

若甲状腺迅速肿大伴疼痛、压迫症状,给予泼尼松 10mg,每日 3~4 次,症状缓解后逐渐减量。出现甲亢表现,予抗甲状腺药治疗,但剂量宜小,否则可能出现甲减。

2.手术治疗 可能加速甲减的发生,故一般不采用,只有当甲状腺明显肿大,产生压迫症状,经甲状腺制剂等药物治疗无效或不能除外甲状腺癌时,才可考虑手术治疗。

考点七 中医辨证论治

1.痰瘀凝结证

证候:甲状腺肿大,质地较硬,或有疼痛,疲倦乏力,纳呆欲吐,舌质暗,或有瘀斑瘀点,苔白腻,脉细涩。

治法:行气化痰,活血消癥。

方药:二陈汤合桃红四物汤加减。

2.肝郁脾虚证

证候:甲状腺肿大或萎缩,胸胁苦闷,善太息,纳差便溏,舌质淡暗,苔白腻,脉弦滑。

治法:疏肝健脾,行气化痰。

方药:逍遥散加减。

3.肝肾阴虚证

证候:颜面潮红,口苦咽干,神疲乏力,伴心悸失眠,腰膝酸软,头晕目眩,舌质红,苔少,脉细数。

治法:滋补肝肾,软坚消癥。

方药:杞菊地黄丸加减。

4.脾肾阳虚证

证候:面色白,神疲嗜睡,纳呆便溏,畏寒肢冷,肢体浮肿,腰膝酸软,男子阳痿,女子闭经,舌质淡,舌体胖大,苔白腻,脉沉弱或沉迟。

治法:温补脾肾,化气行水。

方药:四逆汤合五苓散加减。

第三节 糖尿病

P559

修改:(2)微血管病变

1)糖尿病肾病:是糖尿病肾衰竭的主要原因,是 T1DM 的主要死因。在 T2DM,其严重性仅次于心、脑血管疾病。美国糖尿病协会(ADA)推荐筛查和诊断微量白蛋白尿采用测定即时尿标本的白蛋白/肌酐比率(2012 年)。

P561

修改:诊断

(1)糖尿病诊断以静脉血浆血糖异常作为依据,应注意单纯空腹血糖正常不能排除糖尿病,应加验餐后血糖,必要时进行 OGTT。目前我国采用 1999 年 WHO 糖尿病标准。

修改:鉴别诊断

②可引起进食后 0.5~1 小时血糖过高

P562

增补:2.饮食治疗

(3)补充治疗 没有明确的证据显示糖尿病人群维生素或矿物质的补充是有益的。不建议常规补充抗氧化剂,如维生素 E、维生素 C 和胡萝卜素,因为有缺乏有效性和安全性的证据。

(4)酒精 成年糖尿病患者,如果想饮酒,每日饮用量应适度。

增补:3.体育锻炼

①应鼓励糖尿病或糖尿病前期的所有儿童每天至少 60 分钟的体力活动。②成年糖尿病患者应该每周至少进行 150 分钟中等强度有氧运动(最大心率的 50%~70%),每周至少 3 天,不能连续超过两天不

运动。③鼓励无禁忌证的 2 型糖尿病患者每周进行至少两次耐力锻炼。

P563

修改:(8)并发症的治疗

1) 急性并发症

①糖尿病酮症酸中毒

补液:恢复血容量为首要的治疗措施,必须立即进行。在治疗开始应快速补充生理盐水,具体用量及速度因人而异。如无心功能不全,在前 2 小时输入 1000~2000mL 液体,以后根据血压、心率、尿量及末梢循环情况,决定补液量和速度。一般每 4~6 小时补液 1000mL。第 1 个 24 小时补液 4000~5000mL,如严重脱水者应达 6000~8000mL,但高龄、心功能不全者,则应减慢补液速度或在中心静脉压监护下调整滴速。

胰岛素治疗:采用小剂量胰岛素治疗方案,即 $0.1\text{U}/(\text{kg}\cdot\text{h})$ 持续滴注(应另建输液途径)。每 1~2 小时查血糖 1 次,当血糖降至 13.9mmol/L ,改用 5% 葡萄糖液,并按每 2~4g 葡萄糖加 1 单位短效胰岛素滴注,使血糖水平稳定在较安全范围后过渡到常规皮下注射。

纠正酸碱平衡失调:中等度以下的酸中毒不必补碱,因使用胰岛素后,抑制酮体产生,酸中毒即可逐渐纠正。严重的酸中毒可抑制呼吸中枢,降低胰岛素的敏感性,应适当补碱。当二氧化碳结合力降至 $4.5\sim 6.7\text{mmol/L}$,给予 5% 碳酸氢钠 100~125mL 直接推注或稀释成等渗溶液静脉滴注。

补钾:本症患者均有不同程度缺钾(因呕吐、多尿等)。但治疗前因血液浓缩、酸中毒时,钾从细胞内转移到细胞外,故血钾可正常,甚至明显增高。治疗后因补充血容量、注射胰岛素、纠正酸中毒,血钾可迅速下降。如不注意及时补钾,可引起心律失常,甚至心跳骤停。因此,必需定时监测血钾、心电图和尿量,及时调整补钾量和速度。

去除诱因和处理并发症:如感染、休克、心功能不全、肾功能不全、脑水肿等应积极处理,严密观察病情变化。

②高血糖高渗综合征:治疗与酮症酸中毒相似,补液、小剂量胰岛素滴注、补钾等。

2) 慢性并发症

①糖尿病患者血压应控制在 $130/80\text{mmHg}$ 以下;如尿蛋白排泄量达到 $1\text{g}/24\text{h}$,血压应控制低于 $125/75\text{mmHg}$,首选血管紧张素转换酶抑制剂(ACEI)或血管紧张素 II 受体阻滞剂(ARB),常需多种降压药物联合应用。

②调脂治疗的首要目标是 $\text{LDL-C}<2.6\text{mmol/L}$,首选他汀类药物; $\text{TG}>4.5\text{mmol/L}$,应首选贝特类药物,以减少急性胰腺炎的风险。阿司匹林可用于冠心病二级预防。

③早期糖尿病肾病应用 ACEI 或 ARB 除可降低血压外,还可减轻微量白蛋白尿;减少蛋白质摄入量对早期肾病及肾功能不全的防治均有利,临床肾病(IV 期)要以优质蛋白为主,GFR 下降后进一步加用复方 α -酮酸。尽早给予促红细胞生成素(EPO)纠正贫血,治疗维生素 D-磷缺乏。尽早进行透析治疗,注意残余肾功能的保存。

④糖尿病视网膜病变可使用羟苯磺酸钙,应由专科医生对糖尿病视网膜病变定期进行检查,必要时尽早应用激光光凝治疗,争取保存视力。

⑤周围神经病变通常在综合治疗的基础上,采用甲钴胺、前列腺素类似物、醛糖还原酶抑制剂、肌醇以及对症治疗等可改善症状。

⑥糖尿病足强调注意预防,防止外伤、感染,积极治疗血管病变和末梢神经病变。

第六节 血脂异常(增补)

血脂异常通常指血清中胆固醇(TC)、甘油三酯(TG)、低密度脂蛋白胆固醇(LDL-C)水平升高,高密度脂蛋白胆固醇(HDL-C)水平降低。血脂必须与蛋白质结合以脂蛋白形式存在,才能在血液循环中运转,故血脂异常表现为脂蛋白异常血症。临床上常见形体肥胖、肢体沉重、乏力、消化不良甚至眩晕、心慌及胸闷等。本病可归属于中医学“脂浊”范畴。

考点一 西医病因

人体内血浆脂蛋白代谢可分为外源性和内源性代谢途径。外源性代谢途径是指饮食摄入的胆固醇(TC)和甘油三酯(TG)在小肠中合成乳糜微粒(CM)及其代谢过程;内源性代谢途径是指由肝脏合成极低密度脂蛋白(VLDL),然后转变为中密度脂蛋白和低密度脂蛋白(LDL),低密度脂蛋白被肝脏或其他器官代谢的过程。此外,还有一个胆固醇逆转运途径,即高密度脂蛋白(HDL)的代谢。绝大多数的脂蛋白是在肝脏和小肠组织中合成,并主要经肝脏分解代谢。从发病方式来看,血脂异常可分为两类:原发性血脂异常和继发性血脂异常。

1.原发性血脂异常

原发性血脂异常属遗传性脂代谢紊乱疾病,部分由先天性基因缺陷所致,表现为家族性高胆固醇血症。

大多数原发性血脂异常原因不明、呈散发性,是多个基因与环境因素综合作用的结果。临床上血脂异常可常与肥胖症、高血压病、冠心病、糖耐量异常或糖尿病等疾病同时发生,并伴有高胰岛素血症,这些均被认为与胰岛素抵抗有关,称为代谢综合征。血脂异常可能存在于上述疾病的发病(至少是危险因素),或与上述疾病有共同的遗传或环境发病基础。有关环境因素包括不良的饮食习惯、体力活动不足、肥胖、年龄增加及吸烟、酗酒等。

2.继发性高脂血症

继发性高脂血症是由于某些全身性疾病或药物所引起的血浆TC或TG升高,伴或不伴血浆高密度脂蛋白胆固醇(HDL-C)浓度降低。除获得性因素外,因其原发病的不同,临床表现各异。

(1)获得性因素 ①高脂肪、高胆固醇、高脂肪酸饮食。②体重增加。③增龄。④雌激素缺乏。⑤不良的生活习惯(高糖膳食、吸烟等)。

(2)全身系统性疾病 糖尿病,甲状腺功能减退,肾病,肝胆系统疾病如胆道结石、胆汁性肝硬化等。

(3)药物 如噻嗪类利尿剂、 β 受体阻滞剂等。长期大量使用糖皮质激素可促进脂肪分解、血浆TC和TG水平升高。

考点二 中医病因病机

中医认为,本病病因多为素体肥胖,加之饮食不节,恣食肥甘,过逸少动,情致不畅或年老体衰,先天禀赋不足等,致脾胃虚弱,脾气亏虚则水谷精微运化转输无力,水谷精微失于输布,化为膏脂和水湿。

本病病位在脾、肾、肝;多为本虚标实。本虚指脏腑亏虚,标实是痰浊瘀血,病变多延及全身脏腑经脉。其主要病机是肝脾肾亏虚,痰浊瘀血,阻滞经脉,而致膏脂布化失度。

考点三 临床表现

血脂异常可见于不同年龄、性别的人群,某些家族性血脂异常可发生于婴幼儿。血脂异常的临床表现主要包括:

1.黄色瘤、早发性角膜环和脂血症眼底病变 由于脂质局部沉积所引起,其中以黄色瘤较为多见。黄色瘤是一种异常的局限性皮肤隆起,颜色可为黄色、橘黄色或棕红色,多成结节、斑块或丘疹形状,质地一般柔软,最常见的是眼睑周围扁平黄色瘤。早发性角膜环可出现于40岁以下,多伴有血脂异常。严重的高甘油三酯血症可产生脂血症眼底病变。

2.动脉粥样硬化 脂质在血管内皮沉积引起动脉粥样硬化,引起早发性和进展迅速的心脑血管和周围血管病变。某些家族性血脂异常可见于青春期前发生冠心病,甚至心肌梗死。

考点四 实验室检查

无论有无临床表现,血脂异常主要依据患者血脂水平做出诊断。根据《中国成人血脂异常防治指南(2016修订版)》可进行如下检查。

1.血脂血清TC或TG水平增高。

(1)血清胆固醇 TC $<$ 5.20mmol/L为合适范围;TC5.2~6.19mmol/L为边缘升高;TC \geq 6.2mmol/L为升高。

(2) 甘油三酯 TG ≥ 2.3 mmol/L 为升高。

2. 脂蛋白 LDL-C 水平升高, HDL-C 水平降低。

(1) 低密度脂蛋白-胆固醇 LDL-C $3.4 \sim 4.09$ mmol/L 为边缘升高; ≥ 4.1 mmol/L 为升高。

(2) 高密度脂蛋白-胆固醇 HDL-C < 1.0 mmol/L 为降低。

考点五 诊断

1. 病史 原发性血脂异常者部分有家族史。继发性血脂异常者常有糖尿病、肾病、肝胆系统疾病史或不良饮食习惯及引起高脂血症的药物应用史。

2. 体征 ①形体肥胖。②出现黄斑瘤、腱黄瘤、皮下结节状黄色瘤。③高脂血症性眼底病变、角膜环。

3. 辅助检查 无论有无临床表现, 血脂异常主要依据患者血脂水平做出诊断。

考点六 西医治疗

(一) 治疗原则

临床上对继发性血脂代谢异常的治疗, 主要是治疗基础疾病, 基础疾病得到控制或治愈, 继发的血脂代谢异常, 也会得到控制和治愈。原发性血脂代谢异常的治疗, 首先包括饮食控制、增补运动、戒烟限酒等, 疗效不明显, 可应用药物或其他治疗。根据 ASCVD 危险程度决定干预措施是防治血脂异常的核心策略。LDL-C 升高是导致 ASCVD 发病的关键因素, 将降低 LDL-C 作为首要干预靶点。他汀类药物能显著降低心血管事件风险, 首选他汀类药物用于调脂达标。

(二) 生活方式干预

饮食治疗、增加运动。

(三) 药物治疗

1. 常用药物 ①HMG-CoA 还原酶抑制剂(他汀类): 指南推荐中等强度的他汀作为我国血脂异常人群常用药物。阿托伐他汀, $10 \sim 20$ mg/d; 瑞舒伐他汀 $5 \sim 10$ mg/d; 洛伐他汀 $10 \sim 40$ mg/d; 辛伐他汀, $20 \sim 40$ mg/d; 普伐他汀, $10 \sim 40$ mg/d; 氟伐他汀, $10 \sim 40$ mg/d。晚上一次服用效果更好。②胆酸隔置剂: 考来烯胺, $4 \sim 24$ g 每晚 1 次或每天分 2 次口服; 考来替哌, $5 \sim 20$ g 每晚 1 次或每天分 2 次口服。③贝特类: 非诺贝特, 100 mg 每天 3 次或微粒型 200 mg 每天 1 次口服; 苯扎贝特, 200 mg 每天 3 次或缓释型 400 mg 每天 1 次口服; 吉非罗齐, 300 mg 每天 3 次或 600 mg 每天 2 次, 或缓释型 900 mg 每天 1 次口服。④烟酸类: 烟酸, 100 mg 每天 3 次渐增至每天 $1 \sim 3$ g 口服; 阿昔莫司, 250 mg 每天 $1 \sim 3$ 次口服。⑤普罗布考, 500 mg 每天 2 次。⑥肠道胆固醇吸收抑制剂: 依折麦布, 10 mg 每天 1 次。

2. 治疗方案

(1) 高胆固醇血症 首选 HMG-CoA 还原酶抑制剂。其降低 TC 能力为 $20\% \sim 30\%$, 降 LDL-C 能力为 $30\% \sim 35\%$, 还轻度增高 HDL-C 及轻度降低 TG。胆酸隔置剂用足量可降 TC 与 LDL-C, 效果与 HMG-CoA 还原酶抑制剂相近, 但不易耐受, 故可以较小剂量用于轻度 TC 或 LDL-C 增高者。贝特类轻至中度降低 TC 与 LDL-C, 降低 TG 能力高于他汀类, 并升高 HDL-C。烟酸类降低 TC、LDL-C 与 TG, 升高 HDL-C, 但副作用使其应用受限, 阿昔莫司的副作用较小。对 TC 或 LDL-C 极度增高者可采用在他汀类基础上加用依折麦布。

(2) 高甘油三酯血症 如非药物治疗包括饮食, 减轻体重, 减少饮酒, 戒烈性酒等不能降低 TG 至 4.07 mmol/L (360 mg/dl) 以下时, 可应用贝丁酸类, 不用烟酸, 胆酸隔置剂或其他汀类药物。

(3) 混合型血脂异常 如以 TC 与 LDL-C 增高为主, 可用他汀类; 如以 TG 增高为主则用贝丁酸类; 如 TC、LDL-C 与 TG 均显著升高, 可联合药物治疗, 联合治疗选择贝丁酸类加胆酸隔置剂类, 或胆酸隔置剂类加烟酸。谨慎采用他汀类与贝丁酸类或烟酸类的合并使用。

(4) 饮食与非调脂药物治疗后 $3 \sim 6$ 个月复查血脂水平, 如能达到要求即继续治疗, 但仍每 6 个月至 1 年复查, 如持续达到要求, 每年复查一次。药物治疗开始后 6 周复查, 如能达到要求, 逐步改为每 $6 \sim 12$ 个月复查一次, 如开始治疗 $3 \sim 6$ 个月复查血脂仍未达到要求则调整剂量或药物种类 $3 \sim 6$ 个月后复查, 达到

要求后延长为每 6~12 个月复查一次,未达到要求则考虑再调整用药或联合用药种类。在药物治疗时,必须监测不良反应,包括肝、肾功能,血常规及必要时测定心肌酶。

考点七 中医辨证论治

1. 胃热滞脾证

证候:多食,消谷善饥,形体壮实,脘腹胀满,面色红润,心烦头晕,口干口苦,胃脘灼痛、嘈杂,得食则缓,舌红,苔黄腻,脉弦滑。

治法:清胃泄热。

方药:保和丸合小承气汤加减。

2. 气滞血瘀证

证候:胸部憋气或胸部刺痛,固定不移,动则尤甚,舌质紫暗,或有瘀斑,舌苔薄白,脉弦。

治法:活血祛瘀,行气止痛。

方药:血府逐瘀汤合失笑散加减。

3. 痰浊中阻证

证候:形体肥胖,肢体困重,食少纳呆,腹胀纳呆,胸腹满闷,头晕神疲,大便溏薄,舌体胖,边有齿痕,苔白腻,脉滑。

治法:健脾化痰降浊。

方药:导痰汤加减。

4. 肝肾阴虚证

证候:头目胀痛,视物昏眩,耳鸣健忘,口苦咽干,五心烦热,腰膝酸软,颧红盗汗,舌红,苔少,脉细数。

治法:滋养肝肾。

方药:杞菊地黄汤加减。

5. 脾肾阳虚证

证候:畏寒肢冷,腰膝腿软,面色淡白,大便溏薄,腹胀纳呆,耳鸣眼花,腹胀不舒,舌淡胖,苔白滑,脉沉细。

治法:温补脾肾。

方药:附子理中汤加减。

6. 肝郁脾虚证

证候:精神抑郁或心烦躁易怒,肢体倦怠乏力,口干口苦,胸胁闷痛,脘腹胀满吐酸,纳食不香,月经不调,舌红,苔白,脉弦细。

治法:疏肝解郁,健脾和胃。

方药:逍遥散加减。

第五节 痛风

P574

修改:第五节 痛风 改为 高尿酸血症与痛风

第八章 神经系统疾病

第一节 癫痫

P592

修改:(2)偏头痛

改为:(2)基底动脉型偏头痛 因意识障碍应与失神发作鉴别,但其发生缓慢,程度较轻,意识丧失前常有梦样感觉;偏头痛为双侧,多伴有眩晕、共济失调、双眼视物模糊或眼球运动障碍,脑电图可有枕区棘波,EEG 正常。

修改:1.药物治疗

在没有诱因情况下半年内出现2次癫痫发作的病人,必须给予正规抗痫药物治疗。单次发作的病人是否应开始长期药物治疗,要根据病人具体情况如发作类型、年龄、诱因、既往病史、家族史、有否阳性体征、EEG、有否脑结构性改变、突然意识丧失可能招致的危险等资料进行全面考虑后作出决定。

(1)抗癫痫药物的选择根据癫痫发作类型选择用药:①GTCS 首选药物为苯妥英钠、卡马西平,次选丙戊酸钠。②典型失神发作及肌阵挛发作首选丙戊酸钠,次选乙琥胺、氯硝西泮;非典型失神发作首选乙琥胺或丙戊酸钠,次选氯硝西泮。③部分性发作和继发全面性发作首选卡马西平,其次为苯妥英钠、丙戊酸钠或苯巴比妥。④儿童肌阵挛发作首选丙戊酸钠,其次为乙琥胺或氯硝西泮。

(2)传统抗癫痫药物的临床使用:①苯妥英钠起始 200mg/d,维持 300~500mg/d②苯巴比妥起始剂量 30mg/d,维持剂量 60~90mg/d。③卡马西平起始 200mg/d,维持 600~1200mg/d。④乙琥胺起始 500mg/d,维持 750~500mg/d⑤丙戊酸钠起始 200mg/d,维持 600~1800mg/d⑥氯硝西泮 1mg/d,逐渐加量。

(3)新型抗癫痫药物的临床使用:①托吡酯起始 25mg/d,维持 200~400mg/d。②拉莫三嗪起始 25mg/d,维持 100~300mg/d。③加巴喷丁起始 300mg/d,维持 1200~3600mg/d④菲氨酯起始 400mg/d,维持 1800~3600mg/d⑤氨己烯酸起始 250mg/d,维持 500~3000mg/d

(4)用药原则:①根据发作类型选择有效、安全、易购和价廉的药物。②口服药量均自常量低限开始,逐渐调整至能控制发作而又不出现严重毒、副作用为宜。③单药治疗是癫痫用药的重要原则,单个药物治疗数周,血清药浓度已达到该药“治疗范围”浓度而无效或发生病人不能耐受的副作用,应考虑更换药物或与他药合并治疗。但需注意更换新药时不可骤停原药。④癫痫是一种需长期治疗的疾病,患者应树立信心。特发性癫痫在控制发作 1~2 年后,非特发性癫痫在控制发作 3~5 年后才减量或停药,部分患者终身服药。停药应根据癫痫类型、发作控制情况综合考虑,通常在 1~2 年逐渐减量,直至停用。

P593

修改:中医辨证论治

本病是一种反复发作性病证,其病情的轻重与病程的长短、正气的盛衰、病邪的深浅有关,故辨证时必须辨清邪之深浅、正气之盛衰。初发者,正气未衰,病邪不盛,故发作持续时间短,休止期长。反复发作,正气渐衰,痰瘀愈结愈深,其病愈发愈频,更耗正气,互为因果,其病愈加深重。所以在治疗方面首先应辨明标本虚实。发作期以邪实为主,治疗应重在豁痰息风、开窍定痫;间歇期则多见本虚或虚实夹杂,当以调和脏腑阴阳、平顺气机为主,常用健脾化痰、补益肝肾、育阴息风、活血通络等法,以标本同治,杜其生痰动风之源。

1.发作期

(1)阳痫

证候:突然仆倒,不省人事,面色潮红,牙关紧闭,两目上视,四肢抽搐,口吐涎沫;或喉中痰鸣或发怪叫,移时苏醒如常人,发病前常有眩晕、头昏、胸闷、乏力,舌质红,苔白腻或黄腻,脉弦数或弦滑。

治法:急以开窍醒神,继以泻热涤痰息风。

方药:黄连解毒汤和定痫丸加减。

(2)阴痫

证候:突然昏仆,不省人事,面色暗晦萎黄,手足清冷,双眼半开半闭,僵卧拘急,或颤动,抽搐时发,口吐涎沫,一般口不啼叫,或声音小,平素常有神疲乏力,恶心泛呕,胸闷纳差,舌质淡,苔白而厚腻,脉沉细或沉迟。

治法:温阳除痰,顺气定痫。

方药:五生饮合二陈汤加减。

2.休止期

(1)肝火痰热证

证候:平素性情急躁,心烦失眠,口苦咽干,时吐痰涎,大便秘结,发作则昏仆抽搐,口吐涎沫,舌红,苔黄,脉弦滑数。

治法:清肝泻火,化痰息风。

方药:龙胆泻肝汤合涤痰汤加减。

(2)脾虚痰湿证

证候:痼病日久,神疲乏力,眩晕时作,面色不华,胸闷痰多,或恶心欲呕,纳少便澹,舌淡胖,苔白腻,脉濡弱。

治法:健脾和胃,化痰息风。

方药:醒脾汤加减。

(3)肝肾阴虚证

证候:痼病日久,头晕目眩,两目干涩,心烦失眠,腰膝酸软,舌质红少苔,脉细数。

治法:补益肝肾,育阴息风。

方药:左归丸加减。

(4)瘀阻清窍证

证候:发则猝然昏仆,抽搐,或单见口角、眼角、肢体抽搐,颜面口唇青紫,舌质紫暗或有瘀斑,脉涩或沉弦。

治法:活血化瘀,通络息风。

方药:通窍活血汤加减。

P595

删除:考点三 中医对脑血管病的认识

P597

修改:考点二 中医病因病机

1.肝阳偏亢 患者素体阴虚,水不涵木,复因情志所伤,肝阳偏亢,上扰于头目则为眩晕;或夹痰夹瘀,横窜经络,出现偏瘫、语言不利。

2.痰浊内生 嗜酒肥甘,饥饱劳倦,伤于脾胃,以致水谷不化为精微,反而聚湿生痰,致使清阳不升,浊阴不降,发为本病。

3.瘀血停滞 患者素体气血亏虚,运行不畅,以致瘀血停滞;或脉络空虚,风邪乘虚入中经络,气血痹阻,肌肉筋脉失于濡养,故发生本病。

本病位于经络,其主要病机是气虚血瘀,气虚为本,血瘀为标。血瘀是TIA发生发展的核心,更有痰浊与瘀血互结而致病者,肝阳亦有夹痰、夹瘀而上扰者。

P598

增补:鉴别诊断

1.局灶性癫痫 特别是单纯部分发作,常表现为持续数秒至数分钟的肢体抽搐,从躯体的一处开始,并向周围扩展,尤其是无张力性癫痫发作与TIA猝倒发作相似。较可靠的鉴别方法是进行24小时脑电图监测,如有局限性癫痫放电则可确诊为癫痫。CT或MRI检查可发现脑内局灶性病变。

2.梅尼埃病 发作性眩晕、恶心、呕吐与椎-基底动脉TIA相似,但每次发作持续时间往往超过24小时,可达3~4天,伴有耳鸣、耳阻塞感、听力减退等症状,除眼球震颤外,无其他神经系统定位体征。发病年龄多在50岁以下。

3.心脏疾病 阿-斯(Adams-Stokes)综合征,严重心律失常如室上性心动过速、室性心动过速、心房扑动、多源性室性早搏、病态窦房结综合征等,可因阵发性全脑供血不足,出现头昏、晕倒和意识丧失,但常无神经系统局灶性症状和体征,心电图、超声心动图和X线检查常有异常发现。

4.发作性睡病 可突然发生猝倒,但多见于年轻人,有明显的不可抗拒的睡眠发作,而罕见局限性神经功能缺失,易于鉴别。

5.其他 颅内肿瘤、脓肿、慢性硬膜下血肿、颅内寄生虫等亦可出现类 TIA 发作症状,原发或继发性自主神经功能不全亦可因血压或心律的急剧变化出现短暂性全脑供血不足,出现发作性意识障碍,应注意排除。

P599

增补:2.药物治疗(5)其他对于高纤维蛋白原血症患者,可选用降纤酶、蚓激酶治疗。

第四节 脑血栓形成

P599

修改:第四节 脑血栓形成 改为 动脉硬化性脑梗死

修改:概述

脑梗死是指各种原因所致脑部血液供应障碍,导致脑组织缺血、缺氧性坏死,出现相应神经功能缺损。脑梗死的临床常见类型有脑血栓形成、脑栓塞和腔隙性梗死等。脑梗死约占全部脑卒中的 80%,以半身不遂、口眼喎斜、语言不利为临床特征。

P600

删除:中医病因病机 5 和 6

P606

修改:8.痰湿壅闭心神证用药:涤痰汤加减。

第七节 脑出血

P610

增补:脑出血的病理

脑出血 80%位于大脑半球,主要发生在基底节区(大脑中动脉的深穿支-豆纹动脉破裂),其次是脑叶的白质、脑桥及小脑。出血灶一般在 2~8cm,绝大多数为单灶,仅 18%~27%为多灶。基底节区的出血按其与内囊的关系可分为:①外侧型,出血位于壳核、带状核和外囊附近。②内侧型,出血位于内囊内侧和丘脑附近。③混合型,为外侧型和内侧型扩延的结果。脑桥出血多发生于被盖部与基底部交接处,小脑出血好发于小脑半球。

病理检查可见出血侧半球肿胀、充血,血液可流入蛛网膜下腔或破入脑室系统;出血灶呈大而不规则空腔,中心充满血液或血块,周围是坏死组织,有瘀点状出血性软化带;血肿周围组织受压,水肿明显,血肿较大时引起颅内压增高,可使脑组织和脑室移位、变形,甚至形成脑疝。脑疝是各类脑出血最常见的直接致死原因,主要有小脑幕疝、中心疝、枕骨大孔疝。急性期过后,血块溶解,含铁血黄素被巨噬细胞清除,被破坏的脑组织渐被吸收,胶质纤维增生。出血灶小者形成瘢痕,大者形成中风囊。

第十一节 帕金森病(助理不考)

P620

修改:帕金森中医病因病机

1.年老体弱 帕金森病多发于老年人,“年四十而阴气自半”,兼加劳顿、色欲之消耗,而致阴精虚少,形体衰败,致使筋脉失濡,肌肉拘挛,发为震颤、僵直。

2.五志过极 五志过极皆能化火,火热内盛,耗伤阴精,阳亢风动而为本病;思虑太过,损伤脾胃,运化失司,气血生化乏源而致肢体失养,或化生痰浊,阻于筋脉。

3.饮食不节 嗜食肥甘厚味,损伤脾胃,痰浊内生,痰阻经脉;或喜食辛辣之品,化热伤阴,阴虚阳亢,虚风内动而发本病。

4.先天禀赋不足 禀赋不足,肾精亏虚,髓海失充,筋脉失荣而发为本病。

可见本病是由多种病因长期作用的结果,病位在脑,与肝、肾关系密切,肝肾阴虚为本,痰浊、瘀血、风火为标,形成本虚标实之证。

P623

修改:2.辨证论治

1.肝风内动证

证候:头摇肢颤,不能自主,活动迟缓,项背僵直,眩晕头胀,面红,口苦口干,易怒,腰膝酸软,舌红,苔薄黄,脉弦细。

治法:育阴潜阳,舒筋止颤。

方剂:六味地黄丸合天麻钩藤饮加减。

2.肝肾阴虚证

证候:活动迟缓,四肢拘急僵直或出现震颤,行动笨拙,头晕目眩,耳鸣,腰膝酸软,五心烦热,大便秘结,舌红苔少,脉弦细。

治法:滋补肝肾。

方剂:杞菊地黄丸加减。

3.气血两虚证

证候:头摇肢颤,四肢无力,少气懒言,少动显著,眩晕,心悸,纳呆,乏力,畏寒肢冷,汗出,洩便失常,舌体胖大,苔薄白滑,脉沉濡无力或沉细。

治法:益气养血,平肝柔筋。

方剂:定振汤加减。

4.痰瘀阻络型

证候:肢摇头颤,活动迟缓,筋脉拘紧,反应迟钝,动作笨拙,言语蹇涩,心悸胸闷,暖气腹满,皮脂外溢,口中黏腻流涎,口渴不欲饮,舌质淡或暗,苔白或腻,脉沉细或弦。

治法:化痰祛瘀,息风通络。

方剂:温胆汤合补阳还五汤加减。

5.阴阳两虚证

证候:震颤日久,表情呆滞,肢体僵直,行动迟缓,语言困难,日常生活能力严重下降,面色无华,神疲乏力,自汗畏寒,纳呆,失眠,舌淡,脉沉细弱。

治法:阴阳双补,兼以息风。

方药:地黄饮子加减。

第十章 内科常见危重症(助理不考)

第二节 中暑

P643

删除:1.诊断

依据《职业性中暑的诊断》(2019),中暑的诊断原则为:根据高温作业的职业史,出现以体温升高、肌痉挛、晕厥、低血压、少尿、意识障碍为主的临床表现,结合辅助检查结果,参考工作场所职业卫生学调查资料,综合分析,排除其他原因引起的类似疾病,方可诊断。

(1)中暑先兆 在高温作业环境下工作一定时间后,出现头晕、头痛、乏力、口渴、多汗、心悸、注意力不集中、动作不协调等症状,体温正常或略有升高但低于 38.0°C ,可伴有面色潮红、皮肤灼热等,短时间休息后症状即可消失。

(2)热痉挛 在高温作业环境下从事体力劳动或体力活动,大量出汗后出现短暂、间歇发作的肌痉挛,伴有收缩痛,多见于四肢肌肉、咀嚼肌及腹肌,尤以腓肠肌为著,呈对称性;体温一般正常。

(3)热衰竭 在高温作业环境下从事体力劳动或体力活动,出现以血容量不足为特征的一组临床综合征,如多汗、皮肤湿冷、面色苍白、恶心、头晕、心率明显增加、低血压、少尿,体温常升高但不超过 40°C ,可伴有眩晕、晕厥,部分患者早期仅出现体温升高。实验室检查可见血细胞比容增高、高钠血症、氨质

血症。

(4)热射病(包括日射病) 在高温作业环境下从事体力劳动或体力活动,出现以体温明显增高及意识障碍为主的临床表现,表现为皮肤干热,无汗,体温高达40℃及以上,谵妄、昏迷等;可伴有全身性癫痫样发作、横纹肌溶解、多器官功能障碍综合征。

第十一章 肺系病症

P645

删除:第一节 感冒

第十二章 心系病症

第一节 不寐

P651

修改:4.心肾不交证的用药:六味地黄汤合黄连阿胶汤。

增补:6.心火炽盛证

证候:心烦不寐,躁扰不宁,口干舌燥,小便短赤,口舌生疮,舌尖红,苔薄黄,脉数。

治法:清心泻火,宁心安神。

方药:朱砂安神丸加减。

第二节 厥证(助理不考)

P651

修改:病因病机

厥证的发生多有明显的病因可寻,常因外邪侵袭、情志异常、劳倦饥饿太过,导致气机逆乱,升降失常,阴阳之气不相顺接。

1.外邪侵袭 外感六淫或秽浊之邪,内犯脏腑,郁闭气机,使气机逆乱,阴阳之气不相顺接,发为昏厥。六淫之邪,以暑邪为多。暑为阳邪,内侵人体,传入心包,扰动心神;且暑多夹湿,湿阻气机,合二而为厥。

2.七情内伤 忧思恼怒,大喜大惊,致使气机逆乱,当升不升,当降不降,气机郁闭而为昏厥,此为厥证的主要原因。如大怒则肝阳暴亢,气血随之上逆,扰动神明而为昏厥。

3.素体虚弱 脾胃虚弱,水谷精微不能输布而为痰,偶遇刺激,痰随气逆,蒙闭心窍;或素体阴亏,水不涵木,肝阳偏亢,又因暴怒伤肝,肝气上逆,气血逆乱于上;或素体亏虚,又遇劳倦太过,过度饥饿或房劳过度,致元气涣散,均可为昏厥。

可见,厥证的病因虽多,主要是气机突然逆乱,阴阳失调,气血运行失常所致,虽涉及五脏六腑,但与肝关系密切。病性不外虚、实两端,实为气机郁闭,虚为气血暴脱。

增补:病症鉴别

3.厥证与眩晕 眩晕有头晕目眩,视物旋转不定,甚则不能站立,耳鸣,无神志异常的表现。与厥证突然昏倒,不省人事,迥然有别。

4.厥证与昏迷 昏迷为多种疾病发展到一定阶段所出现的危重证候。一般来说发生较为缓慢,有一个昏迷前的临床过程,先轻后重,由烦躁、嗜睡、谵语渐次发展,一旦昏迷后,持续时间一般较长,恢复困难,苏醒后原发病仍然存在。厥证常为突然发生,昏倒时间较短,常因情志刺激、饮食不节、劳倦过度、亡血失津等导致发病。

P652

修改:气厥虚证用药:独参汤或四味回阳饮加减。

血厥实证用药:通瘀煎加减。

增补:4.暑厥

证候:多发于暑热夏季或高温环境,突然昏倒,甚则谵妄,面红身热,头晕头痛,汗出,舌红干,脉洪数。

治法:清暑益气,开窍醒神。

方药:先用紫雪丹醒神开窍,继用白虎加人参汤加减。

第十三章 脾系病证

第一节 痞满

P653

修改:第一节 痞满 改为 胃痞

修改:概述

胃痞是指以自觉心下痞塞、胸膈胀满、触之无形、按之柔软、压之无痛为主要症状的病证。按部位胃痞可分为胸痞、心下痞等。心下痞即胃脘部。本节主要讨论以胃脘部出现上述症状的胃痞,又可称胃痞。

第十四章 肝系病证

P662

修改:胁痛的病因病机

胁痛的病因主要有情志不遂、饮食不节、跌仆损伤、久病体虚等多种因素。

1.情志不遂 因情志所伤,可使肝失条达,疏泄不利,气阻络痹,可发为肝郁胁痛。若气郁日久,血行不畅,瘀血渐生,阻于胁络,不通则痛,亦致瘀血胁痛。

2.跌仆损伤 胁络受伤,瘀血停留,阻塞胁络,亦发为胁痛。

3.饮食所伤 脾胃受损,湿热内生,郁于肝胆,肝胆失于疏泄,可发为胁痛。

4.外感湿热 湿热之邪外袭,郁结少阳,枢机不利,肝胆经气失于疏泄,可以导致胁痛。

5.劳欲久病 久病耗伤,劳欲过度,使精血亏虚,肝阴不足,血不养肝,脉络失养,拘急而痛。

胁痛的基本病机为肝络失和,其病理变化可归结为“不通则痛”与“不荣则痛”两类。其病理因素不外气滞、血瘀、湿热三者。

胁痛的病变脏腑主要在于肝胆,又与脾胃及肾有关。胁痛病证有虚有实,而以实证多见。实证中以气滞、血瘀、湿热为主,三者又以气滞为先。

黄疸(增补)

考点一 黄疸的概念

黄疸是指以身黄、目黄、小便发黄为特征的病证,其中目睛黄染尤为本病的重要特征。

考点二 病因病机

黄疸的发生,因外感湿热、疫毒、内伤酒食,或脾虚湿困,血瘀气滞等所致。

黄疸的病位在肝、胆、脾、胃,基本病机是脾胃运化失健,肝胆疏泄不利,胆汁不循常道,或溢于肌肤,或上蒸清窍,或下注膀胱。病理因素主要为湿邪,病理性质有阴阳之分。阳黄多因湿热熏蒸,或疫毒伤血,发黄迅速而色鲜明;阴黄多因寒湿阻遏,脾阳不振,发黄持久而色晦暗。

考点三 诊断与病证鉴别

(一) 诊断

1.以目黄、身黄、小便黄,其中目睛黄染为本病的重要特征。

2.常伴食欲减退,恶心呕吐,胁痛,腹胀等症状。

3.常有外感湿热疫毒,内伤酒食不节,或有胁痛、癥积等病史。

(二) 病证鉴别

1. 黄疸与萎黄 黄疸的病因为外感湿热、疫毒、内伤酒食，或脾虚湿困，血瘀气滞等；其病机为湿滞脾胃，肝胆失疏，胆汁外溢；其主症为身黄、目黄、小便黄。萎黄的病因为饥饱劳倦、食滞虫积或病后失血有关；其病机为脾胃虚弱，血气不足，肌肤失养；其主症为肌肤萎黄不泽、目睛及小便不黄，常伴头昏倦怠、心悸少寐、纳少便溏等症状。

2. 阳黄与阴黄 临证应根据黄疸的色泽，并结合症状、病史予以鉴别。阳黄黄色鲜明，发病急，病程短，常伴身热、口干苦、舌苔黄腻、脉象弦数。急黄为阳黄之重症，病情急骤，疸色如金，兼见神昏、发斑、出血等危象。阴黄黄色晦暗，病程长，病势缓，常伴纳少、乏力、舌淡、脉沉迟或细缓。

考点四 辨证论治

黄疸的辨证，应以阴阳为纲，分清阳黄与阴黄。由于黄疸是湿邪为患，故化湿邪、利小便是其重要治则。阳黄应配以清热解毒，必要时还应通利腑气；阴黄应配以健脾温化；急黄则当以清热解毒、凉营开窍为主。

(一) 阳黄

1. 湿热兼表证

证候：黄疸初起，轻度目黄或不明显，恶寒发热，皮肤瘙痒，肢体困重，乏力，咽喉红肿疼痛，脘痞恶心，舌苔薄腻，脉濡数。

治法：清热化湿解表。

方药：甘露消毒丹合麻黄连翘赤小豆汤。

2. 热重于湿证

证候：身目俱黄，色泽鲜明，发热口渴，或见心中懊恼，腹部胀满，口干，口苦，恶心呕吐，胁胀痛而拒按，小便赤黄、短少，大便秘结，舌红，苔黄腻，脉弦滑或滑数。

治法：清热利湿。

方药：茵陈蒿汤加减。

3. 湿重于热证

证候：身目俱黄，其色不甚鲜明，无发热或身热不扬，头重身困，胸脘痞满，食欲减退，恶心呕吐，厌食油腻，腹胀，便溏，小便短黄，舌苔厚腻微黄，脉濡缓或弦滑。

治法：利湿化浊。

方药：茵陈四苓散加减。

4. 胆腑郁热证

证候：身目黄染，右胁疼痛，牵引肩背，发热或寒热往来，口苦口渴，恶心呕吐，大便秘结，小便黄赤短少，舌红苔黄腻，脉弦数。

治法：清泄胆热。

方药：大柴胡汤加减。

5. 热毒炽盛证(急黄)

证候：起病急骤，黄疸迅速加深，其色金黄鲜明，高热烦渴，呕吐频作，胁痛腹满，神昏谵语，或见衄血、便血，或肌肤出现瘀斑，尿少便秘，舌质红绛，苔黄而燥，脉弦数或细数。

治法：清热解毒。

方药：犀角散加减。

(二) 阴黄

1. 寒湿困脾证

证候：身目俱黄，黄色晦暗，或如烟熏，头重身困，恶心纳少，脘痞腹胀，大便不实，神疲畏寒，舌质淡，苔白腻，脉濡缓。

治法：温中散寒，健脾渗湿。

方药：茵陈术附汤加减。

2.脾虚血亏证

证候:面色萎黄,身体虚弱,肌肤不荣,面容憔悴,神疲乏力,气短懒言,纳食日少,大便溏薄,舌淡瘦小或灰暗,脉虚。

治法:健脾益气。

方药:黄芷建中汤加减。

P663

删除:第二节 积聚

积证(增补)

考点一 积证的概念

积证是以腹内结块,或胀或痛,结块固定不移,痛有定处为主要临床特征的一类病证。积证在历代医籍中亦称为“癥积”“痞癖”“癖块”“伏梁”“肥气”等。西医学中多种原因引起腹腔肿瘤、肝脾肿大、增生性肠结核等,多属“积”之范畴。

考点二 病因病机

积证主要是由情志失调、饮食伤脾、感受外邪、病后体虚,或黄疸、疟疾等经久不愈,肝脾受损,脏腑失和,以致气滞、血瘀、痰凝于腹内,日久结为积块,而为积证。

本病的病机主要是气机阻滞,瘀血内结。病理因素主要有寒邪、湿浊、痰浊、食滞、虫积等,但主要是气滞血瘀,以血瘀为主。本病病位主要在于肝、脾、胃、肠。因肝主疏泄,司藏血;脾主运化,司统血。如因情志、饮食、外邪、久病等原因,引起肝气不畅,脾运失职,肝脾不调,胃肠失和,气血涩滞,壅塞不通,形成腹内结块,导致积证。

考点三 诊断与病证鉴别

(一)诊断

1.腹内结块,或胀或痛为本病的主要症状。

2.以腹内积块,触之有形,固定不移,以痛为主,痛有定处为临床特征。

3.常有情志抑郁,饮食不节,外邪侵袭,或黄疸、胁痛、虫毒、久疟、久泻、久痢、虚劳等病史。

积证多为肝脾肿大、腹腔肿瘤、增生性肠结核等,必须结合B超、CT、MRI、X片、结肠镜、病理组织活检及有关血液检查以明确诊断。

(二)病证鉴别

1.积证与腹痛 两者皆可由气滞血瘀、瘀血内结、脉络不通引起腹部疼痛,痛处固定不移,甚则出现腹部包块等症。积证之腹痛,或胀或痛,疼痛不甚,但以腹中包块为主要特征;腹痛之瘀血阻滞型,可出现少腹疼痛,部位固定不移,痛势较剧,痛如针刺,甚则腹部包块等症,腹痛病证以腹部疼痛为主要表现。

2.积证与鼓胀 积证与鼓胀均有情志抑郁、酒食所伤、感染虫毒等致气滞血瘀的相同病机,其病变部位可同在肝脾,皆有胀满、包块等临床表现。积证以腹内结块,或胀或痛为主症,但鼓胀以腹部胀大、脉络暴露为临床特征,疼痛不显,以胀为主,病机可有水饮内停,因而腹中无水液停聚是积证与鼓胀鉴别的关键所在。

考点四 辨证论治

积证可于临床上分为初、中、末三期。初期正气尚盛,邪气虽实而不盛,表现为积块形小,按之不坚,应予消散;中期正气已虚,邪气渐甚,表现为积块增大,按之较硬,予消补兼施;末期正气大伤,邪盛已极,表现为积块明显,按之坚硬,予养正除积。辨积证初、中、末三期,以知正邪之盛衰,从而选择攻补之法。

1.气滞血阻证

证候:腹部积块质软不坚,固定不移,胁肋疼痛,脘腹痞满,舌暗,苔薄白,脉弦。

治法:理气活血,通络消积。

方药:大七气汤加减。

2.瘀血内结证

证候:腹部积块明显,质地较硬,固定不移,隐痛或刺痛,时有寒热,形体消瘦,纳谷减少,面色晦暗黧黑,面颈胸臂或有血痣赤缕,女子可见月事不下,舌质紫或有瘀斑瘀点,脉细涩。

治法:祛瘀软坚,佐以扶正健脾。

方药:膈下逐瘀汤合六君子汤加减。

3.正虚瘀结证

证候:久病体弱,积块坚硬,疼痛逐渐加剧,饮食大减,肌肉瘦削,神倦乏力,面色萎黄或黧黑,甚则面肢浮肿,或呕血、便血、衄血,舌质淡紫,舌光无苔,脉细数或弦细。

治法:补益气血,活血化瘀。

方药:八珍汤合化积丸加减。

聚证(增补)

考点一 概述

聚证是以腹中结块,或痛或胀,聚散无常,痛无定处为主要临床特征的一类病证。聚证在历代医籍中又称“瘕”“痞气”“癖块”“痞块”等。西医学中多种原因引起胃肠功能紊乱、不完全性肠梗阻等所致的腹部包块,则与“聚”关系密切,可参照本节辨证论治。

考点二 病因病机

聚证主要是由情志失调、食滞痰阻等因素,致肝脾受损、脏腑失和、气机阻滞、气聚成结而成。

1.情志失调 情志抑郁,所愿不遂,肝气不畅,脏腑失和,使气机阻滞或逆乱,聚而不散,则致聚证。

2.食滞痰阻 酒食不节,或恣食肥厚生冷,损伤脾胃,脾失健运,不能输布水谷之精微,聚生痰湿,或食滞、虫积与痰气交阻,气机壅结,则成聚证,亦有饮食不调,因食遇气,食气交阻,气机不畅而成聚证。

聚证主要病机以气机逆乱为主,大凡以肝郁气滞,痰气交阻,食滞痰阻等以气滞为主因者,多成聚证。病理因素有寒湿、食滞、虫积、痰浊等,病位主要在于肝脾。

考点三 诊断与病证鉴别

(一)诊断

以腹内结块,聚散无常,或痛或胀,以胀为主,痛无定处,时作时止为临床特征。

聚证多属胃肠道的炎症、痉挛、梗阻等病变,可结合X片、B超及钡剂造影等检查明确诊断。

(二)病证鉴别

1.聚证与气鼓 两者皆可由情志失调引起的肝郁气滞所致,病位皆在肝脾,均具有脘腹满闷、胀痛等表现。鼓胀之气鼓以腹部膨隆,腹部按之空空然,叩之如鼓为主症,以腹部胀满膨隆为主要特征;聚证以腹中气聚,局部可见结块,望之有形,按之柔软,聚散无常,或胀或痛,痛无定处为主症,以腹部局部包块为主要特征。

2.聚证与胃痞 两者均可因情志失调而致气滞痰阻,出现脘腹满闷之症。胃痞临床表现为满闷不适,系自觉症状,而外无形征可见,更无包块可扪及;聚证以腹中气聚、攻窜胀满、时作时止为临床特征,其发作时,腹中气聚胀满,腹内结块望之有形,但按之无块,缓解时气聚胀满的现象消失,腹内结块消散,脘腹胀闷缓解。

考点四 积与聚主症特点与病机异同

积证望之有形,但触之必见结块,且固定不移,痛有定处;病多在血分,多属于脏,病机以痰凝血结为主。

聚证望之有形,但按之无块,聚散无常,痛无定处;病多在气分,多属于腑,病机以气机逆乱为主。

考点五 辨证论治

聚证的形成多以气滞、食积、痰阻、燥屎等内结所致。若症状以腹部胀痛为主,嗳气得舒,症状随情绪变化而起伏,则以气滞为主;若症状以腐腹胀痛,伴有噎腐吞酸、厌食呕吐等症状,则以食积为主;若症状以脘腹痞闷,呕恶苔腻等为主,则以痰湿为主;若出现大便秘结,或排便困难,腹痛拒按等症,则以燥屎内结为主。聚证病在气分,以疏肝理气、行气消聚为基本原则。

1.肝郁气滞证

证候:腹中气聚,攻窜胀痛,时聚时散,脘胁之间不适,常随情绪波动而起伏,舌淡红,苔薄,脉弦。

治法:疏肝解郁,行气散结。

方药:逍遥散合木香顺气散加减。

2.食滞痰阻证

证候:腹胀或痛,腹部时有条索状物聚起,按之胀痛更甚,便秘,纳呆,舌苔腻,脉弦滑。

治法:导滞散结,理气化痰。

方药:六磨汤加减。

第四节 眩晕

P668

修改:眩晕的病因病机

本病的发生属于虚者居多,阴虚、血少、精亏均可致眩晕。痰浊上干清窍,亦可形成眩晕。

1.肝阳上亢 素体阳盛之人,肝阳上亢,发为眩晕;或忧郁、恼怒太过,肝气郁结,气郁化火伤阴,肝阴耗伤,风阳易动,上扰头目,发为眩晕;或肾阴素亏,不能养肝,水不涵木,肝阳上亢,肝风内动,发为眩晕。

2.气血亏虚 忧思劳倦或饮食失节,损伤脾胃;或先天禀赋不足;或年老阳气虚衰,脾胃虚弱,不能化生气血;或久病不愈,耗伤气血;或失血之后,气随血耗,气虚则清阳不振,清气不升,血虚则脑失所养,皆能发生眩晕。

3.肾精不足 肾为先天之本,主藏精生髓,髓聚而成脑。若先天不足,肾阴不充,或年老肾亏,或久病伤肾,或房劳过度,导致肾精亏耗,不能生髓,而脑为髓之海,髓海不足,上下俱虚,则发生眩晕。

4.痰湿中阻 饮食不节,肥甘厚味太过,或忧思、劳倦损伤脾胃,健运失司,水湿内停,聚湿成痰;或肾虚不能化气行水,水泛为痰,痰湿中阻,清阳不升,清窍失养,故头目眩晕。

眩晕病位在清窍,与肝、脾、肾二脏密切相关。眩晕的病性为本虚标实,气血不足,肝肾阴虚为病之本,风、火、痰为病之标。眩晕的发病过程中,各种病因病机可以相互影响,相互转化,形成虚实夹杂;或阴损及阳,阴阳两虚;或肝风痰火上蒙清窍,阻滞经络,形成中风;或突发气机逆乱,清窍暂闭;或失养而引起晕厥。

P669

修改:

2.气血亏虚证用药:八珍汤加减。

3.肾精不足证

证候:眩晕,精神萎靡,腰膝酸软,或遗精,滑泄,耳鸣,发落,齿摇,少寐多梦,健忘,舌瘦嫩或嫩红,少苔或无苔,脉弦细或弱或细数。

治法:补益肾精,充养脑髓。

方药:河车大造丸加减。

4.痰湿中阻证 改为 痰浊内蕴证

第十六章 气血津液病证

第一节 郁证

P673

增补:郁证病机

郁证成因主要为七情所伤,情志不遂,或郁怒伤肝,导致肝气郁结而为病,故病位主要在肝,但可涉及心、脾、肾。本病虽以气、血、湿、痰、火、食六郁邪实为主,但病延日久则易由实转虚,或因火郁伤阴而导致阴虚火旺、心肾阴虚之证;或因脾伤气血生化不足,心神失养,而导致心脾两虚之证。

郁证的发生有内外两个方面,外因为情志所伤,内因为脏气易郁。其病机主要为气机郁滞,脏腑功能失调。郁病初起以气滞为主,气郁日久,则可引起血瘀、化火、痰结、食滞、湿停等病机变化,病机属实;日久则易由实转虚,随其影响的脏腑及耗损气血阴阳的不同而形成心、脾、肝、肾亏虚的不同病变。临床上虚实夹杂以及初起即因耗伤脏腑的气血阴阳而表现为虚证者,亦较多见。

P674

修改:6.心肾阴虚证的用药:天王补心丹加减。

增补:7.血行郁滞证

证候:精神抑郁,性情急躁,头痛,失眠,健忘,或胸胁疼痛,或身体某部位有发冷或发热感,舌质紫暗,或有瘀点、瘀斑,脉弦或涩。

治法:活血化瘀,理气解郁。

方药:血府逐瘀汤加减。

8.肝肾阴虚证

证候:眩晕,耳鸣,目干畏光,视物昏花,或头痛且胀,面红目赤,急躁易怒,或肢体麻木,筋惕肉瞤,舌干红,脉弦细或数。

治法:滋养阴精,补益肝肾。

方药:杞菊地黄丸加减。

第二节 血证

P675

修改:2.病证鉴别

1.鼻衄

(1)内科鼻衄与外伤鼻衄

因碰伤、挖鼻等引起血管破裂而致鼻衄者,出血多在损伤的一侧,且经局部止血治疗不再出血,没有全身症状,与内科所论鼻衄有别。

(2)内科鼻衄与经行衄血

经行衄血又名倒经、逆经,其发生与月经周期有密切关系,多于经行前期或经期出现,与内科所论鼻衄机理不同。

2.齿衄

齿衄与舌衄:齿衄为血自齿缝、牙龈溢出;舌衄为血出自舌面,舌面上常有如针眼样出血点,与齿衄不难鉴别。

3.咳血

(1)咳血与吐血

咳血与吐血血液均经口出,但两者截然不同。咳血是血由肺来,经气道随咳嗽而出,血色多为鲜红,常混有痰液,咳血之前多有咳嗽、胸闷、喉痒等症状,大量咳血后,可见痰中带血数天,大便一般不呈黑色。吐血是血自胃而来,经呕吐而出,血色紫暗,常夹有食物残渣,吐血之前多有胃脘不适或胃痛、恶心等症状,吐血之后无痰中带血,但大便多呈黑色。

(2)咳血与口腔出血

鼻咽部、牙龈及口腔其他部位出血的患者,常为纯血或随唾液而出,血量少,并有口腔、鼻咽部病变的相应症状可寻,可与咳血相区别。

4.吐血

吐血与鼻腔、口腔及咽喉出血:吐血经呕吐而出,血色紫暗,夹有食物残渣,常有胃病史。鼻腔、口腔及咽喉出血,血色鲜红,不夹食物残渣,在五官科作有关检查即可明确具体部位。

5.便血

(1)便血与痢疾

痢疾初起有发热、恶寒等症,其便血为脓血相兼,且有腹痛、里急后重、肛门灼热等症。便血无里急后重,无脓血相兼,与痢疾不同。

(2) 便血与痔疮

痔疮属外科疾病,其大便下血特点为便时或便后出血,常伴有肛门异物感或疼痛,作肛门直肠镜检查时,可发现内痔或外痔,与内科所论之便血不难鉴别。

(3) 远血与近血

便血之远近是指出血部位距肛门的远近而言。远血其病位在胃、小肠(上消化道),血与粪便相混,血色如黑漆色或暗紫色。近血来自乙状结肠、直肠、肛门(下消化道),血便分开,或是便外裹血,血色多鲜红或暗红。

(4) 肠风与脏毒

两者均属便血。肠风血色鲜泽清稀,其下如溅,属风热为患。脏毒血色暗浊黏稠,点滴不畅,因湿热(毒)所致。

6. 尿血

(1) 尿血与血淋

血淋与尿血均表现为血由尿道而出,两者以小便时痛与不痛为其鉴别要点,不痛者为尿血,痛(滴沥刺痛)者为血淋。

(2) 尿血与石淋

两者均有血随尿出。但石淋尿中时有砂石夹杂,小便涩滞不畅,时有小便中断,或伴腰腹绞痛等症,若砂石从小便排出则痛止,此与尿血不同。

7. 紫斑

(1) 紫斑与出疹

紫斑与出疹均有局部肤色的改变,紫斑呈点状者需与出疹的疹点区别。紫斑隐于皮内,压之不褪色,触之不得手;疹高出于皮肤,压之褪色,摸之碍手。且二者成因、病位均有不同。

(2) 紫斑与温病发斑

紫斑与温病发斑在皮肤表现的斑块方面,有时虽可类似,但两者病情、病势、预后迥然有别。温病发斑发病急骤,常伴有高热烦躁、头痛如劈、昏狂谵语、四肢抽搐、鼻衄、齿衄、便血、尿血、舌质红绛等,病情险恶多变。杂病发斑(紫斑)一般不如温病发斑急骤,常有反复发作史,也有突然发生者,虽时有热毒亢盛表现,但一般舌不红绛,不具有温病传变急速的特点。

(3) 紫斑与丹毒

丹毒属外科皮肤病,以皮肤色红如丹得名,轻者压之褪色,重者压之不褪色,但其局部皮肤灼热肿痛,与紫斑有别。

8. 血证主要类证的鉴别

血证以出血为突出表现,随其病因、病位的不同,原有疾病的不同,症状及体征有火热亢盛、阴虚火旺及气虚不摄之分,所以掌握这三种证候的特征,对于血证的辨证论治具有重要意义。

(1) 热盛迫血证

多发生在血证的初期,大多起病较急,出血的同时,伴有发热,烦躁,口渴欲饮,便秘,尿黄,舌质红,苔黄少津,脉弦数或滑数等症。

(2) 阴虚火旺证

一般起病较缓,或由热盛迫血证迁延转化而成。表现为反复出血,伴有口干咽燥,额红,潮热盗汗,头晕耳鸣,腰膝酸软,舌质红,苔少,脉细数等症。

(3) 气虚不摄证

多见于病程较长,久病不愈的出血患者。表现为起病较缓,反复出血,伴有神情倦怠,心悸,气短懒言,头晕目眩,食欲不振,面色苍白或萎黄,舌质淡,脉弱等症。

P678

修改:紫斑血热妄行证代表方剂:犀角地黄汤加减。

第三节 痰饮

增补:痰饮的病因病机

痰饮的成因为外感寒湿、饮食不当或劳欲所伤,以致肺、脾、肾三脏功能失调,水谷不得化为精微输布全身,津液停积为患。

1. 外感寒湿 因气候湿冷,或冒雨涉水,坐卧湿地,寒湿之邪侵袭肌表,困遏卫阳,致使肺不能宣布水津,脾无以运化水湿,水津停滞,积而成饮。

2. 饮食不当 凡暴饮过量,恣饮冷水,进食生冷;或炎夏受热以及饮酒后,因热伤冷,冷热交结,中阳被遏,脾失健运,湿从内生,水液停积而为痰饮。

3. 劳欲体虚 劳倦、纵欲太过,或久病体虚,伤及脾肾之阳,水液失于输化,亦可停而成饮。若体虚气弱,或劳倦太过之人,一旦伤于水湿,更易停蓄为病。

痰饮之生成则与肺、脾、肾功能失调有关。肺居上焦,主气,肺气有宣发肃降,通调水道的作用。若因肺气失宣,通调失司,津液失于布散,则聚为痰饮。脾居中州,主运化,有运输水谷精微之功能。若因湿邪困脾,或脾虚不运,均可使水谷精微不归正化,聚为痰湿。肾为水脏,处下焦,主水液的气化,有蒸化水液、分清泌浊的职责。若肾气肾阳不足,蒸化失司,水湿泛滥,亦可导致痰饮内生。三脏之中,脾运失司,首当其冲。

第四节 自汗、盗汗

P680

删除第四节 自汗、盗汗

汗证(增补)

考点一 概述

汗证是指人体阴阳失调,营卫不和,腠理不固引起汗液外泄失常的一类病证。根据汗出的临床表现,可分为自汗、盗汗、脱汗、战汗、黄汗五种。时时汗出,动则益甚者为自汗;寐则汗出,醒来则止者为盗汗;在病情危重时全身大汗淋漓,或汗出如油者为脱汗;外感热病中,全身战栗而汗出者为战汗;汗出色黄,染衣着色者为黄汗。

考点二 病因病机

本病病因病机复杂,多由邪客表虚,营卫不和,或肺气亏虚、卫表不固,或阳气虚衰、津液失摄,或阴虚火旺、虚火灼津,或热邪郁蒸、迫津外泄等所致。

1. 营卫不和 阴阳偏盛、偏衰之体,或表虚之人,卒感风邪,可使营卫不和,卫强营弱,卫外失司,营阴不能内守而汗出。

2. 肺气亏虚 素体虚弱,病后体虚,或久患咳喘之人,肺气不足,肌表疏松,腠理不固而汗自出。

3. 阳气虚衰 久病重病,脏气不足,阳气过耗,不能敛阴,卫外不固而汗液外泄,甚则发生大汗亡阳之变。

4. 虚火扰津 烦劳过度,精神过用,伤血失精,致血虚精亏,或邪热伤阴,阴液不足,虚火内生,心液被扰,不能自藏而外泄作汗。

5. 心血不足 劳心过度,或久病血虚,致心血不足,心失所养,心液不藏而外泄则盗汗。

6. 热邪郁蒸 风寒入里化热或感受风热、暑热之邪,热淫于内,迫津外泄则大汗出;或因饮食不节,湿热蕴结,熏蒸肝胆,胆汁随汗液外泄,见汗出色黄等。

综上所述,汗证的病位在卫表肌腠,其发生与肺、心、肾密切相关。病理性质有虚、实两端。

考点三 诊断与病证鉴别

(一) 诊断

1. 不因外界环境影响,出现头面、颈胸、四肢或全身出汗超出正常者为诊断的主要依据。

2. 昼日汗出溱溱,动则益甚者自汗;寐中汗出津津,醒后自止者为盗汗;在外感热病中,全身战栗而汗出为战汗;在病情危重时全身大汗淋漓,汗出如油者为脱汗;汗出色黄,染衣色者为黄汗。

(二) 病证鉴别

1. 生理性汗出与病理性汗出 出汗为人的生理现象,因外界气候、运动、饮食等生活环境等因素影响,稍有出汗,其人并无不适,此属正常现象,应与病理性汗出鉴别。

2. 自汗、盗汗与脱汗 脱汗表现为大汗淋漓,汗出如珠,常同时出现声低息微,精神疲惫,四肢厥冷,脉微欲绝或散大无力,多在疾病危重时出现,为病势危急的征象,故脱汗又称为绝汗。其汗出的情况及病情的程度均较自汗、盗汗为重。

3. 自汗、盗汗与战汗 战汗主要出现于急性热病过程中,表现为突然恶寒战栗,全身汗出,发热,口渴,烦躁不安,为邪正交争的征象。若汗出之后,热退脉静,气息调畅,为正气拒邪,病趋好转。与阴阳失调、营卫不和之自汗、盗汗迥然有别。

4. 自汗、盗汗与黄汗 黄汗汗出色黄,染衣着色,常伴见口中黏苦,渴不欲饮,小便不利,苔黄腻,脉弦滑等湿热内郁之症。黄汗可见于自汗、盗汗中的邪热郁蒸型,但汗出色黄的程度较重。

考点四 辨证论治

黄汗的辨证应着重辨明阴阳虚实。虚证当根据证候的不同而治以益气,养阴,补血,调和营卫;实证当清肝泄热,化湿和营;虚实夹杂者,则根据虚实的主次而适当兼顾。

(一) 自汗

1. 营卫不和

证候:汗出恶风,周身酸楚,或兼微发热,头痛,或失眠,多梦,心悸,苔薄白,脉浮或缓。

治法:调和营卫。

方药:桂枝汤加减。

2. 肺气虚弱

证候:汗出恶风,动则益甚,或因久病体虚,平时不耐风寒,易于感冒,体倦乏力,苔薄白,脉细弱。

治法:益气固表。

方药:玉屏风散加减。

3. 心肾亏虚

证候:动则心悸汗出,或身寒汗冷,或兼胸闷气短,腰酸腿软,面白唇淡,小便频数而色清,夜尿多,舌质淡,舌体胖润,有齿痕,苔白,脉沉细。

治法:益气温阳。

方药:芪附汤加减。

4. 热郁于内

证候:蒸蒸汗出,或但头汗出,或手足汗出,或兼面赤,发热,气粗口渴,口苦,喜冷饮,胸腹胀,烦躁不安,大便干结,或见胁肋胀痛,身目发黄,小便短赤,舌质红,苔黄厚,脉洪大或滑数。

治法:清泄里热。

方药:竹叶石膏汤加减。

(二) 盗汗

1. 心血不足

证候:睡则汗出,醒则自止,心悸怔忡,失眠多梦,或兼眩晕健忘,气短神疲,面色少华或萎黄,口唇色淡,舌质淡,苔薄,脉虚或细。

治法:补血养心。

方药:归脾汤加减。

2. 阴虚火旺

证候:寐则汗出,虚烦少寐,五心烦热,或久咳虚喘,形体消瘦,两额发红,午后潮热,女子月经不调,男子梦遗,舌质红少津,少苔,脉细数。

治法:滋阴降火。

方药:当归六黄汤加减。

(三)脱汗

证候:多在病情危重之时,出现大汗淋漓,汗出如油,或兼精神疲惫,四肢厥冷,气短息微,舌萎少津,脉微欲绝,或脉大无力。

治法:益气回阳固脱。

方药:参附汤加味。

(四)战汗

证候:多在急性热病中,突然全身恶寒、战栗,而后汗出,或兼发热口渴,躁扰不宁,舌质红,苔薄黄,脉细数。

治法:扶正祛邪。

方药:主要针对原发病辨证论治。战栗恶寒而汗出顺利者,一般不需特殊治疗,可适当进食热汤、稀粥之品,予以调养。若恶寒战栗而无汗者,此属正气亏虚,用人参、生姜煎汤服之以扶正祛邪;若汗出过多,见精神疲惫,四肢厥冷者,治宜益气回阳固脱,用参附汤、生脉散煎频服;若战汗之后,汗出不解,再战再汗病情反复者,若已无表证,里热内结,可用滋阴增液,通便泄热之法,以增液承气汤加减治之;若表证未尽,腑气热结,应表里同治,以凉膈散加减治之。

(五)黄汗

证候:汗出色黄,染衣着色。或兼身目黄染,胁肋胀痛,小便短赤;或有发热,口渴不欲饮,或身体浮肿。舌质红,苔黄腻,脉弦滑或滑数。

治法:清热化湿。

方药:龙胆泻肝汤。



第六篇

中西医结合外科学

P834 修改

第一章 第四节 (二)手术疗法

烙法 修改为 火针烙法

第二章 第一节 增补

考点四 灭菌与消毒的方法

1.机械的方法 包括手术区域的准备等。虽然达不到灭菌的目的,但为随后采用的具体措施提供必备的条件,如手术区域皮肤的准备。

2.物理的方法 有高温、紫外线、红外线、电离辐射、真空及微波等。其中,医院常用的是高温灭菌法。

3.化学的方法 利用化学药品杀灭微生物。用于消毒灭菌的化学药品称为消毒剂。消毒剂在低浓度下虽不能杀灭微生物,但可抑制微生物的生长繁殖,起到防腐作用,此时也称作防腐剂。由于两者吸收后对人体有害,所以一般仅用于环境消毒或外用。

第二章 第二节 修改

考点一 化学消毒法

1.药物浸泡消毒法

(1)2%中性戊二醛水溶液 常用于刀片、剪刀、缝针及显微器械的消毒,还须加入0.5%亚硝酸钠防锈。

(2)70%~75%酒精 用途与戊二醛水溶液相同,目前较多用于已消毒过的物品浸泡,以维持消毒状态。

(3)10%甲醛溶液 适用于输尿管导管、塑料类、有机玻璃的消毒。

(4)0.1%苯扎溴安(新洁尔灭)溶液 消毒效果不及戊二醛水溶液,目前常用于已消毒过的持物钳的浸泡。

(5)0.1%氯己定(洗必泰)溶液 抗菌作用较新洁尔灭强。

注意:浸泡时间均为30分钟。0.1%新洁尔灭或洗必泰每1000 mL中应加入亚硝酸钠5g,可以防止金属生锈。

2.甲醛气体熏蒸法 适用于不宜浸泡且不耐高温的器械和物品的消毒。如丝线、纤维内窥镜、精密仪器、手术照明灯、电线等。熏蒸1小时以上才可达到消毒目的。灭菌时间为6~12小时。

环氧乙烷(过氧乙酸)熏蒸法 适用于各种导管、仪器及器械的消毒。目前使用的环氧乙烷灭菌箱,维持6小时即可达灭菌效果。

第二章 第三节 手术进行中的无菌原则 此部分删除不考

第三章 第二节 考点二 修改

ASA 病情分级标准

分级	标准
I	体格健康,发育营养良好,各器官功能正常
II	除外科疾病外,有轻度并存疾病,功能代偿健全

III	并存疾病较严重,体力活动受限,但尚能应付日常活动
IV	并存病严重,丧失日常活动能力,经常面临生命威胁
V	无论手术与否,生命难以维持 24 小时的濒死病人
VI	确诊为脑死亡,其器官拟用于器官移植手术供体

注:急症手术病例,在相应的级数后加注“急”或“E”字样。

第三章 第三节 考点三 (二) 3.修改

- (1)病情急剧者,先用肾上腺素 0.5~1mg 皮下或肌注。
- (2)应用肾上腺皮质激素,以改善血管通透性。
- (3)支气管哮喘发作时,应用氨茶碱 250~300mg 静脉缓注。
- (4)喉头水肿时应及时吸氧,呼吸困难时应及时行气管切开。
- (5)过敏性休克时,应紧急综合治疗。

第三章 第四节 考点一 (一) 1.修改

- (1)下腹部及盆腔手术。
- (2)下肢手术。
- (3)肛门及会阴部手术。

第三章 第四节 考点一 (一) 2. (3)(4)(5)(6)修改

(3)老年人、消瘦、体弱、高血压、严重贫血等,因循环代偿功能显著减弱,容易出现血压急剧下降,应慎用或禁用。

(4)低血容量休克,在血容量未补足的情况下,应禁用。

(5)妊娠、腹部巨大肿瘤、严重腹水等,因腹腔内压增高及腹腔内血管扩张,容易出现循环骤变,且阻滞平面难以有效控制者,应禁用。

(6)脊柱畸形或严重腰背痛者应禁用。

第三章 第六节 考点二 常用气管内插管方法 删除不考

第四章 第一节 考点一 增补为

正常人的血清钠浓度为 136~145mmol/L。细胞外液中钠是最主要的电解质,其平衡规律是“多进多排,少进少排,不进不排”。

第四章 第一节 考点一 (一)增补为

等渗性缺水又称急性缺水或混合性缺水,指血钠浓度正常而细胞外液容量减少的一种缺水,其特点是水和钠按其在血液中的正常比例一同丢失,无钠盐浓度及渗透压的明显改变,以细胞外液(包括循环血量)迅速减少为突出表现。

第四章 第一节 考点一 (一)3.修改为

- (1)积极治疗原发病,以减少水和钠的继续丧失。
- (2)补液补钠。

按临床表现估计:例如患者体重 60kg,有脉搏细速、血压下降等症状,表示细胞外液的丧失量约占体重的 5%,则补液量为 3 000 mL,可输等渗盐水或平衡液。

按红细胞比容计算:补等渗盐水量(mL)=红细胞比容上升值/红细胞比容正常值×体重(kg)×0.25(细胞外液占体重的 20%)

补液补钠方法:一般临床上先补给计算量的 1/2~2/3,再加上每日 NaCl 需要量 4.5g 及水 2 000 mL。

第四章 第一节 考点一 (二)3.修改为

- (1)积极治疗原发病,尽早解除缺水或失液的原因。
- (2)补液量根据失水程度,可按体重百分比的丧失量来估计,成人每丧失体重的 1%补液 400~500 mL;也可根据血钠浓度计算:

补液量(mL)=[血钠测定值(mmol/L)-142]×体重(kg)×4(女性为3,儿童为5)

第四章 第一节 考点一 (三)3.修改为

按钠盐lg=17mmol Na⁺计算氯化钠的量。

补液补钠的方法。一般临床上先补给计算量的一半,再加上每日氯化钠需要量4.5g,其余一半的钠可在次日补给。之后根据计算所得的补钠量再给予调整,结合病情决定是否需要继续补充高渗盐水或改用等渗盐水。

第四章 第一节 考点二 修改

血清钾正常值为3.5~5.5mmol/L。钾是细胞内液中的主要阳离子,体内总钾量的98%存在细胞内。钾的平衡规律是“多进多排,少进少排,不进也排”。

第四章 第一节 考点二 (一)3.修改为

尿多补钾:休克、脱水、缺氧、酸中毒、肾功能衰竭等未纠正前,尿量<40 mL/h,或24小时尿量少于500 mL,暂不补钾。尽量口服。

第四章 第一节 考点二 (二)3.修改为

高钾血症是临床上的危急情况,应进行紧急处理。

(1)停止摄入钾 立即停止钾(包括药物和食物)摄入,积极治疗原发病,切断钾的来源。

(2)对抗心律失常 应用钙剂拮抗钾对心肌的抑制作用。立即静脉推注葡萄糖酸钙1~2 g,半小时后可重复使用一次,以后以10%葡萄糖溶液500 mL加葡萄糖酸钙2~4 g静滴维持。

(3)降低血钾浓度 是使钾暂时转入细胞内。可静脉注射5%碳酸氢钠溶液60~100 mL,再继续静脉滴注100~200 mL,以提高血钠浓度并扩容,促进Na⁺-K⁺交换,使K⁺转入细胞内,使血清K⁺浓度得以稀释或从尿中排出;使用高渗糖溶液加胰岛素静脉滴注,当葡萄糖转化为糖原时将K⁺带入细胞内,暂时降低血钾浓度,用25%~50%葡萄糖溶液100~200 mL或10%葡萄糖溶液500 mL,按每4~5 g葡萄糖加1U胰岛素比例静脉滴注,3~4小时后可重复用药。

(4)促进排钾 阳离子交换树脂15~20g,饭前口服,3~4次/日;或加入温水或25%山梨醇溶液100 mL中,保留灌肠0.5~1小时,每日3~6次;给予高钠饮食及排钾利尿剂;病情严重且血钾进行性增高,尤其肾功能不全者,予腹膜透析或血液透析。

第四章 第二节 增补

考点四 呼吸性碱中毒

呼吸性碱中毒是由于肺通气过度,排出过多的CO₂,使血液PCO₂下降而导致低碳酸血症。

(一)诊断

1.多见于高温下劳动、癔病、颅脑损伤等中枢神经系统疾病,或人工辅助呼吸持续时间过长致呼吸过频、过深。

2.有头晕、胸闷,呼吸快而深,后转浅而短促,间有叹息样呼吸等临床表现。

3.血pH值增高,PaCO₂低于4.67 kPa,CO₂ CP降低,HCO₃⁻降低(高氯性代谢性酸中毒虽也有HCO₃⁻轻度下降和高氯血症,但血pH值<7.4,可资区别),SB>AB。

(二)治疗原则

1.轻度呼吸性碱中毒常见于手术后病人,一般无需治疗。

2.严重的要处理原发病因,可用纸袋罩住口鼻以增加呼吸道死腔,减少CO₂的呼出,或吸含5%CO₂的氧气,以提高血PaCO₂。

3.有手足抽搐者可注射钙剂。

严重者(pH值>7.65)可行气管插管和控制呼吸,使pH值迅速下降。

考点五 复合的酸碱失衡

临床上除上述4种单纯型酸碱失衡外,还存在2种甚至2种以上的混合型酸碱失衡,称为混合性酸碱平衡失调。当确定了原发性酸碱平衡失调类型之后,血中HCO₃⁻或PaCO₂的实测值超过了代偿预计

值时,即表明有混合型酸碱平衡失调存在。

(一) 诊断

1. 相加性酸碱平衡紊乱

(1) 混合型酸中毒 既有缺氧所致代谢性酸中毒,又有 CO_2 在体内滞留所致的呼吸性酸中毒。最典型的例子见于不同原因引起心跳骤停,此时细胞产生的乳酸不能继续氧化, $[\text{HCO}_3^-]$ 被消耗而减少,又因呼吸停止不能排出 CO_2 , PaCO_2 升高。

(2) 混合型碱中毒 既有固定碱大量丧失的代谢性碱中毒,又有过度换气所致 CO_2 减少、 PaCO_2 降低的呼吸性碱中毒。如幽门梗阻的病人持续呕吐导致 H^+ 大量丧失, $[\text{HCO}_3^-]$ 增多,如同时发生感染性休克、高热可致呼吸加深、加快而排出大量 CO_2 , 导致 PaCO_2 下降, pH 值显著增高。

2. 相消性酸碱平衡紊乱

(1) 代谢性碱中毒合并呼吸性酸中毒 外科临床可见于幽门梗阻合并肺源性疾病如肺心病、肺炎或肺不张的患者,前者因固定酸大量丧失发生碱中毒,后者因 CO_2 在肺排出受阻而导致呼吸性酸中毒。

(2) 代谢性酸中毒合并呼吸性碱中毒 已经存在代谢性酸中毒的病人在手术麻醉过程中采用人工呼吸机辅助呼吸,因管理不当,造成呼吸过快、过深, CO_2 丢失过多而致呼吸性碱中毒。

3. 三重性混合型酸碱平衡紊乱 呼吸性酸中毒合并代谢性碱中毒及代谢性酸中毒等。

(二) 治疗原则

混合型酸碱平衡失调治疗的关键是治疗原发病,其次是正确处理原发性酸碱平衡失调,并注意防止因治疗措施失当造成医源性混合型酸碱平衡失调。

第四章第四节、第五节 增补为(助理不考)

第五章 第三节 考点一及内容 删除

新增章节 休克(助理不考)

第一节 休克的治疗

考点一 西医治疗

(一) 一般紧急治疗

包括积极处理引起休克的原发伤、病。采取头和躯干抬高 $20^\circ \sim 30^\circ$ 、下肢抬高 $15^\circ \sim 20^\circ$ 体位,以增加回心血量。及早建立静脉通路,并用药维持血压。早期予以鼻管或面罩吸氧。注意保温。

(二) 补充血容量

是纠正休克引起的组织低灌注和缺氧的关键。

(三) 积极处理原发病

应在尽快恢复有效循环血量后,及时施行手术处理原发病变,才能有效地治疗休克。有时应在积极抗休克的同时进行手术。

(四) 纠正酸碱平衡失调

不主张早期使用碱性药物,酸性环境有利于氧与血红蛋白解离,从而增加组织供氧。但重度休克合并酸中毒经扩容治疗不满意时,仍需使用碱性药物,同时需保证呼吸功能正常,以免引起 CO_2 潴留和继发呼吸性酸中毒。给药后应按血气分析的结果调整剂量。

(五) 血管活性药物的应用

1. 血管收缩剂

(1) 去甲肾上腺素 是以兴奋 α 受体为主、轻度兴奋 β 受体的血管收缩剂。常用量为 $0.5 \sim 2 \text{ mg}$ 加入 5% 葡萄糖溶液 100 mL 内静脉滴注。

(2) 间羟胺(阿拉明) 间接兴奋 α 、 β 受体,对心脏和血管的作用同去甲肾上腺素,但作用弱,维持时间约 30 分钟。常用量 $2 \sim 10 \text{ mg}$ 肌注或 $2 \sim 5 \text{ mg}$ 静脉注射;也可用 $10 \sim 20 \text{ mg}$ 加入 5% 葡萄糖溶液 100 mL 内静脉滴注。

(3) 多巴胺是最常用的血管收缩剂,具有兴奋 α 、 β_1 和多巴胺受体作用,其药理作用与剂量有关。小

剂量 [$<10\mu\text{g}/(\text{min} \cdot \text{kg})$] 时,主要是肖和多巴胺受体作用,增强心肌收缩力和增加心排出量(CO),并扩张肾和胃肠道等内脏器官血管;大剂量 [$>15\mu\text{g}/(\text{min} \cdot \text{kg})$] 时则为 α 受体作用,增加外周血管阻力。抗休克时主要取其强心和扩张内脏血管的作用,宜采取小剂量。为提升血压,可将小剂量多巴胺与其他缩血管药物合用,而不增加多巴胺的剂量。

(4)多巴酚丁胺对心肌的正性肌力作用较多巴胺强,能增加 CO,降低 PCWP,改善心泵功能。常用量为 $2.5\sim 10\mu\text{g}/(\text{kg} \cdot \text{min})$ 。小剂量有轻度缩血管作用。

(5)异丙肾上腺素是能增强心肌收缩力和提高心率的 β 受体兴奋剂, $0.1\sim 0.2\text{mg}$ 溶于 100mL 输液中。因对心肌有强大收缩作用和容易发生心律失常,不能用于心源性休克。

2. 血管扩张剂

(1) α 受体阻滞剂 包括酚妥拉明、酚苄明等,能解除去甲肾上腺素所引起的小血管收缩和微循环淤滞并增强左心室收缩力。其中酚妥拉明作用快,持续时间长,剂量为 $0.1\sim 0.5\text{mg}/\text{kg}$ 加于 100 mL 静脉输液中。酚苄明是一种 α 受体阻滞剂,兼有间接反射性兴奋 β 受体的作用。作用可维持 3~4 天。用量为 $0.5\sim 1.0\text{mg}/\text{kg}$,加入 5% 葡萄糖溶液或 0.9% 氯化钠溶液内, $1\sim 2$ 小时滴完。

(2)抗胆碱能药 包括阿托品、山莨菪碱和东莨菪碱。临床上较多用于休克治疗的是山莨菪碱(人工合成品为 654-2),可对抗乙酰胆碱所致平滑肌痉挛而使血管舒张,从而改善微循环。用法是每次 10 mg,每 15 分钟一次,静注,或者 $40\sim 80\text{mg}/\text{h}$ 持续泵入,直到临床症状改善。

(3)硝普钠 也是一种血管扩张剂,作用于血管平滑肌,能同时扩张小动脉和小静脉,但对心脏无直接作用。静脉用药后可降低前负荷。剂量为 100mL 液体中加入 $5\sim 10\text{mg}$ 静脉滴注。滴速应控制在 $20\sim 100\mu\text{g}/\text{min}$ 。用药超过 3 天者应每日检测血硫氰酸盐浓度,超过 $12\text{mg}/\text{dL}$ 时即应停药,以免引起神经系统的不良反应。

3. 强心药 包括兴奋 α 和 β 肾上腺素能受体兼有强心功能的药物,如多巴胺和多巴酚丁胺等,其他还有强心苷如西地兰,可增强心肌收缩力,减慢心率。当在中心静脉压监测下,输液量已充分但动脉压仍低而其中心静脉压显示已达 $15\text{cm H}_2\text{O}$ 。以上时,可经静脉注射西地兰行快速洋地黄化($0.8\text{mg}/\text{d}$),首次剂量 0.4mg 缓慢静脉注射,有效时可再给维持量。

为了兼顾各重要脏器的灌注水平,常将血管收缩剂与扩张剂联合应用。例如:去甲肾上腺素 $0.1\sim 0.5\mu\text{g}/(\text{kg} \cdot \text{min})$ 和硝普钠 $1.0\sim 10\mu\text{g}/(\text{kg} \cdot \text{min})$ 联合静脉滴注,可增加心脏指数 30%,减少外周阻力 45%,使血压提高到 10.7kPa (80mmHg) 以上,尿量维持在 $40\text{mL}/\text{h}$ 以上。

(六) 治疗 DIC,改善微循环

对诊断明确的 DIC,可用肝素抗凝,一般

$1.0\text{mg}/\text{kg}$, 6 小时一次,成人首次可用 1 万 U (1mg 相当于 125U 左右)。有时还使用抗纤溶药如氨甲苯酸、氨基己酸,抗血小板黏附和聚集的阿司匹林、潘生丁和低分子右旋糖酐。

(七) 皮质类固醇和其他药物的应用

皮质类固醇可用于感染性休克和其他较严重的休克。一般主张应用大剂量静脉滴注,一次滴完。为了防止多用皮质类固醇后可能产生的副作用,一般只用 1~2 次。

其他类药物包括:①钙通道阻断剂:如维拉帕米、硝苯地平等。②吗啡类拮抗剂:如纳络酮。③氧自由基清除剂:如超氧化物歧化酶(SOD)。④调节体内前列腺素(PGS)的药物:如输注前列环素(PGI_2)以改善微循环。

考点二 中医辨证治疗

1. 热伤气阴证

证候:神志淡漠,反应迟钝,身热汗出,口干喜饮,四肢逆冷,小便短赤,大便秘结;舌质红,苔黄少津,脉细数。

治法:益气固脱,清热解毒养阴。

代表方剂:生脉饮加清热解毒养阴之品。

2.热伤营血证

证候:精神恍惚,语声低微,唇甲紫紺,四肢厥冷,发斑出血;舌质暗紫有瘀点,脉数。

治法:气血两清,益气补阴。

代表方剂:清营汤加减。

3.阴厥证

代表方剂:人参养营汤加减。

4.寒厥证

证候:精神萎靡,反应迟钝,大汗淋漓,身冷畏寒,口淡不渴,心悸胸闷,四肢厥冷,尿少或无尿;舌淡苔白,脉微欲绝。

治法:回阳救逆。

代表方剂:四味回阳饮加减。

5.厥逆证

证候:面色灰白,精神恍惚或神昏,汗出身冷,口燥咽干,肌肤干皱,四肢厥冷,尿少或无尿;舌淡光滑无苔,脉微欲绝。

治法:益气固脱,阴阳双补。

代表方剂:保元汤合固阳汤加减。

6.阴脱证

证候:大汗淋漓,烦躁不安,口燥咽干,皮干,静脉萎陷,尿少或无尿;舌质红而干,脉微细数。

治法:益气固脱,养血育阴。

代表方剂:独参汤合四逆汤加减。

7.阳脱证

证候:神志模糊,语声低微,冷汗大出,身凉畏冷,四肢不温,尿少或无尿;舌质淡白或淡暗,脉微欲绝。

治法:益气固脱。

代表方剂:独参汤合四逆汤频服。

第二节 外科常见休克

考点一 低血容量性休克

多见于大血管破裂,腹部损伤引起的肝、脾破裂,胃、十二指肠出血,门静脉高压症所致食管、胃底静脉曲张破裂出血等。通常在迅速失血超过全身总血量的20%时,即出现休克。严重的体液丢失可造成大量的细胞外液和血浆的丧失,以致有效循环血量减少,也能引起休克。

(一) 西医治疗

1. 补充血容量

(1) 失血量的估计:①轻度休克:脉搏在100次/分以下,收缩压在正常范围,脉压差略小,尿量接近正常,估计失血量占全身血容量的20%(800 mL)。②中度休克:脉搏在100~120次/分,收缩压9.33~12kPa(70~90 mmHg),脉压差小,尿少,估计失血量占全身血容量的20%~40%(800~1600 mL)。③重度休克:脉搏120次/分以上,细而弱或难以触及,收缩压低于9.33kPa(70 mmHg)或测不到,尿量更少或无尿,估计失血量占全身血容量的40%(1600 mL)以上。

(2) 立即快速输注平衡液或等渗盐水,可在45分钟内输入1000~2000 mL。

(3) 对烧伤、腹膜炎等以血浆丧失为主的休克,应以血浆来代替部分全血的输入。

2. 止血

(1) 迅速控制明显的外出血。待休克初步纠正后再进行根治性的止血。

(2) 对肝、脾破裂及大血管损伤等所致的内出血应一面补充血容量一面尽快手术止血。

(3) 对消化道大出血应针对病因采取紧急止血措施,包括药物、非手术及手术治疗。

(4)对已处于休克状态下的患者,应在快速输液、输血补充血容量的同时,作好手术准备,尽早施行手术止血,决不能因病人血压过低、情况不好而犹豫不决,以致失去救治机会。

(二)中医辨证治疗

1.阴厥型

证候:烦躁不安,汗出咽干,口渴欲饮,唇甲紫暗,皮肤皱瘪,四肢乏力,尿少或无尿;舌红少津,脉细无力。

治法:益气固脱,养血生津。

代表方剂:人参养营汤加减。

2.寒厥型

证候:精神萎靡,反应迟钝,大汗淋漓,身冷畏寒,口淡不渴,心悸胸闷,四肢厥冷,尿少或无;舌淡苔白,脉微欲绝。

治法:回阳救逆。

代表方剂:四味回阳汤加减。

3.厥逆型

证候:面色灰白,精神恍惚,汗出身冷,口燥咽干,肌肤干皱,四肢厥冷,尿少或无;舌淡无苔,脉细欲绝。

治法:阴阳双补,救逆固脱。

代表方剂:保元饮合固阴煎加减。

考点二 感染性休克

感染性休克多见于腹腔内感染、烧伤脓毒血症、泌尿系统感染等并发的毒血症或败血症;有时由污染手术、导管置入或输液等引起。病原菌 2/3 为革兰阴性菌,1/3 为革兰阳性菌。

(一)西医治疗

1.控制感染

(1)处理原发病灶。有手术指征者应紧急手术,如急性梗阻化脓性胆管炎的胆道减压引流,腹腔内坏死组织(肠坏死、胰腺坏死)及积脓的清除、引流,深部脓肿的切开引流等。

(2)应用抗生素。一般可先按可能感染的细菌种类选择抗生素,严重者可根据经验性选用广谱抗生素。一旦获得细菌培养及药敏试验结果,立即换用有效抗生素。

(3)加强支持、营养治疗。

2.抗休克

(1)补充血容量 一般可先输低分子右旋糖酐 500mL 及平衡液 1000mL,先快后慢。

(2)纠正酸中毒 感染性休克中代谢性酸中毒发生早而重。可在补充血容量的同时经另一静脉通路输注 5%碳酸氢钠溶液 200mL,以后再根据血气分析结果补充。

(3)血管活性药物的应用 对于冷休克,在补足血容量、纠正酸中毒的基础上适当选用山莨菪碱或东莨菪碱、阿托品等对感染性休克的微循环改善更为安全有效。山莨菪碱 0.01~0.03mg/kg,每 10~30 分钟注射 1 次,直至病情好转,一般用 6~8 次。多巴胺或多巴酚丁胺 20~40mg 加入 250mL 输液中静脉滴注,能增加心排出量及降低外周血管阻力。

(4)维护心功能 既要保持冠状动脉血管灌流,又应注意心肌的负荷及氧耗。心功能有损害者可用葡萄糖-胰岛素-钾盐(G-I-K)液缓慢滴注或应用西地兰治疗。心脏负荷过重者则用利尿剂。

(5)皮质激素的应用 皮质类固醇能保护细胞膜和线粒体,稳定溶酶体,减轻毒素对脏器的损害。在有效抗生素控制感染的情况下使用,剂量宜大,疗程宜短。可用氢化可的松 200~300 mg

或地塞米松 30~40 mg 加入 5%葡萄糖液中静滴,为首剂,以后 4~6 小时取半量滴注,3~4 次已足。

(二)中医辨证治疗

1.热伤气阴型

证候:神志淡漠,反应迟钝,身热汗出,口干喜饮,四肢厥冷,唇甲紫紺,小便短赤,大便秘结,舌红苔黄,脉细而沉。

治法:益气养阴,清热固脱。

代表方剂:生脉饮加清热解毒之品。

2.热伤营血型

证候:精神恍惚,语声低微,唇甲紫紺,四肢厥冷,发斑出血;舌暗紫有瘀点,脉细数。

治法:气血两清,益气养阴。

代表方剂:清营汤加减。

原来第六章 围手术期处理 第一节 (三)及内容删除

原来第六章 围手术期处理 第二节 考点一 原文后增补

常规处理

1.卧位 手术后,应根据麻醉的方法及病人的全身情况、手术的方式和疾病的性质等来选择适宜的体位。

2.导管及引流物的处理 术后要经常检查导管及引流物有无阻塞、扭曲和脱出等,及时换药并检查、记录引流量和颜色的变化。烟卷引流多在术后3日内拔除。乳胶片引流一般术后1~2日拔除。胃肠减压管一般待肠道功能恢复、肛门排气后,即可拔除。

3.活动 病人手术后若无禁忌,原则上应鼓励及早活动,并力争在短时间内下床活动。

4.饮食 一般在麻醉反应消失,或胃肠功能恢复后,方可进食。

原来第六章 围手术期处理 第三节 修改

考点一 术后常见并发症的防治

(一)术后出血

1.诊断

(1)有引流者,引流出的血液每小时超过100 mL,持续数小时。

(2)腹胀或呼吸困难进行性加重,在手术部位严重肿胀的同时,出现不明原因的急性贫血。

(3)术后早期出现失血性休克的临床表现,每小时尿量少于25 mL,经治疗后仍有休克或少尿的征象。

2.治疗原则 以预防为主。改善病人凝血功能,术中严格止血,关闭切口前,确保手术野无任何出血点。一旦确诊,应积极治疗,必要时可再次手术止血。

(二)肺不张和肺部感染

1.诊断 术后早期发热、呼吸急促、心率加快、频繁咳嗽、痰液不易咳出。病侧叩诊呈实音或浊音,听诊有局限性湿啰音、呼吸音减弱或消失。继发感染时,体温明显升高,血细胞和中性粒细胞计数增加。胸部X线平片和血气分析有助于诊断。

2.治疗原则 鼓励并协助患者咳嗽排痰,同时使用足量、有效的抗生素。严重痰液阻塞时,可采用支气管镜吸痰,必要时考虑行气管切开术。

(三)应激性溃疡

1.诊断 本病最突出的症状是无痛性上消化道出血,表现为呕血和黑便。胃镜检查不但可明确诊断,而且可查明出血的部位和范围。

2.治疗原则 大部分病人适合非手术治疗。

(1)消除病因,输血补液、补充血容量、使用止血药物,控制感染。

(2)安置胃管,以冰盐水加去甲肾上腺素液灌注或局部灌注止血药。

(3)全身或局部应用抗酸剂,质子泵抑制剂,H⁺抑制剂。

(4)胃镜检查或经胃镜治疗。

(5)手术治疗,有10%~20%的病人需要手术治疗,手术方式应根据出血部位等情况而定。

(四)切口并发症

1.切口裂开

(1) 诊断 多发生在术后 5~7 天。往往在突然用力时,感觉切口疼痛和骤然松开,随即有淡红色液体自切口溢出或(和)脏器脱出。

(2) 治疗原则 对部分裂开者可以采用敷料及绷带包扎、胶布固定等方法。对于全层裂开者要立即用无菌敷料包括无菌容器覆盖伤口,并即刻送手术室,在无菌条件下全层间断缝合。

2. 切口感染

(1) 诊断 手术后 3~4 日,切口疼痛加重,或减轻后又再度加重,伴有发热、脉速,体温或(和)白细胞计数升高。切口周围红、肿、热、压痛。

(2) 治疗原则 切口感染早期,可使用抗生素和局部理疗,遏制脓肿形成。对于切口深部的感染,适时扩大切口,清除坏死组织及异物,敞开引流。

考点二 切口处理

1. 切口的分类

(1) 清洁切口(I类切口)指缝合的无菌切口,如甲状腺次全切除术、疝修补术等。

(2) 可能污染切口(II类切口)指手术时可能带有污染的缝合切口,如单纯性阑尾炎切除术、胃大部分切除术等;6~8 小时以内创伤,经清创处理缝合的切口等。

(3) 污染切口(III类切口)即在邻近感染区或直接暴露于感染区的切口,如胃溃疡穿孔、阑尾穿孔手术、肠梗阻坏死的手术等。

2. 切口愈合分级

(1) 甲级 愈合优良,无不良反应,用“甲”字表示。

(2) 乙级 愈合欠佳,切口愈合处有炎症反应,如红肿、血肿、硬结和积液等,但未化脓,用“乙”字表示。

(3) 丙级 切口化脓,需要行切开引流等处理,用“丙”字表示。

3. 缝线拆除时间 可根据切口部位、病人的年龄和局部血供情况、营养状况来决定。一般头、面、颈部切口术后 4~5 天拆线;下腹、会阴部手术 6~7 天拆线;胸部、上腹、背、臀部切口术后 7~9 天拆线;四肢术后 10~12 天拆线,近关节处可适当延长;减张缝线术后 14 日拆线。青少年患者可缩短拆线时间,年老、营养不良患者可延迟拆线时间,有时可采用间隔拆线。

4. 切口愈合记录 按照上述切口的分类和分级方法,拆线时应判断切口愈合情况并作出记录,如单纯性疝修补术、甲状腺次全切除术、乳腺包块切除术等切口愈合良好,记录为 I/甲。胃次全切除切口发生积液,记录为 II/乙(积液)。甲状腺腺瘤切除术切口化脓记录为 I/丙(化脓)。胃穿孔修补术后愈合良好,记录为 III/甲。

增补

第八章 重症救治(助理不考)

第一节 心肺脑复苏

考点一 概述

心跳骤停(也称心脏停搏)是指心脏的有效收缩和排血功能突然衰竭,全身血液循环停止,血液供应中断,并伴有呼吸停顿,从而导致组织缺血、缺氧和代谢障碍,表现为临床死亡状态。心肺脑复苏成功的关键是时间,在心脏停搏后 4 分钟内开始初期复苏、8 分钟内开始后复苏者,恢复出院率最高。

(一) 心跳骤停的诊断

根据以下征象:①意识突然消失,呼之不应。②大动脉搏动消失,颈动脉或股动脉搏动摸不到,血压测不到,心音听不到。③自主呼吸在挣扎一两次后停止。④瞳孔散大,对光反射消失。⑤突然出现皮肤、黏膜苍白,手术视野血色变暗发紫。

(二) 心肺脑复苏的基本过程

概括分为3个阶段共9个步骤:

1.基础生命支持阶段 亦称初期复苏,是呼吸、心跳骤停时的现场急救措施,主要任务是建立人工呼吸和循环,以迅速有效地恢复生命器官(特别是心脏和脑)血液灌流和供氧。措施为:A(airway)指保持呼吸道通畅,B(breathing)指进行有效的人工呼吸,C(circulation)指建立有效的人工循环。

2.进一步生命支持 又称后续复苏,是初期复苏的延续,其目的是通过更为有效的呼吸和循环支持,争取心脏恢复搏动,自主呼吸恢复,保持循环和呼吸功能稳定,为脑功能的恢复创造基础。采取的步骤为:D(drugs)药物治疗,E(ECG)心电监测及其他监测,F(fibrillation)处理心室颤动。

3.延续生命支持 也称复苏后处理,步骤包括:G(gauge)病情判断,H(human mentation)神志恢复,I(intensive care)重症监护治疗。

考点二 心肺复苏

(一)初期复苏

1.开放气道 施行人工通气的前提条件是开放呼吸道并维持其通畅。

(1)清除呼吸道异物或分泌物 方法包括:①手指取异物。②背部拍击法。③推压法。④器械取物。

(2)处理舌后坠 ①仰头托下颌。②仰头抬颌。

(3)维持呼吸道通畅 应尽可能使用口咽导气管、喉罩、气管内插管等特殊的器械保持气道通畅。

2.人工通气 人工通气法大致可分两类:一类是无需借助器械或仪器的徒手人工呼吸法,其中以口对口(鼻)人工呼吸最适合于现场复苏。另一类是利用器械或特殊呼吸装置的机械通气法,主要用于医院内和后期复苏。

(1)口对口人工呼吸。

(2)口对鼻吹气。

(3)简易人工呼吸器。

3.建立人工循环 人工循环建立的迟早与效果对患者预后具有重要影响。主要方法是按压心脏,维持心脏的充盈和搏动,有效时可诱发心脏的自律搏动。

(1)胸外心脏按压(ECC) 方法:患者仰卧在硬板上或将患者移至地面;按压部位位于胸骨中、下1/3交界处,手掌与患者胸骨纵轴平行,以避免直接按压肋骨,另一手平行按在该手背上;垂直下压的力使胸骨下降3~5cm,然后立即放松,使胸骨自行回复原位,按压与放松的时间比为1:1,按压频率一般成人80~100次/分。正确的胸外按压可产生相当可靠的效果,动脉压可达10.7~13.1kPa(80~100mmHg),可以防止脑细胞的不可逆性损害。

注意与人工呼吸配合。“标准CPR”为:①单人CPR:每按压15次,行口对口人工呼吸2次(15:2),频率为80~100次/分。②双人CPR:一人行胸外按压,另一人行口对口(鼻)人工呼吸并监测颈动脉搏动,胸外按压与人工呼吸的次数比为5:10

胸外按压有效的指征:①能触摸到颈动脉及其他大动脉搏动。②可测到血压。③皮肤、口唇颜色转为红润。④自主呼吸恢复。⑤瞳孔逐渐缩小。⑥眼睑反射恢复。⑦下颌、四肢肌张力恢复。

胸外按压常见的并发症:①肋骨骨折、胸骨骨折以及由此损伤内脏致肝破裂、脾破裂、气胸、心包积血等。②胃内容物反流和误吸。

还可采用心前区叩击法,此法简便易行快捷,在现场可首先试用。

(2)胸内按压术(OCC) 指开胸后直接用手挤压心脏,重建血液循环。主要适于以下情况:①胸廓严重畸形或伴心脏移位者。②胸外伤引起的肋骨骨折、胸部穿透伤、胸部挤压伤、张力性气胸、心包填塞等。③ECC持续10分钟而CPR效果不佳。④术中发生心跳骤停,特别是已开胸者。

(二)后续复苏

后续复苏(ALS)是初期复苏的延续。

1.进一步呼吸支持

(1) 确保气道通畅

1) 气管插管:能真正做到长时间呼吸支持及防止反流误吸。其作用还有:①建立开放的呼吸道。②预防误吸,并可行气管内吸引。③可给予高浓度氧。④可长时间实施人工通气。⑤提供给药途径。⑥气管内导管留置的时间不宜超过 48~72 小时。

2) 气管切开:是创伤性开放气道的方法,在上呼吸道阻塞无法解除或气管内插管已达 72 小时以及气管内、支气管内分泌物不能排出时可考虑采用。

(2) 机械通气和氧疗 应尽早使用机械通气以提高通气效率,改善缺氧和二氧化碳蓄积,同时吸入高浓度氧。常用方法为:

1) 简易呼吸器:可用于无氧情况的现场救护,也可接上输氧管给高浓度氧。

2) 呼吸机:适用于较长时间的人工呼吸。

3) 吸氧:以纯氧进行通气。可以提高动脉血的氧张力和血红蛋白的氧饱和度,改善组织的缺氧,是 CPR 后续复苏过程中必不可少的治疗方法。

2. 药物治疗

(1) 给药途径 CPR 过程中给药途径有 3 种,即静脉通路、气管内给药和心内注射。

(2) 常用药物 借助药物治疗以激发心脏复跳,增加心肌收缩力;提高血压,增加心脏和脑血流量;降低除颤阈值,抑制心室异位节律,防止室颤复发;纠正酸碱、电解质失衡;防治脑水肿及减轻脑细胞损害。药物主要有:①肾上腺素。②多巴胺。③阿托品。④利多卡因。⑤钙剂。⑥碳酸氢钠。⑦肾上腺皮质激素。⑧其他。

3. 监测 最基本的监测项目包括触摸大动脉、观察皮肤黏膜色泽、毛细血管充盈时间、瞳孔大小、对光反应、脉率、血压、ECG、心音、呼吸音、CVP、Swan-Ganz 漂浮导管、留置导尿管等。

4. 电除颤 心室颤动可分为细颤和粗颤。细颤时电击除颤鲜有成功者,必须设法将细颤转变为粗颤,一般情况下注射肾上腺素多能使细颤转为粗颤。电除颤可分为直流电除颤和交流电除颤两种。

(1) 胸外直流电除颤在心电图监视下突发的心室颤动应在 30 秒至 2 分钟内行胸外电除颤。心室颤动宜先行 CPR 中的 A、B、C 步骤至少 2 分钟,使心肌氧合良好后再行电除颤。

(2) 胸内直流电除颤 已开胸的患者可直接行胸内电除颤。

(3) 影响电除颤的因素 直流电除颤成功与否与其他影响心肌状态的因素密切相关。①心室颤动时间。②心肌状况。③电解质。④药物。⑤电极板的位置。

5. 人工心脏起搏 是以人工电刺激去激发心肌收缩,是治疗严重心动过缓、房室传导阻滞的重要手段。仅用于已知患者既往存在完全性房室传导阻滞,或复苏后心跳已恢复但难以维持心率者。

(三) 复苏后处理

1. 维护循环功能

(1) 纠正低血压。

(2) 处理高血压。

(3) 处理心律失常。

(4) 留置导尿管观察尿量,尿液分析。

2. 维持呼吸功能

(1) 保持呼吸道通畅。

(2) 呼吸恢复延迟的处理。

(3) 处理呼吸系统并发症。

(4) 机械通气。

3. 保护肾功能

4. 防治多器官功能衰竭

考点三 脑复苏

1.低温-脱水疗法 其实施要点为:①及早降温,6小时内逐渐降至预定水平。②足够降温,使头温逐渐降至 28°C ,其他部位温度降至 $28^{\circ}\text{C}\sim 30^{\circ}\text{C}$ 。③降温到底,以恢复听觉为“底”。④及早进行脱水疗法,使脑脊液压力降低在正常水平以下。

2.高压氧治疗 可使 PaO_2 、血氧含量和氧弥散力明显升高,同时也使脑血管收缩、脑积液容积和脑血流量减少,从而减轻脑水肿。

3.巴比妥类药物 抑制脑代谢,控制抽搐,防止颅内压增高,目前仅用于抗惊厥。

4.钙离子拮抗药 治疗针对 Ca_2^+ 超载在再灌注损伤中的致病影响,可选尼莫地平、利多氟嗪作为综合治疗。

5.其他药物治疗 皮质激素、自由基清除剂、催醒药、脑细胞营养药。

第二节 多器官功能障碍综合征

考点一 MODS时各器官病理生理特点

多器官功能障碍综合征(multiple organ dysfunction syndrome, MODS)是指急性疾病过程中2个或2个以上的重要器官或系统的急性功能障碍综合征。

1.肺 是在MODS进展中最容易受到损害的器官,常是MODS早期的表现,症状明显,肺功能障碍可严重地影响全身功能,因而会加速MODS的发展。①当毒素或失血等因素引起休克时,可导致肺循环障碍,出现出血、缺氧及酸中毒,并导致肺泡细胞代谢障碍,肺泡表面活性物质减少或缺乏,从而出现肺泡塌陷,肺不张,造成气体交换障碍。②缺氧、酸中毒及细菌内毒素的刺激可使组织释放血管活性物质,中性粒细胞被激活,产生大量氧自由基和介质,使肺毛细血管通透性增加,血浆蛋白及血液有形成分外漏,导致肺间质水肿、肺泡水肿及透明膜形成,进一步损害肺泡气体交换功能。③微循环缺血期间可出现凝血机制障碍及血管内小血栓形成,致使肺广泛性的微血栓栓塞而造成肺动脉高压,出现压力性肺间质水肿。由于肺水肿和肺不张,使得肺通气障碍和动静脉分流增加,出现低氧血症性呼吸功能衰竭。

2.肾 是在MODS进展过程中最早受到影响的重要器官,是由于肾血流灌注不足以及毒素与活化的炎性细胞和介质所直接引起的组织损伤。①各种因素引起的有效循环血量不足,使肾脏处于低灌注状态,交感神经系统兴奋,使肾素-血管紧张素分泌增加,肾血管收缩(肾小球输入小动脉收缩、输出小动脉舒张),从而使肾小球毛细血管静水压降低,肾小球滤过率明显降低,尿量减少。②肾灌注不足,导致肾小管上皮细胞损伤,使滤过液在肾小管内回吸收增加,尿量减少。

3.肝 是在MODS中容易忽略的器官,也是易受到损害的器官,发生率较高。肝脏不仅在代谢方面占有重要的地位,而且也是重要的免疫器官,一旦肝脏受到损害,必然累及其他器官。如临床上所说的“肝肺综合征”“肝肾综合征”等。①细菌毒素、代谢产物、有害物质由肠道进入门静脉时,肝脏即出现病理性损伤。②肝库普弗细胞(Kupffer cell)过度激活,对内毒素、细菌和毒性产物的摄取和消除产生障碍,并影响肝细胞对炎性介质的清除,从而使肝细胞受到损伤。③肝细胞缺血缺氧和代谢障碍,其分泌、合成、转化功能降低,导致胆汁淤积,转氨酶升高,血浆氨基酸谱改变。随着肝功能障碍的逐渐加重,临床上可发生肝性脑病。

4.胃肠道 既是MODS的原发部位,也是主要的靶器官之一。①休克、应激反应、内毒素均可导致胃肠黏膜血流量降低和通透性增加,肠黏膜上皮缺血、脱落,出现片状坏死,形成肠壁多发性浅表溃疡。②小肠绒毛缩短、锐减,使得吸收区减小,选择性吸收和防御屏障功能发生障碍,可出现肠麻痹、消化道出血。③肠道内菌群紊乱,外源性致病菌在肠道内繁殖,并由肝门静脉和肠系膜淋巴结扩散到体循环,释放细菌及毒素,使得病情加重。临床上常表现为不能进食、腹胀、肠麻痹和消化道出血等。

5.心 心脏功能障碍多发生于MODS的终末阶段,实际上早期即已出现损伤。患者多可在24小时之内出现心脏指数升高,或者心动过速,经5~10天后心功能可恢复正常。造成心功能障碍的主要因素有以下几方面:①心脏作功增加,处于持续高动力状态,使得新陈代谢加快。②感染、创伤和缺血等使冠状动脉阻力增加,造成心肌供血不足。③心肌细胞线粒体肿胀致使心肌细胞结构破坏。④由于心肌缺血缺氧,心肌抑制因子增加,释放出大量的组胺,心肌细胞内 Na^+ 和 Ca^{2+} 分布失调,胞浆网摄入 Ca^{2+} 减少,使酶

的活性降低,碱性磷酸酶减少,导致心肌收缩力降低,心输出量减少,心肌传导性发生障碍。

考点二 治疗措施

1.控制感染 积极有效地控制感染对于制止 MODS 的发生和发展是至关重要的。

2.维持氧的供需平衡 其方法主要是选用合适的血管活性药物,常用的有多巴胺、多巴酚丁胺等;为降低心脏后负荷,可适当使用扩张血管药如硝普钠等,防止组织灌流不足;对严重低氧血症、ARDS 和急性肺损伤等患者应及时进行机械性通气,以充分供氧,并有利于 CO₂ 排出。

3.保护肝肾功能 治疗中应保持器官血流的充分供应,避免使用对肝肾功能有害的药物,为肝脏提供必要的能量、维生素和氨基酸等。

4.免疫学治疗 肿瘤坏死因子(TNF)被认为是炎症反应的关键性传递物质,可能是败血症和 MODS 的主要病源之一。用内毒素抗体及 TNF 抗体治疗败血症可能有一定作用。

5.营养 创伤及感染后患者的代谢增高,应特别注意营养补充,尤其是蛋白质和氨基酸的补充。最好经肠道补充,可以避免静脉高营养产生的并发症,更重要的是肠道营养可预防肠黏膜萎缩。

其他①中和氧自由基药物,主要的有过氧化氢酶(CAT)、超氧化物歧化酶(SOD)、谷胱甘肽过氧化物酶(GSH-PX)、核酸、维生素 C、胡萝卜素酶、维生素 E 等。②抗溶蛋白酶的药物。③抑制炎症反应的药物,如激素、非激素类抗炎药、前列腺素等。

原第七章 考点二 增补

考点二 疼痛的测定与评估

疼痛的程度很难找到客观指标来衡量,基本上是靠患者的主观感觉认识来决定,所以病人善描述自身疼痛的前后对比,医生却很难掌握个体间疼痛程度的差别。疼痛受多种因素的影响,同一个病人在一天之中疼痛的程度也经常发生变化,所以准确的疼痛分级是不可能的,临床常采用强度量表来进行评估。

1.视觉模拟评分法 在纸上画一长 10cm 的直线,每厘米注明标号顺序,两端分别表示“无痛”(0)和“想像中剧烈疼痛”(10)。被测者根据其感受程度,在直线上相应部位作记号,以“无痛”端至记号之间的距离即为痛觉评分分数。0 为无痛,4 以下为轻度疼痛,4~7 为中度疼痛,大于 7 为重度疼痛,10 为最痛或极度疼痛。此法简便易行,直观且易掌握,具有粗略的量化含意,是目前临床最常用的疼痛定量方法,也是比较敏感和可靠的方法。

2.主诉分级法 病人描述自我感受的疼痛状态,一般将疼痛分为无痛、轻微疼痛、中度疼痛、重度疼痛、极重度疼痛(不可忍受的痛),每级 1 分,分为以下五级表述:

0 级:无痛。

1 级:轻度疼痛。虽有痛感但是仍然可以忍受,能正常生活及睡眠。

2 级:中度疼痛。疼痛不能耐受,需要用止痛剂,睡眠受干扰。

3 级:重度疼痛。疼痛剧烈,伴有植物神经功能紊乱,严重干扰睡眠,被动体位,必须依靠止痛治疗。

4 级:极重度疼痛。为不可忍受的疼痛。

3.数字分级法 是将疼痛程度用 0 到 10 这 11 个数字表示。0 表示无痛,10 表示最痛,被测者根据个人疼痛感受,在其中一个数作记号,表达如下:

疼痛与治疗

0 度:无痛。

I 度(轻度):间歇痛,可不用药。

II 度(中度):持续痛,影响休息。

III 度(重度):持续剧痛,必须用药才能缓解。

W 度(严重疼痛):持续剧痛并伴有出汗、心率加快等植物神经症状。

4.程度积分法

(1)疼痛程度积分法

1 分:轻痛,不影响睡眠及食欲。

2.5分: 困扰痛, 疼痛反复发作, 有痛苦表情, 痛时中断工作, 并影响食欲睡眠。

5分: 疲惫痛, 持续疼痛, 表情痛苦。

7.5分: 难忍痛, 疼痛明显, 勉强坚持, 有显著的痛苦表情。

10分: 剧烈痛, 剧痛难忍, 伴情绪、体位的变化, 呻吟或喊叫, 脉搏或呼吸加快, 面色苍白, 多汗, 血压下降。

总分=疼痛分×疼痛小时/日。

(2) 疗效评定

显效: 总分下降 50% 以上。

有效: 总分下降 50% 或以下。

无效: 总分无下降。

原第七章 第二节 考点一 诊治范围 删除标题及内容

增补第七章 第三节 考点一

考点一 镇痛药物

术后镇痛最常用的药物是阿片类药物如吗啡、哌替啶和芬太尼等。

局麻药常选用布比卡因, 用于硬膜外镇痛, 其作用时间较长, 如浓度在 0.2% 以下不会阻滞运动神经, 比较安全。

增补第七章第四节

第四节 癌症疼痛与治疗

考点一 按阶梯口服用药

1. 第一阶梯用药 为解热镇痛药, 如阿司匹林, 替代药物有消炎痛、扑热息痛、布洛芬、双氯芬酸、萘普生等。适用于轻度疼痛。

2. 第二阶梯用药 为弱阿片类镇痛药, 如可待因, 替代药物有强痛定、羟考酮、曲马多、右丙氧芬等。适用于中度疼痛。

3. 第三阶梯用药 为强效阿片类镇痛药, 如吗啡, 替代药物有氢吗啡酮、羟吗啡酮、左马喃、美沙酮、芬太尼贴剂和丁丙诺啡等。适用于重度疼痛。

考点二 其他用药方法

1. 椎管内注药

(1) 硬膜外腔注入吗啡。

(2) 蛛网膜下腔内注入神经破坏药物。

2. 放疗、化疗和激素疗法

3. 神经外科手术镇痛

第八章内镜与腔镜技术 修改为 内镜与腔镜技术(助理不考)

第一节 内镜外科技术(助理不考) 修改为 第一节 内镜外科技术

原第九章 第一节 标题修改为 浅部组织的化脓性感染

P862

原第九章 第一节 考点三 3. 删除其中(2)(3)部分

增补

(2) 臀痛

证候: 臀部肌肉注射染毒或患疮疖挤压等引起。臀部一侧初起疼痛, 肿胀焮红, 皮肤红肿以中心最为明显而四周较淡, 边缘不清, 红肿逐渐扩大而有硬结。伴恶寒发热, 头痛骨楚, 食欲不振。舌质红, 苔黄或黄腻, 脉滑数。

治法: 清热解毒, 和营利湿。

代表方剂: 黄连解毒汤合仙方活命饮加减。

原(4)调整为(3)足发背

证候:多因足癣感染引起。初起足背红肿灼热疼痛,肿势弥漫,边界不清,活动受限;伴寒战高热,食欲不振;舌质红,苔黄腻,脉滑数。

治法:清热解毒,和营利湿。

代表方剂:五神汤加减。

原第九章 第一节 考点四 3.中医辨证治疗 修改

(1)修改为 风热毒蕴证

(2)修改为 肝脾湿火证

(3)修改为 湿热毒蕴证

(4)修改为 胎火蕴毒证

(5)毒邪内攻证 删除此部分

原第九章 第一节 考点五 3.中医辨证治疗 修改

1.红丝疔

代表方剂修改为 五味消毒饮加减。火毒入营者,合犀角地黄汤、黄连解毒汤。

P865

原第九章 第一节 考点六 3.中医辨证治疗 (3)修改为

(3)瘀血流注证

证候:劳伤筋脉诱发者,多发于四肢内侧;跌打损伤诱发者,多发于伤处;患部漫肿疼痛,皮色微红,或呈青紫,溃后脓液中夹有瘀血块;舌红或边有瘀点,或色紫,苔薄黄或黄腻,脉数或涩。

治法:和营祛瘀,清热化湿。

代表方剂:活血散瘀汤加减。

删除(5)的所有内容

增补 第二节 手部急性化脓性感染

考点一 脓性指头炎

1.临床表现

初起时指端有针刺样疼痛,随组织力增高,产生剧痛。当指动脉被压时,转为搏动性疼痛。指头红肿并不明显,或反呈黄白色。轻触指头即产生剧烈疼痛。多伴有发热,全身不适,白细胞计数增高等。晚期大部分组织因缺血坏死,神经末梢受压和营养障碍而麻痹,疼痛反而减轻。因指骨缺血坏死,可形成慢性骨髓炎。

2.西医治疗

初起可采用热敷,并酌情使用抗生素或内服中药治疗。出现跳痛,指头张力增高即应切开减压、引流。在患指末节侧面作纵切口,不可超过指关节。如脓腔较大,亦可作对口引流。

3.中医辨证治疗

(1)火毒结聚证

证候:指端隐痛,继而刺痛,灼热肿胀,发红不明显,指末节呈蛇头状;舌红,苔黄,脉数。

治法:清热解毒。

代表方剂:五味消毒饮加减。

(2)热盛肉腐证

证候:指端剧烈跳痛,触之痛甚;兼有畏寒、发热、头痛,全身不适,纳呆,失眠;舌红,苔黄,脉数。

治法:清热解毒,透脓止痛。

代表方剂:黄连解毒汤合五味消毒饮加减。

考点二 急性化脓性腱鞘炎和化脓性滑囊炎

1.临床表现

病情发展迅速,24小时左右即可出现剧烈疼痛和明显炎症。伴有发热、头痛、全身不适等症状。

(1)急性化脓性腱鞘炎 除手指末节外,患指呈明显均匀肿胀,皮肤高度紧张。轻度屈曲使腱鞘处于松弛位,以减轻疼痛。任何轻微的被动伸指动作均能引起剧烈疼痛。化脓性腱鞘炎若不及时切开减压引流,腱鞘内脓液积聚,压力迅速增高,可致肌腱坏死而丧失患指功能。感染亦可向近侧蔓延到手掌深部间隙或经滑液囊扩散到腕部和前臂。

(2)化脓性滑囊炎 小指腱鞘炎可蔓延到尺侧滑液囊,拇指腱鞘炎可蔓延到桡侧滑液囊而引滑囊炎。同时还有小鱼际或大鱼际处的剧烈肿胀、疼痛和压痛。

2. 西医治疗

早期治疗与脓性指头炎相同。如治疗无好转,应及早切开减压引流,以防止肌腱受压坏死。腱鞘炎切口应选在手指侧面,切口不能超过指关节,不能损伤指神经、血管。滑液囊感染切口分别选择在小鱼际和大鱼际处。

3. 中医辨证治疗

参照“脓性指头炎”。

考点三 掌深部间隙感染

1. 临床表现

手掌深部间隙感染时,掌心凹陷消失,隆起,皮肤紧张发白,压痛明显。中指、无名指、小指半屈位。手背肿胀严重。伴有高热、头痛、脉快等全身症状。

鱼际间隙感染时,大鱼际处和拇指指蹼肿胀,压痛显著。掌中凹陷存在,食指半屈位,拇指半屈并外展,活动受限,不能对掌。同时伴有全身症状。

2. 西医治疗

早期行理疗、外敷药物,并使用大剂量抗生素。短期内无好转时,应及早切开引流。掌中间隙感染切口在掌横纹中1/3处,行横形切口,或在中指、无名指指蹼间行纵切口,长1~1.5cm;鱼际间隙感染时,在大鱼际偏尺侧波动感最明显处,或在拇指、食指指蹼虎口处行切口。

3. 中医辨证治疗

参照“脓性指头炎”。

P865

原第九章 第一节 考点一 诊断 考点一此部分删除

增补考点一 临床表现

1.脓毒症的主要表现 骤起寒战,继以高热,可达40℃~41℃;或低温,起病急,病情重,发展迅速;头痛、头晕、恶心、呕吐、腹胀、面色苍白或潮红、出冷汗;神志淡漠或烦躁、谵妄和昏迷;心率加快,脉搏细速,呼吸急促或困难;肝、脾可肿大,严重者出现黄疸或皮下出血瘀斑等。

2.感染致病菌的临床特点 脓毒症的临床表现尚因感染致病菌种的不同而存在某些差别。根据临床上常见的致病菌,可分为三大类型:

(1)革兰染色阳性细菌脓毒症 特点是:可有或无寒战,发热呈稽留热或弛张热。病人面色潮红,四肢温暖、干燥,多呈谵妄和昏迷。常有皮疹、腹泻、呕吐,可出现转移性脓肿,易并发心肌炎。发生休克的时间较晚,血压下降也较缓慢。

(2)革兰染色阴性杆菌脓毒症 特点是:一般以突然寒战开始,发热可呈间歇热,严重时体温不升或低于正常。病人四肢厥冷、发绀、少尿或无尿。有时白细胞计数增加不明显或反见减少。休克发生早,持续时间长。

(3)真菌性脓毒症 临床表现酷似革兰染色阴性杆菌脓毒症。病人突然发生寒战、高热(39.5℃~40℃),一般情况迅速恶化,出现神志淡漠、嗜睡、血压下降和休克,少数病人尚有消化道出血。周围血象常可呈白血病样反应,出现晚幼粒细胞和中幼粒细胞,白细胞计数可达 $25 \times 10^9/L$ 。

P865 考点六 3. (3)瘀血流注证修改治法为和营祛瘀,清热化湿。

P866 考点三 修改 2.3.4. 症候部分

2. 火陷证

证候:多见于有头疽 1~2 周的毒盛期。局部疮顶不高,根盘散漫,疮色紫滞,疮口干枯无脓,灼热疼痛;伴有壮热口渴,便秘洩赤,烦躁不安,甚者神昏谵语、发痉;舌质红绛,苔黄燥或黄腻,脉洪数或滑数、弦数。

3. 干陷证

证候:多见于有头疽 2~3 周的溃脓期。局部脓腐不透,疮口中央糜烂,脓少而薄,疮色灰暗,肿势平塌,散漫不聚,胀闷或微痛不甚;全身出现发热或恶寒,神疲纳少,自汗,胁痛,神昏檐语,气息短促;舌质淡红,脉象虚数;或体温反而不高,肢冷,大便溏薄,小便频数;舌质淡,苔灰腻,脉沉细。

4. 虚陷证

证候:多见于有头疽第 4 周的收口期。局部肿势已退,疮口腐肉已尽,而脓水稀薄色灰,或偶带绿色,新肉不生,状如镜面,光白板亮,不知疼痛;全身出现虚热不退,形神委顿,纳食日减,或有腹痛便泻,自汗肢冷,气息短促;舌淡,苔薄白或无苔,脉沉细或虚大无力。

P867

原第九章 第三节 增补

考点一 破伤风

1. 临床表现

1) 潜伏期 长短不一,潜伏期越短,症状越重,死亡率越高。

2) 前驱症状 有头昏头痛、失眠、乏力、烦躁不安,伤口局部疼痛,附近肌肉有牵拉感,咀嚼肌酸胀,反射亢进。一般持续 10~24 小时。

3) 典型症状

(1) 肌肉持续性收缩。全身肌肉呈持续性强烈收缩,先是咀嚼肌,以后顺序为面肌、颈肌、背腹肌,最后是膈肌和肋间肌。逐渐咀嚼不便、张口困难、牙关紧闭、苦笑面容、颈项强直、角弓反张、呼吸困难。

(2) 肌肉阵发性痉挛和抽搐,伴面色紫绀,呼吸急促,口吐白沫,全身大汗,四肢抽搐不止,发作间歇期肌肉仍不能完全松弛。

4) 并发症 ①呼吸困难、窒息是破伤风病人死亡的主要原因。②肺部感染。③水、电解质紊乱和酸中毒。④肌肉撕裂、骨折。

2. 西医治疗

(1) 消除毒素来源,扩创引流。

(2) 中和游离毒素,使用破伤风抗毒素。

(3) 控制和解除痉挛,减轻病人痛苦,降低体 能消耗,防止窒息和并发症发生(①保持环境安静。②镇静、解痉)。

(4) 应用抗生素抑制破伤风杆菌生长,防止其 他细菌感染。

(5) 支持治疗。

(6) 保持呼吸道通畅。

3. 中医辨证治疗

(1) 风毒在表证

证候:轻度张口及吞咽困难,全身肌肉痉挛,或只限于破伤部位局部肌肉痉挛,抽搐较轻,痉挛期短,间歇期长;舌苔白腻,脉弦数。

治法:驱风镇痉。

代表方剂:玉真散合五虎追风散加减。

(2) 风毒入里证

证候:发作频繁,间歇期短,全身肌肉痉挛,发热汗多,牙关紧闭,角弓反张,抽搐频作,呼吸急促,痰

涎壅盛,大便秘结,小便短赤;舌质红,苔黄糙,脉弦数。

治法:祛风镇痉,清热解毒。

代表方剂:木萸散加减。

(3) 阴虚邪留证

证候:疾病后期,抽搐停止,倦怠乏力,头晕,心悸,口渴,面色无华,牙关不适,偶有痉挛或屈伸不利;舌淡红,苔少,脉细数无力。

治法:益胃养阴,疏风通络。

代表方剂:沙参麦冬汤加减。

P866

考点 气性坏疽 修改

1. 全身表现

(1) 全身表现 创伤后并发此症的时间最早为伤后 8~10 小时,最迟为 5~6 日,通常在伤后 1~4 日。临床特点是:病情突然恶化,烦躁不安,有恐惧或欣快感;皮肤、口唇变白,大量出汗,脉搏快速,体温逐步上升。随着病情的发展,可发生溶血性贫血、黄疸、血红蛋白尿、酸中毒,全身情况可在 12~24 小时内全面迅速恶化。

(2) 局部表现 伤肢沉重或疼痛,持续加重,犹如胀裂,止痛剂不能奏效;局部肿胀与创伤所能引起的程度不成比例,并迅速向上、下蔓延。伤口中有大量浆液性或浆液血性渗出物,可浸湿厚层敷料,有时可见气泡从伤口中冒出。皮下由于气、水混杂,可触及捻发音。局部张力大,皮肤受压而发白,浅部静脉回流发生障碍,故皮肤表面可出现如大理石样斑纹。伤口可有恶臭。

P868 删除第十章 第一节概述 标题及全部内容

P868 删除第十章 第一节 考点一 3. (3) 恢复期方剂里的归脾丸

P872 修改考点二 1. 临床表现为西医病因病理

临床表现原文全部删,更改为

胸部损伤引起胸膜腔内积气称为气胸,胸膜腔积血者,称血胸。二者常合并存在,称为血气胸。

气胸的形成多由于肺组织、支气管破裂,空气逸入胸膜腔;或因胸壁伤口穿破胸膜,胸膜腔与外界沟通,外界空气进入所致。一般分为闭合性、开放性和张力性气胸三类。

1. 闭合性气胸多见于一般闭合性胸部损伤。小量气胸,肺萎陷在 30% 以下者,多无明显症状。大量气胸时病人有胸闷、胸痛和气促症状,气管向健侧移位,伤侧胸部叩诊呈鼓音,听诊呼吸音减弱或消失。胸部 X 线检查显示不同程度的肺萎陷和胸膜腔积气。

2. 开放性气胸胸壁伤口成为胸膜腔与外界相连的通道,以致空气可随呼吸而自由出入胸膜腔内,形成开放性气胸。

(1) 伤侧胸膜腔负压消失肺被压缩而萎陷,两侧胸膜腔压力不等而使纵隔移位,健侧肺扩张因而受限。

(2) 纵隔扑动与胸膜肺休克吸气时健侧胸膜腔负压升高,与伤侧压力差增大,纵隔向健侧进一步移位;呼气时两侧胸膜腔压力差减小,纵隔移回伤侧,这种反常运动称为纵隔扑动。纵隔扑动能影响静脉血流回心脏,引起循环功能严重障碍;纵隔的左右摆动会刺激纵隔和肺门神经,引发休克。

(3) 临床表现病人出现气促、呼吸困难和发绀、循环障碍以至休克。胸壁伤口开放者,呼吸时能听到空气出入胸膜腔的吸吮样声音。伤侧胸部叩诊呈鼓音,听诊呼吸音减弱或消失,气管、心脏明显向健侧移位。胸部 X 线检查示伤侧肺明显萎陷、胸膜腔积气、气管和心脏等纵隔器官偏移。

3. 张力性气胸又称高压性气胸,常见于肺大泡破裂、较大支气管破裂、较深的肺裂伤或胸壁穿透伤,其裂口形成活瓣。吸气时空气可从裂口进入胸膜腔内,而呼气时活瓣关闭,气体不能排出,只进不出,使胸膜腔内积气不断增多,压力不断升高,压迫伤侧肺,使之逐渐萎陷,并将纵隔推向健侧,挤压健侧肺,产生呼吸和循环功能的严重障碍。

病人极度呼吸困难,烦躁,意识障碍,大汗淋漓,发绀,可有脉细速,血压降低等休克表现。体格检查可见伤侧胸部饱满,肋间隙增宽,呼吸幅度减低,颈部、胸部可见皮下气肿。叩诊呈高度鼓音,听诊呼吸音消失。胸部X线检查显示胸膜腔大量积气,肺完全萎陷,气管和心脏向健侧移位。

4.血胸胸部损伤后引起胸膜腔积血者,称为损伤性血胸。有明确的胸部外伤史,小量出血的血胸,其胸内积血少于500 mL者,可无明显症状。胸部X线检查可见肋膈角消失。中等量以上出血的血胸,短期内胸腔内积血达1000 mL以上时,多可出现面色苍白、脉搏细速、呼吸急促、血压下降等休克征象和胸腔积液的体征。胸部X线检查可见伤侧胸膜腔内有大量积液阴影,纵隔向健侧移位。胸腔穿刺抽出血液即可确诊。

下列征象提示进行性出血:

- (1)脉搏逐渐增快,血压持续下降。
- (2)经输血补液后血压不回升或升高后又迅速下降。
- (3)血红蛋白、红细胞计数和红细胞比容等重复测定持续降低。
- (4)胸膜腔穿刺因血凝固抽不出血液,但连续胸部X线检查显示胸膜腔阴影继续增大。
- (5)闭式胸膜腔引流后,引流血量连续3小时每小时超过200mL。

P874 考点四 十二指肠及小肠损伤 修改为 十二指肠及小肠损伤(助理不考)**P874** 第四节 考点二 3.(3)气血两虚证方剂里的方剂 修改为八珍汤加减

P876 考点二 膀胱损伤(助理不考) 修改为 考点二 膀胱损伤

P879 考点四 内容修改为

1.火毒伤津证

证候:壮热烦躁,口干喜饮,便秘尿赤;舌红绛而干,苔黄或黄糙,或舌光无苔,脉洪数或弦细数。

治法:清热解毒,益气养阴。

代表方剂:黄连解毒汤、银花甘草汤、犀角地黄汤合增液汤加减。

2.火毒内陷证

证候:壮热不退,口干唇燥,躁动不安,大便秘结,小便短赤;舌红绛而干,苔黄或黄糙或焦干起刺,脉弦数等;若火毒传心,可见烦躁不安,神昏谵语;火毒传肺,可见呼吸气粗,鼻翼扇动,咳嗽痰鸣,痰中带血;火毒传肝,可见黄疸,双目上视,瘕挛抽搐;若火毒传脾,可见腹胀便结,便澹黏臭,恶心呕吐,不思饮食,或有呕血、便血;火毒传肾,可见浮肿,尿血或尿闭。

治法:清营凉血解毒。

代表方剂:清营汤或黄连解毒汤合犀角地黄汤加减。神昏谵语者加服安宫牛黄丸或紫雪丹;气粗咳嗽加生石膏、知母、贝母、桔梗、鱼腥草、桑白皮、鲜芦根;抽搐加羚羊角粉(冲)、钩藤、石决明;腹胀便秘、恶心呕吐加大黄、玄明粉、枳实、厚朴、大腹皮、木香;呕血、便血加地榆炭、侧柏炭、槐花炭、白及、三七、藕节炭;尿少或尿闭加白茅根、车前子、淡竹叶、泽泻;血尿加生地、大小蓟、黄柏炭、琥珀等。

3.阴伤阳脱证

证候:神疲倦卧,面色苍白,呼吸气微,表情淡漠,嗜睡,自汗肢冷,体温不升反低,尿少;全身或局部水肿,创面大量液体渗出;舌淡暗,苔灰黑,或舌淡嫩无苔,脉微欲绝或虚大无力等。

治法:回阳救逆,益气护阴。

代表方剂:四逆汤、参附汤合生脉散加味。

4.脾虚阴伤证

证候:疾病后期,火毒已退,脾胃虚弱,阴津耗损;面色萎黄,纳呆食少,腹胀便清,口干少津,或口舌生糜;舌暗红而干,苔花剥或光滑无苔,脉细数。

治法:补气健脾,益胃养阴。

代表方剂:益胃汤合参苓白术散加减。

5.气血两虚证

证候:疾病后期,火毒渐退,低热或不发热,精神疲倦,气短懒言,形体消瘦,面色无华,食欲不振,自汗,盗汗;创面肉芽色淡,愈合迟缓;舌淡,苔薄白或薄黄,脉细弱。

治法:补气养血,兼清余毒。

代表方剂:托里消毒散加减。

P881 第七节 冷伤 考点三 气血两虚证 用方修改为 人参养荣汤加减。

P883 第八节 考点三 3.增补

(3)麻痹期 治宜益气回阳、解毒固脱,方用生脉饮合人参四逆汤加减。

P884 修改

第十一章 肿瘤 修改为 第十一章 常见体表肿物

P885 删除

第十一章 第一节 概述 此部分全部删除

P887 修改

第十一章 第三节 原发性支气管肺癌 与下方增补的食管癌组成新章节 胸部疾病

考点一 3.实验室检查及其他检查 修改为

1.影像学诊断 胸部 X 线摄片检查、CT、MRI。

2.组织细胞学诊断

(1)痰细胞学检查是肺癌普查和诊断的一种简便有效方法。

(2)支气管镜检查是诊断肺癌的一个重要手段。

(3)纵隔镜检查,主要用于判明中央型肺癌侵犯纵隔的范围。

(4)经胸壁肺穿刺活检。

(5)转移病灶活组织检查。

P888 修改

考点二 西医治疗 修改为 外科治疗

外科手术是将带肿瘤的病肺连同肺门淋巴结彻底切除,达到根治的目的。中央型肺癌常须施行全肺切除,有些中央型肺癌也可施行袖式肺叶切除术,以保证健康的肺组织和肺功能。对周围型肺癌,肺叶切除已被公认为合理的手术。肺切除术的疗效与肿瘤的病理类型、恶性程度、范围、位置和有无淋巴结转移有关。

手术方式有全肺切除术、肺叶切除术、袖状肺叶切除术、胸腔镜下肺段或肺叶切除术。

下列情况为外科手术的禁忌证:①远处有转移,如肝、脑、骨骼系统及锁骨上和腋下淋巴结转移。②广泛肺门和纵隔淋巴结转移,如临床上发生上腔静脉受压、喉返神经麻痹、膈神经麻痹等。③胸膜受到侵犯引起血性胸腔积液,并找到癌细胞,或癌肿侵入胸壁组织。④病人一般情况差,心、肺、肝、肾功能不佳,难以耐受手术者。

P888 修改

考点三 5.代表方剂修改为

沙参麦冬汤加减,或四君子汤合清燥救肺汤化裁。放疗时加养阴及活血药天冬、黄精、丹参、赤芍;化疗时加健脾和胃降逆药法半夏、扁豆。

增补

第二节 食管癌

考点一 临床表现与检查

1.临床表现

1)早期症状吞咽食物梗噎感;胸骨后疼痛;食管内异物感;咽喉部干燥与紧缩感;食物吞咽缓慢并有滞留感。

2)中晚期症状