

zz.iiyi.com

2019.07

愛愛醫



第七期 总NO. 114

Volume 10, number 7, July. 2019

刊首语

简单生活

多久没有发呆

时钟的指针一圈圈转过

多少次幡然醒悟

日历许久不曾翻过

日出又日落

这不是真心的过活

静下来

如果可以主宰

生活本该多彩

简简单单

自由自在

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

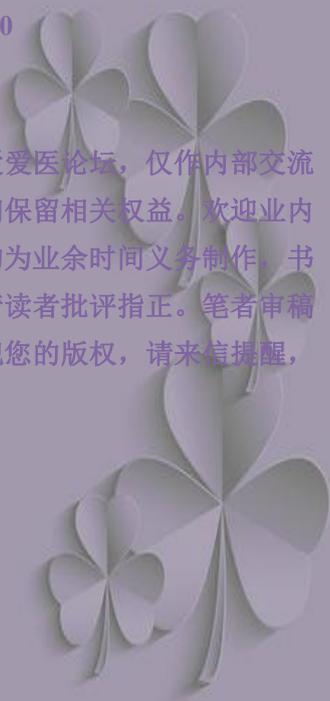
邮 编：519041

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	简单生活..... 1
关 注	医疗机构骗保术：10 张病床“住” 136 人，去世仍“报销” 3
专业交流 西 医	一位“哮喘”患者..... 8
	1 例高龄阑尾炎患者的诊治体会..... 9
	超声入门贴 1008—多发胆囊结石三维图..... 11
	全科医学关于关节痛的诊疗思路举例..... 12
	镇静对于呼吸喘憋的病人也很重要..... 13
	四种小儿特殊类型肠套叠，你认识几种？ 14
	带状疱疹的治疗体会..... 17
专业交流 中 医	中医与疾病——麻黄附子细辛汤..... 20
	逍遥散汤剂加味治疗皮肤过敏症 2 例..... 21
	病案五篇..... 22
	被忽略的膝关节痛..... 28
	经络、经筋两法合一治愈手指发麻..... 30
	中药塌渍+TDP 结合针刺治疗肩关节周围炎 1 例.. 32
	人中部位望诊在中医诊断妇科疾病上的应用..... 33
识 草 药	萱草..... 37
	小黄紫堇..... 38
病例讨论	热汤面条致过敏性哮喘 1 例..... 40
	三叉神经半月神经节微球囊压迫 1 例..... 43
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



医疗机构骗保术：10张病床“住”136人，去世仍“报销”

作者：席敏、张玉洁、陈文广、帅才
来源：新华每日电讯



“严厉打击” 新华社发 郭德鑫 作

病床只有10张，“住院人数”却有136人；一年“被检查”8次，有7次是假的；1000多元钱的小手术做到一半，手术台上的人被告知有生命危险，结果加价到两万多元；有人去世已有5年，但还在人间两次报销“住院费”……

《新华每日电讯》记者近期调查发现，不少地方医疗机构骗取医保资金的现象屡见不鲜，还有个别监管人员与之“里应外合”。层出不穷的骗保手段花样不断翻新，成为啃食“救命钱”的社会毒瘤。

死人竟“住院”两次

当田淑芬（化名）走进湖南一家民营医院时，她没想到自己竟然将成为一名癌症患者。一番烦琐检查后，这家医院下了一份诊断。主治医生告诉她，病情很严重，如不住院治疗会变成子宫癌。

于是，原本只是患有普通妇科炎症的田淑芬在这家医院花了3万多元的治疗费。更让她意外的是，医院在给她治疗时，同时还索取了田淑芬本人及3名家人的身份证、户口本、合作医疗卡等证件，医院利用这些证件虚构诊疗信息，从县医保部门骗取了医保资金6000多元。

和田淑芬一样经历“陡然病重”的人还有不少。李军（化名）到一家县民营医院做简单的包皮手术，手术前被医生打了一针药物后，身体出现了不良反应。躺上手术台后，他被医生告知这是囊性肿瘤，危害很大，需要增加手术费用。于是，他被连恐带吓地多支付了费用。

看似为患者着想，实际却是借诊疗为名将手伸向了医保基金……今年以来，山东、广西、安徽、重庆、湖南等省区市或下辖地市对此类欺诈骗取医保基金的行为开展集中打击行动，披露了一批典型案例。

在中部某省，办案人员对一家民营医院涉嫌骗取医保资金检查时，甚至发现了“死人住院”的现象。一家民营医院的报账资料显示，吉华霜（化名）在2016年7月至9月先后两次到该院住院报销，而实际上她已在2011年5月离世。

不仅是骗病人，一些医疗机构为套取医保资金，还在账目上“骗自己”，更骗监管部门。

一些医疗机构在治病过程中通过“阴阳处方”开出高价药，实际使用普通药，以此骗取医保资金。如有的医生实际治疗患者使用一套处方，医保报账使用另一套用药更贵的处方。

中部省份某地在检查中发现，有的医院用国产每支2.8元的针剂冒充进口药，以每支38元的价格给患者使用；有的医院将患者自费药品换成可报销药品，骗取医保资金近16万元。

以“挂空床”的方式骗取医保资金是一些医疗机构惯用的手法。

今年5月底，安徽省亳州市公布的10起典型中就有3家镇卫生院存在挂空床的情况。中部省份一个地区对当地骗保行为进行调查时发现，有的乡镇卫生院病床数只有10张，但同一天住院人数却达到136人。一家县中医院一共有338名医务人员，其中就有109人在本院“挂床住院”，比例超过三成。

不仅是普通患者在一些医疗机构就诊时被当成骗取医保资金的幌子，部分医疗机构还将魔掌伸向特殊人群。

从部分省区市查处的骗保案例来看，一些医疗机构存在利用针对贫困户、低保户等特殊人群就医优惠政策，诱导本不需要住院的群众住院，骗取医保资金的行为。

山东省医疗保障局近期一份通报显示，一家医院以免费供餐、免收医疗费等行为诱导患者住院，涉嫌违规金额 35.58 万元；一家风湿病专科医院“大众慈善助医”项目，以车接车送、管吃管住或只交部分费用诱导参保人员住院。

骗保人员凭眼神“秒懂”

记者调查发现，一些地区的医疗机构、监管部门工作人员和部分患者之间形成了一条骗取医疗资金的灰色利益链条，不断地啃食群众的救命钱。

部分地区民营医院成为骗取医保的重灾区。中部省份某地在调查中发现，有以福建莆田系为主的多家民营医院通过医保报账近 8000 万元，其中骗取医保资金 1500 余万元。

实际上，一些民营医院虽然冠以不同的名字，但却隶属于一个控股方，穿上“不同的马甲”在多个县市注册非营利性机构，实施医保资金诈骗。

办案人员介绍，一些医疗机构和投资人针对医保报销监管环节漏洞，通过注册医疗投资管理公司，控股多家医院，有组织地进行骗保。

办案人员说，一些不法分子采取连锁经营的办法跨地跨省开办多家同类型医院，骗取医保资金，“他们在药品使用和管理人员调配上跨地流动，最大限度降低所应承担的法律风险”。

在部分民营医院内部，医务人员之间达成某种默契，医生、护士相互勾结合伙骗取医保资金。办理过多起民营医院骗保案件的人员介绍，有的医生、护士对患者需要做哪些假的或者不必要的检查项目，只要一个眼神或肢体语言就能领会，已成为医院合伙骗保的潜规则。

一些医院的医务人员之间形成了明确的分工。比如有的医务人员负责以“免费”体检和治疗为名，获取一些人的户口簿、身份证、医保卡等信息，用以编造虚假住院资料。这些医院还专门发动本院员工去收集他人身份信息，再安排专人伪造住院病历报销医保资金。

有的患者被医疗机构“忽悠”住院后，连家属的信息也被利用。一名办案人员告诉记者，他们在调查中发现，一名普通宫颈炎患者被民营医院骗住院治

疗花费 2 万多元，其家属信息又被这家医院利用虚造病历骗取医保资金 1 万多元。

此外，还有一些公职人员也涉足其中。中部一个省份在调查一起骗保案件中就发现，有公职人员违规向一家医院放款收息近 6 万元，还有公职人员违规到医院担任顾问收取报酬 18 万元；有的县医保局审核员非法为医院提供盖有医保局公章的空白住院证明用于骗取医保资金。

办案人员发现，有人作为医保审核员竟然通过多次修改患者资料，从外地购买虚假患者住院资料等手段，虚报、冒领医保资金 50 多万元。

多名办案人员反映，部分医疗机构与监管部门人士相互勾结，甚至部分患者明知个人信息被盗用，也甘于将自己的相关证卡作为医疗机构围猎医保资金的工具，已成为威胁医保资金安全的一大危害。

协和医学院教授张宏冰认为，医疗机构骗保套取医保资金，让医保资金面临风险，国家和患者遭受经济损失，还可能因为过度医疗而占用本就有限的医疗资源。

严监管亟待“查缺补漏”

多名查办骗取医保资金案件的人员认为，加强对医保资金使用的监管十分紧要，对相关制度“查缺补漏”刻不容缓。

一方面，有的职能部门不同程度给乡镇卫生院下达分配保底盈利目标，达不到目标便从拨付各乡镇卫生院的工作经费和人员工资中扣除。另一方面，监管仍存在较大的不足。据介绍，医保基金管理涉及卫计、医保、物价、市场监管等多个部门，管理链条较长、部门之间协作机制不畅。

此外，当前对欺诈骗保行为的处理力度偏轻。据办案人员介绍，相关职能部门对存在违法骗取医保资金行为的医疗机构往往采取核减一定数额补偿资金、罚款整改、暂停报销等方式处理，但未及时将其清理出医保定点单位。

去年 11 月，国家医疗保障局决定在全国范围内开展专项行动“回头看”，聚焦三个重点领域：对于医疗机构，重点查处诱导参保人员住院、盗刷和冒用参保人员社会保障卡、伪造医疗文书或票据、协助参保人员套取医保基金、虚记或多记医疗服务费用等行为；对于零售药店，重点查处串换药品，刷卡套取基金等行为；对于参保人员，重点查处通过票据作假骗取基金等行为。

同时，国家医保局将全面提升医保基金监管水平，包括建立“该发现的问题没发现是失职、发现不处理是渎职”的问责机制，坚持“零容忍”态度，对违法违规行为，发现一起，查处一起，加快建立基金监管长效机制，加快医保监管立法，完善智能监控体系，实行部门联动等。

记者注意到，目前不少省区市对欺诈骗保行为的打击已取得积极成效。以山东为例，自去年10月以来，山东累计检查定点医药机构28233家，约谈限期整改3797家，暂停和解除定点协议977家，累计追回医保基金4443.75万元，22人被移送司法机关。

中部某县在2017年医保基金亏损近2000万元，经过严厉打击欺诈骗保行为后，有力震慑了相关医疗机构和公职人员的不法行为，2018年这个县的医保基金结余超过8000万元。

专家认为，目前打击欺诈骗保的重点还在于构筑起一道坚实的防火墙，对医疗报销制度和执行中存在的漏洞尽快补齐。

张宏冰表示，应推进医保智能监控工作，积极引入信息技术服务机构、会计师事务所、商业保险机构等第三方力量，参与医保基金监管工作。

清华大学医院管理研究院教授杨燕绥建议，建立全程智能审核监控制度和全国统一的医保基金监督制度，建立覆盖医疗机构、医务人员、药品供给商、参保患者的信息系统，建立大数据分析系统，一旦发现异常立即启动检查；完善相关法律法规和政策，建立专业执法机构，做到违规违法必究，提高犯罪成本。

（原题为《揭秘医疗机构“骗保术”：只有10张床同时136人“住院”，去世5年仍两次“报销”》）

责任编辑：永恒流星

第一部分——西医部分

一位“哮喘”患者

作者：anne 医生

链接：<https://bbs.iyyi.com/thread-3441077-1.html>

泛泛看来不稀奇，仔细推敲见转机。回头一看值千金，深入浅出解难题。

当初遇到这例病人时，我怎么也不会想到，典型的“支气管哮喘持续状态”，竟然会误诊！

患者女性，14岁。因喘息难以缓解，门诊以“哮喘持续状态”收入院治疗。当时查体：急性重病容，端坐呼吸，精神萎靡，口唇紫绀，两肺散在弥漫分布的呼气相哮鸣音，呼气相延长，吸气、呼气相均有干啰音。

病史有待完善。从目前病史与查体来看，首先考虑支气管哮喘。但是，临床上常常有异病同症这一现象，症状虽然典型，并不代表就是哮喘。

入院后给予吸氧、抗感染、止痉、化痰、对症支持等综合治疗，积极完善辅助检查和咨询病史，奇怪的是患者没有在夜间或凌晨发作和加重的哮喘发作特征，既往没有类似发作史，当然哮喘首次发作亦未可知。进一步询问家族史时发现其母有糖尿病，这一线索引起了临床医生的注意，患者的呼吸困难会不会另有原因？

辅助检查：床边胸部X线无明显异常。血常规、肝肾功、甲功无异常，血糖高达23.6 mmol/L。血离子：钾：4.12 mmol/L，钠：130 mmol/L，氯：102 mmol/L，二氧化碳结合力：12.4 mmol/L，血气分析：pH：7.31，氧分压：103 mmHg，二氧化碳分压：32 mmHg，碳酸氢根：16.1 mmol/L，碱剩余：-8.4 mmol/L，乳酸：0.5 mmol/L。糖化血红蛋白（HbA1c）：12.60%。尿常规：尿糖：3+，酮体：2+。肝胆胰脾肾脏彩超未见异常。

诊断糖尿病酮症酸中毒（DKA）。诊断需要有高血糖症、高血酮症和代谢性酸中毒的表现，若病人血或尿的葡萄糖、酮体都强阳性，可确诊。结合患者的血糖、尿常规及血气分析结果，可明确诊断为DKA。下一步应该做出糖尿病的临床分型。患者发病年龄较小，而且有家族史，需要考虑年青的成年发病型糖尿病（MODY）的可能。MODY是一组以胰岛素分泌缺陷为特征的慢性高血糖综合征，其胰岛素不足程度介于1型及2型糖尿病之间，临床表现又具有两者的某些特点，构成了糖尿病疾病谱的中间过渡

类型。

最后诊断：年青的成年发病型糖尿病（MODY）合并糖尿病酮症酸中毒（DKA）。

知识链接：（相关内容摘自 360 百科）

年青的成年发病型糖尿病(maturity onset diabetes of the young, MODY)。1975年由 Fajans 和 tattersall 依据 1950 年以来系列报道分析,将此型具有发病年龄早、以常染色体显性遗传为共同特点的非胰岛素依赖型糖尿病命名为 MODY。1985 年 WHO 的分类属非胰岛素依赖型糖尿病的一种亚型。MODY 的治疗仍以纠正代谢紊乱、防止或延缓并发症及延长寿命为目的,因为发病年龄较小,对高血糖的控制应更为严格,控制血糖方案可根据不同 MODY 亚型及高血糖的严重程度决定。如 MODY 2 一般血糖升高较轻微,约 2/3 的患者可单靠控制饮食和体重,以及适当的运动,而不需要依赖药物的作用即可获得良好的血糖控制。另外 1/3 的患者对磺脲类降糖药有显效,除妊娠期患者外,一般无需胰岛素治疗。对于临床表现较严重的 MODY 亚型,如 MODY 1 及 MODY 3 则常需口服降糖药或胰岛素来控制血糖,其药物选择指征和血糖控制标准以及对并发症的监测等与普通 2 型糖尿病基本相似,但由于其主要病理生理机制为胰岛 β 细胞分泌胰岛素的不足,而胰岛素敏感性基本正常,故当口服磺脲类等促胰岛素分泌剂不能良好控制血糖水平时应尽早使用胰岛素治疗。

尾声

DKA 的诊断并不困难,关键在于医生要想到该病的可能,特别是对于本病例这种症状不典型的患者,更要提高警惕性。另外,寻找糖尿病线索,做好糖尿病分类,对于指导今后的治疗大有裨益。

1 例高龄阑尾炎患者的诊治体会

作者: wangguodian

链接: <https://bbs.iyyi.com/thread-2331690-1.html>

一般资料: 患者,女,84 岁。社区租户。

主诉: 下腹疼痛 2 天。

现病史: 患者 2 天前无明显诱因感下腹疼痛,无发热,无恶心呕吐腹泻等。

查体：T：36.6℃，R：16次/min，HR：72次/min，BP：142/90mmHg。神清，应答自如。皮肤无黄染及皮疹。心肺（—）。腹平软，右下腹麦氏点压痛（+），反跳痛（+）。腰大肌征（+），余无特殊。否认不洁饮食史。

既往史：平素体健，无高血压糖尿病等。便秘多年。

辅查：WBC： $6.83 \times 10^9/L$ ，N： $4.59 \times 10^9/L$ ，彩超示右下腹阑尾区未见明显肿块图像。CDFI：右下腹未见明显异常彩色血流信号。

诊断：急性阑尾炎。

告知患者儿子老年阑尾炎的复杂性和危险性，嘱其去上级医院手术治疗，患者不同意。

处理：1. 0.9%氯化钠注射液 250ml+注射用头孢哌酮舒巴坦 2.0g，ivgtt，qd；

2. 甲硝唑注射液 0.5g，ivgtt，qd；

3. 5%葡萄糖注射液 250ml+参麦注射液 40ml，ivgtt，qd；

4. 一般对症处理。

傍晚复查，自诉好转。查：腹软，麦氏点压痛减轻，无反跳痛。守方继治。

体会：老年人阑尾炎的特异性不强，易造成诊断和治疗的延误。

1. 临床症状少。老年人阑尾炎腹痛甚轻，常常没有明显的转移性腹痛，或腹痛出现较晚(12小时以后)，常误诊为胃炎、肠炎、胃痉挛，原因是老年人痛觉敏感度低。

2. 腹部体征少。老年阑尾炎患者压痛部位多不典型，腹肌紧张和反跳痛不明显，这种情况与老年人腹肌萎缩、腹部脂肪多有关。

3. 全身反应少。老年人的免疫保护机能减退，因而阑尾炎时可不发烧，白细胞升高也不明显。

4. 延误诊断多。常将老年人阑尾炎的不典型症状与体征归咎于其它消化系统病而忽略了阑尾炎。

5. 穿孔多。老年人阑尾组织结构薄弱，血管因动脉硬化致阑尾血液供应不足，加上诊断多有延误，故穿孔率高。穿孔可带来腹膜炎、肠梗阻甚至败血症等严重后果。

6. 伴发病多。老年人常伴有贫血、慢性支气管炎、肺气肿、高血压、冠心病、肾功能不全以及便秘等，这些情况的存在给阑尾炎的治疗带来许多困难。

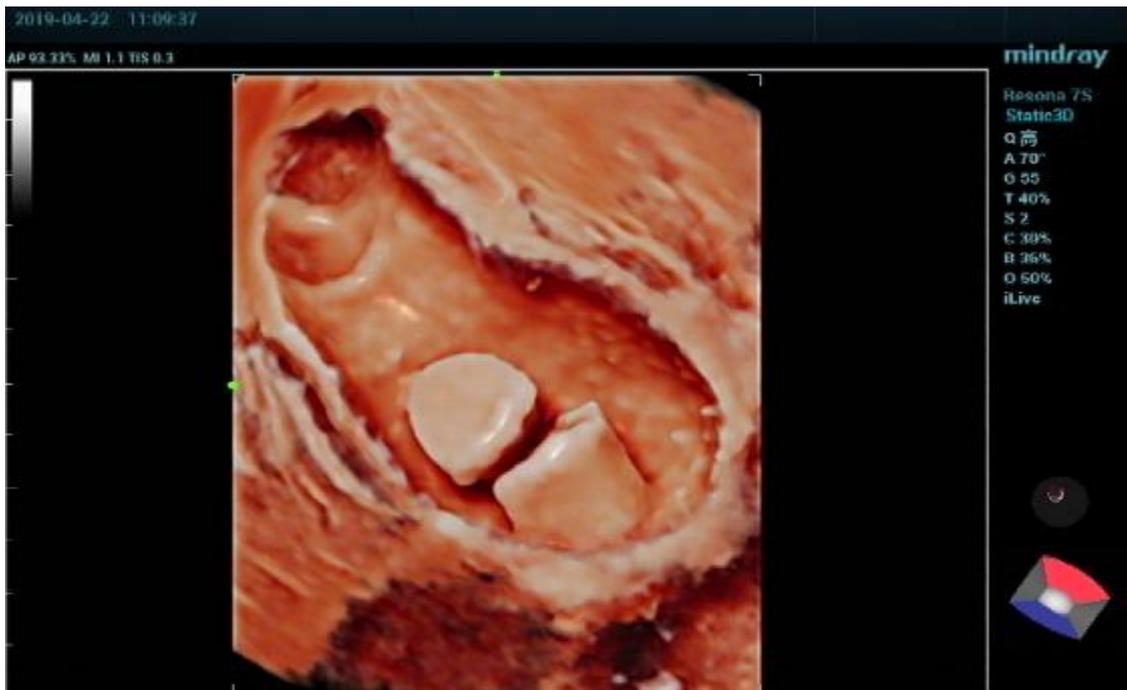
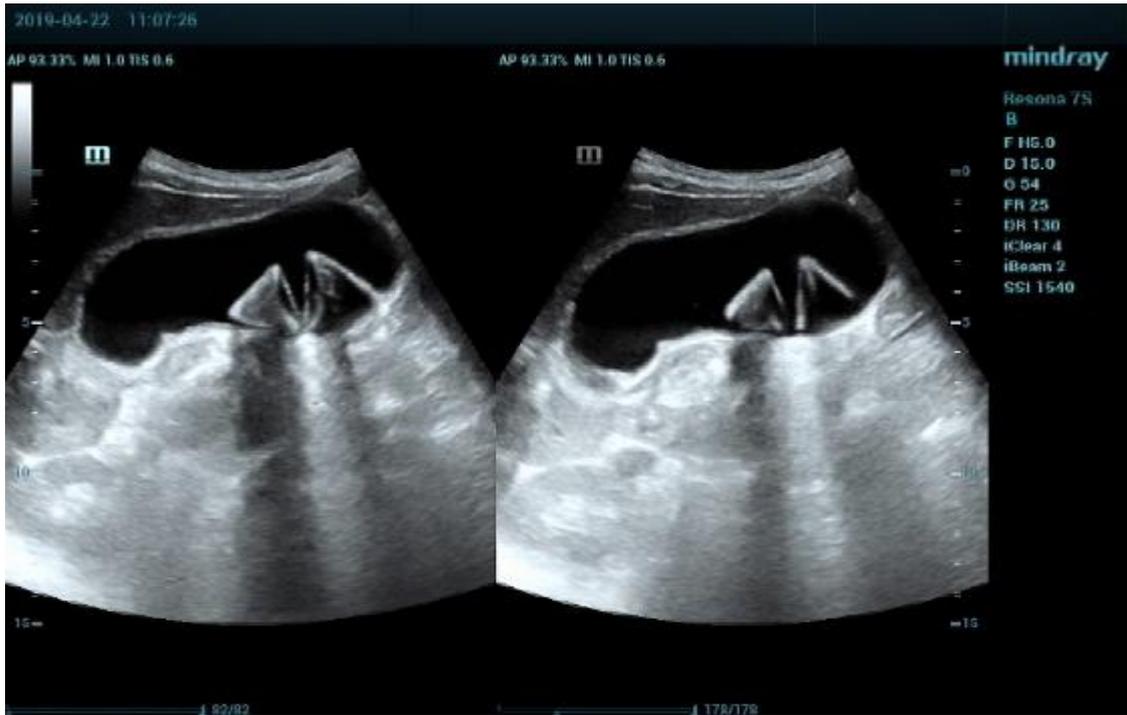
7. 并发症多。老年阑尾炎常并发心衰、肺炎、糖尿病酸中毒、电解质紊乱等。给临床治愈增加困难。

超声入门贴 1008--多发胆囊结石三维图

作者: songjunrui

链接: <https://bbs.iiyi.com/thread-3462484-1.html>

患者, 男性, 75 岁。胆囊多发结石, 三维成像更加清晰, 能立体的显示结石的真实面目, 科技改变生活!



全科医学关于关节痛的诊疗思路举例

作者：我该安慰谁

链接：<https://bbs.iiyi.com/thread-21205-1.html>

病例 1：肩痛。患，男，38 岁，是一名资深的会计，因右肩痛而到家庭医疗诊所看病。疼痛大约持续了 8 周之久，并逐渐地加重。他习惯于用右手，否认右肩受到过任何的外伤，肩膀也无任何明显的疾病史。当他把右臂举过头顶以及任何高过头顶的运动都会加重疼痛。疼痛偶尔会在夜间加重。他曾服用过非处方药如非甾体类抗炎药，可得到暂时缓解。也曾经用过非处方的止痛镇定剂和热敷疼痛的部位，而使用冰块可暂时改善症状。进一步的病史表明，患者经常参加网球运动，在过去的两个月内曾经频繁的打网球。打网球以及给育婴室粉刷时高过头顶的运动可以加重疼痛。否认有吸烟和饮酒史。全身检查同样呈阴性，体检结果正常。头和颈的检查是正常的，颈椎在其活动范围内无触痛。视察其双肩，外形及肌肉两侧对称。患者作了 X 光检查排除了骨骼异常和软组织异常。根据病人的年龄、病史和体检，初步诊断为侵犯性综合征，应与旋转套紧张或撕裂，以及钙化性肌腱炎相鉴别。在肩峰下注射 1%利多卡因注射液 10ml，大约 10 分钟后，肩痛有所改善，抬高手臂时，不再产生疼痛，提示治疗有效。局麻药的效力散尽之后，手臂向前弯曲和外展无力，因为患者的侵犯性综合征有所好转，而且与手的无力无关，所以不太可能诊断为旋转套撕裂，为此制定了保守治疗的方案，即有规律的服用非甾体类抗炎药 4 周，他也应暂时停止打网球和粉刷活动。在其肩不痛以及可以重新开始规律的打网球之后，全科医生大约对他进行了 10 周左右的随访。

（一）流行和可及性服务

家庭医生在照顾其服务的人群时，通常都会遇到肩痛和肩外伤的病例。肩痛和肩外伤无特定好发的年龄、性别、种族或职业。一个提供全科医疗服务的家庭医生可能会遇到患糖尿病的母亲所生的巨大新生儿发生的锁骨骨折的情况，业余棒球或垒球投手不正确的热身训练和不正确的投球技术可以导致肩痛，专业队的队员同样也会发生肩痛。打字员弯腰进行计算机键盘操作，因为不良的姿势会产生肩痛。通过正确的人体工效学的姿势，其肩痛会好转。发烧、肩痛及被诊断为风湿性多肌痛的老年妇女，需要仔细的观察以排除关节败血病。为了做到正确的诊断，经验丰富的医师会利用病人的病史，运动性的活动和职业或娱乐习惯等资料，而做出正确的鉴别诊断。因为大

量的临床疾病可以表现为肩痛，以及病人的表现也各不相同，所以很难确定寻找家庭医生照顾的人群的肩痛发生率。简单来说，每一个行医的家庭医生都会遇上肩部疼痛、强直、无力或不稳定的病人。

当肩部疾患的严重程度和/或忍耐力超过了病人忍受的限度，他们就会寻找医生的医疗照顾。病人常常自己用非处方止痛药、非甾体类抗炎药和传统的运动膏进行药物治疗。当肩部受到急性外伤如脱臼、肩锁骨关节分离和骨折等情况并且是在晚上或周末发生时，病人通常会到当地的急诊处进行急性治疗。作为队医的家庭医生可以在运动场上诊断损伤和实施治疗。

(二) 肩痛的生物学评价

家庭医生在仔细的考虑肩部的解剖学的基础上经过询问病人的病史和对病人进行体检后，可以对最常见的肩部疾病做出诊断。辅助的试验比如常规 X 光片或实验室观察应该以病史和体检为依据。允许病人讲述他们的经历会产生一些良好的效果，比如“我损伤了我的肩……”暗示外伤或运动的机制，和“我的肩损伤了……”，这时，检查医师应当考虑过度使用综合征或继发的（原发性）肩病。

大多数有关肩部的主诉可以被概括为疼痛、运动受限（强直）、无力或不稳固（脱臼）的复合症状。细致的病史检查可以发现，病人或者是主动的损伤肩部或者是外伤病因而，负责检查的医师应该考虑到诊断所需的基本情况，包括病人的年龄、职业、爱好、生活方式、健康状况和并发症。

同时检查异常的肩部和正常的肩部，病人应当正确的穿着衣服以利于视察和彻底的检查。每个病人都应该被进行系统的肩部检查，包括观察、触诊、运动幅度、力量试验、神经学评价和特殊的激发性试验。检查员应该尽量地去发现对称性、肿胀、青肿和/或肌肉萎缩。触诊病人肩部的骨骼结构时，应注意其是否有触痛和为成像研究做出评估，应当对肩锁关节的触痛或脱臼做出检查。

家庭医生应当熟悉一些特殊的激发性试验方法，用以检查特定的肩部疾病。前侧和后侧的紧张试验分别用来评价盂肱关节前侧和后侧的稳定性。用于检查肱盂内侧不稳定性沟征试验是通过向手臂施加向下的牵引力来完成的，当肱骨头离开关节盂时注意皮肤的凹陷。

镇静对于呼吸喘憋的病人也很重要

作者: yueyan6

链接: <https://bbs.iiyi.com/thread-66025-1.html>

三天前我和我的老师收治一名“咳嗽、咳痰反复发作 10 年，加重伴呼吸困难 7 天”的病人。每年冬、春季节均发病，经抗炎治疗后，咳嗽、咳痰等症状好转。7 天前病人着凉后咳嗽，咳白粘痰，每日量约 150 毫升，伴呼吸喘憋，活动后气短，无发热，无胸闷及胸痛，无盗汗及乏力，无咯血。饮食尚可，睡眠差，尿量 24 小时 1000 毫升左右，大便正常。既往：高血压病史 5 年。查体：T：36.5℃，P：100 次/分，R：20 次/分，BP：160/100mmHg。神志清楚，精神不振，呼吸困难，自动体位。无颈静脉怒张。双肺可闻及大量喘鸣音及哮鸣音，无水泡音。心率 100 次/分，节律整齐，心音有力，各瓣膜听诊区未闻及病理性杂音。腹软，无压痛，肝脾肋下未触及。双下肢无浮肿。辅助检查：胸片：慢支并肺内感染；全血象：WBC 及粒细胞分类增高；心电图：窦性心动过速，肺型 P 波。

初步诊断：1. 慢支合并肺内感染， 2. 肺源性心脏病。

来院后给予病人做痰培养选择敏感抗生素，吸氧，改善心脏微循环，减低肺动脉压，止喘等治疗。但此病人脾气特别急躁，总着急病怎么还不好，晚间看见别人睡觉，而自己睡不着，就更加生气着急。3 天中病情不见缓解，病人夜间呼吸困难，睡眠差。后来给予病人安定片 4 片，每晚一次口服，病人夜间能入眠后，病人情绪逐渐稳定下来，病情很快缓解。目前是入院第五天，病人状况较好。

由此看来镇静对于呼吸喘憋的病人也很重要，新参加工作的医生不仅要重视病人基础病的治疗，还要重视病人自身的情绪与治疗态度，安定片会引起呼吸抑制，可改用异丙嗪，治疗病人的焦虑情绪。

四种小儿特殊类型肠套叠，你认识几种？

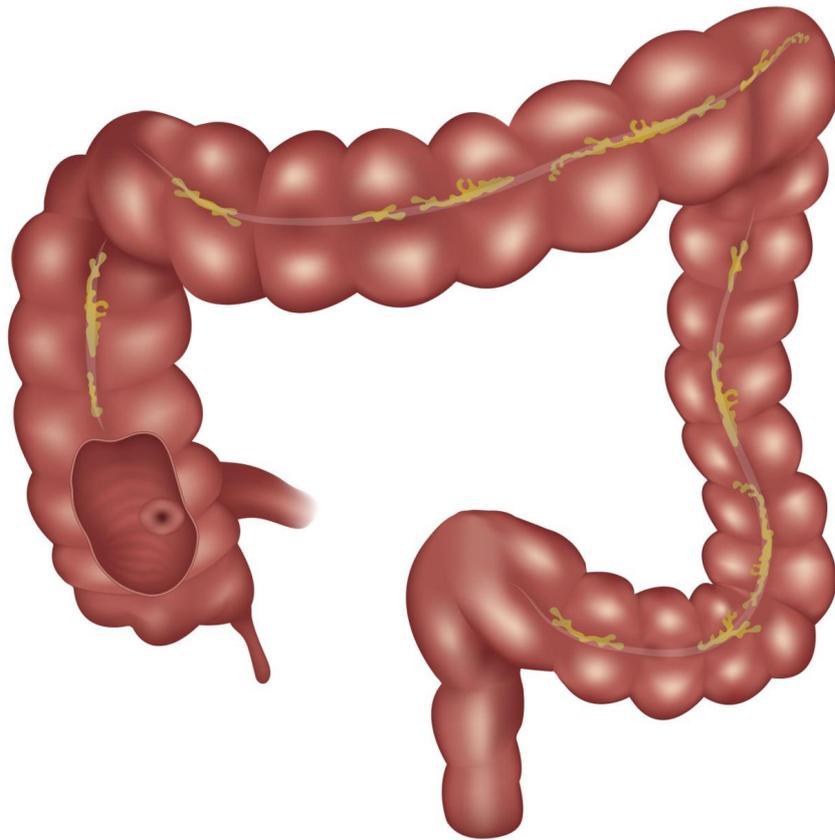
作者: 孙士礼

链接: <https://article.iiyi.com/detail/412587.html>

小儿肠套叠是婴幼儿时期常见的急腹症之一。本文从小儿肠套叠侧面总结、认识、提高，以开阔临床思路为要，为今后工作提供借鉴意义。

小儿肠套叠是小儿外科常见疾病，也是婴幼儿时期常见的急腹症之一。临床上将一段肠管套入其远端或近端的肠腔内，使该段肠壁重叠并堵塞于肠腔，称为肠套叠。其发生常与肠管解剖特点（如盲肠活动度过大）、病理因素（如息肉、肿瘤）以及肠

功能失调、蠕动异常有关。由于肠壁或肠腔内器质性病变（如息肉、肿瘤、美克耳氏憩室内翻及阑尾残端翻入肠内等）被蠕动推至远侧而将肿物所附着的肠壁折叠带入远侧肠腔，容易导致肠套叠的发生。有鉴于此，本篇复习文献，以小儿特殊类型肠套叠为题，重点讨论暂时性肠套叠、医源性肠套叠、小儿器质性疾病合并肠套叠和新生儿肠套叠，旨在开拓思路，提高诊断治疗水平，防止误漏诊，避免造成延期治疗。给儿科外科医师以借鉴。



图片来源：123RF

一、暂时性肠套叠

与肠套叠不同，小儿暂时性肠套叠主要是小肠的一过性套叠，在小儿肠套叠中并不少见，具有自发复位的特点，无需特殊治疗。有学者也称之为“假性肠套叠”。是由于肠功能紊乱或炎症刺激形成。暂时性肠套叠具有套入长度短、直径小、不伴有肠壁水肿，数十分钟或数小时后复查，套叠包块消失等特点。动态腹部彩超检查有助于发现小儿暂时性肠套叠。具备以下超声特点有助于诊断：套叠包块一般位于脐周围，活动度大；套入的长度多小于4cm；套叠直径多小于2.5cm，无肠壁增厚（肠壁水肿）

征；腹部同时发现多个套叠包块存在；套叠内无肿大淋巴结。

二、医源性肠套叠

小儿肠套叠以原发性为主，其中医源性肠套叠发病几率不容忽视。治疗性药物灌肠时可机械性改变小儿肠道蠕动节律，引起局部肠蠕动亢进或减弱，并可不同程度地损伤肠道黏膜，引起局部肠管器质性改变，诱发肠套叠。口服缓泻剂及胃肠动力药物均可引起肠道痉挛或蠕动不同步，局部肠管蠕动剧烈而相邻肠管蠕动相对缓慢或肠壁松弛时，极易造成痉挛及蠕动亢进。肠管进入松弛或蠕动缓慢的肠腔内，形成肠套叠。当临床有上述治疗情况时，临床医生应引起重视，要想到肠套叠的可能，以便及时早期诊断与治疗。

三、小儿器质性疾病合并肠套叠

近年来，小儿器质性疾病合并肠套叠发病有上升趋势，临床报道逐渐增多。复习文献大致可归为以下五大类：

1. 某些系统性疾病

文献报道较多的是过敏性紫癜。肠套叠是过敏性紫癜常见的外科并发症，有人统计占总患儿的 3.5%。好发年龄在 6 岁左右，其套叠部位大部分在小肠。上述特点有别于原发性肠套叠，后者好发年龄在 2 岁以内，套叠部位多在回盲部。过敏性紫癜患儿由于机体毛细血管对某些物质发生变态反应，致毛细血管的通透性增强，使肠壁发生广泛性水肿、淤血、血肿、肠系膜淋巴结肿大，胃肠功能紊乱，致使肠道发生不规则运动，痉挛，形成肠套叠。如套入的肠管坏死，会对肠系膜的张力变大，血循环障碍严重，则容易引起肠坏死等严重并发症。另外，系统性红斑狼疮、胃肠道贝赫切特病（白塞病）、糖尿病、腹泻型甲亢等也有发生小儿肠套叠的疾病基础，临床也须加以注意。

2. 小儿肠道器质性疾病

小儿肠道器质性疾病合并肠套叠报道较多的有轮状病毒性肠炎或细菌性痢疾。其它疾病合并肠套叠少见，都是个案报道：如急性阑尾炎、小儿肠伤寒、克罗恩病、回盲部非何杰金淋巴瘤等。另外，成人尚有十二指肠肿瘤引起肠套叠的罕见报告，需引起临床医生注意。

3. 先天性遗传疾病

先天性遗传疾病有美克耳憩室、黑斑息肉病、肠道息肉病和异位胰腺等。先天性遗传疾病并肠套叠既有成人患者，也有小儿患者。黑斑息肉病的发生原因与肠道息肉

有关；国内文献迄今仅报告 11 例异位胰腺合并肠套叠，其中 10 例位于回肠，可见回肠是异位胰腺最易发生肠套叠的部位。

4. 上呼吸道感染或呼吸道疾病

临床有上呼吸道感染、肠系膜淋巴结炎、婴幼儿肺炎等报告。发生原因可能与病毒感染、肠功能紊乱等因素有关。纪殿玲等报告 8 例婴幼儿肺炎合并肠套叠显示患儿早期表现有：阵发性哭闹、呕吐、腹胀、拒乳、腹部包块、肠鸣音亢进，晚期表现有面色苍白、精神萎靡、腹胀加重、血便或果酱样便、肠鸣音消失。婴幼儿肺炎合并肠套叠可能与肺炎时肠管相对处于缺氧及二氧化碳潴留状态，导致肠蠕动紊乱而诱发肠套叠。

5. 腹部外伤与外科手术

李君贵等报道 1 例 9 岁因坐摩托车被摔伤后，由于肾损害并发肠套叠的病例。其原因为肾损伤引起腹膜后血肿，早期因血肿刺激使小肠蠕动异常而发生套叠。由于外伤因素影响，肠套叠症状易于被掩盖，所以要求临床医生在进行手术剖腹探查时一定要细心、认真，以免漏诊；另外，尚有阑尾炎手术后合并肠套叠的报告，提示临床医生要注意术后观察，对于腹部手术后的小婴儿，应积极预防术后肠套叠的发生，对已发生肠套叠患儿，做到早发现、早诊断、早治疗。

四、新生儿肠套叠

急性肠套叠在我国发病率较欧美为高，约占新生儿的 4-5%。周健报道 1 例围产期窒息新生儿合并肠套叠病例，提示临床医生围产儿窒息持续时间严重缺氧过程是发生肠套叠的诱因，肠管结构发育不完善是主要原因，早期预防可降低围产儿肠套叠发生率。值得注意的是，新生儿肠套叠可伴有器质性疾病或消化道畸形。临床发现新生儿肠套叠时，需注意排除是否同时存在器质性疾病或消化道畸形。

虽然绝大多数原发性肠套叠发生在婴幼儿，继发性肠套叠多见于成人患者。但是随着人们对于小儿肠套叠认识深入和提高，由于婴幼儿回盲部系膜尚未完全固定，活动较大是容易发生肠套叠的结构上因素；一些器质性疾病由于肠功能紊乱、间接或直接影响肠腔构成套叠起点可以导致特殊类型肠套叠的发生。不可否认，小儿器质性疾病合并肠套叠可能会越来越多，值得引起临床医生的高度关切与重视。

带状疱疹的治疗体会

作者：马龙驹

链接：<https://article.iayi.com/detail/412316.html>

带状疱疹是由水痘一带状疱疹病毒引起的一种常见的病毒性皮肤病，临床上表现为带状分布成簇的皮疹和神经痛，为临床常见病及多发病。带状疱疹在发疹前、发疹时、疱疹消退后均可伴有神经痛，统称为带状疱疹相关性疼痛。疼痛在疱疹消退后仍然存在并持续 1 个月以上，为带状疱疹神经痛；疼痛持续 3~6 个月以上，为带状疱疹后遗神经痛。



图片来源：123RF

水痘一带状疱疹病毒一般是通过呼吸道粘膜进入人体，通过血液传播后在皮肤部位出现水痘的症状。也有部分的患者不会出现明显的水痘的症状，只在特定情况下出现疼痛的症状，为隐形感染的病毒的携带者。

神经疼痛是带状疱疹的主要的症状之一，以单侧胸背部，头面部等部位多见。疼痛可以是间歇性的或者为持续性的，一般表现为跳痛、刺痛、电击样疼痛或者表现为皮肤对疼痛的明显的过敏的现象。一般出现上述的症状合并出现带状排布的水疱，带状疱疹病毒感染诊断即可明确。

对于带状疱疹的治疗主要分为以下几个方面：1. 系统的抗病毒的治疗：主要的抗病毒药物为阿昔洛韦和伐昔洛韦。根据本人的治疗经验，一般建议在皮疹出现的 72 小时内进行抗病毒治疗，一般需要正规的抗病毒治疗一周左右的时间，只有及时正规的抗病毒治疗，才可能有效缩短带状疱疹病程，减轻皮疹严重程度，加快皮疹恢复，减轻急性期疼痛，缓解急性期带状疱疹相关疼痛症状。2. 对于糖皮质激素的选择。糖皮质激素可以减轻患者的炎症，降低神经元损伤，缓解疼痛，对预后有利。但是糖皮

质激素是免疫抑制剂，而带状疱疹的患者往往存在细胞免疫的低下，容易导致病情的加重，本人通过多例的带状疱疹患者的治疗后发现急性期短期系统应用糖皮质激素虽然不能有效预防带状疱疹后遗神经疼痛的发生的几率和疼痛症状，但可缓解急性期的疼痛症状，并能够加速皮损愈合。所以本人认为严重带状疱疹患者如果没有明显的禁忌，在规范的抗病毒药物治疗的同时，可以联合使用糖皮质激素治疗。3. 对于有肾功能不全的患者的带状疱疹的治疗，一般口服药物选择溴夫定，因为该药物经过肾脏排泄少，对肾功能影响较小，而不应该选择阿昔洛韦静脉滴注治疗，因为滴速较快的时候可能会产生肾功能损伤的现象，口服阿昔洛韦也需要进行减量使用。4. 对于孕妇患有带状疱疹时候，一般不建议使用抗病毒治疗，进行对症治疗，继续观察病情变化，如果病程中发生了病情的变化，需要权衡利弊后及时使用抗病毒治疗。5. 对于儿童带状疱疹的患者一般也是不建议使用抗病毒治疗，如果出现了明显的并发症或者患儿有免疫缺陷疾病病史，那就需要及时进行抗病毒治疗。6. 对于老年患者出现带状疱疹感染，由于基础疾病多，带状疱疹发病往往不典型，在潜伏期往往只有疼痛而无皮疹，容易出现误诊或者漏诊的现象。本人遇到 1 例老年患者，首发症状分别为头面部疼痛麻木现象，患者有颈椎病、颈椎椎间盘突出的病史，故考虑为颈椎病发作，进行对症治疗，治疗后症状未见明显缓解，于治疗后第五天在头面部出现了皮疹，后考虑为带状疱疹的感染，给予抗病毒治疗一周后病情好转。另外 1 例患者主要症状为胸痛，检查胸部 CT 考虑为肺部感染，患者有慢性支气管炎病史，给予抗感染对症治疗，疼痛未见明显好转，于入院后第三天出现了肋部的皮疹，考虑为带状疱疹感染，给予结合抗病毒治疗后好转。

以上即为本人的治疗体会，对于有胸部、头面部无明显诱因的疼痛，并且疼痛的性质为刺痛、跳痛、电击痛的患者需要排除是否有带状疱疹的可能，早期在对症治疗的同时，需要密切观察病情变化，如果出现明显的皮疹，需要及时进行抗病毒治疗。

责任编辑：寒冰

编辑：刘延红大夫

第二部分——中医部分

中医与疾病——麻黄附子细辛汤

作者：田丰辉

链接：<https://bbs.iiyi.com/thread-3460375-1.html>

麻黄附子细辛汤与四君子汤、“肾四味”合用

用于治疗脾肾阳虚导致的乏力、嗜睡，腰酸困不适，腿酸软乏力，尤以午后或房事后症状最为明显，伴畏寒，手足冰冷，便溏，性功能减退，早泄，阴囊冰凉，或见月经量少等症状，舌质淡，或淡红，或见舌质红，舌边齿痕，舌苔薄白，其脉必见沉细。处方：麻黄 10 克，制附片 30 克（先煎煮 1 小时），细辛 6 克，党参 15 克，白术 15 克，茯苓 15 克，淫羊藿 30 克，菟丝子 15 克，枸杞子 15 克，补骨脂 15 克，桂枝 15 克，生姜 30 克，炙甘草 6 克。

腰痛明显者加杜仲 15 克，巴戟天 15 克；

湿邪明显者加藿香 15 克，佩兰 15 克；

某男，藏族，38 岁，已婚，诉容易犯困伴腰酸不适 3 月。患者体型稍胖，近 3 月来无诱因出现腰部酸困不适，伴容易疲倦，每天必须午睡方觉舒服，不然下午上班没有精神，便溏，粘马桶，舌质红，舌边齿痕，舌苔薄，脉沉。此为脾肾阳虚，予上方治疗月余，上述症状消失。

某男，汉族，42 岁，已婚，诉同房后腰酸腿软半年余。伴晨勃较少，阴囊冰冷，午后乏力，便溏，舌边齿痕，舌质红，舌苔薄白，脉沉弦，予上述处方治疗 1 周，上述症状既有改善，服药 3 周，诸症若失。

笔者常用江油附片，先煎煮 1 小时，然后再与其它药物一起煎煮，效果较好。

“肾四味”是李可老前辈常用的处方，张存悌先生在《霹雳大医李可》一书中写到：“四药入肝肾，药性和平，温而不燥，润而不膩。益肾精，鼓肾气，温阳无桂附之弊，滋阴无熟地之弊。阴中有阳，阳中有阴”，合乎景岳公“善补阳者，须从阴中求阳，则阳得阴助而源泉不竭；善补阴者，须从阳中求阴，则阴得阳升，而生化无穷”之妙。笔者凡遇下元亏损，肾阳虚未至手足厥逆，肾阴亏未至舌光无苔，而属肾气、肾精不足之症，凡有腰困如折，不能挺直，甚则腰弯如虾状，头目昏眩，记忆衰退，体虚感冒，阳痿遗精，小儿遗尿，老人小便余沥，夜尿频多，足膝酸软，肾不纳

气(加胡桃肉与补骨脂为青蛾丸)久病及肾等症,万病不治,求之于肾,用之效若桴鼓。贫穷病人可代价昂之鹿茸。上四味合盐巴戟肉、盐杜仲、骨碎补、川断、仙茅、沙苑子为“肾十味”,对男女不育、骨质增生、老年前列腺退化性病变、更年期综合症等,随症选用,疗效满意。

逍遥散汤剂加味治疗皮肤过敏症 2 例

作者: 取法乎上

链接 <https://bbs.iyi.com/thread-3437179-1.html>

案验一: 莎莎, 男, 7 岁, 2018 年 3 月 18 日来诊, 家长代诉: 皮肤过敏, 后背皮肤红色斑疹如绿豆大带鳞屑者较多。伴烦躁多动, 喘息状且时有干咳, 大便干硬, 有鼻出血病史, 易出汗。粉尘、动物皮毛、花粉、鸡蛋食物均过敏。曾在某三甲医院经西医诊断为肺功能不好。患儿平时吃甜食如奶酪、巧克力等很多。

脉诊: 左寸关弦细, 右寸浮细、关濡缓见弦。舌象: 舌质淡红、舌尖红色有刺点, 苔薄白。

处方: 北柴胡 6 克, 当归 6 克, 生白芍 10 克, 茯苓 12 克, 薄荷 3 克, 大枣(劈) 2 枚, 党参 10 克, 生黄芪 10 克, 炒苍术 5 克, 生地 12 克, 路路通 10 克。五剂, 水煎服。

2018 年 3 月 24 日二诊: 家长代诉: 服药以后身背及两肋下痒疹减轻, 时有干咳, 喘息好转, 患儿对装修的新画有些敏感。

脉诊: 左脉见弦细(较前缓解), 右关弦细。舌象: 舌质淡红、舌尖红, 苔薄白。

处方: 北柴胡 8 克, 生白芍 12 克, 当归 8 克, 茯苓 12 克, 党参 10 克, 生黄芪 10 克, 生白术 10 克, 路路通 10 克, 五味子 3 克, 蝉衣 6 克, 炙甘草 3 克, 杏仁 8 克, 前胡 5 克, 荆芥 5 克。四剂, 水煎服。

2018 年 4 月 08 日三诊: 家长代诉身体痒疹完全消失(验看), 喘息多汗完全消失, 大便呈香蕉状, 小便带黄色。对动物皮毛敏感度弱微。脉诊: 左脉稍弦, 右脉稍弦滑。舌象: 边尖稍红, 苔薄。

处方: 北柴胡 8 克, 生白芍 12 克, 当归 8 克, 茯苓 12 克, 党参 10 克, 生黄芪 10 克, 生白术 10 克, 路路通 10 克, 五味子 3 克, 蝉衣 6 克, 生地 10 克, 紫草 6 克, 炙甘草 3 克, 五剂, 水煎服。嘱咐家长监控奶酪巧克力进食数量, 可以服蜂蜜水。不出意外疗效应在预期中。

案验二：病患，女，21岁，体型瘦高，有花粉、动物皮毛及奶制品过敏史。自诉：月经周期不规律，3天至21天不等，月经有血块，颈椎僵硬，心烦躁，精神很紧张，眩晕，情绪不好时腕闷手凉，有多次晕倒病史。

诊脉：左寸细弱，关弦细，尺细；右寸桡边脉，关浮弦，尺弱。诊舌：质淡红，苔薄白，有双涎线。辨为肝郁血虚，脉络不通。

处方：柴胡15克，香附12克，当归15克，赤白芍各15克，云苓15克，白术15克，鸡血藤30克，生姜五片，大枣五枚（劈），薄荷10克，葛根30克，乌梅10克，姜黄8克。五付，水煎服，日分三服。

2017年11月11日来诊，述对动物皮毛过敏已经消失，正常接触小动物安然无恙。

两则案验总结：

1. 过敏症病患多脉成弦细，触之左关脉均应手清晰，提示过敏症应定为为肝经病变，两则案验患者均具烦躁不宁症状。

2. 逍遥散汤剂为对症之方，加味药应用靶性药，荆芥、薄荷、蝉衣、乌梅诸味，血热入生地紫草，效果可以立竿见影。

3. 过敏症西医病因不清，治疗乏效者多多。肝经郁热定为主症，清郁热同时须行血，“血行风自灭”痒疹自消。路路通的使用为杨承歧医师治疗荨麻疹独特经验特记之。

4. 注重交代饮食宜忌，儿童发生肝经郁热与七情关系不大，往往过食糖类酝酿血热生郁。

病案五篇

作者：荆州徐峰

链接：<https://bbs.iiyi.com/thread-3437288-1.html>

病案1：胃痛

患者，男。

初诊：2017年12月4日

主诉：胃脘胀痛10余天，患者于10天前服糍粑2块，次日出现胃脘胀痛，按之加重，伴泛酸口干，大便3日未行，经服用奥美拉唑和西沙必利片一周效果不显，食欲减退，来诊。

刻诊：时打酸嗝，脘腹隆起，按之胀痛明显，舌淡苔黄腻，脉滑。

诊断：胃脘胀痛

病机：饮食克胃，气机失和。

治法：消食和胃，行气通腑。

方药：保和丸合大承气汤加减

处方：姜半夏 15 克，炒山楂 30 克，茯苓 30 克，陈皮 20 克，连翘 30 克，莱菔子 30 克（打），神曲 20 克，枳壳 30 克，厚朴 30 克，大黄 30 克（后下），玄明粉 10 克（冲服）。三剂。

煎服法：将上药（除大黄、玄明粉外）用冷水 2000ml，浸泡半小时，先大火熬开，加大黄，熬 15 分钟后将药渣过滤，药汁冲化玄明粉，饭后一小时温服；每付药浓煎 2 次将药汁混合，服用 2 天约 6 餐。

二诊：2017 年 12 月 11 日

自诉服上方一天后，肠道咕咕直响，解出没有完全消化的褐色大便，一天 4 次，打嗝消失、腹痛减轻，下腹变软，食欲增加，药以见效，中病即止，改六君子汤加减善后：

姜半夏 15 克，陈皮 20 克，党参 30 克，炒白术 30 克，白茯苓 30 克，甘草 12 克，枳壳 30 克，炒山楂 30 克，大枣 20 克，生姜 3 片。三剂善后。

按语：胃以降为顺，该患者因食用糯米，食积中阻，脾胃运化失常，腑道不通，当下难下，故胃脘胀痛，按之如鼓，我以保和丸消食和胃加大承气汤行气通腑，浊气出、胃气降、脾气则升，故胃痛消失，食欲增加，病得痊愈。

医案 2：眩晕

患者，女，65 岁。

主诉：头晕伴恶心乏力 2 天。

初诊：患者 3 天前晨起时，突感头晕目眩，恶心欲吐，眼睛发胀，经当地输液 2 天恶心缓解，眩晕依旧，伴夜间口干欲饮，视物模糊，要求中药口服。

刻诊：舌淡苔厚腻，脉滑。

诊断：眩晕

病机：风痰上扰 蒙蔽清窍

治法：燥湿化痰 平肝清热

方药：半夏白术天麻汤加减

法夏 15 克，白术 20 克，天麻 20 克，橘红 20 克，茯苓 30 克，菊花 15 克，蔓荆子 20 克，甘草 12 克，桑叶 15 克，夏枯草 15 克。三剂。

煎服方法：将上药加水 1500ml 浸泡 30 分钟，先大火煮沸再小火慢煮 30 分钟去渣，再加水 1000ml 再煎混合，饭后服用 150ml。

二诊 2017 年 2 月 27 日

患者服用后头晕、目胀减轻，口干明显好转，食欲增加，精神转好，十分感激，只是视物依旧模糊，舌苔没有那么厚了，按原方加枸杞继续服药。

法夏 15 克，白术 20 克，天麻 20 克，橘红 20 克，茯苓 30 克，菊花 15 克，蔓荆子 20 克，甘草 12 克，桑叶 15 克，枸杞 20 克，夏枯草 15 克。三剂。

煎服方法同上。

三诊：2018 年 3 月 5 日

患者头晕消失，目胀减轻许多，口干有时，食欲正常，精神较好，诉近几个月来小便夜间 4 次，因症状减轻，不愿喝汤剂，以蜜丸继续巩固治疗。

方药用杞菊地黄丸+缩泉丸加减。

枸杞 90 克，菊花 90 克，枣皮 120 克，生地 120 克，山药 60 克，茯苓 30 克，泽泻 90 克，丹皮 60 克，益智仁 150 克，乌药 60 克，天麻 90 克，夏枯草 90 克。

服用方法：每次 9 克，一天两次，饭后服用。

体会：临床上这样的病人很多，多因期间饮食不节，过食肥甘厚腻之品，聚食生痰，阻遏中焦，又复肝火上扰，故出现头晕目眩、恶心欲吐之证，本方以半夏白术天麻汤，燥湿化痰，平肝熄风，加菊花、蔓荆子、夏枯草清肝泻热，共奏燥湿化痰，清热平肝，故眩晕即止，身体得舒，后期以杞菊地黄丸滋养肝肾，巩固疗效。

病案 3：五更泄

患者，女 50 岁。

初诊：2013 年 6 月 4 日

主诉：天亮前腹痛、腹泻。

患者自一个月前开始，每天早晨 5 点左右开始出现腹痛，即泄不成形大便，泻后则舒，伴腹部发凉，食欲不振，因经常中班，早上想睡觉，患者十分痛苦，半月前经人介绍来诊，喜饮温水，腰痛，小便频数。舌淡苔薄白，脉沉。

辨证分型：五更泄（脾肾阳虚型）

治则：温补脾肾 涩肠止泻

方药：四神丸合附子理中丸加减

肉豆蔻 20 克，吴茱萸 15 克，五味子 20 克，故子 20 克，制附子 15 克（先煎），红参 12 克，炒白术 20 克，干姜 15 克，杜仲 9 克，炙甘草 15 克，焦山楂 12 克，大枣 5 枚。五剂。

煎服方法：将制附片与甘草加水 250ml，大火熬开，再小火煎煮半小时，和余药同煎 2 次分服，每次饭后半小时服 150ml。日三次。

二诊：2013 年 6 月 17 日

诉服完 3 剂早晨不再腹痛，大便推迟到早餐后，每日一次，已成型，无腹痛，腹部发凉减轻，食欲增加，按原方加山药 30 克，再进 3 剂巩固疗效。

肉豆蔻 20 克，吴茱萸 15 克，五味子 20 克，故子 20 克，制附子 15 克（先煎），红参 12 克，炒白术 20 克，干姜 15 克，杜仲 9 克，炙甘草 15 克，焦山楂 12 克，大枣 5 枚，山药 30 克。三剂。

煎服方法：同上。

三诊：2013 年 6 月 25 日

患者大便每天上午一次，已成型，腰痛好转，食欲蛮好了，舌淡，苔白腻，脉沉，诸证已除给予理中丸 2 瓶，巩固疗效。

体会：五更泄，又名鸡鸣泄、晨泄，是指黎明之前，五更时分出现的泄泻。此病多由肾阳不足，命门火衰，阴寒内盛所致。主要临床表现为：黎明泄泻，肠鸣脐痛，泻后痛减，大便稀薄，形寒肢冷，四肢不温，腰膝酸冷，疲乏无力，小便清长，夜尿频多，舌质淡，苔白，脉沉细无力等，本人主要以四神丸温肾散寒，涩肠止泻，加附子理中汤温补中焦脾胃，故取得满意疗效。

病案 4：荨麻疹

患者，女，38 岁。

初诊：2017 年 8 月 30 日。

患者于今年 4 月份生小孩后出现躯干部出现粉红色风团，边界清楚，瘙痒难忍，抓痕色红有皮屑脱落，西医以抗过敏药内服、静脉点滴，只能临时解除不适。近来瘙痒加重，夜间难以入睡。平素喜吃海鲜。刻诊：以肚腹风团明显，约硬币大小，边界清楚，四肢也隐形少许，伴心烦易怒，口干欲饮，舌红苔黄腻，脉浮数。

中医诊断：风疹（荨麻疹）

病因病机：血虚生风，素体郁热。

治疗原则：养血祛风，清热燥湿。

组方用药：消风散合四物汤加减。

当归 30 克，生地 30 克，防风 20 克，知母 30 克，苦参 30 克，蝉蜕 10 克，苍术 20 克，荆芥 15 克，赤芍 20 克，川芎 30 克，木通 15 克，徐长卿 30 克。五剂。

煎服方法：将上药加水 1500ml 浸泡 30 分钟，先大火煮沸再小火慢煮 30 分钟去渣，再加水 2000ml 再煎混合，饭后服用 150ml。

二诊：2017 年 9 月 9 日。

患者服药后风团变小，口干减轻，风团发作以睡前明显，最近感觉梦多，原方加酸枣仁、夜交藤继续服药，开方如下：

当归 30 克，生地 30 克，防风 20 克，知母 30 克，苦参 30 克，蝉蜕 10 克，苍术 20 克，荆芥 15 克，赤芍 20 克，川芎 30 克，木通 15 克，徐长卿 30 克，酸枣仁 20 克，夜交藤 30 克。五剂，煎服方法同上。

三诊：2017 年 9 月 20 日

患者服用后肚腹周围风团发作很少了，风团也小些了，做梦好转，但下肢大腿部风团此起彼伏，瘙痒减轻了，可以入睡，原方去枣仁，夜交藤，加独活、牛膝继续服药。

当归 30 克，生地 30 克，防风 20 克，知母 30 克，苦参 30 克，蝉蜕 10 克，苍术 20 克，荆芥 15 克，赤芍 20 克，川芎 30 克，木通 15 克，徐长卿 30 克，独活 30 克，牛膝 20 克。五剂 煎服方法同上。

四诊：2017 年 9 月 30 日

患者躯干部、肚腹周围没有复发，下肢臀部及大腿有时起几个零星风团，但很快就消失了，口干没有了，以为病好了，三天前朋友聚会，吃了辛辣海鲜，下肢臀部出现块状风团，瘙痒加重，伴大便不爽给予中药继续内服，外用芒硝、白矾外洗局部开方如下：

当归 30 克，生地 30 克，防风 20 克，大黄 12 克，苦参 30 克，蝉蜕 10 克，苍术 20 克，荆芥 15 克，赤芍 20 克，川芎 30 克，木通 15 克，徐长卿 30 克，独活 30 克，刺蒺藜 15 克。五剂 煎服方法同上。

五诊：2017 年 10 月 11 日

患者上方外洗和中药口服治疗，风团 2 天完全消失，最近全身皮肤没有出现风团，

也不瘙痒了，感觉头晕，蹲着起来头晕加重，眼睛发花，奶水较前减少，个人分析为邪去正虚之像。

治则：补气养血，培固虚损。

方药：四物汤合玉屏风散加减

当归 30 克，川芎 20 克，白芍 30 克，熟地 30 克，生地 30 克，黄芪 60 克，白术 30 克，防风 15 克。

患者经过 5 次近 23 剂的中药治疗，就没有过来了，在我思索到底治好没有时，患者于 11 月 27 日过来熬膏方，（以经常头晕，面色恍白）诉服药后风团自药停后再没有发作，我也深感欣慰。

体会：患者平素爱吃海鲜，属是湿热蕴结之体，加上怀孕后气血濡养胎儿，产后血脉空虚，更易血虚生风，故出现肌肤失养发为风团，出现此证，瘙痒难忍，治疗当以四物汤养血活血，消风散祛风清热止痒，故能显效，即使病症消除，也该想到四物汤养血固本，玉屏风散坚固皮肤屏障。

病案 5：乳腺增生症

患者，女，39 岁。

初诊：2016 年 11 月 10 日

患者平时每次经前双侧乳房胀痛，按之有块，月经来潮后乳胀消失，近两个月来月经来潮后胀痛不会减轻，按之有块，伴月经量减少，经仪器扫描显示双侧乳腺增生，并有大小 7mm×4mm 的包块。经人介绍来我处中药治疗，此时月经干净 3 天，双侧乳房胀痛明显，左侧尤甚，按之明显，白带偏黄，口干易怒，色红苔滑，脉弦。

中医诊断：乳核

病因病机：肝郁脾虚 痰气互结。

治疗原则：疏肝理脾

处方用药：丹栀逍遥散合消瘰丸加减

丹皮 20 克，栀子 15 克，柴胡 30 克，当归 20 克，茯苓 30 克，白术 20 克，玄参 30 克，牡蛎 50 克（先煎），浙贝 20 克，昆布 30 克，海藻 30 克，青皮 20 克，川楝子 20 克，夏枯草 30 克。五剂。

煎服方法：将牡蛎加水 250ml，先煎开，再用小火熬 30 分钟，倒入余药加水同煎，2 次混合，每次服用 150ml 饭后服用。

二诊：2016 年 11 月 23 日

患者服药后矢气较多，乳胀明显减轻，按之硬块较前柔软，心情平和一些了，月经将至，今天隐隐腹痛，按原方加玄胡继续服用。

丹皮 20 克，栀子 15 克，柴胡 30 克，当归 20 克，茯苓 30 克，白术 20 克，玄参 30 克，牡蛎 50 克(先煎)，浙贝 20 克，昆布 30 克，海藻 30 克，青皮 20 克，川楝子 20 克，夏枯草 30 克，玄胡 20 克。

五剂，煎服方法：同上。

三诊：2016 年 12 月 4 日

患者偶尔感觉乳房胀痛，包块按之不显，这次月经来潮 5 天，经量增多，颜色较前鲜红，白带还是有，按原方去丹皮、栀子、玄胡，加蒲公英、薏仁米；白术易苍术。

柴胡 30 克，当归 20 克，茯苓 30 克，苍术 15 克，玄参 30 克，牡蛎 50 克(先煎)，浙贝 20 克，昆布 30 克，海藻 30 克，青皮 20 克，川楝子 20 克，夏枯草 30 克，蒲公英 30 克，薏仁米 30 克。

三剂，煎服方法：同上。

四诊：2016 年 12 月

患者乳房胀痛基本没有了，白带减少，有时和孩子生气，乳房偶尔跳痛，很快消失，给予中药蜜丸巩固疗效。

处方用药：逍遥散、柴胡疏肝散合消瘰丸。

柴胡 90 克，当归 90 克，白术 60 克，茯苓 60 克，香附 60 克，枳壳 60 克，昆布 120 克，海藻 120 克，浙贝母 60 克，玄参 90 克，炮甲 30 克，山慈菇 90 克。

服药方法：每次一药杯（约 9 克），每天 2 次饭后一小时服用，经期停药。

患者于 2017 年 6 月 10 日带妹妹过来看病，自诉服完蜜丸，乳房平时不胀了，来月经前有点，硬块没有了，我也深感欣慰了。

被忽略的膝关节痛

作者：guitaren

链接：<https://bbs.iyi.com/thread-2476103-1.html>

膝关节鹅跖囊炎，或者叫鹅足囊炎。

这个病并不复杂，鹅跖囊是膝关节的一个关节囊，位置大概在胫骨平台下方膝关节内侧，就像鹅的掌一样，故而命名。是个关节囊就可能发炎，发炎后就会引起疼痛，典型的会在关节囊上疼痛，检查局部压痛，行走或受力活动时都会出现疼痛，因

为位置的原因，大多数患者被误诊成内侧副韧带损伤、炎症之类的疾病，用了很多方法效果并不是很理想，就是因为诊断上的错误。

不典型的鹅跖囊炎症状表现可以出现膝关节活动时的疼痛，疼痛表现在髌下、髌内侧缘、内侧副韧带，多数为膝关节行走、活动时的顶痛，患者会告诉你行走时感觉膝关节上下两个骨头顶在一起痛，但是痛点的压痛并不明显或者没有压痛，膝关节X片没有问题，大多数的医生会诊断为骨性关节炎，或者髌骨软化症等等，甚至告诉患者这是骨质增生症！我曾说过，一般的骨质增生不会引起疼痛，反而会减轻疼痛，真正由骨质增生引起的疼痛是非常少见的。当然首先我们是一定要先排除骨性关节炎可能的，在排除之后，我们就必须要考虑鹅跖囊炎了，典型的诊断体征是疼痛加上鹅跖囊的压痛，有时候可以在鹅跖囊处摸到结节。

再说说治疗，这个病治疗很简单，我的个人经验，阿是穴火针刺效果很不错，治疗方法对于没有触及到结节，只有压痛的患者采用火针治疗，有时候在火针扎过后能看到针眼渗出透明的胶状物质，就是关节囊液，几乎可以判断是鹅跖囊高压。没有也没关系，扎过之后绝大多数患者都会好。手法治疗主要是内收肌松解和比目鱼肌松解，但是一般扎过火针都好了，不做松解也可以。对于可触及结节的患者来讲，火针也可以，但是有时候会适得其反，这种患者推荐小针刀松解术，就是松解摸到的小结节，松完就好。

两个病例，第一个是个男性患者，40岁左右，膝关节痛，行走时疼痛，静息时候不痛，来诊时只有鹅跖囊有压痛，他告诉我，我们这边一个大医院的骨科专家告诉他他是膝关节炎，有个中医老医生说是类风湿，也有人说是筋膜炎，打过玻璃酸钠、封闭、吃过氨基葡萄糖，做过手法、针灸、贴过无数种膏药，但是都不好，最多就是疼痛稍有一点缓解，而且缓解时间不长，经我诊断为鹅跖囊炎，因为没有触及结节，采用火针治疗，三天一次，一共做了三次痊愈，第一次扎完以后疼痛就明显缓解，但是还存在，在扎过第三次之后，疼痛完全缓解。

第二个病例，同事的母亲，女性，60岁左右，双膝关节疼痛，受力状态下活动疼痛加重，有上下关节顶痛感，本院骨科诊断骨性关节炎，本地最好的医院骨科诊断骨性关节炎，本地最好的骨科医院诊断类风湿性关节炎，来诊时抱着试一下的心态，触诊可摸到小结节，她告诉我，骨科医生跟她说那是类风湿小结，她有类风湿病史，经我诊断鹅跖囊炎，因为有小结节，采用针刀治疗，小结节松解，今天第四次来，膝关节疼痛几乎消失，现在来的目的是治疗颈椎病。

最后提醒一点，膝关节鹅跖囊炎也是一个常见病和多发病，不要把膝关节痛总是归于骨性关节炎等，没看好的病一定要去找一下病因，总有那么多的病是我们所不知道的，而这个病，是我们所忽略的，希望大家能记住它，在疗效不好的时候考虑一下。

经络、经筋两法合一治愈手指发麻

作者：lqs1944

链接：<https://bbs.iiyi.com/thread-3431087-1.html>

手指发麻是一种常见病、多发病，因手麻与神经传导有关，又变成了疑难症。中西医都在不同领域探讨手麻发病的病因，大多数人士认为，手指发麻与神经损伤有关，如，末梢神经炎、尺神经损害、正中神经损害、桡神经损害、臂丛神经损害，以及颈椎病。还有的人认为，手指麻是中风前兆、糖尿病、类风湿性关节炎，心血管堵塞、酒精中毒、手机肘等原因。既然认定手指发麻与神经有关，自然检查也要从神经系统着手检查和治疗，因在病因判断上有误，治疗效果往往不理想。

祖国医学的宝库是集医学之大成，能破不解之谜，好多医学难题都可以从中找到正确的答案，经络法、经筋法，就是指导我们临床的两大法宝，只要你正确科学的运用它，什么难题都可以变得轻松自在，治疗手指发麻亦应如此。只要运用经络法、经筋法治疗手指发麻，无论是病因判断，以及病症治疗都容易的多。我运用经络法、经筋法，曾治疗多例手指发麻的病症，基本上都是立即见效，几天就痊愈了。下面我列举一例治疗手指发麻的病例，从中看到祖国医学，永远是指导医学领域的前瞻科学。

有一位女士，因右手中指、无名指、小指发麻来诊。这位女士说，我这几天右手中指、无名指、小指始终发麻，起床就感觉到麻。发病后及时到医院检查，有的医生说我是颈椎有病，让我做 CT 检查，还有的医生说，是神经系统疾病，建议到神经科检查，结果在医院的好多科转了一圈，也没有看明白手麻到底是什么病，最后，给我开点有关治疗神经的药，到现在病症也没有得到缓解。

听完她的讲述后我对她说，手麻是内脏患病的一种表象，并不是患病的病因，没有医院医生说的那么严重，胳膊上面通过的只有心和肺，既然在胳膊上有病，病因一定产生在心和肺之间，手发麻还会跑到脾胃吗？你的病症发生在手上，应与某个经络传导受阻有关。经络是为脏腑提供气血的通路，只要患病病因确定后，调整患病的经络，扩充经络、活血化瘀，经络畅通了，病症可立即好转，这就是祖国医学与现代医学的不同之处。

患病病因根据病症的表象，已经初步的做出了判断，但发病的具体病因，在心还在肺，要通过诊脉进一步观察，才能做出最后的定论。

经诊脉，左脉实、数，而余脉平。从脉象上看，此病症来源于心，是心气运行受阻所致。病因清晰了，我根据患病的病因，运用经络法，选择通往心脏的心经、小肠经、心包经、三焦经，点按心经等经络上的穴位，使之阴阳平衡。然后，又根据“实则泻之”的原则，五行生克的属性，选择脾经、胃经，点按脾胃经上的穴位与之相泻。按照这个思路治疗后，气血循环通过穴位转运，使之发生了改变，第二天中指就不再麻了。

手麻经过几天的治疗，中指发麻的状态恢复了，但无名指和小指发麻并没有改善，为什么采用同样方法，却取得不同疗效呢？说明中指和无名指、小指发麻并不是一个病因，因此，不应该再按照此方法治疗下去，需要重新探讨发病的病因。

手指发麻是病发在胳膊上，从经络上看，小指是心经运行的通路，无名指是三焦经运行的通路，发麻的病因绝不会脱离心经和三焦经，所以，仍然在心经和三焦经的通路上查找病因。

经络和经筋是同行的两条通路，在胳膊上通行的有心经、小肠经，心包经、三焦经，与其同行的还有心经经筋、小肠经经筋、心包经经筋、三焦经经筋，有可能在这几条经筋上出现问题，绝不会出现“第三者”。于是我运用经筋法，同时在两胳膊心经经筋同行的部位触摸，发现右胳膊尺侧腕伸肌的肌腱处，隆起了一个大的筋结。无名指、小指发麻的病因清楚了，原来是由于心经经筋形成的这个筋结，气血循环不畅，出现气滞血瘀，造成了无名指、小指气血运行受阻所致，因此，可以确定这个大筋结，就是无名指、小指发麻的治疗点。

新的病因找到了，我在筋结周围选择有关的治疗点，然后，用手指轻轻的在揉按，随着治疗的不断的进展，发麻也逐渐的减轻。病情好转证实胳膊尺侧腕伸肌的肌腱处，是无名指、小指发麻的治疗点。尺侧腕伸肌的肌腱处的筋结，经治疗不断的消退，发麻的症状也不断的好转，十几天的治疗，筋结处平坦了，经络和经筋气血循环畅通了，无名指和小指再也不麻了，祖国医学中的经络法和经筋法，治愈了手指发麻的难症。

《灵枢·经脉》中说：“夫经脉者，所以决生死，除百病，调虚实，不可不通。”
中医谚语说：“学医不明经络，开口动手便错。”

经络是人的生命线，临床之本，经络法是诊断疾病，治疗疾病的基本方法，无论中医的内治法还是外治法，病症万变不离经络，在临床上必须要读懂经络，运用经

络，“学医不明经络，开口动手便错。” 无论何种急症、难症、重症，只要从经络、经筋上辩证论治，都可由难变易迎刃而解。

中药塌渍+TDP 结合针刺治疗肩关节周围炎 1 例

作者：王铎钢

链接：<https://article.iyyi.com/detail/411692.html>

肩关节周围炎又称粘连性肩关节囊炎，俗称冻结肩、漏肩风。属于中医学中的肩痹的范畴。肩关节周围炎是一种中、老年人的常见病。起病多缓慢，病程较长。肩关节的关节囊周围软组织发生的一种范围较广的慢性无菌性炎性反应，引起软组织广泛的黏连，限制了肩关节的活动。中医认为：漏肩风即露肩当“风”的意思，“风”是指一种病邪。“风为百病之长”，风邪有挟持寒、湿、热等其他病邪侵犯人体的特征；临床上以风寒之邪多见。逢年老体弱，正气不足者，风寒之邪易乘虚而入。寒邪侵入经络，则血脉凝滞，“不通则痛”，所以漏肩风以疼痛为主。寒邪侵入筋脉关节，则关节活动受限，屈伸不利。

本病多与慢性劳损、肩部的意外创伤，内分泌紊乱及感受风寒湿邪的因素有关，多发生于 50 岁左右的中年，女性多于男性。临床以肩关节周围疼痛，活动功能障碍，肌肉萎缩为主要特征。中医治疗肩周炎的方法很多，穴位注射，按摩，理筋手法等等。对于肩周炎，常用中药塌渍+TDP 神灯照射，结合针刺治疗肩周炎，有效缓解患者疼痛，标本兼治。

中药塌渍是中医里的非药物疗法，塌是将饱含药液的纱布或棉絮湿敷患处，渍是将患处浸泡在药液中。塌渍法是通过湿敷、淋洗、浸泡对患处的物理作用，以及不同药物对患部的药效作用而达到治疗目的的一种方法。

方药：羌活、独活、桂枝、白芷、威灵仙、红花、肉桂、延胡索、伸筋草、没药、乳香、当归、川芎、防风、细辛。

操作：配制药液，药液温度适宜，倒入容器内，敷布在药液中浸湿后，用镊

子取出稍加拧挤至不滴水为度，抖开，用手背试温后敷患处，并轻压使之与皮损处密切接触，敷布大小宜与患处相当。如患处为四肢远端，则将四肢远端浸泡于药液中。塌渍中注意观察敷布的温度和湿度，每隔 3~5 分钟用镊子夹取纱布浸湿温热药液淋在敷布上，每 5~10 分钟更换敷布 1 次，以保持温度。一般每日塌渍 2~3 次每次 20~40 分钟。

在贴敷的同时，用 TDP 神灯照射敷布的部位，距离此部位 30 厘米，照射时间为 20 分钟。进行完中药塌渍和 TDP 照射后，等皮肤表面干燥后，进行针刺。取穴为：肩髃、肩贞、肩髃、臂臑、阿是穴、条口透承山。

辨证取穴：风寒湿痹：曲池、外关、合谷。气滞血瘀：合谷、三阴交、阳陵泉。气血亏虚：足三里、气海、三阴交。

患者举例：李某，女，52 岁，因肩周炎胳膊活动受限，夜间疼痛难忍，给予中药塌渍、TDP 神灯照射，针刺肩髃、肩贞、肩髃、臂臑、阿是穴、条口透承山、曲池、外关、合谷 3 天后，患者胳膊能自由抬高，夜间疼痛减轻，10 天后患者基本痊愈。

人中部位望诊在中医诊断妇科疾病上的应用

作者：田喜江

链接：<https://article.iyi.com/detail/411010.html>

中医俗语有“宁治十男子，莫治一妇人”的说法，认为妇科疾病相对其它疾病较为难治。因为女性特殊的月经及胎产生理导致妇科疾病复杂多变，其诊治多不容易，治疗周期相对偏长，受影响因素比较多，用药品种的选择上也需要特别注意。要在治疗妇科疾病上取得效果，首先要明确诊断，中医望闻问切四诊中的望诊对明确诊断具有重要价值，但是望诊中虽然包含的诊查内容非常多，但临床上一般最常用的多为望舌质舌苔，其次参考诊查神、色、形、态等内容，对某些名老中医发明创造或扩大应用的独特的诊查部位诊法，没有收入中医教材中，了解不多，应用得比较少。如湖北名老中医张梦依和云南名老中医特别重视的人中

望诊法，在临床上推广应用得就比较少。袁怀珍先生认为人中形态与子宫形态之间具有对应关系^[1]，根据人中形态，可以判断子宫的形态与健康状况以及妇科疾病的基本情况，当然袁怀珍先生也认为不能仅仅依靠人中望诊，还需要四诊合参以防误诊。

人中望诊在临床实践中如果恰当应用，对妇科疾病的诊断确实具有重要价值，妇科疾病大致分为月经、带下（多为妇科炎症）、胎前、产后、杂病（乳房疾病、瘢痕等子宫内疾病）几大类型。个人受实际条件所限，未对人与子宫形态关系做大样本观察与实验验证，对胎前产后疾病的诊治也不多，但是发现人中望诊对月经疾病、妇科炎症以及部分妇科杂病有比较显著的诊断效果。在这里结合文献学习与临床经验做一总结。

《灵枢·五色篇第四十九》曰：“面王（即鼻）以下者，膀胱、子处也^[2]”，根据此理论，鼻下口上的人中部位与泌尿系统（膀胱）、生殖系统（子处）有对应关系，因此可以从人中部位的形态表现推断泌尿与生殖系统的健康状况。

中医学认为：肾主生殖、肾主水，所以人中的形态变化可以代表中医肾脏的虚实寒热等健康状况。

观察人中的形态表现主要从其形状、颜色两方面观察，形态包括长短、宽窄、深浅以及特殊形状，颜色主要是根据中医五色诊的黑、白、红、黄、绿五色来判断。正常形态的人中应该位置中正，长短宽窄深浅适中，颜色黄里透红。

一、人中沟形状异常

1、细长或太短

人中沟细长者，其子宫宫体或宫颈形态狭长，临床常有痛经症状或子宫下垂表现；人中沟短小者，其子宫多发育不良、月经经常延迟。

2、深陷或平坦、膨隆

人中沟深陷多为子宫后位；人中沟平坦多为子宫前倾甚至子宫萎缩、子宫发育不良，临床上可能发生闭经；人中沟膨隆者，可能患有子宫肌瘤或卵巢囊肿等瘢痕疾病。

3、宽阔或狭窄

人中沟宽阔或狭窄多为宫颈松弛或狭窄，宽阔者提示可能患有宫颈炎、宫颈糜烂，狭窄者可能月经不调。

4、特殊形状

倒置梨形：人中沟上宽下窄，形似倒置的梨，可能有子宫前倾的情形，临床常表现为痛经。

正置梨形：人中沟上窄下宽，形似正放的梨，多为子宫后倾，临床多表现月经期间腰部酸胀不适。

双人中：一般为双子宫的可能性比较大，但是双子宫在临床上不多见。

人中沟偏斜：子宫宫体不正，提示可能有盆腔炎。

二、人中沟颜色异常

观察人中沟部位的颜色主要依据《黄帝内经》“青黑为痛，黄赤为热，白为寒”原则。

1、颜色发红为血热，淡红为阴虚，深红为实热，临床表现多为月经先期、月经量多、月经淋漓不净、经期痤疮、盆腔炎与附件炎等妇科炎症；

2、颜色偏绿或偏青为肝气郁滞，临床表现多为痛经、经期不畅、经行乳胀、月经量少或月经后期；

3、颜色发黄为脾虚有热，临床多表现为月经淋漓不净、月经量少，常伴失眠、乏力等症；

4、颜色偏白为虚寒，临床多表现为痛经隐隐、经行泄泻；

5、颜色发黑多为寒湿内蕴，临床表现为痛经、月经量少、闭经等症状。

虽然子宫望诊法对妇科疾病的诊断为具有一定的应用意义，但是临床上运用该法必须把握四诊合参的原则，不能以偏盖全、标新立异，只有三种情况下可以以子宫望诊为主要诊断方法：

1、是救急。人中望诊具有简、便、验、廉的特点，因此在不具备现代医学理化检验的条件下，或不便于应用中医其它诊法的情况下，或者急需快速诊断，可以以人中望诊法为主要诊法诊查妇科疾病；

2、是辨难。在诊断妇科疾病的过程中，临床资料比较多，表面上各个症状的病因病机病相相互矛盾，不能统一，可以用人中诊法求证；

3、是印证。脉象是似而非，其它临床症状表现比较少或无较大的参考意义，可以人中诊查所见与脉象相互验证。

参考文献：

1、云南卫生厅。《袁怀珍中医师讲学资料汇编》。第一版，云南：内部资

料，1965年：1—3。

2、张秀琴校注. 《灵枢经》. 第一版，北京：中国医药科技出版社，2011年：98。

责任编辑：修竹临风

编辑：草原民间中医、砭艾、xiwang001han

萱草

别名：忘萱草、忘忧草。

来源：百合科植物萱草 *Hemerocallis fulva* (L.) L. 的干燥花蕾，原产于中国、西伯利亚、日本和东南亚。全国各地常见栽培，秦岭以南各省区有野生的。

形态：多年生草本，根状茎粗短，具肉质纤维根，多数膨大呈窄长纺锤形。叶基生成丛，条状披针形，长 30~60 厘米，宽约 2.5 厘米，背面被白粉。夏季开橘黄色大花，花葶长于叶，高达 1 米以上；圆锥花序顶生，有花 6~12 朵，花梗长约 1 厘米，有小的披针形苞片；花长 7~12 厘米，花被基部粗短漏斗状，长达 2.5 厘米，花被 6 片，开展，向外反卷，外轮 3 片，宽 1~2 厘米，内轮 3 片宽达 2.5 厘米，边缘稍作波状；雄蕊 6，花丝长，着生花被喉部；子房上位，花柱细长。根近肉质，中下部有纺锤状膨大；叶一般较宽；花早上开晚上凋谢，无香味，桔红色至桔黄色，内花被裂片下部一般有八形采斑。这些特征可以区别于本国产的其他种类。花果期为 5~7 月。



栽培：萱草耐寒，华北可露地越冬，适应性强，喜湿润也耐旱，喜阳光又耐半荫。对土壤选择性不强，但以富含腐殖质，排水良好的湿润土壤为宜。

性味功能：味甘，性凉；清热利尿，凉血止血。

用途：用于腮腺炎，黄疸，膀胱炎，尿血，小便不利，乳汁缺乏，月经不调，衄血，便血。外用治乳腺炎。

用法用量：内服 15~30 克。

经验鉴别：本品以表面黄棕色，质韧，气香，味鲜，微甜者为佳。

小黄紫堇

别名：黄堇。

来源：罂粟科植物小黄紫堇 *Corydalis raddeana* Regel 的干燥全草，主产于黑龙江、吉林、辽宁、内蒙古、河北、山西、陕西、甘肃、河南、山东、浙江、台湾等地。俄罗斯远东地区、朝鲜、日本有分布。



形态：无毛草本，高 60~90 厘米。主根粗壮，长达 13 厘米，上部粗达 7 毫米，向下渐狭，具侧根和纤维状细根。茎直立，基部粗达 1 厘米，具棱，通常自下部分枝。基生叶少数，具长柄，叶片轮廓三角形或宽卵形，长 4~13 厘米，宽 2~9 厘米，二至三回羽状分裂，第一回全裂片具长 1~2.5 厘米的柄，第二回具 2~5 毫米的柄，2~3 深裂或浅裂，小裂片倒卵形、菱状倒卵形或卵形，先端圆或钝，具尖头，背面具白粉；茎生叶多数，下部者具长柄，上部者具短柄，其它与基生叶相同。总状花序顶生和腋生，长 5~9 厘米，果时达 15 厘米，有 5~20 花，排列稀疏；苞片狭卵形至披针形，全缘，有时基部者 3 浅裂；花梗劲直，长约为苞片的 1/2。萼片鳞片状，近肾形，长约 1 毫米，边缘具缺刻状齿；花瓣黄色，上花瓣长 1.8~2 厘米，花瓣片舟状卵形，先端渐尖，背部鸡冠状突起高 1~1.5 毫米，超出瓣片先端并延伸至其中部，距圆筒形，与花瓣片近等长或稍长，末端略下弯，下花瓣长 1~1.2 厘米，鸡冠同上瓣，中部稍缢缩，下部呈浅囊状，内花瓣长 8~9 厘米，花瓣片倒卵形，具 1 侧生囊，爪线形，略长于花

识草药

瓣片；雄蕊束长 7~8 毫米，花药小，长圆形，花丝披针形，蜜腺体贯穿距的 $\frac{2}{5}$ ~ $\frac{1}{2}$ ；子房狭椭圆形，长 4~5 毫米，具 1 列胚珠，花柱细，与子房近等长，柱头扁长方形，上端具 4 乳突。蒴果圆柱形，长 1.5~2 厘米，粗约 2 毫米，具 4~12 枚种子，排成 1 列。种子近圆形，直径 1.5~2 毫米，黑色，具光泽。花果期 6~10 月。

栽 培：小黄紫堇喜半湿润气候，半耐阴，不耐高温强光、干旱。有自播繁衍能力。

性味功能：味苦、涩，性寒，有毒；杀虫解毒、清热利尿。

用 途：用于疥癣，疮毒肿痛，目赤，流火，暑热泻痢，肺病咳血，小儿惊风。

用法用量：内服 3~6 克。

经验鉴别：本品以叶片完整、色绿无杂质及泥土者为佳。

编 辑：王颖健

责任编辑：金陵一剑

热汤面条致过敏性哮喘 1 例

作者: kwj1863

链接: <https://bingli.iiyi.com/show/62805-1.html>

●病例摘要:

一般资料: 男性, 40 岁, 医师

主诉: 反复哮喘发作 3 年, 再次发作并加重 10 分钟

现病史: 患者诉缘于 3 年前进食热汤面条后, 突然出现打喷嚏、流鼻涕, 迅速出现咳嗽, 喘息, 胸闷, 端坐呼吸, 大汗淋漓, 烦躁不安, 视物不清, 无意识模糊, 无咳痰, 无四肢抽搐, 无紫绀, 无恶心、呕吐, 无二便失禁。曾于我院诊断为“过敏性哮喘”, 予“沙丁胺醇”雾化吸入, “地塞米松”入壶, “氨茶碱”静脉点滴, 症状迅速消失。后每于进食热汤面后即出现上述症状, 3 年来反复发作 5 次, 每次用药后均缓解。10 分钟前上述症状复又出现, 且较前加重, 出现意识模糊, 紫绀, 急来我院, 门诊以“过敏性哮喘”收入院。

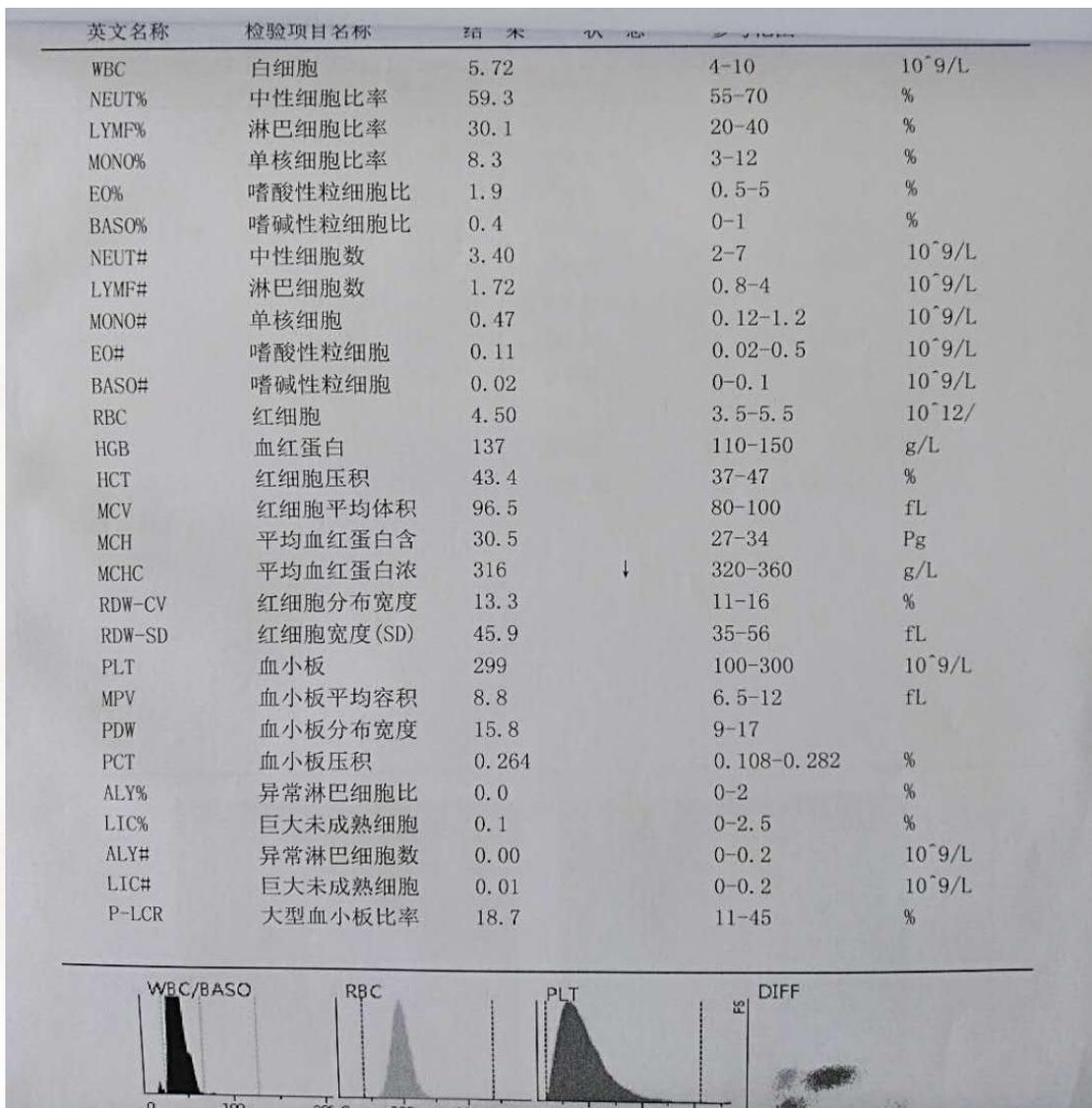
既往史: 既往体健, 无手术史、外伤史及药物过敏史, 否认“肝炎”、“结核”等传染病接触史。

体格检查: T:36.8℃, P:116 次/分, R:26 次/分, BP:100/60mmHg。发育正常, 营养中等, 意识模糊, 查体欠合作。全身皮肤粘膜紫绀, 无黄染, 皮肤弹性可, 未见肝掌、蜘蛛痣。全身浅表淋巴结未触及肿大。头颅外形正常。眼睑无水肿, 结膜无充血, 巩膜无黄染, 角膜无混浊, 双侧瞳孔等大等圆, 直径约 2.5mm, 眼球运动正常, 光反射灵敏。耳廓外形正常, 外耳道无异常分泌物, 乳突无压痛。鼻无畸形, 鼻腔粘膜无充血、水肿, 鼻中隔无偏曲, 鼻翼无扇动, 各副鼻窦无压痛。口唇紫绀, 颊粘膜无溃疡、白斑。咽后壁无红肿, 悬雍垂居中, 双侧扁桃体无肿大, 喉有痰鸣。颈软, 颈静脉无怒张, 颈动脉无异常搏动及杂音。气管居中, 双侧甲状腺无肿大。胸廓对称, 无畸形。胸壁无静脉曲张, 未及皮下气肿。胸式呼吸, 呼吸动度双侧增强, 肋间隙无增宽。语颤无减弱, 无捻发感及胸膜摩擦感。双肺叩诊清音, 肺肝浊音界于右锁骨中线第五肋间。双肺满布哮鸣音。心前区无隆起, 心尖搏动位于第五肋间左锁骨中线内侧 1.5cm。无震颤及心包摩擦感。心浊音界无扩大。心率 116 次/分, 律齐, 各瓣膜区未闻及病理性杂音, 未闻及心包摩擦音。无脉搏短拙, 无奇脉及大动脉枪击音。无水冲脉, 毛细血管搏动征(-)。腹部平坦, 无腹壁静脉曲张, 未见胃肠型及逆蠕动波, 腹肌软,

病例讨论

全腹无压痛，无反跳痛，无腹肌紧张，肝脾未及，Murphy 征阴性，麦氏点无压痛，叩诊移动性浊音阴性，肠鸣音正常，4-6 次/分，未闻及气过水音及金属音。肛门及外生殖器未见异常。脊柱四肢无畸形，四肢关节活动正常，双侧胫骨前及足背无水肿。生理反射正常存在，病理反射未引出。

辅助检查：血常规示：白细胞 $5.72 \times 10^9/L$ ，中性细胞比率 59.3%，淋巴细胞比率 30.1%，嗜酸粒细胞数 $0.11 \times 10^9/L$ ，血红蛋白 137g/L。胸后前位片示：双侧胸廓对称，两肺野清晰，未见渗出及增殖性病变影，双肺门未见增大，肺门位置及密度正常。诊断结论：双肺纹理增多。



检查日期：2019-06-16

检查部位：

胸部正位

影像所见：

胸部后前位像示：双侧胸廓对称，所见肋骨走行自然，未见畸形及明确骨折征象。气管、纵隔居中，纵隔无增宽；两肺野清晰，未见渗出性及增殖性病变影，双肺纹理增多；双肺门未见增大，肺门位置及密度正常。心脏形态、大小未见异常，主动脉结增宽。双侧膈顶光滑，肋膈角锐利。

诊断结论：

双肺纹理增多
如局部症状不缓解请及时复查或进一步检查

●初步诊断：过敏性哮喘

诊断依据：

1. 中年男性，急性起病。
2. 患者3年前进食热汤面条后，突然出现打喷嚏、流鼻涕，迅速出现咳嗽，喘息，胸闷，端坐呼吸，大汗淋漓，烦躁不安，视物不清，曾于我院诊断为“过敏性哮喘”，予平喘治疗，症状迅速消失。后每于进食热汤面后即出现上述症状，3年来反复发作5次，每次用药后均缓解。10分钟前进食热汤面后又出现上述症状，且较前加重，出现意识模糊，紫绀。
3. T:36.8℃, P:116次/分, R:26次/分, BP:100/60mmHg，意识模糊，查体欠合作，全身皮肤粘膜紫绀，口唇紫绀，胸式呼吸，呼吸动度双侧增强，双肺满布哮鸣音。
4. 血常规示：白细胞 $5.72 \times 10^9/L$ ，中性细胞比率 59.3%，淋巴细胞比率 30.1%，嗜酸粒细胞数 $0.11 \times 10^9/L$ ，血红蛋白 137g/L。胸后前位片诊断结论：双肺纹理增多。

鉴别诊断：

1. 气胸：患者多有胸部外伤史或者肺结核，慢阻肺，肺大疱等病史，突然出现胸痛、胸闷、呼吸困难，刺激性干咳，胸部 X 线片可以明确诊断。

2. 慢性阻塞性肺疾病：多有长期、反复发作咳嗽，咳痰，晨起加重，可伴有喘息、呼吸困难，胸部 X 线片、肺功能检查可以明确诊断。

诊治经过：

患者入院后立即静脉注射地塞米松注射液 10 毫克，吸入沙丁胺醇气雾剂，静脉滴注氨茶碱注射液 0.5g，病情逐渐好转。3 日后痊愈出院。

●临床诊断：

过敏性哮喘。

●分析总结：

过敏性哮喘是由多种细胞特别是肥大细胞、T 淋巴细胞和嗜酸性粒细胞参与的气道炎性疾病，接触过敏原后，触发机体一系列抗原抗体反应，导致气道反应性增高，出现临床症状。前驱症状表现为打喷嚏、流涕、流眼泪，咳嗽，胸闷，如果处理不及时，迅速出现哮喘，严重时患者端坐呼吸，紫绀，咳白色泡沫痰，如果持续发作，可危及患者生命。治疗主要是迅速控制哮喘发作，可以给予激素， β_2 受体激动剂雾化吸入，主要选择速效药物，如沙丁胺醇、特布他林等，可以静脉滴注氨茶碱，1.0mg/kg/h，每日用量不超过 750mg~1000mg，尽量避免静脉推注，还可以选择吸入抗胆碱药物治疗，多能迅速缓解哮喘发作。

三叉神经半月神经节微球囊压迫 1 例

作者：沂河木鱼

链接：<https://bingli.iiyi.com/show/62733-1.html>

●病例摘要

一般资料：女性, 70 岁, 农民

主诉：发作性左侧面部疼痛 10 余年，加重 1 年

现病史：患者于 10 余年前无明显诱因出现发作性左侧面部疼痛不适，疼痛开始时以下颌部为主，后逐渐扩展到上颌部，为闪电样放射痛，发作频繁，刷牙、擦脸、情绪激动可诱发，不伴恶心、呕吐，无耳鸣、耳聋。曾在我院诊断为“三叉神经痛”，口服“卡马西平”等药物治疗，控制尚可，近 1 年来上述症状较前加重，疼痛扩展到

右侧，为进一步手术治疗来诊，以“三叉神经痛”收入院。自发病以来病人无头痛、发热、抽搐、复视、黑矇，无意识不清、大小便失禁、肢体麻木无力，无饮水呛咳、吞咽困难、声音嘶哑等症状，入院后病人饮食、睡眠正常，二便正常，体重无明显变化。

既往史：平素身体健康状况一般，冠心病病史5年，规律服药治疗；高血压病史1年，未规律服药治疗。无传染病史，无输血史，无手术史，无食物或药物过敏史，无外伤史，预防接种史随当地。

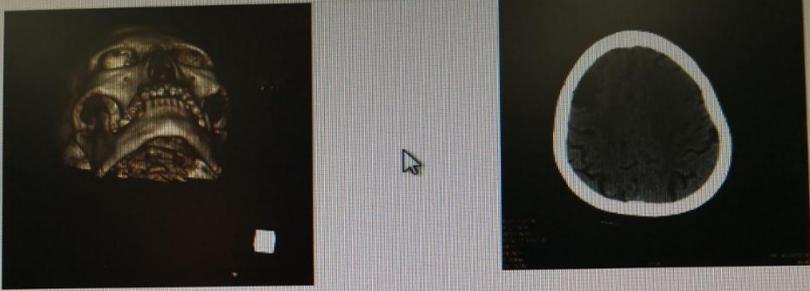
个人史：生活习惯良好。无吸烟史，无饮酒史，无其他明显不良嗜好。

体格检查：T:36.1℃,P:79次/分,R:18次/分,BP:161/102mmHg。一般情况良好，发育正常，营养良好，体型正常，神志清，表情忧虑，语言流利，步入病室，自主体位，呼吸正常，查体合作。全身皮肤及粘膜正常，皮肤温度正常，弹性正常，无皮疹，未见皮下出血，无蜘蛛痣，无瘢痕、无溃疡。全身浅表淋巴结未触及肿大。头颅大小正常，毛发正常。眼睑无浮肿，眼球活动正常，结膜正常，巩膜无黄染，瞳孔等大，对光反应双侧均正常。耳廓无畸形，外耳道无异常分泌物。鼻无畸形。口唇红润，牙齿无脱落，无龋齿，牙龈、颊粘膜无出血点，咽部无充血，扁桃体无肿大。颈部对称，颈软，颈静脉无怒张，气管居中，甲状腺无肿大。胸廓对称，双侧肋间隙正常，两侧呼吸运动对称，节律规整，未触及胸膜摩擦感及握雪感。无胸骨后压痛，双侧肺部叩诊为清音，双肺呼吸音清，未闻及干湿啰音。心前区无隆起，心尖搏动位于左侧锁骨中线第5肋间，无心包摩擦感，未触及心脏震颤，叩诊心浊音界正常，心率：79次/分，心律规整，心音无异常，各瓣膜听诊区未闻及杂音。腹部平坦，无瘢痕，未见肠型，未见蠕动波，未见腹壁静脉曲张，腹软，未触及腹部肿块。未触及肝脏，未触及胆囊。未触及脾脏。腹部无压痛，肝浊音界正常，无移动性浊音，肠鸣音正常。脊柱正常，四肢无异常。专科检查——脑神经检查：三叉神经：感觉：左：正常；右：正常。角膜反射：直接：左：+，右：+；间接：左：+，右：+。运动：无下颌偏向；嚼肌：左：正常，右：正常；颞肌：左：正常，右：正常。下颌反射：（一）。其它神经检查正常。

辅助检查：颅脑CT：双侧基底节区腔隙性脑梗塞，右侧额叶脑软化灶。

病例讨论

检查部位 卵圆孔;图像重建;



影像学所见:

卵圆孔CT平扫+重建
双侧基底节区示斑点状、斑片状低密度灶,边界欠清晰,右侧额叶示片状低密度灶,边界清。脑室系统大小、形态正常,脑沟、裂及脑池形态密度未见异常,脑中线结构居中。颅骨未见异常。双侧类圆形形态正常。

影像学诊断:

1. 双侧基底节区腔隙性脑梗塞。
2. 右侧额叶脑软化灶。



●初步诊断;

1. 三叉神经痛
2. 冠心病
3. 高血压 2 级
4. 脑梗塞

诊断依据:

1. 老年女性，既往冠心病病史、高血压病史。
2. 因发作性左侧面部疼痛 10 余年，加重 1 年入院。
3. 查体: Bp: 161/102mmHg。神经系统查体无明显阳性体征。

鉴别诊断:

1. 舌咽神经痛: 是局限于舌咽神经分布区的发作性剧痛，性质颇似三叉神经痛，位于扁桃体、舌根、咽及耳道深部。吞咽、讲话、哈欠、咳嗽常可诱发，本例不符。
2. 继发性三叉神经痛: 多发性硬化、脊髓空洞症、原发性或转移性颅底肿瘤可出现继发性三叉神经痛，表现为面部持续疼痛和感觉减退、角膜反射迟钝等，常合并其他脑神经麻痹，年轻患者的典型三叉神经痛，特别是双侧者应高度怀疑 MS，本例不符。

诊治经过:

1. 完善必要的辅助检查。
2. 营养神经、改善循环及对症处理。
3. 在全麻下行三叉神经半月神经节微球囊压迫术。

●临床诊断:

1. 三叉神经痛
2. 冠心病
3. 高血压 2 级
4. 脑梗塞

●分析总结:

三叉神经痛是指颜面部三叉神经分布区内反复发作的、短暂的剧烈疼痛。因为疼痛强烈而被称为“天下第一痛”。目前主要治疗方法有两种: 经皮穿刺微球囊压迫术和显微血管减压术。显微血管减压术是针对病因治疗的外科治疗手段。其主要优点为手术有效率高，可长期控制病情，复发率低，术后几乎没有感觉丧失即面部麻木的情形。但缺点是需开刀治疗，手术时间和麻醉时间较长，手术有一定的风险。而且研究表明，对于非血管因素导致的三叉神经痛患者，微血管减压治疗术无效。三叉神经半月神经节微球囊压迫术可广泛应用于各种三叉神经痛的治疗。而且创伤小，无需开刀。此方法在全麻下进行，在口角旁边扎入穿刺针，在 DSA 或 CT 引导下精准到达三叉神经半月节，再导入球囊压迫两分钟左右即可完成手术，手术即刻有效率达 90%。5 年后疼痛复发率约为 15~20%，10 年后疼痛复发率约为 20~30%，与显微血管减压术的效果相当。即使复发仍可再次接受此方式治疗，而且疗效确切。

责任编辑: 绿漫天涯

编辑: 刘现国

医疗资讯

中美联合研究发现受精卵或非“生命起点”

近日，中美胚胎学家的一项联合研究表明，人类受精卵存在两套独立纺锤体，即从精卵结合到发生第一次有丝分裂期间，双亲染色体并没有相互融合，而是保持空间上的独立。这意味着处于此阶段的受精卵，并不能称之为真正意义上的“生命”，这一颠覆生物学经典理论的新发现，于近日作为封面文章发表在《辅助生殖与遗传学期刊》(Journal of Assisted Reproduction and Genetics)上。2015年起，北京家圆医院生殖中心胚胎实验室主任、知名胚胎学家徐小明博士与美国加州洛杉矶生殖中心实验室主任孟励教授等人，开始了对人类胚胎第一次细胞有丝分裂过程的探索性研究。

2018年跨省异地就医直接结算132万人次

7月3日消息，国家医保局统计数据显示，2018年全国跨省异地就医住院费用直接结算132万人次，是2017年的6.3倍。数据显示，2018年，我国职工医保参保人员异地就医3656万人次，异地就医费用1085亿元；居民医保参保人员异地就医2876万人次，异地就医费用1965亿元。截至2018年底，全国跨省异地就医定点医疗机构1.5万家。

我国完成全球首例5G骨科手术

日前，北京积水潭医院院长田伟在机器人远程手术中心，利用5G技术，同时远程操控两台天玑骨科手术机器人，为不同地区医院的两名患者同时进行手术。此举在全球尚属首次，标志着我国5G远程医疗与人工智能应用达到了新高度。据悉，田伟同时远程交替操控两台异地机器人，为山东烟台山医院和浙江嘉兴市二院的两位脊椎骨折患者，进行了手术三维定位脊椎螺钉固定手术，共打入了12颗螺钉，定位准确无误。在天玑骨科手术机器人的辅助下，医生不仅可以实现对手术的设计，还可以进行精确到亚毫米的操作。

《第一批国家重点监控合理用药药品目录》发布

7月1日消息，为加强合理用药管理、加强公立医院绩效考核工作，国家卫健委会同中医药局制定并印发了《第一批国家重点监控合理用药药品目录（化药及生物制品）》。《目录》共包括神经节苷脂、脑苷肌肽、奥拉西坦、磷酸肌酸钠、小牛血清去蛋白、前列地尔、曲克芦丁脑蛋白水解物、复合辅酶、丹参川芎嗪、转化糖电解质等20种药品。

《中华人民共和国疫苗管理法》正式出台

6月29日，《中华人民共和国疫苗管理法》经十三届全国人大常委会第十一次会议表决通过。当天，全国人大常委会办公厅举办新闻发布会，国家药监局局长焦红出席发布会并回答记者提问。焦红指出，《疫苗管理法》全面贯彻落实关于药品“四个最严”的要求，将对疫苗实施全过程、全环节、全方位的严格监管，以保障疫苗安全、有效、可及，进一步促进我国疫苗质量的提升，增强人民对疫苗安全的信心。

《第一批鼓励仿制药品目录建议清单》出炉

6月20日消息，为落实国家有关制定鼓励仿制药品目录的部署，国家卫健委联合科技部、国家药监局等部门组织专家对国内专利到期和专利即将到期尚没有提出注册申请、临床供应短缺（竞争不充分）以及企业主动申报的药品进行遴选论证，提出了《第一批鼓励仿制药品目录建议清单》，清单公示期为5个工作日，如有异议可向卫健委药政司反馈。清单包括：尼替西农胶囊、富马酸福莫特罗吸入溶液剂、泊沙康唑注射液/肠溶片、氨苯砞片剂、缬更昔洛韦口服溶液剂/片剂、利匹韦林片剂、阿巴卡韦口服溶液剂/片剂、厄他培南注射用无菌粉末等34个品种。

深圳新版《控烟条例》：电子烟纳入“黑名单”

6月26日，深圳市六届人大常委会通过修订后的《深圳经济特区控制吸烟条例》，新版《控烟条例》将电子烟纳入控烟管理，并在禁烟范围上也所扩大，公交站台、旅游景点室外购票区等也纳入禁烟区。相关研究表明，电子烟同样含有尼古丁等有害物质，有害人类健康。世界卫生组织已要求，禁止或者管制电子烟。目前，全球已经有42个国家和地区禁止或限制在公共场所使用电子烟，香港、澳门特别行政区和杭州、南宁市已规定公共场所禁止使用电子烟。

《柳叶刀》发表我国最大规模哮喘研究

6月25日消息，我国最大规模哮喘研究结果近日发表于医学期刊《柳叶刀》，目前我国有超4500万成人患有哮喘。该研究由著名呼吸病学与危重症医学专家王辰院士团队主导，数十家医学机构及大量专家共同参与。研究显示，我国20岁及以上人群哮喘患病率为4.2%，其中男性患病率4.6%，女性患病率3.7%，患者总人数4570万（男性2570万，女性2000万）。过敏性鼻炎、吸烟、幼年时期肺炎或支气管炎病史、父母有呼吸系统疾病史、低教育程度与哮喘患病风险增加有关。

我国首批27名本科学历傣医医生毕业

6月22日消息，近日，全国首届傣医学班学生毕业典礼在云南中医药大学民族医药博物馆举行，全国首届傣医班27名学生毕业了。傣医药学是云南傣族人民同疾病作斗争而总结出的传统医学，它有着较系统的医学理论和丰富的临床经验，是中国传统医学的重要组成部分。云南中医药大学作为云南省唯一一所中医药高层次人才培养院校，一直以来将祖国传统中医药与滇南地方医学相结合，注重云南少数民族医药传承发展，建立了少数民族人才从本科到博士的培养体系。

国家卫健委：医生使用医用耗材将被严控

6月18日，国家卫生健康委发布《医疗机构医用耗材管理办法》，明确对医用耗材的遴选、采购、验收、存储、发放、临床使用、监测、评价等工作进行全流程管理。文件规定医用耗材采购要求，医用耗材采购实施统一管理，其他科室或者部门不得从事医用耗材的采购活动，不得使用非医用耗材管理部门采购供应的医用耗材。采购工作应当在有关部门有效监督下进行，由至少2名工作人员实施。

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。

