

zz.iiyi.com

2019.04

爱爱医



第四期 总NO. 111

Volume 10, number 4, Apr. 2019

刊首语

随笔

作者：ngf1978

链接：<https://bbs.iyi.com/thread-3461099-1.html>

走在雨中的街道上
脚下的砖变成深而浓的颜色
这颜色温和而干净
心情也随那颜色变得舒适

深圳初春的清晨
人们已经很忙碌
路中间的汽车排成长龙
红色的尾灯不时的闪烁
那是焦躁的司机
在用力踩着可怜的刹车

下夜班后放松的精神
仿佛天上轻轻薄薄的云
沉重的身体想笼住逃脱的思绪
思绪变成一束看不见的线
穿过肌肉、穿过皮肤
消失在压力之外

我不呻吟，也不骄傲
谦卑的活着
坚持小小的原则
如同石墙边无名的小草

两片孤独叶子
随风轻舞，与世无争
叶子上面有一粒露珠
它闪着微光
自以为世上最美丽
急匆匆的路人带起一阵风
吹落了它，碎在地面
只留下几秒钟的水痕

责任编辑：yemengzhe

目录

会 长：陆德庆

执行会长：高立涛

主 编：于竹梅

执行主编：倪广峰

副 主 编：康 晶 任忠林

制 作：张常哲

顾 问：杨俊标

编 委：王颖健 刘延红 刘宇峰 刘现国

李照禄 张常哲 殷吉磊 韩希乾

蔡晓刚 柳权

《爱爱医》杂志

在线阅读：<http://bbs.iyi.com/zazhi>

投稿邮箱：463767990@qq.com

联系我们：爱爱医华人医学论坛

联 系 人：于竹梅

联系方式：463767990（QQ）

地 址：广东省珠海市金湾区机场东路 288 号

康德莱国际医疗产业园 K 栋

邮 编：519041

联系电话：400-6269910

特别说明

杂志内容来源于爱爱医论坛，仅作内部交流使用，请勿商用，我们保留相关权益。欢迎业内交流和传播。因编者均为业余时间义务制作，书中错误在所难免，恳请读者批评指正。笔者审稿能力有限，如不慎侵犯您的版权，请来信提醒，我们将及时作出改正。

刊 首 语	随笔.....1
关 注	药店挂靠普遍，103 万执业药师迎“挂证”大检査.....4
专业交流 西 医	全科医疗故事——中浆病..... 7 右侧黄体破裂误诊阑尾炎..... 10 看似急性扁桃体炎的菌痢..... 11 慢性咽异感症并发食道中段癌误诊 1 例... 12 超声入门贴 983——胃溃疡..... 13 1 例青霉素皮试发生严重过敏的抢救体会. 15 肛门及周围瘙痒的病因解析..... 16 甲状腺癌诊治体会..... 19 辨证辨病心得..... 21 咳嗽 1 例..... 27 颈椎关节紊乱的判断方法..... 28 突发心悸病案..... 30 我用量最大的一味药——夏枯草..... 31 针灸治疗乳腺增生 1 例..... 32
专业交流 中 医	人參.....33 牡丹皮.....34
识 草 药	诊断 1 例胃癌的曲折之路..... 36 急性胰腺炎的治疗 1 例..... 38
病例讨论	医疗资讯..... 42
医疗资讯	原来，你是天使收起了翅膀..... 46
医网情深	编读往来..... 48
编读往来	爱爱医杂志稿约..... 49
杂志稿约	



药店挂靠普遍，103 万执业药师迎“挂证”大检查

来源：21 世纪经济报道 唐唯珂

央视 3·15 晚会曝光了执业药师“挂证”问题，引起广泛关注。国家药监局近日发布通知，决定在全国范围内开展为期 6 个月的药品零售企业执业药师“挂证”行为整治。



图片来源：摄图网

老生常谈的“执业药师”挂证问题再次受到关注。

3 月 19 日，国家药监局发布《关于开展药品零售企业执业药师“挂证”行为整治工作的通知》（下称《通知》）显示，3 月 15 日晚，中央广播电视总台曝光了重庆市部分药品零售企业执业药师“挂证”、不凭处方销售处方药等问题，造成了恶劣社会影响。为严厉打击执业药师“挂证”行为，现决定在全国范围内开展为期 6 个月的药品零售企业执业药师“挂证”行为整治。

根据国家药监局执业药师资格认证中心此前发布的 2018 年 12 月全国执业药师注册情况，截至 2018 年 12 月底，全国执业药师注册人数为 468019 人，环比上月增加 4349 人。但执业药师不仅仅这 46 万。全国通过执业药师资格考试的总人数累计达到 103 万人，注册人数只有 46 万多。

其中，注册于社会药房的执业药师 418576 人，占注册总数的 89.4%，注册于药品批发企业、药品生产企业、医疗机构的执业药师分别为 34827、3857、10759 人。

挂证屡禁不止

《通知》显示，所有药品零售企业对照《药品流通监督管理办法》《药品经营质量管理规范》要求开展自查，对执业药师配备不到位、不凭处方销售处方药等问题，采取切实有效措施主动进行整改。所有注册执业在药品零售企业的执业药师亦须一并开展自查，凡是存在“挂证”行为、不能在岗服务的执业药师，应立即改正或于 2019 年 4 月 30 日前主动申请注销《执业药师注册证》。

执业药师挂证早已不是新鲜事，3 月 20 日广州某三甲医院药剂科工作人员对 21 世纪经济报道记者坦言：“挂一个执业药师证只需要一万出头/年，就可以满足药店标准。如果雇佣一个全职的临床药师，在广州至少需要七八千/月，药店肯定不划算。另外，持证的执业药师很少真的去药店工作。药店方为了压缩人力成本，压低基层药店人员工资，所以就导致了药店内现在从业人员学历低、普遍未持证的现状。”

业内人士对 21 世纪经济报道表示：“一个执业药师挂靠到多个药店，包括互联网药店的情况存在潜在风险，许多处方药的流通没有受到严格管制，所以在药店配备相应的执业药师很有必要，但考证难度大，持证人员去药店的少，药店缺口也很大。”

今年春节期间就出现了“头孢配酒说走就走”的不规范用药造成的危害生命安全事件。在药品销售环节，执业药师能够起到最后一个环节把关的作用。

早在 2017 年 4 月，人社部就印发了《关于集中治理职业资格证书挂靠行为的通知》，部署打击药品流通等领域职业资格证书挂靠问题。2017 年 11 月底，原国家食药监总局发布《关于药品经营企业中执业药师“挂证”行为检查情况的通告（2017 年第 190 号）》，持续打击执业药师挂证问题。在此通知中，65 位挂证人员被曝光，并要求所在省执业药师注册机构依照相关规定收缴其注册证，并注销注册、对外公示。

尽管问题一直存在，打击措施频出，但实际效果却一直不尽如人意。

分级考核解局？

对此前述广州某三甲医院药剂科工作人员对 21 世纪经济报道记者表示：“在我们医院的晋升体系中，执业药师证比较鸡肋。医院系统有自己的卫生专业技术等级，如果去药店工作，执业药师待遇跟不上。持证执业药师也普遍不会选择去药店工作。执业药师的考试难度也并不轻松，四门科目的考试，需要在两年内完成，而且考试的门槛也逐年提升。”

史立臣也对记者说：“供求两端的矛盾成为现阶段必须解决的难题。一方面是考试难度大、标准高，许多人考了很久都拿不到证，另一方面是药店的人力缺口大。”

人社部人事考试中心数据显示，2016 年全国执业药师资格考试报考人数为 88.47 万人，考试合格人数为 151093 人，合格率为 20.74%。2017 年度全国执业药师资格考试报考人数为 67.51 余万人，合格率为 29.19%。2018 年报考人数 68.75 余万人，合格率 14.1%。执业药师考试通过率逐年下跌。

史立臣对 21 世纪经济报道记者说：“如果能够推行分级考试，或许能够一定程度上缓解此类困局。在医院药房和在零售药店里工作的执业药师人员，需要的专业技能要求是不同的。但现阶段在考试层面却很难体现。如果能够进行考试分级，或者在零售药店工作的工作人员通过参与基础性培训，获得类似初级执业药师证的机制，也会有大量从业者愿意且能够投身其中。”

责任编辑：永恒流星

第一部分——西医部分

全科医疗故事——中浆病

作者：anne 医生

链接：<https://bbs.iiyi.com/thread-3461015-1.html>

写下这个题目的当时，突然想起了作家铁凝的成名作——《哦，香雪》。一篇抒情意味浓厚的短篇小说，作品没有离奇曲折的情节，重点写了香雪的一段小小的历险经历：她在那停车的一分钟里踏进火车，用四十个鸡蛋，走了三十里夜路，换来了一个带磁铁的泡沫塑料铅笔盒。文章构思精巧，语言精美，心理描写细腻。作者以清新婉丽的笔调，将小小的生活场景诗化，创造了空灵、蕴藉的艺术境界；同时又在这纯净的境界中寄寓了严峻的思考。小说于淡雅中饱含诗情，笔墨所至，大自然的一切均被赋予了生命和灵性。

套用这个题目，也想沾点儿作品的喜气来化解中浆病带来的怨气。

如果不是那天去眼科闲谈，如果不是朋友患了令人烦恼的中浆病，怎么也不会想起写这个病例！

中心性浆液性脉络膜视网膜病变（central serous chorioretinopathy, CSC）简称中浆病，是眼科一种常见的、多发的眼底疾病。CSC 是一发病机制不明的眼底病，其临床治疗经历了保守治疗、激光光凝治疗和光动力疗法（PDT）治疗等阶段。随着深入探讨 CSC 的发病机制和改变原来不正确的认识，临床上逐渐引起 CSC 治疗理念的转变。所有这些都是因为朋友得了中浆病，才有了笔者的这番穷折腾，有了重新梳理一下的冲动。

CSC 病因和发病机制尚不完全清楚，目前研究认为可能与内分泌因素、血液流变学异常、心理因素和体内幽门螺杆菌易感等多种因素相关。CSC 目前已被公认发病机制是由于视网膜色素上皮层（RPE）细胞的屏障功能受损，导致脉络膜毛细血管扩张和渗漏，其渗液经此损害区进入视网膜神经上皮下，导致神经上皮浆液性脱离。但视网膜神经上皮层浆液性浅脱离是 RPE 本身损伤所致，还是脉络膜毛细血管病变的结果，至今尚无统一认识。近年来有许多关于全身疾病可并发 CSC 的报道，如高血压、Cushing 综合征、红斑狼疮（SLE）、血栓性血小板减少性紫癜、Crohn 病、哮喘、关节炎、器官移植、晚期肾病等，推测其原因可能与疾病本身的性质相关，如全身血管的

病变或炎症因素。

传统观念认为 CSC 多见于 20~40 岁的健康青壮年，老年人不是高发人群。临床上对于老年人的疑似病例诊断要慎重。现在认为发病人群可能不仅有种族和地区差异，而且也有性别差异，传统观念的认识并不全面。Hirose 报道：CSC 在非洲、美洲发病率较少，而在高加索、西班牙、亚洲人群中发病率较高。Spaide 等报道患者的年龄从 22.2 岁到 82.9 岁，发病年龄跨度较大；其中 50 岁以上发病患者占 43.8%，而且老年 CSC 患者双眼发病率更高、视力恢复更差。以往研究认为本病易发于男性，Quillen 研究却发现女性比男性更易双眼患病，并且更易导致视网膜下纤维化形成。另外，Gass 研究发现 CSC 是妊娠的眼部并发症之一。还有许多关于全身疾病并发 CSC 的报道。

荧光素眼底血管造影(简称“荧光造影”)是确诊中浆的最常用的检查手段。典型的荧光造影表现是病变区域一个或多个荧光素渗漏点，随造影过程表现为墨渍或冒烟状渗漏扩大，造影晚期在视网膜脱离区形成淡淡的盘状高荧光。慢性中浆患者可不表现为典型的荧光素渗漏点，代之以后极部视网膜弥漫的视网膜上皮脱色素或色素沉着引起的窗样透见荧光或色素遮蔽荧光。眼底相干光断层扫描(OCT)可动态监测疾病发展、量化评估治疗反应。目前脉络膜血管造影(ICGA)越来越多地应用于中浆的诊断，脉络膜血管造影针对病因进行诊断与鉴别诊断并精确定位异常脉络膜血管，可以有效判断病变的范围，也是指导光动力疗法(PDT)治疗的重要参考依据。

认识的深入带来治疗理念的改变，尽管如此，目前中浆病还有不少谜团没有解决。但有病就得治，怎样治的最好还是患者的追求，也是医者的最爱。临床发现在 CSC 患者中，A 型行为特征者比较常见。何谓 A 型行为？都是比较急躁的人群，急性子、急脾气，其基本行为特征为竞争意识强，对他人敌意，过分抱负，易紧张和冲动等。想想看，这类人易于患这种病，再有发病前常伴有应激情况发生，不得了啦呀！此时患者血液中儿茶酚胺和皮质醇水平升高，就会发生一系列 CSC 的临床表现。在动物实验中，反复注射去甲肾上腺素和糖皮质激素即能诱发类似 CSC 的临床表现。多数 CSC 患者急性发病后 4~6 个月自行好转，视力多可恢复正常，所以，被认为是一种自限性疾病。但部分患者视物变形、对比敏感度下降、色觉异常等视功能改变可持续存在。少数患者病程迁延持续 6 个月以上。病变区域弥漫性视网膜色素上皮层(RPE)失代偿者，则定义为慢性 CSC。这部分患者病变多较严重，常伴有永久性视力下降。长期迁延不愈可继发脉络膜新生血管(CNV)，甚至导致永久视力丧失。

基于 CSC 属于自限性疾病这一认识，很多眼科医生奉行的中浆治疗策略是采用保守疗法，但仍有 5% 的患者迁延不愈或病情加重导致视力严重受损。CSC 比较常用的治疗手段是激光光凝治疗。中浆激光光凝治疗的理论依据是建立在 FFA 检查发现的 RPE 渗漏点基础之上，采用激光光凝治疗是通过激光的热效应凝固 RPE 渗漏点从而达到治疗目的。但临床实践表明，激光光凝治疗可以封闭 RPE 渗漏点，加快浆液性 RPE 脱离的吸收，缩短病程，有利于视力恢复；但长期观察发现，激光光凝治疗并未显示可以提高患者远期疗效或减少复发率。有鉴于此，现今比较认同的观点是，CSC 发病是由于脉络膜毛细血管扩张和渗漏所致，而激光光凝不能解决脉络膜毛细血管的扩张和渗漏，因此治疗后仍有不少患者复发。除此之外，对于中心凹下或黄斑无血管区以内的渗漏点显然不适合激光治疗；对于采用激光治疗的患者，还可能引起旁中心暗点甚至损伤 Bruch 膜导致 CNV 形成。近年来国际上采用 PDT 治疗中浆获得成功，可能是因为 PDT 导致脉络膜毛细血管网栓塞，从而阻止了由于脉络膜毛细血管通透性增加导致的渗漏。但目前的问题是，虽然 PDT 治疗可以有效终止脉络膜血管高渗漏，但其昂贵的价格以及治疗安全性仍有很多争议，例如，可能造成脉络膜缺血甚至诱发 CNV 等。

采用 PDT 治疗 CSC 最初主要是针对继发于慢性中浆的 CNV。对于这一类患者，采用治疗渗出型 AMD 的 PDT 治疗参数取得了较好的疗效。研究发现，采用注射用维替泊芬的 PDT 治疗可以导致脉络膜血管改变，例如使扩张和充血的脉络膜血管口径恢复正常，同时减少血管外渗漏。但值得深入思考的问题是注射用维替泊芬安全剂量药品价格昂贵，临床推广应用受到极大限制。如能找到治疗中浆的最低安全有效剂量，则能进一步降低治疗成本，使更多患者受益。维替泊芬减量的 PDT 是目前治疗 CSC 的最理想的治疗方法之一。国内北大人民医院赵明威教授研究团队发现 PDT 治疗急性中浆时注射用维替泊芬的最低安全有效剂量为常规治疗 CNV 剂量的 30%，采用此剂量治疗急性中浆安全有效，可缩短患者病程，同时减轻患者的经济负担。另有学者应用临床病例对照研究，病例随访 16-38 个月，平均 27.2 个月。研究提示 1/3 剂量维替泊芬 PDT 治疗急性 CSC 具有良好的远期疗效。但该治疗方法的安全性和有效性尚待多中心大样本研究进一步证实。

啰里啰嗦说了这么多，CSC 治疗起来比较难，所以，难怪朋友着急了？！何况是急性子人呀！可也别说，今后在临床上，提示我们遇到 CSC 的患者应该积极进行治疗，不要被动观察。在治疗前要积极和患者沟通，并不是所有的患者都能完全治愈。让患者自己也有个数，心急吃不了热豆腐啊！

我相信：随着科技的发展，各项基础研究、临床研究的不断深入，在阐明 CSC 的病因和发病机理上将会取得更大的进步。虽然部分 CSC 的临床过程具有一定的自限性，但较长的病程仍将产生不可逆的视功能损伤，如有安全有效的治疗方法，仍建议对其进行积极治疗；对比以往的药物和激光光凝治疗，降低光敏剂剂量的 PDT 治疗 CSC 安全、有效，值得进一步探索和推广。药物治疗研究对 CSC 的相应改变及其作用，具有很大的潜力和跨时代意义，药物在视网膜血管中的作用绝非偶然，它必将成为一个热点问题，引起临床医生的重视和进一步研究、探索。

但愿朋友能够通过这篇文章了解一二，祝愿朋友疾病早日康复！

右侧黄体破裂误诊阑尾炎

作者：梦无痕

链接：<https://bbs.iiyi.com/thread-938374-3.html> （85 楼）

误诊经过：

患者，女，20 岁，未婚。因“右下腹疼痛 12 小时”求治，急诊诊断为“急性阑尾炎”入院。

PE: T: 37.5℃, P: 95 次/分, R: 20 次/分, BP: 97/60mmHg。急性痛苦面容。腹部外科检查：全腹平，轻度肌紧张，右下腹压痛(+)，反跳痛(+-)，麦氏点偏下为重。腹膜刺激征(+-)，结肠充气实验(-)，闭孔肌实验(-)，腰大肌实验(-)。辅助检查：血 WBC: $10.5 \times 10^9/L$, N: 80%, L: 20%, HB: 75g/L。当时患者晚上 11 点左右来的，那时我进修时间有 4 个月，这个病人是我第一个在病房看的。当时在想：急诊诊断为急性阑尾炎，看现在这个情况也是急性阑尾炎，但是总是感到有一种不正常的感觉，难道有其他的情况？于是马上请教我的上级老师，他来看了一下，没有多说就下了手术通知单，行阑尾切除手术。于是我就和我的老师上了手术台。在手术室打麻醉时，麻醉医生说病人的血压有点低。在快要看见腹膜的一瞬间，我在想：这个病人不会有其他的情况吧。看到腹膜是紫色的，这是什么腹膜？腹腔内出血所致！？思维的瞬间我想到了诊断，在几秒中得到了答案。我的老师说：有腹腔内出血，马上请妇产科手术会诊！打开腹膜，见到的是腹腔里出血！后来妇产科医生与我们共同手术，找到了出血的根源：右侧黄体破裂！而阑尾只是轻度的充血，肿胀！还好，手术顺利结束。

误诊自剖：

体温不太高。T: 37.5℃，血压：97/60 mmHg，HB: 75g/L。阑尾炎会有这些症状吗？移动性浊音，检查了吗？是否考虑到有内出血！没有做相应的检查：做个B超！或者做个腹穿！或者请妇产科会诊！没有坚持自己一瞬间的想法——把想到的异常的问题提出来！

教训啊教训！

看似急性扁桃体炎的菌痢

作者：zhangyansih

链接：<https://bbs.iiyi.com/thread-1753992-1.html>

在三天前的下午，邻村的一个太婆带着她的孙子（4岁）来找我，说发烧了。老师打电话从学校带来的，那个小孩一直都是在我这看病的，以前曾有头孢类药物过敏史。我拿体温表给试体温，并询问病史。告诉我说，别的什么都没有，就是发烧。几天前曾有过一次肚子不好，吃过药就好了。我看了一下咽部，扁桃体稍微有点大，不红，就认为是上感，开了磷霉素+炎琥宁静滴，打了1ml的氨基比林。刚挂上有3分钟左右吧，小孩子闹着肚子疼，因为比较熟悉，我帮着提瓶拿出去，一边和他奶奶说话。裤子还没有褪完，小孩已经拉出来了。我看了一下，就是稀便，也没有粘液。擦屁股以后，小孩就开始双腿弯曲，站不起来了，她奶奶以为不听话，还打了一巴掌。我一开始也以为是小孩不听话的，可一看有点不对劲，低头一看，小孩两眼翻白，头上冒汗。我就连忙催促把孩子抱到诊断床上面。放到诊断床上以后，我拿听诊器一听，小孩没有呼吸，心脏也不跳了，我当时头上的汗都出来了。心脏按压，加上掐人中，大概3分钟左右吧，小孩有呼吸了，心脏也开始跳动。我把磷霉素的那瓶水给停了，冲了一瓶能量合剂+2mg地米。当时就在想，是怎么回事？难道是磷霉素过敏吗？水是我自己配的，也不是头孢啊。一边挂水一边观察，大约过了不到10分钟吧，小孩开始拉屎，拉的都是脓血便，很厉害，卫生纸都不能拿，顺着屁股就是一个劲的在流。小孩出现呼吸急促，口唇青紫。我一看，这也太厉害了吧，中毒性菌痢吗？我从医9年了，还是第一次遇到呢。由于是自己开的诊所，条件也不好，没有化验设备，没有氧气，我就开车把病人送到乡镇医院了。到乡镇医院化验一查：WBC: $40 \times 10^9/L$ ，大便查脓细胞4个+。乡医院诊断“中毒性菌痢”。到医院以后开始吸氧，我把病人安顿好以后就回家了，一夜无眠，祈祷不要有事。第二天听说后来乡镇医院也不敢留，送到县医院了。

今天下午小孩的爷爷来我这了，说在县医院抢救了 3 天，才好点。幸好我当时送走的及时，要是迟一点，就有生命危险了。后来，我在网上查了一下，中毒性菌痢多见于 2~7 岁体质好的儿童，起病急骤，全身中毒症状明显，高热达 40℃ 以上，而肠道炎症反应极轻。

我不知道其他的同仁要是遇到我这种情况会不会误诊，我后来问乡镇医院的那个医师，他说不怪我，我没有误诊。可是，我总觉得是我经验不足，误诊了，同仁们，这算不算是我的误诊？

慢性咽异感症并发食道中段癌误诊 1 例

作者：邀月听松

链接：<https://bbs.iyyi.com/thread-1480357-1.html>

患者，男性，农民，58 岁。咽喉梗塞异物感 12 年，加重 1 月就诊。

患者经常以咽异感症就诊，这次就诊前在家里多次输液（有激素）。去年曾多次做过胃镜正常。1 月 14 日曾因“潮热低热 3 个月伴牙痛”就诊，经抗生素处理后疗效不明显而做血常规检查。当时 WBC: $25.7 \times 10^9/L$ ，中性: 72%，血小板: $370 \times 10^9/L$ ，巨大幼稚细胞比例: 0.36%；但是血生化全套正常；肝脾淋巴结无肿大。考虑激素原因，后患者在上级医院血液科就诊也考虑激素引起，建议停药后 7 天复查。7 天后复查 WBC 下降，就没有进一步治疗。简单的问诊后（没有进食梗塞）就拟慢性咽异感症给予对症处理和心理辅导，有一定的疗效，但是效果不明显。5 月 8 日建议五官科检查正常。血常规: WBC: $19.7 \times 10^9/L$ ，中性: 78%。考虑是否血液病，再次建议上级医院检查，喉镜检查正常。最后食道钡透发现食道中段癌变。在省级医院进行放疗。20 天前出现剧烈咳嗽、干咳，进食和平卧加剧；10 天前确诊食道气管瘘，行支架术后咳嗽明显好转。目前进食无咳嗽，无烧心 但是平卧、夜里咳嗽频繁，立位咳嗽轻，无痰，无烧心发热。血常规化疗后正常，咽喉异物感也在化疗后缓解，还在住院。患者因为在医院治疗咳嗽无好转而再次找我就诊。检查肺部无明显异常体征，肺部在医院拍片正常，食道支架正常，血常规正常。

目前诊断：食道癌化疗术后，食道气管瘘，食道支架术后，食道返流性咳嗽。

R：

1. 抬高头部床头 45 度；
2. 氧氟沙星片；

3. 奥美拉唑;
4. 右美沙芬;
5. 吗丁啉;

患者回来 4 天后省级医院继续治疗。

这个患者的误诊最大的原因是因为患者的既往史，患者一直没有进食梗塞感。现在回想患者 1 月 14 日那次就诊，患者有低热，当时考虑是牙痛原因，血常规异常的结果只考虑激素的作用和血液病而过于片面造成误诊。

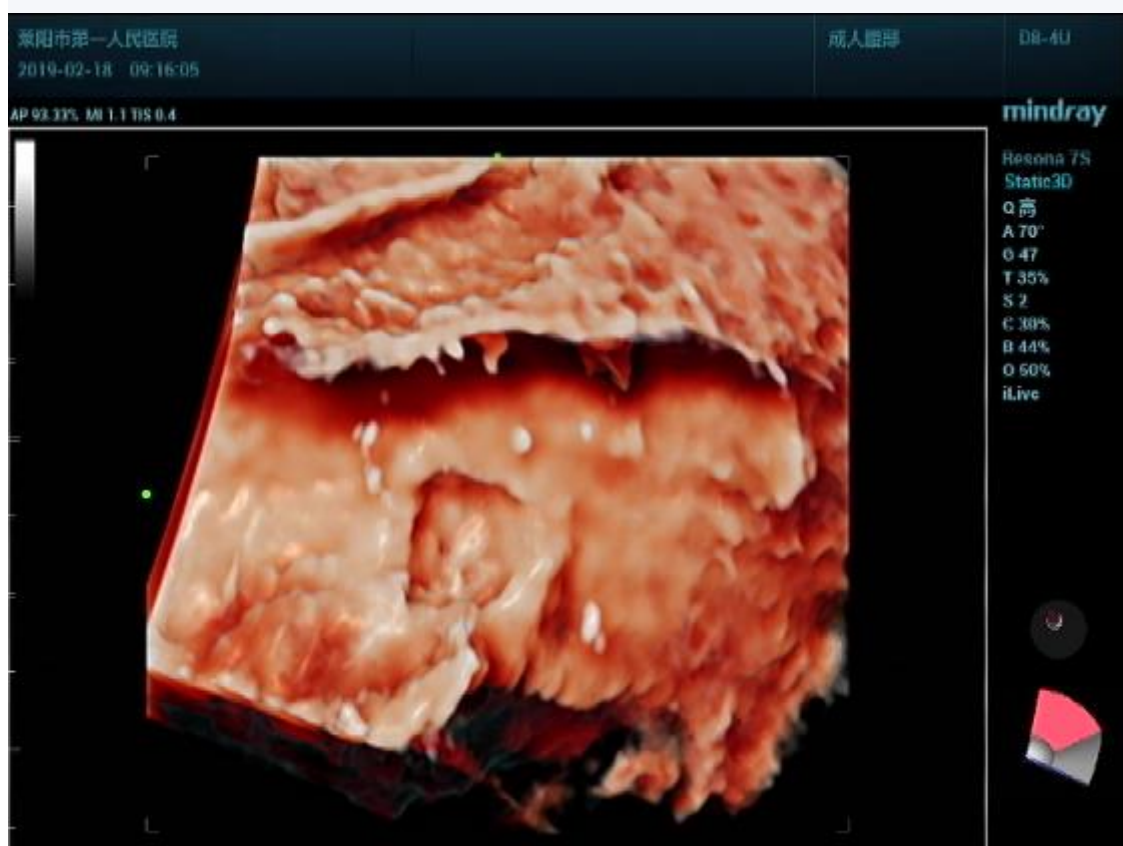
超声入门贴 983——胃溃疡

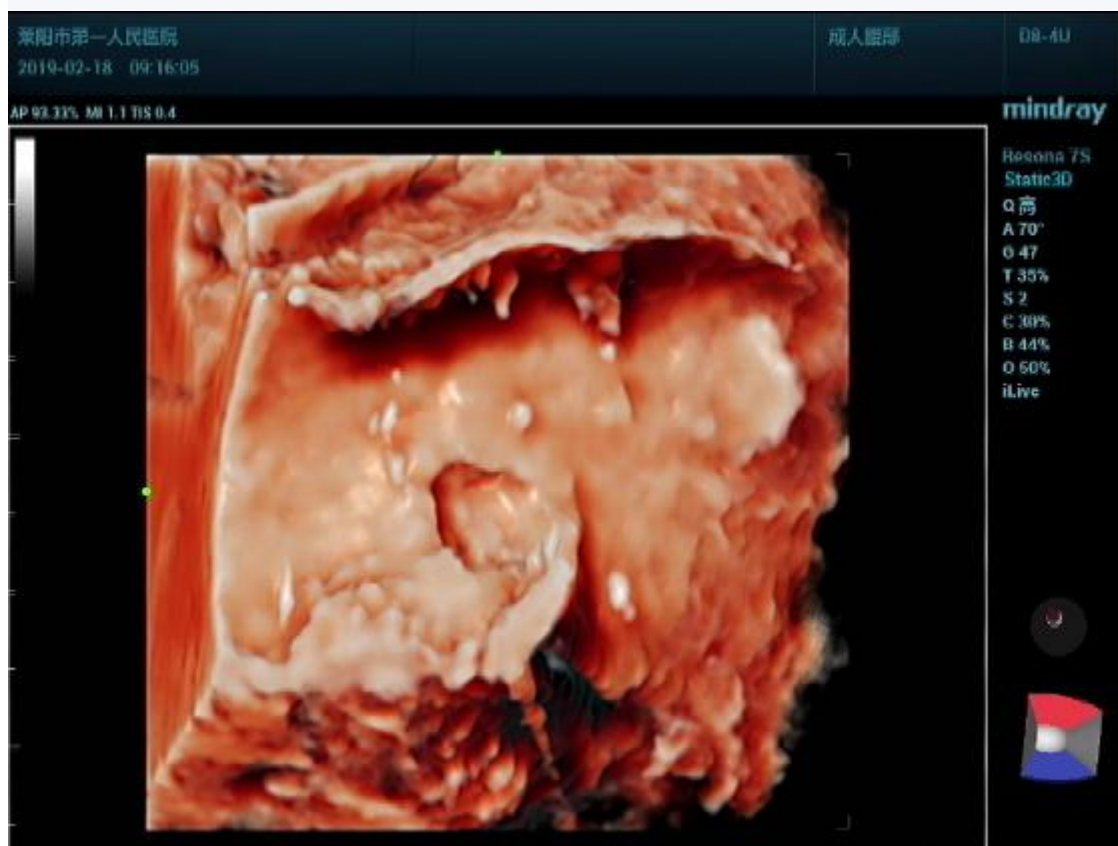
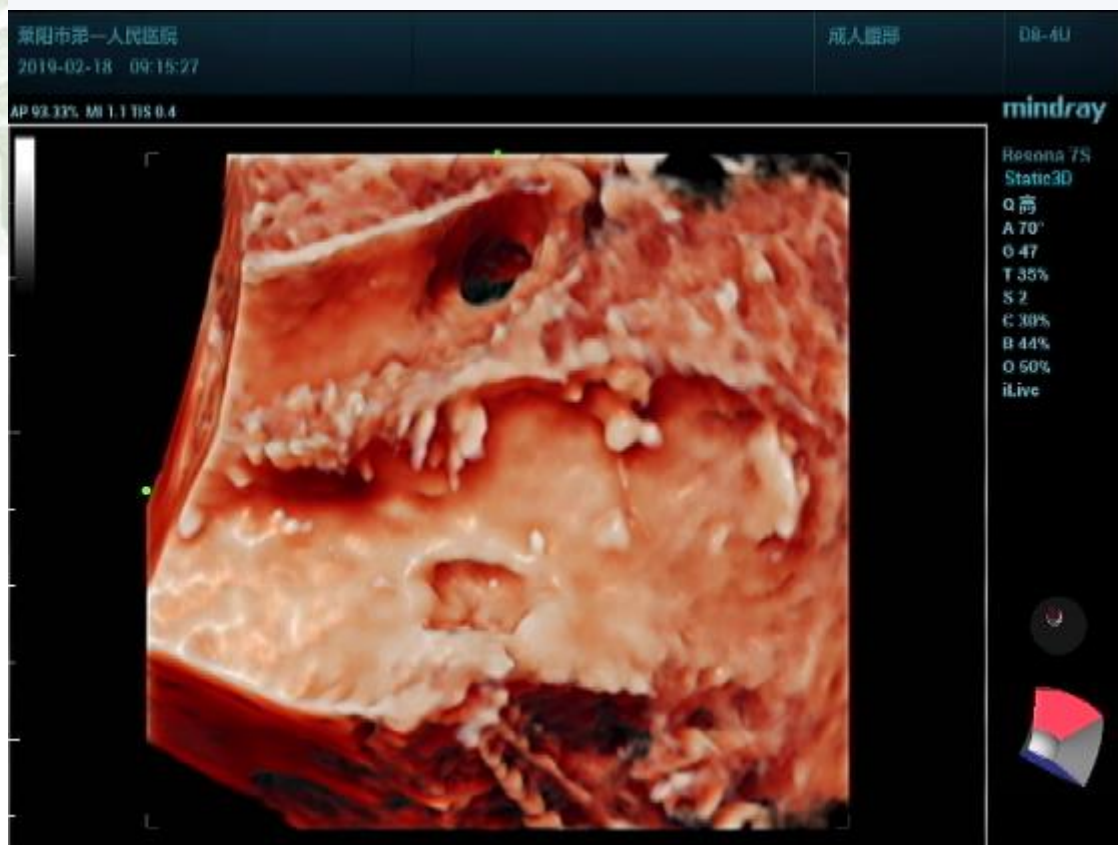
作者: songjunrui

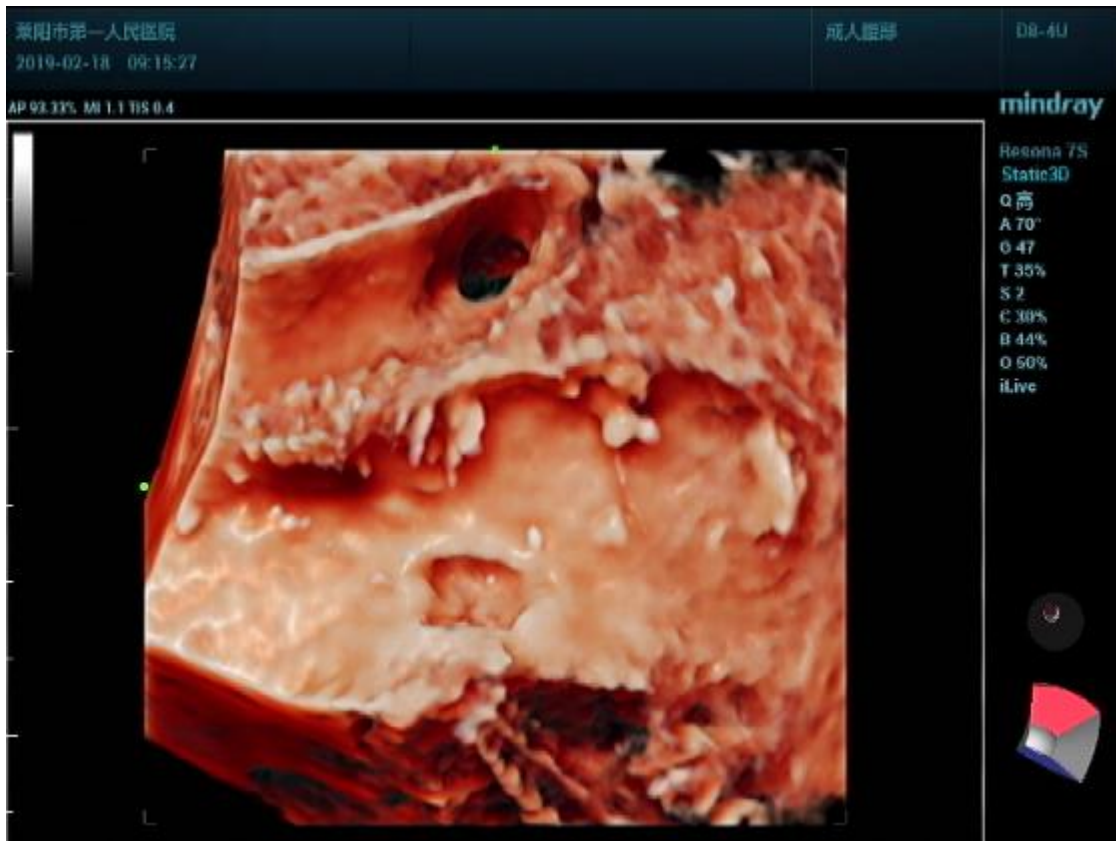
链接: <https://bbs.iiyi.com/thread-3460539-1.html>

患者，男性，81 岁，饭后胃部疼半个月来诊。

胃肠三维成像：胃后壁可见一弹坑状凹陷，溃疡底部光滑，溃疡周边粘膜光滑，改变三维成像角度，溃疡周围胃壁无明显隆起抬高，符合良性溃疡成像特点。







1 例青霉素皮试发生严重过敏的抢救体会

作者：小毛

链接：<https://bbs.iiyi.com/thread-3456816-1.html>

本人几十年临床中接诊遇到的青霉素过敏反应病人 10 余例，其中 1 例在皮试中发生过敏性休克并心搏骤停，经抢救脱险。现将实例报道如下，供同道们借鉴参考。

患者女性，32 岁。药物过敏史不详。因患支气管炎给予青霉素注射液抗炎治疗。当皮试液刚注入数秒钟后，患者突觉全身皮肤瘙痒、胸闷、气促，一分钟后意识不清。立即采取卧位，吸氧；取盐酸肾上腺素 1mg，im，st！异丙嗪 25mg，im，st！患者此时面色发青，口吐白泡，BP：0/0。颈动脉搏动及心音消失，考虑心脏骤停。立即心前区叩击复律，胸前区心脏按压，口对口呼吸，迅速建立两条静脉输液通道，一组输入低右 500ml，静脉滴注，另一通道给予 50%GS20ml + 地塞米松 20mg，iv，st！并监测血压、心音，每 5 分钟一次。5 分钟后血压仍为 0/0；取盐酸肾上腺素 0.5mg + 生理盐水 10ml，iv，每 5 分钟一次（共用 3 次）；10 分钟后 BP：40/20mmHg，有吞咽反射，双肺可闻哮鸣音。EKG：“室速”。予 50%GS 20ml + 利多卡因 100mg，iv，st！，50%GS 20ml + 安茶碱 0.25g，iv，st！5%SB 200ml，静脉滴注；22 分钟后

BP: 75/50mmHg, 意识恢复; 继续补充血容量, 利多卡因以 1~5mg/kg/h 维持给药, 45 分钟后 BP : 100/50mmHg, 意识清楚, 自诉头晕。EKG: 正常, 一小时后转入病房观察, 24 小时后康复出院。

体会:

青霉素过敏反应的发生率很高, 据世界卫生组织统计, 其发生率约 0.7~10%。国内有人报告在皮试过程中发生过敏反应者 32 例, 其中 11 例死亡。(《中国农村医学》 1983; 1: 8) 死亡率高达 34.4%, 可见死亡率是相当高的。

由于皮试本身也有危险, 所以使用青霉素注射液要注意以下几点:

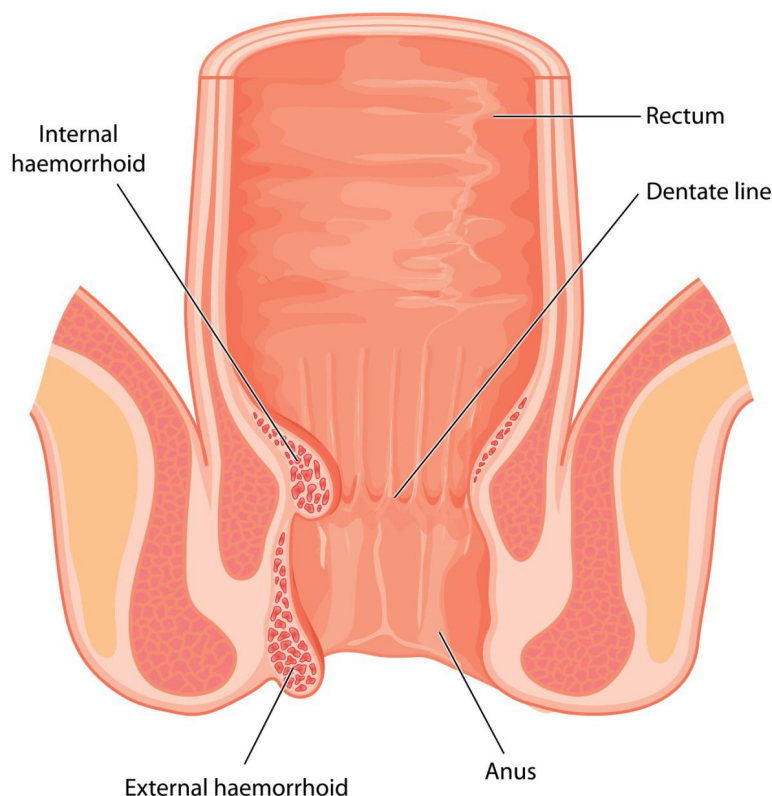
1. 详细询问药物过敏史, 凡有青霉素过敏史者禁用;
2. 要严格掌握适应症, 不滥用青霉素;
3. 做青霉素皮试前要进食(空腹时血糖低易发生过敏反应);
4. 皮试前要做好抢救准备;
5. 皮试后要就地观察, 千万不可离开医院, 以免发生意外;
6. 高技术素质是抢救成功的关键, 故要不断加强学习提高自己的技术水平。

肛门及周围瘙痒的病因解析

作者: 龙振昼

链接: <https://article.iyyi.com/detail/412364.html>

肛门或肛门周围瘙痒, 是临床常见的一种疾病或者症状。一般人群的发病率约为 1%~5%, 其发作可为慢性或短暂性。本病多发生于 30~60 岁的人群, 男性发病率明显高于女性。肛门瘙痒能给患者的生活带来不小的困扰。尽管如此, 大多数患者还是会因为心理等各方面的原因不愿意就医。



肛门及周围瘙痒，绝大多数和局部的炎症、感染有关，有时是一些全身性、肿瘤性、肛门直肠其他疾病的症状之一。本文就肛门及周围瘙痒的病因，做一个详细的解析。

1. 特发性肛门瘙痒

往往找不到明确的病因，跟肛周粪便污染，以及由此导致的擦拭和搔抓引起的创伤有关。粪便污染的原因可能是腹泻或者粪便渗漏，而粪便渗漏的原因多为直肠-肛门抑制反射异常、肛门内括约肌松弛阈值降低，或一过性肛门括约肌松弛导致。在注意便后清洗和采取适当的卫生措施之后，症状会明显缓解。

2. 会阴部疾病

与肛门瘙痒有关的会阴部疾病有：痔疮、肛门脱垂、肛周脓肿、肛裂和肛瘘等等。

3. 皮肤疾病

多种炎症性皮肤病可以引起肛门瘙痒，主要的疾病如下：

①银屑病：反向型银屑病可累及间擦部位，包括腹股沟、会阴、臀沟、外生殖器、腋窝、腘窝和乳房下区。与大多数银屑病不同的是，没有可见的鳞屑，其症状往往呈周期性发作，瘙痒多发生在夜间。

②接触性皮炎：主要表现为斑疹性红斑、角化过度或皮肤开裂，皮肤受物理、机

械或化学刺激后，可引起刺激性的接触性皮炎。而刺激性的接触性皮炎，可由反复接触的肥皂水、清洁剂、酒精等引起；也可因单次接触化学物质如漂白剂引起。有特异性皮炎、皮肤干燥等皮肤问题者，浅肤色或皮肤白皙者，发病的风险较高。

③特应性皮炎：主要表现为皮肤增厚、皮肤斑纹增多，呈苔藓样变，以及表皮剥脱性和纤维性丘疹。颈部、肘前窝、腘窝等间擦部位最常受累，肛周偶见。有瘙痒、慢性复发性皮炎、变态反应性疾病家族史者可提示该诊断。

④化脓性汗腺炎：主要表现为复发性、疼痛性的炎性结节，是一种严重影响日常生活的慢性化脓性疾病。多累及皮肤和皮下组织。炎性结节可破裂、流脓，有时伴有恶臭，如疾病持续存在可形成窦道。

⑤其他：皮肤鳞状细胞原位癌，又叫鲍文病，主要表现是边界清楚的斑块，伴有脱屑和结痂。此外，硬皮病、多形红斑、疱疹性皮炎、扁平苔藓、放射性皮炎、毛囊角化症等疾病，也可能跟肛门瘙痒有关。

4. 感染性疾病

由于部位特殊，一些性传播疾病，如尖锐湿疣、生殖器疱疹、梅毒、淋病和假丝酵母菌感染等，都可以引起肛门瘙痒；儿童或成人蛲虫感染，和夜间特征性的肛门瘙痒有关；红癣为微细棒状杆菌感染，在糖尿病和免疫功能不全的患者中比较常见；肛周链球菌性皮炎，也可以引起肛门瘙痒。

对于一些肥胖、多汗症或者居住在热带气候地区的人，容易发生局部的细菌感染，其病变通常为边界清楚的红棕色斑疹或斑片，除了肛周外，脚趾间、腋窝等处可见类似病变。

5. 全身性疾病

糖尿病、胆汁淤积、白血病、烟酸缺乏症、肾功能衰竭、淋巴瘤、甲状腺功能亢进、甲状腺功能减退、艾滋病、维生素 A 和 D 缺乏、铁缺乏等，也和肛门瘙痒有关，这种瘙痒还常伴有全身其他部位的瘙痒。

6. 其他因素

有一部分人的肛门瘙痒，可能跟食用某些食物和饮料有关，如咖啡、酒精、可乐、花生、乳制品、巧克力等等。临床上也可以见到使用四环素、秋水仙碱、局部麻醉剂和新霉素等药物导致的肛门瘙痒。药物引起肛门瘙痒的机理，可能和引起腹泻或粪便渗漏的间接刺激有关。

甲状腺癌诊治体会

作者：阚文军

链接：<https://article.iyyi.com/detail/412414.html>

甲状腺癌占全身恶性肿瘤的 0.2%~1%。随着生活水平的提高，有逐渐增多的趋势，约 80%的甲状腺癌是分化较好的腺癌，早期手术治疗，5 年生存率可高达 75%以上，这说明甲状腺癌的早期诊断十分重要。

甲状腺癌的诊断主要根据病史、临床表现、针吸细胞学检查和血清中甲状腺球蛋白的测定。如果多年存在的结节迅速增大，成年男性甲状腺单发结节及儿童甲状腺结节应高度怀疑恶性可能。如果在短期内迅速出现甲状腺结节质地变硬，腺体在吞咽时上下移动性减少、颈部淋巴结肿大或者压迫邻近器官，则多为未分化癌；如果这些症状逐渐出现，则腺癌可能性最大。针吸细胞学检查，诊断正确率可以达到 80%以上。血清中甲状腺球蛋白在分化型腺癌水平明显增高。甲状腺癌需要与亚急性甲状腺炎、慢性淋巴细胞性甲状腺炎、乳突状囊性腺瘤相鉴别，超声检查和化验检查有助于鉴别诊断。



甲状腺癌的治疗除未分化癌以外，手术治疗是各型甲状腺癌的基本治疗方法。术后根据病情辅以放射性核素、内分泌及外部放射治疗。根据肿瘤的病理类型和侵犯的范围不同，手术方法也不同。方法如下：

1. 甲状腺全切或近全切：适用于肿块直径大于 4cm，已有远处转移，双侧癌结节，

双侧颈部淋巴结转移或者不良病理类型的患者。

2. 腺叶切除：适用于无颈部放射史，无远处转移，肿块直径小于 1cm，无甲状腺外侵犯的患者。

3. 术前诊断为甲状腺良性病变，术后病理证实为分化型甲状腺癌者，若切缘阴性，对侧正常，肿块直径小于 1cm 可临床观察，否则，需要二次手术。

4. 甲状腺髓样癌最有效的治疗手段就是甲状腺全切或者近全切。

根据多例临床观察发现，甲状腺微小癌，肿块直径小于 1cm，年龄在 44 岁以下，行甲状腺腺叶切除，术后口服左甲状腺素片，多可取得满意疗效，10 年存活率可以达到 90%以上。近年来微小甲状腺癌手术后密切监测血清中甲状腺球蛋白水平，部分患者可以在术后 3 年左右停用左甲状腺素，恢复良好。肿块直径大于 1cm，小于 4cm 的甲状腺癌，行患侧甲状腺全切，峡部切除，对侧大部切除，即可获得满意疗效。尤其对于有生育要求的青年女性，术后监测甲状腺功能显示，TSH 波动水平明显优于甲状腺全切的患者。对于肿块直径大于 4cm 的甲状腺癌，双侧切除更为合理。基层医院，缺少术中快速病理诊断，如果术中切开皮肤、皮下后，发现甲状腺结节与肌层粘连，触诊结节质地较硬，应引起高度重视，结合病史、临床表现及 B 超检查，争取术中做到患侧全切，峡部切除，对侧大部切除，可以使大部分甲状腺癌患者避免二次手术，即使术后病理回报示良性的患者，经短期服用左甲状腺素，随着残留甲状腺逐渐代偿，也不会引起甲状腺功能减退。

责任编辑：寒冰

编辑：刘延红大夫

第二部分——中医部分

辨证辨病心得

作者：绿衣

链接：<https://bbs.iiyi.com/thread-1887338-1.html>

慢性肝炎

慢性肝炎是指由不同病因引起的，病程至少持续超过 6 个月以上的肝脏坏死和炎症的一种疾病，如感染肝炎病毒（乙肝病毒，丙肝病毒），长期饮酒，服用肝毒性药物等，属于中医的黄疸，胁痛，癥积，虚损等范畴，疾病早期，湿热疫毒之邪侵及中焦，滞留肝胆，使肝失疏泄，脾失健运，从而出现胁痛、黄疸、恶心、厌油、腹胀、纳呆等症状。毒邪深伏于肝，日久伤肝血，损肝阴，热邪亦可伤阴，或病人素为阴虚体质，可见肝肾阴虚；肝炎偏于湿者，湿邪易伤阳气，湿毒壅塞脾土，滞肝气，损中阳，日久可见脾肾阳虚，另外阳虚体质病人发病或者疾病前期大量用清热解毒药伤阳，亦可见脾肾阳虚。正虚邪恋，故见病情迁延不愈或反复发作。湿热久居或肝郁气滞，气血运行受阻，加上热邪灼伤津血，势必导致瘀血内停，形成肝硬化等不良后果。治疗时根据疾病的不同时期，不同证型对症下药，但注意的是，疫毒，正虚，血瘀贯穿疾病始终，不可忽视。在辨证论治的基础上酌加解毒，扶正，活血等品方乃上策，西医治疗本病，多采用抗病毒，调免疫等法，这与中医解毒，扶正之法吻合，解毒是因为本病与病毒感染有关，不论急性还是慢性，病毒始终存在，影响健康，故解毒之品不可少；扶正也是病情需要使然，慢性肝炎之所以迁延不愈，可以说正虚是最主要原因，所谓“邪之所凑，其气必虚”，扶正之法自然可以改变正虚邪恋状态，有利于疾病痊愈；活血往往被很多人忽视，慢性肝炎病人经过肝穿刺检查都会发现不同程度的肝损伤，日积月累有部分人可以发展到肝硬化，在治疗慢性肝炎的时候适当用一些活血药可以使这个隐患消除于萌芽状态，所谓“上工治未病”，总要比等发展到肝硬化时再考虑活血要好的多吧。另外活血之法也可以改善肝内的血液循环，加速新陈代谢，对肝病的痊愈也有很大意义的。所以说在辨证论治的基础上，适当添加一些解毒、扶正、活血药可以明显的缩短疗程，效果也甚为稳捷。在选药上，需要注意，解毒药多数寒凉，阳虚病人慎用，但可以选甘草、升麻等，扶正之品尽量不能助邪，比如肝炎

急性期或者湿热明显，用人参、淫羊藿扶正就不妥，容易加重湿热症状，但可以选择蚂蚁、旱莲草等。

具体辨证分型如下：

1. 肝胆湿热：右胁胀满，心烦口苦，目睛发黄，小便短赤，大便粘腻臭秽，舌苔黄腻，脉弦滑数。用药多选茵陈蒿、龙胆草、栀子等。

2. 肝郁脾虚：胁肋胀满不舒，情绪波动加重，善太息，乏力，食少纳呆，腹胀便溏，舌淡苔白腻，脉弦弱或沉缓。用药多选柴胡、陈皮、白术、茯苓等。

3. 肝肾阴虚：胁痛隐隐，双目干涩，低热盗汗，咽干口苦，头晕耳鸣，腰腿酸软，舌红苔薄，脉弦细数。用药多选女贞子、旱莲草、枸杞等。

4. 脾肾阳虚：胁肋隐痛，腹部胀满，口淡无味，乏力喜卧，肢冷畏寒，性功能低下，舌淡胖苔白滑，脉沉迟无力。用药多选黄芪、蜂房、肉桂等。

5. 瘀血内停：胁痛夜重，拒按，肋下有时可触及癥块，面色晦暗，舌暗或有瘀斑，脉涩。用药多选三七、鳖甲、丹参等。

调养：

1. 饮食宜清淡，多吃水果等富含维生素食品，避免辛辣肥甘厚味，戒酒。
2. 保证充足睡眠，避免过度劳累、用脑过度。
3. 保持良好情绪和心态，尽量避免过度激动或郁闷寡欢。

慢性胃炎

慢性胃炎属中医的痞满，胃痛等范畴，由于病因病机复杂多样，以至于本病的证型也多种多样。比如过食生冷，寒邪客胃，日久伤及脾阳导致脾胃阳虚；过饱或饮食不洁导致脾胃壅塞，继而湿热内生；还有经常因恼怒或抑郁等不良情绪引发的肝胃不和及肝胃郁热等等。

临床所见的胃病多数虚实夹杂，而且治疗的时候也经常会遇到矛盾的地方。比如脾虚运化无力，影响到胃的腐熟和降，此时脾虚与食滞常共存，治疗时过补易碍食滞，过消又易伤脾气，遇到这种情况，补中寓消较为适合，取炒白术，枳壳，莱菔子等；湿热型胃痛日久热邪伤阴，气机郁滞日久亦可化热伤阴，故湿热内蕴与胃阴不足也经常同时存在，治疗时滋阴容易助湿碍胃，燥湿又恐伤阴伤胃，遇到这种情况，根据它们的严重程度以及利害关系分配相应剂量的山药，玉竹和黄连，蒲公英。山药和玉竹善补胃阴，且不滋腻碍胃，黄连和蒲公英能清热燥湿解毒，又擅长健胃厚胃。提到黄

连和蒲公英不得不多说几句，慢性胃炎西医认为与幽门螺旋杆菌 HP 感染有关，证属湿热型的多数与 HP 相关，此二药经验证，针对这种病菌有很好的灭杀作用，所以选择这二味药，不论是辨证还是辨病，均应属于理想药选。久病入络，胃病日久，不论从虚从实看，还是从寒从热看，均有可能形成瘀血，而瘀血证一般又都兼见于其他证型之中，通常是胃病日久的转归证型之一，然而久病又多虚，尤其脾胃病，气血必因乏源而亏少，遇到这种情况，治疗瘀血给予活血，势必耗伤气血，补气血对有瘀滞的病人来说无疑会加重壅塞，此时可以选黄芪进驻中州，补脾益气，再配伍莪术，三七活血化瘀，就可以达到攻邪不伤正，补气不壅塞的目的了。黄芪配莪术是我从朱良春用药经验里学到的，它们攻补并用，祛瘀生新，运毒生肌，改善病灶的血液循环和新陈代谢，可加速疾病痊愈。

胃属六腑，以通降为用，不论虚实皆如此，据此，我所开的每一个药方中都有一味枳实，它行气导滞，消痰除癖，势如破竹，每遇到病人服药后声称效果显著者，枳实可谓功不可没也。我一般虚证明显时用 5~10 克，实证明显时用 10 或 15 克。慢性胃炎病人有时候可能因饮食不慎或情志不遂而加重或诱发，常使本来就复杂难辨的病证变得更加扑朔迷离，此时抓住主证很重要，这需要辨证时精细入微，活法方圆，分析此次发病与以往发病的区别，尽量找出准确答案，慢性胃炎在辨证上还是有难度的，值得重视。

简单说几种常见的证型：

1. 脾胃湿热：胃脘灼热疼痛，腹胀纳呆，口苦口臭，渴不欲饮，舌红苔黄腻，脉滑数或濡。用药多选黄连，蒲公英，栀子等，若寒凝热郁或素有中阳虚寒者，可用半夏，吴茱萸，黄连，黄芩辛开苦降，开泄湿热。

2. 肝胃不和：胃胀痛连及两胁，嗳气口苦，病情常因情绪波动而发作，善太息，舌红苔薄，脉弦。用药可选柴胡，白芍，枳壳等来调肝和胃。若肝郁化火而见烧心泛酸，可加用黄连，吴茱萸开泄郁火；或者用乌贼骨，栀子制酸清火，效果都不错。

3. 瘀血内停：胃痛位置固定，疼痛剧烈，入夜尤甚，舌暗，脉涩或弦，可选五灵脂，三七等。

4. 脾胃虚寒：胃痛隐隐，喜温喜按，乏力纳少，食后腹胀，不敢进冷食，大便溏稀，舌淡，脉虚或迟缓。用药多选附子理中丸加减。

5. 胃阴不足：胃脘灼热，隐隐作痛，口干咽燥，嘈杂食少，舌红少苔，甚至无苔，脉细。用药多选山药，白芍，甘草等。

调养

1. 饮食宜清淡，卫生，不能过食生冷，辛辣等刺激性饮食以及粘硬油腻等不易消化饮食，戒烟酒，避免暴饮暴食，养成细嚼慢咽的习惯。
2. 情绪避免过激，恼怒，抑郁对胃病都很不利。
3. 适当运动，增强体质，有助于疾病的恢复。

慢性胆囊炎

慢性胆囊炎属中医的胆胀，胁痛，黄疸等范畴，其产生分内外两原因。外因多为饮食不节，感受外邪，过食肥甘厚味、酗酒等导致。内因则与情志不遂，肝气郁结，脏腑功能失调有关。初期主要表现为肝胆郁滞，继而内生湿热或聚痰凝瘀，又每因某些诱因而反复发作，后期诸邪胶结，难以治愈，诸如胆壁增厚，纤维化，以及胆结石，胆息肉等均属于此。说到这里，此病的大致治疗思路基本显现，那就是疏肝利胆，清利湿热，活血化瘀，软坚消癥等。

六腑以通为用，胆道郁滞，势必引起胆胀，这种郁滞有时体现在胆囊排空障碍引发的一系列症状，另外胆汁排出不畅还会因为浓缩而刺激胆囊发炎，甚至发生成分改变而沉淀形成结石。在治疗时，我通常会选用金钱草配枳实。金钱草清肝胆湿热，枳实行气消胀，同时它们都能利胆，金钱草利胆是因为它能促进胆汁大量分泌，从而使滞留之浊排出胆囊，这与泌尿系结石用利尿通淋药相类似，起引邪外出之用，枳实利胆是取其强肌之功，它能改善胆囊收缩功能，为胆汁的排泄提供强大动力。如此冲刷，胆结石病人都有可能被治愈，胆胀症状自然亦可以消除了。

临床遇到的肝胆湿热或者邪热炽盛的病人多兼有肝胆郁滞之证，此时我喜欢选大剂量蒲公英治疗，蒲公英开花甚早，得初春少阳之气，而有生发之意，清肝利胆之外，尚可达郁，针对湿热或郁热者，它十分实用。另外此病有热象的多数与西医认为的细菌感染有关，作为善于清热解毒的蒲公英来说，抑制病菌乃其专长，由此可见，蒲公英同符合于辩证和辨病原则。

慢性胆囊炎日久胆壁增厚及纤维化多属于瘀血范畴，采取活血之法有望愈之，但对因久病而变生它证的，治疗就颇为棘手了，象胆结石，胆息肉等。过食肥甘或湿热浊毒内蕴，使胆汁淤积，与邪毒凝结为沙石者，可选白矾，内金等燥湿解毒，消磨化积以化结石，同时用金钱草，枳实，柴胡等与之配合。肝胆湿热，痰瘀互结，胆府排泄枢机不利，致使气血久郁痼结，内生息肉者，可选乌梅，白僵蚕，水蛭等破瘀通络，

散结消瘀。而总的治疗线路还需根据具体病情施以辨证论治，分型如下：

1. 肝胆气滞：右胁胀痛不舒，不思饮食，暖气欲呕，口苦咽干，舌苔薄白或略黄，脉弦。用药可选柴胡舒肝丸加减即可。
2. 肝胆湿热：右上腹疼痛剧烈，胸腹胀满，恶心欲呕，口渴不欲饮，小便黄，大便粘，舌红苔黄腻，脉滑数。用药可酌情选大柴胡汤，茵陈蒿汤加减。
3. 胆郁化火：右胁灼痛拒按，口苦咽干，寒热往来，或有黄疸，舌红苔黄燥，脉弦数。用药多选栀子，蒲公英，川楝子等。
4. 痰瘀互结：面色晦暗，右胁疼痛位置固定，入夜尤甚，舌暗脉弦或涩。经西医检查有胆囊增厚，纤维化，胆息肉等即可以此为据。用药可选水蛭，白僵蚕等。
5. 胆胃不和：胁肋胀痛，胃脘痞满，口苦，上吐下利，寒热往来，舌红苔黄腻，脉弦滑。半夏泻心汤或温胆汤加减。
6. 脾虚湿困：肥胖，喜肉食，右胁肋部隐痛，腹部饱胀，口腻，身体困重，四肢欠温，舌淡苔腻滑，脉沉滑。用药多选苍术，茯苓，厚朴等。

调养

1. 尽量保持乐观，避免抑郁，暴怒等不良情绪。
2. 饮食宜清淡，避免过食高脂，油炸等饮食，避免过饱或过饥，宜少食多餐，注意饮食卫生，防止细菌感染或蛔虫感染。
3. 肥胖人群宜适当运动并减肥，以避免因脏器压迫或脂肪代谢障碍等原因导致的胆汁排泄障碍。

脂肪肝

脂肪肝当属中医肝癖，胁痛，脂满等范畴，多见于肥胖，嗜酒，糖尿病人。病因多为过食肥甘厚味，嗜酒无度，缺乏运动，压力过大等，这些原因导致的脏腑功能失调，从而发病。如过食伤脾，运化失职，谷精不能尽化气血而凝为膏脂，滞留肝络，这种证型多数同见肥胖；嗜酒伤肝，内生湿热，致使肝失疏泄，胆气郁滞，渗化脂浊无权，再受邪热熏蒸而痰瘀内生；年老之人多与肾密切相关，肾阴不足，水不涵木，肝失所养而疏泄不及，或有虚热熏灼，最终痰浊滞留，具有这种证型者有时恰是糖尿病病人；肾阳不足则蒸化无权，津凝为湿，血缓为瘀，日久痰瘀湿浊互结。由此可见，此病与气滞，痰湿，瘀血，虚证等有关。下面提供一些具有降脂作用的中药，临床可根据病情酌情选加：1. 行气导滞类：陈皮，山楂，莱菔子，大黄等。2. 活血化瘀类：

川芎，丹参，水蛭，地龙等。3.化痰利湿类：海藻，昆布，泽泻，石菖蒲等。4.补益类：人参，黄芪，何首乌，女贞子，杜仲，淫羊藿等。

脂肪肝为肝脏本身或脂类代谢异常而引起的肝脏脂肪堆积。对于肝脏本身的问题，我见得最多的就是嗜酒和慢性肝炎患者，大多证属湿热，同时又痰瘀互结，针对这种证型，我多用金钱草，泽泻，丹参，海藻等治疗。金钱草可开泄湿热，清肝利胆，廓清湿浊，促使胆汁排泄而净脂。泽泻利湿泄浊，与金钱草同用，可推陈致新，引邪外出。丹参凉血活血，功同四物，能改善肝内血液循环，从而有利于脂类代谢。海藻软坚化痰，善于降脂。四药合用，切中病机。对于脂类代谢异常引起脂肪肝，病因涉及多方面，比如情志抑郁，这个与肝失疏泄有关，喜食肥甘，这个与脾运呆滞有关等等。我接触过比较多的是一些中老年人，他们多属脾肾不足，阴阳两虚而偏阳虚。这些人多数体型偏胖，缺少运动，同时可伴有肢冷乏力，喜卧懒言，周身困重等症状，除了不良生活习惯之外，机体脂类代谢功能障碍也为其主要原因，所以在治疗他们时，除了化痰祛瘀，渗湿泄浊之外，我还会加黄芪，淫羊藿，肉桂等温补脾肾，阳虚得补则温动有力，脂类代谢随之复原，最终达到治疗目的。

治疗此病不论哪种证型，均应重视化痰降脂，我推荐海藻，山楂，荷叶，海藻和山楂在用药心得里有提，荷叶作为减肥佳品，其降脂效果自当也是不错，它能升清醒脾，舒达肝气，平时取之代茶饮，不失为一简便良策。

分型

1. 湿热中阻：右腹胀痛，厌食欲呕，口苦烧心，舌红苔黄腻，脉滑数。用药多选茵陈蒿汤加金钱草，泽泻等。

2. 肝郁脾虚：胁肋胀满不舒，表情抑郁，善太息，食少纳呆，神疲乏力，舌淡苔薄白，脉弦或虚。用药多选柴胡，枳实，人参，山楂等。

3. 肝肾阴虚：右胁灼热胀痛，烦躁易怒，潮热盗汗，咽干口苦，舌红苔薄黄，脉弦细数。用药多选女贞子，鳖甲，川楝子等。

4. 脾肾阳虚：右胁疼痛隐隐，腹胀纳呆，喜卧懒言，肢冷畏寒，腰酸尿频，舌淡苔白，脉沉迟无力。用药多选人参，黄芪，何首乌，淫羊藿，肉桂等。

5. 痰瘀阻络：右胁刺痛，位置固定，入夜加重，面色晦暗，口唇色紫，舌暗苔厚，脉涩或弦。用药多选丹参，地龙，海藻，鸡血藤等。

调养

1. 尽量少吃高脂高糖饮食，避免过饱或过饥，避免睡前饮食。戒酒。

2. 每天运动半小时以上，根据自己的年龄，体质等状况选择运动项目。需要啰嗦几句，脂肪的“燃烧”需要水和氧，一旦缺乏是不能达到“燃烧”脂肪的目的的。所以患者每天的饮水量尽量达到8杯，尤其早上那杯不可忽视。运动不是越剧烈越好，那样的话身体处于乏氧的状态，反而达不到治疗目的，应该以慢跑，羽毛球等可以持续并且不觉得太累的运动为佳。

3. 劳逸结合，保持心情开朗。

咳嗽 1 例

作者：知守堂主

链接：<https://bbs.iiyi.com/thread-3425184-1.html>

患者张某，女，67岁，2017年12月7日来诊。咳嗽，白天稍轻，每晚九点前后，开始加重，九点至半夜十二点前后最严重，几乎是咳嗽连声不断，过了十二点至五点左右稍微减轻，凌晨五点后又开始加重，直到起床后又开始减轻，一夜几乎不能安眠，上述症状白天呈现阵发性，咳嗽深而沉，有痰但咳嗽不出来，患者说过了九点就好像进了鬼门关，不由自己。

起病之初大约在一个月前后，一次傍晚时骑自行车回家，到家后感觉有点热，遂将厚衣服换成薄衣服。过了几天后，开始起病，发病首先是咽喉不适，以为感冒，吃药无效，继而咽喉症状加重，自感咽喉有“破烂”的感觉和齁的感觉，但不疼痛，咽喉微微发热，饮食尚可，此时并不咳嗽，随即治疗，开始吃消炎药无效（用药不详），治疗四天后出现咳嗽，逐渐加重，出现以上所见症状，即来诊。

刻诊：患者面色微红色，双手脉象虚弱，舌质正常，口干但不欲饮，因病饮食减少，精神显疲态。按照体质偏寒，又受寒凉所致，处方如下：

白术12克，山药12克，茯苓块15克，前胡10克，半夏10克，白芥子10克，海浮石12克，枣皮12克，蛇床子12克，麻黄5克，桂枝10克，冬花10克，2剂，水煎服。

12月9日，患者诉药效不明显，脉证变化不大，因此人虚寒在内，继续处方如下：

麻黄5克，桂枝10克，干姜10克，白芍12克，五味子10克，海浮石12克，海蛤12克，当归10克，蛇床子12克，九地10克，冬花10克，桔梗10克，细辛10克，2剂，水煎服

12月11日，自感咽喉症状减轻许多，咳嗽缓解许多，一阵咳嗽后能少歇息一会，因咳嗽剧烈，出现左侧胸部抽扯疼痛，右侧脉微微有力，处方如下：

白术12克，山药12克，百部10克，防风10克，僵蚕10克，冬花10克，细辛10克，白芍12克，干姜10克，甘草10克，当归10克，九地10克，2剂，水煎服。

同时建议针刺，取穴：肺俞，定喘，中府，璇玑，中脘，膻中，太渊，陷谷，足临泣，太冲。

12日来针刺，说感觉很好，昨晚咳嗽很轻微，可以安睡，患者说好似针刺效果更明显一些，继续原穴不变再次针刺。

13日，患者来说昨晚安睡一晚，偶尔咳嗽几声，继续针刺上一组穴位。同时用善后调理的药物，处方如下：

白术12克，山药12克，当归10克，九地10克，僵蚕10克，干姜10克，冬花10克，桂枝7克，甘草10克，白芍12克，百部10克，3剂，水煎服。

按：1. 此患者的一个主要症状是咽喉如烂和齁的感觉，而且是初发症状，数天后出现咳嗽。咽中如烂和齁的感觉，大多是中焦之变。

2. 咳嗽为寻常症状，但是深而沉的咳嗽，治疗上不应该单从肺系入手，而应该着眼于中焦，《素问·咳论》里面说“此皆聚于胃，关于肺也”。针刺选取中脘和陷谷就是从调理胃气入手。

3. 咳嗽数天后出现左侧胸部疼痛不适，现在人们说这是牵扯疼，但是从中医来角度说胸部属于厥阴和少阳分野，可以说是相乘之过，针刺选取足临泣和太冲以振奋厥阴和少阳之气。

颈椎关节紊乱的判断方法

作者：武大郎

链接：<https://bbs.iiyi.com/thread-1279827-1.html>

【前言】颈椎病的治疗应用脊柱微调手法治疗效果立竿见影，但在应用手法时如何才能避免盲目操作呢？我根据以下几个方法来判断椎体移位方向，并采取相应的手法治疗，效果很好。以下我特地将X线检查放在前，是因为我认为应该先学会读片，从片上分析出患者的颈椎移动方向，再结合触诊来加深体会，这样才能在反复实践中提高触诊的准确性。只有这样才能为以后在没拍片子前就建立椎体的三维形状打下坚实的基础，毕竟片子拍起来不如触诊简单。以下是我常用的，写得匆忙难免遗漏，欢

迎补充。

颈椎的移位情况有 14 个。就是按照左右旋转，前后仰俯，左右侧倾来组合的。

至于手法的应用限于时间，下次再来写一点。各位同仁请拍砖。

【X 线片】

【以正位，侧位，开口位片（注意：查看第一第二颈椎时用开口位片，拍侧位片时患者应稍抬头）较常用】

正位 1. 棘突：取直尺，将大多数棘突连成一线，偏移中线 3 毫米就有临床意义。此时是棘突移位方向就是复位时头的旋转方向。顺便说一下，腰椎的棘突移位方向就是侧卧位复位时候的在上面的方向。这点很重要。

2. 枢椎棘突呈“山”字型，尖处应该指在齿突内，在其外有意义。至于是第一颈椎还是第二颈椎旋转，则看大多数椎体的位置。

3. 双侧小关节间隙不对称，一侧有一侧无。提示旋转或侧移。

4. 环枢关节错位，可以看到环齿间隙不对称，环齿间隙显示一侧宽一侧窄，则此时椎体向窄侧旋转，棘突向宽侧旋转，此时复位时头的旋转方向应该向宽侧。

5. 环枢关节的“八”字影不对称。

6. 同一椎间隙不呈长方形，呈一侧宽一侧窄，提示侧倾。

侧位

1. 椎体双边征：（椎体上下缘有两条边），提示有旋转，若全部有，则说明体位的问题。

2. 小关节突双突征：（关节突出现两条边，）提示左右旋转。

3. 椎体后缘连线在某处中断，不呈连续的弧线，提示前后移位。这点在患者出现的临床症状上和 X 片上的病理部位比较吻合。不像其他一些 X 片征，可能未必是患者目前致病的部位。

4. 椎间隙狭窄：说明该处椎间盘退变。

5. 椎管矢径 $<11\text{mm}$ ，考虑脊髓受压。 $<8\text{mm}$ 可以确定脊髓型颈椎病。

说明：双边征和双突征对椎体不稳有早期诊断价值。两种征像都因不稳导致椎体旋转。侧位上由于椎体后缘无法重叠，而出现双边，小关节无法重叠出现双突征。过屈过伸位 X 片可以显示颈椎是否稳定。

【触诊】

体位：患者坐正，头和肩膀水平呈垂直。

手法：以拇指和中指张开呈爪状，作两侧对合触诊，指头以按压和滑移为主要手段。

1. 棘突：

有无偏歪（提示旋转）；有无棘突之间隙增宽（提示椎体有俯仰，有椎间盘突出膨出可能，此点在腰椎的判断也十分有益处。当然还要加上引出压痛）；有无台阶感（滑脱可能）

由于棘突有分叉，分叉后可能出现一叉大一叉小的情况，只能做参考。

2. 小关节突：

在棘突旁三厘米左右

有无凸凹（提示旋转）

3. 横突：

在颈部两侧，第一颈椎侧突在乳突正下。

用拇中指两侧一起按压来判断是否有旋转移位。

【颈椎病】

临床我们一般将颈椎病按引起起症状的椎体位置，分三段。分别为上颈段病变，中颈段病变，下颈段病变。

上颈段：1～2 椎。症状以晕，枕后痛为主。治疗：以放松枕下肌群手法，1、2 椎整脊为主。急性期强调固定。

中颈段：3～4 椎。症状主要以肩酸胀，交感神经症状为主。推拿效果好。

下颈段：5～6～7 椎。症状以上肢出现放射痛为主。牵引+整脊。

突发心悸病案

作者：huangshifu

链接：<https://bbs.iiyi.com/thread-2600375-1.html>

患者，苏某，男，26 岁。银行职员，不吸烟，以往因应酬喝酒较多，近一年来减少应酬，基本不饮酒，常加班至夜间 8～9 点，食欲差，夜间由于下班晚及劳累，常常不吃晚饭。2014 年 9 月 21 日求诊，自诉一周前突发咳嗽，无恶寒发热，无痰，而后出现心慌心悸、胸闷气短等症状，到医院检查时考虑病毒性心肌炎的可能性，但血常规、心电图等检查未发现明显异常。晨起心率约 60 次/分，活动后心率增加至

90 次/分，出现上述心脏症状。食欲差，舌苔边尖红，中后苔黄腻，部分呈淡黑色。诊其脉左寸关数略弦，左尺沉虚，右寸数大，右尺沉虚。考虑为表邪入侵引发伏邪而化热，肺气不降，心肝郁热。此证虽有心慌、心悸、气短等症状，但心肺气虚较轻，郁热明显，而素体痰湿。

治法：燥湿运脾，清肺降气，滋阴补肾。目的是使一气周流通畅，则心慌心悸等症自除，不应以治心为主（心脉仍属气郁化热清热养阴而流通即可）。处方如下：

生石膏（先煎）30 克，生地 20 克，熟地 30 克，苍术 12 克，厚朴 10 克，白豆蔻（打碎）10 克，炒薏苡仁 30 克，法半夏 12 克，川椒 12 克，党参 15 克，麦冬 15 克，五味子 15 克，炙甘草 10 克。5 剂，水煎服。

此处以苍术、白豆蔻、生薏苡仁等运脾化湿，生石膏清上焦郁热而外散，生地养阴凉血，熟地补肾精，生脉散补心肺气阴而敛降。川椒降肺气，法半夏降胃气以助肺气之肃降，并引党参之气下行。

患者 23 日方开始服药，自诉效果迅速，第二日食欲明显改善，心慌、心悸、胸闷气短诸症明显减轻。电话联系，患者服完 5 剂，症状基本消失，仍觉口干，偶尔还有心悸。予原方加减。处方如下：

苍术 12 克，白豆蔻（打碎）10 克，生薏苡仁 30 克，生石膏（先煎）30 克，川椒 12 克，苏子 12 克，代赭石（先煎）30 克，生地 20 克，熟地 30 克，党参 15 克，麦冬 15 克，五味子（打碎）12 克，炙甘草 10 克。5 剂，水煎服。

服药后，自诉无其他不适，仅咽部有不适感，无感冒，考虑与气候、季节等因素有关，不必再服药。

我用量最大的一味药——夏枯草

作者：邯郸居士

链接：<https://bbs.iiyi.com/thread-1705466-1.html>

本人用夏枯草经验：

1. 悬饮证（胸腔积液）：常与葶苈子、川椒、瓜蒌、大贝等配伍。
2. 肿瘤：根据病灶不同位置，常与桑黄、八角金盘、藤梨根、白花蛇舌草、王不留行、木鳖子等配伍。
3. 瘰疬（甲亢、甲状腺囊肿）：常与黄独、皂刺、槐籽、大贝、枣仁等配伍。
4. 瘰疬（淋巴结核）：常与元参、僵蚕、牡蛎、大贝、蜈蚣、穿山甲等配伍。

5. 眩晕（高血压、高血脂）：常与生山楂、生何首乌、水蛭、姜黄、郁金等配伍。

夏枯草的用量，一般 60 克。

亦可以将夏枯草 3000 克加水掩过药面浓煎，加入适量蜂蜜收膏，配合方药煎剂。

本人用夏枯草，得心应手，辨证确切，如影随形。

针灸治疗乳腺增生 1 例

作者：海天

链接：<https://bbs.iiyi.com/thread-1682055-1.html>

患者，杨某，女，27 岁。

主诉：乳腺增生左乳腺反反复复疼痛 4 年。

查：左乳腺外上象限包块，质中，压痛。余未见明显异常。

处置：

以右环跳穴和右大肠俞连线的中点为圆心，其 1/2 长为半径，画一个圆。在圆心上做一个 xy 平面直角坐标。在其第二象限，用 75%酒精饱和棉球擦拭。

在擦拭出的最红的点中，用圆运动的找点法选择 5 个点，用注射器 7 号针头，各注射生理盐水 0.8-1ml。

注射完毕：病人诉左乳完全不痛。复查：左乳包块缩小，质介于中与软之间。

嘱：忌食水产品。15 天一次，2 次为一疗程。

门诊随访：第二、三日注射处尚有一点的胀痛感，余无不适。

半个月后，重复治疗一次。随访 2 月，无不适。

责任编辑：修竹临风

编辑：草原民间中医、砭艾、xiwang001han

人参

别名：山参、林下参、移山参、野山参。

来源：五加科植物人参的干燥根，分布于辽宁东部、吉林东半部和黑龙江东部苏联、朝鲜也有分布。



形态：多年生草本；根状茎短，直立或斜上，不增厚成块状。主根肥大，纺锤形或圆柱形。地上茎单生，高 30~60 厘米，有纵纹，无毛，基部有宿存鳞片。叶为掌状复叶，3~6 枚轮生茎顶，幼株的叶数较少；叶柄长 3~8 厘米，有纵纹，无毛，基部无托叶；小叶片 3~5，幼株常为 3，薄膜质，中央小叶片椭圆形至长圆状椭圆形，长 8~12 厘米，宽 3~5 厘米，最外一对侧生小叶片卵形或菱状卵形，长 2~4 厘米，宽 1.5~3 厘米，先端长渐尖，基部阔楔形，下延，边缘有锯齿，齿有刺尖，上面散生少数刚毛，刚毛长约 1 毫米，下面无毛，侧脉 5~6 对，两面明显，网脉不明显；小叶柄长 0.5~2.5 厘米，侧生者较短。伞形花序单个顶生，直径约 1.5 厘米，有花 30~50 朵，稀 5~6 朵；总花梗通常较叶长，长 15~30 厘米，有纵纹；花梗丝状，长 0.8~1.5 厘米；花淡黄绿色；萼无毛，边缘有 5 个三角形小齿；花瓣 5，卵状三角形；雄蕊 5，花丝短；子房 2 室；花柱 2，离生。果实扁球形，鲜红色，长 4~5 毫米，宽 6~7 毫米。种子肾形，乳白色。

栽培：人参喜冷凉湿润气候，耐寒。喜斜射及漫射光，忌强光和高温。对土壤选择较严，适宜排水良好，富含腐植质的砂质壤土及壤土栽培。

性味功能：味甘、微苦，性平；大补元气、复脉固脱、补脾益肺、生津、安神。

用 途：用于体虚欲脱，肢冷脉微，脾虚食少，肺虚喘咳，津伤口渴，内热消渴，久病虚羸，惊悸失眠，阳痿宫冷；心力衰竭，心源性休克。

用法用量：内服 3~9 克，另煎兑入汤剂服；野山参若研粉吞服，一次 2 克，一日 2 次。

经验鉴别：本品以枝大、浆足、纹细、芦长、碗密、有圆芦、芦及珍珠点者为佳。

牡丹皮

别 名：丹皮、粉丹皮、木芍药、条丹皮、洛阳花。

来 源：毛茛科植物牡丹的干燥根皮。以安徽、河南产量为大。



形 态：落叶灌木。茎高达 2 米；分枝短而粗。叶通常为二回三出复叶，偶尔近枝顶的叶为 3 小叶；顶生小叶宽卵形，长 7~8 厘米，宽 5.5~7 厘米，3 裂至中部，裂片不裂或 2~3 浅裂，表面绿色，无毛，背面淡绿色，有时具白粉，沿叶脉疏生短柔毛或近无毛，小叶柄长 1.2~3 厘米；侧生小叶狭卵形或长圆状卵形，长 4.5~6.5 厘米，宽 2.5~4 厘米，不等 2 裂至 3 浅裂或不裂，近无柄；叶柄长 5~11 厘米，和叶轴均无毛。花单生枝顶，直径 10~17 厘米；花梗长 4~6 厘米；苞片 5，长椭圆形，大小不等；萼片 5，绿色，宽卵形，大小不等；花瓣 5，或为重瓣，玫瑰色、红紫色、粉红色至白色，通常变异很大，倒卵形，长 5~8 厘米，宽 4.2~6 厘米，顶端呈不规则的波状；雄蕊长 1~1.7 厘米，花丝紫红色、粉红色，上部白色，长约 1.3 厘米，花药长圆形，

长4毫米；花盘革质，杯状，紫红色，顶端有数个锐齿或裂片，完全包住心皮，在心皮成熟时开裂；心皮5，稀更多，密生柔毛。蓇葖长圆形，密生黄褐色硬毛。花期5月；果期6月。

栽培：牡丹喜温暖湿润气候，较耐寒、耐旱、怕涝、怕高温，忌强光。喜上层深厚、排水良好、肥沃疏松的砂质壤上或粉砂壤土。盐碱地、粘土地不宜栽培。

性味功能：味苦、辛，性微寒；清热凉血，活血化瘀。

用途：用于温毒发斑，吐血衄血，夜热早凉，无汗骨蒸，经闭痛经，痈肿疮毒，跌扑伤痛。

用法用量：内服6~12克。

经验鉴别：本品以条粗长、皮厚、粉性足、香气浓、结晶状物多者为佳。

编辑：王颖健

责任编辑：金陵一剑



诊断 1 例胃癌的曲折之路

作者: bxp197887

链接: <https://bingli.iiyi.com/show/62621-1.html>

●病例摘要

一般资料: 男性, 63 岁。

主诉: 呕血 2 小时

现病史: 患者于 2 小时前无诱因出现呕血 3 次, 质暗红, 量约 500 毫升, 含少量血凝块。伴恶心、腹胀、心慌及乏力, 无腹痛、胸闷、胸痛及意识障碍。未予治疗, 急来我院, 在急诊科给予“泮托拉唑针”静滴, 后以“上消化道出血”收住我科。发病以来, 精神差, 未进食, 未排大小便。

既往史: 有“高血压”病史 10 年余, 最高可达 180/110mmHg, 长期服用“寿比山、美托洛尔、阿司匹林肠溶片”; 有“糖尿病”10 年余, 长期服用“二甲双胍、消渴丸”。无“冠心病”病史; 无“肝炎、结核”等传染病接触史; 无手术外伤史; 无输血献血史; 无药物及食物过敏史; 预防接种史不详。

体格检查: T:36.5℃; P:108 次/分; R:22 次/分; BP:80/60mmHg。发育正常, 营养一般, 体形中等, 意识清晰, 精神差, 平车推入病房, 平卧位, 查体欠配合。贫血貌, 全身皮肤黏膜无黄染。头颅无畸形, 眼睑无水肿、下垂及闭合障碍, 眼球运动自如, 无突出、斜视及震颤。结膜无充血, 巩膜无黄染, 双侧瞳孔等大等圆, 直径约 3mm, 对光反射存在。耳廓无畸形, 外耳道无分泌物, 乳突无压痛。鼻无畸形, 无鼻翼扇动, 鼻通气良好, 中隔无弯曲, 鼻粘膜正常, 无出血及脓性分泌物, 鼻窦区无压痛。口唇无发绀, 舌体大小正常、居中, 咽无充血, 双侧扁桃体无肿大。颈软, 无抵抗, 颈静脉无怒张, 气管居中。甲状腺无肿大。胸廓对称无畸形, 双侧呼吸活动度正常, 叩诊清音, 双肺呼吸音粗糙, 未闻及干湿性啰音。心脏前区无隆起, 心浊音界无扩大, 心率 108 次/分, 律齐, 各瓣膜听诊区未闻及病理性杂音。腹膨隆, 无腹壁静脉曲张, 未见肠型或蠕动波, 全腹软, 肝脾肋下未触及, 上腹部压之有不适感, 无压痛及反跳痛。Murphy's 征阴性, 肝上界位于右锁骨中线第 5 肋间, 肝肾区无叩击痛, 移动性浊音阴性, 听诊肠鸣音活跃, 约 8 次/分。肛门及外生殖器未查。脊柱四肢无畸形, 活动自如, 双下肢无水肿, 四肢肌力肌张力正常。生理反射存在, 病理反射未引出。

●初步诊断: 1. 上消化道出血: 消化性溃疡? 急性胃黏膜病变? 消化道肿瘤? 2.

病例讨论

失血性休克 3. 高血压（3 级极高危）4. 2 型糖尿病

●诊断依据：

1. 老年病人，因呕血 2 小时急诊入院；
2. 有高血压病史，长期服用阿司匹林；
3. 查体：P：108 次/分；BP：80/60mmHg。精神差，贫血貌，心率 108 次/分，律齐无杂音，腹平软，上腹部压之不适，肠鸣音活跃。

●鉴别诊断：

1. 肝硬化食管胃底静脉曲张破裂出血：患者多有肝炎、肝硬化病史，出血量大而凶猛，常伴腹部静脉曲张、脾亢等其它门脉高压表现，该患者无肝炎病史，无明显肝损伤表现，暂不支持该诊断，需进一步查胃镜以明确。

2. 胆道出血：系肝胆疾病、创伤、手术或全身性因素而致的出血。常见原因有：外伤、手术损伤、经皮肝穿刺胆道造影（PTC）、肝组织穿刺活检、经皮肤肝穿刺胆道引流（PTCD）、肝内炎性病变、胆道炎性病变、急性胰腺炎、胆道蛔虫症、胆石症、肝胆及胰腺肿瘤等。胆道大量出血的典型临床表现为三联征：①胃肠道出血（呕血、便血）；②胆绞痛；③黄疸。该病人无腹痛及黄疸，不支持，可进一步查腹部彩超及肝功能以排除。

3. 贲门黏膜撕裂综合征：是指因频繁的剧烈呕吐，或因腹内压骤然增加的其它情况（如剧烈咳嗽、举重、用力排便等），导致食管下部和/或食管胃贲门连接处或胃粘膜撕裂而引起以上消化道出血为主的症候群。常在剧烈呕吐后发生，酗酒是常见的原因。胃镜检查可明确诊断，该病人不符。

●诊治经过：



入院后尽快行胃镜检查提示：贲门-胃底癌并出血，但病理不支持，病理结果为：（贲门-胃底）黏膜慢性活动性炎症伴糜烂、出血，局灶腺体数量减少，局灶腺体增生。向病人家属交待病情，建议再取活检确诊。病人家庭条件好，直接转北京某三甲医院进一步诊治，再次胃镜检查取病理亦为炎症改变，因与临床不符，遂剖腹探查确诊为腺癌。

●临床诊断：

贲门胃底癌并出血

●分析总结：

该病人其实不能说是一个复杂病例，但确诊过程却是曲折艰辛的。做完胃镜，心里就说，唉，又一个胃癌，能百分之百确诊的。但不能给病人家属说百分之百是癌，当时考虑的是病人家属需要一个接受过程。就跟病人家属这样交待，看胃镜表现有可能是不好的东西，但还需要结合病理结果。但病理结果一出来，自己就愣住了，这怎么可能呢？病人家属倒轻松了，认为我们夸大病情了。但怎么看怎么就是癌，只有建议病人再次胃镜检查取活检。但病人家属已经对我们失去信任了，家庭条件好，直接去了北京，但再次活检依旧是炎症表现，和病人家属沟通，上级医院大夫也是高度怀疑癌，最后剖腹探查确定是腺癌。这个病例吸取的教训就是，胃癌表现多种多样，活检只是其中一小部分，如果病理结果与临床不符，一定要坚持问个为什么，争取不耽误病人病情。

急性胰腺炎的治疗 1 例

作者：mljmal dini

链接：<https://bingli.iiyi.com/show/62615-1.html>

●病例摘要

一般资料：女性, 53 岁, 农民

主诉：腹痛 10 天加重 1 天

现病史：患者 10 天前进食海鲜后出现上腹部疼痛，呈持续性，自行到当地卫生院予以输液治疗后好转，昨日再次进食荤食后出现腹痛，以中上腹部明显，持续性绞痛，无后背部放射痛，有恶心，未呕吐，无呕血、黑便，至泗阳县人民医院查血淀粉酶 4883U/L，尿淀粉酶 33846U/L，腹部彩超：脂肪肝；胆囊壁水肿；胰腺体积稍大，回声欠均。现为进一步就诊治，来我院急诊，拟“急性胰腺炎”收住入院，病程中，神

病例讨论

志清，精神一般，无畏寒、发热，无咳嗽、咳痰，无胸闷、心慌，无胸痛、咯血，未进食，大便未解，尿量正常。

既往史：平素健康状况一般，有高血脂病史，否认肝炎、结核等传染病史，否认高血压、糖尿病、癫痫等慢性病史，否认手术、外伤、输血史，有“头孢”过敏史，预防接种史不详。

体格检查：T:36.7℃, P:75 次/分, R:20 次/分, BP:125/75/mmHg。一般情况：神志：清晰，面容：急性，体位：自主，步态：正常，检查合作程度：合作。皮肤黏膜：皮疹：无，皮下出血：无，温湿度：正常，水肿：无，肝掌：无，蜘蛛痣：无。淋巴结：全身浅表淋巴结：无肿大。头颈部：巩膜：黄染：无，瞳孔：等大等圆 3mm，对光反射：正常。耳鼻：未见异常。唇：红润，咽：无充血。颈软，颈动脉：搏动正常，颈静脉：正常，气管：居中，甲状腺：正常，对称，弥漫性，质软，其他异常：无。胸部：乳房：发育正常，乳房肿块：无。肺：呼吸运动：正常，肋间隙：正常，叩诊：清音，听诊：呼吸音：清，啰音：无。心：心尖搏动位置：正常，触诊：震颤：无，叩诊：心浊音界未见异常，听诊：各瓣膜听诊区未闻及病理性杂音。腹部：正常，中上腹肌紧张，未见陈旧性手术瘢痕，中上腹部有压痛，未及反跳痛，肝肾脏无叩击痛，移动性浊音阴性，肠鸣音异常。肛门直肠：痔核：未检查。脊柱四肢：脊柱：正常，棘突：无压痛，活动度：正常，四肢：正常。神经系统：生理反射存在，病理反射未引出。专科情况：神清，精神可，腹部平软，无手术疤痕，腹肌稍紧张，中上腹腹部有压痛，未及反跳痛，余腹部无压痛及反跳痛，肝区无叩击痛，双侧肾区无叩击痛，移动性浊音阴性，肠鸣音异常。

辅助检查：血淀粉酶 4883U/L, 尿淀粉酶 33846U/L 腹部彩超示：脂肪肝；胆囊壁水肿；胰腺体积稍大，回声欠均。

●初步诊断：

1. 急性胰腺炎 2. 脂肪肝 3. 胆囊炎 4. 高脂血症

●诊断依据：

患者为中老年女性，53 岁，患者的主要症状为腹痛 10 天加重 1 天，结合查体：神清，精神可，腹部平软，无手术疤痕，腹肌稍紧张，中上腹腹部有压痛，未及反跳痛，余腹部无压痛及反跳痛。肝区无叩击痛，双侧肾区无叩击痛，移动性浊音阴性，肠鸣音异常。以及相关辅助检查的异常：血淀粉酶 4883U/L, 尿淀粉酶 33846U/L, 腹部彩超示：脂肪肝；胆囊壁水肿；胰腺体积稍大，回声欠均。诊断为急性胰腺炎。

●鉴别诊断：

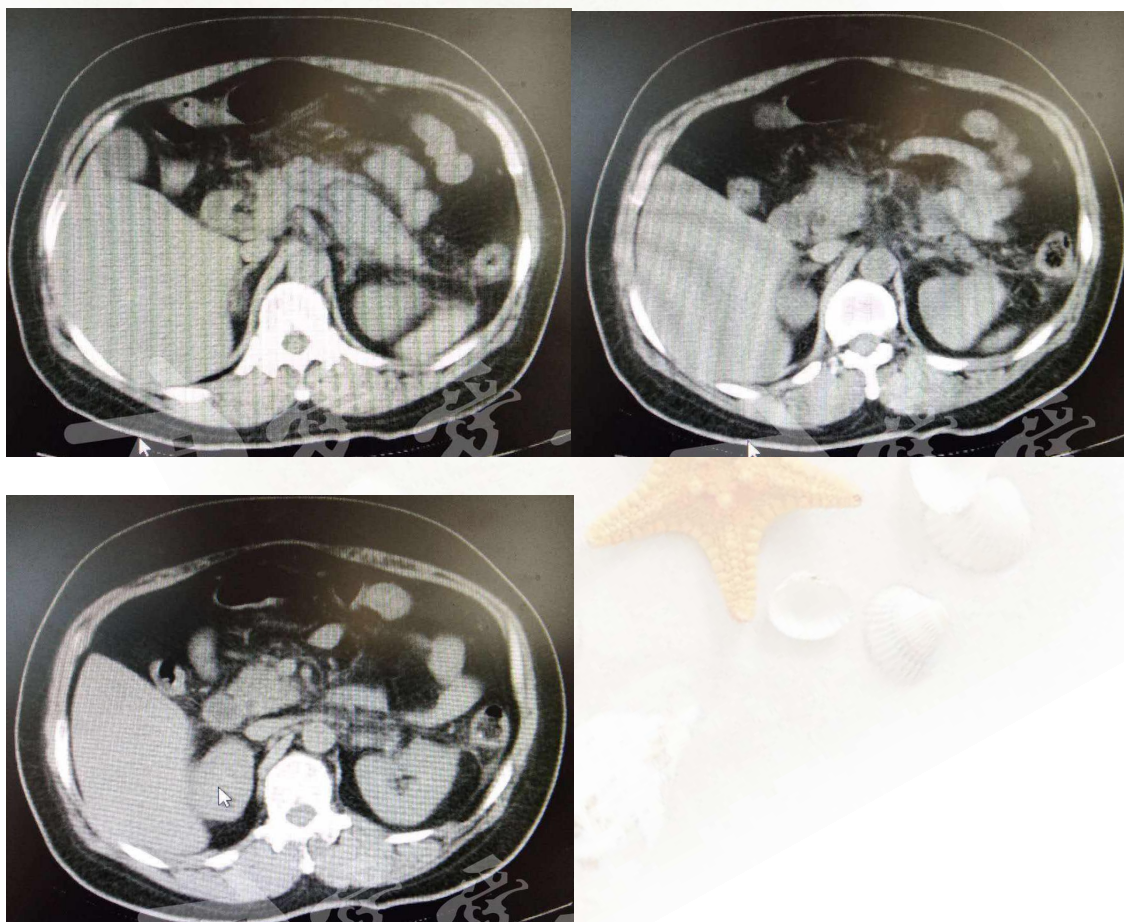
1. 消化性溃疡急性穿孔：有较典型的溃疡病史，腹痛突然加剧，腹肌紧张，肝浊音界消失，X线透视见膈下有游离气体等可资鉴别。患者无明显溃疡史，膈下未见游离气体，目前基本可以排除。

2. 急性肠梗阻 腹痛为阵发性，腹胀，呕吐，肠鸣音亢进，有气过水声，无排气，可见肠型，腹部X线可见液气平面。患者排便排气正常，目前基本可以排除。

3. 心肌梗死 有冠心病史，突然发病，有时疼痛限于上腹部。心电图显示心肌梗死图像，血清心肌酶升高。血、尿淀粉酶正常。而患者无冠心病病史，且血、尿淀粉酶增高，目前暂不考虑。

●诊治经过：

项目名称	结果	参考范围	单位	提示
▶ 淀粉酶V	1683	32-111	U/L	H



患者入院后完善相关检查，血淀粉酶 $v1683(U/L) \uparrow$ ，白细胞数 $13.0(*10^9/L)$ ，中性粒细胞 0.638% ；血淀粉酶 $1683(U/L)$ ；电解质(快速):钾： $3.46(mm\text{ol}/L)$ ，钠： $145.2(mm\text{ol}/L)$ ，D-D 二聚体 $840(ug/L)$ ；肌钙蛋白 I、肾功能、心肌酶谱基本正常；胸腹部 CT 示 1.胰腺炎可能，请结合临床；2.脂肪肝；3.胆囊壁稍厚、密度不均；4.左肺钙化、纤维灶。CA15-328.54(U/mL) $\uparrow$ ；CA19-935.51(U/mL)；甲胎蛋白 $2.18(ng/ml)$ ；癌胚抗原 $1.53(ng/ml)$ ；CA12517.23(U/mL)；总胆红素 $16.5(umol/L)$ ，直接胆红素 $6.0(umol/L)$ ，总蛋白 $67.8(g/L)$ ，白蛋白 $41.2(g/L)$ ，球蛋白 $26.6(g/L)$ ，谷丙转氨酶 $136(U/L) \uparrow$ ，谷草转氨酶 $33(U/L)$ ，谷草线粒体同工酶 $9.9(IU/L)$ ，碱性磷酸酶 $172(U/L) \uparrow$ ，r-谷氨酰转肽酶 $362(U/L) \uparrow$ ，乳酸脱氢酶 $169(U/L)$ ，总胆汁酸 $3.85(umol/L)$ ；超敏 C 反应蛋白 $74.90(mg/L) \uparrow$ ；葡萄糖 $5.87(mm\text{ol}/L)$ ；总胆固醇 $5.58(mm\text{ol}/L)$ ，甘油三脂 $1.67(mm\text{ol}/L)$ ；予以禁食、抑酸、补液、抗炎、抑制胰腺分泌、降低胰酶活性等治疗，复查彩超提示：胰腺形态稍饱满、回声欠均，请结合临床；胆囊结石（小砂砾样及泥沙样）；脂肪肝；胆囊结石建议病情好转后进行外科手术治疗，病情好转后患者出院，嘱普外科、消化科门诊复诊。

●临床诊断：

1. 急性胰腺炎 2. 脂肪肝 3. 胆囊炎 4. 高脂血症

●分析总结：

急性胰腺炎是指多种病因引起的胰酶激活，继以胰腺局部炎症反应为主要特征，伴或不伴有其他器官功能改变的疾病。腹痛是急性胰腺炎的主要症状，位于上腹部，常向背部放射，多为急性发作。呈持续性，少数无腹痛。可伴有恶心、呕吐。发热常源于急性炎症、坏死胰腺组织继发感染或继发真菌感染。发热、黄疸者多见于胆源性胰腺炎。该患者主要症状为腹部疼痛，检查血尿淀粉酶均明显增高，腹部彩超提示胰腺增大，胆囊水肿，所以患者急性胰腺炎的诊断明确。入院后给予禁食、抑酸、补液、抗炎、抑制胰腺分泌、降低胰酶活性等治疗。期间需要注意急性胰腺炎的并发症的预防以及治疗，复查腹部彩超后考虑为胆囊结石，故考虑患者的急性胰腺炎的主要病因为胆石症导致的梗阻后导致，建议患者需要在本次病情好转后进行胆囊切除手术治疗。

责任编辑：绿漫天涯

编辑：刘现国

医疗资讯

中国学者乳腺癌研究成果遭德国海德堡大学盗取

今年 2 月，德国海德堡大学高调宣布，该大学医学院成功研发出血液测试乳腺癌的“里程碑式方法”，德国多家媒体刊登了该校妇科医院院长克里斯托夫·泽恩及其学生的宣传照。但该项研究成果遭到德国癌症协会等六个专业协会的质疑。3 月 26 日，海德堡《莱茵内卡报》发表报道，质疑泽恩所称研究成果源于中国学者杨蓉西及其团队 2016 年开发的乳腺癌血液检测法，杨蓉西当年还因此登上德国科学杂志《Onyx》。4 月 3 日，《中国科学报》收到来自海德堡大学附属医院沟通主管的回复邮件，称“内部工作组已开始相关调查工作。”4 月 4 日凌晨，归国在南京医科大学工作的杨蓉西表示，德方调查组刚刚给她打了电话询问具体情况，并承诺会尽快公布调查结果。

浙大“人脑库”七年收集 165 例人脑

4 月 2 日下午，“浙江大学医学院中国人脑库”揭牌仪式在浙江大学医学院附属第一医院举行。2012 年 11 月，浙大医学院中国人脑库收到首例来自一名亨廷顿舞蹈病男病人的捐献大脑，此后七年中人脑库共收集储存了 165 例新鲜人脑组织。中国人脑库的建立，目的是发现和阐明人类神经精神疾病的发病原因，如阿尔茨海默病、帕金森氏病、抑郁症、精神分裂症等，并为寻找发病机制并建立有效治疗方法提供直接有效的研究材料。

卫健委发布《全科医生转岗培训大纲》

4 月 2 日，国家卫健委印发《全科医生转岗培训大纲》，大纲指出全科医生转岗培训总时长应不少于 12 个月，可在 2 年内完成。符合两种条件的医师可申请全科医生转岗培训：（一）基层医疗卫生机构中已取得临床执业（助理）医师资格、拟从事全科医疗工作、尚未接受过全科医生转岗培训、全科专业住院医师规范化培训或助理全科医生培训的临床执业（助理）医师。（二）二级及以上医院中取得临床执业医师资格、从事临床医疗工作三年及以上、拟从事全科医疗工作、尚未接受过全科医生转岗培训、全科专业住院医师规范化培训或助理全科医生培训的其他专业临床执业医



师。

“限抗令”升级：抗菌药物目录每两年调整一次

3月29日，卫健委发布《关于持续做好抗菌药物临床应用管理工作的通知》，表示要进行抗菌药物供应目录管理，两年一调整；并首次出现“限制门诊静脉输注抗菌药物”相关陈述，强调了“能口服不肌注，能肌注不输液”的原则。通知指出，抗菌药物供应目录调整周期原则上为2年，杜绝违规目录外用药或外购用药情况发生。同时应根据临床实际，及时将耐药率高、不良反应多、循证医学证据不足、违规使用突出的药品，清退出供应目录。

“抑制肿瘤”等21项保健食品功能拟被取消

3月28日，国家市场监督管理总局网站发布公告，建议调整保健食品的部分保健功能表述，取消21项已不再受理审评审批的保健功能，并公开征求意见。拟被取消的21项保健功能包括：改善皮肤油分；促进/改善生长发育；促进泌乳；（辅助）抑制肿瘤；抗突变；改善性功能；单项调节免疫；单项调节血脂；改善微循环；美容（丰乳）；预防脂溢性脱发；促进肠蠕动；阻断N-亚硝基化合物的合成；防龋护齿；促进头发生长；升高白细胞；预防青少年近视；改善皮肤酸碱度；减少皮脂腺分泌；减少皱纹；皮肤美容（减轻紫外线皮肤的损伤）。

5月1日起，芬太尼类物质将被整类列管

4月1日消息，近日公安部、国家卫健委、国家药监局联合发布公告，宣布从5月1日起将芬太尼类物质列入《非药用类麻醉药品和精神药品管制品种增补目录》。“芬太尼类物质”是指化学结构与芬太尼（N-[1-（2-苯乙基）-4-哌啶基]-N-苯基丙酰胺）相比，符合以下一个或多个条件的物质：一、使用其他酰基替代丙酰基；二、使用任何取代或未取代的单环芳香基团替代与氮原子直接相连的苯基；三、哌啶环上存在烷基、烯基、烷氧基、酯基、醚基、羟基、卤素、卤代烷基、氨基及硝基等取代基；四、使用其他任意基团（氢原子除外）替代苯乙基。

中国首本《医院人文建设蓝皮书》发布

3月29日上午，中国首本医院人文建设指导用书——《医院人文建设蓝皮书》



在首届医院人文品牌峰会上正式发布。该蓝皮书推出的《医院人文建设评价体系》（2019 版），开启了医院人文建设的新纪元。该蓝皮书由中国生命关怀协会医院人文建设专委会副主任委员、西安交通大学胡书孝副教授、中国生命关怀协会医院人文建设专委会李庆副秘书长、上海市儿童医院社工部钮骏主任共同领衔编著。

世界首例来自艾滋病患者的活体肾脏移植完成

日前，约翰霍普金斯大学宣布，完成了世界第一例 HIV-HIV 活体捐赠肾脏移植手术，意味着 HIV 阳性不再是肾脏捐赠的障碍。器官捐赠者 Nina Martinez 是一名 HIV 阳性的 35 岁女性，她表示目前为止“感觉很好”。受赠者未透露个人信息。根据约翰霍普金斯大学教授 Christine Durand 博士介绍，手术顺利，Martinez 与受赠者均需继续服用抗逆转录病毒药物，医院会对他们进行长期监测。

医疗机构投诉 4 月 10 日起实行“首诉负责制”

国家卫健委日前出台《医疗机构投诉管理办法》，将于 4 月 10 日起施行。办法规定，医患沟通中有关诊疗情况的重要内容应当及时、完整、准确记入病历，并由患者签字确认，医疗机构投诉实行“首诉负责制”。医疗机构主要负责人是投诉管理的第一责任人。二级以上医疗机构应当设置医患关系办公室或指定部门统一承担投诉管理工作。患者投诉后，工作人员应当热情接待。能够当场协调处理的，尽量当场协调解决；无法当场处理的，应主动将患者引导到投诉管理部门，不得推诿、搪塞。

烟台一医院体检漏诊致患者病情恶化，法院判承担七成责任

3 月 26 日，烟台牟平法院发布了一起医疗纠纷案件，牟平某医院在对姜某体检时，漏诊胸部 DR 拍片项目，导致姜某病情恶化。法院认为，某医院 2015 年 10 月 19 日在对姜某体检中，进行胸部 DR 片检查时存在漏诊，漏诊不排除病情加重的可能性，某医院在对原告姜某体检过程中存在重大过失，应当承担主要责任；同时，姜某在乡镇卫生院体检时，医方告知左肺门影大，建议 CT 扫描，患者未遵医嘱，应承担一定责任。综合案情考虑，法院判决某医院对姜某的人身损害后果承担 70% 的民事赔偿责任，姜某自行承担剩余责任。

国务院办公厅：全面推进生育险与医保合并



3月25日，国务院办公厅公布《关于全面推进生育保险和职工基本医疗保险合并实施的意见》，推进两项保险合并实施，实现参保同步登记、基金合并运行、征缴管理一致、监督管理统一、经办服务一体化。2019年底前实现两项保险合并实施。中国社科院世界社保研究中心张盈华表示，生育保险跟医疗保险保障对象和范围有一定重叠，合并实施后，统一征收经办，生育保险无需再建立一套独立的稽核审查系统，有利于提高经办效率、降低管理成本。

责任编辑：永恒流星



原来，你是天使收起了翅膀

作者：呆呆的小眼睛

链接：<https://bbs.iiyi.com/thread-3454244-1.html>

受人之托要写点文字，写点关于身边既平凡又伟大、既陌生又熟悉的人。

要求是正式点、庄重点、感人点。

好久没有提笔，却一时间不知道怎么样来开头。特别是有了这样的命题，就像给了自己一个严酷的禁锢，无法施展。于是，在键盘上输入又删除，删除又输入，心情也随之焦躁到了极点。深呼吸，泡上一杯清茶，对于身边如此重要的你，又怎么会是无话可说了呢？

每年到了这个时节，总是有这样那样的情怀牵动着自己。五月，不仅仅只是一个日期，还是一个与我们有关的季节。回想当年，白衣渺渺，芳草萋萋。那时的你们对于未来是憧憬的，是向往的。

那庄严举起的右手，从心底呐喊出的南丁格尔誓言，头上圣洁的燕尾帽，辉映着稚气未脱的脸。悄悄的，把临别学园的忐忑埋在心里，拿着这一张叫做青春的船票，义无反顾的启航。

曾记否，第一次查房，第一次穿刺，第一次的手术配合，第一次的基础护理。原来，理想和现实，那一条自以为不可逾越的鸿沟，竟然就这样顺理成章的走了过来。

那时，我们收获了第一份感谢、第一份团结、第一份信任，也咽下了第一滴泪水。你说，你最爱听那首《海阔天空》，在失意的时候向着天空怒吼“多少次，迎着冷眼与嘲笑”，却始终高昂着嘴角。因为，救死扶伤，已是心中那一份不可磨灭的信念。

原来阳光真的就在风雨后，或许不经历风雨难以见彩虹。渐渐地，看淡了，放下了，成熟了，唯一不变的，是誓言的烙印。它就像一个刺青，深深刻在心底。

见惯了生老病死，看透了疾病无常。用自己那双稚嫩的肩膀，扛起起死回生的希望。我们早已熟悉，你瘦弱的身躯在病房中穿梭的模样，却忘记了，这样的年纪，本该是在父母面前撒娇的太阳。只有在脱下工装那一刻，才发觉，原来女汉子也有软心肠。

原谅我没有鲜花送给你，因为再美的花朵也不及你的芬芳。原谅我，不敢面对你，因为你眼神中的坚毅会让我意乱心慌。

回首过往，我想再多的荣誉和赞美，那都是理所应当。上帝创造世界用了七天，

他说要有光，于是就有了光。他嫌人世间太苦，于是就有了天使。只是在人间，你悄悄收起了翅膀！

责任编辑：yemengzhe



编读往来

我们的杂志已经出版了很多期，编辑部与读者及时交流，才能让我们的杂志越来越好。我们开辟《编读往来》栏目，旨在积极和大家互动，进一步提高杂志质量。

爱爱医杂志的每一篇文章都是编辑们精挑细选并认真审核的，这里汇聚的都是爱爱医的精华，只要您关注，一定会有所收获。编辑们利用业余时间认真审核稿件，就是希望通过我们的努力，给爱友们送去一份充实和感动。杂志的发展依靠大家的支持，爱爱医杂志期待您的投稿！也期待您积极参与爱爱医杂志版面活动，赢得精美纸质杂志年刊！大家的支持，是爱爱医前进的动力！爱爱医论坛每个月都有不同的风采，各版面活动精彩纷呈，还有爱爱医微信公众平台可以参与互动分享，期待您的参与！只要您活跃在爱爱医，就有机会获得我们的纸质杂志年刊奖励，精彩不容错过，您如果期待，就请快来参与活动和积极投稿吧！

责任编辑：ngf1978

爱爱医杂志稿约

各位爱友：

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

【征稿要求】

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

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

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

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

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



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

六、病例分析：主要是针对临床中、西医方面较复杂病例，或难点病例，或易或已误诊病例进行临床病例讨论，要求有病例简介，体查，必要的辅助检查结果，及发言讨论的内容及总结，内容来源可来自临床病例讨论或爱医论坛专业讨论，投稿时对涉及患者或医务人员隐私或可能引起医疗纠纷的应使用化名或加密。

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

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

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

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

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

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

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

注：

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

【征稿对象】全体爱友。

【征稿时间】长期

【征稿形式】

1. 请爱友参考《爱爱医》杂志版 (<http://zz.iyi.com>) 置顶帖《爱爱医杂志》征稿帖，按栏目分类投稿。

2. 也可以直接投稿到 463767990@qq.com。稿件以 word 格式附件发送。爱爱医编辑将在 7 个工作日内回复是否采用稿件。

可以是自己的原创文章，也可以推荐其他爱友的原创精品文章。

【征稿奖惩】

- 跟帖征稿后，原创作品未被加分的将给予一个贡献积分，如被杂志采用再加一分。
- 被杂志采用的文章作者可以根据个人意愿，署真实姓名和/或爱爱医用户名，以示鼓励，并优先推荐给媒体发表。
- 推荐他人文章如果被杂志采用，送花 10 朵。
- 累计采用五篇作品，可以获得爱爱医纪念品份，年终累计前三名可以获得年终奖励。
- 抄袭剽窃的文章将予以警告和论坛公示，扣除 2 个爱爱医积分。

