

zz.iiyi.com

2019.10

爱爱医



第十期 总NO. 117

Volume 10, number 10, Oct. 2019

刊首语

莲

池塘里的莲
一年又一年
安静如水
一株枯萎，一株妆颜

荷叶里的莲
从青葱到红艳
绽放尖尖角
几片花瓣，几个蓬莲

一切如此自然
不紧不慢
生活若如此
随遇而安
慢一点
给生活时间

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.iayi.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	莲.....	1
关 注	诺奖唱响“血与氧之歌”，指明新抗癌路！.....	3
专业交流	再说偏头痛.....	8
西 医	镇静对于呼吸喘憋病人的重要性.....	9
	柿石症.....	10
	超声入门贴 1031—食道裂孔疝.....	13
	三个腹痛病人，三个疾病诊断.....	16
	专家小组修订关于术后疼痛管理指南的解读... ..	17
	临床挑战：哮喘患者突发胸痛，原因为何？ ...	22
专业交流	心火亢盛手汗验案.....	26
中 医	胸膜炎 1 例.....	26
	腰麻后直立性头痛 1 例.....	27
	下午 5 点定时眩晕治验.....	28
	腰间盘突出的综合治疗.....	29
	失眠的穴位疗法.....	31
	中药外敷治疗痛风及各种急性软组织损伤.....	31
	升丹的炼制方法.....	32
	温补肾阳治疗阳痿应善用虫蚁搜剔之品.....	35
	中医科水肿病诊疗方案总结.....	37
识 草 药	桂花.....	45
	大丽花.....	46
病例讨论	骨髓增生异常综合征合并丙肝 1 例.....	48
	难免流产 1 例.....	53
医疗资讯	医疗资讯.....	58
编读往来	编读往来.....	61
杂志稿约	爱爱医杂志稿约.....	62



诺奖唱响“血与氧之歌”，指明新抗癌路！

作者：谭卓墨 毛晓琼 徐征
来源：“八点健闻”微信公众号

北京时间 10 月 7 日下午 5 点 30 分，2019 年诺贝尔生理学或医学奖公布，三位获奖者是：哈佛医学院的小威廉·乔治·凯林（William G. Kaelin, Jr.），牛津大学的彼得·约翰·拉特克利夫（Peter J. Ratcliffe）以及美国约翰霍普金斯大学医学院的格雷格·塞门扎（Gregg L. Semenza）。

他们将共同分享 900 万克朗（约合人民币 650 万元）的奖金。

他们的贡献在于：**发现了细胞感受与适应不同氧气环境的机制。**

人类一刻也不能离开氧气，但一直未能揭示细胞如何适应氧气浓度变化的机制。

三位科学家解开了这个谜题，同时也为治疗癌症、贫血和许多其他疾病找到了新的方向。为全球患者带来福音的同时，也意味着巨大的经济价值。

过去几年一直位列全球十大畅销药抗癌药物安维汀（Avastin，贝伐珠单抗），可以认为是最早运用本次获奖机制的药物，已为超过 100 万患者进行治疗，每年销售额六七十亿美元。而更多的新药正在研发和试验之中。

血与氧之歌：不多不少的微妙平衡

人类离不开氧气。

剧烈运动、高原反应、伤口感染等情景，都会导致人体的全部或局部缺氧。

极度缺氧，会导致窒息而死。

遇到缺氧环境时，人体自有一套适应机制。

比如从上海到西藏，氧气变得稀薄，有的人会身体不适，但往往经过几天的调节，就缓过来了。而如果折中一点，从上海到云南，大部分人甚至不会有不适感。

那我们体内的细胞是如何进行调节的？

数百个基因帮助适应低氧环境

1960 年代，科学家发现如果外界氧气含量过低，体内红细胞数量会急剧增加，从而增加对氧气的携带、运输能力，缓解缺氧。经过深入研究发现，低氧环境下，体内促红细胞生成素（EPO）的含量会增加，从而刺激骨髓生成更多的红细胞。

细胞要适应低氧环境，EPO 是一个“大功臣”。但是，外界氧气水平是如何控制 EPO 含量的呢？

实际上，除了 EPO，人体内还有超过 300 种基因可以发挥异曲同工的功能，促进氧气供给。比如血管内皮生长因子 (vascular endothelial growth factor, VEGF)，可以促进血管的生长，为人体适应低氧环境发挥作用。

问题是，究竟是什么在激活、调控这 300 多种基因呢？

天性的呼唤

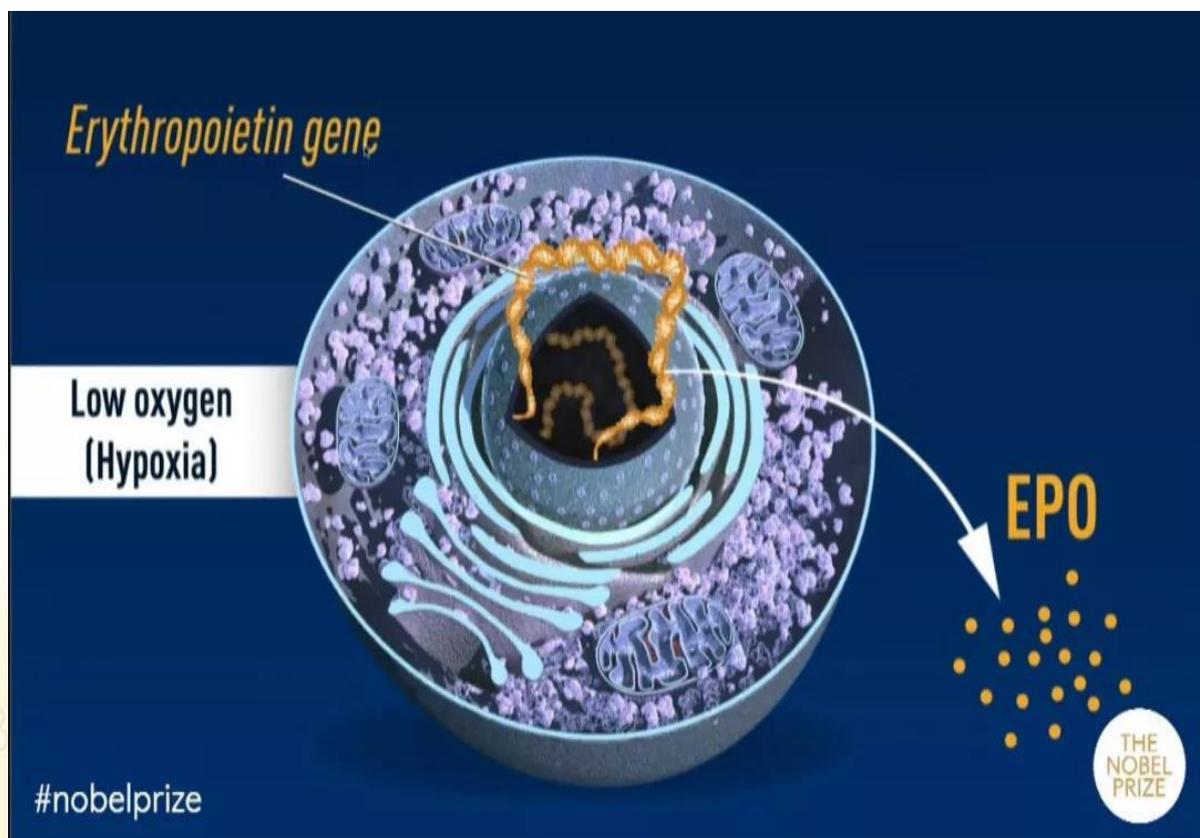
这时候，塞门扎的研究出场了。他原本的研究方向是地中海贫血症，无心插柳，接触到了 EPO，自此走向了诺贝尔之路。

1992 年，他发现一个像开关一样的蛋白质复合物，能够结合并激活其他基因，其中就包括 EPO，从而生成红细胞，适应低氧环境。就像天气干燥时，内心有个潜意识提醒我们：**你口渴啦，多喝水**。塞门扎把它命名为低氧诱导因子-1 (HIF-1)。

拉特克利夫的研究也发现，HIF-1 的存在是细胞适应低氧环境的关键。

神奇的是，只有在低氧环境下，HIF-1 才能持续存活并发挥作用。一旦氧气浓度正常了，HIF-1 就会被降解，也就是一——死亡。

另一个问题来了，什么可以降解 HIF-1？



水果不放冰箱容易坏

塞门扎和拉特克利夫研究的同时，凯林正在研究一种遗传综合征——希佩尔-林道综合征（Von Hippel - Lindau disease, VHL 综合征），这是一种罕见的遗传疾病，VHL 是一种抑癌基因，VHL 突变后，患某些癌症的风险明显增大。

凯林和拉特克利夫的研究都发现：**VHL 基因能够与 HIF-1 发生相互作用。**

在正常氧气水平下，HIF-1 会与一种酶结合，从而发生“改款”——这有点像水果放在外面容易变质腐化。“改款”后的 HIF-1 很容易被 VHL 识别并“绑定”，接着快速降解，就像处理垃圾一样。

在缺氧环境下，此前与 HIF-1 结合的那种酶并不发生作用，HIF-1 不被此种酶“绑定”，从而也不被 VHL “绑定”——这就像水果在新鲜时就及时存入冰箱，避免了变质腐化。此后，HIF-1 得以直接进入细胞核，在那里与一些特定的基因组结合，从而发挥激活、调节人体内逾 300 种基因的功能，促进氧气的供给与传输。

至此，细胞如何感知并适应外界氧气变化的机制已经清楚了。



△2019 年诺贝尔生理学或医学奖公布现场

“血与氧之歌”，癌症、贫血新疗法

了解细胞怎么适应供氧不足的环境，对攻克疾病至关重要。

北京大学基础医学院免疫学系副主任王月丹指出，HIF-1 因子的出现，能促进新生血管的生长，因此，当发生脑梗塞或心肌梗死后，可以激活它促进侧枝循环的形成，缓解脑组织或心肌缺氧的现象。而对于贫血患者，也能通过调控 HIF-1 通路，激活 EPO，从而促进红细胞的生成。对长期生活在氧气稀薄地区的人们，也有希望改善健康状况。

正常细胞需要氧气，癌细胞同样离不开它，如果用药物减少 HIF-1 的产生或者抑制其功能，打破癌细胞的缺氧保护，冻结它获氧的能力，就有可能抑制它的生长，甚至杀死它。

最早运用这一机制的药物，应该是抗癌药物安维汀（Avastin，贝伐珠单抗），通过抑制人类血管内皮生长因子（VEGF）的生物学活性而起作用。2004 年获 FDA 批准上市，已为超过 100 万患者进行治疗，过去几年一直位列全球十大畅销药之中，每年销售额六七十亿美元。

在肾性贫血领域，基于低氧诱导因子（HIF）和氧感应突破性理论的药物罗沙司他已于 2018 年 12 月 17 日在中国率先获批上市。此外，还有很多处于早期临床试验阶段的药物，效果最为显著的当属 HIF-2 α 抑制剂 PT2399。

2016 年 9 月 5 日，《Nature》杂志发表美国德州大学西南医学中心和中国中山大学附属第一医院的研究成果，PT2399 要比用于肾癌治疗的标准治疗药物舒尼替尼（sunitinib）更加有效和耐受性更好。

2018 年获得诺贝尔生理学或医学奖的是免疫疗法，其中的 PD-1 抑制剂是当前最热的药物。根据数据分析公司 GlobalData 近日一份《2025 年全球最畅销药物》的报告，PD-1 抑制剂中的领头羊 Keytruda（K 药）2025 年销售额将达到 225 亿美元，位居畅销药榜单首位，而第四位则是另一款 PD-1 抑制剂 Opdivo（O 药），销售额 120 亿美元。

今年获奖的“血与氧之歌”，在抗癌之路上又能创造多大的市场前景呢？

威廉·乔治·凯林（美国）

1957 年生于纽约，哈佛医学院丹娜-法伯癌症研究所教授。长期致力于肿瘤抑制蛋白相关的抗肿瘤新疗法研究，在 VHL 蛋白方面的研究成果为开发治疗肾癌的 VEGF 抑制剂奠定基础。目前，已有多个治疗肾癌的 VEGF 抑制剂上市。

彼得·约翰·拉特克利夫（英国）

1954 年生于英国兰开夏，英国牛津大学教授，主要研究低氧状态下细胞的反应。在 2014 年因为临床医学服务而被封为爵士。

格雷格·塞门扎（美国）

1956 年生于纽约，美国约翰霍普金斯大学医学院教授。1992 年，因发现低氧诱导因子(HIF1) 而成为现代低氧研究的奠基人，对肿瘤学及心血管疾病等的研究产生了重要的影响。2008 年成为美国国家科学院院士。

2010 年，三位曾一起获得了“加拿大版小诺贝尔奖”盖尔德纳国际奖，基本上拿到这个奖的科学家有四分之一之后都会获得诺贝尔生理学或医学奖。

2016 年，三位科学家也一同获得了医学界的最高荣誉之一、“美国诺贝尔奖”拉斯科基础医学研究奖。

责任编辑：永恒流星



第一部分——西医部分

再说偏头痛

作者：杯酒清茶

链接：<https://bbs.iyi.com/thread-3455173-1.html>

偏头痛，是一种反复的、间断的、发作性的、偏于一侧或两侧的、搏动性的头痛。常突然发作，可以有先兆，也可以毫无先兆，而发作间歇期完全正常。根据头痛发作前有无先兆症状，可将偏头痛分为偏头痛典型发作（常有视觉、感觉先兆）和普通型偏头痛（没有先兆）两大类，还有一类比较少见的特殊类型偏头痛，发作时可以伴有视觉缺陷、肢体轻瘫、感觉障碍甚至抽搐发作等神经功能缺失，被称为复杂型偏头痛。

在所有偏头痛发作中，无先兆的普通型偏头痛发作是最常见的，约占所有偏头痛的 80%。这类病人发作前并没有明显的先兆症状，不知不觉中就会出现一侧或者两侧，或者头部某一部位的搏动性头痛，也就是那种与脉搏同步的、节律性搏动的、一跳一跳的或者一鼓一鼓的头痛，伴或者不伴恶心、呕吐。

而有先兆的偏头痛典型发作，约占所有偏头痛患者的 10%，发作前数分钟、数小时甚至数日都可能出现倦怠、注意力不集中、疲倦和反复打哈欠等，头痛即将发生时，常出现视觉异常的先兆，比如视物模糊、暗点、闪光、亮点亮线或视物变形等，继而会出现典型的搏动性头痛发作，伴或者不伴恶心、呕吐。

极少数病人偏头痛发作前或者发作时还会有偏瘫、偏盲、单眼视觉障碍、眼肌麻痹或者抽搐发作，但是这些症状都会随着偏头痛发作结束而消失。

还有一类发作轻型酷似偏头痛的头痛，叫做症状性偏头痛，有明确的病因，起源于头颈部血管病变，比如缺血性脑血管病、脑出血、未破裂的动脉瘤和动静脉畸形等，也有的是非血管性颅内疾病造成头痛，比如颅内肿瘤、寄生虫和炎症等。

本病可以因为熬夜、劳累、感冒发烧、某些药物、情绪波动、气候变化、血压波动、颈椎问题、饮食问题（过饱或饥饿）、气味刺激、光线变化甚至某些暗示等而诱发。

偏头痛治疗主要包括两个部分，那就是急性发作期的治疗和发作缓解期的治疗，急性发作期治疗主要目的只有一个，那就是尽快缓解疼痛；而发作缓解期的治疗主要是为了今后不再复发，能够做到今后不再复发，偏头痛也就治愈了。

警告：本病切忌乱用止痛药，一般止痛药是无效的，止痛药有害无益。

一、急性期治疗：

1.非药物治疗：中医针灸可以迅速缓解偏头痛。还有一个方法大家可以试用一下：取一条干净毛巾，用冷水浸透然后拧干，敷于头痛明显的部位，大多可以迅速缓解头痛发作。请注意，切忌用手反复按揉局部，以免刺激血管痉挛加重头痛。

2.药物治疗：早年的麦角胺咖啡因确实能够很快缓解偏头痛发作，但是不良反应及潜在风险较大，尤其对中老年人心脑血管和高血压等有较大影响，现在使用较少；英明格即舒马普坦，又名琥珀酸舒马曲普坦，单次口服的推荐剂量为 50mg（1 粒），可以迅速缓解头痛发作，效果很好。如果在首次服药后有效，症状减轻仍有发作者可在 2 小时后再加服 1 次，如果服用后症状消失，但又复发者应等到前次给药超过 24 小时后，方可再次用药，而服用 1 次无效者就不要再服用。

二、缓解期预防：

1.非药物预防：主要是避免头痛诱发因素，消除或减少偏头疼的诱因，在日常生活中避开强光线的直接刺激，注意季节变化；不要暴饮暴食或者饥饿；避免情绪紧张；尽可能不要乱用血管扩张药；戒烟酒，减少高热量食物和刺激性食物，少喝或不喝咖啡、浓茶等；预防感冒，积极治疗高血压、糖尿病等常见病。

2.药物预防：临床上用于偏头痛预防的药物很多：常用的有 β 肾上腺素能受体阻滞剂如普萘洛尔、美托洛尔；钙离子拮抗剂如氟桂利嗪、维拉帕米；抗癫痫药如丙戊酸、托吡酯；抗抑郁药如阿米替林、氟西汀；5-HT 受体拮抗剂，如赛庚啶、苯噻啶等。笔者推荐口服氟桂利嗪和赛庚啶治疗，多年经验认为疗效确切，而且不良反应极少，潜在风险很低。

3.中医中药：中医在治疗偏头痛方面也有独到之处，不过切记不要盲目去吃什么正天丸、天麻丸一类中成药，而是应该找有经验的中医望闻问切辩证处方，才是最好的。

镇静对于呼吸喘憋病人的重要性

作者：yueyan6

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

我是一名小大夫，刚刚从学校毕业，走上医生的工作岗位，也许我写的东西在很多临床医生看来有点肤浅，但我想在把自己在临床上观察到的，自认为重要的东西与大家分享。

3天前我和我的老师收入一名咳嗽、咳痰反复发作十年，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及粒细胞分属增高；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，总是着急病怎么还不好，晚间看见别人睡觉，而自己睡不着，就更加生气着急，治疗3天病情不见缓解，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，情绪稳定下来，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。

柿石症

作者：冷丁

链接：<https://bbs.iiyi.com/thread-3256659-1.html>（15楼）

昨晚夜班，闲来无事，想起了几天前出车拉的那个三十九岁“肠梗阻”病人。遂调出了他的病历，而思绪也回到了数天前。

接卫生院电话：腹痛。心里想：大白天，卫生院转诊，一定是疼痛较重且不能解决的复杂病例。泌尿系结石？上段的腰部剧痛、叩击痛；中段的腰、腹剧痛，恶心、

呕吐，外加频繁便意；下段的下腹及向会阴区放射疼痛等等，一般医院都能诊断，也有直接联系的通道，可能性不大了；急性胃炎、胃溃疡？卫生院应该能处理，用药后也该有效，不太可能；胆结石吗？右上腹疼痛剧烈，恶心、呕吐，严重的话形成胆胰综合征，疼痛波及脐上及左腹，真有可能，并且可能性较大。其它的目前没有考虑的依据。腹痛较复杂，也许还会是一个以前没见过的病例呢，到时候好好问问，别漏诊了。

到卫生院门口，看到病人及家属站在门口等车。很稳定的一个病人嘛，能省一事省一事，也没下副驾驶，吩咐病人自行上车。

车启动后，扭头问病人：什么情况？

病人回答：肚子痛、呕吐。一边说着，一边指着剑突下及左腹一大片区域，看来，胆结石排除了。

遂又问：有腹泻吗？

病人一边痛苦着一边答：两天解不来大便了。

两天无大便也算正常啊，怎么会有“解不来”这一“要解而未果”的说辞呢？！不会是“梗”了吧。

赶忙再问：下边通气吗？

“就是两天不通气，难受。”

哦，真的肠梗阻了！但中青年病人，既往体健，又没有腹部手术史，更不用说粘连性梗阻了。其它原因真不好考虑。

又问：最近几天吃什么特殊东西吗？

答：最近十天肠胃就不舒服，饮食很注意。

十多天了？！有没有吃过柿子。

病人一惊：就是十天前吃了两个柿子，一直不舒服。说完，又“嗷嗷”地吐了一阵子。

哦，清楚了——柿石症！

为进一步确诊，又问了一句：是空腹吃的吗？答案肯定。

非常明确了，空腹食用柿子后，柿子中所含鞣质（尤以未成熟柿子中含量最高），在酸性环境中（胃酸）与蛋白质结合成分子较大且不易溶于水的鞣酸蛋白沉淀在胃内，鞣酸蛋白、树胶、果酸及矢布醇在胃内将柿皮、柿核、植物纤维黏合在一起，从而形成柿石。柿石多在胃内，大者十余公分，甚至二十公分，小者数公分。在胃内形成容

积效应，挤压胃部空间，反复摩擦胃壁，造成胃壁损伤，形成胃炎、溃疡，甚至造成穿孔。另有一部分较小的柿石，在强大压力下进入肠道，卡在其中，形成梗阻。本例病人就是如此。

早在零五年，无意中在报纸上看到国外报道，十几公分大的胃石症，无意中被可乐饮料轻松化解，待要手术时已消失的一干二净。当时甚为惊诧，可乐渗入柿石，并与之反应使之松解，同时产气令之分崩离散。此为绝招（具体用法，参见急诊故事相关篇章）！

所以，每见有食柿者，冷丁必推荐其与可乐同食。当然，对于有溃疡病者应当慎用！

翻开病历，不出意料，病人当日手术了。而术中所见，令人瞠目结舌！

进入腹腔，探查见腹腔肠管大量扩张，腹腔有大量淡黄色渗出液约 500ml，胃内可触及多发异物（胃结石），距回盲部约 130mm 处小肠内有一大小约 60×50×45mm 异物（柿石），从胃内取出三个柿石，大小分别约 50×40×30mm，100×40×50mm，45×40×30mm。

我的那个天！

超声入门贴 1031--食道裂孔疝

作者: songjunrui

链接: <https://bbs.iiyi.com/thread-3464618-1.html>

女, 83岁。







三个腹痛病人，三个疾病诊断

作者：FSH77

链接：<https://bbs.iyi.com/thread-2574656-1.html>

我在基层医院工作，有点偏僻的山区，先简单介绍医院情况。这里设备简单，只可以查血常规，尿常规，心电图，B超（但因为春节值班，这些科室的医生都去过春节了），很多情况下，都是凭经验治疗的。春节值班的只有：两个医生，一个护士。

初六的晚班，一个小时之内，接了三个腹痛的病人。简单写写，请大师们指点指点。不好意思，病史不是太详细，请见谅！

第一个患者：19:50 来诊。男孩，3岁4个月，从县城的路上回乡下（坐自己家的轿车）。患儿妈妈交代病情，大概5分钟前，在车上，突然大哭，说肚子疼痛，都痛的面色苍白。当时患儿父母考虑到腹痛的厉害，想回县城看，但路程要40分钟。离我们医院大概5分钟的路程，就先来我们医院看看，实在不行，再打120去县城。我当时还在办公室，就听到患儿爸爸大喊：医生！医生！快点啊，救人啊。跑出去一看，患儿的面色还是有点苍白，声音都哭哑了，痛苦面容。一边给患儿吸氧（个人习惯，碰到急诊的病人，先吸氧），一边问病史。母亲回答：这几天没有感冒，没有拉肚子，以前没有什么病，今天三餐吃饭都正常。我想了想：肠套叠？肠扭转？中毒？外伤？或别的病？又问了一句，就知道什么病了。大家考虑什么病？怎么治疗？谢谢！

第二个患者：20:13 来诊，女，56岁，体型偏胖。上腹部疼痛2个小时，呈持续性胀痛，阵发性加重（可以忍受），别的地方不痛，不拉肚子，无恶心，无呕吐。以前身体好，无病史可供。没有胃肠病。查体生命体征平稳，心肺未见异常，上腹部压痛（+），墨菲氏征（-），麦氏点无压痛及反跳痛。当时想到，腹痛必查心电图，就做了个心电图，完全正常。问问饮食，就是油腻的东西，鱼肉，鸡肉吃的多点，（过春节都这样）正常吃饭，没有异常，饭后吃点水果，余无异常。根据临床经验，我考虑：急性胆囊炎？急性胰腺炎？急性胃炎？或别的病？先让病人在办公室吃了一包药，给病人讲好，先吃药看看，不好再打针……结果吃了一包药就明显好转了。大家考虑什么病？怎么治疗？谢谢！

第三个患者：20:40 来诊，男，73岁，平时身体健康，是环卫工人。我经常看到，每天早晨，他起的很早，打扫街道卫生。患者孙子陪着来的，患者讲：这两天有点肚子疼痛，疼痛部位位于肚脐周围，偏上一点，可以忍受，但表情很痛苦，还有点拉肚

子，人没有精神，有恶心，无呕吐，吃饭还好，没有发热。在当地诊所买了奥美拉唑胶囊、左氧氟沙星胶囊，吃了一天，无明显好转，但也没有加重，还是有点疼痛，就让孙子陪着来看看。查体情况模糊记得，生命体征平稳，没有明显异常。由于天冷，穿的衣服多，再加上外面放鞭炮，当时心肺听诊未见明显异常。上腹部有压痛（+），但不明显。余未见阳性体征。当时考虑到过春节，吃的东西多，油腻食物也较多。当时刚处理完第一个病人和第二个病人，也许是惯性思维，就没有多想，建议做个心电图，老人家讲，身体挺好的，就是吃坏东西了（也许是为了省钱吧），他的孙子也讲，天挺冷的，还是别做了。但我还是坚持要做个（因为我多次在爱爱医的误诊误治里面看到，腹痛要想到心梗）。这个时候，正好患者的大儿子也来了，平时跟我们挺熟的。就给患者讲：医生叫做什么就做什么。结果：心电图提示心梗。（当时害怕的很，因为心梗会随时心脏骤停的）。建议马上去县医院。后来，患者的大儿子讲，转到县医院后，治疗后无好转，就直接去省级附属医院了，做个手术，花了七万多。（在这里对爱爱医这个网站，表示感谢！行医八年，第一次碰到腹痛就是心梗的。因为经常看误诊误治，所以避免了误诊）。不好意思。第三个写出来了。就当给大家提个醒吧。

第一个病人：我问母亲，几天没有解大便了？母亲说有四天了。外用了一支开塞露，解了很多大便，立马缓解。就是说：也是看病的一个思路吧，很多病，先想到生理性的原因。

第二个病人：我又问了一句，吃的什么水果，病人答道，吃了半个梨。（中医好解释，就是胃受寒了。我是学西医的，但似乎不好解释）。我就用开水冲了一包午时茶颗粒，7分钟后就明显好转（临床上经常碰到类似的病人）。

专家小组修订关于术后疼痛管理指南的解读

作者：张浩

链接：<https://article.iyyi.com/detail/413399.html>

法国麻醉和重症监护医学协会(SFAR)发布了关于术后疼痛护理的专家指南。

这是自1997年“术后疼痛共识会议”和2008年“专家指南”以来，对现有指南进行完善或修改。



专家分析了以前指南中未处理的问题，或根据已发表文献中的新数据修改指南。所采用的方法始终是评分法，保证了工作的严密性。

关于评估围手术期疼痛的建议已正式确定，其中最主要的是对非沟通患者、阿片类和非阿片类镇痛药、痛觉过敏药物(如氯胺酮和加巴喷丁类药物)以及局部和区域麻醉的建议。由于缺乏足够的数据或新信息，没有对镇痛监测、常规护理结构中患者的监测程序、神经紧张或硬膜外置管提出建议。

1. 什么时候以及为什么要评估疼痛？术后后果评估和记录的益处？

在术前期间，我们建议通过关注术前疼痛（包括远离手术部位的疼痛、长期消耗阿片以及外科和心理因素（如焦虑或抑郁））来识别最脆弱的疼痛患者（有发生严重术后疼痛和/或慢性术后疼痛（CPSP）的风险）。

识别患者意味着对多模式治疗策略的谨慎监督，包括尽可能的局部镇痛和使用抗超镇痛药物。

2.7 岁以下儿童应使用哪一种疼痛量表？

我们建议使用 5 岁起的自我评估量表(facescale, Appendix1)。否则，我们建议使用 FLACC 量表对 7 岁以下儿童进行术后疼痛评估(Appendix2)。

对于新生儿：可以使用 EDIN(新生儿疼痛和不适量表)、DAN(新生儿急性疼痛)和 NFCS(新生儿面部编码系统)量表，但尚未对术后疼痛进行验证。FLACC(face legs activity cry consolability)量表可从 2 个月大开始使用。

3.在非沟通病人中使用哪种量表？

对于沟通障碍患者，我们建议使用改良的 FLACC 量表，对老年人使用 ALGOPLUS 量表。

改进后的 FLACC 量表可用于从出生到 18 岁的非交流患者，包含 5 个简单的行为项目：脸、腿、活动、尖叫和安慰。对于 ALGOPLUS 量表， $\geq 2/5$ 级的诊断灵敏度为 87%，特异性为 80%。

4.术后使用阿片类药物的患者监测有哪些程序？

1997 年和 1999 年关于成人和儿童术后疼痛管理的协商一致会议规定了通过皮下途径、病人自控镇痛(PCA)或硬膜外途径监测类阿片类药物患者的程序。这些不需要改变。

5.镇痛监测：儿童和成人术后即刻镇痛的监测方法是什么？

文献分析证实，瞳孔测量法、ANI(镇痛痛觉指数)可以正确评估全身麻醉下镇痛痛觉平衡。然而，目前还不能断言这种围手术期监测能够减少术后疼痛或减少术后镇痛药的消耗。在清醒的病人中，一些文献表明 ANI 或瞳孔计量学与从自我或异种评估量表获得的疼痛评分有一定的相关性。然而，在术后即刻使用这些监测并没有证明比自动或异种评估量表更好或更有益。

6.选择性和非选择性非甾体抗炎药在围手术期的地位如何？

如果非选择性非甾体抗炎药没有禁忌症，我们建议将非选择性非甾体抗炎药(NS-NSAID)或选择性 2 型环氧化酶抑制剂(ISCOX2)与吗啡联合使用。

NS-NSAIDs 或 ISCOX2，与吗啡相关，可提高疼痛评分，显著节约吗啡，同时减少镇静。与其他涉及非阿片类镇痛药的关联相比，这种关联最重要的是降低吗啡用量。证据的水平是高的，并基于丰富的文献，高方法论的质量。

非甾体抗炎药可能是在结直肠手术后推荐的，但对于吻合口漏的风险(结直肠手术后加强恢复的指导方针)仍有疑问，我们不建议在发生肾低灌注的情况下开 NSAID(NS 或 ISCOX2)。

我们不建议在有动脉粥样硬化史(PAD(外周动脉疾病)、中风、心肌梗塞)的患者中使用环氧合酶 2 型抑制剂(ISCX2)。我们不建议在动脉粥样硬化血栓形成(外周动脉疾病)、中风、心肌梗死患者中使用 NS-NSAIDs 超过 7 天。

我们不建议 nsaid 与抗凝药物的治疗剂量相关联。

围手术期使用的非甾体抗炎药(酮洛芬、布洛芬)不会增加术后出血的风险,包括扁桃体切除术后。然而,非甾体抗炎药与抗凝药物(依诺肝素、利伐沙班或 VKA)的治疗剂量之间的关系被证明是严重风险的 2.5 倍。

7. 羟考酮在围手术期的主要适应症是什么? 什么限制?

我们建议开一种强阿片类药物(吗啡或羟考酮),最好通过口服途径,用于严重的术后疼痛,或如果较弱的止痛药不足以缓解患者的疼痛。这项建议适用于所有年龄层。

8. 利多卡因在围手术期有什么适应症? 什么剂量?

我们建议接受大手术(腹部、盆腔或脊柱手术)且对局部镇痛无益处的成人接受利多卡因静脉输注(bolus: 1~2mg/kg, 其次为 1~2mg/kg/h),以降低术后疼痛程度,促进康复。

利多卡因是一种局部麻醉剂,通常用于神经或硬膜外阻滞。静脉注射利多卡因具有镇痛、抗痛觉过敏和抗炎作用。比较静脉注射利多卡因和局部镇痛技术将有助于阐明每种技术的作用。该小组建议静脉注射利多卡因 1-2 毫克/kg-1,连续输注 1~2mg/kg-1/h-1。

9. 皮质激素在用药前、手术中和手术后的位置是什么?

我们建议成人接受 8 毫克地塞米松静脉注射,以减少术后疼痛。

皮质类固醇广泛用于麻醉病人。地塞米松在麻醉诱导时使用,是麻醉中研究最多的糖甾类药物,可降低术后恶心呕吐的风险,其对术后疼痛的影响已被众多研究评估。推荐剂量的地塞米松为 8 毫克的成年人和 0.15 毫克/公斤的儿童。

10. 手术期间是否应该给所有病人服用小剂量氯胺酮? 什么剂量? 什么时候给药(切口前还是诱导前)? 术后是否应该使用氯胺酮? 如果是, 哪些患者应该使用氯胺酮?

术中建议全身麻醉的病人在以下两种情况下使用小剂量氯胺酮: 易受疼痛影响的病人,特别是长期服用阿片类药物或对阿片类药物上瘾的病人。

氯胺酮是麻醉诱导后,为防止精神药物不良反应)最大剂量为 0.5mg/kg/h 的痛觉过敏药物,最初推荐剂量为 0.5mg/kg/h,或多或少连续剂量为 0.125-0.25mg/kg/h。手术结束前 30 分钟停止灌注。

手术期间小剂量使用氯胺酮可使急性疼痛强度在 24 小时内降低,24 小时内吗啡用量平均减少 15 毫克,恶心和呕吐的风险降低(中度证据)。术后继续氯胺酮治疗会增加幻觉的风险,但并不会显著提高镇痛效果。

11.加巴喷丁类药物在术前和术后的位置

术前使用加巴喷丁类药物,不建议用于术后疼痛管理。

在用药前使用加巴喷丁或普加巴林可以降低术后第一天的疼痛强度。然而,这两种药物都会增加镇静、头晕和视力受损(pregabalin)的风险。在预防术后慢性疼痛方面没有明显效果。

12.术后置管的适应症和限制是什么?

最近的文献证实,当存在术后疼痛风险时(中度至重度),尤其是在肩关节(无菌性)或膝关节(股骨)假体手术中,使用神经束导管是有意义的。除了延长镇痛效果外,其好处还涉及到阿片类药物的节约效果和吗啡副作用(术后恶心呕吐)的减少、睡眠的改善和患者的满意度。

然而,导管活动的风险(5-25%)可能会降低镇痛效果。股骨导管,由于运动阻滞诱导和延长,可以促进跌倒,改变康复和早期恢复后的膝关节假肢手术。在发生呼吸病理时,减少导管引起膈肌麻痹。除了这些提醒之外,没有新的数据允许编写更精确的建议。

13.硬膜外和椎旁置管的适应症和限制是什么?

在开腹手术中(开腹、剖腹、腰大肌切开术),在无硬膜外镇痛的情况下,我们可能建议使用连续浸润导管。

许多手术部位的浸润方案被推荐作为外周神经导管的镇痛替代方案,但就 24 小时后的镇痛效果而言,其有效性并不那么重要。

我们不建议使用关节内导管进行镇痛浸润,因为局部麻醉对软骨有毒性风险。

已发表的研究表明局部麻醉剂对软骨细胞有直接毒性作用。

临床挑战：哮喘患者突发胸痛，原因为何？

作者：孙士礼

链接：<https://article.iayi.com/detail/413302.html>

哮喘突发胸痛，疾病又添新症。一个胸痛症状，且看诊断流程。

病例分析

一、确诊哮喘患者，突然出现胸痛

患者，女性，49岁。因反复喘息17年，加重伴呼吸困难10小时急诊入院。入院查体：体温36.5℃，脉搏120次/分，呼吸30次/分，血压90/60mmHg。急性重病容，神志清，精神萎靡，口唇紫绀，端坐呼吸，呼气性呼吸困难。双肺满布哮鸣音，肺底闻及细湿啰音。初步诊断支气管哮喘急性发作。立即按哮喘常规处理，给予吸氧、脱敏、平喘、化痰等处理，症状逐渐缓解。但在次日查房时患者继阵发性咳嗽后出现胸痛、呼吸困难复又加重，患者自觉胸痛向左肩部放射，似乎吞咽也有困难。当时再次查体与前相比，未发现其它特殊异常。急查心电图示窦性心动过速继发ST-T改变。



二、胸痛病因众多，结合病史推定

患者既往史、个人史、家族史无特殊。近 17 年来反复发作喘息、气急、呼吸困难，咳嗽症状轻，喘息重，多在受凉感冒后或春季发病，发作时给予“平喘、化痰”等对症治疗能使症状缓解。此次加重无明显诱因，在外治疗后未收到明显效果而辗转来我院就诊。在积极治疗一度缓解后，病情出现波动，复又症状加重，且出现胸痛和放射痛。

胸痛病因众多，按病因部位可分为心源性和非心源性两大类。

心源性疾病首推急性冠脉综合症；非心源性包括胸壁疾病、纵膈疾病、肺部疾病、消化道疾病、心理精神疾病等。

结合病史该患者胸痛为活动（咳嗽时）起病、向后背放射，符合急性冠脉综合症（ACS）所致的心源性疼痛特点，即使当时急查心电图未提示 ACS 线索，仍不能排除 ACS 可能，因为本例患者病程较长，患者长期处于缺氧状态，容易出现血管收缩、血流阻力增大等情况，进而加重其冠状动脉粥样硬化或痉挛，而在急性发作期将会出现比较严重的低氧血症，机体心肌代谢受阻，进而损伤到冠状动脉内膜，加之患者情绪波动、加快体内血小板聚集，最终形成冠状动脉血栓。故应进一步查心梗三项、实施心电监护动态观察。有助于避免漏诊。

三、突然出现胸痛，发生哪个系统？

如上所述，本例除考虑循环系统疾病 ACS 外，对于呼吸系统本身也要着重考虑，本例胸痛不是一个孤立症状，它发生在哮喘患者的病程中，与呼吸系统疾病密不可分。其突发性体现急症特征。

一方面，呼吸系统的疾病如肺栓塞、气胸、胸膜炎、肺癌等都可发生胸痛；有些病因为急症，也需要第一时间作出正确的判断以便争取最佳治疗时间；

另一方面，在哮喘并发症中肺栓塞、气胸，特别是纵膈气肿应予考虑。近年来对肺栓塞的认识水平在不断提升，重症患者合并肺栓塞文献已有报道。

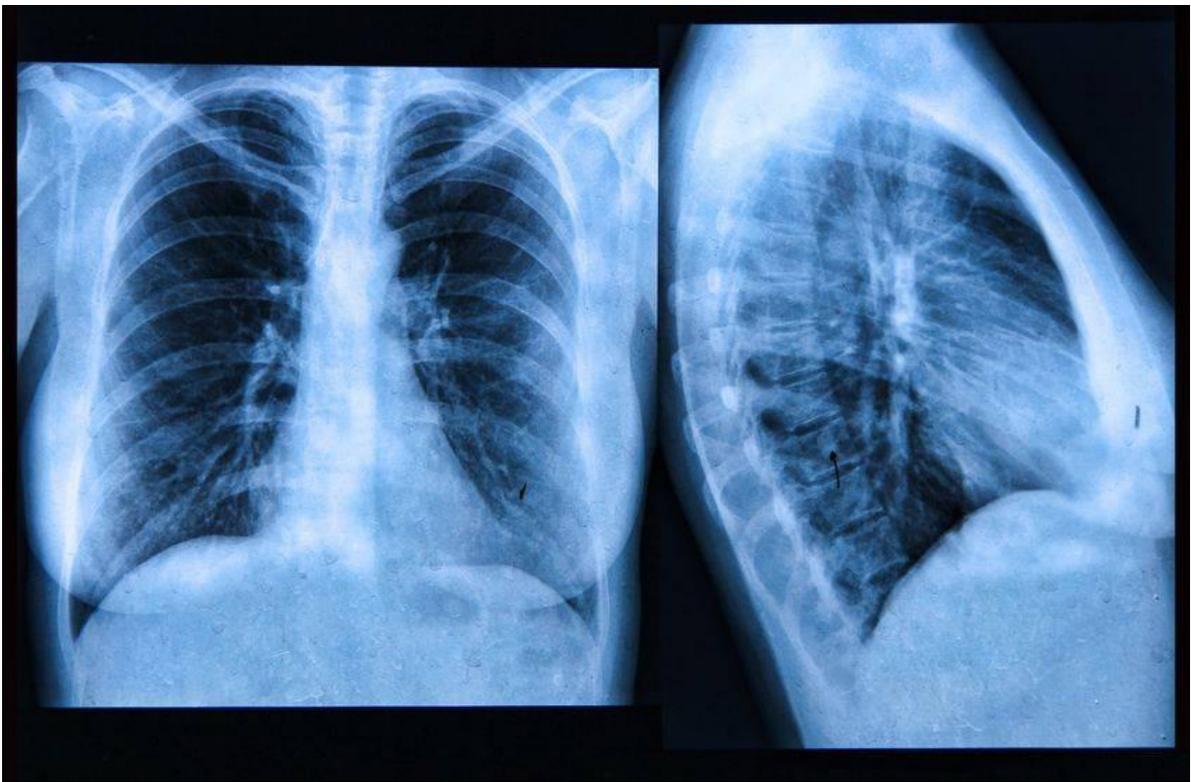
由于哮喘发作时喘憋极度困难，被迫端坐呼吸，张口呼吸，大汗淋漓，精神紧张，口唇紫绀。患者采取被动体位再加上体液量大量丢失，造成血流缓慢、淤积，很容易并发肺栓塞。

肺栓塞虽然发生率低，但临床中容易误诊和漏诊，延误治疗危害较大；而纵膈气肿早期症状与本例类似，早期体征由于出气量小可能缺失，随着病程进展其典型体征则逐渐显露：颈部、胸骨上窝或胸腋、腹部皮下气肿时有皮下握雪感；胸骨后过清音，

心浊音界缩小或消失，心前区可闻及与心跳相关的嚼骨样“嘎啦音”(Hamman 征)；严重者胸、颈部静脉回流障碍，静脉迂曲，低血压。如合并其它并发症者可能还有其它相应的体征。

值得注意的是，在消化系统疾病中，食管反流与支气管哮喘关系密切。食管破裂(Boerhaave 综合征)也是胸痛患者不可忽视的因素。该病与纵膈气肿都是由相同的因素引起的。通常都有胸痛、呼吸困难、颈痛、纵膈气肿。提示诊断的因素包括有心动过速、发热、低血压或液气胸的病人。

四、必要辅助检查，揭示诊断谜踪



有鉴于此，入院积极治疗的同时，完善了其它必要的辅助检查，心梗三项未见异常；血气分析 PaO_2 降低， PaCO_2 上升，PH 上升。提示呼酸合并代酸；肺功能检查呈现阻塞性通气功能障碍；前位胸片上可见纵膈胸膜向两侧移位，形成与纵膈轮廓平行的高密度线状阴影；CT 显示环绕纵膈内的气体密度线条状影，纵膈胸膜向肺野方向推移。胸片及 CT 均支持纵膈气肿的诊断。

五、谁是幕后推手，原来纵膈气肿！

至此，本例诊断水落石出。引起此次胸痛的祸首是纵膈气肿。具体可参考作者推荐的文献自发性纵膈气肿的诊断及管理流程。辅助检查未发现食管破裂，可以排除 Boerhaave 综合征。

后记

哮喘突发胸痛，梳理诊断流程。都是胸部症状，难离呼吸系统。

支气管哮喘并发纵膈气肿临床较少见，是病情危重的征象，病死率远较单纯哮喘发作为高。一旦发生常使病情加剧，除使患者已有的呼吸困难、缺氧进一步加重外，还可引起心脏压迫，休克甚至危及生命。如不及时诊治，可影响预后。哮喘出现胸痛并非小事，应引起临床医师高度重视。仔细梳理病因，作出符合临床实际的诊断。

临床上，一旦患者出现下列情况应警惕有否纵膈气肿存在：

①不明原因的病情突然胸痛；

②哮喘改善而呼吸困难反而加重；

③心音遥远，循环功能障碍，咽痛和吞咽困难，胸骨后及颈部胀痛，疼痛向肩背部放射并随深呼吸而加重压迫感，颈部胸部皮下气肿等；

④值得一提的是，Hamman 征虽极具特征，但发生率少。有文献报道七例均无 Hamman 征。此体征并非纵膈气肿所特有，左侧气胸、室壁瘤等患者也可闻及。

怀疑哮喘合并纵膈气肿及时做胸片或 CT 检查，有助于及早发现诊断线索。本例提示哮喘发作病人如果突然发生胸痛，应警惕并发纵膈气肿的可能。

责任编辑：寒冰

编辑：刘延红大夫

第二部分——中医部分

心火亢盛手汗验案

作者：tys12

链接：<https://bbs.iiyi.com/thread-2134981-1.html>

戴某，男，45岁，2012年4月16日来诊。

主证：面部发热，目赤刺痛，口渴，双手心出汗异常（汗出，擦干又出），夜寐不安，小便黄，余无特殊，病程一周。舌红苔黄，脉实数。

诊断：心火亢盛。

处方：导赤散合黄连解毒汤加减。

生地 20 克，川木通 10 克，淡竹叶 10 克，生甘草 6 克，黄芩 15 克，生栀子 10 克，川黄连 6 克，石膏 30 克，知母 10 克，花粉 10 克，麦冬 15 克，白芍 10 克，桑叶 10 克，菊花 10 克，谷精草 15 克。三剂，水煎。

另：复方熊胆滴眼液 1 支，局部滴眼。

注：患者服药一剂后面部发热自觉减退，其余症状皆好转，服完三剂后诸证皆消，患者特来道谢，看到患者高兴我也很欣慰，这个医案其实是一个很平常的案例，但也有特别的地方，就是手心出大汗的问题（如果不是看到这个现象，我可能用龙胆泻肝汤加减了），记得曾经听过《全国老中医讲习班》里面的视频有一位老中医讲过用导赤散加味治疗腋下汗出的案例，老中医说：腋窝相当于心窝，汗又为心液，当从心论治。我联想到手心也相当于心，又见其脉实数是典型的心火亢盛证候，于是决定用导赤散加味，没想到竟然一举成功，真是学习老前辈的经验每天都有新收获！

胸膜炎 1 例

作者：雨中的云

链接：<https://bbs.iiyi.com/thread-2112958-1.html>

患者，男，35岁。一周前突然发热，伴有咽痛，在当地给予注射用头孢曲松、清开灵注射液静滴后无好转，间断咳嗽，胸痛。胸片示：右胸胸膜炎，B超：未见胸腔积液。诊断为干性胸膜炎，给予左氧氟沙星注射液 0.6 静滴，连用 3 天，发热胸痛稍好转。

刻诊：发热，周身乏力酸痛，咳嗽并伴有少量黄痰，夜间 12 点后右胸部疼痛，若体位改变则疼痛加重，咳嗽亦加重。自觉手脚肿胀，舌红，苔黄厚，脉数。

证属：外感之邪与痰饮结于胸中之悬饮。

治则：辛凉解表，清热化痰，泻水逐饮。

方药：凉解汤合小陷胸汤加减。

薄荷 15 克，连翘 15 克，蝉蜕 6 克，石膏 30 克，全瓜蒌 30 克，黄芩 20 克，半夏 20 克，葶苈子 30 克。三剂水煎。

上方取凉解汤辛凉以解表，透邪外出，小陷胸汤清化胸中痰热，葶苈子以泻水逐饮。以黄芩易黄连，是因为黄芩偏于清肺热，走少阳。

服药当晚，周身汗出，胸部未再疼痛，次日手脚肿胀亦无，自觉周身轻松。连用三日，诸症好转停药。

服用中药其间，左氧氟沙星续用。

腰麻后直立性头痛 1 例

作者：医道难啊

链接：<https://bbs.iiyi.com/thread-3453278-1.html>

患者，男性，47 岁，瘦小体型。在腰麻下行“低位复杂性肛瘘切除术”，麻醉顺利，术后第 3 天出现后项部拘紧伴轻度头痛。开始以为颈椎病所致，未引起重视，而后头痛越来越重。于术后第 5 天查房，患者自述平卧无头痛，直立或坐起就会头痛。

结合患者进食水及静脉液体较少的情况（室内空调温度较低，患者进食水少，且液体第 4 天就停用了），考虑属于腰麻后低颅压性头痛。后项部属于督脉及太阳膀胱经脉所过之处，腰麻针刺也属于督脉位置。舌淡苔水滑。

辨证分析：肛瘘本系正虚邪恋，无力鼓邪外出之证，加之手术、麻醉后失于调摄，督损正虚，寒袭阳位（项背为阳），筋脉拘挛。法于《伤寒论》第十四条：“太阳病，项背强几几，反汗出恶风者，桂枝加葛根汤主之”，当辛通温阳，解肌祛风，兼以扶正。给以桂枝加葛根汤加减。加川芎活血利气，为血中之气药，能上行头目（当时是想改善脑循环），藁本、细辛、蔓荆子、羌活辛温散寒止痛，疮疡后期又以当归补血汤掺入，以鼓正气，驱邪外出，意于托里之用。嘱大量饮水（期间没有再进行补液，只嘱患者饮水量至少 2000 毫升、卧床休息），服药后第 2 天（术后第 6 天）症状好转明显；术后第 8 天时出院，头痛症状完全消失。一月后随访无复发。这仅仅是个案

一例，不能以偏概全，但以求是分享。倘能启后世之发萌，开中西之合，噢！岂不善哉！

所用方药如下：

黄芪 60 克，桂枝 15 克，白芍 15 克，炙甘草 10 克，藁本 12 克，川芎 12 克，细辛 8 克，蔓荆子 12 克，葛根 30 克，当归 12 克，羌活 15 克。五剂，水煎，一日一剂。

下午 5 点定时眩晕治验

作者：中籍华人

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

患者，女，63 岁，农民。本县青云乡人。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，伴胸闷，约半小时左右逐步缓解。曾在本地虽找医生诊治过，但疗效甚微，患者因自己已掌握了这一定时发病规律，每到下午 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 克，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。每剂水煎 3 次，煎取药汁 500 毫升每次温服 100 毫升，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，水煎。

8 月 6 日 4 诊：自述眩晕早已好了。近日因做农活不慎跌倒后引起右侧腰肋部疼痛，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 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。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。

拙文所谈时辰病及其病机纯为个人管见，或属谬误，仅供探讨，不宜套用。

腰间盘突出的综合治疗

作者：中医阴阳平衡

链接：<https://bbs.iiyi.com/thread-2328722-1.html>

针挑：选取腰眼，肾俞等穴，（选好针挑点进行消毒，用细针持针法持细长而足够硬度的针（缝衣针或特制的挑针均可），将针尖放在穴位即挑点中心处，以慢进针法进针。当针尖穿过皮肤后，可放松左手食指的压力，右手同时把针尖翘高一点，提高针体作左右摇摆的动作，把挑起的表皮拉断。因为开始一两针挑的是表皮，纤维短小，很容易断裂，只作为破皮开口之用。挑开皮肤创口后，便可挑出一些稍具粘性的皮内纤维（注意：不是皮下纤维），挑一条拔出一条，一针一针地往下挑，直至把针口周围的纤维挑完为止）。挑完在穴位处挤血 1 至 2 滴。5—7 天一次。

火针：大肠俞，气海，关元，环跳，委中等穴位。

水煮药罐：在所有针的穴位上吸罐，加上臀部排罐。

中药：川芎 20 克，川乌 15 克，川牛膝 30 克，川断 30 克，川椒 20 克，威灵仙 30 克，木瓜 20 克，透骨草 60 克，鸡血藤 30 克，玄胡 20 克，乳香 20 克，没药 20 克，土茯苓 60 克，五色花根 60 克，桂枝 30 克，艾叶 30 克上药研粗粉后，以食醋 250 毫升调和。药装到布袋中，蒸热。待药袋不是很烫后放到患处。所治疗的病人一半以上效果是非常好的。年纪大的加上口服中药。



注：针挑疗法是在机体一定的腧穴部位上挑刺，使皮肤微微出血，流出组织液，或拨出一些纤维

来治疗各种疾病的简易外治疗法。

失眠的穴位疗法

作者：123456fwi

链接：<https://bbs.iiyi.com/thread-890667-1.html>

本人采用穴位注射药物疗法，治疗失眠效果显著。具体经过方法如下：

治疗失眠症，以祛除病因为主，并配合穴位注射药物，从而治疗失眠症。现将我治疗的一位顽固性失眠患者的大体治疗经过讲述如下，请各位同行前辈们指正。

患者，男，59岁。既往：患失眠症40年，最近睡眠时间仅为2个小时，而且伴有右耳高调性耳鸣，在家自行口服安神补脑液，谷维素片，维生素B1片，氯氮平片等西药治疗，效果欠佳，故前来寻求中医诊治。

患者体健，生活自理，既往：有慢性支气管炎病史，脉象缓滑无力，舌苔薄。

诊断：脾虚有痰，阻塞空窍，致使耳鸣不已，进而导致失眠症。

治疗：理气健脾，温经通络，镇静安神。

方法：双侧丰隆、脾腧穴，每隔3天放血一次，7次一疗程。

用5毫升注射器抽取维生素B12一支，备用。常规消毒双侧安眠2穴，（位于风池穴与翳风穴的中点）快速进针，得气后回抽无血，每个穴位推注药液1毫升。每天一次，10次一疗程。

本患者在注射到第5次时，睡眠时间有所提高，醒后可以再次入睡。睡眠时间为4个小时。第二疗程注射到第5次时睡眠时间达到6个小时，期间仅服用氯氮平，每天一片，现已将氯氮平减为每天半片。

病人由于病程时间过长，为了巩固疗效，放血疗法治疗了3个疗程，穴位注射疗法治疗了3个疗程，现病人已不再为失眠症苦恼，恢复了健康。

中药外敷治疗痛风及各种急性软组织损伤

作者：panbaihui

链接：<https://bbs.iiyi.com/thread-2404391-1.html>

组方如下：

生大黄60克，山栀子60克，芒硝150克，黄柏30克，赤芍30克，蓖麻仁30

克，冰片 5 克，樟脑 10 克，红花 30 克，三七 30 克，桃仁 30 克，乳香 30 克，没药 30 克，五灵脂 30 克，川芎 30 克，白芷 30 克。

用法：研末取适量蜂蜜调和并敷患处。

作用：清热解毒，凉血止血，活血化瘀，消肿止痛。

本方我使用多年，疗效比较不错。适用于外敷治疗痛风及各种急性软组织损伤和肿痛，慢性损伤及椎管内病变疗效不佳。

升丹的炼制方法

作者：零下一度

链接：<https://bbs.iyi.com/thread-1732179-1.html>

处方：水银 30 克，火硝 30 克，白矾 30 克，青矾 30 克，朱砂 15 克，雄黄 15 克。

炼法：

1. 将硝、矾先同研细，然后再同其他药物混合，研至极细（增加其接触面，使在烧炼时可以加速反应），堆于锅内中心，用竹片刮平，面积不宜超过碗口。

2. 将锅端至生好火的炉上，进行烧炼操作，又叫做结胎，有的药工则叫做焊底，初则锅中药物融化，继而烧至药无活动现象时为止。在炒硝时如将青矾、白矾同时炒干以去水分，则此时即可不用烧胎这步操作也行，不过锅中水分过多，在烧炼时，要防备锅中的水蒸气冲开丹碗。

3. 将丹碗覆于已烧好胎的锅内，碗口与锅的接触处，应以浸湿盐水的纸捻条塞紧，并在面上再盖以纸条一层，不容稍有缝隙，以免将来在烧炼时冲开丹碗走气，随以煨石膏末加盐水调成糊状厚涂碗口周围，候石膏硬化时再盖上河沙（如无石膏，也可用盐泥），须留出碗底，并于碗底放大米一撮以测火候，随即压上一块大鹅卵石，防备在烧炼时锅中蒸汽冲开丹碗走丹。如果在烧炼过程中有了泄气，就会减少丹的收获，甚至无丹可获，有时不慎也会把丹烧成绿色，蓝色，或烟煤样的东西，这些都是坏丹，无药用价值。

4. 开始先烧文火 30 分钟，后改用武火 30 分钟，末后又用文火 30 分钟，文火完时即拿开鹅卵石，看碗底大米是否已焦。如米已焦黑，即是火候适度之证；如米未焦黑，则可再延长一点时间。

火候到时，则除去炉中炽炭待冷，或将锅离开火炉待冷。

5. 锅冷后，可除去锅中河沙（手势须轻，切勿触动丹碗，致丹药坠下），轻轻

揭开丹碗，即可看到鲜明赤色的丹药升于碗上，可用小刀轻轻刮下（亦可将碗连丹药覆于铺有白纸的潮湿地下，约1—2小时，即取起丹碗，用木棒从碗底敲之，丹即全部落下），贮于有色瓶中。

升在碗中的丹药颜色，因它的部位而不同，近碗口边缘部的，是红升丹；碗中央部的，是黄升丹，而且红黄两色的分界线划分得十分显著而整齐（有时也有不十分清楚的）。这一原理，是因为碗口与锅接触处所受的热力较大，故色要红些，碗底则离锅较远，且露于外，故色黄些。

6. 丹药必须贮于有色瓶（瓷瓶更好）中保存，不可置强光透射及热气熏蒸，否则便会析出水银，使丹药变成黑色，损失药效。

7. 在收丹时，则可将红黄两种丹药分别刮下贮存，红者为红升丹，黄者为黄升丹，同是一样原料，同样操作，而红升却比黄升的分量重得多，故红多黄少的一料药收获量比较多，黄多红少的一料药收获量却相反，要是技术掌握好的，可得水银量100%。

8. 不拘任何丹药，都是以越陈越好，红升丹自然也不例外，尤其是白降丹更不例外。我炼制的丹药，刺激性特别小，关键是在丹药炼成时进行了一次加工处理得来的成果。丹药有刺激性的主要原因，是丹药中含有化学作用后的硫酸、硝酸或盐酸的后果，因此，使用起来会刺激到疮口的好肉而作痛，有时甚至痛得不可忍受。要减轻疼事并不难，只消把丹中含有的残余酸类物（也有少许碱类物）除去，就能达到这一要求，因为酸能溶解于水内从水中洗涤出去，丹则是不溶于水的，故毫无损失。只须花一点洗涤工夫就行了。这一方法，过去我是抱残守缺，秘不告人的，现在公开出来，作为中医外科工作者的一个参考。

大红升丹的化学原理：大红升丹是利用各种无机药物经过高温炼成的一种化学制剂。当其在加温过程中，药与药之间产生出一系列的化学变化，而生成氧化汞和氧化铅（有的红升丹配方中有铅的成分）等新的化合物，在烧炼过程中的高温情况下，汞和铅为火硝中硝酸基及烧后的氧气所氧化而生成氧化汞（ HgO ）等化合物。这些药物经加热后，极易发生升华作用，而凝聚为霜样的丹药。处方中如有铅时，则需要在极高温度下，才能上升而成为四氧化三铅（ Pb_3O_4 ），钾盐也微有升华的性能，故分析红升丹时，常有少量的钾盐存在，铁则不能升华（分析红丹时，发现有少量的铁，这或许是升丹所用的铁锅及处方中青矾有关）。

在较低温度中所炼成的丹药，则为黄升丹，按照实际情况来说，黄升丹是要比红

药先升上丹碗，且地位是在碗的中央部分，因此时水银，火硝、白矾等原料药已经温热而发生化学变化，产生出氧化汞（HgO）与硝酸汞等新化合物，此等化合物因燃烧尚未过高，故未能升华，所以黄升和红升的化学成分虽同样含有大量氧化汞，而二者含量的多少却不尽同。

氧化汞是这样生成的：



亚硝酸钾

铅丹的生成是 $6\text{PbO} + \text{O}_2 = 2\text{Pb}_3\text{O}_4$

红升丹的药理：红升丹中药物在加热烧炼中起了些什么化学作用，由于笔者水平关系，现在尚不能作出具体说明。由理想推测，红升丹的药理作用可能是由于氧化汞等化合物的功能使畏氧细菌感染后的坏死组织痛、疽等脓栓软化腐蚀而易于脱落，产生了所谓去腐作用。同时因汞化合物有消毒、杀菌作用，病原微生物被杀灭后，创伤中炎症逐渐消退，脓液和渗出物亦被吸收，局部组织再生而促进疮口的愈合，因此红升丹就起到了拔毒、去腐、提脓、拔疔根、去瘰管、生肌、长肉、结痂等作用。

黄升、红升本来是一样东西。因此，它们在临床上的作用，也没有多大的差别。按照药理学来说，红升丹主要是因为它是氧化汞，其溶解度比较小，因之它的杀菌、消毒作用较之腐蚀作用强；生肌、收口作用较黄升为大，黄升丹中的硝酸盐成分比较多，故其溶解度则比较大，而有相当的腐蚀作用，因此它的提脓和拔毒作用应较红升丹为良。总的说来，直到目前为止，升药对一切感染、创伤、肿疡方面的治疗作用，还是一种极有价值的外用良药。在西药中，直到现在还找不出可与红升丹作用相等的品物来，它是值得推广的外用良药。

红升丹的功能：红升丹的主要功能，是拔毒、去腐、生肌，敛口。中医外科向有壁垒相峙的两大派系，一是以陈实功的《外科正宗》为主，陈氏是以大刀阔斧手腕，对疮疡主张开刀及使用丹药咬头开刀，认为“疮无大小，开刀就好”，“早开刀一天，便早好一天”，一派是以王洪绪《外科证治全生集》为主，王氏是以“内消为贵，以外托为畏”。不主张使用丹药，更不同意开刀，是偏重姑息疗法。

总的说来，医生治病是以能及时治好病人和减少痛苦为己任，不应坚持门户偏见。疮疡初起时，第一步是争取消散，不使其进展扩大，但在内消不可能而有扩大化脓现象时，则攻托之剂在所必需，不应有以托为畏的坚持坐待病势扩大。在疮疡脓已成熟

而无自行穿溃现象时，则咬头丹药也必须抓紧时机及时采用，即不用丹药咬头，也应施开刀手术排脓引流，不应听其脓腐停留，使病区扩大，或者穿膜内陷。

红升丹的适应症：主治梅毒、疔疖、横痃、鱼口，溃疡、瘰管、瘰疬、痰核、疥癣、颓疮、湿疹及开刀后久不收口等症。

红升丹的用法：红升丹有多种使用方法，除部分溃疡使用纯品外，其余大都采用稀释品，稀释品配合量大致是 10—15%。用稀释品的目的，一方面是为了疮毒未尽，而召来闭门留寇的不良后果；另一方面，稀释了药的浓度，也可避免丹药对疮口的过分刺激。

1. 纯品：是将纯粹的丹药直接施于疮面，或者做成药捻插入瘰管，并不配合任何一种赋型药物。例如创伤的严重感染（如皮肤或皮下组织发炎化脓后自行破溃，或疮口经细菌感染后而有炎症性变化者），或溃疡的坏死组织未脱除，以及疮疖的脓栓时期，脓疡或疡的方才切开时期，瘰疬的初期及瘰管等均极合用，分泌稀水者头天上药，次日即可变为稠脓。

2. 稀释品：是在纯品丹药中，配合部分赋型品物的稀释丹药，一般常用的为九一丹（是由一份丹药，配合九份煅石膏而成），凡普通创伤创口、疔疖、溃疡、瘰疬的后期，以及脚癣等均适用。

红升丹的换药时间：红升丹的换药时间，是以疮的表现情形来决定。如疮面色暗不鲜，分泌物过多，且有腐肉不脱者，必须每日换药一次，如疮面红活新鲜，分泌物少或无有者，则可隔一或二日换药一次，在新肉长平只待生皮者，也可 3-4 天换药一次，总以患部情况，灵活运用为原则。

温补肾阳治疗阳痿应善用虫蚁搜剔之品

作者：田喜江

链接：<https://article.iyyi.com/detail/411822.html>

中药品种丰富，每药都有其特殊的作用，不但植物、矿物能入药，动物来源的中药也非常多。其中有一类动物中药，体积不大、善飞能跃，中医统称为虫蚁搜剔之品，中国古代没有生物学分类的知识和概念，因此将此类动物都归为虫类，包括现代生物学意义上的节肢动物下的昆虫纲等多种类型动物。中医认为久病入络，非草木之品可以济之，必虫蚁搜逐以为功，因此认为虫蚁之品有活血化瘀的功能。

中医认为阳痿多为肝胆湿热、肾阴肾阳不足所致，其中肾阳不足的病因占大多数。

现代医学阳痿为海绵体充血不足所致，中国古代虽无现代解剖医学知识，但是中西两说并不矛盾，肾阳不足产生虚寒或易感外寒，寒气凝滞，因此能引起血瘀导致阳痿，与各种原因导致海绵体不能充血的原理相似。因此阳痿应从温补肾阳与活血化瘀两方面治疗，研究古代治疗阳痿的方剂学可以发现多加有活血化瘀的当归等中药。

温补肾阳中药和活血化瘀中药分植物和动物两大类，中医学认为虫蚁为血肉有情之品、又有搜剔之功，因此不但能温补肾阳、还能活血化瘀，因此运用虫蚁搜剔之品治疗肾虚阳痿可以一药具两功。在此将临床上常用的温补肾阳的虫蚁搜剔之品总结如下：

一、蜻蜓：

蜻蜓为蜻蜓科动物碧尾蜓和蜻科动物赤蜻等的全虫。蜻蜓分布于全国各地，药源广泛。味咸、性温，归肾经。功能益肾壮阳、强阴秘精。

山西的龟龄集和重庆桐君阁药厂的生力雄丸（人参、鹿茸、淫羊藿、韭菜子、蛇床子、蜻蜓、蚕蛾、咖啡因、制马钱子、蟾酥等）均以蜻蜓为原料。

二、九香虫：

九香虫为兜蝻科昆虫九香虫的全虫。味咸、性温，归脾、肾、肺经。功能行气止痛、温肾补阳。

本品不但用于治疗肾虚阳痿，还能用于治疗肝胃气痛，如浙江名老中医裘吉生疏肝和胃散（制香附、甘松、沉香曲、九香虫、刺猬皮、元胡、降香、瓦楞子、黄连、吴茱萸、生姜汁、甘蔗汁）中就含有九香虫[1]。

三、蜂房：

蜂房为胡蜂科昆虫大黄蜂等所制造的巢。味甘、性平，有毒，归胃经。功能祛风攻毒，散肿止痛。

本药很少用于治疗阳痿，但在中医古籍中确有记载，江苏南通著名中医朱良春和日本汉医界[2]都曾应用本药治疗阳痿，确有效果。

四、紫梢花：

紫梢花为筒骨海绵科动物脆针海绵的干燥群体。味甘、性温，归肾经。功能补肾助阳、固精缩尿。

本药为临床少用之品，不但能温补肾阳治疗阳痿，还能治疗男科阴囊湿痒、妇科带下等疾，江苏名老中医叶橘泉曾大力提倡应用此药。

五、海龙：

海龙为海龙科动物刁海龙、拟海龙或尖海龙除去皮膜及内脏的全体。味咸甘、性温，归肾经。功能补肾壮阳。《纲目拾遗》认为本品功倍海马、催生尤捷效。

六、海马：

海马为海龙科动物线纹海马、刺海马、大海马、三斑海马或小海马的干燥体。味甘、性温，归肝、肾经。功能温肾壮阳、散结消肿。

本药除了具有温补肾阳的功效，还能散结消肿，常用于外用膏药中治疗疮疡肿毒类疾病。

临床运用虫蚁搜剔之品温补肾阳治疗阳痿时需要注意，这些药物多不直接入汤剂应用，一般研末入丸散，否则不易发挥药效。

参考文献

[1]. 裘诗庭. 《近代名医裘吉生医文集》. 第一版, 北京: 人民卫生出版社, 2006 年: 256—259.

[2]. (日) 矢数道明著, 候召棠编译. 《汉方临床治验精粹》. 第一版, 北京: 中国中医药出版社, 1992 年: 281—287.

中医科水肿病诊疗方案总结

作者：王铎钢

链接：<https://article.iyyi.com/detail/411324.html>

【概述】

水肿是指体内水液储留，泛滥肌肤，引起眼睑、头面、四肢、腹部甚至全身浮肿，严重者还可伴有胸水、腹水等。临床常见于肾病综合征。也可见于慢性肾小球肾炎及其它继发肾小球疾病。

【诊断标准】

中医诊断标准（参照参照 1993 年卫生部《中药新药临床研究指导原则》及《中医内科学》）

1. 水肿先从眼睑或下肢开始，继及四肢全身。
2. 轻者仅眼睑或足胫浮肿，重者全身皆肿；甚则腹大胀满，气喘不能平卧；更严重者可见尿闭或尿少，恶心呕吐，口有秽味，头痛，抽搐，神昏谵语等危象。
3. 可有乳蛾、心悸、疮毒、紫癜以及久病体虚病史。

中医证候诊断标准：（参照参照 1993 年卫生部《中药新药临床研究指导原则》）

及《中医内科学》)

(一) 阳水

1. 风水泛滥

主症：眼睑浮肿，继及四肢或全身肿，来势迅速，多有恶寒、发热，肢节酸楚，小便不利。

次症：偏于风热者伴咽喉红肿疼痛，舌质红，脉浮滑数。偏于风寒者兼恶寒，咳嗽，舌苔薄白，脉浮滑或浮紧，如肿势较甚可见脉沉。

2. 水湿浸淫

主症：全身浮肿，按之没指，全身困重。

次症：胸闷，小便短少，纳呆，泛恶，苔白腻，脉沉缓。

3. 湿热壅盛

主症：遍身浮肿，皮肤绷急光亮，胸脘满闷。

次症：烦热口渴，小便短赤，或大便干结，舌红苔黄腻，脉沉数或濡数。

(二) 阴水

1. 脾阳虚衰

主症：身肿，腰以下尤甚，按之凹陷不易恢复，脘腹胀闷。

次症：纳减便溏，面色不华，怯寒肢冷，小便短少，舌质淡，苔白腻或白滑，脉沉缓或沉弱。

2. 肾阳衰微

主症：面浮身肿，腰以下尤甚，按之凹陷不起，心悸气促，腰部酸重。

次症：尿量减少，四肢厥冷，怯寒神疲，面色白或灰滞，舌质淡胖，苔白，脉沉细或沉迟无力。

3. 脾肾两虚

主症：面浮身肿，腰以下尤甚，按之凹陷不起，乏力，腰酸重，脘腹胀满，心悸。

次症：纳呆，尿少，尿中泡沫多，畏寒，便溏，舌质淡胖，苔白腻，边有齿痕，脉沉细或沉迟无力。

4. 瘀水互结证

主症：水肿迁延不愈，按之凹陷不起，腰痛固定或呈刺痛；皮肤瘀斑，或伴有血尿，面色黧黑或晦暗，舌色紫暗或有瘀点、瘀斑。

次症：周身乏力，尿少，尿中泡沫多，纳差，肌肤甲错或肢体麻木，脉象细涩。

西医诊断标准（参照 1985 年南京第二届全国肾脏病学术会议讨论修正）

1. 24 小时尿蛋白定量 $>3.5\text{g}$;
2. 血浆白蛋白 $<30\text{g/L}$;
3. 水肿;
4. 高脂血症;

注：其中 1、2 条为诊断所必须。

【类证鉴别】

水肿与鼓胀鉴别：鼓胀是先以单腹胀大，面色苍黄，腹壁青筋暴露，甚者四肢肿，可见瘦削。而水肿则头面或下肢先肿，继及全身，腹壁亦无青筋暴露。鼓胀病位在肝、脾、肾；水肿病位在肺、脾、肾。

【辨证治疗常规】

一、中药汤剂治疗

（一）阳水

1. 风水泛滥

主症：眼睑浮肿，继及四肢或全身肿，来势迅速，多有恶寒、发热，肢节酸楚，小便不利等症。偏于风热者伴咽喉红肿疼痛，舌质红，脉浮滑数。偏于风寒者兼恶寒，咳嗽，舌苔薄白，脉浮滑或浮紧，如肿势较甚可见脉沉。

治则：散风清热，宣肺行水。

方药：越婢加术汤加减。

2. 水湿浸淫

主症：全身浮肿，按之没指，小便短少；全身困重，胸闷，纳呆，泛恶，苔白腻，脉沉缓，起病缓慢，病程较长。

治则：健脾化湿，通阳利水。

方药：五皮饮合胃苓汤化裁。

3. 湿热壅盛

主症：遍身浮肿，皮肤绷急光亮，胸脘满闷，烦热口渴，小便短赤，或大便干结，舌红苔黄腻，脉沉数或濡数。

治则：分利湿热。

（二）阴水

1. 脾阳虚衰

主症：身肿，腰以下尤甚，按之凹陷不易恢复，脘腹胀闷，纳减便溏，面色不华，怯寒肢冷，小便短少，舌质淡，苔白腻或白滑，脉沉缓或沉弱。

治则：温运脾阳，以利水湿。

方药：实脾饮加减。

2. 肾阳衰微

主症：面浮身肿，腰以下尤甚，按之凹陷不起，心悸气促，腰部酸重，尿量减少，四肢厥冷，怯寒神疲，面色白或灰滞，舌质淡胖，苔白，脉沉细或沉迟无力。

治则：温肾助阳，化气行水。

方药：济生肾气丸合真武汤加减。

3. 脾肾两虚

主症：面浮身肿，腰以下尤甚，按之凹陷不起，乏力，腰酸重，脘腹胀满，心悸，纳呆，尿少，尿中泡沫多，畏寒，便溏，舌质淡胖，苔白腻，边有齿痕，脉沉细或沉迟无力。

治则：补肾健脾，活血利水。

方药：分消饮子（利水方）

4. 瘀水互结

主症：水肿迁延不愈，面浮身肿，腰以下尤甚，按之凹陷不起，皮肤瘀斑，或伴有血尿，周身乏力，尿少，尿中泡沫多，纳差，舌质紫暗，苔白，脉沉细涩。

治则：活血祛瘀、化气行水

方药：桃红四物汤合五苓散

二、中成药治疗

湿热壅盛：加黄葵胶囊 5 粒日三次口服。

水湿浸淫：肾炎消肿片 5 片日三次口服。

脾肾两虚：肾炎康复片 5 片，人工虫草胶囊 2-6 粒，各日三次口服。

三、中药针剂的应用

1. 阴水正虚者：应用参芪扶正液 250ml 日一次静点。

2. 阴水脾肾两虚者：参麦注射液 40-60ml 加入生理盐水或葡萄糖注射液 100-250 毫升，日一次静点。

2. 瘀水互结者：5%葡萄糖注射液或 0.9%氯化钠注射液，丹红注射液 30 毫升日一次静滴，或舒血宁注射液静点。

四、中药外治疗法：

1. 中药熏洗沐足：黄芪 30 克、茯苓 20 克、白术 20 克、泽泻 15 克、大腹皮 20 克、桑皮 15 克、白茅根 20 克、陈皮 20 克、丹参 20 克、牛膝 15 克、兔丝子 15 克、山萸肉 15 克、姜皮 20 克，加水煎煮至 1000~2000 毫升，倒入沐足按摩器内，浸泡温度为 41℃ 左右，时间 30 分钟，沐足同时按摩涌泉、三阴交、足三里等穴位，每日 1 次，3 周为 1 疗程。

2. 灸法：选取气海、关元、神阙、足三里等穴位随证加减，可使用艾灸箱，每次约 20~30 分钟，每日 1 次。

3. 穴位贴敷：中药贴敷于气海、关元、三阴交等穴位，4~6 小时后取下即可

禁忌症：心、肺功能衰竭、严重高血压、严重贫血者、急性中风、急性感染期、恶性肿瘤、高热、醉酒人员、孕妇、中药过敏者。

【常规检查】：

血尿便常规，出凝血时间，24 小时尿蛋白定量，尿蛋白电泳，肝功肾功血脂免疫功能检查，乙丙戊肝炎系列，系统性风湿病基本检查 II，ANCA，双肾膀胱超声检查，肺 CT，心脏彩超，双下肢动静脉彩超，心电图，随机血糖，符合肾活检者建议行肾穿活检病理检查。

【西医治疗】

（一）一般治疗

1. 休息：严重水肿、浆膜腔积液应卧床休息，水肿及浆膜腔积液消失且一般情况好转后可起床活动。

2. 饮食：正常量（1.0g/kg/d）的优质蛋白（富含必须氨基酸的动物蛋白质）饮食，低脂肪饮食，热量要充分（30—35kcal/kg/d），水肿者低盐饮食（<3g/d）。

3. 控制入水量：每日入水量=前一天尿量+500 毫升

4. 限盐：每日食盐摄入量 2-3 克。

（二）西药治疗：根据患者病情酌情应用糖皮质激素和/或细胞毒类药物。

1. 糖皮质激素：强地松 1mg/kg/d，服 8-12 周减量。或甲强龙 0.8mg/kg/d，服 8-12 周减量。辅用钙剂、胃粘膜保护剂。

2. 细胞毒类药：环磷酰胺：200 毫克隔日静推或 600 毫克周一一次静点或 1.0 克月一次静点，总量 6—8 克。或来氟米特片 50 毫克日一次连服三天后改为 20 毫克，日一次口服。辅用保肝药。

3. 免疫抑制剂：雷公藤多苷片 20-30 毫克，日三次口服。

4. 对症治疗：

(1) 提高血浆胶体渗透压：静脉补充白蛋白（血浆白蛋白小于 20 克）。

(2) 利尿消肿：

利尿剂：速尿 20—120 毫克口服或静注，安体舒通 20-60 毫克口服。

重度水肿经利尿效果不显者可应用血液透析或血液滤过治疗。

(3) 纠正高脂血症：口服降脂药。

高胆固醇症：以他汀类降脂药为主，如：立普妥 10-20 毫克日 1 次口服。

高甘油三酯症：应用贝特类，如力平脂 200 毫克日一次口服。

5. 防治并发症：

(1) 合并感染：选用无肾毒性抗生素。

(2) 血栓及栓塞

高凝状态时应用活血化瘀药外，应用低分子肝素皮下注射。

(3) 急性肾功不全

肾康栓：1 枚，每日 1—2 次，戴上一次性指套，用食指将栓剂纳入肛门内 2 厘米以上给药。8 周为一疗程。

【护理常规】

因肺、脾、肾对水液宣化输布功能失调，使体内水液储留，泛滥肌肤，引起眼睑、头面、四肢、腹部甚至全身浮肿为主要表现。病位其本在肾，其标在肺，其制在脾，涉及膀胱、三焦。

一、一般护理

1. 按中医内科一般护理常规进行。

2. 重症患者绝对卧床休息，高度水肿而致胸闷憋气者，可取半卧位，下肢水肿重者，适当抬高患肢。

3. 重症患者做好口腔及皮肤护理，对长期卧床的患者，预防压疮的发生。

4. 饮水量视尿量而定，一般以总入量等于前 1 日总出量加 500 毫升为宜，高热、呕吐、泄泻者则可适当增加入量。

5. 水肿严重者，经常变换体位；眼睑及面部水肿时，可垫高枕；阴囊水肿者，用提睾带托起。

6. 准确纪录 24 小时出入量。定时测量体重、血压。有腹水者定时测量腹围。

二、特殊护理

1. 观察水肿的部位、程度、消长规律、尿量及颜色，体温、血压、舌脉等变化。
2. 24 小时尿量少于 500ml 或尿闭时，报告医师，并配合处理。
3. 表情淡漠、恶心呕吐、腹胀、疲乏无力、呼吸深长、胸满气急时，报告医师，并配合处理。
4. 出现吐白色泡沫、面白唇紫、冷汗肢厥、烦躁心悸时，报告医师并配合处理。
5. 临证（症）施护：
 - （1）风水相搏，浮肿尿少时，遵医嘱给予中药煎水代茶饮。
 - （2）有呕吐、发热时，宜食清热利水之品。
 - （3）胸闷、气促、口唇紫绀者，遵医嘱吸氧。
 - （4）湿毒上泛，恶心呕吐不止者，可服热姜糖水，或遵医嘱用止吐药。

三、健康教育

1. 注意调摄，起居有常，随气候变化增减衣服。
2. 适当参加体育锻炼，严防感冒。
3. 劳逸适度，尤应节制房事，戒怒，以保护元气。

【入院标准】

1. 少尿或无尿，并发心衰、高血压脑病。
2. 血尿、蛋白尿、低蛋白血症程度严重。
3. 氮质血症或尿毒症。
4. 有感染或高凝状态。

【出院标准】

1. 水肿减轻或消失，血浆蛋白回升或恢复正常。
2. 蛋白尿减少或消失。
3. 24 小时尿蛋白定量 < 3.5 克，血压正常或接近正常。
4. 肾功能恢复或有改善。

【疗效判定】（参照 1993 年中药新药临床研究指导原则）

分级判定：

- （1）部分缓解：尿蛋白 0.31~2.0 克/日，连续 3 天，肾病综合征表现完全消除，肾功能好转。
- （2）无效：尿蛋白 2.0 克/日以上，肾病综合征表现未消除，肾功能无好转。

(3) 恶化：主要指肾功能损伤加重，如肌酐清除率下降或血肌酐上升达治疗前50%以上。

2. 根据每日尿蛋白排出量、肌酐清除率和（或）血肌酐治疗前、后的绝对值对比以判断疗效。但以上数值均应取连续3次的平均值为妥。

3. 对于皮质激素依赖型的治疗效果可以采用撤下该药的例数或治疗前、后复发次数的比较。

【预后】

肾病综合征预后的个体差异很大，主要取决于其病理类型、临床因素、反复感染及血栓栓塞并发症等因素。该病易迁延难愈，治疗中可出现反复感染或重度感染，易引起菌血症、败血症；且该患者血液高凝，可出现血栓形成及栓塞（脑梗塞、心肌梗塞、肺梗塞及四肢动静脉梗塞、肠系膜梗塞等）；或急性肾功能衰竭，免疫力低下，重者可危及生命。应用激素、细胞毒药物治疗过程中可出现消化道溃疡、出血、骨质疏松、股骨头坏死，易感染结核菌、神智出现异常、病毒性肝炎爆发、骨髓异常改变、肝功损害等。

责任编辑：修竹临风

编辑：草原民间中医、砭艾、xiwang001han

桂花

别名：银桂、木犀、九里香。

来源：木犀科植物木犀 *Osmanthus fragrans* (Thunb.) Lour.干燥成熟的花，原产我国西南部。现各地广泛栽培。



形态：常绿乔木或灌木，高3~5米，最高可达18米；树皮灰褐色。小枝黄褐色，无毛。叶片革质，椭圆形、长椭圆形或椭圆状披针形，长7~14.5厘米，宽2.6~4.5厘米，先端渐尖，基部渐狭呈楔形或宽楔形，全缘或通常上半部具细锯齿，两面无毛，腺点在两面连成小水泡状突起，中脉在上面凹入，下面凸起，侧脉6~8对，多达10对，在上面凹入，下面凸起；叶柄长0.8~1.2厘米，最长可达15厘米，无毛。聚伞花序簇生于叶腋，或近于帚状，每腋内有花多朵；苞片宽卵形，质厚，长2~4毫米，具小尖头，无毛；花梗细弱，长4~10毫米，无毛；花极芳香；花萼长约1毫米，裂片稍不整齐；花冠黄白色、淡黄色、黄色或桔红色，长3~4毫米，花冠管仅长0.5~1毫米；雄蕊着生于花冠管中部，花丝极短，长约0.5毫米，花药长约1毫米，药隔在花药先端稍延伸呈不明显的小尖头；雌蕊长约1.5毫米，花柱长约0.5毫米。果歪斜，椭圆形，长1~1.5厘米，呈紫黑色。花期9~10月上旬，果期翌年3月。

栽培：桂花喜温暖，抗逆性强，既耐高温，也较耐寒。桂花对土壤的要求不太严，除碱性土和低洼地或过于粘重、排水不畅的土壤外，一般均可生长，但以土层深厚、疏松肥沃、排水良好的微酸性砂质壤土最为适宜。

性味功能：味辛，性温；散寒破结，化痰止咳。

用 途：用于牙痛，咳嗽痰多，经闭腹痛。

用法用量：内服 5~20 克。

经验鉴别：本品以色黄、无枝梗杂质、香气足者为佳。

大丽花

别 名：天竺牡丹、大理花、西番莲、洋芍药。

来 源：菊科植物大丽花 *Dahlia pinnata* Cav. 的干燥块根，原产墨西哥，是世界栽培最广的观赏植物，现在我国云南也有野生种分布。



形 态：多年生草本，有巨大棒状块根。茎直立，多分枝，高 1.5~2 米，粗壮。叶 1~3 回羽状全裂，上部叶有时不分裂，裂片卵形或长圆状卵形，下面灰绿色，两面无毛。头状花序大，有长花序梗，常下垂，宽 6~12 厘米。总苞片外层约 5 个，卵状椭圆形，叶质，内层膜质，椭圆状披针形。舌状花 1 层，白色，红色，或紫色，常卵形，顶端有不明显的 3 齿，或全缘；管状花黄色，有时在栽培种全部为舌状花。瘦果长圆形，长 9~12 毫米，宽 3~4 毫米，黑色，扁平，有 2 个不明显的齿。花期 6~12 月，果期 9~10 月。

栽 培：大丽花喜半阴，凉爽的环境，宜栽培于土壤疏松、排水良好的肥沃沙质土壤中。

性味功能：味辛、甘，性平；清热解毒，散瘀止痛。

用 途：用于肋腺炎、龄齿疼痛、无名肿毒、跌打损伤。

用法用量：内服 6~15 克。

经验鉴别：本品以根肥大、白色、质充实、肉质者为佳。

编 辑：王颖健

责任编辑：金陵一剑

骨髓增生异常综合征合并丙肝 1 例

作者：我是王琪

链接：<https://bingli.iyyi.com/show/63058-1.html>

●病例摘要

一般资料:男性，67 岁，退休工人

主诉:腹胀，乏力，间断发热半年余，加重一周

现病史:

患者近半年来无明显诱因出现腹胀、乏力、纳差、间断低热，无明显恶心、呕吐、腹泻、腹痛、鼻衄等不适，间断在诊所用药治疗，时好时坏。一周前又出现发热、乏力，在当地一家医院按“上呼吸道感染”治疗，病情好转，但仍下午低热，查丙肝抗体阳性，丙肝病毒定量示： 6.06×10^5 IU/ml，为治疗丙肝而来我院，门诊以“慢性丙型肝炎”收入我科，自发病以来，精神状态一般，饮食一般，睡眠状况正常，大小便正常，体力下降，体重无变化。

既往史:

平素身体一般，无高血压，糖尿病，心脏病，肾病和脑血管病史，发现“丙肝”及“血小板减少症”20 年，未治疗，无结核病史，无手术史，无外伤史，无输血，献血史，无药物食物过敏史，预防接种史不详。

个人史:

生于原籍，曾在东北当兵 10 年，无疫区疫水接触史，无毒物接触史，无烟酒不良嗜好，否认性病和冶游史。

体格检查:

T:37℃；P:88 次/分；R:19 次/分；BP:116/56mmHg。神志清，精神一般，慢性肝病面容，贫血貌，全身皮肤粘膜和巩膜无明显黄染。肝掌阴性，全身浅表淋巴结未触及肿大，心肺无异常。腹平软，右上腹有轻压痛，无反跳痛，肝脾肋下未触及，肝区叩击痛阳性，移动性浊音阴性，双下肢无水肿，扑翼样震颤阴性。

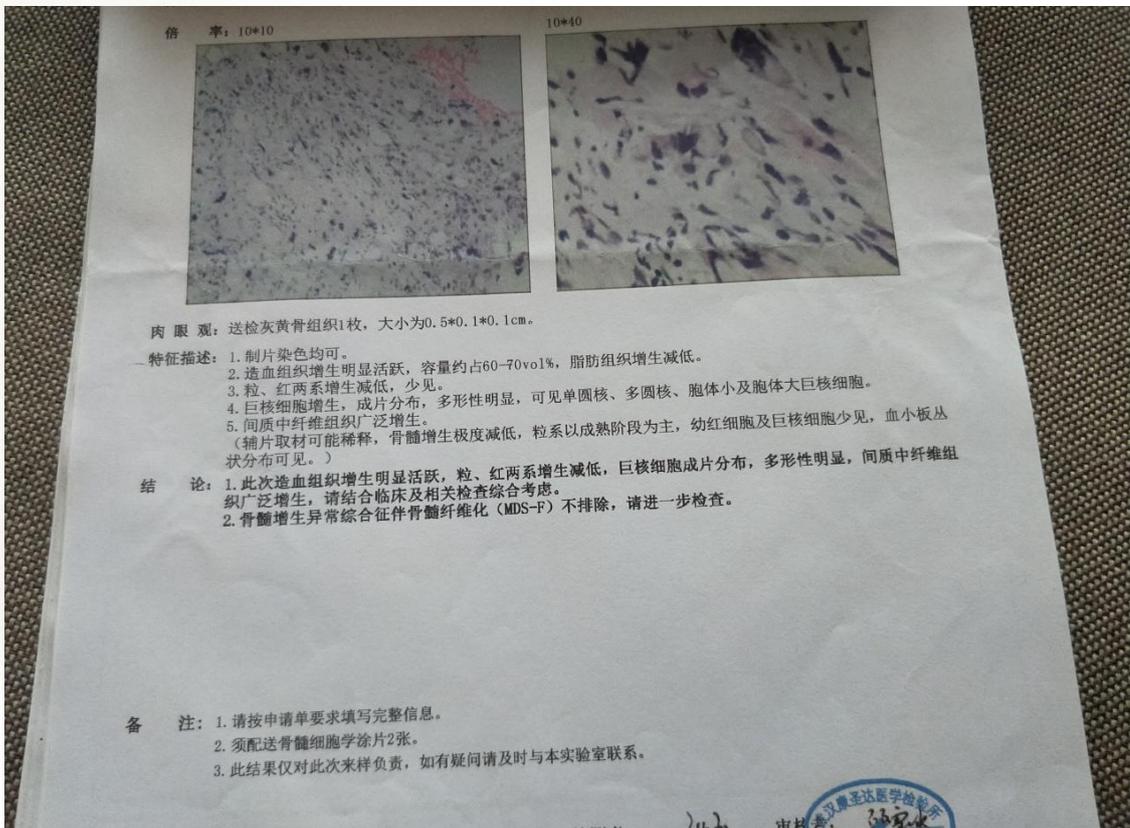
辅助检查:

肝功能谷丙转氨酶 13U/L；谷草转氨酶 19U/L；白蛋白 37.7g/L；血沉 90mm/h；血常规：白细胞 4.22×10^9 /L；血红蛋白 69g/L；血小板 231×10^9 /L。骨髓组织病理示:1. 此次造血组织增生明显活跃，粒，红两系增生减低，巨核细胞成片分布，多形

病例讨论

性明显，间质中纤维组织广泛增生，请结合临床及相关检查综合考虑。2. 骨髓增生异常综合征伴骨髓纤维化不排除，请进一步检查。肝脏彩超：肝内无回声，考虑肝囊肿。胸部 CT：胸部平扫未见异常。免疫八项示：丙肝抗体阳性。

病人	申请日期	2018-01-19	2018-01-22		
住院号 ↓ 1317398	住院次数	第 1 次	可查看已出院 7		
显示组合项目					
序号	检验项目	结果	上次	单位	参考
免疫八项(共8项)					
	乙肝病毒表面抗原检	0.02		IU/ml	0.00--0.05
	乙肝病毒表面抗体检	421.88		mIU/ml	0.00--10.00
	乙肝病毒e抗原检测(0.00		PEIU/ml	0.00--0.1
	乙肝病毒e抗体检测(0.00		PEIU/ml	0.00--0.4
	乙肝病毒核心抗体检	0.02		PEIU/ml	0.00--0.7
	梅毒螺旋体抗体检测(阴性			阴性
	丙型肝炎抗体检测(酶	阳性			阴性
	HIV1/2艾滋病抗体检	阴性			阴性



可查看已出院 7 天的检验记录

显示组合项目

序号	检验项目	结果	上次	单位	参考
血常规 (共24项)					
1	白细胞数 (WBC)	4.22		10 ⁹ /L	4--10
2	中性粒细胞数目	3.09		10 ⁹ /L	2--7
3	淋巴细胞数目 (LYM#)	0.72		10 ⁹ /L	0.8--4
4	单核细胞数目 (MON#)	0.16		10 ⁹ /L	0.12--0.8
5	嗜酸性粒细胞数目	0.18		10 ⁹ /L	0.02--0.5
6	嗜碱性粒细胞数目	0.07		10 ⁹ /L	0--0.1
7	中性粒细胞百分比	73.14		%	50--70
8	淋巴细胞百分比	17.12		%	20--40
9	单核细胞百分比	3.80		%	3--8
10	嗜酸性粒细胞百分比	4.34		%	0.5--5
11	嗜碱性粒细胞百分比	1.74		%	0--1
12	红细胞数目 (RBC)	2.15		10 ¹² /L	3.5--5.5
13	血红蛋白 (HGB)	69		g/L	110--160
14	红细胞压积 (HCT)	21.92		%	37--50
15	平均红细胞体积 (MCV)	101.90		fL	80--100
16	平均红细胞血红蛋白	32.10		pg	27--31
17	平均红细胞血红蛋白	315.00		g/L	320--360
18	平均红细胞体积分布	19.81		%	11.5--14.5
19	平均红细胞分布宽度	67.21		fL	35--56
20	血小板数目 (PLT)	231		10 ⁹ /L	100--300
21	平均血小板体积 (MPV)	12.94		fL	7--11
22	血小板分布宽度 (PDW)	21.04			15--17
23	血小板压积 (PCT)	0.30		%	0.11--0.28
24	大型血小板比率	44.540		%	13.00--43.00

备注:

诊断: (B18.200)慢性

2017-10-13 审核日期 2016-09-10 2019-09-17

可查看已出院 7 天的检验记录

显示组合项目

序号	检验项目	结果	上次	单位	参考
血沉 (共1项)					
1	血沉 (ESR)	90		mm/h	0--20

备注:

病例讨论

2017-10-13 审核日期 2016-09-10 2019-09-17

可查看已出院 7 天的检验记录

显示组合项目

序号	检验项目	结果	上次	单位	参考
血脂2 (共6项)					
1	总胆固醇 (CHO)	3.79		mmol/L	3.4--5.7
2	甘油三酯 (TG)	0.83		mmol/L	0.56--1.71
3	载脂蛋白A (APOA)	0.72		g/L	1--1.6
4	载脂蛋白B (APOB)	0.86		g/L	0.6--1.2
5	高密度脂蛋白 (HDL)	0.65		mmol/L	0.78--2.25
6	低密度脂蛋白 (LDL)	1.99		mmol/L	0--4.13
肾功能2 (共3项)					
1	尿素氮 (BUN)	5.00		mmol/L	1.43--7.14
2	肌酐 (CREA)	76.60		umol/L	35--97
3	尿酸 (UA)	294.60		umol/L	170--420
葡萄糖测定 (共1项)					
1	葡萄糖 (GLU)	4.15		mmol/l	3.8--6.1
肝功能1 (共13项)					
1	谷丙转氨酶 (ALT)	13.00		U/L	0--40
2	谷草转氨酶 (AST)	19.00		U/L	0--40
3	谷氨酰转氨酶	13.00		U/L	0--40
4	总蛋白 (TP)	60.90		g/L	60--83
5	白蛋白 (ALB)	37.70		g/L	35--55
6	球蛋白 (GLB)	23.20		g/L	20--45
7	白球比 (A/G)	1.63			1.2--2.3
8	碱性磷酸酶 (ALP)	75.00		U/L	50--136
9	总胆红素 (TB)	11.20		umol/L	3.42--20.5
10	直接胆红素 (DB)	3.20		umol/L	0--6.91
11	间接胆红素 (IB)	8.00		umol/L	0--17
12	总胆汁酸 (TBA)	2.90		umol/L	0--15
13	胆碱酯酶 (CHE)	4207.00		U/L	4500--11500

备注: (B18.200)慢性

初步诊断

1. 慢性丙型病毒性肝炎；
2. 贫血

诊断依据

1. 既往史:既往发现丙肝，未治疗。
2. 症状:腹胀，乏力，间断发热半年余，加重一周。
3. 体征:慢性肝病面容，贫血貌，腹平软，右上腹有轻压痛，无反跳痛，肝脾肋下未触及，肝区叩击痛阳性。
4. 辅助检查:肝功能谷丙转氨酶 13U/L；谷草转氨酶 19U/L；白蛋白 37.7g/L；血沉 90mm/h；血常规：白细胞 $4.22 \times 10^9/L$ ；血红蛋白 69g/L；血小板 $231 \times 10^9/L$ 。骨

髓组织病理示:1. 此次造血组织增生明显活跃, 粒, 红两系增生减低, 巨核细胞成片分布, 多形性明显, 间质中纤维组织广泛增生, 请结合临床及相关检查综合考虑。2. 骨髓增生异常综合征伴骨髓纤维化不排除, 请进一步检查。免疫八项示: 丙肝抗体阴性。

鉴别诊断

慢性丙型病毒性肝炎的鉴别诊断 1. 自身免疫性肝炎: 可出现免疫球蛋白升高, 类风湿因子阳性, 自身抗体阳性。肝炎系列阴性。2. 酒精肝: 发病前有大量的饮酒史。贫血的鉴别诊断: 1. 缺铁性贫血: 长期的营养不良或者慢性失血会导致缺铁性贫血。2. 再生障碍性贫血: 行骨髓穿刺可以明确诊断。

诊治经过

患者入院后积极完善相关检查, 三大常规, 生化检查, 腹部彩超, 自身免疫性肝炎等, 给予甘草酸单铵, 还原型谷胱甘肽保肝治疗, 并给予“聚乙二醇干扰素”抗病毒治疗, 患者反复发热, 开始考虑干扰素的不良反应, 但是并没有随着时间逐渐好转, 并且血红蛋白逐渐下降, 最低到 50g/L, 逐渐排除发热病因, 最终骨髓穿刺明确“骨髓增生异常综合征”, 给予输血对症治疗, 口服沙度利胺, 拒绝行化疗, 病情稳定后出院, 出院后多次来我院输血对症治疗, 一年后病情加重在省医院抢救无效死亡。

●临床诊断

骨髓增生异常综合征

●分析总结

一、骨髓增生异常综合征被认为是骨髓异常所致的造血功能障碍。既然造血功能障碍, 那么从血液学角度来看, 全血正常血细胞减少。因为骨髓无法发挥正常功能, 处于病态造血, 造出来的血细胞也是病态血细胞。骨髓增生异常综合征的发病原因并不明朗, 可能有基因异常, 也可能因为接触了化学致癌物, 或者有放射线接触史。骨髓增生异常综合征的症状, 也和很多血液科疾病相似, 包括贫血、出血、感染。

二、该患者的初衷就是治疗丙肝的, 结合患者的病史, 应该想到而未注意到的地方有几点: 1. 患者不明原因的长期的反复的发热; 2. 不明原因的贫血, 患者进食一直很好, 并且没有明确慢性失血的诱因。3. 患者过去血小板一直比较低, 血小板在 $30 \times 10^9/L$ 左右, 而现在没有原因的血小板升高明显。通过这三个现象应该考虑到骨髓是否有问题, 而没有注意, 在以后的反复发热中最后才考虑到这个问题。所以对于每个患者每个异常的表现都应该不放过, 刨根问底才不会误诊和漏诊的。

难免流产 1 例

作者：斯梦未醒

链接：<https://bingli.iiyi.com/show/63043-1.html>

●病例摘要

一般资料:女性, 26 岁, 农民。

主诉:停经 71 天, 阴道出血 12 天, 下腹痛 1 天

现病史:

患者以往月经规则, 12 岁初潮, 月经周期 30 天, 持续一周左右。量中, 暗红色, 痛经, 时轻时重, 未用药, 2019 年 3 至 5 月份间月经周期 40-45 天。患者停经 1 月余, B 超检查提示宫内妊娠, 早孕反应轻微, 患者于 2019-08-05 日无明显诱因阴道少许出血, 咖啡色, 行保胎治疗第 4 天, 阴道出血为鲜红色, 淋漓不尽至今。昨晚解稀大便数次, 低热, 今天上午阴道出血增多, 同月经量, 伴下腹痛, 无头晕头痛, 2019-08-05 日武汉市中心医院查血 HCG5732.90mIU/mL。2019-08-13 日本院 B 超: 宫内早孕(约 6w+), 孕囊小于停经月份(宫腔内可见 20*14*22mm 孕囊, 内可见卵黄囊回声约 2mm 胚芽, 未见明显原始心管搏动)。2019-08-14 日本院血 HCG: 947.30mIU/mL。患者现在我院门诊检查后, 以“难免流产? 过期流产?”收入院。孕期, 孕妇精神食欲尚好, 体力体重无明显改变, 大小便正常。

既往史:

平素身体健康, 否认“肝炎”及“结核”病史, 否认食物药物过敏史, 无手术外伤史, 无输血史, 出生于本地, 无外地久居史, 无不良嗜好, 其父母都健在, 否认家族性传染病史, 24 岁结婚, G2P0, 其丈夫身体健康。

体格检查:

T:36.4℃; P:82 次/分; R:19 次/分; BP:109/74mmHg。神清, 精神好, 检查合作, 步入病房, 颈软, 全身皮肤粘膜未及黄染, 全身浅表淋巴结未及肿大, 双肺呼吸音清晰, 心前区未及异常搏动, 下腹平软, 无压痛, 肝脾肋下未及。脊柱呈生理性弯曲, 四肢活动自如, 生理性反射存在, 病理性反射未引出。专科情况: 卫生垫上少许鲜红色血渍, 阴道无活动性出血。宫颈口扩张。

辅助检查:

门诊资料:2019-08-05 日武汉市中心医院血 HCG5732.90mIU/mL。2019-08-13 日

本院B超：宫内早孕（约6w+），孕囊小于停经月份（宫腔内可见20*14*22mm孕囊，内可见卵黄囊回声约2mm胚芽，未见明显原始心血管搏动）。2019-08-14日本院血HCG：947.30mIU/mL。心电图、胸片正常。余结果见图片。

凝血酶原时间 (PT)	12.60		s	9-14
国际标准化比值 (INR)	1.05			0.8-1.2
活化部分凝血活酶时	22.20		s	20-41
凝血酶时间 (TT)	11.90		s	9-17
纤维蛋白原 (Fbg)	3.43		g/L	2-4
D-二聚体 (D-Dimer)	0.43		mg/L	0-0.5

白细胞 (WBC)	5.0		$10^9/L$	3.5-9.5
红细胞 (RBC)	3.77		$10^{12}/L$	3.8-5.1
血红蛋白 (HGB)	122		g/L	115-150
血小板 (PLT)	201		$10^9/L$	125-350
红细胞压积 (HCT)	35.4		%	35-45
平均血红蛋白量 (MCH)	32		pg	27-34
平均血红蛋白浓度	344		g/L	316-354
红细胞平均体积 (MCV)	94.0		fL	82-100
红细胞分布宽度	39.50		fL	37-50
红细胞变异系数	11.80		%	11-16
中性粒细胞数 (NEUT)	3.29		$10^9/L$	1.8-6.3
中性粒细胞比率 (NEUT%)	66.00		%	40-75
淋巴细胞数 (LYM)	1.26		$10^9/L$	1.1-3.2
淋巴细胞比率 (LYM%)	25.30		%	20-50
单核细胞数 (MONO)	0.35		$10^9/L$	0.1-0.6
单核细胞比率 (MONO%)	7.00		%	3-10
嗜酸性粒细胞 (EO)	0.08		$10^9/L$	0.02-0.52
嗜酸性粒细胞比率	1.50		%	0.4-8
嗜碱性粒细胞 (BASO)	0.01		$10^9/L$	0-0.06
嗜碱性粒细胞比率	0.20		%	0-1
血小板压积 (PCT)	0.19		%	0.1-0.5
平均血小板体积 (MPV)	9.50		fL	9-13
血小板分布宽度 (PDW)	16.30		fL	9-17
大血小板数目 (P-LCC)	46.00		$10^9/L$	30-90
大型血小板比率	23.00		%	14-43



超声所见:

床边清宫术后

子宫大小: 48x38x42mm, 呈前倾位, 大小形态正常, 浆膜线光滑, 肌层回声均, 宫腔线尚清晰。

双侧卵巢显示不清。

双侧附件区未见明显异常。

CDFI: 未见明显异常血流信号显示。

超声提示:

清宫术后

必要时复查

总胆红素 (TBIL)	3.9		umol/L	3.4-20.1
直接胆红素 (DBIL)	0.3		umol/L	0.3-6.8
间接胆红素 (IDBIL)	3.6		umol/L	1.1-17
谷草转氨酶 (AST)	14		U/L	13-35
谷丙转氨酶 (ALT)	12		U/L	7-40
谷草/谷丙 (AST/ALT)	1.2			0.5-1.5
碱性磷酸酶 (ALP)	61		U/L	35-100
谷氨酰转氨酶 (GGT)	15		U/L	7-45
总胆汁酸 (TBA)	3.3		umol/L	0-10
5-核苷酸酶 (5-NT)	7		U/L	2.0-11.4
总蛋白 (TP)	69.3		g/L	65-85
白蛋白 (ALB)	41.2		g/L	40-55
球蛋白 (GLO)	28.1		g/L	20-40
白球比 (A/G)	1.47			1.2-2.4
前白蛋白 (PA)	188		mg/L	200-400
尿素 (BUN)	3.53		mmol/L	2.9-8.0
肌酐 (CREA)	48.9		umol/L	40-84
尿酸 (UA)	276.3		umol/L	155-357
二氧化碳结合率 (CO2)	23.1		mmol/L	22-29
β2微球蛋白 (β2mG)	2.44		mg/L	1.0-3.0
C-反应蛋白 (CRP)	31.6		mg/L	0-8.0

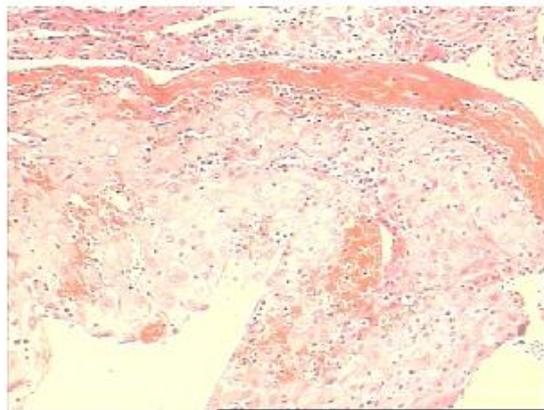
乙肝表面抗原 (HBsAg)	0.01		IU/ml	0--0.1
乙肝表面抗体 (HBsAb)	133.55		mIU/ml	0--10
乙肝e抗原 (HBeAg)	0.01		NCU/ml	0--0.5
乙肝e抗体 (HBeAb)	7.75		NCU/ml	0--4
乙肝核心抗体 (HBcAb)	8.39		NCU/ml	0--1
丙型肝炎抗体	0.10		S/CO	0--1
HIV抗体 (HIV-Ab)	0.01		S/CO	0--1
梅毒螺旋体抗体	0.11		S/CO	0--1
丙型肝炎核心抗原测	阴性 (-)			

送检材料：宫腔组织

临床诊断：待查

肉眼所见：灰白间褐膜样碎组织，3.5cm×3.5cm×2cm一堆，未见明显绒毛。取①②号。

光镜所见：



病理诊断：

送检宫腔组织一堆，经取材制片，镜下见主为蜕膜组织、变性坏死组织及凝血块，大量炎性细胞浸润，请结合临床。

初步诊断：

难免流产 G2P0

诊断依据：

1. 女，26岁，已婚，G2P0，停经71天，阴道出血12天，下腹痛1天，平素身体健康。

2. 体检：体温36.4℃；脉搏82次/分；呼吸19次/分；血压109/74mmHg。神清，精神好，心肺未闻及明显异常，下腹平软，无压痛，肝脾肋下未及。妇检：卫生垫上少许鲜红色血渍，阴道无活动性出血。宫颈口扩张。

3. 辅助检查：2019-08-05日武汉市中心医院查血HCG5732.90mIU/mL。2019-08-13日本院B超：宫内早孕（约6w+），孕囊小于停经月份（宫腔内可见20*14*22mm孕

病例讨论

囊，内可见卵黄囊回声约 2mm 胚芽，未见明显原始心管搏动）。2019-08-14 日本院血 HCG: 947.30mIU/mL。综上，难免流产诊断明确。

鉴别诊断:

需与先兆流产，不全流产及完全流产鉴别。主要根据病史(出血量、下腹痛、是否有组织排出)、妇科检查(与妊周是否相符)及妊娠试验鉴别。

诊治经过:

入院完善相关辅助检查，在 B 超监测下行清宫术，术前探查宫腔深约 8 厘米，清出变性坏死组织约 20g，经过顺利，出血约 50ml，患者无不良反应，术后测血压:110/70mmHg。予抗炎缩宫治疗。治愈出院。出院医嘱：休产假，注意营养和卫生。禁房事 2 月，注意避孕。1 周内复查 B 超，有异常情况随时就诊。

●临床诊断:

难免流产 G2P0

●分析总结:

1. 这是一 26 岁已婚女性难免流产的病例。
2. 难免流产是指不可避免流产，发生在保胎的过程，一般多由先兆流产发展而来，但阴道流血更多，阵发性腹痛更加剧烈，或出现阴道流水(胎膜破裂)。该患者停经 71 天，阴道出血 12 天，下腹痛 1 天呈加剧趋势，阴道无组织排出，宫颈口扩张，妊周略小于正常，妊娠试验阳性，诊断明确。难免流产原因有血型不合、慢性疾病如严重贫血高血压心脏病慢性肾炎等、抗精子抗体存在以及染色体异常。
3. 难免流产应对措施就是停止保胎，及早清除宫腔内容物，在难免流产中如果胚胎完全排出，阴道出血常会减少或停止，腹痛也会减轻或消失。如果不全流产，就需要清宫，该病例在超声监测下清除宫腔内容物并送病检，病检结果回报示：送检宫腔组织一堆，经取材制片，镜下见主为蜕膜组织，变性坏死组织及凝血块，大量炎性细胞浸润，请结合临床。
4. 对于该病例，两次流产，流产后应避孕一年以后才可怀孕。习惯性流产者夫妻双方都应该进行检查，检查出原因以后妥善防治。

责任编辑:绿漫天涯

编辑:刘现国

医疗资讯

重磅！第一批鼓励仿制药品目录发布

10月9日，《第一批鼓励仿制药品目录》正式发布，涉及共计33个药物，涵盖了白塞病、结节性硬化症、重症肌无力等疾病。卫健委表示，该目录是多部门组织专家对国内专利到期和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而最终制定的。明年起，目录将在每年年底前更新。进入目录的药品不仅意味着政府部门鼓励企业研发、生产，注册上市时还可享受优先审批。

定向医学生：待遇、晋升、履约新规定

为加强农村订单定向免费培养医学生就业安置和履约管理，近日，国家卫健委等7部门印发《关于做好农村订单定向免费培养医学生就业安置和履约管理工作的通知》。《通知》要求：定向医学生在录取后、获得入学通知书前，须与培养学校和定向就业所在地的县级卫生健康行政部门、人力资源社会保障部门签署协议，承诺毕业后到定向农村基层医疗卫生机构服务6年；建立定向医学生诚信档案，违约名单于每年12月底前报相关国家部门，作为全国各级医疗卫生机构等行政事业单位工作人员公开招录、住院医师规范化培训和专科医师规范化培训及研究生招生录取的个人诚信评价的重要依据。

10部委联合印发《遏制艾滋病传播实施方案》

10月11日消息，为贯彻党中央、国务院决策部署，落实《“健康中国2030”规划纲要》等文件要求，遏制艾滋病性传播上升势头，将疫情持续控制在低流行水平，国家卫健委等10部门联合制定印发了《遏制艾滋病传播实施方案（2019—2022年）》。

《实施方案》强调调动全社会力量，聚焦艾滋病性传播，树立每个人是自己健康第一责任人的理念，突出重点地区、重点人群和重点环节，注重疾病防控、社会治理双策并举，创新防治策略，精准实施防控工程，遏制艾滋病流行。

医院管理人员被纳入公职人员监察范围

10月8日，中国人大网公布《中华人民共和国公职人员政务处分法（草案）》，面向社会征求意见，截止日期为2019年11月6日。该《政务处分法（草案）》涉及公立医疗机构管理人员的内容整理如下：1. 对不按照规定请示、报告重大事项，贪污贿赂、违规用人、收送礼金、违规设定薪酬或者发放津贴、补贴、奖金等均纳入处分；2. 受处分期间不得晋职不得调薪；3. 处分决定做出前已经退休的，不是公职人员的甚或已经死亡的，只是不再给予处分，但并不意味着不追责。

国家市场监管总局：保健食品须标注“不是药物”

为了让保健食品不是药物观念深入人心，进一步加强保健食品监管，日前国家市场监督管理总局发布《保健食品标注警示用语指南》明确规定，自明年1月起，在产品最小包装物的主要展示版面上设置警示区，明确标注“保健食品不是药物，不能代替药物治疗疾病”警示语，同时警示区面积不小于其所在版面的20%，使用黑体字印刷。

甘肃：报病1例确诊麻风病最高奖励2500元

近日，甘肃省卫健委印发《关于调整麻风病报病奖励的通知》。《通知》明确，新发现并确诊1例患者，由原来的500元提高到2500元。发现1例复发患者，由原来的400元提高到2000元。报病奖励是指各级基层医务人员、群众（包括麻风病人及其家属）向当地麻风病防治主管医疗机构报告麻风病可疑症状者或疑似麻风病人，经省级防治机构确诊为麻风病病人后，向第一报告人所发放的一次性奖励。

我国器官捐献、移植数量均位居世界第2位

10月9日，国家卫健委在京发布的2018年《国家医疗服务与质量安全报告》显示，我国器官捐献、移植数量均位居世界第2位，亚洲第1位。《报告》显示，截至2018年底，全国已成立106个人体器官获取组织（OPO），捐献大器官突破5.2万个。其中2018年共完成公民逝世后器官捐献6302例，完成器官移植手术20201例，87.97%来源于公民逝世后捐献，12.03%来源于亲属间活体捐献。

精准医学设备“扁鹊一号”样机有望年底完成

深圳国际BT（生物技术）大会精准医学影像技术与应用国际论坛近日消息，北大“扁鹊一号”全人体PET-CT（正电子发射计算机断层扫描）有望在2019年底完成

原理样机，2022 年基本实现各项功能的完善。中国工程院院士、北京大学常务副校长詹启敏认为，精准医学需要大量的分析数据，若分子医学、分子影像、分子诊断、人工智能等能尽快进入临床医学领域，医学将会展现出全新图景，而精准医学影像大型设备“扁鹊一号”正是展开这幅全新图景的重要工具。

中国将最新诺奖成果用于临床：领先美日欧，率先批准原创新药

从上海交通大学医学院官网 10 月 11 日发布的信息获悉，日前揭晓的 2019 年诺贝尔生理学或医学奖在上海交通大学医学院附属瑞金医院肾脏内科掀起了不小的波澜。哈佛医学院 Dana-Farber 癌症研究所的威廉·乔治·凯林、牛津大学和弗朗西斯·克里克研究所的彼得·约翰·拉特克利夫，以及约翰霍普金斯医学院的格雷格·伦纳德·塞门扎，因“革命性地发现细胞在分子水平上感知氧气的基本原理”而成为新晋诺奖得主。他们的基础研究发现被认为有望为对抗贫血、癌症和许多其他疾病的新策略铺平道路。而实际上，瑞金医院肾内科谢静远主任说，“这就是我们所做的世界首个低氧诱导因子脯氨酰羟化酶抑制剂—罗沙思他临床研究的前期研究，正是这三位诺奖获得者 20 年前所作的基础研究，为我们今天的临床研究打好了基础。”

2018 年我国医疗机构诊疗人次达 83 亿

10 月 9 日，国家卫健委举行新闻发布会发布《2018 年国家医疗服务与质量安全报告》。会上信息显示，我国医疗机构诊疗人次由 2010 年的 58.38 亿人次增长至 2018 年的 83.08 亿人次。外科机器人手术发展迅速，20 余年累计完成 7 万余台各类机器人手术。国家卫健委医政医管局监察专员郭燕红表示，近年来，以微创化、个体化为典型特点的现代医疗技术在临床广泛应用，呈现出“外科治疗微创化、内科治疗外科化、介入治疗常态化”的趋势。

FDA 批准首款埃博拉病毒快速诊断试剂盒上市

日前，FDA 宣布批准了第一款用于快速诊断埃博拉病毒病的试剂盒的上市申请。这款 OraSure Technologies 公司的 OraQuick 埃博拉病毒快速抗原检测试剂盒适用于已有 EVD 症状的潜在患者，以及疑似因 EVD 去世的患者尸体，旨在提供一种快速的埃博拉病毒感染诊断，在接触样本 30 分钟内，就能显示阳性或阴性结果。

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