

 zz.iiyi.com

2019.06

# 爱爱医



第六期 总NO. 113

Volume 10, number 6, June. 2019

# 刊首语

## 理想

作者：xiwang001han

链接：<https://bbs.iyyi.com/thread-3460372-1.html>

时间是奔跑的汽车

一不小心

错过了站

那些未曾实现的理想

偷偷的

溜走了

浮躁虚无的日子

慢慢的

我静下心

寻找自己的天空

一步一步

朝向前

告诉自己

永不言弃

我爱我的执著

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](mailto: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，仅供内部交流使用，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	理想.....1
关 注	取消医保个人“家庭”账户，医保局解读来了！.....3
专业交流	常见病社区防治——急性上呼吸道感染..... 6
西 医	超声入门贴 1001——胃角溃疡三维成像..... 7
	常见创伤的处理过程..... 12
	户外常见外伤处理——野行户外..... 13
	“常见病社区防治”——原发性高血压.... 15
	换个方式看片子(病例 1/10)..... 17
	女性腰痛不可忽略的几点妇科病因..... 19
专业交流	医学没有捷径..... 23
中 医	下午 5 点定时眩晕治愈..... 24
	辨证论治细致入微，处方用药精准独特.... 26
	指间关节痛针灸验案..... 27
	腰大肌的刺法..... 28
	冠心病脉结代须补消斟酌 1 案..... 30
	基层疼痛诊疗实录..... 31
	麻黄附子细辛汤医案 2 则..... 33
	经行乳房胀痛中药调理 68 例的疗效观察.. 34
	痛经的针灸治疗思路..... 36
识 草 药	芍药.....38
	桑椹.....39
病例讨论	1 例以多形性皮损表现的 二期梅毒的鉴别诊断.....41
	儿童异位性阑尾炎 1 例..... 44
医疗资讯	医疗资讯..... 47
编读往来	编读往来..... 50
杂志稿约	爱爱医杂志稿约..... 51

# 取消医保个人“家庭”账户，医保局解读来了！

来源：基层医师公社综合

近日，国家医保局官方微信号发布权威解读。为什么取消居民个人（家庭）账户，取消后是否影响医保待遇，统统有了答案！

前段时间，国家医疗保障局、财政部印发了《关于做好2019年城乡居民基本医疗保障工作的通知》（医保发〔2019〕30号），引发社会关注，但很多人对取消个人（家庭）账户的理解存在误读。

就在刚刚，国家医保局官方微信号发布城乡居民基本医疗保障门诊保障政策解读，对取消个人（家庭）账户做出权威解释。

本社将这份解读整理成城乡居民医保四问，和大家分享如下：

## 一、居民医保个人（家庭）账户是什么？

目前城乡居民基本医疗保险制度（简称居民医保）整合了原有的城镇居民医保和新农合两项制度。追溯历史，从2003年新农合出现开始，城乡居民医保分别历经了4个重要的时间节点。

### 1. 2003年，个人（家庭）账户出现

开始推行新农合，主要解决农村居民的大病医疗费用。为提高居民参保积极性，扩大覆盖面，在建立大病统筹资金的同时，建立了个人（家庭）账户，主要用于支付小额门诊费用。

### 2. 2007年，城镇居民不再设立个人账户

推行城镇居民医保，开展门诊统筹，不再设立个人账户。

### 3. 2016年，大面积取消新农合个人（家庭）账户

城乡居民医保整合，大部分地方取消新农合个人（家庭）账户，小部分地区仍保留。

### 4. 2019年，明年年底全面取消个人（家庭）账户

最新文件要求：实行个人（家庭医生）账户的，应于2020年底前取消，向门诊统筹过渡。

## 二、为什么取消居民个人（家庭）账户？

该账户建立之初主要用于支付参保人在门诊医疗费用，有利于培育个人参保意识、促进个人参保缴费、迅速扩大参保覆盖面。

但这种方式随着居民医保筹资标准提高和保障能力增强，弊端逐步显现。主要体现在 3 个方面：

一是额度很小，保障不足，实际上难以起到门诊保障的作用。

二是共济能力差，仅限于个人或家庭使用，还削弱基金整体保障能力。

三是易诱发滥用。

居民医保门诊保障向门诊统筹过渡和转换，相较于原有的个人（家庭）账户，可以在全体参保人中实现互助共济，提高居民医保基金的共济能力，符合社会保险风险共担的基本原则，有利于为参保人提供更加公平的医保待遇，为解决上述弊端提供了实现途径。

## 三、取消居民医保个人（家庭）账户会影响医保待遇吗？

答案是不会。

相反，门诊统筹还有利于提高城乡居民医保基金共济能力、增强基金共济效应，能更好的保障城乡居民医保待遇，为参保群众提供更多实实在在的权益。主要体现在：

### 1. 报销 50%左右门诊小病费用

可将门诊小病医疗费用纳入统筹付费范围，群众在基层医疗机构发生的常见病、多发病的门诊医疗费用均可报销，比例在 50%左右。

### 2. 报销门诊治疗费用较高的慢病、特殊疾病等费用

对于一些主要在门诊治疗且费用较高的慢性病、特殊疾病(如恶性肿瘤门诊放化疗、尿毒症透析、糖尿病患者胰岛素治疗等)的门诊医疗费用，也纳入统筹基金支付范围，并参照住院制定相应的管理和支付办法。

近年来，国家在居民门诊保障方面的投入也逐年增加，2013 至 2018 年每年分别为 280 元、320 元、380 元、420 元、450 元、490 元，**2019 年财政补助已经达到 520 元，是 2009 年的 6.5 倍。**

#### 四、2019 年医保最新优惠有哪些？

##### 1. 人均财政补助标准新增 30 元

2019 年城乡居民医保人均财政补助标准新增 30 元，达到每人每年不低于 520 元，新增财政补助一半用于提高大病保险保障能力（在 2018 年人均筹资标准上增加 15 元）。

##### 2. 大病保险报销比例提高至 60%

降低并统一大病保险起付线，原则上按上一年度居民人均可支配收入的 50% 确定，大病保险政策范围内报销比例由 50% 提高至 60%。

##### 3. 大病保险贫困人口起付点降低 50%，支付比例提高 5%

充分发挥基本医保、大病保险、医疗救助三重保障功能，着力解决流动贫困人口断保、漏保问题；大病保险对贫困人口实施倾斜支付，起付线降低 50%，支付比例提高 5 个百分点，全面取消建档立卡贫困人口大病保险封顶线；医疗救助增强托底保障功能。

##### 4. 加强公共服务

巩固完善异地就医直接结算，优化异地就医备案流程。整合城乡医保经办资源，大力推进基本医保、大病保险、医疗救助“一站式服务、一窗口办理、一单制结算”，方便群众享受待遇。

从以上解读可以看到，**医保门诊统筹是大势所趋，也是民心所向，随着医改的不断推进，医保资金在解决看病难、看病贵问题上将发挥关键作用！**

责任编辑：永恒流星



## 第一部分——西医部分

### 常见病社区防治——急性上呼吸道感染

作者: snowfox315

链接: <https://bbs.iiyi.com/thread-1427511-1.html> (5楼)

急性上呼吸道感染系指自鼻腔至喉部之间的急性炎症的总称,是最常见的感染性疾病。90%左右由病毒引起,细菌感染常继发于病毒感染之后。本病在四个季节、任何年龄均可发病,通过含有病毒的飞沫、雾滴,或经污染的用具进行传播。常于机体抵抗力降低时,如受寒、劳累、淋雨等情况,原已存在或由外界侵入的病毒或/和细菌,迅速生长繁殖,导致感染。本病预后良好,有自限性,一般5~7天痊愈。常继发支气管炎、肺炎、副鼻窦炎,少数人可并发急性心肌炎、肾炎、风湿热等。

#### 症状表现

1. 急性起病。
2. 早期有咽部不适、干燥或咽痛,继之出现喷嚏、流涕、鼻塞、咳嗽。
3. 可伴有头痛、发热、声音嘶哑、乏力、肢体酸痛、食欲减退。
4. 鼻、咽、喉明显充血、水肿,颌下淋巴结肿大、压痛。

#### 并发症和危害

感冒是最常见的流行病。不能将病毒致病能力强、流行范围广的流行性感冒和仅有上呼吸道症状(喷嚏、咳嗽、流眼泪、流鼻涕)的一般感冒混为一谈,两种性质不同的感冒应分别对待。对一般感冒,只需要充分休息,服用对症药物,主要是抗过敏,三至五天也就过去了。重症流行性感冒,来势凶猛,高烧,全身症状严重,尤其是老人和小孩要当大病来看待,迅速住院。值得重视的是由感冒引起的一系列疾病,例如风湿病、心肌炎、肾炎、肺炎等,常常感冒是先导,继发疾病比感冒更严重。如果“感冒”经常发作应该格外注意,可能不是感冒,而是其他疾病的早期症状。外科手术后病人,“感冒”是一个很危险的现象,常常是手术后并发症的一种表现,值得警惕。市面上流行的声称有预防感冒作用的保健品和补品,大都无实际效果。

#### 参考用药

1. 轻症病人口服板蓝根冲剂、复方感冒灵及对症治疗为主。
2. 有中度发热的病人可肌肉注射病毒唑或双黄连注射液。

3. 合并细菌感染者口服复方新诺明或肌注青霉素治疗。
4. 早期应用干扰素，可快速产生细胞抗病毒作用，使临床情况好转。

治疗原则

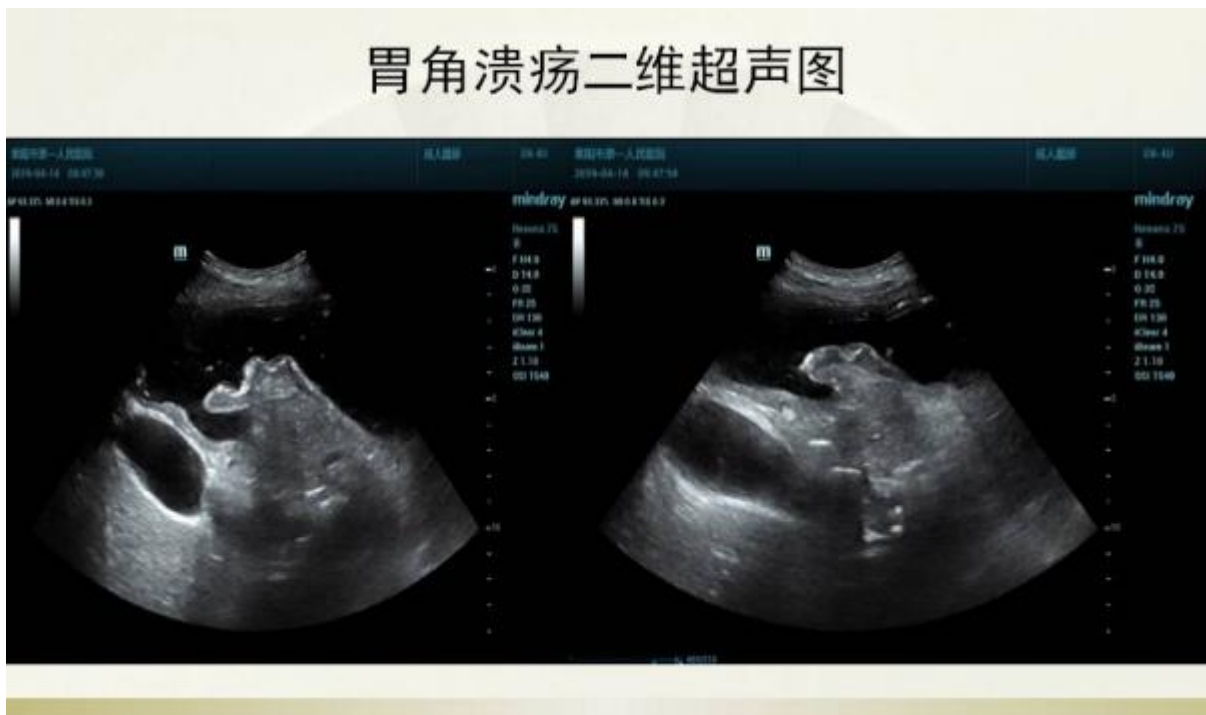
1. 病因治疗。
2. 对症治疗。
3. 一般治疗。
4. 并发症治疗。

## 超声入门贴 1001——胃角溃疡三维成像

作者：songjunrui

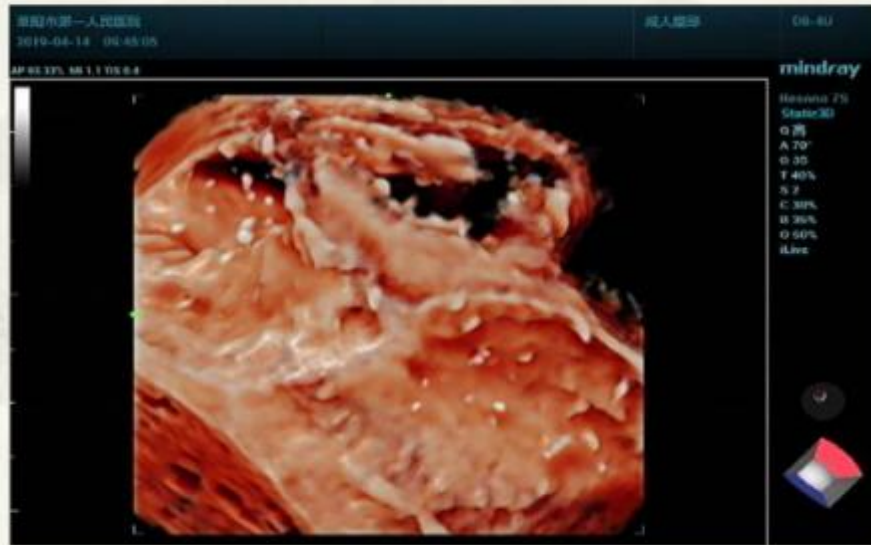
链接：<https://bbs.iiyi.com/thread-3462308-1.html>

病案分享：男，55岁，饭后胃部疼痛半个月，加重三天来诊。

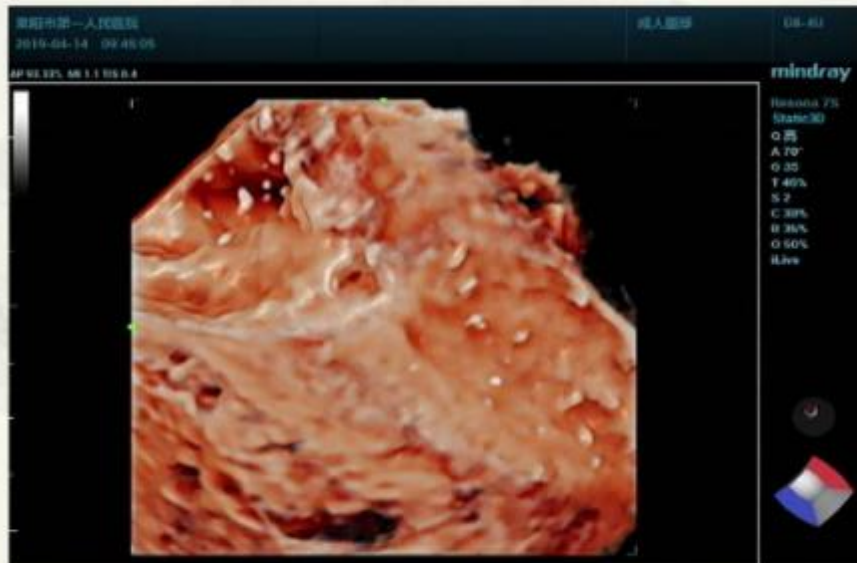


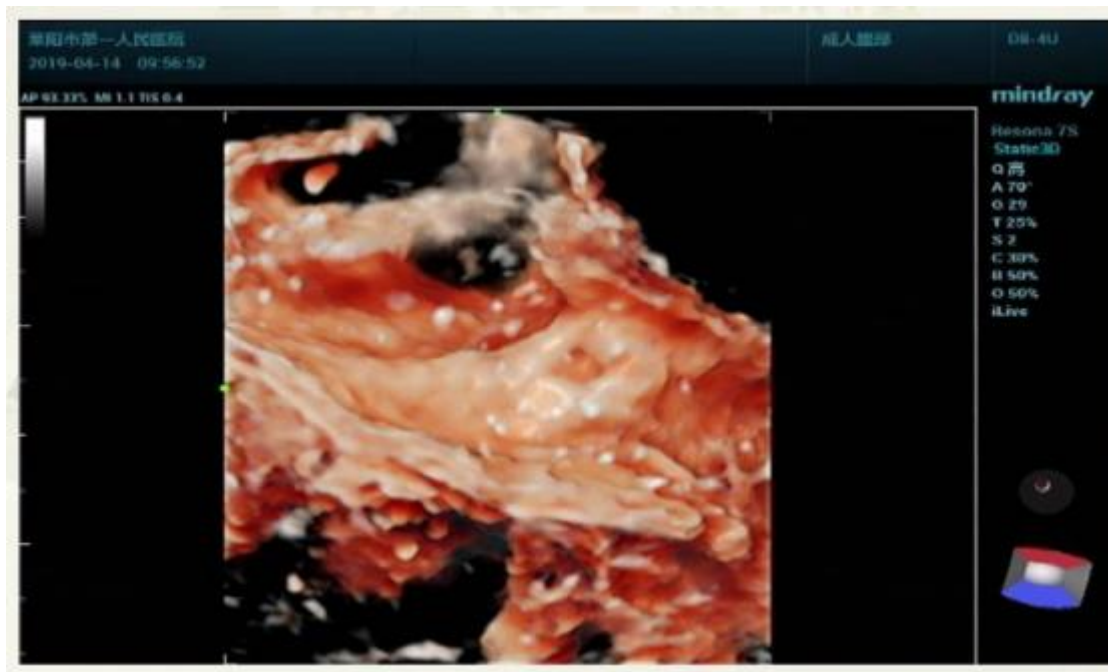
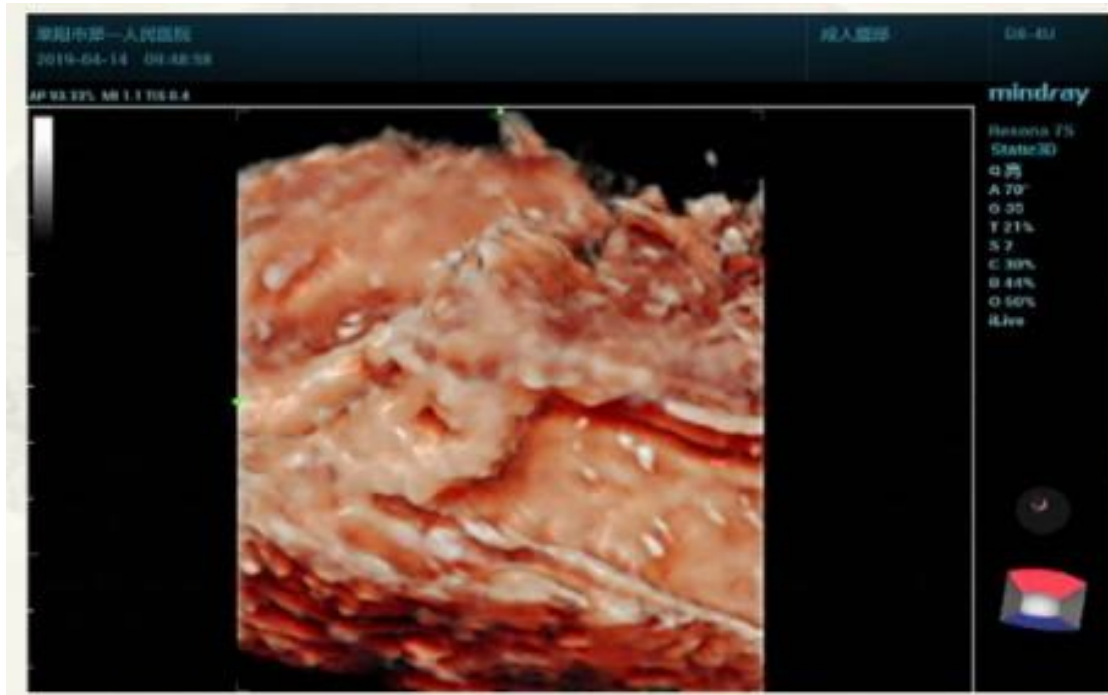


## 超声三维成像类似于胃镜的高清效果

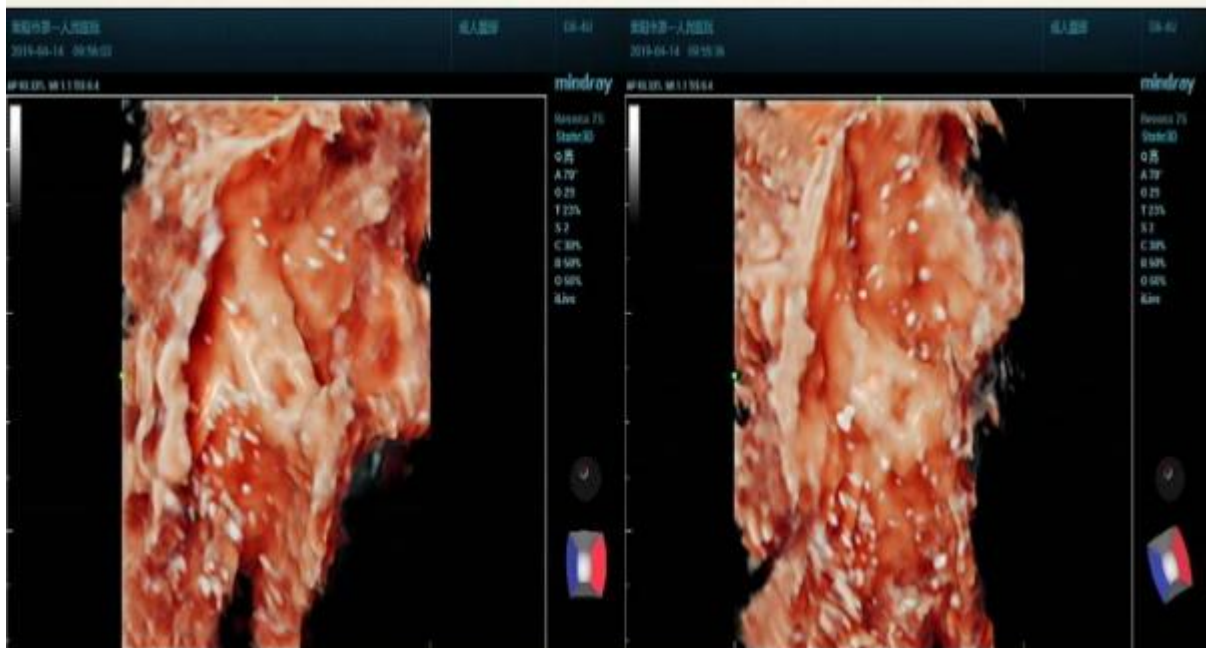
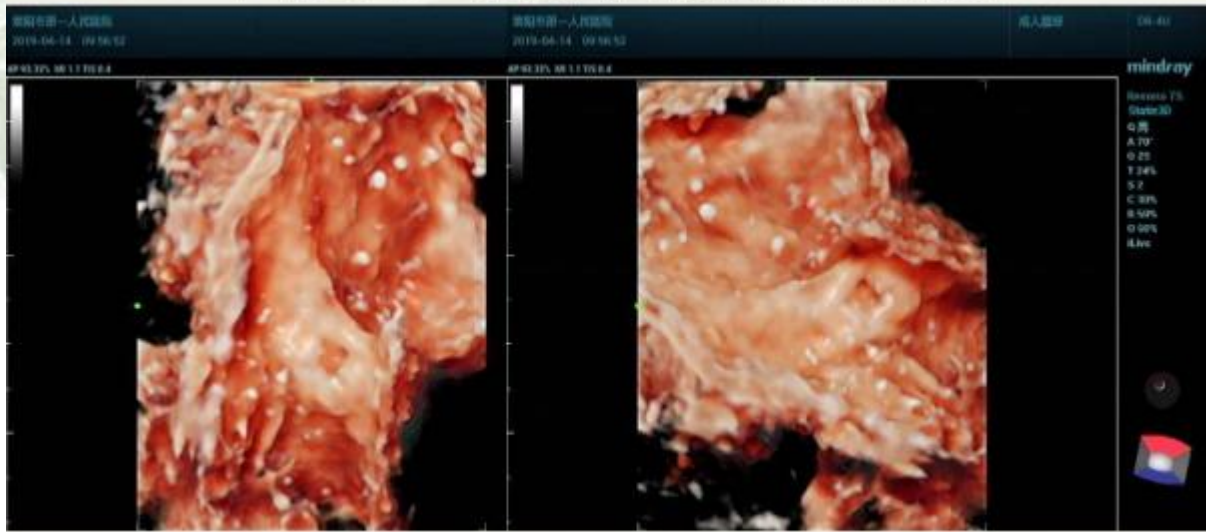


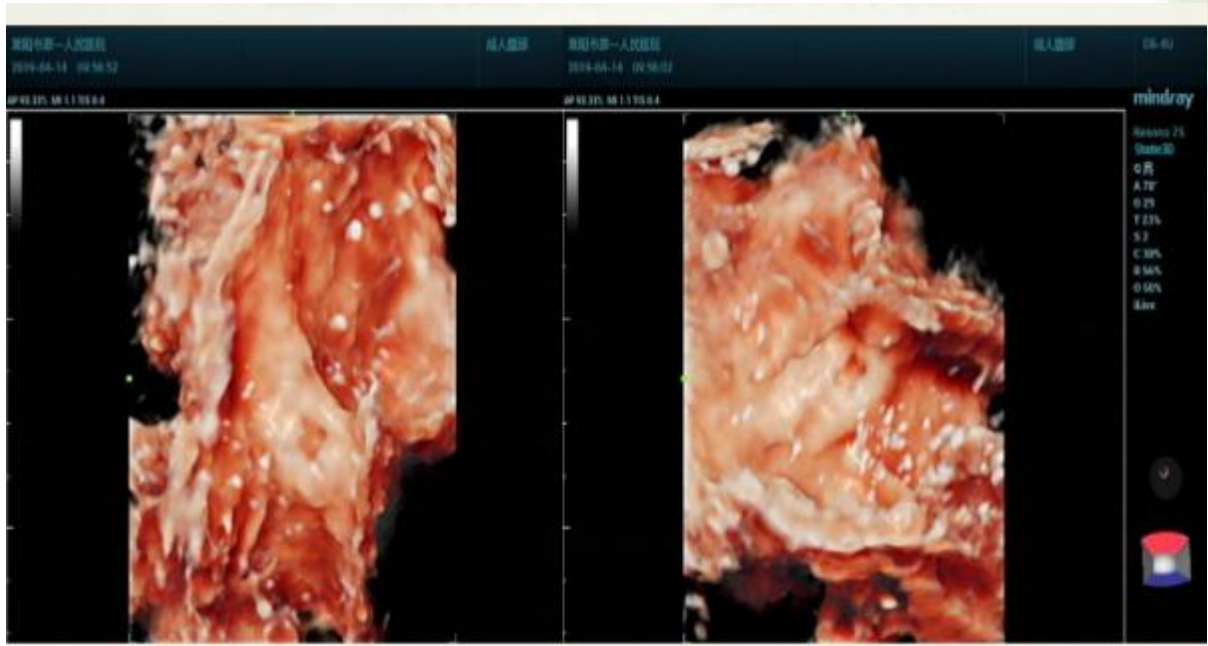
## 超声三维高清晰成像



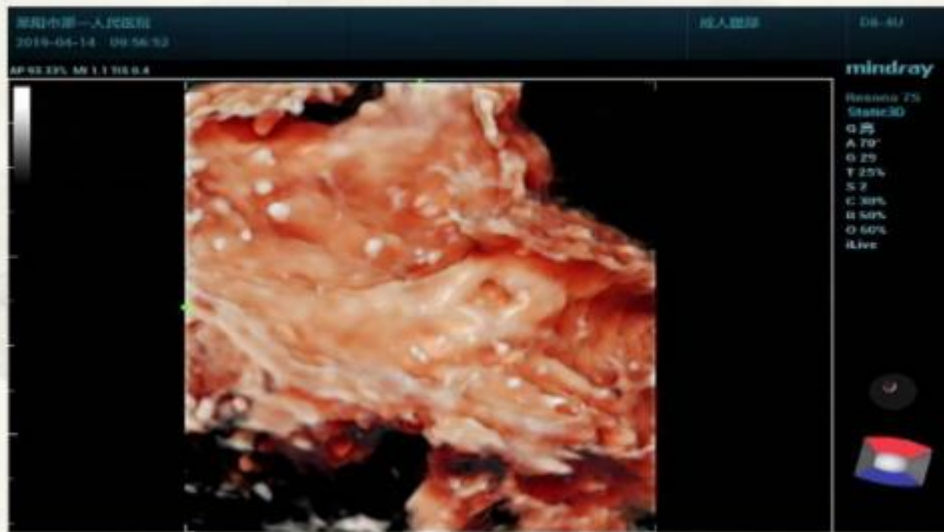


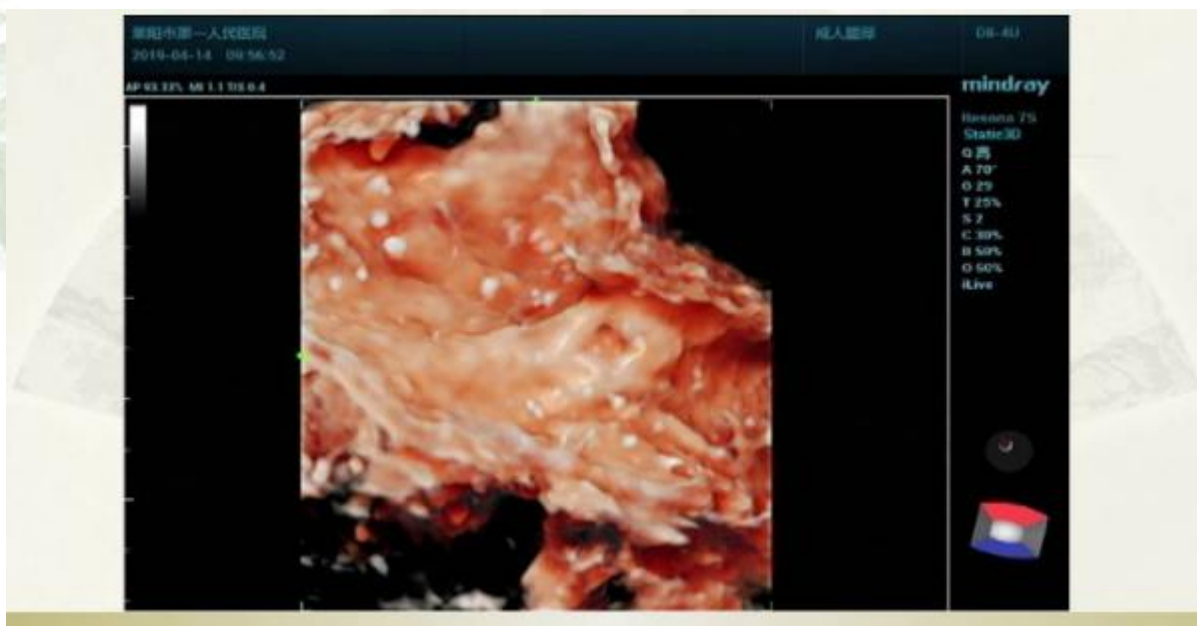
## 三维超声可以自由改变成像角度





彩超诊断胃肠疾病，没有痛苦，老幼皆宜，不用担心高血压、心脏病、贫血等胃镜禁忌症，空腹即可来检查。不能改变别人就要改变自己！





## 常见创伤的处理过程

作者：诸侯

链接：<https://bbs.iiyi.com/thread-1491096-1.html>

本人在基层卫生院工作，工作中经常碰到一些外伤患者，因为卫生院条件有限，只能处理一些简单的创伤，如软组织挫伤、浅部软组织挫裂伤、切割伤等。下面就一些常见创伤的处理过程发表本人的一些看法。

### 一、开放性创伤

1. 擦伤、表浅的小刺伤和切割伤（长径 1cm 以下）等，经生理盐水、双氧水清洗后用 75%酒精消毒外周皮肤，可不缝合，用无菌纱布或创可贴包扎敷盖。表浅皮肤的擦伤，经清洗消毒后，可不包扎。

2. 对于浅部的软组织挫裂伤、切割伤等伤口（长径 1cm 以上，且较深），伤后 8~12 小时内就诊的患者，一般都可直接清创缝合。超过 12 小时的伤口（头面部伤口除外），则不缝合，清洗包扎，延期缝合或伤口换药待其自然愈合。清创缝合一定要注意以下几点：（1）有无合并伤，如肌腱断裂、骨折等；（2）伤口的异物一定要尽量取出；（3）术后常规肌注 TAT 预防破伤风；（4）视伤口情况酌情给予口服或静滴抗生素。

### 二、闭合性创伤

浅部软组织挫伤，可用物理疗法、中药等处理。伤后短时间内给予冷敷，12 小时后给予热敷，并服用七厘散、云南白药等。对于伴有血肿者，可先给予包扎处理，

3 日后再用注射器抽出陈旧性血液，再加压包扎。表浅的软组织挫伤如果是强大暴力所致，应注意检查其深部的组织器官有无损伤，避免延误治疗而造成严重后果。

## 户外常见外伤处理——野行户外

作者：李晓强

链接：<https://bbs.iiyi.com/thread-1423107-1.html> (50 楼)

### 一、常见的外伤

1. 运动外伤：摔伤、扭伤、砸伤等。
2. 暴力外伤：撞伤、刀伤、枪伤等。
3. 其他外伤：灼伤、触电伤、窒息伤等。

### 二、受伤的预后

1. 根据受伤的原因、部位、深度而决定受伤的程度。
2. 根据抢救的时间、医技、设备而决定治愈的结果。

### 三、受伤的程度

1. 表皮受伤：擦伤、毛细血管破裂出血。
2. 皮下受伤：伤及肌肉、肌腱、血管、神经。
3. 毛细血管内出血：血肿、青紫、疼痛。
4. 扭伤：软组织损伤。
5. 骨折：骨裂、粉碎性骨折等。
6. 脱臼（关节脱位）：肘关节、肩关节等。
7. 脑震荡：向后跌倒后，头痛、头晕、恶心、呕吐等。
8. 内脏破裂：脾破裂、外界锐利物刺入内脏等。

### 四、外伤的处理方法：

#### 1. 清创及消毒：

表皮外伤，用双氧水清创，红药水消毒止血。

#### 2. 止血及消炎：根据破裂血管的部位，采取不同的止血方法。

##### （1）毛细血管：

全身最细的血管，擦破皮肤，血一般是从皮肤内渗出来的。只需贴上创口贴，便能达到消炎止血了。

##### （2）静脉：

在体内较深层部位，比较粗的血管，静脉破裂后，血一般是从皮肤内流出来的。必须用消毒纱布包扎后，吃些消炎药。

(3) 动脉：

大多位于重要脏器周围，是全身最粗的血管。动脉一旦破裂，血是呈喷射状喷出来的，必须加压包扎后，急送医院治疗。

3. 注意事项：

- (1) 较大较深的伤口不能使用红药水。
- (2) 红汞不能与碘合用，会产生碘化汞中毒。
- (3) 一个棉签只能使用一次。
- (4) 伤口不能碰水，以防细菌感染。
- (5) 小而深的的伤口一定要去医院注射破伤风针剂，以防破伤风。
- (6) 伤口必须勤换包扎，以防粘住伤口。

五、扭伤和骨折的区别、诊断和处理方法

1. 扭伤和骨折的区别诊断： 例：踝关节受伤。

- (1) 踝关节扭伤：踝部软组织损伤，虽疼痛剧烈，但能行走。
- (2) 踝关节骨折：踝部骨裂或骨折，除剧烈疼痛外，脚不能着地，更不能行走。

2. 扭伤和骨折的诊断和处理方法

(1) 扭伤：

- A、X线拍片无骨折征象。
- B、立即用“好得快”喷射扭伤部位。
- C、用加压包扎法包扎局部。
- D、用冰水冷敷局部，可达到止住毛细血管内出血，并达到止痛作用。
- E、平时坐位或仰卧时，尽量抬高踝部，超过心脏部位，保持患部的血液供应。
- F、用中药外敷，消肿止痛。
- J、一周后，热敷，贴伤湿止痛膏，红花油涂擦局部，消肿止痛。

H、注意事项：

(A) 受伤后，不能立即热敷，不能按摩，不能使用红花油和伤膏药。因为，扭伤后，软组织临近的毛细血管内出血。如果这时采用热敷、按摩、使用红花油和伤膏药以后，会加重毛细血管内出血，从而加重血肿和疼痛的症状。

(B) 受伤一周后，才能热敷、按摩、使用红花油和伤膏药。消肿止痛，达到治

愈作用。

(2) 骨折：

A、X 线拍片为骨折的主要诊断依据。以 X 线拍片诊断骨折的部位、性质、程度。

B、使用石膏固定骨折部位，必须在骨折处进行超关节固定。

C、三个月内不能活动伤部，保证骨折的早日愈合。

D、注意事项：

(A) 怀疑骨折者绝对不能随意活动伤部。

(B) 立即送医院进行骨折固定。

(C) 治疗期间多服一些含钙食物，帮助骨折的愈合。

六、脱臼的诊断和处理

1. 外力或自力甩手或运动不当时，引起关节部位剧烈疼痛、关节移位变形。

例：肩关节脱位：肩部剧烈疼痛，并且出现肩峰、方肩等肩部出现异常形状，就可以诊断为肩关节脱臼。

2. 处理前不能移动伤肢的关节部位，及时送正规医院医治，上臼要准确，防止异常畸形。

七、鼻出血的处理

1. 压迫鼻翼两侧迎香穴位，压迫止血法。

2. 用消毒棉球或止血海绵塞鼻，堵住鼻腔内伤口。

3. 及时去医院查出病因，对症下药，并烧灼鼻腔内伤口，以止血。

4. 平时多吃一些富含维生素 C 的新鲜蔬菜水果类食物。

5. 少吃桔子、羊肉、辣食。

八、脑震荡的处理

1. 因故身体向后摔倒，后脑部着地，感觉头晕、头痛者，应及时送医院检查。

2. 有些病人在 24 小时以内，才会表现出恶心、呕吐等脑震荡症状。

## “常见病社区防治”——原发性高血压

作者：xxw27

链接：<https://bbs.iiyi.com/thread-1424033-1.html> (6) 楼

高血压是最常见的心血管疾病。在绝大多数患者中高血压病因不明，称为原发性高血压，在约 5%患者中血压升高是某些疾病的一种表现，称为继发性高血压，也叫



症状性高血压。

2007年我对本村高血压病进行了调查，调查结果是：

我村人口有1498人，男：784人。女：714人。高血压患者117人，男53人，女64人。高血压患病率7.81%（117/1498）。15岁以上患病率9.53%（117/1227）。

由调查看出：高血压患病率随年龄上升，35岁以后上升幅度大，总的性别比差异不大，青年时男性比女性患病率高，但中年以后女性患病率又明显高于男性。45~65岁男性患病率9.78%（22/225），而女性患病率26.1%（46/176）。

调查发现高血压患病与吸烟、酗酒、遗传、膳食、肥胖、精神因素等有很大关系。但重视率、服药率低，按规律服药只有7%。

预防和治疗高血压病，在基层还是一个棘手的问题，须多方合作。

### 诊所血压测量规范

看到这个标题可能认为不屑一顾，但要做到规范测量很不容易，因为讨论高血压，所以有必要写出来，和同仁一起复习一下。

标准的血压测量是确定高血压水平，监测血压变化和评价药物治疗效果的关键。首先使用标准的合格的水银柱式血压计和大小合适的袖带。患者到诊所至少安静休息5分钟。无论采取何种体位，上臂均与心脏同一水平。臂带绑上后松紧适宜，一般以可插入两手指为较合适。袖带充完气以后，徐缓放气，从听诊器听到的第一个声音为收缩压，舒张压读数取消失音。首诊测双臂血压，必要时测立位血压。一般重测2次，间隔1~2分钟，每次水银柱应归零。取2次血压读数的平均值记录。在听诊法测量时应注意“听诊间歇”的问题，以免误差。

诊所血压，动态血压及家庭自测血压的正常值不同：诊所血压 $<140/90\text{mmHg}$ ，24小时动态血压平均值 $<130/80\text{mmHg}$ ，在家自测血压 $<135/85\text{mmHg}$ 。

### 降压治疗的实施过程

现在门诊上平时测血压的人很多，如何确诊高血压病呢？

首次测血压大于 $140/90\text{mmHg}$ 者，小于40岁的首先排除继发性高血压。先采取非药物治疗：减轻体重，体重指数保持20~24公斤每平方米。减少热量，膳食平衡。减少盐的摄入量，多吃水果和蔬菜。减少食物中饱和脂肪酸的含量和脂肪总量。适当运动，戒烟限酒，减少精神压力，保持平衡心态。有症状者用牛黄降压丸或脑力清或清眩丸口服。经过月余的调节，再连续同时不同日测血压超过正常值确诊为高血压。大于40岁者，同时不同日测血压3次均超值的定为高血压。

对高血压患者临床评估，按危险分层，采取相应的措施，制定降压治疗计划，定期随访，调整治疗方案。患者开始治疗后的一段时间，应加强随诊密切检测血压和危险因素以及临床情况改变和疗效观察。强化各种改善生活方式的措施，强调按时服药，长期控制血压达标，小心减量或停药。

#### 坚持服药而受益的高血压患者

高血压患者基本是门诊病例，服不服药由自己决定，这给降压达标造成困难。下面介绍一位高血压患者 10 余年的诊疗历程。

患者，女，初到门诊时 55 岁，高血压病在闭经时患的，已有 5 年了。她姐弟五个，排行老大。生 1 子 1 女。丈夫是工人，常年在外。夫妻关系不太好，但生活条件当时较好。其母 60 岁患急性心梗猝死，所以她自己高血压很重视。当时症状：头晕，心悸，失眠，血压 180/90mmHg。治疗方法：硝苯地平 5mg， po， tid；心得安 10mg， po， tid， 眩晕停 2 片， po， tid；安定 2.5mg， 每晚服。服药后脸红头痛而不接受治疗，由于当时卡托普利 25 元/瓶， 与患者沟通，用上卡托普利 25mg， po， tid。停硝本地平， 停安定。上述治疗方案持续 7~8 年， 血压控制不达标。加大卡托普利用量 50mg， po， tid。近一年血压又不稳， 加用吲达帕胺 1 片， po， qd；阿司匹林 75mg， po， qd。停心得安， 用倍他乐克。在治疗期间多次查 ECG 正常， 血流变正常， 血压正常。现病人的一个妹妹患脑出血， 一个弟弟患脑梗塞， 均丧失劳动力。她已经 68 岁了， 仍坚持田间劳动。她的总结是：治病不能怕花钱， 少吃大鱼大肉， 少生气， 坚持规律用药， 勤劳动， 不懒惰。

## 换个方式看片子(病例 1/10)

作者：插翅虎

链接：<https://bbs.iyyi.com/thread-1445856-1.html>

### 病史

患者，男性，26 岁。一个月前无明显诱因出现阵发性排尿时疼痛，排尿后疼痛缓解，无明显尿频、尿急及脓血尿，无排尿困难及尿流突然中断，无畏寒、发烧、腰痛、会阴坠胀感，无午后潮热、盗汗。外院 B 超提示膀胱肿瘤而就诊。

### 临床实验室结果

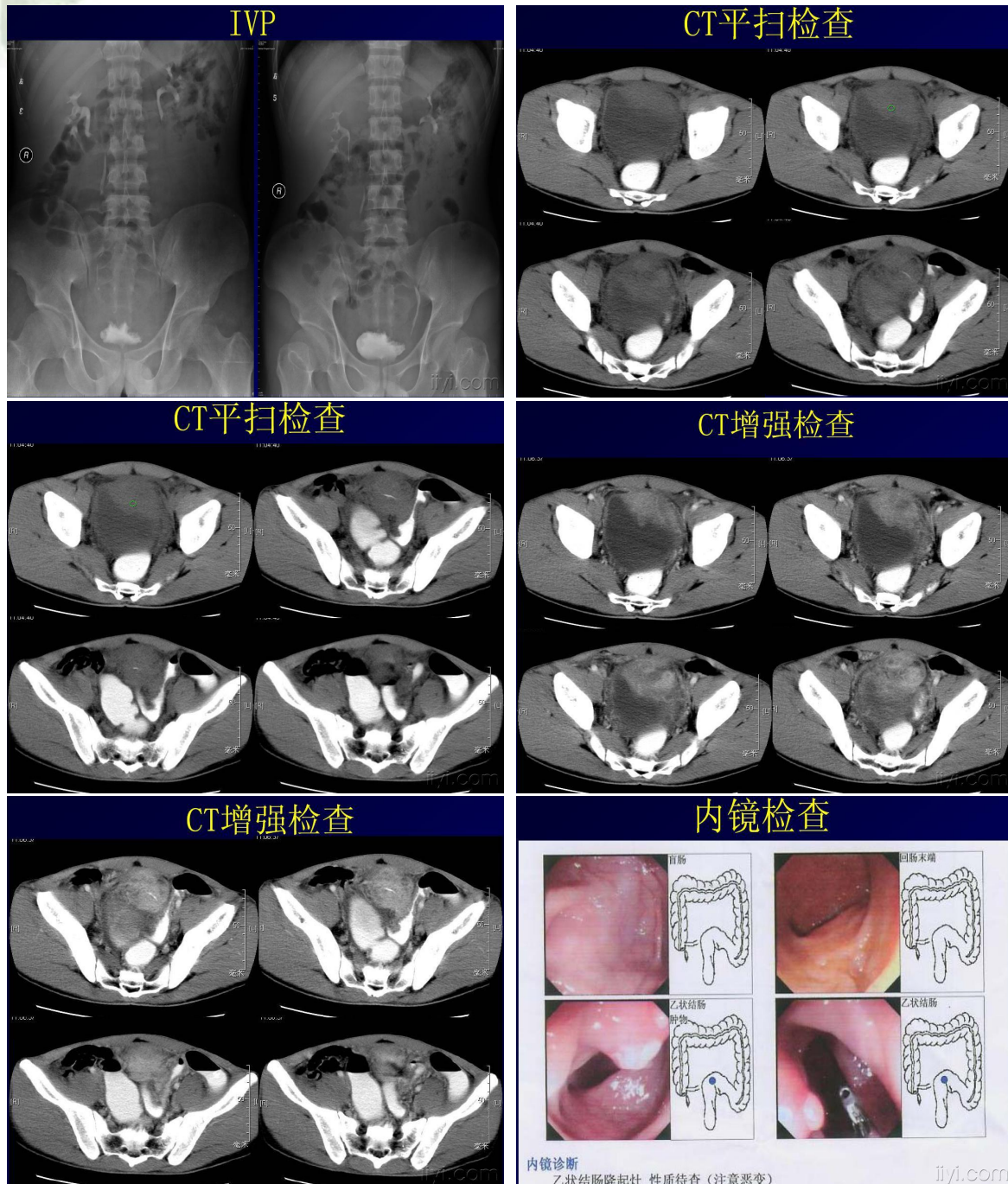
实验室阳性结果：

血：WBC： $13.4 \times 10^9/L$ ，HB：101G/L；HBsAg(+)，HBeAg(+)，HBcAg(+)；尿：BLD(2

+)，PRO(3+)。

膀胱尿道镜所见：膀胱前壁见一广基底约 4.0cm×4.0cm 大块菜花样肿物。

影像表现如下：



影像诊断：

IVP 示双肾盂、肾盏无明显异常，输尿管无扩张及狭窄，膀胱左侧可见不规则的充盈缺损区，边界不清，CT 示膀胱左前上壁不规则肿块，密度不均，边界不清，其内见条状高密度影（钙化或肠腔造影剂？）。增强病灶不均匀强化，与腹壁可见线状脂肪影，乙状结肠受压状改变，与病灶分界欠清。盆腔未见肿大淋巴结。

临床诊断：脐尿管癌。

鉴别：

A. 结肠癌侵犯膀胱：虽然内镜提示乙状结肠恶性病灶可能，但结肠癌早期为淋巴结转移，远区以肝、肺、腹膜转移多见。

B. 膀胱癌：临床症状不支持，典型临床表现有血尿（多为全程）。

C. 膀胱恶性淋巴瘤：临床应有血尿，影像表现为向膀胱内凸出，边缘光滑的肿块。该病例镜检见菜花状。

D. 膀胱炎性假瘤：炎性假瘤通常表现为膀胱内单一肿块，可外生或呈息肉样，表面可见溃疡，内部可为囊、实性。通常不累及膀胱三角，较大范围病变可浸透膀胱壁形成膀胱外实性肿块，与恶性肿瘤难以鉴别。

## 女性腰痛不可忽略的几点妇科病因

作者：代相鹏

链接：<https://article.iyyi.com/detail/412620.html>

腰痛是临床上很常见的一种病症，很多疾病都可引起，发病原因较多，严重者可影响日常生活和工作。在门诊临床工作中，约有 60% 患者以腰痛为主诉来就医，其中 35~45 岁女性中腰痛的发病率也是较高的。在门诊工作中，女性患者腰骶部痛，很多患者单纯表现为腰痛，通过影像学检查，基本可排除风湿性脊椎炎、脊椎结核、脊椎骨软骨炎、腰椎间盘突出症、腰椎滑脱及腰椎管狭窄等疾病，此时如果单纯的以肌纤维织炎、棘上韧带炎或腰肌劳损等诊治，往往可能忽视了对女性而言，由于有月经、孕育、分娩、哺乳等生理特点，往往会出现妇科疾病及后遗症等，从而可诱发腰痛。这是因为女性特有的一些生理器官都在腰腹部，其发生病变往往会殃及腰部。所以在临床工作中，对于女性腰痛需要加以鉴别，认真对待，以免失治误治，给患者造成不必要的不良后果。



图片来源：123RF

### 1. 妇科腰痛常见的病因

引起妇科腰痛的原因很复杂，临床医生应根据病因明确诊断，常见的病因有以下几种：

1) 炎症：附件炎引起宫旁结缔组织炎可直接刺激韧带中的脊髓神经末梢而引起腰痛。炎症初期的腰痛因充血肿胀所致，慢性期则因组织萎缩瘢痕化所致。

2) 子宫位置异常：子宫的正常位置是前倾前屈位，如果出现后屈，位置发生异常改变时，轻度子宫后位或活动者多无症状，较重者可因盆腔血循环障碍，引起静脉淤血而致腰背酸痛，以及体内支持子宫的韧带受到过度的牵引，同时使的部分神经受到压迫，可引起腰痛。仰卧位睡眠可加重移动性子官后倾，所以多见有患者晨起时有腰痛。对于子宫脱垂重者的姿势和步态可诱发腰痛或使腰痛加重。

3) 盆腔肿瘤：常见的子宫肌瘤较大时可出现腰痛，宫颈肌瘤及阔韧带肌瘤瘤体较小也常有腰痛。浆膜下肌瘤或卵巢囊肿蒂扭转可因直接刺激腹膜神经出现腰痛。子宫癌晚期由于向盆腔组织浸润亦可引起腰痛。

4) 子宫发育不良：常见于全身肌肉发育不良者，患者盆底组织较薄弱，易出现疲劳性腰痛。子宫发育不良多合并子宫后位还可因内分泌失调致使盆腔充血，形成恶性循环使腰痛加重。但很少发生与月经无关的持续性腰痛。

5) 卵巢性骨症、硬化性髌骨炎：前者见于子宫发育不良的少女及卵巢功能低下的妇女，主要症状为腰痛及四肢痛。由于内分泌障碍，患者常过度肥胖，负荷过重是腰痛的原因之一。后者常在妊娠期发病，并随妊娠而加重，而未生育过的肥胖妇女也可有此类腰痛。

6) 妊娠：随着胎儿的逐月增大，腰部支撑力不断增加，长时间的机械作用会导致韧带逐渐松弛，膨大的宫腔压迫盆腔神经、血管，孕妇体重增加使腰部肌肉过度紧张等可引起腰痛。妊娠后期激素水平引起的韧带松弛，使骶髂关节极易受损，往往压力很轻亦可致扭伤造成髌关节周围痛。产褥期的腰骶部痛多属疲劳性腰痛，一般半年内可自行缓解

7) 更年期腰痛：是植物神经功能失调的症状之一，其特点为晨起明显，活动后减轻。绝经后骨质疏松症患者多伴发腰背痛，呈轻微酸痛或持续性钝痛，与腰肌劳损、扭伤等不易区别。突发性锐痛则预示骨折发生。

8) 功能性腰痛：自觉症状明显，但常无相应体征及检查多为阴性。此类患者需进行精神方面的检查。

## 2. 妇科腰痛鉴别中常见的疾病

在临床工作中，常见的疾病需要与妇科疾病引起的腰痛相鉴别。主要有以下几种：

1) 慢性腰肌劳损：表现为慢性间歇性或持续性的腰肌周围酸痛，劳累后疼痛加重，休息后缓解。疼痛可持续时间较长，与天气变化有关。体格检查脊柱无侧弯畸形，腰部活动可有轻度障碍，无明显棘突叩击痛，直腿抬高试验阴性。影像学检查可排除伴随其他情况的可能性。

2) 腰椎退行性变：老年患者多见，疼痛持续性，可轻可重，体位改变症状可加重，有的伴有下肢放射痛。影像学检查可见腰椎曲度变直，序列不规整，椎体边缘唇样增生，有的有骨桥形成，有的伴有小关节突变尖增生。

3) 腰椎间盘突出病变：多是由于椎间盘突出、膨出或脱出等引起。大多有腰痛伴或不伴下肢放射痛。咳嗽等腹压增大，升高脑脊液压力的动作，及弯腰、直腿抬高等可加重疼痛。影像学检查可见椎间隙变窄，椎间盘向椎体后侧椎管内突出或脱出，或向周围膨出，硬脊膜受压征象。

4) 强直性脊柱炎：腰骶部疼痛是最早和最常见的症状，初起晨间腰骶关节僵硬，活动受限制。病变向上发展，累及胸椎及颈椎，出现胸背部疼痛，头部活动受限，脊柱可完全强直、僵硬。影像学检查可见骶髌关节间隙模糊，关节面出现虫蚀样破

坏，有的关节间隙消失，关节融合强直，脊柱可见韧带骨化呈竹节样改变，有的患者骶关节受累。

5) 腰椎或骶髂关节结核：患者常有局部胀痛，呈钝痛或酸痛，一般较轻，活动及咳嗽、喷嚏等可重酸痛。腰椎结核影像学检查可见相邻椎体骨质破坏，椎间隙变窄，脊柱后突，椎旁脓肿形成。骶髂关节结核可见关节面破坏，椎间隙不规则狭窄，周围冷脓肿，或有窦道形成。

6) 脊椎肿瘤：可分为原发和转移，多为转移瘤，常见前列腺癌、甲状腺癌、乳腺癌和肾癌转移。也可多发性骨髓瘤。疼痛剧烈，呈持续性。影像学检查可见多个椎体骨质破坏或硬化，结合原发癌可诊断。

7) 先天性脊柱畸形：可见隐性脊椎裂、腰椎骶化、骶椎腰化、椎弓峡部不连、不对称性腰骶关节等。影像学检查可确诊。

8) 梨状肌损伤综合征：腰臀部或一侧臀部疼痛或酸胀，并有大腿后方、小腿后外侧牵引痛，严重者臀部剧痛如刀割，行走、大小便或咳嗽可加重疼痛。患者可有跛行，腰部无明显畸形及压痛。

9) 纤维织炎：好发于腰、背、颈、肩与胸部，起病缓急不定。主要表现为局部疼痛，有腰部肌肉紧张、活动受限和局限性压痛。影像学无阳性发现。

责任编辑：寒 冰

编辑：刘延红大夫

## 第二部分——中医部分

### 医学没有捷径

作者：田丰辉

链接：<https://bbs.iiyi.com/thread-2493682-1.html>

在基层当医生都是全科医生，接触的病种多且病情复杂，什么病都有可能遇到，要求接诊医生在几分钟之内做出准确的判断，不是一件不容易的事，这就要有敏捷的临床思维，犀利的洞察疾病的眼光和能力，扎实的理论基础知识，丰富的临床经验，方不至捉襟见肘、临床不乱。

一藏族男性，56岁。自诉昨晚因食用西瓜后，半夜即感胃脘部疼痛，呕吐1次，无腹泻，来门诊就诊时见胃脘部呈持续性闷痛，伴出汗，痛苦面容，自认为是“急性胃炎”，要求输液治疗，见病人如此痛苦状，首先想到的是心脏疾患，立即给予心电图检查，提示：ST段无抬高，T波倒置。追问病史，病人平素有高血压病史，无心绞痛、胃痛病史，建议病人住院治疗，病人同意，住院后查心肌酶明显升高，考虑为急性冠脉综合症，西医给予扩冠等治疗好转出院。此病人按张仲景先生的立论，应为寒邪损伤心阳，阴寒之气逼满阳位的病症，虽无心痛彻背，背痛彻心的典型表现，但运用乌头赤石脂丸应该对证的，因个人条件所限，不适宜中医治疗。

一藏族女性，32岁，主诉咳嗽2周。以干咳为主，咽痒即咳嗽，咳较甚时有少许白色粘痰咳出，后即好转，日夜无差异，伴轻微口干，无恶寒发热，无头痛，无鼻塞流涕，无咽痛，无喘息，无胸痛等不适症状。

曾在外地诊所经输液以及口服药物治疗（具体不详），效果欠佳，此次来要求再继续输液治疗。

查舌上无苔，脉浮数。咳嗽，首先应辨别是外感还是内伤，因病人起病急，病程短，平素无咳嗽、咳痰等宿疾，故可知为外感咳嗽。外感咳嗽，以风寒、风热、燥邪为患居多，导致肺气壅遏不畅，宣降失司，故而咳嗽。本病无痰，咽痒，口干为其特点，可知为燥邪患肺的咳嗽。了解病情后，劝其服用中药治疗，病人迟疑中勉强接受。遂选方桑杏汤加味治疗。处方：桑叶15克，杏仁15克，北沙参15克，栀子10克，豆豉10克，川贝10克，前胡15克，枇杷叶15克，僵蚕15克，大力子15克，蝉蜕10克，桔梗15克，甘草10克，自加1个梨子皮，病人服药3剂，咳嗽频率明显减



少，前方见效，嘱继续服用 5 剂，痊愈。

根据个人经验，临床遇到干咳患者，多在起病之初，燥邪表现不明显，辨证属于寒证者，笔者多选用三拗汤加前胡、枇杷叶、僵蚕、大力子、蝉蜕、桔梗、胖大海治疗，效果亦很好。

总之，接触病人，首先听病人说主诉，主诉是病人此次来就诊的需要解决的主要问题，从主诉中再继续问兼症，多以“十问歌”的顺序问之，再结合舌苔、脉象，将病人的所有症状在脑海里过一遍，综合起来分析，然后在结合自己的临床经验，习惯用什么辨证，或脏腑、或六经、或卫气营血辨证等。有些医生擅长于脏腑辨证而选方用药多以时方为主，有些医生擅长于六经辨证而喜用经方，有些医生擅长卫气营血辨证，而多以温病方治疗，或有些疾病证型简单，用自拟方亦可，这就出现了同样一个疾病的同样证型，不同的医生有不同的处方，但我想其处方用药的基本原则都是一样的，经验丰富的临床医生，多以自己常用的一些处方，来应对许多疾病，这就主要在于药物加减上的变化。当然这需要临床多年的积累才能做到，对于初入临床的中医学子，最好还是按照常法来运用。多年以后，你就会发现，医学没有捷径。

## 下午 5 点定时眩晕治验

作者：中籍华人

链接：<https://bbs.iiyi.com/thread-3460514-1.html>

患者周某，女，63 岁，农民。2014 年 6 月 27 日初诊。

自诉每天下午 5 点定时发生眩晕一月余，发作时眩晕欲倒，天旋地转，不敢行走，伴“心里不好过”（本地土语，指上腹至心窝内极不舒服，属于心烦之类），约半小时左右逐步缓解。虽有前医诊治，但疗效甚微，患者因自己已掌握了这一定时发病规律，每天一到下午 5 点之前便先去床上躺着或在椅子上仰坐着闭目抗晕，半小时以后再慢慢起身行动做事。平素有头重感及腰酸腿软、耳鸣，劳累后更甚。舌淡苔薄。脉弦尺弱。

下午 5 点为申酉时辰相交之时，是典型的时辰性眩晕病。方用小柴胡汤合苓桂术甘汤、定眩汤加减：

柴胡 15 克，黄芩 10 克，党参 15 克，京半夏 10 克，桂枝 15 克，白术 15 克，茯苓 30、熟地 15 克，当归 15 克，枸杞 20 克，山茱萸 15 克，桃仁 10 克，地龙 15 克，丹参 20 克，天麻 20 克，甘草 6 克。3 剂。每剂连熬 3 次，水煎取药汁 500ml，每次

温服 100ml，每天 3 次，其中每天下午 4 点半左右必须服药一次。

7 月 3 日复诊：眩晕虽定时发作，但较轻微而时短，能够出门行走做事。仍用原方 3 剂，煎服法仍如前。

7 月 12 日 3 诊：定时眩晕已完全消除，只是蹲着做事或久坐起立时有些头晕。改用定眩汤（熟地 20 克，山茱萸 15 克，枸杞 30 克，当归 15 克，桑寄生 15 克，桃仁 10 克，地龙 15 克，丹参 30 克，葛根 20 克，天麻 20 克，制首乌 30 克）加黄芪 30 克。3 剂。

8 月 6 日 4 诊：述眩晕早已好了。近日因做农活不慎跌倒后引起右侧腰肋部痛，但无眩晕发作。处以桂枝茯苓丸合活络效灵丹治之。随访至今定时眩晕未见复发。

按：时辰病证是指其临床主症以定时发作为主要特点的一类病证，临床并不少见，本案便是典型的时辰病。笔者 1998 年曾在《国医论坛》1998 年 8 第 13 卷第 2 期（总第 68 期）“经方实验录”专栏（第 7~8 页）发表过“小柴胡汤加味治疗时辰病证验案 5 则”的文稿。中医学认为人在宇宙间生存，人体就是一个小宇宙，其阴阳气血变化节律也受宇宙间阴阳变化节律的影响，从而产生阴阳气血变化的年节律、月节律、日节律等等。如果人体内外环境失调，脏腑功能紊乱，不能适应宇宙间阴阳变化节律，一些人便会在阴阳节律转化点发生时辰性病证，本案就是一例。笔者体会：《伤寒论》之小柴胡汤是治疗时辰病证最有效的方剂之一。因该方的主要功效之一是枢转气机，扶正祛邪，故有交通阴阳的作用，既能消除正邪交争、气机不调、阴阳失和的时辰病理，又能促进气机升降、阴阳平衡，使人体的阴阳气血变化节律与自然界的阴阳转化节律相适应，从而达到治愈疾病、恢复健康的目的。凡时辰病证除了具有明显阴阳盛衰表现者外，都可首选小柴胡汤加味治疗。本案眩晕每在下午 5 时定时发作，为申酉相交之时。一天十二个时辰的阴阳转化中，子时（夜间 11~1 点）阴极阳生，经丑寅卯辰到巳时达到阳之极，午时（白昼 11~1 点）阳极阴生，经未申酉戌到亥时达到阴之极。其中又有两个阴阳平衡、转化的交汇点，即早上 5 点和下午 5 点，早上 5 点的寅卯相交是向阴衰阳盛的转化，下午 5 点（17 时）的申酉相交则是向阳衰阴盛的转化（见附图：昼夜阴阳转化示意图）。本案的眩晕就发作于阳衰阴盛的转化之时，加之患者既有眩晕又见弦脉，是为柴胡证之一，故用小柴胡汤枢转气机，交通阴阳，扶正定眩；患者平素有头重感，现又出现眩晕，辨证为湿邪水饮为患，故加用茯苓桂术甘汤化饮定眩；患者平素腰酸腿软耳鸣，劳累后更甚，舌淡，尺脉弱，是为肝肾两虚，脑失所养，加之年过花甲，脉络瘀阻，血脉流量不足，故选用定眩汤减味，与前两个

经方配合，标本兼治而获愈。

时辰病在辨证诊断上，首先应以时辰性发病为特点确定是否为时辰病证，每日定时发病的病程应在 7 天以上，偶然出现者不能视为时辰病；再是根据定时发作的主症、兼症及病史，经过辨病因病机，用以指导具体治疗。服药除常规方法外，还应先其时服药，即于定时发病前 30 分钟至 1 小时必须服药 1 次，以消除定时发作的病机。

## 辨证论治细致入微，处方用药精准独特

作者：阳作仁

链接：<https://bbs.iiyi.com/thread-3428915-1.html>

兵无常阵，水无常势，医无常方，药无常品。贵在辨证要清，用药必准，方能达到良好效果。

曾治一患男，5 岁，高热 15 天，起初在就近诊所输液一周没有效果。转入中心医院儿科住院 8 天，每天上午输液后体温有所下降，一到晚上又是 39~40℃，查不出病因。

其外公很是着急，朋友介绍找到我要求中医治疗。

查：患儿胸背烫手，体温 39.4℃，但指、趾、鼻尖发凉。脉沉细且无力，舌淡苔白，不喜饮水，大便稀软，小便清，精神较差。综观患儿除胸背发热，体温 39.4℃ 之外，指、趾、鼻尖发凉。脉沉细且无力，舌淡苔白，不喜饮水，大便稀软，小便清等症分析证当属仲景少阴病，始得之，反发热，脉沉者，麻黄附子细辛汤主之之证，也称阴盛格阳证。考虑患儿年龄太小，恐辛热伤阴，故在原方中加鳖甲治之。

方用：麻黄附子细辛汤加味。

处方：麻黄 3 克，黑附片 5 克，细辛（去叶、泥砂）0.8 克，鳖甲（醋炙打碎）15 克。

用法：嘱先购药一剂，煎二次服。第一煎，加水一碗约 300 毫升，煎沸后小火再煮 30 分钟，得药液 120 毫升左右，分四次服，每次间隔 30 分钟一次。间隔 6 小时后服第二煎。加水 150 毫升，沸后煮 30 分钟，分 3 至 4 次服完。以观疗效。

服药过程与效果：患儿于晚上 8 点 30 分开始服第一次，约 5 分钟后全部吐出。9 点服第二次，这次没有吐。又于 9 点 30 分和 10 点分别服完第三、四次药液。11 点测体温 37.5 度。第二天早上从 7 点开始分三次服完第二煎。上午医院查房体温正常，没有用药。下午出院。

体会：从该案看，高热 15 天，服药一剂，神奇退了。无论何证，只有正确掌握辨证施治，才能达到预期效果。

## 指间关节痛针灸验案

作者：gaoyeyeye

链接：<https://bbs.iiyi.com/thread-3429582-1.html>

患者，徐某，女，51 岁。

主诉：双食指近端指间关节痛一年余，此患者为我门诊老病人，腰痛，颈椎病问题一大堆，经多处伤科、针灸科治疗无效，由友人带来我处针灸治疗，经一段时间调治，颈椎病、腰痛几近痊愈。于是告知笔者，双手食指近端指关节酸痛一年有余，平时酸痛尚可忍耐，近来阴雨天气，症状加剧。

局部见轻微肿胀，食指屈伸时出现明显酸痛，局部压痛明显。按指间关节炎、痹症论治。

一诊：取穴，对侧迎香，同侧三间。

针后即觉关节处明显轻松，酸痛减轻

二诊：患者告知昨日针后约半小时后，酸痛复起，渐渐的又酸痛如初，又按叶氏对应针法，针刺无名指四缝处，针入即让患者活动食指，立见症状缓解，为求疗效持久，增加留针长度，留针 30min。

三诊：患者诉一、二诊针刺效果皆相当明显，只是效果不持久，本应按效不更方的原则坚持，一诊或二诊处方予以治疗，日久必能否极泰来。因患者患者求治心切，强烈要求笔者为其针刺，同时要求巩固颈椎病和腰痛之疾。

遂让其俯卧位，在用颈椎病和腰痛开路方之前，先针刺两阳陵泉，针入阳陵泉得气后，即让患者活动双食指，症状顿失。

日后再来，说已痊愈，又按原法巩固一次。

按语：此类指间关节问题，在门诊非常多见，若按局部针刺，往往效果不明显，甚至更进一步加剧症状。因多见，自然积累了不少治疗心得。常采用首位对应之法，如一诊；或叶氏对应法，如二诊；或左右对应法，或手足对应法，皆可取得不错的效果，此类对应之法，皆源于内经缪巨刺之理论，目前各地针灸从业人士皆喜用针，在疼痛的治疗上效果明显，且针数少。一般的类似疼痛，经过几次针刺，都能逐步痊愈。

三诊取阳陵泉穴而迅速痊愈，一诊、二诊的针刺也起到了铺垫作用，至少在疏通经络和调整经络平衡方面，虽然说疗效不持久。

取阳陵泉穴的用意有二，第二掌指关节、近端指间关节、远端指间关节，恰好对应髋、膝、踝三关节，故在膝关节附近取穴定然对指间关节的疼痛有效，或称之为全息，或称之为另类的对应法，此其一；因患者的症状在屈伸时明显，且压痛明显，则判断病位在筋，故在筋守筋，取筋会阳陵泉自然有效，且少阳为枢，取之更合情合理，此其二；

此案患者之症状因阴雨天气而加剧，或用“益火之源”的思路，也应该有不错的疗效，或用日常常用的足三里针法调补气血。因是俯卧位，遂取阳陵泉穴而弃用足三里穴。

## 腰大肌的刺法

作者：大金鹏

链接：<https://bbs.iiyi.com/thread-3215471-1.html>

腰大肌起于腰椎椎体及肋骨突起，止于股骨小转子。腰椎发出的神经根几乎都要穿过或在此肌旁通过。刺激此肌，与刺激神经根有着类似的作用。特别是那些腰痛直不起腰，前倾着腰走进诊室的病人，大多存在腰大肌的挛缩，直接针刺此肌，解除痉挛，被压迫的神经得到放松，效果当然好。

刺法如下：

1) 在腰椎正中线旁开 3~4cm 处为第 1 条线，针刺在第 2，第 3，第 4，第 5 腰椎的横突之间。直刺。针通过横突后可达腰大肌。如针尖遇到横突，则稍提针改变些方向即可刺入。第 1 线可用 0.24 以上\*75mm 左右的针。

2) 在腰椎正中线旁开 6~7cm 处为第 2 条线，针刺在与第 3，第 4，第 5 腰椎的棘突大约等高的位置。斜刺。大约 75 度角。针尖向椎体方向。第 2 线可用 0.24 以上\*90mm 左右的针。如针刺正确，我们手下常可有针尖抵骨（抵达腰椎椎体）的感觉。病人常有针感传向下肢的感觉。反过来，这两种感觉也可印证我们的针是否刺到了正确的地方。

注意事项：

1) 留针 30 分左右，不提插捻转。

2) 避免刺伤肾脏。如第 1 条线上第 2，第 3 腰椎之间的针可适当向内侧移一些。

第2线不要在第3腰椎以上刺针。

在临床当中大家都会碰到很多稀奇百怪的慢性疼痛。很多时候不自觉的就给贯上了颈椎病，肩周炎，腰椎间盘突出症，风湿等病的名称。都在暗自使用着自己还不成熟的怪招，绝招。当然有时也是把很多疗法综合一气搞通杀，即使那样也是有时有效有时无效。即使有效也是几天或几个月的事，患者总是反反复复，把患者搞得像个亲戚一样时时前来拜访。自己也是灰头灰脸的没个准确的答复‘能治好还是不能’，底气不足含含糊糊模棱两可的。

临床上最不好治疗的算是颈椎病和腰椎病了，每当把X光、核磁等片子拿到手里时，大多看到的是椎体偏歪，骨质增生，间隙不等宽，椎间盘膨出突出，椎管的狭窄等等。这么多的征象就把大家的思路给带到沟里了，很多的同行都会想到骨刺的刺激，硬膜囊的挤压，髓核的压迫所造成的临床表现。但是很多症状和临床表现又对不上号，比如压迫的很厉害却只是腰疼，腿不疼。而有些几乎不压迫或很小的压迫却表现为很严重的临床症状，很多患者只是在体检时才知道自己得了骨质增生、腰椎间盘突出而自己却没有任何的症状。在临床上当然治疗的方法也很多的。现在的什么钩法、刀法都很多但都有各自的优势和不足之处，这是很多学员学习后在临床当中总是觉得大问题解决的很快老是留点“尾巴”搞不定，可是又无从下手，当然我不是说自己有多厉害，我就以不成熟的一些观点和思路聊聊，不对之处望各位网友多批评指导。

就以腰椎间盘突出症这个病来说，有的患者腰腿同时痛，有些腰痛腿不痛还有些是腿痛腰不痛，一般我碰到这类患者是这样理解的。如果腰疼痛得厉害，而腿痛得轻，说明腰椎的损伤远远大于对神经的卡压。如果腰椎疼痛得轻，而腿疼痛得重，说明腰椎损伤的神经卡压的厉害，单纯的腰痛我不会诊断是腰椎间盘突出症，它的征象只是软组织的损伤引起的牵扯而已。在治疗方面来讲单纯的腰痛要考虑竖脊肌的附着点也就是骶椎的位置包括骶髂关节的位置，这个肌肉的损伤患者表现为弯腰才出现的问题，所以弯腰时才会出现症状。直腰或后仰出现的腰痛要考虑斜方肌的止点也就是胸腰结合部的问题。为什么这样判断呢？你自己把身体后仰试试你看受力点在什么位置，这个问题就有答复了。当然还要考虑棘上韧带或棘间韧带的损伤。我的优势就是不以压痛为依据，所以在临床上我也很少处理的。还有很多患者表现不能翻身，主要考虑腰大肌的问题；很是奇怪有些患者睡到半夜腰痛，起床活动后减轻或消失了，这个要考虑深层的多裂肌、回旋肌、胸棘肌的问题；腹股沟的牵扯或疼痛包括会阴区的麻木、睾丸坠胀，多考虑腰大肌和腹外斜肌损伤；下肢出现的麻木、钻风、怕冷和疼

痛都是同一个问题，而不像有些疗法认为的放射是神经的问题，疼痛是血管的问题，钻风怕冷是气血的问题。我本人认为主要是腰椎肌肉损伤的层面不一样，是牵拉到腰丛还是骶丛，当然这里面还包括交感和副交感的问题。有些患者走路脊柱倾斜，屁股扭在一边，主要是在胸椎和腰椎上端的病症肌肉牵拉造成的；下肢的问题主要考虑臀中肌和臀小肌的痉挛。因为臀中肌是平衡肌所以在处理时双侧都要处理；大腿后侧的疼痛主要是半腱肌、半膜肌和股二头肌的问题，一般处理坐骨结节或肌腹即可；小腿后侧是腰 5、骶 1 神经支配区，小腿外侧是腰椎 4、5 的神经支配区，还有髂筋束的牵拉造成的，做相应的处理即可。按照这个模式去处理很多患者几次即可治愈，有兴趣的网友可以试试，至于拿什么工具来治疗就显得不是很重要了，就自己手头方便的工具操作即可。

## 冠心病脉结代须补消斟酌 1 案

作者：取法乎上

链接：<https://bbs.iiyi.com/thread-3431522-1.html>

患者，男，65 岁，体重 100kg。主诉：2017 年轻微心梗病史，血粘度高，血糖高（6.46mmol/L），喘息，血压 160/90mmHg（吃降压片维持），脉诊：左寸关弦，结脉，尺涩弱；右寸关弦，结脉，尺弱。舌象：舌体胖大，质暗，边齿痕，舌苔白腻稍干。

辨证：痰湿中阻清阳，瘀阻脉络。

治疗：瓜蒌皮 20 克，薤白 8 克，制旱半夏 10 克，桂枝 10 克，党参 15 克，丹参 15 克，云苓 15 克，生山楂 10 克，炙甘草 6 克，陈皮 6 克，槐花 10 克，钩藤 12 克，广地龙 10 克，怀牛膝 10 克，杜仲 10 克。7 剂，水煎服，日分二服。

服至第五剂，电话告知，感觉其血管有动的感觉，就像运动员的血管一样。因药无大弊，嘱其勿忧。本人内心却是迷惑，无解；

两周后来诊，观其面貌良好，活动自如，悬起之心方放下。刻诊：左：寸关弱，尺弦有轻微结脉；右：寸弱，关弦，尺弱。自述乏力有喘息，心脏停顿的现象消失了，嗓子稍有不舒服，尿色淡。舌色暗，苔白腻。

辨证：脾肾阳虚，痰瘀阻滞。

治疗：瓜蒌皮 12 克，制旱半夏 12 克，桂枝 10 克，薤白 6 克，丹参 12 克，党参 15 克，桃仁 10 克，红花 6 克，制附片 12 克，干姜 10 克，炙甘草 8 克，砂仁 6 克，

杜仲 10 克，怀牛膝 10 克，地龙 10 克，生山楂 10 克。5 剂，水煎服，日分二服。

服至第四剂，电话告知血压高，未吃降压片 170/90mmHg，自己马上吃降压片调节。

第六日来诊：脉诊，左：寸弱关稍弦尺弱，右：寸稍弦，关弱，尺弱。结代脉脉完全消失，脉象整体较前流畅有力。舌象：舌稍胖，白黄腻苔。

辨证：脾肾阳虚，虚阳上越。

治疗：瓜蒌皮 15 克，薤白 6 克，制半夏 10 克，桂枝 10 克，党参 15 克，丹参 12 克，云苓 12 克，生山楂 10 克，川芎 10 克，炙甘草 6 克，陈皮 6 克，钩藤 12 克，地龙 10 克，怀牛膝 12 克，杜仲 12 克，菊花 10 克，炒苍术 12 克。七剂，水煎服，日分二服。病趋平稳。

## 基层疼痛诊疗实录

作者：醉侠

链接：<https://bbs.iiyi.com/thread-3127733-1.html>

我是麻醉专业出身，从事麻醉工作 14 年，2006 年开始学习针刀，后又陆续学习过其它针法、理论，跟随过几个国内有名的疼痛诊疗名家，也跟随过疼痛医学博导学习过西医院疼痛科的一些诊疗技术。之前都是以麻醉为主，疼痛为辅。这三年来决定放弃麻醉，专职疼痛，麻醉也偶尔做做。我只是基层一个小医生，接触的都是基层老百姓，所用之法以实用、有用为旨，不拘方法、不拘中西、不拘理论。老百姓就认一个理：你把我治好就行！所以，没有什么高深的理论研究，所依之理全是大家都明白的简单道理。

学习及从事疼痛也有几年了，走过不少地方，学习或接触过不少理论技法。到如今也算是稍有感悟，希望初学者或者有意从事这方面的朋友多一点思考！

一、关于疼痛的病因病理论或学说。究竟是什么导致了疼痛？我们接触的理论太多，初学觉得越学越糊涂，学到最后，都不知道该如何下手了。有些理论真有些牵强附会，似乎你不搞个新的理论，不搞个新的名词出来就算不得高手，而且理论要越玄越好，越是别人听不懂学不会就越高深！其实真是这么玄吗？我看未必！大家可以去仔细体会。纵观现在所有新奇的理论、说法都逃不过神经、肌肉、骨骼这三大块！而且，只要是痛，就离不开神经！所以，我还是遵从现有的有实验和理论根据的学说，所有的疼痛及相关症状都是由神经介导的！但是，神经是如何介导的？这就要分开说了，有无菌性炎症刺激神经的、有神经病理性的、有神经受卡压的、有神经记忆的等，



无菌性炎症刺激和卡压就离不开肌肉软组织，这是我们基层疼痛治疗的适应症！也是大部份颈肩腰腿痛的病因。我们只要记住一点：所有疼痛都是神经介导的，而最常见的一种介导类型就是无菌性炎症刺激和神经卡压。而这些神经、肌肉、软组织我们都是看得见摸得着的东西，早就有人帮我们研究到一定程度了。我们就搞简单的，越简单越好！

二、关于治疗：现今疼痛江湖是八仙过海，各显神通！方法多了去了！这个针、那个刀的，但无论是什么针、刀、揉、按，你作用的地方都在肌肉、软组织！而且几乎离不开“结节”（有的叫筋结），只是每个人都会有自己的一些不同别人的经验，有些人把这个经验就上升为一种全新的技法，而且你用刀我就用针，你用钢制的，我就用银制的，再冠以一个新名词，想一套似乎说得过去的理论，瞬间成为创始人！当然，我们不能一棒子把所有的人打死，真正有自己一套成熟理论方法的高人也是有的。

鉴于以上的理论，治疗上就一句话：在患者能接受、不违背医疗原则和常规的前提下，不论你用什么方法，以最快的速度消除引起症状的无菌性炎症、释放神经压力！就基本够了！

三、关于疗效：经常听人说：他的疗效 100%，甚至说痊愈率 100%！不管你信不信，反正我不信！但凡有点医学常识的人都不会说出这样的话来！我可以这样说，如果你在不刻意筛选病例的情况下，有效率能达到 90%，痊愈率能达到 80%，你就是高人了！我说的有效率是指症状减轻 50%，维持半年以上，痊愈是指症状完全消失，维持 2 年以上。我们不是神，只是医生，就算你所用的理论、方法完全正确，但你别忘了还有个体差异、解剖变异的，还有无法坚持治疗的。

四、关于痛点治疗，现在有一种现象，治疗越是离主观痛点越远就代表越有水平，就代表远期效果越好。真是这样吗？未必。谁说主观痛点就一定不是病原点的？有时候，你根据这个痛点去找原因，反而越找越糊涂，回过头来治治痛点，就会发现效果还不错！

五、关于封闭。有些人以用封闭为耻，认为这是水平差。当然，严格的来讲，说“封闭”是不对的。这个词英文叫“never lock”，是西医疼痛治疗的基本技能和看家本事，在中国被译成“封闭”，其实应该叫“神经阻滞”。人们之所以谈封闭色变，是因为封闭在中国被以前的有些医生玩坏了！以为封闭太简单了，就是主诉哪里痛就打哪里，而且激素用量很大，以为量越大效果越好，结果在中国人心中造成了效果差、容易复发、副作用大的负面影响。而我有一些病人多年前都在别处接受过“封闭”，

而且几年也不再犯，你怎么解释？原因就是其主诉痛点刚好就是其疼痛的原发点，或者那个医生当时注射的是原发点。糖皮质激素有强大的消除无菌性炎症的作用，有时比你用针用刀效果来得快得多，但你得用对地方。宣老的银质针也是消除无菌性炎症，可以长时间不复发，为什么糖皮质激素就不行？不可否认，它是有副作用，但如果你用最低的浓度和剂量，把握好总量，而且要选择对病例选对地方用，其副作用完全可以忽略不计。这也不违背医学常规，本来就是一种有效的治疗手段！如果你用针需要4次才好，加用神经阻滞，可能一两次就能好，又何乐而不为呢？如果你是一个初学者，患者对你还不太信任，病人哪有耐性等几次治疗？现在的病人一次不见效就不耐烦了，除非你已声名在外！当然，如果你真是一位可以不用任何药物两三次搞定一个患者的高人，那你完全可以不用！而且我可以这样说，从来没用过激素或者一年里没用过一次激素的医生太少了！很多高人以前都是用激素过来的，等到名声出来了，患者愿意等了，愿意让你多几次折腾了，你就可以戒掉激素，或者尽量不用激素了。这么说不是鼓励大家用激素，而是想告诉那些初学者，别太较真！“封闭”也是一门学问！学好它利用它可以让你事半功倍。

## 麻黄附子细辛汤医案 2 则

作者：九天一笑

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

1、患者，女，52岁，初诊2009年7月21日。

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剂煎服。左咽痛头痛耳根痛均愈，心悸消失，口疮亦愈。

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，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、患者，男，37岁，初诊2009年5月30日。

主诉：反复头痛8年，复发1周。常觉背凉，一感背凉必发头痛，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，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 剂，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 剂，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 剂，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。

## 经行乳房胀痛中药调理 68 例的疗效观察

作者：朱加友

链接：<https://article.iyyi.com/detail/411971.html>

### 【摘要】

目的：经行乳痛方治疗行经时乳房胀痛的疗效观察

方法：经行乳痛方

陈皮 12 克，柴胡 12 克，川芎 9 克，香附 5 克，枳壳 12 克，芍药 5 克，甘草 5 克，王不留行 10 克，川楝子 6 克，夏枯草 6 克，丹皮 6 克，黄芩 5 克。

结果：治疗结果，治愈 52 例，显效 13 例，无效 3 例。

结论：经行乳痛方治疗经行乳房胀痛的临床疗效确切。

经行乳房胀痛是指在经前或者是经期出现乳房胀痛，月经干净后疼痛缓解的情况。本病多由于肝郁气滞，情志不畅，肝失疏泄，血聚冲脉，冲脉气盛，肝失条达，乳络不畅导致的以乳房胀痛为主要临床表现的病症。我科室在接诊此类患者中，采用中医中药进行调理取得良好的疗效，总结了一套行之有效的经验处方现已作为科室的

协定处方使用，现将治疗经过和结果介绍如下：

### 1、临床资料

1.1 一般资料共 68 例，选自本医院 2015 年 2 月至 2018 年 10 月门诊患者，年龄 20 到 25 岁，平均年龄 23 岁，最短病程两个月，最长半年，平均四个月。

1.2 诊断标准参照 2002 年江苏科技技术出版社出版，由胡小怡主编的《中医妇科学》制定。

1.3 标准有精神，过度紧张或暴怒史，于经前 5 到 7 日出现乳房胀痛，经前 2 到 3 日达到高峰，有时候痛不可触衣，经净后乳房胀痛明显减退，临床检查乳房胀满，乳房触及痛感，无器质性改变。

### 2、治疗方法

#### 2.1 方法经行乳痛方

陈皮 12 克，柴胡 12 克，川芎 9 克，香附 5 克，枳壳 12 克，芍药 5 克，甘草 5 克，王不留行 10 克，川楝子 6 克，夏枯草 6 克，丹皮 6 克，黄芩 5 克。以上药物先用凉水浸泡半小时，然后用武火烧开，转文火慢煮半小时，一付药煎两剂，共取 400 毫升，早晚各服 200 毫升。一般在月经前一周开始服药，服药至来月经时停止，一个月经周期为一个疗程，一般服用 3 到 4 个疗程，治疗期间忌食辛辣食物，避免受凉。

### 3、治疗结果

#### 3.1 疗效标准参照《中药新药临床研究指导原则》制定：

服药后，乳房胀痛症状消失，无明显不适感，为痊愈。服药后，乳房胀痛症状明显减轻，为有效。

服药后，乳房胀痛情况无明显改变，为无效。

#### 3.2 治疗结果

治疗结果，治愈 52 例，显效 13 例，无效 3 例。总有效率达 93%。

### 4、讨论

中医学认为本病主要是由于肝郁气滞，情志不畅，肝失疏泄，血聚冲脉，冲脉气盛，肝失条达，乳络不畅导致的以乳房胀痛为主要临床表现的病症。治疗原则主要是以疏肝解郁，通络止痛为主。方中陈皮能够理气调中；柴胡能够疏肝解郁；川芎能够活血行气，祛风止痛；香附能够疏肝理气，调经止痛；枳壳能够理气宽中，行滞消胀；芍药能够养血调经，柔肝止痛；王不留行能够活血通经，下乳消肿；川楝子能够行气

止痛；夏枯草能够清肝明目，散结消肿；丹皮能够活血散淤；黄芩能够清热燥湿，泻火解毒；甘草能够缓急止痛，缓和药性；诸药合用能够起到疏肝解郁，通络止痛的目的。对于这种经行乳房胀痛有一定的治疗效果，经反复使用，临床疗效确切，值得推广。

## 痛经的针灸治疗思路

作者：杨艳祥

链接：<https://article.iyyi.com/detail/411965.html>

痛经，又名经行腹痛，是女性在月经前后，或者在月经期间，出现的小腹部或者腰骶部位的疼痛，这种表现伴随着月经周期反复发作。特别是一些青年女性最为多见。

在临床中如果有痛经的患者，我们首先需要明确诊断，那就是需要明确是原发性痛经还是继发性痛经，所以相关的检查是必不可少的。

这里我们主要分析原发性痛经的治疗。原发性痛经的特点，一般在月经前或月经来潮时开始出现剧烈的疼痛。通过检查已经排除了明显的盆腔内器质性的改变。所以我们把这种痛经又叫做功能性痛经。这种疾病的病因并不是很确切。应该和子宫的发育和内分泌有一定的关系。中医认为痛经的发生与素体的体质有一定的关系。还和患者所处的生理环境有一定的关系。按照中医理论。出现疼痛，需要明确寒热虚实，但是在临床中以实证个寒证多见。具体说也就是由于情志不随，肝气郁结，气血循行受阻。或者长期受寒着凉，寒邪侵袭胞宫，而造成了气血循行不畅。也许有些是由于素体阳气不足，脾气虚弱而造成经脉失荣，出现疼痛。

有很多患者出现痛经之后，不愿意去医院治疗，而自己有没有很有效的方法来调治，单纯依靠止痛药治疗，由于这些药物存在一定的耐药性和不良反应，给患者造成了极大的痛苦。所以我们在推荐患者治疗时，建议采用口服中药或者针灸的方法来治疗。

运用针灸疗法治疗痛经，疗效是十分肯定的。一般在月经来潮前7天开始治疗。选取的穴位大多是内关、关元、血海、三阴交、地机等。同时根据患者的病因病机辨证的加减一些穴位。如果是由于肝气郁滞，加太冲、阳陵泉、期门。由于寒湿凝滞，加八髎、命门。气血虚弱加足三里。月经来潮时停止针灸。

这种治疗方法主要是针对痛经的预防治疗。所以在日常生活中要注意良好的生活习惯。在平时和经期一定要注意腹部的保暖。不穿暴露裙和腰骶部的衣服，特别是冬

## 专业交流

季，一定要防寒保暖。避免用冷水洗头，洗澡和洗脚。注意调整自己的心情，保持身心愉快，保持充足的睡眠，在饮食上注意不要吃寒凉的食物，特别是一些凉饮料和凉啤酒。

通过有效的针灸治疗，调整不良的生活习惯。很多痛经的患者都能够得到圆满的治疗和康复。

责任编辑：修竹临风

编辑：草原民间中医、砭艾、xiwang001han

## 芍药

**别名：**金芍药、白芍。

**来源：**毛茛科植物芍药的干燥根，分布于东北、华北、陕西及甘肃南部。在朝鲜、日本、蒙古及苏联西伯利亚地区也有分布。



**形态：**多年生草本。根粗壮，分枝黑褐色。茎高 40~70 厘米，无毛。下部茎生叶为二回三出复叶，上部茎生叶为三出复叶；小叶狭卵形，椭圆形或披针形，顶端渐尖，基部楔形或偏斜，边缘具白色骨质细齿，两面无毛，背面沿叶脉疏生短柔毛。花数朵，生茎顶和叶腋，有时仅顶端一朵开放，而近顶端叶腋处有发育不好的花芽，直径 8~11.5 厘米；苞片 4~5，披针形，大小不等；萼片 4，宽卵形或近圆形，长 1~1.5 厘米，宽 1~1.7 厘米；花瓣 9~13，倒卵形，长 3.5~6 厘米，宽 1.5~4.5 厘米，白色，有时基部具深紫色斑块；花丝长 0.7~1.2 厘米，黄色；花盘浅杯状，包裹心皮基部，顶端裂片钝圆；心皮 4~5，无毛。蓇葖长 2.5~3 厘米，直径 1.2~1.5 厘米，顶端具喙。花期 5~6 月；果期 8 月。

**栽培：**芍药喜温暖湿润气候，耐严寒、耐旱、怕涝。宜选阳光充足、土层深厚、排水良好、肥沃、疏松、含腐殖质的壤土或砂质壤土栽培。盐碱地和涝洼地不宜栽种。

**性味功能：**味苦、酸，微寒；平肝止痛，养血调经，敛阴止汗。

**用途：**用于头痛眩晕，胁痛，腹痛，四肢挛痛，血虚萎黄，月经不调，自汗，

盗汗。

用法用量：内服 6~15 克。

经验鉴别：本品以根粗长、匀直、质坚实、粉性足、表面洁净者为佳。

## 桑椹

别名：桑实、乌椹、文武实、黑椹。

来源：桑科植物桑的干燥果穗，全国大部分地区均产。主产江苏、浙江、湖南、四川、河北等地。



形态：乔木或为灌木，高 3~10 米或更高，胸径可达 50 厘米，树皮厚，灰色，具不规则浅纵裂；冬芽红褐色，卵形，芽鳞覆瓦状排列，灰褐色，有细毛；小枝有细毛。叶卵形或广卵形，长 5~15 厘米，宽 5~12 厘米，先端急尖、渐尖或圆钝，基部圆形至浅心形，边缘锯齿粗钝，有时叶为各种分裂，表面鲜绿色，无毛，背面沿脉有疏毛，脉腋有簇毛；叶柄长 1.5~5.5 厘米，具柔毛；托叶披针形，早落，外面密被细硬毛。花单性，腋生或生于芽鳞腋内，与叶同时生出；雄花序下垂，长 2~3.5 厘米，密被白色柔毛，雄花。花被片宽椭圆形，淡绿色。花丝在芽时内折，花药 2 室，球形至肾形，纵裂；雌花序长 1~2 厘米，被毛，总花梗长 5~10 毫米被柔毛，雌花无梗，花被片倒卵形，顶端圆钝，外面和边缘被毛，两侧紧抱子房，无花柱，柱头 2 裂，内面有乳头状突起。聚花果卵状椭圆形，长 1~2.5 厘米，成熟时红色或暗紫色。花期 4~5 月，果期 5~8 月。

栽培：桑甚喜温暖湿润气候，稍耐荫。气温 12℃ 以上开始萌芽，生长适宜



温度 4~30℃，超过 40℃则受到抑制，降到 12℃以下，则停止生长，生于丘陵、山坡、村旁、田野等处，多为人工栽培。

**性味功能：**味甘、酸，性寒；补血滋阴、生津润燥。

**用 途：**用于眩晕耳鸣，心悸失眠，须发早白，津伤口渴，内热消渴，血虚便秘。

**用法用量：**内服 9~15 克。

**经验鉴别：**本品以个大、肉厚、紫红色、糖性大者为佳。

编 辑：王颖健

责任编辑：金陵一剑



# 1 例以多形性皮损表现的 二期梅毒的鉴别诊断

作者: xmgh2017

链接: <https://bingli.iiyi.com/show/62543-1.html>

## ● 病例摘要

**基本资料:** 男性, 28岁, 农民工。

**主诉:** 头皮红斑、脱屑3个月, 全身多处皮疹2周伴瘙痒

**现病史:**

患者3个月前无明显诱因头皮出现散在黄豆大小红斑、丘疹, 微痒, 未予治疗; 1月后红斑逐渐扩大增多, 丘疹渐增大成蚕豆至花生米大小结节, 约1周左右出现破溃, 表面形成白色厚层鳞屑, 伴少量脱发; 曾在当地医院以“头癣”或“头皮银屑病”治疗, 治疗1月余皮疹无明显好转。2周以来, 患者躯干多处突发大小不等的红斑或淡红斑, 表面有少量稀薄鳞屑, 偶有米粒至豆粒大小丘疹、脓疱、结痂, 皮损微痒。





**既往史:**

既往体健。否认输血、献血、吸毒史；否认阴茎、包皮溃疡史；本人及家族成员中无银屑病病史；半年前有不洁性行为史。

**体格检查:**

T: 37°C, P: 60 次/分, R: 18 次/分, BP: 120/85mmHg。头皮、耳廓可见大小不等片状红斑，表面覆盖厚层白色鳞屑及结痂，刮除鳞屑痂皮，基底无点状出血和薄膜现象；头部亦见散在点状脱发区，整个头皮外观呈虫蚀状。躯干部散在大小不等的淡红色斑疹、毛囊性丘疹、脓疱，部分皮损表面覆有稀薄鳞屑及结痂。

**辅助检查:**

一般情况好，体温正常，全身浅表淋巴结未触及肿大，各系统检查未见异常。实验室检查：头部和躯干部皮损真菌镜检阴性。快速血浆反应素试验 (TRUST) 阳性，滴度 1: 32；梅毒螺旋体颗粒凝集试验 (TPPA) 阳性。抗人类免疫缺陷病毒 (HIV) 抗体阴性。患者拒绝做进一步病理学检查。

● **初步诊断:**

1. 头癣? 2. 银屑病? 3. 玫瑰糠疹? 4. 头皮糠疹 5. 梅毒

**诊断依据:**

根据病史、临床表现、梅毒血清学检查，诊断为二期梅毒。

### ●鉴别诊断：

1. 银屑病：银屑病头皮皮损为暗红色斑块或丘疹，上覆较厚的银白色鳞屑，境界清楚，常超出发际，头发呈束状（束状发）。实验室检查 TRUS 和 TPPA 均为阴性。

2. 玫瑰糠疹：皮损为孤立的玫瑰色淡红斑，覆有细薄的鳞屑，可发生于躯干和四肢近端任何部位，常呈椭圆形，边缘覆圈状游离缘向内的细薄鳞屑，长轴与皮纹平行。常伴有不同程度的瘙痒。实验室检查：TRUS 和 TPPA 均为阴性。

3. 头癣：皮损初起为群集的红色小丘疹，很快向四周扩大成灰白色鳞屑斑，圆形或椭圆形，而后附近出现数片较小的相同皮损常有断发或脱发，有程度不同的瘙痒。实验室检查：真菌检查阳性，TRUS 和 TPPA 均为阴性。

4. 头皮糠疹：头部弥漫性、灰白色、油腻性、糠秕状鳞屑，常伴有瘙痒。头皮通常无明显炎症。呈慢性病程，逐渐加重，久之头发脱落、稀疏。部分患者头部皮屑可检测到卵圆形糠秕孢子菌。实验室检查：TRUS 和 TPPA 均为阴性。

### 诊治经过：

给予强的松 10mg，2 次/d 口服，服药 3d 后，给以双侧臀部肌注苄星青霉素 240 万 U，每周 1 次，共 3 次。3 月后复查，随访 TRUST1:2，现规律复查。

### ●临床诊断：

梅毒（二期）

### ●分析总结：

梅毒是由苍白螺旋体感染所致的性传播疾病，临床表现复杂，极具迷惑性，被称为是“万能模仿者”。二期梅毒疹临床表现多种多样，一般无明显症状。最常见的皮损类型为斑疹和斑丘疹，少见皮损有脓疱、结痂、色素脱失、粘膜斑和脱发等。不典型的二期梅毒，临床上极易误诊为银屑病、玫瑰糠疹、湿疹、脂溢性皮炎、头癣、脓疱疮等。本例以头面部、躯干、外生殖器同时存在斑疹、丘疹、脓疱、结痂、鳞屑、溃疡等多形态皮损，且 RPR1:32，TPPA 阳性，结合其有不洁性接触史、临床表现及实验室检查诊断为二期梅毒。鉴于二期梅毒的临床表现多种多样，而且多种皮损可能发生在同一位患者身上。因此，我们在临床工作中遇到特殊形态的皮损，尤其是数种皮损并存，而又难以用一种疾病来解释时，应提高警惕！通过详细询问病史，进行全面的体格检查，结合血清学检查，乃至组织病理学检查，以除外梅毒的可能，避免漏诊或误诊。

# 儿童异位性阑尾炎 1 例

作者：宋列美主任医师

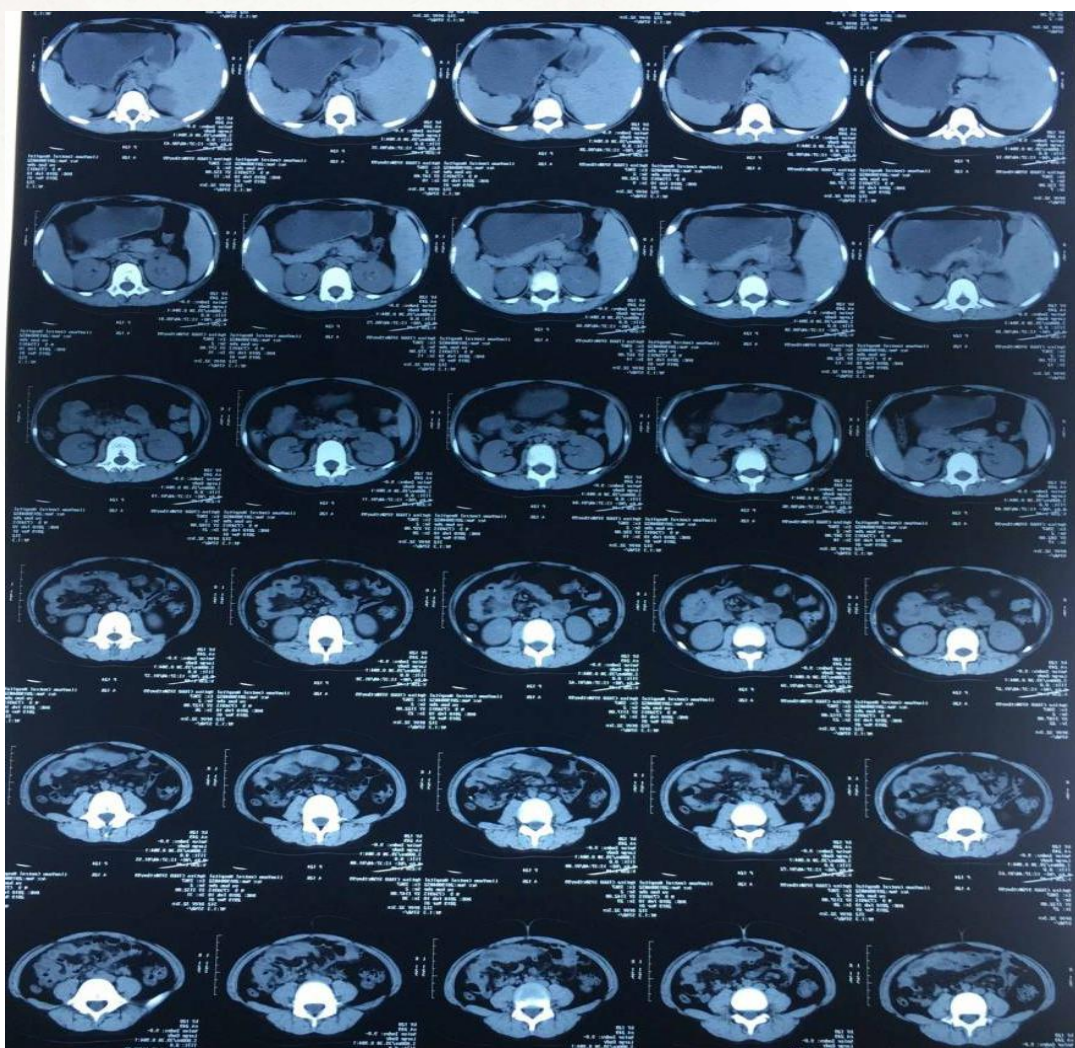
链接：<https://bingli.iiyi.com/show/62631-1.html>

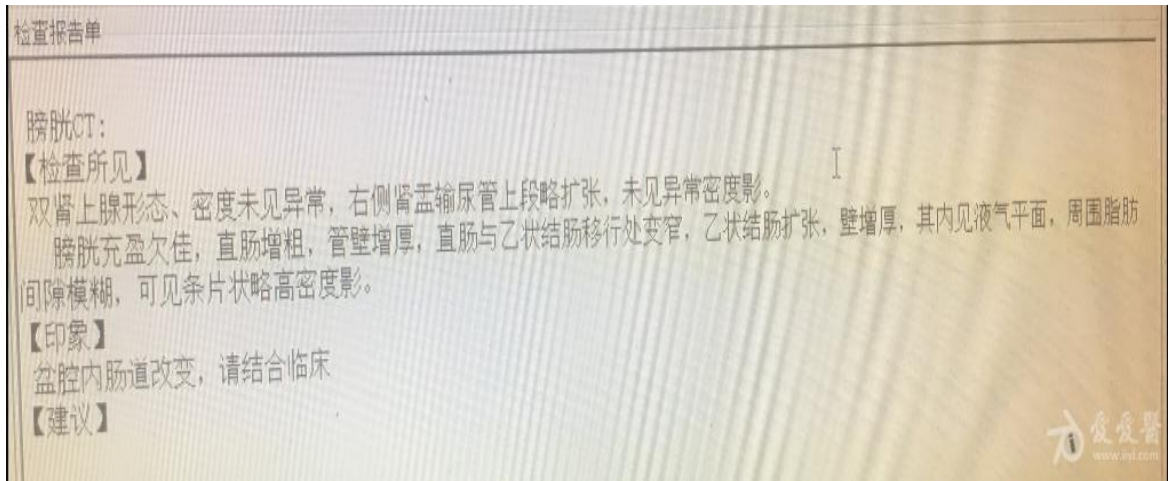
## ●病例摘要

一般资料:男性,9岁,学生。

主诉:间断发热伴腹痛呕吐8天,于2019年3月1日入院

现病史:患儿8天前无明显诱因出现发热,呈间断性,热型无规律,体温最高39.5℃,无寒战及抽搐,无午后低热及盗汗,伴腹痛,阵发性脐下部疼痛,伴呕吐两次,非喷射性,无明显腹泻,无咳嗽及喘息。发病后曾在诊所点滴头孢哌酮舒巴坦钠三天,热退两天,停药两天,然后再次出现发热腹痛,又就诊于妇婴医院治疗两天,无效,遂来我院。发病以来精神状况尚可,睡眠饮食稍差,尿便正常。





**既往史：**既往健康，否认结核接触史。否认流感病毒接触史。

**个人史：**生于本地，无外地长期居住史，无疫区长期居住史，无不良嗜好，无毒物、放射性物质接触史。

**体格检查：**体温 38.3℃，脉搏 98 次/分，呼吸 26 次/分，血压 100/70mmHg。腹平软，脐下两横指处压痛，麦氏点无压痛，全腹无反跳痛，全腹无紧张，肠鸣音正常，心、肺腹查体未见异常。

**辅助检查：**血常规：白细胞  $33.62 \times 10^9/L$ ，中性粒细胞计数  $29.06 \times 10^9/L$ 。尿常规酮体+。CRP:63mg/L。

**初步诊断：**发热腹痛待查

**诊断依据：**

症状：间断发热，腹痛呕吐 8 天。

体征：脐下两横指处压痛。

辅助检查：血常规：白细胞  $33.62 \times 10^9/L$ ，中性粒细胞计数  $29.06 \times 10^9/L$ 。尿常规酮体+。c 反应蛋白 63mg/L。

**鉴别诊断：**

1. 患儿有间断发热伴腹痛呕吐，支持急性肠炎，但没有明显腹泻，无粘液脓血便，需要进一步提检便常规就诊。
2. 肾脏疾病：患儿在诊所做腹部超声提示肾积水，注意肾脏疾病导致的发热、呕吐、腹痛，为明确诊断体检肾脏及膀胱 CT，并请泌尿外科会诊。
3. 不典型阑尾炎，患儿病史长已经发热伴腹痛呕吐 8 天，在诊所给予头孢哌酮类药物有效，所以不排除不典型阑尾炎的情况，目前阑尾区没有压痛，没有反跳痛，暂时不支持阑尾炎，需要进一步检查腹部 CT，阑尾超声并请外科主任会诊确定或排

除。

### 诊治经过:

患儿入院后行腹腔 CT 以及肠管超声检查。临床高度怀疑为阑尾炎以及腹腔脓肿。但由于没有外科急腹症，暂给予保守治疗。应用头孢类抗菌素治疗有效，热退腹痛缓解 29 小时。29 小时后仍然出现发热和腹痛，疼痛性质同前。建议患者前往上一级医院，进一步明确诊治。到上级医院再次行腹腔超声检查，确诊为阑尾炎腹腔脓肿。经手术治疗确定为移位性阑尾炎，阑尾位置位于脐正中下两横指处。

●**临床诊断:**移位性阑尾炎，腹腔脓肿。

### ●分析总结:

近些年来儿童阑尾炎病例逐渐增多，而且症状体征均不典型。误诊及漏诊病例比较多，出现发热伴有腹痛的病例，一定要给予重视，要常规的查阑尾超声或者腹腔 CT，一次腹腔 CT 及腹腔超声诊断不能确诊者，需要再次复查后确诊。以免误诊导致阑尾穿孔，引起急性腹膜炎。目前儿童阑尾炎病例的逐渐增多，分析与饮食因素是有关系的。比如小孩子经常食用小食品，或者吃了带有孜然类的烧烤类食物。导致回盲部排空吃力，长此以往，堆积形成炎症。

责任编辑:绿漫天涯

编辑:刘现国



## 医疗资讯

### 卫健委公布严重危害医疗秩序案例：370 人上黑榜

6月5日，国家卫健委发布第二轮严重危害医疗秩序被联合惩戒典型案例，177人被列为严重危害正常医疗秩序失信行为人。加上今年2月25日发布的193人，今年共有370人上榜“医闹黑名单”。根据此前的备忘录，6类涉医违法犯罪活动包括：在医疗机构内故意伤害医务人员、损毁公私财物的；扰乱医疗秩序的；非法限制医务人员人身自由的；侮辱恐吓医务人员的；非法携带枪支、弹药、管制器具或危险物品进入医疗机构的；教唆他人或以受他人委托为名实施涉医违法犯罪行为的。对于上榜者，将面临包括限制补贴性资金支持、引导保险公司按照风险定价原则调整财产保险费率、限制招录（聘）为公务员或事业单位工作人员、限乘飞机、列车软卧、高铁一等座等跨部门联合惩戒措施。

### 30个城市试点按疾病诊断相关分组（DRG）付费

为深化医保支付方式改革，加快推动疾病诊断相关分组（DRG）付费国家试点工作，国家DRG付费国家试点工作组根据前期申报情况，确定了北京、天津、上海、邯郸、沈阳、金华、武汉等30个城市作为试点城市。各试点城市及所在省份将按照“顶层设计、模拟测试、实际付费”三步走的思路，确保完成各阶段的工作任务，确保2020年模拟运行，2021年启动实际付费。具体工作包括：健全DRG付费的信息系统；制定用于医保支付的DRG分组；统一DRG医保信息采集；不断完善医保支付政策和经办管理流程；加强对医保定点医疗机构的管理等。

### 国务院印发2019年医改重点工作任务

6月4日消息，《深化医药卫生体制改革2019年重点工作任务》已经国务院同意，现印发给各有关部门。《任务》显示，需在今年8月底前完成的工作包括：制定关于实施健康中国行动的意见、健康中国行动（2019—2030年）、健康中国行动组织实施和考核方案；制定促进社会办医持续健康规范发展的政策文件；发布鼓励仿制的药品目录；制定进一步规范医用耗材使用的政策文件。



### 官方回应“取消城乡医保个人账户”：以门诊统筹替代

5月，医保局联合财政部印发了《关于做好2019年城乡居民基本医疗保障工作的通知》，明确实行个人（家庭）账户的应于2020年底前取消，已取消账户的，不得恢复或变相设置。对此，不少参保人员表示困惑。6月5日医保局官微作出回应：城乡居民医保个人（家庭）账户取消并不会降低居民的医保待遇，而是通过推进门诊统筹进行替代实现的。门诊统筹有利于提高城乡居民医保基金共济能力、增强基金共济效应，相较于个人账户能更好的保障城乡居民医保待遇。

### 香港卫生署获WHO颁发“世界无烟日奖”

5月30日，香港特区政府卫生署获世界卫生组织颁发“世界无烟日奖”。香港特区政府食物及卫生局局长陈肇始表示，香港吸烟率由80年代的23%降至现时的10%，成为全球吸烟率最低的城市之一，该奖是对香港政府30年来控烟工作的肯定，政府目标是在2025年将香港吸烟率降至7.8%。2007年，香港室内开始全面禁烟，并引入烟盒警告图像，包括骷髅、烂肺、灵堂等恐怖图像。目前已将警示图文面积扩大到整个烟盒的85%。

### 我国15岁及以上人群吸烟率呈下降趋势

5月31日消息，中国疾病预防控制中心发布了2018年中国成人烟草调查结果。我国15岁及以上人群吸烟率与既往调查结果相比呈下降趋势，二手烟暴露情况有所改善，公众支持无烟环境政策比例进一步上升。调查结果显示，2018年我国15岁及以上人群吸烟率为26.6%，其中，男性为50.5%，女性为2.1%，农村为28.9%，城市为25.1%。

### 中国科大揭示人类疱疹病毒基因组包装关键机制

5月30日消息，中国科大合肥微尺度物质科学国家研究中心、生命科学学院刘云涛博士、毕国强教授与合作者首次解析了人类疱疹病毒基因组包装的关键机制以及病毒的DNA基因组结构，《自然》杂志30日在线发表了该成果。研究人员建立了一套特殊算法，利用冷冻电镜获得了第一个真核生物病毒的DNA通道原子模型，也是第一次探测到DNA在通道里的扭曲状态。审稿人评论称：“作者采用最前沿的局部分类方法对疱疹病毒结构的完美解析，堪称高分辨冷冻电镜三维重建的匠心力作。”

### 国家卫健委建立“全国真菌病监测网”

5月28日消息，为提高医疗机构真菌病诊疗能力及抗真菌药物临床应用管理水平，卫健委决定建立全国真菌病监测网，并委托中国医学科学院北京协和医院负责监测网的总体规划设计和日常运行管理。其工作内容包括：对我国真菌病的病原谱、耐药性，以及特殊、限制级抗真菌药物临床应用情况，开展定期监测；针对高危病原真菌及真菌病区域性暴发，开展实时主动监测，进行预警与防控等。

### 世界卫生组织将游戏成瘾正式定为“精神疾病”

当地时间2019年5月20日至28日，第72届世界卫生大会于世界卫生组织(WHO)总部瑞士日内瓦召开。25日的会议中，《国际疾病分类第11版》(ICD-11)获得通过，标志着争议已久的“游戏障碍”(gaming disorder)首次被正式列为疾病。此决定虽然不具有法律约束力，但世卫组织各成员国需要在2022年1月1日修订本生效前，针对“游戏障碍”提出新的治疗及预防措施。

### 我国70年中妇女儿童健康水平显著提高

5月27日，国家卫健委妇幼司司长秦耕在新闻发布会上介绍称，新中国成立前，妇幼健康服务能力薄弱，广大农村和边远地区缺医少药，孕产妇死亡率高达1500/10万，婴儿死亡率高达200‰，人均预期寿命仅35岁。而到2018年，我国孕产妇死亡率下降到18.3/10万，婴儿死亡率下降到6.1‰，人均预期寿命达到77岁，优于中高收入国家平均水平。截至2018年，全国共有妇幼保健机构3080家，妇产医院807家，儿童医院228家，从业人员近64万人，年门诊量4亿人次，年住院1379万人次。

### WHO首次将中医药传统医学纳入“国际疾病分类”

日内瓦时间5月25日上午，第72届世界卫生大会审议通过了《国际疾病分类第十一次修订本(ICD-11)》，标志着历经十余年努力，中医药首次纳入国际主流医学分类体系。传统医学国际疾病分类项目中，建立了以中医药为基础，兼顾日韩传统医学的病证分类体系。

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.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](mailto: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。

