

zz.iiyi.com

2015.04

爱爱医



第四期 总NO. 63

Volume 6, number 04, Apr. 2015

刊首语

春暖花开

作者：yemengzhe

链接：<http://bbs.iyi.com/thread-2584088-1.html>

一夜间，
风雪吹过，
扫尽枯枝断臂，
严冬日，
腊月酷寒，
封疆生机大地。
寂静的夜，
沉睡的人，
梦想始终都在，
希望直至永恒。
春暖花开的日子，
草长莺飞的季节，
抹一片绿色撒爱医，
同舟共济，起航未来。

责任编辑：yemengzhe

目录

会 长：陆德庆

执行会长：王罗刚

主 编：于竹梅

副 主 编：倪广峰

制 作：张常哲

顾 问：杨俊标

编 委：王荣增 王颖健 任忠林

刘 科 刘延红 刘现国

李照禄 何含含 张常哲

杨俊标 赵海波 尉晓亮

殷吉磊 康 晶 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://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，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

春暖花开..... 1

专家讲坛

巴尔通体感染性心内膜炎的研究进展..... 1

正确处理医护关系提高护理质量.....17

关 注

中医发展路在何方？.....19

专业交流

带状疱疹的误诊误治汇总..... 22

西 医

临床上怎样对待发热与退热.....25

小儿病毒性心肌炎的诊断..... 29

用病例说话：COPD 并不一定需要低流量吸氧！...30

肝功能指标异常的临床意义..... 34

消化内镜看图诊断（十三）..... 35

儿科雾化吸入的护理.....39

浅谈胸大肌在上臂疼痛治疗中的一点心得..... 40

心电图读图第四十三期..... 41

专业交流

整骨复位治疗椎间盘突出症..... 43

中 医

桂枝芍药知母汤治疗耐药性深部真菌感染案..... 44

歪打正着治愈扁平疣的启示..... 46

中西医结合治疗乙肝之经验..... 46

顽固性便秘一例..... 48

胃胀满治疗三步曲..... 49

三叉神经痛治验..... 50

不孕不育症（肝郁案）..... 51

识 草 药

老鹳草..... 52

接骨木..... 53

病例讨论

高热、咳嗽、气喘 7 天..... 56

剧烈胸腹痛伴大汗..... 62

医疗资讯

医疗资讯..... 67

医网情深

感谢亲爱的自己..... 70

三峡逍遥游..... 71

编读往来

编读往来..... 76

心电图有奖读图第四十二期评审工作及获奖名单76

杂志稿约

爱爱医杂志稿约..... 78

巴尔通体感染性心内膜炎的研究进展

Research progress on Bartonella endocarditis:

A review of the literatures

整理: kangjing_dr

链接: <http://bbs.iiyi.com/thread-2579140-1.html>

感染性心内膜炎(Infective endocarditis, IE)是一类严重威胁生命、临床表现极其复杂且诊断十分困难的疾病^[1]。该病的病因复杂,依据初起临床表现、潜在心脏疾病、涉及病原微生物和并发症存在与否等表现出各种各样的形式,其治疗需内科医生、心脏病专家、外科医生、微生物学家、传染病专家、神经学家、神经外科学家、放射科学家和病理学家等的会诊与治疗^[2]。自从磺胺类药和青霉素出现,IE治疗得到了很大改观,不再是普遍致命性的疾病^[3]。在过去30年里,预防和治疗水平虽然有了很大提高,但发病率和死亡率依然比较高^[1],每年发病率为3~10例/100000人,住院死亡率为9.6%~26.0%^[4]。Netzer等^[5]报道IE死亡率在20世纪50年代约为40.0%~60.0%,20世纪70年代到80年代降到约为30.0%,1980~1995年约为16.0%~27.0%。Slipczuk等^[6]研究近五十年IE流行病学显示在20世纪70年代住院死亡率为24.4%~36.8%,并且之后一直保持在这个水平。

引起IE病原体有链球菌(*Streptococcus* spp.)、葡萄球菌(*Staphylococcus* spp.)、柯克斯体(*Coxiella* spp.)、巴尔通体(*Bartonella* spp.)、衣原体(*Chlamydia* spp.)、棒状杆菌(*Corynebacterium* spp.)、布鲁氏菌(*Brucella* spp.)、肠杆菌科(*Enterobacteriaceae* spp.)、真菌(*Fungi*)等^[7]。其诊断方法除依据临床表现外,主要依据微生物学检查,比如血液及瓣膜组织培养分离病原体、血清学、组织病理学和核酸分子诊断^[7]。报道血培养阴性心内膜炎(Blood culture negative endocarditis, BCNE)患者在IE患者中约占2.5%~31.0%^[8-10],主要是由于一类营养条件要求苛刻、生长缓慢、难以培养的病原体,即巴尔通体与柯克斯体引起^[8],其中巴尔通体感染性心内膜炎(*Bartonella* endocarditis, BE)发病率在IE患者中约占4.5%^[3,6]。Slipczuk等^[6]报道全世界BCNE患者在20世纪60年代约占18%,20世纪70年代约占14%,20世纪80年代约占23%,20世纪90年代约占20%,21世纪前十年约占14%,近十年处于下降趋势。英国报道伦敦圣托马斯医院1975~2000年516份心内膜炎病例,研究显示BCNE患者约占12.2%,BE发病率在BCNE患者中约占11%^[9]。在法国BE发病率在IE患者中约占30%^[10-11],在巴西

BE 患者在 BCNE 患者中约占 3.9%^[12]。

巴尔通体引起的相关疾病属于被忽视的疾病 (Neglected disease), 但引起的心内膜炎严重影响到人类健康, 造成卫生经济负担, 因此重新认识这种病原体以及相关疾病势在必行。在此, 本文分析了 52 篇文献报道的 538 例 BE 的临床症状、诊断和治疗等, 阐述了巴尔通体和相关心内膜炎的流行概况、实验室诊断、治疗和预防措施等。

1 BE 报告病例分析

本文收集了 1993 - 2013 年英国、法国、美国、印度、瑞典和希腊等全世界范围内报道的 52 篇文献^[7, 12-62], 共计 538 例 BE, 其中 47 篇文献详细描述 110 例患者情况, 5 篇文献只报道 BE 病例数共 428 例^[7, 55-56, 61-62]。统计时剔除重叠病例报道。在有性别记录的 108 名患者中, 男性占 78.7%(85 例), 女性占 21.3%(23 例), 男女发病率比例约 4:1。患者年龄在 4~81 岁之间, 40 岁以下患者占 34.6%(37 例), 40 岁以上的占 65.4%(70 例), 老年患者居多。报道有瓣膜病史患者占 34.5%(38 例)。从动物接触史看, 主要报道接触猫、狗、兔和猴等, 并有体虱和蚤类滋生情况。从预后情况看, 报道 71 例患者中死亡占 19.7%(14 例), 治愈占 80.3%(57 例)。从诊断方法看, 主要有辅助的超声心动图检查、血清学、血培养、瓣膜培养和核酸分子检查。在 88 例患者中, 赘生物患者占 75%(66 例)。在受累的瓣膜损伤中(91 例), 动脉瓣膜占 79.1%(72 例), 二尖瓣膜占 30.8%(28 例), 三尖瓣膜 5.5%(5 例)和肺动脉瓣膜 4.4%(4 例)。血清学检测阳性患者占 81.8%(90 例)。血培养阳性患者占 8.1%(9 例)。瓣膜培养阳性患者占 11.8%(13 例)。血样和瓣膜 PCR 检测阳性患者占 63.6%(70 例)。

综合各种方法检测感染人心内膜炎的巴尔通体主要有 8 种, 在 110 个病例患者中, 由五日热巴尔通体 (*B. quintana*, Bq) 感染的患者占 50.0%(55 例), 汉赛巴尔通体 (*B. henselae*, Bh) 占 23.6%(26 例), 另外还有文森巴尔通体伯格霍夫亚种 (*B. vinsonii* subsp. *berkhoffii*, Bvb) (2 例)、文森巴尔通体阿鲁潘亚种 (*B. vinsonii* subsp. *arupensis*, Bva) (5 例)、阿尔萨斯巴尔通体 (*B. alsatica*, Ba) (2 例)、伊丽莎白巴尔通体 (*B. elizabethae*, Be) (1 例)、克勒巴尔通体 (*B. koehlerae*, Bk) (1 例)和 *Candidatus B. mayotimonensis* (1 例), 未确定种的患者有 17 例。

2 巴尔通体流行概况

巴尔通体是一群革兰染色阴性、氧化酶阴性、营养条件要求苛刻、兼性细胞内寄生的需氧杆菌, 主要寄生在人、猫、狗和啮齿动物等血管内皮细胞和红细胞内, 通过跳蚤、体虱和白蛉等传播, 可引起人类卡瑞恩病、猫抓病、战壕热、杆菌性血管瘤、心内膜炎等疾

病。尽管在自然界存在已久、分布广泛，且有该病暴发流行，但人们对巴尔通体认知程度仍然有限。随着新发传染病出现，目前已定义了 27 个种，种类越来越多，引发疾病谱也相当复杂，故越来越受到国内外生物医学界的重视，我国也把巴尔通体病定为 14 种新发传染病之一。

近年来，感染人类疾病的巴尔通体种类越来越多，共报道 13 种，其中 8 种可感染人引起心内膜炎，此外至少有 6 种巴尔通体 (*B. quintana*, *B. henselae*, *B. bovis*, *B. vinsonii* subsp. *berkhoffii*, *B. clarridgeiae*, *B. washoensis*) 可感染动物引起心内膜炎^[63-69]。*Bq* 是主要的病原体，且是首次被确认为 BE 的物种，最先引起人们注意的是在第一次大战期间暴发且死亡率较高的战壕热^[70]，*Bh* 和 *Bvb* 次之，并可导致严重的瓣膜损伤。报道 *Bq* 感染心内膜炎的危险因素主要有免疫缺陷病、酗酒、无家可归和体虱感染，经常发生在以前没有瓣膜疾病的人群，而 *Bh* 感染心内膜炎主要与猫和猫蚤接触，经常发生在已患有瓣膜疾病人群中^[59]。此外，巴尔通体具有不完全的宿主特异性，*Bh* 和 *Bk* 的主要宿主是猫^[71-73]；*Bq* 的主要宿主是人类和其他灵长类动物^[74-76]；*Bvb* 宿主为郊狼、狐狸和狗，其中郊狼和狐狸是野生宿主，狗是与人类更为亲密的宿主动物^[64]；*Be* 和 *Bva* 的宿主是啮齿动物^[59]；*Ba* 报道的唯一宿主是兔^[52]；*Candidatus B. mayotimonensis* 从心内膜炎病人中分离^[53]，未确定宿主。

3 巴尔通体实验室诊断

心内膜炎诊断标准首先应符合杜克 (Duke) 诊断标准^[77]。对于 BE，血清学诊断只能作为辅助，而血液及瓣膜组织培养分离病原体以及核酸检测才可作为确诊手段。

3.1 分离培养

适合分离的标本有血液、淋巴组织、皮肤、心脏瓣膜及其他器官的活检标本。最常用的是人工培养基分离培养，固体培养需添加动物全血，在 37° C 含 5%CO₂ 的血培养基 (如含 5% 羊血的胰酶大豆琼脂、哥伦比亚琼脂、巧克力琼脂等) 上生长，也可在含小牛血清的肉汤及组织中培养。一般培养 12~14d 可看到典型的菌落生长，有时需 45d，原代培养通常需 5~30d，传代培养需 35d。液体培养无需添加动物全血，更接近于宿主体内的环境，明显加快培养速度，为更难培养的菌提供了很好的解决办法。国外 Riess 等^[78] 发现在果蝇细胞培养基中添加胎牛血清、谷氨酰胺和蔗糖后可使巴尔通体生长良好，具有操作方便稳定的优点。国内已建立以昆虫细胞培养基 (Schneider' sinsectmedium, SIM) 为基础的液体培养方法，成分更简单、易于操作、生长良好^[79]。细胞培养是最有效的分离培养，国外常用的细胞是人血管内皮细胞 ECV304，对血液和淋巴标本来说也是比较好的方法^[80]。这

些方法对巴尔通体培养和研究具有重要的应用价值,但在判断结果时只靠肉眼观察,没有足够可靠的依据,降低了实验准确性,此外还有部分待测样本在培养前使用过抗生素,容易导致阴性结果。

3.2 血清学检测

目前一般采用间接免疫荧光抗体测定法(IFA)、酶联免疫吸附法(ELISA)、免疫印迹分析(Westernblotting)^[81],其中 IFA 是最常用诊断 BE 的方法。报道在总体人群中采用 IFA 方法检测血清抗体,当血清抗体滴度为 1:1600 时,其阳性符合率为 0.884^[82]。最新研究显示当血清抗体滴度为 1:1600 时,其阳性符合率为 0.672,敏感率为 0.771;当抗体滴度为 1:800 时,其阳性符合率为 0.398,而敏感率达到 0.895,然而这一较低性符合率是由于在确定正常人群实验参考值时,包含了一系列患有慢性 Bq 菌血症的流浪汉人群,提高了正常人群的抗体滴度^[62]。国内杨小冉等采用 ELISA 和 IFA 方法检测北京市昌平地区健康人群体检血清标本中 Bh 抗体阳性率,分别为 34.5%和 35.6%^[83]。血清学检测是 BE 最实用的诊断方法,但灵敏度差,不能很好区分 Bq 和 Bh,容易与衣原体等其他微生物出现交叉反应。

3.3 核酸诊断

(1) 普通 PCR。检测巴尔通体主要基于 16SrRNA、16S - 23SrRNAITS、gltA、groEL、ftsZ 和 ribC 基因 PCR 扩增。目前,栗冬梅等已采用普通 PCR 扩增上述基因和测序的方法在北京、山东和云南等地的猫、狗、鼠、蚤和蜱中检测出 Bq、Bh、Bvb 和 Bc 等巴尔通体^[84-87]。虽然普通 PCR 已是快速检测病原体常用的一种技术,但还存在很大缺陷,如引物结合缺乏特异性、实验室污染和临床上 PCR 抑制物存在造成假阴性等。我们在实际工作中发现,对于直接检测临床样品,不敏感和假阳性是存在较多的问题,特别是应用巢式 PCR 时,敏感性虽然增加,但是污染造成的假阳性问题仍然比较突出,因此限制了在临床上的推广应用。

(2) 实时荧光定量 PCR(Real-timequantityPCR, qPCR)。目前用于微生物病原体检测的 qPCR 多为探针法。优点是对目标序列有很高的特异性,依据序列特异性探针区别物种,特异性准确率更高,解决了荧光染料非特异的缺点,且反应结束后不需要进行寡核苷酸熔解曲线分析,缩短了实验时间。

单重实时荧光探针定量 PCR: 国外报道通过扩增 ssrA 基因建立实时荧光探针 PCR 方法检测巴尔通体属^[88]。国内本实验室已建立了单重实时荧光定量 PCR 方法检测一些常见的巴尔通体,如 Bvb^[89]、Bh、Bq、Be 和 Bb(尚未发表),其他实验室也有报道采用 TaqMan-MGB 探针技术建立了检测 Bh 和 Bq 单重实时荧光定量 PCR 方法^[90]。这些方法虽然克服常规 PCR

技术的不足，并可对未经 PCR 扩增的原始模板进行定量，特异性、敏感性和重现性相对更好，但是一个 PCR 体系只能检测一种或一类病原体，不能同时检测多种病原体，导致待测样品和试剂使用量相对比较多，与目前发展的多重实时荧光探针 PCR 相比还是有些不足。

多重实时荧光探针定量 PCR，在单一管中有效的区分多种病原体，具有高效性、经济简便性等优点，节约样本的同时又达到了经济实用、加速实验进程等。缺点是要合成昂贵的探针，且在设计引物探针时要避免引物和引物、探针和探针及引物和探针之间二聚体，给设计合适组合的引物探针带来一定的困难。该方法在其他致病菌如曲霉菌等检测应用广泛，而在巴尔通体检测上还没有相关报道。

(3) 高分辨率熔解曲线分析技术(High-resolution melting analysis, HRM)。是在实时荧光定量 PCR 上发展的一种新技术，克服了无需使用特异性探针即可分析核酸熔解曲线的变化，克服了不饱和染料如 SYBRGreen 的一些缺点，如荧光强度较低、稳定性差，标记 DNA 双链时不能保证全部 PCR 产物都嵌合上染料，嵌合到产物中的染料如果在扩增过程中不能及时脱落，抑制 PCR 反应等。该技术主要采用饱和染料如 LCGreen 等有更强 DNA 结合能力和很低抑制作用，解链过程中不会发生重排，使熔解过程中发出的荧光信号具有更高的分辨率。结合多重 PCR 方法建立 HRM 方法根据其特定 T_m 值和熔解曲线有效区分 T_m 差异的多种物种。与多重实时荧光探针 PCR 相比，操作相对简单，不需制作标准曲线，仅用 T_m 值即可判断结果；不需合成探针，成本低。但还有些不足，可以检测任何双链 DNA 序列的扩增，没有引物特异性。国外已报道采用 SYBR 染料建立检测巴尔通体荧光定量 PCR 方法，用作巴通体心内膜炎的诊断^[61]，最新报道采用饱和染料 cyto9 扩增 *rpoB*、*gltA*、ITS 测序检测巴尔通体^[91-93]。

目前，国内外尚未见应用多重实时荧光探针 PCR 和 HRM 方法同时检测鉴定多种巴尔通体。感染人心内膜炎的巴尔通体最常见的病原体为 Bq、Bh 和 Bvb，因此有必要建立灵敏度高、快速同时检测这 3 种病原体的方法，为 BE 检测工作提供更有效的手段。鉴于上述两种方法各自优缺点，本研究试验建立这两种方法检测巴尔通体，通过实验比较其特异性灵敏性。

4 治疗

迄今 BE 最佳治疗方法还没有建立。疑似 IE，治疗主要选用头孢曲松钠、强力霉素、万古霉素、庆大霉素、红霉素和利福平等；疑似 BE，推荐头孢曲松 $[100\text{mg}/(\text{kg} \cdot \text{d})]$ 和强力霉素 $[2 \sim 4\text{mg}/(\text{kg} \cdot \text{d})]$ 6 周，再加 2 周庆大霉素 $[3\text{mg}/(\text{kg} \cdot \text{d})]$ ；确认 BE，推荐 6 周强力霉素，随后再服用 2 周庆大霉素^[57]。手术治疗对 BE 并不是必须的，主要通过患者临床

状况来确定,对于瓣膜疣状赘生物、治疗2周后依然有栓塞、心室衰竭、发生难治性急性心力衰竭、瓣膜穿孔和腱索离断等需考虑手术治疗^[2, 57-58, 94-95]。尽管如此,仍然有1/3急性病例由于治疗时机等因素而预后不良,特别是治疗前病程长、抗生素不敏感、剂量或疗程不足和有严重肺、脑或心内膜损害的病例大多在停药后6周容易复发,复发率约5%~10%,复发病例再治疗时,应采取联合用药,加大剂量和延长疗程,甚至推荐终身治疗^[95]。

5 防控措施

目前还没有有效的免疫预防方法,主要采取综合性防控办法。首先应经常全面地杀虫^[15, 27]灭鼠,消除鼠类和吸血节肢动物的孳生。对豢养宠物(特别是猫、狗和兔等)的家庭需特别注意宠物及环境卫生,避免被动物抓咬伤等,一般不建议HIV患者豢养宠物。其次对有风湿性瓣膜病或先天性心脏病患者需注意口腔卫生,及时处理各种感染病灶,施行手术或器械检查前应给予抗生素^[2, 74]。此外巴尔通体感染的患者大部分是一些社会弱势群体,如吸毒者、慢性酗酒者、流浪人群、HIV阳性患者、无家可归和卫生条件差的人群,需提高人群免疫力以及改善他们的生活状况,养成良好的生活习惯等。

6 结语

巴尔通体生长缓慢、营养条件要求苛刻而难于分离培养是造成诊断困难的原因之一,其次所引起IE没有明显临床特征,许多病例没有被识别出来,因此实际BE感染率远比我们知道的多。分子生物学诊断技术的迅速发展将有助于提高BE的诊断,增加BE病例报道的数目。随着研究不断深入,引发BE的新种将不断出现,人们发现不同种巴尔通体所致疾病的严重性也各不相同,更增加了此种疾病的复杂性。目前,造成该病原体肆虐的原因以及致病机理尚不十分清楚,其感染途径也较为复杂,给诊断、治疗和预防措施的制定带来了困难。BE潜隐发病,临床上以心脏瓣膜损害为主,严重者甚至威胁生命,及早发现和治疗可以避免不良的预后,因此需引起广大临床及预防医学工作者高度的重视。鉴于此,建立快速灵敏的巴尔通体检测方法是当前的迫切需要,为巴尔通体引起一系列疾病的早期诊断和治疗提供先决条件。

参考文献

- [1] Lisby G, Gutschik E, Durack DT. Molecular methods for diagnosis of infective endocarditis[J]. Infectious Disease Clinics of North America, 2002, 16(2): 393-412
- [2] Habib G, Hoen B, Tornos P, et al. Guidelines on the prevention, diagnosis, and treatment of infective endocarditis (new version 2009): the task force on

the prevention, diagnosis, and treatment of infective endocarditis of the European Society of Cardiology (ESC). Endorsed by the European Society of Clinical Microbiology and Infectious Diseases (ESCMID) and the International Society of Chemotherapy (ISC) for infection and cancer[J]. European Heart Journal, 2009, 30(19): 2369-2413

[3] Bor DH, Woolhandler S, Nardin R, et al. Infective endocarditis in the U.S., 1998 - 2009: a nationwide study[J]. PLoS One, 2013, 8(3): e60033

[4] Fedeli U, Schievano E, Buonfrate D, et al. Increasing incidence and mortality of infective endocarditis: a population-based study through a record-linkage system[J]. BMC Infectious Diseases, 2011, 11: 48

[5] Netzer RO, Zollinger E, Seiler C, et al. Infective endocarditis: clinical spectrum, presentation and outcome. An analysis of 212 cases 1980 - 1995[J]. Heart (British Cardiac Society), 2000, 84(1): 25-30

[6] Slipczuk L, Codolosa JN, Davila CD, et al. Infective endocarditis epidemiology over five decades: a systematic review[J]. PLoS One, 2013, 8(12): e82665

[7] Fournier PE, Thuny F, Richet H, et al. Comprehensive diagnostic strategy for blood culture-negative endocarditis: a prospective study of 819 new cases[J]. Clinical Infectious Diseases: an Official Publication of the Infectious Diseases Society of America, 2010, 51(2): 131-140

[8] Maguina C, Gotuzzo E. Bartonellosis: new and old[J]. Infectious Disease Clinics of North America, 2000, 14(1): 1-22

[9] Lamas CC, Eykyn SJ. Blood culture negative endocarditis: analysis of 63 cases presenting over 25 years[J]. Heart (British Cardiac Society), 2003, 89(3): 258-262

[10] Chaloner GL, Harrison TG, Birtles RJ. Bartonella species as a cause of infective endocarditis in the UK[J]. Epidemiology and Infection, 2013, 141(4): 841-846

[11] Houpikian P, Raoult D. Blood culture-negative endocarditis in a reference center: etiologic diagnosis of 348 cases[J]. Medicine, 2005, 84(3): 162-173

[12] Lim MH, Chung DR, Kim WS, et al. First case of Bartonella quintana

endocarditis in Korea[J]. Journal of Korean Medical Science, 2012, 27(11): 1433-1435

[13] Spach DH, Callis KP, Paauw DS, et al. Endocarditis caused by *Rochalimaea quintana* in a patient infected with human immunodeficiency virus[J]. Journal of Clinical Microbiology, 1993, 31(3): 692-694

[14] Drancourt M, Mainardi JL, Brouqui P, et al. *Bartonella* (*Rochalimaea*) *quintana* endocarditis in three homeless men[J].

The New England Journal of Medicine, 1995, 332(7): 419-423

[15] Spach DH, Kanter AS, Daniels NA, et al. *Bartonella* (*Rochalimaea*) species as a cause of apparent “culture-negative” endocarditis[J]. Clinical Infectious Diseases: an Official Publication of the Infectious Diseases Society of America, 1995, 20(4): 1044-1047

[16] Bergmans AM, Coenen JL, Bakhuizen R, et al. Endocarditis in a Dutch patient caused by *Bartonella quintana*[J]. Clinical Microbiology and Infection: the Official Publication of the European Society of Clinical Microbiology and Infectious Diseases, 1997, 3(6): 692-695

[17] Bruneel F, D’estaque J, Fournier PE, et al. Isolated right-sided *Bartonella quintana* endocarditis in an immunocompetent adult[J]. Scandinavian Journal of Infectious Diseases, 1998, 30(4): 424-425

[18] Znazen A, Rolain JM, Hammami N, et al. High prevalence of *Bartonella quintana* endocarditis in Sfax, Tunisia[J]. The American Journal of Tropical Medicine and Hygiene, 2005, 72(5): 503-507

[19] Yoda M, Hata M, Sezai A, et al. First report of *Bartonella quintana* endocarditis in Japan[J]. Circulation Journal: Official Journal of the Japanese Circulation Society, 2008, 72(6): 1022-1024

[20] Balakrishnan N, Menon T, Fournier PE, et al. *Bartonella quintana* and *Coxiella burnetii* as causes of endocarditis, India[J]. Emerging Infectious Diseases, 2008, 14(7): 1168-1169

[21] Ehrenborg C, Hagberg S, Alden J, et al. First known case of *Bartonella quintana* endocarditis in Sweden[J]. Scandinavian Journal of Infectious Diseases,

2009, 41(1): 73-75

[22] Dimopoulos S, Eleftherakis E, Charitos C, et al. Bartonella quintana endocarditis as a cause of severe aortic insufficiency and heart failure[J]. Hellenic Journal of

Cardiology:HJC=HellenikeKardiologikeEpitheorese, 2012, 53(6): 476-479

[23] Dzunpova O, Pekova S, Sojkova N, et al. Infective endocarditis due to Bartonella quintana: a severe disease and underdiagnosed etiology[J]. Folia Microbiologica, 2013, 58(6):491-494

[24] Sondermeijer HP, Claas EC, OrendiJM, et al. Bartonella quintana prosthetic valve endocarditis detected by blood culture incubation beyond 10 days[J]. European Journal of Internal Medicine, 2006, 17(6): 441-443

[25] Jalava J, Kotilainen P, Nikkari S, et al. Use of the polymerase chain reaction and DNA sequencing for detection of Bartonella quintana in the aortic valve of a patient with culture-negative infective endocarditis[J]. Clinical Infectious Diseases: an Official Publication of the Infectious Diseases Society of America, 1995, 21(4): 891-896

[26] Hadfield TL, Warren R, Kass M, et al. Endocarditis caused by Rochalimaeahenselae[J]. Human Pathology, 1993, 24(10):1140-1141

[27] Holmes AH, GreenoughTC, BaladyGJ, et al. Bartonella henselaeendocarditis in an immunocompetent adult[J]. Clinical Infectious Diseases: an Official Publication of the Infectious Diseases Society of America, 1995, 21(4): 1004-1007

[28] Baorto E, Payne RM, Slater LN, et al. Culture-negative endocarditis caused by Bartonella henselae[J]. The Journal of Pediatrics, 1998, 132(6): 1051-1054

[29] De La Rosa GR, Barnett BJ, Ericsson CD, et al. Native valve endocarditis due to Bartonella henselae in a middle-aged human immunodeficiency virus-negative woman[J]. Journal of Clinical Microbiology, 2001, 39(9): 3417-3419

[30] Rodrick D, Dillon B, Dexter M, et al. Culture-negative endocarditis due to Houston Complex Bartonella henselae acquired in Noumea, New Caledonia[J]. Journal of Clinical Microbiology, 2004, 42(4): 1846-1848

[31] Tsuneoka H, Yanagihara M, Otani S, et al. A first Japanese case of Bartonella

henselae-induced endocarditis diagnosed by prolonged culture of a specimen from the excised valve[J]. *Diagnostic Microbiology and Infectious Disease*, 2010, 68(2): 174-176

[32] Pachirat O, Kosoy M, Bai Y, et al. The first reported case of endocarditis in Thailand[J]. *Infectious Disease Reports*, 2011, 3(1): e9

[33] Endara SA, Roati AA, Alizzi AM, et al. Aortic valve endocarditis caused by *Bartonella henselae*: a rare surgical entity[J]. *The Heart Surgery Forum*, 2001, 4(4): 359-360

[34] Atamanyuk I, Raja SG, Kostolny M. *Bartonella henselae* endocarditis of percutaneously implanted pulmonary valve: a case report[J]. *The Journal of Heart Valve Disease*, 2011, 20(1): 94-97

[35] Van Tooren RM, Van Leusen R, Bosch FH. Culture negative endocarditis combined with glomerulonephritis caused by *Bartonella* species in two immunocompetent adults[J]. *The Netherlands Journal of Medicine*, 2001, 59(5): 218-224

[36] Lejko-Zupanc T, Slemenik-Pusnik C, Kozelj M, et al. Native valve endocarditis due to *Bartonella henselae* in an immunocompetent man[J]. *Wiener Klinische Wochenschrift*, 2008, 120(7/8): 246-249

[37] Sankatsing SU, Kolader ME, Bouma BJ, et al. 18F-fluoro-2-deoxyglucose positron emission tomography-negative endocarditis lenta caused by *Bartonella henselae*[J]. *The Journal of Heart Valve Disease*, 2011, 20(1): 100-102

[38] Dreier J, Vollmer T, Freytag CC, et al. Culture-negative infectious endocarditis caused by *Bartonella* spp.: 2 case reports and a review of the literature[J]. *Diagnostic Microbiology and Infectious Disease*, 2008, 61(4): 476-483

[39] Raoult D, Fournier PE, Drancourt M, et al. Diagnosis of 22 new cases of *Bartonella* endocarditis[J]. *Annals of Internal Medicine*, 1996, 125(8): 646-652

[40] Lepidi H, Fournier PE, Raoult D. Quantitative analysis of valvular lesions during *Bartonella* endocarditis[J]. *American Journal of Clinical Pathology*, 2000, 114(6): 880-889

[41] Breathnach AS, Hoare JM, Eykyn SJ. Culture-negative endocarditis:

- contribution of Bartonella infections[J]. Heart (British Cardiac Society), 1997, 77(5): 474-476
- [42] Lamas C, Favacho A, Ramos RG, et al. Bartonella native valve endocarditis: the first Brazilian case alive and well[J]. The Brazilian Journal of Infectious Diseases: an Official Publication of the Brazilian Society of Infectious Diseases, 2007, 11(6): 591-594
- [43] VikramHR, Bacani AK, Devaleria PA, et al. Bivalvular Bartonella henselae prosthetic valve endocarditis[J]. Journal of Clinical Microbiology, 2007, 45(12): 4081-4084
- [44] Walls T, Moshal K, Trounce J, et al. Broad-range polymerase chain reaction for the diagnosis of Bartonella henselae endocarditis[J]. Journal of Paediatrics and Child Health, 2006, 42(7/8): 469-471
- [45] Kreisel D, Pasque MK, Damiano RJ Jr, et al. Bartonella species-induced prosthetic valve endocarditis associated with rapid progression of valvular stenosis[J]. The Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery, 2005, 130(2): 567-568
- [46] Lesprit P, Noel V, Chazouilleres P, et al. Cure of Bartonella endocarditis of a prosthetic aortic valve without surgery: value of serologic follow-up[J]. Clinical Microbiology and Infection: the Official Publication of the European Society of Clinical Microbiology and Infectious Diseases, 2003, 9(3): 239-241
- [47] Klein JL, Nair SK, Harrison TG, et al. Prosthetic valve endocarditis caused by Bartonella quintana[J]. Emerging Infectious Diseases, 2002, 8(2): 202-203
- [48] Roux V, EykynSJ, Wyllie S, et al. Bartonella vinsonii subsp. berkhoffii as an agent of afebrile blood culture-negative endocarditis in a human[J]. Journal of Clinical Microbiology, 2000, 38(4): 1698-1700
- [49] Fenollar F, Sire S, Raoult D. Bartonella vinsonii subsp. arupensis as an agent of blood culture-negative endocarditis in a human[J]. Journal of Clinical Microbiology, 2005, 43(2): 945-947
- [50] Bai Y, Kosoy MY, Diaz MH, et al. Bartonella vinsonii subsp. arupensis in

- humans, Thailand[J]. *Emerging Infectious Diseases*, 2012, 18(6): 989-991
- [51] Raoult D, Roblot F, Rolain JM, et al. First isolation of *Bartonella alsatica* from a valve of a patient with endocarditis[J]. *Journal of Clinical Microbiology*, 2006, 44(1): 278-279
- [52] Jeanclaude D, Godmer P, Leveiller D, et al. *Bartonella alsatica* endocarditis in a French patient in close contact with rabbits[J]. *Clinical Microbiology and Infection : the Official Publication of the European Society of Clinical Microbiology and Infectious Diseases*, 2009, 15(Suppl. 2): 110-111
- [53] Lin EY, Tsigrelis C, Baddour LM, et al. *Candidatus Bartonella mayotimonensis* and endocarditis[J]. *Emerging Infectious Diseases*, 2010, 16(3): 500-503
- [54] Daly JS, Worthington MG, Brenner DJ, et al. *Rochalimaea elizabethae* sp. nov. isolated from a patient with endocarditis[J]. *Journal of Clinical Microbiology*, 1993, 31(4): 872-881
- [55] Raoult D, Fournier PE, Vandenesch F, et al. Outcome and treatment of *Bartonella* endocarditis[J]. *Archives of Internal Medicine*, 2003, 163(2): 226-230
- [56] Fournier PE, Lelievre H, Eykyn SJ, et al. Epidemiologic and clinical characteristics of *Bartonella quintana* and *Bartonella henselae* endocarditis: a study of 48 patients[J]. *Medicine*, 2001, 80(4): 245-251
- [57] Das BB, Wasser E, Bryant KA, et al. Culture negative endocarditis caused by *Bartonella henselae* in a child with congenital heart disease[J]. *The Pediatric Infectious Disease Journal*, 2009, 28(10): 922-925
- [58] Pitchford CW, Creech CB, Peters TR, et al. *Bartonella henselae* endocarditis in a child[J]. *Pediatric Cardiology*, 2006, 27(6): 769-771
- [59] Olarte L, Ampofo K, Thorell EA, et al. *Bartonella vinsonii* endocarditis in an adolescent with congenital heart disease[J]. *The Pediatric Infectious Disease Journal*, 2012, 31(5): 531-534
- [60] Avidor B, Graidys M, Efrat G, et al. *Bartonella koehlerae*, a new cat-associated agent of culture-negative human endocarditis[J]. *Journal of Clinical Microbiology*, 2004, 42(8): 3462-3468
- [61] Zeaiter Z, Fournier PE, Greub G, et al. Diagnosis of *Bartonella*

endocarditis by a real-time nested PCR assay using serum[J].

Journal of Clinical Microbiology, 2003, 41(3): 919-925

[62] Fournier PE, Mainardi JL, Raoult D. Value of microimmunofluorescence for diagnosis and follow-up of Bartonella endocarditis[J]. Clinical and Diagnostic Laboratory Immunology, 2002, 9(4): 795-801

[63] Maillard R, Petit E, Chomel B, et al. Endocarditis in cattle caused by Bartonella bovis[J]. Emerging Infectious Diseases, 2007, 13(9): 1383-1385

[64] Cockwill KR, Taylor SM, Philibert HM, et al. Bartonella vinsonii subsp. berkhoffii endocarditis in a dog from Saskatchewan[J]. The Canadian Veterinary Journal La Revue Veterinaire Canadienne, 2007, 48(8): 839-844

[65] Perez C, Hummel JB, Keene BW, et al. Successful treatment of Bartonella henselae endocarditis in a cat[J]. Journal of Feline Medicine and Surgery, 2010, 12(6): 483-486

[66] Chomel BB, Wey AC, Kasten RW. Isolation of Bartonella washoensis from a dog with mitral valve endocarditis[J]. Journal of Clinical Microbiology, 2003, 41(11): 5327-5332

[67] Breitschwerdt EB, Atkins CE, Brown TT, et al. Bartonella vinsonii subsp. berkhoffii and related members of the alpha subdivision of the Proteobacteria in dogs with cardiac arrhythmias, endocarditis, or myocarditis[J]. Journal of Clinical Microbiology, 1999, 37(11): 3618-3626

[68] Chomel BB, MacDonald KA, Kasten RW, et al. Aortic valve endocarditis in a dog due to Bartonella clarridgeiae[J]. Journal of Clinical Microbiology, 2001, 39(10): 3548-3554

[69] Kelly P, Rolain JM, Maggi R, et al. Bartonella quintana endocarditis in dogs[J]. Emerging Infectious Diseases, 2006, 12(12): 1869-1872

[70] Spach DH, Kanter AS, Dougherty MJ, et al. Bartonella (Rochalimaea) quintana bacteremia in inner-city patients with chronic alcoholism[J]. The New England Journal of Medicine, 1995, 332(7): 424-428

[71] Jameson P, Greene C, Regnery R, et al. Prevalence of Bartonella henselae antibodies in pet cats throughout regions of North America[J]. The Journal of

Infectious Diseases, 1995, 172(4): 1145-1149

[72] Droz S, Chi B, Horn E, et al. *Bartonella koehlerae* sp. nov., isolated from cats[J]. Journal of Clinical Microbiology, 1999, 37(4): 1117-1122

[73] Rolain JM, Fournier PE, Raoult D, et al. First isolation and detection by immunofluorescence assay of *Bartonella koehlerae* in erythrocytes from a French cat[J]. Journal of Clinical Microbiology, 2003, 41(8): 4001-4002

[74] Huang R, Liu Q, Li G, et al. *Bartonella quintana* infections in captive monkeys, China[J]. Emerging Infectious Diseases, 2011, 17(9): 1707-1709

[75] O' rourke LG, Pitulle C, Hegarty BC, et al. *Bartonella quintana* in cynomolgus monkey (*Macaca fascicularis*) [J]. Emerging Infectious Diseases, 2005, 11(12): 1931-1934

[76] Sui LH, Zeng L, Zhang GZ, et al. Isolation of *Bartonella quintana* from rhesus monkeys and analysis of the *gltA* gene sequence[J]. Acta Laboratorium Animalis Scientia Sinica, 2012, 20(4): 62-65 (in Chinese) 隋丽华, 曾林, 张广州, 等. 恒河猴五日热巴尔通体的分离和柠檬酸合成酶基因的序列分析[J]. 中国实验动物学报, 2012, 20(4): 62-65

[77] Qian J. Diagnostic criteria (Duke) of infective endocarditis [J]. Chinese Circulation Journal, 2003, 18(3): 205-205 (in Chinese)

钱杰. 感染性心内膜炎诊断标准(Duke) [J]. 中国循环杂志, 2003, 18(3): 205-205

[78] Riess T, Dietrich F, Schmidt KV, et al. Analysis of a novel insect cell culture medium-based growth medium for *Bartonella* species[J]. Applied and Environmental Microbiology, 2008, 74(16): 5224-5227

[79] Li DM, Miao ZG, Song XP, et al. Optimization of liquid growth conditions and determination of growth curves for *Bartonella* species[J]. Microbiology China, 2012, 39(11): 1695-1702 (in Chinese) 栗冬梅, 苗志刚, 宋秀平, 等. 巴尔通体液体培养条件简化及生长曲线观察[J]. 微生物学通报, 2012, 39(11): 1695-1702

[80] La Scola B, Raoult D. Culture of *Bartonella quintana* and *Bartonella henselae* from human samples: a 5-year experience (1993 to 1998) [J]. Journal of Clinical Microbiology, 1999, 37(6): 1899-1905

[81] Houpikian P, Raoult D. Western immunoblotting for *Bartonella* endocarditis[J].

Clinical and Diagnostic Laboratory Immunology, 2003, 10(1): 95-102

[82] Zhang LJ, He JR, Hai R, et al. Research progress on Bartonella endocarditis[J]. Chinese Journal of Epidemiology, 2005, 26(10): 815-816 (in Chinese)张丽娟, 贺金荣, 海荣, 等. 巴尔通体感染性心内膜炎的研究进展[J]. 中华流行病学杂志, 2005, 26(10): 815-816

[83] Yang XR, Liu QY, Cui BY, et al. Using direct enzyme linked immunosorbent assay for the detection of IgG antibody on Bartonella henselae among healthy people in Changping, Beijing[J]. Chinese Journal of Epidemiology, 2007, 28(7): 688-691 (in Chinese)杨小冉, 刘起勇, 崔步云, 等. 间接酶联免疫吸附试验检测北京市昌平地区体检人群中汉赛巴尔通体抗体[J]. 中华流行病学杂志, 2007, 28(7): 688-691

[84] Li DM, Meng FX, Qin ZJ, et al. Isolation of Bartonella henselae from cat in Shandong[J]. Chinese Journal of Vector Biology and Control, 2005, 16(6): 452 (in Chinese)栗冬梅, 孟凤霞, 秦增军, 等. 山东省家猫检出汉赛巴尔通体[J]. 中国媒介生物学及控制杂志, 2005, 16(6): 452

[85] Li DM, Meng FX, Song XP, et al. Isolation of pathogenic Bartonella—Bartonella vinsonii subsp. Berkhoffii from dog blood in Shandong [J]. Chinese Journal of Epidemiology, 2006, 27(4): 333-338 (in Chinese)栗冬梅, 孟凤霞, 宋秀平, 等. 从山东省家犬血液中分离出致病性巴尔通体——文森巴尔通体伯格霍夫亚种[J]. 中华流行病学杂志, 2006, 27(4): 333-338

[86] Li DM, Liu QY, Yu DZ, et al. Molecular evidence of Bartonella species from fleas in Yunnan[J]. Chinese Journal of Vector Biology and Control, 2005, 16(1): 5-8 (in Chinese)栗冬梅, 刘起勇, 俞东征, 等. 用 PCR 方法检出蚤类携带巴尔通体[J]. 中国媒介生物学及控制杂志, 2005, 16(1): 5-8

[87] Li DM, Liu QY, Yu DZ, et al. Isolation and detection of Bartonella from fleas and ticks [J]. Chinese Journal of Zoonoses, 2005, 21(12): 1052-1058, 1074 (in Chinese)栗冬梅, 刘起勇, 俞东征, 等. 蚤、蜱中巴尔通体的分离培养及检测鉴定 [J]. 中国人兽共患病杂志, 2005, 21(12): 1052-1058, 1074

[88] Diaz MH, Bai Y, Malania L, et al. Development of a novel genus-specific real-time PCR assay for detection and differentiation of Bartonella species and

- genotypes[J]. Journal of Clinical Microbiology, 2012, 50(5): 1645-1649
- [89] Li DM, Song XP, Wang J, et al. Real-time PCR-based detection of *Bartonella vinsonii* subsp. *Berkhoffii* by TaqMan minor groove binder probe[J]. Acta Microbiologica Sinica, 2013, 53(9): 976-983 (in Chinese) 栗冬梅, 宋秀平, 王君, 等. TaqMan-MGB 探针检测文森巴尔通体伯格霍夫亚种实时荧光定量 PCR 方法的建立及应用[J]. 微生物学报, 2013, 53(9): 976-983
- [90] Chen ML, Zhang JB, Sun ZJ, et al. Detection of *Bartonella quintana* by a quantitative real-time polymerase chain reaction[J]. Chinese Journal of Zoonoses, 2006, 22(6): 510-513, 557 (in Chinese) 陈梅玲, 张晶波, 孙长俭, 等. 实时荧光定量 PCR 检测五日热巴通体[J]. 中国人兽共患病学报, 2006, 22(6): 510-513, 557
- [91] Morick D, Baneth G, Avidor B, et al. Detection of *Bartonella* spp. in wild rodents in Israel using HRM real-time PCR[J]. Veterinary Microbiology, 2009, 139(3/4): 293-297
- [92] Morick D, Osinga N, Gruys E, et al. Identification of a *Bartonella* species in the harbor seal (*Phocavitulina*) and in seal lice (*Echinophthirius horridus*) [J]. Vector Borne and Zoonotic Diseases (Larchmont, NY), 2009, 9(6): 751-753
- [93] Gutierrez R, Morick D, Gross I, et al. *Bartonellae* in domestic and stray cats from Israel: comparison of bacterial cultures and high-resolution melt real-time PCR as diagnostic methods[J]. Vector Borne and Zoonotic Diseases (Larchmont, NY), 2013, 13(12): 857-864
- [94] Sabe MA, Shrestha NK, Menon V. Contemporary drug treatment of infective endocarditis[J]. American Journal Cardiovascular Drugs: Drugs, Devices, and Other Interventions, 2013, 13(4): 251-258
- [95] Zhang ZX, Li YF. Research progress of *Bartonella* diseases[J]. Animal Husbandry & Veterinary Medicine, 2012, 44(11): 91-95 (in Chinese) 张振兴, 李玉峰. 巴尔通体病研究进展[J]. 畜牧与兽医, 2012, 44(11): 91-95

正确处理医护关系提高护理质量

作者: kangjing_dr

链接: <http://bbs.iyyi.com/thread-2582445-1.html>

医疗和护理工作是医院工作中两个相对独立而又密不可分的系统,服务对象虽然都是病人,但工作重点则有不同。因此,建立良好的医护关系是取得优良护理质量的重要因素。

1 医护矛盾的主要表现

1. 1 医护双方不能相互了解

实践表明,医护双方在平时的工作中都认为自己的工作很重要、很勤奋、很忙累,稍有一点不慎竟会被对方指责,感到很委屈,有伤自尊。并且,通常有一方会认为对方的不慎会给自己带来很大的不方便,影响自己的工作。在这种互相不能理解的前提下,一旦语言中出现用词不当或表现出偏激情绪,容易引发冲突。

1. 2 缺乏必要的信息交流

在临床实践中,医师期望护士能非常默契地了解医嘱,迅速地执行医嘱,及时报告患者的病情变化。而护士则希望医师具有高度的责任心,医嘱及时明确。但往往有时因为一方无法了解另一方的意图,或应该报告的信息未及时报告或强调引起另一方的重视。双方在对某一信息了解程度上产生差异,从而影响医疗工作的开展,容易产生矛盾,发生冲突。

1. 3 缺乏主动地协调配合

患者的治疗过程是一个医护协作的过程。但由于医师和护士因学科划分和担负的任务不同,各自主管不同环节。在日常工作中因为缺乏协调,医师下达医嘱出现错误时,护士发现后不协助修改,不提出意见,认为是医师的工作与己无关。护士在执行医嘱时,医师不注重操作过程,不注意操作疗效,认为这都是护士的工作。从而导致医护脱节,产生医护矛盾,严重影响治疗效果,大大降低了医疗质量。

1. 4 对护士角色的认识偏差

医师大多数都经历了严格的大学训练,从医学学士到硕士、博士等,学历都很高。而护士往往只有专科或本科学历。这样就让有的医疗机构行政部门人员认为护士无足轻重,有的医师也认为护士可有可无,让护士在医院中处于弱势地位。甚至有人还认为护士仍处于“打针、发药”的基本阶段,忽视了目前的护士已经达到参与健康教育、康复咨询、心理护理,甚至抢救生命的高级护理阶段,忽视了护士的重要性,轻视护理工作,从而产生医护矛盾。医护冲突的危害在于损害了医疗活动主体的团结和配合协作,影响了医师与护

士的工作情绪，从而直接或间接影响了医疗和护理工作的顺利进行，影响医疗和护理工作的质量。因此，正确处理医护矛盾已成为提高护理质量和医疗质量的重要环节。

2 正确处理医护关系

2.1 建立“相互尊重”的医护关系

“相互尊重”意味着医师尊重护士，护士尊重医师。医护实践中，只有分工的不同，没有地位的高低，大家都是在一种平等合作的关系上共事，任何一方都不应该轻视贬低另一方。同时医护人员还要尽可能地在患者面前树立对方的威信，使患者对整个医疗护理过程充满信心。

2.2 医护之间相互了解，经常交流信息

医护之间要相互信赖、相互关心。作为共事者，要善于发现对方的困难，设身处地为对方着想。并且在自己力所能及的范围内给予关心和帮助，使医护关系更加默契，不断提高医护水平。采取各种形势互通情况，涉及医疗护理情况尤为重要。医师要多利用交班查房的机会，将一些新病人、新病种、新手术、新药品的使用等向护士通报，讲解某些必要的知识及护理要求。护士也要及时地向医师报告患者的病情变化，报告治疗的效果，从而促进医疗护理之间相互依赖、相互补充的合作关系。

2.3 医护之间要主动配合协作，注意沟通方式

医师要为护士创造工作条件，理解护理人员的辛勤劳动，重视护理人员的病情报告。护士也要主动执行医嘱，配合治疗，对医疗工作提出合理意见。双方都要增强工作责任心，相互监督、建立友谊。医护之间要加强自身修养，多些宽容，在非原则性问题上少些认真。当医护人员冲突发生后，双方都要冷静和理智，多为病人着想，多考虑病人利益，多考虑对方处境，多做自我批评，避免在病人面前大吵大闹，可以到办公室心平气和地谈心解决，使已发生的冲突产生最小的不良影响。

真诚合作、关心体贴、相互理解，医护双方要充分认识到对方的重要性，在工作中相互理解，与人为善，时时刻刻以“患者第一”，共同为医疗负责，建立和谐的医护关系，提高护理和医疗质量。（文章原作者：李品，郅婷，唐宁宁）

参考文献：略。

责任编辑：kangjing_dr

中医发展路在何方？

来源：睿医资讯(爱爱医转载)

链接：<http://www.iiyi.com/d-17-213633.html>

中国国医节，你知道吗？

中医是中国传统文化中重要组成部分，具有上千年的历史，为中华民族的健康作出了不可磨灭的贡献。然而，在这个凡事讲求效率的时代，越来越多的人选择了相对更为方便快捷的西医，中医的科学性也一直遭到国内外人士的质疑。中医应该如何发展，如何跟上现代化的步伐，成了现代中医药发展必须考虑的问题。

中医的科学性不容否定

“中西医并重”是我国的卫生工作方针，但是由于现代医学的发展，中医的发展受到了挑战，中医在国外得到了很好的推广和应用，包括韩国、印度都用法律形式把传统医学固定下来了，而在中国医疗资源比较稀缺的情况下则更应该好好地传承和利用，也应运用现代科学技术不断地发展、创新中医。

“中医和西医是两个不同的理论体系，不能用管西医、管西药的办法来管中医、管中药。”——国家卫生计生委副主任、国家中医药管理局局长王国强

“提高技术劳务价格，让中医的价值充分体现，才能更好地发挥中医‘简、便、验、廉’的优势。”——国家中医药管理局副局长马建中

“种子好药材好，药材好药才好。所以，要从源头上建立种苗繁育基地。”——中国中医科学院副院长黄璐琦

中医药是中国古代科学的瑰宝，几千年来，为中华民族的繁衍昌盛作出了巨大贡献。但是，中医药事业发展也面临着一些实际的困难。

中医医学院毕业生就业难

来要水医生是家传中医，家里出了好几个中医大夫，现在他也是中国人民解放军309医院中医科的一名大夫，提到中国国医节，他满是无奈，“这个节日看上去很美，但医生根本就触摸不到。”来医生表示，自己一天看了70多个病号，平均每两分钟就得看一个病人，候诊的队伍排得长长的，所有的患者都在焦急地催促。而到晚上，还要忙着写论文，上周日晚上，他也只睡了两个小时就接着上班。

谈到自己身处其中的中医药产业发展现状，来医生说道，“中医面临着严重的人才流失问题，因为很多中医医学院毕业生都找不到工作。”据介绍，按照《医师法》

的规定，中医医学院毕业生必须在医院的中医科就职，进入其它科室是违规的，许多西医院都不要中医医学院毕业生，而中医院的发展规模又十分有限。“我们这么大的三甲医院，中医科就只有4个人。那么就说明只需要4个中医医学院相关的人员。但据我所知，其它科室都很缺人，他们对中医的人才也很感兴趣，但如果进入相关科室出现医疗纠纷问题就属违规，是不能招中医医学院毕业生的。”

据悉，由于中医药行业收入水平低和用人减少等问题，使许多中医学院毕业的学生选择了改行。来医生的经历还比较特殊，他一开始进入医院并不是中医科，而是急诊科，“那时急诊科缺人，我们中医也希望能够进入到急诊科、心血管科、肿瘤科、儿科等其它科室，这样才能促进中医各个学科的创新和发展，没有这些学科的基础何谈创新？何谈发展？”来医生解释道，中医是不排外的，它的创新发展也需要借鉴一些西医或者其它学科的理论基础。一位业内人士也表示，中西医是可以共赢的，对于一个好的中医，现代医学理论也一定要懂。

不能用管西医的办法管中医

最近美国一本医学杂志发表论文，认为针灸对于治疗慢性膝关节炎没有效果，相当于安慰剂，这篇论文也在国内引起了很大的争议。

关于中医科学不科学的争论一直存在，但中医的科学性是不容否定的。目前，全世界有170多个国家和地区在运用中医针灸。美国医学杂志发表的这篇论文，引起了全球针灸医师的争论。专家们认为，这篇论文的研究方法、病例选择、疗效评价等方面存在一些缺陷。这个研究没有体现出中医理论指导下的针灸，以此来否定中医针灸的疗效，不符合临床实际。但是，这件事情也给我们一个启示，中医针灸在走向世界的过程中，需要我们很好地研究中医理论指导下的针灸临床应用原理、作用等，拿出更多的事实来证明针灸的临床疗效。

作为中医界，应处理好继承和创新的关系，运用现代科学技术不断发展和创新中医。作为政府，应该更好地加强法律层面的建设，突出中医药的特色和优势。中医和西医是两个不同的理论体系，不能用管西医、管西药的办法来管中医、管中药。无论是法律、法规，还是标准、规范，都应体现“中西医并重”的方针，尊重中医药的发展规律。

比中医药现代化更迫切的是中医的传承

据中国社会科学院食品药品产业发展与监管研究中心张永建主任介绍，“怎样看待中医药现代化还有待更充分的讨论和研究。现在关于中医药的介绍，大部分都集中

在其中医药典籍、古代名医著作等等历史性的话题，那也是不是就意味着中医最好的时代在过去？我个人感觉，现在中医药产业发展首先要做的可能是做好传统中医药的传承，传承中要尽可能的保留下中医的精髓。”

此外，张主任提到，中医的教育、培训有自己的规律和特点，但长期以来，中医和中医管理部门都反映：现在是按照西医的学术标准和教育体制管理中医药，这样会使中医药工作者迷失自我。例如，传统上，中医和中药是在一起的一个整体，但在现代医学管理中却将医和药分得很清，或许在现代医学模式下的中医药发展仍在探索之中。此观点也与一些老中医的观点不谋而合，一位三甲医院中医科的主任医师提到，现在的中医教育在中医上下的功夫越来越少了，有些学生连基本的《黄帝内经》、《伤寒杂病论》都读不懂，这样培养出来的人可想而知，更别提成为中医大家了。

可喜的是，人大已经把中医药立法列入计划。中医界热切期盼，这部法律尽快进入人大审议程序，争取尽早出台。《中医药法》的出台，将从法律上确立中医药的地位，推动中医药的健康发展。中医药是我国的原创医学，应该有一部专门法律来保护。当然，中医药法治建设不仅仅是出台一部法律，还应建立起一套完整的法律体系，并与其他法律衔接起来，中医的传承从而具有法律的保障和支持。

结语：让我们共同来期待中医药的辉煌未来吧！

责任编辑：hehanhan



带状疱疹的误诊误治汇总

作者：监考老师

链接：<http://bbs.iiyi.com/thread-2457577-1.html>

带状疱疹是由水痘-带状疱疹病毒引起的炎症性皮肤病，病毒首先侵犯的是神经，所以约 60~70% 的患者先有神经痛症状，然后才出现皮疹。而就在这 3~5 天的“时间差”里，带状疱疹被误诊的就很多。以下是相关带状疱疹误诊实例，汇总在此，希望能引以为戒，提高诊断正确率。

误诊误治经验篇：

一、有结石病史患者腹背痛，原是带状疱疹。

有一天晚上快下班时收了一个男性患者，诉左上腹及左背部疼痛三天，疼痛为烧灼样，卧位加重。既往有左肾结石病史。查体：生命体征平稳，心肺(-)，全腹无压痛，无肾区叩痛，输尿管走行区无压痛。当时给患者开完肝胆脾胰双肾输尿管彩超、ECG、胸片、血尿常规、淀粉酶等检查后就着急下班走人了。第二天上班后看病历，各项检查出来均正常，但患者疼痛加重，请上级大夫查房，上级大夫查体发现有皮肤触痛，且疼痛部位不超过中线，考虑为带状疱疹。第三天患者皮肤陆续出现散在红斑，皮肤科会诊后诊断为带状疱疹。

教训：

1. 此患者入院后因为既往有结石病史，主要考虑为结石，思路太狭窄了，局限于常见病，但后来细想患者疼痛性质为烧灼样，不符。

2. 着急下班，也没有仔细询问患者有没有皮肤触痛及疼痛的范围。

二、牙痛脸痛要想到面神经带状疱疹。

去年 9 月份，正值秋冬季节，某日。

患者男，35 岁。自诉左下磨牙痛 3 天伴左边脸痛 2 天，曾在别的诊所治疗两天无效。

查体：T37.3℃，左脸下方第一磨牙→第三磨牙可明显看出肿胀，乃至颈部似乎都有些发红，细看其人牙齿均有些牙结石，牙齿有些发黄发黑，磨牙均有不同程度的磨损，牙周组织红肿。诊其为牙周组织发炎应该没有异议，那在别的诊所治疗会无效应该是消炎药的量不够吧，然后用药如下：

0.9%氯化钠 250ml+头孢曲松钠 2.0g；

5%葡萄糖 250ml+双黄连 60ml;

5%葡萄糖氯化钠 250ml+地米 5mg+阿米卡星 0.6g。

上述药物 1 次/天，静滴两天，外加脸部冷敷及生理盐水含漱，口服镇痛药。

两天后患者疼痛好转，只是脸部出现一些小水泡，沿面神经而上，有些已溃烂。遂让其到市人民医院皮肤科诊治，诊断为带状疱疹，足足治疗了一个多月才好。

误诊自剖：

一个典型的面神经带状疱疹，诊断起来的确不易。

用的杀菌剂和激素过量才导致带状疱疹治疗延长（带状疱疹一般 7~15 天可自愈）。如我们当医生的能够细心一点，有可能就可以避免这种误诊的发生，比如痛的感觉……。

三、带状疱疹复发，症状很像颈椎病。

我接诊一名患者，女，58 岁，曾患带状疱疹在我诊所治疗一周痊愈，因颈部不适、左臂痛前来就诊。自诉首先觉颈部僵硬不适，未在意，近两天感左臂疼痛，尤以颈部向前快速低头时为甚，从颈肩直至手放射状痛的感觉非常明显。且既往有颈椎病史，便以“颈椎病”、“颈肩综合征”进行治疗，治疗了两天患者诉疼痛加重，左手掌心出现一块约指头大小暗红色斑疹。第二天左上臂内侧出现簇聚性水泡，遂诊断带状疱疹，经一周治疗痊愈。

剖析：

1. 受患者既往的颈椎病史引导，思路不够开阔。
2. 因患者以前曾患此病，又自认为一般人不会重复患之，以至误诊。

四、查体不仔细，带状疱疹误诊为肩周炎。

昨天门诊，来了一位患者，已经看了两家医院了。主诉是右肩部疼痛，两家医院都诊断肩周炎，因为患者原有肩周炎病史，我想这种病见效本来就没这么快，干嘛心这么急一天看几家医院。我让患者脱了衣服看看，膏药已经贴上了，但是还是可以看到右侧上臂外侧成簇状长约 10 厘米的水泡，不好，像是带状疱疹，前两家医生肯定是没让患者脱衣服看，给误诊了。我马上让患者去皮肤科，过了一会儿，患者和家属过来说，确实是带状疱疹，遂千谢万谢。

我想：医生一定要认真查体，我只不过遵循了查体的基本原则而已。

五、心绞痛不缓解，当心疱疹前驱症状。

患者男，78 岁。因“发作性心前区疼痛 6 年，加重 2 小时”入院。患者缘于 6

年前开始，因发作性心前区疼痛而多次入住我院，心电图示心肌供血不足，诊为冠心病、心绞痛，经扩冠等治疗后疼痛缓解。此次入院 2 小时前无明显诱因出现左胸部持续性针刺样疼痛，并向左背部放射，触摸皮肤时加重。多次含硝酸甘油片，但效果欠佳。入院查体：T36.8℃，P86 次/分，BP145/95mmHg，神志清楚，表情痛苦，全身皮肤及黏膜未见皮疹，心率 87 次/分，律齐，心音有力，肝脾未及，双下肢无水肿。胸片提示心肺无异常，心电图示：T 波 II、III、V5、V6 低平。入院后仍诊为冠心病、心绞痛，给予心痛定 10mg、消心痛 10mg 每日 3 次口服，葛根素注射 250ml 每日 1 次静滴，度冷丁 50mg 每日 1 次肌注，2 天后胸痛仍不能缓解。入院后第 3 天查体：左胸部及左肩背片状红斑，群集性水疱。经皮肤科会诊诊断为带状疱疹，改为阿昔洛韦外涂内服，10 天后痊愈。

对该病例只凭以往经验诊断，未对疼痛全面分析，在硝酸甘油无效的情况下，一定要再认真分析、思考！

六、冠心病胸痛不是心梗，倒是疱疹。

上周在 CCU 值班，一个 65 岁老年女性病人，主因“胸痛 3 天”入院。入院后心电图示广泛 T 波倒置，患者既往有冠心病史，去年曾行冠状动脉造影示病变狭窄在 40~50%。后来经心肌酶学检查除外急性心肌梗死，但经过心绞痛治疗后患者仍诉胸痛，性质呈钻心样疼痛，剧烈，难忍，大汗，主要位于剑下偏左，已除外急性胰腺炎，疼痛呈持续性，时而减轻，时而加重，发作时心电图无动态变化，考虑不稳定型心绞痛不符合。正在我们集体考虑胃部病变，但用药效果也不好的时候，突然发现患者左乳房下出现多发红色疱疹，答案出来了，原来是带状疱疹。该病有一定的潜伏期，潜伏期时可有症状，但可无发疹，真是一头雾水，突见天明！

七、老年带状疱疹易误诊。

患者女，79 岁，因“左侧胸痛 4 天”就诊，患者感疼痛剧烈，反复发作，难以忍受。查体：体温 36.8℃，呼吸 25 次/分，脉搏 82 次/分，血压 160/95mmHg，心肺检查无异常。患者有高血压病史 11 年，冠心病史 5 年。诊断为冠心病、肋间神经痛。

静脉用复方丹参，口服曲马多片、谷维素、维生素 C、维生素 B1。经过 3 天的治疗，患者症状没有缓解。之后再次查体发现左侧胸后有呈带状分布的小疱疹，这才明白是“带状疱疹”，即给予抗病毒、营养神经、止痛、对症治疗，患者症状缓解。

误诊分析：老年带状疱疹早期临床表现不典型，以局部剧烈疼痛为主，不出现皮肤损害。老年患者基础病变多，易干扰医生的思维而误诊。

治疗经验:

一、带状疱疹我这样治。

用梅花针在其疱疹上快速进行针刺，使其水泡破裂毒血出来，隔日一次，一般 1~3 次可使水泡不再起。梅花针刺过后的创面，给予西咪替丁片、强的松片、VC 片研末后加入阿昔洛韦软膏中外敷。口服 VB1、VC、阿昔洛韦片、消炎药、止痛药，症状严重的，可以给予抗生素、地米（地米用药不要超过 3 天，控制症状即可）及利巴韦林、大剂量 VC 静脉滴注。最重要的还是梅花针的功效，此法我用来治疗带状疱疹 10 余年，疗效显著，一般轻症 3 天（梅花针 2 次）、重症 7 天（梅花针 3~4 次）全部痊愈。痊愈后口服药最好再继续服用几天，以免遗留神经痛。

二、带状疱疹后遗神经痛的治疗。

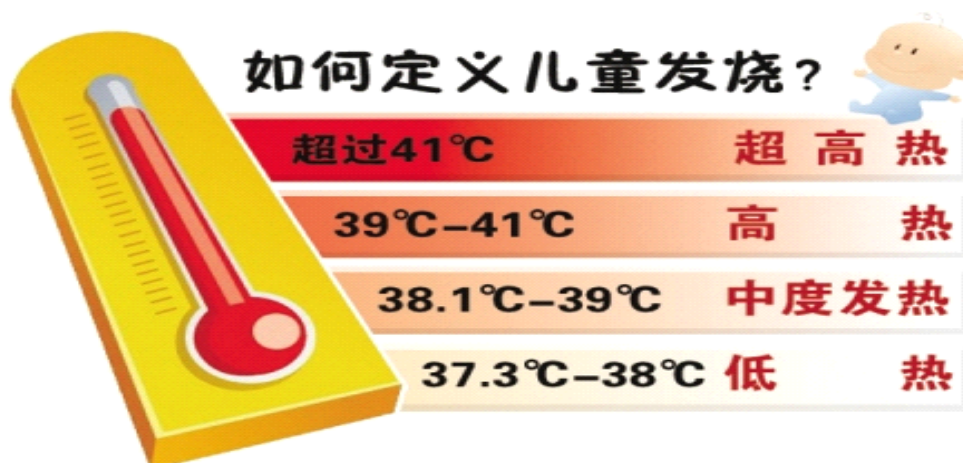
大家是否在临床上对带状疱疹后遗神经痛很头疼，现在我来向大家介绍我的治疗方法，大家有什么好的方法也请一起分享。

普鲁卡因 240mg 加入 0.9%氯化钠注射液或 5%葡萄糖注射液中静滴，qd，连用 10 天；潘生丁片 50mg，tid，po；雷公藤多甙片 20mg，tid，po；多虑平片 25mg，tid，po。患者应该从第二天或第三天开始疼痛的次数会减少，疼痛的时间缩短，一周后，或偶尔疼痛一次，逐渐疼痛症状完全消失。我们临床上也有用卡马西平片 0.1，bid，po，加雷公藤多甙片 20mg，tid，po，多虑平片 25mg，tid，po。

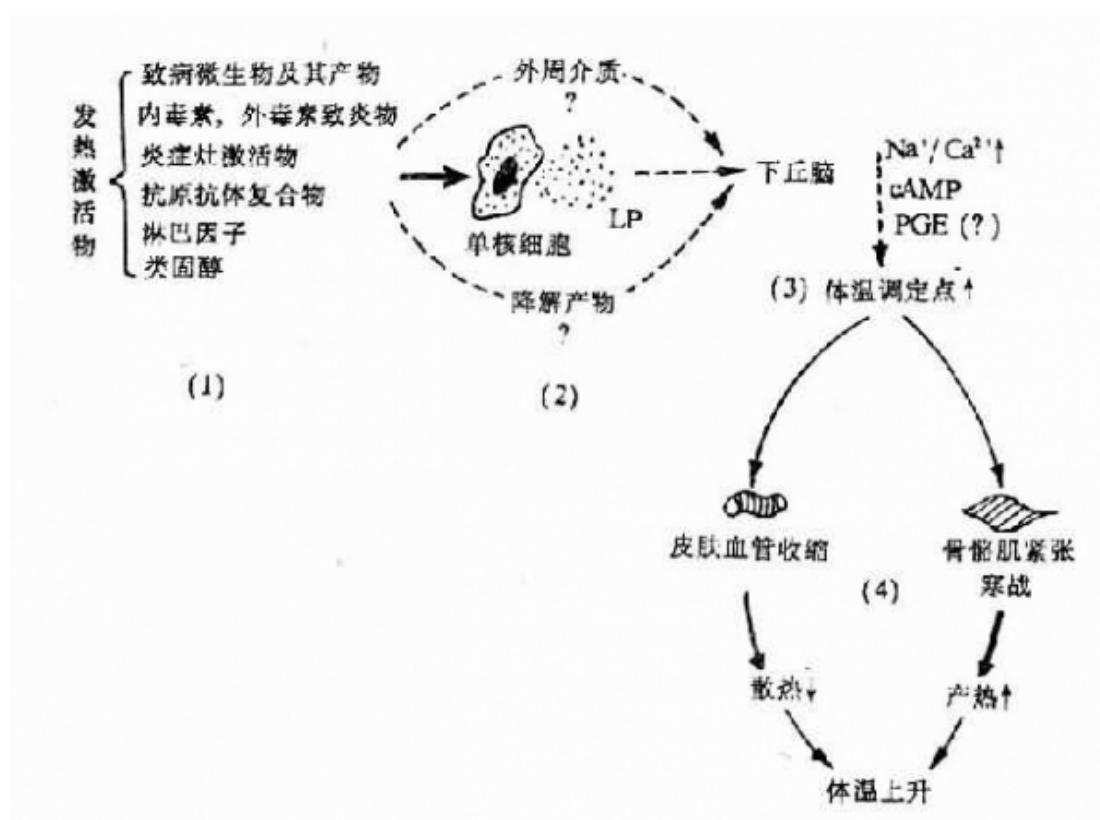
临床上怎样对待发热与退热

作者：踏青放牛

链接：<http://bbs.iiyi.com/thread-2566677-1.html>



发热是由外源性致热源引起，其发生机理主要是体温调节中枢的体温调定点上移。外源性致热源是使体内产生内生致热源细胞的激活物（包括各种病原体、内毒素、抗原抗体复合物、淋巴因子、类固醇产物和一些炎性物质），进入人体后，通过各种不同途径激活产生内生致热源细胞，使之产生并释放内生致热源（白细胞介素 1、白细胞介素 2、肿瘤坏死因子和干扰素等）。其致发热的机理尚未完全阐明，目前认为可能是通过某些生物活性物质，如前列腺素 E (PGE)、单胺（去甲基肾上腺素、5-羟色胺）、环磷酸腺苷 (cAMP)、钙/钠比值改变、内啡肽等作为中介，作用于体温调节中枢，使体温调定点上移，对体温重新调节，发出调节冲动。一方面作用于交感神经引起皮肤血管收缩，散热减少，另一方面作用于运动神经引起骨骼肌的周期性收缩而发生寒战，使产热增加。因皮肤血管收缩使皮温下降，刺激了冷感受器向丘脑下部发出传入冲动，也参与寒战的发生。因此调节的结果是产热大于散热，以致体温升高，上升到与体温调定点相适应的新水平。这是感染性发热时体温升高的基本机理。



非感染性发热如无菌性组织损伤（心肌梗死、肺栓塞、术后发热、胸腔或腹腔积液等）、变态反应、血型不合的输血、药物热、药物引起的溶血性贫血、结缔组织病等，致体温升高的机理主要为抗原抗体复合物对产生致热源细胞有特殊的激活作用，使之产生并释放内生致热源。恶性肿瘤引起发热，部分患者合并感染，单纯肿瘤而致发热者约近半数，多数学者认为由恶性肿瘤破坏的炎性病灶和肿瘤本身的免疫反应所

致。常见有恶性组织细胞病、淋巴瘤（尤其霍奇金病）、前列腺癌、肾癌、结肠癌、胰腺癌、肝癌、肺癌、多发性骨髓瘤等。由于产热散热异常引起的发热，产热大于散热者，有甲状腺危象、癫痫持续状态和嗜铬细胞瘤等。因散热减少所致者有阿托品中毒、大量失水、失血等。脑部有广泛慢性退行性病变或脑出血、流行性乙型脑炎等损害丘脑下部，可有超高热。交感神经受抑制，皮肤干而无汗，散热减少。

退热药的选用：

1. 退热可选用口服阿司匹林、对乙酰氨基酚和布洛芬。
2. 急性高热可用低浓度安乃近滴鼻，但应警惕过敏反应。
3. 孕妇应慎用解热镇痛药，不能应用吡唑酮类，一般只选用阿司匹林与对乙酰氨基酚，但不能过量。
4. 老年男性对药物的氧化能力下降，故应慎用以氧化为主要代谢的药物如水杨酸钠和保泰松等。



用药注意事项：

1. 不要随便服用退热药：发热是机体对病原体的抵御武器。当体温达到 39°C 以上时，体内的流感病毒毒力将逐渐被削弱。如果你能忍受这种高热，心血管系统一切正常，那么最好不要服药退热。可以采用冷水浸湿毛巾，敷在额头上，同时用另一块毛巾沾水擦手脚，热度就会慢慢退下来。否则，当机体利用高热与病毒抗争时，你却服药急剧退热，破坏了自卫本能，反而有助于病毒肆虐。

2. 不能用阿司匹林治疗流感：感冒病毒侵害血管，使血管变脆，不断向外渗血。如果流感患者服用阿斯匹林，将加重毛细血管出血和其他血管渗血，因此，不能用阿斯匹林治疗流感。

3. 最多服 3 天：这是避免不良反应的又一原则。一方面，解热抗炎药只起到缓解症状的作用，多用无益；另一方面，感冒引起的体温升高通常持续 2~3 天，如果

超过 3 天，病情可能变得复杂，最好到有检查条件的医院就诊。此外，来自美国的研究显示，滥用对乙酰氨基酚还会增加哮喘、慢性阻塞性肺疾病的发病风险。

4. 用药期间不喝酒：对乙酰氨基酚和布洛芬都是止痛常用药，很多慢性疼痛患者还会选择喝药酒止痛。专家提醒大家，服药期间饮酒不但可能加重对肝肾的损伤，还可能出现胃出血、溃疡等严重的胃肠道不良反应。因此，服药期间切不可饮酒。

5. 保证充足休息：患病时要注意卧床休息。流感病毒侵害机体，导致机体免疫力下降。有些勤劳主妇常在感冒发烧时还照常洗衣做饭，结果使病情加重。因此，患流感必须卧床休息，至少两天。休息得越充分，康复得越快，反之亦然。

6. 退烧药与咖啡：退烧药与咖啡一起服用可能会造成对肝脏的损害。对乙酰氨基酚是目前全世界应用最广泛的解热镇痛药，能缓解轻中度疼痛，如关节痛、头痛、肌肉痛、牙痛、痛经、神经痛等。如果把对乙酰氨基酚和咖啡混合服用，有导致严重后果的可能。对乙酰氨基酚在被肝脏裂解的过程中会产生一种有毒的生化酶，造成肝脏危害。咖啡因会使这种毒性物质的浓度升高 3 倍。此外，对乙酰氨基酚和酒精混合也协同该毒素引起肝损害。

7. 糖皮质激素的应用：糖皮质激素也有较强的退热作用，但容易掩盖病情，加重感染，不宜常规使用。只有在全身中毒症状较重，而且权衡利弊后才考虑使用糖皮质激素，否则最好不要使用这类药物，尤其是长效的糖皮质激素更是如此。

8. 中药的应用：双黄连口服液、儿感退热宁、小儿双清颗粒、消炎退热宁、柴胡注射液等中成药都有一定的降温效果，但退热不如西药作用强。



小儿病毒性心肌炎的诊断

作者：别看资料

链接：<http://bbs.iiyi.com/thread-1646209-1.html>

小儿病毒性心肌炎目前临床上很多见，但因为没有统一的诊断标准和特异的诊断手段，所以诊断和治疗很乱。尤其是基层医生，当患儿上感后出现心悸、气短、长叹气等就给家长一个可疑的诊断“心肌炎”，导致“心肌炎”的诊断扩大化。为进一步完善诊断与治疗，我们今天开贴一起讨论关于小儿病毒性心肌炎的一些临床问题：

定义：病毒侵犯心肌，引起心肌细胞变性、坏死和间质性炎症，称为病毒性心肌炎。目前已证实能引起病毒性心肌炎的病毒有柯萨奇、埃可、脊髓灰质炎、流感、副流感、腮腺炎、麻疹、风疹、疱疹病毒等。病理改变轻重不等，以间质炎症为主，呈局限或弥漫性分布。随着病情进展，炎症可消散或纤维组织增生形成疤痕。病毒除侵犯心肌外还可累及心内膜、传导系统及冠状动脉。

近年来发病逐渐增多，各年龄均可发病，但以学龄前及学龄儿童多见，好发于夏秋季。多数病例在起病前 1~2 周或同时有上呼吸道感染或消化道感染的前驱病史。临床表现轻重不一，轻者仅似“感冒”样表现，重者很快出现心力衰竭、心源性休克甚至猝死。

以下是目前的诊断标准：

1. 临床诊断依据

(1) 心功能不全、心源性休克或心脑综合征。

(2) 心脏扩大（X 线、超声心动图检查具有表现之一）。

(3) 心电图改变：以 R 波为主的 2 个或 2 个以上主要导联（I、II、aVF、V5）的 ST-T 改变持续 4 天以上伴动态变化，窦房传导阻滞、完全性右或左束支阻滞，成联律、多形、多源、成对或并行性早搏，非房室结及房室折返引起的异位性心动过速，低电压（新生儿除外）及异常 Q 波。

(4) CK-MB 升高或心肌肌钙蛋白（cTnI 或 cTnT）阳性。

2. 病原学诊断依据

(1) 确诊指标：自患儿心内膜、心肌、心包（活检、病理）或心包穿刺液检查，发现以下之一者可确诊心肌炎由病毒引起。

①分离到病毒。

②用病毒核酸探针查到病毒核酸。

③特异性病毒抗体阳性。

(2) 参考依据：有以下之一者结合临床可考虑心肌炎由病毒引起。

①自患儿粪便、咽拭子或血液中分离出病毒，且恢复期血清同型抗体滴度较第一份血清升高或降低 4 倍以上。

②病程早期患儿血中特异性 IgM 抗体阳性。

③用病毒核酸探针自患儿血中查到病毒核酸。

3. 确诊依据

(1) 具备临床诊断依据 2 项，可临床诊断为心肌炎。发病同时或发病前 1~3 周有病毒感染的证据支持诊断。

(2) 具备病原学确诊依据之一，可确诊为病毒性心肌炎，具备病原学参考依据之一，可临床诊断为病毒性心肌炎。

(3) 凡不具备确诊依据，应给予必要的治疗或随诊，根据病情变化确诊或除外心肌炎。

应除外风湿性心肌炎、中毒性心肌炎、先天性心脏病、结缔组织病以及代谢性心肌损害、甲状腺功能亢进症、原发性心肌病、原发性心内膜弹力纤维增生症、先天性房室传导阻滞、心脏自主功能异常、 β 受体功能亢进及药物引起的心电图改变。

4. 分期

(1) 急性期：新发病，症状及检查阳性发现明显且多变，一般病程在半年以内。

(2) 迁延期：临床症状反复出现，客观指标迁延不愈，病程多在半年以上。

(3) 慢性期：进行性心脏增大，反复心力衰竭或心律失常，病情时轻时重，病程在 1 年以上。

用病例说话：COPD 并不一定需要低流量吸氧！

作者：我不是名医

链接：<http://bbs.iiyi.com/thread-2566249-1.html>

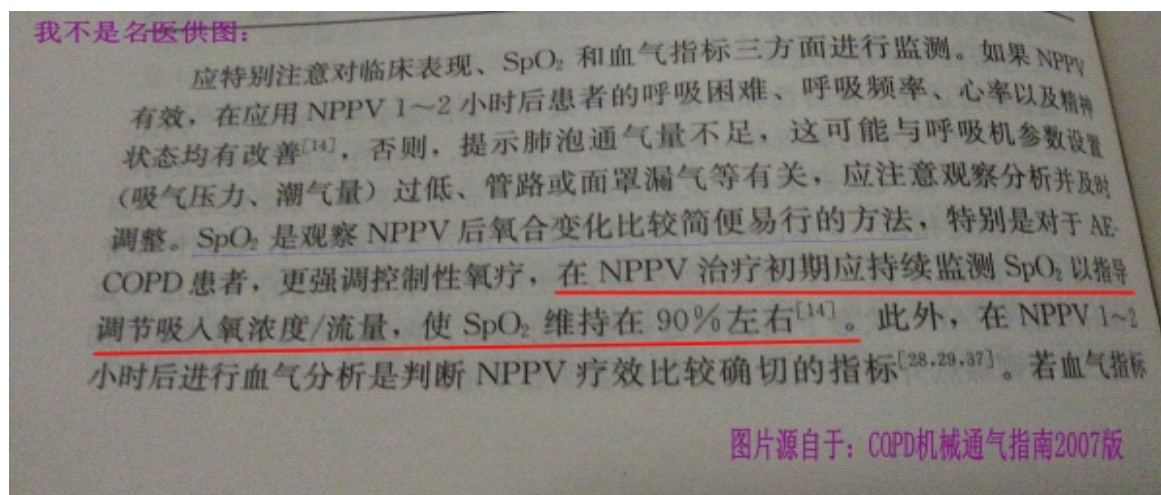
前言：不久前，我发了一篇帖子，讲述 COPD、呼吸衰竭病人在吸氧的时候，并不一定需要低流量吸氧，而应该根本的监测 SpO_2 ，保证一个低氧状态，不抑制呼吸即可，而与流量无关。这篇帖子引起了绝大多数人的反对，至少，目前没有一人赞同我的说法。笔者认为，这不是一个复杂的问题，我们只是跳进了教科书预设的坑之中。

原帖地址：【原创】【“名医”浅论】【第八期】COPD 就一定需要低流量吸氧吗？(<http://bbs.iiyi.com/thread-2565088-1.html>)

鉴于绝大多数人反对我的看法，我有必要进一步论证我自己的观点，本次，引用一个病案及部分指南证据。

原帖要点回顾：教科书上说，COPD 病人需要低流量吸氧，避免快速解除低氧血症对呼吸的兴奋作用，从而出现二氧化碳麻醉呼吸抑制的状况。注解：教科书之所以要求 COPD 要低流量氧疗，无非是完全纠正低氧后抑制呼吸，其本质是和流量无关的，关键还是患者的血氧分压状况（也就是是否缺氧，或者说低氧是否纠正），在临床上，指氧饱和度是个很方便的指标，一般 88~94% 差不多就不会解除呼吸抑制。作为医生，这个是我们必须观察把握的。

理论证据一：大家来看我的一个截图，图片来自于《COPD 机械通气指南 2007》，见下图：



注解：不是说 COPD、呼吸衰竭病人，带上无创呼吸机后，我们医生就可以高枕无忧了，相反，无创呼吸机需要我们关注太多太多的东西，它甚至比 COPD 病人的氧疗需要我们关注的东西都要多得多，我不一一赘述，超出本次讨论范畴。我们来看一个重要知识点，COPD 无创通气指南里就明确的说了，持续监测 SpO₂ 的情况，以调节 FIO₂/流量，使 SpO₂ 在 90% 左右，其目的和本文的观点一致，只要患者存在一个轻度（或者称之为安全范围内的）低氧状态，达到刺激/兴奋呼吸的目的，就可以避免二氧化碳麻醉抑制呼吸的情况。所以，氧流量不是关键，轻度的缺氧状态才是关键（氧饱和度/氧分压）。

反之，就算 COPD 病人，我们给予 3L/分的氧疗，如果患者 SpO₂ 达到百分之百（或者说氧分压达到 80mmHg 以上），一样会解除低氧的呼吸兴奋作用，只不过，在临床上低流量氧疗都不缺氧的病人，一般不会出现二氧化碳麻醉的奇葩状况，但是，不能因为小偷没被抓住，就说小偷没罪！同理可证，就算低流量吸氧，只要解除了低氧状

态，一样可以出现呼吸抑制。反之，不管你吸氧有几升，浓度有多高，只要患者的低氧没完全纠正，就不会抑制呼吸。

实践证据二：病案分享：患者为老年女性，有明确的 COPD 病史，今天 (2015-02-01) 因呼吸困难、意识模糊、胡言乱语入住我院 ICU，入院时 SpO_2 85%，神智谵妄状态，立即氧疗、查血气分析，见图（左侧第一次血气分析），其他病史就不说了。根据上述情况，判断有呼吸衰竭、肺性脑病，已经有上呼吸机的指征了。治疗上，动员病人及时上无创呼吸机，家属同意，但是老太太死活不同意，觉得非常恐怖，尝试上机几分钟就坚决不带，家属没办法，就不带。我就常规氧疗，我给的 5~7L/分，监测 SpO_2 在 88~94% 左右，超过 96% 就下调氧浓度，降到 88% 以下我就上调氧浓度，病人神智逐渐清楚，4 小时后复查血气分析（见图右侧第二次血气分析），对比就发现，二氧化碳分压较第一次不但没升高，反而下降，归根结底，就是因为我保证了一个低氧状态，没有抑制呼吸，低氧的呼吸兴奋作用仍然存在，即使没有呼吸机，病情也没有加重。当然，如果病人能配合无创呼吸机，疗效更快，既然病人不配合，我们为何要强行佩戴呢，对于一个八九十岁的老太太，动乱年代都过来了，她还会接受医生的强行治疗？只怕结果是适得其反。

话不多说，上图：





理论、实践证据都有了，大家还认为 COPD 一定需要低流量吸氧吗？其实，无论流量高低，只要有一个低氧状态，就不会抑制呼吸。

不知道大家懂我的意思了吗，有疑问大家一起探讨。

编后记：

本文的目的：

1. 从机制上讲解为何教科书要规定“COPD 患者需要低流量吸氧”；
2. 倡议所有 COPD 病人在氧疗/无创通气时都需要我们严密监测 SpO_2 ，避免低氧纠正后呼吸抑制，注意是低氧纠正后，不是说高流量吸氧呼吸抑制，是有区别的；
3. 倡议所有医务人员，多思考书本上的每一句话。一句话，就是一堂课，就是一本书。

本文不提倡：

1. 本文不同意“所有 COPD 都需要高流量吸氧”，错误！
2. 本文不同意“呼吸衰竭病人不需呼吸机、维持 $SpO_2 90\%$ 即可”！
3. 本文不同意“氧疗/无创通气后就不管病人生命体征了，那是护士的事”！
4. 本文的命题是“COPD 不一定需要低流量吸氧！”，不是“COPD 不需要低流量吸氧！”，差之毫厘谬以千里！

肝功能指标异常的临床意义

作者：我是一条虫

链接：<http://bbs.iiyi.com/thread-1492590-1.html>

一、ALT (GPT) 谷丙转氨酶：是肝内细胞合成的酸，主要分布在肝细胞的胞浆中，可以从受损的肝细胞中释放入血，是反映肝细胞炎症受损最敏感的指标，它的高低与肝细胞的坏死或炎症不一定平行，也不是肝脏疾病的特异性指标。ALT 升高 10 倍以上提示肝细胞受损。ALT 轻度升高，则可能有胆系炎症、脂肪肝及其他疾病造成的中毒性肝损害。

AST (GOT) 谷草转氨酶：可从受损的肝细胞、心肌细胞、肌肉组织或脑细胞中释放入血，心肌细胞的含量高于肝细胞。AST 明显升高首先见于心肌受累，肝脏 AST 主要分布在线粒体中，AST 升高说明细胞器受损，肝脏损害严重。肝脏脂肪变性时，AST 通常高于 ALT。

二、ALP 碱性磷酸酶：见于胆汁排泄受阻，肝细胞损伤或一些癌症。但在胆管细胞发生炎症时，ALP 则会首先升高。ALP 升高，应考虑胆道系统的损伤和炎症。如原发性胆汁性肝硬化、原发性硬化性胆管炎、胆石病、酒精性肝炎或慢性肝炎时，ALP 也

会升高。

三、血清胆红素：由肝脏产生，经胆道排泄，血清胆红素升高表明胆汁排泄受阻或肝脏摄取代谢及分泌胆红素障碍。

四、血清白蛋白：肝脏是人体合成白蛋白的唯一器官，白蛋白高低是反映肝脏合成代谢功能各储备功能重要指标，也是诊断肝硬化及预后判断指标，是维持血浆渗透压的重要因素。

五、PT 血浆凝血酶原时间：是检测血液凝固时间，它需要肝脏产生的维生素 K、蛋白质参加。肝脏受损和胆道梗阻时 PT 均明显延长，导致凝血酶原活动度降低值 11~13S，超过 3S 以上为异常，4~6S 时，已表明严重的肝脏损害，预后极差。凝血酶原只能由肝实质细胞产生，半衰期 2 天，在反映肝功能急性损伤方面，PT 优于白蛋白。白蛋白 < 30g/L 时部分病人出现或将要出现腹水，至 25g/L 以下时预后不良，降至 20g/L 时预后极差。PT 出现延长早于 APTT，这是因为在肝脏疾病早期仅有因子 VII 水平降低。PT 的长短与围手术期出血的多少可能不完全一致，但仍具有一定预测出血的价值。INR 值 > 1.5 时禁忌手术及各有创性操作；INR ≤ 1.5，一般较少发生术中严重出血；INR < 1.2 时最理想。术前 INR > 1.5 时外科医生习惯补充维生素 K，实际上注射维生素 K 纠正单纯的维生素 K 缺乏效果较好，而对大多数病人不能有效纠正 PT。输注新鲜血浆可能是目前较为快捷且有效的方法，不仅可以补充肝脏疾病病人缺乏的凝血因子，还可以补充抗凝血蛋白等成分。由于许多凝血因子的半衰期较短，以手术当日，术前补充为宜。

消化内镜看图诊断（十三）

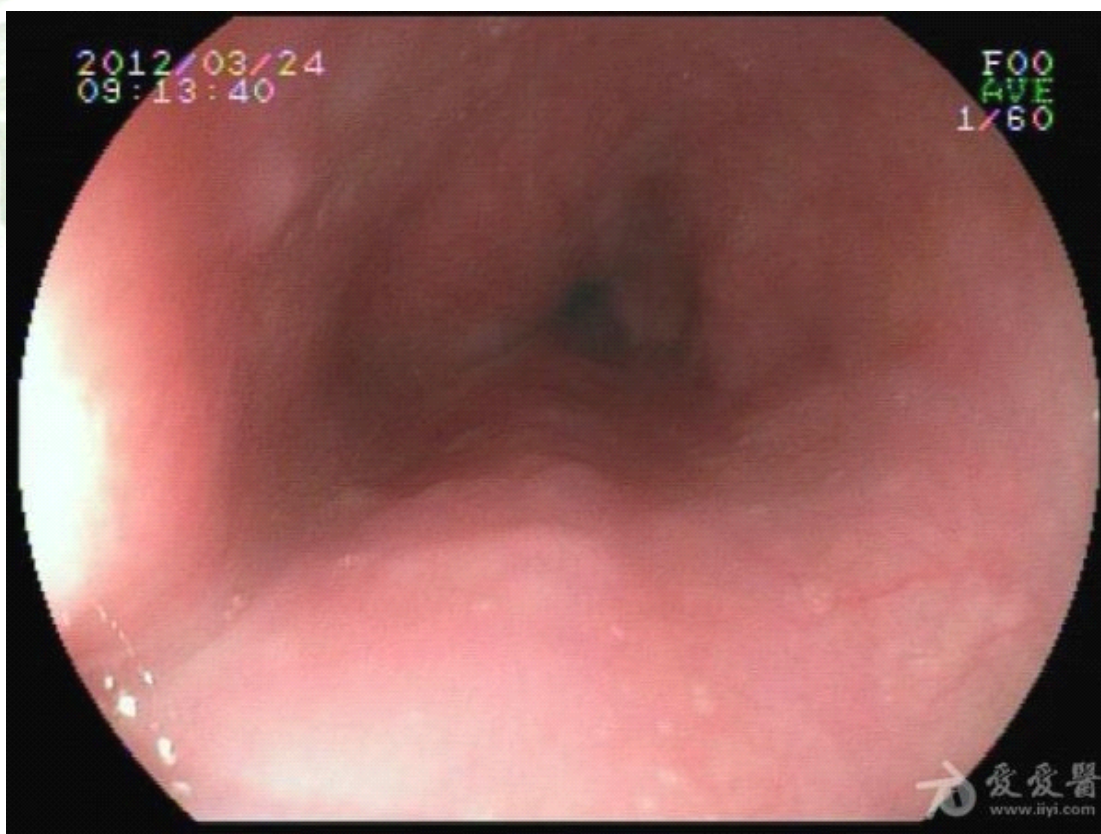
作者：ls1970130

链接：<http://bbs.iiyi.com/thread-2215488-1.html>

【病史摘要】

患者男，46 岁。因“左上腹疼痛 2 月余”就诊，查体：一般情况可，精神尚可，腹部平坦，中上腹压痛，无反跳痛。HBsAg 阴性。行胃镜检查：

食道：



胃底:



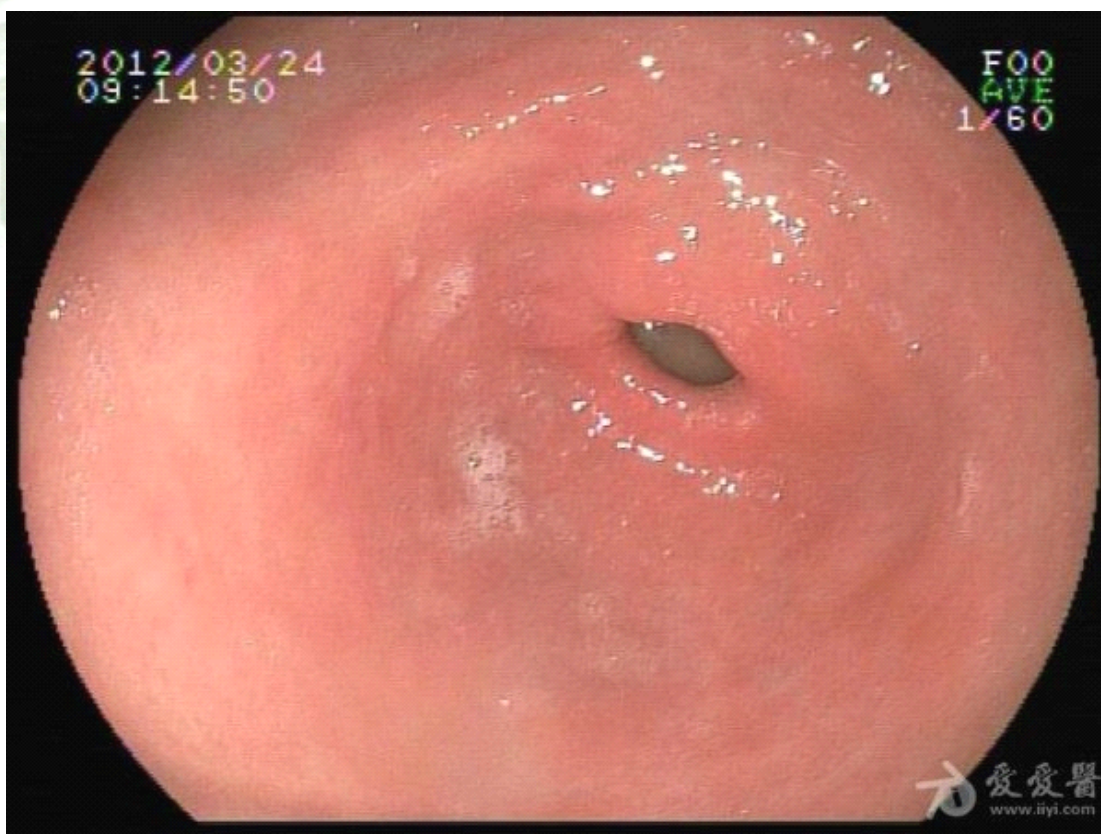
胃体:



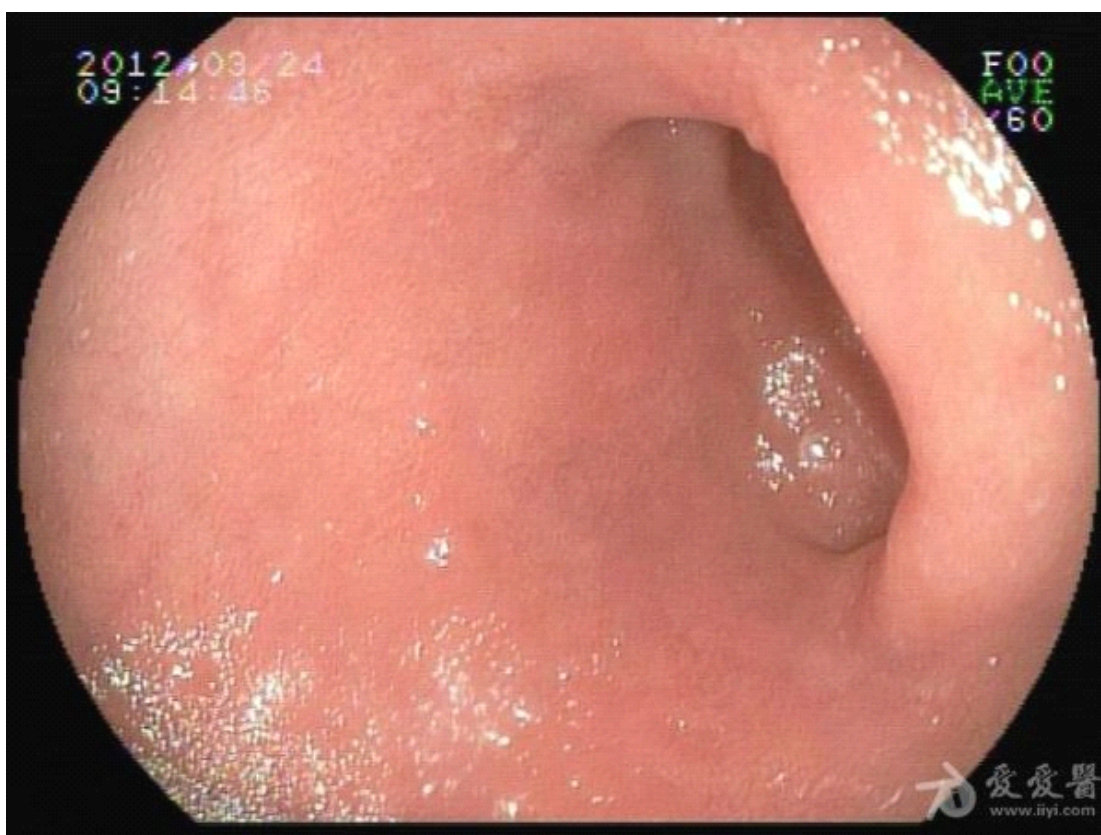
胃角:



胃窦:



球部:



以上看图诊断答案请在本期内找

儿科雾化吸入的护理

作者: zmdzfx

链接: <http://bbs.iiyi.com/thread-2543984-1.html>

雾化吸入是治疗儿童急慢性呼吸系统疾病的主要方法之一，是稀释痰液、消除炎症、解除支气管痉挛、改善通气的重要手段。雾化吸入具有药物起效快，用药量少，局部浓度高而全身不良反应小等优点，在儿科呼吸系统疾病治疗中成为重要的辅助治疗措施。雾化吸入已经广泛使用，但我们在治疗工作中发现，就是这样一个操作，患儿也会出现很多问题。

雾化吸入作为一种治疗手段，已经在临床治疗呼吸道疾病中应用几十年了，但由于操作不当，再加上小儿的顺从性差，不配合的因素，常常不能使这一治疗手段充分发挥其优势，达到预期治疗效果。通过精心的护理和干预提高小儿的顺从性，选择适当的方法和恰当的药物对治疗小儿呼吸系统疾病有着显著的功效。

护理

1. 治疗前准备

操作前耐心给患儿及家长解释治疗作用、目的以及注意事项。年长儿可用通俗易懂的语言指导或示范雾化吸入的正确方法和注意事项，向他们讲解雾化吸入的目的和优点。以取得他们的配合，调动其积极主动性，并予以鼓励和表扬。对于年纪小，不配合的患儿可以用年长儿来示范带动。并加以放音乐和玩玩具的方法分散他们的注意力，消除对治疗的恐惧心理，提高对治疗的顺从性和配合性。

2. 雾化吸入的方法

雾化治疗时的患者体位、雾化液温度、雾化配置液的选择、雾化量的调节、雾化间隔时间的掌握以及雾化后的处理等因素，都直接影响雾化治疗的效果。①体位选择：通常仰卧位较坐位潮气量降低，幼儿横膈肌位置高，胸廓活动度小，不会做深呼吸，使肺活量降低。所以，采用仰卧位雾化治疗，患儿雾化吸入短时间即出现呼吸费力，烦躁。采用坐位或侧卧位雾化，以上不适症状明显减轻。②雾化液温度的选择：冷空气急剧进入气管可使支气管痉挛，引起刺激性咳嗽加剧，患儿不易接受。采用30℃左右雾化液雾化，减轻了因冷空气而引起的副作用。③雾化配置液的选择：以往用生理盐水作配置液，发现大部分患儿吸入时表情痛苦，拒绝吸入。年龄稍长的患儿说味道不好，经过医护人员亲自尝试，发现雾化液咸、涩，还有一种很怪的味道，后改用无菌蒸馏水配置雾化液，口感好了许多，患儿也易于接受。④雾化量的调节：幼儿喉

组织发育不完善，喉腔及鼻毛缓冲作用小，如开始吸入时将雾化量调至最大，大量的雾化液急剧进入气管可能会使支气管痉挛而导致憋气，呼吸困难。⑤雾化后的处理：患儿年幼，咳嗽无力加之病情重，痰液不易排出，每次雾化后均给予拍背。目的是雾化后，痰液被稀释，通过外力的作用，使粘附在气管、支气管壁上的痰液脱落，易于排出，促进患儿早日康复。危重患儿或痰液粘稠的患儿做完雾化后可能发生痰液膨胀，堵塞支气管造成呼吸困难，或痰液稀释后发生痰涌导致误吸。故危重患儿和痰液粘稠的患儿做雾化时应专人守候，并在雾化后给予拍背，即五指并拢成空心掌，避开双肾区及脊柱，由下向上，由外向内在患儿吸气末适当用力拍背，必要时吸痰。

3. 注意事项

雾化吸入时水蒸汽可很好湿化气道，但喷出的雾气有一定的压力，排斥口鼻周围空气进入呼吸道，降低了氧的吸入。因此，对喘憋、呼吸不畅和缺氧严重以及肺炎合并心衰的患者，须先改善上述症状、加大吸氧量后再予以雾化吸入，且吸入时间宜短不宜长，每次 5 分钟左右，防止因此而加重缺氧状态。雾化吸入期间要注意观察病情变化，如果出现咳嗽、气促等症状，就应立即停止雾化吸入，加大吸氧量，拍背，喝水，待症状缓解再考虑下一次雾化吸入治疗。同时检查雾化液温度、剂量及体位是否合适，进行必要的调整。治疗后 1~2 小时内注意拍击患者胸背，并鼓励患者咳嗽。每次做完雾化后应协助患儿用温开水漱口，婴幼儿喂温开水，擦净口鼻周围雾水。雾化吸入过程中避免将雾液喷入眼睛，因地塞米松、普米克令舒可能引起眼压升高，使眼睛不适。注意周围严禁烟火及易燃品，雾吸期间观察口腔黏膜变化，做好口腔护理，防止念珠菌感染。一些用于雾化吸入的药物，如痰易净、必嗽平、 α -糜蛋白酶、高渗盐水等可刺激支气管而引起反射性支气管痉挛，对支气管哮喘病人尤易发生，所以必要时须预先或同时吸入支气管扩张剂，特别是哮喘持续状态的病人更应分外小心。注意防止药物吸收后引起的副作用或毒性作用，如异丙肾上腺素易引起心律失常等。

浅谈胸大肌在上臂疼痛治疗中的一点心得

作者：乐遇

链接：<http://bbs.iiyi.com/thread-2567835-1.html>

临床上经常可以碰见肩峰至三角肌粗隆连线处疼痛，尤其是在上肢外展时加重导致上肢外展受限，有时疼痛可放射至前臂掌侧面。

前段时间乐遇接诊一患者，主诉右上肢疼痛伴上抬受限三月余。查体发现右上肢

外展至 60° 附近中束三角肌处疼痛明显，并向前臂放射，外展受限。三月前因手动发动三轮车（上肢做旋转动作）时不慎拉伤后出现症状，肩关节拍片未发现异常，在其他医院诊断为软组织损伤和肩周炎，理疗、服药等效果不佳。外展受限当时第一印象考虑是冈上肌、小圆肌等肩袖肌的损伤，临床上很常见的问题，就没在意，处理了相关软组织后患者复诊反馈无效，又处理了背阔肌、胸大肌等拮抗肌后症状稍缓解，当时认为可能是外伤导致冈上肌肌腱撕裂损伤，所以临床治疗效果不佳，患者放弃治疗。十几天后患者因为其女儿治疗头痛来诊，乐遇试着在锁骨内侧触摸发现有明显挛缩并触痛，按压一会后患者发现症状明显缓解，遂用针处理后症状基本消失。

因为有这次的误诊教训，最近一直注意这个问题，发现临床上胸大肌损伤的病例很多，因为软组织的相互拮抗作用，我们不论处理主动肌还是拮抗肌临床症状都能有很大改善，但是如果不能准确到关键的损伤部位，临床效果总会差那么一点。

刚才还有一患者，男，13 岁，三天前因玩耍不慎右侧上肢扭伤后导致右侧上肢外展 90° 附近肩部疼痛，用同样的方法治疗后症状消失。

讨论：

胸大肌通常称为胸肌，成扇型，位于胸廓的前上部，起自锁骨内侧二分之一、胸骨和第 1~6 肋软骨，肌束向外侧集中，止于肱骨大结节嵴。近固定，收缩时可使肩关节内收、旋内和前屈。远固定，拉躯干向手臂靠拢。也就是说胸大肌是内收肌，在上肢外展时起拮抗作用。如果胸大肌损伤后会导致其挛缩，从而限制了上肢的外展功能，在外展时会受到牵连而出现其附着点即大结节嵴的疼痛，通过肌筋膜向上或下放射。触摸其起止点及肌腹会发现挛缩条索或结节并有强烈的触痛，处理这些挛缩后临床症状明显改善。

刚才治疗这个小患者后没事，随手写的，语言组织能力不行，见谅。乐遇在疼痛领域还是菜鸟，一点小心得和老师们分享，希望能起到抛砖引玉效果。

心电图读图第四十三期

作者：trg

链接：<http://bbs.iiyi.com/thread-2582640-1.html>

为了激发广大心电图工作者和爱好者的学习兴趣，让大家在爱爱医的平台上对心电图知识有所收获，并且为了活跃论坛的气氛，增强心电图版的人气，我们心电图版特和爱爱医杂志联合举办第四十三期《心电图读图》活动。

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，在心电图版读图活动主题帖中加密回复，便于评比。每月底由心电图版主们和乐园、风影超版（或邀请若干专业组老师）共同评选出三个奖项，在心电图版公布参考答案及获奖名单，并将结果公布在下一期爱爱医杂志上（会员分析结果以参考答案的接近性和完整性为评选标准）。

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 500 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】

病例：患者男性，70 岁，因“胸痛”来院。



责任编辑：dliuke

编辑：寒冰、刘延红大夫

整骨复位治疗椎间盘突出症

作者：济世中药方

链接：<http://bbs.iiyi.com/thread-2556412-1.html>

在疼痛科就诊的患者，腰椎间盘突出症占很大一部分，并且此病日益增多，引起此病的因素多与先天发育不良、脊柱侧弯、外伤、扭伤等有关、治疗方式也是多样化。

由于脊柱的不平衡、肌肉受外界拉力不均，造成椎体的前滑或后滑伴有旋转，错位，椎间盘突出，出现相应的临床症状，一般情况下，前滑伴有向左错位，骨盆向左上旋转移位，左腿相对变短，但不是绝对的，要根据临床症状灵活掌握。

由磁共振、X线片分析：脊髓神经在椎管内走行，前有后纵韧带，后有黄韧带，脊神经由两侧出椎间孔在横突之间走行，两椎体间之椎间盘由髓核和纤维环构成，为一种胶原蛋白，有一定的弹性和韧性，受力的椎间盘随椎体位置的改变而改变，致使受力点不平衡而突出，由于外界力的影响，椎体错位，滑脱，棘突前移或椎体后移，横突旋转，造成椎管受挤压，变窄，神经受压等出现相应的临床症状。

椎间盘与脊髓之间存有韧带，韧带具有弹性和回缩力，再者椎体错位后棘突产生的挤压力远大于椎间盘对脊神经的挤压力，并且伴有横突的旋转错位，所以神经受挤压的力主要是来自于椎体，棘突，横突，同时伴有 L5/S1 椎间隙变窄，骶骨上翘，骶髂关节错位，骨盆旋转上移，股骨头半脱位等。打个比喻，其实腰椎间盘就和我们捏螺丝的道理一样，上下椎体就是螺栓和螺母，椎间盘就是所谓的垫片，椎间盘突出或者脱出就相当于垫片破裂和偏移，其造成的原因就是螺母和螺栓上的时候不对箱，我们只能重新对好了箱，这样垫片才能放在正常的位置，才能起到它的作用，整骨复位就是这个原理，虽然垫片已经被挤压破裂，只要椎体位置合适了，神经不受挤压，病也就痊愈了，总比手术损伤要小，而且临床中 80% 以上的患者通过正规的整骨复位都是可以治愈。

此病中以中央型椎间盘突出最重，主要表现为 L5 前滑伴有 L4 后滑，或 L4/5 前滑，L5/S1 错位，L3 旋转错位，骶髂关节错位等各种问题。

治疗：先观察：1. 腰椎 L4/5 前滑，旋转，错位的关系：前滑挤压看是 L4 压 L5，还是 L5 压 L4，旋转是左旋还是右旋，错位是向前、后，还是两侧？2. 骶髂关节：看骶髂凹的深浅，平行度，摸骨关节面；3. 髂前上棘：两棘平行线的高低是否在一直线上，骨盆有无旋转？4. 两腿的长度：注意膝关节，股骨头有无病变？最后由专业的医师整骨复位治疗。

整骨复位治疗手法：1. 打开筋膜松解背部肌肉韧带，远至骶骨上，深及第三层肌肉；2. 侧身提拉：侧身躺稳使胳膊与肩、颈、上身躯干呈 45 度角向上外侧提展，下肢在下面的腿伸直，在上面的腿屈曲，足跟对准下面腿的承山穴，体重腿长的放在踝关节处，腿与髌关节呈 45 度角。一手放患者腋窝处，另一胳膊用肘压在环跳穴与髂前上棘之间，相对平衡向外用力，以纠正旋转，小 S 复位，然后怀中抱月肘压在环跳穴上纠正骶髂关节错位，平躺做 M 腿纠正股骨头及骨盆旋转。3. 前滑椎体的复位：L4 压 L5 时，右腿短，左侧背凸，平卧时右侧腰离开床面，左侧腰贴床，右骶髂上移，治疗先抽颈椎，使 L4 上移，再抽右腿使 L5 外出，然后抽左腿纠正平衡。L5 压 L4 左腿短可直接抽左腿。平躺抽腿时，根据滑脱深浅灵活掌握足的高度，角度和腿的位置，观察髂窝的高低，深浅，髂前上棘，两腿的相对长度，在治疗腰椎时松筋，侧身提拉，怀中抱月，M 腿，手法必须应用并且要一口气用力，使力恰到好处，纠正旋转，滑脱，错位的关节和椎体复位，在前滑纠正到基本痊愈时向前压腰可使 L5 瞬间弹出复位；也可以用小腹弹压复位法；对于驼背患者出现的腰痛治疗起来比较困难，由于驼背患者特殊的脊柱曲度，造成多椎体的增生，粘连，在外力的作用下出现错位，腰部疼痛，活动受限；患者胸椎从 T1 至 T8 整体向后凸起，同时伴有向左或向右移位，从 T8 至 T12 甚至到 L2 恢复向下的曲度，同时伴有向左或向右移位，在此椎体交界处往往出现一个错位，此错位处关节多数伴有椎体的增生，临床表现患者翻身时腰两侧疼痛；治疗时由于特殊的椎体曲度，从颈椎部寸劲牵拉，很难打开错位椎体的间隙，力度很难通过错位的椎体，相对而言从下肢牵拉比较容易，椎关节打开后用排脊法调整椎体的移位，然后患者平卧，腹下垫一枕，上下相对用力牵拉，在牵引下复位，先推下关节，再调上关节，最后主要调 L4/5 椎体，如再伴有骶骨后翘者，治疗比较困难，所有的腰椎病都要注意胸腰椎交界处的椎体滑脱和旋转，这一段椎体对治疗后期的稳定效果起关键作用。

椎体错位后挤压时间过长，易引起肌肉萎缩，新陈代谢失衡，乳酸淤积，出现正骨后局部肌肉酸困，不适，所以正骨后的功能锻炼和进行热疗，中药泡浴也很关键。

所谓的骨整筋柔，筋柔骨正。

治疗脊柱疾病要遵循渐进的方式，进行分段治疗，延长治疗时间，最后要整体调节，力求整体的平衡。

桂枝芍药知母汤治疗耐药性深部真菌感染案

患者，女，23岁，2003年1月15日因“咳嗽气急2月、腹泻高热1周”入院。入院前因关节痛于外院服用强的松等治疗无好转。入院时高热畏寒，动则气喘，剧烈咳嗽，黏液丝状痰，每日腹泻6~10次，水样便，乏力，纳差。查体：T39.20℃，P122次/分，P28次/分。肥胖体型，身高1.58米，体重93公斤，体重指数37.3。双肺呼吸音增粗，双肺中下部闻及大量中粗湿罗音，心律齐无杂音，肠鸣活跃，胸腹臀部与大腿皮下脂肪肥厚，乳房下、下腹部、大腿大量紫纹。大便培养：酵母样菌生长，痰培养：霉菌生长。诊断：肺部真菌感染，肠道真菌感染，药源性柯兴综合征。入院后给予静滴氟康唑抗真菌感染、祛痰平喘、维持水电解质平衡等治疗，7天后病情毫无改善，且逐渐加重，精神极差，在床上坐起亦需人搀扶。患者家属对治疗丧失信心，遂出院坐以待毙，欲服中药仅尽人情而已。四诊所见：气促而喘，痰多起丝，痰色微黄，发热，纳差，乏力，面色晄白，小便清亮，大便水样，体胖脚冷，口微渴不欲饮，察舌红苔厚微黄腻，脉滑数而沉，重按无力，尺部尤甚。

分析病机，本于寒湿，日久伤肾，一者肾不纳气而喘，二者久而化热，寒湿郁热合而为邪，痹阻肺脾，发为诸症。

考虑再三，拟予桂枝芍药知母汤加味：

桂枝 15g 芍药 30g 知母 18g 麻黄 15g 白术 18g 附片 20g（先煎） 生姜 15g 生甘草 6g 防风 20g 南细辛 10g 干姜 10g 茯苓 30g 车前子 30g 五倍子 15g 独蒜 1个

服药2剂咳喘有所好转，腹泻停止。去车前继服5剂，咳喘明显减轻，丝状痰减少，发热消失，舌质转淡。再服5剂，除肥胖外，诸症皆愈。

按：患者深部真菌感染，肺部与肠道真菌感染，到两家医院经正规抗真菌治疗、对症治疗等均无效，属耐药性真菌感染，病情危重，高热咳喘、腹泻脚冷、生活不能自理。若贸然下药，极有可能断送患者生命。仔细思量，挽此危症，当首选桂枝芍药知母汤。桂枝芍药知母汤出自《金匮要略》，原方主治历节病，四川名老中医刘梓衡用以治疗脓毒性关节炎、疮痈、慢性气管炎、妇科肿瘤等症收到良好效果。笔者深受启发，予该方加细辛干姜增强温肾之力，加五倍子车前子清肺止泻，独蒜抗真菌。全方寒热并投，宣通气机，温肾运脾清肺，药合病机，故起沉疴。

歪打正着治愈扁平疣的启示

作者：绿衣

链接：<http://bbs.iiyi.com/thread-1548197-1.html>

两年前，我曾治疗一慢性肝炎病人，该病人除了乏力外，没有其它症状，另外，他的脸上布满大小不等的红疙瘩，是比较严重的扁平疣，闲聊时才知道，他的扁平疣已经3年了，多方求医，花钱无数，都没能治愈，后来对此病已经没有信心了，也就再没治过。这次他是为慢性肝炎来的，根据他的病情，乏力，尿黄，脉虚，我开了相应的药方：

黄芪 40 克 白芍 30 克 当归 15 克 海藻 30 克 昆布 30 克 板兰根 30 克 土茯苓 50 克 蚤休 25 克 虎杖 20 克 甘草 20 克 连翘 20 克 龙胆草 20 克 黑蚂蚁 15 克(干粉吞服)

用药半月后他的脸上的扁平疣多了很多，疣体也大了许多，匆忙的来找我，问我原由。当时我的第一感觉就是冥眩反应，病人体虚，导致病情迁延不愈，慢性肝炎和扁平疣都是病毒引起，也都是因为正气不足而成久病，这次我用了黑蚂蚁等扶正之品，使正气有力对抗邪气，从而出现了这种冥眩反应。于是告诉他，继续用药，病快痊愈了，扁平疣也能痊愈。后来他听了我的话，不出我所料，1 周后，他来我这时，换了副新面孔，脸上的扁平疣消失的快看不清了。他说，加重后第 3 天就开始逐渐变小变软，现在几乎快好了。再过 1 周，皮肤一点看不出疣的痕迹了，慢肝的症状也消失了。

说了这些无非是告诉大家一个事实，病毒性疾病之所以不易痊愈，是因为我们还没有发现能够杀灭病毒的特效药，自身的免疫系统却有杀灭它的能力，为什么我们宁愿用效果不好的药，也不相信自己的免疫力呢？多数人认为病毒感染就是抗病毒，不理睬免疫力的问题，要知道，正是因为自己的免疫力差了，才会使多数的病毒有机可乘，治疗的思路不应是以抗病毒为主，而是要以提高自己的免疫力为主，也就是扶正。

“邪之所凑，其气必虚，正气存内，邪不可干。”希望大家再遇到久病，或病毒性疾病，莫忽视正气。

中西医结合治疗乙肝之经验

作者：田丰辉

链接：<http://bbs.iiyi.com/thread-2141487-1.html>

我国是肝病特别是病毒性肝炎的高发国家，乙型病毒性肝炎的感染率近 60%，不仅影响整个民族的健康体质，更给社会和家庭带来沉重的经济负担。而中医药治疗肝病有较为成熟的经验，但乙肝这个病在古典中医书籍里没有，散见于“胁痛、黄疸、鼓胀、虚劳”等疾病中，其病因以湿热疫毒之邪入侵而致，最终致湿、热、虚、瘀、痰凝为其病理环节。近贤前辈们治疗本病有丰富的经验，如刘渡舟的柴胡剂群为主的论治经验，关幼波着重脾肾治疗的经验等。2002 年有幸拜读《陈瑞春论伤寒》一书，陈老治疗乙肝很有经验，笔者结合西药用之于临床，效果亦很好。现将其临床经验与大家一起分享。

组方：

柴胡 10 克 黄芩 10 克 半夏 10 克 太子参 15 克 青皮 10 克 陈皮 10 克 枳壳 10 克 大腹皮 10 克 金银花 15 克 郁金 10 克 野菊花 15 克 白花蛇舌草 15 克 炙甘草 6 克

纳差加炒麦芽 10 克、炒谷芽 10 克、鸡内金 10 克，脾虚便溏者加炒白术 10 克、扁豆 10 克、山药 15 克。陈老认为：乙肝病患者，有的无临床症状，有的检测结果显示为三阳外，或有肝区不适，饮食不香，腹胀气滞，大便溏而不爽，小便时清时黄，口苦不渴，舌苔正常，或黄，或口舌黏腻，脉缓或弦，或数者，用本方加味治疗，效果很好。笔者用本方于临床，对改善患者症状，恢复肝功能有很好的疗效，但对于转阴效果不理想，最后再结合西药拉米夫定 100 mg，每日 1 次，对于 e 抗原的转阴效果较好。

笔者举最近治疗的病案一例：一藏族青年，30 岁，发现乙肝大三阳 5 年，经常感右侧胁痛，乏力，以劳累后为甚。并感腹胀、纳差，便溏，以食油腻食物后为主，偶有口苦，小便黄。病人间断服药治疗，效果欠佳。病人于半月前感上述症状较前加重，遂在自治区人民医院查肝功：谷丙转氨酶 179U/L，谷草转氨酶 166U/L，并服用藏药治疗 10 余天，效果不明显，后来我院就诊。刻诊：神志清，精神差，诉胁痛、腹胀、纳差、乏力、便溏，口苦，小便黄，睡眠可。舌苔黄，微腻，脉弦数。

遂予：

柴胡 10g 黄芩 10g 半夏 10g 太子参 15g 青皮 10g 陈皮 10g 枳壳 10g 大腹皮 10g 金银花 15g 郁金 10g 野菊花 15g 白花蛇舌草 15g 炒麦芽 10g 炒谷芽 10g 鸡内金 10g 炒白术 10g 扁豆 10g 山药 15g 炙甘草 6g 5 副

并口服拉米夫定 100mg，每日 1 次，开 3 个月的量（约 6 合）。病人服用上方 10 天后，症状明显改善，嘱再服 5 副，病人共服药 20 天后，自觉已无明显不适，复查肝功，已恢复正常，仍为大三阳。后以上方加减治疗 3 月余，复查两对半为 1、5 阳性，嘱继续服用中西药治疗。

对于本病的治疗，笔者认为：其最终目的不是转阴，而是让患者保持肝功能正常，无临床症状、体征，提高生活质量，延缓向肝硬化、肝癌发展，方为上策。

顽固性便秘一例

作者：黑糊糊

链接：<http://bbs.iyyi.com/thread-901862-1.html>

患者，女，32 岁，2001 年 7 月 9 日来诊，自诉便秘 5 年，痛苦异常，开始时服牛黄解毒片、三黄片、黄连上清片等有效，逐渐无效，后来又服果导片，现在加到每次 8 片，还须用开塞露 2 至 3 支，方能解出少许干结便。中药也吃了不少，往往一泻过后又秘结不通了。患者精神几乎崩溃，只敢吃蔬菜水果，报着一试的心情来诊所。诊时见面容消瘦，舌红而干，苔少，诉口渴多饮，小便多而清长，大便已 10 日未解，无腹胀及疼痛，余无不适。切诊脉细，腹部平软无压痛，左侧少腹可扪及呈结节状的乙状结肠。考虑阴虚肠燥，水液由小便而出，故大便秘结，诊为脾约便秘。因先前所服之药燥性过重，更致干燥。

考虑增水行舟之法，予增液汤：

生地 30g 玄参 30g 麦冬 50g 2 剂

一周后患者来诊述服药后效果不好，因心里恐惧到医院灌肠一次，见大便比以往稍软，故又来看。

二诊用：

生地 50g 玄参 50g 麦冬 50g 知母 10g 2 剂

7 月 23 日，患者说可以自行解大便，但仍干，并且吃了些饭感觉腹胀，于是前方加莱菔子 20g、知母加到 15g，三诊用：

生地 50g 玄参 50g 麦冬 50g 知母 15g 莱菔子 20g 2 剂

7 月 28 日，便秘已除，但便溏，仍口渴，小便多，用：

生地 50g 玄参 50g 麦冬 50g 2 剂

8 月 5 日，诸症若失，大便一日一次，质正常，效不更方，仍用：

生地 50g 玄参 50g 麦冬 50g 8 剂，嘱渐减药量。

9 月 28 日，患者特来感谢，说已停药十多天，没有便秘了，而且已经正常饮食了。

2003 年见到患者，说自从那次治好后就再没发生便秘了。

此为我所见便秘患者中最严重的一例，整理出来以供各位同行参考，增液汤出自《温病条辨》，专治肠燥便秘，所谓无水舟停之证。现多见服用泻药后反弹的便秘，多为肠燥津枯，我习用增液汤，偶尔会暂加芒硝、知母等，效果都很好，并且未见明显副作用。增液汤煎服须先用冷水泡 1 小时，文火煎 40 分钟，取浓汁服用方可。

胃胀满治疗三步曲

作者：王幸福

链接：<http://bbs.iiyi.com/thread-1954683-1.html>

胃病一般有呕、酸、痛、胀四个常见的症状，其中胀满一证治疗起来最为棘手。常看有的医生动辄就是砂仁、厚朴、陈皮、木香一类药物，实际上效果并不佳。通过多年的临床实践我认为：脘腹胀满一症除了要分为虚实寒热按证治疗以外，还有一个治法可以考虑运用，即理气、疏肝、活血三步走疗法。

我曾治一妇女，65 岁，患胃病，脘腹胀满已数月，在中医院治疗许久，效果始终不佳。看前医所用之方，大体不出理气消胀之品，如木香、香附、大腹皮、白蔻、砂仁、厚朴、莱菔子、苏梗之类。我觉得应该有效，但病人认为时好时坏，疗效不佳，听别人传说我治胃病效果好，特此找上门要求给予治疗。经我辨为肝胃不和，先用香砂六君子，继用半夏泻心汤辛开苦降，结果亦是无效。治脾胃不应，改用疏肝，用四逆散（柴胡、白芍、枳实、甘草）加川楝子、砂仁、香附，有小效，但其胀终不除。或舒服半日一日后，又复如故。

寻思良久，乃忆及王旭高《西溪书屋夜话录》有云：“疏肝不应，必是血络中瘀滞”之语；《临证指南》亦谓“胀久不愈，当从肝经络脉治法”。然其舌脉却无瘀滞之征，但前贤经验何妨一试。于是取《医林改错》的血府逐瘀汤，该条下曾言“无故爱生气，是血府血瘀，不可以气治，此方应手效。”

方用：

桃仁 10g 红花 6g 当归 10g 川芎 10g 白芍 10g 生地 10g 桔梗 6g 柴胡 10g 枳壳 10g 生麦芽 15g 丹参 15g 五灵脂 10g 生蒲黄 10g

五剂后其恙竟然如失，其效之快，令人讶之。

一般而论，胀与饮食有关，即多食多胀，少食少胀，不食不胀者，病在脾胃，和中消食，健脾助运或苦降辛开，即可取效；与饮食无关，不食也胀者，其病在肝，疏肝理气，复其条达之常则愈。此案病人初从脾胃治不应故改用疏肝，其效不显，又改从活血通络之法得愈。由此可见临床上治脘腹胀满一症不可胶泥死规，一法不应，用二法，二法不灵，用三法。与胃有关用消气，保和烂积丸一类；和肝有关用疏肝，柴胡疏肝饮一类；上两法不应，可考虑久病成瘀，前贤亦有论怪病从瘀而治，取活血通络法，血府逐瘀汤、失笑散、丹参饮之类。这样一步一步走下去，解决慢性疑难脘腹胀满症亦不难。多年来，我依照这个办法，治疗脘腹胀满症收效甚佳，自己戏称为胀满治疗三步曲。

三叉神经痛治验

作者：jackieelee88

链接：<http://bbs.iiyi.com/thread-2582693-1.html>

患者 70 多岁，自述十几年前右脸迎香穴上下开始疼痛，多家医院诊断为三叉神经痛，中药治疗无效，已服用卡马西平有十余年，药物控制疼痛平时还能忍受，每每吃饭时疼痛剧烈。因此来我诊所求治。

观其体貌偏瘦，精神很好，二便正常，纳可。给予针刺治疗，动针疗法（在其左手合谷穴附近最痛处针刺一针，右手两针）并嘱其轻轻咬牙半小时。再针患处，加下关穴痛点处。

第二天病人觉症状减轻，如上治疗。

第六天嘱其逐渐停药，症状逐渐减轻。

第十天如上法治完一疗程，因怕其病情反复，随在患处加火针治疗，点刺三下，让其过一星期再来。

一星期后，患者面带喜色而来，说最后那次效果真好，病去九成，依上法每星期治疗一次，又治五次诸症全消停止治疗。

三个多月后，患者心情不好，生气后病处有丝丝不舒服的感觉，因害怕再犯，又

来治疗两次。

将近一年后，带他妹妹来看病，询问他病情，无再犯。

此例病例，用到火针纯属偶然，但是效果却出奇的好，各位同道若遇到类似病例，不妨一试。

不孕不育症（肝郁案）

作者：锦纹

链接：<http://bbs.iiyi.com/thread-2174618-1.html>

患者，女，20岁于2008年5月2日来诊。主诉婚后年余未孕。

四诊月经素推迟经行腹痛血块不甚多。脉沉弦力可。舌淡红，微胖，有少些许齿痕，苔少。患者平素内向，遇事不能很好的自己调理。

辩证肝郁。处方逍遥丸加味

柴胡 15g 当归 15g 白芍 12g 赤芍 12g 炒白术 15g 茯苓 20g 薄荷 15g 生山药 20g 鸡内金 20g

2剂，同时给与心理疏导。

数月后打电话告知已怀孕。

责任编辑：博源堂主

编辑：砭艾、dongyuet、万里云天、花梧桐

老鹳草

别名：老鸭嘴、老贯筋、老牛筋。

来源：牻牛儿苗科植物老鹳草的干燥地上部分。分布于东北、华北、华东、华中、陕西、甘肃和四川。国外俄罗斯远东、朝鲜和日本均有分布。

形态：多年生草本，高 30~50 厘米。根茎直生，上部围以残存基生托叶。茎直立，单生，具棱槽，假二叉状分枝。叶基生和茎生叶对生；托叶为狭披针形，长 5~8 毫米，宽 1~3 毫米，基生叶片圆肾形，长 3~5 厘米，宽 4~9 厘米。花序腋生和顶生，稍长于叶，总花梗被倒向短柔毛，有时混生腺毛，每梗具 2 花；苞片钻形，长 3~4 毫米；花梗与总花梗相似，长为花的 2~4 倍，花、果期通常直立；萼片长卵形，长 5~6 毫米，宽 2~3 毫米，先端具细尖头，背面沿脉和边缘被短柔毛，有时混生开展的腺毛；花瓣白色或淡红色，倒卵形，与萼片近等长，内面基部被疏柔毛；雄蕊稍短于萼片，花丝淡棕色，下部扩展，被缘毛；雌蕊被短糙状毛，花柱分枝紫红色。蒴果长约 2 厘米，被短柔毛和长糙毛。花期 6~8 月，果期 8~9 月。



栽 培：老鹳草喜欢温暖湿润的气候，耐寒、耐湿。喜阳光充足。以疏松肥沃、湿润的壤土栽种为宜。

性味功能：性平，味苦、微辛。祛风燥湿、活血通络。

用 途：主治风湿痹痛，肢体麻木，筋骨酸楚，跌打损伤，泄泻痢疾，痈疮肿毒，风疹疥癩。

用法用量：内服 10~30g。

经验鉴别：老鹳草有长嘴老鹳草与短嘴老鹳草两种，主要区别是前者宿存长如鹳喙(嘴)；后者花柱较短，故称短嘴老鹳草。

接骨木

别 名：续骨草、九节风、铁骨散。

来 源：忍冬科植物接骨木的干燥茎枝。分布于东北、华北各省，以及内蒙。国外朝鲜和日本也均有分布。

形 态：落叶灌木，高 5~6 米；老枝红褐色，具明显的长椭圆形皮孔，髓部淡褐色。羽状复叶有小叶 2~3 对，侧生小叶片卵圆形，长 5~15 厘米，宽 1.2~7 厘米，顶端尖，边缘具不整齐锯齿，基部楔形，两侧不对称，最下一对小叶有时具长 0.5 厘米的柄，顶生小叶卵形，顶端渐尖，具长约 2 厘米的柄，叶搓揉后有臭气；托叶狭带形，或退化成带蓝色的突起。花与叶同出，圆锥形聚伞花序顶生，长 5~11 厘米，宽 4~14 厘米，具总花梗，花序分枝多成直角开展，花小而密；萼筒杯状，长约 1 毫米，萼齿三角状披针形，稍短于萼筒；花冠蕾时带粉红色，开后白色或淡黄色，筒短，裂片矩圆形，长约 2 毫米；雄蕊与花冠裂片等长，开展，花丝基部稍肥大，花药黄色；子房 3 室，花柱短，柱头 3 裂。果实红色，卵圆形，直径 3~5 毫米；分核 2~3 枚，卵圆形，长 2.5~3.5 毫米，略有皱纹。花期一般 4~5 月，果熟期 9~10 月。



栽 培：接骨木适应性较强，对气候要求不严；喜向阳，但又是稍有耐荫蔽。以肥沃、疏松的土壤培为好。喜光，亦耐阴，较耐寒，又耐旱，根系发达，萌蘖性强。常生于林下、灌木丛中或平原路、根系发达。忌水涝。抗污染性强。

性味功能：性平，味甘，苦。祛风燥湿、活血、止血。

用 途：主治风湿痹痛，痛风大骨节病、肾炎、风疹、跌打损伤、骨折、外伤出血。

用法用量：内服 15~30g。

经验鉴别：接骨木以髓部疏松，切片完整，黄白色，无杂质者为佳。

责任编辑：金陵一剑

编 辑：王颖健

消化内镜看图诊断（十）参考答案

【镜下所见】

食道：中下段粘膜血管纹理清，扩张度好，齿状线清晰。

贲门：开放关闭自如，粘膜未见异常。

胃底：粘膜充血水肿，后壁见一巨大隆起深凹陷性溃疡，覆污秽苔，质地中等，易出血，予活检。

胃体：粘膜充血水肿。

胃角：形态正常，弧度存在，粘膜光滑柔软。

胃窦：粘膜充血水肿明显，红白相间，以红为主，见散在糜烂，予活检。

幽门：呈圆形，收缩好。

十二指肠球部：球腔规则，粘膜无殊。

【镜下诊断】

胃底巨大溃疡（A1 期）

慢性浅表性胃炎伴胃窦散在糜烂

HP：阴性

【活检部位】

1. 胃底*4 块

2. 胃窦*3 块

【病理诊断】

1. （胃底）粘膜慢性炎，另见坏死组织。

2. （胃窦）粘膜慢性炎伴轻度肠化。

【治疗方案】

按胃溃疡治疗，2 个月后复查。



高热、咳嗽、气喘 7 天

作者：anne 医生

链接：<http://bbs.iiyi.com/thread-2578622-1.html>

●病历摘要：

基本资料：男，48 岁，职工。

主诉：发热、咳嗽、喘息 7 天。

现病史：患者于 7 天前因受凉出现发热、咳嗽、喘息，并伴畏寒、寒颤，体温最高达 40℃。咳嗽呈阵发性非痉挛样，有痰，初为白色黏液样痰，后为黄色脓样痰，无血丝，伴喘息。曾在当地医院就诊，诊为“肺炎”而给予抗感染、化痰、平喘（具体用药名称和剂量不详）药物输液治疗 6 天。因发热持续不退并伴畏寒、寒颤、纳差及精神不振来我院。发病以来，无午后潮热、盗汗、咯血史，无关节肿痛史，无腹泻、呕吐史。无皮疹、皮下出血、皮肤脱屑史。食欲较前下降，二便无明显异常，夜间睡眠差。

既往史：既往有“慢支”病史 10 余年。否认高血压、冠心病、糖尿病史，无肝炎、结核及其它传染病密切接触史，无外伤手术及药物过敏史。

个人史：出生并久居于原籍，未到外地旅游，生活习惯良好。吸烟史 10 年（具体量不详），已戒烟 5 年。无酒、茶嗜好。23 岁结婚，配偶健康，夫妻感情好，婚后育 1 子 1 女，均健康。

家族史：父母健康，家庭成员中无类似发作史，否认传染病及家族性遗传病病史。

入院查体：T：39.5℃；P：122 次/分；R：30 次/分；BP：120/80mmHg。急性热病容，体型肥胖，神志清，精神不振，自动体位，查体合作。皮肤、黏膜无黄染及出血点，浅表淋巴结未触及肿大。双肺呼吸音粗，可闻及散在哮鸣音。心音有力，心律齐，心率：122 次/分，各瓣膜听诊区无杂音，P2 亢进。腹部膨隆，腹壁静脉无显露，右上腹轻压痛，莫菲氏征可疑阳性，肝脾肋下未触及，肝区及双肾区无叩击痛，肠鸣音正常。双下肢无浮肿。神经系统查体未见阳性体征。

辅助检查：血常规：WBC：25~30×10⁹/L，N：85~96%，L：4~15%。hs-CRP：115mg/L（0~5mg/L）。尿、便常规无异常。胸片：双肺纹理粗乱，肺门影增浓，右上肺片状增高影。印象：右上肺炎症。B 超提示：胆囊炎。血培养结果待发。

住院治疗：入院后给予哌拉西林、左氧氟沙星等抗生素控制感染，氨溴索化痰，

病例讨论

氨茶碱平喘及其它对症、支持治疗。体温不退，发热呈“稽留热型”，伴畏寒、寒颤，应用药物或物理降温时出汗较多，但短时体温回升。

拟科内会诊讨论治疗方案。

●思考问题：

1. 该患者可能的病因、诊断是什么？
2. 如果是你接诊患者，下一步治疗如何选用抗生素？

●临床讨论：

kangjing_dr:

敬阅病历，病史同上。

病例特点：

1. 中年男性。急性起病，病情较重，有诱因。
2. 主诉：发热、咳嗽、喘息七天。
3. 高热，伴咳嗽，黄痰，脓样。食欲较前下降，二便无明显异常。夜间睡眠差。
4. 辅助检查：感染血象：hs-CRP:115mg/L。胸片：双肺纹理粗乱，肺门影增浓，右上肺片状增高影，印象：右上肺炎症。B超提示：胆囊炎。已做血培养。

印象诊断：

1. AECOPD;
2. 肺脓肿?
3. 败血症?
4. 胆囊炎。

治疗处置：

暂给予对症、支持治疗。足量应用抗生素，提高抗生素级别，等待血培养及药敏结果出来后调整用药。

小易 2:

应考虑肺部疾病，常规抗感染治疗超过一周无效，应考虑到一些特殊菌的感染，如支原体、衣原体、结核杆菌的感染，应完善支原体、衣原体的检查，痰找抗酸杆菌、TBAb、PPD 试验等。在结果没有出来前，可改用罗红霉素或阿奇霉抗感染治疗。

阿松哥哥:

病例特点：

1. 中年男性患者，吸烟史 10 年，既往有慢支史 10 余年；

2. 诱因：受凉；

3. 起病急剧；

4. 突发高热，畏寒、寒颤、咳嗽、咯黄色脓样痰、喘息等；

5. 查体：体温：39.5℃；心率：122 次/分；呼吸：30 次/分。急性热病容，双肺呼吸音粗，散在哮鸣音，右上腹轻压痛，莫菲氏征可疑；

6. 辅查：血常规：WBC:25~30×10⁹/L, N:85~96%, L:4~15%。s-CRP:115mg/L(0~5mg/L)。胸片：双肺纹理粗乱，肺门影增浓，右上肺片状增高影。B 超提示胆囊炎；

诊断及诊断依据：

1. 右上肺炎（肺炎球菌性可能性大）：受凉后出现发热、咳嗽与喘息，咳痰初为白色黏液样痰后为黄色脓样痰，内无血丝，伴喘息。查体：T:39.5℃；P: 122bpm；R: 30bpm。急性热病容，双肺呼吸音粗，散在哮鸣音。辅查：血常规：WBC:25~30×10⁹/L, N:85~96%, L:4~15%。hs-CRP:115mg/L(0~5mg/L)。胸片：双肺纹理粗乱，肺门影增浓，右上肺片状增高影。

2. 败血症：高热，寒战等全身毒血症症状明显，血常规：WBC:25~30×10⁹/L, N:85~96%, L:4~15%。hs-CRP:115mg/L(0~5mg/L)。3. 胆囊炎：右上腹轻压痛，莫菲氏征可疑，B 超提示胆囊炎。

4. 感染性心内膜炎：高热，寒战等全身毒血症症状明显，P2 亢进。

5. 慢阻肺（急性发作期）：既往有慢支病史 10 余年，吸烟史 10 年（已戒烟 5 年），咳白色黏液样痰、黄色脓样痰，气促、喘息，双肺呼吸音粗，散在哮鸣音等。

治疗原则：

1. 应进一步作痰培养、药敏试验、血气分析、肺功能检查、心脏超声等协诊。

2. 抗生素：青霉素 G 2000 万单位、左氧氟沙星注射液 0.2g，每日 2 次静点，根据药敏试验结果及时调整用药。

3. 支持对症处理：卧床休息，加强护理，控制性吸氧，高热给予物理降温，保持呼吸道通畅，喘息严重时给予支气管舒张药雾化吸入等。

冷丁：

病例特点：

1. 中年男性患者，吸烟史 10 年，既往有慢支病史 10 余年；

2. 诱因：受凉；

3. 起病急剧；

4. 突发高热，畏寒、寒颤、咳嗽、咯黄色脓样痰、喘息等；

5. 查体：体温：39.5℃；心率：122 次/分；呼吸：30 次/分。急性热病容，双肺呼吸音粗，散在哮鸣音，右上腹轻压痛，莫菲氏征可疑；

6. 辅查：血常规：血常规：WBC:25~30×10⁹/L，N:85~96%，L:4~15%。胸片：双肺纹理粗乱，肺门影增浓，右上肺片状增高影。B 超提示胆囊炎。

分析病情：

急性高热，伴寒战、畏寒，有咳嗽、黄痰，既往慢性肺病史，双肺散在哮鸣音——肺部指示性异常明确。结合白细胞、中性粒细胞异常增高，胸片示：右上肺片状影。右肺炎的诊断基本明确。所要解决的问题有两个：第一，感染的类型；第二，为什么正规抗感染无效？

先分析比较突出的两个症状。

1. 寒战

寒战以某些细菌感染和疟疾最为常见，结核病、伤寒、立克次体病与病毒感染者罕见有寒战，一般也不见于风湿热。

2. 白细胞增高

白细胞总数增高见于大多数细菌性疾病，但伤寒、结核病、革兰氏阴性细菌败血症及某些寄生虫感染除外。

中性粒细胞增高见于大多数细菌性疾病。

从这两方面看，诊断细菌性感染应无疑问。

第二个问题，正规抗感染治疗无效。

这有两种可能：第一，诊断错误，如疟疾，抗生素无效；其它病因。第二，诊断正确，但用药不规范或疗程不到。这个可能性较小，广谱抗生素使用一周，入院已数天，体温应有所回落，血象应有所下降。

顾考虑疟疾较为合理，不排除肺炎。

孙思邈张仲景：

安妮老师的病例是一个很典型的病例，很有代表性。以下一点小见请大家指正。

1. 病史上应补充院前是否做皮试及口咽、鼻部和耳部情况，最好能提供口腔及咽喉图片。

2. 实验室应检查支原体、衣原体抗体，必要时复查。复查胸片，对判断病原体很有价值。

3. 区域、气候、季节、职业，当地既往和现时流行病学，对判断病原体很有价值。

4. 呼吸道感染所致发热、咳嗽、咳痰是常见症状。感染的病原体有初始的和继发的，如病毒继发细菌感染。应注意通常发热往往由初始感染引起，即单一原因感染，若为继发性感染所致发热或两者并存则较复杂。单一感染性发热者如支、衣原体继发“绿脓”多见，肺炎克雷伯杆菌亦不少见。就本例来说，继发革兰氏阳性菌的可能性很小，结核菌感染从病史可以排除。疟疾一般为张弛热，大汗，实验室检查结果结合病史体征也可以排除。

5. 实验室对各项病原体的检测并非十分特异，体检及病史就显得尤为重要。据本人对本地区自 2013 年底至 2015 年大量病例观察，上呼吸道支、衣原体感染很普遍，其中百分之三十至五十均合并继发感染，而发热基本为初始感染所致，即支、衣原体所致。以上病原体分析资料均来自于城镇社区非住院病人。而既往大多数地区初始感染多为病毒性，本地 2013 年 10 月份以前亦然。

6. 由上所诉，根据本地区流行病学特点，总结治疗方案：应予抗初始病原体治疗，量要足，疗程要到，才能较好的控制体温。还要避免各种诱发因素，以取得较好的控制体温的效果。继发感染者，联用相应的抗菌素。就本例来说，如若为支、衣原体感染，则治疗方案为：阿奇霉素（成人不低于 0.5g）+针对革兰氏阴性菌的抗生素，后者选择头孢哌酮或妥布霉素为主，依病原体及敏感性和耐药性具体情况掌握。无发热症状及体征后，停用阿奇霉素，对继发感染顽固或耐药者，可联用头孢哌酮及妥布霉素。

对一部分高热不能控制者，应分析原因，是否有诱发因素存在？是否患者体型高大过于肥胖，剂量不够？是否因阿奇霉素脂溶性较大的缘故？若然，则阿奇霉素可用至 0.75g，但要注意副作用。此时复查口腔及咽喉是很有必要的。咽喉部的外观表现多与症状不平行，甚至差距很大，是误诊为其它少见或罕见原因性发热的常见原因。以上分析仅就初始感染为支、衣原体感染而言。

7. 疗效。若准确判断为支、衣原体感染，经上述治疗，则可以较快控制体温及改善呼吸困难，但控制咳嗽和继发的咯浓痰则过程较长，疗程因人而异。希望安妮老师提供口腔及咽喉的资料或图片，其意义甚至大于相关的实验室检查。需要注意的是，胸闷，闭气，呼吸困难需要鉴别的因素很多，需仔细鉴别。

anne 医生：

公布答案：

血培养+药敏：凝固酶阴性葡萄球菌。对氨基甙类、先锋 IV 代、万古霉素敏感，青霉素、喹诺酮类耐药。

根据血培养及药敏试验调整用药，患者体温逐渐下降。住院 10 天，后回当地继续抗感染 8~12 周。

住院期间复查 X 线 2 次提示右上肺炎症、空洞影伴脓胸。行胸穿为黄色微混液体，胸液常规检测为炎性渗出液。

出院诊断：AECOPD；胆囊炎；右侧肺脓肿；脓毒血症。

●总结：

肺部化脓性感染是指致病菌侵入人体血液循环，生长繁殖，产生毒素，引发严重的肺感染症状或中毒症状。

为明确感染细菌，除做血培养外应定期作气道内分泌物培养，可提高诊断率，最好作支气管肺灌洗液培养，以防止污染。

区分病因是治疗的关键。

肺霉菌病多数是由于呼吸道或肺部慢性病导致机体虚弱或因长期应用抗菌素或免疫抑制剂，引起菌群失调和免疫机能低下而继发。常见肺霉菌病有肺念珠菌病、肺曲菌病和肺放线菌病。X 线表现：好发中下肺野，呈片、絮状阴影。痰霉菌培养呈阳性，抗炎、抗结核治疗无效，抗霉菌治疗有效。

肺炎支原体肺炎多见于中下肺野，X 线示病灶吸收较快，可呈游走性。血冷凝集试验阳性，红霉素、交沙霉素治疗有效。

嗜肺军团杆菌引起的肺炎，多见于老人，慢性病患者及接受免疫抑制剂治疗者，起病缓慢，初期有全身不适、厌食、多汗、乏力、肌痛。起病 1~3 天常出现高热、寒战、呼吸困难，伴恶心、呕吐、腹痛，可出现神经精神症状。X 线早期呈小片浸润阴影，以下肺野较多，患者常有血尿，肝肾功能异常，军团菌抗体前后两次呈 4 倍以上增长。

金黄色葡萄球菌肺炎的病人常有误吸史，有皮肤感染如：毛囊炎、蜂窝组织炎史。起病急，常有寒战、高热、气急、咳脓血痰、量多，部分病人可出现脓气胸。X 线呈大片絮状阴影，部分病人可见蜂窝状透亮区，血白细胞明显升高，可达数万，痰或血培养可找到金葡菌，抗生素治疗有效。

肺炎球菌性肺炎以冬、春季节多见，有受凉、劳累史，起病急骤，寒战高热，常见口唇疱疹，咳血痰或铁锈色痰。X 线呈肺段或肺叶均匀片状阴影，吸收较快，血白

细胞总数及中性粒细胞明显增加，抗生素治疗症状改善较快。

肺化脓症在早期应由内科治疗，如治疗过晚，肺组织可以大量坏死，脓肿内常有大块脱落的坏死组织，不能由支气管引流排出而阻碍脓腔的引流，或炎症虽已吸收脓腔虽已闭合，但遗有支气管扩张而可能复发，皆必须进行外科治疗。肺化脓症一般分为五型：一、支气管源性肺脓肿；二、血源性肺脓肿；三、特殊性坏死性肺炎；四、传染性肺囊肿；五、穿过膈肌的肺脓肿。治疗方面主要是应用抗生素治疗，再者是脓液引流是提高疗效的有效措施。指导意见：肺脓肿用药时间比较长，一般是使用 8-12 周，直到胸片提示脓肿消失炎症吸收才能停药。对内科治疗达到疗程仍未愈者，建议外科手术治疗。

剧烈胸腹痛伴大汗

作者：xzp_dragon

链接：<http://bbs.iiyi.com/thread-2569016-1.html>

●**病历摘要：**男，64 岁，城镇居民。

主诉：剧烈腹痛伴全身大汗 2 小时。

现病史：于 2 小时前无明显诱因起病，突发胸腹部剧烈疼痛伴大汗，不能耐受，疼痛持续不缓解。急送当地社区医院查心电图，考虑不排除“心肌梗塞”，含服硝酸甘油 2 片，由家属转送来院。查胸腹主动脉 CTA 检查后急诊入院。

既往史：既往高血压病史 10 余年，最高血压 170/120mmHg，规律口服硝苯地平缓释片治疗，未规律监测血压。冠心病、心律不齐病史 10 余年，未行造影和电生理检查，未系统治疗。

体格检查：体温：36.3℃；脉搏：72 次/分；呼吸：20 次/分；血压：196/102mmHg。急性病容，痛苦面貌，平车入室。额纹鼻唇沟对称，伸舌居中。气管居中，未见颈静脉怒张。双侧胸廓对称，呼吸节律正常，胸廓无压痛，双肺呼吸音粗，未闻及干湿罗音。心率 72 次/分，律齐，各瓣膜区未闻及病理性杂音。腹部略膨隆，柔软，无压痛，无反跳痛，移动性浊音阴性，肠鸣音正常。四肢肌力 5 级，腱反射对称，双侧巴彬斯基征阴性。

辅助检查：血常规：WBC： $12.23 \times 10^9/L$ ，电解质：钾离子：3.22mmol/L。心肌酶正常，肌钙蛋白正常。

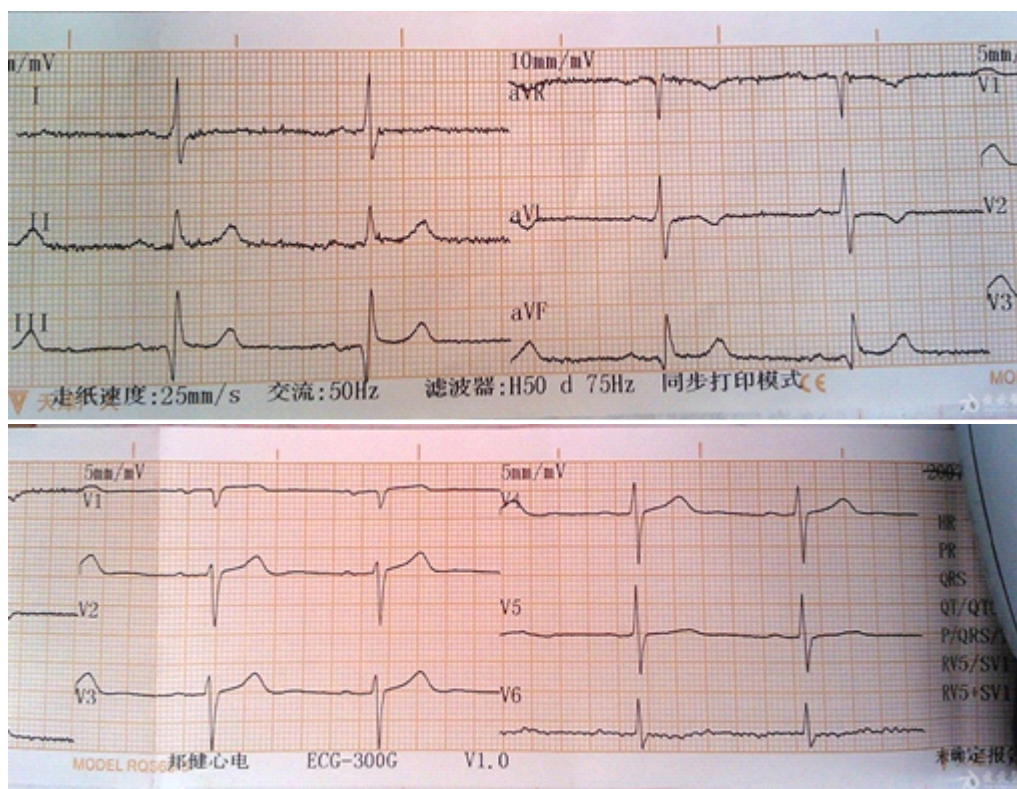
心电图：窦性心律，I 度房室传导阻滞，下壁心梗可能。

病例讨论

影像描述：胸腹主动脉干以及腹主动脉分支管壁多发软硬斑块，临近管腔处略狭窄。降主动脉胸段外缘壁略厚，未见明显异常强化影。主动脉弓、降主动脉胸段及腹主动脉上段管腔不规则，并见多处结节状突起，局部充盈缺损。肠系膜下动脉起始部见充盈缺损影。

影像诊断：1. 胸腹主动脉主干及腹主动脉分支多发软硬斑块；肠系膜下动脉起始部软斑块；2. 主动脉弓、降主动脉胸段及腹主动脉上段多发小溃疡可能，请结合临床。3. 降主动脉胸段外缘壁略厚，请结合临床，需除外局限性小壁间血肿可能。

心电图：



●临床诊断：

1. 降动脉硬化性穿透型溃疡；降主动脉壁间血肿；
2. 高血压病 3 级（极高危组）；
3. 冠心病 急性心梗不除外；
4. I 度房室传导阻滞；
5. 电解质紊乱 低钾血症。

●总结：

患者剧烈胸腹痛，伴大汗，及时行 CTA 检查很快确诊，但急性下壁心梗的诊断却被忽略。

患者既往无心梗病史，曾因反复心慌在多家医院诊断为心律失常，病因归结为冠心病。此次发病是胸腹痛，且 III、AVF 异常 Q 波明显，在第一时间易误诊为急性下壁心梗。但心肌酶却没有证实，顾考虑急性心梗比较牵强。近期梗死或陈旧梗死皆有可能。

如果行冠脉 CT 或 PCI 检查，可能会发现相关供血冠脉分支的闭塞，但是很遗憾，家属放弃积极治疗和进一步检查。。

诊治经过：

在完善各项检查后，给予严格制动，监测血压、心率，镇静，通便治疗，患者症状明显缓解。复查 CTA 未见穿透性硬化性溃疡回复吸收，建议主动脉内覆膜支架植入腔内隔绝术治疗，家属拒绝，保守治疗症状完全消失后出院。

出院医嘱：

1. 门诊随诊 每日规律测血压，心率；定期复查血脂血糖变化；低盐低脂饮食；控制血压目标 140~150/80~90mmHg。
2. 3 个月复查胸腹主动脉 CTA，以后每年查一次。
3. 立普妥 20mg，每晚一次口服；拜新同 30mg，每日一次口服；美托洛尔 25mg，每日二次口服；4-6 周后复查肝功血脂，遵医嘱调整药物。
4. 避免剧烈运动以及劳力，避免用力大便、咳嗽等，如有胸背部闷痛，立即来院诊治。

●临床讨论：

绿漫天涯：

动脉弓、降主动脉胸段及腹主动脉上段多发小溃疡是怎样的一个病理过程？此患者有 Q 波的导联无 ST-T 改变，不支持急性心梗，陈旧性可能大，需要心肌酶的跟踪排除。此患者的血压控制标准多少为合适呢？

天山老友：

诊断考虑：主动脉夹层。胸腹主动脉 CTA 对定位诊断有重要意义。出现下壁心梗的心电图考虑可能是增大的夹层动脉对心脏的下壁挤压造成心肌的持续缺血所致。严格控制血压和心率。有医生建议降至 120/70 mmHg 以下，心率 75 次/分，，保证重要器官灌注，延缓病情进一步发展。

anne 医生：

男性，64 岁，因剧烈腹痛伴全身大汗 2 小时就诊。既往高血压病史 10 余年，最

高血压 170/120mmHg，规律口服硝苯地平缓释片治疗，未规律监测血压。冠心病、心律不齐病史 10 余年。心电图：窦性心律，I 度房室传导阻滞，下壁心梗可能。但心肌酶正常，肌钙蛋白正常，考虑急性主动脉综合征。

现代观念认为急性主动脉综合征（Acute aortic syndrome, AAS）又称为急性胸痛综合征（acute chest pain syndrome）包括一组有相似临床症状的异质性疾病：主动脉夹层分离（Aortic dissection, AD）、主动脉壁间血肿（Intramural aortic hematoma, IMH）和穿透性主动脉溃疡（Penetrating Atherosclerotic Aortic ulcer, PAU）是一组起病急骤、后果严重，围手术期并发症率、死亡率高的血管疾病。近年来以腔内介入治疗为主的综合治疗手段已经使 AAS 的预后得到明显改善。

AAS 的临床特点：（1）有典型的主动脉疼痛症状——强烈的烧灼样、撕裂样或搏动性胸痛且有移行性，疼痛部位与病变部位有关，如前胸、颈部、喉部或下颌部疼痛与升主动脉病变有关，背部和腹部疼痛更多提示降主动脉病变（2）大多数患者有高血压病（3）好发于老年男性（4）影像学或组织病理学检查显示存在主动脉病变。本例符合上述特点。药物治疗是贯穿整个治疗过程不可或缺的主要手段。治疗的首要目标就是要控制血压到正常低限、缓解疼痛、降低左心室的心肌收缩力、控制心率、减轻血流对主动脉壁的冲击等。 β 受体阻滞剂在控制心率、血压、降低心肌收缩力方面疗效确切，因此如无该药禁忌症应立即应用，尽早调整剂量，本例心率不快，且有 I 度 AVB，应用 β 受体阻滞剂应慎重选择，在保证心、脑、肾的有效灌注基础上，将血压和心率控制在尽可能低，对于大部分患者目标血压为收缩压 100~120mmHg，心率 60 次/分钟左右为佳。对于钙通道拮抗剂，其有用的信息目前仍较少，但是对于有 β 受体阻滞剂禁忌或抵抗者，可考虑应用。如果单用 β 受体阻滞剂不能控制血压到目标血压值，应考虑加用血管扩张剂，如静滴硝普钠，但是不能在尚未应用 β 受体阻滞剂的情况下，单纯应用硝普钠等血管扩张剂，因为它们在减轻心脏后负荷的同时，可引起心肌收缩力、主动脉壁张力增加，造成病变的进一步扩展。积极应用吗啡等控制疼痛也有助于控制血压。但如果患者的血流动力学不稳定，考虑有主动脉夹层继续扩展时，应尽早进行影像学检查明确诊断，有急诊手术指征者应及早进行手术治疗。

冷丁：

病例特点：

1. 男性，64 岁；
2. 剧烈腹痛伴全身大汗 2 小时就诊。既往高血压病史 10 余年，最高血压

170/120mmHg，规律口服硝苯地平缓释片治疗，未规律监测血压。冠心病、心律不齐病史 10 余年。

3. 体征不明显；但血压高 196/102mmHg；

4. 心电图：窦性心律，I 度房室传导阻滞，下壁心梗可能。心肌酶正常。

依据经验应追加问诊以下几个方面：

1. 起始时的疼痛特点、性质及部位，是逐渐加重的疼痛，还是起始即极至；有没有撕裂样及极度胸闷感；有没有后背痛及向下移动性疼痛（因为病史中提到有胸和腹）；疼痛的具体部位在哪里？包括起始部位及现在部位，是否在中轴线上，这两处距离有多远等等；

2. 左、右血压是否一致；

3. 有无发冷等休克样症状。

该病人初步不考虑心梗，第一，ST 段改变尚不足以确诊；第二，心肌酶，特别是肌钙蛋白不高。

就目前来看，有高度怀疑主动脉夹层的几个条件。

1. 剧烈的胸腹疼痛，伴大汗；

2. 血压增高；

3. 没有 ST 段改变而排除心梗；

4. 可能存在由胸向腹跑着痛。

尚有两处待完善或补充的地方，左右血压及休克症状。若有这两项可基本确诊，无则高度怀疑。

责任编辑：yjb5200120、kangjing_dr

编辑：踏雪无痕、刘现国

医疗资讯

AJP：西酞普兰联合哌甲酯治疗老年抑郁

日前，一项随机双盲对照试验证明：与西酞普兰、哌甲酯分别单一用药相比，二者联合可改善老年患者的抑郁、认知功能，提高缓解率。研究人员发现，三组患者用药后的抑郁严重程度评分与临床总体印象改善得分均有改善；与另两组相比，联合治疗组表现明显更好。对此，研究人员 Helen Lavretsky 及其同事认为：“这些发现可能为临床医生在老年患者中使用此类药物获得快速缓解提供指导。”

天津：2016 年底解决公立医院的基建和大型设备债务

据天津市政务网的消息，天津市出台了《天津市人民政府关于推进公立医院综合改革试点工作的若干意见》，重点部署天津市公立医院综合改革试点工作。其中规定要落实政府投入政策，天津市禁止医院负债经营，力求到 2016 年底解决公立医院的基本建设和大型设备债务问题。

爱医防暴雷达：医生预防医院暴力神器

近日，由爱爱医秘密主导研发 5 年之久的“爱医防暴雷达”正式向 CFDA 提交了一类医疗器械注册认证申请，这是一款由爱爱医互联网实验室与中科院海云工程低成本健康服务研究所联合研制完成。该款产品可以帮助医生快速识别患者愤怒情绪，定向释放多巴胺拮抗剂抑制患者行为，从而避免医院暴力的发生。据负责此项目的产品总监杨幂博士介绍，爱医防暴雷达集合三大功能模块，对医生进行三重保护，包括情绪识别与定向拮抗剂释放模块；金属扫描与吸附模块；保安自动呼叫模块。

我国科学家在国际上首次成功从 iPSCs 分化获得人浦肯野细胞

首都医科大学宣武医院细胞生物室陈志国教授课题组在国际上首次将人源的诱导性多功能干细胞（iPSCs）诱导分化成为成熟具有电生理活性的浦肯野细胞。课题组专家表示，该研究成果突破性地为研究浦肯野细胞的功能，揭示小脑共济失调类疾病的发病机制奠定了有力的基础，同时基于现阶段成果，下一步研究中将利用这一细胞资源深入研究此类遗传性共济失调及其相关疾病的发病机制，并在细胞水平进行药物筛选实验，为该类疾病的临床治疗提供理论基础。

安徽：三级医院专家门诊半天限 25 个号

据安徽省卫计委的消息,该省自4月1日起,城市三级公立医院在取消药品加成、调整诊察费和医疗服务价格的同时,实行门诊限号限时制度。即除少数科室外,专家门诊每半天原则上不超过25号,患者平均看病时间原则上不少于10分钟,普通门诊每半天原则上不超过38号,平均看病时间不少于6分钟。此规定主要是解决长期以来的挂号时间长、付费时间长、等待就诊时间长、就诊时间短的“三长一短”就医常态,旨在保证医生有充足的时间与病人交流和诊察,以确保质量,改善服务。

中国将启动精准医疗计划 2030年前投入600亿元

日前,中国卒中学会副会长、北京天坛医院副院长王拥军教授透露,科技部已召开国家首次精准医学战略专家会议。会议敲定,在2030年前,中国精准医疗将投入600亿元,其中中央财政支付200亿元,企业和地方财政配套400亿元。专家指出,精准医疗是指以个人基因组信息为基础,结合蛋白质组、代谢组等相关内环境信息,为患者量身设计出最佳治疗方案,以期达到治疗效果最大化和副作用最小化的一门定制医疗模式。

Nature: 华人科学家发现调控血管生成新通路

近日,来自美国的华人科学家 Weilan Ye 在国际著名期刊 nature 在线发表了最新研究进展,他们发现了影响内皮细胞迁移的一条新的信号通路,同时表明 MAP4K4 功能缺失可以抑制疾病模型中的病理性血管生成,提示人们 MAP4K4 或许可成为一个潜在的药物靶点,该发现对于调控肿瘤等疾病中病理性血管生成具有重要意义。

中国首家云医院正式启动运营

记者从宁波云医院运营启动仪式暨发布会获悉,基于云计算、大数据、互联网、物联网等新一代信息技术的全国首家云医院——宁波云医院已于日前正式启动运营。首批接入“宁波云医院”平台的基层医疗机构共100家,签约的专科医生、家庭医生226名;首期在“宁波云医院”线上开设高血压、糖尿病、心理咨询、全科医生等4个“云诊室”。此外,宁波云医院已经与宁波本地连锁药店等第三方机构实现互联,“云医生”线上处方可以方便地流转 to 连锁药店,居民可以根据实际情况就近取药或享受配送服务。

Lancet Haematology: 儿童红细胞性状与疟疾风险相关

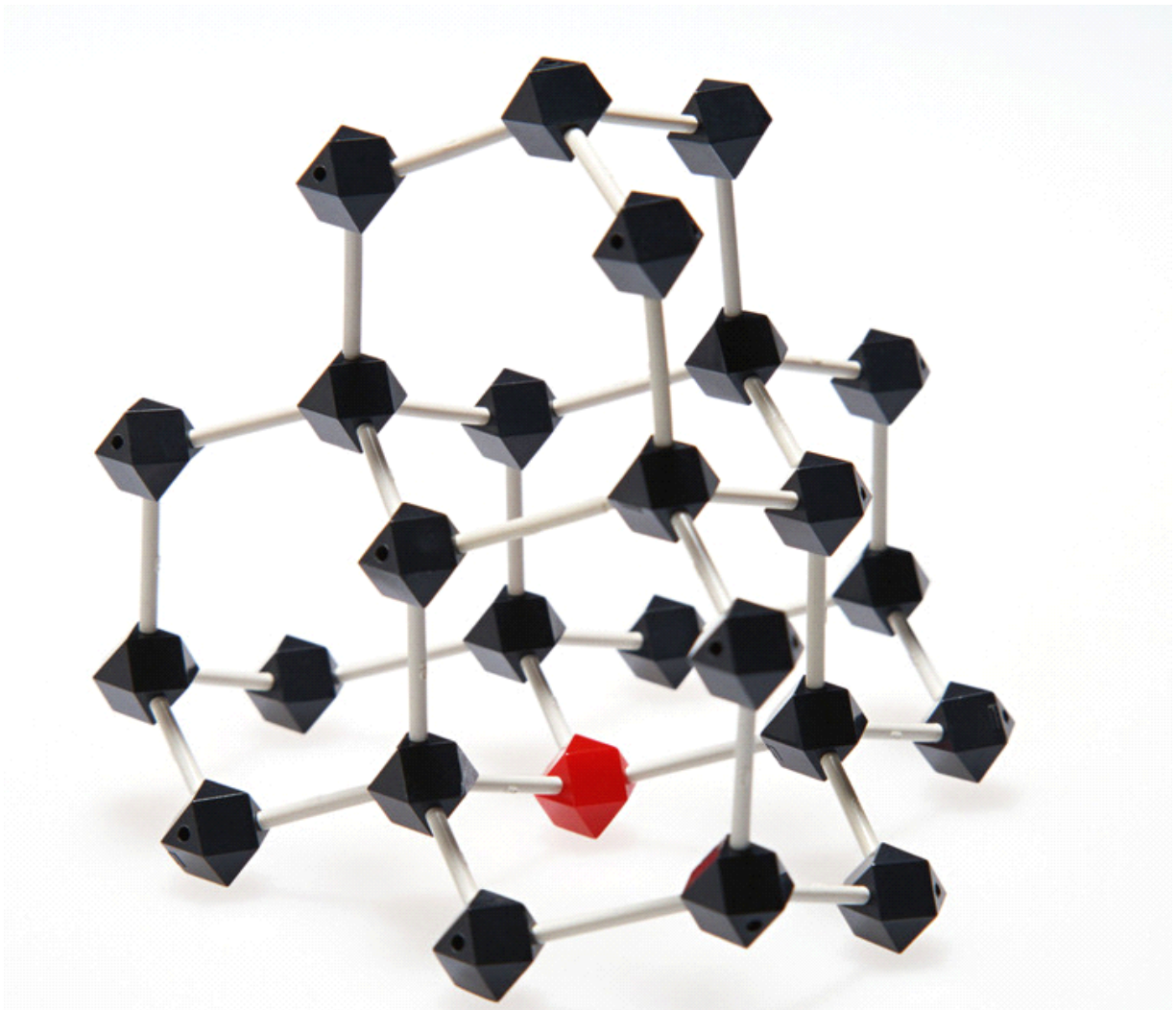
美国国立卫生研究院国家过敏症和传染病研究所(NIAID)的研究员目前确定,某些儿童血红细胞特征可以增加或减少罹患疟疾的风险。研究人员还发现, x-G6PD

纯合子缺乏症与降低女孩患疟疾的风险相关。同时，镰状细胞病会导致身体产生异常的血红蛋白，称为血红蛋白 C, 会使儿童增加患疟疾的风险。科学家希望这项研究促进有关血红细胞变异-疟疾保护效应分子机制的影响。

上海：养老院设医疗机构将获高额财政补贴

记者日前从上海市民政、财政部门获悉，针对当前困扰养老机构发展的医疗服务资源少、服务人员技能弱、运营管理水平总体不高等突出问题，上海近日出台扶持政策，对全市非营利性养老机构实行“以奖代补”制度。其中，养老机构新设内设医疗机构且正常投入使用的，最高可获 50 万元一次性补贴。据了解，“以奖代补”政策的具体奖补项目和标准将分三类：一是内设医疗机构奖；二是员工制招用持证人员奖；三是品牌连锁经营奖。

责任编辑：hehanhan



感谢亲爱的自己

作者：舒省

链接：<http://bbs.iyyi.com/thread-2564546-1.html>

曾几何时，没有人教我们爱自己。

五音不全的我，至今还记得《我爱北京天安门》的旋律，因为这是上幼儿园学的第一首歌。上学后，被教导热爱祖国、热爱人民、热爱共产党、热爱集体，写个《除夕之夜》都要被身为党员的母亲加：“没有共产党，怎会有这么幸福的生活？”不懂得什么是又红又专的道路，也不知道十一中全会是什么会，范文里却经常有这两件。后来，参观完 M.P 场会写花儿争妍斗艳、小树苗茁壮成长离不开园丁辛劳的汗水，参加作文竞赛《校园的花朵》会写祖国花朵有了老师细心呵护、无私奉献才美丽，《无月的中秋》会想起未统一而生活在水深火热中的台湾同胞。工作后更是爱岗敬业，有了领导的英明决策、前辈的传帮带，还有同事的团结合作，才有自己的一点点德能勤绩……

这几年，不断有同事、亲人、老师和相识的人身患癌症，有的人幸存，有的人却永远离开了。一位早期发现早期治疗，愈后良好的同事让我顿悟——她告诉我：“以前总是为别人活着，只想着做一个好医生、好妻子、好妈妈、好女儿和好媳妇，总觉得时间不够用，现在得为自己活，爱自己才能更爱家人啊。”

因此我要感谢亲爱的自己：

感谢爱自己的自己，虽然自己有点小悲观、有点小自恋、有点小脾气、有点小固执、有点小迷糊、有点小懒惰、有点小罗嗦、有点……

感谢爱家人的自己，世上最爱我的人是家人，好好爱家人，因为这一生太短，下一世太远。

感谢爱生活的自己，活在当下，一阵拂面的清风，一片湛蓝的天空，一朵无名的小花，一丛新绿的叶子，一堆水灵的蔬菜，一枚鲜嫩的果子，一首动心弦的乐曲，一群舞翩跹的大妈，一则笑话一张趣图，一篇美文一场电影，冬日暖阳下的垂钓，结伴同行的郊游，用心制作的家常便饭，每日的鸟语花香，偶尔的对坐小酌，都让平平无奇的日子活色生香。

感谢爱朋友的自己，尽管不常相见淡淡如水，却温暖纯净。

感谢爱工作的自己，让自己独立并乐在其中。

感谢爱学习的自己，让自己每天进步一点点。

感谢爱上爱爱医的自己，让我遇上你，

——没错，就是你！在看这帖子的你，感谢有你同行！



三峡逍遥游

作者：冷丁

链接：<http://bbs.iyyi.com/thread-2414681-1.html>

久闻三峡的美名。所以，一俟论坛上帖子发出来，就早早地计划。换班、报名、查资料，忙得不亦乐乎。

一、准备

四号晚上值了一夜班，顾不着休息，第二天一早，就抓紧时间购物，饮用水、食品备了足足一大包，听说大到暴雨，雨具更是必不可少，相机的电池更是充得足足的。

为了换洗的衣服，四体不勤的冷丁还专门泡了上衣，不想忙中出错，竟将发面的碱末错当了洗衣粉给投进了水里，立时，一股难闻的臭味熏出了冷丁的眼泪。

有时候，辛勤换来的不一定是硕果，也可能是臭蛋。好在，大脑被紧张与欢快充斥，也不去计较那么一点点的瑕疵了。

二、戏水

一夜的劳累换来了八百多公里的时空转换。

姊归是个小县，地方不大，人也不多。或许因为山区的原因，这里的地势起伏，难见有平坦的道路。但这些不妨碍街道的整洁。城市的规划者显出了他们非同凡响的战略眼光。



沿公路向东而下，转入了号称百里竹海的三峡竹海风景区。

这里的竹子品种繁多。高耸的长节竹仿佛打通了任督二脉的高手，多个关节疯长，似要打破长度的极致；与其对应的小节竹，羸瘦而少节，微风中摇头摆脑，但那枝叶虽小而浓，密密地聚在一起，却给人秀气十足的美好联想；还有人老珠黄似的黄竹，挺拔垂立，叶子外张，显示着往昔的雍容华贵；紫竹却又同，宽宽大大的竹叶簇在一起，密不透风。还有矮竹、斑竹等等，数不胜数。



人们说，江南多水。你看，就是那高高山峰上也是雾气缭绕，而树枝、树叶上更是水珠串串，晶莹剔透。河道里水流肆意冲荡而下，寻一开阔处，聚而成潭。清澈的潭水早已普通得没人觉得还有起名的必要。

就是这样不起眼的地方，却成了我们的天然游乐场。争先抢到龙舟，两两组合，耳听着景升昌"咚咚"的捶鼓声，众人分左右操起桨，尽力向后划去。

刚开始，由于配合欠佳，龙舟左右乱晃，方向也是时东时西，尧是景升昌累得臂发麻，小舟只是原地打转。亏了后面船公极力把紧方向，一行人才来到了大湖的深处。

单打独斗的人们学会了相互配合，合力掌控了龙舟。乘风破浪之际，才有了观景览圣的遐情。



河的两岸，山峦起伏。南方的山，少了北方山系的壮丽。但是，却独具得天独厚的大秀。山水滋养之下，绿树花草疯长，爬满了山崖，爬进了小溪。偶尔，陡峭笔直的崖壁上，也被野草占据。

山峰虽不算高，但浓雾环绕其间，阳光照耀之下，雾气冲荡。远远看去，神秘莫测。更远处，山腰之间，一团迷雾自山洞中涌出，团做一团，并慢慢向四周弥散开来。众人定睛观望，生怕错过了神仙出没的瞬间。

戏水游戏仍在继续。疯不够的驴友孩子般地又跑上了竹筏。

竹筏可不像龙舟，人多势众，可以滥竽充数。竹筏上四个人，前后两人一组，一人站前，手持长长的竹篙向右侧划，船头左转；一人站后，持篙左划，船头右转。二人合力，竹筏得以稳稳前行。

这些道理，说起来容易，做起来难。四个旱鸭子，第一次操作，还是这样的技术活。一番周折下来，个个累得满头大汗，竹筏还是原地打转，定在那里不动。

摸索了良久，才找到了诀窍。原来利用的是物理学上的反作用力。而此时四个人

早已经是精疲力竭，其它竹筏早已靠岸。

沿途的美景是没功夫欣赏了。只留下一身的臭汗在拼命划拨。

双手持住竹篙，向后向下朝水底狠命插去，探及河底，上身前伸爬上竹杆，用上全身全气，双手使劲向后用力，并交替向上转换握持竹篙的位置。小筏稳稳前行。

再次交替双手拨出竹篙，不敢停歇，重复下插，不一会儿，小筏靠上了岸。众人欢呼雷动。一上午的辛苦换来了脸上幸福的微笑。

神啊！到底是人戏水还是水戏人。（未完待续）



责任编辑：修竹临风

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！2014 年的纸质杂志下半年刊已经印刷完毕，很快就会邮寄到大家手中，请大家拭目以待！

心电图有奖读图第四十二期

评审工作及获奖名单

作者:htchb

链接: <http://bbs.iiyi.com/thread-2566045-1.html>

1、【心电图诊断】

窦性心律，2 度 I 型房室传导阻滞，完全性左束支阻滞，左心室肥厚，ST-T 改变。

2、【心电图诊断依据】

基础节律为窦性，PP 规则，PR 间期逐渐延长直至 QRS 波群脱落，符合文氏型房室传导阻滞。QRS 波群增宽达 0.16s，且 V5 导 R 波电压达 6.1mv，R 波有切迹，符合完全性左束支阻滞和左心室肥厚的诊断。

3、【鉴别诊断】

窦性心律不齐，其 PR 间期恒定，并且无 QRS 波群脱落。

预激综合症，QRS 波群起始部无明显 Δ 波。

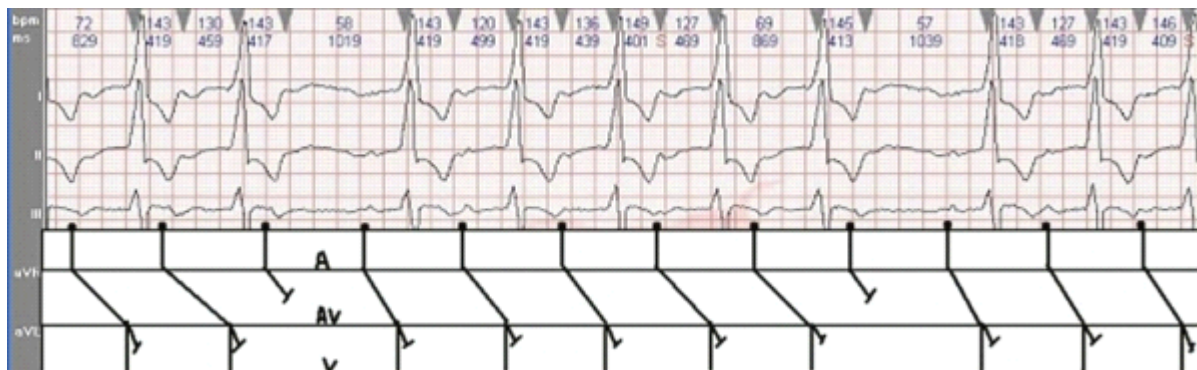
室性心动过速，QRS 波群前可见相关窦性 P 波，且符合文氏型 AVB 的表现。

4、【临床意义】

此患转院至上级医院，经超声心动图证实为肥厚性梗阻型心肌病，患者自述常有黑蒙晕厥发生，超声心动图检查是极为重要的无创性诊断方法。最多见的发病年龄为

20 岁前后，临床症状明显，内科药物治疗效果不佳时应施行外科手术治疗，切除心室间隔肥厚的心肌以解除梗阻。

感谢云的影子的精彩分析，梯形图也引用她的图。



一等奖：云的影子

二等奖：xukaiwei

三等奖：wjhywj

可能是春节的缘故，这期读图活动参与的人不多，希望大家有空能多加支持和鼓励，积极参与到心电图版块的建设中来，为广大心电图工作者、爱好者建立一个学习的平台。参考答案已公布，希望大家继续讨论，如有不正之处，望多多指正。

责任编辑：修竹临风

爱爱医杂志稿约

各位爱友：

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

【征稿要求】

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

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

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

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

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

五、病例讨论：要求选择具有代表性、有助于爱友提升工作能力的完整病例，或者特殊罕见的病例。严格按照病历格式书写（比如主诉、现病史、既往史等以及详细的体格检查、诊疗经过、辅助检查等必须写全），方便爱友分析交流。还要提供相应的临床专业总结，以提升理论层次。

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

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

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

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

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

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

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

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

注：

1. 中医基础科学、中医临床各科、中药相关科学等相关文章均可投稿。
2. 中医相关论文要注意专业术语，体现中医药特色，病例、医案等要求体现四诊、辨证论治原则。

【征稿对象】全体爱友。

【征稿时间】长期

【征稿形式】

1. 请爱友参考《爱爱医》杂志版 (<http://zz.iyi.com>) 置顶帖《爱爱医杂志》征稿帖，按栏目分类投稿。

2. 也可以直接投稿到 463767990@qq.com。稿件以 word 格式附件发送。爱爱医编辑将在 7 个工作日内回复是否采用稿件。

可以是自己的原创文章，也可以推荐其他爱友的原创精品文章。

【征稿奖惩】

- 跟帖征稿后，原创作品未被加分的将给予一个贡献积分，如被杂志采用再加一分。
- 被杂志采用的文章作者可以根据个人意愿，署真实姓名和/或爱爱医用户名，以示鼓励，并优先推荐给媒体发表。
- 推荐他人文章如果被杂志采用，送花 10 朵。
- 累计采用五篇作品，可以获得爱爱医纪念品份，年终累计前三名可以获得年终奖励。
- 抄袭剽窃的文章将予以警告和论坛公示，扣除 2 个爱爱医积分。