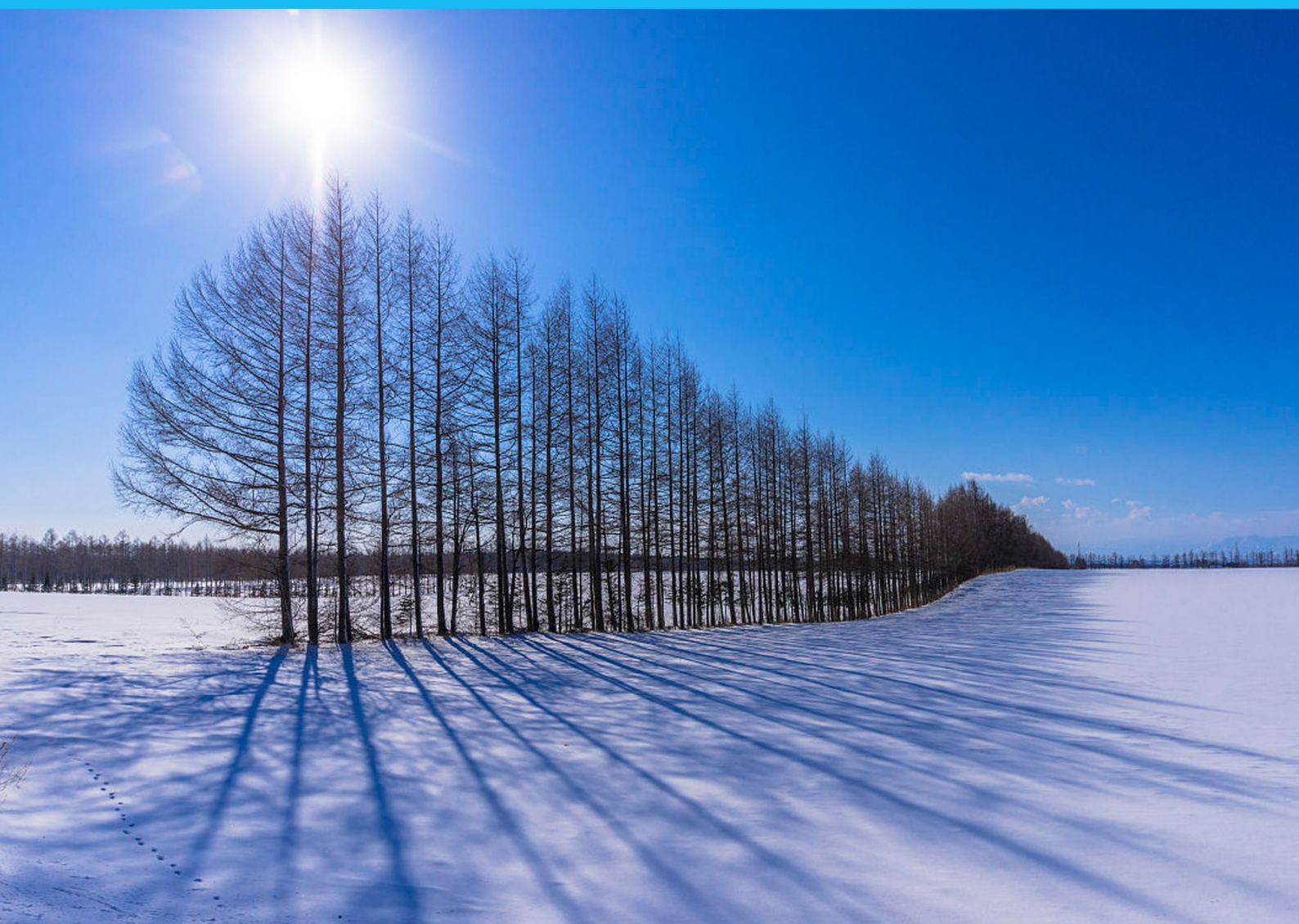


爱爱医



第十二期 总NO. 95

Volume 8, number 12, Dec. 2017

刊首语

随笔

作者：醫道千種

链接：<http://bbs.iiyi.com/thread-3423886-1.html>

冬日的懒阳
冷冷泼在身上
琐琐碎碎
嘈嘈杂杂
起一陇新田
锄去昨日忧伤
埋下理想
种上希望
闭上眼
孤独黑暗
毅然坚强
睁开眼
一抹新绿
奋发向上

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：张常哲

顾 问：杨俊标

编 委：王颖健 刘延红 刘宇峰 刘现国

李照禄 张常哲 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：于竹梅

联系方式：463767990（QQ）

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：400-6269910

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

荣 誉 榜

杂志稿约

随笔..... 1

美国睡眠医学学会 2016 年版成人阻塞性睡眠呼吸暂停诊断指南解读..... 2

世界首例“换头手术”在中国进行，黄洁夫表示荒唐可笑..... 5

危险的骨片——记一则顶骨凹陷性骨折病例..... 8

痛性休克？..... 9

种种大便异常和所属疾病..... 11

安痛定过敏一例..... 13

高位肛周脓肿灵活进行外引流一例..... 14

第一次独立成功小切口，白内障手术感想和总结..... 16

超声入门贴 596——急腹症之黄体破裂..... 16

心电图读图第 75 期..... 20

中风后遗上肢屈而不伸后遗症..... 24

暑湿感冒一例..... 25

一个医案的疑惑..... 26

分清体质治早泄..... 28

寻求奇穴是治疗难症的必由之路..... 31

西红花..... 35

菊花..... 36

74 岁男性，发现肺部结节 1 月..... 38

停经 39 周，阴道流血 1 小时..... 48

医疗资讯..... 50

芳芳的爱情..... 55

编读往来..... 58

心电图读图第 74 期答案解析..... 58

2017 年 11 月爱爱医论坛荣誉榜..... 60

爱爱医杂志稿约..... 61

美国睡眠医学学会 2016 年版成人阻塞性睡眠呼吸暂停诊断指南解读

原作者：李静等

链接：<http://bbs.iiyi.com/thread-3424737-1.html>

关键词：睡眠呼吸暂停，阻塞性；成人；诊断；实践指南

中图分类号：R766.6

文献标志码：A

Interpretation of the clinical practice guidelines for diagnostic testing for adult obstructive sleep apnea: an update for 2016. An American Academy of Sleep Medicine Clinical Practice Guideline. LI Jing¹, YIN Min², CHENG Lei³. Department of Otorhinolaryngology, 1. Affiliated Jiangning Hospital, Nanjing Medical University, Nanjing 211100, Jiangsu, China; 2. The First Affiliated Hospital, Nanjing Medical University, Nanjing 210029, Jiangsu, China
Key words: Sleep apnea, obstructive; Adult; Diagnosis; Practice guideline

睡眠呼吸障碍大体可分为阻塞性睡眠呼吸暂停 (obstructive sleep apnea, OSA)、中枢性睡眠呼吸暂停 (central sleep apnea, CSA) 及睡眠相关低通气。OSA 是指睡眠时上呼吸道狭窄引起的呼吸紊乱。研究显示,14% 的男性及 5% 的女性患有 OSA^[1],而且 OSA 人群伴发心脑血管系统疾病 (高血压、冠心病、充血性心力衰竭、心率失常、短暂性脑缺血发作、脑卒中等)、代谢系统疾病 (2 型糖尿病、高脂血症等)、多囊卵巢综合征等疾病的比例较一般人群高^[2-4]。因此需引起广大医务工作者及普通群众的重视。2005 年及 2007 年美国分别发表了有关实验室多导睡眠监测 (polysomnography, PSG) 的应用指南^[5] 和便携式睡眠呼吸监测的临床应用指南^[6],但如何评估 OSA 仍是睡眠医学领域具有挑战性的难题。虽然临床工作中诊断 OSA 的方法较多,例如:症状体征、鼻咽喉镜检查、药物诱导睡眠下的影像学检查、Epworth 睡眠量表 (Epworth sleepiness scale, ESS)、PSG 检查、食道内压检查、家庭睡眠呼吸暂停监测 (home sleep apnea testing, HSAT) 等,但确诊 OSA 仍非易事。目前公认的 OSA 诊断金标准仍是 PSG 检查。但是,由于实验室 PSG 检查价格较高、实施较繁琐等缺点使得其在临床上应用受到一定的限制,在一定程度上 PSG 可望被 HSAT 所替代,甚至可以通过一些主观检查或问卷调查来诊断 OSA。

那么,面对如此众多的主客观检查方法及患者的个体差异,临床上该如何选择呢?

为了更准确地诊断上呼吸道狭窄所致的 OSA,2016 年美国睡眠医学学会 (American Academy of Sleep Medicine, AASM) 组织专家团队检索 2005 年以来的相关文献并进行 Meta 分析,在 2005 年及 2007 年两版有关 PSG 及便携式监测仪用于 OSA 诊断的临床实践指南基础上进一步完善,形成了 2016 年新版指南^[7]。

从篇幅看,新版指南更长,内容较以往指南更加丰富、详细。并且每一项建议都是基于大样本的 Meta 分析所得,更加注重循证医学证据。AASM 要求参与文献检索、分析及指南制定的专家均为经认证合格的专门从事睡眠医学研究和工作的专家。在检索文献之前,工作组便明确了此次指南更新想要回答的几大问题,主要包括:① 对可疑的成人 OSA 患者,利用各种临床调查问卷方法是否比病史和体格检查更能准确地诊断 OSA? ② 对可疑的成人 OSA 患者,HSAT 是否能比 PSG 更准确地诊断 OSA、改善预后? ③ 在拟行上气道手术的成人鼾症或 OSA 患者中,PSG 或 HSAT 能否比病史、体格检查或临床调查问卷更能检出 OSA 患者、改善预后? ④ 对于有伴发疾病 (卒中史、慢性心衰、慢性阻塞性肺疾病、阿片类药物使用者、神经肌肉疾病、

肺通气不足、失眠等)的可疑 OSA 患者,HSAT 能否比 PSG 更准确? ⑤ 对拟行 PSG 检查的可疑成人 OSA 患者,整晚 (full-night) 还是分段 (split-night) PSG 更准确、更高效? ⑥ 对拟行 PSG 检查的可疑成人 OSA 患者,做一个晚上还是两个晚上的检查更准确、更高效? ⑦ 对拟行 HSAT 检查的可疑成人 OSA 患者,最少做几个小时的监测才能确诊 OSA? ⑧ 对拟行 HSAT 检查的可疑成人 OSA 患者,多个晚上的检查是否比单个晚上检查更能准确诊断 OSA? ⑨ 在已确诊的 OSA 患者随访过程中,通过重复 PSG 或 HSAT 明确疾病严重度并评估预后,是否比单次检查更能体现有意义的结果? 明确目标之后,工作组从 6 966 篇论文中按预定的纳入/排除标准逐层筛选,最终选出 89 篇用于 Meta 分析。按循证医学证据等级、利弊平衡、患者个人选择和资源使用这四个方面总结出推荐意见,结果分为“推荐”和“不推荐”,推荐强度分为“强烈”和“一般”。

然而,根据现有的文献资料,该指南制定工作组的 Meta 分析结果并不能回答预定解决的所有问题,如问题 3 和 9,尚缺乏足够证据作出推荐选择。其余 7 个问题通过 Meta 分析均可作出回答,且说明了推荐强度。本文对该版 OSA 诊断的临床实践指南的结论扼要归纳如下:

1 OSA 的诊断应该包括综合的睡眠评估及足够的随访

该指南指出综合的睡眠评估十分必要,包括完整的睡眠病史采集和体格检查(呼吸系统、心血管系统、内分泌系统、神经系统等)。这些信息有利于鉴别诊断,并可以为下一步的检查提供选择依据。另外,建议配备固定的睡眠医学专家进行随访,从而详细掌握患者一般情况、检查结果以更好地提供治疗方案。为了提高效率、更规范化管理,该指南还建议设立 OSA 临床路径。

2 PSG 检查是诊断 OSA 的金标准

相比于其他诊断方法,PSG 仍然是准确度最高的,因而一直被作为诊断 OSA 的金标准。PSG 不仅可以检查出阻塞性睡眠呼吸障碍,同时可以监测到并发的其他形式的睡眠呼吸紊乱。虽然 HSAT 可作为睡眠障碍的初筛方法,但当其结果不如意或不能排除 OSA 时,仍然需要借助 PSG 来诊断。

2.1 相比于整晚 PSG,如果临床合适,可以优先选择分段 PSG 来诊断 OSA(一般推荐)。因为分段 PSG 能更高效诊断 OSA 且一个晚上就可以完成持

续气道正压通气 (continuous positive airway pressure, CPAP) 治疗压力的确定。但这势必同时存在一些不足,比如由于其监测时间短,用于分析诊断的资料收集不充分,也没有充分的时间来确定最合适的 CPAP 治疗压力。

2.2 如果整晚 PSG 检查阴性而临床又高度怀疑 OSA,可行第二晚的 PSG 检查(一般推荐)。

3 HSAT 检查

3.1 HSAT 可作为成人 OSA 诊断标准,但敏感性略低于 PSG。

指南指出,对于并不复杂的有症状体征且高度怀疑中-重度 OSA 的成人患者,推荐使用 PSG 或设备技术足够的 HSAT 检查(强烈推荐)。如果技术足够的 HSAT 整晚检查结果为阴性,推荐改用 PSG 来诊断而不是做第二晚的 HSAT 检查(强烈推荐)。如果 HSAT 技术不足够,推荐使用 PSG 来诊断有症状的患者(一般推荐)。PSG 和 HSAT 均可用于诊断 OSA,但 HSAT 的敏感性略低,当 HSAT 结果阴性时推荐改用 PSG 检查而不是复查 HSAT。如果实行家庭管理路径,HSAT 性价比更高。

3.2 不推荐应用 HSAT 诊断有伴发疾病的可疑 OSA 患者(强烈不推荐)。

相比于 HSAT,更推荐 PSG 用于伴有严重心肺疾病、呼吸道受累的神经肌肉疾病、清醒状态下的肺换气不足、与睡眠相关的肺换气不足、慢性阿片类药物使用或严重失眠的可疑 OSA 患者(强烈推荐)。合并心衰或合并慢性阻塞性肺疾病的 OSA 患者使用 HSAT 的循证医学依据等级均很低。尚且没有符合纳入标准的伴发其他合并症的 OSA 患者使用 HSAT 的研究,因而缺乏相关资料。除非对于卧床不起无法离家或其他原因导致不能配合实验室 PSG 检查的患者,方可选择 HSAT,否则均应首选 PSG 检查。

3.3 HSAT 检查至少需要 4 h 才能获得充分数据用于分析诊断 OSA。

4 在客观检查缺乏的情况下也不推荐应用问卷调查等方式来诊断 OSA(强烈不推荐)

新版指南用较大篇幅介绍了应用临床调查问卷等工具诊断成人 OSA 的相关研究现状及 Meta 荟萃分析结果。指南列例举了部分问卷调查方法,对其一一简述。例如:① 柏林问卷 (Berlin questionnaire):分为 3 类共 11 题,结果分为 OSA 高风险或低风险。与 PSG 或 HSAT 相比,其假阴性率高、特

异性低、准确性欠佳。由于其异质性、间接性、不精确性,Meta 荟萃分析的最后总体质量等级定为中度;② ESS 量表:共有 8 个问题用以评估白天嗜睡程度,与 PSG 或 HSAT 相比,假阴性率高、敏感性低、特异性较高,Meta 分析总体质量等级定为低度;③ STOP-Bang 问卷:该问卷敏感性高、特异性低,假阴性率比柏林问卷及 ESS 量表低,Meta 分析总体质量等级定为中度;④ STOP 问卷:与 PSG 相比,STOP 问卷具有中-高度敏感性、特异性一般、准确度低,Meta 分析总体质量等级定为低度;⑤ 形态测量模型(morphometric models):该方法结合了患者的症状、体质量指数(body mass index, BMI)、年龄、性别、颅面解剖体征等信息进行研究,敏感性较高、特异性很低,质量等级定为低度;⑥ 多变量呼吸暂停预测问卷(multivariable apnea prediction questionnaire):与 PSG 比较,其特异性低、假阳性高,质量等级为中度;⑦ 临床预测模型(clinical prediction models):不同的学者通过评估年龄、性别、BMI、腰围、ESS 评分、呼吸参数、夜间憋气、打鼾或最低血氧饱和度,与 PSG 或 HSAT 对比发现,该法敏感性 & 特异性都较高,可用于特定人群,如老年人、拟行减重手术患者、职业司机等,但质量等级为中度;⑧ 其他 OSA 预测工具:包括 OSA50 量表、临床决策支持系统、OSAS 评分、Kushida 指数等。

指南认为,对于任何程度的 OSA 患者,调查问卷等主观评价方式准确度都很低。有些研究认为对于可疑的 OSA 患者,使用调查问卷等检查方式即可,不必使用客观检查证实,但指南认为这样的做法缺乏循证医学依据。调查问卷相比于 HSAT 或 PSG 的确没有那么繁琐,但诊断价值并不高。HSAT 和 PSG 尽管需要更多资源、更高费用、患者负担更重,其却能提供更有价值更准确的诊断依据。并且在充分告知的情况下,绝大多数患者并不同意单独应用临床调查问卷等方式来诊断自己是否患有 OSA。

该指南是基于大量的文献检索及综述、Meta 分析所得,但很多方面需要更深入的研究来指导临床实践以及为患者服务。今后还需要更精确便利的临床筛查工具或模型来预测 OSA 严重度,从而更高效地进行患者管理。该指南未能按预期回答的两个问题也需要今后的研究去完善、补充。即:在随访期间是否需要或在何种情况下需要复查 PSG 或 HSAT 来确定 OSA 的严重度或治疗效果?对拟手术治疗的 OSA 患者,是否通过睡眠检查从中确诊 OSA 可以降低围手术期风险及提高手术疗效?对此尚且缺

乏证据。许多学者按照先前的指南在术前给患者行睡眠检查,这是否有用需要进一步的研究证实。

尽管 PSG 仍是诊断 OSA 的金标准,但其传感器及监测器体积大、较笨重,如果能缩小 PSG 设备体积并减少创伤,也许 PSG 会更受患者欢迎。本指南对于 HSAT 的准确性及临床作用有了更深入的理解和认识,今后的研究重点应该着重于评估 HSAT 在不同程度的 OSA 患者、不同的患者群(特别是那些以往研究中常规排除的患者,如 CSA 患者)以及那些不适合睡眠实验室环境的患者的应用。研究需重点关注怎样更好地确定检查的最佳生理参数,特别是必须监测的最少的参数,还有设备如何在不同参数间对比、不同临床状态下对比等。另外,需要更多的研究来证明睡眠检查的最佳持续时间和次数。

参考文献:

- [1] Peppard PE, Young T, Barnet JH, et al. Increased prevalence of sleep-disordered breathing in adults[J]. Am J Epidemiol, 2013, 177(9):1006-1014.
- [2] Ravesloot MJ, van Maanen JP, Hilgevoord AA, et al. Obstructive sleep apnea is underrecognized and underdiagnosed in patients undergoing bariatric surgery[J]. Eur Arch Otorhinolaryngol, 2012, 269(7):1865-1871.
- [3] Punjabi NM. The epidemiology of adult obstructive sleep apnea[J]. Proc Am Thorac Soc, 2008, 5(2):136-143.
- [4] Franklin KA, Lindberg E. Obstructive sleep apnea is a common disorder in the population-a review on the epidemiology of sleep apnea[J]. J Thorac Dis, 2015, 7(8):1311-1322.
- [5] Kushida CA, Littner MR, Morgenthaler T, et al. Practice parameters for the indications for polysomnography and related procedures: an update for 2005[J]. Sleep, 2005, 28(4):499-521.
- [6] Collop NA, Anderson WM, Boehlecke B, et al. Clinical guidelines for the use of unattended portable monitors in the diagnosis of obstructive sleep apnea in adult patients. Portable Monitoring Task Force of the American Academy of Sleep Medicine[J]. J Clin Sleep Med, 2007, 3(7):737-747.
- [7] Clinical Practice Guidelines for Diagnostic Testing for Adult Obstructive Sleep Apnea: An Update For 2016. An American Academy of Sleep Medicine Clinical Practice Guideline [EB/OL]. [2017-01-31] <http://216.21.56.228/resources/pdf/DTOGuideline.pdf>

(编辑:孙瑶)

责任编辑: kangjing_dr

世界首例“换头手术”在中国进行，黄洁夫表示荒唐可笑

来源：健康时报 新浪新闻

新闻背景：

据英国《每日邮报》报道，2017年11月17日，意大利都灵神经外科医生赛吉尔·卡纳维罗在奥地利维也纳的一场新闻发布会上宣布，世界首例“换头”手术成功在遗体上实施，如他以往公布的，手术在中国由任晓平带领的团队操刀完成。

手术用时18小时，最终专家宣布，将一颗受损伤头颅的脊柱、神经和血管重新连接起来是可行的。

在这场新闻发布会中，卡纳维罗还表示，这场手术的完整报告将在未来几天内公布，同时他也声称，活体头颅的移植手术计划也会在不久以后公布。

“活体移植非常迫切，人类已经被自然主宰太久了。”卡纳维罗在发布会上说。头部移植手术被卡纳维罗称之为“HEAVEN”计划，即“Head Anastomosis Venture”的缩写，意味“头部缝合的冒险”。“HEAVEN”官网介绍，这一手术的关键就在于一项名为“GEMINI”（双子）的脊髓重新连接技术，而卡纳维罗是这项技术的发明者。



（原卫生部副部长黄洁夫批首例“换头术”）

11月17日，意大利神经外科医生赛吉尔-卡纳维罗宣布，世界首例遗体“换头”手术成功在中国实施，手术由哈尔滨医科大学教授任晓平团队完成，消息迅速引发热议。随后，任晓平举行媒体见面会，表示他们完成的不是“换头术”，而是“第一例人体头移植实验模型”，目的是探索活体头移植的手术方案。

针对近日引发热议的世界首例“换头手术”，原卫生部副部长、中国器官移植发展基金会理事长黄洁夫表示，脑移植在技术上是不可能实现的，在伦理上更是不允许的。在中国进行换头手术，是对中国器官捐献事业的抹黑。

“我并不反对头颅移植的科学实验，科学研究是无止境的探索，在动物身上实验可以，在人身上绝对不行。”黄洁夫表示，在中国，现在头颅移植绝对不允许进行临床实验，它是非法的，违背了我国器官移植条例，违背了器官捐献和移植的整个体系。

技术上不可能实现

目前从技术上，头颅移植是不可能实现的。黄洁夫介绍，头颅移植在动物实验中从来没有成功过。1954年苏联科学家就进行过头颅移植，把一只狗的头移植到另一只狗背上，变成双头狗，这只狗活了三天就死掉了。意大利和中国科学家进行过小鼠实验，40只小鼠术后存活了16只，活了三个小时，是头活了三个小时，而不是老鼠能活动。2016年进行了猴子实验，猴子换头后，脊髓没办法存活，术后20小时猴子太痛苦了，被人道地处死。

事实上，即使是简单的同种异体的肢体移植，比如手移植、腿移植，在世界上也没有成功的先例。肢体移植后，一部分病人觉得肢体不是自己的，产生了很多精神症状，甚至有人自杀了，现在基本上所有做同种异体肢体移植的都截掉了。

头颅移植非常复杂。黄洁夫认为，头颅移植目前有两个不可逾越的技术障碍，第一是要把颈部和躯体的骨头、肌肉、血管、神经、淋巴管都天衣无缝地恢复到原状，这是不可能的，“就像大西洋底的电缆断了，用胶水粘起来一样”；第二，脊髓中的中枢神经元是不可再生的，切断以后没有方法让神经元恢复。

此外，还有免疫排斥的问题。“肝移植、肾移植都需要用免疫排斥药物，头颅移植是一个躯体的移植，得用多少免疫排斥药物？产生多少毒副作用？这是根本没有办法解决的，而且在目前科学上看不到解决希望。”黄洁夫说道。现在做头颅移植手术是“荒唐、可笑”的。

伦理上不允许实施

头颅移植在伦理上也存在很大的挑战。首先需要解决的问题是，移植的到底是什么？是头还是躯干？黄洁夫说，每个个体都有自我的特殊性，躯体也是有感觉的，医学上叫本体感觉。器官移植是阳光下生命的延续，就是说供体的生命在某种程度上在受体的生命上得到了延续。所以从这个角度来讲，到底头是人，还是全躯体是人？这在伦理上是没有解决的。

另外一个伦理问题是，如果手术能成功，这个躯体存活下来，那么他的生殖系统生下的小孩到底是谁的？

黄洁夫表示，在头颅移植存在众多伦理问题的情况下，在中国进行这种粗糙的实验，会给中国的器官移植事业抹黑，破坏中国器官移植的国际声誉。“有人说中国是唯一能做头颅移植的地方，因为中国最不讲伦理。”

此外，从医学道德的角度来说，每位医学生都要遵守“希波克拉底誓言”，第一条就是“不要损害”。而换头手术对于患者是非常残忍的损害，这触碰了医学的禁区。黄洁夫说，我们作为医学工作者，在科学技术不断发展的时候，首先考虑的不是能不能做，而是应不应该做。头颅移植损害的是对生命的敬畏。

责任编辑：永恒流星



第一部分——西医部分

危险的骨片——记一则顶骨凹陷性骨折病例

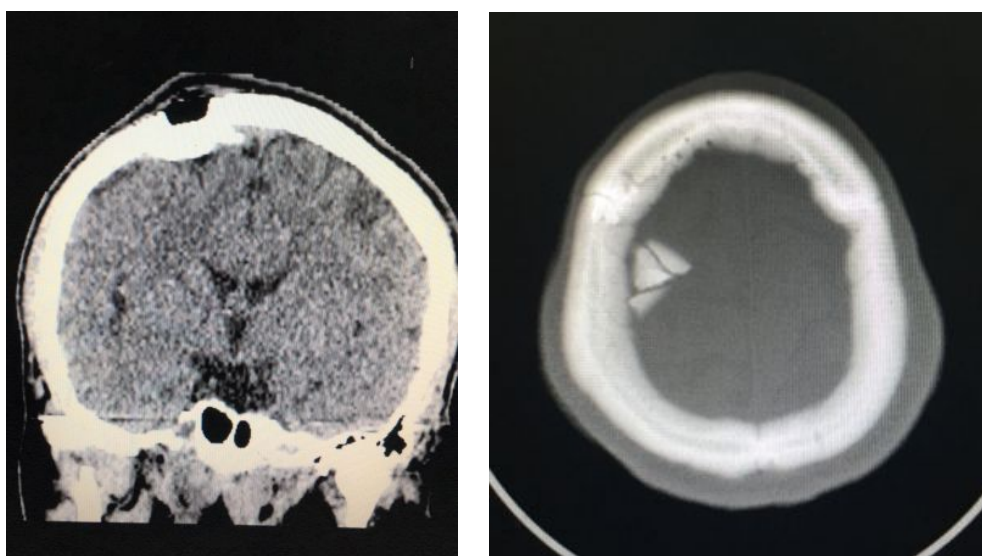
作者：jsdfnicholas

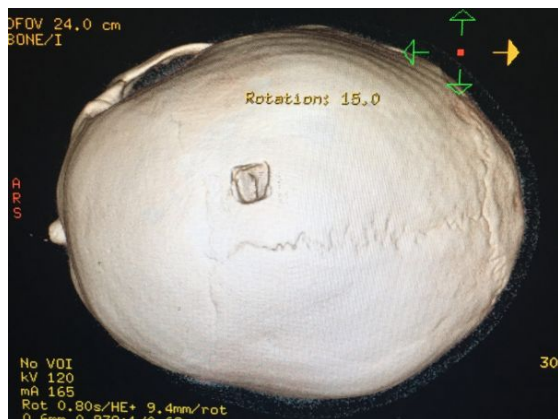
链接：<http://bbs.iiyi.com/thread-3413483-1.html>

节前收治的一位年轻小伙，车祸致伤，当时有昏迷，急诊外科同仁接诊后予头颅CT检查提示：颅骨凹陷性骨折。不敢在急诊室缝合了，收住入院。

说到这位患者，入院时还有个小插曲。来院时听说凹陷性骨折，而且近窦部的，所以第一时间查看神志、瞳孔。神志清，可以遵嘱。但发现对光反射时右侧瞳孔出现忽大忽小的情况，不会是脑干的问题吧？后来追问病史有两侧青光眼手术史，询问了眼科同仁，青光眼手术后可能会出现类似情况。

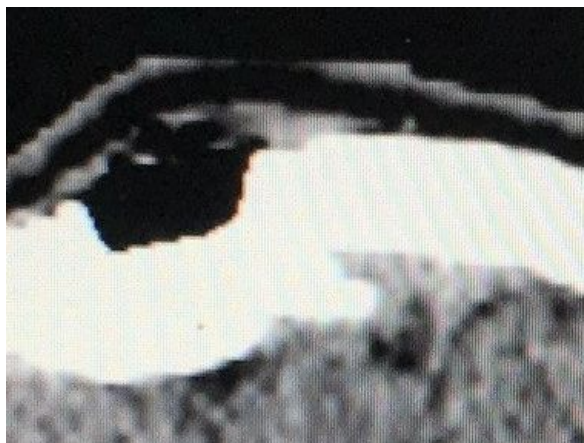
再来说说这位患者，急诊行头颅CT检查（平扫+三维重建）：





片中所见顶骨凹陷性骨折，骨折位置少许硬膜外、下血肿，少许气体。

三维重建图像示凹陷骨折处距窦好像还有一段距离，再看这张放大的图片：



看看这块“大爷”骨片，就在窦旁，谁也不敢动它分毫啊！

考虑到患者神志清，可遵嘱活动，且无肢体感觉异常或偏瘫症状，结合颅内出血量少及近窦骨片，我们决定先缝合伤口，转开放性颅脑损伤为闭合。

术中情况（可能看得不清，创口内发黑的就是凹陷处）伸一小指进创口，可扪及凹陷骨折处面积约 $2.5\text{cm} \times 2\text{cm}$ ，中央凹陷处相对固定难以推动，并有少许破碎脑组织溢出。

反复冲洗伤口，清除创面内大量碎发及破碎组织，仔细缝合帽状腱膜及头皮，并留置一引流皮片至帽状腱膜下。

复查头颅 CT：颅内出血未见明显增加。以预防感染、止血治疗为主，密切关注观察患者体温，有无肢体抽搐及肢体偏瘫情况。

痛性休克？

作者：灿烂妹妹

链接: <http://bbs.iiyi.com/thread-1881672-1.html>

早上7点诊所开门。一开门,就听到有人喊:“医生快来!我老公的脚被玻璃割到了!”一听到这话,我马上叫老公起床来帮他止血,清洗伤口!双氧水一上,病人就说有点头晕,给他喝了糖开水,自诉感觉好多了。过了没有多久,就给他上云南白药(伤口不深)。还没上好药时,病人就晕倒了,出现呼吸困难、喉头水肿、口唇发绀。我就在旁边,立即按压人中穴。我老公就去准备抢救药物了。一分钟不到,病人自诉感觉症状缓解,冒了一身汗,所以肾上腺素也没有用!

患者出现的这种反应是什么情况呢?处理原则是什么?

痛性休克?还是紧张过度了?后来问这病人一直是晕针的。像这情况是首先注射肾上腺素抢救吗?我以前经常遇到这样清洗伤口晕厥的,但没有那么严重。吓到一身冷汗,幸好没有事情!

个人认为存在如下可能:

1. 痛性休克,和紧张、饥饿等有关。

双氧水和云南白药撒伤口上都很疼。这种情况和晕针差不多,处理一般也就是平卧,口服温热水+高糖针,立即按压人中、合谷等穴位;压眶,一般都会很快好转。如血压持续下降,心率不好应考虑药物过敏或中重度休克,应快速补充血容量,注射肾上腺素等,然后视情况而处理。

2. 病人只是疼痛性晕厥!而非痛性休克!

此类病人一般对疼痛比较敏感或有晕血的表现。当你用双氧水擦拭伤口时,病人伤口稍微感觉疼痛;或当你用云南白药覆盖伤口时,因云南白药对伤口的剧烈刺激,疼痛加重(我也这么用,所以此情况我常见到),短暂的阵痛加上情绪紧张导致副交感神经兴奋,其末梢释放乙酰胆碱,这种物质可作用于M受体,导致心率减慢,心肌收缩力减弱,心输出量减少,血管扩张,血压下降,病人出现体位性低血压,而出现晕厥!同时晕厥的急性刺激又反过来可以刺激机体交感神经,使交感神经兴奋,心率加快,血管收缩,血压上升,大量汗液分泌,以保护机体!所以此时最佳的处理就是让病人平卧,以纠正低血压状态!病人自己可迅速恢复!

出现这种情况,建议进行如下处理:

1. 平卧,吸氧,喝温开水或葡萄糖。
2. 可能是早上空腹,饥饿、疼痛诱发的晕厥。

此情况做清创缝合的时候经常能遇到。

立刻平卧，能比较快缓解，然后继续口服葡萄糖。

这个病人应该没有喉头水肿，要是有的话，没用药是无法这么快缓解的。

3. 遇到这种情况，还是让患者平卧再处理，相对好一点。随时观察，及时发现，及时处理。

4. 个体医生遇到这种情况，一定不能慌，要冷静分析，才能妥善处理。

体会：

1. 首先要明确诊断。

2. 如果明确病人属于疼痛性晕厥，遇到这种情况首先让患者平卧并且和他交流，谈一些别的话题分散他的注意力，使他的心情处于放松状态。

3. 让病人平卧后还要再考虑要不要使用肾上腺素(既往有高血压史)。

4. 对疼痛不耐受的病人，需要更加小心，我就曾遇到过左股骨骨折术后功能锻炼出现疼痛性晕厥的病例。

种种大便异常和所属疾病

作者：于青山的空间

链接：<http://bbs.iiyi.com/thread-1676318-1.html>

【1】柏油便：当食管、胃、十二指肠、空肠上段以及胰腺和胆道等上消化道出血时，红细胞中血红蛋白的铁，在肠道细菌的作用下与硫化物结合成硫化铁，从而使粪便呈现黑色。这种黑色大便黑而发亮，外观性状如同柏油，故也称为柏油样便。排柏油样便是上消化道出血的一种表现，见于胃十二指肠溃疡出血、胃癌、肝硬化等。但是，食过多的肉类、动物血、肝脏、菠菜、口服铁剂、铋剂、活性炭等，粪便也可呈黑色，应加以区别。除询问病史外，可用水将黑便冲散，若黑便冲出血色，即为消化道出血；而食物与药物所致的黑便，粪便黑面不亮，用水冲也不见血色。经素食二三天后或停服药后，大便颜色就可转为黄褐色。

【2】绿色大便：呈水样或糊状，有酸臭味、多泡沫，多见于消化不良，肠道功能失调等疾病。若绿便中混有脓液，则是急性肠炎或菌痢的表现。腹部大手术后或接受广谱抗菌素治疗的病人，如突然出现带腥臭味的暗绿色水样便，并有灰白色片状半透明蛋清样伪膜，提示可能是金黄色葡萄球菌肠炎。此外，吃了大量含叶绿素的食物，或肠内酸性度过高，也会使粪便变成绿色。

若大便呈绿色，粪便量少，黏液多，属饥饿性腹泻。此外，有些吃配方奶的宝宝，

排出的粪便呈暗绿色，其原因是配方奶中都加入了一定量的铁质，这些铁质经过消化道，并与空气接触之后，就呈现为暗绿色。

【3】灰白色大便-陶土色大便：各种原因所致的胆道阻塞患儿会排出灰白色的大便，如婴儿肝炎综合征，成人见于结石胆道肿瘤，胆道闭锁等，多伴有黄疸、尿黄、腹胀和肝脾肿大等表现。此外在婴幼儿，进食牛奶过多时，产生的脂肪酸与食物中的矿物质钙和镁相结合，形成脂肪皂，粪便也可呈现灰白色，质硬，并伴有臭味。

【4】洗肉水样血便：大便呈洗肉水样并有特殊的腥臭味，见于急性出血性坏死性肠炎。

【5】黏液脓血便：黏液脓性鲜血便常见于细菌性痢疾、空肠弯曲菌肠炎，正常的粪便有时有极少量黏液。若黏液大量出现，犹如涕状，常见于肠炎、痢疾和血吸虫病等。不同部位发病，大便中黏液存在的形式也不同。若黏液均匀地混在粪便中，可见于小肠发炎；若黏液多附着于粪便表面，则见于大肠病变。暗红色果酱样大便见于肠套叠；暗红色果酱样脓血便则见于阿米巴痢疾。

【6】豆腐渣样大便：豆腐渣样大便常常见于霉菌引起的肠炎。

【7】泡沫样大便：当宝宝偏食淀粉类或糖类食物时，会使肠腔中食物加速发酵，伴有腹胀肠鸣，大便带有泡沫，像发酵的面团，见于发酵性消化不良。

【8】果冻状大便：患过敏性结肠炎时，常于腹部绞痛后排出黏冻状、细带状物。如在坚硬的粪便表面附有少量黏冻，则是痉挛性便秘的特征。此外，部分慢性菌痢者也可排出冻状大便。

【9】羊粪状大便：大便干结、呈粒状，中医认为这多为内热，或阴液不足之故。大便坚硬，不易排出者，主要因手术后肠粘连、腹内肿瘤、肠套叠、肠痉挛等引起。高热或久病之后，及老年人阴津不足也可出现大便干结。小孩不喜欢吃蔬菜，缺乏纤维素，也易引起大便干结。

【10】大便的性状还可帮助医生推断病变的部位。

细条、扁平带状大便：经常排细条、扁平带状便，说明直肠或肛门狭窄，多见于直肠肿瘤；大便一侧有沟纹，标志直肠肛门有赘生物，应警惕直肠癌。

大便稀薄如水状，多为小肠腹泻；

大便如粥样或稀泥状，多来自回盲部病变；

大便含大量泡沫，多为小肠消化不良；

大便如干粥样，多为结肠病变；

大便中含新鲜脓血，量不多，且里急后重明显者，多来源于结肠或乙状结肠；

大便中含大量黏液而无血迹，多因慢性功能性结肠病变引起。

大便量多、奇臭或混有油珠，它是胆囊、胰腺功能不良的表现，也可见于梗阻性黄疸。

安痛定过敏一例

作者：yuanhaichao

链接：<http://bbs.iiyi.com/thread-1476079-1.html>

患者，男，7岁，于8月8日早晨由其父领来就诊。查 T：39.5℃。咽部充血，腹软，肺部听诊（-）无咳嗽咳痰。

给予：

1. 安痛定 2ml，肌注；
2. 生理盐水 250ml+磷霉素 2g+地米 6mg+利巴韦林 300mg，静脉滴注；
3. 5%GS250ml+清开灵 20ml，静脉滴注。

肌注完安痛定后，患儿无任何不良反应。紧接着就输上第一组液体。在输入有15分钟左右，患儿感觉全身发痒。患儿父亲急问：“你是不是给孩子输了……忘记啥药了？”考虑药物过敏，急停。换纯糖水缓慢静点，口服苯海拉明、赛庚啶。一边给患儿脱敏，一边让其父亲打电话询问其母。

“是安痛定”！

此时患儿手臂上出现两块药物过敏斑，3cm×2cm左右。

患儿吃不下药物。地米 4mg 入壶，异丙嗪注射液 20mg 肌注。

大约过了 20 分钟，询问患儿已经不痒了，只是看上去有些无神（异丙嗪的原因）。

小结：

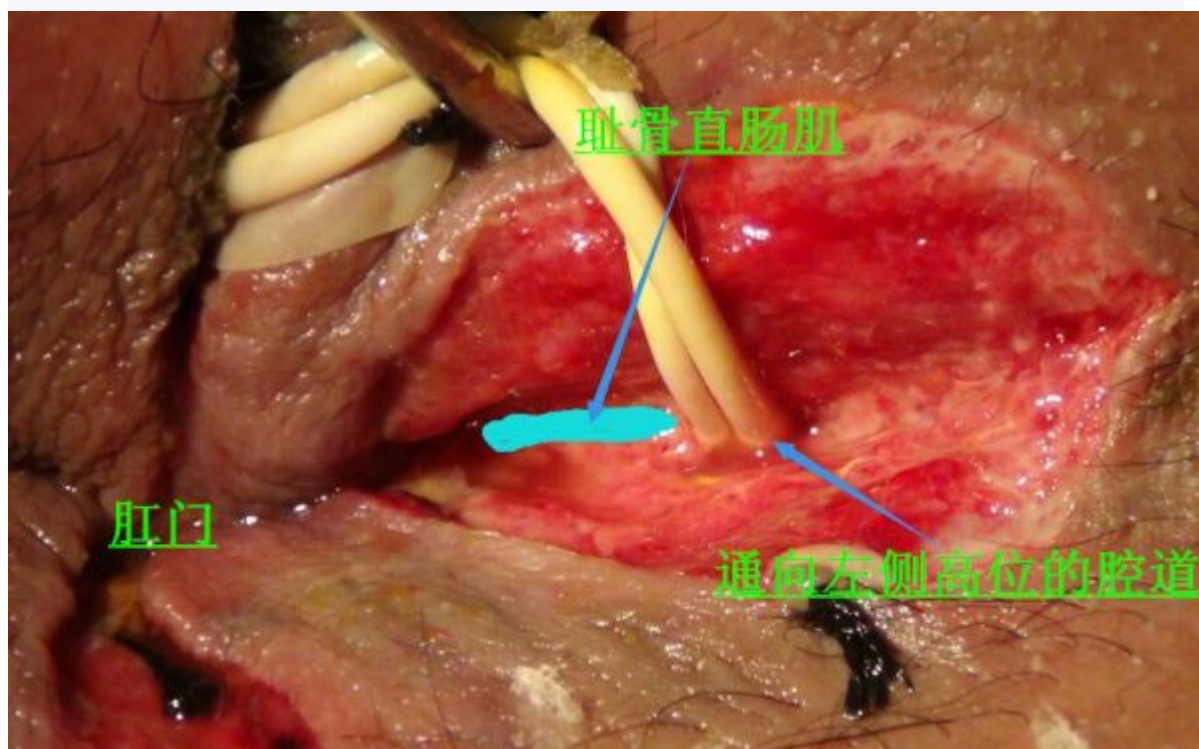
1. 用药前一定询问过敏史，即使你用的是平常用药。
2. 对自己患者群的过敏史应牢记。此前此患儿也在我这就诊过，当时家长提到患儿对安痛定过敏。这次患儿父亲打电话询问啥药过敏后，我忽然想起患儿的上次就诊。
3. 安痛定为发热患者的常用药，过敏者少见。
4. 不管我们自己认为是多安全，多么平常的药物，某些患者也可能过敏。

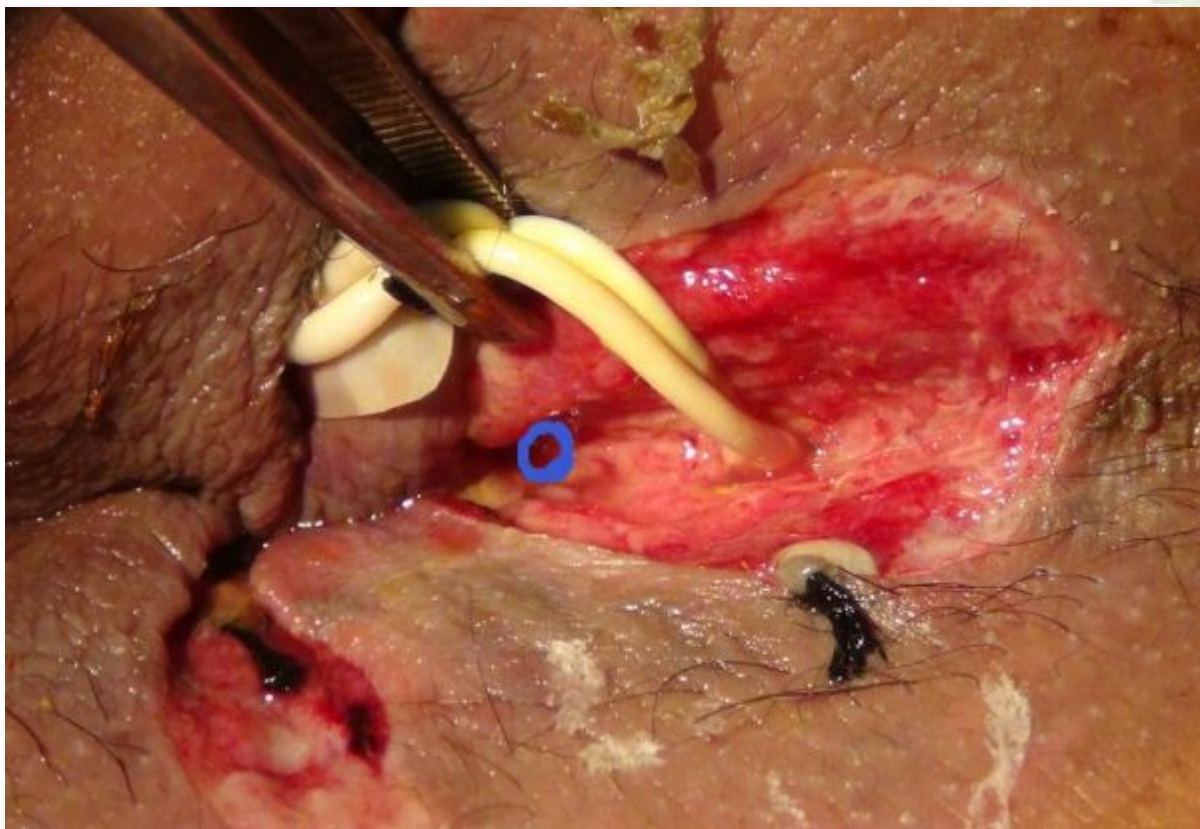
高位肛周脓肿灵活进行外引流一例

作者：靳新领

链接：<http://bbs.iiyi.com/thread-3418169-1.html>

男性，16岁。肛门部胀痛5天、破溃流脓1天。可见肛外6点红肿有一破溃口，流脓血。7点有一瘻道外口，可触及通向肛内的条索；指诊肛内3点肛直环上可触及2.5cmx2.5cm大小表面光滑、质中等的包块，不移动。骶麻下行肛周脓肿一期根治术。切开6点脓腔后发现耻骨直肠肌后方有一通向肛外3点的腔道，弯钳探查，弯钳尖探入肛内直肠壁的脓腔内，感觉脓腔最薄弱处并不厚，一直犹豫捅破直肠还是不捅破直肠。捅破直肠就要挂紧线，要挂断耻骨直肠肌，术后肛门自制功能肯定会受影响，况且脓肿期的挂线，挂开后两断端的粘连还是个问题。犹豫再三，感觉进入高位的脓腔还是进入了左侧的提肌下间隙，既然是提肌下间隙，何不外引流？遂做3点切口，弯钳向外轻轻一捅就和3点切口贯通，挂浮线。2周后拆皮筋时肛内指诊，3点肛直环上包块消失，遗留一小硬结（约1cmx1cm）。由本例可以看出，如果通向高位的腔道位于耻骨直肠肌的后侧，则需进行外引流；如果通向高位的腔道位于耻骨直肠肌的前侧（如图蓝圈所示位置），又可以触摸到肛内的条索或小包块，无法置管冲洗引流，则可以捅破腔道顶端的直肠进行实挂线以内引流。





术后 14 天拆除皮筋。



第一次独立成功小切口

白内障手术感想和总结

作者: wujingquan

链接: <http://bbs.iiyi.com/thread-1841883-1.html>

剪开球结膜(没放开, 剪得不够大), 烧灼止血, 巩膜反眉弓半层隧道切口(胆不够大, 切口不平), 刺穿至前房, 环形撕囊(最失败的撕囊, 原以为自己可以撕, 至少不会太烂, 可是撕得一塌糊涂, 最后只能截囊, 也只是截了个小囊口), 水分离, 3点囊膜下冲水, 没反应; 9点囊膜下冲水, 没反应; 重复, 还是没分离。汗! 再一次小心探进囊膜下冲水, 加大冲水力度, 松了点; 重复9点处, 玻璃酸钠注进9点虹膜上和晶体核下, 顺时针旋转晶体核, 一次、两次、三次、终于转到前房了(水分离不熟练, 力度、深度和角度掌握不好, 旋转晶体核力度和方法不熟练); 晶体核底下和上方注入粘弹剂; 掏核, 分两次掏, 错了, 应该是说掏了两次(紧张了, 左手夹的时候太用力了, 扯得角膜都长了, 呵呵); 冲吸皮质, 很小心, 很慢, 很小力(12点还有一点冲不出来, 放弃了, (师傅说没影响)); 植入 iol 顺利; 再次冲吸玻璃酸钠, 还好。师傅说不用缝针, 完毕。

术后后囊没破, 角膜内皮没皱褶, 水肿可能会有, 皮质基本干净, 但是不熟练, 勉强合格。

抛砖引玉, 希望前辈指导, 新手共勉, 共同进步。

超声入门贴 596——急腹症之黄体破裂

作者: songjunrui

链接: <http://bbs.iiyi.com/thread-3403620-1.html>

巧妇难为无米之炊。

基层医疗没有经阴道探头, 遇到这样的急腹症, 在没有尿的情况下, 让超声医师情何以堪!

医患关系的最大矛盾是患者对医生的信任危机, 加大基层医疗的设备投入是医改的当务之急, 基层医疗的高端设备的引进, 技术水平的提高, 才是医改强基层的初心。不忘初心, 心若在, 梦就在, 擦干泪我们还可以重头再来。

妇科急腹症之一——黄体破例，病例分享。

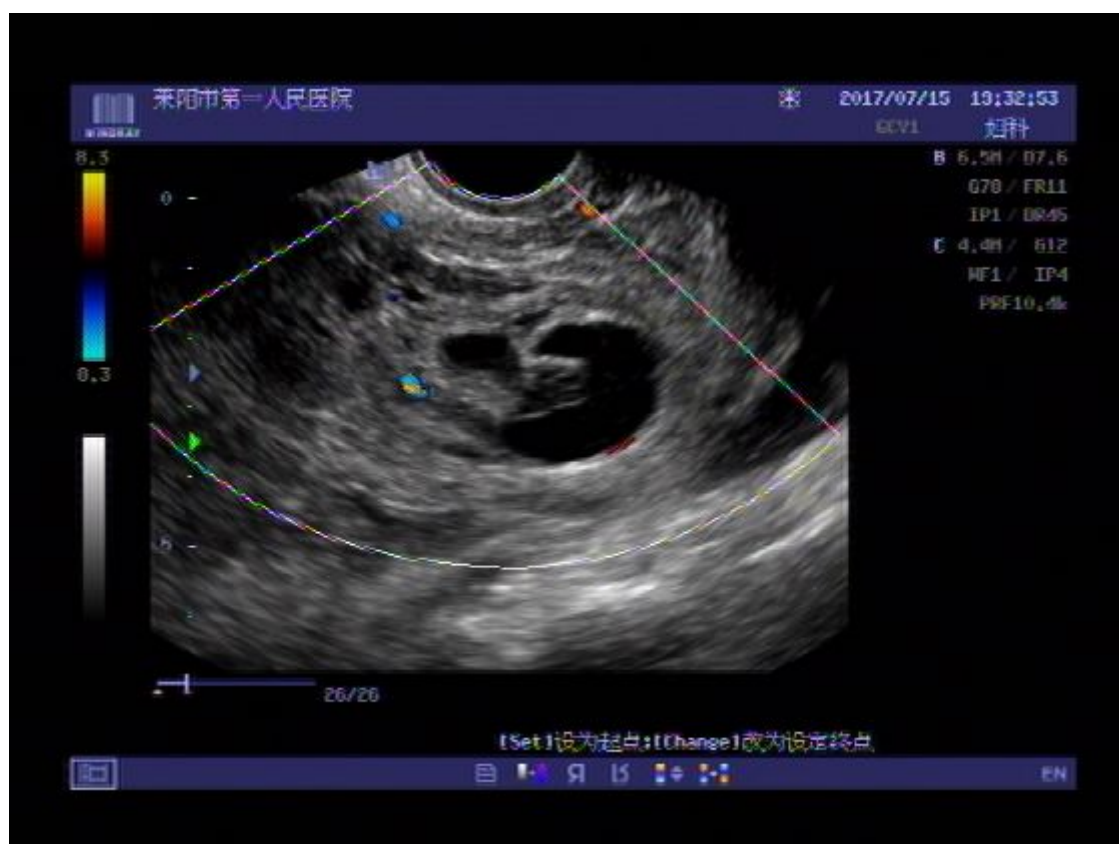
女，28岁，腹部刀割样疼痛6小时来诊，就诊外科行阑尾检查，血常规相关数值在正常范围。

超声可见：右下腹阑尾区反复扫查未见明显肿大阑尾，右髂窝积液，膀胱未充盈，子宫前位，右侧附件区略高回声团块，改成经阴道超声检查发现子宫前位，形态大小无异常，右侧卵巢略增大，周边皮质部可见蜂窝状无回声，中央可见一囊状无回声，囊壁可见宽约0.42cm回声缺失，周围可见大量透声略差的液性暗区及不规则略高回声团块漂浮，CDFI未见明显血流信号。

结合临床（患者还有10天来月经）考虑：右侧黄体破裂并盆腔积液，血块形成。









心电图读图第 75 期

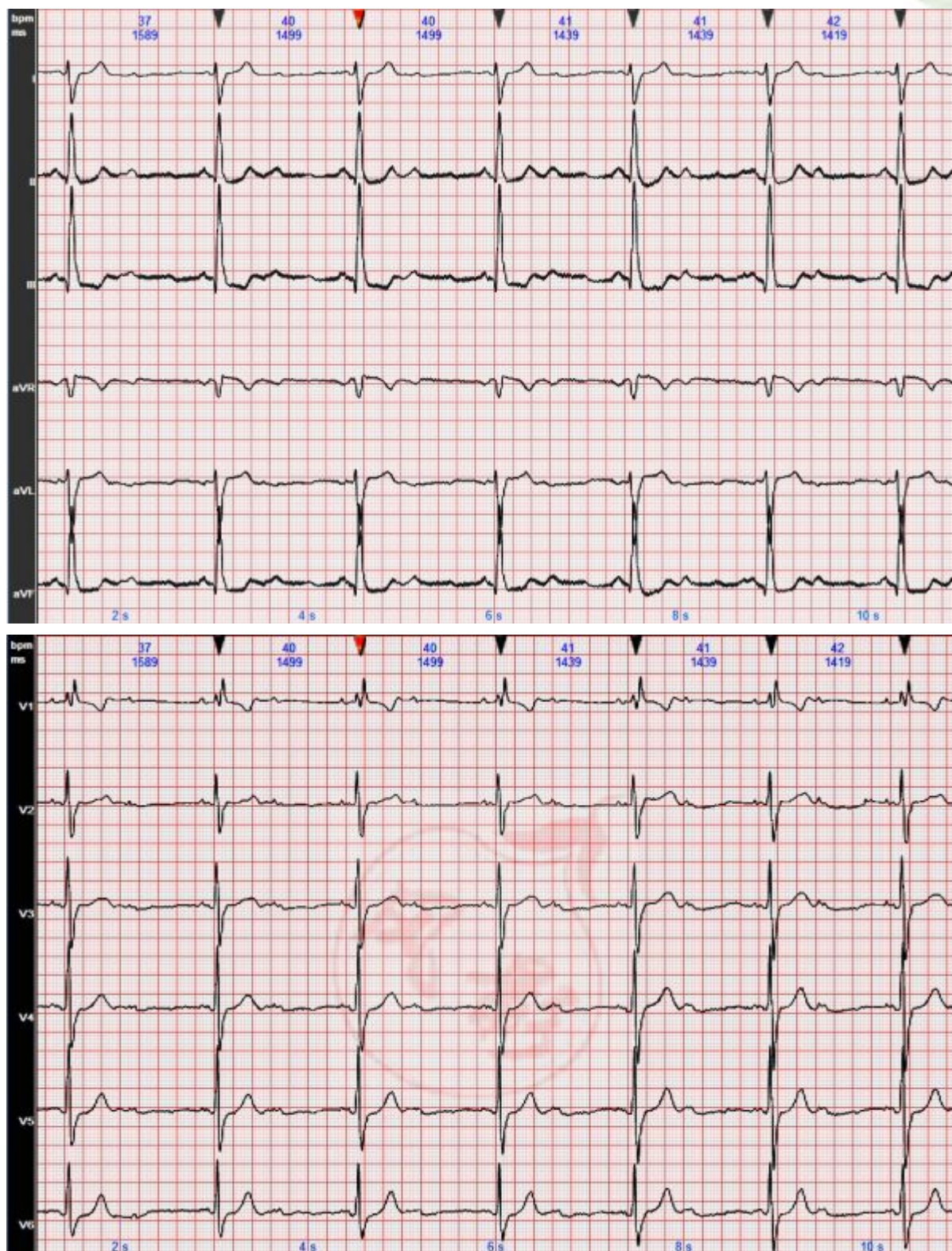
作者: htchb

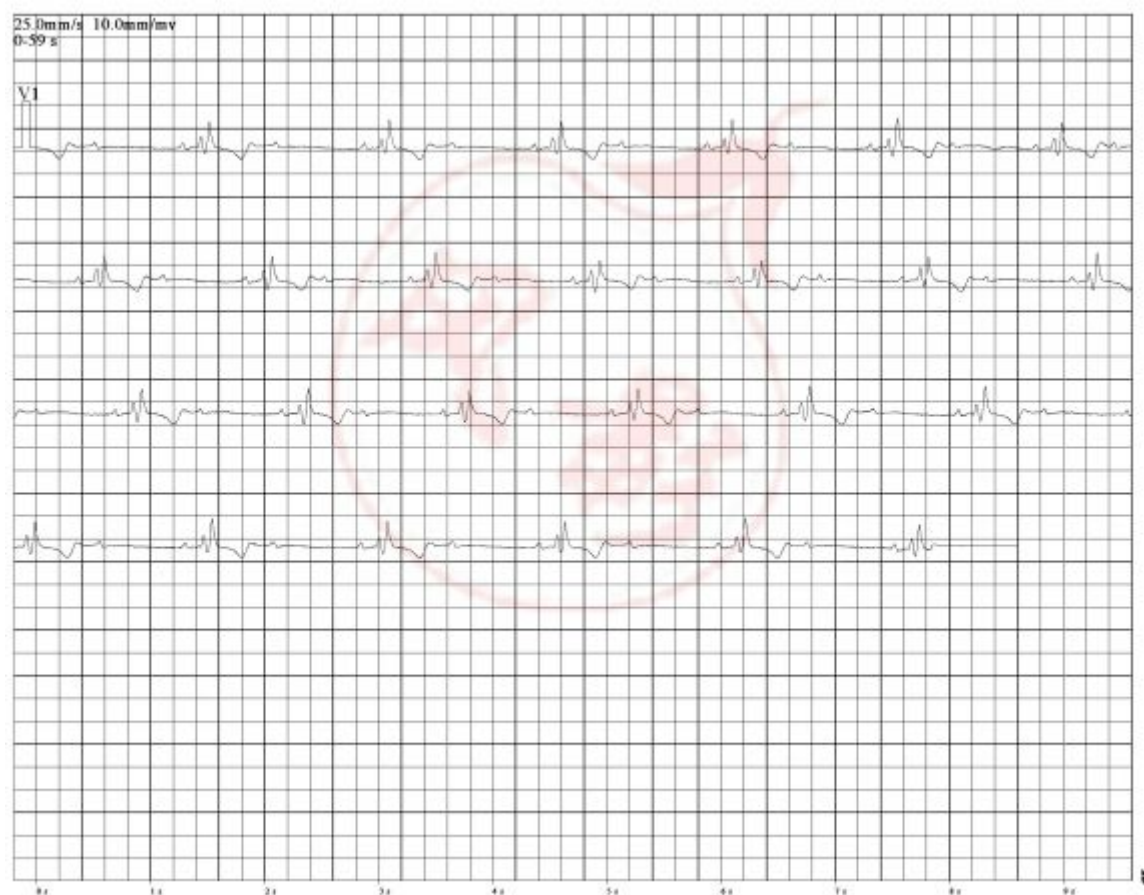
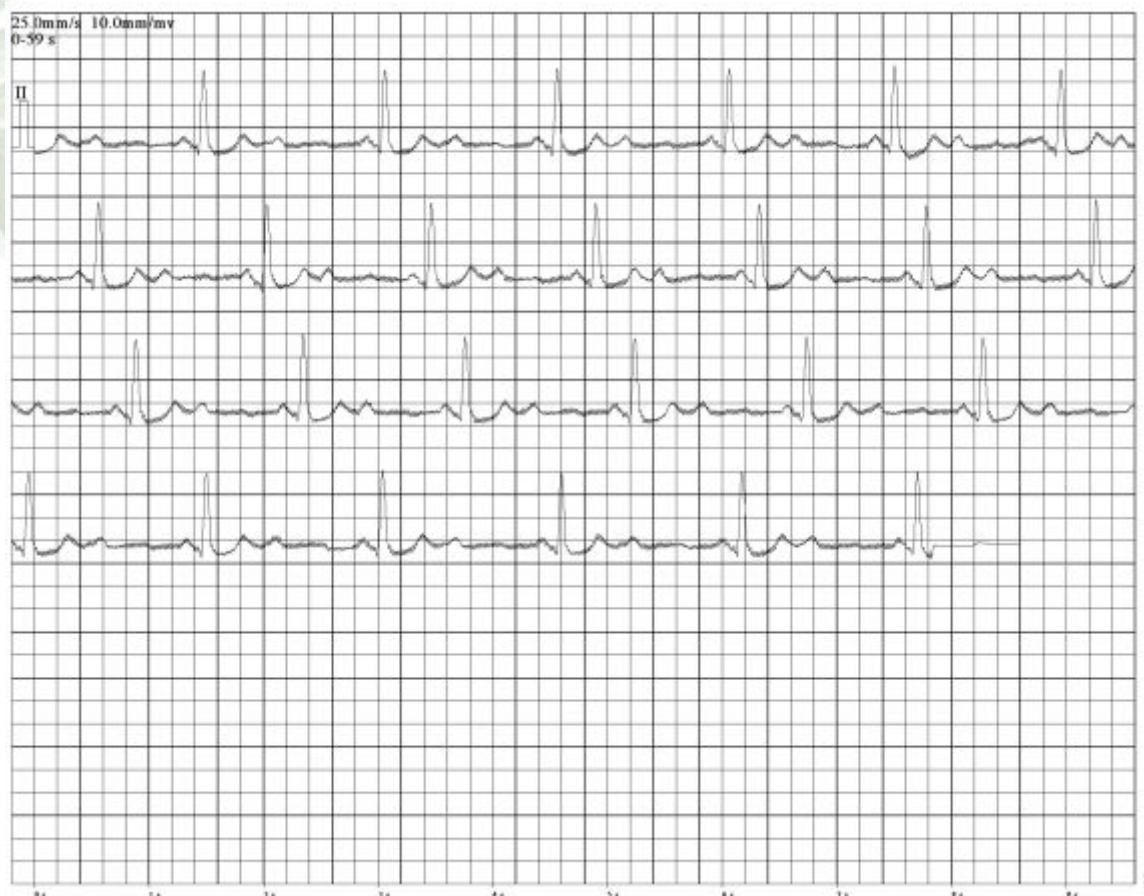
链接: <http://bbs.iiyi.com/thread-3421194-1.html>

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】

患者女性, 81 岁, 以阵发性胸闷、心悸半月前来就诊。请参加读图的朋友尽量分析诊断, 并尽量画出梯形图。





责任编辑：寒冰

编辑：刘延红大夫 草原民间中医



第二部分——中医部分

中风后遗上肢屈而不伸后遗症

作者：接骨草

链接：<http://bbs.iiyi.com/thread-2420393-1.html>

张某，男，60岁。患者于2012年5月1日突发脑溢血，在医院治疗后，出现左上肢肘关节和手指的指间关节强直性屈曲不伸，被动用力亦不可完全伸直。至今8个月了，众所周知，瘫痪后期都是强直性挛缩。图1为患者来诊时的情况，肘关节和手五指的指间关节屈曲挛缩。



图1



图2

针刺全知穴（此穴是经外奇穴，位于左侧颈部，胸锁乳突肌后缘，胸锁乳突肌近乳突之3/10的位置。其主治颈神经痛、全身神经痛、风湿症、颈部肌肉痉挛、关节炎、半身不遂。针法是轻捻慢进，可以刺进二寸，进针后有一种触电样或麻酸的感觉向下肢放散，如感觉向胸背部放散则不宜下针，应将针略向上提，或出针另刺）。肩髃穴（此穴的经验来自四川的针灸名家李焯成，其治疗中风后遗症上肢屈而不伸后遗症就是用此穴，用“苍龙摆尾”的手法，治疗此类情况此穴是关键；而且关键是选准肩髃穴部位的筋结，针刺的部位就是这个筋结，针刺此穴前要适当活动患肢的关节，目的

是活动其肩关节处留闭的气血；然后将患肢肘手随其僵屈形式，抬高平举，在肩髃穴部位找到筋结点进针，待针下有沉紧的感觉后说明已经针刺到筋结部位，以不进不退，指上贯气，左右摆动针柄。我针刺此筋结时患者当即感觉手指和肘部有松弛的感觉）。天宗穴（此穴是我治疗肘关节挛缩的一个经验穴，针刺时患者可以感觉到腋下有胀感，有的患者可以有触电感直达手指）。留针 30 分钟，中途行针五次。患者左侧的肘部和手指的情况就如图 2、图 3 的情况徐徐而伸。用手轻轻的就可以将起手完全伸直了，如图 4。

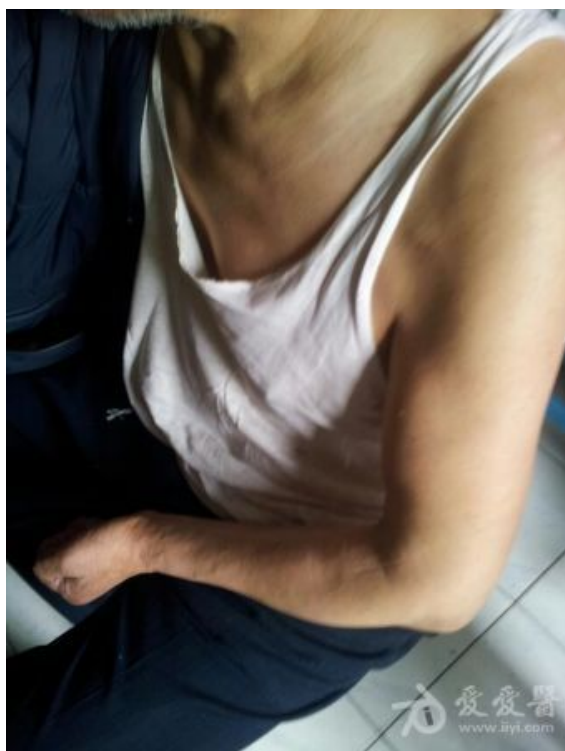


图 3



图 4

暑湿感冒一例

作者：蒋亚坤

链接：<http://bbs.iiyi.com/thread-3402901-1.html>

患者，女，19 岁。因吹空调受凉致咽干及异物感，伴口渴，手出凉汗，便秘，黄痰，浑身无力 10 余天来诊。

刻诊：舌苔薄黄而腻，脉浮稍数，体温正常。

治宜：清热利咽，化湿通便。

处方：桔梗 13 克，射干 6 克，桔黄芩 10 克，桑叶 6 克，蒺藜 10 克，枳壳 10 克，大黄 5 克，荷叶 8 克，藿香 10 克，葛根 15 克，茯苓 15 克，炙甘草 6 克。4 付，水煎内服。

患者今天复诊，症状好转，黄痰消失，渴大减，手心汗少许，咽异物感基本消失，自述仍有浑身困倦的感觉，要求再服 4 付。

处方：桔梗 13 克，射干 7 克，牛蒡子 9 克，炙甘草 5 克，炒白芍 9 克，桂枝 9 克，葛根 15 克，荷叶 6 克，茯苓 15 克，麦冬 13 克，水煎内服。

讨论：该患者由于活动量少，又加上较长时间在空调房内，寒湿内阻，久而化热，所以咽干黄痰。方中桔梗，射干，蒺藜，桑叶走上焦利咽化痰，厥阴之肝，少阴之肾的经脉，均循行于咽喉部，所以咽部干，有异物感。湿困脾土不得运，因此给予藿香，荷叶，炙甘草，茯苓，葛根等诸药合用，化湿和中，升阳益脾。加入大黄，黄芩通便而泻肺热。

二诊：患者虽“热”已除，病的性质是寒湿，因此见好就收。方中加入：桂枝，葛根，荷叶，炙甘草，茯苓通阳化气，升清解表，以解湿困无力之感。桔梗，射干，牛蒡子，通上焦，利咽喉，由于患者手心仍有凉汗，所以加入麦冬，炒白芍起到养阴敛汗的作用。

一个医案的疑惑

作者：lyq585858

链接：<http://bbs.iiyi.com/thread-3394160-1.html>

主诉：全身经脉疼痛 5 年，头晕、乏力。

王某，女，46 岁。体型中等，皮肤稍发黄，病案号 58509。初诊日期 2017 年 04 月 28 日：患者自述于 5 年前无明显诱因出现全身经脉疼痛，春天时为重；伴头晕，转动头部时未加重；伴全身乏力。曾就诊协和医院及九二医院及大小诊所予以中西医治疗，无效。刻诊：全身经脉疼痛；五心烦热，不能盖被子，脚底热，烦躁；头晕；全身乏力，以上肢为主；上肢麻木，颈不酸；手指末端有淤脉，有结节，服用仙灵骨葆胶囊，结节变小；无汗恶风（不敢吹风扇）；胃痛，胃酸，食凉药可加重，食凉、甜的加重；手足温，额凉；口中和，不思饮，口臭，反复牙龈炎；患者自发病以来神清，纳减退，失眠，大便正常，食凉药后小便频，短赤，喝红酒好转；舌质淡，苔腻黄，舌下静脉怒张，脉沉。既往有高血压病史。

中医诊断：气滞血瘀、血虚证。

西医诊断：1. 更年期综合征；2. 颈椎病；3. 慢性胃炎。

处方：黄芪 30 克，红参 5 克，炒白术 12 克，防风 9 克，生地 12 克，赤芍 9 克，白芍 9 克，当归 9 克，川芎 9 克，柴胡 9 克，郁金 15 克，黄芩 9 克，龙胆草 9 克，栀子 9 克，姜、枣自备。

思路：考虑气滞血瘀、血虚证，不知用药对症否，故在线求助。

疑惑：这个医案的资料应该说是完整的，中西医诊断是清楚的。作为中医治疗，西医的诊断可以参考，但还是应该以中医的诊断进行治疗。中医是“方从法立，以法统方”，但该方不完全是这样，至少说这个“方”是不严谨的，先不说这个“法”是否准确。

二诊：（2017 年 04 月 30 日）患者自诉服药后于 29 日中午食欲稍好，晚餐食欲又不佳，余症同前，中医诊断仍然是气滞血瘀血虚。

处方：党参 15 克，桂枝 9 克，白芍 12 克，赤芍 15 克，炙甘草 6 克，生姜 3 克，红枣 5 克，龙骨 9 克，牡蛎 18 克，3 剂，水煎内服。

思路：

1. 《金匮要略·血痹虚劳病脉证并治》：“夫失精家，少腹弦急，阴头寒，目眩发落，脉极虚芤迟，为清谷亡血失精。

2. 《伤寒论》第 62 条：发汗后，身疼痛，脉沉迟者，桂枝加芍药生姜各一两人参三两新加汤主之。

3. 上次诊疗时予以风府、风池、完骨、曲池、合谷等穴针刺后不适症状未见明显改善，故颈椎病诊断可基本排除。

疑惑：中医诊断结果未变，处方已经完全改变，“方从法立，以法统方”无从谈起。

三诊：（2017 年 05 月 03 日）患者自诉服药后小便不利，尿少，颜面浮肿。（以下内容同初诊）中医诊断仍然是气滞血瘀、血虚证。

处方：红参 5 克，桂枝 9 克，白芍 12 克，炙甘草 6 克，生姜 3 克，红枣 5 克，龙骨 9 克，牡蛎 18 克，葛根 30 克，3 剂，水煎内服。

思路：

1. 《金匮要略·血痹虚劳病脉证并治》：“夫失精家，少腹弦急，阴头寒，目眩发落，脉极虚芤迟，为清谷亡血失精。

2. 《伤寒论》第 62 条：发汗后，身疼痛，脉沉迟者，桂枝加芍药、生姜各一两、人参三两新加汤主之。

3. 《伤寒论》第 14 条：太阳病，项背强几几，反汗出恶风者，桂枝加葛根汤主之，故加用葛根。

4. 为什么患者服用药物后会小便不利，尿频，尿少，短赤，百思不得其解，还需要加用什么药物，请老师们指点，还有患者食欲减退，如何处理？

5. 患者自诉往年不适一般发生在农历 2 至 7 月，下半年症状减轻。而且静滴参麦注射液后病情好转。

疑惑：中医诊断结果未变，处方在二诊基础上做了加减，情有可原，但“方从法立，以法统方”无从谈起。

网友在线相助：复诊日期 2017 年 05 月 03 日，患者自诉服药后小便不利，尿少，颜面浮肿。（麻黄）刻下：全身经脉疼痛，以颈项部为明显；（葛根，芍药）五心烦热好转，脚底热好转，烦躁好转；头晕、全身乏力好转；上肢麻木好转；手指末端有淤脉，有结节，服用仙灵骨葆胶囊，结节变小；无汗恶风（不敢吹风扇）；胃痛，胃酸，食凉药可加重，食凉、甜的加重（黄连，干姜）；手足温，额凉；口中和，不思饮，口臭（黄芩），反复牙龈炎；患者自诉发病以来神清，纳差，多食小半碗腹胀明显，失眠好转，大便正常，小便不利，尿少，短赤（桂枝，茵陈）；舌质淡，苔腻白，舌下静脉怒张，脉沉（半夏，土元）。既往有高血压病史，最近未服用降压药。

处方：红参 5 克，桂枝 9 克，白芍 12 克，炙甘草 6 克，黄连 5 克，黄芩 12 克，半夏 5 克，茵陈 10 克，麻黄 10 克，土元 5 克，葛根 30 克，干姜 10 克，水煎内服。

疑惑：目前除了利用经方，随症用药，随症组方，这种情况较为普遍。没有主证，没有主方，有什么症用什么药，不知道治疗效果如何？不能说这样组方不对，问题是中医究竟如何组方，有没有基本的方法，需要认真探讨。

借这个医案就是希望经验丰富的高手就如何抓主证、如何组方，发表高见，供大家学习参考。

分清体质治早泄

作者：江浪如雪

链接：<http://bbs.iiyi.com/thread-3402998-1.html>

早泄是男人的难言之隐，对男人的自信心打击很大。在治疗早泄方面存在很多误

区，其中认为阳气不足而壮阳的误区最大。而实际临床中去补阳壮阳治疗效果好的很少，甚至还造成腰疼、怕冷、尿少尿频、尿不尽、阳痿……等问题。所以区分体质来对待治疗早泄就非常重要。

个人临床经验大体三种情况为主：阴虚型、阳虚型、阴阳两虚型。

一、阳虚型

临床中阳虚早泄者很少，一般轻微阳虚是不会出现早泄问题。只有阳虚比较厉害了，出现尿频、尿量大，后期尿不尽，怕冷厉害，腰腿疼痛，才会偶尔早泄，这种情况严重的多以阳痿为主，而不是早泄为主。这种情况或多或少兼有肝郁、气虚、无力、腰腿沉重、怕冷，便溏等情况，

甲诊：月牙数量多而且大，甲色白等。

舌诊：多白嫩、湿滑。

脉诊：关尺脉沉弱无力特别是右关尺脉。

这种情况才是我们通常所谓的阳虚寒湿体质，才需要去补阳壮阳。一般服用右归丸、金匮肾气丸、壮阳丹、四逆汤之类的补阳壮阳药物，也能很快解决问题。

二、阴虚型、阴阳两虚型

这两种类型的人数居多数，早泄的患者大多是这2种类型的，2种类型中以阴阳两虚型最多，也是服用壮阳药没效果的主要人群。

1. 阴虚型

这类人有很多共同点：

问诊：多梦，睡眠质量一般，怕热、有的手脚心热、精力旺盛、做事麻利、性格急躁、容易口干口渴，有的口苦、胃口好、尿黄、大便干或者便秘、眼干涩、头发干枯、油腻或者白发较早、皮肤较糙、口腔溃疡等等。有的容易梦遗，另外还容易起色心、容易心动等等。

甲诊：要么月牙偏少偏小，要么不少而甲色偏红。

舌诊：舌质红为主，苔薄或黄或干。

脉诊：有力，略快、细、涩。

这种情况的人前期一般性能力都不错，到了后期就变弱。这种类型的人来说早泄的比例也不是很高，只是到了中后期发展成阴阳两虚阴虚略多型的人才早泄，这类早泄的概率最高也最多。

2. 阴阳两虚型

阴平阳秘。阳存于阴中，阴阳一体，阴阳平衡则不现阳虚或者阴虚病。当阴不足，存不住阳，阳则浮越消散，阴虚越厉害，阳损失越多，久了就变成阴阳两虚。出现口干、无力、气短、多梦、失眠、青春痘、尿黄、便秘或者怕冷，便溏、腹泻等等类似阳虚的情况，这个时候很容易误解成阳虚而去补阳，一补就上火，而且越补阳壮阳早泄会越来越重。现实中这类早泄情况最多，占了绝大多数这种早泄不及时治疗很容易发展成为阳痿。

问诊：天凉怕冷，腰腿凉，吃温阳东西又容易上火，口腔溃疡，容易便秘、便干，有的腹泻便溏。有的有青春痘、或者痔疮，失眠、多梦、心悸、尿黄、尿频、前列腺、胃口一般较好、容易口干但喝水也不是很多，多有胃病史。

甲诊：月牙少而小，甲色淡红或者淡白。

舌诊：舌质淡而略老、苔厚、舌质有裂痕。

脉诊：左尺较小而弱，右尺相对较大有力，左右手左手整体脉小于右手脉，右手脉整体力大于左手脉。

案例：患者，男，28岁，偏瘦，已婚，江西人。

自诉：早泄，冬天怕冷，腰腿酸痛、喜欢晚睡熬夜、多梦偶尔失眠。胃口好，喜欢吃牛、羊肉、不爱吃蔬菜、喝酒较多、偶尔口干口苦、口气。但不怎么太喝水、大便干2~3天一次、脸和背部有少量青春痘、小便经常黄，但喝水多则淡，冬天喝水少尿黄明显，偶尔有尿频尿不尽、冬天阴茎偶尔感觉凉痛。早起口干口渴。爱出汗，出汗后人显得没精神，特别是吃饭时候汗多。感觉人气短、累、无力。性爱1~2分钟就泄，有时不能进入就泄。人容易烦躁和郁闷。吃过桂附地黄丸等补肾壮阳药，但是一吃就上火，嗓子痛或者口腔溃疡，口干、口苦、口气加重。

甲诊：月牙只有拇指2个，偏小，甲色偏淡白。

舌诊：舌质整体色淡而偏老、舌尖红有少量瘀点，舌质中间裂纹较深，苔根部黄略厚，略干。

脉诊：右脉大于左脉、左手尺脉偏细涩力弱；双手寸脉偏大，较有力。

分析：

甲诊：月牙少，血偏弱不足，甲色偏淡白，气不足，血不足为主。

舌诊：舌质色淡不红气不足，偏老血不足，舌尖红心火，而瘀点热不降故多梦心烦急躁。病人很容易把心烦当成郁闷，而自述郁闷。舌中间裂，有胃病，询问确认有胃病史。下部苔黄偏厚，膀胱腑积而小郁热故尿黄，略干则津液小伤。舌诊判断气血

两虚，腑积。

脉诊：右脉大于左，腑热。左手细涩津血伤、血不足，力弱阳气不足。双手寸大，为心热和肺热。肺热则大便干而便秘。上部热不降而走肌肤，而出现少量青春痘。心热则尿黄，脉上大下小，所以下部空虚不足而天凉怕冷腰腿寒凉、阴茎内冷痛。

判断：阴阳两虚，精血不足，腑积。

治疗方案：潜阳，引火归元，养胃、去腑积、兼补气血、补血为主。

方药：黄柏、郁金、丹参、阿胶、肉桂、天冬、知母、熟地、陈皮、大黄、补骨脂、柴胡、川芎、当归、人参、五味子、黄精。三剂，水煎内服。

习惯调整要求：少吃肉喝酒、多吃蔬菜水果、少吃辛温辛燥辛辣辛香食物。早睡早起。

反馈：药后大便通畅 2 次/日，略溏。苔薄白、尿黄消失，睡眠质量较前改善、心情轻松，气短无力减轻……按阴阳两虚、精血不足、调理 1 月后，早泄改善，基本能保持 10-15 分钟左右。

后续调养：

1. 习惯饮食调养如上。
2. 为了确保稳定性，考虑到熬药的不便利性，根据治疗原则用：熊胆粉、鹿茸、熟地、补骨脂、黄连、人参、当归等打粉做成胶囊。

服用方法：出现尿黄明显、多梦，就服用 3~5 粒。后续 1 年反馈，早泄基本没有再发生。

寻求奇穴是治疗难症的必由之路

作者：lqs1944

链接：<http://bbs.iiyi.com/thread-3405419-1.html>

无论从事何种职业，当疲劳过度自我调整机制难以修复时，某个部位即可出现相应的病症反应，如果对病情不能及时做出正确的诊断，然后，采用适当方法治疗，一定会加重病情而延长治疗时间。我曾经有过这样的一段经历，正因为病情判断正确，采用一组有效的奇穴，才使得病情发生戏剧性变化，解除了病痛之苦，从中看到奇穴在人体中的奇特作用。

我长期从事中医手法治疗工作，这种方法离不开手指和腕，必不可免造成腕、手指等筋肉组织的疲劳，有时一天工作下来会出现手背肿痛，只要睡上一个晚上，体内

平衡器官进行自我修复，第二天醒来手背筋肉组织就恢复到正常的生理功能。但年龄不饶人哪，我感觉到七十岁以后，身体状况就不同以前了，尤其采用了揉肌(多以手腕为主)这种新方法以后，手指和手背就经常出现肿痛，实际上这种症状即是老的象征，同时也证明身体确实有病了，已经为病情发作埋下了祸根。

有一天晚上手背突发胀痛，晨起胀痛症状也没有得到缓解，我自己揉一揉也无济于事，病症连续几天不见好转。病情已经得不到有效控制，寻求新的治疗方法乃是唯一出路。

天无绝人之路，祖国医学是我们中华民族的瑰宝，我坚信在祖国医学的宝库当中，一定可以找到治疗手背胀痛的好方法。按照经络学上看，经络是维持五脏六腑运转，提供气血物质的主要通路，心脏的两条经络均在手背上通过，手背胀痛一定与心脏的经络有关，所以，调整通往心脏的几条经络，一定能治好手背胀痛。根据这个思路，调整了在手背上通过的三焦、小肠两条经络，但这两条经络调整后，手背胀痛的症状并没有发生变化，这使我感到大惑不解，病情明明与心脏的两条经络有关，为什么调整后没有发生变化呢？说明手背胀痛与心脏无关，通往心脏的两条阳经，虽然在手背的中间通过，但气血传输是有自身规律的，不能违背这个规律，只有探讨符合手背胀痛规律的有关方法，才能破解其中的奥秘。

我们的医学前辈在长期医学临床中，确立了很多治疗原则，这些原则至今仍然为我们后人所用，“近端取穴”就是指导临床的一条重要原则。奇穴又是治疗疑难杂症的要穴，当采用正经治疗无效时，在人体寻求奇穴应是开辟的一条新路径，于是，我根据“近端取穴”的原则，在腕部周围寻找有关奇穴。经穴呈纵向在人体中分布，而经脉之间是依靠络脉联系，纵横交错布满全身，奇穴往往分布在经脉和络脉周围，对正经是一种有力的补充，我按照这个思路，在手腕部开始寻找奇穴。

腕部是人体一个较大的活动关节，从生理构造上看，关节周围的气血非常充盈，因病发生在手背上，我把腕部横纹中点做为一个基准点，这个穴位称为**腕中穴**，然后，在腕横纹上下分别确定两个位穴，腕中穴下一寸称**腕下穴**，腕中穴上一寸称**腕上穴**。这三个奇穴确定了，对手背胀痛有无作用，是否符合规律，最后还要通过疗效，才能得到验证。我用手在这些穴位上点按，点按约几分钟的时间，只觉得手背部就象有一股风往外冒似的，凉风外泄后热气跟踵而来。手背出现发热的那种感觉，再仔细观察肿着手背的变化，似乎肿着手背也不那么肿了，接着，又点按一会，再触摸手背，看看疼痛感如何，还真别说，手背一点都不痛了。没想到仅仅运用这几个奇穴，解决

了手背胀痛的难题，使我高兴的不得了，看到了奇穴的奇特作用。

自从手背胀痛取得疗效后，手背再发生胀痛心中就有底了，手背只要出现肿痛，马上点按腕三穴便可立即消肿，免除了我的后顾之忧。通过手背胀痛的治疗，看到了奇穴的作用，当临床中碰到难题不解时，便根据病痛的位置选上几个奇穴，就可以帮你解决大问题。

手背为什么会出现疼痛呢？手是人体气血循环的末梢，手部长时间疲劳后，造成手背气血瘀滞，末梢循环代谢受阻，废物不能及时消除，必然导致手背出现胀痛。当手背发生胀痛选用这组奇穴，通过外“力”对手背的刺激，扩充经络，活血化瘀，加快手背的气血循环，及时清除手背瘀滞的废物，可立即消炎止痛，恢复手背的生理功能。

在治疗手背胀痛选用腕三穴取得经验后，我举一反三，按照这个思路，除了手部确定的三个奇穴外，又在手心腕部确定手腕的三穴，脚腕部确定脚腕的三穴、脚跟部确定跟腱三穴等等。我摸索出来的这些奇穴，在临床中还真的派上了用场，治愈很多疑难杂症，也都在较短时间内得到治愈，下面列举一位怕风患者的治疗案例。

一位五十多岁的女士，在夏季的一天来诊，自诉身体怕风，尤其是手腕、脚腕等暴露在衣服外的关节部位异常怕风、怕冷，每逢到夏季，即使是炎热的伏天，家里也不敢用风扇，晚间睡觉时，这些“腕部”的地方从不裸露在外，而且用毛巾包裹严严实实的，不然的话凉风侵入体内无法入睡。她为治病也曾到多个医院检查治疗，但均应病因不清而无法医治，所以，她一到夏天就发愁，身体的其它部位感到热，唯独这几个腕部的位置怕风，就这样一种病还是三代遗传，真是搞得她痛苦不堪。

怕风的部位清楚了，我选用手腕三穴，脚腕三穴，用手在这些部位上点按，仅仅经过了十多分钟的治疗，几十年的病症立即出现了奇妙的变化，怕风的症状确实好了许多。经几天的治疗，为了查验治疗后的效果，为她治疗时始终开着风扇正面吹着她，看看这几个腕部怕风的程度如何。呆了一会这位女士兴奋的说，怕风还是怕风，好像这种风离我远，但能挺得过去，与过去相比好多了！接着，我每天按照这些奇穴，经过二十几天的治疗，手腕、脚腕等这些部位再也不怕风了，停用多年的风扇也开始发生了作用，困惑几十年的病症，就运用这几个奇穴奇迹般的治愈了。

奇穴是正经不具备的分布在十四经脉以外的穴位，它对人体疾病的治疗具有奇特作用，奇穴一般分布在正经的周围，对正经起到补充和增强的作用。奇穴可以单独使用，为了增加疗效，也可以与十二经络的穴位同时使用。奇穴因为奇特，它的治疗范

围极其广泛，无论是内脏疾患，还是筋肉疾病，都可以使用奇穴，奇穴可以是一个、几个，或者是一组，可以治疗一种病症，也可以治疗多种病症。

在临床上出现疑难病症毫无“解药”之时，只要找出有关奇穴，这些难症就会迎刃而解。这些年在临床上每逢出现难题，我都根据病症的临近部位探讨奇穴，都会有奇迹的发生。比如，乳腺病、盆腔积液、骨折、骨质疏松、肋间神经痛等疾病，反复的摸索有关奇穴，当这些奇穴应用于临床，病情立见好转。好多患者对奇穴的奇特作用感到大惑不解，其实只要懂得奇穴存在的道理，一切都在不言中，探讨奇穴是治疗疑难杂症的必由之路。

责任编辑：修竹临风

编辑：草原民间中医、砭艾、xiwang001han



西红花

别名：藏红花、番红花。

来源：鸢尾科植物番红花的干燥柱头。原产于欧洲南部，现我国各地均有引种或栽培。

形态：多年生草本。球茎扁圆球形，直径约 3 厘米，外有黄褐色的膜质包被。叶基生，9~15 枚，条形，灰绿色，长 15~20 厘米，宽 2~3 毫米，边缘反卷；叶丛基部包有 4~5 片膜质的鞘状叶。花茎甚短，不伸出地面；花 1~2 朵，淡蓝色、红紫色或白色，有香味，直径 2.5~3 厘米；花被裂片 6，2 轮排列，内、外轮花被裂片皆为倒卵形，顶端钝，长 4~5 厘米；雄蕊直立，长 2.5 厘米，花药黄色，顶端尖，略弯曲；花柱橙红色，长约 4 厘米，上部 3 分枝，分枝弯曲而下垂，柱头略扁，顶端楔形，有浅齿，较雄蕊长，子房狭纺锤形。蒴果椭圆形，长约 3 厘米。



栽培：番红花喜冷凉湿润和半阴环境，较耐寒，宜排水良好、腐殖质丰富的沙壤土。pH 值 5.5~6.5。球茎夏季休眠，秋季发根、萌叶。10 月下旬开花，花朵日开夜闭。

性味功能：性平、味甘。活血化瘀，凉血解毒，解郁安神。

用途：主治经闭症瘕，产后瘀阻，温毒发斑，忧郁痞闷，惊悸发狂等症。

用法用量：内服 3~9 克。

经验鉴别：本品以暗红色，体轻，质松软，无油润光泽者为佳。

菊花

别名：白菊花、药菊、毫菊。

来源：菊科植物菊的干燥花朵。分布于全国各地，多数为栽培，尤以华北、西北和华东地区种植较多，少数地区逸为野生，在新疆伊犁一带野生成纯林或与新疆野苹果林混生。世界各地也均有栽培。

形态：多年生草本，高 60~150 厘米。茎直立，分枝或不分枝，被柔毛。叶卵形至披针形，长 5~15 厘米，羽状浅裂或半裂，有短柄，叶下面被白色短柔毛。头状花序直径 2.5~20 厘米，大小不一。总苞片多层，外层外面被柔毛。舌状花颜色各种。管状花黄色。



栽培：菊花的适应性很强，喜凉，较耐寒，生长适温 18~21℃，最高 32℃，最低 10℃，地下根茎耐低温极限一般为-10℃。花期最低夜温 17℃，开花期（中、后）可降至 15~13℃。喜充足阳光，但也稍耐阴。较耐干，最忌积涝。喜地势高燥、土层深厚、富含腐殖质、轻松肥沃而排水良好的沙壤土。

性味功能：性微寒、味苦、甘。散风清热，平肝明目。

用 途：用于风热感冒，头痛眩晕，目赤肿痛，眼目昏花等症。

用法用量：内服 5~9 克。

经验鉴别：菊花以朵大，花洁白或鲜黄，花瓣肥厚或瓣多而紧密，气清香者为佳。

编 辑：王颖健

责任编辑：金陵一剑



74 岁男性，发现肺部结节 1 月

作者：ww2sxy520

链接：<http://bbs.iiyi.com/thread-3413389-1.html>

●病历摘要

一般情况：男性，74 岁，退休。

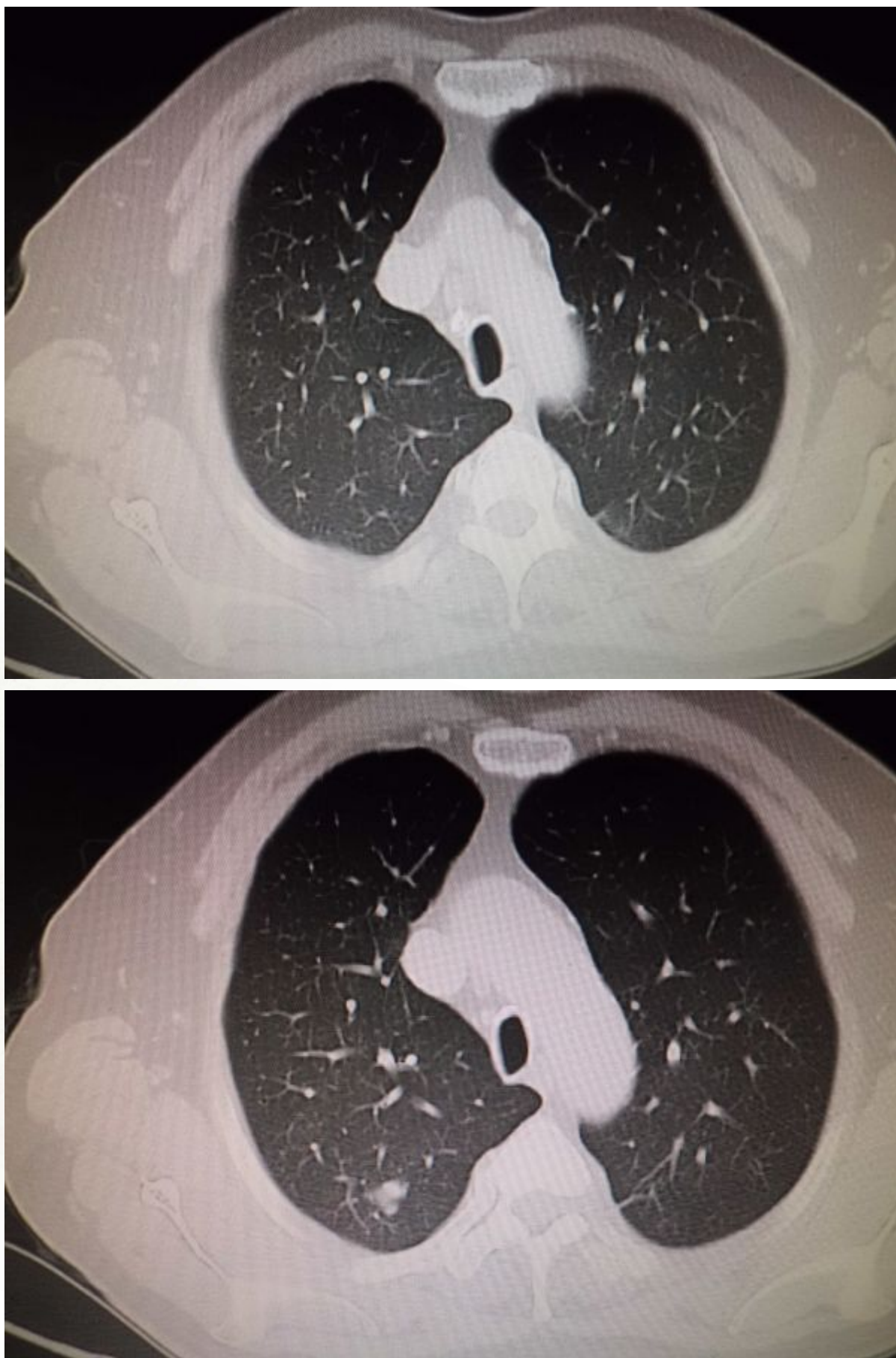
主诉：发现肺部结节 1 月

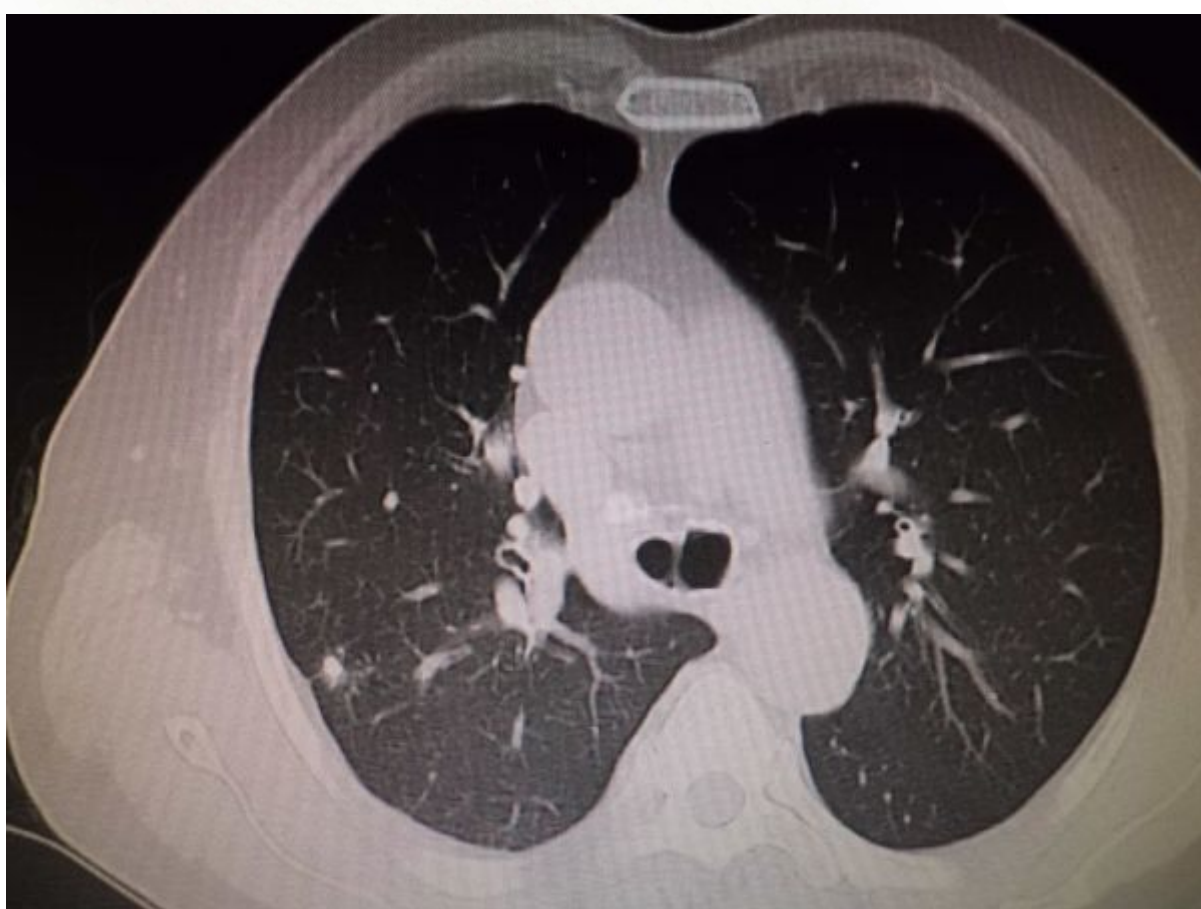
现病史：患者 1 月前因为高血压在当地医院就诊时胸部 CT 发现肺结节，无咳嗽，咳痰，无胸闷、心悸、气短，无咯血、呕血，无发热、盗汗、乏力、胸痛等不适。

既往史：无吸烟，偶有少量饮酒，有高血压病史 20 余年，一直口服波依定，血压维持在 130/80mmHg 左右。

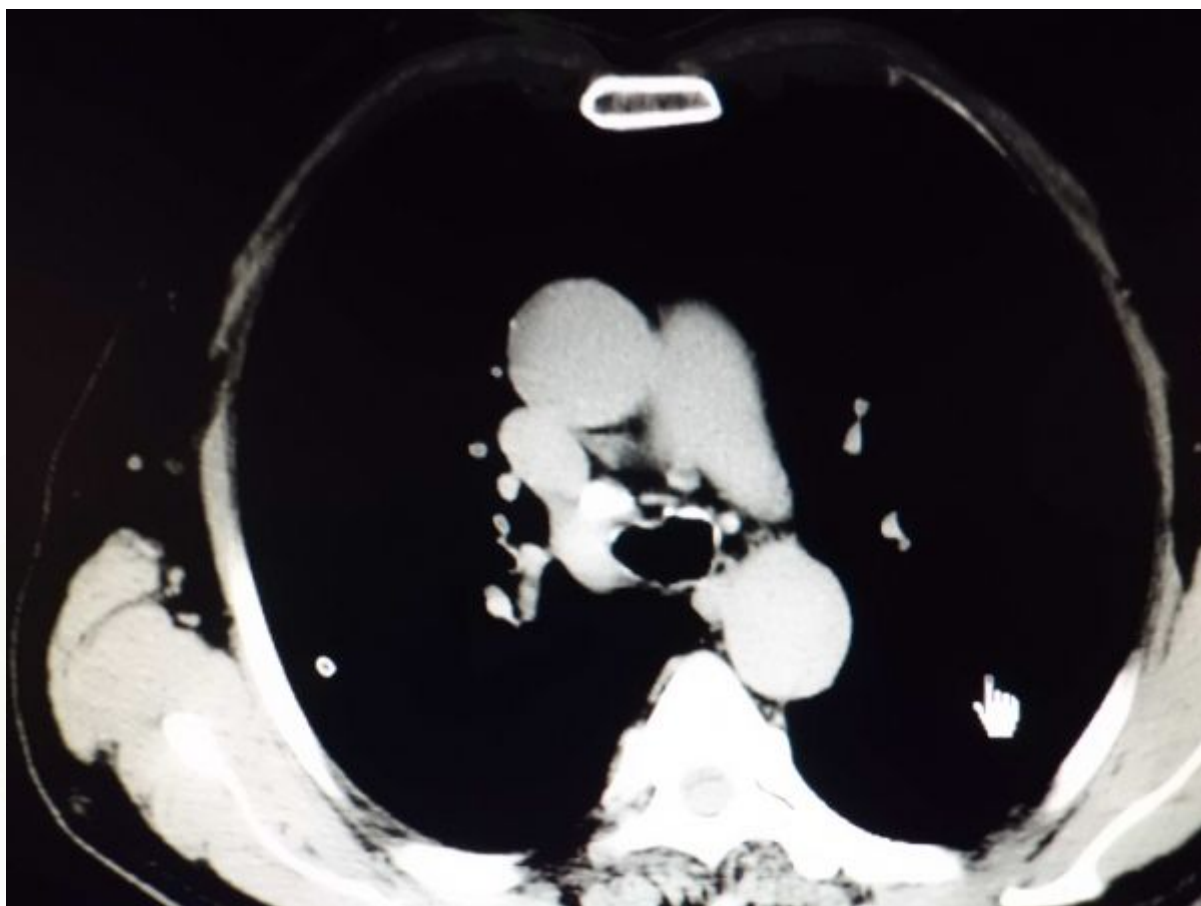
体格检查：体温 36.6℃，脉搏 84 次/分，呼吸 20 次/分，血压 135/70mmHg。发育正常，营养一般，神志清楚，精神尚可，对答切题，查体合作。全身皮肤、黏膜无黄染，浅表淋巴结无肿大。眼睑无水肿，巩膜无黄染，结膜无充血，双侧瞳孔等大等圆，对光反射灵敏。耳、鼻无异常分泌物，口唇、甲床无紫绀，咽部无充血，扁桃体无肿大。颈软无抵抗，颈静脉无充盈。甲状腺不大，气管无偏移。双侧胸廓对称，胸骨无压痛，无胸壁静脉曲张。双肺叩诊呈清音，双肺呼吸音清，左下肺可闻及少量湿啰音。心前区无隆起，心律齐，心率 84 次/分，心脏各瓣膜听诊区未闻及病理性杂音。腹部平坦，腹壁静脉无显露，腹肌软，全腹无压痛，无反跳痛，肝区及双肾区无叩击痛，肠鸣音 3 次/分。双下肢无水肿。

●讨论：目前患诊断考虑？进一步治疗方案？

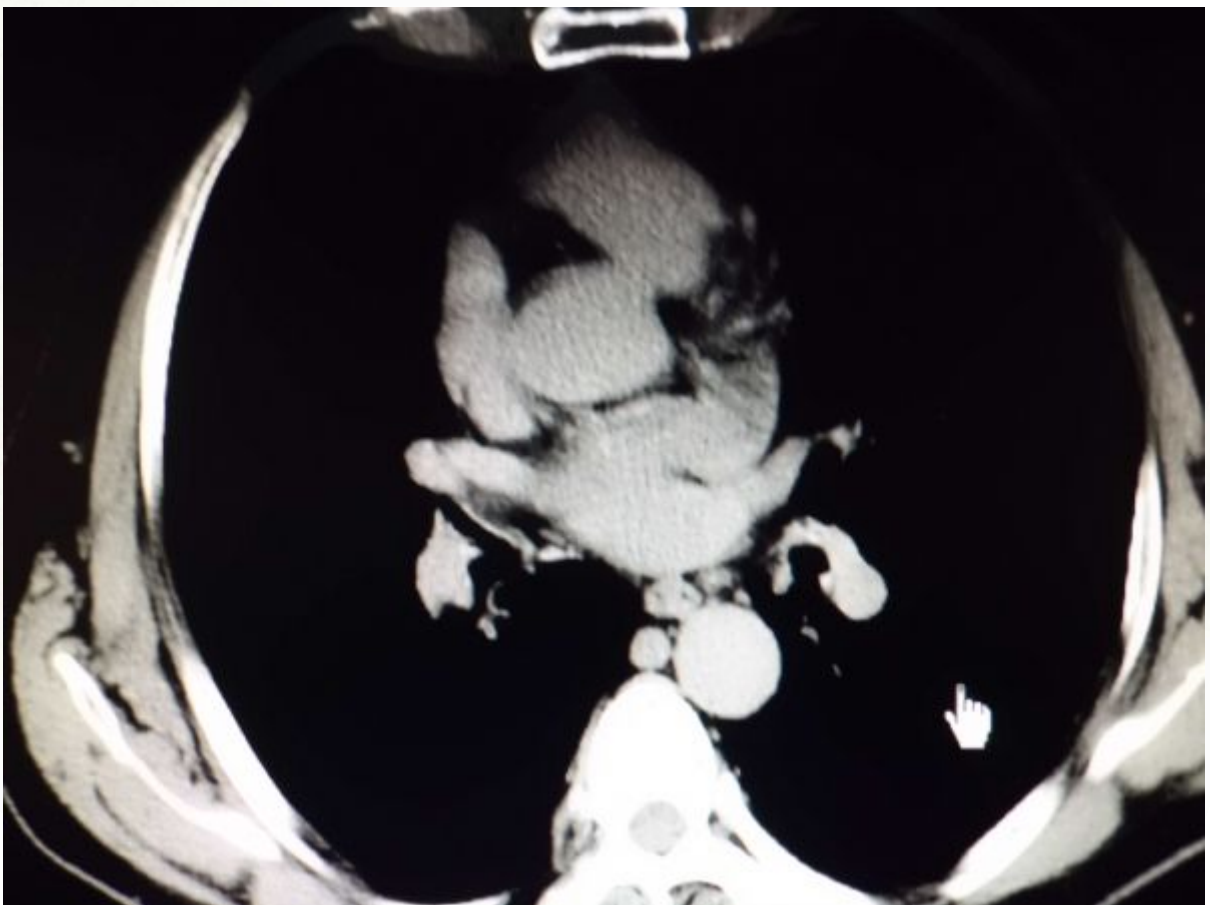
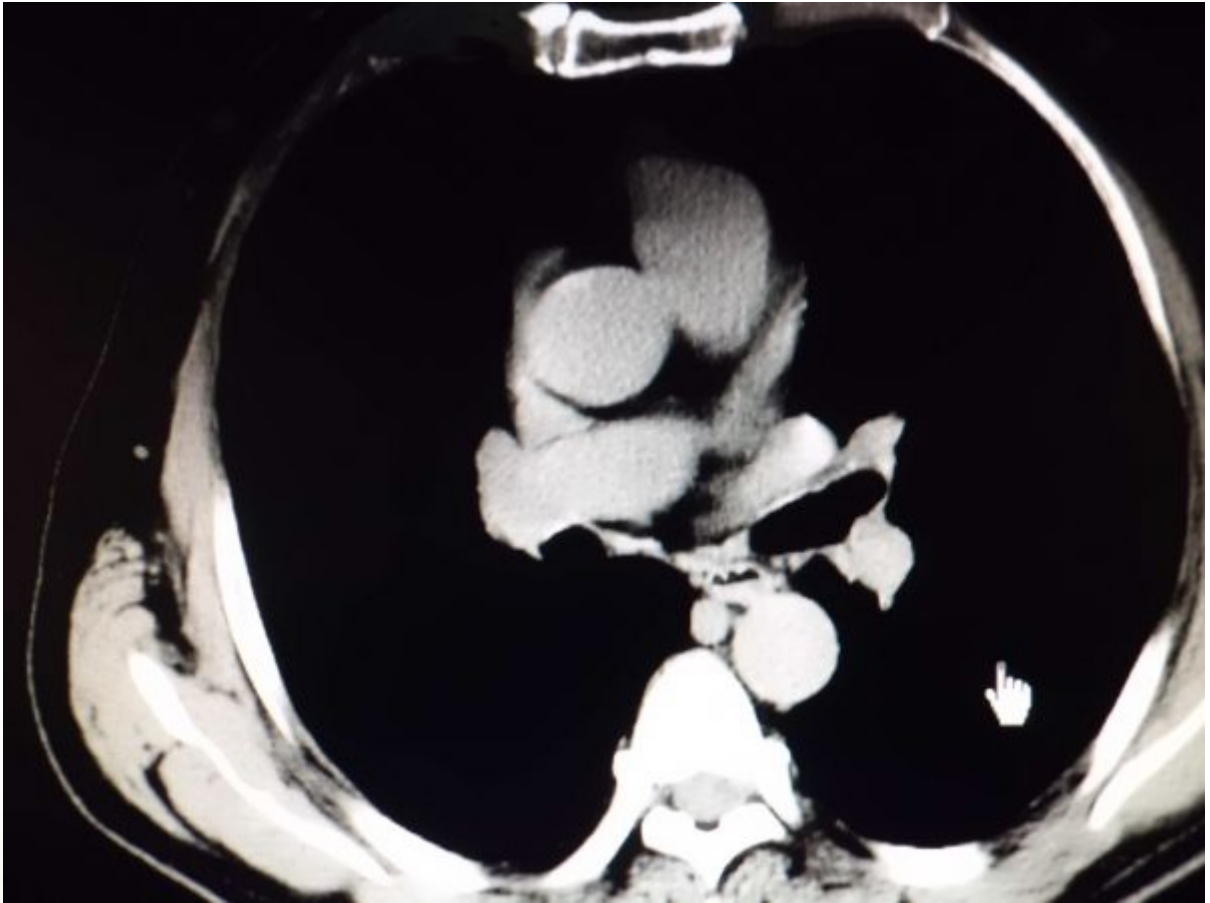


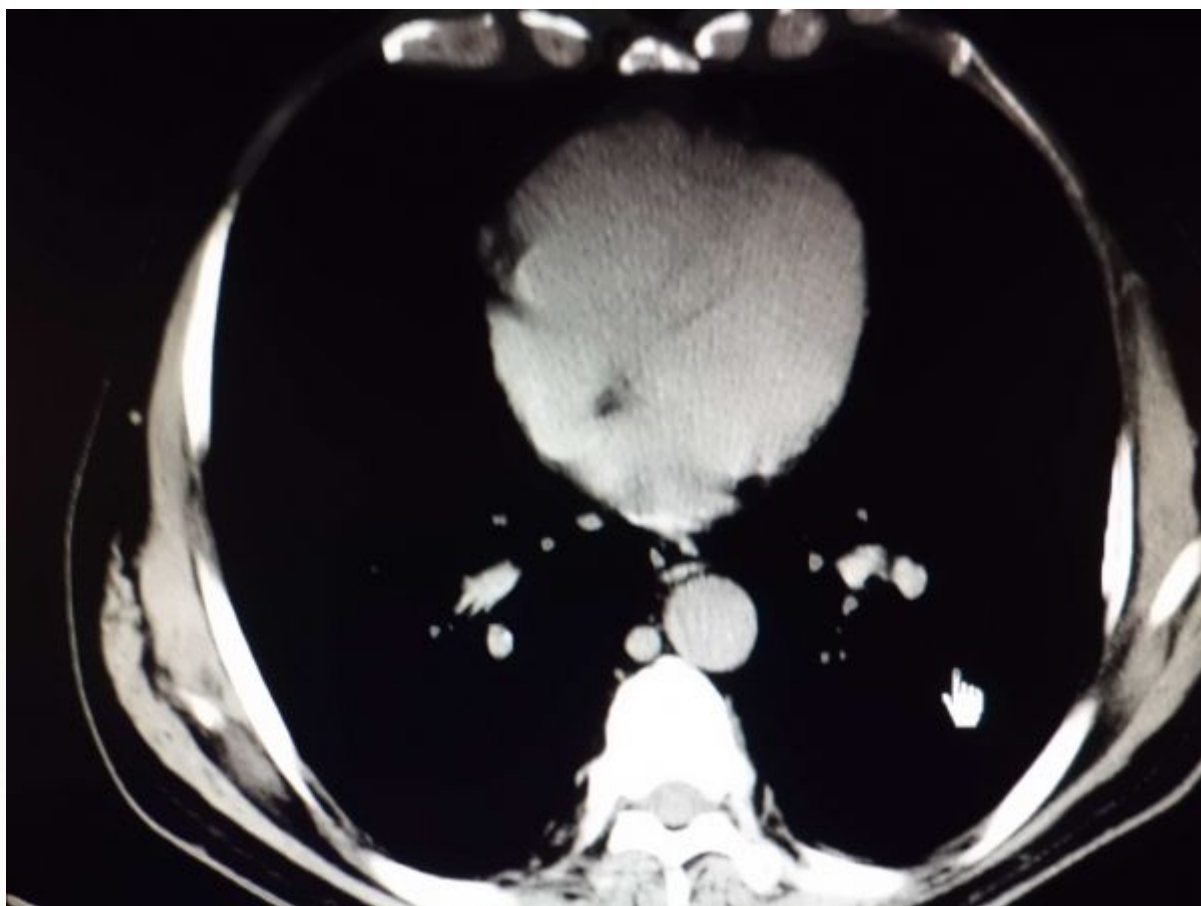


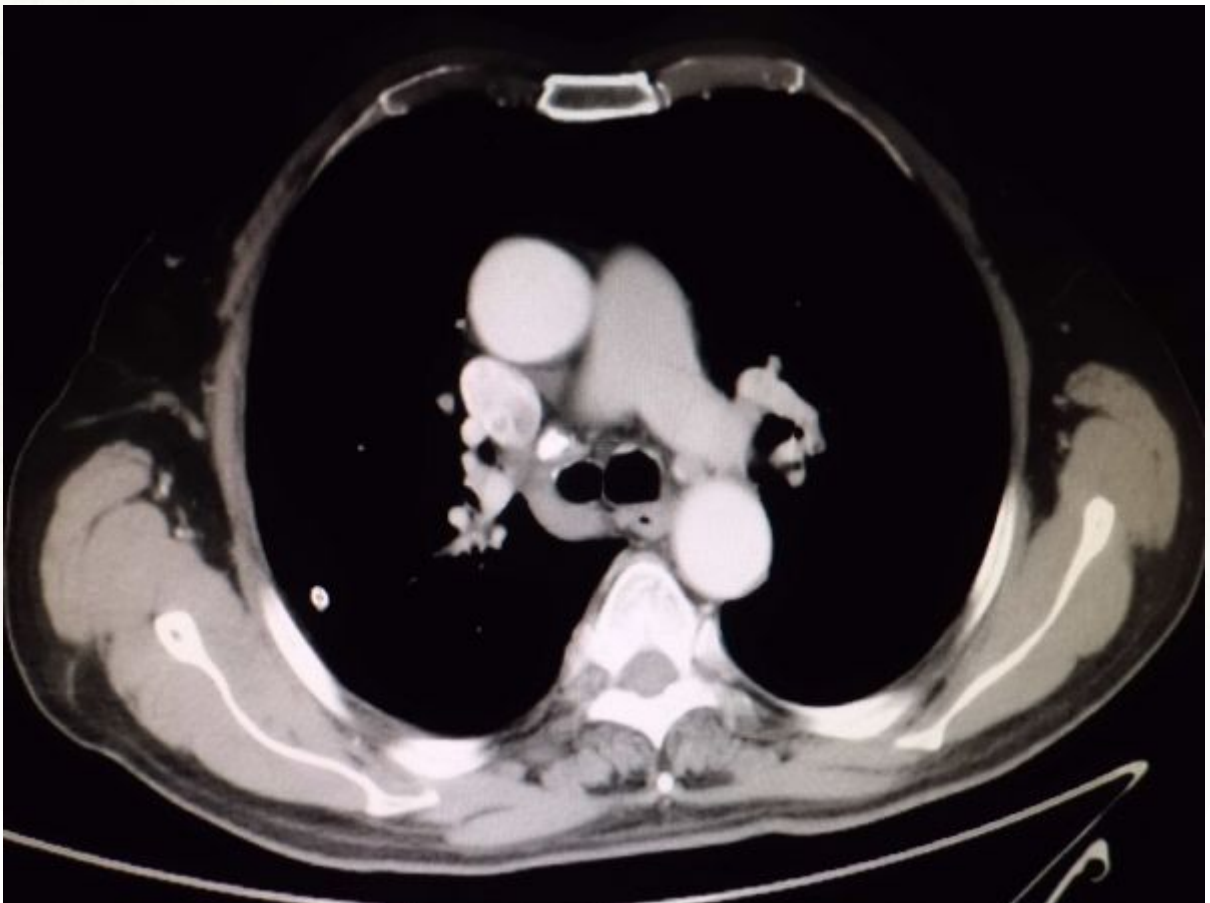




病例讨论







anne 医生:

病例特点:

1. 男性, 74 岁, 已退休在家;
2. 因为高血压在当地医院就诊时胸部 CT 发现肺结节, 不伴其它任何不适;
3. 无吸烟, 偶有少量饮酒, 有高血压病史 20 余年, 一直口服波依定, 血压维持在 130/80mmHg 左右;
4. 查体: 气管无偏移。双侧胸廓对称, 胸骨无压痛, 无胸壁静脉曲张, 双肺叩呈清音, 双肺呼吸音清, 左下肺可闻及少量湿啰音;
5. 影像学检查提示右下肺孤立性结节影。

根据上述特点, 临床初步诊断: 1. 高血压病 (1 级); 2. 肺硬化性血管瘤? 3. 周围型肺癌待排。

临床分析与建议:

1. 肺硬化性血管瘤: 临床少见, 诊断较困难, 据临床报道, 以中青年女性多见, 发病年龄 13~76 (中位 46) 岁。可发生于任何肺叶。临床上 50%~87% 患者无症状, 且位于肺周边, 很少累及支气管和血管。本例符合上述特点。需进一步检查, 明确诊断。一旦确诊, 局部切除为主, 预后较好。

2. 肺癌: 本例为老年男性患者, 虽吸烟少, 但为老年高发病人群, 不能排除周围型肺癌可能。需进一步查肿瘤标志物、高清晰薄层 CT 扫描, 协助诊断, 必要时手术, 并送活检, 指导下一步治疗。

3. 支气管异物: 右肺为支气管异物的高发病部位, 本例无异物吸入史, 可暂不考虑, 但应注意隐源性因素, 进一步排除之。

andy1087911:

病例特点:

1. 男性, 74 岁;
2. 因为高血压在当地医院就诊时胸部 CT 发现肺结节, 不伴其它任何不适;
3. 无吸烟, 偶有少量饮酒, 有高血压病史 20 余年, 血压维持在 130/80mmHg 左右, 控制良好;
4. 查体: 气管无偏移。双侧胸廓对称, 胸骨无压痛, 无胸壁静脉曲张, 双肺叩呈清音, 双肺呼吸音清, 左下肺可闻及少量湿啰音;
5. 影像学检查提示右下肺孤立性结节影。

根据上述特点，临床初步诊断：1. 高血压病；2. 肺结节性质待排：1) 结核病或结节病，2) 炎性假瘤，3) 周围型肺癌待排。

临床分析与建议：

肺结节待排，可进一步行纤维支气管镜病理检查，明确诊断作进一步处理。

考虑诊断：

1. 结核病或结节病。

2. 炎性假瘤：抗结核或抗炎处理后，进一步检查，看结节是否缩小。如果无变化，可以局部切除为主，预后较好。

3. 肺癌：本例为老年男性患者，虽吸烟少，不能排除周围型肺癌可能。需进一步查肿瘤标志物、高清晰薄层 CT 扫描，协助诊断，并送活检，明确诊断后，必要时手术加化疗处理，看疗效指导下一步治疗。

●结论：

ww2sxy520:

手术后病理结果提示：肺错构瘤。

由于本病例肺结节病灶较小，很难单纯从影像学进行病灶性质的判断，病灶内有钙化，有时会容易想到结核病灶，但是患者为老年男性，又不能完全排除肺癌可能，建议患者每 3 个月复查胸部 CT，但患者考虑后决定手术切除。

肺错构瘤是肺部最常见的良性肿瘤。发病率约为 0.25%，仅次于肺癌和肉芽肿性病变。其中 90% 的肺错构瘤位于外周肺实质，10% 位于支气管腔内。肿瘤内出现钙化（尤其典型的爆米花样钙化）及脂肪密度者较容易诊断。但仍有大约 50% 的错构瘤不出现典型钙化及脂肪密度，此种表现容易误诊为周围型肺癌或其他病变。本病罕有恶变。

男性多于女性，好发于中老年人，平均年龄 40 岁以上。临床表现大多无明显症状，常于体检时胸片发现肺部阴影，部分病人因肿瘤较大压迫或刺激支气管出现咳嗽、咳痰、胸闷不适等症状。

现认为是起源于支气管的未分化间质细胞，是一种真正的间叶性良性肿瘤。病理组织成分有软骨、纤维组织、平滑肌、脂肪。依据肿瘤内组织成分不同，肺错构瘤分为软骨型和纤维型肺错构瘤。根据肿瘤发生部位分为中央型和周围型肺错构瘤，以周围型肺错构瘤多见。典型的错构瘤包含多种间充质成分，从纤维黏液样或软骨连接组织（不成熟软骨）到成熟的软骨和良性支气管上皮细胞，没有坏死的背景，有时也可

见脂肪、肌肉、骨髓和骨骼组织。

周围型肺错构瘤的 CT 影像：病灶大多数为孤立的结节或肿块，多发少见。肿瘤可发生于肺的各叶段，分布以肺外周胸膜下多见。肺错构瘤的形态规则，瘤外有一完整的纤维包裹与肺组织分隔，呈圆形或卵圆形，少数病灶边缘可出现浅分叶，甚至深分叶及脐凹，但少见毛刺，尤其是细小的毛刺。肺错构瘤边缘清楚，瘤肺交界面截然，周围的肺组织正常，没有与肺门相连的索条影与支气管影。

停经 39 周，阴道流血 1 小时

作者：wangjinghe

链接：<http://bbs.iiyi.com/thread-1940397-1.html>

●病历摘要

基本资料：女，25 岁。

主诉：停经 39 周，阴道流血 1 小时

现病史：平素月经规则，孕早期无药物、毒物及放射线接触史，孕 4 个月胎动，孕期定期产检未发现异常。1 小时前出现阴道流血，似月经量，无腹痛，无阴道流水，入院前胎动正常。

既往史：既往体健，孕 2 产 0 人流 1。

妇科检查：宫高 35cm，腹围 95cm，子宫轮廓清晰，胎儿头位，胎心音未闻及，未扪及宫缩，内诊宫颈管未消失，宫口未开，阴道内中量血液，无明显活动性出血。

辅助检查：HB115g/L，B 超：宫内足月妊娠，死胎，胎盘二级位于前壁，羊水量正常。

初步诊断：孕足月，死胎。

诊断依据：停经 39 周，阴道流血 1 小时。宫高 35cm，腹围 95cm，子宫轮廓清晰，胎儿头位，胎心音未闻及，未扪及宫缩，内诊颈管未消失，宫口未开，阴道内中量血液，无明显活动性出血，HB115g/L，B 超：宫内足月妊娠，死胎，胎盘二级位于前壁，羊水量正常。

鉴别诊断：前置胎盘，胎盘早剥？

诊疗过程：完善相关检查，目前阴道出血极少，无产兆。

讨论：阴道流血和死胎有关系吗？最可能的诊断是什么？由于不太像胎盘早剥和前置胎盘，未行手术，请大家给予指导。

临床讨论:

Pangzuozuo: 死胎，不知什么原因。病人有无糖尿病？妊娠合并糖尿病患者孕38周后会出现无原因突发胎死宫内。

Wangjinghe: 患者孕期在门诊定期产检均正常，无糖尿病。

大医无界: 从病情介绍分析，不是前置胎盘和胎盘早剥，二者均可表现妊娠晚期出血，前者为无痛性的出血，量可多可少，B超完全可以明确诊断。而后者为腹痛性的出血，出血可以呈显性或隐性之分，但均伴有轻重不一的腹部疼痛，腹部有压痛，子宫硬，且多伴有妊娠高血压疾病或者外伤史，B超可提示诊断，属产科急症。

该孕妇足月妊娠，平素孕检无异常，1小时前无诱因阴道出血，量如月经，来院前还有胎动，查子宫轮廓清，无宫缩，未闻及胎心，阴道无活动性出血，B超报：足月妊娠，头位，死胎，胎盘前壁。据以上情况考虑为胎盘前置血管或胎盘边缘血窦破裂所导致的胎死宫内。

前置血管破裂出血全是胎儿血，可很快使胎儿宫内窘迫以致死亡，出血也为无痛性，要明确诊断可取血片找到有核RBC/幼红细胞，即可作为前置血管破裂的诊断。因为有核RBC/幼红细胞仅能来自胎儿血液。其病应与边缘性前置胎盘相鉴别，而后者很少量的无痛性出血不会致胎儿宫内窘迫，尤其是头位的胎儿。以上拙见仅供参考。

Wangjinghe:

看了大医无界的分析，觉得茅塞顿开，该患者目前有不规律宫缩，估计明后天就会分娩，仔细检查一下胎盘看。

海底世界: 反复检查彩超，胎盘早剥早期超声可以看不出来的，还有反复测量宫底高度，发现异常尽早做剖宫产终止妊娠，密切观察病情进展，以免漏诊。若不是早剥可以等待自然分娩。

dhj80: 死胎原因第一可考虑脐带因素，但现在没有一项体征及辅助检查支持该因素。第二可考虑胎盘早剥的因素。阴道流血而无腹痛在理论上只支持前置胎盘，可是实际中也有与之不符的情况，所以还是等分娩后才能明确诊断。也许还有我没见到过的或是听说过的其他原因导致死胎吧！

结论: 该患者于今日分娩，经检查胎盘证实为脐带帆状附着，并且找到破裂的血管，佩服大医无界的经验。

责任编辑：绿漫天涯

编辑：刘现国

医疗资讯

我国农村卫生厕所普及率超八成

11月28日从全国爱国卫生运动委员会办公室获悉，我国农村卫生厕所普及率已由1993年的7.5%提升至2016年的80.3%，东部部分省份超过90%。全国爱卫办将继续积极推进“厕所革命”，力争2030年实现全国无害化卫生厕所全覆盖。经过多年不懈努力，我国农村改厕工作成效显著。医改农村改厕项目综合效益评估显示，项目地区粪一口传播疾病的发病率由37.5/10万降至22.2/10万，其中痢疾、伤寒和甲肝发病人数分别下降了35.2%、25.1%和37.3%，特别是血防地区改厕村的血吸虫病感染率明显下降。由于节约了肥料、燃料等费用，改厕也取得了良好的经济效益，研究表明，改厕产生的直接经济效益投入产出比为1:5.3。

太极集团等19家企业这39批药品不合格！

据国家食品药品监督管理总局官网消息，经中国食品药品检定研究院等11家药品检验机构检验，标示为吉林省力胜制药有限公司等19家企业生产的39批次药品不合格，涉及太极集团等19家企业。不合格产品的标示生产企业、药品品名和生产批号为：吉林省力胜制药有限公司生产的批号为20160902、20160903、20161002、20161102的安胃片，甘肃佛仁制药科技有限公司生产的批号为150902、151101、160301、170201的安胃片，山西云鹏制药有限公司生产的批号为D150501、D150502、D160201、D160602的安胃片，山西汾河制药有限公司生产的批号为170202的吡拉西坦片，山东仁和堂药业有限公司生产的批号为160601的吡拉西坦片，大同市云岗制药有限公司生产的批号为161214的硫酸庆大霉素颗粒，丹东宏业制药有限公司生产的批号为20160404、20160702的硫酸庆大霉素碳酸铋胶囊，上海全宇生物科技确山制药有限公司生产的批号为1605051的硫酸庆大霉素碳酸铋胶囊，太极集团重庆桐君阁药厂有限公司生产的批号为17030008的龙胆泻肝片，山东齐都药业有限公司生产的批号为1C16120305的羟乙基淀粉130/0.4氯化钠注射液，山东华鲁制药有限公司生产的批号为D17021802、D17012504、D17021601、D16102201、D17012402的羟乙基淀粉130/0.4氯化钠注射液，焦作联盟医用材料股份有限公司生产的批号为20160501的曲安奈德新霉素贴膏，上海金不换兰考制药有限公司生产的批号为20160506的曲



克芦丁片，六安华源制药有限公司生产的批号为 161120022-A 的替硝唑氯化钠注射液，天津儿童药业有限公司生产的批号为 20160502 的头孢克洛颗粒，焦作市银河药业有限公司生产的批号为 20160310、20160405、20160407、20160409、20160506 的头孢拉定颗粒，广西邦琪药业集团有限公司生产的批号为 160327、160525 的头孢拉定颗粒，辽宁丹生生物制药有限公司生产的批号为 20160801 的胰酶肠溶片，陕西中医学院制药厂生产的批号为 160701、17A01 的银翘解毒合剂。不合格项目包括含量测定、脆碎度、装量差异、溶出度、微生物限度、可见异物、效价测定、性状等。

首款赫赛汀生物类似药获批，治疗胃癌和乳腺癌

近日，Mylan 和 Biocon 公司宣布，美国 FDA 批准两家公司共同开发的 Ogivri (trastuzumab-dkst) 上市。Ogivri 是一款赫赛汀(商品名 Herceptin，药物名 trastuzumab)的生物类似药(biosimilar)，被批准用于治疗赫赛汀标签中的所有适应症，包括过度表达 HER2 的乳腺癌和转移性胃癌(胃或食管胃交界部腺癌)。这也是针对这两种特定癌症的第一款生物类似药。Ogivri 是第一个由 FDA 批准的赫赛汀生物类似药。生物药通常来源于活的有机体，可以来自如人类，动物，微生物或酵母等许多来源。生物类似药是一种生物制品，除了满足法律规定的其他标准之外，数据证明其与已被 FDA 批准的生物药(参考药物)高度相似，且在安全性，纯度和效力方面没有临床意义上的差异。

肾性贫血新药有望中国首发

记者在肾性贫血治疗创新论坛获悉，由珐博进和阿斯利康联合研发的罗沙司他，以显著性疗效优势已顺利通过 III 期临床研究，中国有望第一次领先欧美，率先成为全球首创肾性贫血新药上市国家。根据权威国际医学期刊《柳叶刀》公布的最新流行病学数据显示，我国成年人的慢性肾病患者患病率达到了 10.8%，按照 13 亿人口来推算，我国有超过 1 亿的慢性肾脏病患者。在几乎没有临床症状的慢性肾病 1 期和 2 期人群中，约三分之一患者有贫血问题，到了尿毒症期，几乎 100% 都存在贫血状况。不同于从前被迫非生理性使用高浓度促红素，此次创新药是接近生理性的全面纠正慢性肾病贫血。

食药监修订生脉注射液说明 特别警示过敏性休克不良反应

近日，国家食药监局发布通告，根据药品不良反应评估结果，为进一步保障公众用药安全，总局对生脉注射液说明书增加警示语，并对【不良反应】、【禁忌】和【注意事项】项进行修订。特别警示该产品不良反应包括过敏性休克。警示语：本品不良反应包括过敏性休克，应在有抢救条件的医疗机构使用，使用者应接受过过敏性休克抢救培训，用药后出现过敏反应或其他严重不良反应须立即停药并及时救治。

最新版《中国 2 型糖尿病防治指南》将发布

2017 年 11 月 25 日，中华医学会糖尿病学分会主任委员贾伟平教授在中华医学会糖尿病学分会第二十一次全国学术会议上公布了 2017 年新修订的《中国 2 型糖尿病防治指南》八大亮点，并将新版指南的五大重要修改要点进行了详细解说。新修订的《中国 2 型糖尿病防治指南》纳入了最新的中国人群研究证据。按照中华医学会指南制定规则，在每章节前增加了要点提示和证据级别。指南中的糖尿病综合控制标准与国内相关学术机构保持一致，并由心血管专科医师撰写相应章节。指南更新了高血糖治疗流程图，治疗方式改为了单药、二联、三联、胰岛素治疗；指南突出了二甲双胍的地位；二联治疗区分口服药和注射类药物，方便基层医生。在指南中，妊娠糖尿病合并高血糖状态的表述更准确了。指南明确了，糖尿病流行病学继续用 WHO 糖尿病诊断标准，暂未使用 HbA1c 诊断标准。另外，国内新上市的降糖药治疗证据也写入指南；指南重视传统医学的价值，增加了《糖尿病与中医药》一章。

上海女学者首次向国际证明中医用药剂量的科学性

同济大学 25 日发布消息称，该校环境科学与工程学院污染控制与资源化研究国家重点实验室林志芬教授团队的最新研究成果，首次向国际证明中医用药剂量的科学性。林志芬团队的最新研究成果提出了一个新观点：可依据环境化学品领域近年来热门的“Hormesis(毒物兴奋效应)”确证中医用药科学性。该成果已于近日在线发表于国际药理毒理顶级学术期刊“Pharmacology and Therapeutics”(《药理学与治疗》)，论文题目为“Hormesis as a mechanistic approach to understanding herbal treatments in traditional Chinese medicine”(《基于毒物兴奋效应诠释传统中药用药剂量的科学性》)。业内人士认为，林志芬研究团队的这一成果，对于中药用药存在的一些模糊和经验定性的问题，首次作出了定量清晰的分析，从 Hormesis 角度解读了中药的神秘，由此中医用药可以跟西药一样有了科学的理论依据，这对未来



中医用药的标准化、中药的现代化都将起到推动作用。

精神分裂症新药获 FDA 批准上市！可显著延缓复发时间

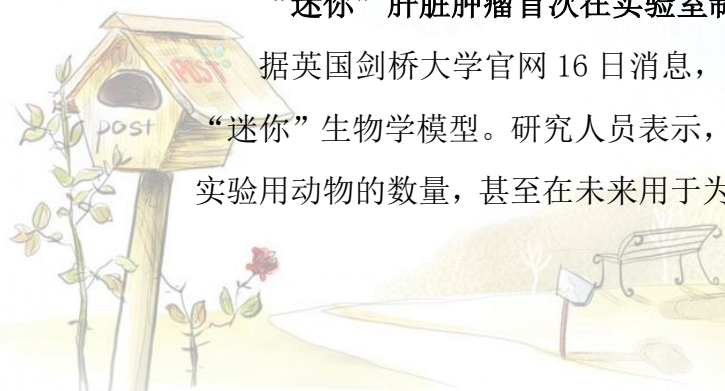
近日，美国食品药品监督管理局 (FDA) 批准艾尔建 (Allergan) 旗下新药 VRAYLAR (Cariprazine) 用于维持患有精神分裂症的成年患者的治疗。Cariprazine 是一种每日一次的非典型抗精神病口服药物。该药物被批准用于躁狂症或与双相 I 型疾病相关混合症状的成年患者的急性治疗，同时也用来治疗患有精神分裂症的成年患者。研究结果表明，与安慰剂相比 Cariprazine 显著延缓了复发时间 ($P = 0.0010$)。接受安慰剂治疗的患者 (49.5%, $n = 49/99$) 疾病复发的几率是接受 cariprazine 治疗患者 (29.7%, $n = 30/101$) 的近两倍。该试验安全性结果与迄今为止 cariprazine 的观察结果一致。

卫计委：白血病患儿救命药已恢复供应

国家卫生计生委药物政策与基本药物制度司副司长张锋称，治疗儿童急性淋巴细胞白血病的必备药“疏嘌呤片”已恢复供应，由浙江浙北药业生产的第一批 295 万片疏嘌呤已全部完成生产检验并做好了发货准备，约可满足临床一年用量。此前，有媒体报道称，“疏嘌呤片”在全国多地短缺，一些地方甚至连续 5 个月出现断货。国产“疏嘌呤片”从 40 元一瓶飙升至 148 元一瓶却仍难买到，一些患者不得不境外代购真伪难辨的进口药。国务院总理李克强知情后批示要“将心比心”、“特事特办”，要求有关部门“切实加大国产廉价药生产供应保障力度”。张锋称，今年 8 月份，国家重点监测的 139 个短缺药中就有疏嘌呤。国家卫生计生委会同国家食药监总局等部门开展核查发现，国内有疏嘌呤原料药批准文号生产企业 3 家，但仅 1 家实际在产；制剂生产企业 6 家，但仅 2 家企业近两年实际在产。2016 年下半年，在产的 1 家企业因原料药价格上涨过快采购困难停产；2017 年上半年，在产的另 1 家企业因 GMP 认证停产，导致疏嘌呤出现供应较大程度短缺。

“迷你”肝脏肿瘤首次在实验室制造

据英国剑桥大学官网 16 日消息，该校首次在实验室制造出了人类原发性肝癌的“迷你”生物学模型。研究人员表示，这个微型肿瘤模型可用来筛查肝癌新药、减少实验用动物的数量，甚至在未来用于为肝癌病患制定个性化疗法。研究发表于最新一



期《自然·医学》杂志。在最新研究中，科学家从 8 名病人身上获得肿瘤细胞，将其放在特殊营养液中培养，得到了直径为 0.5 毫米的“肿瘤类器官”，能模拟最常见的三种原发性肝癌。随后，他们使用这种肿瘤类器官测试了 29 种药物的药效，发现一种蛋白质抑制剂可抑制 ERK 蛋白(它出现于两种“肿瘤类器官”上)的活性，表明这种药物可能是肝癌化疗的优选药物之一。他们还将这两种肿瘤类器官植入老鼠体内，并用该药物进行治疗，结果发现，服药老鼠体内的肿瘤发育显著下降，表明这种蛋白酶抑制剂能明显抑制小鼠肿瘤生长。

责任编辑：永恒流星



芳芳的爱情

作者：海天

链接：<http://bbs.iiyi.com/thread-3418693-1.html>

（上）

芳芳自视颇高，不仅仅是因为她学业优异，长相清秀。

芳芳的自信，不仅仅源于每年被学校评为优秀教师、优秀班主任，孩子们都很喜欢她，叫她美女老师、美女姐姐。

宁静的校园，梧桐树下，芳芳喜欢端一把古朴的老藤椅，在树下读书。黄昏的太阳，斜照过来，风轻轻的抚过她的长发，要多飘逸，有多飘逸。

芳芳很欣赏的一句话：“来一次说走就走的旅行，谈一场刻骨铭心的爱情。”

芳芳身边不缺追求者，但感觉这东西很奇怪，芳芳就是对他们没感觉。

校园一角，梧桐树下，夕阳翻书，长发飘逸，便成了芳芳的一个习惯，成了校园的一道风景。

刚刚在银行上班，有关学校基建那块，是他负责联系。

和枯燥的数字和行政领导打交道，往往是很烦人的，很烦的去工作，工作效率就会更差，跑学校的次数也就更多。

不过多跑N多次，刚刚觉得不烦了，不累了，跑的更多了。

因为他遇到了芳芳。

其实说不清是刚刚遇到芳芳，还是芳芳遇到了刚刚。

总之，命运就是这么奇怪，拿芳芳的话说，他们之间刻骨铭心的爱情就这样开始了。

拉萨的哈达，天山的雪莲，乐山的大佛，敦煌的石窟……

都见证了他们的爱情。

芳芳觉得，完美的爱情走向完美的婚姻，这中间除了刻骨铭心的爱情，一定还有一场完美的婚礼。

刚刚从一开始，就在设计他和芳芳的婚礼，有关婚礼的细节、程序，方方面面，他们俩探讨修订了两年多。

刚刚说，他这次出差回来，就把双方的生辰八字拿去，把婚期定了。

芳芳说，好。

刚刚出差的日子。

芳芳天天端一把古朴的老藤椅，在树下读书。黄昏的太阳，斜照过来，风轻轻的抚过她的长发，要多飘逸，有多飘逸；要多美丽，有多美丽。

（中）

芳芳读的是书，想的是画。

闭上眼睛，脑子里面幻想的，都是婚礼上的那些唯美的画面：乡村婚礼，鼓乐、竹笛、古筝、琵琶、二胡、玉磬、鞭炮、礼炮、声声入耳；红灯笼、大红喜字、红辣椒、大红婚纱、红头绳、大红铺盖、红红火火；天地、父母、洞房、大枣、花生、桂圆、筷子、酒杯，斛光交错……

刚刚天天晚上打电话、发信息，诉不完的相思相恋，道不尽的缠缠绵绵。

越是临近刚刚回来的日子，不知道为什么，芳芳心里，越是有点嘭嘭嘭的，不能平静。

芳芳自己也有点奇怪，又不是第一次出差，又不是第一次分开，为什么有这种感觉？

明天，就是刚刚回来的日子。

（下）

刚刚回来的电话，不是刚刚打来的，是刚刚单位的一位同事打来的。

高速路上，刚刚开的车，酒驾，车祸，刚刚失血过多，抢救无效，现场就……

葬礼安排在乡下刚刚老家，后天的大夜，星期六，追悼会定在下午四点……

芳芳的世界，顿时昏天黑地，天旋地转，地动山摇……

刚刚的老家，芳芳只去过一次，刚刚是独生子……

闺蜜蓉蓉担心芳芳的身子，劝芳芳不要去参加葬礼，等缓一缓再去。

芳芳坚定的说，不，她一定要去，一定要参加，她要把这次葬礼当做婚礼一样去参加，只需要把一身的红妆改为素裹。

芳芳坚定的说，她要以未亡人的身份去参加刚刚的葬礼，她要去送刚刚最后一程。

芳芳坚定的说，她有好多话，要去跟刚刚说，跟刚刚的爸爸妈妈说。她要把户口开到刚刚家，刚刚在与不在，她都要一样赡养公婆——刚刚的爸妈。

芳芳坚定的说，或许，命中注定，这就是她一直想要的刻骨铭心的爱情。

乡村的葬礼，白发人送黑发人的葬礼，总会那样的悲怆。

道士、阴阳、围鼓、万应、做灵房的妆人匠、厨房帮忙师、伙计、打金井的石匠、

冲茶煮饭的放棚匠、抬丧的打杵匠；香烛冥币纸钱、高高的望山钱、花花绿绿的纸旗、吹吹打打的法事、凄凄惨惨戚戚的哀乐、哭声、鞭炮、作开路的镜子、水碗、亡人像、衣服、雨伞……

又忙乱，又好像有序。

刚刚的葬礼，如期举行。

第二天，在刚刚老家的对面的山坡，刚刚，入土为安。

只是，芳芳那天到了葬礼现场，一句话都没有说。

静静的呆了一会儿，饭都没有吃，她就离开了，回校了。

星期一，她照常上班，照常上课，照常端一把古朴的老藤椅，在树下读书。黄昏的太阳，斜照过来，风轻轻的抚过她的长发，要多飘逸，有多飘逸。

仿佛，什么事情都没有发生过。

蓉蓉觉得不正常，无论蓉蓉怎么问，芳芳都是淡然一笑，什么都没有说。

过了很久，蓉蓉才打听到，那天追悼会上，一身素裹，以刚刚未亡人身份参加葬礼的，来了三位。

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 74 期

答案解析

作者：trg

链接：<http://bbs.iiyi.com/thread-3417664-1.html>

【心电图拟诊断】

窦性心动过缓；

Ptfv1 异常；

PR 间期延长，不完全右束支阻滞；

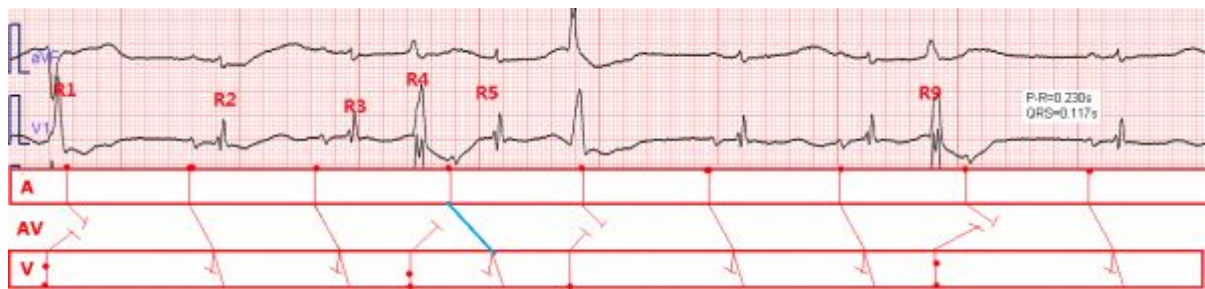
频发多源性室早，部分呈插入性室早伴干扰性 PR 间期延长，R-ON-T 现象；

QT 间期明显延长，提示低钾、低钙可能；

ST 段改变。

【心电图诊断依据】心电图依据：窦性 P 波规律出现，频率约 56 次/分，PR 间期 230ms，窦性 QRS 时限 117ms 增宽，V1 呈 rsR' 型，I、V₅ 终末可 S 波略增宽，考虑不完全右束支阻滞，图中可见提前的形态不同的宽 QRS，前无相关 P，R4 未见代偿间歇，属于插入性室早，其后 PR 间期明显延长，属于插入性室早室房逆传，对窦性 P

波发生不完全干扰所致，由于 Q-T 间期约 0.84S 明显延长，室早均落在 T 波的不同位置，符合 R-ON-T 现象，V2-V6 导联 ST 压低，ST 段水平延长，T 波宽大，不排除低钾血症和低钙血症存在。长 QT 间期延长伴有 R on T 现象频发，随时有引发尖端扭转型室速及多源性室速的可能，危险性很大，报告危急值，结合临床排查电解质、药物、基础疾病的原因并给予预防处理。



责任编辑：ngf1978

2017 年 11 月爱爱医论坛荣誉榜

优秀超版：哥们、htchb

优秀超版助理：想__拟、ngf1978、旧日足迹、绿漫天涯

优秀版主：anne 医生、kaixindou1、zmdzfx、caobi2500、踏青放牛、蔡 ys
airen13828、trg 、andy1087911、草原民间中医、别看资料、舒省

良好版主：品味淡泊、yanqi120、ww2sxy520、jjmjZy、依秀儿、xzp_dragon
ffxxff770603、lz6888

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，投稿时对涉及患者或医务人员隐私或可能引起医疗纠纷的应使用化名或加密。

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

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

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

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

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

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

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

注：

1. 中医基础科学、中医临床各科、中药相关科学等相关文章均可投稿。
2. 中医相关论文要注意专业术语，体现中医药特色，病例、医案等要求体现四诊、辨证论治原则。

【征稿对象】全体爱友。

【征稿时间】长期

【征稿形式】

1. 请爱友参考《爱爱医》杂志版（<http://zz.iyyi.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。

