术后查 CA125：91U/ml。患者术后共行紫杉醇+卡铂方案化疗9疗程，化疗1疗程后 CA125水平降至正常。停化疗后随诊至今，患者一般状况良好。

该患者以慢性发热起病，全面进行感染病原体及自身免疫抗体指标检查均未见明显致病证据，抗感染治疗后无明显效果。影像学检查发现盆腔囊性包块。临床诊断考虑盆腔炎性疾病或肿瘤不排除，最终经腹腔镜取病理活检后证实为附件上皮来源恶性肿瘤。诊断明确后，采取手术及术后辅助化疗，治疗效果良好。通过该病例的诊治过程可以看出，对于性质不明的盆腔包块伴发热患者，在其它辅助检查结果难以确定诊断时，采取腹腔镜检查及组织活检，有助于迅速明确诊断及选择恰当的治疗方案。

胸痛查因

作者：冷丁

链接：<http://bbs.iiyi.com/thread-2452771-1.html>

病历摘要：

男，41岁，干部。

主诉：突发胸痛、胸闷、恶心呕吐2小时。

现病史：患者2小时前，无明显诱因出现咽喉部剧痛，呈持续性钝痛，阵发性加剧，不向肩背部放射。伴大汗淋漓、面色苍白，同时有胸闷、恶心呕吐，呕吐物为胃内容物，量不多。无发热、咳嗽、咯血等症。卫生院测血压正常，后疼痛逐渐转至胸骨后近剑突处，急自行开车入我院内科就诊。反复行心电图检查：心肌缺血，有动态改变，2小时内测心肌酶无异常。胸腹部CT及腹部彩超：见下图。普内给予“单硝酸、肝素钙及杜冷丁”后，以“心梗”要求转上级医院。

既往史：患高血压病数年，长期用药，控制可。否认糖尿病、心脏病病史。

个人史、婚育史、家族史：无特殊。

体格检查：T：36.4℃，P：90次/分，R：20次/分，BP：130/85mmHg。神志清，精神差，体质较胖，面色萎黄，表情痛苦，查体合作。主动端坐位（自述仰卧胸闷气促较剧）。头颅无畸形，双侧瞳孔等大等圆3.0mm，对光反射灵敏。伸舌居中。颈软，气管居中，甲状腺无肿大。颈静脉无怒张。胸廓对称，无压痛，双肺叩诊呈清音，听诊呼吸音粗，未闻及干、湿性啰音。心率90次/分，律齐，无杂音。腹软，平坦，肝、脾未触及，无压痛。未触及包块，肠鸣音正常。四肢活动无异常，肌力、肌张力正常。巴氏征阴性。余（一）。

此病人为刚转入上级医院病例。我的初步诊断：1. 主动脉夹层；2. 心肌梗塞？

辅助检查：

B超报告：腹腔胀气干扰，腹主动脉隐约可显示，腹主动脉内径正常，内中膜不厚。管腔内血流正常，走行通畅，未见明显斑块图像显示。提示：腹腔胀气干扰，腹主动脉隐约可见，未见显示异常，必要时复查。

CT报告：1. 右侧叶间裂增厚，左肺内小结节影。2. 上腹部CT未见明显异常。

总结：

最后诊断：主动脉夹层。

动脉夹层是指由于内膜局部撕裂，受到强有力的血液冲击，内膜逐步剥离、扩展，

病例讨论

在动脉内形成真、假两腔，从而导致一系列包括撕裂样疼痛的表现。确诊主要辅助检查手段是：CT 血管造影(CTA)，磁共振检查(MRA)或是直接的数字剪影血管造影(DSA)。此患者胸痛向咽喉部放射，未波及腹部，考虑为主动脉夹层 II 型。

典型夹层的五大主症：

1. 起始即达极致的胸背部撕裂样痛；
2. 向上或向下串着痛；
3. 血压增高；
4. 左、右臂血压往往不一致；
5. 具有休克症状而血压反而升。

责任编辑：绿漫天涯、乳酸菌王

编辑：踏雪无痕

顾问：yjb5200120

专业交流西医栏目内镜读图答案 公布：

镜下所见：

胃体：粘膜轻度充血水肿，高位大弯侧见一 0.5*0.6cm 粘膜下隆起，表面光滑，触之软有活动度。

胃角：形态正常，弧度存在，见散在糜烂，及血痂。

胃窦：粘膜充血水肿，红白相间，以红为主，见散在糜烂，及血痂。蠕动可，扩张度好。

其他部位：未见异常。

镜下诊断：

慢性浅表性胃炎伴窦角糜烂

胃体粘膜下隆起(建议超声内镜检查)

HP (—)

病理：（胃窦）粘膜慢性炎。

治疗方案：

超声内镜检查，制酸、保护胃黏膜治疗。

医疗资讯

浙江公立医院 4 月 1 日起彻底破除“以药养医”

浙江省卫生计生委近日宣布，浙江全省所有公立医院将从 4 月 1 日零时起全面实行药品零差率。此举意味着浙江所有公立医院将彻底告别“以药养医”，同时，浙江也成为全国第一个实现公立医院综合改革全覆盖的省份。据浙江省卫生计生委副主任张平介绍，在全面实行药品零差率的同时，也将调整手术费、治疗费、护理费等各类劳务性医疗服务价格，而调整的医疗服务费用会纳入到基本医疗保险和新农合的支付范围，做到不增加或略微降低老百姓总体医药负担。

中国首例“心门再开置换”微创手术成功

四川大学华西医院正式对外公布，首次使用中国自主研发的“心门再开置换”微创手术成功，该项技术大幅减少病人手术创伤和缩短恢复时间，同时降低了患者医疗费用，为全世界心脏瓣膜病治疗提供了领先经验。据悉，手术使用的经心尖主动脉瓣膜系统由中国设计制造，是全球第一款带有定位功能的智能瓣膜，并获国际专利。

世界首例达芬奇机器人微创手术完成

近日，复旦大学附属中山医院普外科、肝外科和胸外科联合，在世界上首次应用达芬奇机器人微创技术，在一个病人身上同时完成了直肠癌根治术、肝转移灶切除术和肺转移灶切除术。据介绍，同时实施肠、肝、肺 3 处病灶的机器人微创切除术，可避免患者等待的恐惧和 3 次手术打击，同时减少仅切除原发灶后肝肺转移激增的风险。该手术采用了世界上最先进的达芬奇机器人系统，仅需数个小的切口就完成了所有手术。

英发现大脑“良心”所在区域

据悉，英国牛津大学科学家发现人脑中良心所在区域。英国科学家邀请 25 名志愿者参与研究，对志愿者额叶皮层进行扫描，同时对比猴子的大脑皮层扫描图。结果发现，猴子的这一区域由 11 个部分构成，而人类的该区域则由 12 个部分组成。这项研究的组织者马修拉什沃思说道：“我们找到了人脑特有的那个区域。”这一被称为“侧额叶极”的大脑补充区域，能够帮助人们分辨好坏，认识到他人的错误，还会经受良心的谴责。

哈尔滨医疗机构治疗白血病获世界性突破

哈尔滨医科大学第一附属医院近期对外发布消息，该院攻克了三氧化二砷在治疗急性白血病上的世界性难关，该项目由中国医学专家团队独立完成、目前已正式应用于临床治疗阶段。根据研究成果，该院医学团队发现在不改变三氧化二砷总量的前提下，调整给药速度可减少毒性而不减弱疗效。在此基础上，医学专家创立和推广了三氧化二砷持续缓慢静脉输注法，该方法延长了促凋亡有效浓度时间，提高了白血病细胞的凋亡率，进而减轻了高白细胞血症，降低了三氧化二砷引起的高白细胞血症及心脏毒性反应。

安徽立法禁止幼儿园群体喂药

3月28日，安徽省十二届人大常委会第十次会议投票通过《安徽省学前教育条例》。《条例》明确规定，禁止幼儿园给幼儿群体性服药。据介绍，该《条例》将从今年6月1日起施行，这也是全国第一部对幼儿群体性服药做出明确禁止性规定的地方性法规。

云南白药修改说明书 承认含草乌成分

日前，云南白药修改了其药品说明书，在配方成分中增加了草乌，并按国家食品药品监督管理局最新规定标注了警示语。此前云南白药在香港被检出含有乌头类生物硷而被禁售，而云南白药则以涉密为由一直拒绝公布药品成分。据悉，草乌别名“断肠草”，其含有的生物碱对肾脏有一定毒性，超量使用会引起口唇和四肢麻痹、恶心、呕吐等中毒症状，严重者可危及生命。

医疗直升机即将进入北京 创建国内首个空中ICU

近期，北京市红十字会999急救中心与欧洲直升机公司签署协议，999将购进两架欧直EC135直升机，其可配备固定的心电监护仪、呼吸机、除颤仪，同时装载两个担架、转送两名患者。今年8月，第一架飞机将投入使用，届时，我国将拥有首架空中ICU。

抗生素处方不当或致艰难梭菌感染

近日，发表在《儿科》杂志在线版上的一项新的研究结果显示，医师处方抗生素不当可能导致严重的细菌感染，从而引起许多儿童出现严重腹泻。通过大量的研究，研究人员发现，服用抗生素是发展艰难梭菌感染的首要风险因素。抗生素可能改变或杀死有助于防止感染的有益菌，这意味着此时儿童可能会感染艰难梭菌。

北京手足口病将进入发病高峰季节

据北京疾控中心副主任庞星火预测，手足口病即将进入发病高峰季节，随着病例的增多不能排除继续出现重症甚至死亡病例报告的可能。数据显示，北京市 0~5 岁儿童的手足口病患者占所有手足口病的比例为 **89.0%**。城乡结合部流动人口聚居区的儿童感染概率更高，感染年龄更小。专家提醒各中小学校及托幼机构，做好日常卫生和消毒等工作，发生疫情及时和辖区防疫人员汇报，共同尽早采取防控措施。

责任编辑：永恒流星、hehanhan





爱医热点

- ✧ 为爱爱医好口碑添砖加瓦，获积分实物奖励
<http://www.iiyi.com/med/thread-2452515-1.html>
- ✧ 《点评爱爱医，获积分鲜花》期待你的参与
<http://www.iiyi.com/med/thread-2352265-1.html>
- ✧ 原创主题送积分鲜花活动
<http://bbs.iiyi.com/thread-2314839-1.html>
- ✧ “做任务，获奖励”，期待您的参与
<http://bbs.iiyi.com/thread-2452866-1.html>
- ✧ 爱爱医建站十周年，晒晒大家的成绩单（持续进行中）
<http://www.iiyi.com/med/thread-2104794-1.html>
- ✧ “耳鼻咽喉-头颈外科 2014 年原创专业主题送精美礼品”活动
<http://www.iiyi.com/med/thread-2450690-1.html>
- ✧ 《护理版豆豆听您讲故事系列活动》
<http://www.iiyi.com/med/thread-2448001-1.html>
- ✧ 爱爱医，我的中医成长日记有奖征文
<http://www.iiyi.com/med/thread-2422650-1.html>
- ✧ 只要你参与，积分送不完
<http://www.iiyi.com/med/thread-2100597-1.html>
- ✧ 《爱爱医杂志》订阅系统全站开通，订阅教程
<http://www.iiyi.com/med/thread-2447711-1.html>
- ✧ 2014 年爱爱医版主大招募
<http://bbs.iiyi.com/thread-2422286-1.html>
- ✧ 晒安全中心评分，获鲜花奖励！
<http://bbs.iiyi.com/thread-2304142-1.html>

责任编辑：修竹临风


春暖花开，这是我的世界

——建议将《春暖花开》定为“医护之歌”

作者：泰然居士

链接：<http://bbs.iiyi.com/thread-2467014-1.html>

蛇年春晚，那英一曲《春暖花开》，感染了无数观众，流行大江南北。近来业余时间，反复听了几遍，发现歌曲体现了一种博大包容的爱，与医护人员济世救人的情怀颇为符合，故而推荐作为“医护之歌”。《春暖花开》歌词如下：



如果你渴求一滴水
我愿意倾其一片海
如果你要摘一片红叶
我给你整个枫林和云彩
如果你要一个微笑
我敞开火热的胸怀
如果你需要有人同行
我陪你走到未来
春暖花开，这是我的世界
每次怒放，都是心中喷发的爱
风儿吹来，是我和天空的对白
微弱的声音，唱出我最闪亮的期待
春暖花开，这是我的世界
生命如水，有时平静有时澎湃
穿越阴霾，阳光洒满你窗台
其实幸福，一直与我们同在
我的世界，春暖花开

下面就歌曲所表达的意思与医护人员的职业特色做一分析：歌曲第一二段，用几个事例来表达医护人员的倾情付出，你索求的少，而我给予的多。从病人角度出发，“渴求一滴水”“要摘一片红叶”，表达了病人对美好生命的期盼和热爱。而医护人员“倾其一片海”“给你整个枫林和云彩”，则表达了医护人员更大的回报与付出，为了病人能够早日康复，愿意付出更大的代价。“如果你要一个微笑，我敞开火热的胸怀”病人的心情一般都很无助、阴冷，医护人员春天般温暖的微笑，可以抚慰病人的心灵，

而医护人员愿意用更加“火热的胸怀”，去驱散病人心头的阴霾。“如果你需要有人同行，我陪你走到未来”，更突出表明病人内心的渴望，生病后都会感到脆弱和孤单，而医护人员“陪你走到未来”的真情告白，能给予其生的希望和活着的坚强，这对于那些重症病人来说，无疑是极大的鼓励！这几句可以说是“生命的呼唤与应答”。歌曲第三四段则直抒胸臆：“春暖花开，这是我的世界”，表明了医护人员宽广的胸怀和神圣的职责与使命，要让病人体会到人世间的真诚与美好。“每次怒放，都是胸中喷发的爱”，进一步表明医护人员无尽的爱。“风儿吹来，是我和天空的对白。微弱的声音，唱出我最闪亮的期待”，唱出了医护人员心底的声音：个人力量虽然单薄，但会全力捍卫病人的生命健康。“生命如水，有时平静有时澎湃”，告诉病人朋友生命并非一帆风顺，要坦然面对病痛，有医护人员的陪伴，“穿越阴霾，阳光洒满你窗台”，最终一定会战胜病魔的阴霾，重获健康，生命充满阳光。“其实幸福，一直与我们同在”，其实我们一直被幸福包围，亲人的关爱，医护人员的精心诊疗护理，必将迎来春暖花开的美好生活。病人治愈出院时都会感到生命的春天来临。最后一句总结全曲：“我的世界，春暖花开”！整首歌曲，虽然没有只言片语提到医学，但其博爱的精神与医护人员的职业非常契合。

“无尽的爱”是歌曲的主题，“春暖花开”是歌曲的美好寓意。

“爱”是医护人员必备的美德，是沟通医患之间的桥梁。“医学之父”希波克拉底说：“哪里有对人的关爱，哪里就有对医学的爱”。中国医学历来强调“仁爱之心”、“济世救人”和“慈悲心”等，如医学被称为“仁心仁术”，喻昌《医门法律》说：“医，仁术也。仁人君子必笃于情，笃于情，则视人犹己，问其所苦，自无不到之处。”孙思邈《大医精诚》指出，医生要“先发大慈恻隐之心，誓愿普救含灵之苦。”张锡纯也说：“医虽小道，实济世活人之一端。”古语还有：“心不如佛者，不可为医”。章次公先生给朱良春先生寄语“菩萨心肠”等。所以，要成为一名优秀的医护人员，就要让自己的内心充满爱。对待病人要有爱心、耐心、细心、责任心，用精湛的医疗技术，来服务病人。

南丁格尔说：“护理工作平凡的工作，然而护理人员却用真诚的爱心去抚平病人心灵的创伤，用火一样的热情去点燃病人战胜疾病的勇气。”中国现代妇产科奠基人之一林巧稚，一生热忱奉献，被誉为“万婴之母”，老百姓为了感谢她，把从她手里出生的孩子起名“爱林”、“念林”、“敬林”等名字，演绎着大爱如天；我国外科鼻祖裘法祖，在每次手术前，都要对病人做全面的分析，最终确定一个最佳方案；“中

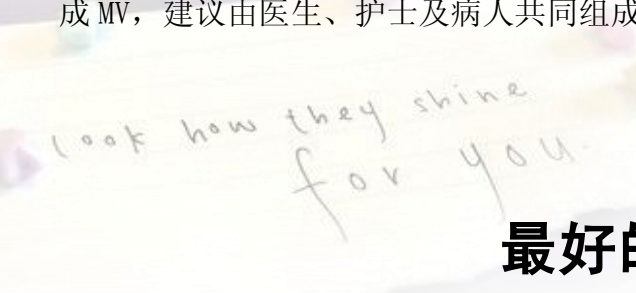
国肝胆外科之父”吴孟超，每次用听诊器给病人听诊时，都要先用手把它捂热，再放到病人身体上；非典肆虐期间，广东省中医院护士长叶欣，不顾个人安危，在抢救非典患者的斗争中，不幸牺牲，被同事赞为“阳光和微笑的化身”。他们都是用无私爱心服务病人的典范。

春暖花开，万物复苏，生机勃勃，是所有人向往的美好景象。医学自古就有“杏林春暖”的美誉，高明的医生被赞为“妙手回春”。人们在患病的时候，忍受着病痛折磨，内心深处都非常脆弱、阴暗、孤独，医护人员真诚的微笑，能让病人感受到春天般的温暖，减轻痛苦，甚至带来生的希望。很多研究表明，医护人员的爱心能对治疗效果产生直接的影响。冰心说过：“爱在左，同情在右。走在生命的两旁，随时播种，随时开花。”医护人员历来被称为“白衣天使”，寄托了人们对医护人员的赞美和美好的期望。

这首歌曲调平静舒缓，没有高亢激昂，也没有浮躁不安，描绘了一副春暖花开的美好景象，医护人员用无尽的爱心，为病人精心服务，让病人充满信心和勇气，在与医生的配合下“春暖花开”，“阳光洒满你窗台”，“幸福与我们同在”。

唱这首歌的现实意义还在于，能有利于缓解医患双方的矛盾。让医护人员时时提醒自己，坚定济世救人的信念，克服现实生活中心理的不满足，使心灵升华，铸就高尚的情操。病人朋友传唱此歌，更能激励战胜病魔的信心和勇气。这样，医患之间就会和谐相处。

医德类的格言、文章，古往今来不计其数，为规范医护人员的职业操守起到了极大的作用。但歌曲这种形式更易传播，感染力更强，值得研究推广。如果将这首歌拍成MV，建议由医生、护士及病人共同组成，背景以医院及春天的景色为主。



最好的药物

作者：lfxfxfx11

链接：<http://bbs.iiyi.com/thread-2451467-1.html>

二十床患者今日出院了，终于出院了，我们科的医护人员都有一种如释重负的感觉。

其实说来也没什么，这位患者病情不重，住院只是需要做一个小手术。也许是性

格使然，这位患者特别挑剔，容不得半点失误，住院期间已经与我们医护人员争吵过好几次了，所以大家都对他心存顾虑。而我作为他的管床医师，更是深有体会。今天他的伤口已经拆线，可以出院了。按照医院规定，出院时还需要与患者做一次沟通，交代出院后的注意事项，并且需要患者亲自签字，主任把这项平常简单的工作交给了我，也许是我还没有与这位患者发生过“冲突”，比较“合得来”。

注意事项已经打印完毕，我审视再三，生怕有什么错误被抓了把柄。确认没有问题后，我把患者请进了办公室。患者从头到尾看过一遍后，拿过笔，什么也没说就签上了名字，这真是大出我们的意料之外。

我正在心里琢磨着，这位患者开口说话了：“L 医生，我还有最后一个问题，请你回答我。”

我心里顿时咯噔一下，连忙说：“您请说，我尽力达到您的满意。”

“也没什么，就是你们医生护士的态度怎么有时好有时坏呢？就是同一个人也不例外。”患者于是问道。

天哪，这应该怎么回答。

我突然看到了患者手中拿的药瓶，那是出院后患者需要继续口服的药物，心里顿时有了主意。

“您看，这是您出院后需要继续服用的药物，是为了帮助您顺利恢复健康。其实，医生也像每一种药物一样，也有副作用。医生也是普普通通的人，平心而论，不让医生出一点错，那是不现实的，也是不客观的。为了健康，您可以吃下任何苦涩的药物，也可以忍耐它的副作用，因为大家都知道‘良药苦口利于病’的道理，那为什么不能包容一下只是常人的医生呢？包容不是退让，不是受气，更不是窝囊，而是为了让医生更好的为您的健康服务。相信这一点，作为您自己，那您心里也是明白的。在这里，我代表我们科室全体医护人员感谢您的配合。”我一口气说完后，紧张的盯着患者的脸，生怕他闹情绪。

患者沉思了一会，点了点头，说道：“有道理，只不过，如果医生也是药物的话，那应该是最好的药物。”说完后，握了握我的手，走出了办公室。

说的真好，医生要做最好的“药物”，在工作中，要尽量降低自己的“副作用”！虽然“是药三分毒”，作为医生，应当尽力把自己的副作用降到二分、一分，甚至更少。

编读往来

我们的杂志已经出版了很多期，编辑部与读者及时交流，才能让我们的杂志越来越好。我们开辟《编读往来》栏目，旨在积极和大家互动，进一步提高杂志质量。

爱爱医杂志的每一篇文章都是编辑们精挑细选并认真审核的，这里汇聚的都是爱爱医的精华，只要您关注，一定会有所收获。编辑们利用业余时间认真审核稿件，就是希望通过我们的努力，能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！阳春三月，又到了一年最好的时光，春天的播种，才有秋的收获，今年有可能还会印刷爱爱医杂志的半年刊纸质版，只要您参与，就会有会，精美的纸质杂志等您来赢取，快来关注爱爱医杂志吧！

心电图有奖读图第三十期评审工作及获奖名单

作者: htchb

链接: <http://bbs.iiyi.com/thread-2449949-1.html>

这份心电图在十二导同步记录中，呈现为窦性心律，完全性左束支阻滞；在动态心电图记录中，除房性早搏及房速外，窦性 P 波形态无明显变化，可见 2 种 QRS 波群（窄和宽）形态，其中宽 QRS 波群（CLBBB）出现与频率无关，这样就排除了频率依赖性的 3 相和 4 相阻滞，并且这种宽 QRS 波群也不中只在房速中出现，也不完全呈长短周期变化，基本上排除了室内差异性传导的可能。结合十二导同步心电图，可以做出间歇性完全性左束支阻滞的诊断。间歇性左束支传导阻滞包括一过性、交替性或阵发性左束支传导阻滞。心电图表现为左束支传导阻滞时隐时现，实际上是二度左束支传导阻滞。云的影子分析的很透彻，很清楚。

心电图诊断：1、窦性心律；

2、房性早搏伴短阵房性心动过速；

3、间歇性完全性左束支阻滞；

4、ST-T 改变。

鉴别诊断：1、室性心动过速——室速可见有房室分离、室性融合波。

2、频率依赖性左束支传导阻滞——频率依赖性左束支传导阻滞的发生与心率或心动周期有关：快心率依赖性左束支传导阻滞(3相左束支传导阻滞)左束支传导阻滞于心率加快时出现，心率减慢以后左束支传导阻滞消失；慢心率依赖性左束支传导阻滞(4相左束支传导阻滞)左束支传导阻滞于心率减慢时出现，心率转为正常或加快以后左束支传导阻滞消失。

3、间歇性预激综合征——间歇性预激综合征可见PR间期缩短，QRS波群增宽且起始部粗钝(Δ波)。

临床意义：左束支阻滞的图形间歇出现，且左束支传导阻滞的发生与心率快慢无关的现象。发生原理主要是由于左束支的绝对不应期或相对不应期间歇发生病理性延长所引起。绝对不应期延长出现完全性左束支传导阻滞；相对不应期延长则出现不完全性左束支传导阻滞。

心电图特点：左束支阻滞的图形间歇出现(一次或多次描记)；左束支阻滞图形的RR间期等于或接近于不发生左束支传导阻滞时的RR间期；心室率多在正常范围。由于此类传导阻滞属于部分性，其左束支的传导功能暂时处于不稳定状态，部分患者经治疗可减轻或消失，但多易发展为永久性完全性左束支传导阻滞。

治疗主要针对原发病因，本身无特殊治疗方法。

不尽之处，还望各位多多指教。

获奖情况是根据网友回答问题的先后以及回答问题的规范程度和准确程度，经过几位版主的讨论，获奖名单如下：

一等奖：云的影子

二等奖：一丛萱草 发尖风 秋土

三等奖：zclwxy ceo3569 绿州胡杨

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、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、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。

三、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。

四、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。

五、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。

六、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。

七、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。

八、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。

九、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、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。

十一、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。



十二、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一份，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。

