

zz.iiyi.com

2018. 01

爱爱医



第一期 总NO. 96

Volume 9, number 1, Jan. 2018

刊首语

雪

作者：wsly9669

链接：<http://bbs.iyyi.com/thread-3425031-1.html>（13 楼）

也许你不知道，
在万物寂静之时，
她会悄悄到来。
披着银色的面纱，
踩着轻盈的脚步，
轻轻柔柔的在这世间洒下一片银白。

她敲敲松鼠的门，
告诉它做个美丽的梦，
她拍拍狗熊的窗，
让他不要害怕老猎人的枪。
她静静的躺下那棵大树下，
细细的数着树上的枝叉，
编织着一片又一片嫩绿的树叶，
准备在来年挂满整个树枝。

一群小朋友跑来，
她赶紧藏了起来，
却不小心弄破了自己的裙子，
露出了大地母亲温柔的笑脸。

责任编辑：yemengzhe

目录

会 长：陆德庆

执行会长：王罗刚

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.iyyi.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

雪.....1

中国成人动脉粥样硬化性心血管疾病基层管理路径专家共识（建议稿）.....1

医院推出“六不准” 阻挠医生多点执业.....12

分享慢性硬膜下血肿钻孔引流手术1例.....17

直肠给药过敏一例.....22

疱疹性咽峡炎引发的惊魂时刻.....24

超声入门贴 653——易误诊的糖尿病性尿潴留.....28

痛风性关节炎问答.....33

关于小儿腹泻.....34

斜视治疗的一些看法，供大家参考.....38

心电图读图第76期.....39

胆总管结石梗阻中药治疗.....41

常见伤科症状之处理——颈肩部肌筋膜炎症候群....42

针灸闲话之关于肿瘤那些事.....43

断血汤对内脏出血有奇效.....45

静脉曲张治愈.....48

漫谈胃痛.....48

益母草.....53

凌霄花.....54

新诊断2型糖尿病胰岛素治疗.....56

一例伴皮疹的毛细支气管炎.....64

医疗资讯.....69

致二十年前开始工作的我们.....72

年末随想.....73

编读往来.....75

心电图读图第75期答案解析.....75

2017年12月爱爱医论坛荣誉榜.....76

爱爱医杂志稿约.....77

中国成人动脉粥样硬化性心血管疾病基层管理 路径专家共识（建议稿）

来源：中国全科医学

链接：<http://bbs.iiyi.com/thread-3427623-1.html>

CGRP 中国全科医学
2017年1月 第20卷 第3期

<http://www.chinagp.net> E-mail: zgqkys@chinagp.net • 251 •

• 专家共识 •

中国成人动脉粥样硬化性心血管疾病基层管理路径 专家共识（建议稿）

中华医学会全科医学分会慢病管理专业学组

【摘要】 为进一步规范全科医生及其团队心血管疾病基层管理的医疗服务行为，提高服务质量和医疗资源的利用效率，控制医疗风险和花费，使患者获得适宜、优质的基本医疗卫生服务，在中华医学会全科医学分会的指导和帮助下，由该分会慢病管理专业学组组织多学科专家制定本专家共识（建议稿）。本共识（建议稿）按照《医疗机构临床路径的制定与实施》（WS/T393-2012）国家行业标准的基本要求，基于以人为中心、以循证为指导、规范化、标准化、持续改进以及以数据分析为依据的原则，为基层全科医生及其团队提供了科学规范的动脉粥样硬化性心血管疾病（ASCVD）基层管理路径，主要包括适用对象、诊断依据、转诊标准、ASCVD发病总体危险的评估、重点检查项目、制定基层管理计划的依据、基层管理计划、ASCVD主要危险因素基层管理目标、变异及其原因分析，并提供了具体的实施流程、路径表单和接诊流程。基层管理路径以多重心血管危险因素综合达标为核心，注重适用性和可行性，强调医患互动的有效性，规范了操作流程，有助于进一步促进以人为中心新型医疗服务模式的建立，提高基层管理质量和效率，推进家庭医生签约服务，助力分级诊疗制度建立和健康中国建设。

【关键词】 动脉粥样硬化；心血管疾病；危险因素；疾病管理；全科医学；专家共识；临床路径

【中图分类号】 R 54 **【文献标识码】** A DOI: 10.3969/j.issn.1007-9572.2017.03.001

中华医学会全科医学分会慢病管理专业学组. 中国成人动脉粥样硬化性心血管疾病基层管理路径专家共识（建议稿）[J]. 中国全科医学, 2017, 20(3): 251-261. [www.chinagp.net]

The Academic Group of Chronic Disease Management, the Society of General Practice, Chinese Medical Association. Expert Consensus on the Clinical Pathways for the Atherosclerotic Cardiovascular Disease Management in Primary Care in Chinese Adults (Proposed Edition) [J]. Chinese General Practice, 2017, 20(3): 251-261.

Expert Consensus on the Clinical Pathways for the Atherosclerotic Cardiovascular Disease Management in Primary Care in Chinese Adults (Proposed Edition) The Academic Group of Chronic Disease Management, the Society of General Practice, Chinese Medical Association

【Abstract】 This Expert Consensus on the Management Modes for Atherosclerotic Cardiovascular Disease in Chinese Adults in Primary Care (Proposed Draft) [hereinafter referred to as the Expert Consensus (Proposed Draft)] was developed by the Academic Group of Chronic Disease Management, The Society of General Practice, Chinese Medical Association, in order to further regulate the medical management of cardiovascular diseases of general practitioners (GPs) and their team in primary care, to improve service quality and the utilization efficiency of medical resources, and to reduce the risk and cost of health care so that patients can get access to appropriate and high-quality primary health care. In accordance with the basic requirements of the national profession standard of Development and implementation of clinical pathways for medical institutions (WS/T393-2012), the Expert Consensus (Proposed Draft) provides scientific and standardized management pathways of atherosclerotic cardiovascular disease (ASCVD) for GPs and their team in primary care, which is guided by the principles of person-centered care, evidence-based medicine, standardization and normalization, continuous improvement and data-based analysis. The Expert Consensus (Proposed Draft) mainly includes applicable subjects, diagnostic evidence, referral criteria, ASCVD risk assessment, major inspection items, scientific basis for the development of management plan for ASCVD, management plan for ASCVD, the control targets for the main risk factors of ASCVD, variation of management pathways and its causes along with the specific implementation flow chart, pathways form, and medical interview process. This Expert Consensus (Proposed Draft)

基金项目：国家自然科学基金资助项目（71273279）——基于全科医生连续性服务的整合式健康管理服务模式的研究；辽宁省科技计划项目（2013225089）——基于全科医生签约服务的代谢综合征临床管理整合模式研究；沈阳市科学技术计划项目（F13-220-9-62）——社区代谢综合征患者临床管理适宜技术规范化研究

focuses on meeting the composite target objectives of multiple cardiovascular risk factors for ASCVD, pays attention to applicability and feasibility, emphasizes the effectiveness of doctor - patient interaction, standardizes the management process. Important significance of the development of this Expert Consensus (Proposed Draft) would help to further promote the establishment of a new person - centered service model, improve the quality and efficiency of disease management in primary care, promote contracted family doctor services, facilitate the establishment of a hierarchical medical system and the construction of "Healthy China".

【Key words】 Atherosclerosis; Cardiovascular diseases; Risk factors; Disease management; General practice; Expert consensus; Clinical pathways

目前, 心血管疾病已成为我国居民健康的主要威胁, 心血管病死亡率居城乡居民总死因的首位 (农村为 44.60%, 城市为 42.51%^[1-3]), 且心血管疾病患病率及死亡率仍处于上升趋势。动脉粥样硬化性心血管疾病 (atherosclerotic cardiovascular diseases, ASCVD) 是因动脉粥样硬化而导致一组累及全身的疾病总称, 主要包括冠状动脉粥样硬化性心脏病、动脉粥样硬化源性卒中或短暂性脑缺血发作以及周围动脉疾病等, 是心血管疾病致残致死的主要原因。由于高血压、吸烟、血脂异常、糖尿病、超重/肥胖、体力活动不足、不合理膳食等心血管疾病危险因素的广泛流行, 疾病负担日渐加重, 防治 ASCVD 及其危险因素刻不容缓。ASCVD 基层管理是目前最有效的心血管疾病预防策略, 而且在资源并不充足的基层医疗机构具有可行性^[4]。基层管理主要内容包括一级预防和二级预防, 前者是针对具有心血管疾病危险因素但尚无明确 ASCVD 证据者预防 ASCVD 发生, 后者是针对已诊断为 ASCVD 者预防复发。研究表明, 通过促进建立健康生活方式、血压管理、血脂管理、血糖管理、抗血小板治疗与体重管理等, 可以大幅度降低 ASCVD 的患病率、致残率和致死率, 提高生活质量, 延长生存期; 并且, 建立健康生活方式不仅能预防 80% 的心血管疾病, 还能预防 40% 的恶性肿瘤^[5], 有助于降低慢性非传染性疾病 (以下简称慢病) 的总体负担。

30 多年来, 包括我国在内的全球多个国家的相关权威学术组织基于循证的科学证据和专家共识制定了多个 ASCVD 相关临床实践指南或共识, 指南或共识的发布和推广在增强基层服务能力, 改善患者健康结局等方面发挥了重要的指导作用。尽管如此, ASCVD 基层管理仍面临许多问题。主要表现在以下几个方面: (1) 适宜基层的 ASCVD 管理指南很少, 主要以单病种的临床诊疗为核心内容, 不同学术机构或专家组的推荐意见也不尽一致^[5-9]。(2) ASCVD 及其多重心血管危险因素并存是基层常见的慢病共病^[10-11], 基层医生及其团队依据指南提供规范化服务的能力不足, 按指南规范用药的比率不高, 服务质量有待提升。(3) 仍有许多地区高血压、2 型糖尿病患者管理与基本医疗服务脱节或

整合不良, 有效的医疗资源不能得到充分利用, 管理效率不高。(4) 适合于基层的以人为中心的全人服务模式尚未有效开展, 医患沟通与人文关怀有待进一步改善。因此, 我国基层管理始终是 ASCVD 综合防控的薄弱环节。为进一步解决上述问题, 首先应为基层开发适宜的心血管疾病及慢病共病管理相关的推荐意见, 提供基层管理路径^[12-13]; 然后在基层推广实施, 总结经验, 不断完善。为此, 中华医学会全科医学分会慢病管理学组组织多学科专家, 基于《医疗机构临床路径的制定与实施》国家行业标准与循证医学证据制定本共识建议稿。旨在更好地在基层开展 ASCVD 一、二级预防, 低成本、有效地降低 ASCVD 致残、致死率, 减轻疾病负担, 提高居民生活质量。

2013 年, 中华医学会全科医学分会第六届委员会常委会建议慢病管理专业学组研讨制定适合指导全科医生在基层开展慢病管理工作的规范等。同年, 慢病管理学组第三次工作会议上正式启动该共识建议稿书写。2015 年, 中华医学会全科医学分会第七届委员会常委会再次提出, 要以高血压、糖尿病为切入点, 摸索基层慢病临床诊疗路径的建立。先后, 慢病管理专业学组组织了多次专题讨论会和 4 次专家论证会, 并在辽宁省沈阳市 5 个社区卫生服务中心及 1 个基层诊所试行。围绕 ASCVD 多重危险因素基层管理这一核心内容, 根据试点过程中发现的问题和专家建议对本共识的题目、基本框架和主要内容进行了多次修改和补充后, 综合多数专家的共识形成待发表稿。2016 年 10—11 月, 慢病管理学组将共识 (建议稿) 待发表稿提交其他相关专科专家以及中华医学会全科医学分会指导和审查, 经修改并同意后, 形成共识 (建议稿) 最终稿。

本共识 (建议稿) 适用于基层医疗卫生机构。专家组认为全科医生及其团队开展慢病基层管理应以 ASCVD 的一级预防和二级预防为先导, 遵循以人为中心、以循证为依据的原则, 为社区居民提供全人照顾。在健康状况与危险因素评估基础上, 制定安全、有效、适宜、个体化的诊疗与管理计划。实施过程中重点强调医患互动的有效性, 以需求为导向, 建立并发展和谐的医患关系, 遵循基层管理路径, 提供规范化的基本医疗

卫生服务。

1 基层管理路径制定与实施的指导原则

ASCVD 基层管理路径是指在一定原则指导下制定的有严格工作流程的程序化、标准化的 ASCVD 基层管理计划,旨在规范 ASCVD 基层管理的医疗服务行为,提高服务质量和医疗资源的利用效率,控制医疗风险和费用,使患者获得适宜、优质的基本医疗卫生服务。2012 年 8 月,我国出台《医疗机构临床路径的制定与实施》(WS/T393-2012) 国家行业标准^[4],提出临床路径制定与实施的指导思想,包括标准化、规范化的原则、持续改进的原则、以数据分析为依据、基于循证医学的理念。本共识(建议稿)充分考虑基本医疗卫生服务特点、基层医疗机构背景环境、管理状态以及全科医生及其团队慢病基层管理内容的前提下,重点强调了全科医生及其团队在全科医学理念指导下,采用以人为中心的服务模式开展慢病基层管理等基本医疗服务。因此,增加了以人为中心的原则,并将其作为首要原则。

1.1 以人为中心的原则^[5-12] 基本医疗卫生服务应是以人为中心的,而不是以疾病为中心的照顾。采用以人为中心的方法帮助患者解决具体健康问题是基于长期积累的对人的了解,而不是以就诊为基础的沟通;了解患者如何看待自己的疾病以及患病感受与诊疗疾病本身同等重要。因此,以人为中心的基本点需要充分了解患者信念、看法、担忧、恐惧、期望和需求。以人为中心照顾过程的出发点是患者,在尊重患者意愿的前提下利用问诊建立和发展良好的医患关系,与患者及其家属协商,共同选择、制定和实施管理计划,确定长期和短期优先事项,基于患者需求提供全方位、连续的预防、诊疗与管理服务。以人为中心的照顾是整体性的,是基于全人的观点,认为患者的健康问题是在其日常生活背景下产生的问题,而不是单纯的病理或者“病例”。其从躯体、心理、社会等多角度分析处理问题,提供整体性照顾,在多重危险因素及多病共存情况下,不是对每种疾病照顾的简单叠加。

1.2 基于循证医学的理念^[4,18] 循证医学的理念贯穿于本路径制定的全过程,针对基层管理路径制定与实施中需要循证分析的具体问题以及 ASCVD 基层管理相关临床问题,全面检索国内外有关研究证据,结合专家经验与患者需求进行分析,为问题提出、内容确定、国内外先进经验的借鉴、文本制定、实施流程的试点及效果评价等不同阶段的工作提供了指导。

1.3 规范化、标准化的原则^[4,18] 基层管理路径的制定与其他临床路径一致,通过制定有严格工作程序和准确时间要求的程序化、标准化的诊疗与管理计划,对医疗、护理和管理行为制定一定的标准,以达到规范医疗

服务行为、提高医疗质量、控制医疗风险、提高医疗资源利用效率和使患者获得适宜的医疗卫生服务的目的。强调医疗服务管理的制度化、诊疗行为的规范化、决策的程序化、医疗服务的流程标准化等。

1.4 持续改进的原则^[4,18] 《医疗机构临床路径的制定与实施》(WS/T393-2012) 国家行业标准指出,持续改进是医疗质量管理和制定临床路径标准的永恒目标^[4]。通过计划、实施、检查和总结的循环过程不断修订、改进和补充临床路径实施中的技术和管理环节,使临床路径逐步完善,最终达到科学、合理和实用的目标。本共识专家组也正是遵循该原则提出本共识先以建议稿的形式出台,鼓励广大基层医务人员根据具体情况,进行试行、推广和评价,不断积累经验、丰富证据,以不断修订和完善。

1.5 以数据分析为依据^[4,18] 以数据分析为依据是指临床路径的制定和实施的全过程均应以临床路径管理的相关数据为基础,包括病种的选择、文本的制定、过程的控制和结果的评价。因此,本共识根据《医疗机构临床路径的制定与实施》(WS/T393-2012) 国家行业标准^[4],建议实施 ASCVD 基层管理路径的基层医疗机构通过文本记录、变异分析、相关指标的统计对其实施效果进行评价,并不断改进实施方案。有条件的基层医疗机构应建立包括临床路径管理模块的基本医疗服务信息系统。本共识推荐采用的评价指标包括患者生活质量、躯体健康、心理健康、生活方式、社会角色功能、医疗资源利用和医疗花费、死亡率等^[19]。

2 基层管理路径文本

2.1 适用对象 (1) 具有心血管疾病危险因素,但无明确 ASCVD 证据者(一级预防)。心血管疾病危险因素分为不可改变和可改变危险因素两类。前者主要包括年龄、性别、家族史;后者主要包括高血压、吸烟、血脂异常、糖尿病、超重/肥胖、体力活动不足和不合理膳食等。其中,高血压是最重要的危险因素。适合于基层管理的危险因素主要是上述 7 种可改变的危险因素。(2) 已诊断为 ASCVD,包括冠心病、脑卒中或短暂性脑缺血发作以及周围动脉病者(二级预防)。(3) 所有纳入基层管理的患者均为在上级医疗机构相应专科明确诊断和评估,并已制定明确的诊疗与管理方案,病情稳定、适合基层管理的患者。

2.2 诊断依据^[20-21]

2.2.1 ASCVD 是指因动脉粥样硬化而导致一组累及全身的疾病的总称,主要包括冠状动脉粥样硬化性心脏病、动脉粥样硬化源性脑卒中或短暂性脑缺血发作以及周围动脉疾病等。尽管不同部位动脉粥样硬化性疾病的临床表现不同,但其病因、危险因素和发生机制相同,因而

具有相似的基层管理措施。

2.2.2 冠状动脉粥样硬化性心脏病、周围动脉疾病、高血压、血脂异常、糖尿病、肥胖症的诊断标准参见《内科学》(第8版)^[23]。

2.2.3 动脉粥样硬化性卒中或短暂性脑缺血发作的诊断标准参见《神经病学》(第7版)^[24]。

2.2.4 吸烟者：现在吸烟者和被动吸烟者。依据《全国慢性病预防控制规范(试行)》^[25]，现在吸烟者是指一生中连续或累积吸烟6个月或以上者，且在调查前30天内吸过烟的人。被动吸烟指不吸烟者吸入吸烟者呼出的烟雾及卷烟燃烧产生的烟雾，也称为“非自愿吸烟”，或“吸二手烟”。

2.3 转诊标准^[6-9,20-22] 基层接诊时，首先应初步评估患者健康状况，具有以下任意情况者应立即协助患者转诊至上级医疗机构。

2.3.1 危急重症患者，如急性心血管事件，重点识别心脏病发作和脑卒中的症状。(1)心脏病发作的常见症状包括：胸中部疼痛或不适感；手臂、左肩、肘部、颌部或背部疼痛或不舒服。此外，患者可能有发绀、呼吸困难或气短、心悸、无力、水肿；上腹不适或胀痛、恶心或呕吐；头痛、头晕或晕厥；出冷汗、面色苍白；咳嗽、声音嘶哑等。女性更易发生气促、恶心、呕吐，以及背部或颌部疼痛。(2)脑卒中的常见症状包括：脸部、手臂或腿部突然感到无力或瘫痪，通常是一侧身体。其他症状包括突然出现脸部、手臂或腿部麻木，尤其在身体的一侧；神志迷乱、说话或理解困难；单眼或双眼识物困难；走路困难、眩晕、失去平衡或协调能力；无原因的严重头痛；昏厥或失去知觉。(3)周围动脉疾病的典型症状是间歇性跛行和静息痛，间歇性跛行的特点为肢体运动后引发局部疼痛、紧束、麻木或无力，停止运动后即缓解。疼痛部位与病变血管相关。血管闭塞可导致静息痛，可出现皮肤颜色变黑、破溃、水肿等症状。

2.3.2 新近诊断ASCVD，未在上级医疗机构专科进行过评估或病情未得到控制。

2.3.3 高血压患者转诊指征 (1)社区初诊的高血压患者，如有以下情况之一应进行转诊：多次测量血压水平达3级，需要进一步评估治疗；合并靶器官损害需要进一步评估治疗；高血压急症；怀疑继发性高血压；妊娠和哺乳期妇女。(2)在社区随访的高血压患者，如有以下情况之一应进行转诊：采用降压药物规律治疗，血压仍然不达标；血压控制平稳的患者，再度出现血压升高并难以控制；血压波动较大，临床处理有困难；随访过程中出现新的严重临床疾病或原有疾病加重；患者服用降压药物后出现不能解释或难以处理的不良反

应；高血压伴有多重危险因素或靶器官损害而处理困难。

2.3.4 糖尿病患者转诊指征 (1)初次发现血糖异常，病因和分型不明确者。(2)儿童和年轻(年龄<25岁)糖尿病患者；或妊娠和哺乳期妇女血糖异常者。(3)随机血糖 ≥ 16.6 mmol/L，伴或不伴有意识障碍。(4)糖尿病急性并发症：严重低血糖或高血糖伴或不伴有意识障碍(糖尿病酮症；疑似为糖尿病酮症酸中毒、高血糖高渗综合征或乳酸性酸中毒)。(5)反复发生低血糖。(6)糖尿病慢性并发症(视网膜病变、肾病、神经病变、糖尿病足或周围血管病变)的筛查、治疗方案的制定和疗效评估在社区处理有困难者。(7)糖尿病慢性并发症导致严重靶器官损害需要紧急救治者(急性心脑血管病；糖尿病肾病导致的肾功能不全；糖尿病视网膜病变导致的严重视力下降或视力突然下降；糖尿病外周血管病变导致的间歇性跛行和缺血性症状；糖尿病足)。(8)血糖波动较大，基层处理困难或需要制定胰岛素控制方案者。(9)出现严重降糖药物不良反应难以处理者。(10)明确诊断、病情平稳的糖尿病患者每年应由专科医师进行一次全面评估，对治疗方案进行评估。(11)糖尿病合并其他疾病，如严重感染、中重度肝功能损伤等。

2.3.5 血压、血脂、血糖等多重心血管疾病危险因素规范治疗3~6个月后不达标者。

2.3.6 医师判断基层不能处理的其他临床情况。

2.4 ASCVD发病总体危险的评估 根据《中国成人血脂异常防治指南(2016年修订版)》^[24]，制定ASCVD总体危险评估流程(见图1)对进入路径患者未来10年间ASCVD总体发病危险进行评估。该指南按照低密度脂蛋白胆固醇(LDL-C)或总胆固醇(TC)水平、有无高血压及其他ASCVD危险因素个数将患者未来10年间ASCVD总体发病危险分为低危、中危和高危三层，共21种组合。低危患者ASCVD 10年发病平均危险<5%，中危患者为5%~9%，高危 $\geq 10\%$ 。

已诊断ASCVD者直接列为极高危人群。符合如下条件之一者直接列为高危人群：(1)LDL-C ≥ 4.9 mmol/L(190 mg/dl)。(2)1.8 mmol/L(70 mg/dl) \leq LDL-C<4.9 mmol/L(190 mg/dl)，且年龄在40岁及以上的糖尿病患者。(3)其余患者的危险分层需要结合其具有其他ASCVD危险因素个数进行ASCVD危险分层。这些危险因素包括：吸烟、低高密度脂蛋白胆固醇血症及男性 ≥ 45 岁或女性 ≥ 55 岁，见图1。

2.5 重点检查项目

2.5.1 重点查体 至少包括一般项目(体温、脉搏、呼吸、血压、体质指数、腰围)、心脏与肺脏的视触叩

听：血管听诊（颈动脉、腹主动脉）、足背动脉触诊等。
2.5.2 实验室检查 至少包括：血、尿、便常规，肝肾功能、电解质（血钾、钠、氯）、空腹和餐后2 h 血糖、糖化血红蛋白、血脂四项等。
2.5.3 辅助检查 至少包括心电图、胸部X线检查等。



图1 ASCVD 总体危险评估流程^[24]

Figure 1 ASCVD risk assessment process

2.6 制定基层管理计划的依据 (1) 本共识（建议稿）建议基层医务人员参照“附录一”中相关指南作为制定ASCVD基层管理计划的依据。(2) 依据心血管疾病发病危险评估结果，根据危险分层选择个体化防治方案是ASCVD基层管理的必要前提和核心策略。(3) 对于具有心血管疾病危险因素，但无明确ASCVD证据者，首先对患者进行总体心血管危险评估，然后根据危险分层、结合患者意愿进行临床决策。(4) 对于已诊断为ASCVD患者，因本身已属于极高危人群，因为不需要进行危险评估，均应接受适宜的生活方式干预和药物治疗等防治措施。

2.7 基层管理计划 参照“附录一”基层管理计划制定依据，根据患者实际情况，与患者及家属共同协商制定ASCVD管理计划，包括个体化的诊断计划、生活方式干预计划、药物治疗计划、健康教育计划、监测随访计划和转诊计划。干预周期通常为1年，1年后重新

评估患者健康状况，再与患者及家属共同协商制定新的基层管理计划。

2.7.1 慢病基层管理是针对诊断明确、病情稳定的慢病患者^[24]，因而基层管理计划很少涉及疾病的初步诊断与鉴别诊断。

2.7.2 生活方式干预计划 促进建立健康生活方式是防治ASCVD的基本策略，生活方式干预的内容主要包括以下4个方面。(1) 控制烟草使用：不吸烟或减少吸烟。(2) 合理膳食：①建议所有患者采用低脂饮食原则，根据危险分层，摄入脂肪不应超过总能量的20%~30%，每日胆固醇摄入量小于300 mg，一般人群摄入饱和脂肪酸应小于总能量10%，高胆固醇血症者小于7%。②有高血压、无糖尿病患者，推荐采用DASH (Dietary Approaches to Stop Hypertension) 饮食模式^[26-27]：低钠低脂、建议强调食用全谷类食物，蔬菜和水果，家禽、鱼、坚果和豆类，低脂和无脂乳制品，橄榄油、菜籽油、大豆油、花生油、玉米油、葵花籽油等富含多不饱和以及单不饱和脂肪酸的烹调油。限制精制面粉制品，果汁、零食和高糖甜食，全脂乳制品，红肉，黄油、椰子油或棕榈仁油等烹调油。③有糖尿病，无论是否存在其他疾患，建议采用糖尿病饮食模式。(3) 积极进行身体活动：①对于非ASCVD患者，建议每周进行 ≥ 150 min中等强度运动。②对于ASCVD患者，结合临床由专业医务人员评估后确定。(4) 体重管理：①对于非ASCVD患者，建议保持健康体重。②对于ASCVD患者，根据临床情况，结合患者意愿，酌情确定体重管理目标。

2.7.3 药物治疗计划 药物治疗始终是血压、血脂和血糖管理最为重要的方法之一。基层医务人员要正确掌握每一种心血管疾病基层管理相关药物的药理学、药代动力学、剂量、用法、适应证、禁忌证和不良反应等基本知识。联合用药时，应注意药物的相互作用^[28]。同时，明确告知患者药品名称、剂量、用法、不良反应等注意事项。

药物治疗方案需根据患者临床情况，尊重患者意愿，在危险分层的基础上，针对多重危险因素，按照个体化、循证医学原则制定综合的管理方案。并应与患者及家属充分沟通，解读循证证据和可能的预后，改善基层管理的依从性^[26]。帮助患者正确认识疾病，了解患者的担忧和期望，理解患者因疾病带来的痛苦，避免患者因对疾病及其预后或诊疗方法产生误解而带来心理负担。具体用药方案请参照相关指南，在此不再详述。

2.7.4 监测随访计划 推荐根据患者ASCVD危险分层，结合患者具体情况确定随访时间。至少每3个月对患者进行主动随访，监测生活方式改变情况、体重变化

以及其他病情变化情况。血压、血脂和血糖监测方案参照相关指南，每年必须监测和评估 ASCVD 可控危险因素。

2.7.5 健康教育计划 根据患者整体管理计划，在患者健康素养水平评估基础上，有针对性地开展个体化健康咨询或群体健康教育。重点内容包括健康生活方式、ASCVD 预防、诊疗和管理相关知识教育和患者自我管理技能训练。

2.7.6 转会诊计划 “基层首诊、双向转诊、急慢分治、上下联动”是目前深化医药卫生体制改革着力推进的分级诊疗模式。最佳的转会诊实施方式是在建立双向转诊通道的前提下，根据相应转诊标准，制定并实施转会诊计划。建议有条件的地区搭建综合医院全科医学科与基层医疗机构的纵向协作平台，以进一步推进分级诊疗制度的建立。

2.8 ASCVD 主要危险因素基层管理目标 参照目前现行国内相关指南^[6-7,24,30]，根据基层工作环境和特点，将 ASCVD 主要危险因素基层管理目标进行汇总（见表 1）。其他的管理目标还包括体质指数、腰围和身体活动水平。建议理想的体质指数为 $18.5 \sim 23.9 \text{ kg/m}^2$ ，男性腰围 $<85 \text{ cm}$ ，女性腰围 $<80 \text{ cm}$ 。对于超重和肥胖患者需要经专业医师评估是否需要减重以及如何减重，通常初级目标为至少减少 3%~5%。关于身体活动类型、强度和时长等，需要在专业医师的评估后，制定个体化的目标，避免身体活动不足与运动过量。

2.9 变异及原因分析 临床路径变异（variation of clinical pathways）是指患者在进入临床路径接受诊疗服务的过程中，出现偏离临床路径程序或诊疗计划的情况。对于以 ASCVD 预防为核心的慢病及其共病基层管理而言，我们倡导以人为中心、连续性的全人服务理念，因而可能很少出现偏离临床路径的情况。对于已经纳入基层管理的患者，原则上不设定患者退出路径的标准。如果患者提出自愿退出管理路径，需要明确记录退出原因并分析可能与服务提供相关的原因，以有利于服务质量以及医患互动的持续改进。

3 实施流程

ASCVD 基层管理实施流程图 2、表 2。全科医生临床诊疗过程中，强调采用以人为中心的服务模式，提高医患互动的有效性。实施要点和接诊指南分别见附录二和附录三。

4 潜在效益

ASCVD 基层管理是一项低成本高效的干预措施。通过减少吸烟、不健康饮食、久坐生活方式，可减少或控制高血压、血脂异常、糖尿病、超重/肥胖等生物学

危险因素，进而降低心血管疾病的发生率和死亡率。就高危策略而言，实施控烟、控酒、降低胆固醇、抗血小板治疗等多种药物联合干预，平均每人每年花费大约 1 500 元人民币，将年均减少慢病负担的 60 万~80 万份

表 1 ASCVD 主要危险因素基层管理目标

Table 1 Control targets for the main risk factors of ASCVD

危险等级或 其他情况	SBP (mm Hg)	DBP (mm Hg)	LDL-C (mmol/L)	非 HDL-C (mmol/L)	HbA _{1c} (%)
低危					
非糖尿病患者	<140	<90	<3.4	<4.1	<6.5
糖尿病患者	<140	<90	<2.6	<3.4	严格 <6.5, 一般 <7.0
中危					
非糖尿病患者	<140	<90	<3.4	<4.1	<6.5
糖尿病患者	<140	<90	<2.6	<3.4	严格 <6.5, 一般 <7.0
高危					
非糖尿病患者	<140	<90	<2.6	<3.4	<6.5
糖尿病患者	<140	<90	<1.8	<2.6	严格 <6.5, 一般 <7.0 或 结合临床
极高危	<140	<90	<1.8	<2.6	一般 <7.5, 宽松 <8.5
年龄 >65 岁	<150	<90	—	—	—
其他特殊患者	<130	<80	—	—	—

注：（1）SBP=收缩压；DBP=舒张压；LDL-C=低密度脂蛋白胆固醇；非 HDL-C=非高密度脂蛋白胆固醇；HbA_{1c}=糖化血红蛋白；（2）年龄 >65 岁的老年高血压患者，无论危险分层如何，均建议血压控制在 150/90 mm Hg 以下；（3）其他特殊患者是指合并糖尿病的高血压患者，如果年轻或者合并蛋白尿（尿白蛋白/肌酐 $\geq 30 \text{ mg/g}$ 或 $3 \text{ mg/}\mu\text{mol}$ ），建议血压控制在 130/80 mm Hg 以下；（4）血糖管理：①一般控制目标适用于多数非妊娠成年人。②严格控制目标适用于年龄 <65 岁、糖尿病病程较短、预期寿命较长（>15 年）、降糖治疗没有明显低血糖及超重肥胖患者无体重增加等其他治疗不良反应的患者。③宽松目标可能适用于预期寿命有限（<5 年）、糖尿病病程长（>15 年）、规范治疗血糖难以达标、有严重低血糖病史、有较多并存疾病患者。④已经明确诊断为 ASCVD 患者，一般控制目标为 <7.5%，宽松目标为 <8.5%



图 2 ASCVD 基层管理实施流程图

Figure 2 Implementation flow chart of ASCVD management in primary care

表2 ASCVD 基层管理路径表单

Table 2 The pathways form of ASCVD management in primary care

适用对象: ①具有 ASCVD 危险因素, 但尚无明确 ASCVD 证据者 (一级预防)

②已诊断为 ASCVD (冠心病、脑卒中、短暂性脑缺血发作、周围动脉病) (二级预防)

患者姓名: _____ 性别: _____ 年龄: _____

身份证号: _____ 健康档案号: _____

首诊日期: _____ 年 _____ 月 _____ 日; 随访日期: _____ 年 _____ 月 _____ 日

任务	初诊	复诊	监测随访
1. 初步评估: 评估是否存在危急情况。如存在, 紧急处理后转诊 1.1 护士接诊: ①准备健康档案。②至少测量体温、脉搏、呼吸、血压、体重, 计算体质指数 1.2 医生接诊: 询问是否存在新发症状, 识别危急重症和疑难情况, 初步处理后转诊	√	√	√
2. 慢性病管理情况评估 2.1 ASCVD 危险评估 2.2 患者服药情况 2.3 评估并记录最近一次实验室检查与辅助检查结果 2.4 评估患者生活方式 2.5 评估患者健康知识和技能掌握情况, 如采用健康素养问卷等	√		根据 ASCVD 危险分层并结合患者实际情况, 确定评估时间: 1 年后必须重新评估
3. 明确患者想法、担忧和期望等	√	√	√
4. 体格检查	√	√	√
5. 完成 SOAP 病历书写	√	√	√
6. 初步制定管理计划 6.1 向患者及(或)家属初步交代病情, 尊重患者意愿, 达成共识 6.2 诊断计划: 至少包括: 血、尿、便常规; 肝功能、肾功能; 空腹及餐后 2 h 血糖、糖化血红蛋白; 血脂四项 6.3 必要时, 协调资源, 进行靶器官损害、并发症筛查、诊断与治疗 6.4 初步实施个体化健康咨询/患者教育 6.5 药物治疗: 调整或维持降压、调整、降糖等治疗方案	√		
7. 强调充分的医患互动: 从接诊开始就始终考虑并实施如何与患者建立并发展良好、融洽、和谐的医患关系	√	√	√
8. 与患者协商, 预约复诊日期	√	√	√
9. 根据生活方式评估、健康素养评估、实验室与辅助检查结果等, 团队讨论 9.1 确定管理计划 9.2 患者主要健康问题列表	√		
10. 复诊 10.1 向患者及(或)家属反馈检查/评估结果 10.2 与患者及(或)家属讨论管理计划, 尊重患者意愿, 达成共识 10.3 根据循证指南等, 解读证据 10.4 根据 ASCVD 危险分层等对患者进行分类管理		√	
11. 随访监测 11.1 成立患者自我管理小组, 必要时采用一对一方式, 提供生活方式干预, 包括戒烟、营养治疗、运动治疗等 11.2 监测指标, 至少包括: 血压、血糖、糖化血红蛋白、血脂、尿蛋白、腰围、体质指数等			√
12. 健康咨询/患者教育 12.1 了解患者自我管理的观念和自信心, 掌握目前的知识和技能情况, 根据患者所患疾病和健康素养水平不同, 确定健康咨询/患者教育计划, 至少包括: 健康生活方式、疾病及相关治疗等患者自我管理所需知识和技能 12.2 向患者交待在家庭自我管理的注意事项, 帮助患者学会血糖、血压的监测方法, 血糖、血压及饮食运动情况及记录方法 12.3 告知患者及(或)家属出现哪些病情变化应立即就诊			
13. 鼓励采用多种方式增强患者建立健康生活方式、对抗疾病的信心	√	√	√
14. 必要时, 提供便捷的转会诊 14.1 书写转会诊记录 14.2 至少每 1 ~ 2 周主动了解转会诊情况 14.3 及时与转诊医生/转诊医院沟通, 继续将患者纳入基层管理 14.4 如患者自行去其他医疗机构就诊, 在每次随访时, 及时了解就诊情况, 并记录	√	√	√
15. 将正式的管理计划交给患者		√	
16. 下一次随访日期	√	√	√
17. 退出管理路径或依从性不好的原因分析	√	√	√
18. 医生与护士签名	√	√	√
19. 管理一年后, 按上述步骤重新评价慢性病管理情况, 与患者及(或家属)协商, 调整管理方案			√

残调整生命年（是指从发病到死亡所损失的全部健康寿命年，包括因早死所致的寿命损失年（YLL）和疾病所致伤残引起的健康寿命损失年（YLD）两部分，相当于慢病总体负担的50%~65%。从宏观经济层面分析，未来30年，如果每年能够使心血管疾病死亡率降低1%，其总体净经济效益就会相当于我国2010年实际GDP的68%，即10.7万亿美元^[3]。中国大庆研究经验表明，在积极的生活方式干预6年间，糖尿病发病率降低了51.0%；在20年的随访中，糖尿病发病率降低43.0%，干预组发生糖尿病比对照组平均晚3.6年；23年随访中，心血管疾病死亡率降低41.0%，全因死亡降低29.0%^[3]。

附录一

ASCVD 基层管理计划制定依据

- [1] 中国成人血脂异常防治指南修订联合委员会. 中国成人血脂异常防治指南（2016年修订版）[J]. 中国循环杂志, 2016, 31(10): 937-853.
- [2] 中华医学会内分泌学分会. 中国成人2型糖尿病患者动脉粥样硬化性心脑血管疾病分级预防指南[J]. 中华内分泌代谢杂志, 2016, 32(7): 540-545.
- [3] 中华医学会心血管病学分会高血压学组. 肥胖相关性高血压管理的中国专家共识[J]. 中华心血管病杂志, 2016, 44(3): 212-219.
- [4] 中华医学会内分泌学分会. 中国2型糖尿病合并肥胖综合管理专家共识[J]. 中华内分泌代谢杂志, 2016, 32(8): 623-627.
- [5] 《中国高血压基层管理指南》修订委员会. 中国高血压基层管理指南[J]. 中华健康管理学杂志, 2015, 9(1): 10-30.
- [6] 中华医学会神经病学分会. 中华医学会神经病学分会脑血管病学组. 中国缺血性脑卒中和短暂性脑缺血发作二级预防指南2014[J]. 中华神经科杂志, 2015, 48(4): 258-273.
- [7] 中华医学会神经病学分会. 中华医学会神经病学分会脑血管病学组. 中国脑血管病一级预防指南2015[J]. 中华神经科杂志, 2015, 48(8): 629-643.
- [8] 中华医学会心血管病学分会流行病学组, 中国医师协会心血管内科医师分会, 中国老年学学会心脑血管病专业委员会. 糖代谢异常与动脉粥样硬化性心血管疾病临床诊断和治疗指南[J]. 中华心血管病杂志, 2015, 43(6): 488-506.
- [9] 国家卫生和计划生育委员会. 高血压分级诊疗服务技术方案[EB/OL]. (2015-12-01). <http://www.nhfp.gov.cn/yzygj/s3593g/201512/073150bd7d214454872126f2bc830410.shtml>.
- [10] 国家卫生和计划生育委员会. 糖尿病分级诊疗服务技术方案[EB/OL]. (2015-12-01). <http://www.nhfp.gov.cn/yzygj/s3593g/201512/073150bd7d214454872126f2bc830410.shtml>.
- [11] 国家卫生和计划生育委员会. 中国临床戒烟指南（2015年版）[EB/OL]. (2015-05-15). <http://www.moh.gov.cn/xcs/s3581/201505/3145e85ad084dd1990230274e37ac2a.shtml>.
- [12] 中华医学会糖尿病学分会. 中国2型糖尿病防治指南（2013年版）[J]. 中华糖尿病杂志, 2014, 6(7): 447-498.
- [13] 中华医学会糖尿病学分会. 中国2型糖尿病防治指南（基层版）[J]. 中华全科医师杂志, 2013, 12(8): 675-696.

- [4] 中华医学会心血管病学分会, 中国康复医学会心血管病专业委员会, 中国老年学学会心脑血管病专业委员会. 冠心病康复与二级预防中国专家共识[J]. 中华心血管病杂志, 2013, 41(4): 267-275.
- [5] 中国高血压防治指南修订委员会. 中国高血压防治指南2010[J]. 中华高血压杂志, 2011, 19(8): 701-743.
- [6] 2011年版《国家基本公共卫生服务规范》[EB/OL]. (2011-05-24). http://www.gov.cn/zvgk/2011-05/24/content_1870181.htm.

附录二

病史采集与个体化健康咨询要点

根据 McWhinney IR 等 1984 年提出以人为中心的临床诊疗模式^[23], 按照改进版卡尔加里-剑桥临床接诊指南^[24] (见附录三), 确定医患互动过程中病史采集要点, 以充分体现以人为中心、以循证思想为指导的连续性服务原则。

1. 充分了解患者信息, 明确患者为什么来看病, 将确认和处理现患问题作为每次接诊的中心任务。
2. 全面收集患者信息, 包括与疾病相关的生物学特征和与患者看法与背景等, 具体内容见图3。明确健康问题、严重程度如何、既往诊疗过程等。
3. 提供管理计划 (care plan): 与患者协商管理计划的细节, 清楚地向患者及 (或) 家属解释病情, 尊重患者意愿, 达成共识。
4. 解读相关证据和预后。
5. 适当地进行引导和教育, 帮助患者认识到对自己健康的责任, 增强自我管理的能力, 鼓励患者承担疾病管理的责任。
6. 强调有效的医患互动, 发展并建立和谐医患关系, 改善患者体验感、依从性, 提高对全科医生及其团队的信任度。
7. 建议每次接诊均对目前健康状况进行适当的评价, 列出患者健康问题列表, 并记录 SOAP 全科医疗接诊记录。

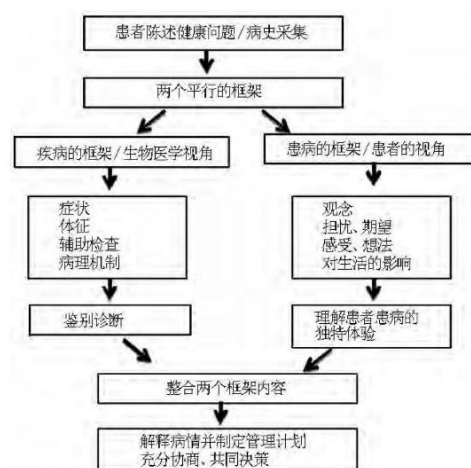


图3 以人为中心的诊疗模式图

Figure 3 A model for person-centered diagnosis and treatment

附录三

表3 改进版卡尔加里-剑桥临床接诊指南

Table 3 The Enhanced CALGARY - CAMBRIDGE Guide to the Medical Interview

接诊过程	接诊内容
1. 开始接诊	<p>1.1 准备</p> <p>1.2 建立最初的融洽关系</p> <p>1) 问候患者,并获知患者姓名</p> <p>2) 自我介绍,说明问诊的作用和性质,必要时征得知情同意</p> <p>3) 表达对患者的尊重、关心,注意患者是否感觉舒适</p> <p>1.3 确定就诊原因</p> <p>4) 采用开放式提问的方式,确定患者要解决的问题。例如“今天您想讨论什么问题?”“今天来就诊想解决什么健康问题?”“是什么原因使您今天来医院就诊?”</p> <p>5) 认真倾听患者开始讲述的问题,不要打断患者或者引导患者做出回答</p> <p>6) 和患者确认就诊原因,并筛查是否存在其他健康问题(如您今天就诊是因为头痛和疲倦,您还有别的不舒服的吗?)</p> <p>7) 根据患者的需求和需要,医生和患者协商拟定诊疗过程</p>
2. 收集信息	<p>2.1 探讨患者的临床问题</p> <p>8) 鼓励患者使用自己的语言陈述病情(从症状出现到目前的过程(阐明就诊的原因)</p> <p>9) 采用开放式和封闭式提问技术,恰当地将问诊从开放式转向封闭式</p> <p>10) 注意倾听,让患者说完而不要打断,并在回答患者问题之前给患者留出时间来想一想,或者在停顿之后继续</p> <p>11) 通过语言或非语言方式以有助于促进患者应答,如采用鼓励、沉默、重复、变换措辞、解释等方法</p> <p>12) 提取语言或非语言的线索(肢体语言、语言、面部表情、情绪反应),适时予以验证及认可</p> <p>13) 澄清患者陈述不清晰或者需要补充说明的地方(如您能解释一下您说的头晕是怎么回事吗?)</p> <p>14) 定期总结以确认我们理解了患者所说的内容,请患者纠正我们的解释,或者提供更进一步的信息</p> <p>15) 使用简明的、容易理解的提问或评论,避免使用术语或对术语进行解释</p> <p>16) 确定事件的时间和顺序</p> <p>2.2 理解患者观点的其他技巧</p> <p>17) 主动确定并适当探究</p> <p>- 患者的想法(Ideas,即信念)</p> <p>- 患者对每个临床问题的担忧(Concerns,即担心)</p> <p>- 患者的期望(Expectations,即目标),患者对每个问题期望获得什么帮助</p> <p>- 影响(Effects):每个临床问题如何影响患者的生活</p> <p>18) 鼓励患者表达出自己的感受</p>
3. 提供接诊框架	<p>3.1 使应诊的结构明确清晰</p> <p>19) 小结:在每项问诊特定的主线结束时,确认对患者问题理解的情况,然后再进入下一个环节</p> <p>20) 运用提示语或过渡语句,从问诊一个环节进入另一个环节,包括为下一个环节做基本的铺垫</p> <p>3.2 注意流程</p> <p>21) 按照一定逻辑顺序进行结构化访谈</p> <p>22) 注意时间安排,并使问诊始终围绕主题</p>
4. 建立关系	<p>4.1 运用恰当的非语言行为</p> <p>23) 表现出适当的非语言举止</p> <p>- 目光接触、面部表情</p> <p>- 姿势、位置 and 动作</p> <p>- 声音:语速、音量、语调</p> <p>24) 如果如果阅读、记笔记或使用计算机,则要注意采用恰当的方式,以不干扰谈话或破坏融洽的气氛</p> <p>25) 恰当地表达信心</p> <p>4.2 发展良好、和谐的医患关系</p> <p>26) 接受患者看法和感受的合理性:不随意加以评判</p> <p>27) 运用移情,理解和体谅患者的感受或困惑,公开表示认可患者的看法和感受</p> <p>28) 提供支持:表达关心、理解和帮助的意愿;认可患者为对抗疾病所作出的努力及适当的自我保健,建立伙伴关系</p> <p>29) 机敏地处理两难问题、令人烦恼的问题和身体疼痛,包括与体格检查相关的问题。</p> <p>4.3 患者参与</p> <p>30) 与患者分享看法,鼓励患者参与(如我现在想的是什么……)</p> <p>31) 解释看似不合逻辑的临床问题(包括体检部分)的合理性/基本原理</p> <p>32) 在体检过程中,解释操作过程过程,并征求同意</p>
5. 体格检查	门诊重点查体内容
6. 实验室与辅助检查	回顾近期检查结果
7. 患者问题列表	
8. 解释和计划	<p>8.1 提供适当数量和类型的信息</p> <p>目标:提供全面、合适的信息;评估每一个患者的信息需求;既不限制也不要过多</p> <p>33) 模块和检查:按照预先设计的模块提供信息,检查患者理解程度,根据患者的反应进行调整</p> <p>34) 基础评估:在提供信息之前,首先了解患者对医学信息掌握的程度,明确患者希望了解的健康信息的内容</p> <p>35) 询问患者还有哪些信息对其有帮助:如病因和预后</p> <p>36) 适当的时候给予解释:避免过早给予建议、信息或保证</p> <p>8.2 帮助准确地回忆和理解</p> <p>目标:帮助患者更容易记忆和理解健康信息。</p> <p>37) 解释病情:将内容分成若干部分,按照一定逻辑顺序进行解释;</p> <p>38) 采用清晰的分类方法或提示语:如“我想和您讨论三个重要的问题,第一……”“现在我们可以转到讨论……吗?”</p> <p>39) 重复和总结以强化信息</p> <p>40) 使用简明、容易理解的语言,避免使用术语,否则给予解释</p> <p>41) 使用直观的方法传递信息:如图表、模型、文字资料和说明书</p> <p>42) 评估患者对信息和诊疗计划理解的程度,如让患者用自己的语言进行复述,必要时给予进一步说明</p>

(续表3)

	<p>8.3 取得共识:充分考虑患者的观点 目标:充分考虑患者的观点,给予病情解释并提出诊疗计划;了解患者对所提供信息的想法和感受;鼓励互动而不是单向传递信息 43) 充分考虑患者的观点进行解释:与事先了解的患者想法、担忧和期望联系起来 [见第17条] 44) 提供机会,鼓励患者参与管理:提出问题,请患者澄清或表达怀疑,恰当地做出回应 45) 使用言语或非言语线索做出回应,例如:患者需要了解的信息、提出的问题、信息过量、苦恼的表现 46) 了解患者的信念、反应和感受:再次给出信息,使用术语;在必要时给予认可并解决问题。</p> <p>8.4 计划:共同对诊疗计划作出决策 目标:让患者了解临床决策过程;让患者参与临床决策,达到他们期望的水平;提高患者对诊疗计划做出承诺的水平 47) 适当分享自己的观念:想法、思考过程和进退两难的情况 48) 患者参与 - 提供建议和选择,而不是指令 - 鼓励患者表达他们自己的想法、建议、意愿(偏好) 49) 讨论诊疗方案的选择 50) 确定患者在临床决策方面希望参与的水平 51) 协商制定一个双方均能接受的诊疗计划 - 提供选择:表明自己对可选诊疗方案的权衡,确定优先选择的诊疗方案 - 确定患者的意愿(偏好) 52) 与患者核实 - 是否接受该计划 - 患者关注(担心)的问题是否得到解决</p> <p>9.1 下一步计划 53) 协议:与患者约定下一步和医生联系的计划; 54) 安全措施:解释可能非预期的结果,如果诊疗计划没有效果,该如何做、何时以及如何寻求帮助</p> <p>9.2 确定合适的时机结束本次诊疗过程 55) 简明扼要总结本次诊疗过程,明确诊疗计划 56) 最后核实患者是否同意并愿意遵从医嘱,询问是否有需要修改和讨论的内容,是否还有其他问题?</p>
9. 结束接诊	

主审:曾益新, 祝瑾珠

执笔:于晓松, 王爽

编写工作组专家(以姓氏拼音为序):陈刚, 陈丽英, 迟春花, 杜兆辉, 方力争, 龚涛, 胡系伟, 江孙芳, 李幕军, 李双庆, 陆召军, 马中富, 齐国先, 单忠艳, 王留义, 王爽, 王永晨, 吴浩, 尹朝霞, 于浩波, 于晓松, 张玉, 曾学军

秘书:于凯, 祁慧萌

参考文献

- [1] 国家卫生和计划生育委员会疾病预防控制中心. 中国居民营养与慢性病状况报告(2015年) [M]. 北京: 人民卫生出版社, 2015.
The Disease Prevention and Control Bureau of the National Health and Family Planning Commission. The report of the nutrition and chronic disease status of Chinese residents (2015) [M]. Beijing: People's Medical Publishing House, 2015.
- [2] 陈伟伟, 高润霖, 刘力生, 等. 《中国心血管病报告2015》概要 [J]. 中国循环杂志, 2016, 31 (6): 521-528.
CHEN W W, GAO R L, LIU L S, et al. Report on Cardiovascular Disease in China 2015 outline [J]. Chinese Circulation Journal, 2016, 31 (6): 521-528.
- [3] 马长生, 韩雅玲. 心血管病学实践2016 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 2016.
MA C S, HAN Y L. Practice of cardiovascular disease 2016 [M]. Beijing: People's Medical Publishing House, 2016.
- [4] PIEPOLI M F, HOES A W, AGRAWALL S, et al. The Sixth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (constituted by representatives of 10 societies and by invited experts). 2016 European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice [J]. European Heart Journal, 2016, 37 (29): 2315-2381. DOI: 10.1093/eurheartj/ehw106.
- [5] 国家基本公共卫生服务规范(2011年版) [EB/OL]. (2011-05-24) [2016-05-10]. http://www.gov.cn/zgwk/2011-05/24/content_1870181.htm.

- National basic public health service standard (2011 ed) [EB/OL]. (2011-05-24) [2016-05-10]. http://www.gov.cn/zgwk/2011-05/24/content_1870181.htm.
- [6] 中华医学会糖尿病学分会. 中国2型糖尿病防治指南(基层版) [J]. 中华全科医师杂志, 2013, 12 (8): 675-696.
Chinese Diabetes Society. Guidelines for the prevention and treatment of type 2 diabetes in China (basic edition) [J]. Chinese Journal of General Practitioners, 2013, 12 (8): 675-696.
- [7] 《中国高血压基层管理指南》修订委员会. 中国高血压基层管理指南 [J]. 中华健康管理学杂志, 2015, 9 (1): 10-30.
Guidelines for the management of hypertension in the grass-root in China Revision Committee. Guidelines for the Management of Hypertension in the Grass-root in China [J]. Chinese Journal of Health Management, 2015, 9 (1): 10-30.
- [8] 国家卫生和计划生育委员会. 高血压分级诊疗服务技术方案 [EB/OL]. (2015-12-01) [2016-05-10]. <http://www.nhpc.gov.cn/yzygj/s3593g/201512/073b50bd7d2b4454872126f2bc830410.shtml>.
- The National Health and Family Planning Commission. Technical scheme of hypertension hierarchical medical [EB/OL]. (2015-12-01) [2016-05-10]. <http://www.nhpc.gov.cn/yzygj/s3593g/201512/073b50bd7d2b4454872126f2bc830410.shtml>.
- [9] 国家卫生和计划生育委员会. 糖尿病分级诊疗服务技术方案 [EB/OL]. (2015-12-01) [2016-05-10]. <http://www.nhpc.gov.cn/yzygj/s3593g/201512/073b50bd7d2b4454872126f2bc830410.shtml>.
- The National Health and Family Planning Commission. Technical scheme of type 2 diabetes hierarchical medical [EB/OL]. (2015-12-01) [2016-05-10]. <http://www.nhpc.gov.cn/yzygj/s3593g/201512/073b50bd7d2b4454872126f2bc830410.shtml>.
- [10] WANG H H, WANG J J, WONG S Y, et al. Epidemiology of multimorbidity in China and implications for the healthcare system: cross-sectional survey among 162,464 community household residents in southern China [J]. BMC Med, 2014, 12: 188. DOI: 10.1186/s12916-014-0188-0.
- [11] WANG S B, D'ARCY C, YU Y Q, et al. Prevalence and patterns of multimorbidity in northeastern China: a cross-sectional study [J].

- Public Health, 2015, 129 (11): 1539-1546.
- [12] ARNETT D K, GOODMAN R A, HALPERIN J L, et al. AHA/ACC/HHS Strategies to enhance application of clinical practice guidelines in patients with cardiovascular disease and comorbid conditions: from the American Heart Association, American College of Cardiology, and US Department of Health and Human Services [J]. Circulation, 2014, 130 (18): 1662-1667.
- [13] BARNETT K, MERCER S W, NORBURY M, et al. Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: a cross-sectional study [J]. Lancet, 2012, 380 (9836): 37-43.
- [14] 中华人民共和国卫生行业标准. 医疗机构临床路径的制定与实施 (WS/T393-2012) [EB/OL]. (2012-09-14) [2016-05-10]. http://www.moh.gov.cn/zwgkzt/s9494/201209/55887.shtml. People's Republic of China Health Industry Standards. Development and implementation of clinical pathway for the medical institution (WS/T393-2012) [EB/OL]. (2012-09-14) [2016-05-10]. http://www.moh.gov.cn/zwgkzt/s9494/201209/55887.shtml.
- [15] The WONCA International Classification Committee. Wonca dictionary for general/family practice [EB/OL]. [2016-05-10]. https://www.mendeley.com/catalog/wonca-dictionary-general/family-practice.
- [16] STARFIELD B. Is patient-centered care the same as person-focused care? [J]. Permanente Journal, 2011, 15 (2): 63-69.
- [17] ALLEN J, GAY B, CREBOLDER H, et al. The European definition of general practice / family medicine [EB/OL]. [2016-05-10]. https://www.researchgate.net/publication/247868187_The_European_Definition_of_General_Practice/Family_Medicine_Wonca_Europe_Wonca_Europe_-_Geneva_2002.
- [18] 陶红兵. 探索中前进 实践中发展——《医疗机构临床路径的制定与实施》标准解读 [J]. 中国卫生标准, 2013, 4 (1): 27-32.
TAO H B. Exploration in advance Development in practice—the read of formulation and implementation of the medical institution clinical pathway standard. [J]. China Health Standard Management, 2013, 4 (1): 27-32.
- [19] ADAMS K, BAYLISS E A, BLUMENTHAL D, et al. Universal Health Outcome Measures for Older Persons with Multiple Chronic Conditions [J]. J Am Geriatr Soc, 2012, 60 (12): 2333-2341.
- [20] 国家卫生和计划生育委员会. 中国临床戒烟指南 (2015年版) [EB/OL]. (2015-05-15) [2016-05-10]. http://www.moh.gov.cn/xcs/s3581/201505/3145e85ad0f84dd1990230274e37ac2a.shtml.
The National Health and Family Planning Commission. Guidelines for clinical smoking cessation in China (2015) [EB/OL]. (2015-05-15) [2016-05-10]. http://www.moh.gov.cn/xcs/s3581/201505/3145e85ad0f84dd1990230274e37ac2a.shtml.
- [21] 贾建平, 陈生第. 神经病学 [M]. 7版. 北京: 人民卫生出版社, 2013.
JIA J P, CHEN S D. Neurology [M]. 7th ed. Beijing: People's Medical Publishing House, 2013.
- [22] 葛均波, 徐永健. 内科学 [M]. 8版. 北京: 人民卫生出版社, 2013.
GE J B, XU Y J. Internal Medicine [M]. 8th ed. Beijing: People's Medical Publishing House, 2013.
- [23] 国家卫生计生委. 全国慢性病预防控制工作规范 [EB/OL]. (2011-04-13) [2016-05-10]. http://www.gov.cn/gzdt/2011-04/13/content_1842875.htm.
The National Health and Family Planning Commission. National standard work specification for the prevention and control of chronic diseases [EB/OL]. (2011-04-13) [2016-05-10]. http://www.gov.cn/gzdt/2011-04/13/content_1842875.htm.
- [24] 中国成人血脂异常防治指南修订联合委员会. 中国成人血脂异常防治指南 (2016年修订版) [J]. 中国循环杂志, 2016, 31 (10): 937-953.
Joint Committee on Revision of Guidelines for Prevention and Treatment of Dyslipidemia in Chinese Adult. Guidelines for prevention and treatment of dyslipidemia in Chinese adults (revised 2016) [J]. Chinese Circulation Journal, 2016, 31 (10): 937-953.
- [25] 国务院办公厅. 关于推进分级诊疗制度建设的指导意见 (国办发〔2015〕70号) [EB/OL]. (2015-09-11) [2016-05-10]. http://www.gov.cn/zhengce/content/2015-09/11/content_10158.htm.
General Office of the State Council. Guiding opinions on promoting the construction of hierarchical medical (No 70 Document in 2015 of the State Council) [EB/OL]. (2015-09-11) [2016-05-10]. http://www.gov.cn/zhengce/content/2015-09/11/content_10158.htm.
- [26] OH J, HONG N, KANG SM. Dietary therapy in hypertension [J]. N Engl J Med, 2010, 362 (22): 2102-2112.
- [27] GAY H C, RAO S G, VVACCARINO V, et al. Effects of Different Dietary Interventions on Blood Pressure: Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials [J]. Hypertension, 2016, 67 (4): 199-200.
- [28] 王辰, 王建安. 内科学 [M]. 3版. 北京: 人民卫生出版社, 2015.
WANG C, WANG J A. Internal Medicine [M]. 3th ed. Beijing: People's Medical Publishing House, 2015.
- [29] LICKOWICZ E. American Geriatrics Society Expert Panel on the Care of Older Adults with Multimorbidity. Guiding Principles for the Care of Older Adults with Multimorbidity: an approach for clinicians [J]. J Am Geriatr Soc, 2012, 60 (10): e1-25.
- [30] 中华医学会内分泌学分. 中国成人2型糖尿病患者动脉粥样硬化性心脑血管疾病分级预防指南 [J]. 中华内分泌代谢杂志, 2016, 32 (7): 540-545.
Endocrinology Branch of Chinese Medical Association. Guideline for hierarchical prevention of atherosclerotic cardiovascular disease with type 2 diabetes mellitus in Chinese adults [J]. Chinese Journal of Endocrinology and Metabolism, 2016, 32 (7): 540-545.
- [31] Department of human development of the World Bank. Toward a Healthy and Harmonious Life in China: Stemming the Rising Tide of Non-Communicable Diseases [EB/OL]. (2011-07-26) [2016-05-10]. http://www.worldbank.org/en/news/feature/2011/07/26/toward-health-harmonious-life-china-stemming-rising-tide-of-non-communicable-diseases.
- [32] LI G, ZHANG P, WANG J, et al. The long-term effect of lifestyle interventions to prevent diabetes in the China Da Qing Diabetes Prevention Study: a 20-year follow-up study [J]. Lancet, 2008, 371 (9626): 1783-1789.
- [33] Models of the consultation: a summary of models that have been proposed over the last 40 years [EB/OL]. [2016-05-10]. http://www.each.eu/wp-content/uploads/2014/08/Models_of_the_Consultation.pdf?x89617.
- [34] KURTZ S, SILVERMAN J, BENSON J, et al. Marrying content and process in clinical method teaching: enhancing the Calgary-Cambridge guides [J]. Acad Med, 2003, 78 (78): 802-809.
(收稿日期: 2016-12-25)
(本文编辑: 赵跃翠)

医院推出“六不准” 阻挠医生多点执业

来源：搜狐

地址：http://www.sohu.com/a/215328787_742140

近日，一则医院通知引起医疗界热议，据介绍，这是某东部省份三甲医院发的内部通知。内容如下：

在医院近期即将出台我院医师多点执业管理规范前，强调几点：

1. 严禁科主任、科副主任从事各类形式的多点执业；
2. 严禁科主任未经医院同意，兼任包括医疗集团或医疗联合体在内的其他任何医疗机构的科主任（中心主任）；
3. 在职医师多点执业要经医院知情同意，医师与医院在协商一致的基础上，签订聘用（劳动）合同，明确人事（劳动）关系和权利义务；
4. 医院与科室严格多点执业管理，医师严格遵守劳动纪律；
5. 严禁在职医师在非公立医疗机构多点执业；
6. 严禁任何在职医务人员，以任何形式定向转移病人或泄露病人医疗信息，凡发现医院将严肃处理；
7. 严禁科室、医疗团队或个人，未经医院允许擅自与任何医疗机构开展业务合作。所有医疗合作行为，必须纳入医院框架下管理；
8. 严禁在个人、科室或团队微信、微博等自媒体上发布有损科室、医院利益的信息，一经发现医院严肃处理。

“这才是目前多点执业的真正局面！”上海一家共享医疗平台创始人这样评价道。

医生多点执业阻力重重

实际上，这不是医生多点执业第一次遭遇公立医院如此强烈的阻挠，不少医院发邮件、下通知禁止，有的甚至还公开“威胁”。

“前不久，有个地方两家公立三甲医院竟然在网站上公开提出，谁去和非公立医疗机构合作，就取消他的科主任职务。”中国非公医疗机构协会常务副会长兼秘书长郝德明透露，目前有些公立医院对于医生们与非公立医疗机构的合作方面可以说是如临大敌，甚至出各种招数来阻止。

之前绍兴市一家三级医院医务科也曾下发过一个关于医生多点执业的通知，明确规定：首先，凡参与医生多点执业（自由执业）的医生必须在医务科备案；其次，院

领导、科主任除了双休日和节假日外，一律不得多点执业；第三点特别亮：科室其他人员（包括退休留用人员）开展多点执业需经科主任同意……

在北京，以眼科闻名全国的某三甲医院，曾以两名眼科主任未经批准多点执业，并将患者介绍到民营医院，违反医院工作纪律和制度为由，对二人进行了严肃处理，免去科主任职务，取消 2016 年度优秀评选资格，并扣罚 10 到 12 个月的奖金。此外二人相关违反工作纪律和制度的问题还将送市卫计委医政部门作出处理。

2017 年 3 月，武汉科技大学附属天佑医院的精神科主任胡某，因多点执业被医院通报免去了科主任职务。根据医院通报，胡某未经医院允许到民营医院兼职坐诊，违反了医院《关于严禁在职职工擅自在外兼职的有关规定》。

而 2017 年底，著名整形外科专家郭树忠教授透露，某公立医院的院长动用纪检力量对多点执业的医生进行调查，并施加压力，试图阻止医生进行多点执业。

“考虑到这所医院为卫计委直属医院，院长既是一名老党员，也是一名知名专家，敢于公然违背中央的政策，逆潮流而行，着实让我大吃一惊。”郭树忠表示。

全国多点执业大军已达 6.6 万！

2015 年，一款移动医疗 APP 的一次网络调查显示，77% 的受调查医生想尝试其他的执业方式。全国人大代表、原卫生部副部长王陇德曾对多点执业政策表示，“我们现在把他限制在医院内部，不是照样周末出来？反而会有一些灰色空间，而且这种灰色空间更不利于病人安全。不敢让医院知道，做完手术就跑，病人的安全怎么办？”

虽然屡屡遇阻，不过最新的数据却是，全国已经有 6.6 万名医生实现多点执业。

这 6.6 万名医生都是到什么样的医疗机构多点执业呢？据国家卫计委介绍，其中到社会办医多点执业的占 69.6%。也就是说，70% 左右的多点执业医生都是去了私立医疗机构。

之所以大多是去了私立医疗机构多点执业，业内人士表示实为大势所趋，私立医疗机构长期缺少优质医生资源，如今政策放开，私立医疗机构无论是医疗服务定价还是给到医生的报酬都更有吸引力，因此医生们大多到私立医疗机构执业很正常。

那么为啥还有 30% 到公立医疗机构多点执业呢？据了解，很大一部分是公立医院医联体之间的多点执业，是医院派过去的。

各种禁令出台，是院长恐慌了！

对于一些体制内医生脚踏两只船，而且还不经医院同意，出去多点执业、兼职，不少业内人士表示难以认同，认为这样的医生缺乏契约精神，应该和本院签订协议，

约定权利义务，不能拿着全职的工资，干着兼职的活。

对此，一位业内人士直言，这样的协议目前还处于理想状态，道理很简单，如果是大牛，根本不受医院的所谓禁令约束，院长也往往睁一只眼闭一只眼，如果是普通医生，想和医院谈多点执业，往往门都没有，试问有几个公立医院院长愿意和本院医生签这样的协议？普通医生面临的选择更多是：要么全职，要么走人。

因此该业内人士表示，目前这样的所谓遵守契约精神的协议，可能还并没有诞生，至少可以说绝大多数多点执业医生都尚未签订类似协议。如果仅仅以契约精神的道德大棒来谴责多点执业医生，并不公平。

道理很简单，中国医生的周末走穴从来就没有停止过，周末机场的飞刀医生并不少见，医院禁止医生飞刀也不是一天两天的，但从未有效禁止过。

“很多医院多点执业禁令的出台，实际上是院长对于国家层面放开多点执业潮的恐慌性紧急举措，看着吓人，实际上是走走形式，不然就等于默认了，如果默认那医生们就都敢出来了，对于公立医院来说，短时间内将难以招架。”

医生自由执业是大趋势！

长期以来，我国的医生没有自由执业的权利，大多数被牢牢地禁锢在公立医院，值得欣慰的是，国家层面正在医疗行业推进简政放权，推进市场在资源配置中起决定作用，推进医生自由执业权的落实。

不仅如此，禁锢医生留在体制内的两道藩篱也正在被拆除，一个是编制，一个是养老金。

早在 2013 年，事业单位养老金改革就已经启动，事业编都要自己交养老保险了，编制最大的一块福利开始被逐步剥离。

此外，去除医生事业单位编制的改革预期也十分明朗，目前不少地方已经在搞公立医院不再纳入编制管理，新入职的医生更将是和编制无缘了。

更值得欣慰的是，一群勇敢的医生率先走出体制，去追求自由执业的权利、探索自由执业的道路，并有力地推动了国家政策的逐步放开。

可以预见的是，随着政策的解放，以及医生自我解放意识的逐步觉醒，会有越来越多的医生选择多点执业甚至自由执业。

业内人士预计，未来中国医生多点执业的规模远不止现在的情况，或将达到数十万甚至上百万的级别。

多点执业还在路上

不可否认，在医师多点执业政策的实施过程中，目前的人事管理制度还没有进行彻底的改革。这表现在，医师的人事关系和事业单位编制依然存在，医师仍然需要通过编制来获得诸如职称、学术地位等“好处”，仍然需要通过公立医院来完成职业发展、打出自己的品牌。与之相关联，医师虽然可以多点执业，但也要接受第一执业机构的管理，比如多点执业原则上需要通过第一执业机构的核准，在工作安排上要以第一执业机构的安排为主等。

医师多点执业需要一系列的政策配套，需要外部环境的支持。比如，需要充分放开医疗服务的空间，打破不合理的医疗服务规划，降低对医疗机构设置的过度限制；需要社会保障制度进一步改革，解决医师多点执业后的社会保障问题；需要建立健全医疗事故责任险和医保医师制度等。但当前，这些配套改革有的没有开展，有的开展了却没有落到实处。这就使一些医师不敢跳出体制实现真正的多点执业。

传统的人事管理制度虽然行政化色彩浓厚，但也有其成立的逻辑，那就是公立医院享有包括财政补贴、行政垄断等在内的一系列使用公共资源的权力，公立医院的职工在理论上是国家公职人员，因此需要行政化管理，杜绝公职人员以公谋私。现在的医师多点执业，在留有行政化管理“尾巴”的同时，也保留了一部分使用公共资源的权力。这实际上就为使用公共资源来谋取私利留下了漏洞。当前医师多点执业过程中出现的种种问题，都可以从这里找到根源。比如，广为诟病的公立医院医生向自己入股的民营医院转移患者，比如公立医院医生一边拿着公立医院的全职薪水，一边四处“开飞刀”。这些都是钻了这种“半公半私”的漏洞，一方面他们还保留有公立医疗机构的身份，可以从公立医疗机构中获得“好处”；另一方面则通过多点执业的方式，将这种公共资源带来的好处转移出去。

从这个角度，当前医师多点执业存在的问题背后，是传统人事管理制度与多点执业代表的社会化的医师治理新体制之间的冲突。需要说明的是，这是一个阶段性的现象，不能因此来否定多点执业。这些乱象只能是阶段性的、暂时性的，不能将之常态化。多点执业的医师，不能“吃着锅里的、看着碗里的”，不能两方面的“便宜”都赚。如果要事业单位编制、要公立医院的身份，就老实地接受公职人员的管理办法，接受事业单位的人事管理制度；如果要多点执业，就要放弃公职人员的身份，放弃事业单编制。

实现良性发展尚需进一步改革

当然，要解决这些阶段性的问题、要实现医师多点执业的良性发展，需要从各个

方面深化改革，构建适应多点执业的外部环境。

首先，逐步剥离附着在事业单位编制身份上面的职称评定、社会保障等福利，将之社会化，使医师不管是公立医院的职工还是多点执业的医师都可以获得平等的待遇。编制最终成为只具有管理职能的一个工具，而不是身份制的象征。

其次，建立以医师为主体的医疗责任事故保险，使多点执业的医师成为责任主体，摆脱对单位的依赖。同时，医保的支付制度也要进行改革，建立以医师作为支付对象的医保医师制度，使医师的医保定点脱离单位，医保向医师的支付不需要通过单位。

第三，要放开医师执业的空间，鼓励和支持多种形式的社会化的医疗机构。取消不合理的医疗机构设置规划和审批，逐步改为备案制。

只有医师多点执业的政策环境到位了，多点执业的问题也才能消失，从而实现多点执业的良性发展。

责任编辑：永恒流星

第一部分——西医部分

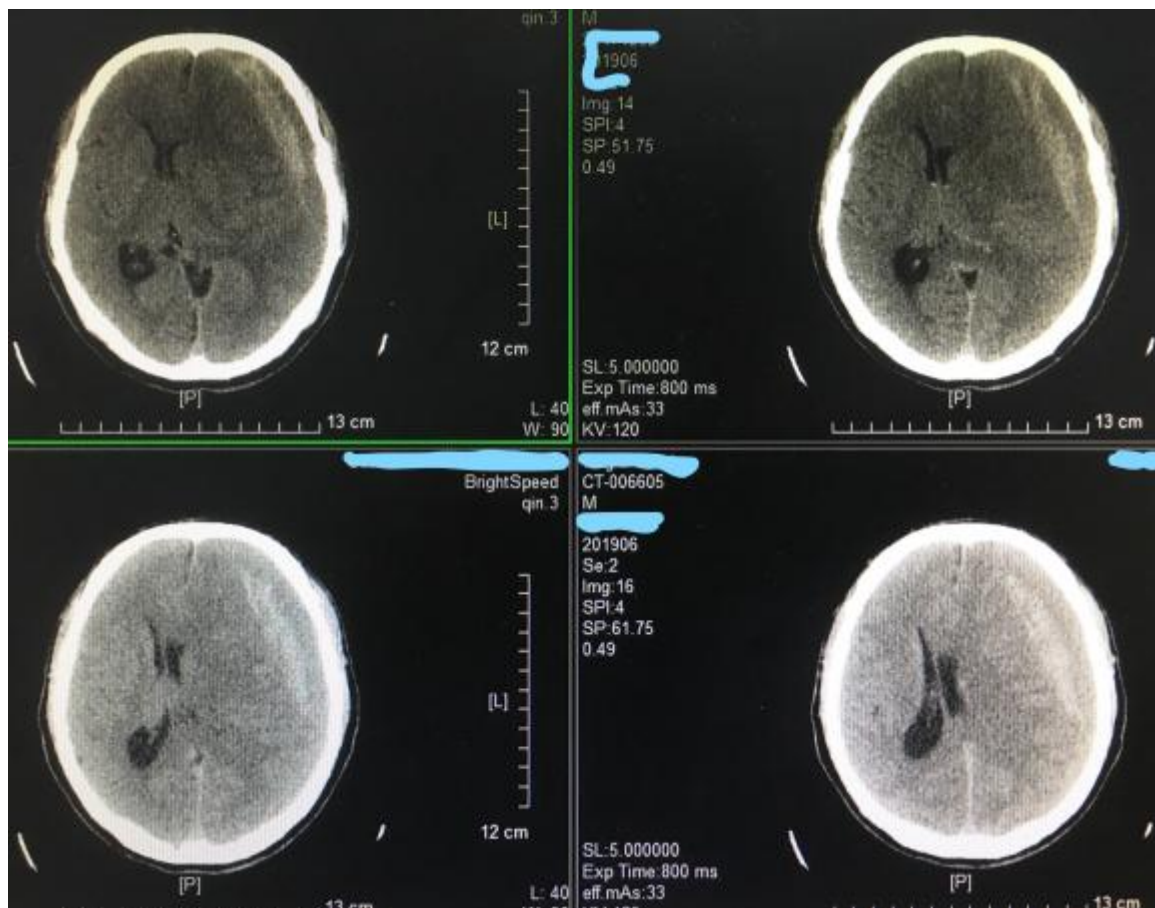
分享慢性硬膜下血肿钻孔引流手术 1 例

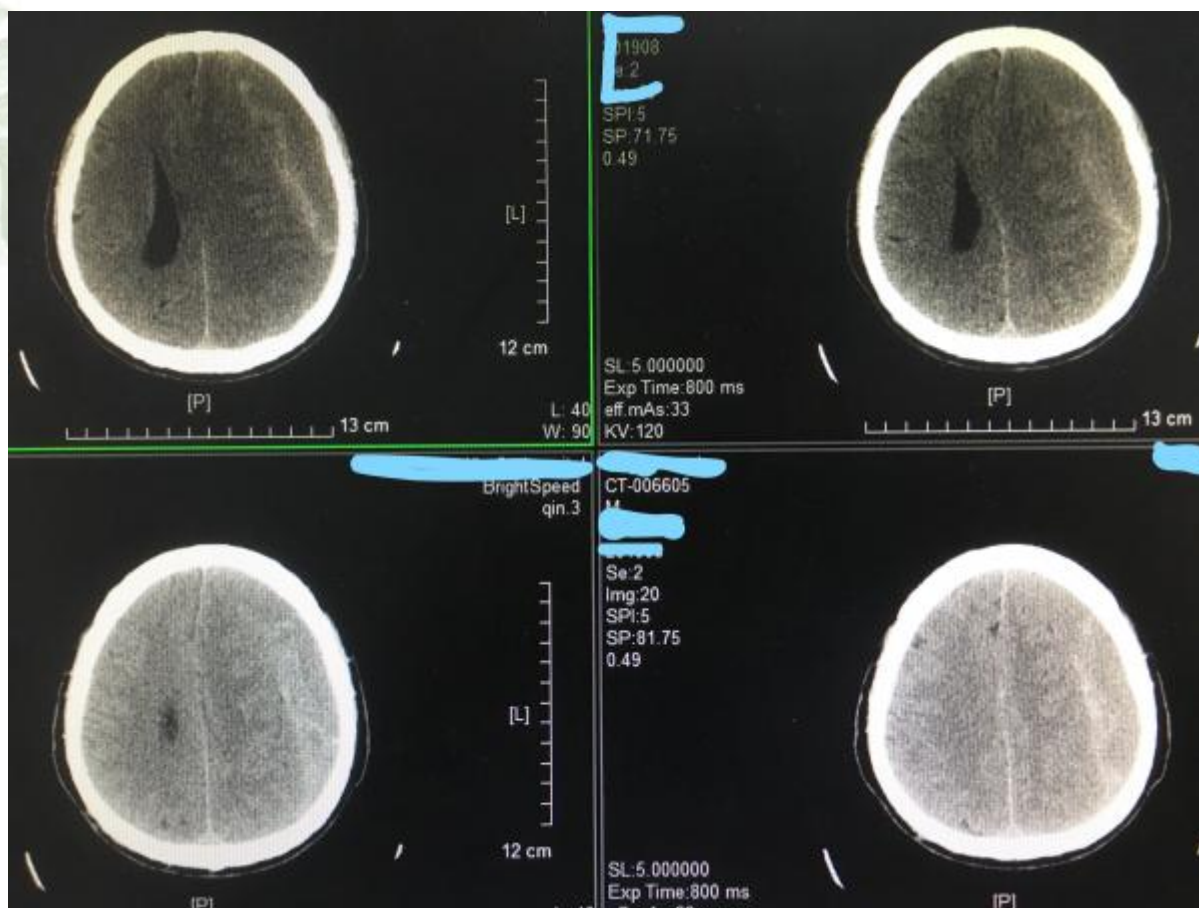
作者: jsdfnicholas

链接: <http://bbs.iiyi.com/thread-3424878-1.html>

分享近日进行的一例慢性硬膜下血肿钻孔引流术。

患者老年男性，因右侧肢体乏力 2 天来院，行头颅 CT 检查如下：

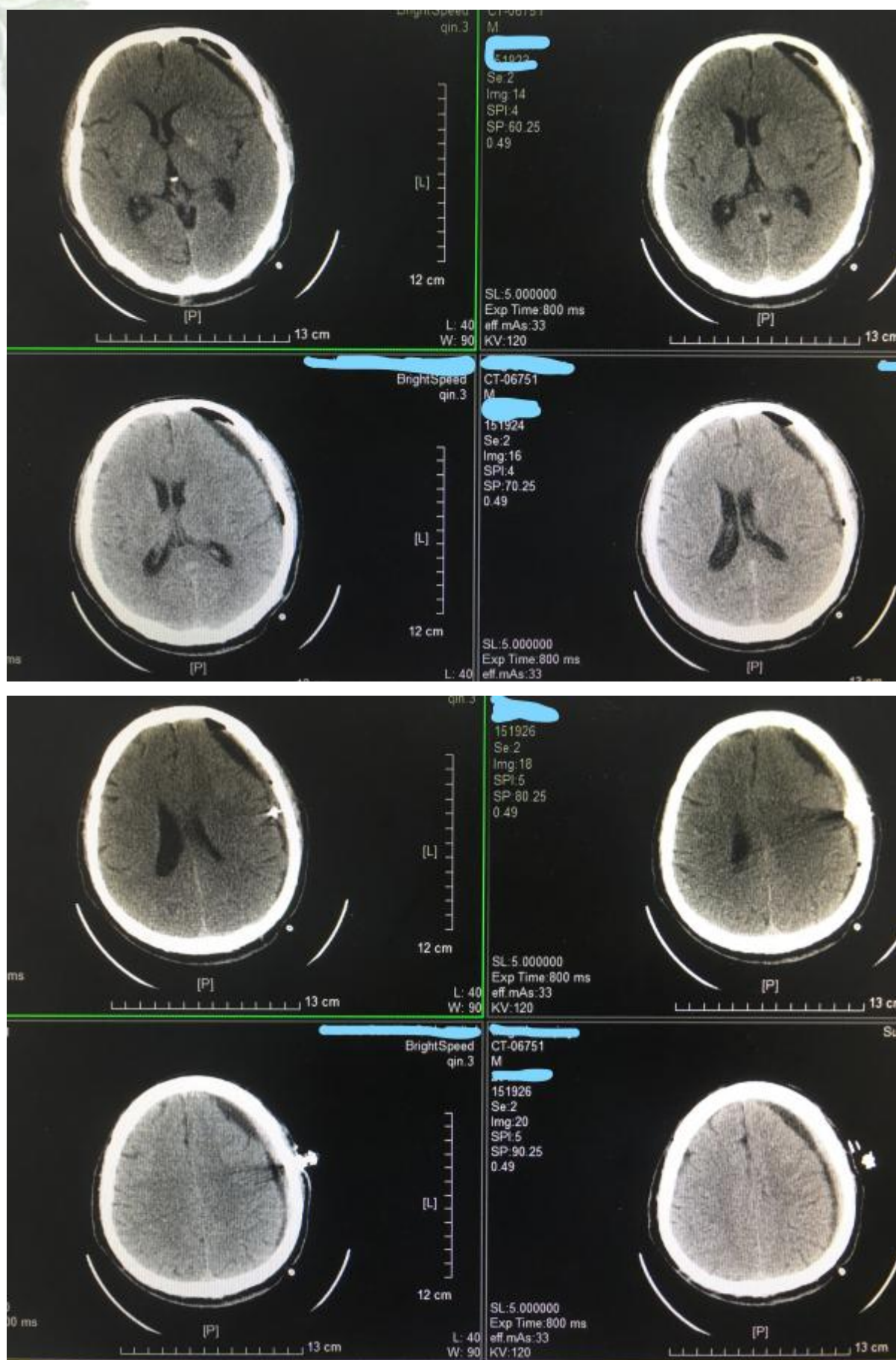


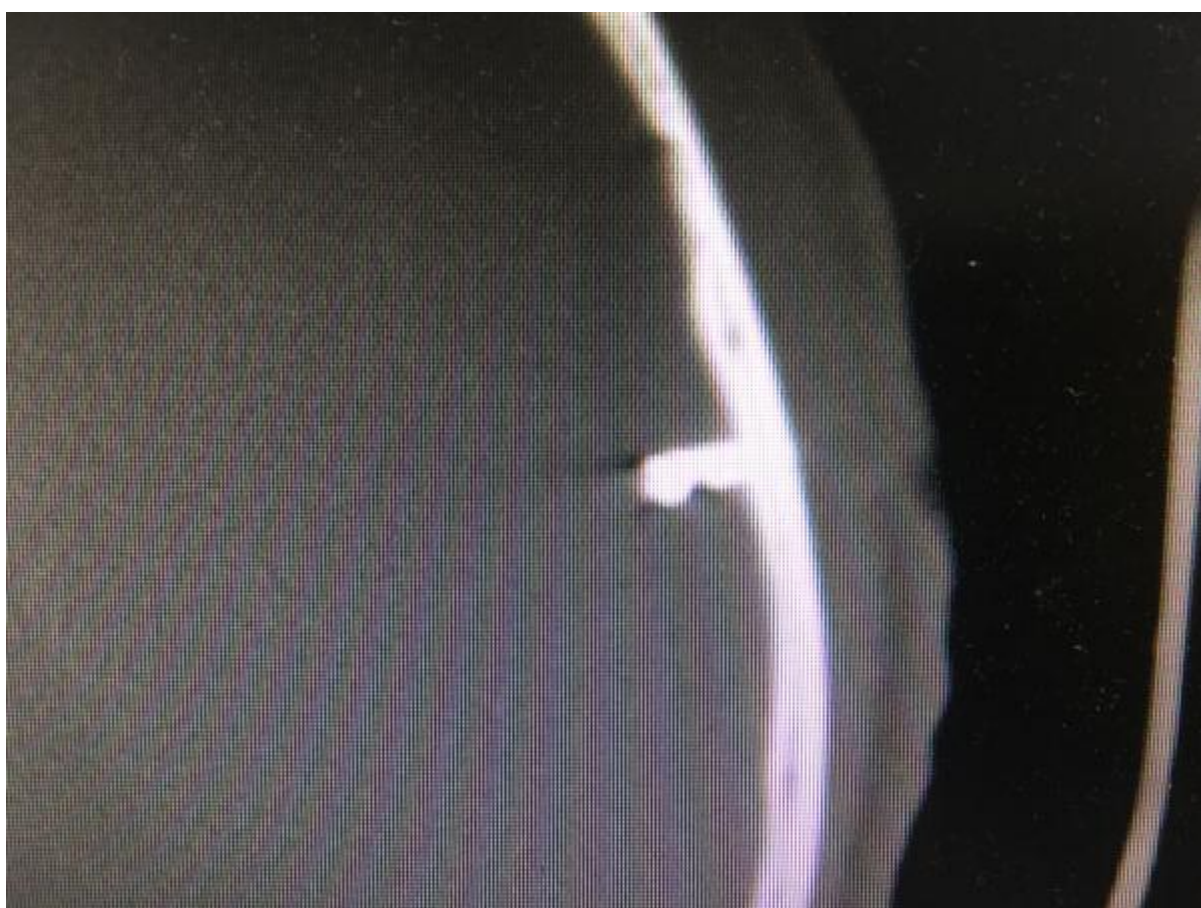


片中可见左额颞顶部大量硬膜下血肿，中线明确右移。我们仔细阅片，发现有两处可疑分隔，所以想着预约个 MRI 看仔细点，但 MRI 又不能急诊，所以还是直接手术了。术前向家属告知分隔之可能，必要时可行两根血肿穿刺针引流或软通道引流。



手术过程还是很顺利，引流通畅，术后复查 CT：





可见脑组织明显复位，血肿大部分引流，观察穿刺针深度及侧孔情况，予以拔出 3~5mm 左右，一天后拔除血肿穿刺针。

现患者已出院，嘱两周后复查 CT。每晚立普妥口服，右侧肢体活动障碍已明显好转。

直肠给药过敏一例

作者：想__拟

链接：<http://bbs.iiyi.com/thread-2510169-1.html>

一般资料：患儿，女性，10 岁，体重 34kg，本地人。

主诉：发热、头痛 2 小时。

就诊时间：7 月 19 日傍晚。

现病史：家属代诉患者吹空调之后出现高热，无畏寒，无明显鼻塞、流涕，无咳嗽、咳痰，无腹痛、腹泻等症状。体检：热性病容，自动体位。头颅五官端正。全身皮肤干燥，口唇发红，全身皮肤、粘膜未见黄染和出血点，未见斑点、斑丘疹。T：39.0℃，咽部充血，悬雍垂水肿，右侧扁桃体 II 度肿大，左侧扁桃体 I 度肿大，表面未见脓苔。双肺呼吸音粗，未闻及干、湿性啰音。腹部无压痛、反跳痛，肠鸣音正常。

患儿妈妈、弟弟 2 天前均出现发热、鼻塞、流涕、头痛、咳嗽等症状，均在治疗期间。最近本地流感爆发，工友、家庭成员中同时发病的较多。

拟诊：上呼吸道感染。

给予灌肠治疗。

灌肠用药如下：

苦木注射 2ml；

板蓝根注射液 2ml；

桑姜感冒注射液 2ml；

复方氨基比林注射 2ml；

地塞米松注射 2mg；

莜术油 30ml (30ml 包含生理盐水)。

用法：混匀灌肠。

口服药：

头孢呋辛酯胶囊；

板蓝根颗粒。

灌肠之后让患儿在诊室待了 5 分钟就回家了，半小时后患儿家长来电话了说她女儿全身皮肤发红伴瘙痒，立即让带患儿回诊所来。返回来时家属一脸不悦，质问为什么没有做皮试？说她女儿灌肠后回家不到半小时就出现瘙痒症状。我耐心解释这些灌肠药不需要皮试！再次测体温 38.3℃，同时询问患儿有无头晕、眼花、视物模糊、喉头梗阻感，有无心慌、气促等症状。幸好患儿只有全身瘙痒感，见其不停的搔抓，全身皮肤发红，充血性红斑（和醉酒貌相似，说到这里还需要排除双硫仑反应，但是开具的头孢呋辛酯胶囊、板蓝根颗粒尚未服用）。既往对头孢类抗生素无过敏史。考虑灌肠配方中某种药物过敏，给予扑尔敏注射液 5mg、地塞米松注射液 2mg 肌注，嘱其回家观察，不适随诊。过了大约半小时患儿又来了，告知瘙痒症状未见缓解，发热未退，再次测体温 37.8℃。向患儿家属解释退热有个过程，多喝水，不要过于担忧。给予氯雷他定片剂半片口服，炉甘石洗剂+冰片+扑尔敏注射液+地塞米松注射液混匀外用。今天早上 7 点多，患儿爸爸又来电话说，瘙痒依旧，全身皮肤依旧泛红，患儿还是不停的搔抓。所幸热退了，没有出现急性其他症状，无咳嗽、咳痰。

患儿来诊所后继续给予抗过敏治疗：

葡萄糖酸钙注射液、维生素 C 注射液、地塞米松注射液静脉输液，复方甘草酸铵注射液、维生素 D₂糖酸钙注射液、扑尔敏注射液肌肉注射，氯雷他定片剂备用，准备晚上顿服。输液期间患儿瘙痒症状缓解，皮肤泛红处有所消退，且看明日复诊情况！

医疗这个行业承受的压力实在是太大了，出现过敏症状家属大部分都会埋怨，个别素质好的家属，向他们解释过敏反应的发生与“个体差异”有关，通情达理的会表示理解，我们心里还感到些许安慰。碰到胡搅蛮缠的家属，真是哑巴吃黄连！

无独有偶，今天上午一位附件炎的中年妇女给予替硝唑注射液和左氧氟沙星注射液输液治疗。在输注左氧氟沙星注射液之后患者出现全身瘙痒症状，脸部紧绷感。查体可见散在红斑，未见丘疹。考虑左氧氟沙星过敏，给予 10mg 地塞米松注射液加入到 100ml 生理盐水中静脉输液，见过敏症状不甚严重，地塞米松就没有入壶。第四组替硝唑输注完毕时，患者瘙痒症状基本缓解，考虑患者路程远，不便复诊，拔针之后还是给了 1 片氯雷他定片口服，临走前测量血压 130/80mmHg。我在给患者输注左氧氟沙星之前就告知部分患者在输液过程中会出现瘙痒的症状，输液过程若有不适，随

时告之。可是患者在输液左氧氟沙星那一组时背部已经有轻微瘙痒症状，但她并未告诉我；当输注第三组替硝唑时我发现患者双足在不停的交替揉搓。前去询问，是不是足部瘙痒，患者点头回答是，再仔细一看患者双足患有足癣，足趾间脱皮，轻糜，询问得知患者足部瘙痒是出现在输注左氧氟沙星之后，并且背部也有瘙痒，脸部紧绷感，还是考虑左氧氟沙星过敏。

总结：

1. 灌肠药物也会出现过敏现象，灌肠后要求患儿在诊室观察半个小时之后再离开，一旦出现过敏方便及时处理！
2. 那位灌肠的患儿出现过敏症状之后来复诊，我都忘记测心率和血压，发生过敏现象一定要注意四大生命体征的监测。
3. 输液期间多观察，因为有的患者出现异常反应不会告诉你！
4. 使用不良反应发生率较多的药物时，一定要提前告知可能出现的不良反应，先打个“预防针”，让患者有心理准备。

疱疹性咽峡炎引发的惊魂时刻

作者：路行者 007

链接：<http://bbs.iyyi.com/thread-2607955-1.html>

2015 年 6 月本地区爆发了一次非常严重的疱疹性咽峡炎。自己的宝宝也不幸被传染了，孩子还差一个月 4 周岁。

第一阶段

2015 年 6 月 26 日，宝宝起床后吃饭吃的不多，看着肚子稍微有些胀，偶尔说一句肚子疼，给喝了热水后就没再说痛。孩子过去得过肠系膜淋巴结炎，偶尔会说肚子疼但持续时间不长，每次喝过热水后都会缓解。14:00 左右摸着宝宝头上有点烫，当时天气有些热而且孩子精神状态非常好也就没多想。下午还去旁边的山上散步，散步途中不小心跌倒（头部未着地），双膝部摔伤，表面出血，遂回家进行消毒处理。18:10 分左右还是感觉有些发热，测量体温 38.4℃，遂让孩子多喝水。到了 18:30，测量体温已经到了 39.2℃，抓紧给予臣功再欣（布洛芬颗粒）半袋喂服。到了 19:20 左右体温 38.4℃，进入下降趋势。到了 21:00 体温 37.2℃左右，此时孩子已经睡着。22:10 测量体温 38.2℃，又进入了上升趋势，这时将孩子叫醒又喂服了 1.5ml 对乙酰氨基

酚混悬剂，这期间孩子在喝水时说嗓子痛。23:00 左右体温开始进入下降趋势，截止 0:00 左右全身出了好多汗，体温降至 37.3℃。到了 03:10 左右再次测量体温 39℃，遂再次喂服半袋臣功再欣（布洛芬颗粒），服药后孩子再次入睡。04:10 左右，孩子在入睡中突然发生高热惊厥，牙关紧闭、双眼凝视随后斜视，呼叫不应、两手握拳紧闭、口唇一分钟后紫绀、短暂持续后浑身肌肉放松、意识恢复。此次整个过程持续约 1~2 分钟。04:20 左右开始出汗，体温开始下降。6 月 27 日早上起床后来到本地省立医院（三级甲等）就诊，9:10 测量体温 38℃。因为来医院就诊患者特别多，所以等到大夫接诊完毕已经 10:30 左右。大夫检查后发现口腔咽部有滤泡，开完血常规化验单，体温已经升至 39.3℃左右，大夫说让做完化验后过来开药。在采血期间孩子非常不配合，直到 12:30 才采血完毕，这期间孩子体温一直维持在 38.5℃以上，异常烦躁，不配合。到了 13:10 拿回化验单，血常规显示白细胞 $14.1 \times 10^9/L$ ，C 反应蛋白 41mg/L。大夫说是有炎症，开药完毕，做完皮试后已是 13:20，这时准备输液治疗。开的处方为

0.9%氯化钠注射液 100ml

注射用阿莫西林克拉维酸钾 1.2g, ivdrip, bid;

小儿补液盐 100ml

维生素 C 注射液 2.0g

注射用核黄素磷酸钠 10mg, ivdrip, bid。

地塞米松磷酸酯注射液 4mg, iv, st;

0.9%氯化钠注射液 2ml

注射用赖氨匹林 0.2g, iv, st。

就在护士配药期间，在 13:30 孩子突然再次发生高热惊厥，双目凝视、双手握拳、四肢肌肉绷紧、牙关紧闭、口唇内部有口水流出、小便失禁、呼叫不应、口唇紫绀，此完整过程持续 3 分钟左右。这期间护士进行急救给予苯巴比妥 0.1g 肌肉注射，遂后意识恢复，能够正常应答医生提问，肌肉放松。同时建立静脉通道，

地塞米松磷酸酯注射液 4mg, iv, st;

0.9%氯化钠注射液 2ml

注射用赖氨匹林 0.2g, iv, st;

宝宝退热贴放于额头、腋窝、腹股沟、颈部等大血管处给予物理降温。

15:30 左右体温 38.2℃左右，进入下降趋势，周身汗出。

这期间大夫过来分析了一下病情，常规来说高热惊厥 24 小时内不会出现两次，建议转院进入小儿神经内科就诊，进一步排查。

第二阶段

16:30 进入另外一家三甲医院神经内科就诊，门诊接诊后听说 24 小时内已经高热惊厥两次，直接收住入院。17:00 科室主任查看患儿，询问了相关病情和已经采取的处理措施和用药，进行了锥体束征检查，锥体束征阴性，其他各项检查均无明显异常，意识清晰，对答自如，查看了口腔内部，并发现部分滤泡已经溃疡，此时体温已经降至 36.8℃左右，并且全身都被汗湿。主任与我沟通说是高热惊厥一次病程 24 小时内很少出现两次，主要考虑下面几个方面：

1. 颅内占位性病变？
2. 癫痫？
3. 脑炎？
4. 电解质紊乱惊厥？
5. 复杂性惊厥？
6. 疱疹性咽峡炎—确诊。

遂开了下列检查项目，并让我签了病危通知书。

1. 磁共振；
2. 腰穿；
3. 脑电图；
4. 肠道 71 型病毒；

5. 血电解质。

同时在原有液体的基础上补充医嘱：

20%甘露醇注射液 100ml， ivdrip；

5%葡萄糖注射液 100ml

热毒宁注射液 10ml， ivdrip；

5%葡萄糖注射液 100ml

薄芝糖肽注射液 2ml， ivdrip；

小儿电解质补给注射液 100ml

维生素 C 注射液 2.0g， ivdrip；

0.9%氯化钠注射液 100ml

注射用氟氯西林钠 0.5g ivdrip， bid。

第三阶段

2015 年 6 月 27 日，夜间 18:00~21:30，孩子睡着了，睡醒后精神好转并说肚子饿，遂吃了一个面包，吃完后喝了许多水遂后再次入睡。

6 月 28 日早上，孩子醒后精神很好，体温都已恢复正常不再发热。因为我一直认为孩子就应该是疱疹性咽峡炎引发的高热惊厥，所以签字拒绝做磁共振、腰椎穿刺、脑电图，后来在主任的强烈要求下最终同意做脑电图。6 月 29 日提示肠道 71 型病毒阴性；6 月 30 日提示脑电图正常；7 月 2 日口腔内溃疡基本痊愈；7 月 3 日血常规显示各项指标正常；7 月 4 日病愈出院。

事后反思：

自己方面：

1. 此次病症发展极为迅速，但没有引起重视。

2. 孩子体质在 3 岁前上幼儿园以前非常好，生病极少使用抗生素，大多靠中成药以及退烧药扛过去。过去的经历使自己太过大意，忽略了孩子上幼儿园后因为集体

生活、交叉感染等因素经常 1 月左右感冒一次，体质反而不如之前好的大背景。

3. 在第二次惊厥前应该果断决定先进行肌注降温，不应该先去纠结血常规是否异常，第二次惊厥应该完全是可以避免的。

4. 涉及到自己心爱的宝宝出现问题时早已乱了阵脚，失去了常规的判断和处理能力。

医院方面：

1. 科室主任以及其他医生反复强调普通的高热惊厥一次病程不会出现两次，主要考虑其他病变特别是脑炎的可能性要大些，所以强烈建议进行腰椎穿刺。但是经过查阅资料发现单纯热性惊厥和复杂性热性惊厥的鉴别并不是很难判断

附表 单纯性与复杂性惊厥的鉴别		
鉴别要点	单纯热性惊厥	复杂性热性惊厥
发病率	80%	20%
惊厥发作形式	全身性发作	限局性或不对称
惊厥持续时间	发作短暂，多在5~10分钟	持续时间长，≥15分钟
惊厥发作次数	一次热程中仅1~2次发作	24小时内反复发作多次

2. 既然考虑是脑炎，但是在整个住院期间，医生查房时一次也没有进行常规的脑膜刺激征检查，只有主任在初次接诊时进行了锥体束征的 Babinski 征（巴宾斯基征）、Oppenheim 征（奥本海姆征）检查。

以上是此次事件的完整记录，之所以把这个完整记录下来，一来是反思自己此次事件中的过失，二来也是希望引起大家的重视。常言说书到用时方恨少。作为一个医生，只有具备过硬的理论和实践基础才能做到处变不惊，临危不乱，反思自己，真的很惭愧。

超声入门贴 653——易误诊的糖尿病性尿潴留

作者：songjunrui

链接：<http://bbs.iiyi.com/thread-3424961-1.html>

案例分享：请您耐着性子慢慢看完，会让您一生受益！

女，56岁，糖尿病10余年，瘫痪在床，家人发现昏迷急诊。

急查快速血糖 2.8mmol/L。给予对症处理后，体格检查患者腹部略膨隆，叩诊浊音临床行腹部B超检查。

家属自述：三级医院诊断糖尿病性肾病综合症。

超声可见：盆腔一巨大囊性包块，反复扫查未见明显膀胱颈声像，腹腔大量游离积液，双肾皮质回声增强，右肾盂内见片状低回声团块。CDFI 见少许线样血流信号。肝、胆、胰、脾未见明显异常。









看完图也就不卖关子了，本例诊断为糖尿病性尿潴留。在患者无法交流的情况下，超声的鉴别诊断意义重大。如果考虑囊肿，患者家人不住院要求回家，估计膀胱会破裂，人命关天！虽然本例看不到膀胱颈声像，但还是不放心，让护士进行导尿处理来进一步鉴别囊肿还是尿潴留，结果最后的图片证实是糖尿病性尿潴留。风险无处不在！警钟长鸣！

案例经验分享：急性尿潴留：在急性尿潴留突然发生的短时间内膀胱充盈，膀胱迅速膨胀而成为无张力膀胱下出现腹胀感并膨隆，尿意急迫，而不能自行排尿者。既往排尿正常，无排尿困难的病史。慢性尿潴留：慢性尿潴留是由膀胱颈以下梗阻性病变引起的排尿困难发展而来。由于持久而严重的梗阻，膀胱逼尿肌初期可增厚，后期可变薄，粘膜表面小梁增生，小室及假性憩室形成，膀胱代偿机能不全，残余尿量逐渐增加，可出现假性尿失禁。

诊断时根据病史、膀胱胀满的症状及体征，而尿不能排出或不能完全排空时可确定为尿潴留。通过耻骨上部的视诊和叩诊等发现尿潴留后，再进一步通过B超检查和导尿来证实。

病因诊断依靠询问有无手术史、外伤史、尿路感染、泌尿系结石、尿道损伤狭窄、

前列腺病变、中枢神经系统疾病以及糖尿病等病史和用药史，结合症状、体征以及B超等检查，以查明尿潴留的原因。

急性尿潴留需要急诊处理，应立即进行尿液引流。因此，除了急诊可解除的病因外，如尿道结石或血块堵塞、包茎引起的尿道外口狭窄，包皮嵌顿等，其他病因导致的急性尿潴留可在尿液引流后，再针对不同的病因进行治疗。引流尿液的方法包括留置导尿管和耻骨上膀胱穿刺造瘘或膀胱穿刺抽尿。

糖尿病性尿潴留是糖尿病中常见的急性并发症之一，治疗十分棘手。

痛风性关节炎问答

作者：武大郎

链接：<http://bbs.iiyi.com/thread-3423949-1.html>

1. 为什么容易在夜间发作？

夜间温度低，血流缓慢，尿酸容易结晶。

2. 为什么在第一跖趾关节多见？

温度低，远离心脏，脚容易暴露在外，拇趾外翻。

3. 饮酒会诱发痛风吗？红酒不容易吗？为何？

酒精都会诱发痛风，原因是酒精会导致身体脱水，使得血尿酸浓度升高。和什么酒没关系。

4. 为什么夏天比较多？

夏天温度高，夜里没注意保暖，如果喝酒后，在睡着时人体对温度的反应迟钝或麻木，所以夏天多。冬天谁不盖被子？

5. 身体只有脚容易发作吗？

全身除了大脑，全部有尿酸。关节越是离心脏远、越是离体表近越可能发作。即使骨髓腔内也可以有石头，甚至血管粥样硬化、结石，很多也是它的杰作。

6. 为什么一旦一个部位发作了，下次常在同一部位？

一个地方发生一次，在此处即可形成痛风石，不过有的很小，在尿酸低时可以自行溶解，有的较大，但也摸不出来，于是在运动后，导致痛风石崩塌，或者摄入过多，导致在此凝聚。

7. 为什么血尿酸不高还会发病？

发作时体内肾上腺激素分泌，会促进尿酸排泄。其他，由于局部痛风石脱落导致，所以血尿酸不高。

8. 多吃碱性的可以抑制尿酸结晶么？

目前没有研究。但长期口服可以减轻发作时症状，缩短病程。

9. 急性期需不需要用排尿酸药？

根据血尿酸检测数值决定。

10. 为什么有的人容易患病？

尿酸只有结晶在滑膜上刺激滑膜才会疼痛，如果是溶解则不会疼痛，所以我们要避免其结晶。

11. 痛风石都是什么样的？

有的像牙膏一样，有的像石头一样。如石头的即使用刀也难切割下来，此时如果其不崩塌，是不会做坏事的，属于安静的石头。如牙膏者，挤压冲洗都可以冲洗出来，也必须冲洗干净才能使得该部位不再发病。

12. 为什么我一直节制饮食还是会得病？

嘌呤是人体 DNA 和 RNA 代谢产物，其贡献率达 80%，靠饮食只占一部分，何况发病部位常是已经有痛风石形成的部位，所以，即使你多喝水，也是无效的。

13. 尿酸是不是在人体内就会患上痛风性关节炎？

不是，只有尿酸从血液中析出，形成结晶时才会产生痛风性关节炎。所以这也叫晶体性关节炎。

14. 什么时候尿酸会析出？

尿酸在 PH 值改变、浓度改变、温度改变时就会析出。比如，尿酸在 37℃ 温度下，和 36.5℃ 温度下的溶解度明显不同。当温度降低，对溶解度影响最大。还有就是 PH 值。如果溶质（尿酸）不变，但是溶剂减少（脱水，如使用脱水剂、及导致脱水的药物比如利尿剂、酒精），也会导致尿酸结晶。

关于小儿腹泻

作者：呵呵 120

链接：<http://bbs.iiyi.com/thread-1020227-1.html>

最近有时间整理了一下：小儿腹泻的病因、治疗，整理的不好请见谅！

从发病原因上分析有下面几种因素：

一、体质因素

1. 婴儿胃肠道发育不够成熟，酶的活性较低，但营养需要相对地多，胃肠道负担重。
2. 婴儿时期神经、内分泌、循环系统及肝、肾功能发育均未成熟，调节机能较差。
3. 婴儿免疫功能也不完善。血清大肠杆菌抗体滴度以初生至 2 周岁最低，以后渐升高。因而婴幼儿易患大肠杆菌肠炎。母乳中大肠杆菌抗体滴度高，特别是初乳中致病性大肠杆菌分泌型 IgA 高，所以母乳喂养儿较少发病，患病也较轻。同理小婴儿轮状病毒抗体低，同一集体流行时，小婴儿罹病多。
4. 婴儿体液分布和成人不同，细胞外液占比例较高，且水分代谢旺盛，调节功能又差，较易发生水、电解质酸碱紊乱。婴儿易患佝偻病和营养不良，易致消化功能紊乱，此时肠道分泌型 IgA 不足，腹泻后易于迁延。

二、感染因素

分为消化道内感染与消化道外感染，以前者为主。

1. 消化道内感染：致病微生物可随污染的食物或水进入小儿消化道，因而易发生在人工喂养儿。哺喂时所用器皿或食物本身如未经消毒或消毒不够，亦有感染可能。病毒也可通过呼吸道或水源感染。其次是由成人带菌（毒）者的传染，如病房内暴发细菌性（或病毒性）肠炎后部分医护人员受染，成为无症状肠道带菌（毒）者，可导致病原传播。

2. 消化道外感染：消化道外的器官、组织受到感染也可引起腹泻，常见于中耳炎、咽炎、肺炎、泌尿道感染和皮肤感染等。腹泻多不严重，年龄越小者越多见。引起腹泻的原因一部分是因为肠道外感染引起消化功能紊乱，另一部分可能是肠道内外均为同一病原（主要是病毒）感染所引起。

3. 滥用抗生素所致的肠道菌群紊乱：长期较大量地应用广谱抗生素如氯霉素、卡那霉素、庆大霉素、氨苄青霉素、各种头孢霉素，特别是两种或以上并用时，除可直接刺激肠道或刺激植物神经引起肠蠕动增快、葡萄糖吸收减少、双糖酶活性降低而发生腹泻外，更严重的是可引起肠道菌群紊乱。此时正常的肠道大肠杆菌消失或明显减少，同时耐药性金黄色葡萄球菌、变形杆菌、绿脓杆菌、难辨梭状芽胞杆菌或白色念珠菌等可大量繁殖，引起药物较难控制的肠炎。

三、消化功能紊乱

1. 饮食因素；

2. 不耐受碳水化物；

3. 食物过敏；

4. 药物影响；

5. 其他因素：如不清洁的环境、户外活动过少，生活规律的突然改变、外界气候的突变（中医称为“风、寒、暑、湿”）等，也易引起婴儿腹泻。

四、生理性腹泻

婴儿生理性腹泻多见于 8 个月内小儿，其外观虚胖，常有湿疹，出生后不久即腹泻，大便次数多且稀，但食欲好，无呕吐及其他症状，生长发育不受影响，添加辅食后，大便逐渐恢复正常。生理性腹泻是某些小儿的正常现象，不属病态，无须用药。

分析：

胃肠道功能紊乱导致的腹泻，主要发生在 2 岁以下的小儿。其临床表现主要为：大便次数增多，稀或呈“蛋花汤”样，每日 10 余次或更多，轻症一般情况良好，重症常伴发热、呕吐、食欲减低，并可发生脱水、酸中毒及电解质紊乱（低钾血症、低钙血症、低镁血症）等。如四肢冰凉，脉搏细弱或摸不到，说明脱水已达到严重程度，发生了休克可危及生命，故应密切观察病情，特别注意四肢温度与小便量。此外，如发现呼吸快，说明有酸中毒。应尽快查血气分析和纠酸。

感染性腹泻主要由细菌、病毒导致，正常人肠道有 100-400 种细菌，包括有益菌和有害菌。机体健康情况下有害菌并不致病，反而与有益菌相互制约，互相协调，维持正常微生态平衡，还能阻挡外袭菌的入侵，从而维护机体的健康。可一旦环境变化或长期应用抗生素，有益菌就会被抑制，其数量急剧减少或消失，有害菌增多，肠内菌群发生混乱，导致腹泻不愈及继发真菌性肠炎。

对于病毒性感染目前尚无特效药物，以对症处理为主，确诊为病毒性肠炎如轮状病毒肠炎，不必使用抗生素，其病程短，可以自愈；对于细菌性腹泻中产生肠毒素而致病者，可不必用或少用抗生素；对于大便中混有粘液血便、大便镜检白细胞明显增多、伴有腹痛里急后重者需要用抗生素；一旦出现肠道菌群紊乱或继发真菌性肠炎时，应停用抗菌素，给以微生态制剂，以便扶植肠道正常菌，恢复正常生态平衡，抵御外来病原菌入侵。合并真菌性肠炎，还可加用制霉菌素口服。

治疗：

1. 饮食调整。

2. 根据病原选择抗生素治疗。
3. 有失水者做口服或静脉补液。
4. 对症支持治疗。

用药原则：细菌性肠炎选用 1~2 种抗生素，如庆大霉素（小儿不建议使用）、氨苄青霉素、新青霉素 II。霉菌性肠炎选用制霉菌素、克霉唑、里素劳等口服。轮状病毒性肠炎口服潘生丁，或静滴病毒唑，一般不使用抗生素。腹泻时间长，体质虚弱者予支持疗法，输注白蛋白或血浆。中毒症状消失，大便检查无红细胞、白细胞及脓球，但腹泻不止者可用止泻剂，呕吐、腹胀者对症处理，重型腹泻引起失水、电解质紊乱，即应进行液体疗法，输入各种组成液，如 2:1 溶液、1/2 张液、2/3 张液，酸中毒严重者补充碱性溶液，如出现低钙抽搐者，可补钙。

目前，治疗小儿腹泻常用的药物，比较安全有效的有：1. 蒙脱石粉，即思密达，具有加强、修复消化道粘膜的屏障作用，并能固定、清除各种病毒、细菌及其毒素，适用于各种腹泻。2. 微生态调节剂，如双歧杆菌制剂，疗效较好的制剂有培菲康、丽珠肠乐、金双歧，可调节肠道内环境的稳定，保护肠道内有益菌群，有利于腹泻的治疗。（药品具体名太多，恕不一一列举）也可在中医辨证指导下服用中成药或方剂治疗：属伤食型，宜消食化积、和中止泻。可用保和丸、大山楂丸、化积散、小儿化食丸等。属风寒型，宜疏风散寒，化湿祛邪。可用藿香正气散、暑湿正气丸、暖脐膏、健胃止痛片等。属湿热型，宜清热利湿。可用加味香连丸、香连丸、木香槟榔片、胃生力片等。属脾虚型，宜健脾止泻。可用七味白术散、小儿参苓白术散、小儿止泻片、小儿香橘丸、启脾丸等。属脾肾阳虚型，宜补脾温肾。可用附子理中丸、四神丸、补脾益肠丸等。

目前收集到的不宜使用的治疗小儿腹泻的有：

1. 易蒙停

适用于各种病因引起的急慢性腹泻的治疗。但其作用强烈，用于低龄儿童易致药物不良反应，如影响中枢神经系统等，加之曾有新生儿用药致死的报道，故国内外均限制用于低龄儿，如我国易蒙停使用说明书中就规定 5 岁以下儿童禁用。

2. 复方苯乙哌啶

适用于急慢性功能性腹泻及慢性肠炎的治疗。该药每片含有盐酸地芬诺酯 2.5 毫克、硫酸阿托品 0.025 毫克，其中地芬诺酯对肠道作用类似吗啡，可直接作用于肠道平滑肌，作用亦很强烈。由于国内外不断有应用该药致小儿中毒甚至致死的报道（死

亡病例集中于小于 2 岁婴幼儿），又因该药小儿用药剂量至今尚无统一标准，因此 2 岁以下婴幼儿禁用，2 岁以上小儿若用亦须谨慎，要严格控制用药剂量。

3. 氟哌酸

对致病性大肠杆菌、沙门氏菌属等所致的胃肠炎、菌痢有良好疗效，临床应用广泛，为人们熟知。但因该药及其同类（喹诺酮类）药物有引起骨病变的可能，因此，16 岁以下小儿不宜选用。

4. 四环素

具有广谱抗菌作用，治疗感染性腹泻具有一定疗效。但 8 岁以下小儿应用四环素及同类药物如土霉素、强力霉素、美满霉素等可致恒牙黄染、牙釉质发育不良和骨生长抑制，因此 8 岁以下的小儿应避免应用此类药物。

5. 药用炭

能吸附导致腹泻及腹部不适的多种有毒与无毒刺激物，减轻对肠壁的刺激，减少蠕动，从而起到止泻作用。但由于该药吸附作用强且无选择性，对消化酶如胃蛋白酶、胰酶的活性均有影响，长期应用可致小儿营养不良，故 3 岁以下小儿不宜长期应用

斜弱视治疗的一些看法，供大家参考

作者：一休医生

链接：<http://bbs.iiyi.com/thread-2545734-1.html>

很多医生在治疗斜、弱视的过程中产生分歧，有些人认为是手术在先，有些人认为是弱视治疗在先，各执一词。

以内斜为例，各种类型的内斜视都应当考虑积极治疗，采用的步骤原则：

1. 应当尽快的建立正常的眼位，特别是幼儿当中，以便最大程度的获得双眼视，双眼视有三个内容，第一是同时视，第二融合视，第三立体视。这里面应该采用是防止弱视或者是有利于弱视的治疗手段，目的是要恢复正常的用眼形态。

2. 屈光不正肯定要得到充分的矫正，目的在眼底形成清晰的图像刺激，有利于视力的恢复。

3. 弱视治疗肯定在眼外肌手术之前就应该开始进行。理由是视力的恢复可能改变斜视角的程度，或者是为了手术后增加良好双眼视力可能性。

4. 到底治疗斜视还是弱视从相关的资料来看，医生角度采用先手术同步治疗弱

视,因为大家认为手术矫正可以改善内斜视的双眼视同步,可以极大的缩短治疗时间,同时恢复双眼视。双眼视本身就是互补作用。

5. 还有就是交替性内斜视的患者,也就是双眼视力大致相等,此时行手术单侧或者双侧按斜视度数的大小来施行,纠正眼位是第一关键因素,理由是建议双眼视的基础。

6. 弱视治疗,常规的治疗手术于半年左右无效就应该施行手术治疗,不要延误治疗时机。

心电图读图第 76 期

链接: <http://bbs.iiyi.com/thread-3426830-1.html>

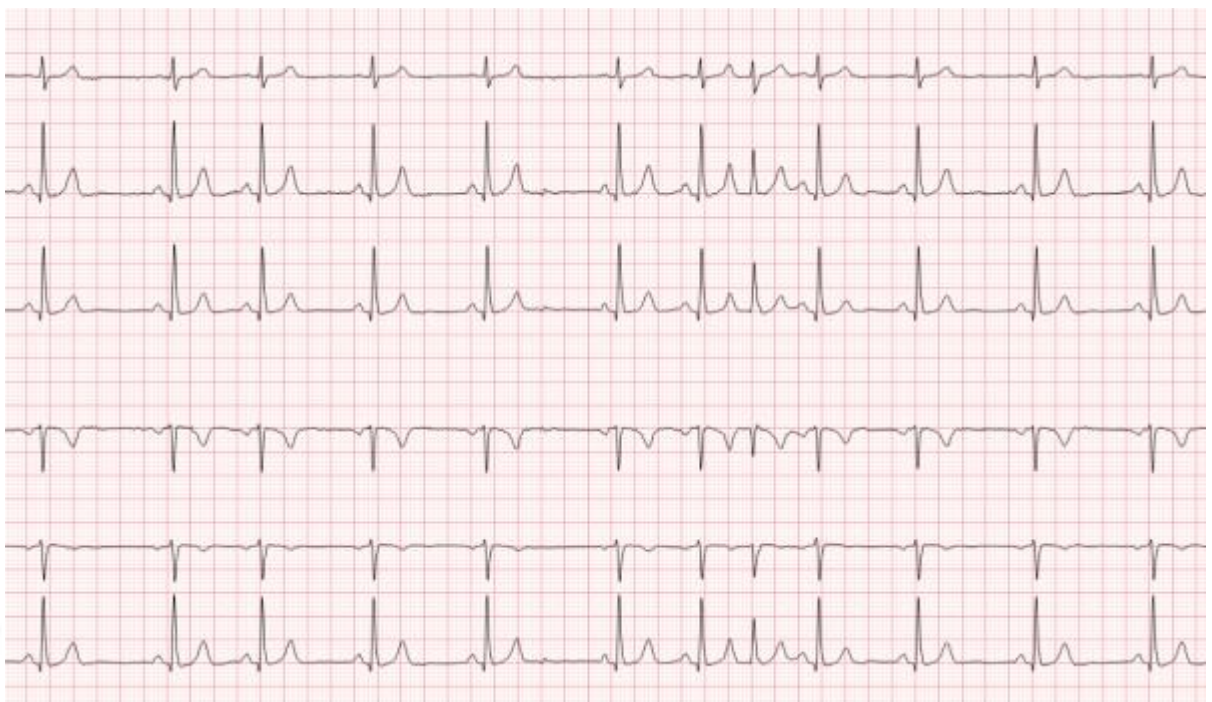
作者: trg

请大家分析心电图时,尽量从以下四项分析。

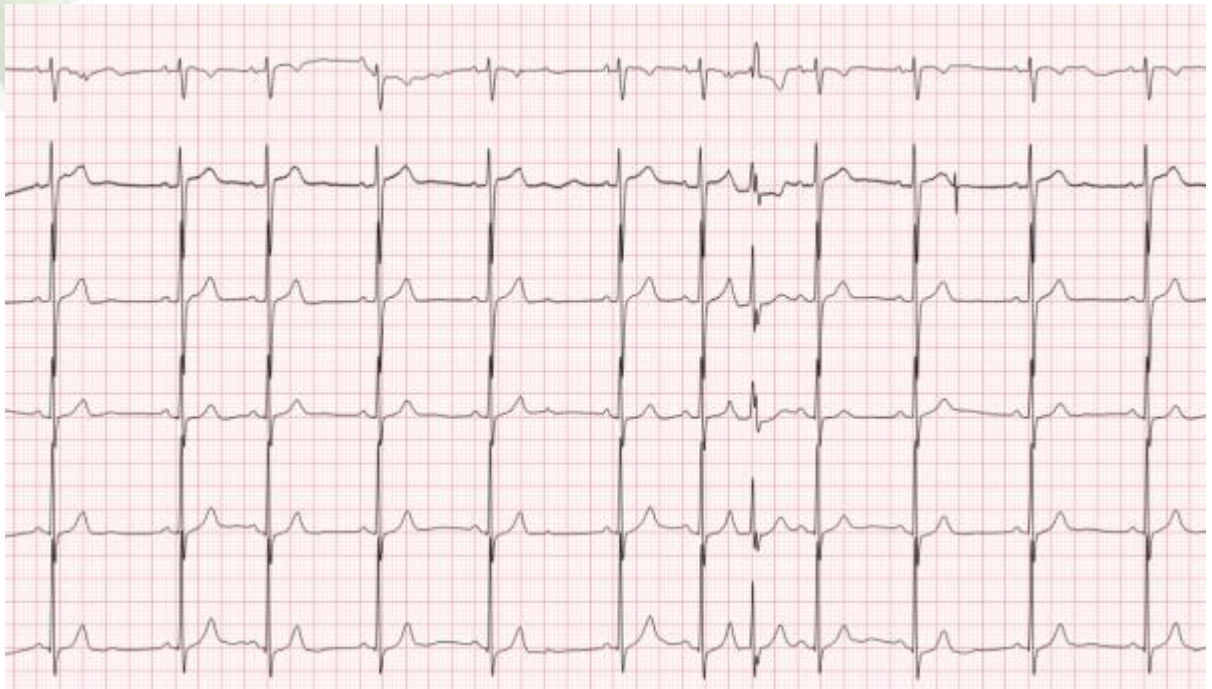
1. 【心电图诊断】
2. 【心电图诊断依据】
3. 【鉴别诊断】
4. 【临床意义】

患者女性,65岁。请给出分析过程及诊断,尽量画出梯形图。

I-avF 导联,标准电压:



v1-V6 导联，标准电压：



责任编辑：寒冰

第二部分——中医部分

胆总管结石梗阻中药治疗

作者：中籍华人

链接：<http://bbs.iyi.com/thread-1263630-1.html>

患者，男性，30岁，5月15日初诊。主诉：右上腹疼痛5天，伴目黄、尿黄、皮肤黄1天。5天前开始出现右上腹肋缘下疼痛。2天前在某中医院B超检查显示“胆总管结石”，医生建议住院手术治疗，患者未同意。1天前又出现目黄、尿黄、皮肤黄，右上腹时有隐痛，口苦，无发热、恶心、呕吐、厌油、乏力等兼症，饮食和大便如常。刻诊：诸症如前。右上腹肋缘下重按时有疼痛，但无肌紧张及反跳痛。舌苔白厚，脉弦而实。问其B超检查报告结石究竟有多大？患者回答说：“我记得结石是0.6cm”。患者因不想手术，要求中药治疗。

据上述情况，我粗略地分析了一下：

一、原有右上腹痛，但现已不明显，局部腹壁无肌紧张及反跳痛，且无发热，说明病变部位无化脓性感染等严重炎症。

二、结石直径不是很大，虽已形成梗阻性黄疸，但仍无发热、恶心、呕吐等症状出现，说明没有继发性感染；

三、患者身体壮实，愿意服中药。因而认为用中药治疗是有把握的。但也要向患者明确指出，治疗过程中若出现剧烈疼痛、黄疸进行性加深、发热、呕吐等变症时应立即住院手术治疗。

辨证：湿热蕴结胆腑胆道，瘀热湿互结。治法：清热利胆，化瘀利湿，排石退黄。用自拟茵陈赤虎汤：茵陈30克，栀子15克，赤芍50克，虎杖15克，郁金30克，柴胡15克，王不留行20克，威灵仙30克，鸡内金30克，黄芩15克，大黄15克，金钱草60克，海金沙30克（布包），玉米须30克，石打穿20克，甘草6克，苡仁30克。3剂，每日1剂，水煎分3次服。忌食油腻及辛辣刺激之品。

5月19日复诊：已无明显目黄、皮肤黄。除大便稀溏外余无不适。原方大黄减为10克，并酒制。续服3剂。5月25日复查B超胆总管未见结石影像，可谓是简、便、廉、效。当然，如是直径超过1cm以上的较大结石梗阻于胆总管，或伴有胆总管严重感染者还是应该手术治疗为妥。

常见伤科症状之处理 ——颈肩部肌筋膜炎症候群

作者：武陵人

链接：<http://bbs.iiyi.com/thread-1441276-1.html>

跟各位分享本人伤科临床处置经验。

这次先谈谈现代人，尤其是上班族常见的问题：颈肩部肌筋膜炎症候群。颈椎骨刺等病变先不讨论。

这种症状主要表现是：

一、肩膀（此指斜方肌部即肩井穴附近）或颈部酸痛。

二、严重者可产生颈部僵硬感，影响转动，甚至牵延至上背部膏肓穴附近。

三、因肌肉僵硬收缩，可导致血管收缩，血行不畅，易伴随头昏头痛等症。

四、一般常有颈项肩背等部酸痛，有或无固定的压痛点，压之酸痛或可触及条索状物。晨起或气候潮湿寒冷时加重，或早上工作正常，过中午后症状加重，有时患部沉重感，严重时肌肉产生纤维化，反而疼痛感减轻，沉重感加重。

【易患人群】

容易有这种症状的人多半为慢性劳损，反复轻微损伤，或风寒侵袭，甚至急性损伤；大部分是长期使用电脑的人，长期需要写字或画图的人，手部有固定姿势反复工作的人，或是常需要搬重的人等等。

【治疗】

一、若非急性症状，较轻的症状一般可多热敷，辅以手法治疗。手法以「滚、按、拿、揉」等法，先顺肌肉纤维使用手法，此时力道不必过重，大约来回 20 次后，肌肉僵硬感较轻时，可将施力方向换成与肌肉纤维垂直，一般称之为「拨法」，将略为僵硬黏连的肌纤维予以拨离开来。手法每日一次。

二、疼痛严重或肌肉纤维化（局部条索状严重甚至结块）严重的患者，可予手法后，另施以拔罐放血法。即在压痛点最明显或最僵硬之点上，使用刺血针点刺患部 15-20 下左右，深度约一到二分，拔罐杯里可预先放一张揉成团状的卫生纸，点刺后立即拔罐，留罐 10-15 分钟，过程中可视出血状况，给予更换卫生纸。放血法对疼痛严重及条索状结节之患部，有立竿见影的效果，并可因局部出血增加血流量，使纤维化之肌肉得到濡养，渐渐恢复弹性。（孕妇、老人、小孩或体弱气虚的患者忌用）。

放血视情况每周可 1-2 次。

【用药】

初期疼痛较严重的患者给予外敷三黄散，症状较轻微的可给予酸痛贴布。病程长且治疗后疼痛减轻，仅剩些微条索状之患者，或顽固性反复发作之患者，皆可给予外敷万金膏。

【预后及预防】

此症状治疗及缓解症状并不困难，一般轻微的治疗 3-5 次可得到明显的舒缓。较严重者大约要 1-2 周。但困难的是，此证属肌肉慢性反复劳损，复发性高，所以建议工作时大约半小时就要起身活动 5 分钟，下班后要另外给予热敷。使用电脑者可选用市面上的一些辅助器材来改变姿势。

针灸闲话之关于肿瘤那些事

作者：民间土郎中

链接：<http://bbs.iiyi.com/thread-3399959-1.html>

《灵枢·刺节真邪》曰：“有所疾前筋，筋屈不得伸，邪气居其间而不反，发为筋瘤。有所结，气归之，卫气留之，不得反，津液久留，合而为肠瘤，久者数岁乃成，以手按之柔。已有所结，气归之，津液留之，邪气中之，凝结日以易甚，连以聚居，为昔瘤，以手按之，坚。有所结，深中骨，气因于骨，骨与气并，日以益大，则为骨瘤。”其义：邪气留止于筋，久不去则形成筋膜瘤。如果邪气积聚，气机不畅，卫气留止而不行，津液停聚，与邪相聚，数年之久可为肠瘤，此瘤用手按之性状柔软。若邪气结聚，卫气留止，津液停聚，日益凝结积聚，则为昔瘤，用手按之，性状坚硬，与今天我们所说的软组织肉瘤相似。若邪气结聚，深在骨中，与骨相合，逐日增大，形成骨瘤。

《灵枢·水胀》曰：“肠覃何如？岐伯曰：寒气客于肠外，与卫气相搏，气不得荣，因有所系。癖而内著，恶气乃起，瘕肉乃生。其始生也，大如鸡卵，稍以益大，至其成，如怀子之状，久者离岁，按之则坚，推之则移，月事以时下。”其义：黄帝问，肠覃的形成和症状表现是什么？岐伯答：寒气侵袭人体，留止于肠外，与卫气相互搏结，阻碍了卫气的正常运行，气滞血淤，附着于肠壁，邪气增长，于是形成了息肉。息肉在初生的时候，如鸡蛋样大，后逐渐生长，到了病形已成时就像怀孕了一样，病程长可以历经数年，用手按会感觉到坚硬，推之能够移动。如果是女子，这个病与

胞宫无关，所以月经会按时来。

《灵枢·水胀》曰：“石瘕何如？歧伯曰：石瘕生于胞中，寒气客于子门，子门闭塞，气不得通，恶血当泻不泻，衃以留止，日以益大，状如怀子，月事不以时下，皆生于女子，可导而下。”其义：黄帝问，石瘕怎么诊察？歧伯回答，石瘕这种疾病发生在胞宫之中，是由于寒邪侵入子门而导致子门闭塞，气机不通，经血不能按时排泄，于是凝滞不行而积留在胞宫之中，腹部一天天的逐渐增大，如怀孕，月经不能按时来潮，可以用疏导气血的方法使瘀血下行。

看完这三段解释以后你就可以提炼出积聚、症瘕、肿瘤等产生的病理。肿瘤由滞气（包括卫气与邪气），瘀血（卫气止则血亦停），痰饮（津液被邪气束缚不得散，形成痰饮）积聚而成。

知道了这个道理，那么针刺肿瘤时该怎么办？我们来进行一个解决治疗肿瘤疾病的方案设想：“疏通积久凝滞的卫气，气通则血活，气行则津行。调卫气如何调呢？当刺四肢肘膝以下的穴位，以补卫行卫，鼓舞正气，正气充足则积聚消散。再在瘤体的体表投影刺之以治其标，即可。”

台湾郭前辈家传消瘤针法，则取穴于四末，消瘤于无形，实在奇妙。观其主穴配穴，辩证要点，可以推论其法即为疏通积久凝滞的卫气，活血化瘀消痰饮。由于晚辈愚钝未得前辈启发，亦未得前辈针法要领，效果平平。

于是每至深夜苦读《内经》，寻求治瘤针法的理论与思路。当读到《素问长刺节论》病在少腹有积，刺皮（骨盾）以下，至少腹而止。刺侠脊两旁四椎间，刺两髂髂季肋间，导腹中气热下已。忽觉犹如失常，慨叹大笑，被讥笑为痴人。

这段话说的是少腹积聚的治疗方法，而积聚即腹内有形之肿块，结块，其证有形，固定不移。其与石瘕，肠瘤无异。设若女子诊察其少腹积聚多为石瘕之类，今日之肌瘤之类，包括恶性肿瘤。

这段话论述了少腹积聚治疗应刺脐下横骨之端到少腹的穴位，还要针刺第四胸椎两侧的穴位，以及针刺两侧的居髂穴和季肋京门，章门，引导腹中热邪下行外出，病就痊愈了。

后又查阅了相关资料，1955年山东省中医院一位针灸老医师治疗一女性患者，经某医院妇科行B超检查确诊为子宫肌瘤（10×12cm），建议其手术治疗，患者畏惧，乃改针灸治疗，经针刺章门，气海，关元，归来，天枢，血海，三阴交，太冲等穴位，历时半年余，经医院妇科检查，肌瘤消失而愈。这也就是说，内经所言少腹有积刺皮

(骨盾)以下,至少腹而止.....刺两髂髻季肋间,导腹中气热下已。是没有虚言,更是有临床实践依据的。

按照治疗少腹积聚的方法,我们进行一下推理,可总结出治疗肿瘤的用穴思路,方法。

断血汤对内脏出血有奇效

作者: qcchenmj

链接: <http://bbs.iyyi.com/thread-3404298-1.html>

血证的病因,《内经》已明确指出六淫之邪可引起各种出血病证。《素问·至真要大论》云:“火淫所胜,民病溺赤,甚则血便。”“热淫所胜,火行其政,民病唾血、血泄……”“湿淫所胜,咳唾则有血,病本于肾。”“寒淫所胜,血变于中……呕血、血泄……”清楚地指出了火、热、寒、湿诸邪,导致血液妄行,产生各种不同的出血症候。明·赵献可《医贯》依据陈无择三因论提出血证三因,风寒暑湿燥火外因也,喜怒忧思恐内因也;跌扑闪挫、伤重淤蓄,不内外因也。后世医家多宗其说。

血证的病理变化,归纳其要,为火热熏灼,迫血妄行及气虚不摄,血溢脉外两类。火热之中,又有实火及虚火之分;气虚之中,有单见气虚及气损其阳,阳气亦虚之别。虚证与实证虽各有其不同的病因病理,但在疾病发展变化过程中,又常发生实证向虚证的转化,虚证可以兼夹实证的现象。如火盛气逆,迫血妄行,反复出血之后,会导致阴血亏损、虚火内生,或出血过多,血去气伤,以致气虚阳衰,不能摄血。因此,在某种情况下,阴虚火旺及气虚不摄,既是导致出血的病理因素又是出血所导致的结果。

血统于脾,而藏于肝,在气的统帅下,循经而行,周流不息,奉养全身,既不溢越脉道,也不停蓄瘀塞,即所谓气血和调。如果,因为某种因素,影响了气血的运行,“气行则血行,气止则血止”;或使气与血发生了质与量的变化,都会使气血运行障碍而诱发血证。开始可以成为血流缓慢(即“血滞”或“血不和”),继而郁积不散,形成“血郁”、“蓄血”,而后凝结成形,即为瘀血;或为血流急促,壅阻脉道,不能畅行,也可以形成瘀血。瘀血既成则阻碍经络畅通,新血虽然循经而来,由于遭受瘀血(或称败血、恶血、死血)的阻挡,不能循其常道而去;血既止气也不能通过,气血逆乱,壅遏冲击则逆经决络,溢出脉道,造成出血而引起血证。溢出脉道之血,不论能否排出体外,统称为“离经之血”,也就是失去气所统帅之瘀血,血的形与质均发生变化,又成为有害的致病因素,既影响新血的生成,又能引起再出血或疼痛、发

热等症。即所谓“瘀血不去，新血不生”，或“瘀血不去，新血不宁”。所以，瘀血是引起血证的病理实质。

对于各种内脏出血（包括吐血、咯血、衄血、尿血、便血、崩漏等），余行医五十多年以来，均采用自拟断血汤，在第一时间截断出血，无不应手取效。药仅三味，共奏行瘀、凉血、补血之功，用药之后，多在当日血止，最长不过三天，就能达到完全止血之目的。其处方为：

蒲黄 10 克（炒熟即可，不必炒焦），黄芩 30 克，阿胶 30 克（烱化）。水煎分两次服下。

方解：止血之法，不可一味固涩，应以行血、活血、凉血为主，使血循经遂，才能长治久安。方中蒲黄以止血，化瘀。现在中药房里的蒲黄分生、熟两种。生蒲黄未经炒制，具有通淋、化瘀的作用，近年有人用来治高血脂症；熟蒲黄经过炒制，但大多炒黑，已经炭化，止血作用不大。这里所用的蒲黄，须要炒制，但不能炒黑，只是把生蒲黄从淡黄色炒至呈深黄色即可。

出血与瘀血，有时存在着一定的互为因果的转化关系，在临床实践中，有时出血在前为因，瘀血在后为果。如果瘀血久留不去则新血不生，血不归经，转化成为瘀血为因，出血为果。因此，在治疗出血过程中，为了止血而不留瘀应在止血药中，注意配伍活血之品。正如明·缪仲醇《医学广笔记》云：“宜行血不宜止血，血不循经络者，气逆上壅也，行血则血循经络，不止自止。止之则血凝，血凝则发热、恶食、病日痼矣。”

《神农本草经》：“主治心腹膀胱寒热，利小便，止血，消瘀血。”

《药性论》：“通经脉，止女子崩中下注，主痢血，止鼻衄，治尿血，利水道。”

《本草备要》：“生滑行血，炒涩止血。……生用性滑，行血消瘀，通经脉，利小便，祛心腹膀胱寒热，同五灵脂，治心腹血气痛，名失笑散。疗扑打损伤，疮疖诸肿。一妇舌胀满口，以蒲黄频搽，比晓乃愈。宋度宗舌胀满口，御医用蒲黄、干姜末等分搽之愈。时珍曰：观此则蒲黄之凉血、活血可知矣。盖舌为心苗，心包相火，乃其臣使，得干姜是阴阳相济也。炒黑性涩，止一切血，崩带泄精。”

《本草新编》：“或问蒲黄非急需之药，而吾子取之以备用，不知何用也？夫蒲黄治诸血症最效，而治血症中尤效者，咯血也。咯血者，肾火上冲，而肺金又燥。治肾以止咯血，而不兼治肺，则咯血不能止。蒲黄润肺经之燥，加入于六味地黄汤中，则一服可以奏功，非若他药如麦冬、五味，虽亦止咯，而功不能如是之捷。”

《医学衷中参西录》：“善治气血不和、心腹疼痛、游风肿疼、颠扑血闷、痔疮出血、女子月闭腹痛、产后瘀血腹痛，为其有活血化瘀之力，故有种种诸效。若炒熟用之，又善治吐血、咳血、衄血、二便下血、女子血崩带下。外用治舌胀肿疼，甚或出血，一切疮疡肿疼，蜜调敷之，皆有捷效。……又善利小便。”

阿胶性味甘、平，有滋阴补血、安胎的功效。据研究，阿胶含有多种蛋白质、氨基酸、钙等，能改善血钙平衡，促进红细胞的生成。此外，阿胶还能升高血压，防止失血性休克。

《日华子本草》：“治一切风，并鼻洪、吐血、肠风、血痢及崩中带下。”

《本草纲目》：疗吐血、衄血、血淋、尿血，肠风，下痢。“

黄芩具有清热、泻火、解毒、止血、安胎等作用，治壮热烦渴，肺热咳嗽，湿热泻痢，黄疸，热淋，吐、衄、崩、漏，目赤肿痛，胎动不安，痈肿疮疡。

《纲目拾遗》：“治风热湿热头疼，奔豚热痛，火咳，肺痿喉，诸失血。”

《本草正义》：“枯者清上焦之火，消痰利气，定喘嗽，止失血，退往来寒热，风热湿热，头痛，解瘟疫，清咽，疗肺痿肺痛，乳痈发背，尤祛肌表之热，故治斑疹、鼠疫，疮疡、赤眼；实者凉下焦之热，能除赤痢，热蓄膀胱，五淋涩痛，大肠闭结，便血、漏血。”

全方共奏止血而不留瘀，攻邪而不伤正，能令离经之血既出之后而在经之血不复再出。多能获得一剂知，二剂已的效果。

医案精选：

万某，男，55岁。 蕲春县外贸局干部，1996年3月，因持续咯血五年多，久治不愈而前来就诊。患者六脉虚缓而无力，舌淡无苔，面色白而无光彩，经多家医院确诊为支气管扩张。余拟以断血汤：蒲黄10克（炒熟即可，不必炒焦），黄芩30克，阿胶30克（烱化）。水煎分两次服。一剂血止，连服三剂之后不再咯血。随访五年，仍未见咯血发生。

吴某，男，45岁，农民。 1995年5月20日因连续十三年胃脘疼痛，久治无效，半年前又出现黑便，患者面色晄白，精神疲乏，脉细而无力，舌质淡，失血症状显而易见，遂先予断血汤三剂：蒲黄10克（炒熟即可，不必炒焦），黄芩30克，阿胶30克（烱化）。水煎分两次服。

5月24日复诊，黑便消失，继而予加味活络效灵丹：乳香100克，没药100克，丹参100克，当归100克，百合400克，乌药100克，佛手100克，麦冬100克，共

碾为末，炼蜜为丸。日服三次，每次1丸(10克)另予复方阿胶浆，日三次，每次1支(10毫升)口服。半年后，胃痛亦全愈。

静脉曲张治验

作者：江浪如雪

链接：<http://bbs.iiyi.com/thread-3405299-1.html>

碰到一年轻人，求治梦遗、青春痘。

问诊：熬夜，爱出汗，睡眠多梦，心烦，脾气躁、容易动怒、冬天怕冷、夏天怕热、胃口好有时候腹胀、口气重、大便有时候溏，有时候干硬、小便黄、不口渴、吃寒凉就腹泻。偶尔胸口闷、眼圈偏黑，面部长青春痘、吃过不少壮阳补阳药以及收涩药，无效。

脉诊：六部脉有力，心率快，100次/分，左手脉大于右手脉、脉略细涩。

甲诊：甲色红，月牙很少。

舌诊：舌质偏红，舌尖红点、舌质中间裂纹、苔薄白、润。

判断为：脏热，阳有余，阴不足。

于是以栀子、黄连、天冬、麦冬、玄参、熟地、生地、白芍、干姜为主，丹参、郁金活血辅助为主方变化。吃了一个月。梦遗、青春痘基本解决，心率恢复到70次/分。后来他告诉我一个我很意外的情况，就是他静脉曲张也好得差不多了。因为从10几岁就有静脉曲张，比较明显，因为不好意思讲，所以就隐瞒了。

事后想来，如果他过早告诉我，我就会活血化瘀为主，也许反而对他静脉曲张没有效果。

静脉曲张个人临床总结，大体几种类型：阳虚型（回流不力）、阴虚型（升多回少、出多回少），痰湿，淤血、气虚，血虚……等。

他这种属于出多回少、升多降少，造成心脏动脉流量大于静脉回流流量，而人体自我保护，就会静脉血管扩充变大，承受不能及时回流的血液，维持循环平衡，而出现静脉曲张现象。通过清热滋阴治疗，减少动脉流量，达到出入平衡。而不是去用补阳加强回流。

因为之前碰到这种阴虚型的静脉曲张的少，因此写来分享一下。

个人临床小经验，仅供大家参考、斧正。

漫谈胃痛

作者：田丰辉

链接：<http://bbs.iiyi.com/thread-2197294-1.html>

胃痛是临床上较为常见的疾病，约占门诊病人的四分之一，现代医学的急、慢性胃炎，消化性溃疡、胃神经官能症等疾病多参照胃痛辨证施治，中医药治疗此病有悠久的历史，临床效果较好，现就此病的中医认识与治疗谈谈个人临床体会。

有句民谚谓：有了沉香无气痛。这句话道出了胃痛的病名和治疗药物。古有“胃气痛”、“心痛”以及《千金要方》的九种心痛，这些既是指我们今天的胃痛。胃痛是指上腹胃脘部近歧骨处经常发生疼痛为主要表现的病证。如《灵素·邪气脏腑病形》中说：“胃脘病，腹慎胀，胃脘当心而痛”。说明了胃痛的部位。胃痛之因，《中医内科学》概括为寒邪客胃、饮食所伤、肝气犯胃、脾胃虚弱。而《医学正传》中说：“致病之由，多由纵恣口腹，喜好辛酸，恣饮热酒煎煇，复餐寒凉生冷……，朝伤暮损，日积月深，故胃脘痛”。《寿世保元》中也说：“胃脘痛证，多有因寒、因食、因气不顺者”。这里说明了胃痛的病因。而《沈氏尊生书》中说：“胃痛，邪干胃脘病也。胃禀冲和之气，多气多血，壮者邪不能干，虚者着而为病。偏寒偏热，水食停积，皆与真气相搏而痛。惟肝气相乘为甚，以本性暴，且正克也”。这里对胃痛的病因病机进行了较为详细的论述。其治疗，应以理气和胃止痛为基本原则，然古有“通则不痛”的治痛方法，正如《医学正传》说：“所痛之部，有气血阴阳之不同，若概以行气消导为治，漫云通则不痛。夫通则不痛，理也。但通之之法，各有不同。调气以和血，调血以和气，通也；下逆者使之上行，中结者使之旁达，亦通也；虚者助之使通，寒者温之使通，无非通之之法也，若必以下泄为通，则妄也”。可知通则不痛应灵活看待。

笔者治疗此病多用半夏泻心汤加味治疗，常取得满意的疗效，其方为：半夏 15 克，黄芩 12 克，黄连 9 克，干姜 9 克，大枣 10 克，党参 15 克，木香 12 克，陈皮 10 克，枳壳 10 克，厚朴 10 克，炙甘草 6 克。本方半夏降逆和胃，干姜温胃，芩连清胃泻热，参草枣补中气健脾胃，全方寒温并用，补泻兼施，配伍精妙，实为良方。《伤寒论》149 条之下，原文谓：“伤寒五六日，呕而发热者，柴胡汤证具，而以他药下之，柴胡证仍在者，复与柴胡汤……若心下满而硬痛者，此为结胸也，大陷胸汤主之；但满而不痛者，此为痞，柴胡不中与之，宜半夏泻心汤”。《金匱》载本方治“呕而肠鸣，心下痞”证。指出本方为和胃降逆、开结除痞之要方，凡脾胃虚弱，客邪乘虚而入，寒热错杂，升降失调，清浊不分而致肠胃不和，脘腹胀满疼痛，呕吐泄泻者多用本方加味治疗均有较好的疗效。若寒甚者重干姜，热甚轻干姜，若肝郁气滞合四逆散加味，若气滞血瘀甚可与焦树德先生的三合汤（高良姜 9 克，香附 9 克，百合 30 克，乌药 9 克，檀香 6 克，丹参 30 克，砂仁 5 克）或四合汤（高良姜 9 克，香附 9 克，百合 30 克，乌药 9 克，檀香 6 克，丹参 30 克，砂仁 5 克，五灵脂 10 克，蒲黄 10 克）加味治疗，正如叶天士说：“处病在经，久痛入络，以经主气，络主血，则可知其治气治血之当然也，凡气既久阻，血亦应病，循行之脉络自痹，而辛香理气，辛柔和血之法，实为对待必然之理”。

中年男性，患胃痛 10 余年，曾做胃镜检查提示：十二指肠球部溃疡，服药无数，时有效时无效，且未按规律服药，今求中医治疗。刻诊：胃脘疼痛，以饥饿或夜间为主，呈持续性隐痛，偶有腹胀、呃逆，察舌苔薄黄，脉弦。处方为：半夏 15 克，黄芩 10 克，黄连 9 克，干姜 9 克，大枣 15 克，党参 15 克，木香 12 克，陈皮 10 克，枳壳 10 克，厚朴 10 克，佛手 10 克，

丹参 20 克，炙甘草 6 克。病人服药 5 副，复诊时诉症状明显好转，嘱继续药，上方服用 1 月余，诸症若失，后以香砂六君子汤加味而愈，做胃镜未见溃疡。

记得跟师时，老师常用的方为：柴胡 10 克，白芍 15 克，枳壳 12 克，青皮 10 克，陈皮 10 克，木香 10 克，乌药 1 克，吴茱萸 6 克，葫芦巴 10 克，小茴 6 克，香附子 12 克，玄胡 12 克，乳香 6 克，佛手 10 克，川楝子 9 克，丹参 20 克，炙甘草 6 克。全方以四逆散为基础方加味而成，多以行气活血之品为主，用于治疗肝郁气滞所致胃痛效果较好。正如《景岳全书》说：“胃脘痛证，多有因食、因寒、因气不顺者，然因食因寒，亦无不关于气。盖食停则气滞，寒留则气滞。所以治痛之要，但察其果属实邪，皆当以理气为主。”笔者跟师时见老师用此方的几率较多，多显效亦是此理。

青海中医学院的陆长青教授的蒲黄益胃汤很好，其方为：党参 15 克，法半夏 15 克，木香 10 克，干姜 10 克，蒲公英 15 克，黄连 9 克，吴茱萸 5 克，苏梗 15 克，玄胡 15 克，川楝子 6 克，炙甘草 6 克，气滞合四逆散，脾虚合四君子汤，血瘀加丹参，胃酸加大贝母、乌贼骨，或加金钱草以去幽门螺杆菌。

一方统治诸证，那是临床医生的大忌，因此，治疗胃痛临床还有以阴虚为主者，我多选用一贯煎合芍药甘草汤加味治疗，效果非常好，对于此证型，笔者临床以病人体形多消瘦，胃脘多隐痛，口燥咽干多烦热，大便多干结，舌红少津，脉细数为辨证要点。对于一贯煎，张山雷说：“苟无停痰积饮，此方最有奇功。”

当然，西医对于此病的治疗，也有较好的疗效，特别是质子泵抑制剂的使用，对于急、慢性胃炎，消化性溃疡效果很好。记得我进修时，一老医生

经常用的处方是：西咪替丁片 0.2、胃复安片 10mg、维生素 B1 片 10mg、丙谷胺片 0.4 治疗，有时也加抗生素，效果非常好。

对于胃痛患者，除以上的药物治疗外，嘱病人精神愉快，性格开朗，劳逸结合，切忌暴饮暴食，或饥饱无常，饮食以少食多餐，清淡易于消化为主，这些生活方式的改变，更有助于疾病的早日康复。

责任编辑：修竹临风

编辑：草原民间中医、砭艾、xiwang001han



益母草

别名：益母蒿、坤草、野麻、益母花。

来源：唇形科植物益母草的干燥全草，全国各地均有分布。苏联，朝鲜，日本，热带亚洲，非洲，以及美洲各地有分布等地也有分布。



形态：一年生或二年生草本，有于其上密生须根的主根。茎直立，通常高 30~120 厘米，钝四棱形，微具槽，有倒向糙伏毛，在节及棱上尤为密集。叶轮廓变化很大，茎下部叶轮廓为卵形，基部宽楔形，掌状 3 裂，裂片呈卵圆形，通常长 2.5~6 厘米，宽 1.5~4 厘米，裂片上再分裂，上面绿色，有糙伏毛，叶脉稍下陷，下面淡绿色，被疏柔毛及腺点，叶脉突出，叶柄纤细，长 2~3 厘米，由于叶基下延而在上部略具翅，腹面具槽，背面圆形，被糙伏毛；茎中部叶轮廓为菱形，较小，基部狭楔形，叶柄长 0.5~2 厘米；花序最上部的苞叶呈线状披针形，长 3~12 厘米，宽 2~8 毫米。轮伞花序腋生，具 8~15 花，轮廓为圆球形，径 2~2.5 厘米，多数远离而组成长穗状花序；小苞片刺状，向上伸出，基部略弯曲，比萼筒短，长约 5 毫米；花梗无。花萼管状钟形，长 6~8 毫米，外面有贴生微柔毛，内面于离基部 1/3 以上被微柔毛，5 脉，显著，齿 5，前 2 齿靠合，长约 3 毫米，后 3 齿较短，等长，长约 2 毫米，齿均宽三角形，先端刺尖。花冠粉红色，长 1~1.2 厘米，外面于伸出萼筒部分被柔毛，冠筒长约 6 毫米，等大，内面在离基部 1/3 处有近水平向的不明显鳞毛毛环，毛环在背面间断，其上部多少有鳞状毛，冠檐二唇形，上唇直伸，内凹，长圆形，长约 7 毫米，宽 4 毫米，全

缘，内面无毛，边缘具纤毛，下唇略短于上唇，内面在基部疏被鳞状毛，3裂，中裂片倒心形，先端微缺，边缘薄膜质，基部收缩，侧裂片卵圆形，细小。雄蕊4，均延伸至上唇片之下，平行，前对较长，花丝丝状，扁平，疏被鳞状毛，花药卵圆形，二室。花柱丝状，略超出于雄蕊而与上唇片等长，无毛，先端相等2浅裂，裂片钻形。花盘平顶。子房褐色。小坚果长圆状三棱形，长2.5毫米，顶端截平而略宽大，基部楔形，淡褐色，光滑。

栽培：益母草喜温暖湿润气候，海拔在1000米以下的地区者可栽培，对土壤要求不严，但以向阳，肥沃、排水良好的砂质壤土栽培为宜。

性味功能：味苦、辛，微寒；活血调经、利尿消肿。

用途：用于月经不调，痛经，经闭，恶露不尽，水肿尿少；急性肾炎水肿。

用法用量：内服9~30克，孕妇禁用。

经验鉴别：本品以灰绿色或黄绿色；体轻，质韧，断面中部有髓。叶片灰绿色者为佳。

凌霄花

别名：倒挂金钟、上树龙、上树蜈蚣、吊墙花。

来源：紫葳科植物凌霄的干燥花朵，产于长江流域各地，以及河北、山东、河南、福建、广东、广西、陕西，在台湾有栽培；日本、越南、印度、西巴基斯坦均有栽培。

形态：攀援藤本；茎木质，表皮脱落，枯褐色，以气生根攀附于它物之上。叶对生，为奇数羽状复叶；小叶7~9枚，卵形至卵状披针形，顶端尾状渐尖，基部阔楔形，两侧不等大，长3~9厘米，宽1.5~5厘米，侧脉6~7对，两面无毛，边缘有粗锯齿；叶轴长4~13厘米；小叶柄长5~10毫米。顶生疏散的短圆锥花序，花序轴长15~20厘米。花萼钟状，长3厘米，分裂至中部，裂片披针形，长约1.5厘米。花冠内面鲜红色，外面橙黄色，长约5厘米，裂片半圆形。雄蕊着生于花冠筒近基部，花丝线形，细长，长2~2.5厘米，花药黄色，个字形着生。花柱线形，长约3厘米，柱头扁平，2裂。蒴果顶端钝。花期5~8月。



栽 培：益母草生长于山谷、小河边、疏林下，攀援于树上、石壁上，亦有庭园栽培，喜温暖湿润环境。对土壤要求不严，砂质壤土、粘壤土均能生长。

性味功能：味甘、酸，寒；凉血、化瘀、祛风。

用 途：用于月经不调，经闭癥瘕，产后乳肿，风疹发红，皮肤瘙痒，痤疮。

用法用量：内服 5~9 克，孕妇慎用。

经验鉴别：本品以花朵完整，微有香气，味微苦而略酸。以朵大、色棕黄、无花梗者为佳。

编 辑：王颖健
责任编辑：金陵一剑

新诊断 2 型糖尿病胰岛素治疗

作者: xzp_drago

链接: <http://bbs.iiyi.com/thread-3416674-1.html>

●病例摘要

一般情况: 男性, 33 岁, 公司职员。

主诉: 口渴、多饮、多尿伴消瘦 6 个月

现病史: 在近半年时间内渐觉口渴、多饮, 达每日 3000ml, 尿量增多。同时自觉消瘦, 体重下降约 5kg。2 月前查餐后血糖为 8.6mmol/L, 未重视。入院前一天查空腹血糖 14.2mmol/L。立即开始进行饮食控制配合口服二甲双胍 500mg 一日三次治疗。高血压病史近 16 年, 测血压最高 190/120mmHg, 曾进行系统的病因筛查, 诊断为原发性高血压病, 目前规律口服络活喜 5mg, 一日一次, 厄贝沙坦 150mg, 一日一次。日常测血压 140/100mmHg 左右。

家族史: 家族中母亲 40 岁时患高血压病, 父健康, 一个姑姑和一个舅舅患 2 型糖尿病。

专科查体: 血压 140/100mmHg。BMI:32.0kg/m² (体重 104Kg, 身高 180cm), 腹围 115cm; 甲状腺未触及肿大, 未触及包块、肿物, 未闻及血管杂音; 心界无扩大, 心率 66 次/分, 各瓣膜听诊区未闻及杂音。两肺未见明显异常。四肢感觉正常。双足背动脉搏动正常。

化验检查:

糖化血红蛋白: 12.5%。

入院当日静脉血糖空腹: 13.0mmol/L, 75 克葡萄糖负荷后 1 小时: 19.8mmol/L, 2 小时: 18.6mmol/L, 3 小时: 14.5mmol/L;

尿常规: GLU(2+), KET(-), Pro(-);

肾功能: BUN: 3.4mmol/L, Cr: 54 umol/L; 血尿酸: 300 umol/L;

血离子: 钾: 3.9 mmol/L, 钠: 139 mmol/L, 氯: 102 mmol/L;

血脂: TC: 5.23mmol/L, TG: 2.55mmol/L, HDL-C: 1.65mmol/L, LDL-C: 3.28mmol/L;

肝功能: ALT、AST 正常, 心肌酶: CK、CK-MB 正常;

病例讨论

心脏彩超：室间隔及左室后壁增厚；

腹部 B 超：脂肪肝；

胸部 DR：心肺未见明显异常；

脑 CT：未见明显异常；

24h 尿微量白蛋白：不能测；

胰岛素、C 肽：不能测；

眼底检查：不能测。

诊断：

2 型糖尿病

高血压病 3 级，极高危

高血压心脏病

高甘油三酯血症

脂肪肝

●讨论

1. 是否启动胰岛素治疗？是否可以进行胰岛素强化治疗？
2. 该患者为初诊 2 型糖尿病，是否需要进行并发症筛查？
3. 该患者的治疗目标（糖化血红蛋白，空腹血糖，餐后血糖）应该怎样确定？

●临床讨论

随医生：

患者年轻，需排除 1 型糖尿病。检测糖尿病相关抗体，胰岛素抗体，抗胰岛细胞抗体，抗谷氨酸脱羧酶抗体，胰岛素或 C 肽分泌曲线。可建议入上级医院进一步检查。必要时做胰腺、肾上腺 C，糖皮质醇，促皮质醇等检查排除继发性糖尿病。

anne 医生：

1. 是否启动胰岛素治疗？是否可以进行胰岛素强化治疗？
- 2 型糖尿病最新指南不推荐在没有正规药物治疗之前就启动胰岛素治疗。如果应用二甲双胍疗效不好，可以联合其他药物试试。当然，也不是绝对的，这个应该尊重患者的意愿。
2. 该患者为初诊 2 型糖尿病，是否需要进行并发症筛查？

需要进行并发症筛查。这样做可以对患者病情作出综合评估，决定用药方案。

3. 该患者的治疗目标（糖化血红蛋白，空腹血糖，餐后血糖）应该怎样确定？

对于 T2DM 患者，需要根据其年龄、并发症及低血糖风险来制定血糖和 HbA1c 达标水平，每例患者可存在细微差别。AACE 建议绝大多数患者应该达到 $\text{HbA1c} \leq 6.5\%$ 的目标；而对于某些患者， $\text{HbA1c} > 6.5\%$ ，甚至可接近 8%，因达到较低 HbA1c 时可出现严重不良后果。新诊断 T2DM 患者中，HbA1c 可控制在 6.0%~6.5%。

本例为青年患者，空腹血糖、餐后血糖尽量达到正常标准。以减少并发症的发生。同时强调综合管理的重要性，综合管理应包括对肥胖、血脂、血压及相关并发症的管理。

aishenzhong:

空腹血糖超过 10mmol/L 以上者可启动胰岛素治疗，为了减少并发症也可胰岛素强化治疗一月，以后视血糖控制情况用胰岛素或口服降糖药。如患者不同意也可口服降糖药治疗。2、初诊糖尿病均需进行并发症筛查。3、此病人年青应严格控制血糖、血压血脂以减少并发症。空腹 6.1mmol/L 以下、餐后 2 小时血糖 7.8mmol/L 以下，糖化血红蛋白正常标准以下（各地使用的机器不一样正常值亦不一样）。

xzp_dragon:

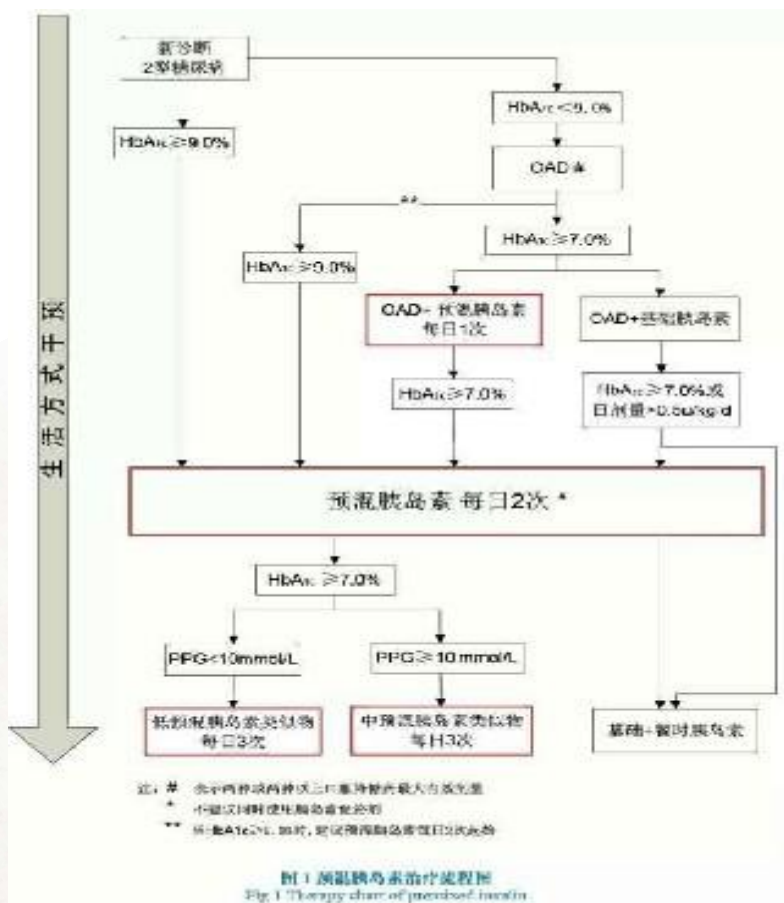
新诊断 2 型糖尿病短期胰岛素强化治疗流程图

《2 型糖尿病短期胰岛素强化治疗临床专家指导意见》

病例讨论



预混胰岛素治疗流程图《中国2型糖尿病预混胰岛素治疗专家共识》



一、以下情况需要及时起始胰岛素治疗

1. 1 型糖尿病患者发病时就需要胰岛素治疗，且需终生胰岛素替代治疗。
2. 新诊断 2 型糖尿病患者血糖明显增高甚至发生高渗、酮症或酮症酸中毒，都应该首选胰岛素治疗。
3. 新诊断糖尿病与 1 型糖尿病鉴别困难时，可首选胰岛素治疗。血糖得到良好控制、症状得到显著缓解、确定分型后再决定后续的治疗是否继续用胰岛素。
4. 2 型糖尿病患者在生活方式和口服降糖药联合治疗的基础上，若血糖仍未达到控制目标，即可开始口服降糖药和胰岛素的联合治疗。一般经过较大剂量多种口服药物联合治疗后，HbA_{1c} 仍>7.0% 时，即可考虑启动胰岛素治疗。
5. 在糖尿病病程中(包括新诊断的 2 型糖尿病)，出现无明显诱因的体重显著下降时，应该尽早使用胰岛素治疗。

二、以下情况需要及时起始强化胰岛素治疗

1. 新诊断 2 型糖尿病如果空腹血糖 $>11.1\text{mmol/L}$ ，HbA_{1c} 仍 $>9.0\%$ ，应该启动胰岛素强化治疗，若能达到血糖临床缓解，则可暂停胰岛素治疗，后续暂以生活方式干预或其他口服药治疗。

病例讨论

2. 型糖尿病患者在生活方式和口服降糖药联合治疗的基础上，若血糖仍未达到控制目标，且空腹血糖 $>11.1\text{mmol/L}$ ，HbA_{1c} 仍 $>9.0\%$ ，应及时起始胰岛素强化治疗，若能达到血糖临床缓解，则可暂停胰岛素治疗，后续暂以生活方式干预和(或)其他口服药物治疗。若不能达到血糖临床缓解，应继续口服降糖药和胰岛素的联合治疗。

该患者入院空腹血糖 $>11.1\text{mmol/L}$ ，HbA_{1c} 仍 $>9.0\%$ ，符合强化胰岛素治疗标准，给予优泌乐 50 治疗。同时口服二甲双胍。最终达到血糖值部分缓解，继续单独口服二甲双胍。治疗结果是最短时间内血糖达标，最大限度地减少高血糖危害，也使得患者能够有信心，只要治疗得当，血糖可以控制到理想水平。

图 1 为胰岛素治疗期间血糖测值列表

	晨空腹	早餐后	午餐前	午餐后	晚餐前	晚餐后	睡前
第2天	9.5	13.7			11.3	10.1	
第3天	10.9	12.1	6.1	13.0	10.7	7.8	6.4
第10天	6.3	8.3	5.9	8.2	7.0	7.1	
第13天	6.4	5.5	5.5	14.3	6.8	5.5	
第14天	6.7	6.3	6.1	14.8	4.5	6.7	5.3
第17天	6.4	6.4	5.1	9.9	5.8	6.5	
第18天	4.7	7.4	6.7	6.3	5.4	7.7	5.8

图 2 为图 1 的线图

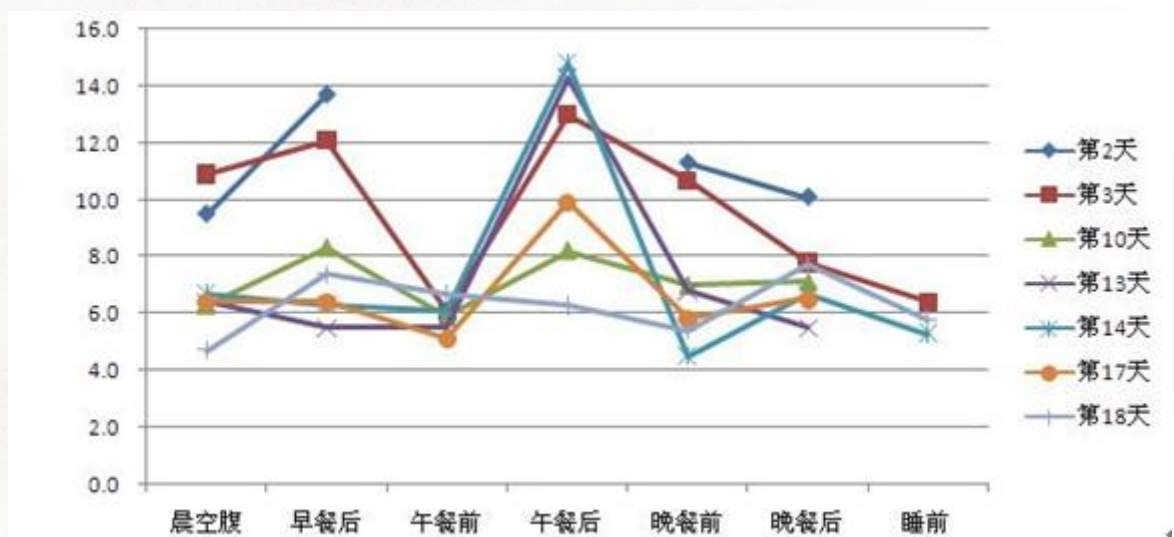


图 3 为停胰岛素后血糖的测值

	晨空腹	早餐后	午餐前	午餐后	晚餐前	晚餐后	睡前
第1天	6.4	7.9	5.6	6.8	6.8	8.6	
第7天	6.5	7.0	5.1	10.1	7.5	6.6	5.9
第10天	5.9	6.1	6.1	7.8	5.8	7.0	5.8
第14天	6.3	7.2	5.8	9	4.9	7.5	5.7
第17天	5.5	7.5	5.5	6.6	6.4	7.9	6.6
第20天	6.2	6.4	5.7	6.7	5.5	8.2	6.8

图 4 为图 3 的线图



●总结:

1. 是否启动胰岛素治疗？是否可以进行胰岛素强化治疗？

根据中国糖尿病诊治指南，该患者应进行胰岛素强化治疗。

2. 该患者为初诊 2 型糖尿病，是否需要进行并发症筛查？

该患者需要并发症筛查，初步检查项目应包括：

- (1) 眼：视力、扩瞳查眼底。
- (2) 心脏：标准 12 导联心电图、卧位和立位血压。
- (3) 肾脏：尿常规、镜检、24 小时尿白蛋白定量或尿白蛋白与肌酐比值、血肌酐和尿素氮。
- (4) 神经系统：四肢腱反射、立卧位血压、音叉振动觉或尼龙丝触觉。
- (5) 足：足背动脉、胫后动脉搏动情况和缺血表现、皮肤色泽、有否破溃、溃疡、真菌感染、胼胝、毳毛脱落等。询问有关症状。
- (6) 血生化检查：血脂（总胆固醇、甘油三酯 LDL-C、HDL-C）、尿酸、电解质。

病例讨论

3. 该患者的治疗目标（糖化血红蛋白，空腹血糖，餐后血糖）应该怎样确定？

基本目标：FPG4.4—7.0mmol/L，非空腹血糖≤10.0mmol/L。HbA1c<7%。

对于该患者：提高要求 FPG4.4-6.1mmol/L，非空腹≤8.0mmol/L，HbA1c<6.5%。

目前结果：FPG4.4-6.5，非空腹<8.5mmol/L，胰岛素起始治疗 30 天 HbA1c<7.8%





一例伴皮疹的毛细支气管炎

链接: <http://bbs.iyi.com/thread-3386112-1.html>

●病例摘要:

一般情况: 患儿, 女, 6 个月。

主诉: 咳喘伴发热 2 天

现病史: 患儿于入院前 2 天, 无明显诱因出现咳嗽, 为阵发性, 非痉挛性, 无鸡鸣样回声, 伴喘憋, 以晨起为著。伴发热, 体温达 38℃ 以上, 无明显流涕, 无呕吐及腹泻。在院外给予药物治疗(具体不详), 效果欠佳, 为求进一步诊治来我院。门诊以“毛细支气管炎”收入院。患儿发病以来, 食欲差, 睡眠差, 大小便正常。

既往史: 否认重大手术、外伤史, 否认输血史, 否认“乙肝”、“结核”等传染病及密切接触史, 否认药物、食物过敏史, 预防接种史按计划进行。

个人史: 患儿为第 2 胎第 2 产, 足月剖腹产, 出生时哭声响亮, 无青紫, 未发生窒息。母乳喂养。

家族史: 父母健康, 非近亲婚配。无遗传病史。其母孕期健康。

入院体检: T: 36.5℃; P: 140 次/分; R:30 次/分; BP:未测; W:11kg。发育中等, 营养一般, 神志清楚, 精神不振, 未见三凹征。全身皮肤黏膜无黄染, 未见皮下出血、花纹、苍白、皮疹及紫斑。全身表浅淋巴结未触及肿大。头颅五官无畸形。眼睑无浮肿, 结膜无充血, 巩膜无黄染, 双侧瞳孔等大等圆, 对光反应灵敏。鼻通气良好, 未见分泌物。双侧耳廓无畸形, 外耳道未见分泌物及其他异常, 听力正常。口腔黏膜光滑, 未见疱疹及溃疡。咽部充血, 扁桃体无肿大, 悬雍垂居中。颈软, 气管居中, 甲状腺无肿大。胸廓对称, 无畸形, 两侧呼吸运动一致, 双肺呼吸音粗糙, 可及喘鸣音及湿啰音。心前区无隆起, 心尖搏动在左侧第五肋间锁骨中线上。心界不大。心前区无震颤, 心音有力, 心律规整, 心率 140 次/分, 各瓣膜听诊区未闻及明显杂音。腹稍膨隆, 两侧对称, 未见胃肠蠕动波, 脐部无膨出。腹软, 未触及包块, 无压痛及反跳痛, 腹水征(-)。肝、脾未触及。肠鸣音正常。直肠、肛门无异常。脊柱、四肢无畸形, 运动正常, 骶部无包块, 各关节无红肿, 未见杵状指(趾)。

辅助检查: 血常规+CRP, WBC:12.51×10⁹/L、N:53.80%、HB: 104g/L、PLT:358×10⁹; CRP: 7.65mg/L。

初步诊断: 毛细支气管炎

住院经过: 患儿入院后给予哌拉西林他唑巴坦抗感染, 氨溴索化痰, 多索茶碱及

布地奈德、沙丁胺醇雾化吸入治疗。经过上述处理咳喘症状减轻，但体温不稳定，最高达 40℃，伴寒战，哭闹不安，进食少。于入院第 3 天，出现皮疹，以面部散在分布和躯干部皮疹为著，四肢皮肤基本没有，为淡红色粟粒状丘疹，压之褪色，无抓痕。同一天，发热减退。

●讨论：

- 1.本例诊断毛细支气管炎是否明确，治疗是否恰当？
- 2.本例病程中出现皮疹，是药物疹还是幼儿急疹？
- 3.下一步如何处理？

●临床讨论：

天上星星：

1. 这个病例一句话就可以排除药物过敏 ——全身皮疹而无瘙痒表现。
- 2.用一个诊断可以解释所有临床表现——腺病毒肺炎合并细菌感染？

诊断依据

- 1.发病年龄符合；
- 2.发病急病情比较重；
- 3.热退疹出；
- 4.腺病毒可以是腺病毒肺炎的病原体，也可以是婴幼儿急疹的病原体。

vestwi:

考虑支气管肺炎，婴儿多为病毒感染，这个血象考虑混合感染。皮疹是幼儿急疹，退热时出的，无瘙痒，躯干为主，压之褪色。进一步呼吸道分泌物培养，血清抗体测定，确定感染源，对症治疗。

Yjb5200120:

考虑病毒性支气管肺炎。患儿双肺呼吸音粗糙，可闻及喘鸣音及湿啰音。血象及 C 反应蛋白不高，考虑病毒性肺炎。

幼儿急疹一般前驱症状不这么重，高热但精神状态好，此病例从一元论来看不像。

腺病毒感染可有卡他性结膜炎、红色丘疹、斑丘疹、猩红热样皮疹。扁桃体上石灰样小白点的出现率虽不高，但它是腺病毒感染早期比较特殊的体征。

aishenzhong:

细支气管炎、支气管肺炎，幼儿急疹（热退疹出）。WBC 高为混合感染，继续用抗生素与抗病毒药联用及对症处理。

anne 医生:

病例反馈:

临床诊断: 支气管肺炎合并脓毒症。

诊断依据: 1.6 个月婴幼儿，急性起病，以发热、咳嗽、喘息为主要症状；2.既往无类似发作史；3.查体未见“三凹征”可闻及干湿性啰音；4.病程出现高热、一过性皮疹现象；5.辅助检查支持诊断为病毒细菌混合感染。入院后复查 CRP 及降钙素原均高，支持诊断为脓毒症。

● **总结:**

本例因发热咳喘就诊，初步诊断“毛细支气管炎”。仔细鉴别还是有差别的。毛细支气管炎与伴喘息症状的支气管肺炎临床表现虽然类似，但是，毛细支气管炎以喘憋、三凹征和气促为主要临床特点，伴有或不伴有发热，咳嗽轻喘息重，严重发作者，面色苍白，烦躁不安，口周及口唇发绀，全身中毒症状较轻，可无发热、低热、中度发热，少见高热。体检发现呼吸浅而快，60-80 次/分，伴鼻翼扇动，三凹征明显，肺部体征主要为哮鸣音，喘憋缓解期可闻及中湿啰音、细湿啰音。X 线胸片可见不同程度肺气肿或肺不张，也可以见到支气管周围炎及肺纹理增强。无支气管肺炎的肺野内出现的大小不等的点状或小片状絮状为著的炎性阴影存在。可资鉴别。

确诊支气管肺炎后总的治疗原则是采取综合治疗措施，积极控制炎症，改善肺的通气功能，防止并发症。

本例诊断与治疗尚需注意以下问题：

1.小婴儿肺炎出现喘息时需注意引起出现症状的其它疾病，特别是毛细支气管炎、支气管哮喘、气管异物等鉴别。

2.病因治疗很重要，有条件者尽量明确病因，指导治疗。对于血象及 C 反应蛋白不高，考虑病毒感染者，一般不采用抗生素，合并细菌感染者，有条件者在采用抗生素前应采集咽拭子、鼻咽分泌物或下呼吸道吸取物进行细菌培养+药敏试验，以便指导治疗，无条件者，应该根据经验选择抗生素，及时加以敏感药物控制感染，防止并

发症的发生。

3.控制输液速度，以防加重心脏负担。

责任编辑：绿漫天涯

编辑：刘现国



医疗资讯

● 两部门：加快扩大跨省异地就医定点医疗机构覆盖范围

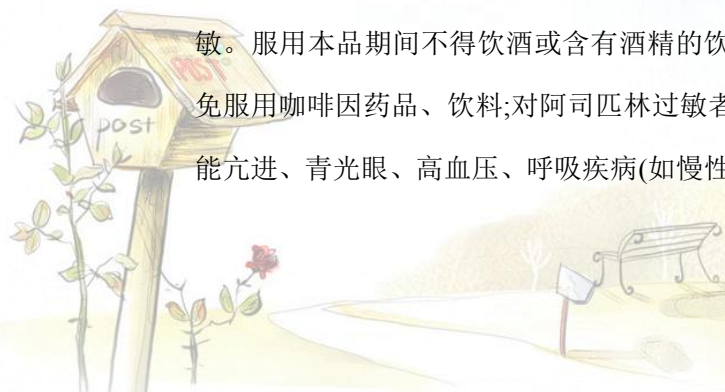
据人社部网站消息，人社部、财政部近日印发关于规范跨省异地就医住院费用直接结算有关事项的通知。通知要求，加快扩大基层定点医疗机构覆盖范围，2018年2月底前，确保每个县区至少有1家跨省异地就医定点医疗机构。通知提到，在全国范围内推进基本医保跨省异地就医住院费用直接结算，是2017年《政府工作报告》明确的重点任务和民生承诺。经过各地艰苦努力，目前全国所有省份和统筹地区已全部接入国家异地就医结算系统并联网运行，覆盖全部参加基本医保和新农合的人员；符合规定的省内和跨省异地就医住院费用实现直接结算。同时，一些新的矛盾和问题也逐步显现，亟需在工作中加以解决。

● 儿科神药匹多莫德国内年销售近40亿 国外临床试验尚处小白鼠阶段

继治疗白内障“神药”莎普爱思滴眼液被曝光调查之后，又一个“神药”匹多莫德被《问药师》创始人、北京和睦家医院药师门诊主任、中国协和医科大学药学硕士冀连梅扒皮。据她透露，这个进口药在国外医学临床试验尚处于小白鼠阶段，疗效尚不明确，但在我国却摇身一变成了价格昂贵的“神药”，在各大医院儿科滥用，销售额预计达到40亿元。冀连梅建议相关部门对匹多莫德的临床疗效进行再评价。据悉，2016年3月，此药在巴基斯坦申请上市时，该国监管部门就听取了专家组的意见，即：尽管这个药在中国、韩国、俄罗斯等少数几个国家上市多年，但它没有被收录到任何一本标准的药理学教材，也没有被欧盟药品监管部门和美国药品监管部门批准上市，它的有效性和安全性仍需要进一步评估，在有可靠的研究证据出现之前，不推荐上市使用。

● CFDA 修订治伤风颗粒非处方药说明书 高血压等患者慎用

近日国家食品药品监督管理总局发布公告，根据监测评价结果，为进一步保障公众用药安全，总局决定对治伤风颗粒非处方药说明书【规格】、【禁忌】和【注意事项】项进行修订。公告指出，【注意事项】项第3条修订为：“本品含对乙酰氨基酚、无水咖啡因、盐酸那可汀、马来酸氯苯那敏。服用本品期间不得饮酒或含有酒精的饮料；不能同时服用与本品成份相似的其他抗感冒药；避免服用咖啡因药品、饮料；对阿司匹林过敏者慎用；肝、肾功能不全者慎用；膀胱颈梗阻、甲状腺功能亢进、青光眼、高血压、呼吸疾病（如慢性支气管炎、肺气肿、慢性肺疾病、呼吸急促、呼吸困



难)和前列腺肥大者慎用;孕妇及哺乳期妇女慎用;新生儿、早产儿不宜使用;服药期间不得驾驶机、车、船、从事高空作业、机械作业及操作精密仪器。”

● 甘肃公立医院薪酬制度改革：严禁给医务人员设定创收指标

近日，甘肃省人社厅、省财政厅、省卫计委日前出台《甘肃省公立医院薪酬制度改革试点工作实施意见》（下称《意见》）。《意见》指出，公立医院院长绩效工资可按照年薪制的方式实施。院长绩效工资年薪水平要保持与单位绩效工资年人均水平合理的分配关系。严禁将院长收入与医院的经济收入直接挂钩。在内部具体分配时，要根据医疗卫生行业培养周期长、职业风险高、技术难度大、责任担当重等特点，重点向临床一线、关键岗位、业务骨干、风险度高和贡献突出等医务人员倾斜，保障医生绩效工资人均水平明显高于本单位人均水平，真正做到多劳多得、优绩优酬。严禁给医务人员设定创收指标，严禁将医务人员收入与医院的药品、检查、治疗等收入挂钩。

● 广西在二、三级公立医疗机构推行按病种收付费

患者就医最关心的莫过于治疗费花了多少。近日，广西自治区物价局、卫生计生委、人力资源和社会保障厅联合印发了《关于进一步推进我区按病种收付费工作的通知》（以下简称《通知》）。本次实施按病种收付费的病种共 127 个，按病种收费标准实行最高限价管理。以三级公立医疗机构收费标准为例，腰椎间盘突出症进行腰椎间盘突出摘除术治疗，最高限价 15000 元；结肠癌术后辅助治疗最高限价 13680 元；新生儿、孕期导致的母婴 ABO 血型不合溶血病，最高限价 8000 元；中医治疗支气管哮喘，最高限价 7590 元。二级公立医疗机构最高收费标准以三级公立医疗机构为基准，下浮 5%。

● 我国首个一周一次降糖药百达扬获 CFDA 批准

近日，三生制药宣布，我国首个胰高血糖素样肽-1（GLP-1）受体激动剂周制剂百达扬（Bydureon，通用名：注射用艾塞那肽微球）正式获得了 CFDA 的批准。据了解，艾塞那肽微球适用于单用二甲双胍、磺脲类以及二甲双胍合用磺脲类血糖仍控制不佳的患者，是我国首个、且目前唯一的一周一次给药的 GLP-1 药物，通过微球技术使胰高血糖素样肽-1（GLP-1）受体激动剂艾塞那肽在体内缓慢释放发挥长效的降糖作用，一周一次皮下注射即可，每次 2mg，患者可在一天的任何时间给药，无论进餐与否。



- **长期高质量饮食加运动 降低国人糖尿病风险 45%**

上海交通大学医学院附属瑞金医院与美国学者联合进行的一项研究发现，高质量饮食，特别是长期维持高质量饮食结合闲暇时间运动，与中国城市成年人 2 型糖尿病风险降低有关。研究显示，校正包括体质指数在内的潜在混杂因素后，健康饮食评分最高五分位者较最低五分位者的糖尿病风险降低 15%。在研究随访期间（平均 11.5 年），维持高健康饮食评分较始终低健康饮食评分者的糖尿病风险降低 26%。健康饮食评分与糖尿病风险之间的反相关关联不受受试者年龄、性别、吸烟状态、运动习惯、肥胖状态和代谢疾病状态影响，但在参与闲暇时间运动的受试者中关联更加显著。如果综合考虑，即长时间维持高质量饮食加运动，糖尿病风险可降低 45%。

- **英国带状疱疹病例减少了三分之一**

英国公共卫生部说，自从 70 岁以上老年人开始接种带状疱疹疫苗以来，带状疱疹病例减少了 35%。据统计，70 岁以上人群最易患带状疱疹，更容易出现并发症，如严重的神经痛。带状疱疹是由水痘病毒的复活引起的，导致严重的皮疹和发烧。疫苗计划自 2013 年在英国开始实施，550 万人获得头三年的免费单次注射资格。《柳叶刀》公共卫生杂志上的一份报告指出，在 2013 到 2016 年间，疫苗注射情况有多大的差异，发现大约有 17000 科医生对带状疱疹进行了检查。这一改变大大改善了带状疱疹后遗神经痛的主要并发症或长期疼痛。

- **新一轮改善医疗服务行动计划出炉 聚焦五大制度和十大任务**

国家卫生计生委近日发布《关于印发进一步改善医疗服务行动计划（2018-2020 年）的通知》，要求利用 3 年时间，努力使诊疗更加安全、就诊更加便利、沟通更加有效、体验更加舒适，逐步形成区域协同、信息共享、服务一体、多学科联合的新时代医疗服务格局。《通知》要求，自 2018 年起，医疗机构要建立预约诊疗制度、远程医疗制度、临床路径管理制度、检查检验结果互认制度、医务社工和志愿者制度。三级医院预约时段精确到 1 个小时，优先向医联体内基层医疗卫生机构预留预约诊疗号源。有条件的医院逐步完善住院床位、日间手术预约服务。医联体牵头医院向医联体内医疗机构提供远程会诊、影像、超声、心电等服务；基层医疗卫生机构探索为签约患者提供适宜的远程医疗、健康监测、健康教育等服务。医疗机构实现临床路径管理信息化，逐步将药学服务、检查检验服务等纳入临床路径管理等。

责任编辑：永恒流星



致二十年前开始工作的我们

作者：天鸟 2014

链接：<http://bbs.iyi.com/thread-3426012-1.html>

早晨醒来，依旧是老习惯，我拿起了枕边的手机，发现微信里，自己已经被拉入了一个群，名字叫《上班 20 年》。我一惊，已经上班这么久了吗？20 年可以长成一代人，可以让近视眼变成了老花眼，但就这么快的过去了吗？

群里有 9 个人，正是当时大学毕业被分到市中心医院的所有医生，3 女 6 男。我坐在书房里，望着百叶窗的外面，阳光和树干，静寂的像一幅画，想起了恍如隔世的那时候。那时候刚分到医院，每个人都在不同的科室，一切新鲜而有激情。我们不安地定位着自己。几乎每隔 2 个月，大家都要聚聚，然后吐槽我们的工作生活，当然最重要的是要八卦。我们八卦科主任的成长史，某护士和主任的暧昧关系，某医生的爱恨情仇，那时候我们聊的是那么酣畅，因为年轻的我们没有历史。

我们在阳光明媚的情人节里相聚，在酒桌上佩服某人的饮酒量，给我们中最稳重的两个男医生匿名送玫瑰花，然后写上肉麻麻的文字，我们夸我们中的某个男生才艺总是说他琴、棋、书、画、烟、酒、糖、茶样样精通！我不是善于言谈的人，只是在红花绿叶的喧闹中报以微笑，感受青春无忌的快乐。

那时候感觉那几个男生特别老成，老成到十几年后再见，他们就像定格到当年一样地没有变化。再后来，他们都陆续结婚生子。我也在矛盾中生活着，到底是留下还是离开？另一个女生和我都先后考研走了，大家也渐渐失去联系。

写不出那时候的日子，模糊而又清晰，记不清当时具体发生了哪些事情，怎样的来龙去脉，我们是怎样的言语，而又偏偏在某一天的某个瞬间跃出当年那个画面，一转眼，把那份悸动留在心底。

以朴树的《清白之年》，致二十年前开始工作的我们！

故事开始以前

最初的那些春天

阳光洒在杨树上

风吹来

闪银光

街道平静而温暖

钟走得好慢

那是我还不识人生之味的年代
我们先不讲
等待着那将要盛装出场的未来
人随风飘荡
天各自一方
在风尘中遗忘的清白脸庞
此生多勉强
此生越重洋
轻描时光漫长低唱语焉不详
大风吹来了
我们随风飘荡
在风尘中熄灭的清澈目光
我想回头望
把故事从头讲
时光迟暮不返人生已不再来

年末随想

作者：ngf1978

链接：<http://bbs.iyi.com/thread-3426137-1.html>

每一年的年末都想写写自己的感受，毕竟一年要结束了，年纪又大了一岁，这一年的时光过去了，没有留下点痕迹，总觉得对不起生命，对不起生活。

但是无论工作还是休闲娱乐，比我位高的人给予的压力总是让我无所适从。有各种总结需要写，而且没有什么工作业绩的总结，形而上学的总结。因此没有心情写自己的感受，最近听到一位同学罹患脑肿瘤，有点惋惜，要写一写。

为什么说只有一点惋惜呢？因为经历很多，对生死看的很淡。这不是说“生”和“死”不重要，而是认为“生”很重要，生就要认真的对待每一天，努力做好自己，不做亏心事的人。不炫耀，不损人利己，不打击别人，能帮助他人的时候就帮助，做好本职工作。至于死，那是无法避免的事，来了就淡然的面对吧，无法逆转的就不强求了。

今年的个人目标和去年一样，没有实现。我的目标并不好高骛远，没有实现也是

力所不及。自己的努力做到了，运气从来不站在我这一边，所以相信运气也是看一个人的能力，我的能力不够，所以运气不好。凡是靠运气才能解决的问题，都不应该是目标，暂时放弃这个目标吧。

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 75 期答案解析

作者:htchb

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

窦性 P 频率 83BPM，P-P 基本固定。P 波 2:1 固定 P-R 下传。R-R 大致固定，P-R 固定。符合 II° 房室阻滞特征，但均为 2:1 比例，属 2:1 AVB。QRS 宽 0.13 秒。呈右束支阻滞形态，加电轴右偏，I、AVL 呈 rS 型、II、III、AVF、呈 qR 型，R_{III}>R_{II}，心电图 QRS 波形符合左后分支阻滞特征。可以考虑三支阻滞：左前分支 2:1 阻滞，左后及右束支三度阻滞。关于三支的问题，特别与何方田老师及牟延光老师进行了交流，共同的看法，可以报三支阻滞；故心电图诊断：

1. 窦性心律
2. 2:1 二度房室阻滞引发缓慢心室率，提示三支阻滞（完全性右束支及左后分支阻滞，提示左前分支 2:1 阻滞）
3. ST 段改变

责任编辑: ngf1978

2017 年 12 月爱爱医论坛荣誉榜

优秀超版：哥们、踏雪无痕

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、ww2sxy520

蔡 ys、品味淡泊、trg 、andy1087911、草原民间中医、别看资料

良好版主：airen13828、yanqi120、jjmjZy、依秀儿、xzp_dragon、ffxxff770603、songjunrui

爱爱医杂志稿约

各位爱友：

爱爱医杂志自出版以来，受到了大家的广泛关注和热情支持，可以说爱爱医杂志的每一点进步都和爱友们的支持是分不开的。爱爱医杂志以爱爱医论坛为依托，以爱友们的需求为导向，来源于论坛，植根于爱友，大家的临床经验、大家的误诊教训、大家的专业论文、大家的心情故事，都是我们所需求的。为了更好的办好爱爱医杂志，为了使杂志更贴近爱友的需要，根据杂志的栏目设置，特面向全体爱友征稿。

【征稿要求】

爱爱医杂志目前设有刊首语、专家讲坛、人物专访、专业交流（含中医）、病例讨论（含中医）、病例分析（含中医）、专业论文（含中医）、医疗资讯和爱医热点、关注、问卷调查、医网情深、精品展示等栏目，现根据栏目分类，分述征稿要求如下：

一、刊首语：文体不限。要求文字乐观向上，有一定的激励性，可以联系某一阶段的论坛宣传方向及重大事件和季节，旨在宣传论坛，宣扬一种精神。字数要求 400~500 字。

二、专家讲坛：主要针对近 2 年来国内外专家对热点问题的讨论和指南性论文、专著、综述或者会议纪要。要求已公开在正规期刊发表，能提供原文。最好有作者介绍及相应的解读。要求具有实用性，对临床工作有一定的指导意义，字数 2000 字左右。

三、人物专访：文体要求记叙形式，突出人物特点，重点介绍人物的精神及对论坛的贡献。字数要求 800~1000 字。

四、专业交流：内容可以是您的临床经验、误诊误治教训、特殊病例启示、用药验方、老药新用、临床实践方法创新等等，要求文字表述专业、通顺、逻辑条理性强，字数不限。一律使用规范的医学术语。



五、病例讨论：要求选择具有代表性、有助于爱友提升工作能力的完整病例，或者特殊少见的病例。严格按照病历格式书写（比如主诉、现病史、既往史等以及详细的体格检查、诊疗经过、辅助检查等必须写全），方便爱友分析交流。还要提供相应的临床专业总结，以提升理论层次。

六、病例分析：主要是针对临床中、西医方面较复杂病例，或难点病例，或易或已误诊病例进行临床病例讨论，要求有病例简介，体查，必要的辅助检查结果，及发言讨论的内容及总结，内容来源可来自临床病例讨论或爱医论坛专业讨论，投稿时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.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。

