

## 巅峰计划-高端教辅笔记-内分泌

### 一、垂体腺瘤

1. 临床表现(区分)腺瘤分泌激素过多的表现
  - 1) PRL 分泌过多最常见。
  - 2) ACTH 分泌过多库欣病。
  - 3) GH 分泌过多生长素过多 **巨人症**:始于青春期前 **肢端肥大症**:始于成年后。
2. 诊断诊断的关键是要熟悉**垂体腺瘤**的临床表现。通过进一步检查确诊(MIR)。

### 二、生长激素分泌瘤

1. 病因 **①垂体性**:占 98%,以腺瘤为主。  
**②垂体外性**:异位 GH 分泌瘤(如胰岛细胞癌)、GHRH 分泌瘤。
2. 临床表现(1)巨人症(2)肢端肥大症
3. 诊断:24hGH 水平总值,为筛选和疾病活动性指标,也可作为本症治疗是否有效的指标。

### 三、腺垂体功能减退症

1. 诊断 1. 垂体及靶腺激素测定、所有其**分泌激素均下降**。
2. 病因学检查:明确垂体-下丘脑区有无占位病变的主要方法, **MRI**(首选)价值强于 CT。
3. 治疗:靶腺激素替代治疗;去除病因

### 四、中枢性尿崩症

1. 临床表现:1)多尿烦渴多饮(喜冷饮);2)多突然发病每天尿量 **5-12L**
2. 确诊试验是**禁水试验**
3. 治疗 s 激素替代治疗去氨加压素(DDAVP 弥凝)-首选

### 五、甲状腺功能亢进症

1. 临床表现:高代谢(青年女性多见);甲状腺肿大;突眼
2. 诊断:怕热多汗、性情急躁+心悸+体重下降+甲状腺肿大+眼球突出+**T3、T4 增高=甲亢**

### 六、甲状腺功能减退症

1. 诊断临床表现+甲状腺激素检查确诊。  
TSH↑:原发性甲减 血清 **TSH 增高**、TT4、FT4 降低是诊断本病的必备指标。
2. 治疗**甲状腺素**替代治疗首选一左甲状腺素(L-T4)

### 七、单纯性甲状腺肿

双侧甲状腺弥漫性无痛性肿大+甲状腺功能正常(T3、T 正常)

### 八、甲状腺肿瘤

1. 临床表现:颈部出现圆形或椭圆形结节,多为单发。无压痛,随吞咽上下移动。
2. 治疗:患侧甲状腺叶完整切除。术中切除标本必须立即行冰冻切片检查,以排除恶变。

### 九、甲状腺癌

1. 乳头状腺癌:60%,中青年**女性**,恶性程度低,生长慢,淋巴转移为主,预后好。
2. 未分化癌:15%,老年男性,恶性程度高,生长快,血行转移为主,预后差。
3. 髓样癌为来自 C 细胞,可有家族史,多为双侧,分泌降钙素可致腹泻。  
乳头状癌发病率最高。未分化癌-**罪恶死亡率最高**。

### 十、库欣综合征

1. 诊断及鉴别诊断:小剂量的地塞米松抑制实验(确诊实验)-排除肥胖症  
大剂量的地塞米松抑制实验(定位实验)-病因诊断

2. 治疗:主要是**手术**。

### 十一、原发性醛固酮增多症

1. 诊断高血压+低血钾+血浆醛固酮水平
2. 治疗醛固酮分泌瘤:**手术切除**是唯一有效的根治性治疗。

### 十二、嗜铬细胞瘤

1. 临床表现:高血压最主要表现
2. 诊断及鉴别诊断:**血尿儿茶酚胺**及其代谢产物 **VMA 测定**。
3. 治疗:**手术切除**肿瘤(首选)

### 十三、糖尿病

1. 血糖和 OGTT 血糖升高是诊断糖尿病的主要依据, 又是判断糖尿病病情和控制情况的主要指标诊断糖尿病时必须用静脉血浆测定血糖(非全血)。
2. 诊断糖尿病最佳的是静脉血浆血糖, 空腹血糖 $\geq 7.0\text{mmol/L}$ , 随机或餐后 2 小时 $\geq 11.1\text{mmol/L}$ 。HbA1c $\geq 6.5\%$  作为诊断糖尿病的标准。
3. (1)急性并发症 DKA 高渗性昏迷(是最常见的急性并发症);  
(2)慢性并发症:**大血管病变**-( 2 型糖尿病的最常见死亡原因)  
微血管病变;1 )糖尿病肾病病史 $> 10$  年者易患。是 T1 糖尿病患者的主要死亡原因;2)糖尿病视网膜病变-糖尿病病程超过 10 年, 是失明的主要原因之一。
4. 糖尿病足:糖尿病足是**截肢**、致残主要原因。
5. 治疗(1)口服**降糖药**
  - 1)磺脲类:促进胰岛素的**释放**
  - 2)双胍类:**增加**外周组织对糖的摄取利用、抑制糖异生及糖原**分解**、**抑制**肝糖原的输出。
  - 3)糖苷酶抑制剂:延缓碳水化合物的吸收,降低餐后高血糖
  - 4)噻唑烷二酮类:胰岛素增敏剂 **PPAR $\gamma$** 激动剂增加靶组织对胰岛素敏感性。(2)胰岛素治疗
  - 1)适应症:**1 型糖尿病**;糖尿病急性并发症;**妊娠糖尿病**;应激时;口服药控制不佳;肝肾功能不全;结核、消瘦、增殖期视网膜病变。
  - 2)注射部位腹壁(吸收最快)、大腿外侧、上臂三角肌外、臀部。
  - 3)副作用主要为低血糖反应。

### 十四、痛风

1. 诊断注意:血尿酸 $> 420\ \mu\text{mol/L}$  可诊断为高尿酸血症。当同时存在特征性的关节炎、尿路结石表现时应考虑痛风。**针形尿酸盐结晶**是痛风诊断的金标准。
2. 预防和治疗控制症状急性期首选秋水仙碱,急性期疼痛-首选对乙酰氨基酚。缓解期(症状控制 2-3 周后)苯溴马隆(排尿酸药)和别嘌醇(抑制尿酸生成)。

### 十五、水、电解质和酸碱平衡失调

#### (一)等渗性缺水

是外科病人最易发生的。

水和钠成比例的丧失,血清钠仍在正常的范围,细胞外液渗透压也保持正常

1. 病因:消化液的急性丧失如大量呕吐和肠痿等。
2. 临床表现:舌干燥.眼窝下陷、皮肤干燥、松弛,但**不口渴**。
3. 诊断病史+临床表现
4. 实验室检查:血液浓缩表现(HCT 增高),尿比重增高,血钠浓度仍在正常范围。

#### (二)低渗性缺水

1. 诊断:(1)依据病史及表现;(2)尿钠和氯明显减少;(3)血清钠低  $135\text{mmol/L}$  ;

2. 治疗: (1) 积极处理病因; (2) 采用含盐溶液或高渗盐水静脉注射。

(三) 高渗性缺水

1. 病因: (1) 摄入水不足; (2) 水分丧失过多。

2. 诊断: (1) 病史和表现; (2) 尿比重高; (3) 血清钠在  $150\text{mmol/L}$  以上。

3. 治疗: (1) 尽早去除病因; (2) 补充水分。

(四) 低钾血症

血清钾低于  $3.5\text{mmol/L}$ , 称为低钾血症(正常值为  $3.5\sim 5.5\text{mmol/L}$ )。

1. 诊断主要是根据病史、临床表现及血清钾测定来诊断。

2. 治疗 (1) 及早治疗导致低钾血症的病因, 减少或中止钾的继续丢失;

(2) 可参考血清钾测定的结果来初步确定补钾量。

(五) 高钾血症

(1. 定义; 血清钾超过  $5.5\text{mmol/L}$ , 称为高钾血症。

2. 诊断: 测定血清钾和进行心电图检查, 可明确诊断。

(六) 酸碱平衡失调

1. PH  $7.35\sim 7.45$

2. 呼吸指标:  $\text{PaCO}_2$   $35\sim 45\text{mmHg}$

呼酸:  $\text{PaCO}_2 > 45\text{mmHg}$ , 呼碱:  $\text{PaCO}_2 < 35\text{mmHg}$ 。

3. 代谢性指标: 实 AB 或 SB  $22\sim 27\text{mmol/L}$  代碱  $> 27\text{mmol/L}$ ; 代酸  $< 22\text{mmol/L}$

4.  $\text{HCO}_3^-$   $22\sim 27\text{mmol/L}$  代酸:  $\text{HCO}_3^- < 22\text{mmol/L}$ , 代碱:  $\text{HCO}_3^- > 27\text{mmol/L}$ 。