

 zz.iiyi.com

2020.06

爱爱医



第六期 总NO. 125

Volume 11, number 6, June. 2020

刊首语

匆匆过客

作者：蓝风

链接：<https://bbs.iyyi.com/thread-62536-1.html>

我是匆匆过客
如流星划过天际
留下了一刹那的美丽

我是匆匆过客
如风般飘过你的身边
带给你一丝凉爽的感觉

我虽是匆匆过客
但我不觉得悲伤
能留下一些美丽的故事
还有什么遗憾呢

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三灶镇金海岸大道3号

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	匆匆过客.....1
关 注	最高法出手，“医闹”利器被废止了！.....3
专业交流	冠心病诊治的惯性思维与误区.....7
西 医	围手术期心律失常的处理原则.....9
	超声入门贴 1047——急性化脓性阑尾炎并粪石形成.....12
	有些“心绞痛”未必是心脏病.....17
	从一例腰痛的妇女看全科医生的人文关怀18
	急性上消化道大出血诊治的思考.....20
	儿童幽门螺旋杆菌感染应如何诊治？.....22
专业交流	妇科青带兼郁证治疗一案.....26
中 医	病案杂谈之高烧案.....27
	肠易激综合症.....28
	突发猝死——我的抢救方法.....29
	尿道灼热之克星——白头翁.....30
	治疗头晕痛的经验.....31
	腰肌劳损病案1例.....32
	中风失语的中医认知.....33
	运用三联疗法治疗脱疽经验.....34
识 草 药	无患子.....37
	水飞蓟.....38
病例讨论	腹痛、多食易饥半月.....40
	头晕乏力腰痛3小时.....43
医疗资讯	医疗资讯.....49
编读往来	编读往来.....53
杂志稿约	爱爱医杂志稿约.....54

最高法出手，“医闹”利器被废止了！

作者：邵颖芳

来源：爱爱医微信公众号、看医界

“2020年5月1日，最高人民法院修订了《关于民事诉讼证据的若干规定》，正式删除了关于医疗诉讼案件中“举证责任倒置”的规定，使其彻底成为历史。”

编者按：所谓“举证责任倒置”，是指《最高人民法院关于民事诉讼证据的若干规定》中的规定：因医疗行为引起的侵权诉讼，由医疗机构就医疗行为与损害结果之间不存在因果关系以及医疗过程有无过错承担举证的责任。通俗的讲，就是患者起诉医院，若医院无法证明自己的医疗行为没有过错，则应当承担赔偿责任。

医疗属于高风险行业，无论现代医学如何发展，治疗手段如何进步，医疗过错都是无法完全避免的。人非圣贤，孰能无过，尤其在疑难复杂疾病的治疗过程中，医生的每一步治疗可以说都是如履薄冰的艰难。加上当下孱弱的医患关系，投射出的医患信任感的缺乏，一旦发生死亡或者损害，医疗诉争就在所难免了。

2020年5月1日，最高人民法院新修订了《关于民事诉讼证据的若干规定》，正式删除了关于医疗诉讼案件中“举证责任倒置”的规定，使其彻底成为历史。实际上，该项规定早在2010年7月1日《侵权责任法》出台以后，就已经成为了一条“僵尸条款”，实践中早已不再沿用。本次修订是进一步规范了各法律、法规之间的融合性和一致性，完善我国的法律体系。

一、有关医疗纠纷举证责任的法律演变

医疗损害纠纷归属于民事纠纷大类，当事人对其提出的主张所要确认的事实依法负有提出证据的义务，这就是“举证责任”。我国民事诉讼中遵循的基本举证原则是“谁主张，谁举证”，如果当事人不能对其主张的事实提出充分的证据证明，将承担举证不能的法律后果。

1987年6月《医疗事故处理办法》出台，医疗纠纷案件在很长地段时间内需要

进行医疗事故鉴定的前置程序，但是由于医疗事故处理办法给予的是一次性补偿，而不是赔偿，在赔偿费用上明显对患者不公平。同时由于医疗行为专业性强，患者本身缺乏医学知识，无法完成举证，从有利于患者的角度出发，2002年4月1日《最高人民法院关于民事诉讼证据的若干规定》第四条明确：“因医疗行为引起的侵权诉讼，由医疗机构就医疗行为与损害结果之间不存在因果关系及不存在医疗过错承担举证责任。”

这一规定开启了一段医疗纠纷案件“举证责任倒置”的时期，期间也出现了许多明明医院没有责任，却由于无法证明自身医疗行为与患者损害后果之间不存在因果关系而导致败诉的现象，个别医院个别医生出现了“防御性医疗”的现象，由于怕担责，医院出现“挑选患者”的情况，给医患矛盾的升级带来了一定的影响。

《侵权责任法（草案）》初审稿中曾经出现过“举证责任倒置”的相关规定，但是在全国人大常委会进行讨论时，认为由于造成医疗损害的原因较为复杂，单纯要求医务人员承担举证责任不以利于医学的科学发展，后将此规定进行了删除。

2010年7月1日《侵权责任法》正式实施，有关医疗诉讼案件的举证责任明确是过错责任，也就是患方如果要主张医方承担医疗损害责任，需先证明医方有损害行为，自己存在损害后果，以及医方的损害行为与自己的损害后果之间存在因果关系。

由于《侵权责任法》的法律效力远高于《最高人民法院关于民事诉讼证据的若干规定》，自2002年开始适用的医疗过错行为“举证责任倒置”成为了历史，相关的医疗过错举证责任倒置在司法实践中早已不再使用，但是直到2020年5月1日，最高人民法院才正式删除了这一“僵尸条款”，这并不是一个创新或者新的规定，而是为了规范各法律、法规之间的融合性和一致性的举措。

二、患者如何完成医疗过错的举证

曾经有人认为废除医疗纠纷举证责任倒置是司法的一大倒退，阻碍了患者的维权，但事实并非如此，司法实践中，患者是如何完成医疗过错的举证的呢？

对于不具备医疗专业知识的原告方完全可以借助第三方的权威鉴定来证明自己的主张，通过申请司法鉴定来论证医疗机构的诊疗行为存在过错，在主动提出司法鉴定申请的同时，患者一方相当于完成了举证的前置程序，一旦鉴定意见认定医方存在过错，那么患方的举证责任就完成了。

目前我国的相关司法鉴定工作也在日趋完善，各地均对于医疗损害鉴定工作有明确的细则规定，2020年5月18日，上海高院还刚刚出台了《关于规范全市法院对外委托鉴定工作流程与时限的通知》，也进一步就司法鉴定的流程和时限进行了相关规定。

三、有关医疗纠纷案件中的过错推定原则

举证责任倒置虽然取消了，但是对于医疗机构和医务人员的相关责任却并没有放松，《侵权责任法》第58条规定，医疗机构因为隐匿或者拒绝提供与纠纷有关的病历资料或者伪造、篡改或者销毁病历资料给患者造成损害的，推定医疗机构存在过错。

司法实践中，患方提出医疗鉴定后，医疗机构有提供病历资料的义务，如果医方因为篡改、伪造、隐匿、毁灭病历资料导致病历资料的完整性、真实性存在瑕疵，进而导致司法鉴定无法进行的话，那么在此情况下，法律的规定是直接推定医方存在过错，医方将面临高额的赔偿。实践中由于篡改病史被法院判决高额赔偿的案例不在少数。

2018年10月1日起实施的《医疗纠纷预防和处理条例》进一步明确：“医疗机构篡改、伪造、隐匿、毁灭病历资料的，对直接负责的主管人员和其他直接责任人员，由县级以上人民政府卫生主管部门给予或者责令给予降低岗位等级或者撤职的处分，对有关医务人员责令暂停6个月以上1年以下执业活动；造成严重后果的，对直接负责的主管人员和其他直接责任人员给予或者责令给予开除的处分，对有关医务人员由原发证部门吊销执业证书；构成犯罪的，依法追究刑事责任。”

笔者曾经代理过一个案子，上海某知名三甲医院心脏手术后死亡的案件，经电子病历数据鉴定，医方在患者死后对患者病历进行了总计76次的修改，并且医院口口声声说修改符合相关法律法规规定。代理人随即启动了行政程序，最终医院和当事医生的行为均被认定为“伪造病历”，并且受到了相关行政处罚。后续由于病史真实性存疑，司法鉴定被医学会退函，导致司法鉴定无法进行，结果可想而知。

综上，就是目前我国司法实践中有关医疗纠纷案件举证责任的相关法律规定，随着公民法制意识的增强，我国法律体系的日趋完善，相关医疗责任保险的普及，第三方调解机构的早期介入，未来医疗纠纷案件将更趋于理性与完备，为医患双方营造更

和谐的环境，构建出一套与我国社会经济发展相适应的制度体系，以携手共同克服人类共同的敌人——“病魔”。

责任编辑：永恒流星

!

第一部分——西医部分

冠心病诊治的惯性思维与误区

作者: zhangdamu_2008

链接: <https://bbs.iyyi.com/thread-1566614-1.html>

近些年, 由于冠心病患者逐年增多, 医生们对它的警惕性有所提高, 但随之而来的是许多临床医生特别是基层医生, 把有胸闷憋气和心电图 ST-T 改变的患者, 一概诊断为冠心病, 这样难免会产生误诊, 造成不良后果。下面我就举几个例子来说明, 希望广大爱友能从中吸取经验和教训, 共同提高我们的诊治水平。

患者, 女, 64 岁。主诉半年来有逐渐加重的胸闷憋气, 近 2 周不能平卧。曾在外地按冠心病治疗数月, 始终无效。细问病情, 症状持续存在, 可因劳动加重, 但非发作性。常夜间憋气加重, 坐起能减轻。从无心前区疼痛发作。查体: 血压正常, 心率 110 次/分, 下肢轻度浮肿, 膝反射消失。再问病史得知, 病人来自内蒙, 生活较贫苦, 此次来京投靠亲戚治病。心电图有窦性心动过速及 T 波低平, 肢导低电压。超声心动图示心脏普遍增大, 搏动弱, 并有心包积液。遂诊断为脚气病性心脏病, 给予维生素 B₁ 及 B₁₂ 肌注。1 周后, 症状基本消失。因经济困难, 未复查, 带维生素 B₁ 等片剂回家继续服药治疗。

患者, 男, 74 岁。主诉走路气短, 已十余年。初期曾被某大医院经心电图及核素扫描诊断为陈旧心梗, 但用硝酸盐类药物后症状加重。后经 UCG 证实为肥厚性心肌病, 室中隔 18mm, 后壁 11mm, 并有主动脉瓣钙化。血压 150/95mmHg, 心率 85 次/分。主动脉瓣 2 音区 2 级 SM。其后给予络活喜 5mg/日, 氨酰心安 12.5mg, 2 次/日, 阿司匹林 0.1g/日, 自觉良好, 心率 80 次/分以下时, 走路无气短。

以上病例表明, 老年人并非只会得冠心病, 应该仔细了解病情, 进行个体化的临床思维。我曾见过 70 多岁的先天性房中隔缺损、风湿性瓣膜病、病毒性心肌炎、扩张性心肌病、肥厚性心肌病等病例。至于一些老年人的病窦、房室或束支传导阻滞等, 也可能是心肌老化的结果, 而不一定是冠心病。

患者, 男, 73 岁, 作家。身高 172cm, 体重 40kg。血脂不高, 但因有胸闷憋气, 医生仍按冠心病治疗, 给予复方丹参滴丸等药, 并嘱限油腻。患者来我处门诊, 检查: 心电图无异常, 血压 130/80mmHg, 心率 94 次/分, 有典型喀喇音。超声心动图证实

为二尖瓣脱垂。

冠心病诊断“扩大化”莫此为甚。此患者除为老年人外，没有一点像冠心病。医生只要知道有二尖瓣脱垂这个病，就应首先想到它，而不是人人都是冠心病，个个给丹参滴丸和低脂肪低胆固醇饮食。二尖瓣脱垂常伴有结缔组织软弱及内脏下垂，增加体重，有利病变缓解。

其实，冠心病诊断扩大化并非仅对老年人，对年轻人也不例外。

患者，女，33岁。诉低热、心悸1年，重时有头晕。被诊断为冠心病，服用地奥心血康、丹参滴丸等药。昨晚因症状加重来急诊，心率缓慢。心电图有二度1型房室传导阻滞，但值班医生未重视，一般处理后留观。今日来门诊，血压110/70mmHg，心率72次/分，律齐，无杂音。复查心电图，无传导阻滞。诊断：心肌炎。嘱休息，维生素c片0.2g，每天3次，定期复查。着重向患者及家属谈了休息的重要性。

4周后复查，患者主诉无任何不适。血压110/70mmHg，心率70次/分，律齐，无早搏及间歇。24小时心电监测总心率98000次，少数房性及室性早搏，偶见一度房室传导阻滞（PR=0.22s），余正常，无ST-T改变，表明病情稳定好转。嘱继续休息，1个月复查。

有数十种疾病可能引起胸闷憋气症状。据统计，其中最后确诊为冠心病者约仅1/3。当然，医生也不可因不是冠心病就忽视，因可能存在其他重要问题。例如：

患者，女，45岁，因胸骨后痛半年，在一个专科大医院做了详细的心脏学检查，未见异常，被诊断为神经官能症。其后，因仍有症状，来我院，经食管镜检查证实为食管癌，已穿透至纵隔，引起了纵隔炎。

反之，有的医生由于不熟悉极早期急性心梗心电图，常漏诊，这类病例并不少见。如某患，75岁，发作急性心梗时，因急诊医师不识高耸T波的意义，险些延误了溶栓治疗。又如：

患者，男，64岁。主诉频发心前区不适20天，曾于2008年9月20日在他院诊视，心电图示TV5-6倒置，诊断心肌缺血，给予抗心绞痛药，有所缓解。10小时来胸闷憋气加重，用硝酸甘油口含，效果差。于9月29日晨4时来急诊，心电图见V1-2呈Rs型，V6、aVL有Q大于1/4R。值班医师未能诊断心肌梗死。用硝酸甘油静滴，其后自觉减轻，遂嘱回家。

病人自行到门诊。我诊视，认为心电图可疑。为排除电极放错，复查心电图，所见相同，即诊断为急性后壁及高侧壁心梗。于11时45分转回急诊科，收入监护病室。

抽血查 TNI 增高，证实为急性心梗。

下午 3 时，病人小便后，突发抽搐、紫绀，心电示波为结性心律，随即心跳停止。经抢救无效死亡（心室破裂？）。

有关提示：

这些病例再次说明临床医疗工作的艰难性和复杂性。一些比较少见的急性心梗图形，一线值班医师有时难以识别。如果这个患者不来门诊，遵医嘱回家，则可能死于家中或路上，成为医患纠纷。如果留患者在急诊监护病房，给予正规治疗，即使死亡，也属医师已尽力。

围手术期心律失常的处理原则

作者：余小笨

链接：<https://bbs.iyyi.com/thread-2627438-1.html>

围手术期心律失常的处理原则包括：

①首先应确诊各类心律失常，再寻找其发生原因及相关诱因。

②对严重而危及生命的心律失常应迅速处理，避免其恶化。上述心律失常包括多源性室早、室早 R-on-T 现象、室性心动过速、III度房室传导阻滞及室率缓慢的 II 度房室传导阻滞和室颤；

③应重视伴明显血流动力学改变的心律失常的处理，维持正常窦性心律或适宜的心室率。

一、快速型心律失常的处理

（一）窦性心动过速

治疗重点：①寻找并消除病因，给予适当镇静剂；②伴有心衰时，选用洋地黄类药物；③若窦率持续 > 130 次/分且合并低血压，为防止心肌耗氧量急增，可给予： β 受体阻滞剂（普萘洛尔 3~5 mg，艾司洛尔 10~30mg 稀释后静脉缓注）；钙拮抗剂（维拉帕米 5~10mg 静脉缓注）。

（二）阵发性室上性心动过速

绝大部分为房室结内折返，或原有 WPW 综合征或有隐匿性房室束旁路间引发的折返激动，其次为房室折返、窦房折返、房内折返性心动过速。治疗目的在于中止折返，呈短阵发作时可自行中止，若心率持续 > 160 次/分，可使血液动力学恶化，应积极处理。

1. 心率快伴血压下降者，可用去氧肾上腺素 5~10mg 或甲氧胺 10~20mg 稀释后静脉缓注。

2. 伴有心衰而无 WPW 者，以洋地黄类药物为首选。

3. 合并 WPW 综合征者，给予：①普罗帕酮；②氟卡尼 1~2 mg/kg，于 5~10 分钟内静脉注射；③乙胺碘呋酮。

4. 当药物疗效不佳而病人禁忌电复律时，可给予心得安 1~2.5mg，稀释后静脉缓注。

5. 经食道心房调搏治疗；用超速起搏和/或程控刺激，阻断房室结内或旁路束(WPW 综合征)折返而终止室上速。

(三) 房扑与房颤

治疗目的在于控制心室率转复心律。洋地黄类药物在控制室率、改善循环、纠正和预防心衰方面疗效肯定，围术期还应排除缺氧、二氧化碳蓄积、贫血、低钾或低镁血症等情况。

1. 心室率<100 次/分、心功能代偿好的房颤可暂不处理。

2. 心室率>100 次/分且有心功能不全时，可选西地兰 0.4~0.8mg 稀释后缓慢静脉注射，必要时 2 小时后追加半量。

3. 心室率<180 次/分，无明显心功能不全时，除西地兰外，还可给：①乙胺碘呋酮；②普罗帕酮；③艾司洛尔；④维拉帕米。

4. 心室率>180 次/分伴严重血液动力学障碍，且药物治疗无效时，需选用同步电击除颤。房扑药物治疗与房颤相同，但剂量需要大，疗效不及房颤，必要时亦可选用同步电击复律。

(四) 室性早搏

是麻醉、手术中最常见的心律失常，可由多种原因诱发。

治疗首先应纠正诱因，室早<5 次/分可暂不处理。

而 Lown 分级 III 级以上的复杂室早(频发、多源、成对、R-on-T 或 R-on-P 型)具有诱发室速、室颤的危险，应立即处理：

①首选利多卡因 1~2mg/kg 稀释后静脉缓注，或慢心律静注；

②若与低钾或洋地黄有关，可补充钾盐或硫酸镁。

(五) 室性心动过速

属严重心律失常，应一面紧急治疗，一面寻找病因，并做好电击除颤的准备。

1. 当频率 <200 次/分但尚无严重血流动力学障碍时，给利多卡因 $50\sim 100\text{mg}$ 静脉推注，每 $5\sim 10$ 分钟一次，总量 $<4\text{mg/kg}$ ，随后 $1.5\sim 2\text{mg/min}$ 恒速滴注，总量 $<3.0\text{g/d}$ 。亦可给慢心律($100\sim 200\text{mg}$ 稀释后于5分钟内静脉注入， $5\sim 10$ 分钟后重复 $50\sim 100\text{mg}$)。

2. 如利多卡因治疗无效，可用普鲁卡因酰胺 $25\sim 50\text{mg/分}$ 静注，直至转复为窦律或总量达 1g 。室性心动过速中止后，以 $1\sim 4\text{mg/分}$ 静滴维持 $24\sim 48$ 小时， 24 小时总量 $<3\text{g}$ ，出现严重低血压时则用血管收缩药处理。

3. 对洋地黄中毒所致者，可给苯妥英钠 $100\text{mg/5}\sim 10$ 分钟静脉注射，一般用量达 $150\sim 250\text{mg}$ 为宜。

4. 若室速诱因为交感神经—肾上腺兴奋，则可给心得安静注，每次 $<2\sim 3\text{mg}$ ，但有心衰、低血压、支气管哮喘时禁用。

5. 当频率 >200 次/分，伴发生室颤危险者，应首选同步直流电转复心律，成人体内转复电能为 $10\sim 30\text{J}$ ，儿童为 $3\sim 5\text{J}$ 。频率过速、心室波酷似室扑形状者，应用非同步电击复律。

扭转性室性心动过速，虽较罕见，但易发展成室颤，其治疗方法如下：

①提快基本心率、减少复极离散度，给异丙肾上腺素(0.2mg 溶于 $5\%\sim 10\%$ 葡萄糖溶液 100ml)，使室率达 100 次/分以上。若为完全性房室传导阻滞者，除上述治疗外还需安装起搏器。

②低钾、低镁所致者，补充氯化钾和硫酸镁。

③先天性Q-T间期延长综合征伴反复尖端扭转室速者，可施行左侧交感神经切除及 β 受体阻滞剂治疗。

④禁用IA、IC及III类抗心律失常药，可试用IB类及II类抗心律失常药。

(六) 室扑与室颤

最有效的处理是紧急非同步直流电除颤。对室颤波细小者，可心腔或静脉内注射肾上腺素 $0.5\sim 1\text{mg}$ ，使室颤波增大，易于除颤成功，当除颤未成功或复发时，可加大电能重复除颤。

一旦除颤成功可用利多卡因或乙胺碘呋酮治疗。

二、缓慢型心律失常的处理

(一) 窦缓、窦房阻滞及窦性停止

首先应消除诱因，如迷走神经亢进、低氧血症、药物(麻醉性镇痛药、 β 受体阻

滞剂等)影响等。

对一过性窦缓或窦房阻滞可暂不处理。

成人心率 <60 次/分,小儿 <100 次/分,应静脉注射阿托品(成人 $0.5\sim 2\text{mg}$,小儿 $0.02\sim 0.05\text{mg/kg}$)或异丙肾上腺素(1mg 加入葡萄糖溶液 250ml 内)静脉滴注,合并低血压者可与多巴胺合用。

若药物治疗不满意,可采用临时心外膜电极按需起搏器治疗(成人心率维持在 $90\sim 100$ 次/分,小儿为 $100\sim 200$ 次/分)。

(二) 房室传导阻滞

I度或II度房室传导阻滞但血流动力学稳定者可不予处理,II度伴血流动力学障碍或III度房室传导阻滞,可先用阿托品或异丙肾上腺素或与多巴胺合用。

完全性房室传导阻滞者,若阻滞部位在希氏束或希氏束以下(呈室性逸搏),则只能用异丙肾上腺素提高心率,阿托品无效。

对III度房室传导阻滞,有QRS增宽或明显低血压者,或病窦患者,均应尽早安装心外膜起搏器。

(三) 束支传导阻滞

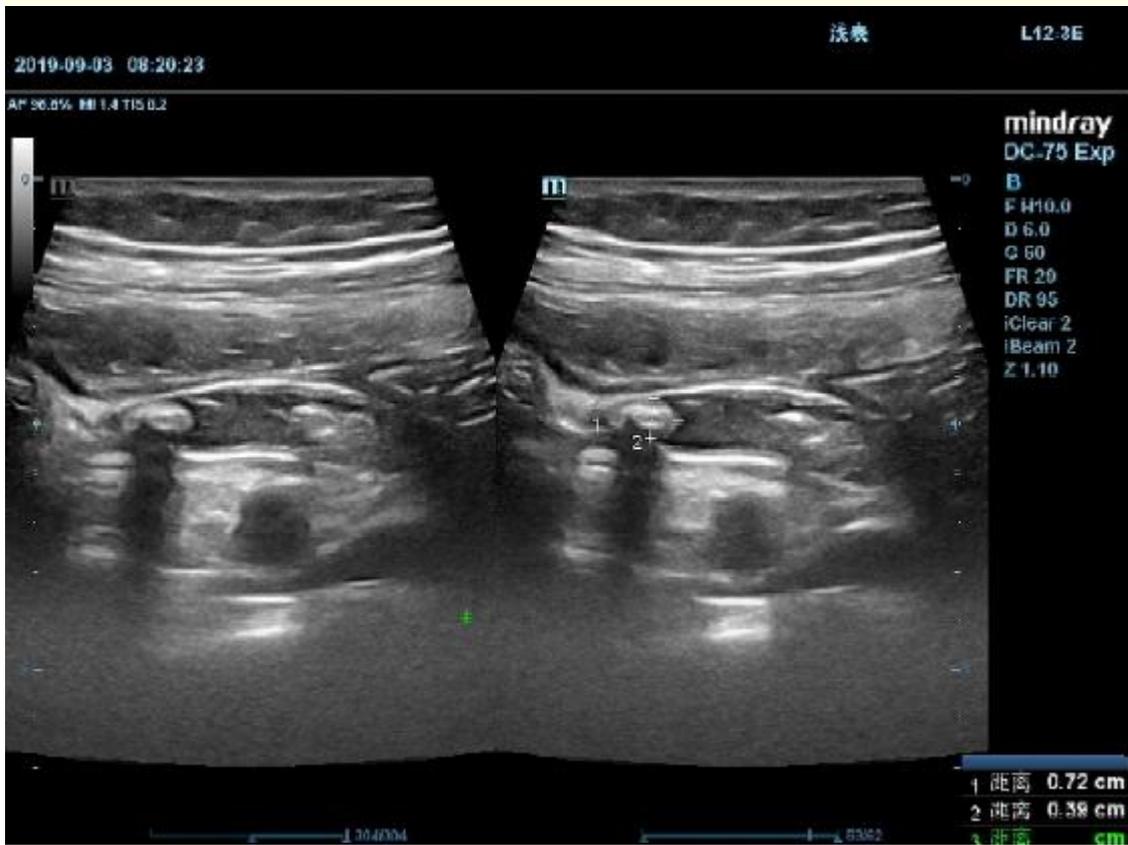
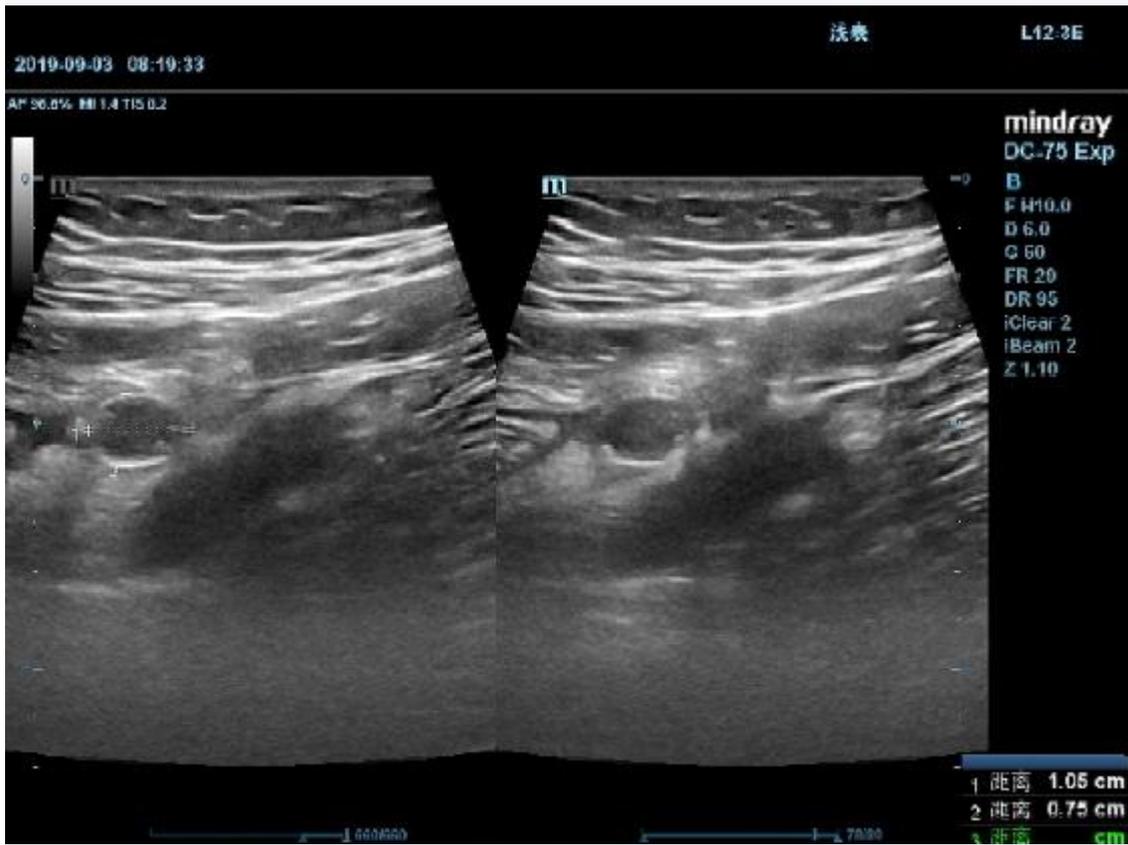
无论是原有或新发生的完全性右束支或左束支(左前或左后分支)传导阻滞,只要心率在正常范围,且无血流动力学变化,不需特殊处理。

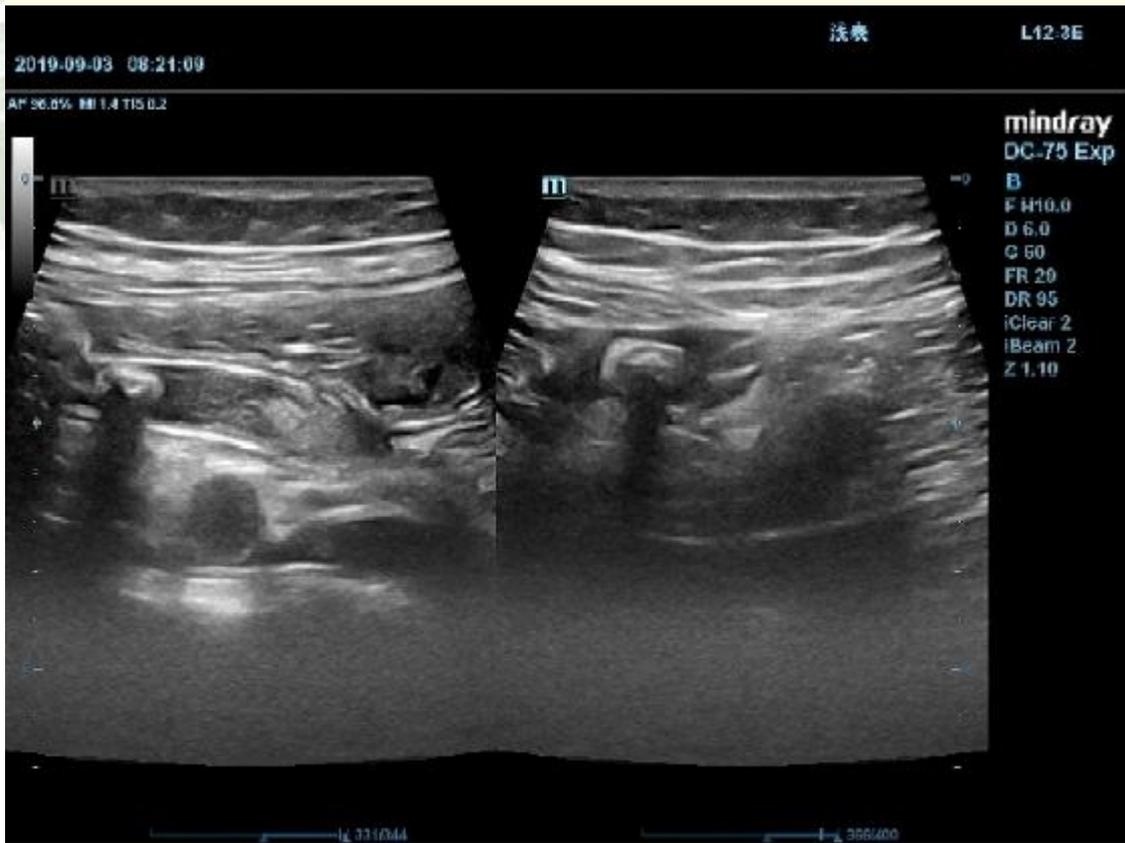
当并发室早、室速时可用相应抗心律失常药。出现双束支、三支传导阻滞时,应尽快安装临时起搏器。

超声入门贴 1047——急性化脓性阑尾炎并粪石形成

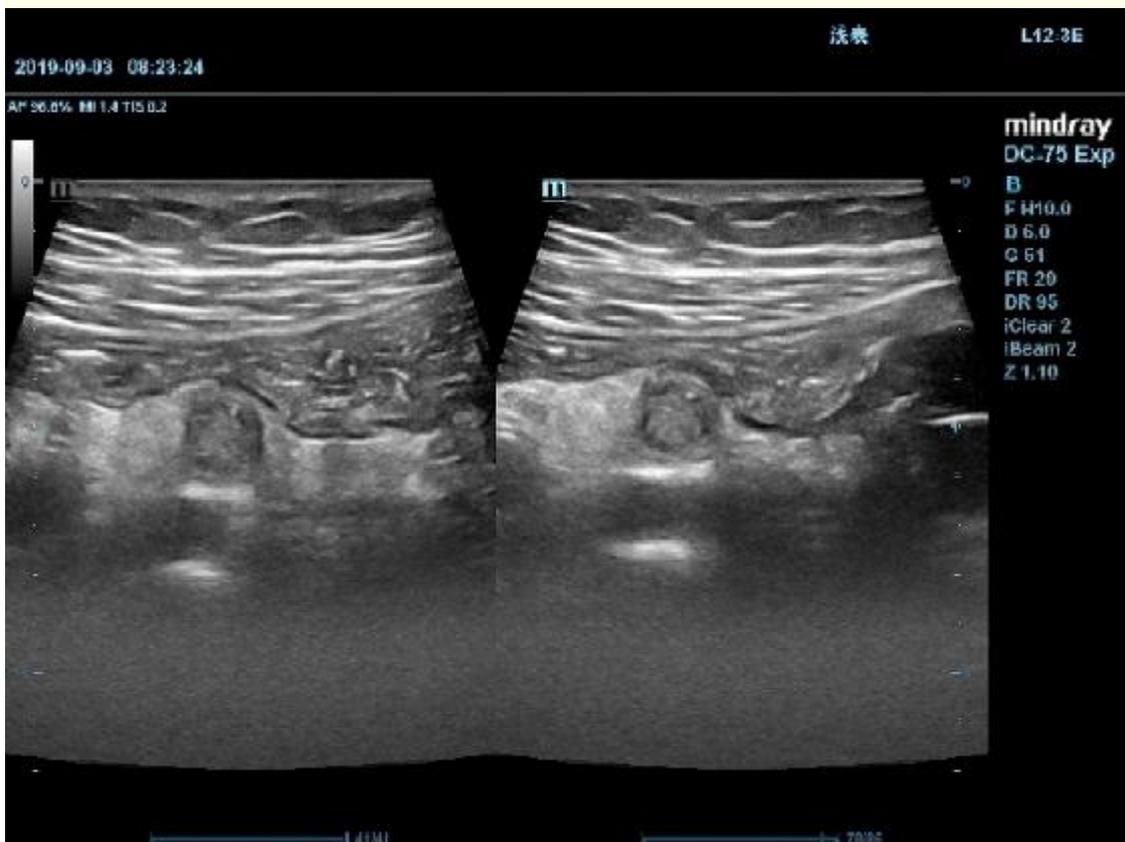
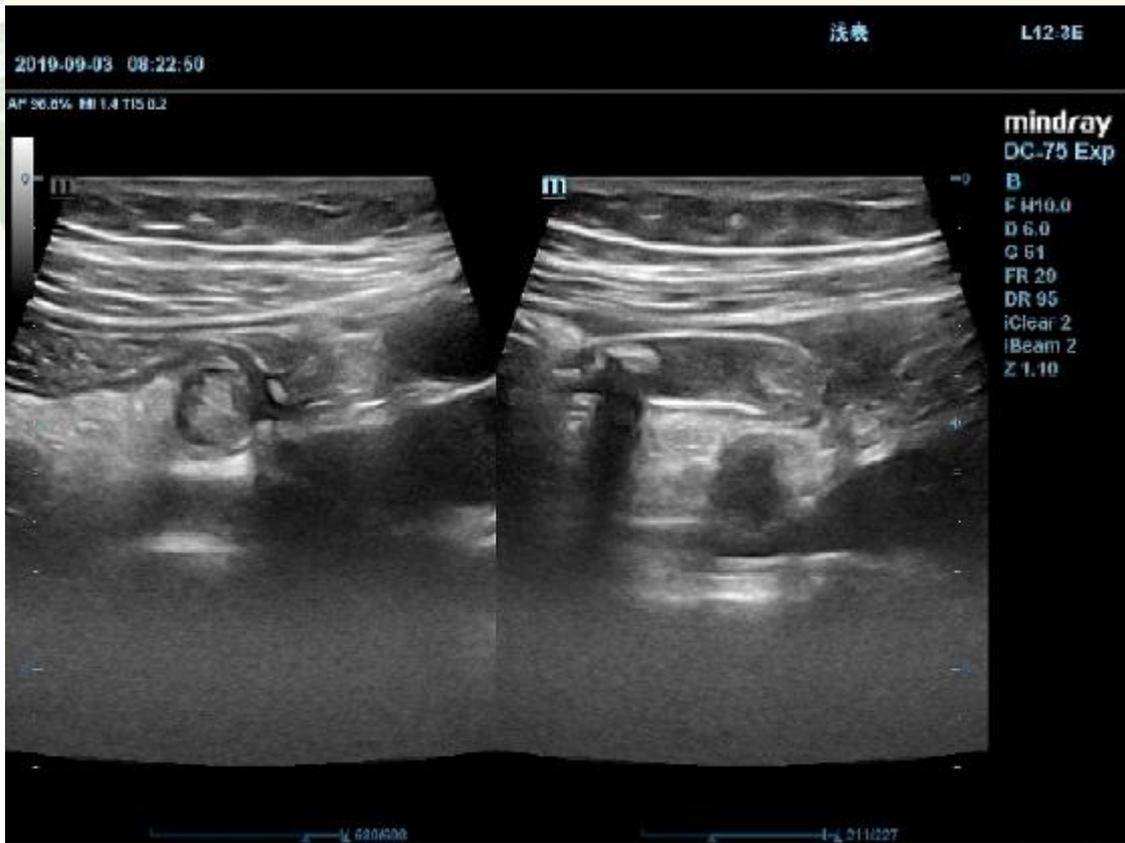
作者: songjunrui

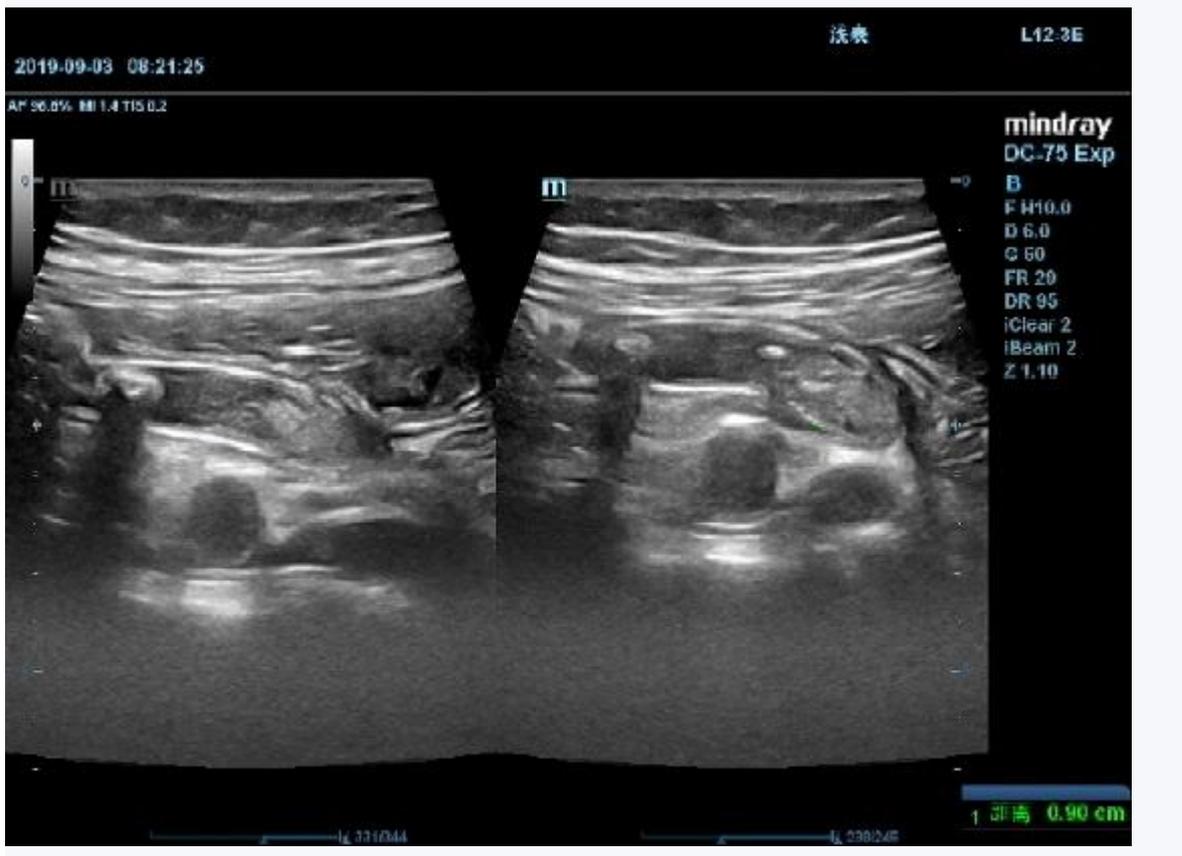
链接: <https://bbs.iyyi.com/thread-3465653-1.html>











有些“心绞痛”未必是心脏病

作者：杯酒清茶

链接：<https://bbs.iiyi.com/thread-3455172-1.html>

很多人有一种体验，发作性短暂的心前区闷痛，几分钟后自动缓解，酷似心绞痛，但是心电图正常，甚至即使在发作当时监测的动态心电图记录也没有任何异常，但是不少医生却会按照心绞痛去进行治疗。

有一种病叫做非心源性心绞痛发作，也就是病人心脏会有明显心绞痛样症状，经常心前区阵发性的不舒服，或者阵发性的心慌、心动过缓等，但是心脏彩超、心电图、冠脉造影以及心肌酶等都是完全正常的，这种情况见于支配心脏的神经出现了问题。最常见的病因就在颈椎，颈椎问题引起了一种特殊的疾病：颈心综合征。

以上这些症状由于颈椎病而引起是很常见的，心前区疼痛也被称为“颈性心绞痛”，心律失常称为“颈性心律失常”，而且，除心前区疼痛外，还可有胸闷不适、心悸、气促等症状。此外，还可以伴随血压升高和胃食道反流和胃胀腹胀等症状。这与椎骨增生或颈椎周围的韧带、肌肉等无菌炎症刺激交感神经有关。

此外，还常刺激或压迫脊髓和脊髓血管，导致了交感神经的功能障碍，并刺激压

迫颈部大血管，导致慢性的椎-基底动脉供血不足，从而使延髓内心血管调节中枢缺血，也可以引起反射性冠状动脉痉挛，发生短暂的心肌缺血，诱发心律失常等。

由于心脏的自主神经来源并走行在颈部，颈部问题可以明显影响心脏神经的功能，而很多医生也并不了解这一点，因此有时对心电图、彩超、心肌酶、冠脉造影完全正常的心脏症状也会一头雾水，其实这种情况很常见。

最多见的就是长时间的颈部姿势不良，比如经常驾驶、久坐办公、埋头书写、长期低头看手机电脑等。

治疗方法也不麻烦，只是需要坚持就可以：

- 1、经常参加户外体育活动；
- 2、不要长时间的低头姿势做事，低头超过半小时，请主动仰头并转动颈部 5 分钟以上；
- 3、早睡早起，不要熬夜；
- 4、平和心态，不要焦虑和抑郁，更不要发怒和烦躁；
- 5、下载一套颈部保健操，每天两次坚持去做，每次不少于十分钟；
- 6、口服甲钴胺、倍他司汀、曲美他嗪治疗，一般 2-4 周后会明显见效。长期坚持良好的生活方式，就会自己改善直至痊愈。

从一例腰痛的妇女看全科医生的人文关怀

作者：华年微风

链接：<https://bbs.iiyi.com/thread-3212777-1.html>

1. 病史：

谢女士，44 岁，工人。前来就诊的主要问题是反复腰痛、双手及胫前疼痛 7 年，从未到专科就诊。自从 2010 年 6 月剖腹产+结扎后出现反复腰痛，呈隐痛（评分 3 分），以受凉及吹风后明显，自觉腰部怕冷，不能睡凉席，无腿麻及放射性疼痛，现弯腰时间稍长即觉不适；述双手及胫前痛，呈刺痛，接触冷水可出现。平时避免接触冷水及受寒可好转，冬季接触冷水出现皮肤变紫，但不清楚有无变紫—发白—变红的过程，无晨僵及关节肿胀。既往有痛经史，2000 年行卵巢巧克力囊肿手术，现仍有痛经；近 2 年反复出现阴道念珠菌感染，今年较严重，几乎每月发生一次，平素个人卫生尚可，未检查过血糖水平，夫妻二人未同时治疗。近半年来月经量较多，末次月经 2016 年 4 月 8 日。

平素饮食睡眠正常，自觉心情欠佳时周身不舒服，无潮热，有时会突然莫名其妙。在述说病史过程中，谢女士的神情一直都是较忧愁的。

2. 查体及辅助检查：

除了L4部位有压痛，其余无特殊发现，未行妇科检查。辅助检查：2015-5-25 B超示：1. 子宫肌壁低回声团：肌瘤？腺肌症？2. 左附件区囊肿；2015-7-31 风湿三项：抗O：237（0-200IU/ml），RF：（-），CRP：（-）。

3. 需要考虑的问题：

3.1 腰痛的主要病因是什么？妇女产后出现的腰痛主要与哪些因素有关？

3.2 双手痛的可能原因是什么？

3.3 出现月经的改变及面带愁容是否处于围绝经期？抑或是有抑郁？

3.4 反复阴道念珠菌感染需要注意什么问题？

4. 诊断及初步处理：

为患者进行肌筋膜放松疗法后，患者感舒服，考虑其腰痛是由于背部肌肉紧张所致（受凉等）。产后尤其是剖腹产后出现腰痛是育龄妇女常见的一个现象，除了与怀孕时骨盆前倾造成腰椎的慢性损伤及剖腹产手术本身的影响外，还与产后抱宝宝与哺乳姿势不正确造成身体重心前移，致使腰部肌肉紧张有关。治疗上可训练患者加强对腰背肌肉的锻炼，疼痛较剧时可服非甾体抗炎药。患者双手痛且抗O滴度稍高，有可能是风湿性关节炎，但不严重，可6个月后复查。

鼓励患者说出自己的想法，表明医生是为了帮助其解决问题的。患者稍面带愁容诉说自己的遭遇：从小家庭条件差，兄弟姐妹多，且在父母重男轻女的思想下缺乏关爱；结婚后丈夫烂赌又有外遇，后在自己无法怀孕后离婚；与现任丈夫育有一女，但夫妻感情欠佳，女儿完全靠自己赚钱抚养（生后42天则由姐姐照看），丈夫从未尽到做父亲的责任；自认为性格较爱完美，但从倾诉的过程可感觉到其一直处于抑郁的状态。建议患者咨询心理医生，做抑郁症的评估及心理疏导。患者认为自己不须看心理医生，且在网上与相关专家倾诉后心情有好转，可以自己慢慢调节。鼓励患者多放松，多锻炼广交朋友，必要时还是应该做专业的疏导。

患者虽有月经的改变，但同时也存在子宫腺肌症，雌激素水平可能会比较高，会使围绝经期推后，要判断其是否处于绝经前期，还应该完善性激素水平的检查，尤其是FSH。女性激素水平的波动可导致情绪的波动，若情绪波动比较明显可以考虑给低剂量孕激素治疗观察。教育患者围绝经期是女性正常生理过程的一个阶段，可通过放

松身心，保持乐观情绪，培养广泛兴趣，定期体检从而轻松渡过此时期。

患者近 2 年来反复阴道念珠菌感染，但从未检查过血糖，应注意排除是否由于糖尿病导致反复阴道炎；此外患病时伴侣也应同时治疗。

5. 思考：

妇女产后出现腰痛是非常常见的不适，而预防这种情况的发生不仅需要妇科医生而且需要我们全科医生在平时的产前及产后指导中注意到这点，产后访视时要重点教会产妇正确的喂养及抱宝宝的姿势。

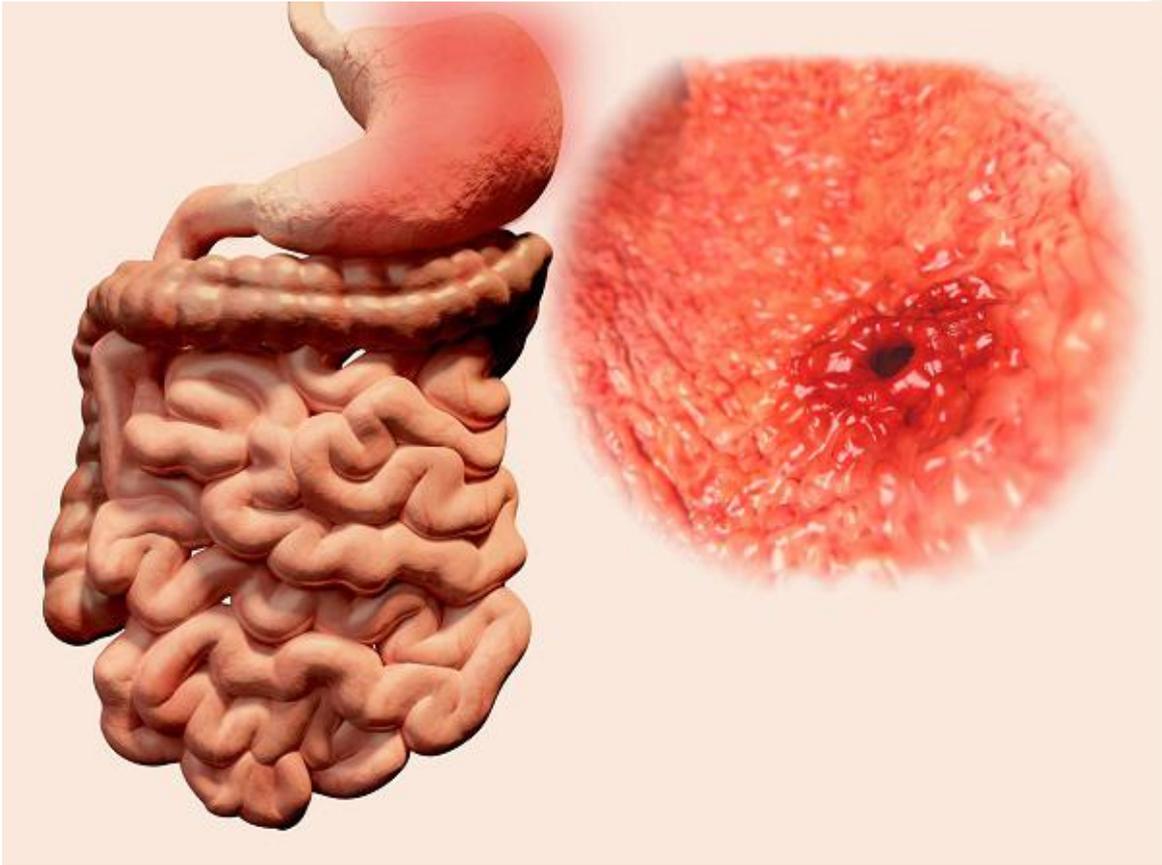
对于 40 岁以上有可能处于围绝经期的妇女，若出现情绪的改变，应注意区别是围绝经期的表现还是其它问题导致，如抑郁症、甲状腺疾病，可用开放式的问题引导患者说出问题所在，必要时可行相关量表的筛查及实验室检查。

急性上消化道大出血诊治的思考

作者：马常天

链接：<https://article.iyyi.com/detail/413940.html>

急性上消化道大出血，依出血部位以十二指肠空肠韧带为界，可分为上消道出血和下消道出血。上消化道大出血的原因很多，常见的有消化性溃疡、急性胃黏膜损害、食管胃底静脉曲张破裂和胃癌等；其他还有食管裂孔疝嵌顿或绞窄时，胃十二指肠血管瘤，全身性血液病如白血病、血小板减少性紫癜，术后吻合口出血（如食管空肠吻合口，胃空肠吻合口等）。



在我国，上消化道大出血以胃十二指肠溃疡或胃癌引起的大出血最为常见，其次是食管或胃底曲张静脉的破裂，由于肝内疾病引起的胆道大出血较少见。在临床上主要表现为大量呕血或便血，常引起休克。这类患者一般通过询问病史、体检、常规检验以及多种辅助检查，可以作出诊断。但有时在诊断上仍会有很多困难。而且，在治疗早期，经过各种积极的非手术治疗，血压仍不稳定，在这种情况下，就应剖腹探查，以期找到病因，并进行手术止血。

上消化道大出血的部位大致可分为食管或胃底，胃和十二指肠球部，球部以下的十二指肠和空肠上端。不同部位的出血一般各有不同的特点。如果抓住这些特点，进而明确出血的部位，不仅对于诊断出血的原因有一定的意义，而且，在需要手术时，对于寻找出血点，则更有帮助。

一般来说，呕血还是便血，取决于出血的速度和出血量的多少，而出血的部位则是次要的。比如说，如果出血很急量很多，则既有呕血也有便血，由于血液在胃肠内停滞的时间很短，呕出的血都较为鲜红；而由于肠蠕动过速，便出的血液也相当鲜红。反之，出血不很急，量也不很多，则常表现为便血，较少为呕血。由于血液在胃内停滞的时间长，经胃液的作用便出的血多呈柏油样或紫黑色，呕出的血多呈棕褐色。

从出血部位来讲，食管或胃底的出血（曲张静脉破裂）一般很急，来势很猛，一次出血量常达 500~1000ml，可引起严重休克，临床上主要表现为呕血，单纯便血的较少。胃和十二指肠球部的出血（溃疡、胃癌），虽也很急，但一次出血量一般不超过 500ml，并发严重休克的较少，临床上可以呕血为主，也可以便血为主。球部以下的出血（胆道出血）量一般不多，一次为 200~300ml，很少引起休克，临床上表现以便血为主。

对出血量的估计，一般认为，出血量不超过 400ml 时，无明显症状。出血量约 800ml（占全身血容量的 15%左右）时，患者即表现出头昏、乏力、口渴、肢体发冷、心悸、心动过速和血压偏低等。出血量 1500~2500ml（占全身血容量的 30~50%）时，即引起周围循环衰竭、失血性贫血和氮质血症等，表现为烦躁不安或神志不清、面色苍白、四肢湿冷、口唇发干、呼吸困难、血压下降、尿量减少，直至无尿等。

儿童幽门螺旋杆菌感染应如何诊治？

作者：林楠

链接：<https://article.iyyi.com/detail/413996.html>

幽门螺旋杆菌是一种革兰氏阴性细菌，在人类胃粘膜上定植，感染了全世界一半以上的人口，可导致慢性胃炎、消化性溃疡和胃粘膜相关淋巴组织淋巴瘤。幽门螺旋杆菌引起的胃炎在多个指南中被定义为感染性疾病。幽门螺旋杆菌高发病率通常被认为与卫生条件差和社会经济地位低有关。成功根除幽门螺旋杆菌可有效预防幽门螺旋杆菌相关疾病。由于抗生素耐药性的增加，标准三联疗法的疗效明显下降。因此，新疗法(如联合疗法、序贯疗法、铋四联疗法)在根除幽门螺旋杆菌方面的疗效已被广泛研究。幽门螺旋杆菌感染被认为主要在婴儿期获得和逐渐增加。世界卫生组织将 18 岁以下被定义为儿童，对于儿童幽门螺旋杆菌的感染的诊治进展，综述如下。



一、制约根除儿童幽门螺旋杆菌感染的主要因素

最近的一项研究表明幽门螺旋杆菌中国 7-12 岁学龄儿童的患病率多年来感染率一直居高不下，已经达到了 24.1%。因此，迫切需要确定哪些儿童需要接受根除幽门螺旋杆菌的治疗。制约根除儿童幽门螺旋杆菌感染的主要因素考虑有如下几点：

- 1、儿童对药物的免疫反应和药代动力学与成人相比存在明显差异。
- 2、儿童的智力是有限的，抗生素的选择和对不良反应的耐受性低也会影响对药物的选择。
- 3、一部分患有幽门螺旋杆菌的儿童感染幽门螺旋杆菌有一定的自发清除率。
- 4、根除后儿童的再感染率高于成人。
- 5、与受感染的成年人相比，幽门螺旋杆菌感染儿童的 Th1 和 Th17 反应降低，Treg 反应增强，这与 FOXP3、TGF- β 和 IL-10 的水平升高有关。

这些免疫反应可能在一定程度上导致了感染幽门螺旋杆菌的儿童和成人在胃肠道症状上的差异。因此，成人的幽门螺旋杆菌治疗指南并不完全适用于儿童患者。



二、哪些儿童需要根除幽门螺旋杆菌？

《中国专家共识关于儿童幽门螺旋杆菌感染的管理》(2015)中，对儿童进行诊断性幽门螺旋杆菌检测的建议包括消化性溃疡、胃 MALT 淋巴瘤、慢性胃炎、胃癌家族史、病因不明的缺铁性贫血 (IDA) 或需要长期服用非甾体类抗炎药 (NSAIDs) 的儿童。此外，对病因不明的难治性缺铁性贫血和不明原因的慢性免疫血小板减少性紫癜患儿中检测幽门螺旋杆菌感染，推荐的水平较低。儿童胃肠道症状以功能性消化不良为主，仅有少部分为器质性，与幽门螺旋杆菌相关。最近的研究发现在一些国家，幽门螺旋杆菌阳性和幽门螺旋杆菌阴性合并消化不良的儿童在胃肠道症状上并没有什么差异。

三、儿童幽门螺旋杆菌感染的诊断

内窥镜检查在儿童初次诊断幽门螺旋杆菌感染中是非常重要的。胃镜组织病理学或者至少以下一个组织病理学相关的快速尿素酶试验可用于诊断幽门螺旋杆菌感染，包括聚合酶链反应 (PCR)，或荧光原位杂交技术。除此之外，确定初始感染的非侵入性试验包括尿素呼气试验 (UBT)、幽门螺旋杆菌粪便抗原试验、血清学试验。不过，血清学检查在诊断儿童是否感染幽门螺旋杆菌的初步检查和确认儿童是否感染了幽门螺旋杆菌的两方面都不具有参考价值。特异性 100% 的幽门螺旋杆菌培养被认为是诊断当前幽门螺旋杆菌感染的“金标准”。然而，由于其检测幽门螺旋杆菌的敏感性较低 (55%–96%)，

因此很难将其作为常规诊断方法。

此外，评估儿童幽门螺杆菌感染应该在停止质子泵抑制剂至少 2 周和停止抗生素至少 4 周后进行。因为质子泵抑制剂和抗生素能抑制细菌的生长和复制，这可能出现假阴性的情况。

四、儿童幽门螺杆菌感染的治疗

在中国最新的幽门螺杆菌感染管理指南中，针对幽门螺杆菌感染的根除方案没有被列为一线、二线或三线(含左氧氟沙星治疗除外)。应选择最有效的治疗方案作为初始治疗。然而，儿童根除幽门螺旋杆菌的抗生素种类选择极为有限。阿莫西林、克拉霉素和甲硝唑被推荐用于根除儿童的幽门螺杆菌。目前，克拉霉素和甲硝唑耐药的幽门螺杆菌在世界范围内普遍存在，儿童根除率下降 33%。所以，以对抗菌药物敏感性为基础的个体化治疗是治疗儿童幽门螺旋杆菌的有效方法。值得注意的是，适当的制酸治疗是可以提高根除幽门螺旋杆菌的疗效。如果可能，埃索美拉唑和雷贝拉唑的性状受 CYP2C19 基因多态性的影响较小，可优先用于快速代谢产物比例较高的人群(如白种人)。

目前建议对感染幽门螺旋杆菌的儿童进行包含 PPI 和两种抗生素的 14 天根除治疗。甲硝唑耐药可随着治疗时间的延长和甲硝唑用量的增加而克服耐药性，而克拉霉素经常会因为耐药导致根除失败。因此，在治疗前评估克拉霉素的耐药性有助于优化幽门螺杆菌根除方案的选择。

五、总结

幽门螺杆菌感染与多种胃肠道疾病和全身疾病相关。儿童作为比较特殊的群体，在根除适应证、药物选择方面和成人有所不同，而且选择性比成人要小，选择杀菌方案是更需要综合考虑，尽量减少耐药的发生，达到更好的根除效果。

责任编辑：寒 冰

编辑：刘延红大夫

第二部分——中医部分

妇科青带兼郁证治疗一案

作者：取法乎上

链接：<https://bbs.iiyi.com/thread-3463861-1.html>

患者，女，27岁，2018年11月12日来诊。自诉：曾受比较大的精神打击，使精神不安定，西医诊断为抑郁症，一直在吃安定片维持。腰酸，情绪烦躁，白带很多呈深褐色分泌物，月经周期规律，有血块，有腰背弯曲矫正史，大便或溏或秘，腹内气体多，平时常食冷物如冰冻酸奶、喜甜食、咖啡、巧克力等。

脉象：左：寸浮濡、关弦稍数、尺弱；右：寸桡侧弦、关濡中见弦紧，尺弱。舌象：舌质淡红苔白，舌下两道紫络，颜色不深。辨证：肝郁脾虚，带脉失约。

处方：逍遥散合傅青主完带汤加减：柴胡10克，炒白术30克，山药30克，党参10克，白芍15克，茯苓15克，车前子15克，炒苍术15克，炙甘草6克，陈皮10克，栀子6克，当归10克，三剂水煎服，日分二服。

2018年11月15日二诊，诉精神安定，白带见少但是还有，肚子总觉排气有响声，手背红色痒疹片状时隐时现。半年以前验血胆固醇高，西医告知有胃炎。辨证：寒湿郁中，肝脾不和。处方：五积散为汤剂加减：白芷6克，川芎10克，炙甘草6克，茯苓12克，当归10克，肉桂6克，白芍10克，半夏10克，陈皮6克，炒枳壳6克，麻黄6克，炒苍术15克，干姜8克，桔梗8克，厚朴8克，三剂，水煎服日分二服。

2018年11月23日三诊，白带已经完全消失，手上成片的湿疹已经消退，精神情绪安定，大便每日1-2次成形，吃奶制品还有一些不适感。脉象：左关水紧稍数，右关沉弦濡，稍数。为疏：五积散粉剂120克，每服5克，日服二次，嘱克制冷食和奶制品、巧克力。

按：此例为寒湿郁中，长期生冷饮食，脾胃阳虚，精神刺激后引起肝经郁热而发青带。调理中焦健运脾胃、实大便为第一要务，五积散当之，合逍遥散调肝，精神情绪转佳较快。叶心清先生云，疏肝健脾为治法大则，诚然。

病案杂谈之高烧案

作者：宜昌济民中医

链接：<https://bbs.iiyi.com/thread-3212252-1.html>

患者，女，48岁。自述：“头右侧、后脑连颈项牵扯疼，碰着皮都痛，”曾经有三叉神经痛病史，诊其脉双脉沉细数略带弦象，舌红少苔，它症不明显。按压疼痛经络，感觉患者皮肤温度不正常，遂取体温计量，查后患者39.5℃，高烧，摸其背无汗，问其怕冷怕风不？患者说：没有，又害怕被患者误导，拿扇子对着患者扇了几下，问冷不，患者仍然不冷；又问患者身上四肢酸软无力不？患者说：就是全身酸软无力，觉得很累。见有此症状，我才松了一口气，笑着说：没有这个症状，我还真不知如何是好，现在没事了，好治。（患者无口干口苦，无自觉一阵热、冷、咽痛等）。

此症乃太阳阳明证已偏于阳明，头项痛乃太阳，然无汗，应恶风恶寒，脉阴阳浮紧，此病无此症状，说明受六淫之邪后，正气无力抵抗，邪气内入，故脉沉细数；而阳明外证，身热汗出，不恶寒反恶热，内证，大渴大汗出，内实不大便等阳明证皆无；断此入阳明，实全身酸软无力，阳明主肌肉，说明邪已入阳明，还未现阳明经腑之症。然双脉沉细数略弦，说明此人平素体虚，无力抗争外邪，细为阴血不足之象；虽是太阳阳明证，然用药后仍恐变化。因此，我叮嘱患者，喝我的药一次，如汗出，烧不退，剩下不能服了，如汗出烧退或未退完，剩下的药也要问我后，再做决定；恐汗后伤津出现阳明证或少阳证故特意叮嘱。用葛根汤加石膏，葛根25克，麻黄15克，桂枝15克，白芍15克，生姜15克，甘草、大枣各10克，生石膏25克，水六杯煎三杯，先服一杯，出汗则停药；此虽为太阳阳明证，然已偏于阳明，脉又沉细数，故石膏必重于麻黄，方不致汗后变生它证；

患者拿药走后，我仍感不安，脉已沉细数，正气不足，阴液不足，应该小心谨慎再加党参15克，更妥。

第二日下午，患者来了，说昨晚喝了一次，睡着了，早晨醒来后全身舒服，头已不痛，偶尔感觉头扯一下，测量体温为36.2℃。无其它不适症，我叫患者把昨天药取一杯只喝三分一就行了，小剂量善其后；但患者说早上已经倒了；无奈我又开了小剂量葛根汤加石膏一剂，叮嘱喝一次即可。第三日患者来告诉已愈。

肠易激综合症

作者：知守堂主

链接：<https://bbs.iyi.com/thread-3469982-1.html>

患者，女，38岁。2020年3月30日诊。

说明：此案属于网诊，因受疫情影响，不能面诊，一切检查资料由微信传过来，经网络详细问诊，治疗见效后，患者于4月12号驱车600多公里，开车6个多小时，前来面诊，真诚之至，甚为感动。

疾病经历：2018年关，因生气出现大便异常，每次晚饭后就有里急后重的感觉，自觉肛门下坠，不能自己，憋胀，难受，开年后去省城医院检查，肠镜、化验一切正常。

患者曾于它处按嘈杂服用：醋柴胡10克，枳实12克，吴茱萸2克，薏苡仁15克，葛根10克，炒白芍15克，厚朴10克，陈皮10克，连翘12克，甘草6克，川芎10克，黄连6克，姜半夏10克，防风10克，郁金10克，七剂，治疗无效。过完年上班后因为忙碌，逐渐自愈。

一直到2020年春节期间因孩子调皮不听话生气，复致前症又作。

目前症状：浑身怕冷，不能食凉，腹不胀满，不拉肚子，大便松散，月经正常，口干口苦口臭，口不黏腻，胸胁不满闷，无痰，喜欢叹气，肛门及骶骨部位发凉（自言是月子期间感寒所致），肚子喜欢热捂，唯独肛门下坠感明显，有便意，憋胀难受，无疼痛，这种情况基本都是发生在晚饭后，睡觉后症状略减轻，晨起直到晚饭前很轻微，有精神情志变化则加重，近期脾气大，老想发火。在医院检查后断为肠易激综合症，给药是：盐酸氟西汀片和奥氮平片，因为是治疗精神病的药物，患者没有服用，随来寻求中医治疗。

患者性子急躁，经常动辄生气，舌淡红，苔腻，根部明显，按照其个性和症状，断为肝气郁结，阻滞直肠，体质为脾虚湿盛。

处方：炒白术12克，柴胡10克，生白芍18克，青皮10克，川芎7克，当归10克，炒枳壳12克，合欢皮15克，干姜10克，三剂，水煎服。同时嘱咐患者保持良好心态，心情舒畅，凡事看开。

第一剂后当晚电话告知即非常舒服，第二晚略有加重，但也比吃药前轻，第三晚很舒服，效不更方，再进三剂，之后每晚仅仅略有不适感，已经大为缓解，嘱咐患

者继续内服，直至痊愈。

4月6号，效果很好，因5号受凉，胃口略胀，微有口臭，舌苔略腻。在原处方加佩兰10克，姜半夏10克，

4月11号，患者电话说已经吃了十二剂药，能恢复到了八九成，病情已经微乎其微，口臭也能恢复一半余，想来面诊。

12号终于见面，开处方令患者带走。

按：1. 肠易激综合征，发病病因不明，治疗上为了凑效，有一种办法就是应用抗抑郁的药物。从中医角度看，这类疾病属于气的运行失常所致，或气行出偏，或源于脏腑之间的生克制化等大凡气上的病症，虽有明确的症状，但检查很难查出明确的指标。

2. 肝与大肠别通，生气时，肝气横决，有一种情况即气行进入直肠，引起直肠憋胀，频繁便意，下坠感甚或疼痛等症状，这个患者既属于这种情况，病虽然在直肠，依然按照肝气郁结治疗，同时注意患者虚寒体质即可。记得三年前，一位患者，女性，唯有一症状，即下腹部疼痛，尤其是半夜子时、丑时疼痛尤剧，呈现刺疼，其他时间也疼痛但比较轻，做了许多检查没有结果，最后做肠镜，在直肠部位发现几个大小不等的白色斑块，最后确定病因在直肠。此患者也是性子急躁，爱生气，最后按照肝气郁结治疗，治疗近一月余，疼痛痊愈，再次做肠镜检查，白色斑块完全消失，可见气之为病，是极其复杂而多变的。

突发猝死——我的抢救方法

作者：一指神

链接：<https://bbs.iiyi.com/thread-3121897-1.html>

2013年秋天，诊所门前突然一声急刹车，把我吓一跳，谁这么开车不要命了，没等我发作，来人抱着患者，冲进门来，大喊：快救人，我爱人不行了，我一看病人气息已无，脉搏停跳，这是心脏猝死。来不及多想，我快速点按涌泉、太溪……沿肾经点按到耳根，并让她爱人将手握拳放在后背至阳穴处，这时我全力以赴按揉病人小腹，每分钟一百下左右向心方向，揉轻推重，（主要带动横膈上下运动）老天不负有心人，五分钟光景，病人眼皮一动，心肺复苏成功。于是，开始点按心经的少冲，神门，心包经的内关。肺经的少商，鱼际，尺泽。为安全起见，将肾经又按一遍。十分钟后病人恢复如常，并笑着说：“看来鬼门关不好过，人家不收。”

抢救这类病人时间就是生命，不可顾虑重重，怕这怕那。认准方向，集中意念，不折不扣，直到抢救成功。这位患者三十六岁，属于年轻人的心脏猝死，现代医学还没有搞清原因。患者发病头一天还为胸闷去医院做过心电图，也没发现问题。第二天在逛超市时突然发病，因离我很近，才没去医院。

我这人爱钻研，为了搞清心肾关系，经常到临危老人身边为其按摩，观察肾经气血变化，有一次，朋友母亲 83 岁，心衰住院，我去时正赶上老人心肾衰竭，心律失常，呼吸困难，我赶紧按摩点穴，发现涌泉点上变成紫色，这是肾气将绝，于是马上按揉小腹，几分钟老人恢复，抢救成功。这时老人一句话对我启示很大，她说感到一股凉气从脚底上来，到大腿根我就感到快死了，后来什么也不知道了。

通过这次经历，我感悟到心脏好像人体发动机，肾经是人体生命的油路，要想发动机工作，必须保持油路畅通，还要保证油料充足（肾气足）。

再一点，也很重要，人的肾脏有肾上腺，肾上腺素是现代医学抢救危重病人的救命药。如果点按肾经涌泉穴也会激发人体自身肾上腺素，对生命的复苏起到十分关键作用。

尿道灼热之克星——白头翁

作者：mmiiuj

链接：<https://bbs.iiyi.com/thread-2577348-1.html>

白头翁一药，功效清热解毒凉血，为治痢之要药，白头翁汤就是以此药为主，历代文献均论本药治热痢，但却很少论及其它功用。近代名医冉雪峰龚姓弟子所著《医笔谈》中提出了白头翁有治尿道灼热坠痛之功效，笔者在临床治疗尿道灼热坠痛时，常在辨证基础上加入白头翁，每每收到良好疗效。

尿道灼热坠痛主要是由湿热蕴结下焦，导致膀胱气化不利所致，症见小便频急，淋漓不尽，口干口苦，舌红苔黄厚而腻，脉数。但笔者认为本病病机还与肝木之气逆乱有关，因肝经络阴器，肝木逆乱之气与邪热郁遏迫注阴器，则可致尿道灼热坠痛，故笔者以八正散合白头翁治疗本病疗效甚好。

例：曾某，25 岁，男性，自述：小便时尿道灼热坠痛，尿黄口苦。舌红苔厚腻，尿常规隐血（+），蛋白（-），血常规正常。前医诊为尿道炎，用氟哌酸和中药清热通淋之剂，辗转数医治疗 2 月余，疗效不佳。刻下症如前述，属下焦湿热之淋证。处以八正散合白头翁加减：白头翁、栀子、瞿麦、生地、甘草、木通各 10 克，车前

草、萹蓄各 15 克，黄柏 12 克，滑石 20 克。三剂而愈。可见白头翁的功用不仅能治热痢，在临床上只要辨证准确更能治尿道灼热坠痛。

临床上泌尿系感染除了引起尿急、尿频、尿结外，部分病人尿道灼热疼痛亦常见，一般用八正散、导赤散解决其它症状较易，但解决尿道发热灼痛不佳，在这方面白头翁是特长，是专药，可收立竿见影之效。一马姓中年妇女，泌尿系感染，发热，尿急、尿频、尿涩痛，尿检后诊断为急性尿道炎，在医院打点滴一周，诸症消失，唯有尿道灼热涩痛不减，西医无法，寻求中医治疗，即予四妙散加白头翁 50 克，一剂痛轻热减，三剂即愈。类似此症，只要是尿道灼热一症突出者，即在治淋方中加入白头翁一味，屡收速效。

治疗头晕痛的经验

作者：知足自乐

链接：<https://bbs.iiyi.com/thread-1843807-1.html>

《杏林集叶》中治疗“血虚肝阳上亢”引起的头痛验方：柴胡 25 克，当归 15 克，白芍 15 克，生地 15 克，川芎 15 克，白蒺藜 10 克，石决明 20 克，菊花 10 克，陈皮 10 克，天麻 10 克，甘草 10 克。还强调了：方中柴胡必须要用 20 至 30 克，效果好。曾有意将柴胡减少至 6 克左右，效果不理想。

尝见书中古人论柴胡，言及能劫肝阴，后学之人，多存谨慎之心，不敢重用柴胡。杏林集叶作者，能亲身历险，打破了古人的旧框框。读至此，实存敬服之意。或否方中生地，当归，白芍之润，能牵制柴胡的燥性乎？

我曾治“肝肾阴血虚，虚阳上扰清空”所致的头晕头痛，多梦不眠，手指麻木，脉虚弦，舌淡红少津。药用制首乌 15 克，女贞子 10 克，枸杞子 10 克，沙苑子 10 克，白蒺藜 10 克，磁石 20 克，蔓荆子 10 克，木贼草 10 克，白芍 15 克，菊花 10 克，钩藤 15 克，天麻 10 克，甘草 5 克。水煎服，效果满意。

20 多年前，我邻居一老妇，年 60 多岁，经常出现头晕痛等证状，诊断其为“肝肾阴虚，虚阳上扰”的头晕痛，书上方，连服三剂而晕痛解除。每年常发作 2-3 次，以后几不用辨证，径直用本方常三剂而解除。

她有一孙子，也习中医，有一次又发作痛了，他对祖母说：头晕易治，我开一方给你试试。他开了“川芎茶调散”作汤剂，药一服下去，暂时止晕痛，不服药，又痛了起来，如是一连几天，都不能解除晕痛。无奈之下，还是找我处理。我仍用上方，

三剂而解除了晕痛。其后老妇每生病，必要我诊治，至 90 多岁寿始终。我的方药，以“滋养肝肾，熄风通络”为法。彼用“川芎茶调散”，其阴虚之体，反用辛燥之品，岂能取效？

然川芎茶调散，苟能对证也能去顽疾。2002 年夏月，治一男性，50 多岁，砖瓦厂工人，常烈日之下操作，因热而满头大汗，习用冷水淋头，久之得了“头痛病”。每痛则吃止痛片以缓解一时，成了慢性疾患。这一次，要来买止痛片，我劝其还是吃中药效果好，他同意试一试。我用：川芎 30 克，荆芥 3 克，防风 3 克，细辛 3 克，白芷 3 克，薄荷叶 3 克，羌活 3 克，再加黄芩 10 克，黄连 5 克。水煎服，三剂而愈，以后未复发。

腰肌劳损病案 1 例

作者：绿衣

链接：<https://bbs.iiyi.com/thread-1574800-1.html>

李某，男，61 岁，农民。主诉：腰痛，时轻时重 11 年。

病人年轻时从事体力劳动，11 年前出现腰痛症状，劳累后，或阴天及寒冷时加重，经 CT，血液检查：血沉、类风湿因子、抗“O”，尿检等检查未见异常，被诊断为：腰肌劳损，曾口服布洛芬等药，可暂时止痛，近日因天气转冷，腰痛加重，欲求中药治疗。现病人面白，精神佳，两侧腰肌有压痛，肌肉紧张，曲腿试验阴性，下肢无浮肿，腰痛夜间重，舌暗红苔白，脉尺沉涩。

诊断：慢性腰肌劳损

方药：

黄芪 50 克，党参 30 克，白术 20 克，当归 30 克，枸杞 30 克，杜仲 20 克，淫羊藿 25 克，骨碎补 20 克，香附 15 克，川芎 15 克，乳香 10 克，没药 10 克，威灵仙 30 克，土鳖虫 20 克，仙鹤草 50 克，怀牛膝 40 克，全蝎 2 克（吞）

药后，一剂痛减，三剂症状消失，半月后基本痊愈。

本病为腰肌、韧带的慢性损伤，脾主肌肉，故以黄芪，党参，白术补脾以强壮腰肌，肝主筋，故以当归、枸杞养肝血以濡养受损韧带，腰为肾之府，今腰痛必有肾虚，脉证符合肾阳不足，故以杜仲、淫羊藿、骨碎补、牛膝补肾以壮腰，举重伤腰，恶血归之，故以乳没、土鳖虫、威灵仙、全蝎活血祛瘀，通络止痛，气能行血，行气助活血，故以香附、川芎行气，仙鹤草善治脱力劳伤，对于此病更为适宜，同时淫羊藿、

威灵仙、川芎又能祛风湿，止痹痛，牛膝又能引经。

我治疗此病近百例，近期远期疗效皆优，若遇下列情况需临证加减：肾虚严重或伴骨质增生加狗脊、续断、鹿角胶或龟板胶，兼风湿加独活、木瓜、路路通、伴寒湿加附子、肉桂、苍术、淤血重见刺痛者加三七、红花，痰淤闭阻经络加地龙、白僵蚕、疼痛顽固剧烈加蜈蚣、细辛、元胡等等，灵活变通。

上述中药及剂量纯属经验之谈，经得起考验。

此病的治疗我看到有很多人注重活血补肾，祛风除湿，而忽略了补肝脾，因为这种病人一般不一定会有脾虚、肝虚的症状，而在治疗上，补肝脾却是很重要的，正如我在方药的解释上说的那样，它是此病远期疗效的保障。

中风失语的中医认知

作者：韩冰

链接：<https://article.iyyi.com/detail/410290.html>

中风失语早在《内经》就有记载，以后医家不断发挥，但中风失语至今尚无明确规范的定义。古代对失语症的症状描述有“不能言”、“舌强”、“语塞”等描述，相当于现代医学中的失语症和构音障碍。现代医学从不同的切入点探讨失语症的奥秘。研究发现，影响失语症的相关因素包括年龄，性别，病灶部位，病灶范围，病前的语言机能，性格特点及心理生理，语言障碍的类型及严重程度等诸多方面。所以失语症的研究界面呈现多样性。

中医理论将言语、记忆等功能归属于脑。而脑归属于心而分属于五脏。心为君主之官，心主神明，为五脏六腑之大主。舌有“舌者，音声之机也”、“言为心之声”、“舌为心之窍”的记载；从经络循行方面，心肾肝脾之经脉皆循行于舌和咽喉。故五脏和脑的功能失调可影响语言功能的正常发挥。中医治疗强调辨证论治，中风失语的辨证常分为以下几个类型：痰热闭窍，风痰闭阻，肝肾两虚，气虚血瘀痰阻，肝阳上亢，气虚血瘀等。临床以痰浊蒙蔽心窍，肝肾两虚，气虚血瘀为多见。治疗则重在通心脉，开心窍，补肾益脑。

中医治疗以中药加针刺治疗为主。中药治疗以祛痰、通络、开窍、熄风、活血为治法，基本方常在神仙解语丹和资寿解语汤的基础上加减，常加减活血化瘀药或者祛痰药。针刺治疗亦体现针刺的整体观和辨证论治，穴位多选用舌穴、头穴、体穴、综合选穴等。舌针多采用舌体、舌底、舌周围穴位等；头针多选用百会、四神聪、言语

一区、言语二区等；体针多选取合谷、太冲、通里等穴；综合取穴采用头、舌、体针等法相结合，对顽固性重度失语疗效显著。此外，现代康复治疗对中风失语的恢复也起着重要作用，常用的康复治疗方法有：刺激促通法、阻断去除法、功能重组法、旋律语调治疗、实用交流能力训练等等。

中风失语的治疗和康复是一个艰难和漫长的过程，近年来无论中医、西医还是中西医结合均在失语症研究方面取得了很大的进展，然而任何一种单纯的治疗方案都不能得到非常满意的效果，因此，临床上对于中风失语的治疗仍需以综合治疗为主。

运用三联疗法治疗脱疽经验

作者：武巴音

链接：<https://article.iyyi.com/detail/411465.html>

中医学“脱疽”包括血栓闭塞性脉管炎、糖尿病足、动脉硬化性闭塞症等肢体动脉闭塞，导致患肢血流灌注失常，不能满足最基本的新陈代谢所需，而出现的肢端缺血性坏疽，它多发于足指，尤以下肢为多见。《黄帝内经》中记载：“发于足指，名脱疽，其状赤黑，死不治；不赤黑，不死”，已经清楚认识到这种病可使肢端组织发黑，坏死，预后严重，并指出其原因主要是人体正气不足，外邪乘虚而入导致。张景岳对病因对其病因叙述更详，《景岳全书》中曰“此症因膏粱厚味，酒面炙煨积毒所致，或不慎房劳，肾水枯竭，或服丹石补药……此证形势虽小，其恶甚大”，指出饮食、药物等可以导致该病发生。西医对此病多采取手术治疗，病情严重时给予截肢，常给患者心理造成极大痛苦，而且费用高昂。我在临床中，应用中医辨证论治口服中药汤剂、针灸、外涂秘治中药膏三联疗法治疗脱疽，取得不错的临床疗效，兹将介绍如下：

一、辨证论治

脱疽发病的部位，主要在四肢末节，累及肌肉、筋骨等组织，因脾主肌肉，肾主骨，所以脾肾亏虚为其本，寒湿外侵或跌扑损伤为标，大多属虚实夹杂证，以气血凝滞，经脉阻塞，或郁久化热，热入营血为主要病机。临证治疗时，必须把握病机关键所在。

1. 寒湿证

临床表现：患肢发凉沉重，麻木，间歇性跛行，患足皮肤发白，遇冷发绀，触之冰凉，趺阳脉搏动减弱或消失，舌淡，苔白腻，脉沉细。

治法：温阳活血，祛寒化湿。

方药：用阳和汤合四逆汤加减。药用：麻黄、白芥子、炙附子、鹿角胶、干姜，肉桂、白术、丹参、鸡血藤、赤芍、炙甘草。若疼痛重加元胡、川楝子。

2. 血瘀证

临床表现：患肢发凉，疼痛呈持续性，夜间加重，抱膝而坐，皮色暗红或青紫，肌肉萎缩、甲错，趾甲增厚，趺阳脉消失，舌质黯红，苔白，脉沉而涩。

治法：活血化瘀，通络止痛。

方药：桃红四物汤合补阳还五汤加减。桃仁、红花、丹参、当归、川芎、元胡、赤芍、黄芪、地龙、土鳖虫、鸡血藤。痛甚则加白芍、甘草。

3. 热毒证：由于气血凝滞，久郁化热而致。

临床表现：患肢皮色暗红、肿胀，皮肤起水疱，甚则五趾相传，波及足背，色黑且干枯，或溃破腐烂、流脓，疼痛难忍，伴发热，口干，便秘，尿赤，舌质红，苔黄腻，脉数。

治法：清热解毒，消肿止痛。

方药：四妙勇安汤合顾步汤加减。药用：金银花、蒲公英、地丁、野菊花、当归、石斛、牛膝、丹参、元胡、玄参 15 克。肿胀严重者加防己、鬼箭羽。

4. 气血两虚证：由于久病体衰，元气虚弱，

表现面容萎黄，神情憔悴，倦怠消瘦，患肢肌肉萎缩，皮肤干燥，脱屑，坏死组织脱落后，疮面生长缓慢，经久不愈，舌质淡，苔白或无苔，脉沉细弱。

治则：益气养血，兼以通络。

方药：十全大补汤加减。药用：黄芪、白术、党参、茯苓、熟地、赤芍、当归、丹参、牛膝、鸡血藤、甘草。气阴两虚加五味子、麦冬、石斛。

二、针灸治疗

理论支持：针灸具有疏通经络、调和阴阳、扶正祛邪的作用，它可促进闭塞血管血栓机化吸收、再通，从而可以建立代偿性侧枝循环，改善患肢血运，同时，由于素体阳虚为脉管炎的根本内因，通过有效的针刺可以起到补虚升阳的作用。因为脱疽主要涉及脏腑是脾、肾，经脉涉及督脉、任脉、足三阳经、足三阴经，辩证选择其经脉上的穴位，可以达到以益气养阴、活血化瘀、温阳散寒、清热除湿的作用。

穴位选择：选取太冲、足三里、阳陵泉、阴陵泉、委中、环跳、太溪为主穴，随坏疽部位不同，在相近部位选择无创伤皮肤局部 1~2 个穴位作配穴。寒湿证配选关

元、气海、命门；血瘀证配选三阴交、血海、内关；热毒证配选曲池、内关、内庭；气血两虚配选三阴交、血海、绝骨。

操作过程：嘱患者取坐位或卧位，暴露脱疽皮肤及其他针刺部位，用75%酒精棉消毒针刺部位，针刺角度应依具体穴位而定，手法选择平补平泻，留针30分钟左右，隔5分钟行针一次，每天1次，15~20天为一疗程。

三、外治

理论支持：本病多由素体脾气不健，脾肾阳气不足，加之感受寒邪，寒凝经脉，气血瘀滞，四肢失养而致；后期则瘀久化热，热盛肉腐，肉腐成脓，肢体坏疽。外用膏药可以直接作用于患处，起到治疗作用。经过多年的临床实践，配制中药外用药膏，药物以祛腐生肌为主，佐加活血清热药物，药物组成有白芷、当归、红丹、煅石膏、紫草、血竭等，辅料为凡士林。

操作过程：在针刺后，在皮损处均匀涂抹秘治中药膏，每日涂1~2次，15~20天为一疗程。

四、安全性评价

口服中药汤剂，桃红四物汤、四妙勇安汤等以驱邪为主的汤剂可能出现脾胃的损伤，所以应该饭后服用，必要时可加健运脾胃药；针刺时，对一般患者都适用，但体质虚弱、晕针者禁用；服药期间，忌服辛辣腥发饮食，同时，要忌行房事。

责任编辑：修竹临风

编辑：草原民间中医、砭艾、xiwang001han

无患子

别名：油患子、苦患子、洗手果、木患、木患树、肥皂树。

来源：无患子科无患子属植物无患子 *Sapindus mukorossi* Gaertn.干燥成熟的果实，产于我国东部、南部至西南部。国外日本、朝鲜、中南半岛和印度等地也有分布。



形态：落叶大乔木，高可达20余米，树皮灰褐色或黑褐色；嫩枝绿色，无毛。叶连柄长25~45厘米或更长，叶轴稍扁，上面两侧有直槽，无毛或被微柔毛；小叶5~8对，通常近对生，叶片薄纸质，长椭圆状披针形或稍呈镰形，长7~15厘米或更长，宽2~5厘米，顶端短尖或短渐尖，基部楔形，稍不对称，腹面有光泽，两面无毛或背面被微柔毛；侧脉纤细而密，约15~17对，近平行；小叶柄长约5毫米。花序顶生，圆锥形；花小，辐射对称，花梗常很短；萼片卵形或长圆状卵形，大的长约2毫米，外面基部被疏柔毛；花瓣5，披针形，有长爪，长约2.5毫米，外面基部被长柔毛或近无毛，鳞片2个，小耳状；花盘碟状，无毛；雄蕊8，伸出，花丝长约3.5毫米，中部以下密被长柔毛；子房无毛。果的发育分果片近球形，直径2~2.5厘米，橙黄色，干时变黑。花期春季，果期夏秋。

栽培：无患子喜生于温暖，土壤松而稍湿润山坡疏林或树旁较肥沃的向阳地区。

性味功能：味苦、微辛，寒。有小毒；清热除痰，利咽止泻。

用 途：用于白喉，咽喉炎，扁桃体炎，支气管炎，百日咳，急性胃肠炎。

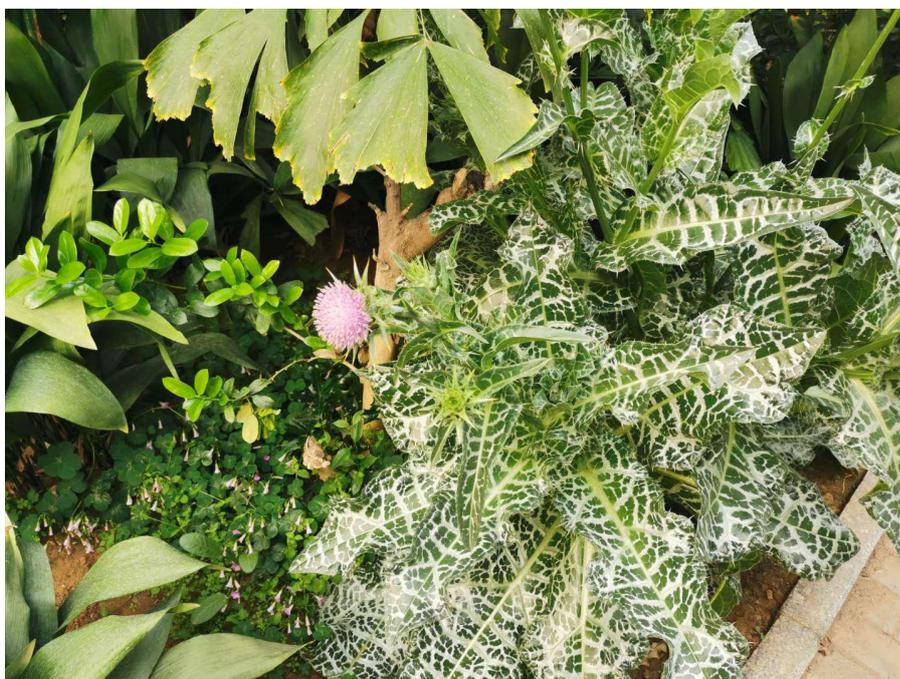
用法用量：内服 3~6 克。

经验鉴别：本品外表黑色，光滑。种脐线形，周围附有白色绒毛。以种皮骨质，坚硬。子叶肥厚，黄色，胚粗壮者为佳。

水飞蓟

别 名：水飞雉、奶蓟、老鼠勒。

来 源：菊科植物水飞蓟 *Silybum marianum* (L.) Gaerth 的全草及瘦果。原产南欧至北非。国内华北、西北地区有引种栽培。



形 态：植株有时丛生；根稍粗，直径 1~2 毫米，有时分枝多，近末端处常膨大成矩圆形、椭圆形或纺锤形的肉质小块根；根状茎短，木质，具地下走茎。叶长 25~60 厘米，宽 4~8 毫米，先端急尖或钝，基部常包以褐色的叶鞘，上面深绿色，背面粉绿色，具 5 条脉，中脉比较明显，边缘具细锯齿。花葶通常长于或几等长于叶，少数稍短于叶，长 25~65 厘米；总状花序长 6~20 厘米，具多数花；花通常 3~5 朵簇生于苞片腋内；苞片小，披针形，最下面的长 4~5 毫米，干膜质；花梗长约 4 毫米，关节位于中部以上或近顶端；花被片矩圆形、矩圆状披针形，长 4~5 毫米，先端钝圆，淡紫色或淡蓝色；花丝长约 2 毫米；花药狭矩圆形，长约 2 毫米；子房近球形，花柱

识草药

长约 2 毫米，稍弯，柱头不明显。种子近球形，直径约 5 毫米。花期 5~7 月，果期 8~10 月。

栽 培：水飞蓟喜通风、凉爽、干燥和阳光充足的荒滩地、盐碱地等处。

性味功能：味甘、微苦，性寒；养阴生津、润肺清心。

用 途：用于肺燥干咳，虚劳咳嗽，津伤口渴，心烦失眠，肠燥便秘。

用法用量：内服 6~15 克。

经验鉴别：本品以表面洁净、呈墨绿色，结果无杂质的全草为佳。

编 辑：王颖健

责任编辑：金陵一剑

腹痛、多食易饥半月

作者: kwj1863

链接: <https://bbs.iiyi.com/thread-3469764-1.html>

●病例摘要

一般资料: 男性, 7岁。

主诉: 腹痛、多食、易饥半月

现病史: 患者家属诉半月前无明显诱因出现脐周隐痛, 无阵发性加剧, 无他处放射, 能够忍受, 喜按揉, 多食易饥, 无消瘦, 无异食癖, 无泛酸、嗝气, 无寒战、高热, 无恶心、呕吐, 无腹胀、腹泻。曾于当地诊断为“急性胃肠炎”, 予口服药物治疗(药名及剂量不详), 病情无好转, 为求进一步诊治而来我院, 门诊以“蛔虫病”收住院。

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:36.6℃, P:86次/分, R:20次/分, BP:80/50mmHg。发育正常, 营养中等, 神志清楚, 查体合作。全身皮肤粘膜无苍白, 无黄疸, 皮肤弹性正常, 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。结膜无苍白, 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, 双侧听力粗测正常。鼻无畸形, 鼻腔粘膜无充血、水肿, 鼻中隔无偏曲, 鼻翼无煽动, 各副鼻窦无压痛。口唇无苍白, 颊粘膜无溃疡、白斑, 伸舌居中。咽后壁无红肿, 悬雍垂居中, 双侧扁桃体无肿大, 表面无脓性分泌物, 喉发音清晰。颈软, 未见颈静脉怒张, 颈动脉无异常搏动及杂音。气管居中, 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, 双侧呼吸动度一致, 肋间隙无增宽。语颤无增强及减弱, 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。双肺呼吸音清晰, 未闻及干湿性啰音。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处, 无震颤及心包摩擦感。心浊音界无扩大。心率86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, 脐周压痛, 无反跳痛、肌紧张, 肝脾肋下未触及, Murphy

病例讨论

征阴性，麦氏点无压痛，肝肾区无叩击痛，叩诊无移动性浊音，肠鸣音 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，生理反射正常存在，病理反射未引出。

辅助检查：

腹部 B 超示：肝脏大小、形态规整，被膜光滑，实质回声均匀，肝内胆管不扩张。胆囊大小正常，壁光滑，囊内未见异常回声，胆总管未见扩张。胰腺大小正常，实质回声均匀，主胰管未见扩张。双肾大小正常，形态正常，实质回声均匀，肾盂、输尿管未见扩张。提示：肝、胆、胰、脾、双肾结构未见异常。

●讨论：

1. 如何诊断？
2. 如何治疗？

●临床讨论：

YINGUANG：根据：1. 腹痛易饥；2. 查体脐周有压痛初步诊断肠系膜淋巴结炎。关于治疗，追问病史，近期有没有感冒、肠炎等感染的病史。进一步行肠系膜淋巴结彩超检查。针对原发病治疗，如抗感染及对症治疗的同时可给予调理肠道微生态和按摩等中医调理。

jianshen120：首先考虑肠道蛔虫病，进一步做大便虫卵检测。多食易饥，还有糖尿病和甲亢也会出现，但患儿无多尿及形体消瘦及甲状腺肿大，无多汗、烦躁易怒表现，建议完善相关检测，排除糖尿病及甲亢可能，常规给予广谱性杀虫药，肠虫清治疗，每晚睡前服，一次两片，连续三日。

abc1jh 李俊红：考虑十二指肠肠炎。较小儿童对疼痛的部位说不太清楚，十二指肠肠炎可以表现为脐周或者脐上，患儿一般情况可，多食易饥，所以十二指肠肠炎可能性大。治疗原则制酸止痛保护胃肠粘膜，清淡易消化饮食，少量多餐。可以吃丽珠得乐颗粒每次半袋，一日四次，奥美拉唑胶囊每次 1 粒，每日二次，饭前服。

枫之远：患儿以腹痛，多食易饥，痛时喜按为主症。需与肠痉挛，肠系膜淋巴结炎，肠道蛔虫症相鉴别。肠痉挛的腹痛特点是时发时止，多有腹部受冷，或饮食生冷病史，发作时喜温喜按，可有腹泻，饮热水或暖腹后多有缓解，饮食减少或正常，与本例不甚相符。肠系膜淋巴结炎发病前数周多有发烧感冒病史，腹痛不喜按，食欲常减少，也可正常，B 超可发现肿大的淋巴结，与本例不符。肠道蛔虫腹痛时发，多见于卫生条件不好的儿童，多食易饥，痛时喜按，腹部影像无异常发现，症状与本例

相符。可检验大便是否有虫卵以助确诊。中医有蛔虫“得酸则静”的临证经验，可以服少许食醋看能否缓解，是为佐证。治疗：驱虫，导泻。

●结论

诊断：蛔虫病

诊断依据：

1. 少年男性，急性起病；
2. 患者家属诉半月前无明显诱因出现脐周隐痛，无阵发性加剧，无他处放射，能够忍受，喜按揉，多食易饥，无消瘦，无异食癖，无恶心、呕吐，无腹胀、腹泻，曾于当地诊断为“急性胃肠炎”，予口服药物治疗，病情无好转；
3. 腹部平坦，无腹壁静脉曲张，未见胃肠型及逆蠕动波，脐周压痛，无反跳痛、肌紧张，肝脾肋下未触及，Murphy 征阴性，麦氏点无压痛，肝肾区无叩击痛，叩诊无移动性浊音，肠鸣音 4~6 次/分，未闻及气过水音及金属音；
4. 腹部 B 超提示：肝、胆、胰、脾、双肾结构未见异常。

鉴别诊断：

1. 急性胃肠炎：主要表现为腹痛，多为痉挛性绞痛，伴恶心、呕吐、腹泻，多有不洁饮食病史，查体腹部压痛，无反跳痛、肌紧张，可以鉴别。
2. 肠痉挛：婴儿多见，可以出现反复发作的阵发性腹痛，腹部检查无异常体征，排气、排便后腹痛消失可以鉴别。

诊治经过：

患儿入院后完善各项检查，予易消化无刺激性饮食，甲苯咪唑 100 毫克，每日 2 次，连服 3 天，腹痛逐渐消失，5 天痊愈出院。

●分析总结：

蛔虫是寄生人体肠道中体型最大的寄生虫，雌雄同体，成虫寄生于空肠，以肠内容物为食物。虫卵被吞食后，幼虫破卵而出，穿入肠壁通过门静脉系统循环进入肺，穿破肺组织进入肺泡腔，沿支气管向上移行到气管又重新被吞咽，幼虫进入小肠逐渐发育为成虫。传染源是蛔虫病患者，感染性蛔虫卵污染食物或手，经口吞入为传播途径。临床表现为食欲不振，多食易饥，腹痛，部分患儿磨牙，易惊，精神萎靡。蛔虫有钻孔的习性，在人体食入辛辣食物或者驱虫不当，或者内环境发生变化，蛔虫钻入开口于肠道的各种管道，常引起胆道蛔虫症等等。首选药物为甲苯咪唑，副作用小，偶有胃肠不适，腹泻。随着普及卫生知识，注意个人饮食卫生，做好粪便管理，蛔虫

病逐渐减少，但对于无明显诱因出现腹痛的患儿，应该考虑到蛔虫病的可能，避免误诊。

头晕乏力腰痛 3 小时

作者：斯梦未醒

链接：<https://bbs.iiyi.com/thread-3469788-1.html>

●病例摘要

一般资料：男性, 63 岁。

主诉：头晕乏力腰痛 3 小时

现病史：患者自诉 3 小时前体力活动后出现头晕，伴眼花，四肢无力，双下肢完全不能行走，并双侧腰部胀痛，疼痛呈持续性，阵发性加重，不伴血尿，无尿频、尿急，无恶心、呕吐。发病后在社区诊所行输液治疗（具体药物不详），症状仍无缓解，并有加重趋势，遂急呼“120”送至我院，急诊以“泌尿系结石”收住院。起病后，患者精神差，未纳眠，未进食，小便如上述，大便干燥。

既往史：患者自诉有高血压、糖尿病病史，否认心脏病病史，否认传染病史，否认药物过敏史。

体格检查：T:36℃, P:60 次/分, R:15 次/分, BP:74/30mmHg。神志清楚，精神萎靡，嘴唇发绀、急性痛苦貌，自动体位，查体合作。皮肤粘膜无黄染，双瞳孔等大等圆，对光反射灵敏，耳、鼻、喉无异常。颈软，胸廓无畸形，呼吸平稳，双肺上下未闻及干湿啰音，心率 60 次/分，律齐，各瓣膜区未闻及病理性杂音。腹平软，全腹无压痛、反跳痛，双肾区叩痛不明显。肠鸣音正常。脊柱无畸形，四肢活动自如，生理反射存在，病理反射未引出。肛门、外生殖器无异常。

辅助检查：

1. 床旁 EKG 提示急性下壁心肌梗死。
2. 实验室检查

肌酸激酶 (CK-MB)	21.02		ng/ml	0-5
肌钙蛋白 (cTnI)	0.15		ng/ml	0-0.5
肌红蛋白 (MYO)	>600		ng/ml	0-30

谷草转氨酶 (AST)	29.6		U/L	13-40
肌酸激酶 (CK)	74		U/L	38-174
肌酸激酶同工酶	40		U/L	0-24
乳酸脱氢酶 (LDH)	208		U/L	109-245
α-羟丁酸脱氢酶	162		U/L	72-182

凝血酶原时间 (PT)	12.40		s	9-14
国际标准化比值 (INR)	1.04			0.8-1.2
活化部分凝血活酶时	21.80		s	20-41
凝血酶时间 (TT)	15.40		s	9-17
纤维蛋白原 (Fbg)	2.02		g/L	2-4
D-二聚体 (D-Dimer)	0.40		mg/L	0-0.5

白细胞 (WBC)	19.9		$10^9/L$	3.5-9.5
红细胞 (RBC)	4.52		$10^{12}/L$	4.3-5.8
血红蛋白 (HGB)	140		g/L	120-160
血小板 (PLT)	254		$10^9/L$	125-350
红细胞压积 (HCT)	40.2		%	40-50
平均血红蛋白量 (MCH)	31		pg	27-34
平均血红蛋白浓度	349		g/L	316-354
红细胞平均体积 (MCV)	89.0		fL	82-100
红细胞分布宽度	40.70		fL	37-50
红细胞变异系数	12.90		%	11-16
中性细胞数 (NEUT)	15.29		$10^9/L$	1.8-6.3
中性细胞比率 (NEUT%)	76.80		%	40-75
淋巴细胞数 (LYM)	3.51		$10^9/L$	1.1-3.2
淋巴细胞比率 (LYM%)	17.60		%	20-50
单核细胞数 (MONO)	0.91		$10^9/L$	0.1-0.6
单核细胞比率 (MONO%)	4.60		%	3-10
嗜酸性粒细胞 (EO)	0.17		$10^9/L$	0-0.5
嗜酸性粒细胞比率	0.80		%	0.4-8
嗜碱性粒细胞 (BASO)	0.04		$10^9/L$	0-0.1
嗜碱性粒细胞比率	0.20		%	0-1
血小板压积 (PCT)	0.24		%	0.1-0.5
平均血小板体积 (MPV)	9.60		fL	9-13
血小板分布宽度 (PDW)	16.40		fL	9-17
大血小板数目 (P-LCC)	61.00		$10^9/L$	30-90
大型血小板比率	24.20		%	14-43

病例讨论

总胆红素 (TBIL)	18.6	umol/L	3.4-20.1
直接胆红素 (DBIL)	4.4	umol/L	0.3-6.8
间接胆红素 (IBIL)	14.2	umol/L	1.1-17
谷草转氨酶 (AST)	21	U/L	13.0-40
谷丙转氨酶 (ALT)	25	U/L	5.0-40.0
谷草/谷丙 (AST/ALT)	0.8		0.5-1.5
碱性磷酸酶 (ALP)	79	U/L	40.0-150.0
谷氨酰转氨酶 (GGT)	31	U/L	11-50
总胆汁酸 (TBA)	4.8	umol/L	0-10
5-核苷酸酶 (5-NT)	5	U/L	2.0-11.4
总蛋白 (TP)	68.8	g/L	60-83
白蛋白 (ALB)	41.4	g/L	34-48
球蛋白 (GLB)	27.4	g/L	20-40
白球比 (A/G)	1.51		1.2-2.4
前白蛋白 (PA)	244	mg/L	200-400
尿素 (URE)	6.41	mmol/L	2.9-8.0
肌酐 (CREA)	107.2	umol/L	46-104
尿酸 (UA)	304.4	umol/L	193-428
二氧化碳结合率 (CO2)	22.0	mmol/L	22-29
β 2微球蛋白 (G2mG)	5.08	mg/L	1.0-3.0
葡萄糖 (GLU)	12.29	mmol/L	3.9-6.11
甘油三酯 (TG)	1.71	mmol/L	0.40-1.7
总胆固醇 (CHOL)	2.60	mmol/L	2.39-5.20
高密度脂蛋白 (HDL)	0.64	mmol/L	0.9-2.0
低密度脂蛋白 (LDL)	2.06	mmol/L	2.07-3.10
载脂蛋白A I (ApoA I)	1.01	g/L	1-1.6
载脂蛋白B (ApoB)	0.81	g/L	0.6-1.1
脂蛋白a LP (a)	176	mg/L	0-300
钾 (K)	4.12	mmol/L	3.5-5.3
钠 (Na)	143.6	mmol/L	137-147
氯 (CL)	109.6	mmol/L	99-110
总钙 (Ca)	2.23	mmol/L	2.10-2.60
镁 (Mg)	0.81	mmol/L	0.65-1.25
磷 (P)	1.02	mmol/L	0.81-1.45
C-反应蛋白 (CRP)	2.1	mg/L	0-8.0

3. 超声检查



超声所见:

床旁急诊: 因气体干扰图像显示欠佳
 肝切面大小形态正常, 肝边光整, 实质回声分布均匀, 血管网走行正常, 肝内未见明显局限性异常回声。
 餐后胆囊。
 胆总管内径:6mm, 显示段未见明显异常。
 脾脏长77mm, 厚26mm, 实质回声均。
 胰腺大小形态正常, 实质回声均, 主胰管未见扩张。
 双肾大小形态正常, 实质回声均, 集合系统未见分离, 内未见明显结石及占位。
 双侧输尿管上段未见扩张。
 膀胱未充盈。
 CDFI:未见明显异常血流信号显示。

●讨论:

1. 如何诊断?
2. 如何治疗?

●临床讨论:

uczsyh32499885: 患者老年男性, 急性起病, 心电图提示急性下壁心肌梗死, 心肌酶学有心肌损伤, 血糖明显高于正常。根据心电图及辅助检查结果, 考虑: 1. 冠心病, 急性下壁心肌梗死, 泵功能四级; 2. 2型糖尿病。患者腰痛, 考虑与患者低血压造成器官组织灌注不足有关, 治疗以急诊 PCI 及抗栓降糖为主。

Ganganbobo: 急性冠脉综合征; 急性心肌梗死; 高血压病; 糖尿病

目前解决主要危及生命的病症: 卧床休息, 监护, 吸氧, 抗凝剂溶栓, 抗血小板聚集, 降脂, 稳定斑块, 活血化瘀, 营养心肌。如果可以行急诊 PCI 直接行 PCI, 没有条件紧急至有条件医院进行。

解 123456:

诊断: 1. 急性下壁心肌梗塞、心源性休克 2. 糖尿病 3. 高血压

诊断依据: 1. 高血压、糖尿病史。2. 活动后出现头晕乏力, 心率缓慢, 血压低于 90mmHg, 皮肤粘膜紫绀。3. EKG 示急性下壁心梗。

治疗: 迅速扩容, 抗休克, 强心药物应用; 急诊 PCI 开通心脏堵塞血管; 心功能

病例讨论

改善不了，可用 ECOM 治疗。头晕乏力，双侧腰部胀痛，考虑均为休克引起的组织灌注不足，缺血症状。

闫小丽 yyy: 1. 冠心病，急性下壁心肌梗死 2. 高血压病 3. 糖尿病

治疗上应该首先给予补充血容量，抗休克，扩血管给予硝酸甘油微量泵泵入，给予急诊 PCI，卧床休息，低盐、低脂、糖尿病饮食，持续低流量吸氧，给予皮下注射低分子肝素，口服阿司匹林，阿托伐他汀，氯吡格雷，单硝酸异山梨酯。

liukeshuang18: 诊断为急性冠脉综合征，急性下壁心肌梗塞，心源性休克；高血压病；2 型糖尿病。

治疗上卧床休息，吸氧，心电血氧饱和度监测，扩容抗休克，抗血小板聚集，抗凝，降脂稳定斑块等治疗，必要时行急诊 PCI。

zhengzhifen111:

诊断：急性下壁心肌梗塞，不排除右室心肌梗塞？高血压病极高危，糖尿病。依据：1. 老年男性，高血压、高血糖、高血脂。2. 心电图、心肌酶及肌钙蛋白变化。治疗：卧床休息，吸氧，补液待血压上升到 90/60 mm Hg 以上给予静点硝酸甘油，给予心电监护，抗凝治疗，考虑急诊 PCI。

●初步诊断

1. 休克原因待查：中暑？心肌梗塞？ 2. 泌尿系结石？

诊断依据：

1. 患者老年男性，63 岁，既往有高血压、糖尿病病史，否认心脏病病史。
2. 体力活动后头晕，伴眼花，四肢无力，并双侧腰部胀痛，不伴血尿。
3. PE: 体温: 36.4℃, 脉搏: 60 次/分, 呼吸: 15 次/分, 血压: 74/30mmHg, 神志清楚, 精神萎靡, 嘴唇发绀、急性痛苦貌。
4. 实验室检查及辅助检查: 白细胞计数高, 肌红蛋白高, 血糖高, 心电图示下壁心肌梗死。休克诊断明确, 原因待查, 心肌梗死可能性大, 泌尿系结石可疑。需进一步检查。

鉴别诊断：

若泌尿系结石诊断明确，需与右肾盂肾炎鉴别，后者常有血尿、浮肿，可鉴别。休克病因复杂，鉴别困难。需与心绞痛、主动脉夹层、急性肺动脉栓塞、急腹症、急性心包炎等鉴别，常需做心电图、CT、超声等检查鉴别之。

诊治经过：

入院后立即完善相关检查，超声排除泌尿系结石，诊断为急性心肌梗死。立即卧床休息，入 ICU，减少探视，常规监护心电图、血压、呼吸、脉搏等，除颤仪随时处于备用状态。吸氧，给予大量补液、补充电解质、升血压、解除疼痛及对症支持治疗等。立即联系上级医院再灌注心肌治疗（介入或溶栓或紧急主动脉—冠状动脉旁路移植术）。患者转上级医院行急诊手术治疗。

●临床诊断:急性心肌梗死

●分析总结:

1. 这是一老年男性罹患急性心梗误诊为泌尿系结石的病例。

2. 急性心肌梗死一般表现有持久的胸骨后剧烈疼痛、发热、白细胞计数和心肌坏死标记物增高以及心电图进行性改变，可发生心律失常、休克或心力衰竭，属于急性冠脉综合征 ACS 的严重类型。本例虽有白细胞计数和心肌坏死标记物增高以及心电图进行性改变，休克等，但是疼痛为双侧腰部胀痛，疼痛呈持续性，阵发性加重，又在当地社区诊所打点滴治疗，急诊医生仅凭疼痛部位及特点怀疑患者泌尿系结石，收住泌尿外科，差点酿成大错。对老年患者，尤其有高血压糖尿病者突发严重心率失常、休克、心力衰竭而原因未明，或突然发生较重而持久的胸闷、胸痛者都应考虑本病的可能，宜先按 AMI 来处理，并短期内进行心电图心肌酶谱和肌钙蛋白等的动态观察以确定诊断。

3. 对 ST 抬高的 AMI，强调及早发现及早住院，治疗原则是尽快恢复心肌的血液灌注以挽救濒死的心肌、防止梗死扩大或缩小心肌缺血范围，保护和维持心脏功能，及时处理各种并发症。本例转上级医院行急诊手术。预后较好。

4. 本例虽初诊出现误诊或漏诊，好在处理及时，迅速诊断明确后转上级医院，成功实施介入手术，转归好。

责任编辑：绿漫天涯

编辑：刘现国

医疗资讯

持刀杀人拒不认罪！甘肃杀医案凶手判死刑

6月5日，兰州市中级人民法院通报，该法院通过远程视频方式依法对杨某某杀医案进行一审公开宣判，以故意杀人罪判决被告人杨某某死刑，剥夺政治权利终身。2016年12月15日，被告人杨某某在甘肃省人民医院肛肠科接受直肠癌根治手术，术后出现并发症，其主观认为前述病症系第二手术医生冯某某故意加害导致，蓄谋报复泄愤。2019年10月22日10时许，被告人杨某某持事先准备好的匕首等凶器，在甘肃省人民医院门诊楼三楼C区肛肠科第七诊室内，向正在坐诊的被害人冯某某胸部、腹部等部位连续捅刺二十余刀，冯某某虽经及时抢救但因伤势严重死亡。一审法院认为，被告人杨某某其行为已构成故意杀人罪。杨某某在公共诊疗场所公然杀医泄愤，主观恶性深，手段残忍，社会影响恶劣，罪行极其严重，虽归案后能如实供述犯罪事实，但拒不认罪、悔罪，不足以对其从宽处罚。遂依法作出上述判决。

定了！北京7月1日起将建立医院安检制度

6月5日，北京市十五届人大常委会第二十二次会议继续召开，会议表决通过《北京市医院安全秩序管理规定》，自2020年7月1日起施行。《规定》提出医院应当建立安全检查制度，拒不接受安全检查的，医院有权拒绝其进入。二级以上医院设警务室，与医院保卫部门联合办公。医院实行医院内主要通道、重点区域视频监控全覆盖，在急诊室、安检口等重点部位配备一键报警装置。对多次到医院无理缠闹等高风险就诊人员由保卫人员陪诊，医务人员人身安全受到暴力威胁时可暂停诊疗等。《规定》对保护医务人员履职给出了法律依据，任何组织或者个人不得扰乱医院安全秩序，不得威胁、危害医务人员人身安全，不得侵犯医务人员人格尊严。

世卫组织：2019冠状病毒病大流行增加了抗微生物药物耐药性的威胁

世卫组织近日警告，由于2019冠状病毒病大流行导致抗生素的使用增加，最终将导致更高的细菌耐药率，从而影响到大流行期间和以后的疾病负担和死亡人数。在现行的《2019冠状病毒病临床管理临时指南》中，世卫组织概述了卫生专业人员正确使用抗生素治疗患者的方法。谭德塞博士表示，因此，我们在挽救生命的同时，还

要重视抗微生物药物耐药的问题。

也门新冠死亡率高达 70%，为全球死亡率最高

据俄罗斯媒体报道，当地时间 28 日，联合国秘书长安东尼奥·古特雷斯在接受采访时表示，没有哪个国家比也门受到新冠肺炎疫情的影响更大，该国新冠肺炎死亡率约达 17%，是世界上死亡率最高的国家。其中，也门南部的亚丁市的死亡率高达 70%。古特雷斯说：“没有哪个国家比也门更脆弱，在亚丁，受新冠病毒感染的人中有 70% 死亡；对于整个国家，根据我们的估计，死亡率也高达 17%。也门局势绝对悲惨。很快，我们将会有一个募捐活动，希望国际社会能够向也门人民提供必要的援助以及财政支持，这至关重要。”

新冠灭活疫苗最快今年底或明年初上市

国资委日前透露，截至目前，国药集团中国生物武汉生物制品研究所和北京生物制品研究所新冠灭活疫苗均已完成 I 期 II 期入组，共 2000 余人接受了疫苗注射。预计疫苗完成临床至上市，最快要到今年底或明年初。4 月 12 日，国药集团中国生物武汉生物制品研究所研发的新冠灭活疫苗全球首家获得临床试验批件，相关临床试验同步启动。4 月 27 日，北京生物制品研究所研发的新冠灭活疫苗再获临床试验批件。截至目前，武汉生物制品研究所和北京生物制品研究所新冠灭活疫苗均已完成 I 期 II 期入组，共 2000 余人接受了疫苗注射。已有临床数据显示，疫苗安全性、有效性得到充分验证，不良反应发生率和程度均远低于已上市各类疫苗。据悉，临床试验分为三期，完成 I-III 期临床直至上市，预计最快需要到今年底或明年初。

美国研究：纽约新冠病毒主要由欧洲和美洲输入

最新研究显示，美国疫情最严重的地区——纽约的新冠病毒主要由欧洲和美洲多次独立引入。这个结论来自美国西奈山卫生系统(Mount Sinai Health System)于当地时间 5 月 29 日刊发在国际权威期刊《科学》杂志上的研究。该研究题为《SARS-CoV-2 在纽约市的引入及早期传播》(Introductions and early spread of SARS-CoV-2 in the New York City area)。纽约市已成为当前 SARS-CoV-2 大流行的中心之一。为了确定病毒在纽约市区的早期快速传播事件，研究者对在西奈山卫生系统(Mount Sinai Health System)寻求治疗的新冠患者病毒进行了基因测序。对 84 个不同的 SARS-CoV-2

基因组的系统发育分析表明，纽约的新冠病毒主要来自欧洲和美国其他地区的多个相互独立的引入。此外，研究者还发现了 SARS-CoV-2 的社区传播证据，这与居住在城市不同社区的患者中发现的相关病毒群集有关。

世卫组织：不应假设新冠肺炎具有季节性特点

当地时间 5 月 25 日，世卫组织召开新冠肺炎例行发布会，世卫组织卫生紧急项目技术主管玛丽亚·范·科霍夫表示，目前新冠肺炎大流行五个月，仅有此五个月的疫情数据，现阶段无证据表明其会在冬天复苏。流行病学研究显示许多人仍易感，意味着如果病毒存在，无论温度和月份，就可以感染人类，如果人们互相密切接触，疫情就会复苏。如果人类为其提供机会，病毒就会卷土重来，而不需要等到冬天，许多国家已出现这样的增长。世卫组织卫生紧急项目负责人迈克尔·瑞安表示，若人们以为疫情处于下降趋势是自然发生的，则令人十分担忧，因为这是由于采用了非常严厉的公共卫生措施，全球的社区和公共卫生机构减少了病毒传播的机会。如果人们假设目前感染下降体现了一种疾病自然而来的季节性，下一个危险节点可能是 10 月或 11 月，这是危险的假设。迈克尔·瑞安强调，如果再次让病毒（传播速度）超越我们（防范速度），又没有设置比病毒（传播）更快的系统，就会有重回第二个高峰的危险。

全国人大代表张琳：建议为医护人员购买医疗责任保险

今年全国两会期间，全国人大代表、湖南大学金融与统计学院风险管理与保险精算研究所所长张琳呼吁，要加快完善我国医护人员医疗养老保障体系，为新冠肺炎疫情防控阻击战的最美“逆行者”提供支持保障。张琳表示，自此次疫情发生以来，广大医务人员奔赴一线，日夜奋战救治患者，筑起抗击疫情坚固防线。她同时注意到，我国医师收入待遇与其社会贡献并不匹配，医护人员医疗养老保障制度急需完善：“例如目前公立医院编制内医护人员已经纳入职业年金计划，但编外人员不在职业年金政策覆盖范围内，导致编制内外医护人员的养老保障第二支柱待遇出现较大差距。”

全国人大代表宋静连续第二年呼吁《护士法》立法

全国人大代表、柘城县人民医院护理部主任宋静在十三届全国人大三次会议上提交了“关于加快推进《护士法》立法的议案”。为何提出推进《护士法》立法呢？宋静表示，一方面，在今年的新冠肺炎疫情中，护理在医护人员中所占的比例较大。无

论是在基层，还是在援鄂的医护人员当中，护士的比例都是比较大的。而且近距离接触病人的也是护士最多，有很大的工作风险。另一方面，要稳定护理队伍，让优秀护士长期从事护理工作，离不开国家的重视。护理事业发展得强大了，才能吸引更多优秀的人来做这个工作。

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。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！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。

