

iiyi www.iiyi.com

爱 爱 酱



2019
金猪纳福

2018年精选合辑

爱爱医

2018 年精选合辑

www.iiyi.com

2018 年精选合辑编委会

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
顾 问： 杨俊标
编 辑： 王颖健 刘现国 刘延红 刘宇峰 李照禄
张常哲 柳 权 殷吉磊 韩希乾 蔡晓刚

联系我们：爱爱医学网

网 址：www.iifyi.com

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

邮 编：519040

联系电话：400-626-9910

投稿信箱：tougao@aiaiyi.com

在线订阅：zz.iifyi.com

特别说明：

杂志内容来源于爱爱医，仅作内部交流使用，请勿商用，否则我们保留相关权利。欢迎业内交流和传播。因编辑均为业余时间义务组稿、审核，虽经多次勘校，纰漏仍在所难免，恳请读者们批评指正。编者审稿能力有限，请来信提醒，我们将及时作出改正。

目 录

刊首语	1
学会善良.....	1
专业交流.西医	2
海绵状血管瘤行肝叶切除术的全程解析.....	2
糖尿病下肢感染的最新治疗要点解析.....	3
青年长期腹泻伴肝功损害，需警惕甲状腺功能亢进症.....	5
2018 年心血管专业领域最新临床标准解读.....	8
发热伴眼睑浮肿时不要忘了这个病！.....	10
先兆流产要不要用黄体酮“保胎”？.....	12
误诊的躁狂症.....	14
护理人员对于阿片类癌痛药物使用与保管.....	16
股骨头坏死非关节置换的治疗体会.....	18
不要小瞧了腰硬联合包里面两个过滤器！.....	19
危险的骨片——记一则顶骨凹陷性骨折病例.....	20
直肠给药过敏一例.....	23
疱疹性咽峡炎引发的惊魂时刻.....	25
超声入门贴——容易误诊的糖尿病尿潴留.....	28
痛风性关节炎问答.....	32
斜弱视治疗的一些看法.....	33
儿童青少年高血压.....	34
超声入门贴——“诡异”的急性尿潴留.....	35
浅谈高位肛瘘的保留括约肌术式和切口的选择.....	38
“外痔疮”图片分析详解.....	41
前牙间隙用树脂关闭.....	46
《诊室的故事》——星星的孩子.....	47
硬膜下血肿误诊 TIA.....	48
误诊误治病例分享——罕见的异位妊娠.....	49
爱爱医原创之痛风系列专题.....	49
“查体”基本功永远丢不掉.....	54
6 个月婴儿发热的真相.....	55
小儿破伤风.....	57
一例有机磷农药中毒治疗体会.....	59
病例故事：“哑巴”病人.....	66
被误诊的一例蛛网膜下腔出血.....	68
夜半惊魂的急性喉炎.....	71
医生帮病人，信任最有效！.....	73
不明原因腹痛一例.....	76
抱歉，最后这次真帮不到你了.....	77
解读“剖宫产后阴道试产指南”.....	80
如何看超敏 c 反应蛋白化验单.....	81
腰部急性感染误诊为腰腿痛.....	83
专业交流.中医	84

踝关节扭伤的针灸治疗.....	84
牙痛的中医辩证论治.....	85
“煨脓长肉、去腐生肌”之中医辨治褥疮.....	86
中医科水肿病诊疗方案总结.....	87
暑湿感冒一例.....	92
针灸闲话之关于肿瘤那些事.....	92
断血汤对内脏出血有奇效.....	94
漫谈胃痛.....	96
分清体质治早泄.....	98
关于刮痧的一点体悟.....	101
认识筋缩，速治颈肩腰腿痛.....	101
浅谈针刀四维辨证论治.....	103
我治腰间盘突出症的经验.....	115
经方医案之一麻黄附子细辛汤.....	115
阴器胀痛治验一例.....	117
中医治疗中风后遗症经验点滴.....	118
我用麻黄的临床经验.....	119
再谈与黑膏药有关的几个问题.....	120
实用外贴疗法小汇编.....	122
脾胃寒湿型睡眠障碍治验.....	123
颈肩腰腿疼痛外敷中药方.....	125
颈椎病治疗心得.....	126
《伤寒论》部分方剂个人整理总结.....	129
冠心病案.....	132
一味徐长卿疗荨麻疹.....	133
病例讨论.....	135
左颈内动脉闭塞致急性脑梗死介入治疗一例.....	135
急性脑梗塞高龄患者行双抗治疗致消化道出血一例.....	138
肺部感染并急性肺水肿一例.....	142
反常栓塞一例.....	147
2型糖尿病并周围神经病变一例.....	149
一例线粒体脑病.....	155
74岁男性，发现肺部结节1月.....	157
肺隔离症合并支气管扩张、肺脓肿一例.....	164
停经39周，阴道流血1小时.....	166
新诊断2型糖尿病胰岛素治疗.....	167
持续低热10天.....	174
反复高热、头痛、肝功轻度异常一例.....	176
突发持续腹痛4天.....	180
妊娠期患病，怎样用药才科学？.....	190
阴茎溃疡一月，尿频，尿急，尿痛20天.....	194
右侧舌下包块1个月余.....	197
腹痛4天，加重6小时.....	200
腰椎间盘突出症患者的死亡.....	204

24岁男性，咳嗽咳痰1周咯血1天.....	209
颈动脉夹层致脑梗死一例.....	216
识草药.....	219
砂仁.....	219
蓝花丹.....	220
翠芦莉.....	221
专业论文.....	222
快速康复外科在腹部外科中的临床应用.....	222
儿童难治性肺炎支原体肺炎26例临床分析.....	230
巨脾切除术加门奇静脉断流术治疗肝硬化门脉高压症、远期临床观察.....	233
医学资讯.....	238
医网情深.....	241
致二十年前开始工作的我们.....	241
父爱如山.....	242
我的爷爷.....	243
愿你遨游远方，回乡仍是少年.....	246

学会善良

落霜
拍打着梧桐叶
浓雾
弥漫着整个城
寒风凛冽中
透着一次次微光

热情
燃烧在东西深处
善良
感化在南北四方
总有人付出
总有人坚强

时间点点而过
微光越发红亮
我们热情
我们善良
我们不惧浓雾落霜
我们期待朝阳

责任编辑：yemengzhe

海绵状血管瘤行肝叶切除术的全程解析

作者：阚文军

链接：<https://article.iiyi.com/detail/412181.html>

肝海绵状血管瘤多为单发，也可多发，左右肝发病率大致相等，中年妇女多见，肿瘤较小时无临床症状，偶于体检时发现，增大后可以出现压迫邻近器官的症状，压迫胃及十二指肠可以出现腹痛、腹胀、上腹部不适，反酸，嗳气；压迫胆道出现梗阻性黄疸、肝细胞损害、乏力、厌油腻；压迫门静脉，出现脾大，腹水。肝血管瘤生长缓慢，病程可达数年至数十年。随着现代诊疗技术的发展，发现率越来越高，手术成功率越来越高，标准手术方式为肝部分切除或者肝叶切除术，术前需要完善各项检查，术后严密观察病情变化，注意事项浅析如下：

手术前注意事项：

1. 常规术前检查，包括血常规、血型、凝血功能、尿常规、肝功能、肾功能、电解质测定、血糖、血脂、甲胎蛋白等，根据检验结果，判断患者的全般状况，能否耐受手术。
2. 胸正位片检查，观察有无心脏扩大，有无肺部感染及肿瘤，如果发现异常情况，必要时行胸部 CT 检查。
3. 心电图检查，观察有无心肌缺血，有无心律失常，必要时心脏 B 超检查，判断能否耐受麻醉和手术。
4. 肝脏 B 超检查，观察血管瘤所在位置，大小，与邻近器官的关系。
5. 肝脏加强 CT 检查，通过造影，明确诊断，观察血管瘤与毗邻血管的关系。
6. 术前 1 小时静脉应用抗菌药物，预防感染。

手术后注意事项：

1. 术后禁食水，持续胃肠减压，绝对卧床，维持水电解质及酸碱平衡，术后 48 小时内静脉应用抗菌药物，预防感染。患者排气后停持续胃肠减压，进流食，口服缓泻药物，避免用力排便，正常排便后改为半流食，逐渐过渡到普食。
2. 术后吸氧，严密监测生命体征变化。
3. 术后严密观察腹腔引流物的色与量，观察有无内出血迹象，如果每小时出血超过 200 毫升证明有内出血，需紧急处理。如果术后 48 小时引流物仍鲜红，提示有持续性渗血。如果 24 小时引流量低于 5 毫升拔除引流管。
4. 术后第二天开始换药，切口远红外线治疗，术后第 9 天拆线。
5. 术后 48 小时雾化稀释痰液，促进痰液排出，避免咳嗽。术前吸烟者需戒烟。
6. 术后每日 2 次膀胱冲洗，48 小时停留置导尿。

7.术后 48 小时无内出血征象即可下床活动，每日逐渐增加活动量，直至恢复正常，术后 3 个月内避免剧烈运动，避免搬运重物，因为 3 个月内仍有出血可能，需时刻注意。

手术方式浅析：

肝海绵状血管瘤如果直径小于 3cm 可以临床观察，如果肿瘤直径超过 10cm，或者 5-10cm 但处于肝缘，或者 3-5cm 但有临床症状既有手术指征，手术方式目前主要包括：血管瘤切除术，血管瘤缝扎术，肝动脉结扎术，微波固化术、肝动脉栓塞术、包含血管瘤在内的肝部分切除或者肝叶切除术等。其中血管瘤切除术适用于血管瘤直径大于 4cm，突出肝表面者；血管瘤缝扎术适用于肿瘤直径 10cm 以内，位于肝脏中心部位者；肝动脉结扎术、微波固化术、肝动脉栓塞术适用于病变广泛，不能切除者，肿瘤缩小后行肝部分切除或者肝叶切除术；包含血管瘤在内的肝部分切除或者肝叶切除术是治疗最为彻底的手术，术后虽有复发可能，但相较于其他手术方式，仍为最彻底的手术方法，只要做到充分术前准备，术中仔细操作，积极处理术后并发症，肝部分切除或者肝叶切除仍为肝海绵状血管瘤手术的金标准。

糖尿病下肢感染的最新治疗要点解析

作者：尤振昼

链接：<https://article.iiyi.com/detail/412109.html>

糖尿病下肢感染的发病率和死亡率较高，感染的重要风险因素，包括神经病变、周围血管病变和血糖控制不佳等。许多患者由于局部感觉迟钝，在感染发生很长时间才有所觉察。自主神经病变，导致的汗液分泌减少，皮肤干燥、破裂，细菌容易经过皮肤伤口进入，到达深层组织而感染。如果同时伴有外周动脉疾病，会导致血液循环障碍，影响溃疡和感染的愈合。而高血糖会损害中性粒细胞功能，降低人体的防御能力。以上多种危险因素，往往使患者迅速发展为愈合缓慢容易继发感染的伤口。

糖尿病下肢感染的治疗，包括伤口的彻底处理、加强营养、抗菌治疗、积极控制感染，以及维持水、电解质平衡等原则。

一、伤口的处理

糖尿病下肢感染局部感染灶的处理，包括对结痂和坏死组织的清理、伤口的清洗，和溃疡的减压。清创术，是采用手术刀、剪刀等修剪坏死组织、去除结痂组织和不能存活组织的首选办法，也能去除没有活力组织中存在的病原体。对于有血管损伤的患者，单纯的切除收效甚微，常需要外科手术的干预。术后使用的伤口敷料，应该能够吸收渗出物，并创造湿润的环境以促进伤口的愈合。伤口的减压是伤口处理的关键，包括使用石膏和其它专用的鞋类等措施。

二、感染标本的培养

对局部组织或者分泌物进行培养，一方面能够找到特异性的致病菌，另外一方面也能及时发现耐药的微生物感染，最好能在经验性抗菌药物开始前，获取到所需要的样

品。比较可靠的样本包括脓肿穿刺的抽出物，以及对溃疡进行坏死组织清创后获得的底部刮除物质。对于并发骨髓炎的患者，骨活检是获取培养标本的首选办法。

三、手术治疗

糖尿病下肢感染中的重度和大部分中度患者，应该请有经验的外科医生会诊，感染并发脓肿、骨或关节广泛受累，或出现坏死性筋膜炎时，需要外科手术清创治疗。除了清创术之外，还可能需要做血管重建，或者截肢等处理。

四、抗菌治疗

根据感染的严重程度及是否存在耐药菌，首先进行经验性的抗菌治疗。后期药物的选择，可根据细菌培养和药敏试验结果再做相应的调整。

1、经验性治疗

轻度的糖尿病下肢感染，可以在门诊服用抗菌药物治疗，所选用的药物应能够覆盖皮肤定植菌群，如链球菌和金黄色葡萄球菌。对于化脓性感染或存在 MRSA 感染风险的患者，应选择覆盖 MRSA 的药物，对累及筋膜的深部溃疡，经验性的抗菌治疗应能够覆盖链球菌、金黄色葡萄球菌、需氧革兰氏阴性杆菌和厌氧菌等。重度感染，比如说有截肢风险的患者，或者伴有全身毒血症状的感染患者，应使用胃肠道外广谱抗生素，抗菌谱也应覆盖链球菌、MRSA、需氧革兰阴性杆菌和厌氧菌。

2、定向抗菌治疗

如细菌培养和药敏试验结果出来，应及时调整抗生素治疗方案，抗菌治疗一定要覆盖毒力较强的菌种。

3、抗菌治疗的疗程

抗生素治疗的持续时间，应该根据个体情况而定。轻度感染通常需要 1-2 周。对于较重的已经清创的感染患者，疗程可延长到 2-4 周。需要截肢的患者，在围手术期已经使用抗生素治疗，如果感染灶已完全清除，可以继续短期口服抗生素治疗，一周就已经足够了。对于伴有骨坏死，手术后仍有残留感染的骨髓炎患者，至少还需要 4-6 周的疗程。

五、支持治疗

其他重要的辅助治疗手段，包括负压辅助的创口闭合技术、高压氧和粒细胞集落刺激因子治疗等，有些治疗方法，有一定的争议。

总之，糖尿病下肢感染的微生物学，因感染的严重程度和受累范围不同而异，抗菌治疗，在经验性使用抗菌药物之前，应留取有价值的标本进行培养。同时，可辅以手术、血糖控制、维持水电解质的平衡、加强营养等综合治疗措施。

青年长期腹泻伴肝功损害，需警惕甲状腺功能亢进症

作者：孙士礼

链接：<https://article.iyyi.com/detail/412098.html>

慢性腹泻是一种常见临床症状，并非一种疾病。是指病程在两个月以上的腹泻或间歇期在2~4周内的复发性腹泻。病因较为复杂，病程迁延。根据病因不同，临床症状多样化，治疗原则各异。

在青年发病人群中，慢性迁延性腹泻长期不愈，见于多种病因，大致可分为全身性疾病、肝胆胰腺疾病和胃肠道疾病。当长期腹泻伴肝功损害时，需警惕甲状腺功能亢进症（简称甲亢）。

甲亢是一种自身免疫性疾病，临床表现并不限于甲状腺，而是一种多系统的综合征。典型表现者表现包括：高代谢症群，弥漫性甲状腺肿，眼征，皮损和甲状腺肢端病。临床容易诊断。临床表现特别注意怕热、多汗、激动、纳亢伴消瘦、静息时心率过速、特殊眼征、甲状腺肿大等。如在甲状腺上发现血管杂音、震颤，则具有诊断意义。临床表现不典型者，临床易于误诊^[1]。近年来发现不典型甲亢有增多趋势。文献报道，甲亢有多种类型：有隐匿型、胃肠型、肝病型、肌型、精神障碍型及淡漠型等容易误诊，甲亢时肝功能损害可有肝细胞型和胆汁瘀滞型两种^[2]。与其它疾病表现类似，诊断十分困难。

下面是笔者遇到的一例长期腹泻伴肝功损害的甲亢误诊病例。

患者，女，32岁，农民。

因反复腹泻5年，加重1月，发现黄疸1周就诊。患者于5年前开始无明显诱因地出现腹泻，排黄色稀糊状便或黄水样便，内无脓血，每日5-6次，不伴发热、腹痛、呕吐等症状，进食可。无其它不适感。病后按“肠炎”治疗，无明显疗效。曾多次到当地医院就诊，查血常规、大便常规、腹部彩超、心电图等无异常。嗣后，因腹泻就诊于多家医院，给予上消化道钡餐未见异常，胃镜提示浅表性胃炎。肠镜检查未见异常。口服多种药物（具体不详）治疗，均未见明显效果。1月前，上述腹泻症状加重，腹泻次数增多，性质同上，每日7-10次不等，虽给予对症处理，收效甚微，腹泻症状迁延不愈，日渐消瘦，体重下降约10kg。曾予“四环素、氟哌酸、阿莫西林胶囊”等抗生素治疗，仍无明显效果。1周前无意中发现巩膜黄染，自觉上腹部有撑胀感，无恶心、呕吐或厌食油腻类食物，无腹痛，自行按“肝炎”治疗，大便略有减轻。

既往身体健康，否认风湿热、关节炎史，无高血压、糖尿病史，无肝炎、结核等传染病及其接触史，无外伤手术及药物过敏史。

生于原籍，未到外地久居或旅游，生活规律。家庭经济条件好。已婚。配偶健康，月经尚规律，量少。夫妻感情好，婚后育1子1女，健康。家族史无特殊。

查体：T36.5°C，P108次/分，R22次/分，BP110/70mmHg。成年女性，发育正常，营养一般，自动体位，查体合作，全身皮肤无皮疹及出血点，浅表淋巴结未触及肿大。头颅发育无异常，眼睑无浮肿，结膜无充血、水肿，巩膜黄染，双侧瞳孔等大等圆，对

光反射灵敏，耳鼻无异常，无鼻中隔偏曲，鼻道通畅无分泌物，各副鼻窦区无压痛，口唇无紫绀，咽部无充血，双扁桃体无肿大，颈软，气管居中，甲状腺无肿大。颈部血管闻及血管杂音，左侧为著。胸廓对称无畸形，双侧呼吸运动相等，节律匀称，语音震颤觉正常，双肺叩呈清音，听诊：两侧肺呼吸音粗，无明显干湿性罗音。心前区无隆起，心尖搏动局限，无震颤，心界不大，心音有力，心率 108 次/分，心律齐，各瓣膜听诊区无杂音。腹部平软，腹壁静脉不显露，无胃肠型，全腹无压痛，未触及包块，肝脏右肋下 2cm，剑突下 2.5cm，边缘较钝，质韧，无触痛，脾未触及，腹水征（-），肝区及双肾区无叩击痛。肠鸣音正常。腹部未闻及血管杂音。肛门及外生殖器拒查，脊柱四肢无畸形，双下肢无水肿，各关节无红肿，活动无障碍，无杵状指（趾）。神经系统查体未见异常。

辅助检查： 血常规：WBC： $10.60 \times 10^9/L$ N：64% L：33% Hb：126g/L PLT：246× $10^9/L$ ；尿、粪便常规无异常；血糖、及生化、心肌酶谱未见异常；血沉 9mm/h；ASO<500IU/ml；CRP 阴性，肝功能轻度异常，总胆红素升高，以间接胆红素升高为主；肾功正常；肝炎标志物：甲、乙、丙及戊肝炎病毒均阴性。腹部彩超提示肝脏增大，胆囊、胰腺、脾、双肾未见异常。心电图：窦性心律；X 线：心肺（-）。

诊断思维程序：

本例有以下临床特点：①青年女性，慢性起病，以腹泻症状为主，后期出现肝大及肝功损害；②既往体健，否认肝炎史；③家族史无特殊；④查体可见黄疸、肝大等体征，其它未见异常，神经系统查体无异常；⑤辅助检查除肝功能损害外，所查项目未见提示诊断的线索。

根据以上特点，本例在早期思维局限在消化系统疾病范畴，但因腹泻病史较长，后期出现了肝功损害，所以，思路需要打开。可从长期腹泻角度思考病因诊断，指导下一步治疗。兹分述如下：

1. 糖尿病：患者无“三多一少”典型症状，而且血糖不高；为慎重计，入院后可以复查或作糖耐量实验排除之。

2. 甲亢：文献报道，甲亢有多种类型：有隐匿型、胃肠型、肝病型、肌型、精神障碍型及淡漠型等，容易误诊，本例应警惕肝病型可能。甲亢时肝功能损害可有肝细胞型和胆汁瘀滞型两种。如在具有肝损害的基础上发现患者具有体重明显下降、多汗、烦躁等甲亢其它表现，应进行甲亢诊断，以防误诊。

3. 自身免疫性肝炎：也称为自身免疫性肝病，是一种特殊类型的慢性肝病。其性别、年龄分布与红斑狼疮相似，且常伴有肝外症状，甚至可见“狼疮”现象，因而推测其发病与自身免疫有关。可查自身抗体进一步鉴别。

4. 肝源性腹泻：肝源性腹泻的发病以肝硬化、肝癌最多见，其临床表现无特异性，且易误诊。肝源性腹泻患者肝病症状在前，腹泻症状在后，本例腹泻时间较长，后期才发现肝功能受损，本例腹部 B 超未见肝脏占位性病变，可能性不大。

5. 抗生素相关性肠炎：主要发生于结肠的急性黏膜坏死性炎症，并覆有伪膜。此病常见于应用抗生素治疗之后，故为医源性并发症。现已证实是由难辨梭状芽孢杆菌的毒

素引起，病情严重者可以致死。本例有发生该病的基础，但大便性状不支持。

6. 炎症性肠病：可合并肝功能损害。包括克罗恩病和溃疡性结肠炎。但本例院前曾做过肠镜未见异常，可以排除。

7. 肠结核：绝大多数继发于肠外结核病，特别是空洞型肺结核。据统计，25%~50%的肺结核病人可并发肠结核。本例X线未见异常，可能性不大。

8. HIV相关性肠病：不明原因的慢性腹泻是成人HIV感染的一种临床标志性疾病。的确，在许多情况下，可能缺乏传统的HIV感染危险因素，甚至有详细的性生活史和危险因素评估^[3]。但我们不能就此排除隐匿性感染的可能。需要警惕这种可能性的存在。

9. 肝豆状核变性：是先天性铜代谢障碍性疾病。临幊上以肝损害、锥体外系症状与角膜色素环（K-F环）等为主要表现。本例除肝功损害外，未见到椎体外系症状，肉眼亦未发现K-F环，必要时请眼科会诊，裂隙灯下观察是否有有K-F环。对诊断有帮助。

10. 功能性腹泻：指无任何细菌、病毒感染的腹泻，一般由胃肠功能过强（胃肠蠕动过快）引起，本病是一种表现为不伴腹痛，持续性或复发性解软便、水样便的病症。本例临幊表现类似，但后期出现肝功能损害，不好解释。

后记

入院后请眼科医师会诊，裂隙灯下未见K-F环。进一步查血清自身抗体：抗核抗体、抗平滑肌抗体、抗肝可溶性抗原抗体、抗肝细胞溶质抗原-1型、抗肝肾微粒体抗体-1型均阴性，血清蛋白电泳未见异常；甲功结果如下：放射免疫法：TSH：<0.006mU/L（参考值0.27~4.20），FT4：42.16pmol/L（参考值3.95~6.80），FT3：96.00pmol/L（参考值12~22），T3：7.65ng/ml（参考值1.31~3.10），T4：220.00ng/ml（参考值66~181）。

诊断：甲状腺功能亢进症。给予保肝，按照甲亢常规治疗3个月，腹泻消失，月经规律，量中等。

患者病情并不复杂，病史较长。整个发病过程可以分为两个阶段：

第一个阶段为腹泻阶段。很显然，患者院外的处理以对症治疗为主，由于病因不明，未祛除病因，所以，腹泻症状持续，未收到良好的效果。

第二个阶段为肝功能损害阶段。病程后期的肝功能损害是疾病的进展还是由于前期用药影响需要考虑。

对于一个慢性长期腹泻的患者，从院外的系列检查来看，似乎炎症性肠病、肠结核、肠易激综合征（功能性疾病）、伪膜性肠炎（抗生素相关性肠炎）、HIV肠病可能性较小。本例应考虑全身系统的消化道表现。血生化中血糖正常，初步排除糖尿病；肝豆状核变性据文献报道，临床有脑型、脊髓型与肝性脑脊髓型、骨-肌型以及内脏型与脑-内脏混合型等多种形式，本例虽有肝损害表现，但其它症状与体征缺乏，可能性不大；近年来有文献提到——麦胶性肠病^[4]。该病在北美、北欧，澳大利亚发病率较高，国内很少见。男女之比为1:1.3~2.0，女性多于男性，任何年龄均可发病，发病高峰年龄主要是儿童与青年，但近年来老年人发生本病的人数在增多。对长期腹泻，体重减轻的病例，应警惕小肠吸收不良的存在，诊断麦胶性肠病首先要与其他肠道器质性疾病，胰腺

疾病所致的吸收不良加以鉴别，根据粪脂，胃肠 X 线检查，各项小肠吸收试验醇溶麦胶蛋白等抗体测定，内镜以及小肠粘膜活组织检查可初步作出诊断，然后经治疗试验可说明与麦胶有关，才能最后确定诊断。本例粪便检查未见脂肪球，必要时复查，以防漏诊。

甲亢是重点要排除的疾病，近年来发现的不典型甲亢有增多趋势。应常规进行甲功检测，以防甲亢误诊误治。

小结

甲亢是由于甲状腺合成释放过多的甲状腺激素，造成机体代谢亢进和交感神经兴奋，引起心悸、出汗、进食和便次增多和体重减少的病症。典型发病者容易诊断。但临床表现不典型者，临床易于误诊。本例以长期腹泻为首发表现，后期出现肝功能损害症状，虽就诊多家医院，由于甲亢症状缺乏，围绕腹泻症状开展检查，没有检查甲状腺功能，以致误诊误治，教训深刻！

甲亢治疗有三种方法，抗甲状腺药物治疗，放射碘治疗和手术治疗。本例明确诊断后给予抗甲状腺药物治疗，效果良好，但需要定期复查血常规、肝功及甲状腺功能，定期复诊，以策安全。

[参考文献]

- [1] 傅聿明. 青年人不典型甲亢 38 例临床误诊分析. 临床医药实践, 2003 年, 01: 39-40
- [2] 吴作艳, 王炳元. 甲亢性肝损害. 中国实用内科杂志, 2002, (5): 311-312
- [3] 王清图编译. 不明原因慢性腹泻一例. 好大夫在线
- [4] 陆丽芬, 张晗芸, 潘文胜. 麦胶性肠病病例一例及文献回顾. 浙江临床医学, 2014, 16 (11) :1802-1803

2018 年心血管专业领域最新临床标准解读

作者：贾秋菊

链接：<https://article.iyi.com/detail/412005.html>

2018 年房颤指南较 2015 年增多了以下内容：

1. 房颤的流行病学及危害；
2. 房颤的危险因素和合并疾病的管理；
3. 房颤的卒中预防；
4. 房颤的外科和杂交手术治疗；
5. 特殊人群的房颤，消融治疗；

一、房颤的流行病学及危害：

1. 截至 2010 年，全球房颤患者估测约 3350 万例，年龄校正后，患病率为男性 0.60% 女性 0.37%。年龄校正后发病率为男性 0.78%/年女性 0.60%/年。年 40 岁以上房颤患病风险分别为男性 26%女性 23%；

2. 房颤的危害，除了熟知的脑卒中，血栓栓塞，心肌梗死，心衰之外，肯定了房颤会导致认知功能下降，痴呆，肾功能损伤；

3. 分类中增加了沉默性房颤，即无症状房颤。

4. 房颤的临床评估指南中提到了新的检测方法智能手机手表血压计用来识别无症状房颤；

二、房颤的危险因素和合并疾病的管理

可干预危险因素：高血压，糖尿病，心梗，瓣膜病，COPD，慢性肾病，肥胖，运动睡眠，呼吸暂停，甲状腺功能异常，吸烟饮酒；

不可干预危险因素：年龄，性别，种族，身高，家族史，基因以及一些实验室指标；

对可干预因素进行管理是房颤整体管理的重要组成部分。

三、房颤的卒中预防

抗栓药物选择抗栓强度的波动影响华法林的疗效，频繁监测凝血功能影响患者长期治疗的依从性，因此建议健全房颤门诊或抗凝治疗门诊，由专科医师接受抗凝治疗房颤患者进行管理及家庭监测均有助于在一定程度上克服局限性。

NOAC 即新型口服抗凝药可以明显减少脑卒中和非中枢性血栓栓塞 19%，出血性脑卒中下降明显，全部死亡率降低，颅内出血减少一半，但消化道出血略有增加，应同时口服质子泵抑制剂。对于华法林抗凝强度不稳定房颤患者，NOAC 在保障有效性的同时，减少出血的作用更明显。

四、房颤的外科和杂交手术治疗

为 2018 年指南新增内容，主要介绍了迷宫手术，心脏外科手术同期房颤消融的现状，微创外科房颤手术及房颤的内外科手术的内容，并给出了证据级别。

五、特殊人群的房颤，消融治疗

1. 老年人：老年患者心导管消融是可以考虑的治疗方案 IIa 类，证据级别 B；

2. 运动员 选择导管消融对运动员患房颤是合理的 IIa 类，证据级别 B；

3. 肥厚型心肌病 抗心律失常药物可用于预防 HCM 患者的房颤复发，可予以胺碘酮与 β 受体阻滞剂或非二氢吡啶类钙离子拮抗剂联用，IIa 类，证据级别 C；

4. 年轻人对于年龄低于 45 岁的房颤患者，导管消融是合理的选择 IIa 类，证据级别 B；

5..心力衰竭：2015 年，指南中为 I 类推荐，2018 年指南中更改为 IIa 类推荐；

6.预激综合症与 2015 年指南一致。

发热伴眼睑浮肿时不要忘了这个病！

作者：孙士礼

链接：<https://article.iiyi.com/detail/409287.html>

传染性单核细胞增多症是儿科临床常见的由 EB 病毒引起的急性或亚急性传染病。临床表现常缺乏特异性，近年来 IM 病程中伴发眼睑浮肿逐渐引起重视，并被视为 IM 主要症状之一，典型病例临床诊断并不困难，病变可累及全身各个系统，临床表现多样，在儿科并不少见，并有逐年增多趋势。

小儿发热未退，又现眼睑浮肿。酷似脓毒血症，呼吁大家理清。

一、病例回顾：

一般情况：患儿男，2 岁，学龄前儿童。

主诉：发热 3 天，发现双眼睑浮肿 1 天。

现病史：患儿于 3 天前无明显诱因出现发热，体温 39.5℃，伴头痛，无畏寒、寒战，无抽搐，无流涕、咳嗽，无呕吐，无腹泻，口服“小儿退热药（具体不详）”，体温下降至正常，1 天后复又发热，体温达 40℃，仍无咳嗽、咳痰症状，无惊厥发作，家人发现患儿眼睑浮肿，今为进一步治疗来我院就诊，门诊以“1.急性上呼吸道感染；2.眼睑浮肿原因？”收入院。患儿自发病以来，精神可，食欲可，小便正常，大便略稀，一日 2-3 次，量不多。

既往史：既往身体健康，无肝炎、结核等传染病史及传染病接触史，无外伤、手术史，无输血史，无药物、食物过敏史，按计划接种卡介苗、乙肝疫苗，脊髓灰质炎疫苗，百白破疫苗等。

个人史：患儿系第 1 胎第 1 产，足月顺产，出生情况良好，无窒息抢救史，生后母乳及奶粉混合喂养，未添加辅食，生长发育顺序正常，营养、发育、智力同健康同龄儿。

家族史：父母均健康，非近亲婚配，否认家族中遗传病史及传染病史。

入院体检：T：39.2℃ P：136 次 / 分 R：30 次 / 分 Wt：14.0Kg 男性患儿，发育正常，营养一般，神志清，精神不振，自主体位，查体不合作。全身皮肤粘膜未见黄染、皮疹及出血点，卡疤不红。左侧颈部扪及 2 个淋巴结，黄豆大小，不粘连，无压痛，余浅表淋巴结未触及肿大。头颅无畸形，毛发分布均匀，双侧眼睑浮肿，眼窝无凹陷，结膜无充血，巩膜无黄染，双侧瞳孔等大等圆，直径 2.5mm，对光反射灵敏。耳廓无畸形，外耳道无分泌物。鼻腔通气畅，鼻翼无扇动。口唇无干裂，口角无疱疹，无口周苍白圈，口腔黏膜光滑，咽部明显充血，软腭可见针尖状出血点、无疱疹及溃疡，双侧扁桃体无肿大，未见膜状物覆盖。颈软，气管居中，甲状腺无肿大。胸廓无畸形，双侧呼吸运动

对称，双肺叩诊呈清音，双肺呼吸音粗，未闻及干湿性啰音。心率 132 次/分，律齐，心音有力，各瓣膜听诊区未闻及杂音。腹部膨隆，两侧对称，腹壁静脉不显露，未见胃肠蠕动波，全腹无压痛及反跳痛，肝脾未触及，未触及包块，叩诊呈鼓音，肠鸣音正常。肛门及外生殖器无异常，无肛门潮红。脊柱四肢无畸形，四肢活动自如，各关节无红肿。肱二头肌反射正常，腱反射、踝反射正常，双侧布氏征、克氏征、巴彬斯基征阴性。

辅助检查： 血常规+CRP+SAA: WBC: $27.3 \times 10^9/L$, N: 58.4% , L: 30.8% Hb: 110g/L, PLT: $214 \times 10^9/L$; CRP: 18.39mg/l; SAA: 432mg/L; EBV-IgM: 阳性。尿常规: (-)。

二、讨论:

IM 早期症状轻且无特异性而易被忽略，比较 IM 各种临床表现的发生率依次为发热、咽峡炎、颈淋巴结肿大、肝脾肿大及皮疹，IM 还可出现双眼睑浮肿，有文献报道双眼睑浮肿发生率为 45.8%，较皮疹高，认为双眼睑浮肿是 IM 重要体征之一，有较重要的临床意义。我国 IM 发病的高峰年龄在学龄前期和学龄期，结合我国儿童 IM 的特点，有人提出下列诊断标准供参考：

诊断标准：①发热时间长，一般维持在 2 周左右，体温波动在 39.0°C 左右，偶亦可高达 40.0°C 。②淋巴结肿大：每一例均有淋巴结肿大，无粘连或压痛，只要为双侧前后颈部，且后颈部较前颈部先现，淋巴结亦可出现在腋窝。③咽峡炎：80%以上患儿出现咽痛及咽峡炎。扁桃体充血、肿大，其上覆盖灰白色假膜，易剥离。④肝脾肿大：发病约 1 周多可触及脾脏 $1\sim3\text{ cm}$ ，伴轻压痛。约 20%病例可有肝肿大，肝区疼痛。⑤皮疹：出现率低于 10%。多在病程 $4\sim10\text{ d}$ 出现。 $3\sim7\text{ d}$ 即消失。⑥实验室检查：血象改变以淋巴细胞增高为主。白细胞总数只中度增加。白细胞分类可见 50%以上为淋巴细胞，且有 10%以上为非典型性淋巴细胞。血清嗜异性凝集反应阳性。EB 病毒抗体测定阳性，或培养出 EB 病毒。但上述诊断标准中，显然没有眼睑浮肿之描述。IM 伴眼睑浮肿的机制，现有资料认为是由于颈部淋巴结肿大，进一步压迫静脉，静脉回流障碍所致。个别眼睑浮肿的患儿可能与 EBV 感染，B 淋巴细胞后引起的肾小管-间质免疫损伤，合并轻微的间质性肾炎有关，临床浮肿多为轻度。该病伴眼睑浮肿者在国内尚缺乏系统报告，尚有待完善资料，以引起临床重视。

发热是临床常见的症状之一，而上呼吸道感染因其部位特殊居于呼吸道疾病之首。本例病初表现很像上呼吸道感染，但仔细分析，接踵而至的表现如颈部淋巴结肿大、咽部针尖状出血点等难以单纯用上感来解释，那么，临床考虑哪些疾病，现结合病史、查体及辅助检查，拟将病因分析如下：

1. 菊池病：也称组织细胞坏死性淋巴结炎。在 1972 年分别由 M. Kikuchi 和 Fujimoto 在日本发现。菊池病症状表现是发热、淋巴结肿大、皮疹和头痛。罕见肝脾肿大和神经系统症状，神经系统症状类似于脑膜炎。有时被诊断为系统性红斑狼疮，结核，淋巴瘤或病毒性淋巴结炎。本例反复发热不退，有颈部淋巴结肿大，不能完全排除。但菊池病患者有淋巴结肿大随发热升高与下降而消长特点，而且血常规，中性粒细胞偏少，低于正常参考值的下限，淋巴细胞计数正常；长期发热的病人，血红蛋白可低于正常，呈轻度或中度的贫血。与本例不符，可以排除；

2.某些特殊病原体感染：比如支原体、衣原体、麻疹、百日咳、腺病毒、巨细胞病毒、EB 病毒感染等。患儿虽有发热，无呼吸道咳嗽症状，而且按程序预防接种，入院后查 MP-AB(-)，可以排除肺炎支原体感染、麻疹、百日咳、衣原体感染等；腺病毒 3 型、4 型、7 型感染时表现为咽结膜热，临床主要表现为发热、咽峡炎、结膜炎三大症状。与本例不符，可以排除；

3.血液系统疾病：本例有发热、颈部淋巴结肿大，需考虑何杰金氏病的可能。应该进一步检查排除之；

4.川崎病：是一种以全身血管炎为主要病变的急性发热出疹性小儿疾病。高发年龄为 5 岁以下婴幼儿，男多于女，成人及 3 个月以下小儿少见。临床多表现可有发热、皮疹、颈部非脓性淋巴结肿大、眼结合膜充血、口腔黏膜弥漫充血、杨梅舌、掌跖红斑、手足硬性水肿等。本例患儿无一过性皮疹及其其它体征，似可排除；

5.幼年特发性关节炎（JRA），既往称幼年型类风湿性关节炎，是小儿时期一种常见的结缔组织病，以对称性多关节慢性炎症为其主要特点，并伴有全身多系统的受累的自身免疫性疾病。全身型早期可无关节症状，表现为血象高、反复发热、抗生素治疗无效等表现，与本例类似，但是患者常有肝脾增大等表现，本例需进一步排除。

6.流行性出血热：又称肾综合征出血热。是由流行性出血热病毒（汉坦病毒）引起的，以鼠类为主要传染源的自然疫源性疾病。以发热、出血、充血、低血压休克及肾脏损害为主要临床表现。本例无皮肤黏膜出现、渗出现象，血小板正常，尿常规正常，故可排除。

发热咽红似上感，血象异常莫跑偏。眼睑水肿病因多，鉴别诊断仔细谈。

先兆流产要不要用黄体酮“保胎”？

作者：张素菊

链接：<https://article.iiyi.com/detail/411553.html>

对于黄体酮，我们情有独钟已久，似乎从参加工作，师傅带入开始，就一直用到现在，早孕，阴道少许出血或者仅有小腹疼痛，好吧，来一组黄体酮或口服或肌注或阴道置药，死马活马先上了再说。虽然已经有很多观点指出这个东西其实对于大多数早期自然流产来说，没有什么用，但是它不但深入患者心，也在很多医者心中根深蒂固，先兆流产用药必杀技。我们先来看看一个先兆流产的保胎病例：

孕妇基本情况：32岁，职业：农民。

病史：10月28日因阵发性下腹部胀痛1天，门诊拟“早孕，先兆流产”入院。平素月经周期正常，此次末次月经2018年8月22日，10月25日尿早孕试纸检测确诊妊娠，10月27日下午无明显诱因出现下腹部胀痛，呈阵发性，偶有腰酸，无阴道流血等其他症状，休息后下腹胀痛无明显缓解，但也未加重。停经后无有毒物质、放射线接触史，停经约6周后有明显恶心、反胃等早孕反应，无呕吐症状，仍能正常进食。既往无

传染病史及外伤手术史，孕2产1，2005年足月分娩1女孩，2017年IVF妊娠5周稽留流产1次。生活无不良嗜好。无家族遗传病史。

查体 T36.4°C，P74次/分，R20次/分，BP110/78mmHg，身高155cm，体重51kg，下腹部无压痛及反跳痛，外阴有少许色黄分泌物附着，外阴轻度充血潮红，无异物生长，阴道内分泌物色黄，量稍多，质粘，无臭味，宫颈柱状上皮外翻，宫口已产型，宫口无扩张，未见有出血。未做双合诊。

辅助检查：

10月26日门诊B超：宫内早孕，孕龄约8周；子宫肌壁稍低回声团（小肌瘤？），宫颈纳囊。

血检：雌二醇2417.1pmol/l，孕酮85.70nmol/L，血HCG：130871.0mIU/mL。血型A型RH阳性。

白带常规：清洁度III，白色念珠菌+，WBC+++。

尿常规：白细胞+1。

入院诊断：1、先兆流产 2、孕3产1孕9周+4天。

入院后查：血常规、肝肾功能、血糖、电解质、G6PD、凝血四项、甲功五项、乙肝两对半，艾滋病，梅毒、丙肝抗体均无异常。心电图无异常。即予维生素E丸100mg，2次/天、黄体酮胶囊口服200mg，1次/天，及黄体酮注射液20mg肌注，1次/天，孕康口服液20ml，3次/天，进行保胎治疗。至10月30日腹痛腹胀感消退，无阴道流血。继续用药，至11月01日查雌二醇2265.9pmol/l，孕酮118.07nmol/L，血HCG：110980mIU/mL。2018-11-05查雌二醇2795.1pmol/l，孕酮109.84nmol/L，血HCG97973.0mIU/mL；B超示：子宫增大，轮廓清，于宫体前壁探及两个稍低回声团，较大约1.0x0.7cm，边界尚清，尚规整，内回声欠均，余肌壁回声欠均，宫内探及孕囊，大小约5.4x3.5x2.4cm，囊内探及胚胎，头臀长约2.3cm，有心管搏动。宫颈探及数个无回声区，较大约0.5x0.4cm，边界清，规整，后方回声增强。双侧附件回声未见明显异常。提示：1、宫内早孕，孕龄约9周。治疗后已无腹痛腹胀，无阴道流血等症状，予出院。

这个病例的特点：1、既往月经正常。2、仅有小腹胀痛，阵发性，不剧，无阴道流血。2、B超检查宫内胎儿孕周大小与停经时间相符。有肌壁间小的肌瘤，两次B超结果均未提示有宫内积血异常。3、孕酮和HCG查了三次，孕酮值按日期顺序10-28~11-01~11-05分别为85.70、118.07、109.84nmol/L，血HCG入院时130871.0mIU/mL，然后两次复查为渐降。4、治疗：不但口服了黄体酮胶囊，还注射了黄体酮注射液。

看完了病例，你有什么感想？弄明白为什么要用黄体酮“保胎”没有，还口服+注射双管齐下来的？血孕酮值有异常吗？孕酮值为什么是有波动的？HCG为什么下降了？

就此病例，我们要弄明白以下情况：

1、先兆流产的定义：先兆流产指妊娠28周前先出现少量阴道流血，常为暗红色或血性白带，无妊娠物排出，随后出现阵发性下腹痛或腰背痛。妇科检查宫颈口未开，胎膜未

破，子宫大小与停经周数相符。根据这个定义，判断一下这个病例是否已经完全具备诊断“先兆流产”的条件。还要思考一下是否有阵发性的小腹微胀痛就能诊断先兆流产。

2、胚胎着床后 31%发生自然流产，而自然流产发生的原因中，胚胎因素中的胚胎或胎儿染色体异常是早期流产最常见的原因，约占 50%~60%。如果是这方面的原因，那就意味着不管是用黄体酮还是其他什么神药，都不能阻止自然流产的发生，也就保不了胎。

3、患者就诊时孕 9 周左右的时间，这个时候是人绒毛膜促性腺激素的峰值阶段，峰值后检测，hCG 就表现为渐降的一个情况。

4、治疗方面：对于先兆流产，建议是适当休息，禁性生活。黄体功能不全者可肌内注射黄体酮，或者口服孕激素制剂。需要注意“黄体功能不全”才是使用黄体酮的指征。

这一例患者有没有黄体功能不全的证据呢？似乎是找不到充足的证据来判断有黄体功能不足。孕酮在体内是呈脉冲式分泌，血孕酮的测定值波动程度很大，对临床的指导意义不大。也就是说在孕早期通过检测孕酮值来进行诊断先兆流产是没有指导意义的。一般在妊娠早期孕酮的水平在 79.25~92.76nmol/L 范围内提示宫内妊娠存活，妊娠 8~10 周后胎盘合体滋养细胞是产生孕酮的主要来源，妊娠 9~12 周血孕酮约 120nmol/L，但是有 10% 的正常妊娠妇女血清孕酮值是低于 79.25nmol/L 的。所以本例孕妇入院时孕酮 85.70nmol/L，也不能判断是异常的低值。所以可以说是没有诊断黄体功能不全的证据，也就没有充足的使用黄体酮治疗的证据。虽然入院后两次检测孕酮是处于上升状态，但是胎儿存活发育状态下，就算不用黄体酮，孕酮也可以处于上升状态的。

有研究认为在习惯性流产的先兆流产患者的治疗中使用黄体酮可以减少流产发生率，此例患者无习惯性流产史，也不是高龄孕妇，所以用黄体酮的证据也不充分。

根据这些情况，笔者认为这个病例中使用黄体酮是没有足够的依据的。

参考资料：

1. 《妇产科学》第 9 版，人民卫生出版社；
2. 《实用不孕不育诊断与治疗》 陈建明主编；

误诊的躁狂症

作者：许恒参

链接：<https://article.iyi.com/detail/411618.html>

前几天，科里面差一点又出现了一个医疗纠纷：

11 月 20 日晚上 8 点，接到急救电话：临近的县医院（距离 20 公里，但属于邻省），有狂躁病人，急需转院。救护车组快到达医院的时候与患者家属联系：患者正乘坐县医院的救护车在赶往县医院的路上，请我院救护车在县医院急诊科稍等。不长时间，县医

院救护车到达，拉开车门，只见病人被绑在担架床上，不停的挣扎、喊叫。县医院的大夫就同我院急救车随车医生交接：患者 16 岁，1 小时前突发精神失常，呈躁狂状态，有暴力倾向（有抓挠以及撕咬周围人群等动作）。患者十几年前有被狗咬伤病史，受伤后进行了狂犬疫苗的接种。此次发作前无发热，无外感性疾病病史，无外伤史。初步考虑是狂犬病。

狂犬病？随车医生一听就害怕了。狂犬病一旦发生基本上是没的治，况且还具有一定的传染性，一旦被病人抓伤咬伤，很容易造成继发性感染。

况且，狂犬病属于传染性疾病，在现在的法律中，是属地管理，所以应该属于邻省地级市或者省的传染病医院治疗。

根据上述两点，随车医生在听完县医院大夫的交接之后，立即同家属进行交流：患者应该是狂犬病，这个病按照法律是属地管理，应该归属地市传染病医院治疗，我院不能救治，这个病人不能接。病人家属一听就急了：什么医院？有病人不治疗，让病人等死吗？救护车医生一看阵势不对，赶紧跑上救护车，紧锁车门，只留了一点点车窗，与外面的家属进行交流。双方关于救护车是否转运病人的问题进行了近半小时的交涉，没有达成一致。无奈，救护车医生拨打 110，寻求警察帮助。警察听完救护车医生介绍之后，拦住家属，让救护车返院。

救护车返回之后，将上述情况向科内同事说明，大家既为救护车的危险担心，又为家属的不理智行为感到愤怒。

然而，时间不长，抢救室来了一个病人：五花大绑，大喊大叫。询问病史，正是救护车出诊的那个病人：病人家属自己用车送到医院来了。既然来了，那就治疗。

立即给予地西洋注射液 6 毫克肌肉注射，几分钟后，病人进入昏睡状态。查体：T：36.5℃，BP：130/75mmHg，心肺无异常。双侧巴氏征阴性。化验血常规、肝肾功能均无异常。两小时后，患者清醒，情绪平静，主诉口渴。让家属拿着一瓶水在其面晃动，无恐惧感、无抽搐等异常动作。饮水大约 300 毫升后无异常状况。再次询问病史，得知近期在学校学习受挫、并且与同学因小事而发生不快，最近睡眠差。考虑精神疾病：躁狂？遂转至精神病医院继续治疗。后反馈：心理障碍，狂躁发作。

总的来说，这个病人的诊断并不困难。典型的精神疾病。可是为什么差点发生医疗纠纷呢？个人认为原因于有两个：一是救护车医生的感觉错误：过分相信县医院的诊断。二是有恐惧心理，“过分爱惜自己的羽毛”，一听狂犬病吓得连病人都不敢看了。

因为病人家属没有“找后账”，这件事也就这样过去了。但是个人认为这件事很值得思考：

1. 疾病的诊断一定要合情合理，能够解释当前的状况。就那上面的例子来说，虽然出现狂躁状态，但是没有怕水、怕风、怕光等典型的狂犬病症状，所以县医院的第一诊断狂犬病很值得思考。如果救护车的医生能够仔细看一下病人，询问一下病史，应该是不会出现病人家属吵闹状况的。

2. 救护车医务人员尽量要派男性工作者。女性大多数天生胆小，而且自身防御能力较低，出于自身安全考虑，在遇到有暴力倾向的病人、恶劣环境等情况下，就会因为恐惧心理等因素影响的思维判断。

3. 院前急救医生的业务能力一定要加强。院前急救不但是一门独立的二级学科，而且还具有自身的特点：专业知识涉及面很宽广，要覆盖所有的临床学科。现在国内很多医院的急救医生都是其他二级学科的医生轮转，虽然在原来的科室工作很优秀，但是不一定能够完全胜任院前工作，有的医生长期做专科医生的工作，临床思维的角度受到了

限制，就会影响病人病情的判断。在这个事例中，院前急救医生如果能够熟悉狂犬病的诊断要点与鉴别诊断，应该也不会出现误诊。

护理人员对于阿片类癌痛药物使用与保管

作者：焦伟

链接：<https://article.iiyi.com/detail/411213.html>

摘要 癌痛是癌症患者的常见症状之一，镇痛药物的使用是控制癌痛的重要措施之一，规范化使用镇痛药物是缓解癌痛症状的必然要求。本文我院护理工作人员对于癌痛药物在使用与保管方面一些做法。

癌痛是指癌症、癌症相关性病变以及抗癌治疗导致的疼痛，通常属慢性疼痛，是癌症患者的常见症状之一。据 WHO 估计，全球每年有 1 000 余万新发癌症病例，在疾病初期和中期有 35%~45% 的患者经历中度或重度癌痛；在疾病进展期，75% 的患者会经历不同程度的癌痛，其中 25%~30% 的患者将经受严重癌痛^[1]。癌痛使癌症患者遭受癌痛的折磨，如不能得到有效的镇痛治疗将严重影响患者的生活质量以及接受抗癌治疗的信心和意志、失去生活的勇气，而控制癌痛则可改善患者的生活质量。镇痛药物应用得当，80%~90% 的癌痛能得到缓解^[2]。

一、滴定开始

1. 使用三阶梯（阿片类）长效制剂前须滴定。

① 短效制剂：盐酸吗啡片/针、度冷丁

② 长效制剂：芬太尼（多瑞吉）、吗啡缓控释片（美施康定）、羟考酮缓释片（奥施康定）

2. 检查医嘱“疼痛规范化治疗”和“药物知情同意书（镇痛治疗）”

3. 床头挂“疼痛滴定”牌

4. 发放《癌痛健康宣教单》并宣教

5. 用药剂量、方法按医嘱

① 标记正在吗啡滴定的患者

② 记录疼痛分级、用药时间、剂量、用法

6 用药后评估：

① 按静脉给药 15，，皮下 30，，口服及其他途径 60，复评疼痛评分（写在“处理后疼痛”处），

②上述时间点评价“阿片类药物非自控镇痛给药”（选 RASS 评分）

二、滴定结束

1.统计 24H 吗啡总量，按医嘱换长效制剂

2.插入模板：“吗啡剂量滴定结束”根据情况修订

药物	非胃肠给药	口服	等效剂量
吗啡	10mg	30mg	非胃肠道：口服=1:3
可待因	130mg	200mg	非胃肠道：口服=1:1.2 吗啡(口服): 可待因(口服)=1:6.5
羟考酮	10mg		吗啡(口服): 羟考酮(口服)=1.5-2:1
芬太尼	25 μ g / h		芬太尼透皮贴剂 μ g / h, q72h 剂量=1 / 2 × 口服吗啡 mg / d 剂量

三、用芬太尼贴剂使用方法：

1. 使用条件：不能口服且阿片耐受情况下才可用；阿片耐受：口服 \geq 60MG 或吗啡 \geq 20MG 或羟考酮 \geq 30MG 连续使用一周无效

2. 使用方法：贴剂：72 小时更换，膜上写好时间

四、阿片类镇痛药使用原则

首选口服、按时给药、按阶梯给药遵循个体化、注意细节（并发症），减少成瘾性和依赖性，同时把预防和处理阿片类药不良反应作为止痛治疗计划的重要组成部分：每日疼痛评分时询问：便秘、恶心、眩晕，止痛目标坚持 333 原则：①疼痛评分 \leq 3 分 = 2 ②每日爆发疼次数 \leq 3 次 ③每日需要解救药物 \leq 3 次

五、阿片类药物并发症处理

应把预防和处理阿片类药不良反应作为止痛治疗计划的重要组成部分

1. 便秘-多喝水、多吃蔬菜水果、适当运动、缓泻剂
2. 恶心、呕吐-初期发生，用胃复安；
- 3.嗜睡、头晕—初期发生，注意跌倒、
4. 镇静过度、精神异常—减量

5.呼吸抑制-见急救流程，用纳洛酮

6.尿潴留-导尿

7.其他：瘙痒、谵妄、认知障碍、肾功能不全、高血钙症、代谢异常、合用精神类药物等因素的影响。

六、出院随访及宣教

1. 出院说明门诊就医流程和配麻醉药的流程

2. 出院后一周、二周、一月电话随访，每次随访后决定下一次随访.死亡、其他医院就医可停止随访。

3.出院随访记录在随访系统

4.出院宣教：心理与康复的关系,饮食及注意事项,继续药物治疗的注意事项,自我检测及自护措施,家属或陪护的照护教育,复查时间，出现异常情况及时就诊,按药物说明正确保存药物

七、麻醉药品管理

1. 药品防御专用抽屉内，双锁管理，每班俩俩交接

2. 药品使用双人核对，医嘱签名，规范用药登记

参考文献

[1] Goudas LC, Bioch R, Gialeli-Qoudas M, et al. The epidemiology of cancer pain [J]. Cancer Invest, 2005, 25(2): 182-190.

[2] Mercadante S. Predictive factors and opioid responsiveness in cancer pain [J]. Eur J Cancer, 1996, 34(5): 627-651.

股骨头坏死非关节置换的治疗体会

作者：马龙驹

链接：<https://article.iyyi.com/detail/411910.html>

目前治疗股骨头坏死的方法有多种，主要分为非手术治疗和手术治疗。非手术治疗适用于青少年患者，因其有较好的潜在的自身修复能力，随着青 少年的生长发育股骨头常可得到改建，获得满意结果。对成年人病变属 Ficat 分期 I 期或 II 期早期患者，范围较小者也可采用非手术治疗。

非手术治疗

1.一般非手术治疗是首先去除致病因素，如：激素药物；戒酒；停止高压作业。其次注意休息，关节避免负重，应避免关节的主动活动，如关节疼痛明显者，应该绝对卧

床同时给予下肢牵引或理疗缓解疼痛。股骨头坏死的非手术治疗也包括药物治疗，其作用原理为扩张血管、抑制血小板凝集，增加骨组织的血液供应，改善骨组织的缺血状态。同时辅以非甾体类消炎镇痛药。

2. 高压氧治疗 高压氧治疗结合其他非 手术治疗是治疗早期股骨头缺血性坏死的最佳选择之一。

3. 干细胞治疗 近年，随着干细胞工程技术的兴起与发展，股骨头缺血性坏死的治疗又开创了新的领域。

手术治疗

1. 髓芯减压术 髓芯减压术适用于股骨头软骨面未出现大面积塌陷或股骨头损害严重，由于各种原因不适于进行更大手术者。

2. 滑膜切除术 滑膜切除术适用于 Ficat I 期患者，该术式应用较早，现在较少采用。该术式优点是对股骨头及颈部骨质不造成损伤，相对较好的保留了股骨头的完整性。

3. 经股骨头颈交界处开窗灯泡状病灶清出打压植骨术 此手术主要适用于 Ficat II、III 期且病变范围较大的病例。

4. 髋关节融合术 选用髋关节融合术应非常慎重。髋关节术后存在较高不愈合率和延迟愈合率，对于双侧髋关节病变者要保留一侧髋关节功能。此手术能减轻髋关节疼痛，稳定髋关节，适用于长期站立和经常走动的工作者。

5. 带血管蒂骨移植术 带血管蒂骨移植治疗股骨头坏死适用于严重的 Ficat II、III 期股骨头坏死或骨坏死较广泛进行不带血供骨移植不易愈合的股骨头患者。能有效地使股骨头内减压，迅速恢复股骨头内血供、负重区的支持和诱导成骨的作用。移植骨可来自于髂骨、大转子、腓骨等。

股骨头坏死的治疗很多，基本原理均为增加坏死骨组织局部血液供应，诱导骨重建，修复骨组织。个人认为没有一种方法适合所有的股骨头坏死患者。目前比较一致的意见是根据患者不同坏死类型、不同年龄、不同职业要求及不同的经济条件，选择合适的治疗方法。对 股骨头坏死的外科治疗重要的是应该尽早做出诊断，在出现股骨头坏死塌陷前选择有效的治疗方法，以避免或过早实施人工关节置换术。

不要小瞧了腰硬联合包里面两个过滤器！

作者：余培凯

链接：<https://article.iyi.com/detail/411849.html>

椎管内麻醉适合于下腹部和双下肢手术，特别是腰硬联合麻，由于起效快效果满意、又能满足手术时间长的优势，更是广泛应用于临床中。相信各位麻醉同行都知道，在腰硬联合包里有两个不起眼的小配件，没错，就是 2 个过滤器：一个黄色的，一个蓝色的。

其实刚开始接触麻醉的时候，在行椎管内麻醉时候经常把这两个过滤器忽略掉，觉

得就是“两个多余”的东西。直到后来进修了，带教的老师傅跟我说，别小看这两个，其实他们很重要！

后面听老师傅讲解以及查阅资料，发现黄色的过滤能力差一点，蓝色的过滤能力强。蓝色的过滤器适合过滤液体，而黄色的过滤空气。由于蓝色的过滤比较强，所以临幊上我更喜欢用于腰麻抽药过滤（因为腰麻相对严格），而黄色用于硬膜外给药过滤。

很多人一开始会跟我一样想法，为什么要使用过滤器，我们所用的东西不是经过消毒的吗？没错，所用的穿刺包是经过严格消毒，但是打腰麻的时候，我们总得抽药吧，抽药就要打开安瓿，而在打开时候会有细小的玻璃碎掉落液体中，如果这些碎片随着液体推注蛛网膜，岂不是为今后病人恢复情况埋下伏笔？当然，很多时候不一定有事，我们还是要避免这种情况发生。

那么我们该怎么使用这两个过滤器？

过滤器一定要单向使用！也就是说，你用其抽药了就只能抽药，注射了就只能单纯注射用。

不可既抽药又注射，这样只是起到一种作用而已。

蓝色药液过滤器：用于麻药抽药，主要把玻璃碎虑过，而当注射时，去除蓝色过滤器，直接推注入蛛网膜下腔。

黄色空气过滤器：用于硬膜外置管推药，因为蓝色的过滤器已经使用过，所以剩下的只能用黄色的（起码好过没有吧），当然，如果有两个蓝色的过滤器，那就再好不过了。

以上是我个人的经验总结，如有不当之处，请各位老师批评指出，多多指教。

麻醉是一项精密而严格的无菌操作，每一个细节不注意，都可能导致差错和意外发生，我们能做的就是尽量避免，虽然只是两个小小的过滤器，但是它起到的作用远远大过我们的想象。希望大家都能好好使用这两个过滤器！

危险的骨片——记一则顶骨凹陷性骨折病例

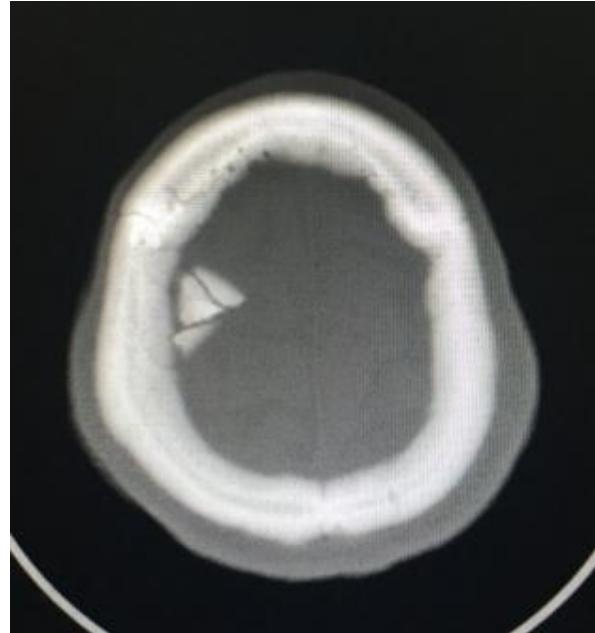
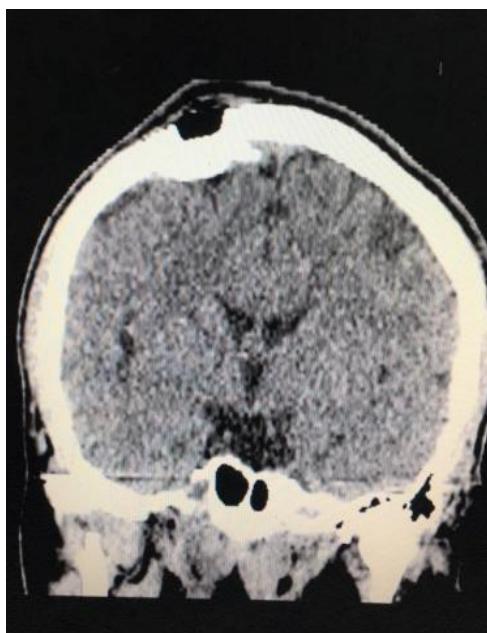
作者：jsdfnicholas

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，所以第一时间看看神志、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，问询了眼科同仁，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。

直肠给药过敏一例

作者：想_拟

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

一般资料：患儿，女，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。

查体：T：39.0°C，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。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：

苦木注射液：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；

莪术油：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呆了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°C，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°C。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，患儿爸爸又来电话了，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静滴，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 生理盐水中静脉滴注，见过敏症状不甚严重，地塞米松注射液就没有入壶。第四组替硝唑注射液输注完毕时，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注射液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注射液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。输液前明确交代患者有不适症状要随时告诉我，可是患者出现瘙痒症状时并未第一时间告知，很晕！

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.iyi.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），两侧膝盖都出血了，遂回家进行消毒处理。18:10分左右还是有些发热，测量体温38.4℃，遂让孩子多喝水。到了18:30，体温已经到了39.2℃，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℃，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左右体温又开始下降，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、一分钟口唇后紫绀、短暂持续后浑身肌肉放松、意识恢复。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日早起床后到本地省立医院（三级甲等）就诊，9:10量体温38℃。因为就诊患者特别多，所以等到大夫接诊已经10:30左右。大夫检查后发现口咽部有滤泡，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。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。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，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。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°C，周身汗出。

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，意识清晰能够对答自如，查看了口腔，发现部分滤泡已经形成溃疡，此时体温已经降至 36.8°C，并且全身都被汗湿。主任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. 痢疾性咽峡炎—确诊。

遂开了下列检查项目，并让家属签了病危通知书。

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日显示肠道71型病毒显示阴性；6月30日显示脑电图正常；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，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

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。

以上就是此次事件的完整记录，之所以把它记下来，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——容易误诊的糖尿病尿潴留

作者：songjunrui

链接：<http://bbs.iyi.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。

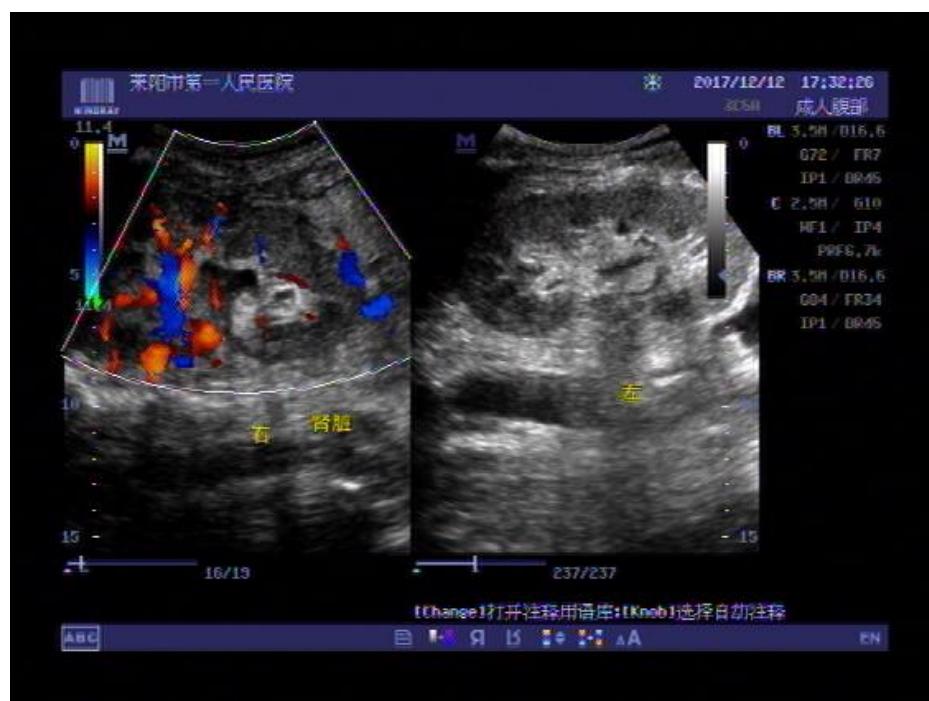
急查快速血糖2.8mmol/L。给予对症处理后，体格检查患者腹部略膨隆，叩诊浊音。临床行腹部B超检查。

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，让护理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，应立即解决尿液引流。因此，除了急诊可解除的病因为外，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.iyi.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，跨外翻。

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缓或麻木，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，导致石头崩塌，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，即使你只喝水，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°C 温度下，和 36.5°C 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。

斜弱视治疗的一些看法

作者：一休医生

链接：<http://bbs.iyyi.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。这里面应该采用的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。

儿童青少年高血压

作者：laogao001

链接：<http://bbs.iyi.com/thread-3419625-1.html>

随着社会压力及饮食模式的改变，高血压的患病年龄有年轻化趋势，儿童及青少年高血压患病率在逐年上升。近年来由于重视对这一部分人群的研究，发现儿童及青少年高血压患病率并不低。资料表明，儿童高血压总体患病率约为3%-5%。

儿童青少年高血压的诊断

迄今为止，国内尚无一个公认的、统一的诊断儿童青少年高血压的标准。由于各国儿童青少年的身体指标不同，其高血压诊断标准各异。学龄前儿童血压大于120/80毫米汞柱，学龄儿童大于130/90毫米汞柱即为高血压。

儿童高血压有什么症状

小儿高血压可以从完全无症状到有严重表现。大多数小儿是在常规身体检查中发现的。轻度高血压也可以有相当隐匿的症状，如生长发育差、易激动、急躁、易疲乏、个性改变、行为异常及注意力不集中等。此外，也有头痛、腹痛、恶心、呕吐及体重下降症状。许多小儿难以区别高血压的症状与原发病的症状。

严重的高血压也可无症状，特别是继发于主动脉缩窄的小儿。但严重的高血压也可引起与成人相似的症状，如抽风、意识变化、视力障碍、包括视物不清甚至失明、局部神经系统异常，如单瘫、偏瘫以及心力衰竭。

儿童得了高血压怎么办

小儿得高血压后，首先要注意尽量使孩子过正常生活，不要总让他想着自己有病，要帮助小儿树立战胜疾病的信心，不要过于紧张或劳累。

其次，要到医院检查高血压的原因。如找不到病因，小儿又较肥胖，又有家族高血压史，则应想到原发性高血压，这时可做血脂检查，如增高，则应控制饮食中的脂肪并减少饭量。

第三，要减少饮食中的食盐量。饮食中食盐过多常是高血压的原因之一。

第四，药物治疗。轻症高血压患儿一般只用一种降压药即可。较重的患儿可联合用

药，具体用药应遵医嘱。

第五，要注意预防小儿高血压危象。如有高血压的小儿诉头痛、视物模糊或抽风时，应赶紧到医院治疗或抢救，或者可以先用镇静药鲁米那及口服降压药心痛定后再送医院治疗。一般，这种情况常在高血压未得到及时控制或者小儿过度紧张、劳累、休息不好时发生。

超声入门贴——“诡异”的急性尿潴留

作者：songjunrui

链接：<http://bbs.iyi.com/thread-3400807-1.html>

漫漫超声路，诊断疾病思路很重要，用我们的爱心，耐心，细心换来患者的安心，舒心，放心！

案例分享：男，86岁，前列腺增生在上级医院行膀胱镜经尿道旋切术后一个月，今天早上到现在未排尿，憋的腹痛而来诊。

超声可见：膀胱极大充盈，前列腺未显示，双肾未见明显异常。脑子在思考既然刚刚前列腺旋切手术，内腺不梗阻就不是前列腺的问题，就只有考虑尿道的问题了。首选考虑术后炎性尿道狭窄？换成小器官探头先扫一下吧。探头先看前尿道就豁然开朗，前尿道舟状窝处可见一直径1cm大的结石，上方尿道扩张。

戴好手套让患者站立对准我们的垃圾桶轻揉尿道结石处，一股高压尿流猛地喷出，差点喷一身。慢慢尿完患者露出了笑脸，我也松了口气，打印报告完美收工。交给临床处理了。





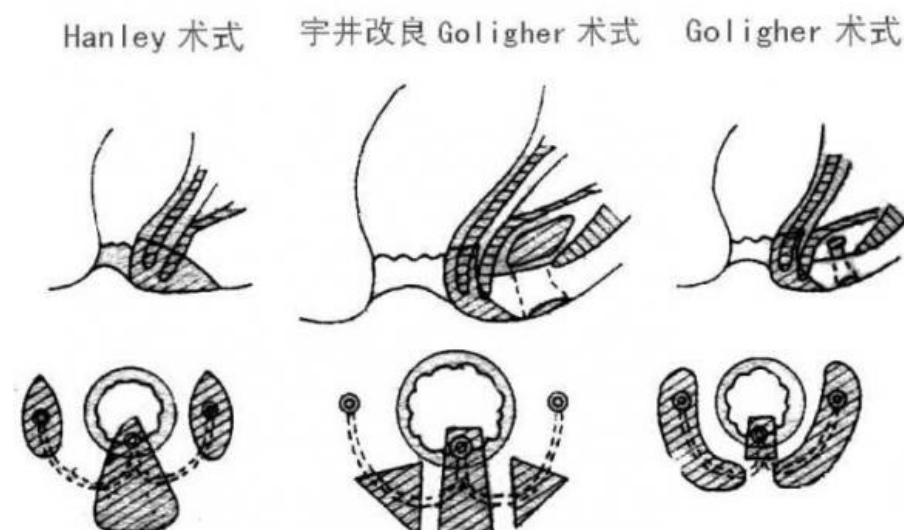


浅谈高位肛瘘的保留括约肌术式和切口的选择

作者：靳新领

链接：<http://bbs.iiyi.com/thread-3230006-1.html>

高位肛瘘的经典术式有 Hanley 术式、宇井改良 Goligher 术式、Goligher 术式，如下



图：

Hanley 术式： Hanley 于 1965 年提出“治疗肛瘘没必要全部切开瘘道”的术式，又称瘘道不全切开术，内口引流术。他针对两侧肌下瘘设计的术式，即所谓坐骨直肠窝蹄铁形肛瘘的手术，此种病例内口多在后正中附近的一侧，手术时将原发内口处瘘道切开引流，并需切开内外括约肌皮下部及肛门后间隙，切口开放。适用于蹄铁形肛瘘。操作方法：在内口周围做一外宽内窄的切口，深至切断内外括约肌皮下部，切开肛门后间隙，搔刮空腔和管道，修剪瘢痕组织，其残留部分亦做多个切口，使瘢痕软化，切除两侧外口多余的皮肤，搔刮管道内坏死组织和肉芽组织，不切开瘘管。通过原发内口的治疗，促进瘘管愈合。**Goligher 术式：** Goligher 主张切开脓肿时仅切除内括约肌不涉及外括约肌，在括约肌外切开两侧脓腔。

宇井改良 Goligher 术式： 后位切口类似 Hanley 术式切口，在靠近后方处切开两侧的脓腔。我们平时常用的开窗留桥和此术式差不多。

总体来讲，Goligher 和宇井改良 Goligher 术式均源自 Hanley 术式，这些保留括约肌的术式主要是保留了外括约肌的浅深部。三个术式只讲了切口的位置和大体深度，没有细致的从解剖角度讲解切口切开的具体深度。

根据 Eisenhammer 的肛腺感染学说和肌间瘘性脓肿理论，加之近几年的盆底解剖新发现，高位脓肿瘘的走行机制如下：1. 肛腺感染→高位括约肌间隙→一侧或两侧的外括约肌深部上方→一侧或两侧的提肌下间隙→一侧或两侧的坐骨直肠窝。（有时候终止于一侧或两侧的提肌下间隙，并不向坐骨直肠窝蔓延）2. 肛腺感染→高位括约肌间隙→Courteny 间隙（肛管后深间隙）→6 点位肛提肌肌板（中缝）→直肠后间隙→骨盆直

肠间隙（狭义）。比较严重的，像整个肛直环都硬化的有可能这两种途径都存在。6点切口：这个切口要到达高位括约肌间隙，高位括约肌间隙是上传下达左右兼顾的中枢性间隙，所以，6点的切口一定要切正，不要斜切。到达高位括约肌间隙的解剖标志是紧贴内括约肌钝性分离。如果高位的腔道到达了骨盆直肠间隙，在6点切口深处要切开外括约肌深部。

6点的切口：是在Minor氏三角切开的，深度可达齿线，齿线上为高位括约肌间隙，低位的切开只损伤了外括约肌的皮下部和内括约肌的齿线以下部分，损伤比较小；为了高位的引流，需要把此切口做大做深，后位可以切开外括约肌浅部到尾骨尖，深部切开大部。下面用两张图片来显示一下需要切开的部分。

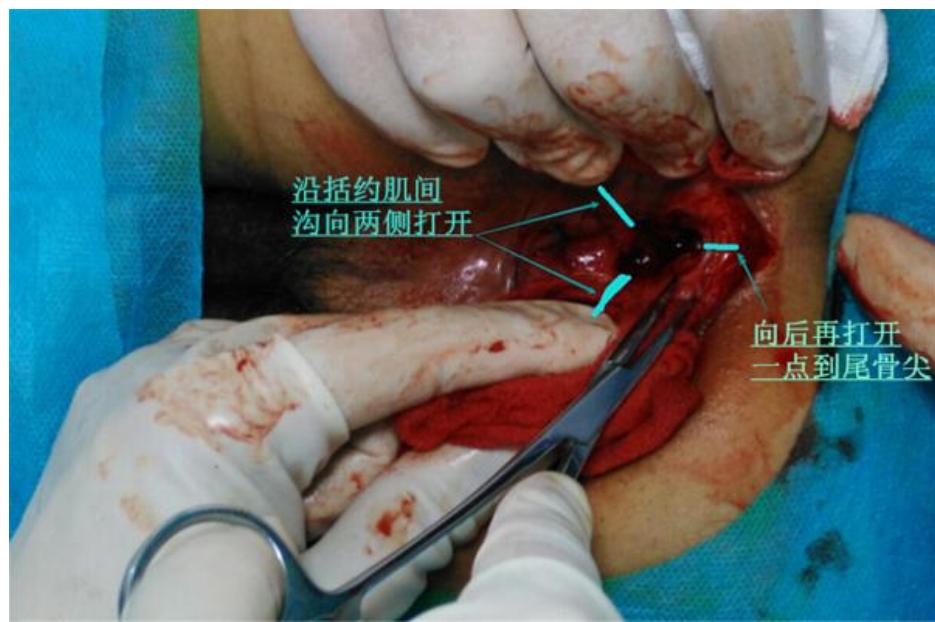
术中显示后位切口很大：



术后显示后位切口有点小：



术中应该再这样切开：



3 点或/和 9 点切口：此切口解决的是提肌下间隙的引流。如果存在肛直环硬化，此处切口要做大。由于提肌下间隙在坐骨直肠窝的内上方，位置较高，二者之间仅存在薄薄的一层坐骨直肠窝隔膜，操作时容易将二者混为一谈，如不细致区分，很容易将要挂到提肌下间隙的浮线滑落挂到坐骨直肠窝，影响引流效果，尤其在脓肿期，由于粗暴操作和对解剖的认识不足，这种现象极为常见，导致提肌下间隙引流不畅，最终形成肛瘘。提肌下间隙示意图：（本例图片来自网络，后位切口有点不规则）。



切开和挂浮线不到位的后蹄铁形脓肿导致成瘘：



总之，切开是最有效的引流方式，所以，做好 6、3、9 点的切口对高位复杂脓肿的手术治疗有着非常重要的意义。

“外痔疮”图片分析详解

作者：liuxxxxbc

链接：<http://bbs.iyi.com/thread-3428645-1.html>

病例一：

患者女性，52岁。

主要病史：肛门外肿物7年，大便便不干净，肛门瘙痒不适一月余。无便血，无疼痛症状。肛门指诊，直肠前壁空虚缺损，范围直径3厘米。直肠后壁可触及索条状肿物。

诊断：直肠前突，肛瘘，混合痔。



这个病人的痔疮，应该分为两部分，肘膝位 6 点痔疮考虑直肠前突引起的（因没有正式命名，这个痔疮就是直肠前突引起。也就是说，有这个痔疮，基本上确定有直肠前突。但是有直肠前突者不一定都有这个痔疮，应该约 10% 直肠前突的病人没有这个痔疮。这个痔疮和直肠前突有关，如果治疗中不治疗直肠前突，就是把这个痔疮切除，过一段时间还会长出来。我把它称作“前突痔”。再看看后位痔疮也就是肘膝位 12 点的痔疮，肿胀不明显，后面有局部皮肤变白的位置是有肛瘘外口。所以这个痔疮和肛瘘有关。治疗中也证实了这个痔疮就是肛瘘引起的。下面是治疗后图片。



这是治疗后图片，前突痔已经治疗，直肠后位肛瘘也已经治疗，我的整个治疗就结束了。大家有没有这样的疑问：患者的“痔疮”治疗了吗？我的回答是没有治疗，但病人已经好了。那么，这个“痔疮”到底是不是真的“痔疮”呢？



这是术后 7 天的照片。



这是术后 30 天的照片。基本恢复得差不多了。当然肛门塑形还需要一段时间。但患者所有症状基本都恢复好了。

病例二：

简要病史：患者女性，32岁，肛门外瘙痒1年余，局部肿胀，偶有便不干净。检查见肛门前后位肿胀，肛门外有分泌物，局部皮肤颜色略黑。直肠指诊：直肠前壁可触及直肠前突缺损薄弱，直肠后壁可触及索条肿物。

诊断：肛瘘，直肠前突。

术前病人的痔疮，也如病例一的一样，分前后两部分，前面和直肠前突有关，也就是说的“前突痔”。后面的还是和肛瘘有关。术中证实了痔疮下面有瘘管走行。这个病人是一个典型的无外口的马蹄形瘘，治疗中完全切开引流，直肠前突也做了修补。

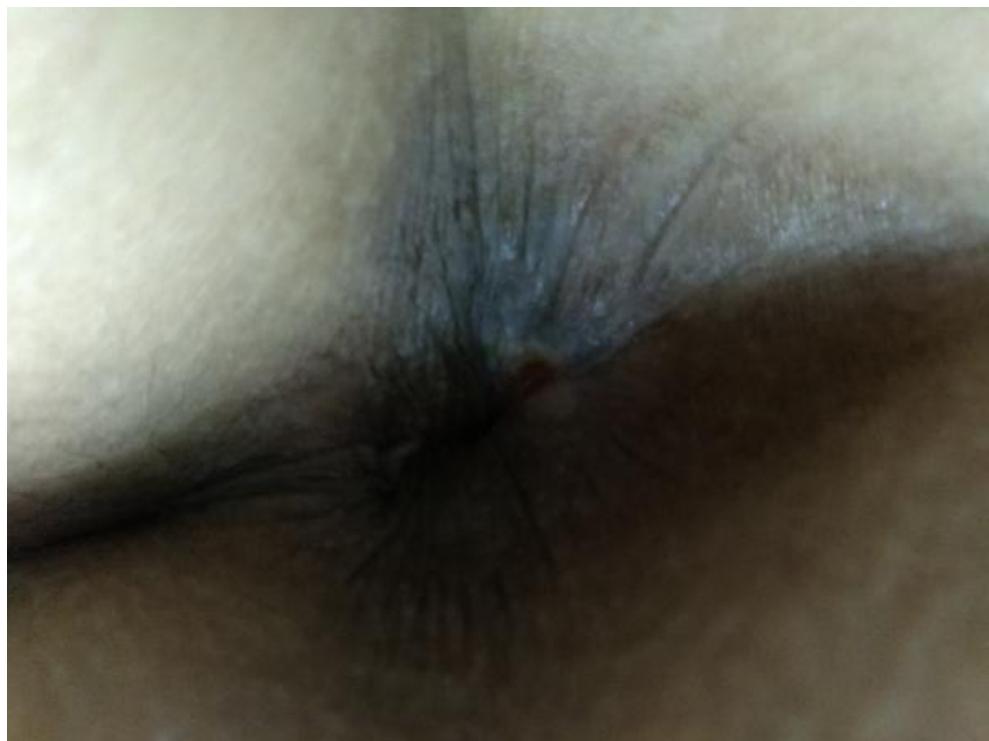
这是术前照片：



这是术后当时照片。



这是术后 30 天照片，基本恢复正常，还有局部未完全愈合，没有分泌物，不存在肛瘘遗留情况。



这种病例很普遍，我们治疗过好多这样的病例，治疗中已经证实：患者前后所谓的“痔疮”，和痔疮本身并没有什么关系！前面的与直肠前突有关，后面的与肛瘘有关。所以我说这个病人没有痔疮，大家还有异议吗？女性病人，前后位痔疮，基本上就是两种可能：一种是直肠前突和肛瘘并存，一种是直肠前突和肛裂并存，也有肛裂位于直肠前突下方的情况。这种病人如果单纯按照痔疮治疗，后果可想而知。为何“痔疮”容易

复发？因为患者得了肛门疾病，并不知道得的具体是哪种疾病，笼统地都认为是痔疮！病人如果仅仅按照痔疮治疗，那么，前面的前突痔过一段时间还会再长出来；但如果肛瘘没进行治疗，后面的“痔疮”也会再长出来，只是可能没有以前大。此时，患者的自觉症状不会消失，就会认为没有治好病，如果再长出来，就认为是“复发”了。其实这种复发就是没有治疗彻底造成的。我写出这两个病例，就是让肛肠医生在治疗时多加注意，更有针对性，减少一些不必要的麻烦和纠纷。

前牙间隙用树脂关闭

作者：师一

链接：<https://bbs.iyi.com/thread-3426756-1.html>

中年女性，上前牙有间隙就诊。建议进行矫正、瓷贴面修复这两项最好的关闭间隙方案，患者考虑时间、价格等因素不同意，最后患者选择树脂关闭间隙。先选择相同颜色的树脂在前牙上直接固化，修理完成后让患者先看看是否满意。待患者满意后去除修复体，用水枪冲洗干净。最后按釉质粘接操作方法分层固化。第一步吹干牙面用30%~40%磷酸酸蚀修复体表面，大约30秒后，先吸去表面胶体磷酸，再洗去表面剩余酸蚀剂水雾冲洗大于30秒，吹干牙体表面，毛刷上蘸取饱满的粘接剂（一般是第五代）在酸蚀的牙齿部位反复涂擦30秒，停5秒最好再涂擦一遍，用气球枪吹匀粘接剂光照20秒；然后选择相同颜色加热的树脂分层固化；最后涂一层阻氧剂光照10秒左右，最好过24~72小时后抛光，因为刚固化的树脂达80%左右。树脂耐磨但是硬度低，用于磨牙颌面的修复最好不用，咬合面的修复最理想的还是瓷体修复，一类洞二类洞最好选择瓷嵌体修复。

患者修复图片：



《诊室的故事》 ——星星的孩子

作者：anne 医生

链接：<https://bbs.iyi.com/thread-3426727-1.html>

都说，儿科是哑科。确实这样，从事儿科工作以来，深切体会到儿科工作的艰辛和无奈！今天，不妨说一个儿童自闭症的话题。自闭症儿童，因有语言交流和社会交往障碍，整天沉浸自己的世界中，被称为“星星的孩子”。

一天，早上上班后，诊室看到的第一个患者就是“星星的孩子”。患儿，男，6岁。这是患者父亲来院第2次复诊。

第1次是在前天，由另一个医生接诊。主因呕吐来诊。不发热，病史由患儿父亲代述。（注：患儿母亲因患儿是自闭症与其父亲离异，无疑给这个家庭和孩子带来的伤害是无形的。）患儿父亲身兼两职，抚养患儿，由于患儿母亲不在身边，患儿父亲说，任何事情，只要孩子一有风吹草动都觉得心惊肉跳。第一天来诊，因发现孩子吃饭呕吐，来院做了腹部彩超，医生说彩超没事。查体孩子不能合作，就给开了醒脾养儿颗粒和多潘立酮两种药物，还用了半支灌肠药物（开塞露）。用药后孩子拉了一点粪便，不多，粪便成形，也不干。回家后服药2次，不见效果，今天来看看到底是啥原因？孩子父亲一边叙述病况，一边说着治疗过程。看过小儿以后，尽管小儿不配合，但是检查时发现患儿腹部稍胀，未见胃肠型和蠕动波，未触到包块，肠鸣音活跃。我说，需要检查一下，由于刚做了腹部彩超，我建议患儿父亲做个血常规+CRP检查。

半小时后，患者父亲把检查结果拿回来了，同时还做了脑电图。我正感觉奇怪，患儿父亲忙解释说，家附近的一个小朋友因为呕吐到医院就诊，做了脑电图，结果是小儿脑炎。怕耽误了孩子，在门诊要求医生开了脑电图也做了一个，结果不正常，您给看看吧。

我接过患儿父亲手中的化验单和脑电图检查结果：血象不高，中性偏高，其它血液成分未见明显异常；CRP高，11.6mg/L（正常值范围0.0-5.0）；脑电图结果为异常范围脑电图。

看着手中的辅助检查结果，我再次询问患儿父亲病史。患儿父亲说，患儿呕吐前曾吃过一个大虾，再没吃其它东西，不发热，无腹泻，进食则吐，吐出来的东西有酸味。反复询问病史，诊断线索不充分。我说，先住院观察一下吧，可能是食物中毒或者急性胃炎。患者父亲同意住院观察。遂入院观察输液治疗。鉴于患儿情况比较特殊，入院后未使用抗生素治疗，给予输液、对症处理，应用碱性药物、西咪替丁、水溶性维生素、氯化钾等药物治疗。患儿输液后症状明显缓解，未再呕吐，精神好了许多。今早来院复诊，其父亲说患儿输液回家后排水样便2次，无脓血。嘱留取粪便标本送检，结果：白细胞少许，隐血试验+，脂肪球+，轮状病毒抗原：阴性。今日照方抓药，再输液1天。

患儿的情形与诺如病毒性胃肠炎类似。诺如病毒感染性胃肠炎诊断主要依据流行病

学资料、临床表现以及从患者粪便和呕吐物中找到病毒颗粒，如采用酶联免疫夹心法或放免法检测粪便中的诸如病毒抗原和血清中的 IgM 抗体，也可采用反转录 PCR 或荧光定量 PCR 检测技术协助诊断。限于医院条件，诸如病毒检测我们基层单位未开展，只是根据临床表现大致推测。目前尚无特效的抗诺如病毒药物，治疗主要是对症治疗或支持疗法。对腹泻严重的病例，尤其是幼儿及体弱者应及时补充液体、纠正水、电解质、酸碱平衡失调。多数患者症状改善，预后良好。

我庆幸没有被脑电图所迷惑，因为脑电图对于诊断儿童癫痫病虽然有帮助，但对小儿脑炎诊断并不特异！患儿本身有自闭症基础症，我当时考虑，患儿做脑电图时不能很好地配合，其结果难以令人信服。所幸对症处理后，患儿病情好转，实在幸甚！

儿童自闭症，这个话题有点沉重。如何带领孩子走出孤独，并非单纯的医学问题，而是一个考验智慧、耐性与爱心的社会问题。

诊室故事多，生命是主角。让爱作音符，谱写生命歌。

硬膜下血肿误诊 TIA

作者：456baojian

链接：<https://bbs.iifyi.com/thread-1778811-1.html>

病案资料：患者男，84岁，因发作性右侧肢体无力1周入院。既往有高血压、冠心病10余年，脑梗塞后遗症3月。近期服用伲福达，血压控制在正常范围。发病后在社区诊断为TIA，给予香丹注射液、低分子肝素钙注射液、阿司匹林缓释片、伲福达（硝苯地平缓释片）、血塞通分散片治疗。治疗当日患者未再出现不适。但次日中午患者输液后下床活动时出现右侧肢体无力，走路向右侧倾斜，2分钟后又自行缓解。因患者反复出现上述症状，来院治疗。入院查头颅CT，提示左枕部、左颞侧硬膜下血肿，中线向右侧移位，多发性脑梗塞，脑萎缩。转外科手术治疗获愈。

讨论：患者既往有脑梗塞后遗症病史，本次出现发作性肢体无力，且可自行缓解。查体右侧鼻唇沟变浅，右侧上下肢肌力V-（均为上次出院后遗留的体征），酷似TIA并在社区按TIA治疗。但入院CT检查查出硬膜下血肿，出乎意料（但也是可以解释的：因患者高龄，脑萎缩，出血后占位效应不明显，故无头痛、恶心、呕吐、血压升高等变化，才使医生产生误解）。类似情况如果不检查头颅CT，继续按TIA治疗，后果不堪设想。

CT检查结果出来后，反复追问患者，才回忆起1月前有头部跌伤史。这在老年人问诊中也是常见情况，因为老年人记忆力差，叙述不清既往出现的问题。

希望引起大家注意——有个疾病酷似TIA，但其实不是。

误诊误治病例分享——罕见的异位妊娠

作者: xinlan518

链接: <https://bbs.iyyi.com/thread-1839420-1.html>(8楼)

患者, 女, 26岁。停经40+天伴下腹不适, 要求妇检。

患者于停经40+天伴下腹隐痛就诊。自测尿HCG阳性, 曾于半个月前口服紧急避孕药。平素月经规律14~30天, 量少, 色暗红, 痛经(-), LMP:(40+天前)。平时白带量多, 色黄, 无异味, 精神可, 饮食睡眠正常, 二便正常, 体重无变化。婚育史: 已婚, G2P1(顺产一次, 人流一次)。

查体: 一般情况可, 心肺(-), 腹平软, 左下腹压痛, 无反跳痛, 肝脾肋下未触及。妇科检查: 已婚已产型, 阴道畅, 白带量多, 呈灰黄色, 有异味, 宫颈居中, 3度糜烂, 子宫压痛(-), 左侧附件区压痛(+). B超检查示宫内早孕(5W), 左侧附件区包块; 尿HCG(+)。

诊断是很明显的, 当天行了无痛人流术, 术中见绒毛胚胎组织。但是过了1周后这名患者又因下腹剧痛伴阴道少量流血3小时入院。入院查B超见盆腔积液50×47mm, 内见混合性回声, 左侧附件小包块, 后穹窿穿刺抽出不凝固血液。遂行急诊开腹探查手术, 术后组织送检确诊为异位妊娠。

讨论: 这名患者应该属于双卵双胎, 只不过一个已经游走到了子宫腔内, 另一个却停在输卵管。这种现象应该算是很少见的, 可是偏偏就发生在我身边。希望引起大家注意。

爱爱医原创之痛风系列专题

作者: 武加标(qinghua2008)

第一篇: 顽疾的历史, 帝王的遭遇(上)

编者按: “痛风”这一古老的疾病, 究竟离我们多远, 先辈们如何认识它、战胜它, 那个年代发生了什么? 有人记录, 没人诉说, 今天我就给大家解读一下它的历史, 相信对今天的我们会有借鉴意义。痛风的出现可以说是源于我们口腹之欲的满足, 源于我们成了欲望的奴隶, 正如尼尔·波兹曼说的那样“毁掉我们的不是我们憎恨的东西, 恰恰是我们热爱的东西”。

在古罗马时期, 当时的作家和医生似乎就开始了解到痛风的机理。“痛风”这一术语来自拉丁语“gutta”, 它意味着“一滴”, 并被解释为“糟糕的体液”对关节的侵蚀。人类对它的首次描述要归功于西医始祖——希波克拉底 Hippocrates (460–375 BC), 他记录了痛风很少发生在绝经前妇女、年轻男孩和太监, 并根据部位来命名痛风, 将大脚趾的痛苦称为“足痛风”(podagra)。“Chiagra”和“gonagra”则是描述手腕或膝盖遭受

痛风的术语。他还记载了痛风易在春秋季节复发。早期对痛风转归的认知是白垩沉积前疾病可被控制，但一旦沉积为痛风石将很难治疗。

罗马医生 Celsus 所写 *De Medicina* (罗马医学文献) 中首次提出痛风一旦发作需立即放血治疗并可以此用做预防措施。盖伦 Galen (130-200A.D.) 被誉为是描述“痛风石”这个术语的第一人。他首次提出血液中一种“特殊有毒物质”是引起痛风的原因，并精确描述了痛风的临床表现演变：“关节开始依次遭殃，疼痛‘咬住’大脚趾，然后累及脚跟前部、足弓，最后脚踝关节才肿胀。但当时人们对痛风的病因并不清楚，患者误以为是其他原因导致的，比如：有些是新鞋不合脚引起的，有些是长途跋涉引起的，甚至有些人认为是发生事故比如被踩踏引起的。

埃及考古学

考古学的发现对分析痛风的发展史颇有帮助。史密斯和琼斯在埃及公墓考古时发现：一老年男性大脚趾中有大量的尿酸沉积，经证实为尿酸盐成分，同时证实埃及木乃伊的肾结石内含有尿酸核。木乃伊的年龄估计大约有 7000 岁，这些研究记录均提示痛风和尿酸结石属于古老的疾病。

拜占庭帝国

拜占庭医师 Alexander Trallianus (525-605, A.D.) 是第一个提出秋水仙治疗痛风有效的人。有人猜测，这里的秋水仙指的是秋水仙叶，即现代秋水仙碱的来源。事实上，这种药物的使用可追溯到公元前 1500 年的埃伯斯伯比书。

17 世纪

“痛风”一词的实际用法来源于德文·维勒哈杜因 (Geoffroi de Villehardouin) 在 2 世纪撰写的“修斯·圣保罗” (Paul Hugues de Saint Paul)，文中描述痛风为“遭受不幸的悲剧”。到目前为止，各国语言 (法语-goutte, 西班牙语-gota, 意大利语-gotta 和德语 - gicht) 都在使用“痛风”一词来描述这种让人备受折磨的疾病。痛风的现代史源于 Thomas Sydenham (1624-1689)，一位有才华的英国医师，他用亲身实践描述了痛风与其他关节炎的区别，并根据自身经验在其著作《痛风与水肿论》一书中做了如下的描述：

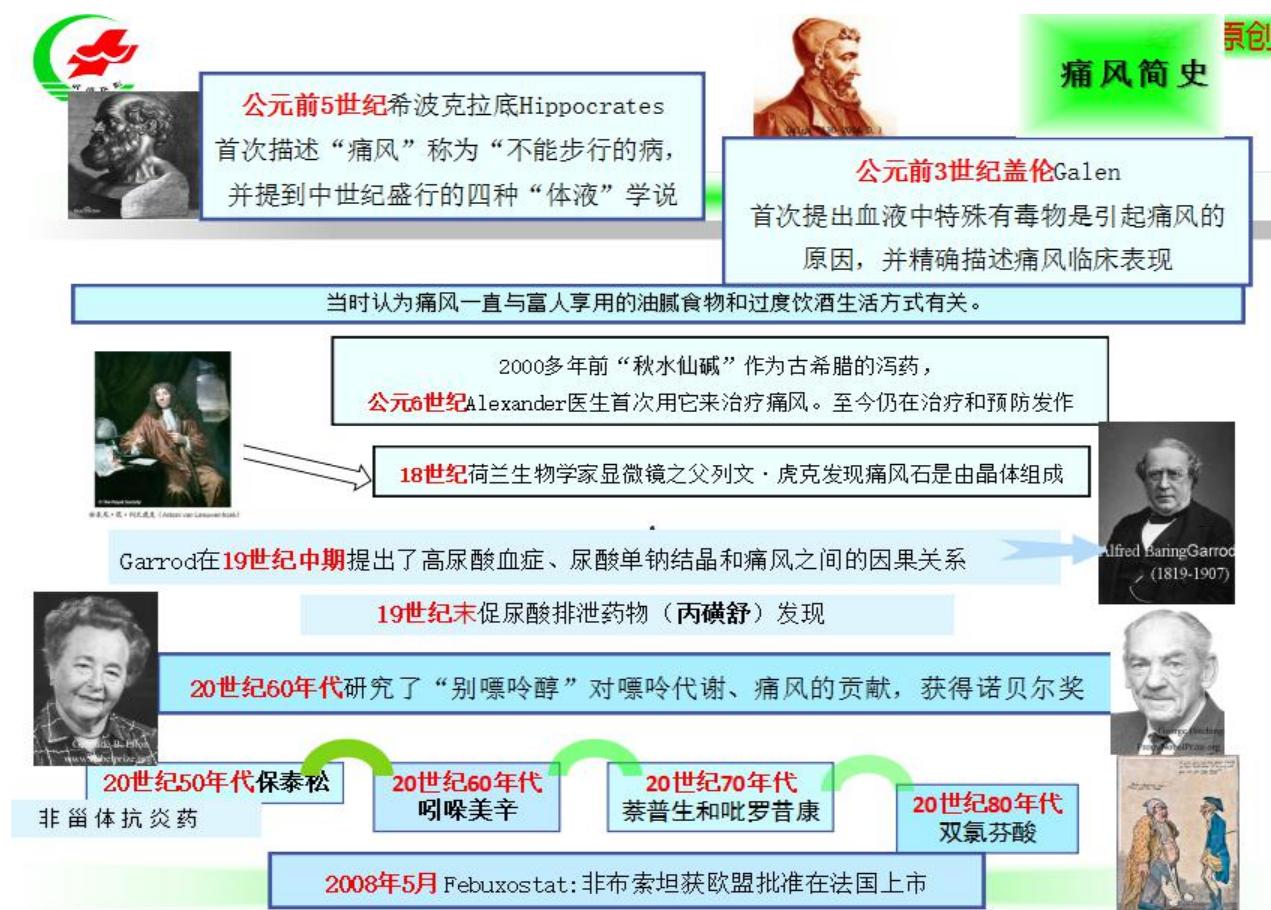
“大概在一月底二月初，突然，疾病毫无征兆地爆发了。首先是发作前几周感到消化不良，沿小腿和大腿有如一阵风掠过的麻木感。接着就在前一天，突然出现食欲异常亢进，吃饱喝足后安然入睡。大约凌晨两点钟，忽然被剧痛唤醒。那种大脚趾处的疼痛就像骨头错位一样，又如同冷水浇铸在疼痛的关节上，并伴随着寒颤和发烧。随着时间的推移，起初缓和的痛苦变得异常强烈，寒颤加剧，愈演愈烈，直到疼痛潜入跗骨和跖骨间，时而感到韧带被剧烈拉扯、撕裂，时而是噬咬般的疼痛，时而又是压迫感和收缩痉挛。患处的感觉如此切肤尖锐，就连被子的重量都难以承受。此时若有人在房间走动发出声响，也会让人感觉忍无可忍。疼痛整夜折磨着自己，想通过改变姿势减轻症状都是徒劳的。”

Sydenham 文中记载了痛风会因暴饮暴食诱发四肢关节疼痛并可伴有低热这一确凿事实。

18世纪

荷兰生物学家、显微镜之父列文虎克（1632-1723）使用显微镜发现痛风石是由晶体组成，但成分未知。William Heberden 的侄子--英国生化学家威廉·沃拉斯顿（William Wollaston）发现尿酸是痛风石的组成部分，而现代人把他的名字 Heberden 与远端指间关节的骨关节炎联系在一起(即为骨关节炎的 Heberden 结节如图)。

当然，这一描述对鉴定白垩的化学成分未提供任何线索，完全靠后来瑞典化学家和药剂师 Carl Scheele (1742-1786)研究的尿酸化学表征。1797年，W.H.Wollaston 也报道了痛风石提取物中有尿酸的表征，标志着痛风的体液理论的结束，同时引入化学假说作为痛风病因的解释的开始。（未完待续）



痛风简史 一图概览

参考资料：

Newcombe,D S Newcombe DS, Robinson DW.《Gout: Basic Science and Clinical Practice》

顽疾的历史，帝王的遭遇(下)

19 世纪

19 世纪中期，Alfred Baring Garrod(1819-1907) 使用 紫尿酸胺试验 “Thread” 试验鉴定出了痛风患者血尿酸水平升高，并在专著《痛风的性质和治疗》（1859 年）中总结如下：

第一，真正的痛风，发作之前和发作之时，尿酸都是呈现异常增多并以尿酸盐的形式存在于血液中，且它的产生是必不可少的。而尿酸是以尿酸钠的形式存在的，血尿酸在体内循环流动但不一定会发病（如在铅中毒情况下）。因此，尿酸盐的存在并不能完全解释痛风发作的原因。

第二，对痛风病理解剖研究无可辩驳地证明了真正的痛风关节炎总是伴随着炎性部位有尿酸钠的沉积现象。（我希望此现象在读者心中留下深刻的印象，因为长久以来一直想要寻找的线索正存在于这个持续沉积之中：这种沉积有其绝对的特定病症，据此可将痛风与关节疼痛区分开来。）

第三，这种沉积是结晶体和间质，且一旦浸润到软骨与韧带组织，沉积便将长久存在。

第四，尿酸钠沉积可看作是引起痛风的原因，而非痛风影响的结果。

第五，痛风发作期间的炎症一般认为源于发炎部位血尿酸盐的系统破坏。

第六，痛风在早期可能累及肾脏，但发展缓慢，最初仅影响肾脏的功能，随后是肾脏的结构；甚至尿液成分也发生了变化。

第七，在发作之前，血液中的杂质（主要由于尿酸钠盐的存在）很可能是失常的原因，是痛风发作的罪魁祸首。

第八.排除个体差异性，易患痛风的因素有：人体尿酸生成过多或尿酸在血液中的滞留导致排泄障碍。（证明此条很有意义。易患痛风的原因是不同的，一方面是致病物质的形成增多，另一方面是尿酸在血液中的滞留。若能证明此说法正确，我们便可明白该病即俗称富人和穷人的痛风。）

第九，诱发痛风的原因有：降低血液的碱性条件，或者大幅增加尿酸形成时间，或者短期抑制肾脏的排泄能力等。

第十，只有真正的痛风才会在炎症组织处沉积尿酸盐。

Garrod 的命题为痛风的临床研究奠定了基础。与此同时，嘌呤的生化代谢和药理学方面研究及其与痛风的关系也正如火如荼的有序开展起来。1898 年，诺贝尔奖得主费舍尔（Fischer, 1852-1919）首先确定尿酸是嘌呤化合物，与核酸成分、腺嘌呤和鸟嘌呤有关。1913 年 Folin 和 Denis 用比色法测量血尿酸水平，对痛风的临床和代谢研究提供指导。

在早期发现秋水仙碱可以作为一种治疗痛风的方法后，18 世纪中期，奥地利女皇玛丽亚·特蕾莎的医生安东·斯托克也重新发现这一用途，当时他曾用秋水仙碱来治疗水肿。本杰明·富兰克林（1706–1790）从法国带来了一个名为“Eau d’ Husson”的“仙

丹”来治疗他的痛风，1814年，James Want 确定这一“仙丹”的活性成分即秋水仙碱。因此，富兰克林被归功于把秋水仙碱引进到美国的第一人。

20世纪

20世纪初,科学家提出了用吗啡注射、氯仿擦剂以及阿司匹林来治疗急性痛风发作。大剂量水杨酸药物有助于尿酸排泄,但它副作用太大。20世纪50年代以来推荐用于治疗痛风的非甾体抗炎药物也相继出现,包括保泰松(20世纪50年代)、吲哚美辛(20世纪60年代)、丙酸衍生物:如萘普生和吡罗昔康(20世纪70年代) 和双氯芬酸(20世纪80年代)。

一个多世纪以来,人类在痛风的药物治疗方面几乎没有进展,科学家们一直在致力于研究预防和治疗痛风发作的药物,直到丙磺舒的出现。丙磺舒是由拜尔和他同事合成并作为卡拉酰胺类似物和假定的青霉素分泌抑制剂。该研究目的是找到一种抑制青霉素在肾小管分泌的有机酸抑制剂,以增加这种抗生素的血药浓度并延缓其排泄。随后确定丙磺舒还是许多有机酸的竞争抑制剂,其降尿酸作用是通过抑制肾小球滤过的尿酸盐在肾小管的重吸收。Alexander Gutman 和 Tsai F. Yu 以及 John Talbott 团队对该药治疗慢性痛风石的临床应用作出了巨大贡献。

痛风治疗的下一个重大突破得益于1988年诺贝尔医学奖获得者 George Hitchings(1905-1998)和 Gertrude Elion(1918-1999),他们在20世纪60年代初研究了别嘌呤醇对嘌呤代谢、高尿酸血症和痛风的作用。别嘌呤醇,一种次黄嘌呤类似物,最初被作为抗肿瘤的化学制剂合成。虽然它对实验性肿瘤没有影响,但却被发现是非常有效的黄嘌呤氧化酶抑制剂。别嘌呤醇起初被作为接受6-巯基嘌呤的白血病患者的辅助治疗手段。1963年,杜克大学和宝来惠康集团学者开始了用别嘌呤醇治疗痛风的临床实验,观察到血尿酸水平显著降低。目前该药在临幊上作为降尿酸常规用药,并用于肿瘤放化疗后引起的溶解综合征。随着生化遗传学的出现,1931年Garrod提出这一假设,痛风属于遗传性疾病和新陈代谢酶异常疾病,20年后,Stetten利用嘌呤同位素研究人类尿酸酶的合成过程。Buchanan对嘌呤的从头合成酶进行纯化和表征。Zalkin 和 Smith 扩增嘌呤酶的生化成分。1965年,Lesch 和儿科 Nyhan 首先描述了嘌呤代谢的异常,即次黄嘌呤-鸟嘌呤磷酸核糖基转移酶缺陷,现在以他们的名字命名为“Lesch-Nyhan 综合征”。这一综合征的特征是在分子水平上完全缺乏嘌呤补救酶,后来确定该病是X连锁隐性遗传病。1972年,Sperling等描述了另一个X连锁隐性病症,磷酸核糖焦磷酸合成酶活性升高使得嘌呤过量产生,导致痛风和尿酸结石的发生。现在,对于嘌呤代谢的研究,人类仍然专注于遗传性疾病的早期发现以及人类嘌呤突变体的分子基础的表征的研究。

罹患富贵病的名流

数百年来痛风一直折磨着政治名流、科学家、战士、神学家,艺术家和大文豪们,故被誉为贵族疾病。John Hunter(外科实验病理学创始人),William Harvey(血液循环的发现者),Charles Darwin(现代生物学之父),Carl Linnaeus(瑞典博物学家和医师)和Isaac Newton(数学家和望远镜的发明者)等都是该病的受害者;Lord Howe, Marshal Saxe(波兰和奥地利继承战争的指挥官),Albrecht Wallenstein(波希米亚指挥官),查理曼大帝(神圣罗马帝国的皇帝),还有亚历山大大帝也患有此病。安妮女王(英格兰,苏格兰和爱尔兰王后),比弗布鲁克勋爵(加拿大出生的百万富翁,报刊出

版社和英国议会成员），约翰卡尔文（神学家和作家），本杰明·富兰克林（美国作家和发明家），亚历山大汉密尔顿（美国政治领袖）等政治家也都罹患痛风。许多杰出的艺术家也受此病困扰，包括约翰·米尔顿，约翰·德莱顿，威廉·康格里夫，亨利·菲尔丁，约翰·沃尔夫冈·冯·歌德，塞缪尔·强森，达·芬奇，托马斯·格雷，本·约翰逊，马丁·路德和约翰·韦斯利（福音传教士和神学家）。一些作家转述了他们对痛风的想法：密尔顿在引用合适的食谱来避免疾病的不幸时写道：“以不要太多为原则，要节制你的饮食，此后应以营养为指引而非为了贪嘴暴食之快感。”“痛风，先生”韦勒（Weller）先生说，“痛风是来源于太多的安逸和舒适。”先生，如果你曾患痛风，正如你娶了大嗓门的寡妇，并总是在恰当的时候怒吼一声，你就再也不会得痛风了，这是一个极好的处方呢。先生，我习以为常了，我能保证它驱赶任何由多度欢乐导致的疾病，“在传授了这个宝贵秘密之后，韦勒先生又一次喝光了玻璃杯里的水，疲惫地眨了眨眼，深深地叹了口气，缓缓退去”。

评析：公元前 3 世纪埃及人首次描述了痛风（podagra 专指急性痛风，好发于第一个跖趾关节）；公元前 5 世纪希波克拉底认为“它是不能行走的疾病”。并提出中世纪盛行的四种“体液”学说。因此，古代用放血和清除疗法以恢复体液平衡治疗痛风的方法盛行一时。基于 18 世纪的痛风理论基础----采用有效的药物降低血液中的尿酸水平(通过冲洗或限制血液的产量)消除痛风石，后历经放血、秋水仙碱的应用到使用促排药丙磺舒降尿酸几个阶段。20 世纪中叶，别嘌呤醇（因其抑制尿酸产生）的发现，可以说是在痛风的治疗发展中具有里程碑性的意义。虽然当时没有新药如“非布司他（2008 年 5 月, Febuxostat 是四十年来获得欧盟市场授权的第一种新型痛风药物。它作为一个选择性黄嘌呤氧化酶抑制剂,降低体内尿酸水平,使晶体不能形成）、生物制剂和尿酸酶的出现，更没有“持续达标治疗”的治疗理念，但当时的文献记录也为后续的研究奠定了较为坚实的理论基础。毋容置疑，在空前便利的电子传媒时代和 New Smart Age，我们似乎比任何时候都聪明，也或许比任时代更轻飘，但或许则更要静心思考一下：几千年智慧结晶启迪我们的不只是对痛风的简单认知和治疗，或许正如大文豪狄更斯所阐述的“若你曾患痛风，就要学会节制，如同你娶大嗓门寡妇，总在恰当的时候怒吼一声，你将永远不会有痛风”一样值得玩味和思考。最后，我想说，对于曾经或正在遭受痛风顽疾影响的人，本文几乎可以解答你脑海中所有的困惑和“为什么”，在痛风治疗的战场上，你并不孤单，因为会有你的同伴和你的医生陪你一同战胜它。

“查体”基本功永远丢不掉

作者：旧日足迹

链接：<https://bbs.iyi.com/thread-3442583-1.html>

夜班遇到这样一个患者，女性，67 岁，3 天前主因喘息、气促入院。既往有脑梗死、脑萎缩病史，处于植物人状态，长期卧床；2 型糖尿病，皮下注射诺和锐治疗；高血压病史，间断口服硝苯地平治疗。入院后给予留置尿管，给予抗栓、稳定斑块、扩冠、减轻心脏负荷等治疗，病情好转。夜间接班后心率升至 130 次/分，血压 180/110mmHg，

轻度喘息，双肺呼吸音粗，无明显啰音。给予硝苯地平缓释片 10mg 鼻饲、呋塞米注射液 20mg 入壶利尿治疗后症状减轻，但尿量没增多。于凌晨患者喘息、气促明显，血压再次升至 180/110 mmHg，心率升至 150 次/分，双肺可及干湿性啰音，考虑心衰。急查血气提示：PO₂: 76mmol/L，余正常；血常规、CRP、CPT 稍高；肾功、离子正常；NT-proBNP: 1320pg/ml。给予硝普钠静脉泵入减轻心脏前后负荷，托拉塞米 20mg 注射液入壶加强利尿。后观察患者血压、心率逐渐下降，喘息减轻，但尿量仍不多；测体温 37.5°C，给予注射用赖氨匹林 0.9g 入壶退热，后患者仍有喘息，心率 130 次/分左右，尿量仍不多；嘱护士查看尿管是否通畅，护士给予膀胱冲洗，诉尿管通畅，后再次给予托拉塞米注射液 20mg 入壶加强利尿，观察患者尿量仍不多；给予多巴胺注射液静点泵入，以 2ug 每分钟每公斤体重泵入改善肾循环。患者仍有喘息，尿量不多。后认真查体后发现下腹部膨隆，叩浊音，考虑尿管引流不畅，立即给予重置尿管，引出大量尿液。后患者症状逐渐减轻，但心率仍偏快。

本病例提示：患者夜间心衰发作，治疗基本到位，但后来利尿效果欠佳，检查尿管通畅，利尿后持续尿量不多，查体发现尿潴留，引流不畅。故提示我们在诊疗过程中，仔细认真查体不可缺少，能及时发现问题、解决问题，避免不良后果。

6 个月婴儿发热的真相

作者：anne 医生

链接：<https://bbs.iyi.com/thread-3440113-1.html>

五天两次发热，上感患儿细推敲。

三天两头就诊，婴儿患病母担心。

一例看似并不复杂的发热，却暗藏玄机——

1. 正值五月天，孩子发热可不是什么好事情。因为正值当地手足口病流行，孩子一有发热，父母警惕性都很高，是与否都要来医院看医生。每天，门诊医生最为繁重的工作就是遴选手足口病转到发热门诊去。往往早上开门前就有在门外等着候诊的。

一周前，在门诊上班，接诊了一个 6 个月的孩子。头上敷着退热贴，面色红扑扑的，在母亲怀里正不耐烦地挣扎着。不用问，是个发热来就诊的。虽然看着没有什么不同，经咨询病史可知：患儿 5 天前无明显诱因下出现发热，最高 38.5°C，无寒颤，无抽搐，无咳嗽、流涕。于当地医院就诊，诊断为“上呼吸道感染”，给予退热药物处理，体温时高时低。2 天后，体温恢复正常。期间玩耍自如，吃奶可。

事情并没有结束。

继续询问病史，其母亲称 1 天前，患儿抓耳挠腮、哭闹不安，不吃奶，难于安抚。嗣后，无意中发现左耳流出脓样分泌物，随后哭闹有所好转，为此就诊当地村卫生室，诊断“中耳炎”，给予阿莫西林颗粒抗感染，耳部双氧水冲洗一次。但患儿母亲担心阿莫西林有副作用，执意不用。除喂奶外，给孩子饮水，只是简单作对症处理。因今日再

次出现发热，体温超过 39℃，哭闹不安，时有抓弄左耳部，家长发现左耳仍有脓性物流出，予外敷退热贴后，急来就诊。了解病史、查体后，让患儿母亲带着先查个血。血常规+CRP+SAA 三联检测，发热病人肠道病毒 71IgM 抗体是不能少的。检查结果显示：白细胞明显升高：WBC: $24.30 \times 10^9/L$, N: 73.6%, L: 20.4%, Hb: 105g/L, CRP: 61.99mg/L; SAA: 184.78mg/L；肠道病毒 71IgM 抗体阴性。

请五官科会诊，病史复习，不再赘述。专科检查：鼻部、鼻咽部、咽喉部检查无异常，口咽部、悬雍垂无畸形，软腭运动正常，咽峡粘膜红。咽后壁粘膜充血，有少许淋巴滤泡增生。耳廓两侧无畸形、皮疹、红肿、压痛及牵拉痛，耳屏无压痛；右侧外耳道无狭窄、红肿、压痛、异物及分泌物。左侧外耳道有脓性分泌物，鼓膜紧张部边缘混浊，呈乳白色，活动尚正常。两乳突无红肿、疤痕、瘘管及压痛。初步诊断：上呼吸道感染；急性化脓性中耳炎，建议住院治疗。

2. 作为流行区发热患儿，第一，与手足口鉴别首当其冲。患儿无皮疹，虽来源于流行地区，没有手足口病相应体征表现，而且肠道病毒 71IgM 抗体阴性，暂不考虑。第二，儿科患者发热 5 天以上，应该想到川崎病可能。川崎病是一种以全身血管炎变为主要病理的急性发热性出疹性小儿疾病。常见持续性发热，5~11 天或更久，体温常达 39℃ 以上，常伴有双侧结膜充血，口唇潮红，有皲裂或出血，杨梅样舌，手中呈硬性水肿，手掌和足底早期出现潮红等表现，还有急性非化脓性一过性颈淋巴结肿胀，以前颈部最为显著，直径约 1.5cm 以上，大多在单侧出现，稍有压痛，于发热后 3 天内发生，数日后自愈，发热不久(约 1~4 日)即出现斑丘疹或多形红斑样皮疹，偶见痱疹样皮疹，多见于躯干部，但无疱疹及结痂，约一周左右消退。病程约 10 天后可出现特征性趾端大片状脱皮，出现于甲床皮肤交界处。本例特点显然与之不符，可以排除。第三，患儿发病年龄 6 个月，未明原因反反复复发热 5 天，虽然中耳炎存在，但是 1 岁内发热的婴儿还要想到幼儿急疹的可能，血化验结果可能被中耳炎感染所掩盖，必须继续观察病程，是否出现“疹出热退”特征，否则的话，可以排除。

中耳炎好发于儿童，以婴儿及幼童在冬季多发。急性中耳炎的致病菌多为金黄色葡萄球菌、溶血性链球菌。侵入途径有三条，经咽鼓管、外耳道或中耳。其中由咽鼓管途径感染最多见。急性化脓性中耳炎症状主要是耳痛、流脓，小儿的全身症状比成人明显，可能发热、呕吐等全身症状轻重不一，婴幼儿不能陈述病情，常表现为发热、哭闹不安、抓耳摇头，甚至出现呕吐、腹泻等胃肠道症状。临幊上常易漏诊和误诊，家属也容易忽视，少数病例可能导致鼓膜穿孔。有一部分可能转为分泌物更多的慢性中耳炎，并导致失聪及耳痛。中途停止治疗是急性中耳炎长期不愈甚至转为慢性的原因之一。拖延治疗，后患无穷。颅内并发症如脑膜炎、脑脓肿等，颅外并发症如迷路炎、面神经麻痹等。

小儿急性化脓性中耳炎的治疗原则是控制感染，通畅引流及病因治疗。早期应用足量抗生素控制感染，首选阿莫西林 80-90mg/kg.d；病情严重的须使用阿莫西林-克拉维酸钾 90mg/kg.d；阿奇霉素(第一天 10mg/kg，余下 4 天 5mg/kg)或克拉霉素(15mg/kg.d 分 2 次顿服)；对青霉素耐药肺炎链球菌的可以使用克林霉素(30-40mg/kg.d 分 3 次顿服)；输液使用头孢三嗪(50mg/kg)。鼓膜穿孔后，可行脓液细菌培养及药敏试验，参照结果调整用药。治疗持续 12~14 天是为确保炎症消除及预防后遗症。随后的治疗则根据细菌培养，药敏试验结果和临床过程进行。同时要注意休息，调节饮食并全身支持治疗。

如症状严重，鼓膜明显膨出，经治疗后无明显缓解，可在无菌操作下行鼓膜切开术，以利通畅引流。对缩短病程和防止并发症甚为重要。鼓膜穿孔后应彻底清洗外耳道脓液，局部使用抗生素水溶液滴耳，感染控制后，穿孔多自行愈合。确定炎症消退而穿孔长期不愈转为慢性中耳炎者，可作鼓膜修补术。

3. 思考与启示：

(1) 为什么感冒容易引起中耳炎？

从耳朵的解剖结构来看，耳朵分为外耳、中耳和内耳三个部分。外耳形似喇叭，起传导和收集声音的作用，中耳和外耳以鼓膜相隔，它包括咽鼓管、鼓室、听小骨等，其中的咽鼓管具有平衡中耳腔压力、阻止鼻咽部分泌物和病菌进入中耳、清除中耳腔分泌物的作用。感冒是由病毒或细菌引起的上呼吸道感染，一般以鼻、咽部发炎为主，表现出鼻塞、流清涕、咽痛、发热等症状。感冒后由于炎症作用可使咽鼓管的正常功能减弱或丧失，使感冒时滞留于鼻咽部的大量病菌进入中耳腔，导致中耳炎症的发生；儿童，尤其是婴幼儿的咽鼓管平、管腔短而粗，且小儿免疫系统发育又不完善，使急性中耳炎成为儿童、尤其是婴幼儿极易感染的疾病。

(2) 重视对儿童中耳炎的认识和科普宣传教育工作。对于儿童来说，必须注意感冒时要观察有无耳痛、流脓表现。做到早发现，早治疗，以避免并发症的发生。小婴儿尽量避免感冒，一旦患感冒，应密切观察病情，及时进行干预处理。出现中耳炎症状要正规治疗，中途停止治疗可致急性中耳炎长期不愈而转为慢性中耳炎。拖延治疗，后患无穷，可以引起危险的颅内、外并发症如脑膜炎、脑脓肿、迷路炎、面神经麻痹等。因此，应当重视对儿童中耳炎的认识和科普宣传教育工作。

(3) 指导母亲采取正确姿势喂奶与科学喂奶。来自美国的研究报告称：婴儿平躺着喝水、喝奶，水或奶会向鼻咽方向流入，有导致中耳炎的危险。

(4) 加强对婴儿中耳炎特点的认识。婴幼儿不能陈述病情，常表现为发热、哭闹不安、抓耳摇头，甚至出现呕吐、腹泻等胃肠道症状。临幊上常易漏诊和误诊，因此，临幊医生应当加强对婴儿中耳炎特点的认识。

(5) 抓耳挠腮或抓耳摇头是小婴儿急性中耳炎的常见动作，可给临幊带来某些启示，但需注意该动作的发生还常见于其它疾病，如婴儿湿疹、佝偻病以及耳部其它疾病，需注意鉴别。

小儿破伤风

作者：夜静銮铃

链接：<https://bbs.iyi.com/thread-23323-1.html>

破伤风是因破伤风杆菌侵入伤口后产生毒素而引起的急性感染。这种细菌在自然界中分布很广，泥土和人畜大便中均有存在，它可通过伤口、开放性骨折、烧伤、木刺或锈钉刺伤而侵入人体。新生儿接生时消毒不严，可发生本病。

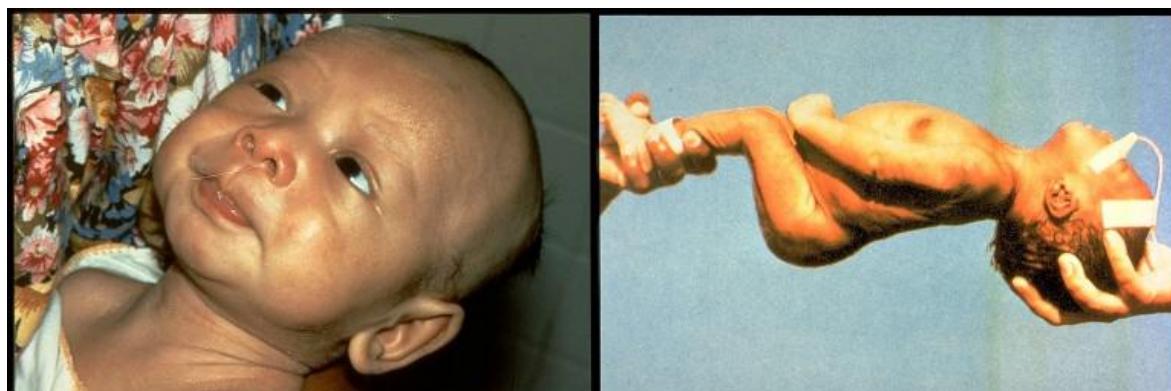
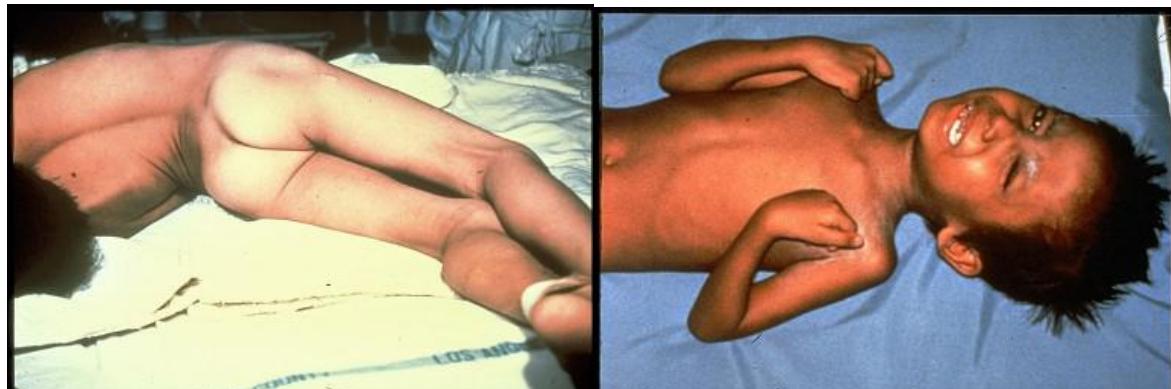
临床表现：一般在伤后 6~10 天发病，也有伤后 24 小时或数周后才发病的。发病时间越短，症状越严重，病人的危险性也就越大。起初先有乏力、头晕、头痛、烦躁不安、打呵欠等前驱症状接着可出现强烈的肌肉收缩。首先是面部肌肉开始，张口困难、牙关紧闭；，表情肌痉挛，病人出现“苦笑”面容；背部肌肉痉挛，头后仰出现所谓的“角弓反张”；如发生呼吸肌痉挛，可造成呼吸停止，病人窒息死亡。这种全身肌肉痉挛持续几分钟不等，间隔一段时间又反复发作。任何轻微的刺激如光线、声响、说话、吹风均可诱发。

须注意的是：破伤风偶有局限型，例如肌肉抽搐、痉挛仅限于创伤或感染部位，或仅有伤肢的肌肉强直，其病情往往较轻。要鉴别：①低钙性搐搦；②狂犬病；③士的宁中毒；④急性癔病和精神病；⑤颅脑及脊髓损伤等。

破伤风的预防：1. 伤口（创面）处理；2. 主动免疫：通过注射破伤风类毒素作为抗原；3. 被动免疫法：包括(1)TAT；(2)人体破伤风免疫球蛋白。

治疗中控制并解除痉挛是综合治疗的中心环节，用药包括：(1)地西泮；(2)氯丙嗪；(3)10%水合氯醛；(4)苯巴比妥；(5)痉挛严重时可静脉注射硫喷妥钠。注意保持呼吸道通畅，病情严重的破伤风患者应早期行气管切开术，保证呼吸道通畅。应用大剂量破伤风抗毒素，以中和体内毒素。青霉素对破伤风梭菌有杀菌作用，加强护理，减少刺激，如患者不能进食，可作静脉营养疗法或鼻饲，必要时输血或血浆。

附上几张图片让大家有个感性认识，最后一张是破伤风杆菌，Nigrosin 阴染标本图。





请注意第一张的角弓反张体位；第二张的牙关紧闭，表情肌痉挛症状；第三张病人出现“苦笑”面容。

破伤风是由破伤风梭菌生长繁殖后产生的外毒素引起的。外毒素有痉挛毒素和溶血毒素两种：1.痉挛毒素是相对分子质量 67.000 的蛋白质，毒力很强， $130\mu\text{g}$ 的纯毒素就足以致命，对神经有特别亲和力，是引起肌肉紧张、痉挛的直接原因。它作用于中枢神经，与灰质中突触小体膜的神经节苷脂（ganglioside）结合，使它不能释放抑制性递质（甘氨酸或氨基丁酸），抑制中枢神经对运动神经元的控制，以致运动神经系统对传入刺激的反射强化，引起特征性的全身横纹肌的痉挛和惊厥。交感神经和神经--内分泌系统也被毒素影响，引起高血压、心跳加快、大汗淋漓，以及外周血管收缩和心律不齐等症状。2.溶血毒素则可引起组织局部坏死和心肌损害。

一例有机磷农药中毒治疗体会

作者：余小笨

链接：<https://bbs.iyi.com/thread-2688433-1.html>

上个月，我们科室收治一例有机磷农药中毒的患者。患者女性，65岁，因琐事与家人生气后自服有机磷农药（敌百虫）20毫升，8小时后，被家人发现送入我院。入院时（2015年11月24日13:10）患者意识模糊，沟通障碍（聋哑人）。立即给予清水洗胃，至洗出液澄清无味。急检血尿常规，心肌三项，肝肾功能，胰腺炎两项，梅毒、艾滋，凝血四项、乙丙肝等项检查。第一次肝功能回报胆碱酯酶 80U/L（正常范围 5400-13200U/L），淀粉酶 610U/L（小于等于 103U/L），血尿常规，心肌三项，肝肾功能，梅毒、艾滋，凝血四项、乙丙肝正常，结合患者病史，查体及辅助检查，诊断为有机磷农药中毒。

治疗：阿托品注射液 2 毫克静注，可以重复给药。本例患者肌注一次（为开放静脉通路争取时间），静脉注射 2 次，随后阿托品注射液 10 毫克加入 250 毫升氯化钠注射液中静点，碘解磷定注射液 1.0 克加入 250 毫升氯化钠注射液中静点，呋塞米注射液 20 毫克静注以促进毒物代谢，保护胃黏膜，补液、防治离子紊乱。清水灌肠。

建立静脉通路后给予血液灌流（持续 2 小时）。随后继续给予阿托品注射液 10 毫克静点，复查肝肾功、离子、血糖，血常规、血脂等项。再次给予碘解磷定注射液 1.0 克静点，阿托品注射液 10 毫克静点。于 21:25 分，复查肝功能，胆碱酯酶 79U/L。总计入院第一天共使用阿托品注射液 35 毫克。碘解磷定注射液两次，共计 2 克。

第二天基本重复上述治疗方案，给予碘解磷定注射液 1.0 克静点一次。阿托品注射液总用量 40 毫克。9:26 分复查肝功能：胆碱酯酶 171U/L。余补液、促进药物代谢、防治离子紊乱，灌肠，血液灌流同前。

第三天治疗基本同第二天。复查肝功能：胆碱酯酶 715U/L。

第四天阿托品注射液 10 毫克静点，碘解磷定注射液 1.0 克静点，阿托品注射液一次 2 毫克，6 小时一次皮下注射。家属放弃继续血液灌流治疗。余治疗同前。

入院 7 天后复查胆碱酯酶 2118U/L。第八天开始将阿托品注射液改为一次 1 毫克，6 小时一次皮下注射。余治疗同前。

性别：女		年龄：65岁	科室：肾内科诊疗区	床号：10	
		病历号：■■■■■		诊断：农	
				备注：	
项目代号	检验项目	结果	参考值	单位	序号
TBIL	总胆红素	8.6	≤20	μmol/L	23
DBIL	直接胆红素	5.6	≤6.8	μmol/L	24
IBIL	间接胆红素	3.0	≤17	μmol/L	25
TP	总蛋白	66.6	65—85	g/L	26
ALB	白蛋白	40.7	40—55	g/L	27
GLOB	球蛋白	25.90	20—40	g/L	28
A/G	白球比	1.6	1.2—2.4		29
ALT	谷丙转氨酶	7.2	7—50	U/L	30
AST	谷草转氨酶	20.6	15—40	U/L	31
AST/ALT	谷草/谷丙	2.86			32
ALP	碱性磷酸酶	103	68—306	U/L	33
GGT	谷氨酰转肽酶	11.0	7—60	U/L	34
ADA	腺苷脱氨酶	4.4	≤19.6	U/L	35
MAO	单胺氧化酶	2.4	1.2—8.8	U/L	36
PA	前白蛋白	357.1	200—400	mg/dl	
CHE	胆碱酯酶	80 ↓	5400—13200	U/l	
TBA	总胆汁酸	1.5	≤10	μmol/L	
LDH	乳酸脱氢酶	232.9	155—300	U/L	
CK	肌酸激酶	90.3	25—196	U/L	
CK-MB	肌酸酶同功酶	24.1	0—25	U/L	
HBDH	羟丁酸脱氢酶	154.3	72—182	U/L	
HCY	同型半胱氨酸	20	≤20	μmol/L	

请医生：■■■■■ 报告时间：2015-11-24 15:17
 明：此检验报告仅对该送检标本负责！

肝功, 血离子 1						
姓名:	性别: 女	年龄: 65 岁	病人类型: 住院	床号:		
		月	病历号: 201511240000000000	诊断:		
			科 室: 肾内科疗区	备注:		
序号	代号	检验项目	结果	参考值	单位	序号
1	TBIL	总胆红素	14.8	≤20	μmol/L	23
2	DBIL	直接胆红素	4.6	≤6.8	μmol/L	24
3	IBIL	间接胆红素	10.2	≤17	μmol/L	
4	TP	总蛋白	62.5	↓ 65—85	g/L	
5	ALB	白蛋白	37.2	↓ 40—55	g/L	
6	GLOB	球蛋白	25.30	20—40	g/L	
7	A/G	白球比	1.5	1.2—2.4		
8	ALT	谷丙转氨酶	7.6	7—50	U/L	
9	AST	谷草转氨酶	21.8	15—40	U/L	
10	AST/ALT	谷草/谷丙	2.87			
11	ALP	碱性磷酸酶	89	68—306	U/L	
12	GGT	谷氨酰转肽酶	9.7	7—60	U/L	
13	ADA	腺苷脱氨酶	0.1	≤19.6	U/L	
14	MAO	单胺氧化酶	4.1	1.2—8.8	U/L	
15	PA	前白蛋白	315.1	200—400	mg/dl	
16	CHE	胆碱酯酶	79	↓ 5400—13200	U/L	
17	TBA	总胆汁酸	1.0	≤10	μmol/L	
18	K	钾	3.79	3.5—5.5	mmol/L	
	Na	钠	134.48	↓ 135—145	mmol/L	
	CL	氯	97.77	96—106	mmol/L	
21	nCa	标准化离子钙	1.07	↓ 1.1—1.35	mmol/L	
22	TCa	总钙	2.14	↓ 2.2—2.7	mmol/L	
申请医生: <u>李伟</u>			报告时间: 2015-11-24 21:23			
声明: 此检验报告仅对该送检标本负责!						

肝功、血癌子

姓名：■ ■ ■ ■ ■

病人类型, 住院

底特律

性別，並

编者说明

七

年龄：65岁 月

科 室：肾内科诊疗区

名物。

序号	代号	检验项目	结果	参考值	单位	序号	代号
1	TBIL	总胆红素	77.7	↑ ≤20	μmol/L	23	APU
2	DBIL	直接胆红素	17.6	↑ ≤6.8	μmol/L		
3	IBIL	间接胆红素	60.1	↑ ≤17	μmol/L		
4	TP	总蛋白	54.5	↓ 65—85	g/L		
5	ALB	白蛋白	33.5	↓ 40—55	g/L		
6	GLOB	球蛋白	21.00	20—40	g/L		
7	A/G	白球比	1.6	1.2—2.4			
8	ALT	谷丙转氨酶	6.9	↓ 7—50	U/L		
9	AST	谷草转氨酶	31.1	15—40	U/L		
10	AST/ALT	谷草/谷丙	4.51				
11	ALP	碱性磷酸酶	75	68—306	U/L		
12	GGT	谷氨酰转肽酶	9.3	7—60	U/L		
13	ADA	腺苷脱氨酶	6.5	≤19.6	U/L		
14	MAO	单胺氧化酶	6.9	1.2—8.8	U/L		
15	CHE	胆碱酯酶	715	↓ 5400—13900	U/L		
16	PA	蛋白蛋白	199	↓ 200—400	ng/dl		
17	TBA	总胆汁酸	3.6	≤10	μmol/L		
18	K	钾	3.8	3.5—5.5	mmol/L		
19	Na	钠	143	135—145	mmol/L		
20	CL	氯	102	96—106	mmol/L		
21	nCa	标准化离子钙	1.25	1.1—1.35	mmol/L		
22	TCa	总钙	2.50	2.2—2.7	mmol/L		

申请医生

报告时间: 2015-11-26 09:54

声明：此检验报告仅对该送检标本负责！

姓名：[REDACTED] 性别：女 年龄：65 岁 月 科 室：肾内科门诊

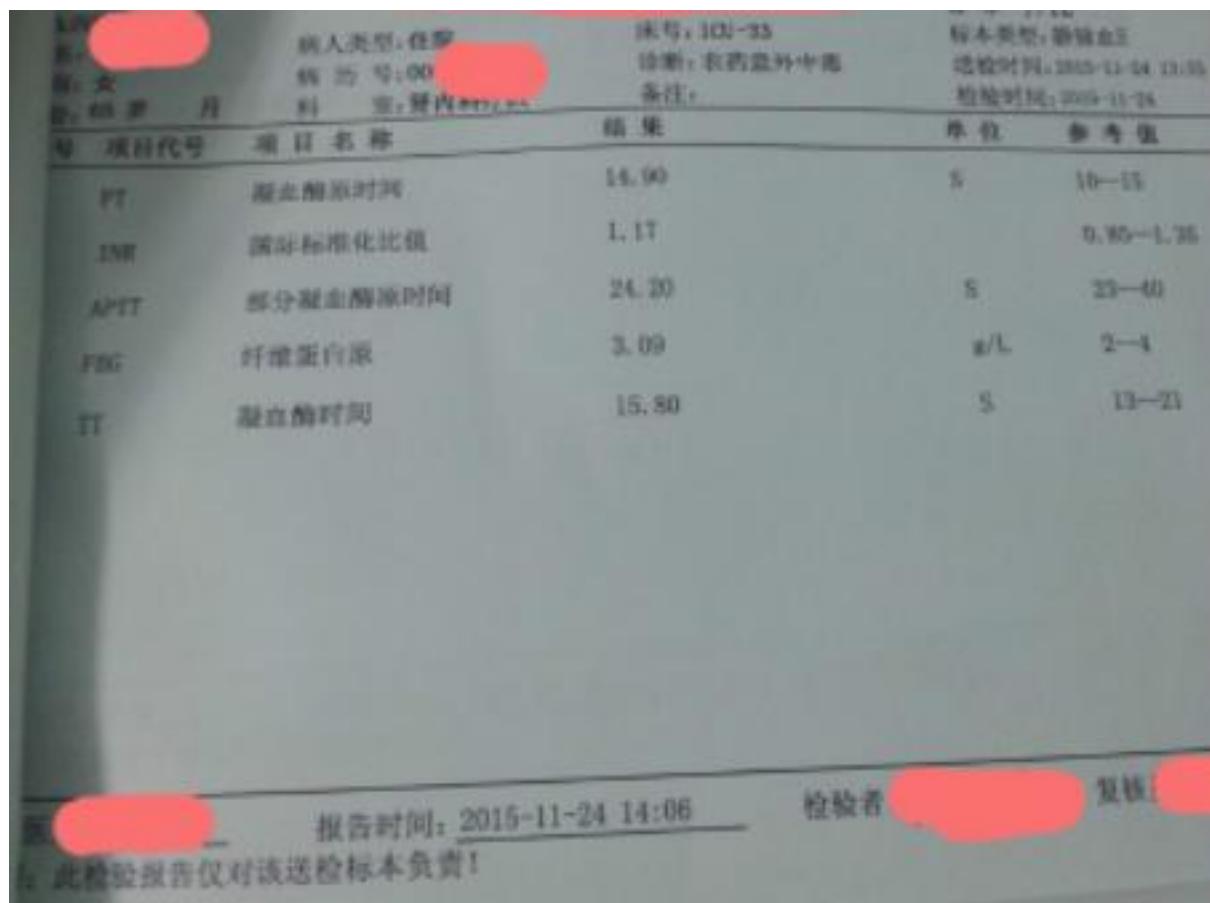
床号：100-33 诊断：农药意外中毒

序号	代号	检验项目	结果	参考值	单位	序号	代号	检
1	TBIL	总胆红素	64.2	↑ ≤20	μmol/L	23	TG	[REDACTED]
2	DBIL	直接胆红素	17.6	↑ ≤6.8	μmol/L	24	ALP	[REDACTED]
3	IBIL	间接胆红素	46.6	↑ ≤17	μmol/L			
4	TP	总蛋白	48.4	↓ 65—85	g/L			
5	ALB	白蛋白	29.3	↓ 40—55	g/L			
6	GLOB	球蛋白	19.10	↓ 20—40	g/L			
7	A/G	白球比	1.5	1.2—2.4				
8	ALT	谷丙转氨酶	6.7	↓ 7—50	U/L			
9	AST	谷草转氨酶	31.3	15—40	U/L			
10	AST/ALT	谷草/谷丙	4.67					
11	ALP	碱性磷酸酶	65	↓ 68—306	U/L			
12	GGT	谷氨酰转肽酶	7.3	7—60	U/L			
13	ADA	腺苷脱氨酶	6.3	≤19.6	U/L			
14	MAO	单胺氧化酶	6.0	1.2—8.8	U/L			
15	CHE	胆碱酯酶	982	↓ 5400—13200	U/L			
16	PA	胆红蛋白	169	↓ 200—400	mg/dl			
17	TBA	总胆汁酸	5.8	≤10	μmol/L			
18	GLU	葡萄糖	4.44	3.9—6.1	mmol/L			
19	K	钾	3.7	3.5—5.5	mmol/L			
20	Na	钠	140	135—145	mmol/L			
21	CL	氯	98	96—106	mmol/L			
22	nCa	标准化离子钙	1.18	1.1—1.35	mmol/L			

请医生 [REDACTED] 报告时间：2015-11-27 09:24
 明：此检验报告仅对该送检标本负责！

肝功 电子化		病人类型:住院		床号:402-5				
姓: ■■■		病历号:000■■		诊断:农药意外				
性别:女 年龄:65岁 月		科室:肾内科诊疗区		备注:				
序号	代号	检验项目	结果	参考值	单位	序号	代号	项目
1	TBIL	总胆红素	8.5	≤20	μmol/L	23	APU	
2	DBIL	直接胆红素	4.7	≤6.8	μmol/L			
3	IBIL	间接胆红素	3.8	≤17	μmol/L			
4	TP	总蛋白	54.2	↓ 65—85	g/L			
5	ALB	白蛋白	31.7	↓ 40—55	g/L			
6	GLOB	球蛋白	22.50	20—40	g/L			
7	A/G	白球比	1.4	1.2—2.4				
8	ALT	谷丙转氨酶	9.0	7—50	U/L			
9	AST	谷草转氨酶	24.1	15—40	U/L			
10	AST/ALT	谷草/谷丙	2.68					
11	ALP	碱性磷酸酶	61	↓ 68—306	U/L			
12	GGT	谷氨酰转肽酶	12.1	7—60	U/L			
13	ADA	腺苷脱氨酶	3.6	≤19.6	U/L			
14	MAO	单胺氧化酶	3.6	1.2—8.8	U/L			
15	PA	前白蛋白	252.9	200—400	mg/dl			
16	CHE	胆碱酯酶	2118	↓ 5400—13200	U/L			
17	TBA	总胆汁酸	1.0	≤10	μmol/L			
18	K	钾	3.0	↓ 3.5—5.5	mmol/L			
19	Na	钠	143	135—145	mmol/L			
20	CL	氯	99	96—106	mmol/L			
21	nCa	标准化离子钙	1.08	↓ 1.1—1.35	mmol/L			
22	TCa	总钙	2.16	↓ 2.2—2.7	mmol/L			

申请医生: ■■■ 报告时间: 2015-11-30 09:35
 声明: 此检验报告仅对该送检标本负责!



病例故事：“哑巴”病人

作者: sgjk301

链接: <https://bbs.iyi.com/thread-3440725-1.html>

2016 年，春夏交接的时候，全科门诊大厅大约有 20 多个病人候诊，诊疗工作正在有条不紊地开展着。随着叫号机一声：“请 00168 号到全科二诊室就诊”，点击查看健康档案为临时档案，且诊疗记录为空，这个病人是首次就诊。

推门而进的是一位 70 岁左右的老爷爷，他看上去有点萎靡，背略驼，正常步伐，我赶紧站起来跟他打招呼，并说：“请坐，有什么帮到你”？

老爷爷没反应。我仔细打量一下他，没有鼻塞流涕，没有咳嗽，身上也没有外伤的迹象，面无表情，不出声，仍然在椅子后面站着不坐下。

难道是遇到哑巴病人了？心里不由猜测。我在白纸上写道：您好！请问有什么帮到您？并再次面带微笑请他坐下。在这个时候，老爷爷一直在慢慢地脱他的上衣，根本不理会我。这下我有点纳闷了，患者到底是什么问题呢？想着这下只能随机应变了。于是我目不转睛地望着他。当他把上衣脱到肋缘的时候，我发现其右肋缘下长了好多一簇簇红色绿豆大小水疱，不融合，疱壁紧张发亮，外周绕以红晕，簇边有几个水疱破裂还流

出液体，周边还有抓痕，各簇水疱群间皮肤正常。

我不假思索地在白纸上写道：“这是带状疱疹，疼痛，有痒，您这有几天了？”然后取笔纸让他回答，就这样问诊。患者就和我写字回答。经过详细询问后没有其它问题，就给他开了处方，让他赶紧穿好衣服别受凉了，并交代他到药房取药。

这时，老爷爷却坐下来盯着我交给他的处方，来了一句：“第一个药是什么作用”？真心把我吓了一跳，老爷爷居然不是哑巴。他告诉我他是一名乡村医生，来深圳没一个月，就得了这个病，自己弄了药后没有效果，仍痛痒……

原来是同行，我就开始从病因病理、临床表现、诊断与鉴别诊断、处理方法、用药理由等方面一一给他作了解释。让其按医嘱用药，由于自己在用药方面作了一些调整，与普通的用药有所区别，难怪老爷爷会问及处方。为了打消他的疑虑，我特地留下自己的电话号码，让他有问题及时联系。

带状疱疹一旦发生在老年人，出现典型皮损之前容易漏诊，而且有时症状不明显。对于老年人来说，由于抵抗力与身体的应激性减弱，容易引起带状疱疹后遗神经痛，常常会给老年人带来比较大的痛苦，所以针对这种情况，我在来诊当天对用药作了调整。

至第二天傍晚时分，我用手机拨通了老爷爷在健康档案上留的电话，就听到一个大嗓门：“你好！谁呀？”

听声音，粗略判断老爷爷精神就不错。我告诉他是昨天开药的医生，问道：“您好吗？现在怎么样了？”

“感谢您啊！现在好多了，不怎么痛痒了，水疱全部干了，谢谢谢谢。”

“不用谢谢，药还是要用完啊”，我提醒说，接着问他：“还有，我不明白昨天来诊时开始为何不说话？”

老爷爷说：“去你那之前，我在附近的一诊所看过，诊所医生看了后二话不说，直接开处方说要输液治疗一周，不然就会有生命危险。我问医生可不可以不输液治疗，用中药或涂药行不行等，由于北方口音重，又问多了几句，就被那位医生很不耐烦地吼：‘你是医生还是我是医生’，气不过我就走了。而到了你那边，一进去的行为及礼貌用语和一连串恰恰相反的服务，我看在眼里，根本毋须言语，处方出来后我只是对用药不解，询问你，你就对用药的理由解释的清清楚楚，只字不提输液，还有现在的电话随访……”

来诊时面无表情，不出声的哑巴病人，其实是对那个诊所医生的无声抗议，现在对我的电话随访却是这样的态度……让我不由得舒了一口气，或许是我的轻言细语和特地写得粗大的问诊字体，在当时就平复了他的“满腔怒火”吧。

被误诊的一例蛛网膜下腔出血

作者: kaixindou1

链接: <https://bbs.iyi.com/thread-3443462-1.html>

一般资料: 患者, 男, 45 岁, 农民。

主诉: 头痛、头晕 3 小时, 伴恶心呕吐 5 次。

现病史: 患者 3 小时前安静状态下, 突感头痛, 前额部搏动性胀痛持续性加重, 并头晕恶心呕吐, 呕吐物为胃内容物, 无明显意识障碍, 无肢体抽搐, 无大小便失禁, 无肢体麻木。在当地卫生室输注甘露醇注射液 250ml, 继之按颈椎病性头痛头晕进行治疗。输注甘露醇后, 头痛稍减轻, 仍恶心不适, 给予加入活血化瘀类药物以及口服盐酸氟桂利嗪胶囊后, 头痛头晕仍存在。患者入厕所后, 症状又加重, 头痛剧烈、眩晕伴呕吐, 遂来本院(基层卫生院)就诊。由于患者曾患有颈椎椎管狭窄, 是本院的常住患者, 建议患者做颅脑 CT, 协助诊断, 患者拒绝检查。老熟人接诊就先按颈椎病处理, 同时为预防脑梗, 给予肠溶阿司匹林片 3 片口服, 静脉给药加用注射用奥扎格雷钠 80 毫克。用药 1 小时后患者症状加重, 出现下肢无力, 颈部疼痛, 建议立即颅脑 CT 检查。CT 提示: 右侧外侧裂池、鞍上池、四叠体池、小脑幕缘及部分脑沟内高密度影铸型, 诊断为“蛛网膜下腔出血”。

既往史: 有高血压病史 8 年, 一直药物控制在正常范围内, 无糖尿病史, 无心脏病史, 否认有结核病肝炎等传染病史及接触史, 否认手术外伤和输血史。

个人史: 生于原籍, 无烟酒嗜好, 无毒物接触史。

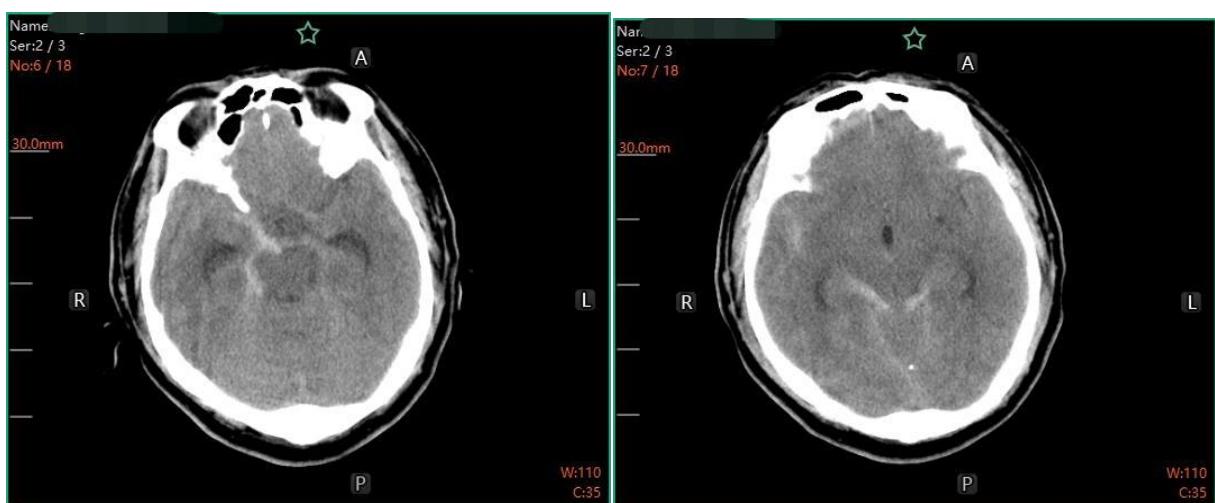
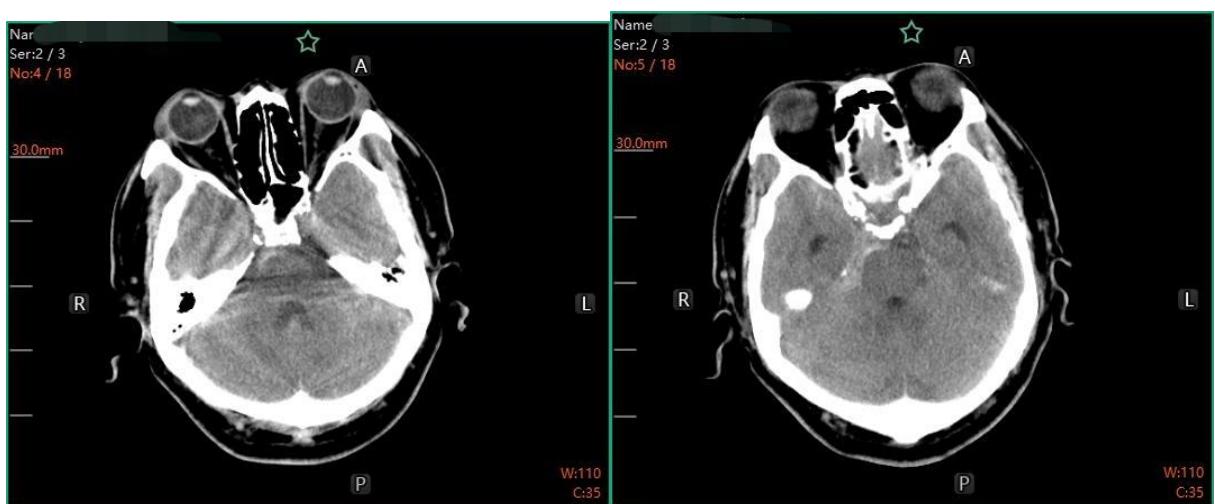
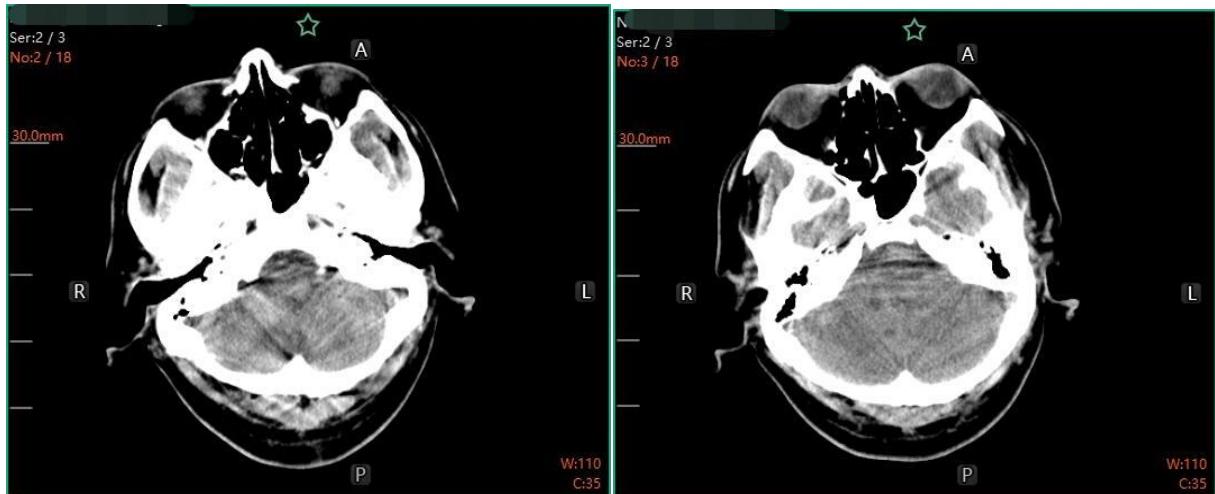
家族史: 无遗传病史。

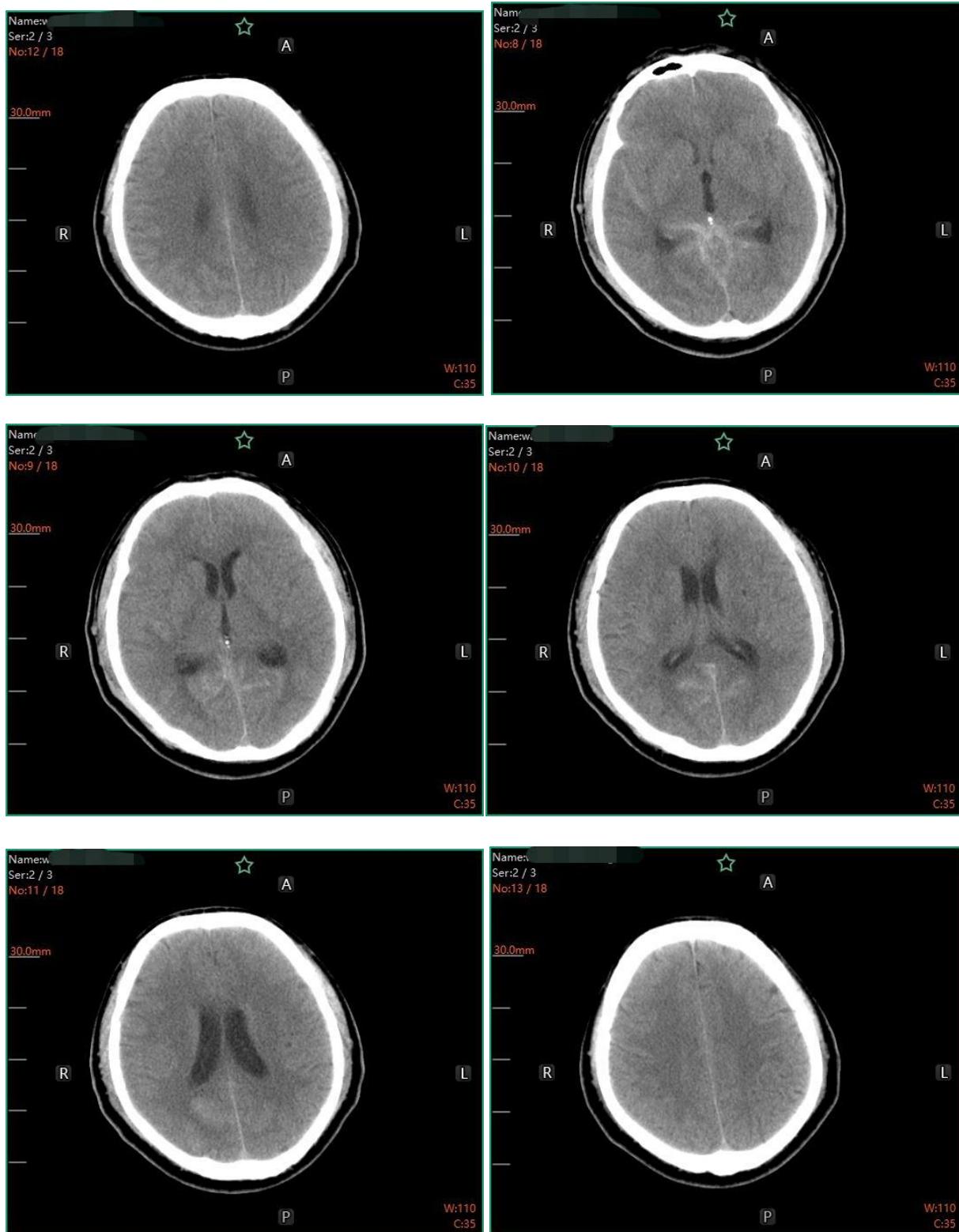
查体:

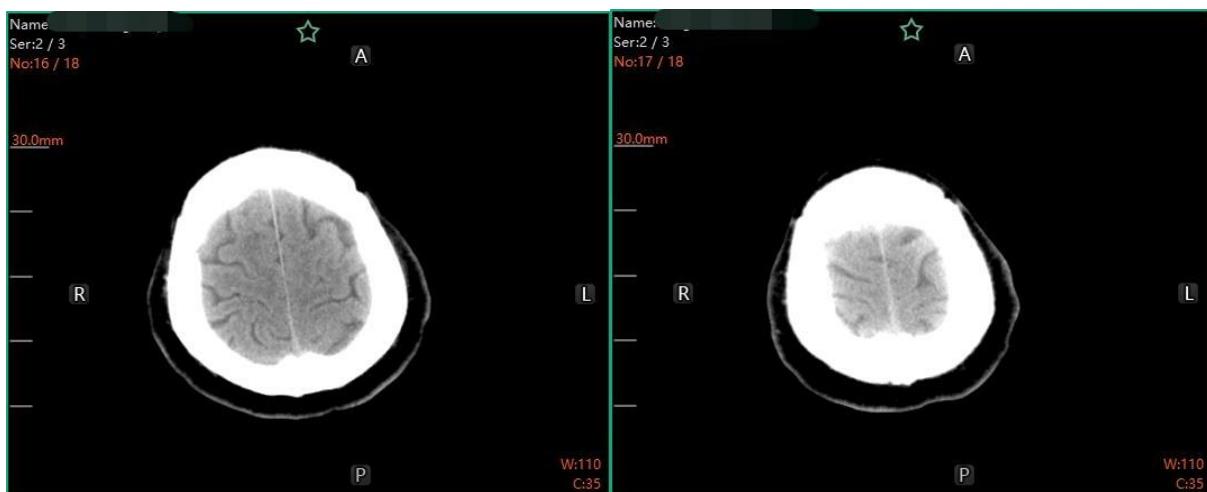
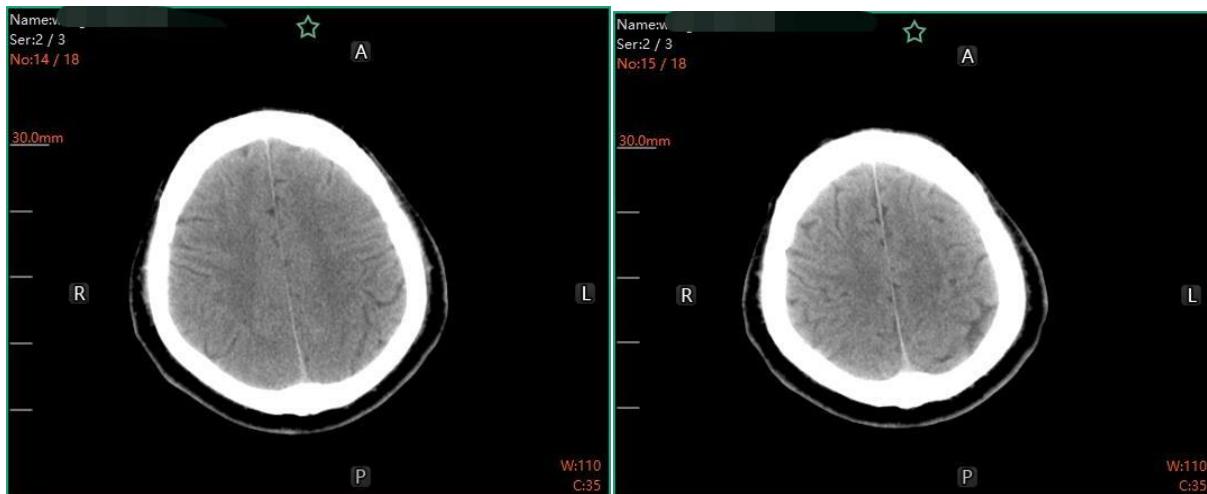
生命体征 T: 36.5°C, P: 84 次/分, R: 21 次/分, BP: 144/100mmHg, 查体合作。皮肤黏膜淋巴结(-), 双侧瞳孔等大等圆, 对光反射灵敏, 眼球活动好, 伸舌居中, 鼻唇沟对称, 耳、鼻(-), 无颈静脉怒张, 颈动脉无异常搏动。心肺(-), 听诊未闻及异常杂音。腱反射存在, 病理征阴性, 深浅感觉正常, 克氏征阴性。专科查体: 一般情况可, 神志清, 精神差, 无意识障碍, 运动系统肌张力正常, 腹壁反射对称存在, 四肢腱反射存在, 脑膜刺激征阳性。皮肤划痕征试验阳性。有慢性荨麻疹病史。

辅助检查:

CT: 右侧外侧裂池、鞍上池、四叠体池、小脑幕缘及部分脑沟内高密度影铸型。







由于基层医院对蛛网膜下腔出血的治疗经验不足，予降低颅内压，减轻水肿，营养神经类药物对症处理，嘱患者绝对卧床，立即联系转诊上级医院。

夜半惊魂的急性喉炎

作者：anne 医生

链接：<https://bbs.iyi.com/thread-3439884-1.html>

那天夜班，开始没有多少事，接近零点，来了个急性扁桃体炎发热就诊的患儿。问病史、查体、辅助检查，一通忙乱。等结果回来后，需要收住院观察。下医嘱，沟通，书写病例，按部就班。忙到凌晨一点，正准备到值班室美美的进入梦乡呢，此时，病房走廊里却传来了急促的脚步声和呼叫声。未见其人先闻其声：“大夫，快给我们孩子看看”“孩子怎么了”“孩子白天就发热、咳嗽，嗓子疼，一开始发现声音有点儿粗，我们认为是感冒，也没有当回事，谁知道咳嗽越来越厉害，痰也较多，象拉风箱，声音嘶哑……”我急忙打断孩子母亲因焦急而噜里噜苏的叙说，“宝贝多大了”“1岁2个

月”

我一边听着患儿母亲的叙述，挑重点询问了病史并进行了简要查体。看着患儿耸肩缩脖、面部大汗、呼吸费力、异常难受的样子，听着患儿嘶哑的声音、喉中的痰鸣，初步判断：急性喉炎合并喉梗阻已有Ⅱ-Ⅲ度！必须立即进行抢救治疗！

一场无硝烟的战斗开始了！

一边和患者家属沟通交流、一边紧急进行治疗。立即吸氧、布地奈德雾化吸入 20 分钟一次至呼吸平稳，开通静脉通道静脉用药，给予抗生素抗感染、地塞米松注射液减轻声带充血水肿，消除喉梗阻，必要时请会诊、气管切开解除喉梗阻，再不行的话，只好转院，整个顺序有条不紊，医生护士丝毫不敢松懈，一直密切观察病情。还好，经积极用药处理，患儿没用气管切开插管，4 小时过后，布地奈德雾化吸入 20 分钟一次，共计用了 3 次，呼吸困难减轻，声音嘶哑渐轻，患儿病情逐渐平稳。看着患儿平静入眠的模样，我却睡意全消……

忙了大半夜，心中思考这样一个问题：为什么急性喉炎患者好发于春季？症状加重多在夜间？

好多家长都有这样的经历：白天宝宝有点流涕、咳嗽，但是能够正常玩耍，正常饮食，睡前还好好的，睡到半夜突然哭闹不止，声音嘶哑，个别的还会出现呼吸不畅及喘憋的症状。这就是急性喉炎的表现。

急性喉炎是喉粘膜的急性卡他性炎症，常继发于急性鼻炎、鼻窦炎、急性咽炎，为整个上呼吸道感染的一部分，也可单独发生。小儿急性喉炎是急性喉、气管、支气管炎的简称，中医称为“锁喉风、急喉合”等，为气温骤变或寒凉时节婴幼儿常见的急重症，多发于冬春季节和 6 个月～3 岁的儿童。以声音嘶哑，咳声如犬吠、伴有不同程度的吸气性喘鸣，夜间加重为主要特征；易并发喉梗阻、肺炎、心衰，重者可危及生命。

冬春季节里，天气较为寒冷、干燥，而小儿抵抗力较差，天气变化后受凉感冒，容易引起急性喉炎。6 个月～3 岁的小儿，由于喉部的解剖特点，喉腔狭小，喉软骨柔软，会厌软骨舌面、杓状软骨、杓状会厌襞，声带和声门下区粘膜下组织松弛，粘膜淋巴管丰富，发炎后易肿胀发生喉阻塞，小儿咳嗽功能不强，不易排出喉部及下呼吸道分泌物，更使呼吸困难加重；生病时小儿情绪变化，容易激动，特别是当哭闹不停或声带突然受到刺激后常常发生喉痉挛，导致呼吸困难；白天症状较轻，入睡后因喉部肌肉松弛，分泌物阻塞，致夜间症状加重。

急性喉炎合并喉梗阻的分度及治疗原则：

(1) 根据病情轻重，将喉阻塞分为 4 度。
 ① I 度：安静时如正常人，只在活动后才出现吸气性喉鸣及呼吸困难，肺呼吸音清晰，心率无改变。
 ② II 度：安静时也出现喉鸣及吸气性呼吸困难，肺部听诊可闻喉传导音或管状呼吸音，心率较快。
 ③ III 度：除有 II 度喉梗阻的症状外，患者因缺氧而出现烦躁不安，口唇发绀，恐惧及出汗，肺部听诊呼吸音明显减低，心音低钝，心率加快。
 ④ IV 度：呼吸极度困难。病人坐卧不安，手足乱动，出冷汗，面色苍白或发绀，定向力丧失，心律不齐，脉搏细弱，血压下降，大小便失禁等。肺部听诊呼吸音几乎全部消失，仅有气管传导音，心音钝弱，心率或快或慢，

不规则。若不及时抢救，则可因窒息、昏迷及心力衰竭而死亡。

(2) 治疗原则：对急性喉阻塞病人，须争分夺秒，因地制宜，迅速解除呼吸困难，以免造成窒息或心力衰竭。根据其病因及呼吸困难的程度，采用药物或手术治疗。
 ① I 度：明确病因，积极进行病因治疗。如由炎症引起，使用足量抗生素和糖皮质激素。
 ② II 度：因炎症引起者，用足量有效的抗生素和糖皮质激素，大多可避免气管切开术。
 ③ III 度：由炎症引起，喉阻塞时间较短者，在密切观察下可积极使用药物治疗，并做好气管切开术的准备。若药物治疗未见好转，全身情况较差时，宜及早行气管切开术。
 ④ IV 度：立即行气管切开术。若病情十分紧急时，可先行环甲膜切开术，或先气管插管，再行气管切开术。

医生帮病人，信任最有效！

作者：xzp_dragon

链接：<https://bbs.iyi.com/thread-3441232-1.html>

我们基层医院的医生，在诊疗过程中需要得到患者的信任，这个非常重要。不久前住院的一个冠心病、心衰患者，刚开始对医生的判断有怀疑，一度拒绝转诊到上级医院，后来不情愿地去了，再后来获得了不错的疗效，才对我们的诊断治疗和转诊安排很感激。

2周前，一位72岁男性患者，门诊主诉夜间阵发性咳嗽5天，要求住院。患者在5天前无诱因发病，每天都是夜间睡下后发生咳嗽、咳白色泡沫样痰，咳嗽呈阵发性，坐起症状减轻。询问其他病史，患者自称心脏不好，以往冠心病很严重，但未系统治疗，遂安排住院。

住院后值班医生详细询问，得知患者于7年前开始出现快步行走或上楼梯过程胸闷气短，心前区不适，持续约5-6分钟，休息后可以自行缓解，因症状反复发作，并逐渐加重，运动耐量下降，就诊于本地医科大学附属医院，诊断为冠心病、不稳定型心绞痛，长期口服丹参滴丸治疗。近3年来，日间运动耐力下降加重，偶尔发生夜间呼吸困难，坐起后症状消失。但未系统检查和治疗。否认高血压、糖尿病史。否认吸烟饮酒史。

入院查体：体温36℃，脉搏72次/分，呼吸20次/分，血压120/80mmHg。神志清楚，无紫绀，颈静脉无怒张。两肺呼吸音略粗，可闻及散在湿啰音。心律齐，未闻及瓣膜杂音，腹部软无压痛，双下肢无浮肿。

在与患者交流的过程中发现，患者显得对自己的疾病很“有数”，他反复强调要“打消炎药”，要治“气管炎”，因为考虑到患者为老年，有“冠心病”、有“心衰”症状，此次发病应为冠脉缺血以及心衰发作，有相当的风险。医生、护士反复多次要求患者提供家属的联系电话，均被患者和家属（老夫妻二人）拒绝了，只提供了一个自家的固定电话号码，无法联系子女。

实验室检查结果：

心电图：窦性心律，T 波异常；血常规，红细胞： $3.62 \times 10^{12}/L$ ，血红蛋白：121g/L，红细胞压积：0.36；BNP：2973pg/mL；心肌酶及肌钙蛋白正常；血脂各项正常；肝功能、肾功能、血离子均正常。

胸部 CT：双肺间质性改变，双肺多发条索影，左肺下叶肺大泡，心脏影增大，主动脉及冠状动脉硬化，双侧胸膜增厚，双侧胸腔积液。

初步诊断：

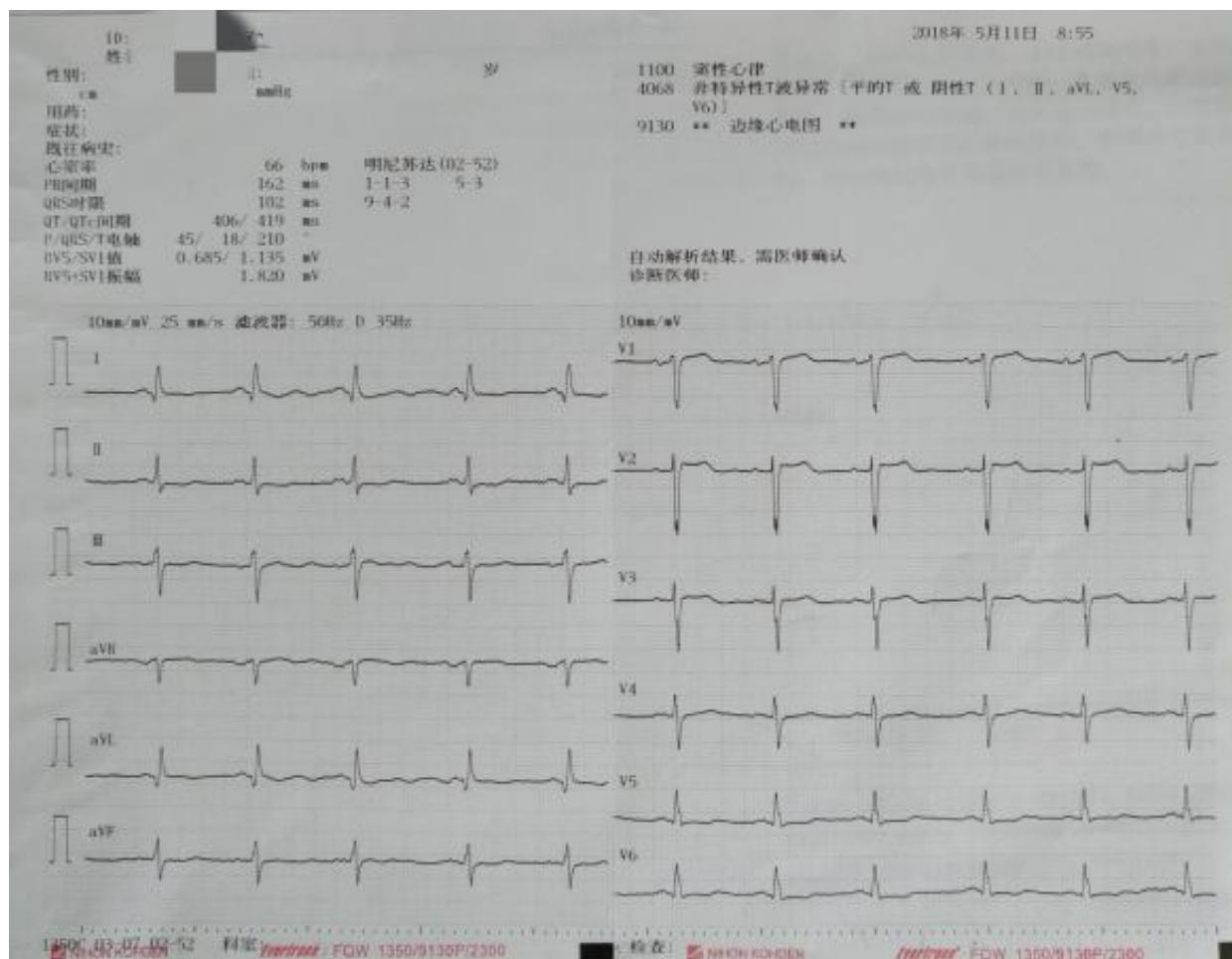
1. 冠心病，不稳定型心绞痛，心功能不全，心功能III级，胸腔积液；
2. 轻度贫血；
3. 间质性肺炎原因待查。

根据上述资料，冠心病和心衰为最主要的问题，医生处方：静脉注射速尿，硝酸甘油静脉泵入，静滴心肌营养药物，口服 ACEI、抗血小板聚集及他汀类药物等。在 24 小时内，心电监护显示：入院开始频发房性早搏、短阵房速、室性早搏，治疗后上述心律失常明显减少。患者主诉夜间仍有间断咳嗽，咳痰量减少，症状好转较慢，在反复交代病情的情况下，患者终于肯通知子女来院商讨转院。

转院 2 周后随访，家属回复：转院后诊断冠心病、心衰，治疗效果很好，对我院的治疗和转院安排表示感谢！

老年患者慢性心肌缺血可能不会表现为严重的心绞痛和心肌梗死，而是缓慢发生的缺血性改变，以心功能不全为主要表现。这是冠心病的一个重要类型。在基层医院、诊所需要认真鉴别。冠心病合并慢性心衰的治疗仍以药物综合治疗为主，虽然有指南推荐 PCI 治疗，但是 PCI 研究较少，推荐级别不够强，基层医院应该根据临床工作需要，初诊必须积极促成上转到有条件的心血管专科，使患者有机会得到 PCI 治疗，使患者病情及早改善。

附图 1.患者心电图



附图 2. 冠心病分型



临床分类：稳定性冠心病和急性冠状动脉综合征

不明原因腹痛一例

作者：公孙少秋

链接：<https://bbs.iiyi.com/thread-2496356-1.html>

患者男性，36岁，因“反复腹痛1月余，加重3天”入住我院普外科。

查体：体温：38.5℃，脉搏：90次/分，呼吸：20次/分，血压：120/80mmHg。体形消瘦，贫血貌，全身未见明显皮疹，无浅表淋巴结肿大。无口腔溃疡。双肺呼吸音清，未闻及明显啰音，心脏叩诊、听诊未见异常。腹平，无静脉曲张，未见明显胃肠型及蠕动波，无局限性隆起，全腹腹肌紧张，压痛伴反跳痛，剑突下明显，肝脾肋下未触及。直肠指检未见异常。

1. 直立位腹平片：1、心肺膈未见明显异常；2、不完全性肠梗阻可能。
2. 血常规：WBC： $10.96 \times 10^9/L$ ，嗜酸性粒细胞： $2.22 \times 10^9/L$ ，RBC： $4.65 \times 10^{12}/L$ ，Hb：115g/L，plt： $387 \times 10^9/L$ 。

考虑肠梗阻、腹膜炎可能，予以禁食、胃肠减压、抗感染等治疗，症状稍有好转。

继续完善相关检查：

3. 肝功能：ALB：23.96g/L，GLB：33.47g/L。
4. 肾功能：肌酐：174umol/L，尿素： 8.89 mmol/L ，降钙素原：1.28ng/L。
5. 大便隐血：弱阳性。
6. 胃镜检查提示：慢性浅表性胃炎。
7. 肠镜未见异常。
8. 腹部B超：双肾实质弥漫性病变，左肾局限性积液；双肾窦回升欠佳。
9. 全腹CT：胆囊炎，脾大，伴局部脾梗死可能性大，少量腹水。
10. 肺部CT：双肺可见絮片状改变，考虑肺炎。
11. 血沉：106mm/h，CRP：77.8mg/L。
12. 小便常规：PRO：1+，BLD：2+。

经左氧氟沙星抗感染治疗2周，患者仍感腹痛，并有低热，伴乏力、盗汗等表现。结核抗体阳性。请感染科会诊后，考虑“结核性腹膜炎”，并转到感染科进一步治疗。完善24小时尿蛋白： 2.514 g/d ，尿本周氏蛋白阴性。因患者腹痛加重，有多关节疼痛，双下肢肌肉酸痛，并出现肝肾功能损害进行性加重：ALT：53IU/L；AST：48IU/L；ABL： 25.63 g/L ；Urea： 13.16 umol/L ，CREA： 313 umol/L 。故暂停抗结核治疗，请风湿免疫科会诊。追问病史：患者2年前开始出现过敏性哮喘，反复干咳；2月前曾在当地县医院

呼吸科肺部 CT 和鼻窦 CT 检查诊断为肺炎、鼻窦炎，但治疗效果不佳。查体：双肺呼吸音粗，未闻及啰音。脐周压痛，无反跳痛。腓肠肌压痛。查 P-ANCA(+)，血常规：嗜酸性粒细胞： $2.3 \times 10^9/L$ 。

考虑为变应性肉芽肿性血管炎。建议患者行肾脏、腓肠肌活检和骨穿+骨髓细胞学检查进一步明确诊断，但患者拒绝。予以甲泼尼龙 40mg 静滴，1 次/天，3 天后患者腹痛明显好转。复查血常规嗜酸性粒细胞正常；CERA： $234 \mu\text{mol}/\text{L}$ ，较前明显降低。患者因经济原因签字出院后回当地医院继续治疗，强的松 40mg 口服 1 次/日，环磷酰胺 200mg 隔日静推，继续维持治疗。同时给予补钙、保护胃黏膜等辅助治疗。

2 周后病情明显好转，患者无任何不适，复查各项指标均接近正常。结合患者哮喘、肺部絮片状阴影、肾脏急性损害、外周血嗜酸性粒细胞高度增高并有发热、乏力、多关节痛等全身表现，以及经激素和环磷酰胺治疗后病情明显好转，最终确诊患者为变应性肉芽肿性血管炎。

抱歉，最后这次真帮不到你了

作者：xzp_dragon

链接：<https://bbs.iyi.com/thread-3440042-1.html>

我国社会的老龄化快速逼近，远超过原先的想象。越来越多的老年患者会同时罹患不止一种严重疾病，多种疾病的叠加，其威胁则更加致命。一个常见的例子，比如老年男性在 70 岁上下，体质尚好，尚能耐受手术的时候，发生了严重的前列腺增生症，需要手术治疗，但是患者经常拒绝手术，而是药物治疗。后来，随着年龄的增长，在发生其他严重的老年疾病的时候，再由于前列腺增生造成的尿潴留，就对疾病的治疗、转归、康复、护理造成很大的影响，但此时患者却无法耐受手术。以至于有一部分患者要长期留置导尿，甚至要膀胱造瘘，极易继发膀胱炎，非常痛苦。同时，这种情况还可能成为疾病快速恶化的一个重要因素。

我的病例是一个患者，发生甲状腺良性肿瘤压迫主气管，同时患有慢性支气管炎，反复咳喘发作。如果在早期手术切除甲状腺肿物，单纯慢性支气管炎，甚至 COPD，治疗起来会容易很多。但由于大气道压迫严重，医生担心手术创伤患者不能耐受，患者也一直拒绝手术。随着肿瘤增大，压迫大气道越发严重，同时慢性支气管炎也逐渐加重，终于有一次呼吸困难发作，造成了致命的一击，此时我们却无能为力。

JFQ 女士，70 岁，是我院所在村的居民。4 年前第一次见到她，是因为咳嗽咳痰气喘发作。这次发病是她 30 年慢性支气管炎病史过程中的一次典型发作，但是这次发作又跟以往有明显的不同。源于 10 年前无意中发现有颈前区包块，开始有豆粒大小，逐渐增大，近 3 个月感觉颈前部弥漫性肿大，虽然局部不痛，但是在将近 1 个月内，自觉颈部压迫感，呼吸时明显，伴有呼吸困难及心悸感，2 周来出现声音嘶哑。

曾经在上级医院多次就诊，查 CT 诊断“双侧甲状腺肿”。多数医生因为患者的呼吸功能差，主气管压迫严重，而不愿为她做手术。而患者本人也因为各种担心和顾虑，

一直拒绝到更高级的医院手术治疗。

彩超提示：双侧甲状腺增大，回声异常，右侧颈部异常光团。DR 检查提示：瓦勒氏法，米勒氏法摄片提示甲状腺肿合并气管软化症。

临床诊断：多发性结节性甲状腺肿，气管软化症，喉返神经损伤？慢性支气管炎，急性发作期。

在 4 年多时间内，患者多次在我院治疗，也几次转诊到三甲医院，都没有做手术切除甲状腺肿块。在我院主要是抗感染、止咳、化痰、平喘治疗。因为青霉素、头孢类抗菌药物过敏，静脉留置针过敏，每次治疗都是严重的挑战。今年春天发病仍然是咳嗽咳痰气喘，活动后呼吸困难的情况更加严重，发作时日常活动受限。患者再次拒绝了到上级医院诊断治疗，而住进我院。

入院查体：体温：37.6℃，脉搏：90 次/分，呼吸：22 次/分，血压：140/80mmHg。喘息貌，意识清楚，言语清晰，扶入病房。口唇发绀，气管向左偏位，颈前区右侧局部隆起，右侧可触及 8cm×4cm 包块，表面光滑，边界清楚，质地较软，无红肿和局部触痛。甲状腺左右叶均肿大，无压痛，质地较韧，无血管杂音。颅神经检查正常。桶状胸，双肺呼吸动度减弱，双肺叩诊呈过清音，双肺呼吸音减弱，可闻及散在痰鸣音。心前区无隆起，心界不大，心率 90 次/分，律齐，各瓣膜听诊区未闻及杂音。腹部无阳性体征。双下肢无水肿，四肢肌力 5 级。双 Babinski 征阴性。

辅助检查：

心电图示：窦性心率 90 次/分，V3、V4、V5、V6 导联 ST 轻度压低。

化验结果：血常规提示严重贫血，血红蛋白 64g/L。

血脂总胆固醇略高：6.52mmol/L，其他甘油三酯、高密度脂蛋白、低密度脂蛋白正常，血钾略低：3.4mmol/L。

肝功能正常，肾功能、葡萄糖正常、心肌酶谱正常。

临床诊断：慢性阻塞性肺疾病、急性加重期

甲状腺占位

颈部肿块待查

主气管移位，气管软化症

重度贫血

轻度低钾血症

轻度高胆固醇血症

因为我院没有血气分析，无法评估患者缺氧程度，末梢血氧饱和度监测入院时低于 90%，经过抗菌药物、止咳化痰平喘（静脉点滴甲强龙）等治疗，呼吸困难减轻，紫绀减轻，缺氧状态有明显的好转。入院第四天凌晨，患者自行起床去厕所时，突发意识不

清，呼之不应，呼吸微弱，面色灰白，躁动不安。测血压 220/120mmHg，心电监护示心率 130 次/分，呼吸 13 次/分，血氧饱和度 73%。立即提升吸氧流量，给予甲强龙 40mg（全院仅剩最后一支）静点，异丙托溴胺 500ug 雾化吸入，多索茶碱 0.3g 静点；随后地塞米松 10mg 静注，约 20 分钟患者意识转清，强迫坐位，全身大汗，喘憋状态，呼吸深快，口唇紫绀；继续给予地塞米松 10mg，雾化吸入，沙丁胺醇气雾剂 2 喷吸入，约 1 小时后症状逐渐改善，呼吸渐平稳，颜面红润、紫绀消退。心电监测示血压 170/98mmHg，心率 114 次/分，呼吸 32 次/分，血氧饱和度 94%。患者安静入睡。2 小时后心电监护示血压 150/80mmHg，心率 94 次/分，呼吸 23 次/分，血氧饱和度 99%。意识清楚，问答合理，可平卧休息和床边活动。

鉴于病情凶险预后差，将患者全部家属叫来医院，动员转上级医院治疗。患者以及家属多人签字拒绝转院，拒绝气管插管等侵入性检查治疗。

次日夜间，患者床边活动时突发意识丧失。查面色苍白，无自主呼吸，无大动脉搏动。听诊双肺未闻及呼吸音。心电监护示心率约 50 次/分，随后心搏消失。胸外心脏按压，面罩球囊辅助通气，建立静脉通道，静推肾上腺素、尼可刹米等。持续心肺复苏 20 分钟，呼吸心跳无恢复。临床死亡。在电话里听到值班医生的报告，虽然早有心理准备，想起老人每次见到我祈求的眼神，心里还是一震：抱歉，最后这次真帮不到你了！

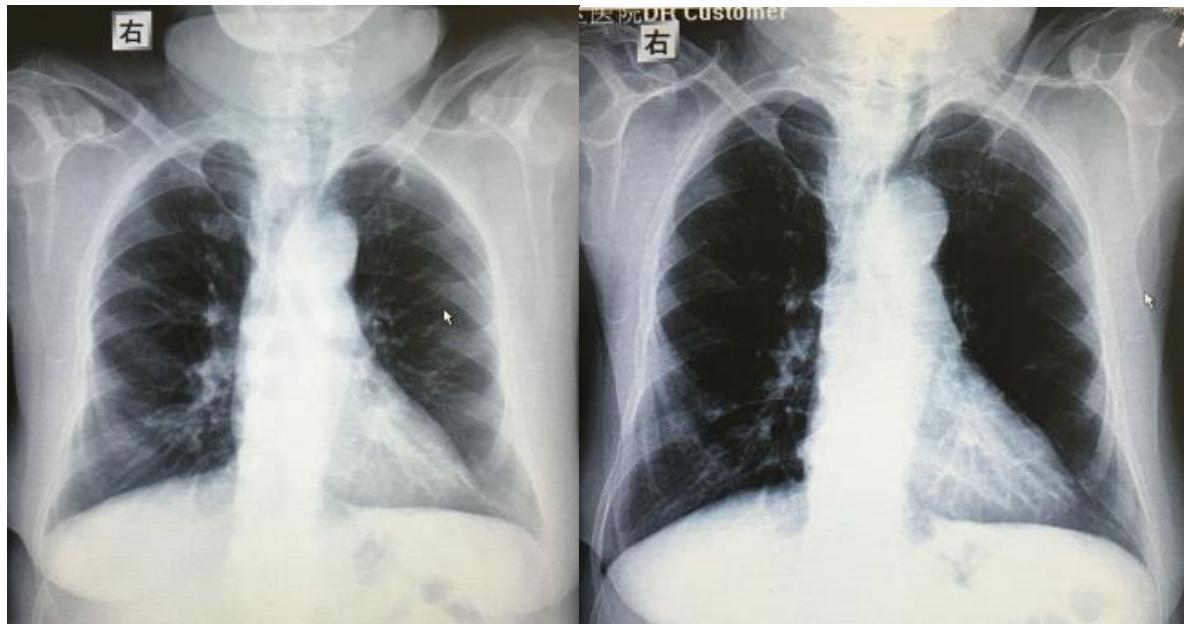
该患者的慢性支气管炎的进展还不是最严重，颈部肿物、甲状腺肿大也还不是绝对无法医治的疾病，即使有气管软化症的情况，也不是绝对不能处理的，只是风险更大，更需要患者以及家属的理解和支持。

患者大气管受压变形，气管软化，造成吸气性呼吸困难，而慢性支气管炎，小气道狭窄，造成呼气性呼吸困难。在治疗上我们只能用一些激素，以及 β 2 受体激动剂，抗胆碱能药物等，再加上抗菌药物（用过左氧氟沙星，克林霉素等）。这些治疗都是在改善慢性支气管炎导致的小气道痉挛、狭窄。而大气管受压使吸气困难，我们却束手无策。以至于呼吸停止的情况下，没有合适的气管插管，或者也没有更有效的人工辅助通气的设备。加之严重贫血等状况，使呼吸衰竭之后，循环也很快衰竭。

该患者的解决方法，应该在发现颈部肿块压迫主气管，导致气管狭窄、偏位、气管软化早期，就应该积极手术治疗，拖延的结果，肿瘤和慢性支气管炎越来越重，拖延的结果，手术的安全性越来越小，最后的结局就是发生呼吸停止的时候，无法得到更有效的抢救（尤其是在我们这样的缺医少药的基层乡镇卫生院）。

说了这些，就想通过这个故事讲一件事：有些情况下，不致命的疾病加上另外一个疾病就是致命的。能够积极解决一个问题，未来的获益将是生命的延续。

增加两幅图片，第一幅摄于 2015 年 1 月，第二幅摄于 2018 年 3 月。



解读“剖宫产后阴道试产指南”

作者：fkfangyong

链接：<https://article.iiyi.com/detail/410378.html>

导读：“指南”指出，尝试 TOLAC 的孕妇成功阴道分娩率为 60%~80%。另外，“指南”特别强调，提供 TOLAC 的医疗机构必须有能力在紧急情况下进行急诊剖宫产分娩。因为并发症的不可预测及需要医疗急救，在家分娩是 TOLAC 的禁忌。

众所周知，我国在过去的 20 年中，剖宫产率是居高不下，虽然近几年有所下降，但仍维持在 40~60% 左右。关于剖宫产后次妊娠的分娩方式问题，目前多数学者认为，大多数是可以阴道试产的，称为剖宫产阴道试产（TOLAC），成功者就属于剖宫产阴道分娩（VBAC）。美国妇产科医师学会在 2017 年 10 月份发布了一份关于“剖宫产后阴道试产指南”，现结合自己的临床实践解读如下：

一、TOLAC 的指证：

1. 有一次子宫下段横切口剖宫产史的女性，选择 TOLAC 是合适的，但需要告知孕妇相应的风险，如子宫破裂的发生率等，并取得知情同意。
2. 有阴道分娩禁忌的女性不是 TOLAC 的合适人选，但“指南”中并没有详细给出具体的禁忌症。个人认为，应该是有明显剖宫产指征者，都属于这一类的。
3. 既往有两次子宫下段横切口剖宫产史的女性可尝试 TOLAC，但应告知其影响 VBAC 可能性的其他因素。这种情况在临幊上相对比较少见，个人是支持这个观点的，当然，还需要根据孕妇的自身情况。
4. 指南指出，除非临幊高度怀疑为经典切口（比如前次剖宫产指征为极早产），既往 1 次剖宫产且切口类型不详的女性可尝试 TOLAC，其实这种情况比较少见。意思

就是，若是确定前次剖宫产为子宫纵切口，是不合适 TOLAC 的。

5. 既往有 1 次子宫下段剖宫产史，此次为双胎妊娠，若没有阴道分娩禁忌症可尝试 TOALC。

6. 巨大儿、肥胖虽然降低 VBAC 可能性，但不是 TOLAC 禁忌。个人认为，关于这一点，建议在国内还是需要谨慎，对于某些相对剖宫产指征的孕妇，个人认为，可以适当放宽手术指征，如胎儿体重大于 3500g，子宫下段厚度明显变薄者（小于 3mm）。

7. 妊娠 40 周以后进行 TOLAC，VBAC 的概率将降低，虽然并不是 TOLAC 的禁忌症，但需要谨慎，个人认为是比较重要的。因为随着孕周的延长，子宫下段会出现比较明显的变化，出现子宫破裂的风险会逐渐增大。

二、TOLAC 中的产程处理问题：

1. 指南指出，可以对 TOLAC 的女性进行引产，但是应考虑到任何方式的引产均会增加子宫破裂的潜在风险，而且也会潜在的降低 VBAC 的可能性。但目前对于风险性的大小尚有争议。但个人认为，谨慎处理是合适的，也需要根据孕妇的具体情况来决定，事先对于经阴分娩可能性很大、胎儿比较小的情况下，可以尝试引产。

2. 对于尝试 TOLAC 但宫颈不成熟的女性，可使用机械性扩张促宫颈成熟。对于这一点来讲，并不增加子宫破裂的风险，个人是赞同的。

3. 对于有剖宫产手术史或较大子宫创伤的妇女，米索前列醇不适合用于足月妊娠的引产和促宫颈成熟。这一点需要引起大家的重视，关于米索前列醇造成瘢痕子宫妊娠子宫破裂的情况，在临幊上时有报道。

4. “指南”认为，镇痛分娩适用于 TOLAC，推荐在 TOLAC 过程中持续性胎心监护。个人认为是完全可以的。其实在临幊上，目前也用的比较多，可能会降低子宫破裂的风险。

5. 对于妊娠超过 28 周的胎死宫内，应该鼓励 TOLAC 并重新评估风险及获益。引产发生子宫破裂的概率小于 1%，且使用前列腺素引产是合理的选择。

三、TOLAC 成功阴道分娩率：

“指南”指出，尝试 TOLAC 的孕妇成功阴道分娩率为 60%~80%。另外，“指南”特别强调，提供 TOLAC 的医疗机构必须有能力在紧急情况下进行急诊剖宫产分娩。因为并发症的不可预测及需要医疗急救，在家分娩是 TOLAC 的禁忌。

如何看超敏 c 反应蛋白化验单

作者：琪乐

链接：<https://article.iiyi.com/detail/410386.html>

首先先了解一下 CRP(C-reactiveProtein, CRP)，主要指的是机体应急状态下，由

肝脏合成的急性时相反应蛋白，主要是作为一种非敏感的炎症或者是组织损伤的标记物。

CRP 早在 1930 年由 Tillet 和 Frances 首先发现，由于属于非特异性免疫机制的一部分，所以，在激活补体的途径中，主要具有调节白细胞的吞噬作用。对于各种急性或者是慢性炎症感染、组织损伤、自身免疫疾病、心肌梗死、脑血管等疾病，可在八小时左右 CRP 有成倍的增长趋势。对于感染或非感染发病的过程具有早期提供有意义的线索，便于诊断。

对于常规检测 CRP 方法的敏感度是很低的。如果这时采取敏感的检测方法，可以将测定范围扩大 $0.5\sim200\text{mg/L}$ ，能捕捉到极小范围的变化，在这里也就提到的是超敏 c 反应蛋白，hs-CRP。所以，经上述得出结论，CRP 和 hs-CRP，在本质上属于同一种物质。

hs-CRP 升高标志着哪些？

这里主要针对儿童解析一下，儿童 CRP 基础水平是很低的，也就是说低于成人。即使是同种疾病反应也不如成人强。所以，在儿科领域检测 hs-CRP 是很普遍的。

由于个体的差异不同及医疗机构的检测方法不同，所以，检测的标准数值也是有差异的。但是目前比较公认的是，只要是超过 95% (2.15mg/L)，均为升高。

hs-CRP 升高常见于哪些疾病？

最常见的是细菌感染，只要是 CRP 升高的情况下，就需要考虑细菌感染。但是其他病原菌也容易出现升高，如支原体感染、真菌感染、病毒感染等等。但是，也需要相关数值才能区分哪种病原菌感染。

如当 $\text{hs-CRP}>20\text{mg/L}$ ，同时伴有白细胞大于 $10\times10^9/\text{L}$ 时，这种情况就需要考虑细菌感染的可能性了。

如果病程超过 24 小时， hs-CRP 仍 $<10\times10^9/\text{L}$ 时，这种情况就需要考虑病毒感染的可能性了。

如果处于两种情况之间的，就要结合相关检查考虑支原体感染、真菌感染的可能性了。但是，上述这些需要结合其他相关检查。

根据上述情况，还需要注意以下几点：

一、如果宝宝患有手足口病、或者是疱疹性咽峡炎等疾病时，当出现 CRP 升高的情况，就需要考虑宝宝可能患有重症情况的发生，这时还需要考虑是否合并了细菌感染。

二、秋季轮状病毒感染的发病率也很高，当宝宝进行相关检查时，CRP 就会出现明显的升高。

三、还有一些其他疾病，也容易造成 CRP 升高，如炎性肠炎、幼儿类风湿性关节炎、川崎病等等一些免疫性疾病，这时就需要结合临床症状和相关检查，明确诊断，对症治疗。

腰部急性感染误诊为腰腿痛

作者：linrong

链接：<https://bbs.iyyi.com/thread-938374-3.html> (87 楼)

1. 误诊经过：

患者，男，39岁。1月前无明显诱因出现腰部持续酸胀样疼痛伴发热，对症治疗后好转。20多天前双下肢出现阵发性酸胀痛伴烧灼感，以右侧腹股沟和大腿外侧为甚，无头痛、头晕、恶心及呕吐，不能行走，左侧卧位疼痛缓解。当地医院检查后予止痛及牵引等治疗无效。患者既往无肝炎、结核史。入院查体后考虑急性感染存在，经抗感染、营养支持及镇痛治疗，疼痛无缓解，体温呈间歇热型。行骨盆MRI提示双侧腰大肌脓肿，L5S1受累。请骨科会诊后建议行腰椎CT，结果显示：L5、S1椎体及部分附件破坏伴椎旁脓肿形成，椎管内脓肿形成。再次请普外科、骨科、感染科会诊，考虑多个脏器病变：1.椎管内脓肿、椎体破坏；2.肝功受损；3.肠麻痹；4.泌尿系统感染。转入骨科行脓肿切开引流术。术中见右侧腰大肌旁、右髂窝部黄色黏稠脓性液体，总量约1000ml。病理检查示慢性炎症伴坏死，抗酸染色（-）。手术治疗后患者好转出院。

慢性疼痛影响患者生活质量，而急性疼痛则关系到患者的最佳治疗时期甚至生命。对急性疼痛最重要的不是止痛，而是对伤害的性质、程度和危险性进行评估，做出正确诊断，然后决定治疗方法。

2. 误诊自剖：

①患者有腰腿痛，院外平片示骨质增生，干扰了诊断，但患者有急性感染症状和体征。临幊上以腰腿痛为主，还应与骨质增生和腰椎间盘突出相鉴别。

②平片检查很重要，但不能做出早期诊断。CT检查可清晰显示病灶部位，即使是小型椎旁脓肿也可发现，对腰大肌脓肿有独特诊断价值。MRI对软组织病变分辨率较高，具有早期诊断价值，但费用太高。本例患者从发病到入院治疗都未行腰椎正侧位片检查，若先行腰椎X线，再行CT，可能是最佳影像检查程序。

③由于疼痛涉及学科范围广，病种牵涉身体方位大，很多患者以疼痛为主诉就诊，因此应加强与其他科室的联系。

④明确诊断，不能盲目做有创治疗。

编辑：刘延红大夫

责任编辑：寒冰

踝关节扭伤的针灸治疗

作者：杨艳祥

链接：<https://article.iiyi.com/detail/411941.html>

踝关节扭伤是骨科的常见疾病，发生于各个年龄阶段。这种扭伤大致分为两种：一种是内翻扭伤，另一种是外翻扭伤。其中以内翻扭伤最为多见。

踝关节周围的韧带软组织并不是很多，主要有内侧副韧带，外侧副韧带，下胫腓韧带，三角韧带。由于外侧的副韧带不如内侧的三角韧带牢固，所以扭伤的常常是外侧居多。这些韧带的主要作用就是保证踝关节的稳定性。所以一旦出现局部的韧带损伤或者撕裂，就会造成整个关节的肿胀和疼痛，活动受限也就失去了关节的稳定性。

由于外伤而造成了踝关节的扭伤，踝关节周围会出现明显疼痛，不能着地，严重者活动功能障碍。损伤轻的只是局部出现肿胀，疼痛。如果比较严重，整个踝关节就会出现明显的肿胀，甚至皮下有出血造成瘀斑。受伤局部会有明显的压痛，稍稍活动，疼痛就会特别剧烈。我们可以通过患者扭伤时的动作描述，以及经过触摸患者的压痛点，来判断具体损伤的韧带软组织是哪里。明确具体损伤的韧带部位，我们才能有的放矢的进行治疗。

在诊治之前必须做 X 线片的检查，来排除是否存在内外踝的撕脱性的骨折，以及其他部位的骨折的可能性。如果存在骨折的因素，中医的传统针灸方法就不能应用了。

按照中医理论，踝关节扭伤的针灸治疗依然是遵循着经络辨证法来进行。基本原则就是活血化瘀，消肿止痛。选取的穴位基本上以踝关节周围的穴位为主，如果是外踝扭伤就围绕着足太阳经和足少阳经的穴位治疗。如果是内踝扭伤，就应该选择足太阴经和足少阴经的穴位。这些穴位都应该选择泻法，有一定的活血化瘀，消肿止痛的作用。同时配合局部点刺放血来促进淤血的排除，对消肿有非常好的效果。

针对局部治疗的同时，远端取穴也是非常必要的。这里所说的远端取穴，就是健侧与病变部位相对应的穴位，这些穴位大多在手腕周围，临床中常用的穴位有阳池、养老、阳谷、腕骨。在针刺这些远端穴位的同时嘱患者进行患肢的活动，也能够达到一定的治疗效果。在临床中大多根据患侧的井穴，用三棱针点刺放血，对缓解症状有非常好的效果。

这种治疗方法对急性的踝关节扭伤有着非常好的治疗效果，能够达到立竿见影的目的。对于陈旧性扭伤也能够达到很好的效果，同时陈旧性扭伤，建议配合手法正骨治疗来改善踝穴，纠正局部软组织的紧张和痉挛，松解局部的粘连。同时局部应用一些活血化瘀的药物来治疗，对消肿止痛都有一定的协同作用。

牙痛的中医辩证论治

作者：田喜江

链接：<https://article.iyyi.com/detail/411943.html>

牙痛虽为小病，但是疼痛发作时，坐卧不安，针灸止痛虽然效果显著，但是有时有效有时无效，许多患者也惧针，因此中药治疗牙痛的方法也不可或缺。一般多按胃热和肾阴不足所致阴虚内热两大类型辩证论治，胃热常用牛黄清胃丸、牛黄解毒丸等药治疗，其理论依据是足阳明胃经上行入齿，胃热上行引起牙痛；肾虚常以六味地黄丸加补骨脂或骨碎补治疗，其理论依据是肾主骨，齿乃骨之余。

中医学的理论体系与实践经验特别丰富，辨证论治极其细致，舌诊、面诊都可以细分五脏六腑定位诊断，牙痛也可按五脏六腑详细论治，以一方加减变化统治之。收效显著。

中医古籍记载的对牙齿的脏腑分属定位如下：

上门牙四个属于心经，下门牙四个属于肾经；上左前三牙属于胃经，下左前三牙属于脾经；上左后三牙属于胆经，下左后三牙属于肝经；上前右三牙属于命门，下前右三牙属于小肠经；上右后三牙属于大肠经，下右后三牙属于肺经^[1]。

将32颗牙齿分属心、肾、脾、肝、肺、小肠、命门、胃、胆、大肠。根据脏腑表里对应关系肾对膀胱，又据下文加减用药判断，个人认为中医古籍中记载的上前右三牙属于命门应属于膀胱经。

治疗牙痛基本方：

防风5克、荆芥5克、生石膏5克（原方为煅石膏，考虑为两者药性不同，应为生石膏）、青皮5克、牡丹皮5克、生地黄8克、生甘草10克^[1]。

牙痛属热，如为虚热，将上方去生地黄，加熟地黄。虚热和实热的区别除了根据其它症状判断，还可以参考疼痛的程度，痛缓为虚，痛甚为实。

加减法：

上门牙四个疼痛属于心经加黄连、麦冬各5克，下门牙四个疼痛属于肾经加黄柏、知母各5克；上左前三牙疼痛属于胃经加白芷、川芎各5克，下左前三牙疼痛属于脾经加白术、白芍各5克；上左后三牙疼痛属于胆经加龙胆草、羌活各5克，下左后三牙属于肝经加柴胡、梔子各5克；上前右三牙加属于命门加当归、茯苓各5克，下前右三牙疼痛属于小肠经加木通、车前子各5克；上右后三牙疼痛属于大肠经加大黄、枳壳各克，下右后三牙疼痛属于肺经加黄芩、桑白皮各5克。

方解：

方中的防风、荆芥祛风；生石膏、牡丹皮、生地黄清热；生甘草清热解毒、缓急止痛，因此用量较大，不是调和药性。

加减法主要依据金代名医张元素的引经报使药物学说：“太阳经，羌活；在下者黄柏，小肠、膀胱也。少阳经，柴胡；在下者青皮，胆、三焦也。阳明经，升麻、白芷；在下者，石膏，胃、大肠也。太阴经，白芍药，脾、肺也。少阴经，知母，心、肾也。厥阴经，青皮；在下者，柴胡，肝、包络也。以上为十二经之报使药也。”，但是并没有完全按照张元素的引经报使药性理论加减，临床根据实际情况做了变化。

参考文献

1. 黄绍斌. 《仙凡验方合刊》. 第二版, 锦州: 锦县天合元, 1926年: 125—127.

“煨脓长肉、去腐生肌”之中医辨治褥疮

作者：吴连堤

链接: <https://article.iiyi.com/detail/411400.html>

褥疮是机体某一部位因长期过度压迫，由压力、剪力或摩擦力而引起的皮肤和深部组织溃疡。中医对于褥疮诊断及其治疗有其独特的方法，其“煨脓长肉、去腐生肌”的指导理论，在临幊上得到了广大的应用。

中医学形象的称褥疮为“席疮”，认为因机体受压部位气血失于流通，不能营养肌肤，以致局部坏死，若破损，则易于染毒。而褥疮一旦形成，往往久治不愈，大小便的污染更是褥疮不愈的原因之一。

我们长期致力于中医外科的临幊研究，积累了丰富的临幊经验，在中医独特的“煨脓长肉与去腐生肌”的理论指导下，对褥疮等临幊疾病具有独特的见解。所谓“煨脓长肉、去腐生肌”换药法，是指在疮面愈合的后期阶段，运用外敷中药膏（散），经皮肤和疮面对药物的吸收，促进局部气血通畅，增强其防御能力，使疮口脓液渗出增多，载邪外出，从而达到促进疮面生长的目的。这种方法一方面是提脓去腐拔毒，增加局部脓液的渗出，另一方面则是指渗出的脓液有助于疮面肉芽、皮肤的生长，去腐生肌。其理论的核心在于“煨脓长肉”，“煨脓长肉”最早见于申斗垣《外科启玄--明疮疡宜贴膏药论》中，主要用于疮毒脓泻后，新肉不长，经外敷膏药，托脓拔毒外出，促进疮口生长愈合。长期的临幊经验告诉我们，对于“煨脓长肉”，其重点在于“煨脓”。而在“煨脓”的过程中，对于脓的观察和识别尤其关键。

祖国医学认为，脓是由皮肉之间热盛肉腐蒸酿而成，也是由气血所化生，薛立斋曰：“大抵疮之起敛，皆血气使然”，我们在使用“煨脓长肉、去腐生肌”理论给褥疮的患者换药的时候，一定要注意观察“脓”的具体状态，中医所谓的津液理论，其津液是指粘稠的透明液体，所以在换药的过程中要注意观察“脓”的状态，当“脓”是浑浊且有异味的时候，这种情况就属于不好的，应及时清除，当“脓”是清洗透亮的时候，就属于好的现象，这种情况，我们换药的时候只要稍加清洗伤口即可，不要把表面的“脓”液全部清除，保持创面的湿润。这也体现了中医的“湿润疗法”，正所谓的“有土无水万物不生”。

中医科水肿病诊疗方案总结

作者：王铎钢

链接：<https://article.iyi.com/detail/411324.html>

水肿病（肾病综合征）

【概述】

水肿是指体内水液储留，泛滥肌肤，引起眼睑、头面、四肢、腹部甚至全身浮肿，严重者还可伴有胸水、腹水等。临床常见于肾病综合征。也可见于慢性肾小球肾炎及其他继发肾小球疾病。

【诊断标准】

中医诊断标准（参照参照 1993 年卫生部《中药新药临床研究指导原则》及《中医内科学》）

1. 水肿先从眼睑或下肢开始，继及四肢全身。

2. 轻者仅眼睑或足胫浮肿，重者全身皆肿；甚则腹大胀满，气喘不能平卧；更严重者可见尿闭或尿少，恶心呕吐，口有秽味，头痛，抽搐，神昏谵语等危象。

3. 可有乳蛾、心悸、疮毒、紫癜以及久病体虚病史。

中医证候诊断标准：（参照参照 1993 年卫生部《中药新药临床研究指导原则》及《中医内科学》）

（一）阳水：

1、风水泛滥：

主症：眼睑浮肿，继及四肢或全身肿，来势迅速，多有恶寒、发热，肢节酸楚，小便不利。

次症：偏于风热者伴咽喉红肿疼痛，舌质红，脉浮滑数。偏于风寒者兼恶寒，咳嗽，舌苔薄白，脉浮滑或浮紧，如肿势较甚可见脉沉。

2、水湿浸淫：

主症：全身浮肿，按之没指，全身困重。

次症：胸闷，小便短少，纳呆，泛恶，苔白腻，脉沉缓。

3、湿热壅盛：

主症：遍身浮肿，皮肤绷紧光亮，胸脘满闷。

次症：烦热口渴，小便短赤，或大便干结，舌红苔黄腻，脉沉数或濡数。

（二）阴水

1、脾阳虚衰：

主症：身肿，腰以下尤甚，按之凹陷不易恢复，脘腹胀闷。

次症：纳减便溏，面色不华，怯寒肢冷，小便短少，舌质淡，苔白腻或白滑，脉沉缓或沉弱。

2、肾阳衰微：

主症：面浮身肿，腰以下尤甚，按之凹陷不起，心悸气促，腰部酸重。

次症：尿量减少，四肢厥冷，怯寒神疲，面色白或灰滞，舌质淡胖，苔白，脉沉细

或沉迟无力。

3、脾肾两虚：

主症：面浮身肿，腰以下尤甚，按之凹陷不起，乏力，腰酸重，脘腹胀满，心悸。

次症：纳呆，尿少，尿中泡沫多，畏寒，便溏，舌质淡胖，苔白腻，边有齿痕，脉沉细或沉迟无力。

4、瘀水互结证

主症：水肿迁延不愈，按之凹陷不起，腰痛固定或呈刺痛；皮肤瘀斑，或伴有血尿，面色黧黑或晦暗，舌色紫暗或有瘀点、瘀斑。

次症：周身乏力，尿少，尿中泡沫多，纳差，肌肤甲错或肢体麻木，脉象细涩。

西医诊断标准（参照 1985 年南京第二届全国肾脏病学术会议讨论修正）

1.24 小时尿蛋白定量 $>3.5\text{g}$ ；

2. 血浆白蛋白 $<30\text{g/L}$ ；

3. 水肿；

4. 高脂血症；

注：其中 1、2 条为诊断所必须。

【类证鉴别】

水肿与鼓胀鉴别：鼓胀是先以单腹胀大，面色苍黄，腹壁青筋暴露，甚者四肢肿，可见瘦削。而水肿则头面或下肢先肿，继及全身，腹壁亦无青筋暴露。鼓胀病位在肝、脾、肾；水肿病位在肺、脾、肾。

【辨证治疗常规】

一、中药汤剂治疗

(一) 阳水：

1、风水泛滥：

主症：眼睑浮肿，继及四肢或全身肿，来势迅速，多有恶寒、发热，肢节酸楚，小便不利等症。偏于风热者伴咽喉红肿疼痛，舌质红，脉浮滑数。偏于风寒者兼恶寒，咳嗽，舌苔薄白，脉浮滑或浮紧，如肿势较甚可见脉沉。

治则：散风清热，宣肺行水。

方药：越婢加术汤加减。

2、水湿浸淫：

主症：全身浮肿，按之没指，小便短少；全身困重，胸闷，纳呆，泛恶，苔白腻，脉沉缓，起病缓慢，病程较长。

治则：健脾化湿，通阳利水。

方药：五皮饮合胃苓汤化裁。

3、湿热壅盛：

主症：遍身浮肿，皮肤绷急光亮，胸脘满闷，烦热口渴，小便短赤，或大便干结，舌红苔黄腻，脉沉数或濡数。

治则：分利湿热。

(二) 阴水

1、脾阳虚衰：

主症：身肿，腰以下尤甚，按之凹陷不易恢复，脘腹胀闷，纳减便溏，面色不华，怯寒肢冷，小便短少，舌质淡，苔白腻或白滑，脉沉缓或沉弱。

治则：温运脾阳，以利水湿。

方药：实脾饮加减。

2、肾阳衰微：

主症：面浮身肿，腰以下尤甚，按之凹陷不起，心悸气促，腰部酸重，尿量减少，四肢厥冷，怯寒神疲，面色白或灰滞，舌质淡胖，苔白，脉沉细或沉迟无力。

治则：温肾助阳，化气行水。

方药：济生肾气丸合真武汤加减。

3、脾肾两虚：

主症：面浮身肿，腰以下尤甚，按之凹陷不起，乏力，腰酸重，脘腹胀满，心悸，纳呆，尿少，尿中泡沫多，畏寒，便溏，舌质淡胖，苔白腻，边有齿痕，脉沉细或沉迟无力。

治则：补肾健脾，活血利水。

方药：分消饮子（利水方）

4、瘀水互结：

主症：水肿迁延不愈，面浮身肿，腰以下尤甚，按之凹陷不起，皮肤瘀斑，或伴有血尿，周身乏力，尿少，尿中泡沫多，纳差，舌质紫暗，苔白，脉沉细涩。

治则：活血祛瘀、化气行水

方药：桃红四物汤合五苓散

二、中成药治疗：

湿热壅盛：加黄葵胶囊 5 粒日三次口服。

水湿浸淫：肾炎消肿片 5 片日三次口服。

脾肾两虚：肾炎康复片 5 片，人工虫草胶囊 2-6 粒，各日三次口服。

三、中药针剂的应用

1、阴水正虚者：应用参芪扶正液 250ml 日一次静点。

2、阴水脾肾两虚者：参麦注射液 40-60ml 加入生理盐水或葡萄糖注射液 100-250ml，日一次静点。

3、瘀水互结者：5%葡萄糖注射液或 0.9%氯化钠注射液，丹红注射液 30ml 日一次静滴，或舒血宁静点。

四、中药外治疗法：

1. 中药熏洗沐足：黄芪 30g、茯苓 20g、白术 20g、泽泻 15g、大腹皮 20g、桑皮 15g、白茅根 20g、陈皮 20g、丹参 20g、牛膝 15g、兔丝子 15g、山萸肉 15g、姜皮 20g，加水煎煮至 1000~2000ml，倒入沐足按摩器内，浸泡温度为 41℃左右，时间 30 分钟，沐足同时按摩涌泉、三阴交、足三里等穴位，每日 1 次，3 周为 1 疗程。

2. 灸法：选取气海、关元、神阙、足三里等穴位随证加减，可使用艾灸箱，每次约 20~30 分钟，每日 1 次。

3. 穴位贴敷：中药贴敷于气海、关元、三阴交等穴位，4~6 小时后取下即可

禁忌症：心、肺功能衰竭、严重高血压、严重贫血者、急性中风、急性感染期、恶性肿瘤、高热、醉酒人员、孕妇、中药过敏者。

【常规检查】：

血尿便常规，出凝血时间，24 小时尿蛋白定量，尿蛋白电泳，肝功肾功血脂免疫功能检查，乙丙戊肝炎系列，系统性风湿病基本检查 II，ANCA，双肾膀胱超声检查，肺 CT，心脏彩超，双下肢动静脉彩超，心电图，随机血糖，符合肾活检者建议行肾穿活检病理检查。

【西医治疗】

(一) 一般治疗:

1、休息: 严重水肿、浆膜腔积液应卧床休息, 水肿及浆膜腔积液消失且一般情况好转后可起床活动。

2、饮食: 正常量 (1.0g/kg/d) 的优质蛋白 (富含必须氨基酸的动物蛋白质) 饮食, 低脂肪饮食, 热量要充分 ($30\text{--}35\text{kcal/kg/d}$), 水肿者低盐饮食 ($<3\text{g/d}$)。

3、控制入水量: 每日入水量=前一天尿量+ 500ml

4、限盐: 每日食盐摄入量 $2\text{--}3\text{g}$ 。

(二) 西药治疗: 根据患者病情酌情应用糖皮质激素和/或细胞毒类药物。

1、糖皮质激素: 强地松 1mg/kg/d , 服 8-12 周减量。或甲强龙 0.8mg/kg/d , 服 8-12 周减量。辅用钙剂、胃粘膜保护剂。

2、细胞毒类药: 环磷酰胺: 200mg 隔日静推或 600mg 周一次静点或 1.0g 月一次静点, 总量 $6\text{--}8\text{g}$ 。或来氟米特片 50mg 日一次连服三天后改为 20mg 日一次口服。辅用保肝药。

3、免疫抑制剂: 雷公藤多苷片 $20\text{--}30\text{mg}$, 日三次口服。

4、对症治疗:

(1) 提高血浆胶体渗透压: 静脉补充白蛋白 (血浆白蛋白小于 20g)。

(2) 利尿消肿:

利尿剂: 速尿 $20\text{--}120\text{mg}$ 口服或静注, 安体舒通 $20\text{--}60\text{mg}$ 口服。

重度水肿经利尿效果不明显者可应用血液透析或血液滤过治疗。

(3) 纠正高脂血症: 口服降脂药。

高胆固醇症: 以他汀类降脂药为主, 如: 立普妥 $10\text{--}20\text{mg}$ 日 1 次口服。

高甘油三酯症: 应用贝特类, 如力平脂 200mg 日一次口服。

5、防治并发症:

(1) 合并感染: 选用无肾毒性抗生素。

(2) 血栓及栓塞:

高凝状态时应用活血化瘀药外, 应用低分子肝素皮下注射。

(3) 急性肾功不全:

肾康栓: 1 枚, 每日 1—2 次, 戴上一次性指套, 用食指将栓剂纳入肛门内 2 厘米以上给药。8 周为一疗程。

【护理常规】

因肺脾肾对水液宣化输布功能失调, 使体内水液储留, 泛滥肌肤, 引起眼睑、头面、四肢、腹部甚至全身浮肿为主要表现。病位其本在肾, 其标在肺, 其制在脾, 涉及膀胱、三焦。

一、一般护理

1、按中医内科一般护理常规进行。

2、重症患者绝对卧床休息, 高度水肿而致胸闷憋气者, 可取半卧位, 下肢水肿重者, 适当抬高患肢。

3、重症患者做好口腔及皮肤护理, 对长期卧床的患者, 预防压疮的发生。

4、饮水量视尿量而定, 一般以总入量等于前 1 日总出量加 500ml 为宜, 高热、呕吐、泄泻者则可适当增加入量。

5、水肿严重者, 经常变换体位; 眼睑及面部水肿时, 可垫高枕; 阴囊水肿者, 用提

睾带托起。

6、准确纪录 24 小时出入量。定时测量体重、血压。有腹水者定时测量腹围。

二、特殊护理

1、观察水肿的部位、程度、消长规律、尿量及颜色，体温、血压、舌脉等变化。

2、24 小时尿量少于 500ml 或尿闭时，报告医师，并配合处理。

3、表情淡漠、恶心呕吐、腹胀、疲乏无力、呼吸深长、胸满气急时，报告医师，并配合处理。

4、出现吐白色泡沫、面白唇紫、冷汗肢厥、烦躁心悸时，报告医师并配合处理。

5、临证（症）施护：

（1）风水相搏，浮肿尿少时，遵医嘱给予中药煎水代茶饮。

（2）有呕吐、发热时，宜食清热利水之品。

（3）胸闷、气促、口唇紫绀者，遵医嘱吸氧。

（4）湿毒上泛，恶心呕吐不止者，可服热姜糖水，或遵医嘱用止吐药。

三、健康教育

1、注意调摄，起居有常，随气候变化增减衣服。

2、适当参加体育锻炼，严防感冒。

3、劳逸适度，尤应节制房事，戒怒，以保护元气。

【入院标准】

1.少尿或无尿，并发心衰、高血压脑病。

2.血尿、蛋白尿、低蛋白血症程度严重。

3.氮质血症或尿毒症。

4.有感染或高凝状态。

【出院标准】

1、水肿减轻或消失，血浆蛋白回升或恢复正常。

2、蛋白尿减少或消失。

3、24 小时尿蛋白定量 $<3.5\text{g}$ ，血压正常或接近正常。

4、肾功能恢复或有改善。

【疗效判定】（参照 1993 年中药新药临床研究指导原则）

分级判定：

（1）部分缓解：尿蛋白 $0.31\text{g} \sim 2.0\text{g}/\text{日}$ ，连续 3 天，肾病综合征表现完全消除，肾功能好转。

（2）无效：尿蛋白 $2.0\text{g}/\text{日以上}$ ，肾病综合征表现未消除，肾功能无好转。

（3）恶化：主要指肾功能损伤加重，如肌酐清除率下降或血肌酐上升达治疗前 50% 以上。

2、根据每日尿蛋白排出量、肌酐清除率和（或）血肌酐治疗前、后的绝对值对比以判断疗效。但以上数值均应取连续 3 次的平均值为妥。

3、对于糖皮质激素依赖型的治疗效果可以采用撤下该药的例数或治疗前、后复发次数的比较。

【预后】

肾病综合征预后的个体差异很大，主要取决于其病理类型、临床因素、反复感染及血栓栓塞并发症等因素。该病易迁延难愈，治疗中可出现反复感染或重度感染，易引起菌血症、败血症；且该患者血液高凝，可出现血栓形成及栓塞（脑梗塞、心肌梗塞、肺

梗塞及四肢动静脉梗塞、肠系膜梗塞等)；或急性肾功能衰竭，免疫力低下，重者可危及生命。应用激素、细胞毒药物治疗过程中可出现消化道溃疡、出血、骨质疏松、股骨头坏死，易感染结核菌、神智出现异常、病毒性肝炎爆发、骨髓异常改变、肝功损害等。

暑湿感冒一例

作者：蒋亚坤

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

患者，女，19岁。因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，萎皮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。

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，要求继续口服中药。

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，再服4付。

讨论：该患者由于平时活动量少，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，萎皮，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：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。

针灸闲话之关于肿瘤那些事

作者：民间土郎中

链接：<http://bbs.iyi.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，癧肉乃生。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？岐伯曰：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，衄以留止，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？岐伯回答，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，以及针刺两侧的居髎穴和季胁京门，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……刺两髂髎季肋肋间，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.iiyi.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侯。明·赵献可《医贯》依据陈无择三因论提出血证三因，风寒暑湿操火外因也，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后果。

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（烊化）。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，以蒲黄频掺，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。炒黑色涩，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、产后瘀血腹疼，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，痈肿疔疮。

《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，疗肺痿肺痈，乳痈发背，尤祛肌表之热，故治斑疹、鼠痿，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。某县外贸局干部，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（烊化）。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，患者面色㿠白，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（烊化）。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。

漫谈胃痛

作者：田丰辉

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

胃痛是临幊上较为常见的疾病，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參照胃痛辨证施治，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，恣饮热酒煎燂，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。

分清体质治早泄

作者：江浪如雪

链接：<http://bbs.iyi.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。治疗早泄存在很多误区，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，但喝水多时则淡，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。左手脉细涩，津血伤、血不足，力弱阳气不足。双手脉寸大，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、少吃辛温辛躁辛辣辛香食物。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。

关于刮痧的一点体悟

作者: lian 克 zifen 克

链接: <https://bbs.iify.com/thread-1627145-1.html>

笔者在近几年用刮痧配合治疗多种颈肩腰腿痛，取得很好的疗效，现将自己几年的一点体悟总结一下：

1.刮痧板用2~3毫米厚的最好，牛角就可以，再厚或薄都不是很合适。必须用刮痧油或按摩油做润滑剂。

2.刮痧方向可任意操作，一般都需朝两个相反方向刮痧，可最大出痧。关键是板下的阻力要把握好：不要跳板或太滑，应让病人尽量舒服。

3.颈椎最好坐着刮痧，但头晕的要躺着刮。俯卧位。速度要慢，刮痧面要尽量拉长，这样最舒服。

4.刮痧是最好的软组织松解方法，立竿见影，如后背酸胀，刮痧后迅速见效。因此笔者认为，作为一个理疗师不可不会刮痧，关键是省力。

5.操作时应沉心静气，不可浮躁，不强出痧：体虚者点到为止，体实者手法稍重，最好刮2~3次重板。

6.刮痧时不可刮到骨头上，或手法重都会出现第二天疲劳，轻微出现是正常的。

7.刮痧板的角度需根据皮下结节的生长方向，以最大接触面积最好。

8.出痧多不一定病重，反而是血液循环好的表现；出痧少往往是顽固疾病，如结节增生等；不出痧者最难治疗。

9.体质虚弱者也会出痧很多，不可再放血点刺；体实者病重者，往往刮到最后也不觉得刮的疼，应考虑放血点刺。

10.刮痧不只是一种治疗方法，也是一种诊断手段：虚实寒热近在眼前。寒者痧青，实者痧紫，虚者痧淡，热者痧鲜红。局部病灶会显现出痧团。

认识筋缩，速治颈肩腰腿痛

作者: 冰台

链接: <https://bbs.iify.com/thread-1394925-1.html>

在颈肩腰腿痛的治疗中，大家常常会碰到一些病情顽固的患者，依我的经验，凡多年久治不愈顽固性的患者，大多都存在“筋缩”，也就是说其肢体关节僵硬板结了，这部分患者我们用常规治疗方法是很难快速奏效的，这就是为什么有些患者多法久治不愈

的一个原因。

可能有些朋友对“筋缩”不太了解，或不太注重，其实筋缩症在临幊上是很常见的，我认为搞中医针推的同行应该引起重视。据说人身上共有485道筋，这是我在一本中医书上看到的说法，是不是真的有这么回事，我就知道了，如果从现代解剖学角度来看，包括肌腱、肌肉、肌膜、韧带等，周身除了骨头之外的组织，大约都属于中医“筋”的范畴吧。从人体结构来说，筋最基本的功能应该就是伸缩了，是筋在牵引关节做出各种动作，所以在治疗骨关节病方面，关注患者筋的正常与否是很有必要的，这对我们的治疗效果有很大帮助。

筋需要经常活动，也就是抻拉，才能保持伸缩力、弹性，防止老化。按此讲来，如果筋失去了活动的机会的话，那么筋缩的发生就是不可避免的了。随着电脑机械化的普及，现代人的工作多以静态为主，生活节奏加快，交通越来越方便，出门就坐车，上下楼乘电梯，回到家就在电视或电脑前一坐，缺少筋骨的锻炼，于是在不知不觉中，人们的筋在缩短。筋缩短的结果就会逐渐引起肢体关节酸痛不适，许多人出现了症状去看医生，一直不见好转，或仅有部分疗效的，大多都是筋缩在作祟，事实上患者本人并不能意识到自己筋缩了，大多数的医生也并不认识“筋缩症”，甚至在他们心中根本就没有意识到这一点。在西医眼里，也多是认为腰酸背痛腿抽筋是缺钙引起的，所以要补钙，然而我在多年临幊中发现，很多所谓缺钙的腰腿痛患者，补了几年的钙，仍然腰酸背痛腿抽筋。其实，我分析发现颈肩腰腿痛的许多原因都是由筋缩引起的，不同部位的筋缩也会引起不同的疾病。如头晕、头痛、颈肩疼痛可由颈肩部的筋缩引起；胸闷、背痛、乏力可由胸背部筋缩引起；腰酸膝软、臀、下肢疼痛麻木可由腰、臀、大腿筋缩引起。

产生筋缩的“筋”和正常的筋比起来，会出现很多问题。筋缩的“筋”从病理上看，会有纤维化，粘连，瘢痕形成，严重的还会出现萎缩；触摸筋缩的筋，会感觉紧张、僵硬、痉挛、肿胀，会摸到增厚甚至“筋疙瘩”，压痛明显；从功能上看，关节活动范围减小，转头受限，弯腰困难，抬腿举膝等动作大不如从前。另外，筋缩了的筋还会压迫神经造成疼痛，压迫血管造成供血不足，筋脉失养，麻木抽搐等一系列病症。认识到这些，咱们就明白治疗的矛头应该指向哪里了，所以在我的临幊治疗中，那些所谓的颈椎病，腰椎间盘突出症、骨质增生之类，我多半都不去理会患者的椎体、椎间盘的变异，而是想办法让他们的筋变软恢复正常，症状也就随着改善甚至消除了。那些行之有效，疗效比较显著的治疗手段，如针刀、拨针、钩针之类，其实大多也都是围绕着“筋”在做文章，明白这一点，相信很多同道朋友就会少走很多弯路了。

在此分析一下导致筋缩的几个主要原因：

- 1、缺乏运动和锻炼。
- 2、习惯趴着、躺着看书。
- 3、经常窝在沙发或床上看电视。
- 4、长时间伏案工作、打电脑。
- 5、长期打麻将、打牌。
- 6、工作压力大、精神长期处于紧张状态。

- 7、长时间开车。
- 8、长时间弯腰或蜷缩着工作。
- 9、关节肌肉损伤后治疗不彻底。

鉴于以上原因，如果患者在治疗过程中不配合辅助锻炼，不注意调节生活方式，任由筋缩情形发展下去的话，虽然经过治疗后或许症状会暂时有所改善，但病情终究会越来越加重。所以在临床治疗中，除了我们的治疗以外，一定要重视患者的自我功能锻炼，让患者务必在治疗的同期配合抻筋的锻炼，从而达到最佳疗效。虽然许多体育活动都有锻炼筋骨的作用，但是多数远远未达到每个关节应伸展到的最大范围，只有当筋在伸展到最大的限度时，再轻微用力伸展一下，才能达到抻筋的效果。须知筋是喜温喜柔的，喜温就是要在温暖的环境中，比如在热身运动之后，待周身筋变温变软后再进行抻拉；喜柔就是要平缓柔和地抻拉，而不能猛烈抻拉。“筋缩”的治疗主要就是靠抻筋来达到，抻筋要一张一弛地进行，一个动作不可持续的时间过长，否则会影响血液循环，使代谢产物堆积，产生酸痛不适。重要的是要认识到筋必须经常锻炼抻拉，而不是一蹴而就的，所以我们最好强调患者们，即使他们的病情在治愈之后，也还要经常进行抻筋的专项锻炼，如此才可保患者不易复发。

浅谈针刀四维辩证论治

作者：陈文精

链接：<https://bbs.iyi.com/thread-1993033-1.html>

辨证论治，是中医思维的特点，是个老话题。针刀是中西医两种思维模式的共济，所以辨证论治同样是针刀临床重要的环节，不容忽视。何谓辨证论治？所谓“证”是机体在疾病发展过程中某一阶段的病理概括。包括病变的部位、原因、性质以及邪正关系，能够反映出疾病发展过程中，某一阶段的病理变化的本质，因而它比症状能更全面、更深刻、更准确地揭示出疾病的发展过程和本质。所谓“辨证”，就是将四诊（望、闻、问、切）所收集的资料，症状和体征，通过分析综合、辨清疾病的原因、性质、部位以及邪正之间的关系，从而概括、判断为某种性质证候的过程。所谓“论治”又叫施治，则是根据辨证分析的结果来确定相应的治疗原则和治疗方法。辨证是决定治疗的前提和依据。论治则是治疗疾病的手段和方法。所以辨证论治的过程，实质上是中医学认识疾病和治疗疾病的过程。

具体到针刀医学，辨证论治的主要内容是哪些呢？辨证的关键一是辨因，二是辨位。针刀论治的关键是浅、中、深三维同治，精确松解病损，疗程合理安排。浅、中、深三维加时间维度的把握是为针刀四维辨证治疗思路。

针刀医学认为慢性软组织损伤的病理本质是粘连、疤痕、挛缩、堵塞。朱汉章老师称为四大病理。这是慢性软组织损伤疾病的“证”，由于病程的不同，其“证”有不同的表现，无菌性炎症存在于急、慢性过程中，针刀医学认为无菌性炎症病理结果而非病因，往往局部的血液循环改善后很快吸收。粘连是人体修复机制的结果，在失去代偿能

力的时候反而成为病因，这是针刀医学理论中最重要的一个部分，是不容忽视，必须重点领会的内容。肌肉的缩短，筋膜的紧张，局部的缺血等都是一个逐渐积累的病理过程，所以不同的病程有不同的病理表现形式。临幊上大多的病损都不是一个简单的病损点或者病损部位，很多的都是多部位的损伤，面的损伤，立体的损害形式，所以辨证治疗就更显针刀的治疗的智慧和策略，更能提高针刀治疗的近远期疗效。

1. 辨因

有因才有果，临幊上往往都看重结果而离本质相去甚远，治病必求其本，本者，因也。所以辨因是透过现象看本质。一本针刀医学原理大著，就是想拨云见日，去伪存真。辨因不是简单的病因收集，而是用思维去透视疾病，用理论去吃透临幊。比如骨质增生症，其本质是拉力，拉力来源于肌肉韧带的损伤，损伤的本质是粘连缩短等，这样就从现象到本质。四大病理的总结，既是病因又是病理，全新的视觉，全新的医学。比如说椎间盘的损害，其实椎间盘直接的外伤毕竟是极少数，都是慢性的间接性的损害，椎管外的软组织损伤是其根本，其本质是人体的力平衡失调，局部的变化是椎间盘的代谢通道堵塞。实际情况是椎间盘先慢慢的坏了才突出的。所以外周的治疗既是安全的又是最有效的。又比如说膝关节损害，外周的损害所致力平衡失调，最终导致膝关节内部的软骨细胞代谢障碍。所以辨因者，针刀辨证之首要。

2. 辨位

辨位不只是简单的触诊后的一个判断结果，而实际上要用针刀的理论去综合分析，由现象到本质，把复杂的病因病理简单化，把隐性的病灶清晰化。位者，时下的话叫靶点，或者说针刀松解的病灶，针刀医学里有高应力点、粘连点（面），挛缩点（面）等。从减压的角度来说还有高压区，一般以筋膜为主。针刀治疗要求安全是前提，只要达到一个相对的平衡即可，所以调节是治疗的法宝，临床以浅治深，以外治内就是通过调节机制来完成。由于临幊病情的复杂性，笔者强调一点，调节的效果也是通过整体的把握以及精确的松解来完成，所以一些位置的病损的治疗技术不掌握是难以达到效果的。就比如说腰椎横突尖部的病损，在临幊是很普遍的，只是通过想治疗浅层筋膜来解决所有问题是不可能的，腰椎横突尖部是筋膜交汇部分，从生物力学的角度来说，有几个肌肉的力牵拉此处，骶棘肌、腰大肌、腰方肌、以及髂腰韧带等，因此原发病灶很多。而且一点治三肌，安全实用，不掌握那是不行的。辨位之道，其要有八：一是触诊辨位；二是筋膜辨位；三是经络辨位；四是神经辨位；五是动态解剖辨位；六是影像辨位；七是关联痛辨位；八是脊柱相关疾病辨位。

2.1 触诊辨位

触诊定位是辨位诊断的具体体现，更是针刀临幊医生的基本功。其方法除了仔细反复触摸、按压、拨动，寻找阳性反应点（包括压痛、条索、硬结）外，更要注重反应物的范围、形状、方向、层次、硬度和活动度的诊察。一般来说浅层病变硬结条索容易摸到，范围较大，触压痛明显，易推动；深层病变硬结条索需用力按压、拨动才能触及，范围较小，压痛深在，酸胀感明显，不易推动。

提捏法：浅深筋膜粘连。轻压法：皮肤、浅筋膜。拇指推拨法：条索硬结。中压法：肌肉。深压法：骨面。

2.2 筋膜辨位

筋膜病损的定位分析

病理：粘连疤痕、挛缩增厚、紧张高压。

皮肤和浅筋膜之间以及浅深筋膜之间正常的是一个疏松弹性组织，损伤后筋膜的防御和修复，形成一个平面的粘连疤痕，并且这种病理改变广泛存在于慢性软组织损伤中。

临床中我们把很多浅层筋膜的病损忽视或者误诊为是深层病损，过多的干预深层或者骨面而并未取得很好效果，通过对浅深筋膜之间的平刺松解，反而取得意想不到的效果。

筋膜慢性损伤的临床表现多，复杂，并非象书上写的单一。有酸痛，有胀痛，有麻木。而且疼痛面积较大。如斜方肌筋膜炎，还有伴有头痛头昏、上肢麻木等复杂症状。腰筋膜鞘综合症的患者表现出下肢多部位的疼痛麻木。

腰骶棘肌筋膜鞘把腰部浅、深二层筋膜作为一个腱鞘。此腱鞘为全身最大腱鞘之一，狭窄时症状较重。腰筋膜是全身最厚、最大、最坚韧的致密结缔组织之一，分浅、深二层，它形成骶棘肌的肌纤维鞘。

向上附着于第十二肋下缘，向下附着于髂嵴，向内附着于棘突、横突，向外浅深二层筋膜愈合构成腹肌的起始腱膜。该腱鞘是全身运动量最大、受力最强的腱鞘，它负担着上身重量及肩负外界重量，该部是腰 L4/5 至 L5/S1 传递到下肢之枢纽，该部又是全身最薄弱之处，也是发病率最高，症最重之处。由于活动频繁，在动静力劳损致动静平衡失调，其内压增高，形成筋膜鞘狭窄症。症状有放射性或连续性疼痛、酸痛、麻木、肢冷等症。

2.3 经络辨位

经筋的循行分布，同十二经脉在体表的循行部位基本上是一致的，但其循行走向却不尽相同。手足三阳的经筋分布在肢体的外侧，手足三阴的经筋分布在肢体的内侧，经筋有的进入胸腹腔，但不属络脏腑。

经筋病的临床表现是经筋循行线上的诸筋疼痛为主要症状的症候群；除疼痛外，尚有其他诸多表现，如筋肉的牵扯、拘挛、转筋、强直和筋肉的松弛、口僻、肢体的瘫痪麻痹、痿弱不用及关节活动不利等。

“一经上实下虚而不通者，此必有横络盛加于大经之上，令之不通。视而泻之，此所谓解结也。”（《灵枢·刺节真邪》）（如果某一经脉出现了上实下虚而经气不通的现象，则必定有横络的雍盛之气加之于正经，才使得经气不得通畅。治疗时应找出横络，施行泻法，这就是所谓的解结的方法）。

中医以“视而泻之，此所谓解结也。”来描述，即通过针刀切刺“横络”而解结；或用钩拉刃针将因病变而紧张和排列紊乱的肌筋膜纤维，通过牵拉恢复到正常的力学状态和排列顺序；将因筋膜病变而受到卡压的周围神经解脱；以及加大浅、深筋膜之间的间隙，解除皮神经受到的牵拉或压迫，起到治疗“皮下肉外”、“分肉之间”病变作用。

客于外分肉之间的“分肉之间”，是指皮下肉外这一部分，与浅、深筋膜及其之间是同一层次；它们组成的间隙中压力加大，与迫切而为沫的“迫切”是相同概念；而炎性渗出与迫切而为沫的“沫”是一样的病理物质。

“风寒湿气，客于外分肉之间，迫切而为沫，沫得寒则聚，聚则排分肉而分裂也，分裂则痛……”。《灵枢·周痹》（风、寒、湿三气侵入皮肤肌肉之间，将皮肤肌肉之间的津液压迫为涎沫，涎沫受寒后凝聚不散，进而就会排挤肌肉与皮肤之间使它分裂，分裂就会发生疼痛……。）

2.4 神经辨位

身体各部皮肤的感觉神经分布，可分根性的节段分布及神经周围性分布两种。这两种分布的情形不一样，所以在神经损伤诊断和治疗时，各有重要的意义。

掌握它们的规律区别论治，方可取得疗效。如小腿外侧，既是腰5节分布区，又是腓肠外侧皮神经分布区，如出现疼痛和/或麻木，就需加以区分，进行不同的治疗。

（一）根性的节段分布论治

神经受累出现根性的节段性分布区域疼痛和/或麻木，治疗损伤节段周围软组织，而非分布区域。如腰5节分布区出现疼痛和/或麻木，就要以第4、5腰椎棘突、横突和棘突和横突之间的压痛和异常改变的软组织为治疗点，视情达到筋膜、肌肉、关节囊或骨面切割。

C3/4 间隙以上(C1-4)受累：颈部后枕部疼痛或麻木，枕大神经痛、枕部痛温觉减退，颈项肌和冈上肌压痛、无力或萎缩。

C4/5(C5) 表现颈部疼痛，沿肩顶、上臂外侧、前臂桡侧、腕放射痛或麻木。可出现冈上肌、冈下肌、三角肌、二头肌、肱桡肌、喙肱肌、桡侧腕伸肌无力或萎缩。三角肌受累最明显。**C4/5 椎旁肌**有压痛。

C5/6(C6) 表现为沿上肢外侧和前臂桡侧放射至拇指、食指麻木和疼痛。以肱二头肌受累最明显，并有腱反射障碍。但三角肌不受影响。

C6/7(C7) 表现为沿上肢外侧和前臂桡侧放射至食指和中指。以三头肌受累明显，并有腱反射障碍。

C7/T1(C8) 沿上臂内侧和前臂尺侧放射至无名指和小指。有肩胛内下缘压痛。

中央型突出 一般在L4/5或L5/S1之间，马尾神经受累。疼痛部位腰背部、小腿后侧。麻木部位：双大腿、小腿、足跟后侧、会阴部。肌力改变：膀胱或肛门括约肌无力。反射改变：跟腱反射或者肛门反射减弱或者消失。

L2/3 (L3) 疼痛和放射部位：下腰臀股后膝前。股四头肌肌力下降和肌萎缩。麻木：膝部。股神经牵拉实验阳性。

L3/4(L4) 下腰臀股前外侧小腿前内侧。股前肌群伸膝无力。麻木：小腿内侧。股神经牵拉实验阳性。

L4/5(L5)下腰骶髂关节股后小腿外侧拇指。麻木：小腿后侧。踝背屈肌跨背屈肌无力。直腿抬高实验阳性。

L5/S1(S1)腰骶髂关节股后小腿外侧足跟外侧外踝。麻木：小腿后外、外踝、足背外侧、小趾。胫前肌、跨背屈肌无力。直腿抬高实验阳性。跟腱反射减弱或消失。

L4/5、L5/S1 巨大间盘突出：疼痛和放射部位：下腰大腿后外小腿后外或双下肢。麻木：双下肢。足下垂。直腿抬高实验阳性。跟腱反射消失。括约肌功能受累。

(二) 神经周围性分布论治

神经受累出现神经周围性分布区域疼痛和/或麻木，治疗分布区域，而非损伤节段周围软组织。如腓肠外侧皮神经分布区域疼痛和/或麻木，就要在此区域内平行腓骨方向、多点、垂直局部体表刺入，依次穿过皮肤、皮下脂肪和浅筋膜，抵达深筋膜层后切割，注意穿过筋膜层即可，不必刺入肌肉或骨表面，待患者感觉局部酸胀后拔出。

2.5 动态解剖辨位：

即通过动态检查迅速判断损伤的部位的方法。针刀医学称为动态平衡失调，简单的说就是相关的肌肉不能完成其正常的活动范围。而且受损的软组织主动收缩、抗阻收缩、被动牵拉产生疼痛。接近身体正中面或四肢部靠近近侧的附着点为肌肉的起点或定点，另一端则为止点或动点。这就是肌肉的起止点。

肌在关节周围配布的方式和多少与关节的运动轴一致。单轴关节通常配备两组肌，如肘关节，前方有屈肌，后方有伸肌，从而使这些关节完成屈和伸的运动。双轴关节通常有四组肌，例如桡腕关节和拇指腕掌关节，除有屈肌和伸肌外，还配布有内收肌和外展肌。三轴关节周围配备有六组肌，如肩关节和髋关节，除围绕冠状轴和矢状轴排列有屈、伸、内收和外展肌外，还有排列在垂直轴相对侧的旋内（或旋前）和旋外（或旋后）两组肌。因此，每一个关节至少配布有两组运动方向完全相反的肌，这些在作用上相互对抗的肌称为拮抗肌。拮抗肌在功能上既相互对抗，又互为协调和依存。如果拮抗肌中的一组功能丧失，则该关节的有关运动也随之丧失。此外，关节在完成某一种运动时，通常是几块肌共同配合完成的。例如屈桡腕关节时，经过该关节前方的肌同时收缩，这些功能相同的肌称为协同肌。一块肌往往和两个以上的关节运动有关，可产生两个以上的动作，如肱二头肌既能屈肘关节，也能使前臂旋后。通常完成一种动作，要许多肌参加，但起不同的作用。如屈肘的动作，肱肌和肱二头肌是主要的，它们是原动力，称原动肌。

前臂的肱桡肌、桡侧腕屈肌、旋前圆肌等协助屈肘，为协同肌(合作肌)；肱三头肌是拮抗肌；还有一些肌起着固定附近一些关节的作用，以防原动肌产生不必要的动作，例如屈肘时使肩胛骨固定于脊柱的斜方肌、菱形肌等，这些肌称为固定肌。同一块肌在不同情况下可以是原动肌，也可以是协同肌、拮抗肌或固定肌。在神经系统的统一支配下，互相协调又互相配合共同完成某种动作。

(一)肩关节的三个运动轴：

a、前屈、后伸；

- b、内收、外展；
- c、旋前、旋后（内旋、外旋）。

患者需要解决的三个运动障碍：

- (1) 上举；
- (2) 搭肩；
- (3) 后伸摸背。

肩周炎主要治疗点：

- a、肩峰点；
- b、大结节点：冈上肌、冈下肌、小圆肌；
- c、小结节点：大圆肌；
- d、喙突点：肱二头肌短头、喙肱肌；
- e、盂下结节点：肱三头肌长头；
- F、结节间沟。

（1）上举动作：

主动肌：三角肌、冈上肌；

拮抗肌：肩胛提肌（肩关节外展 90 度，则肩胛骨外旋 30 度，其中肩胛骨内上角必然下沉牵拉肩胛提肌）；

上举动作不能完成我们只治疗冈上肌、肩胛提肌，治疗部位为肱骨大结节、肩胛骨内上角。

（2）搭肩动作：

主动肌：喙肱肌、肱二头肌，这两块肌肉共用一个起点，即喙突点；

拮抗肌：冈下肌、小圆肌；

搭肩动作：主要治疗肌肉：肱二头肌、喙肱肌、冈下肌、小圆肌，根据解剖主要治疗点为喙突、肱骨大结节点。

（3）后伸摸背动作：

主动肌：肱三头肌、冈下肌、小圆肌、大圆肌；

拮抗肌：肱二头肌、喙肱肌；

后伸摸背动作，治疗肌肉为主动肌及拮抗肌的参与肌肉，根据解剖其治疗点为盂下结节、肱骨大结节点、肱骨小结节点、喙突点。

(二) 肱骨外上髁处疼痛辩证:

肱骨外上髁处疼痛：（都有提重物疼痛的共性）。

a: 端重物疼痛，按肱二头肌损伤治疗；

b: 扫地疼痛，按肱三头肌损伤治疗；

c: 倒开水，拧毛巾疼痛，按桡侧腕伸肌损伤治疗。

疼痛部位：

(1) 肱二头肌损伤疼痛部位位于肱骨外上髁的前下方；

(2) 肱三头肌损伤疼痛部位位于肱骨外上髁的后下方；

(3) 桡侧腕伸肌损伤疼痛的部位位于肱骨外上髁尖上；

还有是传导痛的情况是颈椎胸椎的病损。

(三)膝外侧痛:

a、髂胫束损伤；

b、外侧副韧带损伤；

c、股内收肌损伤；

动作分析：

上楼疼痛：股四头肌损伤；

下楼疼痛：

(1) 下楼膝前痛为髌下脂肪垫劳损；

(2) 下楼膝后痛为腘绳肌损伤、髌下脂肪垫劳损。

2.6 影像辩位

针刀医学根据影像学的物理学特性，应用尸体和人体骨架造成骨关节的微小变化在影像学上的表现，及对周围组织的影响的研究，把过去忽略的一些微小的影像学信息进行重新整理归纳，形成了诊断某些严重慢性病的新指标。

针刀医学按矢状轴、水平轴和冠状轴将骨关节微小移位划分成 10 多种类型。分别为：左右旋转移位、左右侧方移位、前后移位、仰旋移位、俯旋移位、绕矢状轴移位以及上述几种移位的混合。

颈椎病的 X 线诊断过去传统的 X 线诊断方法存在一些问题。一是确诊时间较临床晚，只能在 X 线片出现骨质增生，椎间孔变形，椎间隙狭窄时才可做出诊断。二是对临床治疗指导作用不大，因为忽视了颈椎体微细解剖变化。

(一) 患椎以左右旋转移位为主时 X 线表现：正位片患椎棘突中部偏离颈椎棘突正

中线,偏向移位侧。该椎体边缘到棘突中部的距离小于对侧钩突关节间隙左右不对称。椎间隙左右不等宽,椎体可见程度不同的倾斜,患椎棘突间隙上下不等宽。侧位片上如患椎旋转角度较大时,椎体后缘可呈现“双边”,后关节突呈“双影”,称为“双凸”现象,如患椎见有“双边”、“双凸”现象,而其上下颈椎显示正常,表示该椎体有旋转移位。如果上部颈椎显示正常,而下部颈椎呈现“双边”、“双凸”现象或下部正常,而上部有“双边”、“双凸”现象,表示其交接处有旋转移位,如果颈椎一个或两个显示正常,而其余部分有上述现象,则系投照位置不完全侧之故。确定旋转移位的椎体需要正侧位片结合起来观察。

(二) 患椎前倾或后仰移位的 X 线表现: 患椎前倾及后仰移位实际上也属于上述旋转移位的范围,只是在三维移位的方向上。患椎向前后旋转的程度明显些,X 线平片表现又有些特征性。患椎向前倾移位时,正位片见患椎棘突上下间距不等,为上窄下宽。患椎后仰移位时则上宽下窄。椎体上下缘出现“双线”征。侧位片颈椎生理曲线不好,患椎体前倾移位时,与下一椎体形成向后方的成角变形。成角以上的颈椎曲线变直,其患椎下方椎间隙前窄后宽。后关节间隙上下不等宽或关节面模糊。棘突间距上窄下宽。患椎后仰移位时则与上述表现相反。

(三) 患椎前后移位的 X 线表现: 正位片意义不大,侧位片可见颈椎后缘弧线中断,向后移位的椎体后缘可超过下一椎后缘 2-4 毫米。常伴有患椎后仰移位,棘突间距变小,斜位片可见椎间孔变形,其横径变小。颈椎失稳病人拍过伸屈位片,椎体可发生不同程度的移位,使椎管前后径减小,在已有椎管狭窄的病人,可加重对脊髓的压迫程度。所以颈椎前后移位是髓型颈椎病病因之一。

(四) 患椎侧方移位的 X 线表现: 两侧钩突关节间隙不对,关节间隙狭窄侧钩突增上明显。患椎棘突偏离正中线,但患椎棘突位于其椎体中部,以此可与旋转位相鉴别。侧位片上也无患椎“双边”、“双突”影,正位片椎体两侧缘边线了有一侧微凸,另一侧微凹。斜位片椎间孔变形不明显。

(五) 环齿关节错位的 X 线表现: 环枢椎其解剖及功能特点,常出现半脱位现象,临床症状也较复杂。X 线表现较特殊,一般需要投照颈椎侧位,开口位及过伸过屈位片。环椎前移位时,在侧位上有环齿间距增宽,环椎管前后径变小。正常成人环齿间距为 2.5mm 以下,儿童环齿间隙为 4.5mm 以下,环椎管前后径如为 14mm 以下,颈髓常受压而出现症状,17mm 以下颈髓常不受压。测量环枕线与齿突轴线之夹角,正常为 70-80 度,若角度变小为齿状突后脱位或枢椎仰旋转移位。若角度变大为齿状突前倾移位。环枕筋膜挛缩,可见环枕后间隙变窄,拍过屈位片可进一步证实该病是否存在。

在开口片上的表现,如果枢椎有旋转移位,可见枢椎棘突中部偏离齿突中线。如果环枢椎发生侧方移位,则可见环椎侧块与枢椎齿突之间的环齿间隙不等宽,齿突轴线与环椎轴线不能重迭。环枢椎旋转移位可见环枢关节(“八字”关节)左右不对称。

颈椎病椎体细微病理移位的 X 线平片分析方法,对于颈椎病的早期确诊和针刀手法治疗非常重要,对于针刀治疗脊柱相关疾病的研究和整脊治疗均可提供一定帮助。

2.7 关联痛辨位

肌肉损伤除局部有压痛和/或异常改变外,按压该肌范围内的某些部位(称“触发

点”），还会在其它部位出现疼痛和/或感觉异常（称“关联痛”），关联痛区域往往被误认为是原发病灶，因而治疗无效。掌握了肌肉损伤关联痛区域分布规律，无疑是治疗这类疾患的首要任务。

出现关联痛的理论，比较容易接受的是“神经传导过程中出现了信号紊乱”。正常情况下，几个感觉传入纤维共同会聚在脊髓的单个神经细胞内，在被传入大脑之前，它们在那里被整合和修正。如果，一个“电子信号”影响了另一个，从而导致对这个信号来源的错误印象，就造成关联痛。

值得注意的是，关联痛多发生在关节附近或关节内，这些部位的疼痛总会让你去调整自己有问题的动作或状态。除此之外，腰痛可能来源于臀部、腹部肌肉甚至小腿肌肉损伤的关联痛；盆腔内一些无法解释的疼痛以及与性功能有关的疼痛可能来源于大腿深部肌群、下腹腔或盆腔肌肉损伤的关联痛；感觉像是胃痛、头痛，或像溃疡病那样的疼痛可能来源于腹部肌肉损伤的关联痛；急性阑尾炎症状，可能来源于腹直肌损伤的关联痛等。

腰、臀部肌肉损伤引起坐骨神经痛的机理，是由于触发点引起的肌肉收缩和舒张常常会挤压到邻近的神经，尤其是从肌肉中穿行的神经。一条神经受到压迫，就会干扰通过其传导的“电子信号”，并导致一些异常感觉，如麻木、刺痛感、灼热感等，并且使下肢相应的支配区域出现感觉过敏。

2.8 脊柱相关疾病辨位

由于脊柱及周围软组织力学失衡引起的相关组织的病理改变，并出现的临床症状称脊柱相关疾病。

椎周软组织慢性损伤→长期直接(或间接)的反复刺激脊神经→引起脊神经前支或后支兴奋性异常→影响交感神经兴奋性异常→所支配的器官功能活动异常→器官功能性病变→最后导致器质性病变。

3.论治：

“论治之道，可比用兵，在谋而不在勇”。针刀也是一种微创理念，就是用最小的痛苦获得最大的疗效，所以如何治疗的思路决定治疗的出路。无痛针刀的治疗，思路整体的把握以及操作的精确干预是临床制胜之道。无痛针刀是针刀刀法的精华部分，在此不做深入讨论。治其要有三：一是如何把握浅、中、深三维治疗，二是如何做到精确松解病损，以及根据病情合理安排疗程是主要讨论的话题。

3.1 如何把握浅中深三维治疗

(一) 以浅治深，以外治内：

平衡是针刀医学的核心的理论，平衡是相对的，平衡是通过调节来达到的。而调节是通过软组织结构和相关的功能来完成的。浅层的筋膜调节深层的筋膜，肌肉的力平衡调节，椎管内外、关节内外、软组织与内脏的平衡等，都是针刀治疗的智慧，所谓不战而屈人之兵，安全保守的治疗始终是医患最愿意选择的。

(二) 点面结合，立体松解：

浅层的平面损伤很多，而且平刺和“寸劲”点刺很容易干预，深部的病损一般都是高应力损害。临幊上针刀在浅层的干预为面，深部的干预为点，点面结合，立体松解。相对来说深部的治疗要求更高，无论是解剖和手感都要求很熟练，一般都需要在理论和临幊积累一定的时间，初学者可以从浅层治疗入手，平刺针刀可以是入门的法宝。

（三）先浅后深，辨位松解：

浅层病损和深部病损在临幊同时存在的情况是很多的，有的深部病损可以通过浅层的治疗而达到平衡，很多的情况是深部是原发粘连点，不干预到就很难有远期的疗效。临幊要求从浅层开始，逐渐深入，所谓的病有深浅，刀有长短，不知其道，难有卓越疗效。

（四）直刺平刺，纵横软伤：

平刺、适用于局部浅层肌筋膜炎。全身广泛肌筋膜炎。颈部脂垫炎，腰骶部脂垫炎等，松解浅层的平面粘连。判断：提捏法。松解方法：平刺推拨。层次：皮肤和浅筋膜之间、浅筋膜和深筋膜之间。较薄的部位可到深筋膜下平刺松解。

（五）无痛寸劲突破：

主要松解深筋膜浅层、腱鞘、滑囊、腱膜以及皮包骨的部位病损。

动态无痛寸劲突破：松解中层或骨面的平面粘连。

直刺：腰部及臀部和下肢软组织深厚的部位病变，如腰椎横突的治疗，多裂肌的治疗，臀部臀中肌、臀小肌、股二头肌的治疗等。骨面：肌肉的起止点、骨膜。深层筋膜、关节囊。

单纯浅层病变适用于平刺。单纯中层病变寸劲点刺。浅层加中层病变先寸劲点刺后平刺。中层加深层病变先寸劲点刺后按照层次直刺深入。浅层加深层病变先平刺后直刺。

（六）针刀为主，综合治疗

朱汉章老师的经典总结：针刀为主，手法为辅，药物配合，器械辅助。我们根据临幊加一点，那就是康复为固。强调康复的重要，同时很多的病患后期的复诊以及巩固治疗在针刀临幊是很关键的，无论病人是否在后期的康复中投入经济，我们也要为一个完美的治疗付出一定的努力，哪怕后期治疗以及康复指导是免费的，都是在为患者创造更多治愈的奇迹。

综合治疗是优势的互补，不要一谈综合就主次不分，尤其是激素以及很多有副作用的药物尽量不要去用，既没有实际意义，又不能发挥绿色疗法的优势。

（七）筋骨并重，动静结合

筋骨是对立统一的关系，功能上是一体化的，从生物力学的角度来认识更能清晰临幊的意义。软组织的重要性在临幊中证实，以柔克刚，对软组织的干预，无论针灸还是针刀都有很多的典型病例佐证。很多的重症的病患不要忘记骨的治疗，针刀骨减压是一个好的方法，是筋骨并重的思路。

病人的恢复离不开合理的修养，同时合理的康复活动是保证血液循环和关节功能所必需的。“筋骨并重，动静结合，一阴一阳谓之道”。

3.2 如何做到精确松解病损

(一) 明确诊断，辨证施治

本文讨论的目的之一其实就是想做到精确的松解病损部位，那么这里所说的精确是指疾病本身，笔者反复强调现象和本质之间往往都迷失在一个个结果里，比如临幊上说的椎间盘突出，这个结果总是困扰着医患的思维，很多的情况是用这个诊断名称，而治的是软组织损伤。也就是说很多病情就是一个肌肉韧带的劳损。但是在临幊我们却不能明白的给病人说就是个肌肉劳损，病人一方面会认为我们的诊断和影像是不符的，无论怎样的解释都不会使病人满意。而且就是把诊断简单化也有坏处，治好了医生也似乎没有什么功劳，病人会说医生说的不就是劳损粘连吗？为了医患沟通方便，我们可以多下几个合理的诊断，这样解释的时候就会留有余地。但是论治是严谨的，诊断必须明确，可以按照针刀医学的诊疗标准草案为蓝本参考西医临幊的诊断。为治疗方便起见，诊断要求明确到具体的软组织损伤的部位，比如说肱二头肌损伤，关节囊损伤，筋膜损伤等等。辩因、辩位为先，操作技术为要，针法刀法并用，药物器械辅助，康复痊愈定然会有期。

疼痛疾病的复杂性，必须排除一些特殊的疾病，比如肿瘤、结核等，所以一些常规的辅助检查必须要求做。临幊病人有两个极端的表现，一是把检查当治疗，报告单一大堆，怀疑这样，怀疑那样，就是不治疗。另一极端是不做辅助检查直接治疗，这都是很危险的做法。

(二) 精研解剖，体表定位

解剖是基础，没有解剖知识的医生就好比病人没有抵抗恢复能力一样，要达到目的就很费力。解剖是通过反复的学习提高的，笔者虽然在写此文，并非说学的就很好了，其实依然是需要反复的学习强化，学无止境，对解剖学的学习是针刀医生一辈子的事情，而且不能在书本上死学，要在临幊中去反复学习揣摩。这方面值得学习的大师庞继光老师，精研精细解剖，规范临床治疗，针刀入路研究指导针刀临幊作出巨大贡献。

体表的定位是解剖的体表投影示意，参照骨性标志和软组织隆起等，使针刀治疗有一个形象化的理解，同时在针刀治疗前作解剖学的分析是治疗的安全性和疗效的一个基本保证。唯有学习，别无捷径，勤能补拙，有智者事竟成。

(三) 入路安全，逐层深入。

针刀入路强调安全，就是有些部位是有很大的风险的，比如颈椎一、二横突之间的空隙，是椎动脉不被骨遮盖的部位，寰枕部的空隙，肺尖部，腰大肌等，所以针刀不能擅入无把握的区域。临幊的经验是逐层深入，以落空感判断层次。

(四) 无痛寸劲，冲击效应

寸劲的松解效应，是对一些较深的平面粘连的有效的松解方法。临幊我们发现有很多的病损点，定点也对，松解也没有错，但是疗效并恨到不很好，其实就是没有达到松

解的目的。这是寸劲控刀法的优势，只有掌握运用该技术的专家才能体会这一方法的魅力所在，不但能精确打击病灶，还能冲击开局部病损。

（五）法无定法，重视差异

如果一个方法理念变成一个一成不变的模式来操作，这本身就是一个错误。而且人体是有个体差异的，无论肌肉骨骼都是有高矮胖瘦长短的区别，所以临床要针对个体差异去定治疗点，这是针刀临床要重视的问题。

3.3 如何根据病情合理安排疗程

（一）伤筋动骨，百日康复

“伤筋动骨一百天”，大家几乎忘记了软组织也要一百天的康复过程。一般疼痛病的临床治疗较密集的时间是一个月，是疼痛缓解阶段，剩下的两个月是修复阶段。虽然针刀短程治疗的思路能在六至九天的时间缓解一部分痛症，但是不能涵盖所有。这是临床，不是靠想象力如何丰富来完成实际的诊疗过程。

（二）慢病慢治，医患坚持

实际上很多的疼痛病是日积月累的病症，长者几十年，短者也有几年的病史，比如类风湿关节炎、膝关节骨性关节炎、股骨头坏死症等，需要制定一个超过半年的针刀治疗计划，这样才会使疾病的状态逆转过来。信赖是基础，坚持是保证，只有医患的共同努力才能有痊愈的奇迹。一般的来说一个慢性的疼痛疾病需要经过三个阶段的康复治疗，第一阶段：是疼痛缓解阶段，对软组织的基本病损进行系统的干预，一般一个月左右。病人体质较好的情况可以三天一次针刀松解（无痛针刀）。第二阶段：是强化治疗阶段，针对主要的病损区强化治疗遗留病损，一般可一周治疗一次，二个月左右。对一些特殊的慢性疼痛疾病，需要第三阶段的治疗，就是巩固治疗阶段，针对疾病的主要矛盾进行后续的治疗，一般半年左右，二周或一月一次复诊治疗。就比如股骨坏死症，第三阶段就是针对坏死区的血液循环的持续恢复治疗，以刺激松解关节囊为主，达到加强巩固治疗的作用。

（三）静心调神，治养结合

“治莫难于心死”，如果一个病人认定他的病患不可以恢复，医生的努力就显得无力。所以患者的心态如何，精神状况如何都可以决定治疗的效果。安心治疗，心中充满希望，医患关系的和谐决定治疗的结果。

幽默的患者疾病好的快，幽默的医生治不坏。医患的良好心态对治疗疾病是最好的康复良药，要克服困难，只有面对并永不厌弃才会做得更好，记住没有最好结果，但是有更好的结果。

针刀辨证是个很大的话题，笔者只是凭着自己的一点临床经验来思考，遗漏之处难免，希望同道在阅读此文的时候原谅笔者的浅陋。就当是一个好的话题，大家一起来聊聊，开卷有益，共同进步！

我治腰间盘突出症的经验

作者：袖里乾坤

链接：<https://bbs.iyi.com/thread-29773-1.html>

一、时机的掌握：急性腰间盘突出发作期禁止推拿！因为急性期髓核水肿，椎间隙紧张，强行推拿势必导致神经根水肿，过后极易发生神经根粘连，临床此报道屡见不鲜。所以急性期应严格卧床休息，稍有缓解时再做。经推拿达到临床恢复标准后还要配合，积极的功能锻炼。

二、我认为对于腰椎呈僵板状前屈不超过 30 度，患腿直腿抬高在 20 度以内的想在椎间发生角度和力度的变化很难，建议先做牵引。中央型突出不适合做推拿，另外怀疑间盘变性、椎管狭窄、或骨质疏松等均不适合。

做到腰椎前屈 70 度，后伸 20 度，直腿抬高 70 度即达到临床恢复标准，应停止推拿，此时若仍有腰酸、下肢无力、小腿麻木这是恢复期残留的症状，患者经几个月的调理便可自行恢复，症状消失。

三、该病是个较复杂的病症，忌讳长期推拿或生搬硬套乱用手法，否则只能使病情复杂化，增加软组织的损伤。应力求心中有数手下有法，在几次就解决问题尽量不超过 5~6 次，达到临床恢复标准。否则以后就够你忙得了，迁延不愈。

四、手法：参见拙帖：“腰间盘突出最神奇的手法”。我认为后伸牵引抖动法也相当不错。有旋转畸形的予以纠正。手法最好在牵引力下进行这样效果要好些。

五、正确认识自己推拿的效果：

有的病人在推拿后症状反而加重，说明突出组织在推拿下发生明显变化，一般经 3~4 天即可恢复。此后病机将发生明显的转化。如在一周内仍不得缓解，说明手法不对路，或运用不当，应暂停推拿待症状缓解后再改用他法，切忌接着再来，不让间盘软组织有一个恢复期。

总而言之手法施术成功后还要注意防止复发。可令病人捆宽腰带，适当功能锻炼，如“小燕双飞”等。本症如迁延日久各种手法无效，可能是椎间盘突出的较大，或椎间盘变性、神经根粘连，建议及早手术，以免延误病情。

另外出现下肢瘫痪、二便失禁等严重影响工作生活的症状应及时早手术，此不是推拿的适应症了。

经方医案之一麻黄附子细辛汤

作者：九天一笑

链接：<https://bbs.iyi.com/thread-1742359-1.html>

1.王某，女，52岁，2009年7月21日初诊。

主诉：左侧咽部疼痛1月，左侧头部、左耳根部跳痛2天。伴口腔溃疡，心悸，不渴便不干，舌淡白苔白润，脉沉无力。

麻黄20克，细辛20克，制附片50克（先煎一小时），桂枝30克，肉桂10克，砂仁10克，制半夏20克，川牛膝20克，牡蛎50克。

3付煎服，左咽痛头痛耳根痛均愈，心悸消失，口疡亦愈。

按：此案无恶寒，咽痛头痛脉沉，为寒中少阴，而非太少两感，口腔溃疡、心悸、耳根痛为阴寒逼虚火上浮，口不渴大便不干反证“绝非热证”，予麻黄附子细辛汤直入少阴扶阳散寒，加肉桂桂枝半夏（含半夏散之意）扶阳化阴散结利咽，加牛膝引火行，合砂仁牡蛎导阳归肾而不致上浮。药切病机，3剂均愈。

2.李某，男，37岁，2009年5月30日初诊。

主诉：反复头痛8年，复发1周。常觉背凉必发头痛，全头均胀痛或剧痛，腰酸，不渴便不干，舌淡胖苔滑，脉弦右尺紧。寒中少阴也，予麻附细辛汤加味：

麻黄20克，南细辛20克，制附片50克（先煎一小时），制半夏20克，桂枝30克，生姜50克，白芷20克。

2付水煎服。

复诊：头痛大减，腰酸减轻，诉易感冒，舌淡胖有齿痕，脉弦乏力：

南细辛20克，制附片60克（先煎一小时），桂枝50克，杜仲20克，鹿衔草30克，黄芪30克，防风20克。

4付水煎服，头痛、腰酸均愈，予丸药巩固，兼治体质虚弱易感冒，巴中玉屏散（反复感冒效方）加减：

黄芪150克，白芷120克，党参120克，柴胡60克，防风60克，紫河车100克，鹿茸15克，羊藿60克，巴戟80克，五味子60克，苡仁60克，砂仁30克。

1付，蜜丸，10克/丸，早晚各服一丸。

按：此案头痛8年，而背凉腰酸脉弦右尺紧，为寒中太阳少阴，经久不愈，予麻黄附子细辛汤温少阴开太阳、以扶阳散寒，首诊加桂枝生姜发表通络散寒，病在头部加白芷祛风，舌淡胖苔滑为阳虚夹湿加半夏燥湿，复诊时头痛大减，脉紧已去而弦乏力，故去麻姜半芷，加量桂枝，加重补肾益气之力，两诊痊愈。因体虚反复感冒，后期以笔者验方巴中玉屏散化裁收功。

阴器胀痛治验一例

作者：gaoyeyeye

链接：<https://bbs.iyi.com/thread-3409436-1.html>

患者，吴某，男38岁，长途驾驶员。

主诉：阴器胀痛1月余。

无明显外伤史，于1月前出现阴囊连腹股沟胀痛，自觉胀痛明显，走路时明显牵痛，自按局部有压痛，尤以睾丸压痛明显。已就诊于市级男科，各项检查均未见异常，严重影响正常生活，又无从医治，担心不已，想寻求针灸治疗。考虑到患者职业，又按压患者腰骶部后，发现先正中线上多处压痛，以L4/5,L5/S1棘间隙压痛最为明显，建议腰椎间盘CT检查：示L4/5,L5/S1腰椎间盘突出，中央型，硬脊膜受压。

刻诊：患者脸色晦暗，下眼睑肿大，上缘处明显红赤，舌暗苔白腻，脉弦细。拟按腰椎间盘突出症，脾虚肝郁收治。

初诊：先仰卧位取太冲，得气后针尖略朝上，捻转后轻提针柄行泻法，带针俯卧，同时取腰阳关、十七椎、双大肠俞、双关元俞，平补平泻。留针半小时后，于十七椎处拔大号火罐5分钟。

术毕，患者自觉前阴症状已消失，尝试走动已无任何不适，腰骶部亦自觉轻松。

二诊：患者自觉症状已明显较昨日明显减轻，睾丸压痛消失，阴部牵痛消失，腰骶部仍有轻微酸胀，效果相当满意。予以前方针刺。

三诊：症状消失后开心不已，于昨夜夫妻生活后，会阴部症状复现，腰骶部酸痛加剧，但较治疗前轻。先予双太冲、三阴交、足三里、合谷、气海、关元针刺，平补平泻；十七椎针罐5分钟。针后症状减轻。嘱近期避免性生活。

四诊至七诊：患者症状日渐减轻，气色脉象俱日趋平稳，按三诊处方针刺。

八诊：症状基本消失，要求继续调补身体，予以处方“老十针”，隔日一次，共针三次。嘱经常锻炼，减少久坐。

按语：此患者之会阴部症状或与腰椎间盘之突出有关系。但从中医角度考虑更为合适，长期久坐腰骶及会阴部气血运行不畅，日久出现胀痛、牵痛，“不通”“不荣”势必导致痛。

初诊时患者以阴器胀痛为主诉，急者治其标，根据《灵枢·经脉》足厥阴肝经循行，“循股阴，入毛中，环阴器”，急取输穴太冲用泻法而缓解症状；取腰骶诸穴改善局部气血运行，又有调补下焦之功。

二诊时症状明显减轻，太冲改用平补平泻，概患者乃本虚标实之证，恐泻之太过，更伤正气。骶部仅以十七椎下针罐善后，此法原用来治妇女宫寒痛经，有迅速温宫散寒

之效，此处活用来消患者下焦之阴霾。

二诊后患者症状虽已消失，但气血仍尚未充溢。精血同源，云雨之后，气血亏虚更甚，导致症状复发。

三诊取穴，太冲、合谷配伍以行气活血止痛，合谷配三阴交补气化瘀强肾，三里合谷相配以调补脾胃后天，生化气血。气海、关元为温补的要穴，又靠近患处，针尖略向下，又有气致病所之效。诸穴合用，短期内补其不足，而正复邪去。

“老十针”“补中有泻，配伍合理，是笔者常用善后调补方，为金针王乐亭前辈所创。

中医治疗中风后遗症经验点滴

作者：云鹤

链接：<https://bbs.iyi.com/thread-898130-1.html>

在治疗中风后遗症有两个代表方：一个是补阳还五汤，一个是地黄饮子。补阳还五汤是治疗因元气不足，气虚血瘀，经络闭阻不通，经脉肌肉失养，而见半身不遂，口眼歪斜，下肢痿废，小便频数，言语蹇涩，口角流涎，苔白，脉缓。而地黄饮子是治疗因下元虚衰，虚阳上浮，痰浊上泛所致的瘈疭之症，瘈为失音不能言，疭为足废不能用，并见四肢厥冷，冷汗自出，舌淡苔白滑润，脉沉迟细弱。二者，均苔白舌淡，只是一个脉缓，一个是脉沉迟细弱。但事实在临幊上，要真正的凭证处方，有时并不是这么明显的。因为在心易了，指下难明。书上说得很清楚，而临证时并没有完全如书上所说。

如何更好的理解这两个方子的临床运用，我在学习《黄帝内经·素问·阴阳应象大论》中有这一段话得到启示：“天不足于西北，故西北方阴也，而人右耳目不如左明也，地不满东南，故东南方阳也，而左手足不如右强也。帝曰：何以然？岐伯曰：东方阳也，阳者其精并于上，并于上则上明而下虚。故使耳目聪明而手足不便也。西方阴也，阴者其精并于下，并于下则下盛而上虚，故耳目不聪明而手足便也。故俱感于邪，其在上则右甚，在下则左甚，此天地阴阳所不能全也。故邪居之。”

阴精从右而降，而阳气从左而升。因而阳升阴降，人体气血精津生化无穷。如果阴精之降失常，则阴精不能并于下，在正常情况下，右手足强于左手足，这是因为其精气旺的缘故。因而当右侧有病时，可以知其精气不足，因为邪之所凑，其气必虚，所以当中风后遗症以右侧肢体为患侧时，我常选用地黄饮子，而出现在左侧者，选用补阳还五汤。

病例 1：李某，女，74 岁。晨起见右侧肢体活动不灵，左侧口角流涎而住院运用西医的常规治疗，一月后出院，症状见明显好转。转而到我处就诊。症见：头晕，头痛，右侧肢体活动不灵，口角流涎，易出汗，四肢温和，口干不欲饮。纳食尚可，舌红少苔而有裂纹，脉缓弱。处方如下：熟地黄 15 克，巴戟 12 克，萸肉 10 克，石斛 12 克，肉苁蓉 10 克，制附子 3 克，五味子 10 克，肉桂 1.5 克，白茯苓 10 克，麦冬 10 克，菖蒲 10 克，远志 10 克，牛膝 12 克，地龙 12 克，鸡血藤 30 克，川芎 12 克，归尾 10 克，五

付，水煎服，每日一付。同时运用头针：取足运感区、运动区、感觉区，体针：取足三里，申脉，居髎，肩髃，曲池，合谷等穴。结合子午流注开穴，每日一次。五日后，患者自感患侧肢体较前有力，能做轻微的自主活动。因为已经收效，于是守法不变，继续治疗 10 余天，已能自己行走，手能握物，因其家在农村，经济上困难，未再进行治疗。

病例 2：黄某，女，65 岁。自述晨起感到左侧肢体活动不便，无力，行走易跌，无口角歪斜流涎，在门诊西医拟诊为“脑梗”。CT 检查诊断：“腔隙性脑梗塞”。在用维脑路通注射液，复方丹参注射液等静脉输液同时，要求运用中医治疗。症见：左侧半身活动不灵，气少懒言，纳食尚可，二便调，无口渴。舌淡苔白，脉细弱。处方：黄芪 60 克，丹参 60 克，杜仲 15 克，赤芍 15 克，川芎 12 克，归尾 10 克，鸡血藤 30 克，地龙 15 克，桃仁 10 克，红花 5 克，姜黄 10 克，甘草 6 克。同时针灸治疗，头针：取足运感区、运动区、感觉区。体针：取足三里、申脉、居髎、肩髃、曲池、合谷等穴。结合子午流注开穴。十日后，症状完全消失。

我用麻黄的临床经验

作者：风中百合

链接：<https://bbs.iiyi.com/thread-3233386-1.html>

我认为一个合格的中医首先要熟悉药性，“有是病用是药”，只要药性熟，开的药自然成方，要想开好方，首先要从药性开始。

徐灵胎说：“一病必有一主方，一方必有一主药”，医家的不传之秘在于量，就像炒菜一样，谁都知道放油盐味精等，但是具体放多少，炒出的菜就不同。日本人学我们的中医，他们学不到的地方就是量，现在有的人张口闭口就讲辨证论治，自己用方即使不是经方为主，也硬要往经方上套。正如岳美中先生所说，现在的人动辄讲辨证论治，漫无边际，让人抓不住重心，这是没有真正读懂、读遍中医的典籍，还限于一知半解之中，难怪治起病来，心无定见，越治越远，处方用药朝更夕改，寒热杂投，以致于影响疗效。

目前中医界存在两个倾向，一是不辨证论治，只强调专病专方。二是辨证论治，随症下药。我觉得两者都有所偏，中医治疗一定要辨证论治和专病专药相结合，专病专药不是西医的专利，凡是西医有优势的疾病，我觉得现代中医还需要掌握西医知识，比如痢疾，肺结核的治疗西医就比中医强！

麻黄主要分草麻黄、木贼麻黄和中麻黄等品种，主要产于河北、山西、内蒙等西部地区。其性辛苦温，入肺、膀胱经，有发汗、散寒、平喘、利尿的作用，一般用量 2-10 克。

麻黄的主要成分为麻黄碱，对血管有收缩作用，对支气管平滑肌有松弛作用，麻黄应用指征可概括以下几个方面：一是肺系疾病，鼻塞，流涕，咳嗽，气喘，胸闷；二是利水消肿，肾炎水肿，全身水肿，关节肿胀，三是全身症状，恶寒发热，无汗，全身痛，四是舌脉证像，舌淡苔白，脉浮紧等。

煮麻黄宜小量逐渐增加，先煎去沫（武火沸后文火煎一小时左右），可使麻黄的发汗作用减弱或消失，从而避免伤阴损阳之弊。

我一般恶寒发热无汗，用麻黄配桂枝，荆芥，防风，杏仁，甘草，羌活，前胡等。记住服后一定要盖被发汗，否则多数不出汗，达不到治疗目的，此时生麻黄用量为10g左右就足够。

治疗咳喘一般用麻杏石甘汤加虎杖，金荞麦，瓜蒌，条芩，法半夏，鱼腥草，地龙等治疗小儿支气管肺炎辩证为肺热咳喘者效果好。

治疗哮喘我一般配地龙，北辛，葶苈子，厚朴，白芥子，苏子，射干，杏仁等。咳喘一般用炙麻黄，剂量8克左右。

治疗头面和下肢水肿，小便少者我一般用生麻黄配生白术，怀牛膝，茯苓，泽泻，猪苓，前仁等效果好，剂量我一般用15克。

我治疗寒湿痹一般配苍术，桂枝，羌活，防风，制川、草乌，细辛等。麻黄常用的方有乌头汤（由乌头，白芍，黄芪，麻黄，川乌组成）；加减复方马钱子散（由制马钱子，炒僵蚕，乳香，没药，全虫，川牛膝，苍术，麻黄，甘草），我在本方加制川草乌治疗腰突，关节炎之类效果好。

麻黄配合附片，细辛治疗心动过速效果好。

总的来说，麻黄治疗恶寒发热无汗，咳喘，头面和四肢水肿，严禁用于高血压，心动过速，动辄汗出，脉虚者不可用！

麻黄根纯属止汗之品，我一般很少使用。

最后有必要声明一点，麻黄素有显著的中枢兴奋作用，长期使用引起病态嗜好及耐受性，被纳滥用监用严重的中枢兴奋剂之一，所以国家药品监督管理局颁布了《麻黄素管理办法》，对麻黄素的生产、购销、出口做出了严格的规定，所以使用本品宜适可而止。凡风寒感冒我一般喜欢用荆防败毒散或九味羌活汤代替麻黄汤。

再谈与黑膏药有关的几个问题

作者：劳谦君子

链接：<https://bbs.iyi.com/thread-1217357-1.html>

一、关于过敏问题

这个问题我考虑了好几年，自己觉得中药的外用药，或多或少总会有些过敏现像，膏药处理的再好也会有极个别的过敏。这个是不可避免的。有人讲其膏药不过敏，这是假的。有学者认为，黑膏药通过局部过敏充血，可改变患处的微环境，对疗效有一定的促进作用。所以要把局部过敏和全身起疹的全身过敏区分开。

关于这个问题，我想多讲一点自己的看法，一般人都将过敏归咎于火毒，火毒是什么东西，现在还没有定论，据推断，当是一种可溶于水可挥发的醛类，所以要将膏药做好后放到阴凉处凉着或放到水里泡。以使其溶解或挥发。其实，过敏不只和火毒有关，更重要的是和配方有关，吴师机先生在其《理瀹骈文》中讲，即便药物其性燥烈有毒，入油则化。有人将其视为经典。在膏药中大量加入有毒的刺激性大的药物以追求镇痛效果。其实，这句话应当相对的来看，一些有毒刺激性强的药物入油后是可以一定程度的减轻其毒副作用。但量大后对人体的刺激性还是相当大的，人毕竟是血肉之躯。适应性还是有一定的限度的。我曾碰到有一家，其膏药只能帖四小时，并且帖时要有人在身旁，稍觉不适，便要取下，否则便会皮肤溃烂。患者揭掉膏药后一晚上皮肤灼烧难以入眠。其刺激性可想而知，然而其要价奇高，因其刺激性大，所以暂时的镇痛效果也相对好一点。竟有人以为是良药，求者还不少。很多人用后皮肤上留下烧伤样永久疤痕。这简直是庸医害人。

另笔者有一熟人，他的膏药治中医外科疾病效果很好，有一次想在其药内加一点蛤蚧以增加疗效，自认为蛤蚧虽有毒，但入油炸后大概会无妨，结果只是稍加了一点，患者都觉过敏得相当厉害，试了十余人都是如此。险些坏了多年的名声。由此可见药虽有毒入油则化的说法是相对的。我们要在组方的合理与制作的精工上求良效。中医是理论和实践相结合的学术。有人在书上找一两句自认为对的话。便不切实际，主观用药，自以为是。

二、关于骨质增生的问题

有人说其膏药能消除骨刺。并讲出一些似是而非的理论来。我想这些话都是虚假广告骗人的话。但凡搞医的都不会相信。但不知为何，竟然也有少数人信以为真。首先我们要正确的看待骨质增生，骨质增生并不一定就是病，是人体的一种代偿现象。只是增生过了头才会产生病痛，一般增生和劳损退变有关，筋、骨、肉互为一体。骨劳损病变处相应的肌肉韧带也会退化劳损，相应的产生病变。产生无菌性炎症，水肿，粘连、肌肉僵硬等症状。从而产生致痛物质以刺激神经向人体发出病变信号，或因肌肉僵硬，骨刺生成，使神经没有避让的余地，产生疼痛。黑膏药之所以能治骨刺，是因为其可以消除增生旁的无菌性炎症，水肿，粘连。或使僵硬的韧带软化，使神经避让开压迫。有人讲我的膏药可在片上看到增生消失。我想这可能是钙化的韧带恢复的现像，我也曾观察过。是有这样的现像。但使骨刺消除，这是不可能的。也是不科学的。

三、关于椎间盘突出的问题

有的广告讲，我的膏药可以使椎间盘回纳。我想这当然是广告语言，怎么可能。我们都知道腰突是因为突出物压迫神经根所造成的。其原因很复杂，可以分为好多种。有人拿死后十二小时内的新鲜尸体做实验，将脊柱内加入传感器，模拟推拿手法观察脊柱的活动情况。发现当用斜扳法向患侧扳时，患侧的椎间孔矢状径会比原来扩展很大，这样可以使神经根受到的压迫得到很大的缓解。从而改变突出物和神经根的位置，来缓解压迫。所以我们用搬法时是向患侧搬，如果反之则会使病情加重。当使用后伸搬法时，椎管内的压力增大，可将部分突出物逼回。当然这只是在弹性突出且末有粘连的情况下才可以。据研究，单纯的压迫神经根不会造成严重的疼痛。只会造成感觉传输的障碍和胀感，所以很多腰突病人都会在椎管内产生无菌性炎症，生

成肉芽，水肿粘连等症状。从而会产生致痛物质。

另外，腰突还有后小关节紊乱等有关，这些要能手法来校正。还有退行性形变，椎管狭窄等原因。这些都不是可以通过药物来解决的，而是显而易见的。

那么膏药治疗腰突的原理在那里呢？有人拿小白鼠作实验，强迫其直立，产生腰突症状。然后分两组，一组给予活血化瘀中药，另一组为对照组。然后将其杀死截其腰椎解剖分析，发现给予中药的一组其椎管内的无菌性炎症，水肿粘连，肉芽生成以及微血管的排列，要明显强于对照组。所以黑膏药的治病原理就在于此。黑膏药里都有活血化瘀，祛湿利水之药。这些药可以有效抑制无菌性炎症。减少致痛物质的生成，提高疼痛阈。

所以我们看到黑膏药治疗腰突有其局限性，也有其优越性。要相对地来看。在手法后加帖黑膏药疗效是相当好的。

笔者曾将祖传的黑膏药对治疗肌肉劳损，腱鞘炎，肩周炎等与治疗骨质增生与腰突的疗效进行比效。效果前者比后者要好，就是上述的原因所至。

四、关于膏药组方的问题：

我们都知道，无论是内服还是外用，中药的疗效与其配伍、组方有很大关系，这是常识性的问题。好的组方适用症广，治愈率和显效率高。一个方子稍加两味药或改动一下份量疗效就会大不相同。有人讲方子差不多都一样，疗效也大致相同。这是错误的认识。我们不能拿治咳嗽的膏药去治腰腿痛吧。所以大家应当在中药配伍上下功夫研究，慢慢找经验。另外，我们不光要知病审证。而且要对自己的药也要深入了解。对哪种症状疗效好，哪种疗效差。这些了解了，就可一帖一个准，八九不离十，这样才能名声远扬。

实用外贴疗法小汇编

作者：杏林苑

链接：<https://bbs.iyi.com/thread-1394714-1.html>

1. 肋软骨炎

肋软骨炎是指第 2 至第 5 肋软骨非化脓性炎症，以第 2 肋软骨最为多见。临床以胸前第 2 至第 5 肋软骨胀痛、酸痛，深呼吸或活动患侧手臂时疼痛加剧为主要特征。治疗以散瘀通络，消肿止痛为主。

本方适用于肋软骨炎局部有肿胀、触痛，皮肤敏感，而无红热者。

用药：云南白药 2-4 克，75% 酒精适量。

用法：将云南白药用 75% 的酒精调成糊状，均匀摊于消毒纱布上，贴敷患处，外用胶布固定。隔日换药 1 次，7 天为一疗程。

应用云南白药加 75% 酒精调敷，具有活血散瘀，通络止痛之功。对肋软骨炎单发者疗效较好，临床治愈率较高。但对于多发性肋软骨炎及病程长，局部仅有隐痛、酸痛者疗效欠佳。

2. 腱鞘炎

腱鞘炎是指因机械性磨擦而引起的无菌性炎症改变。在日常生活和工作中，局部频繁活动引起过度磨擦，使腱鞘发生充血、水肿、渗出等无菌反应。迁延日久加之反复创伤，则易导致慢性纤维结缔组织增生、肥厚、粘连，使腱鞘狭窄，肌腱与腱鞘之间发生粘连，肌腱变形所致。

本法适用于桡骨茎突部狭窄性腱鞘炎。症见：桡骨茎突部局限性疼痛，可放射至手、肘或肩臂部，活动腕部及拇指时疼痛加重，局部压痛明显，皮下可触及一硬结。

用药：白芥子适量，砂糖少许。

用法：将白芥子捣成碎末，放入 1/10 砂糖混匀，加温开水调成糊状。视患处大小取 1 块胶布，在胶布中央剪一同患处相等的圆孔，把胶布贴敷于皮肤上，其孔正对疼痛部位。取适量药糊放入胶布孔内阿是穴上，上盖消毒纱布，外用胶布固定。贴敷 3-5 小时局部有烧灼感或蚁行感时，去掉。

使用本方注意：一般去掉药糊 3 小时后，局部会起水泡，待其自然吸收，防止擦破、挤破，以免引起感染。如 1 次未愈，可过 7-10 天待水泡完全吸收后再敷。

3. 外伤瘀血性血肿

外伤血肿是指局部皮下组织及小血管受到破坏而致组织内出血。临床以肿胀、瘀斑、疼痛剧烈，较大血肿按之有波动感为特点。一般多因高处跌下，硬物撞击或挤压等原因所致。瘀血型患者，症见：局部红肿，灼热剧痛，质软，瘀斑等。本方有解毒消肿、散瘀止血之功，临床观察疗效颇佳。现介绍如下：

用药：生大黄 30 克，五倍子 20 克，生梔子 30 克，白芨 15 克，柑子叶 30 克，芙蓉花 30 克。

用法：将上药共研细末，用生姜适量煎汁搅匀，涂敷于患处，外用纱布包扎固定，1 日换药 1 次。

脾胃寒湿型睡眠障碍治验

作者：取法乎上

链接：<https://bbs.iyi.com/thread-3445845-1.html>

患者，男，52 岁。

2018 年 5 月 27 日来诊。

主诉：饭后胀满，便稀溏，冷物吃的多，夜里睡觉总是醒来，白天经常无名发火、情绪烦躁不堪，腰酸痛时有右腿坐骨神经疼，腹部赘肉多且松散，血压不稳定晨起血压低晚上高，半年前检查身体指标无异常。

脉象：左寸微、关弦缓、尺弦缓细；右寸细弱、关浮细弱、尺弱。

舌象：舌淡苔白，舌下脉络稍紫。

辩证：脾肾阳虚、寒湿不化。

处方：生黄芪 24 克，党参 15 克，苍白术各 12 克，云苓 15 克，炙甘草 10 克，陈皮 10 克，法半夏 12 克，炒杜仲 18 克，川断 18 克，独活 15 克，木香 10 克，砂仁（带壳捣）8 克，补骨脂 12 克，枸杞果 15 克，三剂，水煎服，日分二服，嘱戒冷物、海鲜、啤酒。

5月31日来诊。

主诉：大便稍好转，晨起口中有异味，胃胀满，睡不实。

脉象：左寸弱、关细弱、尺缓弱；右寸弱、关弦细、尺弱。

舌象：舌淡苔白。

处方：生黄芪 15 克，党参 15 克，炒苍术 15 克，云苓 15 克，炙甘草 6 克，陈皮 10 克，制半夏 12 克，木香 10 克，砂仁 6 克，藿香 10 克，金钱草 15 克，神曲 15 克。水煎服三剂日分二服。

6月3日来诊。

主诉：大便稍好转稍成型，身体还有乏力感，脑子间断性空白现象消失，睡眠依然有夜醒现象。

脉象：左寸弱、关缓弱、尺缓；右寸弱、关缓弱、尺弱缓。

舌象：舌淡粉苔薄白。

处方：生黄芪 18 克，党参 15 克，炒苍术 12 克，云苓 15 克，炙甘草 6 克，陈皮 10 克，制半夏 12 克，木香 10 克，砂仁 6 克，藿香 15 克，金钱草 15 克，夜交藤 20 克。三剂，水煎服，日分二服。

6月15日来诊。

主诉：大便时糖，饭后还有胀满，容易出汗，夜醒情况已经消失，坐骨神经未见疼痛。

六脉见缓弱，舌淡苔薄。

处方：生黄芪 20 克，党参 15 克，炒苍术 15 克，白术 15 克，云苓 20 克，炙甘草 6 克，陈皮 10 克，制半夏 12 克，木香 12 克，砂仁 6 克，藿香 12 克，金钱草 15 克，制附片 12 克，淫羊藿 15 克，麻黄根 10 克，牡蛎 15 克。六剂，水煎服，日分二服。

6月25日来诊。

主诉：大便成型乏力感消失，已经没有出汗的情况，饭后偶尔胀满，夜中睡眠质量好，心情烦躁情况已经没有，体重减5公斤，心情愉悦。

处方：香砂六君丸5瓶，善后。

按：

1. 寒湿冷物食用过多损伤脾胃造成脾胃阳虚，脉可以见弦的现象，需要调理脾胃药同时进行利胆化湿，常用金钱草、木香。

2. 脾胃功能受损情况下不可过早使用补肾药，如枸杞、补骨脂、杜仲，徒增加病患胀满情况，疏调中焦脾胃为本是基础。

3. 脾胃气虚多汗，黄芪、牡蛎、白术、麻黄根，治疗效果案中得到验证，一用就效。

4. 睡眠障碍有几种情况，夜中睡眠不容易醒是脾虚中阻，入睡困难一般是肝胆化火，睡不沉调肾。案中脾虚引起的夜醒得到验证。

5. 健脾化湿补气一般对男性肚腹赘肉性虚胖有效，已验证多例，对女性功能性水肿效差。

颈肩腰腿疼痛外敷中药方

作者：huangyi841

链接：<https://bbs.iyi.com/thread-3214587-1.html>

处方：

生马钱子15克，生川乌15克，生草乌15克，香附20克，羌活20克，桑枝20克，片姜黄20克，川牛膝20克，独活20克，续断20克，骨碎补20克，松节20克，生南星20克，威灵仙20克，红花20克，生乳香20克，没药20克，地龙20克，土鳖虫20克，生大黄20克，三七20克，白芥子20克。

主治：颈肩腰腿疼痛

用法：上述中药浸泡之前将带尖、刺的药材尽量剪小剪细。上述药材泡高粱酒7天（度数30以上），然后将药材取出放在布包里，微波炉加热8-10分钟，局部热敷之前先在局部涂擦浸泡的药酒，热敷时注意温度，切莫烫伤！

体会：本人在医院针灸科门诊6年，跟随导师，用上方治疗此类患者，鲜有不效者，但颈肩腰腿疼痛常需综合治疗，加上针灸或手法才能走得更远。

方解：

- 1.生马钱子、生川乌、生草乌为腰腿痛类疾病3大麻醉剂。
- 2.生乳香、生没药、地龙、土鳖虫、生大黄、三七为伤科必不可少之要药。
- 3.羌活、桑枝、片姜黄祛风除湿止痹痛，亦是上肢及肩臂疼痛引经药。
- 4.川牛膝、独活具有活血通经、祛风除湿、通利关节，主治血瘀关节痹痛，足痿筋挛，跌扑损伤，亦是下肢疼痛的引经药。
- 5.续断、骨碎补补肾强骨、续伤止痛。用于肾虚腰痛、跌仆闪挫、筋骨折伤，亦是腰部的引经药。
- 6.松节、生南星、威灵仙功专攻骨节肢痛，深入骨节，直达病所。
- 7.红花质轻浮散，辛温走窜，擅达头面、肢臂、肌表等部位，常在骨伤科病证治疗中起着引经的作用。
- 8.白芥子中药里的透皮剂，引导诸药，深入病灶，疗效可期！

颈椎病治疗心得

作者：魔掌杰

链接：<https://bbs.iyi.com/thread-1430409-1.html>

说到颈椎病不能不提到颈椎病的分型，一般教科书的分为神经根性颈椎病、椎动脉型颈椎病、交感型颈椎病、脊髓型颈椎病、混合型颈椎病等五种类型。或根据最新的“全国颈椎病会议”加上的颈型颈椎病，分为六种类型，这种分类也是根据症状所分，但不利于记忆和治疗原则的选择；我一般喜欢用另一种分类，也是通过症状分类，有利于记忆，对治疗的选择也很明确，一般病理都可以阐述清楚。

一、一般头部的症状：头痛、头晕、眼花等头面部的症状，是由寰枢椎错位引起。有人一提起这些症状就和颈椎病联系起来，为避免引起误解，我详细讲一下：

1. 头痛：颈椎病引起的头痛为经常性的偏头痛或前额、后头痛，应排除颅内占位，如果同时伴有颈部症状，则诊断成立，如果有寰枢椎错位的影像当然更好，但也有个别病人没有明显的错位影像，但是触诊通常发现寰椎的横突，或枢椎的棘突位置不正。

2. 头晕：颈椎病引起的头晕通常和转头有关，并且椎动脉压迫实验阳性，影像和触诊情况同上。

3. 其余的症状有时不易判断，一般可在治疗后验证，如果症状改善，则与颈椎有关，否则不是，切不可想当然的一味与颈椎扯到一起，延误病情。

4. 有的医生（还包括一些骨科医生）一看到CT或核磁有椎间盘突出，就说是颈椎间盘突出引起的，其实不对，椎间盘突出不会引起头部的症状，只会引起手麻或肢体麻痛。只有影像的突出，没有肢体的症状，只能说颈椎间盘突出，不能说颈椎间盘突出症。

二、治疗：

在这里强调一下，头痛多是寰椎错位引起枕大神经炎引起头痛，复位时以寰椎为主。头晕以枢椎为主，但与寰椎也常常有关。

复位手法：我通常先用龙氏颈椎牵引椅，给予牵引，这种牵引椅可以在牵引下纠正部分错位，但我主要还是看中其牵引下摇摆，以松解椎体粘连，为复位打好基础，因为复位手法掌握后，困扰临床的通常是椎体粘连，不易复位。强行复位，必然需加大力度，从而增加风险，这是临床中不愿看到的，我的原则是宁可效果不好，也不能出事。切记！不要砸了自己的饭碗。这类病人牵引要注意副作用，因为该类病人牵引往往容易出现头晕、恶心，必须时刻观察，一有反应，立即停止牵引，如果遇到这种情况我一般先行复位，第二次牵引就不会出现反应了。

寰椎复位：寰椎的错位临床中有价值的是侧摆移位和旋转移位，有寰枕和寰枢之间的区别，具体手法我不细讲了，后面只讲几个原则。

关于牵引补充两点：一般性牵引不会出现副反应，只有寰枢椎的病变，牵引后会出现不适反应，原因：1.牵引后错位的椎体压迫椎动脉或刺激椎动脉交感神经引起椎动脉痉挛造成脑供血不足引起头晕，恶心；2.牵引后错位的椎体刺激交感神经引起恶心。

关于复位，还是那句老话，最小的力量，只纠正病变的椎体——是推拿复位的至高境界。不过有时这种境界离我们太远。判断错位我不啰嗦了！参看我写的《推拿医师的成长之路》，袖里乾坤斑竹所说的情况：“有时候指下有位置不正感，但患者没有相应的症状表现，就不要画蛇添足去复位了”是初学者常犯的错误，。

寰椎的复位也分扳法和微调手法，扳法适用于错位较大，治疗的时间短，有时治疗一个病人，只有几分钟，手法相对粗暴，但效果通常立竿见影。缺点是容易出现副作用，牵扯到正常的椎体。

微调手法治疗的时间较长，次数较多，手法柔和，对错位较大的情况复位困难些，不过多做几次，也可以。我知道是上海的沈国权是代表，在民间也有许多这样的人士，颈椎矫正老兄、劳谦君子很推崇这种手法，这种手法安全性好，不易出现问题。

我是杂家，通吃。我喜欢先用扳法，无效，再用微调，因为时间不等人啊！我不能一个病人治疗几十分钟，没时间。而且我的病人除非特别重的，我一般都是治疗1-3次解决。我常用的扳法是仰卧位扳法，是师从龙老师学得，我觉的病人易接受，容易放松，手法又相对安全些。

寰枕错位

寰枕错位一般用仰头摇正法，下巴斜向上45度扳向对侧；亦可拇指顶住偏歪的横突，下巴向同侧扳，我一般不有意识的拔伸，因为不少病人会因此不自觉的用力，影响复位。

还有两种座位的方法，说出来仅供参考，第二种不提倡：1.坐位各种要领同卧位。2.施术者胳膊和胸夹住患者头部，拔伸的同时和固定错位的拇指相对用力，动中求正，病人会有拔离座位的感觉，该种方法需要医者有较大的功力，方可收放自如。

其实我们观察寰枢关节，会发现侧摆和旋转常常同时存在，一般不会单独出现，它们是共轭关系，通常的自然损伤是这样，如果是外伤或医源性损伤也许会出现，但也很少。

纠正寰枢关节微调的手法通常不行，因为寰枢关节一般不大活动，微调时病人往往觉得疼痛，无法忍受。扳法通常是要听到弹响的，这说明错位位移较理想，但也不强求，切记！

寰枢错位

寰枢错位包括寰椎相对枢椎旋转和枢椎旋转，一般常见就是寰椎错位，主要是旋转，其他的错位也和旋转有关，寰枢也是一对共轭关系，我们常说的复位也是针对寰枢紊乱或半脱位，如果脱位不是齿突骨折，就是寰枢韧带断裂，不是我们讨论的范畴，这里我顺便提一下，如果有条件最好有影像学的检查报告，可以排除结核、骨折、肿瘤等等，规避风险。记得我以前在电台做节目时，有个病人慕名找到我。患者 50 多岁，有 20 年的乳腺癌根治术史，症状是背痛，前胸痛，也有胸椎紊乱的情况。我直觉该病人很棘手，本不想接，但人家是慕名而来，还好 X 线片没问题，我给她整复一次，当时觉得还行，以后又不行了，后来听说在另一家医院作骨扫描，显示广泛骨转移，化疗后症状缓解。在这里说出来，是说明推拿的风险也是很大的，稍不留心，就会阴沟里翻船。还有一例以前讲过，患者女，37 岁，十几年的头痛，头晕病史，在我们这里各大医院看病，片子也拍了不少，没看出什么，没有张口位的片子，我接了病人后，本来想摸摸，整复一下，可考虑到病人病史较长，还是拍个寰枢椎的 CT 吧，结果居然是齿突不连！很恐怖！

寰椎相对枢椎错位，许多书上写的含糊，复位手法也和寰枕错位一样，其实临床中有区别，为避免形成医源性寰枕错位，我用一指扳住寰椎横突，使寰椎和头一起转动，另手顶住枢椎棘突，这种扳法只能用卧位了。

枢椎旋转错位扳法有座位和卧位两种，是定点扳法，一手扳头，一指顶枢椎棘突，同时发力。低头角度，有人讲不好掌握，其实也简单，棘突活动的角度，就是。微调是一手扶头轻微活动，另一指有节奏顶推棘突。

扳法后触摸棘突，如果复位了，就行了，也可巩固 1-2 次，一般情况病人的症状会立即消失，也有头晕不消失的，有两种情况 1.病人错位没有完全纠正。2.导致椎动脉痉挛的血内皮素水平还较高，如果是这种情况，症状过一两天会缓解。

寰枢椎失稳和脱位的诊断参看爱友天马行空所发的附件中文章测量单位 cm 应为 mm，另外作者的标准过宽，与临床有一定差距。整脊中环枢椎是最复杂，最危险的，大家一定要注意。

环枢椎的复位主要的凶险，在于人体转头动作，主要靠寰枢关节来完成占 70%，颈椎的其余椎体只占 30%，因此寰枢关节的活动度大，也不稳定，极易发生危险，轻则寰枢韧带损伤，关节错位，重者压迫脊髓，危及生命，小儿的寰枢韧带薄弱，尤其当小儿出现上呼吸道症状时，咽后壁肿胀容易引起寰椎横韧带松弛，当受到外力或无外力的情况下，齿突后移，而脱位造成环枢椎半脱位。

颈部症状：颈部疼痛、颈项强直、疼痛可波及到枕部或半个颅脑区；头颈向一侧倾

斜，颈部活动明显受限，颈部呈“公鸡打鸣”状，不能平卧休息。查检颈部患侧没有明显肌肉紧张、枢椎横突部压痛，有的还有隆凸感。头痛、眩晕、耳鸣、枕颞痛、可有后枕部麻木、酸楚不适、伴手指麻木、肌力减退、行走时步态不稳等，严重的出现不全瘫。我接的这三例病人为40~50岁，有外力创击史，症状为头痛，后枕部麻木，转头受限，歪脖，颈部疼痛，部位在寰椎横突处和枢椎棘突处，没有肢体症状，西医对该类病人常规治疗是进行床边，持续枕颌带牵引或颅骨牵引，时间四周，病人痛苦很大，不愿接受。我手法治疗该病是先给予10分钟颈椎牵引，重量6公斤左右。然后判断寰椎转向哪侧，反方向仰头扳正，通常不是一次，视病人耐受程度，如果耐受则一次成功，不行改天再复，术后颈托固定，一般复位成功后，拍片复查，颈托固定四周。

大家看我说的轻松，其实在复位成功，听到弹响以前，每次做虽然只有几分钟，我还是出汗了，因为理论上讲寰椎旋转，实际中还有枢椎的旋转问题，由于疼痛病人强迫体位，枢椎棘突通常不正，所以必须仔细触摸，到底是偏歪还是体位的问题，如果伴有枢椎的问题，手法还是不同。其实说实话，干这种活吃力不讨好，费用不多，风险却非常大。

《伤寒论》部分方剂个人整理总结

作者：tjqtxc

链接：<https://bbs.iyi.com/thread-1084847-1.html>

乌梅丸

中国国务院学位委员医学科学评议组成员，北京中医学院教授任应秋的老师刘有余以善用乌梅丸治杂病蜚声一时，任老在一旁待诊时，曾见刘有余老师半日曾四次疏用乌梅丸，分别用于肤厥、消渴、腹泻、吐逆。毕诊后问难于老师，他说，凡阳衰于下，火盛于上，气逆于中诸证都可以随证施用。

记得有一位名医说：“《伤寒论》你要弄懂一字一方，即可受用一生”，看来说的一点也不假，上面的刘有余可谓是持一方乌梅丸即可蜚声一时。

一、从木土理论看待理肝重剂乌梅丸

肝属木，脾属土，木能克土，而土得林而达之，木能疏土脾滞以行，风肝之病，知肝传脾，风木一动必乘脾胃。

厥阴提纲之症多属肝风内扰乘克脾胃之象，即厥阴之为病，消渴，气上撞心，心中疼热，饥而不欲食，食则吐蛔，下之利不止。其中，消渴，饥而不欲食乃是肝风内扰中消脾胃之症，食则吐蛔乃是肝风内扰，上逆胃口之症，下之利不止，乃是肝风内扰下擅脾土之症，提纲六症属肝风乘土则四。

厥阴主方乌梅丸，有泄木安土之法，其中君药乌梅酸敛肝泻风，佐苦辛甘之黄连，干姜之类。

辛开苦降相伍，可以升降胃气，调和中焦。以参归补虚安中，总体构成泄风木之有

余，安中土之不足。使风木得静，中土得安，脾胃得和。则扶土抑木，达到源流并治，治已防变之效果，确有见肝之病，知肝传脾当先实脾之意。此乃泄肝安胃一大法也。

乌梅丸的应用木土不和是治验的主要类型，以肝脾不和，肝胃不和为主。辨证要紧紧扣肝风同夹寒热，乘虚内扰脾胃，治疗勿忘重用酸收和调理寒热比例，此乃临证取效的关键。

二、从调理阴阳说乌梅丸

乌梅丸本来是治疗蛔虫症、药物既有酸甘化阴配伍，又有辛甘温阳、酸苦泄热、苦辛顺其升降等方法。这可谓寒热并用，刚柔共济，气血兼顾，扶正祛邪集于一身。

在治疗消化系统疾病时例如慢性胃炎、胃溃疡、胃粘膜脱垂、胃肠神经官能症、慢性胆囊炎等疾病时，如果病程绵长，有形体消瘦、精神郁闷、体倦乏力、四肢发凉、心烦口苦、食欲差、头晕耳鸣、恶心呕吐等症状时，可以抓住其阴阳错杂的病机，用乌梅丸加吴茱萸、煅瓦楞子、橘络等来治疗，来针对病症的寒热虚实俱存、上下内外均病等具体情况。治疗高血压病，对一些老年病人，如果长期精神紧张、多愁善感，除了常见的头晕耳鸣症状外，还出现颜面潮红、口干、舌红的上热症状，以及四肢发凉、畏寒、脉沉迟等下寒症状，两者互相交错，此时可用乌梅丸，去掉干姜、川椒、而加用吴茱萸、生姜，取吴茱萸汤（由吴茱萸、人参、生姜、大枣组成）之意，治疗胃中虚寒，胸膈满闷，手足逆冷。如果失眠多梦，则取肉桂代替桂枝，用交泰丸（由黄连、肉桂组成）之意，交通心肾，治疗失眠。治疗窦性心动过缓，传导阻滞等心率缓慢症状时，如果病程长，有精神忧郁、头晕、胸闷、头面烘热、出汗口苦等上热症状，又有四肢厥冷、畏寒等心阳虚的症状，此时可用乌梅丸，加生地、白芍、琥珀、茯神等药物，以清心安神，活血化瘀。

心力衰竭的治疗：如果出现阴阳错杂的征象，例如出现精神抑郁、头晕、颧红盗汗、心悸、尿少水肿、畏寒等症状时，可以用乌梅丸、生脉饮（由人参、麦冬、五味子组成），再加鹿角霜、蛤蚧等药物，将原方中川椒改为椒目，以增强利水功效。

更年期综合征：有烦躁、头晕、心悸、五心烦热、便溏、畏寒肢冷等寒热错杂的表现时，也可以选用乌梅丸，能够调理阴阳，补益气血，达到异病同治的效果。

三、乌梅丸与厥症

乌梅丸是仲景治厥阴病厥热胜复，寒热错杂之主方。盖厥阴为阴尽阳生之脏，阳气不复时则热。阴气内盛时则厥，故发热厥逆是厥阴病的特点之一。因此，投用乌梅丸必见寒热错杂的虚证肢厥。辨肢厥一证，是乌梅丸应用关键。临床所见，寒热虚实均可引起肢厥，而肢厥一证的机理，根据《灵枢·逆顺肥瘦》篇所说：“手之三阴，从脏走手；手之三阳，从手走头；足之三阳，从头走足；足之三阴，从足走腹”。可见，阴阳十二经脉均在四肢末端交接，若“阴阳相贯，如环无端”，阴阳气相顺接，则四肢温和；若“阴阳气不相顺接，便为厥。厥者，手足逆冷者是也”。仲景用心良苦，在用乌梅丸方证时，谆谆告诫后辈临证当辨清脏厥、蛔厥，用药才会准确无误。脏厥者，乃下焦命门火衰，虚阳上越的少阴虚寒所致的吐利而厥，故应以脉微而厥，躁无暂安时为主证，此即仲景所谓“脉微而厥，至七八日肤冷，其人躁无暂安时者，此为脏厥，非蛔厥也”。蛔厥之证，亦有肢冷脉微，以“气上撞心，心中疼热”的上热证和“下之利不止”的下

寒证互看，更要注意显而易见的“吐蛔”一症，此为厥阴脏寒吐蛔而厥，与脏厥的独阴无阳相悖，临证当细辨之。

临床应用乌梅丸。当以气机的升降失调为依据，其病机特点必以寒热错杂的虚证肢厥为见证，临证方可使用。因乌梅丸寒热互用能和其阴阳，苦辛并进能调其升降，补泻兼施能固其虚实。故用之则显其效。

真武汤：中医只有病名没有结果的扫尾方

有真武汤，心衰，肾病，也不是不治之症。

真武汤又名玄武。古有四神，也叫四象，四灵，即青龙，白虎，朱雀，玄武。此乃是我国古代人民喜爱的吉祥物。真武汤以真武命名，可以想象其在经方中的应用地位。

真武汤具有温阳利水，健脾蠲饮的功效，伤寒学者，经方临床家冯世纶对其下以，“头晕，心悸，下肝浮肿，或痛，脉沉。”用方指征即可大胆运用真武汤。真武汤是少阴虚寒兼有停饮的主方。其病因病机是虚寒停饮，即可使用此方。作为临床工作十年的我，慢性肺病，心脏病。肾病只有水液停留即考虑使用真武汤。什么顽固性慢支，哮喘，顽固性心衰，慢性肾病，肾病综合征。作为大医院的医生们就没有把一个小小的真武汤放在眼中，可我不一样，我除了听诊器和体温表后只剩下药了，我没有氧气更没有心电设备，不能做肾透析，上面这此病你说怎么办。我用真武汤加减治愈过一例心室肥大，严重水肿的心脏病患者后，我对真武汤可谓别眼相看。想当时患者，曾到过三甲医院，名老中医，都未果，已回家准备棺材板了，小小一个真武汤可谓起死回生，功不可没。这就是经方的力量。对于上例诸病，网友如有兴趣可以到网上搜一搜即可找到许多。我就不例举了。

这里，我还多说几句，真武汤不但对心肺肾的病使用许多。而还对以下三病大有用武之地。

1. 小儿腹泻

明代医家张景岳说：“小儿吐泻证，虚寒者居其八九，实热者十中一二。”当今中医儿科名家董廷瑶亦认为：“脾虚寒泄较为多见。尤其发病逾月者，每见阳虚寒泄，很少湿热为患。推究病因，大抵独生子女，父母溺爱，往往重裘厚被以求温暖，饮食营养唯恐不足，结果适得其反，患儿对外御邪能力下降，易遭风寒暑湿之袭；内而“饮食自倍，肠胃乃伤”，脾阳受损，水湿不运，泄泻遂作。更有一部分小儿，恣啖冰饮，一任满足，本来“稚阳未充”、“脾常不足”，再受寒湿所伤，必然殃及脾阳，如此，腹泻尤易发生。又有治之失宜，或苦寒迭进，或滥用西药，以至泄泻旬时逾月，久延不愈，亦成阳虚寒泄之证。此时给予真武汤，有立竿见影之效。

金·成无己曰：“真武汤益阳气、散寒湿。治疗阳虚寒泄，确属最佳方剂，用之中的，往往一、二剂即可见效。方中附子温阳散寒，得干姜则守而不走，专事温中，且散寒力增强，原方中生姜，因其走表，故易之；白术健脾燥湿，辅佐附子同除寒湿，茯苓渗利水湿，符合“治湿必利小便”之旨，白芍敛阴和阳，不致附子、干姜温燥太过。合方总使阳气振奋，阴寒消散，脾胃健运。水湿得化，泄泻自愈。总之，本方既可增强脾胃功能，又可消除肠道寒湿之邪，消补兼施，所以奏效迅捷。

2. 老年性疾病

人老则虚，首当其冲的当数肾阳虚，肾阳虚及脾。脾阳虚则水湿内聚不去。肾阳虚是本，脾阳虚是标，真武汤对老年病有着斧底抽薪之意。温肾补虚。健脾蠲饮，此真武汤也。人老之病有几个脱离到了头晕，心悸，下肢浮肿。凡见此症组症中一症者，即可放心使用真武汤，或加减用之。

3. 肥胖

肥者多湿，湿多脾困也，困久必虚。脾虚及肾，肾为元阳，肾阳一出，湿及阳化。此乃肥胖治本之法。湿化脾健。脾健则湿无聚之理。真武汤温肾健脾，直捣肥胖病根。那有无效之理。

黄连阿胶汤

一个阴虚内热主打方。

少阴病，脉微细，但欲寐也。

少阴病，得之二三日以上，心中烦，不得卧，黄连阿胶汤主之。

以上二条《伤寒论》高度括出黄连阿胶汤的用药指征。

1. 首先是心肾两虚。

2. 阴虚而生内热。

我在临幊上凡见脉细，有阴虚内热之症，我必用黄连阿胶汤。

临幊上可用于失眠、盗汗、衄血、复发性口疮、糖尿病阴虚热盛型、产后发热、怔忡、心律不齐、胃痛、崩漏，等内外妇科疾病。

冠心病案

作者：绿衣

链接：<https://bbs.iyi.com/thread-1665280-1.html>

唐某，男，49岁。

阵发性心前区刺痛5年，加重半年。

患者5年前出现心前区刺痛，同时伴乏力，汗出，持续5分钟，之后常反复发作，在医院确诊为冠心病、心绞痛，口服消心痛等控制病情，近半年发作比以前频繁，且用药效果不明显，需要经常住院治疗，近日听说中药治疗效果好，于是来我门诊求治，病人体瘦高，平素脾气暴躁，亦常因发怒而诱发心绞痛，发作时自觉胸闷刺痛，气短汗出，不敢活动，二便基本正常，只是有时大便干，余无异常，舌红苔薄，脉弦涩。

诊断：冠心病、胸痹、气阴两虚、瘀血内阻。

方药：黄芪 50 克，仙鹤草 70 克，白芍 80 克，麦冬 20 克，生地 20 克，桑寄生 30 克，瓜蒌 40 克，石菖蒲 15 克，丹参 40 克，三七 15 克，地龙 30 克，益母草 70 克，五味子 20 克，远志 10 克。

上方连服半月，症状全部消失，至今 5 年，再未发作过，上个月遇到病人的妻子，还感慨的说：没吃药之前，几乎每个月都会打 120 住院一次，整天提心吊胆的，服药半月之后到现在，再未犯过一次，早知道中药这么好，何必先前遭那么多的罪。

病人是阴虚体质，肝火易亢，旺火灼血成瘀，阻于心络，故而刺痛，旺火又易耗伤气阴，使心之气阴两虚，故平息此旺火为治本之法，方中白芍、麦冬、生地，等滋心肝阴水以制亢奋之火，旺火势力锐减，则心血不再受其熏灼，从而杜绝了瘀血再生，另外，火灼之瘀血为干血，其性涩滞难祛，白芍等柔润之品可以使干血得润，从而易于祛除，与丹参、三七、地龙、益母草等活血药为伍，可使干血得滋得祛。黄芪、仙鹤草补心气，助血行，瓜蒌宽胸疏肝治胸闷，石菖蒲化痰浊开心窍以治标，五味子、远志养心安神。

此病本虚标实，主要病因病机在阴虚与肝火，所以白芍、益母草剂量颇大，此谓针对病机治疗。

一味徐长卿治疗荨麻疹

作者：王幸福

链接：<https://bbs.iifyi.com/thread-2081141-1.html>

古道瘦马按：徐长卿这味药是种不错的药，我临床常用于祛风止痛、风湿口疮，疗效显著，怎奈读书中，发现贵州名医石恩骏先生用其治疗皮肤病之顽证荨麻疹乃一绝，方精药简，使用方便，疗效显著，故录之扬也。

主方：徐长卿 25 克，蜂蜜 15 克。

主治：急、慢性荨麻疹。

用法：一般急性者用水蜜煎剂，水煎每天分 3 次服。慢性者多用徐长卿粉碎以蜜为丸，每丸重 9 克，每次 1 丸，每天 3 次，温开水服。

荨麻疹中医有“风疹”、“赤面游风”、“风丹”等病名，乃过敏性疾病，其准确之过敏原难寻之。其症乃皮肤突现风团，瘙痒莫名，急性者骤起而骤消，慢性者反复发作颇为顽固。

荨麻疹固然为风邪夹寒热袭之，内蕴肌表而疏泄不利所致，也可因肠胃不和，蕴湿生热，郁于肌肤所发，其瘾疹红多白少，红者固然多与风热有关，白者未必为风寒所客，血虚血瘀及气虚者，常见于慢性荨麻疹。

临幊上一般用防风通圣散治荨麻疹即有效，后发现以此方加入徐长卿则疗效可增一成，又以单味徐长卿水煎服疗效亦好，再加蜂蜜水煎服，则疗效大增，徐长卿以蜂蜜为丸，对于慢性荨麻疹疗效尤佳。

考徐长卿辛温，具祛风解毒，止痛活血之力，各书有将其列、入麻醉止痛药，因其可止各类疼痛；或将其列入妇科用药，因其可以通经；或将其列入化瘀药，因其可以活血。而20世纪70年代贵阳医学院所编《中草药资料》将其列入皮肤科用药之首，似从实践中研究得来，有其独到之见解。

徐长卿祛风解毒之力略胜其活血止痛之力，故一般皮肤瘙痒、接触性皮炎、带状疱疹等皮肤病皆可用之，尤以荨麻疹疗效最好，多因其祛风解毒之力也。荨麻疹虽病在肌表，然或本有瘀滞或反复发作，每致脏腑失其常度，久则气血运行不畅，脉络瘀阻，亦可借徐长卿活血行气之力而取效，所谓血行风自灭也。徐长卿治过敏性哮喘亦有效，故可能具抗过敏之直接作用，固虽其性辛温，均可用于临床寒热不同辩证之患。

临床若见热象偏重，心烦口渴，便秘溲赤，舌红脉弦滑数者，此方无论何种剂型，均应加适量熟大黄为宜。

蜂蜜和营卫，润肠肺，通三焦，调脾胃，并有清热解毒之功用，而荨麻疹必有营卫不和，脏腑滞涩，三焦不利，脾胃邪壅之病理，风热邪毒自然稽留于肌肤为病也。蜂蜜或入煎剂，或为蜜丸，皆为治疗之药，而非仅调味赋型之剂也。

编辑：草原民间中医，砭艾，xiwang001han

责任编辑：修竹临风

左颈内动脉闭塞致急性脑梗死介入治疗一例

作者: xiabaojun

链接: <https://bingli.iiyi.com/show/62435-1.html>

【一般资料】

男性,48岁

【主诉】

突发左侧肢体无力, 言语不清, 恶心呕吐 2 小时

【现病史】

患者 2 小时前无明显诱因下突然出现左侧肢体无力, 言语不清, 伴恶心呕吐。呕吐物为胃内容物, 无大小便失禁, 无发热, 无肢体抽搐, 为进一步诊治及入我院。急查头颅磁共振提示: 1、右侧侧脑室后脚旁急性梗塞, 脑内多发缺血灶及腔梗, 左侧顶枕叶软化灶。2、动脉硬化表现, 左侧颈内动脉及左侧大脑中动脉明显狭窄。为进一步诊治, 以“急性脑梗塞”收住入院。患者自发病以来无胸闷气喘, 无畏寒, 发热等不适, 近期体重未见明显下降。

【既往史】

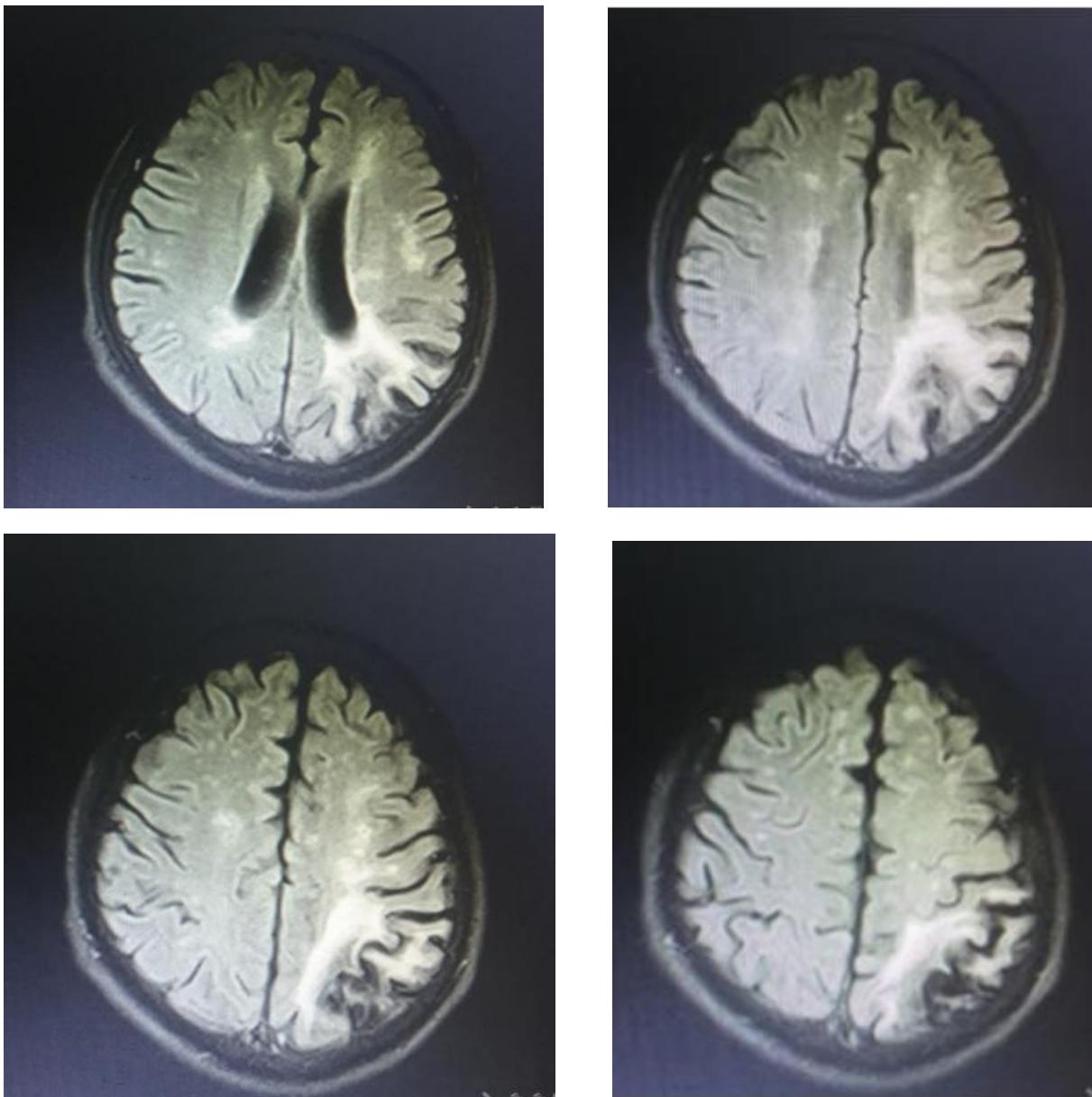
否认二型糖尿病, 脑出血等病史。有高血压病史 10 余年, 最高血压 200/100mmHg。否认手术外伤及输血史, 否认食物药物过敏史, 否认肝炎结核等传染病史, 否认特殊不良嗜好。

【查体】

T:36.6℃,P:87 次/分,R:20 次/分,BP:175/90mmHg。神清, 精神差, 双肺呼吸音清, 未闻及湿性啰音, 心率齐, 各瓣膜听诊区未闻及病理性杂音。腹部平软, 肝脾肋下未及, 双下肢无水肿。神经系统检查: 言语不利, 双瞳孔等大等圆直径 3.0 毫米, 对光反射灵敏, 伸舌居中, 鼻唇沟对称, 左侧肢体肌力 3 级, 右侧肢体肌力正常, 腱反射正常, 左侧病理征阳性, 右侧阴性。

【辅助检查】

头颅磁共振提示: 1、右侧侧脑室后脚旁急性梗塞, 脑内多发缺血灶及腔梗, 左侧顶枕叶软化灶。2、动脉硬化表现, 左侧颈内动脉及左侧大脑中动脉明显狭窄。



【初步诊断】

急性脑梗死、高血压病 3 级（很高危）

【诊断依据】

- 1、突发左侧肢体无力，言语不清，恶心呕吐 2 小时。
- 2、既往有高血压病史 10 余年，最高血压 $200/100\text{mmHg}$ 。
- 3、入院时查体：神清，精神差，双肺呼吸音清，未闻及湿性啰音，心率齐，各瓣膜听诊区未闻及病理性杂音。腹部平软，肝脾肋下未及，双下肢无水肿。神经系统检查：言语不利，双瞳孔等大等圆直径 3.0 毫米，对光反射灵敏，伸舌居中，鼻唇沟对称，左侧肢体肌力 3 级，右侧肢体肌力正常，腱反射正常，左侧病理征阳性，右侧阴性。
- 4、辅助检查：头颅磁共振提示：1、右侧侧脑室后脚旁急性梗塞，脑内多发缺血灶及腔梗，左侧顶枕叶软化灶。2、动脉硬化表现，左侧颈内动脉及左侧大脑中动脉明显

狭窄。

【鉴别诊断】

脑出血：突发肢体无力，活动障碍，言语障碍，头颅 CT 可发现脑出血病灶，患者头颅磁共振未发现脑内出血情况，本病排除。

短暂性脑缺血发作：突发肢体活动障碍，但活动障碍多 24 小时内恢复正常，头颅 CT 无明显问题，患者头颅磁共振发现脑梗死，本病排除。

【诊治经过】

1、入院后予以病情评估：患者有基础疾病高血压，本次急性发病，经检查确诊为急性脑梗死，病程中可能会出现脑梗死再发、心肌梗死，治疗过程中还容易出现肺部感染、应激性溃疡出血、褥疮、电解质紊乱、下肢深静脉血栓形成等并发症，严重者可危及生命，拟进一步行全脑血管造影术明确。如术中发现血管闭塞需行介入手术治疗。该病治疗周期长，治疗费用高，病情与家属如实沟通。

2、患者入院后在征得患者家属同意后予以介入导管室急诊行全脑血管造影术。脑血管造影是一项侵入性检查，有一定的风险性，操作要求术者熟悉颅内血管，术中细致轻柔，防止脑血管痉挛、斑块脱落等并发症。操作须轻柔，避免刺激引发脑血管痉挛，诱发心脑血管意外。

3、全脑血管造影术造影提示：左侧颈内动脉闭塞，左侧大脑前动脉经前交通显影，左侧大脑中动脉分支血管由左侧大脑前动脉及脑底动脉环经侧支血管代偿显影。右侧颈总，颈内，外动脉，大脑前，大脑中动脉主干及分支血管显影，走形稍迂曲，管壁欠光整。双侧椎动脉，基底动脉，双侧小脑上动脉主干及分支血管显影，走形迂曲，管壁尚光整，脑-椎基底动脉硬化表现。主动脉弓造影显示各分支大血管走形迂曲，开口部未见明显狭窄征象。手术顺利，术后留置左侧股动脉 6F 导管鞘管。

4、经过全脑血管造影发现左侧颈内动脉闭塞后，与患者家属沟通，拟急诊行左侧颈内动脉闭塞段血管成形术，患者家属表示知情理解，积极配合治疗，并签订手术同意书。

5、遂急诊行左侧颈内动脉闭塞段血管成形术。通过留置的左侧股动脉 6F 导管鞘管，透视下将 6FMP2 导引管先端置于左侧颈总动脉中段，同时保留尾端 Y 阀生理盐水持续加压滴注。于 Roadmap 监控下同轴将 Tracess14 微导丝头端送穿过左侧颈内动脉开口部，顺利通过闭塞段致左侧颈内动脉远端，跟进 Headway27 支架微导管行左侧颈内动脉造影示：左侧颈内动脉起始部见长约 1.5cm 重度狭窄-闭塞改变，中远段呈阶段性狭窄改变，左侧大脑前，左侧大脑中动脉主干及分支血管浅淡显影。诊断明确后，行“左侧颈内动脉起始部重度狭窄段球囊扩张+支架置入术”。

6、沿微导丝送入 SPRINTERLEGEND2.0mm×20mm 球囊，准确定位后以 8atm 压力充盈球囊行左侧颈内动脉起始部球囊扩张术，术后经导引导管复查造影提示：左侧颈内动脉起始部狭窄率 >80%，后在导丝引导下同轴引入 SOLITAIREAB4mm×15mm 支架一枚，并精确定位后释放，经导引管复行左侧颈内动脉 IADSA 显示：左侧颈内动脉起始段狭窄 50%，支架位置及展开形态良好，支架内血流通畅，左侧颈内动脉中远端主干前向血流较前好转，左侧大脑前，左侧大脑中动脉分支血管显露满意。整个手术操作顺利，患者术中术后无特殊不适，遂拔出股动脉留置鞘管，加压器包扎固定。嘱患者双

下肢制动 24 小时。注意股动脉穿刺点有无渗血。

7、术后给以低分子肝素钠离抗凝，肠溶阿斯匹林，氯吡格雷抗血小板，舒血宁活血，阿托伐他汀降脂稳斑，吡拉西坦营养神经，非洛地平控制血压，维持水电解质平衡等治疗，后患者肢体活动障碍逐渐好转，左侧肌力恢复到 5 级，出院康复。

【临床诊断】

急性脑梗死、高血压病 3 级（很高危）

【分析总结】

急性脑梗死病灶是由中心坏死区及周围的缺血半暗带组成，坏死区的脑细胞已死亡，不可逆转。缺血半暗带区脑组织损伤是可逆转的，由于存在侧支循环，尚有大量存活的神经元，如果能在短时间内迅速恢复缺血半暗带的血流，该区神经细胞可存活并恢复功能。缺血半暗带脑组织损伤的可逆性是有时间限制的，即治疗窗。研究证实，脑缺血超早期治疗时间窗一般不超过 6 小时。该患者发病 2 小时入院，年龄不大，如果偏瘫在床会对家庭带来很大的负担。需要临床医师积极治疗方能取得良好的预后。

急性脑梗塞高龄患者行双抗治疗致消化道出血一例

作 者：斯梦未醒

链接：<https://bingli.iiyi.com/show/62437-1.html>

【一般资料】

男性，85 岁，农民

【主诉】

短暂性意识丧失伴左侧肢体无力 1 天

【现病史】

患者家属代诉：患者昨日晚上 7 点左右在活动过程中无明显诱因突发左侧肢体无力，随之意识丧失，不能言语，当时发现患者双眼向一侧凝视，人事不醒，对外界刺激无反应，鼾式呼吸。当时未送医院，结果意识障碍持续几小时后患者自行恢复，左侧肢体仍然不能活动，可以说话，无抽搐，无大小便失禁，无恶心呕吐，无畏寒发热，为进一步求治，呼叫 120。入院后行头颅 CT 检查示脑梗塞，遂以“脑梗塞”收住内二科。发病以来，患者精神极差，纳差，大小便正常，体力下降，体重无改变。

【既往史】

有高血压病史多年，间断口服降压药物，血压控制情况不详，否认有糖尿病及心脏病史，无药物过敏史。

【查体】

T：36.8℃，P：83 次/分，R：20 次/分，BP：180/90mmHg。神志清楚，吐词稍欠清晰，平车推入病房，急性病容，左侧中枢性面舌瘫，双侧瞳孔正大等圆，对光反射灵

敏，眼球运动尚可，伸舌稍左偏，左侧鼻唇沟变浅，颈软，双肺呼吸音清晰，心律齐，心音有力，腹部平软，肝脾肋下未及，右侧肢体活动自如，左侧上肢屈曲，肌张力极高，肌力0级，左侧下肢伸直，肌张力增高，肌力约1级，右侧肢体肌力5级，左侧病理征阳性，右侧病理征阴性，共济运动患者不能配合检查。

【辅助检查】

影像所见：

左侧髋关节组成骨未见明显骨折表现，关节间隙正常，软组织影显示清晰。

检查名称： 颅内动脉成像MRA

检查序列： MRA : 3D TOF/SPGR

影像所见：

颈内动脉系：右侧大脑前动脉显线段样显示。余双侧大脑中动脉、颈内动脉颅内段、左侧后交通动脉及余大脑前动脉血管管壁欠光滑、信号、走行及分布无明显异常改变。

椎动脉系：左侧大脑后动脉未见。左侧后交通动脉参与左侧大脑后动脉供血区供血。右侧椎动脉不规则变细。余椎动脉、右侧大脑后动脉、双侧小脑上动脉及基底动脉血管管壁欠光滑、信号、走行及分布无明显异常改变。

检查名称： 颅脑MR平扫+弥散成像DWI

检查序列： Sag: SE T1WI Ax: T1FLAIR FSE T2WI T2FLAIR DWI

影像所见：

双侧基底节区、双侧半卵圆中心区、左侧丘脑区及左侧小脑区见小斑片状T1WI呈低信号/等信号、T2WI呈高信号。T2FLAIR呈高信号影；右侧枕叶及右侧额叶区见脑回状、线状T1WI呈低信号、T2WI呈高信号，T2FLAIR呈高信号影；双侧侧脑室旁T2FLAIR见淡薄稍高信号；余脑实质未见异常信号改变，皮髓质分界清晰；脑沟稍增宽。双例外侧裂池增宽，脑室及余脑池未见异常改变。中线结构居中。幕上幕下未见占位征象。

弥散成像DWI： 右侧枕叶及右侧额叶区见脑回状、线状、斑片状高信号灶，ADC值降低。

印象：

- 1、右侧枕叶及右侧额叶区急性脑梗塞；
 - 2、双侧基底节区、双侧半卵圆中心区、左侧丘脑区及左侧小脑区多发腔隙性脑梗塞（部分为陈旧性）并缺血性改变；
 - 3、轻度脑白质病；
 - 4、脑萎缩；
- 建议定期复查，排除其它。

2018 年 12 月 03 日头部 CT 结果示: 右侧枕叶脑梗塞。随机血糖 5.6mmol/L 心电图示: 不排除频发室性早搏长 QT 间期。乙肝+丙肝: 乙肝表面抗原 0.01IU/ml、乙肝表面抗体 37.85mIU/ml ↑、乙肝 e 抗原 0.01NCU/ml、乙肝 e 抗体 1.38NCU/ml、乙肝核心抗体 36.00NCU/ml ↑、丙型肝炎抗体 HCV0.10S/CO、丙型肝炎核心抗原测定-S/CO。肝肾脂糖电解质: 总胆红素 7.1umol/L、直接胆红素 1.6umol/L、间接胆红素 5.5umol/L、总胆汁酸 1.2umol/L、谷草转氨酶 45U/L ↑、谷丙转氨酶 13U/L、谷草/谷丙 3.5 ↑、总蛋白 67.0g/L、白蛋白 37.7g/L ↓、球蛋白 29.3g/L、白球比 1.3、尿素 9.6mmol/L ↑、肌酐 156.2umol/L ↑、二氧化碳结合率 25.2mmol/L、尿酸 674umol/L ↑、β2 微球蛋白 4.7mg/L ↑、钾 4.94mmol/L、钠 140.4mmol/L、氯 107.4mmol/L、钙元素测定 2.22mmol/L。总胆固醇 6.19mmol/L、甘油三酯 1.09mmol/L、高密度脂蛋白 1.12mmol/L、低密度脂蛋白 4.08mmol/L ↑、载脂蛋白 A I 1.14g/L、C-反应蛋白(CRP)12.8mg/L ↑、葡萄糖测定(酶法)-门诊 4.60mmol/L、同型半胱氨酸 24.3umol/L ↑。全血细胞计数+五分类: 白细胞 $8.5 \times 10^9/L$ 、红细胞 $3.79 \times 10^{12}/L$ ↓、血红蛋白 119g/L ↓、血小板 $151 \times 10^9/L$ 、中性细胞比率 83.9% ↑、淋巴细胞比率 7.3% ↓。2018 年 12 月 15 日粪便常规: 隐血 (+)

【初步诊断】

1、脑梗塞(定性: 缺血性; 定位: 右侧枕叶、右侧颞顶叶;) 2、高血压病 3 级(很高危); 3、心律失常;

【诊断依据】

1、患者, 男, 85 岁, 起病急骤, 无前驱症状, 发病后数秒钟内病情达高峰——短暂性意识丧失伴左侧肢体无力。

2、患者有神经系统体征偏瘫, 偏身感觉障碍, 左侧中枢性面舌瘫, 伸舌稍左偏, 左侧鼻唇沟变浅。有短暂意识丧失。神志清楚, 吐词稍欠清晰, 右侧肢体活动自如, 左侧上肢屈曲, 肌张力极高, 肌力 0 级, 左侧下肢伸直, 肌张力增高, 肌力约 1 级, 右侧肢体肌力 5 级, 左侧病理征阳性, 右侧病理征阳性, 共济运动患者不能配合检查。

3、有频发室早、高血压很高危组: 患者有产生栓子来源的疾病如高血压病极高危组频发室早等。有高血压病史多年, 间断口服降压药物, 血压控制情况不详。入院后体温: 36.8°C, 脉搏: 83 次/分, 呼吸: 20 次/分, 血压: 180/90mmHg。

4、辅检: 2018 年 12 月 03 日头部 CT 结果示: 右侧枕叶脑梗塞。随机血糖 5.6mmol/L。心电图示: 不排除频发室性早搏长 QT 间期。肝肾脂糖电解质: 总胆红素 7.1umol/L、直接胆红素 1.6umol/L、间接胆红素 5.5umol/L、总胆汁酸 1.2umol/L、谷草转氨酶 45U/L ↑、谷丙转氨酶 13U/L、谷草/谷丙 3.5 ↑、总蛋白 67.0g/L、白蛋白 37.7g/L ↓、球蛋白 29.3g/L、白球比 1.3、尿素 9.6mmol/L ↑、肌酐 156.2umol/L ↑、二氧化碳结合率 25.2mmol/L、尿酸 674umol/L ↑、β2 微球蛋白 4.7mg/L ↑、钾 4.94mmol/L、钠 140.4mmol/L、氯 107.4mmol/L、钙元素测定 2.22mmol/L。总胆固醇 6.19mmol/L、甘油三酯 1.09mmol/L、高密度脂蛋白 1.12mmol/L、低密度脂蛋白 4.08mmol/L ↑、载脂蛋白 A I 1.14g/L、C-反应蛋白(CRP)12.8mg/L ↑、葡萄糖测定(酶法)-门诊 4.60mmol/L、同型半胱氨酸 24.3umol/L ↑。全血细胞计数+五分类白细胞 $8.5 \times 10^9/L$ 、红细胞 $3.79 \times 10^{12}/L$ ↓、血红蛋白 119g/L ↓、血小板 $151 \times 10^9/L$ 、中性细胞比率 83.9% ↑、淋巴细胞比率 7.3% ↓。

↓。2018年12月15日粪便常规：隐血（+）

患者高龄男性，依据临床表现既往史，体征及辅检脑梗塞高血压诊断明确。

【鉴别诊断】

本病应与以下疾病鉴别

1、脑出血：有时脑梗死与小量脑出血的临床表现颇为相似，极易混淆。大面积脑梗死的临床症状可与脑出血类似，在所有的鉴别要点中，起病状态和起病速度最具有临床意义。头颅CT/MRI检查均可确诊。

2、脑栓塞：起病急骤，常有心脏病史，有栓子的来源，如风湿性心脏瓣膜病、心内膜炎、心房纤颤等。

3、颅内占位病变：某些硬膜下血肿、颅内肿瘤、脑脓肿等也可呈卒中样发病，出现偏瘫等局限性神经功能缺失症状，有时颅内压增高征象，特别是视乳头水肿并不明显，可与脑梗死混淆，CT/MRI检查不难鉴别。

【诊治经过】

1、完善相关辅助检查。

2、抗血小板、扩管、改善循环、控制血压及对症支持治疗。

3、依据病情变化调整医嘱。4.向家属交代病情；患者年龄大，梗塞面积大，若病情进一步加重，可能危及生命。入院后告病危，一级护理，因患者年纪大，梗塞面积大，时间长，无法紧急溶栓治疗，行抗血小板治疗以及其他扩管（血塞通）、改善脑循环（乙酰谷酰胺，胞二磷胆碱，川芎嗪，依达拉奉等）控制血压（卡托普利片、硝苯地平缓释片）、对症处理（抗炎、护胃、降脂稳定斑块）以及左侧肢体理疗。双抗治疗10天后出现肉眼血便，肛肠外科会诊排除痔疮肛裂等，诊断为消化道出血，立即禁食水，给予洛赛克、善宁泵注治疗，并停用双抗（波立维、拜阿司匹林）和血塞通，三天后血便消失，继续治疗两天后改为半流质饮食。患者住院期间因肢体无力护理不当而摔倒，拍X片未发现骨折。给予特级护理。

【临床诊断】

1、脑梗塞（定性：缺血性；定位：右侧枕叶、右侧颞顶叶；）

2、高血压病3级（很高危）；

3、心律失常；3.老年退行性心脏病 频发室性早搏 心功能I级；

4、消化道出血。

【分析总结】

1、这是一例高龄脑梗塞患者因双抗治疗导致消化道出血的病例。

2、患者及家属因脑梗塞后24小时方就医，错过溶栓时机，但是对于高龄患者是否

需要立即溶栓存在争议，我院对 80 岁以上患者基本采取保守治疗不予溶栓。

3、患者高龄合并症多，此次急性脑梗塞，左侧多处腔梗，脑白质病脑萎缩高血压极高危组等，给治疗带来一定困难，我们采取双抗治疗，虽然有疗效，患者情况好转，但是因出血消化道出血而停止抗凝以及停止抗血小板治疗，继续复查凝血功能，观察病情变化。

4、患者出现跌倒，所幸无髋关节骨折，折射护理工作不到位以及护理人员短缺，家属陪护不力，给治疗带来干扰。

5、因患者年纪大，起病急骤，脑梗塞面积大，预后欠佳。脑梗死约占脑卒中的 15%~20%。急性期病死率为 5%~15%，多死于严重脑水肿引起的脑病，肺炎和心力衰竭等。脑梗死容易复发，主要是进行抗凝和抗血小板治疗，能防止被栓塞的血管发生逆行性血栓形成，预防复发。同时要治疗原发病，纠正心律失常，进行有效防治，根除栓子的来源，防止复发。本例患者为高龄老人，虽然进行过阿托伐降脂拜阿司匹林单抗预防治疗，但因血压控制欠佳仍然发生大面积脑梗，发病骤然凶险，预后极差。

肺部感染并急性肺水肿一例

作 者：tiantulei2018

链接：<https://bingli.iiyi.com/show/61599-1.html>

【一般资料】

男性，52 岁，农民

【主诉】

咳嗽咳痰伴胸闷气喘 4 天。

【现病史】

患者 4 天前受凉劳累后后出现咳嗽、咳痰，咳嗽为阵发性，伴有咳痰，为粉红色泡沫样痰，伴有闷喘，夜间明显，难以平卧入睡，端坐呼吸，无畏寒发热，偶感胸痛，无盗汗乏力，无咽痛，无打喷嚏、流涕，无头痛、头晕，伴有纳差，无恶心、呕吐，无腹痛、腹泻，无尿频、尿急、尿痛。当时就诊于外院医院予以输液治疗（具体不详）症状未见明显改善，今就诊于我院急诊，查胸部 CT 提示：两肺感染灶，部分间质性改变（肺水肿可能），双侧胸腔积液，右肺下叶肺大泡，心影增大。心脏彩超示：左房扩大，左室舒张功能减低，室间隔中间段及左室前壁中间段心肌收缩增厚率减低，二尖瓣大量返流，三尖瓣返流（少-中量），二尖瓣前向流速增快，收缩期二尖瓣瓣尖脱入左房-小腱索断裂所致不排除，肺动脉收缩压增高（中度）。腹部彩超示：胆囊壁毛糙，右肾囊肿，前列腺增生伴钙化灶，双侧胸腔积液。为求进一步治疗，拟诊“社区获得性肺炎”收入我科。病程中神志清，精神一般。饮食差，睡眠差。大小便正常。近期体重有所减轻。

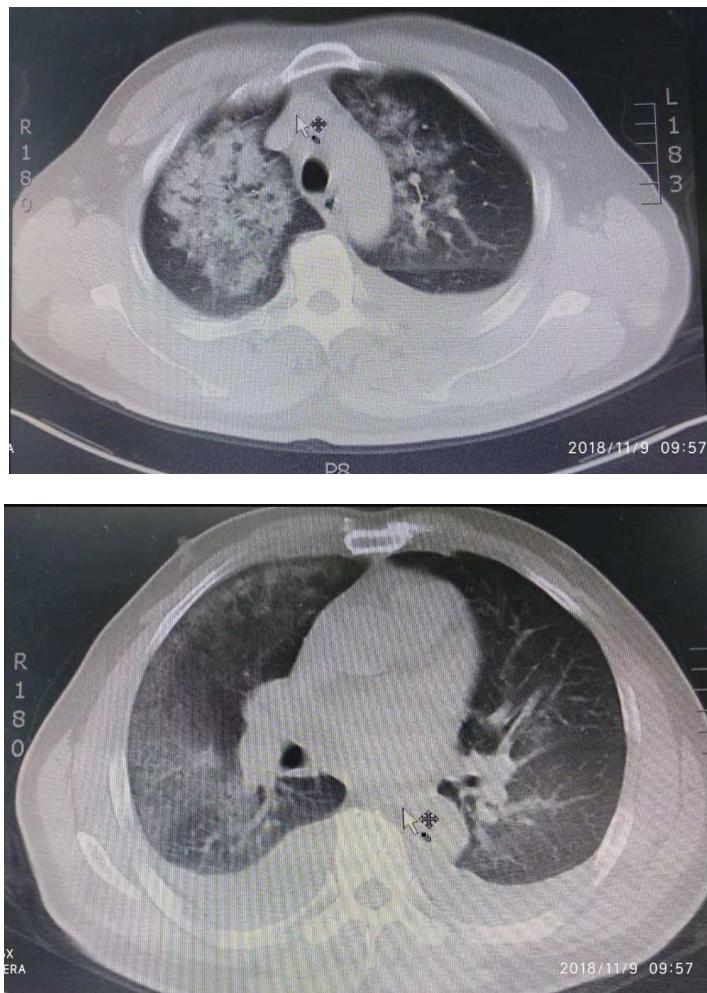
【既往史】

一般健康状况一般；否认高血压病史。否认糖尿病史。否认冠心病史。否认慢性支气管炎病史。否认胆结石病史。否认胆囊炎病史。否认“肝炎、伤寒”等传染病病史。未发现药物、食物过敏史。无手术史。否认输血史。既往有心脏瓣膜病史多年，平素间断口服速效救心丸。

【查体】

T:36.8℃，P:90次/分，R:20次/分，BP:128/90/mmhg。神清，精神一般。浅表淋巴结未触及肿大。唇无发绀，咽无充血，扁桃体不大，伸舌居中。颈软，气管居中，甲状腺不大，颈静脉无怒张。胸廓无畸形，双侧呼吸运动、语颤减弱，双下肺叩诊浊音，双肺呼吸音减弱，两肺可闻及湿性啰音；心前区无隆起，未触及心包摩擦感，心率90次/分，律齐，可闻及杂音。腹平软，肝脾肋下未及，无压痛、反跳痛，无包块，无移动性浊音，肠鸣音正常。双下肢无浮肿。生理反射存在，病理征未引出

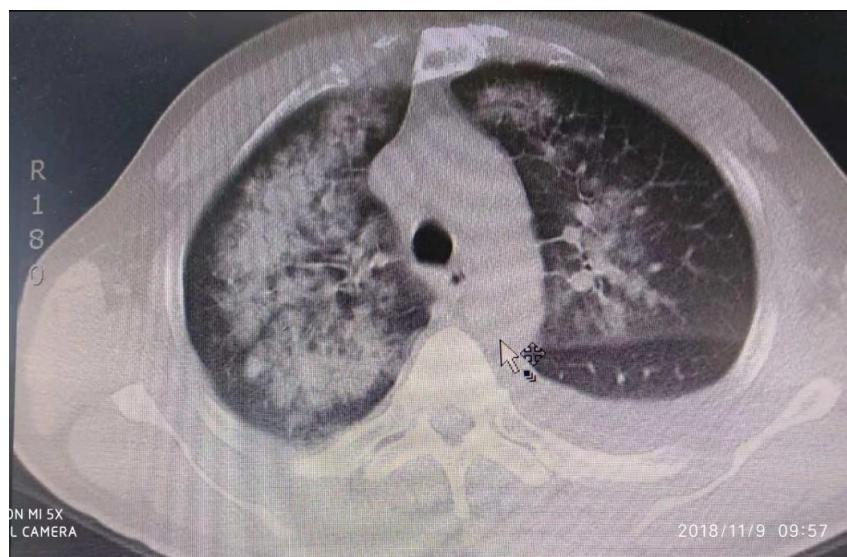
【辅助检查】

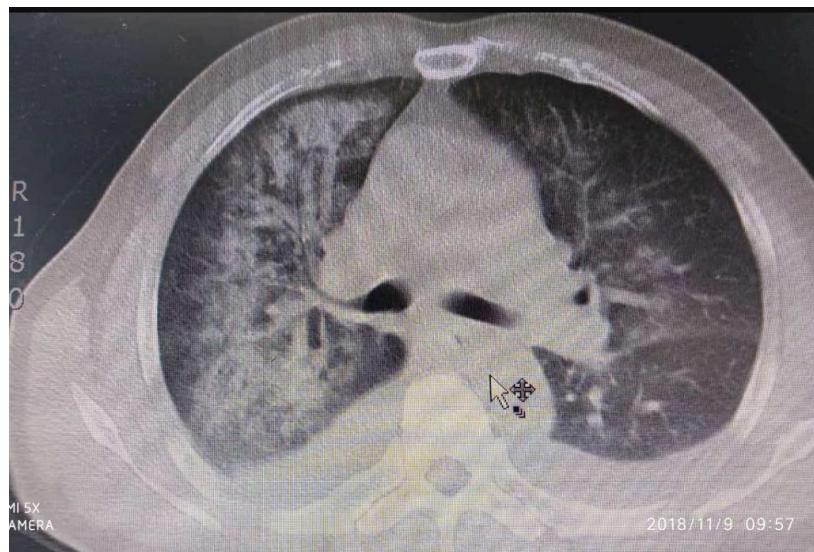


NO.	项目	结果	单位	参考值	标准编码显示
1	白细胞计数	11.33 ↑	10 ⁹ /L	4.00~10.00	WBC
2	中性粒细胞计数	8.82 ↑	10 ⁹ /L	1.40~7.50	GRAN#
3	淋巴细胞计数	1.57	10 ⁹ /L	0.70~4.00	LYM#
4	单核细胞计数	0.81	10 ⁹ /L	0.10~1.00	MONO#
5	嗜酸性粒细胞计数	0.09 ↓	10 ⁹ /L	0.10~0.40	E0#
6	嗜碱性粒细胞计数	0.04	10 ⁹ /L	0~0.07	BASO#
7	中性粒细胞百分比	77.80 ↑	%	50.00~75.00	GRAN%
8	淋巴细胞百分比	13.90 ↓	%	20.00~40.00	LYM%
9	单核细胞百分比	7.10	%	2.00~8.50	MONO%
10	嗜酸性粒细胞比值	0.800	%	0.500~5.000	E0%
11	嗜碱性粒细胞比值	0.40	%	0~1.00	BASO%
12	红细胞计数	4.75	10 ¹² /L	4.00~5.50	RBC
13	血红蛋白	145.00	g/L	110.00~165.00	HGB
14	红细胞压积	0.404		0.350~0.590	HCT
15	平均红细胞体积	85.1	fL	85.0~110.2	MCV
16	平均血红蛋白含量	30.5	pg	27.0~32.0	MCH
17	平均血红蛋白浓度	359	g/L	280~360	MCHC
18	红细胞分布宽度CV值	11.90	%	0~15.00	RDW-CV
19	红细胞分布宽度SD值	35.80 ↓	fL	38.40~47.00	RDW-SD
20	血小板计数	278	10 ⁹ /L	100~300	PLT

备注：

NO.	项目	结果	单位	参考值	标准编码显示
1	肌钙蛋白 I	0.014	ng/ml	0~0.034	cTn-I
2	NT-ProBNP	970.0 ↑	pg/ml	0~450.0	PROBNP





4	白球比例	1.27		1.20~2.30	A/G
5	谷丙转氨酶	62	U/L	11~66	ALT
6	谷草转氨酶	50 ↑	U/L	15~46	AST
7	AST/ALT	0.8			
8	总胆红素	9.9	μmol/L	3.0~25.0	TBIL
9	结合胆红素	2.0	μmol/L	0~5.0	Bi
10	未结合胆红素	7.9	μmol/L	0~19.0	BU
11	尿素	5.62	mmol/L	1.85~7.14	Urea
12	肌酐	60.7	μmol/L	26.0~140.0	CREA
13	钾	3.20 ↓	mmol/L	3.50~5.50	K
14	钠	138.1	mmol/L	135.0~148.0	Na
15	氯	105.7	mmol/L	96.0~110.0	Cl
16	钙	2.10	mmol/L	2.10~2.55	Ca
17	二氧化碳	21.0	mmol/L	21.0~31.0	CO2
18	肌酸激酶	148	U/L	30~170	CK
19	乳酸脱氢酶	590	U/L	313~618	LDH
20	肌酸激酶(CK)同工酶	8	U/L	0~25	CKMB
21	超敏C反应蛋白	44.40 ↑	mg/L	0~10.00	CRP

2018-11-8 我院胸部CT提示：两肺感染灶，部分间质性改变（肺水肿可能），双侧胸腔积液，右肺下叶肺大泡，心影增大。心脏彩超示：左房扩大，左室舒张功能减低，室间隔中间段及左室前壁中间段心肌收缩增厚率减低，二尖瓣大量返流，三尖瓣返流（少-中量），二尖瓣前向流速增快，收缩期二尖瓣瓣尖脱入左房-小腱索断裂所致不排除，肺动脉收缩压增高（中度）。腹部彩超示：胆囊壁毛糙，右肾囊肿，前列腺增生伴钙化灶，双侧胸腔积液。

【初步诊断】

1.社区获得性肺炎 2.心脏瓣膜病二尖瓣关闭不全二尖瓣脱垂三尖瓣关闭不全肺动脉高压 3.双侧胸腔积液心功能不全肺水肿？ 4.右肾囊肿 5.前列腺增生

【鉴别诊断】

1. 肺结核：肺结核多有全身中毒症状，如午后低热、盗汗、疲乏无力、体重减轻、失眠、心悸，女性患者可有月经失调或闭经等。X 线胸片见病变多在肺尖或锁骨上下，密度不匀，消散缓慢，且可形成空洞或肺内播散。痰中可找到结核分枝杆菌。一般抗菌治疗无效。根据患者病史，可排除该疾病。

2. 肺血栓栓塞症：多有静脉血栓的危险因素，如血栓性静脉炎、心肺疾病、创伤、手术和肿瘤等病史，可发生咯血、晕厥，呼吸困难较明显，颈静脉充盈。X 线胸片示区域性肺血管纹理减少，有时可见尖端指向肺门的楔形阴影，动脉血气分析常见低氧血症及低碳酸血症。D-二聚体、CT 肺动脉造影（CTPA）、放射性核素肺通气 / 灌注扫描和 MRI 等检查可帮助鉴别。根据患者病史，暂不考虑该疾病。

3. 肺癌：多无急性感染中毒症状，有时痰中带血丝。血白细胞计数不高，若痰中发现癌细胞可以确诊。肺癌可伴发阻塞性肺炎，经抗菌药物治疗后炎症消退，肿瘤阴影渐趋明显，或可见肺门淋巴结肿大，有时出现肺不张。若经过抗菌药物治疗后肺部炎症不消散，或暂时消散后于同一部位再出现肺炎，应密切随访，对有吸烟史及年龄较大的患者，必要时进一步作 CT、MRI、纤维支气管镜和痰脱落细胞等检查。根据患者病史，可排除该疾病。

【诊治经过】

入院后完善相关检查，考虑肺部感染，急性肺水肿，给予抗感染（注射用头孢曲松钠 2g，日一次静滴）、解痉平喘（多索茶碱葡萄糖注射用 300mg，日一次静滴）、利尿改善心功能治疗，患者症状好转。

【临床诊断】

1. 社区获得性肺炎
2. 急性肺水肿
3. 心脏瓣膜病二尖瓣关闭不全二尖瓣脱垂三尖瓣关闭不全肺动脉高压
4. 双侧胸腔积液
5. 右肾囊肿
6. 前列腺增生

【分析总结】

急性肺水肿的 CT 表现：毛细血管静水压升高时，间质性肺水肿的 HRCT 表现为：小叶间隔增厚，其边缘光滑；支气管血管束增粗，光滑；肺内有毛玻璃密度影像，即在肺内密度升高的影像中仍可显示血管影像。肺水肿的毛玻璃密度可为两肺弥漫性分布，或为小叶中心性分布。叶间胸膜及其他部位胸膜增厚可发生叶间积液，当病变进展为肺泡性肺水肿时，两肺内有肺泡实变阴影，呈小片状、大片融合状影像，有空气支气管征。肺脏下垂部、肺门旁或两肺下野的病变改变较为显著。该患者中老年男性，有心脏瓣膜病，在肺部感染的基础上诱发了急性肺水肿，该患者肺部 CT 急性肺水肿表现典型，两肺毛玻璃样高密度影呈弥漫性分布，合并双侧胸腔积液，右侧较多，该病人急性肺水肿

CT 表现典型，值得学习！

反常栓塞一例

作 者：doctors00

链接：<https://bingli.iiyi.com/show/61498-1.html>

【一般资料】

男性,44岁,建筑工人

【主诉】

突发左侧肢体活动不利 2 天

【现病史】

患者 2 天前在工地上干活时突然出现左侧肢体无力，行走不稳，需要他人搀扶，送到小诊所认为是中暑表现，给予补液一天（具体用药不详），症状无好转。第二天送来我院急诊，查头颅 CT：右侧基底节区可以低密度影，考虑“急性脑梗死”，收住入院。发病以来，患者进食可，睡眠、大小便正常，无发热、胸闷、心悸、抽搐、呕吐、头痛等。

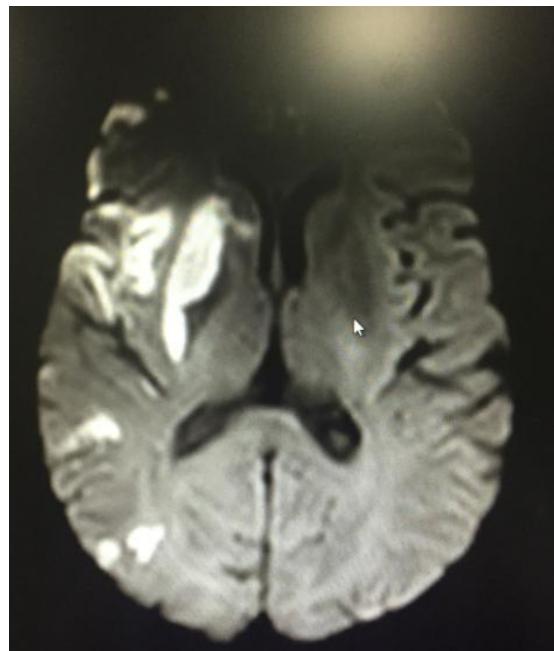
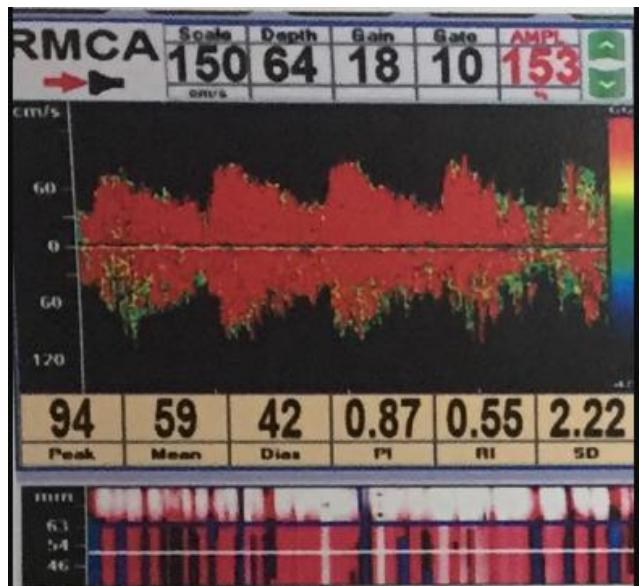
【既往史】

平素不检查身体，但也没有发现有其他疾病史，否认心脏病、中风、肿瘤等家族史。少量抽烟，不饮酒。

【查体】

T:36.6℃,P:88 次/分,R:17 次/分,BP:141/72/mmHg。查体：神志清楚，精神可；皮肤黏膜正常，未扪及浅表淋巴结肿大，双肺呼吸音粗，未闻及啰音，心率 88 次/分，节律齐，未闻及明显杂音，腹部软，无压痛，肝脾肋下未扪及，肠鸣音正常，肢体无浮肿。言语清楚，双侧瞳孔等大等圆，光敏，无偏盲，左侧鼻唇沟稍浅，口角稍右歪，伸舌左偏，颈软，右侧偏身痛觉减退，左侧肢体肌力 3 级，右侧正常，肌张力正常，腱反射正常，双侧巴氏征阴性。

【辅助检查】



入院后查查血、尿、粪常规正常；生化、同型半胱氨酸、甲功、叶酸、维生素 B12、糖化组合、肿瘤系列、输血全套正常，自身抗体阴性，凝血系列均无明显异常，颈动脉彩超正常，动态心电图：正常，心脏彩超正常，头颅 MRI：右侧基底节区、皮层散在多发脑梗塞，头颈 CT：右侧椎动脉 V4 段狭窄，余血管未见明显异常。进一步进行脑部 TCD 右侧椎动脉狭窄，行发泡试验提示右向左分流（雨帘样）。

【初步诊断】

急性脑梗死

【鉴别诊断】

根据 MRI 诊断脑梗死明确，主要是病因诊断鉴别。

1.动脉粥样硬化性脑梗死：一般建议中老年人，有高血压、糖尿病、高脂血症、肥胖等居多，颈动脉彩超一般提示存在动脉粥样硬化、颈动脉斑块等，患者不存在以上情况，虽然有椎动脉狭窄，但并不是责任血管。

2.心律失常、心脏瓣膜病变引起的脑栓塞：患者动态心电图、心脏彩超均未发现这方面依据。

3.低灌注引起的脑梗死：患者是建筑工人，作业环境温度较高，出汗多，有这种可能性，但患者表示发病去诊所量血压并不低，故该诊断不能完全排除也没有明确依据。

4.动脉夹层引起的脑梗死：血管检查未发现这方面的证据。

5.卵圆孔未闭引起的反常栓塞：患者是体力劳动者，有经常伴重物的情况，不排除该可能性。

【诊治经过】

经过检查最后证实患者存在卵圆孔未闭，入院后治疗方案是给予阿司匹林、阿托伐他汀、依达拉奉、醒脑静等治疗，患者症状逐渐改善，治疗 11 天出院，出院时左侧肢体肌力 4 级，能扶物行走。嘱一月后去上级医院行经食道超声检查。

【临床诊断】

脑栓塞（反常栓塞），卵圆孔未闭

【分析总结】

青年、中年以及没有其他心脑血管疾病危险因素的患者突发急性脑梗死，要警惕卵圆孔未闭可能性。目前，TCD 下的发泡试验是筛查卵圆孔未闭的比较可靠的方法，由于快速、无创，可以常规开展该项检查，如果发泡试验阳性，需要进一步经食道超声，明确病变后要嘱咐患者避免憋气、用力、搬重物等引起胸腔负压增加的活动，对于脑卒中风险大的患者可以考虑进行封堵手术。

2 型糖尿病并周围神经病变一例

作 者：斯梦未醒

链接：<https://bingli.iiyi.com/show/62451-1.html>

【一般资料】

男性,49岁,教练

【主诉】

发现血糖升高 1 年，控制不佳 2 月

【现病史】

患者 1 年前无明显诱因渐起体重进行性下降，感轻微口渴，伴视物模糊，多饮不明显，尿量不多，无多食，当时到我院门诊查空腹血糖较高（具体血糖值不详），以“糖尿病”给予二甲双胍口服治疗，初时血糖控制尚可，上述症状减轻，后患者自行调整治疗方案，改为诺和龙治疗，多次查血糖较高，2 月余前感视物模糊加重，伴四肢末端麻木，伴轻微口渴，乏力，无多饮，无尿频尿急尿痛及腹痛，在外未行处理，今来我院门诊以“2 型糖尿病”收住。起病以来，精神体力一般，食欲食量尚可，大便正常，睡眠一般，体重无明显下降。

【既往史】

既往体健。否认冠心病、高血压病史。否认食物药物过敏史。

【查体】

T:36.2℃,P:70 次/分,R:19 次/分,BP:110/70/mmHg。神志清楚，正常面容，步入病房，体质偏瘦，头颅正常，心肺未闻异常，腹平软，肝脾未及，四肢肌力肌张力正常，双侧腱反射减弱，双足深感觉减退，双足背动脉搏动可。

【辅助检查】

	检验项目	检验结果	单位	标志	参考	OD	CUTOFF
1	糖化血红蛋白测定 (HbA1c)	5.9	%	↑	3.8~5.8		

1 血清胰岛素测定(化学发光)	3.40	次		
2 胰岛素(一小时) (INS2)	10.10	uIU/ml		
3 胰岛素(两小时) (INS3)	16.80	uIU/ml		
4 胰岛素(三小时) (INS4)	9.50	uIU/ml		

葡萄糖测定(酶法)-门诊	5.74	mmol/L		3.90~6.11
葡萄糖测定(酶法)-住院		mmol/L		3.90~6.11
餐后一小时血糖	14.47	mmol/l	↑	~10.00
餐后二小时血糖	15.32	mmol/l	↑	~7.80
餐后三小时血糖	6.63	mmol/l		3.90~7.80

总胆红素 (TBIL)	18.6	μmol/L	5.0~20.1			18	二氧化碳结合率 (CO2)	27.4
直接胆红素 (DBIL)	6.0	μmol/L	0.3~6.8			19	尿酸 (UA)	229
间接胆红素 (IDBIL)	12.6	μmol/L	1.1~17.0			20	β2微球蛋白 (b2mG)	1.5
总胆汁酸 (TBA)	1.7	μmol/L	0.0~10.0			21	葡萄糖 (酶法测定) (门诊)	
谷草转氨酶 (AST)	26	U/L	15~40			22	C-反应蛋白 (CRP) (CRP)	5.2
谷丙转氨酶 (ALT)	30	U/L	9~50			23	葡萄糖测定 (酶法)-门诊	6.69
谷草/谷丙 (ST/AL)	0.9		0.5~1.5			24	钾 (K)	3.94
总蛋白 (TP)	67.1	g/L	65.0~85.0			25	钠 (Na)	143.3
白蛋白 (ALB)	46.0	g/L	40.0~55.0			26	氯 (CL)	106.0
球蛋白 (GLO)	21.1	g/L	20.0~40.0			27	钙元素测定 (Ca)	2.42
白球比 (A/G)	2.2		1.2~2.4			28	镁元素测定 (Mg)	0.95
血清前白蛋白 (PA)	293	mg/l	150~400			29	磷 (P)	1.15
碱性磷酸酶 (ALP)	65	U/L	45~125			30	总胆固醇 (CHOL)	3.89
谷氨酰转移酶 (GGT)	33	U/L	10~60			31	甘油三酯 (TG)	0.88
血清5'核苷酸酶测定 (5'	5	U/L	0~9			32	高密度脂蛋白 (HDL)	0.98
尿素 (BUN)	6.9	mmol/L	↑ 2.5~6.3			33	低密度脂蛋白 (LDL)	2.35
肌酐 (CREA)	62.2	μmol/L	31.8~93.7			34	载脂蛋白AI (ApoAI)	1.14



超声所见:

膀胱充盈，壁不厚，膀胱三角区内未见明显异常回声显示。

前列腺大小:38×27×26mm，大小形态正常，包膜光滑，实质回声欠均，内未见明显局灶性异常回声显示。

CDFI：未见明显异常血流信号显示。



超声所见:

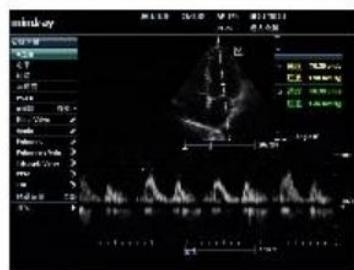
肝切面大小形态正常，肝边光整，实质回声稍增强，分布欠均匀，血管网走行正常，肝内未见明显局限性异常回声。
胆囊大小：67x27mm，壁不厚，内未见明显异常回声显示。
胆总管内径：6mm，显示段未见明显异常。
脾脏长101mm，厚38mm，实质回声均。
胰腺大小形态正常，实质回声均，主胰管未见扩张。
双肾大小形态正常，实质回声均，集合系统未见分离，内未见明显结石及占位。
CDFI:未见明显异常血流信号显示。

检查名称: 颅脑CT平扫+三维重建

检查方法: 0M基线，层厚10MM，层距10MM

影像所见:

诸层面综合显示：双侧脑实质对称，其内未见明显异常密度影；脑沟显示增多、加深；脑池及脑室系统大小形态未见明显异常；中线结构未见明显移位。
骨窗：颅骨未见明显异常改变。



超声所见:

升主动脉内径32mm，主肺动脉内径20mm

左房前后径33mm，左室舒张末期内径47mm

右房最大横径31mm

右室前后径18mm

室间隔厚10mm，左室后壁厚10mm

各房室腔大小正常。升主动脉及主肺动脉内径不宽。房室间隔连续性可，未见明显节段性室壁运动异常。各瓣膜结构及活动未见明显异常。

心功能测试：EF59%

多普勒检查：心内未见明显异常彩色血流信号显示。

二尖瓣口舒张期血流频谱测值：E峰0.70m/s，A峰0.58m/s

主动脉瓣口收缩期血流频谱测值：0.98m/s

肺动脉瓣口收缩期血流频谱测值：0.83m/s

入院查心电图：窦性心律，非特异性T波改变。糖化血红蛋白测定:糖化血红蛋白测定 5.9%↑，肝肾脂糖电解质:尿素 6.9mmol/L↑、葡萄糖测定(酶法)-门诊 6.69mmol/L↑。血常规、尿常规、凝血功能、甲功三项、输血全套未见明显异常。葡萄糖测定(酶法)-餐后一小时血糖 14.47mmol/l↑、餐后二小时血糖 15.32mmol/l↑、餐后三小时血糖 6.63mmol/l。血清胰岛素测定(化学发光法):血清胰岛素测定(空腹)3.4uIU/mL、血清胰岛素测定(1 小时)10.1uIU/mL、血清胰岛素测定(2 小时)16.8uIU/mL、血清胰岛素测定(3 小时)9.5uIU/mL。查肝胆脾胰双肾彩超未见明显异常。查心脏彩超未见明显异常。双侧颈动脉、椎动脉彩超：双侧颈动脉内中膜增厚伴斑块。头颅 CT 平扫未见明显异常。

【初步诊断】

2型糖尿病并周围神经病变

【诊断依据】

1.中年男性，发现血糖升高1年，控制不佳2月，既往有糖尿病病史一年。

2.糖化血红蛋白测定 5.9%↑，葡萄糖测定(酶法)-门诊 6.69mmol/L↑，餐后一小时血糖 14.47mmol/l↑、餐后二小时血糖 15.32mmol/l↑、餐后三小时血糖 6.63mmol/l。血清胰岛素测定(化学发光法):血清胰岛素测定(空腹)3.4uIU/mL、血清胰岛素测定(1 小时)10.1uIU/mL、血清胰岛素测定(2 小时)16.8uIU/mL、血清胰岛素测定(3 小时)9.5uIU/mL。

3.双侧腱反射减弱，双足深感觉减退，双足背动脉搏动可。4.视物模糊眼科会诊意见：白内障。故根据患者病史既往史临床表现，体征及辅检，2型糖尿病并周围神经病

变，左眼白内障诊断明确。

【鉴别诊断】

本病需排除1型糖尿病，后者多见于年轻人，查血糖胰岛素水平低下呈一直线，糖尿病自身抗体多阳性。

【诊治经过】

完善相关检查并给予降糖，扩管，对症，营养神经处理，入院后因患者诉视物模糊，立即请眼科会诊：左眼白内障。排除糖尿病视神经病变，入院后给予糖尿病饮食，患者糖化血红蛋白 $5.9\% \uparrow$ ，空腹血糖值也略高于正常，故未用胰岛素治疗，建议患者运动及改变生活方式为主，辅助药物治疗，鉴于其空腹血糖较高，加用阿卡波糖50毫克每日早餐时嚼服，用前列地尔10微克静滴改善循环以及血塞通扩管等，因血管有斑块，给予口服拜阿司匹林及立普妥降脂稳定斑块，给予维生素B1、B12肌肉注射营养周围神经处理。患者病情好转后要求出院，嘱运动及改善生活方式为主，注意监测血糖值。

【临床诊断】

2型糖尿病并周围神经病变左眼白内障

【分析总结】

这是一例2型糖尿病并周围神经病变的病例，合并左眼白内障，容易误以为视神经病变，专科会诊鉴别之。根据糖尿病指南，糖化血红蛋白 $<9\%$ ，主要给予生活方式管理及单一药物治疗，可选二甲双胍或者阿卡波糖，因此患并非肥胖且餐后血糖高，给予阿卡波糖治疗，治疗有效。该患者视物模糊。糖尿病患者出现视物模糊要想到是否血糖发生了剧烈波动而引起眼屈光改变，或有糖尿病眼部病变存在。常见的眼部病变有眼屈光改变、白内障、视网膜病变、青光眼、视神经病变及眼肌麻痹。眼屈光改变。该患者为白内障，暂时观察，未到手术时机。患者四肢末端麻木，双侧腱反射减弱，双足深感觉减退，为周围神经病变所致。早期症状以感觉障碍为主，但电生理检查往往呈运动神经及感觉神经均有累及。下肢症状较上肢多见。周围神经病变在体征方面有：①跟腱反射、膝腱反射减弱或消失；②震动觉减弱或消失；③位置觉减弱或消失，尤以深感觉减退为明显。该患者诊断明确，空腹血糖略高，餐后血糖值高，糖化血红蛋白 5.9% 。故给予阿卡波糖，另外给予降脂稳定斑块等处理。以生活方式干预为主。而2019年《ADA糖尿病诊疗标准》强调，为了加强糖尿病护理，患者和医护工作者应该从首次综合医疗评估、后续评估和跟踪、评估并发症和管理并发症的角度，共同聚焦在如何优化生活方式上。研究表明，适度减肥可以延缓2型糖尿病的进展，有助于2型糖尿病的管理。减少热量的摄入可降低2型糖尿病患者的糖化血红蛋白（ $0.3\% \sim 2\%$ ），同时提高药物疗效和生活质量。长期减重很困难，但如果维持减重超过5年，可以改善糖化血红蛋白和血脂水平。该患者职业为驾校教练，平时运动少，生活习惯差，嗜好烟酒及晚餐暴饮暴食，患糖尿病后改变生活方式（包括戒烟酒、平衡饮食、心理治疗）为主，药物辅助，控制血糖，使糖化血红蛋白达到标准即可。总之，对于2型糖尿病患者，生活方式的干预和管理可显著预防和减缓糖尿病的发生发展，其中，患者与糖尿病管理团队共同协作至关重要，而减重问题经久不衰。除了合理均衡的营养治疗外，严格控制饮酒，适量的体育运动以及戒烟和心理治疗在优化生活质量中必不可少。

一例线粒体脑病

作 者: flyer2013

链接: <https://bingli.iyyi.com/show/61798-1.html>

【一般资料】

男性,32岁,无业

【主诉】

咳嗽、胸闷1月，呼吸困难1小时

【现病史】

1月前出现咳嗽、咳痰，胸闷、呼吸困难，查血气分析: PH: 7.139, PaCO₂: 39.5mmHg, PaO₂: 61.3mmHg, HCO₃-: -13.2mmol/L, BE: -14.5mmol/L, 乳酸: 11.2mmol/L, Na+: 139mmol/L, K+: 2.9mmol/L, Cl-: 104mol/L。急诊收入我院 RICU，查体：恶病质，听诊呼吸音粗，可闻及湿罗音，心率130次/分，律齐，舟状腹，双下肢无水肿。诊断为“肺部感染呼吸衰竭、肾功能衰竭、代谢性酸中毒、电解质紊乱重度营养不良、消化道出血抑郁症”。

【既往史】

既往有抑郁症病史10余年，口服抑郁药物治疗（具体不详）。3月前在我院诊断为“重症肺炎、肾功能衰竭”，给予抗感染及对症治疗，效果不佳，转省级三甲诊治（具体不祥），好转出院。

【查体】

T:36°C,P:130次/分,R:30次/分,BP:110/70/mmhg。意识清楚，精神萎靡，重度营养不良，听诊两肺呼音粗，可闻及湿性啰音。心率130次/分，律齐。双下肢无水肿。四肢肌力3级，腱反射亢进，病理征未引出。

【辅助检查】

乳酸波动在7-15mmol/L

【初步诊断】

- 1.肺部感染、呼吸衰竭。
- 2.重度营养不良、低蛋白血症、低钾血症。
- 3.慢性肾功能不全。
- 4.代谢性酸中毒、乳酸酸中毒。
- 5.尿崩症？

- 6.应激性溃疡。
- 7.抑郁症。
- 8.遗传代谢性疾病？

【鉴别诊断】

精神分裂症：在青壮年缓慢或亚急性起病，临幊上往往表现为症状各异的综合征，涉及感知觉、思维、情感和行为等多方面的障碍以及精神活动的不协调。患者一般意识清楚，智能基本正常，但部分患者在疾病过程中会出现认知功能的损害。病程一般迁延，呈反复发作、加重或恶化，部分患者最终出现衰退和精神残疾。

【诊治经过】

给予气管插管、呼吸机辅助通气、床旁血液净化等抢救治疗。行床旁血液净化，期间乳酸仍波动在 10mmol/L 左右，尿量 4000ml/日左右。痰培养：热带念珠菌、肺炎链球菌。应用“哌拉西林他唑巴坦、头孢哌酮舒巴坦、氟康唑”等抗感染、平喘、祛痰、营养支持等综合治疗。脱机、拔管。但患者恶病质，营养不良，咳嗽、咳痰乏力，痰多，再次气管插管。因患者无法脱机，反复建议患者家属气管切开，但患者家属拒绝气管切开。在此期间 2 次痰培养：鲍曼不动杆菌，1 次痰培养：铜绿假单胞菌，联合“头孢哌酮舒巴坦+替加环素+伏立康唑”。感染指标较前好转，痰多，间断纤支镜吸痰。之后应用“头孢哌酮舒巴坦+磷霉素+伏立康唑”抗感染治疗。期间血压 110-120/60-90mmHg。

2018.06.12 出现酸中毒、休克，动脉血气分析：PH：6.883，PaCO₂：21.7mmHg，PaO₂：213mmHg，K⁺：3.4mmol/L，Na⁺：156mmol/L，Ca⁺⁺：1.03mmol/L，乳酸 17mmol/L，标准碳酸氢盐 6.1mmol/L。再次床旁血液净化，积极抗休克，多次补充血浆、洗涤红细胞等抢救治疗。目前血压 90-105/60-80mmHg，体温正常，间断吸痰。透析期间乳酸波动 10-12mmol/L，停透析后乳酸 20mmol/L。查尿渗透压提示低渗尿，给予去氨加压素应用。

【临床诊断】

1. 线粒体脑病；
2. 肺部感染、呼吸衰竭。
3. 重度营养不良、低蛋白血症、低钾血症。
4. 慢性肾功能不全。
5. 代谢性酸中毒、乳酸酸中毒。
6. 尿崩症？
7. 应激性溃疡。
8. 抑郁症。

【分析总结】

本病起病隐匿，患者既往有抑郁症病史，临床症状不典型，及时进行肌活检等检查，有助于确诊。

74岁男性，发现肺部结节1月

作者：ww2sxy520

链接：<http://bbs.iyi.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

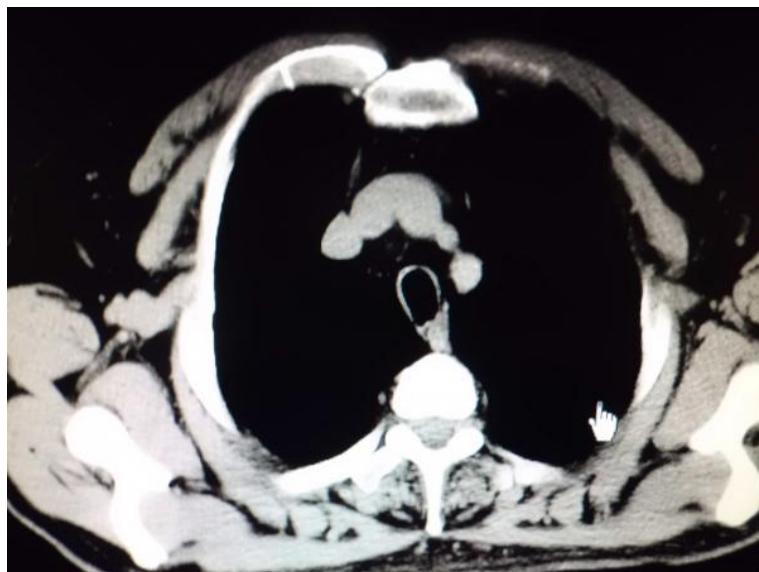
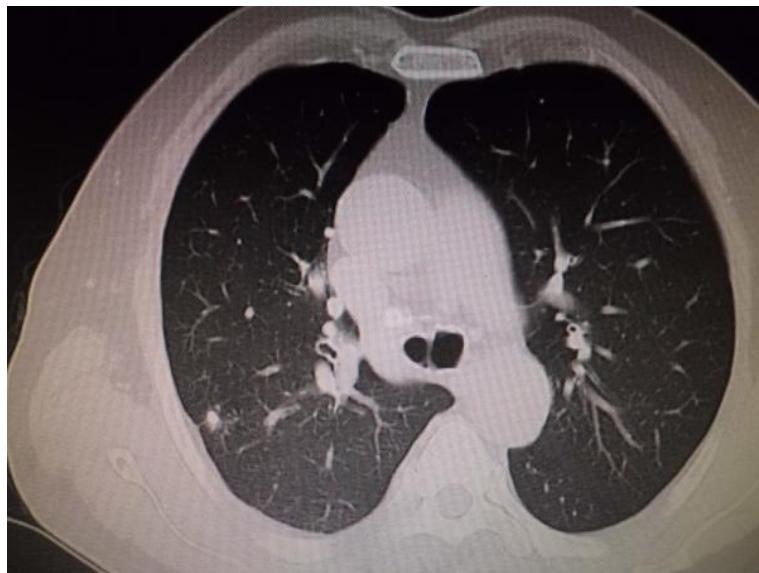
现病史：患者1月前因为高血压在当地医院就诊时胸部CT发现肺结节，无咳嗽，咳痰，无胸闷、心悸、气短，无咯血、呕血，无发热、盗汗、乏力、胸痛等不适。

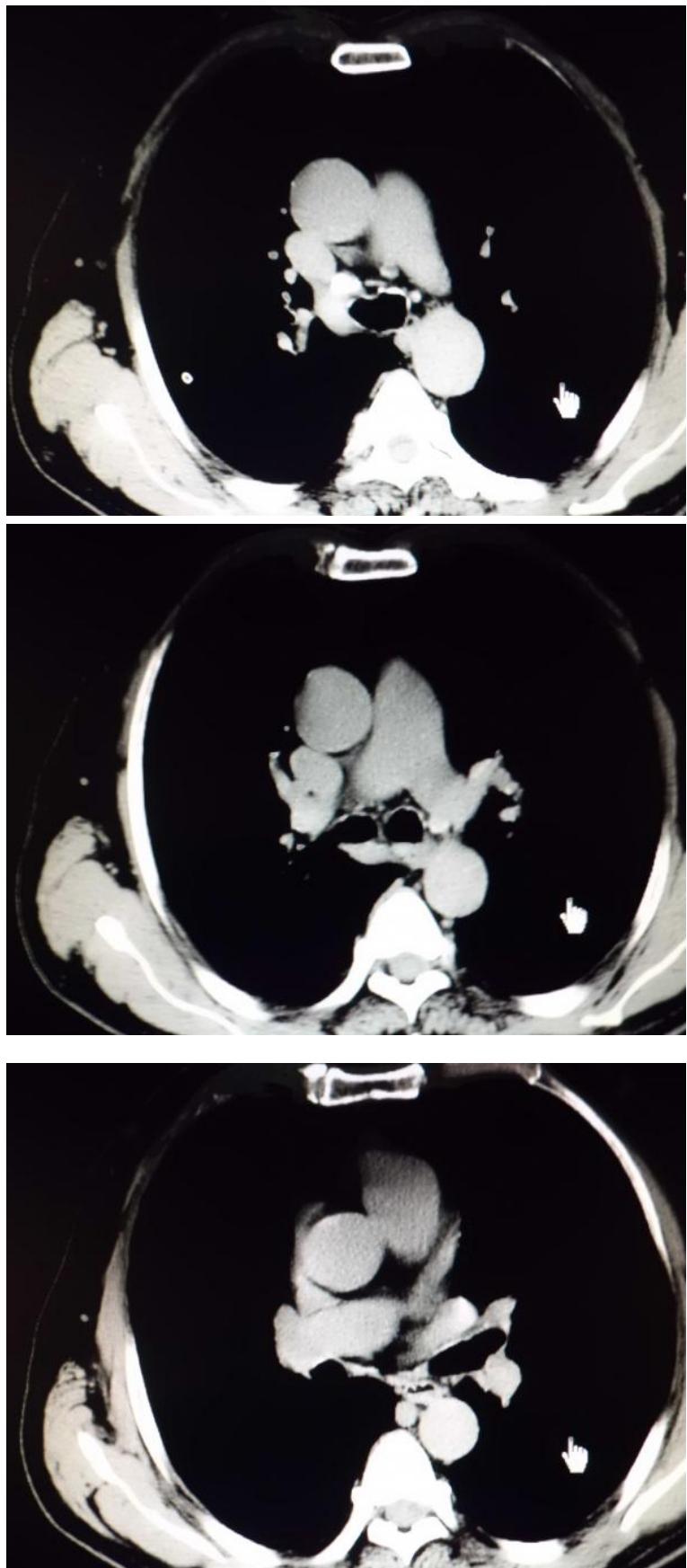
既往史：无吸烟史，偶有少量饮酒，有高血压病史20余年，一直口服波依定，血压维持在130/80mmHg左右。

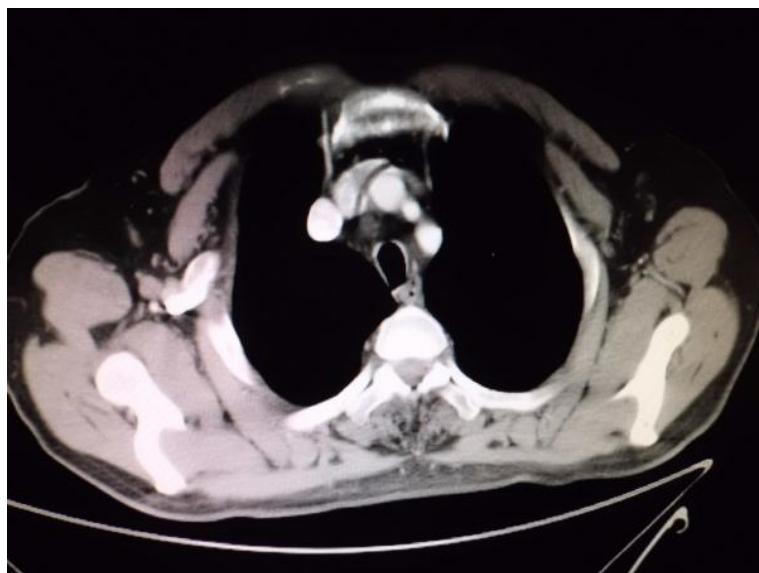
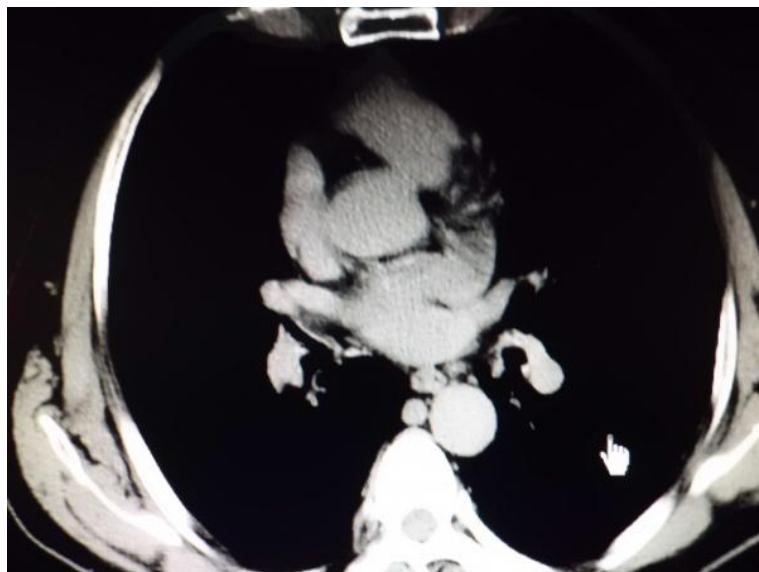
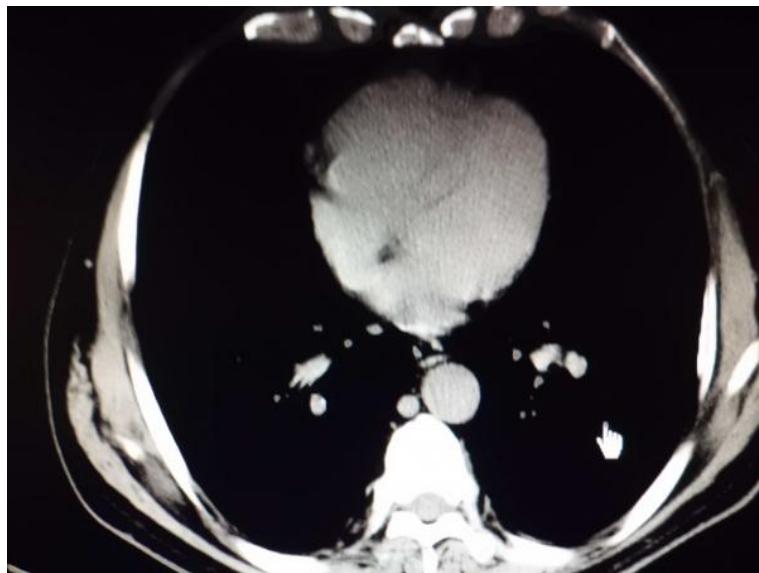
体格检查：体温36.6℃，脉搏84次/分，呼吸20次/分，血压135/70mmHg。发育正常，营养一般，神志清楚，精神尚可，对答切题，查体合作。全身皮肤、黏膜无黄染，浅表淋巴结无肿大。眼睑无水肿，巩膜无黄染，结膜无充血，双侧瞳孔等大等圆，对光反射灵敏。耳、鼻无异常分泌物，口唇、甲床无紫绀，咽部无充血，扁桃体无肿大。颈软无抵抗，颈静脉无充盈。甲状腺不大，气管无偏移。双侧胸廓对称，胸骨无压痛，无胸壁静脉曲张。双肺叩诊呈清音，右肺呼吸音清，左下肺可闻及少量湿啰音。心前区无隆起，心律齐，心率84次/分，心脏各瓣膜听诊区未闻及病理性杂音。腹部平坦，腹壁静脉无显露，腹肌软，全腹无压痛，无反跳痛，肝区及双肾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

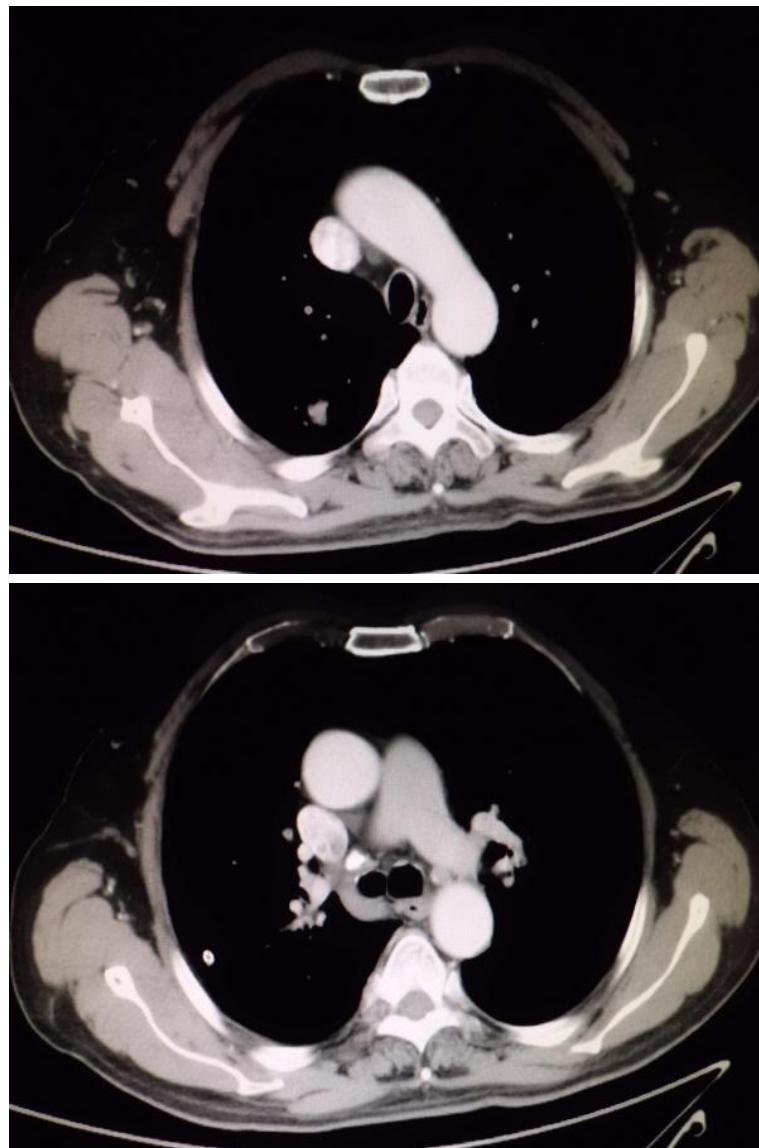
●讨论：目前患诊断考虑？进一步治疗方案？











anne 医生：

病例特点：

男性，74岁，已退休在家；

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；

无吸烟史，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；

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，右肺呼吸音清，左下肺可闻及少量湿啰音；

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。临幊上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.无吸烟史，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，右肺呼吸音清，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，临幊初步诊断：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：

结核病或结节病。

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。

肺隔离症合并支气管扩张、肺脓肿一例

作者：tiantulei2018

● 病例摘要：

入院时情况：患者，男性，22 岁，系“反复咳嗽咳黄脓痰 20 年，再发伴发热 2 周余”入院。患者近 20 年来于受凉感冒后反复出现咳嗽、咳黄脓痰，晨起明显，予抗感染治疗后症状可缓解。2 周前受凉后再次出现咳嗽、咳黄痰及发热，发热时体温最高达 39.0℃ 以上，同时伴咯少量鲜血，于当地医院应用青霉素等抗感染治疗效果欠佳，就诊于我院门诊后收住入院。入院后测生命体征：T：37.8℃，P：100 次/分，R：20 次/分，BP：110/70mmhg。查体：神清，精神可，右肺呼吸音粗，可闻及湿性啰音，左肺听诊呼吸音尚清，心律齐。

● 鉴别诊断：1.慢性支气管炎：多发生在中年以上的患者，在气候多变的冬春季节，咳嗽、咳痰明显，多为白色粘液痰，感染急性发作时可出现脓性痰及痰中带血。询问病史，患者有类似慢支病史，但胸部 CT 提示右肺支气管扩张，可排除此病。

2.先天性肺囊肿：X线检查可见多个边界纤细的圆形或椭圆阴影，壁较薄，周围组织无炎症浸润。胸部CT检查和支气管造影可助诊断。患者胸部CT暂可排除该诊断。

3.肺结核：肺结核史者多有发热、乏力、盗汗及消瘦、咯血等中毒症状。结核菌素试验强阳性，经痰结核菌检查及胸部X线检查可明确检查。结合本患者可给以排除。

4.肺癌：患者有多年吸烟史，刺激性咳嗽，常有反复间歇发生或持续的痰血，或者慢性咳嗽性质发生改变，胸部X线检查发现有块状阴影或结节状阴影，或者阻塞性肺炎经抗菌素治疗未能完全消散，应考虑肺癌可能。查痰脱落细胞及纤维支气管镜检查一般可明确诊断。

5.肺脓肿：起病急，有高热、咳嗽、大量脓臭痰；X线检查可见局部浓密炎症阴影，内有空腔液平。根据患者胸部CT检查结果，现暂可排除该诊断。

辅助检查：血常规检查提示：白细胞计数 $7.66 \times 10^9/L$ 、中性粒细胞计数百分比76.80%，CRP 144.17mg/L，肝肾功能等未见明显异常。入院前胸部CT提示：右肺上叶团块状密度增高影、其内可见空洞形成，右肺多发柱状扩张支气管，右肺下叶呈蜂窝状改变，其内可见囊状无肺纹理区。后进一步行胸部增强CT检查提示：1.右肺上叶支气管扩张症伴感染，右肺上叶胸膜下高密度灶--考虑肺脓肿形成，建议抗炎治疗后复查；2.考虑右肺下叶肺隔离症（增强其内可见多发迂曲血管影，由胸主动脉分支供血）伴肺大疱形成；3.右侧胸腔少量积液，右侧脏层胸膜钙化；4.脊柱及胸廓畸形。

●初步诊断：右肺支气管扩张伴感染、肺脓肿、右肺肺隔离症

●诊断依据：患者因“反复咳嗽咳黄脓痰20年，再发伴发热2周余”入院，查体：右肺呼吸音粗，可闻及湿性啰音，左肺听诊呼吸音尚清，辅助检查：胸部增强CT检查提示：1.右肺上叶支气管扩张症伴感染，右肺上叶胸膜下高密度灶--考虑肺脓肿形成，建议抗炎治疗后复查；2.考虑右肺下叶肺隔离症（增强其内可见多发迂曲血管影，由胸主动脉分支供血）伴肺大疱形成；3.右侧胸腔少量积液，右侧脏层胸膜钙化；4.脊柱及胸廓畸形。

治疗经过：给予哌拉西林/他唑巴坦3.375g，一日3次静滴，左氧氟沙星0.4g，一日一次静滴，抗感染治疗13天，患者症状改善后出院，建议随访观察及胸外科就诊了解能否手术治疗。

●分析总结：

1.肺隔离症的概念最早于1946年由pryce提出，又称为支气管肺隔离症，是一种临幊上较少见的先天性肺发育畸形，由异常体循环动脉供血的部分肺组织形成囊性肿块，本病好发于肺下叶基底段、以左侧多见。分叶内型和叶外型，叶内型因与支气管相通，易造成反复发作的肺部感染而表现为发热、咳嗽、咳脓性痰、胸痛、咯血等，叶外型肺隔离症一般无支气管相通、故患者可长期无临幊症状或以局部压迫症状为主，多在体检时被发现、易误诊为肺部肿瘤等。以往，血管造影被认为是诊断肺隔离症的金标准，但因其系有创性检查、费用高、风险大、且不能同时显示肺部病变，现临幊应用较少；而胸部增强CT及三维重建可发现异常供血动脉、同时可显示肺部病变，对肺隔离症具有确诊价值，现在临幊上应用较广。

2.因该患者入院后给予行胸部增强 CT 检查，发现由胸主动脉异常供血的血管，因而能够及时做出肺隔离症的正确诊断。结合该患者发病特点，考虑该患者肺隔离症为叶内型，因自幼即开始反复出现咳嗽、咳黄痰等肺部感染症状，继发右上叶支气管扩张。此次合并肺脓肿，考虑继发性感染右下肺肺隔离症及右肺上叶支气管扩张症。因肺隔离症可造成肺部反复、持续性感染，甚至造成大咯血等，随着病程进展，可出现慢性心肺功能衰竭等。故目前认为，肺隔离症一旦确诊，无论叶内型还是叶外型患者均应积极采取手术治疗，建议患者胸外科及时就诊手术治疗。

停经 39 周，阴道流血 1 小时

作者：wangjinghe

链接：<http://bbs.iyi.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：平素月经规律，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，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在孕 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。

新诊断 2 型糖尿病胰岛素治疗

作者：xzp_dragon

链接：<http://bbs.iyi.com/thread-3416674-1.htmln>

● 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；

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 CT，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，每例患者可能存在细微差别。AACE 建议绝大多数患者应该达到 $HbA1c \leq 6.5\%$ 的目标；而对于某些患者， $HbA1c > 6.5\%$ ，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 $6.0\% \sim 6.5\%$ 。

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:

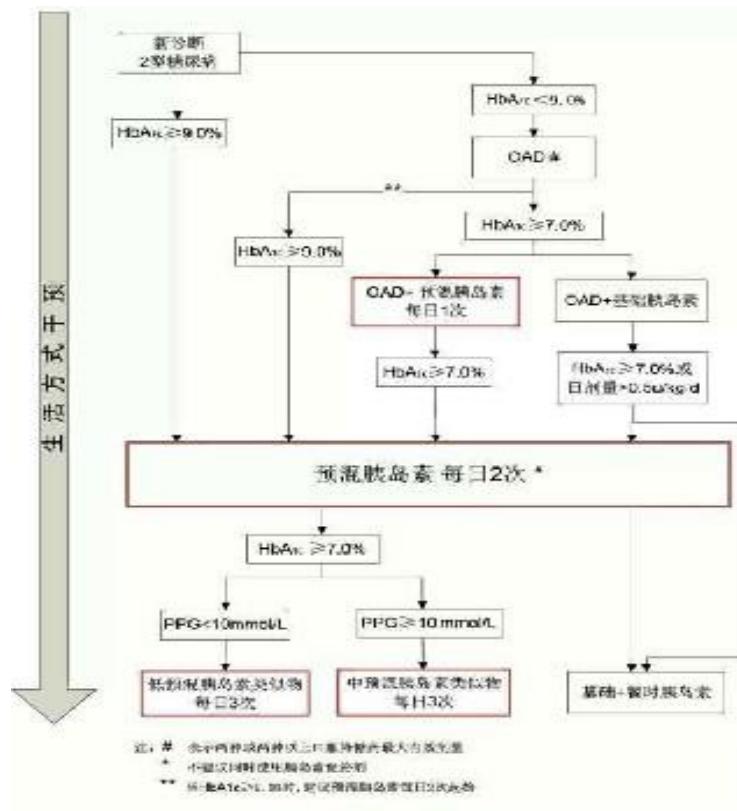
空腹血糖超过 10mmol/L 以上者可启动胰岛素治疗，为了减少并发症也可胰岛素强化治疗一月，以后视血糖控制情况用胰岛素或口服降糖药。如患者不同意也可口服降糖药治疗 2、初诊糖尿病均需进行并发症筛查。3、此病人年青应严格控制血糖、血压血脂以减少并发症。空腹 6.1mmol/L 以下、餐后 2 小时血糖 7.8mmol/L 以下，糖化血红蛋白正常标准以下（各地使用的机器不一样正常值亦不一样）。

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》



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》

图 1 预混胰岛素治疗流程图
Fig. 1 Therapy chart of premixed insulin.

一、以下情况需要及时起始胰岛素治疗

- 1.1 型糖尿病患者在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，HbA1c 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>11.1mmol/L, HbA1c 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。
- 2.2 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>11.1mmol/L, HbA1c 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>11.1mmol/L, HbA1c 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

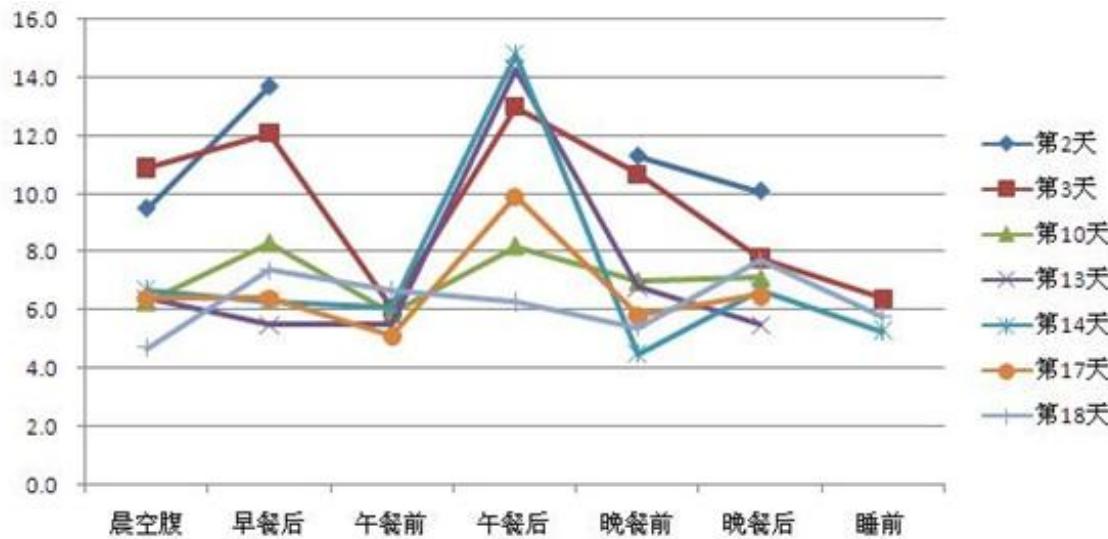
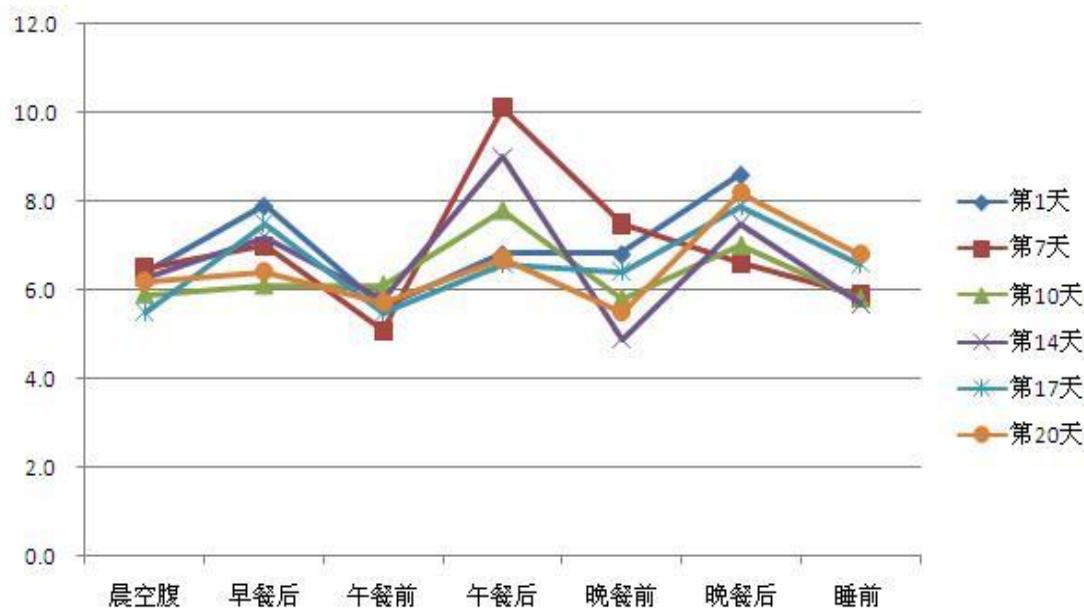


图 3 为停胰岛素后血糖的测值

	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。
- 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%



持续低热 10 天

作者：别看资料

链接：<http://bbs.iiyi.com/thread-3425571-1.html>

●病例摘要

基本资料：患者女，14岁。

主诉：持续低热 10 天

现病史：患儿于 10 天前无明显诱因出现发热，体温波动于 37.2-37.6℃，考虑上呼吸道感染，在家中口服药物（具体不详）无好转，继而出现咳嗽，在卫生室输液治疗（具体用药不详）咳嗽好转，但体温仍为 37.2-37.6℃。为系统治疗入院。患者发病以来食欲正常，二便正常。无恶心、呕吐，无乏力。

既往史：既往体健。无肝炎、结核等传染病史及接触史，按计划接种卡介苗、乙肝疫苗、脊髓灰质炎疫苗、百白破及麻疹疫苗。无手术、输血及外伤史，无食物及药物过敏史。

体格检查：T：37.5℃；P：80 次/分；R：20 次/分。神志清，精神可，发育正常，营养好。全身皮肤粘膜未见黄染及出血点，皮肤弹性可。浅表淋巴结未触及肿大。头颅大小正常，无畸形。头发分布均匀，有光泽。眼睑无浮肿，结膜无充血，巩膜无黄染，双侧瞳孔等大等圆，对光反射及调节反射正常。鼻腔通气可，未见分泌物。耳廓无畸形，外耳道无分泌物。口唇红润，咽部无充血，双扁桃体无肿大。颈无抵抗，气管居中，甲状腺无肿大，无颈静脉怒张。胸廓对称，无畸形。心、肺未见异常。腹软，肝、脾不大，全腹无压痛及反跳痛，未触及包块，肠鸣音活跃。肛门及外生殖器无异常。脊柱、四肢无畸形，四肢活动自如，双下肢无水肿，腹壁反射、肱二头肌、肱三头肌、膝腱、跟腱反射正常，病理反射未引出。

辅助检查：

血常规 WBC： $8.50 \times 10^9 / L$, L：25%，N：75%，HB： $120 \times 10^9 / L$, PLT： $220 \times 10^9 / L$;

CRP：4.5mg/l;

支原体：1:160；

肝功、心功、肾功正常、甲功正常、血糖正常；

胸片：双肺纹理略紊乱；

PPD 试验阴性。

初步诊断：支原体肺炎？

诊断依据：学龄儿童持续低热 10 天体温在 37.2 度左右，查体阳性体征较少，支原体 1:160，胸片：双肺纹理略紊乱。

鉴别诊断：

肺结核：

也有低热和咳嗽症状，X 线多可发现结核病灶，PPD 试验多阳性。

诊疗过程：入院一直用红霉素针对支原体治疗。

●讨论：持续发热的原因是什么？如何解决？

●临床讨论：

jsxq584520：

支原体感染引起发热的可能性比较大。

noyesrongqin：

1.初步诊断：肺炎支原体感染。

2.还需要检查，肺衣原体，风湿等。

3.按肺炎支原体治疗：阿奇霉素 10MG/kg/日，吃 3 停 4 治疗。

4.肺支原体感染可引起长期低热。

中医儿科章医生：

用中药：槟榔 6g、草果 6g、茵陈 10g、厚朴 6g、白芍 10g、黄芩 10g、青蒿(后下)12g、知母 10g、炙甘草 3g、白薇 10g、淡竹叶 10g、白豆蔻(后下)6g、薏苡仁 15g、滑石 10g、桔梗 6g。

别看资料：

PPD 试验做了正常。

松风雪月：

考虑有没有药物热的可能性，建议暂停所有药物，多喝水，临床观察一下。

十八口丁：

支原体感染可能性大，依据：儿童，低热 10 天，支原体 1:160 阳性，不排除其它感染，可进一步检查，同时予以大环内酯类抗生素进行规范治疗一疗程。

●结论：

最后诊断：体温计误差。

诊疗过程：诊断明确：肺炎支原体肺炎，治疗方案得当，但治疗过程中家属一直纠结患儿低热，每次都是家属告诉我们医护人员说：孩子一直发热。偶然一次患儿家属说完我们又用医院体温计检测一次发现正常，再用其体温计检测我们正常医护人员，结果发

现体温也是低热。结论：体温计误差。

经验：临床工作中，要相信患者家属，更要相信自己。在临床治疗中存在困惑要冷静细想每个环节。

反复高热、头痛、肝功轻度异常一例

作者：anne 医生

链接：<https://bbs.iyi.com/thread-3425148-1.html>

●病例摘要

一般情况：患儿，女，5岁。

主诉：发热、头痛 4-5 天

现病史：患儿于 4-5 天前无明显诱因出现发热，体温 39℃ 左右，偶有干咳，诉头痛，无抽搐，无呕吐，无腹泻，口服“小儿退热药（具体不详）”，体温降而复升，2 天前曾来我院门诊就诊。查血常规+CRP+PCT 示：WBC: $8.9 \times 10^9/L$, N: 76.4%, L: 11.9%, Hb: 135g/L, PLT: 176 $\times 10^9/L$; CRP: 1.72mg/L; PCT: 0.075ng/ml。按“上呼吸道感染”对症处理，体温不退，最高达 40℃，伴畏寒、寒颤、头痛，精神不振，食欲差，无抽搐发作，今为进一步治疗来我院就诊，完善检查后，门诊以“急性上呼吸道感染，支原体感染”收入院。患儿自发病以来，精神不振，食欲差，大小便正常。

既往史：既往身体健康，无肝炎、结核等传染病史及传染病接触史，无外伤、手术史，无输血史，无药物、食物过敏史，按计划接种卡介苗、乙肝疫苗，脊髓灰质炎疫苗，百白破疫苗等。

个人史：患儿系第 1 胎第 1 产，足月顺产，出生情况良好，无窒息抢救史，生长发育顺序正常，营养、发育、智力同健康同龄儿。患儿居住条件及经济条件一般。

家族史：父母均健康，非近亲婚配，否认家族中遗传病史及传染病史，其母孕期体健，无妊娠合并症。

体格检查：T: 38.4℃; P: 126 次/分; R: 20 次/分; Wt: 22.5Kg。

发育正常、营养好，神志清，精神不振，自主体位，查体不合作。全身皮肤粘膜未见黄染、皮疹及出血点，浅表淋巴结未触及肿大。头颅无畸形，毛发分布均匀，有光泽，眼睑无下垂，眼窝无凹陷，结膜无充血，巩膜无黄染，双侧瞳孔等大等圆，直径 2.5mm，对光反射灵敏。耳廓无畸形，外耳道无分泌物。鼻腔通气畅，鼻翼无扇动。口唇红润，口腔黏膜光滑，无疱疹、溃疡，咽部充血，无疱疹、溃疡。双侧扁桃体 II 度大，轻度充血，无脓栓。颈软，无抵抗感，气管居中，甲状腺无肿大，无颈静脉怒张。胸廓对称，无畸形，双侧呼吸运动对称，无吸气三凹征，两侧语颤正常，无胸膜摩擦感，叩诊清音，双肺呼吸音粗，未闻及干湿性啰音。心率 126 次/分，律齐，心音有力，各瓣膜听诊区未闻及杂音。腹部膨隆，两侧对称，未见胃肠蠕动波，无压痛及反跳痛，肝脾未触及，未

触及包块，叩诊鼓音，肠鸣音正常。肛门及外生殖器无异常。脊柱四肢无畸形，四肢活动自如，各关节无红肿。肱二头肌反射正常，腱反射、踝反射正常，双侧布氏征、克氏征、巴彬斯基征阴性。

辅助检查： 血常规+CRP+肺炎支原体抗体+EB 病毒抗体： WBC: $7.10 \times 10^9 / L$, L: 15.90%, N: 71.30%, PLT: $127 \times 10^9 / L$, Hb: 134g/L; CRP: 4.81mg/L, 肺炎支原体抗体：弱阳性。肝功：AST: 80U/L, 肾功及尿常规（-）。

初步诊断： 1.急性上呼吸道感染； 2.支原体感染

住院经过： 入院后给予抗感染、对症支持治疗，体温仍不退，最高达 $40^{\circ}C$ 。入院第3天查房发现：患儿咽部充血明显，双侧扁桃体II度肿大，右侧可见白色膜状物，心肺腹（-）。

●讨论：

1.本例可能的诊断是什么？需与哪些疾病鉴别？

2.明确诊断还需做哪些辅助检查？

3.下一步如何治疗？

●临床讨论

别看资料：

1.本例可能的诊断是什么？需与哪些疾病鉴别？

急性化脓性扁桃体炎。注意与川崎病、传染性单核细胞增多症鉴别。

2.明确诊断还需做哪些辅助检查？

查 EBV 抗体、做心脏超声；

3.下一步如何治疗？

保肝、抗病毒可用更昔洛韦。

Aishenzhong：

化脓性扁桃腺炎、毒血症。应除外支气管肺炎、病毒性脑炎、传染性单核细胞增多症、川崎病；拍胸片、嗜异性凝集试验、异型淋巴细胞、EBV、必要时头颅 MRI、腰穿等；调整抗生素、加抗病毒药、短期应用激素、对症支持治疗。

●结论

anne 医生：

一、病例特点：

1.学龄前儿童，发热、头痛为主诉，急性起病。

2.主要症状：发热伴畏寒、寒颤，轻度咳嗽。

3.重要体征：咽充血、扁桃体肿大、无脓栓——咽充血明显，扁桃体肿大、右侧可见白色膜状物。

4.查血 2 次，白细胞总数都不高，血 CRP 及 PCT 无异常，肺炎支原体抗体：弱阳性。肝功：AST：80U/L，肾功及尿常规（-）。

5.既往史、个人史及家族史无特殊。

6.入院后抗感染治疗，疗效差。

二、临床分析：

根据上述特点，临床考虑以下疾病：

1.化脓性扁桃体炎：本例有发热、头痛、畏寒、寒颤及扁桃体肿大史，后期发现右侧扁桃体有白膜覆盖，首先考虑化脓性扁桃体炎可能。但仔细分析，本例似乎与化脓性扁桃体炎有差异：①肿大的扁桃体上面没有黄白色脓点或脓苔，后期形成的白色假膜，还可见于其它疾病；②血常规检查白细胞及中性粒细胞计数无明显增高。血 PCT 及 C 反应蛋白无增高；③入院后给予抗感染、对症支持治疗，体温仍反复不退，最高达 40℃，除考虑所选抗生素因素未控制感染外，也不排除非细菌感染所致。

2.咽白喉：由白喉杆菌引起的急性传染病，以咽部黏膜形成灰白色假膜及白喉外毒素所致的全身毒血症为主要特征。轻症患者发病较缓，多为低热，体温 38℃ 左右，咽痛较轻。重症患者起病急，咽痛剧烈，可出现高热、烦躁、呼吸急促、发绀及循环衰竭等症。本例后期有一侧假膜形成，但咽痛不明显，虽有高热，但无烦躁、呼吸急促、发绀及循环衰竭等症，暂不考虑。有条件者鼻、咽等咽拭子涂片及培养可找到白喉杆菌，有助于诊断。

3.川崎病：儿科发热五天以上，抗感染治疗效果差者，即使临床症状与体征不典型，也要考虑川崎病可能。本例有发热及其中毒症状，肝功轻度受损，这在川崎病患者中并非少见。但患者黏膜损害不明显，无淋巴结肿大及一过性皮疹等表现，查血小板不高，CRP 也不高，似可排除，对于不典型川崎病患者，动态观察临床过程，早期给予心脏冠脉彩超有助于发现诊断线索。

4.肺炎支原体感染：除发热外，咳嗽症状比较明显，本例除发热外，与支原体感染后症状不符，虽然查肺炎支原体抗体弱阳性，不考虑近期感染。

5.传染性单核细胞增多症：传染性单核细胞增多症是一种散发性的急性感染性疾病，病原体是 EB 病毒，发病机制没完全明了。临床表现多样化，发病率逐渐增加！本例的发病过程与其类似，特别是后期咽部有假膜形成，虽无淋巴结肿大和一过性皮疹所见，不能排除非典型患者，下一步需查 EB 病毒抗体，协助诊断。

病例反馈：

患儿入院后因考虑传染性单核细胞增多症可能性不排除，进一步查血 EB 病毒 IgM 抗体，结果阳性。入院第 4 天早查房时发现患儿右侧颈部淋巴结肿大，压痛。临床诊断：传染性单核细胞增多症继发急性扁桃体炎、右侧淋巴结炎、肝功损害。

●知识拓展：

传染性单核细胞增多症(infectious mono-nucleosis,IM)IM 的临床三联征为发热、咽峡炎和淋巴结肿大,实验室检查为外周血淋巴细胞计数和异型淋巴细胞比例均增高,是其诊断线索,如果有 EB 病毒感染证据,则可确诊。

一、诊断:

1.诊断依据 ①临床有发热、咽峡炎、淋巴结肿大、肝脾大、肝功能异常、皮疹等多脏器损害特征,年龄越小,临床表现越复杂。②外周血淋巴细胞数增多(>0.50),异型淋巴细胞数多($>0.10\sim0.20$)。③血清嗜异凝集反应经豚鼠肾吸附后仍阳性(抗体滴度 40)。④EB 病毒抗体阳性,抗 VCA-IgM 阳性是确诊急性 IM 的重要指标。⑤除外传染性单核细胞增多综合征。

2.鉴别诊断:

①急性链球菌感染性咽扁桃体炎,渗出物呈黄白色,淋巴结肿大仅限于颈部,咽拭子涂片可见脓细胞,血象中性粒细胞增多,对青霉素疗效良好,可以鉴别。

②以淋巴结、肝、脾大为主要表现者要与白血病、霍奇金淋巴瘤及其他淋巴增殖性疾病鉴别。通过骨髓检查,淋巴结活检可证实诊断。

③以神经系统症状为主要表现者要与病毒性脑炎等鉴别,通过仔细的临床观察,血细胞检查及血清学试验与之鉴别。

④传染性单核细胞增多综合征:由各种感染性病毒(巨细胞病毒、肝炎病毒等)、药物过敏等引起临幊上与传单表现相似的一组综合征,但其血清嗜异凝集抗体及 EBV 抗体阴性可鉴别。

⑤此外本病还需与心肌炎、风疹、病毒性脑炎等相鉴别。

二、治疗

本病的治疗以对症治疗为主,疾病大多能自愈,急性期特别是并发肝炎时应卧床休息,如出现黄疸可按病毒性肝炎处理原则治疗,抗生素对本病无效,仅在咽部,扁桃体继发细菌感染时可加选用,一般采用青霉素类抗生素,疗程 7~10 天。有认为甲硝唑及克林霉素对本病咽峡炎症可能有助,提示合并厌氧菌感染的可能。

大剂量丙种球蛋白静注可用于重症 IM 患者,尤其低丙种球蛋白血症者,剂量 $400\text{mg}/(\text{kg} \cdot \text{d})$ 静脉滴注,连用 2~3 天。

肾上腺皮质激素适应证如下:①咽部和喉部有严重病变水肿的;②有深度黄疸的;③高热持续不退的;④伴有血小板减少性紫癜或溶血性贫血的;⑤有心肌炎、心包炎并发症的;⑥有中枢神经并发症的。泼尼松 $2\text{mg}/(\text{kg} \cdot \text{d})$ 口服,危重者可静脉滴注氢化可的松或地塞米松,疗程 5~7d。对咽部及喉头有严重病变或水肿者有应用指征,可使炎症迅速消退,及时应用尚可避免气管切开,激素也可应用于有中枢神经系统并发症,血小板减少性紫癜,溶血性贫血,心肌炎,心包炎等。可采用短程糖皮质激素静脉注射。如甲基强的松龙 $1\text{mg}/(\text{kg} \cdot \text{d})$ 分次静滴,好转后改用强的松 $1\sim2\text{mg}/(\text{kg} \cdot \text{d})$ 口服,

用药 5~7 天，有一定效果。

对脾肿大的患者注意避免剧烈运动，以免脾破裂，一旦发生脾破裂即行紧急脾切除术。

阿昔洛韦及其衍生物在体外试验中有拮抗 EB 病毒的作用，但此类药物不必常规地应用于一般的传染性单核细胞增多症患者。有报道用阿昔洛韦 30mg/ (kg · d) 或更昔洛韦静滴，加糖皮质激素对重症 IM 有明显疗效。亦有认为，上述二种抗病毒制剂并不能缩短 IM 的临床过程，及改善预后，且有轻度肾毒性，故仅用于重症患者。

中医中药主要清热解毒，按中医辨证施治。

(拓展内容根据网络知识综合整理)

突发持续腹痛 4 天

作者：旧日足迹

链接：<https://bbs.iifyi.com/thread-2597605-1.html>

病例摘要

一般资料：患者男性，48 岁，农民。

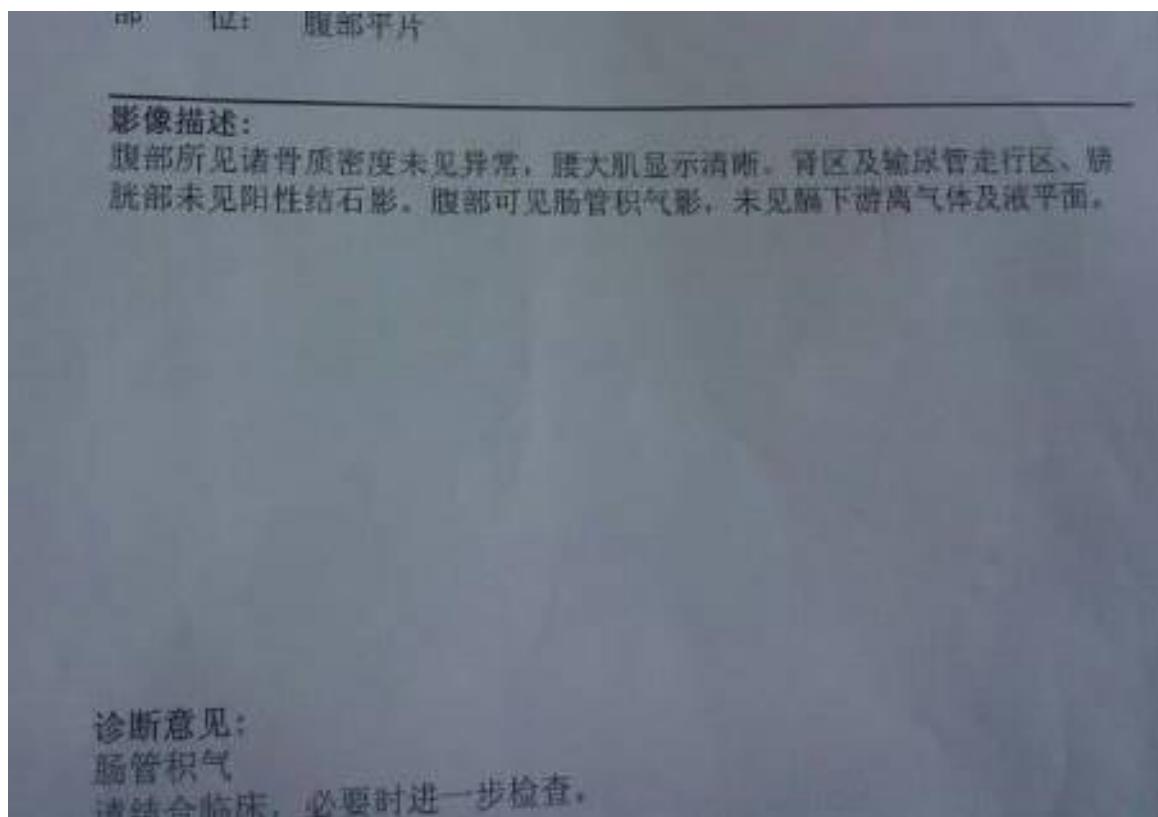
主诉：突发持续腹痛 4 天

现病史：患者于 4 天前晨起后无明显诱因出现腹痛，以上腹部为著，呈持续性胀痛，无明显放射痛，伴恶心呕吐，呕吐物为胃内容物，无血性物，弯腰可稍缓解，伴大汗，无胸痛、心悸，无头痛头晕，无腹泻，无发热，于诊所静点消炎药（具体药物不详）治疗，症状无减轻，后就诊于市人民医院，并住院治疗，治疗不详，检查如下图，后患者仍持续腹痛，无排便、排气，伴发热，欲下胃肠减压，患者不能耐受，为求进一步治疗入院。患者自发病以来，精神差，未进食，睡眠差，未排便，尿量可，体重无明显变化。

既往史：否认高血压病、糖尿病、冠心病病史。否认肝炎、结核等传染性疾病史。否认食物及药物过敏史。

体格检查：血压 140/80 毫米汞柱。神清，巩膜无黄染，结膜无苍白，双肺呼吸音粗，无啰音。腹平坦，无腹壁静脉曲张，未见胃肠型及蠕动波，上腹部压痛，轻度反跳痛，莫菲氏征阴性，麦氏点无明显压痛，叩鼓音，肠鸣音弱，移动性浊音阴性。双下肢无水肿。双侧病理征阴性。

辅助检查如下图。



项目	中文名称	结果	参考值	单位	项目	中文名称	结果	参考值	单位
1 WBC	白细胞数	19.08	↑ 4-10	$10^9/L$	14 HCT	红细胞压积	45.80	37-49	%
2 NEUT%	中性粒细胞绝对值	17.59	↑ 2-7.5	$10^9/L$	15 MCV	平均红细胞体积	95.80	80-100	fL
3 LYMPH%	淋巴细胞绝对值	0.95	0.8-4	$10^9/L$	16 MCH	平均红细胞血红蛋白含量	33.30	27-34	pg
4 MONO%	单核细胞绝对值	0.53	0.16-1.2	$10^9/L$	17 MCHC	平均红细胞血红蛋白浓度	347.00	320-360	g/L
5 EO%	嗜酸性粒细胞绝对值	0.01	↓ 0.02-0.5	$10^9/L$	18 RDW-SD	红细胞分布宽度标准差	45.70	37-54	fL
6 BASO%	嗜碱性粒细胞绝对值	0.00	0-0.1	$10^9/L$	19 RDW-CV	红细胞分布宽度变异系数	13.40	11-16	%
7 NEUT%	中性粒细胞百分比	92.11	↑ 50-75	%	20 PLT	血小板数	225.00	100-300	$10^9/L$
8 LYMPH%	淋巴细胞百分比	5.02	↓ 20-40	%	21 PDW	血小板体积分布宽度	13.00	9-17	fL
9 MONO%	单核细胞百分比	2.80	↓ 4-12	%	22 MPV	平均血小板体积	10.60	9.4-12.5	fL
10 EO%	嗜酸性粒细胞百分比	0.10	↓ 0.5-5	%	23 PCT	血小板压积	0.24	0.11-0.27	%
11 BASO%	嗜碱性粒细胞百分比	0.00	0-1	%	24 P-LCR	大型血小板比率	29.30	13-43	%
12 RBC	红细胞数	4.78	3.5-5	$10^{12}/L$					
13 HGB	血红蛋白浓度	159.00	110-160	g/L					

文名	结果	状态	单位	参考值	英文名	中文名	结果	状态	单位
淀粉酶	1607.0	↑	U/L	0-900					

部 位： 腹部平片

影像描述：

腹部可见少量肠管积气影，未见膈下游离气体及液平面。

诊断意见：

腹部平片未见明显异常。

请结合临床，必要时进一步检查。

英文名称	中文名称	结果	状态	单位	参考值
AFP	甲胎蛋白	5.2		ng/mL	0-10
CA-125	糖基类抗原125	7.6		U/ml	0-35
CA-199	糖基类抗原199	15.4		U/ml	0-27
CEA	癌胚抗原	1.5		ng/ml	0-4.7
FER	铁蛋白	209.8		ng/mL	30-400
TPSA	总前列腺抗原	0.1		ng/ml	0-4.4

检查部位：胰胆管水成像(MRCP)核磁 位查日期：2015-5-18

扫描方式：平扫

检查所见：

肝脏大小、形态正常，边缘光滑，肝内未见明确异常密度影，肝内、外胆管未见扩张，胆囊不大，胆囊壁T2信号增高，其内未见异常密度影。脾脏大小形态正常，未见异常密度影，肝脾周缘见长T2异常信号。胰腺体积饱满，胰管无扩张。所示肠系膜、腹膜后及双肾周脂肪T2/f_s信号增高。左侧胸腔内见液性信号。

诊断意见：MRCP提示：

- 1、胆囊壁信号异常，考虑炎性病变，请结合其他检查。
- 2、少量腹腔积液。
- 3、腹腔内大范围脂肪水肿。
- 4、左侧胸腔积液。

序号	英文名称	中文名称	结果	状态	参考值	单位
1	A-HAVIgM	甲肝抗体IgM	0.276	阴性	0-1.0	COI
2	HBsAg	HBsAg	0.717	阴性	0-0.9	COI
3	抗-HBs	抗-HBs	111.6	阳性 ↑	0-10	IU/L
4	HBeAg	HBeAg	0.100	阴性	0-1	COI
5	抗-HBe	抗-HBe	1.08	阴性	> 1	COI
6	抗-HBc	抗-HBc	0.004	阳性 ↓	> 1	COI
7	抗-HCV	丙肝抗体	0.032	阴性	0-1	COI

项目	中文名	结果	状态	单位	参考值
	钾	4.30		mmol/L	3.5-5.3
	钠	141.0		mmol/L	136-144
	氯	104.0		mmol/L	96-108
	钙	2.35		mmol/L	2.1-2.7
	二氧化碳	23.2		mmol/L	20-29
	谷草转氨酶	16.0		U/L	0-40
A	尿素氮	6.20		mmol/L	1.7-8.3
A	肌酐	70.8		umol/L	40-106
	尿酸	223.4		umol/L	89-416
B	β2-微球蛋白	2.00		mg/l	1.01-2.97
C	胱抑素-C	0.78		mg/L	0.56-1.3
	肌酸肌酶	97.0		U/L	25-200
B	肌酸激酶同工酶	14.0		U/L	0-24
	乳酸脱氢酶	190.0		U/L	80-285
I	α-羟丁酸脱氢酶	91.0		U/L	70-230
	肌红蛋白	9.2		ng/ml	0-90
	肌钙蛋白	0.20		ng/ml	0-1.68
	葡萄糖	8.60 ↑		mmol/L	3.8-6.1
	血淀粉酶	123.00 ↑		U/L	0-100

项目名称	检验结果	参考值	尿干代号	项目名称	检验结果	单位
WBC (UF)	白细胞	17.00	0-18	LEU	白细胞	-
RBC	红细胞	917.70	↑ 0-15	NIT	亚硝酸盐	-
EC	上皮细胞	9.80	↑ 0-5.7	TURB	浊度	-
CAST	管型	6.04	↑ 0-2.25	COL	颜色	黄色
BACT	细菌	13.10	↑ 0-11.4	KET	酮体	- mmol/l
RBC-M	红细胞(高倍视野)	165.19		PH	PH	5.50
WBC-M	白细胞(高倍视野)	3.06		GLU	葡萄糖	2+ 11 mmol/l
EC-M	上皮细胞(高倍视野)	1.76		PRO	尿蛋白	1+ 0.5 g/l
CAST-M	管型(高倍视野)	17.52		SG	比重	1.038
XTR	结晶	0.40		BIL	胆红素	- umol/l
VLC	类酵母菌	0.00		BLD	隐血	3+ OVER mg/l
SRC	小圆细胞	8.50				
P-CAST	病理管型	2.74				
MUCUS	粘液丝	2.06				
Cond.	电导率	19.20	3-39			
RBC-Info	红细胞形态信息	混合性红				
Cond.-Inf	电导率分级	3级				
UTI-Info	尿路感染信息	尿路感染				
RBC-P70Fsc	红细胞70%向前散射光分布宽度	75.00				
RBC-Fsc-DW	红细胞前向散射光分布宽度	42.00				
Large-RBC	大红细胞	182.00				
Small-RBC	小红细胞	428.60				
Non-Lysed-RBC#	未受损红细胞绝对值	610.70				
Non-Lysed-RBC%	未受损红细胞百分比	66.50				
Lysed-RBC	受损红细胞	307.00				

镜检项目		
镜检项目	镜检结果	单位
红细胞	10-12/HP	
粗颗粒管型	1-2/L/P	LPF

检查部位：胰腺CT

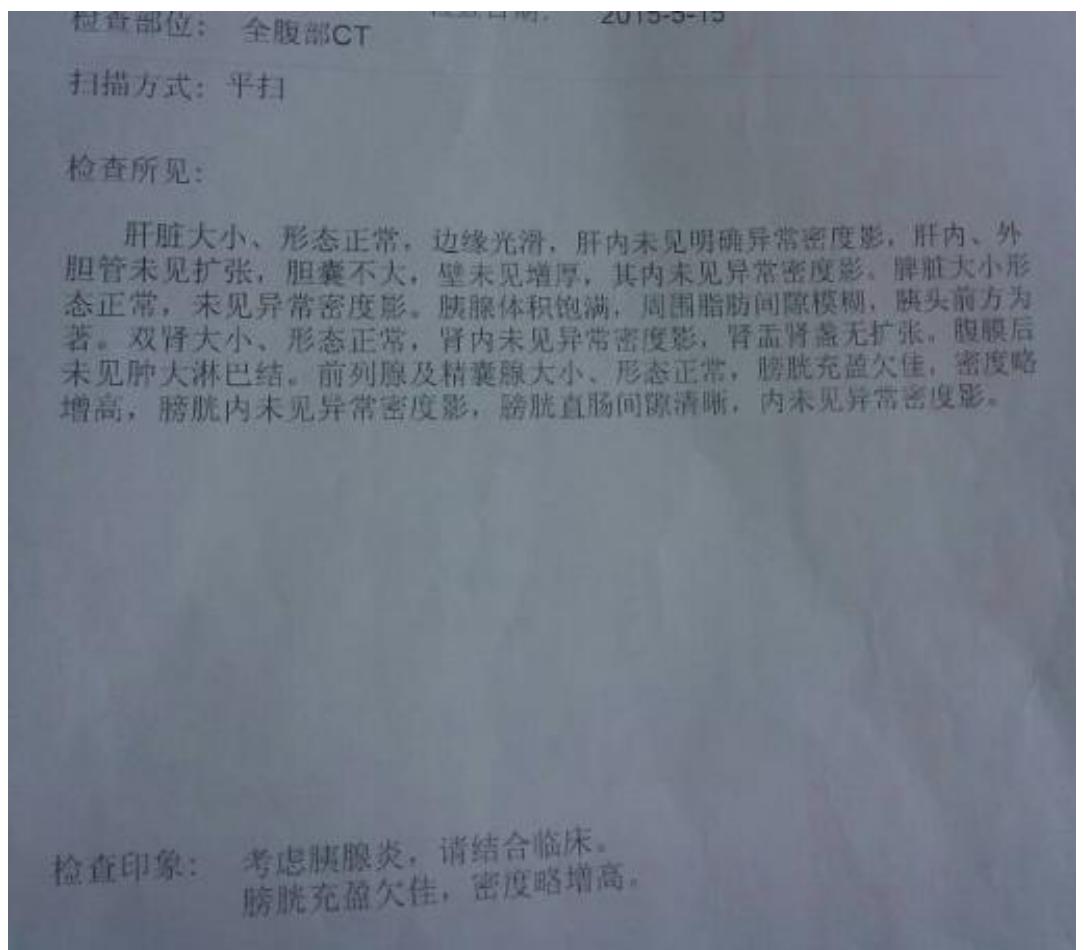
扫描方式：平扫

检查所见：

原诊：考虑胰腺炎，请结合临床。

本次复查示：胰周脂肪间隙模糊，并见液体影。肝脾周缘并见液体影。

本次复查提示：腹腔积液



中文名	结果	状态	单位	参考值	英文名	中文名	结果	状态	单位
丙转氨酶	14.0		U/L	0-40	21 LP(a)	脂蛋白a	3.7		mg/dL
谷草转氨酶	15.0		U/L	0-40	22 AMY	血淀粉酶	329.00	↑	U/L
碱性磷酸酶	73.0		U/L	25-150	23 CRP	C反应蛋白	131.1	↑	mg/l
γ谷氨酰氨转移	59.0	↑	U/L	0-40					
总胆红素	28.3	↑	μmol/L	0-20.4					
直接胆红素	9.2	↑	μmol/L	0-6.8					
间接胆红素	19.1	↑	μmol/L	0-17					
总胆汁酸	1.0		μmol/L	0-10					
胆碱酯酶	6707.0		U/L	4100-11000					
腺苷脱氨酶	7.00		U/L	4-18					
总蛋白	58.3		g/L	54-82					
白蛋白	39.6		g/L	34-50					
球蛋白	18.7	↓	g/L	20-45					
白球比	2.12			1.2-2.3					
总胆固醇	3.41		mmol/L	0-5.17					
甘油三脂	0.94		mmol/L	0.56-1.71					
高密度脂蛋白	2.01	↑	mmol/L	0.83-1.96					
低密度脂蛋白	1.66		mmol/L	0-3.12					
脂蛋白A	1.17		g/L	1-1.6					
脂蛋白B	0.63		g/L	0.6-1.1					

●讨论

第一、诊断及依据？

第二、鉴别诊断？

第三、可能出现的并发症？

第四、还应完善的检查？

第五、本病常见的诱因？本病例考虑什么诱因？

（补充一句，患者这几天娶儿媳妇，但未大量饮酒及吃肉。）

●临床讨论

yulang7779286:

初步诊断为急性胰腺炎。

诊断依据：

- 1.上腹部疼痛，弯腰可稍缓解；
- 2.B超考虑胰腺炎；
- 3.血淀粉酶升高。

鉴别诊断：

胃、十二指肠溃疡急性穿孔：常有消化性溃疡病史，有明显的化学性腹膜炎症状和体征，板状腹，立位腹部X线可见膈下游离气体。

急性胆囊炎：常有胆绞痛发作病史，疼痛多在右上腹，可以伴有局部压痛、反跳痛，墨菲氏征阳性，B超检查可见胆石症。

并发症是胰腺脓肿，急性呼吸衰竭，急性肾脏衰竭，胰性脑病。

还应完善的检查是：做胰腺CT，做心电图，查心肌酶谱。

处理原则：

一、监护，严密观察体温、呼吸、血压、脉搏与尿量，仔细观察腹部体征，注意复查血象、血尿淀粉酶、电解质及血气分析；

二、维持内环境平衡及抗休克；

三、禁食及胃肠减压；生长抑素奥曲肽；

四、奥美拉唑40mg静脉滴注，一日两次；

五、抑制胰酶活性，抑肽酶10-25u，一日两次；

六、抗生素选用氧氟沙星，头孢哌酮，可与甲硝唑联合用药；

七、解痉镇痛，阿托品 0.5mg 肌肉注射；

预后：

水肿型病人预后良好，常在一周内恢复，若病因不根除常可复发。出血坏死型若病人年龄大，低血压，低血钙，低清蛋白，低氧血症、血糖过高及有全身并发症均提示预后不良。

预防：

积极治疗胆道疾病，避免暴饮暴食及酗酒，避免精神压力过大和过度兴奋。

ww2sxy520:

诊断：急性胰腺炎；肠麻痹；低钙血症；胸腔积液

诊断依据：

1.48岁男性，既往体健，起病无明显诱因。

2.患者于4天前晨起无明显诱因出现腹痛，以上腹部持续性胀痛，伴恶心呕吐，呕吐物为胃内容物，无血性物，弯腰可稍缓解，伴大汗，无排便排气，伴发热。

3.查体：血压 140/80 毫米汞柱，神清，巩膜无黄染，结膜无苍白，双肺呼吸音粗，无啰音，腹平坦，无腹壁静脉曲张，未见胃肠型及蠕动波，上腹部压痛，轻度反跳痛，莫菲氏征阴性，麦氏点无明显压痛，叩鼓音，肠鸣音弱，移动性浊音阴性。

4.实验室检查：淀粉酶升高。

鉴别诊断：

1.急性胆囊炎：腹痛较急性胰腺炎轻，其疼痛部位为右上腹部胆囊区，并向右胸及右肩部放射，血尿淀粉酶正常或稍高；如伴有胆道结石，其腹痛程度较为剧烈，且往往伴有寒战、高热及黄疸。

2.胆道蛔虫病：多数为儿童及青年，开始在上腹部剑突下偏右方，呈剧烈的阵发性绞痛，患者往往自述有向上“钻顶感”。疼痛发作时，辗转不安、大汗、手足冷，痛后如常人。其特点为“症状严重，体征轻微”（症状与体征相矛盾）。血尿淀粉酶正常，但在胆道蛔虫合并胰腺炎时，淀粉酶可升高。

3.胃及十二指肠溃疡穿孔：既往多有消化道溃疡病史，突然发生的上腹部剧烈疼痛，很快扩散至全腹部，腹壁呈板状强直，肠音消失，肝浊音缩小或消失。腹平片有膈下游离气体。

4.冠心病：可有冠心病史，胸前区有压迫感，腹部体征不明显等。

可能出现的并发症：

1.局部并发症：胰腺脓肿、胰腺假性囊肿；

2.全身并发症、单个或者多个脏器功能衰竭、感染、慢性胰腺炎。

本病常见的诱因：胆道系统疾病、酒精或药物、手术创伤。

本患者无暴饮暴食、大量饮酒史，CT 提示胆囊炎，不排除胆管结石移行过程中引起 Oddis 括约肌功能障碍或者胆道炎症时细菌毒素释放出激肽可通过胆胰间淋巴管交通支激活胰腺消化酶引起的急性胰腺炎。

zsr1170287426:

高度怀疑：重症胰腺炎。严密观察生命体征、尿量，腹部体征，注意复查血象、血尿淀粉酶、电解质及血气分析。

治疗方面：禁食及胃肠减压；维持内环境平衡及抗休克；生长抑素奥曲肽；奥美拉唑 40mg 静脉滴注，一日两次；抑肽酶 10-25u，一日两次；选用强有力的抗生素和止痛剂。

● 结论

旧日足迹：

诊断：重症胰腺炎

治疗：

消化内科入院护理常规

1 级护理

陪人

禁食水

测血压一日两次

胃肠减压

生理盐水：100ml

兰索拉唑：30mg；静点；一日两次

5%葡萄糖：500ml

门冬氨酸钾镁：10ml；静点；一日一次

5%葡萄糖：500ml

丙氨酰谷氨酰胺：10g

氯化钾：1.5g；静点；一日一次

5%葡萄糖：500ml

注射用 12 种复合维生素 1 支

氯化钾：1.5g；静点；一日一次
5%葡萄糖：250ml
异甘草酸镁：150mg；静点；一日一次
5%葡萄糖：250ml
注射用甲磺酸加贝酯：0.3g；静点；一日一次
替硝唑：0.8g；静点；一日一次
生理盐水：100ml
哌拉西林钠他唑巴坦钠：2.5g；静点；一日两次
5%葡萄糖：50ml
生长抑素：3mg；250ug；每小时静脉泵入
生理盐水：90ml
开塞露：60ml
硫酸镁：30ml；肛门注入
5%葡萄糖：100ml
葡萄糖酸钙：20ml；静点
大黄：3g；口服；一日三次。

妊娠期患病，怎样用药才科学？

作者：anne 医生

链接：<https://bbs.iyi.com/thread-3377944-1.html>

●病历摘要：

一般情况：患者，女，30岁，农民。

主诉：咳嗽半月

现病史：患者于半月前无明显诱因出现阵发性非痉挛性咳嗽，痰少，无喘息，无发热，无午后潮热、盗汗，咳嗽以夜间为主。病后因身处孕期，担心对患儿有害，未用药。因咳嗽不见好转，1周前，到当地诊室就诊，给予“阿莫西林胶囊、荆防颗粒、莱阳梨止咳糖浆”口服，未见明显效果。自觉咳嗽越来越重。为求进一步诊治，遂转来我院就诊，完善检查后，门诊以“肺炎支原体肺炎”收住院。发病以来，食欲不佳，夜间睡眠差，二便无异常。

既往史：既往体健，病史无特殊。

个人史：停经 8 个多月。育 1 子，健康。

家族史：父母健康，家族成员中无类似疾病史，否认传染病及家族性遗传病病史。

入院检查：T：37.2°C；P：88 次/分；R：22 次/分；BP：120/60mmHg。成年女性，发育正常，营养一般，神志清，精神尚可，自主体位，查体合作。全身皮肤粘膜未见黄染、皮疹及出血点。浅表淋巴结未触及肿大。头颅无畸形，五官端正，咽部无充血，双侧扁桃体无肿大，无明显充血，颈软，气管居中，甲状腺无肿大。胸廓无畸形，双侧呼吸运动对称，双肺叩诊呈清音，双肺呼吸音粗，肺底可闻及湿性啰音。心率 88 次/分，律齐，心音有力，各瓣膜听诊区未闻及杂音。余（-）。

专科检查：产科会诊：宫高脐上 2 横指，胎心正常。妇科无炎症。考虑：中期妊娠。建议彩超进一步检查。

辅助检查： 血常规+CRP：WBC:8.3 × 10⁹/L N:45.3% L： 31.1% M： 5.7%,E：14.8%,Hb:89g/L RBC： 4.39×10⁹/L, HCT： 30%,MCV： 67.7fl, MCH： 20pg, MCHC：300g/L, RDW-SD： 16%,PLT： 307×10⁹/L; CRP： 18.39mg/L; 肺炎支原体肺炎 IgM 抗体：阳性。产科彩超：胎儿数：1 个，胎动：有，胎心率 145 次/分。双顶径：2.1cm，一侧股骨长：0.7cm，胎盘：前壁厚约 2.0cm，成熟度：0 度。羊水单象限最大暗区深约 5.1cm。CDFI：胎儿颈部未探及脐血流信号环绕。彩超提示：中期单胎妊娠。

分析问题：

（1）本例诊断有哪些？还需做哪些辅助检查？

（2）患者为妊娠期，如何选择治疗方案？

病例反馈：

入院后初步诊断：肺炎支原体肺炎；晚期妊娠；营养性缺铁性贫血（中度）。

入院后完善检查尿常规、肝肾功。根据减创原则未拍 X 片。给予阿奇霉素抗感染、氨溴索化痰及硫酸亚铁缓释片纠正贫血，检测肝、肾功能，住院 5 天，咳嗽症状减轻，出院。停药 3 天后，门诊复查，行第二疗程用药，阿奇霉素巩固治疗 3 天。

分析：

女性妊娠期因生理状态的改变以及需要顾虑对下一代的影响，临床用药有很多讲究。这也是很多医生用药时极为棘手问题。现结合病例讨论相关问题如下：

（1）妊娠期用药，三思而后行。

鉴于妊娠期用药错误可能带来严重后果，临床医生对妊娠期的用药需要了解药代动力学特点及其安全问题，权衡用药原则，这些问题首先摆在面前的问题，而且非常重要，需要三思而后行。

妊娠期用药基本原则：

- ①用药必须有明确的指征，避免不必要的用药；
- ②应在医生指导下用药，根据病情选用药效确切且对胎儿安全的药物，尽量单用，严格掌握剂量及疗程；
- ③妊娠早期若病情允许，尽量推迟到妊娠中晚期再用药；
- ④对于危重症妊娠女性，应充分权衡母婴双方利弊后用药，根据病情及时调整剂量、及时停药。必要时监测血药浓度。

（2）孕妇用药，选对时间和种类。

妊娠期是特殊期。虽然有很多药物确实可能导致胎儿畸形，但是孕妇患病不能不治，否则孕妇和胎儿的免疫力会更加低下。一些疾病，如果不及时治疗，不仅会危害妈妈的身体健康，还可能会对胚胎造成不良影响。

由上图可知，一种药物对于胎儿的影响并不是绝对的，还和怀孕的时间和所针对的疾病有关。根据胚胎发育的阶段不同，药物对于胎儿的影响也不相同。所以在怀孕的不同时期，都有禁忌的药物。而一些药物在某一个时期是禁用药，在其他时期就可以使用。

关于用药时间问题：

①孕3周内为服药“安全期”。这个时候胚胎细胞数量较少，一旦受到有害物的影响，细胞损伤难以修复。也就是说如果这个阶段服药，导致胎儿质量不高的话胚胎就难以存活，而会自然流产。所以在这个时候服了药物，不用担心以后生下的孩子会因为药物影响出现先天性的畸形。因为如果这个时候不小心服了药物，又没有任何流产征兆，一般表示药物未对胚胎造成影响，可以继续妊娠。值得注意的是，这一点与上述妊娠期用药基本原则第③条并不矛盾。只是在这里强调的侧重点不同罢了。

②怀孕5—8周是药物作用的高敏期。在这个时间段，胚胎对于药物最敏感。这时候如果服用了一些不安全的药物，虽然不一定会引发自然流产，但是却最容易导致胎儿畸形。如果这个时间段服用了不安全药物，应该根据药物的毒副作用以及孕妇出现的症状判断是否可以继续妊娠。比如说如果出现与服药有关的阴道出血，就不应该盲目保胎，应考虑终止妊娠。

③随着胎儿的发育，8周到5个月期间是中敏期，这时候胎儿的器官进一步发育成熟，对于药物的毒副作用比较敏感，不容易引起自然流产，但是药物的致畸作用也很难预测。如果在这个时间段服用了不安全药物，应该在妊娠中、晚期做羊水、脐血、B超监测胎儿生长情况，了解鼻骨长度以及颈项皮肤厚度。如果发现胎儿出现异常就应该进行引产，或针对情况进行宫内治疗。

④怀孕5个月以上称低敏期，此时胎儿各脏器已经基本发育完全，对药物的敏感性较低，用药后不易出现明显畸形，但可出现程度不一的发育异常或局限性损害，比如耳聋等。

关于用药种类问题：

- ①孕妇不必完全禁用抗生素

孕期可以选用的抗生素有：青霉素类；先锋霉素类，如头孢噻肟钠；大环内酯类，如螺旋霉素、阿奇霉素。阿奇霉素动物实验显示该品对胎儿无影响，但在人类孕妇中应用尚缺乏经验，相对来说，对胎儿及孕妇影响不是很大。但在早孕妇女中并不能肯定其副作用。

②除了不同的时期胎儿对药物的敏感性不同外，药物对于胎儿的作用还要看药物的种类和药量。

从药物对孕妇的影响大小看，基本可以分为三类：

第一类药是对孕妇肯定有害的，如抗肿瘤药、性激素、麻醉品、某些抗生素（红霉素、链霉素、氯霉素等）；

第二类是可能有害的，如一部分抗生素（庆大霉素、卡那霉素、四环素）；

第三类是肯定无害的，指一些孕妇专用药、如适量的微量元素、维生素。

各类药物究竟是否会导致胎儿畸形，还取决于药物剂量、孕妇身体素质以及对药物的敏感性等。

如果发烧，应该去医院就诊，在医生的指导下选择一些青霉素类以及头孢类的抗菌药物。

③部分中药孕妇应慎用。首都医科大学附属北京妇产医院药剂科韩朝宏、冯欣、唐红波等共同发表论文，对 550 名妊娠期妇女进行问卷调查，根据答题情况评价分析其用药安全性。结果显示，该院妊娠期妇女受教育程度较高，安全用药知识整体水平较好。妊娠期间使用营养素达 98.4%，患病时中药是首选，用药较谨慎。

根据《中医药》中对于中药的分类，孕妇在选择中药时有慎用和禁用两种情况：慎用药物包括桃仁、红花、牛膝、大黄、附子、肉桂、干姜、木通等；禁用药物包括巴豆、牵牛、大戟、商陆、麝香等。这些中药中有些具有较强的毒性，比如附子、肉桂；有些具有活血破气的作用，比如桃仁、红花，可使孕妇血液循环加快，胎气不固最终流产；有些是属于芳香走窜药物，如麝香、草果、丁香、降香等，多辛温走窜，容易发生堕胎。

总之，无论是中药还是西药，都应遵循两个原则：第一，生病时应该积极治疗，不要恐惧用药；第二，必须在医生指导下使用，严格遵守孕妇的适用剂量和方法。

附 FDA 分类：

对妊娠期孕妇用药的药品安全性分类有好几种办法，其中美国食品和药物管理局制订的标准，涵义明确、科学客观，所以广为各国医生所接受，将药品的安全性分为 A、B、C、D 和 X 五类。现将五个等级分类标准叙述如下：

A 类 在有对照组的早期妊娠妇女中未显示对胎儿有危险（并在中、晚期妊娠中亦无危险的证据），可能对胎儿的伤害极小。

B 类 在动物生殖试验中并未显示对胎儿的危险，但无孕妇的对照组，或对动物生殖试验显示有副反应（较不育为轻），但在早孕妇女的对照组中并不能肯定其副反应（并在中、晚期妊娠亦无危险的证据）。

C 类 在动物的研究中证实对胎儿有副反应（致畸或使胚胎致死或其他），但在妇女中无对照组或在妇女和动物研究中无可以利用的资料。药物仅在权衡对胎儿的利大于弊时给予。

D 类 对人类胎儿的危险有肯定的证据，但尽管有害，对孕妇需肯定其有利，方予应用（如对生命垂危或疾病严重而无法应用较安全的药物或药物无效）。

X 类 动物或人的研究中已证实可使胎儿异常，或基于人类的经验知其对胎儿有危险，对人或对两者均有害，而且该药物对孕妇的应用，其危险明显地大于任何有益之处。该药禁用于已妊娠或将妊娠的妇女。

总结：

肺炎支原体是呼吸系统常见病因之一，其病理改变以间质性肺炎为主，有时并发支气管肺炎。怀孕期是女性特殊的生理期，其体内淋巴细胞增生功能将下降，且对细胞生物活性的杀伤力也会低于平常水平，将导致孕妇自身对呼吸道分泌物清除能力下降。加上孕期体内滋养细胞会分泌出一种免疫抑制性物，该物质一方面可通过降低细胞介导的免疫功能来维持机体正常妊娠，另一方面也会使母体与胎儿对外来病原体的免疫功能减弱，再加上雌激素引起的黏膜增厚、充血水肿、分泌物增加等原因。因此，女性怀孕后极易感染病原体。相关报道显示：当前我国支原体肺炎的发病率呈递增与流行的特点，小儿为其多发群体，成年人的发病率也逐年递增。妊娠后的女性免疫能力普遍下降，临床极易感染肺炎支原体。肺炎支原体感染引起的临床病症表现较多，但绝大多数都表现咳嗽，部分患者临床表现为阵发性顽固性咳嗽，存在发热、咽痛、喘息、鼻塞症状。体征中咽充血最为常见，出现率 100%，后依次为双肺音粗糙、肺部啰音或肺部湿啰音。

根据临床表现，辅助检查可进行诊断。

对妊娠合并肺炎支原体感染患者的治疗，临床尚未形成统一规范的治疗方式。主要是对因治疗+预防可能并发症。阿奇霉素在大环内脂类药物中具有二碱价双亲的结构特性。其酸中有较大的稳定性与广泛的抗菌谱的特点，可吞噬细胞传递机制。加上阿奇霉素治疗妊娠合并肺炎支原体感染临床疗效确切，安全可靠，不良反应少，备受临床医生的青睐。阿奇霉素动物实验显示该品对胎儿无影响，但在人类孕妇中应用尚缺乏经验，相对来说，对胎儿及孕妇影响不是很大。但在早孕妇女中并不能肯定其副作用。仍需注意治疗的特殊性与规范用药疗程，定期监测肝肾功能，以策安全。

阴茎溃疡一月，尿频，尿急，尿痛 20 天

作者：方远谋

链接：<https://bbs.iyi.com/thread-2036772-1.html>

●病历摘要：

现病史：患者因 2011.4.1 在外出差“冶游”后于 4.10 发现阴茎冠状沟背侧有一蚕豆大小无痛性溃疡，急至某区医院皮肤科诊为“I 期梅毒”给予长效青霉素治疗一周后出

现四肢关节肿痛及活动受限，双眼脓性分泌物，尿急、尿频、尿痛及尿后分泌物。

体格检查：阴茎背侧冠状沟一蚕豆大小表浅溃疡面，上覆灰白色薄膜，触诊无明显软骨样感觉，尿道口红，挤压阴茎可见清亮粘液样分泌物；右膝、右踝关节、左腕关节、左足第一拇指关节肿胀压痛（+），活动稍受限；双眼结膜充血，双眼角可见脓性分泌物。

化验：血：WBC:11.4×10⁹/L, ESR:62mmol/L, CRP: 76mg/L, 尿：WBC(+++), RF(-), 抗核抗体(-), HLA-B27(+), 梅毒特异性抗体(-), PCR: 尿衣原体(+), 支原体(+), 淋球菌(-)。FTA-ABS(-), TPHA(-), ELISA(-)。

讨论：

1.初步诊断及依据？

2.下一步检查及治疗方案？

临床讨论：

公孙少秋：从临床症状来看，很像梅毒。四肢骨关节活动受限，眼睛受损，考虑进展到二期。一次特异性抗体阴性不能就此排除，应该多做几次。

治疗理应针对梅毒，考虑支原体、衣原体或许是并发，应该一同治疗。

苄星青霉素 G 的剂量应该足够，240 万 U/次臀大肌注射，一周一次，连续 3 次。顿服阿奇霉素片 1.0g 饭后 1 小时，治疗衣原体等感染，用一个星期看看。

修竹临风：有阴茎溃疡，眼部症状及关节症状，考虑白塞氏病？患者出现尿频、尿急、尿痛与支原体、衣原体感染有关。不知是否同时伴有复发性口腔溃疡？HLA-B27(+), 也提示风湿免疫系统疾病。建议询问病史，必要时可以做针刺试验，进行眼底检查。诊断明确后可以使用肾上腺皮质激素及免疫抑制剂等治疗，注意有无胃肠道症状的发生，及时控制并发症。

方远谋：诊断是：RS。给予注射用阿奇霉素 0.5g；左氧氟沙星注射液 0.4g 静脉滴注，双氯芬酸钠缓释胶囊 50mg 口服一日两次，强的松 20mg 早上顿服，5 天后尿频、尿急、尿痛症状明显减轻，挤压阴茎未见分泌物，双眼结膜充血减轻无明显分泌物，关节疼痛明显好转，7 天后阴茎冠状沟背侧溃疡面约黄豆大小，半月后上述症状全无，停用阿奇霉素，双氯芬酸钠缓释胶囊 50mg 每日一次口服，强的松缓慢减量直到停用。因为考虑患者为初发所以没有用免疫抑制剂。

公孙少秋：赖特综合征，少见病，对我外行来说更是罕见病。承认本人尚未见过一例，倒是听过风湿专业方面的朋友提及。关节炎、尿道炎和结膜炎三联征很典型了。但是楼主的‘治游史’是很大的陷阱。坦诚说一句，如果是我的病人，我只考虑梅毒，再要么就是白塞，确实想不起这个病，学习了。

那么巧，刚好十天前有治游史，刚好就是梅毒螺旋体潜伏期时间。希望楼主把相关的诊治经过详细写出来，让大家学习一下。

总的来说，我个人认为，风湿免疫方面的疾病是极富有挑战性的。大多数都涉及‘系统’，每个病都是似是而非容易混淆，如果不是专业人士经过仔细检查分析，还真的是困难之极。且说楼主这个病例，先不论我之前误以为是‘梅毒’单凭眼睛受累这一点来说，就有很多很多风湿方面的疾病可以出现，比如结节性多动脉炎、WG、RA、贝赫切特病、SpA 和楼主说的 RS 等等，而且没有特异性，容易混淆。

为了加深大家对 RS 的了解，同时也是我个人学习的一个顺便，我这里收集了一个病例，发上来供大家参考！病例来自主任的床头书《人民军医》

患者男，19岁，战士。因眼红伴尿频、尿急1周就诊。半年前因为不洁饮食发生慢性腹泻一直未愈，近1周出现眼红，伴有尿频、尿急。曾按泌尿系统感染用环丙沙星静脉输液治疗。查体：左下颌可触及2或3个黄豆大小浅表淋巴结。双眼视力5.0、球结膜充血（+++）。角膜透明，荧光素染色（-），眼底未见异常。

初步诊断：急性结膜炎。

治疗：环氯滴眼液3次/d，0.25%地塞米松滴眼液每天3次，0.5%红霉素眼膏每天1次。3天后症状好转，但出现外生殖器粘膜糜烂，外科诊断为‘固定性药疹’，经过抗过敏治疗1周后出现右踝关节红肿、疼痛，不能行走。根据以上特征，拟诊为赖特综合征。

经过解放军总医院会诊，右踝关节穿刺，液体呈黄色、浑浊、粘稠，血白细胞总数 $34.1 \times 10^9/L$ ，N:0.67，单核0.33，确诊为赖特综合征，口服柳氮磺嘧啶1g，2次/d，半年后症状消失，基本恢复正常。

临床医生误诊，我个人觉得就是知识面窄。眼科医生看眼睛，皮肤科医生懂得皮肤，外科医生拿刀就切。这也是我为什么要来风湿免疫板块学习的原因，作为一个临床医生，你可以不精通别的专业的疾病，但是一定要有个感性的认识，甚至理性的认识，比如眼前这个 RS，我一定要知道有 RS 这个病的存在，一旦病人有典型三联征出现的时候一定要想得到 RS，而不是根本不知道它的存在。

上面病例的误诊，与楼主的相比还是简单一点，当然，楼主的病例如果经过对梅毒治疗，而效果不好，而且血清检测也不支持梅毒的话，我们就要重新考虑可以出现这些症状的疾病的了，如果再出现一个口腔溃疡，就应该也能想到白塞氏病等。

不怕不会，就怕没想到！

开心军医：

初步诊断：赖特综合征。

依据：1.男，50岁，工人，阴茎溃疡一月，尿频，尿急，尿痛二十天。

2.有冶游史，阴茎背侧冠状沟一蚕豆大小表浅溃疡面，关节炎症状。

3.HLA-B27(+)，梅毒特异性抗体（-），PCR：尿衣原体（+），支原体（+），淋球菌（-）。

下一步检查及治疗方案？

根据病史，赖特综合征多见于男性，发病年龄 20~40 岁，常有不洁性交或腹泻病史，典型病人具有关节炎、尿道炎、结膜炎三联症。病人大多急性发病，关节炎呈多发性、不对称性、轻重不等，以下肢居多，最常见的是膝、踝、跖趾关节，指、趾小关节也可累及，呈红、肿、热、痛。受累关节附近的肌肉会出现萎缩，关节炎持续 1~3 个月自行消退，多有复发。反复发作和严重的关节炎，可出现关节变形。

赖特综合症具有尿道炎，表现为尿频、尿痛、排尿困难、尿道分泌黏液和脓性分泌物；男性常并发前列腺炎、前列腺脓肿、膀胱炎等。根据 1981 年美国风湿病学会制订的标准外周关节炎症持续一个月以上，同时并发尿道炎或宫颈炎者即可诊断为 RS。

赖特综合征需同多种风湿性疾病，如急性风湿热等相鉴别。

右侧舌下包块 1 个月余

作者：jjmjZy

链接：<https://bbs.iyi.com/thread-3438841-1.html>

● 病历摘要：

基本资料：徐某某，女，6岁，汉族，体重：21kg，上学前班。

主诉：右侧舌下包块 1 个月余

现病史：患者于 1 月前开始发现右侧舌下包块，包块不痛不痒，感觉右舌下有异物感，一直未就诊，平时患者饮食可，睡眠可，体重无明显增加或者减少。

既往史：无手术外伤史。

传染病史：无肝炎、结核病病史。

预防接种史：按程序进行预防接种。

体格检查：体温：36.3℃，脉搏：103 次/分，呼吸：22 次/分，血压：未测。

神清，精神可，浅表淋巴结无肿大，眼窝无凹陷，两侧眼结膜无充血，眼角无分泌物附着，双瞳孔等大等圆，对光反射敏感，面色红润，鼻无鼻涕，口唇红润，右舌下可见一约 1.2×1.2cm 大小的包块，包块基本透明，局部皮肤无发红。扁桃体无肿大，表面无脓性分泌物。颈软无抵抗，两肺呼吸音清，未闻及干湿性啰音，心率：103 次/分，律齐，各瓣膜区未闻及杂音。腹平坦、软，上腹部无明显压痛，无反跳痛，肠鸣音 4 次/分，双肾区无叩击痛，四肢活动自如，生理反射存在，病理反射未引出。

辅助检查：暂无。

● 讨论：

请分析该患者诊断？

如何处理？



●临床讨论：

江海余生：这是上火了。

不知患者大便如何，舌苔如何？发病前有什么明显的饮食改变？

看患者嘴唇和下巴部皮肤干燥脱屑，而发病部位正是经外奇穴金津玉液之所在。

小张护师：高度怀疑舌下腺囊肿，做磁共振确诊，确诊后手术，切除物送病理检查，以确诊是良性肿瘤还是恶性肿瘤。

●结论：

jjmjZy：该患者已在市人民医院做手术切除，内容物为透明状粘液，考虑：右舌下粘液腺囊肿，一般为手术治疗。

粘液腺囊肿(mucocele)为口腔粘膜小唾液腺导管阻塞后分泌液潴留而形成的浅表囊肿。粘液腺囊肿为口腔粘膜常见病。主要是因轻微的外伤使唾液腺导管破裂；涎液蛋白溢入组织内所致。

其次可能是粘液腺导管被阻塞；粘液滞留使腺导管扩展而成，常发生于唇粘膜，其次为颊粘膜，舌腹粘膜，而以下唇较多见。

中文名：粘液腺囊肿

外文名: mucocele

类型: 口腔粘膜常见病

原因: 小唾液腺导管阻塞

预防: 避免损伤, 保持口腔卫生

基本概述:

临床表现: 粘液腺囊肿位于粘膜下, 约黄豆大小, 呈半透明的无痛小疱。破裂后可流出粘液, 肿胀消退, 但不久又可复发。多次复发后, 囊肿表面常因疤痕而呈灰白色。治疗常以外科手术切除法和碘酊注入疗法。

粘液腺囊肿可发生于三对大涎腺及所有小涎腺, 有潴留性囊肿及先天性囊肿两种类型, 潴留性囊肿最多见, 其常发生于舌下腺及小涎腺, 其次为腮腺, 颌下腺囊肿非常少见, 是由于导管缩窄, 或肿瘤、牙结石、损伤、寄生虫等造成导管阻塞所致, 这种情况是一种间断的阻塞, 在没有炎症时, 导管的近心端腺泡扩张, 形成潴留囊肿。先天性囊肿多见于腮腺, 是由于胚胎发育时期遗留于深部组织内的上皮成分发展而成, 发生于小涎腺的潴留囊肿称为粘液腺囊肿, 发生于其余涎腺的囊肿则按其发病部位命名, 即舌下腺囊肿、颌下腺囊肿及腮腺囊肿。

症状:

1. 粘液腺囊肿发生于口腔粘膜下, 小(常为黄豆大小), 边缘清晰, 呈透明小泡状, 无痛。多有损伤史(局况咬伤最常见)。破溃后流出粘稠白色液体, 肿物暂时消失, 但破溃处很快愈合, 肿物重新出现。2. 大涎腺囊肿(舌下腺、颌下腺及腮腺)为发病部位的肿胀, 可有阻塞症状(即进食时肿胀感加剧, 进食后逐渐缓解), 涎腺导管口不能挤出分泌液, 或排出变色变味液体。穿刺可抽出粘稠白色液体。

病因:

粘液囊肿又称粘液腺囊肿, 在口腔粘膜下组织内, 分布着数以百计, 能分泌无色粘液的小涎腺, 称为粘液腺, 以下唇、软腭、舌尖腹面分布最多。其排泄管开口于口腔内, 由于排泄管受到创伤, 粘液外漏而形成囊肿。常见于下唇, 且多发生有咬唇习惯者。囊肿位于粘膜下, 呈半透明状小泡, 表面覆盖正常粘膜, 出现数日后可因食物等摩擦, 囊膜破裂而消失, 但不久又可出现, 多次复发后粘膜产生疤痕组织, 使半透明水泡变成白色硬结。

临床诊断:

1. 有反复发作, 口腔粘膜下小的透明小泡状肿物, 泡内容物为粘稠的蛋清状液; 有局部咬伤史。破裂后流出透明无色粘液史。初次发作者可无此病史。
2. 好发于下唇、舌尖、舌下以及颊粘膜, 呈淡蓝色柔软状肿块, 境界清楚, 基底部可活动, 有时突出表面呈鱼泡状, 一般直径在0.5—1cm左右。
3. 大涎腺囊肿: 为发病部位处于口腔颌面部相应大涎腺部位, 表现为该部位的肿胀

及阻塞症状，导管口分泌功能异常。舌下腺囊肿穿刺抽出蛋清状粘稠液；颌下腺及腮腺囊肿穿刺抽出液体较为稀薄；抽出液淀粉酶试验阳性。

4. 病理学诊断证实。

治疗：

1. 囊肿摘除术适用于囊肿与粘膜无粘连者。
2. 囊肿切除术适用于多次复发或局部疤痕，囊肿与粘膜有粘连者。
3. 不愿意手术者，可在抽尽囊液后，向囊腔内注入 2% 碘酊 0.2—0.5ml 停留 2~3min 后再抽出碘酊，使囊肿纤维化。

本病的治疗以手术治疗效果较好，手术应将发病之腺体同时摘除，因其发病原因就是腺体导管的损伤或阻塞，如果手术后遗留有受损腺体，则难免再次出现涎液潴留，囊肿复发。

预防：

粘液腺囊肿为一种良性病变，最常见病因为各种原因所致涎腺导管阻塞、涎液潴留。所以本病的预防主要是避免损伤，保持口腔卫生。

用药原则：

一般性手术的预防抗感染选用碘胺类药物（如复方新诺明）或主要用于革兰氏阳性菌的药物（如红霉素、青霉素等）；体质差或并发感染者常联合用药。较常用为：作用于革兰氏阳性菌的药物（如青霉素）+作用于革兰氏阴性菌的药物（如庆大霉素）+作用于厌氧菌的药物（如甲硝唑）；手术前后感染严重或有并发症者可根据临床和药敏试验选择有效的抗生素。

腹痛 4 天，加重 6 小时

作者：苏先生

链接：<https://bbs.iyi.com/thread-942114-1.html>

● 病历摘要：

基本资料：患者，男，56岁，因“腹痛4天，加重6小时”入院。

现病史：该患者入院4天前进食午餐后2小时突发左上腹痛，为持续性胀痛，伴阵发加剧，放射至背部，无腹泻，无恶心呕吐，无寒战发热，持续约3小时症状稍好转。以后每天上述症状出现一次，无明显加重缓解因素。自觉心慌、气紧，无胸口压榨性疼痛。3天前发现小便色黄，为浓茶色，伴口干、口苦。2天前出现白色陶土样大便。入院前6小时感腹痛加剧，呕吐胃内容物两次，吐后症状无缓解，急诊入院。自患病以来，患者精神食欲差，小便少，色黄，大便难解，色白，体重增减不详。

既往史：无特殊。

体格检查：T: 35.7°C；P: 100 次/分；R: 25 次/分；BP: 148/105mmHg。急性病容，表情痛苦，平车推入，神志清楚。皮肤巩膜重度黄染，心肺（-）。腹膨隆，腹式呼吸减弱，腹肌紧张，肝脾未扪及，右中上腹压痛、反跳痛，移动性浊音可疑，肠鸣音减弱。

●讨论：

1. 请总结此患者的病史特点？
2. 你认为根据上述资料可以做出那些诊断？依据是什么？
3. 你认为还需要做那些检查？

●临床讨论：

Ldaoyisheng:

病史特点：1.持续性胀痛，伴阵发加剧，放射至背部，皮肤巩膜重度黄染，右中上腹压痛、反跳痛；2.小便色黄，甚至为浓茶色，呕吐胃内容物两次，吐后症状无缓解；3.白色陶土样大便。其中高黄疸，白色陶土样大便有很大的诊断意义，说明此患者是由于胆道受阻所致，故应考虑胆道结石或是胆管癌，肝癌，胰头癌等。因患者无寒战、发热，确诊需做进一步检查血常规，二便常规，肝胆B超或是CT，肝功能（包括 AFP）等。

另外个人认为还需注意：患者右中上腹压痛、反跳痛，移浊可疑，肠鸣减弱。还应该考虑胰腺炎引起的局限性腹膜炎。

飘散的落叶：

1. 请总结此患者的病史特点：
 - 1) 餐后发作，持续性胀痛，伴阵发加剧，放射至背部；2) 3天前发现小便色黄，甚至为浓茶色，伴口干、口苦。
2. 认为根据上述资料可以做出那些诊断？依据是什么？

诊断：急性胰腺炎(水肿型)。

鉴别：1)胆道结石；2)突发性心梗；3)消化道穿孔

依据：1)入院4天前进食午餐后2小时突发左上腹痛，为持续性胀痛，伴阵发加剧，放射至背部，无腹泻，无恶心呕吐，无寒战发热，持续约3小时症状稍好转；2)3天前发现小便色黄，甚至为浓茶色，伴口干、口苦。2天前出现白色陶土样大便。入院前6小时感腹痛加剧，呕吐胃内容物两次，吐后症状无缓解，急诊入院；3)右中上腹压痛、反跳痛，移浊可疑，肠鸣减弱。

3. 你认为还需要做那些检查？

首先急查血、尿淀粉酶，还需要检查肝、胆、胰B超及腹部平片等。

清茶：

1.此患者的病史特点：

突发左上腹痛，为持续性胀痛，伴阵发加剧，放射至背部，持续约 3 小时症状稍好转。上述症状每天出现一次，无明显加重缓解因素。3 天前发现小便色黄，甚至为浓茶色，伴口干、口苦。2 天前出现白色陶土样大便。入院前 6 小时感腹痛加剧，呕吐胃内容物 2 次，吐后症状无缓解。小便少，色黄，大便难解，色白。

2. 你认为根据上述资料可以做出那些诊断？依据是什么？

诊断：胆汁淤积性黄疸、急性胰腺炎？胆囊炎？ 腹膜炎。

依据：小便色黄，甚至为浓茶色，白色陶土样大便，皮肤巩膜重度黄染，右中上腹压痛、反跳痛，移浊可疑，肠鸣减弱。

3. 你认为还需要做那些检查？

肝、胆、脾、胰 B 超、血尿淀粉酶、AFP、血常规、便常规。

Nieyanjun：

患者，男，56 岁；腹痛 4 天，加重 6 小时入院。入院前 4 天进食午餐后 2 小时突发腹痛，为持续性胀痛伴阵发性加剧，放射至背部，无腹泻，无恶心呕吐，无寒战、发热，以后每天发作一次，无加重迹象。3 天前发现小便色黄，甚至为浓茶色，伴口干，口苦。2 天前发现白色陶土便。入院前 6 小时腹痛加剧，呕吐胃内容物 2 次，呕吐后症状无缓解。急性病容，表情痛苦、皮肤巩膜重度黄染，腹式呼吸减弱，腹肌紧张，右中上腹压痛、反跳痛，移浊可疑。

初步诊断：胰腺癌？

依据：1.腹痛；2.黄疸。黄疸特征为肝外胆汁淤积性，呈持续进行加深，（伴有皮肤瘙痒）尿色如浓茶，粪便呈白陶土色。3.胃肠道症状。恶心呕吐与腹痛、腹泻。

为了确诊还要作以下检查：1.血液、尿、粪常规检查；血清胆红素可高达 340 μ mol/L 以结合胆红素为主，血清碱性磷酸酶， γ -谷氨酸转肽酶，乳酸脱氢酶，5'-核苷酸酶，脂蛋白-X 等均可升高。尿胆红素阳性，尿胆原阴性，粪胆原含量减少或消失，或可见脂肪滴。2.超声显像；3.X 线钡餐造影。可间接反映癌肿位置、大小及胃肠受压情况。4.ERCP；5.CT；6.EUS 检查；7.十二指肠引流。引流液作脱落细胞学检查，可能找到癌细胞；8.组织病理学和细胞学检查。

wsq820312：

个人觉得病史的特点是发病时间短，病情发展速度比较快，而且所观察到的一些临床表现不是很明显，比如说体温，按理说这个病人的体温应该是升高的，这里体温却不升反降，为 35.7℃，很有临床意义。

初步诊断：（1）急性胰腺炎；（2）胆道系统疾病（包括结石在内）；（3）急性腹膜炎；4) 麻痹性肠梗阻。

诊断依据：（1）进食午餐后2小时突发左上腹痛，为持续性胀痛，伴阵发加剧，放射至背部，无恶心呕吐，无明显的低血容量休克症状，考虑为急性胰腺炎；（2）小便色黄，甚至为浓茶色，伴口干、口苦，2天前出现白色陶土样大便，考虑胆道系统疾病，如胆囊炎（伴结石嵌顿胆囊颈），或胆总管结石梗阻之类的。暂时不考虑急性梗阻性化脓性胆管炎，因为此病人没有典型的5联症，无休克和精神等改变之类的症状；（3）腹膨隆，腹式呼吸减弱，腹肌紧张，右中上腹压痛、反跳痛，肠鸣减弱等一些问题是典型的腹膜炎体征，考虑急性腹膜炎；（4）病人具有典型的痛、呕、胀、闭等四大症状，考虑是由于腹膜炎引起的麻痹性肠梗阻。

需要做的检查：血常规，尿常规，肝肾功能，血糖，电解质测定，血气分析，腹部B超等。

红蜘蛛：

1.此患者病史特点：餐后左上腹持续性胀痛，伴阵发加剧，放射至背部四天后又急性发作，并且病情加剧。

2.诊断：依据以上资料初步考虑：

- 1) 慢性胰腺炎的急性发作；2) 胰腺癌---胰头癌；3) 胰石症。

胰腺炎诊断依据：(1)腹痛：左上腹痛，为持续性胀痛，伴阵发加剧，放射至背部；(2)呕吐：2/3的病人有此症状，发作频繁，早期为反射性，内容为食物、胆汁。晚期是由于麻痹性肠梗阻引起(还可出现呕吐物为粪样)；(3)腹胀：在重型者中由于腹腔内渗出液的刺激和腹膜后出血引起，麻痹性肠梗阻致肠道积气积液引起腹胀；(4)黄疸：约20%的患者于病后1~2天出现不同程度的黄疸。其原因可能为胆管结石并存，引起胆管阻塞，或肿大的胰头压迫胆总管下端或肝功受损出现黄疸。

胰腺癌诊断依据：腹痛、体重食欲等都有疑似点，胰头癌由于容易压迫胆总管，阻塞胆汁排泄，使胆汁渗入血液，最容易引起黄疸、肝脏肿大以及大便颜色变浅，呈白陶土样等，虽然本病的几率不大，但是需要尽早排除。

胰石症的诊断依据：胰腺结石长期存留则刺激胰腺管上皮细胞，使之肥大增生，继而发生鳞状上皮化生。并使胰管狭窄、阻塞。在早期胰腺周围水肿、胰腺肿胀，及至晚期一方面由于胰管的阻塞，另一方面由于胰腺的纤维化，则导致胰腺明显受损，从而出现如本病般一系列症状。由于：（1）结石的疼痛呈反复发作持续时间较长。剧痛较少，多为上腹隐痛、钝痛；（2）消瘦、脂肪泻：系由于结石性慢性胰腺炎所致的胰腺外分泌功能减低所致；（3）黄疸：系因病人纤维化、坚硬的胰头压迫胆总管下端所致，黄疸可为持续性，也可为间歇性，以后者较为常见。以上三点要根据检验来排除此病。

本病的关键就是：黄疸！而且发展如此迅速，根据黄疸前出现的腹痛症状考虑黄疸的原因是胰腺病变引起的。相信各位在一般情况下根据症状可以排除原发性黄疸，考虑是阻塞性黄疸。但单从症状体征是不能判断具体原因的，诊断本病就是一个寻找引起黄疸原因的过程。

还需要做的检查：1.腹部B超、有条件者做CT；2.胰淀粉酶检测；3.腹部穿刺化验等。

● 结论：

苏先生：

病例特点：1. 男性，中老年；2. 进食后出现腹痛，呕吐；3. 小便色黄，甚至为浓茶色，伴口干、口苦。2 天前出现白色陶土样大便；4. 皮肤巩膜重度黄染；5. 右中上腹压痛、反跳痛，移浊可疑，肠鸣减弱。

诊断：胰腺癌（头部）

相关知识：

胰腺癌是临幊上常见的恶性肿瘤，部位以胰头部最多见，近年有逐年增多趋势，早期症状隐匿，出现临床症状时已属晚期，手术难度大，大多数确诊时已失去手术时机，该病病程短、发展快、恶化迅速，故治疗效果极差。

该病的临幊表现：1) 进行性腹痛，进行性加重的黄疸和腹部肿块为特征，伴有进行性消瘦、低热、乏力等非特异症状；2) 消化道症状常见有消化不良和消化道出血；3) β 细胞破坏较多时可出现症狀性糖尿病；4) 其他症状：急性胆囊炎和胆管炎、精神神经症状、腹部血管杂音等。

影像学特别是 CT 和 MRI、MRA 技术的飞速发展，超声内镜和逆行胆管造影给胰腺癌的诊断提供了有力的支持；实验室检查中的肿瘤标记物对胰腺癌诊断特异性差，对早期诊断意义不大；联合检测 K-ras 基因、p53 基因、p16 基因以及端粒酶活性有助于胰腺癌的早期诊断，为手术创造最佳时机，5 年生存率有望改善。

腰椎间盘突出症患者的死亡

作者：wmrs520

链接：<https://bbs.iyi.com/thread-1951214-1.html>

● 病例摘要

基本资料：男，47岁。

主诉：反复腰部酸痛伴右下肢麻木 1 年余，加重 10 天

现病史：患者缘于 1 年前劳累后出现腰部酸痛，伴右下肢麻木，腰腿冷痛，转侧不利，静卧痛不减，遇寒冷或阴雨天症状加重。无头痛、头晕，无发热、畏冷，无胸闷、心慌，无恶心、呕吐，无腹胀、腹痛、腹泻，无尿频、尿急、尿痛。就诊于当地卫生室治疗后（用药不详），症状有所好转，后症状时有反复。10 天前就诊于某医学院第一附属医院，查腰椎 CT 示“腰椎骨质增生；L3/4、L4/5 黄韧带钙化；L2/3-L4/5 椎间盘膨出；L5/S1 椎间盘向后突出”，门诊以“腰椎间盘突出症”收住入院。纳可，寐欠安，二便调。

既往史：否认“冠心病、高血压病、糖尿病”等病史，否认“结核、伤寒”病史。

否认“外伤、中毒、输血”史。否认“地方病、职业病”史。否认药物、食物及其它过敏史。

体格检查: T: 36.5°C, P: 80 次/分, R: 19 次/分, BP: 110/70mmHg。营养中等, 形体中等, 神志清楚, 对答切题, 自动体位, 查体合作。全身皮肤、粘膜未见黄染及出血点, 耳前、耳后、颈前、锁骨上、腋下、腹股沟浅表淋巴结未见肿大。头颅大小正常, 五官端正。双侧瞳孔等圆等大, 直径 3mm, 对光反射存在。口唇无紫绀, 伸舌居中, 咽部不红, 扁桃体无肿大。颈软, 颈静脉无怒张, 气管居中, 甲状腺无肿大。胸廓对称, 双肺呼吸音清晰, 未闻及干湿性啰音。心率 70 次/分, 律齐, 无杂音。全腹柔软, 无明显压痛及反跳痛, 肝脾肋下未触及, 肝肾区无叩击痛, 墨菲氏征阴性, 阑尾点无压痛, 肠鸣音 4 次/分。肛门及外生殖器正常。脊柱及四肢无畸形, 双下肢无浮肿。

专科情况: 脊柱无侧弯及后突畸形, L4、L5 右侧椎旁压痛, 并向右下肢放射, 右下肢直腿抬高试验 (+), 约 50°, 加强试验阳性, 左下肢直腿抬高试验 (-), 双侧股神经牵拉试验阴性, 双侧屈膝、屈髋及 4 字试验阴性, 腰椎活动范围: 30° (前屈) — 10° (后伸), 20° (左侧屈) -20° (右侧屈), 腹壁反射正常, 肛门反射正常, 双膝腱、跟腱反射正常, 双 Babinski 征 (-), 髌阵挛 (-), 跟阵挛 (-), 四肢肌力肌张力正常。

辅助检查:(2011-02-23 某医学院第一附属医院)腰椎 CT 示: “腰椎骨质增生; L3/4、L4/5 黄韧带钙化; L2/3-L4/5 椎间盘膨出; L5/S1 椎间盘向后突出”。

(2011-03-04 某院) 血、尿常规: 未见明显异常。

初步诊断: 腰椎间盘突出症

诊断依据: 1.反复腰部酸痛伴右下肢麻木 1 年余, 加重 10 天。2.查体: 神志清楚, 腰椎生理曲度正常, 未见明显侧凸畸形, 腰椎活动范围: 30° (前屈) — 10° (后伸), 20° (左侧屈) — 20° (右侧屈), L4、L5 右侧椎旁压痛, 并向右下肢放射, 右下肢直腿抬高试验 (+), 约 50°, 加强试验阳性, 左下肢直腿抬高试验 (-), 双侧股神经牵拉试验阴性, 双侧屈膝屈髋及双侧 4 字试验阴性。3.辅助检查: 腰椎 CT 示: “腰椎骨质增生; L3/4、L4/5 黄韧带钙化; L2/3-L4/5 椎间盘膨出; L5/S1 椎间盘向后突出”。诊断: 腰椎间盘突出症。

鉴别诊断: 患者发病以来虽见腰痛, 但无发热、尿频、尿急、尿痛, 故不诊为肾盂肾炎。本病还应与“梨状肌综合症”相鉴别, 后者以臀部疼痛不舒为主, 以梨状肌下孔处压痛为重要体征, 疼痛范围一般不过膝, 可排除。

诊疗过程:

按针灸科疾病护理常规, 二级护理, 普食。

进一步完善相关检查。

3.治则治法: 拟温经散寒通络。

针治选穴:

处方: L2-5 夹脊穴、秩边、肾俞、环跳、委中、阳陵泉、大椎 (灸法)。

针法: 留针 30 分钟, 中等刺激强度, 穴位平补平泻,

每日一次，十天一个疗程。

4.西医暂予：甘露醇注射液 250ml+地塞米松注射液 5mg 每日一次静滴，脱水降压抗炎、注射用丹参 800mg+5%葡萄糖注射液 200 毫升每日一次静滴，改善循环、骨瓜提取物静滴改善骨代谢，口服双氯芬酸钠片止痛，奥美拉唑胶囊保护胃黏膜，腺苷钴胺片营养神经等治疗。

5.中成药：予骨疏康颗粒口服补肾壮骨。

6.理疗：TDP 治疗改善局部循环。

7.注意：避风寒、慎起居、忌劳累、适饮食、睡适枕、卧硬板床、适当功能锻炼。

8.病情告知：已将病情及诊疗计划告知患者及其家属，其表示理解，并积极配合治疗。

●诊疗过程：

2011.3.5

经 1 天治疗后，患者诉腰部酸痛较前好转，右下肢仍有麻木，寐纳可，二便调。

2011.3.9

患者诉腰部仍有酸痛，右下肢仍有麻木，寐纳可，二便尚调。查体：生命征平稳，舌淡红，苔薄白，脉沉。神清，心、肺、腹未查及异常，双下肢无浮肿。L4、L5 右侧椎旁压痛，并向右下肢放射，右下肢直腿抬高试验（+），约 50°，加强试验阳性，左下肢直腿抬高试验（-），双 Babinski 征阴性，四肢肌力、肌张力正常。治疗予地塞米松减至 2mg，静点，一日一次，余同前，病情续观。

2011.3.12 8:30

患者诉腰部仍有酸痛，右下肢仍有麻木，寐纳可，二便尚调。查体：生命征平稳。神清，心、肺、腹未查及异常，双下肢无浮肿。

17:00

患者 16:05 洗澡时突然出现头晕、乏力，并出现晕厥、面色苍白、口唇紫绀、四肢厥冷、大便失禁，测血压 60/40mmHg，脉搏 45 次/分，立即予以肾上腺素 1mg im，吸氧、心电监护（SPO₂98%），建立静脉通道，并请内科医师会诊。患者面色、眼睑苍白，大便呈柏油样，考虑上消化道出血致失血性休克，即予 706 代血浆扩容，奥曲肽微量泵，止血等对症治疗，并急查血糖、血常规、生化全套、便常规+潜血，必要时输血。

17:00 转出：患者出现头晕、乏力，并出现晕厥、面色苍白、口唇紫绀、四肢厥冷、大便失禁，会诊后考虑上消化道出血致失血性休克，予扩容、微量泵、止血等对症治疗。今予转外科进一步诊治。

17: 20 入科：1.上消化道出血 2.腰椎间盘突出症。入科后予以完善检查，输血、止血、营养支持，预防感染等治疗，密切观察病情变化。

2011.3.13 14: 00

患者诉头晕目眩，乏力，腹胀不适，无呕吐，大便未解，夜寐欠安，无汗出，无畏冷发热。查体：生命征平稳，神清，贫血外观，腹平软，上腹部有深压痛，无反跳痛，

肝脾肋下未及，肝肾区无叩击痛，肠鸣音增强，16次/分。追问病史：平时有酗酒史，纳差、饭后即饱胀感，有小三阳病史。治疗以纠正贫血，补充能量，预防感染等为主，完善检查，密切观察病情变化。

15:00

神志清楚，精神欠佳，胸闷、呼吸困难，SPO₂: 94%，没有进行处理。

2011.3.14 11:12

患者诉头晕目眩，乏力，汗出，腹胀不适，无呕吐，排稀黑便2次，量约300ml，夜寐欠安，小便量少，无发热。查体：生命征平稳。神清，贫血外观，腹平软，上腹部有深压痛，无反跳痛，肝脾肋下未及，肝肾区无叩击痛，肠鸣音增强，16次/分。

今日血常规示：WBC： $18.3 \times 10^9/L$ ；N: 81.6%；L: 10%；HGB: 68g/L；PLT: $32 \times 10^9/L$ 。

生化示：TP: 48g/L；ALB: 28.4g/L；GLO: 19.6g/L, AST: 67U/L, ALT: 36U/L, ALP: 1249U/L, TBIL: 28.2umol/L, DBIL: 12.6umol/L, IDBIL 15.6umol/L, CHE: 4150U/L, BUN: 13.3mmol/L, GLU: 7.75mmol/L, Na134mmol/L, PH: 7.34, CO₂ : 20.1mmol/L, LDH: 557U/L, HBDH: 363U/L, CK: 765U/L, CK-MB: 70U/L, CHOL: 2.62mmol/L, TG: 2.02mmol/L, HDL: 0.5mmol/L, APOA: 0.72g/l, APOB: 0.57g/L。

凝血四项：PT: 16.9S，余未见异常。

心电图：窦性心动过速；不完全性右束支传导阻滞；部分导联ST压低T波倒置或低平；Q-T间期延长，请结合临床。

上腹部彩超：肝弥漫性损害样改变，脾饱满，胆胰未见明显异常。

XX主任分析：患者HGB、PLT进行性下降，平素有饮酒史，纳差、饭后即饱胀感，有小三阳病史。结合彩超示肝弥漫性损害样改变，脾饱满，PT延长，考虑患者血小板减少与肝损害、脾功能亢进有关。结合心电图示不完全性右束支传导阻滞；部分导联ST压低T波倒置或低平及心肌酶LDH: 557U/L, HBDH: 363U/L, CK: 765U/L, CK-MB: 70U/L，考虑消化道出血致严重贫血，继发心肌严重缺血，病情严重，治疗建议输血纠正贫血，予扩容、奥曲肽微量泵入、立止血、止血敏止血，泮托拉唑护胃，果糖营养心肌，复合辅酶保肝，纠正电解质紊乱，头孢他啶抗感染等。现病情尚未平稳，密切观察病情变化。

2011.3.14

患者于12:28突然烦躁不安，言语低沉，大汗淋漓，面色苍白，张口呼吸，测BP: 80/60mmHg, P: 120次/分。抢救：加快输液、输血。患者于12:43突然昏迷，呼之不应，全身紫绀，双侧瞳孔等大等圆，对光反射迟钝，P55次/分，立即给予胸外按压，肾上腺素注射液1mg静推，于12:46心率降至50次/分，予肾上腺素注射液3mg静推，碳酸氢钠注射液50ml静滴，阿托品注射液0.5mg静推，多巴胺注射液150mg加入0.9%氯化钠注射液50ml微量泵入。后于12:50心跳恢复，心率：130次/分，紫绀好转。13:00出现室性逸搏心律，即予利多卡因注射液100mg静推，13:05心跳降至45次/分，无自

主呼吸，予洛贝林注射液 3mg 静推，阿托品注射液 0.5mg 静推，气管插管，简易呼吸囊，辅助呼吸，持续予胸外按压。13:20 心电监护显示出现室颤，即予肾上腺素注射液 5mg 静推，利多卡因注射液 100mg 静推，继续胸外按压，简易呼吸囊，辅助呼吸，13:50 心电图示心电呈一直线，无自主呼吸，心跳停止，血压为 0，瞳孔散大固定，抢救无效，临床死亡。死亡原因：1.消化道出血；2.重度贫血；3.继发性缺血性心脏病，急性冠脉综合症？4.失血性休克；5.呼吸循环衰竭。

●讨论内容：

- 1.死亡原因是什么？
- 2.经验教训是什么？
- 3.如何抢救和治疗？

●临床讨论

Gaoping: 鄙人认为是合并肝硬化门脉高压所致急性上消化道出血。很凶险的，有时候抢救无效，不必内疚。但是工作中加强查体及问病史，及时了解病情发展状况及并发症，避免类似情况再次出现。

w7851381：做个解剖吧，别是腹主动脉夹层破裂。

zhai7088: 有乙肝病史多久？是否合并肝硬化？另外，使用地米多日，导致上消化道大出血也不排除，又继发感染而出现的多器官缺血功能衰竭，最后导致死亡。

教训：问诊病史不详细，相应检查不到位，耽误相应诊断治疗，导致大出血，继发感染、休克、心肌缺血、心衰、死亡。

czl8465:

个人拙见：

缺陷：1.问诊不详细；2月13日下午患者出现胸闷、呼吸困难，血氧 94%时为什么没人处理？3.心电监护及补液后未监测患者尿量，有条件应测中心静脉压；4.具体有无输血？病历没看到输血记录？5.血常规提示患者出血持续，个人认为最有效的处理未进行：三腔二囊管没考虑用？没申请到血？

死亡原因：失血性休克导致循环及呼吸衰竭。个人心得：根据体征及辅助检查还应考虑肝硬化伴门静脉高压，是否有进食硬食物？若没有，出血原因考虑为地米及双氯芬酸钠（非甾体类抗炎药）副作用导致。

wmrs520: 这个病人不是我科室的，我有参加这个病人的死亡讨论，我认为有很多的不妥和值得思考的问题，所以上传给大家讨论！

Ldaoyisheng: 门静脉高压加之双氯酚酸钠与地塞米松后导致出血可能性极大。另外患者入院后的血小板情况如何？丹参用在此是否合适？患者体质属何种？用的中成药是否符合本人体质？有没有辨证准确？还有一点不能忽视，患者入院之前是否服用其它非甾体药或用大量糖皮质激素？

小蜜蜂 1: 本人认为是由于酗酒、肝硬化、地米、双氯芬酸钠的共同作用致消化道大出血，失血性休克死亡。治疗过程中发现血色素血小板急剧下降，为何不及时输血呢？这是最基本的抢救措施！

●总结

wmrs520: 1.急性上消化道出血，临床可引起出血性休克。出血影响心肌收缩力及重要脏器灌注，舒张压下降，冠脉供血不足，发生 AMI。

大出血时，患者恐惧焦虑，可致儿茶酚胺释放增多，心肌耗氧增多，同时植物神经功能紊乱致冠脉痉挛，两者均加重冠脉缺血。应激和休克均使血浆 β 内啡肽升高，而 β 内啡肽与痛阈呈正相关，故部分患者表现为无痛性心肌缺血。消化道出血时制酸剂，西米替丁血管加压素、去甲肾上腺素等药物均可产生室早，洛赛克可影响传导，血管加压素降低门脉压力同时导致内脏血管收缩，冠脉收缩易诱发 AMI。急性出血诱发心肌缺血也可能与休克增敏内毒素有关，失血性休克后，组织内脂多糖结合蛋白 CD14mRNA 的表达增加，从而发挥损伤机制，损伤加重冠脉病变。因此在抢救急性消化道大出血时，要顾及出血本身及药物对心血管的影响，以提高抢救成功率，降低病死率。

2.消化道出血合并血栓相关性疾病：关于其发病机制，考虑与以下几个方面有关：
 ①年龄；②血管壁病变，几乎所有患者存在不同程度的动脉粥样硬化(包括脑动脉及冠状动脉)；③血流动力学及血液成分改变，高黏滞血症，提示出血，特别是急性大出血时，血容量不足，血液浓缩，血液黏稠度增加；上消化道出血时，骨髓代偿致血小板生成增多。循环血液中血小板聚集增加，发生释放反应，释放血小板球蛋白、血小板因子、血栓烷素 A、5一羟色胺、儿茶酚胺等，使血小板聚集增加，形成血栓；④上消化道大出血后，因血压迅速下降，反应性引起血中儿茶酚胺浓度升高，引起周围小血管收缩，甚至血管痉挛；⑤不恰当的治疗措施：在消化道出血特别是大出血后没有及时补足血容量，血压较平时低，有效循环血量减少，中心静脉压降低，心输出量下降，血流缓慢；部分患者大量使用止血药，尤其抗纤维蛋白溶解药物，如 6 一氨基己酸、安络血等，这些药物都有不同程度抑制血栓溶解，有诱发血栓形成的可能。

3.预防及治疗策略：①消化道出血合并血栓相关性疾病绝大多数在 1 周内发生，故在 1 周内的治疗及预防极为重要，中老年患者上消化道出血时，应及时补充血容量(输血、输液)，纠正血流动力学障碍，考虑可能有动脉硬化时，除输血外可用低分子右旋糖酐液扩容。止血剂的选择应根据患者有无凝血机制障碍来决定，这类患者多数存在高凝倾向，且上消化道出血的原因并非凝血功能障碍，而是黏膜破损所致，对这类病人止血剂不但不能起到止血效果，而且容易引起血栓性疾病，故此应不用或者慎重应用止血剂。加强病情观察，对新出现症状、体征进行仔细的分析，作必要的辅助检查，床边心电图对病人是必不可少的，同时应警惕部分病人出现无痛性心肌梗塞，给早期诊断及治疗带来难度。②治疗方面，禁用抗凝及溶栓药，以免加重出血，建议在补充血容量的同时给予足够的强抑酸剂即质子泵抑制剂，以尽快控制消化道出血，胃镜下局部喷洒止血药或注射肾上腺素盐水、硬化剂注射及套扎等镜下治疗可达到立竿见影的效果。多科会诊，采取最合理最有效治疗措施。急性期一般不适合外科手术治疗。

24岁男性，咳嗽咳痰1周咯血1天

作者：ww2sxy520

链接：<https://bbs.iyi.com/thread-3412630-1.html>

●病例摘要

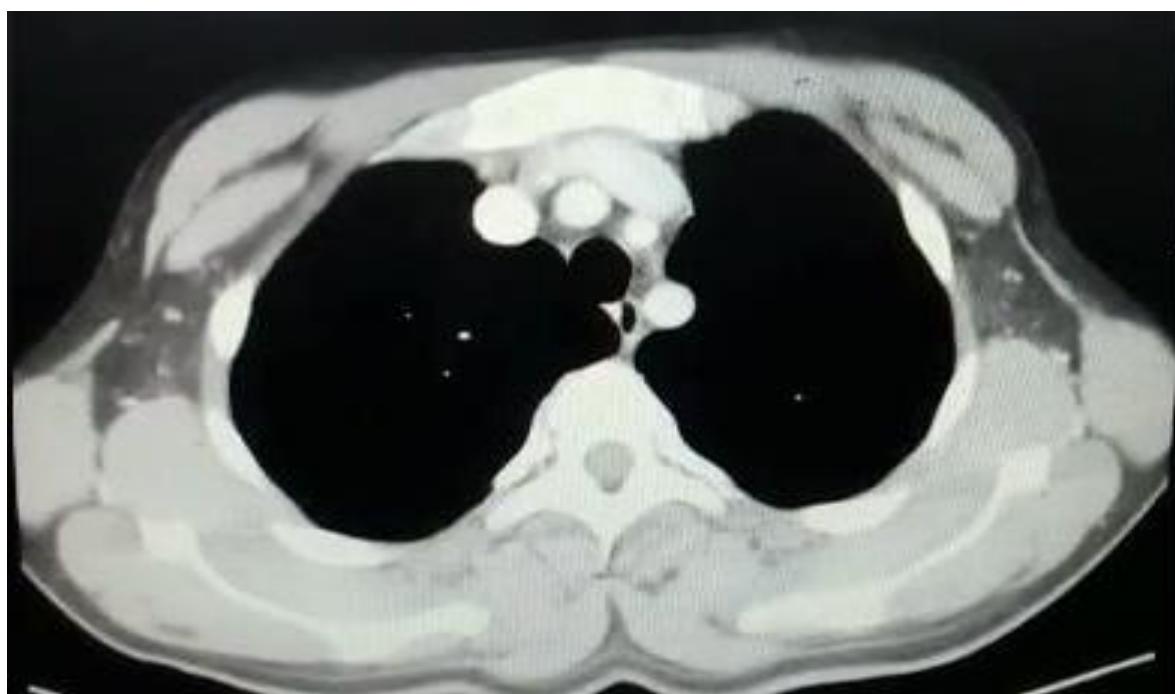
一般情况：男性，24岁，农民。

主诉：咳嗽、咳痰1周，咯血1天

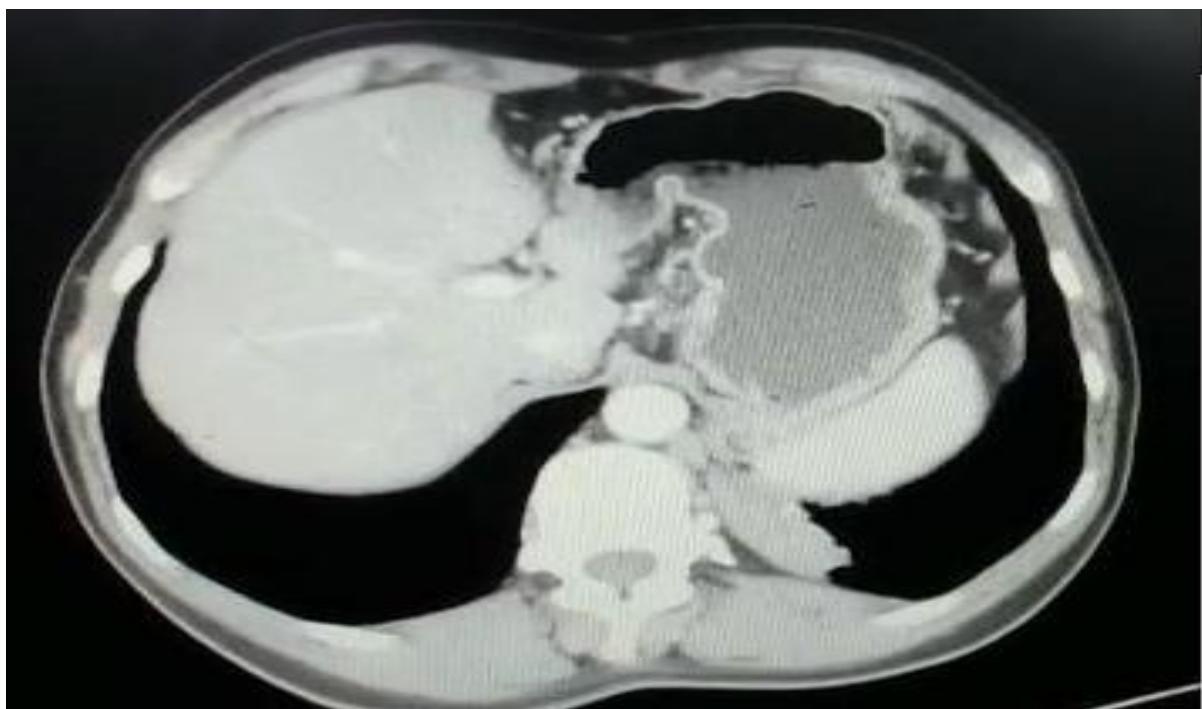
现病史：患者1周前受凉后出现咳嗽，咳痰，咳少量白色粘痰，痰粘稠，痰不易咳出，无胸闷、心悸、气短，无咯血、呕血，无发热、盗汗，自行口服阿莫西林治疗后略有改善。1天前无明显诱因出现咯血，为鲜红色，量约50ml，无胸闷、心悸、气短。无发热、盗汗、乏力、胸痛。

既往史：吸烟20-30支每日，烟龄2年余，偶有饮酒。

体格检查：体温36.4℃，脉搏82次/分，呼吸22次/分，血压125/65mmHg。发育正常，营养一般，神志清楚，精神尚可，问答切题，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，双肺叩呈清音，双肺呼吸音粗，左下肺可闻及少量湿啰音。心前区无隆起，心律齐，心率82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4次/分。双下肢无水肿。







炎症疾病2项

青海大学附属医院免疫检验报告单

姓 名: 赵元秀	住 院 号 码: 450882	样 本 类 型: 血 清	检 验 编 号: 20170907BME00	
性 别: 女	科 室: 心胸血管外科	临 床 诊 断: 肺占位性病变	标 本 状 态: 正 常	
年 龄: 67 岁	床 号: 538041	送 检 医 师: 王伟	备 注:	
中 文 名 称	英 文 缩 写	结 果	单 位	参 考 范 围
1 C反应蛋白	CRP	22.100	↑ mg/L	0~8
2 超敏CRP	hsCRP	22.000	↑ mg/L	0~3

检 验 项 目	英 文 缩 写	结 果	单 位	参 考 范 围
1 凝血酶原时间	PT(S)	10.7	S	10~14
2 凝血酶原百分活动度	PT%	110.1	%	70~120
3 凝血酶原时间比值	PTR	0.89		0.8~1.2
4 凝血酶原国际正常化比值	INR	0.90	INR	0.8~1.24
5 活化部分凝血活酶时间	APTT	26.6	S	23~36
6 纤维蛋白原含量	FIB	4.321	g/L	2~4
7 纤维蛋白原凝结时间	FIB(s)	4.4	秒	4.0~10.2
8 凝血酶时间	TT	32.6	S	14~21
9 D-二聚体	DD	1.5	ng/l	0~1

检验项目	结果	参考范围	检验项目	结果	参考范围
1 谷丙转氨酶(ALT)	9	0~36 U/L	26 尿酸(UA)	337	110~420 μmol/L
2 总胆红素(TBIL)	22.3 ↑	0~17.0 μmol/L	27 葡萄糖(GLU)	5.9 ↑	4.2~6.4 mmol/L
3 直接胆红素(DBIL)	4.4 ↑	0~3.4 μmol/L	28 二氧化碳结合力(CO2)	30.0	20.5~30.0 mmol/L
4 间接胆红素(IBIL)	17.9 ↑	0~14.4 μmol/L	29 酸抑制测定	0.98	0~1.55 ng/L
5 总蛋白(TP)	69.0	60.0~80.0 g/L	30 视黄醇结合蛋白	22 ↓	25~70 ng/L
6 白蛋白(ALB)	40.6	35.0~55.0 g/L	31 总胆固醇(TCH)	3.95	0~5.17 mmol/L
7 球蛋白(GLB)	28.4	20.0~30.0 g/L	32 甘油三酯(TG)	1.26	0~1.70 mmol/L
8 白蛋白/球蛋白(A/G)	1.4	1.0~2.5	33 高密度脂蛋白(HDL)	0.89	0.78~2.00 mmol/L
9 碱性磷酸酶(ALP)	72	40~150 U/L	34 低密度脂蛋白(LDL)	2.60	0~4.00 mmol/L
10 谷氨酰基转移酶(GGT)	13	5~53 U/L	35 纤维蛋白A(APoA)	1.1	1.0~1.6 g/L
11 胆碱脂酶(ChE)	7019	5000~14000 U/L	36 纤维蛋白B(APoB)	0.9	0.6~1.1 g/L
12 总胆汁酸(TBA)	2.1	0~20.0 μmol/L	37 磷脂(PLIP)	2.0	1.9~3.2 nmol/L
13 亮氨酸转肽酶(LAT)	21	8~22 U/L	38 脂蛋白(LP)	30	0~30 mg/dL
14 岩藻糖苷酶(AFU)	17	0~40 U/L	39 钾(K)	4.6	3.5~5.3 mmol/L
15 鞘苷脱氨酶(ADA)	8.8	4.0~24.0 U/L	40 钠(Na)	140	135~148 mmol/L
16 单胺氧化酶(MAO)	2.4	0~8.8 IU/L	41 氯(Cl)	102	96~105 mmol/L
17S-核苷酸酶(S-ST)	6.4	0~10.0 U/L	42 钙(Ca)	2.2	2.0~2.6 mmol/L
18 谷草转氨酶(AST)	27	0~38 U/L	43 镁(Mg)	1.00	0.84~1.45 mmol/L
19 乳酸脱氢酶(LDH)	177	140~210 U/L	44 钙(Mg)	0.80	0.75~1.25 mmol/L
20 α-羟丁酸脱氢酶(OBDH)	131	75~195 U/L	45 铁(Fe)	4.1 ↓	9.0~30.0 μmol/L
21 创酸激酶(CK)	63	0~195 U/L	46 不饱和铁结合力	37.2	27.8~53.6 μmol/L
22 乳酸脱氢同工酶(C3MB)	9	0~24 U/L	47 凝溶酶(AMY)	36	0~90 U/L
23 肌红蛋白(Myo)	46	0~65 ng/mL	48 脂肪酶(LFS)	20.8	5.6~51.3 U/L
24 尿素(Bun)	4.7	1.7~6.3 mmol/L	49 血氨(BUN)	31	10~60 μmol/L
25 创酐(Cr)	57	44~97 μmol/L	50 酸性磷酸酶(ACP)	3.5	0~6.0 U/L

检验项目	英文缩写	结果	单位	参考范围
1 甲胎蛋白	AFP	2.21	ng/ml	0.89~8.78
2 癌胚抗原	CEA	1.20	ng/ml	0~5
3 血清铁蛋白	SF	207.74 ↑	ng/ml	4.63~204
4 糖基类抗原50	CA-50	18.30	U/ml	0~25
5 糖基抗原72-4	CA72-4	1.14	U/ml	0~6.9
6 糖基类抗原125	CA125	58.00 ↑	U/ml	0~35
7 糖基类抗原199	CA199	111.07 ↑	U/ml	<0~37
8 非小细胞肺癌相关抗原	CYFRA21-1	1.02	ng/ml	0~3.3
9 糖基类抗原153	CA153	11.70	U/ml	<0~30
10 糖基类抗原242	CA242	5.99	U/ml	<0~20
11 鳞状细胞癌抗原	SOC	0.10	ng/ml	<1.5
12 胃泌素释放肽前体	ProGRP	20.67		0~37.7
13 神经元特异性烯醇化酶	NSE	27.98 ↑	ng/ml	0~16.3

项目	代号	结果	参考范围	项目	代号	结果	参考范围
1 白细胞计数	WBC	7.34	3.5~9.5 $10^9/L$	18 红细胞体积分布宽度RDW-CV	12.1	↓ 12.3~14.8 %	
2 中性粒细胞百分比	NE%	72.4	40~75 %	19 红细胞体积分布宽度RDW-SD	45.5	38.3~51.5 fL	
3 淋巴细胞百分比	LY%	21.1	20~50 %	20 血小板计数	PLT	226 $125~350 10^9/L$	
4 单核细胞百分比	MO%	5.7	3~10 %	21 血小板压积	PCV	0.25 0.077~0.3 %	
5 嗜酸性粒细胞比	EO%	0.4	0.4~8.0 %	22 平均血小板体积	MPV	10.90 ↓ 11.7~16 fL	
6 嗜碱性粒细胞比	BAE%	0.4	0~1 %	23 血小板体积分布宽度PDW	12.30	↓ 13.8~25.4 fL	
7 淋巴细胞计数	LY#	1.55	1.1~3.2 $10^9/L$	24 大血小板细胞比率	PLCR	31.10 11.0~45.0 %	
8 中性粒细胞计数	NE#	5.31	1.8~6.3 $10^9/L$	25 有核红百分比	NRBC%	0.0 %	
9 单核细胞计数	MO#	0.42	0.1~0.6 $10^9/L$	26 有核红绝对值	NRBC#	0.00 $10^9/L$	
10 嗜酸性粒细胞计数	EO#	0.03	0.02~0.52 $10^9/L$				
11 嗜碱性粒细胞计数	BAE#	0.03	0~0.06 $10^9/L$				
12 红细胞计数	RBC	4.77	3.8~5.1 $10^{12}/L$				
13 血红蛋白	HGB	155.0 ↑	115~150 g/L				
14 红细胞压积	HCT	48.20 ↑	35~45 %				
15 平均红细胞体积	MCV	101.00 ↑	82~100 fL				
16 平均血红蛋白含量	MCH	32.50	27~34 pg				
17 平均血红蛋白浓度	MCHC	322.00	316~354 g/L				

中文名称	英文缩写	结果	单位	参考范围
1 C反应蛋白	CRP	22.100 ↑	ng/L	0~8
2 超敏CRP	hsCRP	22.000 ↑	ng/L	0~3

●讨论：诊断考虑？治疗方案？

●临床讨论：

anne 医生：

病例特点：

- 1.青年男性，隐匿起病；
- 2.咳嗽、咳痰 1 周，咯血 1 天；
- 3.吸烟 20-30 支每日，烟龄 2 年余；
- 4.双侧胸廓对称，胸骨无压痛，无胸壁静脉曲张，双肺叩呈清音，双肺呼吸音粗，左下肺可闻及少量湿啰音。
- 5.血象不高，CRP 及 Hs-CRP 以及肿瘤标志物中 CA199、CA125、NSE 升高，SF 偏高；D-二聚体偏高。肝肾功及心肌酶学无明显异常；
- 6.影像学检查提示：左肋膈角变钝，左下肺不规则密度增高影。

根据以上特点，本例初步诊断：左侧周围型肺癌（腺癌可能性大）

诊断依据：

- 1.青年男性，有吸烟史 2 年多；
- 2.肿瘤标志物检测 CA199、CA125、NSE 升高，SF 偏高；

3.影像学检查所见。

处理原则：暂按炎症抗感染处理；积极病理活检确诊，明确诊断后手术+化疗治疗。

zhwshzhs:

秋季燥热，阴虚肺燥，肺失濡养，宣降失职，阴虚火旺，火烁肺络，咳嗽咯血。可以选沙参麦冬汤，百合固金汤。

Derui0162:

诊断：肺隔离症

支气管扩张并咯血？

进一步治疗方案：

三维重建，看有无动脉与病灶相连，明确诊断。治疗首先抗感染治疗。包括抗铜绿假单胞杆菌。

旧日足迹：胸部CT怎么没有肺窗？

ww2sxy520:

照片太多，肺窗被误删了。

●诊断：肺隔离症

肺隔离症系指部分肺组织发育不全，无呼吸功能，与邻近正常肺组织隔离；其动脉供血和静脉回流异常，且隔离肺内支气管与邻近正常支气管不通，是一肺先天发育畸形。

1.分型：根据隔离肺组织的部位，分为两型：

(1) 肺内型：隔离肺叶包含在正常肺叶的脏层胸膜内，是肺隔离症最常见的类型，肺内隔离症占所有隔离症的75%。多见于肺下叶后段。尤以左侧后基底段为主，多无症状，出现症状多在成年，表现为胸痛、同一部位反复感染、咳嗽、咳痰、咳血等，如在儿童发生，可有异常杂音，有时表现为先天性心力衰竭，类似左-右分流先天性心脏病。

(2) 肺外型：异常肺组织与正常肺组织完全分享，有自己的脏层胸膜覆盖，占肺隔离症的25%。左肺下叶与横隔之间。症状发生较早，表现为新生儿呼吸窘迫、发绀、先天心力衰竭等。

2.发病机制：不明确。

3.临床表现：多在20岁左右发现，男略多于女。肺内型有咳嗽、咳痰、反复肺炎。肺外型症状少见。

4.影像学检查：肺内或肺门软组织肿块、囊肿、斑片状影、肺组织血管影增多、纵隔肿块并临近肺气肿。异常动脉多为单只大血管，直径>6mm，将近70%异常动脉来自胸主动脉，25%来自腹主动脉或腹腔干，少数来自冠状动脉等。

颈动脉夹层致脑梗死一例

作者：doctors00

链接：<https://bingli.iiyi.com/show/61495-1.html>

【一般资料】

男性，21岁，大学生

【主诉】

突发头痛、右侧肢体无力8小时

【现病史】

患者8小时前晚饭后突然出现轻微头痛，去学校医务室查血压、体温正常，未在意，回到宿舍后自觉右侧肢体无力，但程度轻，自以为是劳累所致，未在意就睡觉了。第二天晨起醒来发现右侧肢体不能活动，头痛明显，言语稍含糊，无恶心、呕吐、抽搐、发热、胸闷、大小便失禁等。由学校送来就诊。初诊头颅CT未见异常，急诊MRI提示“左侧大脑中动脉供血区急性脑梗”，拟诊“急性脑梗死”收住入院。

【既往史】

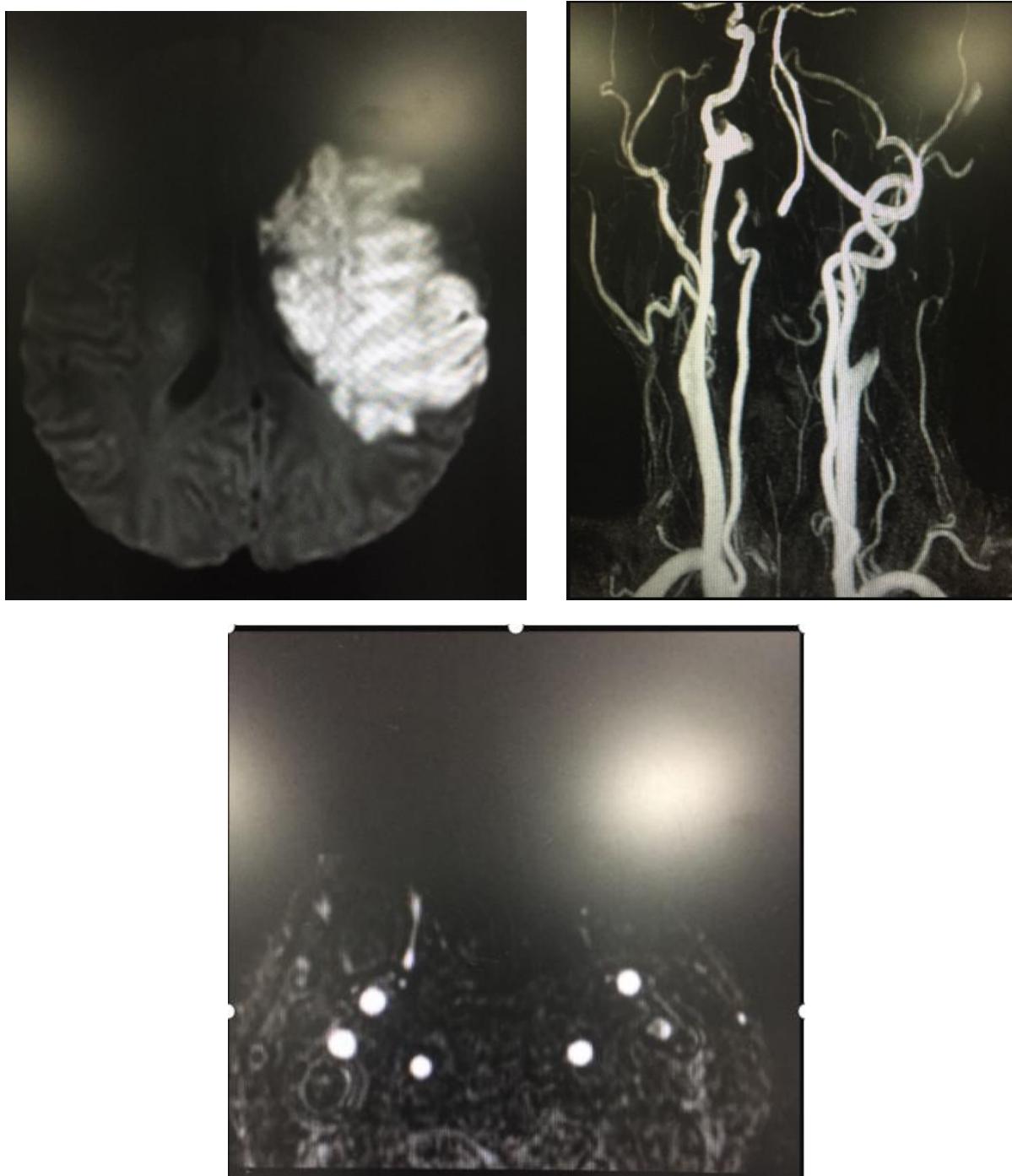
既往身体健康，否认高血压、糖尿病、心脏病等，否认肝炎、结合、伤寒史，否认药物、食物过敏史。

【体格检查】

T:36.8℃,P:72次/分,R:18次/分,BP:132/78mmHg。神志清楚，精神皮肤黏膜正常，未扪及浅表淋巴结肿大，言语含糊，部分性运动性失语，双侧瞳孔等大等圆，光敏，无偏盲，右侧鼻唇沟稍浅，口角左歪，伸舌右偏，颈软，双肺呼吸音粗，未闻及啰音，心率72次/分，节律齐，未闻及明显杂音，腹部软，无压痛，肝脾肋下未扪及，肠鸣音正常，肢体无浮肿。右侧偏身痛觉减退，右上肢肌力Ⅲ级，右下肢Ⅱ级，右侧正常，肌张力正常，腱反射正常，右侧巴氏征阳性，左侧阴性。

【辅助检查】

入院后查血、尿、粪常规正常；同型半胱氨酸、甲功、叶酸、维生素B12、糖化组合、肿瘤系列、输血全套正常，自身抗体阴性，凝血系列，生化常规正常，颈动脉彩超左侧颈内动脉闭塞，夹层可能，心电图：正常，查头颈部MRA提示左侧颈内动脉起始部闭塞，后查高分辨MRA证实为颈内动脉夹层（双腔征）。

**【初步诊断】**

急性脑梗死

【鉴别诊断】

脑肿瘤：一般缓慢起病，逐渐加重，表现为颅高压症状和神经功能缺损症状，该患者急性起病，且病灶无明显水肿，不考虑。线粒体脑肌病：一般患者身材偏矮小，多有糖尿病或糖耐量异常或相关家族史，其中 MELAS 发病可以类似脑卒中，但病灶一般以皮层为主，CT 上常有钙化灶，目前不首先考虑。

【诊治经过】

入院后经过检查考虑颈动脉夹层引起，最稳病史，发病当天傍晚患者进行可打篮球运动，考虑与此有一定关系。入院后给予阿司匹林、氯吡格雷双联抗血小板聚集、阿托伐他汀调整、依达拉奉清除氧自由基、胞磷胆碱改善代谢，并给予指导床边康复训练、高压氧疗等措施，患者病情逐渐平稳，13 天时出院继续门诊康复治疗，嘱一月后复查颈动脉彩超看夹层有没有再通。

【临床诊断】

急性脑梗死，颈动脉夹层

【分析总结】

该患者是典型的年轻患者，既往无特殊心脑血管基础疾病及家族史，故病因不首先考虑动脉粥样硬化性疾病，要考虑血管夹层、血管炎、心脏疾病引起的栓塞、血液成分异常等，经过检查确诊为颈动脉夹层引起。颈动脉夹层是青年卒中的一个比较多见的原因，在颈部剧烈活动、按摩等情况下容易诱发，需要询问有无相关诱因。颈动脉夹层预后一般良好，可以考虑双联抗血小板聚集一月后复查是否再通或改善。

编 辑：刘现国

责任编辑：绿漫天涯

砂仁

别名：春砂仁、缩砂仁、缩砂蜜。

来源：姜科植物阳春砂的干燥成熟果实，分布于我国福建、广东、广西和云南等地。

形态：株高1.5~3米，茎散生；根茎匍匐地面，节上被褐色膜质鳞片。中部叶片长披针形，长37厘米，宽7厘米，上部叶片线形，长25厘米，宽3厘米，顶端尾尖，基部近圆形，两面光滑无毛，无柄或近无柄；叶舌半圆形，长3~5毫米；叶鞘上有略凹陷的方格状网纹。穗状花序椭圆形，总花梗长4~8厘米，被褐色短绒毛；鳞片膜质，椭圆形，褐色或绿色；苞片披针形，长1.8毫米，宽0.5毫米，膜质；小苞片管状，长10毫米，一侧有一斜口，膜质，无毛；花萼管长1.7厘米，顶端具三浅齿，白色，基部被稀疏柔毛；花冠管长1.8厘米；裂片倒卵状长圆形，长1.6~2厘米，宽0.5~0.7厘米，白色；唇瓣圆匙形，长宽约1.6~2厘米，白色，顶端具二裂、反卷、黄色的小尖头，中脉凸起，黄色而染紫红，基部具二个紫色的瘤状斑，具瓣柄；花丝长5~6毫米，花药长约6毫米；药隔附属体三裂，顶端裂片半圆形，高约3毫米，宽约4毫米，两侧耳状，宽约2毫米；腺体2枚，圆柱形，长3.5毫米；子房被白色柔毛。蒴果椭圆形，长1.5~2厘米，宽1.2~2厘米，成熟时紫红色，干后褐色，表面被不分裂或分裂的柔刺；种子多角形，有浓郁的香气，味苦凉。花期：5~6月；果期：8~9月。

栽培：阳春砂栽培于山地荫湿之处，喜气候温暖、潮湿、富含腐殖质的山沟林下阴湿处。

性味功能：味辛，性温；化湿开胃、温脾止泻、理气安胎。

用途：用于湿浊中阻，脘痞不饥，脾胃虚寒，呕吐泄泻，妊娠恶阻，胎动不安。

用法用量：内服3~6克，入煎剂宜后下。

经验鉴别：本品以个大、坚实、仁饱满、气味浓厚者为佳。以阳春砂质量为优。



蓝花丹

别名：花绣球、蓝茉莉。

来源：白花丹科植物蓝花丹的干燥根，原产南非南部，我国华南、华东、西南和北京常有栽培。

形态：常绿柔弱半灌木，上端蔓状或极开散，高约1米或更长，除花序外无毛，被有细小的钙质颗粒。叶薄，通常菱状卵形至狭长卵形，有时椭圆形或长倒卵形，长3~6厘米，

宽1.5~2厘米，先端骤尖而有小短尖，罕钝或微凹，基部楔形，向下渐狭成柄，上部叶的叶柄基部常有小形半圆至长圆形的耳。穗状花序约含18~30枚花；总花梗短，通常长2~12毫米，穗轴长2~5厘米，与总花梗及其下方1~2节的茎上密被灰白色至淡黄褐色短绒毛；苞片长4~10毫米，宽约1~2毫米，线状狭长卵形，先端短渐尖，小苞长约2~6毫米，宽约1~2毫米，狭卵形或长卵形，先端急尖或有短尖；萼长11~13.5毫米，萼筒中部直径约1~1.2毫米，先端有5枚长卵状三角形的短小裂片，裂片外面被有均匀的微柔毛，萼筒上半部或上部和裂片的绿色部分着生具柄的腺；花冠淡蓝色至蓝白色，花冠筒长3.2~3.4厘米，中部直径0.5~1毫米，冠檐宽阔，直径通常2.5~3.2厘米，裂片长约1.2~1.4厘米，宽约1厘米，倒卵形，先端圆；雄蕊略露于喉部之外，花药长约1.7毫米，蓝色；子房近梨形，有5棱，棱在子房上部变宽而突出成角，花柱无毛，柱头内藏。果实未见。花期6~9月和12~4月。

栽培：叶子花喜温暖、湿润环境，多栽培于山地荫湿、富含腐殖质的林下阴湿处。

性味功能：味甘、性温；活血止痛，化瘀生新。

用途：用于脘腹胁痛、跌打损伤、骨折。

用法用量：内服1.5~6克。

经验鉴别：本品以干燥无杂质者为佳。



翠芦莉

别名：蓝花草、兰花草。

来源：爵床科植物翠芦莉的干燥全草，原产墨西哥，我国大部分地区均有栽培。

形态：有高性或矮性，株高20~60厘米。茎略呈方形，红褐色。单叶对生，腋出，线状披针形。叶暗绿色，新叶及叶柄常呈紫红色。叶全缘或疏锯齿，叶长8~15厘米，叶宽0.5~1.0厘米。花腋生，花径3~5厘米。花冠漏斗状，5裂，具放射状条纹，细波浪状，多蓝紫色，少数粉色或白色。花期3~10月，开花不断。春至秋季均能开花，花期极长，花谢花开，花姿幽美，日日可见花。果实为长型蒴果，等到种子成熟后蒴果会裂开，散出细小如粉末状的种子。春、秋季为适期。成熟种子落地能发芽成长。



栽培：翠芦莉耐旱和耐湿力均较强。喜高温，耐贫瘠力强，耐轻度盐碱土壤。对光照要求不严，全日照或半日照均可。

性味功能：味甘、性平；益气补虚、活血消肿、解毒。

用途：用于体虚头晕、跌打损伤、骨折、口舌生疮、蛇咬伤。

用法用量：内服9~15克；外用适量，捣敷。

经验鉴别：本品以干燥无杂质者为佳。

编　　辑：王颖健

责任编辑：金陵一剑

快速康复外科在腹部外科中的临床应用

作者：范斌^[1]、万千^[1]、董卫明^[2]、保砚^[2]、徐丽丽^[3]

作者单位：[1] 中国人民解放军空军军医大学附属西京医院 肝胆外科

[1] 银川市妇幼保健医院、儿外科

[2] 银川市第二人民医院、急诊科

[3] 中国人民解放军第五医院肝胆外科、普外科

快速康复外科（fast track surgery, FTS）在临床中腹部外科的应用研究较多，这篇文章就其最近这些年的 FTS 理念在腹部外科中的应用情况及相关研究进展做一综述，以期待对腹部外科临床工作有一些帮助。

1.FTS 的起源及最新的相关进展研究

FTS 也被叫做术后促进康复计划（enhanced recovery after surgery program, ERAS program）是在围手术期病理生理学的基础上做出的最好解释，用循证医学的原则重新整合麻醉镇痛和微创手术技术的一种围手术期的临床多学科的综合应用措施^[1]。最早由丹麦腹部外科医师 Henrik Kehlet 在 2001 年提出的^[2]。主要目标是通过多学科协作的方式促进患者术后恢复，缩短手术后住院时间（length of hospital stay, LOS）。减少手术后的应激反应和术后并发症的发生、降低病死率等而采取的一系列措施。FTS 理念是以患者为中心的具体体现。FTS 包括手术前对患者的相关疾病宣教及无微不至的人文关怀等合理的术前准备，经验丰富的麻醉医生在术中对麻醉的处理和经验丰富的腹部临床外科医生在手术中的精细操作技术，以及麻醉医生对患者术后的有效镇痛、最大可能的减少围手术期的各类相关并发症。同时有一些相关的临床指南中也提出了快速康复外科管理使用 LOS 平均减少 2~3d，以及根据相关文献报道 FTS 与传统手术治疗相比显著降低 LOS，且不增加再次住院率^[3-5]。因此，不仅包括外科医生、麻醉医生、护士，也包括患者及家属的积极参与和配合，所以说 FTS 是一个多学科协助的过程。

2.FTS 的病理生理基础

腹部外科术后康复的过程是与围麻醉期镇静、镇痛，手术医生的操作精细程度，患者手术创伤后的应激反应和手术后切口疼痛及肠道蠕动减慢与肠道麻痹所导致的手术后肠胀气有间接或直接的关系。手术创伤的应激反应其本质实际上就是下丘脑-垂体-肾上腺皮质轴的激活，通过相关激素的分泌情况就可以反应出交感神经的兴奋程度^[6]。外科手术后的应激反应可能与细胞或组织的分解代谢、器官功能情况或器官代谢情况的有关联系。这时使患者住院或者康复时间延长的原因就是应激情况导致的全身性炎症反应使机体免疫力降低，使胃肠道活动减弱产生肠胀气。极少数人群会因为严重的感染导致机体多脏器功能衰竭(MODS)。在 2009 年的中华普通外科杂志中的第 7 期第 24 卷 554-557

页中记录了王东升、周岩冰、孔营等专家^[7]的《加速康复外科对胃癌患者免疫功能及临床结局的影响》一文中记录了通过研究观察胃癌患者术后血清中的 IgA、IgM 及 IgG 的含量变化，发现了实验组和对照组从手术后第 1 天开始血清中的 IgA、IgM 及 IgG 的定量都呈现下降的趋势，但在手术后 7 天左右才逐渐的恢复正常水平，这就可以充分的说明胃癌手术后的创伤及应激导致了患者机体的体液免疫系统功能确实有下降的情况，所以导致患者手术后的恢复时间及康复时间延长。

根据相关调查在围手术期间的应激反应包括多方面的因素，并非单方面因素导致，主要包括了以下几个因素。①术前准备中护士与手术医生对患者的病情及手术未讲解清楚，人文关怀未做到。所以患者出现手术前紧张情绪、如：对疾病的不理解和对手术产生的恐慌。②手术中麻醉医师缺乏经验，手术医生操作技术的精细度欠佳，导致患者术后出现明显的麻醉后副反应和切口疼痛。③手术后主管医生对于手术患者的补液治疗缺乏经验，导致补液量不足、过多等相关问题。④手术中层流手术室温度较低，或护士未对患者进行有效的保暖措施，导致患者体温较低等相关因素。Wilmore 等^[8]专家学者在 2001 年的研究报道中证实，绝大多数的外科手术后器官功能损害及并发症与手术后创伤诱发的应激反应有着密切关系。主要表现为患者手术前对手术的惧怕、恐慌、焦虑等相关因素有直接的关系。这是使机体对于手术中的麻醉和手术侵袭产生的对抗反应及术后疼痛等^[1, 9]。

3.FTS 的具体内容

3.1 术前的 FTS

3.1.1 术前宣教及人文关怀：FTS 中患者是主体，单就术前宣教的对象来说，他不仅仅是患者也包括患者家属和相关陪护人员。充分的术前宣教和人文关怀，可以使患者大大消除手术前的焦虑、恐慌，平稳患者的情绪，使患者以最佳的心态去接受手术，促进患者早日康复。主要的宣教内容有①介绍疾病的发病因素、发病机制、后期的发展、治疗手段和预后情况。②告知患者在手术后各个康复阶段可能需要的时间和相关的方式方法。③术前鼓励患者术后早期下床适当运动，恢复肠道蠕动、避免肠麻痹、肠胀气。④术前鼓励患者术后早期进食，补充能量。这样就可以使患者减低手术应激情绪，让患者更好的配合相关治疗。加速手术后的康复^[10]。另一方面也是通过良好有效的医患沟通，让患者对医护人员产生信任感，便于以后医疗护理工作的良好开展。

3.1.2 术前疾病情况评估：手术医生前手术前的评估应该慎重、权衡手术的中可能发生的意外和手术相关的风险。在姜红池、王刚^[11]。通过研究快速康复外科理念在原发性肝癌围手术期的应用中通过研究论证了。对于原发性肝癌的手术切除治疗中，除了常规的血常规、血生化、血小板计数、凝血功能实验及 Child-Pugh 分级外，还可以联合应用吲哚氰绿 15min 潘红率、透明质酸盐检测、MELD 模型等多种指标，科学充分的定量评价肝功能状态及肝脏储备功能，指导手术方式的准确应用。仔细研究和分析影像学资料，了解肝肿瘤位置、大小、数量及是否有远处转移，为最佳手术方案的选择提供依据。传统的二维影像学资料往往无法明确病灶与周围肝组织的空间结构关系及拟切除肝脏的内部结构，医生只能凭借经验制定手术计划，导致预定手术方案的准确性和实用性有所差异。但是 CT 和 MRI 的三维重建技术可以清楚的显示肝内血管、胆管的走形、分布及与肿瘤的空间位置关系，血管及胆管的侵犯程度，使外科医生在手术前就可以依靠计算

机辅助手术规划系统虚拟手术切除过程，最终准确预测肿瘤的切缘宽度、肝切除量及余肝功能性体积，并且预知手术中可能出现的意外情况和防治措施，从而最大程度的保留余肝血管解剖结构的完整性。保证了手术中可以更加精细的分离。由此可以看出患者手术前疾病病情评估对患者手术方式的指导、术后康复速度均有明显的临床联系。

3.1.3 术前营养储备及功能训练：加强患者手术前的营养储备是非常重要的，加强营养可以增强患者对手术的耐受力，促进切口愈合以及腹腔内吻合口的愈合，还可以增强患者的抵抗力，最大限度的降低手术感染等相关的并发症发生率。术前饮食一般要求以清淡为主、易消化、易吸收、富含营养的食物为主。建议以少食多餐高维生素、高蛋白、低脂、低盐饮食为原则。对于体质较弱的患者和高龄患者除了需要增加营养之外还要注意术前的锻炼（如缩唇呼吸、服用葡萄糖水），通过锻炼不仅可以增加心肺功能外还可以加强患者对手术的耐受力和减低手术的应激性反应。同时良好的功能训练还可以有助于缓解患者对手术的紧张情绪^[12]。

3.1.4 术前禁食与肠道准备：手术前 12h 禁食、水是术前常规准备之一。目前国内外科医生认为手术前过早的禁食水，容易导致手术后的胰岛素抵抗，如果在增加手术后的输液量，就会加重应激反应。因此我们对不能确定的患者可以再手术前通过口服葡萄糖水或者静脉滴注葡萄糖注射液，这样就可以大量的减轻手术创伤所导致的患者胰岛素抵抗。

对于胃肠道的手术来说，以往都采用常规的肠道手术准备方式，最大限度的降低手术中对腹腔的感染和手术后相关吻合口发生漏的概率。但是 FTS 的理念却有所不同。2009 年 Cochrane 系统性的回顾病例共 4777 例，发现手术前肠道准备组和未行肠道准备组的吻合口漏的发生几率之比为 4.2% 和 3.4%，手术后感染率之比为 9.6% 和 8.3%，综上所属肠道准备组和未行肠道准备组而言，肠道的准备与手术后的吻合口漏及感染无明显的关系^[12]。

翁延宏、叶小丽、朱永^[13]在《安徽医学医学》2009 年第 8 期 30 卷的 928-930 页的“快速康复外科理念在胆囊切除术中的应用”中页明确阐述了胆囊切除手术的术前准备方案为不做常规肠道准备，手术前也无禁食（具体方案为：术前 8h 给予 10% 葡萄糖 800mL、术前 2h 400mL 口服），其次手术中也限制了补液总量，术后 24h 补液停止，术后早期鼓励患者下床适当活动、早期进流食（具体方案为：术后 4h 口服 10% 葡萄糖 200ml，8h 后再次口服 400 ml），次日进流食，通过观察并未增加术后并发症的发生率。

周海洋、王石林、郑爱民等^[14]在《武警医学》2010 年第 11 期 21 卷的 936-938 页的“快速康复外科理念在右半结肠切除术中的应用与评估”中经过临床证实了右半结肠切除术的术前准备方法是手术前一晚 12: 00 前可以进全流食，不用行清洁灌肠；手术结束后就可拔除胃管，术中所留置的尿管可以再手术后 12h 内拔除，腹腔留置的引流管可以再手术后 48h 内拔除；手术后均用镇痛泵至少达到 48h，对于极个别对疼痛较为敏感或对疼痛耐受力较低的患者必要时可以加用止痛药；鼓励患者早期进食，包括手术后 24h 内就可以开始进流食，并且可以口服肠内营养制剂，根据耐受情况逐步过渡到流食、半流食、普食，后观察总结并未发现有增加手术后并发症的发生率。

何志国、唐云、吴会国^[15]在《中华临床营养杂志》2010 年第 1 期 18 卷的 29-31 页的“陕速康复外科在胃癌患者围手术期应用的临床效果”中再次经过临床证实胃癌切

除术的围手术期中术前准备的方法是不常规进行肠道准备，在手术前的 12h 开始口服肠内营养混悬液 500mI，手术前 2h 经周围静脉输注 10% 葡萄糖 500mI 加生理盐水 500 mI，并且不留置腹腔引流管；同时在不影响手术精细操作及手术速度的前提下尽可能小切口完成手术；手术结束前经腹壁穿刺置入空肠营养管，并且观察术后并发症的发生率无明显增加。

3.1.5 术前手术区域皮肤准备：经一系列相关研究证实；手术区域备皮距手术开始时间越短，切口手术后的感染率就越小。近些年来一些医疗机构对此进行了改进，要求在手术当天完成手术区域皮肤准备即可^[12]。

3.2 术中的 FTS

3.2.1 优化麻醉方案：良好的术中麻醉管理和有效的手术后镇痛是实施 FTS 的基本保障，同时麻醉是手术中关键的一个步骤，成功与否都可以直接影响到手术患者术后的状态和康复时间。使用起效迅速、作用时间短、残余效应较小的吸入性麻醉剂如七氟烷、地氟烷，以及持续静脉输注短效阿片类受体抑制剂（如瑞芬太尼）和丙泊酚等，可以让患者快速苏醒，减少对机体的生理影响。相对于全麻患者来说，一些局部麻醉及神经阻滞麻醉。比如：硬膜外麻醉或蛛网膜下腔麻醉不仅可降低心脏的负荷、保护心脏、肺脏的功能，还可以减少手术后的肠胀气、肠麻痹的发生，降低手术导致的神经内分泌代谢的应激反应^[16,17]。主要表现为交感及肾上腺皮质反应减轻、负氮平衡减少、糖耐量改善^[18]。同时硬膜外麻醉和手术后的止痛有利于改善腹部手术后腹腔内肠道吻合口血供，促进吻合口愈合^[19]。Rogers 等^[20]对比下腹部手术应用硬膜外和脊椎麻醉与全身麻醉的结果，硬膜外麻醉病死率下降 30%，主要的并发症如静脉血栓、肺梗死、肺炎、心肌梗死等并发症的发生率都有所下降。使患者缩短住院时间，加快康复速度。

3.2.2 最佳的手术方式：微创技术的核心是减轻手术创伤机体造成的应激反应。手术中微创技术的实施包含了手术切口的选择，腹腔镜技术的开展，Addision 镊和综合无血术野等技术的应用。“损伤控制性手术”概念的提出，可以更好的达到减轻手术创伤和应激的目的^[21]。微创技术的使用能够减低手术后机体的免疫抑制和炎症反应，改善心、肺功能和减小手术后肠胀气、肠麻痹发生^[22]。缩短手术住院患者的住院天数，加快了手术后的康复速度。

3.2.3 术中保温措施：术中低体温是指机体中心温度小于 35℃。手术时间大于 2h。持续的术中低温可抑制血小板功能、损害凝血机制、甚至引发低温、凝血障碍和代谢性酸中毒的致死三联征^[23]。低温还能诱发心率失常、切口感染，机体分解代谢增强及患者的不适感明显增加，婴儿和老人受此影响严重。因此预防患者术中低温的发生越来越受到重视。手术台床垫加热保暖，手术中冲洗腹腔的液体可选可以用大量温生理盐水或蒸馏水，进行连续动态体温监测等措施可大大降低手术风险，维护重要脏器功能，改善患者预后^[24,25]。

张幼丽、陈淑芳，郑琼^[26]等在 2012 年的齐鲁护理杂志中“术中保温对剖腹肝胆手术患者围手术期低体温的影响”中提到了，肝胆手术容易导致患者体温下降，有些时候可以比正常体温低 1~2℃，可以使患者的免疫功能下降从而增加了手术后的切口感染，严重时可以导致其他相关脏器功能不全，并使凝血机制紊乱，使患者出血倾向明显，严重时还可诱发心律失常，影响患者预后恢复，因此术中应采取积极的保温措施，使患者

体温保持在 37℃ 左右，以利于患者的康复^[27]。

3.2.4 术中科学的补液：手术中合理的补液是麻醉期间维持有效血液循环、组织灌注以及维持内环境稳态的主要方法。但是 FTS 倡导推荐使用“目标导向型补液”它是指在保证有效循环血量的大前提下，避免过量输液，从而减少并发症和住院时间。

比如术中对合并肝硬化的肝癌患者给予大量液体输注，特别是晶体液，大量输注晶体液就会加重心肺负担还会导致组织水肿，严重时可导致心肺脑等重要脏器的并发症。延长患者恢复时间。增加住院天数。但是如果按照“目标导向型补液”来给予补液的原则来实施就会避免在手术后出现心肺脑等重要脏器的并发症和组织水肿。

3.2.5 优化引流管的使用：以前的传统观点是认为腹部外科手术后放置引流管是为防止手术后二次出血及胆瘘或肠漏等相关并发症出现时无法及时观察到，及时处理等原因。但近些年我国腹部外科多采用微创手术技术、小切口治疗疾病，以及手术中先进的止血技术（如超声刀、高频电刀）和高科技的止血材料（明胶海绵、止血纱布、泰林 S-100 等）的应用有效的降低了手术后二次出血的可能性。同时随着我国医疗事业的发展抗菌微桥、普利林、PDS 等一系列优质缝线的出现和对手术医师的操作技术提高，术后发生胆瘘、肠漏的可能性大大降低。放置引流管会使患者增加心理及生理负担，不利于手术后早期下床等快速康复原则。我院近些年在肝胆外科提出了手术医生精细操作，并且将应用肝门阻断的办法和精准肝切除外科手术技术相结合后，明显降低了围手术期的死亡率和并发症的发生率，提高了手术的远期效果和安全性。所以说手术后不常规放置腹腔引流管是安全的，可以加速患者恢复，早活动、早进食。对于个别必须要放置引流管的患者来说在安全的基础上，引流管拔除越早，对于患者的术后早期恢复越好。

3.3 术后的 FTS

3.3.1 术后多模式止痛：对于腹部外科而言包含了胃肠外科、肝胆外科、胰脾外科。因此腹部外科的手术切口较大，手术后疼痛明显，疼痛评分较高，这时良好的术后镇痛就尤其重要。良好的术后镇痛可以使患者减少手术后的应激反应和缩短手术后住院天数。FTS 要求对患者进行有效的术后镇痛。推荐术后 48h 内给予硬膜外导管持续镇痛，镇痛方案多选用局麻药品+小剂量阿片类镇痛药品（多选用瑞芬太尼+布比卡因），既能有效的控制手术后疼痛，又能减少阿片类镇痛药物的使用。如果疼痛控制欠佳，可在术后第 1 天起或术后 48h 后给予加巴喷丁、对乙酰氨基酚、非甾体类抗炎药如塞来昔布、丙帕他莫等加强或维持镇痛效果^[28]。

术后多模式的镇痛方案有以下几个方面益处：（1）减少术后应激反应（2）减轻术后恶心呕吐及肠麻痹及肠胀气（3）利于患者早期活动，加速胃肠道功能恢复^[29]。

3.3.2 术后恶心、呕吐及肠麻痹（肠胀气）的防止：手术后患者出现恶心、呕吐有可能与麻醉方法、手术类型、阿片类药物的使用有相关联系。建议可以通过让患者口服适量的止吐剂控制。降低手术后肠麻痹和肠胀气的方法有：使用非阿片类药物、硬膜外镇痛、咀嚼口香糖、避免使用胃管以及手术中及手术后的合理补液^[30]。

3.3.3 术后早期下床活动：手术患者后长期卧床会影响全身肌肉的复健和肺功能的恢复，且长期卧床会导致深静脉血栓的形成导致肺栓塞和严重的肺部感染。鼓励患者术后早期下床活动，能促使胃肠功能恢复，避免肠胀气、肠麻痹的发生率。同时患者早期下

床活动，通过全身肌肉活动及挤压还会促进血液循环，预防精神抑郁，对缩短手术后患者恢复时间和使患者尽可能的快速恢复日常生活能力有重要的作用。

3.3.4 术后早期进食：通过调查我院传统观念认为腹部手术，术后患者肛门排气后才能进食，但研究发现^[31]与 FTS 推荐手术后早期恢复经口进食可减少腹部手术感染等并发症、缩短住院时间、不增加吻合口漏的发生、同时可降低高分解代谢和有效减少术后并发症的发生。因此，腹部外科患者术后应早期进食，这样可避免术后长期摄入不足引起的营养不良，对患者术后免疫功能、切口愈合有积极作用^[32]。有研究显示腹部手术后 6h 小肠即恢复正常蠕动，术后早期小肠内液体就开始被再吸收，术后胃蠕动已恢复正常。因此，排气、排便不是进食的必然前提。术后早期经口进食不仅不会增加吻合口漏发生的风险，反而可促进肠蠕动，维护肠黏膜屏障，术后胃肠功能恢复正常的时间提早可减少输液时间，加速患者康复，缩短住院及恢复时间^[27,33]。

3.3.5 术后引流管的早期拔除：长期手术后留置胃管不仅会导致患者恶心、呕吐、咽部不适。还增加了肺部感染的发病率，也限制了患者日常活动和延迟了进食时间。可以在麻醉后清醒 6h 就拔除。长期留置尿管也会增加尿路感染的风险。结合我院我科病人的治疗经验。术后 1 天就可以夹闭尿管，锻炼膀胱功能，拔除尿管。这样就可以使患者早期下床活动，减少患者手术后的尿路感染。但是对于腹腔引流管来说，在术后 2-3d 确定腹腔内没有出血、胆瘘、肠漏就可以复查腹部 CT 进行评估，拔除腹腔引流管。这样就可以有利于患者早期术后恢复。

4. 快速出院的标准：(1)生命体征正常、(2)口服止痛药能止痛、(3)进食固体饮食、(4)无需静脉补液、(5)可自由活动、(6)伤口无渗出、感染或裂开、(7)家庭或所在社区有一定的护理条件、(8)患者愿意并希望回家^[4]。快速康复主要目的是加速康复，缩短住院时间。因此出院计划及标准应在术前及住院时就告知患者。制订适合患者的快速康复计划，客观、准确地评定是否达到出院标准是减少再住院率，增加患者安全及满意度的一个重要措施。由于患者术后仍可能有不同程度的不适，有可能再入院治疗，因此在患者出院后应定期随访，给予周到的后续支持服务，并建立 24h 再入院“绿色通道”以确保患者的生命安全^[34]。

5.FTS 的总结：FTS 是一个由外科手术医生、麻醉医生、专业的护理人员及其他相关的工作者组成的具有良好默契的团队协助完成。但是他们之间的合作还未形成完整的一套体系。这个还要进一步的研究以及制定。同时我们也会为此做出相关的努力。FTS 的本意是加快患者术后康复，较少患者不必要的焦虑、恐慌，从而缩短患者住院时间和减少患者经济负担等为最终目的。但它不是单单的追求减少住院天数和经济负担。所以综上所述：缩短患者住院时间的前提是他必须基于高质量的医疗、护理的基础上。FTS 追求“以患者为中心”，是患者在住院治疗期间获得最大的收益就是我们所有医生最终的追求目标。

参考文献：

1. 汪启斌、向玲，快速康复外科临床应用最新进展，山西医药杂志 2011,40 (11) , 1094-1096。
2. 樊献军、谭黄业、肖咏梅等，快速康复外科在胆总管切开取石术中应用的对比研

究[J], 西南国防医学, 2011,21 (4) , 376-379。

3.吴冬惠、顾伏平、林建平、石飞、陈玉华, 快速康复外科理念在腹部外科中的应用, 人民军医, 2014,57 (5) , 553-555。

4.元海成、秦鸣放, 快速康复外科理论临床研究新进展, 中国中西医结合外科杂志, 2015,21 (5) 534-536。

5.Vlug MS wind J Hollmann。 MW。 er,al,Laparoscopy in combination with fast track multimodal management is the best perioperative strategy in patients undergoing colonic surgery a randomized clinical trial (LAFA-study) [J].Ann surg, 2011,254 (6) , 868-875。

6.Wilmore DW From Cuthbertson to fast-track surgery:70years of progress in reducing stress in surgical patients.Ann surg , 2002,236 (5) , 643-648。

7.王东升, 周岩冰, 孔莹等, 加速康复外科对胃癌患者免疫功能及临床结局的影响, 中华普通外科杂志, 2009,24 (7) , 554-557。

8.Wilmore DW kehrt H Management of patients infast track surgery Br Med J , 2001,322 (24) , 473-476。

9.沈雄飞、程勇, 快速康复外科和腹腔镜在结直肠癌治疗中的应用, 中国普外基础与临床杂志, 2010,17 (5) , 504-506。

10.姜升立、葛步军, 快速康复外科在胃肠手术中的新理念及展望, 国际外科学杂志, 2010,37 (9) , 624-626

11.姜洪池、王刚.快速康复外科理念在原发性肝癌围手术期的应用[J], 中华外科杂志, 2010,48 (20) , 1521-1523。

12.陈刚、丁华、张贯启, 快速康复外科临床应用进展, 结直肠肛门外科.2010,16 (4): 264-265

13.翁延宏、叶小利、朱永等.快速康复外科理念在胆囊切除术中的应用, 安徽医学.2009,30 (8) : 928-930。

14.周海洋、王石林、郑爱民等。快速康复外科理念在有伴结肠切除术中的应用与评估.武警医学.2010,21 (11) : 936-938。

15.何志国、唐云、吴会国, 陕西康复外科在胃癌患者围手术期应用的临床效果, 中国临床营养杂志, 2010,18 (1) : 29-31。

16.汪志伟、李宁、黎介寿, 快速康复外科的概念及临床意义, 中国实用外科杂志.2007,27,131-133。

17.Pasero.C.Belden.J.Evidence-based.perianesthesia care:accelerated.postoperative recovery programs J perianesth Nurs 2006,21,168-176。

- 18.Kehiet H Modification of responses to surgery by neural blockade : clinical implications [J] Lippincott.1998,129-175。
- 19.Schnitzler M kilbride MJ senagore M Effect of epidural analgesia 。 On colorectal anastomotic healing and colonic motility [J] Reganesth 1992,17 (3) 143-147。
- 20.Rogers A Walker N Schugss etal reduction of postoperative mortality and morbidity with epidural or spinal anesthesia results form overview of randomized trials [J] Br Med J 2000,321 (8) : 1493-1504。
- 21.Rotondo MF Zonies DH The damage control sequence and under-lying logic [J].surg clin North AM, 1997,77 (4) : 761-777。
- 22.Kehlet H surgical stress response does endoscopic surgery confer.an.advantage [J] world J sury。 1999,23 (8) : 801。
- 23.Sido B Grenacher L Friess H etal Abdominal trauma [J] or-thopade, 2005,34 (9) 880-888。
- 24.姜红池、孙备、王刚, 快速康复外科的新理念值得重视 [J] 中华外科杂志, 2007,45 (9) 577-579。
- 25.何威、李国新, 快速康复外科的临床应用进展 。 国际外科学杂志 2008,35 (6), 416-419。
- 26.张幼丽、陈淑芳、郑琼, 术中保温对剖腹肝胆手术患者围手术期低体温的影响 [J] 齐鲁护理杂志, 2012:18 (15) : 1-2。
- 27.刘雪芹、仇和悦、冯超, 快速康复外科技术应用于肝胆外科围手术期的研究进展, 当代护士: 2015,11, 20-22。
- 28.SCHULTZ NA LARSEN PN KLARSKOV B etal , EV, aluation of a fast-track , programme for patients undergoing liver re-section [J] Br J surg ,2013,100(1):138-143。
- 29.JIN F CHVNG F .Muvtimodal analgesia for postoperative pain control [J] J clin.Anesth,2001,13(7),524-539。
- 30.韩伟、岳清、闫京哲等, 快速康复外科理念在肝癌切除术围手术期中的应用, 临床肝胆病杂志, 2016,32 (10) , 2007-2011。
- 31.刘小兰、金玉琴、杨丽君等, 快速康复外科理念在肝胆外科围手术期护理中的应用 [J] 中国实用护理杂志, 2010,26 (10) 17-19。
- 32.陈平、姜海涛, 快速康复外科理念对门脉高压症患者门奇断流术后并发症发生的影响 [J] 肝胆外科杂志, 2013, 21, (6) 444-447。 、
- 33.谭黄业、樊献军、肖咏梅, 快速康复外科理念在胆肠吻合术患者的应用研究 (J) 重庆医学, 2014,41 (3) 289-291。

34. 韦健宝, 快速康复外科的临床应用现状, 结直肛门外科 2009,15 (6) 438-440。

儿童难治性肺炎支原体肺炎 26 例临床分析

安建光

陕西省永寿县人民医院儿科（陕西永寿 713400）

【摘要】目的 探讨难治性肺炎支原体肺炎(RMPP)的临床特点及治疗方法。方法 对2010年1月-2016年3月确诊的26例RMPP的临床表现,实验室检查,胸部X线片及治疗情况进行回顾性的分析。结果 用大环内酯类抗生素治疗,疗效不佳时联用利福平或者头孢菌素,必要时用免疫制剂,26例全部治愈。结论 RMPP 虽然病情严重,合并症多,疗程长,如果诊断及时,合理治疗,随时调整思路,均可痊愈。

RMPP 近年来逐年增多,对大环内酯类抗生素不敏感,给临床诊疗带来困难,为探讨 RMPP 的临床特点及治疗方法,现将我院确诊 26 例 RMPP 病例资料报告如下.

1. 资料与方法

1.1 一般资料 目前 RMPP 没有统一的诊断标准,日本学者提出 RMPP 的定义为应用大环内酯类抗生素 1 周或以上,患儿依然发热,临床症状和影像学表现继续加重^[1]。俞珍惜^[2]等研究肺炎支原体肺炎患儿发现 CRP,ESR,LDH 与重症 MPP 独立相关,当 MPP 患儿 CRP>36mg/L, ESR>47.6mm/L,LDH>250IU/L 时可能发生重症/难治性 MPP。国内学者普遍认可以下标准:大环内酯类抗生素治疗效果不佳(应用大环内酯类抗生素 1 周左右,病情未见好转); 合并肺外多系统并发症,病情重; 病程较长,一般大于 3-4 周仍迁延不愈。收集我院 2010 年 1 月—2016 年 3 月符合肺炎支原体肺炎(MPP)的诊断标准^[3]和 RMPP 国内认可诊断条件病例 26 例,其中男 16 例,女 10 例,年龄 6 月—12 岁,其中,6 月-1 岁 2 例, -3 岁 8 例, -7 岁 10 例, -12 岁 6 例。26 例均有咳嗽,发热,伴气喘 6 例,痉挛性咳嗽 13 例,胸痛 3 例,咯血丝痰 2 例,单侧肺呼吸音降低 2 例,血象: 10 例 WBC 数>10x10⁹/L, 2 例 wbc>25x10⁹/L, 以中性粒细胞升高为主, 3 例 wbc<4x10⁹/L, wbc 正常 13 例, ESR 升高 20 例, 26 例入院后查 MP-IgM 和/或咽拭子均阳性。

1.2 肺外并发症: 16 例心肌损害, LBH,AST 升高,其中 6 例 CK-MB 升高; 3 例出现消化道症状,如恶心,呕吐,乏力,肝功能损坏; 2 例出现血尿和蛋白尿; 5 例出现充血性斑丘疹,麻疹样皮疹,3 例有神经系统病变,如头痛,乏力,精神萎靡等。

1.3 胸部 X 线表现: 无特征性,多样化,其中单侧斑片状或/和云雾阴影 16 例,双侧病变 4 例,胸腔积液 2 例,肺门/纵隔淋巴结肿大 2 例,其中 1 例高分辨 CT 显示肺不张。

1.4 治疗与转归: 确诊 RMPP 后均首先给予红霉素静滴,特别在支原体血症期,剂量 30mg/kg/d,出现严重胃肠道反应或耐药菌株出现,改用阿奇霉素静滴,采用序贯疗法,剂量 10mg/kg/d,用 3-5 天,停 4-7 天,总疗程 2-4 周。效果不佳可口服利福平,10mg/kg/d,不超过 2 周。或者根据病原体培养或者药敏试验联用三代头孢菌素用敏感药物治疗。本

组 20 例用了头孢米诺钠。合并 EB 病毒者静滴更昔洛韦治疗，剂量 $10\text{mg}/\text{kg}/\text{d}$ ，1-2 周效果明显。对于高热不退，中毒症状重，胸腔积液患儿，在排除结核感染时，给予糖皮质激素治疗，用地塞米松 $0.3\text{mg}-0.5\text{mg}/\text{kg}/\text{d}$ 静滴，或者强的松 $1\text{mg}/\text{kg}/\text{d}$ 口服，5-7 天热退，用 3-5 天后，逐渐减量，疗程不超过 2 周。胸腔积液患儿 2-3 周积液吸收。对于机体抵抗力低，高热不退，病情严重，免疫功能紊乱患儿用 IVIG, $400\text{mg}/\text{kg}/\text{d}$ 静滴，疗程 3-5 天，本组有 1 例用了 IVIG，效果明显。一例儿童反复面色苍白，口周发绀，呼吸困难，伴发心力衰竭，效果不佳，去外院诊断肺不张，给予雾化吸入，纤维支气管镜检查和治疗，病情痊愈，随访 3 个月，未见复发。伴心肌炎（损害）者给大剂量维生素 C、果糖，肝功能损害给予保肝，尿中有蛋白给予口服强的松等治疗，所有患儿疗程 10 天-32 天，全部治愈。

2 讨论

肺炎支原体 (MP) 是介于细菌和病毒之间的一种微生物，革兰氏染色阴性，它具有细菌和病毒的双重特性，不但可以通过相关致病毒素因子 MPN372 损伤组织，而且 MP 可以通过释放各种毒素酶，过氧化氢和超氧游离体进行细胞氧化损伤^[4]。作为一种超抗原，引起机体强烈免疫反应，产生多种促炎症，抗炎介质，甚至伴发全身炎症反应综合症 (SIRS)^[5]，严重者可危及生命。MPP 作为社区获得肺炎，难治性 MPP 逐年增多，病情重，病程迁延，易出现后遗症，近年引起广泛关注。

RMPP 的发病机制至今不明，目前有以下几个方面的原因：(1)MP 出现耐药菌株：和其它微生物一样，近年来发现部分肺炎支原体耐药。国内外文献报道分离出耐药菌株，证实耐药现象的存在，辛德莉等^[6]通过分子药敏的方法研究耐药率为 59.4%，耐药机制可能是 MP 出现耐药基因。红霉素对部分 MP 不敏感，而阿奇霉素因其组织细胞浓度高，是其血浆浓度的 10-100 倍，在多核细胞肺泡巨噬细胞内浓度为细胞外的 79-300 倍^[6]，并且和靶细胞不宜分离，在组织中维持时间长，对耐药株仍有效。(2) 异常超强的免疫反应导致机体免疫功能紊乱：在 RMPP 中 MP 为一种超抗原，激发机体发生免疫应答，表现为患儿外周血 CD4+T 细胞明显下降，CD8+ 升高，CD4+/CA8+ 明显下降，CD19+ 显著升高，提示患儿 T 淋巴细胞免疫功能下降，B 淋巴细胞异常活化。^[7] T 细胞活化下降导致 B 细胞增殖分化障碍，从而使 T 细胞辅助的抗原特异性抗体产生障碍^[6]，使病原体不能迅速中和，导致病情进一步加重，甚至迁延。超强的免疫反应激活机体释放许多炎症介质及毒素，可以通过各种毒素酶，过氧化氢和超氧游离体或呼吸爆发作用损害机体，因为人的心，肺，脑，肝，肾，皮肤，平滑肌等组织和支原体存在共同抗原，机体产生抗体可以侵犯这些组织，导致自身免疫损伤，这也是临床表现各异，各系统损害的原因。(3) 合并混合感染：在 RMPP 中因为存在免疫功能异常，机体免疫力低，容易导致各种病原体感染，Ferwerda 等报告 MPP 患儿混合其他病原体感染者达 50%，包括病毒，如 EB 病毒，CMV 病毒等，细菌，如草绿色链球菌，流感嗜血杆菌，肺炎链球菌，衣原体，军团菌等的感染^[8]。本组资料合并一例 EB 病毒感染，疗程达 30 余天痊愈。(4) 粘液纤毛系统的损坏：MP 可以凭借粘附蛋白^[4], PI, P30, P116 和 HMW1-3 粘附与呼吸道粘膜上，不宜分离，使纤毛运动功能障碍，加之患儿保护性咳嗽反射较成人差，气道狭窄，痰液粘稠，不宜咳出，气道损伤后，上皮细胞脱落，形成粘液栓阻塞气道，形成肺不张，使病情迁延，治疗困难。(5) 诊断不及时，治疗不彻底：因为 MPP 临床症状多样，体征不明显，胸部 X 线无特异性，抗体一般一周后产生，容易诊断不及

时或者误诊；家属不理解不配合坚持治疗，病情迁延，都可以导致 RMPP 的发生。儿童 RMPP 病例中经常会遇到喘息，婴幼儿多表现喘憋，呼吸困难，年长儿多表现呼吸急促，发热明显，一般比婴幼儿轻。本组病例有 6 例出现喘息。其中一例伴发了肺不张，3 例伴发心力衰竭。日本上原和千叶良报道在 MP 流行时喘息患儿中 MP 感染的发生率为 20.6%-30%，郭章溉等研究哮喘患儿 21% 的病人 MP-IgM 和 MP-IgE 抗体水平 $>1:3$ ^[3]。MP 进入组织后，会产生大量的炎症介质及细胞因子，如 IgE, IL21, IL22, TNF, 干扰素等，使 Th1/Th2 失衡，介导变态反应，导致气道高反应性，从而出现喘息。因此在感染时或者感染后可以出现喘息或者咳嗽变异性哮喘^[1]。本组 6 例喘息的患儿通过雾化吸入 β -2-R 兴奋剂，配合沐舒坦化痰等治疗，喘息停止。RMPP 在治疗中，虽然对大环内酯类抗生素出现耐药菌株，但因喹诺酮类对儿童骨骼发育有不良影响，氨基糖苷类耳肾毒性在临床中受到限制，青，链霉素和磺胺药无效，故仍然作为首选，并且效果已被认可共识。在支原体血症期首选红霉素，在中后期或者对红霉素不能耐受选阿奇霉素，因为红霉素在血中浓度高，阿奇霉素在组织中浓度高，采用序贯疗法，疗程要足。近年来研究发现，红霉素和阿奇霉素不但有抗菌作用，而且还有广泛的非特异性抗炎作用，临幊上已经用于多种难治性疾病。如果效果不佳时可加利福平口服。必要时使用免疫制剂，一般使用糖皮质激素和 IVIG 使用，因为 RMPP 发病机制中存在异常的免疫反应，甚至全身炎症反应综合症（SIRS），导致机体损伤，而激素具有抗炎，抗免疫，抗毒素的作用，故在免疫反应过强使用是必要的。IVIG 是从健康人的血液或人胎盘血提取的制品，含健康人血中的各种抗体成分，主要是 IgG 及亚型。它具有提高机体免疫力，中和病原体，保护组织，具有免疫替代和免疫调理作用。RMPP 存在免疫功能紊乱及机体免疫功能低下，适合重症 MPP 的治疗。本组有 1 例使用 IVIG，高热中毒症状很快缓解，肺部体征逐渐消失。合并感染的治疗：RMPP 多为混合感染，有条件时及时做病原体检测或药敏试验，然后选择敏感药物进行治疗。一般三代或者四代头孢菌素效果好。合并 CMV, EB 病毒感染及时选用更昔洛韦治疗，以免延误病情。如果合并肺不张支原体肺炎必要时应用纤维支气管镜介入治疗^[8, 9]：由于存在黏液-纤毛损伤机制，故易出现肺炎迁延，肺不张，闭塞性支气管炎等，必要时进行纤维支气管镜，支气管肺泡灌洗术^[8, 9]介入治疗，改善通气，缩短病程。本组 1 例患儿因治疗效果欠佳，在院外诊断肺不张，给予介入治疗痊愈，总疗程 1 月余，随访 3 月，未见复发，疗效肯定。因此，对于 RMPP，应该及时确诊，使用红霉素或者阿奇霉素治疗，合并其它病原体给于相应治疗，及时使用免疫制剂，26 例全部治愈，效果明显，值得临床推广使用。

参考文献：

- [1] 石莹，郝创利，32 例难治性支原体肺炎临床分析. 临床肺科杂志，2010，15(4) :542-543.
- [2] 俞珍惜，刘秀云，江载芳，儿童重症肺炎支原体肺炎急性期的相关因素分析. 实用儿科临床杂志，2011, 26 (4) :248.
- [3] 胡亚美，江载芳，诸福棠，实用儿科学[M]. 北京：人民卫生出版社，2002:1205, 633.
- [4] 刘洋，李敏 肺炎支原体肺炎发病机制研究进展，临床儿科杂志，2011，29(2) :196-197。

- [5] Hayden WR. Sepsis terminology in pediatrics [J] JPedialr. 1994,124(4):657-658.
- [6] 辛德莉, 王斯, 韩旭等, 耐药肺炎支原体肺炎患儿的临床特点, 实用儿科临床杂志, 2010,25 (16) :1214-1215.
- [6] 曹兰芳, 儿童难治性支原体肺炎的诊治现状和进展, 临床儿科杂志, 2010,28 (1) :94.
- [7] 马红秋, 李黎, 徐雍等, 肺炎支原体肺炎患儿免疫功能变化及匹多莫德对其治疗作用, 实用儿科临床杂志, 2010,25 (22) : 1704.
- [8] 梁慧, 韩青, 田曼等, 纤维支气管镜检术在儿童肺炎支原体肺炎诊治中的应用, 临床儿科杂志, 2011, 29 (2) :124-125.
- [9] 王莹, 黄英, 李渠北等, 支气管肺泡灌洗术在儿童迁延性肺炎诊治中的作用, 临床儿科杂志, 2011,29 (2) :120-121.

巨脾切除术加门奇静脉断流术治疗肝硬化门脉高压 近、远期临床观察

作者: 范斌^[1]、 、 万千^[2]、 杜小娟^[3]、 金蕴韬^[3]、 王文静^[4]、 徐丽丽^[5]

作者单位:

[1] 空军军医大学附属西京医院 肝胆外科

[2] 银川市妇幼保健医院、儿外科

[3]、[4]、[5] 中国人民解放军第五医院肝胆外科、普外科

【摘要】目的观察巨脾切除术加门奇静脉断流术治疗肝硬化门静脉高压的临床效果。方法 采用巨脾切除术加们奇静脉断流术治疗肝硬化门静脉高压, 脾功能亢进患者 78 例, 观察其临床疗效。结果所有患者均顺利完成脾切除术加门奇静脉断流术, 术后随访 1 年, 随访患者 56 例, 失访 20 例, 死亡 2 例, 1 例死于脑血管意外, 1 例死于上消化道再次出血。结论 巨脾切除术加门奇静脉断流术治疗肝硬化门静脉高压近期、远期效果良好。

【关键词】门静脉高压、脾切除术、门奇静脉断流术

门静脉高压症 (portal hypertension, PHT) 可引起食管胃底曲张静脉破裂出血、脾肿大脾功能亢进、腹水及肝性脑病等并发症, 是导致肝硬化病人死亡的主要原因^[1]。我科选取 2015 年 1 月 1 日~2016 年 1 月 1 日 78 例门静脉高压综合征: 脾功能亢进及胃底食管静脉破裂大出血行巨脾切除术加门奇静脉断流术患者, 对其基本信息、手术效果与并发症的发生情况等进行统计与分析。对其临床疗效进行分析。现报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料选择我院收治的肝硬化、门静脉高压症、脾功能亢进患者 78 例，均行巨脾切除术加门奇静脉断流术。其中男性 54 例，女 24 例，年龄 22~52 岁、平均 41.16 岁；病毒性肝炎性肝硬化 63 例，酒精性肝硬化 14 例，自身免疫性肝硬化 1 例；肝功能分级：child-A 级 28 例，child-B 级 48 例，child-C2 例，脾：I 度 0 例，II 度 34 例，III 度 44 例。51 例患者术前有上消化道大出血的病史，术前白细胞平均 $2.3 \times 10^9/L$ ，血小板平均 $54 \times 10^9/L$ ，血红蛋白平均 90.6g/L。全组病例术前均经 B 超、CT 检查诊断为肝硬化和脾肿大，术前或入院前均经 X 线钡餐和胃镜检查提示有中-重度食管静脉曲张。

1.2 手术方法气管插管静脉复合麻醉。患者取平卧位，向右侧倾斜 15°~30°，可以使脾脏向右侧偏。切口选择左侧肋缘下弧形切口。打开胃结肠韧带，显露胰腺，切开胰腺上缘后腹膜，小心游离出脾动脉结扎，保护脾静脉。此时脾脏逐渐缩小，必要时术者轻轻挤压脾脏，帮助脾脏血经脾静脉流出，然后按照由浅入深先易后难，难而变易，步步为营的原则游离脾周围韧带。为避免损伤胃壁，在分离脾胃韧带时尽量靠近脾分离，先结扎，后切段；断流时胃大弯侧血管尽量缝扎，裸露部位一定要缝合使之浆膜化。脾静脉较为薄弱，可与周围少量组织一起结扎更为牢靠。游离结扎脾脏周围韧带后，用三把脾蒂钳夹住脾蒂。于近脾脏侧切断脾蒂，将脾脏移走。脾蒂近心端 7 号线结扎或缝扎。在第二把脾蒂钳前寻找脾蒂二级血管，直到将二级血管完全游离结扎，用 3-0 普利林无损伤线缝合包埋脾蒂。然后沿着胃大弯、胃小弯侧离断胃底周围血管，包括冠状静脉胃支、胃短静脉及胃左静脉、胃网膜左静脉以及胃后静脉、左膈下静脉；纵行切开食管裂口处浆膜，显露腹段食管，分别离断食管下段周围血管，包括冠状静脉食管支、高位食管支和（或）异位食管支。将腹段食管 7-10cm 范围内全周径裸露^[2]。

1.3 随访 56 例患者均获得随访。随访时间 2 个月到 1 年，2 个月以内的共 18 例，2 个月以上的共 38 例。随访内容①肝功能检测：总胆红素、直接、间接胆红素、转氨酶、ALP、GGT、AFP。②血凝常规检测：出凝血时间、凝血酶原活动度。③胃镜。④B 超。⑤必要时检查乙肝病毒 DNA 定量。

1.4 疗效判定 好：6 月以后复查肝功能和血凝功能正常，胃镜检查无食管静脉曲张和断流术后胃粘膜病变。B 超无腹水

稳定：6 个月后复查肝功能和凝血功能相比较术前明显好转，但是未完全正常，胃镜检查无食管静脉曲张或有轻度曲张无红色征、无断流术后胃粘膜病变，B 超无腹水。

差：6 个月以后肝功能检查较术前明显恶化甚至发生肝衰，胃镜检查发现食管静脉中毒曲张和红色征或术后 1 次以上上消化道出血，B 超检查发现大量腹水。

2 结果

2.1 近期结果

术后 3d 谷丙转氨酶（ALT）、谷草转氨酶（AST）及胆红素（TBIL）相比较于手术前有明显增高，1-2 周有所下降，但是不能恢复至术前水平。手术后 3d 白蛋白（白蛋白 ALB 和球蛋白 GLO）有所下降，经过治疗 1~2 周后恢复到或超过术前水平。术后 3、7、14d 白细胞（WBC）和血小板（PLT）均明显升高，尤其是血小板最高可达 $1160 \times 10^9/L$ ，

部分病例需要抗凝治疗，以防止血栓形成。而手术后红细胞（RBC）和血红蛋白（Hb）无明显下降。术前近期并发症：无死亡及上消化道复发性出血病例，术后中等量腹水 12 例，14 例术后出现不规则或持续性原因不明的发热，其余病例术后恢复顺利，78 例经系统治疗均治愈出院。

2.2 远期效果

2015 年以来随访，56 例生存者除了 3 例再次消化道出血住院治疗治愈，4 例肝炎活动，部分病人自感到头晕、乏力、慢性付账和腹部隐痛、纳差、厌油及腹泻等非特异性症状。疗效好共 36 例，疗效稳定 20 例。

3 讨论

由于门静脉曲张本身无症状，临幊上常由于出现并发症才发现有门静脉高压。最重要的并发症是急性曲张静脉出血，常发生于远端食管。胃底少见，其他位置的较为罕见。曲张静脉破裂出血的触发因素不清楚。但是门静脉压力梯度 $<12\text{mmHg}$ 时，出血几乎不发生。患者的典型症状是突发的无痛性上消化道出血，常表现为大量失血。门静脉高压性胃病也可以发生急性出血，更为常见的是亚急性和慢性失血。脾静脉压力升高常引起脾肿大，脾功能亢进。从而导致血小板减少和白细胞减少，临幊表现为脾肿大，脾功能亢进，进而发生食管胃底静脉曲张、呕血和黑便及腹水等症状和体征，但主要是脾肿大、脾功能亢进、呕血和腹水。

门静脉高压症是肝硬化时机体的代偿机制之一，目前针对门静脉高压症的各种手术方式除了肝移植外都是治标不治本的手段。不能逆转肝脏的器质性病变，肝硬化，门静脉高压，脾功能亢进患者在外科干预的目的在于处理食管胃底静脉破裂引起的上消化道出血和脾功能亢进。其手术方式包括各种分流术、断流术和分流术加断流术，加或不加脾切除术。该手术方式有 Hassab 1976 年在埃及首先提出，我国于 1978 年有裘法祖等人推广并且不断加以改进，通过切除胃底食管曲张破裂大出血。门静脉系统血流动力学研究发现，脾切除后经脾静脉回流入门静脉的血流减少，是的 FPP 显著下降，但完全阻断食管胃底周围血管后 FPP 可稍有回升。从而使门静脉压力维持在一个相当高度，可以代偿性的维持集体向肝脏的血流灌注。避免肝功能进一步恶化。汪谦等 13 人认为，脾脏参与了肝硬化的病理过程，对肝硬化的形成具有明显的促进作用，主张对于门静脉高压性巨脾要尽早的切除，随后肝炎后肝硬化患者，切脾后降低了门静脉压力，肝脏血流增加，多数肝功能明显改善，肝炎发作的比率也会大大的降低。所以现在多数学者主张，对肝硬化门静脉高压、脾大患者行脾脏切除术或门周围血管离断术可以取得良好的治疗效果 [3, 4]。

手术方法我们做了如下的改进：①手术中先结扎脾动脉，Asou 等主张手术早起结扎脾动脉，是安全有效和可行的，他可以减少手术中出血，有利于脾脏的解剖而不增加手术时间。手术中先结扎脾动脉，保留脾静脉流通，脾血会流出，脾脏会变小变软，相当于自体输血。②原位解剖。以前的手术强调现将脾娩出后在做脾蒂的处理；我的体会是尽量在原位做解剖，不要过早的将大脾娩出，按照“先浅后深、先易后难”的原则将脾脏周围的血管、韧带粘连全部切断后，脾脏自然就下来了，这样做的优点是避免了脾脏周围血管收到的牵拉、正常解剖位置的改变，避免撕破薄而脆的血管。如果出现曲张血管被撕破，千万不要慌张，切忌在血泊中盲目的钳夹，以免造成更大的损伤；应立刻

用大块纱布压迫，将周围积血用吸引器吸干净，在直视下将出血点夹住，必要时缝扎。③处理脾蒂：脾蒂近心端7号线先做结扎在做缝扎。分离脾蒂二级血管，将脾蒂二级血管完全游离分别结扎，在用3-0普利林无损伤线缝合包埋脾蒂。④手术中不必行脾血会收，因为脾脏中的血量很大，结扎脾动脉以后待脾脏缩小以后在切除脾脏已经达到自体输血的作用。如果看到副脾应该一并切除。⑤手术中完全彻底的端丽贲门周围血管，强调断流的彻底性，必须完成食管贲门胃底的去血管化，也就是要彻底离断胃网膜左静脉、胃短静脉、膈下静脉、胃后静脉、胃左静脉，特别要注意胃冠状静脉的胃支和食管支、高位食管支的离断，游离食管7~10cm，不可以遗漏异位食管支^[5]。其中异位的高位食管支有时与高位支并存，眼胃胰皱行走，在贲门上5~8cm才进入食管肌层，胃支深而隐蔽，术中如果仅仅常规游离食管下段至贲门6~7cm，则容易遗漏高位或异位的食管支，故此我们在手术中紧贴胃壁、食管去血管化，尽可能的多游离下段食管，以期达到彻底的断流，降低术后再出血率。由于手术切断胃底食管下段周围血管，同事可能损伤有迷走神经，术后部分患者会出现食欲不振，饭后饱胀感、付账，可以给与胃肠动力药对症处理即可。一般能逐渐恢复。⑥术后血小板往往持续升高，大约2周后维持在较为稳定的水平。有些甚至可以达到100*10^9/L以上，但是由于此类患者凝血因子往往缺乏，一般不会引起血栓；我们的经验是：达到50万以上后应该给给予抗血小板药物治疗。可以应用低分子右旋糖酐和阿司匹林肠溶片祛聚治疗^[6]。⑦护理同样重要。首先是下胃管，由于多数患者有中度重度不等的胃底食管静脉丛的曲张，下胃管前应该口服石蜡油，润滑食道，手法轻柔，原则宁多勿少，如果下的过浅，全麻气管插管后很难调整；术后腹带绑紧腹部，首先减轻患者咳嗽、活动时的切口疼痛；其次减少因腹部压力降低导致的腹腔静脉血管扩张，引起体位性低血压；术后保持胃管畅通以免术后胃胀气，结扎线承受压力过大导致脱落引发大出血；加强下肢的被动活动或者主动活动，减少血栓的形成机会。⑧门静脉高压性胃粘膜病变（PHGP）是发生断流术后近期再出血的重要原因，应该积极预防^[7]。

总之手术前加强营养、改善肝功能、纠正贫血，术前术后少量多次新鲜冰冻血浆，手术中先结扎脾动脉然后分离脾脏的周围韧带，应该注意原位解剖，靠近脾门处处理静脉血管，完全彻底的切断贲门周围血管，强调断流的彻底性，是手术成功的关键、是手术后取得良好治疗效果的关键。

参考文献：

1. 秦洪珍, 张琼, 巨脾切除术加门奇静脉断流术治疗肝硬化门脉高压临床观察 山东医药杂志 2009年49期, 38-39。
2. 吴孟超, 吴在德《黄家驷外科学》 人民卫生出版社 2009年版。
3. 汪谦, 门静脉高压症脾功能亢进外科治疗的沿革 临床外科杂志 2012年3期.405-406。
4. 汪谦, 黄洁夫, 门静脉高压症病理脾切除疗效分析与远期随访 中华肝胆外科杂志 2013年41期.21-23。
5. 原著 上西纪夫, 骏腾满一、杉山政则、渡边昌彦, 译 戴朝六, 《肝脾外科复杂手术操作要领与技能》 人民卫生出版社 2013年版.141-145。

6. 张忠涛,《实用普通外科查房医嘱手册》 人民卫生出版社 2013 年版.287-294。
7. 卢彩霞, 袁芹, 叶志霞, 肝脾联合切除, 门奇静脉断流术后的并发症护理 解放军护理杂志 2006 年 23 期.65。

责任编辑: 修竹临风

医学资讯

癌症免疫治疗获得 2018 诺贝尔生理学或医学奖

美国科学家 James P. Allison（詹姆斯·艾利森）和日本科学家 Tasuku Honjo（本庶佑）因发现了抑制免疫负向调控在肿瘤治疗上的作用，获得了 2018 诺贝尔生理学或医学奖。艾利森的主要贡献在于证实了阻断细胞毒 T 淋巴细胞相关抗原 4 (CTLA-4) 能增强 T 细胞的抗肿瘤反应，推动了 CTLA-4 抗体的转化医学，并促成 CTLA-4 抑制剂伊匹单抗——首个新型免疫药物的上市。本庶佑的主要贡献是鉴定并克隆了程序性死亡受体 1 (PD-1)，开启了一个全新的研究领域。

我国高血压诊断标准之争落地，140/90mmHg 维持不变！

2017 年美国心脏协会/美国心脏病学学会 (AHA/ACC) 联合发布的新版高血压管理指南，激进地将高血压诊断标准下调至 130/80mmHg，引起了众多学术争议。然而，随着《2018 年欧洲心脏病学会高血压管理指南》以及《中国高血压防治指南 2018 年修订版（征求意见稿）》相继发布，关于我国高血压患者的诊断标准之争终于落地：维持 140/90mmHg 不变！

2018 ADA/EASD 共识重磅更新：2 型糖尿病血糖管理迎大变革！

在德国柏林召开的第 54 届欧洲糖尿病研究协会年会 (EASD) 上，美国糖尿病学会 (ADA)/EASD 正式发布“2018 年 2 型糖尿病高血糖管理共识”。针对成人 2 型糖尿病 (T2DM) 的血糖管理，新共识提出 17 条基于最新循证证据的推荐，其中关于降糖药物治疗的推荐是最浓墨重彩的一笔，亮点频频，可谓引领 T2DM 血糖管理的大变革。

美国时隔 7 年更新骨质疏松预防建议

时隔 7 年，美国疾病预防服务工作组再次更新了其关于筛查骨质疏松预防骨折的推荐意见及证据报告，以应对不断增加的老年人口，借助及时筛查，预防高危人群发生骨折。同时，还有两篇评论文章以及供患者阅读的要点随推荐声明及证据报告一起在 JAMA 发表。

NEJM 连发两篇文章，指腹腔镜下行宫颈癌手术比开腹坏处多，引发学界探讨

《新英格兰医学杂志》发表一项颠覆性研究：宫颈癌手术类型中，选择微创手术的患者其无病生存期、总生存率均低于开放式手术，而癌症复发率则高于后者。经过校正

患者年龄、BMI、疾病阶段等影响因素之后，统计结果显示，微创手术的4.5年无病生存率为86.0%，开放式手术为96.5%，相差10.6个百分点。微创的三年总生存率同样低于开放式手术，为93.8%比99%。这一研究发现引发医学界尤其是外科界的热烈讨论。

从死者身上移植子宫并成功分娩了婴儿

自从2014年瑞典移植第一例子宫开始，全世界迄今为止进行的子宫移植大约有50例，这其中包括活人捐赠子宫和死者捐赠子宫移植。到目前为止，有大约10例移植后活产的案例上报，但是在这一例之前，所有的活产案例都来自活人捐赠子宫。这一来自巴西的案例，使用了脑死亡患者的子宫，为子宫供体来源活产婴儿提供了一种新的可能性。

同性生育产下的小鼠成功生下第三代

Nature报道了中科院的同性生育成果——两只雌性小鼠的生殖细胞在改造之后生下的雌性后代，成功成年并生下健康的第三代小鼠。同时，中科院成功使用两只雄性小鼠的改造生殖细胞，利用代孕母鼠生下了雌性后代，但是由于雄性生殖细胞的缺陷问题，两只雄鼠制造的后代出生后很快全数死亡。但是这也是世界上首次使用雄性的生殖细胞单独制造出后代。

可溶性膳食纤维致癌，颠覆其“健康食品”定义

膳食纤维一直被认为是健康食品，也被添加在各种饮食商品当中。CELL今年发表的这篇研究可以说是爆炸性的，实验显示，提高小鼠饮食中的可溶性膳食纤维，其肝癌的发生率飙升。因此研究者在文章中提示，人们在正常饮食的前提下，不要再去饮用和食用有特别添加可溶性膳食纤维的产品，更不要去特意购买膳食纤维补充剂来擅自服用，毕竟致癌风险不低。需要注意的是，不可溶的膳食纤维并没有这个致癌效果。

耐酒精的致病菌首次被发现，人类将迎来更困难的抗菌时代

Science的转化医学子刊上刊登了一篇大规模研究，指出医院的酒精灭菌清洁剂（包括医用酒精和相关的洗手液等产品），养出了耐酒精的粪肠球菌。研究提到，这些细菌由于长期存在于医院内，本身已经对各类抗生素多重耐药，多重耐药之外，还耐万古霉素的菌群更是王中王级别的耐药菌。在这一级别中，又发现了对酒精消毒有耐受性，无法被医用乙醇杀死的致病菌。

人造子宫——女性怀孕历史可能被打破

针对早产儿生出来存活率低也放不回去的问题，人造子宫也成为科学家们探索的焦

点。4月，美国费城儿童医院在《自然-通讯》上发表了他们的研究成果。通过体外模拟子宫的环境，成功使相当于23-24周人类胎儿大小的羔羊宝宝在母体外生存了670小时，并实现了胎儿在母体环境中一样的正常发育。对人体气管环境的精确模拟已经逐渐成熟，从羊到人，仅有一步之遥。未来不仅可能应用在早产儿治疗上，甚至可能取代女性怀孕。

酒精的安全剂量是零，中国男人饮酒死亡数量世界第一

《柳叶刀》杂志今年发布研究称，酒精的安全剂量为零，最安全的饮酒剂量是滴酒不沾。研究公布数据称，心血管疾病方面，过去尽管存在“适量饮酒有利心血管健康”的说法，但是据最新的统计数据，这一说法是错误的。只要饮酒，心血管疾病的总发病风险和死亡率都会上升。同时今年《柳叶刀》发布数据称，中国男性饮酒死亡数量全球第一，而且造成的总的经济负担和疾病负担在全球名列前茅。

我国首个自主研发的抗艾滋病新药批准上市

我国首个自主研发的抗艾滋病新药——艾博韦泰长效注射剂被国家药品监督管理局批准上市，为艾滋病治疗提供了新选择。该药是全球首个抗艾滋病长效融合抑制剂，也是中国抗艾滋病领域的首个自主创新药物，由前沿生物药业（南京）股份有限公司完全自主研发，拥有全球原创知识产权。该药的上市，不仅为艾滋病耐药患者的临床治疗提供了“救命药”，也为因其他不良反应不耐受的患者提供了新的选择。

医卫行业全面进入严管时代

国务院办公厅印发《关于改革完善医疗卫生行业综合监管制度的指导意见》，对医疗卫生行业综合监管制度进行改革完善。从重点监管公立到全行业监管、加强医疗卫生行业全过程监管、并要求建立医疗卫生机构和医务人员不良执业行为记分制度。完善以执业准入注册、不良执业行为记录为基础的医疗卫生行业信用记录数据库。建立医疗卫生行业黑名单制度，加强对失信行为的记录、公示和预警。

责任编辑：永恒流星

医网情深

【题记】

时间是最好的疗伤药，也是最强的忘情水。一路走来，无论当初的我们多么艰难，自感度日如年；还是信心满满，幸福心切。如今驻足回望，也不禁感伤，时间匆匆，韶华如水。正如智者之名言：一切都将过去！一切也终究会过去！昨日已去，明日未来。活在当下，立足今朝。让我们学会感恩，学会善良；践行感恩，践行善良！

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

父爱如山

作者：胡天静

链接：<https://bbs.iyi.com/thread-3398959-1.html>

上午十点半，程大哥给我留言，说郑大姐过来了，中午一块儿吃个饭。小店区党校旁边的酒店，郑大姐夫妇，我们四人一起一边吃饭一边唠嗑。

郑大姐是程大哥的一位学生，在太原郊区开了一家诊所。不知道怎么把话题说到婆

媳关系了。郑大姐就给我们讲起了她爸爸，故事由此展开——

我爱人那边兄弟六个。我结婚的头天晚上，爸爸把我叫过去，吩咐：你过去那边，你要记住，孝顺父母的时候，公公婆婆只有儿子一个；分家产的时候，公公婆婆有儿子五个。

到了婆家，几十年不敢和婆婆顶一句嘴。当然，不顺心委屈的时候也有。那时候，我们夫妻俩的工资加起来才七十多一点。有一天，婆婆对我说，让我去借八十元钱回来。我找了好几个同事，好不容易，才把这八十元凑齐。晚上给婆婆的时候，婆婆却当着我面，接过去就给了老三，一句话都没有。我心里就受不了了，但也不敢说什么。

我跑回娘家，倒在炕上，哇哇哭，哭了好大一会儿，爸爸对我说，去喝点水吧。喝完水，我终于平静了下来，把事情的前前后后给爸爸说了。爸爸问我：“钱你是给了你婆婆吧？”我说：“是”。爸爸说：“给了你婆婆的钱，就是你婆婆的了，她怎么安排怎么使用是她的事。关你什么事？再说，你婆婆当着你面，给你兄弟，就是要你兄弟知道，这钱是你这个嫂子给想办法借到的，有什么不对吗？”听爸爸这样说，我不哭了。那以后，不管什么事情，我都再没有跑过娘家。

爸爸开了一个砖厂，有很多工人。爸爸临终前，把我叫到床前，对我说：“厂里欠我钱的人很多，都不用问了。人家没有还我钱，一定是人家难。只有一个，开铲车的，我还欠他68元工钱，你得找到他，把这个钱给我还了……”

听到这里，我端起酒杯：“大姐，来，我敬老爷子一杯！”

不知咋的，泪水模糊了我的双眼……

我的爷爷

作者：胡医生 1

链接：<https://bbs.iyi.com/thread-1580407-1.html>

爷爷去世已经四年了，这四年中，他的音容笑貌却时常在我耳边萦绕，特别是他刚离开我们的那段时间，我每天做梦都有他老人家的身影。他的面容是那样清晰，那样慈祥，身体也是完全健康的（爷爷后来腿部有骨折，行动不便）。

梦中的一切是那样真实，就像是发生在昨天一样。梦中爷爷静静的看着我，像有话要对我说却没有说出口。而我知道这是在梦中，他老人家已离我而去。我抑制不住悲痛，经常在哭泣中醒来，在清醒的状态依然悲伤，不觉泪流满面。

因为梦中常出现这样的情景，后来我把梦境告诉家人，家人说是爷爷最挂念我们家，也最不放心我。以至于后来梦中只要有爷爷，我都是在哭泣中醒来。有好多次醒了还能听到自己的啜泣声，摸了摸枕巾是湿的，才确定是哭过，就怎么也睡不着，心里暗下决心：爷爷，你放心，我以后一定努力，不会让你失望！

我知道爷爷最疼我，以至于走后也放心不下，虽然与我们阴阳相隔，其实他的灵魂

就在我们身边，时刻都在关心着我们。所以我知道我和爷爷的心是相通的。以前我不相信有灵魂，但爷爷时常出现在我梦中，我宁愿相信这是爷爷的灵魂在提醒我，怕我走错方向。虽说我已经二三十岁的人了，知道今后的路该怎么走，但他老人家还是不放心，这就是人世间的亲情！

爷爷以前是教师，担任了几十年的初中、高中校长，一生育人可谓桃李芬芳。他老人家没有不良嗜好，不抽烟，不喝酒，不打牌，只是在晚年因身体原因才饮少量酒以通筋脉。

爷爷一生治学严谨，工作兢兢业业，教育学生严厉认真。爷爷在世时曾说过：“我教过的学生做数学题，每道题我都要求不同的解法，这样锻炼学生大脑的灵活性，使学生在很短的时间找到合适的解法，既应对考试也锻炼思维。”他说他的学生在考试中都是佼佼者。

后来我医学院毕业去了很远的地方实习。一天查房看到一位70多岁的老人，感觉很像爷爷的感觉，就问老人是不是做过教师，老人微微一笑说：“你怎么知道的？”我就告诉他我的爷爷也是教师，和他的年龄差不多。老人接着问我哪里人，爷爷叫什么名字，当我提到爷爷的名字时，老人连忙说：“啊，胡老师，我知道，大家都知道，是远近闻名的好老师呢！”

那次之后，我才知道爷爷在教育界是很有名望的。再后来爷爷去世，我和大伯去找爷爷的学生办事，在谈话中爷爷的学生说：“胡老师对学生的确认真，那时全班34个学生，考试在90分以上的就有32个，就连最差的也在80分以上。这样的教学成绩不是哪个教师能轻易做到的，胡老师对学生付出了太多的心血！”

那时爷爷写了不少教学心得，编了不少习题，还用蜡纸刻出来供教育界的同仁学习研究。可惜蜡纸等资料我们没能保存下来，只留下一些习题，这些习题我在初中和高中都曾使用过。

爷爷一生最艰难的要数文化大革命时期，那时爷爷担任高中校长，爷爷平时呕心沥血教育的学生一下子变得像疯狗一样，到处张贴爷爷的大字报，把斗争的矛头指向爷爷。爷爷受到他们洒下满腔热血教育的学生的迫害及平时相当于兄弟的同事的落井下石，心理彻底崩溃了。天天进牛棚，大会、小会挨批斗使爷爷痛不欲生。幸亏有一位同事暗中给爷爷以精神支持，才使得爷爷在那悲痛欲绝的深渊中走了出来。这些情节是爷爷去世后那位同事告诉我的。爷爷经过这样的迫害后为人处事开始变得谨小慎微，以至于教育我：别人打不还手，骂不还口。我可怜的爷爷呀，你的心理承受力到了何种地步？

那时我还很小，只知道爷爷常让奶奶躺在院里的摇椅上晒太阳，爷爷就手捧着本书，戴着花镜，用不大的声音，但足以让奶奶听清的声音读文章。奶奶虽不识字，但从她躺在摇椅上露出微笑的表情可以看出奶奶是开心的，愉快的。

那时爷爷虽退休了，但有时还要去开会。我就和奶奶坐在院子里等爷爷，爷爷一般在中午回来，到大门口下了自行车，推着进院子，在爷爷左车把上常挂着一个黑色的包，看到我和奶奶会对我说，包里有什么好吃的，是给我和我奶奶吃的。于是我会高兴的跑去打开爷爷的包，有时是锅巴，有时是方便面，有时是水果，成了我童年美好的回忆。

等到我上小学了，爷爷常教我：书中自有黄金屋，书中自有千钟粟，书中自有颜如玉；一寸光阴一寸金，寸金难买寸光阴：少壮不努力，老大徒伤悲……那时不明白意思，只是会背诵。到初中时才明白这不但是爷爷对我的教育，也是爷爷的期望。

我现在已经做了父亲，我一样会教我的孩子书中自有黄金屋，书中自有千钟粟，书中自有颜如玉；一寸光阴一寸金，寸金难买寸光阴……不过我会告诉我的孩子，这是我的爷爷教过我的。

上中学后我离开家住校，每个星期天回家爷爷都谆谆教诲：不要和同学打架，要尊敬老师……开始时我说知道了，后来爷爷说得多了，我就有点不耐烦了，但他老人家还是自顾自的说。每星期回家我还是先去爷爷那里。那时爷爷常坐在床上，有时看书，有时闭目养神，我走到他屋里叫声爷爷，他会赶快放下手中的东西，高兴的说：“噢，孩子回来了？又过星期了，饿不饿？”然后又会问这星期都学了什么课程，以及生活、学习上的其他事情，事无巨细，仿佛都很感兴趣。那时学习很紧张，有时第二天一早我就要去学校，但我去学校之前都会去爷爷那里告诉他一声，这时爷爷又会说：“到校后好好学习，课堂上专心听讲，有不明白的就问老师或者回来问我。”从我初中到高中，爷爷一直在学习上给我以动力，给我以精神支持。那时不明白他老人家的良苦用心，只觉得他老是啰嗦，现在才知道爷爷的苦心！是爷爷对我的疼爱！

高中毕业后我考了医学院，爷爷拿出自己的积蓄为我垫付了一部分学费。爷爷也从此开始看医学书籍，还托人为我买书，都是一套几百块钱的那种。爷爷腿脚不便还为我搜集药方，并且还为我手抄了几本医学资料，这些资料和药方我看了一遍又一遍，每次看到这些资料眼前就会浮现爷爷拄着拐杖艰难行走，走一段路，歇一会儿，走几里地去为我搜集药方验方以及他坐在床边，趴在桌子上，斜着身子，勾着背，戴着花镜，吃力地用它苍劲的瘦金体，慢慢的一一页页的为我抄写医书的情景。有的字怕我不认得，他先在字典上查出后再为我注音解释，有的地方标明方义及重点。爷爷为了我吃了太多的苦，受了太多累。他还常对我说要是他再年轻 20 岁，他就把中医古典的书籍看透。我相信爷爷的意志力，相信爷爷的坚强，再有 20 年爷爷一定能做到！

后来我结婚了，爷爷也很高兴。婚宴结束后，我和妻去看爷爷，爷爷满脸笑容，一直说好、好、好！然后说：“你脾气不好，以后要收敛点，媳妇进了我们家以后就是我们家人了，要好好对她”，我说记住了。然后爷爷又对妻说：“以后有什么委屈就跟我说。”那年爷爷是开心的。

第二年我有了第一个孩子，是个男孩，不知爷爷怎么知道了，对我说把孩子抱过来让他看看。等我和妻抱着孩子到爷爷床前，爷爷左看右看好长时间，最后满意的笑了，那段时间我们没事就经常去爷爷跟前和爷爷说话聊天。那几个月爷爷极为开心。

可是后来爷爷频繁的出现哮喘，用药治好不了几天又复发，找了不少有名的医生，都说年事已高，身体器官功能衰退。就在那个寒冷冬季的早晨，爷爷终因哮喘并发心脏衰竭而去世，终年 83 岁。

我一遍遍呼唤爷爷，任凭我声音嘶哑身疲力竭，爷爷始终没有醒过来。我坚强的爷爷呀，你怎么一下子就离我而去，你说过再有 20 年就开始研究医学的……我伤心极了，哭的痛不欲生，妻也双眼红肿的劝我说爷爷八十多岁了，始终是要走的……我敬爱的爷

爷呀，我真的想念你！你为我付出的太多、太多！

孙儿已经知道以后的路该怎么走，请爷爷放心！

愿你遨游远方，回乡仍是少年

作者：清澈 1975

链接：<https://bbs.iyi.com/thread-3446176-1.html>

正值七月，酷热难耐，一晃我已毕业 20 多年。

由少不更事，到波澜不惊，从懵懂少年，成了油腻大叔。

经过了太多事，遇到了太多人。

总有些会渐渐忘记，有些会时而想起。

今天说的，是身边的一位同事，工作了 4 年，为了事业和爱情辞职南去。身边同事换了一茬又一茬，原因种种，知道她迟早也会走，却没想到这么突然。

4 月底，临行前她宴请同事，大家纷纷送上祝福，青春依旧的笑靥如花，一如四年前初见一般灿烂。

一

14 年的七月，科室里来了一个小姑娘，信息管理专业毕业，以后将一起工作，衣着如学生般朴素，阳光的笑容，仿佛给办公室都带进来几缕欢乐。生性木讷的我，也被感染得快乐了许多。很抱歉一直都是以全名称呼了她几年，现在想来很没有礼貌，这里以小 W 相称吧。

二

工作了一段日子，也熟络了许多，聊天间得知居然也是长医毕业的，自然多了许多相同的话题，毕业这么多年一直没有回母校看过，她便给我细细讲了很多学校的变化，也建议我有空可以回去看看，我一直说好吧，好吧，一定，一定。

学习这个专业的实际上很少，与其说领导让我带着她工作，不如说是我系统地跟小 W 学习。她是理论，我是实践，互相取长补短。工作多年终于能有一个说得上话的同事，也是人生的一件幸事吧。

三

小 W 是 90 后，不过并没有大多 90 后那种不好的习气，凡是表现的勤奋、谦虚、乐观、开朗。尽管在生活和消费观念各方面，做为 70 后的我，有很多都不能认同，可还是非常欣赏她们这一代人的生活态度。

也会试着去观察和了解她们的状态，工作之余的碎片时间，她会帮我推荐一些她们

喜欢的电影，喜欢的歌手和歌曲，关注的新闻和美食，我也力求自己能够尽快消化和接受，不为别的，但愿自己不要被这个时代落下太远，也希望自己起码从心态上能年轻一些罢了。

四

90后的一代人，每天感觉都是无忧无虑，乐呵呵的，分享的都是正能量，每一天耳濡目染，对我们这一代人的影响和改变是巨大的。

想起来毛主席的一句话：世界是他们的，也是我们的，但归根到底，是属于他们的。

我是属于得过且过，随遇而安的人，说白了就是不求进取，惰性比较重，但我会鼓励年轻人不断学习，有好的机遇一定要抓住，世界广袤，机遇总是垂青于有准备的头脑。关于临床的东西，我会耐心地和她说，尽量通俗易懂。从小W这，也学到了很多相关的业务知识，她在不断成长，我也好像进步了一些。

五

17年有机会去长治出差学习，得空小W陪我回母校一趟，让我实现了多年的愿望，感受着母校翻天覆地的变化，加上她不厌其烦地免费导说，可谓不虚此行，时间虽短，收获良多。

六

光阴荏苒，日子流水般一天天过去，工作忙忙碌碌，一晃4年就这样过去了。

七

小W终究还是辞职选择了去新的单位，那是一所更好的医院，那里有更好的发展，当然更有她心中的爱情。这都是意料之中的，真心为她感到高兴，也真心为她祝福。

八

可是，今后谁再和我一起探讨业务工作的问题，谁再为我推荐好看的电影和好听的音乐呢，谁再陪我聊我是歌手，跨界歌王，中国好声音呢？

繁忙的工作之余，可是会少了很多乐趣呢，没有这个精灵般的小丫头，让我每天逗谁解闷？

九

端起茶，以茶代酒，大家谈笑风生，铁打的营盘，流水的同事，也许大家的内心，难免会有些许的失落吧。

十

转眼小W已经去了新医院二个多月了，新招聘的同事也快要来了吧？希望也能如她般活泼纯真。也希望她在新的地方，收获满满，好生活，好心情，更盼望早日听到她的喜讯。

愿你被这个世界温柔相待，

愿你目之所及，

心之所向，

满满都是爱。

愿你有软肋也有盔甲，

愿你绽放如花，

愿你常开不败！

【后记】

N多年后的七月，一个阳光明媚的午后，科室门口仿佛传来熟悉的，脆生生的女声：“嗨，乔师！”

责任编辑：yemengzhe



扫码关注爱爱医微信公众号