

 zz.iiyi.com

2019.09

爱爱医



第九期 总NO. 116

Volume 10, number 9, Sept. 2019

刊首语

失眠患者

作者：xiwang001han

链接：<https://bbs.iyyi.com/thread-3455442-1.html>

烦恼随时来到
无聊在门外撒娇
夜晚悄悄的来到
焦虑在额头多了几道

数着羊
怎么也睡不着
红肿胀的眼睑
乌黑黑的夜
只是缺少太阳的一个拥抱

还好
黎明即将到来

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	失眠患者.....1
关 注	泪目！7 年 35 次住院无数次抢救，最后家属给了 29 个信封竟写着..... 3
专业交流 西 医	话说三叉神经痛..... 6
	怎样治疗心脑血管供血不足更有效..... 7
	化脓性中耳炎的用药..... 9
	超声入门贴 1019—十二指肠炎癌..... 11
	“腹痛伴发热、呕吐”易误诊病例..... 14
	诊治经过及体会..... 14
	慢性阻塞性肺病合并自发性气胸的诊治经验... 16
	子宫内膜癌有没有误诊，这 3 个病例可以告诉你答案.....18
专业交流 中 医	月经量少 1 例..... 22
	马钱子的简便加工方法..... 22
	中风后遗症足内翻治验..... 23
	柴胡龙牡汤治疗社交恐惧症验案..... 23
	十年疼痛临床经验谈（节选）..... 25
	重用参芪治疗高血压 1 例..... 26
	中医治疗偏瘫奇才—梁增绪..... 27
	落枕的诊治..... 32
	应用半夏泻心汤的体会..... 33
识 草 药	火麻仁.....35
	桔梗.....36
病例讨论	睾丸鞘膜积液 1 例..... 38
	反流、烧心 1 年加重 3 天..... 40
医疗资讯	医疗资讯..... 44
编读往来	编读往来..... 48
杂志稿约	爱爱医杂志稿约..... 49

泪目！7年35次住院无数次抢救，最后家属给了29个信封竟写着……

作者：爱爱医

来源：“爱爱医”微信公众号

“当看到这么多信封，大家都很震惊，而打开看到里面装的东西，我们都懵了。”

7年35次住院29个信封

近日，辽宁省大连市友谊医院肝胆外二病房出现了感人的一幕。

七年的时间，丁女士在肝胆外二病房的医生办公室进进出出无数次，她对这里太熟悉了。

在2012年，她的丈夫患肝内占位性病变，前后一共住了35次医院，经过一次次地抢救，直到一个多月前，她的丈夫去世了……

这次她来医院，在医院引起了不小轰动，此次不是医闹而是她带着感恩的心，专程给医护人员送来了29个信封。



图源：半岛晨报

每个信封上都亲笔写着医护人员的名字，大到科室主任、到每一位管床医生、实习医生、超声科医生、护士长、护士、送检员，小到保洁员……她都一一带来了信封，不仅为了表达感谢，更是为了替他的丈夫完成心愿。在医护人员的治疗及帮助下，让他的生命在绝症中延续了七年，让他在最后的日子里少了一点痛苦，多了不少精神安慰。

2000 元、1000 元、500 元、200 元

这是一个非常普通的家庭，经过七年与病魔的抗争，在面对经济上已经承受不小压力的情况下，丁女士还偷偷在信封里装了一共 16400 元！

丁女士将这 29 个信封交给护士长，面对丁女士再三要求，护士长和于大夫实在无法拒绝，含泪接下了这些信封。

当她走后，大家拆开信封，却被眼前的一切惊呆了！

29 个信封，除了 1 封全体感谢信外，其余 28 个信封上都有名字，里面有 9 封手写感谢信，其余信封中虽无信，但装着 2000 元、1000 元、500 元、200 元不等的现金。护士长清点后发现总计有 16400 元，这让医护人员忍不住当场落泪……



图源：半岛晨报

信会珍藏，钱不能收

医生都被信的内容深深地感动了，里面写着每一位跟他们一起共度的一次又一次

的抢救时刻。

无微不至照顾的护士，
夜班随叫随到的医生，
管床时间最长的医生，
半夜急诊抢救过他的医生，
在内镜中心抢救过他的医生，
最后陪她丈夫走完人生的医生，
在他病重期间认真负责的医生，
还有给他做手术的、带好团队的主任

.....

信的内容不仅让在场的医护人员感动，更是教育及激励了他们如何去做一名好医生好护士。

面对这样一个刚失去丈夫又并不富裕的家庭，医院想方设法退钱，可她却说，丈夫生前不仅受到了医护人员的关爱，还得到了病友等社会多方的鼓励与支持，如果医护人员不能接受这份谢意，就委托医院将这些钱捐给需要的病友，将他们曾经受到的这份爱继续传递下去。

善良的人带着感恩走了，而贪婪的人永远欲求不满。

任何事情都应该相互体谅，现实生活中更多的是虽重症在身却也不忘心存感恩的病人和工作繁忙但也不忘认真治病救人的医生。

作为医务工作者的我们，这一刻是暖心的，只有付出真爱才能换来真爱。

医患彼此都做好本分，心存体谅，试问哪来那么多医患矛盾？

责任编辑：永恒流星



第一部分——西医部分

话说三叉神经痛

作者：杯酒清茶

链接：<https://bbs.iiyi.com/thread-3449796-1.html>

三叉神经痛，已经成为危害人类健康的常见疾病之一。发作特点是部位固定、无预兆突然发作、每次发作情形相似、疼痛剧烈难以忍受，同一患者发作时疼痛感受是一样的，不会反复变化。疼痛表达形式可以有针刺、刀割、撕裂、电麻、烧灼等情形，因为经常是发作瞬间即逝并且非常剧烈，因此常被人形容为“闪电样痛”。

三叉神经痛的疼痛部位常常很固定，严格按照三叉神经某一支（有时会两支）的分布发生症状，疼痛发作以三叉神经第二支、第三支最常见，第一支发作相对少见。疼痛范围绝对不超越面部中线，也不会超越三叉神经分布区域，绝大多数都是单侧，绝不会部位不固定和双侧交替。极少数双侧三叉神经痛，相对罕见。

三叉神经痛其实是一个症状，并不代表一个病。引起三叉神经痛的原因有三叉神经炎、代谢性神经病、血管瘤刺激、肿瘤压迫、神经旁寄生虫刺激、外伤刺激、手术后、微小血管病变、单神经炎等等，还有很多病因不明。治疗方法应该是：1.积极寻找病因，如能对因治疗效果最好；2.原因不明者口服卡马西平等抗神经痛药物和甲钴胺治疗，大多数可以控制，无法控制者可以考虑神经阻滞术、部分离断术；3.避免任何刺激因素，比如饮酒吸烟、熬夜劳累、情绪激动、刺激食物、乱用药物等。

很多时候三叉神经痛会被误诊误治。比如无辜的拔牙、盲目的牙神经封闭、长时间按照偏头痛治疗、误诊鼻窦炎冲洗手术、甚至怀疑脑瘤反复检查等。

截止现在，对于三叉神经痛的治疗，仍然尽可能追求病因彻查，越专业的医生对病因判断越准确，越基层的医生越忽视病因的追查。通常治疗方法首选药物治疗，绝大多数患者改变生活方式和针对病因系统药物治疗后，都会得到有效的治疗。

不要轻易判定药物治疗失败，判断药物治疗失败必须排除一些影响因素，比如用药是否规律、病因是否去除、诱因是否控制、疗程是否足够等。如果确认药物治疗失败，那么以下方法可以选用：

1.三叉神经或半月神经节阻滞术

也就是常说的封闭治疗，通过注射的药物直接作用于三叉神经，使之变性而止痛。三叉神经周围支封闭虽然操作简单，但疗效并不持久，一般可维持 3~6 个月，极少会超过 1 年。而半月节封闭术操作比较复杂，效果持续时间长，但是也有较高的复发率，并且可能引起神经性角膜炎等并发症。

2.经皮半月神经节射频热凝治疗

随着医学发展，射频治疗涉猎的范围越来越广，用于三叉神经痛治疗，也是一种安全、简单和易于接受的治疗方法，疗效可靠，有效率可达 90%以上。

3.微血管减压术

对于顽固的三叉神经痛，各种治疗方法都非常差，可以考虑实施微血管减压术。

不过，高明的医生往往都会很好的准确判断病因，治疗有的放矢，而不是尚未明确病因就急着乱用药物。同时，患者们也不要听信广告宣传夸大疗效的治疗产品，以免无谓的延长痛苦、浪费金钱。

怎样治疗心脑血管供血不足更有效

作者：踏青放牛

链接：<https://bbs.iiyi.com/thread-2565037-1.html>

治疗心脑血管供血不足，基础用药还是建议选择西药为宜。

如防治心肌缺血可选用：

1.消心痛（短效）：5~10mg， 3 次/日。有胸痛、胸闷等缺血症状时，可立即舌下含化，做为急救药备用。

鲁南欣康（单硝酸异山梨醇），为中效制剂，20mg， 2 次/日，口服。

以上两种药物有扩张冠状动脉、改善心肌缺血、防治心绞痛作用。

2.美托洛尔（倍他乐克）：12.5~25mg， 2 次/日，可以减慢心率，改善心肌缺氧，治疗高血压，防止心血管意外等。

3.阿斯匹林：100mg， 1 次/日，抗血小板制剂，有防治缺血性心脑血管疾病作用。

4.中药可选择丹参滴丸、冠心苏合丸、速效救心丸等，用于辅助治疗。

5.心脑血管舒通胶囊：有改善冠脉循环，减轻冠心病心绞痛、胸闷等症。

高血压、高脂血症、高血粘、高血糖均可促使脑动脉硬化，致脑供血不足，导致脑疲劳，脑缺氧，甚至形成脑梗塞。治疗要从改善脑供血方面考虑，扩张脑血管，增

加脑血流，促进脑细胞代谢，降低血粘，清除血液内的“垃圾”。可口服舒血宁、培他定、步长脑心痛、阿司匹林肠溶片，或者采用中药治疗效果也很好。同时生活中注意调理，生活要有规律，避免情绪过分激动。清淡饮食、低脂、低胆固醇、低糖饮食。多吃海藻类食物和黑木耳，海藻类有升高高密度脂蛋白胆固醇，调节血脂代谢和清除血液中的“垃圾”的功能。黑木耳能降低血小板聚集，可降低血粘。配合运动，最好是有氧运动。

脑供血不足是一种病症，必须查明原因，合理治疗。根据性质不同可分为心源性和血管性两大类：

一、心源性供血不足，主要因心功能低下，心排出量减少和血容量不足及贫血等引起脑供血不足；治疗以改善心功能，活血补血养血为主。

二、血管性供血不足：

1. 颈椎病压迫血管使脑供血不足，治疗以牵引，按摩，活血为主。

2. 脑动脉硬化，脑血栓形成，治疗以降脂溶栓，活血化瘀为主，清除血栓，净化血液，改善血液循环。

3. 血管狭窄、畸形、血管瘤及痉挛，治疗以手术介入扩张血管为主；肿瘤，以外科手术、伽马刀等微创手术治疗。

这里重点介绍脑动脉硬化、脑血栓形成引起的脑供血不足。

脑动脉硬化与脑血栓形成主要由高血压、高血脂、高血粘和血管内壁增厚沉积凝聚、炎性损伤血管内壁及退行性改变，阻塞血流通过，使大脑长期缺氧缺血，引发一系列症状，在情绪激动等因素诱引下发生脑梗塞。所以必须及早防治，防止脑血管病发生。

脑血栓堵塞血管 75%以上出现症状，阻塞越大症状就越严重。所以必须尽早清除血栓，疏通血管，改善大脑供血，延缓动脉硬化，降低危害因素，预防血栓脱落形成脑梗。

1. 控制血压，把血压控制在合理水平，可根据情况，合理用药。

2. 口服阿司匹林一级预防，一日一次，每次 100—150mg。

3. 降脂溶栓，疏通血管，改善血液循环，降低危害因素，最好服用中药调节，效果明显，副作用小。如脑血通口服液等，也可口服他汀类药物，但有一定副作用。脑血通口服液（中医处方药）纯中草药组成，活血化瘀，舒经活络，溶栓醒脑，降血压，降血脂，降低血液粘度，缓解动脉硬化，恢复动脉弹性，改善血液循环，清除血

液中的杂质，有效预防脑溢血，脑血栓，脑梗发生；特别对脑血栓偏瘫（脑梗）效果突出，填补了溶栓时间窗后的溶栓、康复临床治疗空白，大大提高疗效，减少致残，提高患者生活质量。

4. 必须养成良好的生活习惯，心态平和，低盐低脂清淡饮食，忌烟酒，多喝水，加强锻炼，提高抗病力。

具体治疗要在主治医师的指导观察下，结合病人全身情况用药，绝对不要擅自用药。以下仅供参考：

1. 肠溶阿司匹林，100mg，每晚一次，口服；

西比灵，1粒，每晚1次，口服；

养血清脑颗粒，1袋，每日三次，口服；

藻酸双脂钠，50mg，每日三次。口服。

2. 严重的输液：1) 培他司汀 350ml，山莨菪碱 10mg，丹参 20ml；2) 5%葡萄糖 350ml，黄芪注射液 60ml；刺五加 60ml，静点，每日一次，连续 7 天。山莨菪碱有口干等副作用，停药后就会好转。

3. 要定期进行检查，三分治七分养，要做到：

1) 血压保持稳定，收缩压 140mmHg 以下，舒张压 90mmHg 以下。

2) 血糖，血脂控制在正常范围；

3) 积极预防，治疗心脏病；

4) 戒烟，戒酒；

5) 合理安排工作，注意休息，避免过度疲劳；

6) 适当锻炼，慢跑，打太极拳等。

7) 饮食宜清淡，少食辛辣、煎炒、油炸、烈酒等不易消化和刺激性食物，多食水果，蔬菜和纤维性食物，多饮水，饮食上要远三白（糖、盐、猪油），近三黑（黑芝麻、蘑菇、黑米）。从营养价值看，四条腿（猪、牛、羊）不如两条腿（鸡、鸭），两条腿不如一条腿（蘑菇），一条腿不如没有腿（鱼）。经常吃海带、河鱼、鱼油可减低脑细胞死亡速度。

化脓性中耳炎的用药

作者：wzhp

原帖链接：<https://bbs.iiyi.com/thread-1361478-1.html>

中耳炎是孩子引发耳痛的一种常见病因，常发生于 8 岁以下儿童。它经常是普通感冒、咽喉感染或耳道进水等引起的。耳痛，是中耳炎的主要症状。然而非常年幼的患儿，因不易确定疼痛部位，所以初期的唯一症状就是发烧和呕吐，其他症状有：夜间痛醒、啼哭；易怒易躁；牵拉或摩擦单侧耳朵；部分听力丧失；耳朵出现排出物，此时如疼痛减轻，也表示鼓膜（耳膜）已经破裂。

假如你认为孩子疑似患有中耳炎，应该 24 小时内带他前去就诊。因为急、慢性化脓性中耳炎危害较大，是中耳粘膜、骨膜或深达骨质的常见化脓性炎症，与乳突炎合并存在。慢性的多因急性化脓性中耳炎延误治疗或治疗不当、迁延而转为慢性；或为急性坏死型中耳炎的直接延续。鼻、咽部存在慢性病灶亦为一重要原因。一般在急性炎症开始后 6~8 周，中耳炎症仍然存在，称为慢性。临床上以耳内反复流脓、鼓膜穿孔及听力减退为特点。有部分中耳炎可引起严重的颅内、外并发症而危及生命。根据病理及临床表现分为三型：单纯型、骨疡型、胆脂瘤型。

就诊及用药：

1. 确定中耳炎的类型。（1）单纯型：最常见，多于上呼吸道感染后出现，耳流脓，多为间歇性，呈粘液性或粘液脓性，一般不臭。量多少不等，上呼吸道感染时，脓量增多。（2）骨疡型：又称坏死型或肉芽型，多由急性坏死型中耳炎迁延而来。组织破坏较广泛，特点是耳流脓多为持续性，脓液间带有血丝。（3）胆脂瘤型，但非真性肿瘤，耳内流脓量少，可有白色鳞片、豆渣样物，恶臭，有时可出现头痛及听力明显下降。

2. 应请五官科或耳鼻咽喉科医生详细检查耳内，区别上述类型。

3. 积极治疗上呼吸道病灶性疾病，如慢性鼻窦炎、慢性扁桃体炎。

4. 药物治疗：单纯型以局部外用药为主：可用抗生素水溶液或抗生素与类固醇激素类药物混合液，如左氧氟沙星滴耳液或滴眼液、氯霉素可的松滴耳液或滴眼液、氧氟沙星滴耳液或滴眼液等。内服，可以选择阿奇霉素片或罗红霉素片，一种即可。

5. 局部用药注意事项：①用上述药前先清洗外耳道及中耳腔内脓液，可用 3% 双氧水或 3% 硼酸水清洗，后用干棉花签拭净或以吸引器吸尽脓液，方可滴药。②脓量多时用上述水剂，量少时可用硼酸酒精（医院内制剂）。

6. 滴耳法：病人取坐位或卧位，患耳朝上，将耳廓向后上方轻轻牵拉，向外耳道内滴入药液 1~4 滴。然后用手指轻按耳屏数次，促使药液经鼓膜穿孔流入中耳。数分钟后方可变换体位，相同方法滴另耳。注意冬天用药时滴耳药液应尽可能与体温

接近以免引起眩晕。

7. 鼓膜大穿孔影响听力，在干耳后 2 个月左右可行鼓膜修补术或鼓室成形术。

8. 骨疡型中耳炎，引流通畅者，以局部用药为主，但应注意定期复查。引流不畅或疑有并发症者及胆脂瘤型中耳炎，应及早施行改良乳突根治术或乳突根治术，彻底清除病变，预防并发症。

洗澡、洗头时应防止污水入耳，可用消毒棉球填塞两耳孔。要避免跳水或游泳，防止鼓膜破裂而影响听力。饮食宜清淡、易消化、营养丰富，多食新鲜蔬菜和水果。忌食辛辣刺激性食物，如烟、酒、葱、蒜等，以防热毒内攻。可多服能清火败毒的金银花露、绿豆汤等。

有人介绍治疗化脓性中耳炎的偏方：把某些中药磨成末或把蜈蚣、蝎子等类动物的尸体烧成灰或磨成粉，然后吹进耳朵里，有消炎、止脓的作用。这种方法如果随便乱用，常常发生危险。因此是根本不可取的治疗方法。

预防中耳炎的好方法。首先就是增强小孩的抵抗力，从小锻炼孩子。注意不要让孩子受凉感冒。其次给孩子喂奶的时候，母亲最好抱着孩子，不要躺着。有的母亲给孩子喂奶，母亲躺在床上，孩子也躺在床上，这是不科学的、不正确的，应当把孩子抱起来，头高一点。孩子喂饱了以后，把孩子轻轻地竖起来，头躺在肩膀上，轻轻地拍后背，从下往上拍拍，让孩子打个嗝把胃里的气排出来，然后再把孩子放平，这样就能够防止漾奶。如果孩子一旦漾了奶，赶紧把孩子抱起来，让孩子侧头，使奶流出来，或是把孩子立起来，防止奶流到咽管里头去。最后，就是给孩子洗澡的时候注意耳朵别进水。还要特别提醒做父亲的，教育孩子的时候，急了不要打耳光，否则就有可能把鼓膜给打破了，鼓膜穿了孔，脏东西就有可能进去，就易得中耳炎也使之愈合推迟。所以教育孩子的时候，打他屁股，不要打耳朵，当然屁股也最好不打。说服教育、善于引导和积极鼓励才是较好的家教方法。

超声入门贴 1019--十二指肠癌

作者：songjunru

链接：<https://bbs.iyi.com/thread-3463764-1.html>

患者男性，60 岁，胃镜病理证实。







“腹痛伴发热、呕吐”易误诊病例

诊治经过及体会

作者: juytreee

链接: <https://bbs.iiyi.com/thread-3121182-1.html>

患儿，男性，10岁。

主诉：腹痛2小时伴发热，呕吐3次

现病史：患儿于2011年6月22日下午6点30分来诊，诉腹痛呈持续性阵发性加剧，部位在上腹及右下腹，伴恶心、呕吐三次，呕吐物为胃内容物，有酸味，无血，未解大便。其母诉患儿额头发烫，问其诉没有头痛、咽痛、咳嗽等症状。当天没有不洁饮食史，21日曾在学校小卖部买食过“辣辣子”、“五毛钱饮料”（劣质食品）。

既往史：既往无肝炎、血吸虫病史，有过数次因不洁饮食致肠胃炎病史，两年前曾有慢性鼻炎病史，3月份曾服过肠虫清2片。

家族中无遗传病史。

无药物过敏史。

查体：T：38℃，P：80次/分，R：26次/分，BP未测。

现病史：患者发育正常，营养欠佳，痛苦表情，神志清楚。皮肤粘膜无黄染，体表未触及肿大的淋巴结。鼻无分泌物，唇无紫绀，咽充血，扁桃体不肿大。心肺无异常，腹软，未触及包块，肝脾不肿大，墨菲氏征（-），上腹部及右下腹有压痛，肠鸣音 8 次/分，余无异常。

诊断：1. 上呼吸道感染

2. 腹痛待查：1) 急性肠胃炎？ 2) 肠系膜淋巴结炎？ 3) 阑尾炎？

治疗方案：

抗菌抗病毒；

密切观察病情，对症处理；

处理经过及转归：

其一患儿咽部充血严重伴发热示上呼吸道感染；其二患儿有不洁饮食史加上腹痛、恶心、呕吐第一印象，合并肠胃炎。拟处方：

1) 0.9%NaCl 200ml+头孢呋辛钠{皮试（-）}2.75g, iv gtt（头孢呋辛对革兰氏阳性菌和阴性菌都有效）；

2) 5%GS 200ml+炎琥宁 160mg, iv gtt；

3) 小柴胡颗粒 10g 一袋立即冲服。

服药后约 20 分钟患儿又呕吐一次，此时正在输液，症状无改善，仍腹痛。因诊断不是很明确没有予以退热、止吐、镇痛。直到炎琥宁组快输注完患儿症状才有所改善，睡着了。药物输注完了之后查体温 37.8℃。此时为 22 日晚 9 时 30 分。

23 日凌晨 3 时 30 分我又被叫了起来。患儿家长诉其又开始腹痛呕吐，未进食、未大便。查体温 37.6℃，腹软、剑突下至右下腹一斜形压痛区。分析后以为肠道菌对头孢呋辛不敏感，遂更改处方：5%GS250ml+磷霉素钠 4.0g, iv gtt, 慢滴，至早 5 时 30 分液体输完症状无改善，考虑腹痛待查，建议去上级医院做 B 超鉴别。

11 时患儿被其家长带回我处。患儿 B 超示肠系膜淋巴结炎。当时在上级医院输注了二组液体：0.9%氯化钠 200ml+头孢呋辛钠 2.8g；5%GS 200ml+炎琥宁 160mg，未作其它处理，回来时体温已正常，已不腹痛，不呕吐。

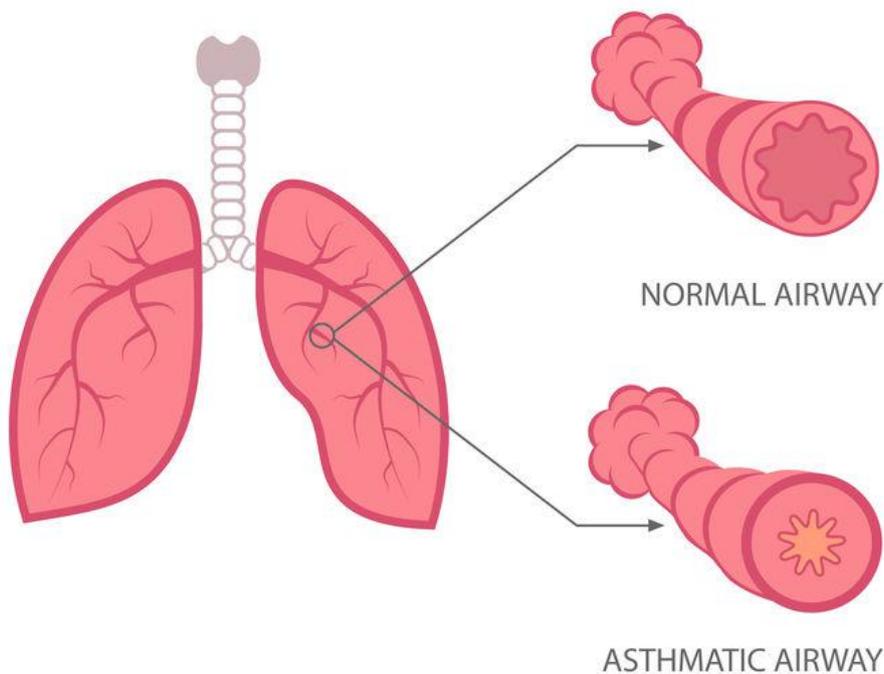
后来患儿在我处又按上述处方巩固治疗 5 天而愈。

慢性阻塞性肺病合并自发性气胸的诊治经验

作者：刘海军

链接：<https://article.iyyi.com/detail/411991.html>

慢性支气管炎由于长期气道炎症使细支气管管腔狭窄，形成不完全阻塞，于是患者吸气时气体进入肺泡，呼气时气道过早闭合，肺泡残气量增加，使肺泡过度充气，长期反复气道感染和慢性气道炎症，使白细胞和巨噬细胞释放的蛋白分解酶增加，损害肺组织和肺泡壁，导致多个肺泡融合形成肺大疱，肺大疱使肺泡壁毛细血管受压，致其供血减少从而促使肺泡壁弹性减退。阻塞性肺疾病肺气肿患者大多数支气管壁长时间在充血水肿状态之中，大量纤维组织增生使得管壁在脆性状态之下，平滑肌本身弹力纤维被破坏或者发生变性，使呼吸通路障碍，于是大量肺大疱出现，此时有诱因，如患者用力咳嗽或便秘排便等突发胸内压增高，极有可能使肺大疱破裂进而并发气胸。就像吹气球一样，只要持续吹而不放气，气球壁逐渐变薄，一定会吹破的。



气胸是胸膜破裂气体进入胸膜腔后产生，抬举重物，咳嗽、喷嚏、屏气或高喊、大笑等常为诱因。慢性阻塞性肺疾病病人突发胸憋、气短，活动后加重，呼吸困难，有濒死感，应怀疑气胸发作，行胸部 X 线片一般均可诊断，而胸部 CT 不仅可以诊断气胸，还可以发现气胸的原因。故笔者认为临床医生不应局限于听诊肺部啰音的存在而诊断为慢支、肺气肿合并感染或慢阻肺急性发作，给予抗感染保守治疗后，患者病情加重出现呼吸衰竭时才想到胸部正位片，才发现气胸。因为长期慢支、肺气肿的病人，肺顺应性降低，肺功能极差，储备功能减低，肺组织稍有气体压迫，少量气胸（胸部正位片是肺组织压缩 10%~30%）即可出现明显呼吸困难，而此时患者肺部呼吸音可以听到啰音。



对于慢性阻塞性肺疾病出现气胸的治疗，笔者临床体会认为，应首选胸腔闭式引流术治疗，同时给予低流量吸氧，抗感染治疗。因为慢性阻塞性肺疾病病人肺组织经长期炎症破坏肺弹性差，肺组织纤维化严重，行胸腔穿刺，气体不能完全抽尽，而且由于肺气肿使肺泡壁薄弱，且代偿使肺体积相对增大，容易穿破肺，对肺组织膨胀不利，对感染控制不利。行胸腔闭式引流应尽早尽快，最大限度地解除对肺的压迫，改善病人症状，减少呼吸衰竭发生。对于引流管口径问题，近年来提倡微创，细小管径引流，甚至使用中心静脉导管穿刺引流。笔者认为长期慢阻肺病人，特别是多次气胸复发，或 CT 诊断存在肺大疱病人，不提倡细管引流，因引流不畅，易堵塞等原因应

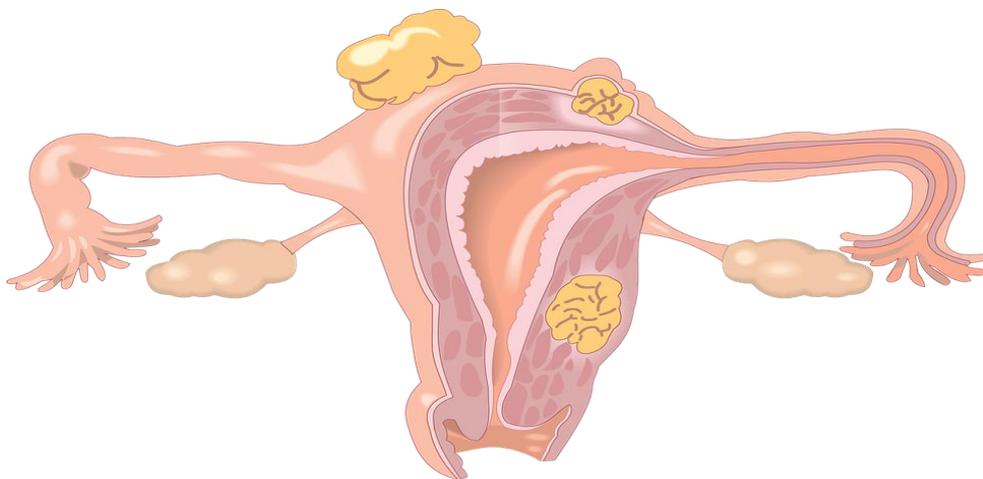
尽量使用粗管引流，引流管径在 F20# 以上为佳。引流 1 周内引流通畅无气泡排出，肺膨胀良好的病人，可行吹气球、下床活动等锻炼呼吸功能的方法促使肺膨胀、愈合，有利拔管；对于引流 1 周内引流管通畅无气泡排出，肺膨胀不良病人，考虑行低压力（20-25cmH₂O）负压吸引，促使肺膨胀又不至于使闭合的破口再次破裂；而对于 2 周以上患者仍气胸不愈合，引流气体排出不断，肺膨胀差的病人，从一般状况及心肺功能，以及肺大疱占位，有效通气肺组织容积等方面评估病情，条件允许可行胸腔镜肺大疱切除术加胸膜摩擦术治疗，也可行小切口肺大疱切除术治疗，但是一定要严格掌握手术适应症及禁忌症。严重营养不良，心肺功能衰竭者开胸手术要慎重，因有术后持续肺部漏气不愈合可能，甚至出现严重感染致多脏器衰竭死亡可能，故胸腔闭式引流仍是治疗慢性阻塞性肺疾病合并气胸的最好方法。

子宫内膜癌有没有误诊，这 3 个病例可以告诉你答案

作者：秦振河

链接：<https://article.iyyi.com/detail/412624.html>

子宫内膜癌又叫子宫体癌，是指子宫内膜发生的癌变，绝大部分为腺癌，为女性生殖系统常见的三大恶性肿瘤之一。高发于绝经期妇女，近年来其发病率呈上升趋势且有年轻化趋势。一方面由于人民生活水平的提高，寿命的延长，子宫内膜癌的发病率也将上升；另一方面由于宫腔新技术在临床上的普及，使子宫内膜癌的早期诊断率有所提高。



图片来源：123RF

子宫内膜癌早期主要症状为阴道出血，这也是妇科许多疾病的共同症状，加之 B 超及诊刮诊断的准确性有限，如医务人员缺乏对本病的认识，特别是对年轻患者的忽视，不注意进行鉴别诊断，甚至盲目偏信 B 超及诊刮的错误结果，则容易误诊误治，所以提高对子宫内膜癌的认识，减少误诊，漏诊显得十分重要。

临床资料：

病例 1：患者，女性，43 岁，孕 1 产 1。因发现子宫肌瘤一年，不规则阴道出血 3 个月入院。一年前 B 超发现有小子宫肌瘤，近 3 个月来，出现不规则阴道出血，量时多时少，持续不净，近 2 天流血量增多就诊。入院查体，肥胖体型，血压 160/110mmHg，心肺（一）。妇查，外阴正常，阴道内有大量血液，宫颈肥大，轻度糜烂，宫体前位，如孕 3 个月大小，表面多个质硬突起，双侧穹窿（一），入院诊断：1. 多发子宫肌瘤，2. 高血压病。入院后行 B 超检查，显示子宫内膜厚 1.2cm，完善术前检查后，进行分段诊刮，病理报告为子宫内膜复杂性增生。遂完善术前准备后，在腰硬联合麻醉下行子宫全切术。术毕剖视子宫见肌壁间、浆膜下多个小肌瘤，部分肌壁有腺肌瘤改变，右侧宫角部可见一直径 0.5cm 大小的暗红色息肉样组织，术后病检为子宫肌瘤，子宫腺肌瘤，子宫内膜高分化腺癌，局限于宫内膜。术后 2 周再次在腰硬联合麻醉下行双侧附件切除加盆腔淋巴结清扫，术后病理淋巴结全为阴性，双附件未见癌组织浸润。

病例 2：患者，女性，45 岁，孕 3 产 1 人流 2。因月经紊乱 3 年，不规则阴道出血 40 天入院。患者于 3 年前开始出现月经紊乱，由原来的 5/30 天延长至 10~20/45 天，经量时多时少，有时出现大量出血，曾在当地医院行诊断性刮宫止血 2 次，但刮出组织未送病理，近 40 天来出现不规则阴道出血，淋漓不断至今。入院时妇科检查，子宫前位，大小正常，质软，双穹（一）。血 Hb：80g/L，B 超检查：子宫内膜厚 1.0cm，考虑为：1. 异常子宫出血，2. 失血性贫血。予以分段诊刮，病检报告为子宫内膜单纯性增生，即给予调经止血治疗，应用避孕药及中药治疗三个疗程，但停药后再次出现阴道出血，持续 10 天仍不干净。再次行诊刮术，术中查子宫稍大，刮出组织送病检，报告为子宫内膜高分化腺癌已累及颈管。遂行盆腔核磁共振，见宫颈有侵犯，再次完善术前准备，在腰硬联合麻醉下行子宫次广泛切除加双附件切除加盆腔淋巴结清扫。

病例 3：患者，女性，30 岁，孕 1 产 1。经期延长、经量增多 1 年入院。患者于 1 年前开始经期由 6 天延长至 10~15 天，经量增多，较以往多一倍，伴有血块，无腹痛及腰骶部不适，月经干净后阴道少量排液呈水状，既往体健，平素月经 6/30 天，量中等，无痛经史。入院查体：体重 60kg，血压 100/60mmHg，心肺（一），腹软，

肝脾未扪及。妇科检查，外阴正常，阴道通畅，宫颈光滑，无触血，宫体如孕 50 天大小，质中，活动，无压痛，双穹（一）。血 Hb: 90g/L, B 超检查，子宫形态饱满，宫内膜线不清楚，宫腔内近右侧宫角部有一直径 4cm 实性肿块，边界清晰，其内低回声，提示子宫粘膜下肌瘤。入院诊断：1. 粘膜下子宫肌瘤 2. 失血性贫血，入院后行宫腔镜检查加粘膜下肌瘤电切术，宫腔镜下子宫内膜充血明显，右侧宫角部隆起见一 4cm×4cm×3cm 大小肿物，表面可见增生血管及灰黄色坏死组织，自肿块表面活检少许组织送病理，报告为变性坏死组织，考虑为子宫内膜炎及粘膜下肌瘤变性坏死，经抗感染治疗后行肌瘤电切术，切下肿物质地较软，再次快速病理为，宫内膜高分化腺癌。与家属谈话后，考虑癌组织比较大，行子宫全切加双附件加盆腔淋巴结清扫术。

误诊误治原因分析：

一、对子宫内膜癌的警惕性不高。子宫内膜癌与其他恶性肿瘤相比，病程发展相对较慢，威胁相对较小，好发于围绝经期及绝经期妇女，临床症状缺乏特异性，临床医生容易将子宫内膜癌所致的临床症状，归于常见病、多发病，尤其是对年轻患者的警惕性不高，容易误诊。

病例 1、病例 2 的围绝经期不规则阴道出血，也可用于围绝经期功血、子宫肌瘤及子宫腺疾病来解释，医生满足于原有疾病或已知疾病的诊断，便放松了对诊断的继续思考，虽然通过分段诊刮及病理排除了子宫内膜癌，却忽视了分段诊刮也有假阴性的结果，也未再行宫腔镜检查。病例 1 中，医生术后剖视子宫，发现宫内膜息肉样病变仍未引起重视，造成患者二次手术的痛苦；病例 2，使用激素调经止血数月，延误了病情；病例 3 虽然宫腔镜发现肿物表面异常表现，一方面由于检查医师技术水平有限，对子宫内膜癌认识不足，另一方面患者为 30 岁年轻患者，认为患良性疾病的可能性比较大，即想当然认为感染是引起肌瘤坏死所致，加上活检取材不当造成误诊。

二、各种辅助检查有一定的局限性。据报告，子宫内膜癌的诊断中单纯诊刮的准确率仅为 50%~80%，有 20%~50% 的患者被漏诊。这与诊刮医生的操作技术，病理人员的制片和阅片水平等直接相关。B 超对宫内膜病变的诊断也无特异性。宫腔镜虽然为宫颈内病变的金标准，但也受到诸如宫腔内出血、膨宫效果不好、视野暴露不佳、操作者经验以及水平有限、活检取材部位不当等因素的影响。此 3 例病例均作了相关辅助检查，却起到了误导作用，使临床医生放松了警惕性，造成误诊。所以临床医生对各类辅助检查要有正确的认识与评价。

治疗：

子宫内膜癌的治疗主要有手术、放疗、化疗、激素治疗，可以单用或者是综合应用。手术仍然是治疗子宫内膜癌的主要手段，适用于早期的患者。放疗，适用于中晚期不宜手术者。激素治疗，多用于不能手术或者放疗的较晚期患者，或者比较年轻，早期有生育要求的患者。化疗药物对子宫内膜癌疗效不显著，一般用于手术或者放疗后复发的患者。

预防误诊：

一、重视病史及高危因素。如果有高血压、糖尿病、肥胖等病史，要重视这些高危患者的追踪，如果出现阴道排液、血性白带、围绝经期及绝经后不规则阴道出血，首先要排除子宫内膜癌。

二、重视对妇科各种阴道流血疾病的鉴别诊断。阴道流血是妇科疾病的常见症状，在排除全身疾病所致的阴道流血后，同时也要考虑一些少见病，尤其是激素依赖性肿瘤合并存在的可能。尽管子宫内膜癌多发于绝经后，但不是绝对的。

三、正确认识各种辅助检查在鉴别阴道流血病例中的价值。辅助检查虽然重要，但也不能盲目轻信，要结合临床综合分析，否则容易走入误区。宫腔镜检查，直接观察子宫内膜变化，对可疑病灶取材，能够提高准确率。建议怀疑恶性肿瘤行宫腔镜检查时，选择好膨宫压力，以免引起肿瘤扩散。

四、提高医师的技术操作水平。如在诊刮中应特别注意宫底及双侧宫角处，刮出组织必须送病检，宫腔镜检查应在良好的膨宫条件下，有经验的医师操作，定位活检时应选择代表性强的病变部位，切勿选择已坏死组织送病检。

责任编辑：寒 冰

编辑：刘延红大夫

第二部分——中医部分

月经量少 1 例

作者：雨中的云

链接：<https://bbs.iiyi.com/thread-2092198-1.html>

患者，女，39岁，以月经量少半年为主诉前来就诊。

患者平素月经23天，经期3-5天，经量可。半年前月经量少，经期仅2天。经色暗伴有血块，经期偶有腰痛、腹痛。带下色黄，有异味。小便黄，大便偏干。自觉手脚冰凉怕冷。舌质红，苔薄稍黄。脉有力，右关稍滑。

半月前，于某医院就诊，诸症同上。给予：五子衍宗胶囊，胎宝胶囊，紫石英汤加黄精20克，栀子15克。服药后自觉口干。二诊：给予少腹逐瘀胶囊，胎宝胶囊，效果不明显。余辨证为：下焦湿热兼有瘀。

处方：四物汤加味。

当归12克，川芎12克，生地10克，赤芍10克，红藤30克，败酱草30克，海螵蛸12克，茜草6克，卷柏6克，川牛膝12克，泽兰10克，生薏米50克。

上药以四物汤活血补血，红藤、败酱草清解下焦湿热，加海螵蛸等化下焦郁滞。重用生薏米利湿解毒。

月经量少有虚有实，虚者多因素体虚弱，大病、久病、失血或饮食劳倦伤脾，或房劳伤肾，而使血海亏虚，精血不足，经量减少；实者多由瘀血内停，或痰湿壅滞，经脉阻滞，血行不畅，经血下而不畅。

观此症，量少色暗伴有血块，当为瘀血阻滞脉道，血行不利。又兼下焦湿热，湿瘀交阻于胞宫。张锡纯曾言：带下滑脱中亦有瘀滞。

马钱子的简便加工方法

作者：行善的郎中

链接：<https://bbs.iiyi.com/thread-1892195-1.html>

使用马钱子近十年，对该药的炮制加工方法试过多种，如传统的、学来的、自创的。最后定下一种简单、高效，绝对的保留最大化的有效药用部位，真正的做到了药微力宏的方法。

具体如下：

将马钱子放入烤箱，220℃保持 10-15 分钟，10 分钟后，间隔 2 分钟拿出一个，观察其颜色，以深黄色为宜，时间最长不超过 15 分钟。取出晾后，趁干燥粉碎，过 60-80 目筛，下去的都是马钱子果实，留下的毛茸茸的就是绒毛了。如此一来，不用浸泡，去皮，不用油炸，极好的保持了药物的毒性，无毒在一定意义上说就是丧失了马钱子药性。

中风后遗症足内翻治验

作者：longyaoshi

链接：<https://bbs.iiyi.com/thread-3464543-1.html>

前几天一中风后遗症足内翻 3 年的病人来求助针灸治疗，本人方法如下：

第一组：采用魏朝军的一三针开四关，四十五分钟后起针。

第二组：取双侧灵骨、大白穴，然后用的是别人的经验，我又加了双侧的申脉穴，具体操作复制如下：

取穴：照海、丘墟、矫正穴、上八风、解溪穴。操作要求：先取照海穴，针尖稍向下足趾方向斜刺，右手边行提手泻法，左手边使内翻的踝关节缓缓扳向外侧，行手法约 1 分钟，以出现走窜性针感为度。其次取丘墟穴，针尖刺向照海穴，其手法要求及刺激量同照海穴。再次取矫正穴，针尖略向下直刺，其手法要求及刺激量同照海穴。最后在以上三穴针刺基础上，取上八风穴，行提插泻法，局部有胀感即可。

最后起针后双侧尺泽穴，委中穴拔罐。

昨天是第四次治疗，病人来后异常兴奋，说整个脚已经可以完全平整落地，三年来穿鞋子第一次不需要用手帮忙按脚趾也能穿进去了，晚上散步，原来的距离一趟下来都十分吃力，昨天晚上走了两趟也没有不适感。

柴胡龙牡汤治疗社交恐惧症验案

作者：中籍华人

链接：<https://bbs.iiyi.com/thread-3464616-1.html>

2015 年 6 月 26 日下午，一 40 岁女士在其丈夫陪同下来诊，其主症是独自一人见到陌生人时就心悸、颤抖、恐惧、害怕、紧张，焦虑不安，有时伴有出汗，脸红，

说不出话。从2015年春节前在外打工期间发病至今(但患者回避初起是怎样发生的),已多处就医检查包括:头颅CT扫描、查心脏、查甲状腺功能等均无异常发现,仅见经颅多普勒报告“脑血管供血不足”,但治疗无效,曾有中医师开出每剂100余元的中药7剂仍无效。

患者精神尚可,面容、色泽无异常。我问患者:“你我素不相识,你见到我怎么不颤抖不害怕?”患者说:“你是医生,是救人的,我怕啥?”她这话倒是说得有理,实际上她是还有老公陪着的才不出现恐惧颤抖。

刻诊:舌质正常,舌苔薄白。脉弦数。脉率104分/次,血压110/70mmHg。

诊断:社交恐惧症。

辨证:肝胆失调,阳气内郁,心神失守。

治法:调和肝胆,通阳开郁,宁心安神。佐以认知一行为疗法。

方药:柴胡加龙骨牡蛎汤加减:

龙骨30克,牡蛎30克,柴胡20克,黄芩15克,制半夏10克,党参20克,茯苓30克,桂枝15克,琥珀10克,甘草10克,制远志10克,菖蒲12克,柏子仁10克,大枣20克,生姜15克。

3剂。每剂连煎3次,共煎取药汁500毫升,每次温服100毫升,每日3次。辅以认知一行为疗法:对患者夫妇简介了防治本病的一些知识和措施,使之明确这种病越是怕接触陌生人,病情就会越严重,只有主动与公众接触、与陌生人接触,才能逐步恢复正常。要求其丈夫积极配合,多多鼓励妻子主动参加居民社区的社会活动,大胆接触陌生人。还向患者推荐简单有效的自我镇定方法:每次接触陌生人时,先双手四指握住屈曲的拇指而成握固拳,使自己的心神肝魂镇定下来,用以减少恐惧感,配合药物治疗很快就能恢复正常。

7月2日复诊:述前症有明显减轻,接触过几个陌生人,已很少出现心悸、颤抖、恐惧、害怕、紧张、焦虑不安,有时虽有些紧张,也能很快镇定下来。舌正红,苔薄白,脉弦略数,脉率90次/分。仍用原方3剂巩固。患者担心以后会复发,要求开一剂丸药调理,遂处以安神定志丸加酸枣仁、当归养肝血以藏魂,加山茱萸、熟地补肾阴以镇恐。近期随访未见复发。

十年疼痛临床经验谈（节选）

作者：妍皇太极

链接：<https://bbs.iiyi.com/thread-3464464-1.html>

女, 68 岁, 因左腿疼痛麻木来诊。自诉: 全身易出汗, 左腿尤其严重, 怕见风, 遇风左腿疼痛加重, 近两年来食欲不振, 走路时左腿经常崴脚。查体发现: 右腿比左腿长 2cm, 经松骨矫正锤纠正, 长短腿恢复到差距 1cm, 下床走路时, 左腿疼痛明显减轻。复查时询问, 出汗量明显减轻, 遇风疼痛的感觉消失, 食欲不振没有变化。

疼位: 膝后窝膀胱经为水穴、治疗位: 对侧肘部: 手太阳小肠经、水克火而阳降;
顺时针左侧经络:

上肢: 太阴肺经、阳明大肠、少阳三焦、太阳小肠、少阴心经、厥阴心包

下肢: 太阴脾经、阳明胃经、少阳胆经、太阳膀胱、少阴肾经、厥阴肝经

八字理论: 环跳内侧膀胱经区疼、对应侧肺经(向远端刺)与膀胱经(向近端刺)(重点针方向性)。

感悟: 做八字针法时应遵循左升右降的原理、可以让八字针法的疗效稳定很多、而且比单八字疗法见效更快、可以再同一侧阴阳(表里)经上做一个上升下降的试验、还有问题: 就是一直用在左腿疼时针右上肢阴、针右上肢阳经(阴阳表里), 若是右腿疼如何下针才是最好的。

注意: 既然要遵循左升右降原理、医者面对病人、以医者左右肢定左升右降为正确。

驱风祛寒针法

一、水分、风泽针、关元、足针左升右降、加大叉穴驱寒气力量加大;

二、(风泽针)脐针巽位放射状三针、兑位一针泽、关元、左降右升(左足 4~2 赤白肉际下针一寸, 右足 1~3 赤白肉际下针一寸)。加大叉穴(虎口处向合谷方向刺到骨面);

三、腹针深度在腹膜上处同一水平, 有针尖顶硬纸的感觉。足四针入半到一寸;

四、在诸针上去气感不强时、也可运动腹针和足针, 一样可以增加排气重;

五、大叉穴催气也可以完全不用, 也可以用水分穴来催气;

六、进针顺序: 先右足, 后左足, 再巽三针(针间距 1cm)巽针第二针就会有气外放。第三针是加强气感针。再右盲俞左天枢。上水分下关上中脘、这时有时排风会很

弱,用水分催气;

七、足四针上去后,基本不动,除非无风,动腹针还无气、再动足针。

祛寒针可能很多人会、祛风量及能达到:针到能排风率达到90%以上的。个别没有排气感觉的病人、效果也是一样的、不能一味追求排风。

补与泻的秘传针法

追补:对与升针用补法、对与降针用泻法、待观;

凉泻法:比透天凉简便、刺激较轻、实验证明、不但能使患者产生凉感、而且能使局部皮肤温度下降:

操作方法:

a:术者左手食指或拇指紧按要刺的针穴处;

b:右手持针进穴;

c:候其气至、左手减轻压力、右手拇指向后连续捻提3-5次 d:再提针一分左右、针尖向有感应的部位、连续慢(轻)插急(重)提3-5次;

e:拇指向后再连续捻提3-5次、针尖拉着有感应部位守气、使针下滑松、产生凉感、留针后,急速出针,不扞针穴;

适应证、中风闭症、暑热高烧、唇烂便秘、目赤眼肿。

热补法:比烧山火简便、刺激较轻、实验证明、不但能使患者产生热感、而且能使局部皮肤温度升高。

操作方法:

a:术者左手食指或拇指紧按要刺的针穴处;

b:右手持针进穴;

c:候其气至、左手加重压力、右手拇指向前连续捻按3~5次、使针下沉紧;

d:再提针一分左右、针尖向有感应的部位、连续急(重)插慢(轻)提3~5次;

e:拇指向前再连续捻按3-5次、针尖顶着有感应部位守气、使针下沉紧、产生热感、留针后,缓慢出针、急扞针穴;

适应证、中风脱症、瘫痪麻痹、风湿痹症、腹痛泄泻、阳萎遗精等一切寒虚症。

重用参芪治疗高血压 1 例

作者:胡必江

链接: <https://bbs.iyi.com/thread-1592056-1.html>

余近邻厉某，男，年50岁，平素有高血压病史，常口服复方降压片等药。形体略胖，面色黧黑，步态不稳，气短嘘嘘，自诉头晕目眩，呕恶，近几日来纳谷不馨，饮食甚少，且食后心下痞闷不适，身体倦怠，舌淡红，苔薄白，脉左三部沉弱略弦，右寸关不充。测血压：240/120mmHg。诊后沉思良久，难以落笔书方。纵观脉证，一派气血亏虚之象，何以见血压如此之高？如用参芪等益气生血之品，恐血压再升有脑血管破裂之虞，如以重镇潜降来降其血压，如此虚弱之体，显然脉证不符。又思，中医治病，讲的是辨证论治，有斯脉证，则用斯方，今脉证有依，何虑其血压高哉？随放胆投用补中益气汤加减：

人参15克，黄芪30克，炒白术15克，柴胡10克，升麻10克，陈皮10克，当归5克，炒枳壳10克，桔梗10克，龙骨、牡蛎各30克先煎，川牛膝25克，炙甘草10克。

为慎重起见，投药一剂，以观动向，嘱西药仍服。翌日来诊，自云头晕大减，气短不接续之感亦减，饮食略增。测其血压降至180/100mmHg，效不更方，击鼓再进。先后服药九剂，血压降至140/90mmHg。气短不续之状消失，心下痞闷去，饮食倍增，头晕目眩尽于消失，面部气色及精神皆有明显改善。病人畏其草药难以下咽，拒服汤剂。嘱以补中益气丸并配合西药降压药长期服用。

中医治疗偏瘫奇才——梁增绪

作者：山村中医

链接：<https://bbs.iyyi.com/thread-2521713-1.html>

梁增绪（1922—1992年）祖籍赞皇县南壕村人，自幼聪颖过人，勤奋好学，为人磊落，秉性耿直。因幼年体弱多病，少年时期就嗜读医书以求自救。

成年后以教书谋生，曾患五心烦热，自己用清热滋阴之药月余不效。得知邻村有位偏瘫病人，请来了一位游方治病的张姓道士为其治病，康复甚速。遂携自己所用之方前往求教，叙述病情、诊脉看舌之后，道士在其方中加了一味附子，梁不解其意，道士曰：“引火归元”。回家后按方用药六剂而愈。梁深感自己苦学多年未得阴阳转化之真谛，择日请道士到家中致谢并拜其为师，随师侍诊，游历四方，三年后回乡开诊。

梁老师以善用经方，惯用附子，屡起沉疴痼疾享誉乡里，尤其对偏瘫的治疗，采用师传的左瘫以补血滋阴降浊为主，右痪以补气温阳升清为主的治疗原则。辨证精准，

用药胆大心细，处理兼见症独具匠心，能使患者的后遗症康复到比较理想的水平。

1983年春天，我从卫校中医班毕业后接管了村里的卫生室。本地患者梁某患脑血栓，出院后经其娘家人介绍请来梁增绪为其治病，诊病、开方之后，梁老师到我的药房仔细查看了所需的药材，认可以后才让家属抓药。他要求必须使用地道药材，否则再好的药方也难以取得理想的疗效。治病期间他就住在患者的家里，白天经常到我的诊室来聊天，交谈中了解了梁老师传奇的学医经历和治病特长。我俩越聊越投机，为了便于向梁老师请教，我请他和我一起住在卫生室。白天一起看病，切磋改进门诊疑难病症的治疗方法，使我的医疗水平有了明显的提高。晚上经常畅谈至深夜，给我讲述中医药精华和他几十年来行医治病的成功经验和失败的教训，使我受益颇多。此后他每次到我村及附近村庄治病都住在我这里，每次出诊看病我都跟随左右，并作了详细的记录。一般治疗一个患者在这里住半个月左右，病情明显好转后就留下方子让患者继续用药，嘱咐我根据病情变化如何调整方剂。

典型病例：梁某，女 60 岁。83 年 3 月 6 日初诊。半个月前突发中风，到医院确诊为脑血栓，住院输液治疗半月病情未见好转。患者体型偏瘦，精神萎靡，情绪极度悲观绝望，说话吐字不清，语声低微，右侧上下肢肌力为零，触之肌肉瘫软发凉，不能翻身，口角流涎，吃饭时吞咽障碍，舌苔白腻，舌体胖大，舌边齿痕明显，舌下脉络平坦紫黑，右手脉寸尺沉微，左脉弦细无力。大便正常，小便频数，血压：180/100mmHg。平素喜热怕冷，饮食稍凉则腹泻，偶尔晚上小便后发冷寒颤。

处方：炙黄芪 60 克，党参 30 克，土白术 15 克，茯苓 20 克，桂枝 15 克，牛膝（米酒炒）30 克，木瓜 10 克，石菖蒲 10 克，防风 10 克，羌活 10 克，钩藤 10 克，毛桃仁去皮尖 6 克，红花 6 克，干姜 15 克，乌附子（10 克逐渐加至 30 克），制川乌 10 克，制草乌 10 克，炮山甲粉 10 克，赤芍 10 克，三棱 6 克，莪术 6 克，丹皮 10 克，生姜 12 克，大枣 3 枚，炙甘草 10 克。先煎三乌（附子、川乌、草乌）一小时加入其他药物，水煎服 5 剂。

3 月 11 日二诊：药后精神状态明显好转，吃饭吞咽较前顺利，感到腰部和右侧肢体困倦无力怕冷，血压高 140 /90mmHg，肢体功能未见好转。上方加炒杜仲 15 克，桑寄生 15 克，续断 15 克，补骨脂 10 克。水煎服 5 剂。加用散剂（白花蛇、制马钱子、水蛭等）冲服每次 1.5 克，日二次。配合针灸按摩。

3 月 17 日三诊：肢体功能日渐恢复，能慢慢穿衣叠被，右手可以勉强梳头，用勺子吃饭，能够独自站立，行走时需人扶持。上方继用 5 剂。

3月22日四诊：血压130/85mmHg，右手能用筷子吃饭，行走时右腿稍现跛行，活动稍久仍感觉右侧肢体无力。上方去菖蒲、防风、羌活、钩藤、川乌、草乌。附子减为15克，加白芍30克，鹿角胶10克，山茱萸15克，熟地15克。水煎服15剂。

4月6日五诊：患者自行来到诊所，喜悦之情溢于言表，自述已经可以料理日常家务。配制1个月的“右痪散”，每次6克，日三次。随访：用完散剂后，血压稳定，精神饱满，可以从事较轻的体力劳动，嘱其注意劳逸结合，定期来检查一次血压。

按：根据我当时所掌握的中医知识，看这个病例的处方用药感到有些疑惑，初诊时我就问梁老师：病人血压这么高，用这么大量的黄芪附子、桂枝、川乌、草乌行吗？教科书上这可都是升血压的药啊？

答：这位患者主要是气虚无力推动血行，阳虚湿阻寒凝血滞导致的高血压。补气温阳通络是治本之策，再有牛膝、木瓜引血下行，血压会稳步下降。

问：乌附子、川乌、草乌有毒，有必要用那么大的量吗？

答：对于阳虚患者的通经活络，三乌的作用是其他药无法代替的，况且附子的用量是根据患者的耐受力逐渐加大的，再加上先煎1小时降低毒性，可以放心使用。治疗偏瘫病必须要有紧迫感，正确治疗越早后遗症越轻，就像地里一片秧苗，由于供水浇灌的管道堵塞导致秧苗日渐打萎了，就应该用最有利的手段尽快疏通管道，拯救秧苗。否则等秧苗枯死以后再充足的供水也救不活了。

病例2：男，48岁。84年3月18日初诊。

既往患高血压10余年，嗜好饮酒，平素常觉头疼头晕，长期服用降血压西药。两周前突然跌倒昏迷不醒，大约1小时后苏醒，左侧肢体瘫痪，头痛剧烈。送医院确诊为脑出血，经10余日输液治疗后头痛缓解，肢体功能未见好转。出院后请梁老师诊治，患者面赤声粗，情绪烦躁；自暴自弃，觉得这一生这算完了。对治疗毫无信心。语言滞涩，词不达意，越说不清越着急，着急则头疼头晕加剧。脉左右弦数、重按有力；舌苔黄厚糙腐，舌质发暗，舌下静脉黑紫怒张如蚯蚓状，大便燥结2日一行，左侧上下肢毫无自主动作且有紧束感。血压：180/110mmHg。

处方：当归30克，川芎10克，白芍18克，生地30克，元参15克，天冬10克，毛桃仁去皮尖10克，红花10克，炮山甲10克，茯苓15克，牛膝（米酒浸）30克，木瓜10克，桂枝6克，菊花10克，钩藤10克，三棱3克，莪术3克，节菖蒲10克，柏子仁10克，火麻仁10克，代赭石粉30克，龙胆草10克，茵陈6克。水煎服5剂，日一剂。冲服散剂（三七、马钱子、白花蛇等）每次2克，日2次。

3月22日：情绪稳定，言语仍不畅，头疼头晕减轻，偶尔感觉头脑清爽但不能持续，左半身感觉轻松了不少但仍不能自主动作，大便顺畅日一次。可喜的是患者对治愈有了信心，积极配合治疗以期尽快康复。上方再服5剂。

3月28日：血压：150/90mmHg，右脉渐趋柔和、左脉仍有弦意，黄腐之苔已去八成，舌下静脉怒张渐平，颜色好转，说话虽慢已经能准确表达意思。但是左侧肢体仍无好转（一般情况用药十天以后，肢体功能会逐渐恢复）。梁老师观察发现病人头部略微前倾，扭头时好像很费力的样子，检查颈部发现大椎穴下面有茶碗口大小稍微隆起的“疙瘩”，用手按之比较硬，感觉迟钝，推之不移，好像和胸椎骨粘连在一起，上面的皮肤也捏不起来，梁老师叫它“督脉结”。此结导致督脉和足太阳膀胱经气血淤滞，全身阳气上通下达不畅，使得偏瘫康复异常缓慢。处理：用通督膏贴督脉结处，内服上方去火麻仁、柏子仁、胆草、茵陈。加生黄芪15克，葛根30克，全蝎3克，生姜15克，大枣3枚。水煎服五剂。

4月2日：贴膏药后感到脖子和背部僵硬好转，脚心开始有汗（以前脚心干燥），血压：130/85mmHg，上肢已能与肩抬平，可以独自站立一会，不敢行走。上方加生黄芪为30克土元10克，水煎服五剂，外贴、内服散剂继用。

4月7日：血压125/80mmHg，已经可以独自挪步行走，左脚尖容易擦地，左上肢可以自由抬举，手指活动不灵活。处方：当归18克，川芎10克，白芍30克，熟地30克，毛桃仁去皮尖10克，红花10克，炮山甲10克，牛膝（米酒浸）15克，木瓜10克，桂枝10克，桑枝15克，陈皮10克，半夏10克，生黄芪30克，山茱萸10克，山药30克，土元10克，茯苓15克，白术10克，生姜10克，大枣3枚，甘草6克，水煎服10剂。冲服散剂（鹿角胶水蛭、马钱子等）每次3克日2次。通督膏隔日一贴。

4月18日：行走刚开始步态基本正常，活动久了，仍觉左半身沉困无力。患者不愿意再喝煎剂了。上方精简药物后配成散剂服用1个月。

5月20日：血压正常，患者对康复状态比较满意，只是每次变天（晴天转阴雨天）之前半身沉困明显一些。检查了“督脉结”，局部肌肉平坦松软，捏住皮肤可以提起0.5厘米左右。自述第一次贴膏药以后仰头、扭头就轻松多了。

关于“督脉结”，梁老师认为是《伤寒论》中：“太阳病，项背强几几，无汗恶风，葛根汤主之”。“太阳病，项背强几几，反汗出恶风者，桂枝加葛根汤主之。”中所说的“项背强几几”，没有得到及时有效治疗日久形成的。刚开始只是局部肌肉

痉挛，由于日久年深局部筋脉失养拘挛硬结隆起，但用内服药药物治疗见效非常缓慢，配合外用通督膏（麝香、毛茛、生川乌、草乌、苍耳子膏等）局部贴敷，可以迅速解除其痉挛状态对全身气血循环的影响。

这些年在利用梁老师的方法治疗偏瘫的实践中，发现了一些影响疗效的因素整理出来供大家参考。

1. 治疗时机，我对治疗过的病例统计发现，中风急性发作期过后，中药治疗越早越好，发病3月之内是最佳康复期，后遗症最轻；3-6个月疗程稍长但仍可取得比较理想的疗效。半年以上的见效较慢，疗程较长，后遗症恢复程度相对较差。所以千万不能坐失最佳康复期的积极治疗，给患者留下终生遗憾。我曾治疗过几例发病数年的重度后遗症患者，尽管竭尽全力也是见效甚微，由此使我对“抢救禾苗”的比喻有了深切的感悟。

2. 药材质量：现在市场上的附子很多是为了增重，大量灌胆巴而退胆不全的（胆巴附子），此类附子入口较麻而苦，带有咸涩等异味，质重而硬，切面有半透明光泽，初入门的同仁，最易误以为是好附子。此类附子因毒性来自化工品而非乌头碱，故长时间煎煮根本无助于灭毒。我现在用的是委托当地附子加工厂用传统工艺生产的附子，附片较轻、呈黑褐色，外形干瘪、没有异味。

炮山甲“气腥而窜，其走窜之性无微不至，故能宣通脏腑、贯彻经络、透达关窍，凡血凝、血聚为病皆能开之”。是方中不可或缺的主药之一，近年来价格攀升，炮山甲造假增重更是花样繁多，一定要选真生甲片自己炮制。至于其它的药材，一定要辨清真伪后再用。这里不再赘述。

3. 兼见证的处理：用药1-2周后功能恢复不明显的，一定要用中医的眼光仔细检查找出影响康复的症结所在。比如阳气郁结的用通关散取嚏；无汗症、多汗症要对症处理；有督脉结的尽早贴敷等，充分体现中医个体化治疗的优势。

恩师已故二十二载，音容笑貌历历在目，谆谆教诲未敢忘怀。恩师暮年针对中医日渐衰落的现状说过：中医只有拿出确切的疗效才有存在的价值，希望自己的学术思想能得到传承、发展，为振兴中医事业做出贡献。

时光荏苒，不觉已到知天命之年，深感有负恩师重托。此文意在阐述恩师经验，与同仁共享共勉。

落枕的诊治

作者：杨艳祥

链接：<https://article.iyyi.com/detail/411970.html>

落枕，这种疾病只是一种非常模糊的诊断，是人们通过它发病原因与枕头相关连而产生的一种说法。落枕病症的性质、部位和症状并没有非常详细的描述，在我们临床中，并不能作为一种常规的诊断，所以更多的是归为颈椎病的范畴。只是在睡眠时，姿势不端正或者感受风寒，而引起局部颈椎肌肉的紧张和痉挛。睡醒之后，出现颈部的酸胀疼痛，转侧不利，甚至疼痛难忍。大多发病为一侧，也有双侧出现的情况。如果症状比较轻微，不用治疗也能够自愈。但是反复发作落枕的现象说明一定存在颈椎病的改变。

具体病因，大多是由于不良的姿势造成的，枕头过高或者过低，在睡眠过程中，造成颈部肌肉的张力增加，缺氧发炎造成损伤。还有就是与睡眠时感受风寒有一定的关系，虽然发病在晨起，但是造成的原因一定和晚上受寒着凉有一定的关系。

落枕造成疼痛的主要原因还是由于胸锁乳突肌，斜方肌，肩胛提肌等局部软组织肌肉的紧张和痉挛，甚至会出现肌纤维受损，造成局部的水肿渗出。产生了剧烈的疼痛，活动不利。

在临床中我们可以根据患者描述它所产生的疼痛的症状部位。来判断造成损伤或者痉挛的是哪部分的肌肉软组织。常见的有胸锁乳突肌损伤。表现为胸骨柄根，锁骨之间产生疼痛，而后的乳头部位有非常明显的压痛。如果是由于肩胛提肌损伤时，会产生肩胛局部的疼痛，在做肩胛提肌提拉实验时，会造成活动范围受限。如果存在斜方肌的损伤，会造成严重的头部活动旋转范围的缩小。在斜方肌的肌肉起止点存在明显疼痛。这些情况就需要医生针对患者的病情做一个详细的检查，来明确具体的位置和疼痛的部位。严重者建议做一个进一步的检查，做一个颈椎的X线片。有些患者还会存在上肢的放射症状，这需要进一步的检查来明确是否存在神经根的表现症状。

在落枕的治疗上，需要看患者病情的严重程度，如果只是轻微的疼痛，做局部的热敷处理就可以，如果疼痛比较严重，甚至活动不利，建议采用针灸的方法来治疗。针灸选取穴位以阿是穴，也就是压痛点为主。配合风池、天柱、大椎等穴位来治疗。按照经络辨证，选择手阳明经，手太阳经的穴位来治疗。也可以应用刺络放血的方法来治疗，大多根据患者所描述和医生检查的疼痛部位，点刺放血，拔罐治疗，大多能

够达到立竿见影的效果。

又有一些采用手法的治疗方式。但是需要强调一点，如果是患者存在局部水肿急性期，手法需要用一些轻微的手法，不能用暴力手法，以免造成水肿加重，手法的主要目的就是放松局部软组织的痉挛，改善局部的血液循环，达到活血化瘀，行气解表，疏经通络的目的。

应用半夏泻心汤的体会

作者：武巴音

链接：<https://article.iyyi.com/detail/411151.html>

半夏泻心汤出自《伤寒论》书中“伤寒五六日，呕而发热者……若心下满而痛者，此为结胸也，大陷胸汤主之，但满而不痛者，此为痞，柴胡不中与之也，宜半夏泻心汤”，《金匱要略》中记载：“呕而肠鸣，心下痞者，半夏泻心汤主之”。本方作用广泛，主要用来治疗脾胃疾病，欲全面了解、用活本方，首先要对脾胃的生理病理作进一步的理解。

1. 脾胃生理病理，是运用本方的基础

脾主运化，其气主升，脾气的上升依赖脾中阳气；胃主受纳，其气主降，胃气的下降依赖胃中之阴，脾升胃降是脾胃生理功能的集中体现。脾胃升降协调，要倚肝胆疏泄有度，肝胆互为表里，肝主升胆主降，共同发挥疏泄作用，具有疏通畅达全身气机的作用，故可促使脾胃中焦气机斡旋通畅，它们共同参与全身气机的升、降、出、入。脾胃的病理表现为气机升降异常，该升不升，应降不降，或升者反降，降者反升，而出现脾胃升降异常表现。脾升异常表现为：①清阳升举不足，可出现头目不利、面色㿔白等；②痞塞于中，而出现脘腹痞满、饮食减退等；③脾气不升下陷，则出现下利清谷，脏器下垂等。胃降异常表现为：①胃浊气上逆，则出现头晕、呕恶、噯腐吞酸等；②胃不降浊，中焦痞满，可表现胃脘痞胀或疼痛、嘈杂不适等；③胃降太过，会出现多饮多食，泄泻、消瘦。

脾胃气机升降失常，痞塞于中，会出现脘腹痞满，呕吐恶心，肠鸣腹泻症状，仲景用半夏泻心汤辛开苦降法治疗，这是常法。但临床上，单纯脾胃升降失常的患者少见，多影响到肝胆气机疏泄，导致肝胆犯胃而出现反酸、噯气，脾气转输津液不利，胃气通降失常而出现大便干。这时单纯用半夏泻心汤可能效果不佳，需要我们常常加疏肝利胆的药物，才可取得佳效，我常喜欢香附、柴胡、川楝子、郁金、茵陈、龙胆

草等疏肝利胆。

2. 抓主症，灵活辨证，是运用本方的关键

半夏泻心汤是为脾胃气机升降失常而设的处方，胃脘痞满是其主症。脾胃升降不利，则可出现气滞而痰湿阻滞，郁久而生内热，脾气不健则中寒，所以可见湿、热、寒、痰四种邪气。半夏泻心汤中法半夏和胃降逆、燥湿化痰，干姜行脾气、散湿气；黄连、黄芩苦寒，清里热，燥湿气，并助降胃气，半夏及干姜的辛散，黄连与黄芩的苦降，为此方之核心药对。而人参、甘草、大枣为仲景补脾胃的常用组合，一为健中补气，一为扶正驱邪。这并非本方主药，如果湿气重，完全可以减去，加祛湿的药物如茯苓、薏米、莱菔子等；如果病久入络，可以加活血通络的药物如川芎、红花、丹参、姜黄等；如果郁热重而反酸，可以加清热抑酸药如浙贝母、乌贼骨、元胡、郁金等。

责任编辑：修竹临风

编辑：草原民间中医、砭艾、xiwang001han

火麻仁

别名：大麻仁、火麻、线麻子。

来源：桑科植物大麻 *Cannabis sativa* L.的干燥成熟果实，原产锡金、不丹、印度和中亚细亚，现各国均有野生或栽培。我国各地也有栽培或沦为野生。新疆常见野生。



形态：一年生直立草本，高1~3米，枝具纵沟槽，密生灰白色贴伏毛。叶掌状全裂，裂片披针形或线状披针形，长7~15厘米，中裂片最长，宽0.5~2厘米，先端渐尖，基部狭楔形，表面深绿，微被糙毛，背面幼时密被灰白色贴状毛后变无毛，边缘具向内弯的粗锯齿，中脉及侧脉在表面微下陷，背面隆起；叶柄长3~15厘米，密被灰白色贴伏毛；托叶线形。雄花序长达25厘米；花黄绿色，花被5，膜质，外面被细伏贴毛，雄蕊5，花丝极短，花药长圆形；小花柄长约2~4毫米；雌花绿色；花被1，紧包子房，略被小毛；子房近球形，外面包于苞片。瘦果为宿存黄褐色苞片所包，果皮坚脆，表面具细网纹。花期5~6月，果期为7月。

栽培：大麻喜温暖湿润气候，对土壤要求不严，以土层深厚、疏松肥沃、排水良好的砂质壤土或粘质壤土栽培为宜。

性味功能：味微甘，性平；润肠通便。

用途：用于血虚津亏，肠燥便秘。

用法用量：内服9~15克。

经验鉴别：本品以色黄、无皮壳、饱满者为佳。

桔梗

别名：包袱花、铃当花。

来源：桔梗科植物桔梗 *Platycodon grandiflorum* (Jacq.) A.DC.的干燥根，主产于东北、华北、华东、华中各省以及广东、广西（北部）、贵州、云南、四川、陕西。国外朝鲜、日本、俄罗斯的远东和东西伯利亚地区的南部也有分布。



形态：茎高 20~120 厘米，通常无毛，偶密被短毛，不分枝，极少上部分枝。叶全部轮生，部分轮生至全部互生，无柄或有极短的柄，叶片卵形，卵状椭圆形至披针形，长 2~7 厘米，宽 0.5~3.5 厘米，基部宽楔形至圆钝，顶端急尖，上面无毛而绿色，下面常无毛而有白粉，有时脉上有短毛或瘤突状毛，边缘具细锯齿。花单朵顶生，或数朵集成假总状花序，或有花序分枝而集成圆锥花序；花萼筒部半圆球状或圆球状倒锥形，被白粉，裂片三角形，或狭三角形，有时齿状；花冠大，长 1.5~4.0 厘米，蓝色或紫色。蒴果球状，或球状倒圆锥形，或倒卵状，长 1~2.5 厘米，直径约 1 厘米。花期 7~9 月。

栽培：桔梗喜凉爽气候，耐寒、喜阳光。宜栽培在海拔 1100 米以下的丘陵地带，半阴半阳的砂质壤土中，以富含磷钾肥的中性夹沙土生长较好，种子寿命为 1 年。

性味功能：味苦、辛，性平；宣肺利咽、祛痰排脓。

识草药

用 途：用于咳嗽痰多，胸闷不畅，咽痛，音哑，肺痈吐脓，疮疡脓成不溃。

用法用量：内服 3~9 克。

经验鉴别：本品以根肥大、白色、质充实、味苦者为佳。

编 辑：王颖健

责任编辑：金陵一剑

睾丸鞘膜积液 1 例

作者: lizheng317as

链接: <https://bingli.iyyi.com/show/63020-1.html>

●病例摘要

一般资料: 男性, 61 岁。

主诉: 发现右侧阴囊包块半年

现病史:

患者半年前无意中发现右侧阴囊包块, 右侧阴囊较左侧大, 表面皮肤无异常改变, 用手触摸睾丸, 肿大, 有囊性感, 无疼痛。用手使劲按压包块不缩小, 未治疗。近 1 月来, 包块逐渐增大。影响生活和劳动, 遂来我院就诊, 门诊以“右侧睾丸鞘膜积液”收住我科。发病以来, 神志清, 精神可, 饮食及大小便正常。

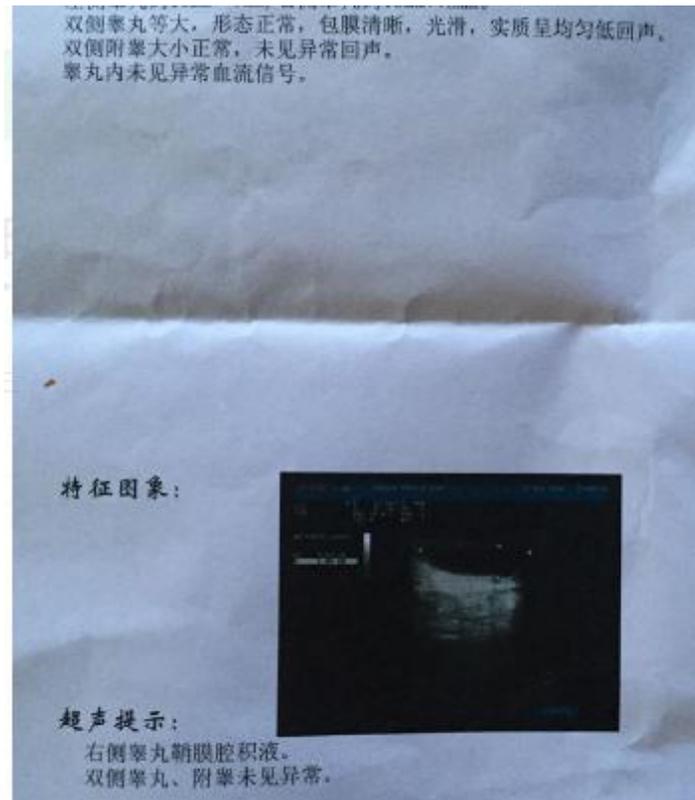
既往史:

平素体健, 无“高血压、糖尿病”病史, 无“肝炎、结核”等传染病史, 无手术及外伤史, 无食物、药物过敏史, 无输血史。

体格检查:

T: 36.2℃; P: 75 次/分; R: 22 次/分; BP: 130/70mmHg。发育正常, 消瘦, 步入病房, 自主体位, 查体合作。全身皮肤颜色正常, 弹性减退, 全身浅表淋巴结未触及肿大。头颅无畸形, 双侧瞳孔等大等圆, 对光反射存在。口唇无紫绀, 腹式呼吸, 呼吸频率 22 次/分, 两侧呼吸运动对等, 双肺呼吸音清, 未闻及干湿性啰音。心前区无隆起, 心尖搏动未触及, 心界未叩出, 心率 75 次/分, 律齐, 各瓣膜区未闻及病理性杂音。腹软, 无压痛、反跳痛, 莫菲氏征阴性, 叩诊呈鼓音, 移动性浊音阴性, 肠鸣音存在。肛门未查。生殖器外观见右侧阴囊大, 如小拳头样, 内有一包块, 平躺后用手按压无消失。左侧正常。脊柱呈生理弯曲, 活动自如, 各棘突无明显压痛, 两侧上、下肢肌力: 5 级, 四肢肌张力正常。双下肢无凹陷性水肿, 生理反射存在, 病理反射未引出。

辅助检查:



彩超：右侧睾丸鞘膜积液。

初步诊断：右侧睾丸鞘膜积液

诊断依据：

右侧阴囊包块，右侧阴囊较左侧大，表面皮肤无异常改变，用手触摸睾丸肿大，有囊性感，无疼痛。用手使劲按压包块不见缩小；生殖器外观见右侧阴囊大，如小拳头样，内有一包块，平躺后用手按压无消失。

彩超：右侧睾丸鞘膜积液。

鉴别诊断：

腹股沟斜疝：多见于青少年，肿大的阴囊有时可以见肠型，在卧位时阴囊内容物可回纳，咳嗽时内环口处有冲击感，透光试验阴性。

●**诊治经过：**

入院后经完善相关检查，患者诊断明确，手术指征明确，积极完善术前准备，术前检查未见明显手术禁忌，经与家属沟通，家属同意手术治疗。于2019-8-25在腰麻硬腰联合下行“右侧睾丸鞘膜积液翻转术”，手术顺利，麻醉效果满意，术后给予抗感染补液对症治疗，患者逐日恢复。

●**临床诊断：**

右侧睾丸鞘膜积液

●分析总结:

睾丸鞘膜积液是鞘膜积液最常见的一种，鞘状虽然能够正常闭合，但是由于囊内积液较多，睾丸呈球形或鹅卵石状。通常睾丸鞘膜积液分为原发性和继发性，原发性病因不明而且发病无征兆，未成形前难以诊断。而继发性睾丸鞘膜积液伴随炎症、肿瘤或丝虫病产生。继发性症状更明显，可以看到囊肿随睾丸上下移动。鉴别诊断：与睾丸鞘膜积液相似的有睾丸肿瘤和腹股沟斜疝。1. 睾丸鞘膜积液是不能摸到睾丸的，而疝可以隔着内容物摸到睾丸。2. 可以通过透光试验判断是肿瘤还是鞘膜积液。肿瘤透光试验呈现阴性，睾丸鞘膜积液为阳性。而且睾丸肿瘤的特点是硬，包块质硬明显。3. 精液囊肿：位于睾丸上方，附睾头部，多成圆形，体积较小，一般在2厘米左右，可清楚摸到睾丸，诊断性穿刺可抽出乳白色液体，内含死精子。

●治疗：1. 病程缓慢，积液少张力小长期不增大的随访观察 2. 手术治疗：鞘膜翻转术是常用的手术方式，适用于先天性睾丸鞘膜积液经过长期非手术治疗未能治愈者，以及较大的睾丸鞘膜积液。

反流、烧心 1 年加重 3 天

作者: lizheng317as

链接: <https://bingli.iyyi.com/show/63007-1.html>

●病例摘要

一般资料：女性，72岁。

主诉：反流、烧心1年加重3天

现病史：

患者自诉1年前经常于饭后1小时出现反流、烧心，以平卧、弯腰时为著，烧心以胸骨后为著，曾经在家口服多潘立酮片，症状有所缓解，3天前上述症状加重，为诊治遂来我院，门诊以“胃食管反流病”收住院，发病以来，精神可，睡眠可，大小便正常，体重无明显减轻。

既往史：

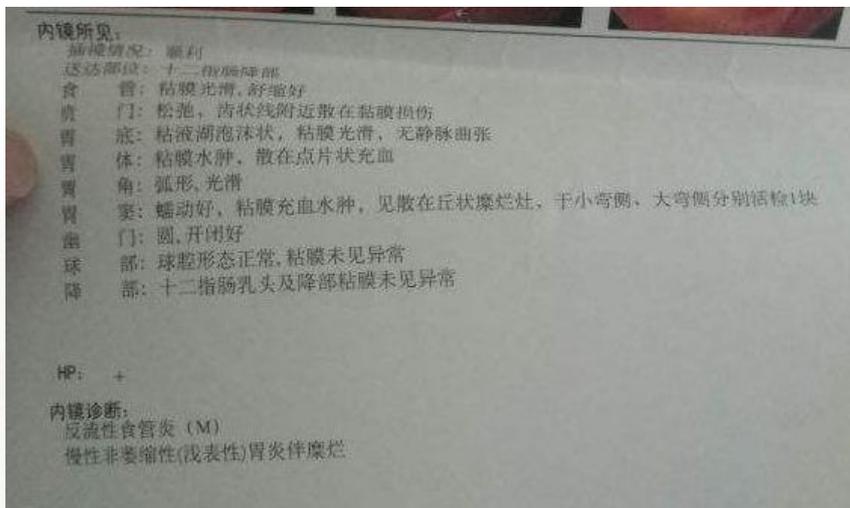
平素体质差，否认高血压、糖尿病病史，否认有“乙肝、结核”等传染病史，无外伤史，无输血、献血史，无药物、食物过敏史，余系统回顾未见异常。

体格检查：

病例讨论

T: 36.2°C; P: 80 次/分; R: 22 次/分; BP: 130/70mmHg。发育正常，消瘦，步入病房，自主体位，查体合作。全身皮肤颜色正常，弹性减退，全身浅表淋巴结未触及肿大。头颅无畸形，双侧瞳孔等大等圆，对光反射存在。口唇无紫绀，腹式呼吸，呼吸频率 22 次/分，两侧呼吸运动对等，双肺呼吸音粗，未闻及干湿性啰音。心前区无隆起，心尖搏动未触及，心界未叩出，心率 80 次/分，律齐，心尖瓣膜区未闻及病理性杂音。全腹软、未触及包块，上腹部轻度压痛、无反跳痛，肝、脾未触及，Murphy 氏征阴性，叩诊呈鼓音，移动性浊音阴性，肠鸣音存在。肛门、外生殖器未查。脊柱呈生理弯曲，活动自如，各棘突无明显压痛，两侧上、下肢肌力：5 级，四肢肌张力正常。双下肢无凹陷性水肿，生理反射存在，病理反射未引出。

辅助检查：



胃镜示：反流性食管炎，慢性浅表性胃炎伴糜烂。

初步诊断：

1. 胃食管反流病；2. 慢性浅表性胃炎

诊断依据：

1. 有烧心反流症状，常在饭后 1 小时出现，以平卧、弯腰时为著，烧心以胸骨后为著。2. 胃镜示：反流性食管炎，慢性浅表性胃炎伴糜烂。

鉴别诊断：

贲门失弛缓症：可有反酸，烧灼感，但常有间歇性吞咽困难，食管吞钡可见“鸟嘴征”，胃镜可鉴别。

食管癌：多表现为进行性吞咽困难伴胸痛，反流等，内镜检查可发现占位性病变，

病理检查可证实。

●诊治经过:

入院后完善血、胃镜等相关检查，嘱患者抬高床头、避免高脂饮食及刺激性食物。奥美拉唑抑酸治疗，莫沙必利促动力药，胃黏膜保护药药物治疗。经过7天治疗，患者自诉无烧心，反流症状，今日出院，嘱口服药物巩固治疗。

●临床诊断:

1. 胃食管反流；2. 慢性浅表性胃炎

●分析总结:

一、胃食管反流病是指过多的胃、十二指肠内容物反流入食管引起的烧心等症状，可引起反流性食管炎，以及咽喉、气道等食管以外的组织损害。

二、病因：1. 食管抗反流防御机制减弱 抗反流防御机制包括抗反流屏障，食管对反流物的清除及黏膜对反流攻击作用的抵抗力。2. 反流物对食管黏膜的攻击作用。

三、主要表现：1. 典型症状 烧心和反流是本病最常见的症状，而且具有特征性，因此被称为典型症状。2. 非典型症状 指除烧心和反流之外的食管症状。胸痛由反流物刺激食管引起，疼痛发生在胸骨后。严重时可为剧烈刺痛，可放射到后背、胸部、肩部、颈部、耳后，有时酷似心绞痛，可伴有或不伴有烧心和反流。3. 食管外症状由反流物刺激或损伤食管以外的组织或器官引起，如咽喉炎、慢性咳嗽和哮喘。

四、并发症

1. 上消化道出血 反流性食管炎患者，因食管黏膜糜烂及溃疡可以导致上消化道出血，临床表现可有呕血和（或）黑便以及不同程度的缺铁性贫血。

2. 食管狭窄 食管炎反复发作致使纤维组织增生，最终导致瘢痕狭窄。

3. Barrett 食管。

五、辅助检查：1. 胃镜检查；2. 24小时食管pH监测；3. 食管吞钡X线检查；4. 食管测压。

鉴别诊断：1. 贲门失弛缓症：临床表现为间歇性吞咽困难、食物反流和下胸骨后不适或疼痛，病程长。食管吞钡可见“鸟嘴征”。2. 食管癌：多表现为进行性吞咽困难，胸痛，反流，呕吐，一般病程较短，X线钡餐检查，食管镜+活检可明确。3. 食管瘢痕狭窄：有吞食腐蚀性剂病史，多以吞咽困难为主要表现，钡餐显示食管不规则线状狭窄，管壁僵硬，粘膜消失。内镜检查可明确。

病例讨论

治疗：

一、一般治疗

1. 抬高床头、避免进餐后立即卧床；
2. 戒烟、禁酒，避免高脂饮食、刺激性食物；

二、药物治疗

1. 抑酸治疗 H2 受体拮抗剂：如西咪替丁、雷尼替丁、质子泵抑制剂：包括奥美拉唑、兰索拉唑、泮托拉唑。

2. 促动力药如多潘立酮、莫沙必利、依托必利等。

3. 硫糖铝胃黏膜保护药应用。

4. 对症治疗：如胃酸过多可用中和胃酸的药物。

三、内镜治疗。

四、外科手术治疗。

五、并发症的治疗。

六、其他治疗：饮食上注意选择清淡、柔软、易消化的食物，避免食用油腻煎炸及腌制食品，少食用延缓胃排空的食物，少食用对胃粘膜有明显刺激的食物，为减少反流，餐后尽量不要剧烈活动，尽量减少弯腰、下蹲、收腹等动作。

责任编辑：绿漫天涯

编辑：刘现国

医疗资讯

我国新药品管理法 12 月 1 日起执行

8 月 26 日上午，新修订的《中华人民共和国药品管理法》经十三届全国人大常委会第十二次会议表决通过，将于今年 12 月 1 日起施行。修订后的药品管理法共十二章 155 条，加大了对药品违法行为的处罚力度。新修订管理法对假药劣药作出了重新界定。假药包括：所含成份与国家药品标准规定的成份不符的药品，以非药品冒充药品或者以他种药品冒充此种药品，变质的药品，所标明的适应症或者功能主治超出规定范围的药品。新管理法还规定：未经批准进口少量境外已合法上市的药品，情节较轻的，可以依法减轻或者免于处罚。

官方表态：中国将建立药品短缺预警和应对机制

日前召开的国新办例行政策吹风会透露，为进一步建立健全基本药物、急（抢）救药、短缺药和原料药等常用药保供稳价长效机制，我国将建立药品短缺监测预警和应对机制。近来，因原料垄断、药厂停产等原因，我国常用药涨价及断供时有发生。监测数据显示，2015 年以来，70%的常用药价格降低或持平，抗癌药等高价药品价格平均降幅达到 18%。30%左右常用药的价格有所上涨，个别品种涨幅较大。国家医保局副局长陈金甫表示，从药品涨价的原因来看，一是市场调节机制作用还不充分；二是上游原料药垄断涨价；三是有客观的成本因素。

《医疗器械唯一标识系统规则》正式发布

8 月 26 日，国家药监局发布《医疗器械唯一标识系统规则》，旨在贯彻落实《国务院办公厅关于印发治理高值医用耗材改革方案的通知》（国办发〔2019〕37 号）和《医疗器械监督管理条例》，进一步加强医疗器械全生命周期的监督管理，创新监管模式。《规则》共 18 条，明确了医疗器械唯一标识系统建设的目的、适用对象、建设原则、各方职责和有关要求，自 2019 年 10 月 1 日起正式施行。

首部基本医疗法即将出台，医生需“下基层”

8 月 22 日，《中华人民共和国基本医疗卫生与健康促进法（草案）》提请十三

届全国人大常委会第十二次会议第三次审议。该文件被称为医疗卫生领域的“母法”，是我国卫生与健康领域第一部基础性、综合性法律。三审案中增加了多个重要规定：国家建立医疗卫生人员定期到基层和艰苦边远地区从事医疗卫生工作制度；社会力量举办的非营利性医疗卫生机构依法享受与政府举办的医疗卫生机构同等的税收、财政补助等优惠政策；“长期护理保险”一词首次被写进法律，国家推动长期护理保障工作，鼓励发展长期护理保险，满足老年人、残疾人等的基本护理需求。

网售处方药争议：平台诊断不准确，处方门槛形同虚设

今年8月26日，新修订的《药品管理法》要求，网络销售药品要遵守药品经营的有关规定，并授权国务院药品监督管理部门会同国务院卫生健康主管部门等具体制定办法，同时规定了几类特殊管理药品不能在网上销售，为实践探索留有空间。记者通过查访多家网络售药平台发现，尽管这些网站要求消费者提供处方单或以在线问诊的形式为其开具处方单，但是难以鉴别患者病情是否真实，更难以保障诊断的准确性。一旦对患者的病情判断不准确，就会对其治疗产生影响，甚至因错误用药而致残致病。对于消费者来说，网络售药平台设置的处方门槛形同虚设，难以起到相应的作用。新修订的《药品管理法》对于药品制造、经营、销售企业来说，无疑是一个积极信号；对于消费者来说，也是一大利好。不过，有条件地开放网售处方药也意味着对监管提出了更高要求，在网售医药产品的过程中，如何确定处方的合规性与真实性无疑是最关键的。

新型猫疫苗有望让过敏者放心“撸猫”

瑞士苏黎世大学等机构研究人员近期在美国《过敏和临床免疫学杂志》上发表论文说，他们开发出一种疫苗，给猫注射后可使猫体内产生对抗“Fel d 1”的物质，能够中和这种蛋白质，降低它在猫的唾液等体液中的含量。研究人员马丁·巴赫曼日前接受媒体采访时说，研究团队已给70只猫接种了疫苗，结果发现，接触这些猫的一些人的过敏症状减轻了。巴赫曼说，还没有发现这种疫苗会给猫带来任何不良影响。据介绍，这种疫苗预计可在3年内上市。

贵州省正式成为消除疟疾的省份

贵州省消除疟疾终审评估反馈会29日在贵阳召开。反馈会上，国家消除疟疾终

审评估组各位专家对贵州省评估情况分别进行了反馈，并宣布贵州省已达到国家消除疟疾计划目标各项要求，顺利通过省级消除疟疾终审评估。据了解，中国于 2010 年响应联合国提出在全球根除疟疾的倡议，制定了 2010-2020 年《中国消除疟疾行动计划》，确立了到 2020 年实现全国消除疟疾的目标。目前，上海、江西、浙江、福建等地已通过国家消除疟疾终审评估。

限制西医开中成药再起争议，中国民族医药学会发声

7 月 1 日，国家医政医管局发布了通知，要求加强合理用药管理，其中，第三点要求明确规定，除了中医类别的医师，其他医师需要经过中医药专业知识系统学习并考核合格，才能开具“中成药”处方。西医被限制中成药处方权，从国家卫健委的一纸通知到省级卫健委，再到医疗机构，已逐渐进入落地层面。8 月 27 日，一份署名为中国民族医药学会的“关于西医不能开具中成药处方的建议”在业内转发。学会共提出六方面建议：一、对临床处方量大、疗效确切的外用中成药区别对待；二、对在一代医药学理论指导下完成的中药新产品区别对待；三、对系统进行二次开发，已经完成循证医学研究、明确临床定位中成药品种区别对待；四、对国家药监局批准的 OTC 中成药品种应区别对待；五、对从事临床实践 5 年以上西医师开处方中成药不应限制；六、出版适用教材，以便快速掌握。

纽约州麻疹疫情严重 世卫或撤销美“已消灭麻疹”评级

据美国《世界日报》报道，由于美国纽约州麻疹疫情严重，若麻疹病例持续增加，世界卫生组织(WHO)有可能在 10 月取消美国自 2000 年来“已消灭麻疹”的疫情状态。联邦疾病防治中心(CDC)的报告表示，若一地麻疹疫情爆发持续一年，世卫组织将会取消其麻疹消除的状态；本次疫情为自 2000 年以来爆发的第二大麻疹疫情，上次麻疹疫情大爆发是 2014 年，当时共有 667 例麻疹病例。今年全美 30 个州已有 1200 宗麻疹病例，此波麻疹疫情爆发，超过 75%的病例发生在纽约市及纽约州。

“共和国勋章”和国家荣誉称号建议人出炉，医界人士入选

今年是中华人民共和国成立 70 周年，党中央决定，首次开展国家勋章和国家荣誉称号集中评选颁授，隆重表彰一批为新中国建设和发展作出杰出贡献的功勋模范人物。根据评选颁授工作部署，在各地区各部门反复比选、集体研究的基础上，经组织

医疗资讯

考察、统筹考虑，产生 8 名“共和国勋章”建议人选，28 名国家荣誉称号建议人选。为充分发扬民主，广泛听取意见，接受社会监督，现将有关人选情况予以公示，公示时间从 2019 年 8 月 27 日起，至 9 月 2 日止。其中，医疗卫生界的屠呦呦位列“共和国勋章”建议人选中，“糖丸爷爷”顾方舟名列国家荣誉称号建议人选榜单中。

责任编辑：永恒流星