

 www.iyyi.com

2017. 04

爱爱医



第四期 总NO. 87

Volume 4,number 4, Apr 2017

无 题

作者：zengwu200

链接：<http://bbs.iyi.com/thread-3385255-1.html>

角落，
被谁的一指涂抹，
两种紫色，幽香自得；
不必说，长情与清风相托，
欲送千里，至你的每一寸山河；
灿似烟火，任茫茫大漠，
照亮那不可一世的繁华，留下荒凉的寂寞；
天高海阔，管它世态炎凉又受了多少轻薄，
依旧孤傲如你，蝴蝶花开着了魔；
多少故事，错、错、错，
等不到春去秋来、累累硕果，
作茧自缚，执着如我。
误以为，时光许多，
辜负了盛情，轻易就刀割，
剩下的哀伤、与折磨。
庄周魂里花复活，
白日梦中与谁捉，
江山如墨，
落笔如何？

责任编辑：yemengzhe

目 录

会 长：陆德庆
执行会长：高立涛
主 编：于竹梅
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 刘现国 刘宇峰
李照禄 杨俊标 张常哲 陈建华
殷吉磊 韩希乾 蔡晓刚 柳 权
《爱爱医》杂志
在线阅读：<http://bbs.iyi.com/zazhi>
投稿邮箱：463767990@qq.com
联系我们：爱爱医华人医学论坛
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

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

无 题.....	2
2017 年 GOLD 慢性阻塞性肺疾病诊断、治疗及预防的全球策略解读.....	4
医疗行业也不甘寂寞.....	13
关于膈下游离气体——一次难忘的手术探查..	16
分享一例高难度岛叶胶质瘤切除手术.....	17
分享急诊工作中遇到特殊的病例.....	23
差点被切除的乳房肿块.....	26
经典宫外孕.....	27
痔术后出血致失血性休克的一个病例.....	31
3 例玫瑰糠疹治疗经验介绍.....	33
心电图读图第 67 期.....	35
补中益气汤加减治验两例.....	37
小建中汤加味治验.....	38
中西医结合治疗面瘫.....	40
简易的摸骨诊断技巧.....	42
用火罐心得.....	44
2 型糖尿病贴个耳豆就有效.....	45
红花继木.....	47
仙人掌.....	48
输液后寒战一例.....	50
多个疾病的背后谁在“从中作梗”？	56
医疗资讯.....	61
读书的习惯哪里去了？	64
我的执考从医路.....	65
编读往来.....	68
心电图读图第六十六期答案解析.....	68
爱爱医杂志稿约.....	69

2017 年 GOLD 慢性阻塞性肺疾病诊断、治疗及预防的全球策略解读

原作者：陈亚红

《中国医学前沿杂志（电子版）》2017 年第 9 卷第 1 期

• 国际循证指南共识 • 37

DOI : 10.12037/YXQY.2017.01-06

2017 年 GOLD 慢性阻塞性肺疾病诊断、治疗及预防的全球策略解读

陈亚红（北京大学第三医院 呼吸与危重症医学科，北京 100191）

【摘要】2017 年全球慢性阻塞性肺疾病防治倡议（Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease, GOLD）报告于 2016 年 11 月 16 日世界慢阻肺日发布，对于慢阻肺的定义、发病机制、评估、个体化治疗、急性加重及合并症等方面均进行了全面修改，其中的一些内容尚需在临床上进一步验证。本文对其重要更新内容进行简介和解读。

【关键词】慢性阻塞性肺疾病；评估；个体化治疗；急性加重

Brief introduction and thoughts of Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease 2017 report

CHEN Ya-hong (Department of Respiration and Critical Care Medicine, Peking University Third Hospital, Beijing 100101, China)

Corresponding author: CHEN Ya-hong, E-mail: chenyahong@vip.sina.com

【Abstract】Global Initiative for Chronic Obstructive Pulmonary Disease 2017 report was issued on Nov 16, 2016 which was World COPD Day. It has been fully revised in the definition, pathogenesis, assessment, individualized treatment, acute exacerbation and comorbidities of COPD. Some of them needs to be tested in the clinical setting. Here is a brief introduction and thoughts of GINA 2017 report.

【Key words】Chronic obstructive pulmonary disease; Assessment; Individualized treatment; Acute exacerbation

1998 年慢性阻塞性肺疾病（慢阻肺）全球倡议（Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease, GOLD）启动，其目标是根据已发表的最佳研究结果制订慢阻肺的管理推荐。第 1 版慢阻肺诊断、治疗及预防的全球策略于 2001 年发布，2006 年和 2011 年分别根据已发表的研究进行了全面修订^[1]。GOLD 2011 修订版的修订分别于 2013 年 1 月、2014 年 1 月、2015 年 1 月和 2016 年 1 月发布，国内呼吸领域相关专家亦分别对其进行了解读^[2-5]。2015—2016 年，GOLD 科学委员会发现关于慢阻肺的病理生理、诊断、评估和治疗方法有较多的新内容，因此需要进行全面修订，由写作委员会制定各章节的大纲，2016 年 9 月，GOLD 科学委员会对各章节进行审阅，然后送至 GOLD 科

学委员会之外的 10 名专家提出建议并进行修改。GOLD 2017 作为第 4 次全面修订，于 2016 年 11 月 16 日在美国费城举行的 GOLD 慢阻肺全程管理会议上发布^[6]。GOLD 2017 共分为六章，去掉了附录中关于哮喘慢阻肺重叠综合征部分。本文对其重要更新内容进行简介和解读。

1 慢阻肺定义和概述

要点：

- 慢阻肺是一种常见的以持续呼吸系统症状和气流受限为特征的可以预防和治疗疾病，通常与有毒颗粒或气体的显著暴露引起的气道和（或）肺泡异常有关。
- 最常见的呼吸症状包括呼吸困难、咳嗽和（或）咳痰。这些症状可能未被患者报告。

通讯作者：陈亚红 E-mail: chenyahong@vip.sina.com

- 慢阻肺最主要的危险因素是吸烟，但其他的环境暴露，如生物燃料暴露和空气污染也具有促进作用。除环境暴露外，宿主因素也可促进个体发展为慢阻肺，包括基因异常、肺发育异常及加速老化。
- 慢阻肺可能间断出现呼吸症状急性恶化，称为急性加重。
- 大多数慢阻肺患者同时伴随重要的慢性疾病，从而增加了致残率和病死率。

1.1 慢阻肺定义 慢阻肺是一种常见的以持续性呼吸道症状和气流受限为特征的可以预防和治疗疾病，呼吸道症状和气流受限是由有毒颗粒或气体导致的气道和（或）肺泡异常引起的。与既往定义不同的是，GOLD 2017 增加了“持续性呼吸道症状”，一方面有助于同哮喘鉴别，当患者因为呼吸道症状加重来医院就诊，临床医生需要判断是急性呼吸道疾病还是慢性呼吸道疾病的急性加重；另一方面，在流行病学调查中发现有一部分患者无明显呼吸道症状但存在气流受限，称之为“无症状慢阻肺”，对于这部分患者临床医生应仔细询问病史，以确定这些患者是真的“无症状”，还是因为活动后呼吸困难从而减少了活动强度而表现为假的“无症状”，从而有助于慢阻肺的诊断、评估及制订个体化治疗方案。引起气流受限和临床表现的病因、发病机制及病理学如图1所示。

1.2 肺功能正常的吸烟者存在临床症状和影像异常 GOLD 2001 引入了“GOLD 0 期”这一概念，是指肺功能无气流受限，但有慢性咳嗽、咳痰症状的患者，旨在预测这些患者未来很可能会发展为慢阻肺。然而，由于缺少足够的证据显示 GOLD 0 期患者极有可能发展为慢阻肺，于是 2006 年 GOLD 取消了这一分期概念。近年来，慢阻肺是否应包括 GOLD 0 期再次引起学界的热烈讨论。2016 年美国胸科学会年会与全国慢阻肺学术会议均有关于这一话题的正反方辩论。GOLD 2017 增加了 2 篇重要文献，作为慢阻肺重要的研究——SPIROMICS，2016 年“吸烟肺功能正常人群症状的临床意义”一文发表于《新英格兰医学杂志》^[7]，发现现症吸烟者或戒烟者肺功能正常但有症状的人群存在急性加重、

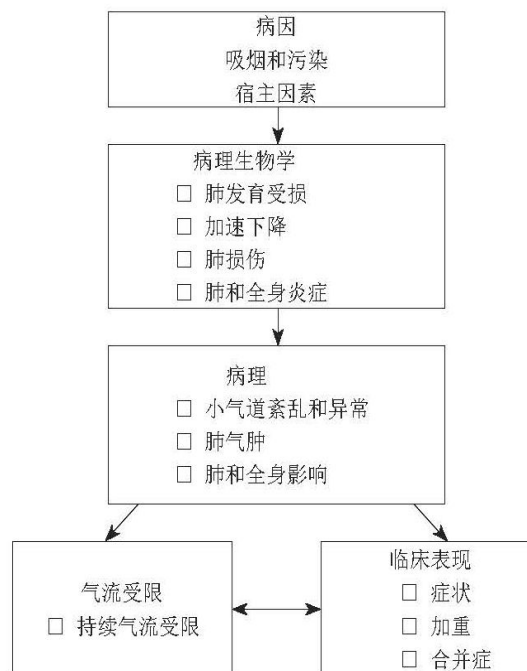


图1 导致慢阻肺气流受限和临床表现的病因、病理生物学及病理

活动受限、高分辨率 CT 下气道增厚以及第一秒用力呼气量（forced expiratory volume in first second, FEV₁）、用力肺活量（forced vital capacity, FVC）轻度降低的证据，在目前没有任何循证医学证据支持的情况下，这部分患者使用一些治疗呼吸道疾病的药物。此外，另外一项研究结果显示，临床上有明显呼吸系统症状的现症吸烟者和戒烟者肺功能检查可能正常，但胸部 CT 却显示存在一定程度的气道壁增厚、肺气肿以及气体陷闭，此外，患者 FEV₁ 也出现轻度下降，但尚未达到慢阻肺的肺功能诊断标准^[8]。慢阻肺的诊断和治疗前移，是将来慢阻肺防控的突破点。单一肺功能检测手段对慢阻肺的诊断是远远不够的，如何全面地诊断、评估慢阻肺以及药物干预对 GOLD 0 期的临床意义如何，在原有 GOLD 0 期定义的基础上丰富其内容，可能更具有临床价值。当然，这些问题需要更多的研究来解决。

1.3 影响疾病发生发展的因素 慢阻肺是遗传-环境相互作用导致的疾病，包括基因、年龄、性别、肺生长发育、颗粒物暴露、社会经济因素、哮喘、气道高反应性、慢性支气管炎、感染等因素。GOLD 2017 新增内容包括：

(1) 非吸烟慢阻肺患者：吸烟是慢阻肺的重要危险因素，但仅有不足 50% 的重度吸烟者发生慢阻肺。与吸烟慢阻肺患者相比，非吸烟慢阻肺患者症状更少，病情更轻，全身炎症负担较小。而且，这些患者与无气流受限患者相比，发生肺癌、心血管合并症的风险并未增加，但其发生肺炎和死于呼吸衰竭的风险增加。

(2) FEV_1 随时间变化的曲线具有异质性：3 项不同的队列研究发现，50% 的慢阻肺患者是由于 FEV_1 随时间加速下降而引发的慢阻肺，另外 50% 的患者是由于异常肺生长发育而引发的慢阻肺，但其 FEV_1 随时间下降速率正常（图 2），进一步说明了遗传与个体环境暴露和危险因素之间的相互作用在慢阻肺发病中的作用^[9]。

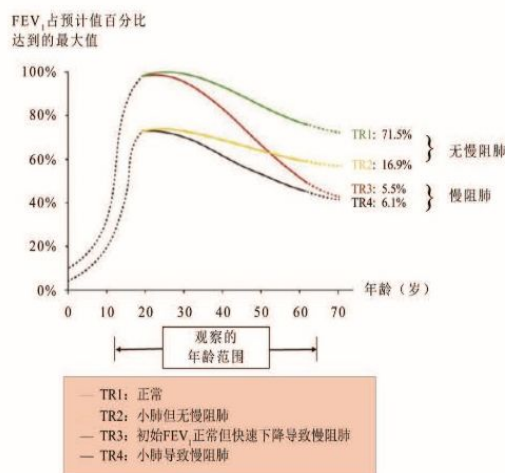


图2 FEV_1 随时间进展的简化图表

注： FEV_1 ：第一秒用力呼气量；COPD：慢性阻塞性肺疾病

(3) 颗粒物暴露：1 项横断面观察性研究显示，男性和女性自我报告暴露于工作粉尘和烟雾不仅与气流受限和呼吸道症状增加相关，而且 CT 扫描也显示出更多的肺气肿和气体陷闭。空气污染对肺成熟和发育具有重要影响，例如，儿童健康研究发现，来自于室外二氧化氮 (NO_2) 和颗粒物气溶胶粒径 $< 2.5 \mu m$ ($PM_{2.5}$) 高水平社区的儿童出现肺功能下降（定义为 $FEV_1 < 80\%$ 预测值）的可能性是 NO_2 和 $PM_{2.5}$ 最低水平社区的近 5 倍，外界 NO_2 和 $PM_{2.5}$ 水平的下降明显降低肺生长受损的风险。

1.4 慢阻肺发病机制

(1) GOLD 2017 对慢阻肺的炎性细胞进行了阐述：慢阻肺以外周气道、肺实质和肺血管中巨噬细胞增加、活化的中性粒细胞增加以及淋巴细胞 [包括 $Tc1$ 、 $Th1$ 细胞、 $Th17$ 细胞、3 类固有淋巴细胞 (ILC3)] 增加为特征。部分患者也可能出现嗜酸性粒细胞、 $Th2$ 细胞或 2 类固有淋巴细胞 (ILC2) 细胞增加，尤其是当临床上存在慢阻肺与哮喘重叠时。上述炎性细胞和上皮细胞及其他结构细胞共同释放多种炎性介质参与慢阻肺的发病^[10]。

(2) 增加了细支气管周围和间质纤维化：慢阻肺患者或无症状吸烟者中存在支气管纤维化和间质改变。吸烟者或慢阻肺有气道炎症的患者会产生过量的生长因子。炎症可先于纤维化发生或气道壁反复损伤本身导致肌纤维组织过度增生，从而促进小气道气流受限的发生，最终导致闭塞，继发肺气肿。

2 慢阻肺诊断与评估

要点：

- 凡有呼吸困难、慢性咳嗽或咳痰症状，和（或）有危险因素接触史者，均应考虑慢阻肺的可能。
- 肺功能检查是确诊慢阻肺的必备条件。如支气管扩张剂后 $FEV_1/FVC < 70\%$ ，可确定存在持续气流受限。
- 慢阻肺评估的目标在于确定气流受限程度、疾病对患者健康状况的影响、远期不良风险（如急性加重、住院或死亡），从而用以指导治疗。
- 慢阻肺患者常合并心血管疾病、骨骼肌功能障碍、代谢综合征、骨质疏松、抑郁、肺癌等慢性病。这些合并症是影响患者住院和死亡的独立危险因素，因此，对慢阻肺患者均应积极寻找合并症，并给予正确治疗。

2.1 肺功能是慢阻肺诊断的金标准，对高危人群应进行肺功能筛查 对任何有呼吸困难、慢性咳嗽或咳痰，和（或）有危险因素接触史的患者均应考虑慢阻肺的临床诊断。肺功能检查是诊断慢阻肺的必备条件，如支气管扩张剂后 $FEV_1/FVC < 70\%$ ，可确定存在持续气流受限。与 FEV_1/FVC 的正常值下限相比，采用 FEV_1/FVC 固定比值来定义气流受

限,对于老年人(>65 岁),会导致过度诊断;对于年龄 <45 岁的人群,尤其是轻度慢阻肺患者,则会导致漏诊。由于慢阻肺的诊断不仅参考肺功能指标,还包括临床症状和危险因素接触史,实际上采用 FEV_1/FVC 固定比值作为慢阻肺诊断标准导致患者误诊和过度治疗的风险毕竟是有限的,诊断的简单性和一致性对于繁忙的临床医生至关重要。因此,GOLD倾向于支持使用 FEV_1/FVC 固定比值诊断超过正常值下限。目前不推荐对无危险因素接触史和无症状的个体进行肺功能筛查,但是对那些具有症状或危险因素接触(例如 >20 包/年的吸烟或反复发生的肺部感染)者,慢阻肺的诊断率则相对较高,因此对这部分人群,肺功能筛查可能是早期诊断的一种方法。

2.2 依据症状和急性加重史对慢阻肺进行综合评估 GOLD 2011 更新版提出了ABCD综合评估方法,增加了患者报告预后指标的内容,并强调了在慢阻肺管理中预防急性加重的重要性,较之前仅依据肺功能分级有很大的进步。自2011年实施ABCD分级系统后,相关研究结果^[6]包括:①选择不同症状评估方法[呼吸困难指数(mMRC):慢阻肺评估测试(CAT)]会影响患者分组;②GOLD四组的比例取决于研究的特定人群,C组比例始终最少;③各组间除了定义、合并症不同之外,在某些临床、功能、影像及生物学特征方面亦存在差异;④B组合并症和持续全身炎症反应比例最高;⑤新分类系统和运动能力相关;⑥经过一段时间,A组和D组相对稳定,B组和C组变异较大;⑦随访期间能很好地预测急性加重;⑧在预测死亡率方面结果不一致;⑨B组患者病死率和住院率始终与C组患者相似;⑩采用新的GOLD病情评估方法,(意大利)全科医生的处方更恰当;⑪一项在欧洲5个国家和美国进行的真实世界的观察性研究发现,急性加重低风险患者(A组和B组)会经常不恰当地应用吸入激素和支气管扩张剂治疗;⑫在亚洲人群中,GOLD能中度预测急性加重和死亡率。

然而这种方法也有很多局限性:①综合评估方法对于慢阻肺患者死亡率的预测和其他重要预后指标的预测价值并不优于肺功能检查。②C组和D

组预后由肺功能和急性加重史2项指标决定,存在混乱,存在3个亚组,C1和D1组以单纯肺功能下降为主,C2和D2组以单纯急性加重频率增加为主,C3和D3组同时伴肺功能下降和急性加重频率增加,人群研究发现C1和D1组占绝大多数,对这些亚组需要区分不同的治疗方案。③ FEV_1 在人群水平能够预测重要的临床预后,如死亡率、住院次数,从而指导非药物治疗(如肺减容或肺移植术)。然而,在个体水平, FEV_1 就失去了精准,并不能单独应用其指导治疗。④在某些情况下,例如住院或急诊就诊,根据患者症状和急性加重史而不依赖肺功能,临床医师即可给予初始治疗方案。基于这些原因,同时为了保持一致性和便于临床医师操作,GOLD 2017对慢阻肺综合评估方法进行了修改,将肺功能分级由ABCD分组中单独列出,综合评估仅包含症状和急性加重史。因此,在评估过程中,根据患者肺功能决定气流受限严重程度分为GOLD 1~4级,然后进行症状和急性加重史评价将患者分为A—D组,这两部分内容均能反映症状负担和急性加重风险,用于指导治疗。因此,这一评估方法有助于根据患者在特定时间的症状给予精准的治疗推荐^[6]。GOLD 2017评估方法见图3。

举例说明:2例患者, $FEV_1\% < 30\%$,CAT = 18,其中1例患者既往1年未出现急性加重,另1例患者既往1年出现3次急性加重。如果按照既往的评估方法,2例患者均为D组。按照新的评估方法,出现3次急性加重者应列为GOLD 4级,D组,治疗策略为:减少急性加重;而未出现急性加重的患者应列为GOLD 4级,B组,治疗策略为:除药物治疗和肺康复,可选择肺减容术、肺移植或肺大疱切除术。

GOLD 2017评估方法需要注意的问题:

(1) 症状评估:在评估过程中,应注意某些患者气流受限水平和症状之间存在明显不一致的情况,应进一步评价呼吸力学(肺功能)、肺结构(CT)、合并症(如缺血性心脏病)对患者症状的影响。某些患者由于气流受限而减少体力活动的水平,会导致低估症状的严重程度。此时可以进行运动试验(如6分钟步行距离),以此反映患者的活动受限程度,需要加强治疗。

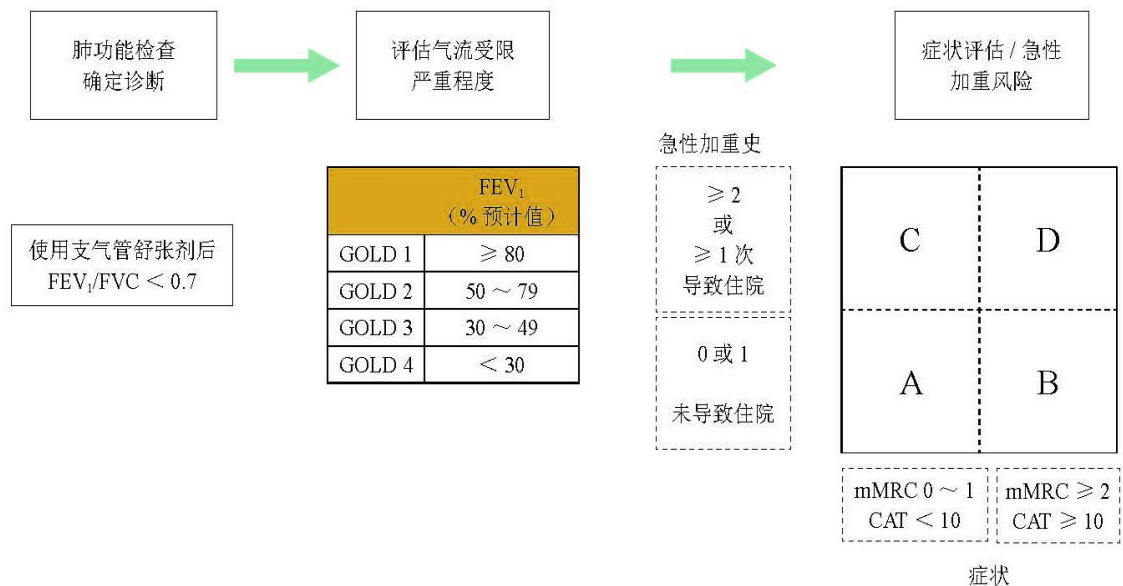


图3 GOLD 2017 修订后的 ABCD 评估系统

注：FEV₁：第一秒用力呼气量；FVC：用力肺活量；GOLD：慢性阻塞性肺疾病全球倡议；mMRC：呼吸困难指数；CAT：慢性阻塞性肺疾病评估测试

(2) 急性加重风险评估：患者既往急性加重史是未来急性加重的重要预测因素，但真实世界中 50% 的慢阻肺急性加重存在未报告情况^[11]。中国具有自己的国情，部分患者急性加重较重，但由于经济原因未至医院急诊就诊或住院治疗；部分患者未达到住院标准，因医保报销而住院治疗。目前缺乏急性加重诊断的生物标志物，对于急性加重频率的判断仍然存在一定的主观性，因此在临床上需要密切随访患者。

(3) 按照 GOLD 2011 标准分组的绝大多数 C 组和 D 组患者仅存在肺功能下降，按照 GOLD 2017 标准将被分至 A 组和 B 组，这些患者与 FEV₁% ≥ 50% 的患者在临床特征方面应存在差别，但目前的 ABCD 评估方法并未考虑在内，是否合理有待商榷。

2.3 嗜酸细胞可作为预测发生急性加重的生物标志物，指导慢阻肺稳定期吸入激素的个体化治疗

在急性加重风险的判断中，GOLD 2017 通过几项临床研究的事后分析，明确了嗜酸细胞在急性加重发生风险判断中的价值，其可作为一种重要的生物标志物。第 1 项研究是 WISDOM 研究，重度以上稳定期慢阻肺患者分别接受噻托溴铵、沙美特罗及氟替卡松（1000 μg/d）三药联合吸入治疗 6 周后，在 12 周内逐渐停用氟替卡松，以沙美特罗

和噻托溴铵双重支气管扩张剂为后盾，不会增加中重度慢阻肺患者急性发作风险。然而，临床上需要鉴别哪些患者能够安全地撤除糖皮质激素（降阶梯），哪些患者更能从糖皮质激素治疗中获益（升阶梯）。WISDOM 研究事后分析发现，嗜酸细胞 ≥ 300 cells/μl 或 ≥ 4% 的患者占 20%，继续使用吸入激素可以降低这些患者中或重度急性加重的发生率，80% 的患者嗜酸细胞 < 4% 或 < 300 cells/μl，并未因为使用吸入激素而使急性加重风险降低^[12]。第 2 项研究是对维兰特罗 25 μg/ 糠酸氟替卡松 50/100/200 μg：维兰特罗单药（每日 1 次）用于 1 年内有急性加重的中至重度慢阻肺患者的效果研究进行的事后分析，共纳入 3177 例患者，2066 例（66%）基线嗜酸细胞 ≥ 2%，以 2% 为宽度分层，与单药比较，在嗜酸细胞 < 2% 的患者中，联合用药降低急性加重达 10%，在 ≥ 2% 的患者中降低急性加重达 29%（2% ~ 4% 为 24%，4% ~ 6% 为 32%，≥ 6% 为 42%）^[13]。第 3 项研究是 FORWARD 研究，比较了丙酸倍米松（BDP）/ 延胡索酸福莫特罗（FF）100/6 μg：FF 12 μg 两吸，每日 2 次，治疗有急性加重史的严重慢阻肺患者的临床效果，随访 48 周，结果显示 BDP/FF 降低 28% 的急性加重率。对 FORWARD 研究的

至极重度慢阻肺患者，PDE4 抑制剂可改善肺功能，减少中至重度急性加重（A 类证据）。PDE4 抑制剂可改善肺功能，减少使用固定剂量 LABA/ICS 联合治疗患者的急性加重（B 类证据）。

抗生素：长期使用阿奇霉素或红霉素治疗 1 年以上减少急性加重（A 类证据）。阿奇霉素治疗与细菌耐药（A 类证据）及听力检查受损（B 类证据）的发生率增加相关。

化痰药 / 抗氧化剂：规律使用 NAC 和羧甲司坦可以降低部分患者急性加重风险（B 类证据）。

其他抗炎药：辛伐他汀不能预防急性加重风险增高的慢阻肺患者的急性加重，无他汀类药物治疗指征（A 类证据）。但是，观察性研究提示对于有心血管疾病和代谢疾病的慢阻肺患者，他汀类药物对某些终点指标具有改善作用（C 类证据）。白三烯调节剂在慢阻肺患者中的应用尚无足够证据。

3.3 增加了吸入给药相关的问题^[6] 吸入装置包括雾化吸入装置、无储气罐的定量吸入装置（metered-dose inhalers, MDIs）、软雾吸入装置、呼吸驱动装置如呼吸驱动的 MDIs、单剂量和多剂量干粉吸入装置（dry powder inhaler, DPI）。直径 $> 5 \mu\text{m}$ 的颗粒通常在口咽部沉积，能够沉积到下呼吸道和肺的药物颗粒大小应是细颗粒（直径为 $2 \sim 5 \mu\text{m}$ ）或超细颗粒（直径 $< 2 \mu\text{m}$ ）。随机对照试验并未发现一种装置优于另一种装置，但这些研究入选的患者通常掌握了吸入技巧，并接受了正确的教育和随访，因此不能反映真实的临床实践水平。一般来说，约 2/3 的患者在应用吸入装置中曾经发生过 1 次错误，慢阻肺患者出院后正确使用 DPI 的依从性仅占 23%。吸入方法不正确与症状控制之间存在明显的相关性，其影响因素包括：老年、应用多种吸入装置、既往缺乏吸入装置的知识教育。吸入装置使用中发生的错误主要与吸气流速、吸气持续时间、协调性、剂量、吸气之前的呼气以及吸药之后的屏气有关。每种装置都有其特定的使用说明，但均存在不同类型和频率的吸入错误。门诊或病房缺乏吸入装置样品，限制和阻碍了为患者提供正确的吸入方法指导，鼓励患者将自己的装置带到诊室是有效的方法，如果尚未掌握使用方法，应换用其他吸

入装置。选择吸入装置应个体化，根据评估、花费、处方以及患者的能力和喜好进行选择。当处方吸入装置时，必须提供指导，演示正确的吸入方法，确保吸入方法正确，每次随访均应检查患者持续正确应用吸入装置的情况。在判断目前的治疗不足前应评价吸入方法和治疗依从性。

3.4 稳定期慢阻肺介入治疗^[6] 包括外科治疗和支气管镜介入治疗。①外科肺减容术：能够改善上叶肺气肿和康复后运动能力较低的重度肺气肿患者的生存（A 类证据）；②肺大疱切除术：部分患者切除肺大疱可以减轻呼吸困难症状，改善肺功能和运动耐力（C 类证据）；③肺移植：对某些极重度慢阻肺患者进行肺移植可以改善其生活质量和功能状态（C 类证据）；④支气管镜介入治疗：GOLD 2017 进一步肯定了支气管镜介入治疗的指征及疗效。对于某些重度肺气肿患者，支气管镜介入治疗后 6~12 个月可以降低呼气末肺容积，改善其运动耐力、健康状态及肺功能，介入治疗包括活瓣（B 类证据）、镍钛记忆合金（B 类证据）。需要进一步研究哪些患者适合行支气管镜肺减容术，并比较与外科肺减容术在改善功能或生理方面的长期效果和不良反应。

4 稳定期慢阻肺管理

要点：

- 慢阻肺稳定期的管理策略应主要基于个体症状评估和未来的急性加重风险。
- 积极倡导全民戒烟。
- 主要治疗目标是缓解症状和降低未来急性加重的发生风险。
- 慢阻肺稳定期管理不应仅限于药物治疗，应辅以适当的非药物干预。

慢阻肺治疗存在升阶梯 / 降阶梯治疗策略^[6]。既往认为慢阻肺治疗一旦开始就应长期维持，既往版本的 GOLD 仅列出了初始治疗推荐，然而某些患者治疗后仍有持续症状，某些患者症状缓解需要减少治疗，因此推荐升阶梯 / 降阶梯治疗。GOLD 2017 的治疗推荐是基于已有的疗效和安全性研究结果，升阶梯治疗尚未进行验证，而降阶梯治疗则仅局限于吸入激素的研究。

A—D 组的治疗策略如下：

A组：

- 给予支气管扩张剂治疗，可以是短效或长效支气管扩张剂。
- 如果症状改善则维持治疗。

B组：

- 初始治疗应给予长效支气管扩张剂。吸入长效支气管扩张剂要优于按需使用的短效支气管扩张剂，因此推荐使用。
- 没有证据推荐一种长效支气管扩张剂在初始症状缓解方面优于另一种，对个体患者依据其症状缓解情况来选择药物。
- 如果患者使用1种支气管扩张剂治疗后仍有持续呼吸困难症状，推荐联合使用2种支气管扩张剂治疗。
- 对于重度呼吸困难患者，初始治疗建议联合使用2种支气管扩张剂。
- 如果联合第2种支气管扩张剂后症状仍未改善，则推荐降阶梯治疗至1种支气管扩张剂。
- B组患者可能存在合并症，加重症状，并影响患者预后，需要评价这些可能性。

C组：

- 初始治疗为1种长效支气管扩张剂。2项头对头研究验证了LAMA在预防急性加重方面优于LABA，因此C组初始治疗推荐应用LAMA。
- 对于持续急性加重的患者加用第2种支气管扩张剂（LABA/LAMA）或联合使用LABA和ICS。由于吸入激素会增加某些患者肺炎的发生风险，所以首选LABA/LAMA。

D组：

- 初始治疗推荐LABA/LAMA联合治疗，原因在于：①在患者报告预后作为主要终点的研究中，LABA/LAMA联合治疗优于单一支气管扩张剂；如果初始治疗选用单一支气管扩张剂，LAMA在预防急性加重方面优于LABA；②D组患者LABA/LAMA联合治疗在预防急性加重和其他患者报告预后方面优于LABA/ICS；③D组患者吸入激素治疗发生肺炎的风险增加。

- 某些患者初始治疗以LABA/ICS作为首选，这些患者病史和（或）辅助检查提示存在哮喘-慢阻肺重叠综合征，外周血嗜酸粒细胞增多可以作为一种生物标志物指导激素的使用，尽管目前仍有争议。
- 对于LAMA/LABA无法控制的急性加重患者，2条推荐路线如下：①升级为LAMA/LABA/ICS。比较LAMA/LABA和LAMA/LABA/ICS预防急性加重差异的研究正在进行中。②转换为LABA/ICS，但目前尚无证据证明从LAMA/LABA转换为LABA/ICS能更好地预防急性加重。若LABA/ICS未改善急性加重或症状，可加用LAMA。
- 若LAMA/LABA/ICS仍无法控制急性加重，可考虑：①加用罗氟司特：针对FEV₁占预计值百分比<50%、有慢性支气管炎，尤其是近1年至少有1次因急性加重住院的患者；②加用大环内酯类抗生素：应用阿奇霉素的证据最充足，在决策层面应考虑耐药菌发生的可能；③停用ICS：研究表明在治疗无效且不良反应（包括肺炎）发生风险增加时撤除ICS不会带来额外风险。

5 慢阻肺急性加重的治疗

要点：

- 慢阻肺急性加重是指呼吸道症状急性恶化而需要额外治疗。
- 慢阻肺急性加重可由多种因素诱发，最常见的原因因为呼吸道感染。
- 慢阻肺急性加重的治疗目标为最小化本次急性加重的影响，预防再次急性加重的发生。
- 慢阻肺急性加重期初始支气管扩张剂推荐单用短效吸入型 β_2 受体激动剂，或联用SAMA。
- 出院前应尽早开始长效支气管扩张剂的维持治疗。
- 全身激素使用可以改善肺功能（FEV₁）和氧合，缩短恢复期和住院天数。疗程不应超过5~7天。
- 当有使用指征时，抗生素可以缩短恢复期，

降低早期复燃和治疗失败的风险,缩短住院天数。疗程为5~7天。

- 甲基黄嘌呤因其不良反应较多而不推荐使用。
- 若无绝对禁忌证,无创机械通气应为慢阻肺急性呼吸衰竭患者的首选通气模式,因其能够改善气体交换,减少呼吸做功和插管需要,缩短住院天数,改善生存。
- 急性加重后,需采取适当的措施预防急性加重。

5.1 明确了慢阻肺急性加重严重程度分类标准及治疗场所 慢阻肺急性加重分为轻至重度,①轻度:仅使用短效支气管扩张剂治疗(short-acting bronchodilators, SABD);②中度:需要SABD联合抗生素和(或)口服激素治疗;③重度:需要住院或急诊就诊,合并急性呼吸衰竭。根据慢阻肺急性加重的严重程度和基础疾病的严重程度,将患者分为门诊治疗或住院治疗。80%的慢阻肺急性加重患者可在门诊给予支气管扩张剂、激素及抗生素治疗。对于需要住院的患者其严重程度分为3类:①无呼吸衰竭:呼吸频率为20~30次/分;不使用辅助呼吸肌;无意识改变;通过文丘里面罩吸入氧浓度(fraction of inspired oxygen, FiO_2)为28%~35%,低氧血症能够改善;二氧化碳分压(partial pressure of carbon dioxide, $PaCO_2$)未增加。②急性呼吸衰竭——尚未危及生命:呼吸频率>30次/分;使用辅助呼吸肌;无意识改变;通过文丘里面罩 FiO_2 为25%~30%,低氧血症能够改善;高碳酸血症; $PaCO_2$ 较基线增加或在50~60 mmHg。③急性呼吸衰竭——危及生命:呼吸频率>30次/分;使用辅助呼吸肌;突发意识改变;通过文丘里面罩给氧低氧血症不能改善或 FiO_2 >40%;高碳酸血症; $PaCO_2$ 较基线增加或>60 mmHg,存在酸中毒($pH \leq 7.25$)。

5.2 未报告的慢阻肺急性加重值得关注 研究发现50%的急性加重未报告给专业医师进行治疗^[11],这些事件虽然持续时间短,但也会对健康状况造成显著影响。应对慢阻肺患者进行健康教育,使其了解急性加重的症状以及何时应寻求专业医师的帮助。

5.3 慢阻肺急性加重患者存在嗜酸细胞表型,可

作为全身激素应用的指征 部分慢阻肺急性加重患者表现为嗜酸细胞增加,痰嗜酸细胞与病毒感染易感性相关,痰/血嗜酸细胞增加相关的急性加重对全身激素更为敏感^[16],如果血嗜酸细胞水平较低,全身激素对于急性加重的疗效欠佳。需要更多的前瞻性研究来验证这一假说以及阈值。

5.4 慢阻肺频发急性加重表型 慢阻肺急性加重症状通常持续7~10天,有些会持续更长时间。8周时,20%的患者未恢复到急性加重前的状态。急性加重发生具有时间聚集性,发生一次急性加重后再发的易感性增加。某些患者表现为频发急性加重表型,与非频发急性加重者相比,其健康状况较差,致残率较高。肺功能受损的严重程度和急性加重频率、死亡风险明显相关。从整体人群水平来看,超过20%的GOLD 2级(中度气流受限)患者可能经历频繁的急性加重,往往需要使用抗生素和(或)全身糖皮质激素,但这种风险在GOLD 3级(重度)和GOLD 4级(极重度)患者中会大大增加。但由于 FEV_1 本身存在较大的变异性,因此临床上使用 FEV_1 作为患者急性加重或死亡风险的预测指标,尚缺乏足够的精确度。过去1年急性加重频率是未来急性加重频率最强的预测因素^[17],一般来说这些患者相对稳定,但有相当一部分患者急性加重频率会发生改变,尤其是当 FEV_1 下降时。其他与慢阻肺急性加重风险增加和(或)重度急性加重相关的因素包括肺动脉与主动脉直径之比(>1)、CT提示肺气肿或气道壁增厚、存在慢性支气管炎^[18]。

5.5 提出了详细的出院和随访标准^[6] 由于慢阻肺急性加重的病因、病情严重程度、影响、治疗和病程因人而异,不同国家之间社区及医疗系统中的设施存在差别,因此出院时间与标准很难达成统一。但急性加重后第1次住院治疗与之后再次急性加重导致的短期再住院和全因死亡增加相关,需要关注再住院和死亡的相关危险因素。研究发现患者年龄、存在高碳酸血症性呼吸衰竭、需要通气支持、存在包括焦虑抑郁方面的合并症是死亡的相关因素。在出院时引进集束化干预策略,包括教育、优化药物治疗、对吸入方法进行评价并纠正错误、评价合并症并优化治疗、早期康复、远程监测及随访患者,

应重新认识肺功能在慢阻肺诊断、评估及随访中的意义：①肺功能是慢阻肺诊断的金标准；②通过肺功能评估气流阻塞程度以指导判断预后；③肺功能随访用于评估治疗决策和判断有无肺功能快速下降，如肺功能和症状不一致时，协助指导用药；当症状和肺功能不平时，考虑有无其他诊断的可能，同时可以指导非药物治疗（如支气管镜介入）。在新的慢阻肺治疗中仅按照症状、急性加重频率进行分组治疗，肺功能检查在药物治疗中的指导意义需进一步思考。其次，ECLIPSE 研究发现，慢阻肺患者在随访过程中 A、D 组保持稳定，而 B、C 组则变异较大^[21]，因此需要根据患者病情变化及时调整治疗策略。GOLD 2017 提出的升/降阶梯治疗策略与临床实践相一致，但与哮喘的升/降阶梯策略存在哪些区别、应多长时间进行评价，这些问题尚不明确。再次，按照 GOLD 2017 评估的 ABCD 组，各组本身也会存在不同的表型，如何精准地进行慢阻肺个体化治疗仍需进一步研究。在我国“十三五”科技部重点专项中，从精准专项到慢性病专项，在慢阻肺的危险因素、发病机制、早期诊断、早期干预、社区筛查、戒烟、急性加重、感染、合并症等方面均给予了大力支持。相信随着研究的深入，会有更多的研究证据写入 GOLD 中。

参考文献

- [1] Global strategy for the diagnosis, management and prevention of chronic obstructive pulmonary disease (revised 2011) [EB/OL]. (2011-11) [2012-01-02]. <http://www.goldcopd.org/guidelines-pocket-guide-to-copd-diagnosis.html>.
- [2] 黄俊, 王广发. 慢性阻塞性肺病全球倡议慢性阻塞性肺病指南(2013 更新版)解读 [J]. 中国医学前沿杂志(电子版), 2013, 5 (3): 58-60.
- [3] 金哲, 王广发. 慢性阻塞性肺病全球倡议(2014 更新版)解读 [J]. 中国医学前沿杂志(电子版), 2014, 6 (2): 94-97.
- [4] 陈亚红, 王辰. 2015 年更新版 GOLD 慢性阻塞性肺病诊断、治疗和预防的全球策略简介 [J]. 中国医学前沿杂志(电子版), 2015, 7 (2): 34-39.
- [5] 庞红燕, 杨汀, 王辰. 2016 年更新版 GOLD 慢性阻塞性肺病诊断、治疗和预防的全球策略简介 [J]. 中国医学前沿杂志(电子版), 2016, 8 (7): 30-34.
- [6] Global initiative for chronic obstructive lung disease. Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease 2017 report[EB/OL]. (2016-11-16) [2016-12-09]. <http://www.goldcopd.org>.

- [7] Woodruff PG, Barr RG, Bleeker E, et al. Clinical Significance of Symptoms in Smokers with Preserved Pulmonary Function[J]. N Engl J Med, 2016, 374(19):1811-1821.
- [8] Regan EA, Lynch DA, Curran-Everett D, et al. Clinical and Radiologic Disease in Smokers With Normal Spirometry[J]. JAMA Intern Med, 2015, 175(9):1539-1549.
- [9] Lange P, Celli B, Agusti A, et al. Lung-Function Trajectories Leading to Chronic Obstructive Pulmonary Disease[J]. N Engl J Med, 2015, 373(2):111-122.
- [10] Barnes PJ. Inflammatory mechanisms in patients with chronic obstructive pulmonary disease[J]. J Allergy Clin Immunol, 2016, 138(1):16-27.
- [11] Seemungal TA, Donaldson GC, Paul EA, et al. Effect of exacerbation on quality of life in patients with chronic obstructive pulmonary disease[J]. Am J Respir Crit Care Med, 1998, 157(5 Pt 1):1418-1422.
- [12] Watz H, Tetzlaff K, Wouters EF, et al. Blood eosinophil count and exacerbations in severe chronic obstructive pulmonary disease after withdrawal of inhaled corticosteroids: a post-hoc analysis of the WISDOM trial[J]. Lancet Respir Med, 2016, 4(5):390-398.
- [13] Pascoe S, Locantore N, Dransfield MT, et al. Blood eosinophil counts, exacerbations, and response to the addition of inhaled fluticasone furoate to vilanterol in patients with chronic obstructive pulmonary disease: a secondary analysis of data from two parallel randomised controlled trials[J]. Lancet Respir Med, 2015, 3(6):435-442.
- [14] Siddiqui SH, Guasconi A, Vestbo J, et al. Blood eosinophils: A biomarker of response to extrafine beclomethasone/formoterol in chronic obstructive pulmonary disease[J]. Am J Respir Crit Care Med, 2015, 192(4):523-525.
- [15] Pavord ID, Lettis S, Locantore N, et al. Blood eosinophils and inhaled corticosteroid/long-acting beta-2 agonist efficacy in COPD[J]. Thorax, 2016, 71(2):118-125.
- [16] Bafadhel M, McKenna S, Terry S, et al. Blood eosinophils to direct corticosteroid treatment of exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease: a randomized placebo-controlled trial[J]. Am J Respir Crit Care Med, 2012, 186(1):48-55.
- [17] Hurst JR, Vestbo J, Anzueto A, et al. Susceptibility to exacerbation in chronic obstructive pulmonary disease[J]. N Engl J Med, 2010, 363(12):1128-1138.
- [18] Wells JM, Washko GR, Han MK, et al. Pulmonary arterial enlargement and acute exacerbations of COPD[J]. N Engl J Med, 2012, 367(10):913-921.
- [19] Houben-Wilke S, Jorres RA, Bals R, et al. Peripheral Artery Disease and its Clinical Relevance in Patients with COPD in the COSYCONET Study[J]. Am J Respir Crit Care Med, 2016 Aug 17. [Epub ahead of print]
- [20] National Institute for Health and Care Excellence. Multimorbidity: clinical assessment and management, in press[EB/OL]. (2016-08-01) [2016-12-09]. <https://www.nice.org.uk/guidance/indevelopment/gid-cgwave0704/documents>.
- [21] Agusti A, Edwards LD, Celli B, et al. Characteristics, stability and outcomes of the 2011 GOLD COPD groups in the ECLIPSE cohort[J]. Eur Respir J, 2013, 42(3):636-646.

收稿日期：2016-12-10

责任编辑：kangjing_dr

雄安新区设立之后除了炒房团， 医疗行业也不甘寂寞

文章来源：<http://www.iyyi.com/d-05-240651.html>

进入4月，一则重磅消息引发国内舆论沸腾：继深圳特区和上海浦东新区之后，中国第三个具有全国意义的新区——河北雄安新区横空出世！在燕赵大地上，一个崭新的春天故事拉开历史大幕，各相关行业也兴奋起来，不止房地产，已经有三甲医院的医院项目在白洋淀建设中。



中国社科院工业经济研究所研究员、中国区域经济学会副会长陈耀透露，北京是高端产业、新兴产业、创新型要素和资源集聚程度最高的地方，比如中关村，代表国家创新的最高水平，创新的资源、实力是最多的，这些地方需要科技成果的转化空间，按照京津冀协同发展规划纲要，今后这些成果转化都要到周边区。所以这些新一代信息技术，包括大数据、物联网、云计算、无人技术以及航空航天、机器人等走在国际前沿的新产业，可能会在新区落地。高校、医院、研究机构等是集中承载地的配套要求，所以相关的产业、机构、甚至部门，都可能疏解到新区。

市场分析认为，由于此前已经开展一年多的京津冀医疗一体化等，新区的医疗疏解功能成为最先落地的部分，而由医疗服务带动的包括药品生产、流通，器械研发、生产、制造和民营医院、康复机构等，都将成为被辐射受益的产业。

未来，雄安新区将在产业承接和优化空间布局两大维度助力京津冀一体化战略，建议投资者继续高度关注京津冀一体化主题，投资主线上，建议关注交通、环保、产业转移及医疗一体化“四维度”投资机会。

2015年4月30日，中央政治局会议审议通过的《京津冀协同发展规划纲要》指出，推动京津冀协同发展是一个重大国家战略，核心是有序疏解北京非首都功能。四类非首都功能将被疏解，包括：一般性产业特别是高消耗产业，区域性物流基地、区域性专业市场等部分第三产业，部分教育、医疗、培训机构等社会公共服务功能，部分行政性、事业型服务机构和企业总部等。

正如北京市官方曾多次表态，将以最大决心和更大力度控制人口规模，提出明确人口调控目标，落实各区县人口调控的责任等。要通过严格控制中心城大型公建项目，严格限制中心城新建和扩建医疗、行政办公、商业等大型服务设施等措施，促进人口疏解。

河北作为传统医药大省，早就开始在京津冀协同发展上提前布局。

2015年1月，北京市经信委和河北省工信厅在石家庄共同签订京冀医药产业协同发展框架合作协议，北京、沧州渤海新区生物医药产业园正式落户开发区。

2016年12月，河北沧州市人民政府办公室发布《关于促进我市医药产业健康快速发展的实施意见》。发展目标是，到2020年，全市医药产业规模迅速壮大，主营业务收入达到1000亿元，工业增加值保持高速增长，增速持续位居全省前列，初步形成以渤海新区生物医药、原料药及中间体为主，开发区制剂及中成药、中国（沧州）医疗器械城及沧县药包材、河间中医药健康等产业联动发展的产业格局；全市医药企业总数达到400家，其中销售收入超10亿元的龙头企业达到5家，培育3个年销售收入超亿元的产品；全市以渤海新区生物医药产业园为核心，进一步深化与京津知名医药科研院所合作，承接一批关键技术成果转化和产业转移，着力打造千亿元级京津冀医药产业区域合作示范区；全市医药产业产学研合作机制进一步完善，自主创新能力全面提升，医药领域高新技术企业达到20家以上，省级以上工程（技术）研究中心、重点实验室、工程实验室达到3家，企业技术中心达到5家，获得国家级新药证书1个；产业实现绿色发展、安全高效，技术及工艺达到国际先进水平。

2016年7月,《河北省人民政府办公厅关于促进我省医药产业健康发展的实施意见》公布,提出了到2020年,全省医药工业主营业务收入达到2000亿元,年均递增16%左右,利润、利税年均增长10%以上,工业增加值增速持续位居前列。创新能力不断提升,省级以上工程(技术)研究中心、重点实验室、工程实验室达到50家,企业技术中心达到35家;国家一类新药申报受理20个,获得临床批件5-10个,完成二期临床5-10个,获得新药证书3-5个。龙头企业不断壮大,主营业务收入超500亿元企业1家,超300亿元企业1家,超100亿元企业2家,超50亿元企业3家,超10亿元企业10家;培育10个以上年销售额超10亿元产品。结构调整有新进展,组织实施化学药调整提升、现代中药倍增、生物技术药物创新、医疗器械翻番四大工程,化学原料药和制剂比调整到3:7,产业结构不断优化,化学药品制剂、现代中药、生物技术药物占比达到80%以上。

2016年9月,河北省工信厅印发《加快我省生物医药产业发展的若干政策措施》,支持企业研发创新:对获得一类新药和第三类大型医疗设备或针对恶性肿瘤、自身免疫性疾病等重大疾病、临床急需重大品种研发项目,优先纳入奖励性后补助支持范围,并按照一事一议的原则确定奖励额度。资金由省科技计划专项资金支出;支持重点产品产业化:对获得国家一类新药证书的药品、三类医疗器械注册证的重大医疗器械创新产品首次产业化的,按照有关项目管理程序纳入省战略性新兴产业专项资金支持计划,可按设备购置等固定资产投资额度的20%给予资金补助,最高不超过1500万元。资金由省战略性新兴产业专项资金支出。

嗅觉最敏锐的市场层面早已经动起来了。

早在2015年,301医院就启动了在白洋淀的合作项目,1500亩用地将主要用于养老和康复医疗。

今年3月底,某医疗健康产业集团与张家口市人民政府举行战略合作协议签约仪式,双方将在医疗及大健康领域开展全面合作、深度合作。

责任编辑:永恒流星

第一部分——西医部分

关于膈下游离气体—— 一次难忘的手术探查

作者：爱组织

链接：<http://bbs.iiyi.com/thread-1406679-1.html>

4年前的一天下午，急诊转入一位病人，17岁，男性，聋哑，智障。监护人代诉其3天前开始出现腹痛，不思饮食，入院当天出现发热和频繁呕吐始来就诊。既往无胃病史。体检发现患者体温38℃，脱水貌，全腹肌紧张呈板状腹，肺肝浊音界消失，肠鸣音消失。立位腹平片提示双膈下游离气体，白细胞高达2万。

根据病史和查体结果考虑诊断为上消化道穿孔，遂决定行剖腹探查。

全麻成功后取上腹正中切口入腹，可见腹腔内有积气并有大量稀薄脓液，初步清理后接下来的探查令人莫名其妙。首先探查胃及十二指肠，胃前壁、胃窦区、十二指肠球部均未见穿孔；切开网膜囊探查胃后壁也未见异常；胆囊及肝外胆道解剖关系清晰可辨未有阳性发现。遂向下延长切口绕脐3cm探查结肠下区，分段仔细探查，十二指肠水平部，升部、空肠、回肠、阑尾等区域，除可见有少量脓苔附着于右下腹区并无异常；阑尾游离微有充血外并无更多异常。行阑尾切除后继续探查，升结肠、横结肠、乙状结肠探查均未发现异常。给予温盐水冲洗腹腔盆腔直至冲洗液清澈，反复探查后考虑如再无发现，盆腔置引流关腹。右下腹壁戳孔置引流管，意将引流管置于直肠膀胱陷窝内。在送置引流管时忽感直肠前壁挂带中指，进一步触摸位于直肠膀胱陷窝稍上部直肠前壁组织破坏，遂再次延长切口到耻骨上，此时患者的腹部切口已从剑突直达耻骨联合上（外科俗称“通天口”），将小肠推挡向上，提拉乙状结肠后，这才发现位于直肠腹段近腹膜反折约1cm处可见前壁正中一椭圆型组织挫伤穿孔灶！

当时的感觉就像是中了头彩，世界真美好啊！接下来的处理，梭形切除挫伤直肠

前壁妥善缝合，左下腹乙状结肠造瘘，关腹用了足有 40 分钟，手术结束。患者年轻体壮，切口愈合顺利。术后三个月，乙状结肠造口切除回置，康复顺利。

通过这个病例回忆，体会有：

1. 当病史采集有障碍时一定要全面考虑，不要按常规和习惯决定手术探查。
2. 全腹膜炎患者查体时指肛检查是非常必要的，不能想当然的省略。
3. 当探查无阳性发现时不要轻言放弃，自欺欺人，尤其是探查全消化道时一定要从头到尾，不遗漏一分一毫。
4. 阅读 X 线或多普勒等辅助检查资料时时刻牢记，作为临床医师一定要有自己独立的判断而不能成为辅助检查的奴隶。

但愿我的教训会给大家一些好的借鉴。

分享一例高难度岛叶胶质瘤切除手术

作者：jsdfnicholas

链接：<http://bbs.iyyi.com/thread-3385324-1.html>

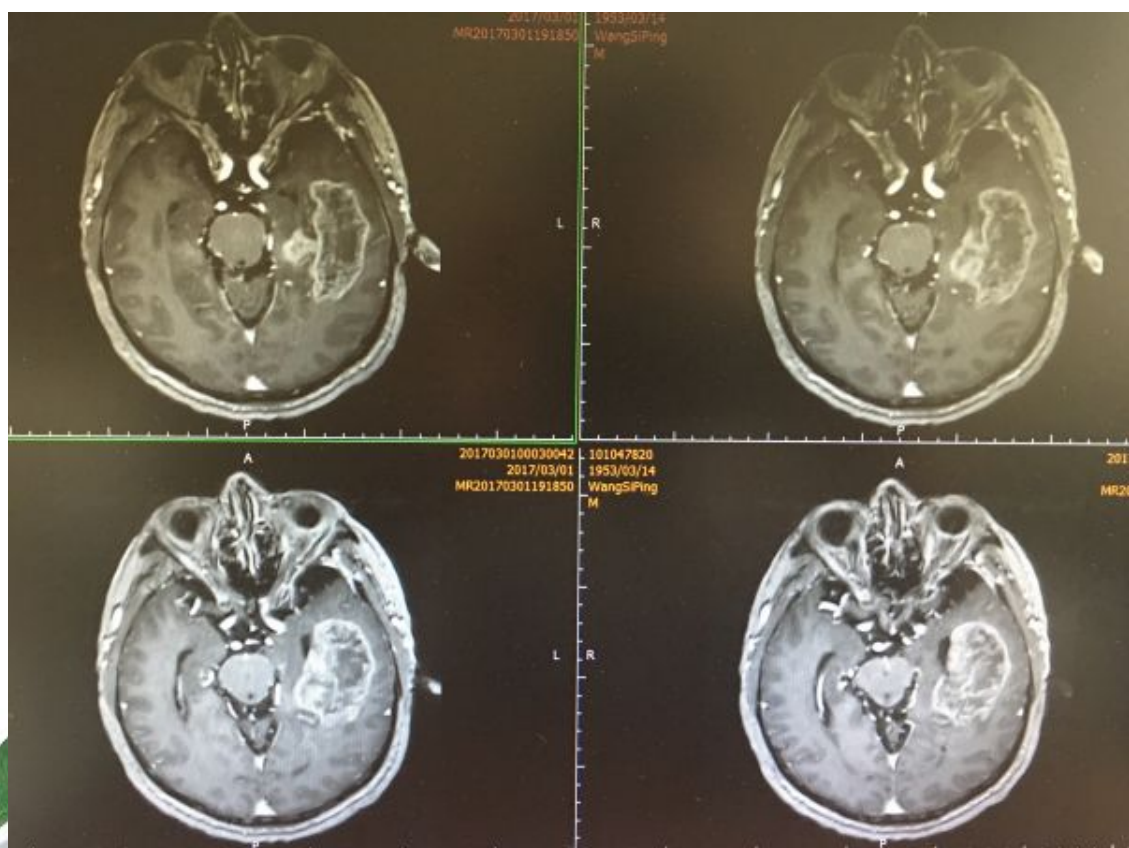
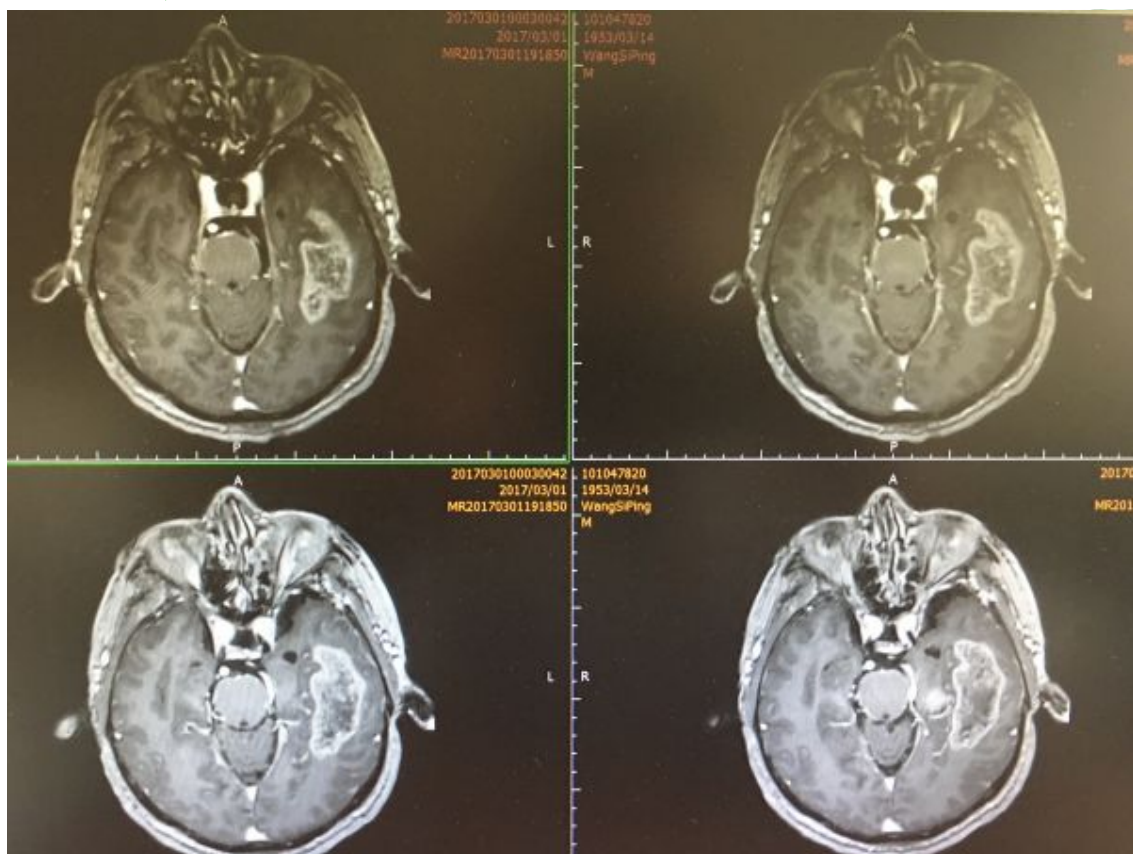
这场攻坚持续了 8 小时之久——

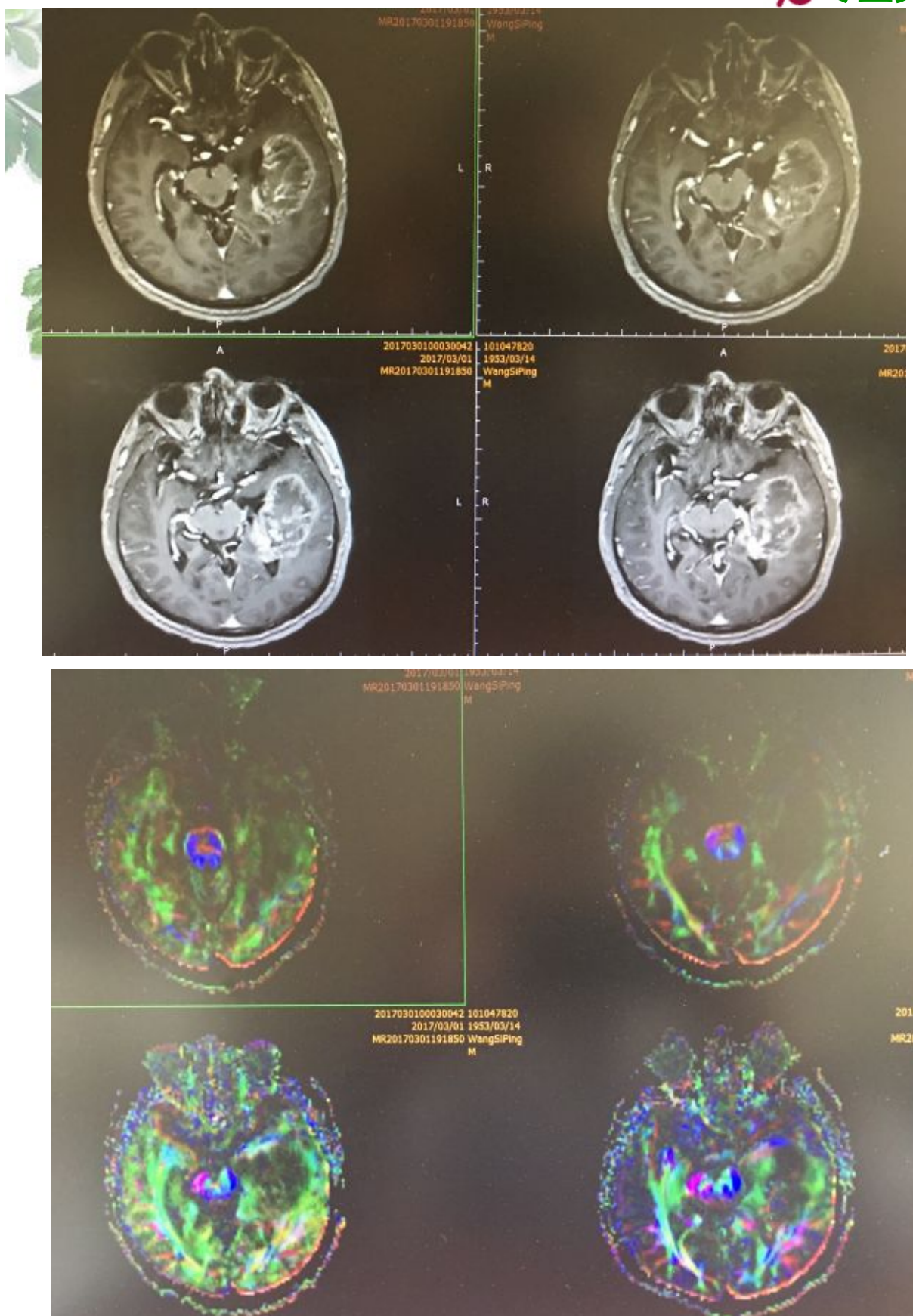
说实在的，作为一名菜鸟，我并不认为这台手术需要太久，因为胶质瘤的手术也跟了不少台了，不似之前聊过的罕见播散性脑膜瘤那样多发。

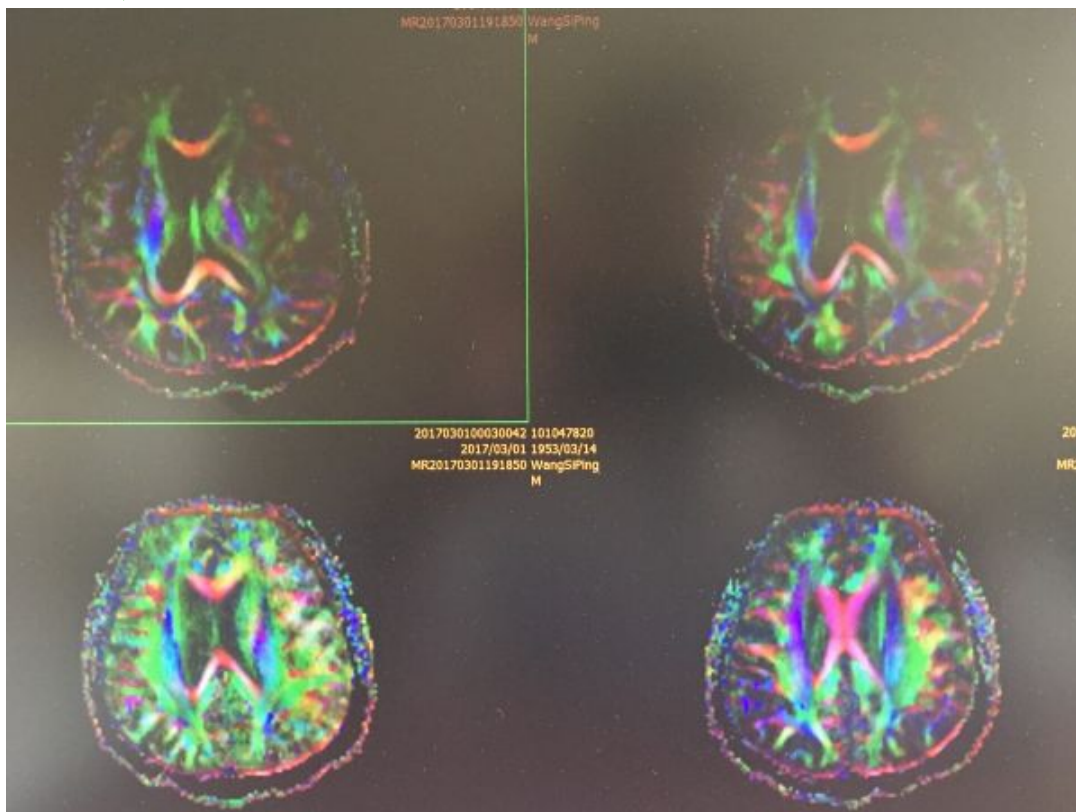
简要介绍下该患者的病史：

患者老年男性。3 月前开始出现明显记忆力减退，反应迟钝，1 月前进一步加重，并出现头痛、头晕，无恶心、呕吐。平素体健。

来我院门诊，行头颅 MRI 检查示左侧丘脑、海马、基底节区、岛叶、颞叶占位，左侧侧脑室后角异常信号影。







术前我们的准备：

1. 完善术前常规实验室检查及心、肺功能的相关检查。
2. 患者右利手，切除肿瘤时功能区的保留。
3. 根据 DTI 指导，明确合理入路。
4. 手术时间可能较长，备血及二次抗生素的准备。
5. 切除范围大，术后渗透性治疗的跟进，术中不排除脑室型 ICP 植入之可能。

手术入路（导航指引下）：

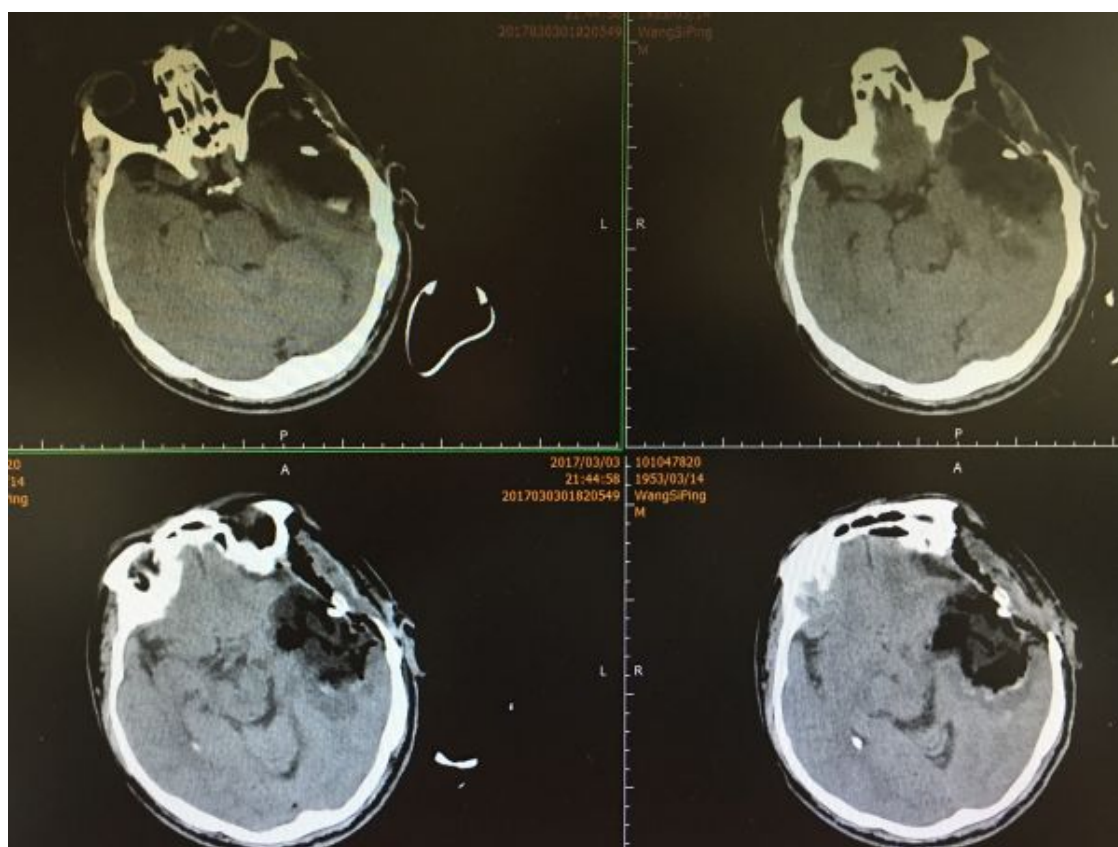


我为人人，人人为我

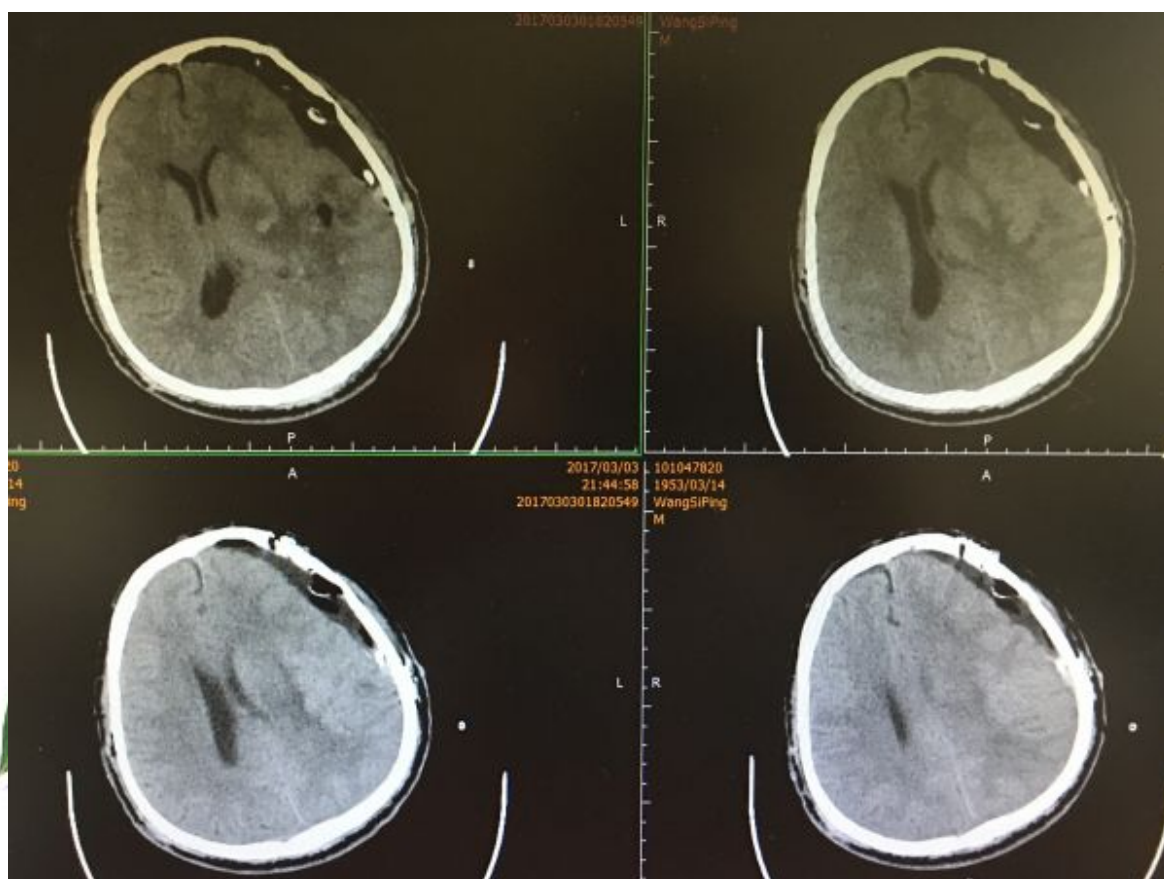
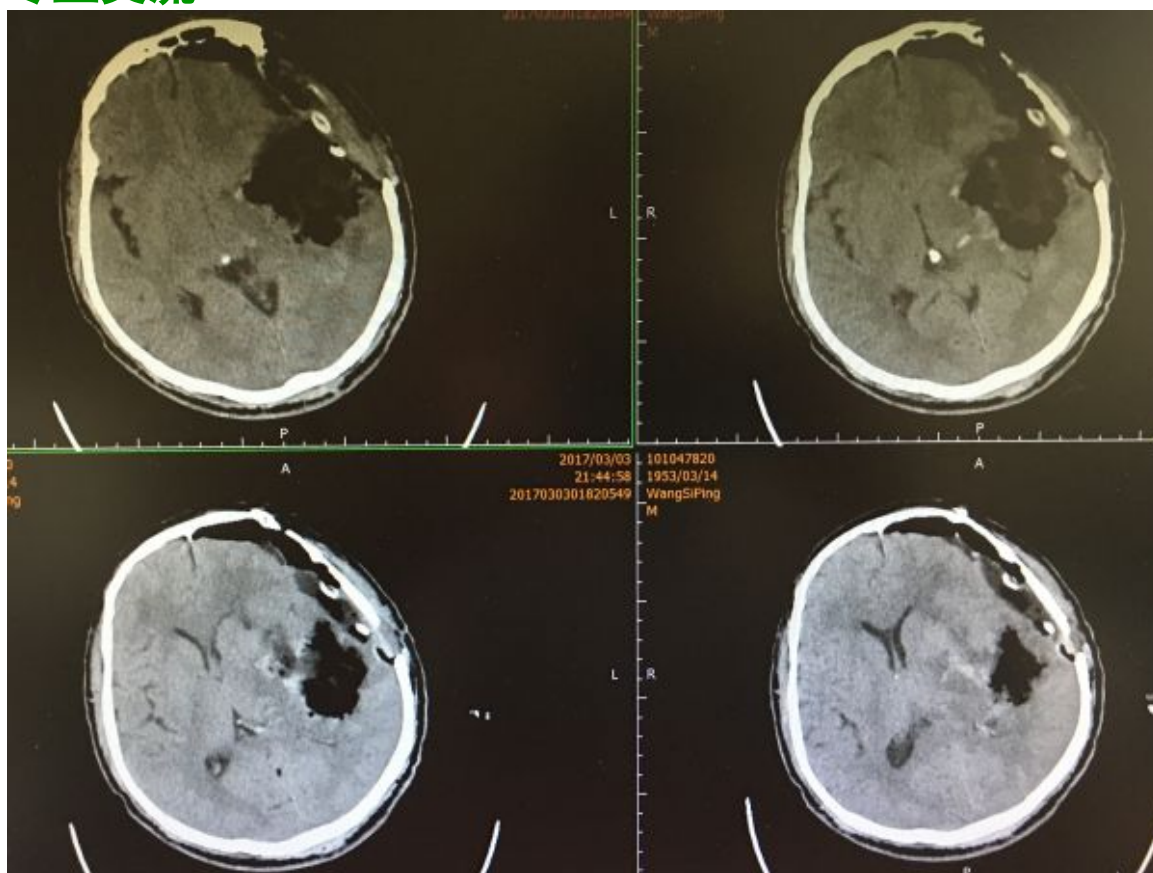
术中情况：



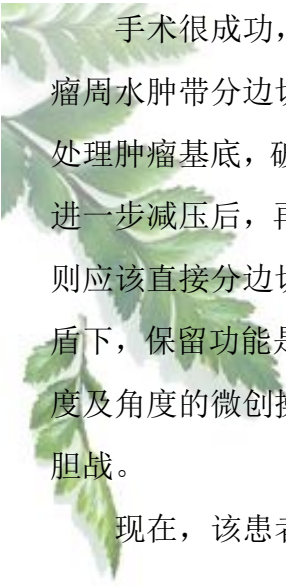
术后 CT：



我为人人，人人为我



我为人人，人人为我



手术很成功，现在简单说下手术的难度：一般胶质瘤术中切除的基本原则是：沿肿瘤周水肿带分边切除，可以最大可能的减少出血；一般脑膜瘤术中切除的基本原则是：处理肿瘤基底，破坏血供，如肿瘤过大，打开脑池，释放 CSF 减压后，内部分块切除，进一步减压后，再分边肿瘤全切；而此例胶质瘤的特殊性在于，血供异常丰富，按原则应该直接分边切除，但同时，肿瘤周边全部都是重要功能区，语言中枢等，两者矛盾下，保留功能是永远的王道。所以，我们一边止血一边内部分块切除，术中对于深度及角度的微创操作要求非常之高，以超声刀辅助的技术令作为一助的我都看得心惊胆战。

现在，该患者在 NICU 中进一步观察，后续的事情还很多。

分享急诊工作中遇到特殊的病例

作者：qzl2

链接：<http://bbs.iiyi.com/thread-3216111-1.html>

第一例：患者为女性，25 岁，已结婚，但没有生育小孩，因“右下腹疼痛 10 小时”入院。检查：腹部平坦，右下腹部压痛明显，有反跳痛，无移动性浊音，脉率 85 次/分，血压 100/70mmHg。末次月经已过去 43 天。5 天前在某医院检查做尿检，妊娠试验阳性，因某种原因做了人工流产手术，术后患者身体没有明显不适。至 10 小时前，患者觉得下腹部疼痛，以右下腹为重，来到我院。化验白细胞值有 12×10^9 ，红细胞 37×10^{12} ，当时初步考虑为急性阑尾炎。为了慎重起见，还是决定作个 B 超检查。然而，正准备去做 B 超，患者突然感觉头昏，无力而晕厥，患者面色苍白，脉速。腹腔穿刺，抽出不凝血液，紧急输液，妇产科会诊。作剖腹探查，诊断为输卵管妊娠破裂。经治疗后，患者康复出院。

第二例：为三个儿童，年龄 6-10 岁，自一米高的树干上跌下 20 分钟，不能爬起，被紧急送到我院外科急诊。检查几个患儿症状相似，都有抽搐表现，口吐白沫，难道是颅脑外伤？而且几个小孩出现同样的症状，难道是巧合？这似乎更象中毒表现。内科紧急会诊，考虑鼠药中毒的可能，紧急作相应的处理和检查，结合其他儿童出现相

专业交流

同症状、家长随后提供的情况，以及事故现场找到的包装袋，确诊为老鼠药中毒。

这两个病例，都有一个共同特点，即有一个假象。第一例是在“人工流产”术后，如果没有这个过程，宫外孕的诊断是毋庸置疑的；第二例，也有一个外伤史，怎么办？按外伤作颅脑 CT？如果这样的话，延误时机，抢救成功的机会就更渺茫了。因此，我们在处理一些急诊病人时，不能被一些表象所迷惑，及时合理的判断，在急诊急救中显得是多么的重要。

第三例是 3 年前的一个误诊病例：患者女性，45 岁，右上腹部疼痛 2 天加重伴恶心 1 小时，于凌晨 2 点钟就诊于急诊科。查体一般情况可，神清，体胖。心肺查体无明显异常，腹软，右上腹轻压痛，无肌紧张，Murphy 征(±)，神经系统无异常发现。给予做血细胞分析白细胞稍高，中性正常；腹部 B 超提示：胆囊肿大，壁粗糙，考虑胆囊炎，余无异常发现。当时由于疲劳没按常规做心电图。值班医生按胆囊炎输液处理，于 5 点左右时患者症状明显缓解，6 点半时输液完，于 7 点症状消失。家属离院回家送小孩上学，患者留院观察。于 9 点左右时患者突发胸部剧烈疼痛，抽搐，约 1~2 分钟医生到达时心跳呼吸停止，立即心肺复苏，20 分钟无效。家属到达又复苏了 30 分钟仍无心跳及呼吸，终止抢救。第二天法医解剖：右心室穿孔，大量心包积液。

该病例提示急诊医生任何时候都不能对每一位病人掉以轻心，放松警惕，特别是一些不典型病例。

第四例也是以前的一个病例：晚上 12 点多来的病人，男，40 岁，诉晚上睡醒感觉胸口疼，烧灼样，病人指的部位是胸骨。家属说本来疼的不厉害，不想来医院，后来怕是心脏的问题，就赶紧来了。既往无其他病史。

就在说话的功夫病人诉疼痛缓解，无其他不适。

当时心电图科晚上不值班，没法做心电图检查，我测了测血压 150/90mmHg，听诊心律齐，考虑病人可能是心绞痛发作，病人已经缓解，就给开的硝苯地平、丹参片口服，嘱咐他白天来做心电图，病人就走了。

第 2 天病人来做心电图，结果示正常。就嘱其继续口服药物观察。

又过了几天病人来诉晚上又疼了一次，并说有点吐酸水，我一听，就考虑是不是消化系统的问题导致的？就给病人加上了奥美拉唑、硝苯地平和丹参继续服用。

后来病人诉再没发作疼痛。

现在考虑病人应该是反流性食道炎引起的疼痛，当时经验少，遇到病人老是往大

病、严重的病上考虑，问诊也不全面，其实是很明显的鉴别诊断也没搞清楚，以后要引以为戒。

第五例：2003年，5月30日晚上，12点多了，我已经睡了。村上的冯××的妻子来找我，说她丈夫肚子疼，吐的厉害，让我出诊。

到那后，测了体温：37.2℃、血压：120/75mmHg，呼吸：25次/分，脉搏：80次/分。查体：腹肌紧张，全腹压痛（+），莫非氏症（-），麦氏点压痛（-），大便正常。即诊断急性肠胃炎，给予输液治疗：

1. 胃复安 10mg+654-2 10mg，肌注；
2. 0.9%NaCl 250ml +阿米卡星 0.6+西米替丁 0.6；
3. 5%GS 500ml +VC 3.0 +VB6 200mg +肌苷 0.6 +10%氯化钾 10ml。

用上液体后很快腹痛就缓解了，因此没多在患者家里观察就回自己家了。

回到家刚睡下没有多大一会，冯××的妻就打电话说又吐的不行，让我过去再看。根据刚才的检查，我想没错就是急性肠胃炎，因此对她说没事过一会儿就好了。过了有十多分钟，她又打来电话，我无奈去了她家。到那以后，冯××已经意识模糊，表情淡漠，嘴角不停的抽动并流涎。当时我想怎么回事？脑子想了很多，药物过敏？脑血管意外？急忙查体：瞳孔扩大，直径约4mm，瞳孔对光反射消失、视力模糊；掀开被子就看到腹部和大腿等多处有肌丝震颤；马上想到有机磷中毒。追问病史，患者于三天前给棉花打农药，因药桶漏药水，使的全身湿透，回到家用清水洗了一遍。说到这我一边打电话叫县医院救护车，一边嘱家人准备东西。到医院后，做胆酯酶活力测定为25%。上级大夫紧急抢救：吸氧、插尿管、心电检测、输液……经过十天的治疗，冯××康复出院。

教训：不论什么时候接诊都要详细问诊，把思维视野拓宽，多观察患者。

女，58岁，农民。

主述：反复右上腹隐痛不适3年，再发加重3个月。患者自述既往有十二指肠溃疡病史5年。

查体：体温、脉搏、呼吸正常，BP：130/70mmHg，心肺无明显异常。腹部平软，剑突下压痛，墨菲氏征（±），无明显反跳痛，肝脾未扪及，双肾区无叩击痛，肠鸣音正常。辅助检查：血常规示血红蛋白低一点（具体多少我也记不得太清楚了），大便隐血（+）；小便常规正常；腹部B超示：胆囊结石、胆囊炎；心电图和胸片正常。

专业交流

患者入院主要是以前做过腹部 B 超知道有胆囊结石，自己也吃过很多治疗胆囊炎的药，因为近几个月腹痛加重，所以准备入院做腹腔镜胆囊手术。

诊断主要是：胆囊结石。

入院第 3 天做手术，把镜子打进去看看整个腹腔的情况时，看到的情况让我们大吃一惊，在十二指肠处发现一根类似牙签的异物从内刺出。于是在腹腔镜下做了胆囊切除和腹腔内异物取出和十二指肠修补术。异物取出后，发现是长约 2.0 厘米的牙签状物体。

术后仔细询问病人，病人家属说患者因为是开店做生意的，所以吃饭一直很快，几乎是吞的。病人自己回忆，5 个月前一次吃青菜时感觉有东西卡住了，后来多吞了点饭就好了，3 个月后剑突下有时活动后有针刺样疼痛，还有几次的大便有点偏暗。

误诊分析：1. 没有很仔细的询问病史，病人自己认为腹痛是因为胆囊结石和胆囊炎引起的，所以没有提起那件吃饭和解黑大便的事。2. 患者既往是有十二指肠溃疡的病史，所以对于她说的剑突下疼痛不适没有想其他的原因。

从这个病人身上也有教训给我：1. 一句老话仔细的询问病史。2. 不要有经验主义。3. 做医生就要像做侦探一样，见微而知著，不要放过一点对我们有用的线索。


差点被切除的乳房肿块

作者：红冰

链接：<http://bbs.iiyi.com/thread-938374-1.html>（400 楼）

有一农村妇女，四十岁左右，左乳外上象限长了个无痛性包块，而且生长较快，到我们医院看病。收入院后检查发现肿块于外上象限，约 3cm×4cm 大小，质地硬，表面欠光滑，边界不清楚，可以移动，无明显压痛，左腋窝有肿大淋巴结，右侧乳房及腋窝无明显异常。B 超检查显示实性肿块，内侧非均质暗区。科主任查房后认为乳癌的可能性较大，于是建议行乳癌根治术治疗。

病人由我具体负责，于是向病人的家属进行了术前谈话，家属表示理解并签了字，准备第三天手术日的时候行肿块切除并备乳癌根治术。



第二天，来了很多实习同学，科主任让我挑出一些病人进行讲解，该病人位列其中。到了这个病人床前的时候，我给病人在体表标了肿块位置，病人很配合，于是有十多个同学一一对她进行了体检，同时我的讲解使同学们对乳癌的认识更加具体，自己因而有些沾沾自喜。

第三天，病人被推进了手术室，因乳房肿块切除手术已作了很多，上级医生让我先带个实习同学将肿块切掉送病理，并叮嘱我局部扩大切除一些。病人上了手术台，脱掉上衣，我看昨天作的标记还很清楚，于是消毒铺巾，准备手术。让巡回护士拿来局麻药，用注射器吸出，稀释后先沿着依稀可见的标记打了皮内局麻，再往里作深部浸润时，怪了——肿块没有了！

怎么办？头一次遇到这种情况，让病人坐起来再躺下，在整个左乳上摸了又摸，愣是没有，左腋的淋巴结仍存在。我有点傻眼，左思右想不得其解。跟上级医生汇报，上级医生不在，给主任打电话，主任说没了就回。于是巡回及器械护士都很高兴，都称赞我生了一双神手——手到病除，病人也很高兴，连声对我说谢谢。回到病房，问了主任，才知道病人的肿块可能是“乳结”，再问一下病人，果然她仍然在给最小的两岁的儿子喂奶。

原来十多个同学给她作了按摩后，她自觉局部不舒服，用热毛巾热敷了几个时辰，肿块自动消散了。

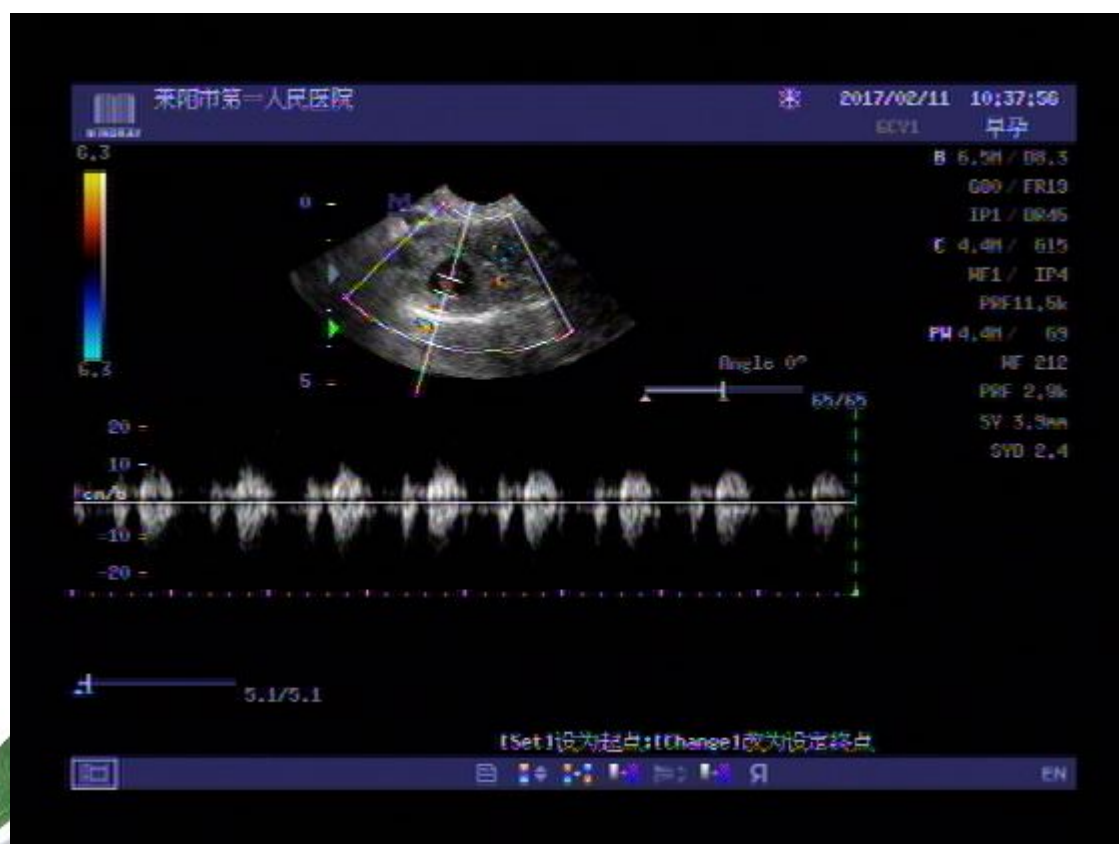
看来年龄是很能欺骗人的。以后再来乳房生了肿块的女病人后，不管她多大岁数，我都无一例外地问她是否还在哺乳。

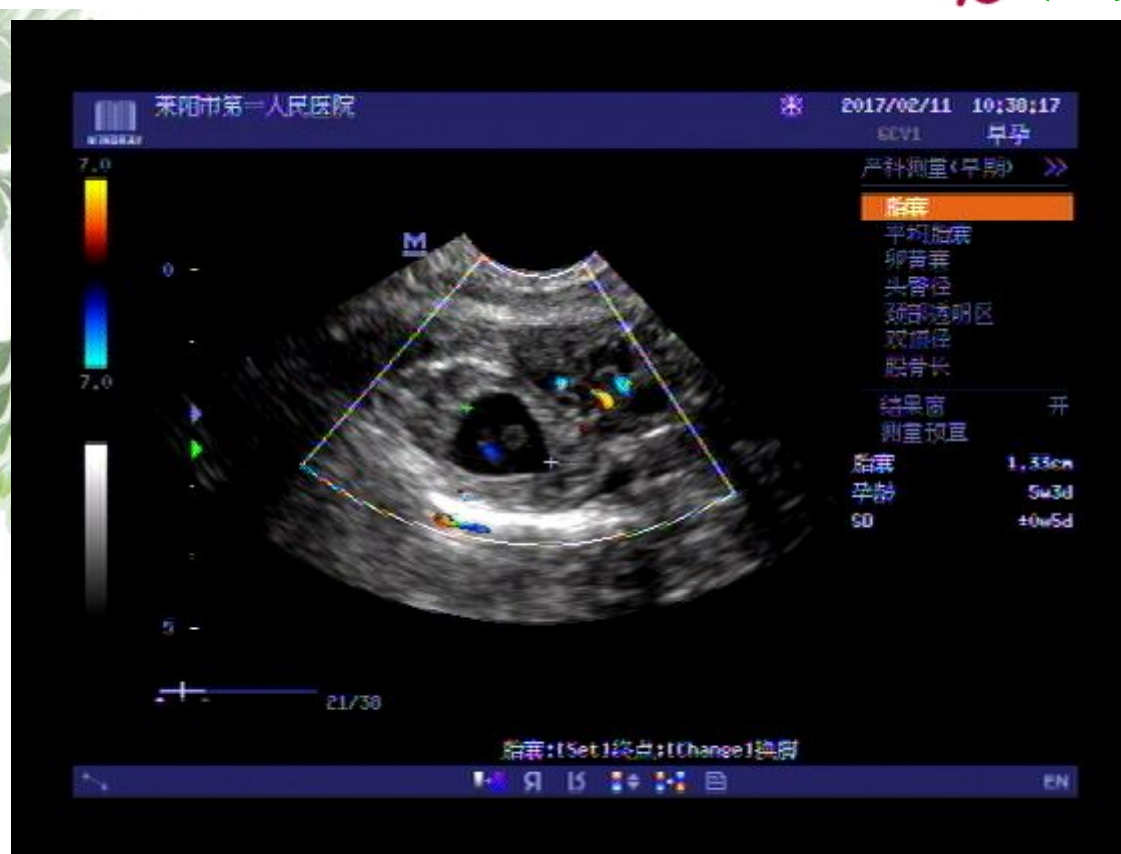
经典宫外孕

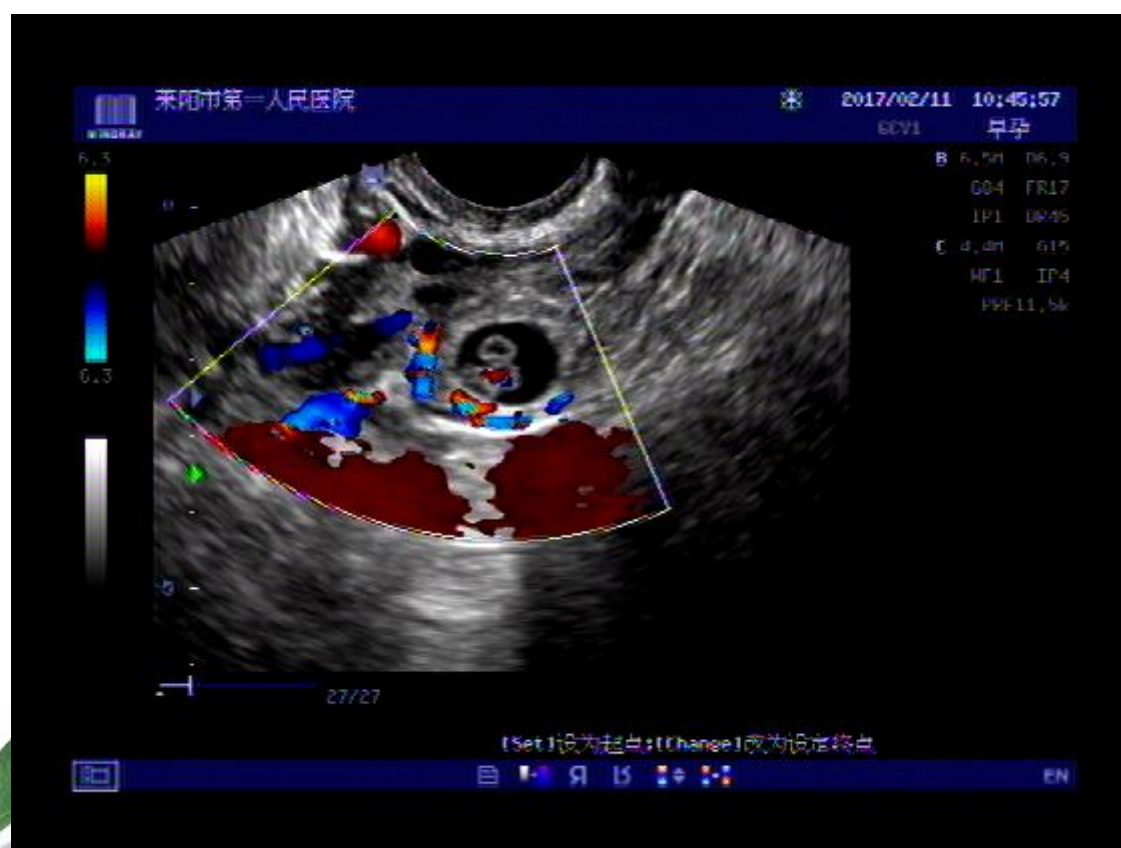
作者：songjunrui

链接：<http://bbs.iiyi.com/thread-3379713-1.html>

女，36岁，停经50天，阴道流血5天来诊。









痔术后出血致失血性休克的一个病例

作者: zcy1aoda

链接: <http://bbs.iiyi.com/thread-3385990-1.html>

上个夜班的事了，整个过程还是比较惊险的。上班好几年，也遇到和处理过几次痔术后出血的，但出血量和危险程度这次算是最严重的，处理过程中个人感觉有满意的地方也有不足的地方，希望同行们能吸取点有价值的地方，指正不足之处，来共同提高诊疗能力。

当时值 24 小时班，白天是上午忙忙手术，下午整整病历，晚上早早吃饭（还好吃得早，要不后面肯定要饿肚子了），一切都很平静。晚上 7 点半左右，急诊外科来电话，要求急会诊。简单问了下，说是一个外院刚做完痔疮手术，手术后一小时出血的病人。因为了解术后出血的威猛，所以不敢耽误立即赶去了。

到了急诊，看到一群人围着一辆推车，推车上躺着一个年龄约 50 岁左右、体型消瘦、脸色苍白的男性患者，推车床单和衣裤上血迹斑斑。周围家属表情极其紧张，完全是慌了神了。我喊了一声：我是肛肠科医师，哪个是出血病人？推车旁的家属听闻后将我团团围住，七嘴八舌的开始诉说病情。我打住他们，问了三个问题：1. 在外院做的什么手术？2. 术后出血有多长时间了？3. 术后出了多少血？家属大致描述了出血的经过：约 2 小时前在我市较为知名的私立医院做的痔疮手术，术后回家约两小时开始解血便，量约 300 毫升。听完大致情况后，我立即让家属脱去其裤子，可以看到家属在止血过程中给其外敷压迫用的纸条和布条内有大量暗色血凝块，估计出血量应该再增加 300ml。肛门处伤口已经难以看清楚，让血都糊住了。戴手套石蜡油浸润后做了肛门指检，发现肛门较为狭小，后位肛管到肛门直肠环似乎可触及切口，退指后有大量新鲜血液及血凝块自肛内流出。可以判断肛内仍在持续性出血。

了解了基本情况后，我转头问了下急诊医生和护士，病人生命体征情况：血压 100/60mmHg，心率 105 次/分。让其立即双通道输液补充血容量，让急诊科医生安排了术前检查，急查血常规、血生化和凝血功能，急诊心电图。安排绿色通道将患者急送手术室安排手术。我利用这个时间，回到科室打了一份手术知情同意书，告知手术风险，让家属签字。从到急诊科，到安排好送手术室，这个过程应该不超过 10 分钟。

可能不少人，特别是非肛肠科医师看了以后会觉得不就是痔疮术后出血吗，出血

量看勉强算大出血，搞得这么惊天动地！至于吗？这种感觉估计我院急诊科医师也有，可能觉得肛肠手术术后出血不会很严重，出血量不会很大，生命体征没有大的异常，有啥好怕的。所以患者进入急诊室并没有给予开放通道补充血容量，甚至没有褪下裤子查看下出血情况。如果我们肛肠科医师也是这种感觉，而按照正常程序走：让病人办理入院，送入科室，抽血化验，术前谈话，送入手术室安排手术，那我想这个病人最终的结果可能会发生大变化，这个后面慢慢道来。

过程中，在急诊科交代情况后，我给主任打了个电话，告知基本情况，主任随后赶往医院。在病房与患者谈话结束后，我估计主任应该需要半个小时左右才能赶到，所以我先赶到手术室。患者也刚刚到达手术室，此时的患者面色极其苍白，意识已经有点嗜睡的感觉。抬到手术台后，立即予以测血压，护士测完血压一句话把我惊的一身冷汗，她说的话是：“血压测不出来！”看到外衣比较厚，我努力保持镇静：“脱去上衣再测一次”。“50/30mmHg！”失血性休克！我让她赶紧喊麻醉师抢救，同时调快输液速度。现在我内心后悔的是没让急诊科把输血前准备工作做好，我现在一个人在手术室，又要给患者止血，又要去完成输血准备，真的有点耽误时间。想了想，还是输血重要，有血就有保障。趁着麻醉师抢救的时间，我急速完成输血准备工作，安排输血科输血。此时患者血压还是没有升，我真的很担心患者会挂掉。心里想：患者家属要是觉得进来还是好好的，而在手术室挂掉了，那后果……（反正很多家属都是感觉只要是活着进入手术室那都是算好好的）。我赶紧花了30秒把病情与手术室外的患者家属交代，告知其患者病情危重，血压过低、目前正在抢救。然后顾不得再和惊慌失措的家属沟通，飞奔回手术室继续抢救患者。此时患者血压略有回升，因为主任此时还没到来，一个人也难以直接探查止血，只能简单予以先处理了。我给患者肛门周围局麻后，将肠道内残留血液用吸引器吸出，总量约400ml。感觉还是后位手术切口出血可能大，因为切口深处接近肛直环，最靠里的切口位置有点像瓶颈的位置，向里凸出着，出血时无组织压迫，常规术后使用的凡士林纱条也难以压迫住，可能会出血不止。制作一个排气管，外层包裹多层凡士林纱条，缓慢塞入肛门内，用手指将纱条按压在后位切口处。这样按压了约5分钟后主任来到，此时患者血压已经升上来了。后面配合主任进行手术，查找到出血点（与估计的位置相同，在后位近肛直环处），予以缝合结扎后出血停止，过程中予以输注全血800ml。患者急诊科查血常规：血红蛋白104g/L，第二日复查血常规：血红蛋白70g/L（这是在输血800ml后查的）。后

期又少量多次输注 800ml 全血。按 2u 补充 10g 血红蛋白计算，其最低血红蛋白可能在 50g/L 左右，估计总的出血量在 1500ml 以上。

现在看来，有几点经验总结，凭感觉，写的仓促，还望同行们指正：

1. 痔术后出血量可以很大，甚至短时间内引起失血性休克，造成死亡。临床处理时应保持高度重视，处理应及时有效。处理时最好及时完成术前检查、备血准备，病情告知等工作，避免病情突然加重，再去准备，延误抢救时机。

2. 处理过程一般不难，因为一般手术切口不深，予以缝合一般即可止血，但肛周手术需要助手配合，所以处理时应及时联系科室其他人员。

3. 判断出血量和病情轻重不能以患者口述为准，也不能被患者暂时的生命体征所蒙蔽，如果检查发现直肠内残留大量血块，且伤口仍在持续出血，还是应及时安排手术。

4. 发生失血性休克，必须迅速有效的进行抗休克处理。手术室处理比在本科室处理绝对迅速和有效。所以尽早进入手术室是上策。

3 例玫瑰糠疹治疗经验介绍

作者：laogao001

链接：<http://bbs.iiyi.com/thread-1506204-1.html>

玫瑰糠疹是并不常见的皮肤病，多见于成人，好发于躯干及四肢近端。皮损特点为在躯干、上臂或腹部先出现一个母斑，向周围扩大，中心有糠秕状鳞屑。4~5 天或 2 周后分批发疹，皮损为椭圆形，初为淡红色，中心略带黄色，以后变为玫瑰红色斑疹，大小不一，中心平坦，有细微皱纹，边缘微隆，表面附着糠秕状鳞屑。躯干部皮损之长轴与肋骨平行，以背部看有些像圣诞树样排列(附图：注图片为资料照片)。自觉有不同程度的瘙痒。约 4~6 周后自愈，很少复发。今年我处治疗 3 例玫瑰糠疹，都是复发病人，现介绍如下：

例 1：男，45 岁，皮疹 1 个月，治疗无效。查：前胸及腹部满布圆形脱屑性皮疹，上臂少，椭圆形，略高出皮肤，粉红色，有白色皮屑，中间色略淡。上臂少，腹部有

专业交流

一 $2\text{mm} \times 3\text{mm}$ 大的皮疹。诊断：玫瑰糠疹。治疗：西米替丁 0.2 克，每日 2 次口服；潘生丁 50 毫克，每日 3 次口服；赛庚啶 2 毫克，每日 3 次口服。哈西奈德软膏每日 2 次外涂。嘱戒酒，禁辛辣食物。5 天后，皮疹消失大半，继续口服药物治疗。中间喝白酒后，皮疹复出，劝其戒酒。治疗 2 天，完全恢复，未复发。

例 2：男，37 岁，全身皮疹 3 年，每年夏秋季发作，冬春季好转，多方诊治以“体癣，湿疹，皮炎”治疗无效，到我处诊治。诊断：玫瑰糠疹。治疗方剂同例 1。因患者皮疹瘙痒较剧，用扑尔敏 10 毫克+维生素 B12 针 250ug 肌注，每日 1 次。5 天后，皮疹有好转，停注射药，以口服、外涂药物治疗。15 天后皮疹完全消退。

例 3：女，30 岁，腹部及背部上臂散在圆形脱屑性皮疹，椭圆形，粉红中间色淡。曾以“体癣”治疗无效。细查：左肩胛处有一 $2.5\text{mm} \times 3\text{mm}$ 左右大小红斑性皮疹，考虑为母斑。诊断：玫瑰糠疹。治疗：西米替丁 0.2 克，每日 2 次口服；潘生丁 50 毫克，每日 3 次口服；赛庚啶 2 毫克，每日 3 次口服。嘱禁辛辣食物。1 个月左右患者又来就诊说：服药后，皮疹消退。吃几个辣椒，次日又显皮疹。查：与上次相同，略少，仍以上方治疗。嘱禁辛辣，未复发。

体会：

1. 玫瑰糠疹患者发病多由外界不良刺激而诱发。因此，在治疗疾病的同时要去除诱发因素。

2. 西米替丁、潘生丁、赛庚啶 3 种药物联合治疗玫瑰糠疹，有协同作用，除嗜睡外未见不良反应。



我为人人，人人为我



心电图读图第 67 期

作者: trg

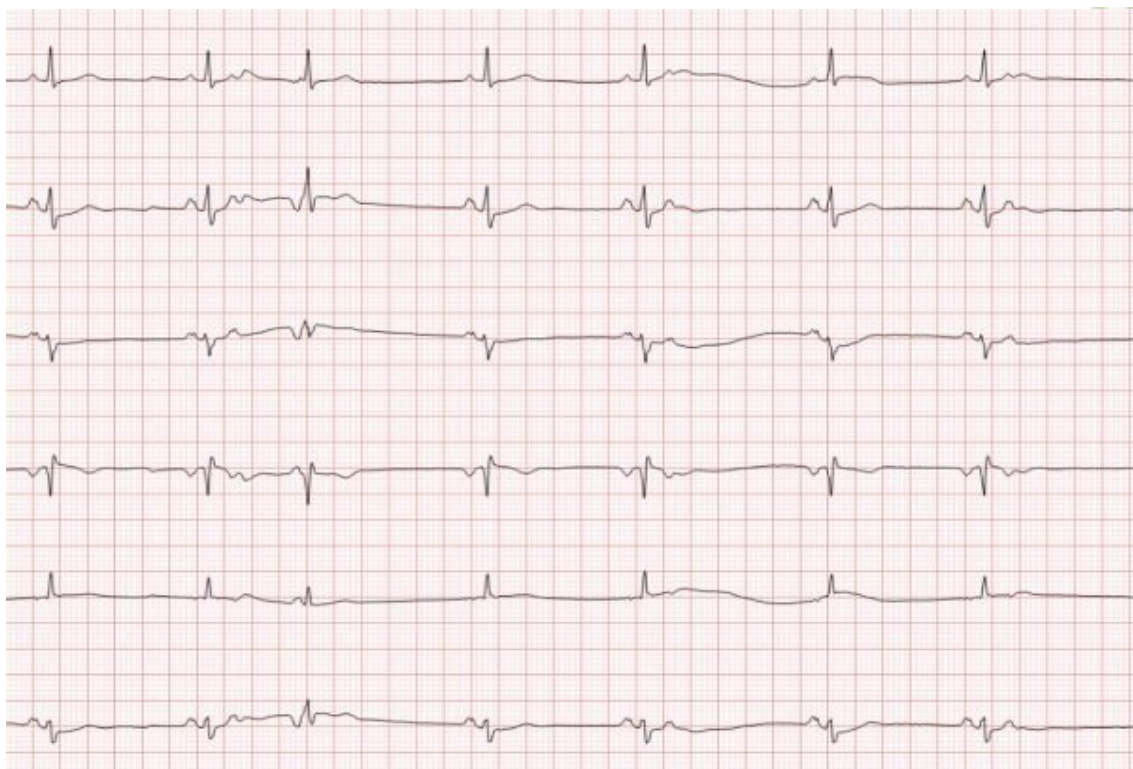
链接: <http://bbs.iiyi.com/thread-3388715-1.html>

请大家分析心电图时, 尽量从以下四项分析。

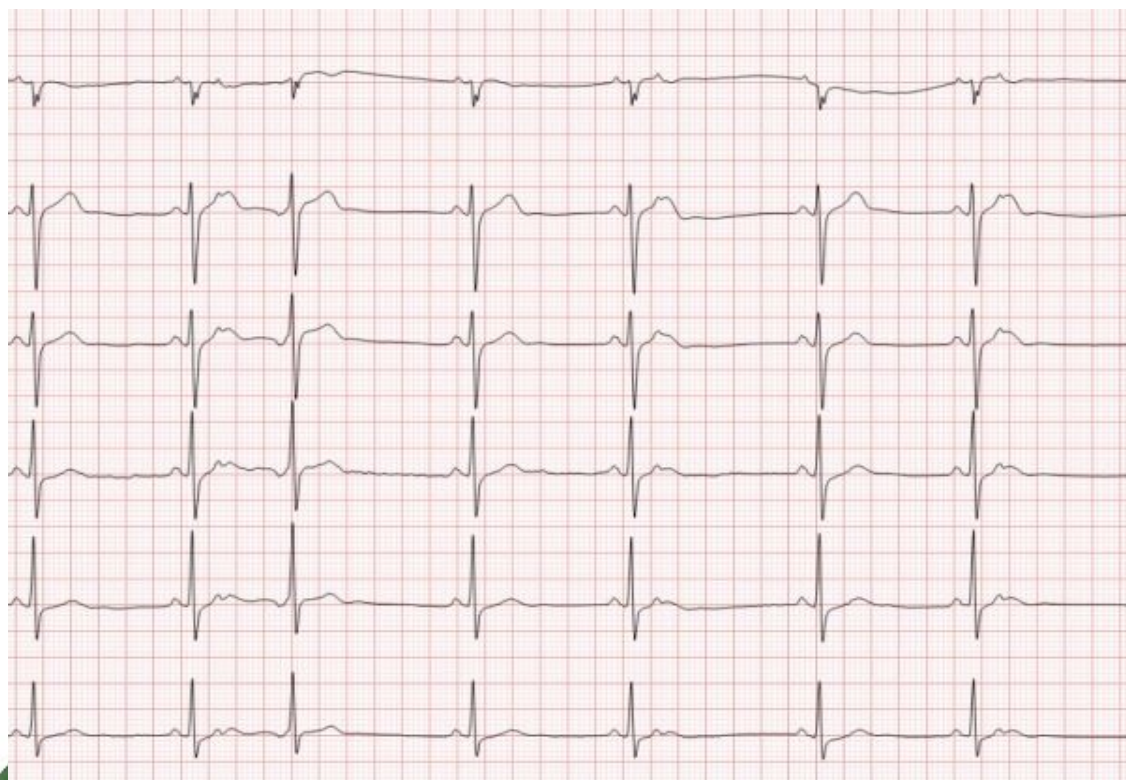
1. 【心电图诊断】
2. 【心电图诊断依据】
3. 【鉴别诊断】
4. 【临床意义】

患者男性, 75 岁, 请给出诊断及分析过程。

I-avF 导联, 标准电压




v1-V6 导联，标准电压



责任编辑：寒冰

编辑：刘延红大夫

我为人人，人人为我



第二部分——中医部分

补中益气汤加减治验两例

作者：绿衣

链接：<http://bbs.iiyi.com/thread-1706504-1.html>

例 1：李某，女，24 岁。

【主诉】：头昏乏力多年，加重伴发热一周。

患者几年前在体检时得知自己血压偏低，当时测血压为 80/50mmHg；平素体弱，易乏力，头晕，心悸，夏季明显，饮食量小，食后腹胀，双腿常觉无力。近一周明显加重，而且出现发热，自测体温在 37.2℃到 37.9℃之间波动，头晕甚，喜卧懒言。自认为是感冒，口服抗生素以及退热药，效果不明显。患者担心自己患上不治之症，整日忧心忡忡，家人带她来我处诊治。其面色淡白，神情忧郁，饮食不佳，二便尚调，舌淡苔薄，脉虚数。

【诊断】：原发性低血压

【方药】：黄芪 30 克、党参 50 克、白术 20 克、当归 15 克、仙鹤草 70 克、陈皮 10 克、柴胡 15 克、升麻 10 克、枳壳 10 克、肉桂 5 克、合欢花 20 克。

药进 5 剂，热退，余症减轻。更方为：黄芪 30 克、党参 50 克、升麻 10 克、柴胡 10 克、枳壳 10 克、何首乌 30 克、阿胶 15 克、仙鹤草 70 克、熟地 20 克、桂枝 5 克。

15 剂后，血压恢复正常，所有症状全部消失。

患者原发性低血压，乃先天不足，故肾精亏少不能养肝，肝升发无力，疏泄不及，加上肾精不足以化气，致使气血不足，不能上荣于脑，见头晕；患者后天脾胃不足，中气虚，故见食少懒言，腹胀等症，肝失疏泄，脾失健运，升降无力，致使气机郁滞化热，此为气虚郁热，治当健脾益气，解郁散热，取黄芪、党参、白术补脾助运，柴胡疏肝解郁，调畅气机；当脾气健旺，气机流通无阻，则郁热自除，发热退。又：心

我为人人，人人为我

气虚推血无力，中气虚升提无力，都可以导致低血压型头晕乏力，而元气是诸气之根本，故取何首乌、熟地补肾精以化生元气，使气出有根；黄芪，仙鹤草补元气、心气、中气；阿胶补血增加血容量以充盈血管，提升血压；桂枝用小量以通阳，方中升麻，枳壳，柴胡一升一降一疏，使气机畅达，不但可以解其郁热，还能使补而不滞，肉桂引火归元，又补命门火以化脾土，作釜底加薪之用，全方以补肝脾肾为主，以补中益气汤为基本方，故疗效满意。

例 2：王某，女，49 岁。

【主诉】：上腹坠胀不适 1 年。

患者由于工作缘故，饮食经常不规律，饥饱无常，一年前出现腹胀、下坠症状，在医院检查出胃下垂。患者形体瘦长，上腹坠胀，甚至疼痛恶心，饭后明显，平卧减轻，伴乏力，懒言，食欲不振，也不敢多食，大便时溏，舌淡苔白滑，脉细。

【诊断】：胃下垂。

【方药】：黄芪 60 克、党参 30 克、白术 20 克、升麻 10 克、柴胡 10 克、陈皮 10 克、枳实 10 克、鸡内金 30 克、山药 15 克、肉桂 15 克、当归 10 克、仙鹤草 80 克。

服药 5 剂后，症状大减，巩固治疗半月善后。

患者长期饮食失调，使中气受损，脾虚下陷，升举无力，故胃体下垂，方中补中益气汤补中气、助升提；脾主肌肉，与胃相表里，故以白术补脾使胃肌强健，仙鹤草补气健胃，兼能解毒；肉桂补命门火以助中焦腐熟水谷，山药补脾以助脾升清，鸡内金健胃消食，促胃排空，枳实主降，与柴胡，升麻同用使气机升降得调，升提药剂量大于降下是为升提胃体而设，枳实配黄芪更可强壮胃肌，疗其虚陷。全方攻补兼施，升降并调，最终脾健胃和而效果明显。

小建中汤加味治验

作者：gdh0663

链接：<http://bbs.iiyi.com/thread-1793650-1.html>

郭某，女，65 岁，2010 年 3 月 5 日来诊。

我为人人，人人为我

【主诉】：反复剑突下胀痛约 1 年，加重 1 个月。

【查体】：患者约 1 年前开始出现剑突下胀痛，饭后饱胀感，偶有暖气、返酸。胃镜检查提示：胃十二指肠球部溃疡，胃窦炎；B 超检查脂肪肝，肝功正常，二对半正常，甲胎指数正常，血糖正常；颈椎骨质增生；发音嘶哑，查得咽喉没有病变，只是声带有些粘连。见症复杂，西医说不知从何处治疗。患者这个月来体重下降，吃不多（较过去少），就诊中医，经中医四诊：胃纳差，暖气、返酸，剑突下胀痛，饭后饱胀感，二便正常，夜里口干，舌淡，苔薄白，脉细弱。

【方药】：先用小建中汤加味一试。

【处方】：黄芪 20 克、桂枝 10 克、白芍 20 克、干姜 10 克、大枣 5 枚、炙甘草 10 克、枳壳 20 克、砂仁 10 克（后下）、浙贝 15 克、海螵蛸 15 克、太子参 20 克、苏梗 10 克、饴糖 40 克（约 3 汤匙）。

患者服 3 剂后症状明显缓解，说服了这药有三大改变：夜里睡得比较好；夜里口不再干；比较喜欢行气放屁，但有时还是声音嘶哑，瘦、体力差，原方再进 7 剂而愈。

【体会】：本案用方为小建中汤加味。在伤寒病中用于“伤寒阳脉涩阴脉弦，法当腹中急痛者，先与小建中汤，不瘥者，与小柴胡汤主之。”又“伤寒二、三日，心中悸而烦者，小建中汤主之。”从《伤寒论》的记载来看，本汤是温中补虚之剂。伤寒太阳病中如出现中焦营血不足（阳脉涩），脾胃虚寒，木来乘土（阴脉弦）而腹中急痛者，应用本汤温建中焦营气，则腹痛自愈。如服此汤中焦营气得以复建，而腹痛仍不能痊愈者，则应再投小柴胡汤以转枢，使邪气外达，其病自愈。如遇伤寒二三日，因过服发表之剂，虽然恶风寒之症状已无，二三日后因过汗而致的虚证已经形成，由于营血已虚，血不营心，故心悸，血虚则心神无所依附，故又见虚烦，此时病已入心包络，不能再用转枢之法，故必须用小建中汤温补脾胃以生营血，悸烦自愈。腹中虚痛者，加黄芪 20~40 克名黄芪建中汤。

取用黄芪建中汤，因患者腹胀，黄芪建中汤稍嫌行气不足，故方中加用砂仁、枳壳、苏梗；患者舌质薄，考虑体质有阴液不足的一面，方中白芍有养阴作用，合甘草取缓急止痛之效。考虑患者胃有返酸，合用药对浙贝、海螵蛸制之；体质以气虚为主，合用太子参加强健脾益气之功。

中西医结合治疗面瘫

作者：余氏中医

链接：<http://bbs.iiyi.com/thread-3124429-1.html>

面瘫是临床多见疾病，有些患者治疗之后疗效不满意，导致长时间面瘫，甚至合并面部肌肉萎缩，我在临床工作中治疗过较多的面瘫患者，疗效大多数满意，以 2015 年为例，总计治疗面瘫患者 99 例，全部治愈，大部分 2 周左右治愈，极少数 3 周治愈。

下面我就谈谈我是如何治疗面瘫患者的：

一般刚发作的面瘫患者，我不会给他针灸，常规处理是输液，虽然现在媒体宣传不提倡输液，但是临床需要，我还是会用的。输液最常用的药品是丹参注射液（香丹注射液也可以）及克林霉素；至于为什么用丹参和克林霉素，主要是取丹参活血化瘀通经脉的作用，而用克林霉素是因为有抗厌氧菌的作用，很多面瘫的病人都是因为口腔感染或者耳鼻喉感染继发的。临床使用下来发现，很多面瘫患者在输液 3 至 5 天之后，症状就明显改善，甚至有个幼儿园老师，输液五天之后面瘫症状完全消失，后来因为怕疼，没有针灸，就完全好了。

第二阶段：3 至 5 天之后，视病情需要给予中药汤剂口服和电针治疗，常用的针灸穴位包括曲池、合谷、颊车、地仓、颧髎、耳门等穴位，配合口服甲钴胺、三磷酸腺苷二钠、谷维素等营养神经肌肉的西药，下面着重谈谈中药汤剂的应用：

1. 气虚偶感风邪的患者柴葛解肌汤合补阳还五汤加减：这类患者因为身体较虚弱，受寒凉刺激导致的面瘫，大部分有中医说的的气虚症状，比如容易出汗，说话声音低沉无力，舌苔薄白，面瘫侧脸部触之明显偏冷，没有明显的热证（类似于西医说的细菌感染），治疗的患者中一个典型的例子：

范某，男，42 岁，因为半夜车祸被 120 送到某医院，先急诊后入院治疗，经全身检查除少量软组织挫伤外无大碍，住院第四天开始右侧脸部出现麻痹现象，肌肉松弛脸歪，喝水时口角流水，医院解释可能是车祸撞击导致的神经损害，经针灸治疗一周左右无效，自行出院。后辗转几家医院和诊所，经 3 月余治疗无效，经人介绍来我就诊。分析如果神经损伤不可能第四天才有症状，后询问得知，住院时刚好右脸对着空调风口，考虑气虚外感风寒所致，施以下方治疗，同时配合电针治疗。

处方：柴胡 6 克、葛根 20 克、羌活 8 克、白芷 8 克、桔梗 10 克、骨碎补 15 克、生白芍 15 克、大枣 3 克、黄芪 60 克、当归 10 克、赤芍 6 克、川芎 10 克、桃仁 6 克、威灵仙 10 克、冬桑叶 12 克、水蛭 6 克、土鳖虫 6 克、炒杜仲 15 克、防风 8 克、地龙 8 克、蝉蜕 6 克。

服药一周后，面部知觉部分恢复，连续治疗三周左右，症状完全消失，患者非常高兴。

2. 牵正散加减：牵正散为治风剂，具有祛风化痰，通络止痉之功效。主治风中头面经络。口眼喎斜，或面肌抽动，舌淡红，苔白。临床常用于治疗颜面神经麻痹、三叉神经痛、偏头痛等属于风痰阻络者，这个药方是很多中医常用于治疗面瘫的主要方剂。

典型病例：

刘某，男，39 岁，经常有头晕，耳鸣，高血压等症状，某日早上起床，突然觉得左侧脸部麻木不仁，洗漱时发现脸歪向左侧，以为是出现中风症状，经医院影像学检查排除了脑血管意外的可能，确诊为面瘫，就诊时先行输液 3 天丹参和克林霉素，后以下方治疗，配合电针治疗，2 周左右痊愈。

处方：僵蚕 10 克、白附子 8 克、全蝎 6 克、桂枝 6 克、双钩藤 12 克、蔓荆子 8 克、防风 8 克、荆芥 8 克、蝉蜕 10 克、葛根 20 克、黄芪 40 克、桃仁 8 克、红花 5 克、地龙 6 克、桑寄生 12 克。

3. 龙胆泻肝汤加减：主要用于口腔感染继发的面瘫患者治疗，有相当一部分患者在牙龈炎、口腔溃疡、中耳炎等疾病之后，继发的面瘫，大部分舌苔黄腻，自觉口苦，小便黄赤等症候，这类患者一般在丹参、克林霉素输液后，我会采用龙胆泻肝汤加减治疗，效果也不错。

典型病例：

张某，女，19 岁，因牙龈化脓感染在某诊所就诊，该诊所采用甲硝唑、头孢曲松联合用药，三天后牙龈肿痛症状消失，但是出现了面瘫症状，以为是用药不当导致的，遂到该诊所理论，后经解释理解了是因为细菌感染导致的面瘫，延至我处治疗，先行输液三天后，采用中药汤剂龙胆泻肝汤加减，配合电针，3 周痊愈。

处方：龙胆草 10 克、柴胡 6 克、栀子 6 克、泽泻 6 克、车前子 6 克、木通 3 克、当归 6 克、生地 15 克、甘草 3 克、桔梗 6 克、防风 12 克、蝉蜕 6 克、地龙 7 克、僵

蚕 8 克、蜈蚣 2 条、灯心草 4 克、当归 10 克、板蓝根 15 克、丹参 10 克、川芎 6 克、丝瓜络 12 克。

以上是我个人治疗面瘫的一些案例，仅供参考，不足之处欢迎指正。

简易的摸骨诊断技巧

作者：济世中药方

链接：<http://bbs.iiyi.com/thread-3119599-1.html>

我在临床学习和治疗骨关节疾病中摸索出一套简便易懂的摸骨诊断方法，可以说最短用半天的时间就可以掌握住这个技巧和方法，此方法主要针对脊柱关节的问题。

记得在五年前，告别了繁忙的乡村医生的生活，踏上了一条整骨复位的道路，一路攀登，总算是进入了这个大门。那个时候，刚接触整骨这个行业，跟随着师傅，每天都在病人身上找感觉，用盲人摸骨的感觉去品味每一节脊柱，同时也练就眼的观察力，历练了几个月才对自己有了那么点的信心，这迈出的第一步真的感觉很难很难，后来学艺出师，自己在临床中慢慢的又摸索出了一点摸骨的经验，经过给学徒们的授课实践，确实比自己学习时要轻松了很多，也容易掌握理解，故拿出来与大家共同学习探讨，为刚接触整骨行业的从业者提供一个思路。

中医脉有浮沉迟数，骨也有前后左右，骨和脉是相同的，脊柱又称为龙脊或者说龙脉，正常的脉象濡润平缓，正常的脊柱也是濡润柔软，脉象的浮沉迟数是病态，脊柱的前后左右变形也是病态，所以我们可以根据脊柱前后左右的变化来区分脊柱椎体的病变。由于人体的自由活动和平时姿势的不正确，最多的活动姿势是脊柱的旋转和弯腰伸腰，这样时间久了或者不正确的姿势或者受损伤或者机能退化等等因素，都可以引起两侧肌肉韧带受力不均衡，造成脊柱的旋转和偏离正常的位置，因而出现临床不适症状。

治疗时，首先第一步是整体望诊：患者坐、立、行的姿势，自然站立的体形，精神状况，头是否歪向一侧，两肩是否等高，胸有无前倾或后仰，两胯有无半脱位，两髂前上棘是否在一平面，两腿是否等长，有无阴阳脚，四肢有无畸形，活动功能有无受限，疼痛。

第二步是躺和卧整骨床上望诊：患者俯卧于正骨床上，头放于床孔上，全身放松，身体放平，医者从头侧平视观察患者，定背部的高点和低点，两肩胛骨，两臀部，胸椎为最高点，颈部，腰部为低点，然后观察脊柱有无偏移，是否居中，有无 S 型 C 型弯曲，椎体有无错位，旋转，滑脱，成角，有无压痛，两个高点是否在同侧还是对侧，有无其他部位出现高点或凹陷，两侧肋骨有无凸起或凹陷，有无压痛，肋弓有无畸形，脊柱有无畸形，肌肉有无萎缩，肿胀，再者以背部胸椎高点为中心点向上与两肩胛高点连线成等腰三角形，向下与两臀部高点连线成等腰三角形，观察两个三角形的两边是否等长；两髂后棘高点是否平行，是否等高，凹陷窝是否一致，两腿是否等长，粗细是否一致，有无肌肉萎缩，关节处有无压痛、结节、条索物，四肢有无震颤，活动有无异常，两脚是否为阴阳脚，顺脚等；望诊以人体上的体表生理标志为准，作两侧同一平面的对比，凸起与凹陷，如锁骨窝，胸骨窝，胸骨角，肩胛骨窝，骶髂窝，肋骨窝，髂前上棘等；身体放松摇摆双足看身体波纹有无阻碍。

第三步摸骨诊断，触诊：前面我们提到了摸骨和诊脉一样，首先要定位椎体错位的四大方向，这个很重要，大方向必须要知道，不能搞错了，这诊断对于治疗方法很关键；以椎体脊柱为中心线，偏离正中线的方向即：前后左右四个方向，加上椎体的旋转，称为“4+1”摸骨定位诊断法；要做上下 3 个椎体的对比和整体的对比。

摸诊：也称为摸骨，也是正骨医生的基本功，摸清每个椎体的间隙大小，关节有无异常，有无压痛，移位，旋转，错位，滑脱，周边肌肉组织有无结节，条索反应物，压痛，各关节有无反常活动，在摸骨中一定要做到心静气平，手心合一，犹如盲人摸骨，对于有问题的椎体和关节以及相关连的椎体做到心中有数，知己知彼才能百战百胜。

方法：医者用食指，中指的指腹（中指要微屈），两指腹要在同一水平线上，轻柔的触摸脊柱两旁的横突及肌肉，手指的温度要暖，过凉易造成病人的不适感，紧张感，影响椎体的位置改变；力度要轻，动作要柔，摸病人犹如摸自己的亲人，这样才能使病人处于放松状态，对于骨的触摸要渗透到骨面，不能产生压力，犹如摸自己的骨骼一样，这样才能使骨和手感融合一体，达到手骨合一的境界。

顺序：从颈椎开始至尾椎，两指腹由上而下轻轻触摸，力度要小；

方向：平行直线下滑；

速度：动作要慢，每一个椎体都要触摸到；有问题的椎体要做标记，要知道人体

正常脊柱的形态，只要感觉到不同于正常状态则为异常为病变椎体，包括椎体的偏移，上下滑脱，旋转，错位，并且摸骨后要牢记在心，以便在正骨时方知从何着手治疗；

技巧：熟能生巧，巧从心生，这样才能手心骨合一；在脊柱段（T11，T12，L1，L2）进行轻微的按压试验骨质的韧度；

注意：定位要准，可以反复触摸。

诊断是治疗的前提，所以诊断很关键。而诊断又是可以熟能生巧的，通过诊断掌握了椎体错位的方向，我们才能有效的复位病变关节，为治愈疾病打下基础。

用火罐心得

作者：袖里乾坤

链接：<http://bbs.iiyi.com/thread-29848-1.html>

以下几点经验供参考：

1. 火罐必须用竹或陶的，因为五行中木和土均有吸湿的功效，对寒证也比较好。
2. 火罐必须用火：经常拔火罐你会感觉到有大多数病人拔完后有局部皮肤变凉的现象，少数有变热的现象。凉是寒气，热是火气！有时可见明显的水珠，这是湿气的表现，真空罐我用着从没此效果！
3. 火罐操作正确，10 分钟内绝不会起水泡，我的几千例证明！起水泡是湿气大的表现。
4. 玻璃罐可以走罐，但竹罐不可。
5. 刺络后不能走罐。
6. 拔火罐和拔罐不是一个概念。
7. 拔火罐必须位置准确，如肩髃穴、天宗、大肠俞等处就比较容易出寒气、火气或湿气。
8. 拔火罐一般用于实证、虚证是不用的。
9. 真空罐一般都是化学一类合成的，高压状态下起不起反应，很难说，只是看真空罐用过几次后有罐体不起变化的吗？我用过四套，全都表面有去除不掉的一层厚的东西，我怀疑是化学反应的产物。

10. 我早就不用真空罐的了，相信自然，中医源于自然，还应回归自然方为本色。

11. 至于煮罐、药罐等一系列特殊罐，疗效不确切，不敢恭维，个人认为有做秀之嫌。

12. 火罐的疗效有时是立竿见影的，但虚证病人使用它，其副作用也是立竿见影的。

以上纯是自己个人的一点感悟，建议大家多实践，在实践中总结、研究祖国医学遗产中留下的这些宝贵方法。

2 型糖尿病贴个耳豆就有效

作者：砭艾

链接：<http://bbs.iiyi.com/thread-3386663-1.html>

2 型糖尿病也叫成人发病型糖尿病、非胰岛素依赖型糖尿病，多在 35 至 40 岁之后发病，占糖尿病患者 90% 以上。与其他类型糖尿病发病机制不同，2 型糖尿病患者体内产生胰岛素的能力并非完全丧失，有的患者体内胰岛素甚至产生过多，但胰岛素的作用效果较差，不能有效发挥作用，从而出现以“三多一少（多尿、多饮、多食、体重下降）”、乏力、视力下降为主的一系列临床表现。西医通过如双胍类、磺脲类、噻唑烷二酮类、苯甲酸衍生物类、 α -葡萄糖苷酶抑制剂等降糖类药物口服或胰岛素类药物皮下注射，刺激（调理）患者体内胰岛素分泌的相对缺乏达到控制病情发展、预防继发并发症。但药物的副作用、皮下注射的恐惧、长期使用药物的经济负担又影响着患者的生活质量。

该病属中医“消渴”、“消瘴”、“膈消”；“三消”等范畴。先祖早在春秋战国时期对其就有认识。《灵枢·五变》谓：“五脏皆柔弱者，善病消瘴。”《灵枢·本藏》又言：“心脆则善病消瘴热中，肺脆肝脆脾脆肾脆，则俱善病消渴易伤。”《素问·奇病论》中云：“此人必数食甘美而多肥也，肥者令人内热，甘者令人中满，故其气上逆，转为消渴。”《景岳全书》云：“消渴病，其为病之肇端，皆膏粱肥甘之变，酒色劳伤之过，皆肥贵人病之，而贫贱者少也。”中医学认为先天禀赋不足是诱发该病的基本原因。长期过食肥甘、醇酒厚味及辛辣刺激食物损伤脾胃致运化失司，

积于胃中酿成内热，消谷耗液，津液不足；或长久郁怒伤肝、肝气郁结、郁久化火、火热炽盛，上刑肺金、中灼胃津、下耗肾液，肝之疏泄太过，肾之闭藏失司则火炎于上，津液泄于下；或先天禀赋不足、五脏虚弱，又加之过服壮阳之石、温燥药物耗伤阴津，房事不节、恣情纵欲，劳伤过度使肾精更亏损，虚火内生殃及三焦而发病。

中医耳穴疗法，选取耳穴三焦点、胰点、内分泌点、丘脑点为主。上消症重者加肺点；中消症重者加脾点、胃点；下消症重者加肾点。令患者端坐位，医者于患者一侧耳廓上用火柴棍的一头分别在三焦点、胰点、内分泌点、丘脑点、肺点、脾点、胃点、肾点逐个力量适度地反复按压，找出最为胀痛点作一标志，接着用 75% 医用酒精将耳部处搽拭，再将在 75% 医用酒精中浸泡过的生王不流行籽放于约 6×6 毫米的医用胶布中间，药籽对准事先选好的并有标志的耳穴点上贴敷。令患者每日早晚各自行用手按压一次，以局部发热、发胀痛为度，7 天换贴一次，左右耳交替施术，12 次一疗程。

动物实验表明，刺激相应耳穴具有改善糖代谢的作用，可以促使家兔胰岛细胞提前分泌胰岛素，还可以促进胰岛素和 C 肽的释放，保护糖尿病大鼠的胰腺组织，同时延缓和治疗糖尿病并发症。方中所选三焦点可以直接刺激迷走神经，促使胰岛素分泌；胰点、内分泌点、丘脑点相佐从神经、内分泌多个层次调理，改变病患胰岛素分泌不足或胰岛素抵抗状态；再遵“有是证用是穴（药）”之训，据证分别取胰点、肺点、脾点、胃点、肾点共同达到降低血糖、缓解症状的目的。

2 型糖尿病采取贴耳豆的方法具有整体调整，刺激时间长，痛苦少，操作简单，疗效快捷，除极少数患者对医用胶布过敏外，几乎没有不良反应，适用于临床采用。

责任编辑：修竹临风、宇宙旋风

编辑：砭艾、草原民间中医、xiwang001han



我为人人，人人为我

第三部分——识草药

红花继木

别名：红檵木、红檵花、红梣花。

来源：金缕梅科植物红继木的根。主产于我国湖南、江苏、浙江、安徽、江西、福建等地；印度北部也有分布。



形态：灌木，有时为小乔木，多分枝，小枝有星毛。叶革质，卵形，长2~5厘米，宽1.5~.5厘米，先端尖锐，基部钝，不等侧，上面略有粗毛或秃净，干后暗绿色，无光泽，下面被星毛，稍带灰白色，侧脉约5对，在上面明显，在下面突起，全缘；叶柄长2~5毫米，有星毛；托叶膜质，三角状披针形，长3~4毫米，宽1.5~2毫米，早落。花3~8朵簇生，有短花梗，白色，比新叶先开放，或与嫩叶同时开放，花序柄长约1厘米，被毛；苞片线形，长3毫米；萼筒杯状，被星毛，萼齿卵形，长约2毫米，花后脱落；花瓣4片，带状，长1~2厘米，先端圆或钝；雄蕊4个，花丝极

我为人人，人人为我

专业交流

短，药隔突出成角状；退化雄蕊 4 个，鳞片状，与雄蕊互生；子房完全下位，被星毛；花柱极短，长约 1 毫米；胚珠 1 个，垂生于心皮内上角。

栽 培：红花檵木喜光，稍耐阴。适应性强，耐旱。喜温暖，耐寒冷。萌芽力和发枝力强，适宜在肥沃、湿润的微酸性土壤中生长。

性味功能：性微温、味苦、涩。止血活血、收敛固涩。

用 途：主治咯血、吐血、便血、外伤出血、崩漏、产后恶露不尽、风湿关节疼痛、跌打损伤、泄泻、痢疾、白带脱肛。

用法用量：内服 15~30 克，外用适量。

经验鉴别：根圆柱形、拐状不规则弯曲或不规则分枝状，长短粗细不一。一般切成块状，表面灰褐色或黑褐色，栓皮易呈片状剥落而露出棕红色的皮部。体重，质坚硬，不易折断。



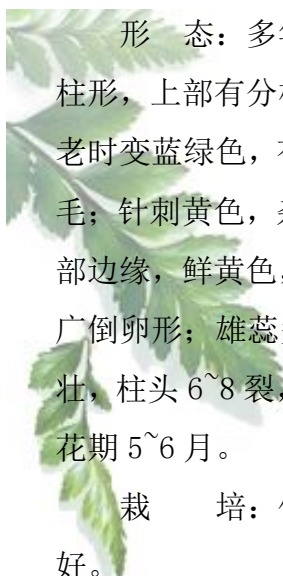
仙人掌

别 名：龙舌、平虑草、老鸦舌、神仙掌、霸王、观音掌。

来 源：仙人掌科植物仙人掌及绿仙人掌的根及茎。分布于西南、华南、江苏、江西、浙江和福建等地。



我为人人，人人为我

 形态：多年生肉质植物，常丛生，灌木状，高 0.5~3 米。茎下部稍木质，近圆柱形，上部有分枝，具节；茎节扁平，倒卵形至长圆形，长 7~40 厘米，幼时鲜绿色，老时变蓝绿色，有时被白粉，其上散生小窠，每一窠上簇生数条针刺和多数倒生短刺毛；针刺黄色，杂以黄褐色斑纹。叶退化成钻状，早落。花单生或数朵聚生于茎节顶部边缘，鲜黄色，直径 2~9 厘米；花被片多数，外部的带绿色，向内渐变为花瓣状，广倒卵形；雄蕊多数，排成数轮，花丛浅黄色，花药 2 室；子房下位，1 室，花柱粗壮，柱头 6~8 裂，白色。浆果多汁，倒卵形或梨形，紫红色，长 5~7 厘米。种子多数。花期 5~6 月。

栽培：仙人掌宜温暖、向阳、干燥、避风处栽培。土壤以较高燥的夹沙土为好。

性味功能：性寒，味苦。行气活血、清热解毒、凉血止血、清肺止咳。

用途：用于胃痛、痞块、痢疾、喉痛、肺热咳嗽、肺癆咯血、吐血、痔血、疮疡疔疖、乳痈、痒腮、癰疾、蛇虫咬伤、烫伤、冻伤、早泄、阳痿、月经不调等疾病。

用法用量：内服 10~30 克，外用适量。

经验鉴别：仙人掌茎下部稍木质，近圆柱形，上部肉质，扁平，绿色，具节；叶肉质细小，披针形，先端尖细。

编辑：王颖健

责任编辑：金陵一剑

2017 年 03 月优秀版主名单：anne 医生、kaixindoul、zmdzfx、caobi2500、ww2sxy520、踏青放牛、airen13828 ngf1978、trg 、jsdfnicholas、草原民间中医、andy1087911、laogao001

2017 年 03 月良好版主名单：yanqil20、ngf1978、jjmjZy、shanyangchen、白衣安琪、nikkive、舒省

2017 年 03 月优秀超版名单：哥们 、zhbwxy

输液后寒战一例

作者: jjmjZy

链接: <http://bbs.iiyi.com/thread-3380888-1.html>

●病历摘要:

一般资料: 患者女, 37 岁, 汉族, 会计。

主诉: 输液后寒战半小时

现病史: 患者于 1 天前受凉后出现流鼻涕、畏寒、咽喉疼痛、咳嗽、少量咯痰, 当地诊所给予口服药物治疗效果不佳。今咽喉疼痛加重, 吞咽时更甚, 影响进食。无呕吐、腹泻, 无腹痛及便血。饮食可, 睡眠可, 体重无明显变化。

既往史: 既往无类似发作史, 无手术外伤史, 无肝炎、结核病病史, 否认药物过敏史。

月经生育史: 月经正常, 生育 1 男 1 女, 女 11 岁, 男 9 岁, 均身体健康。

体格检查: 体温: 37.5℃; 脉搏: 93 次/分; 呼吸: 20 次/分; 血压: 105/65mmHg。

发育正常, 营养一般, 神清语明, 精神好, 查体合作。全身浅表淋巴结无肿大, 皮肤粘膜无黄染。眼窝无凹陷, 双瞳孔等大等圆, 大小约 3mm, 对光反射敏感。口唇红润, 咽无充血, 两侧扁桃体均 I 度肿大, 表面有少许脓性分泌物。颈软无抵抗。两肺呼吸音清, 未闻及干湿性啰音。心率 93 次/分, 律齐, 各瓣膜听诊区未闻及杂音。腹平坦、软, 无压痛及反跳痛, 肠鸣音 3~5 次/分。双肾区无叩击痛, 四肢活动自如, 生理反射存在, 病理反射未引出。

辅助检查:

血常规: 白细胞 $11.34 \times 10^9/L$ 、红细胞 $4.62 \times 10^{12}/L$ 、血红蛋白 150.0g/L、淋巴细胞百分比 19.02% (20-40%)、中性粒细胞百分比 70.80% (50-70%)、C 反应蛋白 0.5mg/L、异常白细胞形态未见异常。

●初步诊断

1. 上呼吸道感染;
2. 急性化脓性扁桃体炎。

处置:

处方: 0.9%氯化钠注射液

250 毫升

注射用头孢呋辛钠 2.25g

(皮试阴性) 用法：静脉滴注。

5%葡萄糖注射液 250 毫升

利巴韦林注射液 0.3g

用法：静脉滴注。

患者输液时病房有部分日光照射，患者于日光下输液，药液未做避光处理，输液结束后观察 15 分钟后正常离开医院。离院后患者乘电动自行车购买水果后出现全身发抖，寒战，遂急回我院。

体格检查：体温：38℃；脉搏：97 次/分；呼吸：21 次/分；血压：100/70mmHg。神清，精神可，全身发抖。面部及四肢末梢皮肤稍发青，口唇稍有青紫，口咽部同上。颈软，两肺呼吸音清，未闻及干湿性啰音，心率 97 次/分，律齐无杂音。腹软，无压痛及反跳痛，肠鸣音 4 次/分。生理反射存在，病理反射未引出。

患者喝下一杯热开水，3 分钟后患者发抖寒战慢慢消失，15 分钟后测体温为 38.5℃。

讨论：

1. 请分析患者出现寒战发抖的原因？
2. 与药液未避光有关吗？
3. 如何处理？

附图：

代号	项目	结果	参考值	代号	项目	结果	参考值
WBC	白细胞数	11.34 ↑	4.00—10.00 $10^9/L$	BA%	嗜碱性粒细胞%	0.80	0—1 %
RBC	红细胞数	4.62	4.09—5.74 $10^{12}/L$	EO%	嗜酸性粒细胞%	3.90	0.5—5 %
HGB	血红蛋白量	150.0	131—172 g/L	RDW-CV	红细胞体积分布宽	11.90	10.9—15.4 %
HCT	红细胞压积	41.90	38.0—50.8 %	RDW-SD	红细胞体积分布宽	39.10	37.00—54.00 fL
MCV	平均红细胞体积	90.70	80.0—100.0 fL	PCT	血小板压积	0.23	0.10—0.50 %
MCH	平均血红蛋白含量	32.5	26.0—34.0 pg	NRBC#	有核红细胞绝对值	0.00	0.00—1.00 $10^9/L$
MCHC	平均血红蛋白浓度	358.0	320—360 g/L	NRBC%	有核红细胞百分比	0.00	0.0—10.0 %
PLT	血小板数	209.0	100—300 $10^9/L$	MPV	平均血小板体积	11.10	7.6—13.2 fL
LYMPH#	淋巴细胞数	2.15	1—4.8 $10^9/L$	PDW	血小板分布宽度	14.10	11—26.5 fL
MO#	单核细胞数	0.62	0.12—0.8 $10^9/L$	P-LCR	大型血小板比率	34.00	13—43 %
NEUT#	中性粒细胞数	8.04	1.8—8.5 $10^9/L$	CRP	C-反应蛋白	0.5	<5 mg/L
BA#	嗜碱性粒细胞数	0.09	0.00—0.20 $10^9/L$	异常白细胞形态检 未见异常			
EO#	嗜酸性粒细胞数	0.44	0.02—0.5 $10^9/L$				
LYMPH%	淋巴细胞%	19.02 ↓	20—40 %				
MO%	单核细胞%	5.50	2—11 %				
NEUT%	中性粒细胞%	70.80 ↑	50—70 %				

病例讨论

●临床讨论：

永州之夜：

体温 38℃ 一般不会寒战发抖，考虑是输液反应。

zyjys2013：

考虑为体温上升期，虽然发热不高也可用点口服退热药，对症治疗。

游医是我：

考虑是体温上升期，炎症指标明显，抗感染力度要加大，退热可用两类药，用“车轮战术”。这种情况的病人很容易转诊，既然诊断已经明确，我们要“速战速决”以免流失病人！



素问炙甘草：

综合临床表现分析如下两点：

1. 体温上升期。白细胞稍高，表明炎症存在，输液以后出现体温上升，也会出现寒战发抖，但口唇紫绀的很少见，可能是一种巧合。

2. 药物反应。由于个体差异，反应的快慢轻重不同，寒战、口唇青紫出现较迟，考虑药物反应大一些。

治疗：1. 对症治疗；2. 注意过敏原，饮酒以及含有酒精类饮料及食品等。

逸风：

该患者应该也是比较典型的输液反应。反应轻微的，喝点热开水，避风保温等处理即可。有些反应比较大的，会出现寒战，温度升高，可适量给予地塞米松和 654-2 治疗。

杏林普度：

考虑：

1. 输液反应；

2. 静滴速度较快时大量较冷液体进入血液，血容量增多，增加了心脏负荷。患者

又在感冒前期，输液后处于大风寒冷天气中，这类似于体温上升期的原理，身体从而出现各种症状，全身发抖，面部及四肢末梢皮肤稍发青，口唇稍有青紫等，严重的出现休克。

●临床分析

寒战发抖的相关资料：

具有肌肉收缩和痉挛性发抖，冷得全身发抖（如发烧前的寒冷）。

寒战，机体为了抵御外界寒冷的气候，维持正常的体温，会通过寒战来产生大量的热量，从而保证了机体的正常生理功能。总体上说是身体急需能量补充，寒战的时候身体肌肉抽动，这个时候细胞会产生能量来支持肌肉运动。而产生的能量中除一部分用于细胞自身活动，大部分以热能形式散失，所以人冷的时候会打寒战。

种类：突发寒战（寒战）、排尿寒战、寒战疟、金属寒战、寒战病、恶寒战栗、肌样寒战、充血性寒战、屡犯性寒战、神经性寒战。

原因：

手术类

1. 麻醉患者散热增加。硬膜外阻滞，阻滞区皮肤温度明显增加，而非阻滞区皮肤温度下降，同时鼓膜温度降低，当鼓膜温度下降幅度接近 0.5°C 时，则开始发生寒战，提示硬膜外麻醉后寒战与中心体温降低有密切关系。

2. 麻醉患者产热增加。体温调节中枢为保持恒定的温度主要通过骨骼肌收缩以增加热能的产生来加以调节，但阻滞区的骨骼肌已丧失收缩产热能力，只有非阻滞区的骨骼肌产生收缩，因此临床上就出现寒战的现象。

3. 环境温度过低。包括室内温度过低、皮肤用易挥发消毒剂（如 75% 乙醇）且消毒面积过大，术中输注大量冷液体或温度较低的库存血，以及用大量的冷盐水反复冲洗体腔等。

4. 体温过高。见于急性腹膜炎而急诊手术者。

5. 输液或输血导致的热源反应。

1) 低温的因素：由于低温引起的寒战属于冷诱导的温度调节寒战。冷通过刺激体表温度受体和颅内温度神经元，同时作用于下丘脑的体温调节中枢，使肌肉、心肺活动增强，产热增加，以保持身体的热平衡。

2) 致热原因素：如患者在手术输血输液过程中，突然出现寒战、高热，体温可达 $38\sim 41^{\circ}\text{C}$ 并伴有恶心、头痛、脉速等症状，应警惕输血输液所致热源反应，这可

病例讨论

能是由于致热原使体温调节中枢失衡所引起。

3) 病人因素：研究表明，年轻病人麻醉后寒战的发病率高于老年病人，这可能与年轻病人机体对低热的保护机制比老年病人完善有关。另外，Crossley 对 2595 例进入观察室的病人进行观察发现，男性病人寒战发生率显著高于女性病人，青壮年病人高于小儿和老年病人。而寒战的发生与病人的身高、体重无明显关系。

4) 药物因素：研究发现，术前使用抗胆碱药可减少寒战的出现。在术中应用阿芬太尼和哌替啶也可减少寒战的发生，而在术中应用挥发性麻醉剂则易发生寒战。报道术前应用止痛药的病人寒战发生率高于不用止痛药者，而术前给安定药的病人寒战率低于不给安定剂的病人。

5) 缺氧：手术过程中，多种因素可导致低氧血症，使患者出现缺氧性寒战，可伴有头痛、脉率增快、呼吸深快、血压上升、 PaO_2 下降。严重时心率减慢、呼吸抑制、神智不清，甚至惊厥。

在医学上来讲，寒战大多发生在急性发热性疾病之前。感染性疾病的致病原，作用于机体引起发热时，病人全身发冷、起鸡皮疙瘩和颤抖，即肌肉不自主活动，此称为恶寒战栗，简称寒战。寒战是高热的先声，寒战期间，体温已有升高，在发热不太高的前期，有时病人仅有全身发冷感，而无战栗，称为发冷，二者在程度上不同，但可反映发热性疾病在性质方面的区别。

需要避光药物的相关资料：

特级避光药品：硝普钠。本品对光敏感，溶液稳定性较差，滴注溶液应新鲜配制并注意避光，如变为暗棕色，橙色或蓝色，禁用。静滴时，输液器要用铝箔或不透光材料包裹使其避光。

一级避光药品：盐酸左氧氟沙星、两性霉素 B、阿霉素。盐酸左氧氟沙星可引起少见的光毒性反应（发生率 $<0.1\%$ ），在接受本品治疗时应避免过度阳光暴晒和人工紫外线，如出现光敏反应或皮肤损伤应停用本品，故在输液过程中应注意避光；两性霉素 B 滴注时必须临时配制，避光滴注；阿霉素滴注时必须临时配制，避光滴注。

二级避光药品：尼莫地平、盐酸异丙嗪、盐酸氯丙嗪、水溶性维生素、肾上腺素、异丙肾上腺素、去甲肾上腺素、多巴胺、吗啡、卡铂、顺铂、奥沙利铂、环磷酰胺、阿糖胞苷、甲氨蝶呤、氟尿嘧啶。由于尼莫地平输液的活性成分有光敏感性，输液过程中采用黑色，棕色或红色的玻璃注射器或输液管，或用不透光材料将输液泵及输液管包裹或遵医嘱。盐酸异丙嗪和盐酸氯丙嗪在光、金属离子、氧的作用下，极易氧化

变色。静滴时须注意避光。一次配药不宜使用时间过长，以保证用药的有效性和安全性。水溶性维生素加入葡萄糖注射液中进行输液时，应注意避光。肾上腺素、异丙肾上腺素、去甲肾上腺素、多巴胺、吗啡在氧、金属离子、光线、温度等的影响下，易氧化变质，提示临床使用时宜避光。卡铂、顺铂、奥沙利铂、环磷酰胺在光照下，顺铂注射液会发生光水合反应和光氧化还原反应，直至金属铂析出，滴注时应避光。阿糖胞苷、甲氨蝶呤、氟尿嘧啶等使用溶解稀释后，水溶液不稳定，光照加速反应，在临床滴注过程中应避光。 三级避光药品：脂溶性维生素、甲钴胺、氢化可的松、强的松、呋塞米、利血平、盐酸普鲁卡因、泮托拉唑钠、依托泊苷、多西他赛、昂丹司琼、硝酸甘油、脂肪乳、中/长链脂肪乳。脂溶性维生素为对光敏感的药物，滴注时应注意避光。维生素 K 需避光。甲钴胺见光易分解，开封后立即使用的同时，应注意避光。氢化可的松、强的松、呋塞米、利血平、盐酸普鲁卡因均为对光敏感的药物，应注意避光。泮托拉唑钠避光情况有争议，建议最好避光输注。依托泊苷、多西他赛、昂丹司琼等在光线照射下，对药物稳定性有一定的影响，在滴注的过程中应尽量避免光。硝酸甘油，静脉使用本品时须采用避光措施。脂肪乳、中/长链脂肪乳等资料显示在光照疗法中，同时输入脂肪乳，由光引起的脂质过氧化物不能被完全消除。因此作为预防措施，建议对新生儿进行光照疗法期间，输入脂肪乳应避光。 对二、三级避光药品，若非现配药液，要避光保存；药液变色或加深，应禁用。

●总结

患者属于发热上升期，分析原因如下：

- 1.输液反应：输液后 15~30 分钟后出现寒战、发热，本病例不能排除。
- 2.急性化脓性扁桃体炎：血像高，寒战发热。
- 3.环境因素：病房内的温度较高，而室外温度较低，加上骑电动自行车风大，易出现寒战等症状。
- 4.输液速度：输液速度过快也会引起寒战等症状，虽然该患者输液速度不快但还是要注意。

综合上述原因，保温对症处理及注意观察，以免严重不良反应的发生。

该患者用药与避光虽然没有直接关系，但输液时还是要注意避光，以免造成不良反应的发生。

处理：注意保暖、对症、观察及药物的应用等处理。

多个疾病的背后谁在“从中作梗”？

作者：anne 医生

链接：<http://bbs.iiyi.com/thread-3379278-1.html>

●病历摘要：

一般资料：患儿，女，10岁。

主诉：咳嗽伴发热、咽、耳、关节痛20天

现病史：患者于20天前无明显诱因出现发热、咳嗽，痰不多，咳嗽呈阵发性非痉挛样咳嗽，体温最高达39℃，伴畏寒、寒颤、头痛、咽痛、全身乏力，食欲下降。于当地卫生院检查血象不高，考虑“上呼吸道感染”，给予口服药物及肌注药物治疗，发热症状减轻，但咳嗽症状迁延不愈。

患者咳嗽时间不定，白天及夜间均有咳嗽，痰量较少，无痰中带血或咯血，无午后潮热、盗汗，自觉鼻塞、耳部不适感。又去当地诊所治疗，按“过敏性咳嗽”给予抗过敏治疗无效。因鼻塞加重，左耳痛再次去当地卫生院就诊，X线拍鼻窦片提示“鼻窦炎”，检查发现左耳道鼓膜充血，诊断“上呼吸道感染；鼻窦炎；中耳炎”，复查血象仍不高，先后给予“阿莫西林克拉维酸钾、头孢唑林钠”抗感染，咳嗽症状仍不见好转，期间反复低热，体温在37.5~38℃之间，有时觉膝关节疼痛不适，但无红肿表现，无一过性皮疹。因咳嗽不见好转，于入院5天前，曾给予“布地奈德雾化吸入”治疗，咳嗽有所减轻，因诊断不明，辗转来院。发病以来，无异物吸入史，食欲较差，精神不振，二便无异常，夜间睡眠尚可。

既往史：既往有上感史，否认麻疹、百日咳、结核、肝炎等传染病及其接触史，无外伤手术史及药物过敏史，按程序接种疫苗。

个人史及家族史：无特殊。

家族史：否认家族性、遗传性疾病病史。

体格检查：体温：37.4℃；脉搏：102次/分；呼吸：30次/分；体重：26.5Kg。学龄儿童，发育正常，营养一般，神志清，精神不振，自主体位，查体合作。全身皮肤粘膜未见皮疹、黄染及出血点，皮肤弹性可，手足底及肛周未见疱疹。左耳后可扪及1个黄豆大小淋巴结，无压痛，其它部位浅表淋巴结未触及肿大。头颅大小正常，无畸形，头发分布均匀，有光泽。耳廓无畸形，右外耳道无异常及分泌物。左外耳道未见分泌物，牵引耳廓时述耳道疼痛。眼睑无浮肿，结膜轻度充血，巩膜无黄染，双侧瞳孔等大等圆，对光反射灵敏。鼻腔通气欠通畅，未见分泌物。口唇无紫绀，咽部

轻度充血，软腭无疱疹或溃疡，双扁桃体无肿大。颈无抵抗，气管居中，甲状腺无肿大。胸廓对称，无畸形，双侧呼吸运动对称，吸气三凹征阴性，两侧语颤正常，无胸膜摩擦感，叩诊清音，双肺呼吸音粗，可闻及少许湿性啰音，右肺底为著。心前区无隆起，心尖搏动位于左侧第四肋间锁骨中线上，无弥散，心前区无震颤，心界叩诊正常，心率 102 次/分，律齐，心音有力，各瓣膜听诊区未闻及杂音。腹部平坦，两侧对称，未见胃肠蠕动波，腹软，无压痛和反跳痛，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，膝关节无红肿，浮髌试验（-）。腹壁反射、肱二头肌、肱三头肌、膝腱、跟腱反射正常，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: WBC: $6.50 \times 10^9/L$, N: 45.8%, L: 50.2%, PLT: $317 \times 10^9/L$; CRP: 10.5mg/L (0.0-5)；血沉 30mm/h；肺炎支原体抗体 IgM: 阴性。

X 线胸片提示：右肺片状炎性影，边沿模糊。

●初步诊断：1. 右肺炎；2. 鼻窦炎；3. 左侧中耳炎；4. 膝关节痛原因待查？

入院后完善检查，给予抗感染、对症支持治疗，拟行科内会诊。

讨论：

1. 本例诊断可能是什么？是否可用一个疾病解释临床现象？
2. 本例诊断咳嗽变异型哮喘成立吗？为什么？
3. 请给本例制定一个合理的治疗方案。

●临床讨论：

上古天真论：

考虑风湿热。患者为学龄儿童，既往有上感病史，目前可能为链球菌感染前驱期，表现为扁桃体炎、咽峡炎等上呼吸道感染的症状。风湿热是一种急性或慢性结缔组织炎症，主要累及关节、皮肤和皮下组织，故可解释关节痛。左耳后可扪及 1 个黄豆大小淋巴结，无压痛（此可能为皮下小结），以及耳鼻黏膜多处炎症表现，咳嗽变异型哮喘不成立，可考虑风湿性肺炎。风湿性肺炎是风湿热少见临床表现之一，最常见症状为咳嗽、进行性气喘、发热，X 线胸片符合大叶性肺炎改变，且常累及右肺。此患者还需完善风湿相关检查如 ASO、ESR、咽拭子培养、肺部 CT 等，治疗主要采取抗链球菌感染，可考虑选择长效青霉素，同时给予抗风湿治疗，注意保暖防湿。

anne 医生：

患者早期上感阶段应用青霉素类药物，效果不明显，咳嗽症状始终存在，迁延不愈。而膝关节疼痛不伴红肿、浮髌试验（-），都与风湿热表现不大符合。

病例讨论

aishenzhong:

结合病史、症状、体征可考虑风湿热、风湿性肺炎、关节炎。查风湿三项、血沉、免疫球蛋白、相关抗体明确诊断。肺结核、结核过敏性关节炎，需查 PPD、结核抗体、肺部 CT 等确诊或排除。暂对症治疗，确诊后对因治疗。

anne 医生:

结合病史、症状、体征可以考虑风湿热，但入院后进一步检查除血沉快外，其它检查结果并不支持。致于肺结核，鉴于患儿无结核中毒症状，而且肺部病灶所见也不支持，暂不考虑。

● 临床分析

本例患者为学龄儿童，临床症状虽然很多，但以咳嗽、发热、肺部炎性阴影为主线，其它表现如咽痛、耳痛、关节痛，均从属于这条主线。首先考虑呼吸道感染性疾病，如上呼吸道感染、气管炎、中耳炎、社区获得性肺炎、流感、支气管异物等。患者体温高、有发热中毒表现，持续咳嗽、肺部阴影，虽然血象不高，但 CRP10.5mg/L、血沉 30mm/h，支持诊断为社区获得性肺炎。

其它可能的诊断有风湿热、类风湿性关节炎、非典型结核病、变异性哮喘、流感及其它特殊病原体感染等。

1. 风湿热：本例很容易考虑这个诊断，但仔细分析临床资料，风湿热可能性不大，尽管血沉快，但入院后进一步检查和病程发展不支持。原因如下：风湿热主要累及结缔组织的胶原纤维和基质的非化脓性炎症，以风湿小结(Aschoff 小结)为特征，主要侵犯心脏、关节，亦可累及皮肤、脑组织、血管和浆膜。一般认为本病是甲族乙型溶血性链球菌(简称链球菌)感染咽部后，机体产生异常的体液和(或)细胞免疫反应的结果，是一种自身免疫性疾病，本例并不具备上述特征。患儿几次血常规白细胞均不高，ASO 无异常，受累关节无风湿热典型关节损害，充其量不过是一个非特异性症状而已。

2. 非典型结核病：结核是常见并可致命的一种传染病，由于临床症状的复杂性和治疗药物的特殊性应该加以鉴别。本例咳嗽达 20 余天，没有结核中毒表现，而且肺部病变不在结核常发部位，不支持典型肺结核。支气管内膜结核是结核分枝杆菌侵及气管、支气管黏膜和黏膜下层引起的结核病，可以没有肺内病灶，刺激性咳嗽为主要表现，容易误诊。但该病常伴有低热、盗汗、乏力等表现，纤支镜检查有助于诊断。

3. 流感：以季节性发病、高热、肌肉疼痛为主要诊断线索，多在秋冬季流行，呼吸道症状较轻。本病常呈自限性，病程一般为 3~4 天，多为临床诊断，有时需病毒学检查。

4. 幼年型类风湿性关节炎：病因至今尚未完全清楚，在发病机理上一般认为与免疫、感染及遗传有关。其中全身型以高热、皮疹、全身淋巴结肿大、肝脾肿大、贫血等全身症状常见，而关节肿痛较轻。本病与之不符，可以排除。

5. 变异性哮喘：是一种特殊类型的哮喘，咳嗽是其唯一或主要临床表现，无明显喘息、气促等症状或体征，但有气道高反应性是其特征之一。小儿咳嗽变异性哮喘的诊断标准由全国儿科哮喘防治协作组 1998 年制定如下（儿童年龄不分大小）：（1）咳嗽持续或反复发作>1 月，常在夜间和（或）清晨发作，运动后加重，痰少，临床无感染征象，或经长期抗生素治疗无效；（2）气管舒张剂治疗可使咳嗽发作缓解（基本诊断条件）；（3）个人过敏史或家族过敏史，变应原试验阳性可作辅助诊断；（4）气道呈高反应性特征，支气管激发试验阳性可作辅助诊断；（5）除外其它原因引起的慢性咳嗽。本例病程与上述诊断标准不符，可以排除。

6. 支气管异物：本例否认异物吸入史，X 线未发现异物存在，暂不考虑。

7. 其它特殊病原体感染：本例已查肺炎支原体抗体 IgM：（-），故肺炎支原体可排除；但其它特殊病原体未检测，不能完全除外。近年来，衣原体感染有所抬头，据统计在引起肺炎的病因中，是继肺炎球菌、流感嗜血杆菌之后引起社区获得性肺炎的第三位主要病原体。肺炎衣原体常在儿童和成人中产生呼吸道感染，现仅知人是该衣原体宿主，感染方式可能为人与人之间通过呼吸道分泌物传播。5 岁以下儿童极少感染，8 岁以上儿童及青年易被感染，尤其是人群聚集处，如家庭，学校、兵营中易于流行，社区散发病例也不可忽视。急性呼吸系统感染是其主要表现，如咽炎、喉炎、鼻窦炎、中耳炎、支气管炎及肺炎，以肺炎最常见占 50%以上，支气管炎次之。综合本例发病过程，反复查血象不高，CRP 及血沉高、肺部异影的存在，均支持衣原体肺炎的特点，本例为学龄儿童，高度怀疑衣原体肺炎，需血清学检查协助诊断。微量免疫荧光法测得单份血清 CT 或 CPN，特异 IgMCT-IgM $\geq 1:64$ ，CPN-IgM $\geq 1:16$ 或 CPN-IgG $\geq 1:512$ 或双份血清检查抗体滴度上升 ≥ 4 倍，提示急性期感染。如 IgG $\geq 1:16$ 但 $<1:512$ ，提示既往感染。有条件者做 PCR 检测特异性 DNA，快速、简便、敏感而特异。

●**临床诊断：**衣原体肺炎合并咽炎、鼻窦炎及中耳炎。

入院住院经过：鉴于院外给予抗感染、对症支持治疗无效，拟行科内会诊，会诊意见见上述，与其父母沟通，建议转上一级医院确诊。电话随访本例诊断为衣原体肺炎，给予阿奇霉素治疗。

●**总结**

衣原体肺炎(chlamydial pneumonia)是指由衣原体引起的急性肺部炎症。衣原体是一类细胞内寄生的原核细胞型微生物，主要有沙眼衣原体(CT)、肺炎衣原体(CPN)、

病例讨论

鹦鹉热衣原体(CP)和家禽衣原体四种,与人类相关的为前三种,均可引起肺炎,并可有肺外多系统损害。起病隐匿,一般不发热,只有轻度的呼吸道症状,如流涕、鼻塞、咳嗽,咳嗽可持续且逐渐加重,肺炎衣原体肺炎年长儿多见,多无病禽接触史。目前认为 McCoy 细胞培养并用荧光抗体染色是金标准,诊断的敏感性为 70%~80%,特异性达 90%以上。CR 检测特异性 DNA PCR 法快速、简便、敏感而特异。微量免疫荧光法测得单份血清 CT 或 CPN,特异 IgMCT-IgM $\geq 1:64$, CPN-IgM $\geq 1:16$ 或 CPN-IgG $\geq 1:512$ 或双份血清检查抗体滴度上升 ≥ 4 倍,提示急性期感染。如 IgG $\geq 1:16$ 但 $<1:512$,提示既往感染。

治疗上以大环内酯类抗生素抗感染治疗为主,以下药物可选其一:

1. 红霉素:衣原体肺炎的抗生素应首选红霉素,用量为 50mg/(kg·d),分 3~4 次口服连用 2 周。重症或不能口服者,可静脉给药。眼泪中红霉素可达有效浓度,还可清除鼻咽部沙眼衣原体,可预防沙眼衣原体肺炎的发生。

2. 罗红霉素或罗力得:用量为 5~8mg/(kg·d),分 2 次于早晚餐前服用,连用 2 周。如在第 1 疗程后仍有咳嗽和疲乏,可用第 2 疗程。

3. 阿奇霉素(sumamed):是一种氮环内脂类抗生素,结构与大环内脂类抗生素相似,口服吸收很好,最高血清浓度为 0.4mg/L。能迅速分布于各组织和器官,对衣原体作用强。治疗结束后,药物可维持在治疗水平 5~7d, $t_{1/2}$ 为 12~14h,每日口服 1 次,疗程短,以药物原型经胆汁排泄。与抗酸药物的给药时间至少间隔 2h,尚未发现与茶碱类、口服抗凝血药、卡马西平、苯妥英钠、地高辛等有相互作用。儿童(体重 10kg 以上)第一天每次 10mg/kg,以后 4d 每天每次 5mg/kg,1 次顿服,其抗菌作用至少维持 10 天。

4. 甲红霉素(clarithromycin):在体外对肺炎衣原体脂类药物治疗肺炎衣原体感染与红霉素同样有效。

本例启示:

1. 当病史复杂时,理清线索,分清主次,对诊断很重要;
2. 常规治疗无效时,需考虑特殊病原体感染;
3. 对因治疗才是治愈疾病的根本。

责任编辑: yjb5200120

编辑: 绿漫天涯、刘现国

医疗资讯

医药政策密集出笼 药价呈长期下降趋势

国务院医改办主任王贺胜在记者会上表示,2017 年要全面推开公立医院的综合改革,全部取消药品加成,将为群众节省药品费用 600 亿至 700 亿元。这意味着我国公立医疗机构将彻底告别“以药补医”时代。尽管全面取消药品加成难度不小,但去年年底国家提高了医疗服务费用,今年会更进一步,因此比较看好医疗服务业。“只要能制定合理的补偿方案和补偿机制,对整个行业应该是一件好事。”他说,只是在医保控费的大背景下,医药行业毛利水平将降低,整体收入增速将降到 10%,2015 年之前的高增长难再现。

“互联网+基层卫生服务”有规范和标准啦!

3 月 29 日,全国基层卫生信息化工作会议在贵州省贵阳市召开。据悉,这是国家卫生计生委基层卫生司第一次召开基层卫生信息化工作会议。国家卫生计生委基层卫生司司长李滔在会上说,信息化是推进基层医疗卫生发展的重要手段和支撑。“十二五”期间,各地先行先试探索了很多有益经验,基层卫生信息化工作的基础已经具备。今年是基层卫生信息化“大发展元年”,“十三五”期间,要在实现互联互通、深化应用等方面大力推进基层卫生信息化,实现基层医疗卫生事业与信息化的“高位嫁接”,实现基层医疗卫生发展的弯道超车。“十二五”期间,中央设立中西部村卫生室信息化建设项目和基层医疗卫生机构管理信息系统项目,带动各级政府投入资金超过 128 亿元,为基层信息化工作打下了坚实基础。2016 年 8 月,在全国卫生与健康大会上,习近平总书记在讲话中指出,要“以基层为重点,以改革创新为动力”。

刘延东:2017 年医改重点抓好十件事

3 月 28 日,全国医改工作电视电话会议在北京召开,刘延东副总理在会上指出,今年医改要重点抓好十件事:1. 全面启动多种形式的“医联体”建设试点;2. 以需求为导向,做实家庭医生的签约服务工作;3. 加快推进医保支付方式的改革;4. 全面完成城乡居民医保的“六统一”;5. 全面取消公立医院药品加成;6. 认真开展公立医院薪酬制度改革试点;7. 大力推行药品购销“两票制”;8. 全面启动高值医用耗材的集

中采购试点；9. 加强医疗机构绩效考核；10. 加强医药卫生信息化建设。

人社部：5 年内完成职称制度改革！

人社部日前召开的深化职称制度改革工作部署电视电话会议明确，要争取 3 年内完成工程、卫生、农业、会计、高校教师、技工院校教师、科学研究等职称系列改革任务，5 年内争取完成所有系列职称制度改革任务。要健全制度体系，在横向上完善职称系列，在纵向上补齐层级设置。完善评价标准，坚持品德、能力和业绩导向，把品德放在首位，注重职业操守，突出对创新能力的评价，突出对工作实绩的考核，特别是在论文、外语、计算机水平要求上不搞“一刀切”，向基层一线倾斜，为引进高层次人才和急需紧缺人才开辟绿色通道。

国务院发文了，要建立医疗黑名单制！

近日，国务院办公厅印发《关于进一步激发社会领域投资活力的意见》，将医疗等机构及从业人员信用记录纳入全国信用信息共享平台，其中涉及企业的相关记录同步纳入国家企业信用信息公示系统，对严重违规失信者依法采取限期行业禁入等惩戒措施，建立健全跨地区跨行业信用奖惩联动机制。按照《意见》，失信医生将遭遇跨行业跨地区的联合惩戒。这就意味着，在全国范围内，像坐高铁、飞机等事，失信医生要被拒之门外了。

给钱就上，互动百科成假保健品假医生帮凶。

3 月 15 日晚 8 点，一年一度的 315 晚会如期开播，今年的晚会主题是“用责任汇聚诚信的力量”。第一个被曝光的是“互动百科”，其平台上的“百科词条”成了金钱交易下的虚假信息的集中地。互动百科多词条与健康相关，产品涉嫌违反广告法，而互动百科不仅没有尽到审核义务，甚至帮助假保健品厂商想办法上词条。央视曝光的词条，如“极藻 5s”、“邵小征门诊”、“邵小征”等，都是“假”产品、“假医生”。

长期服用二甲双胍，痴呆、帕金森病风险高？

一项新的研究发现，2 型糖尿病 (T2DM) 患者长期使用糖尿病药物二甲双胍可能会增加其神经退行性疾病的风险。来自中国台湾台北医科大学的 Yi-Chun Kuan 在第 13 届国际阿尔茨海默病和帕金森病会议 (AD/PD 2017) 上呈现了该研究结果。针对这项研究，来自加利福尼亚州旧金山的 Larry Ereshefsky 表示，他对这些结果感到很惊讶并且持怀疑态度。他指出，海报并没有解释研究者如何控制混杂因素，也没有提到任

何有关 T2DM 替代疗法或两组之间血红蛋白 A1c 的信息，这些都会影响分析结果。

口服避孕药可降低多种癌症风险，保护期长达 30 年。

英国发布的一项最新研究成果表明，在生育年龄口服避孕药可以降低女性罹患一些癌症的几率，而避孕药的保护期长达 30 年。据英国《卫报》3 月 22 日报道，英国阿伯丁大学的一个研究团队发布最新报告说，女性在生育年龄服用避孕药可以降低她们罹患直肠癌、子宫内膜癌和卵巢癌的几率，同时，服用避孕药并不会导致患其他癌症的几率增加。这项持续了 44 年的研究堪称世界上持续时间最长的关于避孕药的研究，共有超过 4 万 6 千人参与了这项研究。

不建议将维生素 E 等用于预防老年痴呆

美国一项新研究说，无论单独使用还是联合使用，维生素 E 与硒两种抗氧化剂可能都不能预防老年痴呆症。美国肯塔基大学等机构的研究人员招募了 7500 多名 60 岁以上的老年男性，每人随机服用维生素 E、硒、维生素 E 与硒或安慰剂，为期 5 年。在这些人服用这些补充剂结束后，研究人员又利用 6 年时间，追踪了其中近 3800 人。发表在新一期《美国医学会杂志 神经病学卷》上的研究结果说，4 个研究组最终的痴呆症发病率均为 4.4%，并不存在差别。研究人员指出，补充维生素 E 与硒并不能避免老年痴呆症的发生，因此他们不建议将这些抗氧化剂作为预防老年痴呆症的营养补充剂。

中国空气颗粒物污染与死亡率相关性的调查

近日，顶级杂志 BMJ 上发表了一篇中国学者的研究文章，研究人员旨在评估空气中颗粒物(粒径 10 μm，或 PM10)污染对死亡率的短期影响，并且探讨中国主要城市空气颗粒物污染异质性的影响。暴露于 PM10 对女性的影响比男性更大。60 岁及以上的成年人比那些年龄小于 60 岁的成人更容易受到高水平空气颗粒物污染的影响。PM10 对不同城市的影响各不相同，并且在 PM10 浓度较高的城市会轻微下降。空气颗粒物污染对心肺疾病死亡的影响大于其他原因引起的死亡。60 岁或以上的成人相比于小于 60 岁的成人死于空气颗粒物污染的风险更高。

责任编辑：永恒流星

读书的习惯哪里去了？

作者：kaixindoul

链接：<http://bbs.iiyi.com/thread-3386096-1.html>

看到女儿每天坚持练琴、跳舞，感觉孩子还是比较有毅力的，坚持了好几年了。时间紧张就练十分钟或者五分钟，然后有空就再练练，每天如此这般，坚持得不错。我由衷的觉得这一点女儿比我强。可能是因为这是她的业余爱好，她也不觉得自己有毅力，想一想每天坚持做同一件事情，而且每天都开开心心的去做，我觉得不是一件简单的事情。

而我呢？曾经特别爱看书，每天都喜欢抽时间看书。如今这个好习惯不见了，被手机上网，被网络代替，闲下来的时候，虽然有时在爱爱医论坛，或者微信看朋友圈，却不曾再有时间看书了。看书的时间哪里去了？是没时间看？说没时间其实是借口吧！时间像海绵里的水，挤挤总会有的。

随者网络的普及，手机 QQ、手机微信、手机百度、手机视频软件的下载，看书的时间，被这些 APP 无情无义的剥夺了。有时候也想看书，总是推到所谓的“明天”。

无论是看专业知识方面的书，还是看杂志，又或者看食谱，只要用心看，收获满满是必然！因为书籍永远是人类进步的阶梯，是人类精神的雀巢，更是逆境中的慰藉。

不怕看的时间短，只要每天看一看，因为知识在积累，知识像甘泉，只要你看，只要你挖掘，泉水就一定清澈明朗，滋润我们贫瘠的心田。如此收益多多，为何不放下手机，捧起一本书，畅游在书的海洋里呢？

不能嘴上说说，一定给自己一点看书的时间，每天可以挤出半小时看书，这样还能潜移默化引导孩子更喜欢书籍！孩子写作业时，可以静静的在一旁看会书，静静的享受书内的养分，应该是可行的吧！

女儿没事的时候或者睡前总是喜欢看作文，一遍一遍的看，尽管现在她学习成绩不太好，但是我相信女儿坚持下去，成绩肯定会提高的。同时我也要向女儿学习，把看手机微信等各种 APP 的时间，挤出来看一看书，这样应该不错。

不能丢弃看书的好习惯，一定不能丢弃！

我的执考从医路

——毕业 12 年终于通过执医，感谢爱爱医一起走过的日子

作者：lyjwj

链接：<http://bbs.iiyi.com/thread-3372934-1.html>

回首过去走过的日子，用老舍的话可谓是：“有苦有累，有花有果，有香有色！”

2000 年幸有老天眷顾，我被报考的一个专科志愿录取，读了临床医学，从此踏上了不归之路。2003 年在大二的时候，有一次专升本考试，由于体育成绩有一科未及格，不得不放弃。2004 年毕业的时候，冥冥中自有天意，省内专升本考试改革，从 2004 年起专升本在专科毕业升本考试，这一次我没放弃，我知道如果放弃后就不会再有机会了。

听说临床医学就业很难，很多同学都选择了护理本科，但我还继续坚持临床本科之路，尽管顺利录取，但我清醒的意识到未来面对的也许是一条是“前不见古人后不见来者”的路。

2004 我在读成人本科的同时在县医院工作，每天不停的忙碌，看不完的病人。记得 2004 年大年三十晚我是两头班，快 6 点的时候来了一个主诉“心前区疼痛、气促”的病人，经进一步检查后确诊为“心肌梗塞”。给予患者积极的对症治疗及交班清楚，已经是晚上 12 点，当时还没有钱买摩托车，所以步行回家。

由于没有房子我就回母亲那里吃饭，刚进小区的时候看见同龄人正在放烟花，还有一位阿姨问我从哪里玩回来，当时我可是连晚饭都没有吃呢！尽管无奈但还是客气的应了一声。回家见到家人心里还是非常温暖。

2007 年顺利成人本科毕业，获取毕业证的同时，还取得了医学学士学位。在读本期间 2006 年参加了助理医师考试，第一次考助理医师，蛮不在乎，也忙于学业。结果考了 124 分，没有达到合格分数线。后来尽管工作很忙，但我无意中发现了爱爱医论坛，以至后面这 8 年我一直陪伴着爱爱医，不如说爱爱医一直陪伴着我。

2007 年我第二次助理医师考试 121 分，又没通过。同年 8 月我从事内科工作已 3 年，对内科相关疾病有一定的了解并可以独立的处理心血管、消化、呼吸、血液等系统的常见病及并发症。此时科主任跟我讲院里通知我明天开始调离内科，履普外科工作。

三年来，在医院医疗质量管理科及内科领导的关心支持下，忠实履行住院医师工作职责。在努力提高自身业务及综合素质的同时，踏踏实实工作，在临床等各方面取得了一定成绩。我感受最深的一点是住院医师不仅是科室的一个重要组成部分，是联系本科室和其他科室的一个有用的桥梁，同时更是一种荣誉，各科室住院总的辛勤劳动赢得了他人的尊重，更赢得了病人的信任，这是一个医生最大的荣誉。另外，住院医师的工作可以提高自身素质，例如协调处理各方面关系的能力：科室及机关的关系；相关科室关系；科室领导与普通医师关系；医生与病人的关系等等。住院医师的工作还教会我去尊重别人，注意聆听，有效沟通。在处理急诊病人及突发事件中的沉着冷静，敢于承担，综合分析，及时汇报。这些重要的临床基本功都是在书本中学不到的。感谢这个职位，我无怨无悔。本人工作兢兢业业，勤勤恳恳，没有因私请过一天假，全身心地投入到了内科的各项工作中去，把临床工作做得更细、更具体，更好地为科室服务，为病人服务。

我就这样在 2008 年第三次报了助理医师，不停的忙碌从来不得休息，老医师还有时无意的在节假日之前换班，最后都是像我样的新生力量排班替补。可是毕业快 5 年还没有考编考试、执业医师证也遥遥无期，心里不断的意识到这个医师证比结婚证还重要，没有证出了医疗事故就会直接垮塌。

2009 年终于有事业单位考试了，我全力准备编制考试，但县医院没招人，只能考乡镇卫生院，事业单位 200 分满分，我考取 168 分全地区第一名！面试时我和比我笔试成绩低 40 分的第二名分在一组，有了笔试这个成绩差距，面试我想没问题的，就没找关系，结果直接被刷下。由于没有证我辞职县医院，心情低落到极点。

2010 我在家继续复习一年，继续考乡镇卫生院，并如愿考取第一名顺利通过面试成为国家的一名干部。考编这两年我一直没有考助理。2011 年由于单位很多人都 40 多岁了，个个都没有考试念头，看点书的话人家会讲考什么试，还不如打牌来的快，此时我已结婚，2012 年我妻子怀孕，所以并没有太多时间复习考试。

我决定 2013 年参加助理医师考试，一边照顾妻子，一边复习，在如此紧迫的情况下，执业助理考试顺利通过，并喜得儿子，这是我收获最大的一年！2016 年本来是可以报执业医师的，但由于 2013 年卫生系统与计生系统合并，结果导致当年助理医师注册时间是 2014 年，害怕因为年限不够不能报名，最终还是幸运报上。

我用了三个月时间从爱友分享的网址中下了部份视频，同时添加了一些学习 QQ

群。开始不停的做题，我每晚都是学习到凌晨 2、3 点钟，三个月时间结束，自己对临床知识又有了新的提高。考试过后是漫长的等待，这年 12 月查分的日子终于到了！我和我的一个朋友一起坐在电脑旁边查成绩，由于刚出成绩网络卡，我们在网吧查了 3 个小时，庆幸的是双双通过。我执业医师考了 405 分，朋友助理医师考了 182 分。终于结束无证的日子了，我再次感谢爱爱医和爱爱医里的爱友。

没有人是完美的，无须遮掩自己的缺失。做人要能抬头，更要能低头。一仰一俯之间，不仅是一个姿势，更是一种态度、一种品质。展望未来，从医之路，路漫漫其修远兮，吾将上下而求索！

责任编辑：yemengzhe

医师资格考试

—— 制胜方案 ——



轻松备考 快速提升



培训果链接地址：<http://peixun.iiyi.com/specials/yszgks/>

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！

心电图读图第六十六期答案解析

作者：htchb

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

本期心电图诊断：

1. 窦性心律
2. 频发房早，部分伴差传，可见房性融合波
3. 短阵加速的房性自主心律
4. A 型预激综合征

心电图分析：

在长 2 导可见有 3 种 P 波，一种为窦性直立 P 波，一种为倒置的房性 P' 波，还有一种为介于两者之间的 P 波，为房性融合波；QRS 形态呈 A 型预激图形，可见部分宽大畸形的 QRS 波提前出现，其前有 P' 波，考虑房早伴差传，部分呈蝉联现象，这要和室早相鉴别。

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.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。