

 www.iyyi.com

2015. 05

愛 愛 醫



第五期 总NO. 64

Volume 6, number 5, May 2015

梦中，细雨飘洒

作者：李凤山

链接：<http://bbs.iyi.com/thread-2590610-1.html>

梦中，冰凉的雨

在风中飘洒。

窗外，梧桐树

拨响了琵琶。

没完没了地，奏着

一个简单的旋律，

莫非，是记录

风和雨的对话？

梦中，细细的雨

象一幔七彩的纱。

飘飘渺渺，罩着

心底的山，心底的水，

心底温馨的家。

在哪里，子规鸟叫了？

一声声，催开

漫山遍野

鲜红鲜红的花……

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：汪纪利
顾 问：杨俊标
编 辑：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.iyi.com
投稿邮箱：463767990@qq.com
联系我们：爱爱医华人医学论坛
网 址：http://zz.iyi.com
联 系 人：修竹临风
联系方式：QQ463767990
地 址：广东省珠海市金湾区机场东路 288 号
康德莱国际医疗产业园 K 栋
邮 编：519041
联系电话：4006269910

特别说明

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

刊首语	梦中，细雨飘洒..... 1
专家讲谈	1 例重症心律失常新生儿的护理..... 1
关 注	解析 2014 年美国成年高血压治疗指南..... 4
专业交流	阑尾炎的超声诊断..... 14
西 医	对“心脏骤停后大脑不可逆损害时间 6 分钟” 的理论分析和合理猜想..... 16
	颈椎病各种表现之图文介绍..... 18
	一例低血糖的误诊..... 25
	营养性巨幼红细胞性贫血..... 26
	消化内镜看图诊断（十四）..... 28
	单侧输尿管不同位置两个结石..... 32
	在急救中展现优质护理内涵..... 34
	心电图读图第四十四期..... 36
专业交流	祛风地黄丸治疗鹅掌风..... 37
中 医	甘草干姜茯苓白术汤病案..... 38
	子宫肌瘤病案 2 例..... 39
	“咳嗽”两例——兼论附子用法..... 40
	《临证指南医案》调经篇思路探析..... 44
	从方剂谈湿热痹证..... 46
识 草 药	歪头菜..... 48
	鼠麴草..... 49
病例讨论	间断咯血伴皮下肿物一例..... 51
	意识障碍查因..... 57
医疗资讯	医疗资讯..... 60
医网情深	五月，这是我们自己的节日..... 63
	三峡逍遥游..... 64
编读往来	编读往来..... 68
	心电图有奖读图第四十三期..... 68
杂志稿约	爱爱医杂志稿约..... 70

1 例重症心律失常新生儿的护理

推荐者: kangjing_dr

链接: <http://bbs.iyyi.com/thread-2590485-1.html>

心律失常是因心脏激动产生或(和)传导异常,致使心脏活动变为过慢、过快、不规则或各部分活动的顺序改变,或在传导过程中时间延长或缩短,而新生儿心律失常因症状不明显常常被忽视^[1]。严重的心律失常能引起心排量降低、心功能不全等血流动力学紊乱并导致严重后果,甚至有心脏停搏的危险。2012年4月我科收治1例重症心律失常新生儿,现将护理经验报道如下。

1 临床资料

患儿,男,出生第25天入院,2d前无明显诱因下出现纳差,呕吐3次,偶有打喷嚏,单声咳嗽,伴有气促,无面色发绀,无呻吟,无喘息,曾在当地医院治疗,症状无改善,于2012年4月2日9:40入院。入院时查体示:意识清,体温36.5℃,呼吸80次/min,氧饱和度88%,心律齐未闻及明显杂音,心电监护下心率280次/min,点头样呼吸,面色欠红润,口周发绀,四肢末梢凉。门诊心电图检查示:心率272次/min,提示室上性心动过速,下壁T波改变。患儿于10:54突然出现面色发绀,心电监护下氧饱和度下降至40%,心率降至50次/min,反应差,自主呼吸弱,立即予以复苏气囊正压通气、心脏胸外按压,遵医嘱予以阿托品0.2mg静脉推注,1:10000肾上腺素0.8mL静脉推注,利多卡因5mg静脉推注,持续心脏按压30min,生理盐水扩容,5%碳酸氢钠纠正酸中毒,并予以气管插管、胃肠减压、导尿、机械通气等各项抢救。4月2—5日予以特级护理、机械通气、置婴儿辐射床保暖,心律平、地高辛维持,丙种球蛋白支持,亚胺培南针抗炎等对症治疗,于4月5日9:00遵医嘱予以气管拔管,继续对症治疗。4月6日开始母乳喂养,4月8日10:00患儿病情稳定,面色红润,心电图复查提示窦性心律,呼吸40~50次/min,予以出院。

2 护理

2.1 密切观察病情,保持患儿安静,减少心肌耗氧

本例患儿出现呼吸急促、烦躁不安、面色苍白,立即予平卧位、心电监护、吸氧。缺氧可导致或加重心律失常,对有发绀、呼吸困难的患儿要及时给予吸氧^[2]。在进行静脉穿刺、采血等疼痛性操作前给予安慰奶嘴,以减少患儿哭闹或

躁动。有研究表明在医源性刺激时，给患儿提供非营养性吸吮，可减少医源性刺激对患儿的影响^[3]。本例患儿在使用呼吸机期间遵医嘱予10%的水合氯醛2mL保留灌肠，鲁米那10mg每12h静脉推注1次，米达唑仑4~6mg/h微量泵持续泵入，以保持患儿安静，减少其心肌耗氧。

2.2 做好患儿家属的心理护理

家属对患儿突如其来的病情变化表现得极为恐惧和无法接受，患儿母亲先表现为惊恐无语，而后嚎啕大哭，患儿父亲担心抢救成功会遗留脑、肺、心、肾后遗症。医生、护士对此均表示理解和同情，对患儿有可能发生的各种预后，适时如实予以说明，使家属对可能会出现的情况有所了解，对治疗的经费和预后能做好充分的思想准备，同时运用鼓励的语言让家属感到有治愈的希望，用婉转的语言安慰使家属得到心理支持，能够正确面对患儿的病情。本例患儿在特级护理期间医护人员告诉家属：患儿患有新生儿室上性心动过速，是较为严重的心血管疾病，会导致患儿心力衰竭和心脏停搏而致命^[4-5]，度过危险期通过药物治疗后，如没有心脏本身器质性疾病，患儿的愈后是良好的，家属要积极配合治疗，有任何想法可以跟医生护士沟通，并定时让家属进监护室予以探视。此例患儿家属表示理解、信任，对患儿的治疗表现出良好积极的状态。

2.3 机械通气时的气道护理

翻身、拍背、吸痰是使用呼吸机患儿的护理重点，遵医嘱每2h翻身拍背1次，拍两侧前胸、腋下、肩胛间和肺底部，用手腕迅速和轻柔地拍打5~10min，结合雾化吸入每4h使用一次性6号吸痰管吸痰1次，吸痰过程均在心电监护下进行，当患儿出现青紫、心率减慢，立即接呼吸气囊，吸纯氧20s左右或患儿青紫消失为止。本例患儿痰液黏稠，滴入生理盐水2mL于气管导管内，湿化可使气管黏膜纤毛运动活跃，分泌物稀释^[6]。本例患儿为足月新生儿，吸痰时使用吸引压力不超过150mmHg（1mmHg=0.133kPa），每次吸引不超过15s^[7]，患儿由于频繁吸痰出现吸出血性分泌物的现象，遵医嘱在吸痰后滴入2~3滴0.01%肾上腺素于气管导管内起到止血的作用，滴入前后双人核对，确保滴入浓度和量的准确并及时记录。4月5日9:00遵医嘱予以气管拔管，患儿哭声响，自主呼吸，无咳嗽，无氧疗下氧饱和度96%~98%，吸吮好，肺部听诊无啰音，心电图检查示：心率100~120次/min，窦性心律，无肺部炎症并发症发生。

2.4 用药时注重心律和心率的观察，及时发现不良反应

在使用抗心律失常药物心律平时，本例患儿每次用量少于0.5mL，用生理盐

专家讲谈

水稀释后用1mL注射器抽吸药液，用微量泵按 $10 \mu\text{g}/(\text{kg} \cdot \text{min})$ 维持，同时保持输液通畅，本例患儿在使用过程中未出现药液外渗，未出现局部组织坏死。口服地高辛时由于该药治疗剂量与中毒剂量接近，且不良反应较重，常见的不良反应有出现新的心律失常，食欲减退、恶心、呕吐等，所以在心电监护下观察患儿心率、心律的变化，同时用听诊器听诊心率、心律变化，做好记录。该患儿遵医嘱给予服用地高辛片15mg，每12h1次，在第2次口服时患儿心率 <100 次/min，报告医生后即停用。

2.5 营养支持

本例患儿在机械通气的同时，予胃肠减压防止胃内气体潴留，由于吸吮无力，遵医嘱予胃管喂养，5%葡萄糖溶液10、15、20mL试喂养3次，无呕吐和腹胀，再取母乳用注射器喂养，每次30~40mL，鼻饲前用注射器抽胃液，证实胃管在胃内食物无潴留再行鼻饲^[8]。鼻饲时将空注射器拔去针芯，连接胃管，悬于患儿头上方15~20cm，然后倒入奶液，让奶液自然流下，喂后患儿头偏向一侧防止呕吐，鼻饲期间观察患儿的面色、心电监护下心率、呼吸和血氧饱和度，本例患儿未发生喂养不当。（原作者：陈琪瑛，顾军养，王燕萍，朱燕君）

参考文献：

[1] 杨瑞荣，李文琳．儿科常见急救[M]．青岛：中国海洋大学出版社，2009：209．

[2] 雷家应．儿科护理学[M]．2版．北京：人民卫生出版社，2007：171．

[3] 吴圣楣，陈惠金，朱建辛，等．新生儿医学[M]．上海：上海科学技术出版社，2006：76．

[4] 姜冬梅．对新生儿家长心理护理的几点体会[J]．基层医学论坛，2008，12（36）：1108．

[5] 贺红云，张谨慎．极低出生体质量儿严重高钾血症致心律失常的临床特点及护理[J]．护理学报，2007，14（10）：57．

[6] 吕改玲，吕爱红．新生儿呼吸衰竭机械通气的气道护理[J]．中国煤炭工业医学杂志，2009，12（2）：313．

[7] 赵正言．实用儿科护理[M]．北京：人民卫生出版社，2008：89-90．

[8] 李小寒，尚少梅．基础护理学[M]．4版．北京：人民卫生出版社，2006：211．

解析 2014 年美国成年高血压治疗指南

原作者：郭艺芳、胡大一

链接：<http://bbs.iyyi.com/thread-2586056-2.html>

2014 年美国预防、检测、评估与治疗高血压全国联合委员会（JNC）第 8 次报告成人高血压治疗指南（简称 JNC8 指南）颁布后，在国内外引起了广泛关注与争议。该指南虽然针对美国人群制定，但对于包括我国在内的其他国家的高血压防治指南的修订将产生一定影响，因此正确认识与解析该指南的各项推荐建议具有重要意义。JNC8 指南中以下 3 个方面值得重点关注。

1. 调整了部分人群的降压治疗目标值：降压治疗目标值是决定降压治疗强度的主要因素之一。在 2003 年美国高血压指南（JNC7 指南）中，对无合并症的高血压患者和糖尿病及慢性肾病等心血管高危人群推荐了不同的目标值，分别为 $<140/90\text{mmHg}$ ($1\text{mmHg}=0.133\text{kPa}$) 和 $<130/80\text{mmHg}$ 。但 JNC8 指南认为，JNC7 指南中的上述建议缺乏充分依据，对心血管风险水平增高的高血压患者更为严格控制血压可能不会使患者更多获益；建议将老年高血压患者血压控制在 $<140/90\text{mmHg}$ 同样存在此问题。JNC8 指南仅根据患者年龄对降压目标值进行区分： ≥ 60 岁的患者血压目标值为 $<150/90\text{mmHg}$ ， <60 岁者（ ≥ 18 岁）目标值为 $<140/90\text{mmHg}$ ；糖尿病和慢性肾病患者的降压目标值同样为 $<140/90\text{mmHg}$ 。

为确定老年高血压患者的血压控制目标，专家组对符合纳入标准的 RCT 进行分析，认为将老年人血压降至 $<150/90\text{mmHg}$ 显著减少卒中、心力衰竭与冠心病的发生；血压进一步降低至 $<140/90\text{mmHg}$ 并无更多获益。因此专家组认为 JNC7 指南中所推荐的目标值证据不足，故 JNC8 指南建议将 $<150/90\text{mmHg}$ 作为老年高血压患者的血压控制目标。

JNC8 指南同时指出，在药物治疗过程中若患者血压降低至 $<140/90\text{mmHg}$ 且患者耐受良好、无不良反应发生，无需伴药或降低治疗强度。需要指出的是，尽管此前的欧洲与美国等学术机构的高血压防治指南均一度将 $<140/90\text{mmHg}$ 作为老年人的降压治疗目标，但我国 2005 版与 2010 版高血压指南均坚持为老年人确立了更为宽松的血压控制目标，这充分反映了我国学者实事求是的治学精神。

专家讲谈

关于糖尿病或慢性肾病患者的血压控制目标，JNC7 指南建议为 $<130/80\text{mmHg}$ 。专家组对相关证据重新梳理后认为，早期所完成的关于糖尿病患者的降压治疗试验中，老龄人群的收缩期高血压项目研究（SHEP）、欧洲老年收缩期高血压临床试验（Syst-Eur）以及英国糖尿病前瞻性研究（UKPDS）均证实，将糖尿病患者收缩压降至 150mmHg 以下显著改善心血管预后，但进一步降低到 140mmHg 以下能否更多获益尚缺乏证据。

控制糖尿病大血管风险行动（ACCORD）试验比较了 $<140\text{mmHg}$ 与 $<120\text{mmHg}$ 两个目标值对糖尿病患者心血管预后的影响，同样未能证实更严格的血压控制可使患者获益。因此认为，JNC7 指南所推荐的 $<130/80\text{mmHg}$ 的目标值不合理。实际上，JNC8 指南中建议将 $<140/90\text{mmHg}$ 作为目标值同样存在证据不足的问题，该目标也是基于专家建议。慢性肾病患者同样如此。现有证据并不能证实将此类患者血压降低至 $<130/80\text{mmHg}$ 可进一步减少不良事件，故也将血压控制目标放宽至 $<140/90\text{mmHg}$ 。

JNC8 指南放宽对老年人、糖尿病、慢性肾病以及其他心血管高危人群的血压目标值并不是对积极降压治疗的否定，而是对现有研究证据的充分尊重，是理性的回归。卒中以及冠心病与心力衰竭是老年高血压患者最常见的并发症，心血管疾病也是糖尿病和/或慢性肾病患者致死致残的主要原因。

大量研究表明，对于高血压患者，积极控制血压是改善患者预后的有效措施，因此降压治疗被视为心血管疾病一级预防和二级预防的核心策略。对于高血压患者一定要积极合理降压；但无论血压管理，还是高血糖等其他危险因素的控制，均应牢记适可而止、过犹不及的理念。过于激进的药物治疗不仅增加医疗经济学负担，还可能给患者带来更多不利影响。JNC8 指南放宽对特殊人群血压控制目标，在给临床实践提供具体的指导建议的同时，也传递了“适度干预”的理念，值得我们思考。

2. 更改了对一线降压药物的推荐：与 JNC7 指南不同，JNC8 指南仅建议将噻嗪类利尿剂、血管紧张素转换酶抑制剂（ACEI）、血管紧张素受体拮抗剂（ARB）以及钙通道阻滞剂（CCB）作为一线降压药物，不再推荐 β 受体阻滞剂用于高血压患者的初始治疗。

JNC8 指南建议，非黑人高血压患者（包括糖尿病患者）可首选噻嗪类利尿剂、ACEI、ARB 或 CCB 治疗，黑人高血压患者（伴或不伴糖尿病）首选噻嗪类利尿剂与 CCB。慢性肾病患者（无论是否伴糖尿病）应首选 ACEI 或 ARB 治疗。

JNC8 指南将 β 受体阻滞剂从一线降压药物剔除, 不建议将其用于高血压患者的初始治疗, 这是本次指南修订最值得关注的变化之一。这一决策的主要依据是在氯沙坦对高血压患者生存研究 (UFE) 中, β 受体阻滞剂治疗组主要复合终点事件发生率显著高于 ARB 治疗组 (主要由卒中事件增高所驱动)。

近年来, 国内外对于 β 受体阻滞剂在降压治疗中的地位一直存在很大争议。此前数项荟萃分析表明, 虽然 β 受体阻滞剂的降压作用与其他 4 大类药物相似, 但其减少心血管终点事件 (特别是卒中) 的效果较弱, 因此一些学者认为不宜将此类药物作为高血压患者的首选治疗。数年前英国高血压指南率先将该类药物由一线下调至四线, 一度引起很大争议。

2013 版欧洲高血压指南认为常用 5 类降压药物均可用于高血压的初始与维持治疗, 但由于该指南中仅有条件的推荐 β 受体阻滞剂与利尿剂联合应用, 除此之外不建议与其他任何类别降压药物联用, 实际上也在很大程度上压缩了其应用空间。JNC8 指南对 β 受体阻滞剂地位的下调是否会影响到包括我国在内的其他国家的指南修订, 尚待观望。

JNC8 指南另一个重要变化是对糖尿病患者降压药物的推荐。很多专家相信 ACEI 或 ARB 在有效降压的同时可能会对糖代谢产生有益的影响, 并对患者肾脏具有保护作用, 因而既往指南曾建议糖尿病患者首选 ACEI 或 ARB 治疗。但 JNC8 指南专家组在认其研读现有研究之后认为, 并无可靠证据支持此类药物在改善糖尿病患者心血管预后方面显著优于其他种类药物。因此, JNC8 指南建议噻嗪类利尿剂、ACEI、ARB 或 CCB 均可以用于糖尿病患者降压治疗的首选。

与糖尿病患者不同, 经过认真梳理现有研究证据, 专家组认为与其他种类降压药物相比, ACEI 和 ARB 能够更为有效地减少伴慢性肾病的高血压患者的肾脏终点事件发生率, 因此 JNC8 指南继续推荐慢性肾病患者将 ACEI 和 ARB 作为首选降压药物。

JNC7 指南认为噻嗪类利尿剂适合于大多数高血压的初始治疗, 而 JNC8 指南认为上述建议缺乏确凿证据, 因此未继续赋予此类药物更为独特的地位, 但 JNC8 指南仍然认为利尿剂是最为重要的降压药物之一, 充分肯定了其降压疗效与靶器官保护作用。

3. 降压治疗方案的策略调整: 在初治高血压的药物治疗策略方面, JNC8 指南认为以下 3 种方案均可考虑: (1) 先选用 1 种药物治疗, 逐渐增加至最大剂量, 若血压仍不能达标则加用第 2 种药物; (2) 先选用 1 种药物治疗, 血压不达标时不增加该

药剂量，而是联合应用第 2 种药物；（3）若基线血压 $\geq 160/100\text{mmHg}$ ，或患者血压超过目标血压 $20/10\text{mmHg}$ ，可直接启动 2 种药物联合治疗（自由处方联合或用单片固定剂量复方制剂）。

若经上述治疗血压未能达标，应指导患者继续强化生活方式改善，同时视患者具体情况尝试增加药物剂量或种类（仅限于噻嗪类利尿剂、ACEI、ARB 和 CCB4 种药物，但不建议 ACEI 与 ARB 联合应用）。经上述调整血压仍不达标时，可考虑增加其他药物（如 β 受体阻滞剂、醛固酮拮抗剂等），必要时转高血压专科治疗。由上述治疗流程可见，JNC8 指南将 β 受体阻滞剂由原来的一线地位下调至四线。这一建议与现行的英国高血压指南相似。

4. 客观认识 JNC8 指南：解读 JNC8 指南需注意以下问题：

第一，该指南是由美国学术机构针对美国人群所制定，不能照搬到我国，更不能将其推荐建议直接应用于我国临床实践。由于不同国家和地区的疾病流行特征、族群差异、临床特点以及社会经济学背景和药品供应情况各异，任何国外指南只能用于学术探讨以及我国制订指南时的参考，因此不能片面夸大该指南对我国高血压防治工作的影响。我国的高血压防治工作应以我国现行的指南为主要依据。

第二，该指南制订过程中过分强调高质量硬终点 RCT 的重要性，忽视了流行病学与遗传学等研究成果，这是其重要缺陷之一。RCT 主要是针对药物的研究，这必然会导致指南过度强调药物治疗的重要性，而忽视生活方式干预（如运动、饮食控制、戒烟等）在高血压防治中的基石地位。JNC8 指南所采信 RCT 主要在欧美国家的患者中进行，且有严格的入选和排除标准，在人群代表性上有明显的局限性，因此该指南并不适用于亚裔人群，特别是高龄老年人、肝肾功能受损或心力衰竭患者。

由于 RCT 研究中必须使用相对固定的药物剂量与治疗方案，难以代表临床实践中真实的治疗方案。此外，很多 RCT 是由制药企业资助完成的，一些阴性研究结果并未及时发表，我们所掌握的临床研究结果可能存在一定偏倚。因此，虽然从表面上看该指南非常严谨，但正是这一原因在很大程度上影响了其临床实用价值。

第三，该指南将 β 受体阻滞剂剔除出一线降压药物，这也是基于 RCT 研究结果。但在我国此类药物的应用非常广泛，特别是在高血压合并冠心病、心绞痛、心肌梗死、慢性心力衰竭以及心房颤动的患者中， β 受体阻滞剂均具有重要的应用价值。在降压药物选择方面，不宜简单地将各类药物分为一线、二线，而应由临床医生根据患者的具体情况选择用药。

第四，JNC8 指南列举了具有高质量 RCT 研究证据的部分降压药物的推荐剂量，这不应被认为是对特定药物的推荐。例如，该指南所列举的 CCB 类药物仅包括了尼莫地平、氨氯地平和地尔硫卓缓释剂，其他 CCB 因其 RCT 不符合指南纳入标准而未被提及，这并不意味着 JNC8 指南只推荐了这 3 种 CCB 而排除了其他 CCB（如硝苯地平、尼群地平、非洛地平等）。二氢吡啶类 CCB 具有较好的类似效应，不同药物的疗效不存在明显差别。

实际上，即便是美国专家对于高血压的防治理念也存在着差异。除 JNC8 指南外，几乎同期美国还颁布了另外两部高血压指南，即美国心脏协会（AHA）、美国心脏病学学会（ACC）与国家疾病控制中心（CDC）共同制定的降压治疗科学建议，以及美国高血压协会（ASH）与国际高血压协会（ISH）联合颁布的社区高血压管理临床实践指南。指南对于降压药物的推荐具有明显不同，说明美国学者对于现有研究成果的认知存在差异。应该说这些指南均具有一定的科学性与合理性，在我国将来修订高血压防治指南过程中可谨慎借鉴其精髓。

高血压是心血管疾病最为重要的危险因素之一。目前我国心血管病的防治形势十分严峻，积极筛查并合理治疗高血压是降低心血管病发生率与致死、致残率的有效举措。与欧美国家相比，我国高血压的流行病学特征不尽相同，因而在其防治方面亦具有诸多特殊性。我们应该采取理性客观的态度对待欧美发达国家的临床研究成果和指南性文件，既不能盲目照搬，也不能一味否定。

在今后工作中，我们应该积极汲取其他国家的先进理念与研究成果，并充分考虑到我国的实际情况，建立健全适合于我国的高血压防治体系。与此同时，还应大力开展以我国人群为基础的随机化临床研究，探讨适合于我国患者的降压治疗策略。在相关指南的制订过程中，更应结合我国的医疗经济学背景和药品供应情况，为广大临床医生提供切实可行且科学合理的指导建议。

参考文献：略

责任编辑：kangjing_dr

中国领先世界：每年 140 万人死于吸烟

链接：<http://www.iiyi.com/d-19-215331.html>

我国非传染性疾病负担巨大，而烟草使用是许多重大非传染性疾病的主要危险因素。中国男性的吸烟率居于世界的前列，以致目前的吸烟者人数超过了 3 亿，并有 7.4 亿非吸烟者暴露于二手烟的危害之中。过去十年，中国公众对于烟草使用和二手烟暴露引起健康危害的觉悟有所增强，一些严格的控烟政策已得到了积极地推动。

我国吸烟状况

吸烟，包括主动吸烟和二手烟暴露，是中国非传染性疾病所致过早死亡和残疾的主要危险因素之一。在所有的死亡者中，可归因于烟草使用的死亡比例已从 1990 年的大约 12%（60 万人），上升至 2010 年所估计的 16.5%（140 万人）。如维持现状，预计到 2050 年，中国因烟草使用所导致的年度死亡人数将增至 300 万。尤其令人关注的是，在目前年龄小于 30 岁的 3 亿中国烟民中，也将有约 300 万人最终会死于烟草相关的疾病。

第一次国家烟草使用调查表明，至少从 1984 年开始，中国男性的吸烟率已经达到了 63%。而根据 1996-2010 年间我国男性吸烟率趋势图所示（图 1），尽管在过去的 30 年里，整体吸烟率呈缓慢下降趋势，但 40-59 岁男性吸烟率的下降在近年有所放缓，且自 2002 年已开始上升，形成了事实上的反转态势。

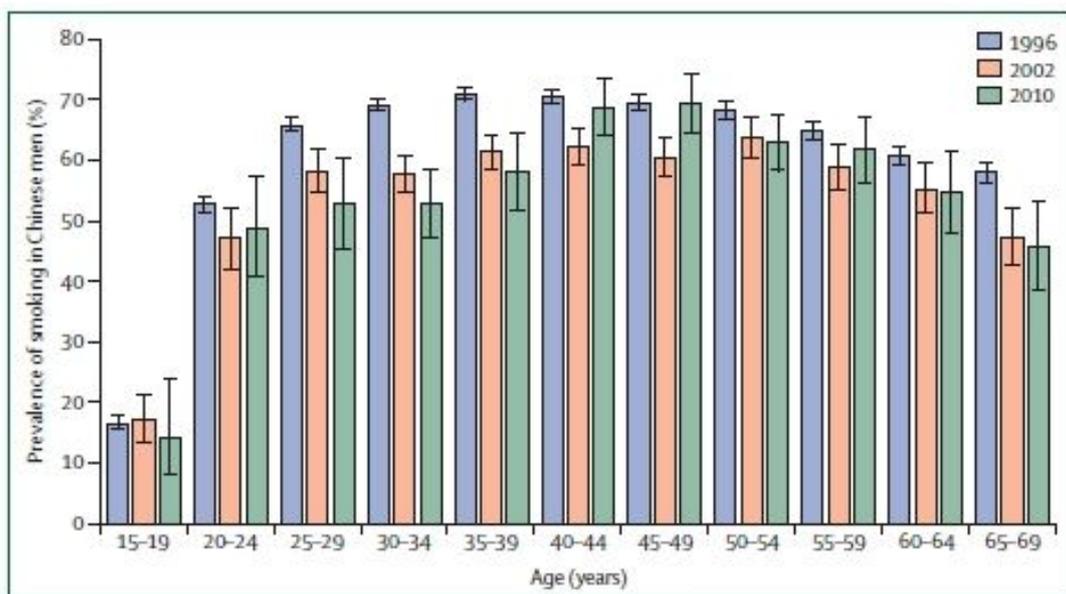


图 1. 1996-2010 年间不同年龄组中国男性吸烟率的走势图。（转自全球成人烟草调查中国 2010 年国家报告。）

而 2010 年全球成人烟草调查（GATS）显示，中国 2.88 亿成年男性和 1.2 亿成年女性的吸烟率分别为 52.9% 和 2.4%。在中国 13-15 岁的学生中间，分别有 30.1% 的男孩和 8.7% 的女孩至少吸过一次烟。此外，分别有超过 3.42 亿的成年男性和 1.6 亿的成年女性，在其生活中的某些时间内曾经吸过烟。

中国的烟草行业与烟草供应

政府和烟草行业之间完全没有脱钩，双方密切联系。目前 33 个省级烟草公司、16 个烟草企业和大多分支机构等，通过这个强大的关系网，可实现部门利益的最大化，因而代表了一个强大的特殊利益集团。

随着经济的改革与开放，中国的烟草行业得到了迅速的发展。自 1978 以来，中国的烟草产量已经翻了一番还多，在全球卷烟总产量中所占的比例，也从起初的 20% 升到了目前的 40% 以上。根据中国 1952-2013 年间卷烟产量示意图所示（图 2），到 2013 年，中国的卷烟年产已达 2.6 万亿支。此外，中国也是世界上最大的烟草耕种国，烟叶年产量在 2012 年达到了约 340 万吨。

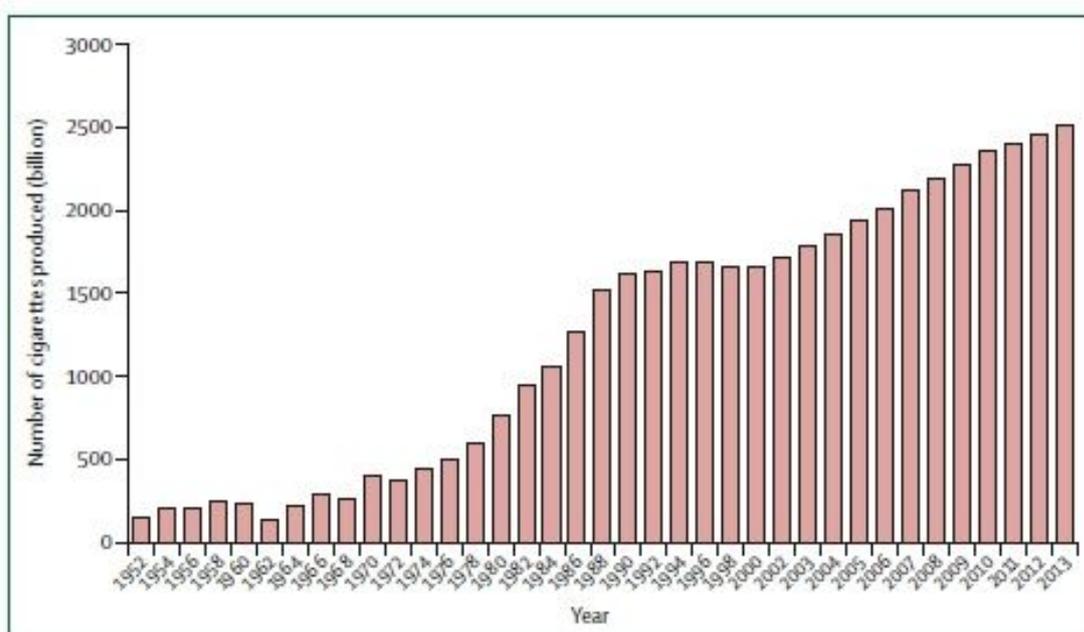


图 2. 1952-2013 年间，中国国家烟草公司的年度卷烟产量数据来自中国国家统计局。

社会风俗与烟草使用

在中国，吸烟常与一些正面的事务或形象联系在一起。在包括婚礼、葬礼和官方活动等在内的几乎在所有社会活动中，卷烟都被视作为必不可少的物品。领导人在公共场所吸烟的情况很常见，且受到追捧。此外，给朋友、客人或来访者敬烟，仍被看作是一种礼节。

尽管社会风俗和习惯正在慢慢改变，许多高层领导人都不吸烟，一些年轻人也开始举办无烟婚礼，然而在室内公共场所和工作场所吸烟的现象仍很常见。高档卷烟也仍然是当今中国最常见馈赠礼物之一。据 2009 年一项覆盖了中国八个省份的调查所示，近 64.2% 的高档卷烟都被购买用作了礼品。

中国控烟现状

1. 二手烟危害的预防

据估计，2010 年大约有 7.4 亿非吸烟者在中国的公共场所接触了二手烟。这些场所包括 90% 的餐馆、50% 以上的政府大楼、超过 1/3 的学校、卫生保健结构以及各类公共交通工具等。

中国国务院法制办于 2014 年 11 月 24 日就首个在所有室内外公共场所禁烟的全国性法规草案向社会征求意见。中国政府花了近 10 年的时间才走到这一阶段，将使中国在健康保护和促进空气清洁方面迈出巨大的一步。

值得注意的是，北京市于 2014 年 11 月 28 日通过了最严格的禁烟法令：禁止在所有室内公共场所和工作场所吸烟，并取消了机场的吸烟室。而所有的这些努力表明，在中国进行全国性控烟立法的时机已经成熟。

2. 对吸烟者戒烟的支持

1996 年在中国进行的一项全国性研究显示，65% 的吸烟者无戒烟打算；但到 2010 年，这一比例下降到了 45%。然而，同期的戒烟者复吸率，却从 12% 上升至 33%。中国经常吸烟者的戒烟率是 13%，说明在为试图戒烟者提供支持方面，中国仍有很大的提升空间。

中国的首个戒烟门诊成立于 1996 年，目前已发展到 800 多家。而根据媒体来自医院的报道，在北京、西安、重庆、福州和广州等地，每家医院每周只有 1-2 名戒烟者前来寻求帮助。

令人稍感欣慰的是，在 2010 年，中国卫计委要求各级各类医疗卫生机构至少应为吸烟者提供简短的戒烟建议和戒烟服务。但这项措施要想取得成功，必须有足够基

基础设施和资源保证，以推动人们的戒烟尝试，并确保那些希望戒烟的吸烟者能够得到广泛的戒烟支持。

3. 卷烟的包装标识

在烟草产品包装上添加大的图片式健康警句，是政府实行烟草控制最具性价比的方案。然而，目前中国卷烟盒上的纯文本式汉语健康警句的控烟效果非常差。既不够明显，也不够明确，没有系统的警告语和信息，没有图片，没有定期更新，也没有戒烟方面的建议等。

在 2014 年的烟盒健康警告国际状况报告中，中国在卷烟包装警告大小方面的排名，位于 198 个国家或司法管辖区中的第 110 位。而来自其他研究的证据也显示，中国的健康警告带给公众的相关信息实在是太少了。

虽然有不少全国人大代表和政协委员建议，应改进卷烟包装标识有关健康警告的内容和形式，但至今尚未看到相关部门有任何行动。

4. 广告法的实施与修订

据 2010 年的调查显示，20% 中国成年人曾经在媒体或公共场所接触到烟草广告和促销，48.8% 成年人曾经在电视上看到过烟草广告。此外，在中国，有 86% 的 5-6 岁儿童，可以识别至少一种卷烟品牌的标识。

自 2006 年以来，中国烟草控制界一直在敦促中国广告法的修改，并积极主张将全面禁止所有的烟草广告、促销和赞助纳入其中。迄今为止，能否通过修改广告法来修改烟草产品的广告禁令，仍然是烟草控制界和烟草行业正在进行的一场较量。虽然目前的广告法修订草案包括了禁止在大多数室、内外公共场所和所有大众媒体上进行烟草产品广告的条款，但并没有禁止在烟草商店进行烟草广告、相关的烟草品牌推广活动以及烟草行业的赞助等现象。

5. 提高烟草税

提高烟草税和烟草产品的零售价格，是减少烟草消费唯一最有效的策略。在目前，中国的烟草消费税非常低，其 1、2 级（顶级）卷烟和 3、4、5 级卷烟的税率分别只有 56% 和 36%。单纯实行较高的烟草税的作用是有限的。烟草税的增加，必须传导到卷烟的零售价格上，才能发挥更好的控烟效果。在中国，大多数卷烟仍然非常便宜，例如在 2010 年时，20 支卷烟（一盒）的平均费用仅为 5 元钱。

随着中国经济的快速增长和发展，以及国民人均收入的增加，烟草在中国已变得相对更便宜。2000 年时在中国购买 100 盒最便宜的卷烟，其费用约为国民人均年收

关注

入的 14%；但到 2010 年时，购买相同数量卷烟的费用，只占到了国民人均年收入的 3%。

通过增加烟草税和卷烟零售价格来减少烟草需求，不仅能增加中国公众成功戒烟尝试的总体数量，也能使吸烟者最常见的戒烟原因由吸烟相关疾病的限制转换成卷烟的价格过高。

结论和建议

在过去十年左右的时间里，中国的烟草控制取得了一定进展。社会各界越来越多的志愿者参与到了烟草控制活动中来。这些活动也得到了大众媒体的推广和帮助。为了更有效的烟草控制，还要执行更多的措施。

首先，国家领导人应宣布中国政府的承诺，即为了使所有中国人都达到最高的健康水平，承诺通过有效的立法和更多强制性的全面控烟措施。通过全国性的立法来保护人们免受二手烟暴露，以及实施全面禁止各种形式的烟草广告、促销和赞助，已初露端倪。

其次，促进财政和税收制度的改革，包括加强消费税的调节功能，为解决烟草控制方面的经济学问题提供机会。同时，由于居民死亡和疾病的减少，以及烟草税给政府带来的税收增加，使得政府可将这部分资源重新投入到人们的健康保护或其他需优先考虑的事项中去。因此，征收烟草税既有利于人民健康，又有利于国家经济提高，是一个双赢的政策。

第三，政府的烟草控制机构应该从烟草行业中分离出来。显而易见，负责烟草产品销售部门，不应与负责烟草控制的机构联系在一起。因此，最好能成立一个直属于国务院的新的国家烟草管理局，以负责协调全国的烟草控制行动。

结束语：中国可以通过成功解决世界上最大的烟草流行问题，以及致力于快速降低烟草行业对于中国人民健康和幸福的灾难性影响，而成为全球烟草控制方面的领跑者。全世界正在关注、且满怀希望地期待中国能够采取强有力的行动，并制定出结束中国烟草流行的具体时间表及可衡量的目标。

责任编辑：hehanahn



第一部分——西医部分

阑尾炎的超声诊断

作者：xyx2007

链接：<http://bbs.iiyi.com/thread-1625474-1.html>

阑尾炎的超声诊断，一直是个热门话题。通过几年的摸索，个人对此也积攒了点心得，今天写下来和大家共同学习，希望对各位爱友有用，并希望能得到各位爱友的指导。

前言：阑尾的生理、病理及解剖结构我就不多言了，这里主要说些超声方面的东西。我要强调的是，阑尾炎的准确诊断，离不开基础医学知识的支持，所以要想提高阑尾炎的诊断，就必须先认真学习相关基础知识！

一、如何找到阑尾？

记住这句话：要找到阑尾，先找到回盲部；要找到回盲部，先找到升结肠。

1. 让我们先来找升结肠，升结肠的超声特点：位于右肾前方，超声图像外形呈波浪状（结肠袋的原因），正常只能显示结肠表面图像，因为内多含有粪石及气体，一般没有液体。由于有上述特点，所以升结肠是很好找的。

2. 沿着升结肠向下探查，在右下腹可以找到回盲部。回盲部超声特点：切面与回肠末端长轴一致时，可见到回肠末端插入结肠的图像，插入段逐渐变细。切面与回肠末端长轴垂直时，可见到类似肠套叠的“同心圆”声像图。回肠常有蠕动，结肠不动。

3. 在回盲部后下方两厘米内，就应该是阑尾的连接处。所以一般找到回盲部后，探头不要移动，就地旋转，应该可以找到阑尾的出口及近端。阑尾壁回声呈：强—弱—强。阑尾腔内一般为线样强回声。

我为人人，人人为我



专业交流

注意点：

1. 阑尾的位置通常在右下腹，但是也会异位，所以要仔细找升结肠及回盲部。
2. 儿童特别是幼儿，因为身体本身就比较小的原因，所以阑尾的位置相对成人来说，一个切面上多能带到肾或肝等器官，不要认为异位了（要结合实际情况看）。
3. 探头要选择高频的，有时胖的病人，需要结合低频探头轮流看。
4. 找不到时，问病人哪里最痛，然后在那里仔细看。
5. 阑尾多在髂血管周围，所以髂血管也是一个重要的寻找标志。
6. 看不清时，要采用逐渐加压的方法，驱赶肠气。
7. 随着彩超设备的分辨率提高，正常阑尾是可以显示的。只要具备了仔细、认真、耐心和一台好的超声设备，那么正常阑尾的显示率不会低于70%（我做过实验，用了一个下午，对10位来查早孕的病人进行寻找阑尾，找到8个。当然了，来查早孕的女性，一般都不胖的）。

二、阑尾炎的诊断：

1. 单纯性阑尾炎：表现为轻度肿胀的管样结构，直径常位于6~10mm之间，阑尾壁增厚，壁层次尚清晰，阑尾腔内呈无回声，可有粪石强回声团。
2. 化脓性阑尾炎：阑尾张力增高，阑尾膨胀明显，呈囊袋样改变。阑尾直径常大于10mm，阑尾壁增厚、毛糙、模糊。腔内见脓性光点样回声（有时阑尾炎没法分型，既像这型，又像那型的）。
3. 坏疽性阑尾炎：阑尾壁明显增厚，不连续，轮廓不清，可见不规则低回声区，内部回声杂乱。合并穿孔时，表现为右下腹的不规则低回声或无回声的包块，内常有点状、气体样强回声。包块周围粘连明显（穿孔后腹膜炎的体征可以察觉到）。
4. 慢性阑尾炎：阑尾张力不大，无肿胀感，阑尾壁连续性差，外形不规则，与周围器官粘连，蠕动性差。

注意点：

1. 对于直径小于6mm的阑尾，要具体病例具体对待！看它的蠕动情况，看它的壁，看它的周围情况，结合临床体征，结合实验室检查等等，不要轻易下正常的诊断。曾遇到一例病人，阑尾最宽不过5mm，但其它一些指征均支持阑尾炎，手术后，就是急性阑尾炎。后分析此阑尾先天长的就细，肿起来后才5mm宽。

我为人人，人人为我

- 
2. 对于直径于 6~8mm 之间的阑尾，要小心对待，综合判断。儿童的阑尾一般比较粗，有可能超过 6mm 的，这也验证了一个事实：阑尾随着年纪的增长，会慢慢退化。
 3. 阑尾一定要扫查全程，很多阑尾炎近端都是正常的，仅仅在远端发生炎症、肿胀。
 4. 阑尾周围炎性浸润，导致周围脂肪及网膜增厚，回声增强。看到片状强回声时，那么此区域一定有炎症了。
 5. 周围肠管有时会扩张、积液。一般升结肠如果看到液体，就说明有点肠麻痹了。
 6. 扫查阑尾时，要同时扫查右肾，排除肾结石。女性要扫查附件，特别是右侧髂窝三角积液时，一定要看附件，排除宫外孕、囊肿破裂等疾病。
 7. 阑尾肿胀时，不代表就是阑尾有问题，有可能是周围脏器发炎累及所致，要注意鉴别。
 8. 年纪越大，阑尾得慢性炎症的可能性越高（和胃炎、附件炎差不多）。多对老年人的阑尾扫查看看，就会有这样的体会。
 9. 对于阑尾的走行要描写一下，腹膜后的阑尾、盲肠后位的阑尾要具体描述，这样对于外科手术有帮助。
 10. 腹腔淋巴结的描述也是必要的，特别是儿童的，对临床儿科的诊断有帮助。
- 以上个人想到哪写到哪，在此抛砖引玉了，可能遗漏及不对之处，还请指正。

对“心脏骤停后大脑不可逆损害时间 6 分钟” 的理论分析和合理猜想

作者：我不是名医

链接：<http://bbs.iiyi.com/thread-2569165-1.html>

对于每一个临床医生来说，心中都有一把尺，那就是，心脏复苏必须争分夺秒，因为大家心中都有一个数据，那就是：心脏骤停后 6 分钟就会出现大脑不可逆损害。有的书说的是 6 分钟，也有说是 4~6 分钟。内科学第七版，第 230 页第四段就提到这样的结论。



我为人人，人人为我

专业交流

我们又都知道，教科书，是惜字如金的，每一句话，都可以用大篇幅的数据来证实，反过来，每一句话都是大量数据分析总结出来的真理结论。对于一个医生而言，我们不但要知道这个结论，还要知道为什么得出的这个结论。正所谓，知其然，也要知其所以然。

猜想之一：

笔者思考：心脏骤停→循环停止→氧运输障碍→没有新的氧运输到全身→全身存储的 O_2 能维持多久呢？会不会就是 6 分钟？怎么计算人存储的 O_2 能维持多久呢？

在第七版生理学第 132 页，第五章“呼吸”章节中，有这样几个数据：一个体重为 70kg 的人，体内存储的 O_2 大约 1500ml，在基础状态下，机体的耗氧量是 250ml/min，体内存储的全部 O_2 仅够维持机体正常代谢 6min 左右。

笔者猜想，6 分钟这个数据应该是这样来的了。

猜想之二：

上述计算的准确性，是基于体重和基础状态，不同体重的人身体存储 O_2 含量肯定有所差异，且不同病人的新陈代谢状态影响着机体当时的耗氧量，所以就有了 4~6min 这个更加科学的时间段。

另外，随着心肺复苏知识的更新，CPR 原来的 ABC 改为了 CAB，把呼吸的地位下降了，把循环的地位提高了，笔者猜想：当心脏骤停后，体内存储的 O_2 仍然需要心脏泵血来完成 O_2 的运输，若没有有效的胸外心脏按压，那么这体内存储的 O_2 就没有得到充分的利用，那么这个理论数据 4~6min 就是假象，可能 2min 大脑就不可逆损害了，因为此时身体尚有存储的 O_2 ，却因为循环停止造成氧运输障碍，而引起组织细胞无 O_2 可用。所以，在大量数据支持的情况下，新的 CPR 指南于 2010 郑重声明，强调了胸外心脏按压的重要性，有效的胸外心脏按压，可以保证大脑在 6min 内尚有 O_2 可用，6min，或许可以让心脏复苏恢复动力，大大的提高了 CPR 的成功率。不过，这仅仅是理论猜想，尚缺乏科学证据。

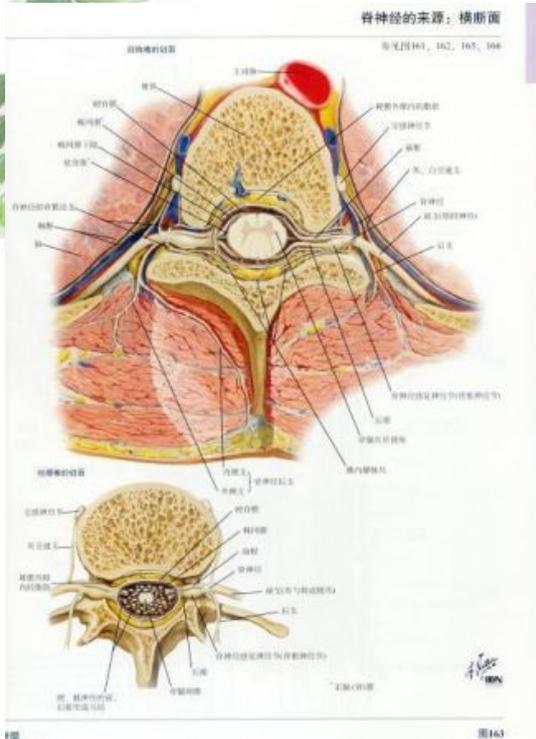


我为人人，人人为我

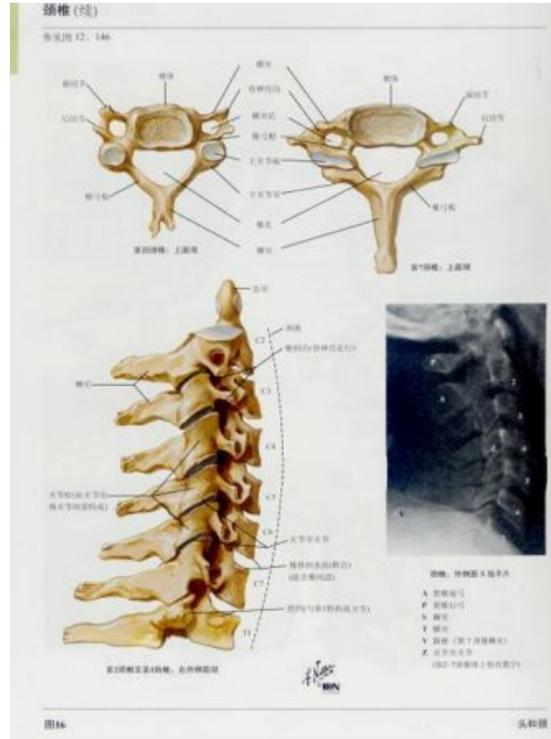
颈椎病各种表现之图文介绍

作者：医学影像 M

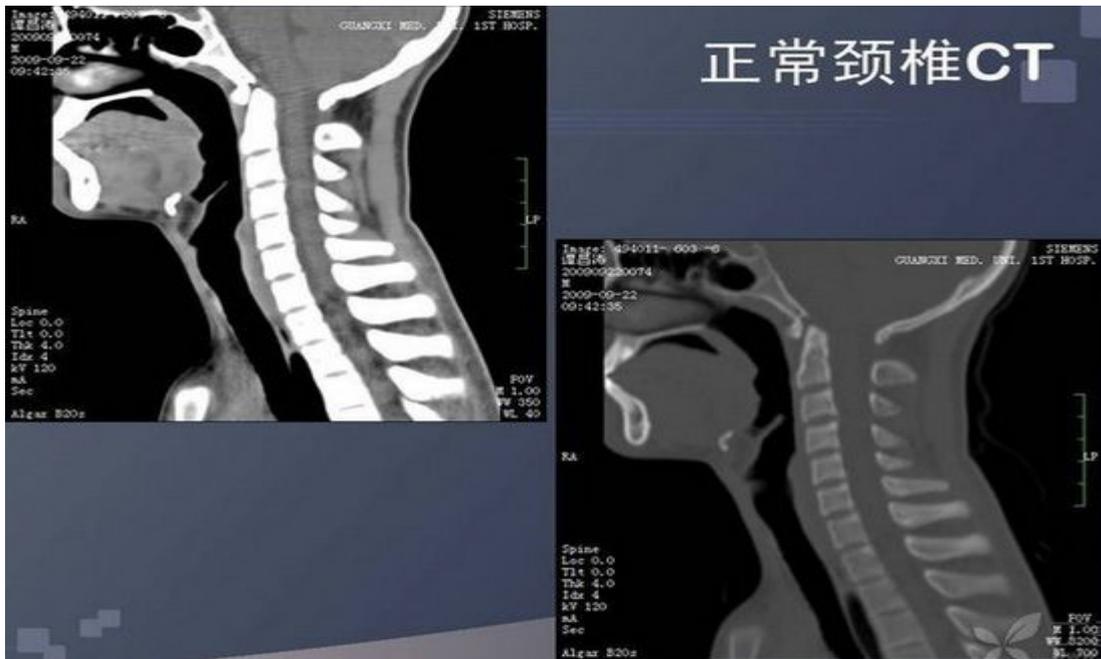
链接：<http://bbs.iiyi.com/thread-2584887-1.html>



图一：脊神经来源



图二：头和颈



图三：正常颈椎

我为人人，人人为我

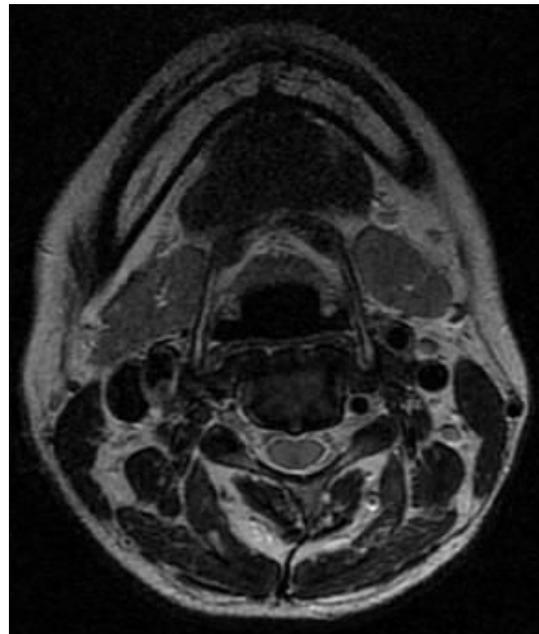


图四：正常颈椎

1. 椎间盘膨出（如图五、图六）。



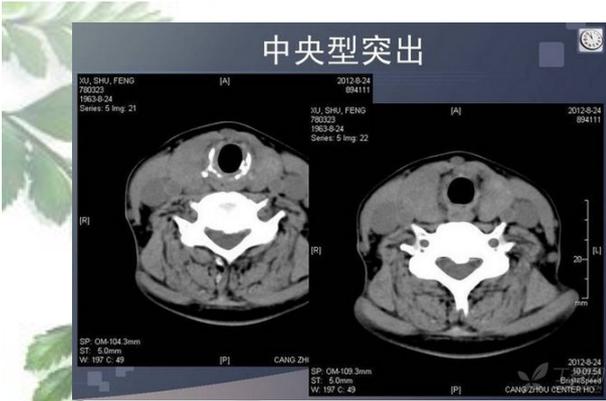
图五



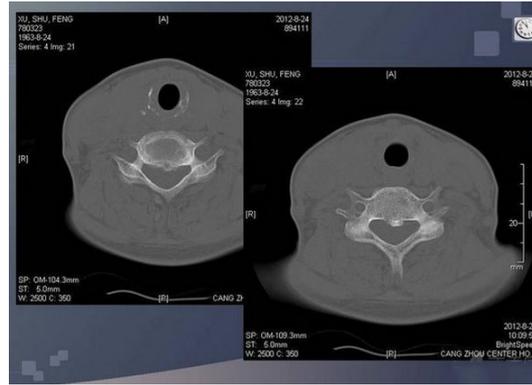
图六

2. 椎间盘突出

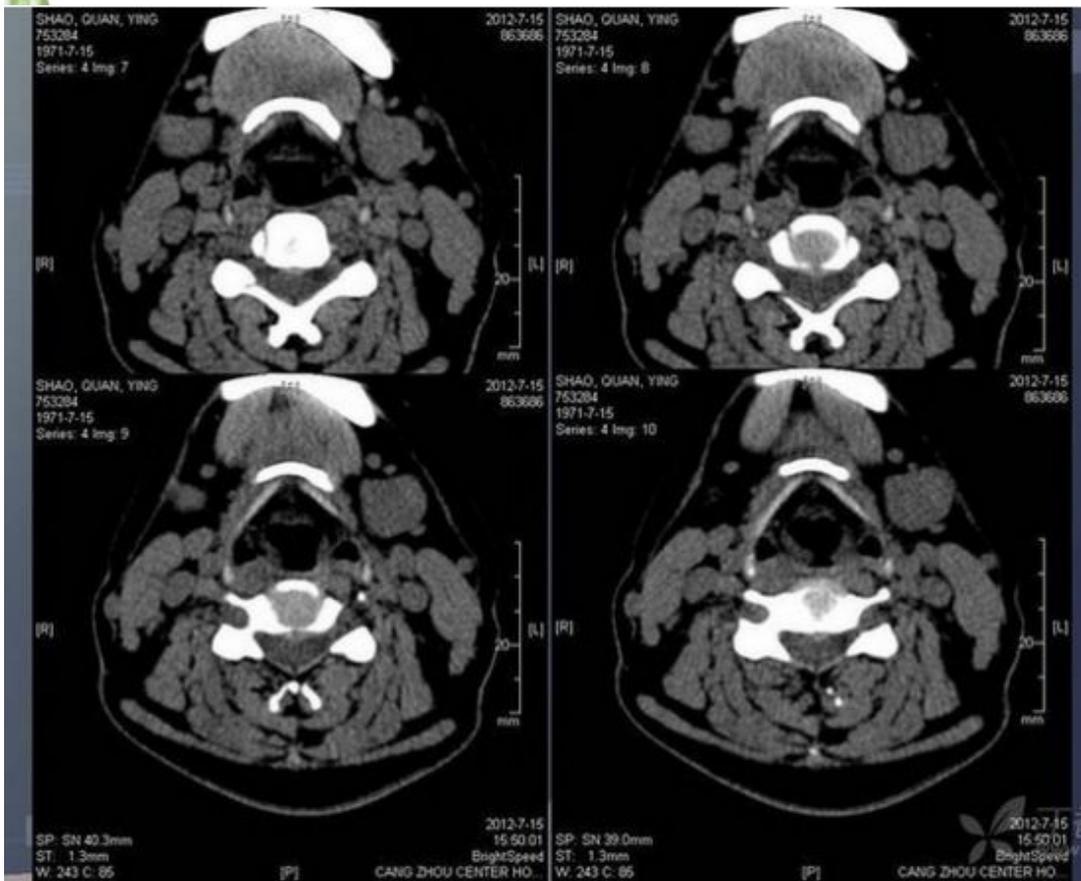
(1) 中央型：髓核物质通过纤维环后部突出，到达后纵韧带下，此型较常见（如图七、图八、图九）。



图七



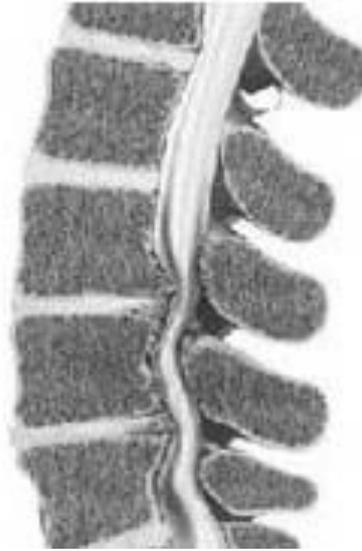
图八



图九

(2) 侧方型：亦称椎间孔型，突出物可压迫椎间孔处的神经根（如图十）。

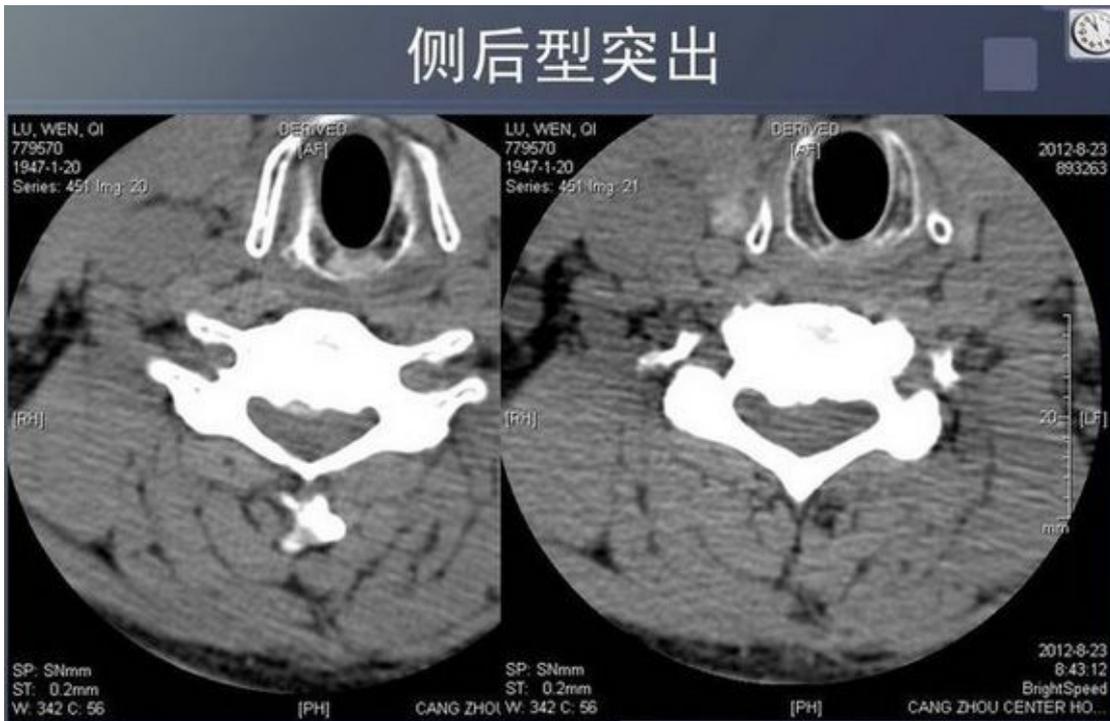
侧方突出型



图十

(3) 侧后型：由于纤维环最薄弱的部位在椎间盘后方中线两侧，所以此型最常见（如图十一）。

侧后型突出



图十一



3. 后纵韧带钙化：由于后纵韧带上钙盐沉积及骨化，使颈椎管的矢状径减小，可对脊髓产生不同程度的直接压迫与刺激，并且骨化的后纵韧带也可以压迫脊髓前动脉，造成中沟动脉供血不全，引起脊髓的中央性损害。同时，由于后纵韧带的骨化（尤其是连续型者），可使骨化区内的颈椎节段稳定不动，患节活动度完全消失，如此势必加重邻近的非骨化区颈椎节段的代偿性活动，而加速其退变过程，产生相邻颈椎的节段性不稳，骨赘明显增生（如图十二、图十三）。



图十二

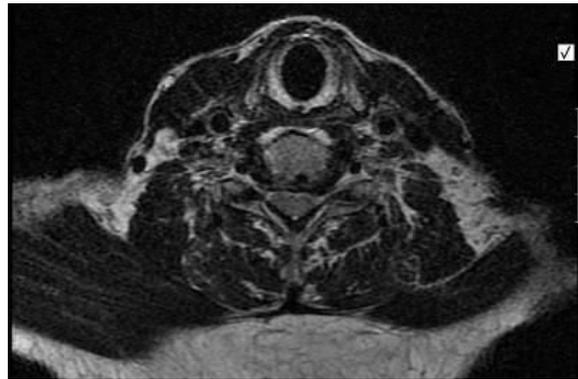


图十三

4. 黄韧带增厚：黄韧带是脊柱椎管内的维持脊柱稳定性的一个韧带组织结构，多由于长期的坐姿或弯腰工作导致肥厚（如图十四、图十五）。

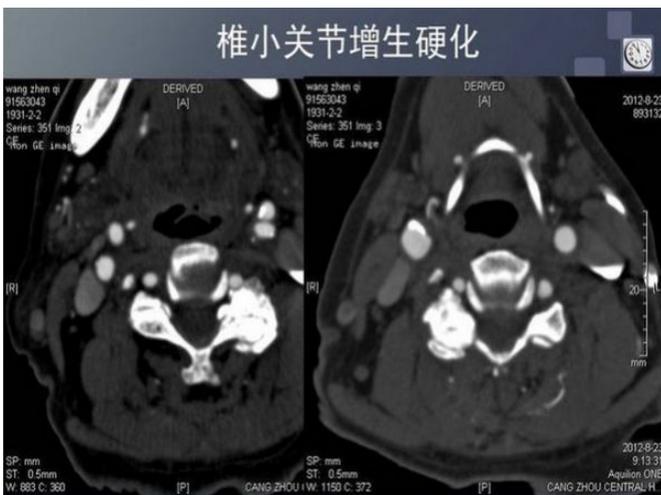


图十四



图十五

5. 椎小关节增生（如图十六、图十七）。



图十六



图十七

6. 脊髓变性（如图十八）。



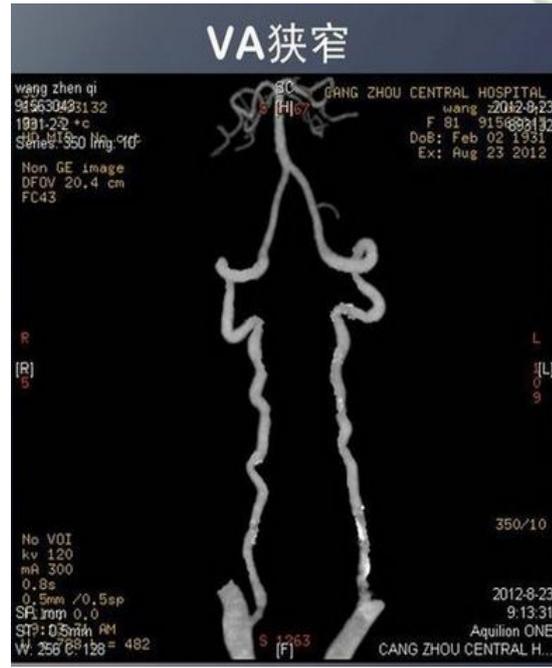
图十八

7. 椎管狭窄：由于颈椎间盘退变，纤维环向椎管内膨出，椎体后缘骨质增生突向椎管内，导致椎管狭窄。在标准侧位片行椎管矢状径测量是确立诊断的准确而简便的方法。椎管矢状径为椎体后缘至棘突基底线的最短距离。凡矢状径绝对值小于 12mm，属发育性颈椎管狭窄；绝对值小于 10mm 者，属于绝对狭窄。用比率法表示更为准确，因椎管与椎体的正中矢状面在同一解剖平面，其放大率相同，可排除放大率的影响。正常椎管/椎体比率为 1 : 1，当比率小于 0.82 : 1 时提示椎管狭窄，当比率小于 0.75 : 1 时可确诊，此时可出现下关节突背侧皮质缘接近棘突基底线的情况（如图十九、图二十）。

我为人人，人人为我



图十九



图二十

一例低血糖的误诊

作者: lili2010cn

链接: <http://bbs.iiyi.com/thread-2495784-1.html>

多年前在急诊班收治了一位腹痛 2 个月的女性患者，35 岁，糖尿病史 3 年，现胰岛素治疗。无其他病史。以小腹疼痛为主，多在饭后 2~3 小时出现，持续半小时到 1 小时不等，性质为刺痛。月经正常，无痛经，无发热、出血表现。就诊时，查血糖：14.3mmol/L，查尿 HCG、妇科彩超、X 线片、血尿常规等正常，排除女性常见的腹痛病因，如妊娠、盆腔炎、卵巢囊肿蒂扭转等。最初考虑为功能性腹痛，可能为神经过度兴奋导致的肠道痉挛，给予颠茄片口服。腹痛没有出现，但是一直未能找到原因。

就在患者准备出院前，突然又出现小腹疼痛，症状同前，查血糖：3.2mmol/L，给予高糖口服，小腹疼痛竟然缓解。之前因为家属和患者多次表示完全掌握胰岛素使用，所以没有认真详细的询问糖尿病相关的情况。但是，问题就出现在“糖尿病”方

我为人人，人人为我



面。患者为3个月前因血糖高住院治疗，并开始使用胰岛素，出院后没有规律监测血糖。2个月前自行购买血糖仪后查血糖为40（患者家属不能明确单位），自行增加胰岛素用量，腹痛随之而来。由于自行监测血糖一直处于30~40（单位不详）的水平，胰岛素就反复加量。经常出现心烦乏力，腹痛。于是告知患者家属将购买的血糖仪带来，发现单位为mg/dl，并不是大家熟知且常用的mmol/L。一直认为是高血糖状态，却因为单位不同，实际是低血糖。

查找一些资料显示：当血糖低于正常时，大脑得不到充足的养料，功能便发生障碍，尤其是植物神经功能障碍最明显，当它出现调节功能障碍时，胃肠肌肉稍遇刺激就会发生痉挛性收缩，而致急性剧烈腹痛。最后，患者确诊为低血糖性腹痛。

营养性巨幼红细胞性贫血

作者：别看资料

链接：<http://bbs.iiyi.com/thread-2589150-1.html>

营养性巨幼红细胞性贫血是由于维生素B₁₂或（和）叶酸缺乏所致的一种大细胞性贫血。主要临床特点是贫血、神经精神症状、红细胞的胞体变大、骨髓中出现巨幼细胞、用维生素B₁₂或（和）叶酸治疗有效。

【诊断程序】

步骤一 是不是营养性巨幼红细胞性贫血→重要疑诊线索

6月~2岁多见，起病缓慢。虚胖，或颜面轻度浮肿，皮肤常呈现苍黄色，睑结膜、口唇、指甲等处苍白，毛发纤细疏黄，常伴有肝、脾肿大。严重者皮肤有出血点或瘀斑。

步骤二 能不能不是叶酸、维生素B₁₂缺乏引起的贫血→排除线索

1. 脑发育不全生后逐渐出现精神和神经发育落后症状，智力低下，血液学检查正常。

2. 黄疸性肝炎患儿出现黄疸和消化道症状，肝大和肝功能异常，骨髓象正常。

3. 红白血病有骨髓幼红细胞巨幼变，但红白血病的粒细胞系统有白血病样增生，无神经精神症状，血维生素B₁₂或叶酸不减少。

我为人人，人人为我

步骤三 确诊的重要依据

1. 血象 呈大细胞性贫血， $MCV > 94 \text{ fl}$ ， $MCH > 32 \text{ pg}$ 。血涂片可见红细胞大小不等，以大细胞为多，易见嗜多色性和嗜碱点彩红细胞，可见巨幼变的有核红细胞，中性粒细胞呈分叶过多现象。网织红细胞、白细胞、血小板计数常减少。

2. 骨髓象 增生明显活跃，以红细胞系增生为主，粒、红系统均出现巨幼变，表现为胞体变大、核染色质粗而松。中性粒细胞的胞浆空泡形成，核分叶过多。巨核细胞有核过度分叶现象。

3. 血清维生素 B_{12} 和叶酸测定 血清维生素 $B_{12} < 7.4 \text{ pmol/L}$ (100 ng/L)，血清叶酸 $< 6.91 \text{ nmol/L}$ ($3 \mu\text{g/L}$)。

步骤四 临床评估

维生素 B_{12} 缺乏：除表现贫血外，表情呆滞、目光发直、对周围反应迟钝，嗜睡、不认亲人，少哭不笑，智力、动作发育落后甚至退步。重症病例可出现不规则性震颤，手足无意识运动，甚至抽搐、感觉异常、共济失调、踝阵挛和巴氏征阳性等。

消化系统症状如厌食、恶心、呕吐、腹泻和舌炎等。

【治疗程序】

1. 一般治疗

去除病因，注意营养，添加辅食；加强护理，防止感染；震颤明显而不能进食者可用鼻饲数日。

2. 维生素 B_{12} 和叶酸治疗

维生素 B_{12} $500 \sim 700 \mu\text{g}$ 一次肌注；或每次肌注 $100 \mu\text{g}$ ，每周 2~3 次，连用数周，直至临床症状好转，血象恢复正常为止。

叶酸口服剂量为每次 5 mg ，每日 3 次，连续数周至临床症状好转、血象恢复正常为止。同时口服维生素 C 有助叶酸的吸收。

【临床经验与注意事项】

1. 有精神神经症状者，应以维生素 B_{12} 治疗为主。加用叶酸有加重症状的可能。

2. 维生素 B_{12} 治疗后 6~72 小时骨髓内巨幼红细胞可转为正常幼红细胞；一般精神症状 2~4 天好转；网织红细胞 2~4 天开始增加，6~7 天达高峰，二周后降至正常；精神神经症状恢复较慢。

3. 服叶酸 1~2 天后食欲好转，骨髓中巨幼红细胞转为正常；2~4 天网织红细胞增加，4~7 天达高峰；2~6 周红细胞和血红蛋白恢复正常。因使用抗叶酸代谢药物而致病者，可用甲酰四氢叶酸钙治疗。

4. 有研究提出用小剂量叶酸片 0.4mg 取代 5mg 片剂，避免每天服用大剂量叶酸。

5. 改善哺乳母亲的营养，婴儿应及时添加辅食，注意饮食均衡，及时治疗肠道疾病，注意合理应用抗叶酸代谢药物。

消化内镜看图诊断（十四）

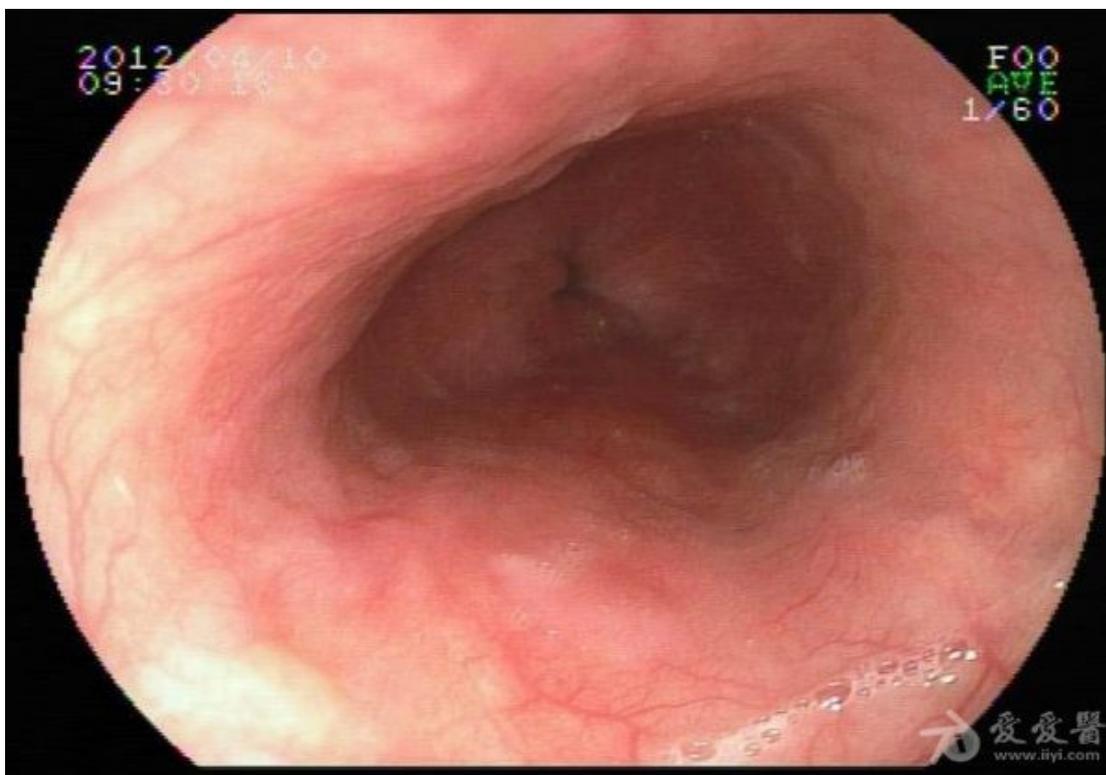
作者：ls1970130

链接：<http://bbs.iiyi.com/thread-2218133-1.html>

【病史摘要】

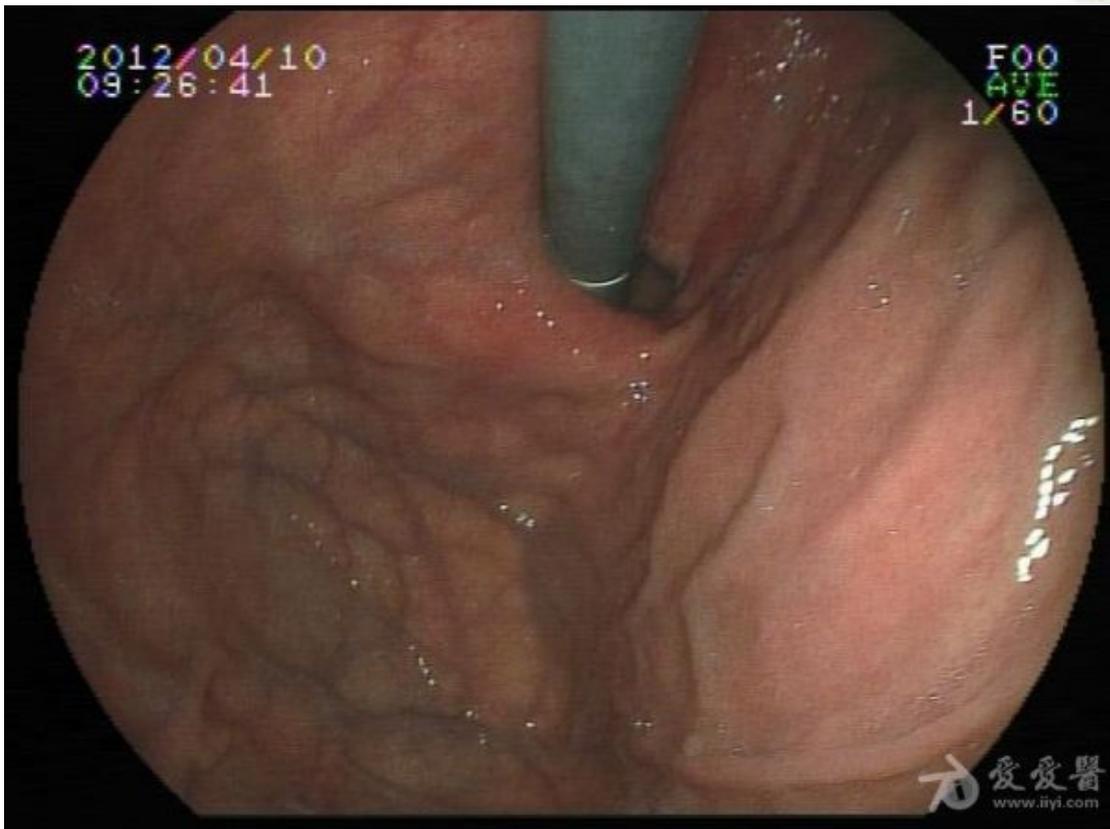
患者男性，75 岁，因“上腹疼痛 1 周”就诊。查体：一般情况可，腹部平坦，中上腹压痛，无反跳痛。HBsAg 阴性。行胃镜检查：

食道下段：

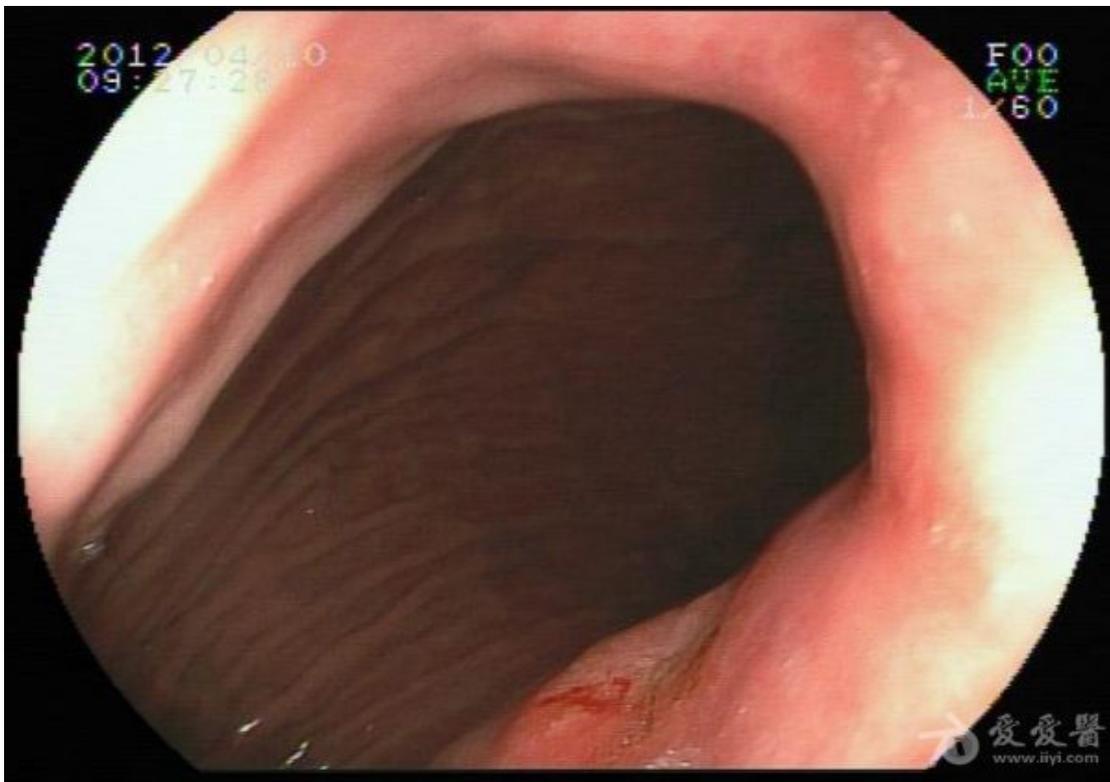


我为人人，人人为我

胃底:



胃体高位:

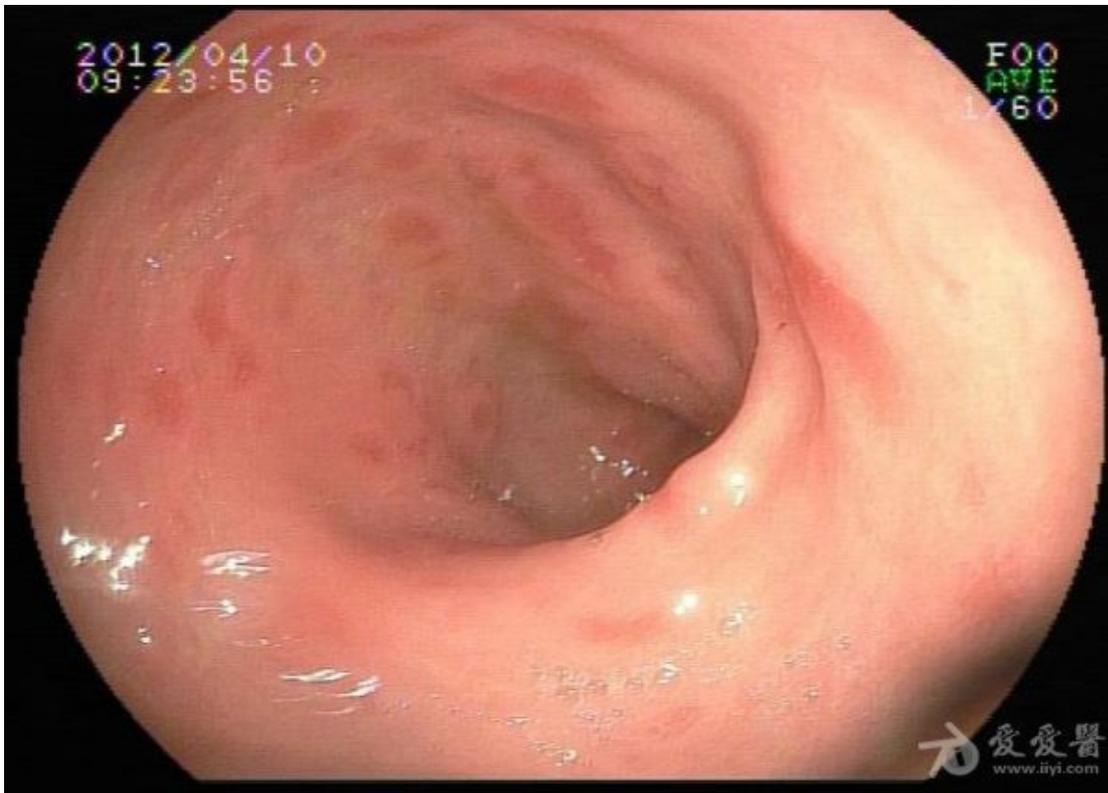


我为人人，人人为我

胃体中段:



胃窦:



我为人人，人人为我

球部：



以上看图诊断答案请在本期内找

【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。

胃体：胃体后壁高位见一 1.0cm×0.5cm 浅溃疡，覆霜斑样苔。

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，见散在疣状糜烂。

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】

胃体溃疡（性质待定）

慢性浅表性胃炎伴窦散在疣状糜烂

HP：阴性

我为人人，人人为我

**【活检部位】**

胃体*3 块

【病理诊断】

（胃体）粘膜局部腺体重度异型增生癌变（高级别上皮内瘤变）

【治疗方案】

手术治疗。

单侧输尿管不同位置两个结石

作者：kaixindoul

链接：<http://bbs.iyyi.com/thread-2495171-1.html>

如果你是成功者，创业者，你也无法避免失误，曾经的失误是你走向成功的阶梯。有时候，有的人，有的地方，在某一刻出其不意的失误，让自己有时难以想象，防不胜防！但是不要逃避自己的失误，要勇于面对，你才会总结经验，从失误中总结教训。

今天我要挖掘我的失误，拿出来分享，在以后的行医路上，一定要避免类似的失误，总结一些经验，不是随便侃侃而谈，绝对认真坦诚的来面对这次失误，闲话少说，进入正题。

正在值班，有一急诊病人，中年女性，左侧腰腹部阵发性绞痛，并尿频尿急 3 小时，伴恶心呕吐 2 次。病人一边痛的按住肚子，弓腰，痛苦面容，诉说着腰酸胀痛，刚吐了两次。我听着随手叩击双肾，左侧肾区明显叩击疼，赶紧查 B 超：左肾积水，左输尿管扩张。患者膀胱欠充盈，口述一直有想小便的感觉，却尿不出。患者喝水的话肯定会吐，只好肌注速尿 20 毫克，半小时后，膀胱充盈。再次检查，发现输尿管末端结石，有 1.0cm×0.8cm 大小。

根据诊查结果，初步诊断：左肾积水，左输尿管末段结石。

治疗：

- 一、保守口服药物排石。
- 二、体外冲击波碎石治疗。

我为人人，人人为我



专业交流

三、输尿管镜取石，或者钬激光腔内碎石。

四、开放性手术。

和病人及家属讲明治疗方法，病人权衡利弊后，决定行体外冲击波碎石。既然达成协议，立马准备好，病人俯卧机床上，输尿管末端结石一般定位很好，定位准确后，碎石治疗，低电压逐步升压，跟踪定位碎石治疗。30分钟后结石明显粉碎。冲击完毕后，病人仍然感觉疼痛，只是稍微减轻，当然结石还在尿管，疼痛不完全消失也是难免的。嘱咐病人配合药物排石，坚持多喝水多活动。三天后，患者诉排出血尿三次和细小米粒样结石，左下腹仍感不适，但是完全没有尿频尿急感觉，恶心呕吐也彻底消失，左肾区仍然有酸胀痛。

检查发现，左肾集合系统仍然分离，液性暗区间距 $1.5\text{cm} \times 1.8\text{cm}$ ，输尿管扩张，末端未探及结石回声，反复查了末端，的确没有查到结石声影，我断定末端结石已经治愈，可是积水原因在哪？沿着扩张的上端输尿管慢慢排查吧，忽然发现输尿管中段有一 $0.8\text{cm} \times 0.9\text{cm}$ 大小强回声光团，后方伴声影！仔细想想初步诊查时候，三天前患者疼痛难忍，中段气体干扰的确没有看清楚。那时候肾区内只看到积水也没有看到结石，不可能现在掉下来的。有可能当时输尿管中段就有结石，输尿管末端也有结石。我只治疗了输尿管末端结石，这情况我还是第一次遇到，怎么和患者以及家属解释呢？

为了考虑周全，我故意拖延了检查时间，思考再三，我还是如实向患者说：输尿管末端结石已经治愈，发现输尿管中段有一结石，就是造成患者仍然疼痛的原因。患者和家属都有点不理解，不过幸亏我当时拍照了，治疗输尿管末端结石时拍照。拿出照片，和患者症状减轻以及患者排出的结石颗粒，患者和家属才理解了我的说法。患者说如果我治疗的效果不好的话，肯定不会相信我的话，肯定以为我在欺骗她。说就是因为结石排出自己看到了，相信了我的技术，才继续在这治疗。于是接着又对左输尿管中段结石进行体外碎石，方法基本同上，只是部位不同，中段结石定位难点，治疗后药物同前。

这次失误，勉强解释过去，属于漏诊，不过基本没有耽误治疗。不是狡辩，即使当时发现输尿管中段有结石，碎石后，两个结石也不会那么神速的排出，并不敢保证一次三天就可以治愈，但是失误毕竟是失误，提醒自己以后在检查时再认真仔细些。

我为人人，人人为我



诚实的分享失误，希望大家不要笑话。这次漏诊虽然患者及家属理解了，但是我仍然内疚，仍然想起来觉得羞愧难当，警钟似的时常敲击我的记忆，让我不断叮嘱自己认真仔细再仔细！

在急救中展现优质护理内涵

作者：zmdzfx

链接：<http://bbs.iiyi.com/thread-2591732-1.html>

急诊科是医院面向社会的窗口，是抢救急危重伤患的重要场所。众所周知，急诊患者病情急，病情变化快，患者和家属期望值很高……急救患者头脑中没有什么“优质护理”的概念，有的只是对急救医护人员更急切的救治要求、更为高效的救治期望。

医院内，在别的病区相继展开优质护理服务的时候，急诊科的护理人员也不甘落后，他们急病人之所急，想病人之所想，在急诊领域大力开展具有急诊特色的优质护理服务，展现急救护士风采，提升急救护理质量，切实保障急救护理安全。

满足患者的迫切需求

这是在院前，伤者因小雨后道路湿滑，一不小心摔倒，左下肢疼痛、畸形，急呼120急救电话，现场陆续有人过来围观，七嘴八舌。急救队员接到出车指令，不敢怠慢，不到10分钟，就赶到了呼救现场。护士麻利地从急救箱中拿出长长的大夹板，铺在伤者伤肢下面，与急救医生协力展开院前急救。很快，伤者的伤肢就被固定妥当，急救队员用铲式担架把伤者抬到救护车上，护士一路蹲在狭小的车厢内，保护着伤者的肢体，使之免受二次伤害。并不断地安慰着因颠簸而痛苦的伤者：“坚持下，马上就到医院了！”在急需救治的伤患面前，救治及时、措施得当、适时安慰……这就是急救工作中，优质高效的急救护理服务。

保护患者的隐私部位

120急救指挥中心发来出车指令：“置地大道与文明路交叉口，车祸外伤！”早就坚守在急救岗位上的急救队员应声而出，在道路上接诊到一名年轻的女子，女子骑电动车与小轿车相撞，她身着短裙，下肢多处擦伤，血迹斑斑，急救队员在为伤者检伤的时候，立即剪开了她绷得紧紧的黑丝袜……伤处经院前初步包扎，女子被急救队

专业交流

员用担架车抬到救护车上，紧急转往医院进行院内救治……伤者刚一躺倒在担架车上，细心的急救护士就把伤者身上滑落的那条蓝色大披肩，轻轻展开，整个覆盖在了她的身上，蓝色披肩犹如一条舒适的薄毯，恰到好处地遮盖了女子胸部以下裸露的肢体，使其免受暴露之苦。这就是急救护理的人文关怀，你想得到的，想不到的，护理人员都体贴地为你做到了。

绿衣使者的悉心守护

救护车到达医院，一线出车人员与前来接车的二线人员一起，环环相扣，确保伤员们从救护车上转运下降过程的医疗安全。在急救人员的护送之下，伤患被接到急诊大厅，做短暂停留，这时候，护理人员会再次清理伤患身上的血迹和秽物，确保患者呼吸道通畅，维护各种管道的畅通……医生要去电脑上为患者开具辅助检查了，在医生离开患者的时候，护士会站在高高的担架车旁守护着患者，以免伤患躁动、跌落担架而遭受二次伤害，直至传输好相关数据，医护协力，开放绿色通道，护送伤患直奔辅助检查科室，乃至安全转运至病房。紧急情况之下，急救队员争分夺秒，提前联系，直接把急诊伤患推入检查科室，不敢耽误一分一秒的时间！此时，常常有很多急救患者没有陪护和家属，急救队员就这样一路陪同着患者，与充满焦急、恐惧、紧张等负面情绪的他们在一起，共同走过这段对于患者来说最糟糕的时光。

细小环节的关怀照护

许多的伤患，在这种突发的意外和急病面前，都会陷入紧张与无措，急救队员为了让伤患们及时得到救治，早日在家属和亲朋的照护下渡过这段难关，会拿出自己的手机，一遍又一遍的拨打患者家属提供的电话号码，告知患者的紧急情况，使患者安心接受救治；在把患者转运到病区的时候，医护人员时刻高度警惕，护卫着患者的安全，生怕患者从担架上跌落……用心关爱患者，用真心对待他们，患者和家属即使是在危情时刻，亦会感觉得到来自医者的关怀。在细节上多关照患者，医患之间能形成一种沟通上的默契，相互之间就会彼此理解，从细节上让患者和家属感受到来自医者的温暖和人文关怀，工作的经验可以慢慢积累，工作的技巧也可以慢慢锤炼，工作的热情和工作的信念却不是一朝一夕能达到的，而是要拥有一颗博大的仁爱之心，急救护士以自己的实际行动，优质高效的护理服务质量，为急诊伤患们填写了一份满意的答卷。

我为人人，人人为我

心电图读图第四十四期

作者: nikkive

链接: <http://bbs.iiyi.com/thread-2591588-1.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四十四期《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。

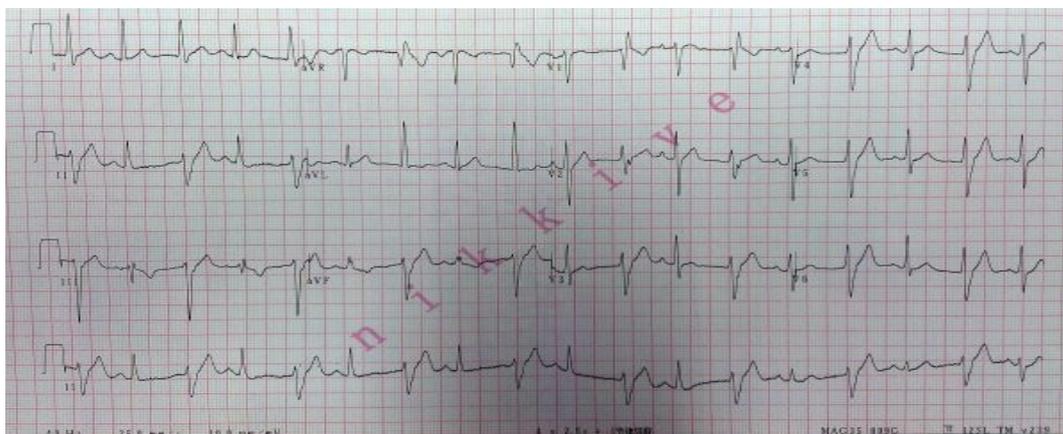
三等奖: 奖励积分 1 个。

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: 患者年龄、病史不详,请据图分析。



责任编辑: dliuke

编辑: 寒冰、刘延红大夫

我为人人,人人为我

第二部分——中医部分

祛风地黄丸治疗鹅掌风

作者：针灸推拿了原

链接：<http://bbs.iiyi.com/thread-1533806-1.html>

此方出自《医宗金鉴》鹅掌风：祛风地黄丸。

组成：生熟地 120g，白蒺藜、川牛膝各 90g，知母、黄柏、枸杞子各 60g，菟丝子、独活各 30g。

制作：粉碎，炼蜜和丸，每丸 9g。每服一丸，黄酒送下，夏月用淡盐汤送下。

临床使用效果很好，一般两付药即愈。

例 1：于某，男，64 岁，义县民工。于 2008. 4. 30 来诊。

手脚心痒痛 4 年多。自诉手脚心发热，痒甚，挠破直至出血才解渴，每天晚上要用水泡透，然后把表皮挠掉，冬天干裂钻心疼痛，不论天气多冷，手脚须放在被外。手脚心和手指、脚趾有一些，以前手脚心经常出汗，半年前开始手脚心无汗，舌红，苔黄厚腻。多处求医，都是给一些外用的膏剂，效果不佳。

诊断：鹅掌风。

治疗：上方一付，一次一丸，一日两次。

疗效：20 天后，电话回访，手脚已不用放在被外了，痒也减轻，一天痒两三次。

二诊（6 月 14 日）：患者诉五六天才痒一次，手脚心颜色基本正常，唯有虎口、手掌、脚掌处各有一块玉米粒大小的癩痕，苔薄黄。予上方一付，7 月 17 日回访痊愈。

注：此方均为滋阴凉血之品，略佐祛风之药。此病之发生是由于阴虚血热，血燥，复感风毒所致。

例 2：王某，男，35 岁，义县民工。

手脚心起红色高粱米大小的水泡，瘙痒疼痛，泡破出黄水。四处求医不效，服祛风地黄丸一料愈。

我为人人，人人为我

甘草干姜茯苓白术汤病案

作者：九天一笑

链接：<http://bbs.iiyi.com/thread-1704469-1.html>



严某，男，52岁，2009年4月25日初诊。腰部紧束感5年。时腰腹冷，时小腿胀，无腰腹重坠之感，痰涎多，脉弦紧，舌淡润。多方医治，服药百余剂无效。

治以甘草干姜苓术汤加味：

干姜 100g、炙甘草 3g、茯苓 60g、白术 30g、香附 10g、枳实 10g、制半夏 20g、砂仁 15g，2付。

2009年4月28日复诊，腰部紧束感大减，腰部已觉很轻松，为近年少有，小腿胀消失，仍痰涎多，脉紧稍减仍弦，上方去香附、枳实，加南细辛 20克，川木通 10克，3付，愈。

按：甘草干姜茯苓白术汤，又称肾着汤，《金匮要略》：“肾着之病，其人身体重，腰中冷，如坐水中，形如水状，反不渴，小便自利，饮食如故，病属下焦，身劳汗出，衣里冷湿，久久得之，腰以下冷痛，腹重如带五千钱，甘姜苓术汤主之”。该病人诊断为肾着病。肾着之病，为太阴少阴寒湿证；本于脾湿，兼之肾阳温化不足，余着于肾府。初诊的诊断与治疗思路正确，但用药不老练，当时脉紧颇弦，且有小腿肌肉发胀，加用香附枳实以舒肝郁散结气，此为小失误也。

下班后分析此两药不妥，脉弦而小腿发胀，乃水气为患而累及太阳经输所致，非气滞也，香附、枳实实为累赘，好在用量均小（在全方中比例小）未酿大患。复诊时痰涎仍多，遂去香附、枳实，加细辛化寒饮，略加川木通一则为温阳方药备一条水湿出路，二则监制全方勿过温燥。病程5年，5付治愈，总的疗效很好，病人颇为高兴。

治愈后再回顾：复诊时加川木通不是很好，网友“神用无方”曰：“木通者，木病通于此，但凡肝气制脾之湿，用此无不效”，因该病不犯于肝不涉及肝，不加木通更精纯。医者，仁术也，病人疗效虽好，仍有不足处，亦当总结，以为前鉴。

子宫肌瘤病案 2 例

作者：绿衣

链接：<http://bbs.iiyi.com/thread-1728318-1.html>

1. 患者王某，女，42 岁。诉：月经过多 6 月。

病人 6 月前出现月经过多症状，经 B 超检查，查出患子宫肌瘤，此后月经过多逐渐加重，每次月经时间都在半月以上，开始一周血量大，有血块，不甚疼痛，之后便淋漓不断，得靠用止血药来停止月经，这个月用止血药无效，遂来求中药治疗。现病人面色淡黄，乏力易汗，气短懒言，小腹坠痛隐隐，月经量多，血块也多，已经半月之久，平素饮食量少，多愁善感，性善抑郁，舌淡苔白稍厚，脉弱尺沉。

诊断：子宫肌瘤。

方药：

白术 30g、党参 30g、黄芪 30g、柴胡 10g、升麻 10g、香附 10g、当归 15g、三七 10g、血余炭 30g、仙鹤草 90g、白僵蚕 15g、半夏 15g、山楂 30g、怀牛膝 10g。

服药 1 剂，月经量减，4 剂后，血止如常，共服 15 剂药，此后至今已半年，月经色质量期均正常。

病人食少易腹胀，乏力易汗，气短懒言，小腹坠痛乃脾气不足之象，脾失其统，月经则多，气虚则运血无力，血滞成瘀，加上过用止血药而其瘀更甚，脾虚则运化失职，痰湿内生，加上肝郁而肝经不利，故痰瘀结于胞中，累及冲任，发为此病，由此可见，月经过多原因有二，一是气虚不摄血，二是痰瘀内扰，使血不归经，故选白术、党参、黄芪补脾益气，使其摄血有力，配柴胡、升麻升提以止血，当归、三七、血余炭、山楂活血化瘀，白僵蚕、半夏化痰散结，山楂消肉瘤，柴胡、香附疏肝解郁，仙鹤草补气固脱止汗，止血活血调经，牛膝、柴胡引药直达病所。全方用药处处针对病因病机，使气虚得补，肝郁得舒，痰瘀得化，故而月经自然得调。

2. 患者吴某，女，38 岁。诉：月经延后症状 1 年。

病人一年前体检时发现患有子宫肌瘤，当时并无症状，但因得知自己患病，为此郁闷寡欢，此后出现月经延后现象，开始只是延后 3~4 天，最近这次月事已来 10 日之久。期间曾多次治疗子宫肌瘤，非但无效，反而有增大之势，原来有 2 处，其中大

我为人人，人人为我



的由 2.3×3.1 厘米增大为 2.7×4.1 厘米。遂来我处求治，病人体胖，喜肉食，少运动，除月经延后，白带稍多外，余无所苦，只是善太息，舌淡红苔白腻，脉滑。

诊断：子宫肌瘤。

方药：

白术 20g、茯苓 30g、甘草 10g、陈皮 15g、半夏 20g、白僵蚕 20g、海藻 30g、山楂 30g、川牛膝 20g、柴胡 20g、路路通 20g、合欢皮 30g。

同时嘱其少肉食，多运动。

上方服用 20 余剂，月经如期而至，复查 B 超，大的肌瘤减小为 2.2×3.6 厘米，小的也较前更小，病人甚为欢喜，又连服 20 剂，之后口服胶囊（穿山甲、白僵蚕、全蝎各等分）2 月，半年后复查 B 超，子宫肌瘤消失。

病人体胖，又嗜食肥甘，必然脾运呆滞而痰湿内盛，痰湿与气血相搏，结于胞中，则发为子宫肌瘤，后因郁闷寡欢，肝气不舒，故月经延后，肌瘤增大，方中白术、茯苓、甘草、陈皮补脾助运，陈皮、半夏、白僵蚕、海藻化痰软坚，山楂、牛膝、路路通活血调经，柴胡、路路通、合欢皮疏肝解郁，调情志，其中海藻、甘草同用，化痰软坚力量倍增，全方用药考虑周到，病人又能坚持服药，故获显效。

“咳嗽”两例

——兼论附子用法

作者：黑糊糊

链接：<http://bbs.iiyi.com/thread-1066829-1.html>

患者施某，女，50 岁，因咳嗽一月余，加重 10 天。于 2006 年 8 月 6 日来诊。

患者一月前开始咳嗽，以为感冒，输液一周未见好转，后逐渐加重，服过多种止咳药无效，近十天来更甚，夜尤甚，以致不能平卧，气喘，心悸，汗出。来诊时脉结。嘱其去医院检查：X 线未见异常，心电图示二度房室传导阻滞，心率 40 次/分钟。医院予地奥心血康、丹参片、三七总甙片，服用几天无效，要求中药治疗。

刻诊：患者神清体胖，无力气短，稍有紫绀，心悸，汗出，咳嗽无痰，夜间咳喘

我为人人，人人为我



专业交流

不能平卧，口渴多饮，饮食稍减，小便黄少，大便干。兼有眠差多梦，头昏，记忆力下降。舌红瘦苔少，脉细迟，未见结脉。

据所见诊为心阴虚，以生脉散加减：

人参 10g、麦冬 30g、五味子 20g、玉竹 30g、黄精 30g、白芍 20g。

8月15日复诊，咳嗽气喘稍减，舌质不瘦，色紫，舌上有津，心悸时发，睡眠有改善，口已不渴，汗出仍盛，稍动即出汗，脉迟，已不是细脉，而现虚象。新增胸闷，当加补气兼以行瘀：

黄芪 60g、人参 10g、麦冬 20g、五味子 20g、白术 10g、川芎 10g、桂枝 10g、赤芍 10g、甘草 10g。

9月1日复诊，服前药诸症均减，不咳，唯舌上有腻苔，上药加郁金 30 克，煎取汁，鲜石菖蒲拍碎，以药汁冲烫后服。

9月7日，其子来说，患者服药后诸证若失，感觉已愈。但吃板栗后腹胀，在附近药店购槟榔四消片，服后原先之病重犯，虚汗不止，口燥，又服牛黄解毒片，致腹泻，经输液后未见好转。现身体虚弱，让其儿子来抓前面吃过的药，不得已只有开上次吃过的药，一剂。

9月9日，前药并未取效，形寒畏冷，出冷汗，舌上有白腻苔，心悸比原来更加严重，晕厥三次，脉沉而结，尺弱如游丝。阳气大伤，厥脱之象已现，当温阳固脱，参附龙牡桂枝汤：

人参 20g、附片 10g、黄芪 60g、山萸肉 60g、龙骨牡蛎各 30g、桂枝 10g、白芍 20g、大枣 10g、甘草 10g。

上药一剂，以生姜 30 克和附片 10 克先煎半小时，加余药同煎 20 分钟。

9月11日，阳气稍回，汗出仍盛，脉稍快，畏寒不减，晕厥没再发生，想必阴寒过重，前药之效不太显，仍以前方，加重附片的量，以附片 100g、干姜 50g，先煎 4 小时，余同前法，小量频服，一剂。

9月14日，畏寒已除，脉率增至 72 次/分，汗止，舌苔已退。阳已回，胸仍闷，气不舒，考虑仍用 8 月 15 日之药，五剂。

10月4日，诸证均除，在服完第一剂时舌生一疮，接着服药后自愈，现在唯尺脉伏微，肾虚之象显露，予全真一气汤加减：

我为人人，人人为我

桂枝 6g、熟地 20g、黄芪 30g、鸡血藤 30g、牛膝 30g、人参 6g、防风 10g、附片 30g、白术 10g、麦冬 10g、五味子 10g、山萸肉 30g。

先煎附子 40 分钟，加余药同煎 15 分钟。三剂。

之后做心电图，心率 77 次/分钟。患者精神很好，饮食睡眠及各方面状态均佳，特别是心悸没再发生。停药，嘱患者自己保养。

患者田某，女，28 岁。产后半年，三个月前晚上因为腹泻，恰遇风雨，右侧大腿被淋湿，当时并未在意，第二天即感木痛，自购芬必得之类口服，服药后能缓解，但停药即痛，天冷更甚，用热水袋加温后可以缓解，随后又在当地卫生所打针，具体用药情况不详，也仅能缓解症状。

来诊时形寒面白，天气并未转冷，但患者却是毛衣几件加身，右侧大腿有一手掌大小部位麻木冷痛，得热能稍舒，面部时有浮热，诉产后一直有汗，但从那次受凉后就再未出过汗，乳汁量少，清稀，舌淡嫩多津，苔薄，脉沉细，尺脉弱。

考虑寒邪外袭，阳气受损，只因尚在哺乳之中，暂予小剂温阳，佐以养阴生血：

桂枝 15g、当归 20g、熟地 10g、黄芪 20g、鸡血藤 20g、牛膝 20g、党参 20g、防风 10g、附片 10g、甘草 10g。

附片加生姜 30g 同煎半小时，入余药再煎 20 分钟，温服。

两付药服完来诊，似乎没有多大起色，也没有汗出。考虑寒伏于内，不以纯阳温化，难以起效，前方中滋阴之药全部去除，予：

附片 100g、牛膝 30g、红参 10g、桂枝 20g、干姜 30g。

上药附片干姜和羊肉二两，先煮 1 小时，再加红参、牛膝，煮 20 分钟后，以布包桂枝放入，煮 10 分钟。吃肉喝汤，一天吃完。两剂。

吃完一剂药后，患者丈夫来说，基本上已经好了，而且现在连奶水也比原来稠了，是否还要把剩下的一副药接着吃了？告知继续吃，嘱羊肉加量，把剩下的药和半斤羊肉煮，分三天吃。

后患者带小孩来看病，言经那次治疗，痊愈。附子煮羊肉，在我们这地方常有人吃，不是为了治病，只是为了进入冬季时先补阳气，到了冬天能抵御寒冷，减少感冒之类的发生，也有炖猪脚之类的。以前多数不是吃附子，而是草乌，但在前几年为吃草乌连续发生死人的事，草乌连卖的都没有了，不然就在大街上卖生草乌，是才挖来

专业交流

的，一堆一堆的，8~20元/公斤，一般都是自己买了去，炖猪脚吃，一人一碗，我也吃过几次，只是苦，没有其它的。甚至也没有感到有什么热感之类的。也中过毒一次。但就在前几年，一年内连续发生死人的事，有一次同吃一锅的死了6个人，此后就没人吃草乌了，改吃附子了。

草乌和附子，大同小异，最安全的吃法还是煮鲜的，刮了皮就可以煮了，一般都是煮10小时以上，加什么根据自己的口味和需要，先嚼一嚼，不要咽下，过十分钟如果只是苦味，基本上就可以吃了，如果不太苦，而是甜，过几分钟后嘴里发麻，那么肯定是不能吃的，就还要再煮，直到不会麻口为止。这是生的用法，制过的就不好说，要看加工工艺。附片最好是白附片。

前几年的草乌中毒事件，我个人的猜测，有几个原因：

第一，没有吃这类药的经验，不知道吃的时候是否有毒，从而吃了还没熟的中毒了；第二，市场出售的鲜草乌，有人看到有利可图，在其中掺假了，混有雪山一枝蒿之类的大毒之药，而吃法上是按以往吃草乌办法来吃；第三，药贩在当年的草乌中掺上了上一年没卖完的干品，先用水泡过后加在里面，皮湿心干，一起煮也不能煮透心，这在药监局查的过程中有发现；第四，草乌多数都是用猪脚之类的来炖，现在的猪肉，有好多是喂过各种激素的，例如瘦肉精，学名叫克仑特罗，药理和麻黄素类似，单吃喂多了这种药的肉，也见有报道中毒的，前几天上海还发生这事，要是合上乌附，会发生什么谁也不知道了；第五，忌口问题，“本草明言十八反，半蒺贝敛芫攻乌”，有人本来就因为咳嗽一类的病在吃药，比如糖浆之类的，多数都恰好含有和乌头相反的药，这时候再吃草乌，谁敢说不会中毒？民间还有更多要忌口的东西，豆类是第一要忌的，其它的有生冷、荞麦等；第六，体质问题，不是该用它治病的情况，最好不要用，其本身就是为治病才不顾毒性而小心使用，若用了它不但没能治病，反而增病或者中毒，那是得不偿失的。即使要用它来治病，也还是要经过辩证，不是想用就用，这样会犯虚虚实实之戒的。

我为人人，人人为我

《临证指南医案》调经篇思路探析

作者：杏林苑

链接：<http://bbs.iiyi.com/thread-2040345-1.html>

妇女之病首重调经，温读叶氏调经之篇，始觉叶氏不仅在温病学上造诣极深，且在妇科上也同样颇有功底，每每读之收获甚多。

1、温补奇经、通阳摄阴治不孕。不孕之证古往今来都是较难治疗之病，治法甚多，总以冲任为治，《医宗金鉴》：“女子不孕之故，由伤其冲任也”。叶氏也指出：“凡女人月水，诸络之血必汇集血海而下，血海者即冲脉也，男子藏精，女子系胞。不孕，经不调，冲脉病也。”故调补冲任之法，即是温补奇经，滋补肝肾；中医认为，“调经即可种子”，且《丹溪心法》言“求子之道，莫先调经”。

故叶氏治不孕案只几例，但其精髓甚深，莫不从温补冲任，调补肝肾为治。“女子以肝为先天”，肝的病变是导致不孕的重要原因之一，肝的藏泄正常对经孕带产至关重要，故言：“郁则周身行之气血不通，而脉络间亦致间断蒙痹。”所以其治法疏肝、平肝、滋肝随证而施，看似平淡，其理显然。

观其治，冲任虚损居多，以八珍汤为主，去术、甘之雍补，亦补气补血；合益母丸，补中兼通；复以小茴、艾叶、肉桂、紫石英温阳暖宫、温补冲任，暖冰寒之地而回春孕子；紫河车也为必用之味，因其为血肉有情之性，能大补肾之阴阳，填补冲任、温通奇经、阴阳并举。

治肝又以香附理血中之气，合归、芍，补中兼行；平肝用柏子仁，合归、芍以平肝养血；滋肝用枸杞、杜仲、沙苑蒺藜，合地、归，滋补肝肾。

施法总以先治其标，如痰者化之，湿者燥之，瘀者通之，后再培其中，暖奇经，补肝肾，冲任正常而自孕育。

2、调和肝脾、温中滋肾治后期。经水后期多责之于虚，《陈素庵妇科补解·经水后期方论》：“妇人经水后期而至者，血虚也。此由脾胃虚弱，饮食减少，不能生血所致。当补脾胃，以资生化之源。”脾胃为后天之本，人之气血生化皆需脾胃功能的正常运化，方可冲任二脉充盈而经调畅。脾病可以及肝，肝病亦可及脾，故叶氏言：“而经事日迟，不但气血不流行，血枯肝闭，可想而知。”

妇女多郁，情怀不畅，气血不和，郁伤肝脾，故其治总以调和肝脾为法，叶氏言：

“《局方》逍遥散固女科对药，大意重在肝脾二经，因郁致损，木土交伤，气血

我为人人，人人为我

专业交流

痹阻，和气血之中佐柴胡微升，以引少阳生气，上中二焦之郁勃可使条畅。”其治也喜以逍遥散或去白术，不欲其守中，加山楂、郁金、香附、丹皮等活血通经理气之味。

脾胃虚弱，中州不运，无生化之源，气血不足，血海亦亏。复其中阳，建运脾胃，气血旺盛，血海充盈，而经事自来。叶氏以归芪建中汤，温中建脾、补气生血，于是中气建，化源充，则五脏有所养，血海得其充，阴阳调和，经水自调而来。

营血不足，肾精亏损，冲任不充，胞宫络脉失养，又阴虚则生内热，久之血海亦涸，叶氏以“当宗仲景甘药之例，勿取气辛助阳可矣，”以养血敛阴、滋补肝肾，其加减复脉汤为法，或加平补肝肾之味，如枸杞、杜仲、菟丝子之类，肝肾同补，血海热清，自当满盈而注。

3、宣郁通经、活血通络治痛经。叶氏言：“先腹痛而后经至，气滞为多”，“肝气鬲逆，冲任皆病，务在宣通气血以调经，温燥忌用，自可得效”。痛经之因多责之“不通则痛”，“痛则不通”，或起于情志所伤，或起居不慎，或六淫所致，气血滞碍冲任、胞宫不畅则作痛。叶氏主从肝而治，畅其气血，不止痛而痛自止，药喜温润，用归、芍、柏子仁养血平肝，木香、香附理气，温柔并济；郁滞必兼瘀，又复以川芎、山楂、泽兰之类理气通经，务使血畅痛止。

如朱案，气分有热。归、芍养血平肝，梔、芩、勾藤清肝泻火，香附理气疏肝，菟蔚子以活血通经。以肝为治，清肝养血解郁，佐以通泻，治其本而圆其法。

4、温脾燥湿、养血通经治闭经。闭经之病，临床常见，其因多在冲任虚损、冲任胞脉被阻。最早可见于《内经》四乌贼一芦茹汤，通补之治于后世效法。叶氏所治亦多宗此意，故不可见闭而姑即通下，当取见证而后思其治法。

叶氏言：“夫冲任血海，皆属阳明主司，见症胃弱，此阴柔臃滞当停，以理胃阳为务”。脾胃为后天之本，脾胃受损而暗耗心血，血化无源，冲任虚损，故经不至，治宗健脾胃、增饮食，中州旺盛，血有所化而生精生血；脾恶湿，湿滞脾胃，运化亦失司，又以燥湿化痰，清其源而旺其精血；其方多以四君益气健脾，建中辈温中补虚；二陈燥湿化痰，平胃行气化湿。

病久耗血，血海干涸而致血涸经闭，阴血亏虚，虚火内盛。治又以滋生阴血，血旺冲盛，佐之以通而经自调。药味多以滋阴补血，地、芍、归、胶养血补血，再取山楂、香附理气化瘀之属补中兼通。

纵观其法，总不离虚者补而通之，实者泻而通之，寓补于攻，寓攻于补，缓图收功。

我为人人，人人为我

从方剂谈湿热痹证

作者：田丰辉

链接：<http://bbs.iyyi.com/thread-2535194-1.html>

二妙散见于《丹溪心法》，本方为清热利湿之方，用于治疗湿热痿证。临床见筋骨疼痛，两足痿软无力，或足膝红肿热痛，或湿热带下，或下部湿疮，小便短赤，舌苔黄腻者，此方在原书中虽治疗症状较多，但病情毕竟复杂，仅此二味药不够，故后世多以此方扩展开来，其中四妙散可见一斑，见于《成方便读》，为苍术 10 克、黄柏 10 克、川牛膝 20 克、薏苡仁 20 克组成，其清热利湿，舒利经络之疗效更胜一筹。

陈瑞春老师用此方常合芍药甘草汤加味治疗，笔者司其法，将其命名为四妙芍药汤。组方为：苍术 10 克、黄柏 10 克、川牛膝 20 克、薏苡仁 20 克、白芍 15 克、赤芍 15 克、防风 10 克、独活 15 克、木瓜 15 克、防己 15 克、炙甘草 10 克，用于治疗湿热痹证有较好的疗效，但此方应该与宣痹汤相鉴别，我个人经验，四妙芍药汤多用于湿热痹证之较轻，且以下肢病变为主者；而宣痹汤用于治疗湿热痹证较重，以全身多关节疼痛为主要临床表现者。

对于痹证，我们一起来看《金匱要略》中的麻杏苡甘汤，此方在《金匱要略》原文云：“病者一身尽痛，发热，日晡所剧者，名风湿，此病伤于汗出当风，或久伤取冷所致也。可与麻黄杏仁薏苡甘草汤。”但后世嫌此方除湿清热之力不够，故吴鞠通先生用宣痹汤治疗。《温病条辨》云“湿聚热蒸，蕴于经络，寒战热炽，骨骱烦疼，舌色灰滞，面目萎黄，病名湿痹，宣痹汤主之。”从此理论出发，后世多运用此方治疗湿热痹证，取得较好的疗效。原书说疼痛较甚者加姜黄、海桐皮治疗。

笔者将宣痹汤编歌诀为：

宣痹蚕砂杏滑苡，梔翘赤豆夏防己。

寒战热炽骨烦痛，湿聚热蒸姜桐皮。

本方临床运用可与白虎加桂枝汤合用，治疗以风湿热痹证，若湿邪较盛，表现在下焦病变者，多与四妙散合用。后世更以此方治疗发热、身痛，舌苔见黄腻苔者，临床只要见以上三症状者，多有良效。

再看熊继柏老师的经验，四妙通气散，组方为：苍术 10 克、黄柏 10 克、川牛膝

专业交流

20克、薏苡仁20克、杜仲15克、玄胡索15克、穿山甲10克、桃仁10克、青皮10克、陈皮10克，本方为清热除湿，行气活血之剂，用于治疗腰背部疼痛，双下肢疼痛发麻，舌苔见黄腻，脉弦细者有较好的疗效。

笔者曾治疗一女性，39岁，患腰痛2天，以左侧腰部胀痛为主，活动时较甚，舌苔黄腻，脉弦，患者既往有腰痛病史10年，间断发作，处方为苍术10克、黄柏10克、川牛膝20克、薏苡仁20克、杜仲15克、白芍24克、赤芍24克、续断15克、寄生15克、香附15克、当归15克、玄胡索15克、甘草10克，患者服药1副（2天），未再疼痛，嫌药太苦，后停药，随访半年未见复发。

临床若见寒热错杂，症见关节灼热疼痛，遇寒加重，恶风怕冷，苔白腻见黄苔罩于表面，脉弦或紧者，临床又宜选用桂枝芍药知母汤加减治疗，正如《金匱要略》云：“诸肢节疼痛，身体羸，脚肿如脱，头眩短气，温温欲吐，桂枝芍药知母汤主之。”临床多加蚕砂、黄柏、防己、川牛膝等治疗。

个人体会，临床只要见湿热盛者，以四妙芍药散或宣痹汤加味治疗；湿热夹杂瘀血者，选用四妙通气散加味治疗；以寒热错杂者，以桂枝芍药知母汤加味治疗。对于这个疾病，湿邪之特点为重浊粘滞，不易速去，患者病程多迁延日久，缠绵不去，用药治疗非3~5剂所能收工，有些病人服药3~5天没有见显效，要求改汤换药，或另投他处，几经转折，不能见效，因此医者应做好宣教工作，应给病人讲清疾病治疗的难度，花费的时间较长，树立战胜疾病的信心。

责任编辑：博源堂主

编辑：砭艾、dongyuet、万里云天、花梧桐

我为人人，人人为我

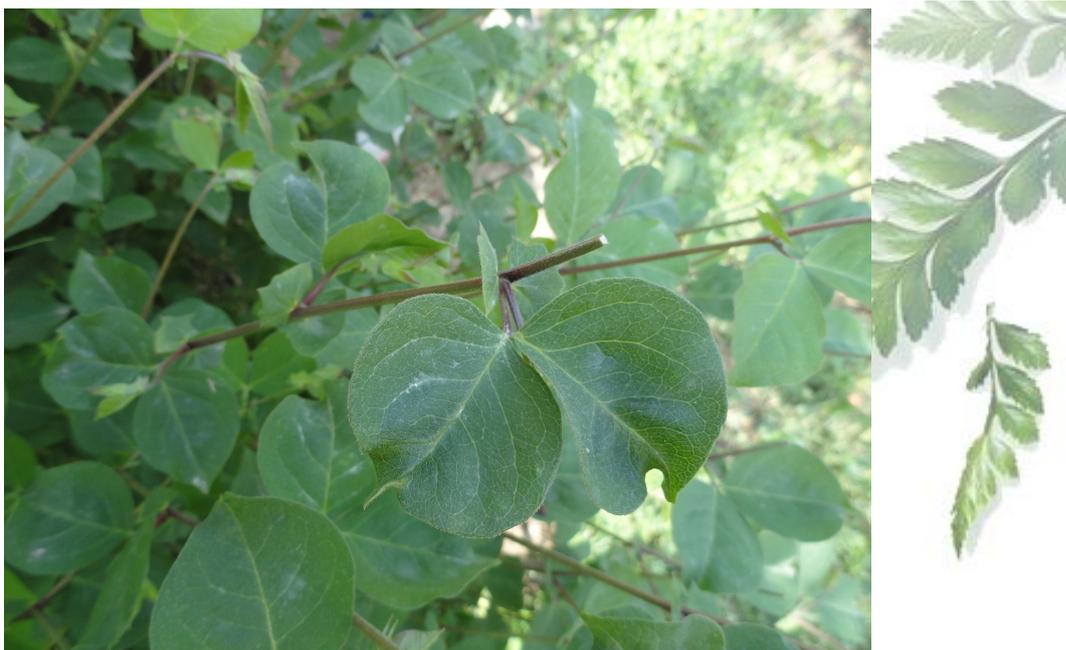
第三部分——识草药

歪头菜

别名：草豆、偏头草、山豌豆、鲜豆苗。

来源：豆科植物歪头菜的干燥全草，分布在蒙古、远东、朝鲜、俄罗斯、日本以及中国大陆的西南、东北、华东、华北等地，生长于海拔 4,000 米的地区，多生于山地、林缘、草地、沟边和灌丛。

形态：多年生草本，高 15~180 厘米。根茎粗壮近木质，主根长达 8~9 厘米，直径 2.5 厘米，须根发达，表皮黑褐色。通常数茎丛生，茎基部表皮红褐色。叶轴末端为细刺尖头；偶见卷须，托叶戟形，长 0.8~2 厘米，宽 3~5 毫米，边缘有不规则齿蚀状；小叶一对，卵状，长 1.5~11 厘米，宽 1.5~5 厘米，先端渐尖，基部楔形。总状花序单一稀有分支呈圆锥状复总状花序，明显长于叶，长 4.5~7 厘米；花 8~20 朵一面向密集于花序轴上部；花萼紫色，斜钟状，长约 0.4 厘米，直径 0.2~0.3 厘米，萼齿明显短于萼筒；花冠蓝紫色、紫红色长 1~1.6 厘米，旗瓣倒提琴形，中部缢缩，先端圆有凹，长 1.1~1.5 厘米，宽 0.8~1 厘米，翼瓣先端钝圆，长 1.3~1.4 厘米，宽 0.4 厘米，龙骨瓣短于翼瓣，子房线形，胚珠 2~8，具子房柄，花柱上部四周被毛。荚果扁、长圆形，长 2~3.5 厘米，宽 0.5~0.7 厘米，无毛，表皮棕黄色，近革质，两端渐尖，先端具喙，成熟时腹背开裂，果瓣扭曲。种子 3~7，扁圆球形，直径 0.2~0.3 厘米，种皮黑褐色革质。花期 6~7 月，果期 8~9 月。



栽 培：歪头菜生于草地、山沟、岸边、林缘或向阳的灌丛中。喜光，稍耐阴、耐瘠薄，喜冷凉气候，一年四季均可播种，以早秋播种为宜。可撒播、条播。

性味功能：性平，甘。清热解毒，理气止痛。

用 途：用于补虚调肝，理气止痛，清热利尿。主治虚劳，头晕，浮肿，疔毒等病症。

用法用量：内服 15~25 克。

经验鉴别：歪头菜茎直立，无卷须，高达 80 厘米。偶数羽状复叶，只有小叶一对根茎粗壮近木质。

鼠 麴 草

别 名：佛耳草、鼠草、无心草、毛耳朵。

来 源：菊科植物鼠麴草的干燥全草，分布于我国台湾、华东、华南、华中、华北、西北及西南各省区。也分布于日本、朝鲜、菲律宾、印度尼西亚、中南半岛及印度。

形 态：一年生草本。茎直立或基部发出的枝下部斜升，高 10~40 厘米，基部径为 3 毫米，上部不分枝，有沟纹，节间长 8~20 毫米。叶无柄，倒卵状匙形，长 5~7 厘米，宽 11~14 毫米，上部叶长 15~20 毫米，宽 2~5 毫米，基部渐狭，稍下延，顶端

我为人人，人人为我

圆，具刺尖头，两面被白色棉毛，上面常较薄，叶脉1条，在下面不明显。径2~3毫米，近无柄，在枝顶密集成伞房花序，花黄色；总苞钟形，径约2~3毫米；总苞片2~3层，金黄色膜质，有光泽，外层倒卵形，背面基部被棉毛，顶端圆，基部渐狭，长约2毫米，内层长匙形，长2.5~3毫米；花托中央稍凹入，无毛。雌花多数，花冠细管状，长约2毫米，花冠顶端扩大，3齿裂，裂片无毛。两性花较少，管状，长约3毫米，向上渐扩大，檐部5浅裂，裂片三角状渐尖，无毛。瘦果倒卵形，长约0.5毫米，有乳头状突起。冠毛粗糙，污白色，易脱落，长约1.5毫米，基部联合成2束。花期1~4月，8~1月。



栽培：鼠麴草喜温性。土壤从沙土到粘土、从酸性土到调碱性土，均能良好地生长。适生于湿润的丘陵和山坡草地、河湖滩地、溪沟岸边、路旁、田埂、林绿、疏林下、无积水的水田中。多星散分布，常成优势群落。

性味功能：性平、甘。止咳化痰，祛风除湿。

用途：用于感冒咳嗽，支气管炎，哮喘，高血压，风湿腰腿痛；外用治跌打损伤，毒蛇咬伤。

用法用量：内服25~50克，外用适量。

经验鉴别：以色灰白叶及花多者为佳。

责任编辑：金陵一剑
编辑：王颖健

间断咯血伴皮下肿物一例

作者：anne 医生

链接：<http://bbs.iiyi.com/thread-2583194-1.html>

●病历摘要：

基本资料：患者，男，81岁。

主诉：咳嗽、咯痰2年余，痰中带血半年，加重3个月。

现病史：患者于2年前受凉后出现发热，无寒战，未测体温，并伴咳嗽、咯白痰，无泡沫。病初无痰中带血，无盗汗、乏力及消瘦。在当地给予抗感染、止咳、化痰等（具体用药不详）治疗近1个月，症状有所好转。以后，咳嗽、咯痰时有发生，对症治疗时好时坏。1年前自觉胸痛、胸闷伴低热，轻度咳嗽，以夜间明显，偶有盗汗，未见明显乏力、消瘦，在当地医院做肺部检查发现肺部异常影像。为求进一步诊断而到市胸科医院就诊，行胸部CT示：“双上肺尖后段片状密度不规则增高影，左外上胸膜增厚，肺内间质性改变较著”。诊断为“肺结核”，给予抗结核治疗。半年前出现痰中带血，未在意，继续抗结核治疗观察近1年，出院后继续随诊。近3月来，上述症状渐加重，咳嗽较前剧烈，为刺激性，痰多，多为血色痰，时有咯血，并伴胸痛、胸闷、心悸、乏力。复查胸部CT示：“左侧胸廓塌陷，左上肺尖后段见巨大不规则厚壁空洞，其周围见不规则钙化灶，右上肺尖后段见斑片状钙化灶，主动脉结节亦可见环形钙化”。为求进一步诊治，转到省级医院。病程中饮食、睡眠尚可，大小便正常，近1年来体重下降2kg。

既往史：既往体健。否认高血压、糖尿病、冠心病史；无肝炎、结核病史及其它传染病接触史；无慢性鼻窦炎、“慢阻肺”史；40年前因“胃穿孔”行“胃大部切除术”。无外伤、输血史及药物过敏史。

个人史：生于原籍，无外地居住史。吸烟史30余年，20支/天。不饮酒。20岁结婚，配偶健康，夫妻感情好，婚后育4子2女，均健康。

家族史：父母去世，死因不详。家庭其他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: 37.2℃; P: 80 次/分; R: 20 次/分; BP: 100/60mmHg。慢性病容，消瘦，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，右腋下胸壁有一皮下结节，质硬，压痛。浅表淋巴结未触及肿大。胸廓不对称，左侧胸廓轻度下陷，左肺呼吸音低，右肺呼吸音粗，双肺未闻及干湿性啰音。心音低钝，心律不齐，心率 80bpm，心尖区 II/6 级收缩期杂音。腹部平坦，腹壁静脉不显露，中上腹部可见约 10cm 长陈旧性手术疤痕，肝、脾肋下未触及，肝区及双肾区无叩痛。肠鸣音正常。双下肢无浮肿。余项查体未见明显异常。

辅助检查: 血常规: Hb:118g/L、WBC:6.49×10⁹/L、N:72.7%、L:12.9%、PLT:240×10⁹/L。ESR:54mm/h; K⁺:3.2mmol/L、Na⁺:128.7mmol/L、Cl⁻:94.3mmol/L; 肝功无异常; BUN:2.27mmol/L、Scr:57umol/L; TP:57g/L、ALB:32g/L、GLO:25g/L、A/G:1.28。ECG 示: 下壁心肌缺血，不完全性左束支传导阻滞伴室早。痰细胞学(4 次): 均未查到癌细胞。尿、便常规无异常。肺部 CT 如上所述。

住院治疗: 入院后予控制感染、氨溴索化痰及对症支持治疗。同时，完善其它辅助检查。

●问题讨论:

1. 患者肺空洞性病变的原因是什么? 怎样确诊?
2. 初步诊断与治疗原则?

●临床讨论:

kangjing_dr:

本病例特点:

1. 高龄男性，受凉为诱因，慢性疾病，病情较缓。
2. 主诉: 咳嗽、咯痰、发热 2 年余，痰中带血半年，加重 3 个月。

3. 既往: 市胸科医院就诊，肺 CT 示“双上肺尖后段片状密度不规则增高影，左外上胸膜增厚，肺内间质性改变较著”。诊断为“肺结核”，给予抗结核治疗。半年前出现痰中有血丝，因无其它症状，继续抗结核治疗观察近 1 年。出院后继续随诊。近 3 月来，上述症状渐加重，咳嗽、咯痰，痰中血含量增多，有时为血性痰。伴有胸痛、胸闷、心悸、乏力。肺 CT 示“左侧胸廓塌陷，左上肺尖后见巨大不规则厚壁空洞，其周围见有不规则钙化灶，右上肺尖后段亦见有斑片状钙化灶，主动脉结节亦可见环形钙化”。近 1 年来体重下降 2kg。

病例讨论

4. 辅助检查：ESR:54mm/h； K^+ :3.2mmol/L、 Na^+ :128.7mmol/L、 Cl^- :94.3mmol/L；肝功无异常；BUN:2.27mmol/L、Scr:57 μ mol/L；TP:57g/L、ALB:32g/L、GLO:25g/L、A/G:1.28。ECG 示：下壁心肌缺血，不完全性左束支传导阻滞伴室早。

印象诊断：

1. 肺结核（空洞型）？
2. 心律失常（不完全性左束支传导阻滞伴室性早搏）；
3. 电解质紊乱；
4. 皮下肿物待查。

进一步检查：支气管镜、PPD、活检。

治疗：对症、支持，继续规律抗结核治疗。

冷丁：

1. 高龄男性，受凉为诱因，慢性疾病，病程长；

2. 主诉：咳嗽、咯痰 2 年，痰中带血半年，加重 3 月；

3. 既往：市胸科医院就诊，肺 CT 示“双上肺尖后段片状密度不规则增高影，左外上胸膜增厚，肺内间质性改变较著”。诊断为“肺结核”，给予抗结核治疗。半年前出现痰中有血丝，因无其它症状，继续按结核治疗观察近 1 年。出院后继续随诊。近 3 月来，上述症状渐加重，咳嗽、咯痰，痰中血含量增多，有时为血性痰。伴有胸痛、胸闷、心悸、乏力。肺 CT 示“左侧胸廓塌陷，左上肺尖后见巨大不规则厚壁空洞，其周围见有不规则钙化灶，右上肺尖后段宜见有斑片状钙化灶，主动脉结节亦可见环形钙化”。为求进一步诊治，转到省级医院。近 1 年来体重下降 2kg。引起肺空洞的主要原因包括：（1）肺部感染性疾病：如肺结核空洞、肺脓肿、肺曲菌病。（2）肺肿瘤性疾病：如肺癌性空洞、肺转移瘤空洞、淋巴瘤空洞。（3）肺梗死。（4）硅沉着病。（5）结缔组织病及风湿性疾病。该病人诊断有难度。感染性疾病最常见的是结核，应该首先考虑，包括前期双侧肺尖片状影及钙化灶均支持该诊断，但正规治疗长达一年，即便无效，也不应该发展，甚至形成那么大的空洞，故可以排除；脓肿不考虑，高热、畏寒，以及无大量脓痰，病史较长，可以排除；该病例有肿瘤的可能，但有点不能解释，第一，双肺尖病灶，同发或转移都不常见，但用结核并肿瘤也能解释；第二，钙化灶不能解释；第三，仅仅体重减轻 2Kg，不象恶性肿瘤，可以考虑排除。肺梗死，这样的临床表现罕见；矽肺，CT 已经排除；结缔组织与风湿类疾病尚

待排除。可以考虑右腋下结节切检，协助明确诊断。

黑衣使者：

诊断：1. 肺结核；2. 肺恶性肿瘤？诊断推理：患者老年男性，有吸烟史，病史2年，时间较长，痰中带血国内患者以肺结核为主，虽该患者抗结核治疗1年，但是患者是否能坚持正规服药不肯定，也有患者对抗结核菌药物耐药的可能，如果该患者为肺恶性肿瘤，病情会更重。进一步检查：查痰、支气管镜检查、PET-CT。

anne 医生：

住院经过：入院后请影像科会诊院外CT检查后考虑诊断：1. 左上肺空洞型肺结核；2. 右上肺陈旧性结核灶；3. 主动脉钙化；4. 结合临床，不排除肺结核合并肺癌可能。反复查痰找癌细胞及抗酸杆菌均（-）；PPD试验（-）。胸壁皮下结节穿刺：查到癌细胞。切除后活检结果：转移性腺癌。鉴于患者已诊断为癌症且年事已高，其家属拒绝继续做其它检查，要求出院回当地治疗。

出院诊断：肺结核合并肺癌；继发远处胸壁转移、抗利尿激素分泌不当综合征（SIADH）。

临床思路分析如下：很多疾病在发展过程中均可形成空洞，不同疾病空洞的病因及形态各有特点，有单发空洞与多发空洞之分。单发空洞的鉴别诊断是根据病变的大小、洞壁的厚度、空洞内外缘的表现、洞内及周围的异常形态等。肺叶、肺段实变或肺不张可合并空洞，主要为大叶性肺炎、肺脓肿、肺结核和肺癌。1. 肺结核：在成人肺结核中空洞约占40%，病变在两肺尖后段和下叶背段较多。病变密度不均匀，可有钙化灶，故本例首先考虑；2. 尘肺空洞：空洞多发生在进行性尘肺融合块的基础上，常合并结核。空洞病灶较大，形态不规则，洞壁以厚壁为主，厚薄不均。本例无相关病史，且动态CT观察不符合，可资鉴别；3. 菌球型肺曲菌病：CT表现：曲菌球呈球形，密度多均匀，境界清晰，在空洞内呈游离状态，位置可随检查体位而变动。霉菌球与洞（腔）壁之间常留有新月形空隙，形成空气新月征。此为寄生型肺曲菌病的特征性表现。侵袭性肺曲菌病主要发生在重症患者晚期和免疫抑制患者（白血病、淋巴瘤、器官移植），属机遇性肺感染。本例既往健康，且肺部CT的影像学特点与之不符，可以排除；4. 胸内结节病以呼吸道症状为主，表现为咳嗽、咳痰、胸闷、痰血、气胸、胸腔积液等。肺门、纵隔淋巴结及肺实质受累最为常见约占90%以上，随着病情的发展，可有结节性肺纤维化，部分地方出现穿孔，人们称为空洞性肺结核。如继

病例讨论

续发展的情况下即称为（蜂窝肺）广发性或特发性肺纤维化。组织活检可确诊，Kveim 试验阳性反应、血行血管紧张素转换酶（SACE）活性升高有助于诊断。本例肺部 CT 未见肺门淋巴结肿大，似可排除；5. 韦氏肉芽肿：以呼吸道坏死性肉芽肿、全身性广泛坏死性血管炎、肾小球肾炎为特征的系统性自身免疫病，病灶为肺内多发结节，有肉芽肿和炎症构成。较大的结节内发生空洞，多在 2cm 以上的病灶发生。本例无鼻窦炎史和肾损害表现，暂不考虑；6. 淋巴瘤是原发于淋巴结或淋巴组织的恶性肿瘤，临床以无痛性、进行性淋巴结肿大为主要表现。本病可发生于任何年龄，但发病年龄高峰在 31~40 岁，原发于肺部者空洞发生于结节及肿块型淋巴瘤。病变为多发性，大小不一，为薄壁或厚壁空洞。常有全身无力、消瘦、食欲不振、盗汗及不规则发热，少数 HD 可有周期性发热，本例与之不符，可排除；7. 慢性肺炎合并的肺脓肿：慢性肺炎可呈肺叶或肺段实变影，可合并肺体积缩小。一般为单发空洞，可合并支气管扩张，多有感染中毒症状，可资鉴别；8. 周围型支气管肺癌：周围型支气管肺癌的空洞发生率为 2~16%，其中：鳞癌占 80%，腺癌和大细胞癌占 20%，基本征象主要有分叶征、毛刺征、空泡征、支气管充气征、胸凹陷征、血管集束征及空洞、钙化等。常为厚壁偏心性空洞，内壁凹凸不平，可见壁结节并远离肺门侧。血清肺癌标志物测定：癌胚抗原（CEA）非小细胞肺癌常增高，神经元特异性烯醇化酶（NSE）增高则多见于小细胞肺癌，有助于肿瘤组织类型的鉴别。经纤维支气管镜行肺活检、经胸壁肺活检，必要时做剖胸活检，直接钳取组织进行诊断。本例为高龄患者，肿瘤高发人群，不能排除，了解胸壁病灶有较高的诊断价值；9. 肺部孤立性转移性癌：肺部孤立性转移癌很难与原发周围型肺癌相区别，鉴别诊断主要依靠详细病史和原发癌肿的症状和体征。肺转移性癌一般较少呈现呼吸道症状和痰血，痰细胞学检查不易找到癌细胞。本例有待临床观察排除。

ww2sxy520:

1. 患者肺空洞性病变的原因考虑肺结核所致，确诊需要进行纤支镜肺泡灌洗液抗酸杆菌、 γ -干扰素、PPD 等检查，腋下结节活检；2. 初步诊断肺结核左肺上叶毁损？心律失常、电解质紊乱、低钾血症、低钠血症治疗原则：正规足量抗结核治疗，必要时可以调整抗结核药物治疗方案，纠正电解质紊乱，行纤支镜检查明确患者咯血来源，并可以进行灌洗液的结核方面检查。

●总结:

肺结核和肺癌并存是指先后在病人同侧肺或不同侧肺内出现病变,经痰结核菌检查和病理学检查确诊为肺结核和肺癌,两种病同时存在的疾病。其中结核病可以是活动型肺结核,也可以是不活动肺结核。肺结核并发肺癌较少,临床病例不足1%,尸检病例约2%左右,但是肺结核病人发生肺癌率较健康人群发生肺癌高7%~30%;而肺癌并发肺结核较多,临床病例约10%~15%,尸检病例则高达30%左右,肺癌病人发生活动性肺结核率较健康人群高约25%左右,不少文献资料说明,肺结核并发肺癌与肺癌并发肺结核,都呈现逐年增多趋势,值得大家警惕和重视。据文献报道,肺结核与肺癌并存的患者中,男性占89.8%,50岁以上者占84.6%,说明两病并存男性明显多于女性,年龄以50岁以上为最多。发病部位以同侧同一肺叶多见,对侧肺不同肺叶少见。肺癌与肺结核并存的病理类型是鳞癌、未分化癌、腺癌、支气管肺泡癌等,鳞癌居多,小细胞肺癌少见。已确诊为肺结核,怀疑并存肺癌的早期诊断路径,肺结核患者如出现刺激性咳嗽或呛咳,持续性剧烈胸痛,反复痰中带新鲜血丝者,或者是肺结核在正规抗结核治疗下,症状却加重,体重锐减,贫血,消瘦,胸片或胸部CT显示出现新的病灶,尤其伴有肺不张,出现阻塞性肺炎或胸腔积液,特别是大量血性胸腔积液病人,应该想到肺癌可能性。首先仔细询问病史,特别是吸烟史,再次仔细触摸表浅淋巴结是否肿大、质地是否坚硬和是否压痛,如有可和病人及家属沟通后行淋巴结穿刺活检。同时根据新出现病灶的位置,安排纤维支气管镜检查或行“经皮肺活检穿刺术”;这些检查如仍不能明确诊断,不能解释新的症状和病灶出现的原因,可考虑观察一月后,再复查上述检查,必要时可剖胸肺活检,剖胸入路可用电视胸腔镜辅助或小切口,术中可行快速冰冻切片,根据结果决定手术方式。但是值得注意的是,这类病人如决定手术活检,则须全面考虑。肺结核与肺癌并存的临床及X线表现错综复杂,早期诊断相当困难。只有依靠病史、临床表现、X线所见、实验室检查和特殊检查综合分析,才能提高诊断的准确性。临床医生在诊断疾病时,思路要开阔,确诊为肺结核后,始终要有肺结核、肺癌并存这个概念,如发现40岁以上肺结核病人出现剧烈刺激性咳嗽,痰中带血丝的肺癌专属症状,胸片显示有阻塞性肺炎、肺不张影像,胸部CT显示结核病变同侧或病变内部出现和以往不同的团块影时,或病灶发生在肺结核好发部位的肺结核患者,正规治疗后,未见明显疗效,即应考虑到肺癌的可能性。患者为高龄男性,病史已达2年,从临床进程看,本例可能为结核空洞恶变所致。对于结核病迁延不愈的高龄患者若出现胸痛、消瘦、咯血症状明显者,应想到合

病例讨论

并肺癌的可能。经过各种检查仍不能确诊的病人，观察时间最好不要超过 1 个月，必要时开胸肺活检。本例胸部皮下结节在右腋下，部位较隐匿。如果发现不了，势必造成诊断困难，今后应引起注意。肺结核与肺癌并存的治疗原则：非活动性肺结核患者，以治疗肺癌为主。活动性肺结核或排菌患者，则应进行抗结核治疗，可按初始、复治化疗方案给予治疗。肺结核并发肺癌或肺癌并发肺结核只有早期诊断、早期治疗，减轻患者痛苦，才能提高存活率，提高生活质量，延长生存期。临床确诊 SIADH 后，应及时针对病因治疗。SIADH 和中重度低钠血症的一线治疗是限制液体的摄入；二线治疗是每日口服尿素 250-500mg/kg，或低剂量袢利尿剂与口服氯化钠联用，以增加溶质的摄入。对于中度或重度低钠血症，指南不建议使用加压素受体拮抗剂。

意识障碍查因

作者：冷丁

链接：<http://bbs.iyyi.com/thread-2569314-1.html>

● 病历摘要：

基本资料：男，71 岁。

主诉：头晕 4 小时，加重伴意识障碍 1 小时。

现病史：家属述患者入院前 4 小时无明显诱因出现头晕，无头痛，无偏侧肢体无力，无言语不清、意识改变，无胸闷、胸痛。自认为“血压高”口服降压药物（具体药名及剂量不详）2 粒，后头晕症状有所减轻。入院前 1 小时，患者出现意识障碍，间有恶心，偶有呕吐。无发热，精神差，全身冷汗，呼之尚可应。急呼 120 送入我院，途中患者出现四肢抽搐症状，给予安定后收住我科。自发病以来，进食尚可，无大小便失禁。

既往史：既往高血压病 30 余年，口服阿司匹林，心痛定等药物治疗，具体量不详。否认冠心病及糖尿病病史。1 年前在省人民医院行“肠息肉切除术”。否认结核、肝炎、伤寒等传染病史，否认外伤、药物过敏、输血、献血史，预防接种随社会进行。

个人史：生于原籍，务农，否认外地久居史，否认疫区、疫水接触史。吸烟史 40 余年，40 支/天；饮酒 40 余年，量不详。

婚姻史：适龄结婚，配偶患有心脏病，夫妻关系和睦。

家族史：二哥已故，死因不详；2子1女体健；否认家族性、遗传性疾病病史。

入院查体：T：36.5℃；P：76次/分；R：17次/分；BP：94/41mmHg。发育正常。皮肤黏膜色泽正常，无皮疹及皮下出血，无水肿，全身浅表淋巴结未触及肿大。头颅无畸形，眼睑不肿，结膜无充血、水肿、苍白，瞳孔等大等圆约2.0mm，对光反射可。耳鼻无异常分泌物，口唇无紫绀。胸廓无畸形，间断呼吸暂停，叩诊清音，听诊呼吸音粗，心前区无隆起，心界不大，心率76次/分，心律整齐，未闻及杂音。腹部平坦，无压痛及反跳痛，肝脾肋下未触及肿大，移动性浊音阴性，肠鸣音正常。肛门及外生殖器未查。

神经系统查体：深昏迷状态，查体不能配合，无肌肉萎缩及假性肌肥大，无自主运动。颈强，双侧巴氏征：阳性。

辅助检查：急诊CT示（口头报告）：排除颅内出血。

●问题讨论：

1. 该病人的发病特点是什么？
2. 诊断思路是什么？
3. 进一步需要什么检查？可能的诊断是什么？

●临床讨论：

anne 医生：

病例特点：1. 老年男性，急性起病。2. 既往有高血压病史，治疗不规律；有肠息肉切除术史；平素常服肠溶阿司匹林。3. 此次加重有服用降压药（不详）史。4. 查体深昏迷，呼吸不规则，血压低，生命体征不稳定，但口唇无紫绀，提示病情危重；且有项强，巴氏征阳性。5. 急诊头颅CT排除颅内出血。

诊断思路应按昏迷病因逐一排除法大致做出初步诊断。根据楼主提供的信息，试着分析一下：

1. 可初步排除内分泌及代谢性疾病、颅内占位性病变引起的昏迷；
2. 中毒？特别是一氧化碳中毒可能性较大；
3. 颈部动脉血管夹层分离？需查颈部MRI协助诊断；
4. 小脑出血不排除；
5. 脑蛛网膜下腔出血（SAH）早期头颅CT可以阴性。

病例讨论

除了常规进行血、尿、便、血生化、心电图、床旁胸片等检查外，对于昏迷患者还应根据病史和体格检查有选择的选用辅助检查。本例患者昏迷伴有脑膜刺激征应选用腰穿及 CSF 检查、CT 或 MRI 等，必要时加做颈部 MRI，有条件者可进行血液内碳氧血红蛋白、胆碱酯酶活力、酒精浓度、血及尿巴比妥类测定、异烟肼、氯丙嗪、苯妥英钠等药物浓度的测定，进一步排除或确定中毒性疾病。本例可能的诊断：SAH？

Ytyhy:

意识障碍要考虑到的疾病：神经系统、心源性、电解质紊乱、代谢性疾病、中毒等，在我们医院，危重患者心电图是必须要检查的。

●总结:

临床诊断：急性心梗。

患者入院后，急查 CT 排除颅内出血。患者出现呕吐症状，血压升至 130/70mmHg，二小时后意识状况逐渐好转，呼之可睁眼，处于昏睡、意识模糊状态，项强消失，巴氏征阴性。行 ECG 示：窦性心率，偶发房性早搏，ST 段（II、III、aVF）均抬高大于 0.1mV。心肌酶示：肌红蛋白 921.6 μg/L（154.9 μg/L）、同工酶 16.9U（7.2U）、肌钙蛋白 0.622 μg/L（0.028 μg/L）。

至第二天，病人意识恢复正常，进一步的心电图检查均有动态改变。

心梗的诊断已明确，病人的颈稍强及双下肢巴氏征，考虑与病人的不典型抽搐发作有关，问及跟车大夫，病人于车内先、后三次发生双上肢抖动，但每次持续时间不长。

意识障碍与昏迷的诊断思路大致相仿——心脑肝肾肺，低低水传毒（编者按：昏迷的十种病因）。而心脏问题多被大家所忽视，因为心脏问题所致意识障碍多具有一过性及不规律性的特征，往往仅表现在疾病的初期而急诊正处于它的观察窗口。

老年病人，以意识障碍为首发的心梗不在少数，约占 30%，但像这例病人发生抽搐的并不多，可能与患者本身基础病有关，心梗致心排血量降低，血压低，脑灌注锐减，大脑缺血缺氧。该病人颈稍强及双下肢巴氏征阳性可能与缺血缺氧性脑病有关，但更有可能是非典型抽搐的延续症状，而意识障碍问题直到第二天才缓解，则明显与心梗导致的脑低灌注有关。

责任编辑：踏雪无痕、yjb5200120

编辑：kangjing_dr、刘现国

医疗资讯

▶ 陕西：十大举措重磅出击 严控医药费用过快增长

长期以来，高昂的医疗费用成为老百姓看病难、看病贵的头号阻力。新医改进程中，国家相关部门相继出台政策，旨在降低药价，减轻群众就医负担。陕西省十大举措从临床用药、医学检查、医疗服务等涉及看病费用的各方面着手，360度进攻，力图有效控制医药费用过快增长。

▶ 杭州：11家市属医院5月1日推出“24小时自助挂号服务”

5月1日起，杭州市11家市属医院在门诊区统一设立了“24小时自助服务区”，推出24小时自助挂号服务，为患者提供全天候不间断的预约挂号服务。据杭州市卫生计生委每半月的智慧医疗服务统计数据显示，市属医院自助挂号机的平均使用率已达到82%，使用率最高的医院已达到95%左右。

▶ 北京：30家医院实现微信全程就诊

近日由北京市卫生计生委、北京市医院管理局联合北京银行共同发起的“京医通”推出微信服务号。其中“京医通”与微信智慧医疗的打通，意味着其覆盖北京世纪坛医院、同仁医院、首儿所、西苑医院、望京医院等在内的三甲医院近30个院部，将一举接入微信全流程就诊及微信支付，让更多患者享受快捷便利的就医体验。

▶ 港大：居住地PM2.5浓度较高，死亡率愈高

香港大学李嘉诚医学院公共卫生学院副教授黄浙明博士早前率领研究团队，进行了亚洲首个有关长期暴露于PM2.5对人体健康影响的研究。研究团队利用统计模型，经调整个人和地区性的混杂因素后，发现每增加10个单位（以每立方米内含量微克计）的PM2.5浓度，自然死亡便增加14%、心血管循环系统疾病死亡增加22%、缺血性心脏疾病死亡增加42%，以及脑血管卒中死亡增加24%。黄浙明指出，这次研究对空气污染严重却缺乏长期空气污染对健康影响研究的亚洲地区，可提供有力数据。

医疗资讯

➤ 沈阳：开通医保网上购药平台

4月22日，沈阳市社会医疗保险管理局透露，沈阳开通医保网上便民购药服务平台。参保人员可以通过医保网上便民购药服务平台使用社会保障卡（或医保卡）个人账户，购买沈阳市医保政策规定药品、医疗器械等，其中药品限于食药监部门规定的网络销售范围。此外，网上购药还可以通过医保移动POS机刷社会保障卡结算，此举在全国尚属首例。

➤ cell：日本科学家发现抗病毒免疫新机制

最近，来自北海道大学的Tsukasa Seya课题组在《cell report》杂志上发表了他们对MDA-5 C端磷酸化的分子机制以及其作用的相关研究。首先，作者通过体外的生化实验证明MDA-5存在磷酸化形式，寻找作用于MDA-5的蛋白激酶，发现RIOK3参与MDA-5的磷酸化和抑制MDA-5过表达。综上，通过一系列生化试验，作者证明了一个新的抗病毒免疫调控机制。

➤ Lancet Psych：药物预防应激障碍的效果

荷兰阿姆斯特丹自由大学临床心理学系的Marit Sijbrandij博士等探讨创伤性或负性事件发生一个月内，多种药物（β受体阻滞剂、氢化可的松及选择性5-HT再摄取抑制剂）相比于无药物治疗或安慰剂预防应激障碍的疗效。研究者系统检索了PubMed、PsycINFO、Embase及Cochrane数据库中的相关研究，其中包括随机对照研究、对照临床试验及队列研究。然后计算汇总风险比，即活性药物组相比于对照组发生PTSD或ASD的风险，以及Hedges' g效应值。研究发现氢化可的松可有效降低个体自创伤性或负性事件后发展为PTSD的风险。总体而言，尚无充分证据支持药物预防应激障碍的疗效。

➤ NEJM：红细胞储存时间不影响心脏手术预后

近期发表于《NEJM》的最新随机试验结果显示，主要心脏手术过程中对患者使用储存10天以内或3周以上的红细胞（RBC）不会产生重要的临床获益差异。这项名为红细胞储存时间研究（RECESS）纳入了1000多例患者（12岁及以上），结果显示术中使用两种储存红细胞对术后7天或28天多器官功能不全或死亡率或重症监护室（ICU）时间的影响无明显差异。

➤ NEJM: 世界人口增长及老龄化致心血管死亡率升高

Gregory A Roth 在 2015 年 4 月 2 日发表于《NEJM》杂志的文章中写道：研究显示，若不考虑人口增长与老龄化因素，流行病学的变化原本会导致世界各地心血管死亡人数降低。同时研究期间世界缺血性心脏病的年龄特异性死亡率降低 34.4%，而缺血性心脏病约占心血管死亡上升总数（由于人口增长及老龄化而上升约 41.7%）的一半。

➤ JCEM: 经常熬夜的人代谢疾病风险高

据《JCEM》的一项最新研究表明，即使睡眠总时间一样，习惯熬夜的人群发生糖尿病、代谢综合征和肌肉减少症的风险也高于早睡早起的人群。该研究纳入 1620 例 47—59 岁的成年人，与早睡早起者相比，经常熬夜的人糖尿病、代谢综合征和肌肉减少症等疾病的发生风险显著增加。研究人员表示这可能与晚睡者的睡眠质量通常较差，常有吸烟、夜宵和久坐等不健康生活习惯有关。

责任编辑：hehanahn



五月，这是我们自己的节日

作者：zmdzfx

链接：<http://bbs.iyi.com/thread-2593176-1.html>

五月，请为我们自己喝彩！

五月的鲜花，开遍了大江南北的每一寸土地。护士的脚步，踏遍了医院病区的每一个角落。

春暖花开，我们又迎来了自己的节日，祝福护士姐妹的同时，我想大声说：每一位护士都是平凡而伟大的！五月，请为我们自己鼓掌，为我们自己喝彩！

时光荏苒，不知何时，你我已成为别人眼中的“老师”？当年那个青涩而带有朝气的小姑娘，如今，已为人妻，为人母，少了几分浮躁，多了几分沉稳，少了几分稚嫩，多了几分成熟。

由于工作的性质，我们护士的生活可谓是“度年如日”。身穿护士服，头戴燕尾帽，脚蹬护士鞋，穿梭在各病区病房之间，输液、打针、发药、晨晚间护理、健康教育……每天都在不停地重复，复制着繁忙、琐碎的日常护理工作，重复着相同的医疗用语，重复着马不停蹄的忙碌……在重复中，我们的护理技术操作越来越娴熟。在重复中，我们的工作越来越自如。

护理工作需要爱心，需要奉献，需要理解。护士仔细地给患者和家属健康宣教患者的饮食、用药、治疗以及疾病知识，我们所宣教的相关知识正是患者和家属所迫切知道的。每当我们积极配合医师抢救急危重患者，使其转危为安时；每当我们巡视在病房为露出肢体的患者轻轻掖好被子时；每当我们的安慰和解释使患者和家属的脸上有了笑容时；每当其他低年资的护士让我们帮助指导之时……我们总是感到无比欣慰，更看到了自己存在的价值！

在临床护理工作中，我们除了认真、胆大心细外，更需要良好的服务意识，细致入微的观察及良好的沟通技巧和能力，以及高度的责任心。工作中，我们要求自己尽量做好每一个细小的环节，绷紧安全之弦，对每一次的操作，每一个医嘱执行都会仔细认真，避免差错事故的发生。想病人之所想，急病人之所急，尽量站在患者的角度思考问题。在患者对我们有误解时能细致耐心地倾听，面带微笑，用温和的话语、热

情主动的服务做好患者和家属的解释和沟通工作，使一些不必要的误会和不理解消失在萌芽中……年轻的躯体包裹在职业装之下，我们不施粉黛，将最美的容颜带给千万患者，我们舍弃与家人共聚的时光，将最真挚的关怀带给患者，我们用永不退色的青春，为每一位患者的健康保驾护航！

护士将自己人生中最美丽的青春年华奉献给了为之执着的护理事业，虽没有什么惊天动地的壮举，但凭借着对本职工作的热爱，以实际行动践行着一名护士的天职，虽有辛苦、劳累、汗水，却是尽职尽责、无怨无悔。

回顾工作以来的成长，我们顿悟：原来，重复做好每天的工作，就是不简单！坚持做好每一件平凡的小事，就是不平凡！每天目睹患者在我们眼前，一天一天的康复、好转，就是我们最大的欣慰与幸福！

护理事业是千千万万像我们这样的护理工作者共同努力的结果，传承荣耀，开拓创新，继往开来！

护理工作虽然琐碎而平淡，但是，我们是生命的守护者，有许许多多的患者因为我们的努力、辛勤、热情、奉献，过着幸福快乐的日子。我们的双手，我们的微笑，我们的善良，让这个世界温暖，五月，是我们的节日，让我们为自己喝彩，为自己鼓掌，为自己自豪，为自己骄傲！

三峡逍遥游

作者：冷丁

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

（续上期）

三、瀑布

见识过无数的瀑布流群，见识过飞流直下的庐山。可第一眼看到瀑布，还是被惊呆了。宽大的匹练般的瀑布就在眼前，而源头却又远在天边。抬头观望，山天交汇之际，绿荫环抱之处，一壁清泉探出头来，俯视着万丈深渊，眺望着苍茫大地，不顾一切急急跳下来，砸中突出的山崖，立刻水花四溅，发出巨响。复又收拢起来，汇聚成更大的瀑流，义无反顾地向下急泄。太阳收起了耀眼的霞光，天空也为之动容，绿树

医网情深

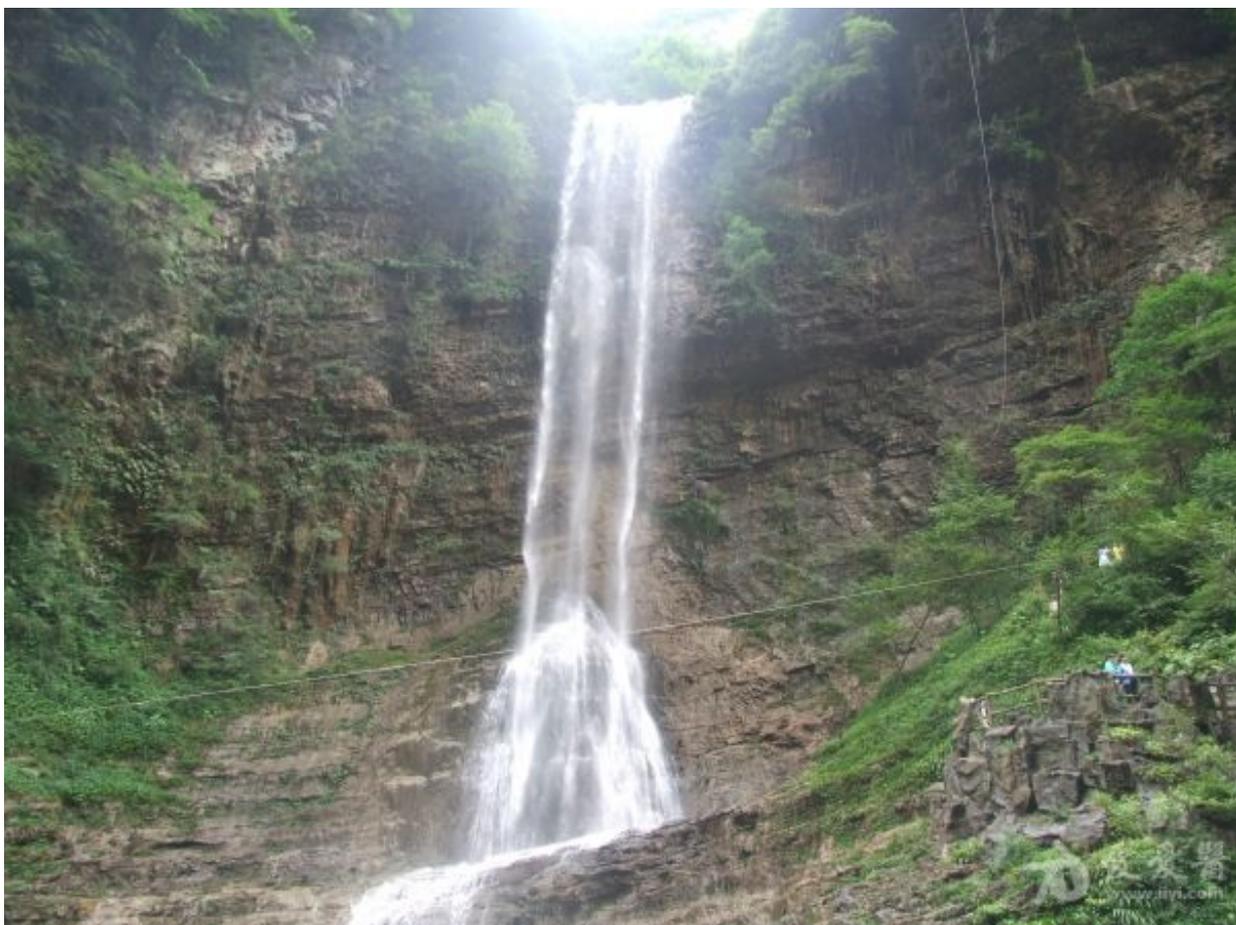
急急地让道，鸟儿失去了踪影。

如果说仅只这些，你可太小瞧了将近五百米的亚洲第一瀑布的威名。

二叠之后的泗溪水转了个方向，没了踪影。眼尖的驴友向前急奔，哈哈大笑起来。原来半山腰处，密林遮蔽之下，急泄的瀑流缓了一缓，收了收纤细的腰线，款款而下。奔涌豪迈的瀑水竟然在人难以察觉的时候，玩了一把羞答答的婉约，叫人惊叹。飞流直下三千尺气壮山河的豪放雄姿背后，竟也隐藏着女儿般的柔情似水。冷丁迷茫了，迷茫得一踏糊涂。

怅然若失的人们仰望着高山流瀑，偷偷地藏起了内心深处的自私，目光中透露出久违的肃穆。

如果说，宜昌之行给大家最大的收获，我想不外于此。



四、屈原

来到了秭归，屈原是不得不说的一个人物，屈原故里也是不得不去拜祭的地方。

来到城郊，迎面一座山体横卧，正中四个大字“屈原故里”，苍劲有力。出自一代文豪郭沫若的手笔。

有关屈原大夫的生平，随着讲解的深入逐渐展开。才气逼人而又心高气傲的屈原，先后经历了两次流逐，这是对人生的重大考验。失去了君王的惠顾，贬斥于偏僻的山野，对于才高八斗、心气甚高的屈原又是一种怎样的无奈！

即便如此，爱国之心矢志不移，拳拳之志日月可鉴。

这是怎样的襟怀，这是怎样的气度！

诗人发下了宏愿：路漫漫其修远兮，吾将上下而求索。

秦将白起的长矛刺穿了楚都坚厚的城墙，也刺穿了诗人襟襟满怀的赤诚之心。

汨罗河成为了最后的归宿，也成了后人永世怀念的地方。

从此，有了人人颂扬的端午节。

五、传说中的三毬碗

缅怀完故人，已是晚饭时间。冷丁特意点了米饭，随意要了腊肉、回锅肉等特色菜。

菜倒不必说。这个饭碗端上来，冷丁傻眼了，又小又浅，莫不是碰上了传说中的三毬碗。

说起这三毬碗，还真有传说。

一次，本单位老同志一行多人组织南方旅游，吃饭时人满为患，好不容易挨上号，打眼一看，就是这种碗。七十多岁的老婆婆撅着个嘴，大厅里骂开了：打那旦，真毬大个碗，没盛哩满毬了，没端哩 Kan 毬了，没吃哩完毬了。一斤人大笑。

没办法，冷丁对着一瓶啤酒，吃了一碗又一碗，吃了一碗又一碗。幸亏米饭 unlimited，好赖混个肚子饱。

六、月亮

吃饱了肚子，该是大家睡觉的时间了。劳累了一天，领队景升昌、月亮带领大家住上了豪华游轮——银月亮号。

说起这船，可不简单。巨大的游轮上可以容纳下五百人的吃住。这吃就不用说了，当然还是离不了包管吃饱的三毬碗。

单看这住，真算不错，也不知道能给人家交上几大毛，反正是两人一独间，席梦思床垫、地毯、衣柜、桌凳齐全，还有单独的淋浴与卫生间。更想不到的是，与世隔绝的长江里还有电视与空调。晒了一天的驴友兴奋的高叫起来，一屁股坐进床上，拉开窗帘，透过宽大明亮的玻璃，贪婪地欣赏起两岸风光。空调的凉风嘶嘶地放着冷气，

医网情深

电视机里哇哩哇啦放着节目。远处的三峡大坝还是那么宏伟壮观，两旁的青山巍峨屹立，绿树成簇，汹涌的长江洪流温顺地静静流淌，带走了尘世的喧嚣与浮躁。夕阳斜照，泛起金光点点。这该是怎样的一种享受。

是时，尘间的一切烦恼忧愁统统随江而去。静静地，静静地坐在窗前，任时间一分分地随意溜去……

夜，慢慢来临，街灯、航灯、船灯纷纷点亮，美丽的港湾开始了属于它的时刻。忽而一阵大呼。原来，月亮带着大家月亮船上看月亮……（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！

心电图有奖读图第四十三期 评审工作及获奖名单

作者:trg

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

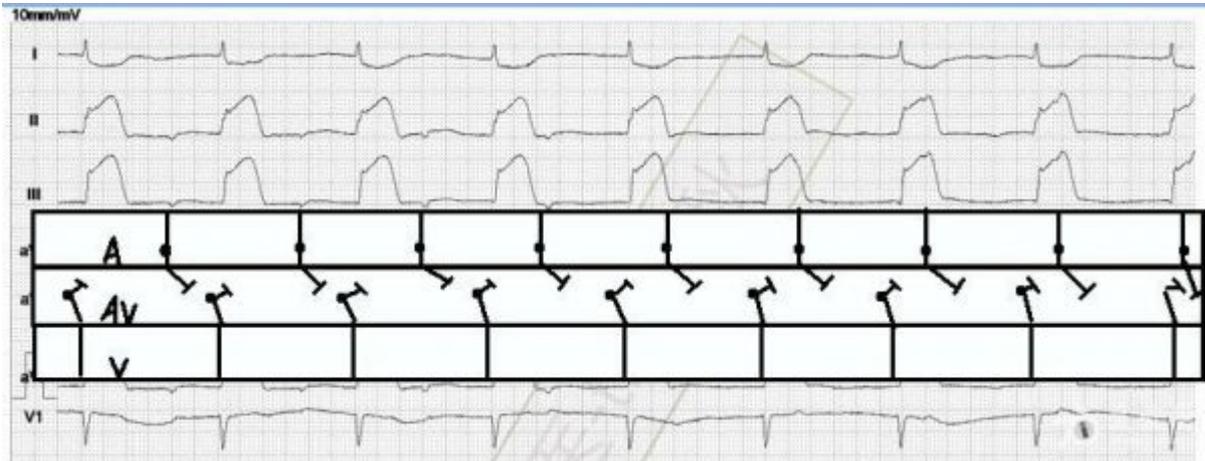
本图首先看到的是 ST 段在下壁导联明显抬高，而且 STIII 抬高大于 STII，STV6 开始抬高，STV2 明显下移而 STV1 并没有发生改变，高度提示患者存在急性下后壁+右室壁心肌梗死，由于本图抬高的 ST 段导联均没有出现 q 波，所以不排除变异型心绞痛的可能，结合患者因为胸疼来院的时间来看，基本可以排除变异型心绞痛，可惜患者临床资料缺失，已无从考证。

心律失常方面，可见基本规律的倒置性 P 波，P 波形态不完全一致，RR 间期固定，P'波与 QRS 波无固定关系，P-P 频率约 53BPM，R-R 频率约 51BPM，表现为近等频性的房室脱节，急性下后壁+右室梗死多考虑是右冠脉主干急性闭塞，常引起过缓性的心律失常。因为房室结 90%供血以及窦房结 60%供血来自右冠脉，该心房频率 <60 次/分，没有看到窦性 P 波，考虑窦性停搏可能性比较大。本图虽然没有房率显

编读往来

著高于心室率，考虑到没有窦性心律，还是要考虑 III 度房室阻滞可能。

心电图诊断：窦性停搏，房性心律，急性下后壁+右室壁心肌梗死，交接性心律伴完全性干扰性房室脱节，三度房室阻滞？



梯形图借用“云的影子”老师的，请各位版主指正。

获奖名单：

一等奖：比上不足 云的影子

二等奖：wumeng2008 华兴江江 laopailuolita

三等奖：求知的喜鹊 liujiyu2004

版主不参加获奖，把风影超版的指正附上，谢谢，供大家参考！

htchb

发表于 2015-5-7 12:54 | 只看该作者



488 2728 537
主题 帖子 积分

超级斑竹
临床检查区超版

完全性干扰性房室脱节和三度房室阻滞是要鉴别诊断的,不宜同时诊断.此份心电图未见明显的窦性P波,只有逆行的P'波.由于P'波与QRS波群无关,还是考虑房性心律,其频率53bpm;QRS波群呈室上性,频率达51bpm,基本上是房率>室率,还是考虑三度AVB为妥;在没有新的检查证据下,诊断要简洁明了,不要过份复杂化.我支持云的影子诊断;

异位心律
房性逸搏心律
交界性逸搏心律
III度房室阻滞
急性下壁、后壁、右室心肌梗死（不排除心绞痛发作，建议间隔30分钟后复查）

责任编辑：修竹临风

爱爱医杂志稿约

各位爱友：

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

【征稿要求】

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

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

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

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

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

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

爱爱医杂志稿约

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創精品文章。

【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。

