



直播学院

2021 **中西医执业** 医师资格考试

核心考点精学

直播笔记

— 金英杰直播学员**专属** —

学霸笔记：

冬虫

笔记内容：

中西医结合内科学 7

适用考生：

王牌直播学员

上课阶段：

王牌直播课-核心精讲

上课时间：

2021年3月2日 19:00



上课提醒

金英杰直播学院
专属内部资料



- 学霸笔记
- 课后总结
- 考点梳理
- 查缺补漏

金英杰直播
智慧学习“医”学就会

封面：

金英杰直播学院

中西医专业

中西医结合内科学 7

直播笔记

整理教辅:冬虫

2021年3月2日

第六章内分泌与代谢疾病

内分泌及代谢疾病	甲状腺功能亢进症★★
	甲状腺功能减退症（助理不考）
	亚急性甲状腺炎（助理不考）
	慢性淋巴细胞性甲状腺炎（助理不考）
	糖尿病★★
	血脂异常
	水、电解质代谢和酸碱平衡（助理不考）
	高尿酸血症与痛风

第一节甲状腺功能亢进症

中医病因病机

1.内因:体质因素。

诱因: 情志失调。

2.病机:气滞痰凝, 气郁化火, 耗气伤阴。

临床表现

1.临床特点的女性, 20~40岁的中青年多见。

2 症状

(1) 高代谢综合征 怕热多汗, 体重锐减, 疲乏无力。

(2) 精神神经系统 躁狂, 舌、手震颤, 腱反射亢进。

(3) 心血管系统, 甲亢性心脏病。

(4) 消化系统, 食欲亢进, 易饥, 多食, 腹泻。

★(5) 肌肉骨骼系统, 肌肉软弱无力, 周期性麻痹。

★(6) 生殖系统, 月经减少, 闭经, 男子阳痿, 乳房发育

3.体征

- (1) 甲状腺肿 弥漫性 (无痛性) 肿大, 对称, 伴血管杂音。
- (2) 眼征: 非浸润性突眼、浸润性突眼
- (3) 胫前黏液性水肿。
- (4) 心脏: 早搏。

甲状腺危象★

- 1.高热、大汗
- 2.心动过速 (140 次/分以上)
- 3.烦躁、焦虑不安、谵妄
- 4.恶心、呕吐、腹泻
- 5.严重者心衰、休克及昏迷。

诊断

症状:怕热、多汗、易激动、易饥多食、消瘦、手颤、腹泻

体征:心动过速及眼征、甲状腺肿 (弥漫性、对称性)、甲状腺部位听到血管杂音和触到震颤

FT₄、FT₃ 升高 (FT₃>FT₄>TT₃>TT₄) , TSH 减低, 摄¹³¹I 增高。

鉴别诊断

- (1) 亚急性甲状腺炎 病毒感染, 甲状腺肿大、触痛。白细胞正常或升高
血沉增高, TGAb (甲状腺球蛋白抗体)、TPOAb (甲状腺过氧化酶抗体) 正常
或轻度升高。

- (2) 慢性淋巴细胞性甲状腺炎 中年女性, 甲状腺弥漫性肿大, 峡部明显

质地较坚实。TGAb（甲状腺球蛋白抗体）、TPOAb（甲状腺过氧化物酶抗体）阳性且滴度较高。

(4) 单纯性甲状腺肿 甲状腺肿，无甲亢症状、T₃、T₄正常。

西医治疗	药物	不良反应
抗甲状腺药物治疗	丙基硫氧嘧啶 (机制：抑制甲状腺激素的合成)	白细胞减少
辅助药物治疗	β受体阻滞剂 (用于抢救甲状腺危象、术前准备)	
¹³¹ I放射性治疗		甲减
手术治疗		损伤甲状旁腺和喉返神经
甲状腺危象的治疗	首选丙基硫氧嘧啶，大量使用	

金英杰医学 JINYINGJIE.COM		第一节 甲状腺功能亢进症☆		
证候（颈前肿胀、突眼）	证型	治法	方剂（加减）	
两胁胀满，善太息，月经不调，腹胀便溏，舌苔白腻，脉弦滑	气滞痰凝	疏肝理气 化痰散结	逍遥散 合二陈汤★	
烦躁易怒，恶热多汗，面红烘热，心悸失眠，头晕目眩，口苦咽干，脉弦数	肝火旺盛 ★	清肝泻火 消痰散结	龙胆泻肝汤★	
汗多，易饥多食，口燥咽干，五心烦热，急躁易怒，失眠多梦，月经不调，舌质红，舌苔少，脉细数	阴虚火旺	滋阴降火 消痰散结	天王补心丹★	
失眠，神疲乏力，气短汗多，口燥咽干，手足心热，纳差，大便溏薄，舌质红或淡红，舌苔少，脉细或细数无力	气阴两虚 ★	益气养阴 消痰散结 ★	生脉散★	

第二节 甲状腺功能减退症（助理不考）

临床表现

1. 疲劳，怕冷，少汗，动作缓慢，食欲减退而体重增加，智力低下，反应迟钝，嗜睡，精神抑郁。典型黏液性水肿。
2. 肌肉萎缩、无力。
3. 心收缩力降低，心动过缓，心输出量下降。

4.厌食、腹胀、便秘，麻痹性肠梗阻。

5.贫血。

6.性欲减退，男性阳痿，女性月经过多或闭经、不孕。

7.黏液性水肿昏迷嗜睡，低温($<35^{\circ}\text{C}$)，呼吸徐缓，心动过缓，血压下降，四肢肌肉松弛，反射减弱或消失，昏迷、休克，心肾功能不全。

实验室检查

1.甲状腺功能检查

TSH 增高、FT4 降低是诊断原发性甲减的必备指标;TT3 和 FT3 可在正常范围

2.甲状腺自身抗体

甲状腺微粒体抗体、甲状腺球蛋白抗体等**增高**。

考点五诊断

病史:甲状腺手术、放射治疗或抗甲状腺药物应用史，自身免疫性甲状腺炎或垂体疾患。

甲状腺功能检查:

1.**FT₄ 降低，TSH 升高**——原发性甲减（病变在甲状腺）

2.亚临床期仅 **TSH 升高**

3.**FT₄ 降低，TSH 正常**——继发性甲减（病变在垂体或下丘脑）

TRH 兴奋试验可助鉴别（测定静脉注射 TRH 后血清 TSH 浓度变化）

(TRH:促甲状腺激素释放激素)

金英杰医学® JINYINGJIE.COM		第二节 甲状腺功能减退症（助理不考）	
证候-神疲乏力，少气懒言，反应迟钝	证型	治法	方剂（加减）
纳呆腹胀，面色萎黄，腰膝酸软，小便频数，便溏，舌质淡，脉沉弱	脾肾气虚	益气健脾 补肾	四君子汤 合大补元煎
畏寒肢冷，腰膝酸软，性欲淡漠，阳痿闭经或不孕，舌质淡暗，苔白，脉沉细而缓	脾肾阳虚	温补脾肾	脾阳虚-附子理中丸 肾阳虚-右归丸
形寒肢冷，面浮肢肿，心悸胸闷，腰膝酸软，阳痿闭经，舌质淡暗，苔白，脉迟缓	心肾阳虚	温补心肾 利水消肿	真武汤 苓桂术甘汤
嗜睡、昏迷，肢软体凉，呼吸微弱，舌质淡，脉迟微弱，脉微欲绝	阳气衰微	益气 回阳救逆	四逆加人参汤

第三节 亚急性甲状腺炎（助理不考）

诊断

甲状腺肿大、结节、疼痛、压痛。

T₃、T₄高，摄¹³¹I率降低，呈特征性分离现象。

金英杰医学® JINYINGJIE.COM		第三节 亚急性甲状腺炎（助理不考）	
证候	证型	治法	方剂（加减）
颈前肿胀疼痛，口苦咽干，心悸易怒，小便短赤，大便秘结	肝胆郁热证	清肝泻胆 消肿止痛	龙胆泻肝汤
颈前肿块，质韧，疼痛，口燥咽干，潮热盗汗，舌质红，苔少或无苔，脉细数	阴虚火旺证	滋阴清热 软坚散结	清骨散
颈前肿块坚硬，疼痛不移，入夜尤甚，情绪不畅，口干不欲饮，舌质紫黯，瘀点瘀斑，脉细涩。	痰瘀互结证	理气活血 化痰消瘿	海藻玉壶汤
颈前肿块，疼痛不甚，疲乏无力，畏寒肢冷，纳呆，腹胀便溏	脾阳不振证	温阳健脾 化气行水	实脾饮

第四节 慢性淋巴细胞性甲状腺炎（助理不考）

考点一 西医病因

血清中存在高滴度的甲状腺过氧化物酶抗体(TPOAb)及甲状腺球蛋白抗体(TgAb)。

碘的摄入量增加——是影响其发病的重要环境因素。

考点四实验室检查及其他检查

1. 甲状腺抗体测定 TPOAb 及 TgAb 明显增高——最有意义。
2. 早期 T3、T4 正常或降低，但 TSH 增高，后期 T3、T4 低于正常。
3. 甲状腺 131I 摄取率早期可正常或增高，但可被 T3 抑制，
4. 甲状腺扫描均匀弥漫性摄碘功能减低，“冷结节”或分布不均。
5. 甲状腺细针穿刺细胞学检查可见浸润的淋巴细胞——最可靠依据。


考点五诊断

中年妇女

甲状腺过氧化物酶抗体(TPOAb)及甲状腺球蛋白抗体(TgAb)明显增高

1. 桥本甲状腺炎弥漫性对称性肿大，伴锥体叶肿大，质地坚实。
2. 萎缩性甲状腺炎甲状腺萎缩伴甲减。

证候-甲状腺肿大或萎缩		证型	治法	方剂(加减)
质地硬，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		痰瘀凝结	行气化痰 活血消癭	二陈汤合 桃红四物汤
胸胁苦闷，善太息，纳差便溏，舌质淡暗，苔白腻，脉弦滑		肝郁脾虚	疏肝健脾 行气化痰	逍遥散
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		肝肾阴虚	滋补肝肾 软坚消癭	杞菊地黄丸
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		脾肾阳虚	温补脾肾 化气行水	四逆汤合 五苓散

 甲状腺疾病诊断汇总		
疾病	临床表现	实验室检查
甲状腺功能亢进症	怕热、多汗、易激动、易饥多食、消瘦、手颤、腹泻，心动过速及眼征、甲状腺肿大、听到血管杂音和触到震颤	FT4、FT3升高 TSH减低 摄 ¹³¹ I增高 TPOAb及TgAb可(+)
甲状腺功能减退症 (助理不考)	代谢低下 黏液性水肿	FT4降低 TSH升高——原发性甲减 TSH正常——继发性甲减
亚急性甲状腺炎 (助理不考)	甲状腺肿大、结节、疼痛、压痛	T3、T4高，摄 ¹³¹ I率降低， 特征性分离现象
慢性淋巴细胞性甲状腺炎 (助理不考)	桥本甲状腺炎—— 质韧如橡皮 萎缩性甲状腺炎——甲状腺萎缩伴甲减	TPOAb及TgAb明显增高

第五节糖尿病★★

★本病可归属于：“**消渴病**”，

★并发症可归于：“**虚劳**”、“**胸痹**”、“**中风**”、“**雀目**”、“**疮痍**”和“**脱疽**”等范畴。

中医病因病机★★★

病因：★禀赋不足，★饮食失节，★情志失调，★劳欲过度，★外感热邪

病位：★**肺、胃、肾**，以**肾**为关键。

基本病机：阴津亏损、燥热偏胜；★**阴虚为本，燥热为标**。

1.1 型糖尿病 (关键字:青少年、瘦)

(1) T1DM (1A型)

青少年，起病急，症状明显，典型**三多一少**；**糖尿病酮症酸中毒**。**很少肥胖胰岛β细胞自身抗体检查可以阳性**。

2.2 型糖尿病，有**家族史**。

1.起病:常在 40 岁以后起病。发病缓慢, 症状相对较轻。

2.特点:“代谢综合征” (三高)

并发症 (表1)		并发症 (续表)	
急性并发症	糖尿病酮症酸中毒	慢性并发症	大血管病变
	高渗高血糖综合征		微血管病变
感染性并发症	皮肤化脓性感染		神经系统并发症
	真菌感染		糖尿病足
	肺结核		其他: 视网膜黄斑病、青光眼、
	泌尿道感染		白内障、皮肤病

	并发症	表现
急性并发症	糖尿病酮症酸中毒★	昏迷 高血糖、高酮血症、代谢性酸中毒 深大呼吸, 呼吸有烂苹果味
	高渗高血糖综合征★	昏迷 严重脱水 意识障碍 血糖明显升高 (>33.3mmol/L) 血酮、尿酮正常

并发症		表现	
慢性并发症	大血管病变	糖尿病性心脏病	
		糖尿病性脑血管病	
		糖尿病下肢动脉硬化闭塞症	
	微血管病变	糖尿病肾病	
		糖尿病性视网膜病变	
		糖尿病心肌病	
	神经系统并发症	周围神经病变	(感觉异常) 对称性, 肢端感觉障碍, 麻木, 灼热
		自主神经病变	瞳孔改变, 排汗异常, 胃排空延迟、腹泻、便秘, 直立性低血压、持续心动过速、心搏间距延长, 残尿量增加、尿失禁、尿潴留、阳痿
		中枢神经系统	神志改变, 脑卒中, 老年性痴呆
	糖尿病足	下肢疼痛、感觉异常和间歇性跛行, 皮肤溃疡、肢端坏疽	
其他	视网膜黄斑病、白内障、青光眼、皮肤病		

实验室检查及其他检查

1. **尿糖** 阳性不确诊, 阴性不排除。
 2. **血糖** 诊断的主要依据
 3. **葡萄糖耐量 OGTT** 高于正常范围 (3.9-6.1mmol/L) 未达到 (7.0mmol/L)
 4. **糖化血红蛋白**: 近 8~12 周血糖水平, 糖尿病控制情况的主要监测指标。
- 糖化血浆白蛋白: 近 2~3 周血糖水平, 为糖尿病患者近期病情监测的指标。

(二) 胰岛 B 细胞功能检查——用于分型 (A1)

1. 血浆胰岛素和 C-肽测定

T, DM: 胰岛素分泌绝对减少, 低于正常, 进餐后无增加;

诊断与鉴别诊断

1. ★空腹血糖 (FPG) $\geq 7.0\text{mmol/L}$ 。
2. ★OGTT 2 小时血糖 (OGTT2hPG) 、或随机血糖 $\geq 11.1\text{mmol/L}$ 。

糖尿病教育达到目的

- ①认识自己所患糖尿病的类型及其并发症
- ②正确掌握饮食治疗和调整食谱的基本技能

- ③认识控制不良的严重后果及控制的重要性
- ④能自行观察病情，自我监测血糖、血压，并能初步调整饮食和药物
- ⑤能自己注射胰岛素，并初步调整剂量
- ⑥能识别、预防和及时处理低血糖
- ⑦能主动与医护人员配合，定期复查。

提倡食用粗制米、面和一定量杂粮，严格限制或避免蔗糖、葡萄糖、蜜糖及其制品

。限制食物的脂肪量，少食动物脂肪，尽量用植物油代替。

3.使用原则及方法①胰岛素治疗应在综合治疗基础上进行。②胰岛素剂量取决于血

糖水平、B 细胞功能缺陷程度、胰岛素抵抗程度、饮食和运动状况等，一般从小剂量开始

，根据血糖情况逐渐调整。③力求模拟生理性胰岛素分泌模式(持续性基础分泌和进餐后

胰岛素分泌迅速增加)。④强化治疗后空腹血糖仍较高，其原因有黎明现象，指夜间血糖

控制良好，黎明出现血糖升高，可能与清晨皮质醇等激素分泌不平衡有关;Somogyi 现象

，指夜间有低血糖未被察觉，导致体内胰岛素拮抗激素增加，继发晨起血糖升高。故夜问

多次测定血糖，有助于鉴别早晨高血糖原因。

提倡食用粗制米、面和一定量杂粮，严格限制或避免蔗糖、葡萄糖、蜜糖及其制品。限制食

物的脂肪量，少食动物脂肪，尽量用植物油代替。

种类	作用机理	适应症
磺脲类	促进释放、增敏	T ₂ DM
双胍类	增加利用、抑制肠道吸收、增加分解 ★抑制糖原的异生、增敏	T ₂ DM（肥胖），血脂异常、高血压、高胰岛素血症
α-糖苷酶抑制剂	★延缓小肠葡萄糖吸收，降低餐后血糖	空腹血糖正常，餐后血糖高

6.胰岛素治疗适应证:★★★ (1.吃药无效、2.急)

①T1DM;

②T2DM:口服药物无效，新诊断的空腹血糖>11.1mmol/L，体重明显下降的

③急性并发症:糖尿病酮症酸中毒、高渗高血糖综合征和乳酸性酸中毒;

④糖尿病手术、妊娠、分娩;

⑤严重急性或慢性并发症;

⑥某些特殊类型糖尿病。

3.使用原则及方法①胰岛素治疗应在综

合治疗基础上进行。②胰岛素剂量取决于血糖水平、B细胞功能缺陷程度、胰岛素抵抗程度、饮食和运动状况等，一般从小剂量开始，根据血糖情况逐渐调整。

③力求模拟生理性胰岛素分泌模式(持续性基础分泌和进餐后胰岛素分泌迅速增

加)。④强化治疗后空腹血糖仍较高，其原因有：**黎明现象**，指夜间血糖控制良好，黎明出现血糖升高，可能与清晨皮质醇等激素分泌不平衡有关；**Somogyi 现象**，指夜间有低血糖未被察觉，导致体内胰岛素拮抗激素增加，继发晨起血糖升高。故夜间多次测定血糖，有助于鉴别早晨高血糖原因。

8.并发症的治疗

①糖尿病酮症**酸中毒**：

补液；应用胰岛素；★**纠酸**；补钾；处理诱发病和防治并发症。

②**高渗高血糖综合征**：

补液；应用胰岛素；

补钾；治疗诱发病和防治并发症。

金英杰医学 JINYINGJIE.COM		第五节 糖尿病★★★		
	证候	证型	治法	方剂（加减）
阴虚燥热	烦渴多饮，口干舌燥，尿频量多，苔薄黄，脉洪数	（上消）肺热伤津证	清热润肺生津止渴	消渴方★
	多食易饥，口渴多尿，形体消瘦，大便干燥，脉滑实有力	（中消）胃热炽盛证	清胃泻火养阴增液	玉女煎★
	尿频量多，混浊如脂膏，腰膝酸软，乏力舌红少苔，脉细数	（下消）肾阴亏虚证	滋阴固肾	六味地黄丸★
	能食与便溏并见，四肢乏力，舌质淡红，苔白而干，脉弱。	气阴两虚证	益气健脾生津止渴	七味白术散
	小便频数，混浊如膏，耳轮焦干，腰膝酸软，形寒畏冷，阳痿	阴阳两虚证★	滋阴温阳补肾固涩	金匱肾气丸★
	形体肥胖，四肢沉重，舌暗有瘀斑，苔厚腻，脉滑	痰瘀互结证	活血化瘀祛痰	平胃散合桃红四物汤
	面色晦暗，肢体麻木刺痛，唇紫，舌暗或有瘀斑	脉络瘀阻证★	活血通络	血府逐瘀汤

证候	证型	治法	方剂（加减）
并发症	疮疡	清热解毒	五味消毒饮合 黄芪六一散
	白内障、雀盲、耳聋	滋补肝肾 益精养血	杞菊地黄丸 羊肝丸 磁朱丸

第六节血脂异常

要点一—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）将胆固醇从周围组织转运到肝脏进行代谢再循环。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

其发病机制尚未明确，通常认为与脂代谢相关基因缺陷和获得性因素有关。

(1) 部分由先天性基因缺陷所致，表现为家族性高胆固醇血症。

(2) 获得性因素：高脂肪、高胆固醇、高脂

肪酸饮食；体重增加；增龄；不良的生活习惯

（高糖膳食、吸烟等）。

2.继发性血脂异常

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。

(1) 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。

(2) 药物:如糖皮质激素、噻嗪类利尿剂、 β 受体阻滞剂等。

(3) 雌激素缺乏等。

诊断

1.病史家族史。糖尿病、肾病、肝胆系统疾病史或不良饮食习惯。

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

1.血脂血清 TC 或 TG 水平增高。

(1) 血清胆固醇的 $TC \geq 6.2\text{mmol/L}$ 个为升高。

(2) 甘油三酯 $TG \geq 2.3\text{mmol/L}$ 个为升高。

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 $LDL-C \geq 4.1\text{mmol/L}$ ——升高。

(2) 高密度脂蛋白-胆固醇 $HDL-C < 1.0\text{mmol/L}$ ——降低。

新增

(二) 控制目标

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。符合下列任意条件者，可直接列为高危或极高危人群。极高危：ASCAD 患者。高危：LDL-C ≥ 4.9 mmol/L 或 TC ≥ 6.2 mmol/L；糖尿病患者 1.8 mmol/L ≤ LDL-C < 4.9 mmol/L 或 3.1 mmol/L ≤ TC < 7.2 mmol/L。

目标值：1. 极高危者 LDL-C < 1.8 mmol/L；2. 高危者 LDL-C < 2.6 mmol/L；3. 中危和低危者 LDL-C < 3.4 mmol/L。4. LDL-C 基线值较高不能达目标值者，LDL-C 至少降低 50%。极高危患者 LDL-C 基线在目标值以内者，LDL-C 仍应降低 30% 左右。

(三) 生活方式干预

血脂异常明显受饮食及生活方式的影响，饮食治疗和戒烟、限酒、控制体重等是治疗血脂异常的基础措施。

- 1. 饮食治疗** 建议每日摄入胆固醇小于 300 mg，脂肪摄入应优先选择富含多不饱和脂肪酸的食物（如深海鱼、鱼油、植物油）。选择使用富含膳食纤维和低升糖指数的碳水化合物替代饱和脂肪，其中添加糖摄入不应超过总能量的 10%。
- 2. 增加运动** 建议每周 5-7 天、每次 30 min 中等强度代谢运动。对于 ASCVD 患者应先进行运动负荷试验，充分评估其安全性后，再进行身体活动。

第六节 血脂异常（执业不考）☆

证候	证型	治法	方剂
多食，善饥，形体壮实，脘腹胀满，口干口苦，胃脘灼痛、嘈杂，得食则缓，舌红，苔黄腻，脉弦滑	胃热滞脾	清胃泄热	保和丸 小承气汤
胸部憋气或胸部刺痛，固定不移，舌质紫暗，或有瘀斑，舌苔薄白，脉弦	气滞血瘀	活血祛瘀 行气止痛	血府逐瘀汤 失笑散
形体肥胖，肢体困重，食少纳呆，腹胀，便溏，舌体胖有齿痕，苔白腻，脉滑	痰浊中阻	健脾化痰 降浊	导痰汤
头目胀痛，视物昏眩，耳鸣健忘，口苦咽干，五心烦热，腰膝酸软，盗汗，舌红，少苔，脉细数	肝肾阴虚	滋养肝肾	杞菊地黄汤
畏寒肢冷，腰膝腿软，面色淡白，便溏，腹胀纳呆，耳鸣眼花，腹胀，舌淡胖，苔白滑，脉沉细	脾肾阳虚	温补脾肾	附子理中汤
精神抑郁或心烦易怒，乏力，口干口苦，胸胁闷痛，脘腹胀满吐酸，舌红，苔白，脉弦细	肝郁脾虚	疏肝解郁 健脾和胃	逍遥散

第七节水、电解质代谢和酸碱平衡（助理不考）

水、电解质代谢和酸碱平衡失调	水、钠代谢失常
	钾代谢失常
	酸碱平衡失调

水、钠代谢失常 (135-145mmol/L)				
类型	特征	症状	诊断	治疗
高渗性失水 高钠血症	水丢失>电解质丢失	口渴	>150mmol / L	5%葡萄糖溶液
等渗性失水	急性短期失水 正常比例丢失	循环容量 舌干燥 眼窝凹陷, 皮肤干燥 血压下降	—	0.9%氯化钠
低渗性失水 低钠血症	电解质的丢失>水的丢失	无口渴感	<130mmol / L	高渗性溶液

钾代谢失常 正常血钾浓度为 3.5 ~ 5.5mmol/L。

第八节高尿酸血症与痛风

临床表现:

40 ~ 50 岁高峰, 男性>女性**拇指和第一跖趾关节 (首发)** 最易受累

高尿酸血症, 特征性急、慢性关节炎反复发作, 痛风石, 间质性肾炎

尿酸性尿路结石

高尿酸血症:血液中尿酸>420 u mol/L (绝经前>350 u mol/L)

正常值:男 150-380 u mol/L, 女 100-300 umol/L

★秋水仙碱——特效药。

金英杰医学 JINYINGJIE.COM		第八节 高尿酸血症与痛风☆	
证候	证型	治法	方剂（加减）
肢体关节疼痛，屈伸不利，呈游走性疼痛，肢体关节重着， 阴雨天加重 ，舌苔薄白	风寒湿阻	祛风散寒 除湿通络	蠲痹汤
关节红肿热痛， 遇热痛甚 ，得冷则舒，兼发热，苔黄腻，脉滑数	风湿热郁	清热 除湿 祛风通络	白虎 加桂枝汤
皮下结节，舌质紫暗或有瘀点、瘀斑，苔白腻或厚腻	痰瘀痹阻	化痰祛瘀 通络止痛	桃红饮
僵直畸形，屈伸不利，腰膝酸痛，神疲乏力	肝肾亏虚	补益肝肾 祛风通络	独活寄生汤

第七单元风湿性疾病

风湿性疾病	类风湿关节炎★
	系统性红斑狼疮

第一节类风湿关节炎

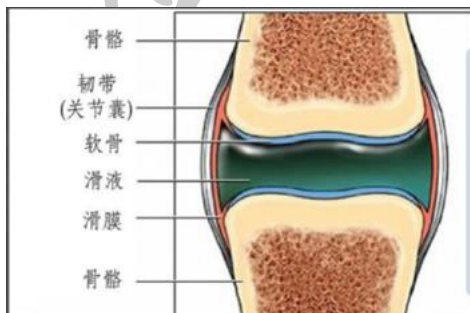
“痹症”、“痛痹” “痛风” “历节” “历节病” “白虎历节病”

(二) 病理

基本病理改变:**滑膜炎**。

中医病因病机

病位在关节、经络，与**肝肾**有关。



临床表现		临床表现	
关节表现	晨僵	持续★1小时以上	
	疼痛与压痛	出现最早★，对称性、持续性	
	肿胀	对称性，（小关节）腕关节、掌指关节和近端指间关节、膝关节——典型体征	
	关节畸形	尺侧偏斜、鹅颈样畸形，纽扣花畸形	
关节功能障碍			
关节外表现			

3.自身抗体检测自身抗体有利于 RA 与其他炎性关节炎如银屑病关节炎、反应性关节炎和退行性关节炎的鉴别。

(1) 类风湿因子 (RF)70%患者 IgM 型 RF 阳性，其滴度一般与本病的活动性和严重性呈比例。

(2) 抗瓜氨酸化蛋白抗体(ACPA)是一类针对含有瓜氨酸化表位自身抗原的抗体统称，包括抗核周因子(APF)、抗角蛋白抗体(AKA)、抗聚角蛋白微丝蛋白抗体(AFA)、抗环瓜氨酸肽抗体(抗 CCP)等。其中抗 CCP 抗体敏感性和特异性较高，对早期诊断有一定意义，尤其是血清 RF 阴性、临床症状不典型的患者。

诊断：一僵二对三肿胀，拍片阳性有结节，具备四点六周上。

①晨僵 1 小时 (≥ 6 周) ；

②3 个或以上关节肿胀（腕关节、掌指关节、近端指间关节） (≥ 6 周)

④对称性关节肿胀 (≥ 6 周) ；

⑤类风湿皮下结节；

⑥x 线片关节端骨质疏松和关节间隙狭窄 **早期发现、判断疗效；**

⑦类风湿因子 (RF) 阳性

西医治疗

甲氨蝶呤——首选。

证候		证型	治法	方剂（加减）
活动期	发热，口苦，纳呆，全身困乏无力，关节肿痛，下肢沉重酸胀，舌苔黄腻，脉滑数	湿热痹阻	清热利湿祛风通络	四妙丸
	午后或夜间发热，口干咽燥，手足心热，关节肿胀疼痛，小便赤涩，大便秘结，舌红少苔，脉细数	阴虚内热	养阴清热祛风通络	丁氏清络饮
	低热，关节灼热疼痛，或有红肿，形寒肢凉，阴雨天疼痛加重，得温则舒	寒热错杂★	祛风散寒清热化湿	桂枝芍药知母汤
缓解期	关节肿痛且变形，或肌肉刺痛，肌肤紫黯，面色黧黑，或有皮下结节，肢体顽麻，舌质暗红或有瘀点、瘀斑，脉弦涩	痰瘀互结	活血化瘀祛痰通络	身痛逐瘀汤合指迷茯苓丸
	形体消瘦，关节变形，肌肉萎缩，骨节烦痛、僵硬，活动受限，筋脉拘急，腰膝酸软无力	肝肾亏损	益肝肾补气血祛风湿通经络	独活寄生汤

第二节系统性红斑狼疮

“蝶疮流注”

临床表现

2. 鼻梁和双颧颊部呈蝶形分布的红斑——特征性改变
3. 对称性多关节疼痛肿胀，不引起骨质破坏。
4. 肾 狼疮肾炎——最常见和严重的临床表现
肾衰竭——死亡的常见原因。

实验室检查

- ② 抗核抗体（ANA）敏感性 95%，特异性差；
- ② 抗双链 DNA（ds-DNA）抗体 特异性 95%，敏感性 70%
- ③ 抗 Sm 抗体 特异性 99%，敏感性低。

西医治疗

轻型——小剂量糖皮质激素

狼疮危象——大剂量甲泼尼龙

证候		证型	治法	方剂（加减）
高热，口渴喜冷饮，舌红绛，苔黄，脉滑数或洪数		气营热盛	清热解毒 凉血化斑	清瘟败毒饮
手足心热，面色潮红，渴喜冷饮，舌红少苔脉细数		阴虚内热	养阴清热	玉女煎合增液汤
胸闷胸痛，心悸怔忡，烦热不安，舌红苔厚腻脉滑数		热郁积饮	清热蠲饮	葶苈大枣泻肺汤 泻白散
小便短赤，烦躁多怒，舌光红刺或边有瘀斑		瘀热痹阻	清热凉血 活血散瘀	犀角地黄汤
神疲乏力，畏寒肢冷，小便短少，进而腰股俱肿，腹大如鼓		脾肾两虚	滋肾填精 健脾利水	济生肾气丸
心悸怔忡，健忘失眠，面色不华，舌质淡，苔薄白，脉细缓		气血两亏	益气养血	八珍汤
身灼热，神昏谵语，或昏愦不语，舌蹇，舌鲜绛，脉细数		脑虚瘀热	清心开窍	清宫汤 安宫牛黄丸或至宝丹
两肋胀痛，经血暗紫带块，烦躁易怒，皮肤瘀斑，舌质紫暗或有瘀斑		瘀热伤肝	疏肝清热 凉血活血	茵陈蒿汤 柴胡疏肝散



金英杰医学
JINYINGJIE.COM

医学培训知名品牌
致力于建立完整的医学服务产业链



金鹰直播课



王牌直播课



王牌联盟班



上课提醒

医学优选,金英杰教育

全国免费咨询热线: 400-900-9392 客服及投诉电话: 400-606-1615

地址: 北京市海淀区学清路甲38号金码大厦B座22层