

(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 3.4~4.09 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 ① HMG-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, 10~20 mg/d; 瑞舒伐他汀 5~10 mg/d; 洛伐他汀 10~40 mg/d; 辛伐他汀, 20~40 mg/d; 普伐他汀, 10~40 mg/d; 氟伐他汀, 10~40 mg/d。晚上一次服用效果更好。② 胆酸隔置剂: 考来烯胺, 4~24 g 每晚 1 次或每天分 2 次口服; 考来替哌, 5~20 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 1~3 g 口服; 阿昔莫司, 250 mg 每天 1~3 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%~30%, 降 LDL-C 能力为 30%~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 3~6 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 6~12 个月复查一次, 如开始治疗 3~6 个月复查血脂仍未达到要求则调整剂量或药物种类 3~6 个月复查, 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/d。②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 750~1000mg/d。⑤丙戊酸钠起始 200mg/d,维持 600~1800mg/d。⑥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/d。④菲氨酯起始 400mg/d,维持 1800~3600mg/d。⑤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、脑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、口眼歪斜、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.常有外感湿热蕴毒,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。萎黄的病因与饥饱劳倦、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,动则益甚者为自汗;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 滞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,持续时间较长。

(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

- (1) 吞咽困难是食管癌的典型症状。
- (2) 梗阻症状,严重者常伴有反流,持续吐黏液。
- (3) 疼痛,胸骨后或背部肩胛区持续性绞痛,常提示食管癌已有外侵。
- (4) 出血,呕血或黑便。
- (5) 声音嘶哑,是喉返神经受到肿瘤直接侵犯或转移淋巴结压迫所引起的早期临床症状。
- (6) 体重减轻和厌食。

2. 检查

- (1) 食管拉网细胞学检查是诊断早期食管癌比较有效的方法。
- (2) 食管镜检查可以在直视下观察肿瘤大小、形态和部位。
- (3) X线钡餐检查。
- (4) CT检查。

考点二 外科治疗

手术是治疗食管癌的首选方法。对全身情况良好,有较好的心肺功能储备,无明显远处转移征象者,可考虑手术治疗。

手术禁忌证:全身情况差,已呈现恶病质;有严重心、肺或肝、肾功能不全者;X线造影及其他影像学检查发现病变侵犯范围大,已有明显外侵现象及穿孔征象或侵及邻近重要脏器者;已有远处转移者。

考点三 中医辨证治疗

1. 痰气交阻证

证候:有轻微的食管不适,或吞咽时稍有梗阻感,胸膈满闷,两胁胀痛,暖气,口干;舌质偏红,苔薄腻,脉弦滑。

治法:开郁,化痰,润燥。

代表方剂:启膈散合逍遥散加减。

2. 痰湿内蕴证

证候:吞咽困难,或食入即吐,呕吐痰涎,或如豆汁,胸膈痞闷,大便澹薄,小便不利,头身困重;舌苔白腻或灰腻,脉象弦细而滑。

治法:除湿化痰,降逆止呕。

代表方剂:二陈汤合旋覆代赭汤加减。

3. 瘀毒内结证

证候:吞咽困难,疼痛难忍,食饮难下,呕吐赤汁,食管中疼痛,痛及颈背;烦躁不安,面色晦暗,口渴咽干,大便干结,小便赤;舌质紫黑有瘀点,苔黄或粗糙无光泽,脉涩。

治法:活血化瘀,解毒祛邪。

代表方剂:桃仁四物汤合犀角地黄汤加减。

4. 津亏热结证

证候:吞咽梗涩而痛,饮能入而食难下;形体逐渐消瘦,五心烦热,口干咽燥,大便干结;舌质红干或有裂纹,脉弦细。

治法:清热养阴。

代表方剂:五汁安中饮加味。

5. 阴枯阳衰证

证候:长期饮食困难,近于梗阻;呕恶气逆,形体枯羸,目不识人,气短乏力,语声低微,面色晦暗或苍白,大便难下;舌质暗绛,舌体瘦小,少苔乏津或无苔,脉细数或沉细无力。

治法:滋阴壮阳,益气养血。

代表方剂:大补元煎加减。

P888 修改

第四节 胃癌 考点一、二 修改为考点一 临床表现与检查

考点一 临床表现与检查

1.临床表现

1)症状

- (1)胃部痛是胃癌最常见也最易被忽视的症状。
- (2)食欲减退、消瘦、乏力。
- (3)恶心、呕吐。
- (4)出血和黑便。

2)体征 一般胃癌尤其是早期胃癌常无明显的体征。晚期胃癌可出现上腹部肿块、直肠前触及肿物、脐部肿块、锁骨上淋巴结肿大等体征。

2.检查

- (1)X线钡餐检查。
- (2)内窥镜检查。
- (3)实验室检查对胃癌诊断无特异性,胃液及大便隐血试验可以为发现胃癌提供线索。
- (4)超声波检查。

P891 修改

第五节 考点三 4.肝肾阴虚证 修改为

治法:养阴散结,凉血解毒。

代表方剂:青蒿鳖甲汤合一贯煎加减。

P891 修改

第六节 考点一 1.修改为

1.临床表现与检查

1)临床表现 后放原文,(3)删除

2)检查

- (1)X线气钡双重对比造影 可发现肠腔狭窄或钡影残缺及肿瘤数目等。
- (2)纤维结肠镜或电子肠镜 不仅可以看到肠内病变的形态和范围,更重要的是取活组织病理检查以确诊。
- (3)血清癌胚抗原(CEA)检查 60%的结肠癌患者 CEA 升高,尤其是动态观察 CEA 对判定术后预后和复发有重要价值。

2.西医治疗

1.结肠癌根治术手术方式和范围应根据肿瘤部位、浸润深度和转移范围以及是否伴有肠梗阻而定。病变范围小或局限者应行彻底根治术,广泛浸润或有转移者只宜行减症或减量(姑息性)手术,以缓解病情、改善症状,为综合治疗创造条件。

2.化学治疗 化疗是手术后辅助治疗,有提高5年生存率的可能。化疗时机、剂量因人而异,常用方案为5-FU联合铂类药物为主。

P892 修改

考点二 1.修改为

1.临床表现与检查

1)临床表现 放原文(6)删除

2)检查

- (1)大便隐血检查。
- (2)内镜检查。除可肉眼作出诊断外,还可取组织作病理学检查。
- (3)直肠指诊是诊断直肠癌的最重要方法。

(4)影像学检查。腹部或盆腔B超检查、CT检查主要针对直肠癌的分期进行评估,检出癌肿浸润肠壁的深度及有无邻近器官受累情况,有无肝转移,为手术方案提供依据。

(5)肿瘤标记物。癌胚抗原(CEA)主要用于预测直肠癌的预后和监测复发。

P892 修改

考点二 2.修改为

1.手术治疗 无手术禁忌证,可以切除的直肠癌应尽可能早期实施根治术。切除范围应包括肿瘤病变、足够的肠管、被侵犯的邻近器官、四周可能被浸润的组织、全直肠系膜淋巴结。不能实施根治术者亦应行缓解症状的姑息性切除。

2.放射治疗 可在术前施行。作为提高疗效的辅助疗法,术前放疗可提高手术切除率。术后放疗用于手术不能达到目的、术后局部复发或晚期的病人。

3.化疗 是手术后辅助治疗,有提高5年生存率的可能。化疗时机、剂量依人而定,常用方案为5-FU联合氟类药物为主。

P932 修改

第二节 考点一、二 修改为考点一

考点一 临床表现

1.急性非特异性睾丸炎 多发于单侧。睾丸肿痛,程度由轻微不适到剧烈疼痛不等,向腹股沟放射,阴囊皮肤发红、肿胀。

2.腮腺炎性睾丸炎 临床表现与非特异性睾丸炎类似,症状较轻。常在腮腺炎后4~7天发病,可由单侧累及双侧。

3.急性附睾炎 突发性阴囊疼痛,坠胀不适,患侧阴囊肿胀,阴囊皮肤发红、发热、疼痛,沿精索放射至腹股沟,甚至放射至腰部,疼痛剧烈。附睾肿大发硬,触痛明显,附睾、睾丸界限不清,形成脓肿时可有波动感,脓溃则有瘻管。

4.慢性附睾炎 阴囊轻度坠胀不适或疼痛,可放射至下腹部及同侧大腿内侧,休息后好转。患侧附睾局限性增厚、肿大,精索及输精管增粗,与睾丸界限清楚。

P894 删除

第十二章 第一节 概述 此部分全部删除

P894 修改

第十二章 第二节 修改为

考点一 西医病因病理

1.病因 急性阑尾炎的发病过程往往是复杂的,其发病有三种学说:阑尾腔梗阻学说、细菌感染学说、神经反射学说。上述三种因素在急性阑尾炎的发病过程中可相继出现,且互相影响,互为因果。

2.病理

原文内容放此处

(1)急性单纯性阑尾炎……

P895 修改

考点四 修改为

尽早采用手术疗法,尤其是老年人、小儿、妊娠期急性阑尾炎。其主要方法是阑尾切除术。对腹腔渗液严重,或腹腔已有脓液的急性化脓性或坏疽性阑尾炎,应同时行腹腔引流;对阑尾周围脓肿,如有扩散趋势,可行脓肿切开引流。

P896 修改

3.热毒证

代表方剂:大黄牡丹汤合透脓散加减。若持续性高热或寒热往来,热在气分者加白虎汤,热在血分者加犀角地黄汤;腹胀加青皮、厚朴;腹痛剧烈者加元胡、广木香;口干舌燥加生地、玄参、天花粉;大便秘结

加甘遂末 1 g,冲服。

P897 修改

考点三 (二)检查 修改为

1.实验室检查

(1)血液 严重失水,血液浓缩时,血红蛋白及红细胞压积升高;肠绞窄伴腹膜炎时,白细胞总数及中性粒细胞比例升高。血钾、钠、氯离子及二氧化碳结合力、血气分析等测定能判断电解质、酸碱平衡紊乱情况。

(2)尿液 脱水时尿量减少,尿比重升高。

(3)呕吐物及粪便检查 如有大量红细胞或隐血试验阳性,多表示肠管有血运障碍或出血性的病变。

2.X线检查 肠管的气液平面是肠梗阻特有的X线表现。

P897 删除

考点四 1.诊断 此部分删除

P897 修改

考点四 4.修改为高位肠梗阻与低位肠梗阻的鉴别

P899 修改及增补

第四节 考点一 (一) 标题修改为 (一)西医病因病理

内容修改为

1.病因

(1)梗阻因素 胆石症和胆管狭窄是造成胆道梗阻,引起胆道感染的重要原因。胆石症、胆管狭窄和胆道感染常同时并存,互为因果,互相影响。

(2)感染因素 包括寄生虫感染、细菌感染和病毒感染等。

(3)局部供血障碍 胆道局部供血障碍是胆道感染或炎症的另一重要原因。

(4)其他胆道畸形、胆道创伤和胆道运动功能障碍也可致急性胆道感染。

2.病理 根据胆囊壁的病变程度和范围常分为以下几种类型:

(1)急性单纯性胆囊炎 一般为急性胆囊炎的早期表现。

(2)急性化脓性胆囊炎 急性单纯性胆囊炎继续发展,梗阻因素未能解除或继发严重的感染。

(3)急性坏疽性胆囊炎 为急性胆囊炎的晚期表现,常同时伴有胆囊壁内脓肿破溃而出现胆囊穿孔、胆汁性腹膜炎。

(4)急性梗阻性化脓性胆管炎 是由于胆管梗阻和细菌感染,胆管内压升高,肝脏胆血屏障受损,大量细菌和毒素进入血循环,造成以肝胆系统病损为主,合并多器官损害的全身严重感染性疾病,是急性胆管炎的严重形式。

第四节 考点一 (二)内容修改为

1.临床表现

此处放原文

(1)急性胆囊炎……

2.检查

(1)急性胆囊炎 化验室检查:有轻度白细胞升高;血清转氨酶轻度升高,AKP升高。影像学检查:B超检查可显示胆囊增大、囊壁增厚甚至有“双边”征,以及胆囊内结石光团。此外,如^{99m}Tc-EHI-DA检查,由于胆囊管梗阻胆囊不显影,其敏感性几乎达100%。

(2)急性梗阻性化脓性胆管炎 实验室检查:白细胞计数升高,中性粒细胞升高,血小板计数降低。凝血酶原时间延长,肝功能有不同程度的受损。影像学检查:以B超最为实用,能及时了解胆道梗阻的部位、病变性质、肝内外胆管扩张等情况。

(三) 1. 一般治疗 增补

对于急性重症胆管炎,要重视恢复血容量,改善和保证组织器官的良好灌流和氧供。

P900 修改

考点二 内容修改为

(一) 临床表现与检查

1. 临床表现

此处放原文 (1) 胆囊结石……

2. 检查

(1) 血常规 急性发作期白细胞增高,中性粒细胞比例增高,多数病人白细胞增高的程度与合并感染的轻重相并行。

(2) 肝功能 胆石症反复发作可引起轻重不同的肝脏损害,肝功能试验可发现异常,例如血清谷丙转氨酶(SGPT)、谷氨酰转肽酶(γ -GT)增高,血清胆红素增高。

(3) 影像学检查 胆道造影、B超、CT或MRI检查可见到胆囊或(和)胆管扩张和结石影像。其中B超方便易行,价格低廉,为首选检查。

(二) 西医疗疗

1. 排石疗法 适应证为:①胆管结石直径 $<1\text{cm}$,胆管下端无狭窄。②胆管或肝管多发小结石。③手术后胆管残余结石。④较小的胆囊结石,胆囊舒缩功能较好者。

2. 电针排石 电针除了能消炎止痛,使胆道感染的症状得以控制外,也可促使排出胆石。

3. 溶石疗法 口服溶石药物:鹅去氧胆酸和熊去氧胆酸。

4. 碎石疗法 适应证:①症状性胆囊结石。②口服胆囊造影检查显示胆囊功能正常。③阴性胆结石。④胆囊内直径 $0.5\sim 2\text{cm}$ 的单颗结石,或直径 $0.5\sim 1\text{cm}$ 的多发结石,但不得超过5颗结石。⑤单发胆管阴性结石且定位准确。

5. 取石疗法 经皮肝穿刺胆道(PTCS)以及经十二指肠镜 Oddi 括约肌切开取石(EST)等。

6. 外科手术 手术方法与胆道感染大致相同,根据结石部位的不同,分别采用胆囊切除、胆总管切开取石、T管引流术及胆肠内引流术等,部分肝胆管结石病人须行肝叶切除术。近年来随着外科微创技术的发展,对于胆囊和胆总管结石的择期治疗,主张首选联合电子内镜(胆道镜、十二指肠镜和腹腔镜)下的微创外科手术。

(三) 中医辨证论治

1. 肝郁气滞证

证候:右上腹间歇性绞痛或闷痛,有时可向右肩背部放射,右上腹有局限性压痛;伴低热,口苦,食欲减退;舌质淡红,苔薄白或薄黄,脉弦紧。

治法:疏肝利胆,理气开郁。

代表方剂:金铃子散合大柴胡汤加减。

2. 肝胆湿热证

证候:右上腹持续性胀痛,多向右肩背部放射,右上腹肌紧张,有压痛,有时可摸到肿大的胆囊;伴高热、恶寒、口苦咽干、恶心呕吐、不思饮食,部分病人出现身目发黄;舌质红,苔黄腻,脉弦滑或弦数。

治法:疏肝利胆,清热利湿。

代表方剂:茵陈蒿汤合大柴胡汤加减。

3. 肝胆脓毒证

证候:右上腹硬满灼痛,痛而拒按,或可触及肿大的胆囊,黄疸日深,壮热不止;舌质红绛,苔黄燥,脉弦数。严重者,四肢厥冷,脉细数。

治法:泻火解毒,养阴利胆。

代表方剂:茵陈蒿汤合黄连解毒汤加味。

4.肝阴不足证

证候:胁肋隐痛,绵绵不已,可向右肩背部放射,遇劳加重,口干咽燥,心中烦热,两目干涩,头晕目眩;舌红少苔,脉弦细。

治法:滋阴柔肝,养血通络。

代表方剂:一贯煎加减。

P901 修改

第五节 急性胰腺炎

考点一 西医病因病理

(一)病因

1.梗阻因素。最常见的梗阻原因是胆结石。胆胰共同通路的梗阻导致胆汁反流进入胰管,造成胆汁诱发的胰实质损伤。

2.过量饮酒。

3.暴饮暴食。

4.其他。高脂血症、高钙血症、创伤、胰腺缺血、病毒感染及某些药物(如雌激素、口服避孕药等)也可能诱发。

(二)病理 程度不同的水肿、出血和坏死是急性胰腺炎的基本病理改变。

此处放原文

P902 考点三考点四修改

考点三 临床分型

1.轻型急性胰腺炎 ……

2.重症急性胰腺炎 ……

考点四 诊断与鉴别诊断

(一)诊断

突发上腹剧痛、恶心、呕吐、腹胀并伴有腹膜刺激征,经检查可除外胃肠穿孔、绞窄性肠梗阻等其他急腹症,并具备下列4项中2项者即可诊断为重症急性胰腺炎:①血、尿淀粉酶增高,或突然下降到正常,但病情恶化。②血性腹水,其淀粉酶增高。③难治性休克。④B超或CT检查示胰腺肿大,质不均,胰外有浸润。

(二)鉴别诊断

1.消化道溃疡穿孔 ……

2.急性胆囊炎 ……

3.急性肠梗阻 ……

4.急性肾绞痛 ……

P902 修改

考点六

1.修改为 肝郁气滞证(轻型急性胰腺炎)

2.修改为 脾胃实热证(重型急性胰腺炎)

3.修改为 脾胃湿热证(胆道疾患并发之胰腺炎)

4.修改为 蛔虫上扰证(胆道蛔虫引起的急性胰腺炎)

P905 删除

第十三章 第一节概述 此部分全部删除

P905 删除

第十三章 第二节 考点二 此部分全部删除

P906 修改

第十三章 第三节 考点三 3. 修改为

3.脾肾阳虚证

症状:颈下癭肿,面色苍白,形寒肢冷,腰膝酸软,头目晕眩,或面浮肢肿;舌质淡,苔白滑或腻,脉沉细。

治法:温补脾肾,化痰散结。

代表方剂:阳和汤加减。

P906 删除

第十三章 第四节 考点一 临床表现与检查 此部分全部删除

P908 增补

第十三章 第五节 考点一 增补为

放在中医辨证治疗前,中医辨证治疗调整为 3.

2.西医治疗

原则上应早期切除,行包括腺瘤的患侧甲状腺大部或部分切除。切除标本必须立即行冰冻切片检查,以判定有无恶变。

P911 修改

考点四 西医治疗 内容修改为

1.本病早期宜用含有 100 万 U 青霉素的等渗盐水 20 mL 注射在炎性结块四周,必要时每 4~6 小时重复 1 次,能促使早期炎症灶消散。

2.应用足量广谱抗菌药物。可选用青霉素、红霉素、头孢类抗生素等。

3.脓肿形成后应及时切开排脓。切开引流时应注意以下各点:①为避免手术损伤乳管而形成乳瘘,应以乳头为中心循乳管方向行放射状切口,至乳晕处为止。深部或乳房后脓肿可沿乳房下缘行弧形切口,经乳房后间隙引流,既有利于引流排脓,又可避免损伤乳管。乳晕下脓肿应沿乳晕边缘行弧形切口。②若炎症明显而波动感不明显者,应在压痛最明显处进行穿刺,及早发现深部脓肿。③切开后应以手指探入脓腔,轻轻分离多房脓肿的房间隔膜,以利引流。④为有利于引流通畅,可在探查脓腔时找到脓腔的最低部位,另作切口行对口引流。

4.感染非常严重或脓肿切开引流损伤乳管者,可终止乳汁分泌。

P911 增补

考点五 4.气血凝滞证

证候:大量使用抗生素或过用寒凉中药后,乳房结块,质硬不消,微痛不热,皮色不变或暗红,日久不消,无明显全身症状;舌质瘀紫,苔薄白,脉弦涩。

治法:疏肝活血,温阳散结。

代表方剂:四逆散加味。

P913 修改

第三节 考点一 (一) 1.修改为

(1)乳房肿块多发生于乳房外上象限,圆形,光滑,大小不等,小如黄豆、弹丸,大者如禽蛋,个别的直径可超过 10cm,称为巨大纤维瘤。

(2)乳房轻微疼痛。

(3)其他症状。部分病人可有情志抑郁、心烦易怒、失眠多梦等症状。

P914 删除

第四节 考点三 5.生物治疗 此部分全部删除

P916 删除

第十五章 第一节 概述 此部分全部删除

P920 修改

第四节 考点四 1.脾胃虚寒证 代表方剂修改为 丁香透膈散加减。

P924 删除

第十七章 腹外疝 第一节 概述 考点一 此部分全部删除

P924 修改

第十七章 腹外疝 第一节 概述 考点二 修改为

1.病因

1.腹壁强度降低潜在的腹壁强度降低最常见于某些组织穿过腹壁的部位,如精索或子宫圆韧带穿过腹股沟管、股动脉穿过的股管、脐血管穿过的脐环等处,其他像腹白线因发育不良也可成为腹壁的薄弱点。此外,手术切口愈合不良、外伤、感染、腹壁神经损伤、老年、久病、肥胖所致肌肉萎缩等也是腹壁强度降低的原因。

2.腹内压力增高常见的原因有慢性咳嗽、慢性便秘、排尿困难(如包茎、膀胱结石、前列腺增生)、腹水、妊娠、举重、婴儿经常啼哭等。正常人虽时有腹内压增高的情况,但如腹壁完整而维持一定的强度,则不会发生疝。

2.病理解剖

放原文 2.病理 的内容

P925 增补

第二节 增补考点一 腹股沟管解剖

腹股沟管并非呈管形,而是腹股沟区肌层间一个潜在的裂隙,位于腹股沟韧带中点上方2cm处,与韧带平行。成人腹股沟管长4~5cm,内有精索或子宫圆韧带通过。有内、外两口及前、后、上、下四壁。内口即内环(腹环),外口即外环(皮下环),其大小一般可容一指尖。前壁为皮肤、皮下组织、腹外斜肌腱膜,外侧1/3部分尚有腹内斜肌;后壁为腹膜与腹横筋膜,内侧的1/3尚有联合腱;上壁为腹内斜肌和腹横肌下缘;下壁为腹股沟韧带和腔隙韧带。在腹外斜肌与腹内斜肌之间有髂腹下神经和髂腹股沟神经通过。

P925 修改

考点一 临床表现 修改为 考点二 临床表现

P926 修改

考点二 西医治疗 修改为 考点三 西医治疗

P927 增补

第三节 增补 考点一 局部解剖

考点一 局部解剖

腹股沟三角:其外侧边是腹壁下动脉,内侧边为腹直肌外侧缘,底边为腹股沟韧带。此区内无腹肌覆盖,腹横筋膜又比其他部位薄弱,易发生疝,故又称直疝三角。

P927 修改

考点一、考点二 修改为 考点二、考点三

P927 删除

删除 斜疝和直疝的鉴别表格

P928 增补

增补第四节 考点一 股管解剖

股管是腹股沟韧带下内侧一个漏斗形的间隙,长1~1.5cm,直径1.5cm,有上、下两口。上口为股环,有股环隔膜覆盖;下口为卵圆窝,是股部阔筋膜上的一个薄弱部分,其浅面有筛状板覆盖,大隐静脉在此处穿过筛状板进入股静脉。股管前壁是腹股沟韧带,后壁是耻骨梳韧带,内侧是陷窝韧带,外侧是股静脉。股管内被脂肪、疏松结缔组织充填。

P928 修改

考点一、考点二 修改为 考点二、考点三

P936 删除

第四节 考点二 删除

P938 增补

第一节 概述

考点 齿线及周围组织

齿线,又名齿状线,是由直肠柱与肛瓣的游离缘联合而成,是皮肤与黏膜的交界处,是内外胚层的移行区。齿线上下两方的上皮、血管、淋巴及神经的来源完全不同,其上、下的主要区别见下表:

齿线上、下的解剖差异		
部位	齿线以上	齿线以下
组织结构	黏膜	皮肤
动脉供应	直肠上、下动脉	肛管动脉
静脉回流	直肠上静脉丛回流入门静脉	直肠下静脉丛回流入下腔静脉
淋巴回流	腹主动脉旁淋巴结	腹股沟淋巴结
神经支配	植物神经系统,无痛觉	躯体神经支配,痛感敏锐

(一)齿线上区

1.直肠柱 或称肛柱,为肠腔内壁垂直的黏膜皱袂。直肠柱上皮对触觉和温觉刺激的感受比齿线下部的肛管更敏感。

2.肛瓣 两个直肠柱下端之间有半月形黏膜皱装,称为肛瓣。

3.肛隐窝 或称肛窦,是肛瓣与直肠柱之间的肠壁黏膜形成向上开口的袋状间隙。肛窦口向上,深3~5mm,底部有肛腺的导管开口,此处常存积粪屑杂质,,易致损伤及感染而引发肛隐窝炎及各种肛肠疾病。

4.肛腺 是连接肛隐窝内下方的腺体,与肛隐窝相通。肛腺分泌的液体存在肛窦内,排便时可起到润滑大便的作用。

5.肛垫 位于直肠、肛管结合处,亦称直肠肛管移行区(痔区)。该区为环状的海绵状组织带,富含血管、结缔组织、弹性纤维及与平滑肌相混合的纤维肌性组织(Treitz肌)。肛垫像一胶垫,协助括约肌封闭肛门。

(二)齿线下区

1.肛乳头 直肠柱下端的三角形小隆起,沿齿线排列,称为肛乳头,由纤维结缔组织组成,含有血管和毛细淋巴管,表面覆以皮肤。

2.括约肌间沟 又称肛门白线,是内、外两括约肌之间的括约肌间沟,直肠指检时能触到明显的环形沟。

3.栉膜 是齿线与括约肌间沟之间的肛管上皮,是皮肤与黏膜的过渡区,皮薄而致密,色苍白而光滑。栉膜区是肛管的最狭窄地带。

P938 增补

第一节 考点一 增补

(一)分类

放原文痔的分类

(二)病理

痔是肥大、移位的肛垫,而不是曲张的直肠上静脉末支,这一观点已被认同。肛垫内正常纤维弹力结构的破坏、伴有肛垫内静脉的曲张和慢性炎症纤维化,肛垫出现病理性肥大且向远侧移位后而形成痔。

长期饮酒和恣嗜辛辣等刺激性食物可使局部充血;肛周感染可引起静脉周围炎使肛垫肥厚;营养不良可使局部组织萎缩无力。久坐久立或便秘、妊娠、前列腺增生等使腹内压升高而影响痔静脉回流的因素均可诱发痔。

P940 增补

考点三 3.其他疗法 增补

(4)结扎术在痔核深部用粗线贯穿结扎,使痔核缺血坏死而脱落,以达到痊愈的目的。适用于期内痔,特别是纤维型内痔。

禁忌证:肛门周围脓肿或湿疮者;内痔伴有痢疾或腹泻者;因腹腔肿瘤引起的内痔;内痔伴有严重肺结核、高血压,以及肝、肾疾病和血液病患者;临产期孕妇。

P942 修改

第二节 标题 修改为 肛周脓肿

P943 修改

考点四

1.热毒蕴结证

代表方剂:仙方活命饮或黄连解毒汤加减。若有舌苔黄腻、脉滑数等湿热之象,可合用萆薢渗湿汤。

3.阴虚毒恋证

代表方剂:青蒿鳖甲汤合三妙丸加减。肺虚者加麦冬、沙参、马兜铃;脾虚者加白术、山药、白扁豆;肾虚者生地改熟地,加龟甲、玄参。

P944 修改

第一节 考点一 修改为 西医病因病理

(一)病因

关于病因有以下学说:烟草致敏学说、寒冻学说、免疫学说、激素学说等,总之,凡是能使周围血管长久地处于痉挛状态的因素都可能是血栓闭塞性脉管炎(TAO)发病的原因。

(二)病理

放原文内容

P944 修改

考点二 1.(1) 修改为

(1)疼痛 疼痛是TAO病人最突出的症状,大约有1/10的患者在开始患病时就有疼痛。当病情进一步发展成动脉闭塞时,则产生更为严重的缺血性疼痛。早期患肢伴随发凉、麻木和足底弓疼痛,病人行走一段路程后,小腿及足弓部肌肉发生胀痛或抽痛,如继续行走时疼痛加重,最后被迫止步,休息后症状缓解,再行走后症状又出现,即所谓“间歇性跛行”。如病情继续加重,则动脉缺血更为严重,甚至肢体处于休息状态时疼痛仍不缓解,且以夜间尤甚。病人常抱膝而坐,彻夜不眠;或将肢体下垂,此时即所谓TAO病人的静息痛,其疼痛常会因为情绪刺激及局部受冷而加重。

P946 修改

考点四

1.寒湿证

代表方剂:阳和汤加减。疼痛甚者加元胡、忍冬藤;湿重者加萆薢、云苓。

2.血瘀证

代表方剂:桃红四物汤加减。夹有寒湿者加肉桂、白芥子。睡眠不佳者加远志、酸枣仁。

3.热毒证

代表方剂:四妙勇安汤加减。本证多兼有血瘀,可加川芎、桃仁、红花等。若发热重可加犀角(可用水牛角代)、生地、公英等。

4.气血两虚证

代表方剂:十全大补丸加减。可适当加赤芍、王不留行等活血药;同时加玄参、双花等清热解毒药。

5.肾虚证

代表方剂:肾阳虚者桂附八味丸加减;肾阴虚者六味地黄丸加减。

P947 修改

第二节 考点一标题修改为 西医病因病理

P947 修改

考点四修改

1.寒凝血脉证

方药:阳和汤加减。若有血瘀之象可加桃仁、红花;若疼痛可加元胡、白芷。发于上肢加桂枝,发于下肢加牛膝。

2.血瘀络证

方药:桃红四物汤加减。若兼有气虚者加黄芪、党参,若疼痛明显者加元胡、白芷。

3.热毒蕴结证

方药:四妙勇安汤加减。湿热盛者加茯苓、泽泻;血瘀者加鸡血藤、炒地龙;发热者加公英、地丁、板蓝根。

4.脾肾阳虚证

方药:八珍汤合左归丸或右归丸加减。

P948 删除

第三节 考点一删除

P949 修改

考点四 修改

1.湿热蕴阻,气滞血瘀证

方药:桃红四物汤和草薢渗湿汤加减。血瘀重者可加入水蛭、地龙;湿重者加土茯苓。

2.气虚血瘀,寒湿凝滞证

方药:补阳还五汤和阳和汤加减。伴肢冷麻木者,加桂枝;腰酸腿软者,加菟丝子、川断;疼痛者加元胡。

P950 修改

第四节 考点一 修改为 临床表现与诊断

(一)临床表现

(二)诊断

1.家族史或长期站立、寒冷刺激等病史。

2.肢体有曲张的或呈团块样静脉。

3.足靴区可出现营养不良情况,如色素沉着、溃疡等。

大隐静脉瓣膜功能试验,深静脉通畅试验及深浅静脉交通支试验提示大隐静脉或小隐静脉瓣膜功能不全,并可有交通支瓣膜功能不全。

P950 修改

考点三

1.气血瘀滞证

方药:柴胡疏肝散加减。疼痛加忍冬藤、地龙;扭曲块明显加三棱、莪术;患肢畏寒、麻木加附子、桂枝。

2.湿热瘀阻证

方药:草薢渗湿汤合大黄广虫丸加减。伴疼痛者加元胡、白芷;气血虚者加黄芪、白术。

P953 修改

第一节 考点四

1.肝经郁热证

方药:龙胆泻肝汤加减。发于头面部加牛蒡子、野菊花;发于眼部加石决明、谷精草;发于胸胁加郁金、川楝子;发于下肢者加黄柏、苍术;疼痛明显加制乳香、没药。

2.脾虚湿蕴证

方药:除湿胃苓汤加减。发于下肢者加怀牛膝、黄柏;水疱大而多者加土茯苓、萆薢、车前草;热毒重者加银花、白花蛇舌草。

3.气滞血瘀证

方药:柴胡疏肝散合桃红四物汤加减。心烦眠差者加珍珠母、牡蛎、山栀子、酸枣仁;疼痛剧烈者加延胡索、制乳香、制没药等。

P954 修改

第二节

考点一 临床表现

(一)头癣

1.黄癣 初起毛发根部红色丘疹或脓疱,干后形成黄痂,逐渐增厚扩大,形成碟形黄癣痂,边缘翘起,中心微凹,上有毛发贯穿。剥去痂皮,其下为鲜红湿润的糜烂面或浅表溃疡,有特殊的鼠尿臭味。病发失去光泽,易于脱落,但不折断,若不及时治疗,毛囊受到破坏而形成萎缩性瘢痕,遗留永久性脱发,严重时只在头皮的边缘保留残余的头发。患者自觉瘙痒剧烈,有继发感染时可伴发热,局部淋巴结肿大。黄癣菌也可侵犯头皮外的光滑皮肤及甲部,偶见侵犯内脏器官。

2.白癣 好发于头顶中间,也可在额顶部或枕部。开始时为大小不一灰白色鳞屑性斑片,圆形或椭圆形,时有瘙痒,其上头发失去光泽,白色斑片日久蔓延扩大,形成大片。患部头发一般距头皮2~4mm处折断,根部有一白色菌鞘围绕,为真菌孢子寄生于发外形成,断发极易拔除,患部皮肤无炎症反应。病程缠绵,迁延数年不愈,但至青春期末,大多自愈,新发再生,不留瘢痕。若患处发生感染化脓时,则该处头发永不再生而留有瘢痕。

3.黑点癣 发病初起为散在性、局限性点状红斑,以后发展为大小不等的圆形或不规则形灰白色鳞屑斑,边缘清楚。病发长出头皮后即折断,远望形如黑点,自觉瘙痒。本病进展缓慢,可经年累月不愈,因毛囊被破坏而形成瘢痕。黑点癣除发生于头皮外,亦可侵犯光滑的皮肤及指(趾)甲。

(二)手足癣

1.足癣

(1)水疱型 多发生在趾间、足跖及其侧缘。皮损为聚集或散在的深在性皮下水疱,壁厚发亮,感觉瘙痒。数天后干燥脱屑或融合成多房性水疱,撕去疱壁可露出蜂窝状基底及鲜红色糜烂面。

(2)浸渍糜烂型 发生于趾缝间,尤以4、5趾间多见。表现为趾间潮湿,皮肤浸渍发白,如将白皮剥去,基底呈鲜红色,可有少量淋巴液,瘙痒剧烈。此型易继发感染,并发急性淋巴管炎、淋巴结炎及丹毒。

(3)鳞屑角化型 以足跟、足跖及其侧缘多见。角质层增厚、粗糙、脱屑、干燥。冬季易发生皲裂,疼痛明显。本型多见于病程长、年龄大的患者。

2.手癣 皮损初起为掌心或指缝水疱或掌部皮肤角化脱屑、水疱。水疱破后干涸,叠起白屑,中心向愈,四周继发水疱,并可延及手背、腕部。自觉瘙痒,反复发作手掌皮肤肥厚、皲裂疼痛。损害若侵及指甲,可使甲板增厚或萎缩翘起,色灰白而成甲癣(灰指甲)。

3.体癣 好发于夏季,冬季常好转。皮疹好发于颜面及颈部,亦可发生于躯干、四肢等处。损害为圆形或钱币形红斑,数目不定,病灶中央常自愈,周边稍隆起,呈活动性,有炎性丘疹、小疱、痂皮、鳞屑等。可形成环形,有时亦可互相融合成多环形或损害中央发生新皮疹而形成同心环状。自觉瘙痒,可反复发作。

股癣多发生在男性成年人,主要发生在腹股沟内侧与阴囊相接触的大腿根部及臀部。皮疹与体癣相

似,两侧对称发生,病人自觉剧痒。患处由于搔抓或磨擦,潮湿糜烂,呈湿疹样改变,慢性阶段皮损可以出现苔藓化。胖人多汗者病情较为严重。

考点二 诊断与鉴别诊断

(一) 诊断

头癣

(1) 黄癣 皮损为以毛发为中心的黄癣痂,伴鼠尿臭味,发展缓慢,毛发脱落,形成永久性脱发。直接镜检为发内菌丝孢子,滤过紫外线检查显示暗绿色荧光,培养为许兰毛癣菌。

(2) 白癣 皮损为白色鳞屑斑,断发有白色菌鞘,愈后不留瘢痕,青春期可自愈。镜检发外 密集小孢子,滤过紫外线检查显示亮绿色荧光,培养为大小孢子菌或铁锈色小孢子菌或羊毛状小孢子菌。

(3) 黑点癣 皮损为小片白色鳞屑斑,低位断发,形如黑点,进展缓慢,有的至青春期可自愈,病久可形成瘢痕。镜检可见发内呈链状排列稍大的小孢子,培养为萁色毛菌和断发毛癣菌。

(二) 鉴别诊断

1. 头癣

(1) 头皮脂溢性皮炎 好发于青年人;皮损为白色鳞屑堆叠,搔抓脱落,脱发而不断发;无传染性;真菌检查阴性。

(2) 银屑病 头部皮损为大小不一略凸起的银白色鳞屑性斑块,边界清楚,刮去鳞屑可见出血点,无断发及白色菌鞘;真菌镜检阴性。

(3) 头部湿疹 头部皮损有丘疱疹、糜烂、渗出、结痂等多形损害,瘙痒,一般不脱发;真菌镜检阴性。

2. 手足癣

(1) 手足部湿疹 常对称发生,皮疹为多形性,边界不清,瘙痒剧烈,反复发作;真菌检查阴性。

(2) 汗疱疹 多发生于手足多汗患者,对称发生深在性小水疱,瘙痒及烧灼感;好发于春秋季节,常每年定期反复发作;真菌检查阴性。

3. 体癣

(1) 玫瑰糠疹 好发于躯干及四肢近心端;皮疹呈椭圆形,皮疹长轴与皮纹一致,常先出现母斑;查真菌阴性。

(2) 银屑病 皮疹有时呈环形,基底为淡红色浸润性斑块,上覆以多层银白色鳞屑,刮去银屑后有薄膜现象和点状出血;好发于头部、躯干和四肢;一般冬重夏轻;真菌检查阴性。

考点三 西医治疗

(一) 头癣

1. 抗菌疗法 常用药物有灰黄霉素和酮康唑,以灰黄霉素为首选。服药期间应避免服用抑制胃液分泌的药物,定期检查肝功能。其他抗真菌药物如伊曲康唑、疗霉舒等亦可酌情采用。

2. 局部治疗 常用药物有 2.5%~5% 碘酊、10% 硫黄软膏、复方苯甲酸软膏、硝酸咪康唑霜剂及洗剂等。上述药物可选一种,或数种交替外用,擦药时擦遍全头,一般用药 5~7 周,直到临床症状消失后 2 周为止,不得中途间断。黄癣患者若菌痂很厚时,应先以油剂除去菌痂,再外擦药物。

(二) 手足癣

1. 全身治疗适用于病情较重及反复发作患者,可选用酮康唑、伊曲康唑、特比萘芬或氟康唑等抗真菌药物口服。

2. 局部治疗

水疱型:选用 1%~3% 益康唑、克霉唑、联苯苄唑霜及复方苯甲酸搽剂、复方雷锁辛搽剂等外用。

浸渍糜烂型:选用高锰酸钾溶液(1:6000~1:4000)热浸或醋酸铅液(1:2000)湿敷。外搽作用比较温和的制剂如复方雷锁辛搽剂、2%咪康唑霜等。

鳞屑角化型:先用角质剥脱剂,如 10% 水杨酸软膏、30%~40% 尿素软膏,待角化减轻后,再用咪唑类抗真菌药物。

不论用那种外用药物,均需坚持连续治疗1~2个月。如伴发感染,可外用抗炎药物。

(三)体癣

1.全身治疗 全身泛发性癣可选用伊曲康唑、特比萘芬、酮康唑、氟康唑等抗真菌药内服。

2.局部治疗 酌情外搽复方苯甲酸搽剂或软膏(怀氏搽剂或软膏)、复方雷锁辛搽剂(卡氏搽剂)、3%咪康唑霜、1%~2%克霉唑霜、酮康唑霜、联苯苄唑霜、特比萘芬软膏等。

考点四 中医辨证治疗

1.头癣

虫毒湿聚证

证候:皮损泛发,蔓延浸淫,或大部分头皮毛发受累,患处皮肤红肿,痂厚;舌质红,苔黄腻,脉滑数。

治法:祛风除湿,杀虫止痒。

方药:苦参汤加减。

2.手足癣

(1)湿热蕴结证

证候:皮疹以水疱、丘疱疹、糜烂为主,局部红赤肿痛;舌质红,苔黄腻,脉滑数。

治法:清热利湿,解毒消肿。

方药:萆薢化毒汤合五神汤加减。

(2)血虚风燥证

证候:皮疹以角质层肥厚、干燥、脱屑、皲裂为主,自觉疼痛;舌质淡红,苔薄白,脉细。

治法:养血祛风。

方药:当归饮子加减。

3.体癣

证候:皮疹泛发,瘙痒剧烈,股癣潮湿糜烂,呈湿疹样改变;舌质红,苔黄腻,脉滑数。

治法:清热利湿,祛风止痒。

方药:龙胆泻肝汤加减。

P955 修改

第三节 考点二 修改为 诊断与鉴别诊断

(一)诊断

放原文内容

(二)鉴别诊断

1.接触性皮炎 与急性湿疹相鉴别。本病有接触过敏物病史;常见于暴露部位或接触部位;皮损以红斑、水疱或大疱为主,边界清楚;去除病因后很快痊愈,不复发。

2.药物性皮炎 与急性湿疹相鉴别。发病突然,皮损广泛而多样。一般发病前有明确的服药史。

3.神经性皮炎 与慢性湿疹相鉴别。本病多发于颈、肘、尾骶部,常不对称。有典型的苔藓样变,无多形性皮损,无渗出。

第三节 考点三 修改为

2.局部治疗

(1)急性湿疹 急性红肿,有大量浆液或脓液,或多或少痂皮的糜烂面和溃破面,宜用湿敷,如醋酸铅、3%硼酸溶液、高锰酸钾溶液等;急性红肿,有丘疹水疱,甚至脓疱疹,但无糜烂面或溢液,则采用干燥疗法,如炉甘石洗剂或粉剂外搽。

(2)亚急性湿疹 炎症不显著或稍有溢液,宜用糊剂,如3%~5%糠馏油糊剂或含有2%~5%的硫黄煤焦油糊剂,3%黑豆馏油等。

(3)慢性湿疹 以止痒、抑制表皮细胞增生、促进真皮炎症浸润吸收为原则。常用药物有5%~10%复方糠馏油软膏、10%~20%黑豆馏油软膏、皮质类固醇激素乳剂等。

P955 修改

考点四

1. 湿热浸淫证

方药: 萆薢渗湿汤合三妙丸加减。发于上部者去黄柏, 加菊花、蝉衣、防风等; 发于中部者加龙胆草、山栀、黄芩; 发于下部者加车前子、泽泻; 瘙痒甚加地肤子、白鲜皮; 皮疹鲜红灼热者加赤芍、地骨皮。

2. 脾虚湿蕴证

方药: 除湿胃苓汤加减。若滋水过多, 加滑石、苦参; 瘙痒剧烈加地肤子、白鲜皮、蝉衣; 大便溏薄者加马齿苋、黄连。

3. 血虚风燥证

方药: 当归饮子加减。若瘙痒失眠者, 加珍珠母、牡蛎、夜交藤、酸枣仁; 皮肤粗糙、肥厚严重者, 加丹参、鸡血藤、干地龙或乌梢蛇。

增补 第四节 荨麻疹

考点一 临床表现

本病可以发生于任何年龄和季节。发病突然, 在皮肤上出现大小形态不一的鲜红或白色的风团, 少数患者也可仅有水肿性红斑。可因搔抓刺激, 风团互相融合成片, 有时在风团表面出现水疱。消退迅速, 不留痕迹, 以后又不断成批发生, 时隐时现, 可泛发全身。自觉灼热, 瘙痒剧烈。部分患者可有怕冷、发热等症状。如侵犯消化道黏膜, 可伴有恶心呕吐、腹痛腹泻等症状; 发生于咽喉者, 可引起喉头水肿和呼吸困难, 甚至可以发生晕厥。荨麻疹型血管炎患者的皮损可发生于任何部位, 但以面、上肢和躯干部最多见, 反反复复风团, 有时为多形红斑样皮损, 其上可见微细紫癜, 皮损消退后遗留紫癜、鳞屑或色素沉着。

根据病程长短, 可分为急性和慢性两种。急性者, 骤发速愈, 一般经 1 周左右可以痊愈; 慢性者, 病程在 1~2 个月以上, 反复发作, 迁延数月, 甚至数年。

考点二 诊断与鉴别诊断

(一) 诊断

突然发作, 皮损为大小不等、形状不一的风团及水肿性斑块。皮疹时隐时现, 发无定处, 剧烈瘙痒, 消退后不留痕迹。部分病人可有腹痛、腹泻、发热、关节痛等症状。严重者可有呼吸困难, 甚至窒息。结合各项检查有助于病因诊断。

(二) 鉴别诊断

1. 接触性皮炎 有明确接触史; 皮损多局限于接触部位; 有红斑、肿胀、丘疹、水疱、糜烂、渗出等, 但以单一皮损为主; 如不接触致敏物, 一般不再复发。

2. 多形性红斑 损害多在手足背、颜面、耳等处; 为红斑、水疱, 呈环形; 时轻时重, 不易消退。

考点三 西医治疗

1. 全身治疗

(1) 抗组胺类药物。

(2) 肾上腺皮质激素。

(3) 拟交感神经药。

(4) 维生素类。

(5) 其他, 组胺球蛋白及肽酶治疗慢性荨麻疹。

2. 局部治疗外搽止痒洗剂, 如薄荷液、1% 麝香草酚、2% 碳酸等。

考点四 中医辨证治疗

1. 风寒束表证

证候: 皮疹色白, 遇风寒加重, 得暖则减; 恶寒怕冷, 口不渴, 舌质淡红, 苔薄白, 脉浮紧。

治法: 疏风散寒, 调和营卫。

方药: 麻黄桂枝各半汤加减。恶寒怕冷者加炙黄芪、炒白术、防风。

2. 风热犯表证

证候: 风团鲜红, 灼热剧痒, 遇热加重, 得冷则减; 伴有发热, 恶寒, 肿痛; 舌质红, 苔薄白或薄黄, 脉浮数。

治法: 疏风清热止痒。

方药: 消风散加减。风团鲜红灼热者加丹皮、赤芍; 瘙痒剧烈者加刺蒺藜、珍珠母。

3. 胃肠湿热证

证候: 皮疹色红片大, 瘙痒剧烈; 伴腹痛, 恶心呕吐, 神疲纳呆, 大便秘结或泄泻; 舌质红, 苔黄腻, 脉弦滑数。

治法: 疏风解表, 通腑泄热。

方药: 防风通圣散加减。恶心呕吐者加半夏、茯苓、竹茹; 大便稀去大黄, 加苡仁。

4. 血虚风燥证

证候: 反复发作, 迁延日久, 午后或夜间加重; 心烦易怒, 口干, 手足心热; 舌质淡红少津, 苔薄白, 脉沉细。

治法: 养血祛风, 润燥止痒。

方药: 当归饮子加减。心烦失眠者加炒枣仁、夜交藤; 瘙痒较重者加首乌、刺蒺藜。

P956 修改

考点二 修改为 诊断与鉴别诊断

(一) 诊断

放原文

(二) 鉴别诊断

1. 荨麻疹 突然发生, 出现大小不等的风团, 色红或苍白, 迅速出现, 迅速消退, 消退后不留任何痕迹。

2. 虫咬皮炎 皮疹多见于头面、颈项、手足等暴露部位; 有小出血点、丘疹、疱疹、风团、肿胀。

3. 药物性皮炎 有用药史; 皮损表现不一, 形态各异; 停止用药后皮损可消失。

4. 疥疮 皮损发生在手指缝、会阴部及皱褶部位; 有丘疹、血痂, 开始有条索状隧道; 可找到疥虫; 在集体或家庭中有类似病史者。

5. 神经性皮炎 好发于颈、小腿、踝、耳后等部位; 皮肤苔藓样变明显且出现较早。

P956 修改

考点四

1. 风热血热证

方药: 消风散合四物汤加减。风盛者加全蝎、防风; 夜间痒甚者加蝉衣、牡蛎、珍珠母。

3. 血虚肝旺证

方药: 当归饮子加减。年老体弱者重用黄芪、党参; 瘙痒甚者加全蝎、地骨皮; 皮肤肥厚脱屑者加阿胶、丹参。

P957 修改

第五节 标题修改为 银屑病(助理不考)

第五节 考点二修改为

(一) 诊断

放原文

(二) 鉴别诊断

1. 慢性湿疹 多发生于肢体的屈侧; 剧烈瘙痒, 鳞屑少, 且不呈银白色, 皮肤肥厚, 苔藓样变及色素沉着等同时存在。

2. 脂溢性皮炎 与头皮银屑病鉴别。损害边缘不十分鲜明, 基底部浸润较轻, 鳞屑少而薄, 呈油腻带

黄色,刮除后无点状出血,无束状发;常合并有脱发;好发于头皮、胸、背、颈及面等部位。

3.玫瑰糠疹 好发于躯干及四肢近端;皮损为多数椭圆形小斑片,其长轴沿皮纹方向排列,鳞屑细小而薄;病程仅数周,消退后不易复发。

4.扁平苔藓 皮疹为紫红色的多角形扁平丘疹,密集成片状或带状,表面有蜡样光泽;可见网状纹理(Wickham纹),鳞屑薄不易刮除;常有剧烈瘙痒。

P958 修改

考点二 修改为 考点二 诊断与鉴别诊断

(一)诊断

放原文

(二)鉴别诊断

1.贫血痣 本病为先天性白斑,多在出生时即已存在;摩擦局部,周围皮肤充血发红而白斑处不发红,因而白斑更为明显。

2.花斑癣 损害发生于颈、躯干、上肢;为淡白色圆形或椭圆形,表面往往有细鳞屑;损害中容易找到真菌。

3.单纯糠疹 皮损淡白色或灰白,其上覆着少量灰白色糠状鳞屑;多发于面部,其他部位很少累及。

P959 修改

第七节 考点二 修改为诊断与鉴别诊断

(一)诊断

1.临床表现

放原文 1.2.

2.实验室特殊检查

放原文 3.

(二)鉴别诊断

1.非淋菌性尿道炎 主要由沙眼衣原体和解脲支原体感染所引起。其潜伏期较长;尿道炎炎症较轻,尿道分泌物少;分泌物查不到淋球菌,有条件的可作衣原体、支原体检测。

2.念珠菌性尿道炎 病史较长,多有反复感染史。尿道口、龟头、包皮潮红,可有白色垢物,瘙痒明显;实验室检查可见念珠菌丝。

P960 修改

第八节 考点二 修改为

考点二 诊断与鉴别诊断

(一)诊断

1.临床表现

放原文 1.2.

2.实验级特殊检查

放原文 3.

(二)鉴别诊断

1.硬下疳与软下疳 病原菌为杜克雷嗜血杆菌,潜伏期短,发病急,炎症明显,基底柔软,溃疡较深,表面有脓性分泌物,疼痛剧烈,常多发。

2.梅毒玫瑰疹与风热疮(玫瑰糠疹) 皮损为椭圆形,红色或紫红色斑,其长轴与皮纹平行,附有糠状鳞屑,常可见较大母斑,自觉瘙痒,淋巴结无肿大。梅毒血清反应阴性。

梅毒扁平湿疣与尖锐湿疣疣状赘生物呈菜花状或乳头状隆起,基底较细,呈淡红色。梅毒血清反应阴性。

P960 修改

考点四 1.肝经湿热证

代表方剂:龙胆泻肝汤。

P961 修改

第九节 考点二 修改为

考点二 诊断与鉴别诊断

(一)诊断

临床表现

放原文

(二)鉴别诊断

1.假性湿疣 多发生于20-30岁的女性外阴,特别是小阴唇内侧和阴道前庭;皮损为直径1~2 mm大小的白色或淡红色小丘疹,表面光滑如鱼子状,群集分布,无自觉症状。

2.扁平湿疣 为梅毒常见的皮肤损害,皮损为扁平而湿润的丘疹,表面光滑,成片或成簇分布,皮损内可找到梅毒螺旋体。梅毒血清反应强阳性。

3.阴茎珍珠状丘疹 多见于青壮年。皮损为冠状沟部珍珠样半透明小丘疹,呈半球状、圆锥状或不规则状,色白或淡黄、淡红,沿冠状沟排列成一行或数行,或包绕一周,无自觉症状。



第七篇

中西医结合妇产科学

P831

第二节 月经及月经期的临床表现

一般为2~7日,多为3~5日。经量是指一次月经的总失血量,正常为30~50mL。
修改为:一般为2~8日,多为4~6日。经量是指一次月经的总失血量,正常为20~60mL。

P844

第五单元 正常分娩——考点一 决定分娩的四因素——考点二 产道后边
产道是指胎儿娩出的通道,分为骨产道和软产道两部分。

新增:

(一)骨产道

指真骨盆,是产道的重要部分,其大小、形状与分娩关系密切。

1.骨盆平面及径线

(1)骨盆入口平面呈横椭圆形,前方为耻骨联合上缘,两侧为髂耻缘,后方为骶岬前缘,有4条径线。

1)入口前后径:又称真结合径,指耻骨联合上缘中点至骶岬前缘正中间的距离,平均值为11 cm。

2)入口横径:左右髂耻缘之间的最大距离,平均值为13 cm。

3)入口斜径:左右各一左髂关节至右髂耻隆突间的距离为左斜径,右髂关节至左髂耻隆突间的距离为右斜径,平均值为12.75 cm。

(2)中骨盆平面呈前后径长的椭圆形,是骨盆最小平面,最狭窄。前方为耻骨联合下缘,两侧为坐骨棘,后方为骶骨下端,有两条径线。

1)中骨盆前后径:耻骨联合下缘中点通过两侧坐骨棘连线中点至骶骨下端间的距离,平均值为11.5 cm。

2)中骨盆横径:即坐骨棘间径,平均值为10 cm。

(3)骨盆出口平面由两个不同平面的三角形组成,其共同的底边是坐骨结节间径。前三角的顶端为耻骨联合下缘,两侧为耻骨降支;后三角的顶端为骶骨关节,两侧为骶结节韧带。有四条径线。

1)出口前后径:耻骨联合下缘至骶尾关节的距离,平均值为11.5 cm。

2)出口横径:又称坐骨结节间径,平均值为9 cm。

3)出口前矢状径:耻骨联合下缘中点至坐骨结节间径中点间的距离,平均值为6 cm。

4)出口后矢状径:断尾关节至坐骨结节间径中点间的距离,平均值为8.5 cm。若出口横径稍短,而出口后矢状径略长,两径之和 ≥ 15 cm时,正常大小的胎头可通过后三角区经阴道娩出。

2.骨盆轴与骨盆倾斜度

(1)骨盆轴连接骨盆各平面中点的假想曲线称为骨盆轴。此轴上段向下向后,中段向下,下段向下向前。分娩时胎儿沿此轴完成分娩机制。

(2)骨盆倾斜度指妇女站立时骨盆入口平面与地平面所形成的角度,一般为 60° 。如骨盆倾斜度过大,影响胎头衔接和娩出。

(二)软产道

是由子宫下段、子宫颈、阴道及骨盆底软组织构成的弯曲通道。

1.子宫下段的形成由非孕时约1 cm的子宫峡部伸展形成。妊娠12周后峡部已扩展成宫腔的一部分,妊娠末期被渐拉长形成子宫下段。临产后拉长达7~10 cm。由于子宫肌纤维的缩复作用,子宫上下段的肌壁厚薄不同,在两者之间子宫内面形成一环状隆起,称生理性缩复环。

2.宫颈的变化及宫颈管的消失临产前的子宫颈管长2~3 cm。临产后的规律宫缩及胎先露部支撑前羊水囊呈楔状,致使宫颈内口向上向外扩张,形成漏斗状宫颈管,随后宫颈管逐渐变短消失。初产妇多是宫颈管先消失,宫口后扩张。经产妇多是宫颈管短缩消失与宫口扩张同时进行。

3.骨盆底、阴道及会阴的变化软产道下端形成一个向前弯的长筒,阴道黏膜皱襞展开,阴道扩张,使腔道加宽。会阴体由5 cm变薄为2~4 mm。

P844

新增:考点三 胎儿后面

(一)胎儿大小

胎儿大小是决定分娩难易的重要因素之一。胎头是胎体的最大部分,胎儿过大致胎头径线过大,尽管骨盆大小正常,也可引起相对性头盆不称造成难产。

1.胎头颅骨由两块顶骨、额骨、颞骨及一块枕骨组成。颅骨间的缝隙称颅缝。两颅缝交汇处空隙较大者称为囟门,位于胎头前方的菱形称大囟门(前囟),位于胎头后方的三角形称小囟门(后囟)。在分娩过程中,颅骨轻度移位重叠使头颅变形缩小,有利于胎儿娩出。

2.胎头径线①双顶径(BPD):两顶骨隆突间的距离,为胎头最大横径,足月胎儿的平均值为9.3 cm。②枕额径:由鼻根上方至枕骨隆突间的距离,足月胎儿平均值约11.3 cm,胎头以此径衔接。③枕下前囟径:又称小斜径,前囟门中央至枕骨隆突下方的距离,是胎头的最小径线,足月胎儿平均值约9.5 cm,胎头俯屈后以此径线通过产道。④枕须径:又称大斜径,须骨下方中央至后囟顶部之间的距离,是胎头最大径线,足月胎儿平均值约13.3 cm。

(二)胎位

产道为一纵行管道,如为纵产式(头位或臀位),胎体纵轴与骨盆轴相一致,胎儿容易通过产道。头先露时,胎头先通过产道,较臀位易娩出。臀先露时,因胎臀较胎头周径小且软,阴道不能充分扩张,胎头无变形机会,使胎头娩出困难。肩先露时,胎体纵轴与骨盆轴垂直,足月活胎不能通过产道,对母儿威胁较大。

(三)胎儿畸形

如脑积水、联体胎儿等,由于胎头或胎体过大,难以通过产道。

P855

第二节 妊娠剧吐

考点五 西医疗疗

1.镇静止呕口服维生素B6、维生素B1、维生素C;小剂量镇静剂如苯巴比妥对轻症有一定效果。

修改:1.止呕口服维生素B6或维生素B6-多西拉敏复合制剂、甲氧氯普胺等。

P855

1.脾胃虚弱证——治法:健脾和胃,降逆止呕。

修改:1.脾虚痰滞证——治法:健脾化痰,降逆止呕。

P855

2.肝胃不和证——方药:橘皮竹茹汤加黄连。

修改:方剂:橘皮竹茹汤加黄连或黄连温胆汤合左金丸。

P860

异位妊娠

(1)不稳定型-瘀阻胞络、气虚血瘀证(多见于输卵管妊娠流产)

修改:(1)不稳定型——胎元阻络、气虚血瘀证(多见于输卵管妊娠流产)

(3)包块型-瘀结成癥证(指陈旧性宫外孕)——方药:理冲丸加土鳖虫、水蛭、炙鳖甲。

修改:方药:理冲汤加土鳖虫、水蛭、炙鳖甲。

P866

新增:第九节母胎血型不合前面

羊水过多

一、概念

妊娠期间羊水量超过 2000 mL 为羊水过多,可分为慢性羊水过多和急性羊水过多。

二、西医病因与对母儿的影响

1. 西医病因羊水过多的发生可能与胎儿畸形、多胎妊娠及巨大儿、胎盘及脐带病变、胎儿水肿、妊娠期合并症、特发性羊水过多等有关。

2. 对母儿的影响羊水过多时孕妇易并发妊娠期高血压疾病、胎膜早破、早产、胎盘早剥;亦可造成宫缩乏力、产程延长及产后大出血等。胎儿易发生胎位异常、脐带脱垂、胎儿窘迫,常合并胎儿畸形,同时围生儿死亡率明显升高。

三、中医病因病机

多由水气、水湿浸渍胞胎所致,常见的病因病机有脾气虚弱、气滞湿郁、肾阳亏虚。

四、诊断

1. 临床表现妊娠 20~32 周腹部胀大迅速、子宫明显大于妊娠月份并伴有压迫症状和胎位不清、胎心音遥远等体征。

2. 实验室及其他检查

(1) B 型超声检查羊水指数 25 cm 或羊水池最大深度(AFV) ≥ 8 cm 可诊断为羊水过多。同时 B 型超声检查还可了解胎儿情况,如无脑儿、脊柱裂、胎儿水肿及双胎等。

(2) 实验室检查

1) 羊水检查:羊水甲胎蛋白(AFP)较同期正常妊娠平均值高出 3 个标准差以上。

2) 血糖检查:尤其慢性羊水过多者,应排除糖尿病。

3) 血型检查:胎儿水肿者应排除母胎血型不合。

4) 胎儿染色体检查:了解染色体数目及结构有无异常。

五、西医治疗

症状轻、胎儿无畸形、孕期不足 37 周、胎肺不成熟者应尽可能延长孕周,予以保守治疗。若胎儿畸形,则及时终止妊娠。

1. 胎儿正常

(1) 一般治疗低盐饮食、减少孕妇饮水量。左侧卧位,每周复查羊水指数及胎儿生长情况。

(2) 羊膜穿刺对压迫症状严重、孕周小、胎肺不成熟者,可在 B 型超声监测下行经腹羊膜穿刺放出适量羊水,以缓解症状。

(3) 前列腺素合成酶抑制剂吲哚美辛可抑制胎儿排尿、减少羊水量,但可致动脉导管狭窄,故不宜长期使用。

(4) 病因治疗积极治疗妊娠期糖尿病或糖尿病合并妊娠;母胎血型不合而 B 型超声检查提示胎儿水肿。

(5) 分娩期处理应警惕脐带脱垂和胎盘早剥的发生。若破膜后宫缩乏力,可静脉滴注缩宫素增强宫缩,密切观察产程进展。胎儿娩出后及时应用宫缩剂,预防产后出血。

2. 胎儿异常一旦确诊胎儿畸形、染色体异常,应及时终止妊娠。终止妊娠的方法根据具体情况选择人工破膜引产。

六、中医治疗

1.脾气虚弱证

证候:妊娠五六月,腹大异常,腹皮绷急光亮,胸膈满闷,阴部水肿,严重时全身浮肿,神疲肢软。舌淡胖,脉沉滑无力。

治法:健脾渗湿,养血安胎。

方剂:鲤鱼汤加陈皮、大腹皮、桑寄生、续断。

2.气滞湿郁证

证候:孕期胎水过多,腹大异常,胸膈胀满,甚则喘不得卧,肢体肿胀,皮色不变,按之压痕不显。舌淡苔薄腻,脉弦滑。

治法:理气行滞,利水除湿。

方剂:茯苓导水汤去槟榔、加防己。

3.肾阳亏虚证

证候:妊娠中后期,腹部增大异常,胸闷气短,甚则不能平卧,伴腰酸、下肢水肿、逆冷,小便不利。舌淡苔白润,脉沉迟。

治法:补肾温阳,化气行水安胎。

方剂:真武汤加减。

P867

母胎血型不合

4.阴虚血热证——方药:知柏地黄汤加茵陈、桑寄生、菟丝子。

修改:知柏地黄丸加茵陈、桑寄生、菟丝子。

P872

第二节 急性病毒性肝炎

考点三 西医治疗原则及预防措施

1.西医治疗原则保护肝脏,预防治疗肝性脑病,预防及治疗 DIC,治疗肾衰竭。

2.预防措施

(1)注意休息,加强营养;积极保肝治疗,避免使用肝损害药物;常规检测并定期复查肝功能和肝炎病毒血清学抗原抗体;产时严格消毒预防感染。

(2)患病的育龄妇女应严格避孕,以避孕套为佳,治愈或症状消失 2 年后妊娠为宜。

(3)有甲型肝炎接触史的孕妇,接触后 7 日内注射两种球蛋白,口服板蓝根等中药有一定预防作用。预防乙肝可注射乙型肝炎免疫球蛋白。预防丙肝主要是减少医源性感染。

(4)加强产前检查,孕期常规检查肝功能、肝炎抗原抗体,观察有无相关症状、体征,及早诊断、治疗,防止发展为急性重症肝炎。

修改:

三、西医治疗原则

保护肝脏,预防治疗肝性脑病,预防及治疗 DIC,治疗肾衰竭。

P877

第一节 产力异常

考点三 临床表现与诊断——1.子宫收缩乏力——(2)产程图曲线异常

①潜伏期延长:从临产规律宫缩开始至宫口扩张 3 cm 称潜伏期。正常初产妇约需 8 小时,最大时限 16 小时,超过 16 小时称潜伏期延长。

②活跃期延长:从宫口扩张 3 cm 始至宫口开全称活跃期。正常初产妇约需 4 小时,最大时限 8 小时。超过 8 小时,而宫口扩张速度初产妇 <1.2 cm/小时,经产妇 <1.5 cm/小时,称活跃期延长。

③活跃期停滞:进入活跃期后,宫口不再扩张达2小时以上,称活跃期停滞。

④第二产程延长或停滞:进入第二产程初产妇超过2小时,经产妇超过1小时,胎儿仍未娩出,称第二产程延长。第二产程达1小时胎头无明显下降,称第二产程停滞。

⑤滞产:总产程超过24小时,称为滞产。

修改:(二)产程图曲线异常

1.潜伏期延长从临产规律宫缩开始至宫口扩张6cm称为潜伏期。初产妇>20小时、经产妇>14小时称为潜伏期延长。

2.活跃期延长从活跃期起点(4~6cm)至宫颈口开全称为活跃期。活跃期宫颈口扩张速度<0.5cm/h称为活跃期延长。

3.活跃期停滞当破膜且宫颈口扩张≥6cm后,若宫缩正常,宫颈口停止扩张≥4小时,或宫缩欠佳,宫颈口停止扩张≥6小时称为活跃期停滞。

4.第二产程延长初产妇>3小时,经产妇>2小时(硬膜外麻醉镇痛分娩时,初产妇>4小时,经产妇>3小时),产程无进展(胎头下降和旋转),称为第二产程延长。

5.滞产总产程超过24小时为滞产。

P890

第二节 晚期产后出血

2.血热证——治法:养阴清热,安冲止血。

修改:治法:清热凉血,安冲止血。

P891

第三节 产褥感染

3.热陷心包证——方药:清营汤送服安宫牛黄丸及紫雪丹。

修改:方剂:清营汤送服安宫牛黄丸或紫雪丹。

P892

第四节 产褥中暑(助理不考)

2.暑伤津气证

修改:2.暑伤气津证

3.暑入心营证——治法:清营泄热,清心开窍。方药:清营汤送服安宫牛黄丸或紫雪丹及至宝丹。

修改:治法:清营泻热,清心开窍。方药:清营汤送服安宫牛黄丸或紫雪丹或至宝丹。

P894

第八节 产后排尿异常

2.产后小便频数与失禁——(1)气虚证

修改:1.肺脾气虚证

P896

第十六章 外阴上皮内非瘤样病变——第一节 外阴鳞状上皮增生

修改:第十六章 外阴色素减退性疾病——第一节 外阴慢性单纯性苔藓

P899

新增:第三节 阴道炎前

考点三 前庭大腺炎症

一、西医病因病理

病原体多为葡萄球菌、大肠埃希菌、链球菌及肠球菌等,淋菌奈瑟菌及眼沙衣原体亦为常见病原体。急性炎症发作时,腺管黏膜发生充血肿胀,并分泌大量脓性液体,若管口粘连、闭塞,分泌物潴留,则形成

前庭大腺脓肿。如分泌物中脓细胞被逐渐吸收而变为透明液体,则成为前庭大腺囊肿。

二、中医病因病机

常见的中医病因病机为:热毒蕴结、寒凝痰瘀。

三、临床表现

(一)急性炎症

1.症状局部肿胀、疼痛、灼热感,常伴恶寒、发热等全身症状。

2.体征局部皮肤红肿、发热、压痛,若形成脓肿时,则疼痛加剧,行走困难,继续增大则脓肿溃破,有脓液流出。破孔小引流不畅者,炎症可反复急性发作。检查见大阴唇下1/3处有肿块,触痛明显,脓肿形成时有压痛及波动感。常伴腹股沟淋巴结肿大。

(二)慢性炎症

1.症状前庭大腺囊肿肿块大小不一。囊肿大,可有外阴坠胀或性交不适感。

2.体征检查见囊肿大小不等,多呈椭圆形。如继发感染,则呈急性炎症表现。

四、西医治疗

1.急性期应卧床休息,保持外阴部清洁。可取前庭大腺开口处分泌物进行细菌培养,确定病原体。针对病原体选择合适的抗生素口服或肌注。脓肿形成者需行切开引流并行造口术。

2.慢性期囊肿者可定期观察,对较大或反复急性发作的囊肿应行囊肿造口术。

五、中医辨证论治

1.热毒蕴结证

证候:外阴一侧红肿疼痛,灼热结块,拒按,或破溃溢脓,带下量多,色黄臭秽,甚或恶寒发热,口渴咽干,心烦易怒,遇赤便结;舌红,苔黄腻,脉弦滑数。

治法:清热解毒,消肿散结。

方剂:仙方活命饮。

2.寒凝痰瘀证

证候:外阴一侧结块肿胀,隐痛缠绵,皮色不变,经久不消;舌质胖,苔薄,脉细缓。

治法:温经散寒,涤痰化瘀。

方剂:阳和汤。

P901

第三节 阴道炎

修改:阴道炎症

2.滋生湿虫证

修改:2.湿虫滋生证

P901

第四节 宫颈炎症

修改:子宫颈炎症

P901

第四节 宫颈炎症

考点四 西医治疗

1.抗生素治疗针对病原体选用抗生素。淋病奈瑟菌性宫颈炎常用药物如头孢曲松钠、头孢克肟或氨基糖苷类。选用沙眼衣原体药物主要有四环素类如多西环素,红霉素类如阿奇霉素,喹诺酮类如氧氟沙星。临床常同时选用抗淋病奈瑟菌药物和抗衣原体药物。

2.宫颈糜烂

(1)药物疗法可用中药局部治疗。

- (2) 物理疗法临床常用方法有激光、冷冻、电熨、微波及红外线凝结等。
- (3) 手术治疗 LEEP 刀技术(环形电切术)。适于糜烂面较深、较广或累及宫颈管者。
3. 宫颈息肉行息肉摘除术,将切除组织送病理。
4. 宫颈黏膜炎根据宫颈管分泌物培养及药敏试验结果选用相应抗感染药物。
5. 宫颈腺囊肿若囊肿大,或合并感染,可用微波或激光治疗。

修改:

要点四 西医治疗

(一) 急性宫颈炎治疗

针对病原体选用抗生素。淋病奈瑟菌性宫颈炎常用药物如头孢曲松钠、头孢克肟或氨基糖苷类。治疗沙眼衣原体药物主要有四环素类如多西环素、红霉素类如阿奇霉素、喹诺酮类如氧氟沙星。临床常同时选用抗淋病奈瑟菌药物和抗衣原体药物。

(二) 慢性宫颈炎管黏膜炎

根据宫颈管分泌物培养及药敏试验结果选用相应抗感染药物。

(三) 子宫颈息肉

行息肉摘除术,将切除组织送病理。

(四) 子宫颈肥大

一般无需治疗。

P902

第五节 盆腔炎性疾病

1. 热毒炽盛证——治法:清热解毒,化瘀止痛。

修改:治法:清热解毒,凉血化瘀。

P905

第二节 功能失调性子宫出血

考点一 中医对功能失调性子宫出血的认识

排卵性功血与中医学“月经先期”“月经过多”“经期延长”“经间期出血”等病证相类似。无排卵性功血与中医学“崩漏”相类似。

月经先期是指月经周期提前 1~2 周,经期正常,连续出现 2 个月经周期以上者。月经过多是指月经周期,经期正常,经量明显多于既往者。经期延长是指月经周期正常,经期超过 7 天以上,甚至月经淋漓 2 周方净者。经间期出血指月经周期基本正常,在两次月经之间,即氤氲之时,发生周期性阴道流血者。崩漏系指妇女在非行经期间阴道大量流血或持续淋漓不断,前者称“崩中”或“经崩”,后者称“漏下”或“经漏”。

修改:

排卵障碍性异常子宫出血

一 中医对排卵障碍性异常子宫出血的认识

排卵障碍性异常子宫出血(AUB-O)属于异常子宫出血(AUB)9 个类型疾病之一,是指稀发排卵、无排卵及黄体功能不足,由于下丘脑-垂体-卵巢轴功能异常引起的异常子宫出血。包括中医学的崩漏及月经不调。

崩漏系指妇女在非行经期间阴道大量流血或持续淋漓不断,前者称“崩中”或“经崩”,后者称“漏下”或“经漏”。

月经不调是指月经的周期、经期和经量发生异常的一组月经病的总称,包括月经先期、月经后期、月经先后无定期、月经过多、月经过少、经期延长以及经间期出血等。月经先期是指月经周期提前 1~2 周;月经后期指月经周期延后 7 天以上,甚至 3~5 个月一行。月经先期、后期均须连续出现 2 个月经周期以

上。月经先后无定期是指月经周期时或提前时或延后 7 天以上,连续 3 个月经周期以上。月经过多是指每次行经血量较平常明显增多者;月经过少是指每次行经血量较平时明显减少,或行经时间缩短至 1~2 天,经量亦少者。经期延长是指行经持续时间超过 7 天以上,甚至淋漓 2 周方净者。经间期出血是指月经周期基本正常,在两次月经之间,即氤氲之时发生周期性的阴道少量流血者。

P906

考点五 诊断与鉴别诊断

1.诊断根据病史、临床表现和以下实验室及其他检查以明确诊断。

新增:

(7)宫腔镜检查可直视宫颈管、子宫内膜情况,活检的诊断准确率高。

P906

1.无排卵性功血(崩漏)

修改:1.无排卵性异常子宫出血(崩漏)

P907

②肾阴虚证——治法:滋肾养阴,调经止血。

修改:治法:滋肾益阴,固冲止血。

P907

2.排卵性月经失调

修改:2.排卵性异常子宫出血(月经不调)

P908

③阳盛血热证——治法:清热降火,凉血冲调经。

修改:治法:清热降火,凉血调经。

P908

新增:辨证论治

(5)稀发排卵(月经后期、月经过少)

参照“闭经”治疗。

P912

新增:闭经——中医辨证论治

肾气亏损证

证候:年逾 16 岁尚未行经,或初潮较迟时有月经停闭,或月经周期建立后,出现周期延后渐至停闭;伴发育欠佳,腰腿酸软,头晕耳鸣,倦怠乏力,夜尿频多,面色晦暗,眼眶暗黑。舌质淡暗,苔薄白,脉沉弱。

治法:补肾益气,养血调经。

方剂:加减苁蓉菟丝子丸加淫羊藿、紫河车。

P911

1.闭经——肝肾不足证——方药:归肾丸加何首乌、女贞子。

修改:肝肾阴虚证——方剂:育阴汤去、牡蛎,加当归、菟丝子。

P911

闭经——4.痰湿阻滞证

证候:月经周期延后、量少、色淡、质黏稠,渐至停闭,形体肥胖,胸闷呕恶,倦怠嗜睡,面浮肢肿,带下量多,色白质稠,舌苔白腻,脉沉缓或滑。

治法:燥湿化痰,活血通经。

方药:苍附导痰丸加当归、川芎。

修改:

方剂:四君子汤合苍附导痰丸加当归、川芎。

痛经

2.寒湿凝滞证——治法:温经散寒祛湿,化瘀止痛。

修改:2.寒凝血瘀证——治法:温经散寒,化瘀止痛。

P914

第五节 多囊卵巢综合征——3.痰湿阻滞证——治法:燥湿除痰,通络调经。

修改:治法:燥湿除痰,活血调经。

P915

第六节 经前期综合征

1.肝郁气滞证——治法:疏肝解郁,理气止痛。

修改:治法:疏肝解郁,养血调经。

P915

2.肝肾阴虚证——治法:滋肾养肝,清热降火。方药:知柏地黄丸。

修改:治法:滋肾养肝,育阴调经。方剂:一贯煎。

P915

3.脾肾阳虚证——治法:健脾温肾。方药:健固汤合四神丸。

修改:治则:温肾健脾,化湿调经。方剂:右归丸合苓桂术甘汤。

P915

4.心脾气虚证

证候:经行或经后发热,形寒,自汗,神疲肢软,少气懒言,心悸怔忡,失眠多梦,经行感冒,或发风疹,舌淡苔薄,脉弱无力。

治法:健脾壮阳,益气固表。

方药:归脾汤。

修改:

4.心肝火旺证

证候:经前或经期狂躁易怒,头痛头晕,口苦咽干,面红目赤,口舌生疮,溺黄便干,经行吐衄;舌质红,苔薄黄,脉弦滑数。

治法:疏肝解郁,清热调经。

方剂:丹栀逍遥散加黄芪。

P915

5.瘀血阻滞证

证候:经前、经期身痛,腰膝关节酸痛,得热痛减,经行量少,色暗,或有血块,颠顶胀痛,舌红苔白,脉沉紧或沉涩。

治法:温经通络,活血散瘀。

方药:趁痛散。

修改:

5.气滞血瘀证

证候:经前或经期头痛剧烈,或经行发热,腹痛拒按,肢体肿胀不适;月经量少,或经行不畅,经色紫暗有块;舌紫暗或尖边有瘀点,脉弦涩。

治法:理气活血,化瘀调经。

方剂:血府逐瘀汤。

P915

新增:

6.痰火上扰证

证候:经行烦躁不安,情绪不宁,甚或狂躁不安,胸闷泛恶,痰多不寐,面红目赤,大便干结;月经量多,色深红,质黏稠,平时带下量多,色黄质稠;舌红,苔黄厚或腻,脉弦滑而数。

治法:清热化痰,宁心安神。

方剂:生铁落饮加郁金、黄连。

P919

第一节 宫颈癌——考点一 病因、组织发生和病理

2.病理

(1)鳞状细胞浸润癌占宫颈癌的 80%~85%。

(2)腺癌占宫颈癌的 15%~20%。

(3)腺鳞癌占宫颈癌 3%~5%。癌组织中含有腺癌及鳞癌两种成分。

修改:

1.浸润性鳞状细胞癌占宫颈癌的 75%~80%。

2.腺癌占宫颈癌的 20%~25%。

3.其他少见类型如腺鳞癌、腺样基底细胞癌等。

P919

考点五 预后及随访(助理不考)

2.随访出院后第 1 年内,第 1 个月行第 1 次随访,以后每隔 2~3 个月复查 1 次。第 2 年内每 3~6 个月复查 1 次。第 3~5 年,每半年复查 1 次。第 6 年开始每年复查 1 次。随访内容除临床检查外,应定期进行胸部 X 线和血常规检查。

修改:

治疗后 2 年内应每 3~6 个月复查 1 次;3~5 年内每 6 个月复查 1 次;第 6 年开始每年复查 1 次。随访内容包括妇科检查、阴道脱落细胞检查、胸部 X 线摄片、血常规及子宫颈鳞状细胞癌抗厚(SCCA),超声、CT 或磁共振等。

P921

第二节 子宫肌瘤

删掉:

2.寒湿凝滞证

证候:小腹包块坚硬,冷痛拒按,月经后期,经期延长,量少色暗有块,手足不温,带下量多,色白清稀,舌紫暗,苔薄腻,脉沉紧。

治法:温经散寒,活血消癥。

方药:少腹逐瘀汤加艾叶、苍术、吴茱萸。

P921

5.气虚血瘀证——方药:圣愈汤加桂枝、茯苓、丹参、山楂、山慈菇、益母草、煅龙牡。

修改:方剂:理冲汤加桂枝、山慈菇、煅龙骨、煅牡蛎。

P924

第一节 子宫内膜异位症

1.气滞血瘀证——治法:理气活血,化瘀止痛。

修改:治法:理气活血,活血祛瘀。

P924

2.寒凝血瘀证——治法:温经散寒,化瘀止痛。

修改:治法:温经散寒,活血祛瘀。

P924