

 www.iyyi.com

爱爱医



第九期 总NO. 68

Volume 9,number 9, Sep 2015

生命的独白

作者：anne 医生

链接：<http://bbs.iyi.com/thread-2611238-2.html>

凝望着缤纷荧屏

寻觅着焦点热点

从宣誓进入角色起

记录病历

成为了工作重现

读着一篇篇病案

聆听生命的独白

冰冷记录着人生的无奈

承载着生命的脆弱

演绎着人生的传奇

病案无言

生命独白

草堆烟锅点太阳

一议一病一重天

责任编辑：yemengzhe

目 录

会 长：陆德庆

执行会长：王罗刚

主 编：于竹梅

副主编：倪广峰 康 晶

制 作：汪纪利

顾 问：杨俊标

编 辑：王颖健 任忠林 刘延红 刘现国

李照禄 何含含 杨俊标 张常哲

林业雄 殷吉磊 黄汉纯 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，我们保留相关权益。欢迎业内交流和传播。因编者均为业余时间义务制作，书中错误在所难免，恳请读者批评指正。笔者审稿能力有限，如不慎侵犯您的版权，请来信提醒，我们将及时作出改正。

刊 首 语 专家讲坛 关 注 专业交流 西 医

| | |
|-----------------------|----|
| 生命的独白..... | 1 |
| 基础起搏心电图解读系列讲座..... | 1 |
| 儿科沦为“小儿科”，困局怎么破..... | 30 |
| 呼吸内科抗菌素大军汇总..... | 35 |
| 慢性荨麻疹治疗之心得体会..... | 42 |
| 该出手时再出手..... | 45 |
| 抗生素的联合用药原则和相互作用..... | 46 |
| 4S 综合征误诊为荨麻疹 1 例..... | 48 |
| 阑尾炎的超声诊断..... | 50 |

| | |
|----------------------|----|
| 关于雾化吸入的危险 | 53 |
| 慢性扁桃体炎的预防控制心得..... | 54 |
| 内镜版☆看图诊断☆第 17 期..... | 56 |
| 心电图有奖读图第 48 期..... | 61 |

专业交流 中 医

| | |
|-----------------------|----|
| 跟王三虎教授经方临证的收获和体悟..... | 63 |
| 浅谈“针药并用治疗近视”经验..... | 69 |
| 尖锐湿疣自疗 6 法..... | 70 |
| 经方治疗慢性荨麻疹..... | 72 |

识 草 药

| | |
|----------|----|
| 刺 楸..... | 73 |
| 楸 木..... | 74 |

病例讨论

| | |
|----------------|----|
| 腹型紫癜一例..... | 76 |
| 高热患儿的不幸结局..... | 80 |

医疗资讯

医网情深

| | |
|--------------------------|----|
| 医疗资讯..... | 84 |
| 《豆豆听你讲故事》之——有“为”才有位..... | 86 |
| 山东滕州微山红河湿地一日游..... | 87 |

编读往来

| | |
|-------------------|----|
| 编读往来..... | 94 |
| 心电图有奖读图第四十七期..... | 94 |

杂志稿约

| | |
|--------------|----|
| 爱爱医杂志稿约..... | 96 |
|--------------|----|

【编者按】从本期开始，专家讲坛栏目组将连续刊发由何方田教授主讲的起搏心电图系列讲座，本讲座首发爱爱医论坛，深入浅出，通俗易懂，图文并茂，是一份不可多得的心电图学习资料。

基础起搏心电图解读系列讲座（1）

浙江省规范起搏心电图诊断报告

作者：浙江省无创心电学组 何方田 谢玮 王慧等
链接：<http://bbs.iiyi.com/thread-2605849-1.html>

分析起搏心电图的目的在于了解起搏器的工作方式、功能状况及起搏效果，及时发现起搏器的起搏功能和感知功能是否异常及有无起搏源性心律失常，为临床进一步处理提供依据。现就起搏心电图的相关内容阐述如下：

一、起搏心电图的复杂性

- （1）自身节律与起搏器节律相互影响。
- （2）双腔起搏器所设置的各种参数使心房、心室两腔相互制约和相互影响。
- （3）现代起搏器设置了各种的特殊功能，增加了起搏心电图分析的难度。
- （4）起搏后可引发各种心律失常，如起搏器介导性心动过速等。
- （5）若有起搏器故障或功能异常，则心电图表现更为复杂。
- （6）右心室起搏使心室除极顺序发生改变，引发自身搏动出现电张调整性 T 波改变，可掩盖急性心肌梗死的心电图特征。
- （7）原本就存在的各种心律失常，在植入起搏器后，仍会继续出现。

因此，如何正确地阅读、分析起搏心电图已成为心电学诊断的新问题、新挑战！

二、起搏心电图分析的内容

起搏心电图分析的内容主要包括以下 5 项内容：

- （1）确定主导心律及其存在的异常心电图。
- （2）确定起搏器的类型，判定起搏模式、起搏功能、感知功能及起搏频率是否正常。
- （3）判定起搏器是否开启特殊功能。
- （4）判定有无起搏源性心律失常。

(5) 尽可能判定起搏器功能异常的原因。

三、起搏心电图分析的步骤

1. 分析起搏心电图前，要先了解患者植入起搏器前的临床诊断、起搏器植入年限、起搏器的类型、功能特征、起搏模式、设置的各项参数及程控状态等。

2. 选择基线稳定、无伪差波、起搏脉冲清晰的导联（多选择Ⅱ、V1导联）进行记录和分析。

3. 确定自身基本节律/起搏节律以及存在的异常心电图

(1) 如确定起搏心电图的自身基本节律是窦性心律、心房颤动或心房扑动，则进一步分析有无窦性停搏/窦房传导阻滞（植入起搏器后这两者在心电图上将无法鉴别，需结合植入前的心电图诊断）、房室传导阻滞、束支与分支阻滞、早搏及房/室肥大、异常Q波等。

(2) 如心电图的基本节律为起搏节律，则根据起搏脉冲与P波/QRS波群、自身P波与起搏QRS'波群的关系，判定起搏器的类型（单腔、双腔、三腔），并根据起搏/感知的心腔及感知后的反应方式判断起搏模式：AAI、VVI、DDD、VAT/VDD、DDI等。

4. 分析起搏功能

(1) 起搏功能正常的心电图特点 起搏器能按时发放起搏脉冲，且落在应激期内的脉冲均能夺获心脏（心房或/和心室）。

(2) 起搏功能异常的心电图特点 狭义的起搏功能异常是指落在应激期内的起搏脉冲部分或全部不能夺获心脏。但广义的起搏功能异常尚包括电极漂移、交叉刺激（心房脉冲起搏心室或心室脉冲起搏心房）、心房和心室电极错接所引发的起搏波形改变。

(3) 功能性起搏不良的心电图特点 包括：①起搏脉冲落在心房肌或心室肌的生理性不应期内而未能夺获心脏，如心房起搏脉冲落在F波或f波，心室脉冲落在T波顶峰前、心室扑动或颤动等；②心房肌或心室肌失去应激性，如心房静止、高钾血症致心房肌麻痹及临终前等。

5. 分析感知功能

感知功能是指心房起搏器或双腔起搏器的心房感知器能够识别自身P波、心室起搏器或双腔起搏器的心室感知器能够识别自身QRS波，并能停止发放一次起搏脉冲，而双腔起搏器的心房电极感知自身P波或F波后反而触发心室起搏或发生起搏模式转

换（如由 DDD 模式转换为 DDI 或 VVI 模式）。

起搏器节律重整是判断起搏器感知功能是否正常的依据。若自身激动能使起搏器节律发生重整，则表明起搏器的感知功能正常。若自身激动未能使起搏器节律发生重整而出现竞争性起搏现象，在排除起搏器开启噪声反转功能、自身激动落在起搏器不应期内等情况下，则属感知功能过低。根据有无起搏周期不规则延长、起搏周期长短不等或暂停起搏判断感知功能是否过强或电能耗竭。

（1）感知功能正常的心电图特点 ①自身激动能使单腔起搏器发生节律重整，呈现按需型起搏；②双腔起搏器的心房感知器感知自身 P 波或 F 波后能触发心室起搏或发生起搏模式转换、心室感知器感知自身 QRS 波后能抑制起搏脉冲发放。

（2）感知功能异常的类型及其心电图特点 ①感知过低（不良）：是指起搏器全部或部分不能感知自身激动，仍按原有的起搏周期发放脉冲，表现为持续性或间歇性固定型起搏，与自身节律发生竞争现象，出现人工性“早搏”，但需排除假性感知功能不良；②感知过强（过度）：是指起搏器对肌电波、电磁信号及 QRS 波群或 T 波等发生感知，出现起搏周期延长、暂停起搏或触发心室起搏（双腔起搏器心房感知过强时）。

需要特别注意的是：诊断感知功能异常时，感知过强引发不起搏的重要性远远超过感知过低所引发的竞争性起搏！

（3）假性感知功能不良 下列情况易引发竞争性起搏现象，属于假性感知功能不良：①起搏器开启噪声反转功能：心室率增快时表现为感知不良，一旦心率减慢后感知不良现象立即消失；②自身激动过早出现落在起搏器的不应期内；③起搏器开启特殊模式转换功能（MVP）：心电图可表现为双腔起搏器 A-V 间期过度延长而不触发心室起搏。

6. 分析起搏频率改变及其原因

目前常见的起搏频率变化：①起搏器开启频率适应功能（频率应答）：从动态心电图中最易区别，常表现为运动时或白天的起搏频率快于休息或夜间的起搏频率；②起搏器开启睡眠频率：夜间起搏频率明显低于白天的起搏频率；③电能耗竭或起搏器故障：有其他相应的心电图改变。④起搏器其他特殊功能：如频率平滑功能、心室率稳定程序、飞轮功能、频率滞后搜索功能、预防心室率骤降功能等仅存在于个别种类的起搏器，判断这些功能是否开启还需要参照所设置的起搏参数。

7. 测量 A-V 间期或 P-V 间期

测量 A-V 间期或 P-V 间期，借以判定起搏器有无设置 A-V 间期滞后搜索功能或动态改变功能、文氏型阻滞、开启房室结优先功能、心室安全起搏及心室起搏阈值自动检测功能等。

(1) A-V 间期滞后搜索功能 分为正滞后搜索功能（程控的 A-V 间期值+程控的正滞后值）和负滞后搜索功能（程控的 A-V 间期值-程控的正滞后值）两种：①A-V 间期正滞后搜索功能是指起搏器搜索到室上性激动（窦性 P 波、房性 P' 波或 AAI 起搏 P' 波）下传心室后，A (P) -V 间期将自动地延长至某一设定的数值 1 次，借以给室上性激动下传心室的机会。②A-V 间期负滞后搜索功能是指起搏器搜索到室上性激动下传心室后，A-V 间期将自动地缩短并持续维持 5min 或 255 次心搏，借以维持心室起搏，在第 256 次起搏搏动恢复到原来程控的 A-V 间期。但过短的 A-V 间期又会影响血流动力学，故圣犹达公司的起搏器将缩短的 A-V 间期控制在 32 个周期内有效，在此之后将恢复到原来程控的 A-V 间期，周而复始。

(2) 动态 A-V 间期 是指起搏的 A-V 间期能够模仿正常人的房室结传导功能，会随着自身窦性频率或感知驱动频率的变化而自动地缩短或延长，又称为频率适应性 A-V 间期。通常动态 A-V 间期按照前一个 V-V 间期的 15% 增减，直至程控的 A-V 间期最大值或最小值。

(3) 双腔起搏器文氏型阻滞 是指心房频率快于起搏器上限频率时，心房电极感知后并不即刻触发心室起搏，而是通过 P-V 间期逐渐延长后再触发心室起搏，直至 P 波落在心室后心房不应期内而不再被心房电极所感知和触发心室起搏，将过快的心房频率降至起搏器上限频率范围以内。双腔起搏器文氏型阻滞时将出现两种起搏周期：①上限频率间期，即 V_p-V_p 间期；②夹有 P 波脱落的长 V_p-V_p 间期，为心室后心房不应期、P-P 间期及 P-V 间期三者之和。

(4) 房室结优先功能 包括 A-V 间期自动搜索功能和心室起搏管理 (MVP) 功能两种。①A-V 间期自动搜索功能：是指通过程控或起搏器自动调整 A-V 间期或转换起搏模式，保证自身窦性激动能通过房室结下传心室以获得正常的心室除极和收缩顺序。②心室起搏管理 (MVP)：是指双腔起搏器平常以 AAI (AAIR) 模式工作，当患者发生一过性二度房室传导阻滞时（1 个 P 波下传受阻），被阻滞的 P 波不触发心室起搏，而是触发保护性心室安全起搏，其发放间期为 A-A 间期加上 80ms；当发生高度房室传导阻滞时（连续 2 个 P 波下传受阻），起搏器将自动地转换为 DDD (DDDR) 模式，其 A-V 间期与原设定的 A-V 间期一致，确保房室同步收缩。此后，分别于 1、2、4、8、16min……

16h, 重复检测房室传导, 一旦检测到房室恢复正常传导, 起搏器又将自动地转换为 AAI (AAIR) 模式, 尽量减少心室起搏所占的比例。

(5) 心室安全起搏 是指在心房脉冲发放后 100~120ms 处触发心室脉冲释放, 防止心室电极交叉感知到非 QRS 波群等其他电信号后被抑制而引起心室停搏。其心电图特征为连续出现两个起搏脉冲, 其 A-V 间期短而固定 (100~120ms)。

(6) 心室起搏阈值自动检测功能 是指起搏器自动地测定起搏阈值, 并根据阈值的变化自动地调整输出能量, 即先以较低的起搏输出能量来检测每一个起搏脉冲是否均能夺获心室, 若确认起搏脉冲未能夺获心室, 则起搏器将以较高的输出能量发放心室备用脉冲, 确保夺获心室。圣犹达的 Auto Capture 在运作时其心电图特征: ①非心房起搏时, 即跟踪窦性 P 波起搏时, 心室会发放 2 个起搏脉冲, 且前一个心室起搏脉冲发放时 P-V 间期很短 (25~40ms), 与后一个心室备用脉冲的间距为 80~100ms。②当心房起搏时, 一个心搏中会出现 3 个起搏脉冲发放, 其中第 1、2 两个起搏脉冲的间距很短, 约 50ms; 第 2、3 两个起搏脉冲的间距为 80~100ms。③大多数情况下, 起搏状态改变时均表现为起搏 QRS 波群呈成对出现。

8. 关注起搏器有无开启特殊功能

现代起搏器为了模仿正常心脏功能, 开发了众多的特殊功能: 如保护性模式自动转换、频率应答功能、A-V 间期自动调控、起搏阈值自动检测和夺获功能、房室结优先功能、噪声反转功能等, 给起搏心电图的分析和诊断带来了极大的挑战!

保护性模式自动转换包括正转换和反转换两种。①正转换: 当出现快速性房性心律失常时 (如房性心动过速、心房扑动及颤动), 双腔起搏器自动地将 DDD 模式转换为 VVI、VDI 或 DDI 模式, 此时心室以低限频率或略高于低限频率发放起搏脉冲。开启模式自动转换需要设置一个合适的可以引起模式转换的自身心房频率和模式转换时的基础起搏频率, 一般前者设置在 170 次/min。②反转换: 当快速性房性心律失常终止后, 其起搏模式又从 VVI、VDI 或 DDI 模式自动地转换为 DDD 模式。

9. 分析有无出现起搏源性心律失常

如起搏器介导性心动过速、起搏器频率奔放现象、反复搏动二联律或反复性心动过速、起搏-夺获二联律、Ron-T 诱发的室性心动过速、心室颤动等。

(1) 起搏器介导性心动过速 通常是指心室起搏搏动或室性异位搏动通过房室结逆传心房时被心房电极所感知, 感知后触发心室起搏, 心室起搏后再次逆传至心房, 心房电极感知后又触发心室起搏, 如此周而复始, 形成一个人工折返性心动过速, 其

频率 \leq 起搏上限频率。其心电图特征：①突然发生快速、整齐的心室起搏 QRS' 波群，频率常在 90~130 次/min；②该快速、整齐的心室起搏 QRS' 波群可由房性或室性房性期前收缩、心房起搏或感知功能异常等因素诱发；③快速、整齐的心室起搏 QRS' 波群可突然停止，恢复双腔起搏心电图；④逆行 P 波常落入心室起搏的 ST 段或 T 波中而较难识别。

(2) 起搏器频率奔放现象 当起搏器电子元件失灵或电能耗竭时，起搏频率较原设置频率增快 >15 次/min，应考虑频率奔放现象。现代起搏器有独立的起搏器频率奔放现象保护电路，很少再发生起搏器频率奔放现象；即便发生，其最高起搏频率限制在 130~150 次/min，防止快速的心室起搏。

通过以上步骤的分析，给所记录的心电图或动态心电图下一个完整的心电图诊断，并尽可能判定起搏器功能异常的原因或建议进行程控检测。在出具诊断报告时应注意报告的完整性，不要遗漏。

四、起搏心电图诊断时应注意的若干问题

在临床工作中，若遇及起搏器功能异常或可能异常时，为避免医-患之间发生不必要的矛盾或纠纷，需及时与临床医生沟通，共同确认诊断报告，同时建议进行起搏器程控检测。

(1) 起搏功能异常的诊断：请参看上述分析起搏功能的内容。

(2) 感知功能异常的诊断：请参看上述分析感知功能的内容。

(3) 起搏源性心律失常的诊断：若有起搏器介导性心动过速、起搏频率奔放现象、反复搏动二联律或反复性心动过速、起搏-夺获二联律、Ron-T 诱发的室性心动过速、心室颤动等心律失常出现，则可直接诊断之。

(4) T 波改变的诊断：VVI、DDD 等心室单腔、双腔起搏时，若窦性夺获、房性早搏、反复搏动或房室交接性逸搏的 QRS 波形正常，而以 R 波为主的导联出现 T 波倒置，是原发性 T 波改变还是起搏器引起心室电张调整性 T 波改变或两者兼有之，心电图上较难判定，建议直接诊断为“T 波改变”。

(5) 起搏器功能正常的诊断：凡是起搏器起搏功能良好、发放频率正常及感知功能良好时，建议诊断为“起搏器功能未见异常”，避免使用“起搏器功能正常”的诊断。

(6) 当所记录的心电图始终为起搏心律时（如 AAI、VVI、DDD 起搏心律），即未见自身 P 波或/和 QRS 波群出现，是无法判定各类起搏器（单腔、双腔及三腔）的

感知功能是否异常，此时，可客观地描述为“心房或/和心室感知功能未能评价”。但在实际诊断时，只要起搏功能良好，往往诊断为“起搏器功能未见异常”。

(7) 心内科医生及程控者，对双腔起搏器常主张采用 APVP（相当于 DDD 模式）、ASVP（相当于 VAT 或 VDD 模式）、APVS（相当于 AAI 模式）、ASVS（相当于 ODI 模式）等方式表述，鉴于心电图室医生熟悉并习惯使用 DDD、VAT、AAI 及 DDI 等 NBG 编码法，建议起搏心电图诊断时使用 NBG 编码法。

五、起搏心电图报告的诊断顺序

(1) 确定基本节律：先确认心脏自身节律是窦性心律还是心房颤动或扑动。若无自身心律出现，则由 AAI、VVI、DDD 起搏心律所替代。

(2) 自身心律失常，如窦性停搏、早搏、房室传导阻滞及束支传导阻滞等。

(3) 判定起搏器类型（单腔、双腔、三腔）、起搏模式（AAI、VVI、DDD、VAT、DDI 等）及起搏和感知功能有无异常。

(4) 判定起搏器是否开启特殊功能。

(5) 判定有无出现起搏源性心律失常。

(6) 遇及起搏心电图有异常表现时，可根据所掌握的资料和经验，提示引发起搏心电图异常的原因，建议进行程控检测或请结合临床。

(7) 出现自身搏动时所显现的其他异常心电图改变，如高电压、异常 Q 波等。

六、起搏心电图诊断报告示范

不同的患者，其心律失常、起搏心电图往往呈多样化改变。以下罗列的起搏心电图诊断报告，供参考。

1. 植入心房起搏器的心电图诊断报告

(1) 窦性心律、提示窦性停搏、房性早搏、心房起搏器，时呈 AAI 起搏心律（频率 50 次/min），起搏器功能未见异常、左心室高电压、ST-T 改变。

(2) 窦性心动过缓伴不齐、室性早搏、心房起搏器，呈 AAI 起搏心律（频率 55 次/min），间歇性感知功能不良，建议程控检测。

(3) AAI 起搏心律（频率 60 次/min），起搏器功能未见异常、完全性右束支传导阻滞。

2. 植入心室起搏器的心电图诊断报告

(1) 心房颤动伴正常心室率、室性早搏、心室起搏器，时呈 VVI 起搏心律（频率 50 次/min），起搏器功能未见异常、T 波改变。

(2) 窦性心律、提示窦性停搏、心室起搏器，时呈 VVI 起搏心律(频率 60 次/min)，间歇性起搏功能异常。

(3) 窦性心动过速、三度房室传导阻滞、心室起搏器，VVI 起搏心律、间歇性感知功能过强(感知 T 波导致起搏周期延长)。

(4) 窦性心律、三度房室传导阻滞、心室起搏器，VVI 起搏心律(频率 60 次/min)，起搏器功能未见异常。

3. 植入双腔起搏器的心电图诊断报告

(1) 窦性心律、双腔起搏器，以 VAT 模式起搏，起搏器功能未见异常。

(2) 窦性心律、提示窦性停搏、双腔起搏器，以 DDD 和 VAT 模式起搏，起搏器功能未见异常。

(3) 双腔起搏器，以 DDD、VAT 模式起搏、多源性室性早搏，其中一源逆传心房诱发起搏器介导性心动过速。

(4) 窦性心律、三度房室传导阻滞、双腔起搏器，以 DDI 模式起搏、起搏器呈 4:3 文氏型阻滞、起搏器功能未见异常。

(5) 窦性心律、双腔起搏器，以 VAT 模式起搏、起搏器开启自动阈值夺获功能，起搏器功能未见异常。

(6) 双腔起搏器，以 DDD 和 AAI 模式起搏、起搏器开启自动阈值夺获功能，起搏器功能未见异常。

4. 植入三腔起搏器的心电图诊断报告

(1) 窦性心律、三腔起搏器，以 VAT 及右心室领先起搏模式工作，起搏器功能未见异常。

(2) 窦性心律、三腔起搏器，以 VAT 模式起搏、起搏 QRS 波形突变，请进一步检查。

(3) 三腔起搏器，以 DDD 及左心室领先起搏，起搏器功能未见异常。

(本文蒙承北京大学人民医院许原教授、上海交通大学瑞金医院刘霞教授审阅、指点和帮助，特此致谢！)

基础起搏心电图解读系列讲座（2） 心肌生理特性与起搏心电图的关联性

作者：何方田

链接：<http://bbs.iiyi.com/thread-2608232-1.html>

【摘要】 通过 8 个图例阐述了心肌生理特性与起搏心电图的关联性 & 心肌组织对起搏脉冲刺激反应的影响因素，并介绍了起搏器启动噪声反转功能、自身搏动提早出现落在起搏器不应期内而引发竞争性起搏，酷似起搏器间歇性感知功能低下的心电图表现。

【关键词】 心肌生理特性 起搏器不应期 起搏心电图

在起搏心电图中，存在着两种不应期，即心肌细胞的生理性不应期和起搏器感知器的不应期。心肌细胞的生理特性包括兴奋性、自律性、传导性及收缩性。这四大特性和起搏器感知器的不应期均与心脏起搏密切相关，其中心肌细胞的电生理活动是心脏起搏治疗的基础。现将相关内容阐述如下。

一、心肌生理特性与起搏器的关系

（1）兴奋性：心肌细胞受到刺激后所发生反应的能力称为兴奋性或应激性。它具有周期性变化的特点，包括绝对不应期或有效不应期（心肌细胞膜电位 $0 \sim -60\text{mV}$ ）、相对不应期（膜电位 $-60 \sim -80\text{mV}$ ）、超常期（膜电位 $-80 \sim -90\text{mV}$ ）、易损期或易颤期（心房位于 R 波降肢和 S 波中，心室位于 T 波顶峰前 30ms ，约持续 $30 \sim 60\text{ms}$ ）及应激期。若起搏脉冲落在心肌细胞的有效不应期内，则不能带动心脏起搏，属功能性失夺获（图 1）；若落在相对不应期、超常期及应激期内，则能带动心脏起搏（图 1）；若落在易损期内，则有可能会诱发快速性心律失常。



图 1 心室起搏器出现间歇性感知功能低下和功能性失夺获现象

例 1：患者女性，69 岁，临床诊断：冠心病、植入心室起搏器 5 年。设置的起搏器参数：基本起搏周期 1000ms ，频率 60次/min 。V5 导联（图 1）显示窦性 P 波时间 0.12s ，呈双峰切迹，两峰距 0.05s ，P-P 间期 0.81s ，频率 74次/min ，P-R 间期 0.14s ，QRS 时间 0.13s ，其终末波宽钝；可见心室起搏脉冲及起搏的 QRS' 波群，其起搏周期

1.0s，频率 60 次/min，其中 S1、S3 起搏脉冲落在 T 波终末部而夺获心室形成人工性“室性早搏”，表明起搏器未能感知其前的窦性搏动；S2、S4 起搏脉冲落在 T 波升肢上，适逢心室肌的生理性不应期而出现功能性失夺获。心电图诊断：①窦性心律；②“二尖瓣型 P 波”，提示不完全性左心房内阻滞；③完全性右束支阻滞；④VVI 起搏器，呈间歇性感知功能低下和功能性失夺获现象。

（2）自律性：心肌组织中的起搏细胞能自发地发生除极化而引发一个扩布性动作电位的特性称为自律性。当心脏自律性降至起搏器下限频率以下时，起搏器将发放起搏脉冲带动心脏收缩；若自身节律的心电信号被起搏器感知后，则会抑制（或重整）起搏器脉冲的发放。故起搏器脉冲发放与否取决于自身节律的频率、起搏器设置的下限频率及其感知功能是否正常。

（3）传导性：心脏各个部位只要心肌细胞处于应激期内就具有传导兴奋的能力称为传导性。自身心电信号通过传导组织、心肌细胞传至心内膜使起搏电极感知，同样地起搏脉冲也通过电极、心内膜、心肌细胞及传导组织使心脏兴奋收缩。正常情况下，心室肌开始除极后其心电信号到达感知电极所在的位置约需 0.05s；反之，起搏脉冲在在起搏电极与心内膜交接区的传导时间也约需 0.04~0.05s。故一旦起搏脉冲在起搏电极与心内膜交接区的传导时间 $\geq 0.06s$ ，就要考虑在该交接区发生一度传出阻滞（图 2）。

（4）收缩性：心脏的电活动通过兴奋-收缩藕联，引起心脏收缩的能力称为收缩性，其收缩性与心肌细胞的肌质网内 Ca^{2+} 、血液 Ca^{2+} 浓度的高低有关，且具有“全”或“无”及不发生强直性收缩的特点。若心肌发生缺血、缺氧或酸中毒等各种因素使 Ca^{2+} 通道受损，则会出现“电-机械分离”现象，即有心电活动，但心脏无有效收缩。

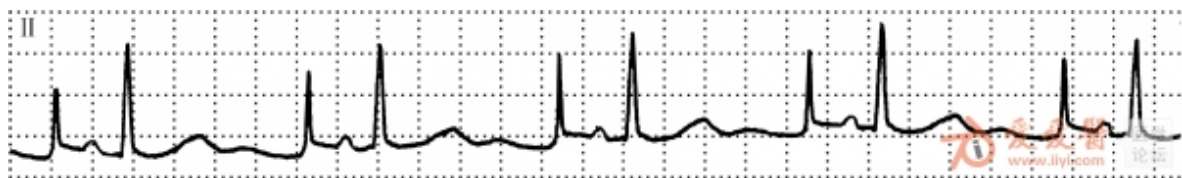


图 2 心房起搏器出现起搏电极与心内膜交接区一度传出阻滞

例 2：患者女性，53 岁，临床诊断：病窦综合征、植入心房起搏器 1 年。设置的起搏器参数：基本起搏周期 1200ms，频率 50 次/min。II 导联（图 2）显示 AAI 起搏心律，其起搏周期 1.20s，频率 50 次/min，A-R 间期 0.34s，P-R 间期 0.16s，心房起搏脉冲与其后 P 波的时间固定，A-P 间期 0.18s，应考虑该 P 波是由心房脉冲所引发，且起搏电极与心内膜交接区发生一度传出阻滞。心电图诊断：①提示窦性停搏或存在

窦性心动过缓；②AAI 起搏心律；③起搏电极与心内膜交接区一度传出阻滞。

二、影响心肌组织对起搏脉冲刺激反应的因素

(1) 心肌细胞的应激性：心肌细胞的应激性是起搏器能否成功起搏心脏的内因，若心肌细胞的应激性越高，则心脏起搏阈值越低；反之，若心肌细胞的应激性降低，则心脏起搏阈值增高或无法起搏。在临床上可见这样的情形：对于临终期、濒死期、电极植入部位发生心肌梗死或心室颤动患者，虽然起搏器能按时发放起搏脉冲，但未能带动心脏起搏，这与患者心肌细胞的应激性丧失（图 3）或始终处于不应期有关（图 4）。

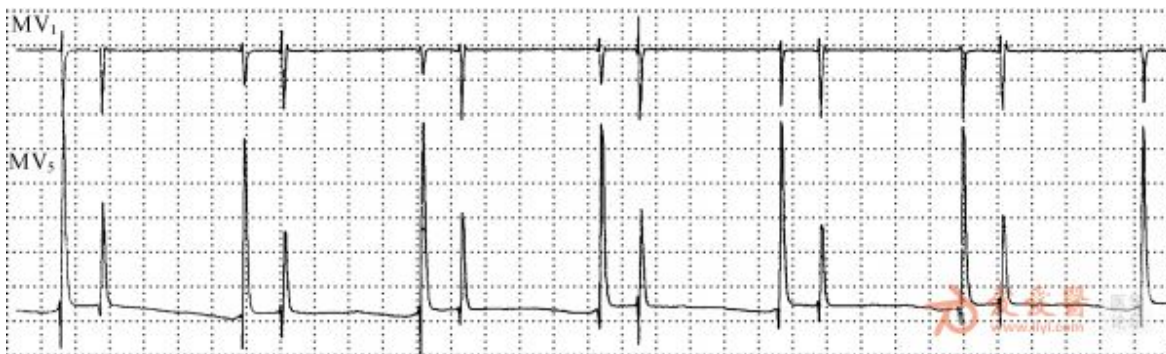


图 3 心肌细胞应激性丧失时，双腔起搏器出现心房、心室无效起搏

例 3：患者男性，75 岁，临床诊断：冠心病、三度房室传导阻滞、植入双腔起搏器 4 年。设置的起搏器参数：基本起搏周期 1000ms，频率 60~120 次/min，A-V 间期 220ms。MV1、MV5 导联（图 3）同步记录，系患者 Ron-T 室性早搏诱发极速型室性心动过速（260 次/min）→心室颤动→心电消失后所记录的一个片段，未见自身 P-QRS-T 波群，心房和心室起搏脉冲后均未见相应的 P' 波和 QRS' 波群跟随，A-V 间期 0.22s。心电图诊断：①双腔起搏器（DDD 起搏模式）出现心房、心室无效起搏；②心电消失，为死亡心电图改变。

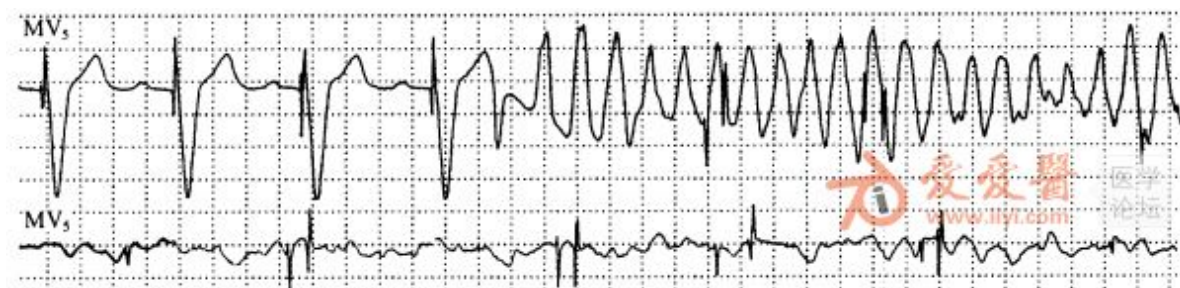


图 4 心室颤动时，双腔起搏器出现无效起搏

例 4：患者男性，72 岁，临床诊断：冠心病、三度房室传导阻滞、植入双腔起搏器 3 年。设置的起搏器参数：基本起搏周期 1080ms，频率 55~125 次/min，A-V 间期 200ms。上、下两行 MV5 导联（图 4）系不同时间记录，上行显示窦性 P-P 间期 0.78s，频率 77 次/min，R2~R4 搏动为 VDD 或 VAT 模式起搏，其 P-V 间期 0.20s，R5 搏动为室性早搏，且落在前一搏动 T 波的下降肢上而诱发极速型室性心动过速（274~315 次/min），心房和心室起搏脉冲落在其 QRS-T 波群不同部位上，与起搏器开启噪声反转功能有关。下行显示心室颤动（细颤），心室起搏脉冲后均未见相应的 QRS' 波群跟随，其起搏周期长短不一，与感知了部分心室颤动波后引起起搏器节律重整有关，A-V 间期 0.12、0.22s 两种，前者为心室安全起搏。心电图诊断：①窦性心律；②室性早搏呈 Ron-T 现象并诱发极速型室性心动过速和心室颤动；③双腔起搏器，以 VDD 或 VAT 模式起搏→无效起搏；④开启噪声反转功能和心室安全起搏；⑤符合心源性猝死的心电图改变。

（2）电刺激的强度：即起搏脉冲夺获心房或心室所需的刺激阈值，它有赖于刺激的振幅（电压）和持续的时间（脉宽），其中脉宽直接影响到心脏起搏的有效强度。故临床上可通过调整脉宽来改变刺激的有效强度。

（3）起搏频率对阈值的影响：随着心室起搏频率的加快，心室起搏阈值也随之升高，这与电脉冲发放后所形成的残余电位有关。而心房起搏阈值也受起搏频率的影响，这可能与心房容积改变引起电极亚脱位有关。

（4）电极-组织界面和机体对电极的排异反应：电极植入心肌组织后，先产生炎症性水肿，最后形成纤维包裹（1~2 周）；其起搏阈值植入初期较低，而后逐渐增高，至术后 2 周达最高峰，为植入初始的 2~3 倍，以后又逐渐降低，约 1 个月后趋于平稳，但仍高于电极植入初期的 2 倍；若采用激素电极，则术后起搏阈值变化较平稳（图 5）。

（5）心肌阻抗：电脉冲通过心肌组织时会遭到心肌细胞的抵抗，即心肌细胞对输入的电脉冲有一定的阻力称为心肌阻抗。

（6）起搏方式和部位：双极电极起搏阈值稍高于单极电极，这与前者的阳极面积较小导致电流通过心肌组织时其阻抗增加有关；心内膜起搏较心外膜起搏阈值要低。

（7）电极的表面积及是否涂有激素：起搏阈值的大小与电极表面积的大小有关，若电极表面积较大，则起搏阈值较高；反之则较低。对于涂有激素的电极，其起搏阈

值会相应降低。

(8) 生理因素：心脏起搏阈值与机体的生理状态有关，如站立位时起搏阈值较安静休息、卧位时低。

(9) 药物、电解质的影响：糖皮质激素、拟交感神经药物、钾盐等能降低起搏阈值，而盐皮质激素、普鲁卡因酰胺等使起搏阈值升高。

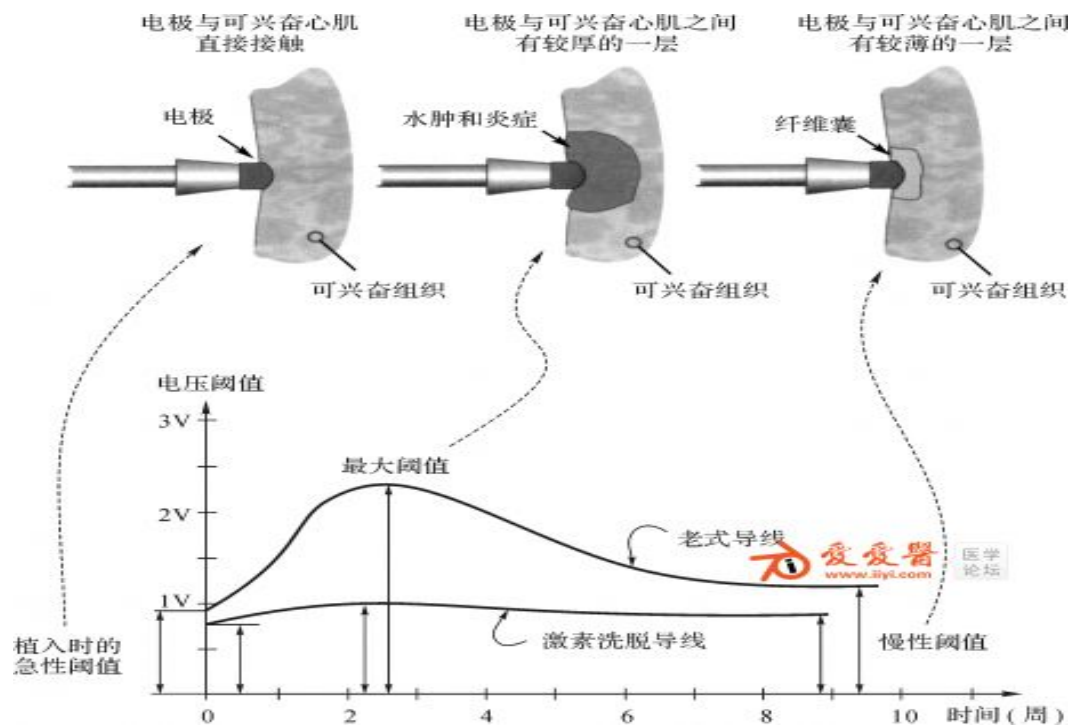


图5 植入起搏器后随着时间的延长普通电极和激素电极其起搏阈值演变情况

三、起搏器的不应期

起搏器的不应期是指起搏脉冲发放或感知自身心电信号后起搏器的感知器不再感知任何外来信号的一段时间，借以避免感知起搏脉冲的后电位、高大的T波及自身心电信号。它分为绝对不应期（空白期）和相对不应期（噪声采样期）：前者是不应期的起始部分，此时起搏器不感知任何外来信号，即起搏器不被外来信号所抑制；而后者仅能感知到心电信号但不能做出反应，可对噪声进行采样后而启动噪声反转功能，出现竞争性起搏（图6）或起搏器节律被重整，其起搏输出功能受到抑制而出现停搏现象（图7）。

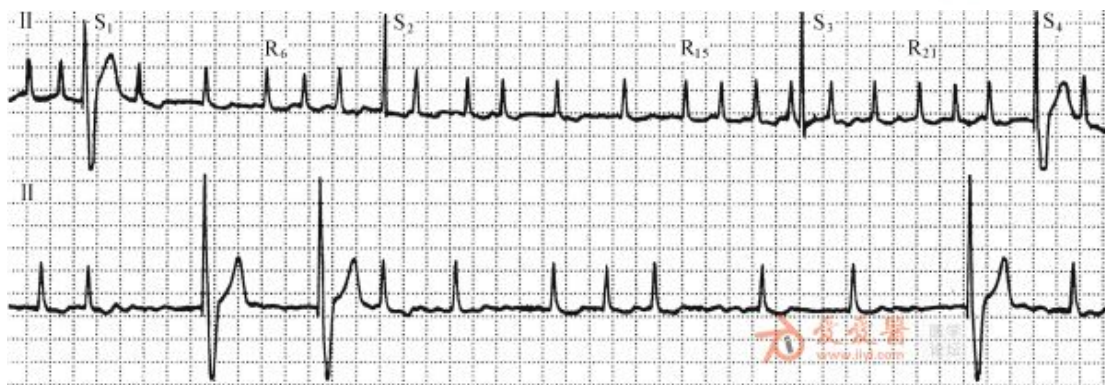


图6 快速型心房颤动时，心室起搏器开启噪声反转功能出现竞争性心室起搏

例5：患者女性，73岁，临床诊断：甲状腺功能亢进、心房颤动、植入心室起搏器2年余。设置的起搏器参数：起搏基本周期1000ms，频率60次/min，起搏电压3.8mV，脉宽0.48ms，灵敏度2.0mV。上、下两行系II导联不同时间记录（图2），其基本节律为心房颤动，其中上行显示快速的心室率（约160次/min），可见4次心室起搏脉冲，与自身QRS波群竞争性地控制心室，其中S1、S4起搏脉冲分别落在心室肌的相对不应期和应激期内而夺获心室，S2、S3起搏脉冲因落在自身QRS波群、ST段上（心室肌的有效不应期内）而不能夺获心室形成伪室性融合波，其中R6-S2、R15-S3、R21-S4的间期为1.0~1.03s，恰好是起搏器的基本周期或稍长；将灵敏度由2.0mV调至1.4mV，仍存在此种现象，为VVI起搏器开启噪声反转功能所致。下行显示心室率减慢后VVI起搏器恢复按需型起搏，其起搏周期和起搏逸搏周期均为1.0s；T波振幅低平。心电图诊断：①心房颤动伴快速的心室率；②心室起搏器开启噪声反转功能酷似起搏器感知功能低下、起搏器功能未见异常；③轻度T波改变。



图7 双腔起搏器感知外界电信号出现短暂性全心停搏

例 6：患者男性，66 岁，临床诊断：病窦综合征、植入双腔起搏器 2 年。设置的起搏器参数：起搏基本周期 800ms，频率 75~110 次/min，A-V 间期 160ms，PVARP（心室后心房不应期）300ms。上行 II 导联（图 7）显示 DDD 起搏心律伴伪室性融合波（心室起搏脉冲落在 QRS 波群起始部致 q 波加深），起搏周期 0.80s，频率 75 次/min，A-V（R）间期 0.16s。下行 II 导联（图 7）R1、R2 搏动为 AAI 起搏，图中箭头所指部位系起搏器感知了外界电信号后出现心房、心室起搏功能同时被抑制，引起长达 5.80s 短暂性全心停搏现象，其后可见 1 次延迟出现呈正常形态 QRS-T 波群，为缓慢的房室交接性逸搏。心电图诊断：①双腔起搏器，以 DDD 起搏伴伪室性融合波和 AAI 模式起搏；②感知过度引起心房、心室起搏功能同时被抑制出现短暂性全心停搏；③缓慢的房室交接性逸搏；④下级起搏点功能不良，提示双结病。

心房、心室不应期均可程控设置，前者为 300~500ms，后者为 300~400ms。当自身搏动提早出现，其 R-R 间期短于起搏器设定的不应期时，起搏器将不会感知该自身搏动，会按照设定的起搏周期或起搏逸搏周期发放起搏脉冲，表现为起搏逸搏间期缩短，酷似起搏器间歇性感知功能低下，需要特别关注（图 8）。



图 8 心房颤动时，过早的自身搏动落在心室起搏器不应期内出现假性感知功能低下

例 7：患者女性，70 岁，临床诊断：心房颤动伴长 R-R 间歇、植入心室起搏器 1 年余。设置的起搏器参数：基本起搏周期 860ms，频率 70 次/min，心室不应期 325ms。MV5 导联（图 8）显示基本节律为心房颤动，其下传的 QRS 波群呈 Rs 型，其形态略异，可能与呼吸影响有关，T 波浅倒或低平；可见 VVI 起搏的宽大畸形 QRS-T 波群（R1、R2、R9）及与 f 波下传心室所形成的室性融合波（R6），起搏周期 0.86s，频率 70 次/min；值得关注的是 R6 搏动，它与前一搏动的时距即 R5-R6 间期为 0.61s，而 R4-R6 间期 0.91s，刚好是起搏周期加上自身心电信号通过心内膜传至电极所需的时间 0.05s，表明起搏器未能感知 R5 搏动，但感知了 R4 搏动并使起搏器节律重整，R5 搏动系落在起搏器重整后的不应期内而不被感知，因 R4-R5 间期（0.31s）小于所设定的心室不应期（0.325s）。心电图诊断：①心房颤动伴正常的心室率；②VVI 起搏伴

室性融合波；③自身搏动落在心室起搏器不应期内而出现假性感功能低下；④起搏器功能未见异常；⑤轻度 T 波改变。

基础起搏心电图解读系列讲座（3）

心脏起搏系统的构成、起搏器的类型及其表达方式

作者：何方田

链接：<http://bbs.iiyi.com/thread-2610081-1.html>

【摘要】 本文介绍了心脏起搏系统的构成、起搏器的类型及其表达方式，通过 6 个图例介绍了单腔、双腔、三腔起搏器的心电图特征及起搏脉冲振幅高低、极性改变的原因。

【关键词】 脉冲发生器；电极导线；起搏器编码；起搏心电图

一、心脏起搏系统的构成

心脏起搏系统由脉冲发生器、电极导线、电极-组织界面及程控仪四部分构成。

1. 脉冲发生器

脉冲发生器即通常所说的起搏器，是起搏器的核心部分，包括电子元件、电池和导线连接部分，其外壳由钛合金制成，电池多采用锂-碘电池。

2. 电极导线

电极导线包括电极、含有绝缘层的导线及其连接器。电极分为单极和双极：前者是指顶端仅由一个电极组成，作为阴极，脉冲发生器的外壳作为阳极，由此构成了一个大环路，在体表心电图上形成高尖的起搏脉冲信号（图 1）；而后者是指阴极和阳极均在电极导线上，阴极通常位于电极导线的顶端，其后一定距离为阳极，由此构成较小、较短的环路，产生较小的起搏脉冲信号，有时不易辨认（图 2）。电极导线将脉冲发生器与心脏连接起来，是起搏系统中的关键元件，具有双向传导功能：①将起搏器发放的电脉冲传递给心脏用于起搏；②接收心脏自身的心电信号传回起搏器以备感知。电极导线分被动固定和主动固定两种固定方式：前者是将电极导线的顶端嵌顿在肌小梁内等心脏解剖结构上，最常用的是翼状电极，其次为凸缘状、螺旋状电极；后者是将电极导线顶端的螺旋旋入心肌组织，常用的是激素缓释电极，其可降低起搏阈值、提高对自身 P 波和 QRS 波群的感知灵敏度并延长起搏器的使用寿命。

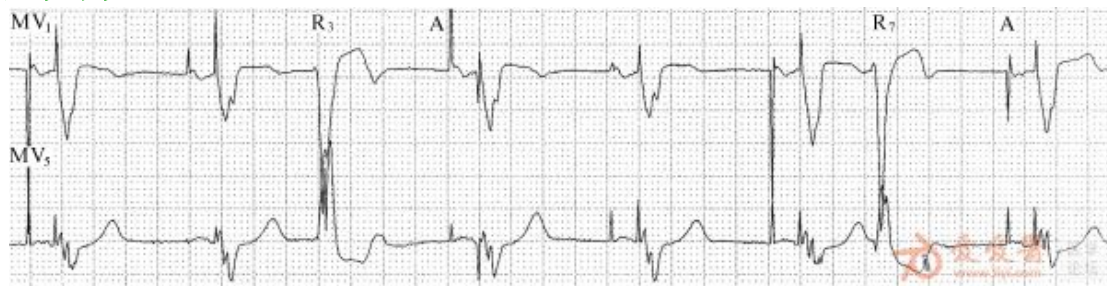


图1 双腔起搏器（单极起搏）出现高尖的脉冲信号

例1：患者女性，82岁，临床诊断：病窦综合征，植入双腔起搏器6年。设置的起搏器参数：基本起搏周期1000ms，频率60~120次/min，A-V间期170ms。MV1、MV5导联同步记录（图1），显示DDD起搏心律，其起搏周期1.0s，频率60次/min，A-V间期0.17s；起搏QRS'波群呈类似左束支阻滞图形；可见提前出现形态不一致的宽大畸形QRS-T波群，其前无相关的P(P')波，偶联间期不等，为双源性室性早搏（R3、R7）；室性早搏后的起搏房性逸搏周期（R3-A间期）为0.83s，起搏室性逸搏周期（R3-R4间期）为1.0s，表明起搏器未开启频率滞后功能。心电图诊断：①双腔起搏器，以DDD模式起搏，起搏器功能未见异常；②双源性室性早搏。



图2 双腔起搏器（双极起搏）出现低小的脉冲信号

例2：患者男性，70岁，临床诊断：病窦综合征，植入双腔起搏器1年。设置的起搏器参数：基本起搏周期1000ms，频率60~120次/min，A-V间期140ms。MV1、MV5导联同步记录（图2），定准电压5mm/mV，显示DDD起搏心律，起搏周期1.0s，频率60次/min，A-V间期0.14s；起搏脉冲的振幅低小，与双极起搏电极有关；R6、R7为单纯起搏QRS'波群，特别宽大畸形，而R1~R5搏动的QRS波群相对较窄，系心房起搏脉冲夺获心房后经房室交接区下传心室与经A-V间期触发心室起搏两者所形成的不同程度的室性融合波所致。心电图诊断：①双腔起搏器，以DDD模式起搏，起搏器功能未见异常；②同源性室性融合波。

3. 电极-组织界面

电极导线植入适当位置后，在该位置周围形成纤维包裹并令其非常稳固，使电极

导线变成心脏的一部分。但心房电极在植入早期、三腔起搏时，其植入静脉壁，易发生脱位而出现起搏波形改变或起搏功能异常。

4. 程控仪

程控仪用于与起搏器进行“对话”和查询起搏器储存的各项参数。

二、起搏器的类型

根据起搏器所植入的电极导线和所起搏心腔的数目，可将起搏器分为单腔、双腔、三腔及四腔起搏器。

1. 单腔起搏器

单腔起搏器分为心房单腔起搏器（图 3）和心室单腔起搏器（图 4）。前者起搏电极大多植入于右心耳，后者起搏电极大多植入于右心室心尖部。

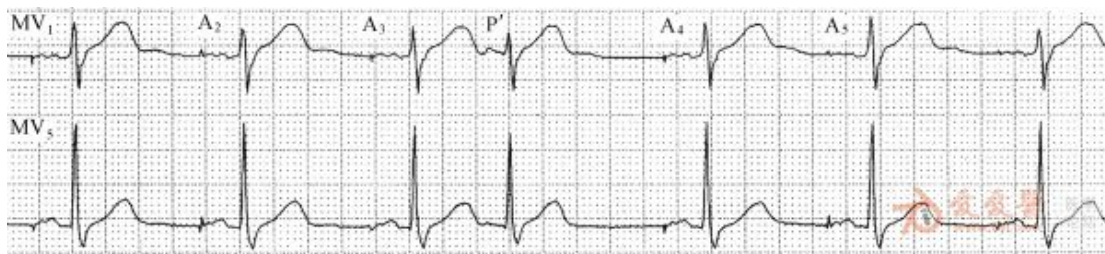


图 3 心房起搏器（双极起搏）

例 3：患者男性，65 岁，临床诊断：病窦综合征，植入心房起搏器 1 年。设置的起搏器参数：基本起搏周期 1 000 ms，频率 60 次/min。MV1、MV5 导联同步记录（图 3），显示 AAI 起搏心律，其起搏周期 0.98~1.01s，频率 59~61 次/min，A-R 间期 0.23s；起搏 P' 波时间 0.16s，呈双峰切迹，两峰距 0.07s；可见提前出现 P' -QRS-T 波群，其 P' -A4 间期 1.09s，即起搏房性逸搏周期为 1.09s。心电图诊断：①AAI 起搏心律、开启频率负滞后功能、起搏器功能未见异常；②起搏 P' 波类似二尖瓣型 P 波，提示不完全性房内传导阻滞；③房性早搏；④A-R 间期略延长，可能存在房室传导延缓。

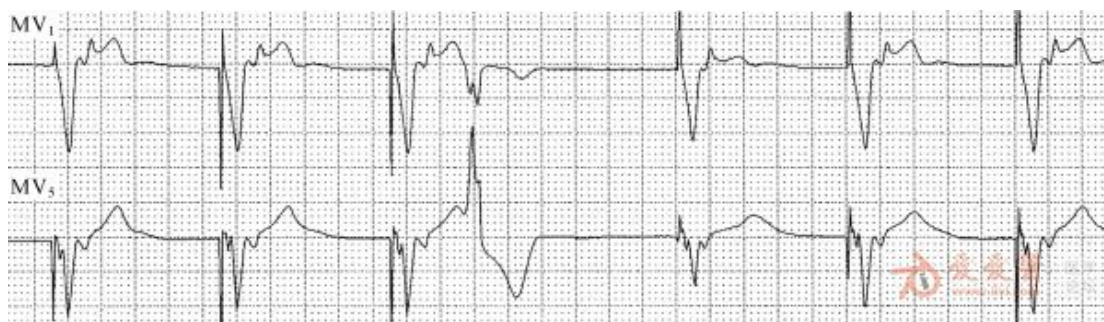


图 4 心室起搏器（单极起搏）

例 4：患者女性，68 岁，临床诊断：病窦综合征，植入心室起搏器 2 年。设置的起搏器参数：基本起搏周期 1000ms，频率 60 次/min。MV1、MV5 导联同步记录（图 4），显示心室起搏脉冲引发宽大畸形 QRS-T 波群，其起搏周期 1.0s，频率 60 次/min，QRS 终末部或 ST 段起始部有逆行 P—波重叠，R'—P—间期 0.18s；可见提前出现宽大畸形 QRS-T 波群，与其后心室起搏脉冲的间距为 1.25s。心电图诊断：①VVI 起搏心律伴逆传心房、开启频率负滞后功能、起搏器功能未见异常；②室性早搏。

2. 双腔起搏器

双腔起搏器的心房起搏电极大多植入于右心耳，心室起搏电极大多植入在右心室心尖部，进行房室顺序起搏（图 1 和图 2）。

3. 三腔起搏器

根据植入部位，三腔起搏器可分为：①左心房+右心房+右心室的三腔起搏，用于治疗 and 预防心房颤动；②右心房+右心室+左心室的三腔起搏（图 5），又称为心脏再同步起搏（CRT），其左心室电极大多植入于冠状静脉的侧静脉、侧后静脉或心后静脉，用于治疗顽固性心力衰竭、扩张型心肌病及肥厚型心肌病等。

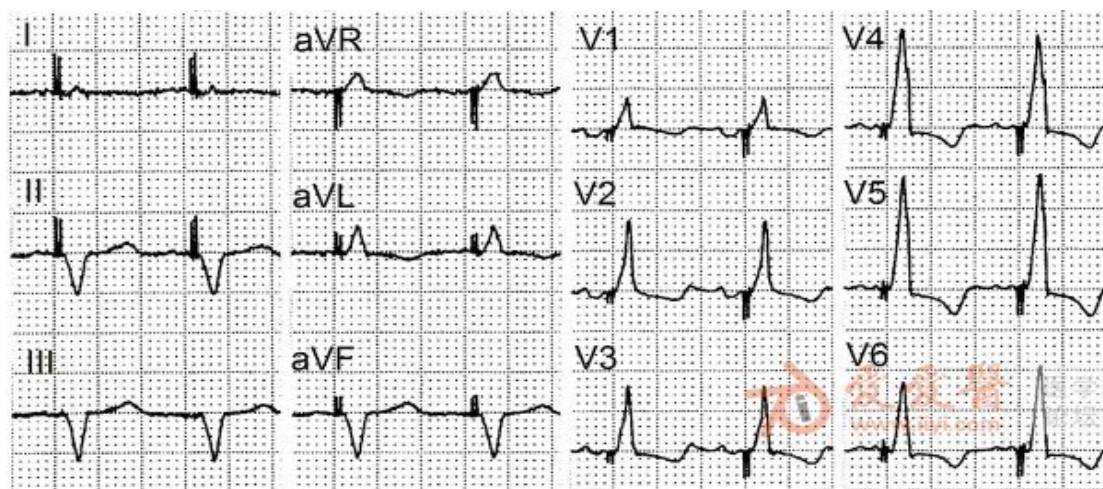


图 5 三腔起搏器（CRT）左心室领先起搏时的心电图特征

例 5：患者男性，72 岁，临床诊断：扩张型心肌病，植入三腔起搏器 2 年。设置的起搏器参数：基本起搏周期 1000ms，频率 60~120 次/min，A—V 间期 160 ms，心室后心房不应期（PVARP）300ms，心室不应期 300 ms。12 导联心电图定准电压为 5mm/mV（图 5），显示 II、V4~V6 导联窦性 P 波时间 0.12s，呈双峰切迹，两峰距 0.07s，V1 导联 Ptf 值约 -0.08mm.s；其 P—P 间期 0.62s，频率 97 次/min，P—V 间期 0.14 s；除 III 导联外，其余导联 QRS 波群前均有两根相距 0.02s 的心室起搏脉冲（左心室领先

起搏），起搏 QRS' 波群时间 0.13s，其形态在 II、III、aVF 导联主波向下，胸前导联呈类似右束支阻滞图形，表现为左心室领先起搏的心电图特征。心电图诊断：①窦性心律；②二尖瓣型 P 波、PtfV1 绝对值明显增大，提示左心房肥大或/和左心房负荷过重；③三腔起搏器，以 VAT 及左心室领先模式起搏，起搏器功能未见异常。

4. 四腔起搏器

四腔起搏器为双心房+双心室起搏，用于治疗心力衰竭伴阵发性心房颤动。

三、起搏器的编码及意义

自 1958 年植入第一台起搏器至今，起搏技术已历经了 50 余年的发展。为便于交流、识别起搏器的类型和功能，北美心脏起搏与电生理学会（NASPE）和英国起搏电生理学组（BPEG）于 1987 年制订了起搏器编码（表 1），并在 2000 年进行了重新修订，将原第 5 位的“抗心动过速”更改为“多部位起搏”（表 2）。

表 1 起搏器编码和字母含义（1987 年）

| I 起搏心腔 | II 感知心腔 | III 感知后反应方式 | IV 程控逐测、频率应答 | V 抗心动过速 |
|--------------|--------------|----------------|-----------------|------------|
| A 心房起搏 | A 心房感知 | I 感知后抑制 | P 单一程控 | P 抗心动过速 |
| V 心室起搏 | V 心室感知 | T 感知后触发 | M 多项程控 | S 电击 |
| D 心房、心室顺序起搏 | D 心房、心室双腔感知 | D 触发+抑制 | C 逐测 | D 抗心动过速+电击 |
| O 不起搏 | O 不感知 | O 无 | O 无 | O 无 |
| S 特定的心房或心室起搏 | S 特定的心房或心室感知 | | R 频率应答 | |

表 2 修订后的起搏器编码（2000 年）

| I 起搏心腔 | II 感知心腔 | III 感知后反应方式 | IV 频率应答 | V 多部位起搏 |
|--------------|--------------|----------------|------------|----------------|
| A 心房起搏 | A 心房感知 | I 感知后抑制 | | A 心房多部位起搏 |
| V 心室起搏 | V 心室感知 | T 感知后触发 | | V 心室多部位起搏 |
| D 心房、心室顺序起搏 | D 心房、心室双腔感知 | D 触发+抑制 | | D 心房、心室双腔多部位起搏 |
| O 不起搏 | O 不感知 | O 无 | O 无频率应答 | O 无 |
| S 特定的心房或心室起搏 | S 特定的心房或心室感知 | | R 有频率应答 | |

根据起搏器编码，可以了解起搏器的类型和功能。例如：AAI 为心房起搏、心房感知、感知后反应方式为抑制起搏脉冲发放；VVIR 为心室起搏，心室感知，感知后反应方式为抑制起搏脉冲发放、频率应答；DDD 为房室顺序起搏、心房与心室双腔感知、感知后反应方式为触发或抑制起搏脉冲发放。在实际工作中，绝大多数情况下仅用前

面三位编码，偶尔会加用第四位编码。

程控仪检测起搏器时，起搏标记通道显示 AP（心房起搏）、VP（心室起搏）、AS（心房感知）、VS（心室感知）模式。但不同厂家生产的起搏器，有些起搏标记不同，例如：美敦力起搏器自动模式转换标记为 MS，而圣犹达起搏器自动模式转换则标记为 AMS。

四、起搏脉冲振幅高低、极性改变的原因

起搏脉冲振幅的高低取决于起搏电极的类型、电极间距、起搏输出能量和记录的导联。单极起搏、输出能量较高，均使脉冲信号高大，而双极起搏、输出能量较低，则使脉冲信号低小。起搏脉冲通常在 II 导联最为清楚。常规心电图、24h 动态心电图在同一导联上，起搏脉冲的形态、振幅及与极性会发生改变，这与脉宽持续时间短暂，数字化记录仪采样频率太低，丢失了起搏信号较陡的部分和开始下移的过渡部分的信息有关，不能误认为起搏器功能不良（图 6）。



图 6 心房起搏脉冲的形态、振幅和极性发生间歇性改变

例 6：患者男性，57 岁，临床诊断：病窦综合征，植入心房起搏器 3 年。设置的起搏器参数：基本起搏周期 1100ms，频率 55 次/min。MV5 导联（图 6）未见窦性 P 波，心房起搏脉冲后跟随相应的 P' -QRS-T 波群，其脉冲的形态、振幅和极性发生间歇性改变；起搏周期 1.10s，频率 55 次/min，P' -R 间期 0.18s。心电图诊断：AAI 起搏心律，心房起搏功能正常，其感知功能未能评价。

五、起搏器的起搏方式

根据起搏电极所在心肌组织的部位、心腔位置及起搏时间、起搏模式、起搏功能等可有以下 6 种起搏方式。

（1）根据起搏电极安置于心壁的层次：分为心内膜起搏、心肌内起搏、心外膜起搏及冠状静脉的侧静脉或心后静脉起搏 4 种。其中心内膜起搏临床上最常用，用于永久性起搏；心外膜起搏大多用于心脏直视手术时或术后临时起搏；心肌内起搏则用于少数患者因电极在心内膜不易固定或起搏效果不佳或急危症患者需要紧急临时起搏或静脉细小的婴幼儿；冠状静脉的侧静脉或心后静脉起搏则常用于心脏同步化治疗（CRT）或单纯的左心室起搏。

(2) 根据起搏电极所在的心腔位置：分为单腔起搏、双腔起搏、三腔起搏及四腔起搏 4 种，以双腔起搏最为常用。

(3) 根据起搏电极顶端的电极组成：分为单极起搏和双极起搏 2 种，后者较前者更容易感知自身心电信号，且极少感知杂波、肌电位或其他干扰波。

(4) 根据起搏时间的长、短：分为临时起搏和永久性起搏 2 种，以后者最为常见。

(5) 根据起搏模式对心脏生理功能的影响：分为非生理性起搏（如 VVI 起搏）、半仿生理性起搏（如 AAI 起搏）和仿生理性起搏（如 AAIR、DDD 起搏）3 种。

仿生理性起搏是指起搏器具有频率应答功能和符合房室顺序起搏，能使患者获得最佳的血流动力学之效果；若在此基础上，应用双心室同步起搏，即三腔起搏器来达到左、右心室再同步收缩，则称为心脏再同步治疗（CRT），常用于扩张型心肌病、肥厚型心肌病及顽固性心力衰竭等患者。

(6) 根据起搏器功能：分为抗心动过缓型起搏器、频率适应性起搏器、抗心动过速型起搏器及植入型心律转复除颤器（ICD）4 种。由于射频消融术的发展，单纯抗心动过速型起搏器现已很少单独使用。

基础起搏心电图解读系列讲座（4）

解读心房起搏器（AAI、AAIR）的心电图表现

作者：何方田

链接：<http://bbs.iiyi.com/thread-2611946-1.html>

【摘要】 本文详细地阐述了心房起搏器的特性、植入部位、优点和风险、适应证、计时周期，结合 10 个图例对心房起搏器正常和异常心电图的表现进行了解读，并提出分析和诊断时应注意的事项。

【关键词】 心房起搏器、AAI、AAIR、计时周期、房性融合波、起搏功能、感知功能

一、心房起搏器（AAI、AAIR）的特性

AAI 为心房起搏、心房感知、P 波抑制型仿半生理性按需型起搏器，而 AAIR 则为频率应答性心房起搏、心房感知、P 波抑制型仿生理性起搏器。因 P 波振幅较低，故需设置较高的感知灵敏度（通常为 0.5~1.25mV）；为避免感知 R 波或 T 波，需设置

较长的心房不应期（300～500ms）。

二、心房起搏器（AAI、AAIR）的植入部位

心房起搏器植入部位为右心耳、右心房游离壁或右心房间隔部。其中右侧房间隔是右心房最佳起搏部位，因房间隔是心房内传导延缓或阻滞最常发生的部位，此处起搏既可消除心房传导延缓或阻滞，又可减少左、右心房除极时间差及复极的离散度，故可用来预防或（和）治疗心房颤动的发作。

三、心房起搏器（AAI、AAIR）的优点与风险

1. 心房起搏器（AAI、AAIR）的优点

- （1）保持正常的房室激动顺序，即房室顺序收缩。
- （2）保持正常的心室内激动顺序，即心室同步收缩。
- （3）因房室顺序收缩、心室同步收缩将使每搏输出量和心排出量均增高。
- （4）因心房有规则地激动，房性心律失常发生概率将减少，栓塞、心力衰竭等并发症也将减少。

（5）具有频率应答功能的心房起搏器（AAIR），基本上符合生理需求。

2. 心房起搏器（AAI、AAIR）的风险

（1）因病窦综合征患者中，房室传导阻滞的年发生率为1%～2%，故对部分患者植入心房起搏器（AAI、AAIR）有一定风险（图1、图2）。

（2）病窦综合征患者，若出现心房颤动后，则心房起搏器（AAI、AAIR）失去心率支持作用而丧失使用价值（图3）。

（3）心房起搏器（AAI）因无频率应答功能，对窦房结变时性功能低下患者，不能相应地增快心率，限制了患者的活动能力。

（4）对有潜在的房室传导阻滞不宜选用：①H-V间期>55ms；②房室结文氏点<130次/min；③有双束支阻滞、三分支阻滞。

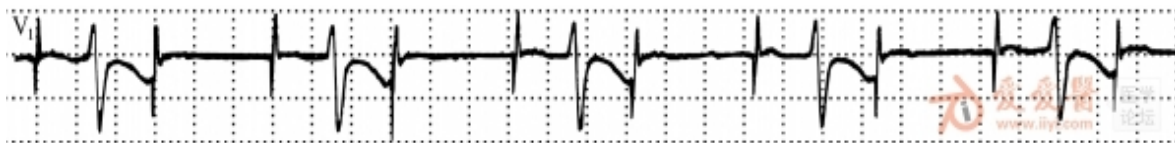


图1 心房起搏器（AAIR）心率增快时出现二度房室传导阻滞

例1：患者男性，70岁，临床诊断：病窦综合征、植入心房起搏器（AAIR）3年。设置的起搏器参数：基本起搏周期1100ms，频率55～120次/min，起搏电压2.5V，脉宽0.5ms，心房感知度1.0mV，心房不应期400ms。V1导联（图1）未见窦性P波，

显示 AAI 起搏心律，其起搏周期 0.60s，频率 100 次/min，A-R 间期 0.28s，部分起搏脉冲落在前一搏动 T 波上而未能下传心室，房室呈 2：1 传导。心电图诊断：①AAIR 起搏心律；②长 A-R 间期型二度房室传导阻滞，房室呈 2：1 传导。

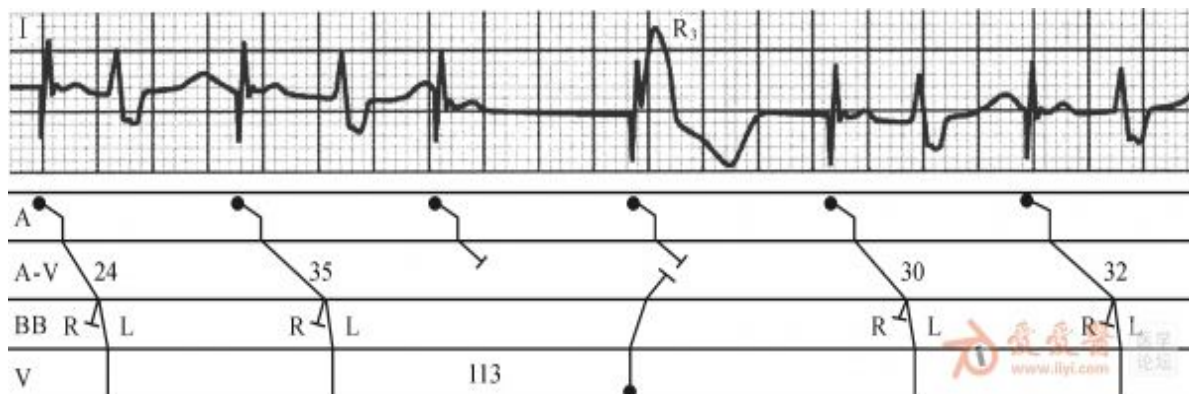


图 2 AAI 起搏心律伴文氏型房室阻滞

例 2：患者女性，79 岁，临床诊断：病窦综合征、植入心房起搏器（AAIR）7 年。设置的起搏器参数：基本起搏周期 1000ms，频率 60~120 次/min。I 导联（图 2）显示 AAI 起搏心律，其起搏周期 0.72s，频率 83 次/min；A-P' 间期 0.08s，而 A-R 间期由 0.24s→0.35s→起搏 P' 波下传受阻，最后两个心房起搏的 A-R 间期由 0.30s→0.32s 延长，在同一文氏周期中，A-R 间期增量达 0.11s，不能排除房室交接区存在双径路传导的可能；下传的 QRS 波群呈完全性右束支阻滞图形（QRS 时间 0.13s）；R3 搏动为延迟出现宽大畸形 QRS-T 波群，其逸搏周期 1.13s，频率 53 次/min，为加速的室性逸搏，心房起搏脉冲落在 R3 搏动的起始部。心电图诊断：①AAIR 起搏心律，起搏器功能未见异常；②不典型房室文氏现象，房室时呈 3:2 传导，不能排除房室交接区双径路传导；③完全性右束支传导阻滞；④加速的室性逸搏；⑤A-P' 间期延长，提示起搏电极与心内膜交接区存在传出一度阻滞。

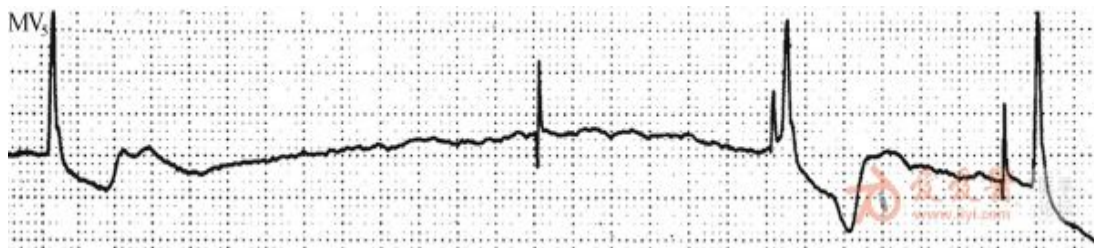


图 3 植入心房起搏器后出现心房颤动和三度房室传导阻滞引发短暂性心室停搏

例 3：患者女性，66 岁，临床诊断：病窦综合征、植入心房起搏器 2 年。设置的起搏器参数：基本起搏周期 1200ms，频率 50 次/min。MV5 导联（图 3）显示窦性 P 波消失，代之以 f 波，可见长达 3.84s 的 R-R 间期，基本上为短 R-R 间期 1.30s 的 3

倍；可见心房起搏脉冲呈间歇性地发放，其起搏周期 1.22s，频率 49 次/min；有时在长达 2.59s 时才出现心房起搏脉冲的发放，表明部分 f 波重整了心房起搏器的节律；ST 段呈下斜型压低 0.25~0.4mV，T 波倒置。心电图诊断：①心房颤动伴缓慢的心室率；②三度房室传导阻滞；③房室交接性逸搏心律伴异-肌交接区或结-室二度 II 型阻滞；④AAI 起搏未能下传心室；⑤短暂性心室停搏；⑥ST-T 改变。

四、心房起搏器（AAI、AAIR）的适应证

心房起搏器（AAI、AAIR）适用于房室传导功能正常，且无严重的快速性房性心律失常的病窦综合征患者。

五、心房起搏器（AAI、AAIR）的计时周期

心房起搏器（AAI、AAIR）的计时周期主要包括起搏周期、起搏逸搏周期、心房不应期及上限频率间期（限于 AAIR）（图 4）。在起搏周期或起搏逸搏周期内，起搏器对感知到的自身心搏做出反应的一段时间称为“警觉期”或感知期。“警觉期”相当于起搏周期或起搏逸搏周期减去心房不应期的时间。

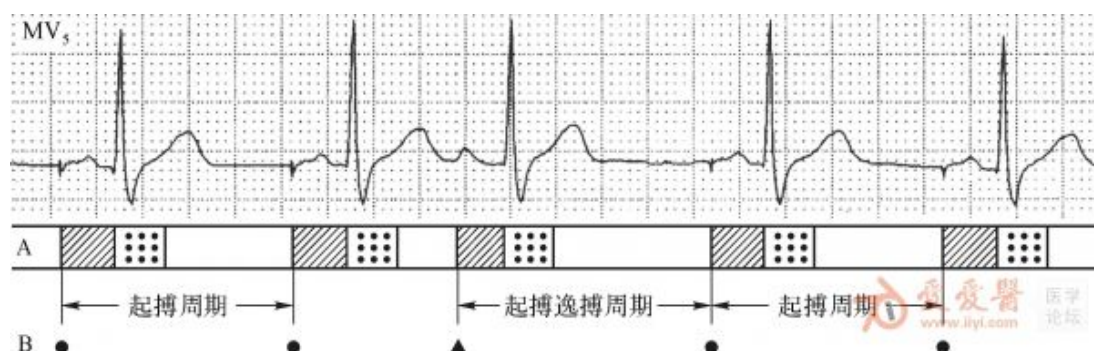


图 4 心房起搏器的计时周期

A 行斜线区代表起搏器的绝对不应期，虚点区代表起搏器的相对不应期，空白区代表感知期或应激期。B 行实心小圆点表示起搏脉冲输出，实心小三角形表示感知事件；设置的起搏周期 1000ms，起搏逸搏周期 1120ms，逸搏滞后周期 120ms，心房不应期 400ms。

(1) 起搏周期：是指连续两个起搏脉冲之间的时距，可编程设置到合适的时间。

(2) 起搏逸搏周期：是指窦性 P 波或房性 P' 波到其后的心房起搏脉冲之间的时距，即 P (P') -A 间期（图 5），可编程设置到合适的时间。

(3) 心房不应期：是指为了防止起搏器感知到心室除极后的 T 波、心肌组织的极化电位及来自上一个起搏脉冲的残余电位等信号，设置了感知器的“不应期”。在不应期内，起搏器对任何信号不发生反应，但仍可“看到”信号。心房不应期可编程

设置，多在 300~500ms。

(4) 上限频率间期：仅限于有频率应答功能的心房起搏器（AAIR），根据机体需要起搏器会自动增快频率，可编程设置到合适的时间，多在 460~500ms，频率 120~130 次/min。



图 5 心房起搏器的起搏周期（A2-A3、A4-A5 间期）和起搏逸搏周期（P'-A4 间期）

六、心房起搏器（AAI、AAIR）正常时的心电图特征

(1) 心房起搏脉冲后紧跟 P'-QRS-T 波群。AAI 起搏周期与设定的周期一致，而 AAIR 起搏周期则在起搏逸搏周期与上限频率周期之间波动。

(2) P' 波极性与窦性 P 波一致，在 I、II、aVF、V3~V5 导联直立，在 aVR 导联倒置（图 6）。

(3) A-R 间期与窦性 P-R 间期一致或略长，多在 0.12~0.20s。

(4) P' 波下传的 QRS 波形与窦性一致。

(5) 若有房室传导阻滞时，部分 P' 波后无 QRS 波群跟随（图 1、图 2）。

(6) 可有房性融合波或伪融合波出现（图 7）。

(7) 若有自身节律（窦性或房性异位激动）夺获心房，则出现起搏器节律重整现象。

(8) 有频率应答功能的心房起搏器（AAIR）可有频率平滑现象（图 8）。

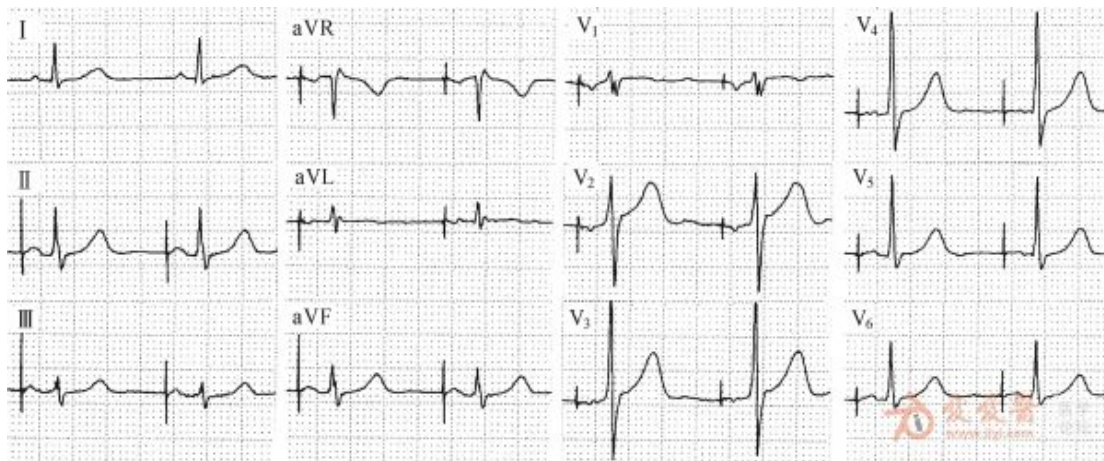


图 6 正常的 AAI 起搏心电图

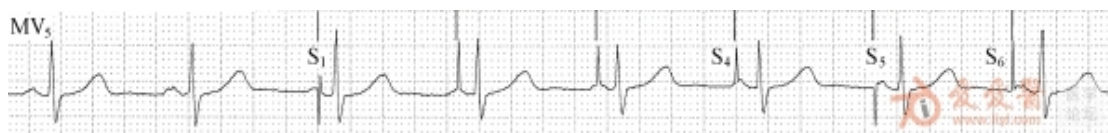


图7 AAI起搏时出现真、伪房性融合波

例4：患者男性，61岁，临床诊断：病窦综合征、植入心房起搏器2年。设置的起搏器参数：基本起搏周期860ms，频率70次/min。MV5导联（图7）显示窦性P-P间期0.87~0.89s，频率67~69次/min；S1~S4心房起搏脉冲落在窦性P波上，属伪房性融合波，S5、S6心房起搏脉冲夺获心房出现起搏P'波，但S6夺获心房后所形成的P波形态和振幅介于窦性P波和起搏P'波之间，为两者的融合波。心电图诊断：①窦性心律；②AAI起搏心律、房性融合波和伪房性融合波并存、起搏器功能未见异常。

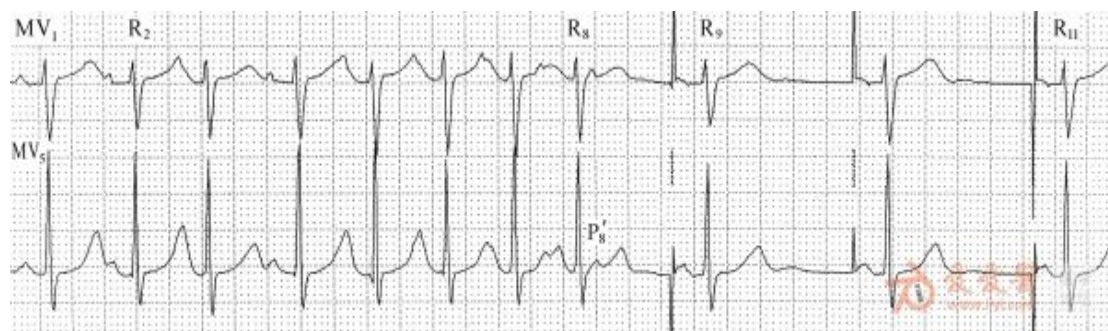


图8 AAIR起搏器开启频率平滑功能

例5：患者男性，66岁，临床诊断：病窦综合征、植入AAIR起搏器2年。设置的起搏器参数：基本起搏周期1100ms，频率55~125次/min，心房不应期400ms。MV1、MV5导联（图8）同步记录，显示R1搏动为窦性搏动，R2~R8搏动为短阵性房性心动过速，其P'-P'间期0.33~0.55s，频率109~182次/min；R9~R11搏动为AAI起搏心律，其基本起搏周期1.10s，频率54次/min；值得注意的是短阵性房性心动过速终止后，起搏房性逸搏周期0.83s（房性P8'波落在ST段未能下传心室，该P'波也落在感知器的不应期内而未被起搏器所感知），频率72次/min，表明起搏器具有频率平滑功能。心电图诊断：①窦性搏动；②短阵性房性心动过速；③AAI起搏心律、开启频率平滑功能、起搏器功能未见异常。

七、心房起搏器（AAI、AAIR）异常时的心电图特征

心房起搏器（AAI、AAIR）异常主要表现为起搏功能异常、感知功能异常及两者兼有之。

（1）起搏功能异常：落在心房应激期内的起搏脉冲未能夺获心房产产生相应的P'

波（图9）。常见原因有起搏阈值升高、电极移位、电极导线断裂、电极与脉冲发生器接触不良、电能耗竭等。

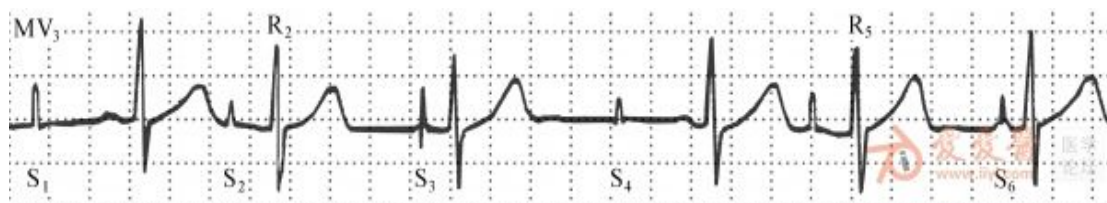


图9 心房起搏器起搏功能和感知功能双重异常

例6：患者女性，70岁，临床诊断：病窦综合征、植入心房起搏器1年余。设置的起搏器参数：基本起搏周期950ms，频率64次/min，心房感知度0.5mV，心房不应期400ms。MV3导联（图9）显示窦性P-P间期1.30~1.59s，频率38~68次/min，P-R间期0.16s；R2、R5搏动提前出现，介于两个窦性搏动之间，其前无相关的P（P'）波，偶联间期0.68~0.72s，QRS波形与窦性搏动一致，为间位型房室交接性早搏；可见心房起搏脉冲按照0.96s起搏周期固定地发放，但其后未见相应的起搏P'波跟随，其中S3、S5起搏脉冲落在窦性P波上形成房性伪融合波。心电图诊断：①显著的窦性心动过缓伴不齐，可能存在窦性停搏或呈2:1传导的二度窦房阻滞；②间位型房室交接性早搏；③心房起搏器、房性伪融合波；④起搏器的起搏和感知功能双重异常，提示心房电极脱位所致。

（2）感知功能异常：包括感知过低（感知低下或低感知）和感知过度（感知过强或超感知）。感知过低表现为起搏器不能感知自身P波，仍按原有的起搏频率发放脉冲，出现竞争性房性心律失常（图10）。若脉冲落在自身节律的心房易颤期内，则可诱发房性心动过速、心房扑动或颤动。常见原因是感知灵敏度设置不当所致（设置的数值太高）。感知过度则表现为对振幅较低的肌电波、电磁信号及T波等发生感知，出现起搏周期延长或暂停起搏，系感知灵敏度太高所致（设置的数值太低）；有时可出现交叉感知情况，即心房电极感知到心室QRS波群导致起搏周期延长。



图10 房性早搏揭示心房起搏器可能存在感知功能低下

例7：患者男性，68岁，临床诊断：病窦综合征、植入心房起搏器1年余。设置的起搏器参数：基本起搏周期860ms，频率70次/min。V5导联（图10）未见窦性P波，可见2次提前出现P'-QRS-T波群，其P'波形态和偶联间期均不一致，为双源

性房性早搏；第1个房性早搏P'波倒置较深，被心房电极感知后重整了起搏器节律，其起搏房性逸搏周期0.90s；而第2个房性早搏P'波倒置较浅，未被心房电极所感知，心房起搏脉冲呈固定性发放，起搏周期0.86s，频率70次/min。心电图诊断：①AAI起搏心律；②双源性房性早搏，其中一源房性早搏揭示起搏器可能存在感知功能低下。

（3）起搏和感知功能异常并存：心房起搏和感知功能双重异常多表现为不起搏和不感知或者起搏频率减慢伴不感知自身P波，心电图显示自身心律及其心律失常。多见于心房电极完全脱位、电极导线断裂、电能耗竭及元器件失灵等（图9）。

八、分析AAI、AAIR起搏心电图时的注意事项

因心房电极在心内膜相对不易固定，且P波振幅较低需设置较高的感知灵敏度（通常为0.5~1.25mV），故易发生低感知、过感知及起搏功能异常等情况，在心电图分析时需要特别注意。

（1）观察起搏脉冲的频率：起搏频率与原设置的频率是否一致，是减慢还是增快？若是减慢，注意有无感知自身P波、QRS波群、T波及前一个搏动T波上有无房性早搏的P'波重叠使起搏器发生节律重整；若是增快，注意有无起搏器频率奔放现象、设置频率平滑功能或频率应答功能（图8）。

（2）观察起搏脉冲有无夺获心房出现相应的起搏P'波。

（3）观察起搏脉冲是呈按需性发放还是呈固定性发放。

（4）观察有无真、假房性融合波出现（图7）。

（5）观察有频率应答功能的心房起搏器（AAIR）有无矛盾性心率改变：即运动时心率不是增快却反而减慢，系起搏器感知过强所致，可能感知自身QRS波群、T波或肌电波、伪差波等。

（6）观察有无二度II型以上的房室传导阻滞出现：若有，需及时更换为双腔起搏器。

（7）观察有无合并其他心律失常。

（8）观察有无QRS波群、ST段、T波、U波异常改变。

责任编辑：kangjing_dr

儿科沦为“小儿科”，困局怎么破？

链接：<http://www.iiyi.com/d-07-220674.html>

1998年7月，儿科医学专业被以“专业划分过细”为由列入高校专业调整范围，自此中国儿科医生的摇篮被纷纷关闭。十余年来，全国儿科医生的数量只增加了五千多人。

现今一年一度的执业医师资格证考试进入倒计时，这项小众考试在今年却引发了全民关注，因为涉及与每个家庭都相关的儿科。

2015年7月27日，国家卫计委医师资格考试委员会办公室下发《关于医师资格考试短线医学专业加试专业内容有关事项的通知》（以下简称《通知》），提出为缓解院前急救和儿科岗位专业人员匮乏的现状，2015年起对这两个岗位的专业人员开展相关专业内容的加分考试。

与此同时，“变相降低儿科医师的执业门槛”、“儿科医生被贴上了劣等医生标签”，类似的不解和质疑在医疗圈不绝于耳。“如果连全国的分数线都达不到，这样的执业人员质量如何保证？”在广州和睦家诊所医疗总监夏凯莉看来，医师资格考试“真心不难”。总分600分的试卷，全都是选择题，近几年分数线大致在360分上下浮动。以百分制计算，考满60分就能合格。对于受过良好教育的医学生来说，通过考试几乎没有难度。她把医师资格考试比作考驾照，“连交规都没考过的人就被派去开大货车，你说能行吗？”

被业界看做饮鸩止渴的政策也折射出国内儿科告急的困境。

《2013中国卫生统计年鉴》显示，包括助理医师在内，我国共有执业医师261.6万，其中仅有3.9%是儿科医师。根据中国医师协会儿科分会的统计，比照欧美发达国家医生患者1:1000的配备标准，我国儿科医师的缺口至少有20万。

稀缺却没有受到保护，已成为国内儿科医师群体的共同特征。诊疗难度大、工作压力大、收入与付出失衡、医患矛盾突出，种种因素之下，逃离儿科成为不少医生的共同选择。随着“单独二胎”等政策放开，儿科医生匮乏的局面更加严峻。“以后的

孩子生病，该找谁去看呢？”

政策优惠还是政策歧视？

按照《通知》，实践技能考试合格但未通过医学综合笔试的考生，如果愿意从事院前急救或儿科，可以自愿选择加试。加试分数将被算入总成绩，如果加试后总分及格，就可以拿到医师资格证书，但证书会被标注“院前急救”或“儿科”字样，今后职业资格也将被限定在这两个专业。不过，《通知》并未拿出具体的加试方案，对于加试的具体形式、内容及分值等细则也未做出说明。

对于卫计委的《通知》，湖南省最先回应。在给南方周末的回函中，湖南省卫计委表示，该委医考中心已于7月28日通过网络向该省考生转发了国家卫计委通知，目前此政策还在公布过程中，因此尚不清楚有多少考生提出了加试申请。回函称，考生报名后，还需经过国家、省、市各级资格审查才能最终确定符合条件的考生人数。

儿科医生紧缺，降分录取真的好吗？

北京某三甲医院分管儿科的负责人指出，卫计委降低门槛的举措，或许是希望吸引更多的全科医生或保健医生，缓解儿科医生紧缺的燃眉之急，不过该做法并不利于儿科专业的长期发展。由于三甲医院有严格的标准，“滥竽充数”者进入三甲医院的可能性并不大，如果流入培训机会不多的基层医院，水平更难得到提高，这对患者是极为不利的。该人士直言，相关部门在发文前应充分发挥专家和基层医生的智慧，“如果事先广泛征询过医生的意见，反响会这么大吗？”

“看上去像是政策优惠，实际上带有政策性歧视。卫计委的发文欠缺的是对专业的尊重。”广东省卫计委巡视员廖新波说。

夏凯莉怎么也没想到，当年学科地位颇高的儿科会沦落到如此境地。自己20年前从中山医科大学毕业，当时报考医科的都是最顶尖的高分人群，班里的第一名被保送去儿科读研。但现在的感觉是，“儿科医生的尊严丧失殆尽”。她预测，那些有志于从事儿科的医学生也许会重新考虑自己的选择，优秀人才或许会因为不想被误会为“学渣”而放弃从业的念头。她打趣说，“高年资医生今后是不是该强调一下，我是2015年以前的儿科医生？”

奖金不如电梯工，“哑科”医生转行多

晚上 10 点，上海交通大学医学院附属新华医院的急诊大楼灯火通明，每个窗口都排着长龙。在这所以儿科见长的综合性三甲医院，儿科急诊更是人满为患。“医生，你能不能快点看啊！”“医生，我的孩子温度降不下来怎么办？”在儿科急诊，家长紧紧围在医生身边，脸上写满了疲惫与焦躁不安。患儿有的哭闹、有的昏睡。

即便已过深夜 11 点，挤进急诊室看病的患儿和家长依然一波接着一波。终于，有家长按捺不住火气：“我带着孩子晚上 8 点就开始挂号，到现在别说输液，连诊断都没轮上！”注射室门口，五六十位家长焦急地等待着叫号。“我站得腿都麻了，等了几个小时还没轮到。”一位母亲抱着高烧的孩子，急得泪眼汪汪。

每隔 3 天，中山大学附属第一医院儿科医生张军就要值一次夜班。这意味着从当天早晨 8 点到第二天中午 12 点，她一刻都不能停歇。儿童通常没有主诉，半数以上的患儿甚至还不会说话，因此被称为“哑科”，诊治难度高，需要儿科医生丰富的临床经验和细致观察。查房时，张军总会随身携带贴纸、棒棒糖和玩具——与患儿建立感情、让其停止哭闹，这仅仅是查房的“前奏”。在成人科 5 分钟就能完成的普通查体，在儿科医生至少要花 20 分钟。遇到有突发病情变化需要处理，推迟下班再正常不过，最忙的一次，她一口气工作了 38 小时，第二天照常上班。

完整的双休同样是种奢侈。儿童病情变化快、起伏大，院方规定周末也必须查房。此外，周末还要出门诊、参加各种学习班。一个月到头哪怕只能休息一天，张军都会“感觉很幸福”。

和高强度付出相对的，是不对等的收入，“在有些公立医院，儿科医生奖金甚至还不如电梯工、茶水师傅等后勤部门。”夏凯莉说。

目前，公立医院运行主要依靠药品和检查收入，奖金和收支结余挂钩。与成人科室动辄数千上万的 CT、支架、人工关节相比，儿科的检测费用实在微不足道。再加上儿童的用药量比较小，药品收入也不高。

按照标准，新华医院新生儿科应该有 33 位医生，但目前只有 18 人；急救 ICU 更是缺了一半人手。在“越辛苦越缺，越缺越辛苦”的恶性循环下，排班困难的问题开始显现。

人才培养体系之忧

“儿科医生之所以稀缺，除了下游的激励机制不完善，还有上游人才培养机制长期缺失的问题。”中华医学会儿科分会委员、新华医院儿内科主任鲍一笑的观点，也得到了众多受访医生的认可。

1998年7月，教育部颁布《普通高等学校本科专业目录》，儿科医学专业被以“专业划分过细，专业范围过窄”为由列入调整范围，从1999年起，大多数医学院校停止了儿科系招生。随后，中国儿科医生的摇篮被纷纷关闭。据统计，十多年来，全国儿科医生的数量只增加了五千多人。

在这种状况下，培养高年资的儿科医生尤显艰辛。目前儿科医生的来源，一是各级医学院校的临床医学专业毕业生，二是攻读儿科学专业的研究生。即便是在这仅剩的群体中，还有些只是想把儿科作为进入大医院的“跳板”，对儿科医学的忠诚度并不高。“我们当年选择儿科是因为喜欢这个专业，”鲍一笑说，“现在，不少医生则是因为调剂、就业等原因，被迫选择儿科。”

轻视儿科医生教育培养体系建设，导致其学科地位日渐卑微。儿科的病种不比成人少，光是新生儿代谢类疾病就有上千种，但在科研方面，国家并没有专门针对儿科的科研基金。鲍一笑说，申请国家自然科学基金时，由于资金有限，儿科的各个科室还要与相应的成人科室竞争，结果可想而知。

2012年，拥有较强儿科专业背景支撑的上海交通大学医学院重新开设了全日制本科“临床医学专业儿科学方向”，并打通了本硕连读，不少人看到了缓解儿科医师人才紧缺现状的希望。但想要这批人挑大梁，还为时尚早。培养一名儿科医生，需要医学专业本科5年，硕士3年，毕业后要参加3年住院医师规范化培训。如果想要从事儿童心脏、肾病等亚专科，还要再经过3年专科医生培训。也就是说，历经至少14年磨炼，只能算一名合格的儿科医生，而这其中，还要确保这些医生今后不转行。

“退休返聘的专家一天天老了，如今的专科医生培训又堵死了横向补充的道路。”鲍一笑说，每次科主任开会讨论起儿科医生荒的问题，大家都觉得无计可施。

儿科“长不大”，困局如何破？

在国际儿科学会常委、北京大学第一医院副院长丁洁看来，高校培养固然迈出了弥补缺口的重要一步，但还远远不够，“要真正摆脱儿科面临的困境，就要把它放到

公立医院改革的大背景中考虑。儿科的边缘化和人才匮乏，很大程度上是利益驱动导致的”。

丁洁不喜欢别人把儿科称为“小儿科”，因为这个词听上去总有些贬损的意味。她说，儿科服务的是 0-18 岁这个庞大的群体，儿科知识一点也不“小儿科”，需要专门的学习和培训。但随着医患关系逐渐演化成为经济上的买卖关系，公众缺乏的恰恰就是对于儿科的理解和尊重。

“二级医院，甚至有些三甲医院的儿科也在萎缩，很多只是门诊，没有儿科病床。”在今年的全国两会上，身为政协委员的丁洁表达了自己的忧虑。

考虑到儿科医生的“创收”能力不如其他专业，不可能凭借“大处方”、“大检查”拿高工资，丁洁在政协提案中建议国家出台必要的措施，在政策上给予儿科倾斜和鼓励。她认为，只有让公立医院真正回归公益属性，才能转变儿科在医院内部的弱势地位，增强对医学人才的吸引力。

“在美国，尽管儿科通常不是优先发展的学科，但医院认识到儿科的重要性，我们也总能从医院获取我们想要的资源。” 洛杉矶儿童医院副教授孙炜丽告诉南方周末记者说。她特别提到，在每年的职业满意度调查中，儿科总是位居前列。

孙炜丽说，作为儿童肿瘤医生，她的意见和决定能够得到家属的尊重和信任。尽管分歧难免，但医患双方总尝试相互理解。即便孩子因肿瘤不幸离世，家属和她仍保持着友谊。“儿科医生工作不易。”她感叹，但支撑自己走下去的最大动力，正是“孩子纯真的笑脸和工作中的成就感”。

结语：期待相关政策的早日出台，尽快地着手解决这些问题，尽可能地满足儿童就医的需求。

责任编辑：hehanhan

第一部分——西医部分

呼吸内科抗菌素大军汇总

作者：公孙少秋

链接：<http://bbs.iyi.com/thread-2463209-1.html>

呼吸内科医生，必须具备的两种技能：一个是呼吸机的使用，可以挽救生命垂危的患者；一个是抗菌药物的运用，要熟练到信手拈来，明白药物的机制、药物动力学、适应症、不良反应等。前者很多医生都没能真正掌握，而后者又面临使用泛滥的嫌疑。

本着学习的态度，笔者在网络上找到相关的资料，查阅相关书籍，制作相关表格图片，把抗菌药物罗列出来，供大家学习，如有错误，请指出。

有人说过，呼吸内科医生应该也是个感染科专家，至少是个熟手，你认为呢？



本专题将分三部分罗列。

我为人人，人人为我

第一部分：细菌的分类。知己知彼，方能百战不殆。了解敌人，致病菌就是我们的敌人，在这个战场上，我们必须得熟悉地运用五行八卦九宫等将它们一举歼灭。

第二部分：抗菌药物的分类。了解自己，抗菌药物就是我们的刀剑斧，能不能上阵杀敌，关键还是看我们自己怎么用，是剑砍？刀挥？斧刺？都乱套了。十八路武器各有所长，刀是用来砍的，不是用来刺的。

第三部分：呼吸疾病的运用。这是战场。我们以肺部感染为例。



这场战争一直都很残酷

第一部分：细菌的分类——认清敌人

1、G⁺菌：革兰氏阳性细菌：金黄色葡萄球菌、链球菌、肠球菌、>Listeria菌……例如上感、青壮年肺炎，普通的用头孢一代二代、阿奇就可以搞定了。恐怖菌代表是：MRSA（耐甲氧西林金黄色葡萄球菌），此种要用到最顶级的万古霉素、替考拉宁、利奈唑才能搞定。

2、G⁻菌：革兰氏阴性杆菌：克雷白杆菌、大肠杆菌、绿脓杆菌、流感嗜血杆菌、沙门氏菌……例如医院获得肺炎、肠道感染、女性泌尿系感染，普通的用头孢三代和/或喹诺酮类就可以搞定了。恐怖菌代表：铜绿假单胞菌（选药：舒普深、泰能、美平、特治；环丙沙星、马斯平；肺炎克雷伯菌（选药：碳青霉烯类：泰能、美平）、鲍曼不动杆菌（选药：泰能、美平，省钱方案或尝试：舒普深+丁胺卡那）。

3、厌氧菌：一般消化系统的胆道感染、幽门螺杆菌感染会用到，妇科感染也常用：甲硝唑、替硝唑、克林霉素。

4、支原体：儿科的支原体肺炎常用：阿奇霉素。

5、立克次体：内科的恙虫病必用多西环素（强力霉素）。

6、其他杂菌：可考虑喹诺酮类或阿奇来解决。



第二部分：抗菌药物的分类——熟悉刀剑斧

抗菌药物分类及其抗菌谱、常用药物：

1、青霉素类

（1）青霉素：对 G⁺菌、G⁻球菌有效，我感觉，现在估计只有急性肾炎、亚急性感染性心内膜炎、风湿热、化脑、梅毒这些非得用青霉素的病才会用它了。青霉素类药物现在用的确实不及头孢广泛。一般的门诊如果点滴的话大部分都会选择用头孢菌素。青霉素不等于青霉素类。对于梅毒和化脓性脑膜炎等，教科书历来都是首选青霉素 G。

（2）对 G⁺G⁻均有效的广谱青霉素：代表药：美洛西林、哌拉西林、阿莫西林，此类不仅对 G⁺有效，主要抗菌谱是对 G⁻有较强的作用，若加上β内酰胺酶抑制剂则效果更佳：例如哌拉西林/他唑巴坦、哌拉西林/舒巴坦、美洛西林/舒巴坦这些都是好药

我为人人，人人为我

贵药。进口药（美国惠氏制药）哌拉西林/三唑巴坦（特治星，劲药），对 G⁺、厌氧菌均有强大作用（见下）。

2、头孢类及头霉素类

| | 一代 | 二代 | 三代 | 四代 |
|-------------|---|---|--|--------------------------------------|
| 抗菌谱 | 革兰阳性 (+++) 革兰阴性 (-) | 革兰阳性 (++) 革兰阴性 (++) 厌氧菌 (+) 铜绿假单胞菌 (-) | 革兰阳性 (+) 革兰阴性 (+++) 厌氧菌 (++) 铜绿假单胞菌 (++) | 革兰阳性 (+++) 革兰阴性 (++++) 厌氧菌 (+) |
| 常用药 (注射) | 头孢噻吩(先锋 1) 头孢唑林(先锋 5) 头孢拉定(先锋 6) 头孢乙氧(先锋 7) 头孢匹林(先锋 8) 头孢硫脒(先锋 18) 头孢西酮 | 头孢呋辛 头孢孟多 头孢替安 头孢尼西 头孢雷特 | 头孢噻肟 头孢唑肟 头孢曲松 头孢地嗪 头孢他定 头孢哌酮 头孢匹胺 头孢甲肟 头孢磺啶 | 头孢匹罗 头孢吡肟 头孢利定 |
| 常用药 (口服) | 头孢氨苄(先锋 4) 头孢拉定(先锋 6) 头孢羟氨苄 | 头孢呋辛酯 头孢克洛 | 头孢克肟 头孢特仑酯 头孢他美酯 头孢布烯 头孢地尼 头孢泊肟酯 头孢妥仑匹酯 | |

一代：抗菌谱： G^+ 。常用药：头孢替唑、头孢拉定。

二代：抗菌谱： G^+ 、 G^- 均有不太强的作用。常用药：针剂：头孢替安、头孢呋辛；口服：头孢克洛（希刻劳，口服好药）、头孢丙烯。

三代：抗菌谱： G^- 。常用药：头孢他定、头孢曲松（罗氏芬）、头孢甲肟、头孢地嗪、头孢哌酮/他唑巴坦、头孢哌酮/舒巴坦（舒普深，进口，劲药）。

四代：抗菌谱： G^- 比三代好一些，厌氧菌也有效。头孢吡肟（马斯平，劲药）。
头孢匹罗：虽是四代，但国产的效果很不怎么样。

头霉素：头孢美唑（似头孢二代）；噻马灵（拉氧头孢）（似头孢三代）。

3、喹诺酮类

对各种各样的细菌，包括 G^- 、 G^+ 、甚至衣原体、支原体（ β 内酰胺类对支原体衣原体无效）、结核菌均有作用。特点是孕妇、16 岁以下禁用。

左氧氟沙星（进口的：可乐必妥，好药）。

环丙沙星（西普乐）。

依诺沙星（诺佳）。

莫西沙星（进口：拜复乐，喹诺酮中最顶级的药）。

4、碳青霉烯类

属于抗 G^- 方面最顶级的药，对 G^- 、 G^+ 、厌氧菌有极强大的作用，并倾向于 G^- 。超级广谱药。但对支原体、衣原体等无效，因为它也属于 β 内酰胺类。

泰能（亚胺培南/西司他汀，进口）。

美平（美罗培南，进口）。

比阿培南。

很多时候不知是革兰阴性或阳性的时候，重症感染，可用泰能，甚至联用拜复乐。

5、 β 内酰胺酶抑制剂

舒巴坦、他唑巴坦、克拉维酸钾，均需与其他的复合使用效果才好。

6、大环内酯类

对各种细菌均有用并偏向于 G^+ 菌，其亮点是对支原体、衣原体有效，过敏少，不需皮试，可替代 PG 过敏者。

代表药：阿奇霉素（进口的：希舒美）

7、克林霉素

亮点：对厌氧菌、G⁺效果好，过敏少，不需皮试。

8、氨基糖苷类

偏向于 G⁻，对厌氧菌无效。特点：有肾、耳毒性，肾功能不全禁用。临床上很少人会喜欢用此类。除非是其他类药均耐药，或药敏示其敏感，偶尔用丁胺卡那。

丁胺卡那（阿米卡星）。

链霉素：临床基本只用于抗结核。

9、四环素类

副作用多，临床少用，亮点：对立克次体、支原体、衣原体有效。临床上似乎有且只有恙虫病会用它，也似乎是恙虫病唯一可以选择的药。

强力霉素（多西环素）：恙虫病用药。

替加环素，是新药，是强药。

10、万古霉素

对 G⁺有极强的作用。用于 MRSA。

进口药：稳可信，目前抗 G⁺顶级药物。G⁺顶级药物还有：利奈唑胺（斯沃）、替考拉宁。

11、其他

氨曲南。

甲硝唑（灭滴灵）。

替硝唑。

林可霉素。

后记：抗生素合理运用，才能造福人类。如果过于滥用，人类将有可能再次面临灭顶之灾。试想，在没有抗生素的年代，肺炎是可以致命的。

前辈们说，一名合格的呼吸科医生，是用抗生素的高手。而会用抗生素，绝不仅仅是记住其适应症、抗菌谱。还应包括每种药物的体内代谢情况、药物动力学、不良反应等。药物的途径、剂量、给药的时间等都是非常有学问的，我们活到老学到老。

第三部分：肺部感染的抗菌药物运用——勇敢前冲，所向披靡

因呼吸内科使用抗菌药物最多，故以此为例，抛砖引玉。

1、年轻人社区获得性肺炎

一般是 G⁺或支原体感染，故单用头孢一代或二代（缺点是无法覆盖支原体感染），或单用阿奇霉素（较好，因为覆盖了支原体、G⁺/G⁻，但肺炎链球菌对大环内酯类的耐药率很高，故单用时效果不好）；或单用可乐必妥针（进口左氧氟沙星，偏重时。覆盖了常见的致病菌，包括 G⁺、G⁻、支原体衣原体等）。喹诺酮类，可以说是广谱的，而且跟其他类交叉耐药少，正因为如此，很多人都喜欢用，也正因为如此，喹诺酮类似乎滥用更加明显。

一种药物，如果对肺炎链球菌有效，又对非典型病原体有效，将对经验性治疗社区获得性上呼吸道感染非常有利。能满足这个条件的，目前似乎只有左氧氟沙星、莫西沙星、吉米沙星等几种药物，大环内酯类的抗生素似乎也有这个功能，但应该比不上喹诺酮类。再说，目前大环内酯类耐药严重。但也要注意，喹诺酮类药物对发育中的骨关节有不良影响，因此禁用于 18 岁以下患者。

2、有基础病的老年人社区获得性肺炎

最好联合用药，尽快控制感染：头孢三代（例如头孢地嗪）+ 喹诺酮（例如国产左氧氟沙星）或阿奇霉素。因为有基础疾病（比如 COPD）的老年患者，如果感染一直持续没被控制的话，可能造成更加邈遑的境地。所以，“宁可杀错、不可放过”是本次任务的宗旨。一下子重拳出击，拿出看家本领，而不适合一手一脚慢悠悠地耍大刀，因为它耗不起。

3、有基础病，医院获得性肺炎

（1）不是很重的，生命体征稳定的：COPD 急性加重期很多都属于这个程度。可用三代/β-内酰胺类+喹诺酮；或者广谱青霉素/β-内酰胺类+喹诺酮：例如头孢哌酮/他唑巴坦+国产左氧氟沙星、哌拉西林/他唑巴坦+国产左氧氟沙星。

（2）严重的：三代/β-内酰胺类+喹诺酮：例如舒普深+拜复乐。或单用泰能或美平。

（3）重症肺炎，合并 G⁺败血症，极重度感染：可美平（美罗培南）或泰能（亚胺培南/西司他汀）+稳可信（进口万古霉素），ICU 常用的一个大包围组合。



慢性荨麻疹治疗之心得体会

作者：zxh812741

链接：<http://bbs.iiyi.com/thread-2490259-1.html>

在平日的诊疗过程中，我们经常会遇到荨麻疹患者，剧烈的瘙痒和风团严重影响了患者的生活质量。对于大多数急性荨麻疹患者来说，给予抗组胺药物、钙剂、中成药或者中草药治疗，能在短期内治愈，但是对于那些皮肤风团瘙痒长达几年、十几年的患者来说呢，口服药物的时候，瘙痒减轻，甚至消失，但是一旦停药之后，又反复发作。这不仅让患者对治疗失去信心，也严重的干扰了平日的的生活，甚至对生活丧失信心的也不乏其人。本人过去两年治疗过 4 例慢性荨麻疹病例，最短时间发病 1 年，最长时间发病 30 年（对于那些发病十天半月的患者，不包括在内），取得了非常显著的疗效，4 例全部根治。今日发帖，将治疗心得与大家分享，希望对爱友们有所帮助，如有治疗不当的地方，也请拍砖指正。

在此之前，先跟大家分享一下，荨麻疹的治疗起点：

1.一定要积极寻找病因，治疗潜在的疾病，避免诱因，对于过敏原引起的荨麻疹，皮肤过敏原试验也有假阴性、假阳性结果，所以一定要指导患者记过敏日记，例如：对肉类的哪一种过敏，可以这样，只吃一种肉类，看是否过敏，然后在日记中记到：

某月某日，进食某肉后未出现皮疹，或者是出现皮疹。某月某日接触某某东西后，出现皮疹等，日积月累，就可以知道对哪些东西过敏厉害，那些东西可以轻微过敏。这样，就可以让大家有效的去避免诱因，从而减少荨麻疹发作的频率和程度，甚至可以脱敏治疗。那我们如果对温度、空气、阳光过敏呢？难道就没法治疗了吗？这时候，我们可以逆向思维，为什么会对温度、空气、阳光过敏呢？是因为我们体内有对这些因素敏感的物质，或者是机体的免疫调节系统出了问题。那么，在治疗上我们可以采取标本兼顾的治疗方法。在以下病例里，会一一列举出具体的治疗方法。病因治疗方面，首先要看看是否有可以过敏的药物，这样的药物很多，抗生素、甾体类抗炎镇痛药、吗啡类等等。尽量避免各种物理性刺激：如冷、热、紫外线、压力、水等。清除感染灶，控制感染等。

2.抑制肥大细胞炎症介质的释放：常用药物有，糖皮质激素、环孢素、膜稳定剂(酮替芬)等。

3.抑制肥大细胞炎症介质效应：常用的有，H₁受体拮抗剂（西咪替丁）；白三烯受体拮抗剂：孟鲁司特、扎鲁斯特；三环类抗抑郁药：多塞平；还有包括纷乐、秋水仙碱、氨苯砞等。

治疗方面：抗组胺药是治疗荨麻疹的一线用药，第二代抗组胺药因为其镇静作用较弱，疗效与安全性好，应该首选，还有就是不能单一的用药，每一类第二代抗组胺药要交替使用，避免产生耐药性。

1、患者蒲某，女，64岁，农民，本地人。主因“全身皮肤瘙痒12年”就诊，患者自诉12年前无明显诱因出现全身皮肤瘙痒，时有心慌、胸闷症状，自认为心脏不好，常年服用复方丹参片等活血化瘀药物。测血压140/80mmHg，血常规检查：血红蛋白82g/L，红细胞 $2.6 \times 10^{12}/L$ 。遂告知患者，要想治瘙痒，首先治贫血，给予硫酸亚铁片、叶酸片、维生素C口服两个月之后，给予维持剂量再口服4个月，复查血常规，全部正常，此时患者自诉无胸闷、心慌症状，全身皮肤瘙痒较前有所减轻，中医辨证荨麻疹为风寒表虚型，治法当调和营卫，辛温解肌。给予麻黄桂枝各半汤（重用桂枝、白芍）临证加减，总共服用60剂，服完草药之后，为了防止复发，给予氯雷他定片、酮替芬、西咪替丁片口服1个月，停用药物时，患者诉无任何不适症状。半年后电话随访未复发。

2、患者司某，女，40岁，农民，甘肃兰州东港镇人。主因“全身皮肤瘙痒性风团1年”就诊。自诉2012年9月底回娘家帮家人掰玉米皮的时候，出现瘙痒，当时给予扑尔敏片、维生素C口服，效果差，未重视，症状加重，每逢天气变冷被风吹或者接触冷水之后，皮肤暴露部位或接触部位即出现瘙痒性风团，瘙痒剧烈难受，常常抓破。就诊时脖子、上肢，脚踝部可见抓痕。诊断为：寒冷性荨麻疹。治疗上给予西替利嗪片10mg，1日1次；复方甘草酸苷胶囊2粒，1日3次；转移因子口服溶液10ml，1日3次；卡介菌多糖核酸注射液2ml，肌肉注射，隔日一次。三个月后给予开瑞坦5mg，1日1次；复方甘草酸苷胶囊2粒，1日2次；西咪替丁片1片，1日2次；卡介菌多糖核酸注射液1ml，肌肉注射，隔日一次，三个月。期间氯雷他定片服用1个月后，换依巴斯汀片2.5mg，1日1次，一个月后改2.5mg，隔日一次，一个月后停药。在治疗的第三个疗程开始，给予冷脱敏治疗，每日2~8℃冷水浸泡双手、双上肢，每次由刚开始的几分钟到十几分钟，如无异常感觉，持续递增，起初患者感觉浸泡过后，双上肢刺痒，发烧，之后症状慢慢缓解。2013年12月份至2014年1月份期间患者出现瘙痒2次，口服赛庚啶片和西咪替丁片之后，症状即缓解，随时和我保持电话联系，2014年6月份电话随访，未再发病，至此，漫长的瘙痒终于被克服了。

3、党某，女，52岁，新疆阿克苏人，在本地有亲戚，在亲戚介绍下来就诊，主诉“全身皮肤瘙痒30年”，于2013年2月份就诊。自诉30年前无诱因出现皮肤瘙痒，尤以天气转冷或受凉后为著，瘙痒主要出现在皮肤暴露部位，挠抓皮肤后留有抓痕，色白，突起皮肤，自诉服用抗过敏药后症状好转，停药后又反复发作，让患者苦恼不已，严重的影响了患者的生活质量。给予化验血常规正常，考虑为寒冷性荨麻疹。在治疗上，给予赛庚啶片2mg，1日3次；依巴斯汀片10mg，1日3次；维生素C100mg，1日3次。中药玉屏风散加减：黄芪30g、白术15g、防风20g、麻黄10g、桂枝10g、赤白芍各10g、生姜皮6g、红花10g、地肤子25g、白癣皮25g、蝉蜕15g、露蜂房25g、炙甘草10g、大枣10枚，20天为一疗程。同时在此基础上，给予人胎盘组织液2ml，隔日选择两个穴位注射，常用穴位：曲池、血海、足三里，20天为一疗程。治疗40天之后，暂停穴位注射和中药汤剂2周，口服药物换做：西替利嗪片5mg，1日1次；维生素C100mg，1日3次；西咪替丁片0.2g，1日2次；酮替芬1.38mg，1日2次。2周后停用酮替芬，继续中药汤剂口服和人胎盘组织液穴位封闭，总共治疗3个疗程后，停用所有的药物，一直到2013年10月份，未出现瘙痒，入秋之后，我怕因为天

气转冷，打电话让患者继续服药如下（6月份治疗结束后患者回家了）：赛庚啉 2mg 隔日 1 次，西咪替丁片 0.2g，1 日 1 次，酮替芬 1.38mg，隔日 1 次，开始进行冷脱敏治疗。直到 2014 年 3 月底，患者瘙痒发作五六次，每次服用药物后，症状迅速消失。3 月底到现在为止，未再发病，上个月给患者打电话，患者说一切都好，未再出现瘙痒，我说还没有完全治愈呢，让她开始打卡介菌多糖核酸注射液 1ml，1 周 3 次，3 个月为一疗程，巩固治疗。

说句题外话：要想患者信任你，按照你的方案治疗，你必须把患者当成自己最亲的人，要去关心患者，呵护患者，大老远跑来，花上几个月的时间来治疗，要是效果差或者纯粹无效，我自己都不能原谅自己，现实中我也缺钱，但是我知足常乐，够花就好，不图别的，就图个名声，图个心安理得。放个小鞭炮，拿着一面旗子送进来，什么都不缺了。

该出手时再出手

作者：征世 DYS

链接：<http://bbs.iiyi.com/thread-2545616-1.html>

自从加入爱爱医这个大家庭以来，从中学到了不少知识，可以说受益匪浅。我也想总结点自己的临床经验来和大家一起分享，以尽微薄之力。今天我要说的这个病例，一直以来在我的脑海里印象比较深，我现在想起来还是心有余悸，但目前临床类似情况也很多，这也正是我要把这个病例写给大家的初衷。

记得那天上午，我刚上班便来了一位患者，男，59 岁，国企干部，因晨起后头晕 1 小时，前来就诊。既往高血压病史 13 年，长期服用降压药控制，血压稳定在正常范围。饮酒史 30 余年，无过敏史及传染病史。发病以来无恶心呕吐，无肢体功能障碍。查：P：84 次/分，BP：125/80mmHg，未发现阳性体征。患者自述既往有过类似发作，当时在单位值班，其单位医生诊断为“脑供血不足”，给予输液治疗后好转，未再复发，让我给开药输液治疗。说实话，我当时也考虑是脑供血不足，但没有任何检查结果，缺乏诊断依据，不能单凭病史就草率的下结论。便对患者说：“做个脑 CT 检查一下吧”！患者不愿做检查，说来时没带啥钱，回去多带点钱再来，说完就走了。1 小时后，患者在家属的陪同下再次前来就诊，说上次也是头晕，在单位

那边输了几天液就好了，再次要求输液治疗。我本打算把脑海里已经想好的方案写出来，活血化瘀、扩管、改善脑循环治疗，就在我将要提笔的一刹那我出于本能还是迟疑了一下，对患者又说了一句：“还是做个 CT 好，这不仅是对我负责，更主要的是对你们负责！”也许是不该出事，这一句话还真是得到了家属的认可，就这样家属带着那位患者去上级医院做 CT 了。出乎意料的是，患者在上级医院做完 CT 直接被收住院了。从家属那里得知，CT 示脑出血，而且就在当天下午住院期间，病人进入昏迷状态。后经本市三甲医院的神内和神外及北京的专家三次会诊，最终确诊为 CAAH（脑血管淀粉样变脑出血）。那位患者在昏迷了十多天后，还是没抢救过来。

这件事虽然过去了很长时间，但直到现在我一想起此事都有点后怕，假如当初我没有最后劝说那句话而盲目的进行了治疗，后果真的是不敢想象。近几年的工作经验让我体会到：好多脑出血患者的早期症状非常不典型，特别是少量出血的，阳性体征更少，从临床症状上很难和脑梗塞相鉴别。现在的医患关系如此紧张，一旦出现误诊误治，后果真的不堪设想。所以在此奉劝各位老师和同仁，特别是在基层工作的同行朋友，遇到诊断不明确的病例，一定要劝说患者和家属完善相关检查，拿到一定的诊断依据，再行治疗，以避免不必要的医疗纠纷，杜绝医疗事故的发生！这不仅是对患者负责，更是对我们自己负责！医者，如履薄冰也，该出手时再出手！

抗生素的联合用药原则和相互作用

作者：寒冰

链接：<http://bbs.iyyi.com/thread-1039469-1.html>

在 QQ 群聊天经常会谈起抗生素的联合应用问题，大家见仁见智，各有各的看法和观点。有的说头孢类和克林用了很长时间，效果很好；有的人就反对说这样联用不合理，常常争得面红耳赤却谁也说服不了谁。为此特将抗生素的联合用药原则及相互作用行文如下，非本人一家之言，乃医药权威人士多年经验之积累所成，有意者可借鉴参考。

联合用药指征：

- 1、不明原因的严重感染。
- 2、混合感染。

- 3、难治性感染。
- 4、需长时间用药的感染。
- 5、为了增强疗效。
- 6、为了减轻不良反应。

抗生素分类：

A 繁殖期杀菌药： β -内酰胺类（青霉素类、头孢菌素类、头霉素类、硫霉素类等），万古霉素类。

B 静止期杀菌药：氨基甙类，喹诺酮类，杆菌肽类，多粘菌素。

C 快速抑菌药：氯霉素类，大环内酯类（红霉素），四环素类，林可霉素类。

D 慢效抑菌药：磺胺类，环丝氨酸。

联合用药的相互作用：

A+B=协同，即作用加强。

A+C=拮抗，即效果降低。

B+D=协同或无关。

C+D=累加，即作用互补。

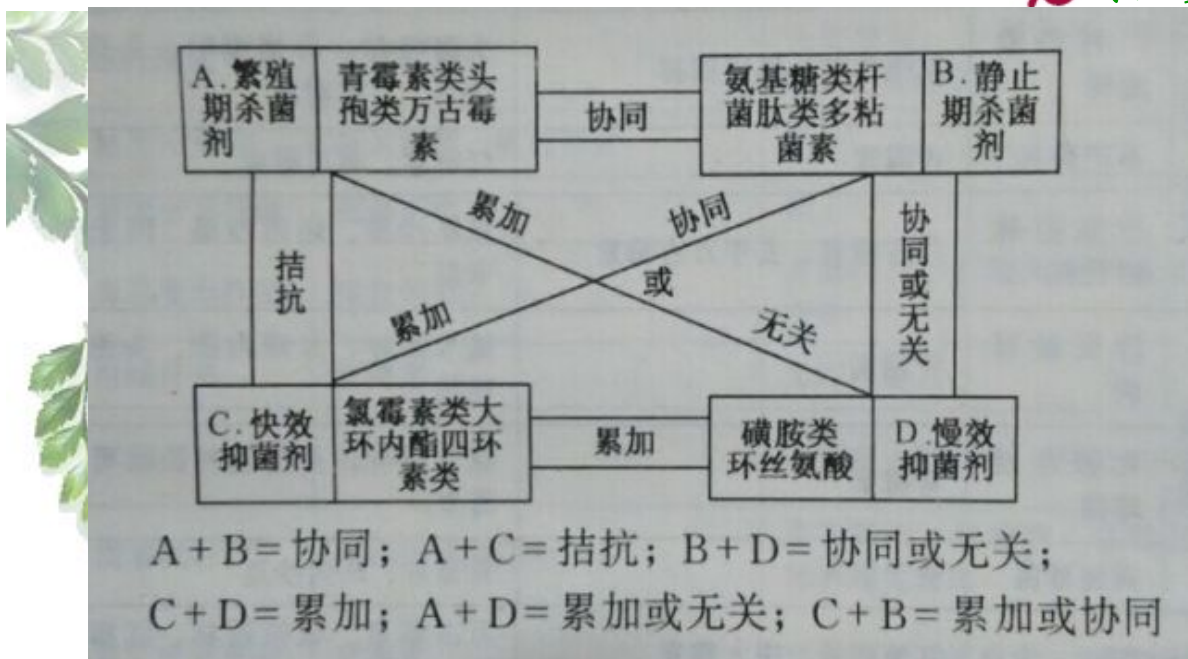
A+D=累加或无关。

C+B=累加或协同。

特别提示：A 类繁殖期杀菌药作用原理为抑制细胞壁粘肽的合成，使细菌不能合成细胞壁缺损，菌体膨胀裂解而死亡。故而联用 C 类速效抑菌药时将会不起作用。因为 C 类药物作用机制为可与细菌核蛋白体 50S 亚基结合，抑制肽酰基转移酶，使蛋白质肽链延伸受阻而抑制细菌生长。而细菌不生长则不会合成细胞壁，使 A 类药物失去作用。但是近几年常见到 A+C 联用的情况，例如头孢哌酮舒巴坦和阿奇霉素联用，治疗效果都不错，可能原因在于新一代大环内酯类药物也具有杀菌作用，已经有资料证实。而且，对于喹诺酮类药物归类于静止期杀菌药也有争议。医学是发展的，知识也需要随时更新，任何资料都是参考，与自己的知识有机结合才是正道。

抗生素相关作用图示：





4S 综合征误诊为荨麻疹 1 例

作者: anne 医生

链接: <http://bbs.iyi.com/thread-2618938-1.html>

患者, 男, 5 岁 6 个月。

主诉: 发热伴皮疹 1 天。

现病史: 患儿于 1 天前无明显诱因出现发热, 体温达 38°C 以上, 伴面部及腋下散在斑丘疹, 瘙痒, 腋下皮疹连成片, 有触痛, 偶有轻咳, 无寒战, 无抽搐, 无嗜睡、惊厥, 无咳痰、喘息, 无呕吐, 无腹泻, 在外给予治疗 (具体不详), 今为进一步治疗来我院就诊, 门诊以 “1. 急性上呼吸道感染, 2. 荨麻疹” 收入院。患儿自发病以来, 精神尚可, 食欲可, 大小便正常。

既往史: 既往身体健康, 无肝炎、结核等传染病史及传染病接触史, 无外伤、手术史, 无输血史, 无药物、食物过敏史, 按计划接种卡介苗、乙肝疫苗、脊髓灰质炎疫苗、百白破疫苗等。

个人史: 患儿系第 1 胎第 1 产, 足月顺产, 出生情况良好, 无窒息抢救史, 生后母乳喂养, 5~6 个月添加辅食, 18 月断奶, 生长发育顺序正常, 营养、发育、智力同健康同龄儿。患儿居住条件及经济条件一般。

家族史: 父母均健康, 非近亲婚配, 否认家族中遗传病史及传染病史。

体检：T：37.5℃；P：80 次/分；R：25 次/分，Wt:21kg。发育正常，营养好，神志清，精神尚可，自主体位，查体合作。面部及腋下散在斑丘疹，腋下连接成片，无出血点，浅表淋巴结未触及肿大。头颅无畸形，毛发分布均匀，有光泽，眼睑无下垂，眼窝无凹陷，结膜无充血，巩膜无黄染，双侧瞳孔等大等圆，直径 2.5mm，对光反射灵敏。耳廓无畸形，外耳道无分泌物。鼻腔通气畅，鼻翼无煽动。口唇红润，口腔黏膜光滑，无疱疹、溃疡，咽部充血，无疱疹、溃疡。颈软，无抵抗感，气管居中，甲状腺无肿大，无颈静脉怒张。胸廓对称，无畸形，双侧呼吸运动对称，无吸气三凹征，两侧语颤正常，无胸膜摩擦感，叩诊清音，双肺呼吸音粗，未闻及干湿性啰音。心率 80 次/分，律齐，心音有力，各瓣膜听诊区未闻及杂音。腹部膨隆，两侧对称，未见胃肠蠕动波，无压痛及反跳痛，肝脾未触及，未触及包块，叩诊鼓音，肠鸣音正常。肛门及外生殖器无异常。脊柱四肢无畸形，四肢活动自如，各关节无红肿。肱二头肌反射正常，腱反射、踝反射正常，双侧布氏征、克氏征、巴彬斯基征阴性。

辅助检查：2015-08-12，血常规+CRP：WBC：11.10×10⁹ / L，L：26.60%，N：57.40%，PLT：343×10⁹ / L，Hb：139g/L；CRP:23.55mg/L。


初步诊断：1、急性上呼吸道感染；2、荨麻疹？

住院经过：入院后给予抗感染、维生素 C、葡萄糖酸钙、西咪替丁等药物治疗，皮疹无好转。入院第二日仍发热。无惊厥，无呕吐、无咳嗽，无流涕，无嗜睡，大小便正常。查体：神志清楚，精神好，口周充血，全身皮肤散在出现松弛大疱，以面颈部、皮肤皱褶处、四肢伸侧为主。皮肤触痛，部分可见脱皮，剥脱处黏膜发红，像烫伤样，咽部充血，双肺呼吸音粗，未闻及干湿性啰音，心律齐，心音有力，各瓣膜区未闻及杂音，腹软，肠鸣音正常，克氏征（-）、布氏征（-）。根据病史、病程进展、查体及辅助检查资料，修正诊断：金葡菌性烫伤样皮肤综合征。明确诊断后，经与其父母沟通，其父母要求转市级医院继续治疗。

病例总结：

4S 综合征即葡萄球菌烫伤样皮肤综合征 (staphylococc scalded skin syndrome,SSSS)。是金黄色葡萄球菌产生的表皮剥脱毒素引起。好发于新生儿与婴幼儿的少见病,儿童少见。可继发支气管肺炎，败血症，脓肿或坏疽等而死亡，多发于婴幼儿，经过急剧，死亡率较高。

该病诊断标准：

- 
- 1、好发于新生儿与婴幼儿，儿童 2~4 岁多见。
 - 2、发病前期多伴有呼吸道感染，可出现发热、高热。常见扁桃体化脓。
 - 3、初期可表现为猩红热样皮肤红斑，病程中可表现为小脓疱。典型者为水泡，似烫伤样。
 - 4、可出现口周放射状皲裂，触痛明显为 4S 的典型症状。
 - 5、多数白细胞可增高。但是中性粒细胞可不增高。血培养阴性，SSSS 多局限在皮肤。

用药原则：

- 1、对于单纯金黄色葡萄球菌性烫伤样皮肤综合征患儿以抗感染治疗为主；早期足量选用对金葡菌有效抗生素。如去甲万古、哌拉西林、青霉素、新青霉素、头孢哌酮舒巴坦等等。
- 2、对于有并发症的患儿应注意纠正并发症，加强支持治疗。
- 3、关于激素的应用意见不一，禁止单独使用激素。因激素可导致免疫抑制，单独使用非但无益，反而有害。
- 4、护理：注意降温、退热、输入足量的液体，保证足够的营养。对口、眼、鼻、外生殖器等处应加强护理,防止继发感染。

本例的启示与教训：

本病具有一定的危险性，故临床医师应加强对本病的认识，本例发病时间短，临床症状不典型，初次接诊医师对 4S 综合征认识不足，且查体及询问病史不够详细，从而误诊为荨麻疹。本例提示我们，临床上当遇发热伴皮疹，且皮疹表现为面部尤其口周及眼周、颈部红斑时，应考虑到本病的可能性，尽管 5 岁左右小儿，不是高发人群，临床少见，也不要放松对该病的警惕性。注意详细询问病史，仔细而全面的查体以避免误诊，延误治疗时机。

阑尾炎的超声诊断

作者：xyx2007

链接：<http://bbs.iyyi.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，并能得到各位爱友的指导。

我为人人，人人为我

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，就要先找到回盲部；要找到回盲部，就要先找到升结肠。

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。

注意点：

- 1、阑尾的位置通常在右下腹，但是也会异位。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低于 70%（我做实验，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。

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，可能有遗漏及不对之处，还请指正。

关于雾化吸入的危险

作者：zhaowenxuan520

链接：<http://bbs.iyi.com/thread-2154141-1.html>

我的上级医师接诊过一个病人，70多岁，来的时候自己跑了好多路，咳嗽、气喘明显，可闻及满肺哮鸣音，双下肢轻度浮肿，既往肺心病病史，入院后查心电图提示窦性心动过速，心功能Ⅳ级，入院后嘱卧床，心电监护，特级护理，持续低流量吸氧，给予西地兰、呋塞米、氨溴索，静推40mg速尿，5mg地米，同时给予雾化吸入治疗，在静滴西地兰过程中患者突然出现气喘明显，端坐呼吸，此时测心率示120次/分，患者咳嗽明显，上级医师来后考虑急性左心衰竭，我认为输液不多，左心衰是有，但更多的原因是由于雾化吸入惹的祸，让患者立即停止雾化吸入，拿来吸痰器，在患者后背拍，吸出粘稠痰液，约2分钟后气促症状明显缓解。

雾化吸入时水蒸汽可很好的湿化气道，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，防止因雾化加重缺氧状态。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。

另外，有时候气喘厉害的病人痰液里的水分原本就被呼吸带出，粘稠的痰液在气管壁上，当大量雾气吸入后水分子迅速进入气管使干的痰液充盈，聚集而阻塞气管，此时，患者无力咳出痰液，会引起窒息死亡。

慢性扁桃体炎的预防控制心得

作者: zxh812741

链接: <http://bbs.iyi.com/thread-2478669-1.html>

今日奉上一篇慢性扁桃体炎的预防控制心得, 跟踪查访半年以上, 未复发, 其中一例左侧扁桃体肿大去年达 3 度, 现变小, 只有 1 度左右, 供大家参考。

之前所发帖子如下: <http://bbs.iyi.com/thread-2346490-1.html>。

后来看了落魄老师的这个帖子: <http://bbs.iyi.com/thread-2352593-1.html> 之后很受启发, 我在想, 既然澳肽信 (胸腺五肽注射液) 能起作用, 那么其他的免疫调节剂应该也会起作用, 于是, 2013 年 4 月份, 我的上述病例中的孩子又一次因为扁桃体化脓发烧就诊的时候, 我耐心的向家属交代了病情, 告诉家长, 孩子持续发热有原因如下:

1. 每次治疗不彻底, 导致反复发作;
2. 每天喝大量的私人产牛奶, 估计生产指标不达标, 细菌数超标;
3. 反复多次静脉给药, 导致孩子免疫力低下。

说了很长时间, 家属同意了我的治疗方案, 先控制病情, 之后给予免疫调节, 预防控制。

当时给予液体如下:

0.9%氯化钠注射液 100ml

注射用头孢吡肟 0.8 Sig ivdrip Bid 7 天;

5%葡萄糖注射液 100ml

注射用炎琥宁 120mg Sig ivdrip Bid 7 天;

美林混悬液 5ml 体温超过 38.5℃, po.

小儿清热宁颗粒 1 袋 po Tid。

7 天之后, 孩子扁桃体未见脓点, 但是颜色有些红, 继续给予原药物治疗, 只不过减成一天静滴一次, 孩子的扁桃体治愈了。告诉家长一周后如无异常, 继续来治疗。但是家长好了伤疤忘了疼, 半个月了还不来, 我打电话给孩子的奶奶说, 预防控制如何重要。孩子奶奶说一定来, 但是还是没有来, 我又给孩子爸爸妈妈打电话, 告知免疫调节治疗的重要性, 总共打电话不下 5 次, 后来孩子的奶奶带着孩子来了, 告诉我,

不敢打针，是害怕药物的副作用，我说那你每次输液，难道没有副作用吗？听我的，按我说的治疗，如果治疗无效，所有的费用全部退还，一分钱不要！就这样，2013年5月份，预防控制治疗开始了，我的方案如下：

1. 卡介菌多糖核酸注射液（斯奇康）1ml im， 2次/周 X 12周。
2. 匹多莫德分散片（维田）0.4g /次/日 X 3月（选择国产药物也是有原因的，第一进口药品普利莫比较贵，且很难进到货，并不是所有人都能直接从厂家拿货的，第二我也想验证一下国产的药品到底起不起作用）。
3. 忌食牛奶，所有零食。
4. 多多带孩子户外锻炼，给孩子买旱冰鞋，每天一次带着出去玩。

经过上述治疗，孩子2013年发烧一次，但扁桃体没有化脓，给予药物静脉点滴3天之后痊愈，之后到今天为止，有一次流鼻涕到我这里来买了一盒小儿感冒灵颗粒，一直没有发病。

去年7月份，又有一例反复化脓性扁桃腺炎张姓女童，7岁，第一次就诊时扁桃体3度肿大，全是脓点，就像苍蝇蛆一样，因为患者家庭条件不太好，我反复交代治疗过程，需要花费一定的费用，孩子的母亲是慕名而来的，加上农村的比较朴实，就按照我的方案治疗了。（治法同上），只是不同的是，我让孩子每天吃完饭必须漱口，口服匹多莫德分散片（维田）2个月之后，给予孩子转移因子口服溶液，每日1支，连续再服用2个月，结果奇迹就此发生，孩子左侧3度肿大的扁桃体变小了，现在只有1度。

在此，非常感谢落魄医生。正是因为老师的提醒，才对免疫调节方面的治疗给予了重视，也希望所有的爱爱医同仁们，将你们平日里的诊疗经验贡献出来，从来都相信一句话：大家好，才是真的好！

转帖摘要如下：

通过这件事，我想给我们的耳鼻喉科同道及病人一些建议：

（1）大医院从来就不是看感冒发烧的最佳场所，按级就诊是每个病人省时省心省资源的最佳做法。

（2）基层的同道们不必妄自菲薄，我们基层也有很多他们没有的优势。

（3）做好眼前的工作，病人迟早会回到基层。

内镜版☆看图诊断☆第 17 期

作者: lsl970130

链接: <http://bbs.iyyi.com/thread-2229411-1.html>

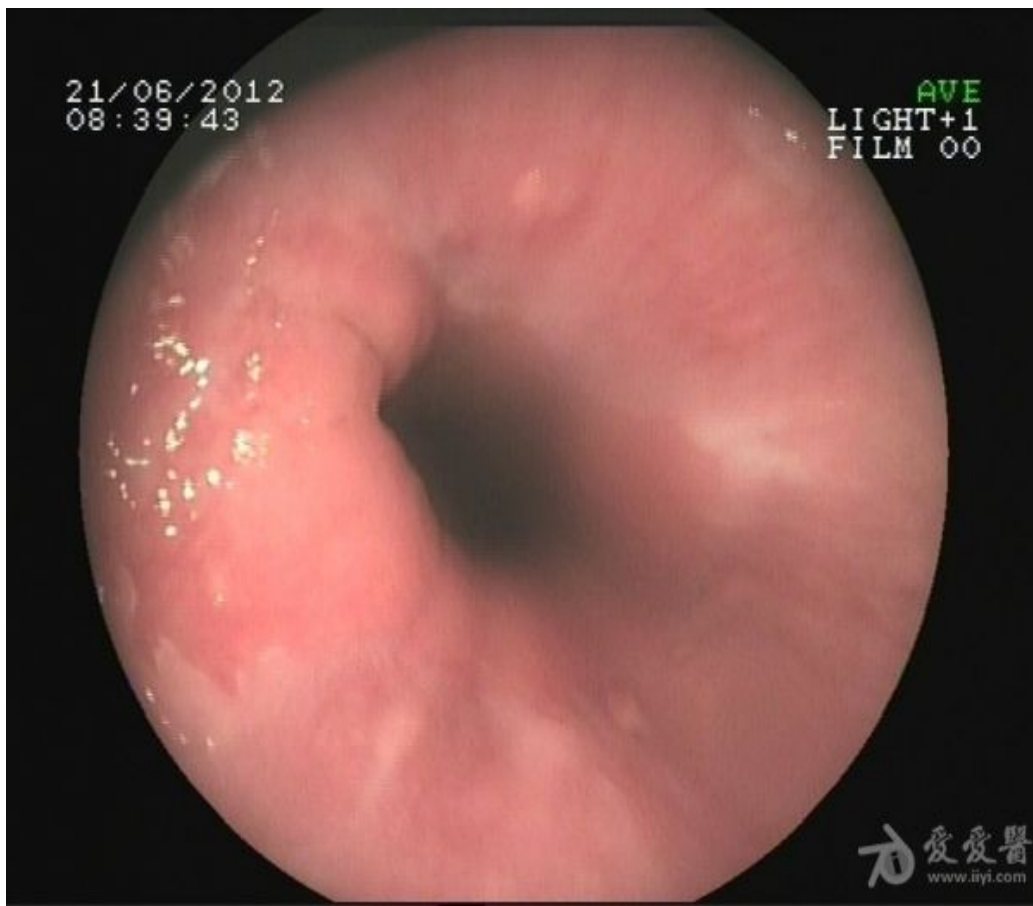
【病史摘要】

患者，何小妹（化名），女性，46 岁。

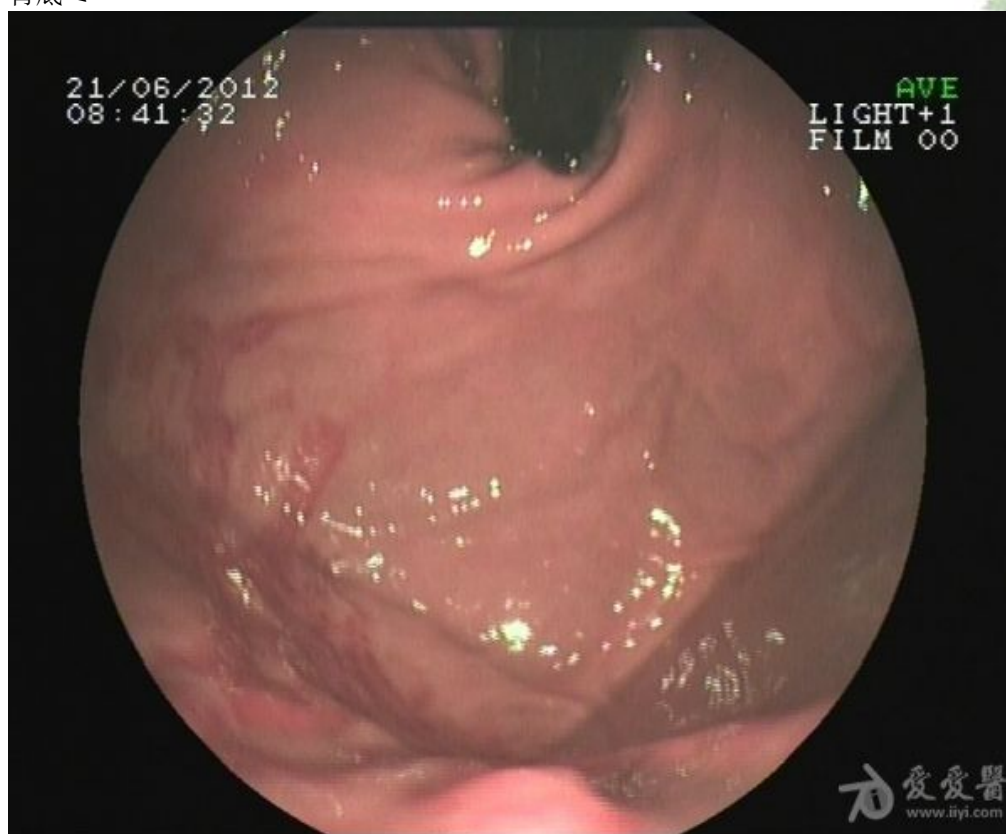
因“上腹部疼痛 3 天”就诊，查体：一般情况可，腹部平坦，中上腹压痛，无反跳痛。HBsAg 阴性。

行胃镜检查：

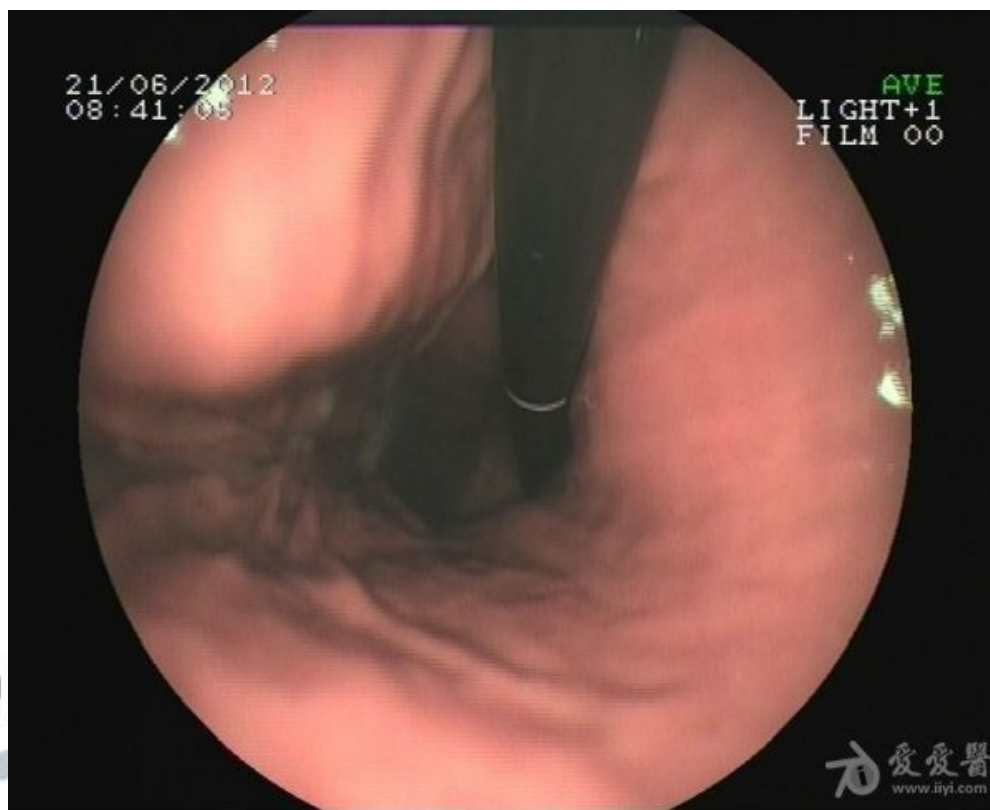
食道下端\



胃底\



胃体\



我为人人，人人为我

胃体高位↘



胃体中端↘



我为人人，人人为我

胃角\



胃窦\



我为人人，人人为我

球部\



降部\



我为人人，人人为我

【讨论】：1、镜下诊断？及诊断依据？ 2、鉴别诊断？ 3、治疗方案？

答案公布：

诊断：急性浅表性胃炎。

鉴别诊断：1、急性糜烂性胃炎，2、急性化脓性胃炎，3、急性腐蚀性胃炎等。

治疗方案：

1、注意饮食，以清淡、对胃黏膜刺激性小的食物为主，避免辛辣、生冷、坚硬、过酸等刺激性大的食物。

2、戒烟戒酒；

3、慎用药物：有些药物如非甾体抗炎药，可刺激胃黏膜，引起疾病反复发作。应慎用或者尽量避免；

4、采用减少胃酸及消灭幽螺旋杆菌的药物。

心电图有奖读图第 48 期

作者：trg

链接：<http://bbs.iyi.com/thread-2622493-1.html>

活动内容：心电图图例的判读与分析。

活动办法：由心电图版提供一份图例，发表在本期爱爱医杂志上，请广大爱爱医会员根据提示，在心电图版有奖读图主题帖中加密回复，便于评比。每月底由心电图版主们和风影、乐园超版（或邀请若干专业组老师），共同评选出三个奖项，在心电图版公布参考答案及获奖名单，并将结果公布在下一期爱爱医杂志上。（会员分析结果以参考答案的接近性和完整性以及回答问题的先后顺序为评选标准）。

奖项设置：

一等奖：奖励积分 2 个及爱医币 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：读图抢答过程中，为了公平起见，应大家要求，请大家在回复心电图时，给回帖进行加密 500 积分，谢谢！我们斑竹于下月的 1 日解密，供大家参考。

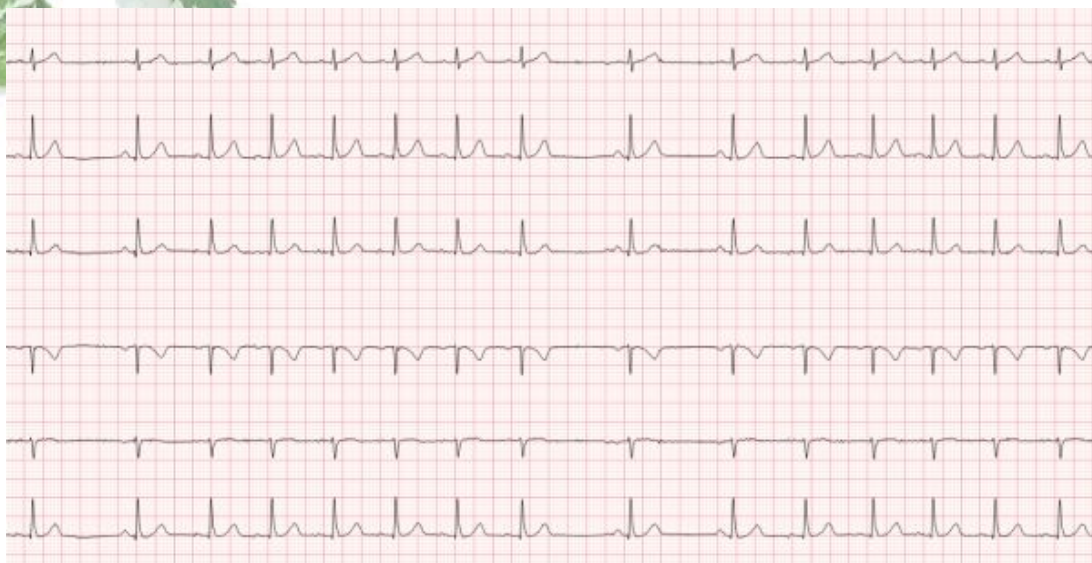
希望大家分析心电图时，尽量从以下四项分析。

我为人人，人人为我

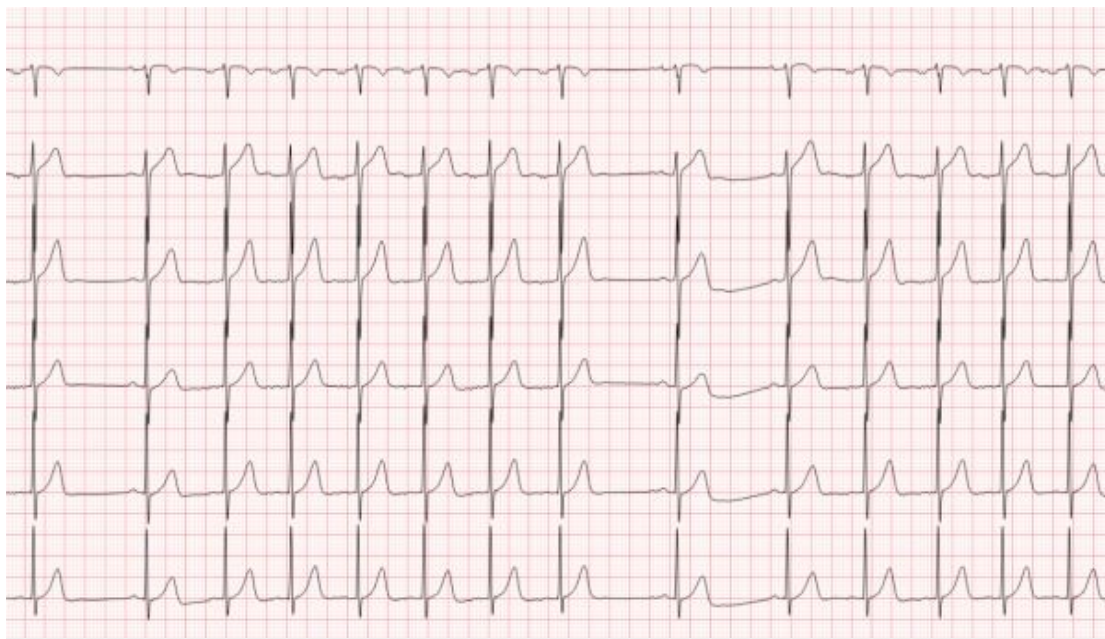
- 1、【心电图诊断】
- 2、【心电图诊断依据】
- 3、【鉴别诊断】
- 4、【临床意义】

患者女性，68岁。

I-avF 导联



v1-V6 导联



责任编辑：寒 冰

编辑：刘延红大夫

第二部分——中医部分

跟王三虎教授经方临证的收获和体悟

作者：含光九地

链接：<http://bbs.iiyi.com/thread-2621039-1.html>

一、跟诊机缘

第一次听到“王三虎”这个名字，是大二暑假在我师父家跟诊的时候，他老人家看了王三虎老师的书大加赞赏，对我们说：“你们学校是不是有王三虎这个人？王三虎这个人有本事，写书实在，都是干货，能把自己的经验都分享出来，是真正的仁心仁术”。后来我的师父用王三虎老师的海白冬合汤加减治疗一个肺癌晚期的病人，服药五剂，肿退、咳停、痛止，更是给我留下了深刻的印象。第二次听到“王三虎”这个名字，是在一附院的一次学术讲座上，王三虎老师给我们讲课，当时讲的是“风邪入里成瘤说”和“结胸就是恶性肿瘤的胸腹部转移”。由于时间问题，王老师的讲课没能完全展开，那时我的基础不足，听得似懂非懂，也就一直留下了疑问。认识王老师，是大五实习回校后，通过我的同学谭明坤加了王老师的QQ。谭明坤在实习结束前的十多天到王老师那里跟诊，回来后跟我分享了学习王老师运用经方的收获。然后，我非常兴奋的把王老师发到空间里的讲稿《我的经方我的梦》都整理到自己手机上，一口气读了两遍。王老师讲经方都是有感而发，有理有据，有血有肉，有临床案例支撑，与那些无病呻吟，牵强附会的注解形成鲜明的对比。古往今来以经方家自居的人不少，但真正把经方展开了运用的人不多。对于茯苓杏仁甘草汤、蒲灰散、当归贝母苦参丸、瓜蒌瞿麦丸、三物黄芩汤之类古今鲜有人涉足的方子，王老师不仅常用，而且理清了用方的思路，取得了良好的疗效。

怀着激动的心情，我在QQ上给王老师发了下面一段话：“王老师，您好！我叫卢航，是广西中医学院大五的学生。我有一个同学叫谭明坤，他今年四月份跟您学习了十多天，我通过他加了您的QQ，有幸拜读了您的大作《我的经方我的梦》，收获特

我为人人，人人为我

别大。以前我也读过一些解读《伤寒》和《金匱》的著作，但多是在理论上绕圈，讲得不够实际。您讲的经方有理论有临床，而且能用来治癌症等大病、重症，有感而发，有血有肉，让我很是受益。像蒲灰散、茯苓杏仁甘草汤、当归贝母苦参丸这样的方子，别人讲解的时候都是一带而过，更不要说在临床上运用了，而这些方到了您手里却能治疑难杂症，而且讲得有理有据，给我们这些学生打开了运用经方的大门。我和谭明坤都是平时在学校学习，寒暑假在自己的家乡跟师学习，幸运的是我们得到了正确的指引，从大二开始背诵《长沙方歌括》、《金匱方歌括》、《时方歌括》、《汤头歌诀》、《濒湖脉学》、《医学三字经》、《药性歌括》和一些针灸歌赋等，同时反复诵读《伤寒》和《金匱》原文，到现在基本完成了以上内容的背诵和阅读。但是怎样在临床去运用这些理论知识，对我们来说非常需要跟随王老师这样的经方大家学习，所以想去柳州跟您学习一段时间。”

发给王老师后，心里很是忐忑。担心自己是本科生，而王老师可谓是全国知名的中医大家，他未必有时间和精力来带我们学习，所以在自我介绍的时候我还特地将自己的中医基础罗列了一番，用现在的流行用语来说“为了能跟王老师学习，我还是蛮拼的”，哈哈！而让我没想到的是，不久就收到了王老师非常干脆的答复：“可以。”当时我真是非常激动。2015年6月9日早上，我和同学谭明坤来到了王老师的诊室，我们眼中的王老师是平易近人中带着幽默爽朗，简单的自我介绍后，我们就开始了跟诊的第一天。

二、脉诊拾零

我们跟诊的第一天的第一个患者是一位中年女性，肺癌。患者自称是冯世纶教授的学生介绍到王老师这来的。对于这个患者，王老师双手同时诊脉。然后对我们说：“张仲景说‘诊脉当知太过与不及’，这个人左寸弱，心与小肠不及。”又经问诊得知，患者从事教师工作且身兼学校行政管理，平日操劳过度。王老师接着说：“我认为这病还是从劳心而得，操劳过度，正气先亏，邪气易犯，逐渐形成了这个病”。然后给病人办理了入院手续，准备进行系统的中医治疗。

“诊脉当知太过与不及”，王老师高屋建瓴，一语道破了诊脉的要义。记得，大二时看任之堂主人的《医间道》，里面讲了他祖传的脉法，这种脉法也是双手同时诊脉。他讲到把脉首先要把出“郁”脉，什么是郁脉呢？书中的原文是这样的“郁脉：从意而论，乃不畅之意；从形而论，乃脉形稍粗。此脉单从粗细而确定，故面临证容

易取得，此粗细，乃相对而言，即左右寸关尺，六部相对偏粗的部位……郁脉主要是确定病变的部位。左寸出现郁脉，心脏出现问题或左侧头部出现问题；右寸出现郁脉，肺脏出现问题或右侧头部出现问题。左关出现郁脉，肝胆出现问题。右关出现郁脉，脾胃出现问题。左尺出现郁脉，左侧腰腿部出现问题。右尺出现郁脉，右侧腰腿部、子宫或膀胱出现问题……先总按，即同时切寸关尺三部脉象，找出郁脉，没有郁脉，则找出细脉（细脉脉形与郁脉相反，反应脏腑亏虚），很多时郁、细同见（各脏腑情况不一，有亏损的，也有邪气所客的）再分取，即对于总按发现有问题的部位，分别单独切诊，确定所患何疾病。”当时看了似懂非懂，但基本记得他里面讲的内容，在听完王老师讲上边这个患者的脉象后，我一下子联想到了《医间道》里讲“郁脉”的内容，顿时恍然大悟，简而言之：“郁脉”就是“所过脉”和“不及脉”之和。

一个多小时后，来了一个老年男性患者，由于年老耳聋，交流不便，由其家属代述病史如下：持续低热一月余。伴有头晕、口渴不欲饮、胁下及腹中不适、大便时干时稀、小便淋漓不尽，舌暗红水滑，苔白厚腻。有糜烂性胃炎、结肠息肉、肾积水病史。王老师诊脉后对我们说：“来来，你们都来看看这个脉。”然后从座位上站起来到诊室门口走了走。我与谭明坤都诊得浮、滑、数、弦，双寸偏沉，双尺浮甚的脉象。研二的杨学姐诊得弦脉。几分钟后王老师回到座位上，问我们：“什么脉？”我回答说：“浮、滑、数……”王老师看着谭明坤说：“你说。”谭明坤说：“我和他差不多，浮、滑、数……嗯……”最后王老师让学姐回答。学姐就两个字：“弦脉。”王老师严肃的对我和谭明坤说：“你们听她怎么讲的，这就是一个弦脉嘛！怎么搞得那么复杂，云里雾里的，谁听得懂，不要一下子就走到小路上去了。”随后哈哈的笑道：“紧接着什么就出来了？小柴胡汤嘛。你们看他头晕、胁下腹中不适、脉弦、舌滑厚腻……小柴胡汤本来就能疏通三焦而利水湿，就用小柴胡汤原方，不信我们几天后看效果。”开好方后又补充道：“你看这个患者这么多情况，胃、肠、肾积水、发热……你要是这样去考虑，这个病怎么治。”

这个案例给我启发很大，就诊脉而言，改掉了我习惯性的毛病——上去就专到“脉眼”里去了，流散无穷。经方诊脉当有的放矢，简明扼要，不能流散无穷，一下子就走到小路上去。一个病人通常会兼有多种脉象，但不是每一种都要去分析，应当结合其它三诊，找出需要的脉象。王老师并没有说，你们把出的脉象是错误的，而是说不要一下子就走到小路上去了，说明这个病人确实存在浮、数等脉象，但不应该从

这上面去入手。

关于诊脉，还有一个病案给了我启发性的思考。这是跟诊的第二天，一位中年女性患者，慢性肾炎 15 年。颜面浮肿，面色尚可，困乏无力，脚肿，按之凹陷，腰痛，头晕，不恶心，咽干，二便调。舌淡红，苔薄黄，脉沉细，双尺弱甚。伴高血压 15 年，血压控制尚可。尿常规见隐血。王老师让我们说用什么方，我和谭明坤说用真武汤加减，杨学姐说用杞菊地黄丸。王老师笑了笑问我为什么。我答到：“因为这个人浮肿，腰痛，双尺脉沉弱。”王老师说：“你这就成按图索骥了，这个病人情况复杂，你的讲法治疗单纯阳虚水泛的浮肿还可以。这里就要用到辨病和辨证相结合了，她这个应该先辨病，属于我们中医的关格病的前期。三焦阻滞，决渎失司，气机升降失常，清阳不升，浊阴不降，所以该用小柴胡汤合苏叶黄连汤，疏通三焦，升清降浊。再看她这个尿中有隐血，其实就是郁久化热，热入血络的早期表现，不要等到她有明显出血了再去治疗，所以在前面的基础上再加上犀角地黄汤。”说着把处方开给了病人。我又问到：“王老师，这个病人她的双尺脉沉弱……这？”王老师说：“先看症状，辨病，还弄不清楚再参看脉象，不要一头就扎到脉象里去。就算是看了几十年病的老中医也不能看看脉就断定病人是怎么回事，他也要先望诊，听病人说。”王老师讲到这里，使我想到了《难经》上的一句话“望而知之谓之神，闻而知之谓之圣，问而知之谓之工，切而知之谓之巧”。以前对这句话一直理解不通，主要是因为对第二句和第四句有疑惑。“闻而知之谓之圣”，我们教材上对闻诊的解释是听声音和闻气味，我以前就想这个望诊吧，还有神气、面色、形态、舌象等这么多信息给你去望，能通过望诊判断病情确实很厉害，称之为“神”也不为过。但闻诊就凭听声音和闻气味就能判断病情，这也太匪夷所思了，岂不是比“望而知之”还厉害。而就是王老师刚刚那句“老中医……他也要先望诊，听病人说”，这个“听病人说”让我对闻诊有了新的见解，我认为这个闻诊，除了听声音的异常和闻气味外，还包括主诉，因为主诉通常是不需要问的，而是病人一来就主动的把最难受的地方告诉你，这与医生有目的的去问病人是有区别的。这样一来，这句“闻而知之谓之圣”就讲得通了，他需要病人的自述，但不需要医生开口问就能判断病情，所以“闻而知之谓之圣”处在神和工之间是很合理的。至于最后那句“切而知之谓之巧”，以前一直觉得切脉判断病情那是何等厉害的功夫，怎么会排在望、闻、问后面呢？尤其是排在问后面，这也太耻辱了吧？现在终于明白了，我认为，这个“巧”并不和“神、圣、工”形成次第关系，而

是游离于“神、圣、工”之外，应当理解为常规方法之外的巧取之法，但不是每个患者的治疗都需要常规之外的巧取，如果刻意的追求“巧”，往往容易弄巧成拙。《孙子兵法》里讲“兵无常势，水无常形”，又讲“凡战者，以正合，以奇胜”，兵法里有常有变，有奇有正，徐灵胎说：“用药如用兵”，辨证之中又何尝不是暗藏兵机呢？我们中医的辨证也是有常有巧的。

三、医案两则

（一）久泻从桂枝汤论治

叶某，男，19岁，2015年6月12日，三诊。大便溏烂，一日1~2次。近半年以容易感冒为最大苦恼，喷嚏流涕，头身不适，畏寒自汗，舌淡脉弱。自述吃附子理中丸后口干不适。

因初二诊时，我们未能得见，现据病历将一二诊情况补充如下。

初诊，2014年7月17日。大便溏烂反复一年多，天气变凉或进食凉物则便溏。怕冷，形体消瘦，纳少，晨起时偶有反胃感，寐可，小便调。舌红，苔薄白，脉滑。2013年12月18日，中南大学湘雅二附院胃镜：非萎缩性胃窦胃炎（流血/渗出型）伴糜烂。肠镜：末端回肠改变，考虑淋巴滤泡增生。辨为泄泻（寒热错杂），处以乌梅丸加减30剂。

半年后二诊，诉症状较前减轻，舌红，苔白，脉滑。以上方再进30剂。

三诊时，王老师把完脉后，灵机一动，对我们说：“他这个情况让我有了新思路，《伤寒论》276条说‘太阴病，脉浮者，可发汗，宜桂枝汤’。他这个自汗，易感冒，其实就是现表证。我的理解，太阳腑证就是小肠的病症，手太阳小肠经嘛。而276条说‘太阴病，脉浮者，可发汗，宜桂枝汤’，应该与32条‘太阳与阳明合病者，必自下利，葛根汤主之’对比起来看。按我的理解，32条的‘太阳与阳明合病’也是太阳腑证。32条是讲无汗时太阳病有小肠方面的症状，用葛根汤；276条是讲自汗时太阳病有小肠方面的症状，用桂枝汤。”说完便开出了桂枝汤原方，加了一味葛根。然后补充道：“为了保险起见，我们再加一味葛根。”最终以桂枝加葛根汤六味药为颗粒剂，20剂不过200元，低于来回路费。至嘱5剂后，来电告知效果。后如期来电，告知服药5天，感觉舒适，只有大便2次，接近成形了，惟喷嚏还在。当时开完药后，王老师还给我们补充讲了几句，大概意思是：从另一个角度看，这个病人的病情变化也体现了六经传布的一些规律，方药对证则病可由阴经转入阳经，转入太阳则现表证，则病可由表而解。

（二）白虎汤加味治疗糖尿病软组织感染

周某，男，56岁，2015年6月12日初诊。项部疔肿如巴掌大2月余。暗红，肿胀，痒，不痛，扪之结硬。胸前暗红，自觉双脚发凉，食多，眠少，舌红，苔黄微厚，脉滑。伴有糖尿病病史3年，两个月前因并发背部皮肤感染而手术。辨为阳明郁热，处以白虎汤加味。具体方药如下：天花粉30克，生石膏30克，知母12克，黄芩12克，黄连10克，苍术12克，人参12克，黄芪30克，山药12克，白花蛇舌草30克，红参12克，玄参12克，二花30克，连翘30克，黄柏12克。

王老师边开方边解说到：“《伤寒论》第350条‘伤寒，脉滑而厥者，里有热，白虎汤主之’，这个人后项前胸发红，脉滑，下肢厥冷，多食易饥，都是内有郁热的表现，是白虎汤证。从西医的角度讲就是糖尿病血糖控制不好，并发软组织感染。‘诸痛痒疮皆属于心’，而且睡眠差，心经有火，所以黄连是非常重要的。加二花、连翘、玄参消痈，花粉生津止渴，消痈排脓。山药补脾肺肾之气，益阴，促进体内糖代谢。”

四、医话拾零

1、辨病和辨证同样重要，现在大家都强调辨证论治，却丢了辨病论治，辨因论治……张仲景讲“痞坚之下，必有伏阳”，就是在辨病，凡见“痞坚”之病则可得出“伏阳”的基本病机。

2、舌胖大，苔白腻的失眠，就是半夏秫米汤证。

3、中风多为风火相煽，泻火则风不得与火相抟而自散。小续命汤用石膏、黄芩就是这个意思，弄不清楚的话他原方怎么用我们就怎么用，弄清楚了就更好办了。

4、半夏泻心汤寒热并用，辛开苦降，干姜一散就开，黄连一苦就降，一开一降中焦就健运起来了。黄连就是苦味健胃药。

5、商陆是补虚逐水药。我有个研究生曾用商陆30克治疗血小板减少而获效。考究其源流，张仲景治疗“大病差后，从腰以下有水气者”的虚性水停所用的牡蛎泽泻散中就用了商陆，而且用量不小，与其它药等量。再反观十枣汤这样治疗实证水饮的方子，就没有选择商陆这味药，这也能反证商陆是补虚的。另外，民间对商陆有“土母鸡”的别称，也可作为佐证。

浅谈“针药并用治疗近视”经验

作者：张仲景 197810

链接：<http://bbs.iiyi.com/thread-2611983-1.html>

近视是眼在调节松弛状态下，平行光线经眼的屈光系统的折射后焦点落在视网膜之前。中医记载最早见于隋代巢元方的《诸病源候论》，称为“目不能远视”，明代王肯堂《证治准绳》称之为“能近怯远证”，傅仁宇《审视瑶函》称“近觑”，清代黄庭镜《目经大成》始称近视。本病发生与遗传、发育、环境等诸多因素有关，但确切的发病机理仍在研究中。中医认为，先天禀赋不足，肝肾两虚，神光衰弱，光华不能远及而仅能视近。或过用目力，久视伤血，血伤气损，以致目中神光不能发越于远处而致。

1. 针灸治疗：调补肝肾、养血明目、通畅经络法为主。

1. 1 眼针：调补肝肾、通畅经络之法为主。取穴为肾区、肝区、上焦区。

辨证用穴依据，采用两种不同的取穴方法相互配合，以脏腑辨证取穴法和三焦取穴法为基础制定针刺方案。在脏腑辨证取穴法中，以调整脏腑功能为基础，针对肝肾亏虚之病机根本，取肾区、肝区。在三焦辨证取穴法中，因眼睛在上，取上焦区；操作时不施法；每日1次，10次为1个疗程。

1. 2 体针：疏通经络、养血明目之法为主。取穴为承泣、睛明、上明、风池、养老、光明。

选穴方义，承泣、睛明、上明为局部取穴，这三穴也是靳氏的“眼三针”具有疏通眼部经络的作用。风池疏导眼部气血，养老、光明养血明目。操作时不施手法；每日1次，10次为1个疗程。

2. 中药治疗：益气养血、填精通络之法为主。

黄芪 20~30 克、当归 20 克、生地 15 克、熟地 15 克、川芎 10 克、白芍 20 克、菟丝子 10 克、枸杞子 15 克、金樱子 10 克、五味子 10 克、车前子 10 克、茺蔚子 10 克、何首乌 15 克。

用药方解：本方黄芪益气升阳达目；四物汤养血明目；菟丝子、枸杞子、金樱子、五味子、车前子、茺蔚子、何首乌填精通络明目。共奏益气养血、填精通络之功。

加减：日久加丹参、三七粉；阳虚明显加寸云、巴戟天；阴虚明显改黄芪为黄精，

加女贞子、旱莲草；脾虚纳呆明显加白术、鸡内金。眼睛痒干加白蒺藜、菊花。用法：每日1剂，每剂煎2~3次，10天为1个疗程。

3. 预防调护

1) 养成良好的用眼习惯。远离手机、电脑；阅读和书写时保持端正的姿势，眼与书本应保持30cm左右的距离，不在走路、乘车或卧床情况下看书。

2) 用眼时环境照明要适度。照明应无眩光或闪烁，学生黑板应不反光，不在阳光照射或暗光下阅读或写字。

3) 定期检查视力，对验光确诊的近视应佩戴合适的眼镜以保持良好的视力及正常调节与集合。

4) 注意多食补益肝肾的食物。中医认为发生近视的原因，主要由于肝肾不足，气血亏损，所以治疗可选用具有补益肝肾作用食物和药物。食物中如肉类、蛋类、肝、肾、鲫鱼、黄鱼、墨鱼、淡菜、海参、虾、甲鱼以及桂圆、荔枝、葡萄、核桃肉、桑椹、大枣等都具有养肝明目的作用。

5) 加强眼部锻炼，坚持做眼保健操。

尖锐湿疣自疗6法

作者：砭艾

链接：<http://bbs.iiyi.com/thread-2342566-1.html>

尖锐湿疣又称生殖器疣，是由人类乳头瘤病毒感染引起的好发于男女生殖器及肛周的仅次于淋病后第2位高发的性传播疾病。患者大多为处于性活跃期的中青年。发病前多有不洁性接触史或配偶感染史。潜伏期1至8个月不等，平均3个月。临床上偶可见儿童发病，一般系通过接触污染的用具如毛巾等而传染。男性患者好发于冠状沟、龟头、系带、尿道口、肛周和阴囊；女性患者好发于大小阴唇、会阴、阴道口、阴道内、尿道内、宫颈、肛周等处。患者中偶有发于口腔、咽喉、气管等部位者。初起为淡红色丘疹，渐增大增多，融合成乳头状、菜花状或鸡冠状增生物，形状大小不一。可有瘙痒、外伤摩擦后出血、疼痛、阴道有分泌物等症状。发于尿道内者可引起血尿、尿路梗阻等。继发感染者可有恶臭气味。部分患者没有典型的症状而表现为亚临床感染或潜伏（隐性）感染。与中医学的“湿热下注”相类同。

1、取虎杖 30 克、龙胆草 30 克、大黄 30 克、赤芍 30 克、石榴皮 30 克、枯矾 20 克、莪术 30 克、紫草 30 克。用凉水 3000 毫升用文火煎煮，煎成 2000 毫升至 2500 毫升，离火后先用热气熏，待水温适宜后坐浴、擦洗疣体 15 至 20 分钟。每日两次。

2、取马齿苋 60 克、枯矾 30 克、朴硝 100 克。用凉水 3000 毫升用文火煎煮，煎成 2000 毫升至 2500 毫升，离火后先用热气熏，待水温适宜后坐浴、擦洗疣体 15 至 20 分钟。熏洗后再以青黛散合六一散混合撒疣体上，保持干燥清洁。每日一次。

3、取木贼草 200 克用凉水 3000 毫升用文火煎煮，煎成 2000 毫升至 2500 毫升，离火后先用热气熏，待水温适宜后坐浴、擦洗疣体 15 至 20 分钟。每日两次。

4、取苦参 30 克、蛇床子 15 克、苍术 30 克、黄柏 15 克、川椒 30 克、百部 15 克。用凉水 3000 毫升用文火煎煮，煎成 2000 毫升至 2500 毫升，离火后先用热气熏，待水温适宜后坐浴、擦洗疣体 15 至 20 分钟。每日两次。

5、取苦参 30 克、白花蛇舌草 30 克、蛇床子 30 克、金银花 30 克、黄柏 30 克、鸡冠花 30 克、败酱草 30 克、夏枯草 30 克、荆芥 12 克、防风 12 克。用凉水 3000 毫升用文火煎煮，煎成 2000 毫升至 2500 毫升，离火后先用热气熏，待水温适宜后坐浴、擦洗疣体 15 至 20 分钟。每日两次。

6、取大青叶 30 克、马齿苋 30 克、蒲公英 30 克、败酱草 30 克。用凉水 3000 毫升用文火煎煮，煎成 2000 毫升至 2500 毫升，离火后先用热气熏，待水温适宜后坐浴、擦洗疣体 15 至 20 分钟。每日两次。

尖锐湿疣患者不要再接触感染源，要洁身自好，保持固定的性关系，杜绝性乱，避免再度感染。在接受治疗的过程中必须“夫妻同治”，禁止性生活，治愈后定期复查。平时适当的进行一些运动锻炼，有助于增强自身抵抗力，保持乐观的心态，解除思想顾虑，注意劳逸结合、饮食起居、寒暖暑湿等，以保持身心健康。多吃诸如香菇、新鲜胡萝卜、人参、蜂皇浆、玉米、西红柿、白薯、杏、猕猴桃、苹果、大麦、生姜、葡萄、草菇、洋葱、桃子、花椰菜、芦笋、银耳、苦瓜、菠菜、番薯、水生贝类等食物以提高肌体免疫功能。注意禁烟酒及刺激性食物以免适得其反。不能滥用激素、免疫抑制剂等，为了避免冲突。



经方治疗慢性荨麻疹

作者：奇难杂病

链接：<http://bbs.iiyi.com/thread-1782467-1.html>

王某，女，45岁，近5年来每到冬季，全身起风疹，瘙痒难忍，多次用西药抗过敏治疗，无法根治，效果难达一月。

- 1、看风疹颜色为淡红色。（初定为寒性）
- 2、摸脉，脉浮、细、迟、无力。（再次定为表虚寒）
- 3、看舌，质淡，苔薄白，舌边有齿痕。（定为虚症）

4、问：四肢冷吗？答冷，小腿还常拘急。问：尿多吗？答多。问人烦躁吗？答烦躁。问会想吐吗？答晨起想吐，但吐不出东西。

针对性的询问及查体后总结：无端烦怒，晨起干呕。刻诊：高出皮肤样风疹块呈淡红色，舌质淡边有齿痕苔薄白，脉浮数细迟无力，扪之四肢发凉。诊断：荨麻疹（少阴病）。

用药：病在少阴，阴寒邪气盛于脾胃，一派阳虚寒盛之相，且有湿症。处方（吴茱萸汤加味）：吴茱萸20克、党参15克、生姜20克、荆芥10克、木瓜10克、桂枝10克、当归10克，日一剂，5碗水煎成2碗，早饭前晚饭后各一碗。三剂后风疹瘙痒减，再服七剂愈。

本期编辑：砭艾、万里云天、刘现国

第三部分——识草药

刺 楸



别 名：鼓钉刺、刺枫树、刺桐、云楸、茨楸、棘楸、辣枫树。

来 源：五加科植物刺楸的树皮。分布广，北自东北起，南至广东、广西、云南，西自四川西部，东至海滨的广大区域内均有分布。朝鲜、苏联和日本也有分布。

形 态：落叶乔木，高约 10 米，最高可达 30 米，胸径达 70cm 以上，树皮暗灰棕色；小枝淡黄棕色或灰棕色，散生粗刺；刺基部宽阔扁平，通常长 5~6mm，基部宽 6~7mm，在茁壮枝上的长达 1cm 以上，宽 1.5cm 以上。叶片纸质，在长枝上互生，在短枝上簇生，圆形或近圆形，直径 9~25cm，少数可达 35cm，掌状 5~7 浅裂，裂片阔三角状卵形至长圆状卵形，长不及全叶片的 1/2，茁壮枝上的叶片分裂较深，裂片长超过全叶片的 1/2，先端渐尖，基部心形，上面深绿色，无毛或几无毛，下面淡绿色，幼时疏生短柔毛，边缘有细锯齿，放射状主脉 5~7 条，两面均明显；叶柄细长，长 8~50cm，无毛。圆锥花序大，长 15~25cm，直径 20~30cm；伞形花序直径 1~2.5cm，有花多数；总花梗细长，长 2~3.5cm，无毛；花梗细长，无关节，无毛或稍有短柔毛，长 5~12mm；花白色或淡绿黄色；萼无毛，长约 1mm，边缘有 5 小齿；花瓣 5，三角状卵形，长约 1.5mm；雄蕊 5；花丝长 3~4mm；子房 2 室，花盘隆起；花柱合生成柱状，柱头离生。果实球形，直径约 5mm，蓝黑色；宿存花柱长 2mm。花期 7~10 月，果期 9~12 月。





栽 培：刺楸的繁殖以播种为主，在秋季果实成熟后采摘，取出种子进行沙藏，第二年的春季进行室外畦播。此外，也可用根插繁殖。

性味功能：苦辛，平。祛风，除湿，杀虫，活血。

用 途：主风湿痹痛；腰膝痛；痈疽；疮癣。

用法用量：内服：煎汤，9~15g；或泡酒。外用：适量，煎水洗；或捣敷；或研末调敷。

经验鉴别：干燥树皮呈卷筒状或弧状弯曲条块状，长宽不一。外表面灰白色至灰褐色，粗糙，有灰黑色纵裂隙及横向裂纹，散生黄色圆点状皮孔。气微香，味苦。以质干燥、皮厚实、钉刺多者为佳。

楸 木

别 名：鹊不踏、虎阳刺、海桐皮、鸟不宿、通刺、黄龙苞、刺龙柏、刺树椿、飞天蜈蚣。

来 源：五加科植物楸木的嫩叶、茎、茎皮。分布于西南及河北、山西、陕西、甘肃、江苏、安徽、浙江、江西、福建、台湾、湖北、湖南等地。

形 态：有刺灌木或小乔木，高2~5m。树皮灰色，疏生粗壮直刺；小枝被黄褐色绒毛，疏生细刺。叶为2~3回羽状复叶，长60~100cm；叶柄粗壮，长可达50cm；

专业交流

托叶与叶柄基部合生；每羽片有叶 5~11，基部有 1 对叶，叶片薄革质，卵形至长圆状卵形，长 7~14cm，宽 3.5~8cm，先端渐尖或短尖，基部圆形，上面被黄褐色柔毛，下面密被黄褐色绒毛，脉上尤多，边缘具细锯齿，侧脉 7~10 对，伞形花序组成顶生的大圆锥花序，长 50~80cm，密被黄褐色绒毛；伞形花序有 30~50 朵花，直径 2.5~5cm；花梗长 3~4cm；苞片锥形，膜质，长 3~4mm，均被黄褐色绒毛；萼无毛，边缘有 5 齿裂；花淡绿白色，直径约 3mm；花瓣 5，三角状卵形；雄蕊 5，花丝长约 2.5mm；子房 5 室，花柱 5，离生或基部合生。核果球形，浆果状，成熟时紫黑色，直径约 4mm，具 5 棱，花柱宿存。花期 7~9 月，果期 9~11 月。

栽培：楸木性喜潮湿、阴凉的生态环境。根系发达，入土深 3~4m，多附着于山箐悬崖峭壁阴湿的石缝间，或分布于山坡湿地周围的灌木丛中。



性味功能：味甘；微苦；性平。利水消肿；解毒止痢。

用途：用于治疗肾炎水肿；臃胀；腹泻；痢疾；疗疮肿毒。

用法用量：内服：煎汤，15~30g。外用：适量，捣烂敷。

责任编辑：金陵一剑



我为人人，人人为我

腹型紫癜一例

作者：anne 医生

链接：<http://bbs.iiyi.com/thread-2609735-1.html>

●病历摘要：

一般资料：患儿，女，6岁，汉族，体重21kg。

主诉：腹痛、稀便、便血2天

现病史：患儿于入院2天前在地摊食用“烤羊肉串”后不久出现腹痛，以脐周围为著，并伴腹泻。初为稀便，呈棕色，有时呈粘液样，之后大便带血，一日3~4次，无发热，无里急后重感。于外院抗炎治疗（用药不详）无好转，于今日来院就诊，门诊以“急性肠炎”收入院。发病以来，无关节痛及其它不适感，食欲尚可，夜间睡眠可。

既往史：既往健康，无类似疾病发作史，无风湿热、肾炎史，无麻疹、百日咳、结核等传染病及接触史，无外伤、手术史，无药物过敏史，按程序预防接种。

个人史：无特殊。

家族史：父母健康，非近亲结婚，家族成员中无类似疾病发作史，无传染病及家族性遗传病病史。

体格检查：体温：36.5℃；脉搏：80次/分；呼吸：22次/分；血压：80/50mmHg。急性病容，神志清，精神不振，查体欠合作。皮肤、黏膜无黄染、出血点及皮疹，浅表淋巴结无肿大。头颅无畸形，毛发分布均匀。双眼睑无浮肿，结膜无充血，巩膜无黄染，双侧瞳孔等大等圆，对光反射灵敏。鼻通畅，口唇无青紫，咽部无充血，双侧扁桃体无肿大。颈软，气管居中，甲状腺无肿大。胸廓对称，双侧呼吸运动节律匀称，叩诊呈清音，双肺呼吸音清，未闻及干、湿啰音。心前区无隆起，心尖搏动局限，无震颤，心界正常，心音有力，律齐，各瓣膜区无病理性杂音。腹部稍膨隆，腹部静脉不显露，无胃肠型及蠕动波，腹壁软，脐周部及下腹偏左压痛，无肌紧张及反跳痛，肠鸣音活跃。余（-）。

辅助检查：血常规：WBC： $8.0 \times 10^9/L$ 、N：40%、L：36%、Hb：116g/L、PLT： $120 \times 10^9/L$ ；hsCRP：6.5mg/L（0-5）；尿常规：外观黄色稍浑浊。镜检：蛋白（+/-）、潜血（++），余（-）。大便常规：黄棕色稀便。镜检：红细胞（++）、白细胞（+）、潜

病例讨论

血(+)，余(-)，未见巨噬细胞及虫卵。腹部透视：腹部肠管胀气，未见液平。腹部彩超：腹部肠管胀气，肠管内有大量液体流动，未见肠套叠征象。

初步诊断：小儿肠炎。

入院后给予流质饮食，头孢曲松钠、西咪替丁、维生素K₁、碱性药物等治疗，患儿仍诉时有腹痛，遂加用山莨菪碱，之后腹痛缓解。入院第二天查房时又发现了新的诊断线索……

●讨论：

1. 对于本病例的诊断忽略了哪些线索？您考虑诊断是什么？
2. 对于本病例，能获得哪些有益的启示？

●临床讨论：

kangjing_dr

本病例特点：

1. 女童，6岁，急性起病，病情较重。
2. 主诉：腹痛、稀便、便血2天。
3. 既往健康，病前有不洁饮食史，稀便、粘液便、便血。
4. 抗炎治疗无效。
5. 查体：生命体征平稳。腹部稍膨隆，腹部静脉不显露，无胃肠型及蠕动波，腹壁软，脐周部及下腹偏左压痛，无肌紧张及反跳痛，余(-)。
6. 辅助检查尿常规：外观黄色稍浑浊。镜检：蛋白(+/-)、潜血(++)，余(-)；大便常规：黄棕色稀便。镜检：红细胞(++)、白细胞(+)、潜血(+)、余(-)，未见巨噬细胞及虫卵。

腹部透视：腹部肠管胀气，未见液平。

腹部彩超：腹部肠管胀气，肠管内有大量液体流动，未见肠套叠征象。

初步诊断：小儿肠炎；血尿、便血待查。

本例患者血尿的来源如何？建议检查变形红细胞，明确血尿的来源。

试验性激素治疗。

不排除腹型紫癜。

anne 医生

现将资料完善并提出临床讨论：

1. 住院经过：

入院后给予流质饮食，头孢曲松钠、西咪替丁、维生素K₁、碱性药物等治疗，患

儿仍诉时有腹痛，遂加用山莨菪碱，之后腹痛缓解。入院第二天查房时发现患儿双下肢及臀部出现针尖至黄豆大小瘀点、瘀斑，对称分布。考虑过敏性紫癜（胃肠型）。遂加用止血敏、地塞米松等药物治疗。患儿症状逐渐消失，复查尿常规无异常。共住院 8 天出院，门诊定期随访。

2. 出院诊断：过敏性紫癜（胃肠型）。

3. 误诊原因分析 过敏性紫癜早期缺乏特异性表现，难以引起重视。本例患者误诊为小儿肠炎主要有以下几方面原因：

①患者症状特点未进行仔细区分。本例患者除腹痛、稀便、便血外，有镜下血尿表现，而且无发热症状，这在肠道感染性疾病少见。

②患者发病前曾食用羊肉串，对之后出现一系列表现既可以是急性肠炎表现也可另有原因。比如食物中毒、全身系统疾病消化道表现等。本例思维局限，分析不够仔细。事实上，临床症状的发生机制是由于抗原与抗体结合形成免疫复合物在肠道血管壁沉积，激活补体，导致毛细血管和小血管壁及其周围产生炎症，使血管壁通透性增高，从而产生了酷似肠炎和镜下血尿的临床表现。所以，临床诊治上应开拓思维，避免误诊误治。

③患者年龄因素未引起足够重视。过敏性紫癜好发于儿童及青少年，开始可有腹痛、腹泻、便血，甚至胃肠道出血等表现，临床称为胃肠型紫癜。本例的误诊，与疾病流行病学中对年龄因素的考虑较少有一定关系。

4. 误诊预防与启示：

①过敏性紫癜好发于儿童及青少年，对早期不典型病例应注意鉴别；

②儿科患者应针对与儿科相关疾病进行分析，不可简单草率，要加以动态观察；

③对辅助资料应仔细分析，本病例尿常规出现潜血在小儿肠炎时罕见，提示可能为其它疾病；血常规中白细胞及中性粒细胞分类不高，不支持炎症，临床医生没有仔细加以辨读；临床上在现有诊断不能很好解释病情时，应进一步查因。

枫之远

粪、尿都出现潜血，应考虑过敏性紫癜的可能，而不能用单纯的肠炎来解释。围绕这个考虑应详细询问过敏史（海鲜过敏、芒果过敏、药物过敏……），近期有无食用易过敏食物、药物等，仔细寻找有无皮肤症状。

冷丁

棕黄色稀便，潜血（+），可以肯定是下消化道出血，可以考虑的疾病有限，肠套叠已排，未见虫卵。坏死性肠炎症状要重得多，溃疡应有既往史。

病例讨论

结合小便潜血(++)，有以下几个问题及体征需注意：1. 流行性出血热。注意体表检查及肾功能；2. 过敏性紫癜；3. 中毒。

xzp_dragon

小儿过敏性紫癜早期不典型起病者很容易误诊，儿童腹痛、腹泻也是一个容易产生诊断偏差的疾病。过敏性紫癜的病理损害主要是毛细血管的损害，除了皮肤粘膜的毛细血管容易发生病变，浆膜、滑膜、肾小球毛细血管基底膜都可以发生病变。在整个病理过程的不同阶段，不同的脏器组织发生毛细血管损害的时间顺序、病变程度都有个体差异，因而很容易发生误诊，比如腹痛当成急腹症、血尿、蛋白尿当成急性肾小球肾炎、关节疼痛当成风湿病等等。但只要认真对待，仔细观察，全面分析，总可以发现诊断的关键性证据，一元论地解释皮损、腹痛、肾损等现象，会在不太长时间内得到正确的诊断结论。

anne 医生

●总结病例

一、病例特点：

1. 6岁学龄前儿童，主因腹痛、稀便、便血2天就诊。
2. 病前有明显的发病诱因（地摊上食烤羊肉串）。在外抗炎治疗（不详）无好转。
3. 既往体健，个人史及家族史无特殊。
4. 查体：生命体征平稳。腹部稍膨隆，腹部静脉不显露，无胃肠型及蠕动波，腹壁软，脐周部及下腹偏左压痛，无肌紧张及反跳痛。
5. 腹部影像学进一步排除肠套叠、肠梗阻等外科急腹症；血象不高；镜下血尿。
6. 病程后期出现下肢及臀部皮疹。

二、临床诊断：过敏性紫癜（胃肠型）。

三、诊治进展：

小儿过敏性紫癜(allergic purpura)又称出血性毛细血管中毒症或亨-许综合征。这是一种较常见的毛细血管变态反应性疾病，病变主要累及皮肤、黏膜、胃肠、关节及肾脏等部位的毛细血管壁，使其渗透性和脆性增加，以致造成出血症状。其中胃肠型过敏性紫癜，在幼儿可因肠壁水肿、蠕动增强等而致肠套叠。腹部症状、体征多与皮肤紫癜同时出现，偶可发生于紫癜之前。

诊断需与小儿特发性血小板减少性紫癜鉴别。后者较过敏性紫癜皮肤损害特点呈非对称分布，很少有关节症状，血小板计数低。根据发病前的前驱症状，随之出现典型的皮肤紫癜及腹部症状，一般不难诊断本病。值得一提的是：胃肠型过敏性紫癜

应与胃肠型感冒相鉴别。

治疗原则：

1. 设法除去致敏因素；
2. 单纯者可用复方芦丁、钙剂、维生素 C、抗组胺制剂；
3. 发热及关节炎可用皮质类固醇激素，但不能阻止肾脏侵犯，对顽固的慢性肾炎者可加免疫抑制剂；
4. 及时发现并处理并发症。对伴有肠套迭、大量胃肠道出血、肠坏死或穿孔者应及时手术治疗；
5. 中医疗法：祖国医学积累了不少治疗经验，对于病情缓解以及西医应用激素出现的不良反应均有裨益。可请中医科会诊，协助治疗。

四、感悟：

首先，充分获取患者病史信息有助于对疾病情况做出大概的预测与评估。

其次，应将辅助检查结果纳入医生的鉴别诊断范围内，特别是当有线索提示为其它诊断时。在临床工作中，应注意培养科学的辨证思维，这对于临床医师至关重要。此病例临床症状和体征不复杂，但辅助检查发现了与原来诊断矛盾的问题，病程演变印证了最初诊断错误，同时确定了最后诊断。这就要求我们从简单临床表现中学会用发展眼光看问题，以便及时发现问题，理出头绪，抓住重点，缜密思维，发现各种症状和体征联系的线索，尽量用“一元化”解释所有的症状和体征。

最后，当患者病情早期不典型和/或患者的症状和体征用常见病难以解释时，要想到其它全身性疾病、少见病或疑难病，这就要求我们深入学习，扩大知识面，尤其要随着研究进展注意知识的更新。

高热患儿的不幸结局

作者：xzp_dragon

链接：<http://bbs.iyyi.com/thread-2609816-1.html>

●病历摘要：

患儿来我院之前已经 20 日辗转在多家医院检查治疗，直到来我院 15 天后才确诊。整个诊疗过程告诉我们，临床医学永远都不可能尽善尽美，误诊不怕，怕的是不能在误诊病例中获取不再误诊的经验。

病例讨论

（第一部分）

一般情况：男性，3岁。

主诉：持续发热20天，加重伴意识障碍、四肢抽搐4天

现病史：患儿于20天前开始出现发热，以“感冒”在诊所抗感染输液治疗2天。体温不降反升，最高达39℃以上，遂去某二甲医院治疗。因为只是发热，反复的弛张高热，没有肺炎的证据，血常规检查，白细胞数略高，淋巴与单核比例略高，故给予抗菌和抗病毒治疗，过程中患儿间断发生呕吐，有时头痛，但退热后精神状态好，食欲也好，无颈部强直。3天后因病情无好转，遂前往本地儿科医院住院治疗，病情与前大体相同，诊断和治疗思路也差不多，但发热更明显，物理降温及药物退热治疗后可降至38℃左右，之后再次升高。这期间患儿诉说头晕、头痛的次数增加，恶心呕吐的次数增加，患儿家属拒绝腰穿检查。5天后，出院前往外地某医科大学附属医院儿科。这期间除了上述症状外，患儿的精神状态差，进食差。

以上述资料为依据，您考虑诊断是什么？除了腰穿之外，还有别的方法可以确诊吗？

●临床讨论：

浪漫海岸线

以上述病史为依据，您想到哪些诊断？除了腰穿之外，还有别的方法可以确诊吗？

1. 持续发热20天，加重伴意识障碍、四肢抽搐4天（这个优先考虑中枢神经系统感染）；2. 患儿以感冒起病，抗菌无效，持续发热，最高达39℃以上，反复的弛张高热（弛张热又称败血症热型。是指体温常在39度以上，波动幅度大，24小时内波动范围超过1℃，但最低体温仍高于正常体温），没有肺炎的证据。血常规检查：白细胞数略高，淋巴与单核比例略高。血常规提示：1. 病毒感染；2. 血液系统问题；3. 身体抵抗力差。热退状态好，以物理降温及药物退热治疗后可降至38℃左右，之后再次升高。这期间患儿头晕、头痛的次数增加，恶心呕吐的次数增加（病毒性脑膜脑炎？）。

诊断考虑：1. 中枢神经系统感染；2. 败血症；3. 病毒性脑膜脑炎。

除了腰穿鉴别的方法：1. 血液系统检查；2. 脑电图；3. CT、磁共振成像。

anne 医生

发热是多种疾病的常见症状。高热(High Fever)在临床上属于危重症范畴。长期高热可见于以下两种情况：

1. 常见病 败血症、沙门氏菌属感染、结核、风湿热、幼年类风湿症等。

2. 少见病 恶性肿瘤(白血病、恶性淋巴瘤、恶性组织细胞增生症)、结缔组织病。

结合楼主提供的信息，本例病程早期除高热外，抗菌素、抗病毒治疗无效，无其它伴随症状以及提示诊断的线索。但后期出现了中枢神经系统症状。

热型对于判断感染性疾病的病原种类有一定的帮助，本例病程表现为反复的弛张高热，似乎支持严重的感染，这种感染可能为某种特殊类型病原体的感染。

1. 病毒感染：比如 EB 病毒 (EBV)、巨细胞病毒、人疱疹病毒 6 型和 7 型等病毒感染是儿童长期发热较为多见的原因。需有针对性地完善进一步的检查，如病毒抗体的监测、细胞免疫功能的评估，以及必要的病理检查（骨髓、淋巴结等）。

2. 结核感染是儿科特殊感染的主要病原体之一，儿童肺结核以原发性最为多见。此外，由于结核菌随血源播散，累及体内脏器，表现为相应器官的结核感染。儿童中结核菌素试验阳性，而未找到病灶的潜伏结核感染并不少见，上述情况均可表现为长期反复发热，而结核中毒症状不明显，易误诊。因此，对于长期发热诊断不清的患儿，建议常规进行结核菌素试验。

3. 真菌感染引起长期发热的以新型隐球菌多见，病原常累及单核淋巴系统、中枢神经系统、肺部等，多有禽类接触史（如鸽子的粪便）。因此，对于发热原因诊断不清的患儿，要考虑到这类疾病的可能，并注意询问有无传染源接触史、疫区居住史等，并进行相关特异性检查，比如颅脑 CT 或 MRI，脑电图，脑脊液检查等。

4. 其他病原体感染：单纯支原体感染引起长期发热的并不多见，往往伴随着混合感染以及由于感染后导致的免疫相关性疾病，如血管炎（川崎病）、关节炎（反应性关节炎）等。在各种感染性疾病的鉴别中，需要强调免疫缺陷患儿的诊断。儿童免疫缺陷病以体液免疫缺陷病、细胞免疫缺陷病和中性粒细胞缺乏或功能异常较为多见。而这些患儿多易出现特殊类型的感染，以发热为首发症状。对继发的细胞免疫缺陷病的患儿，要重视艾滋病病毒（HIV）感染的可能。

5. 非感染性疾病：这类疾病中，较常见的是结缔组织病。其中幼年类风湿关节炎全身型的疾病早期表现可与感染性疾病非常相似，表现为反复发热、炎性指标升高、多脏器受累，而关节症状并不突出。诊治过程中需要仔细观察病情变化，随时进行评价。白血病、淋巴瘤等血液系统疾病导致患儿长期发热也并不少见。对于患儿长期发热，感染中毒症状不重，热退后精神反应较好，未发现感染病灶，抗感染治疗效果不佳，或病情进行性加重伴有明显的血液系统受累的表现，无法完全用感染及其他疾病解释时，要考虑到此类疾病的可能。骨髓穿刺有助于诊断。

病例讨论

总之，由于患者诊断线索较少，目前只能是泛泛而谈，除了腰穿之外，还可以做 EB 病毒（EBV）、巨细胞病毒、人疱疹病毒 6 型和 7 型、HIV 等病毒检测，新型隐球菌检测，脑电图、头颅影像学检查、骨髓穿刺等检查。如果大体猜三个疾病，首先是新型隐球菌感染；其次为结核性脑膜炎可能，后者多有颈项强直，本例缺乏，可能性小。再次，应注意 EBV 感染所致的传染性单核细胞增多症可能。

（第二部分）

现病史（续）：在外地某医科大学附属医院儿科治疗过程中患儿病情明显加重，经反复动员，给予腰穿脑脊液检查，诊断“脑膜炎”，具体诊断和治疗内容不详。住院 1 周后，病情加重，出现意识不清，逐渐进入昏迷状态，全身强直，四肢抽搐。再次转院至某军队医院，再次腰穿，确诊为“结核性脑膜炎”并给予抗结核、抗感染、营养脑细胞，支持、对症治疗，病情无好转，意识水平进一步下降，伴有反复的肢体强直和反复痉挛发作。4 天后家属放弃治疗，辗转回到居住地来我院，放弃系统治疗。入院后给予积极的抗惊厥治疗，家属拒绝其它治疗，20 小时后临床死亡。

查体：（入院时）发育正常，营养中等，呈浅昏迷状态，呼之不应，平车推入病房，查体不合作。血压 136/80mmHg。皮肤及黏膜无苍白。浅表淋巴结未触及肿大。额纹及鼻唇沟对称。双瞳孔等大正圆，直径约 3.5mm，光反射迟钝，无眼震，双眼向左侧凝视。颈强直。双肺叩诊音清，呼吸音粗，可闻及干、湿啰音。心率 210 次/分，律齐，各瓣膜听诊区未闻及杂音。四肢肌张力增强，右侧上下肢及左上肢强刺激后无运动，左下肢强刺激下可抬离床面。四肢腱反射亢进，双侧 Babinski Sign（+）。颈强，Kernig Sign（+），Brudzinski Sign（+），双下肢无水肿，生理反射存在，Babinski 征（+）。

诊断：结核性脑膜炎；继发性癫痫。

讨论：关于脑膜炎的鉴别，在社区医疗机构全科医疗范围内，需要保持一定的警惕性。幼儿结脑头痛一般不常见，进行性发热、呕吐、脑膜刺激征最常见，性情改变和抽搐也可能成为主要表现。可以没有结核接触史。可以找不到结核感染灶，而称之为真性血行感染。

此患儿来我院时所携病例资料很少，反复询问家属，配合不好，好在疾病是确诊的，希望在儿童感染性疾病诊断方面，给我们一个很好的提示。

责任编辑：yjb5200120

编辑：踏雪无痕、刘现国、kangjing_dr

医疗资讯

安徽：18 家医院因违规使用体外诊断试剂被约谈

日前，安徽省食药监局针对部分医疗机构使用未经注册和过期的体外诊断试剂现象，集体约谈省内 18 家二甲以上医院，要求其立即停止违法行为，规范使用体外诊断试剂。“体外诊断试剂涉及疾病诊断与治疗的全过程，直接影响临床正确的诊断。”省食药监局相关负责人表示，诊断癌症等病症的免疫组化试剂是风险程度最高的第三类体外诊断试剂，需要经过严格的临床试验和国家食药监总局的技术审评，确认其安全有效后，才能取得医疗器械注册证并上市流通。

广东：率先向职称评定开刀 医院也将试点

9 月 1 日起广东省科技人员职称评价将不再“唯论文”。根据广东省人社厅和广东省科学技术厅发布的《关于进一步改革科技人员职称评价的若干意见》，主要变更内容有三点：增加科技成果转化的职称评审指标；从重论文数量转化为重论文质量；进一步向科技创新单位下放职称评审权。据广东省人社厅副巡视员贺东透露，“近期将在高水平大学和科研院下放，接下来在医院也会下放。放管结合，今年下半年到明年，会逐步安排下放。”

福建：允许医师多点执业

近日福建省政府正式发布《关于加快推进社会办医的若干意见》，该意见允许医师多点执业，明确支持公立医院医师到社会办医多点执业，同时提出支持台港澳医生到福建省短期行医。业内专家廖新波认为，医师多点执业远非“多点”和“创收”这么简单，任重而道远，它将撬动人事（编制和职称）制度、支付制度、监管机制、医保体制改革，是落实“政府引导、市场推动”最为活力的杠杆。

内蒙古：40 家医院长期负债 部分医院负债达 85%

日前，内蒙古自治区 2014 年医院全成本核算监测报告出炉。据介绍，医院全成本核算指标包括医师与床位比例、病床使用率、平均住院日、资产负债率、年诊疗人次、卫生材料占医疗成本、财政补助占总收入比例等 33 个主要指标，结果表明 40 家医院长期负债，一些医院的负债竟然高达 85%。相关人员表示：“作为卫生行政主管

部门，有了医院的全成本核算与分析，明确问题到底出在什么地方，才好对症下药。”

湖南：强化基层医疗卫生服务体系

据湖南省卫生计生委的消息，《关于进一步加强基层医疗卫生服务体系建设的若干意见》的通知业已下发，多措并举提升基层医疗卫生机构服务能力，其中规定基层医务人员奖励性绩效工资占绩效工资比例不低于 60%，在核定年度绩效工资总量的基础上，基层医疗机构可提取不超过 50%的收支结余，按照相关规定，作为单位当年的职工福利基金、奖励基金，同时加大财政投入做好基层医疗设施建设。

PNAS：科学家首次发现神秘力量支撑长时间分娩宫缩

利物浦转化医学研究所 Susan Wray 教授的研究团队对子宫收缩机制进行研究。其发现一种保护子宫肌肉的机制——低氧诱导力增强（HIFI），这种机制能够在子宫面临反复性缺乏血液和氧气供应的情况下，促进子宫收缩进行自我保护。试验过程中，一旦 HIFI 机制启动，能够维持数小时。这种机制是支撑长时间分娩的关键，增加紧急剖腹产的婴儿存活几率。Wray 教授表示，这是一个惊奇的发现，不仅扩充了科学家们对生物系统响应低氧状态的认知，还为医生应对难产等分娩困难提供了新的解决思路。

J Neurosci：有效清除大脑废物的最佳睡姿

近日刊登在国际杂志 the Journal of Neuroscience 上的一篇研究报告中，来自纽约州立石溪大学（Stony Brook University）的科学家们通过研究表明，相比躺着睡觉或趴着睡觉，侧卧睡觉或许可以更加有效地移除大脑的废物，而且这种睡姿也被证明可以有效帮助个体降低患阿尔茨海默病、帕金森病及其它神经变性疾病的风险。研究者 Benveniste 表示，淋巴系统在侧卧睡姿中是表现最为有效的，可能有利于清楚大脑废物。

Neurology：自身免疫性甲状腺炎增加卒中发生风险

德国的 André Karch 教授旨在研究自身免疫性甲状腺炎对卒中的影响，评估是否随 AIT 持续时间变化卒中风险有所增加，以及是否独立于经典的心血管危险因素而存在。研究结果表明 AIT 患者中卒中风险轻度增高，且在 AIT 诊断一年后影响最为显著，同时更好地筛查和早期治疗无症状性甲状腺功能减退性 AIT 患者能够帮助减少其在诊断后首年内发生卒中的额外风险。该研究结果发表于最近的《神经病学》杂志中。

责任编辑：hehanhan

《豆豆听你讲故事》之——有“为”才有位

作者：zmdzfx

链接：<http://bbs.iiyi.com/thread-2611519-1.html>

（话题）

护士安宁：我是 09 年毕业的护理本科生，今年刚考完主管护师，之前一直都在各科室轮转，近两年才算安顿下来。我现在糖尿病科，在这个新科室刚工作满一年。最近，医院组织责任护士护理组长竞聘，有意竞聘者不仅要参加医院组织的笔试选拔，还要有医院和科室的民主测评。我在犹豫，最近该去竞聘这个护理组长吗？纠结有一段时间了，心里也是不甘心自己就这样一直平庸下去。请部落里的高手，给支个招呗？

（讨论）

蓓蓓：作为一个过来人，我要对安宁妹妹说，这是一次追求进步、向上进取的极好机会，也是你向护士长岗位迈进的一个台阶，要把握好，机不可失，时不再来。很多时候，机遇就是这样，在你的犹豫和彷徨中溜走的，别再犹豫。

莉莉：当然要去参加！作为护士，有一颗不甘平庸的心很重要！成不成功不重要，重要的是要把握每一次展示的机会，不要有压力，就当这次竞聘是对你的一次锻炼好了，这种经历能提升自信心。

薇薇：要去，竞聘上更好；不然，也是对你人生中的一种磨砺。有上进心挺好，即使不成功也是一种历练。加油！

（点评）

护理组长的公开竞聘选拔，是医院选拔护理管理后备力量的一种常见形式，对于每一名有进取心的责任护士来说，这是一次绝好的上进机会，大家站在一个起跑线上，只要你够条件、有信心，肯付出努力，大家都有机会脱颖而出，成功晋级。

可不要小看了这个护理小组长，她在临床科室起到举足轻重的作用：

护理管理后备人才：责任组长是科室护理骨干、中坚力量，护理部进行护理人才队伍建设时，通常会分批安排护理管理后备人才——责任组长到一些重点科室、重点部门进行院内外培训和学习，以拓展护士知识面和临床管理能力，积累了一定临床管理经验的护理组长，将是科室未来护士长的最佳人选。

科室专科护理人才：医院选送培养造口伤口、糖尿病、PICC、肿瘤护理、透析护理等专科护士，提升护士临床教学、专业化服务水平。一般都是从科室里的骨干——护理组长中选派，培养出的专科护士集专科技术和临床经验于一身，能较好地解决护理实际问题，迅速成长为护理骨干，有效提升科室护理质量。

护理会诊答疑解惑：护理核心制度《护理会诊制度》中明确规定，在护理业务、技术等方面遇见疑难问题，科室难以解决的，一般都会请求临床护理专家——责任组长、各学科资深护士长进行护理会诊，共同讨论研究后提出解决方案，此时，就是责任组长发挥作用，展示自我、凸显才干的时候。

领跑科室专科水平：责任组长要掌握科室高难度的危重症护理技术，在其位，就要谋其政，在这个位置上的护士比之普通责任护士，有职责，有担当。当然，也有压力和动力，成长速度也相应的增快。她的身上，集中代表着科室业务水平。

管理能力得到锻炼：责任组长是处于护士长之下、责任护士之上的护理中坚力量，在科室护理管理中起到承上启下的重要作用，有丰富的专科护理经验和临床管理能力，也是未来护士长的后备军，不甘平庸，有能力的护士可有意识地从这里得到锻炼。

山东滕州微山红河湿地一日游

作者：kaixindoul

链接：<http://bbs.iiyi.com/thread-2620633-1.html>





微山湖自然湿地，远近闻名，包含丰厚的历史文化底蕴，依托着环境优美风情浓浓的微山湖，拥有着万顷红荷和百里苇荡。素来有着中国“荷都”之称。



铁道游击队湖上战场



刘洪大队长



芳林嫂



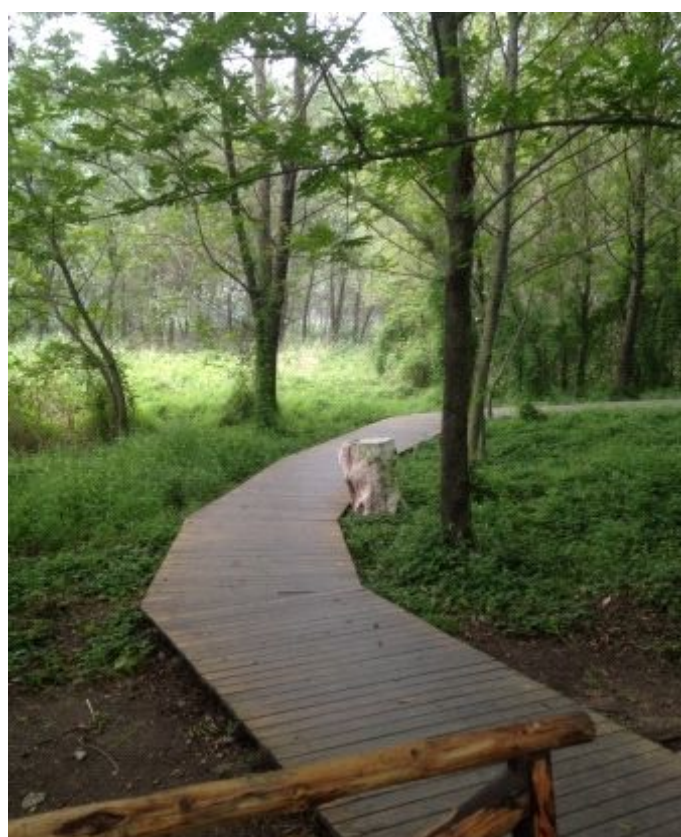
随船畅游，红荷湿地景色宜人





瞧那一望无际的碧绿荷叶，亭亭玉立的荷花矗立湖面上。随风舞动，那含苞欲放的荷花儿，粉的，白的，黄的，绚丽多姿，荷叶上晶莹剔透的水珠，在太阳的光环下，银光闪闪，绝对是美不胜收。





责任编辑：中医理论

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！感谢大家对爱爱医杂志的支持和厚爱！

心电图有奖读图第四十七期

评审工作及获奖名单

作者:htchb

链接: <http://bbs.iyyi.com/thread-2614817-1.html>

这份心电图云的影子分析的很到位，秋土的梯形图标注的也很精彩。从长II导联来看，第3行可见有窦性搏动，频率较慢，约28bpm，其后就出现了窦性停搏（短暂全心停搏）、交界性逸搏心律，在第4、5行中，可见伴有房性早搏和房性逸搏的出现，第1、2行和最后1行，应该为房速，频率约为136bpm；在12导同步记录上可见V5导R波达3.3mv左右，结合患者高龄，应该考虑左心室肥厚的可能，由于患者未继续在我院治疗，所以未进一步做心超证实。综合全部心电图来看，患者符合慢快综合征的表现，是起搏器植入的适应症。

心电图诊断：

- 1、显著窦性心动过缓
- 2、窦性停搏（短暂全心停搏），交界性逸搏及交界性逸搏心律，房性逸搏
- 3、频发房性早搏伴房性心动过速
- 4、左心室肥厚
- 5、ST-T 改变

心电图符合慢快综合征的表现，报危急值，建议进一步检查。

获奖名单：

一等奖：云的影子 秋土

二等奖：粉红大象

三等奖：xiongyixi wjjhywj

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

的临床专业总结，以提升理论层次。

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

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

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

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

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

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

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

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

注：

1.中医基础科学、中医临床各科、中药相关科学等相关文章均可投稿。

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

【征稿对象】全体爱友。

【征稿时间】长期

【征稿形式】

1.请爱友参考《爱爱医》杂志版（<http://zz.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。





爱爱医

O2O诊疗联盟

——爱爱医带您与“互联网+”时代一起飞



① 爱爱医-诊疗助手

快速问医生-云病历 ②



宣传品牌

便利工作

提高收入

入盟QQ: 2221168886
客服热线: 4009886120

诊疗有爱 生活更美