

爱爱医



第五期 总NO. 112

Volume 10, number 5, May. 2019

刊首语

春天的色彩

作者：yemengzhe

链接：<https://bbs.iyi.com/thread-3462805-1.html>

微风拂过
扑面而来的香
流水潺潺
滋养着沃地肥田
眨眼间
油菜拼了命的吐露花剑

无数的琐碎与羁绊
冰封了生活的时间
无意错过了
自然的色彩与斑斓

所谓的向往
曾经的宏愿
随着生活轮回
年复一年
走一走
看一看
能让心底沉静的
唯有自然

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

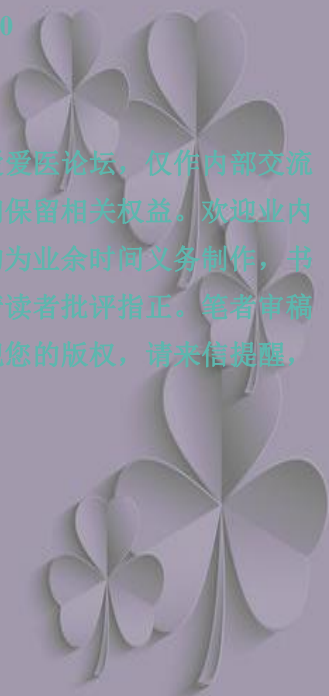
邮 编：519041

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	春天的色彩.....1
关 注	“仁济医院专家被铐走”事件：医生与警方 当事人还原事发经过..... 3
专业交流 西 医	大叶性肺炎的启示..... 7
	讨厌的小儿咳嗽..... 8
	常见病社区防治——原发性高血压..... 10
	常见病社区防治——高血糖疾病.....11
	超声入门贴 1006—房间隔膨出瘤..... 13
	婴儿肠套叠诊治体会..... 20
	异常子宫出血的诊断及鉴别诊断经验..... 21
专业交流 中 医	桂枝甘草汤治冻疮..... 28
	糖尿病视网膜病变 1 例治验..... 28
	经方治愈慢性咳嗽案..... 29
	宽胸散加味治疗心肌桥 1 例..... 32
	胸锁关节半脱位..... 33
	针刺内关加合谷抢救喉头水肿 5 例..... 37
	合谷穴基层实用疗法..... 37
识 草 药	石斛.....39
	玫瑰.....40
病例讨论	发热伴皮疹 2 天..... 42
	异常子宫出血、输卵管积脓 1 例..... 48
医疗资讯	医疗资讯.....60
编读往来	编读往来.....63
杂志稿约	爱爱医杂志稿约..... 64



“仁济医院专家被铐走”事件：医生与警方当事人还原事发经过

来源：医脉通综合

4月24日，上海仁济医院胸外科主任医师赵晓菁与患者及家属发生冲突，患者家属报警，警方到场后使用手铐带走赵医生。4月26日，几个现场视频在网上流传，随后这一事件引发广泛关注。

不少人提出疑问：医患之间仅为普通纠纷事件，被传唤对象为正在看专家门诊的医生，警方为何不能等其完成工作后再到派出所做笔录？赵晓菁在自己的工作场所被强制传唤，是否有必要使用手铐？

处置此次事件的上海市公安局浦东分局塘桥派出所所长黄波在接受采访时说，回头来看这件事情，尽管民警在处警的整个过程中都是符合工作程序的，但是，合法不够合情，“怎么兼顾法与情、刚与柔，把握好工作的时、效、度，是值得我们思考和需要进一步改进的。”

当事医生和警方均表示，在这个突发性风波中，双方的应对方法“都有提升的空间”。如果多一份相互理解，互相敬重，风波本可以避免。

当天到底发生了什么？两位当事人还原了事发经过。

医生视角

赵晓菁医生在接受澎湃新闻采访时，回忆了事件经过。

赵晓菁医生说，病人是一名从外地来的女患者，当时还坐着轮椅，尽管当时所有的预约号挂号都已经满了，赵医生还是动了恻隐之心，让患者4月24日上午10点半，到护士处领取加号单。

4月24日上午10点半，患者闯入诊室，认为自己应当立即得到诊治。

4月24日下午3点多，患者的丈夫又连续两次闯入诊室。

在患者及家属三次闯入诊室打断赵医生正常问诊后，赵医生对患者家属说：“希望你出去”。据赵医生事后回忆，也许是当时口气太严厉了，患者丈夫韩先生情绪激

动，对医生指指点点，坚决不肯出去，还动手推搡，与赵医生发生了肢体接触，随后女患者报警。

警察到现场后，对赵医生进行问话，赵医生当时正在看诊，让助手配合警方，警察同意赵医生继续留在诊室工作的请求。之后，又有警察到达诊室，要求赵医生配合，到派出所接受问询。

因为仍有很多病人正在排队看诊，而且当天周三是大查房，还有病人在病房等着，于是他告诉警方，希望先完成工作，再配合警方。赵医生事后回忆称，由于当时关注点都在病人身上，且不了解警方的执法流程，没有注意警方的执法压力，当时外面的病人涌入诊疗室，警员压力也很大，随后双方的矛盾逐渐升级了。

当时场面太混乱，为防止诊室拥挤伤到病人，赵医生从诊疗室离开走向大厅，这一行为可能引起了警员误解，警员试图控制赵医生，随后发生了网传视频那一幕双方摔倒后，一位警员就使用了手铐。



警员试图控制赵医生

赵晓菁医生说，他在周三的专家门诊要接诊病人上百例，一般要持续到下午 18 时之后，当天还要进行每周一次的疑难重症病人查房，有 60 名以上的住院病人需要巡查，此外还要与同事预备和对接第二天的四台手术，“当天确实是我忙碌、甚至可以说是心力交瘁的一天。”赵医生不愿意立即跟随民警前往派出所，因为曾有同行遇到医患纠纷，前往派出所做笔录长达三小时：“当天花这么长时间我没法进行后续工作。”

因为第二天还有手术，在与警察的矛盾中，赵医生一直试图夹住双臂保护身体。紧接着，赵医生被铐住去了派出所。来到派出所后，所长和教导员与赵医生沟通，并

允许其先回到医院，完成了当日的全部工作。此后，赵医生又回到了派出所，完成了笔录。

赵医生认为，在此次事件的处理上，医警双方都有提升的空间。警方始终都是保护者，这次事件让赵医生对执法流程也有了更深的理解。身为一线医生，应更警惕避免类似医患纠纷事件的发生，例如患者第一次闯入时，就汇报给医院管理层或者报警。

最后，赵医生说，他始终相信上海警方的执法合法性，这本身只是一件小事情，不应该如此夸大。还有，赵医生想对发生纠纷的当事患者说：“虽然经过这个事情，当事患者对我的信任可能下降了很多，但我还是想把病情分析情况告诉对方。”

警方视角

上海市公安局浦东分局塘桥派出所所长黄波告诉上观新闻记者，警方接到报警是下午 15 时 45 分左右，当事人称“仁济医院 9 号楼 3 楼有人打架”。处警民警赶到现场后找到报警人，是一名坐在轮椅上的女性患者，情绪十分激动。

患者丈夫韩先生称与赵晓菁发生冲突受伤，撩起衣服后民警看到肋骨部位有红色痕迹。于是一名民警留下维持秩序并继续了解情况，另一名民警则进入医生诊疗室找赵晓菁。当赵晓菁表示希望完成正在诊疗的病人再处理该起纠纷后，民警退出了诊疗室。

“我想对赵医生的敬业精神表示敬意。赵医生放弃午休，当日中午近一点的时候还在为患者就诊，还主动为当事患者从其他医院调取之前所拍的片子提供帮助，并在事发后为其他预约患者考虑，对此我表示敬意。”黄波说，与此同时患者来上海后已经过多次就诊拍片，当日也已经坐着轮椅从上午等到了下午，急于就诊的心情是可以理解的。

黄波告诉记者，经两位处警民警现场工作，报警人夫妇同意先行到派出所制作笔录，但也提出希望赵晓菁尽早到派出所。黄波说，赵晓菁第二次拒绝跟随民警前往派出所后，现场民警呼叫了增援，增援警力到场后对赵晓菁进行了口头传唤。听到赵晓菁要被民警带走，当时正在诊疗的一名患者立即主动维护赵晓菁，拒绝民警将其带走。当完成该名患者诊疗后，民警要将赵晓菁带走仍然遭到拒绝，于是提出强制传唤。

针对网友对警方使用手铐的争议，黄波也做了回应：赵医生希望继续看诊，不愿立刻跟随民警前往派出所，但警方的调查工作又要继续。最终，一名民警架住赵医生

往电梯方向走，双方在肢体接触中同时倒地。另一名民警根据现场情况，就拿出了手铐铐住赵医生，现场其余医生看到这一幕，也上前将两人拖起分开。我们从口头传唤再到强制传唤，强制传唤之后才使用了手铐。每一道程序民警都进行了口头告知，是按照规定流程进行的，同时赵医生作为当事一方，的确有配合警方调查的义务。

但在对医生使用手铐带离的问题上，民警事先没有设法通过其他的渠道，比如寻求院方的帮助支持等，来做通医生的工作，使医生的情绪平稳下来，而是比较机械地按照法律条款采取了比较强硬的方式，没有有效避免矛盾的升级，黄波说，在这一点警方需要反思和改进。

警方表示，目前，关于当天的医患矛盾，该事件仍在进一步调查中。

责任编辑：永恒流星



第一部分——西医部分

大叶性肺炎的启示

作者：anne 医生

链接：<https://bbs.iiyi.com/thread-3462373-1.html>

大叶性肺炎是一个病理学诊断名称，不是临床病原学诊断名称。因其炎症累及肺大叶的全部或大部而名之。

既往认为，大叶性肺炎 90%以上由肺炎链球菌引起，其中 1、3、7 和 2 型多见，3 型毒力最强。但随着有效抗生素的应用，肺炎球菌引起者越来越少。查阅近年来文献可知：胡香玉等研究发现，新生儿大叶性肺炎以肺炎克雷白杆菌、金黄色葡萄球菌较常见，肺炎支原体感染也有发生；杨洁等研究昆明地区不同年龄段住院资料显示婴幼儿期以细菌感染为主，学龄前期及学龄期均以支原体感染为主；刘勇报道大叶性肺炎多由不同病原体所致，且肺炎支原体感染在近年来呈逐渐递增趋势，儿童多见。此外，金黄色葡萄球菌、流感嗜血杆菌、腺病毒、真菌、寄生虫等也可以引起。

由此可见，大叶性肺炎可由不同病原体所致，再也不是肺炎球菌性肺炎的专利！临床由支原体、病毒及其他细菌感染引起的大叶性肺炎逐渐增多。与肺炎球菌性引起者不同，支原体引起者具有一定的流动性和传染性，合并症较多，病情复杂，已受到越来越多的关注。值得注意的是，新近，戚维伟等报告 2 例患者，起病急骤，表现为高热、咳嗽、咳痰，酷似大叶性肺炎临床症状，血常规提示白细胞计数波动于 $4.0\sim 10.0\times 10^9/L$ ，影像学显示病变位于单侧肺叶，抗生素治疗无效，经抗结核治疗后症状缓解。2 例大叶性肺炎竟是由结核杆菌引起，真是不可思议。

现在认为，大叶性肺炎是由致病病原体引起的以肺泡内弥漫性纤维素渗出为主的炎症，病变通常累及肺大叶的全部或大部。当受寒、酗酒、疲劳和麻醉时，呼吸道的防御功能减弱，机体抵抗力降低，易致病原体侵入肺泡而发病。进入肺泡内的病原体迅速生长繁殖并引发肺组织的变态反应（导致肺泡间隔毛细血管扩张，通透性升高，浆液和纤维蛋白原大量渗出并与细菌共同通过肺泡间孔或呼吸性细支气管向邻近组织蔓延，波及部分或整个肺大叶，而肺大叶之间的蔓延则是通过叶支气管播散所致）。

当临床表现不典型，影像学支持大叶性肺炎，但治疗效果不佳时，临床医生要多问为什么？积极开阔思路，要深入挖掘临床信息，筛选必要的实验室检查项目，努力

找出病原，早期明了原因，明确临床诊断，及时对因治疗。

大叶性肺炎是一个影像学诊断名称，没有病原学的诊断，对临床治疗意义不大，建议临床医生不要满足这个诊断。近年来，大叶性肺炎有增多的趋势。研究发现，肺炎球菌引起者虽仍然占多数，但总的趋势却在减少。事实上，它的病因很多，除此之外，也可由其它细菌、病毒、真菌、结核菌和寄生虫等因素引起。所以，大叶性肺炎远没有我们想象的那么简单。

查找病因是个关键，对因治疗才是根本！这就是大叶性肺炎带给我们的启示。

讨厌的小儿咳嗽

作者：jshzy007

链接：<https://bbs.iyyi.com/thread-1009606-1.html>

咳嗽是一个症状。临床儿科，以咳嗽为主诉的病儿，几乎每天都会遇到。讨厌的是咳嗽治疗往往欲速不达，遍服止咳化痰药，抗生素三级跳，可就是达不到家长的要求，也达不到你想要的效果。为何如此？或许我们以及家长都有些误会。

对于咳嗽的诊治，首先是病因的分析，这是个普遍的思维，咳嗽症状最多见于呼吸道感染。

1. 急性上呼吸道感染：许多病儿都伴有轻度的咳嗽，一般多为偶发性的单声轻咳。其原因我个人分析是因为咽部粘膜的充血水肿，刺激了咽部的咳嗽感受器，引起了反射性的咳嗽，可以说是一种喉源性的咳嗽。这样的咳嗽一般不必作处理，治疗仍以上呼吸道感染的其他卡他症状为主。但小婴儿的上感咳嗽要相当重视，有许多看似较轻的咳嗽，很快会发展成肺炎，毛细支气管炎。另外有支气管哮喘病史的小儿，上感咳嗽也要重视，处理不好，很快会哮喘急性发作。这两种情况可谓是星星之火可以燎原。

2. 气管支气管炎：这是最常见的。现在的家长都知道，小孩咳嗽了，“气管发炎了”。的确是这样，支气管炎的咳嗽症状多为阵发性连声咳，初期干咳少痰，恢复期则多见喉间痰鸣。许多病儿咳甚会呕吐。中医认为咳嗽病机为肺气上逆而咳，肺主一身之气，咳甚则胃气上逆而致呕吐。这种现象不必理会。全身症状发热多见，大年龄儿童发热不多。肺部听诊呼吸音粗糙，有时可闻及痰鸣音。胸片报告多为肺纹理增粗。

3. 肺炎：小儿的肺炎，尤其是小婴儿，仅凭症状和体征难以诊断，必须有胸片

的支持。但又不能过于相信胸片，有时胸片报告支气管炎，而你认为是肺炎，何去何从？我想大家都遇上过。仔细的观察会发现许多线索。有此一说：“肺炎是看出来的”。一看精神好坏；二看呼吸：肺炎小儿呼吸增快，有时见吸凹；三看嘴：小婴儿，口吐泡沫是肺炎的重要线索；四看食量：小婴儿咳嗽伴纳差，奶量明显减少，很可能是肺炎；五看胸片。

4. 毛细支气管炎：小婴儿的专利，尤其是6个月以下的小儿。气喘、喘憋，活动哭闹后更明显，缺氧症状突出。肺部可同时听到哮鸣音、湿啰音、痰鸣音。有些小儿，喘憋较重，肺部听不到哮鸣音，是因为支气管阻塞，气流量大为减少，不能产生哮鸣音，缓解后就可以听见。

5. 感染性喉炎：咳嗽症状有一个很感性的特点：咳嗽声音很难听。破竹样、犬吠样多是形容这样的咳嗽。有声嘶、不同程度的喉喘鸣。临床听到这样的咳嗽，危险。如果你是门诊，收住院吧，如果是病房，下病重通知书吧。

6. 支气管哮喘：有时就是以咳嗽为主要症状，气喘反而不明显，诊断标准大家都知道。

7. 支原体感染：有时跟支气管哮喘难以区别，有时两者都有。能做MP-Ab、PCR-MP的就方便的多，可是基层医院没有这样的检查，如何区别，请听下回分析。

8. 支气管异物：不要忘了它，每一个就诊的小儿咳嗽，请你想起它。

9. 肺结核：虽然比较少见，但不可不防。>2周的咳嗽，PPD试验必须要做。

10. 咳嗽变异性哮喘：教科书上有诊断标准。

治疗方面：

1. 要分析病因，做到诊断明确。

2. 不要太相信抗生素在咳嗽治疗中的作用，不要忽视病毒感染。我以前总觉得支气管炎、肺炎肯定有细菌感染。可是几年的反复思考，结果恰恰相反。病毒感染占了多数。其次是支原体感染，再次是细菌感染。所以不要去浪费高档的抗生素，试试抗病毒药物。

3. 有选择的服用止咳化痰药：咳嗽是机体的保护性反射，从某种意义上说是好的现象。咳嗽是为了排出气管内的痰液，异物等，强求咳嗽症状的改善是没有意义的。可是市面上的咳嗽药水，成分中常含有镇咳药，比如含有可待因的联邦止咳露，含有罂粟壳的强力枇杷露。药品在追求眼前效果，以提高销量，这也反应了市场的浮躁，家长观念中的浮躁。细看咳嗽药水，糖浆居多，中药成份居多，清热化痰药居多，这

有背于中医的辨证思想。糖浆，味甜，甘味易生痰。临床热性咳嗽反而没有风寒咳嗽多，像半夏露这样针对风寒咳嗽的药反而很少。西药成份的制剂，多痰的大儿童，我比较喜欢复方甘草合剂，小儿童贝莱合剂（盐酸氨溴索口服液）比较好。

4. 做好解释工作。一般情况下的咳嗽都有一个自然的病程，高峰期3~4天，过了这段时间则咳嗽症状缓解进入恢复期则以痰作祟为主。向家长解释这样一个过程，让他们不要过于着急。解释工作做的好，家长就会比较配合。

5. 掌握咳嗽各期的特点，治疗要有选择性，有针对性。初期治疗没什么特别的，因为初期的咳嗽，谁也挡不住，很快就会进入高峰期。高峰期以抗感染为主，恢复期以化痰为主，个人感觉抗感染药物+氨溴索的疗效要好于单用抗感染药物。氨溴索注射液多见的是沐舒坦，口服的多见于贝莱。肺炎的恢复期可以使用小剂量肝素，以促进炎性病灶的吸收。

6. 激素不要用于普通咳嗽。如果没有气道高反应，支气管哮喘、喉炎等激素使用指征的疾病，不要轻易的使用激素，并没有你想要的效果，有时常常是适得其反。

以上的治疗适用于一般的咳嗽，较特殊的咳嗽，如感染性喉炎、毛细支气管炎、支原体肺炎、气管异物、支气管哮喘等，各有其特点，治疗各有重点，不作详细讨论。如果你有这方面的心得，写出来，大家一起分享。

常见病社区防治——原发性高血压

作者：白衣天堂

链接：<https://bbs.iiyi.com/thread-1424033-1.html>（3楼）

高血压病的防治，应通过健康教育，改变患者的不良生活方式，使患者情绪稳定，精神愉快，更好的配合各种治疗，保持血压的相对稳定，通过临床血压监测和药物治疗，提供饮食和运动方面的指导，帮助控制高血压病高危人群发病和对已经发病患者延缓病情发展，减少并发症发生，提高患者生活质量。

先谈临床血压监测：血压昼夜变化规律为凌晨2:00~3:00处于最低谷，以后呈上升倾向，早晨起床活动后迅速上升，约在上午8:00~9:00达到第一峰值，白天基本处于较高水平。在下午17:00~18:00时出现第二峰值，之后开始缓慢下降。正常情况下，动态24H血压监测曲线呈双峰一谷。在病理情况下，血压昼夜波动分为3种类型：昼夜节律减弱或消失型、夜间血压升高型和嗜铬细胞瘤型。因此，有条件情况下，测血压最好能动态观察一段时间，以了解血压高峰情况，以指导用药。在社区，

最好能在早、中、晚不同时间段测量，以调整用药。

我再谈谈在临床上比较常用的两类降压药物的不良反应及其对策。掌握降压药的不良反应及其对策，才能更好的服务大众。

1. ACEI：服药后可出现刺激性咳嗽，皮疹，药热，偶见味觉障碍，粒细胞减少和蛋白尿，也可产生首剂现象，出现低血压。所以，首次服药应严密观察血压变化，从小剂量开始，可防止首剂现象发生。用药期间定期检查血常规和尿常规，发生异常及时停药处理，有过敏体质忌用，观察皮疹，药热等过敏反应，剧烈咳嗽应停药，咳嗽较轻者可减量观察使用。

2. 钙离子拮抗剂：服药后可有头痛，头晕，面部潮红，耳鸣，肢体麻木，水钠潴留，直立性低血压，剂量过大可诱发心衰。所以要告诉病人改变体位不能太快，出现体位性低血压要卧床休息；有头晕、头痛时要减少剂量；出现下肢水肿时要限制钠盐的摄入或加用利尿剂。

在临床工作十几年，发现高血压病特别是早期发现高血压，在大医院就诊比例很低，复诊率也低，长期复诊率更低，所以规律用药和规律监测血压也少的可怜，这就要求我们基层和社区医生不断进行健康教育，宣传高血压病的危害性，使患者认识到危害性，提高患者的主动性，自己参与到高血压病的防治中。

常见病社区防治——高血糖疾病

作者：长寿面

链接：<https://bbs.iiyi.com/thread-1438427-1.html>（13楼）

先说什么情况会出现高血糖。

人体内的升血糖激素有胰高血糖素、糖皮质激素、生长素、甲状腺素……

而降血糖的激素就只有胰岛素，所以但凡哪个激素多了都会出现高血糖。

这样能引起高血糖的疾病就全有了：

肝脏不好的人胰高血糖素会因灭活变慢而升高血糖。最常见的糖皮质激素增多症（库欣综合征）、巨人症、甲亢等，都能出现血糖升高的情况。

再说说胰岛素的作用。

大家都知道胰岛素有降低血糖的作用，但是胰岛素是靠什么降低血糖的呢？又把糖弄到哪儿去了呢？

其实很简单，胰岛素的^{最大作用}就是促进全身各个组织器官利用血液中的葡萄

糖，让糖变成肝糖元、肌糖元、脂肪、蛋白质统统贮存起来，并且抑制它们分解。

说白了我们吃的主食是怎么存起来的呢？就是胰岛素的功劳啦！

正常情况下，吃了饭血糖升高，胰岛素马上就增加，把糖全部存起来；要是饿了血糖低了，胰高血糖素就会增加，把贮存的糖全部搬出来供身体来用。

那么也就很好解释血糖高了到底有什么不好了。

首先就是我们吃多少东西全都白吃了，都存不住全以糖的形式尿出去了，所以就出现我吃的多反而会体重减少；同时因为尿中有糖所以渗透压增大，肾小管回吸收的水减小，尿量增加，排水量增加，所以饮水量也增加。这就解释了经典的“三多一少”现象。但这里要强调一点：不是“吃的多，喝的多，尿的多，体重减少”；而是“尿的多，喝的多，吃的多，体重减少”，为什么？因为这是有因果关系和先后顺序的。病人血糖升高，高于肾糖阈，出现尿糖，尿量增加，所以口渴，喝的多；因为糖都没利用，器官实际是缺糖的，所以会比正常人饿的快；但即使多吃也不能让机体获得更多营养，糖还是都尿了出来，而且吃的越多尿的越多，所以病人体重出现了下降。

再有就是体内的蛋白质会减少。蛋白质是生命活性物质，这也就解释了糖尿病人为什么容易发生感染，且出现伤口后不容易修复。因为蛋白质不足，各种细胞更新生长都会出现原料危机，也因此使免疫细胞的数量减少，也减慢了机体的自我修复速度。

再有就是更可怕的并发症了，什么大血管病变，微血管病变，末梢神经病变……可就麻烦了。

怎么确诊糖尿病我就不讲了，血糖，C肽，OGTT……

1型，2型其实也不难鉴别。

降糖：

用药之前一定要先对病人进行糖尿病教育，让病人控制饮食！进行锻炼，这是第一位的！

具体可以根据病人每天的情况调整。

每天4~6两主食，三两肉，一个鸡蛋，半斤奶，半斤豆腐（或者三两豆腐干），一斤绿色蔬菜。

运动根据年龄及所从事的职业进行选择，告诉病人尽可能定时定量！

药物治疗就写一条：

胖人首选二甲双胍，其作用是促进糖无氧酵解生成乳酸，增加机体对糖的利用和对胰岛素的敏感性，还有一点是抑制食欲的作用，尤其适用于有胰岛素抵抗的胖人。

不要说有些国家已经禁用了，禁用的是苯乙双胍（降糖灵）。

二甲双胍本身是不会伤害肾脏的，只是因为肾脏排泄功能异常，不能把生成的乳酸及时排出体外，怕因此而产生乳酸聚集。

这种情况做法是，首先是监测肾小球滤过率，再有就是不要让病人吃缓释制剂的二甲双胍，还有边缘病人就不要用了嘛！！

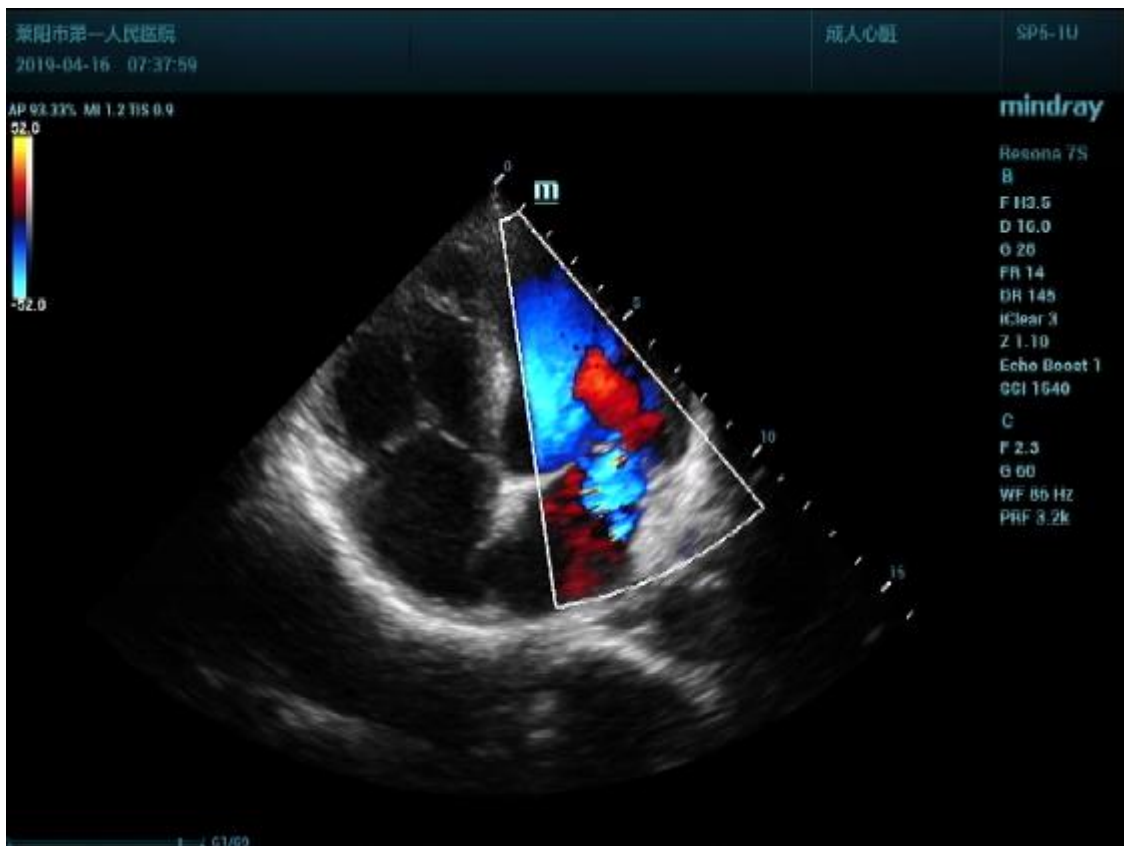
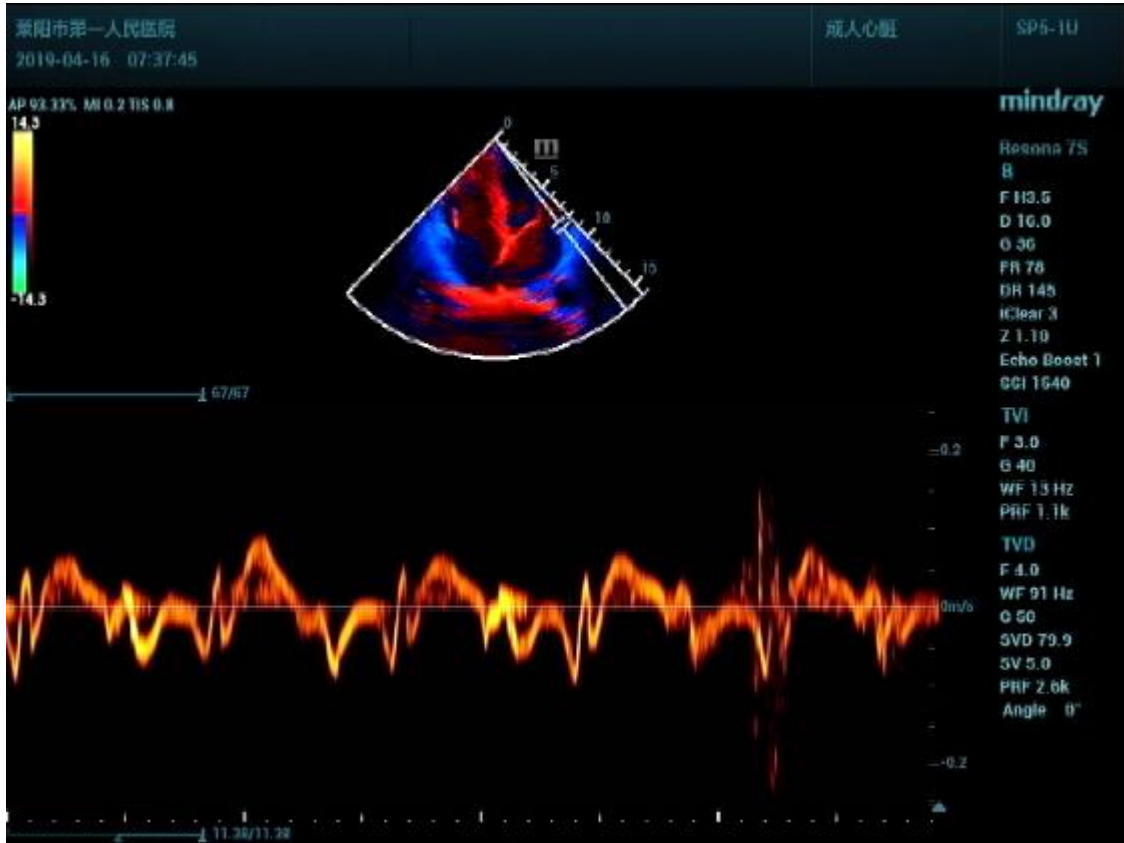
超声入门贴 1006--房间隔膨隆瘤

作者：songjunrui

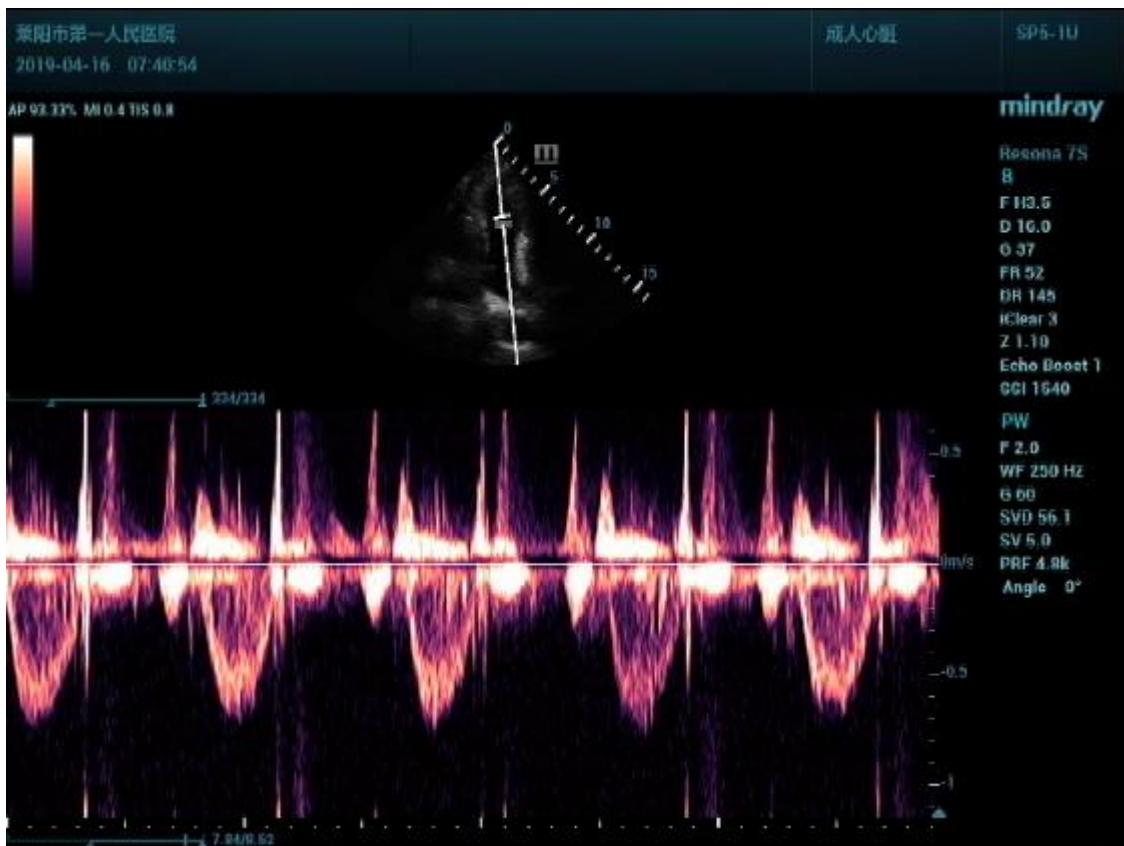
链接：<https://bbs.iiyi.com/thread-3462316-1.html>

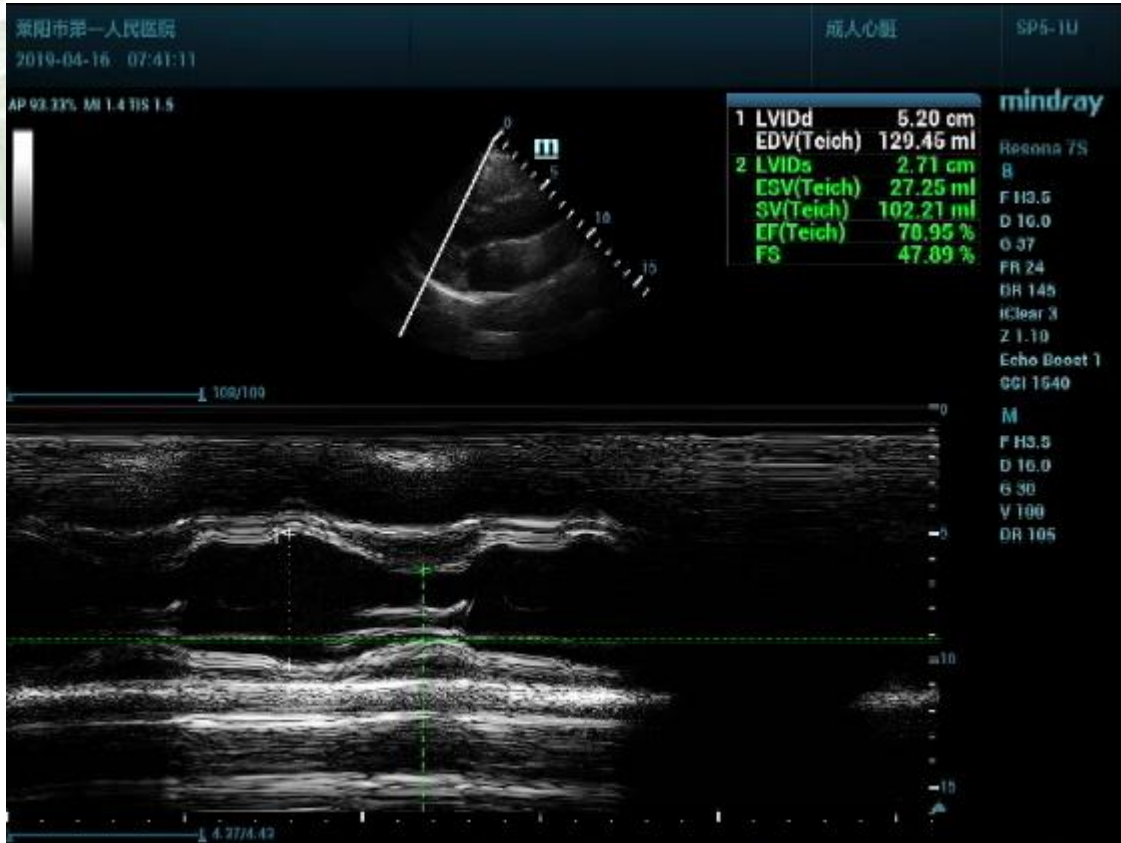


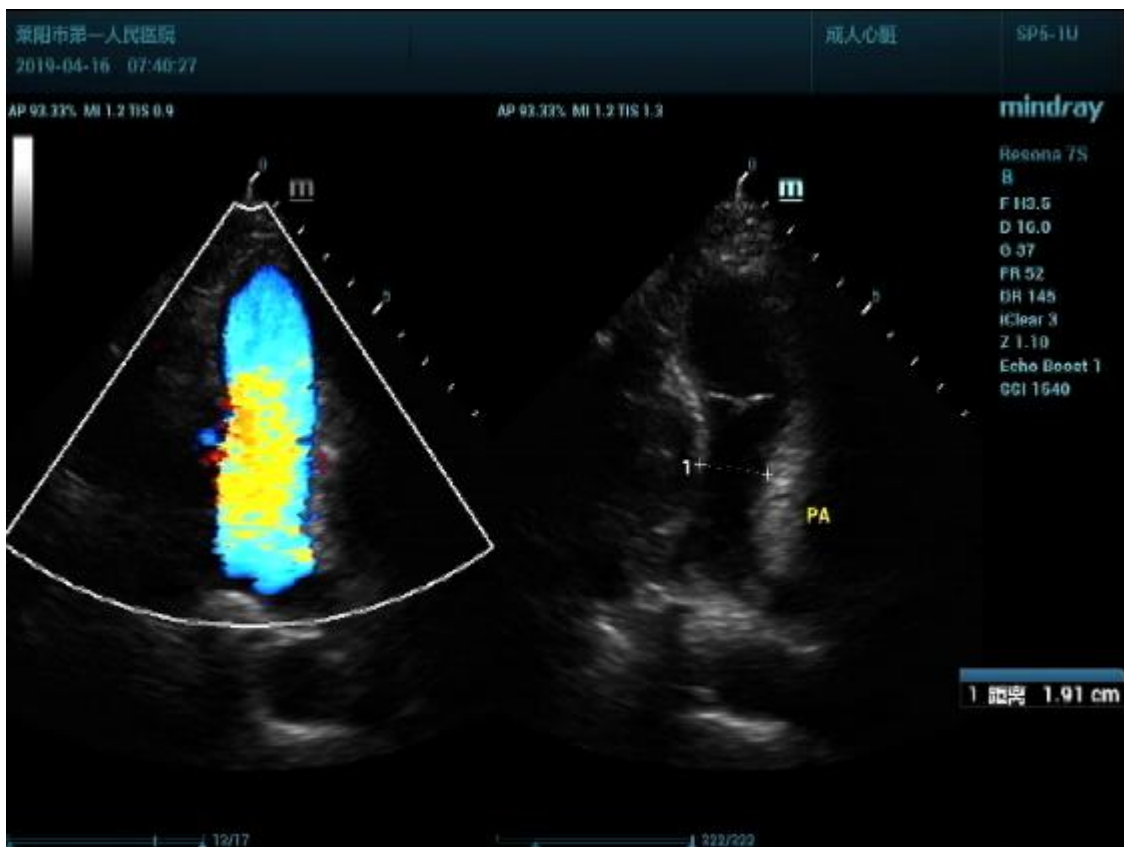
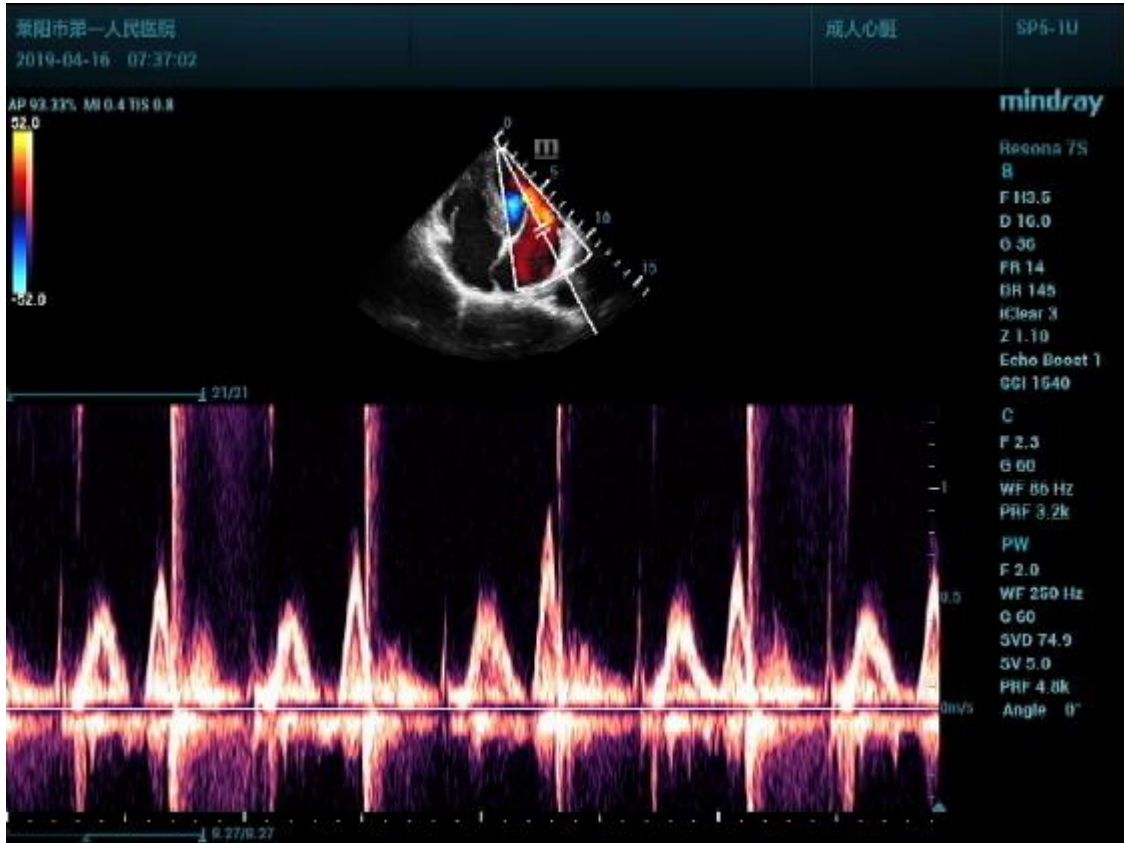










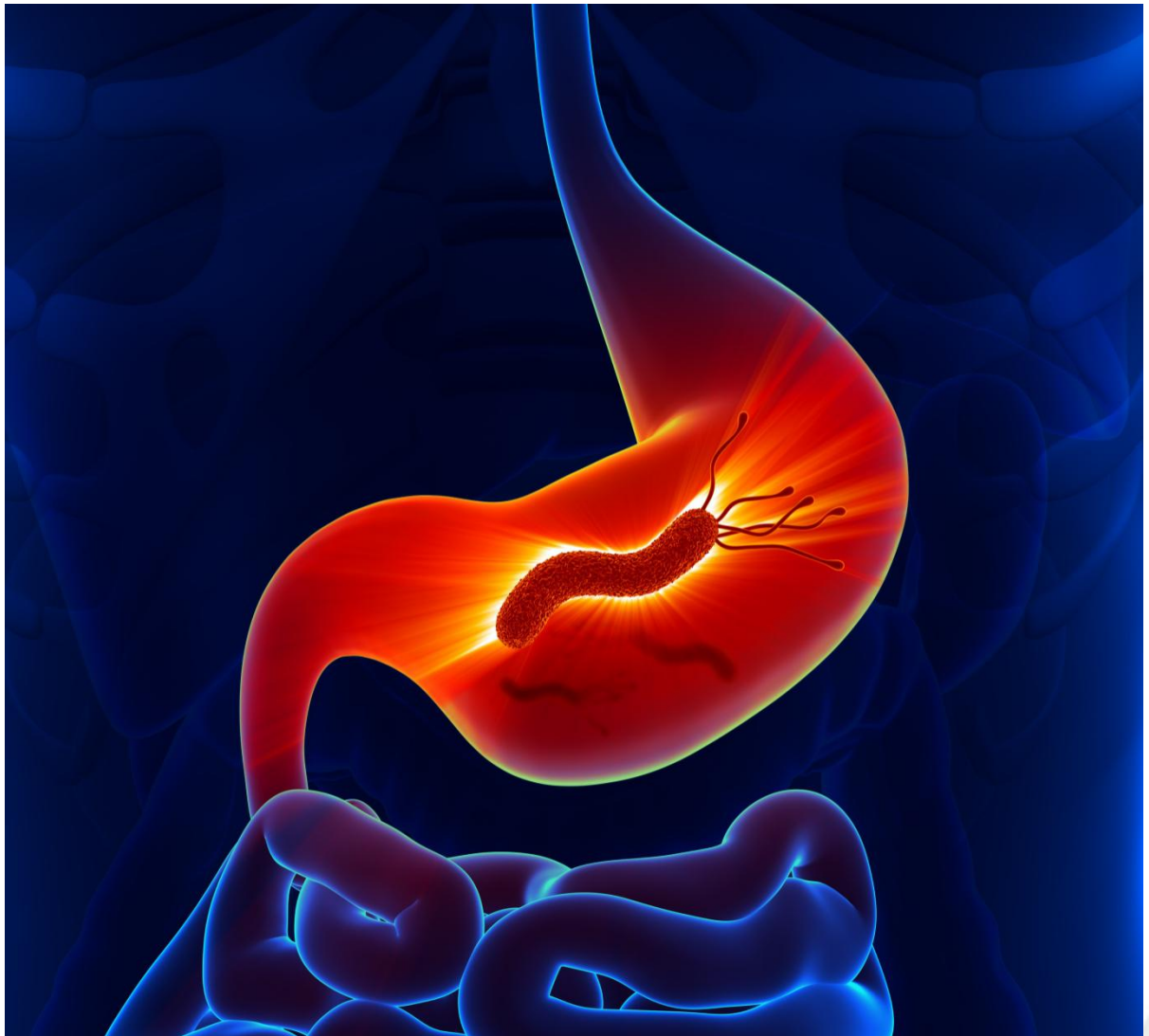


婴儿肠套叠诊治体会

作者: songjunrui

链接: <https://article.iyyi.com/detail/412588.html>

肠套叠是指肠管的一段套入相连肠管的腔内,是引起婴儿急性肠梗阻的常见原因之一。最高峰发病年龄在婴儿4~10个月期间,发病时间是春末夏初腺病毒感染的季节。病因尚不十分明确,一般认为和婴儿添加辅食、肠管蠕动紊乱及肠痉挛有关。很多学者认为肠套叠有一个“引头点”,在肠蠕动时带动肠管套入远端的肠腔中,“引头点”可以是肠粘膜下的血管瘤、淋巴管瘤、腺病毒引起的肠粘膜下肿大集合淋巴结或者紫癜出血。肠套叠中以回盲肠型多见,约占85%左右。



图片来源: 123RF

婴儿肠套叠诊断主要依据临床表现、B超检查,怀疑病例可做低压钡剂灌肠或者低压空气灌肠(40mmHg)。典型临床表现为痉挛性腹痛,表现为患儿突然惊醒,发出

刺耳的惊恐哭声，双拳紧握，双腿蜷曲，面色苍白，拒食，呕吐，持续 30 秒左右自行缓解。缓解期患儿神态自若，恢复如常，间歇 20~30 分钟，疼痛复又发作，如此反复，患儿疲惫不堪，出现嗜睡。出现痉挛性腹痛 4~12 小时后出现果酱样大便，如果患儿没有排便，直肠指诊可发现果酱样血便。查体可发现腹内“腊肠样”肿块，有一定活动度，远端触诊空虚。B 超可以发现“同心圆”征，“套筒”征，即可明确诊断。鉴别诊断包括：1. 急性出血性肠炎，表现为脐周或者全腹持续性疼痛，阵发性加剧，或者阵发性绞痛，寒战、高热，果酱样或者血水样大便，腹胀，可出现中毒性休克，腹部 X 线平片显示气液平面，肠间隙增宽，可以鉴别；2. 胆总管囊肿、肠重复畸形、肾积水可发现腹内肿块，B 超检查可以鉴别。

婴儿肠套叠治疗包括手术和非手术治疗，早期钡剂灌肠或者空气灌肠 90% 病例可获得成功，需要注意灌肠禁忌症：

1. 发病时间超过 48 小时；
2. 便血量大且时间早；
3. 肿块大且硬，不能排除复套者，或者肿块位于下腹部或直肠中触及宫颈样物者；
4. 腹胀明显，或有腹膜炎体征；
5. 不能排除其他腹部疾病者。

灌肠开始以 60mmHg 压力低速注入，在荧屏观察到头部被压力推动后退，如大量气体突然进入小肠，肿块阴影消失，是复位表现，如注入后套入部退退进进、或者退到一定位置后停止不动，可逐渐增加压力，但最大不能超过 120mmHg。如果低压钡剂灌肠或者低压空气灌肠治疗失败，可以手术治疗，剖腹肠套叠复位；如果出现肠管破裂、坏死，行肠切除、肠吻合术。

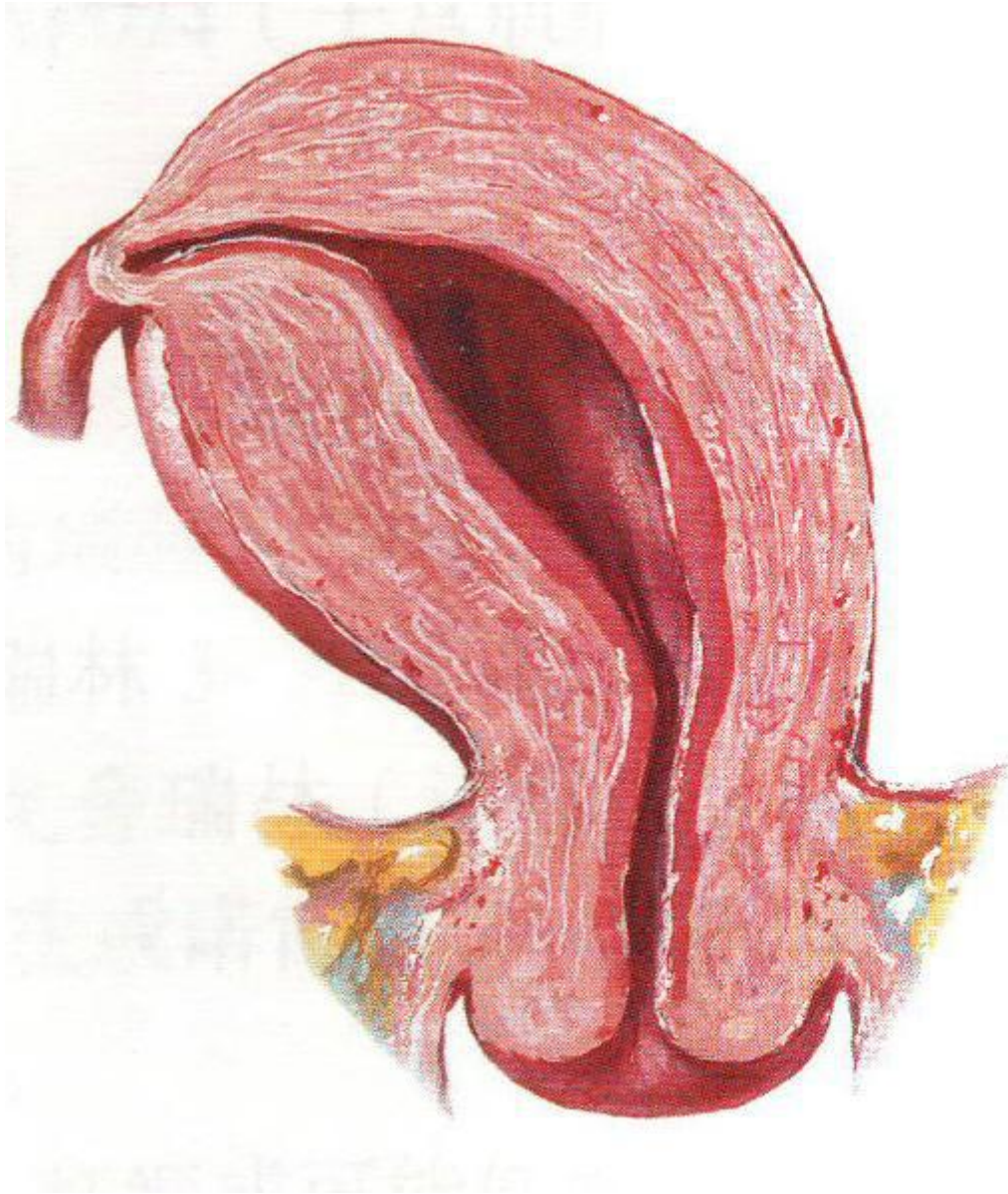
婴儿肠套叠根据腹痛、血便、腹内肿块三大典型症状及 B 超检查容易诊断，疑似病例可做低压钡剂灌肠或者低压空气灌肠，显示杯口状充盈缺损并被阻塞，即可明确诊断，既是诊断方法，又是治疗手段。如果非手术治疗失败，可进行剖腹手术治疗。根据多例临床观察，剖腹手术手法复位时是在套入部的顶端鞘外作逆向挤压，严禁将套入部肠管从鞘部向外牵拉，以免肠管破裂及肠系膜血管断裂。

异常子宫出血的诊断及鉴别诊断经验

作者：张素菊

链接: <https://article.iyyi.com/detail/412627.html>

异常子宫出血是育龄期妇女最常见的妇科问题之一。患者就诊往往是因为月经周期混乱、周期缩短或者延长、经量增多或者经量少，或者月经间期的出血等原因。相对于正常的月经来说，异常的子宫出血主要是指月经周期的频率、周期的规律性、经期长度以及经期出血量 4 个要素之一出现异常的一个情况。



图片来源: 123RF

我们先了解一下正常子宫出血（月经）的情况。正常月经具有周期性及自限性。周期一般为 21~35 天，平均 28 天。经期一般为 2~8 日，平均 4~6 日。正常月经量为 20~60 毫升，超过 80 毫升为月经过多，小于 5 毫升，称为月经过少。经血一般呈暗红色，内含有子宫内膜碎片，宫颈粘液以及脱落的阴道上皮细胞。经血一般不凝，出血量多或者速度快的情况下可出现血凝块。

异常的子宫出血（AUB）按发病原因可以分为两大类 9 个类型。按发病进程的不同，还分为慢性的异常子宫出血（近 6 个月内至少出现 3 次 AUB, 无需紧急临床处理、但需进行规范诊疗的 AUB）和急性的异常子宫出血（发生了严重的大出血, 需要紧急处理以防进一步失血的 AUB）。根据出血时间不同, 还可分为经间期出血、不规则子宫出血、突破性出血。根据出血量的不同, 出血较多者为出血, 量少者为点滴出血。

AUB 病因按英语首字母缩写为“PALM-COEIN”。

PALM 存在子宫结构性改变、可采用影像学技术和(或)病理学方法明确诊断:

P—子宫内膜息肉(AUB-P);

A—子宫腺肌病(AUB-A);

L—子宫平滑肌瘤(AUB-L);

M—子宫内膜恶变和不典型增生(AUB-M)。

COEIN: 无子宫结构性改变, 目前现有的影像技术或组织病理学尚无法确诊的 AUB:

C—全身凝血相关疾病(AUB-C);

O—排卵障碍(AUB-O);

E—子宫内膜局部异常(AUB-E);

I—医源性(AUB-I);

N—未分类(AUB-N);

导致 AUB 的原因, 可以是单因素, 也可多因素并存, 有时还存在原发病导致的其他临床表现。

我国暂定的月经临床评价常用的指标、术语及范围如下表:

月经临床评价指标	术语	范围
周期频率	月经频发	<21日
	月经稀发	>35日
周期规律性(近1年)	规律月经	<7日
	不规律月经	≥7日
	闭经	≥6个月无月经
经期长度	经期延长	>7日
	经期过短	<3日
经期出血量	月经过多	>80ml
	月经过少	<5ml

了解了 AUB 的一个病因及分类等情况后，当一个患者来就诊时，我们为诊断要做的事情如下：

一、对于病史的采集需要注意了解以下的情况，首先确认她的出血模式。

1. 患者的年龄，用于区分青春期、育龄期或者围绝经期。不同生理阶段，发生异常出血的原因方面的考虑侧重点可以不一样。

2. 询问有无性生活史。有性生活史的，要考虑是否需要做妊娠相关的检验来排除妊娠相关出血。

3. 患者的月经史：初潮年龄，月经周期以及经期的天数，月经量的多少，有无痛经以及其他经期不适感。如果有痛经，要了解痛经的程度，是否有持续加重的痛经进展表现。

4. 患者的婚育史以及避孕措施，有无人工流产手术史或者药物流产史，有无近期服用紧急避孕药，或者服用复方口服避孕药或者长效避孕药以及皮埋装置，或者是宫内放置节育器以及注射长效避孕针等这些经过，是否采取安全期避孕或者体外射精的方法进行避孕，或者没有正确使用安全套进行避孕的经过。如果已经生育，要了解是顺产，还是剖宫产，有无产后大出血的经过，产褥期恢复情况这些也要了解一下。

5. 既往史方面，要了解有无甲状腺功能低减、肝病、红斑狼疮、肾透析，有无肿瘤、感染、血液系统疾病等的影响。

二、体格检查方面：

1. 最好是能进行一个全身检查和妇科检查，以及时发现相关体征。比如患者的精神状态、面容、唇色等有无异常，有无腹部压痛，器官增大等异常。

2. 妇科检查方面，要观察外阴阴道有无创伤性出血，阴道、宫颈、子宫结构是否有异常，阴道分泌物是否提示有感染，是否有异物生长，宫颈是否有活动性的出血，宫颈的颜色如何，是否有宫颈摆举痛。子宫是否增大，表面是否光滑，有无压痛，活动度如何，质地如何，双附件区是否可触摸到包块，或者有增厚，有无压触痛以及活动度如何等。

三、辅助检查，目的是鉴别诊断和确定病情的严重程度以及是否有并发症。

1. 全血细胞计数，凝血功能检查，判断是否有贫血或者凝血方面的问题。

2. 尿妊娠试验或者血 hCG 检测，以除外妊娠相关的疾病。这方面需要注意的是尿妊娠试验阳性，一般可以说明是怀孕，但是阴性的情况下，就不能够完全排除怀孕的可能，还需要做一个血检来确认会比较好。因为尿早孕检测试纸受尿液中 hCG 浓度以及试纸敏感度本身的影响，会有可能出现假阴性的一个情况，所以不能单纯依靠尿妊娠试验来排除妊娠。

3. B 超检查。目的是了解子宫内膜的厚度以及回声，以明确有无宫腔占位性病变和其他生殖道器质性病变，比如子宫内膜息肉、子宫腺肌症、子宫肌瘤，剖宫产者是否有子宫憩室形成，有无子宫纵膈或者单角子宫等子宫畸形存在。如果子宫内膜在 6 毫米以下，且较长时间不来月经，还可以考虑这个时候抽血做性激素 6 项的检测，检测值可以当基础值看待进行分析，以利于出血原因的判断。还可以根据卵巢有无看到发育中的卵泡或者黄体囊来判断是否已经有排卵发生，根据卵泡的数目判断是否有卵巢改变。

4. 如果患者平时有测基础体温的习惯，也可以了解一下她的基础体温的情况，但是这方面一般还是比较少人去做这个事情，而且基础体温监测受影响的因素也比较多，结果往往也难以分析。这方面有或没有对于异常子宫出血的诊断来说，并不是一个必备的检查项。

5. 生殖内分泌等的测定：主要是查性激素 6 项，甲状腺功能，有无胰岛素抵抗这些方面的情况。

一般查性激素是在来月经的第 2 天到第 5 天这个时间段内抽血，以第 3 天的激素水平最稳定，可以通过这个基础值，来了解有无多囊卵巢综合征的可能或者高泌乳素

血症或者下丘脑垂体功能异常的情况。

如果有用性激素类的药物，一般建议停药一个月后再做检查，以免影响结果的判断。

如果不能确定何时来月经或者长期无月经来的情况下，可以根据 B 超检查的内膜厚度情况，来决定是否抽血检查，一般内膜厚度 6 毫米以下，可以抽血做检查，结果根据基础知识来进行分析判断。

年龄 45 岁及以上者，不建议再去做性激素 6 项的检测，除非有再生育要求，否则结果出来以后分析会很尴尬，因为对诊断起不到一个应有的作用，也不好用于今后治疗效果的评估，很容易会被患者质疑过度检查。

如果长期停经的，或者闭经的，那可以随时做性激素 6 项检验，结果可以根据 B 超、年龄等进行综合分析。

如果没有发生停经的，需要了解有无排卵的，可以在下次来月经之前的 5~9 天内（相当于黄体中期），做血孕酮水平的检测，如果孕酮浓度 < 3ng/ml，提示无排卵。

6. 其他检查方面：

如果年龄大于 35 岁，药物治疗无效或者存在子宫内膜癌高危因素的患者，可以考虑进行刮宫或者宫腔镜检查取子宫内膜组织，进行病理诊断。

在大量出血的情况下，可以随时进行刮宫，这种情况下刮宫具有诊断和止血的双重作用。

为了确定有无排卵或者黄体功能，可以在月经来潮前 1~2 天，或者月经来潮 6 小时内刮宫。如果这个时候取出的内膜病检结果是增殖期的子宫内膜，一般表示无排卵；结果是分泌期内膜变化但不理想，一般要考虑黄体功能不足的问题。

为确定是否子宫内膜不规则脱落，可以在月经的第 5~7 天刮宫取内膜组织，做病理检查。如果这个时候仍然可以观察到有分泌期的子宫内膜，那说明存在子宫内膜不规则脱落的情况。

宫腔镜检查相较于直接进行的诊断性刮宫来说，可以直接观察到宫颈管子宫内膜的生理和病理情况，直视下活检的诊断准确率要显著高于直接刮宫的盲取，所以在有条件的情况下，可以尽可能的做宫腔镜检查。

四、在鉴别诊断方面需要注意以下几个方面的情況：

1. 全身性疾病如血液病，肝功能损坏，甲状腺功能亢进或者减退等等。这些可以通过检查血常规，肝功能和甲状腺素等得以鉴别。

2. 异常妊娠或妊娠并发症，比如流产异位妊娠、葡萄胎、子宫复旧不良、胎盘残留等等；生殖器的感染，如急性或慢性子宫内膜炎、子宫肌炎等等；甚至是肿瘤，如子宫内膜癌、子宫颈癌、子宫肌瘤、卵巢肿瘤、滋养细胞肿瘤等等，这些一般通过病史、妇检、B超以及血hCG检验等可以进行鉴别。

3. 生殖道损伤，如阴道裂伤出血，阴道异物等等。

4. 性激素类药物使用不当、宫内节育器或异物引起的异常子宫出血等。这个通过询问病史以及B超检查可以明确。

责任编辑：寒 冰

编辑：刘延红大夫

第二部分——中医部分

桂枝甘草汤治冻疮

作者：邓州韩医生

链接：<https://bbs.iiyi.com/thread-3431116-1.html>

桂枝 60 克，生甘草 30 克，三付。

手足冻伤后，用一锅水熬上药二十分后泡手足一个小时，早上起床后冻伤能好一半，脸和耳朵用一碗水熬至一次杯子量的药液，涂脸或耳朵，然后用手来回搓热冻伤部位。一般三天左右就好了。冻疮是阳气不足的表现，桂枝大剂量使用可改善患部微循环，促进冻疮愈合。

糖尿病视网膜病变 1 例治验

作者：邯郸居士

链接：<https://bbs.iiyi.com/thread-1943893-1.html>

患者，男，52 岁。因左眼盲视初诊于 2010 年 12 月 23 日。

自十八、九岁时开始豪饮白酒，日日斤余，达二十多年，2010 年 3 月右眼罹患暴盲，查血糖确诊因糖尿病引发是证。曾就诊于某眼科医院、市第三医院，均确诊为糖尿病视网膜病变，眼底出血。经住院激光治疗，右眼视力好转。不久，左眼又盲。患者甚为苦恼。伴夜寐不安。

刻诊：左眼对面看不到人影，脉弦，舌质淡红，苔薄白。厥阴风木气逆不降，络脉失畅，离经之血阻塞眼底。

治当平肝祛瘀。

当归 9 克，川芎 9 克，生地 15 克，赤芍 9 克，丹参 12 克，桃仁 9 克，红花 7 克，夏枯草 30 克，石决明 15 克，菊花 12 克，杞子 12 克，水煎服。三七 3 克（另包研粉冲服）。

2011 年 1 月 24 日复诊：左眼可以视人之轮廓，仍模糊。脉舌同前。前方去三七加水蛭 3 克研粉冲服。

2011 年 2 月 12 日三诊：3 米处如拳头大的文字已能辨认，自述眼中如“云彩”。效不更方，继服上方。

2011年3月1日，患者欣喜告知看电视时电视剧下面字幕已能清晰看见。原方加牛蒡子共为细粉装胶囊长期服用。

邯郸居士按：《秘传证治要诀》上说：三消久之，神血既亏，或目无所见。酒家，伤阴动痰，太阴运化不力，统摄失权，眼底渗出、水肿、出血。病发既久，瘀血全成目的。活血散瘀之桃红四物汤无其可代。加之脉弦心烦，加平肝明目味。水蛭一药，吃死血，故有良效。

经方治愈慢性咳嗽案

作者：冯文全

链接：<https://bbs.iiyi.com/thread-1841160-1.html>

“读书需要用心，读书需要用笔”。高老师如是说。前面我们说到高老师驾驭青龙，平喘止咳，建功于平淡之处，显效若有神助。可以说我们在从遥远的地方走近高老师的临床。

那么在临床上，高老师是如何读书的呢？有一句话不得不提，叫做“书有未曾经我读”。说来惭愧，对于这句话的理解，我是昨天坐在大街上啃鸡腿的时候才明白了是什么意思。原来人家古人的意思是“这世界上的书呀，原来有好多都是我没有读过的。我今天的所思，所想，不过是在重复古人的思维而已”。是的，高老师将这句话写成了一篇文章，就在这个版块里面。有兴趣的朋友可以读一下。我不得不承认，关于对这句话的理解，我犯了右倾主义错误。这也是高老师一直主张我们要多读书的一个很重要的原因。要把书中的知识转化成自己的知识。有人说高老师是一个善用经方的人，然而在善用经方的经方派看来，却觉得老师是一个善用时方的人。抛却这些所谓的门派，给我的感觉是，高老师是一个善于辨证的人，辨证需要用经方，就用经方。辨证需要用时方，那就选时方。而且不论是哪种辨证，高老师都用的很地道。下面我们再来看一则高老师的医案：

话说2007年2月6日这一天，高老师的门诊上来了这样一位患者：间歇性咳嗽半年多，用过的方法不计其数，吃过的药可以斗量车载，不见寸功。这是一个什么样的咳嗽呢？咳嗽是阵发性发作，发作时连续咳嗽。遇到寒冷的刺激就加重。最要命的是咳嗽的时候“涕泗相和流”，好不狼狈。小便控制不住，自己就“溜达”出来了。伴随有一个很重要的症状就是身上一阵冷一阵热，嗓子不舒服。早晨起来的时候口里面粘腻不爽，睡眠也是时好时坏，所幸吃饭还好。

诊其舌脉：舌质淡暗，舌苔薄白，脉细弦缓。

如果是我们碰到了这样一个病人，我们不妨自己想想，会如何辨证？其实有的时候我觉得，平凡与伟大的区别往往可以在思辨的领域里得到淋漓尽致的体现。正如这个病人，看似这仅仅是一个咳嗽，但是常规中我们能想到的辨证和方法相信其他的医生都已经用过。这里就体现了一个“知常达变”的思想，而高老师在这方面往往有着惊人的应变能力。我们先看看高老师的处方，如下：

柴胡 9 克，桂枝 6 克，黄芩 12 克，生白芍 12 克，党参 6 克，茯苓 9 克，干姜 3 克，细辛 3 克，五味子 9 克，射干 12 克，僵蚕 12 克，蝉衣 9 克，生甘草 3 克。2 付水煎服。

柴胡桂枝汤，治咳嗽，还是一个经反复治疗无效的慢性咳嗽。

为什么用这个方子？

虽然病人给了我们很多表述，但是在这一堆信息当中，如何能筛选出对诊病治病有用的信息也是一门很深的学问，毫无疑问，高老师深谙此道。病人有往来寒热的少阳证吧，病人有遇寒冷刺激加重的表现。为什么病人的咳嗽怎么也去不了？当高老师想到这个问题的时候，似乎同时提出了另外一个问题，会不会是这点表邪的原因。因为这点表邪的存在，使得我们使用的那多么的宣肺，降胃的方子都如石沉大海，杳无音信。当前面看似山穷水复的时候，我们不妨换个思路，或许可以柳暗花明哦。于是辨证为太少两感。柴胡桂枝汤加减。

经方能不能化裁？

这个问题，师叔张英栋老师在有的场合下主张四原原则，即“原方、原药、原剂量比、原用法”的原则。原汁原味有原汁原味的好处，灵活化裁有灵活化裁的灵妙。切不可执泥于一端。高老师有一篇文章叫“经方效捷，贵在化裁”，说的就是这个问题。当然，关于这个问题，我会在以后的文章里给大家深入的解释。目前我倾向于可以化裁，你看张仲景给自己的方子不就经常化裁，麻黄汤把桂枝换成石膏不就成了麻杏石甘汤，理中汤加裸人参不就成了桂枝人参汤，小柴胡汤加了桂枝和芍药不就成了柴胡桂枝汤……等等还有很多这样的例子。当然，这可以理解为对方剂表面的“形”的化裁，还有就是对方剂“神”的化裁，柴胡桂枝汤条文是这样说的：伤寒六七日，发热恶寒，支节烦疼，微呕，心下支节，外证未去者，柴胡桂枝汤主之。如果讲究方证对应的话，那么想把这个方和这个证对起来，怎么看都似乎有些牵强。可是如果从柴胡桂枝汤治疗太少两感的层次上来理解那感觉马上就不一样了。对“神”的把握，

不光对人重要，对方子本身也同样重要。

为什么加了干姜、细辛、五味子？

前面的文章说过，不论是黄元御，还是陈修园都提到过如何治咳嗽，咳嗽的根本是什么。也清楚小青龙汤里面这三个药的分量。可以说这是高老师治疗咳嗽的一个经验，对于一些久治不愈的咳嗽，临床上加上这三味药往往可以收到意想不到的效果。

为什么用僵蚕、蝉衣？

这里面有一个核心思想，就是升降理论。【僵蚕、蝉衣，一升一降】这个地方我在写作的时候写错了，僵蚕和蝉衣都是升的，高老师去了姜黄和大黄，但是这个方子里面肯定有一个降的药，纵观柴胡桂枝汤，这个方子里面的茯苓和僵蚕，蝉衣在一起就组成了升降理论。（在高老师的药典里，茯苓是降的，记得有一次史老师问高老师在一个方子里面为什么加桔梗，老师的回答是，方子里有茯苓，怕把升的药给限制了，所以加了桔梗）这样气机就通畅了。

2007年2月8日二诊：药后诸症减轻。上方茯苓改为12克，生甘草改为炙甘草，加桔梗9克，继服3付。2007年2月11日三诊：咳嗽已止，诸症渐解，惟觉咽部痰粘不舒感。

这个病案我们就看到这里打住。

二诊时候为什么这么变方？

茯苓是可以解了脾的湿而达到升脾的作用，但是茯苓的本性还是淡渗的，药性是趋于向下的，那么茯苓加了3克，为了不至于影响原方的升降的比例，所以加了9克桔梗上升来平衡掉茯苓向下的力量。桔梗味苦辛性平微凉，为了不改变原方的寒热比例，将生甘草改为炙甘草。这就是细节，细节决定成败，细节决定层次，在这个细节上我看到了高老师用药是如此的讲究！

多年的顽固性咳嗽，5付药基本上好了。这样的疗效，不可以说不好；这样的速度，不可以说不快。

为什么高老师在临床上可以在这么短的时间内将思路调整到经方辨证上来？读书，还是读书。书中早有记载。我在高老师的文字里找到这样一段描述：

清代医家陈修园在《医学实在易》中的一段话很值得治咳者临证玩味。原文如下：“余临证以来，每见咳嗽百药不效者，摒去杂书之条诸纷繁，而觅出一条生路，止于《伤寒论》得之治法。《伤寒论》云：上焦得通，津液得下，胃气因和三句，是金针之度……《伤寒论》小柴胡汤谓：咳者去人参、生姜，加干姜、五味子。此为伤寒言，

而不尽为伤寒言也。余取‘上焦得通’三句，借治劳伤咳嗽，往往获效。”

这是陈修园的原话，陈修园是这样说的，也是这样做的。在无可奈何之际，摒弃所有的成法，而止用《伤寒》之法而另觅一片生机。笔者为了印证陈修园的话，特意从他的《南雅堂医案》里面找到了几段他用经方治疗咳嗽的文字，与大家一起分享：

《南雅堂医案.咳嗽》案 6：久嗽不止，时见喘促，是肺肾两虚，天水不交之症，但咳嗽之作，虽为肺病，然肺为标，肾为本，故咳嗽者必挟有饮邪，宜先利其水道，则上焦之水饮亦必下行，源流俱清，咳嗽自平，惟肾具有水火两脏，水虚者宜滋，火虚者宜温，今诊得右尺细濡，真火不足之象，先用真武汤加减治法。

炒白术 3 钱，泡附子 5 分，白茯苓 3 钱，炒白芍 3 钱，五味子 8 分，细辛 5 分，干姜 8 分。水同煎。

按：真武汤加姜、辛、味治咳嗽为伤寒成法，与小青龙一虚一实，可谓双璧。

《南雅堂医案.咳嗽》案 14：诊得脉左细右虚，咳嗽日久，吸短如喘，肌表微热，形容渐至憔悴，虑成内损怯症，奈胃纳渐见减少，便亦带溏，若投以寒凉滋润之品，恐嗽疾未必能治，而脾胃先受损伤，岂云妥全？昔贤谓上损过脾，下损及胃，均称难治。自述近来背寒忽热，似应先理营卫为主，宗仲师元气受损，甘药调之之例，用建中加减法。

桂枝 1 钱，白芍药 3 钱，炙甘草 8 分，炙黄芪 1 钱，饴糖 2 钱，大枣 3 枚，同煎服。

其中案六与高老师的柴胡桂枝汤有异曲同工之妙，由真武汤原方加入了干姜细辛五味子。这等用方，这等化裁，古韵悠扬，能看到高老师对于经方已经研究经方的人都很有研究。希望通过我喋喋不休、反复强调的论述，能让读者记得，在我们用常法治疗咳嗽不效的时候，不妨换个思路，感受一下经方的大美！若能从中偶得一点不言之妙，幸甚。

宽胸散加味治疗心肌桥 1 例

作者：ask80515852zv

链接：<https://bbs.iiyi.com/thread-3460108-1.html>

患者刘某，男，56 岁。家住西安市。2018 年 9 月，自觉持续性胸闷痛，左侧肩胛区沉重痛半月余，前往西安市中心医院，经冠脉造影显示：左冠脉中间枝近段心肌桥，其余分支未发现异常。化验血脂血糖正常。出院诊断：1. 心肌桥；2. 心功能一级；

口服肠溶阿司匹林片，阿托伐他汀钙片，盐酸美托洛尔片，脑络通胶囊等，前后服药将近一月，效果不明显。遂来我院我科室寻求中医药治疗。

主诉：胸闷痛两月余。现症：持续性胸闷痛，左侧肩胛区沉重感，心烦，双膝酸软，畏寒怕冷，饮食睡眠可，口不渴，大便不成形。面色正常，语声高亢，舌质紫暗，舌体瘦小边有齿痕，舌苔白腻，脉滑略浮数。既往无高血压，无糖尿病，无其他系统病史。不抽烟，少喝酒。有心情不畅史。

分析：冠脉造影发现心肌桥，心脏收缩期报告显示心肌桥处压缩 60%，冠脉造影一般只能看到心脏表面几个主干和分支，占心脏的 5%，95%是看不到的。要想到看不到的细微血管是否通畅。从中医角度考虑：为胸痹。胸闷痛，左侧肩胛区沉重感为心血瘀滞，心烦，平时情志不畅为肝气郁滞，双膝酸软，畏寒怕冷为肾阳虚，舌质紫暗为血瘀，舌体瘦小边有齿痕为肝郁脾虚，舌苔白腻，脉滑，大便不成形为痰湿，脉略浮数为气不潜藏向外浮越。

辨证为气滞血瘀，肝郁脾虚，肾阳虚，痰湿内阻。首诊予瓜蒌薤白桂枝汤加活血药，7 付，水煎服。第 9 天复诊，服上方后症状无改善，仍持续性胸闷痛，与《金匮要略》杏仁茯苓甘草汤合橘皮枳实生姜汤加几味活血药，7 付，水煎服。10 天后第三次复诊，服上方后大便成形了，仍胸闷痛，双膝酸软怕冷，分析为肾阳虚，阳气温煦失常，寒凝血瘀。与宽胸散加味。宽胸散为马王堆出土故书名方，自古有治疗胸痹的记载。

处方：葶苈 10 克，高良姜 10 克，细辛 3 克，檀香 10 克，元胡索 20 克，冰片 0.3 克，淫羊藿 10 克，杜仲 10 克，7 付，水煎服。药服完后患者第四次复诊，诉服上方后诸症减轻，心情开朗，要求原方不变，考虑药对证守方，10 付，水煎服。药服完后患者第五次复诊，诉上二次处方对症，胸闷痛大减，舌苔薄白，脉缓。以此作膏方调治。

胸锁关节半脱位

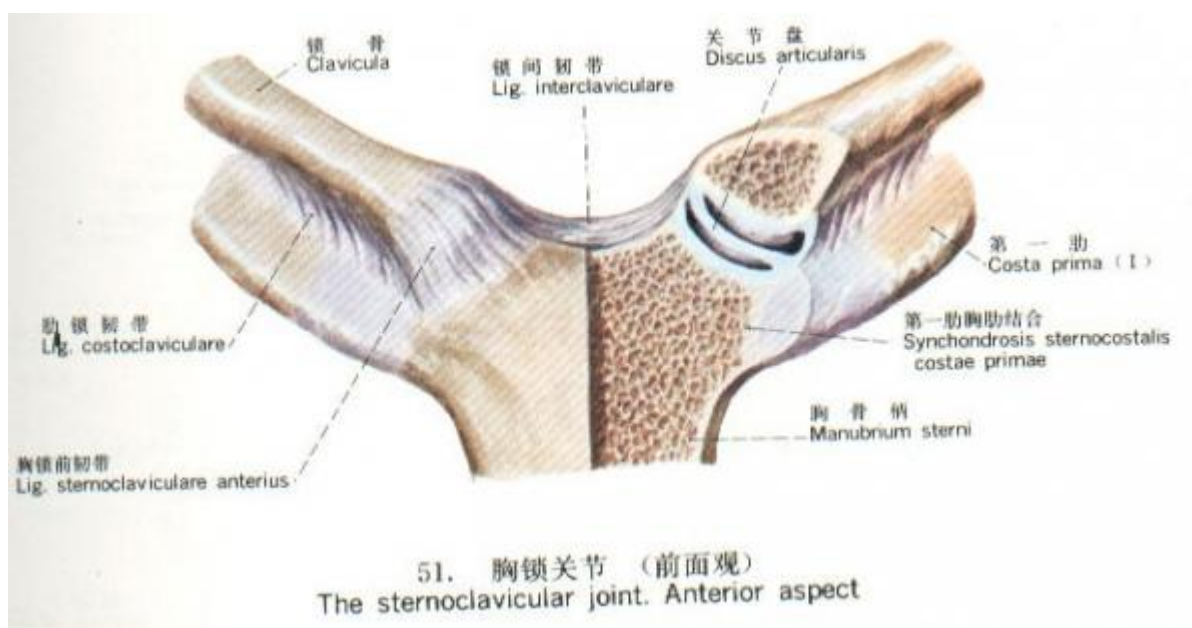
作者：liubo811030

链接：<https://bbs.iiyi.com/thread-3225755-1.html>

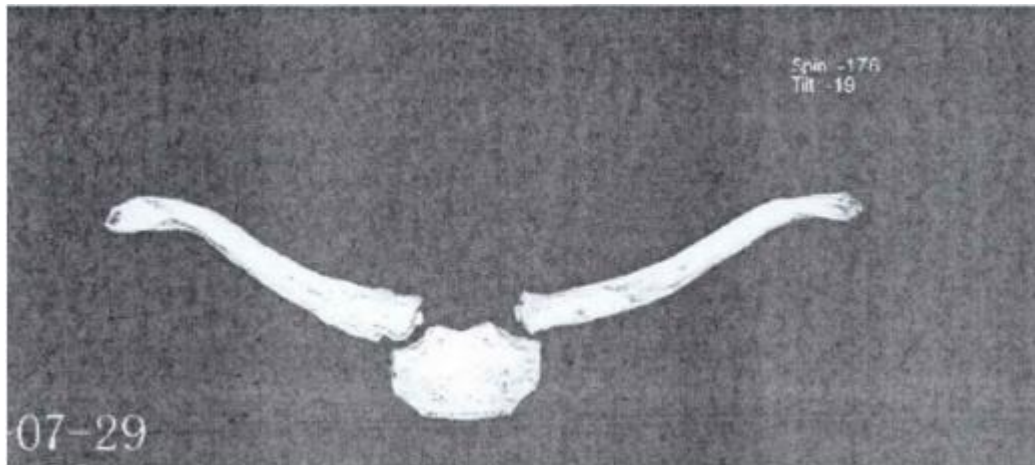
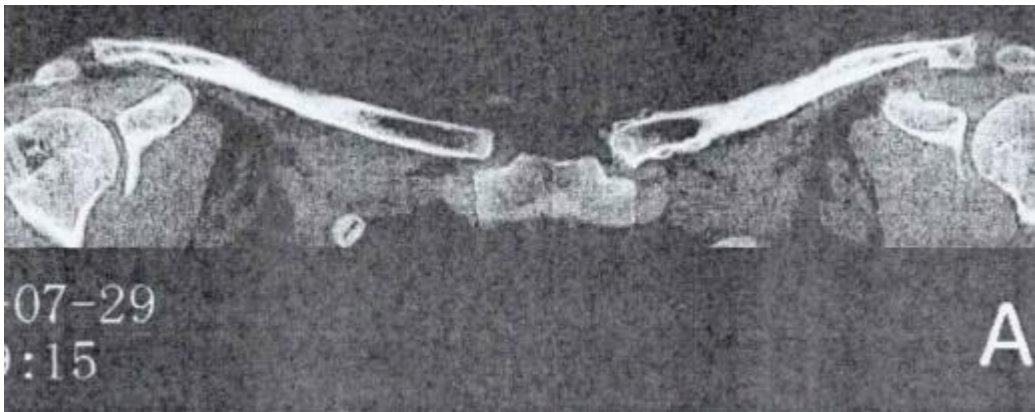
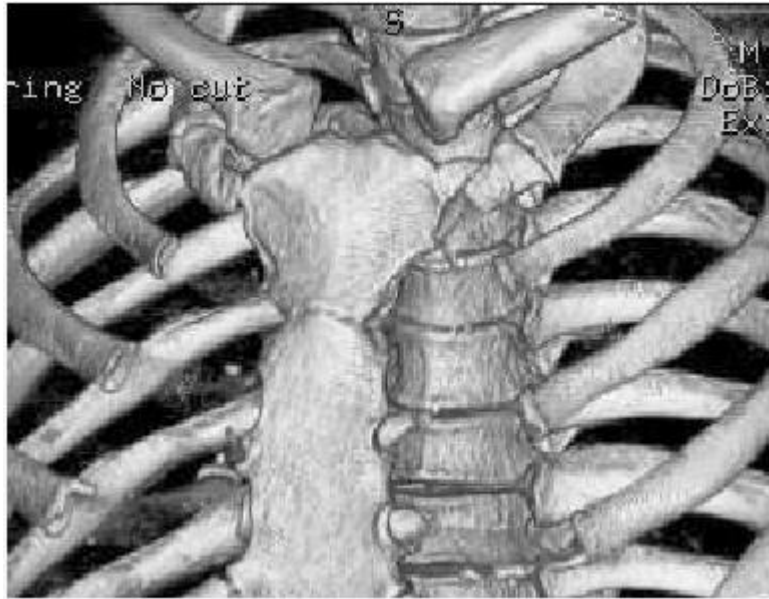
患者，女，50 岁，右侧颈部肩部疼痛伴随头晕头沉数年，经朋友介绍来诊，首诊右侧颈部肌肉略僵硬，双侧枕大神经处压痛，右肩举略受限。给予常规点按手法、颈部斜板复位手法 10 次后头沉缓解，仍感右侧颈部不适牵拉感。重新审查诊疗经过，

自认为手法还是做到位了。为什么还有残余症状，又查了一下恍然大悟，右侧胸锁关节较左侧隆起，否认明显外伤史，拍片复查未见明显异常。于是外用布洛芬凝胶，手法按压整复胸锁关节。患者症状明显减轻了。胸锁关节是一个滑膜关节，患者主要临床症状为胸锁关节处疼痛伴肿胀。胸锁关节作为肩关节功能活动的补充是一个微动关节。一定要询问患者有无外伤史，除外感染、肿瘤、结核等病变才能上手，初步的X线检查是必要的。诊断困难时CT和MRI的检查也是必要的。

胸锁关节是双平面滑膜关节，与球窝关节类似，由胸骨柄上外侧与锁骨内侧端构成，其关节面基本上均在胸骨的上方，具有较好的稳定性。胸锁关节的稳定结构为厚韧的关节盘，较薄的下部附着于连接胸骨与第1肋骨的软骨上，而较厚的上部附着于锁骨近端上后面，这使锁骨向下与胸骨牢固地连接，可抵消使锁骨内端向上位移的力。胸锁关节囊前的胸锁韧带较关节囊后的胸锁韧带薄弱，且前胸锁韧带处于胸锁关节的张力侧，承受过大牵拉力时容易断裂，从而导致关节脱位发生。



找了几张脱位的图片，新鲜的脱位大多主张手术复位，陈旧性或者没有明显外伤史的保守治疗效果也还是不错的。避免持重物、要多休息。



当然还要除外一些常见疾病比如“化脓性关节炎”见下图：



胸锁关节结核

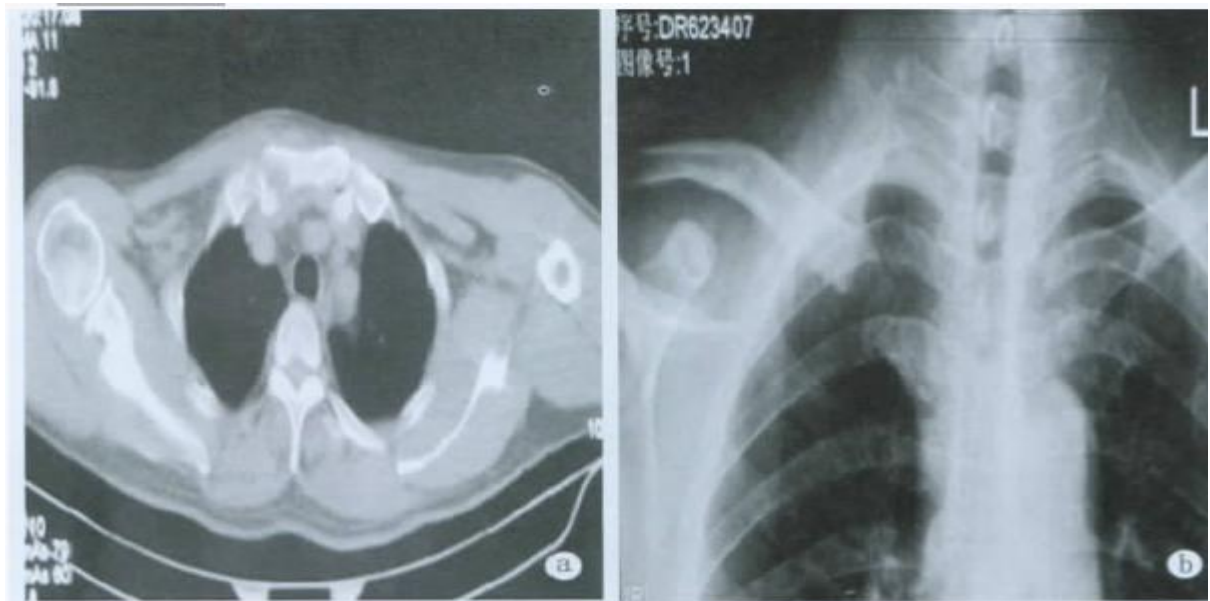
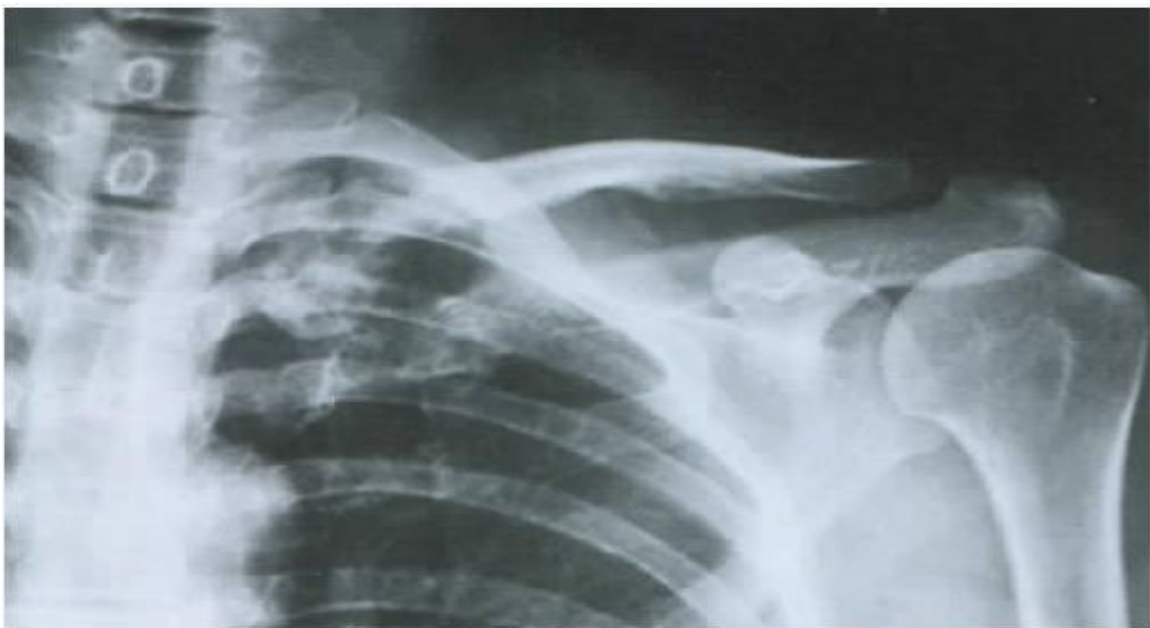


图2 患者，男，53岁，右胸锁关节结核 a：术前CT示右胸锁关节周围骨质破坏

胸锁关节滑膜肉瘤



针刺内关加合谷抢救喉头水肿 5 例

作者：风知竹

链接：<https://bbs.iiyi.com/thread-2130072-1.html>

笔者曾于 2005 年至 2008 年利用针刺抢救 5 例输液反应导致的喉头水肿，成功率达 100%。

钟某，女，2006 年 2 月 5 日来我处就诊，少腹疼痛，小便黄，白带色黄，给予头孢曲松 3 克静脉滴注，刚滴数滴，就听病人喊呼吸困难，随即失音，判断是喉头水肿，立即拔去输液针，以 1.5 寸毫针刺右侧内关穴（男左女右），强刺激，看无明显好转，再以 1.5 寸毫针刺右侧合谷穴，刚进针有酸胀感时就感到喉咙里突然通气，呼吸立即畅快，随后观察 20 分钟，无任何症状后离去。

王某，男，15 岁，2008 年 5 月 5 日就诊，咳嗽，头痛，咽喉疼痛，发热，T: 39℃。给予头孢呋辛 2.25 克静脉滴注，数滴后只听咳嗽气急，呼吸困难，判断是喉头水肿，立即拔去输液针，以 1.5 寸毫针刺左手合谷加内关穴，迅即症状消失，观察 20 分钟无碍后离去。

合谷为手阳明经合穴，主治咽喉不利，内关为手厥阴心包经要穴，主治胃心胸等疾病，两穴相配，可以急救多种输液反应性疾病。

合谷穴基层实用疗法

作者：Xintaonii

链接：<https://bbs.iiyi.com/thread-2205808-1.html>

治疗很多疾病配合针灸疗法，常可收到不错的效果。

合谷穴临床应用较多，这里介绍一下我数年来总结出的点滴经验供大家参考，不当之处，欢迎指正。

1. 牙痛：同道们都知道合谷穴治疗牙痛，但在基层的内科诊所却很少应用。我通过长期的对比观察，发现针刺合谷后再配合服用药物（这里一般用的是西药），比单纯内服药物见效时间缩短很多，而且止痛效果维持时间长。所以每遇牙痛病人，都先针刺其合谷穴（双侧），再行诊治，等抓完药再取针，既不浪费时间，又增强了疗效（一般留针 10-20 分钟）。

2. 烦躁：在基层常遇到一些烦躁发狂或者情绪激动的病人，诊治工作很难进行，

我常在病人家属的帮助下针刺其合谷穴（单侧），经观察，大部分病人针刺后情绪能迅速的安定下来，再行诊疗就容易多了。

3. 发热：遇到发热病人，首先想到的是大椎穴，因为大椎是退热要穴。其实合谷穴的退热作用也不能忽视，对于一些发热病人，我常先针刺其合谷穴（双），留针10分钟，再配合药物，收到较好的退热效果。

4. 腹痛：腹痛在基层很常见，无论是何种病因，都可先刺其合谷（单侧），再行其他治疗，常可收到较快的止痛效果，且未发现不良反应。

说明一点，上述方法必须用于对针灸疗法接受的病人，对于惧怕针刺的还是不用为好，以免引起晕针。

责任编辑：修竹临风

编辑：草原民间中医、砭艾、xiwang001han

石斛

别名：金钗石斛。

来源：兰科植物金钗石斛的干燥根，分布于台湾、湖北、香港、海南、广西、云贵川、西藏等地。



形态：茎直立，肉质状肥厚，稍扁的圆柱形，长10~60厘米，粗达1.3厘米，上部多少回折状弯曲，基部明显收狭，不分枝，具多节，节有时稍肿大；节间多少呈倒圆锥形，长2~4厘米，干后金黄色。叶革质，长圆形，长6~11厘米，宽1~3厘米，先端钝并且不等侧2裂，基部具抱茎的鞘。总状花序从具叶或落了叶的老茎中部以上部分发出，长2~4厘米，具1~4朵花；花序柄长5~15毫米，基部被数枚筒状鞘；花苞片膜质，卵状披针形，长6~13毫米，先端渐尖；花梗和子房淡紫色，长3~6毫米；花大，白色带淡紫色先端，有时全体淡紫红色或除唇盘上具1个紫红色斑块外，其余均为白色；中萼片长圆形，长2.5~3.5厘米，宽1~1.4厘米，先端钝，具5条脉；侧萼片相似于中萼片，先端锐尖，基部歪斜，具5条脉；萼囊圆锥形，长6毫米；花瓣多少斜宽卵形，长2.5~3.5厘米，宽1.8~2.5厘米，先端钝，基部具短爪，全缘，具3条主脉和许多支脉；唇瓣宽卵形，长2.5~3.5厘米，宽2.2~3.2厘米，先端钝，基部两侧具紫红色条纹并且收狭为短爪，中部以下两侧围抱蕊柱，边缘具短的睫毛，两面密布短绒毛，唇盘中央具1个紫红色大斑块；蕊柱绿色，长5毫米，基部稍扩大，具绿色的蕊柱足；药帽紫红色，圆锥形，密布细乳突，前端边缘具不整齐的

尖齿。花期4~5月。

栽培：石斛喜温暖湿润气候和半阴半阳的环境，不耐寒。

性味功能：味甘、微寒；益胃生津，滋阴清热。

用途：用于阴伤津亏，口干烦渴，食少干呕，病后虚热，目暗不明。

用法用量：内服6~12克，鲜品15~30克。入复方宜先煎，单用可久煎。

经验鉴别：本品以色金黄、有光泽、质柔韧、饱满、结实、嚼之发粘者为佳。

玫瑰

别名：徘徊花、笔头花、湖花、刺玫花、刺玫菊。

来源：蔷薇科植物玫瑰的干燥花蕾。以山东平阴产量最大。



形态：直立灌木，高可达2米；茎粗壮，丛生；小枝密被绒毛，并有针刺和腺毛，有直立或弯曲、淡黄色的皮刺，皮刺外被绒毛。小叶5~9，连叶柄长5~13厘米；小叶片椭圆形或椭圆状倒卵形，长1.5~4.5厘米，宽1~2.5厘米，先端急尖或圆钝，基部圆形或宽楔形，边缘有尖锐锯齿，上面深绿色，无毛，叶脉下陷，有褶皱，下面灰绿色，中脉突起，网脉明显，密被绒毛和腺毛，有时腺毛不明显；叶柄和叶轴密被绒毛和腺毛；托叶大部贴生于叶柄，离生部分卵形，边缘有带腺锯齿，下面被绒毛。花单生于叶腋，或数朵簇生，苞片卵形，边缘有腺毛，外被绒毛；花梗长5~225毫米，密被绒毛和腺毛；花直径4~5.5厘米；萼片卵状披针形，先端尾状渐尖，常有羽状裂片而扩展成叶状，上面有稀疏柔毛，下面密被柔毛和腺毛；花瓣倒卵形，重瓣至半重瓣，芳香，紫红色至白色；花柱离生，被毛，稍伸出萼筒口外，比雄蕊短很

识草药

多。果扁球形，直径2~2.5厘米，砖红色，肉质，平滑，萼片宿存。花期5~6月，果期8~9月。

栽培：玫瑰喜阳，对气候、土壤适应性强，耐寒、耐旱，怕涝。适合阳光充足、通风良好、地势较高燥平整的地块栽种。低洼积水地不宜种植。

性味功能：味甘、微苦，性温；行气解郁、和血止痛。

用途：用于肝胃气痛，食少呕恶，月经不调，跌扑伤痛。

用法用量：内服1.5~6克。

经验鉴别：本品以花朵大、完整、瓣厚、色紫、色泽鲜、不露蕊、香气浓者为佳。

编辑：王颖健

责任编辑：金陵一剑



发热伴皮疹 2 天

作者：李艳的诊所

链接：<https://bingli.iiyi.com/show/62664-1.html>

●病例摘要

一般资料：男性, 31 岁, 个体户

主诉：发热伴皮疹 2 天

现病史：

患者 2 天前无明显诱因下出现发热，体温高达 39.6℃，伴头痛、食纳减少、咽部疼痛、乏力不适，自服布洛芬悬液退热，热退又复起，当天即被发现头面部、颈部出现少许红色皮疹，无瘙痒感，逐渐增多至全身，偶有咳嗽，眼睛见光刺痛，遂至市综合医院检查血常规，WBC:3.24x10⁹/L, N: 72.8%, HB:161g/L, PLT:144x10⁹/L，超敏 CRP:3.17mg/L，予退热及输液治疗(热毒宁、阿糖腺苷)，因怀疑“麻疹”，为进一步治疗，来我院住院观察。病程中患者神清，精神萎靡，食纳差，无心慌及胸闷，无意识障碍及抽搐，睡眠差，大小便外观无异常。





既往史:

既往体健，否认“肝炎”、“结核”等传染病史。无食物及药物过敏史，无输血及手术史。预防接种史不详。

体格检查:

T:37.9℃, P:96 次/分, R:21 次/分, BP:109/70mmHg。发育正常，营养中等，神志清楚，精神欠佳，查体合作。头面部、耳后，躯干、四肢可见密集分布红色斑丘疹，四肢远端相对稀疏，手足心未见皮疹，疹间皮肤正常，无脱屑。皮肤弹性正常，未见

病例讨论

肝掌、蜘蛛痣。左侧耳后可触及一肿大浅表淋巴结，约花生米大小，轻微触痛。头颅外形正常。结膜明显充血，巩膜无黄染，双侧瞳孔等大等圆，直径约 2.5mm，光反射灵敏。耳廓外形正常，乳突无压痛，听力正常。鼻无畸形，鼻中隔无偏曲，鼻翼无扇动，各副鼻窦无压痛。口唇红润，口腔黏膜斑阴性，咽部充血明显，扁桃体无肿大。颈软，未见颈静脉怒张，气管居中，甲状腺无肿大。胸廓无畸形。胸壁无静脉曲张，未及皮下气肿。胸式呼吸，呼吸运动双侧对称，肋间隙无增宽或变窄，两肺叩诊清音。双肺呼吸音清，未闻及干湿性啰音，未闻及胸膜摩擦音。心前区无隆起，心浊音界无扩大。心率 96 次/分，律齐，各瓣膜区未闻及病理性杂音。腹平坦，无腹壁静脉曲张，肝脾肋下未触及，全腹无压痛及反跳痛，叩诊无移动性浊音，肠鸣音正常，脊柱四肢无畸形，生理反射正常存在，病理反射未引出。

序号	项目名称	结果	阳性
1	麻疹病毒IgM抗体	阴性	阴性
2	风疹病毒IgM抗体	阳性	阳性

序号	项目名称	结果	参考值	单位
1	EB病毒-IgM	阴性		

代号	项目	结果	参考值	单位	代号	项目	结果	参考值	单位
TBIL	总胆红素	7.7	2--22	umol/L	GLU	葡萄糖	4.5	3.89--6.11	mmol/L
DBIL	直接胆红素	3.1	0--6.5	umol/L	K	钾	4.49	3.5--5.2	mmol/L
IBIL	间接胆红素	4.6	0--15.5	umol/L	NA	钠	135.1	135--145	mmol/L
TP	总蛋白	59.0	↓ 60--85	g/L	CL	氯	102.9	96--108	mmol/L
ALB	白蛋白	39.7	37--53	g/L	CA	钙	2.21	2.1--2.6	mmol/L
GLO	球蛋白	19.3	↓ 20--35	g/L	P	磷	1.06	0.8--1.6	mmol/L
ALT	谷丙转氨酶	19	5--40	U/L	HBDH	α-羟丁酸	235.0	↑ 72--182	U/L
AST	谷草转氨酶	23	5--40	U/L	TBA	总胆汁酸	1.9	0--20	umol/L
ALP	碱性磷酸酶	122	40--128	U/L	PA	前白蛋白	151	↓ 170--420	mg/L
GGT	谷氨酰氨转移酶	32	7--50	U/L	ADA	腺苷脱氨酶	19	0--20	U/L
LDH	乳酸脱氢酶	287	↑ 109--245	U/L	CHE	胆碱酯酶	7547	5400--1320	U/L
CK	肌酸激酶	82	38--174	U/L	HDL	高密度脂蛋白	0.96	0.83--1.97	mmol/L
UREA	尿素	3.9	1.43--7.14	mmol/L	LDL	低密度脂蛋白	1.68	↓ 2.08--4.11	mmol/L
CREA	肌酐	99	男性44--97 女性35--80	umol/L	eGFR	肾小球滤过率	91.84	>90	ml/min
UA	尿酸	379	135--425	umol/L	5NT	5'-核苷酸酶	7.40	0--11	U/L
CTOL	总胆固醇	2.90	↓ 3.6--6.5	mmol/L	MAO	单胺氧化酶	3.2	0--10	U/L
甘油三酯	甘油三酯	0.91	0.25--1.71	mmol/L	AFU	α-L-岩藻糖苷酶	8.5	0--40	U/L

序号	项目名称	结果	单位	参考值
1	人类免疫缺陷病毒抗原抗体	0.25 (阴性)	S/CO	<1.0
2	丙型肝炎抗体	0.08 (阴性)	S/CO	<1.0
3	梅毒螺旋体抗体	0.11 (阴性)	S/CO	<1

辅助检查:

血常规（入院当天，院外检查），WBC: $3.24 \times 10^9/L$, N: 72.8%,
HB: 161g/L, PLT: $144 \times 10^9/L$. 超敏 CRP: 3.17mg/L. 大生化: TBI $7.7 \mu\text{mol/L}$, ALB: 39.7g/L,
ALT: 19U/L, AST: 23U/L, LDH: 281/L, CK: 82U/L, HBDH: 235U/L, UREA: 3.9mol/L ,
CREA: $99 \mu\text{mol/L}$, UA: $379 \mu\text{mol/L}$, GLU: 4.5mmol/L . 胸片提示两肺未见明显实变影。超市
示肝实质回声略显增粗较密，胆囊壁毛糙，脾、胰腺未见明显异常。心电图正常。麻
疹病毒 IgM 抗体阴性。风疹病毒 IgM 抗体阳性。EB 病毒 IgM 抗体阴性。乙肝五项均
阴性。抗 HIV、抗 HCV、抗 TP 均阴性。

初步诊断:

风疹

诊断依据:

前驱期短暂，高热、头痛、食欲减退、乏力、咳嗽，咽痛、结合膜充血等，于发
热 1-2 日内即出现皮疹、皮疹初见于面颈部，迅速向全身蔓延，1 日内布满躯干和四
肢，但手掌、足底大多无皮疹，皮疹呈细点状淡红色斑疹、斑丘疹，耳后淋巴结肿大。
结合血白细胞下降，风疹病毒 IgM 抗体阳性。

鉴别诊断:

1. 麻疹：通常出疹前 3 天卡他症状严重，高热、上呼吸道炎症状明显，咳嗽较重。
患者皮疹形态与麻疹有相似之处，但出疹前无 3 天卡他症状。口腔无粘膜疹，并且
麻疹病毒 IgM 抗体阴性协助排除。

2. 猩红热：临床特征为发热，咽峡炎，全身弥漫性鲜红色斑点疹，先见于颈部、

胸部，皮疹发展较快，并多可见草莓舌及口周苍白圈，通常血常规示白细胞升高。该患者发热与皮疹有相似之处，但血白细胞不支持，且风疹病毒 IgM 抗体阳性。

诊治经过：

1. 完善必要常规检查，行传染病卫生健康知识宣教。2. 隔离观察，卧床休息，软质饮食，鼓励多喝水，指导物理降温及皮肤、眼睛护理。对高热、头痛、咳嗽、结膜炎予对症处理。3. 利巴韦林抗病毒，热毒宁清热解毒等处理。4. 监测体温，观察病情变化。患者入院当晚体温 39.2℃，予布洛芬退热，次日不发热，皮疹开始从面颈部逐渐消退，不适症状逐渐缓解，至第 5 天，皮疹全部消退，且过风疹隔离期，予出院。

临床诊断：风疹

分析总结：

风疹是由风疹病毒引起的一种常见的急性传染病。以低热、全身皮疹为特征，常伴有枕后、耳后淋巴结肿大，结膜炎；且肿大淋巴结可轻微触痛，但不融合，不化脓。风疹皮疹持续 1-4 天开始消退（该患者为 3 天），疹退时体温下降，故有人称之为“三日麻疹”。但相对麻疹而言，风疹全身症状轻，病程短，并发症轻且少，一般预后好。该患者以高热为主，中毒症状相对明显，并皮疹形态与出疹顺序酷似麻疹，故在院外被怀疑麻疹。病人应隔离至出疹后 5 日，一般接触者可不进行检疫，但妊娠期，特别妊娠早期的孕妇在风疹流行期间应尽量避免接触风疹病人。

异常子宫出血、输卵管积脓 1 例

作者：彩色的风

链接：<https://bingli.iiyi.com/show/62648-1.html>

●病例摘要

一般资料：女性，46 岁，农民

主诉：月经周期紊乱 2 月余，阴道流血 3 天

现病史：

患者诉平素月经规律，经期 7 天，周期 23 天，经量中，色暗红，偶有血块，无

病例讨论

痛经症状。最后一次按正常周期来的月经为 2018 年 12 月中旬（具体日期不详），之后 2019 年 1 月月经开始紊乱，于 1 月 5 日以及 1 月 23 日各来一次月经，出血均为 7 天，量和色均与平常无异，均无痛经症状。因血量不多，均能按期止血，未予重视，未就诊检查。2 月 20 日下午开始无明显诱因下又出现阴道流血，量较平常明显增多，暗红色，无血块，伴有腰腹部酸胀感，无软困乏力、头晕，无胸闷心悸，无发热恶寒等症，因阴道流血量无减少而于今日至我院就诊，门诊予查妇科阴超示：子宫增大，肌壁回声不均，肌壁稍低回声团（肌瘤？肌壁回声不均？）；宫颈囊肿；子宫内膜回声欠均；盆腔囊性占位（巧克力囊肿待排，其他病变不排除，请结合临床），尿 HCG 阴性。为求进一步治疗，门诊拟“异常子宫出血”收住院，入院症见：阴道流血，量多，色暗红，有血块，伴有腰腹部酸胀，无软困乏力、头晕，无胸闷心悸，无发热恶寒等症，纳寐可，二便调。

既往史：否认有“高血压病”、“糖尿病”及“冠心病”等病史。否认有“肝炎”、“结核”等传染病史，否认有重大外伤、手术、中毒及输血史。否认有药物及食物过敏史，预防接种史不详。个人史：出生、生长于原籍，未到过传染病疫区，无吸烟等不良生活嗜好，生活及工作条件一般，否认冶游史。月经及婚育史：平素月经规律，7 天/23 天，量、色、质正常，无痛经，末次月经 2018 年 12 月中旬（具体不详）。已婚，G1P1，1997 年顺产 1 子，家人体健。家族史：否认家族成员中有遗传病及传染病病史。

体格检查：T:36.9℃,P:86 次/分,R:18 次/分,BP:118/68mmHg。身高 152cm，体重 52kg，体重指数 22.51。一般情况：神清，精神可，发育正常，自动体位，查体合作。皮肤粘膜：皮肤粘膜、巩膜无黄染，无皮疹、出血点、蜘蛛痣及肝掌，皮肤弹性好。淋巴结：全身浅表淋巴结未触及肿大。头部及其器官：头颅外形无畸形，头发色泽正常，无秃发。眼眶外形无畸形，双眼睑无水肿，眼球活动正常，睑结膜无水肿及充血，巩膜无黄染，双侧瞳孔等大等圆，对光反射灵敏。耳廓无畸形，外耳道无溢脓，乳突无压痛。鼻翼无扇动，通气畅，鼻中隔无弯曲，嗅觉无异常，鼻窦区无压痛。口角无歪斜，口唇无紫绀，伸舌居中，双扁桃体无肿大，咽部无充血。颈部：颈软无强直，两侧对称，无颈静脉怒张，未见动脉异常搏动。气管居中，甲状腺无肿大，无结节、触痛，未闻及血管杂音。胸部：胸廓：外形无畸形，两侧对称，双侧乳房对称。肋间隙正常，无扁平胸、鸡胸及漏斗胸，无局部隆起或凹陷，无静脉曲张。运动正常。

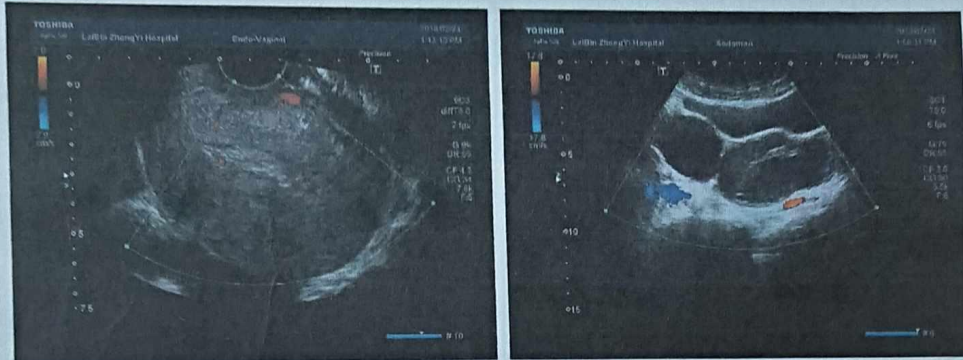
局部无压痛。肺脏：呼吸运动两侧一致，呼吸运动正常。两侧呼吸运动度相等，语颤一致，无胸膜摩擦感。叩诊双肺呈清音，肺下界位于肩胛下角线第 10 肋间，肺下界移动度 6cm。听诊双肺呼吸音清，未闻及明显干湿性啰音。未闻及胸膜摩擦音。心脏：心尖搏动位于左第 5 肋间锁骨中线内 1.0cm，波动范围正常。心前区无抬举样搏动，未触及震颤及心包摩擦感。叩诊心浊音界无扩大。HR86 次/分，未闻及早搏，心音尚有力，心脏各瓣膜区未闻及病理性杂音，无心包摩擦音。周围血管：无毛细血管搏动、枪击音及水冲脉，动脉无异常搏动。腹部：腹平坦，无肠型、蠕动波及异常搏动。腹肌软，全腹无压痛，肝脾肋缘下未触及，胆囊、肾未触及。肠鸣音 4-5 次/分，未闻及气过水声及血管杂音。肛门：肛门未见异常。脊柱四肢：脊柱呈生理性弯曲，各椎体无压痛及叩击痛。肋脊角无压痛。双下肢无肌肉萎缩，关节活动障碍，双上肢外观正常，关节活动自如，四肢无静脉曲张及溃疡，无杵状指、趾。桡动脉、足背动脉搏动存在。双下肢无水肿。神经系统：四肢肌力、肌张力正常。生理反射存在，病理反射未引出。专科情况：外阴发育正常，经产型，阴道畅，内有大量暗红色不凝血，并有宫颈管内活动性出血，可见小血块。宫颈光滑、肥大，色泽正常，可见纳氏囊肿，未见脓性分泌物，无接触性出血及出血点。双合诊：阴道及后穹窿均未及结节，后穹窿无饱满及触痛感。子宫及双附件未见明显压痛，子宫增大，质中，子宫表面光滑未触及包块，活动度差。附件区可触及增厚、增粗，活动度差，触诊不满意。

辅助检查：

门诊 2019-02-23 查：妇科阴超提示：子宫增大，肌壁回声不均，肌壁稍低回声团（肌瘤？肌壁回声不均？）；宫颈囊肿；子宫内膜回声欠均；盆腔囊性占位（巧克力囊肿待排，其他病变不除外，请结合临床）尿 HCG 阴性。

部位 妇科阴超

检查影像



超声描述

子宫后位，宫体大小约7.0x7.1x6.4cm，形态饱满，轮廓清，于宫体肌壁探及数个稍低回声团，较大约1.2x0.9cm，边界欠清，尚规整，内回声欠均，余宫体肌壁回声不均匀，内膜厚约0.9cm，回声欠均。宫颈探及数个无回声区，较大约0.5x0.3cm，边界清，规整，后方回声增强。

双侧卵巢显示不清。盆腔偏左侧探及大小约7.2x4.2cm液性暗区，盆腔偏右侧探及大小约6.1x4.2cm液性暗区，两个液性暗区间似相连，边界尚清，欠规整，内见分隔及细密光点。

CDFI：宫颈无回声区内未见明显血流信号，稍低回声团内似见血流信号，未见异常血流信号。液性暗区周边见点状、棒状血流信号。

超声提示

子宫增大，肌壁回声不均，肌壁稍低回声团（肌瘤？肌壁回声不均？）。

宫颈囊肿。

子宫内膜回声欠均。

盆腔囊性占位（巧克力囊肿待排，其它病变不排除，请结合临床）。

病例讨论

2. 平常月经周期正常，自 2019 年 1 月开始月经周期出现紊乱，于 1 月 5 日以及 1 月 23 日各来一次月经，均按平常经期止血。2 月 20 日出现阴道流血，量较平常明显增多，持续三日量未减少。

3. 妇科检查：阴道内有大量暗红色不凝血，有宫颈管内活动性出血，可见小血块。子宫增大，活动度差。附件区可触及增厚、增粗，活动度差，触诊不满意。

4. 辅助检查：（2019-02-23，我院门诊）妇科阴超示：子宫增大，肌壁回声不均，肌壁稍低回声团（肌瘤？肌壁回声不均？）；宫颈囊肿；子宫内膜回声欠均；盆腔囊性占位（巧克力囊肿待排，其他病变不排除，请结合临床）。尿 HCG 阴性。

鉴别诊断：

主要与以下疾病相鉴别：

1. 与子宫粘膜下肌瘤相鉴别，后者多有经量增多，经期延长，肌瘤伴有坏死感染时，可有不规则阴道流血或血样脓性排液，查体时若肌瘤脱出于宫颈外口，可见子宫颈口处有肿物，色粉红，表面光滑，宫颈四周边缘清楚，若伴感染时，可有坏死、出血及脓性分泌物。查体及 B 超可以鉴别。

2. 与异位妊娠相鉴别，二者均有阴道少量出血，但异位妊娠多有停经史，多伴下腹疼痛，尿妊娠试验阳性，妇科 B 超示宫腔未见孕囊，附件区有包块，可鉴别。

3. 与先兆流产相鉴别，二者均有阴道少量出血，但先兆流产有停经史，尿妊娠试验阳性，妇科 B 超示宫腔可见孕囊，可鉴别。

诊治经过：



部位 腹部

检查影像



超声描述

肝脏切面大小、形态正常，表面光滑，实质回声分布均匀，内未见明显占位性病变，肝内胆管未见扩张，肝内血管显示清，门脉未见扩张。CDFI:肝内未见异常血流信号。

餐后胆囊缩小，壁毛糙，胆汁透声好，于胆囊内探及数颗稍强回声团，较大约0.3x0.3cm，附壁，后方无声影，随体位改变不移动。胆总管未见扩张。CDFI:稍强回声团内未见明显血流信号，胆囊壁未见异常血流。

脾不大，包膜光整，实质回声分布均匀，内未见占位性病变，脾门静脉未见扩张。CDFI:脾血流分布未见异常。

胰腺大小正常，轮廓清，实质回声分布均匀，未见明显占位性病变。胰管未见扩张。CDFI:胰血流分布未见异常。

双肾切面大小、形态正常，轮廓清，实质回声均匀，集合系统未见分离，肾内未见占位性病变。CDFI:双肾未见异常血流信号。

超声提示

胆囊赘生物。

肝脏、胰腺、脾脏、双肾回声未见明显异常。

审核医生

爱爱医
检查日期 2019年02月27日

病例讨论

送检单位: 本院

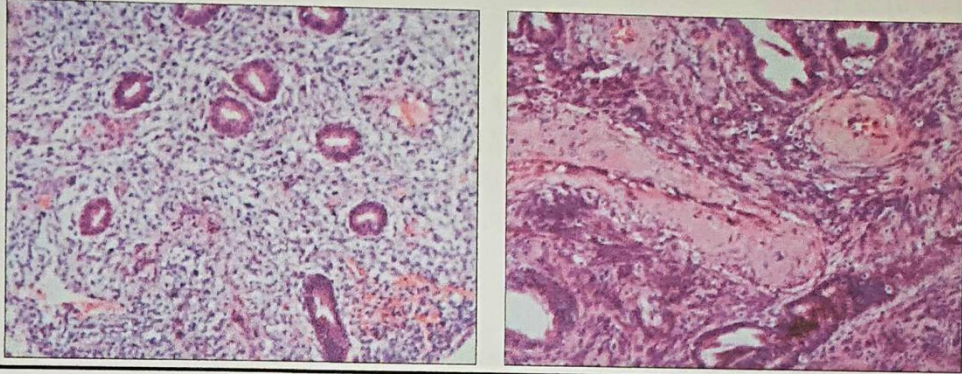
送检日期: 2019-02-25

报告日期: 2019-02-27

送检材料: 宫内刮出物

临床诊断: 异常子宫出血

光镜所见:



镜下所见:

子宫内膜组织, 呈增殖期改变, 局部腺体排列稍紊乱, 可见簇状厚壁血管及纤维组织增生。

病理诊断结果:

(宫内刮出物) 子宫内膜息肉, 增殖期图像子宫内膜。

爱爱医
www.iayi.com

病理会诊报告单

送检日期: 2019-03-01

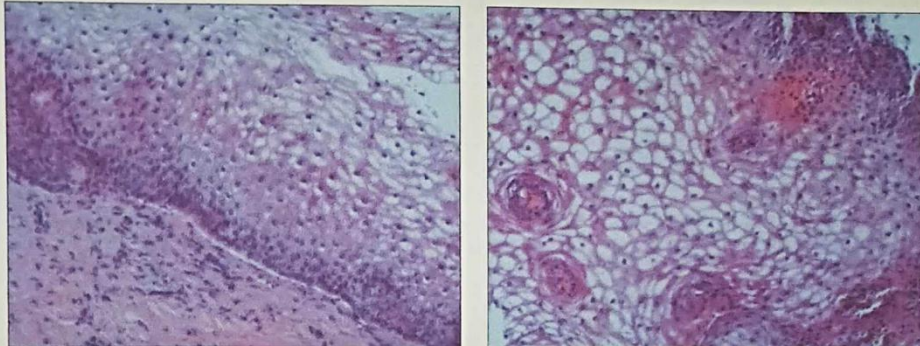
送检医师

报告日期: 2019-03-05

送检材料: 宫颈组织、3、6、9、12、1点

临床诊断: 1、盆腔包块性质待查 2、异常子宫出血 3、宫颈病变性质待查

光镜所见:



镜下所见:

(宫颈3、6、9、12、1点)组织被覆鳞状上皮, 上皮呈乳头瘤样增生, 局灶基底细胞增生, 间质部分腺体鳞化, 少量炎细胞浸润。

病理诊断结果:

(宫颈3、6、9、12、1点)慢性宫颈炎, 局灶基底细胞增生。

爱爱医
www.iiyi.com

序号	项目代号	项目名称 (检测方法)	结果	标志单位	参考值
1	HBsAg	*乙型肝炎病毒表面抗原 (光激化学发光法)	>500	↑ ng/ml	0-0.2
2	HBsAb	*乙型肝炎病毒表面抗体 (光激化学发光法)	1	mIU/ml	0-10
3	HBeAg	*乙型肝炎病毒e抗原 (光激化学发光法)	0.1	PEIU/ml	0-0.7
4	HBeAb	*乙型肝炎病毒e抗体 (光激化学发光法)	>32	↑ PEIU/ml	0-3
5	HBcAb	*乙型肝炎病毒核心抗体 (光激化学发光法)	>60	↑ PEIU/ml	0-15
6	HIV	*人类免疫缺陷病毒抗体 (光激化学发光法)	阴性 0.34	s/co	0-1
7	HCV	*丙型肝炎病毒抗体 (光激化学发光法)	阴性 0.16	s/co	0-1
8	TP	*梅毒螺旋体抗体 (光激化学发光法)	阴性 0.15	s/co	0-1

2019年03月09日 报告日期 2019/03/10 检验员
 项目。 此结果只对标本负责。

爱爱医 www.iyyi.com

序号	项目代号	项目名称	结果	标志单位	参考值
1	KS	卡式血型	B型RH(D) 阳性		
2	1K	不规则抗体I	阴性 (-)		阴性
3	2K	不规则抗体II	阴性 (-)		阴性
4	3K	不规则抗体III	阴性 (-)		阴性

送检医生: 检验日期 2019/02/28 报告日期 2019/02/28 14:33
 标本负责 检验科电话: 0772-4215461

爱爱医 www.iyyi.com

宫颈分泌物培养

支原体培养+鉴定+计数+药敏: *

检出解脲支原体。 计数 > 10⁴

检出人型支原体。 计数 > 10⁴

药敏试验:

四环素	左氧沙星	红霉素	交沙霉素	强力霉素	环丙沙星	氧氟沙星	美满霉素	罗红霉素	阿奇霉素	克拉霉素	司巴沙星
(TET)	(LEV)	(ERY)	(JOS)	(DOX)	(CIP)	(OFL)	(MIN)	(ROX)	(AZI)	(CLA)	(SPA)
耐药	中度	耐药	敏感	敏感	耐药	中度	敏感	耐药	耐药	耐药	中度

衣原体检测:
 快速免疫法测抗原: 阴性

* 本试验报告仅对本次标本负责, 如有疑问, 请于24小时内咨询
 审核 报告日期: 2019-02-28

爱爱医 www.iyyi.com

1. 入院后予完善相关检查，HGB79g/L，患者已经出现失血性贫血情况，初予缩宫素注射液促缩宫，二乙酰氨乙酸乙二胺氯化钠注射液止血治疗，奥硝唑氯化钠注射液预防感染。因患者年龄 46 岁，入院当天 B 超示内膜厚 0.9cm，不符合经期内膜改变，予 2 月 24 日行诊断性刮宫术取内膜组织做病理检查，并同时起到减少出血量以及止血的作用：术前探宫深约 10cm，刮出内膜组织约 3g，术程顺利，术后阴道出血量明显减少，继续予以止血药物以及缩宫剂进行止血治疗以及预防感染用药。2 月 27 日子宫内膜病检结果示宫内刮出物为子宫内膜息肉、增殖期图像子宫内膜。2 月 28 日阴道流血止，因 HGB79g/L，贫血程度较重，短时间内通过药物或者饮食无法达到纠正贫血的目的，于 3 月 1 日输同型去白细胞悬浮红细胞 2u 进行补充血容量治疗。2. 因宫颈细胞 DNA 定量检测报告提示可见 DNA 倍体异常细胞（≥3 个），虽然宫颈液基细胞学 TBS 检查提示未见上皮内病变或恶性病变，但仍不能排除宫颈病变可能，即于 3 月 1 日行宫颈活检术，3 月 5 日病检结果示宫颈慢性炎症，局灶基底细胞增生。3. 患者盆腔包块性质待定，考虑巧克力囊肿可能性大，不排除恶性肿瘤可能，有手术指征。于 3 月 6 日行经腹双侧输卵管切除术+肠粘连分解术，术中见子宫稍增大，粉红色，表面布满粘连带，子宫后壁、盆壁与肠子严重粘连，左侧输卵管扭曲肿胀如腊肠状，囊性，大小 5×6cm，瘀紫色，与子宫侧后壁、肠子粘连致密，右侧输卵管扭曲肿胀如腊肠状，囊性，大小如 7×5cm，瘀紫色，右侧卵巢被粘连带包裹无法暴露。术后予奥硝唑注射液联合头孢哌酮舒巴坦粉针剂静滴治疗盆腔感染以及预防术后切口感染，二乙酰氨乙酸乙二胺氯化钠注射液静滴止血，奥美拉唑钠粉针护胃，转化糖电解质注射液营养支持治疗。术后病理检查结果示（双侧输卵管及病灶）慢性活动性输卵管炎；左侧输卵管副中肾管囊肿。4. 患者术后恢复良好，术口无感染，愈合好。输血后 3 月 10 日查血 HGB92.2g/L，贫血程度明显减轻。无异常情况而于 3 月 14 日出院，嘱出院后注意休息，营养饮食，禁房事、避免重体力劳动 1 月。下次月经干净后复诊，B 超检查子宫内膜生长情况判断有无息肉复发，可行盆腔理疗减轻盆腔术后以及炎症后遗症影响。1 年后复查宫颈 HPV 及宫颈细胞学情况。

临床诊断

1. 双侧输卵管积液 2. 左侧输卵管副中肾管囊肿 3. 盆腔炎性疾病后遗症 4. 异常子宫出血 5. 子宫内膜息肉 6. 中度贫血 7. 慢性宫颈炎 8. 乙型肝炎病毒携带

分析总结：

病例讨论

患者因月经周期紊乱 2 月余，阴道流血 3 天入院。患者 46 岁，卵巢功能减退，出现不规则的月经周期以及出血量多是比较常见的一个情况，多数是无排卵导致的异常子宫出血，也不能除外子宫内膜息肉以及子宫肌瘤，凝血功能异常的影响。因此在相关的辅助检查上，进行了 B 超、CT 检查子宫附件的情况，检查提示有增厚的与经期内膜状态不符合的情况，有子宫肌瘤，但肌瘤较小，且不是子宫粘膜下肌瘤，虽然 CT 提示有宫腔变形，但是因此导致出血量多以及周期缩短的频发的子宫出血的可能性不是很大，需要考虑增厚的内膜有息肉或者异常的内膜增生性病变的影响。这方面需要进行诊断性刮宫取内膜做病理检查确诊，宫颈细胞学提示 DNA 倍体异常细胞异常增多，虽然 HPV 阴性，但仍应考虑有不良病变可能，于行宫颈阴道镜检及活检。术后病理检查确诊有子宫内膜息肉，有慢性宫颈炎症。均为良性病变。因此不考虑行子宫相关的手术。即针对盆腔较大的包块（B 超示：盆腔偏左侧探及大小约 7.2×4.2cm 液性暗区，盆腔偏左侧探及大小约 6.1×4.2cm 液性暗区），不能除外恶性病变以及巧克力囊肿等问题，有手术指征，于是行剖腹探查术。术中明确了盆腔包块为积脓的输卵管脓肿，术后病理检查诊断另一囊肿为输卵管副中肾管囊肿。患者贫血与失血有关，贫血程度较重，输血治疗能较快提高血色素，改善患者体质，术后恢复很好。患者入院时诊断并不明确的情况下，完善相关的辅助检查很重要，如 CT 可以帮助判断病变的确定部位，大概的性质，诊断性刮宫有利于快速止血以及取内膜病检明确内膜病变，宫颈的细胞学检查，HPV 检查等也是必要的。支原体和衣原体是常见的导致盆腔炎症的原因，所以应该在条件适合的情况下取宫颈脱落细胞进行培养以明确诊断。本例患者在入院后进行了一系列的检查，并最终进行手术治疗。术后诊断得以明确。术后恢复良好。

责任编辑：绿漫天涯

编辑：刘现国

医疗资讯

2018 年底我国全科医生数量已达 30.9 万

日前第四届全科医生培训峰会论坛上披露了一组数据：截至 2018 年底，我国全国经培训合格的全科医生已达 30.9 万人，每万人口拥有全科医生上升到 2.2 人。但与日益增长的公民健康需求相比，我国全科医生队伍还需提升质量水平，还应继续加强对基层全科医生的激励，在待遇、学科建设、职称晋升等方面再下功夫。

我国儿童青少年近视率超半数 高中生达 81%

4 月 29 日国家卫健委召开专题新闻发布会，介绍了 2018 年儿童青少年近视调查结果和近视防控工作措施。结果显示：2018 年全国儿童青少年总体近视率为 53.6%。其中，6 岁儿童为 14.5%，小学生为 36.0%，初中生为 71.6%，高中生为 81.0%，其中高三学生近视高于 600 度的占比 21.9%。另据监测，我国 67% 学生每天户外活动时间不足 2 小时，持续近距离用眼、不科学使用电子产品等不良用眼行为普遍存在。

国家药监局：取消 36 项证明事项

4 月 28 日药监局发布《关于取消 36 项证明事项的公告》，称为进一步减证便民、优化服务，决定取消 36 项证明事项，自发布之日起执行。取消的证明事项包括：《药品生产许可证》在作进口药品注册审批、中药提取物生产使用备案、麻醉药品和精神药品邮寄证明核发等用途时，不再要求申请人提交，改为网络核查。

疾控局公布 2018 年全国法定传染病疫情

2018 年（2018 年 1 月 1 日零时至 12 月 31 日 24 时），全国（不含香港、澳门特别行政区和台湾地区，下同）共报告法定传染病发病 7770749 例，死亡 23377 人，报告发病率为 559.41/10 万，报告死亡率为 1.68/10 万。值得注意的是，其中艾滋病报告死亡病例数较 2017 年上升 23%，主要是由于部分感染者转变为艾滋病病人进而引起其他基础性疾病导致死亡以及部分新发现的感染者和病人发现晚，未进行治疗已死亡。报告发病数居前 5 位的病种依次为病毒性肝炎、肺结核、梅毒、淋病、细菌性和阿米巴性痢疾；报告死亡数居前 5 位的病种依次为艾滋病、肺结核、病毒性肝炎、狂

犬病和乙型脑炎。

布洛芬被召回批次不涉中国，但要避免滥用

近日，退烧止痛药布洛芬广受关注。先是美国 FDA 召回六个批次的布洛芬口服混悬滴剂，又爆出法国 ANSM 研究认为布洛芬可能引起严重感染。问药师创始人冀连梅对此表示，召回批次布洛芬并未在中国上市，作为世卫组织推荐退热止疼药，布洛芬使用不能因噎废食。但同时由于布洛芬具备良好的消炎镇痛效果，目前国内确实存在布洛芬滥用现象，主要为老年人因头疼、腿疼等长期服用，专家提示布洛芬的副作用之一是会引起胃肠道的不良反应。

6 省市试行总药师制度，有效降低医院药品费用

4 月 25 日国家卫健委召开的例行新闻发布会上，全国首家设立总药师制度的医院——首都医科大学附属北京朝阳医院总药师、药事部主任刘丽宏介绍了合理用药、降低药费方面的经验。通过强化合理用药管理，北京朝阳医院的患者药品费用从 2012 年的 10 亿元已降至 2018 年的 8.7 亿元。去年《中国总药师制度专家共识（2018）》推出后，总药师工作模式逐渐被各地认可，目前山东省等 6 个省市已在推广实施。

WHO 建议 2 岁以下儿童勿接触电子屏幕

当地时间 4 月 24 日，世界卫生组织发布了有关幼儿接触电子屏幕时间的建议报告。报告建议，2 岁以下幼儿不要接触任何电子屏幕，2-5 岁儿童每天接触电子屏幕的时间不能超过一小时。报道称，儿童接触电子屏幕时间过长，会导致家长在管理幼儿情绪和时间方面出现困难。WHO 担心，5 岁以下儿童过多的屏幕时间与久坐行为相结合会导致睡眠不足和活动水平低下。

卫健委推进 2019 家庭医生签约服务工作

4 月 24 日，卫健委发布《关于做好 2019 年家庭医生签约服务工作的通知》，强调推动落实签约服务费、绩效工资等政策措施；优先选派家庭医生团队全科医生骨干、护士、乡村医生参加线下培训；在安全、合理、有效的前提下，为患有慢性病的签约居民开具 4—8 周的长期处方等。5 月 19 日是第 9 个“世界家庭医生日”。通知还要求各地在 5 月 19 日前后以“携手家庭医生，共筑健康生活”为主题开展系列宣传活

动，营造支持签约服务、关注家庭医生的良好社会氛围。

2019 年乡村全科考试大纲公布

4 月 18 日，国家医学考试网发布“国家卫生健康委员会医师资格考试委员会关于颁布 2019 年版临床、口腔、公共卫生执业（助理）医师和乡村全科执业助理医师《医师资格考试大纲》的通知”，2019 年医师实践技能考试时间为 6 月 15-21 日。此次考试大纲在公共卫生部分做出了较明显调整，包括：删除了初级卫生保健的定义和内容；新增了签约服务、健康促进的定义、健康素养基本知识和技能、结核病患者健康管理、居民健康档案的终止和保存；增加转诊和特殊人群公共卫生服务的伦理要求等。

生产销售假劣疫苗，罚款标准拟提至三千万

4 月 20 日，疫苗管理法草案提交十三届全国人大常委会十次会议再次审议。二审稿显示，生产、销售的疫苗属于假药的，罚款标准为违法生产、销售疫苗货值金额 15 倍以上 30 倍以下的罚款；货值金额五十万元以上不足一百万元的，并处 500 万元以上 3000 万元以下的罚款。二审稿还完善了惩罚性赔偿的规定，明确明知疫苗存在质量问题仍然销售、接种，造成受种者死亡或者健康严重损害的，受种者或者其近亲属除要求赔偿损失外，还可以要求相应的惩罚性赔偿。

Nature：猪死后 4 小时大脑部分细胞功能可恢复

日前《Nature》杂志公布了一项研究，来自耶鲁大学医学院的科学家研发出一套体外灌注系统“Brain Ex”，可以在猪死亡 4 小时后，恢复大脑部分细胞的结构和功能。Brain Ex 系统相当于一个泵，通过加热器和过滤器模拟正常体温（37℃），并按照血流脉动的节奏灌注以血红蛋白为主的无细胞溶液进入猪脑中，灌注持续 6 小时。结果显示，Brain Ex 灌注能够恢复、维持大脑主要动脉、小血管和毛细血管的循环。在灌注系统的维持之下，猪脑皮层神经元形态和密度得以保持，突触活动等功能甚至得到了恢复。该研究对传统的“脑损伤假设”，即大型哺乳动物大脑在氧气、血液停止循环后的几分钟内会发生不可逆转地损伤，提出了挑战。

责任编辑：永恒流星

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办越好。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.iiyi.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。

