

## 肾脏告急：尿毒症的全面解析

沈清明

肾脏，作为我们身体的忠实“守护神”，无声无息地为我们过滤血液、排除毒素，维系着生命的健康与活力。然而，当这位守护神因长期劳累而力不从心，其功能逐渐衰退，尿毒症便会悄然降临。尿毒症不仅给患者带来身体上的痛苦和折磨，更在心理上造成沉重的负担，甚至威胁到生命。因此，了解尿毒症，认识它的成因、症状以及治疗方法，对我们每一个人来说都至关重要。接下来，本文将以更加人性化的方式，带您深入了解尿毒症，让我们携手守护肾脏健康，远离这一疾病的侵扰。

### 一、尿毒症的成因

尿毒症，这一威胁生命的病症，源于慢性肾脏疾病（CKD）的长期恶化，直至肾功能濒临崩溃边缘，无法有效清除体内代谢废物及多余水分，从而触发一系列危及全身的中毒症状。其背后的成因错综复杂，首先，原发性肾脏疾病如慢性肾小球肾炎、肾小动脉硬化症和慢性肾盂肾炎等，经年累月地侵蚀肾脏，使其功能渐行渐远。其次，继发性肾脏损害往往源自全身性疾病，例如糖尿病肾病、高血压引发的肾损伤、过敏性紫癜肾炎、狼疮性肾炎等，这些病症通过间接途径削弱肾脏健康。再者，遗传性肾脏疾病，如遗传性肾炎和常染色体显性遗传的多囊肾，因基因突变导致肾脏结构异常，影响其正常运作。除此之外，长期暴露于肾毒性药物之下，或是不恰当的减肥行为，均可能成为肾脏功能衰退的推手，最终促成尿毒症的发生。

### 二、尿毒症的症状

尿毒症展现的症状繁多多变，广泛影响人体各大系统，构成一幅错综复杂的病理图谱。起初，消化系统的警报率先响起，表现为食欲减退、恶心呕吐乃至腹泻，这是尿毒症初期最为普遍的迹象。随后，心血管系统的危机悄然逼近，高血压、心肌梗死、心包炎乃至心力衰竭等并发症接踵而至，其严重性足以构成生命威胁。与此同时，造血机能遭受打击，贫血与出血倾向相伴而生，血液检测揭示白

细胞的异常波动。呼吸系统亦难逃厄运，酸中毒导致的呼吸窘迫，以及并发的支气管炎、肺炎，进一步加剧了病情的复杂性。神经系统症状纷至沓来，注意力涣散、反应迟缓、肢体麻木，患者可能出现嗜睡或情绪失控，极端情况下，意识障碍乃至昏迷成为令人忧虑的征兆。此外，水、电解质和酸碱平衡的紊乱，体现在脱水与水肿的交替出现、口渴感的加剧、多尿现象的频繁，以及低钠与高钾血症的并发，共同构成了尿毒症患者体内环境的不稳定状态。

### 三、尿毒症的诊断流程

尿毒症的确诊遵循一套综合评估流程，涵盖详尽的体格检查、病史追溯、影像学评估、实验室检验以及必要的鉴别诊断，甚至包括肾活检。体格检查聚焦于血压测量、贫血迹象、面色、水肿状况，以及神经精神状态和出血征象的排查。深入的病史及症状询问旨在挖掘患者过往的肾脏疾病、高血压、糖尿病、痛风等病史，以及早期预警信号，如食欲不振、恶心呕吐、头痛、疲乏无力和夜尿增多等。影像学技术，如超声波、核素肾动态显像和骨扫描，用于评估肾脏的大小、结构完整性、功能状态及潜在并发症。实验室检测则通过血常规、尿常规和肾功能指标，监测血红蛋白、红细胞计数、白细胞水平以及尿液比重、蛋白含量，为诊断提供量化依据。在此基础上，开展鉴别诊断，以排除急性肾衰竭、消化道肿瘤和血液系统疾病等相似病症。对于诊断不明的疑难病例，肾活检作为最终手段，可提供肾脏组织学证据，助力精准诊断。

### 四、尿毒症的治疗选择

尿毒症的治疗选择主要包括以下几个方面：

1. 药物治疗：有几类药物治疗尿毒症被认为是最有效的。例如普利类和沙坦类这类药物能够降低蛋白尿、降低血压、保护患者肾功能，并且能减轻和预防肾脏硬化和纤维化病变，明显延缓慢性肾病进入尿毒症的时间。又如糖皮质激素由于其强大的抗炎和免疫抑制作用，糖皮质激素能够修复肾脏活动性病变，阻止肾病恶

化，广泛用于肾病患者。再如奥美拉唑用于治疗尿毒症并发上消化道出血，具有较好的疗效和安全性。

2. 肾脏替代治疗：血液透析、腹膜透析和肾移植是治疗尿毒症的三种主要方法。其中血液透析和腹膜透析可以替代肾脏清除体内过多的物质和液体。肾移植则是将健康的肾脏移植到患者体内，恢复其肾功能，被视为治疗终末期肾功能衰竭或腹膜透析的患者，高流量透析和血液透析滤过可提高某些物质的清除率，但对特定并发症的改善有限。

3. 饮食治疗：饮食治疗是尿毒症管理的重要组成部分，应遵循低盐、低蛋白原则。建议每日食盐摄入量不超过6克，避免火腿、腊肉等高盐食品及方便面等加工食品。优选瘦肉、鱼、虾、奶、蛋等优质蛋白，辅以低蛋白大米、面条、麦淀粉等主食，搭配叶类蔬菜、瓜茄类、水果、粗粮及精制米面，同时保证饮食中富含维生素C和微量元素，以促进营养均衡。

4. 中医外治法：中医外治法如中药外洗、药浴、熏洗、湿敷等，操作简便、起效迅速，且能避免口服药物所致首关效应及可能带来的肝肾损伤。

5. 一般治疗：包括改善生活方式、休息、避免长时间体力活动及锻炼等，以延缓肾脏病的进展。

尿毒症，这一严峻的肾脏病症，源起错综，影响深远，波及全身系统。深入探究其病因、体征、确诊路径与疗法选项，能增进我们对该疾患的理解，从而实施恰当防范。对于身患尿毒症的患者，遵循医嘱，接受标准化治疗尤为关键，此举利于病情抑制，生活质量得以显著提升。面对挑战，积极应对，科学治疗，是迈向健康生活的坚实步伐。

（作者单位系安徽理工大学第一附属医院）

## 老年人功能性消化不良要重视

万仁新

功能性消化不良(FD)是临床常见的功能性胃肠疾病，多见于50岁以上的中老年人，一般表现为上腹部不适、疼痛、烧灼感、早饱、嗝气、恶心等，无胃扩张和反流。据统计，我国FD的发病率为16.2%~25.5%，其中50岁以上的老年人患病率在40%以上。该病发病机制尚不明确，可能与胃肠动力异常、内脏高敏感性、胃食管反流、精神心理因素及感染等有关。其诊断主要依据病史、症状和实验室检查。

### 一、发病原因

1. 胃肠动力异常：胃食管反流是FD最主要的发病机制，由于食管下括约肌功能障碍、胃排空延迟、胃动力下降，胃酸分泌过多，导致胃内酸性物质反流进入食管，引起上腹部不适。

2. 内脏高敏感：胃肠运动与内脏高敏感有关，正常情况下内脏的敏感性比正常人高，容易引起上腹部不适。

3. 精神心理因素：不良情绪、焦虑、抑郁可引起胃肠动力障碍，进而导致上腹部不适。

4. 感染：幽门螺杆菌(HP)是引起FD的重要因素。

5. 饮食习惯：饮食不当可导致胃肠动力障碍，引起上腹部不适。不健康饮食和酗酒也是引起FD的危险因素。

6. 药物因素：对某些药物的不良反应也可导致功能性消化不良，如抗抑郁药、解痉药等。

### 二、常见症状

1. 上腹部不适和疼痛：常有饱胀感，进食后可缓解，但进食或餐后1~2小时又出现不适。

2. 烧心和反酸：患者可出现胸骨后烧灼感，也可出现在上腹部、胸骨、咽喉部，有时也可有胸骨下烧灼感或反酸，但这些症状并非由胃酸分泌增多所致。

3. 早饱：患者进食后不久即有饱感，且持续存在，但不伴有食欲不

振、恶心、呕吐等症状。

4. 嗝气：患者在进食后嗝气频繁或持续存在。

5. 上腹疼痛：多位于剑突下或上腹部，程度不一，可伴有恶心、呕吐。

6. 其他症状：主要包括消瘦、全身疲乏无力、失眠等。

FD临床表现多且复杂，常与其他胃肠道疾病相互鉴别。老年患者常表现为综合症状群，如腹胀、早饱、烧心、反酸等。其病因及发病机制尚未明确，目前认为与内脏高敏感、胃食管反流、精神心理因素及感染等有关。老年FD常缺乏特异性症状和体征，其临床诊断较为困难，治疗也较困难。

### 三、常见检查方法

1. 上腹部X线检查：常用于排除胃食管反流引起的反流性食管炎和胃下垂等，是诊断FD的基本检查方法。

2. 上消化道内镜检查：包括电子胃镜、X线钡餐检查和超声胃镜检查等。电子胃镜检查可清晰显示胃腔结构，目前已成为诊断FD的“金标准”；X线钡餐检查可清晰显示胃底、胃体、胃角和十二指肠运动障碍，可明确有无胃食管反流；超声胃镜可清晰显示食管粘膜的病变及性质。

3. 上消化道造影：是目前诊断FD的“金标准”，可明确有无胃食管反流、幽门螺杆菌感染、胆道疾病等。

4. 上消化道造影+粘膜活检：该方法可提高FD的诊断率，但多为创伤性检查，不作为常规检查手段。在排除其他疾病后，建议对可疑FD患者行上消化道造影+粘膜活检。

### 四、治疗方法

1. 心理治疗：有研究发现，精神心理因素在功能性消化不良的发病中起着重要作用，患者的心理状态与其临床症状存在密切联系，因此，心理干预可作为功能性消化不良治疗的有效方法。

2. 药物治疗：抗胆碱能药物如阿托品、654-2、颠茄等，能通过促进胃

肠动力改善FD症状；促胃液素和胃蛋白酶能通过激活胃酸和胃蛋白酶原起到抑制胃酸分泌、缓解反酸和烧心症状的作用；质子泵抑制剂(PPI)可抑制胃酸分泌，延缓胃排空、增强胃肠动力。促胃肠动力药物如多潘立酮(吗叮啉)。多潘立酮既能促进胃排空、延长胃排空时间，又能通过激活胃肠道平滑肌上的磷酸二酯酶而增加细胞内cAMP的浓度而提高胃肠动力，促进胃肠排空。可作为餐前或餐后抑制胃酸分泌、缓解烧心症状的首选药。

### 五、饮食建议

1. 根据症状选择食物：如果老年人的消化不良症状是由于功能性消化不良引起的，那么在饮食上就要以易消化、无刺激、低脂肪为原则，如馒头、面包、粥、面条等。

2. 养成良好的饮食习惯：尽量减少或避免吃生冷、辛辣刺激和油腻的食物，避免进食过快和过饱。进餐时应细嚼慢咽，以免增加胃肠道负担，加重症状。饭后可适当活动，帮助消化。尽量避免饮用咖啡、浓茶和酒类等刺激胃肠道的饮品。

3. 适当增加纤维素食物：由于老年人的胃肠蠕动能力减弱，加之消化功能减退，容易出现便秘的情况。因此，要适当增加纤维类食物的摄入量。如粗粮、蔬菜等。食用新鲜水果时，要注意清洗干净，最好放入冰箱中冷藏后再食用。

功能性消化不良是一种慢性疾病，首先，应树立正确的观念，保持乐观向上的情绪；要注意劳逸结合、保证充足睡眠，保持良好的饮食习惯；其次，要养成良好的生活习惯、积极参加各种锻炼、适度运动、合理饮食等。再者，患者应遵医嘱服药，不可自行停药、换药或减药。若病情变化或出现其他不适症状时应及时就医。另外，家属应多与患者沟通交流，鼓励患者积极面对疾病，保持良好心态。

（作者单位系忻州市人民医院）

## 颅脑外伤及其康复治疗

吴卫红

颅脑外伤是指各种直接和间接暴力作用于头部，引起颅内组织及脑功能的损害，造成意识障碍、神经功能障碍和体征。临床上可分为轻型、中型、重型3种类型。

轻型颅脑外伤又称开放性颅脑损伤，指头部直接受到钝性暴力作用，在外力作用下所引起的颅骨骨折，但不伴有颅内血肿及脑挫裂伤。

### 一、临床表现

1. 意识障碍：患者伤后立即出现意识障碍，多在受伤后1~2小时内发生。轻者仅有不同程度的意识障碍，重者可表现为不同程度的昏迷，并伴有烦躁、大小便失禁等。

2. 颅内压增高：常见表现为头痛、恶心、呕吐等。如颅内压增高严重，可出现脑室内出血等。

3. 瞳孔改变：伤后瞳孔可出现大小不等的散大，可出现双侧瞳孔不等大或单侧瞳孔散大。

4. 神经功能障碍：可有头痛、呕吐、面色苍白、出冷汗等低血压表现，以及嗜睡、昏迷、瘫痪、失语等神经功能障碍症状。

5. 外伤史：可有不同程度的脑膜刺激症(如颈静脉怒张)，以及皮肤瘀点或瘀斑等。常为头部外伤史，有时可出现“偏瘫”或“失语”等。

### 二、辅助检查

1. CT检查：(1) 颅骨骨折，主要表现为颅骨骨折，一般为单侧，有时两侧均有骨折。(2) 脑挫裂伤，主要表现为颅骨缺损，往往与硬膜下或硬膜外出血合并存在。若为颅底骨折则可引起颅内积气或脑疝。

2. 颅脑MRI检查：主要用于确定是否有脑挫裂伤，但不能确定是否有脑挫裂伤。

3. 脑电图检查：有助于判断颅内血肿和脑脊液漏的存在，判断损伤程度。

4. 其他检查：(1) 颈动脉窦按摩试验：观察颈动脉窦是否有搏动或反应，测定血压、脉搏等。(2) 头颅静脉压测定：可用于估算颅内压力。(3) 双侧瞳孔对光反射时间测定：通过瞳孔对光线的反应程度间接估计颅内压高低。临床上一般根据瞳孔对光反射时间的长短来判断颅内压的高低。

### 三、治疗方法

1. 一般治疗：给予迅速、合理的脱水、止血、抗感染、营养神经等治疗。

2. 颅脑外伤的手术治疗：(1) 开

颅手术：适用于头皮及硬脑膜裂伤，脑挫裂伤，小脑半球及脑干损伤等。

(2) 颅骨修补术：适用于颅骨骨折，颅底骨折等。(3) 硬膜外血肿清除术：适用于颅内出血或大量脑挫伤。

3. 对症治疗：(1) 休克治疗：血压降低时应积极处理，改善脑部血液供应。(2) 脱水治疗：轻度患者可给予甘露醇脱水，中度以上患者应用呋塞米等药物脱水。(3) 止血治疗：根据出血量不同，给予相应的止血药。(4) 抗感染治疗：可给予抗生素。

(5) 营养神经治疗：多采用鼻胃管或鼻肠管注入营养药物和营养液，维持水电解质平衡及营养神经。

4. 其他治疗：高压氧舱辅助呼吸及高压氧舱辅助代谢等。

### 四、康复治疗

1. 早期康复治疗：是针对患者的症状和体征，使其尽早恢复正常的工作能力、生活能力，以减轻家庭和社会的负担。

2. 早期康复训练：是针对患者的不同时期，通过各种训练，恢复或提高患者的运动能力、语言能力、认知能力、社交能力、生活自理能力等。

3. 脑外伤恢复期：帮助患者在脑外伤后3个月内尽早进行功能恢复训练，促进受损大脑功能的恢复，使其能正常生活。

4. 康复治疗期：利用各种康复方法对患者进行全面的康复训练，使患者逐渐恢复日常生活活动。包括：日常生活活动(如进食、穿衣、大小便失禁)；心理康复训练，如社会工作、团体治疗；职业康复，如工作、就业技能培训等；职业咨询、社区康复；家庭指导。

### 五、常见并发症

1. 脑挫裂伤：是颅脑外伤最常见的并发症。伤后即可出现意识障碍，常在伤后48h内出现，表现为反应迟钝、昏迷、双眼向一侧凝视、瞳孔散大及对光反射迟钝。

2. 急性颅内血肿：表现为剧烈头痛、呕吐，伴有或不伴有瞳孔改变，如双侧瞳孔不等大，对光反射迟钝或消失。此时如不能及时处理，血肿逐渐增大，可引起颅内感染、脑疝。

3. 急性硬膜外血肿：为颅脑损伤的严重并发症。一般发生于伤后1周左右。主要表现为剧烈头痛、呕吐，伴恶心和不同程度的意识障碍。

4. 硬膜下血肿：为颅内出血的一种特殊形式，是伤后6h内出现的严重并发症。

### 六、预防措施

1. 教育儿童、少年遵守交通规则，避免交通事故，在马路行走时要集中注意力，不要追逐打闹。

2. 从事各种作业的工人，要了解作业环境和注意安全防护措施，不违章作业。做好职业防护工作；在生产、生活中要避免头部受到撞击和刺伤，若发生事故要及时报警处理。

3. 野外活动时要远离悬崖、陡坡、山涧、江河等危险的地方，应选择安全可靠的路线行走，避免单独行动。

4. 进行体育运动时应注意运动场地的安全和运动器材的安全性，防止发生意外。

5. 进入人员密集场所时要注意避开拥挤的人群。

6. 老年人外出时要有家人陪伴，防止摔伤等意外事故。

7. 发生车祸时要及时将伤者送往医院治疗。

8. 注意饮食卫生：不吃变质、霉烂的食物和未煮熟的食物；不吃生冷的食品；不喝生水，不吃凉拌菜；不食用来历不明的野生动物。

### 七、护理

1. 颅脑外伤患者在接受治疗时，要注意病情观察，当患者病情稳定后，可鼓励其做一些力所能及的活动。

2. 对昏迷的患者，要注意观察患者的呼吸、心跳和体温等生命体征变化，保持呼吸道通畅，给予持续吸氧。

3. 对病情较重的昏迷患者，应注意保持其呼吸道通畅，防止呕吐物误吸入肺引起肺部感染。

4. 对于有并发症的患者要及时做好护理工作。

5. 对于一些病情较为严重的患者，在治疗后也要注意对其进行观察。尤其是对于出现神志不清或瞳孔散大等症时，要及时做好各项检查工作。

6. 对颅脑外伤后肢体瘫痪的患者要注意做好护理工作，防止并发症的发生。防止坠床或摔伤等意外情况的发生。要注意观察颅内压变化情况，必要时采取鼻饲等措施。

（作者单位系莒县中医医院）

## 带你了解帕金森病

刘 婷

帕金森病(Parkinson's disease, PD)是一种常见的神经系统变性疾病，在老年人群中患病率高达1.7%。在60岁以上的人群中，帕金森病的患病率约为1%。帕金森病患者最主要的症状是肢体静止性震颤，又称震颤麻痹。除此之外还有动作迟缓、肌强直、姿势步态障碍、平衡障碍等症。

### 一、何为帕金森

帕金森病主要见于60岁以上的中老年人，且男性多于女性。本病的自然病程呈渐进性，最初仅有一侧肢体的震颤，以后逐渐扩展到对侧肢体，以及对侧上肢和面部。晚期可有吞咽困难、言语障碍和平衡功能障碍等。

帕金森病的病因尚不明确，可能与遗传、环境及年龄老化等因素有关。本病的遗传方式不明确，多认为是常染色体显性遗传，但也有研究认为与常染色体隐性遗传有关。环境因素包括农药、除草剂等环境毒素及重金属铅和汞的污染；年龄老化、脑动脉硬化等可能也与帕金森病的发生有关。

帕金森病是一种常见于中老年人的慢性进展性神经系统变性疾病，但其确切发病机制尚不清楚，目前认为与遗传、环境及年龄老化等因素相关。

### 二、主要症状

1. 静止性震颤：在静止时出现或明显，随意活动时减轻或停止。

2. 肌肉僵硬：患者肌肉僵硬、肌肉强直，动作变得缓慢而费力。

3. 姿势步态障碍：患者可出现前冲步态、倾倒等姿势不稳。

4. 其他症状：包括感觉异常、自主神经功能障碍(便秘、排尿困难)、认知功能障碍(痴呆)、抑郁等。

帕金森病早期症状主要是以静止性震颤为主，通常表现为“搓丸样”震颤，在患者安静时出现或明显，随意运动时减轻或消失，睡眠时消失，情绪激动时加重。在疾病的中后期，帕金森病患者可出现肌强直和姿势步态障碍。晚期患者会出现认知功能障碍和痴呆。当病情严重时，患者可能会出现抑郁、焦虑等情绪障碍，甚至危及生命。

### 三、病因与发病机制

目前，帕金森病的发病机制尚

不清楚，遗传、环境、年龄老化、氧化应激等因素都可能参与PD的发病过程。

近年来有研究认为，在年龄老化的同时，环境毒素如农药、重金属(铜、镉、铅等)等也会导致神经退行性病变。这些因素共同作用导致帕金森病发生。目前认为帕金森病可能与环境毒素损伤大脑黑质多巴胺神经元有关。黑质中多巴胺能神经元变性死亡后，黑质内DA释放减少，而DA合成酶表达减少是DA神经元死亡的直接原因。此外，PD还可能与遗传因素有关，部分患者有家族聚集倾向。

### 四、病理类型

帕金森病的病理变化主要在纹状体和黑质，但具体的发病机制还不清楚。其中，遗传因素和环境因素都可能起作用。环境因素包括重金属和农药，如杀虫剂、除草剂、重金属、多环芳烃类物质等。帕金森病是一种变性疾病，发病原因与黑质多巴胺能神经元变性有关。帕金森病的病理改变主要有黑质纹状体通路异常和多巴胺能神经元变性两方面。

黑质纹状体通路异常表现为多巴胺能神经元变性、死亡，黑质多巴胺能神经细胞体积减小，数量减少，导致多巴胺能神经元对多巴胺的敏感性下降，引起多巴胺能神经递质合成障碍。当这种神经递质缺乏时，则导致黑质纹状体通路中多巴胺含量下降，最终引起帕金森病的临床症状。

### 五、病理分期

PD的病理分期是根据患者的临床症状、体征和神经生化检查，以及病变部位组织活检所见来制定。

早期(PD)：病变局限于黑质和纹状体系统，对运动的影响不大；

中期(PD)：病变累及纹状体系统，出现典型的运动迟缓、静止性震颤、肌强直和姿势步态异常等症；

晚期(PD)：病变累及蓝斑、纹状体、黑质、丘脑及皮质下中枢等多个部位，导致患者出现认知障碍、智能减退等症。

### 六、诊断与鉴别诊断

帕金森病的诊断需要有明确的家庭史、典型症状和体征，实验室检查有相关指标异常，可进行基因检测以明确发病原因。帕金森病的

鉴别诊断需要和其他疾病如老年性痴呆、老年性震颤、脑卒中、高血压、甲状腺功能亢进、脑肿瘤等疾病进行鉴别。帕金森病的治疗首先需要明确病因，然后根据病因进行对因治疗。目前主要通过药物和手术治疗。

1. 帕金森病的药物治疗：对于无严重认知功能障碍且病情较轻者，首选药物为多巴胺替代疗法；药物疗效逐渐减退或出现严重的副作用，不能耐受或不愿继续服用时，可考虑换用其他药物。

2. 帕金森病的手术治疗：帕金森病患者可合并多种并发症，如吞咽困难、感染等，需行胃造口术或食管造口术后进食困难时需要手术治疗；帕金森病患者常合并高血压，可通过药物控制血压，但需要在医生指导下长期服用降压药；帕金森病患者存在认知障碍及语言障碍时，需行语言训练；帕金森病患者可出现精神症状如焦虑、抑郁等，需行认知功能训练。

### 七、治疗原则

帕金森病目前尚无根治方法，临床上常采用药物治疗，以改善患者的运动症状。同时在疾病的不同阶段，有不同的治疗方法：如药物治疗、手术治疗、心理治疗、康复治疗等。在药物选择方面，早期首选多巴胺受体激动剂(如盐酸左旋多巴片)，其次为多巴胺能阻滞剂(如吡贝地尔)。

1. 病因治疗：首先针对导致PD的原发病进行治疗，如高血压、糖尿病、高脂血症等。

2. 对症治疗：在病因治疗的基础上，针对PD症状进行治疗，包括应用抗胆碱能药物(如安坦)、多巴胺受体激动剂(如美多巴、泰舒达)、抗精神药物(如氯氮平)等。

3. 支持治疗：对PD患者的生活进行帮助，包括心理支持、饮食指导、生活方式改变等。

4. 康复治疗：通过康复训练，提高患者的生活质量，改善运动功能，延缓疾病的进展。

(作者单位系益阳市第一人民医院)

本版投稿咨询电话：  
0554-6657551