

内分泌系统疾病必考点总结

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**胰岛细胞瘤**)、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 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**左甲状腺素(L-T4)**

七、单纯性甲状腺肿

诊断 双侧甲状腺弥漫性无痛性肿大+甲状腺

功能正常(T3、T4 正常)= 单纯性甲状腺肿

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。（742 八版内科）
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 γ 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内。

（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）**血清钠低于 135mmol/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 150mmol/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 **3.5mmol/L**, 称为低钾血症 (正常值为 **3.5~5.5mmol/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

血清钾超过 **5.5mmol/L**, 称为高钾血症。

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 **7.35-7.45**

2. 呼吸指标: **PaCO₂ 35-45mmHg**

呼酸: PaCO₂ > 45mmHg, **呼碱**: PaCO₂ < 35mmHg

3. 代谢性指标: **实 AB 或 SB 22-27mmol/L**

代碱 > 27mmol/L; **代酸** < 22mmol/L

4. HCO_3^- 22-27mmol/L 代酸: $\text{HCO}_3^- <$

22mmol/L, 代碱: $\text{HCO}_3^- > 27\text{mmol/L}$ 。

金英杰医学教育