

 www.iyyi.com

2016. 08

爱爱医



第七期 总NO. 79

Volume8, number8, Aug2016

青春不负她

作者：zengwu200

链接：<http://bbs.iyyi.com/thread-3214848-1.html>

云在冬天发了芽，
突然盛开，三月杨花；
风在街角红灯挂，
轻轻摇摆，去了谁家？

等西湖斜阳晚霞，
听钱塘一段佳话，
此情天涯。

坐看流星孤山下，
正是巾帼好儿女，
青春如她。

当年苏堤轻竹筏，
回首雷峰塔，
片刻，
挥手一笔满铅华。

西湖碧波水生花，
雷峰塔下问晚霞；
孤山樱花下，
青春如她。

武林旧事柔肠侠，
水浒儿女六和塔，
随风勾年华，
人生一杯茶。

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 刘延红 刘现国 李照禄

何含含 杨俊标 张常哲 陈建华

殷吉磊 韩希乾

《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

青春不负她..... 1

专家讲坛

王绿娅：家族性高胆固醇血症的识别和处理..... 1

季汉华：冠脉痉挛综合征诊断要点..... 3

关 注

关注：儿科医生能撑多久..... 7

专业交流 西 医

让人揪心的腹痛误诊..... 10

急诊科医生临床经验交流..... 11

首诊医生如何减少误诊感悟..... 13

学习糖耐量异常的笔记..... 14

超声入门贴 495——超声诊断消化道穿孔..... 16

两例发热患儿引发的思考..... 18

她为何瘫痪？..... 21

令人抓狂的胎儿窘迫..... 22

我治疗疼痛的一些经验和教训..... 23

心电图读图 59 期..... 25

专业交流 中 医

关节炎奇方——蓖麻糊..... 27

让更多人享受真正的中医..... 28

土郎中临症手记..... 30

我的听课读书笔记体会和临床病例心得..... 35

识 草 药

吴茱萸..... 37

甘 草..... 38

病例讨论

发热、咳嗽三天..... 39

4 月龄患儿麻疹引出的思考..... 42

咳嗽、咳痰 1 月，胸痛、胸闷、气短 2 天..... 45

医疗资讯

医疗资讯..... 50

医网情深

坚 持 行 医..... 55

编读往来..... 56

编读往来

心电图有奖读图第五十八期..... 57

评审工作及获奖名单..... 57

杂志稿约

爱爱医杂志稿约..... 58

王绿娅：家族性高胆固醇血症的识别和处理

推荐者：穿白衣

链接：<http://bbs.iiyi.com/thread-3240809-1.html>

来源：心在线网站

家族性高胆固醇血症（FH）是一种由低密度脂蛋白受体（LDLR）基因突变导致的遗传代谢性疾病。其主要的临床特点是低密度脂蛋白胆固醇（LDL-C）水平极度升高、多部位的皮肤黄色瘤、早发动脉粥样硬化（AS）和冠心病。

一、FH 的危害

目前认为 FH 杂合型患病率约为 1/137，纯合型约为 1/（16~30 万）。FH 患者冠心病风险非常高，杂合型 FH 患者总胆固醇（TC）水平可达到正常人的 2 倍以上，动脉粥样硬化进程可加速 5 倍，20~40 岁冠心病的危险性增加 100 倍，50%男性 60 岁前死于心梗。但目前 FH 诊断和治疗严重不足，大多数国家 FH 的诊断率不足 1%，我国也在其中。诊断率低，治疗不充分，将大大增加冠心病的风险。

二、FH 的发病机制

FH 是一种严重的常染色体显性单基因遗传性疾病，目前公认的致病基因有 LDL-R、ApoB、PCSK9。但研究发现，目前>30%的 FH 患者未检测到 3 个已知的基因突变，因此，有学者以 12 个与 LDL-C 升高相关的基因，构建评分模型，结果发现对临床确诊为 FH 但未发现基因异常的患者分值增高，认为该模型有效，且提示 LDL-C 升高是多基因叠加的作用，许多 FH 属于多基因变异，应诊断为“多基因高胆固醇血症”。

三、FH 的诊断标准

未经治疗的 FH 患者冠心病风险远大于接受治疗者，因此，制定一个明确的诊断标准对预防冠心病进展非常必要。目前常用的临床诊断标准有荷兰脂质临床指南（根据临床表现计算评分）、英国西蒙标准、美国诊断标准。国际推荐使用荷兰脂质临床指南的诊断标准。

与其他国家的诊断标准相比，我国较为陈旧，大多根据陈在嘉主编的《临床冠心病学》中提出的标准：成人血清 TC>7.8 mmol/L，16 岁以下儿童 TC>6.7 mmol/L 或

LDL $>$ 4.4 mmol/L，患者或亲属有腱黄瘤者诊断为纯合子 FH，未达纯合子标准者诊断为杂合子 FH。

四、FH 最新国际指南

FH 已被世界各国所重视，相继发布了不同的指南。2013 年，欧洲动脉粥样硬化学会（EAS）首次发布 FH 诊治共识；2013 年，国际 FH 基金会首次对世界所有 FH 指南和共识进行整合，发布了整合指南；2014 年，EAS 发布了纯合 FH 诊疗意见书。

2013 年 EAS 发布的 FH 诊治共识不建议采用心血管评分量表评价 FH 风险，而强调“累积 LDL-C 负担”的概念；并推荐根据荷兰评分（DLCN）进行临床诊断，认为儿童最佳筛查年龄为 2~10 岁。

2013 年 FH 整合指南建立了 FH 特殊的国际疾病分类编码及统一的、国际化的临床诊断标准，提出建立国家 FH 临床管理网络，并首次整合对女性 FH 的诊治指南。

EAS 纯合 FH 诊疗意见书认为患者管理目标包括早期预防动脉粥样硬化，全面控制胆固醇，早期发现并发症，尤其需要特别关注冠状动脉开口闭塞和主动脉瓣狭窄。

五、FH 的治疗

1. 治疗目标

FH 患者的治疗首要目标仍是 LDL-C，最新的 ESC/EAS 指南建议 LDL-C 的治疗目标为：（1）儿童 LDL-C $<$ 3.5 mmol/L（135 mg/dL）；（2）成人 LDL-C $<$ 2.5 mmol/L（100 mg/dL）；（3）成人伴冠心病或糖尿者 LDL-C $<$ 1.8 mmol/L（70mg/dL）。以上目标均适用于杂合型 FH 患者和纯合型 FH 患者，无论年龄大小。

2. 治疗方法

（1）控制饮食和运动

指南共识均建议 FH 患者应改变生活方式，应有营养师提供特殊的营养建议，同时每天应进行至少 30 分钟的运动，每周至少 5 天，同时强调戒烟的重要性。

（2）药物治疗

多采用联合用药，他汀类药物联合依折麦布或普罗布考临床最为常用。

传统药物 作用机制和效果

他汀类 抑制 HMG-CoA 还原酶、TC、LDL-C

依折麦布 为胆固醇吸收抑制剂，作用于小肠 NCP11 和 LDL-C

普罗布考 为抗氧化剂，降低 LDL-C

贝特类 可提高脂肪酶活性，降低 TG 和 VLDL

烟酸类 降低 TG 和 VLDL，升高 HDL

ApoB-100 抑制剂米泊美生为第二代反义核酸药物，一项Ⅲ期临床试验共纳入 158 名纯合 FH 患者，将患者随机分为 2 组，治疗组 105 人，给予米泊美生 200 mg/周，对照组 52 人，给予安慰剂。26 周后，治疗组 LDL-C 和 ApoB-100 下降 38%，而对照组仅下降 4%。该研究提示，米泊美生治疗纯合 FH 患者可显著降低 LDL-C 水平而额外获益。但该药目前在中国尚未上市。

3 月 22 日，EAS 公布的一项研究显示，alirocumab 联合高或低剂量他汀，患者 LDL-C 分别降低 62%和 61%，可显著减少心血管终点事件。

（3）LDL 分离术

血液透析可加速降低 LDL，改善心血管病变。

（4）肝脏移植

纯合子 FH 肝脏移植后胆固醇可恢复正常，动脉钙化消失。对于纯合子 FH，我们必须大胆行动。

（5）基因疗法

季汉华：冠脉痉挛综合征诊断要点

推荐者：穿白衣

链接：<http://bbs.iiyi.com/thread-3240932-1.html>

来源：心在线网站

出现胸痛、胸闷，到底是痉挛还是梗死？临床上，这样的困惑时常发生。近日，在 2015 年心血管疾病药物治疗高峰论坛（CTSC）上，北京民航总医院季汉华教授为我们梳理了冠状动脉痉挛综合征（coronaryarteryspasmsyndrome, CASS）的诊治经验。

季汉华教授指出，由于冠状动脉痉挛（coronaryarteryspasm, CAS）诱因较多、“迷惑性”强，有创检测风险大且技术要求高，确实容易难倒医生。碰到可疑患者时，可从诊断流程、检测方法、典型病症等方面“抽丝剥茧”，仔细鉴别。

诊断流程

1. 有心电图（ECG）的缺血性改变排除劳力性心绞痛，则可能是痉挛；

2. 无心电图的缺血性改变：

a. 非创伤性激发试验：呈阳性，则痉挛的可能较大；呈阴性，则需要联合心脏负荷试验，若仍呈阴性，则可进行运动心电图、心肌核素等检测，再根据其提供的证据判断是否可能存在痉挛。

b. 冠状动脉造影（金标准）：若狭窄较严重时为冠心病；若不狭窄时则需要进行药物的激发试验来确定是不是冠状动脉痉挛。

检测方法

1. 心电图或动态心电图

发病时的心电图对临床诊断有重要的意义，但一般很难得到有用的心电图信息。若得到了改变的心电图，则需按下面几种情况进行分析：

a. 变异性心绞痛：表现为一过性的 ST 段抬高，且没有发生心梗。

b. 非典型 CAS 性心绞痛：表现为 ST 段压低，T 波的改变。需和显著狭窄的冠心病鉴别。

c. 无症状性心肌缺血：表现为 ST-T 的改变但无胸痛症状，可出现各种类型心律失常。

d. 冠状动脉痉挛：常表现为 ST 段压低，T 波倒置。若存在自发性的冠状动脉狭窄，且前降支有狭窄，在狭窄基础上发生了痉挛，注射硝酸甘油后心电图的 T 波倒置正常化。

2. 运动试验

运动试验是诊断冠心病的方法之一，症状不典型时需要做运动试验，若发生典型的 ST-T 改变，呈阳性则可能是冠心病，并不能直接诊断 CASS，必须结合临床情况综合考虑。

若运动时无缺血性的 ST 段压低，恢复期有 ST-T 段的改变是检测痉挛的特征性变化。

3. 联合负荷试验

核素灌注心肌显现负荷试验中的反向再分布可能是 CASS 的显著特征之一。

若将临床症状、运动心电图和核素灌注心肌显像负荷试验结果综合判断，以同时具备静息性胸闷/胸痛的临床表现、运动心电图阴性或恢复期 ST 段缺血性改变以及核素灌注心肌显像反向再分布三个特点为诊断 CASS 的标准，在与乙酰胆碱激发试验的对照中，其敏感性为 96%，特异性为 94%。

但需要注意，目前该方法主要是来自单中心的经验，尚需进一步验证。

4. 非创伤性激发试验

主要包括冷加压试验、过度换气试验、清晨运动试验等。由于特异性较高，敏感性太低难以满足诊断要求，故临床应用不多。

该方法可以在不具备创伤性药物激发试验以及联合负荷试验诊断条件时进行初步筛查。

联合两种激发试验有可能提高诊断价值，在清晨进行试验可以提高阳性检出率。

5. 创伤性药物激发试验

若用冠状动脉造影进行检查时没有发现明显的狭窄，但患者伴有胸痛和胸闷现象，此时就可以用乙酰胆碱或麦角新碱进行药物激发试验。

诊断标准：冠状动脉内注射麦角新碱或乙酰胆碱后会发生局限性或弥漫性痉挛使血管狭窄程度达到 90%以上，并同时出现与平时性质相同或类似的胸痛或胸闷，伴或不伴有心电图的缺血性改变，数分钟后自动或向冠状动脉内注射硝酸甘油后解除血管痉挛，胸闷或胸痛症状也随之缓解。

麦角新碱激发试验的敏感性和特异性均较高，但有时会出现严重的心律失常、心肌梗塞及猝死等并发症，需要在充分做好心肺复苏准备条件下进行。由于其并发症严重故应用渐少。

乙酰胆碱诱发试验发生严重并发症的概率相对较低，应用广泛。

典型病症

1. 典型冠状动脉痉挛（变异型心绞痛）：

a. 临床症状：静息性胸痛或胸闷，程度多较剧烈，可呈典型心绞痛样发作，伴濒死感及出汗，若痉挛不能及时解除可进展为急性心肌梗死。

b. ECG 的 ST 段抬高，运动耐受能力良好，多数为运动试验阴性或运动后恢复期出

现缺血性心电图表现。

c. 发射型计算机断层扫描仪（ECT）负荷试验呈反向再分布。

d. 冠状动脉造影（CAG）：多为阶段性轻度狭窄或内膜不光滑。

e. 乙酰胆碱或麦角碱激发试验：阶段性冠状动脉痉挛，用乙酰胆碱激发后收缩，使用硝酸甘油后恢复。

2. 非典型冠状动脉痉挛：

a. 临床症状：常于后半夜或过劳之后发作胸痛或胸闷，呈胸部闷胀不适、呼吸不畅、有压迫感，常因胸闷而憋醒，坐起、行走、呼吸新鲜空气或服用硝酸甘油后可缓解。

b. 静息状态下发作的胸痛或胸闷不伴有 ST 段抬高。发作时 ECG 的 T 波改变、ST 段压低或无任何缺血性改变。

c. 运动心电图：多为阴性。

d. ECT 负荷试验：反向再分布。

e. CAG：多为弥漫性动脉硬化、血管细小、僵硬迂曲及远端血液缓慢。

f. 乙酰胆碱或麦角碱激发试验：可诱发弥漫性或多支血管痉挛。

最后，季汉华教授提醒，典型冠状动脉痉挛性心绞痛具有典型的临床表现，诊断比较容易。但对于不典型患者，尤其是缺乏发作时典型心电图表现的患者需要与消化道疾病、微血管病灶心绞痛等进行区分。且动脉痉挛性较为常见，掌握切实有效的诊断和治疗方法是必要的。

责任编辑：kangjing_dr

关注：儿科医生能撑多久

文章链接：<http://www.iyyi.com/d-15-233836.html>

1 名患儿身后有 6 名家长

患儿家长大多数心情焦躁，遭误解、受委屈成了儿科医生的“家常便饭”。

“儿科风险太大了。一个孩子看病，后边往往站着 6 个家长，父母加上 4 位老人。这种状态下，儿科医生压力很大。小孩病情稍有变化，家长马上就会情绪激动，假如此时出现意想不到的结果，那就更严重了。”武汉市中心医院副院长李文洲对记者说。

儿科患者病情复杂、变化快，一旦病情加重就会危及生命，而且患者年龄小、无法清楚表达，医生需凭借经验诊疗。孩子身体不适时，父母第一选择往往是送医，直接增加了儿科的工作量。我国儿童多为独生子女，送医时陪护人员多，儿科诊室内人满为患，医务人员在接诊过程中，经常会被家长抱怨。遭误解、受委屈甚至成了儿科医生的“家常便饭”。

“高峰时，我们每个人一天静脉穿刺 200 多次，还要应对家长的各种‘不配合’。”北京某儿童医院急诊科护士小丁说，患儿家长大多心情焦躁，三天两头找茬，医护人员被骂被打是常事。

前段时间，一名新生儿住进北京某儿童医院重症监护室，孩子的姥爷特别着急，非要科主任白纸黑字写下承诺书，确保孩子百分百康复，没有任何后遗症。事情很极端，却反映了人们对儿科的要求和期望值明显高于成人科室。

在高峰期，北京市儿童医院院长助理、眼科主任医师于刚出一次儿科门诊要看 100 多个病人。“那么多孩子，我可以浮皮潦草地看，很快就看完，但这样对不起家长，更对不起孩子，不能把孩子的病情耽误了。”

大量医疗纠纷就是因患者太多、医患交流不充分造成的。于刚专家团队做起线上医患交流，开设了宝宝眼网站、微信公众号、微信患者群，发表科普文章，回答了数十万母亲的问题，页面访问量达到 1.2 亿人次。“这种交流拉近了医患之间的距离，也有利于更好地为孩子治病。”据于刚介绍，10 年前眼科的医患纠纷几乎每天都有，大夫常被医院领导叫去谈话，现在基本没了纠纷，有的都是表扬信。

四川省成都市第一人民医院院长徐荣华认为：“一方面要长期开展优质服务活动，评选明星护士、医师，一方面通过信息平台，让医院的辅助科室积极配合儿科，儿科

病人就诊可根据需要开通绿色通道，减少医疗安全隐患。”

退休医生填补空缺

招不来人，留不住人。儿科医护人员长期处于连轴转状态，高级职称人员尤其少。

“儿科的发展是我最头疼的事。”李文洲说，“我们非常愿意把儿科做起来，问题主要在于招不到人。”

据武汉市中心医院儿科主任姜红介绍，儿科医护人员长期处于连轴转状态，迫切需要补充人手，但总是面临招人难的尴尬。儿科辞职率也比其它专业高很多，去年该院招的儿科医生中，有两名工作不到一年就辞职了。医院只好返聘了3名退休的儿科医生，弥补人手不足。

在上世纪末，全国所有高校的儿科本科教育被砍掉，本意是希望儿科医生接受研究生教育，成为高端专科医生，却没想到出现“儿科医生荒”。李文洲认为，其实活跃在一线的儿科医生，绝大多数是本科学历。回头来看，当时应该保留本科教育，激励大家往更高层次深造，而不是直接砍掉。目前，已有8所高校恢复了儿科教育。“有些地方为了补齐儿科教育的短板，开始降低门槛。我认为，儿童病情具有特殊性，病情发展是非常快的，这对医务人员素质要求更高。如果降低门槛，医生素质达不到要求，反过来就会毁了这个专业，导致恶性循环。”李文洲说。

招不来人，留不住人，导致儿科医生极度缺乏。国家卫计委提供的数据显示，我国儿科执业助理医师为11.8万名，每千名0—14岁儿童儿科执业助理医师数为0.53人，而美国、加拿大、日本每千名儿童的儿科医生数为0.85~1.3人。我国儿科执业医师日均承担的门诊数约为17人次，是普通医疗机构执业医师的2.4倍。

怎么解决儿科医生不足？李文洲说，儿科医生不能只看学历，而要看临床经验。希望更多的优秀人才热爱儿科事业，进入儿科医生队伍，这是缓解儿科医生短缺的长远之计。

“10年来，我们致力于提高医生水平、眼科技师、护士专业能力，打造儿童眼科品牌医生，尝试专家团队出诊，打造体制内的医生集团，目的就是进行人才梯队建设，营造留住人才的环境。”于刚说，目前科室已引进、培养了15名副高、正高眼科儿科。虽然要做的事情似乎越来越多，但是科室逐渐壮大，来就诊的患者也越来越多，医生的价值感在逐步提升。

收入与付出不成正比

儿科医生薪酬待遇偏低。尽管医院给予倾斜和保障，但仍需要在制度方面进行完善，且技术价值难以得到体现，收入偏低，晋升不易，是儿科医生的普遍体会。

很多人看不起儿科医生，称他们为“小儿科”。实际上，儿科的复杂程度更甚于成人。于刚说，儿童眼科手术的难度非常大，器官小，眼球壁薄，孩子本身不懂配合，麻醉风险大。“我们曾给出生 20 天的新生儿做过手术，难度可想而知。”“做 3 个大人眼科手术的难度不如做 1 个低龄儿童手术的难度。”

北京市儿童医院眼科副主任吴倩说，儿童不是成人的缩小版，有儿童自身的特点，病情进程较快，但大部分儿科医生都是到医院轮转时才接触到儿科，实习时间一般只有一个月，培养需要很长的周期。但收入与付出并不成正比，“我原来是在成人眼科工作，做一个白内障手术的收费价格比儿童高数倍以上，成人近视眼手术一天能做到 50 多台，这些在儿科都不能实现。儿童用药也比成人更加复杂、危险。看病的过程中不仅要哄孩子，还要和家长沟通，工作的强度更大，医生的责任更大。”

儿科晋升比成人科室难。儿科领域窄，儿科医生一般忙于临床，没有时间和精力做科研，发表高水平的论文难上加难。

“与国外同级别儿科医生比，我国儿科医生的薪酬制度不合理，负荷比较重，大医院接诊的患儿特别多，但是有很多服务项目收不了费，造成救治的患儿越多、医院亏损越严重，没有很好地调动医院、儿科医生的积极性。”于刚说。

如何提高儿科医生的薪酬待遇？

李文洲认为，薪级工资是政府制定的，相关部门不会针对医院更不会专门针对儿科医生制定标准。在绩效工资方面，武汉市中心医院大力倾斜，保证儿科医生的收入不低于全院平均水平。该院还根据儿科医生工作量，适当给予激励。


李文洲建议，适当调整儿科诊疗费和其它项目的收费标准，体现医务人员的劳务价值和职业风险。

成都市第一人民医院当年所在的春熙路变成步行街后，市民开车带孩子看病不方便，再加上资深医生陆续退休，医院儿科跌入了冰点。儿科的床位由 60 多张变成了 10 多张，还住不满，儿科医护人员的收入在医院也是最低的。

“为了让儿科医生安心工作，我们首先调整了收入分配制度，向儿科倾斜并给予补贴。”徐荣华说，医院还给儿科扩场地、添设备、增新生儿病房等，让儿科“起死回生”，并鼓励医务人员进行深造。

结语：期待医疗政策和环境的进一步完善和优化，让医务工作者更好得为人类健康做出更大的努力！

责任编辑：hehanhan



第一部分——西医

让人揪心的腹痛误诊

原帖链接：<http://bbs.iyi.com/thread-2534919-1.html>

作者：周国兵 2

笔者亲历了两个腹痛误诊的病人，误诊给病人带来了巨大的灾难，每每想起，心口隐隐作痛，在此向这两位病人致歉。

病例 1，女，43 岁，湖北人。居家主妇兼做餐饮生意。消瘦型，月经不太规律。因“反复脐周疼痛 3 个月”就诊。患者腹痛呈阵发性，以脐周为主，疼痛无明显诱因，能忍受，每次疼痛持续约 10 分钟左右，无其它部位放射痛，无吐泻，腹痛可自行缓解。食欲差，大便 2~3 天解一次。体检无阳性发现，查血常规示有轻度贫血（血红蛋白 102g/L）；尿常规正常；肝肾心功能、电解质、血糖均正常；心电图正常；胸片正常；做了四个系统的彩超（肝脾胰正常，胆囊壁毛糙，泌尿系统正常，子宫附件正常，腹部及盆腔均无阳性发现）。考虑腹痛可能系胆囊炎造成的，于是按胆囊炎给予抗感染治疗 3 天，腹痛似有减轻。停用抗生素后腹痛再次发作，建议患者到大医院就诊。患者到某大医院住院，重复了上述检查，B 超仍示胆囊壁毛糙，医生考虑腹痛可能与胆囊炎有关，建议患者手术切除胆囊。患者家属是一个知识份子，有一定的医学常识，问医生是不是切了胆囊就不会出现腹痛了？医生回答说不是百分之百。患者家属问：如果不是胆囊的问题而把胆囊切了，会不会对身体造成影响？医生回答说胆囊切除后对身体没什么影响。患者家属问：既然胆囊切掉后对身体无影响，人为什么要长胆囊呢？医生的解释消除不了患者家属的疑虑，于是办理了出院手续。1 个月后的有一天晚上，患者腹痛难忍，又到另一家大医院急诊，腹部平片示肠管积液，考虑肠梗阻，收住院。入院后行胃肠减压及其它治疗，腹痛无明显缓解，行剖腹探查，发现右

半结肠肿瘤（术后病检示结肠癌）。手术切除后恢复良好，回老家化疗。

病例 2，男，57 岁，广西人，农民。在东莞帮儿子带小孩，消瘦型。没有医疗保险。8 月初因“反复腹痛 3 天”就诊。患者腹痛以脐周为主，疼痛剧烈，无吐泻，每天发作三四次，腹痛时查心电图正常，考虑胃肠痉挛，给予 654-2 片口服解痉治疗，疼痛好转。3 天后患者仍间歇腹痛，服用 654-2 片无效，其子要求详细检查，遂做三个系统的彩超（肝胆脾胰正常，泌尿系统正常，腹部及盆腔正常）；血尿常规正常。因无阳性发现，给患者开了一盒四磨汤并嘱其密切观察。8 月 26 日晚上患者腹部剧痛难忍，持续不缓解，就到某医院就诊。急诊 B 超无阳性发现，腹部平片示肠管积液，收住院。住院一天给予常规治疗腹痛不缓解，行剖腹探查，发现右半结肠肿瘤（出院小结上病理结果示结肠癌）。手术切除后腹痛缓解。

急诊科医生临床经验交流

原帖链接：<http://bbs.iyi.com/thread-1768705-1.html>

作者：soo1983

一、某深夜，妇产科请会诊。患者系脐周持续性隐痛的青年女性，已排除妇产科问题。我一边听其诉说病情，一边打量患者，发现患者气急，眼睑水肿，就想到酸中毒——代酸？呼酸？根据我的经验，COPD 和慢性肾衰的患者会同时有气急伴眼睑水肿。问患者，无夜尿增多，无从小发生的哮喘，也没有糖尿病的症状。我不死心，嘱其先查个尿常规。目送患者转身而去，忽然发现患者气急的秘密——她的背是畸形的！赶紧嘱其回来躺下，抽个血气，是 II 型呼衰。

二、某晚，到急诊室“偷拳”。进来个患者，中年男性，大汗淋漓，诉持续胸痛。患者血压正常，心电图提示无 AMI。想起书上说有休克貌但血压正常的患者很可能是夹层，提醒急诊医生，进行胸腹部 CT 检查，证实。

三、某夜班，刚闲下来，某家属来叫我，称患者头晕。那是个青少年女性，诊断急性胃肠炎。急性胃肠炎哪来的头晕呢？患者吐泄不严重，血压正常，肢体温度可，难道是药物副作用？正盘算间，忽见患者呈小鸟依人状，其母在一旁约一分钟后就问安一次，再观患者面颊与口唇绛红，呼吸急促。想起教科书上说的碱中毒的模样，嘱

其母到旁边小店买个一次性的纸杯来，用圆珠笔在杯底戳个洞，然后嘱其父将纸杯套在患者口鼻上，让其母离开片刻。约一刻钟，患者头晕消失。

四、患者，林某某，女性，65岁，因“头晕、四肢乏力2天”就诊。2天前开始患者无明显诱因下出现头晕、四肢乏力，休息不能缓解，症状逐渐加重，来院前已不能自行活动。无其它明显不适。

PE：神清合作，BP：230/108mmHg，心、肺、腹查体未见明显异常，四肢肌力3级，肌张力减弱，生理反射减弱，病理征未引出。

建议住院治疗，患者及家属因为经济原因拒绝。

急查：肾功、电解质，回报：血钾：1.9mmol/L。

首诊医生予补钾治疗：静脉滴注氯化钾 1.5g，口服 2g；降压：尼福达 20mg bid，患者症状有好转，血压在8小时内降至145/80mmHg。

第二天首诊医生没有交班，我查房查到这个病人，觉得问题很多：1. 补钾量太少；2. 血压是实习护士量的，不一定准确；3. 因为经济原因，没有给患者复查电解质。

接班后，复测血压：210/110mmHg。给予服用尼福达、卡托普利，血压无变化。这时候高度怀疑醛固酮增多症了。急查醛固酮：结果为1014，高过正常值很多了。但患者仍不肯住院，暂予加强补钾，螺内酯 320mg 分次服用，血压控制为170/80mmHg。建议患者到上级医院进一步检查治疗。

经验教训：低钾血症伴有顽固高血压的，要注意有无醛固酮增多症，急诊还是经常可以遇到的。另外，细致观察病人及密切观察病情发展是很重要的，不要开完药就万事大吉了。

五、我最近遇到个肺心病患者，描述一下患者的眼睛和手让大伙儿看看，希望以后遇到这样的体征，在针对性检查之前，做到心里有数。

患者的眼睛有以下特点：

1. 眼睑轻度水肿——右心衰？肾衰？低蛋白血症？
2. 无单侧眼睑下垂——不象肺Ca的Horner综合征？
3. 巩膜黄染——肝功能受损？右心衰？
4. 内眦处有翳状赘肉——脾气不好？
5. 双瞳等大等圆，直径正常，两侧眼裂对称——没有脑疝、Horner综合征？
6. 水汪汪的大眼睛，球结膜充血——呼衰？

患者的手：

1. 这是一个无力的手，辅检回报有高钾、低钠、II 型呼酸、代酸。
2. 消瘦的老年人可见浅静脉显露。但该患者手背水肿的同时有浅静脉怒张，是不是提示我们右心衰伴呼衰的可能呢？这个患者正是如此。
3. 指甲有紫绀。
4. 有老人斑。据我观察，出现寿斑的不一定长寿，特别是中年的 COPD 患者。能不能提示患者长期缺氧呢？

六、急诊内科要求会诊，我去一看，喘鸣、呼吸困难紫绀，内科说是哮喘，我一听一侧呼吸音低，查胸片是气胸，胸腔闭式引流后迅速好转。哮喘加气胸诊断明确。

七、外科要会诊，是一个外伤数十小时的昏迷病人。我到 CT 室一看颅内没问题，测血糖 0.3mmol/L，推高糖迅速转醒。低血糖昏迷确诊。

八、脑外科会诊说颅内没出血但血压低，我一问被砖头砸的，问他背部有没有被打，得到肯定答案。一对比四肢肌力，一侧上肢肌力下降。查 CT：颈椎损伤。

九、呼吸困难，内科要求会诊。我一看颈部可触及包块，质硬，查 CT 示肿块压迫气管。

十、突发昏迷，呼吸弱，血压低，上呼吸机上多巴胺，发现心率不快，多巴胺不增心率？再看面容浮肿，查甲功。原来是甲减昏迷。

首诊医生如何减少误诊感悟

原帖链接：<http://bbs.iyyi.com/thread-2455546-1.html>

作者：xiaodaju

昨天中午，值班，连续来了 2 个病人，正在有条不紊处理。突然一家属走进医生办公室说：刚来的一个病人寒战，高热，我急忙过去查看。

患者中年女性，40 岁，门诊以“头昏”收入我科。追问病史：因阴道流血 10 天，加重伴头昏 3 天入院，曾在中医院作妇科 B 超（具体时间不详，未见报告）：提示盆腔炎。LMP：2011-10-04 日。2011-10-1 在当地医院行取环术。

查体：生命体征平稳，贫血貌，球结膜及甲床苍白，下腹部压痛，无反跳痛。考

我为人人，人人为我

虑：妇科情况为主。急请妇科会诊后，遵妇科意见：立即抽血查常规+定血型、肾功、电解质、血糖、凝血功能及输血前检查，并急诊作妇科 B 超提示：宫外孕。立即行转科手术治疗，术后确诊。

感悟一：门诊医生与首诊医生需要有高度负责态度，女性，门诊医生要多问一下月经史，首诊医生千万不要被门诊医生诊断误导。

感悟二：重视问病史及查体，需要患者配合支持。医生一定尊重患者隐私权。

感悟三：首诊医生认真落实工作核心制度，是减少漏诊、误诊一个方面。

感悟四：作为首诊医生：一定要注意有无外科及急诊情况。

感悟五：作为临床医生：需要开阔思维，切忌局限化。不能单纯只知道本科室疾病，对其它疾病我们应该有了解及认识。

感悟六：加强基础学习与临床交流是关键。

学习糖耐量异常的笔记

原帖链接：<http://bbs.iyi.com/thread-1191420-1.html>

作者：romantic1227

有报道说我国糖尿病病人已达 2000 万以上，其中 95% 以上为 2 型糖尿病。糖尿病严重危害人类的健康。80% 的糖尿病病人死于心、脑、肾等慢性合并症。其冠心病及心肌梗死的发病率是无糖尿病者的 2 倍，肾病和失明分别是 7 倍和 25 倍。因此，必须加强对糖尿病的预防和治疗。

从血糖正常者转变成为 2 型糖尿病病人之间往往需要有个过程。大部分病人在确诊前存在一个相当长时期的糖耐量减退阶段。如果当病人处于糖耐量减退阶段就及时采取适当的干预措施，那么就有可能减少或延缓 2 型糖尿病的发生。

一般指空腹血糖 $\geq 6.1 \text{ mmol/L}$ 而 $< 7.0 \text{ mmol/L}$ 或口服 75g 葡萄糖耐量试验时，2h 血糖浓度 $\geq 7.8 \text{ mmol/L}$ 而 $< 11.1 \text{ mmol/L}$ 时可诊断为糖耐量减退。有人统计糖耐量减低者 5~10 年内 2 型糖尿病的发生率高达 25%~48%。

目前普遍认为，胰岛素抵抗和 β 细胞胰岛素分泌功能受损是糖耐量减退的危险因素。除了遗传因素如胰岛素基因和胰岛素受体基因缺陷外，其它可引起胰岛素抵抗的

因素如年龄增大、饮食摄入过多的热能、体力活动减少、肥胖、各种心理刺激等均可引发糖耐量减退。

近七成糖耐量低减者可能发展为糖尿病人。在出现糖耐量低减的患者中，转归可以有三种情况：一种是转变为真正的糖尿病，一种是保持不变，还有一种是恢复正常。

糖耐量减低并非意味着患有糖尿病，但糖耐量异常意味着胰岛功能已经出现不正常，要比正常人更容易发生糖尿病。此类病人，应引起高度警惕。必要时可重复检查并可配合其它检查。

一、运动+控制饮食预防糖尿病：

1. 限制热量摄入，限制甜食。

2. 供给充足的蛋白质(肾功能不良者另当别论)。糖尿病患者膳食中蛋白质的供给应充足。有的患者怕多吃蛋白质而增加肾脏的负担。当肾功能正常时，糖尿病的膳食蛋白质应与正常人近似。当合并肾脏疾病时，应在营养医生的指导下合理安排每日膳食的蛋白质量。乳、蛋、瘦肉、鱼、虾、豆制品含蛋白质较丰富。应适当食用优质蛋白。目前主张蛋白质应占总热能的 10%~20%。谷类含有植物蛋白，如果一天吃谷类 300 克，就可摄入 20 克~30 克的蛋白质，约占全日蛋白质的 1/3~1/2。植物蛋白的生理价值低于动物蛋白，所以在膳食中也应适当控制植物蛋白。尤其在合并肾病时，应控制植物蛋白的食用。

3. 限制动物性脂肪及含饱和脂肪酸高的脂肪摄入。

4. 保证膳食中含丰富的维生素和无机盐。

5. 保证足够数量的膳食纤维。流行病学的调查提出食物纤维能够降低空腹血糖、餐后血糖以及改善糖耐量。其机理可能是膳食纤维具有吸水性，能够改变食物在胃肠道传送时间。因此主张糖尿病患者饮食中要增加膳食纤维的量。

有助于降血糖的食品包括：冬瓜、番薯叶、海参、蘑菇、葱、洋葱、南瓜、苦瓜、萝卜、绿豆、鲫鱼、田螺、番石榴、茶叶等。

常用降糖中草药包括：人参、淮山药、女贞子、玉竹、知母、乌梅、玉米须、地骨皮、泽泻、荔枝核、黄精、黄连、苦杏仁、灵芝、高山红景天等。

坚持进行适当的运动，也是防治糖尿病及其并发症的有效方法。其主要作用在于减少脂肪、降低体重、增加糖耐量及胰岛素敏感性，从而降低血糖。步行是最安全、

简便，同时也是最易坚持下来的运动，但切忌空腹运动，以避免引起胰岛素下降而使血糖增加，加重病情。

同时，运动的环境应选择新鲜空气、环境安静的地方如公园等场地。此外，健康舞、肌肉锻炼、四肢伸展等也是适合糖尿病患者及糖耐量减低者的运动方式。像伸展的动作，包括伸展身体主要部分的肌肉，如脚部、胸部、背部及肩部，每天均可进行。

二、用什么药来预防糖耐量减退向糖尿病发展？

二甲双胍能使糖耐量减退者的餐后高血糖及高胰岛素水平降低。可以减少发生大血管并发症的危险性，同时有可能使糖耐量减退逆转为糖耐量正常。

糖耐量减退患者可有胰岛素的抵抗（即对胰岛素不敏感）、高胰岛素血症，从而引起糖、脂代谢异常综合症。为解除代谢异常可在适当控制饮食的基础上，加服二甲双胍，消除高胰岛素血症，提高胰岛素作用强度，从而防止动脉粥样硬化的提早发生，也可使糖耐量减退向糖耐量正常转化。二甲双胍无明显毒副作用，耐受性好，既安全又有效，值得一用。

三、提醒 4 种易被忽视的糖尿病症状

在糖尿病明显的症状出现之前，常有一些极易被人忽略的临床表现，如果不加以注意，很可能贻误病情。

1. 外阴瘙痒；2. 皮肤瘙痒；3. 脱发；4. 皮肤经常出现疖肿。

超声入门贴 495---超声诊断消化道穿孔

原帖链接：<http://bbs.iiyi.com/thread-3238078-1.html>

作者：songjunrui

提起消化道穿孔，临床医生首先会想到站立位腹部平片，放射科发现膈下游离气体，提示消化道穿孔。

但是我们实际工作中常常会遇到一部分，临床症状比如板状腹明显符合消化道穿孔，但是放射科站立位腹部平片就是没有发现膈下游离气体，这样的病号你该如何处理？我们临床 07 年至今遇到 6 例临床症状符合消化道穿孔，都是空腹状态急性腹痛，板状腹，被动体位，放射科腹部透视未发现膈下游离气体，行超声

我为人人，人人为我

专业交流

检查发现膈下游离气体，有些盆腔有游离积液，有的盆腔没有游离积液，多数能发现溃疡所在处，并提示临床溃疡位置，大小，五例保守成功，一例手术，术后标本和术前诊断非常一致，所以基层设备及整体诊断水平落后的情况下，开展胃肠超声的意义就尤为重要！

例一，男，48岁，急性腹痛3小时急诊，住院保守治疗，超声可见膈下游离气体，X线证实。



例二：男，56岁，腹部疼痛2小时急诊，超声实时观察膈下见少量游离气体，盆腔未见游离积液，胃周可见少量积液，胃窦前壁见宽约0.44CM回声缺失，溃疡贯穿胃壁全层，手术后标本溃疡大小和术前诊断一致。超声诊断消化道穿孔的优势在于超声可以发现X线阴性的少量膈下游离气体，这种情况可以保守治疗，观察一段时间后再拍X片就能发现膈下游离气体。胃肠超声的魅力不必多言，请君细品！心有多大，您的舞台就有多大！



我为人人，人人为我

两例发热患儿引发的思考

原帖链接: <http://bbs.iiyi.com/forum.php?mo ... p;page=1#pid9898798>

作者: 疏桐漏月

许多年前念书的时候,睡在我上铺的兄弟老潘曾说:“唉,我发现天底下的病都可以归为两大类:感染性疾病和非感染性疾病”。我一想,的确对,但是跟废话一样。经历了那么多年之后,我总算明白了一个道理,其实当年老潘想表达的,也许并不是这句大实话,而是在强调诊断思路的重要性,那就是——切入点。

其实我们临床医生每天在做的就是三件事情:排查—确诊—治疗。所以排查就显得尤为重要,如同刑警破案一般,选到了好的切入点,可以少走许多弯路。而如何选好切入点,就在于你的检查是否细致,是否没有放过每一个蛛丝马迹。下面我就和大家分享两个我曾经诊治过的,普通却又容易被忽略的病例。

病例一:

患儿男,12岁,因发热9天伴肌肉酸痛于2008年4月12日由外院转入我院治疗。患儿在10天前无明显诱因出现发热,呈弛张热,热峰 39.2°C ,并伴有肌肉酸痛,眼痛。无咳嗽流涕,无呕吐腹泻等表现,热前有畏寒及寒战,无惊厥。发热时曾诉肘关节痛及双下肢腓肠肌疼痛,无皮疹,皮下结节。无活动出血等表现。病程中患儿精神差,纳差,大小便正常。曾在外医院住院治疗7天,其间考虑:1.呼吸道感染;2.急性良性肌炎。并查血常规:WBC: $2.6\times 10^9/\text{L}$,中性:60%,CRP:21mg/L,血小板,血红蛋白,红细胞正常。查血生化肌酸磷酸激酶升高(1200),其余正常。血沉:42mm/L,故又补充粒细胞减少症、类风湿性关节炎?行骨髓穿刺,病理报告提示骨髓粒系增生活跃,核左移明显,感染征象,未见幼稚细胞。第九天(转院时)行肥达试验阴性。给头孢呋辛、清开灵、VC、果糖等药物静滴治疗8天,体温不退,肌痛等症状不缓解,家属遂要求转院,于是转入我院进一步诊治。

当时我接诊病人的第一印象就是觉得这个患儿精神极差,热病容。进一步查体:T: 38.2°C ;HR:100次/分;R:22次/分;血压:97/71mmHg。神清,精神萎,全身皮肤无黄染、皮疹及出血点(汗,当时没好好检查),左颈部浅群淋巴结可

触及3~4个绿豆大小,边缘清楚,质地偏硬,无触痛。球结膜充血。口腔黏膜光

滑，咽充血明显，扁桃体 I 度肿大，未见渗出。心肺腹查体未见异常。神经系统查体无阳性病理征。但患儿肌肉酸痛很明显，甚至连转头都困难。于是又仔细看家属带来的一张张实验室检查报告：三大常规、风湿类风湿全套、胸片、心电图、血培养、骨穿报告……几乎那个医院的辅助科室都去了一遍。然而这个患儿除了血像低，CRP 高一点，AKP 高，提示似乎像个“感染性疾病”导致的肌炎之外，其余辅助检查均为正常，一时间毫无头绪。难道让病人再把这些检查重复一遍？一来没有价值，二来增加病人负担。于是我觉得还是要从主诉和现病史入手！

再次询问病史，这次我问得异常仔细，包括患儿的居住环境，饮食起居，亲戚邻里甚至祖宗八代都问了，功夫不负有心人，果然问出一个颇具价值的线索——他们家是养兔子的！于是一个很容易被许多医生忽略的病原微生物在我脑海中闪现——立克次氏体。恙虫病？于是再仔细查体，让患儿脱光所有衣物，我怕病房光线不足特意带了一支手电，把患儿的每一寸皮肤翻了个遍，果然在患儿的阴囊后壁及左脚大趾缝中找到两个环形焦痂！立刻抽血送疾控中心做外斐试验，结果很快反馈——Oxk 1:160！患儿恙虫病（丛林性斑疹伤寒）确诊！给口服多西环素（强力霉素）治疗 3 天后热退，继续服药 7 天后患儿病愈出院，出院时复查血生化，AKP 回复正常，患儿精神、饮食完全恢复。

思考：在诊断发热性疾病时，仔细询问病史及体格检查异常重要。也许某些你认为不足为虑的线索，很可能就是突破此病的关键。同时在发热性疾病诊断的同时，从常见多发病寻找不到突破的时候，一些较为少见的疾病应当列入排查范围，立克次氏体病、钩端螺旋体病等……因为这些疾病随着生活水平的提高，已极为罕见，但是在一些偏远地区仍有散发，不可忽视。

病例二：

患儿男，3 岁 6 个月，“因发热 3 天伴结膜充血”入院。三天前患儿无明显诱因出现发热，弛张热，热峰 40℃，伴轻微咳嗽，干咳无痰。无呕吐腹泻，无寒战皮疹，未诉关节痛。同时伴双眼结膜充血，左眼较为明显，见风流泪明显。诉咽痛，食欲下降，唾液增多不愿下咽。初期在门诊治疗，查血常规：WBC:12.1×10⁹/L，中性：42%，CRP:24mg/L，血小板正常，其余正常。考虑急性咽扁桃体炎，给输注“哌拉西林他唑巴坦、喜炎平”两天，患儿病情不缓解，热峰不下降，精神差。于是以“1. 上呼吸道感染；2. 川崎病待排”收住入院。

入院查体：T：39.1℃；HR：116 次/分；RR：26 次/分。神清，热容，烦躁。

全身皮肤未见皮疹，右侧耳后触及 2 枚绿豆大小肿大淋巴结，无触痛，活动度好。球结膜充血明显，左侧为重，且伴有眼睑水肿，睑结膜上见较多小滤泡。口唇皲裂，无杨梅舌。指端无硬肿，肛周皮肤未见脱皮。眼充血明显，扁桃体 II 度肿大，未见渗出，双侧咽腭弓亦见较多滤泡。双肺呼吸音稍粗，未闻及干湿啰音。心腹查体无异常。神经系统查体未见阳性病理征。

入院考虑：1. 上呼吸道感染（咽炎）；2. 川崎病？入院后给头孢呋辛、热毒宁、VC 抗感染补液治疗。第四天患儿体温仍有波动，但热峰有所下降。这时候许多同事倾向于川崎病，考虑为不典型川崎病，与家属交待使用 IVIG 事宜。家属考虑是血液制品，较为犹豫。其间又行心脏彩超检查，未见冠脉扩张。

主任问我意见，汇报如下：1. 患儿以发热起病，起病急，病程短。伴有轻咳及明显咽痛；2. 查体虽然有球结膜充血，口唇皲裂及淋巴结肿大，似乎指向川崎病，但疑点有三：①川崎病球结膜充血一般来说是双侧对称的充血，且不会有畏风畏光及结膜淋巴滤泡的表现，而此例患儿却有如上表现。且表现为单侧球结膜充血较为严重。②川崎病往往会伴有明显的血像升高，CRP 升高及血沉增快的表现，且有血小板升高。但此例血像升高不明显，CRP 甚至未到 50mg/L，血小板正常。③仅有发热（还未足 5 天）、淋巴结肿大及结膜充血和口唇皲裂，诊断川崎病证据不足。且我连续两天查房观察患儿皮肤，未发现脱皮，硬肿表现。所以我认为不太像川崎病。所以我考虑小儿上呼吸道感染的两个特殊种类之一的咽结合膜热，腺病毒引起。目前患儿发热第四天多一点，我建议忍耐一天，继续补液抗病毒治疗，如果体温超过 5 天不下，再考虑川崎病也不迟。

主任听从了我的建议，又继续前治疗一天，第五天患儿热退，精神好转，食欲增加。此后未再发热。第六天患儿咽拭子分泌物病毒 PCR 回报，证实为腺病毒感染。至此患儿咽结合膜热诊断明确。患儿在体温平稳三天后出院。

思考：任何一个疾病都有诊断标准，不能盲目的凭直觉来行判断。此例患儿无论从发病年龄、临床表现，似乎都很像川崎病，且近年川崎病的发病率越来越高，很容易误导我们向此方向考虑。但是一定要注意症状及体征中与川崎病不符的异常点，比如双侧球结膜充血不对称、比如始终没有肛周脱皮，皮疹，比如血小板始终正常等等。所以在诊断某个疾病的时候，没有充足的证据，不能妄下结论。

她为何瘫痪？

原帖链接：<http://bbs.iiyi.com/thread-1043639-1.html>

作者：寒冰

刚毕业的时候，刚刚接触到临床工作，对什么都充满好奇，也遇到了很多稀奇古怪的病人。曾经诊治过一个癔病的病人，非常可笑，至今让我难以忘怀。

那是我毕业不到2年的时候，有一天我上中午班的时候来了一个病人，女性，38岁，以“四肢瘫痪2小时”入院。入院时由家人用棉被抬入。查体：发育正常，神志清晰，不言不语，查体不合作。体温、血压、瞳孔、呼吸等生命体征无异常。胸腹部无异常。双上肢肌力2级。双下肢肌力2级，生理反射存在，病理反射未引出。当时首先考虑是不是脑血管疾病所致，但是体格检查不支持，在基层医院当时也没有CT等设施，没法进行检查排除。其次考虑是否是低钾引起，即行心电图检查亦不支持低钾诊断。由于患者不回答我询问病情，我就向其家属了解以前是否有过此种情况，本次发病原因等。其家属说以前也得过一次，到卫生所准备打针治疗时患者却自己好转了。本次发病由于在家中和家人发生矛盾，生气引起。我一听即考虑为癔病性瘫痪，上次发病想打针的时候自行好转，这个病人应该惧怕打针，可以用打针、针刺等暗示疗法治疗。于是我就把病人家属和护士叫到外面对他们说了我的想法，他们都很相信。我就到了病房大声叫护士，我说这种病很好治疗，我会针灸，给我找一个粗一点的针头我给她扎一下合谷穴就好了，扎完后再打针治疗就是了。护士听了后，就大声答应说马上去找一个最大的针头来，说完就走了。护士刚走这个病人就站了起来，大步跑了出去。我故意追着说这可不行，你要住院观察，多打几天针才行。病人听了跑得更快了，头也不回的走了。患者家属回来说了很多感激的话。我就和他们解释了一下癔病的有关问题，告诉他们回家注意观察，有问题及时诊治。

那么，癔病到底是一种什么病呢？怎么不用药就能好呢？

癔病原称 Hystetia（歇斯底里），是一种在精神因素或不良暗示下引起的感觉、运动、内脏器官和植物神经功能障碍以及精神异常等各种症状的疾病。多见于感情丰富，易受暗示或自我暗示的女性。临床表现复杂多样：嚎啕痛哭、肆意谩骂、鸣冤叫屈、纵情说唱者有之；装神弄鬼、骄揉做作，不言不动、僵卧昏睡者有之；突然失明而无眼部疾患的癔病性失明者有之；听力丧失而无耳疾的癔病性耳聋者有之；表现为

我为人人，人人为我

胸部紧压，咽喉堵塞的癔球症者有之；突然瘫痪无神经系统阳性体征的癔病性瘫痪者有之。此外还有癔病性失音，癔病性痉挛发作，癔病性感觉缺失，神经性厌食等多种表现形式。所有表现都和体格检查或者相关仪器检查结果不符，没有和症状相合的器质性改变。

癔病的治疗主要在于精神治疗，在患者家属的配合下采用暗示疗法，利用针刺，电针，或肌注生理盐水，静注葡萄糖酸钙等法，事先告诉患者这些疗法对她的疾病有特效，用了肯定会好，取得病人的信任后施治才会收到效果。

但是切记不要轻易下癔病的诊断，以免掩盖了真正的疾病。只有在排除了实质性病变才能诊断为癔病，万万不可大意。

令人抓狂的胎儿窘迫

原帖链接：<http://bbs.iiyi.com/thread-2449705-1.html>

作者：彩虹

最近这两个月，接连遇到 3 例令人抓狂的胎儿窘迫，实在是有点心惊胆战了。

第一例：患者因孕 39+5 周，不规律性下腹痛 5 小时于夜班入院。孕期经过顺利，定期产前检查，3 天前胎心监护 NST 反应型。入院前急诊检查：宫高 34cm，LOA，胎头半固定，宫口开大 1cm，胎膜未破，听胎心 130~140 次/分，宫缩 30 秒/8~10 分钟，办理完住院手续后（相隔约 20 分钟左右）再听胎心仅 70 余次，紧急行剖宫产术，术中娩一女婴，羊水清，脐带、胎盘均无异常，无明显受压痕迹，新生儿 1 分钟评分仅 1 分，只有微弱的心跳，抢救后 5 分钟 5 分，10 分钟评 6 分，再后就情况恶化了，直至 1 小时后评分仍为 3 分，1 个半小时后家属放弃抢救。婴儿未作尸检，胎儿窘迫的原因未找到。

第二例距上一次相隔 10 天：患者因孕 40+6 周，见红 1 天入院。孕期经过顺利，定期产前检查。入院检查：宫高 33cm，LOA，胎心规律，宫颈展平，宫口容一指，胎膜未破。NST 反应型，彩超示 BPD9.47cm，AFI12.36cm，脐带绕颈 1 周。入院 2 天后出现规律性宫缩，在产房待产，隔 2 小时听胎心一次，于 20:20 左右宫缩 30~50 秒/3~4 分钟，胎膜自破，羊水清，宫口开大 2cm，听胎心突降至 70~80 次/分，宫缩间

期略缓解。上一个产妇刚刚出院，又来这么一个胎儿窘迫，当时冷汗就下来了。还是紧急剖宫产，术中见脐带长约 45cm，绕颈 1 周后造成相对性脐带过短，从而成胎儿窘迫征象，好在这个新生儿没有窒息。

第三例是在年后了，距上次不到一个月：患者因孕 40+2 周，高龄初产妇择期剖宫产入院。孕期经过顺利，定期产前检查，各检查结果均正常。入院后第 2 天择期手术时孕妇有不规律性宫缩了，作术前准备时胎心正常，进入手术室后，建立静脉通路，左侧卧位行麻醉穿刺，过程基本顺利，穿刺成功后转为平卧位，听胎心却只有 40~50 次了！太令人抓狂了！前两个胎儿窘迫听胎心时家属都在场，作好交待家属还能理解，现在进手术室前正常，进手术室后出现这种情况，如果胎儿有事很难交待了！没办法，多个医师一起行动，该交待的病情还是要向家属交待，该紧急手术的抓紧消毒手术。术中发现脐带受压于胎头与左骨盆壁间，脐带先露成了这例胎儿窘迫的罪魁祸首。此例新生儿也是有惊无险。

对于第一个病例，心中始终存在一个心结，没找到明确的产科病因，新生儿又不能作进一步检查，不明白造成胎儿窘迫的原因到底在哪？

我治疗疼痛的一些经验和教训

原帖链接：<http://bbs.iiyi.com/forum.php?mo ... digest%26digest%3D1>

作者：学而时习

我搞疼痛治疗十年，刚开始劲儿头十足，好像有天有多大胆，地有多大产的意思。时间长了，经验有点儿了，教训也有了。现在是小心翼翼，也显得踏实了。医疗有风险，治疗要谨慎，深有体会。其实我的方法并不复杂，可以说是雕虫小技，但最普通的方法也有经验和教训。写点儿东西给初学者参考，或许有点儿帮助。

手指腱鞘炎现在真多，我一般是注射治疗，特别严重的小刀松解。注射我用 2.5 毫升的小注射器，很细的针头，好像是打疫苗的，在手指操作这种针痛苦小。这样患者可以信任医生，能接受下次治疗。

网球肘复发是个难题，很头痛。我注射时一般使劲按注射器，使针头刺进骨膜，效果会好些，还有医生说针头斜面向下接触骨膜效果比较好。我的方法还有火针，毫

我为人人，人人为我

针烧红扎进去，一次扎 3 到 4 针，还对肩周炎效果好。有一次治疗一个椎管狭窄患者，稍带治疗一下肩周炎，两次就好了，但注射治疗的椎管狭窄却没好。

关于利多卡因，我痛点注射一般就用溶青霉素的 2 毫升利多卡因，这种浓度低，特别是注射腓神经不至于使患者走不了路，引起患者的不信任。多一事不如少一事。利多卡因低浓度有益处无害处，火针有着神奇的疗效，有时会有意想不到的疗效。因为它有热凝的作用，有点神经阻滞的意思，兵法上有火攻的计谋，针灸也要采取火攻。没有什么不怕火的。这方法在患者看来挺神秘，因为大多数医生不用这方法，而且进针神速，旁观者也会夸奖针灸技术高人一等。当然要用微型火针，毫针代替，不然会吓的患者不敢扎。微型火针只要熟练，不会折针，有时会弯针。

关于激素，我用的量很少，曲安奈德 0.5 毫升，最多 1 毫升，太大也没什么用，还出现脸红、失眠，准说你打的封闭不好，病人会越来越少的。膝关节注射，神经根注射用点儿好的，以免颗粒太大刺激神经。膝关节腔进针少点，可以避免刺激滑膜，激素这东西肌肉注射都能治病。

梅花针放血拔罐治疗筋膜炎，特别是颈背部立竿见影，顿时轻松。谁说中医不行，起码治这个病就行。患者对拔出的粘性果冻样血液问怎么回事，我说都是废血、淤血、毒血，拔出来就好了。患者会说，看来我的病够厉害的了。这种绿色疗法患者很容易接受的。

腰椎间盘突出我用椎旁注射，针刺进 5 到 7 厘米。很安全的，注意要回抽。每天扎火针，推拿。推拿主要用放松手法，筋松弛了患者就会舒服。不要暴力推拿，以柔克刚，以筋治骨的好。

患者对注射很敏感，很抵触，一打针就说是封闭，真没办法。我一般是先注射，后针刀，当然了针刀是有疗效的，不是欺骗患者。但治愈率并不是那么高。有个患者坐骨神经疼，什么方法都用了，都一年多了，我就用针刀，不打麻药，不用任何药物，两次治愈。一时名声大震，但遗憾的是这样的病例不是都能复制的，也可能自己技术没到家。所以综合治疗可以提高疗效。选择细的针刀，直径 0.6 毫米，我还用 0.4 毫米的，这样出血少。

适当提高收费，基层人们是不太富裕，但有的人去饭店花一二百也不心疼，女的烫个发就 200 多，看病就舍不得了。价格高点儿，即使病号少点，还省心呢？可以自己配点儿膏药，对于疼痛厉害的注射或针刀后贴点膏药，一是增加疗效，二是调节收

费。疼痛轻的就免了。可以对老年人免费赠送膏药，他们会很高兴的。收费标准中应加一点风险金，别有点事连钱都赔不起。

疼痛治疗多了，就会有教训，最厉害的是注射伤及了腓神经，可能误伤神经了，两个月才好，教训惨烈呀！心烦得厉害！现在是定点后，躲着点扎。这地方肌肉少，即使扎不着神经，药液也可能压迫神经造成麻痹。基层疼痛治疗要悠着点儿。

心电图读图 59 期

QRS 波形很乱，如何解析

原帖链接：<http://bbs.iiyi.com/thread-3239255-1.html>

作者：trg

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。

二等奖：奖励积分 1 个。

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。

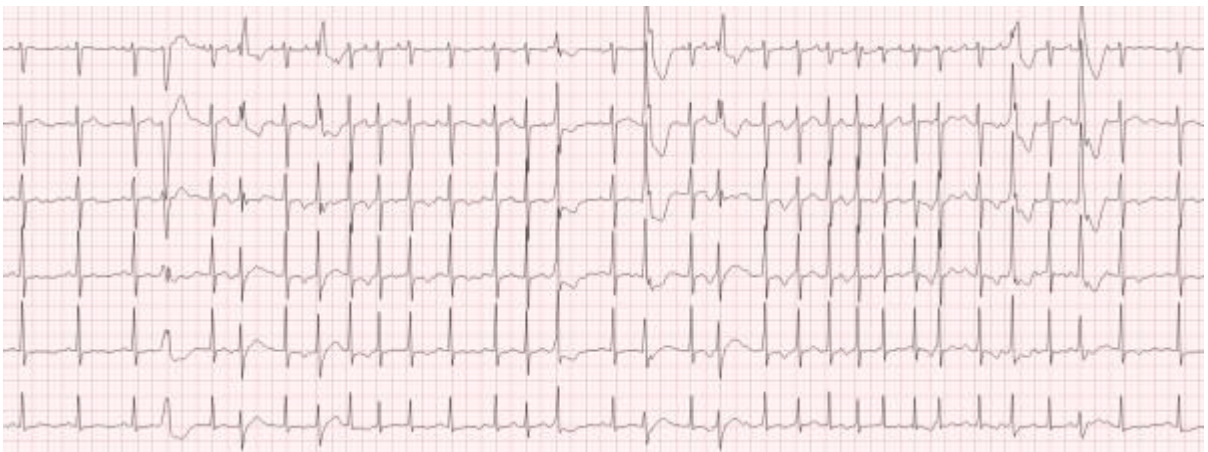
1. 【心电图诊断】
2. 【心电图诊断依据】
3. 【鉴别诊断】
4. 【临床意义】

患者女性，57 岁，图中 QRS 波很乱，你能解释清楚吗？

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

关节炎奇方——蓖麻糊

链接: <http://bbs.iiyi.com/thread-1615855-1.html>

作者: 饿了吗

这个方子是我的外祖父留下来的, 传到我这辈上都已经是第三代了, 我拿出来和大家分享, 是希望给更多的病人解除痛苦。

治疗方法: 新鲜小蓟 2 份, 蓖麻子 1 份去皮, 捣成膏, 均匀敷于关节上, 厚度约五毛钱硬币左右, 外用塑料薄膜包扎, 盖上毛巾, 4 小时后关节处发热, 可见米粒及豆粒大小红色斑疹, 微痒。敷药时间一般夏季 4-6 小时, 春秋季节 6-8 小时, 注意不可敷药时间过长, 以免起水疱。

治疗效果: 共治疗 32 例, 28 例敷药一次痊愈, 4 例敷药二次痊愈。

体会: 小蓟 (别名刺儿菜) 甘凉, 内服具有凉血止血, 止痛祛瘀, 消痈肿, 外用借其祛瘀止痛作用, 治疗关节痹痛。蓖麻子甘辛平、有毒, 外用能祛风湿, 开通关窍经络, 止诸疼痛, 主治风寒湿痹, 两者合用起协同作用, 故治疗关节炎效果显著。

顽固性头痛的中药外治

链接: <http://bbs.iiyi.com/thread-2423151-1.html>

作者: 正定曹

临床不乏见到一些久治不愈、顽固性的头痛病例, 常规的治疗往往只是暂时的缓解疼痛, 远期疗效不理想, 临床上治愈也较为困难。我门诊使用师承验方治疗多

我为人人, 人人为我

例顽固性头痛的病人，效果颇佳。组方为《太平惠民合剂局方》一书化裁，历经多年的临床验证改进而来。顽固性头痛根据中医原理“痛则不通，不通则痛”，久痛必瘀，故组方药直达病所，头部无处不及，收效迅速。

药物组成：川芎 20 克、白芷 20 克、细辛 10 克、羌活 10 克，微火将几味药焙干研末，装瓶备用。

使用方法：用时用棉球蘸适量药末塞鼻孔中，左侧痛塞右鼻孔，反之亦然。每次 10-15 分钟即可。

适应症：单侧或双侧头痛，搏动性跳痛后刀割样疼痛，进行性加重，或持续性疼痛。有些病人可出现恶心、呕吐等症。适用于西医之血管紧张性头疼、三叉神经痛等头痛。

附注针灸治疗（出自灵枢·杂病篇）

颞痛，刺手阳明与颞之盛脉出血。颞痛，刺足阳明曲周动脉，见血，立已；不已，按人迎于经，立已。

让更多人享受真正的中医

链接：<http://bbs.iyi.com/thread-1844328-1.html>

作者：尹周安 1981

几年前曾经有一个病人与我谈到他的中医情结，他用了这样一句话来概括：能够接受中医是一种缘分，能够遇到一位真正的中医是一种福气，能够让更多的人享受中医那是一种快乐。于是乎，这句成了我这些年来实践的目标——那就是让更多的人接受中医，了解中医，享受真正的中医……

8 年腹泻治愈案

梅某，女，50 岁，衡阳市人，2010 年 4 月 6 日经人介绍前来就诊。

主诉：反复腹痛腹泻 8 年余。多次肠镜提示“慢性结肠炎、直肠炎”。在市中医院某老中医处开中药可以缓解，如今那中医已经过世，服用其他中医之中药效果欠佳。

视其面色少华，衣着甚多，但舌红苔薄。问其大便溏稀不调，日行数次甚至达

十余次。进食生冷或辛辣均可诱发加重。便时腹痛，大便时有白色粘冻。甚至肛门灼热。形寒畏冷，稍有不慎则“感冒”。

病人的体质是虚寒的，但病证又是“实热”的，寒热错杂，虚实并见，乌梅丸颇中病机。处乌梅丸原方 3 剂。

乌梅 30g、桂枝 10g、花椒 8g、细辛 3g、干姜 5g、附片 8g（先煎）、黄连 8g、黄柏 10g、党参 10g、当归 15g。

二诊：患者反馈：此方确实难喝，酸甜苦辣均有，但是效果确实不错，腹痛腹泻明显缓解，大便粘液白冻消失，形寒畏冷减轻，大便次数减到每天 2 次，基本成形。

前方中病，原方再进 3 剂。嘱咐饭后 1 小时服药。

乌梅 30g、桂枝 10g、花椒 8g、细辛 3g、干姜 5g、附片 8g（先煎）、黄连 8g、黄柏 10g、党参 10g、当归 15g。

三诊：大便完全成形，每天一次，但见口苦。腹中隐痛。阳旦汤主之。

桂枝 12g、白芍 20g、炙甘草 10g、黄芩 12g、生姜 6 片、大枣 12 粒。

告知：服用上方 4 剂后停药，清淡饮食即可。

股肿治愈案

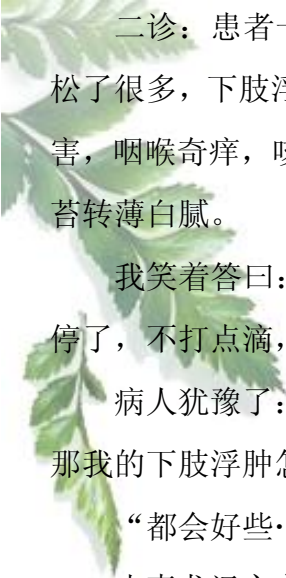
庄某，女，49 岁，本院职工，2010 年 4 月就诊。

患者形体肥胖，以酒为浆。素有下肢静脉曲张，近 10 年来反复出现下肢浮肿，起初为足踝部微肿，休息或抬高患肢后缓解，逐渐加重，下肢肿至双膝，呈凹陷性水肿。在我院及湘雅医院多次行 DSA 介入检查诊断为“双下肢深浅静脉曲张”，考虑患者下肢多支静脉曲张，不宜行手术。服用中药数月未见缓解。经中药房一药师介绍前来就诊。

症见：全身沉重，双下肢肿胀明显，呈凹陷性，皮肤浅表静脉曲张非常明显，犹如蚯蚓状，口干口苦，疲乏，大便不爽，小便不利，服用利尿剂后稍多。舌淡胖，苔黄白腻，脉细。

股肿之疾，病在血脉，水瘀互结，故见上症。予桂枝茯苓丸合防己黄芪汤主之。

桂枝 10g、茯苓 30g、丹皮 10g、赤芍 15g、桃仁 10g、黄芪 40g、防己 15g、地龙 15g、苍术 10g、黄柏 10g，5 剂。



二诊：患者一进诊室变滔滔不绝的称赞：这个药真是太有效了，我身体感觉轻松了很多，下肢浮肿消退 70%，精神明显好多了！近两天变天受凉，出现咳嗽非常厉害，咽喉奇痒，咳吐白痰。你回长沙了，我打了两天消炎的针也没有见效！舌淡红，苔转薄白腻。

我笑着答曰：咳嗽与浮肿是一个病的两种表现，要想好的快前提就是把西药给停了，不打点滴，只吃中药！

病人犹豫了：你只管给我治疗下肢浮肿就是，咳嗽我自己搞定，你开咳嗽的方，那我的下肢浮肿怎么办？

“都会好些……”听了肯定的回答，病人这才放心。

小青龙汤主之：

炙麻黄 8g、桂枝 10g、白芍 10g、干姜 6g、细辛 5g、茯苓 30g、五味子 6g、炙甘草 6g、法夏 10g、桑白皮 15g、生姜 10 片、大枣 10 粒，2 剂。

三诊：咳嗽一剂即平，两剂病愈，水肿继续减轻。继续转桂枝茯苓丸化裁。

桂枝 10g、茯苓 30g、丹皮 10g、赤芍 15g、桃仁 10g、黄芪 30g、防己 5g、地龙 15g，5 剂。

这次来除了道谢之外，还给我带了好几个病人，都是她的朋友。看来，这次患者彻底信服中医了，要知道在她们思维意识当中，绝对是想不通为什么几位中药竟然可以有如此好的疗效，竟然比西药的利尿剂的威力还大，当然她们也想不到小青龙汤为什么既可以治疗咳嗽，又可以治疗下肢水肿？其实，异病同治，中医还有更多意想不到的妙处。

土郎中临症手记

链接：<http://bbs.iyi.com/thread-1980125-1.html>

作者：民间土郎中

土郎中与愚夫业于民间，技受家学。针推药巫略懂一二，谨记祖父教诲，身架低微以取他人之长，夜夜研习诸家之妙。尚觉岐黄道远，穷尽一生难登彼岸。今将吾与愚夫一些民间土法，愚痴之术以书传道，读者或有裨益。疏漏愚钝之处还望批

我为人人，人人为我

评指正。

冯某，女，56岁，某酒店保洁员。

主诉：左臀部环跳穴处疼痛，左腿外踝上至阳陵泉处胀痛略麻，大脚趾麻，足弓处胀痛。双足冰冷。西医影像为腰椎间盘突出症，椎管狭窄。其言从未腰痛一直是这些地方痛。坐着没事，站一会就痛。阴天下雨亦痛，天冷亦痛。拿片子让我看，我说片子我不看，有这些症状足够了。直接针人中，健侧小节，腕顺一，腕顺二。得气后令其活动患肢，扭腰，行走。十分钟后说，真是神针，症状完全消失。随后开药：秦艽 10g、防风 6g、威灵仙 30g、牛膝 30g、鸡血藤 30g、桂枝 12g、当归 10g、木瓜 10g，三剂，同煮羊肉二两，吃肉喝汤。吃完又来针一次，即好，回访半年无复发。

杨某，男，5岁。

母亲带小儿来，一进门就见小儿上眼睑红肿，眼白布满血丝。其母言：小儿一个星期前开始上眼睑红肿，去医院眼科大夫看了说没事，给药片与眼药膏涂擦，谁知擦之更肿。我问，口渴吧？大便干吧？不爱睡觉吧？烦躁吧？其母频频点头，我又看了看小儿舌苔，黄腻，有口气。我说针一下，吃点中药吧，三天就好了。随即给小儿耳尖点刺放血五六滴，脚趾厉兑放血 5、6 滴。几分钟后小儿言，眼睛感觉舒服多了。随后开药白虎加人参汤一剂，分两日饮用。三日后愈

赵某，男，5岁

母亲带小儿来，发烧，面颊肿痛，腮腺炎，在县医院吊水 4 日无效，听其村里赵某介绍来我处。随后以灯芯草一段，蘸香油少许，点燃，爆卒两侧角孙穴，听到啪的一声响。随后小儿大哭，嘱其别哭，一哭耳朵就长长了，就不帅了。哭止，嘱其母第二日量体温看烧退否，面颊是否还有肿痛，若有复来，若无即好。点灯花处不可沾水，会起一水疱，不几日就好。第二日来诊，已好。

点灯花，灯火灸：属于民间土法，北方称之为灯火灸，南方称之为点灯花。即以粗细适度的灯芯草蘸食用油，点燃在一定穴位上快速的点触。（有明火灸，阴火灸，梅花灸等操作方法）常用于风湿，腮腺炎，咽喉炎，皮肤病。我们在腮腺炎爆发的季节，都是免费治疗，一日小儿二三十人。此技受于祖母。

附：灯火灸百度相关知识

清代陈复正认为灯火灸是“幼科第一捷法”。灯火灸是灸法之一。指用灯芯草蘸植

油点火后在穴位上直接点灼的灸法。又称灯草灸、打灯火、淬法。操作时应蘸油适量，动作迅速，以防燃油下滴引起烫伤。当灯火灼及穴位皮肤时可听见轻微“拍”声，灯火即灭，称为一焦。每穴一般只灸一焦。灸后局部稍起红晕，应注意清洁，避免感染。

《本草纲目》卷六：“灯火，主治小儿惊风、昏迷、搐搦，窠视诸病，又治头风胀痛。”临床还用于腮腺炎，呃逆，呕吐，阴痧腹痛，小儿消化不良，功能性子宫出血，手足厥冷等病证。

一般操作方法：选定穴位之后，用龙胆紫药水或有色水笔作一标记。取灯芯草 3~4cm，将一端浸入植物油（麻油或豆油）中约 1cm，取出后用软棉纸或脱脂棉吸去灯草上的浮油，以防油过多点燃后油珠滴落造成烫伤。

施术者用拇食二指捏住灯心草之上三分之一处，即可点火，但要注意火焰不可过大。然后将灯火向穴位缓缓移动，并在穴旁稍停瞬间（此时浸油端宜略高于另一端，或呈水平状，以防火焰过大），待火焰由小刚一变大时，立即将燃端垂直接触穴位标志点（注意：勿触之太重或离穴太远，要似触非触，若接若离），此时从穴位处引出一股气流，从灯心草头部爆出，并发出清脆的“啪、啪”爆淬声，火亦随之熄灭。有的不灭，则可继续点灸其它穴区。灸火顺序为先上后下、先背后腹、先头身后四肢。点灸次数宜灵活掌握，一般 3~5 日一次，急性病可每日 1 次（但须避开原灸点），5~7 次为一疗程。

特定穴操作法

1、取穴：特定穴 A：在大椎穴区域。为全身疾病的反应区域。在此区域寻找阳性病理反应点，表现为局部压痛、皮下条索状结节等。（下同）特定穴 B：第七胸椎下至阳穴区域，是背部疾病的反应集中区。特定穴 C：三阴交区域，是腹部疾病的反应集中点。

2、方法：取准病理反应点，将灯心草一端浸入植物油内，术者用拇食指捏住灯心草上 1cm 处，将火点燃，待火焰略变大，立即垂直触点穴位，此时发出一声“啪”的爆淬声，一般每穴每次淬一淬即可，个别可视病情淬 2 至 5 淬。即淬成 ∴ 形或 ∷ 形，视病情况而采用每日 1 次，2 日 1 次或 1 周 1 次。多数疾病灯火淬特定穴，随阳性反应点不断缩小及消失，疾病就显效至痊愈，反之则预后不良。

主治病证

本法适于各科病证治疗，如头痛、胃脘痛、胸痛、腰痛、痹证、疝气、外感、鼻衄、瘰癧、肉瘤、湿疹、月经不调、带下、痛经、乳疾、等病证。对流行性腮腺炎、小儿消化不良、惊厥、呃逆、腹痛以及功能性子宫出血、网球肘等更为常用。

注意事项

- 1、本法灸火处多有小块灼伤，要保持清洁，以防感染，灸后 3 日内不宜沾生水。
- 2、灯心草蘸油要适量，以不滴油为度，否则容易滴落烫伤皮肤。
- 3、对儿童体质敏感者，体弱及颜面，眼眶周围等部位，灼炷要小，灼爆要轻，壮数要适当，不可太多；头为诸阳之会，若多淬必会头晕几个月，切记。
- 4、动脉浅表部、大静脉浅表部、孕妇腹部均不宜点淬。
- 5、如遇毛发处最好剪去，淬灸后要保持穴位皮肤清洁，以防感染。

小儿遗尿病例

彭某，女，8 岁

每夜尿床，特别烦恼。她说阿姨听别人说你是神医，你给我治治吧！取一寸毫针两支，于小脚趾底部近掌端横纹中点针刺，使针尖达骨面，强刺激。双脚至腿有温热感停止行针，留针 30 分钟，中间行针一次。

车前子 60g、当归 30 g，2 剂，水煎服，一日一剂，早晚分服。嘱夜间睡眠时尽量侧身睡，睡前排尿。

后回访其母，药后痊愈，未复发。

臧某，7 岁，男，遗尿

不愿针刺，给予开药：小麦 40g、甘草 12g、花粉 12g、瞿麦 18g、大枣 3 枚（掰开），3 剂。

另：龙骨 200g，嘱其母龙骨水煎 50 分钟取药液煮荷包蛋 6 只，每日两只。

回访其母，愈后无复发。

三叉神经痛治验

三叉神经痛中医经典古籍《黄帝内经》认为：三叉神经痛属“头痛”、“偏头痛”、“面痛”等范畴，古医书中有“首风”、“脑风”、“头风”等名称记载，如《素问

*风论》：“首风之状，头面多汗恶风，当先风一日则病甚。”因为巅顶之上，唯风可及，外感风寒之邪，寻经上犯巅顶清窍引起本病，精神因素亦可诱发此病。肝郁气滞，久郁化火，火热风动，风火夹痰上扰致清阳不得舒展，头为诸阳之会，五脏六腑之精华气血皆上聚于头，诸邪气，风、火、痰湿、血客于经络，痰阻血淤，气滞血凝，阻遏经络，导致“不通则痛”。

先前读今之医案多从肝论治，但验之临床多不效。后随翻祖父医案，记载五苓散加味治疗偏头痛三例。心中不甚明了，但有些印象。当时并未引起重视，就此搁下。

王某，女，65岁，三叉神经痛

主诉：左侧面部疼痛，时如刀割时如针刺，痛之状如牙神经痛，发作则欲撞墙。望面色白无生气似有浮肿之象，说话口齿不清，脉弦而有力，口苦，口渴，大便溏，小便正常。舌苔白腻，舌胖大大，舌上布满津液。舌侧有齿痕。舌左侧痛且觉麻痹。各地大医院去过，中西药无效，面部注射药物无效。

问及何时发病，言三年前夏天午睡起开始痛，但不是很重，以为无事，后痛加重，状似牙痛便按牙痛治疗，越来越重，到北京找已是医学博士的女儿求助，诊断为三叉神经痛。就此开始漫长的治疗。吾问，午睡时是否开风扇？或者空调？说是开空调。又问是否遇风加重，遇冷加重，皆是。就打发她走了，让她明天取药。其实心内无底，需要仔细考虑一下。深夜，翻看祖父医案，忽然想起祖父用五苓散治疗偏头痛案。结合王某的四诊情况，心中豁然开朗。于是开五苓散加葛根 40g、石菖蒲 30g、白芷 15g，1剂。服后发微汗以观后效。王某见只一剂药，说怎么不开7日量，我在北京吃的都是一开7日量的啊！我说吃一剂看看，显效则服，无效又何必浪费钱呢？其悻悻而去。第二日来，见其面目显现生机，喜笑颜开，说话口齿清晰。王某说，昨晚服药后，发汗。汗出后，觉全身畅快，舌不麻痹，面亦不痛。今晨起面部又开始有些痛。但不是很重，你再开些药，我回去服用。于是开三剂。

复诊，面部略微有痛。仍口苦，前方去葛根，加柴胡 6g、木耳 30g，四剂。再诊时面痛消失，面目不见浮肿之象。要求再开点药物巩固，一并治疗高血压。于是取侯氏黑散 200g，每日冲服。复诊血压下降，又给侯氏黑散 200g 冲服，回访血压稳定，别无不适。

我的听课读书笔记体会和临床病例心得

链接: <http://bbs.iyi.com/thread-2703955-1.html>

作者: 神奇平衡力

(续上期)

9、腰椎间盘突出和骨质增生

现在临床上,腰椎间盘突出和骨质增生的患者比比皆是,难道现在的人都是如此吗?答案是否定的。其实,腰椎间盘突出和骨质增生是西医造出来的病名,临床上很多的腰椎间盘突出和骨质增生,根本和椎间盘突出,骨质增生没有半毛钱的关系,只不过是代人受过,真正的原因是肌肉的受寒、劳损,长时间的姿势不正确导致的。

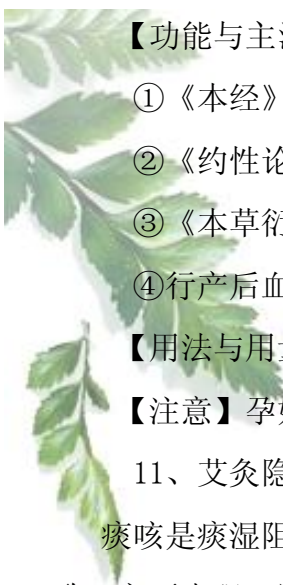
临床上,每天接诊的腰椎间盘突出和骨质增生的患者不在少数,但是治疗的时候,根本不用动椎间盘和增生的部位,而病症却很快减轻或痊愈。现在的西医,眼睛都盯着骨头看,不管是CT或者核磁共振,只是一个参考的依据,而不是治疗的依据。本市骨科医院的骨科主任,每天给腰椎间盘突出的人动手术,而他自己就是腰椎间盘突出,他就告诉自己人,腰椎间盘突出没有好的办法,疼痛就吃点止痛药,实在不行,那就动手术。看看,这就是一个骨科主任对腰椎间盘突出症的认识。

在民间,有很多治疗方法,如针灸、按摩、拔罐、艾灸、贴膏药等,他们都说自己治疗腰椎间盘突出症,实际上,不论是针灸、按摩、拔罐、贴膏药等,都不可能把腰椎间盘突出给治疗回去,可为什么有一部分人却用这些方法给治疗好了呢?原因大家可以自己想想……

10、土鳖虫下乳

大家都知道土鳖虫能治疗跌打损伤,很少人知道它能下乳,这一招我也是在病人手里学到的。有一个产妇乳少,服用催乳片效果不明显,她婆婆来抓土鳖虫,我就问她有什么用?她说来下乳,我就很奇怪,没有听说过土鳖虫可以下乳啊?她说是民间偏方,就抓了几十克的份量。后来我问及效果,她说服后乳就下来了。后来遇到乳少的实践了几例,效果还真的不错。后看《本草衍义》“乳脉不行,研一枚,水半合,滤清服”,才知道出处于此。

【性味与归经】咸,寒;有小毒。归肝经。



【功能与主治】破瘀血，续筋骨。用于筋骨折伤，瘀血经闭，症瘕痞块。

①《本经》“主心腹寒热洗洗，血积症瘕，破坚，下血闭闭”

②《约性论》“治月水不调，破流血积聚。”

③《本草衍义》“乳脉不行，研一枚，水半合，滤清服”

④行产后血积，折伤淤血，舌重，木舌，口疮，小儿腹痛夜啼。

【用法与用量】3~9g。

【注意】孕妇禁用

11、艾灸隐白穴治疗痰咳

痰咳是痰湿阻肺所引起，而痰湿阻肺证是脾失健运，肺失宣降，痰湿壅阻气道所致。主要表现：胸闷气短，咯痰色白而清稀，遇冷加重，喉中痰鸣，胸膈满闷，而中西医对此症无明显特效方法，而在运用艾灸隐白穴治疗妇女崩漏的启发下，运用艾灸隐白穴治疗此症，治疗气满喘息效果非凡。

方法：令患者取仰卧位，或正坐位，暴露双脚前部，用艾条两支，同时点燃，艾灸双隐白穴，患者自觉局部有灼热感为宜，一般艾灸 40-50 分钟，一天一次，一周为一个疗程。

例：女，5 岁，病人在三天前感冒，经西医输液后其他感冒症状消失，唯有咳痰之症愈发严重，平实不得间断，夜间尤甚，咳白色粘稠之痰，有时难以咳出，致使胸闷憋气，曾服用多种化痰之药收效甚微，来诊，用艾灸隐白穴的方法，当日夜间睡眠良好，连续治疗 4 次，症状消失而愈。

隐白穴，是足太阴脾经的井穴，是治疗月经过多、崩漏的要穴，在足大趾末节内侧，距趾甲角 0.1 寸，主治腹胀，便血，尿血，月经过多，崩漏，癫狂，多梦，惊风。

隐白：隐，隐秘、隐藏也。白，肺之色也，气也。该穴名意，指脾经体内经脉的阳热之气由本穴外出脾经体表经脉。本穴有地部孔隙与脾经体内经脉相连，穴内气血为脾经体内经脉外传之气，因气为蒸发外出，有不被人所觉察之态，如隐秘之象，故名。（全文完）



第三部分——识草药

吴茱萸

别名：吴萸、茶辣、辣子、臭辣子、吴椒、臭泡子。

来源：芸香科植物吴茱萸干燥近成熟果实，产秦岭以南各地。各地有小或大量栽种，日本也有分布。

形态：小乔木或灌木，高3~5米，嫩枝暗紫红色。叶有小叶5~11片，小叶薄至厚纸质，卵形，长6~18厘米，宽3~7厘米，叶轴下部的较小，两侧对称或一侧的基部稍偏斜，边全缘或浅波浪状。花序顶生；雄花序的花彼此疏离，雌花序的花密集或疏离；萼片及花瓣均5片，偶有4片，镊合排列；雄花花瓣长3~4毫米，退化雌蕊4~5深裂，雄蕊伸出花瓣之上；雌花花瓣长4~5毫米，腹面被毛，退化雄蕊鳞片状或短线状或兼有细小的不育花药。果序宽3~12厘米，果暗紫红色，有大油点，每分果瓣有1种子；种子近圆球形，一端钝尖，腹面略平坦，长4~5毫米，褐黑色，有光泽。花期4~6月，果期8~11月。

栽培：吴茱萸喜温暖湿润气候，不耐寒冷、干燥。以选阳光充足、土层深厚、疏松肥沃、排水良好的沙质壤土和腐殖质壤土栽培为宜；低洼积水地不宜栽培。

性味功能：味辛、苦，热；有小毒；散寒止痛，降逆止呕，助阳止泻。

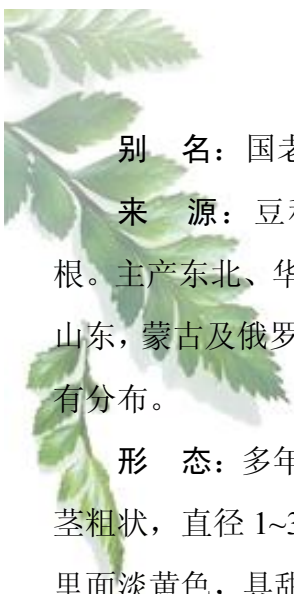
用途：常用于厥阴头痛，寒疝腹痛，寒湿脚气，经行腹痛，脘腹胀痛，呕吐吞酸，五更泄泻，外治口疮，高血压。

用法用量：内服1.5~4.5g；外用适量。

经验鉴别：吴茱萸呈球形，表面暗黄绿色至褐色。质硬而脆，横切面可见子房5室，每室有淡黄色种子1粒。以气芳香浓郁，味辛辣而苦者为佳。



甘 草



别 名：国老、甜草、甜根子。

来 源：豆科植物甘草的干燥根。主产东北、华北、西北各省区及山东，蒙古及俄罗斯西伯利亚地区也有分布。

形 态：多年生草本，根与根状茎粗状，直径 1~3 厘米，外皮褐色，里面淡黄色，具甜味。茎直立，多分枝，高 30~120 厘米，叶长 5~20 厘米；托叶三角状披针形，长约 5 毫米，宽约 2 毫米；小叶 5~17 枚，卵形，长 1.5~5 厘米，宽 0.8~3 厘米，上面暗绿色，下面绿色，顶端钝，具短尖，基部圆，边缘全缘或微呈波状，多少反卷。总状花序腋生，具多数花，总花梗短于叶；苞片长圆状披针形，长 3~4 毫米，褐色，膜质；花萼钟状，长 7~14 毫米，萼齿 5，与萼筒近等长，上部 2 齿大部分连合；花冠紫色、白色或黄色，长 10~24 毫米，旗瓣长圆形，顶端微凹，基部具短瓣柄，翼瓣短于旗瓣，龙骨瓣短于翼瓣；子房密被刺毛状腺体。荚果弯曲呈镰刀状，密集成球，密生瘤状突起和刺毛状腺体。种子 3~11，暗绿色，肾形，长约 3 毫米。花期 6~8 月，果期 7~10 月。

栽 培：甘草地上部分每年秋末死亡，根及根茎在土中越冬，翌年春 3~4 月从根茎上长出新芽。抗寒、抗旱、喜光，是钙质土的指示植物。宜选土层深厚，排水良好，地下水位较低的砂质壤土栽种，涝洼和地下水位高的地区不宜种植。土壤酸碱度以中性或微碱性为好，在酸性土壤中生长不良。

性味功能：味甘，平。补脾益气，清热解毒，祛痰止咳，缓急止痛，调和诸药。

用 途：用于脾胃虚弱，倦怠乏力，心悸气短，咳嗽痰多，脘腹、四肢挛急疼痛，痈肿疮毒，缓解药物毒性、烈性。

用法用量：内服 1.5~9g。

经验鉴别：甘草表面红棕色，有明显的皱纹，断面纤维性，黄白色，有粉性，味甚甜而特殊。以皮细紧、色红棕、质坚实、断面色黄白、粉性足者为佳。

责任编辑：金陵一剑

发热、咳嗽三天

作者: kangjing_dr

链接: <http://bbs.iiyi.com/thread-3216707-1.html>

●病历摘要:

一般资料: 王某, 男, 32 岁, 教师, 体重 70Kg。

主诉: 发热、咳嗽 3 天

现病史: 患者于 3 天前受凉后出现发热、咳嗽、咽痛, 最高体温 39.2℃, 无痰, 不伴胸痛, 无咯血, 无恶心、呕吐, 无腹痛、腹泻。在当地社区医院使用“退热药”、“消炎药”(具体药物及剂量不详)治疗, 效果不佳, 为求进一步诊治来我院, 门诊以“发热、肺炎?”收入院。发病以来精神差, 进食少, 大小便正常, 体重无明显变化。

既往史: 既往体健。否认“肝炎”、“结核”等传染病病史; 否认手术史、输血史、药物食物过敏史; 预防接种史不详。

个人史: 生于并久居于吉林市, 无冶游史, 无烟酒等嗜好。

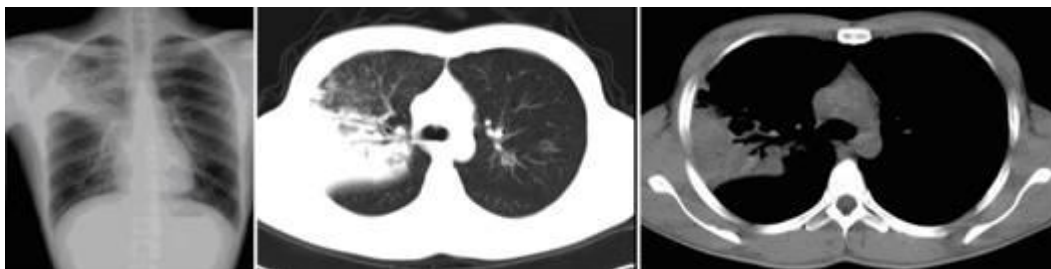
家族史: 否认家族性遗传病病史。

体格检查: 体温: 39.2℃; 脉搏: 105 次/分; 呼吸: 22 次/分; 血压: 120/74mmHg。发育正常, 营养中等, 神志清楚, 急性热病容, 查体合作。全身皮肤粘膜及巩膜未见黄染, 浅表淋巴结无肿大。头颅、五官无畸形。双侧瞳孔等大等圆, 对光反射灵敏。外耳道无流脓, 无牵拉痛, 鼻翼无煽动。唇无紫绀, 咽红, 未见脓点及脓斑, 双侧扁桃体无肿大。颈软, 无颈静脉怒张, 气管居中, 甲状腺无肿大。双侧胸廓对称无畸形, 呼吸运动自如, 右侧语音震颤增强, 右肺呼吸音粗, 可闻及固定湿性啰音, 少量干鸣音。心前区无隆起, 心尖搏动位于左第五肋间锁骨中线内侧 0.5cm, 无震颤, 心率 105 次/分, 律齐, 各瓣膜听诊区无杂音, 无心包摩擦音。腹部平坦, 柔软, 腹壁无静脉曲张及胃肠蠕动波, 全腹无压痛及反跳痛, 未触及包块, 肋下肝脾未扪及, 肝肾区无叩击痛, 移动性浊音阴性, 肠鸣音正常, 无振水声, 未闻及血管杂音。肛门及外生殖器未查。脊柱、四肢无畸形, 活动自如, 无周围血管征。生理反射存在, 病理反射未引出。余项查体未见明显异常。

辅助检查：

血常规：WBC： $2.1 \times 10^9/L$ ，N:91%。

胸部 X 线、CT：



初步诊断：右侧大叶肺炎。

讨论：

1. 细菌性肺炎经验用药的原则如何？
2. 体征和症状不典型的大叶性肺炎如何早发现、早诊断？

●临床讨论：**威灵仙翁：**

先回答第二个问题：患者于三天前突然咳嗽、咽痛、发热，最高体温 39.2℃。根据患者症状首先应诊断为上感，上感常有喷嚏，吐清痰，用药后，发热一般不反复。而本例患者，发热 39.2℃，为高热，同时出现咳嗽，反复发热，此时应考虑肺炎。患者高热结合一系列症状，需排除下列疾病。脑炎：脑炎通常有头痛，口渴，无咳嗽；流行性出血热：有高热，头痛、腰痛、眼眶痛，酒醉面容；败血症：有高热，身痛或身上有固定的痛点。患者反复高热，用排除法，结合咳嗽，反复高热，主要考虑肺炎。

二、谈一下用中药治疗的方法，方用麻杏石甘汤，银翘散，甘桔汤加减，具体药物是：麻黄 6 克，杏仁 10 克，生石膏 30 克，桔梗 15 克，甘草 10 克，二花 30 克，连翘 15 克，僵蚕 10 克，知母 10 克，川贝 10 克，蒲公英 30 克，紫花地丁 20 克，水煎服。

anne 医生：

1. 细菌性肺炎经验用药的原则如何？

尽早开始抗菌药物经验治疗，应选用覆盖肺炎链球菌、流感嗜血杆菌的药物，需要时加用对肺炎支原体、肺炎衣原体、军团菌属等细胞内病原体有效的药物。

本病例合并白细胞减少，白细胞低，免疫力低，宜采取重拳出击原则经验选用抗生素治疗，有条件者可给予血、痰培养+药敏指导治疗。无培养条件的基层医院，本

病例讨论

例给予哌拉西林他唑巴坦或阿莫西林克拉维酸钾+喹诺酮类抗生素；或头孢三代+阿奇霉素治疗是不错的选择。

2. 体征和症状不典型的大叶性肺炎如何早发现、早诊断？

近年来，由于抗生素治疗，典型大叶性肺炎已经较少见到；与此相反，体征和症状不典型的大叶性肺炎却时有发生，所以认真总结经验教训，非常有现实意义。据近年来研究：体征和症状不典型的大叶性肺炎除见于肺炎球菌感染外，肺炎支原体感染是一个重要的病因。而肺炎支原体肺炎早期症状与体征分离，单纯依靠病史与查体，较易漏诊，所以，早期发现患者，除必要的血常规检查外，可进一步查肺炎支原体抗体，早期做 X 线胸片，有助于发现早期诊断线索。

cyq15333:

1. 针对细菌性肺炎的治疗原则：首先经验性应用抗生素，本例患者白细胞偏低，可能和自服消炎药物有关，因此发生肺部感染时，特别是非常倾向细菌感染时，一定要早期，足量应用，优先选择抗革兰氏阳性菌抗生素静脉注射，比如青霉素类，如果过敏可以用喹诺酮类，然后痰培养加上药敏实验。此患者白细胞太低，故要复查白细胞，排除其它疾病。

2. 随着抗生素的应用，典型大叶性肺炎越来越少见，诊断时除了血常规和胸片外，病史也很重要，特别是淋雨受凉史以及胸部 X 片。

ww2sxy520:

1. 细菌性肺炎经验用药的原则如何？

尽早开始足量抗菌药物经验治疗，应选用抗菌谱广的药物，同时及早规范的留取痰液或血液标本进行细菌学检查，在询问病史的时候需要注意：肺炎链球菌肺炎咯铁锈色痰；铜绿假单胞菌、流感嗜血杆菌、肺炎球菌属可能咯绿痰；肺炎克雷伯菌肺炎咯砖红色冻胶痰；厌氧菌感染痰有恶臭或异味；流感嗜血杆菌性肺炎最常出现于冬季和早春，体弱宿主更多见；罹患军团菌性肺炎的患者的常见症状是精神状态改变和腹泻，患者可能进展为咳血或肺空洞，还可表现为胃肠道症状如食欲不振、恶心、呕吐和腹泻，常见低钠血症；迁移性多发脓肿考虑金葡菌感染。也可以结合本院发病率高 的致病菌类型给与相应抗菌素治疗，如科内肺部感染常见致病菌为金葡菌，可给予一代头孢等治疗；同时还需要注意本科常见致病菌的耐药情况，如我科消化道手术后肺部感染多见大肠杆菌，但大部分此类患者对三代头孢效果不佳，还需要根据细菌培养的结果并且排除标本污染，再根据细菌学检查结果调整抗菌素。还需要考虑患者本身

情况及代谢，比如患者合并肾功能不全需要使用肾功能损害小的药物，同时患者如果尿量非常多，就需要考虑常规剂量的抗菌素血药浓度是否可以达到有效浓度。

2. 体征和症状不典型的大叶性肺炎如何早发现、早诊断？

除了 anne 老师所说，合并糖尿病、肿瘤、慢阻肺、支扩等免疫功能减弱的患者出现咳嗽、咳痰等表现更需要高度警惕，需行血常规、血沉、CRP、降钙素原、胸片等检查。

●临床诊断

右侧大叶肺炎。

●总结

该病例发病过程迅速，起病初期症状不典型，考虑患者隐瞒了用药史，或因身体素质较好而掩盖了发病过程。

作为首诊医师，除详细问诊以外更应完善辅助检查等相关内容，目前随着社区医疗的改革发展，我们更强调健康教育和健康促进。因此，在疾病发生和发展，尤其是预防方面应该广泛普及教育。

治疗方面按社区获得性肺炎治疗。

4 月龄患儿麻疹引出的思考

作者：anne 医生

链接：<http://bbs.iyyi.com/thread-3217949-1.html>

●病历摘要：

一般资料：患儿，男，4 月，体重 10.0Kg。

主诉：咳嗽 7 天，伴发热、喘息 3 天，皮疹 1 天

现病史：患儿感冒后出现咳嗽，于 7 天前加重，呈阵发性非痉挛性，痰少，无呼吸困难及流涕，无发热，咳嗽剧烈时恶心呕吐，无腹泻。在院外按“急性支气管炎”口服药物治疗（具体不详），症状无好转。入院 3 天前上述症状加重，出现发热、喘息，咳痰，体温最高时达 39.5℃，口服解热药物后，体温渐下降至 38℃左右，出汗少，不愿饮水，无流涕、流泪、喷嚏等症状。给予抗感染、化痰、平喘、雾化吸入等

病例讨论

治疗，咳嗽有所好转。于1天前背部、腹部出现散在皮疹，为粟粒状淡红色皮疹，遂转来我院诊治。发病以来，食欲可，大便略稀，小便可，夜间睡眠差。

既往史：既往有肺炎病史。无肝炎、结核等传染病史及接触史；无手术、输血及外伤史；无食物及药物过敏史；按程序接种疫苗。

个人史：G3P3，足月剖宫产，科学接生，生时无窒息史，出生时体重4.2kg，生后人工喂养。患儿居住条件及经济条件一般。

家族史：父母身体健康，非近亲婚配。家族中无遗传病和传染病史。母亲近期有感冒史，用药后好转。

体格检查：体温：39℃；脉搏：126次/分；呼吸：30次/分；血压未测；体重10.0Kg。神志清，精神不振，发育正常，营养好，查体欠合作。呼吸平稳，鼻翼无扇动，口周无紫绀。背部、腹部散在粟粒状淡红色丘疹，压之褪色，未见抓痕，全身其它皮肤粘膜未见皮疹、黄染及出血点，皮肤弹性可。右耳后可见2个肿大的浅表淋巴结，黄豆大小，无压痛。头颅无畸形，头发分布均匀，有光泽，前囟门平软，张力不高。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，眼角未见脓性分泌物。鼻腔通气可，未见分泌物，耳廓无畸形，外耳道无异常及分泌物。口唇红润，咽部充血，双扁桃体无肿大。颈无抵抗，气管居中，甲状腺无肿大，吸气三凹征阴性。双肺呼吸音粗，可闻及痰鸣音。心率126次/分，律齐，心音有力，各瓣膜听诊区未闻及杂音。腹部平坦，未见胃肠蠕动波，腹软，无压痛及反跳痛，未触及包块，肝脾肋下未触及，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。双侧巴氏征阴性，克氏征阴性，布氏征阴性。

辅助检查：血常规+CRP+MP-AB：WBC： $4.30 \times 10^9/L$ ，RBC： $4.30 \times 10^{12}/L$ ，HGB：104g/L，HCT：33%、MCV：77.20fL、PLT： $308.00 \times 10^9/L$ ，LYM%：10.50%，LYM： $0.50 \times 10^9/L$ ，PDW：19.10fL，MPV：5.4fL，MONO%：17.20%；MP-AB：阴性；CRP：3.61mg/L。肠道病毒71型IgM抗体：（-）。尿常规、粪常规无异常。胸片提示支气管肺炎。

●**初步诊断：**支气管肺炎；皮疹原因待查。

入院后完善检查，继续给予哌拉西林他唑巴坦抗感染、氨溴索化痰、多索茶碱平喘、布地奈德和沙丁胺醇雾化吸入及对症支持治疗。患者持续发热，期间仍无上呼吸道卡它症状，皮疹增多、发际、颈部皮肤均可见，躯干皮肤皮疹融合成片，密集分布，同时出现典型口腔黏膜斑。科内会诊，考虑麻疹，转感染科治疗。

●临床诊断:

1. 婴儿麻疹; 2. 支气管肺炎。

●病例分析:

未接种麻疹疫苗的患儿麻疹的诊断及相关问题讨论如下:

麻疹是由麻疹病毒引起的急性传染病, 传染性极强, 多见于儿童。其临床特征为发热、流涕、咳嗽、眼结合膜炎, 出现特殊的科氏斑(又称麻疹黏膜斑)和广泛的皮肤斑丘疹。随着疫苗的普及和诊疗水平的提高, 麻疹的发病率和死亡率已大幅下降。但是近年来研究提示: 散发流行较多见; 个例个案; 发病年龄幅度增宽, 婴儿和学龄儿童增多。

本例发生于尚未接种麻疹疫苗的4月龄婴儿, 反复询问病史, 没有流行病学资料可稽, 其父母为外地打工者, 母亲与患儿近期都有呼吸道感染史, 生后人工喂养, 与患儿发生麻疹是否有联系临床不好妄断。一般来说, 6个月前婴儿尚留有来自母体的被动免疫抗体, 但是因患儿体质下降、免疫力降低是客观存在的, 有鉴于此, 本例在诊断之处曾一度怀疑幼儿急疹(因无热退疹出特点被排除)、药物疹、风疹、败血症(后来因发现麻疹黏膜斑均被排除)。本例属于散发个案, 随访证实未有局部流行病例发生。

诊断麻疹时, 需结合本地流行病学资料及临床表现, 需与风疹、上感、肺炎、败血症、药物疹等做出鉴别。

为帮助大家掌握麻疹的诊断, 重温一下卫生部曾下发的诊断标准(试行):

(1) 疑似病例: 患者(多为儿童)有发热、咽红等上呼吸道卡他症状及畏光、流泪、结合膜红肿等急性结膜炎症状。发热4天左右, 全身皮肤出现红色斑丘疹。与麻疹患者在14天前有接触史。

(2) 确诊病例: ①在口腔颊黏膜处见到柯氏斑; ②咽部或结合膜分泌物中分离到麻疹病毒; ③1个月内未接种过麻疹疫苗而在血清中查到麻疹免疫球蛋白M抗体; ④恢复期血清中麻疹免疫球蛋白G抗体滴度比急性期有4倍以上的升高, 或急性期抗体阴性而恢复期抗体阳转。

临床诊断: 疑似病例加①项。

本例虽然由于条件限制, 未做血清麻疹免疫球蛋白M抗体检查, 但由于麻疹黏膜斑存在, 可临床诊断为麻疹。这在患儿临床病程中得到了证实, 患儿后来出现皮疹脱屑、色素沉着等麻疹特有表现。

病例讨论

麻疹一般康复顺利，但也可引起严重并发症。常并发呼吸道疾病如中耳炎、喉-气管炎、肺炎等，麻疹脑炎、亚急性硬化性全脑炎等严重并发症。本例在呼吸道感染基础上发病，合并了肺炎，并没有其它并发症的发生，可能与6个月前婴儿尚留有来自母体的被动免疫抗体有关。

目前尚无特效药物治疗。治疗麻疹重点在加强护理、优化环境、对症处理和预防并发症。

预防措施方面：我国目前实施麻疹计划免疫在婴儿满8月时接种，以后再适时复种。有人报告6个月婴儿84%母传麻疹抗体消失，并提出接种时间提前的建议，但尚未采纳。提倡生后4~6月母乳喂养以获母传抗体，加强对流动人口管理。

疑似麻疹患者，应注意做好隔离防护，预防交叉感染，给予专人专病房隔离治疗。值得注意的是，发生肺炎合并症者，必须将隔离期延长至出疹后10天左右。

●总结

本例4月婴儿咳嗽，首发支气管肺炎，合并麻疹。

近年来研究提示：散发流行较多见；个例个案；发病年龄幅度增宽，婴儿和学龄儿童增多。临床上要提高对麻疹的警惕性，对于发病在春季有发热、皮疹的患者，应该将麻疹作为鉴别诊断。尤其对未接种麻苗患儿，更应提高存在感染麻疹病毒风险性的认识。

咳嗽、咳痰1月，胸痛、胸闷、气短2天

作者：ww2sxy520

链接：<http://bbs.iiyi.com/thread-3211176-1.html>

●病历摘要：

一般资料：男性，45岁，农民。

主诉：咳嗽、咳痰1月，胸痛、胸闷、气短2天

现病史：患者1月前受凉后出现咳嗽、咳痰，痰量少，为黄色粘痰，无咳血，无胸闷、气短，无乏力、盗汗、午后低热。在家自行口服感冒药（具体用药及剂量不详）后症状略有缓解。2天前剧烈呕吐后自觉胸骨后持续性疼痛，休息、变换体位胸痛不能缓解。食欲差，腹胀、恶心，无咯血，无声音嘶哑，无心悸。在当地医院行心电图

检查未见明显异常，给予“头孢”抗感染对症治疗（具体药物及剂量不详）后症状无明显缓解，遂来我院就诊。

既往史：既往体健。否认肝炎、结核等传染病及其密切接触史。无高血压、糖尿病、冠心病等慢性疾病病史。无手术、外伤及输血史。

体格检查：体温：39℃；脉搏：104 次/分；呼吸：24 次/分；血压：130/80mmHg。发育正常，营养一般，神志清楚，精神差，平车推入病房，问答切题，查体合作。全身皮肤、黏膜无黄染及出血点，浅表淋巴结无肿大。眼睑无下垂，巩膜无黄染，结膜无充血，双侧瞳孔等大等圆，对光反射灵敏。耳、鼻无异常分泌物。口唇无紫绀，咽部无充血，扁桃体无肿大。颈软无抵抗，颈静脉无充盈，甲状腺不大，气管居中。双侧胸廓对称，无胸壁静脉曲张，左肺叩诊呈浊音，右肺叩诊呈清音，双下肺呼吸音左肺较右侧明显减弱，双肺未闻及干湿性啰音。心前区无隆起，叩诊心浊音界不大，心律齐，心音有力，心率 104 次/分，各瓣膜听诊区无杂音。腹部平坦，腹壁静脉无显露，腹肌软，全腹无压痛及反跳痛，肝脾肋下未触及，肝区及双肾区无叩击痛，移动性浊音阴性，肠鸣音 3 次/分。双下肢无水肿，无杵状指（趾）。

辅助检查：

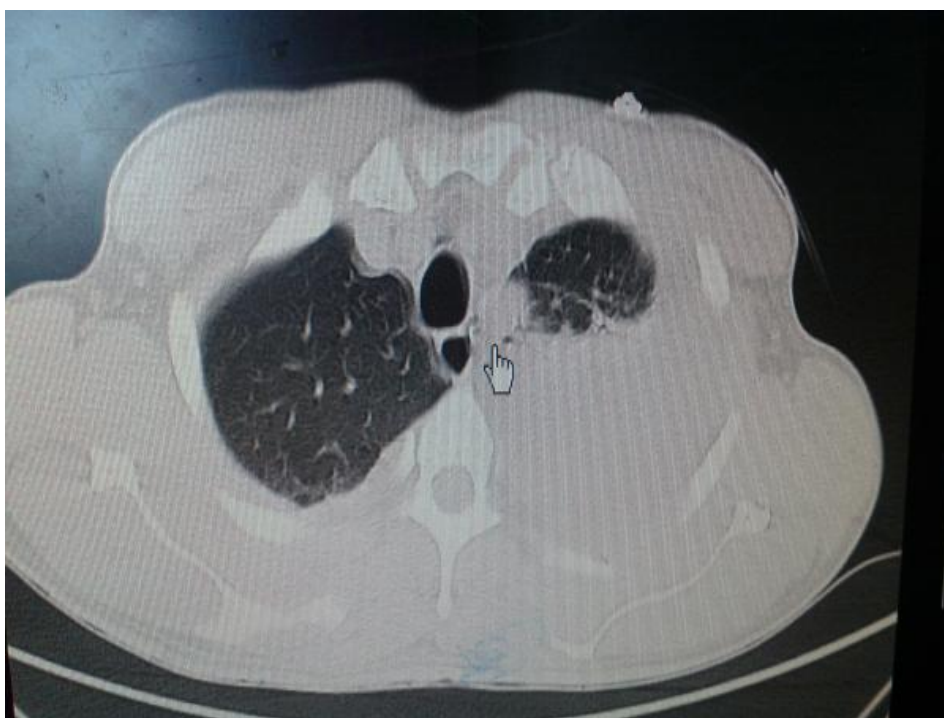
血常规提示：WBC： $15.03 \times 10^9/L$ ，N：84.7%，L：6.84%，HGB：126g/L，PLT： $357 \times 10^9/L$ 。

心电图提示窦性心律。

胸 CT 见下图：



病例讨论





讨论：

1. 目前患者诊断考虑是什么？
2. 和哪些疾病相鉴别？
3. 治疗方案？

●临床讨论：

z1340385457：

考虑左肺肺炎。体温 39℃，咳嗽、咯黄色粘痰，胸闷、气短、胸痛，WBC 15.03×10^9 ，应与心肌梗死相鉴别。治疗：抗感染、强心利尿。

北京松流：

考虑气胸(胸膜粘连，局限性前胸壁)、胸腔积液，排除合并肺不张，建议行支纤镜检查。

●临床诊断

1. 自发性食管破裂；2. 液气胸。

●总结

食管破裂是一种少见的胸外科疾病，但其病情进展迅猛，误诊率高，病死率极高，可达 40% 左右。食管破裂可发生于钝性损伤、锐器伤及食管异物，也可因剧烈呕吐致自发性食管破裂。食管破裂治疗中死于并发症的病例常有报导，其中包括感染性中毒衰竭、术后吻合口大动脉瘘、大呕血，病史长的患者容易出现纵隔、胸腔严重感染，导致中毒衰竭死亡。

病例讨论

食管有三个生理性狭窄：第一处在环状软骨下缘平面，即食管入口处；第二处在主动脉弓水平，有主动脉和左支气管横跨食管；最后一处在食管下端，即食管穿过膈肌裂孔处。从上述食管的解剖和组织学特点可见食管无浆膜覆盖，肌纤维呈纵向排列且比较脆弱，容易发生撕裂，存在三个生理狭窄，容易使异物嵌顿及尖锐异物刺破食管壁导致穿孔。

食管破裂的原因包括以下几点：(1)刀枪伤，火器伤；(2)胸部钝挫伤；(3)误吞异物刺破食管；(4)食管镜或者胃镜检查时误伤食管；(5)剧烈呕吐或其它因素使腹内及食管内压力急剧增加引起自发性食管破裂。

食管损伤后症状与损伤部位有关。颈段食管破裂时，主要表现为颈部疼痛，吞咽困难及声音嘶哑。胸段食管破裂时，主要表现为胸骨后或上胸部剧烈疼痛；食管穿孔进入胸膜腔时，可引起液气胸，因而可有患侧胸痛、呼吸困难及紫绀等症状。腹段食管破裂时，可出现上腹部腹膜炎症状。

食管破裂的预后主要取决于食管破裂的原因、食管破裂确诊的时间、破口大小和位置、食管壁炎性水肿、纵膈和胸膜腔受感染程度及手术方式。一般认为食管破裂 24 小时内应该积极开胸进行一期手术修补破口，充分引流，效果较好。伤后 24 小时采取积极治疗措施可使病死率下降至 9%，若延误治疗病死率可高达 89%。

对于胸段食管破裂错过最佳治疗时间，确诊时已经超过 48 小时，合并纵膈、胸腔感染，如何减轻和控制感染，改善全身情况，顺利进行二期手术重建食管，一直是胸外科医师关注的焦点。既往采取内镜下治疗、胸腔闭式引流、空肠造口营养管支持、食管内覆膜支架置入封堵等保守治疗方法，虽然其创伤小，但其缺点是胸腔内大量食物残渣及脓苔形成包裹性积液，单纯胸腔闭式引流不彻底，胸腔感染不易控制，患侧肺受压感染影响呼吸功能，同时大量毒素吸收后可导致多器官功能损害，持续感染，慢性消耗影响食管破口愈合。国内报道的手术方法有带蒂大网膜及带蒂肋间肌瓣修补、食管结扎、食管切除吻合术等，其手术及麻醉时间长，手术创伤大，有较高的死亡率，且不适合于高龄及纵膈污染严重，组织广泛水肿、液化、坏死的病人。

国内外一些学者报道开胸手术清除脓性分泌物、坏死组织后，可在食管内放置 T 形管，在食管破口修补处放置纵膈引流管、胸腔引流管。对于本患者我们采取本方法治疗，效果明显，患者已经痊愈出院。

责任编辑：yjb5200120

编辑：刘现国

医疗资讯

青海：首个执行新版医疗服务价格省份

日前国家卫计委召开新闻发布会，介绍青海省深入推进综合医改试点工作情况，同时表示青海省的公立医疗机构将于9月份统一执行新的医疗服务价格项目，涉及服务项目数量九千余种。青海省省委副秘书长、省医改办主任侯鹏宁介绍说，青海的价格调整主要是与医保政策、医疗机构的控费和分级诊疗制度等政策相互衔接来制定，一个新的特点是按照《全国医疗服务价格项目规范》（2012版）进行调整，成为全国第一个、也是目前唯一一个实行新版医疗服务价格项目规范的省份。

三明：在全国率先成立医疗保障管理局

为进一步深化医改，落实好医疗、医保、医药“三医联动”改革，提高医保基金使用效益、遏制不正确医疗行为、减轻群众看病负担、提高群众医疗保障水平，三明市日前在全国率先成立医疗保障管理局。据悉，三明市医疗保障管理局与市财政局合署办公，将市人力资源和社会保障管理局有关医疗保险、生育保险管理职责，市卫生和计划生育委员会有关药品集中采购管理职责，市财政局有关拟订医保基金、生育基金的预决算职责，市医疗保障基金管理中心有关医疗保险定点医疗机构、市本级定点零售药店的资格审查、管理等职责进行整合。

北京：19家市属医院取消院内就诊卡

到医院就诊时，“一院一卡”给很多患者带来了不便。据悉，这种不便在未来将会结束，北京市医管局宣布在市属医院推行“北京通·京医通”卡，这相当于各医院有了就诊“一卡通”。今年年底前，所有市属医院都将在“北京通·京医通”微信挂号平台上开通预约功能。届时，医保卡患者注册登录后，绑定医保卡即可预约挂号并支付挂号费，首次到医院取号时将自动关联京医通系统，而外地患者办理京医通卡后，在22家市属医院就诊也可实现“一卡通”。

济南：试点按病种收费

为鼓励各类医疗机构公平竞争，切实降低医疗费用，济南市今年试点确定了乳腺癌、急性阑尾炎、单侧腹股沟疝、慢性胆囊炎或合并胆囊结石、下肢静脉曲张、短暂性脑缺血发作、子宫平滑肌瘤、睾丸鞘膜积液、精索静脉曲张等 9 个按病种收费的疾病，面向全市各级各类医院开展了单病种谈判。谈判采取“统筹支付额”+“个人支付额”双定额结算方式，用支付杠杆引导病人自愿选择单病种定点医院就医。

福州：儿科医生可享多项政策倾斜

随着“全面二孩”时代的到来，儿科医生的重要性不言而喻。然而各医院“儿科医生荒”客观存在，很多基层社区卫生服务机构不设儿科，患儿必须集中到儿童专科医院和区域内综合医院，导致医院儿科人满为患，造成挂号难、看病难。据市卫计委的消息，“十三五”期间将重点加强儿科、妇产科等薄弱领域服务能力建设，主要是完善儿科人才引进和培养，加大财政投入，采取多项措施向儿科医生提供政策倾斜，稳定儿科医生队伍。

Heart：早期使用 β 受体阻滞剂不减少应激性心肌病急性期死亡

应激性心肌病是一种可逆性左心功能障碍综合征。研究表明，儿茶酚胺介导的机制可能参与应激性心肌病病理生理过程，因此， β 受体阻滞剂或可治疗应激性心肌病。然而，目前关于早期使用 β 受体阻滞剂对应激性心肌病的预后影响尚存在争议。来自东京大学的 Isogai 博士等进行了一项回顾性队列研究，旨在研究早期使用 β 受体阻滞剂对应激性心肌病急性期院内死亡率的影响，结果显示早期使用 β 受体阻滞剂不影响应激性心肌病患者院内死亡率。

Br J Cancer：他汀类药物可降低绝经后女性的癌症死亡风险

他汀类药物是常用的降胆固醇药物，可能通过多种机制作用于肿瘤生长和转移的过程。考虑到他汀类药物的广泛使用，有必要确认他汀类药物使用与所有癌症生存率的相关性。美国斯坦福大学医学院的 Wang A 团队开展了一项前瞻性研究，旨在分析他汀类药物使用与绝经后女性所有癌症生存的关系，研究表明，对绝经后女性来说，服用他汀类药物或其它降脂药物与癌症死亡风险降低相关，而这种相关性并不受制于他汀类药物的类型、用药时间和药效强度。

Thorax: 二甲双胍不能改善严重急性加重的 COPD 患者的血糖水平

严重急性加重的慢性阻塞性肺疾病（COPD）常常与高血糖联系在一起。高血糖在 COPD 急性加重期是一个未被探索的治疗靶点，而且它预示着不良后果。二甲双胍在糖尿病中是一种明确的降糖药物，可能也有抗炎的作用。但它在 COPD 中的作用还不是很清楚。来自英国伦敦大学的 Emma H Baker 教授及其同事进行了一项研究，结果发现，二甲双胍不能改善严重急性加重的 COPD 患者的血糖水平，对 C 反应蛋白和临床结局也没有任何影响。

haematological: 阿扎胞苷可提高异基因造血干细胞移植后患者总生存率

急性髓系白血病（AML）及骨髓增生异常综合征（MDS）患者在接受异基因造血干细胞移植后疾病复发是治疗失败最常见的原因，针对这部分患者的治疗手段极为有限。阿扎胞苷（AZA）是治疗高危 AML 和 MDS 重要的新药，该药在移植后复发患者中的作用仍未明确。因此，英国的 Craddock 医师进行了一项临床研究，评估了阿扎胞苷治疗移植后复发 AML 和 MDS 的活性及耐受性，结果提示阿扎胞苷在移植后复发的 AML 和 MDS 治疗中具有重要作用。

Gut: 卡维地洛或可成为降低门静脉压力的新希望

肝硬化是由一种或多种原因引起的、以肝组织弥漫性纤维化、假小叶和再生结节为组织学特征的进行性慢性肝病。临床上以门静脉高压和肝功能减退为特征，常并发上消化道出血而死亡，为此如何通过降低门静脉高压进而减少出血发生率成为临床关注点。来自印度的 Bhardwaj 教授进行了一项卡维地洛可延缓肝硬化患者较小食管静脉曲张进展的随机对照试验，研究显示卡维地洛在肝硬化患者中可延缓食管静脉曲张由小向大进展，且安全有效，无明显不良事件发生，但该研究为单中心研究，仍需多中心大规模研究。

责任编辑：hehanhan

结缘中医

文章作者: smdt003

文章链接: <http://bbs.iyyi.com/thread-1676411-16.html>

中医，一个很古老的行业，一个很博大精深而又很接地气的带有中国传统特色的行业。而我很庆幸结缘中医，从朦朦胧胧的一知半解到如今我深深的爱着它，虽然我现在对中医仍是还是半桶水，但我觉得这样便已是幸运。

可以说，人生有很多想不到的东西，谁也不知道自己一生下来命中注定是做什么干什么。不知不觉得过了几十年。初中那个年代，根本不知道大学，而真正到了考上大学时，我真的还不知道报什么志愿，读什么样的大学，那个时候只有一个愿望：脱农。于是乎，我随便报了个志愿，也糊里糊涂当了一名医生。

家里没有医生的前辈，祖上八辈子都是农民，对于医学，我觉得既然学了医就做医生吧，没什么远大理想与愿望。只记得毕业那个时候，最想做的是外科，原因是自己动作快，不用整天抄抄写写那么多，不象内科那样看不明而且天天查房那么久，站着累，而外科就不一样，一刀下去就解除病患，真正做到手到病除，干脆利索且有很有成就感。但老天总是与人做对，毕业之后，虽然也有机会当外科医生，可我被卡了，最几经波折去了机关，好在两年后遇到贵人，帮我调到了医院，总算成了一名医生。

那个时候，当一名好医生是我最大的目标。我是一名不起眼的皮肤科医生，虽然我曾设想自己去从事皮肤美容，这样更接近我的理想外科，也应该是时代的趋势，可是，那环境，让我理想得不到实现。大家知道，综合的三级医院里，皮肤科常常是不被看好的，而说实际，也难被看好，毛毛皮皮的事，好象除了痒，什么也没有，治病不过是几元钱的膏药涂涂，没钱赚而病又不重，谁看好呢？科室没钱，主任说话也没底气，投资更不用说，到医院几年，设备没有，只是一支笔，一张桌子，如何发展？

但事实上，皮肤科有很多大病，有些病让人生不如死。从事几年皮肤科后，发现皮肤病并不是常人想象的那么简单。皮肤病病种多而涉及面广，但治疗的手段很有限，除了几种素（激素、抗生素、维生素）之外，西医的药物已没什么特殊的了。当然其他的内科医生也一样，如果只想通过药物治疗，几乎都是一样，症状控制可以，但要根治很难，这便是西医内科系列的现状。慢慢的我发觉，想成为一个皮肤名医，仅从西医手段进行治疗的确很难实现。更让我难堪的是，自从调入医院成为一名医生之后，

每当回到乡下，一些乡亲们总会找我看病，但我却是心有余而力不足，因为，乡下有很多西药是买不到的，很多时候真让乡亲们失望。而乡下的乡亲更多是喜欢中医，而我却对中医一无所知，因为我所学的，是现代医学的西医。

基于以上原因，我觉得应该学习中医，有了这一意识，我就开始付之行动。于是我买了中医的书，由于没有老师，很多时候不知道中医如何去学。虽然大学那时也有中医基础，但那只是走马观花，根本不知道中医是什么？如何入手？我单纯地认为，学中医不就是和学西医一样吗？依病用药便是。于是，学了几年，背上一些方，见病开方，但效果却总是不满意，有时还弄出笑话来。

幸运的是，时代总在造就我，在不经意中给我机缘。就象我考大学那样，如果考试形式象八十年代初那样，是传统的试卷，那我根本看不到希望，但就在我考试前两年，考试试题部分采用了标准化试卷，特别是英语一科，对于我这样一个会猜而不会写的人来说，这无疑是天助我也。所以，我那一年考试顺利通过，而且我最差的英语一科也得了 60 多分。2005 年，在我学习中医没有头绪的时候，刘力红《思考中医》出炉。我看了之后，如雷东灌顶，好象一下了明白了好多，从那个时候开始的，我看中医的书，就如同看言情小说那样，读起来总觉得很有味道。慢慢地，我看懂了很多，也学会了很多。从《药性赋》、《医学三字经》、《王绵之方剂学讲稿》到《内经》、《伤寒》、《金匱》，每一本都是那么有味。而 2007 年糊里糊涂辞职后，我更有空学习中医，特别是在网络上，《民间中医》与《爱爱医》让我快速成长了起来。我非常庆幸，几年前的《爱爱医》的中医版，有很多中医精英在讲中医、聊中医、教中医、学中医，让我收获不少，所以，对于爱爱医，我一直心存感恩，一直抱爱。

2010 年，浪迹江湖的我得以回到本地中医医院，让我在良好的环境中逐步成长。虽然，现在中医医院已完全西化，虽然中医似乎在没落，但我总在不停的进步。这些年，我有幸结识了不少爱好中医的人士，对于中医的学习，我有更多更好的后盾力量，这些，有如一股强大的力量，催我向前！

一路走来，我和中医犹如恋人般，从朦朦胧胧相识到相知然后深陷其中不能自拔，从此在也不能分开。这一世与中医结缘，我想我是幸运的宠儿。

坚持行医

-----（医师节演讲稿）

作者：王巨明

链接：<http://bbs.iiyi.com/thread-2572406-1.html>

尊敬的领导、同志们：

大家好！

我是中医康复科医生王巨明，我演讲的题目是坚持行医。今天我们能聚在这里，是因为我们要庆贺一个对我们医师来说值得庆贺的日子—医师节，可面对每况日下的医疗环境，我却怎么也高兴不起来。从医十年来，现在我感受最深的不是医术难学，而是行医难，因为行医要坚持，一个行业不讲精勤业务，单讲对行业的坚持，也许有几多无奈。但现在的情况是医生执业不被重视，医闹频发，高风险，高投入，却低回报。身边优秀医生陆续改行，年轻人不愿从医这是一个多么可怕现实。也就是因为这个，我今天不得不强调坚持。有报道说，一个不重医的民族，是没有未来的。话有点重，但身为医者，即使不担负兴亡，但面对现实别人可以逃避而我们却不能。因为：一、当初我们选择了行医，而且已经是医生了，苦短人生，岂容我们重新选择；二、是行医路上面对病魔的挑衅，我们能退却吗？不能。如果退却，那就是逃兵；三、我坚信：不被理解是暂时的，误会不可能永久。人处疾则贵医，我们清楚地知道人生病后对医疗的渴求，生命垂危时对医生的敬仰。故而我们可以不被理解，不被重视，但是我们不能不坚持，因为我们是医生，人间之至善乃医。天地之大德曰生，是医生我们就要坚持济世！说到医闹，我们更不能因为王浩等伤医事件，而放弃初衷。因为我们志在康安，我们坚守生命！

现在有同行说：医生职业单调，生活清苦，出力不落好。不错，眼前的社会是一物欲的社会，充满了诱惑，谁谁发财了，谁谁升官了，谁谁出名了。可我们不是谁谁，我们只有谁谁病了，谁谁伤了，谁谁需要治疗，谁谁需要抢救！因为我们是医生，医者父母心，身为医者，我们如何能不坚持我们的选择，生命面前人人平等啊，我们就站在每个人生命的节点上。

坚持是需要付出的，也需要忍耐，更需要执着，我们纵不能像李时珍那样四十年如一日，也不可能像吴孟超老人那样耄耋之年仍奋战手术台上，但我们刻下

也是医生，走在行医的路上，我们就存在在危亡与生存之间。我们是疾病通往健康的桥梁。委屈过后，我们享受治愈病人后的成功与喜悦。我们得到病人康复后的重新理解与尊重。执着行医，我们只是多了一份不一样的坚持！

端正心态，坚持行医更是一份责任，为国家，为社会，为你，为我！

我的演讲完毕，谢谢大家！

责任编辑：修竹临风

编辑：天凉好个秋

编读往来

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

爱爱医杂志的每一篇文章都是编辑们精挑细选并认真审核的，这里汇聚的都是爱爱医的精华，只要您关注，一定会有所收获。编辑们利用业余时间认真审核稿件，就是希望通过我们的努力，给爱友们送去一份充实和感动。杂志的发展依靠大家的支持，爱爱医杂志期待您的投稿！也期待您积极参与爱爱医杂志版面活动，赢得精美纸质杂志年刊！大家的支持，是爱爱医前进的动力！爱爱医论坛每个月都有不同的风采，各版面活动精彩纷呈，期待您的参与！只要您活跃在爱爱医，就有机会获得我们的纸质杂志年刊奖励，精彩不容错过，您如果期待，就请快来参与活动和积极投稿吧！

2016年07月优秀超版名单：哥们 清澈 1975

2016年07月优秀版主名单：anne 医生、xzp_dragon、kaixindou1、zmdzfx、caobi2500、

踏青放牛、jjmjZy、绿茗、蔡 ys、品味淡泊、依秀儿、trg 、

舒省

2016年07月良好版主名单：airen13828、yanqi120、ngf1978、白衣安琪、jsdfnicholas、

ww2sxy520、争做良医、shanyangchen、andy1087911、

二郎战神、lzctnsf

心电图有奖读图第五十八期 评审工作及获奖名单

作者: htchb

链接: <http://bbs.iiyi.com/thread-3231802-1.html>

心电图分析:

基础心律为窦性, 频率 93bpm, PR 间期长达 0.23s, QRS 时限 0.13s, 呈 CLBBB 形态。V1-5 导 r 波递增不明显, II、III、AVF、V5 导联 QRS 初始挫折顿挫; I、II、AVL、V5、V6 导联 ST 段压低 0.05-0.2MV, I、AVL、V5、V6 导联 T 波倒置双向。

心电图诊断:

1. 窦性心律;
2. I 度房室传导阻滞;
3. 完全性左束支传导阻滞;
4. 等位性 Q 波;
5. ST-T 改变。

患者心电图呈 I 度 AVB 伴 CLBBB, 并且呈等位性 Q 波改变, 考虑器质性心脏病的可能; 由于时间长, 没找到临床资料, 应该提示临床做心超检查, 观察心脏是否有结构性改变及其它问题。

获奖名单:

本期心电读图活动回帖会员很少, 综合来看, 云的影子回帖阐述正确, 故奖品由她获得, 其他会员给予积分奖励, 恭喜云的影子。

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。

