

www.iyyi.com

2017. 03

爱爱医



第三期 总NO. 86

Volume 3,number 3, Mar 2017

刊首语

绿意

作者：xiwang001han

链接：<http://bbs.iyi.com/thread-3383341-1.html>

春风路过了每一片大地

小草趁机露出了头颅

熏染了整个躯干

拼命的拥抱天空

与时间赛跑

忘了白天与黑夜

不知疲倦

验证生命的活力

不屈不挠

克服此时的失意

走得更远

为了只是内心的

那一抹绿

责任编辑：yemengzhe

目 录

会 长：陆德庆

执行会长：高立涛

主 编：于竹梅

执行主编：倪广峰

副 主 编：康 晶 任忠林

制 作：汪纪利

顾 问：杨俊标

编 辑：王颖健 刘延红 刘宇峰 刘现国

李照禄 杨俊标 张常哲 殷吉磊

韩希乾 蔡晓刚 柳 权

《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

绿意..... 2

中国高血压基层管理指南（2014 年修订版）..... 4

2017 年全国两会“医疗领域”看什么？..... 30

惊心动魄的手术过程..... 32

咳嗽..... 34

使用地塞米松导致误诊的详细病例..... 35

容易误诊的肺炎..... 37

超声入门贴——479..... 39

中孕胎儿脐膨出，胎盘前置状态..... 39

根除幽门螺杆菌（HP）方案..... 41

肠镜操作生涯中第一例肠穿孔..... 42

分享一例大脑恶性肿瘤病例..... 44

心电图读图第 66 期 截止到 4 月 1 日..... 49

程玮老师的一些针灸经验（二）..... 54

处方七..... 54

阳痿验方-起痿散（亢痿灵）配方..... 58

《杏林探微》之防风通窍汤..... 58

十年临床治疗疼痛的经验（一）..... 61

马齿苋..... 65

土茯苓..... 66

奇怪的“肾病综合征”..... 68

反复上腹痛一例..... 71

医疗资讯..... 74

曾经的怀念..... 77

十年，是怎样的一种情怀？..... 78

编读往来..... 79

心电图读图第六十五期答案解析..... 79

爱爱医杂志稿约..... 81

专业交流

中 医

识 草 药

病例讨论

医疗资讯

医网情深

编读往来

杂志稿约

中国高血压基层管理指南（2014 年修订版）

编者：《中国高血压基层管理指南》修订委员会

来源：中华健康管理学杂志

链接：<http://bbs.iyyi.com/thread-3383653-1.html>

前 言

高血压是常见的慢性病，是以动脉血压持续升高为特征的“心血管综合征”，是我国心脑血管病最主要的危险因素，也是我国心脑血管病死亡的主要原因。控制高血压是心脑血管病预防的切入点和关键措施。

为适应新医改的需求，为高血压基层管理提供技术支持，在原国家卫生部疾病预防控制中心的主导下，2009 年国家心血管病中心和中国高血压联盟组织有关临床、预防、社区防治专家编制了 2009 年基层版《中国高血压防治指南》。随后开展“燎原计划”，积极宣传推广指南，免费发放指南十余万本，举办了各种类型的培训班和研讨会，受到基层欢迎，对基层高血压防治起到指导作用。

为进一步总结经验，适应高血压基层管理的新需求，在国家卫生计生委疾病预防控制中心和基层卫生司支持下，国家心血管病中心和中国高血压联盟于 2013 年 10 月启动了指南的修订，更名为《中国高血压基层管理指南》。经专家讨论，更新或强调的主要内容如下：①加强血压测量，把高血压患者从人群中检测出来，提高高血压知晓率；②鼓励开展家庭自测血压，稳步推广使用经国际标准认证的合格的上臂式自动（电子）血压计，逐步代替水银血压计；③对高血压患者进行综合评估，根据心血管危险度（低、中、高危）来决定治疗措施，强调降压的同时，要干预其他危险因素；④长期坚持生活方式改善是高血压治疗的基石，合理使用降压药是血压达标的关键；⑤根据当地实际情况，选用合适的降压药；⑥推荐使用长效降压药、联合治疗或复方制剂，有利于血压达标；⑦随访中根据血压是否达标决定随访频率：血压达标者每 3 个月随访 1 次，未达标者每 2-4 周随访 1 次；⑧对公众、高血压易患人群进行健康教育，预防高血压的发生；对高血压患者进行教育，提高治疗的依从性；⑨强调高血压患者的自我管理；推进社区规范化管理。指南修订根据我国国情和高血压的特点，坚持预防为主、防治结合的方针，遵循证据与实践相结合的原则，经临床、管理、社区防治、公共卫生专家及部分社区医生多次讨论，力求简明扼要、便于基层操作。《中国高血

压基层管理指南》是集体智慧的结晶。建议各级政府主管部门、学会、协会、医疗机构、公共卫生单位积极宣传推广指南；媒体、企业和社会予以积极的支持。希望基层卫生服务机构认真学习和掌握指南，以应用于高血压防治的实际工作中，指导和促进高血压防治工作。

要 点

1. 定期测量血压，将人群中未知的高血压检测出来，提高人群高血压知晓率。
2. 规范测量血压，推荐使用经国际标准认证合格的上臂式自动（电子）血压计。
3. 因地制宜检查、评估高血压患者的总体心血管风险，根据总危险决定治疗时机和措施。
4. 中国是脑卒中高发区，明确治疗高血压的主要目标是预防脑卒中。降低高血压患者的血压水平是预防脑卒中的关键。
5. 长期坚持生活方式改善是高血压治疗的基石，限盐、限酒、减轻体重有利于高血压的控制。
6. 五大类降压药[钙离子通道阻滞剂（CCB）、血管紧张素转换酶抑制剂（ACEI）、血管紧张素Ⅱ受体拮抗剂（ARB）、噻嗪类利尿药、 β 受体阻滞剂]及复方制剂均可作为高血压治疗的选择，根据药物的强适应证选择使用。
7. 对2级或2级以上高血压或高于目标血压20/10mmHg（1mmHg=0.133kPa）的高危患者，可起始用小剂量联合治疗或复方制剂。
8. 一般高血压治疗的血压目标是小于140/90mmHg。
9. 血压达标的主要措施：尽量使用长效药；尽量使用联合治疗或复方制剂；加强患者教育和随访管理；及时调整治疗措施（加量或加另一种药）。
10. 随访中根据血压是否达标决定随访频率：血压达标者3个月随访1次，未达标者2-4周随访1次。
11. 强调患者自我管理，积极推荐患者进行家庭血压测量。
12. 对公众、高血压易患人群进行健康教育，预防高血压的发生；对高血压患者进行防治教育，改善降压治疗依从性。

第一节 高血压的检出

高血压的检出是提高人群高血压知晓率、治疗率和控制率（“三率”）的第一步；高血压通常无自觉症状，但可以使患者发生心、脑、肾等器官损害，导致脑卒中或心肌梗死事件，甚至死亡，故俗称“无声杀手”；只有检出高血压，早期预防与治疗，

才能保护心脑血管靶器官，降低心血管事件的发生^[1]。因此，高血压的检出非常重要。

一、血压的测量^[2]

（一）血压测量的重要性

血压测量是高血压诊断的基本手段，血压值是诊断与治疗的主要依据，亦是疗效评估及基层医生工作考核的主要指标。因此，推广规范化的血压测量尤为重要。

（二）血压测量的规范

1. 血压计的选择：因汞会对环境造成污染，故应积极推荐使用经国际标准认证合格的上臂式自动（电子）血压计，但近期仍可使用台式汞（水银）柱血压计。

2. 血压测量方法：按照 2011 年《中国血压测量指南》要求，规范地测量血压（附件 1）。

二、高血压的检出

（一）普通人群的高血压筛查

1. 健康成年人每 2 年至少测量 1 次血压，最好每年测量 1 次。

2. 充分利用各种机会性筛查：（1）单位组织的健康体检或各类从业人员体检；（2）计划性的辖区内成人高血压普查或建立健康档案；（3）利用特定场所，如老年活动站、单位医务室、居委会、血压测量站等测量血压；亦可利用公共场所放置的公益性血压计测量血压；（4）医疗机构对 35 岁以上患者实行首诊血压测量制度。

（二）易患人群的高血压筛查

1. 易患人群：包括（1）血压高值（收缩压 130-139mmHg 和/或舒张压 85-89mmHg）；（2）超重（BMI 24-27.9kg/m²）或肥胖（BMI ≥ 28kg/m²），和/或腹型肥胖：腰围男 ≥ 90cm（2.7 尺），女 ≥ 85cm（2.5 尺）；（3）高血压家族史（一、二级亲属）；（4）长期膳食高盐；（5）长期过量饮酒[每日饮白酒 ≥ 100ml（2 两）]；（6）年龄 ≥ 55 岁。

2. 易患人群一般要求每半年测量血压 1 次。

3. 提倡家庭自测血压。

4. 利用各种机会性筛查测量血压。

（三）初次血压升高者的处理^[3]

初次血压升高指第 1 次发现血压达到高血压诊断标准（即收缩压 ≥ 140mmHg 和/或舒张压 ≥ 90mmHg）。如重度升高（即收缩压 ≥ 180mmHg 和/或舒张 ≥ 110mmHg），排除其他干扰因素，并安静休息后，复测仍重度升高，可诊断为高血压。如轻、中度升

高（即收缩压 $\geq 140\text{mmHg}$ 而 $< 180\text{mmHg}$ ；和/或舒张压 $\geq 90\text{mmHg}$ 而 $< 110\text{mmHg}$ ）者，建议4周内再复测血压2次，均达到高血压诊断标准，则诊断为高血压；复测血压未达到高血压诊断标准者，则增加血压测量次数（每3-6个月至少测1次）；对有条件者，进行动态血压或家庭血压测量。对上述诊断为高血压的患者，应在非药物治疗基础上，给予合理的药物治疗及相应处理。

第二节 高血压的诊断与评估

一、高血压的定义

在未用抗高血压药的情况下，非同日3次测量，收缩压 $\geq 140\text{mmHg}$ 和/或舒张压 $\geq 90\text{mmHg}$ ，可诊断为高血压。患者既往有高血压史，目前正在服用抗高血压药，血压虽低于 $140/90\text{mmHg}$ ，也应诊断为高血压^[4]。

二、血压水平分级

目前，仍以诊室血压作为高血压诊断的依据。有条件的应同时积极采用家庭血压或动态血压诊断高血压。家庭血压 $\geq 135/85\text{mmHg}$ ；动态血压白天 $\geq 135/85\text{mmHg}$ ，或24h平均值 $\geq 130/80\text{mmHg}$ 为高血压诊断的阈值。18岁以上成人的血压按不同水平定义和分级。

三、按患者的心血管绝对危险水平分层^[5]

1. 影响预后的因素：影响高血压患者预后的因素包括：心血管病的危险因素、靶器官损害以及并存的临床疾患。对初诊患者通过全面询问病史、体格检查及各项辅助检查，找出影响预后的因素。影响预后的因素可参考附件2。各地在评估影响预后的危险因素时可根据实际情况将其分为“基本”要求和“常规”要求两个档次。

2. 根据心血管总体危险量化估计预后：根据患者血压水平、现存的危险因素、靶器官损害、伴发临床疾患进行危险分层。将患者分为低危、中危、高危三层。低危、中危、高危分层的主要内容如下：低危：1级高血压，且无其他危险因素。中危：2级高血压；1级高血压并伴1-2个危险因素。高危：3级高血压；高血压1或2级伴 ≥ 3 个危险因素；高血压（任何级别）伴任何一项靶器官损害（左室肥厚、颈动脉内膜增厚、血肌酐轻度升高）；高血压（任何级别）并存任何一项临床疾患（心脏病、脑血管病、肾脏病、周围血管病、糖尿病等）。

四、排除继发性高血压 5%-10%的高血压患者为继发性高血压。

1. 常见继发性高血压：慢性肾脏病、睡眠呼吸暂停综合征、原发性醛固酮增多症、肾动脉狭窄、嗜铬细胞瘤、皮质醇增多症、大动脉疾病、药物引起的高血压等。



2. 以下几种情况应警惕继发性高血压的可能，应及时转上级医院进一步检查确诊：（1）高血压发病年龄小于 30 岁；（2）重度高血压（高血压 3 级）；（3）降压效果差，血压不易控制；（4）血尿、蛋白尿或有肾脏疾病史；（5）夜间睡眠时打鼾并出现呼吸暂停；（6）血压升高伴肢体肌无力或麻痹，常呈周期性发作，或伴自发性低血钾；（7）阵发性高血压，发作时伴头痛、心悸、皮肤苍白及多汗等；（8）下肢血压明显低于上肢，双侧上肢血压相差 20mmHg 以上，股动脉等搏动减弱或不能触及；（9）长期口服避孕药者。

五、高血压患者的评估通过病史采集、体格检查和实验室检查，对高血压患者是否伴有其他心血管危险因素、靶器官损害及相关临床疾患做出评估。

1. 病史采集：（1）病史：了解高血压初次发病时间（年龄），血压最高水平和一般水平，伴随症状，降压药使用情况及治疗反应，尤其注意有无继发性高血压症状；（2）个人史：了解个人生活方式，包括饮食习惯（油脂、盐摄入）和嗜好（酒精摄入量、吸烟情况），体力活动量，体重变化；女性已婚患者，注意询问月经及避孕药使用情况；（3）既往史：了解有无冠状动脉粥样硬化性心脏病（冠心病）、心力衰竭、脑血管病、周围血管病、糖尿病、痛风、血脂异常、支气管痉挛、睡眠呼吸暂停综合征、肾脏疾病等病史；（4）家族史：询问高血压、糖尿病、冠心病、脑卒中家族史及其发病年龄；（5）社会心理因素：了解家庭、工作、个人心理及文化程度。

2. 体格检查：（1）记录年龄、性别；（2）测量血压：老年人测坐位、立位血压；（3）测量身高、体重，腰围；（4）其他必要的体检：如心率、心律、大动脉搏动及大血管杂音等。

3. 实验室检查：（1）常规检查：①尿常规（尿蛋白、尿糖和尿沉渣镜检）；②血常规（血细胞计数和血红蛋白）；③血生化：血钾、空腹血脂[总胆固醇（TC）、低密度脂蛋白胆固醇（LDL-C）、高密度脂蛋白胆固醇（HDL-C）、三酰甘油（TG）]、空腹血糖、血肌酐、血尿酸、肝功能；④心电图；（2）选择性检查：有条件的单位可做以下检查：24h 动态血压监测、超声心动图、颈动脉超声、尿白蛋白/尿肌酐、胸片、眼底、餐后血糖、血同型半胱氨酸、脉搏波传导速度等。

4. 评估有无靶器官损害：有以下症状和体征者提示可能有靶器官损害，需要做进一步的相应检查。（1）心脏：心悸、胸痛、心脏杂音、下肢水肿；（2）脑和眼：头晕、眩晕、视力下降、感觉和运动异常；（3）肾脏：眼睑水肿、夜尿增多、血尿、泡沫尿、腹部肿块，腰部及腹部血管性杂音；（4）周围血管：间歇性跛行、四肢血

压不对称、脉搏异常、血管杂音、足背动脉搏动减弱。

第三节 高血压的治疗

一、高血压治疗的目标

1. 高血压治疗的基本目标是血压达标，以期最大限度地降低心脑血管病发病及死亡总危险。我国是脑卒中高发区，治疗高血压的主要目标是预防脑卒中。

2. 目标血压：一般高血压患者血压降至 140/90mmHg 以下^[6-7]；老年（≥65 岁）高血压患者的血压降至 150/90mmHg 以下，如果能耐受，可进一步降至 140/90mmHg 以下。一般糖尿病或慢性肾脏病患者的血压目标可以再适当降低。

3. 高血压是一种血压持续升高为特征的“心血管综合征”。在降压治疗的同时，综合干预患者所有并存的危险因素和临床疾患。

4. 血压达标的时间：在患者能耐受的情况下，推荐尽早血压达标，并坚持长期达标。治疗 2-4 周评估血压是否达标，如达标，则维持治疗；如未达标，及时调整用药方案。对 1-2 级高血压，一般治疗后 4-12 周达标；若患者治疗耐受性差或高龄老年人达标时间可适当延长。

二、高血压药物治疗的时机：高血压初步诊断后，均立即采取治疗性生活方式干预，启动药物治疗的时机。高危患者应立即启动降压药治疗；中危、低危患者可分别随访 1 个月、3 个月，多次测量血压仍≥140 和/或≥90mmHg，推荐或考虑启动降压药治疗。

三、高血压非药物治疗：高血压确诊后，所有患者均应长期坚持非药物治疗（生活方式干预），大多数患者需要长期坚持降压药治疗，前者是高血压治疗的基石，后者是血压达标的关键，二者相辅相成，缺一不可。

1. 非药物治疗包括提倡健康生活方式，消除不利于心理和身体健康的行为和习惯，达到控制高血压以及减少其他心血管疾病发病危险的目的。非药物治疗有明确的轻度降压效果，如肥胖者体重减轻 10kg 收缩压可下降 5-20mmHg^[8-9]；膳食限盐（食盐 <6g/d），收缩压可下降 2-8mmHg；规律运动和限制饮酒均可使血压下降^[10]。对于高血压患者及易患人群，不论是否已接受药物治疗，均需进行非药物治疗，并持之以恒。限盐是预防治疗高血压重要而有效的非药物措施。

2. 非药物治疗目标及措施，健康教育处方见附件 3。

四、高血压的药物治疗^[4]

1. 治疗原则：（1）小剂量开始：采用较小的有效剂量以获得疗效而使不良反应



最小，逐渐增加剂量或联合用药。对 2 级以上的高血压患者，起始可以用常规剂量。

(2) 尽量用长效药：为了有效地防止靶器官损害，要求每天 24h 血压稳定于目标范围内，积极推荐使用 1d 给药 1 次而药效能持续 24h 的长效药物。若使用中效或短效药，每天须用药 2-3 次。(3) 联合用药：为使降压效果增大而不增加不良反应，可以采用 2 种或多种不同作用机制的降压药联合治疗。实际治疗过程中 2 级以上高血压或高危患者要达到目标血压，常需要降压药联合治疗。(4) 个体化治疗：根据患者的具体情况选用更适合该患者的降压药。

2. 常用降压药的种类：当前常用于降压的药物主要有以下 5 类：CCB、ACEI、ARB、噻嗪类利尿药、 β 受体阻滞剂。以上 5 类降压药及固定低剂量复方制剂均可作为高血压初始或维持治疗的选择药物^[12]。如有必要，还可以选择 α 受体阻滞剂和其他降压药。根据国家基本药物制度，基层降压药的选择应考虑安全有效、使用方便、价格合理和可持续治疗的原则；降低高血压患者血压水平比选择降压药的种类更重要。我国常用口服降压药物详见附件 4。在国家基本药目录基础上，适当增加其他基层常用降压药。基层常用降压药及使用方法详见附件 5。

3. 降压药物的选择：医生应根据患者的具体情况选择初始治疗和维持治疗药物。首先要掌握药物治疗的禁忌证和强适应证，根据病情和患者意愿选择适合该患者的药物；治疗中应定期随访患者，了解降压效果和不良反应。

(1) CCB：二氢吡啶类 CCB 无绝对禁忌证，降压作用强，对糖脂代谢无不良影响。我国抗高血压临床试验的证据较多^[13-15]，均证实其可显著减少脑卒中事件，故推荐基层使用二氢吡啶类 CCB。适用于大多数类型的高血压，尤对老年高血压、单纯收缩期高血压、稳定性心绞痛、冠状动脉或颈动脉粥样硬化、周围血管病患者适用。可单药或与其他 4 类药联合应用。对伴有心力衰竭或心动过速者应慎用二氢吡啶类 CCB，少数患者可有头痛、踝部水肿、牙龈增生等副作用。

(2) ACEI：降压作用明确，保护靶器官证据较多，对糖脂代谢无不良影响；适用于 1-2 级高血压，尤对高血压合并慢性心力衰竭、心肌梗死后、心功能不全、心房颤动预防、糖尿病肾病、非糖尿病肾病、代谢综合征、蛋白尿/微量白蛋白尿患者有益。可与小剂量噻嗪类利尿剂或二氢吡啶类 CCB 合用。对双侧肾动脉狭窄、妊娠、高血钾者禁用；注意咳嗽等副作用，偶见血管神经性水肿等不良反应。

(3) ARB：降压作用明确，保护靶器官作用确切，对糖脂代谢无不良影响；适用于 1-2 级高血压，尤对高血压合并左室肥厚、心力衰竭、心房颤动预防、糖尿病肾病、

代谢综合征、微量白蛋白尿、蛋白尿患者有益，也适用于 ACEI 引起的咳嗽而不能耐受者。可与小剂量噻嗪类利尿剂或二氢吡啶类 CCB 合用。对双侧肾动脉狭窄、妊娠、高血钾者禁用；偶见血管神经性水肿等不良反应。

（4）噻嗪类利尿剂：降压作用明确，小剂量噻嗪类利尿剂适用于 1-2 级高血压或脑卒中二级预防，也是难治性高血压的基础药物之一^[16]。利尿剂对老年高血压、心力衰竭患者尤其有益。可与 ACEI 或 ARB、CCB 合用。小剂量噻嗪类利尿剂基本不影响糖脂代谢。大剂量利尿剂对血钾、尿酸及糖代谢可能有一定影响，要注意定期检查血钾、血糖及尿酸。痛风为禁忌证。

（5） β 受体阻滞剂：降压作用明确，小剂量适用于高血压伴心肌梗死后、冠心病心绞痛、快速性心律失常、慢性心力衰竭或心率偏快（心率 80 次/min 及以上）的 1-2 级高血压。对心血管高危患者的猝死有预防作用。可与二氢吡啶类 CCB 合用。对哮喘及 II-III 度房室传导阻滞患者禁用；慎用于慢性阻塞性肺气肿、糖耐量异常者或运动员。大剂量长期使用要注意对糖脂代谢的影响，高选择性 β 受体阻滞剂对糖脂代谢影响不大。注意支气管痉挛、心动过缓等副作用；不要突然停药，以免发生撤药综合征。

（6）固定低剂量复方制剂：为常用的一类高血压治疗药物，其优点是使用方便，可改善治疗的依从性，应用时注意其相应组成成分的禁忌证和副作用。

4. 降压药的联合应用

（1）降压药组合方案：降压药组合方案如下，优先推荐以下前 6 种组合方案^[17-19]：
①二氢吡啶 CCB 和 ACEI；②二氢吡啶 CCB 和 ARB；③ACEI 和小剂量噻嗪类利尿剂；④ARB 和小剂量噻嗪类利尿剂；⑤二氢吡啶 CCB 和小剂量噻嗪类利尿剂；⑥二氢吡啶 CCB 和小剂量 β 受体阻滞剂；必要时也可用其他组合，包括 α 受体阻滞剂、中枢作用药（如 α_2 受体激动剂：可乐定）、血管扩张剂组合。在许多病例中常需要联用 3-4 种药物。降压药组合是不同种类药物的组合，避免同种类降压药的组合。推荐 3 种降压药的联合方案：二氢吡啶 CCB 和 ACEI 或 ARB 和小剂量噻嗪类利尿剂。一般不主张 ACEI 与 ARB 联合使用治疗普通高血压。

（2）联合用药方式：①采取各药的按需剂量配比处方，其优点是可以根据临床需要调整品种和剂量；②采用固定配比复方制剂，其优点是使用方便，有利于提高患者的治疗依从性。

（3）基层 2 种降压药联合治疗参考方案。



(4) 初始小剂量单药或小剂量联合治疗方案：大多数患者需要 2 种或 2 种以上降压药联合治疗血压才能达标。根据患者血压水平和危险程度，提出初始治疗用小剂量单药或小剂量两种药联合治疗的方案。建议血压水平 $<160/100\text{mmHg}$ ，或低危、部分中危患者初始用小剂量单药治疗；对血压水平 $\geq 160/100\text{mmHg}$ ，或血压水平高于目标血压 $20/10\text{mmHg}$ 的高危患者初始用小剂量 2 种药联合治疗。治疗中血压未达标的，可增加原用药的剂量或加用小剂量其他种类降压药。对部分轻中度高血压患者，视病情初始可用固定低剂量复方制剂。高血压初始小剂量单药或小剂量 2 种药联合治疗选择流程见图 2。

(5) 我国常用的固定复方制剂：我国传统固定复方制剂有明显的降压作用且价格低廉，可作为基层（尤其对经济欠发达的农村地区）降压药的一种选择。我国常用的复方制剂有复方利血平（复方降压片）、复方利血平氨苯蝶啶片（降压 0 号）、珍菊降压片等。使用固定复方制剂时，要掌握其组成成分的禁忌证和可能的不良反应。复方利血平片主要成分是利血平 0.032mg 、氢氯噻嗪 3.1mg 、盐酸异丙嗪 2.1mg 、硫酸双肼屈嗪 4.2mg 。复方利血平氨苯蝶啶片主要成分是利血平 0.1mg 、氨苯蝶啶 12.5mg 、氢氯噻嗪 12.5mg 、硫酸双肼屈嗪 12.5mg 。珍菊降压片主要成分是可乐定 0.03mg 、氢氯噻嗪 5mg 。

5. 长期药物治疗应考虑患者的经济承受力：我国经济发展不平衡，降压药物的应用是长期甚至是终身的，医生要充分考虑到治疗的长期性和患者的经济承受能力。降压药选择的范围很宽，应根据病情、经济状况及患者意愿，选择适合的治疗药物。

6. 高血压的综合干预及相关治疗（建议在上级医院取得治疗方案，在基层医疗卫生机构持续治疗与随访）：高血压常伴有多种危险因素，或并存临床疾患。在积极治疗高血压的同时，应考虑患者总体心血管危险，进行综合干预，干预有关危险因素，处理并存临床疾患。尤其对有吸烟、高胆固醇血症、高同型半胱氨酸血症，肥胖等危险因素者进行综合干预；对高血压伴糖尿病、冠心病、脑血管病、肾脏病的患者应进行相关治疗。也要关注高血压患者心率增快对心血管事件的影响。

(1) 高血压的调脂治疗^[20]：对伴脂代谢异常者，在生活方式干预的基础上，可考虑适度调脂治疗。①高血压伴血 TC 水平持续升高 ($\text{TC} \geq 6.2\text{mmol/L}$)，考虑予以他汀类调脂治疗，治疗目标是 $\text{TC} < 5.2\text{mmol/L}$ 。②高血压伴冠心病、糖尿病、缺血性卒中、周围血管病，血 $\text{TC} \geq 5.2\text{mmol/L}$ ($\text{LDL-C} \geq 3.4\text{mmol/L}$)，即开始他汀类调脂治疗，治疗目标 $\text{TC} < 4.1\text{mmol/L}$ ($\text{LDL-C} < 2.6\text{mmol/L}$)。③高血压伴心肌梗死，血 $\text{TC} \geq 4.1\text{mmol/L}$

($\text{LDL-C} \geq 2.6\text{mmol/L}$)，即开始他汀类调脂治疗，治疗目标 $\text{TC} < 3.1\text{mmol/L}$ ($\text{LDL-C} < 2.1\text{mmol/L}$)。使用他汀调脂治疗的患者，应注意肌肉疼痛等不良反应，必要时定期检测血清酶学（丙氨酸氨基转移酶，天门冬氨酸氨基转移酶，肌酸激酶）。请参考《中国成人血脂异常防治指南》^[20]。

(2) 高血压的抗血小板治疗^[21]：阿司匹林心血管病二级预防证据明确。高血压伴缺血性心脑血管疾病（冠心病、缺血性卒中、周围血管病），推荐用小剂量（75-100mg/d）阿司匹林治疗，进行心血管病二级预防。

对缺血性心血管病高危者[10 年缺血性心血管病发生风险大于 10%（50 岁以上高血压患者，伴吸烟、肥胖、血脂异常等其他心血管病危险因素之一）、伴靶器官损害、慢性肾脏病及糖尿病患者，可用小剂量阿司匹林进行心血管病一级预防。活动性消化性溃疡者不用阿司匹林，对于出血高风险患者，慎用阿司匹林。高血压患者血压水平控制在安全范围（血压 $< 160/100\text{mmHg}$ ）后方可使用抗血小板治疗。并注意观察出血等不良反应。

(3) 伴糖尿病患者积极降糖治疗^[22]：高血压伴 2 型糖尿病患者，建议加强生活方式干预；合理使用降压药，积极控制高血压；规范使用降糖药，血糖控制目标：空腹血糖一般目标为 4.4-7.0mmol/L；非空腹血糖 $< 10.0\text{mmol/L}$ ；糖化血红蛋白 $< 7.0\%$ 。请参考 2013 年版《中国 2 型糖尿病防治指南》^[22]。

7. 降压药物的一般用法、维持与调整

(1) 长效降压药一般每早服用 1 次，中效降压药或短效降压药一般每天用 2-3 次，1d 多次服用的药物宜全天均衡时间服用。对夜间及凌晨血压增高的患者可调整用药时间或在睡前加用中长效药物；建议尽量选用长效降压药，服用方便，每天 1 次，有利于改善治疗依从性、稳定控制血压。

(2) 血压达标稳定且无不良反应者，一般予以长期维持治疗，长期达标，不要随意调换药物。

(3) 血压控制不良或不稳定，但无不良反应者，一般原药加至靶剂量，或加另一种类药物，或开始 2 种药联合治疗或固定复方制剂。尽量使用长效降压药，以提高血压控制率。

(4) 出现轻度药物不良反应，可将药物适当减量；如有明显不良反应的则应停用原药，换其他种类降压药。如相应治疗中出现痛风者，停用噻嗪类利尿剂；心率 < 50 次/min 者， β 阻滞剂逐步减量或至停用；不能耐受的干咳者，停用 ACEI；高血钾者，



停用 ACEI 或 ARB。

(5) 长期随访中不可随意中断治疗。如出现血压偏低者，可谨慎减少降压药剂量，观察血压变化。如出现低血压或伴明显头晕者，可减量或暂停用药，并密切监测血压，如血压上升，要调整剂量，继续治疗。

(6) 对 1-2 级高血压患者，在夏季酷暑或冬季严寒时期，可根据血压的情况适度调整降压药物治疗方案。炎热季节血压较低者，可减少药物剂量或暂停联合治疗中的一种药；寒冷季节血压升高者，可增加药物剂量或加另外一种药。

8. 特殊人群高血压处理^[4]：特殊人群高血压包括：老年高血压，单纯性收缩期高血压，高血压合并脑血管病、冠心病、心力衰竭、慢性肾脏病、糖尿病、周围血管病、妊娠高血压、难治性高血压、高血压急症等。高血压特殊人群大多为心血管病发生的高危人群，应根据各自特点，积极稳妥地采取相应的治疗措施。选用合适的降压药，平稳有效地控制血压，同时处理并存的相关情况，以预防心脑血管事件的发生。特殊人群高血压处理详见附件 6。

(1) 老年（65 岁及以上）高血压常伴有多种危险因素、靶器官损害或临床疾患；易发生体位性低血压。根据耐受性逐步降压达标。治疗前后均应测量坐立位血压。降压目标：收缩压 $<150\text{mmHg}$ ，如能耐受，可降至 $<140\text{mmHg}$ ；80 岁以上高龄老年人血压目标 $<150/90\text{mmHg}$ 。对老年单纯性收缩期高血压应初始用小剂量利尿剂或 CCB。舒张压低于 60mmHg ，收缩压低于 150mmHg ，可观察；舒张压低于 60mmHg ，收缩压 $\geq 150\text{mmHg}$ ，可谨慎用小剂量降压药（如利尿剂、CCB、ACEI 或 ARB）。

(2) 心力衰竭首选 ACEI 或 ARB、利尿剂（包括醛固酮受体拮抗剂）、 β 阻滞剂。

(3) 糖尿病首选 ACEI 或 ARB，为达到目标血压，常需加 CCB 或小剂量噻嗪类利尿剂或小剂量 β 受体阻滞剂，同时要平稳控制血糖。

(4) 脑血管病后降压治疗常用利尿剂、CCB、ACEI 或 ARB。

(5) 一般慢性肾脏病首选 ACEI 或 ARB，必要时加襻利尿剂或长效 CCB。

(6) 难治性高血压常用长效 CCB、利尿剂、ARB 或 ACEI、 β 受体阻滞剂等联合治疗，必要时联合螺内酯和/或 α 受体阻滞剂。

(7) 冠心病心绞痛常用 β 受体阻滞剂或长效 CCB；心肌梗死后首选 β 受体阻滞剂、ACEI，或加用醛固酮拮抗剂。对舒张压低于 60mmHg 的冠心病患者，应谨慎降压，避免引发心肌缺血。

(8) 周围血管病常用 CCB 等。

(9) 高血压急症应立即呼叫急救电话 120，转送上级医院诊治；有条件的单位可做简单的急救后转诊。

9. 高血压社区防治参考方案：高血压治疗既要遵循一般原则，更要个体化治疗。基层高血压药物选用参考方案。

10. 我国高血压临床研究的证据：自 20 世纪 80 年代中期以来，我国进行了一系列以心脑血管事件为终点的多中心抗高血压的随机对照临床试验，为高血压的预防治疗提供了良好的证据，为国内外指南制订提供了参考。中国老年收缩期高血压试验（Syst-China）^[13]、上海老年高血压治疗试验（STONE）^[14]、成都高血压干预研究均表明，二氢吡啶类 CCB 可明显减少高血压患者的脑卒中事件。卒中后降压试验（PATS）^[16]结果证实利尿剂可预防脑卒中再发事件。非洛地平高血压并发症研究（FEVER）^[6, 18]提示在利尿剂治疗基础上，非洛地平较安慰剂降低脑卒中及心脏事件的发生。高血压综合防治研究（CHIEF）^[19]阶段分析提示初始用小剂量降压药联合治疗，可使血压控制率达到 85%。我国参加的多项国际多中心临床研究也提供了许多有益的证据。中国脑卒中一级预防研究结果表明，依那普利叶酸复方制剂比依那普利明显降低高血压患者的脑卒中发生风险。正常高值血压干预研究和卒中后血压目标研究正在进行中。广大基层医生要了解和合理应用中国治疗高血压的有关证据，提高血压控制率，降低心脑血管事件的风险。

第四节 高血压的预防和教育

一、高血压的预防

1. 面对公众，发展政策、创建支持性环境、改变不良行为和生活习惯，针对高血压及其危险因素开展健康教育，防止高血压发生。倡导人人知晓自己的血压。

2. 面对易发生高血压的易患人群，实施高血压危险因素控制，定期监测血压，以做到高血压的早期发现、早期诊断和早期治疗。高血压是可以预防的，对血压 130-139/85-89mmHg、超重/肥胖、长期高盐饮食、过量饮酒者进行重点干预，积极控制相关危险因素，预防高血压的发生。

3. 面对高血压患者，定期随访和测量血压。长期甚至终生治疗高血压（药物治疗与非药物治疗并举），努力使血压达标，并控制并存的其他心血管病危险因素，如吸烟、高胆固醇血症、糖尿病等。减缓靶器官损害，预防心脑血管并发症的发生，降低致残率及死亡率。

二、社区健康教育



专家讲坛

1. 社区健康教育的目的：（1）广泛宣传高血压防治知识，提高社区人群自我保健知识，引导社会对高血压防治的关注；（2）倡导“合理膳食、适量运动、戒烟限酒、心理平衡”的健康生活方式，提高社区人群高血压及其并发症防治的知识和技能，树立高血压及其并发症可以预防和控制信念；（3）鼓励社区居民改变不良行为和生活方式，减少高血压危险因素的流行，预防和控制高血压及相关疾病的发生，改善社区居民生活质量，提高健康水平。

2. 社区健康教育方法及内容^[23]：（1）利用各种渠道（如讲座、健康教育画廊、专栏、板报、广播、播放录像、张贴和发放健康教育材料等），宣传普及健康知识，提高社区人群对高血压及其危险因素的认识，提高健康意识；（2）根据不同场所（居民社区、机关、企事业单位、学校等）人群的特点，开展健康教育活动；（3）开展调查，针对社区的不同人群，提供相应的健康教育内容（见附件 7）和行为指导；（4）预防高血压，从少年儿童教育做起。预防和控制肥胖是防治少年儿童血压升高的关键。

3. 高血压易患人群的健康指导与干预：（1）通过社区宣传相关危险因素，提高高血压易患人群识别自身危险因素的能力；（2）提高对高血压及危险因素的认知，改变不良行为和生活习惯；（3）提高对定期监测血压重要性的认识，建议每 6 个月至少测量血压 1 次；（4）积极干预相关危险因素（见高血压非药物治疗）；（5）利用社区卫生服务机构对高血压易患个体进行教育，给予个体化生活行为指导。考虑到血压达标是治疗的基本目标，简化了随访程序。总体上有利于基层医生对高血压的管理。

4. 对高血压患者的教育：（1）教育患者正确认识高血压的危害，尽早规范治疗以预防心脑血管病的发生；（2）教育患者要坚持非药物治疗，改变不良生活方式；（3）教育患者要在医务人员的指导下，坚持规范化药物治疗，治疗要达标；（4）教育患者血压达标的同时，还要控制并存的其他心血管病危险因素，如吸烟、高胆固醇血症、糖尿病等；（5）教育患者要定期在家庭或诊室测量血压，提高自我管理的能力；（6）教育患者要通过正规渠道获取健康教育知识，抵制非科学、伪科学的宣传，基层开展高血压健康教育可参照 2013 年由高血压联盟（中国）、国家心血管病中心、中华心血管病分会和中国医师协会高血压专业委员会共同制定发布的《中国高血压患者教育指南》^[24]。

第五节 高血压的管理

一、高血压分级管理内容根据基层卫生服务机构的条件和医师的情况，为方便基

层医生实际操作,建议在基层高血压患者长期随访中,根据患者血压是否达标分为一、二级管理。血压达标者,每3个月随访1次;血压未达标者,建议每2-4周随访1次。随访的主要内容是观察血压、用药情况、不良反应;指导生活方式;同时应关注心率、血脂、血糖等其他危险因素、靶器官损害和临床疾患。如已按2009年基层版中国高血压指南实行分层分级管理(即高危、中危、低危分别每1、2、3个月随访1次)的,可继续执行。分级管理可有效地利用现有资源,重点管理未达标的高血压患者,提高血压控制率。根据不同管理级别,定期进行随访和监测,基本目标是血压达标。对心血管高危患者,应积极进行综合干预,必要时增加随访次数。分级随访管理内容。

二、初诊评估及长期随访患者因高血压在社区卫生服务机构初期就诊时,需根据血压、并存的危险因素、靶器官损害及临床疾病评估个体心血管病的危险程度,决定起始使用降压药的时机以及治疗方案^[25]。

在长期随访中,可根据血压是否控制达标确定随访管理级别,进行相应级别的管理。高血压基层管理流程详见图3。该流程既考虑到高血压患者的总体心血管风险,有综合评估、综合干预的理念。

三、高血压患者自我管理

1. 患者自我管理小组:提倡高血压患者自我管理,在专业人员的指导下,可以社区居委会为单位组织或患者自发组织自我管理小组,学习健康知识和防治知识,交流经验,提高高血压的管理效果。要认识高血压的危害,学会自测血压,学习如何调整饮食,戒烟限酒,适当运动,保持心情愉快等保健知识,增强防治高血压的主动性及降压治疗的依从性,提高与医生沟通的能力和紧急情况下寻求医疗帮助的能力。

2. 家庭血压测量:家庭自我测量血压是血压自我管理的核心内容,建议有条件的患者使用经过国际标准认证合格的上臂式自动血压计自测血压。血压未达标者,建议每天早晚各测量血压1次,每次测量2-3遍,连续7d,以后6d血压平均值为医生治疗的参考。血压达标者,建议每周测量1d。指导患者掌握测量技术,规范操作,至少安静休息5-10min,取坐位,袖带绑缚于上臂,并放在桌子上。测压时要保持安静,不讲话,不活动,2次血压之间间隔1min。如实记录血压测量结果,随访时提供给医务人员作为治疗参考。

四、职场人群血压管理习惯上把职业人群的工作场所称之为“功能社区”。功能社区的高血压以中青年职业群体为主,是重要的劳动力群体,应加强对功能社区高血



压的管理。建立健全职工体检制度，充分利用体检资料进行健康状况分析，据此开展一般人群及高危人群的一级预防干预和高血压人群的疾病管理。单位医疗机构应登记和管理高血压患者，定期随访，合理治疗。如果单位没有医疗机构，辖区社区卫生服务机构应当承担相应职责。

五、高血压信息化管理^[26]利用电脑网络（如互联网）开展高血压信息化管理是做好社区慢性病防治工作的有利条件。在居民健康档案的基础上建立规范化高血压病历档案，利用计算机进行高血压患者的随访数据管理、工作量统计及评估指标的提取。有关随访数据及时上网录入，有利于促进规范化管理；有利于基层医生方便操作（如危险分层由计算机程序操作）；有利于提高血压规范管理率；有利于社区、管理部门及专家随时了解工作进度和质量。有条件的地区建议与上级医院进行患者病历联网，更有利于双向转诊的实施。各地区可因地制宜，积极创造条件，尽早实现包括高血压在内的慢性病信息化管理。条件不具备者至少采用档案管理，有条件的可建立血压远程自动传输平台，实现血压管理的时效性和客观性，以改善基层高血压管理的质量。

第六节 社区高血压患者双向转诊服务

一、双向转诊的目的为确保患者的安全和有效治疗，减轻患者经济负担，最大限度地发挥基层医生和专科医生各自的技术优势和协同作用。

二、双向转诊的条件

1. 社区初诊高血压转出条件：（1）合并严重的临床情况或靶器官损害；（2）患者年轻且血压水平高达3级；（3）怀疑继发性高血压；（4）妊娠和哺乳期妇女；（5）怀疑白大衣高血压的可能，需明确诊断者；（6）因诊断需要到上级医院进一步检查。

2. 社区随诊高血压转出条件：（1）按治疗方案用药2-3个月，血压不达标者；（2）血压控制平稳的患者，再度出现血压升高并难以控制者；（3）血压波动较大，临床处理有困难者；（4）随访过程中出现新的严重临床疾患者；（5）患者服降压药后出现不能解释或难以处理的不良反应；（6）高血压伴发多重危险因素或靶器官损害而处理困难者。

3. 上级医院转回基层社区的条件：（1）高血压诊断已明确；（2）治疗方案已确定；（3）血压及伴随临床情况已控制稳定。

第七节 基层高血压防治工作效果评估

一、评估的实施

1. 考虑高血压的季节性波动因素，建议开展年度评估。
2. 对管理的高血压患者群体进行管理效果评估。

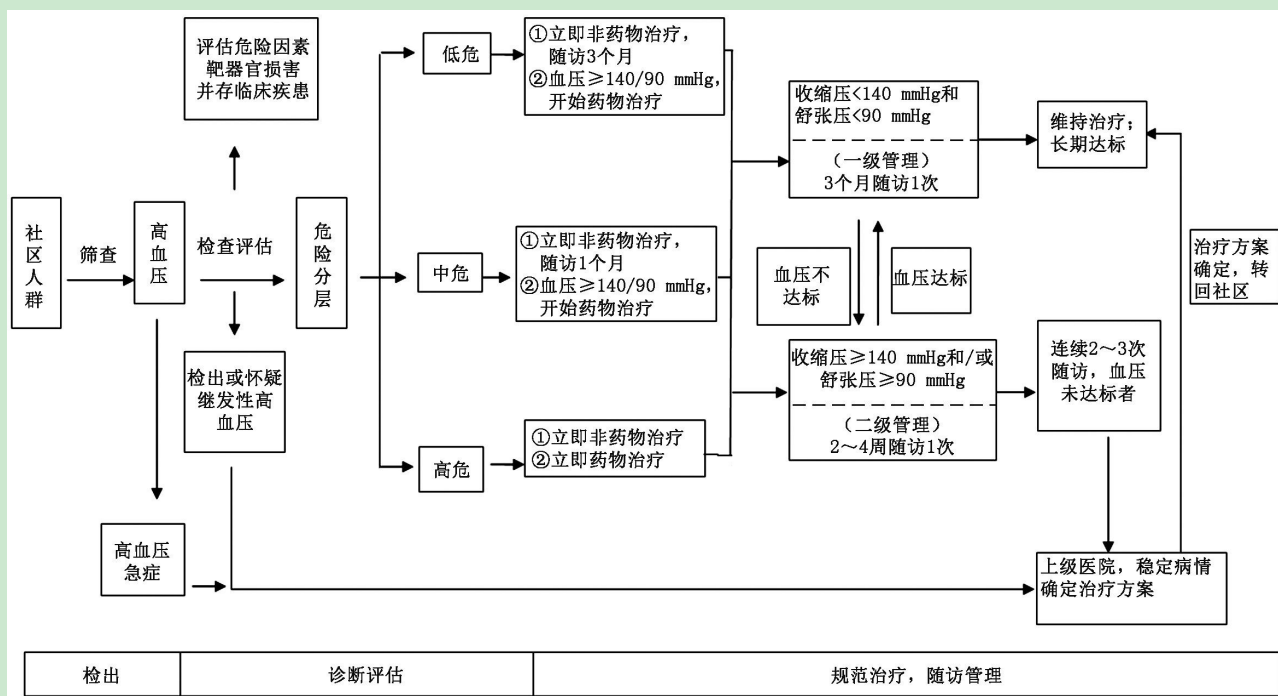


图 3 高血压基层管理流程图

3. 评估可分层次进行：省市级/区县级/城镇社区医疗卫生服务中心（乡镇卫生院）/城镇社区医疗卫生服务站（村卫生室）/责任医师均可在相应的工作范围进行管理效果评估。

二、评估指标

评估指标众多，本指南提出 3 个基本评估指标。各地可以根据自身工作需要增加评估指标。鼓励通过抽样调查等方式，将高血压防治“三率”水平纳入社区高血压防治效果评价指标体系。

1. 基本指标：

（1）管理率：是指某年龄段已管理的高血压患者人数占辖区该年龄段高血压患者总人数的比例。管理率=已管理高血压人数/辖区高血压总人数×100%。

辖区高血压总人数的估算：辖区某年龄段常住（户籍）人口总数×该年龄段人群高血压患病率[通过当地居民普查或抽样调查获得，也可选用本省（全国）近期该年龄段人群高血压患病率指标]。

（2）规范管理率：是指按规范要求（进行药物及非药物治疗并定期随访）实施规范管理的高血压人数占登记管理的高血压总人数的比例。规范管理率=规范管理的



高血压人数/登记管理高血压总人数 $\times 100\%$ 。

(3) 管理人群血压控制率：是指接受管理的高血压患者中血压控制达标的人数占登记管理高血压总人数的比例。管理人群血压控制率=血压达标人数/登记管理高血压总人数 $\times 100\%$ 。

血压控制达标是指收缩压 $<140\text{mmHg}$ 和舒张压 $<90\text{mmHg}$ ，即收缩压和舒张压同时达标。

血压达标可分为时点达标和时期达标 2 种评估方法：时点达标：指高血压患者最近一次血压控制在 $140/90\text{mmHg}$ 以下者；时期达标：指选定时期（一般选用 1 年）不同时段测量的血压值，同一患者 70%以上血压值控制在 $140/90\text{mmHg}$ 以下者。

2. 人群高血压防治“三率”指标：

(1) 高血压知晓率：是指辖区某年龄段居民诊断为高血压的患者中调查时知晓自己患高血压者的比率。高血压知晓率=知道自己患高血压的人数/高血压总人数 $\times 100\%$ 。

(2) 高血压治疗率：指高血压患者中近两周在服药的人数占整个辖区高血压患者总人数的比例。高血压治疗率=近两周在服用抗高血压药物的人数/高血压总人数 $\times 100\%$ 。

(3) 高血压控制率：是指血压控制达标的高血压患者人数占整个辖区高血压患者总人数的比例。高血压控制率=血压控制达标的人数/高血压总人数 $\times 100\%$ 。

范例：某社区医疗卫生服务机构辖区内共有成年居民 1 万人，全面普查体检查出高血压（包括正在服用抗高血压药物者）2000 例，其中 1000 例在检查时知道自己患高血压，500 例在 2 周内正在服用抗高血压药物治疗，高血压患者接受检查时测量血压在 $140/90\text{mmHg}$ 以下者有 400 人。计算该社区人群高血压知晓率为 $50\%(1000/2000)$ ；高血压治疗率 $25\%(500/2000)$ ；高血压控制率 $20\%(400/2000)$ 。

该社区全部高血压患者中 600 例已经接受高血压管理，管理人群中全年坚持治疗并完成规定随访要求的有 400 例，管理高血压患者中 300 例血压达标($<140/90\text{mmHg}$)。计算得出该社区高血压管理率为 $30\%(600/2000)$ ，规范管理率 $67\%(400/600)$ ，管理人群血压控制率 $50\%(300/600)$ 。

基层高血压防治工作效果评估一定要循序渐进，因地制宜，实事求是。切忌单纯追求理想化数字，要讲究管理质量和实际效果，逐步将高血压患者心脑血管事件发生变化作为评估防治管理效果的“硬指标”。

第八节 农村高血压的管理

要重视农村高血压的防治管理，包括筛查、诊断、治疗、随访等。要因地制宜，充分利用当地条件，循序渐进，力所能及地开展高血压防治工作。条件较好的地区，尽量参考指南规范化管理。条件较差的地区，采取简便易行的方法，完成基本的要求。重要的是将高血压患者管理起来，使用安全有效、价格合理的降压药，努力实现降压达标。建议各地有计划地加强培训乡村医生，提高他们的高血压防治技能；各级政府应想方设法解决乡村医生的待遇。在乡村可实行简便的高血压防治管理方案，可根据患者的血压水平进行治疗和管理。将血压长期达标作为乡村高血压管理的基本目标。

附件：

附件 1 血压测量规范

血压测量有 3 种方式，即诊室血压、家庭自测血压、动态血压。诊室血压读数高于家庭血压和动态血压 24h 平均读数。目前高血压的诊断以诊室血压为主，提倡家庭自测血压，有条件的可进行动态血压测量，有助于协助诊断高血压、发现“隐蔽性高血压”及鉴别“白大衣高血压”。

1. 血压测量标准方法：

（1）选择符合标准的水银柱血压计或通过国际标准[欧洲高血压学会（ESH）、英国高血压学会

（BHS）和美国仪器协会（AAMI）]认证的上臂式电子血压计进行测量。一般不提倡使用腕式或手指式电子血压计。

（2）袖带的大小适合患者的上臂臂围，袖带气囊至少覆盖 80% 上臂周径。

（3）被测量者测量前 30min 内应避免进行剧烈运动、进食、喝含咖啡或茶的饮料、吸烟、服用影响血压的药物（用降压药治疗的高血压患者除外）；精神放松、排空膀胱；至少安静休息 5min。测压时患者务必保持安静，不讲话。

（4）被测量者应坐于有靠背的座椅上，双脚自然平放；裸露上臂，上臂及血压计与心脏处同一水平。老年人、糖尿病患者及出现体位性低血压情况者，应加测站立位血压。

（5）将袖带紧贴缚在被测者上臂，袖带下缘应在肘弯上 2.5cm，松紧以能插入 1-2 指为宜。用水银柱血压计时将听诊器胸件置于肘窝肱动脉搏动明显处。

（6）在放气过程中仔细听取柯氏音，观察柯氏音第 I 时相（第 1 音）和第 V 时相（消失音）。收缩压读数取柯氏音第 I 时相，舒张压读数取柯氏音第 V 时相。12



专家讲坛

岁以下儿童、妊娠妇女、严重贫血、甲状腺功能亢进、主动脉瓣关闭不全及柯氏音不消失者，以柯氏音第IV时相（变音）作为舒张压读数。

（7）确定血压读数：所有读数均应以水银柱凸面的顶端为准；读数应取偶数（0、2、4、6、8），医疗记录中血压尾数0、2、4、6、8的分布应均匀（分别占20%±10%以内）。注意克服血压尾数记录的0偏好现象。电子血压计以显示血压数据为准。

（8）应间隔1min重复测量，一般测量3次血压，至少取2次读数平均值记录。如果收缩压或舒张压的2次读数相差5mmHg以上应再次测量，以3次读数平均值作为测量结果。

2. 家庭血压：家庭血压是指受测者在诊室外的其他环境所测量的血压。家庭血压可获取日常生活状态下的血压信息，可帮助排除白大衣性高血压、检出隐蔽性高血压，对增强患者诊治的主动参与性、改善患者治疗依从性等方面具有优势。但对于精神焦虑或根据血压读数常自行改变治疗方案的患者，不建议进行家庭血压监测。

推荐使用符合国际标准的上臂式电子血压计。家庭自测血压值一般低于诊所血压值，正常上限参考值：135/85mmHg，相对应于诊所血压140/90mmHg。治疗的血压目标是<135/85mmHg。

医护人员应指导患者进行家庭血压测量，培训居民测压的方法和注意事项，测压前注意检查电子血压计电池的电力是否充足；开关是否灵活；脉搏波血压计的袖带内传感器应放置于肱动脉搏动处。测血压的方法同上，要注意将袖带的胶皮袋中心置于肱动脉搏动明显处。对新诊断的或未达标的高血压，建议家庭血压连续监测7d，每天早6-9点和晚6-9点各1次，每次测量2-3遍取平均值，2次血压间隔1min；去掉第1天血压值，仅计算后6d血压值，根据后6d血压平均值，为治疗决定提供参考。血压达标稳定后，建议每周固定一天自测血压，于早上起床后1h，服降压药前测坐位血压。血压不稳定或未达标的，建议增加家庭血压测量的频率。

对于心律失常患者，一般电子血压计不能准确测量血压；但目前市场上存在具有筛查房颤功能的电子血压计，家庭测量血压的同时有助于房颤的筛查。电子血压计每年至少校准1次。建议有关企业创造校准的条件。

3. 动态血压：动态血压是指患者佩戴动态血压监测仪记录的24h血压。动态血压测量应使用符合国际标准的监测仪。动态血压的正常值：24h平均值<130/80mmHg，白昼平均值<135/85mmHg，夜间平均值<120/70mmHg。正常情况下，夜间血压均值比白昼血压值低10%-15%。

动态血压监测在临床上可用于诊断白大衣性高血压、检测隐蔽性高血压、检查难治性高血压的原因、发现发作性高血压或低血压，评估血压升高程度、短时变异和昼夜节律以及诊断单纯夜间高血压等。动态血压的测量时间间隔一般可设定为白天每15、20或30min1次，夜间可适当延长为每30或60min1次。有效的血压读数次数应该达到监测次数的80%以上，每小时至少有1次血压读数。指导患者日常活动，避免剧烈运动。测血压时患者上臂要保持伸展和静止状态。动态血压监测的常用指标是24h、白天以及夜间的平均血压水平，晨峰血压，血压昼夜节律。

附件2 影响高血压患者预后的因素

心血管病的危险因素	靶器官损害	并存临床疾患(ACC)
收缩压和舒张压水平(1~3级)	左心室肥厚	脑血管病
年龄>55岁	心电图	缺血性卒中
吸烟	超声心动图:LVMi	脑出血
血脂异常	X线	短暂性脑缺血发作
TC≥5.7 mmol/L(220 mg/dl)	动脉壁增厚	心脏疾病
或LDL-C≥3.3 mmol/L(130 mg/dl)	颈动脉超声:IMT≥0.9 mm	心肌梗死史
或HDL-C<1.0 mmol/L(40 mg/dl)	或动脉粥样硬化性斑块	心绞痛
早发心血管病家族史	血清肌酐轻度升高	冠状动脉血运重建
一级亲属发病年龄:男性<55岁,	男性115~133 μmol/L(1.3~1.5 mg/dl)	充血性心力衰竭
女性<65岁	女性107~124 μmol/L(1.2~1.4 mg/dl)	肾脏疾病
肥胖或腹型肥胖	微量白蛋白尿	糖尿病肾病
肥胖:BMI≥28 kg/m ²	尿白蛋白30~300 mg/24 h	肾功能受损(血肌酐)
腹型肥胖,腰围:男性≥90 cm	白蛋白/肌酐比:	男性>133 μmol/L(1.5 mg/dl);女性>124 μmol/L(1.4 mg/dl)
女性≥85 cm	男性≥22 mg/g(2.5 mg/mmol)	蛋白尿>300 mg/24 h
	女性≥31 mg/g(3.5 mg/mmol)	周围血管疾病
		足背动脉搏动减弱
		视网膜病变
		出血或渗出,视乳头水肿
		糖尿病
		空腹血糖≥7.0 mmol/L(126 mg/dl)
		餐后血糖≥11.1 mmol/L(200 mg/dl)

注:TC:总胆固醇;LDL-C:低密度脂蛋白胆固醇;HDL-C:高密度脂蛋白胆固醇;LVMi:左室质量指数;IMT:颈动脉内膜中层厚度;BMI:体质指数

附件3 健康教育处方

一、低盐膳食处方膳食营养因素在高血压的发病中有重要的作用，如饮食偏咸。轻度高血压患者通过合理饮食，就有可能使血压下降；即使较严重的，已经在服药的高血压患者，也可通过饮食疗法降低血压，减少用药剂量和预防并发症。高血压患者膳食盐的摄入量应该控制在6g/d之内。具体措施如下。

二、限酒处方中度以上饮酒量与血压水平呈显著正相关，饮酒可抵抗药物的降压作用。目前认为喝酒所致的高血压是可逆的，只需戒酒或减饮酒量就可使血压降低或恢复正常，目标是戒酒。具体措施如下。

1. 认识饮酒的危害。

2. 树立一定要戒酒的观念。
3. 如饮酒，建议每日饮酒量应为少量。
4. 不饮高度烈性酒。
5. 酒瘾严重者，可借助药物戒酒。

三、运动处方运动是预防心血管病的重要手段，包括高血压在内，因而高血压患者不仅可以运动，而且要坚持运动。高血压患者适宜进行有氧运动。有氧运动是指中低强度、有节奏、可持续时间较长的运动形式，比高强度运动在降血压方面更有效、更安全。常见的有氧运动形式有：快走、慢跑、骑自行车、秧歌舞、广播体操、有氧健身操、登山、登楼梯等。运动的目标要从运动的时间、运动的频度和运动的强度来考量。

1. 运动的强度为中等，以下表现为运动强度中等：①主观感觉：运动中心跳加快、微微出汗、自我感觉有点累；②客观表现：运动中呼吸频率加快、微喘，可以与人交谈，但是不能唱歌；③步行速度：每分钟 120 步左右；④运动中的心率（次/min）=170-年龄；⑤休息后约 10min 内，锻炼所引起的呼吸频率增加明显缓解，心率也恢复到正常或接近正常。

2. 运动持续时间：高血压患者每周至少进行 5-7 次运动，最好坚持每天运动。高血压患者的一次运动应在 30min 左右，或每日累计 30min。

3. 运动应个性化。

4. 注意事项：

（1）运动的适宜时间：高血压患者清晨 6-10 点血压常处于比较高的水平，是心血管事件的高发时段，最好选择下午或傍晚进行锻炼。

（2）高血压患者应避免的活动：短跑、举重等短时间剧烈使用肌肉和需要屏气一蹴而就的无氧运动，这类运动会使血压瞬间剧烈上升，引发危险，应尽量避免。（3）安静时血压未能很好控制或超过 180/110mmHg 的患者暂时禁止中度及以上的运动。

四、戒烟处方高血压患者吸烟会大幅增加心血管病风险，对每个吸烟的高血压患者都应指导戒烟。戒烟的益处大，降低心血管病风险的效果明显，且任何年龄戒烟均能获益。成功戒烟的窍门如下：

1. 丢弃所有的烟草、烟灰缸、火柴、打火机，避免一见到这些就“条件反射”地想要吸烟。
2. 避免参与往常习惯吸烟的场所或活动。

3. 烟瘾来时，坚决拒绝烟草诱惑，提醒自己：只要再吸 1 支就足以令之前所有努力前功尽弃。

4. 用餐后喝水、吃水果或散步来代替饭后 1 支烟的习惯。

5. 安排一些体育活动，如游泳、跑步、钓鱼、打球等，一方面可以缓解压力和精神紧张，另一方面还有助于把注意力从吸烟上引开。

6. 请家人监督，并对戒烟的成就给予鼓励或奖励。

7. 必要时在医生指导下可以选用有助于戒烟的药物，如尼古丁贴片或安非他酮。

五、精神心理与睡眠状态显著影响血压，缓解心理压力和调整睡眠是高血压和心血管病防治的重要方面。

1. 正视现实生活，正确对待自己和别人，大度为怀；处理好家庭和同事间的关系。

2. 避免负性情绪，保持乐观和积极向上的态度。

3. 寻找适合自己的心理调适方法，旅行、运动、找朋友倾诉、养宠物等都是排遣压力的方法。

4. 增强承受心理压力的抵抗力，培养应对心理压力的能力。

5. 心理咨询是减轻精神压力的科学方法，必要时进行心理咨询。

6. 避免和干预心理危机（一种严重的病态心理，一旦发生必须及时求医）。

附件 4 我国常用口服抗高血压药物表（略）

附件 5 基层常用降压药的名称、使用方法、适应证、禁忌证及不良反应（略）

附件 6 特殊人群高血压处理

（建议在上级医院取得治疗方案或在上级医生指导下治疗）

一、老年人

老年人（>65 岁）降压药务必从小剂量开始，根据耐受性逐步降压，应测量用药前后坐立位血压；尤其对体质较弱者更应谨慎。注意原有的以及药物治疗后出现的体位性低血压。老年人有较多危险因素、靶器官损害，合并心血管病、糖尿病等情况也较多，常需多药合用。各年龄段高血压患者应用利尿剂、CCB、ACEI 或 ARB 等抗高血压治疗均有益。80 岁以上的一般体质尚好的高龄高血压患者进行适度降压治疗也有好处，收缩压 $\geq 160\text{mmHg}$ 者，可用小剂量的利尿剂或 CCB，必要时加小剂量 ACEI。目标收缩压 $<150\text{mmHg}$ 。降压达标时间适当延长。

部分舒张压低的老年收缩期高血压患者的降压治疗有一定难度。舒张压 $<60\text{mmHg}$ ，如收缩压 $<150\text{mmHg}$ 则观察，如收缩压 $\geq 150\text{mmHg}$ 则谨慎用小剂量利尿剂、ACEI、CCB；



专家讲坛

舒张压低于 60mmHg 时应引起关注。

二、冠心病

稳定性心绞痛时首选 β 受体阻滞剂或长效 CCB 及长效 ACEI；改善冠心病患者心绞痛症状，选用长效 CCB；急性冠状动脉综合征时选用 β 受体阻滞剂或 ACEI；心肌梗死后患者用 ACEI、 β 受体阻滞剂和醛固酮拮抗剂。

三、高血压合并心力衰竭

症状轻者用 ACEI 和 β 受体阻滞剂；症状重的可将 ACEI 或 ARB、 β 受体阻滞剂、醛固酮拮抗剂，或与襻利尿剂合用。 β 受体阻滞剂从小剂量开始，逐渐缓慢加至目标量。

四、高血压合并糖尿病

肾功能允许（血肌酐 $<265 \mu\text{mol/L}$ ）时，首选 ACEI 或 ARB。血压高于目标值 20/10mmHg 可以开始联合用药，需以 ACEI 或 ARB 为基础，加用 CCB 或小剂量噻嗪类利尿剂或小剂量 β 受体阻滞剂。有糖尿病肾病需按慢性肾脏疾病的要求管理血压。

糖化血红蛋白 $<7\%$ 、年龄较大、病史较长、已经发生严重大血管并发症、有严重低血糖事件史以及独居者宜采取较为宽松的降糖目标值。

五、高血压合并慢性肾脏疾病

首选 ACEI 或 ARB，有利于防止肾脏病进展；常需联合 CCB、利尿剂以及 β 受体阻滞剂。若血肌酐 $>132 \mu\text{mol/L}$ 须选择襻利尿剂。

用 ACEI/ARB 后血肌酐较基础升高 $<30\%$ ，可谨慎使用或减量；如升高 $>30\%$ ，可考虑停药。血压不达标者应积极联合长效 CCB、利尿剂；若血肌酐 $>132.6 \mu\text{mol/L}$ （ 1.5mg/dl ）须选择襻利尿剂。若肾功能显著受损[例如血肌酐水平 $>265.2 \mu\text{mol/L}$ （ 3mg/dl ）]此时应首选二氢吡啶类 CCB。因可增加高钾血症、肾功能恶化的风险，避免 ACEI 与 ARB 的联合。

六、脑血管病后急性脑卒中降压治疗有争议。如血压 $\geq 220/120\text{mmHg}$ 的，可考虑适度降压治疗，但应缓慢降压和密切观察患者反应。有短暂性脑缺血发作或脑卒中史（非急性期）者，进行适度的降压治疗均能减少卒中的再发。噻嗪类利尿剂、ACEI 与利尿剂合用、CCB 及 ARB 等有利于减少脑卒中再发事件。降压后头晕加重者，应注意有无颈动脉狭窄问题。如双侧颈动脉严重狭窄，则谨慎或缓慢降压。

七、妊娠高血压

1. 诊断依据：妊娠高血压是指妊娠后 20 周，孕妇发生高血压（ $\geq 140/90\text{mmHg}$ ）；

或血压较孕前或孕早期升高 $\geq 30/15\text{mmHg}$ ；至少测量 2 次血压，应间隔 6h。妊娠高血压综合征：妊娠高血压同时伴蛋白尿和/或水肿；子痫：妊娠高血压综合征的患者发生抽搐。

2. 处理原则：及时转上级医院治疗；必要时用甲基多巴、肼苯哒嗪、拉贝洛尔、硫酸镁等；分娩后继续监测血压。

八、难治性高血压

1. 定义：应用非药物治疗以及包括利尿剂在内的至少 3 种药物足量治疗数周仍不能将血压控制在目标水平称为难治性高血压。

2. 难治性高血压原因的筛查：①判断是否为假性难治性高血压：常见有测血压方法不当（如测量时姿势不正确、上臂较粗者未使用较大的袖带）或白大衣性高血压。②寻找影响血压的相关因素：患者的依从性差（漏服或自行减量），降压药物选择不当（剂量偏低、联合用药不合理）；服用有升压作用的药物（如口服避孕药、肾上腺类固醇类、可卡因、甘草、麻黄等）；未改变不良生活方式或未控制其他危险因素（肥胖、吸烟、重度饮酒、高脂血症、长期失眠等）；容量负荷过重（利尿剂治疗不充分、高盐摄入、肾功能不全进展）；伴慢性疼痛和长期焦虑等。③排除上述因素后，应启动继发性高血压的筛查。

3. 确诊为真性难治性高血压转上级医院诊治。

九、高血压急症

1. 高血压急症的诊断：原发性和继发性高血压在疾病发展过程中，在某些诱因作用下，血压急剧升高，病情急剧恶化，称为高血压急症。收缩压 $>220\text{mmHg}$ 和/或舒张压 $>130\text{mmHg}$ ，无论有无临床症状都应视为高血压急症。常见高血压急症包括以下情况：高血压伴有急性脑卒中、高血压脑病、急性心肌梗死、急性左室衰竭伴肺水肿、不稳定性心绞痛、主动脉夹层动脉瘤等。

2. 高血压急症的处理原则：不论是何种类型的高血压急症均应立即处理，在紧急处理的同时立即呼叫 120，联系尽快转诊。对于急性脑卒中、高血压脑病，应慎重降压，注意降压的速度和幅度；对于急性心肌梗死、急性左室衰竭伴肺水肿、不稳定性心绞痛、主动脉夹层动脉瘤等，应立即降压至安全范围。视病情考虑口服短效降压药，如卡托普利、拉贝洛尔、乌拉地尔、可乐定、硝苯地平等。在密切监测血压的情况下，有条件的可缓慢静脉滴注硝普钠、硝酸甘油、艾司洛尔；或静脉注射尼卡地平、乌拉地尔。应注意降压的速度和程度，最初可使血压在原血压水平的基础上下降

20%-25%或降至 160/100mmHg。慎用或不用舌下含服硝苯地平普通片。不推荐短效二氢吡啶类 CCB 用于急性冠状动脉综合征或心力衰竭。

特殊人群高血压的诊治的详细内容详见相关指南或共识。

正常人群	高血压易患人群	已确诊的高血压患者
什么是高血压 高血压的危害 高血压是不良生活方式疾病 高血压是可以预防的 哪些人容易得高血压 什么是健康生活方式 定期检测血压的意义 要注意监测自己的血压,成人每年测1次血压	什么是高血压 高血压的危害 哪些人是高血压的易患人群 什么是高血压的血管危险因素 高血压伴心血管危险因素的危害 如何纠正不良生活方式或习惯 如何降低心血管疾病的危险因素 要特别关注自己的血压,至少6个月监测1次血压 鼓励家庭自测血压	什么是高血压 高血压的危害 高血压是如何分级的 什么是靶器官损害和并存的临床情况 高血压患者为什么分为低危、中危、高危层进行管理 高血压的非药物治疗内容 常用抗高血压药物种类、用法、注意事项、副作用、禁忌证 为什么高血压患者要终身服药 如何配合社区医务人员做好高血压分级管理,定期随访如何正确测量血压 积极提倡患者自测血压

附件7 不同人群健康教育内容

《中国高血压基层管理指南》修订委员会（按姓氏拼音排序）

顾问： 刘力生 孔灵芝

名誉主任委员： 吴兆苏

主任委员： 王文

副主任委员： 姚崇华 朱鼎良

撰稿委员会：

陈鲁原 陈伟伟 初少莉 黄 峻 孔灵芝 李南方 刘力生 路方红 孙宁玲 唐新华
王 文 王增武 吴兆苏 姚崇华 周晓芳 朱鼎良

学术委员会：

鄂啟顺 陈鲁原 陈伟伟 初少莉 崔 炜 段 琳 杜雪平 华 琦 顾东风 郭艺芳 韩清华 黄 峻 霍 勇

孔灵芝 雷正龙 李南方 林金秀 林曙光 刘丽 刘力生 卢新政 路方红 马吉祥
马淑平 宁田海 潘长玉

彭晓玲 孙宁玲 孙刚 孙英贤 唐海沁 唐新华 王 斌 王临虹 王 浩 王继光 王淑玉 王 文 王增武

吴海英 吴良有 吴寿岭 吴兆苏 谢良地 严晓伟 姚崇华 袁洪 张亮清 张宇清
赵连友 周晓芳 朱鼎良 朱曼路

咨询委员会：

东黎光 董忠 段英伟 蒋天武 李永锦 李瑞莉 刘云军 王惠 吴浩 吴伟 向全永
于国治 易春涛

张向东 张秀娟

秘书： 隋辉 何新叶

主办单位：

中华人民共和国卫生和计划生育委员会疾病预防控制局

中华人民共和国卫生和计划生育委员会基层卫生司

国家心血管病中心

高血压联盟（中国）

合作单位：

中国疾病预防控制中心慢病中心

中国医师协会全科医师分会

参考文献（略）

文中部分省略内容请点击链接查阅。

责任编辑：kangjing_dr

2017 年 02 月优秀版主名单： anne 医生、ffxxff770603、kaixindoul、zmdzfx、
caobi2500、ww2sxy520、踏青放牛、airen13828、
品味淡泊、trg 、jsdfnicholas、草原民间中医、
andy1087911、争做良医

2017 年 02 月良好版主名单： yanqi120、 ngf1978、jjmjZy、shanyangchen、
白衣安琪、nikkive、 舒省

2017 年全国两会 “医疗领域” 看什么？

来源：<http://www.iyyi.com/d-03-239769.html>

又到一年一度全国“两会”时，而“两会”上所传达出来的信息，上至国家战略下至百姓民生，更是成为了社会发展风向标，无不与我们的生活息息相关。有媒体预测医疗、楼市、税务、儿童、教育、共享经济、供给侧改革、扶贫、宗教等九大热点将是 2017 年两会热门议题。全国两会“医疗领域”看什么？



3 月 2 日，在全国政协十二届五次次会议新闻发布会上，新闻发言人王国庆回答了中外记者的提问。他就经济问题、扶贫问题、三农问题、南海问题、医改等问题一一做了回答。

在谈到医改问题时，王国庆表示最近密集出台的有关医务人员的薪酬制度改革，还有药品生产、流通、使用全链条系统改革等一系列文件。尽管这些文件都是关系医改的，可能只涉及某些很具体的方面，但也让人们看到，确实医改涉及面广、难度大，是一项十分艰巨的社会系统工程。全国政协去年把深化医药卫生体制改革列入重点协商议题，组织委员深入到 8 个省区市的医院和基层医疗卫生机构做了实地调研。在调研的基础上，委员们就推动解决药价虚高和过度用药问题，推进医保支付方式改革等问题，提出了很多很有见地的意见和建议，有关部委也给予了积极的回应。

去年国家出台了《健康中国 2030 规划纲要》，提出了“健康优先”的原则。也就是说，把卫生与健康服务“以治病为中心”向“以健康为中心”转变，把维护全民健康的关口前移。推行健康的生活方式，减少疾病发生，强化要早诊断、早治疗、早康复，实现全民健康。王国庆认为，这也是为有效解决“看病难”、“看病贵”问题画出了一份治本的路线图。不看病或看病人少了，估计看病就不难了；不吃药就不花钱了。当然这是需要下很大功夫去做的。

但不管怎么说，医改是一个世界性难题，有许多难关需要我们去一一攻破。全国政协将始终坚持问题导向，聚焦有关重要问题，继续组织委员深入调研议政，为深化医改建真言、谋良策、出实招。

提高医护人员的待遇

全国人大代表、中国工程院院士钟南山表示，公立医院市场化操作的问题依然没有解决，医改目前进入“溺水区”。要缓和医患关系，将医改贯彻到底，首先就要提高医护人员的待遇，实现公立医院的公益性。

在钟南山院士看来，雾霾天气对人类健康的影响比 SARS 大。但是可以做很多预防，关键是要有决心，特别是领导的决心。通过政府、企业的引导和公众的共同努力，使它成为一个全民的运动。

推进“三医”合一 让内行参与医改

全国政协委员，农工党中央常委、广东省委会主委，广东省政协副秘书长马光瑜呼吁推进“三医合一”，他指出，医改这些年政府的投入是巨大的，医疗保障有了很大的改进，个人负担有所降低，但是医生、患者的感觉都不是那么满意。他认为，这是因为医保、医院和医疗管理部门没有形成很好的合力所致。他建议把这三个部门统一起来，让医改有内行参与，更有合力更高效。

呼吁将器官移植纳入大病医保

全国政协常委吴晓青、全国政协委员李晓林、全国政协委员蔡玲、全国政协委员曾钊、全国政协委员丁洁等，将分别在全国“两会”上提交《关于 2017 将器官移植纳入医保》的议（提）案，全面、系统、详实地提出我国器官移植方面的现状及解决办法。

中国医生目前的收入结构是世界独一无二的，也是具有中国特色的一种收入结构。但医生却又是决定着医疗质量的主要一个环节，而在医生的工资和医院的收入、科室的收入绝对挂钩这种不合理的状态下，医疗质量面临着诸多尴尬，过度医疗与医疗不足时有发生。医生的价格与医疗质量这一矛盾问题，终究是需要解决的。

责任编辑：永恒流星

第一部分——西医部分

惊心动魄的手术过程

作者：吴金榜

链接：<http://bbs.iiyi.com/thread-3379453-1.html>

给大家讲一下今天的一个环形混合痔手术过程中病人出现的一个意外情况，着实把我吓的不轻。

患者，女，30岁，以“肛门肿物脱出不能还纳伴疼痛一周”来诊。自述有痔疮病史5年左右，于一周前无明显诱因的出现肿物脱出变大并出现疼痛，便后不能还纳，自行用药无效，疼痛加重来诊。

术前检查血压、心率正常。患者既往身体健康，有剖宫产史，来时早晨少量进食，中午未进食。



我为人人，人人为我



决定在左侧卧位骶麻下行环状混合痔外剥内扎术。麻醉前麻醉师发现骶裂孔有畸形，多次进针后注药，约十分钟后测验麻醉效果不太理想，行肛周局部麻醉，麻醉效果理想，肛门指扩可容四指。先行三点位痔核外剥内扎，然后处理九点位，当九点位处理完毕后，病人说有点不舒服，心电监护心率突然下降至四十多次然后到无，血压下降，病人意识模糊，呼之无应答，手发凉，口唇发绀，牙关处于半张僵硬状态。立即停止手术，给予吸氧，阿托品 1mg 静脉注射；葡萄糖加地米 10mg 静脉注射；畅通气道，防止舌根后缀。约两分钟左右患者心率、血压、血氧饱和度渐渐上升，意识恢复，神志渐清醒，血压 115/75mmHg，心率 132 次/分。患者感觉发冷，口干，平卧休息二十分钟左右后无特殊不适，心率下降到 115 次/分。严密观察下处理完其他部位痔核后送入病房行心电监护对症治疗。

术后总结发生这种情况的原因：1. 患者精神紧张；2. 术前几天进食较少，水电解质未纠正；3. 麻醉时疼痛刺激；4. 术中牵拉引起肛门反射。

行医有风险，且行且小心！

咳嗽

作者: baihualin1981

链接: <http://bbs.iiyi.com/forum.php?mod=viewthread&tid=1712372>

前几天值班时我收治一位小儿患者，比较特殊的病例，在这里与大家分享。

患儿，男，9岁。以“反复咳嗽半年”为主诉来诊。患儿幼时反复患湿疹，2岁后确诊为鼻炎至今。平时易感冒，近半年反复咳嗽，干咳无痰，以夜间及晨起为重，每次剧咳约5-10分钟改善通气自行缓解，运动后、甜饮食、接触冷空气及特殊气味后可诱发。病来无发烧，无吸入异物，拍胸片三次未见异常，按“慢性支气管炎”先后用“红霉素、先锋霉素”等抗炎治疗2个月无好转；按“慢性咽炎”用“咽扁冲剂”等治疗3个月也无效。为进一步确诊来我院治疗。

体格检查：T：36.5℃，P86次/分，BP：110/68mmHg。精神好，发育中等。无皮疹，咽无充血。肺部未闻及啰音，心脏听诊正常。四肢活动良好。

辅助检查：WBC $8.6 \times 10^9/L$ ，N 0.46，L 0.54，RBC $4.0 \times 10^9/L$ ；胸片：未见异常。

诊断依据：

1. 患儿反复咳嗽半年，干咳无痰，以夜间及晨起明显，有诱因时（运动后、甜饮食、接触冷空气及特殊气味）为重。
2. 有湿疹及鼻炎史。
3. 长期抗生素治疗无效。
4. 入院时给予气道激发实验呈阳性； β_2 受体激动剂治疗有效。（除外其它慢性咳嗽疾病）。

入院诊断：

咳嗽变异性哮喘。

治疗过程：按“支气管哮喘”治疗，三天后好转出院。

临床经验：

1. 凡长期咳嗽一个月以上的小儿，应反复追问其咳嗽的性质及特点，特别要注意有无夜间及晨起咳嗽，是否有剧烈的刺激性干咳。
2. 该咳嗽是否因诱因加重，诱因清除后咳嗽是否减轻，该特点很重要。
3. 追问有无湿疹及鼻炎史，家族有无哮喘或过敏史，对该病有诊断作用。
4. 有条件可以做支气管激发实验，阳性者对诊断本病有很大作用。

我为人人，人人为我

使用地塞米松导致误诊的详细病例

作者：纳言

链接：<http://bbs.iiyi.com/thread-1294782-1.html>

患者吴某某，男，45岁，突发寒战高热半小时。

患者今日下午突然自觉恶寒怕冷，自用被子覆盖仍无效后来我处就诊。无流涕、咽痛、咳嗽史，无腹痛、腹泻史。

查体：面色苍白，咽红，扁桃体无肿大。心率120次/分，律齐，肺部听诊无异常。BP120/80mmHg，体温40.5℃。

因最近感冒导致高热的病人很多（很多都是40℃以上），故没有详细问病史就诊断为感冒。用药如下：

5%GNS 500ml

VitC 2.0

病毒唑 0.6

地塞米松 5mg 静脉滴注；

5%GNS 500ml

林可霉素 1.2g 静脉滴注；

扑热息痛片 500mg 口服；

双黄连口服液 2支 Tid，口服。

输液完毕后患者大汗，考虑脱水比较多，电解质肯定丢失不少，就给予口服补液盐一包，嘱回家马上冲服。

次日，患者被人搀扶进诊所，诉浑身乏力，特别是双下肢。查体：体温已经正常了，用叩诊锤检查发现下肢肌力下降明显比上肢严重。我心想，坏了，肯定是林可霉素+地塞米松导致低钾血症了。就问病人昨日的口服补液盐吃了没有？病人回答说昨日回家晚了就没有服，今天早上才服的。我就埋怨病人，病人很不好意思（幸亏我昨晚交代了，否则病人今天来能不找我算账？）。既然已经低钾血症了，地塞米松和林可霉素肯定不能用了，就用药如下：

5%GNS 500ml

VitC	2.0	
VitB6	0.2	
10%KCl	10ml	静脉滴注；
5%GNS	500ml	
10%KCL	10ml	
头孢曲松	3.0	静脉滴注；

口服补液盐 2 包，冲服（一天量）；
氯化钾片 2 片，Tid，口服。

输液结束后，病人乏力症状更明显，直接就站不起来了，病人很紧张。考虑血钾恢复不可能这么快，需要时间来慢慢恢复，我就和病人解释了病情，交代清楚，同时又批评病人不听话，导致这样的情况，没有提我用地塞米松+林可霉素导致低血钾的情况。

第三天下午，患者乏力症状好多了，自己走来了，但又出现恶寒高热，体温 40.6℃。我心想，肯定是用激素导致的。用过激素的同志都知道，如果发热用激素，第一天用，第二天不用，第三天好多都重新发热。查体无异常，没有其它不适主诉。怎么办？激素我是不敢用了，算了，就补液吧，补 1500ml 的液体，同时口服安乃近。输液完毕，患者大汗，发热好转。

第四天，不发热，患者精神很好。

第五天下午，患者又出现恶寒高热，体温 40.5℃。直到这个时候，我才想起间日疟的可能，因为整个发病过程很符合。立即让患者到南京二院（传染病医院）查疟原虫，结果显示：发现“间日疟原虫”。因患者不同意住院治疗，故带药如下：

氯喹：300mg qd，连服三天；

伯氨喹：22.5mg qd，连服八天。

如果不用激素，可能第三天就发现异常了，但由于用了激素，误导我的诊断，耽误了患者的病情。在这里提醒大家，对于高热特别是超高热，一定要警惕，防止发生类似误诊。

容易误诊的肺炎

作者：寒冰

链接：<http://bbs.iiyi.com/thread-1347520-1.html>

近年来就门诊接诊的咳嗽病例中（即肺炎患者）有一部分是支原体肺炎（肺炎支原体肺炎是肺炎支原体引起的急性呼吸道感染伴肺炎，其中极大部分就是过去所谓的“原发性非典型肺炎”，属祖国医学“冬温”的范畴），如果想不到，容易误诊，按肺炎治疗效果不理想。随着辅助检查水平的不断完善，支原体检测的普及和提高，这几年来支原体肺炎患者逐年增多，值得大家注意。特别在基层或个体诊所应掌握此点（就诊者大多已在当地接受抗生素治疗多日）。如遇到肺炎咳嗽在1~2周以上经常规治疗无效者，应考虑本病的可能（在成人中检测出衣原体或支原体，二者均有的也不少），要做到知常达变。

支原体是目前所知的能独立生活的最小微生物，也是介于细菌与病毒之间的最小的原核细胞型微生物；支原体缺乏细胞壁，形态多变，多呈球形或纹状；可通过细菌滤器；姬姆萨染色后呈淡紫色，对营养要求较高；对湿、干燥、常用消毒剂及多种抗生素敏感，但对影响细胞壁合成的药物有抵抗力。

支原体种类繁多，在自然界分布广泛，目前从人体分离到的支原体有：肺炎支原体，人型支原体等。

大多数支原体对人无致病作用，现已确定对人致病的主要有肺炎支原体，是引起支原体肺炎的病原体；33%~75%的患者在感染一周后，血清中可出现非特异性凝集素和链球菌MC株凝集素。

【病因】肺炎支原体可在无细胞的培养基上生长，它由口、鼻的分泌物经空气传播，引起散发和小流行的呼吸道感染；全年均有，秋冬季最盛；以儿童和青壮年多见；占有肺炎的5%~10%。

【病理】患者的肺部有间质性肺炎，伴急性支气管和细支气管炎，肺泡内可含少量渗出液并可发生局灶性肺不张、肺实变和肺气肿。胸膜可有纤维素渗出和少量渗液。

【症状】潜伏期二周，起病缓慢，症状轻重不一，约1/3病例无症状，仅在X线上发现肺炎，其余患者在早期有发热，厌食，畏寒，咳嗽，头痛，咽痛，胸骨下疼痛，肌肉酸痛等，其中头痛最显著；发热高低不一，可为持续性或弛张性，或有几天的低

我为人人，人人为我

热，体温在 37~41℃，大多数在 39℃左右，持续 2~3 周伴相对缓脉；发热 2~3 天后可出现明显的呼吸道症状，热退后，咳嗽可持续一段时间，常伴胸骨下疼痛。咳嗽为最突出的症状，初期为干咳，继而分泌痰液，偶含少量血丝，咳少量粘痰或黏液脓痰，有时阵咳稍似百日咳，偶见恶心、呕吐及短暂的斑丘疹或荨麻疹、红斑或唇疱疹。一般无呼吸困难，但婴儿患者可见明显憋气，儿童可伴发中耳炎。

【体征】依年龄而异，成人往往缺乏显著的胸部体征，约半数可闻及少量干湿性啰音，局限性呼吸音减低，约 10~15% 病例发生少量胸膜积液，咽门充血，颈淋巴结肿大。婴儿叩诊可得轻度浊音，呼吸音减低，有湿性啰音，有时可呈梗阻性肺气肿体征。

【辅助检查】化验：a、白细胞正常或稍高，一般不超过 1.5 万/立方毫米，以中性粒细胞为主；b、血沉大多增快；c、发病二周后约半数（大部分）病例冷凝集试验阳性，滴度效价在 1:32 以上。特别当滴度逐渐升高时诊断意义更大；d、40%~50% 的病例链球菌 MC 冷凝集试验阳性；e、血清补体结合试验在得病后 10 天就可出现阳性结果（1:40~1:80）为诊断本病的重要依据。

【鉴别诊断】应与急性上呼吸道感染，病毒性肺炎，肺结核，细菌化脓性肺炎，百日咳，伤寒，传染性单核细胞增多症，风湿性肺炎相鉴别。

【治疗】注意休息及饮食，有发热时可口服一些小剂量解热药。

首选红霉素每日 1.5~2.0g 分四次口服。四环素亦有效，每日 1.5~2.0g 分四次口服，热退后改为 1g/日再维持 3 日（建议早用此药）。

罗红霉素胶囊每日 0.3g 分二次口服；亦可用阿奇霉素口服（该二药效果不一）。阿奇霉素针 0.5g 静滴，每日一次。氧氟沙星针每日 0.4g 分二次静滴，左氧氟沙星针每日 0.4g 分二次静滴。

其它：中医中药，辨证施治。可用一些清热解毒药如鱼腥草、大青叶、半支莲、柴胡等。

衣原体肺炎：沙眼衣原体肺炎引起小于 6 个月婴儿发病，一般无发热，小于 6 个月婴儿无热性支气管炎应考虑本病。

肺炎衣原体肺炎常见大于 5 岁小儿，大多为轻型。

就我所见成人肺炎中也有衣原体感染者，在治疗合并支原体和衣原体感染者，首选大环内酯类抗生素。

超声入门贴——479

中孕胎儿脐膨出，胎盘前置状态

作者：songjunrui

链接 <http://bbs.iiyi.com/thread-3220993-1.html>

中孕胎儿脐膨出一例。鉴别诊断：裂腹畸形。

脐膨出的超声表现：胎儿脐部见团状向外突起，有完整包膜，边界清晰，形态规则，脐带附着于团块的顶端。团块内容物可为肠管、肝、脾、胃、胰等器官，也可以为单纯肠管回声。需要注意的是，诊断脐膨出应该在妊娠 12 周以后，因为生理性中肠疝回纳腹腔的时间是 11 周。腹壁裂畸形的突出物呈散乱状态漂浮于羊水中，表面无包膜。





根除幽门螺杆菌（HP）方案

作者：解医生 120

链接：<http://bbs.iiyi.com/forum.php?mod=viewthread&tid=2598772>

幽门螺杆菌（HP）阳性的慢性胃炎、胃溃疡在根除 HP 后不仅使溃疡愈合率提高，而且复发率可降低到 2%-10% 以下，各种症状也会消除，并发症发生率也大大减少，所以在消化科中根除 HP 的重要性是世界公认的。

幽门螺杆菌感染是慢性胃炎的主要病因，是引起消化性溃疡的重要病因，在 HP 粘附的上皮细胞可见微绒毛减少，细胞间连接丧失，细胞肿胀，表面不规则，细胞内黏液颗粒耗竭，空泡样变，细菌与细胞间形成粘着蒂和浅杯样结构。

检查 HP 的方法：碳 14；胃镜的活检；血液检查 HP 试剂；唾液 HP 试剂。有胃病症状不做检查盲目的杀灭 HP 治疗，也常会导致不良影响或耐药。

目前临床可行的方案有含铋剂三联、含 PPI 三联、含雷尼替丁胶体铋三联和四联疗法。也就是消化科常说的胃三联，胃四联。

一、铋剂+两种抗生素

1. 铋剂标准剂量+阿莫西林 500mg+甲硝唑 400mg，均每日 2 次×2 周；
2. 铋剂标准剂量+四环素 500mg+甲硝唑 400mg，均每日 2 次×2 周；
3. 铋剂标准剂量+克拉霉素 250mg+甲硝唑 400mg，均每日 2 次×1 周。

二、质子泵抑制剂（PPI）+两种抗生素

1. PPI 标准剂量+克拉霉素 500mg+阿莫西林 1000mg，均每日 2 次×1 周；
2. PPI 标准剂量+阿莫西林 1000mg+甲硝唑 400mg，均每日 2 次×1 周；
3. PPI 标准剂量+克拉霉素 250mg+甲硝唑 400mg，均每日 2 次×1 周。

三、其他方案

1. 雷尼替丁枸橼酸铋（RBC）400mg 替代推荐方案二中的 PPI。
2. H₂受体阻断剂（H₂RA）或 PPI+推荐方案一，组成四联疗法。

注意事项

1. 方案中甲硝唑 400mg 可用替硝唑 500mg 代替。
2. H. pylori 对甲硝唑耐药率已较高，耐药影响疗效。呋喃唑酮抗 H. pylori 作用强，H. pylori 对其不易产生耐药性，可用呋喃唑酮 100mg 替代甲硝唑 400mg。PPI+铋

剂+两种抗生素组成的四联疗法多用于治疗失败者。

值得注意的是随着对 HP 研究的深入，有关 HP 的诊治知识越来越普及，杀灭 HP 的治疗也随之普遍开展。然而，对各种抗生素的耐药的 HP 菌株也与日俱增。这已经成为当前消化界的重要研究课题。

我们对中药杀灭 HP 作用进行研究，研究证实，大黄、黄柏、黄连、黄芩、桂枝、地丁、山楂、元胡、栀子、三七等中药对 HP 有抑制作用。郑宝老师发现中药方剂对 HP 有抑制作用，选用敏感中药，结合辨证论治特点组成成方，作为一联与铋剂和抗生素联合治疗 HP，根除率达 93%，同时能促进溃疡愈合，胃胀、胃痛、胃酸的治疗也有提高。

肠镜操作生涯中第一例肠穿孔

作者：一 1 一 1 一

链接：<http://bbs.iiyi.com/forum.php?mod=viewthread&tid=2405422>

2013 年 10 月 17 日下午是个令我终生难忘的日子，这是我肠镜操作生涯中第一例肠穿孔的日子。

事件回放：

17 号下午，因为肠镜预约太多了，一共 11 个，内镜室医生干不完，主任便叫我帮忙做。前面四例很顺利做完了，第五例患者是一位 59 岁的农村女性，语言不通，因为腹痛，大便带有黏液住院，申请肠镜检查。检查开始，先常规做个肛检，我跟她交流两句，她也没说话，然后开始进镜。先左旋进镜，到了直乙交界，右旋进入乙状结肠，肠腔暴露不明显，直肠和乙状结肠都有点充血水肿，散在糜烂灶。反复在乙状结肠右旋进镜，抵达降乙交界，变成明显的锐角，过不了，退镜，再进镜，再退镜，患者喊了一声“唉呦”。此时，居然发现腹膜，看见了黄色的大网膜，好恐怖！

问患者是否腹痛，患者摇头，于是我慢慢退镜，想找到破裂孔进行修补。因注气的原因，此时，患者开始叫痛，查看腹胀如鼓，立即出镜，电话通知外科主任前来会诊，一边用 50ml 注射器在腹壁上放气，患者腹痛、腹胀症状减轻，我还想再进镜行钛夹修补术，就征求患者家属意见。患者家属问我的把握性，我说不敢保证可以完全

我为人人，人人为我

缝合，家属意见是哪样安全，用哪种办法！那我说立即外科手术吧。

向外科主任汇报了穿孔的经过，请外科主任给予详细探查是否存在肠粘连或结肠病变的可能，同时向科主任、医务科报告了这例穿孔不良事件。

心里总是不踏实，晚上电话给外科主任，说立即进手术室手术了，先腹腔镜探查，患者乙状结肠中段完全断裂，转开腹手术，过程顺利，没有探查到结肠肿物，没有发现腹腔有明显的粘连。

自我反思：在基层医院致力于发展和研究单人肠镜操作技术的我，有6年余的操作历程，一共有近3000例操作经验，送达回肠末端成功率达98%以上的我，非常不愿意发生、非常可怕的肠镜操作致穿孔并发症，终于降临到我身上，心情非常的糟糕、沮丧、难过。那么困难的初级阶段都过来了，还“阴沟翻船”了，很不理解啊！

事实摆在面前，不需要为自己狡辩了，我想穿孔的原因有三个因素：第一是自己的原因，主观上可能有点过于自信。单人肠镜的总结性论文都写有两篇了，做了近3000例了，没穿过嘛，认为穿孔永远都不会发生在自己身上，这次就穿给你看了；还有就是那天是第5例了，想着快下班了，顺利完成任务就可以不超时了，心里有尽快完成，准时下班的念头，结果是欲速则不达；技术上，可能操作幅度过大，可能没有充分取直直乙交界，便带袢进镜至乙状结肠，想用过后取直的手法取直肠腔，可能在乙状结肠伸展的情况下，用了翻转的手法，导致乙状结肠中段断裂的严重后果。第二可能有患者肠壁非常薄，患者痛觉非常不敏感等因素，患者肠粘膜充血水肿，有糜烂，象是个轻型溃疡的患者。操作手感非常不顺，总觉得镜子被粘住的感觉，镜子的自由度差，操作过程应有滑镜的操作，居然患者一点都不叫痛，甚至穿孔发生了，患者都不怎么叫痛。第三是资料显示肠镜会有0.11%-0.9%的穿孔率。

但不管患者的肠再薄，再粘，再充血水肿，再糜烂，痛觉再不敏感，肠镜会有0.11%-0.9%的穿孔率，都不应该成为我做穿的理由，都有近3000例的操作经验了，还发生这种错误，是不应该的。尽管是人在江湖，哪能不挨刀，做多可能会错多，我都不会就此放弃发展内镜诊疗技术。

经验教训：今后的操作更需要如临深渊、如履薄冰的轻巧手法操作，充分发挥好左手大小角度钮的灵活性和右手辅助旋转、稳定、不急不躁的手法，努力追求全程不带袢进镜、全程无痛苦进镜的境界！

这是本人职业生涯遇到的第一例肠穿孔，但愿也是最后一例！

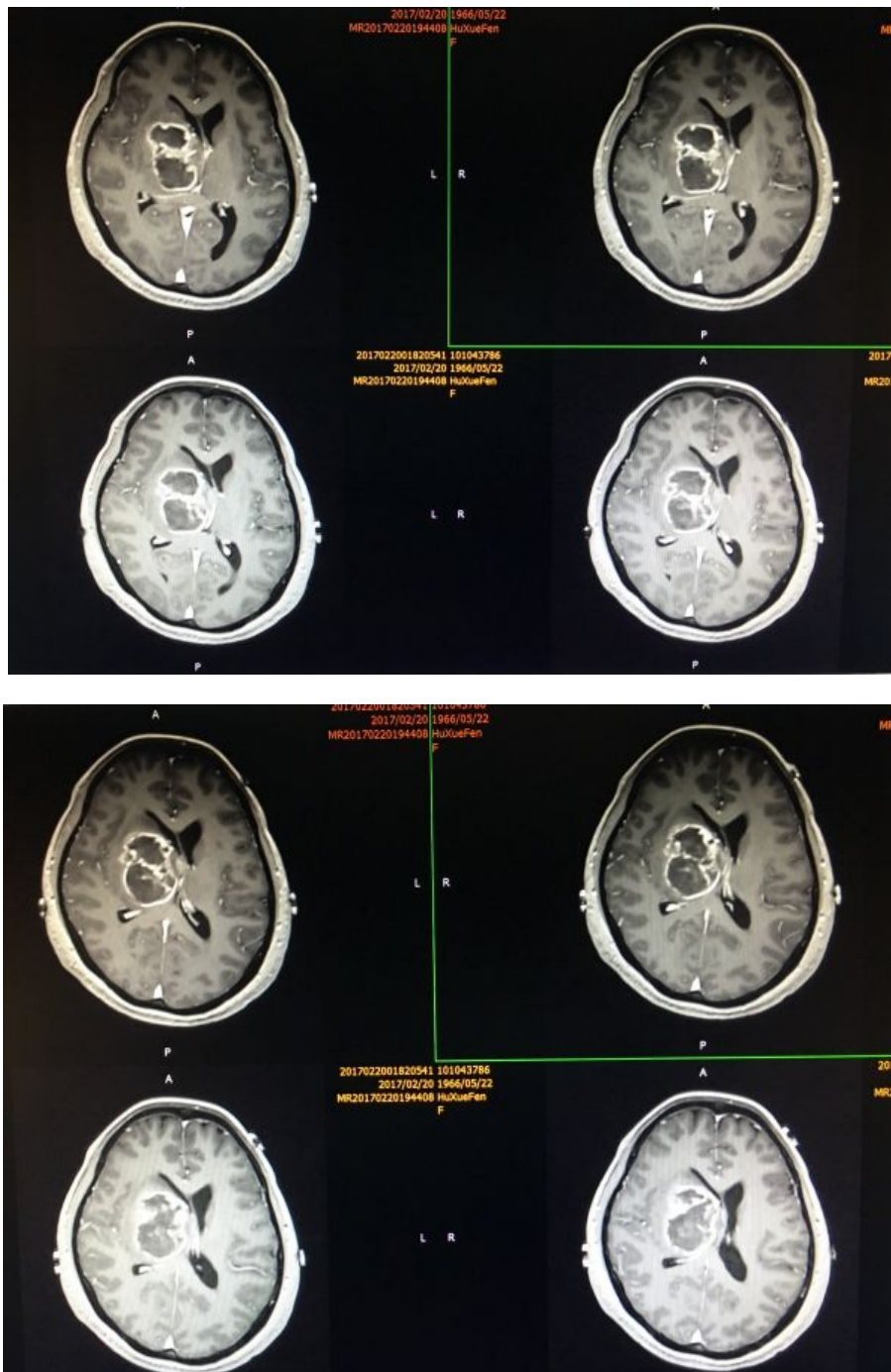
分享一例大脑恶性肿瘤病例

作者: jsdfnicholas

链接: <http://bbs.iiyi.com/thread-3382340-1.html>

与大家分享一例右基底节区肿瘤手术病例。

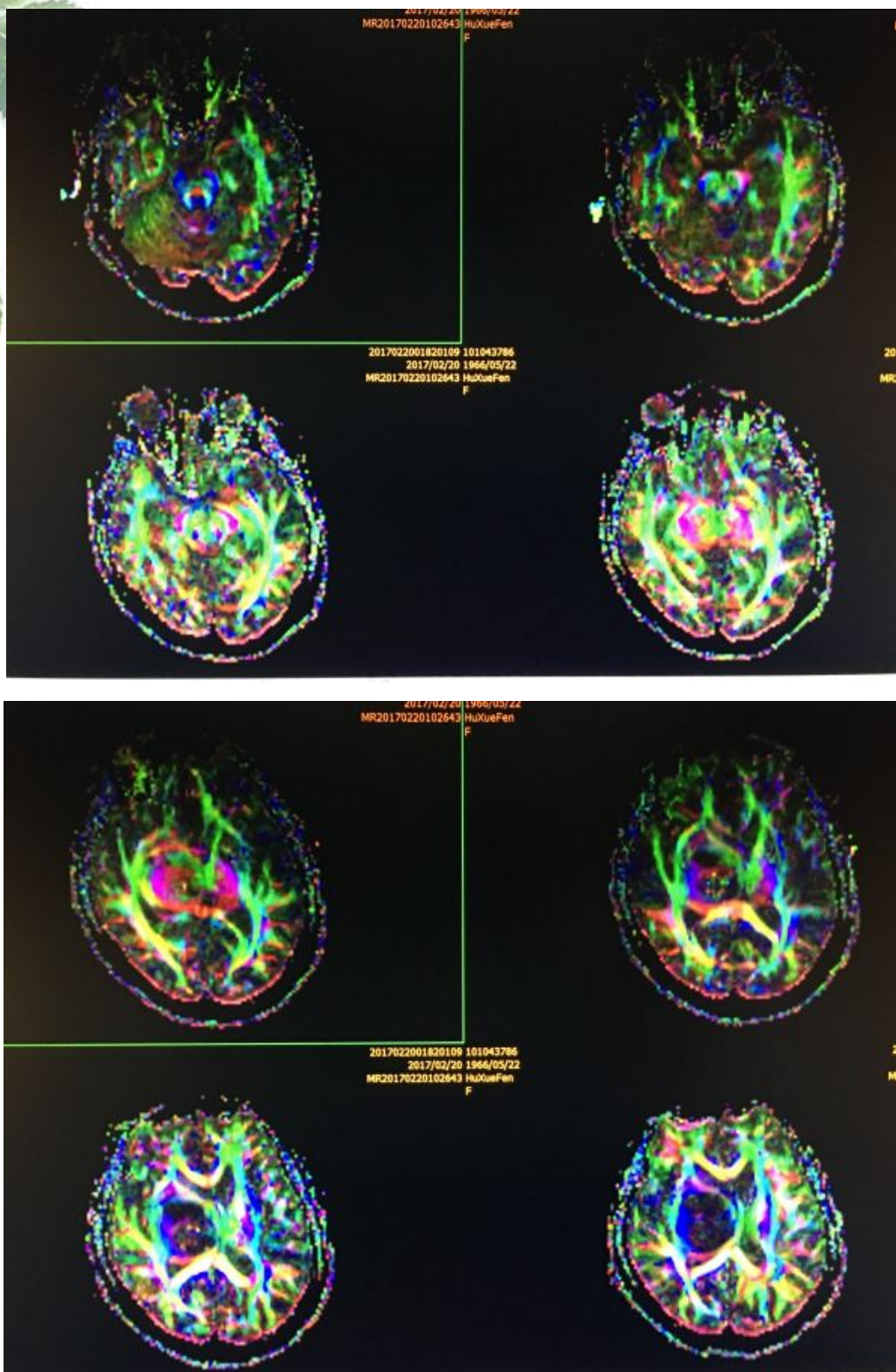
患者中年男性, 2月前无明显诱因下出现嗜睡伴左侧肢体无力, 至当地医院就诊, CT检查示右基底节占位灶。为求进一步治疗来我院, 行头颅MRI检查示:

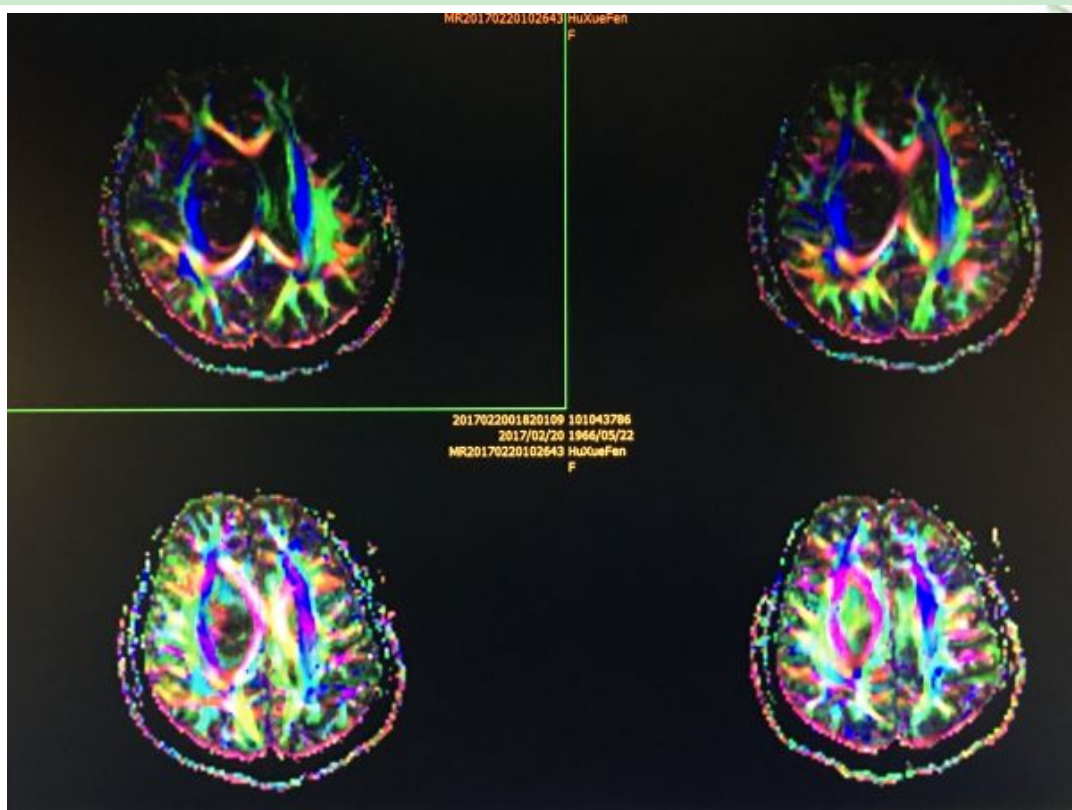


我为人人, 人人为我

片中可见右基底节占位灶，中线向对侧移位，侧脑室受压。

考虑肿瘤位置为重要性功能区，我们进一步明确了传导束走行，以利手术入路选择。



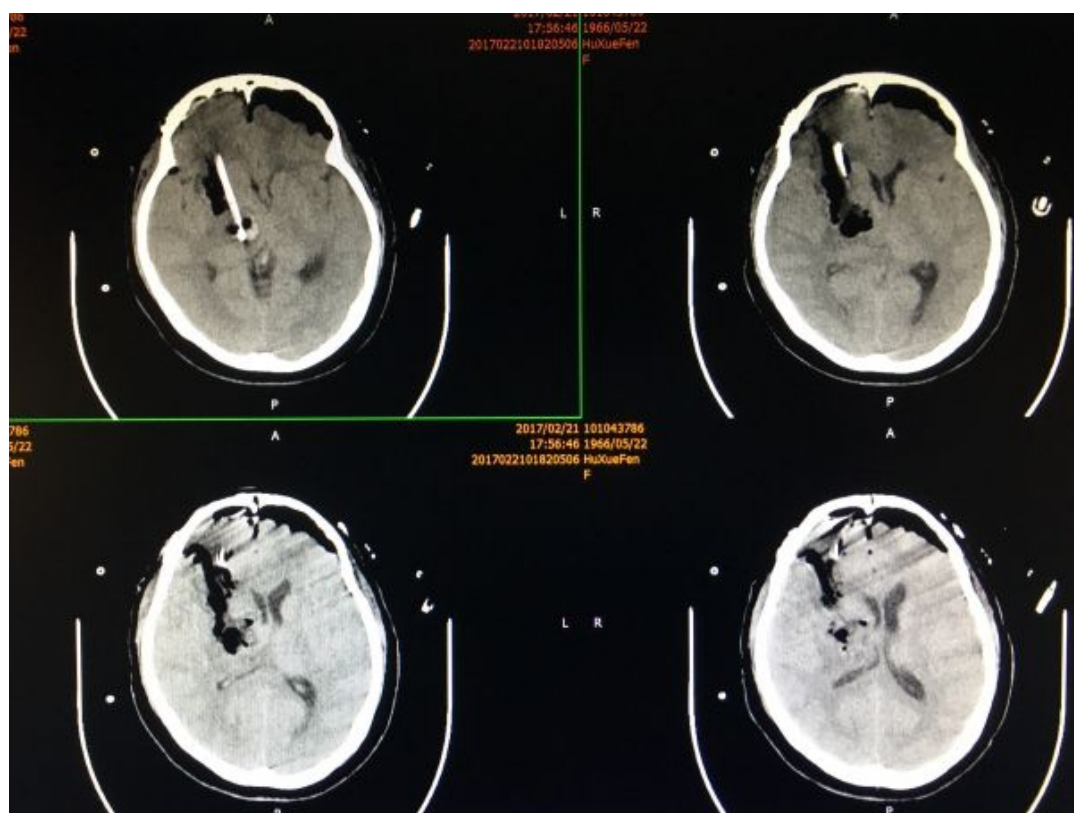
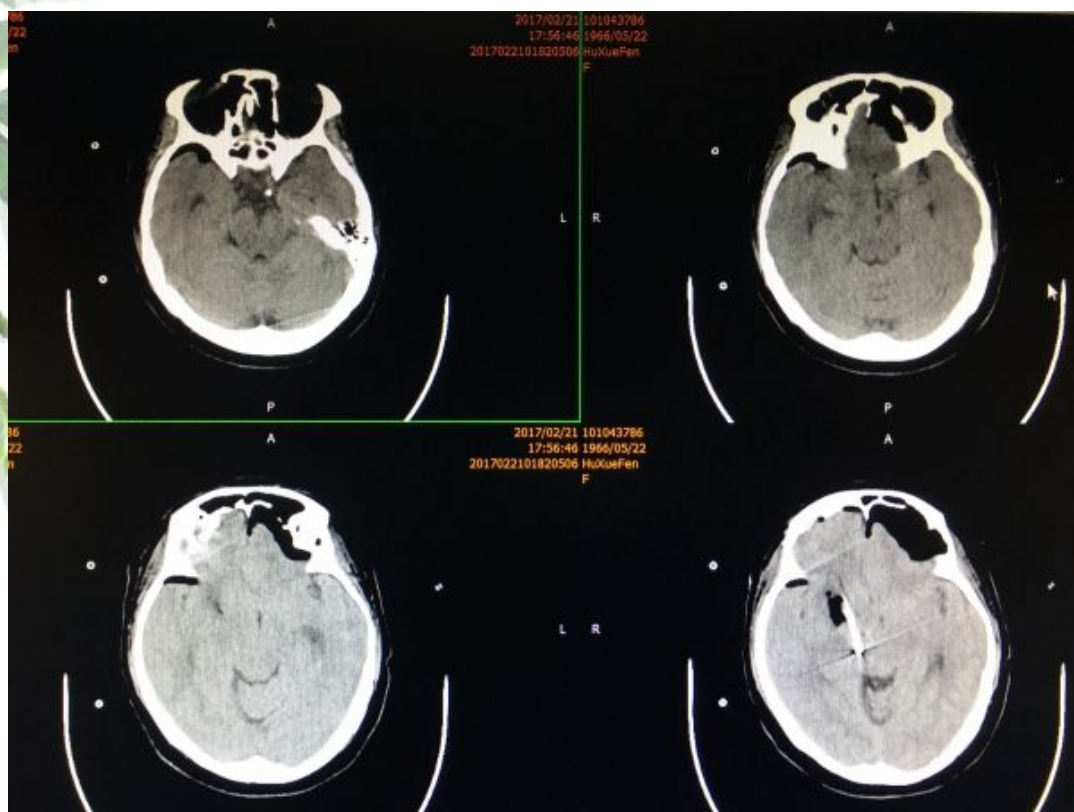


明确额部冠状皮瓣，左额开瓣导航进位下进行：



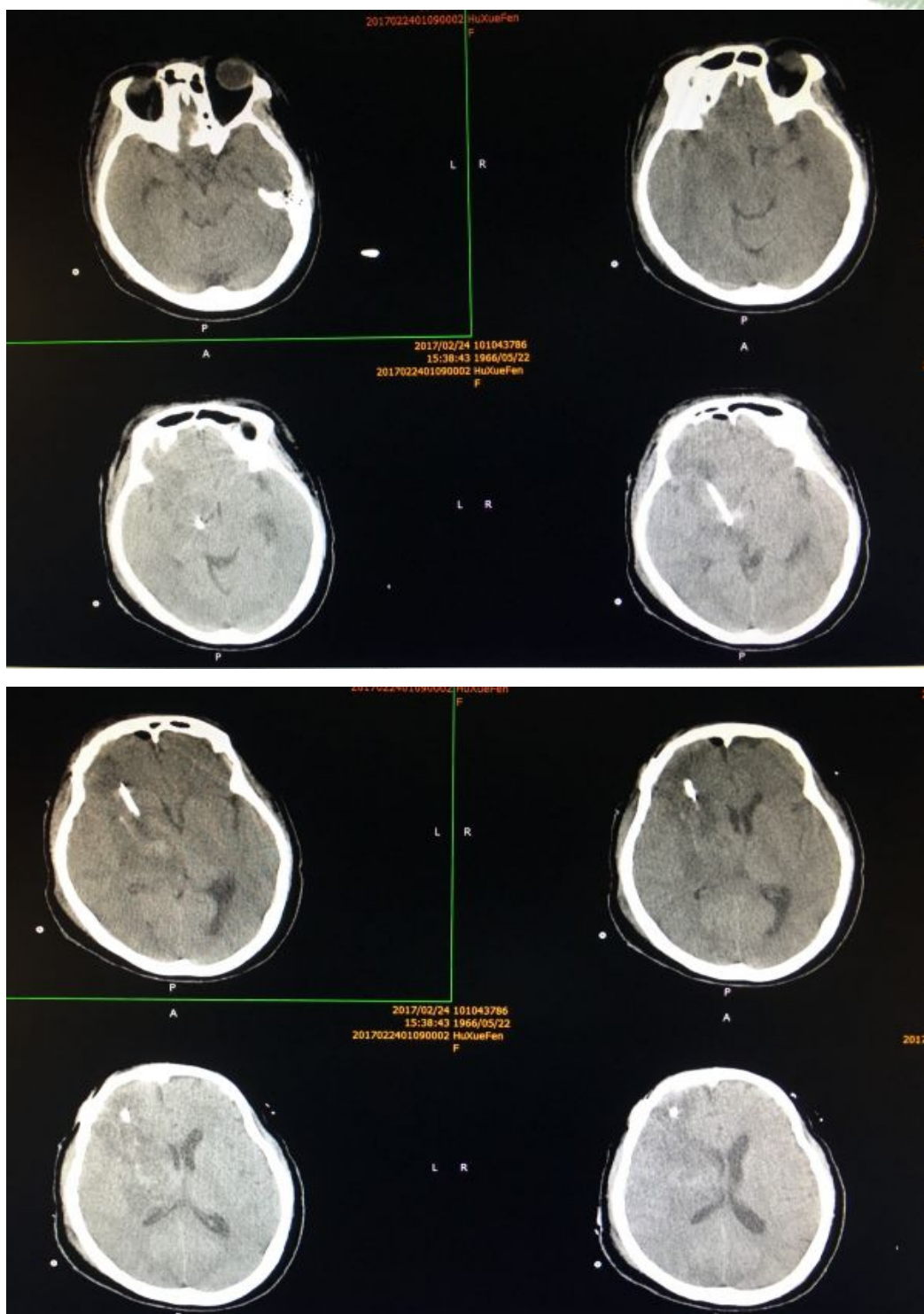
我为人人，人人为我

手术顺利，术中肿瘤呈胶质增生，术中病理倾向胶母，术后复查 CT:



我为人人，人人为我

两天后，再次复查 CT 示：



术后管理还有一段路要走，但患者总体情况良好，已可遵嘱活动，嗜睡状，今已拔管，呼吸平稳，血气尚可。

这则病例的成功告诉我们，一些先进的仪器真正带给了患者福音——不断降低的死亡率及致残率！

我为人人，人人为我

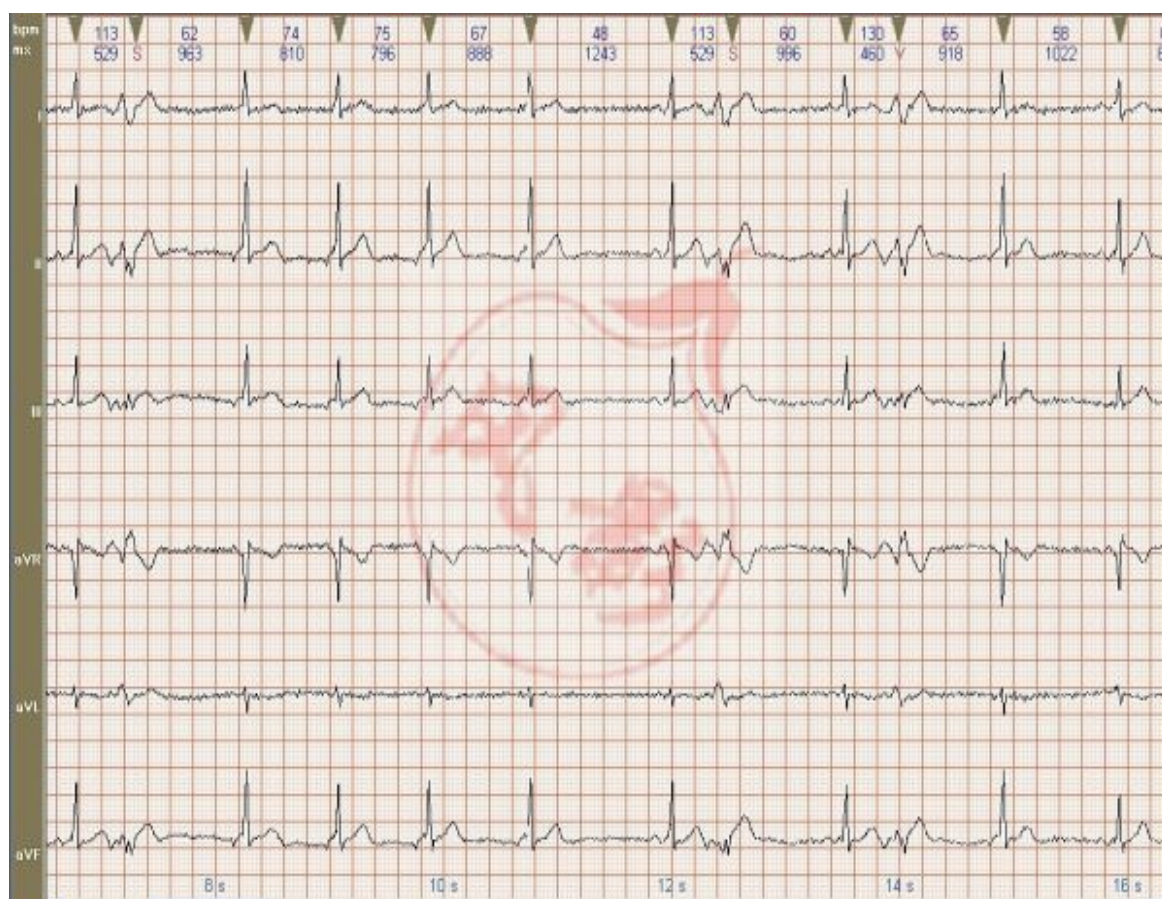
心电图读图第 66 期 截止到 4 月 1 日

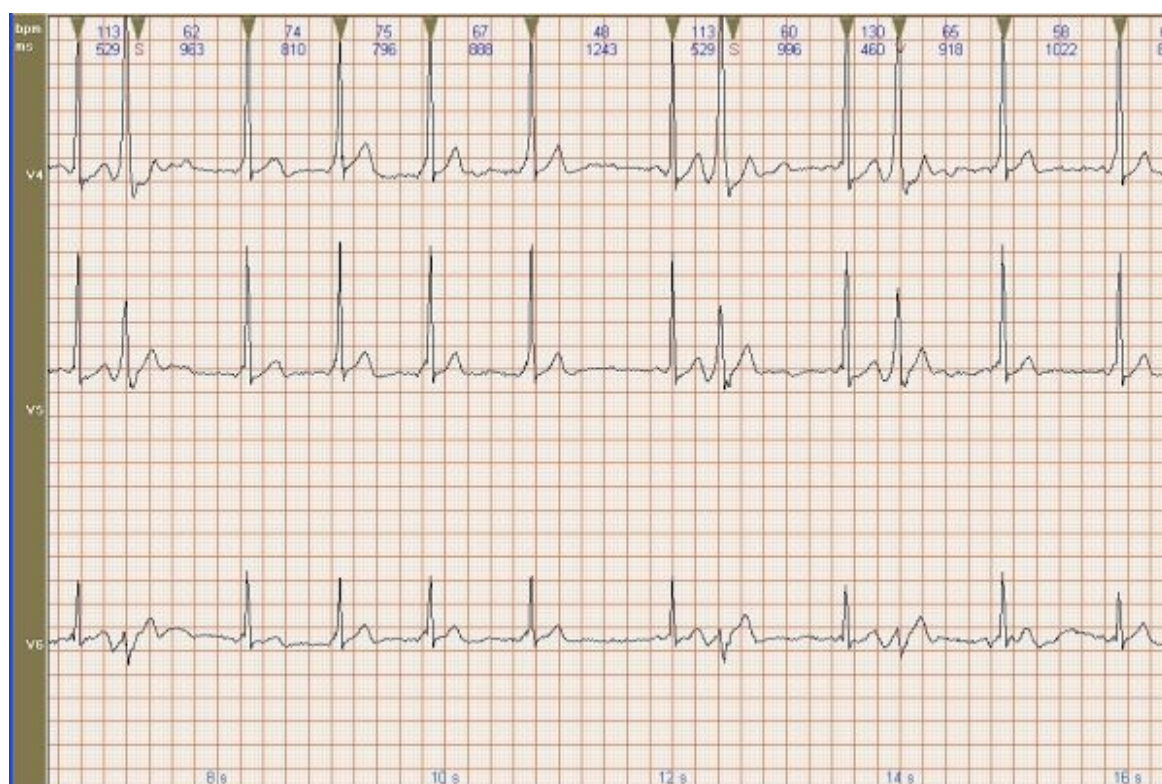
作者: htchb

链接: <http://bbs.iiyi.com/thread-3383082-1.html>

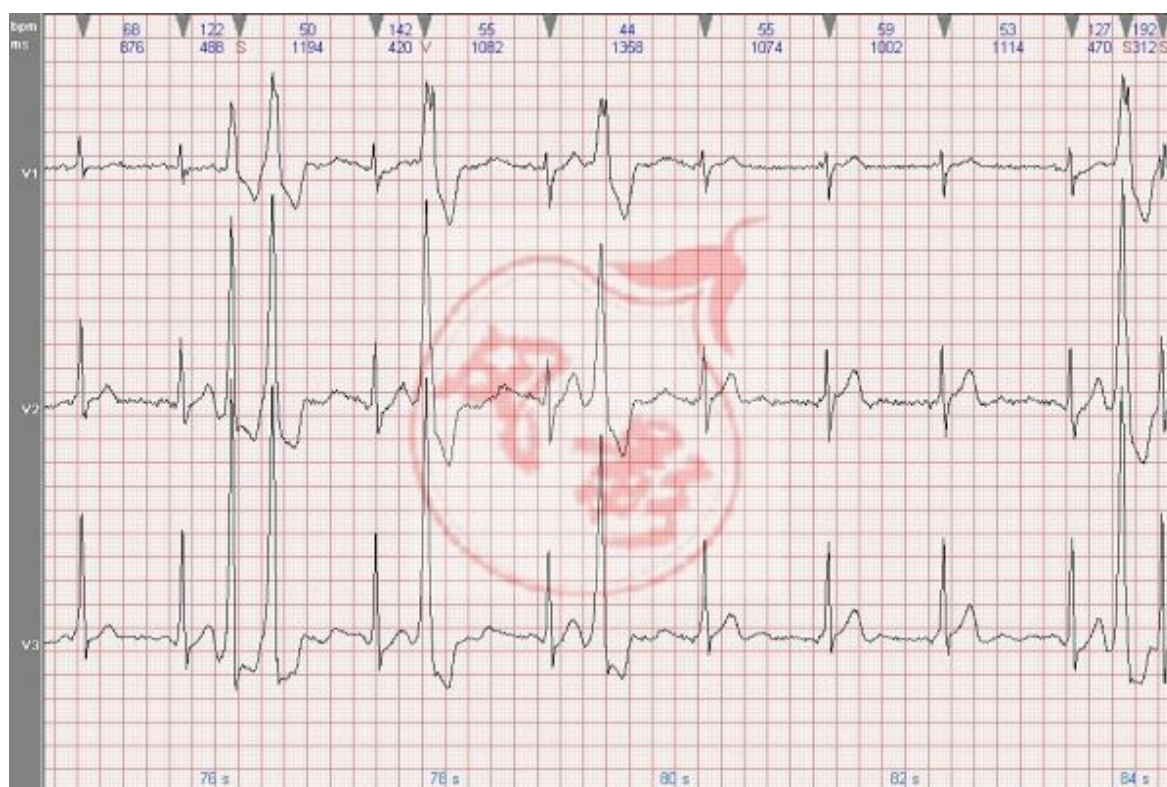
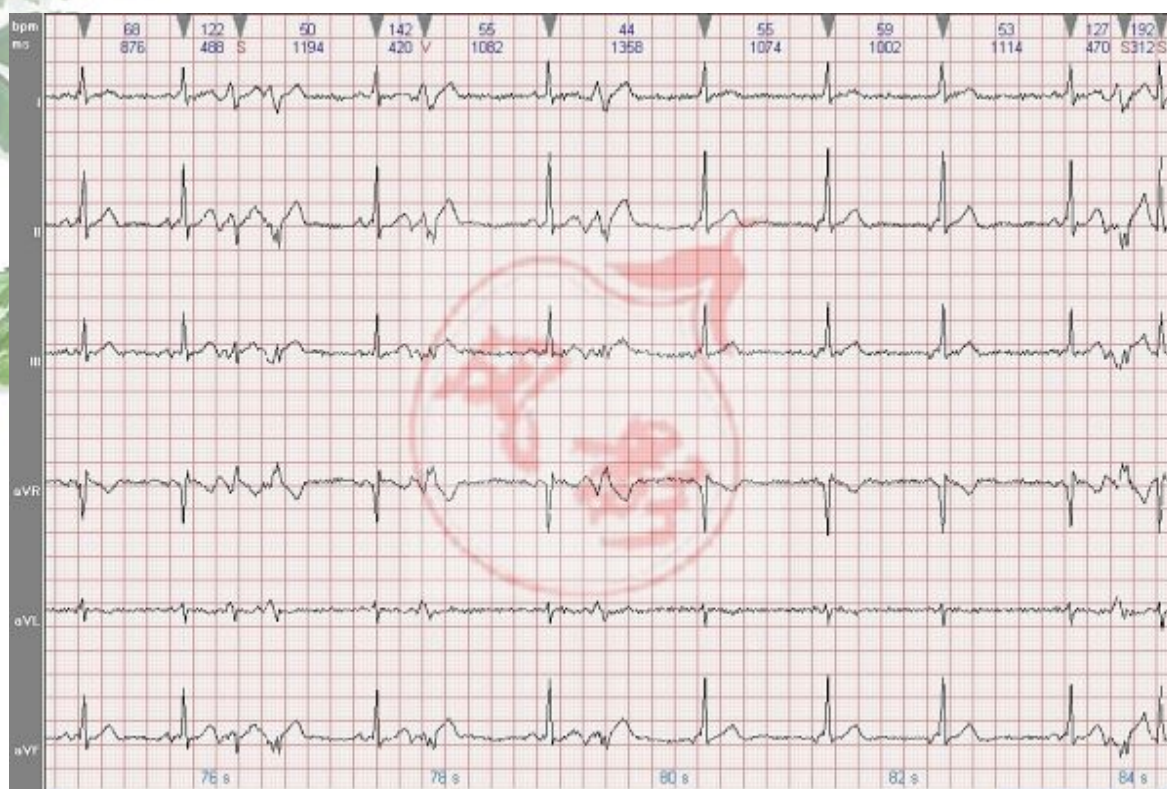
希望大家分析心电图时, 尽量从以下四项分析。

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

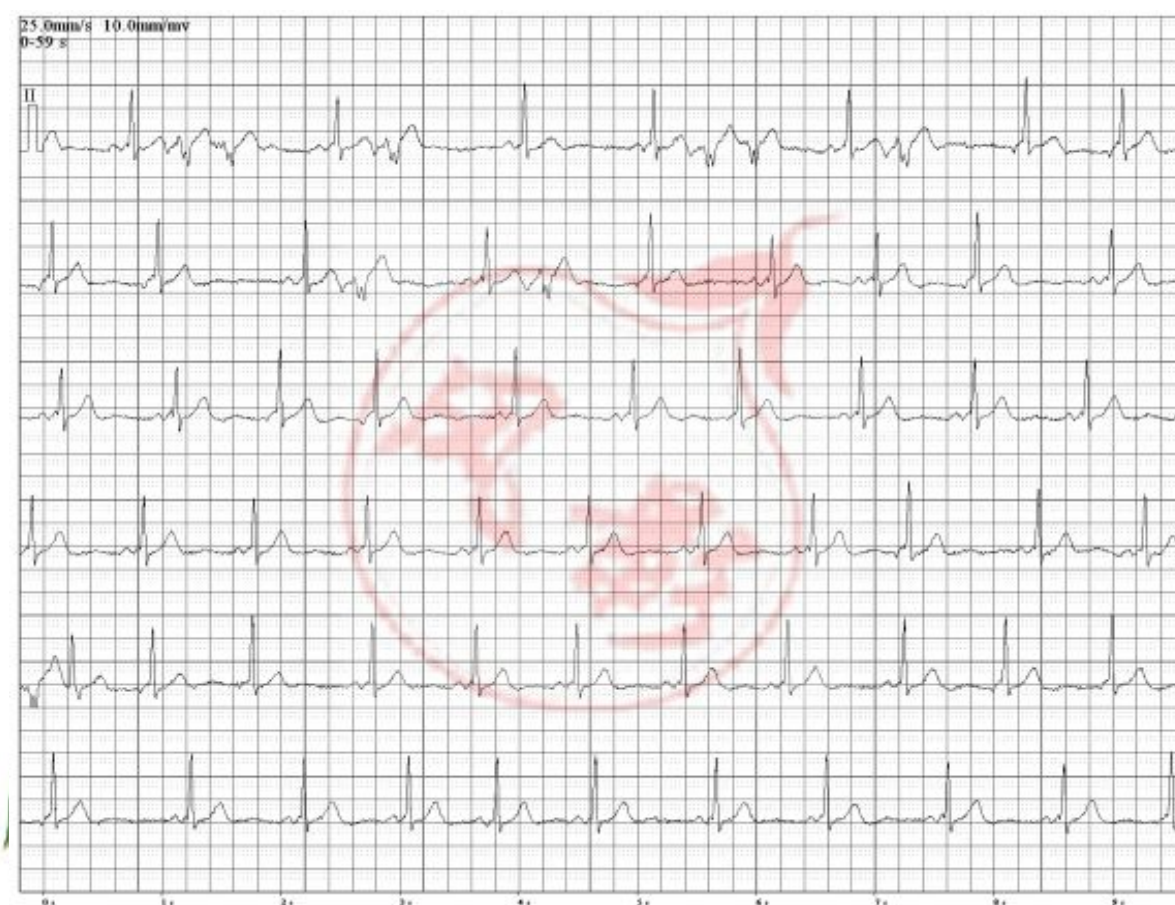
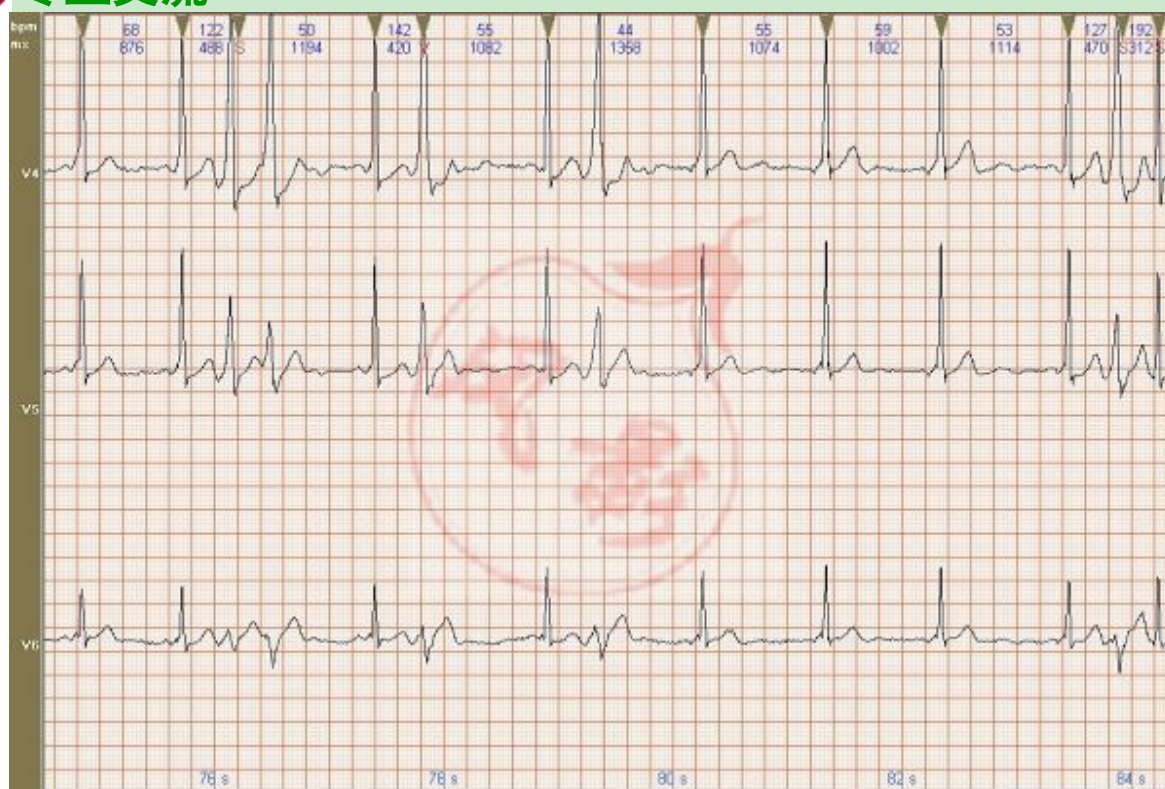


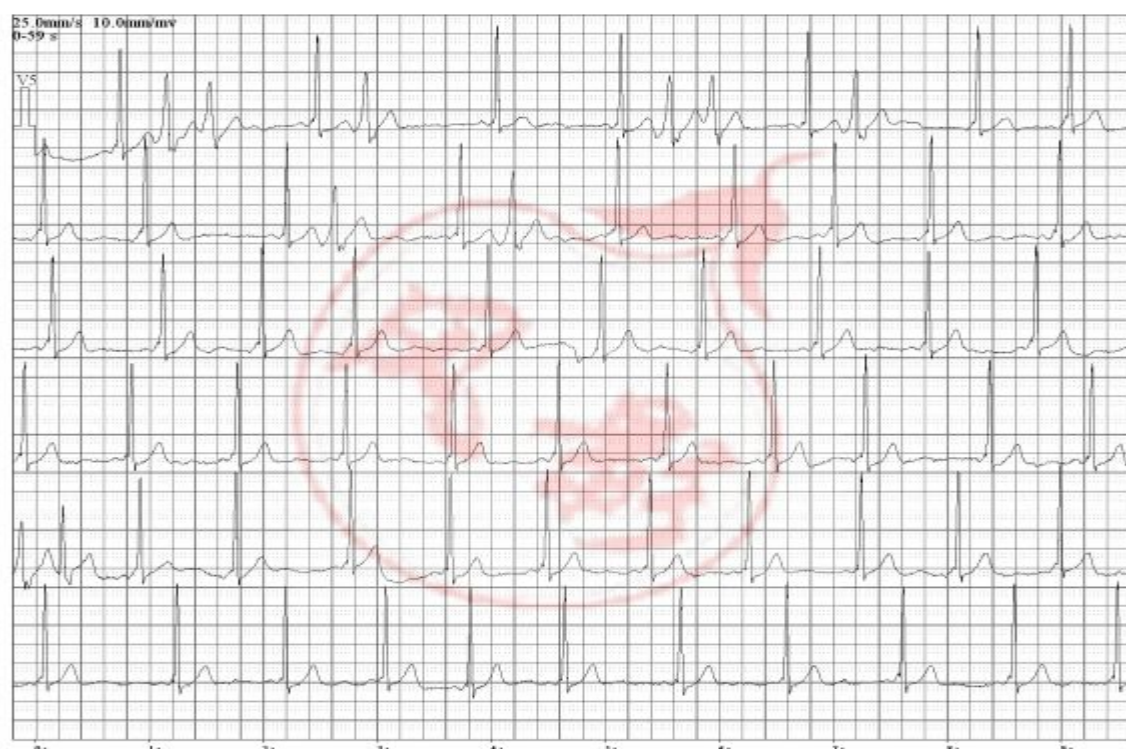
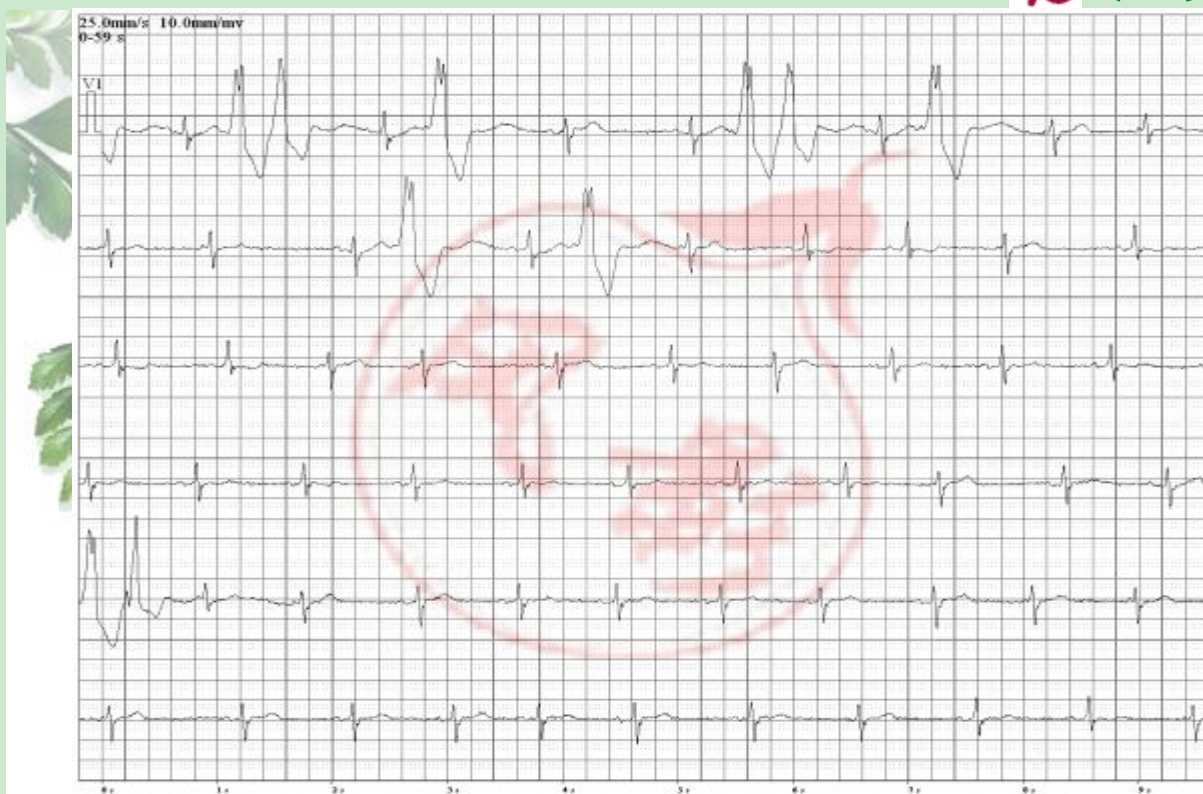


我为人人，人人为我



我为人人，人人为我





责任编辑：寒冰
编辑：刘延红大夫

第二部分——中医部分

程玮老师的一些针灸经验（二）

作者：海天

链接：<http://bbs.iiyi.com/thread-1937081-1.html>

（续上期）

处方七

取穴：厉兑、足窍阴、至阴、足三里、昆仑、合谷、曲池、列缺、中注、水分、阴交、气海，双侧取穴。

针灸法：中注、水分、阴交和气海穴常规直刺 1.5-2 寸，留针 20 分钟，或艾条回旋灸 20 分钟，不需运针，平卧施治。厉兑、足窍阴、至阴三穴 0.5 寸针直刺约 0.2 寸，列缺穴进针后针尖向肘部方向平刺，其余穴位皆常规针法。除平卧施术的外，其余穴位正坐位取之，留针 20-30 分钟，不运针。

疗程：每日一次，三天一疗程。

功用：行气、利水、消肿。只要是下肢水肿（非是气肿），运用此法多数在一疗程内水肿基本消失，严重者一般不超过三个疗程下肢水肿皆可基本消失。此法远期疗效亦非常可靠。

说明：水肿机理，无外乎皮下水气不行，聚而成肿，此乃皮下水气外不得散，内不得降也。经言：“诸湿肿满，皆属于脾”，中注、水分、阴交三穴处于脾所主的腹部，有消除腹部及脾部水湿的强大作用，加之气海穴行气，水湿一消，气行得畅，则脾气得复，不再为害。厉兑、足窍阴、至阴三穴为足三阳经井穴，五行属金，不光可将体表经脉水湿导入体内，更有收降肺气的功能，使肺气之浊得降。昆仑、合谷、曲池三穴意在补气，使清气得以升散。列缺穴为肺经经水分流之枢纽，泻之能较好的改

我为人人，人人为我

变其不正常的水液分流状态。临床运用上，多数下肢水肿患者经一次治疗后次日水肿即明显减退，三至五天内水肿基本全消。

处方八

取穴：身柱、合谷、曲池、地仓、冲阳、厉兑，双侧取穴。

针法：身柱穴常规直刺 1 寸，合谷和曲池穴常规针法，地仓和冲阳穴常规直刺 1 寸，厉兑针法同上。所有穴位进针后不运针，留针 30 分钟以上。

疗程：每日一次，三次一疗程。

功用：大补一身阳气。凡下肢行走无力者，不论是何脏何腑病因引起，施用此法皆能快速有效的在短短数天内使其症状明显减轻，直至消失。

说明：下肢无力远行者，皆属身体阳气不旺也。下肢阳气，如汽车轮胎之气、皮球之气，轮胎气足则胜载，皮球气足则胜弹。本法取穴，除地仓穴为导引胃经营养精微下行至膝外，余皆为补一身阳气而设。由于一身阳气健旺了，饮食精微供给有源了，因此下肢无力症状能快速消除。临床上施用本法治疗下肢无力症，多数在五至七天可收全功。

处方九

取穴：腰二、三、四、五椎华佗夹脊穴，双侧取穴。

针法：找准腰部痛点后，在对应的痛点两侧华佗夹脊穴处，用 2 寸毫针斜向内侧（与皮肤成 75 度角）进针 1.5 寸左右，另用 3 寸毫针在同一点沿皮下向上平刺进针 3 寸，此四支针为一组（本人称其为十字针法）。腰部若一处疼痛则针一组，二处疼痛则针二组。进针后用 6805 电针仪接上线通电，连续波段，强度以病人能忍受为原则，留针 30 分钟。

疗程：每日一次，三天一疗程。

功用：止痛。

说明：腰腿痛可由许多原因而引起，为临床上遇见的多发病、常见病。有些患者的腰腿痛属多因作用的结果，非是经验丰富的医生有时也很难准确辨证，因此给如何施治带来了困难。另有一些经验不多的从医人员，面对这样的病人有时也是束手无策。如何让更多的从医人员掌握一套腰腿痛行之有效的针刺治疗方法，这个问题本人在与

同道交流时受到启发，故而有了上述治疗腰腿痛的华佗夹脊穴十字针法，是予录于书中。此法操作简单，不需辨证，安全有效，多数患者治疗一疗程后即可明显缓解病情，二至三个疗程后可基本消除疼痛，且远期疗效亦佳。

处方十

取穴：肾俞、胞育、涌泉、然谷、气冲、大椎。

针法：肾俞穴常规直刺 1.5 寸深，快速提插捻转后疾出针，重复做三次后加拨火罐五分钟。胞育穴针法同肾俞。大椎穴常规直刺 1 寸深，余法同肾俞。然谷、涌泉二穴常规直刺 1 寸深，快速提插捻转后疾出针，重复做三次。气冲穴常规直刺 1.2 寸深，快速提插捻转后疾出针，重复做三次。

疗程：每日一次，二次一疗程。

功用：除肾热、里热、胞宫之热。

说明：发热是临床中常见的病种之一，其发热原因多数皆与肾所主的少阴及冲任所主的胞宫有关，与太阴发热、阳明发热、少阳发热、厥阴发热、太阳发热有明显的区别。何以发热与肾所主的少阴及冲任所主的胞宫有关呢？因肾主北方之水，其性本寒，胞宫主内，其本为阴，阴寒之物，至其发热热亦不高，故成低热。肾俞、涌泉、然谷三穴可直泻肾热，胞育、气冲二穴可直泻胞宫之热，大椎可散一身已有之热。用此处方消除发热，轻者 2 次可消，久病者 4.5 次亦可完全消除。

处方十一

主穴：气冲、内庭、地仓，取双侧，其余随证配穴。

针法：气冲穴常规直刺 1.5 寸，内庭、地仓二穴常规直刺 0.8 寸，留针 30 分钟，每隔 10 分钟运针一次，气冲穴行泻法，内庭、地仓穴行补法。

疗程：每日一次，五天一疗程。

功用：清热滋阴（胞宫）。

说明：痿证的主要特点，是患者下肢痿弱不能远行。痿证的最后形成，一般来说它是由多种原因复合作用的结果，故而《素问·痿论》将痿证分为脉痿、筋痿、肉痿、骨痿等多种类型（《素问·痿论》）。然不管痿证的形式是属于哪种，《素问·痿论》明确言示：“治痿独取阳明”，也就是说，治疗各种类型的痿证，只需要通过调节阳明

经的气血，使阳明经的气血运行、功能作用恢复到正常状态就能彻底治疗好痿证。为什么经书上说，只要将阳明经的气血运行调节好了就能彻底根疗不同类型的痿证呢？这就为我们探求痿证最终的病因病机提供了根本的指导方向。“肺者，藏之长也，为心之盖也，有所失亡，所求不得，则发肺鸣，鸣则肺热叶焦。故曰：五藏因肺热叶焦，发为痿躄，此之谓也。悲哀太甚，则胞络绝，胞络绝则阳气内动，发则心下崩，数溲血也”（《素问·痿论》）。这段文字，明确地告诉了我们，痿证发生的根本原因有二，一是肺热，二是胞络绝，而肺热及胞络绝的诱发原因则是胞络中阳气内动，因而“阳虚则宗筋纵，带脉不引，故足痿不用”。在本法的处方中，气冲穴与胞宫相通，能直泻胞宫之热，胞宫热消则经脉之海的冲脉在渗灌诸经时其气血不再过热，肺经热源得以消除。内庭穴为阳明胃经荥穴，有增阴补阴的作用，补法能较好的改善阳明经的阴虚状况。针补地仓穴则是导饮食精微下行，使宗筋不再缺乏濡润。上法由于抓住了痿证的本质特点，对证准确，因此在临床上能快速取效。一般情况下，若是单纯的痿证，施用本法十天至半月即能彻底解决问题。

处方十二

取穴：上星、迎香、口禾髎、龈交、风府、哑门、风池、百会。针双侧。

针法：上星穴向百会穴方向平刺1寸，迎香、口禾髎二穴常规直刺0.8寸，风府、哑门、风池任选其中一穴（以压痛最重者为准）常规直刺1寸，百会穴艾柱回旋灸10分钟。针刺穴位留针30分钟，不运针。

疗程：每日一次，二次一疗程。用于治疗慢性鼻炎、鼻息肉等七天一疗程。

功用：通鼻息。

说明：鼻塞不通，从经络的角度来说，它属于鼻部气血升降受阻、运行无序所致。由于鼻局部气血升降受阻、运行无序，因此，鼻息之气不能有效的传入人的感觉器官，故而鼻塞不通。针灸上星、风府、哑门、风池、百会诸穴用补法，能使头面特别是鼻部之气较好的升发，运行开来。直刺迎香、口禾髎、龈交三穴，可使鼻部原已阻滞的经脉气血快速下行，让鼻局部的经脉通道保持畅通状态。临床上用此法治疗鼻塞不通，轻者只用迎香、口禾髎二穴即能立通，且不论患者的鼻塞不通是急性或慢性，是新病还是久病，有无鼻息肉，鼻息肉有多大。按上述处方治疗，即使是重病久病，大都可二个疗程彻底根治，有鼻息肉者可见鼻息肉明显缩小或消失。

阳痿验方-起痿散（亢痿灵）配方

作者：治痛名医

链接：<http://bbs.iiyi.com/thread-2405239-1.html>

方名：起痿散（亢痿灵）

组方：蜈蚣 18 克、当归 60 克、白芍 60 克、甘草 60 克、蜈蚣研细末（不去头足或烘烤），当归、白芍、甘草晒干后研细末，过 90-120 目筛，然后混匀分 40 包，每次服 0.5-1 包早晚各服 1 次，用白酒或黄酒送服。15 天为一疗程。服药期间忌生冷，忌生气恼怒。

功能：养血活血，温通经络。主治血瘀或血虚之阳痿。

方解：蜈蚣主药辛温有毒，入肝经其走窜力最速，内而脏腑，外而经络，凡气血凝聚之处皆能开之；蜈蚣通经逐邪，开肝经之气血郁闭，使肝气条达，疏泄正常，经络畅通，气血得行，更佐白芍、当归养血活血，补肝柔肝，荣养宗筋，既能养血益精调和阴阳，又能兼蜈蚣辛温走窜伤阴之弊；甘草培补中土，以后天养先天。四药协同，气血兼顾，经脏同治，有补有通，寓通于补之中，共奏疏通肝经郁闭之功，阳痿自愈。

《杏林探微》之防风通窍汤

作者：中医鬼谷子

链接：<http://bbs.iiyi.com/thread-2623192-1.html>

组方：防风 30 克、荆芥 10 克、羌活 10 克、白芷 10 克、细辛 3 克、川芎 10 克、石菖蒲 10 克、威灵仙 10 克、生姜 10 克、大枣 4 枚。

主治：风邪阻窍之暴聋，暴哑，暴盲或风邪困体之周身疼痛，头痛，脉浮。

方解：防风，又名：山芹菜、白毛草、铜芸、回云、回草、百枝、百韭、百种、屏风、关防风、川防风，云防风。味辛、甘，性微温。祛风解表，胜湿止痛，止痉定搐。其质松而润，乃“风药之润剂”“治风之通用药”。《神农本草经》：“主大风头眩痛，恶风，风邪，目盲无所见，风行周身，骨节疼痛，烦满。”其祛风明目之功可见一斑。《药类法象》：“治风通用。泻肺实，散头目中滞气，除上焦风邪。”故

防风者，无论外风内风，亦或是风疹，风湿，破伤风，皆可祛也，其首载于四大经典之《神农本草经》，实乃治风之鼻祖也，是为君药。荆芥与防风皆味辛性微温，温而不燥，长于发表散风，于此方中相须为用，祛风之功益彰。

羌活，别名羌青、护羌使者、胡王使者、羌滑、退风使者、黑药。其性辛温发散，气味雄烈，善于升散发表，使邪从表而散之也。《药性论》：“治贼风、失音不语，多痒血癞，手足不遂，口面歪邪，遍身顽痹。”足见其对贼风所致之失音不语（即暴哑）之作用也，世人往往忽视之，实为惋惜，今愚将此药之用淋漓尽致致现于此方之中以还此药千年之谬失也。

白芷，祛风止痛，升阳明清气，通鼻窍，西医解剖学之鼻与耳相通也，故愚以为白芷亦能通耳窍也，且临床屡用之，皆效。故白芷对于风邪阻窍之暴聋诚有效也。《药性论》：“治心腹血刺痛，除风邪，主女人血崩及呕逆，明目、止泪出，疗妇人沥血、腰腹痛；能蚀脓。”可见，白芷有明目之功也，其又能祛风，故其对于风邪所致之暴盲有双重之用也。

细辛，辛温发散，芳香透达，能解表通鼻窍，同理，其亦能通耳窍也。《神农本草经》：“主咳逆，头痛脑动，百节拘挛，风湿痹痛，死肌。明目，利九窍。”细辛祛风，明目，利九窍，用于此方之中，实妙笔生花也！

石菖蒲，别名昌本、菖蒲、昌阳、昌草、尧时薤、尧韭、木蜡、阳春雪、望见消、水剑草、苦菖蒲、粉菖、剑草、剑叶、菖蒲、山菖蒲、溪菖、石蜈蚣、野韭菜、水蜈蚣、香草。其味辛、苦，性温。《神农本草经》：“主风寒湿痹，咳逆上气，开心孔，补五脏，通九窍，明耳目，出音声。”愚以为此药乃通九窍之要药，于此方中无论治暴聋，暴哑亦或暴盲其作用举足轻重，实乃此方之定海神针也！

川芎，乃治头风之要药也，且辛散温通，为“血中之气药”。《本草汇言》：“芎藭，上行头目，下调经水，中开郁结，血中气药。尝为当归所使，非第治血有功，而治气亦神验也。凡散寒湿、去风气、明目疾、解头风、除胁痛、养胎前、益产后，又症瘕结聚、血闭不行、痛痒疮疡、痈疽寒热、脚弱痿痹、肿痛却步，并能治之。味辛性阳，气善走窜而无阴凝粘滞之态，虽入血分，又能去一切风、调一切气。同苏叶，可以散风寒于表分，同耆、术，可以温中气而通行肝脾，同归、芍，可以生血脉而贯通营阴，若产科、眼科、疮肿科，此为要药。”其不但助祛风之药以祛头风，亦可助

威灵仙通行十二经而无助也（威灵仙详见于青龙吞冰饮）。诸药合用，共奏解表祛风，通利九窍之效，治风邪阻窍之暴聋，暴哑，暴盲犹如笼中捉鸡也！至于风邪困体之周身疼痛，头痛，更不堪一击也！

2009年初夏，某妇女，38岁，暴聋一周，经华中科技大学同济医学院附属同济医院诊断为一切正常，无法开药，嘱其寻求中医，遂到愚处就诊。愚曾治过暴聋此证，当时病人素体阳虚又于寒冬之季于田间作业，复又气温骤降，遂暴聋，愚师仲景之麻黄附子细辛汤，二剂而愈，此法不独于愚，亦非愚首创，然麻黄附子细辛汤对素体阳虚复感外寒之暴聋暴哑暴盲确疗效显著，诚可推广也，然今之患妇并无明显阳虚之象，况其于初夏暴聋绝非寒气所致，故切不可套此麻黄附子细辛汤也，愚观其舌苔薄白，脉浮紧，此乃有表证之象。本着治病求本之原则，遂问其发病之前可有异象？其答曰并无异象（因其已聋，故用纸笔交流），晨起突觉听力已丧。愚让其仔细回忆夜间可有不同寻常之事，其仔细回想后答曰夜间很闷，遂开风扇吹之，半夜，自觉不适，然半梦半醒中懒于起床关之，遂觉有风袭头，晨起暴聋。愚立顿悟之，此乃风邪袭头，阻于耳窍也，遂拟方防风通窍汤，二剂而痊愈。

2014年春，应母校湖北中医药大学邀请，以知名优秀毕业生身份给即将毕业之学弟学妹们作演讲，班主任黎明老师主持，演讲完毕，找愚签名之人甚多。其中一人为问病而来，其兄长，32岁，于前天在田间劳作，忽一阵疾风过其头部，顿感头痛，数秒之后暴盲，西医束手，遂求医于愚，愚并未见其本人，然医者父母心，救人如救火，愚以为其乃风邪袭头，阻于眼窍以致暴盲，当场拟方防风通窍汤，三日后电话即来，道其遵方二剂而痊愈，称愚真乃神医也！愚以为神医不过是辨证准确，有的放矢，对症下药，如此而已！

2015年春，某女，22岁，一周前陪男朋友去汉口江滩放风筝，开心之余，张口对长江大叫几声以表达幸福之情，不料突然一阵江风直入其口，当场暴哑，西医无策，找中医服用利咽开音之品，亦徒然，经人介绍至愚处就诊，愚观其舌苔薄白，脉浮紧，此风邪袭头，阻于口窍之证也，不假思索，投方防风通窍汤，三剂痊愈。

嗟呼！暴聋、暴盲，暴哑之证证属阳虚复感寒邪者须师仲景之麻黄附子细辛汤，皆效，然证属风邪袭头而阻窍者，防风通窍汤可速治也！此临床一得，不敢独有，愿与世人共享之！

江城子

防风通窍汤

一阵风邪头面寇，不感冒，自难受。千年中医，荆芥防风嗅。羌活细辛石菖蒲，
风邪祛，通窍奏。

暴聋暴盲或暴哑，白芷香，灵仙瘦。生姜大枣，川芎头部凑。医得风走人长寿，
目能视，耳口救！

十年临床治疗疼痛的经验（一）

作者：妍皇太极

链接：<http://bbs.iiyi.com/thread-2320905-1.html>

想写，就写出真正自己的东西，真心希望能从交流的朋友中学到新知识，发上来的是我多年临床实践中记录下来、又反复实践、确实有效、可复制的针刺方法笔记。之所以没有用传统的病名来一一列出，只用某一疾病的主要病症做为标题来引出下文，更能对新接触疼痛病的医生，一目了然的去对症去治疗。

引发腹股沟区疼痛的几种原因：

某男：55岁，新乡长垣人，10年给邻居帮忙盖房时摔成股骨骨折，一年后走路时感觉胯部疼痛，经多处用药，打针，缓解一段时间后又反复疼痛，于12年加重，走路困难，出现跛行，经拍X光片示左侧股骨头坏死。经住院治疗一个疗程，走路已不再疼痛，站立后仰时腹股沟处疼痛，做伸腰动作时腹股沟处疼痛，经针刺髂前上棘，与股直肌无有效果，想到后仰时疼痛，后仰时髂腰肌也出现牵拉，就在股动脉外髂腰肌处明显摸到几个结节，经0.5mm的针灸针斜刺结节后，下床做后仰动作时疼痛消失，三天后复查疼痛消失，膝关节处稍有酸感。

某女，45岁，原阳县人，因腿部不适经拍CT示L3~4，L4~5椎间盘突出，临床症状：腰臀部不适，经服用布洛芬后腰臀部酸痛减轻，腹股沟及大腿前外侧酸重，续服布洛芬已无效，走路，睡觉均不能缓解，来我科就诊。

a、小针刀在L2/3横突尖及横突下松解几针，有针感窜至大腿前面；

b、髌前上棘内侧缘小针刀浅刺；

c、股直肌肌腹，有结节点或痛点处粗针灸针斜刺，三点针后病人下床后疼痛消失，三天后复查，有感觉重做一次，两次后康复。

王某，女，30岁，腹股沟处下蹲痛一月余，走路，休息时无有症状，在爱人的陪同下来我科就诊，经腹股沟处按压，在耻骨缘短收肌处按压有明显的压迫痛。

a、在耻骨肌、内收肌的耻骨缘结节点小针刀平针浅刺；

b、在短收肌用粗针灸针斜刺，针后下床后下蹲已不疼痛。

不再封闭，轻松治疗网球肘

传统对网球的诊断，只要是发生在肱骨外上髁附近的疼痛，都归网球肘的范畴。可是治疗起来五花八门，针灸、火灸、封闭、服药等，时好时坏，总是不能真正的康复。小小的网球肘，却成了很多医者头痛的问题，看是不大的问题，总是不能给病人一个好的结果。

其实能引起网球肘的病因搞清了，也很简单，引发网球肘常见的只有三块肌肉。首先说说网球肘的三个病临床症状：

A、端水疼痛，端碗吃饭困难，是肱二头肌损伤造成的；

B、有很多女性做拧衣服时不能用力，提水瓶倒水肘部痛加重是挠侧腕伸肌损伤；

C、扫地时后摆肘部痛加重，或反向后扫地肘关节疼能加重，是冈下肌损伤。

治疗：

a、肱二头肌损伤治疗点在喙突处。用0-8的针刀或五号针头点刺透皮喙突下处压痛点及结节点。或用手法加强刺激局部，用粗针灸针对肌腹斜刺几针，当场明显大轻，一至三次康复；

b、挠侧腕伸肌损伤，用0-8的针刀或五号针头点刺透皮肱骨外上髁处压痛点及结节点。或用手法加强刺激局部，用粗针灸针对肌腹斜刺几针，一至三次康复；

c、自天宗穴向小结节方向斜刺，小结节的岗下肌附着处压痛点采用透皮刺，一至三次康复；

有时二个症状或三个症状同时存在，那就几条肌肉一起治疗。

区域性皮神经卡压

说是皮神经卡压，可能有点不太准确，因为我也不确定引起症状的真正原因是不是皮神经卡压。所谓区域性，因为这些症状多是不规则的，皮肤麻木的范围略呈椭圆形的，一般不痛，用手触摸皮肤感觉迟钝，多发生在大腿部风市穴的附近，问过几个病人，很少找到致病原因。

赵 XX，女，45 岁，河南长垣人，风市穴附近有一手掌区域范围大小的麻木感觉，已有五年之久，当时害怕是中风的前兆，四处求治针灸、按摩、用药，一路下来没有什么效果。随着时间的淡化，也就放弃了治疗。

于 2010 年 3 月来我科治“肩周炎”，谈话中说起这个麻木的症状，就调配枝川液（0.9%氯化钠注射液 10 毫升加地塞米松注射液 2-3 毫克）注射在麻木的区域的皮下，注射在皮肤的结缔组织内，注射后皮肤出现桔皮样改变或凸起最好，注射后三天后复查，麻木感明显好转，重复注射三次皮肤的麻木感觉消失，以后的治疗中也碰到过几例这样的病人，用枝川疗法都收很不错的效果。

小腿部的几种常见的临床症状诊断与治疗

走路时小腿部沉胀加重，以致走不动路，蹲下来休息一会才能缓解，重新走一会路，还要蹲下来休息一会，这样的症状传统上都被诊断为“椎管狭窄症”。引起椎管狭窄的原因有很多种：

a、中央性腰椎间盘突出；b、黄韧带肥厚；c、椎体外伤或劳损性变形；d、腰椎体滑脱；还有梨状肌损伤也会出现小腿走路后酸胀加重。

治疗：

a、若 CT 示黄韧带肥厚的，用小针刀自椎后孔垂直刺入，缓缓进针，有落空感时出针稍出针再刺，切开部分黄韧带即可，对症病人占 10-15%；

b、对中央腰突证及滑脱的病人不在此治疗方法行列，又排除黄韧带的肥厚的，用粗针对梨状肌扇形斜刺，有窜行感到到足部，这对 50-60%的病人效果不错；

c、若是以上方法不能解决小腿的酸胀，还有一部份病人可以小针刀浅刺胫骨结节上缘，也可以即时见效。

脚背麻木、大拇趾食趾无力上抬

脚背麻木、大拇趾食趾无力上抬，一般考虑腰 4~5 椎间盘突出压迫了腰 5 神经根

所致。时间久了形成马蹄足，一旦患有此症，应立即治疗，愈后良好，压迫的时间过久，超过一年以上的，康复的结果不尽人意。

杨某，女，38岁，河南原阳县人，家有果园，一次上树剪枝时，腰部一阵酸痛，险些掉下树来，下到树后，大腿后自小腿外酸麻感窜到足面，经当地诊所输液用药后，腰腿部疼痛缓解，足面麻木感没有消失，大拇趾，与食趾上抬无力，有缓慢加重的趋势，经人介绍，来我科治疗。

A、外踝后下沿小针刀点刺透皮筋膜层，形如银质针的治法。

方法：要浅，针刀密度加大。

B、内外踝间有明显的结节点松开，无有结节，沿拇屈肌腱自上而排开几针。

C、腰4横突下刺入0.45mm的针灸针达到梨状肌部，在窜麻感到达大拇趾时用针灸仪加小电流温针15-25分钟，5次完全康复。

以后遇到这样的病人，此方案重复有效，只有几例患病时间过久的，恢复的不完全。

小腿至足底发烧三年

杨某，女，65，十年前右侧中风，与三年前在右侧小腿至足底发烧，冬天的夜里小腿也要放在被子外面，不然会热的很难以入睡。甚是苦恼，四处求治无果，后听女儿的介绍来我科治疗。

经检查发现患者腘窝处静脉曲张明显，就在膝上扎止血带，在委中附近用小针刀垂直曲张的静脉快速点刺，以出血为准，大约放血有二十至三十毫升。

三天后复查，说小腿已不热，继续在委中附近多处放血，加入阴谷穴与太溪穴附近的曲张静脉放血，以点破静脉，直到不出血收工。

三天后复查，足心已不热，只剩下足后跟发热，继续委中放血，加入了膀胱经的通谷穴放血，三天复查发热的症状消失。（未完待续）

责任编辑：修竹临风

编辑：草原民间中医、砭艾、xiwang001han

我为人人，人人为我

第三部分——识草药

马齿苋

别名：马齿草、马苋、马齿菜、马齿龙芽、五方草。

来源：马齿苋科植物马齿苋的全草。我国南北各地均产，广布于全世界温带和热带地区。

形态：一年生草本，全株无毛。茎平卧，伏地铺散，多分枝，圆柱形，长10~15厘米淡绿色或带暗红色。叶互生，有时近对生，叶片扁平，肥厚，倒卵形，似马齿状，长1~3厘米，宽0.6~1.5厘米，顶端圆钝，有时微凹，基部楔形，全缘，上面暗绿色，下面淡绿色或带暗红色，中脉微隆起；叶柄粗短。花无梗，直径4~5毫米，常3~5朵簇生枝端，午时盛开；苞片2~6，叶状，膜质，近轮生；萼片2，对生，绿色，盔形，左右压扁，长约4毫米，顶端急尖，背部具龙骨状凸起，基部合生；花瓣5，稀4，黄色，倒卵形，长3~5毫米，顶端微凹，基部合生；雄蕊通常8，或更多，长约12毫米，花药黄色；子房无毛，花柱比雄蕊稍长，柱头4~6裂，线形。蒴果卵球形，长约5毫米，盖裂；种子细小，多数，偏斜球形，黑褐色，有光泽，直径不及1毫米，具小疣状凸起。花期5~8月，果期6~9月。



栽 培：马齿苋性喜肥沃土壤，耐旱亦耐涝，生活力强，生于菜园、农田、路旁，喜温暖湿润气候，在丘陵和平地一般土壤都可栽培。

性味功能：性寒、酸。清热解毒、凉血止血。

用 途：主治热毒血痢，痈肿疮，湿疹，丹毒，蛇虫咬伤，便血，痔血，崩漏下血。

用法用量：内服 9~15 克，鲜品 30~60 克。外用适量。

经验鉴别：马齿苋质脆，易折断，断面中心黄白色。叶多皱缩或破碎，暗绿色或深褐色。枝顶端常有椭圆形蒴果，果内有多数细小的种子。气微弱而特殊，味微酸而有粘性。以棵小、质嫩、叶多、青绿色者为佳。



土茯苓

别 名：禹余粮、刺猪苓、过山龙、冷饭团、仙遗粮。

来 源：百合科植物土茯苓及暗色菝葜的根茎。产云南（东南部至西部）、贵州、四川（南部至东部）、湖北（西部）和广西。国外锡金、不丹、印度、缅甸、老挝、越南和泰国等也有分布。



形态：攀援灌木。茎长 1~2 米，枝条具细条纹，少有具疏刺。叶通常纸质，卵状矩圆形，长 6~17 厘米，宽 2~8 厘米，先端渐尖，基部宽楔形，表面无光泽，干后暗绿色，有时稍变淡黑色，除中脉在上面稍凹陷外，其余主支脉浮凸；叶柄长 1~2.5 厘米，约占全长的 1/4~1/5，具狭鞘，一般有卷须，脱落点位于近中部。伞形花序通常单个生于叶腋，具几十朵花，极少两个伞形花序生于一个共同的总花梗上；总花梗通常短于叶柄，果期可与叶柄等长，近基部有一关节，在着生点的上方有一枚鳞片（先出叶）；花序托稍膨大，果期近球形；花黄绿色；雄花外花被片长 4~5 毫米，宽约 1 毫米，内花被片稍狭；雄蕊与花被片近等长或稍长，花药近矩圆形；雌花比雄花小一半，具 6 枚退化雄蕊。浆果直径 6~7 毫米，有 1~2 颗种子。种子无沟或有时有 1~3 道纵沟。花期 10 月至次年 3 月，果期 10 月。

栽培：土茯苓喜温暖湿润气候，耐干旱和荫蔽。砂质壤土或粘壤土均可栽培。

性味功能：性平，味甘、淡。解毒除湿、通利关节。

用途：用于湿热淋浊，带下，痈肿，瘰疬，疥癣，梅毒及汞中毒所致的肢体拘挛，筋骨疼痛。

用法用量：内服 15~60 克。

经验鉴别：土茯苓纵切片常见花纹。导管不规则，富粉质，微有弹性，用水润湿后，手摸之有光滑感。以淡棕色、粉性足、纤维少者为佳。

编辑：王颖健

责任编辑：金陵一剑

奇怪的“肾病综合征”

作者：anne 医生

链接：<http://bbs.iiyi.com/thread-3225700-1.html>

一般情况：患者，女，42岁，农民。

主诉：畏寒、下肢浮肿10余年，乏力1月，泡沫尿20余天。

现病史：患者于10余年前无明显诱因出现双下肢浮肿，服用利尿药物可缓解，浮肿症状时轻时重，且时伴有畏寒。无发热、咳嗽，无胸闷、气短，无头痛、腰痛、血尿史，未行正规治疗。1月前自觉症状加重，伴乏力、腿酸，懒动。于20天前无意间发现小便泡沫较多，无尿急、尿频、尿痛、血尿和腰痛表现。曾到当地医院就诊，查尿蛋白（3+），白蛋白低，血脂高，诊断为“肾病综合征”。给予输液（具体不详）和服中药汤剂治疗20余天，效差，双下肢水肿渐加重，仍时有畏寒症状，为求进一步诊治，来院就诊，完善检查后被收入院。发病以来，无发热，无咳嗽、咳痰，无腹痛、腹泻，胃纳较差，睡眠差，多梦。

既往史：既往有腰椎间盘突出症4年。无高血压、冠心病及糖尿病史。无肝炎、结核等传染病及其接触史。无手术及输血史。无药物过敏史。

个人史、婚育史及家族史：无特殊。月经28~30天，尚规律，但经量少，历时2~3天，无痛经史。余无特殊。

体格检查：体温：36.2℃；脉搏：60次/分；呼吸：22次/分；血压：90/60mmHg。发育正常，营养中等，慢性病容，神志清楚，呼吸平稳，自动体位，查体合作。皮肤、粘膜无黄染及出血点，无皮疹、蜘蛛痣及肝掌。浅表淋巴结无肿大。头颅五官无畸形，双眼睑、颜面轻度浮肿，双侧瞳孔等大等圆，对光反射存在。颈静脉无充盈、怒张，颈无抵抗，气管居中，甲状腺无肿大。双侧胸廓对称，呼吸运动均等，叩呈清音，双肺呼吸音清，未闻及干湿啰音。心前区无隆起，心尖搏动不显著，心界不大，心音有力，心率60次/分，心律齐，心尖区未闻及杂音。腹部稍膨隆，未及包块，无压痛，无反跳痛，肝、脾触诊不满意，肝区无叩击痛，双肾区无叩击痛，肠鸣音存在。脊柱四肢无畸形，活动正常。双下肢压陷性浮肿，踝部为著。无枪击音，无毛细血管搏动。四肢肌力V级，肌张力正常。生理反射存在，病理反射未引出。

辅助检查：血常规：白细胞 $7.40 \times 10^9/L$ ，中性粒细胞比率60%，淋巴细胞比率39%，血红蛋白113g/L；大便常规正常；尿常规：PRO（4+），BLD（1+），余（-）；

血钾 3.5mmol/L, 血钠 134mmol/L, 血氯 106mmol/L, 谷丙转氨酶 85U/L, 谷草转氨酶 44U/L, 总蛋白 49g/L, 白蛋白 28g/L, TC9.82mmol/L, TG3.24mmol/L; 蛋白电泳: α 219.1%, β 14.3%, A51.4%, C3、C4 无异常; 血沉 46mm/h; Fib6.68g/L (1.75-4.0); 肿瘤标志物: 甲胎蛋白、癌胚抗原 CEA、糖类抗原 153、糖类抗原 125 均无异常; 肝炎标志物阴性; 结核抗体 (-); ANA、ENA 系列 (-); 胸片: 心肺 (-); 心脏彩超: 心内结构未见异常; 腹部 B 超: 肝、胆、胰、脾未见异常; 左肾 11.3×4.6×1.6cm, 右肾 10.4×5.0×1.7cm, 输尿管、膀胱未见异常。甲状腺彩超: 甲状腺饱满, 实质回声偏低, 光点密集, 内探及多个低回声区, 边界模糊, 内回声均匀, 左侧叶最大 0.7 cm×0.4cm, 右侧叶最大 0.3cm×0.3cm。甲功五项结果未回。

讨论: 根据以上提供的信息, 请大家讨论以下问题:

1. 本例除肾病综合征外, 还考虑哪些诊断? 依据是什么?
2. 怎样处理?

临床讨论:

ww2sxy520:

还诊断为: 结节性甲状腺肿; 甲减? 低蛋白血症; 低钠血症

诊断依据:

1. 中年女性 42 岁, 患者时有畏寒症状, 但患者无发热、咳嗽等急性感染的表现, 血常规白细胞计数及中性粒细胞计数无明显升高。甲状腺彩超: 甲状腺饱满, 实质回声偏低, 光点密集, 内探及多个低回声区, 边界模糊, 内回声均匀, 左侧叶最大 0.7cm×0.4cm, 右侧叶最大 0.3cm×0.3cm。

2. 血钠 134mmol/L, 总蛋白 49g/L, 白蛋白 28g/L。

治疗:

1. 目前诊断考虑肾病综合征, 治疗上主要是卧床休息, 优质蛋白饮食, 利尿消肿, 血管紧张素 II 受体拮抗剂 (ARB) 减少尿蛋白, 可酌情给以糖皮质激素、免疫抑制剂药物治疗。

2. 等待甲状腺功能结果回报后若存在甲减给予甲状腺素片口服治疗。

shfr_ssmu: 除肾病综合征以外, 还要考虑甲状腺功能减退。如果甲状腺功能检查证实, 则予以补充甲状腺激素治疗。

甲减与肾病综合征有一定的因果关系, 即自身免疫性甲状腺疾病相关肾病综合征, 病理机制为甲状腺球蛋白和甲状腺微粒体抗原在肾小球基膜外沉积导致原位免疫复合物形成, 也可能存在循环免疫复合物机制, 最常见的肾病病理类型为膜性肾病 I 期。

杏林普渡：

1. 畏寒：说明身体中下部的生物能量不能很好送达全身，体温调节和感觉系统不协调。

2. 双下肢水肿：气血运行不畅，静脉、淋巴回流有问题，引起这方面的主要有四大块：肾源性、心源性、肝源性、内分泌（含甲状腺、蛋白缺乏等）。

3. 体检及辅助检查暂不考虑心、肝源性。

4. 通过泡沫尿及尿中蛋白，纳差、睡眠少、多梦，锁定肾源性为主、内分泌待排。但是检查未发现肾脏有明显器质性变化，这时西医可以解释：肾病综合征，下面以此为线索去寻找原因（继续细化检查）。

5. 在这方面西医治疗起来还是比较棘手，中医对肾系统的论述比较贴切（包含心肾肝、肾上腺、松果体、甲状腺、脑垂体等），所以中医治疗除肝郁、调气血、心肾相交（水火）等方面考量应该有不错的疗效（还需要仔细检查、辨证）。

总结：入院后进一步查甲功五项：FT₃ 2.59pmol/L（2.5-6.6）、FT₄ 12.37pmol/L（9.2-27.8）、TSH 14.58uIU/ml（0.35-5.5）、Anti-TG 22.26IU/ml（0.0-115.0）、Anti-TPO 20.91IU/ml（0.0-34.0）。肾穿刺活检：镜下见肾小球 11 个，无全球硬化，小球细胞数 100 个左右且系膜区轻度增宽，系膜基质轻度增多，系膜细胞数 2~5 个，毛细血管腔开放，内皮细胞和上皮细胞未见增生，基底膜未见增厚，Masson 染色下于系膜区可见嗜复红蛋白沉积，小球无粘连，未见新月体，肾小球无萎缩，间质无纤维化及炎性细胞浸润，间质血管壁未见异常，免疫荧光：IgA 系膜区（+），IgG、IgM、C3、C18、FRA 均未见沉积。病理诊断：IgA 肾病（II 级）。

入院后予泼尼松 60mg/d，qd，优甲乐 25ug，qd，百灵胶囊、肾炎康等口服，同时黄芪、古拉定入液静点等综合处理，患者住院 15 天后尿蛋白转阴，好转出院，出院后门诊定期复查肝、肾功能和甲状腺功能。

出院诊断：自身免疫性甲状腺疾病相关肾病综合征（甲状腺功能低下伴 IgA 肾病 II 级）。

肾病综合征（NS）可由多种病因引起，以肾小球基膜通透性增加，表现为大量蛋白尿、低蛋白血症、高度水肿、高脂血症的一组临床症候群，不是一个疾病。NS 分为原发性、继发性和遗传性三大类，原发性 NS 属于原发性肾小球疾病，有多种病理类型构成。本例表现符合 NS 特点，但自始至终有畏寒表现，入院后进一步检查甲状腺彩超所见和甲功异常符合甲状腺功能减退症。而肾活检支持诊断为 IgA 肾病。所以，患者最终诊断自身免疫性甲状腺疾病相关肾病综合征。

反复上腹痛一例

作者: xzp_dragon

链接: <http://bbs.iiyi.com/thread-3226206-1.html>

一般情况: 男, 72 岁, 城镇居民。

主诉: 返酸, 上腹部胀满半年, 肝区疼痛伴皮肤黄染半个月

现病史: 患者于半年前无明显诱因出现返酸, 偶伴上腹部疼痛, 进食刺激性食物后症状加重。食欲下降, 不伴恶心呕吐, 无腹泻。自服“胃药”后, 症状可缓解。在我院住院两次, 钡餐透视提示慢性胃炎, 给予各种“胃药”, 治疗有效, 但很快又复发。后来因上述症状再次发作, 返酸、上腹部不适感较前加重, 体重明显下降, 就诊于我市中心医院。电子胃镜(2016-1-8)提示: 食管炎, 十二指肠管溃疡(A2)并狭窄, 萎缩性胃炎。HP 监测(-)。给予抑制胃酸、保护胃黏膜药物后, 症状略缓解。2016 年 3 月患者再次觉上腹部不适感、进食差, 就诊于我市中心医院, 再次做胃镜示: 萎缩性胃炎; 十二指肠球部溃疡性病变并狭窄? 上腹部增强 CT: 胃窦及十二指肠区壁增厚; 肝脏多发病变, 考虑转移癌; 腹腔、腹膜后多发淋巴结肿大。入院后对症治疗症状无缓解, 未手术、未化疗。于半月前逐渐开始出现皮肤及巩膜黄染, 肝区疼痛, 呈慢性隐痛, 逐渐不能进食, 饮水尚可, 遂来我院治疗。病来无恶心、呕吐, 饮食差, 进食后上腹部有不适感, 近一周未大便, 小便正常, 夜眠欠佳。

既往史: 既往无高血压、糖尿病、冠心病等病史。

体格检查: 发育正常, 营养不良, 明显消瘦, 神志清醒, 精神萎靡, 问答合理, 坐轮椅推入病房, 查体合作。BP: 124/60mmHg。周身皮肤、巩膜明显黄染, 口唇无紫绀, 颈静脉无怒张。额纹鼻唇沟对称, 伸舌居中。双肺呼吸音粗, 两肺可闻及少许湿啰音。心率 78 次/分, 律齐, 各瓣膜听诊区未闻及杂音。腹部平软, 右上腹压痛, 无反跳痛。双下肢轻度水肿。四肢肌力 5 级, 指鼻试验稳准, 颈软, 无抵抗。克氏征阴性, 双侧巴彬斯基征阴性。

辅助检查:

心电图: 窦性心律, 大致正常。

X 胸片: 右肺下野炎性改变。

腹部 B 超: 肝实性占位(多发); 胆囊大, 胰腺实性占位, 前列腺大。

化验: 血常规: 白细胞 $10.5 \times 10^9/L$, 中性细胞数 $9.22 \times 10^9/L$, 单核细胞 0.79, 中性细胞比率 87.71%, 红细胞 $2.93 \times 10^{12}/L$, 血红蛋白 80g/L。

病例讨论

肝功：谷丙转氨酶 55U/L，谷草转氨酶 88U/L，总蛋白 52.6g/L，白蛋白 26.1g/L，总胆红素 188.0umol/L，直接胆红素 141.8umol/L，间接胆红素 46.2umol/L。谷氨酰转氨酶 1012.9U/L，总胆汁酸 33.7umol/L，胆碱酯酶 2786U/L。

电解质离子：钠 82mmol/L，钾 3.7mmol/L，氯 131mmol/L，钙 1.99mmol/L。

尿常规：酮体（3+），胆红素（2+），白细胞 48/u1。

血糖、血脂、肾功能均正常。

住院期间上述肝功能指标迅速恶化，不再赘述。

初步诊断：

1. 胃癌晚期并肝转移；
2. 萎缩性胃炎；
3. 肺内感染；
4. 中度贫血；
5. 低蛋白血症；
6. 前列腺大；
7. 低钙血症。

住院 15 天，患者多脏器衰竭死亡。

讨论：

1. 此胃癌患者反复查胃镜才能确诊的可能原因是什么？
2. 临床上胃癌难以早期发现，胃镜拉网式筛查也不现实，您有什么早期发现胃癌的方法？

临床讨论：

anne 医生：楼主给我们提供了一个如何早期发现胃癌和如何筛选胃癌的话题，很有现实意义！

在我国常见的癌症中，胃癌的死亡率仅次于肺癌、肝癌和肠癌。由于 80% 的早期胃癌患者没有明显的症状，故胃癌有“隐形杀手”之称。因此，揪住胃癌的“狐狸尾巴”，早发现、早治疗就显得至关重要。

一、此胃癌患者反复查胃镜才能确诊的可能原因是什么？

1. 多数胃癌患者发病初期都有胃部疼痛的症状。但症状不特异，易与非胃癌疾病混淆；
2. 胃癌有一个生长过程，临床症状复杂多变，早期缺乏症状，一旦发生症状，往往已到晚期，有一定的隐蔽性；
3. 不良的生活习惯、当地流行病学资料易于忽视或缺乏了解。

二、临床上胃癌难以早期发现，胃镜拉网式筛查也不现实，您有什么早期发现胃癌的方法？

目前我国早期胃癌病人所占比例仍比较低，文献报道为4%~10%。如何提高我国早期胃癌的检出率，以改善胃癌预后是当务之急。

凡出现以下情况者应作进一步检查：其中首选胃镜检查，一旦发现异常，配合组织学活检有助于发现早期胃癌线索：

1. 大于40岁伴有消化道症状持续3~6个月；
2. 有“胃病史”近期加重；
3. 已证实有慢性胃炎，慢性胃溃疡，胃息肉者；
4. 长期出现大便隐血试验阳性者；
5. 未明原因的消瘦、厌食者。

Aishenzhong: 查胃镜时应进行活检做病理，此病人做没做？早期胃癌亦普通胃镜，取组织病理检查或荧光染色、放大、超声胃镜等检查。

素问炙甘草: 对于消化道癌症病人除了症状加检查方法以外，最早期的办法就是望诊，以及看有无消瘦，乏力，黑便或有呕血症状，但要和疑似病辨别开来，对于其它系统的肿瘤还没有做过细致观察，只要你够细心总会发现一些问题，时间久了，把这些观察和总结应用于临床。

Liuyueyue: 我在进修时遇到过一个病例，与大家分享：

一个20岁的姑娘，因胃部不适，在当地县级医院上消化道造影，发现胃部有病变，来省级医院住院后检查，上消化道造影发现胃部占位，而胃镜检查报告未见异常。外科、放射科及胃镜检查室三科会诊后，进行了手术，术中发现肠系膜、肝脏被膜等已广泛转移、种植。病理为平滑肌肉瘤。

现在上消化道造影大多被胃镜检查代替，但是每种影像学检查都有其局限性，应该相互结合、参考。

个人认为：胃镜检查对粘膜层病变发现及定性最好，但对肌层病变发现难度较大。而上消化道造影较全面，对粘膜病变、粘膜下、肌层等处病变均能有较好显示。所以，可疑胃部病变应该先做上消化道造影，必要时再做胃镜检查。

责任编辑：yjb5200120

编辑：绿漫天涯、刘现国

医疗资讯

国家卫计委发布《医疗机构管理条例实施细则》

《实施细则》删除了第十二条第一款第三项“医疗机构在职、因病退職或者停薪留职的医务人员不得申请设置医疗机构”的内容。修改后,《实施细则》关于医疗机构设置申请人的条件,将重点围绕医疗质量和安全,注重审查申办者的办医条件和资质,有利于充分发挥医师专业技术优势,调动医师自主创业积极性;有利于促进民间投资、加快社会办医发展;有利于进一步完善医疗服务体系,推动形成多元办医格局,更好的满足群众多元化的医疗需求。

我国非酒精性脂肪肝炎研究获突破

武汉大学人民医院的一项最新研究成果发现,一个调控天然免疫的名为 CFLAR 的分子,可明显改善并逆转非酒精性脂肪肝炎的进程。目前在世界范围内,非酒精性脂肪性肝炎都缺乏有效治疗药物,这一研究将有助于相关靶向药物的研发。《自然 医学》杂志认为,该研究是中国科学家在肝脏代谢性疾病研究领域的又一世界性重大突破,对理解非酒精性脂肪肝炎的发病机制提出了全新认识,为开发专门的靶向治疗药物奠定了理论基础,对这一重大慢性病的防治具有重要临床指导意义。

钟南山: H7N9 病毒变异株已具备耐药性

第 13 届国际络病学大会上,钟南山透露最近发现的两株病毒变异株出现高致病性和耐药性。广东省疾控中心对两例人感染 H7N9 病例分离到的病毒分别进行了基因测序分析,发现在该两株病毒的血凝素链接肽位置发生了基因插入性突变,2 月 19 日,该检测结果得到了国家疾控中心病毒病所国家流感中心的复核确认。这次发现的变异呈现两个特点:一是原来的 H7N9 是低致病性。二是出现了对达菲的耐药病例。

最高法通报 5 起涉医犯罪典型案例 从严惩处涉医暴力犯罪

最高人民法院近日通报 5 起涉医犯罪典型案例,涵盖暴力杀害、伤害医务人员犯罪,

报复医务人员亲属犯罪,在医疗机构停尸设灵堂等严重扰乱医疗秩序的犯罪。最高法刑事审判第五庭副庭长马岩介绍说,人民法院始终坚持对暴力杀医、伤医等严重涉医犯罪依法从严惩处。最高法将不断加强与中央综治部门、卫生计生部门等的沟通协作,向有关部门提出司法建议,与相关部门齐抓共管、综合施策,从源头上预防和减少医疗纠纷,推动打击涉医违法犯罪、维护正常医疗秩序各项措施落到实处。

2017 版国家基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录正式公布

新的药品目录由凡例、西药、中成药和中药饮片四部分组成。西药和中成药部分共收载药品 2535 个,较 2009 年版目录增加了 339 个,增幅约 15.4%。其中西药部分 1297 个,中成药部分 1238 个(含民族药 88 个)。中药饮片部分未作调整,仍沿用 2009 年版药品目录的规定。专家一致认为,2017 年版药品目录明显扩大了基本医疗保险用药保障范围、提高了用药保障水平,是党和政府不断提高群众医疗保障待遇的重要举措,有利于减轻广大参保人员目录外药品费用负担,有利于支持临床用药技术进步,也有利于促进我国医药产业创新发展。

国务院网上售药许可政策再次开放

国务院常务会议正式通过“十三五”国家药品安全规划,规划提出要运用“互联网+”、大数据等实施在线智慧监管,严格落实食品药品生产、经营、使用、监管等各环节安全责任。可以预见,互联网+医药将成为未来的一个重点,伴随着 B 证、C 证的放开,据食药监总局信息显示,截至 2017 年 1 月 22 日,《互联网药品交易服务资格证书》共有 914 张,比 2015 年底的 517 张多了近一倍,其中 C 证共有 649 张,新增超过 200 张。这意味着近两年来有越来越多的企业计划在医药电商上发力。消费者足不出户上网买药的需求能多大程度被满足?互联网售药能否借助契机爆发?成为各界关注的焦点。

注意! 国家决定修改这种抗生素说明书!

2 月 14 日,国家食药监总局发布《关于修订注射用氨曲南说明书的公告(2017 年第 14 号)》。决定对注射用氨曲南说明书【不良反应】、【注意事项】项进行修订。不良反应项中增加:静脉给药可发生静脉炎或血栓性静脉炎,肌肉注射可产生局部不适或肿块。注意事项增加以下内容:1.肝肾功能受损的患者,在治疗期间应观察

其动态变化。2.氨曲南与氨基糖苷类抗生素联合使用，特别是氨基糖苷类药品使用量大或治疗期长时，应监测肾功能。

研究发现儿童贫血患病率性别差异逐年增加

来自北京大学公共卫生学院的宋逸博士等人的研究发现，1995 年至 2010 年间，中国儿童的平均血红蛋白浓度出现了增长，男童的血红蛋白从 132.9 g/L 增至 138.3 g/L，女童的血红蛋白从 127.7 g/L 增至 132.3 g/L。各年龄段儿童的贫血患病率显著降低，总体患病率从 1995 年的 18.8%降至 2010 年的 9.9%。就性别差异而言，中国学龄儿童中，发现男童的血红蛋白浓度增加速度高于女童，因此与男童相比，女童贫血的相对患病率出现了增长，且每次调查中男童的平均血红蛋白浓度均高于女孩，且无论城市儿童还是农村儿童，每次调查中均发现，女童与男童的患病率比值比均随时间逐渐增加。

每日吸烟 1 包，每年肺细胞会发生 150 种基因突变

近期，美国 Los Alamos 国际实验室的 Alexandrov LB 医生团队在 Science 上发布一项研究：个体终生吸烟量与肿瘤细胞 DNA 突变量呈正比关系，其中肺细胞突变率最高。每种突变即潜在的「基因损伤级联反应」的起点，最终形成肿瘤。吸烟平均可致喉部 97 种基因突变；吸烟还可分别引起咽部、口腔、膀胱、肝脏的 39 种、23 种、18 种、6 种基因突变。

长期服用质子泵抑制剂增加慢性肾病风险

美国圣路易斯医疗保健系统的 Xie Y 等利用美国退伍军人事业部数据库开展了一项全国性队列研究，发现长期服用质子泵抑制剂在没有发生急性肾损伤的情况下可增加不良慢性肾病结局的发生风险，相关研究成果发表在最新的 *Kidney International* 杂志上。要对质子泵抑制剂长期使用者提高警惕，尤其是在无急性肾损伤发生的情况下，严密监测质子泵抑制剂使用者的肾功能或许是一种更为恰当的方法。

责任编辑：永恒流星

曾经的怀念

作者：ngf1978

链接：<http://bbs.iiyi.com/thread-3382243-1.html>

二月的鹏城，通常是温暖的，这两天却一反常态的寒冷。北风从低矮的小山上面吹下来，吹进城市里，吹进街道上。虽然没有北方寒风那样的凛冽刺骨，却也像小刀一样，划疼了脸。

脸颊变得发红，摸起来是冰冰凉的，握着车把的双手也是，我停下单车，在十字路口等待着绿灯。往日繁华的道路没有多少行人，通过路口的汽车也不多，想必这样的天气，大家都躲在温暖的屋子里吧。身边的几个行人不顾红灯的危险，在寒风中冲过马路，我望着他们远去的背影，目光就爬到对面楼上的天空中。天空中一片灰暗，空气似乎也是昏暗的，这就是时髦的雾霾吧，我微笑了一下。双眼空洞的望着天，云层似乎变厚了，昨夜下了一夜的雨，下午可能还要下吧。

几只小鸟飞过，师傅说过，这城市里没有大鸟，只有小鸟，我不明白，为什么？

为什么他会注意这些流浪在城市里的小鸟？捡食落满灰尘的种子，偶尔也钻进孩子丢在路边的薯片袋子里，啄出一小片残留下的碎渣。这也是他的命运吗？它在怀念曾经翱翔在那遮天蔽日的丛林里吧，它在怀念身披翠绿羽毛的青春双翅吧，它在怀念自然美食之前的饥肠辘辘吧。

飘摇的思绪让我头晕，闪烁的交通灯严厉的告诫我，应该过去了，我用力踩下脚踏板，身后的一阵风，送我过了马路。

我谢谢它，也谢谢他。

十年，是怎样的一种情怀？

作者：清澈 1975

链接：<http://bbs.iyi.com/thread-3378787-1.html>

2007 年 2 月 6 日，管理员天涯任命帖发出，他成为了爱爱医论坛的一名版主。

时光如梭，转眼已是 10 年！

他爱好广泛，乒乓球水平单位无敌，更加喜欢打篮球，各种体育知识如数家珍，说起股市彩票更是娓娓道来。

他是谁？他就是我们心情区休闲竞猜版版主——airen13828！

家庭琐事羁绊住了太多的时间，但丝毫没有束缚住他对论坛的热情，airen-13828 版主常常深夜乃至凌晨，还在挤时间管理版块，利用自己对体育、股票的特长，发帖组织竞猜；针对会员的回复一一审核、送花、加分，而后再组织新的各种竞猜帖子。3000 多个日日夜夜，每天都是如此。

为了提升人气，活跃版块，他也在积极策划新的活动，欧洲杯、NBA 总决赛、里约奥运、国足亚洲十二强赛……只要有热点赛事，版块里便会有热点竞猜！如此长年累月的用心管理，版块自然有了一大批固定的拥趸，不过十年下来，当年的帅小伙，也快成中年大叔了。

十年的坚守，付出了多少的心血可想而知，这是怎样的一种情怀？这是植根于骨子里对爱爱医深深的爱！

像 airen13828 这样默默无闻的付出，我们爱爱医版主团队还有很多很多人，正是由于大家的齐心努力，我们的明天必将越来越好！春节已过，让我们响应习总书记的号召：撸起袖子，继续加油干！

责任编辑：yemengzhe

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，还有爱爱医微信公众平台可以参与互动分享，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！

心电图读图第六十五期答案解析

作者：trg

链接：<http://bbs.iiyi.com/thread-3371758-1.html>

本期读图参考答案：

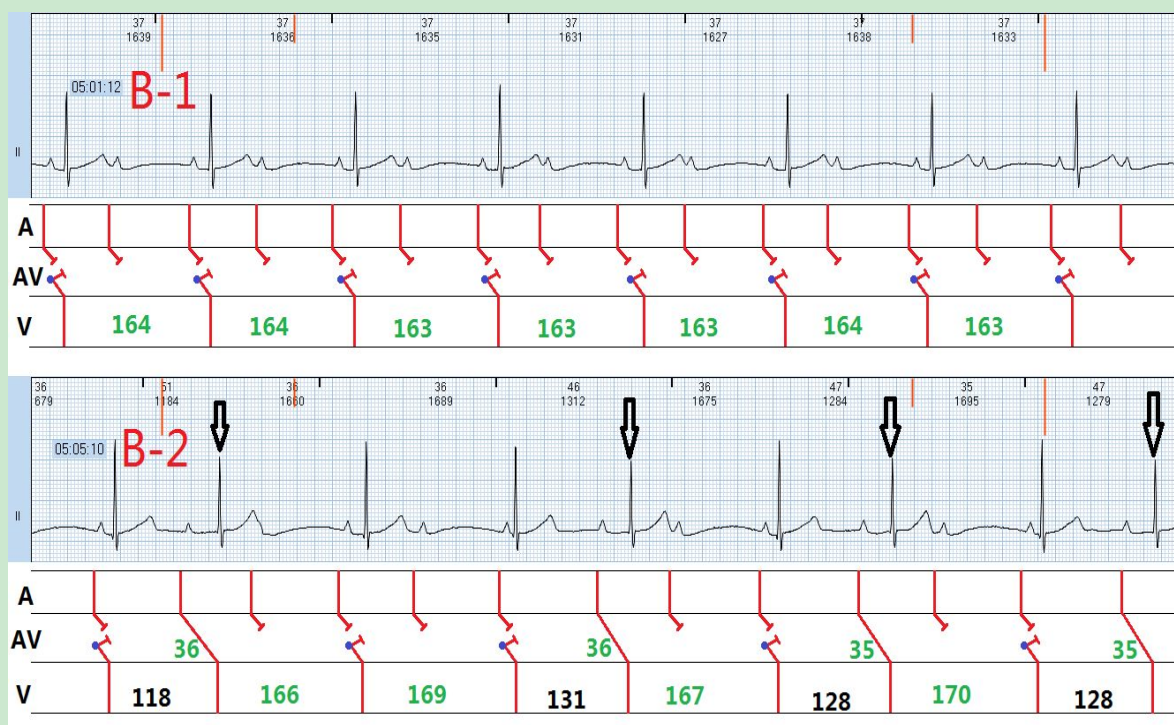
图 A 心电图诊断：1. 窦性心律不齐；2. 交界性逸搏及逸搏心律；3. 二度房室传导阻滞。

诊断依据：窦性节律规律出现，PP 略不齐，夹有 QRS 波的 PP 间期比未夹有 QRS 波的 PP 间期略短，考虑为室相性窦性心律不齐。图 A-1 中 RR 间期绝对整齐，PR 间期略有变化（红色箭头示），图 A-2 时间与 A-1 相差不远，且可见明显交界性逸搏（频率 45 次/分），如 R7、R9。其中 R4、R6、R8、R10 的 QRS 波明显提前，其前有窦性 P 波，且 PR 与 RP 呈反比规律，符合相对不应期下传特点，考虑窦性下传。其余为交界性逸搏及逸搏心律。从 A-2 反推 A-1，R-R 间期相等，PR 间期不等（且 PR 间期均小于 A-2 中正常下传 PR 间期=0.32s）考虑为阻滞+干扰形成的假性三度房室传导阻滞。动态显示为二度一型房室传导阻滞。



图 B 心电图诊断：1. 窦性心律不齐；2. 交界性逸搏及逸搏心律伴时相性室内差异性传导；3. 二度房室传导阻滞。

诊断依据：跟 A 图解析类似（正常下传 PR 间期=0.35s），不同之处在于其 B-2 中黑色箭头示下传 QRS 波明显与交界性逸搏 QRS 不同，考虑逸搏为交界性逸搏伴非时相性室内差异性传导引起。由此也容易区分逸搏与下传 QRS 波。动态显示为二度一型房室传导阻滞。



鉴别诊断：主要是鉴别诊断图 A-1、B-1 是否为 2:1 房室传导阻滞或房性早搏未下传二联律。

临床意义：房室传导阻滞在儿童多见于感染性疾病，如细菌性心肌炎、病毒性心肌炎、心肌病变、电解质紊乱，某些药物作用，以及迷走神经张力增高等。如果治疗及时，可恢复正常。反之，可残留症状，或者转为三度房室传导阻滞。判断 P 与 QRS 波关系时目前主要依靠 RR 间期与 PR 间期，如 RR 间期整齐，PR 不等，多考虑房室无关；如 RR 间期不整齐，PR 相等，多考虑存在相关性；如 RP 与 PR 存在 RP 短时 PR 长及 RP 长时 PR 短的规律，多考虑存在相关性；如常规心电图时遇到非三度 AVB 诊断标准时（P 频率 < 135 次/分；QRS 频率 < 45 次/分； $2PP < RR$ ），需加长导联或动态心电图以鉴别诊断，防止长 PR 下传时加逸搏可造成阻滞+干扰形成的房室分离形成假性三度 AVB 诊断。

责任编辑：ngf1978

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，都是我们所需要的。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.iiyi.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。