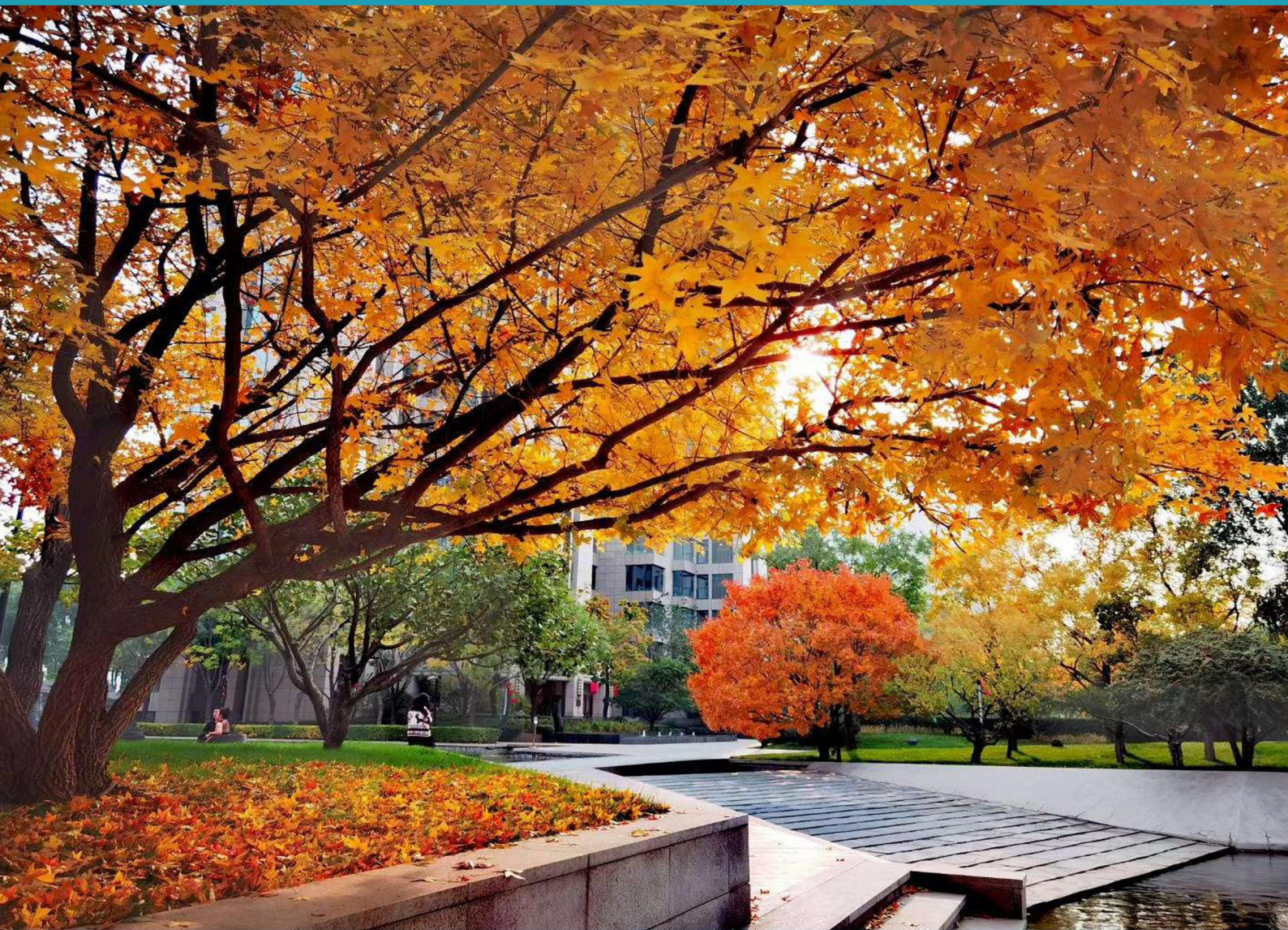


 zz.iyyi.com

2020.12

爱爱医



第十二期 总NO. 131

Volume 11, number 12, Dec. 2020

刊首语

春秋

作者：luzy

链接：<https://bbs.iyi.com/thread-914853-1.html>

似花还似非花，欲开还羞
花好却愁深
花无数，愁无数
愁随风万里，花空春水流
情如水，泪独流

寻寻觅觅，冷冷清清
故人何在，烟水茫茫
几孤风月，屡变星霜
海阔山遥，未知何处是萧郎

难忘，人悄悄，月依依
向何处，去悠悠
梧桐落
又还秋色，又还寂寞
一番风，一番雨，一番凉

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

封面图片：gxp1383

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	春秋.....	1
专业交流 西 医	十二指肠癌患者便秘的背后.....	3
	2例腹痛病人的经验总结.....	5
	超声入门贴 878—肘关节尺骨鹰嘴滑 囊积液.....	6
	浅述便血.....	11
	前庭神经元炎之鉴别诊断.....	11
	异常子宫出血的诊断及鉴别诊断经验 分享.....	15
专业交流 中 医	虚性疼痛话胫中.....	21
	小儿习惯性痉挛案.....	26
	心下病.....	26
	活络效灵丹治疗慢性肾炎验案.....	33
	浅述三阴交穴.....	34
	实例解析后颈椎疼痛.....	36
识 草 药	广陈皮.....	41
	沉香.....	41
病例讨论	皮炎 1 例.....	44
	6岁儿童浅表性胃炎伴糜烂 1 例.....	54
杂志稿约	爱爱医杂志稿约.....	60

第一部分——西医部分

十二指肠癌患者便秘的背后

作者: xzp_dragon

链接: <https://bbs.iiyi.com/thread-3455312-1.html>

【导读】恶性肿瘤晚期患者需要疼痛管理，需要静脉营养，需要临终关怀，这种情形在社区医院越来越多见了。目前社区医院的医疗条件、医护条件对此种情况的认识和处置还不够专业，本例是一位患十二指肠癌的老年女性用，在用吗啡镇痛的时候，发生了一些情况。

【一般情况】

患者，女 73 岁。职业：城镇居民。

【主诉】

上腹部阵发绞痛 3 年，疼痛频发 1 年，加重剧烈疼痛 2 天。

【现病史】

病情始于 3 年前患者无诱因出现上腹部不适，上腹部疼痛，呈阵发性疼痛，以剑突下显著，并向两肋及后背放射，持续时间长短不一，最长约 2 小时，伴黄疸。就诊于本地医科大学附属医院，诊断为“十二指肠降部癌”，行“胆囊切除、肝胆管空肠祥式吻合、空肠侧吻合术”姑息手术治疗，未作放疗化疗。出院后疼痛减轻。1 年前上腹部疼痛逐渐频繁，疼痛加重，曾多次入院治疗。住院期间查腹部 CT 示胰头增大，胰腺周围脂肪间隙模糊，腹腔内及腹膜后多发淋巴结肿大；胆总管、胰管扩张；弥漫性肝损害；肝内多发低密度结节，考虑囊肿可能性大；子宫前多发结节灶。长期口服“氨酚氢考酮片”联合“吗啡”等镇痛治疗，用药后疼痛可缓解。昨日患者腹部疼痛难忍，腹痛较以往弥散，伴大汗，间歇性加重，食欲减退，进食量较以往明显减少。自行肌注“地佐辛注射液”疼痛缓解不明显。近期无发热，无恶心呕吐，无腹泻。病程中无意识障碍，无肢体抽搐，无肢体运动障碍，无尿便失禁。饮食欠佳，睡眠欠佳，未大便。

【既往史】

因口干、多饮，确诊为“2 型糖尿病”2 年，以“优泌林 70/30”皮下注射，监测空腹血糖波动于 8.0mmol/L 左右。

发现肝囊肿、子宫肌瘤病史1年。

否认高血压，冠心病史，无肝炎及肺结核等急慢性传染病史，无外伤史，无药物过敏史。

【查体】

体温：36.4℃；脉搏：70次/分；呼吸：18次/分；血压：120/84mmHg。发育正常，消瘦，轮椅推入病房，痛苦面容，查体合作，问答合理。头颅无畸形，眼睑无水肿，口唇无紫绀，双瞳孔等大同圆，直径约2mm，对光反射灵敏，眼球运动无障碍。额纹鼻唇沟对称，伸舌居中。颈静脉无怒张，颈部对称，甲状腺未触及肿大。双肺呼吸音清，未闻及干、湿啰音。心前区无隆起，无震颤，心界不大，心率70次/分，律齐，各瓣膜听诊区未闻及杂音。上腹部可见12cm手术瘢痕，腹部平坦，无肠型及蠕动波，无局限性隆起。全腹触诊尚柔软，肌紧张不明显，多部位可触及压痛、反跳痛，以上腹部明显，包块触诊不满意，墨菲氏征阴性，无移动性浊音，肠鸣音5次/分，肠音较弱。双下肢无水肿，双侧足背动脉搏动可触及。四肢关节活动不受限，四肢肌张力正常，肌力5级，双侧腱反射对称正常，双侧巴彬斯基征阴性，颈软，克匿格氏征阴性。

【辅助检查】

心电图：窦性心律，大致正常。

腹部CT：胰头增大，胰腺周围脂肪间隙模糊；腹腔内及腹膜后多发淋巴结肿大；胆总管、胰管扩张；胆囊未见显影，肝内胆管扩张，积气，考虑术后改变；弥漫性肝损害；肝内多发低密度结节，考虑囊肿可能性大，子宫前多发结节灶。化验：血常规：白细胞 $6.38 \times 10^9/L$ ，中性细胞比率75.91%，红细胞： $3.78 \times 10^{12}/L$ ，血红蛋白：108g/L，血小板 $366 \times 10^9/L$ ；凝血常规：部分活化凝血酶时间42.2秒，余正常。肝功：总蛋白55.7g/L，白蛋白34.4g/L，白球比1.1，总胆红素21.2 $\mu\text{mol}/L$ ，直接胆红素9.8 $\mu\text{mol}/L$ 。空腹血糖：9.8mmol/L，糖化血红蛋白8.6%。血离子：钠142mmol/L，氯97mmol/L，钾4.2mmol/L，钙1.87mmol/L，镁0.74mmol/L。血脂、肾功在正常范围。尿常规：蛋白质2+，葡萄糖+-，WBC 334/u1。

【初步诊断】

1. 十二指肠降部癌术后并多发转移；
2. 泌尿系感染；
3. 2型糖尿病；

4. 贫血（轻度）；
5. 低蛋白血症；
6. 肝囊肿。

【诊疗经过】

糖尿病半流质饮食；奥美拉唑；氯化钠、葡萄糖、维生素、氯化钾补液，氨基酸；注射胰岛素；左氧氟沙星；疼痛时给予吗啡、杜冷丁注射。

入院后第三天上级医生查房发现患者腹部略膨隆，询问排便史，家属称连续 5 天未排便（入院前 2 天加入院后 3 天）。反复询问得知为缓解疼痛，患者家属自行为其肛门给药（口服胃部刺激反酸明显），每日 5-6 次。

嘱患者家属停止吗啡肛门给药，减少吗啡给药次数。次日患者用开塞露灌肠后排便，腹部膨隆减轻，食欲较入院时改善。后来应家属要求注射人血白蛋白，再后来出院继续家庭治疗。

【思考和讨论】

吗啡在恶性肿瘤晚期的应用很普遍，吗啡的副作用有呼吸抑制，有头晕恶心，其实便秘也较常见。因为吗啡减低肠蠕动，减低中枢神经的排便反射造成便秘。应及时发现便秘副作用，必要时同服缓泻剂预防便秘。该患者入院时，医生并没太注意患者的排便情况，到入院第 3 天，便秘已经比较严重，应汲取教训。该患者的便秘还要注意与肿瘤转移造成肠道机械梗阻鉴别。

2 例腹痛病人的经验总结

作者：wzyy_cw

链接：<https://bbs.iiyi.com/thread-1709748-1.html>

在基层经常看到腹痛的病人，我将 2 例腹痛病人的治疗总结如下：

1. 我是基层的内科医生。我刚毕业时，在自己家乡开了一家小诊所，因为晚上有开诊，虽然医术不是很高明，病人也不少。有一天晚上十二点多了，我刚睡不久，就有人来敲门，说腹痛厉害。我迷迷糊糊起床，是病人的家属要我去出诊，遂一起到了病人家里。病人是个女的，30 多岁，以前经常在我那看病。病人急性面容，脸色苍白，说腹痛厉害。我测血压：100/60mmHg，HR：98 次/分。诉下腹痛。我压下腹部，在麦氏点处有压痛，轻微反跳痛。她说可能阑尾炎又发作了。我看看也有点像。因为以前她在我这看过急性阑尾炎发作，后来好了。我也问了她的月经史，她说没事，几

天前刚来。我就给她挂瓶，以前阑尾炎就是连续挂瓶好的。挂完瓶我就回家睡觉，嘱咐她如果再有难受第二天要去大医院检查看看。第二天我就去上班了。回家问我母亲该病人怎样了，我母亲说已经去住院了。过了几天遇见她婆婆，问她媳妇怎样？她说医院检查是宫外孕。我吓了一跳，还好告诉她再有难受要去大医院检查，要不然就糟糕了。这给我留下很深印象。典型的宫外孕诊断并不困难，麻烦的就是不典型宫外孕，还有的是有干扰因素的。有生育期的腹痛就要考虑有宫外孕的可能，这是我对宫外孕这病的经验。

2. 经常遇到急性胃肠炎的病人，主诉呕吐、腹痛、腹泻，偶尔还有发烧。但你不要一下子就诊断胃肠炎，因为有一部分病人是急性阑尾炎发作，经常误诊。我的一位亲戚，因为腹痛、腹泻、呕吐，要我帮忙过去看看。我刚毕业不久，给他检查一下，认为是胃肠炎，挂瓶庆大霉素两天，没效果，腹痛还很厉害。又过去看，仔细给他检查一下，发现麦氏点压痛明显，有反跳痛。急忙换了先锋三代挂瓶，挂了一周才完全康复，没有动手术。以后随访，阑尾炎再没发作。所以腹痛的诊断要先考虑严重的疾病，排除了比较重的疾病，才考虑其他的疾病。

超声入门贴 878--肘关节尺骨鹰嘴滑囊积液

作者：songjunrui

链接：<https://bbs.iiyi.com/thread-3453078-1.html>

患者男性，65岁。左肘关节皮下鹌鹑蛋样包块一周。

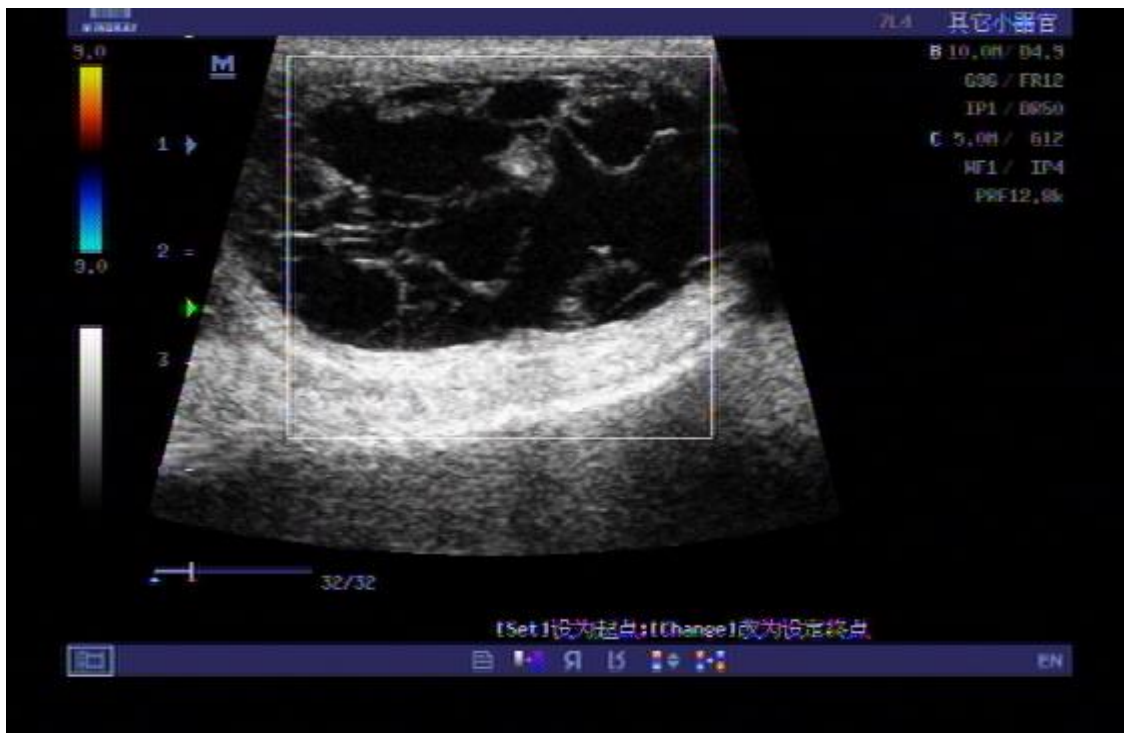
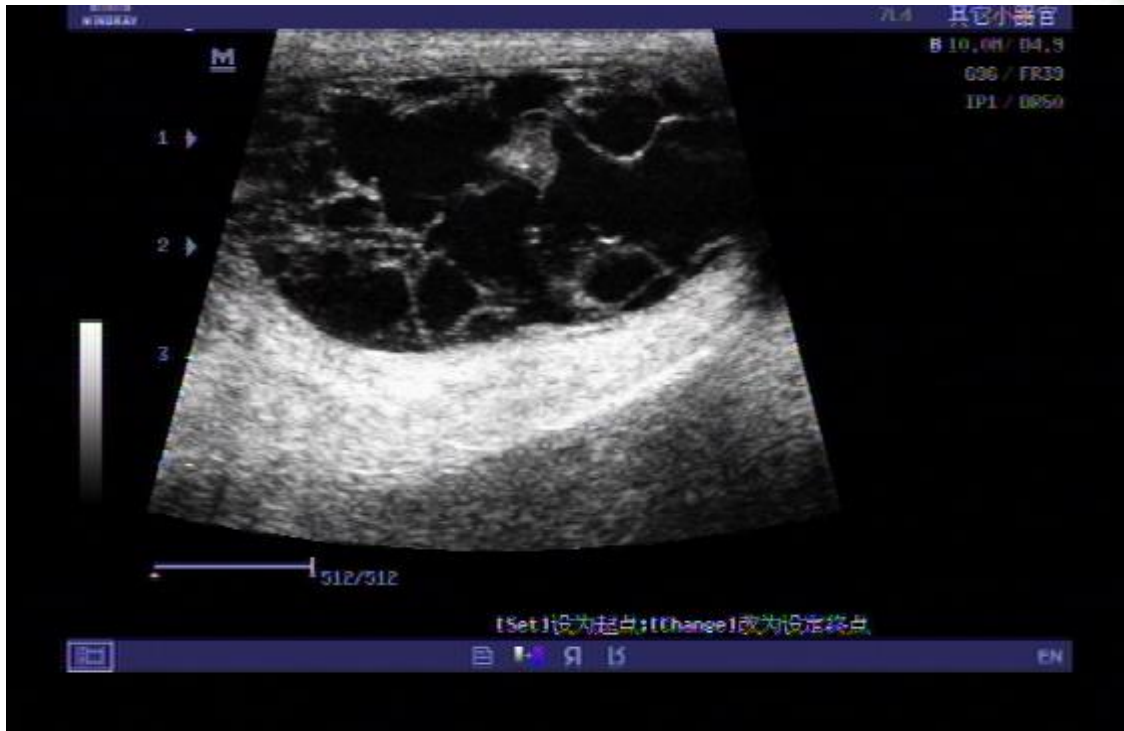
触诊：软。











浅述便血

作者：光辉岁月

链接：<https://bbs.iiyi.com/thread-1739734-1.html>

例一：一病人，老乡，中年，大约 50 岁。来我邻家理发，顺路来我诊所坐坐。诉：便血半年伴稀便日两三次，无腹痛。去别处医院治疗月余，大便次数减少，质正常，便血减轻，请我予以治疗痔疮的药物止血。思索后拒绝，原因解释如下：病情已经久远，病因未明，我无法查明，思之非常见之病，嘱其务必去医院肛肠科检查。便血的原因有痔疮、肛裂等，以便排除，排除后进一步检查其余项目。病人想知道还可能是什么病，我没有明言，因为病人小心谨慎之人怕有负担。10 天后，病人的弟媳告之，直肠癌晚期！幸运！自我高兴，呵呵，幸亏没有贪财！

例二：男性病人，60 多岁。病人的淋巴结发炎，来我处，想消炎。我触摸左侧颈部淋巴结有花生米大小数个，无痛，活动度差。直觉告之，非良性病变！不好直接告诉病人，就给予抗生素和清热解毒的药物，嘱其服完药复查。期间有老乡作客，问为何不予输液？我笑笑不答。三日来诊，诸症依然。告之病人，速去医院检查，穿刺看看，怕这几个小玩意增长迅速！月余，左侧脸肿大。诉：手术，化疗，放疗均做过了，诊断是淋巴瘤！

以上两例病人，症状都很简单，没有过多的体征，仅仅是很少的痛楚所在。如果按照想当然的做法，我可以赚点钱，病人呢？病人的痛苦只能更加大！幸亏我没有想当然。对于上二例病人的诊断，我没有办法直接告诉病人，你就是癌症，一是没有辅助检查口说无凭；二是，病人不好接受，自己也没有那么强大的自信心！

有媒体曾经采访过我，说：乡村医生应该加强哪方面的知识？我回答的是，应该加强全科的知识培训。因为，很多的疾病，都不是我们基层所能处理的，我们的职责只能是，及早发现病人的病情所在，不误诊，不昧良心，及时的转走！比如，青光眼，不及时的诊断转诊，病人有可能失明。所以，只有提高基层医生的全科知识，才可以拥有更多的病人，才会立于不败之地！

前庭神经元炎之鉴别诊断

作者：李林林

链接：<https://article.iiyi.com/detail/414777.html>

前庭神经元炎是临床眩晕常见的原因之一，起病急，好发于20岁~60岁的成年人，平均起病年龄39岁，男女之间无明显性别差异。起病前常有受凉感冒病史或合并有感染性疾病。冬、春季节好发。主要临床症状为突发眩晕，症状常见于晚上睡醒时，通常发作前无任何征兆，多为摇摆不稳感，偶有旋转性眩晕，当头部或身体转动时眩晕加重。常伴有恶心，呕吐，无听力受损及其他脑神经受损表现。疾病初期症状较为严重，恢复期主要以轻度或逐渐缓解的眩晕，或是不稳感为主，通常持续数天或数周。整个病程平均6周，也可持续9周甚至更长。可在数个月中反复发作，但每次发作程度都比前一次程度会减轻。



前庭神经元炎诊断要点：

1. 发病前有明确的感染史。

大多病前有发热、上呼吸道感染或泌尿道感染病史，多为腮腺炎、麻疹及带状疱疹病毒引起。

2. 突然发作的、剧烈的旋转性眩晕，可伴恶心、呕吐等症状。

临床表现以眩晕为主，头部转动时眩晕加剧，眩晕于数小时至数日达到高峰，后渐减轻。多无耳鸣、耳聋，也有报道约 30%病例有耳蜗症状；严重者有倾倒、恶心、呕吐、面色苍白等植物神经功能紊乱症状。

3. 水平旋转性自发性眼震，快相向健侧。

可以通过体格检查或眼震电图等观察到是否有眼震，眼震的特点等。

4. 无中枢神经系统异常体征。

这个是和中枢性眩晕的鉴别要点之一，此病患者不会出现中枢性面瘫、面部感觉异常、偏侧肢体无力麻木以及病理反射。如果有病理反射、交叉性瘫痪等体征，考虑为中枢病变导致的眩晕。

5. 前庭功能检查。

前庭双温试验显示患侧水平半规管功能低下或丧失，单侧发病者优势偏向于健侧。单纯前庭下神经受累者，双温试验检查可能正常。VEMP 检查可有异常。

6. 平衡障碍。

表现为走路不稳，甚至不能独立行走。Romberg 试验身体向患侧倾倒。

7. 外耳道及鼓膜检查。

前庭神经元炎患者外耳道以及鼓膜检查是正常的。如果外耳道有疱疹、流脓等，要考虑外耳道感染性疾病、中耳炎等。

8. 纯音测听。

正常，听力测试下降的要和梅尼埃病等相鉴别。

9. 颞骨 CT 检查。

正常，主要是排除局部的骨折、外伤、肿瘤等疾病。

眩晕可见于许多疾病，所以前庭神经元炎仍需要与以下疾病相鉴别：

1. 脑血管病：主要是后循环的缺血和出血性疾病。老年人较常见，特别是有高血压病、糖尿病等基础疾病的患者。突发的眩晕是最常见的症状，但通常伴随有其他的脑干症状和体征，比如复视、吞咽困难、偏瘫、交叉性感觉异常等。极少部分患者眩晕可能是唯一临床表现。头颅 CT、MRI 可帮助鉴别诊断，尤其是头颅磁共振 DWI 成像以及头颅磁共振血管成像、头颅 CTA 等检查可以明确脑血管疾病的诊断。

2. 脑干脑炎：有前驱感染史，急性或者亚急性起病，除眩晕之外，多伴有脑干受累的症状和体征，如饮水呛咳、吞咽困难。一般眩晕、恶心等症状较前庭神经元炎轻，脑脊液检查、头颅影像学检查等可以明确诊断。

3. 梅尼埃病：多为反复发作眩晕、耳鸣、听力下降。眩晕发作突然，发作时间短，一般几小时即消失，伴有耳鸣或听力减退，恶心呕吐，发作频繁，早期前庭功能检查正常，多次发作后则减退。早期低频听力下降，晚期可全频率下降。随发作次数的增多，听力呈逐渐下降的趋势。

4. 迷路炎：迷路炎亦称内耳炎，按感染途径分为耳源性及非耳源性两种。耳源性迷路炎是急性或慢性化脓性中耳炎时，细菌毒素经圆窗、前庭窗、鼓岬直接侵犯内耳，胆脂瘤侵蚀骨迷路及黏骨膜形成迷路瘘管而侵及内耳；镫骨底板手术或内耳开窗术不慎时亦可引起内耳感染，外伤后继发感染亦可延伸至迷路。非耳源性迷路炎又可分细菌性及病毒性两种迷路炎，前者为细菌经蛛网膜下隙感染外淋巴液而引起化脓性迷路炎；而后者为病毒经血行感染侵入迷路，常见病毒为腮腺炎病毒、麻疹病毒及风疹病毒。耳科检查可见外耳道及中耳有脓性分泌物，鼓膜穿孔等可以同前庭神经元炎相鉴别。

5. 听神经瘤：起病缓慢，多发于30岁~60岁成年人，女性较多，男女之比为2:3，多为单侧，偶有双侧者。听神经瘤的症状与其所在部位及发展方向有关，肿瘤生长缓慢，可逐渐压迫邻近结构出现相关症状。肿瘤小，早期可无任何症状。初发于内耳道的听神经瘤，首先压迫前庭蜗神经的前庭支及耳蜗支而出现前庭及耳蜗症状，眩晕很少为旋转性，最常见为体位改变诱发的短暂轻度眩晕或头晕。随着肿瘤的长大可出现其他脑神经及小脑等症状，如面瘫、面部麻木、恶心、耳聋等。头颅影像学检查可以明确诊断。

6. 耳毒性药物使用：引起耳蜗神经损害的药物较多，常见者有奎宁、水杨酸盐类、磺胺类、硫酸链霉素及双氢链霉素、新霉素、卡那霉素、庆大霉素、万古霉素、抗癫痫药、安眠药、镇静药如氯氮平、苯巴比妥以及呋塞米、含砷制剂等。其中以新霉素毒性损害最为严重，而链霉素引起者最为常见。各种药物对于耳蜗神经的损害部位不尽相同，有偏重于耳蜗，有偏重于前庭，或两者兼有之。例如硫酸链霉素、庆大霉素主要影响前庭，而双氢链霉素、新霉素、卡那霉素、万古霉素则主要影响耳蜗，其中又以新霉素影响耳蜗为最。奎宁中毒常发生于治疗疟疾或引产时服用过量。孕妇服用后不仅对自身且可引起胎儿的耳蜗中毒。水杨酸类药物引起耳聋者并不多见，仅限于对该药敏感者或服用过量时可以发生，其主要病变为螺旋神经节细胞变性，听力损失较轻，恢复较易，但往往伴有严重耳鸣。磺胺类药物为耳蜗神经中毒的较常见原因，常为短时期的听觉障碍和耳鸣，若同时出现前庭症状者，则听觉障碍难以恢复。药物中

毒性耳聋，其听力障碍常为双侧感音性听力减退。症状初起时常有耳鸣，如能及时停药，病情可能停止发展。已有听力减退者，亦可有不同程度的恢复。但亦有少数患者虽经停药，听力仍继续减退，例如新霉素中毒即如此。如氨基糖苷类抗生素、苯妥英钠、链霉素等可影响前庭神经引起眩晕，详细的药物使用史可帮助排除诊断。

7. 多发性硬化：年轻女性患者中需要注意鉴别。但多发性硬化较少导致单纯性眩晕，特点是空间和时间多发性病灶和症状，头颅磁共振等检查可以明确诊断。

8. 偏头痛性眩晕：见于前庭偏头痛患者，容易反复发作，发作伴波动性眩晕，运动幻觉或运动敏感，持续数分钟至数小时最常见。既往有偏头痛病史，发作眩晕时多伴有偏头痛，并有畏光、怕声。大多在休息后可以改善。不伴有耳聋和听力下降。根据病史可以同前庭神经元炎鉴别。

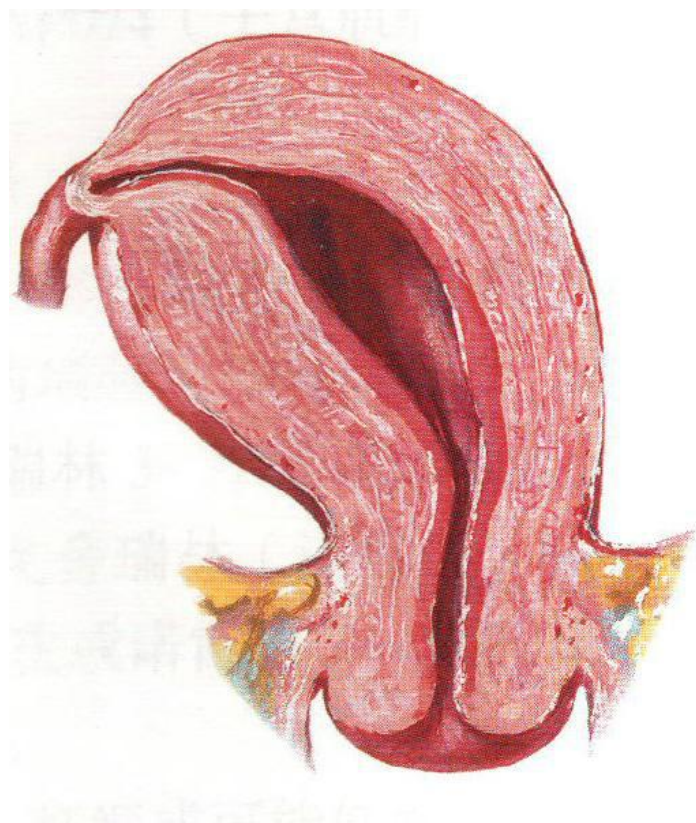
9. 良性阵发性位置性眩晕：又名耳石症，主要表现为头位变化所诱发的、持续短于 30 秒的短暂剧烈眩晕。可伴有恶心、呕吐。眩晕发作中无耳鸣、耳聋现象，已有的耳蜗症状亦不加重。病情多在数周或数月内自行缓解，无头痛，亦无其他神经受损体征。多见于女性。发病年龄平均为 50 岁。诱发试验等可以明确诊断，耳石复位治疗改善可以支持诊断。

异常子宫出血的诊断及鉴别诊断经验分享

作者：张素菊

链接：<https://article.iyyi.com/detail/412627.html>

异常子宫出血是育龄期妇女最常见的妇科问题之一。患者就诊往往是因为月经周期混乱、周期缩短或者延长、经量增多或者经量少，或者月经间期的出血等原因。相对于正常的月经来说，异常的子宫出血主要是指月经周期的频率、周期的规律性、经期长度以及经期出血量 4 个要素之一出现异常的一个情况。



图片来源：123RF

我们先了解一下正常子宫出血（月经）的情况。正常月经具有周期性及自限性。周期一般为 21~35 天，平均 28 天。经期一般为 2~8 日，平均 4~6 日。正常月经量为 20~60 毫升，超过 80 毫升为月经过多，小于 5 毫升，称为月经过少。经血一般呈暗红色，内含有子宫内膜碎片，宫颈粘液以及脱落的阴道上皮细胞。经血一般不凝，出血量多或者速度快的情况下可出现血凝块。

异常的子宫出血（AUB）按发病原因可以分为两大类 9 个类型。按发病进程的不同，还分为慢性的异常子宫出血（近 6 个月内至少出现 3 次 AUB，无需紧急临床处理、但需进行规范诊疗的 AUB）和急性的异常子宫出血（发生了严重的大出血，需要紧急处理以防进一步失血的 AUB）。根据出血时间不同，还可分为经间期出血、不规则子宫出血、突破性出血。根据出血量的不同，出血较多者为出血，量少者为点滴出血。

AUB 病因按英语首字母缩写为“PALM-COEIN”。

PALM 存在子宫结构性改变、可采用影像学技术和(或)病理学方法明确诊断：

P—子宫内膜息肉（AUB-P）；

A—子宫腺肌病（AUB-A）；

L—子宫平滑肌瘤（AUB-L）；

M—子宫内膜恶变和不典型增生（AUB-M）；

COEIN: 无子宫结构性改变, 目前现有的影像技术或组织病理学尚无法确诊的 AUB:

C—全身凝血相关疾病(AUB-C);

O—排卵障碍(AUB-O);

E—子宫内膜局部异常(AUB-E);

I—医源性(AUB-I);

N—未分类(AUB-N)。

导致 AUB 的原因, 可以是单因素, 也可多因素并存, 有时还存在原发病导致的其他临床表现。

我国暂定的月经临床评价常用的指标、术语及范围如下表:

月经临床评价指标	术语	范围
周期频率	月经频发	<21日
	月经稀发	>35日
周期规律性(近1年)	规律月经	<7日
	不规律月经	≥7日
	闭经	≥6个月无月经
经期长度	经期延长	>7日
	经期过短	<3日
经期出血量	月经过多	>80ml
	月经过少	<5ml

了解了 AUB 的一个病因及分类等情况后, 当一个患者来就诊时, 我们为诊断要做的事情如下:

一、对于病史的采集需要注意了解以下的情况, 首先确认她的出血模式。

1. 患者的年龄, 用于区分青春期, 育龄期或者围绝经期。不同生理阶段, 发生异常出血的原因方面的考虑侧重点可以不一样。

2. 询问有无性生活史。有性生活史的, 要考虑是否需要做妊娠相关的检验来排除妊娠相关出血。

3. 患者的月经史：初潮年龄，月经周期以及经期的天数，月经量的多少，有无痛经以及其他经期不适感，如果有痛经，要了解痛经的程度，是否有持续加重的痛经进展表现。

4. 患者的婚育史以及避孕措施，有无人工流产手术史或者药物流产史，有无近期服用紧急避孕药，或者服用复方口服避孕药或者长效避孕药以及皮埋装置，或者是宫内放置节育器以及注射长效避孕针等这些经过。是否采取安全期避孕或者体外射精的方法进行避孕，或者没有正确使用安全套进行避孕的经过。如果已经生育，要了解是顺产，还是剖宫产，有无产后大出血的经过，产褥期恢复情况这些也要了解一下。

5. 既往史方面，要了解有无甲状腺功能低减，肝病，红斑狼疮，肾透析，有无肿瘤，感染，血液系统疾病等的影响。

二、体格检查方面：

1. 最好是能进行一个全身检查和妇科检查，以及时发现相关体征。比如患者的精神状态、面容、唇色等有无异常，有无腹部压痛，器官增大等异常。

2. 妇科检查方面，要观察外阴阴道有无创伤性出血，阴道，宫颈，子宫结构是否有异常，阴道分泌物是否提示有感染，是否有异物生长，宫颈是否有活动性的出血，宫颈的颜色，是否有宫颈摆举痛。子宫是否增大，表面是否光滑，有无压痛，活动度如何，质地如何，双附件区是否可触摸到包块，或者有增厚，有无压触痛以及活动度如何等。

三、辅助检查，目的是鉴别诊断和确定病情的严重程度以及是否有并发症。

1. 全血细胞计数，凝血功能检查，判断是否有贫血或者凝血方面的问题。

2. 尿妊娠试验或者血 hCG 检测，以除外妊娠相关的疾病。这方面需要注意的是尿妊娠试验阳性，一般可以说明是怀孕，但是阴性的情况下，就不能够完全排除怀孕的可能，还需要做一个血检来确认会比较好，因为尿早孕检测试纸受尿液中 hCG 浓度以及试纸敏感度本身的影响，会有可能出现假阴性的一个情况，所以不能单纯依靠尿妊娠试验来排除妊娠。

3. B 超检查：目的是了解子宫内膜的厚度以及回声，以明确有无宫腔占位性病变和其他生殖道器质性病变，比如子宫内膜息肉，子宫腺肌症，子宫肌瘤，剖宫产者是否有子宫憩室形成，有无子宫纵膈或者单角子宫等子宫畸形存在。如果子宫内膜在 6 毫米以下，较长时间不来月经，还可以考虑这个时候抽血做性激素 6 项的检测，检测值可以当基础值看待进行分析，以利于出血原因的判断。还可以根据卵巢有无看到

发育中的卵泡或者黄体囊来判断是否已经有排卵发生，根据卵泡的数目判断是否有多囊卵巢改变。

4. 如果患者平时有测基础体温的习惯，也可以了解一下他的基础体温的情况，但是这方面一般还是比较少人去做这个事情，而且基础体温监测受影响的因素也比较多，结果往往也难以分析。这方面有或没有对于异常子宫出血的诊断来说，并不是一个必备的检查项目。

5. 生殖内分泌等的测定：主要是查性激素 6 项，甲状腺功能，有无胰岛素抵抗这些方面的情况。

一般查性激素是在来月经的第 2 天到第 5 天这个时间段内抽血，以第 3 天的激素水平最稳定，可以通过这个基础值，来了解有无多囊卵巢综合征的可能或者高泌乳素血症或者下丘脑垂体功能异常的情况。

如果有用性激素类的药物，一般建议停药一个月后再做检查，以免影响结果的判断。

如果不能确定何时来月经或者长期无月经来的情况下，可以根据 B 超检查的内膜厚度情况，来决定是否抽血检查，一般内膜厚度 6 毫米以下，可以抽血做检查，结果根据基础知识来进行分析判断。

年龄 45 岁及以上者，不建议再去做性激素 6 项的检测，除非有再生育要求，否则结果出来以后分析会很尴尬，因为对诊断起不到一个应有的作用，也不好用于今后治疗效果的评估，很容易会被患者质疑过度检查。

如果长期停经的，或者闭经的，那可以随时做性激素 6 项检验，结果可以根据 B 超年龄等进行综合分析。

如果没有发生停经的，需要了解有无排卵的，可以在下次来月经之前的 5~9 天内（相当于黄体中期），做血孕酮水平的检测，如果孕酮浓度 $<3\text{ng/ml}$ ，提示无排卵。

6. 其他检查方面：

如果年龄大于 35 岁，药物治疗无效或者存在子宫内膜癌高危因素的患者，可以考虑进行刮宫或者宫腔镜检查取子宫内膜组织，进行病理诊断。

在大量出血的情况下，可以随时进行刮宫，这种情况下刮宫具有诊断和止血的双重作用。

为了确定有无排卵或者黄体功能，可以在月经来潮前 1~2 天，或者月经来潮 6 小时内刮宫。如果这个时候取出的内膜病检结果是增殖期的子宫内膜，一般表示无排卵；结果是分泌期内膜变化但不理想，一般要考虑黄体功能不足的问题。

为确定是否子宫内膜不规则脱落，可以在月经的第 5~7 天刮宫取内膜组织，做病理检查，如果这个时候仍然可以观察到有分泌期的子宫内膜，那说明存在子宫内膜不规则脱落的情况。

宫腔镜检查相较于直接进行的诊断性刮宫来说，可以直接观察到宫颈管子宫内膜的生理和病理情况，直视下活检的诊断准确率要显著高于直接刮宫的盲取，所以在有条件的情况下，可以尽可能的做宫腔镜检查。

四、在鉴别诊断方面需要注意以下几个方面的情況：

1. 全身性疾病如血液病，肝功能损坏，甲状腺功能亢进或者减退等等，这些可以通过检查血常规，肝功能和甲状腺素等得以鉴别。

2. 异常妊娠或妊娠并发症，比如流产异位妊娠、葡萄胎、子宫复旧、不良、胎盘残留等等，生殖器的感染，如急性或慢性子宫内膜炎、子宫肌炎等等，甚至是肿瘤，如子宫内膜癌、子宫颈癌、子宫肌瘤、卵巢肿瘤、滋养、细胞肿瘤等等，这些一般通过病史、妇检、B 超以及血 hCG 检验等可以进行鉴别。

3. 生殖道损伤，如阴道裂伤出血，阴道异物等等。

4. 性激素类药物使用不当、宫内节育器或异物引起的异常子宫出血等。这个通过询问病史以及 B 超检查可以明确。

责任编辑：寒 冰

编辑：刘延红大夫

第二部分——中医部分

循筋拨点疗法——虚性疼痛话胫中

作者：接骨草

链接：<https://bbs.iiyi.com/thread-3417163-1.html>

现在随着气候的降低，老年人的腰腿疼痛会逐渐增加，今天就这个话题给大家讲一下，拨筋疗法的一个点“胫中”，对于“胫中”这个筋结点是如何来的？可以治疗哪些问题呢？我在临床工作中发现了不少的筋结点，都是在临床中感悟而来的，都是我临床反复验证有效，才公布的。

我最初看见“胫中”这个筋结点，是在郑怀贤老前辈的《伤科按摩术》里记载的，这本书记录了郑老 55 个经验穴，“胫中”是其中之一，这个穴位在什么地方呢？在内踝尖与胫骨内髁连线的中点，此处为比目鱼肌、趾长屈肌和胫骨后，分布的主要是胫神经。在郑老的书中，描述的手法是用第二至五指沿胫骨内侧缘上推，局部会出现胀麻感，这胀麻感发自小腿内侧，上至膝关节，下至足的大拇趾。

郑老的书中这“胫中”有什么作用呢？主要治疗胫骨疲劳性骨膜炎，膝关节损伤综合症，髌骨劳损，没有提到治疗腰腿的疼痛。后来我又看到一篇文章，说的也是“胫中”，是治疗急性腹泻的，文章中用针刺的方法，取 1.5 寸针灸针，在胫中穴先刺破皮肤，然后针尖向下沿胫骨后缘的皮下，向下方刺入 1.3 寸左右，轻轻的捻转 15 分钟，一般来说捻转 2 分钟患者就会感觉肠蠕动减慢，一般一次就可以痊愈，这种腹泻是指肝脾不和的腹泻，就是肚脐周围揪着痛，一痛就要拉肚子的这种，大便很稀，有的纯粹拉的是水。针法和治疗的类型大家注意一下。

我临床发现这个筋结点治疗虚性疼痛，是一个偶然。在 2014 年冬季，一个 74 岁的老年女性，当时患者是腰部伴下肢后侧膀胱经一线疼痛，特别感觉大腿根到腘窝一线有拘急性的牵拉疼痛，一阵一阵的抽搐牵扯，每抽搐一次，老人就会疼得“哇哇”直叫，夜间也是疼痛不能入睡。来诊的时候，已经疼痛一周了，当时想到患者是膀胱经一线疼痛，就从足到头部都给她做了放松，然而处理后患者无任何缓解。

从患者当时的体征来看，是一个典型的肾阳虚的表现，且疼痛区域在膀胱经，按《伤寒论》里面的说法，是太少两感，我就给她开了一剂麻黄附子细辛汤；第二天，

患者症状没有丝毫改善，于是给她静脉滴注了地塞米松和丹参注射液。对于我们临床医生，常常解决不了的疼痛的时候，最直接的方法就是用激素。有时候为了缓解患者痛苦，也是一个没办法的办法。然而第三天，患者症状依然如故，看着患者那无助的眼神，听着患者那痛苦的撕心裂肺的叫声，本想让患者到其他地方看，但某种意义上讲，我也有点不死心。脑海突然冒出一个在表治里，在腑调脏的思路出来。患者虽然疼痛表现在膀胱经一线，但这只是标啊，而她的本，是肾虚，之前我都是俯卧位处理身体后侧一线，这次我让患者仰卧，从腹股沟区域向下找。

也因为这一找，我发现了两个筋结点，也发现了散络，同时也进一步的加强了我对表里经的运用，这表里经（表里筋）通过络脉相连，常常患者表现在表筋的疼痛，我们处理效果不理想时，我们就要在与它相表里的筋上去找。比如膀胱经与肾经为表里，膀胱经的问题，我们就在肾经去找；胆经问题处理不了时，我们找与它相表里的肝经去找。以此类推，往往会收到意想不到的效果。

那么这个患者我发现了哪两个筋结点呢？一个是腹股沟的中点，有一个明显的筋结，另外一个就是“胫中”这个筋结点；这两个筋结点患者都非常敏感。腹股沟的筋结点临床不固定，但我后来发现这个筋结点，治疗臀部疼痛效果非常好。

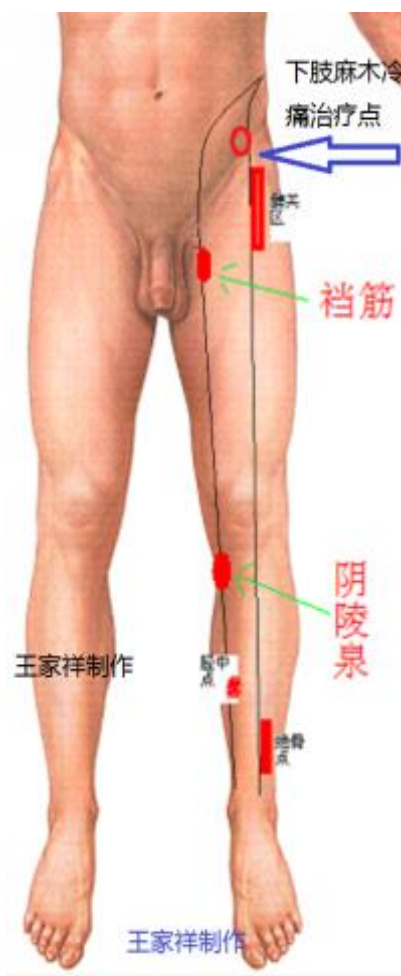
曾经有一个患者，臀部疼痛伴下肢后侧外侧疼痛，其秩边点，跳跃点，转子点都有明显筋结，而处理这几个筋结点患者症状并没改善，同时也处理了患者腰背部。当时就想到阳病找阴（表找里），就在腹股沟部位发现明显的筋结，予以拨按后，患者症状大减。

这是我最初使用这个筋结点治疗臀部疾病。后来我将这个思路拓展为散络，是因为这个患者的启发。所以我经常说，作为医者，对患者要怀有感恩之心，他们的身体会给你一些启发，一些帮助。在你为患者解除病痛的时候，患者同时也在启发你提升，灵感往往就来源于一瞬间。

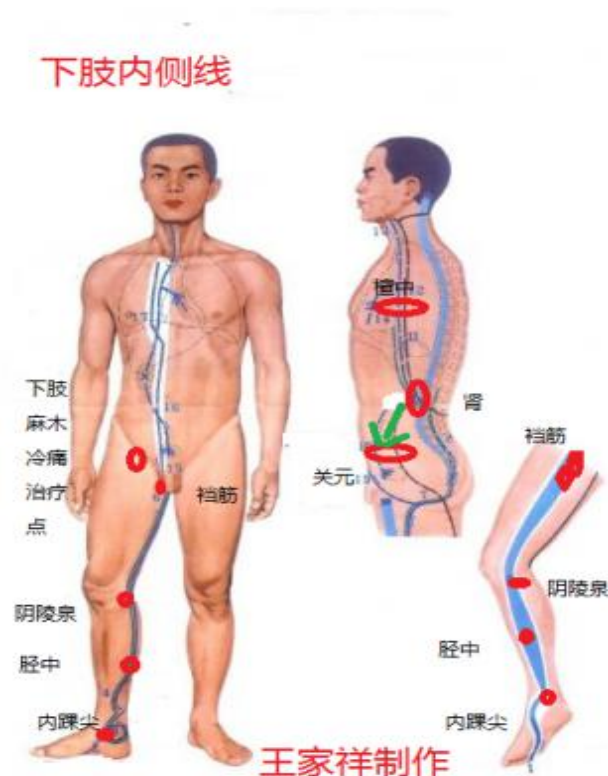
我当时在这位阿婆身上发现两个筋结点，一个是腹股沟筋结点，一个是胫中筋结点，处理腹股沟这个点的时候，当时患者感觉腿一下就轻松了，大叫了一声“好舒服”，她“胫中”这个筋结当时非常明显，不过要从后斜向胫骨深处的骨面方向压，有鹌鹑蛋那么大的一个筋结。不深压不容易摸到，当我松解开这个筋结后，患者当即感觉大腿后侧牵扯感消失，患者之前的十来天一直不能下地行走的，处理后患者立即可以下床行走了，只是行走时患者腿跟到腘窝微微有牵拉感，但没有那种抽搐的感觉了，后来复诊针刺胫中，我是直刺的胫中筋结，针尾加灸。当晚患者没有抽搐疼痛，安然睡

了一个好觉。又调理一周康复。

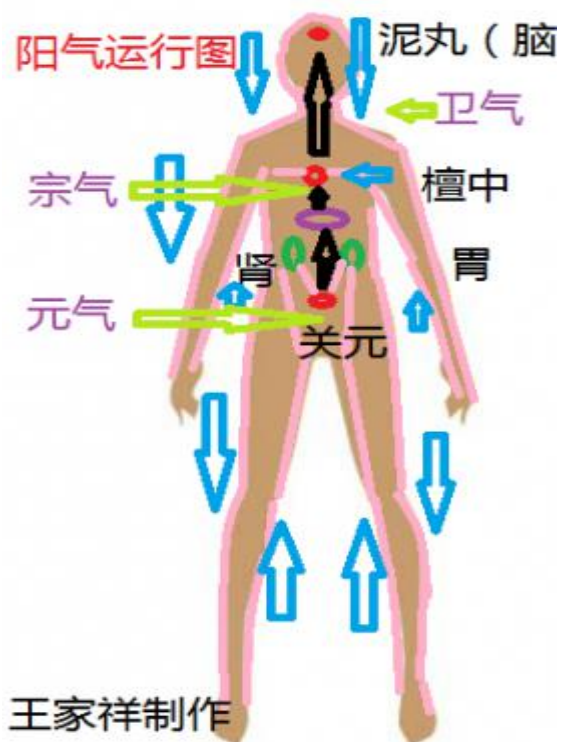
这胫中点，在我后来临床中，发现不少老年患者都有。有个别患者表现下肢内侧一线疼痛以外，有不少老年腰腿疼痛的，其并没有表现胫中区域疼痛，而你去触摸的时候胫中点常常会有明显的筋结，对于老年，或者青壮年疼痛比较典型的，拘急性疼痛的患者，胫中多有筋结，处理后常常会有立竿见影的疗效，而我也思考，为什么效果会这么好呢？听过我早期讲课的，都知道我以前下肢内侧线是从腰部沿髂腰肌一线而来的。



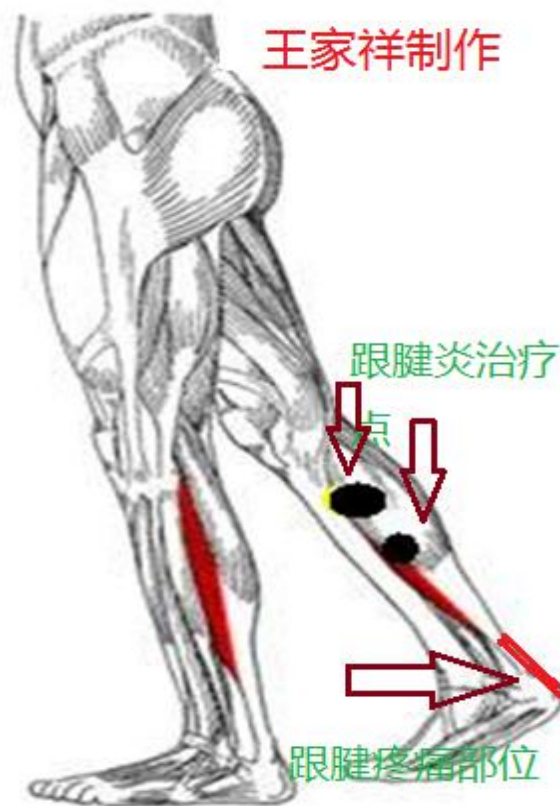
这是我最早的一个连线，而后来通过临床中进一步感悟，反复看肾筋的走向，结合对卫气的运行思考我有了一条新的连线。



这条线怎么走的？是内踝直上到大腿内侧根部，向上夹脊柱前侧，上循到头颅。那么，当我贯穿这条线路后，腰部深层的拘急性疼痛，颈部深层的拘急性疼痛，头部爆疼，都可以在胫中找到敏感点，松解这个筋结点，患者的这头痛、颈痛，腰痛就会立即得到改善。也由此而发展了我的上肢内线，在此之前，我的拨筋线路上肢只有三线。



这图就有内线了，也进一步连贯了我的拨筋阳气运行理路，那么这个胫中点还可以治疗什么呢？跟腱炎。



跟腱炎，大部分是跟腱下滑囊由于跟腱受到牵拉挤压而肿大的，也就是说大部分的跟腱炎是跟腱下滑囊炎，当跟腱牵拉太过，其附着在跟骨部位的骨膜受到进一步的刺激才会增厚肿大，而跟腱是由比目鱼肌和腓肠肌的肌腱向下延伸合和在一起形成的，比目鱼肌在内侧，我们行走，特别是上下楼的时候，小腿内侧受力比外侧多，这个大家可以自己爬山感悟一下。那么这类患者，在胫中区域多可以摸到明显的筋结。后跟疼痛的患者，予以松解，其后跟疼痛大都会立即改善，会用针的，也可以用刀针松解这个解。

患者刘某，男，2015年8月16日来诊，四月前因在跑步机上跑步强度过大，致使右足跟腱疼痛，多处治疗效果不明显，来诊时行走下蹲右跟腱即有牵扯感，行走200米即感右足跟部上方疼痛，右足不能着地，右足着地即感跟骨后上方疼痛难忍，患者深以为苦。查右小腿内侧胫骨后上1/3部位深压有一约2×2厘米大小的筋结，按之剧痛，予揉按弹拨松解，患者行走即感觉跟骨后上方没有牵拉感，复在筋结部位行温针治疗，再在筋结部位外敷软坚散结的膏药。隔日治疗一次，四次痊愈。这是我以前的一个案例。

那么，由刚才说的跟腱由比目鱼肌和腓肠肌的肌腱组成，比如我们爬山，时间久了，整个小腿就会胀痛，胀是什么？我讲过，胀是气不通，被堵住了，小腿胀的时候，我们深层的组织必然会受到压迫，中医来说就是血脉堵塞，西医来讲就会神经血管受压，那么进一步会出现什么表现？会出现足的麻木，“麻”这也是今天许英提到的问题，也是我为什么叫要松胫中的原因，关于胫中的课我就讲这么多，大家下来在临床中感悟。

小儿习惯性痉挛案

作者：中医老学员

链接：<https://bbs.iiyi.com/thread-3471469-1.html>

小儿习惯性痉挛又称局部抽搐症，是一组肌肉突然出现瞬间的收缩，常见面部肌肉抽搐。本症系小儿神经官能症之一。如果治不得法，形成长久性习惯，则难愈。此属于中医内风范围，多因惊恐或土虚木旺，以致风动。治以平肝熄风，定惊安神为法。

患者是我的孙子，2019年10月一天，他妈妈在微信上发了个孩子的录像。孩子的嘴巴在不自主的乱抽动，称好象有半个月了。我当时见了，稍有所思。猜测是否是他的牙齿有什么问题。他妈妈则怀疑是否是在做怪样子。

星期一，孙子放学时我去接他，一看就是不住的开合嘴巴，呲牙咧嘴。让他把嘴巴闭紧也止不住乱动。到家里集中精神做作业仍然是这样。这就不是什么好现象了。

次日，我们带孩子去检查了口腔，排除了牙齿，牙龈等问题。

处方：1. 蝉蜕 9 克，钩藤 9 克水煎内服。每日二次。

2. 维生素 C 片 2 片，维生素 B6 片 1 片，每日一次口服。

3. 头面部各主要穴位，每天按摩一次。

到第五天开始，就有了好转，嘴巴乱动现象减少。连续服药 13 天，停药。随后坚持每天给他做按摩 1 个月，病愈。

心下病

作者：知守堂主

链接：<https://bbs.iiyi.com/thread-3472460-1.html>

心下病，中西医均无此病病名，本人在 30 多年的行医过程中，见到了三、四十例这种病，对这种病独特的状类表现，做了初步分析、归纳，总结，暂且称之为心下病。

在中医经典《金匱要略》里面，有痰饮，水饮病的记载，与此病颇同，可以看做同类疾病。

心下病，有且仅有两个显著的症状：

1. 气短，必有之证，气短有轻重之别，轻症气短轻微，重症呼吸短浅，需张口抬肩，用力呼吸，严重者只能端坐，不能平卧，平卧则呼吸尤其严重。

气短与虚喘不同：心下病气短是呼吸艰难，但是有力还是可以吸满，用力也可以深呼吸，甚至可以吸气到下焦；虚喘也呼吸艰难，但出多吸少，张口抬肩，即使用力也不能吸气到下焦。

2. 心下闷坠，必有之证，心下即心窝部位，患者自感心窝部位满闷、重坠。

这种感觉也有轻重之别，轻症约略鸡蛋大一片，重症有拳头甚或碗大，满闷且重坠。

闷坠与痞坚很类似，均有饱满，郁闷，下坠，坚实之感。

心下闷坠感与气短成正比例，心下闷坠感严重，一般来说气短就严重，反之亦然。

这种病气短与心下闷坠感，均是自主感觉，胸部无异常感，大多数患者饮食尚可，说明胃无异常，心、肺、胃做现代医学常用的检查方式，大多查不出明确指标，有个别患者因年龄较大，相关检查时查出心、肺、胃略微有异常者，但都不是明显问题。因此病位不在心、肺、胃部，许多患者按照心，肺，胃治疗无效。

此病女性明显多于男性，任何年龄段均有，但年龄长者约略多一些。

病因：痰饮，饮邪、水湿为患，即水湿之邪波及膈肌。

病机：本人对此病的病机解释是：膈肌是主要的呼吸肌，膈肌肌束在前面起自剑突后面，剑突后面恰在心窝略上部位，痰饮水湿之邪聚于此则膈肌受湿，膈肌受湿，则膈肌自主运动受限，膈肌收缩受阻，则吸气困难，膈肌松弛阻碍，则出气短浅，因此呼吸均困难；湿邪聚于此，湿邪性阴重坠，故心窝部位闷坠，湿邪轻则膈肌受影响较小故气短、闷坠感轻浅，湿邪重则闷坠感严重。

治疗法则：病痰饮者，当以温药和之。

参考方剂：苓桂术甘汤，枳术汤，桂甘姜枣麻辛附子汤，泽泻汤。

经典论述

《金匱要略·水气病脉证并治》及《金匱要略·痰饮咳嗽脉证并治》里面有类似的记载，之所以称为类似，是因为《金匱要略》所论，有些经文仅论及气短而无心下症状，有些仅论及心下症状而无气短，但痰饮，水气，饮之为病确实是一致的，故暂且称之为类似，经论中有数条经文，择录如下：

《金匱要略·水气病脉证并治》经文：

经文1：气分，心下坚，大如盘，边如旋盘，桂甘姜枣麻辛附子汤主之。

浅说：“心下”，正是心窝部位；“坚”，“大如盘”，均是寒邪水饮之邪聚集于此，“坚”与“大”说明寒邪水饮盛大之象，这些症状更多的是患者自我感觉，各项检查查不出明确的指标。经文说“气分”，此二字当是点睛字眼，怎么理解“气分”呢？气分，即气化之道，气化之道即经络之道，并非血运之道，因此本人看法是寒邪水饮之邪循着气化之道由表入内，聚集于心下部位，以至于形成“心下坚，大如盘，边如旋盘”的症状，即初始寒邪伤表，在表肤腠之寒邪水津循气化之道内走于里，聚集于心下，形成病势如此。

治疗上依然遵循辛甘温散之法，驱邪外出，来于斯，去于斯也，因此经文在方后明确说“当汗出如虫行皮中，即愈”，很明确，肤腠开通，寒邪水饮之邪外走，外走则在内之水饮自然蠲除。

桂甘姜枣麻辛附子汤，即桂枝汤去芍药与麻黄附子细辛汤的合方，所用药物均是气分药，以汗法治疗水饮病，诚为医圣妙法。

此经文仅有心下症状，但无气短。

经文2：心下坚，大如盘，边如旋盘，水饮所作，枳术汤主之。

浅说：本条病位在心下，但没有气短症状

本条与上条经文对比，心下症状完全同，但本条没有“气分”二字，却多了“水饮所作”四字，由此可以看出，本条之水饮之邪完全来自内生，不是表邪入里，故治疗上采取消之于内之法，故用枳术汤。

心下病，心下闷坠感与经文所言“心下坚，大如盘”之症状非常类似，可以参考

《金匱要略·痰饮咳嗽脉证并治》经文：

经文1：水在心，心下坚筑，短气，恶水不能饮。

浅说：心，并非心脏，而是心窝部位；筑，心窝部位的筑筑不安貌，即悸动不安，也是一种心窝部位蠢蠢而动的自主感觉；坚，水邪盛满结聚之象；因水而恶水，故不欲饮水。

本条非常符合心下病的症状，但“恶水不能饮”仅仅见于胃寒之人，胃气正常的患者饮食尚可。

经文 2：夫心下有留饮，其人背寒冷如掌大。留饮者，胁下痛引缺盆，咳嗽则辄已。胸中有留饮，其人短气而咳，四肢历节痛。

浅说：此条虽有“心下有留饮”语，但“其人背寒冷如掌大”，显然症状表现不在心窝部位；“胁下痛引缺盆，咳嗽则辄已”者，症状也不再心窝部位；又“胸中有留饮，其人短气而咳，四肢历节痛”，很显然本条所述，多与溢饮相类似，虽有短气，但无心窝症状。

经文 3：夫病人饮水多，必暴喘满。凡食少饮多，水停心下，甚者则悸，微者短气。

浅说：《黄帝内经》曰“饮入于胃，游溢精气，上输于脾，脾气散精，上归于肺”，现实中但凡正常人暴渴暴饮者，时有发生“暴喘满”的情形；经文中提到的是“病人”，即有病在先，什么病人呢？应该是患有水饮病的患者，“饮水多”在后，这种情况下“水停心下”形成水饮证，虽有“短气”“悸”症状，但心下没有闷坠感，至于“水停心下”是否具有闷坠感还需探讨，但是本条与心下病的机理已经非常接近。

经文 4：夫短气有微饮者，当从小便利之，苓桂术甘汤主之，肾气丸亦主。

浅说：此条“短气有微饮”，很显然，本条之“微饮”并不明确是停留心下，饮邪或弥散于肺，或弥散于三焦，或兼而有之，阻塞气道，均可以引起短气之证，因此治法选用脾胃入手或肾脏入手均可，因此给出两个方剂供选择，此条和心下闷坠关系不明确，仅仅是饮邪所致气短是一致的

经文 5：膈间支饮，其人喘满，心下痞坚，面色黧黑，其脉沉紧，得之数十日，医吐下之，不愈，木防己汤主之。

浅说：本条与心下病症状非常类似，尤其是“膈间支饮”语，直奔病位，很明确病位在“膈间”，“心下痞坚”更是和心下病完全符合，“喘满”和气短非常类似，气短之极致也类似于喘满，另“面色黧黑，其脉沉紧”，均符合水饮为患的脉色，经文没有直接给出治疗之法，仅仅是误治后的疗法，以本人经验本条正治之法，应当选取苓桂术甘汤或肾气丸为主治方为恰当。

经文 6：心下有支饮，其人苦冒眩，泽泻汤主之。

浅说：本条仅仅说明饮在心下，但没有气短和心下症状。

经文 7：支饮不得息者，葶苈大枣泻肺汤主之。

浅说：“不得息者”，即有气短、呼吸艰难之意，但无心下症状，因此此条当属于支饮侵淫肺脏，肺脏化气不利之故。

经文 8：卒呕吐，心下痞，膈间有水，眩悸者，小半夏加茯苓汤主之。

浅说：此条“心下痞，膈间有水”类似于心下病，但无气短，却有“卒呕吐”的水饮伤胃症，以及水饮凌心引起的“悸”和水饮上走清窍引起的“眩”症，显然又不同于心下病。

以上粗浅的分析，可以断定心下病，类属于饮邪为病的范畴，更类属于支饮症，应当属于支饮的一种。痰饮，水饮，水湿，饮邪，名称虽多，其本则一，经文有“膈间有水”，“膈间支饮”，“心下有支饮”等语，均说明饮邪可以钟聚于膈肌，饮伤膈肌为本，气短与心下闷坠为标。

《金匮要略》词简意奥，义理精深，常常难于把握其要义，用之于临床难以适合当今语境，故以心下病命名似乎更为适合当今语境，且症状明确，辨别简易，符合于临床实用。

认识此病的经历

20 多年前，本人初见此病，患者为一女性，五十岁左右，系本人亲戚。患者唯有两证，一是气短特甚，需用力始可以呼吸，平卧则气短尤甚；其二心窝部位痞满闷坠，心口好似绾结一块，犹如塞了一大坨重物，除此两症状之外，其他均好，心、肺检查没有异常、胃腑检查也无问题，饮食尚好。病初始在医院当心脏病治疗，无效，以后经当地中医治疗效果不大，辗转一年余，中西医用遍，百治无功。一年余后，竟然慢慢自愈，此人至今健在，除了膝部骨刺严重外，其他心、肺、胃至今没有明显异常。

当时本人学医尚浅，还不足以认识此病，但此病在内心留下了清晰的印象，不能克之，则牢记之，因此在以后的行医过程中，陆陆续续见到了四十多例此类疾病，大多数为女性，且中年以上妇女居多，此时也有了足够的认识时间去揣摩此病，以后经过对经典的学习揣摩，结合现代医学对形体功能的认识，以及本人实践经验的累积，逐渐对本病有了一点认知，本病当属于水饮为患，水饮之邪浸淫膈肌，引起的膈肌湿痹证，病因在饮，机理为痹，有了如此认识，以后遇到了本病按照水饮治疗，每获良效，在多次的实践之后，始觉这种病的认识弥觉对症，逐渐确认本病确为水饮病，当属于支饮之一类型。

本病致病之饮邪源自何处呢？究竟是外邪内淫，抑或水饮内生呢？本人以为两种

情况均存在。《伤寒论》中表邪误治，邪气内淫，可以引起泻心汤诸证，若是水湿伤表，水邪内犯心下，足可以引起支饮证即心下病。现实中人触犯六淫之邪是随机随意的，即使在实际的环境下受邪，人多不知，又外邪内淫，并不是立即起病，发病之日与感受之时相去有间，因此许多患者起病之初，已经不能明确记起所犯外邪之事，更不知所犯何邪，临床此类甚多甚多，因此治疗时医患均对于外邪多有忽视；若水饮内生，多见于脾土不足，制水无权，溢水成邪，水邪漫溢，流于膈间，浸淫膈肌而发病。

本病治疗，不管水邪内生还是外邪内淫，均可以参照《金匱要略》治疗水饮之法。

从现代医学角度看，气短，心脏病和肺病均可以引起，此病许多患者心、肺检查不出明确的指标；心下闷坠感属自主感觉，西医检查尚难，因此现代医学对此病的治疗仅停留在对症治疗上，疗效往往不佳。

实际病例

第一例：2016年10月14日早，惠姓男，70岁，自诉有两证：一、心口有一块，硬如石头，大如巴掌，时有重坠感，用老者原话说就是心口好像压了一块石头，气短不堪，最早去年就出现症状，开始时症状较轻，近几个月始加重；二、无口味，不想吃饭，一点食欲也没有，勉强进食也可，已近3个月。患者面部大片白癜风而无法查看面色，仅见上眼睑微肿，边缘处微微发亮，下肢胫骨前及小腿肚子肿胀，按之没指，有近一公分深，不能弹起，自诉抬脚困难，浑身不畏冷，吃凉吃热均可，腹不胀满，自感有痰但是咳不出来，腰不困，小腹无异常，自言后气多，但大便量少，小便少，精神经常倦怠，坐下后不自觉犯困打盹，患者身形稍胖，神志清晰，行动自如。诊脉见双手脉近乎微弱，唯独尺部沉小弦象，舌质淡，舌苔薄而少。

老人去年即出现症状，初始症状轻微，去医院检查，检查心、胃、肾、肝、胆、胰、验血，没有查出任何问题，去过好几家医院均是如此，用老者原话说就是啥也检查不出来，又因不影响生活，唯独感觉不舒服而已，虽服药但效果不明显，也就不了了之。今年3月以来开始加重，随即治疗，一直以“胃病”治疗，内服吗丁啉，西沙比利等均无效，中药也一直按照脾胃病治疗（具体方药不详），均无寸功，拖延至今。

脉证合参，患者体质当属于气、血、脾、肾、阴阳具亏，属老年虚乏之体，兼有皮水证；又脉微细加之困倦，又好似少阴虚证；心下坚硬，短气，虽气短但心下不筑，当不属于心水证，又好似气分证，又有饮邪的症状。

患者年事已高，虚乏之体，又数病和在一起，治疗当有先后主次，治疗当以内为本，中为主，究竟按照气分治疗，还是饮邪治疗，在两难之下，决定先按气分证治疗，

同时护顾正气不能偏倾，主方选取经方，取《金匱要略·水气》篇中的方子，经文曰：“气分，心下坚，大如盘，边如旋盘，桂甘姜枣麻辛附子汤主之”，此证正是心下坚如磐石，气分证符合经文所言，故选此原方为主加减，以养气补中辛甘宣导为治，处方如下：

生黄芪 30 克，炒白术 12 克，怀山药 12 克，桂枝 10 克，甘草 10 克，干姜 10 克，麻黄 7 克，细辛 10 克（后下），附片 7 克，红枣 5 枚（去核），2 付，水煎服。

同时针刺，取穴：大都，太白，脾俞，然谷，足三里，璇玑。针刺 30 分钟，患者没有感觉，针刺期间，患者打盹显示困倦意象，起针后，别无不适。

15 日中午再来，患者自言气短与困倦依然，心口石硬感消失，心口部位几乎没有异常感觉，但胀满位置下移，移到了以中脘穴为中心的部位，范围稍微扩大，胀满，但按之柔软，整体感觉稍微减轻，上眼睑肿胀变得皱缩，唯独右侧眼帘外侧有黄豆大一片稍胀，其他部位均已消失，奇异的是下肢肿胀大为减轻，按之稍微有凹陷，比昨天减轻大半，右侧减轻更明显。脉诊但见左侧脉三部均微弱，右侧关部微而小滑象，寸微弱，尺弦微，右侧关脉已有形象。

16 日来扎针，患者自言没有多大进步，气短依然，胃部依然胀满，在与患者聊天时，患者说眼睛不好，目力有时清晰，有时看不见东西，闻听此言一霎间，忽然想到《金匱要略·痰饮》篇，经文曰：“心下有痰饮，胸胁支满，目眩，苓桂术甘汤主之”，另云“夫短气有微饮，当从小便去之，苓桂术甘汤主之，肾气丸亦主之”，目眩，不就是看不清或看不到东西吗，随即询问患者小便如何，患者说少，色黄，大便基本正常，在于患者聊天之间再此寻思患者究竟是饮邪还是气分，因有目眩一证，即时决定可能是饮邪为患，首诊断为气分是不确当的，随即改变以前的看法，询问得知患者今晨刚好喝完前药，今天针完准备再次拿药时，遂选用苓桂术甘汤原方加减，如下：

茯苓 30 克，白术 20 克，桂枝 10 克，甘草 10 克，姜半夏 10 克，1 剂，水煎服。

17 日，患者说胃口胀满减轻，小便稍微增多，气短微微缓解，右脉关部微而弦，寸尺微弱几无，左脉三部微弱，患者说这个方子感觉比上一方子好，据此饮邪为患明确，原方再加泽泻，予以 2 剂，如下：

茯苓 40 克，白术 20 克，桂枝 10 克，甘草 10 克，姜半夏 10 克，泽泻 20 克，2 剂，水煎服。

20 日晚，电话说已经很好了，短气能恢复七、八成，心下胀满消失八、九成，

小便增多，因病情缓解大半又加之收秋忙，说缓几天再来调理，看来此病做饮邪为患处理是对症的。

第二例：2017年6月21日，女，体肥胖，自感心下部位不适，按之柔软，每次喝水吃饭后自感不向下行，有一种泻的感觉，自说每晨起舌苔白厚，气稍短，双手脉微弱略有细象，本病另一个特点，每次心下不适时就会双腿发软，心下不适时好似有一重物吊在心窝部位，有下垂感，有时候晨起喝水后会立马吐出，类似水逆证。

处方：白术12克，茯苓块30克，桂枝10克，甘草10克，川朴10克，半夏10克，山药12克，当归10克。3剂，水煎服。

后见之说已治愈。

第三例：2018年，女，80岁，心窝下憋胀，气短，不能平躺，平躺感觉气不够用，必须坐起来，或者缓慢走几步始感舒服，下肢肿胀严重，按之凹陷不起，脉微弱，舌质淡，无苔，此心下病。

用方：黄芪20克，佩兰10克，白术12克，茯苓20克，桂枝10克，甘草7克，川朴10克，半夏10克，2剂，嘱咐每次喝两三口，两小时一次，小量多服法。后见其子说老人心下憋闷，气短大为缓解。

活络效灵丹治疗慢性肾炎验案

作者：中籍华人

链接：<https://bbs.iiyi.com/thread-3472483-1.html>

患者，男，48岁，农民。1982年7月28日初诊。患者于两年前开始出现全身浮肿、尿少。在某县医院诊断为“慢性肾炎”，住院治愈半年后复发。一年多来已多次反复发生浮肿。一个多月前又出现浮肿，某医院诊断为“慢性肾炎”，治疗无效。那时下乡出诊是经常的事，患者家离笔者所在医院有十多公里，全是山路，其家人请到家中诊视。症见面目肢体皆肿，下肢尤甚，按之凹陷，小便短少如浓茶，腹胀纳少，面色晦黯，舌体胖大有齿痕，苔白水滑，脉沉细。

辨证为脾肾阳虚之阴水肿，治用温阳利水之真武汤加味。服用两剂后小便微增，因经济困难，未继续服药，病情继续加重，8月9日再次邀笔者到家中诊视：近一周来，周身水肿更甚，小便点滴难出，腹部胀大而绷紧，不欲饮食。四肢肿胀不温，皮肤及面部、唇舌紫黯。但神志尚清，脉沉细但不急数。辨证：血瘀气滞，水湿停聚，脾肾阳虚。按“急则治其标”的原则，改用活血化瘀行气，逐水消肿之法，方用活络

效灵丹加味：当归、丹参、乳香、没药、益母草、白术各 15 克，甘遂 6 克（醋制）、瞿麦 15 克。3 剂，共为粗末，每剂分为 5 包，共 15 包，每包煎服 1 次，日三服。

8 月 15 日第二次到其家中诊视：服上药三次后，尿量大增，三剂后浮肿已消大半，精神转佳，但觉身软，四肢欠温。仍用上方加黄芪 30 克，附子 15 克，以益气温阳利水，去瞿麦之苦寒，乳香、没药各减至 10 克。3 剂。煎服之法同前。8 月 22 日第四次出诊：患者服完 3 剂后，浮肿已完全消退，惟身软乏力，胃纳欠佳。舌质正常，苔薄白，脉沉而虚。此为脾胃气虚，正气未复。治以益气实脾，缓调肾阳，方用六君子汤加味 5 剂，并服金匱肾气丸半月调理善后。两月后随访已能参加农业劳动。随访三年未复发。

按：活络效灵丹为张锡纯《医学衷中参西录》中活血祛瘀，通络止痛的方剂，主治心腹疼痛，腿臂疼痛，跌打瘀肿，内外疮疡，以及症瘕积聚等病证。现用于冠心病心绞痛、宫外孕、脑血栓形成、坐骨神经痛等属气血瘀滞，经络受阻之类的病症，未见有用于慢性肾炎者。本例慢性肾炎患者在病变过程中因出现了本虚标实的病机，即脾肾阳虚是其本，气血瘀滞，水湿停聚是其标，尤其血瘀气滞的标证更为突出，致使停聚的水湿更难气化排出，故选用活络效灵丹活血祛瘀行气，加益母草、甘遂、瞿麦活血逐水利尿消肿，白术顾护脾胃，并将汤剂改为煮散剂，以均匀发挥药力提高疗效，6 剂基本达到瘀去肿消的效果，继则从脾肾之本治疗，基本治愈。但当时受条件所限，患者家住山区农村，没有相关的检验验证，只是临床治愈。

浅述三阴交穴

作者：张豆豆

链接：<https://article.iyyi.com/detail/409463.html>

在小腿内侧，正坐屈膝成直角，在踝关节内侧，四个手指并拢，沿着足内踝尖（脚内侧内踝骨最高点）向上另一侧对应的点。也就是足内踝上缘四指宽处，按压有一骨头为胫骨，此穴位于胫骨后缘靠近骨边凹陷处。（在踝尖正上方胫骨边缘凹陷中，自己的手横着放，约四根手指横着的宽度）就是三阴交穴位。《针灸大成》中记载曰：“三阴交：内踝上三寸，骨下陷中。足太阴、少阴、厥阴之会。”



图片来源：123RF

2. 穴位解剖：

布有小腿内侧皮神经，深层后方为胫神经；并有大隐静脉，胫后动、静脉。

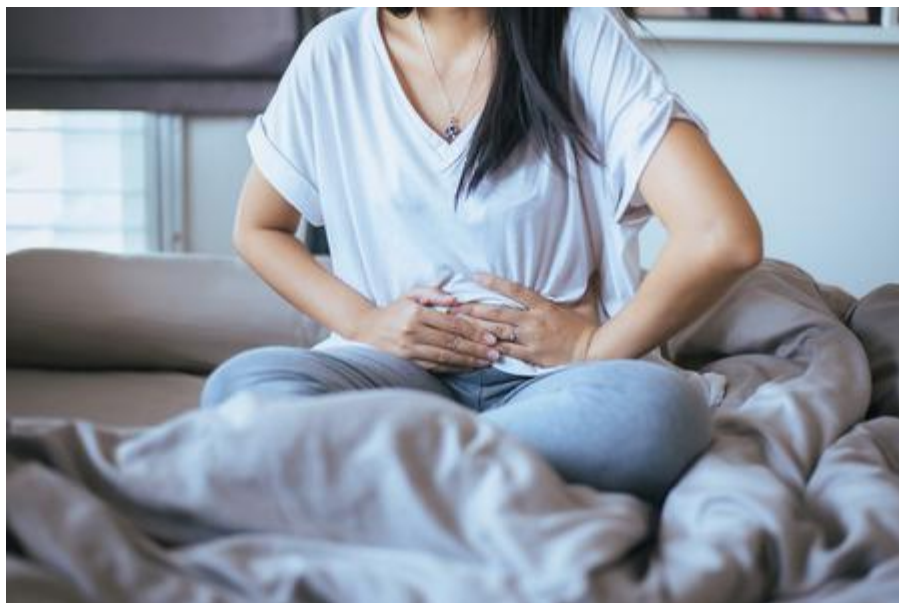
3. 功能主治：

三阴交为足太阴脾、足少阴肾和足厥阴肝三经之交会穴，而此三经在关元穴处又与任脉相交会，故本穴的主治证与肝、脾、肾三脏和任脉的功能失调关系密切，应用极广。不仅可以用来治疗各类本经病证，凡是跟气血阻滞不通有关的病证，均可以取三阴交穴以疏通气血，从而改善病情。另外，对于因气血损耗过多而致气血亏虚、经脉不通者，亦有良好的治疗效果。

4. 临证举隅：

4.1 痛经

张某，女，27岁。行经腹痛2年余，每遇加班或心情不舒则加剧。此次行经腹痛半天，经量少、色紫、伴有血块、恶心欲呕，舌质黯、苔薄白，脉弦数。辨证属肝郁气滞证。主穴取三阴交毫针直刺，得气后用强刺激手法，使针感向上传导。配气海、太冲。留针30分钟。留针期间每10分钟行针1次以加强针感。留针结束时辅以维生素K3注射液4mg穴位注射，治毕疼痛已明显缓解。次日再针1次，告愈。下月行经前2日又按上法针治2次，随访半年痛经未作。



图片来源：123RF

4.2 睡眠障碍

李某，女，37岁，间断失眠8年余，近半月加重，夜间入睡困难，每夜仅睡2~3小时，且多梦易惊醒，伴心悸健忘，四肢沉重，头晕头痛，泛泛欲呕，舌淡、苔薄白，脉细弱。辨证属心脾两虚证。穴取三阴交配神门、内关，毫针直刺得气后施捻转补法，留针30分钟针4次后每夜已能入睡4~5小时，伴随症状亦有所减轻。针10次后每夜能安睡7小时左右。为巩固疗效，依上法隔日1次再针10次，随访半年未复发。

5. 总结分析：

三阴交为肝、脾、肾三经交会穴，针刺之能疏肝理气，调气行血，健脾益气，养血调经。三阴交穴或针或灸，疗效颇佳；亦有三阴交穴与它穴配伍治疗多种临床疾患，疗效仍著。由此可见，三阴交穴主治范围广泛，故在现代临床实践中可加以拓展运用于多种内外妇儿疾病当中。

实例解析后颈椎疼痛

作者：赵树良

链接：<https://article.iyyi.com/detail/411086.html>

后纵韧带位于椎管内，紧贴椎体的后面自第二颈椎延伸骶骨。韧带上宽下窄，在胸椎比颈、腰椎为厚。在椎间盘平面以及椎体的上下缘，韧带同骨紧密接触，在椎体的中间部分，韧带同骨之间有椎体基底静脉丛所分隔。后纵韧带比前纵韧带致密、牢

固，通常分为深、浅两层，浅层连续分布 3 个或 4 个椎节，深层仅处于相邻两椎体之间。



后纵韧带骨化症是一个老年性疾病，好发于 50 岁以上，在 60 岁以上患者中，发病率可高达两成，在一般成人门诊中，约占 1-3%。

诊断要点：

根据神经学检查，结合 CT、MR 等影像学所见，常可作出明确诊断。

但有两个问题需要明确：

后纵韧带骨化并不一定有临床症状出现，许多 X 线普查发现的后纵韧带骨化十分严重，但其本人还可以正常生活而无明显的症状。同样，在某些广泛的颈椎后纵韧带骨化灶中，并不是每个平面都产生压迫症状的，必要时可采用神经肌电图来确定受累及的神经范围及平面。

除了后纵韧带骨化之外，骨化灶还可以发生在黄韧带，这两组韧带的同时骨化就会严重影响椎管的大小，产生明显的脊髓压迫症，若同时累及到胸、腰椎，则病情将更为复杂多变。

病理变化：

后纵韧带骨化在沿着纵轴方向生长的同时，在水平方向也同时扩大，形成椎管内的占位性病变，使椎管容积变小、椎管狭窄，造成脊髓、神经根受压，脊髓被挤压呈月牙形状，并被推向椎管后壁，骨化块的后壁呈波浪状改变。

骨化块主要由板层骨构成，由椎体后缘至板层骨之间依次为纤维组织、纤维软骨、钙化软骨。骨化灶与硬脊膜粘连，随着压迫程度的增加，硬脊膜变薄甚至消失，有时硬脊膜也发生骨化。

由于骨化块不断增大，脊髓受压发生严重变形，神经组织充血水肿，脊髓前角细胞数量减少，形态缩小。脊髓白质有广泛的脱髓鞘变。

临床表现：

颈椎后纵韧带骨化患者的临床表现与邻椎管狭窄症、颈椎病临床表现十分相似，既可有脊髓压迫症状，也可有神经根受压症状。

患者感觉颈部疼痛或不适，逐渐出现四肢的感觉、运动功能障碍和膀胱、直肠功能障碍，并进行性加重。查体发生肢体及躯干感觉障碍，深反射亢进，多伴有上肢及下肢病理反射。

绝大多数患者起病时无明显诱因，缓慢发病，但有近 1/5 的患者，因程度不同的外伤、行走时跌倒或乘车时头颈突然后仰等突发起病，或使原有症状加剧甚至造成瘫痪等。

病例报告：

常某，男，52 岁。2015 年 4 月 16 日初诊。

主诉：后颈严重疼痛一年加重一月。

现病史：病人自诉本身患有颈部疼痛已 1 年，但病人回忆无受伤史，偶从药房买止痛片服用便可缓解。数周前疼痛加剧，止痛剂服用无效，安排在本院神经外科接受进一步检查及治疗。经 MRI 检查后确诊 C3-6 颈椎间盘突出伴发神经根压迫。4/12 会诊时疼痛仍明显，自诉当扶他林软膏外用时疼痛会短暂缓解，其余时间颈部仍觉疼痛。神经外科认为病况无须手术治疗，故病人要求中医会诊治疗。

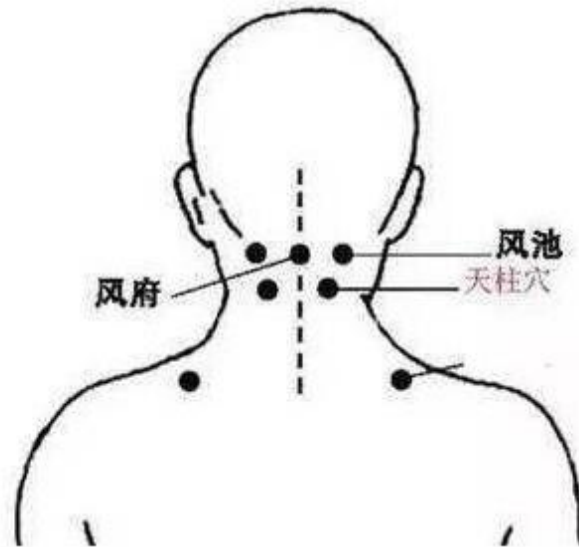
个人史：无食物或药物过敏史、无抽烟，偶有饮酒。

既往史：高血压已 5-6 年：口服硝苯地平缓释片控制。糖尿病已 1 年：格列齐特缓释片、二甲双胍口服控制。痛风病史无服药控制。

手术史：10 年前扁桃腺严重发炎，扁桃腺切除。8 年前车祸左大腿股骨骨折，手术内固定。

家族史：无相关家族病史

专科体格检查：肌力肌张力：正常；步态步伐正常。感觉无缺失，但双侧上臂不时会感觉麻木，尤其手指麻甚。



中医四诊：

望诊：神色略痛苦，颈部转动不利。舌质淡红，苔薄白。

闻诊：语音正常，无特殊气味。

问诊：后颈部胀痛，约是沿天柱至大杼膀胱经处痛，痛则痛甚；双侧上臂会麻，尤其觉手指麻甚。眼睛有分泌物，视力略模糊。口干不苦，咽中有痰梗，痰色白质黏，难咳出。无晕眩欲呕之症。无下背部及腰部疼痛，双脚不麻。无胸闷心悸。纳可，二便可。无胃部不适现象。睡眠可，约 5-7 小时。

切诊：后颈部僵硬，肌肉紧绷，压痛明显。徒手操作时颈部上下及左右转角度皆受限。无肤热感。右脉弦，左脉滑。

中医诊断：太阳经风寒阻络、经脉痹阻。

治则：祛风舒筋、活血通络。

处方：针灸：取穴后溪、风池、天柱、夹脊、委中、阳陵泉、绝骨、束骨。

葛根汤粉 7 克、防风 1.5 克、桑枝 1.5 克、丹参 1.5 克、鸡血藤 1.5 克、巴戟天 1.5 克、川牛膝 1.5 克，每日 3 次，连续 3 天。

追踪诊疗纪录：

结合中西药服药后后头颈痛改善许多，给与药物及针灸理疗半月后，病人基本康复计划继续工作。

理法方药分析：

本症应属一种缓慢进展的退化性疾患，类似论述散见于痹症、头痛、项强、颈筋急、颈肩痛等症中。

本症病患并无明显外伤史，其职业为司机，故推测其病因应为工作日久，筋骨劳

损，导致肝肾不足、气血失调，复因外邪侵袭，气血运行不畅，阻滞于经络、筋骨、肌肤，引起颈项筋骨肌肉关节僵硬疼痛。颈项为脑髓之门户，经络分布众多，故影响不单是局部，亦常影响手足，甚至脏腑功能。在症状发作期应重在祛邪为主，当以宣痹通络，活血化瘀，解痉止痛为主；症状消除后，则重在培元固本，补益肝肾以防止复发。

针灸取穴以阳经为主，尤重视经络循行经过后颈部之膀胱经及胆经。处方中后溪通于督脉，为治头项强硬要穴。《灵枢·杂病篇》：“项强不能俯仰者，取足太阳”，故可用后溪配膀胱经之束骨治疗项强，转动俯仰不利之症。再加强局部取穴风池、天柱、夹脊以祛风解表、通经活络、舒缓肌肉之紧张。委中、阳陵泉舒筋通络。绝骨为八会穴中的髓会，配后溪、天柱对各种颈椎病皆有效。

葛根汤原治风寒表实，邪客太阳经的项背强几几症，功能祛风散寒、舒筋活络、缓急止痛，加活血之丹参有治风先治血之意，再加防风增强祛风作用，鸡血藤补血行血、通经络、强筋骨，桑枝祛风除湿、利关节，川牛膝祛风治痹、散瘀血，巴戟天温补肾阳兼能祛风寒湿痹。

本症治疗重点是使颈椎关节周围充血水肿消退，缓解颈部肌肉紧张，改善脑部供血，临床上确实达到预期之效果。

责任编辑：修竹临风

编辑：草原民间中医、砭艾

广陈皮

别名：广陈皮、新会陈皮、陈皮、柑皮。

来源：芸香科植物茶枝柑 *Citrus reticulata* 'Chachiensis' 的干燥成熟果皮，产于我国广东省江门市。



形态：果扁圆形，果顶略凹，柱痕明显，有时有小脐，蒂部四周有时有放射沟，纵横径 4.6-5.9 厘米×6.3-7.1 厘米，重 100-138 克，深橙黄色，皮厚 2.7-3.3 毫米，瓢囊 10-12 瓣，果肉汁多，甜酸适度；种子 15~25 粒，端尖或钝，多胚。果期 11-12 月。

栽培：茶枝柑喜温暖湿润气候，怕霜冻。适宜土层深厚、疏松、透气性和排水良好、富含有机质的土壤。

性味功能：味苦、辛，性温；归肺、脾经；理气健脾，燥湿化痰。

用途：用于胸脘胀满，食少吐泻，咳嗽痰多。

用法用量：内服 3-10 克。

经验鉴别：本品以无虫蛀、霉变、香气浓郁、片型完整、味微甜者为佳。

沉香

别名：白木香、牙香树、栈香、莞香。

来源：瑞香科植物土沉香 *Aquilaria sinensis* (Lour.) Spreng. 含有树脂的木材。

原产于我国产广东、海南、广西、福建等地。

形态：乔木，高 5-15 米，树皮暗灰色，几平滑，纤维坚韧；小枝圆柱形，具纵纹，幼时被疏柔毛，后逐渐脱落，无毛或近无毛。叶革质，圆形、椭圆形至长圆形，有时近倒卵形，长 5-9 厘米，宽 2.8-6 厘米，先端锐尖或急尖而具短尖头，基部宽楔形，上面暗绿色或紫绿色，光亮，下面淡绿色，两面均无毛，侧脉每边 15-20，在下面更明显，小脉纤细，近平行，不明显，边缘有时被稀疏的柔毛；叶柄长约 5-7 毫米，被毛。花芳香，黄绿色，多朵，组成伞形花序；花梗长 5-6 毫米，密被黄灰色短柔毛；萼筒浅钟状，长 5-6 毫米，两面均密被短柔毛，5 裂，裂片卵形，长 4-5 毫米，先端圆钝或急尖，两面被短柔毛；花瓣 10，鳞片状，着生于花萼筒喉部，密被毛；雄蕊 10，排成 1 轮，花丝长约 1 毫米，花药长圆形，长约 4 毫米；子房卵形，密被灰白色毛，2 室，每室 1 胚珠，花柱极短或无，柱头头状。蒴果果梗短，卵球形，幼时绿色，长 2-3 厘米，直径约 2 厘米，顶端具短尖头，基部渐狭，密被黄色短柔毛，2 瓣裂，2 室，每室具有 1 种子，种子褐色，卵球形，长约 1 厘米，宽约 5.5 毫米，疏被柔毛，基部具有附属体，附属体长约 1.5 厘米，上端宽扁，宽约 4 毫米，下端成柄状。花期春夏，果期夏秋。



栽培：生于低海拔的山地、丘陵以及路边阳处树林中。喜温暖环境。

性味功能：味辛、苦，性微温；归脾、胃、肾经。行气止痛，温中止呕，纳气平喘。

用途：用于胸腹胀闷疼痛，胃寒呕吐呃逆，肾虚气逆喘急。

用法用量：内服 1.5-4.5 克，入煎剂宜后下。

经验鉴别：本品以油格饱满，无白木、点燃香气浓郁，色黑者为佳。

编 辑：王 颖 健

责任编辑：金陵一剑

皮炎 1 例

作者: zhangtongwei718

链接: <https://bingli.iyyi.com/show/64593-1.html>

● 病例摘要

一般资料: 女性, 67 岁, 无业

主诉: 眶周、颈、躯干、四肢起水肿性紫红斑伴痒 2 月余, 肌痛 20 天

现病史: 患者于 2 月前无明显诱因, 眶周、颈、躯干、四肢起水肿性紫红斑伴痒, 于家附近医院诊为“过敏性皮炎”, 予肌注调节免疫力药物(名称不详), 未见好转, 皮疹逐渐增多, 20 天前出现肌肉疼痛, 来我院, 门诊以“皮炎?”收入院。

既往史: 高血压 3 年、高脂血症 3 年。否认食物药物过敏史。

个人史: 生于原籍, 无冶游史, 无吸烟史, 无饮酒史。

体格检查:

T:36.3℃, P:88 次/分, R:20 次/分, BP:140/70/mmHg。发育正常, 体态中等, 神志清, 精神可, 全身皮肤粘膜无黄染, 各浅表淋巴结未触及。头颅无畸形, 双眼睑无水肿, 结膜无充血, 巩膜无黄染, 双瞳孔等大等圆, 对光反射灵敏。耳鼻通畅无畸形, 听力正常, 副鼻窦无压痛, 口唇无紫绀, 咽腔无充血, 双侧扁桃体无肿大。颈软, 无抵抗, 甲状腺无肿大, 胸廓无畸形, 语颤两侧正常, 双肺叩诊清音, 双肺听诊呼吸音清, 未闻及干湿性啰音; 心率 88 次/分, 律齐, 各瓣膜区未闻及病理性杂音。腹平软, 无压痛及反跳痛, 肝脾肋下未触及, 双肾区无叩击痛, 肠鸣音正常。肛门及外生殖器正常。脊柱及四肢无畸形, 双下肢无水肿, 生理反射存在, 病理反射未引出。皮肤所见: 面部以双眼睑为中心见紫红色水肿性斑片, 两颊、耳廓、项部、颈前、上胸 V 字区、肩背、上肢伸侧、大腿见散在紫红或淡红色水肿性斑片, 双手十指甲周红斑, 指间关节、掌指关节伸侧皮肤淡红斑, 见 Gottron 疹。四肢近端肌力 V 级, 压痛阳性。口腔外阴粘膜无破溃。未见关节畸形, 雷诺现象阴性。

辅助检查: 抗核抗体阳性, 1: 320。血沉 53mm/h, 乳酸脱氢酶 324U/L, α 羟丁酸脱氢酶 247U/L, 超敏 C 反应蛋白 15.49mg/L (2020.9.12)。乳酸脱氢酶 248U/L, α 羟丁酸脱氢酶 209U/L (2020.9.24)。病理回报符合皮炎。

病例讨论





病例讨论



目: 血常规+血沉						住院
姓名	病历号	标本种类: 全血	样本编号: 207			
性别: 女	床号	采样时间: 2020-09-12 02:35	条码号: 2028994670			
年龄: 67岁	送检医师	签收时间: 2020-09-12 08:01	检验科室: 常规室			
科室		备注:				
项目	英文	结果	提示	单位	参考范围	
1 *白细胞	WBC	3.91		10 ⁹ /L	3.5-9.5	
2 中性粒细胞绝对值	NEUT#	3.06		10 ⁹ /L	1.8-6.3	
3 淋巴细胞绝对值	LYM#	0.61	↓	10 ⁹ /L	1.1-3.2	
4 单核细胞绝对值	MONO#	0.13		10 ⁹ /L	0.1-0.6	
5 嗜酸性粒细胞绝对值	EOS#	0.11		10 ⁹ /L	0.020-0.52	
6 嗜碱性粒细胞绝对值	BASO#	0.00		10 ⁹ /L	0-0.06	
7 中性粒细胞百分比	NEUT%	78.3	↑	%	40-75	
8 淋巴细胞百分比	LYM%	15.6	↓	%	20-50	
9 单核细胞百分比	MONO%	3.3		%	3-10	
10 嗜酸性粒细胞百分比	EOS%	2.8		%	0.4-8	
11 嗜碱性粒细胞百分比	BASO%	0.0		%	0-1	
12 *红细胞	RBC	3.69	↓	10 ¹² /L	3.8-5.1	
13 *血红蛋白	HGB	119		g/L	115-150	
14 *红细胞压积	HCT	36.5		%	35-45	
15 *平均红细胞体积	MCV	98.9		fL	82-100	
16 *平均红细胞血红蛋白含量	MCH	32.2		pg	27-34	
17 *平均红细胞血红蛋白浓度	MCHC	326		g/L	316-354	
18 红细胞分布宽度变异系数	RDW-CV	14.2		%	11.5-14.5	
19 红细胞分布宽度标准差	RDW-SD	51.5		fL	35-56	
20 *血小板	PLT	268		10 ⁹ /L	125-350	
21 平均血小板体积	MPV	9.0		fL	7-11	
22 血小板压积	PCT	0.240		%	0.108-0.28	
23 血小板分布宽度	PDW	10.0		fL	9-17	
24 血沉	ESR	53	↑	mm/h	0-30	

白细胞散点图

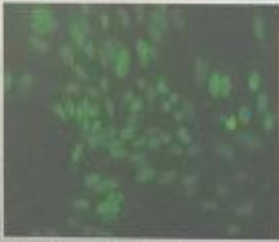

嗜酸散点图

红细胞直方图

血小板直方图

病例讨论

项目：超敏C反应蛋白+肝功+葡萄糖(空腹)+肾功四项+心肌酶谱+血离子+血脂						住院
姓名	病历号	标本种类：血清	样本编号：210			
性别：女	床号	采样时间：2020-09-12 02:35	条码号：2028994680			
年龄：67岁	送检医师	签收时间：2020-09-12 07:50	检验科室：生化室			
科室：		备注：				
项目	英文	结果	提示	单位	参考范围	
1 *钠	Na	139.0		mmol/L	137-147	
2 *钾	K	4.18		mmol/L	3.5-5.3	
3 *氯	CL	106.5		mmol/L	99-110	
4 *钙	Ca	2.28		mmol/L	2.110-2.52	
5 *磷	P	1.25		mmol/L	0.850-1.51	
6 镁	Mg	0.87		mmol/L	0.750-1.02	
7 碳酸氢根	HCO3	25.0		mmol/L	22-29	
8 *尿素	UREA	4.30		mmol/L	3.1-8.8	
9 *肌肝	CREA	76		umol/L	41-81	
10 *尿酸	UA	306		umol/L	150-430	
11 胱抑素C	Cys-C	1.36	↑	ng/L	0-1.03	
12 *丙氨酸氨基转移酶	ALT	14		U/L	7-40	
13 天门冬氨酸氨基转移酶	AST	25		U/L	13-35	
14 碱性磷酸酶	ALP	62		U/L	50-135	
15 γ-谷氨酰基转移酶	GGT	22		U/L	7-45	
16 胆碱酯酶	CHE	7433		U/L	4000-12600	
17 α-L-岩藻糖苷酶	AFU	16		U/L	0-40	
18 *总蛋白	TP	66.1		g/L	65-85	
19 +白蛋白	ALB	36.0	↓	g/L	40-55	
20 总胆汁酸	TBA	9.7		umol/L	0-10	
21 *总胆红素	TBIL	7.3		umol/L	3-20	
22 直接胆红素	DBIL	2.5		umol/L	0-6.8	
23 前白蛋白	PA	271		ng/L	150-400	
24 *葡萄糖	GLU	5.38		mmol/L	3.9-5.9	
25 *总胆固醇	TCH	5.15		mmol/L	2.330-5.69	
26 *甘油三酯	TG	3.02	↑	mmol/L	0-1.7	
27 高密度脂蛋白胆固醇	HDL-C	0.99		mmol/L	0.8-2	
28 低密度脂蛋白胆固醇	LDL-C	2.97		mmol/L	2.060-3.1	
29 载脂蛋白A1	Apo-A1	1.45		g/L	1.2-1.76	
30 载脂蛋白B	Apo-B	1.09		g/L	0.630-1.14	
31 脂蛋白(a)	Lp(a)	5.7		ng/dL	0-40	
32 肌酸激酶	CK	89		U/L	50-310	
33 肌酸激酶同工酶	CK-MB	12		U/L	0-24	
34 乳酸脱氢酶	LDH	324	↑	U/L	120-250	
35 α-羟丁酸脱氢酶	α-HBDH	247	↑	U/L	0-182	
36 超敏C反应蛋白	hsCRP	15.49	↑	ng/L	0-5	

项目:抗核抗体测定+抗双链DNA测定							住院	
姓名: [REDACTED]	病历号: [REDACTED]	标本种类: 血清	样本编号: 5837					
性别: 女	床号: [REDACTED]	采样时间: 2020-09-12 02:35	条码号: 2028994720					
年龄: 67岁	送检医师: [REDACTED]	签收时间: 2020-09-12 08:08						
科室: [REDACTED]		备注:						
项目	英文缩写	结果	核型	滴度	方法	提示	单位	参考值
抗核抗体	ANA	阳性	颗粒型	(1:100、1:320)	IIF	↑		阴性
临床相关靶抗原提示:								
[REDACTED]								
间接免疫荧光镜下图片:								
								

病例讨论

项目: 肝功+肾功四项+心肌酶谱+血离子						住院
姓名	病历号:	标本种类: 血清	样本编号: 258			
性别: 女	床号:	采样时间: 2020-09-24 06:45	条码号: 2029153590			
年龄: 67岁	送检医师:	签收时间: 2020-09-24 07:52	检验科室: 生化室			
科室:		备注:				
项目	英文	结果	提示	单位	参考范围	
1 *钠	Na	139.0		mmol/L	137-147	
2 *钾	K	4.58		mmol/L	3.5-5.3	
3 *氯	CL	104.3		mmol/L	99-110	
4 *钙	Ca	2.27		mmol/L	2.110-2.52	
5 *磷	P	1.25		mmol/L	0.850-1.51	
6 镁	Mg	1.00		mmol/L	0.750-1.02	
7 碳酸氢根	HCO3	28.7		mmol/L	22-29	
8 *尿素	UREA	7.20		mmol/L	3.1-8.8	
9 *肌酐	CREA	68		umol/L	41-81	
10 *尿酸	UA	286		umol/L	150-430	
11 胱抑素C	Cys-C	1.26	↑	ng/L	0-1.03	
12 *丙氨酸氨基转移酶	ALT	50	↑	U/L	7-40	
13 天门冬氨酸氨基转移酶	AST	22		U/L	13-35	
14 碱性磷酸酶	ALP	54		U/L	50-135	
15 γ-谷氨酰基转移酶	GGT	36		U/L	7-45	
16 胆碱酯酶	ChE	5283		U/L	4000-12600	
17 α-L-岩藻糖苷酶	AFU	17		U/L	0-40	
18 *总蛋白	TP	71.8		g/L	65-85	
19 *白蛋白	ALB	39.3	↓	g/L	40-55	
20 总胆汁酸	TBA	6.1		umol/L	0-10	
21 *总胆红素	TBIL	5.0		umol/L	3-20	
22 直接胆红素	DBIL	2.6		umol/L	0-6.8	
23 前白蛋白	PA	430	↑	ng/L	150-400	
24 肌酸激酶	CK	21	↓	U/L	50-310	
25 肌酸激酶同工酶	CK-MB	12		U/L	0-24	
26 乳酸脱氢酶	LDH	248		U/L	120-250	
27 α-羟丁酸脱氢酶	α-HBDH	209	↑	U/L	0-182	



病理检查报告单

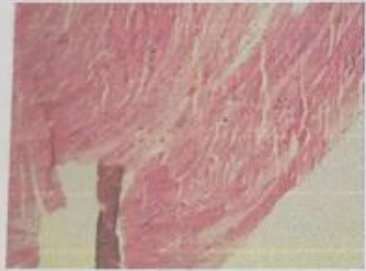
姓名: [] 性别: 女 年龄: 66 病理号: []
 住院号: [] 床: [] 送检科: []
 送检日期: 2020-09-14 送检医生: []

临床诊断:

大体所见:
 1. (组织) 皮损一块全取
 2. (肌肉) 肌肉一块全取

光镜所见:



皮肤: 鳞状上皮组织, 表面角化过度, 棘层变薄, 基底细胞液化变性, 真皮内血管壁及血管周淋巴细胞浸润。肌肉: 肌纤维粗细不等, 横纹消失, 肌纤维血管扩张充血。

特殊染色: 免疫荧光: 阴性

病理诊断:
 组织学符合: 皮肤炎改变, 请结合血清学检查。

诊断医师: [] 复诊医师: [] 检查日期: 2020-09-16

本报告仅供临床医师参考, 不做其它证明, 需病理科医师签字确认后生效。

●初步诊断: 皮肤炎

诊断依据:

1. 典型皮疹, 包括 Gottron 丘疹、眶周紫红斑等。
2. 四肢近端肌痛肌无力。
3. 肌酶升高。
4. 肌肉病理符合。

鉴别诊断:

1. 硬皮病, 皮肤可逐渐出现肿胀硬化萎缩改变, 无肌痛肌无力, 肌酶无改变。

2. 进行性肌营养不良症，本病是遗传性疾病，多见于男性小儿，肌假性肥大，无痛性进行性肌无力。

3. 重症肌无力，患者眼睑下垂，患肌活动后迅速疲劳无力，休息后恢复。

●诊治经过：

予甲泼尼龙琥珀酸钠 60 毫克/天静点，氯化钾缓释片 0.5 日 3 次口服，碳酸钙 D3 片 500 毫克日 1 次口服，兰索拉唑肠溶片 30 毫克日 1 次口服。共治疗 15 天，皮疹颜色变淡，肌痛肌无力缓解，肌酶降低后出院，继续甲泼尼龙片 24 毫克日 2 次口服，同时继续其它补钾、补钙、保护胃粘膜治疗。

●临床诊断：皮肌炎

●分析总结：

皮肌炎是以红斑水肿为皮损特点，伴有肌痛、肌无力症状的疾病。主要累及皮肤和血管，常伴有关节、心脏等多器官损害。各年龄均可发病，成人发病常伴恶性肿瘤，女性发病约两倍于男性。皮肌炎是一类病谱性疾病，从孤立的炎症性肌炎到仅有皮肤表现的皮肌炎。临床分类主要分为皮肌炎、多发性肌炎、包涵体肌炎。其中皮肌炎又可分为五种，分别为成人皮肌炎、皮肌炎伴发恶性肿瘤、儿童皮肌炎、重叠综合征中的皮肌炎、无肌病性皮肌炎。本例患者未查到肿瘤，考虑为成人皮肌炎。皮肌炎的临床表现，①皮损特征性表现，Gottron 丘疹、Gottron 征、面部以眼睑为中心的水肿性紫红斑。还可见甲周毛细血管扩张，皮肤异色症等表现。②肌肉表现，以肌炎为主。对称性近端肌无力是最特征性表现，通常伴有自觉痛和压痛。③严重病例还可以出现系统损害。如肺、心、消化道等，皮肌炎患者恶性肿瘤并发率特别高，本例患者虽然目前未发现肿瘤，但应随诊，部分肿瘤后于皮疹出现。皮肌炎的诊断标准：①皮肌炎典型皮疹。②肌肉症状，四肢近端对称性肌痛肌无力。③肌酶升高。④肌电图提示肌源性损害。⑤肌肉病理符合皮肌炎改变。本患者符合其中四项，可以确诊为皮肌炎。皮肌炎的治疗，首选糖皮质激素治疗。根据皮疹及肌肉症状，肌酶变化调整用药，如好转缓慢可酌情加用免疫抑制剂。如见好转，可逐渐减量，同时监测激素副作用。特别需要注意的是激素选用以泼尼松、甲泼尼龙为主，避免应用含氟的糖皮质激素如地塞米松等，因为加用地塞米松治疗有可能会加重肌肉症状。另外成人皮肌炎并发恶性肿瘤几率很高，应做好排除，即使未发现肿瘤，也应做好随诊，如果伴有恶性肿瘤，将原发灶切除后，皮肌炎本病大部分可缓解。

6 岁儿童浅表性胃炎伴糜烂 1 例

作者: uczsyh33375782

链接: <https://bingli.iiyi.com/show/64565-1.html>

● 病例摘要

一般资料: 男性, 6 岁。

主诉: 发热 1 天, 排稀便 4 天

现病史: 患儿于入院前 5 天无明显诱因出现发热, 最高体温 40℃, 热时无皮疹, 无寒战及抽搐, 口服对乙酰氨基酚 (0.25g/次), 体温可降至 38℃ 左右, 共 4 次, 夜间于我院门诊就诊, 查血常规: 白细胞 $18.02 \times 10^9/L$ 、淋巴细胞比率 11.52%、单核细胞比率 5.20%、中性粒细胞比率 82.51%、红细胞 $4.64 \times 10^{12}/L$ 、血红蛋白 133.0g/L、血小板 $267.0 \times 10^9/L$ 、C 反应蛋白 <5.0mg/L, 超敏 C 反应蛋白 1.4mg/L; 心肌酶谱测定: 天门冬氨酸氨基转移酶 27.7U/L、肌酸激酶 200.0U/L、肌酸激酶同工酶 MB16.0U/L; 胸片: 两肺血管束走形自然, 双肺纹理增强, 达到肺野外带。两肺透过度良好, 双肺未见实变及肿块影。建议住院治疗, 家长拒绝并于诊所静点青霉素等药物 4 天 (具体药物及剂量未提供), 静点当日患儿热退, 随后出现排稀便, 每日 1-2 次, 不成型, 伴腹痛, 无呕吐。今日患儿排便可见鲜血, 量少, 口服腹可安片 2 片/次, 共 2 次, 乳酸菌素片 1.2g/次, 共 2 次, 未见明显好转。家长为进一步诊治再次来我院, 急诊以“急性胃肠炎”收入院。患儿近 1 月反复腹胀, 病程中, 患儿精神一般, 无咳嗽及咳痰, 无呕血, 无黑便, 无关节肿痛, 无盗汗, 无体重减轻, 进食稍差, 尿量正常。

既往史: 否认肝炎、结核、伤寒等传染病史及接触史, 否认心、肝、肾等重要脏器疾病史。否认外伤史, 否认手术史, 无输血史, 否认药物过敏史、否认食物过敏史。预防接种按计划进行, 已接种卡介苗、乙肝疫苗、百白破疫苗、脊髓灰质炎、麻疹疫苗、乙脑疫苗。个人史: 第 1 胎, 第 1 产, 足月, 剖宫产, 新法接生, 出生体重 3.3kg, 单胎, 出生时无窒息史, 无产伤、抢救史, Apgar 评分不详。母孕期无特殊病史, 生后配方乳喂养, 6 月辅食添加, 无挑食, 食欲好, 生长发育与正常同龄儿童比较相仿, 3 月抬头, 6 月独坐, 12 月走路, 12 月说话, 无特殊发育史, 生活有规律, 无毒物及疫水接触史。

体格检查:

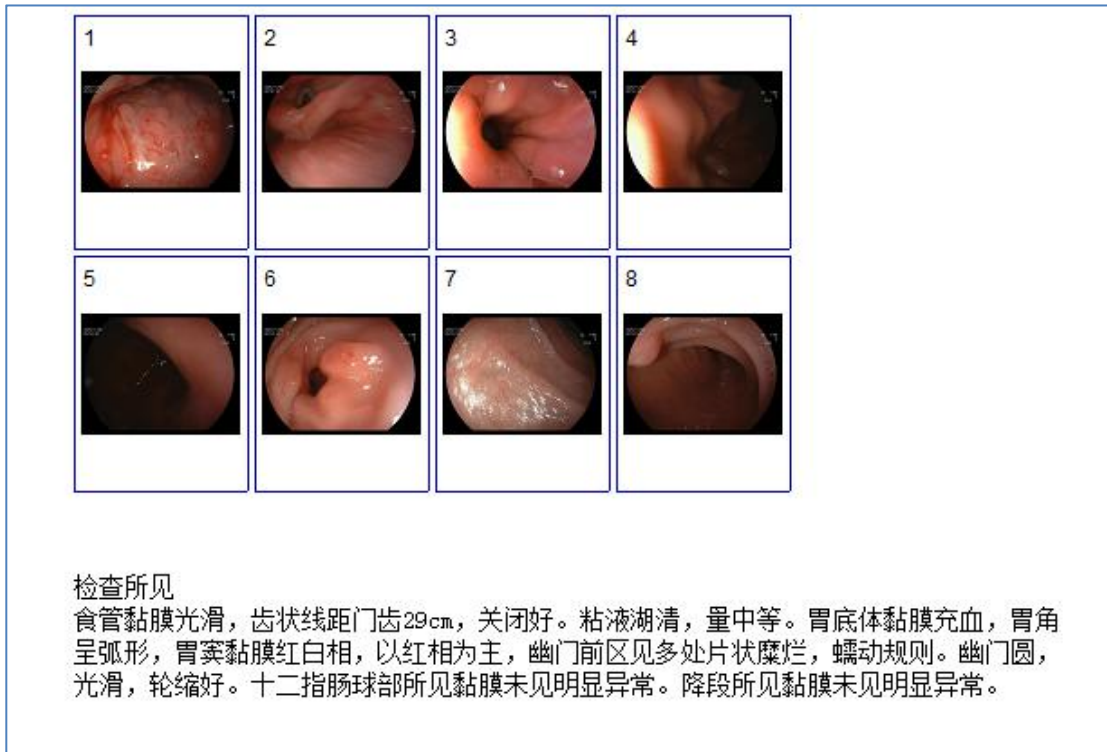
T:36.5℃, P:116 次/分, R:28 次/分, BP:100/68/mmHg。营养发育正常, 呼吸平稳,

病例讨论

面色及唇色正常，无眼窝凹陷，口唇红润，无口周发绀，咽部略充血，双扁桃体无肿大，颈软，双肺呼吸音粗糙，未闻及干湿啰音，心音有力，律齐，未闻及病理性杂音，腹部膨隆，剑突下及脐周胀痛伴轻压痛，肝脾未触及肿大，肠鸣音略活跃，四肢活动自如，神经系统未见异常。

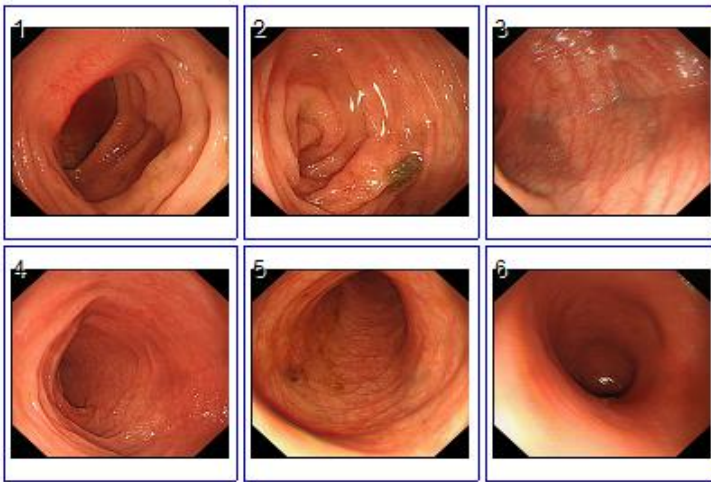
辅助检查：血常规：白细胞 $18.02 \times 10^9/L$ 、淋巴细胞比率 11.52%、单核细胞比率 5.20%、中性粒细胞比率 82.51%、红细胞 $4.64 \times 10^{12}/L$ 、血红蛋白 133.0g/L、血小板 $267.0 \times 10^9/L$ 、C 反应蛋白 $<5.0mg/L$ ，超敏 C 反应蛋白 1.4mg/L；心肌酶谱测定：天门冬氨酸氨基转移酶 27.7U/L、肌酸激酶 200.0U/L、肌酸激酶同工酶 MB16.0U/L；胸片：两肺血管束走行自然，双肺纹理增强，达到肺野外带。两肺透过度良好，双肺未见实变及肿块影。腹腔彩超：其内可见多个淋巴结回声，大者大小约 $14.2 \times 6.5mm$ ，边界清，腹腔内可见少量积液暗区，下腹部肠间深度约 18.2mm，肠管未见明显扩张，内可见较多气体回声，蠕动正常。腹部平片：双膈下未见游离气体，腹脂线清晰，腹部肠管散在积气，腹部未见明显肠管扩张及液气平面。双肾区、输尿管经路及膀胱区未见明显阳性结石影，脏器轮廓正常。膀胱少量尿液充盈，腹部未见明显淋巴结钙化征象，余无著变。肾功测定：肌酐 $35.80\mu mol/L$ ，正常；葡萄糖 $5.09mmol/L$ ，正常；钾 $3.74mmol/L$ 、钠 $137.0mmol/L$ 、氯 $105.6mmol/L$ 、钙 $2.20mmol/L$ ，正常；肌钙蛋白阴性；肝功+心肌酶谱测定：丙氨酸氨基转移酶 5.5U/L、天门冬氨酸氨基转移酶 14.8U/L、白蛋白 37.7g/L、肌酸激酶 37.5U/L、肌酸激酶同工酶 MB20.0U/L，基本正常；抗链球菌素 05.00U/ml，正常；降钙素原 $0.36ng/ml$ ，高于正常；B 型钠尿肽测定： $18.83pg/ml$ ，正常；红细胞沉降率测定 $18.47mm/h$ ，略高于正常；D-二聚体 $560.00ng/ml$ ，略高于正常；凝血项测定：凝血酶原时间 10.70s，百分比活度 114.20%、国际标准化比值 0.93、活化部分凝血活酶 29.80s、纤维蛋白原 2.48g/L、凝血酶时间 14.80s，正常；血细胞分析：白细胞 $7.27 \times 10^9/L$ 、淋巴细胞比率 50.31%、单核细胞比率 13.50%、中性粒细胞比率 35.12%、红细胞 $4.06 \times 10^{12}/L$ 、血红蛋白 115.0g/L、血小板 $241.00 \times 10^9/L$ ，白细胞总数正常，分类以淋巴细胞为主；C 反应蛋白 8.3mg/L，正常。人轮状病毒抗原检测阴性；粪便隐血试验阴性；粪便常规：棕黄色软便、便红细胞无，正常；乙肝五项测定：乙型肝炎病毒表面抗原阴性、乙型肝炎病毒表面抗体阳性、乙型肝炎病毒 e 抗原阴性、乙型肝炎病毒 e 抗体阴性、乙型肝炎病毒核心抗体阴性，正常；新型冠状病毒核酸检测阴性；幽门螺杆菌快速检测阴性；尿液分析：正常。无痛肠镜：进镜 55CM 至盲肠，回盲瓣及阑尾开口未见明显异常，升结肠、横结

肠、降结肠、乙状结肠、直肠黏膜均光滑，血管纹理清晰。诊断意见：所见大肠黏膜未见明显异常。无痛胃镜：胃底体黏膜充血，胃角呈弧形，胃窦黏膜红白相，以红相为主，幽门前区见多处片状糜烂，蠕动规则。幽门圆，光滑，轮缩好。十二指肠球部所见黏膜未见明显异常。降段所见黏膜未见明显异常。诊断意见：1. 浅表性胃炎伴糜烂；2. 建议治疗后复查胃镜。



病例讨论

检验项目	检验结果	单位	结果标志	结果参考
人轮状病毒抗原检测(RV)	阴性			阴性



检查所见

进镜55CM至盲肠，回盲瓣及阑尾开口未见明显异常，升结肠、横结肠、降结肠、乙状结肠、直肠黏膜均光滑，血管纹理清晰。

诊断建议

所见大肠黏膜未见明显异常

●初步诊断：1. 急性胃肠炎 2. 血便原因待查

诊断依据：

急性胃肠炎：1. 发热 1 天，排稀便 4 天。2. 查体：腹部膨隆，剑突下及脐周胀痛伴轻压痛，肠鸣音活跃。3. 辅助检查：血常规：白细胞 $18.02 \times 10^9/L$ 、淋巴细胞比率 11.52%、单核细胞比率 5.20%、中性粒细胞比率 82.51%、红细胞 $4.64 \times 10^{12}/L$ 、血红蛋白 133.0g/L、血小板 $267.0 \times 10^9/L$ 、C 反应蛋白 $<5.0mg/L$ ，超敏 C 反应蛋白 1.4mg/L；

血便原因待查：1. 入院当日排便见少量鲜血。2. 查体：腹部膨隆，剑突下及脐周胀痛伴轻压痛，肠鸣音活跃。

鉴别诊断：

1. 感染性腹泻：急性腹泻常由饮食因素及肠道外感染引起，表现为食欲不振、呕吐等胃肠道症状。本患儿有排稀便，腹痛，便血的症状，且入院前起，表现为食欲不振、呕吐等胃肠道症状。本患儿有排稀便，腹痛，便血的症状，且入院前查血常规提示感染，考虑本病的可能，待便常规等检查汇报后协助诊断。

2. 急慢性胃炎：常见症状为反复发作、无规律性的腹痛，常伴有食欲不振、恶心、呕吐、腹胀。本患儿有腹泻、腹痛及便血的症状，查体腹部膨隆，肠鸣音活跃，

考虑本病的可能性大，待胃肠镜回报后确定病因。

●诊治经过：

入院后予阿莫西林舒巴坦钠静点抗感染治疗，口服锌剂修复肠粘膜；予腹部微波、适当补液对症治疗。入院后查腹腔彩超：其内可见多个淋巴结回声，边界清，腹腔内可见少量积液暗区，肠管未见明显扩张，内可见较多气体回声；腹部平片：腹部肠管散在积气，腹部未见明显肠管扩张及液气平面。生化类检查基本正常；离子测定正常；肌钙蛋白阴性；ASO 正常；降钙素原高于正常；C 反应蛋白正常；B 型钠尿肽测定正常；红细胞沉降率测定略高于正常；D-二聚体略高于正常；凝血项测定正常；血常规白细胞总数正常，分类以淋巴细胞为主；人轮状病毒抗原检测阴性；粪便隐血试验阴性；尿便常规正常；乙肝五项测定正常；病原学检查阴性。治疗第 3 天，人轮状病毒抗原检测阴性，粪便常规正常，便隐血试验阳性。治疗第 4 天，患儿排便正常未见鲜血及脓血，便隐血试验阴性，粪便常规正常，便培养粪便未检出沙门菌、志贺菌。治疗第 5 天，患儿腹痛减轻；治疗第 6 天，行无痛肠镜检查回报所见大肠黏膜未见明显异常。治疗第 7 天，复查肾功测定正常，ALT 正常，血细胞分析提示白细胞总数正常，分类以淋巴细胞为主，停阿莫西林静点。治疗第 8 天，行无痛胃镜检查提示浅表性胃炎伴糜烂，结合患儿病史近 1 月反复腹胀，临床以发热、排稀便为主要症状，且入院当日排便见少量鲜血，故诊断浅表性胃炎伴糜烂成立。请消化内科会诊，建议：1. 口服思连康 2 片日 3 次，蒙脱石散半袋日 3 次；2. 查结核杆菌 PPD；3. 一个月后复查结肠镜。遵医嘱门诊行 PPD 试验检查。共住院治疗 8 天，患儿临床症状及体征好转，考虑疾病临床恢复期，可出院口服药物巩固治疗，定期复查。患儿好转出院。

●临床诊断：急性胃肠炎；浅表性胃炎伴糜烂

●分析总结：

分析患儿病原，入院查降钙素原高于正常，结合患儿腹部彩超提示腹腔内有少量积液，存在细菌感染；患儿有发热症状，入院查血常规白细胞数正常，分类基本正常，不能完全排除病毒感染可能。急性胃肠炎临床表现主要为恶心、呕吐、腹痛、腹泻等，严重时可出现发热、脱水、电解质和酸碱平衡紊乱，可至多脏器损害，甚至威胁生命，密切关注患儿发热及消化道症状。患儿近 1 月反复腹胀，近日排稀便，并可见鲜血，需注意胃肠动力差，胃溃疡，肠溃疡，溃疡性肠病，消化道出血等胃肠相关疾病，待胃肠镜辅助检查回报后进一步明确胃肠胀气及血便病因。无痛胃镜：胃底体黏膜充血，胃角呈弧形，胃窦黏膜红白相，以红相为主，幽门前区见多处片状糜烂，蠕动规则。

病例讨论

幽门圆，光滑，轮缩好。十二指肠球部所见黏膜未见明显异常。降段所见黏膜未见明显异常。诊断意见：1. 浅表性胃炎伴糜烂；2. 建议治疗后复查胃镜。结合患儿病史近1月反复腹胀，临床以发热、排稀便为主要症状，且入院当日排便见少量鲜血，故诊断浅表性胃炎伴糜烂成立。

责任编辑：绿漫天涯

编 辑：刘 现 国

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。

