

爱爱医



第二期 总NO. 109

Volume 10, number 2, Feb. 2019

刊首语

迎春

作者：anne 医生

链接：<https://bbs.iiyi.com/thread-3458773-1.html>

寒气袭人行入路。

树叶落，

凸枝舞。

且待春来景色楚。

叶嫩枝摇，

花绽蜂绕，

喜把春来数。

春来时逢冬季酷。

春迹却随冬尽入。

众里寻，

千百度，

银杏枝条，

玉兰枝头，

处处春意逐。

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	迎春.....1
关注	中国首个移植子宫内孕育宝宝出生..... 3
专业交流	病例故事——难以预料的后果..... 6
西 医	超声入门贴 944—腹壁子宫内膜异位症..... 9
	极易被忽视的药物热.....11
	认识三角纤维复合体..... 13
	《最难忘的一次失误》—— 高血压脑出血用药.....14
	《最难忘的一次失误》—— 一例重度贫血的误诊.....15
	如何应对足癣..... 16
	怀孕了，只能等确诊宫内孕才能实施药物流产处理吗？.....17
专业交流	外敷药在伤科临床上的运用..... 20
中 医	顽固性网球肘一例..... 26
	应用多年的感冒良方..... 27
	卵巢囊肿病案..... 28
	看电视剧说癌症..... 29
	改良颈椎搬法..... 31
识 草 药	阳春砂.....33
	三七.....34
病例讨论	胸闷、呼吸急促，双手抽搐一例..... 36
	胃胀，心慌，失眠五年余，加重半个月.... 38
医疗资讯	医疗资讯.....41
医网情深	退休后的感想..... 45
	怀念伯母.....45
编读往来	编读往来.....47
杂志稿约	爱爱医杂志稿约..... 48



中国首个移植子宫内孕育宝宝出生

来源：新京报

这是中国第一个、全球第十四个在移植子宫内孕育出生的宝宝，他的出生标志着我国在生殖医学子宫因素不孕治疗领域取得突破性成就，同时在子宫移植领域走在国际前列。



据央视新闻客户端消息，2015年11月20日，空军军医大学西京医院专家团队实施中国首例人子宫移植手术，成功将母亲的子宫移植给女儿杨华(化名)。2019年1月20日18点19分，伴随着一声啼哭，杨华在西京医院妇产科平安产子。经陕西省科学技术信息研究所检索，这是中国第一个、全球第十四个在移植子宫内孕育出生的宝宝，他的出生标志着我国在生殖医学子宫因素不孕治疗领域取得突破性成就，同时在子宫移植领域走在国际前列。

母亲移植子宫给22岁女儿

2015年，22岁的杨华因从未来过“例假”，来到西京医院妇产科就诊。原以为只是比同龄女孩稍晚，但随后的超声结果，却让杨华难以接受：先天性无子宫。“可以通过子宫移植拥有孩子”。医生的一番话，让原本陷入绝望的杨华，看到一丝希望。得知能帮助闺女弥补“遗憾”，母亲毅然决定将自己的子宫捐给女儿。等待移植

的日子里，杨华走进了婚姻殿堂。

在器官移植领域，子宫移植由于这一器官位于人体盆腔深部、血管纤细，术中血管切取、缝合难度极大，排斥反应强烈等原因，至今仍是世界性医学难题。国际上，也仅有个别国家尝试过数例。

针对这一世界性医学难题，西京医院妇产科主任陈必良教授等专家，自2012年在国内率先开展相关研究，成功实施数对山羊间子宫移植，在手术、麻醉及抗排斥反应等方面积累经验。与此同时，借鉴国外子宫移植成功先例，结合亚洲女性生理结构特点，开展集智攻关和协同创新。

在进行子宫移植前，2015年8月1日，专家团队为杨华施行取卵手术，通过辅助生殖技术形成14枚胚胎并冻存，为后续孕育子女做好准备。2015年11月25日，西京医院妇产科等11个学科、38位专家协作，同时为杨华和母亲开展手术。术中，为将风险创伤降到最小，医生采用达芬奇机器人技术，为母亲进行世界首例机器人辅助子宫切取术。随后，将母亲子宫放入杨华体内，并由显微外科医师在显微镜下进行血管吻合显微手术。整个手术历时14小时获得成功。术后，在医护人员精心照料和密切监护下，杨华生命体征平稳，各项指标正常，新移植子宫成活。

冷冻胚胎植入子宫孕育新生

在对移植子宫连续监测后，为提高胚胎移植成功率，专家团队采取中西医结合的方法，改善杨华子宫内膜情况，为胚胎着床做好准备。2018年6月13日，实时监测超声，在超声“慧眼”精确指引下，专家小心翼翼地将冷冻胚胎植入移植的子宫内。14天后，复苏胚胎着床，杨华成功妊娠，这已是第五次尝试。妊娠早期，杨华出现妊娠剧吐、先兆流产的症状，妊娠中晚期出现胎儿生长受限，先后4次住院进行保胎等治疗。

整个孕期，为避免出现并发症、确保母婴健康，妇产科、泌尿外科专家团队结合杨华身体情况，制定了个体化免疫抗排斥用药等方案，并定期进行超声、血药浓度、激素水平等监测。根据监测结果，实时调整用药，保证胎儿羊水、体重、胎心等生长发育指标处于正常范围。



出生三天的“添宫宝宝”

26岁女儿产下2kg男婴

足月的胎儿对移植子宫造成的压力，让分娩的风险成倍增加，陈必良教授团队选择在孕33+6周进行剖宫产手术，迎接这个新生命的到来。2019年1月20日，施行剖宫产手术。术中，采取腹壁纵切口完成子宫下段剖宫产，探查确认移植的子宫动静脉缝合口、韧带等恢复良好，手术历时1小时6分钟圆满成功。新出生的宝宝身体各指标正常，体重2kg，身长48cm。剖宫产手术结束后，专家团队没有立即摘除子宫，小两口还计划着孕育二胎。

据陈必良教授介绍，中国育龄妇女中，子宫性不孕人群约有100万左右，每年新生儿中先天性无子宫无阴道女婴占3~5万。目前，陈必良教授团队已成功实施2例人子宫移植，完成4项世界首创：世界首创以供体卵巢静脉作为移植子宫静脉血管回流支缝合于受体髂外静脉，供体髂内动脉缝合于受体髂外动脉的“西京术式”；世界首创达芬奇机器人辅助供体子宫切取术；世界首创术后六联免疫监测体系；世界首创以子宫直动脉、直静脉术中及术后超声监测作为移植子宫血流监测指标。

责任编辑：永恒流星

第一部分——西医部分

病例故事——难以预料的后果

作者：anne 医生

链接：<https://bbs.iiyi.com/thread-3441217-1.html>

前言

经口有机磷农药中毒(AOPP)曾经屡见不鲜,随着人们生活水平与文明程度提高,AOPP 虽说较前相比渐渐少了,但是在基层医院仍可见到。AOPP 的抢救大家耳熟能详:洗胃、吸氧、输液、灵活应用阿托品以及胆碱酯酶复能剂解磷定或氯磷定是抢救的主要措施。AOPP 临床表现复杂,抢救过程险象环生,结局难以预料。成功固然可喜,失败也并不可怕,应该认真总结经验教训。下面是笔者遇到的一个复合中毒病例,出人意料地出现了临床罕见的尿崩症合并高渗综合征。

病例及抢救经过

患者周某某,男,34岁。饮白酒(约半斤)2小时。因与家人怄气怒服敌敌畏50ml约1小时,被人发现后急送来诊。既往无糖尿病史。查体:T:不升,P:50次/分,R:16次/分,BP:14/8KPa。急性中毒面容,浅昏迷状态。皮肤湿冷;呼吸呼出气体可闻及混合的大蒜味与酒精味,口唇紫绀,口吐白沫。面部肌肉震颤;双侧瞳孔等大等圆,直径约1mm,对光反射存在;心率50次/分,心律齐,未闻及杂音;双肺满布水泡音;四肢肌张力增强。急查血胆碱酯酶(CHE)25U。诊断:急性酒精与有机磷类农药复合中毒。入院时检测:血常规:WBC: $9.90 \times 10^9/L$, N: 79.7%, L: 11.4%, Hb: 128g/L, PLT: $253 \times 10^9/L$ 。尿常规:PH: 6.0, SG: 1.015, PRO: 3+, BLD: 3+, LEU: 1+; 镜检:RBC: 3+/HP, 脓细胞少许。复查CHE: 20U。入院后采取吸氧、洗胃。静脉注射阿托品、解磷定、纳洛酮、抗感染、补液、纠正水电解质和酸碱平衡失调及营养支持治疗等措施,效果良好。24小时内达到阿托品化状态后阿托品逐渐减量过程中。于入院第5天,再度出现昏迷并渐加深。体温升高,急查血生化+CHE: 血Na⁺: 160.1 mmol/L, K⁺: 5.42 mmol/L, Cl⁻: 109.7 mmol/L, AB: 16.5 mmol/L, AG: 33.8 mmol/L; 血糖: 12.3 mmol/L, 尿素氮: 82.3 mg/dl; CHE: 30U。患者出现多尿,24小时达12000-18000ml,血浆渗透压升高,开始加大输液量,减少盐水入量,加用胰岛素调节血糖,机械支持呼吸,阿托品减量应用,病情仍未见好转,且继续加重。

入院第7天，复查血生化：血Na： $+149.5\text{ mmol/L}$ ，K⁺： 8.58 mmol/L ，Cl⁻： 99.7 mmol/L ，AB： 17.4 mmol/L ，AG： 33.8 mmol/L ；血糖： 14.3 mmol/L ；尿素氮： 126.9 mg/dl ；大便隐血：3+。计算血渗透压为374毫渗/L。符合高渗血症表现。之后，患者出现高热、抽风发作等表现，病情危笃，继续恶化，终因多脏器功能衰竭于入院第8天中午12时抢救无效死亡。

病例思考

本例的抢救过程可谓一波三折。阿托品化的出现给患者的恢复带来了曙光。然而，病情并未向着恢复的方向发展，病程后期却陡起风波，先是多尿、高热为主要表现的中枢性尿崩症，继之出现难以纠正的高渗血症继发脑损害，以致抽风发作。虽然医者想尽千方百计，付出了大量的心血进行积极抢救，仍然没有把患者从死亡线上拉回来。一条年轻的生命，就这样因轻生而逝去了。不禁让人扼腕长叹！也许生命中有不能承受之重，采取这种极端不负责任的方式解决不了任何问题。服毒是一场惨烈的生命之殇，自杀注定是一条不归之路。但愿天下不该发生的故事不再发生，令人心碎的家庭悲剧不再上演。

从这个病例中，我们有怎样的思考？

一、遭遇尿崩症合并高渗综合征你会识别吗？与高血糖高渗综合征

(hyperglycemic hyperosmolar syndrome, HHS) 如何区别？

尿崩症合并高渗综合征与HHS临床表现和实验室检查有相似之处。但HHS常见于糖尿病人或感染、心肌梗死、严重创伤和外科手术等应激状态。以严重高血糖、高渗、脱水、无明显酮症为特点的急症，常伴有不同程度的意识障碍或昏迷。尿崩症合并高渗综合征多见于AOPP重症患者，可能与中毒严重程度密切相关。本例为重症患者且为酒精与有机磷类农药混合中毒。搜索文献(《疑难病杂志》2011年10卷11期 832-834页)，贾嵘等进行过临床研究，指出AOPP患者合并中枢性尿崩症或高血糖者病死率极高，近期预后差。当AOPP患者出现多尿、高钠、高钾、血糖高，补液、降血糖后高血钠仍难以纠正，并出现中枢性高热、抽风发作，伴有不同程度的意识障碍或昏迷时，应考虑尿崩症-高渗综合征可能。

二、尿崩症合并高渗综合征是怎样发生的？

AOPP患者发生尿崩症合并高渗综合征机制还不清楚。有研究认为可能与呼吸抑制、脑缺血缺氧以及有机磷农药直接的中枢毒性有关(有机磷脂溶性强，能通过血脑屏障，有强烈的神经毒性作用)。AOPP发生高血糖的主要原因目前不明确。资料表

明，危重症患者高血糖的发生可能源自中毒创伤、感染后神经内分泌系统和炎症介质过度释放的结果。

三、如何诊断？

尿崩症合并高渗综合征早期是否能够明确诊断直接关系到患者的治疗及预后。对可疑者应立即查血糖、电解质、血气分析或二氧化碳结合力、肌酐或 BUN 等协助诊断。AOPP 患者发生多尿符合尿崩症表现即可诊断尿崩症；发生高渗综合征诊断可参考 2013 年中华医学会糖尿病学分会发布的《中国高血糖危象诊断与治疗指南》：血浆有效渗透压 ≥ 320 mmol/L [血浆有效渗透压的计算公式： $2 \times ([Na^+] + [K^+])$ (mmol/L) + 血糖 (mmol/L)]。其鉴别诊断包括：（1）各种类型尿崩症；（2）各类型糖尿病昏迷：低血糖昏迷、乳酸性酸中毒；（3）中毒所致昏迷、中毒反跳、中间综合征；（4）心、脑血管意外等。

四、如何治疗？

在综合治疗原发病基础上，注意以下 3 点：

1. 积极补液：补液是为了纠正失水和高渗状态，维持血管内和血管外及肾灌注的稳定，包括经口服或鼻饲补液。有些高渗状态缘于体内脱水所致，只要补足液体，症状就会改善，高血糖也会随之下降。对于伴血糖明显升高者可参考 HHS 补液原则进行处理，本文不做赘述。

2. 胰岛素的使用：以酌情慎用为原则。临床发现患者合并高血糖大多是暂时性的，并不需要常规应用胰岛素。在治疗原发病过程中，建议血糖 < 14 mmol/L，只需严密监测血糖浓度，尽量控制血糖在正常范围内；如血糖 > 14 mmol/L，且持续时间较长时，可适当使用胰岛素提高患者救治效果。

3. 严密的监测：可以参考 2015 年英国糖尿病协会发布的《成人高血糖高渗状态管理指南》，当患者出现下列情况之一时，需要进入重症监护，并进行中央静脉插管：

（1）渗透压 > 350 mmol/L；（2）血钠 > 160 mmol/L；（3）血气分析 pH < 7.1 ；（4）入院时，低钾血症 (< 3.5 mmol/L)，或高血钾 (> 6.0 mmol/L)；（5）格拉斯哥昏迷评分 < 12 分或异常警报、噪音、疼痛、反应迟钝等；（6）动脉氧饱和度 $< 92\%$ （假设基线呼吸功能正常）；（7）收缩压 < 90 mmHg；（8）脉搏 > 100 次/min 或 < 60 次/min；（9）尿排出量 < 0.5 ml \cdot kg/h/d；（10）血肌酐 > 200 μ mol/L；（11）低体温；（12）大血管事件如心肌梗死或卒中；（13）其他严重并发症。

尾声

急性有机磷农药中毒是急诊常见的危重症疾病之一，临床诊断一般不难。病程中出现尿崩症合并高渗综合征症状不典型，极易误诊，病死率高。目前在 AOPP 患者中尚无统计率，预后不良。因此，必须对此病提高警惕，将难以预料的被动现状转变为可以预期的主动局面。早发现、早诊断、早治疗。以提高患者抢救成功率。

超声入门贴 944--腹壁子宫内膜异位症

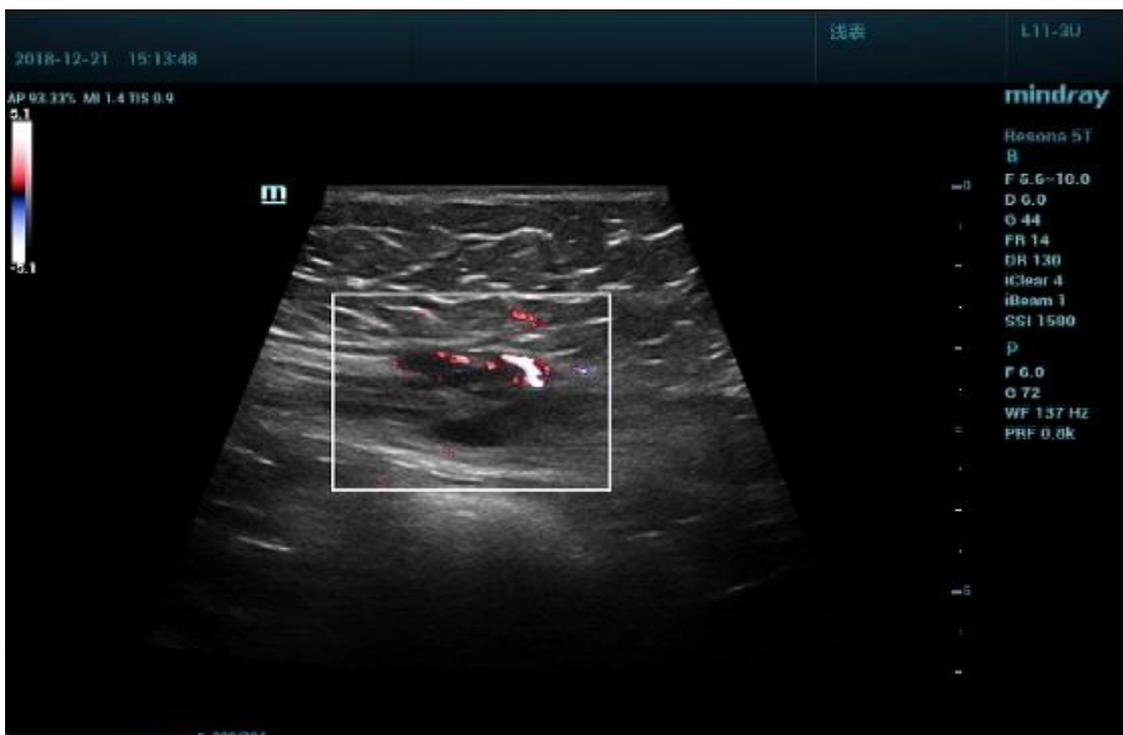
作者：songjunrui

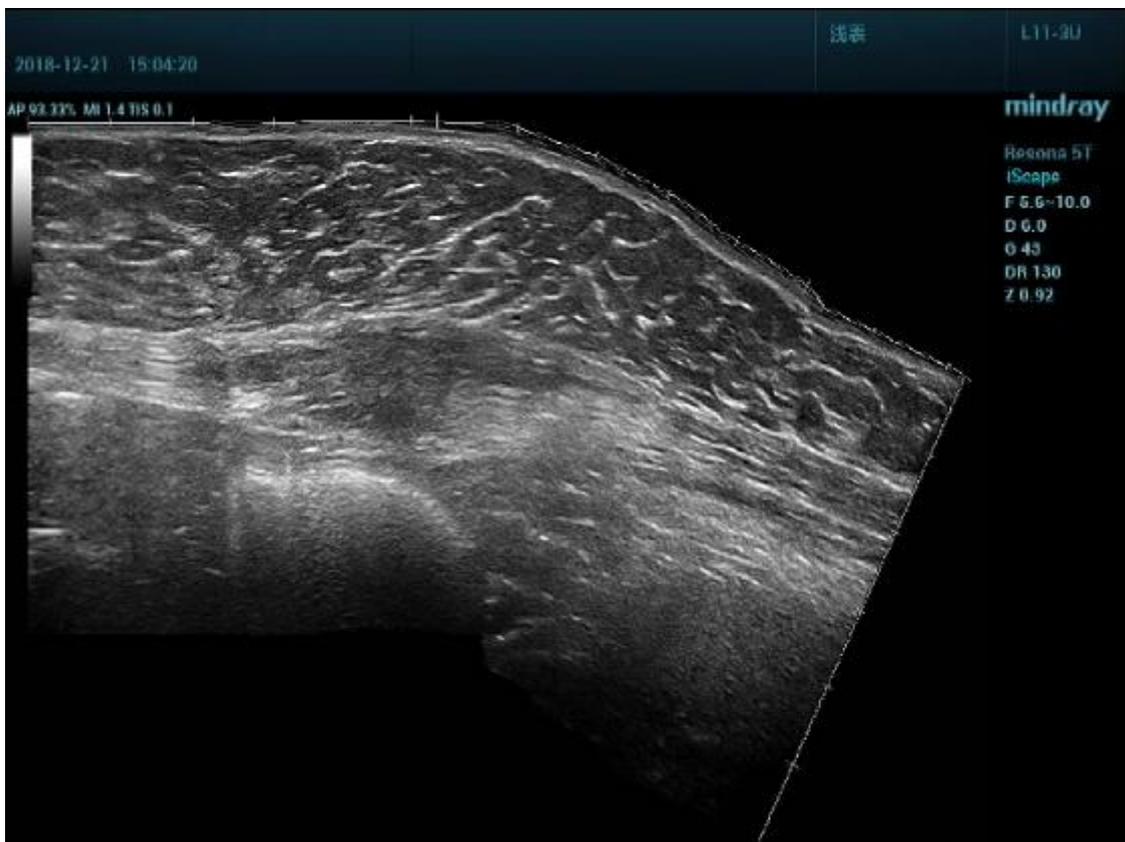
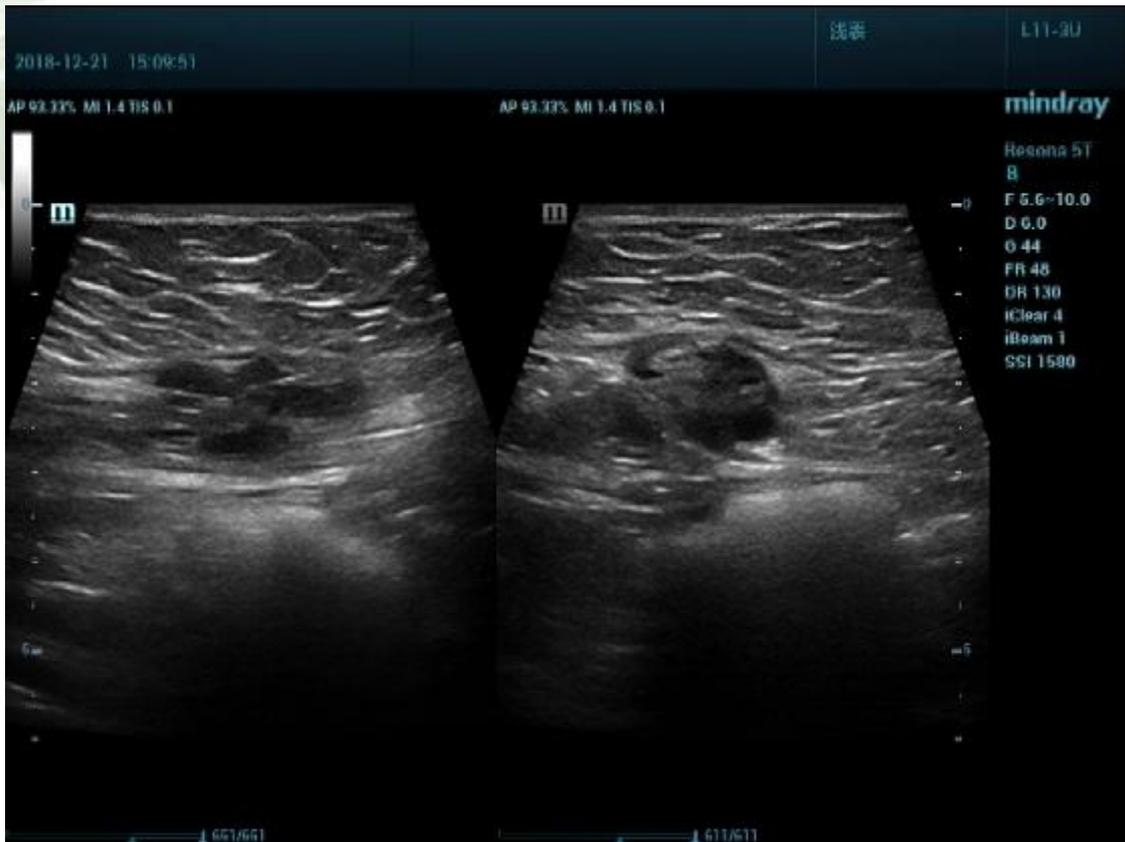
链接：<https://bbs.iiyi.com/thread-3458445-1.html>

腹壁子宫内膜异位症属于特殊部位的子宫内膜异位症，随着剖宫产率的上升，腹壁子宫内膜异位症的发病率逐年上升，足月剖宫产腹壁子宫内膜异位症发生率为 0.03%~0.40%，发病原因一般认为是在剖宫产手术时，肉眼难以发现的子宫内膜碎片，散落在腹壁切口，并种植于其中造成的。临床症状是腹壁切口处有硬结或肿块，绝大多数肿块与月经密切相关，经前及月经时肿块增大疼痛加重，经后疼痛缓解而且肿块缩小，伴随痛经、月经过多、经期延长、不孕、性生活不快、大便坠涨、膀胱症状等等。超声检查可帮助诊断。

鉴别诊断：对于症状不典型的腹壁子宫内膜异位症，术前需要与其他疾病相鉴别，包括切口硬结、切口缝线肉芽组织、切口疝、脓肿、血肿、腹壁肿瘤等。

案例分享：患者女性，30 岁，痛经 12 年，剖宫产术后六年，痛经加重两年。







极易被忽视的药物热

作者：h115400

链接：<https://bbs.iiyi.com/thread-3434734-1.html>

16 年前的一个早晨，女儿瑶瑶诉左侧腰痛，一个小时后，腰痛减轻，开始头痛。查体温 38.9℃。第一印象：肾脓肿！

我们是多囊肾家族，我和女儿，我弟弟和他儿子都患有多囊肾。四年前，我因囊肿并发肾脓肿，明显的寒颤高热，腰痛，自己在诊所给自己治疗，用药两周整，终于让体温投降，不再抬头。后又继续口服五天抗生素巩固，此后未再复发。

基于有这段前提，所以第一时间想到肾脓肿的可能。接下来血象和超声也支持诊断。所以决定自己在家给孩子用药。

接下来按经验用药（和我当年用药方案一样）：

第一周选择了左氧、头曲、替硝唑，一天一次静滴，口服阿莫西林。第七天查血：血象从 $16 \times 10^9/L$ 降到 $9.90 \times 10^9/L$ ，B 超未见明显脓肿声像。体温在 36.5-37.2℃ 之间波动，腰痛减轻，精神状况渐好。

第二周改用左氧、头孢他啶、替硝唑，头孢他啶一天两次静滴，继续口服阿莫西

林，输液过程无任何不适。但这一周变化不明显，体温似乎还要稍高一点，在 36.5–37.6℃ 之间波动，体温很规律，通常是早上恢复正常，37℃ 以下，从中午开始体温逐渐上升，并一直保持低热状态没再出现高热。无明显腰痛，精神状况良好，饮食睡眠正常，只是每天出汗不止。非常不解：明明血象也下来了，超声显示脓肿差不多都吸收了，孩子也没有什么不舒服了，为什么发热一直退不下来呢？

印象：1. 脓肿吸收不完全，小量感染灶引发持续低热？ 2. 不典型肾结核并发脓肿？

第 15 天用药同前，多加了 1g 头孢他啶。晚上体温没有盼望中的下降，反而上升到 38℃！瞬间一个名词闪过脑门：药物热！

当晚一夜未眠，查阅大量的药物热相关报道、课题、论文，居然发现，在住院发热病人中，药物热高达 20%！反复对照药物热的表现和病因，越看越确定，遥遥这几天的发热就是药物热！

第 16 天开始，停用所有静滴及口服用药，单输 5% 糖盐 2000ml，口服钾、钙，这一天体温终于被降服，徘徊在 36.5℃ 左右，没再升高！药物热诊断明确！

药物热其实不少见，但极容易被忽视。在感染性疾病中，抗生素使用往往需要较长疗程，在这个过程中出现的药物热，特别是不伴有皮疹等过敏表现的药物热非常容易被原发病引起的发热掩盖，我们最容易想到的是：药量不够？药物不敏感？感染灶控制困难？初始诊断错误？但如果我们对药物热多一点详细的知识，结合患者的用药及临床表现，还是可以考虑到。

知识点：

以下几点有助于诊断药物热：

1. 对待发热一定要进行全面细致的体检，并通过各种辅助诊断进行综合分析，如为“药物热”，则缺乏明显的感染病灶。
2. 虽然体温超出正常（多表现为持续高热），但中毒现象并不显著，精神状态一般良好，也无慢性病容。
3. 除发热以外，常同时伴有皮疹，这更有助于药物过敏反应的判断。抗生素引起的药物热往往不伴皮疹或仅有轻度的皮疹。体温多于停药后两天内恢复正常。
4. 平时若有对食物或药物过敏的现象，尤应警惕药物热的可能。
5. 一般而言，在应用抗生素的疗程中，如病情已改善，体温下降或已趋正常之后再度上升或热度重现者，应考虑药物热的可能。如果发热出现在使用抗生素之后，

由于输液大多在白天，所以到了夜间患者体温会有下降趋势，这是药物热的一个特点。这与感染性疾病所致的发热正好相反。此时如患者原有感染已获控制，且无新感染或二重感染的证据，而白细胞总数不高，无明显的核左移与中毒性颗粒，或有嗜酸粒细胞增多，停药而热度下降、皮疹消退者，则“药物热”的诊断即可成立。

认识三角纤维复合体

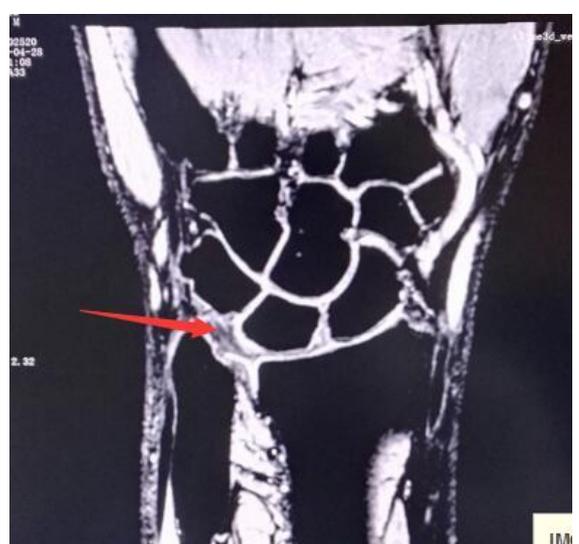
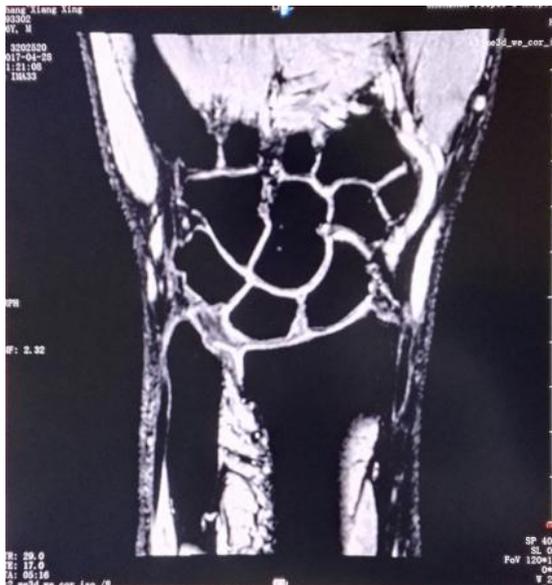
作者: ngf1978

链接: <https://bbs.iiyi.com/thread-3408660-1.html>

患者男性，36岁。

病史：右腕关节疼痛，活动受限5个月。

临床怀疑右腕关节三角纤维复合体损伤。



三角纤维软骨复合体 (triangular fibrocartilage complex, TFCC) 是指腕关节尺侧的一组重要结构, 包括关节盘, 半月板同系物, 掌侧和背侧远尺桡韧带, 尺侧伸腕肌腱鞘深层, 尺侧关节囊, 尺月韧带和尺三角韧带。掌侧和背侧远尺桡韧带包括浅层和深层纤维, 二层在桡骨附着处汇合。TFCC 复杂的解剖和多重的功能, 使其易于遭受外伤和出现退变。

浅层部分包绕关节盘, 止于尺骨茎突, 但没有一个界限清楚的止点。深层部分的掌侧和背侧纤维在近止点附近汇聚相互交错形成一个联合腱, 止于尺骨茎突基底凹陷部位, 此处也是尺头韧带的尺骨附着点。这一组复合结构在解剖上融合, 但功能不同。TFCC 的主要功能有 (1) 桡骨远端关节面的尺侧延伸, 覆盖尺骨头; (2) 传导尺腕关节间的轴向应力, 吸收部分负荷; (3) 形成桡骨、尺骨远端牢固的弹性连接, 提供旋转稳定性; (4) 对腕关节尺侧部提供支撑。TFCC 复杂的解剖和多重的功能, 使其易于遭受外伤和出现退变。(刘波 译, 腕关节镜: 入路、方法和手术操作. 引自 Slutsky DJ (美) 著, 姜保国, 田光磊主译, 腕关节外科学—高级理论与手术技巧: 人民军医出版社, 2011: 400-424.)

本例的三角纤维复合体稍许增厚, 没有特别的问题。

《最难忘的一次失误》—— 高血压脑出血用药

作者: zhouyizmc2002

链接: <https://bbs.iiyi.com/thread-2495493-1.html>

医学是一个客观性与实践性很强的科学, 希望都能认识到这一点。写到这里时我首先得感谢重庆合川区小沔中心医院张真望院长 (当时内科副主任医师)。那天晚上我在他的带领下值夜班, 大约晚上 9 点钟, 我院急救车急诊送入一个老年患者, 既往有高血压病史 15 年, 最高血压 200/100mmHg, 规律口服降压药物硝苯地平片 10mg, tid, 未监测血压。1 小时前因活动中突然出现右侧肢体活动受限入院。体格检查: Bp: 180/90mmHg, 余生命征平稳。右侧上肢、下肢肌力分别 II、III 级。病理征阳性。考虑高血压脑出血, 左侧基底节? 立即作急诊头颅 CT 检查, 明确诊断为左侧基底节区脑出血, 高血压病 3 级, 很高危组。

立即心电监护, 监测生命体征, 保持呼吸道通畅, 降血压, 降颅内压, 防止应激

性溃疡，预防感染等对症支持治疗；

尤其降颅内压时候 我常规选择甘露醇 125ml+地塞米松 10mg，当时忽视激素对血压的影响。张院长发现后立即给我讲解，不要用激素，防止激素引起血压升高，其次激素加重应激性溃疡，在他的指点下我铭记在心。

最后患者病情好转出院。

体会：尤其是医学生，或者毕业医师，经验有限，作为上级医师一定要仔细监督，毕竟我们在面对生命，希望我们年轻医师在各位长辈指导下茁壮成长。

《最难忘的一次失误》—— 一例重度贫血的误诊

作者：阿松哥哥

链接：<https://bbs.iyyi.com/thread-2495414-1.html>

患者男，68岁，农民。

主诉：头晕、乏力一月余，加重3日。

现病史：患者1月前无明显诱因感头晕、全身软弱无力，尚能忍受，自认为“累了”，曾于10余日前来诊要求滴注参麦注射液。当时检查患者无明显阳性体征，给予输注参麦注射液3日，述稍好转。3日前头晕、全身无力加重，伴活动后心慌、气短，恶心未吐，来诊。起病后患者精神差，食欲差，二便尚可。

既往史、个人史、家族史：患者50多岁时开始出现不明原因“心悸”，主要是晚上不能躺着睡觉，躺着睡就发作，坐着睡无影响，与劳动或活动无关，对生活无明显影响，在各大医院检查均无明确诊断。无高血压、糖尿病、心脏病等病史，否认慢性咳、喘病史，无溃疡、胃炎等消化道病史，否认手术、外伤史，无烟酒等不良嗜好，自少时开始即只吃素食（这个是最后一次询问得知的）。育有2子2女，均体健。

体格检查：体温36.8℃，呼吸22次/分，脉搏108次/分，BP130/70mmHg，可见睑结膜、口唇、手指甲床等处苍白，双肺未闻及异常呼吸音，心率108次/分，律齐，心脏各瓣膜区未闻及明显杂音，余未见异常。

辅助检查：无。

初步诊断：贫血，贫血原因待查。

嘱到上级医院检查诊治，确诊为重度缺铁性贫血。经治疗痊愈。后荤素搭配均衡

饮食，近几年身体尚健康。

分析总结：老年患者，除不能躺着睡觉外无其他疾病史，无明显诱因出现头晕、全身软弱无力等 1 月，10 余日前来诊时虽查体无明显阳性体征，但应考虑排除引起头晕、乏力的常见诱因之一贫血的可能，如嘱至上级医院检查可确定诊断，即可避免误诊。

如何应对足癣

作者：李治国

链接：<https://article.iyyi.com/detail/411573.html>

导读：足癣是由致病性真菌引起的足部皮肤病，具有传染性。足癣在全世界广为流行，在热带和亚热带地区更为普遍。在我国，足癣的发病率也相当高。

最近遇到几例因足癣导致的甲真菌病的女性患者，药物治疗欠佳，不得已选择拔甲治疗。小编这里再次温习了足癣的有关文献，其中一篇《临床足癣诊疗指南》比较实用，现结合自身临床经验初步解读如下：

一、足癣又称为脚气、香港脚、运动员足，是常见的浅表真菌病，夏秋季高发，可通过接触传染，导致瘙痒、刺痛、皮疹等，具有易治疗、易复发的临床特点。该病的主要临床症状为：足部瘙痒，足底皮肤发白松软，足部皮肤脱屑并不断扩大，足部水疱（多见于脚趾间、足侧），脚掌和脚跟部角质增厚、脱屑。

二、指南中明确指出该病可以通过生活行为而预防感染，如：透气性好的鞋袜、每日更换并清洗袜子、避免赤足踩地板、地毯等公共区域等。同时建议患者不要抓挠瘙痒部位、保持局部干燥、局部适当应用药物治疗。

三、诊疗该病时需要了解详细的病史和系统的物理检查，同时真菌镜检和真菌培养也是必要的。该病的治疗以外用药物治疗为主，因为具有易复发的临床特点，故需要持续 1-2 个月治疗。

四、针对不同的临床症状需要不同药物治疗，现总结如下：

1. 针对水疱并有脱屑的情况建议选择刺激性小的霜剂或者水剂如联苯苄唑霜或溶液。

2. 出现发白、松软、糜烂，有渗液的情况时建议首先使用 3% 硼酸溶液或 0.1% 雷夫努尔等湿敷，待渗出减少后使用枯矾粉、咪康唑粉等以促使皮肤干燥，继而使用刺激小的霜剂或者乳膏。

3. 对于角质增厚、脱屑的患者建议选择使用剥脱作用较强的制剂如苯甲酸软膏剂等。

怀孕了，只能等确诊宫内孕才能实施药物流产处理吗？

作者：张素菊

链接：<https://article.iyyi.com/detail/411818.html>

说到怀孕后的人工流产，我们妇科医生当然不会陌生，无外乎就是确诊宫内孕后要么负压吸引人工流产术、大于孕 10 周的行钳刮术，要么米非司酮+米索前列醇进行妊娠 49 天内的药物流产。这几种方法的实施，在第九版《妇产科学》中，都明确指出需“超声确诊为宫内妊娠”才能进行的。人工流产手术那不必多说，但是药物流产术，难道就一定要确诊为宫内妊娠才能进行吗？要知道，B 超确诊为宫内孕，血 HCG 值至少要在 1500IU/L 这个值以上，阴超才能看到孕囊所在，而腹部超声则要晚上一周才能看到。而且就算是看到了孕囊，没有看到卵黄囊，只是一个宫内小液暗区的情况下，B 超也不会给我们下个不打问号的“宫内早期妊娠”的诊断来的。那么这种情况下，我们就只能等，等着确诊怀孕的血或者尿检结果，再等一周或者两周，B 超确诊是宫内孕了才能去考虑药物流产。如果实施后不能完全流产，要用药处理，如果药物处理不能让残留组织排出，那最后得清宫，这样其实比直接人工流产手术还要折腾，费时长不算，因为流血时间长，流产后发生感染的概率可能更大些。

那么，我们能不能在下次来月经之前一两天，或者月经过期一周内，仅尿检或者血检阳性，甚至弱阳性，B 超还什么都没有探出来的情况下，就把这个意外终止掉呢？这样就可以减少很多确诊宫内孕后再做药物流产以及人工流产手术的伤害，让早早期终止妊娠变得更安全，效果更确定，对人体的伤害更小。

笔者在 2009 年实施过这样的处理方式，选择的病例均为停经一周内，B 超检查未发现宫内或者宫外孕囊，子宫内膜厚度在 7mm~12mm 以内者，共 7 例，均除外米非司酮以及米索前列醇使用禁忌症并肝功能无异常者，并说明有失败的可能，如果失败后，不排除宫内孕的可能，毕竟处理当时并不能确诊是否宫内孕。用药方式：白天服用中药宫外孕方（天花粉、丹参、赤芍、桃仁、没药、乳香，组方有活血祛瘀的作用，天花粉有胚胎毒性，有杀胚作用，也是常用于宫外孕保守治疗的中药），连用三天。

服药的第一天夜间 8 时至 9 时左右服用一次米非司酮，150mg 量，服用中药的第三天晚上相同时间服用或者阴道放置米索前列醇片 2 片。所有的用药者在放置米索后的两至三个小时内有出血，量较平常经量稍多些，因米索前列醇作用，会有轻至中度腹痛的症状，均能耐受。出血按平常经期过程进行，均能按期止血，止血后进行尿妊娠检测均为阴性。

在 2015 年，广州医科大学附属第三医院妇科副主任医师李翠兰博士及其团队的发现，如果能在月经来潮前的 1~2 天内服用超低剂量米非司酮联合米索前列醇，即可实现“催经止孕”。即如果已经怀孕，可以终止妊娠，如果没有怀孕，则可以让月经“如期而至”，而且服用的药量比“例假延迟一周内服药终止妊娠”的药量更低，副作用因而也更低。这个团队还发现这种处理方式相对于传统的早期妊娠终止方法有以下几种的优势：

1. 成功率高达 98%以上，避孕率不输于传统的四种避孕方式。
2. 跟传统的避孕方式相比，对生殖系统几近零伤害，“服药后的结果就是来一次正常的月经”。
3. 不管一个月内有过多少次无保护的性生活，都只需要在月经来潮前的一两天内服用一次药即可，而且，只需在需要避孕的那一个月服用。既不需要像常规避孕药那样每日一服，也不需要像长效避孕药或避孕环一样长期留在身体里，同时，又不像紧急避孕药那样“只管一次”。
4. 跟传统避孕方式需停止避孕后 3 个月以后才能怀孕相比，这种避孕方法的药量半衰期只有 23~26 小时，也就是说，服药终止妊娠后，下个月即可计划怀孕。

笔者结合自己的临床使用经验，以及广州医科大学附属第三医院妇科副主任医师李翠兰博士及其团队的总结，认为这样的早期妊娠终止方式还是可以接受的，这种“避孕方式”，还是有临床推广运用的价值的。但是为什么直到现在我们仍未能推广这种方法呢？可能和我们做临床的一些思维定势有关，我们在工作中总是无法脱出药物说明书以及教科书和各种指南的圈，也可能和现在的医患关系紧张等影响了这种方法的推广应用。其实在工作中，就异位妊娠的保守治疗中，除了用甲氨喋呤外，我们也常用米非司酮以及天花粉来做治疗，而且还是在确诊异位妊娠，看得到孕囊包块的情况下用，既然胚胎都已经能看到情况下，都可以用，那胚胎还没有长大到 B 超探查得到的情况下，使用又能有什么危害呢？在胚胎还没有长大之前就干扰它的着床环境，让它不能顺利成长，停育，然后促进内膜剥脱让它排出或者吸收掉，其过程等同于来一

专业交流

次月经，还避免了药流不全的刮宫，或者人流手术，减少流产术中的并发症以及流产后的后遗症的发生率，或者能因此减少一些因为药流或者人流手术导致的不孕不育症，在减少妊娠者处理上的经济负担以及痛苦都有很大的益处。其中得到的利远大于弊。

责任编辑：寒 冰
编辑：刘延红大夫



第二部分——中医部分

外敷药在伤科临床上的运用

作者：接骨草

链接：<https://bbs.iiyi.com/thread-2587461-1.html>

我从事中医治疗骨伤已经整整 20 年了，一直以手法治疗为主，但我认识到手法治疗骨伤存在一定的局限性。本文以我个人的观点向初学者做一些建议，好好练习基本功，世上没有任何的速成方法，手法治疗也是如此，比如摸法是检查的必要手段，靠的是医生手指的感觉，只有多摸，才会真正的感悟到肌肉组织或者骨位关节的一些变化，逐渐熟悉这些变化，才会做到心中有数，才会知道病变的具体位置。如果没有摸的基础，那就不可能准确的明白疾病形成的原因，无论如何也不会提高临床的治疗效果。只有明确诊断才会知道手法治疗的适应症是什么，哪些疾病用手法治疗效果比较好，哪些疾病手法治疗效果不好，效果不好我们又该怎么办？

中医骨伤治疗疾病强调“七分手法三分药”，中医骨伤的手法分为正骨和推拿这两种，骨折错位正骨和关节复位就可以了，软伤类疾病就运用推拿治疗。但骨折或者关节错位通过复位后，如何去促进骨折的恢复？如何去修复关节创伤后软组织的修复？单纯靠手法是解决不了的，解决不了那就要靠药物了。今天我讲的是外敷药在临床当中的运用问题。

现在很多人都喜欢秘方，我以前也不例外。但后来慢慢发现所谓的秘方也不是什么病都可以医治的，外敷方和内服方的道理一样，需要辨证用药。是对证用药而不是对病用药，我对学生都一直强调一句话“为医贵在明理，理精方可艺熟。”用药无论是外敷药还是内服药，一样需要明白方子的组成，针对的方向是什么，这是作为一个临床医生必须具备的基础。先将我临床常用的十几个外敷方在这里发给大家：

一、新伤外敷药

当归 500 克，红花 500 克，大黄 200 克，土鳖虫 100 克，乳香 500 克，没药 500 克，刘寄奴 1000 克，茜草 1000 克，姜黄 1000 克，赤芍 500 克，延胡索 500 克，蒲公英 2000 克，黄柏 1000 克，黄芩 1000 克，透骨消 1000 克，牛膝 1000 克。

这是用于新伤或者骨折早期的一个方子，损伤早期都叫新伤，此时损伤的局部气血凝滞，阻塞经络，肿胀疼痛，而且血瘀就会化热，损伤局部除功能障碍、剧烈疼痛

以外，有的可伴有发热，所以治疗的方向就是活血化瘀，消肿止痛，并适当辅以寒凉之品的局部用药，这样消肿快，减轻疼痛快，对骨折愈合也有促进作用，骨科常说的一句话：“骨不接，肿不消。”骨不接是讲的手法正骨，只有骨折复位，才会促进骨折的愈合。还有一句话“肿不消，骨不长”，要想骨折愈合快，就要消肿快才行。

二、强筋健骨外敷散

续断 8000 克，骨碎补 1500 克，土鳖虫 1000 克，刺五加 6000 克，当归 3000 克，赤芍 500 克，乳香 500 克，没药 500 克，地龙 3000 克，木瓜 4000 克，白芨 4000 克，五倍子 7500 克。

方解：骨折经初期治疗，骨已连，筋已续，但骨尚未坚，筋尚未壮，所以中期我们以健骨强筋为主，兼以活血止痛。

三、陈伤外敷散

生川乌 3000 克，生草乌 3000 克，肉桂 2000 克，细辛 2500 克，川芎 5000 克，赤芍 3000 克，刘寄奴 2000 克，炮姜 2000 克，艾叶 2000 克，千年健 500 克，白芷 2000 克，石菖蒲 2000 克，透骨消 2000 克。

方解：人体受伤后，脉道、经络、肌肉筋膜、筋腱受损，使气血运行不畅，产生肿胀，活动不利。治疗不及时或不当，则淤血凝滞，客于经络，演变为劳损痼疾，迁延不愈。又因人体与自然相应，故气候变化或阴雨潮湿，则劳损部位气血不畅，就会发生疼痛，酸胀难忍，苦不堪言。此时的治疗，就要温经通络，驱寒除湿，活血散瘀。

四、通络消肿散

归尾 250 克，赤芍 250 克，槟榔 250 克，生地 250 克，骨碎补 200 克，桃仁 50 克，红花 100 克，生乳香 100 克，生没药 100 克，土鳖 100 克，地龙 100 克，姜黄 100 克，枳壳 100 克，香附 100 克，生甘遂 250 克，阿魏 250 克，雄黄 150 克，白芥子 50 克。

当时研制这个方子时我是颇费了许多脑筋的。当时发现膝关节的滑囊炎的治疗反复无常，时好时发，颇觉头痛。思之良久，觉得滑囊炎还是以湿邪为主，兼夹气虚、血瘀、痰凝。故而配此方。我配此方时的构想依据是人体气血是最贵重的，气为阳，血为阴，气伤痛，形伤肿。气须流行，血要温通，气滞则胀，血滞则瘀，此瘀血之由因也。气血遇寒则滞，血遇温则行，故瘀肿之疾，药亦温通，此用药之大法也。世间之疾，湿最难医，迁延绵长，粘滞之故。辛具开泄，又具发散，此治湿用辛之因也。久病之疾，比夹气血痰湿之瘀，故用药辛温为大法，兼以行气、活血、化痰、祛湿之

剂，佐以虫蚁通络搜滞之品。此立此方之大义也。

主治：关节的滑囊炎，痛风，新旧伤软组织肿胀者均可运用。

用法：上方打成极细粉末，临证时用蜂蜜调敷患处。

五、胸胁损伤外敷方—顺气活血散

香附 50 克，生乳香 30 克，生没药 30 克，水蛭 30 克，甲珠 20 克，五倍子 30 克，肉桂 20 克，酒军 30 克，冰片 10 克。

功效：软件散结，行气止痛。

主治：胸肋部的损伤和筋结包块。

六、五黄散

黄连 200 克，黄柏 200 克，黄芩 200 克，生大黄 200 克，雄黄 200 克，冰片 30 克，薄荷脑 15 克。

功效：镇痛消炎

主治：新伤红肿热痛，亦可用于疮痍所致的红肿疼痛。

用法：打细粉用蜂蜜调敷患处。

加减：在外伤初期，其损伤均为气血，有偏于气肿的，有偏于血肿的，有气血肿者。对于不同的肿胀，可以临床随证加药。偏于气肿者加枳壳、薤白。偏于血肿者加三七。气血肿者，加土鳖、枳壳、桃仁、红花。

七、温经通络散

北细辛 100 克，石菖蒲 100 克，苍术 100 克，生川乌 50 克，生草乌 50 克，生乳香 50 克，生没药 50 克。

功效：温经散寒，除湿止痛。

主治：寒湿引起的疼痛。

用法：打细粉用蜂蜜调敷。

八、五厘拔寒散

麻黄 50 克，桂枝 50 克，生川乌 50 克，生草乌 50 克，生一支蒿 50 克，白芷 50 克，甲珠 20 克，威灵仙 100 克。

功效：温经散寒，通络止痛

主治：寒性疼痛（拘急性疼痛），比较严重者。

用法：同上方。（甲珠现在我没有用了，白芷加倍，效果还比较理想）

九、桃花散

桃仁 100 克，红花 100 克，土鳖 50 克，枳壳 100 克。

功效：活血散瘀

主治：外伤淤血肿痛。

用法：打细粉，用时调敷。

外敷的治疗与内服的道理是一样的，临床必须辨证用药，对症方可有良效。

十、丁桂散：

公丁香 2 份，肉桂 4 份，北细辛 2 份，樟脑 1 份。

功效：温经通络，散寒定痛

主治：麻木冷痛

十一、四生散

生川乌、生草乌、生南星、生半夏等量打极细粉末。

我临床在此方的基础上加入一味雪上一支蒿，定其名为五虎定痛散，其止痛效果更著。

五虎定痛散

生川乌、生草乌、生南星、生半夏、生雪上一支蒿各等份

功效：止痛

主治：疼痛类疾病

上二方均可单独外敷，止痛效果均佳。不过用量不宜太大，容易皮肤过敏。也可泡酒外擦患处，忌内服。雪上一枝蒿民间又称其为磨三转。言其在土碗内加酒磨三转，其酒可以内服，超过三转内服就会要命。其对于跌扑肿痛、风湿红肿，特别是各种内外伤疼痛，内服外搽具有立竿见影的奇特疗效，但毒性很大，用之得当治病，用之失当致命，民间常因误服或服用过量而导致中毒死亡的现象时有发生。我以前在老家是曾亲眼见两个服用含有雪上一枝蒿药酒中毒的病人，此二人均只喝了一口。还未送至医院就已经死亡。

十二、痛风散

七叶一枝花 30 克，黄柏 20 克，黄连 20 克，黄芩 20 克，生大黄 20 克，雄黄 20 克，土鳖虫 20 克，地龙 20 克，阿魏 20 克，枳壳 15 克，红花 10 克，冰片 10 克，白芥子 10 克。

功效：清热除湿，活血定痛

主治：痛风

以上这些方子都是我临床常用的方子。

光看这些方子很多人可能不会明白方子的治疗理路，我先讲一下骨伤领域大体的治疗理路。传统伤科骨折治疗分为三个期，早期、中期和后期。早期（是指伤后 1-2 周）的治疗原则是：活血散瘀、消肿定痛为主。中期：（伤后 3-6 周）的治疗原则是接骨续筋，强筋健骨为主。后期：（伤后 7 周以后）的治疗原则是温经通络为主。临床不论外敷内服均不出此三期治疗的大体法则。

先谈谈早期活血散瘀、消肿定痛的治疗原则，不仅适合于骨折的早期，扭伤、挫伤早期的治疗亦是这个原则。那么治疗的时候是不是都用一个方子呢？比如用新伤方。不是，在这个活血散瘀的情况下，还会夹杂着清热解毒，凉血，止血的一些理念在里面。而损伤早期的肿胀亦可能以血肿为主，有可能以气肿为主，其用药都会有适当的调节。这个肿呢临床中引起的原因很多，比如气肿，血肿，虚肿（气虚导致的肿，阳虚导致的肿），水肿，脓肿，红肿等等，这些肿在治疗时都是可以配合外敷药来促进其恢复的。来谈论这个损伤初期的肿胀问题。中医有句话“气伤痛，形伤肿，先痛而后肿者气伤形也，先肿而后痛者，形伤气也。”骨科的损伤离不开气血，只要损伤气血都会伤的。扭伤、骨折导致组织的撕裂，血管出血继发肿胀，这种情况都是疼痛比较严重的，也就是所谓的气伤形。而有的损伤，比如扭伤，其韧带的损伤不是很严重，当时可能就有点轻微的肿胀，疼痛也不太明显，而后来通过活动后，疼痛逐渐加重，这种情况就是形伤气。在损伤当中，血肿大家都知道，一看明显的肿胀，皮下都是青紫色的，这是典型的血肿。而气肿，损伤后局部轻微肿胀，按之凹陷，可以立即弹起这种肿胀叫气肿。在肋故的骨折中常常可以触摸到皮下有捻发音——就是用手搓头发可以听到的那种声音，这也是气肿。在血肿当中，有的表现为皮肤发红而且发热，这是我们说的红肿。血肿活血散瘀就可以了，气肿就要行气消肿。红肿呢就要清热解毒，凉血消肿了。

一般来说新伤基本上气血都是共同损伤的，一般情况的新伤外敷新伤方就可以了。而有的新伤类疾病表现为血肿比较严重，疼痛不是太严重，这种情况我们就要选用专门针对血肿的桃花散来进行治疗。气肿或者是疼痛典型而肿胀情况不是太严重的我们就要选用顺气活血散了。这个顺气活血散我在胸肋部的损伤是必须用这类方子的。可能很多朋友会想到新伤就用活血散瘀的新伤方，那是不行的，因为胸肋部的损伤是伤气多一些，必须以行气为主，活血为辅，这是我临床中的体会。我一个老师治疗这类情况就用一味药，香附打粉外敷就可以了，其取的也是以行气为主。而损伤初

期局部红肿的怎么办，如果用新伤方和 顺气活血散来治疗效果就差得多，红肿就是淤血化热的现象，这种情况我们就要选用五黄散来解毒凉血，消肿定痛。这个五黄散在外科的疮疡初期局部红肿的也是可以用的，中医外科治疗无非消、托、补，早期就是消，凉血解毒的方法也是外科消法当中的一种。

接下来谈谈骨折中期的问题，骨折中期用药没有大的变化，就用强筋健骨散就可以了。前不久群里探讨了一次股骨头坏死的问题，之后田云健老师给我分享了一个治疗股骨头坏死的方子，在此感谢田云健老师的无私。我在这里引用田云健老师这个方子的意思是什么呢？我是想告诉大家，股骨头坏死外敷也可以运用接骨续筋，强筋健骨的方子，其理是通的。而这个方子在临床中还可以运用于腰部疲乏无力的情况，疲乏就是肌肉力量不够，力量不够怎么办？强筋啊。膝关节的增生性疼痛（这个膝关节增生性疼痛我的理解是关节间隙变窄，而膝关节周围组织肿胀并不严重，但关节都有变大现象，坐位疼痛不明显，起立迈步的时候疼痛，而适当行走后疼痛减轻，行走时间稍长疼痛又加重，这种情况多见于70岁以上的老人。）这个增生性的疼痛也可以用强筋健骨的方子，因为年老体衰，筋骨都开始退变了呀，所以我们一样的强筋健骨就可以了。还有关节软骨类疾病，如半月板的损伤，都是运用强筋健骨的方法来治疗。骨囊肿，骨结核，骨质疏松类我临床有时也是用这个方子来治疗的。这类疾病的机理都是一样的，所谓理通则法明嘛！

再来谈谈骨折后期的问题，在骨折患者中，有很多患者治疗到中期后就不再治疗了，有很多医生也是给患者治疗到中期就不继续治疗了，而放弃了骨折后期的治疗，以至很多骨折的患者后遗天气变化疼痛。所以后期治疗还是必不可少的，特别是中老年患者。这个时候就要用温经通络的陈伤方，或者用温经通络散，五厘拔寒散，丁桂散这类的方子了。骨折后期通用陈伤方就可以了。

接下来再讲一下外敷药在软组织损伤方面的运用情况，我们常常说的软伤疾病（在我们骨科说的是筋伤类疾病，也就是颈肩腰腿的疼痛）。这个软伤类的疾病其中有很大一部分都属于陈伤类疾病，以前大多喊的劳伤，劳伤劳伤就是劳累导致的损伤嘛！大都是积劳成疾所致，所以有很多治疗都比较缓慢。虽然软伤类（我们喊的筋伤）这类疾病手法是我们的治疗强项，但其中有一些单纯靠手法是解决不了的。比如天气变化的疼痛，手法可以解决吗？揉揉当时是舒服，但能够解决根本问题吗？答案是不能，那么这种情况我们怎么办？只有靠药物来辅助治疗。我临床大都是手法配合外敷药来治疗的。在这里我就延伸谈谈我对筋伤类疾病的一些敷药理路。筋伤，以酸胀为

主局部组织没有明显肿胀的，这种情况是局部气血不畅通所致，我用陈伤方。如果局部感觉僵紧而且胀痛，我们按压局部皮肤会发红的（这种情况我认为是寒湿聚于皮下的原因），我用温经通络散。如果疼痛典型，呈拘急性疼痛的（这种情况是寒气偏重，寒主收引嘛，收引肌肉就会拘急），这种情况我就用五厘拔寒散。如果关节冷痛为主，（这种情况是寒气聚集较深所致），我就用丁桂散。疼痛比较严重的我会在外敷药当中适当加入五虎定痛散。在软伤类疾病中我们常常会有筋结包块的情况，这是临床比较普遍的，这类情况我用的是顺气活血散，结者血之聚也。在前面我不是说顺气活血散是行气为主的吗？这个方子还有一个功效就是散结，可以软化筋结包块。这顺气活血散中的水蛭、甲珠专门就是入血分化疾块的，而冰片可以引药深入，直达病所。你们可以看见其他很多人治疗新伤类疾病的方子都加了冰片的，而我的新伤敷药大都没有冰片，为什么呢？冰片这个药可以引药深入，也可以引邪深入，就是表浅的疾病用冰片反而将疾病引到深处。所以我很少用冰片这味药。

最后我再谈谈滑囊炎和痛风的问题，滑囊炎和痛风在我看来其病机都类似，都是以湿为主因。湿性粘滞，如油裹面，就好比灰面里面掺了油，要想将油分离出来很难，所以这类疾病难医，容易复发。滑囊炎我个人的理解是气虚间夹痰湿，痹堵气血所致。滑囊炎在临床中常见两种情况，一种是关节肿胀而且皮肤发红发热，肿胀的时候可以用针抽出黄色的分泌液。一种是关节肿而不红。红肿者疼痛相对典型一些。痰湿郁而化热所致，我临床运用的是通络消肿散。关节肿而不红的，我外敷的是陈伤方。痛风很多人都知道，关节红肿疼痛，以足第一掌趾关节最为多见，夜间疼痛典型，患者常常因为疼痛剧烈而不能入睡，我们中医喊这个痛风叫“白虎历节”就好比老虎在啃你的骨头一样，这种情况我就是敷的痛风散。这个方子我在我们论坛公布的时候也是非常火爆的一个帖子，很多人转帖转载，回帖效果都是很满意的。这里需要说明一下的是，这个方子阿魏是主药，最好不要去掉。阿魏取其腥臭入血脉，化痰消痞的，如实在没有就多加土鳖和地龙。土鳖可以大散无名肿毒，地龙善清湿热。

顽固性网球肘一例

作者：野雪

链接：<https://bbs.iiyi.com/thread-1493708-1.html>

某女，41岁，调酒师。3年前患网球肘，于外院进行患处封闭，好转十余天，后复发，复行患处封闭，无效。四处寻医未果。于2008年7月28日来诊。

查：痛苦面容，右肘动则剧痛，晨起尤胜。右肘局部触之灼热。

取：灵骨（患侧），大白（患侧），肘痛穴（健侧）。下针 10 分钟后病情依旧。浮针自手三里向痛点进针，扫扇 3 分钟，患者自觉似有好转。笔者以为通络止痛之力不足，复在患者右上肢自上而下打入浮针，扫扇 3 分钟。患者的右手已能轻轻触摸左肘。

疗效虽不尽人意，但已经见效。

准备取针时患者诉说疼痛大减，但现在感觉局部的筋络抽动疼痛。笔者恍然大悟，急取两侧阳陵泉（注意，是两侧不是健侧），随咳进针，针毕筋络抽动疼痛感立减。留针 30 分，治疗结束。

7 月 29 日复诊，患者喜笑颜开，自诉晨起时还很痛，但现在只是隐隐作痛，已无大碍。笔者遂取艾条于阳陵泉灸之。

8 月 4 日来电，诉说一切正常。临床治愈。

体会：上述病例笔者认为疗效的取得是综合疗法的结果，但起关键因素的应该是阳陵泉。因为该穴不仅是八会穴之筋会，且具有强健作用。患者病似属实症，但病久而虚，致病久难愈。所以笔者第二次治疗时以灸益之。

应用多年的感冒良方

作者：一 4112

链接：<https://bbs.iiyi.com/thread-3417296-1.html>

此方是宋建民老医师的经验方（特效感冒宁），从我父亲开始运用已有十多年，治疗各种感冒一剂见效，2-3 剂痊愈，本人在长期运用中改良了一下，如下：

特效感冒宁加减：荆芥 10 克，防风 10 克，苏叶 10 克，薄荷 10 克，藿香 10 克，苍术 10 克，银花 15 克，黄芪 15 克，甘草 6 克。

加减：

（1）风寒者，咳嗽痰清稀加半夏 10 克，橘红 8 克，陈皮 8 克，紫菀 18 克。

（2）风热兼痰黄咳嗽者加板蓝根 15 克，桑叶 12 克，菊花 12 克，鱼腥草 15 克，浙贝 15 克，杏仁 10 克，兼咽痛加元参，桔梗，同时以伤湿止痛膏贴天突穴，半小时即可止痛。

（3）风邪偏重，寒热不显，咽痒咳嗽者加僵蚕 10 克，蝉蜕 10 克，紫菀 18 克，前胡 12 克，白前 12 克。

(4) 高烧无汗恶寒者加麻黄 5 克，板蓝根 15 克，连翘 12 克，车前草 20 克，杭菊 12 克。服用后盖被发汗，一剂即可退烧。

(5) 暑湿者，口渴汗出，小便短赤，身重倦怠，加滑石，石膏，荷叶。

(6) 头痛加川穹 6 克，白芷 12 克。

卵巢囊肿病案

作者：绿衣

链接：<https://bbs.iiyi.com/thread-2099265-1.html>

夏某，女，44 岁。

主诉：小腹胀痛一周。

患者半年前体检，被查出患有卵巢囊肿。当时囊肿体积仅有葡萄粒大小，没有症状，故未予治疗。一周前因家庭琐事而忧郁寡欢，随即小腹胀痛隐隐。经 B 超检查，体积已增大到 4.5×5.3cm。经输液抗炎，无效，遂改中药治疗。病人体型略胖，面有黄褐斑，小腹胀满不舒，按之疼痛，尿频而短，白带清稀而多，舌暗淡苔白腻，脉沉滑尺弱。病人平素内向，遇事易忧郁，不爱运动，曾患子宫肌瘤，已手术切除。

诊断：卵巢囊肿

处方：川楝子 20 克，路路通 30 克，川芎 15 克，乌药 30 克，王不留行 15 克，土鳖虫 15 克，乌贼骨 30 克，肉桂 15 克，海藻 20 克，白芥子 10 克。

3 剂后症状消除，共服 10 剂。至今半年余，未复发。

病人性善忧郁，常使肝气不舒，气血不畅。因女性盆腔居肝经，故该处较易生出事端，引发诸病，此案即属于此。病人问我：切了肌瘤又长囊肿，为什么我身上总长东西啊？我回答：都是你善忧郁的性格导致的。这种性格最易导致体内气血运行不畅。一旦发生气滞血瘀水停，自然就会生湿长瘤。这就好比“封闭”、“潮湿”环境内的木头容易腐烂，生苔藓，长蘑菇一个道理。所以若要从根本上治疗此病，就要从“流通气血”和“改善环境”两方面入手。方中川楝子、路路通疏肝，川芎、乌药行气，王不留行、土鳖虫活血，从而使气血流通。乌贼骨可以收湿治带下清稀，还可以纠正湿盛体质，结合肉桂、乌药温煦下焦，更可改善局部环境。海藻、白芥子软坚散结，化痰消瘤，直治囊肿。全方用药直取其本而获显效，说明此法可行。

看电视剧说癌症

作者：田丰辉

链接：<https://bbs.iiyi.com/thread-3419043-1.html>

最近看了一部电视剧《新闺蜜时代》，这是2014年的影片，剧中描写了王媛的妈妈生病的一段情节，这里我们一起来看看。王媛的妈妈在四川老家生病了，感觉身体不适，影片没有具体描述其症状，后到某大医院检查，诊断为淋巴瘤，经手术治疗、化疗，结果人财两空。在做手术之前，胖子曾两次劝告王媛慎重考虑是否放弃手术治疗，运用中医治疗的办法，结果王媛不加思索地否定了胖子的建议，选择了手术治疗，所以才有后来的手术后不久即命丧九泉。王媛是从农村出来的孩子，受过高等教育，做过两家销售部经理，有丰富的处事、为人的经历，因此，她相信自己的决断，结果面对妈妈的离去，还是只有以泪洗面，导演在这里没有过多地谈及医学，而从这段故事可以看出，导演以及影片作者，多多少少有褒扬中医之意，但这绝非空隙来风。

2012年5月16日，腾讯新闻网“医学博士放弃为癌症父亲治疗，送回家安享余生”这一标题，引起医生以及社会各界人士的关注，得知父亲身患恶性肿瘤晚期的陈作兵，把父亲送回了浙江诸暨老家。他是浙医一院毒理专家、医学博士，他没有选择放疗化疗，而是让父亲安享最后的人生，还向母亲交代，万一父亲出现昏迷或者呼吸心跳停止，不要采取积极的抢救措施，如果可能，就适当作镇静催眠让父亲安详地离开人世。这是一个医生对自己父亲临终治疗方案的抉择。

从以上例证可以看出，隔行如隔山，王媛因不懂医学知识，其母亲在术后很短时间离开人世，而医学博士的父亲，因没有手术治疗、化疗等方法，而生存了整整一年，我们试想，假如王媛的妈妈没有选择手术治疗，而是运用中医药治疗，可能在影片的结尾还活着。

而作为中国的医生，中国的老百姓，我们更应该骄傲地看到，中医这一国粹，在肿瘤的防治方面有很丰富的临床经验，但可悲的是，作为中国人，很多人是未知未闻，或将信将疑，以至于不敢尝试，宁愿明明白白被西医治死，也不糊里糊涂被中医治活。笔者曾在《医方拾遗》一书谈到，这里选摘过来。标题为“运用半夏泻心汤治疗胃癌一例的思考”几年前，笔者在老家行医时，遇一中年男性病人，由家属搀扶入诊所，家属诉一月前无诱因出现消瘦、体重下降，胃脘部不适，食欲下降，在川北医学院确诊为胃癌，建议手术治疗，因经济原因未手术，曾服用中药、西药治疗无数，效果欠

佳，今来笔者处来就诊（也只是抱着试一试的态度），现症状为：纳差腹胀、胃脘疼痛，以餐后尤为明显，伴暖气、反酸、恶心、便溏，每日2-3次，腹中雷鸣，自觉乏力，观体型消瘦，需人扶持，察舌苔薄黄、微腻，边有齿痕，脉弦。说实在的，对于胃癌这一病名，患者闻之色变，而为医者也谈“癌”色变，心中没底。现患者就坐在对面等你处方用药，只有硬着头皮开方了。细思良久，先抛开胃癌这个病名，而以目前症状为主。记得《金匱要略》云：呕而肠鸣，心下痞满用半夏泻心汤，再忆及《陈瑞春论伤寒》一书中对半夏泻心汤的应用很为全面而翔实，对于此方运用于消化系统疾病有很深的论述，遂给予半夏泻心汤加味治疗，处方为：半夏15克，黄连9克，黄芩12克，干姜10克，党参15克，木香10克，枳壳10克，厚朴10克，陈皮10克，炙甘草6克，大枣5枚，上药浓煎取汁，每日3次，嘱服药三剂，以观疗效。

病人家属临走时跟我说，田医生，你这么一点药能管用吗？我在其他地方开的药好大一包呢？我说先吃吃吧。一周后患者再次就诊，诉症状明显好转，遂以上方加减治疗月余，诸症若失，病人饮食能进，精神倍增，且体重增加。次年病人女儿从外地回来，给患者行手术治疗，术后半年，病人死亡，具体原因不明确。

然纵观现代医学有了肿瘤这个名词后，实验室里就多了很多中草药进行实验室观察、研究、实验，结果得出一些抗肿瘤的中草药的结论，我不知道这些中草药为治疗癌症做出了多大的贡献？作为一名中医学子，我不是怀疑中药治疗癌症的效果，而是疑惑用实验室研究的结果来治疗临床多变的癌症，这有效吗？用中药而舍弃中医理论，那是绝对不可取的。因此，我觉得治疗一个疾病，决不能用现代医学的名词来套中药。这里引用陈瑞春教授的一段文字，“不少‘肿瘤专家’凡遇上肿瘤，不分青红皂白，一概以大剂清热解毒、活血化瘀、软坚散结去‘以毒攻毒’。一张药方中可用三四十味药，药量之大，使人望药兴叹！病人脾胃功能遭受荡涤，米水难下，病情急剧直下，肿瘤非但没治好，身体无法承受，全身衰竭的症状无法挽救，这实在是不可取。在此，大声疾呼，同仁诸君，应尊重疾病的客观规律，更应扬中医之长，辨证用药，真正使中药在肿瘤治疗过程中，发挥其应有的积极作用。”治疗胃癌这种疑难杂症，我们年轻医生遇到得少，治疗上就更没有机会了，似乎我在这里没有理由发言了，但经治疗这个病人后，给我印象很深，至今这个医案清晰可记，其原因是行医10余年，能用中医药将一癌症患者改善症状，且提高了患者的生存质量，对自己是一种鼓励。

笔者在写这篇文章的时候，其意不仅是倡导运用中医药治疗农村经济条件差的地

方，而且希望更应深入到城市的每个角落。我们运用中医药治疗肿瘤疾病，其根本不是在于消灭肿瘤，而是提倡“人瘤共存”，以期更好地提高患者的生存质量。但也不是像鲁迅先生所说的“就买几斤人参，煎汤灌下去”来提高人体正气，延长寿命。中医治疗疾病全靠辨证论治，个体化施治，不是一见体虚就用人参的。不管今天的医疗技术发展是如此的高尖端，老百姓所看到的，医生所经历的，对于癌症病人能带来几多欢喜呢？

改良颈椎搬法

作者：lzg616

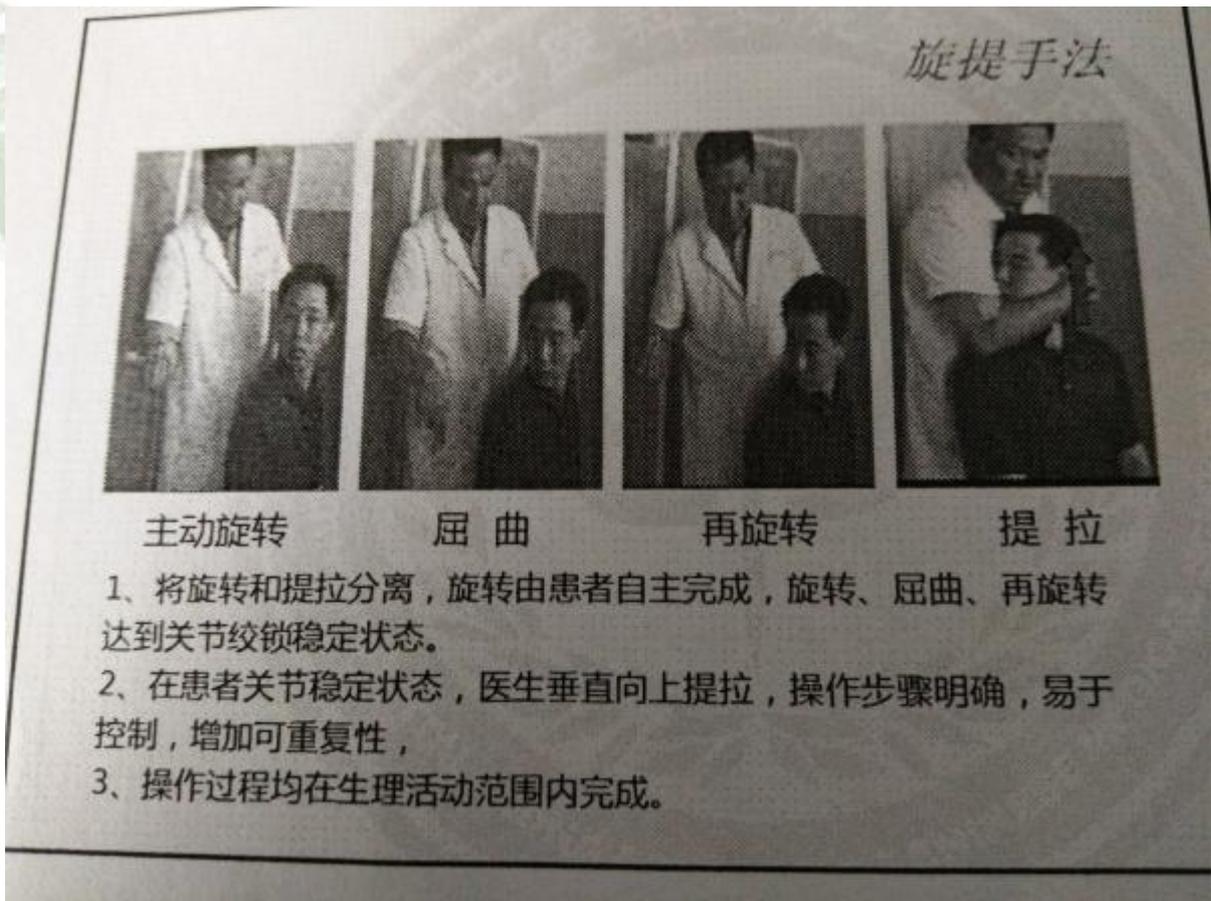
链接：<https://bbs.iyyi.com/thread-3419815-1.html>

颈椎斜搬法，是咱们中医骨伤最为常用的手法之一，对于神经根型颈椎病，颈型颈椎病最为常用，我从事针灸骨伤以来，颈椎斜搬法的副作用着实不少。查阅资料临床报道搬坏的也很多。前一段时间听了北京望京医院朱院长介绍的改良颈椎斜搬法，他们做了大型临床数据研究，临床上操作简单，可复制性强，安全性较高。我这段时间应用临床后发现确实优于以前传统的颈椎斜搬法，本着相互学习共同提高想法，特介绍给各位同仁们，供大家临床体验。

操作方法：

1. 将旋转和提拉分离，旋转由患者自主完成，旋转，屈曲，再旋转达到关节绞索稳定状态。
2. 在患者关节稳定状态，医生垂直向上提拉，操作步骤明确，易于控制，增加可重复性。
3. 操作过程均在生理范围内完成。

附图：



责任编辑：修竹临风

编辑：草原民间中医、砭艾、xiwang001han

阳春砂

别名：砂仁、阳春砂仁、长泰砂仁。

来源：姜科植物砂仁的干燥果实，原产于我国福建、广东、广西和云南。



形态：株高 1.5~3 米，茎散生；根茎匍匐地面，节上被褐色膜质鳞片。中部叶片长披针形，长 37 厘米，宽 7 厘米，上部叶片线形，长 25 厘米，宽 3 厘米，顶端尾尖，基部近圆形，两面光滑无毛，无柄或近无柄；叶舌半圆形，长 3~5 毫米；叶鞘上有略凹陷的方格状网纹。穗状花序椭圆形，总花梗长 4~8 厘米，被褐色短绒毛；鳞片膜质，椭圆形，褐色或绿色；苞片披针形，长 1.8 毫米，宽 0.5 毫米，膜质；小苞片管状，长 10 毫米，一侧有一斜口，膜质，无毛；花萼管长 1.7 厘米，顶端具三浅齿，白色，基部被稀疏柔毛；花冠管长 1.8 厘米；裂片倒卵状长圆形，长 1.6~2 厘米，宽 0.5~0.7 厘米，白色；唇瓣圆匙形，长宽约 1.6~2 厘米，白色，顶端具二裂、反卷、黄色的小尖头，中脉凸起，黄色而染紫红，基部具二个紫色的痂状斑，具瓣柄；花丝长 5~6 毫米，花药长约 6 毫米；药隔附属体三裂，顶端裂片半圆形，高约 3 毫米，宽约 4 毫米，两侧耳状，宽约 2 毫米；腺体 2 枚，圆柱形，长 3.5 毫米；子房被白色柔毛。蒴果椭圆形，长 1.5~2 厘米，宽 1.2~2 厘米，成熟时紫红色，干后褐色，表面被不分裂或分裂的柔刺；种子多角形，有浓郁的香气，味苦凉。花期：5~6 月；果期：8~9 月。

栽培：砂仁喜热带、南亚热带季雨林温暖湿润气候，不耐寒，能耐短暂低温，

—3℃受冻死亡。怕干旱，忌水涝。需适当荫蔽，喜漫射光。宜选森林保持完整的山区沟谷林，有长流水的溪沟两旁，传粉昆虫资源丰富的环境，以上层深厚、疏松、保水保肥力强的壤土和砂壤上栽培，不宜在粘土、沙土栽种。。

性味功能：味辛，性温；化湿开胃、温脾止泻、理气安胎。

用 途：用于湿浊中阻，脘痞不饥，脾胃虚寒，呕吐泄泻，妊娠恶阻，胎动不安。

用法用量：内服 3~6 克，入煎剂宜后下。

经验鉴别：以个大、坚实、仁饱满、气味浓厚者为佳。以阳春砂质量为优。

三七

别 名：假人参、人参三七、田七。

来 源：五加科植物三七的干燥根，产西藏、云南、广东、广西等地。



形 态：多年生草本；根状茎短，竹鞭状，横生，有 2 至几条肉质根；肉质根圆柱形，长约 2~4 厘米，直径约 1 厘米，干时有纵皱纹。地上茎单生，高约 40 厘米，有纵纹，无毛，基部有宿存鳞片。叶为掌状复叶，4 枚轮生于茎顶；叶柄长 4~5 厘米，有纵纹，无毛；托叶小，披针形，长 5~6 毫米；小叶片 3~4，薄膜质，透明，倒卵状椭圆形至倒卵状长圆形，中央的长 9~10 厘米，宽 3.5~4 厘米，侧生的较小，先端长渐尖，基部渐狭，下延，边缘有重锯齿，齿有刺尖，上面脉上密生刚生，刚毛长 1.5~2 毫米，下面无毛，侧脉 8~10 对，两面明显，网脉明显；小叶柄长 2~10 毫米，与叶柄顶端连接处簇生刚毛。伞形花序单个顶生，直径约 3.5 厘米，有花 20~50 朵；总花梗

识草药

长约 12 厘米，有纵纹，无毛；花梗纤细，无毛，长约 1 厘米；苞片不明显；花黄绿色；萼杯状（雄花的萼为陀螺形），边缘有 5 个三角形的齿；花瓣 5；雄蕊 5；子房 2 室；花柱 2（雄花中的退化雌蕊上为 1 条），离生，反曲。果实未见。

栽培：三七喜温暖稍阴湿的环境，忌严寒和酷暑。栽培要求搭荫棚。种子有胚后熟特性，不能干燥贮藏，需随采随播。云南在 1000~1600m；广西在 700~1000m 地区栽培。宜在疏松红壤或棕红壤、微酸性土壤栽种。

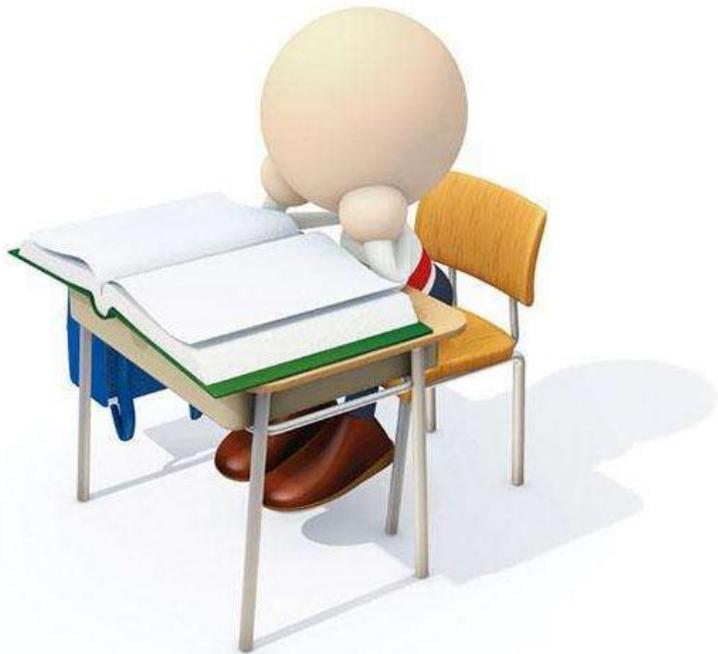
性味功能：味微苦、甘，性温；散瘀止血、消肿定痛。

用途：用于咯血，吐血，衄血，便血，崩漏，外伤出血，胸腹刺痛，跌扑肿痛。

用法用量：内服 3~9 克，研粉吞服，一次 1~3 克。外用适量。

经验鉴别：本品以根部肥厚，个大坚实，无须根及芦头者为佳。

编辑：王颖健
责任编辑：金陵一剑



胸闷、呼吸急促，双手抽搐一例

作者：yjb5200120

链接：<https://bbs.iiyi.com/thread-1726788-1.html>

●病例摘要：

基本资料：李某，女，18岁，未婚，按摩女。

主诉：因胸闷、呼吸急促，双手抽搐，呕吐故来院求治。

病史：患者缘于昨晚出去玩，回来后不能入睡，出现精神兴奋，今早面色苍白，恶心、呕吐，全身湿冷，继而出现胸闷、呼吸急促，双手抽搐，故来求诊。患者自发病以来，精神、睡眠差，不思饮食。

既往体健，无肝炎、结核病史，无手术、创伤及药物过敏史，预防接种史不详。

生于原籍，居本地2年，未到过疫区及牧区，未婚，否认性病、冶游史，有烟酒等不良生活嗜好，家族中无遗传性及传染性疾病史可述。

体格检查：查体：T：35.5℃；P：130次/分；R：26次/分；BP：130/80mmHg。

发育正常，营养中等，面色苍白，神情欠佳，自动体位，查体合作。全身皮肤、粘膜无黄染、出血点及瘀斑，周身浅表淋巴结未触及，头颅无畸形，眼睑无水肿，结膜未充血，巩膜无黄染，双侧瞳孔稍放大，对光反射灵敏。耳鼻外观无异常，口唇无发绀，咽无充血，扁桃体不大；颈软，无抵抗；气管居中，甲状腺不大，无颈静脉怒张及颈动脉异常搏动；胸廓对称，无畸形，触诊语颤均等，无增强及减弱，两肺叩清音，肺肝浊音界位于锁骨中线第五肋间，呼吸急促不匀，心前区无隆起，心脏听诊无器质性病变；心率较快，腹平坦、柔软，肝脾未触及，双侧巴氏征及克氏征阴性。

辅助检查：心电图：窦性心动过速。余未查。

●讨论：你认为还需要做什么检查，患者是哪种病。确诊后，你认为什么药物较好？

●临床讨论

杏林一粒：癔症抽搐？请问：1. 双手抽搐的形状？2. 发病前是否酗酒？

Yjb5200120：患者双手呈爪型，抽搐较轻，有饮酒，量不详。

aidom：诊断：

1. 毒品中毒（精神类苯丙胺类，或掺杂）。
2. 酒精中毒？

病例讨论

精神兴奋，苍白，恶心呕吐，湿冷，心率快，呼吸急促，血压升高，抽搐，瞳孔扩大。符合毒品中毒表现。

排除大麻、阿片类。娱乐场所常见毒品为精神类冰毒或摇头丸。因为瞳孔不缩小，意识无障碍，呼吸无抑制，结膜不充血，故排除。

辅助检查：

毒物检查，查血查尿。

必要的生化检查，血糖，电解质，肝肾功能。

鉴别检查，颅脑 CT。

鉴别诊断：

头颅外伤，中枢系统疾病。

光辉岁月：排除癔病，考虑毒品类中毒，低血钾低血糖，追问有无服药史（头孢类、甲硝唑）。

柯二诊所：

1. 毒品戒断后症状。
2. 呕吐后引起的低钾血症。

林丛优：查生化，血糖电解质，体查未见心肺阳性体征，如吸毒，瞳孔小。患者双手呈爪型，考虑低钙。也应考虑癔病可能。

处理上静滴钙，静推安定，吸氧，再做其它检查以排除。

●**结论：**毒品中毒。

下午病人再次来诊，病情稍有好转，仔细询问病史病人不太配合，再三追问，病人只说溜冰两字，因涉黄涉黑涉及毒品，也不能再问。我也是第一次接触这样的病例，没有经验，嘱其去医院诊治，因大家都知道的原因，病人拒绝去医院治疗。看病人病情稳定给予如下治疗：

（一）吸氧。

（二） 5%GNS 500ml
10%氯化钾 1.0
维生素 C 2.0
辅酶 A 100u
ATP 40mg

Ivgtt st

(三) 尼可刹米 0.375 入壶

(四) 纳洛酮 0.4g 静注

输完液病人好转，嘱其回家观察。

胃胀，心慌，失眠五年余，加重半个月

作者：kkcykk

链接：<https://bbs.iiyi.com/thread-2004401-1.html>

●病例摘要

个人资料：患者：男，58岁，农民。

主诉：胃胀，心慌，失眠五年余，加重半个月

现病史：患者于五年前出现胃胀，心慌，失眠，间断服药，症状时轻时重，近半个月上述症状加重，并伴有咽干，返酸，胃部灼热，耳鸣，夜间醒来出汗，白天汗多。自述病情发作时，需来回在屋子里走动，并发出“哼哼声”才能缓解，觉得自己不能胜任体力劳动，服药无效来诊。发病以来，食欲欠佳，二便正常。

既往史：六年前无意间发现高血压，持续用药，血压维持在180/110mmHg-正常之间，萎缩性胃炎五年，左心室肥大五年。五年前因琐事生气，失眠三个月，治疗后好转。

家族史：已婚，妻女均健康。生于本地，未到过疫区。无家族遗传病史及传染性疾病史。父母均健在。

体格检查：T：36.3℃；P：89次；R：18次；BP：165/100mmHg。

瘦高体型，五官端正，头部多汗，睑结膜无充血及苍白。外耳道及鼻腔无异常分泌物，咽不红，扁桃体不大，伸舌居中。颌下及耳后淋巴结不大，气管居中，甲状腺不大。胸廓对称无畸形，肋间隙无增宽及变窄。肺部听诊呼吸音正常，无胸膜摩擦音。心率89次/分，律齐无杂音。腹软，上腹部轻压痛，无胃型，无反跳痛，无肌紧张，肝脾未触及，墨菲氏征阴性，可触及腹主动脉搏动。麦氏点无压痛。叩诊无鼓音，移动性浊音阴性。听诊肠鸣音正常。双手激动样颤抖。脊柱及四肢无异常。

辅助检查：头部CT正常；腹部B超正常；心电图：窦性心律，心率89次/分，左心室肥大；胃镜：萎缩性胃炎；肝功能正常；甲功（T3、T4、Tsh）正常；血糖正常。以往患者发作严重时均去医院检查，每次结果都在正常范围。

曾用药：卡托普利、硝苯地平、美托洛尔、心得安、双氢克尿塞、谷维素、曲克

病例讨论

芦丁、丹参片、安神胶囊、氟桂利嗪、胃康灵、西咪替丁、安定片、天王补心丸、柏子养心丸、知柏地黄丸及安神养胃中药多收效不著。

●讨论：该病的诊断和鉴别诊断？

●临床讨论：

hyy2005：初步诊断：1. 植物神经功能紊乱 2. 高血压病（高危组） 3. 萎缩性胃炎。

诊断依据：1. 胃胀，心慌，失眠五年余，加重半个月；2. 五年前因琐事生气，失眠三个月，治疗后好转；3. 体格检查及辅助检查提示高血压、萎缩性胃炎；4. 服用心血管方面及胃肠道方面药物治疗无效。

鉴别诊断：1. 焦虑症 2 疑病症

附植物神经紊乱介绍：

植物神经紊乱是一种内脏功能失调的综合征。包括循环系统功能、消化系统功能或性功能失调的症状，多由心理社会因素诱发人体部分生理功能暂时性失调，神经内分泌出现相关改变而组织结构上并无相应病理改变的综合征。

患者主诉繁多，如头痛、失眠、记忆力减退、心悸胸闷、呃逆腹胀、消化不良、便秘、焦虑烦躁等，但经一些客观检查如心电图、超声心动、纤维胃镜等检查却又查不出客观病理改变，往往被误诊为“冠心病”、“心肌缺血”、“心肌受损”等，而采用相应治疗效果不佳，需采用调节植物神经功能的药物方能起效。

植物神经功能紊乱的主要症状有以下几种：(1)与精神易兴奋相联系的精神易疲劳，表现为联想回忆增多，脑力劳动率下降，体力衰弱，疲劳感等。(2)情绪症状表现为烦恼、易激惹、心情紧张等。(3)睡眠障碍主要表现为失眠。(4)头部不适感，紧张性头痛，头部重压感、紧束感等。(5)内脏功能紊乱胃胀、肠鸣、便秘或腹泻；心悸、胸闷、气短、肢体瘫软、乏力、濒死感；低热；皮肤划痕征阳性；女子月经不调，男子遗精、阳痿等。

胃肠植物神经功能紊乱临床症状。胃肠植物神经功能紊乱，又称胃肠神经症，临床以纳呆饱胀感、呃逆、腹部不适、肠鸣以及便秘与腹泻交替发作为主要症状，常由情绪刺激而激发。

绿漫天涯：

考虑慢性前列腺炎。

理由：病人主要表现有高血压、冠心病、慢性胃炎、失眠、烦躁、出汗、耳鸣等，

整体表现为神经官能症样表现，但服药谷维素、安定、安神类药物无效，说明另有他因，用一元论解释，要怀疑慢性前列腺炎可能。慢性前列腺炎可合并上述症状。

进一步问诊：夜间小便次数？尿量？小便是否流畅？有无会阴部不适？有无阳痿早泄？有无尿道滴白？进一步检查：前列腺B超？前列腺液常规？

Yjb5200120:

本病例特点：

1. 老年男性。
2. 胃胀，心慌，失眠五年余，加重半个月。
3. 夜间醒来出汗，白天汗多。咽干，返酸，胃部灼热，耳鸣。六年前无意间发现高血压，持续用药，血压维持在180/110mmHg-正常之间。
4. 体检：BP165/100mmHg。瘦高体型、头部多汗，双手激动样颤抖。
5. 辅助检查：窦性心动过速、左心室肥大，胃镜：萎缩性胃炎、肝功能正常、甲功（T3、T4、Tsh）正常。

考虑：

1. 嗜铬细胞瘤：常见的症状就是淋漓多汗，多阵发性出汗，有时也可持续出汗，还可出现心慌、手抖、四肢发凉等，发作时常伴有明显的血压升高。征象有血压升高、脉压大、心动过速、心律失常及血糖升高；以释放去甲肾上腺素为主者，主要表现为血压升高。本病患者无便秘不能解释。

2. 低血糖症：可导致病人面色苍白、出冷汗、手足震颤等。糖尿病的低血糖状态或者冠心病疼痛缺氧状态。

3. 内分泌疾病：如甲亢。

4. 精神性疾病癔病等。

jj. aj:

颈椎病可能性大。建议先照颈椎片。然后行CT检查是否压迫神经，还有要排除胃-食道反流症？目前这个人高血压诊断是明确的。而且有高血压心脏病可能。

●结论：病人最后诊断：抑郁症。

用药：氟西汀早一片。丁螺环酮早晚各两片。医院自制开郁宁神丸每次一丸，每日三次。用药近两个月，现病人除了头部汗稍多以外，无其他症状，已从事体力劳动。

责任编辑：绿漫天涯

编辑：刘现国

医疗资讯

国务院发文：药占比考核重大调整

中国政府网 1 月 30 日，国务院新闻办公室举行例行吹风会，国家卫健委副主任王贺胜、医政医管局局长张宗久介绍了加强三级公立医院绩效考核工作有关情况。答记者问时张宗久表示，这次绩效考核，使用了合理用药相关指标取代了单一使用药占比进行考核，把医务人员每一张处方的合理性和病人用药的质量安全放在一个更加突出的位置上。

卫健委成立“手术机器人临床应用管理”专家委员会

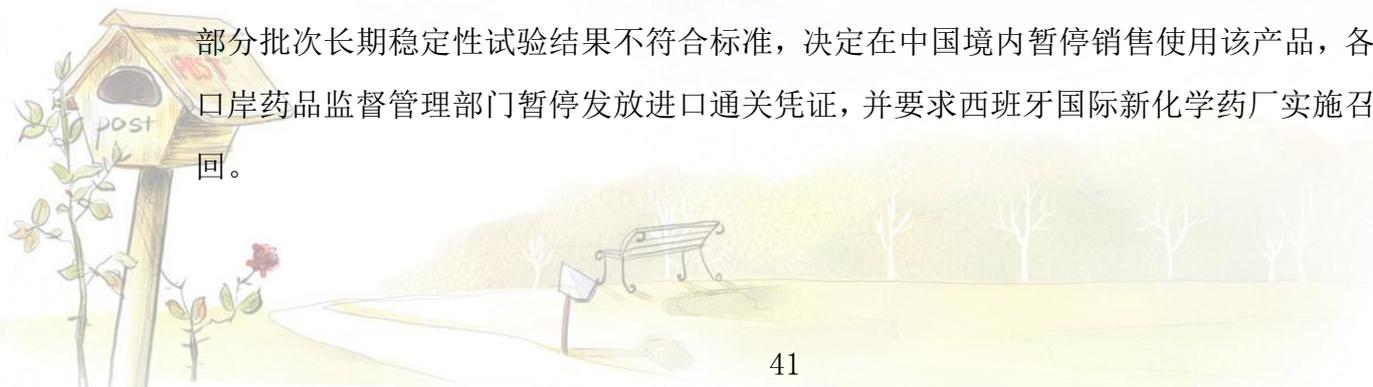
北京青年报 1 月 30 日，国家卫健委发布通知，称为规范手术机器人临床应用，决定成立手术机器人临床应用管理专家委员会。专委会顾问由 5 名中科院院士担任，分别是陈孝平、邱贵兴、孙颖浩、张英泽和郑树森，主任委员由北京积水潭医院院长田伟担任。

《人体捐献器官获取与分配管理规定》3 月 1 日起施行

截至 2018 年底，我国已累计完成公民逝世后器官捐献超过 2.1 万例，捐献大器官突破 5.8 万个。为了明确器官捐献与移植工作的管理要求，卫健委修订发布《人体捐献器官获取与分配管理规定》，自 2019 年 3 月 1 日起施行。《规定》共 6 章 42 条，包括总则、捐献器官的获取、人体捐献器官获取组织质量管理与控制要求、捐献器官的分配、监督管理、附则。

国家药监局：2019 首个被禁进口药

1 月 29 日，国家药监局发布公告，称近期对西班牙国际新化学药厂组织开展药品境外生产现场检查，品种为吡硫翁锌气雾剂（英文名：Pyrithione Zinc Aerosol；进口药品注册证号：H20140563）。检查发现，该品种变更部分辅料未向中国申报，部分批次长期稳定性试验结果不符合标准，决定在中国境内暂停销售使用该产品，各口岸药品监督管理部门暂停发放进口通关凭证，并要求西班牙国际新化学药厂实施召回。



屠呦呦入围 BBC “20 世纪最伟大科学家”，比肩爱因斯坦

1 月 8 日，英国广播公司（BBC）发起“20 世纪最具标志性人物”票选活动。在 14 日公布的“科学家篇”名单中，中国首位诺贝尔生理学或医学奖得主屠呦呦进入候选人名单。除屠呦呦外，“科学家篇”入围者还有居里夫人、爱因斯坦、数学家艾伦·图灵。值得注意的是，屠呦呦是科学家领域唯一在世的候选人，也是 28 位候选人中唯一的亚洲人。

陕西、浙江：允许医生在线复诊部分常见病

日前，陕西省政府办公厅下发《关于促进“互联网+医疗健康”发展的实施意见》指出，允许医疗机构在线提供部分常见病、慢性病复诊服务，允许医师在线开具处方，委托第三方机构配送。1 月 22 日，浙江省互联网医院平台也宣布正式上线，预计 2019 年有 50 家以上医疗机构入驻或接入。该平台由省卫健委授权、阿里健康承建，为患者提供在线咨询、慢病网上复诊、家庭医师网上签约服务等服务。

2019 年全国最新癌症报告公布

1 月，国家癌症中心发布最新一期全国癌症统计数据。由于登记数据一般滞后 3 年，本次发布的为全国肿瘤登记中心收集的 2015 年资料。数据显示，恶性肿瘤死亡占居民全部死因的 23.91%，且近十几年来呈持续上升，每年恶性肿瘤所致医疗花费逾 2,200 亿。平均每天有超过 1 万人、每分钟有 7.5 人被确诊为癌症。癌种上，肺癌、肝癌、上消化系统肿瘤及结直肠癌、乳腺癌等为我国主要的恶性肿瘤。此外，恶性肿瘤 5 年相对生存率约为 40.5%，仍与发达国家有较大差距。

武汉出台“十个一律”，严惩涉医违法犯罪

楚天都市报 1 月 25 日，武汉市医疗机构安全保卫工作会议上，武汉警方出台加强医疗机构安全保卫“十个一律”，包括：对全市三级医院一律设立警务室；对全市三甲医院一律选派驻勤民警；对医院报警求助一律作为重点警情处置和督办；对医闹案件一律快速处置和打击处理等。会议同时强调，应在楼层服务台（护士站）、门卫室等部位安装一键触发式警报装置，与医院安防中心联网。



散布“200余人死于甲流”谣言，两男子被拘留

成都市公安局锦江分局1月30日通报，1月29日该局接到举报：有人在网上发布“我市已有200余人因甲流死亡”的谣言。经查，该谣言系本市网民周某凭想像在微信群中发布，群友冯某随即进行转发扩散，对社会造成不良影响。该局目前已将周某（男，41岁）、冯某（男，33岁）挡获，二人对此行为供认不讳，依法被行政拘留处罚。

张锋团队开发“新款”基因剪刀

1月23日，CRISPR-Cas基因编辑技术先驱之一张锋教授在《自然》子刊《Nature Communications》发布重要进展，报告了第三个可以编辑人类细胞基因组的CRISPR-Cas系统：CRISPR-Cas12b。经验证，Cas12b的编辑效率与Cas9、Cas12a相当甚至更高，且比Cas9导致的错误要少得多，脱靶性显著降低。研究团队认为，改造的Cas12b将以分子量小和靶向特异性高的优势，成为在体编辑人类基因组的又一有力工具。

新加坡：上万名艾滋病患者资料外泄

新华社1月28日，新加坡卫生部举行新闻发布会证实，因卫生部资料库遭大规模网络攻击，14,200名本地及外国艾滋病患者，及同他们接触过的2,400人的个人资料遭非法获取并在网上泄露。外泄信息包括姓名、身份证号、电话及住址等。

美国“高薪职业排行榜”：医疗领域囊括前十

近日《美国新闻和世界报导》（US News）发布“最佳职业榜单”。在“最佳薪酬榜”中，各专科医生囊括了前十名：麻醉师（\$208,000，中位年薪，下同），外科（\$208,000），口腔颌面外科（\$208,000），妇产科（\$208,000），矫形牙医（\$208,000），心理医生（\$208,000），内科（\$192,930），口腔修复医生（\$185,150），儿科（\$172,650），牙医（\$151,440）。在“最佳职业榜单”中，前12名中医疗领域占10席，包括：助理医师（3，排名，下同），牙医（4），麻醉护士（5），矫形牙医（5），执业护士（7），儿科（8），妇产科（9），口腔颌面外科（9），内科（9），口腔修复医生（9）。第1、2名为软件工程师、统计师。



中国诞生首批体细胞克隆疾病模型猴

去年年初，克隆猴“中中”和“华华”诞生。1月24日，中科院神经科学研究所宣布：成功创建了世界首批生物节律紊乱体细胞克隆猴模型，中国正式开启批量化、标准化创建疾病克隆猴模型的新时代。药物研发中，小白鼠实验是目前通用做法，但小白鼠局限性大，生物钟紊乱、抑郁症等精神疾病、脑疾病较难模拟，而猕猴的大脑结构与功能、认知功能等与人类相近，用于药物研发成功率会更高。

责任编辑：永恒流星



退休后的感想

作者：ZHAODAFU001

链接：<https://bbs.iiyi.com/thread-3435300-1.html>

人问退休感？自觉如神仙！心不老，情未消。愿这心、这情，伴随我一同前行，让今后的人生征途上充满更多的快乐和愉悦。

问我退休后的感觉，我的真心话：退休的感觉真好！

我自由、快乐、充实、幸福。天天做我喜欢做的事，去我愿意去的地方，完全是自己安排自己，自己管理自己，不受任何人的掌控和指挥。

退休了，不用把闹钟调到5点30分，起床后匆匆洗漱，然后急忙去上班，无论是下雨刮风，还是春夏秋冬。

退休了，不用在上班的路上，一边行走一边想着当天的食谱。今天孩子该吃什么、职工该吃什么，惟恐有准备不充足的食物。几乎是把食谱背熟，直到快退休了，才知道遇事要稳重，不再着急了。

退休了，再也不用为交养老金而愁了！

知足常乐、笑口常开、与人为善、助人为乐、胸怀开阔、顺其自然。这是我给自己订的退休生活“六原则”。

诗阅：

人生有晚晴，安居享余年。
耳顺乐归闲，置身书斋间。
徘徊高楼上，举目天地宽。
吟读南窗下，悠然见惠山。
云气浮碧峰，山色多变幻。
挥毫习书画，心旷神怡然。

怀念伯母

作者：海天

链接：<https://bbs.iiyi.com/thread-3450470-1.html>

今天是伯母的生日。

伯母在世的时候，会早早的做好豆花、乡村的腊肉、地里的蔬菜，香喷喷的一大桌。大姐、姐夫、以及其他没有外出的亲人，欢聚一起……

伯爷总是乐呵呵的在一旁看着，讲话之前，老喜欢先咳一声，清下嗓子……

伯母不吃小畜牲，但每年过年，她总会喂上好几只过年鸡，雄雄的，壮壮的，一家送一只……

伯母从不多言，总是默默的操劳。即便是农闲，也闲不住。一手一手的，编织古老的草鞋……

第一次见伯母哭，是30多年前了吧！我当时刚放学回家，伯母家新修的土墙房子刚刚收工，那墙突然间就塌了，伯母站在废墟旁边，哇一声就哭出来了！在那个贫穷年代，省吃俭用一分钱一分钱凑起来的修建的房子啊……

第一次哄伯母坐摩托车，是李三结婚。伯母晕车要从33岔路口走到福集，担心她不识路我只好陪着她走路，走了一会儿，到了33岔路口，我叫了辆摩托车，让伯母坐中间，我坐后面，我哄伯母说，闭上眼睛就不会晕。没想到伯母真的闭着眼睛乘坐到了万福，真没有晕……

今天是伯母的生日。怀念伯母，愿她老人家在另一个世界里，安康！

责任编辑：yemengzhe

编读往来

我们的杂志已经出版了很多期，编辑部与读者及时交流，才能让我们的杂志越办越好。我们开辟《编读往来》栏目，旨在积极和大家互动，进一步提高杂志质量。

爱爱医杂志的每一篇文章都是编辑们精挑细选并认真审核的，这里汇聚的都是爱爱医的精华，只要您关注，一定会有所收获。编辑们利用业余时间认真审核稿件，就是希望通过我们的努力，给爱友们送去一份充实和感动。杂志的发展依靠大家的支持，爱爱医杂志期待您的投稿！也期待您积极参与爱爱医杂志版面活动，赢得精美纸质杂志年刊！大家的支持，是爱爱医前进的动力！爱爱医论坛每个月都有不同的风采，各版面活动精彩纷呈，还有爱爱医微信公众平台可以参与互动分享，期待您的参与！只要您活跃在爱爱医，就有机会获得我们的纸质杂志年刊奖励，精彩不容错过，您如果期待，就请快来参与活动和积极投稿吧！

责任编辑：ngf1978

爱爱医杂志稿约

各位爱友：

爱爱医杂志自出版以来，受到了大家的广泛关注和热情支持，可以说爱爱医杂志的每一点进步都和爱友们的支持是分不开的。爱爱医杂志以爱爱医论坛为依托，以爱友们的需求为导向，来源于论坛，植根于爱友，大家的临床经验、大家的误诊教训、大家的专业论文、大家的心情故事，都是我们所需求的。为了更好的办好爱爱医杂志，为了使杂志更贴近爱友的需要，根据杂志的栏目设置，特面向全体爱友征稿。

【征稿要求】

爱爱医杂志目前设有刊首语、专家讲坛、人物专访、专业交流（含中医）、病例讨论（含中医）、病例分析（含中医）、专业论文（含中医）、医疗资讯和爱医热点、关注、问卷调查、医网情深、精品展示等栏目，现根据栏目分类，分述征稿要求如下：

一、刊首语：文体不限。要求文字乐观向上，有一定的激励性，可以联系某一阶段的论坛宣传方向及重大事件和季节，旨在宣传论坛，宣扬一种精神。字数要求 400~500 字。

二、专家讲坛：主要针对近 2 年来国内外专家对热点问题的讨论和指南性论文、专著、综述或者会议纪要。要求已公开在正规期刊发表，能提供原文。最好有作者介绍及相应的解读。要求具有实用性，对临床工作有一定的指导意义，字数 2000 字左右。

三、人物专访：文体要求记叙形式，突出人物特点，重点介绍人物的精神及对论坛的贡献。字数要求 800~1000 字。

四、专业交流：内容可以是您的临床经验、误诊误治教训、特殊病例启示、用药验方、老药新用、临床实践方法创新等等，要求文字表述专业、通顺、逻辑条理性强，字数不限。一律使用规范的医学术语。

五、病例讨论：要求选择具有代表性、有助于爱友提升工作能力的完整病例，或者特殊少见的病例。严格按照病历格式书写（比如主诉、现病史、既往史等以及详细的体格检查、诊疗经过、辅助检查等必须写全），方便爱友分析交流。还要提供相应的临床专业总结，以提升理论层次。

六、病例分析：主要是针对临床中、西医方面较复杂病例，或难点病例，或易或已误诊病例进行临床病例讨论，要求有病例简介，体查，必要的辅助检查结果，及发言讨论的内容及总结，内容来源可来自临床病例讨论或爱医论坛专业讨论，投稿时对涉及患者或医务人员隐私或可能引起医疗纠纷的应使用化名或加密。

七、专业论文或综述：要求必须原创，严禁剽窃抄袭。如有发生，将于核实后的下期杂志中通报批评。按照正规论文格式要求，欢迎提供英文摘要。有理有据，论点充分，参考文献尽量选用北大核心或 medline 收录的文献，提倡引用高质量英语文献。

八、医疗资讯：要求短小精悍，搜集最新最有代表性的一句话医疗新闻，让爱友们了解最新医疗动态。

九、爱医热点：要求标题简明扼要，直叩主题，选择论坛最具有代表性的热点活动及病例，可以给出主题后附上论坛帖子链接地址。

十、关注：内容主要是关注与医生有关的行业热点话题、医改动向、医疗法律、医院发展等。要求有一定的代表性和社会关注度。字数 1000 字左右。

十一、问卷调查：要求在论坛以调查帖的形式发出，参与人数比较多，有代表意义，最好附上相关评论。评论字数不少于 200 字。

十二、医网情深：要求必须是贴近医生生活的原创的心情文字，内容积极，文字优美，最好配有插图。字数每期 1200 字左右。可以独立成篇，也可以长篇连载。

十三、精品展示：内容主要是来源于论坛各专业版面精品伯乐推荐整理的精品帖，要求帖子内容有广泛的指导意义，而且附有伯乐的推荐理由。

注：

1. 中医基础科学、中医临床各科、中药相关科学等相关文章均可投稿。
2. 中医相关论文要注意专业术语，体现中医药特色，病例、医案等要求体现四诊、辨证论治原则。

【征稿对象】全体爱友。

【征稿时间】长期

【征稿形式】

1. 请爱友参考《爱爱医》杂志版 (<http://zz.iiyi.com>) 置顶帖《爱爱医杂志》征稿帖，按栏目分类投稿。

2. 也可以直接投稿到 463767990@qq.com。稿件以 word 格式附件发送。爱爱医编辑将在 7 个工作日内回复是否采用稿件。

可以是自己的原创文章，也可以推荐其他爱友的原创精品文章。

【征稿奖惩】

- 跟帖征稿后，原创作品未被加分的将给予一个贡献积分，如被杂志采用再加一分。
- 被杂志采用的文章作者可以根据个人意愿，署真实姓名和/或爱爱医用户名，以示鼓励，并优先推荐给媒体发表。
- 推荐他人文章如果被杂志采用，送花 10 朵。
- 累计采用五篇作品，可以获得爱爱医纪念品份，年终累计前三名可以获得年终奖励。
- 抄袭剽窃的文章将予以警告和论坛公示，扣除 2 个爱爱医积分。

