

用法为每天 3~5 次,扑患处。

(3)洗剂(又名混悬剂、悬垂剂)是粉加水混合在一起的制剂,粉不溶于水,故久置后一些药粉沉淀于水底,使用时需振荡摇匀。有清凉止痒、保护、干燥、消斑解毒之功。适应证同粉剂。常用药物如三黄洗剂、炉甘石洗剂、颠倒散洗剂等。用法为用前摇匀,外搽皮损处,每日 4~6 次。若制剂中有薄荷脑、樟脑、冰片等清凉药物,婴儿面部、外阴等薄嫩处及寒冷冬天不宜使用。

(4)酊剂是将药物浸泡于 50%~75%乙醇或白酒中,密封 7~30 天后滤过即成的酒浸剂(也有用醋浸泡的醋剂)。具有收敛散风、活血消肿、杀菌止痒、溶解皮脂、刺激色素生长等作用。适用于慢性瘙痒性皮肤病、色素脱失性皮肤病、脱发、脚湿气、鹅掌风、圆癣等。常用药物如复方土槿皮酊、1 号癣药水、百部酊、补骨脂酊等。用法为用棉棒蘸药液直接外涂皮损区,每天 1~3 次。凡急性炎症性皮肤病破皮糜烂者,头面、会阴部皮肤薄嫩处禁用。

(5)油剂为粉剂与植物油调和成糊状或以药物浸在植物油中煎炸后滤去药渣而成。具有润泽保护、解毒收敛、止痒生肌、软化皮痂的作用。适用于亚急性皮肤病中有少量渗出、鳞屑、痂皮、溃疡的皮损。常用药物如紫草油、青黛散油、三石散油等。常用的植物油为麻油、菜子油、花生油等,以麻油最佳,有清凉润肤之功。用法为每天外搽患处 1~2 次。

(6)软膏是将药物研成细粉,用凡士林、羊毛脂等作为基质调成均匀、细腻、半固体状的剂型。具有保护、润滑、杀菌、止痒、去痂的作用。适用于一切慢性皮肤病具有结痂、皲裂、苔藓样变等皮损者。常用药物如青黛膏、黄连膏、疯狗膏、5%硫黄软膏、皮脂膏等。用法为每天外搽皮损处 2~3 次,或涂于纱布上敷贴于患处,再用塑料薄膜封包,去痂时宜涂厚些。用于皲裂、苔藓样变皮损时,如加用热烘疗法效果更好。凡糜烂、渗出及分泌物较多的皮损忌用。

2.外用药物使用原则 皮肤病的外用药物使用原则是根据皮损的表现来选择适当的剂型和药物。

(1)根据病情阶段正确选择剂型 皮肤炎症在急性阶段,若仅有红斑、丘疹、水疱而无渗液,宜用洗剂、粉剂;若有大量渗液或明显红肿,则用溶液作开放性冷湿敷。皮肤炎症在亚急性阶段,渗液与糜烂很少,红肿减轻,有鳞屑和结痂,则用油剂为宜。皮肤炎症在慢性阶段,有浸润肥厚、苔藓样变者,则用软膏及酊剂。

(2)根据疾病性质合理选择药物 如有感染时先用清热解毒、抗感染制剂控制感染,然后再针对原来皮损选用药物。

(3)用药宜先温和后强烈 先用性质比较温和的药物。尤其是儿童或女性患者不宜使用刺激性强、浓度高的药物。面部、阴部皮肤慎用刺激性强的药物。

(4)用药浓度宜先低后浓 先用低浓度制剂,根据病情需要再提高浓度。一般急性皮肤病用药宜温和安抚,顽固性慢性皮损可用刺激性较强和浓度较高的药物。

(5)随时注意用药反应 一旦出现皮肤过敏、刺激或中毒反应,应立即停用,并给以及时处理。

P556 修改及增补

第二节热疮增加考点二 热疮的诊断

本病好发于皮肤黏膜交界处,常见于口角、唇缘、鼻孔周围、面颊及外阴等部位。皮损初起为红斑,灼热而痒,继而形成针头大小簇集成群的水疱,内含透明浆液,破裂后露出糜烂面,逐渐干燥,结痂脱落而愈,留有轻微色素沉着。病程 1~2 周,易反复发作。

一般无全身不适。发病前患处皮肤有发紧、烧灼、痒痛感。发于眼部者,常有刺痒、疼痛、怕冷、发热等风热毒盛的症状;发于口角唇缘或口腔黏膜者,可引起颌下或颈部淋巴结肿痛;发于外阴者,水疱易糜烂染毒,可伴有发热、便干、溲赤、尿频、尿痛、苔黄、脉数等湿热下注的症状;反复发作多年不愈者,常有咽干、口渴、舌红、脉数等阴虚内热的症状。

原考点二 修改为 考点三

P558 增补

考点二 2.鹅掌风、脚湿气

(1)水疱型 可选用1号癣药水、2号癣药水、复方土槿皮酊外搽;二矾汤熏洗;鹅掌风浸泡方或藿黄浸剂浸泡。

(2)糜烂型 可选1:1500高锰酸钾溶液、3%硼酸溶液、二矾汤或半边莲60g煎汤待温,浸泡15分钟,次以皮脂膏或雄黄膏外搽。

(3)脱屑型 可选用以上软膏外搽,浸泡剂浸泡。如角化增厚较剧,可选以10%水杨酸软膏厚涂,外用油纸包扎,每晚1次,使其角质剥脱,然后再用抗真菌药物,也可用市售治癣中成药。

P559 修改

第五节脂溢性皮炎 修改为 第六节白屑风

考点一脂溢性皮炎的概念与特点 修改为 考点一概念与特点

原来内容修改为

1.概念 是因皮肤油腻,出现红斑,覆有鳞屑而得名,是发生在皮脂溢出部位的慢性炎症性皮肤病。

2.特点 头发、皮肤多脂发亮,油腻,瘙痒,出现红斑白屑,脱而复生。以青壮年为多,乳儿期亦有发生。

考点二脂溢性皮炎的治疗 修改为 考点二辨证论治

P561 修改及增补

第十节疥疮 考点二疥疮的临床特点 修改为 考点二疥疮的治疗与预防

原文内容舍弃,使用新内容

1.治疗

本病以杀虫止痒为主要治法。必须隔离治疗,以外治为主。一般不需内服药,若抓破染毒,需内外合治。

1)疥疮以外治杀虫为主 硫黄治疗疥疮,古今皆为常用特效药物。临床多与水银、雄黄等杀虫药配用,以油调敷,或与大枫子、蓖麻仁等有油脂之果仁捣膏用之。目前临床常用浓度5%~20%的硫黄软膏,小儿用5%~10%、成人用10%~15%的浓度,若患病时间长,可用20%的浓度,但浓度不宜过高,否则易产生皮炎;亦可用含水银的制剂一扫光或雄黄软膏等外搽。

2)涂药方法 先以花椒9g、地肤子30g煎汤外洗,或用温水肥皂洗涤全身后,再擦药。一般先擦好发部位,再涂全身。每天早、晚各涂1次,连续3天,第4天洗澡,换洗席被,此为1个疗程。一般治1~2个疗程,停药后观察1周左右,如无新皮损出现,即为痊愈。因为疥虫卵在产生后1周左右才能发育为成虫,故治疗后观察以1周为妥。

P569 删除及修改

删除第十七节淋病 考点三 淋病的辨证论治中的1.内治法 标题和2.外治法标题及内容

考点四内容进行修改

临床应选用以下抗生素治疗,且应早期足量使用。

普鲁卡因青霉素G480万U一次肌内注射;壮观霉素(淋必治)2g,1次肌内注射;或头孢三嗪(菌必治)250mg,1次肌内注射。急性期且为初次感染者,给药1~2次即可,慢性者应给药7天以上;诺氟沙星800mg,1次口服,或800mg,每天2次;氧氟沙星400mg,1次口服,或每天2次,共服10天。

P574 修改

考点二 内痔的病因病机 修改为 内痔的病因病机、诊断与治疗

原来内容前增加标题(一)内痔的病因病机

原来内容后增加标题(二)内痔的诊断

1.临床表现

(1)便血是内痔最常见的早期症状。初起多为无痛性便血,血色鲜红,不与粪便相混。可表现为手纸带血,滴血、喷射状出血,便后出血停止。出血呈间歇性,饮酒、疲劳、过食辛辣食物、便秘等诱因,常使症状加重。出血严重者可出现继发性贫血。

(2)脱出 随着痔核增大,排便时可脱出肛门外。若不及时回纳,可致内痔嵌顿。

(3)肛周潮湿、瘙痒 痔核反复脱出,肛门括约肌松弛,常有分泌物溢于肛门外,故感肛门潮湿;分泌物长期刺激肛周皮肤,易发湿疹、瘙痒不适。

(4)疼痛 脱出的内痔发生嵌顿,引起水肿、血栓形成,糜烂坏死,可有剧烈疼痛。

(5)便秘 患者常因出血而人为控制排便,造成习惯性便秘,干燥粪便又极易擦伤痔核表面黏膜而出血,形成恶性循环。

2.分期

原来内容放置此处

原来内容后增加标题(三)内痔的治疗

多适用于I、II期内痔;或内痔嵌顿伴有继发感染;或年老体弱者发病;或内痔兼有其他严重慢性疾病不宜手术治疗者。

将考点四 痔的治疗 3.中医治疗内容放此处

1.内治法

2.外治法

外治法中增补

5)挑治法 适用于内痔出血。其机理是疏通经络,调理气血,促使肿消痛减。常用穴位有肾俞、大肠俞、长强、上髂、中髂、次髂、下髂等,一般挑治1次即可见效,必要时可隔10日再挑治1次。

3.其他疗法

1)注射疗法 内容修改

(1)适应证:I、II、III期内痔;内痔兼有贫血者;混合痔的内痔部分。

(2)禁忌证:IV期内痔;外痔;内痔伴肛门周围急慢性炎症或腹泻;内痔伴有严重肺结核或高血压、肝肾疾病及血液病者;因腹腔肿瘤引起的内痔和妊娠期妇女。

2)结扎疗法 内容修改

是中医传统的外治法,用线缠扎痔核根部,阻断痔核的气血流通,使痔核坏死脱落,遗留创面修复自愈。临床上常用的有单纯结扎法、贯穿结扎法和胶圈套扎法。

(1)单纯结扎法

适应证:I、II期内痔。

禁忌证:肛门周围有急性脓肿或湿疮者;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、高血压及肝肾脏疾病或血液病者;临产期孕妇。

操作方法:患者取侧卧位(患侧在下)或截石位,尽量暴露臀部,局部或腰俞麻醉后肛管及直肠下段常规消毒,再用双手食指扩肛,使痔核暴露;用弯血管钳夹住痔核基底部,用10号丝线在止血钳下方剪口处结扎。

(2)贯穿结扎法

适应证:II、III期内痔,对纤维型内痔更为适宜。

禁忌证:同单纯结扎法。

操作方法:基本同单纯结扎法。用弯血管钳夹住痔核基底部,用左手向肛外同一方向牵引,右手用持针钳夹住已穿有丝线的缝针,将双线从痔核基底部中央稍偏上穿过;将已贯穿痔核的双线交叉放置,并用剪刀沿齿线剪一浅表裂缝,再分端进行“8”字形结扎或作“回”字形结扎。

注意事项:结扎内痔时,宜先扎小的痔核,后扎大的痔核;环形内痔采取分段结扎;缝针穿过痔核基底部时,不可穿入肌层,否则结扎后可引起肌层坏死或并发肛门直肠周围脓肿;结扎术后当天不要解大便,若便后痔核脱出,应立即将痔核送回肛内,以免发生水肿,加剧疼痛反应;在结扎后的7~9天为痔核脱落阶段,嘱患者减少行动,大便时不宜用力努挣,以避免术后大出血。

(3)胶圈套扎法:本法是通过器械将橡胶圈套入痔核根部,利用胶圈较强的弹性阻止血液循环,促使

痔核缺血、坏死、脱落,从而治愈内痔。

适应证:Ⅱ、Ⅲ期内痔及混合痔的内痔部分。

禁忌证:单纯结扎法。

操作方法:让患者排便后取膝胸位或侧卧位;先作直肠指诊,以排除其他病变;插入肛门镜,检查痔核位置及数目,选定套扎部位;用负压将痔体吸入套扎器管腔内,之后将胶圈套扎于痔核基底部。

另外,目前痔的治疗还有痔上黏膜环切术(即 PPH 术)、超声引导下痔动脉结扎术、痔上黏膜选择性切除术(即 TST 术)等。

3) 术后常见反应及处理方法

(1)疼痛:术后用 0.75% 罗哌卡因 5mL+生理盐水 5mL+亚甲蓝注射液 2mL 在肛周皮下点状注射;或肛内纳入吲哚美辛栓(消炎痛栓)1 枚。

(2)小便困难:应消除患者精神紧张;下腹部热敷或针刺三阴交、关元、中极等穴留针 15~30 分钟;或用 1%利多卡因 10mL 长强穴封闭;因肛门敷料过多或压迫过紧引起者,可适当放松敷料;必要时采用导尿管。

(3)出血:内痔结扎不牢而脱落,或内痔枯萎脱落时可出现创面出血,甚至小动脉出血。对于创面渗血,可用凡士林纱条填塞压迫,或用桃花散外敷;至于小动脉出血,必须显露出血点,进行缝合结扎,以彻底止血;如出血过多,面色苍白,血压下降者,给予快速补液、输血、抗休克治疗。

(4)发热:一般因组织坏死、吸收而引起的发热不超过 38℃,除加强观察外,无需特殊处理。局部感染引起的可应用清热解药或抗生素等。

5)水肿:以芒硝 30g 煎水熏洗,每日 1~2 次,或用五倍子汤或苦参汤加减熏洗再外敷消痔膏,也可用热水袋外敷。

增补考点三 血栓性外痔的诊断与治疗

(一) 血栓性外痔的诊断

多发于截石位 3、9 点,病前有便秘、饮酒或用力负重等诱因。肛门部突然剧烈疼痛,肛缘皮下有一触痛性肿物,排便、坐下、行走,甚至咳嗽等动作均可使疼痛加剧。检查时在肛缘皮肤表面有一暗紫色圆形硬结节,界限清楚,触按痛剧。有时经 3~5 天血块自行吸收,疼痛缓解而自愈。

(二) 血栓性外痔的治疗

1. 辨证施治

血热瘀结证

证候:肛缘肿物突起,其色暗紫,疼痛剧烈难忍,肛门坠胀。伴口渴便秘,舌紫,苔薄黄,脉弦涩。

治法:清热凉血,散瘀消肿。

方药:凉血地黄汤合活血散瘀汤加减。

2. 外治用苦参汤熏洗,外敷消痔膏。

3. 其他疗法血栓外痔剥离术。适用于血栓外痔较大,血块不易吸收,炎症水肿局限者。

P579 修改

考点三 修改为 息肉痔的诊断与鉴别诊断

(一) 息肉痔的诊断

1. 临床表现

(1)症状 因息肉大小及位置高低的不同,临床表现也不尽相同。位置较高的小息肉一般无症状;低位带蒂息肉大便时可脱出肛门外,小的能自行回纳,大的便后须用手推回,常伴有排便不畅、下坠或里急后重感。多发性息肉常伴腹痛、腹泻,排出血性黏液便,久之则体重减轻、体弱无力、消瘦、贫血等。若息肉并发溃疡及感染,可有大便次数增加,便后有里急后重感,便后出血,伴血性黏液排出。

(2)专科检查 肛门指诊对低位息肉有重要诊断价值。可扪及圆形柔软肿物,表面光滑,活动度大,有长蒂时常有肿物出没不定的情况。肛镜下可见直肠黏膜有圆形肿物,有蒂。多发性息肉则可触及直肠

腔内有葡萄串样大小不等的球形肿物,指套染血或附有血性黏液。

2.实验室及辅助检查 电子结肠镜检查并取活体组织行病理检查,可进一步明确诊断。气钡双重造影检查能发现早期微小病变,可确定息肉的部位与数目。长期出血者可见红细胞及血红蛋白下降,甚至贫血。

(二)息肉痔的鉴别诊断

1.直肠癌可有大便习惯的改变,大便变扁变细,便血,指诊可触及坚硬不规则、活动范围小、基底粘连而压痛的肿物,指套上有脓血黏液,有恶臭味,病理检查可明确诊断。

2.肛乳头肥大位置在肛窦附近,质韧,表面光滑,呈灰白色,多无便血,可脱出肛外,常伴有肛裂等。

3.内痔二者均可脱出,便血。但内痔多位于齿线上左中、右前、右后三处,基底较宽而无蒂,便血量较多。多见于成年人。

P580

增补考点四 息肉痔的治疗

1.辨证论治

(1)风伤肠络证

证候:便血鲜红,或滴血,或便时带血,息肉表面充血明显,脱出或不脱出肛外;舌质红,苔薄白或薄黄,脉浮数。

治法:清热凉血,祛风止血。

方药:槐角丸加减。

(2)气滞血瘀证

证候:肿物脱出肛外,不能回纳,疼痛甚,息肉表面紫暗;舌紫,脉涩。

治法:活血化瘀,软坚散结。

方药:少腹逐瘀汤加减。息肉较大或多发时,可加半枝莲、半边莲、白花蛇舌草。

(3)脾气亏虚证

证候:肿物易于脱出肛外,表面增生粗糙,或有少量出血,肛门松弛;舌质淡,苔薄,脉弱。

治法:补益脾胃。

方药:参苓白术散加减。

2.外治疗法 灌肠法适用于多发性息肉。选用具有收敛、软坚散结作用之药液,方法如下:

(1)6%明矾液 50mL 保留灌肠,每天 1 次。

(2)乌梅、海浮石各 12g,五倍子 6g,牡蛎、夏枯草各 30g,紫草、贯众各 15g,浓煎为 150~200mL,每次取 50~80mL 保留灌肠,每天 1 次。

3.其他疗法 本病应采用综合治疗。对保守治疗效果不佳者,可采用结扎或镜下套扎或手术切除等治疗。

(1)结扎法

适应证:低位带蒂息肉。

操作方法:侧卧位或截石位,局部常规消毒,局部麻醉并扩肛后,用食指将息肉轻轻拉出肛外,或在肛镜下用组织钳夹住息肉轻轻拉出肛外,用圆针丝线在息肉基底贯穿结扎,然后切除息肉。

(2)套扎法 本法是通过器械将胶圈套入息肉根部,利用胶圈较强的弹性阻止血液循环,促使息肉缺血、坏死、脱落。

适应证:低位带蒂息肉。

禁忌证:同单纯结扎法。

操作方法:让患者排便后取膝胸位或侧卧位;先行直肠指诊,以排除其他病变;插入肛门镜,检查息肉位置及数目,选定套扎部位,用套扎器行息肉套扎。

(3)内镜下息肉切除术对中高位直肠息肉及结肠息肉,可以在结肠镜下行息肉圈套电切或内镜下黏

膜剥离术(EMR)。

(4) 直肠结肠切除术对高位多发性腺瘤,必要时可考虑行直肠结肠切除术。

P580 修改

第四节 肛隐窝炎 修改为 第四节 肛隐窝炎(助理不考)

P584 增补

第六节

考点一 增补

《医宗金鉴》说:“肛门围绕,折纹破裂,便结者,火燥也。”

P592 修改

第五节慢性前列腺炎 修改为 精浊

考点一 修改为 考点一病因病机

考点二 修改为 考点二诊断

P593 修改

第六节前列腺增生症(助理不考) 修改为 精癯(助理不考)

考点一 二标题中前列腺增生症字样删除

考点二 3.前列腺增生症字样删除的其他疗法中 前列腺增生症字样删除

P601 修改

第一节 股肿 修改为 第一节 股肿(助理不考)

P602 修改

第二节 血栓性浅静脉炎 修改为 第二节 青蛇毒

考点一 二、三标题中血栓性浅静脉炎字样删除

P596 删除

第二节 烧伤(助理不考) 删除(助理不考)

P597 增补

第三节 毒蛇咬伤

考点一 1.常见毒蛇种类 增补

目前已知我国的蛇类有 219 种,其中毒蛇 50 余种,华南地区较多,主要出没于山林、田野、海边等处,毒蛇咬伤是一种对劳动人民危害较大的灾害性、外伤性外科疾病。毒蛇咬伤虽然在我国南方多见,但毒蛇在全国范围内均有不同程度分布。危害较大,能致人死亡的主要有 10 种。

第七篇

中医妇科学

P620

第五章 妇科疾病的诊断与辨证(助理不考)

删掉:(助理不考)

P621

4. 月经的量、色、质一般每月月经量约 50~80mL。

修改:4. 月经的量、色、质月经量的多少难以准确统计,一般以每月经量 20~60mL 为适中。

P622

添加:月经病、带下病、妊娠病、产后病的辨证要点之前

第二节 辨证要点

考点一 常用辨证方法

妇科疾病的辨证主要以八纲辨证为纲领,以脏腑辨证和气血辨证为主要辨证方法,个别疾病如产后发热的感染邪毒证采用卫气营血辨证。临床上应根据月经、带下、恶露等期、量、色、质、气味异常的特点,生殖系统局部临床表现的特征,结合全身证候表现和舌脉征象进行综合分析,以阐明疾病的病性、病势、病位、病因和病机,为正确论治、选方用药提供可靠依据。

(一) 脏腑辨证

脏腑辨证是以脏腑的生理、病理为基础进行辨证分析。

1. 肾病辨证肾病主要表现为虚证,包括肾气虚、肾阴虚、肾阳虚、肾阴阳两虚,可导致多种妇科疾病,如月经先期、月经后期、月经先后无定期、崩漏、闭经、绝经前后诸证、带下病、胎漏、胎动不安、堕胎、小产、滑胎、子肿、阴挺、不孕症等。肾虚证必有“头晕耳鸣,腰酸腿软”。

2. 心病辨证心病在现代妇科疾病谱也多见,如心神不宁,可见烦躁失眠、多梦、月经过少、闭经、胎动不安。心血瘀阻可见月经量少、闭经、痛经、产后腹痛、癥瘕等。心火上炎又可见烦躁易怒、口舌生疮、崩漏、月经延长、经间期出血、胎漏等。

3. 肝病辨证肝病主要表现为实证和虚中夹实证,包括肝气郁结、肝郁化火、肝经湿热、肝阳上亢、肝风内动等,可引起月经先期、月经先后无定期、痛经、闭经、崩漏、带下病、阴痒、妊娠恶阻、子晕、子痫、缺乳、不孕症等疾病。肝实证多有“胸胁、乳房、少腹胀痛,烦躁易怒”。

4. 脾病辨证脾病主要表现为虚证或虚中夹实证,包括脾气虚(胃虚)、脾阳虚(痰湿)等,可导致月经先期、月经后期、月经过多、崩漏、闭经、经行泄泻、带下病、妊娠恶阻、胎动不安、子肿、阴挺、不孕等。脾虚证多有“脱腹胀满,不思饮食,四肢无力”。

5. 肺病辨证肺病在妇科较少见,可见于经行吐衄、妊娠咳嗽、妊娠小便不通、产后小便不通等。肺病多有“咳嗽喘满”。阴虚肺燥、肺失宣降等各有相应兼症。

(二) 气血辨证

气血辨证是以气、血的生理、病理为基础进行辨证分析。气血由脏腑所化生并使之运行,又是脏腑功能活动的物质基础,故脏腑、气血的病变可相互影响。气和血关系密切,两者的病变也互相影响,气病及血,或血病及气。

1. 气病辨证

(1) 气虚证以全身功能活动低下为主要特征。气虚可导致月经先期,月经过多、崩漏、胎动不安、产后恶露不绝、阴挺等。气虚证常见“气短懒言,神疲乏力,舌淡苔薄,脉缓弱”。

(2) 气滞证以全身或局部的气机不畅与阻滞为主要特征,气滞可引起月经后期、痛经、经行乳房胀痛、子肿、难产、缺乳等。气滞证常见“胸闷不舒,小腹胀痛,脉弦”。气滞证与肝郁证有一定联系,但在证候上也有所区别。

(3) 气逆证气滞证进一步发展可出现气逆证,引起妊娠恶阻等。在气滞证的基础上,兼见咳逆喘息,或恶心呕吐,或头晕胀痛等症。

(4) 气陷证气虚证进一步发展可引起气陷证,导致崩漏、阴挺等。在气虚证的基础上有头晕目眩、小腹空坠等症。

2. 血病辨证

(1) 血虚证以血虚不荣、全身虚弱为主要特征。血虚可导致月经后期、月经过少、闭经、胎动不安、胎萎不长、产后腹痛、不孕症等。血虚证常见“头晕眼花,心悸少寐,皮肤不润,面色萎黄或苍白,舌淡苔少,脉细无力”。

(2) 血瘀证血瘀可引起崩漏、闭经、痛经、产后腹痛、产后恶露不绝、胞衣不下等。血瘀证常见“刺痛拒按,痛有定处,腹内积块,舌紫暗或有瘀斑、瘀点,脉沉涩或弦涩”。

(3) 血热证血热可导致月经先期、月经过多、崩漏、胎动不安、产后恶露不绝等。血热证常见“心胸烦闷,渴喜冷饮,小便黄赤,大便秘结,舌红苔黄,脉滑数”。

(4) 血寒证血寒可引起月经后期、月经过少、痛经、闭经、胞衣不下、不孕症等。血寒证常“小腹绞痛或冷痛,得温痛减,畏寒肢冷,面色青白,舌暗苔白,脉沉紧”。

P627

考点二 急腹症

改成:痛证

P630

月经先期——1.气虚证——(1)脾气虚证——方药:补中益气汤或归脾汤。

修改:方药:补中益气汤。

月经先期——(2)肾气虚证——治法:补肾益气,固冲调经。

修改:治法:补益肾气,固冲调经。

P632

月经先后不定期

删除:

3. 脾虚证

证候:经行或前或后,量多,色淡质稀,神倦乏力,脘腹胀满,纳呆食少,舌淡,苔薄,脉缓。

治法:补脾益气,养血调经。

方药:归脾汤。

P632

月经过多——30~80 mL 为适宜,超过 100 mL 为月经过多。

修改:20~60 mL 为适宜,超过 80 mL 为月经过多。

P634

经期延长——2.虚热证——方药:两地汤合二至丸、四乌贼骨一芦茹丸或固经丸。

修改:方药:两地汤合二至丸。

3.血瘀型——方药:桃红四物汤合失笑散加味或桂枝茯苓丸加味。

修改:方药:桃红四物汤合失笑散加味。

P635

经间期出血——1.肾阴虚证——治法:滋肾益阴,固冲止血。

修改:治法:滋肾养阴,固冲止血。

P637

3.血热证

修改:(3)血热证

(1)实热证

修改:①实热证

(2)虚热证

修改:②虚热证

P638

崩漏——4.血瘀证——方药:逐瘀止血汤或将军斩关汤。

修改:方药:逐瘀止血汤。

P638

4.血瘀证

修改:(4)血瘀证

P640

闭经——4.气滞血瘀证——方药:血府逐瘀汤或膈下逐瘀汤。

修改:方药:血府逐瘀汤。

P641

痛经——2.寒凝血瘀证——方药:少腹逐瘀汤或温经散寒汤。

修改:方药:少腹逐瘀汤。

P642

痛经——4.气血虚弱证——方药:圣愈汤或黄芪建中汤或养血和血汤。

修改:方药:圣愈汤。

P649

绝经前后诸证

增加:

4.心肾不交证

主要证候:绝经前后,心烦失眠,心悸易惊,甚至情志失常,月经周期紊乱,量少或多,经色鲜红,头晕健忘,腰酸乏力;舌红,苔少,脉细数。

治法:滋阴补血,养心安神。

方药:天王补心丹。

P651

删除:

第二十五章 绝经妇女骨质疏松症(助理不考)

考点一 绝经妇女骨质疏松症的定义

绝经期妇女骨质疏松症是指绝经后短时间内由于雌激素缺乏导致骨吸收亢进,全身骨量减少及骨脆性增多,易于骨折的一种与绝经有关的代谢性骨病。属于原发性骨质疏松,受累期多为绝经后3~4年,可延至70岁妇女。

考点二 病因病机

本病的发生与肾虚密切相关,肾精亏虚是其主要病因。绝经后肾气衰退,肾精亏虚,或因先天禀赋不足,或因房劳多产,或因久病伤肾,耗伤肾精,肾精气亏虚,骨髓化生乏源,导致本病的发生。常见证候有肾精亏虚、阴虚内热、阴阳两虚、脾肾两虚。考点三辨证论治

1.肾精亏虚证

证候:腰背疼痛,脘酸膝软,头晕耳鸣,或发枯而脱,齿摇稀疏,小便余沥或失禁;舌质淡红,苔薄白,脉沉细无力。

治法:补肾填精益髓。

方药:左归丸。

2.阴虚内热证

证候:腰背部疼痛,或足跟痛,或驼背,或骨折,急躁易怒,五心烦热,心烦少寐,腰膝酸软无力,面部烘热而汗出,或眩晕,或潮热盗汗;舌质红或绛,脉细数。

治法:滋阴清热,补肾强筋。

方药:知柏地黄丸。

3.阴阳两虚证

证候:时有骨痛肢冷或腰背部疼痛,或足跟痛,腰膝酸软,畏寒喜暖,四肢倦怠无力,面色少华,体倦无力;舌质淡,脉沉细。

治法:补肾壮阳,益髓健骨。

方药:二仙汤加菟丝子、五味子、肉苁蓉、杜仲、茯苓。

4.脾肾两虚证

证候:腰背疼痛,脘酸膝软,面色不华,肢倦乏力,纳少便溏;舌质淡边有齿痕,苔薄白,脉细。

治法:益肾健脾。

方药:大补元煎。考点四预防与调护

1.营养指导患者饮食生活,合理调整营养,适当增加蛋白质、钙、磷类饮食,其他营养素如维生素 C 及多种微量元素(镁、锰、锌、硼等)的补充,应注意以食物补充为宜,但也可选用各种食疗法滋阴补肾壮骨。

2.运动目前研究已证明,运动通过肌肉活动产生对骨的应力,刺激骨形成,增强机体的骨矿含量,能使成年人生理性骨量丢失减少。因此,中老年人必须坚持力所能及的体力活动或参加适当的体育运动。

3.日光浴定时晒太阳是一种免费的有效防治措施,户外日晒应不少于 30 分钟,日晒时仅暴露身体几处(头、颈、前臂、下肢)即可。

4.药物防治根据临床及治疗情况,选用适当的中成药补肾壮骨,避免骨质疏松继续发展,或巩固疗效。

P658

妊娠恶阻

新增:

3.痰滞证

主要证候:妊娠早期,呕吐痰涎;胸膈满闷,不思饮食,口中淡腻,头晕目眩,心悸气短;舌淡胖,苔白腻,脉滑。

治法:化痰除湿,降逆止呕。

方药:青竹茹汤。

P659

删除:

第三节 妊娠腹痛

考点一 妊娠腹痛的定义

妇女怀孕后,小腹部疼痛,经常发作,亦称胞阻。妊娠期发生小腹疼痛,无腰酸、阴道出血。

考点二 病因病机

妊娠腹痛的发生机理,主要是气滞、血瘀、血虚、虚寒,以致胞脉、胞络阻滞或失养,气血运行不畅,“不通则痛”或“不荣则痛”。其病位在胞脉、胞络,尚未损伤胎元。病情严重者,可影响到胎元,发展为胎漏、胎动不安。

考点三 鉴别诊断

与异位妊娠、胎动不安、妊娠合并卵巢囊肿蒂扭转、孕痫等相鉴别。

考点四 辨证论治

1. 血虚证

证候:妊娠期间,腹痛绵绵,按之痛减;面色萎黄,头晕目眩,心悸少寐;舌淡,舌苔薄白,脉细滑弱。

治法:养血安胎止痛。

方药:当归芍药散加首乌、桑寄生。

2. 气滞证

证候:妊娠期间,小腹胸胁胀痛,或少腹胀痛,情志抑郁,嗳气吐酸,烦躁易怒,舌苔薄黄,脉弦滑。

治法:疏肝解郁,养血安胎。

方药:逍遥散。

3. 虚寒证

证候:妊娠期后,小腹冷痛,绵绵不休,喜温喜按,形寒肢冷,面色白,纳少便溏,舌淡苔白滑,脉沉细滑。

治法:暖宫止痛,养血安胎。

方药:胶艾汤加巴戟天、杜仲、补骨脂。

4. 血瘀证

证候:妊娠后,小腹隐痛不适,或刺痛不移,或素有癥瘕,舌黯有瘀点,脉弦滑。

治法:养血活血,补肾安胎。

方药:桂枝茯苓丸合寿胎丸。

P664

滑胎——3. 气血两虚证

修改成 3. 气血虚弱证

P666

子肿——2. 肾虚证——治法:补肾温阳,化气行水。

修改:治法:补肾温阳,化气利水。

P674

产后发热——2. 外感证——方药:荆穗四物汤加防风、苏叶或参苏饮。

修改:方药:荆防四物汤加防风、苏叶或参苏饮。

产后发热——3. 血虚证——方药:补中益气汤加地骨皮。

修改:方药:八珍汤加减。

P675

产后腹痛

1. 主要病因气血两虚;瘀滞子宫。

2. 主要病机气血运行不畅——不荣则痛;迟滞而痛——不通则痛。

修改:主要病机是冲任、胞宫的不荣而痛和不通则痛,其原因有血虚和血瘀。

P678

缺乳(助理不考)

删去:(助理不考)

缺乳——3. 痰浊阻滞证——治法:健脾化痰,佐以通乳。

修改:治法:健脾化痰通乳。

P686

不孕症

2.肝气郁结证一方药:开郁种玉汤或百灵调肝汤。

修改:方药:开郁种玉汤。

3.瘀滞胞宫证——方药:少腹逐瘀汤或膈下逐瘀汤。

修改:方药:少腹逐瘀汤。

4.痰湿内阻证——治法:燥湿化痰,行滞调经。

修改:治法:燥湿化痰,理气调经。

P690

第一节 避孕考点一工具避孕 1.宫内节育器(4)节育器的取出与换置

删除:

③取器方法:有尾丝者,用止血钳夹住尾丝后轻轻牵引出;无尾丝者,其方法的前三步与放置方法相同,然后用子宫探针探测节育器位置,再将取环钩呈水平位送达宫腔底部节育器所在的位置,旋转90°,钩住节育器下缘轻轻拉出。

P695

第十四章 妇科特殊检查与常用诊断技术(助理不考)

删去:(助理不考)

P696

考点二 阴道脱落细胞检查

修改:考点二、阴道脱落细胞检查(助理不考)

考点三 宫颈黏液检查

修改:考点三、宫颈黏液检查(助理不考)

考点五 活体组织检查

修改:考点五、活体组织检查(助理不考)

P697

考点六 诊断性刮宫

修改:考点六、诊断性刮宫(助理不考)

考点七 后穹窿穿刺

修改:考点七、后穹窿穿刺(助理不考)

考点八 输卵管通畅检查

修改:考点八、输卵管通畅检查(助理不考)

考点九 超声检查

修改:考点九 超声检查(助理不考)

P697

添加:考点九超声检查后边

考点十 宫腔镜检查

(一)宫腔镜检查适应证

- 1.异常子宫出血。
- 2.可疑宫腔粘连及畸形。
- 3.可疑妊娠物残留。
- 4.影像学检查提示宫腔内占位病变。
- 5.原因不明的不孕或反复流产。

6. 宫内节育器异常。
 7. 宫腔内异物。
 8. 宫腔镜术后相关评估。
- (二) 宫腔镜手术适应证
1. 子宫内膜息肉。
 2. 子宫黏膜下肌瘤及部分影响宫腔形态的肌壁间肌瘤。
 3. 宫腔粘连。
 4. 纵隔子宫。
 5. 子宫内膜切除。
 6. 宫腔内异物取出, 如嵌顿节育器及流产残留物等。
 7. 宫腔镜引导下输卵管插管通液、注药及绝育术。

(三) 禁忌证

1. 绝对禁忌证

- (1) 急性、亚急性生殖道感染。
- (2) 心、肝、肾衰竭急性期及其他不能耐受手术者。

2. 相对禁忌证

- (1) 体温 $>37.5^{\circ}\text{C}$ 。
- (2) 子宫颈瘢痕, 不能充分扩张者。
- (3) 近期(3个月内)有子宫穿孔史或子宫手术史者。
- (4) 浸润性子宫颈癌、生殖道结核未经系统抗结核治疗者。

考点十一 腹腔镜检查

(一) 适应证

1. 急腹症(如异位妊娠、卵巢囊肿破裂、卵巢囊肿蒂扭转等)。
2. 盆腔包块。
3. 子宫内膜异位症。
4. 确定不明原因急慢性腹痛和盆腔痛的原因。
5. 不孕症。
6. 计划生育并发症(如寻找和取出异位宫内节育, 子宫穿孔等)。
7. 有手术指征的各种妇科良性疾病。
8. 子宫内膜癌分期手术和早期子宫颈癌根治术。

(二) 禁忌证

1. 绝对禁忌证

- (1) 严重的心脑血管疾病及肺功能不全。
- (2) 严重的凝血功能障碍。
- (3) 绞窄性肠梗阻。
- (4) 大的腹壁疝或膈疝。
- (5) 腹腔内大出血。

2. 相对禁忌证

- (1) 盆腔肿块过大。
- (2) 妊娠 >16 周。
- (3) 腹腔内广泛粘连。
- (4) 晚期或广泛转移的妇科恶性肿瘤。

腹腔镜手术作为一种微创手术方式, 具有创伤小、恢复快、住院时间短等优点, 已成为当代妇科疾病诊治的常用手段。

第八篇

中医儿科学

P699

7~12个月体重(kg)=7+0.5×(月龄-6)

修改为:7~12个月体重(kg)=6+0.25x月龄

P700

身高(cm)=70+7×年龄

修改为:身高(cm)=75+7×年龄

P723

感冒——④时邪感冒——治法:清瘟解表消毒。

修改为:治法:清瘟解毒。

P725

咳嗽

新增:考点三辨证论治之前

诊断要点与鉴别诊断

(一)诊断要点

1.病史好发于冬春二季,常因气候变化而发病,病前多有感冒病史。

2.临床表现以咳嗽、咯痰为主症。肺部听诊两肺呼吸音粗糙,可闻及干啰音或不固定的粗湿啰音。

3.辅助检查

(1)X线检查胸片显示肺纹理增粗模糊,肺门阴影加深。

(2)血常规病毒感染者血白细胞总数正常或偏低;细菌感染者血白细胞总数及中性粒细胞增高。

(3)病原学检查取鼻咽或气管分泌物标本作病毒分离或桥联酶标法检测,有助于病毒学的诊断。血肺炎支原体抗体IgG、IgM检测用于肺炎支原体感染诊断。痰细菌培养,可作为细菌学诊断。

(二)鉴别诊断

1.肺炎喘嗽以气喘、咳嗽、痰壅、发热为主症,双肺听诊吸气末可闻及固定的中细湿性啰音,胸部X线检查可见肺纹理增粗、紊乱及斑片状阴影。

2.原发型肺结核以低热、咳嗽、盗汗为主要临床症状。多有结核病接触史,结核菌素试验阳性,气道排出物中可找到结核菌,胸部X线检查显示活动性原发型肺结核改变,纤维支气管镜检查可见明显的支气管结核病变。

3.支气管异物有异物吸入史,突然出现呛咳,胸部X线检查可见纵隔摆动,纤维支气管镜检查可确定诊断。

P726

咳嗽——②风热咳嗽——方药:桑菊饮。

修改:方药:桑菊饮。加减:咳嗽重者合麻杏石甘汤;咳甚痰多加瓜蒌皮。

P728

肺炎喘嗽——(1)常证

①风寒郁肺证

修改:风寒闭肺证

②风热郁肺证

修改:风热闭肺证

P732

哮喘

新增:考点五预防与调护前面

其他疗法

1. 针灸疗法

(1)体针取定喘、天突、内关。咳嗽痰多者,加膻中、丰隆。针刺,1日1次。用于发作期,取大椎、肺俞、足三里、肾俞、关元、脾俞。每次取3~4穴,针刺加灸,隔日1次。在好发季节前作预防性治疗。

(2)耳针选喘点、内分泌、交感、肺、肾。用于哮喘发作期。

2. 中药敷贴疗法白芥子、延胡索、甘遂、细辛,共研细末,加生姜汁调膏,分别贴在肺俞、心俞、膈俞、膻中穴。适用于哮喘缓解期。每年夏季三伏及冬季三九贴敷。

P734

反复呼吸道感染

新增:

5. 肺胃实热证

证候:反复外感,咽微红,口臭,口舌易生疮,汗多而黏,夜寐欠安,大便干,舌质红,苔黄,脉滑数。

治法:清泻肺胃。

方剂:凉膈散加减。

P738

口疮——(3)虚火上浮证——治法:滋阴降火,引火归元。

修改:治法:滋阴降火,引火归原。

P741

泄泻

新增:考点五预防与调护前面

要点五其他疗法

(一) 针灸疗法

1. 针法取足三里、中脘、天枢、脾俞。

虚泻。

(二) 贴敷疗法

1. 丁香1份、肉桂2份,共研细末,每次1~2g,姜汁调和成糊状,贴敷神阙穴,外用胶布固定,每日1次。用于风寒泻、脾虚泻、脾肾阳虚泻。

2. 用五倍子、干姜各10g,吴茱萸、丁香各5g,共研细末,用白酒调和,贴敷神阙穴,纱布敷盖固定。用于虚寒泄泻。

(三) 推拿疗法

1. 补脾土,清大肠,清小肠,退六腑,揉小天心。用于湿热泻。

2. 揉外劳宫,推三关,摩腹,揉脐,揉龟尾。用于风寒泻。

3. 推板门,清大肠,补脾土,摩腹,逆运内八卦,点揉中脘。用于伤食泻。

4. 推三关,补脾土,补大肠,摩腹,推上七节骨,捏脊。用于脾虚泻。

P747

新增:增加在第七节贫血前

腹 痛

考点一 概述

小儿腹痛是小儿时期常见的一种病证,是指小儿胃脘以下、脐周及耻骨以上部位发生的疼痛,具体可分为胃脘以下、脐部以上的大腹痛;脐周部位的脐腹痛;脐部以下正中部位的小腹痛;脐部以下小腹两侧或一侧的少腹痛。腹痛为一临床症状,可在多种内科及外科疾病中出现,其发病无季节性,任何年龄都可发生。中医小儿腹痛病常指除外小儿急腹症的各类腹痛。

考点二 病因病机

小儿腹痛的发病原因较多,或因腹部中寒,或因乳食积滞,或因胃肠结热,或因素体脾胃虚寒,或因瘀血内阻所致。病位主要在脾、胃、大肠,亦与肝有关。其总的病机为气机不畅,气血运行受阻。病初多以实证为主,若因素体虚弱气滞血瘀者,则属虚实夹杂或虚多实少之证。

考点三 诊断要点与鉴别诊断

(一) 诊断要点

1. 病史患儿可有外感寒邪、伤于乳食、脾胃虚寒、情志不畅等病史或诱因。

2. 临床表现

(1) 表现在胃脘部、脐周部位、小腹两侧或一侧部位、下腹部正中部位。

(2) 腹痛时作时止、时轻时重,常有反复发作、发后自行缓解的特点。

(3) 疼痛的性质可有隐痛、钝痛、胀痛、刺痛、掣痛等。

(4) 除外腹部器官器质性病变、全身性疾病及腹部以外器官疾病引起的腹痛。

3. 实验室及特殊检查血、尿、便检查,腹部超声波检查、X线检查等有助于临床诊断及鉴别诊断。腹腔穿刺、胃镜、腹腔镜、CT等,根据病情及临床需要选择。

(二) 鉴别诊断

1. 腹部器官与非腹部器官引起的腹痛鉴别应排除肛门、尿道、四肢、腰背等疼痛,应注意全身查体,注意有腹泻、呕吐等胃肠症状。此外,须注意呼吸道感染、病毒性心肌炎、代谢性疾病以及腹型癫痫等均可致急性腹痛。

2. 腹部器质性病变腹痛与功能性腹痛鉴别器质性病变指某器官有病理解剖上的变化,如阑尾炎、肠梗阻、腹膜炎、消化性溃疡等。器质性病变引起的腹痛比较持续,体征较固定,只要病变继续存在,腹痛也存在,有时还可由于肠蠕动或暂时的痉挛而引起阵发性腹痛加剧。

3. 急腹症的鉴别包括腹腔内脏器急性炎症、腹膜炎、肠梗阻及腹部损伤等。腹腔内脏器急性炎症主要症状为腹痛,继之发热,白细胞升高,腹部出现局限范围的压痛、肌紧张、反跳痛。腹膜炎以腹部出现局限或全腹压痛、肌紧张、反跳痛,腹胀,肠鸣音减弱或消失为主要表现。肠梗阻的主要症状为阵发性腹绞痛、呕吐、无大便等。腹部损伤则多有外伤史及腹膜刺激征表现。

考点四 辨证论治

(一) 辨证要点

本病辨证要考虑腹痛发生的部位、性质。

1. 辨部位感受寒邪或素体脾胃虚寒多为脐周痛;因食伤多有饮食不节、不洁及暴饮暴食的病史,同时可伴有呕吐酸腐,多为胃脘及脐部以上疼痛;肠痛多为右侧少腹痛。因瘀血、虫积、食积者,痛有定处。因寒、热、虚而痛者痛无定处。

2. 辨性质腹痛遇寒而发或加重,得温而减者属寒;腹痛拒按,进食后痛甚者为实,腹痛喜按,进食痛减者为虚;积滞者腹胀痞满,按之痛甚;血瘀者痛如针刺,固定不移;气滞者痛时走窜,游走不定。

(二) 治疗原则

本病以调理气机,和中缓急为基本治则。根据不同病因分别治以温中散寒、消食导滞、通腑泄热、温

阳补虚、活血化瘀等法。除内治法外,还可以配合针灸、推拿等外治方法。

腹痛证候在临床往往寒热、虚实相互兼夹,相互转化,气滞可以导致血瘀,血瘀可以使气机壅滞;实证腹痛日久可至脏腑虚弱,而虚证腹痛又可导致脾胃失运而产生积滞。

(三)分证论治

1.腹部中寒证

证候:腹部疼痛,拘急疼痛,得温则舒,遇寒痛甚,痛处喜暖,面色苍白,痛甚者髓冷汗出,唇色紫暗,肢冷不温,或兼吐泻,小便清长,舌淡,苔白滑。脉沉弦紧,指纹红。

治法:温中散寒,理气止痛。

方剂:养脏汤。

2.乳食积滞证

证候:脘腹胀满,按之痛甚,暖腐吞酸、不思乳食,矢气频稀或腹痛欲泻,泻后痛减,或有呕吐,吐物酸臭,大便秽臭,夜卧不安,时时啼哭,舌红,苔厚腻,脉沉滑,指纹紫滞。

治法:消食导滞,行气止痛。

方剂:香砂平胃散。

3.胃肠结热证

证候:腹痛胀满,疼痛拒按,大便秘结,烦躁口渴,手足心热,口唇舌红,舌苔黄燥,脉滑数或沉实,指纹紫滞。

治法:通腑泄热,行气止痛。

方剂:大承气汤。

4.脾胃虚寒证

证候:腹痛绵绵,时作时止,痛处喜按,得温则舒,面白少华,精神倦怠,手足清冷,乳食减少,或食后腹胀,大便稀溏,舌淡苔白,脉沉缓,指纹淡红。

治法:温中理脾,缓急止痛。

方剂:小建中汤合理中汤。

5.气滞血瘀证

证候:腹痛经久不愈,痛有定处,痛如针刺,或腹部癥块拒按,肚腹硬胀,青筋显露,舌紫暗或有瘀点,脉涩,指纹紫滞。

治法:活血化瘀,行气止痛。

方剂:少腹逐瘀汤。

考点五预防与调护

(一)预防

- 1.注意饮食卫生,避免过食生冷。
- 2.注意气候变化,防止感受外邪,避免腹部受凉。
- 3.餐后稍事休息,勿做剧烈运动。

(二)调护

- 1.剧烈或持续腹痛者要卧床休息,及时检查腹部体征,并进行必要的辅助检查,以利鉴别诊断和及时处理。
- 2.根据病因,给予相应饮食调护。
- 3.虚性、寒性腹痛者应温服或热服药液;呕吐者,药液要少量多次分服。

便秘

考点一 概述

便秘指大便干燥坚硬,秘结不通,排便时间间隔延长,或虽有便意但排出困难的一种病证。本病可发生于任何年龄,一年四季均可发病。由于排便困难,部分小儿可发生食欲不振,烦躁不安,或可由于便秘

努力,引起肛裂、痔疮或脱肛。

考点二 病因病机

便秘的病因包括饮食因素、情志因素、正虚因素及热病伤津。主要病位在大肠,与脾、肝、肾三脏相关,病机关键是大肠传导功能失常。若脾胃升降功能失常,或肝气失疏则胃失和降;或肾气失煦,脾胃升降无力,导致大肠传导失职而形成便秘。

考点三 诊断要点与鉴别诊断

(一) 诊断要点

1.病史患儿可有喂养不当、挑食、偏食、外感时邪、情志不畅、脏腑虚损等病史。

2.临床表现

(1)不同程度的大便干燥,轻者仅大便前部干硬,重者大便坚硬,状如羊屎。

(2)排便次数减少,间隔时间延长,常2~3日排便1次,甚者可达6~7日1次,或虽排便间隔时间如常,但排便艰涩或时间延长,或便意频频,难以排出或排净。

(3)伴有腹胀、腹痛、食欲不振、排便哭闹等症。可因便秘而发生肛裂、便血、痔疮。部分患儿左下腹部可触及粪块。

(二) 鉴别诊断

1.先天性巨结肠主要表现为顽固性便秘,新生儿有胎便排出延迟,小儿便秘症状进行性加重,伴有严重腹胀、消瘦、生长发育落后等。锐剂灌肠检查显示近直肠-乙状结肠处狭窄,上段结肠异常扩大。

2.机械性肠梗阻主要表现为急性便秘,伴阵发性剧烈腹痛腹胀、恶心呕吐、肠鸣音亢进,腹部X线检查显示多个扩张肠袢及较宽液平面,结肠远端及直肠无气。

考点四 辨证论治

(一) 辨证要点

本病辨证,应首辨虚实,继辨寒热。

1.辨别实证、虚证实证多由乳食积滞、燥热内结和气机郁滞所致,一般病程短,粪质多干燥坚硬,腹胀拒按。食积者,不思进食,或恶心呕吐;气机郁滞者,常胸胁痞满,腹胀暖气。虚证多因气血不足,肠失濡润,传导乏力,一般病程较长,病情顽固,大便虽不甚干硬,但多欲便不出或便出艰难,腹胀喜按。因气虚所致者,神疲乏力,气短多汗;由血虚引起者,面色无华,唇甲色淡。

2.分清寒热热证多身热面赤,口渴尿黄,喜凉恶热;寒证多面白肢冷,小便清长,喜热恶凉。

(二) 治疗原则

本证治疗,以润肠通便为基本法则。临证应根据病因不同,分别采用消食导滞、清热润肠、理气通便、益气养血等治法。治疗用药应注意通下不可太过,以免损伤正气。

(三) 分证论治

1.食积便秘证

证候:大便秘结,脘腹胀满,不思饮食,或恶心呕吐,或有口臭,手足心热,小便黄少,舌质红,苔黄厚,脉沉有力,指纹紫滞。

治法:消积导滞通便。

方剂:枳实导滞丸。

2.燥热便秘证

证候:大便干结,排便困难,甚则便秘不通,面赤身热,腹胀或痛,小便短赤,或口干口臭,或口舌生疮,舌质红,苔黄燥,脉滑实,指纹紫滞。

治法:清热润肠通便。

方剂:麻子仁丸。

3.气滞便秘证

证候:大便秘结,欲便不得,甚或胸胁痞满,腹胀疼痛,暖气频作,舌质红,苔薄白,脉弦,指纹滞。

治法:理气导滞通便。

方剂:六磨汤。

4.气虚便秘证

证候:时有便意,大便不干燥,仍努挣难下,排便时汗出气短,便后神疲乏力,面色少华,舌淡苔薄,脉虚弱,指纹淡红。

治法:益气润肠通便。

方剂:黄芪汤。

5.血虚便秘证

证候:大便干结,艰涩难下,面白无华,唇甲色淡,心悸目眩,舌质淡嫩,苔薄白,脉细弱,指纹淡。

治法:养血润肠通便。

方剂:润肠丸。

考点五预防与调护

(一)预防

- 1.适量多饮水,多进食蔬菜、水果,尤其是粗纤维类蔬菜。
- 2.经常参加体育活动,避免久坐少动。

(二)调护

- 1.对患儿进行排便训练,养成定时排便习惯。
- 2.大便干结临时对症处理,可用开塞露塞肛或肥皂条纳入肛门通便。

P747

贫血

修改:营养性缺铁性贫血

P751

夜啼

删掉:

考点五预防与调护

- 1.要注意防寒保暖,但也勿衣被过暖。
- 2.孕妇及乳母不可过食寒凉及辛辣热性食物,勿受惊吓。
- 3.不可将婴儿抱在怀中睡眠,不通宵开启灯具,养成良好的睡眠习惯。
- 4.婴儿无故啼哭不止,要注意寻找原因,如饥饿、过饱、闷热、寒冷、虫咬、尿布浸渍及衣被刺激等,除去引起啼哭的原因。

P753

汗证

添加:考点四辨证论治之前

(二)鉴别诊断

- 1.脱汗发生于病情危笃之时,出现大汗淋漓,或汗出如油,伴有肢冷、脉微、呼吸微弱,甚至神志不清等。
- 2.战汗在恶寒发热时全身战栗,随之汗出淋漓,或但热不寒,或汗出身凉,常出现在热病病程中。
- 3.黄汗汗色发黄,染衣着色如黄柏色,多见于黄疸及湿热内盛者。

P754

添加:方剂:泻黄散。后边

预防与调护

(一)预防

- 1.进行适当的户外活动,加强体格锻炼,增强小儿体质。
- 2.积极治疗各种急慢性疾病,注意病后调护。

3.药物治疗时不宜辛散太过,需用时应中病即止。

(二)调护

1.减少剧烈运动,注意个人卫生,勤换衣被,保持皮肤清洁。

2.汗出衣湿后,应及时用柔软干毛巾拭干皮肤,更换干净内衣,避免直接吹风受凉。

3.汗出过多应补充水分,进食易于消化、营养丰富的食物。

P758

抽动障碍

添加:考点四辨证论治前面

(二)鉴别诊断

1.风湿性舞蹈病 6 岁以后多见,女孩居多,是风湿热主要表现之一。常表现为四肢较大幅度的无目的而不规则的舞蹈样动作,生活经常不能自理,常伴肌力及肌张力减低,并可有风湿热其他症状。无发声抽动或秽语症状。抗链球菌溶血素“O”增高。抗风湿治疗有效。

2~肌阵挛是癫痫发作的一个类型,表现为全身肌肉或某部肌肉突然、短暂、触电样收缩,可一次或多次发作,发作时常伴有意识障碍,脑电图异常。抗癫痫治疗可控制发作。

3.习惯性抽搐 4~6 岁多见。往往只有一组肌肉抽搐,如眨眼、皱眉、咳嗽声。发病前常有某些诱因,此症一般轻,预后较好。但此症与多发性抽搐症并无严格的界限,有些病儿能发展为多发性抽搐症。

4.注意力缺陷多动症以注意力不集中、自我控制差、动作过多、情绪不稳、冲动任性,伴有学习困难,但智力正常或基本正常为主要临床特征。

P764

痫病

4.瘀血痫证——方剂:通窍活血汤。

添加:方剂:通窍活血汤。加减:头痛剧烈加丹参、五灵脂;频发不止加失笑散。

P765

添加:考点五预防与调护前

西医治疗

1.病因治疗对有明确可治性病因(如颅内占位、代谢异常等)所致的症状性癫痫,应及时对因治疗。

2.合理应用抗癫痫药物是治疗癫痫的主要手段。应遵循以下原则:

(1)用药要审时一旦诊断明确,应尽早予抗癫痫药。对首次发作,症状不重,既往体健,各项检查无异常者,可暂不用药,但应密切观察。

(2)选药应正确主要根据发作类型选择抗癫痫药。

(3)联合用药应谨慎尽量采用单药治疗,避免药物相互作用导致毒性增加;若单药不能控制,需联合用药时,必须了解药物相互作用及机制,正确应用。

(4)用药个体化由于药物代谢及对药物的敏感性存在个体差异,因此用药应从小剂量开始,逐渐增加。

(5)服药宜规律用药疗程要足,一般控制发作后还要继续服药 2~4 年。

(6)停药要缓慢减药过程一般 3~6 个月,甚至 1~2 年。减药过快或突然停药易致再次发作或发作加重;停药后复发者应重新开始抗癫痫药物治疗。

(7)定期复查定期复查动态脑电图,监测血药浓度以评价药物治疗效果;定期检测血、尿常规及肝肾功能等以观察药物不良反应。

3.手术治疗经规范药物治疗无效或效差,严重影响患儿日常生活,并具有手术指征者。

4.其他疗法如激素、丙种球蛋白、迷走神经刺激术等。

5.癫痫持续状态的治疗

(1)快速控制发作。①地西洋 0.25~0.5mg/kg 缓慢静脉注射,必要时 20 分钟后可再用。②氯硝西洋

每次 0.01~0.06mg/kg。③咪达哩仑 0.1~0.2mg/kg 缓慢静脉注射。④苯巴比妥 20mg/kg 分次肌内注射, 24 小时后改为维持量 3~5mg/(kg·d)。⑤10%水合氯醛 0.5mg/kg 稀释后灌肠。仍不能控制者, 备好气管插管使用麻醉药物。

(2) 保持呼吸道通畅, 吸痰。

(3) 保护脑、心等重要脏器功能, 防治并发症。

P770

水肿

添加: 考点五预防与调护前

西医治疗

1. 抗感染急性肾炎患儿有咽部及皮肤感染灶者, 应给予青霉素或其他敏感抗生素治疗 10~14 天。肾病患者合并感染时, 抗感染对症治疗。

2. 激素疗法肾病综合征患儿采用肾上腺皮质激素治疗, 多采用中、长程疗法。先以泼尼松 2mg/(kg·d), 最大量 60mg/d, 分次服用。尿蛋白转阴 2 周后开始减量至隔日 2mg/kg 顿服, 按照每月 2.5~5mg 速度逐渐减量, 疗程 6~9 个月为中程疗法, 疗程 9 个月以上者为长程疗法。复发病例可延长隔日服药时间, 即采用“拖尾疗法”, 对于难治性肾病可使用免疫抑制剂治疗。

3. 利尿急性肾炎患儿一般采用噻嗪类或者袢利尿剂。慎用保钾利尿剂及渗透性利尿剂。肾病综合征患儿利尿时常选用氢氯噻嗪、螺内酯, 必要时可予低分子右旋糖酐、血浆以扩容利尿。

4. 降压可选用钙拮抗剂、血管紧张素转换酶抑制剂等。

5. 严重合并症积极进行降压、利尿、止痉、强心等抢救方法。

P771

遗尿

考点一 发病特点

遗尿又称尿床, 是指 3 周岁以上的小儿睡中小便自遗, 醒后方觉的一种病证。正常小儿 1 岁后白天已渐渐能控制小便, 若 3 岁以后夜间仍不能自主控制排尿而经常尿床, 就是遗尿症。多见于 10 岁以下的儿童。

修改:

遗尿又称尿床, 是指 5 周岁以上的小儿睡中小便自遗, 醒后方觉的一种病证。正常小儿 1 岁后白天已渐渐能控制小便, 若 5 岁以后夜间仍不能自主控制排尿而经常尿床, 就是遗尿症。多见于 10 岁以下的儿童。

考点三 诊断与鉴别诊断 1. 诊断要点 (1) 发病年龄在 3 周岁以上, 寐中小便自出, 醒后方觉。

修改: (1) 发病年龄在 5 周岁以上, 寐中小便自出, 醒后方觉。

P775

第一节 麻疹(助理不考)

删去:(助理不考)

P778

奶麻

添加: 考点四辨证论治之前

(二) 鉴别诊断

1. 麻疹发热 3~4 天出疹, 出疹时发热更高, 玫瑰色斑丘疹自耳后发际到额面、颈部, 到躯干, 到四肢, 3 天左右出齐。病程 2~3 天时可出现麻疹黏膜斑。疹退后遗留棕色色素斑、糠麸样脱屑。

2. 猩红热(丹痧) 多见于 3~15 岁儿童, 起病急骤, 发热数小时至 1 天皮肤猩红, 伴细小红色丘疹, 自颈、胸、腋下、腹股沟处开始, 2~3 天遍布全身。在出疹时可伴见口周苍白圈、皮肤线状疹、草莓舌等典型症状。

P778

添加:方药:银翘散合养阴清肺汤之后

预防与调护

- 1.隔离患儿,至出疹后5天。
- 2.在婴幼儿集体场所,如发现可疑患儿,应隔离观察7~10天。
- 3.患病期间宜安静休息,注意避风寒,防感冒。
- 4.饮食宜清淡、易消化,忌油腻,多饮水。

删除:

P788 传染病——第八节传染性单核细胞增多症,这个病的整体添加到其他疾病中第五节。

添加:

P805 其他疾病——第五节——传染性单核细胞增多症

添加:

P790 传染性单核细胞增多症——辨证论治后边

西医治疗

- 1.抗病毒治疗阿昔洛韦或更昔洛韦有一定效果,也可应用EBV特异性免疫球蛋白。
- 2.对症治疗高热者可予物理降温,亦可用退热剂。注意口腔清洁和水、电解质平衡。继发细菌性咽喉炎、肺炎者,应进行咽拭子培养,给予敏感抗生素。对持续高热、重症肝炎伴黄疸、心肌炎、咽喉水肿、血小板减少、溶血性贫血及中枢系统严重合并症者,可用肾上腺皮质激素治疗。
- 3.急症处理本病最严重的并发症为脾破裂。常发生在疾病的第二周,触摸脾脏或轻微创伤均可引起。应及时确诊,迅速处理。宜迅速补充血容量,输血和脾切除。脾肿大患者应避免剧烈运动,防止腹部外伤,体检时亦应谨慎。

P798

夏季热

新增:考点四辨证论治前面

(二)鉴别诊断

- 1.疰夏多发生在长夏季节,主要表现为低热,一般无高热、汗闭、口渴多饮、多尿等症状,可伴有食欲减退,身困乏力。
- 2.湿温系感受湿热时邪所致。主要发生于夏秋季节,发热持续不退,与夏季热相类似,但口渴不甚明显、尿不多,这是与夏季热的主要区别之处。

P800

紫癜

新增:考点五预防与调护前

西医治疗

- 1.过敏性紫癜积极寻找和去除致病因素,如控制感染、补充维生素。有荨麻疹或血管神经性水肿时,应用抗组胺药物和钙剂。腹痛时应用解痉剂,消化道出血时应禁食,可静脉滴注西咪替丁,必要时输血。急性期对腹痛和关节痛者可应用肾上腺皮质激素,症状缓解后即可停用。过敏性紫癜若并发肾炎且经激素治疗无效者,可考虑联合用免疫抑制剂,如环磷酰胺(冲击或口服)以抑制严重免疫损伤,有利于保护残存肾功能。
- 2.免疫性血小板减少症急性型可用大剂量丙种球蛋白、短疗程肾上腺皮质激素等,病情重者可考虑大剂量甲基强的松龙、血小板输注、血浆置换等。慢性型必要时行脾切除术。

第九篇

针灸学

P810 增补

第三节

考点三 原文内容之前增补

奇经八脉的主要作用体现在三个方面,一是统率、主导作用;二是沟通、联络作用;三是蓄积、渗灌作用。

P811 增补

第六节 十二经筋

考点一 原文后增补

经筋还有刚筋、柔筋之分。刚(阳)筋分布于项背和四肢外侧,以手足阳经经筋为主;柔(阴)筋分布于胸腹和四肢内侧,以手足阴经经筋为主。

第六节 十二经筋

考点二 原文修改

经筋的作用主要是约束骨骼,利于关节屈伸活动,以保持人体正常的运动功能。《素问·痿论》曰:“宗筋主束骨而利机关也。”

经筋为病多属于筋肉方面的疾病和运动功能的异常,如转筋、筋痛、弛纵、痹证、口眼歪斜、痿证等。针灸治疗经筋病多局部取穴,且多用燔针劫刺。如《灵枢·经筋》云:“治在燔针劫刺,以知为数,以痛为输。”

P812 修改

第二章

第一节 经络的作用(助理不考)

考点二 运行气血,营养全身 修改为 运行气血,协调阴阳

考点三 抗御病邪,保卫机体 修改为 抗御病邪,反应病候

考点三 增补

原文内容后增补

内脏病变可通过经络反映到体表组织器官。如《灵枢·邪客》说:“肺心有邪,其气留于两肘;肝有邪,其气留于两腋;脾有邪,其气留于两髀;肾有邪,其气留于两膕。”《素问·脏气法时论》也说“肝病者,两胁下痛引少腹”,“心病者,胸中痛,胁支满,胁下痛,膺背肩胛间痛,两臂内痛”等。说明经络既是病邪传注的通路,又是反映病候的途径。

增补

考点四 传导感应,调整虚实

针刺过程中的得气和行气现象都是经络传导感应的功能表现。人身经络之气发于周身腧穴,《灵枢·九针十二原》说:“节之交,三百六十五会……所言节者,神气之所游行出入也。”所以针刺操作的关键在于

调气,所谓“刺之要,气至而有效”。当经络或内脏功能失调时,通过针、灸等刺激体表的穴位,经络可以将刺激传导到有关的部位和脏腑,从而发挥调节人体脏腑气血的作用,使阴阳平复,达到治疗疾病的目的。

P813 增补

第二节 治疗方面 指导药物归经 增补

原文前增补

中药治疗亦可通过经络,使药达病所,从而发挥其治疗作用。如麻黄入肺、膀胱经,故能发汗、平喘和利尿。金元四大家中的张洁古还根据经络学说,创立了“引经报使药”理论。

P814

第四章 第二节

考点二 增补

头面颈项部经穴主治规律		
分部	主治	
前头、侧头区	眼、鼻病,前头及侧头部病	
后头区	神志、头部病	
项区	神志、咽喉、眼、头项病	
眼区	眼病	
鼻区	鼻病	
颈区	舌、咽喉、气管、颈部病	

胸腹背腰部经穴主治规律		
前	后	主治
胸膈部	上背部	肺、心(上焦)病
胁腹部	下背部	肝、胆、脾、胃(中焦)病
少腹部	腰尻部	前后阴、肾、肠、膀胱(下焦)病

P814 修改

第五章

考点二 (一)五输穴 修改为 (一)五输穴(助理不考)

P816 增补

考点二 (一) 3. (2)按五行生克关系选用增补

子母补泻取穴表

		脏						腑					
		金	水	木	火	相火	土	金	水	木	火	相火	土
本经子母穴	经脉	肺经	肾经	肝经	心经	心包经	脾经	大肠经	膀胱经	胆经	小肠经	三焦经	胃经
	母穴	太渊	复溜	曲泉	少冲	中冲	大都	曲池	至阴	侠溪	后溪	中渚	解溪
	子穴	尺泽	涌泉	行间	神门	大陵	商丘	二间	束骨	阳辅	小海	天井	厉兑

续表

		脏						腑					
		金	水	木	火	相火	土	金	水	木	火	相火	土
他 经 子 母 穴	母经	脾经	肺经	肾经	肝经	肝经	心经	胃经	大肠经	膀胱经	胆经	胆经	小肠经
	母穴	太白	经渠	阴谷	大敦	大敦	少府	足三里	商阳	足通谷	足临泣	足临泣	阳谷
	子经	肾经	肝经	心经	脾经	脾经	肺经	膀胱经	胆经	小肠经	胃经	胃经	大肠经
	子穴	阴谷	大敦	少府	太白	太白	经渠	足通谷	足临泣	阳谷	足三里	足三里	商阳

P818 增补

(五)八会穴 1.分布特点和组成

八会穴表增补

八会	脏	腑	气	血	筋	脉	骨	髓
穴位	章门	中脘	膻中	膈俞	阳陵泉	太渊	大杼	绝骨
经属	足厥阴肝经	任脉	任脉	足太阳膀胱经	足少阳胆经	手太阴肺经	足太阳膀胱经	足少阳胆经

(五)八会穴 2.临床应用

原文后增补

此外《难经·四十五难》记载：“热病在内者，取其会之穴也。”提示八会穴还可治疗相关的热病。

P818 修改

(六)郄穴 修改为 (六)郄穴(助理不考)

(七)下合穴 修改为 (七)下合穴(助理不考)

(八)交会穴 修改为 (八)交会穴(助理不考)

P822 修改

第七章

考点三

1.中府(募穴)(助理不考) 修改为 1.中府(募穴;手、足太阴经交会穴)(助理不考)

2.尺泽 增补

【操作】直刺 0.8~1.2 寸,或点刺出血。

3.孔最 增补

【操作】直刺 0.5~1.0 寸。

4.列缺 增补

【操作】向肘部斜刺 0.5~0.8 寸。

5.太渊 增补

【操作】避开桡动脉,直刺 0.3~0.5 寸。

6.鱼际 增补

【操作】直刺 0.5~0.8 寸。

P823 增补

7.少商 增补

【操作】浅刺 0.1 寸,或点刺出血。

P824 增补

1.商阳 增补

【操作】浅刺 0.1 寸,或点刺出血。

2.合谷 增补

【操作】直刺 0.5~1.0 寸。孕妇不宜针。

3.阳溪 增补

【操作】直刺 0.5~0.8 寸。

4.偏历 增补

【操作】直刺或斜刺 0.3~0.5 寸。

5.手三里 增补

【操作】直刺 0.8~1.2 寸。

6.曲池 增补

【操作】直刺 1.0~1.5 寸。

P825 修改及增补

7.肩髃 修改为 7.肩髃(手阳明经与阳跷脉的交会穴)

7.肩髃 增补

【操作】直刺或向下斜刺 0.8~1.5 寸。

8.扶突 增补

【操作】直刺 0.5~0.8 寸。避开颈动脉,不可深刺。一般不使用电针,以免引起迷走神经反应。

9.迎香 增补

【操作】略向内上方斜刺或平刺 0.3~0.5 寸。

P827 修改及增补

1.承泣 修改为 1.承泣(足阳明经与任脉的交会穴)

1.承泣 增补

【操作】以左手拇指向上轻推固定眼球,右手持针紧靠眶缘缓慢直刺 0.5~1 寸,不宜提插和大幅度捻转,以防刺破血管引起血肿。出针时稍加按压,以防出血;禁灸。

2.四白 增补

【操作】直刺或向上斜刺 0.3~0.5 寸。

3.地仓 增补

【操作】斜刺或平刺 0.3~0.8 寸,可向颊车穴透刺。

4.颊车 增补

【操作】直刺 0.3~0.5 寸,或向地仓穴透刺 1.5~2 寸。

5.下关 增补

【操作】直刺 0.5~1 寸。

6.头维 修改为 6.头维(助理不考)

7.人迎 增补

【操作】避开颈总动脉,直刺 0.3~0.8 寸。

P828 删除

8.梁门 增补

【操作】直刺 0.8~1.2 寸。

9.天枢 增补

【操作】直刺 1~1.5 寸。

10.归来 增补

【操作】直刺 1~1.5 寸。

11.梁丘 增补

【操作】直刺1~1.2寸。

12.足三里 增补

【操作】直刺1~2寸。

13.上巨虚 增补

【操作】直刺1~2寸。

14.条口(助理不考) 删除(助理不考)

【操作】直刺1~1.5寸。

15.下巨虚 增补

【操作】直刺1~1.5寸。

16.丰隆 增补

【操作】直刺1~1.5寸。

17.解溪 增补

【操作】直刺0.5~1寸。

18.内庭 增补

【操作】直刺或斜刺0.5~0.8可灸。

19.厉兑 增补

【操作】浅刺0.1寸。

P830

1.隐白 增补

【操作】浅刺0.1寸。

2.太白 增补

【操作】直刺0.5~0.8寸。

3.公孙 增补

【操作】直刺0.6~1.2寸。

4.三阴交 修改为 4.三阴交(足三阴经的交会穴)

4.三阴交 增补

【操作】直刺1~1.5寸。孕妇禁针。

5.地机 增补

【操作】直刺1~2寸。

6.阴陵泉 增补

【操作】直刺1~2寸。

7.血海 增补

【操作】直刺1~1.5寸。

8.大横(足太阴脾经与阴维脉的交会穴)

【操作】直刺1~2寸。

9.大包 增补

【操作】斜刺或向外平刺0.5~0.8寸。

P833

1.极泉 增补

【操作】避开腋动脉,直刺或斜刺0.5~0.8寸。

2.少海 增补

【操作】直刺0.5~1寸。

3.通里 增补

【操作】直刺 0.5~1 寸。

4.阴郄 增补

【操作】直刺 0.3~0.5 寸。

5.神门 增补

【操作】直刺 0.3~0.5 寸。

6.少冲 增补

【操作】浅刺 0.1 寸,或点刺出血。

P834

1.少泽 增补

【操作】斜刺 0.1 寸或点刺出血。孕妇慎用。

2.后溪 增补

【操作】直刺 0.5~1 寸。治手指挛痛可透刺合谷穴。

3.养老 增补

【操作】直刺或斜刺 0.5~0.8 寸。

4.支正 增补

【操作】直刺或斜刺 0.5~0.8 寸。

5.天宗 增补

【操作】直刺或斜刺 0.5~1 寸遇到阻力不可强行进针。

6.颧髎 增补

【操作】直刺 0.3~0.5 寸,斜刺或平刺 0.5~1 寸。

7.听宫 增补

【操作】微张口,直刺 0.5~1 寸。

P836

1.睛明 增补

【操作】嘱患者闭目,医者左手轻推眼球向外侧固定,右手缓慢进针,紧靠眶缘直刺 0.5~1 寸。遇到阻力时,不宜强行进针,应改变进针方向或退针。不捻转,不提插(或只轻轻地捻转和提插)。出针后按压针孔片刻,以防出血。针具宜细,消毒宜严。禁灸。

2.攒竹 增补

【操作】可向眉中或向眼眶内缘平刺或斜刺 0.5~0.8 寸,或直刺 0.2~0.3 寸。禁灸。

3.天柱 增补

【操作】直刺或斜刺 0.5~0.8 寸。不可向内上方深刺,以免伤及延髓。

4.大杼 增补

【操作】斜刺 0.5~0.8 寸。本经背部诸穴,不宜深刺,以免伤及内部重要脏器。

5.风门 增补

【操作】斜刺 0.5~0.8 寸。热证宜点刺放血。

6.肺俞 增补

【操作】斜刺 0.5~0.8 寸。热证宜点刺放血。

7.心俞 增补

【操作】斜刺 0.5~0.8 寸。

8.膈俞 增补

【操作】斜刺 0.5~0.8 寸。

9.肝俞 增补

【操作】斜刺 0.5~0.8 寸。

10.胆俞 增补

【操作】斜刺 0.5~0.8 寸。

11.脾俞 增补

【操作】斜刺 0.5~0.8 寸。

12.胃俞 增补

【操作】斜刺 0.5~0.8 寸。

13.肾俞 增补

【操作】直刺 0.5~1 寸。

14.大肠俞 增补

【操作】直刺或斜刺 0.8~1.2 寸。

15.膀胱俞 增补

【操作】直刺或斜刺 0.8~1.2 寸。

16.次髎 增补

【操作】直刺 1~1.5 寸。

17.承扶 增补

【操作】直刺 1~2 寸。

18.委阳 增补

【操作】直刺 1~1.5 寸。

19.委中 增补

【操作】直刺 1~1.5 寸,或用三棱针点刺腠静脉出血。针刺不宜过快、过强、过深,以免损伤血管和神经。

20.膏肓 增补

【操作】斜刺 0.5~0.8 寸。此穴多用灸法。

21.志室 增补

【操作】斜刺 0.5~0.8 寸。

22.秩边 增补

【操作】直刺 1.5~3 寸。

23.承山 增补

【操作】直刺 1~2 寸。不宜过强地刺激,以免引起腓肠肌痉挛。

24.飞扬 增补

【操作】直刺 1~1.5 寸。

25.昆仑 增补

【操作】直刺 0.5~0.8 寸。孕妇禁用,经期慎用。

26.申脉 增补 申脉(八脉交会穴,通阳跷脉;足太阳经与阳跷脉的交会穴)

【操作】直刺 0.3~0.5 寸。

27.束骨 增补

【操作】直刺 0.3~0.5 寸。

28.至阴 增补

【操作】浅刺 0.1 寸。胎位不正用灸法。

P841

1.涌泉 增补

【操作】直刺 0.5~1.0 寸。针刺时要防止刺伤足底动脉弓。临床常用灸法或药物贴敷。

2.然谷 增补

【操作】直刺 0.5~0.8 寸。

3.太溪 增补

【操作】直刺 0.5~0.8 寸。

4.大钟 增补

【操作】直刺 0.3~0.5 寸。

5.照海 增补

【操作】直刺 0.5~0.8 寸。

6.复溜 增补

【操作】直刺 0.5~1 寸。

7.育俞 增补 7.育俞(足少阴经与冲脉的交会穴)

【操作】直刺 0.8~1.2 寸。

P843

1.天池 增补 (手厥阴经与足少阳经的交会穴)

【操作】斜刺或平刺 0.3~0.5 寸,不可深刺

2.曲泽 增补

【操作】直刺 1~1.5 寸,或三棱针点刺出血。

3.郄门 增补

【操作】直刺 0.5~1 寸。

4.间使 增补

【操作】直刺 0.5~1 寸。

5.内关 增补

【操作】直刺 0.5~1 寸。注意穴位深层有正中神经。

6.大陵 增补

【操作】直刺 0.3~0.5 寸。

7.劳宫 增补

【操作】直刺 0.3~0.5 寸。为急救要穴之一。

8.中冲 增补

【操作】浅刺 0.1 寸,或点刺出血。为急救要穴之一。

P845

1.关冲 增补

【操作】浅刺 0.1 寸,或点刺出血。

2.中渚 增补

【操作】直刺 0.3~0.5 寸。

3.阳池 增补

【操作】直刺 0.3~0.5 寸。

4.外关 增补

【操作】直刺 0.5~1.0 寸。

5.支沟 增补

【操作】直刺 0.5~1.0 寸。

6.肩髃 增补

【操作】直刺 0.8~1.5 寸。

7.翳风 增补

【操作】直刺 0.5~1.0 寸。

8.角孙 增补

【操作】平刺 0.3~0.5 寸。治疗小儿腮腺炎常用灯草灸。

9.耳门 增补

【操作】直刺 0.3~0.5 寸,微张口。

10.丝竹空 增补 (手、足少阳经的交会穴)

【操作】平刺 0.3~0.5 寸;不灸。

P847

1.瞳子髎 增补 (手、足少阳经及手太阳经的交会穴)

【操作】平刺 0.3~0.5 寸,或用三棱针点刺

2.听会 增补(助理不考)

【操作】张口,直刺 0.5~1 寸。

3.完骨 增补

【操作】直刺 0.5~0.8 寸。

4.阳白 增补 (足少阳经与阳维脉的交会穴)

【操作】平刺 0.3~0.5 寸。

5.头临泣 增补 (足少阳经、足太阳经与阳维脉的交会穴)

【操作】平刺 0.3~0.5 寸。

6.风池 增补 (足少阳经与阳维脉的交会穴)

【操作】向鼻尖方向斜刺 0.8~1.2 寸。

7.肩井 增补 (手、足少阳经与阳维脉的交会穴)

删除 (助理不考)

【操作】直刺 0.3~0.5 寸,切忌深刺、捣刺。孕妇禁用。

8.日月 增补 (胆募穴;足少阳经、足太阴经与阳维脉的交会穴)

【操作】斜刺或平刺 0.5~0.8 寸。

9.带脉 增补 (足少阳经与带脉的交会穴)

【操作】直刺 0.8~1.0 寸。

10.环跳 增补 (足少阳经与足太阴经的交会穴)

【操作】直刺 2~3 寸。

11.风市 增补

【操作】直刺 1~2 寸。

12.阳陵泉 增补

【操作】直刺 1~1.5 寸。

13.光明 增补

【操作】直刺 1~1.5 寸。

14.悬钟 增补

【操作】直刺 0.5~0.8 寸。

15.丘墟 增补

【操作】直刺 0.5~0.8 寸。

16.足临泣 增补

【操作】直刺 0.3~0.5 寸。

17.侠溪 增补

【操作】直刺 0.3~0.5 寸。

18.足窍阴 增补

【操作】浅刺 0.1~0.2 寸,或点刺出血。

P851

1.大敦 增补

【操作】浅刺 0.1~0.2 寸,或点刺出血。

2.行间 增补

【操作】直刺 0.5~0.8 寸。

3.太冲 增补

【操作】直刺 0.5~1 寸。

4.蠡沟 增补

【操作】平刺 0.5~0.8 寸。

5.曲泉 增补

【操作】直刺 0.8~1 寸。

6.章门 增补(八会穴之脏会;脾募穴;足厥阴经与足少阳经的交会穴)

【操作】直刺 0.8~1 寸。

7.期门 增补 (肝募穴;足厥阴经与足太阴经的交会穴)

【操作】斜刺 0.5~0.8 寸。

P853

1.长强 增补(络穴;督脉与足少阴经、足少阳经的交会穴)

【操作】斜刺,针尖向上与骶骨平行刺入。0.5~1 寸,不宜直刺,以免伤及直肠。

2.腰阳关 增补

【操作】直刺或向上斜刺 0.5~1 寸。

3.命门 增补

【操作】向上斜刺 0.5~1 寸。

4.至阳 增补

【操作】向上斜刺 0.5~1 寸。

5.身柱 增补

【操作】向上斜刺 0.5~1 寸。

6.大椎 增补 (督脉与足三阳经的交会穴)

【操作】直刺或向上斜刺 0.5~1 寸。

7.哑门 增补 (督脉与阳维脉的交会穴)

【操作】伏案正坐位,头微前倾,项肌放松,向下颌方向缓慢刺入 0.5~1 寸。不可向上斜刺或深刺,以免刺入枕骨大孔,伤及延髓。

8.风府 增补 (督脉与阳维脉的交会穴)

【操作】伏案正坐位,头微前倾,项肌放松,向下颌方向缓慢刺入 0.5~1 寸。不可向上斜刺或深刺,以免刺入枕骨大孔,伤及延髓。

9.百会 增补 (督脉与足太阳经的交会穴)

【操作】平刺 0.5~0.8 寸,升阳固脱多用灸法。

10.上星 增补

【操作】平刺 0.5~0.8 寸。

11.素髻 增补

【操作】向上斜刺 0.3~0.5 寸,或点刺出血。

12.水沟 增补 (督脉与手、足阳明经的交会穴)

【操作】向上斜刺 0.3~0.5 寸,强刺激;或指甲按掐。

13.印堂 增补

【操作】平刺 0.3~0.5 寸,或三棱针点刺出血。

P855

1.中极 增补 (膀胱之募穴;任脉与足三阴经的交会穴)

【操作】直刺 1~1.5 寸,应在排尿后针刺,以免伤及深部膀胱。孕妇慎用。

2.关元 增补 (小肠之募穴;任脉与足三阴经的交会穴)

【操作】直刺 1~1.5 寸,应在排尿后针刺,以免伤及深部膀胱。孕妇慎用。

3.气海 增补

【操作】直刺 1~1.5 寸,孕妇慎用。

4.神阙 增补

【操作】此穴禁针,多用艾条灸或隔盐灸。

5.下脘 增补 (任脉与足太阴经的交会穴)

【操作】直刺 1~1.5 寸。

6.建里 增补

【操作】直刺 1~1.5 寸。

7.中脘 增补 (胃之募穴;八会穴之腑会;任脉与手少阳经、手太阳经、足阳明经的交会穴)

【操作】直刺 1~1.5 寸。

8.上脘 增补 (任脉与手少阳经、足阳明经的交会穴)

【操作】直刺 1~1.5 寸。

9.膻中 增补

【操作】直刺 0.3~0.5 寸,或平刺。

10.天突 增补 (任脉与阴维脉的交会穴)

【操作】先直刺 0.2 寸,然后将针尖转向下方,紧靠胸骨后方、气管前缘缓慢刺入 1~1.5 寸。必须严格掌握针刺的角度和深度,以防刺伤肺和有关动、静脉。

11.廉泉 增补 任脉与阴维脉的交会穴

【操作】向舌根斜刺 0.5~0.8 寸。

12.承浆 增补 (任脉与督脉及手、足阳明经的交会穴)

【操作】斜刺 0.3~0.5 寸。

P856

1.四神聪 增补

【操作】平刺 0.5~0.8 寸。

2.太阳 增补

【操作】直刺 0.3~0.5 寸,或点刺出血。

3.金津、玉液

【操作】点刺出血。

4.牵正 增补

【操作】向前斜刺 0.5~1 寸。

5.安眠 增补

【操作】直刺 0.5~1 寸。

6.三角灸 增补

【操作】艾炷灸 5~7 壮。

7.定喘 增补

【操作】直刺 0.5~1 寸。

8.夹脊 增补

【操作】直刺 0.5~1 寸,或梅花针叩刺。

9.胃脱俞 增补

【操作】斜刺 0.3~0.5 寸。

10.腰眼 增补

【操作】直刺 0.5~1 寸。

11.腰痛点 增补

【操作】直刺 0.3~0.5 寸。

12.外劳宫 增补

【操作】直刺 0.5~0.8 寸。

13.八邪 增补

【操作】斜刺 0.5~0.8 寸,或点刺出血。

14.四缝 增补

【操作】直刺 0.1~0.2 寸,点刺出血或挤出少许黄白色透明黏液。

15.十宣 增补

【操作】直刺 0.1~0.2 寸,或点刺出血。

16.内膝眼 增补

【定位】在膝部,髌韧带内侧凹陷处的中央。

【主治】①膝痛,腿痛。②脚气等下肢病证。

【操作】向膝中斜刺 0.5~1 寸,或透刺对侧膝眼。

17.胆囊 增补

【操作】直刺 1~1.5 寸。

18.阑尾 增补

【操作】直刺 1~1.5 寸。

19.八风 增补

【操作】斜刺 0.5~0.8 寸,或点刺出血。

P859

第三节 增补

针刺的方向、角度和深度,是对毫针刺入皮下后的具体操作要求。正确的针刺角度、方向和深度,是增强针感、提高疗效、防止意外的关键。

考点一 方向

针刺的方向是指针刺时针尖所朝的方向。针刺方向是否正确,是决定针刺疗效的因素之一。确定针刺的方向主要根据以下三方面:

1.依经脉循行定方向根据治疗需要使用的针刺补泻手法,采用顺经脉而刺的补法,或逆经脉而刺的泻法。如“迎随补泻”手法,补法针尖须与经脉循行的方向一致;泻法针尖则与经脉循行的方向相反。

2.依腧穴位置定方向根据腧穴的局部解剖,针刺某些穴位时,必须朝向某一特定方向进针。如哑门穴,针尖应朝下颌方向缓慢刺入;廉泉穴,针尖应朝向舌根方向缓慢刺入;背部膀胱经第 1 侧线腧穴,针尖一般朝向脊柱方向等。

依病性、病位定方向根据病位的深浅、病性的虚实,选择针尖朝向阳经刺或朝向阴经刺。另外,为使针感达到病变所在的部位,即达到“气至病所”的目的,针尖应朝向病所。

P861 修改

1.概念得气,古称“气至”,近称“针感”,是指毫针刺入腧穴一定深度后,施以提插或捻转等行针手法,使针刺部位获得“经气”感应,谓之得气。

针下是否得气,可以从患者对针刺的感觉和反应、医者对刺手指下的感觉等两方面加以判断。当针

刺得气时,患者的针刺部位有酸、麻、胀、重等自觉反应,有时可出现局部的热、凉、痒、痛、蚁行等感觉,或呈现沿着一定的方向和部位传导和扩散现象。少数患者还会出现循经性肌肤跳动、震颤等反应,有的还可见到针刺腧穴部位的循经性皮疹带或红、白线状现象。当患者有自觉反应的同时,医者的刺手亦能体会到针下沉紧、涩滞或针体颤动等反应。若针刺后未得气,则患者无任何特殊感觉或反应,医者刺手亦感觉到针下空松、虚滑。“轻滑慢而未来,沉涩紧而已至……气之至也,如鱼吞钩饵之浮沉;气未至也,如闲处幽堂之深邃”(《标幽赋》)是对得气与否所作的形象描述。

2.临床意义得气是施行针刺产生治疗作用的关键,是判断患者经气盛衰、取穴准确与否的依据,是施行守气、行气和补泻手法的基础。得气与否、气至的迟速,不仅关系到针刺的治疗效果,而且可以借此窥测疾病的预后。《灵枢·九针十二原》之“刺之要,气至而有效”表明了针刺得气的重要意义。一般而言,得气迅速时,临床疗效较好;得气较慢时效果就差;若不得气时,就难以取效;若经反复施用各种候气、催气手法后,经气仍不至者,多属正气衰竭,预后极差;若初诊不得气或得气缓慢,经使用正确的针刺方法治疗之后,开始得气或得气较快,表示患者正气恢复,预后良好。《金针赋》所谓“气速效速,气迟效迟”即为此意。但也应当注意,得气的强弱也因人因病而异,如一般体弱者得气宜弱,健壮者得气宜强,痹证者宜针感强些,面肌痉挛宜针感弱些。

在临床上针刺不得气时,要分析经气不至的原因。检查取穴定位是否准确,针刺角度、深浅是否适宜,手法运用是否恰当,据此重新调整腧穴的针刺部位、角度、深度和相应手法。若经过上述调整仍不得气,则可采用留针候气法等待气至。留针期间亦可间歇运针,施以提插、捻转等手法,以促气至。也可使用催气法。

P861 修改

考点三 疾徐补泻 修改为 疾徐补泻(助理不考)

P864 增补

增补考点九外周神经损伤

外周神经损伤是指针刺操作不当造成相应的神经干的损伤。

- 1.原因使用粗针强刺激,或出现触电感后仍然大幅度的提插,造成神经及神经干的损伤。
- 2.症状刺中神经干或神经根时,会出现触电样针感。当神经受损后,多出现麻木、灼痛等症状,甚至出现神经分布区域及所支配脏器的功能障碍或末梢神经炎等症状。
- 3.处理一旦出现神经损伤症状,勿继续提插捻转,应缓慢出针。可应用B族维生素类药物治疗。严重者可在相应经络腧穴上进行B族维生素类药物穴位注射,或根据病情需要应用激素冲击疗法以对症治疗。
- 4.预防针刺神经干附近穴位时,手法宜轻;出现触电感时,不可再使用强刺激手法。

P864 修改

考点一 修改为 患者状态的宜忌

考点二考点三内容合并 标题修改为 施术部位的宜忌

考点四 修改为 考点三 病情的宜忌

P866 增补

第一节

增补考点五引热外行

艾火的温热能使皮肤腠理开放,毛窍通畅,引热外行。《医学入门·针灸》曰:“热者灸之,引郁热之气外发。”灸法可用于治疗某些实热病证,如疔肿、带状疱疹、丹毒、甲沟炎等。对阴虚发热也可使用灸法,如选用膏肓、四花穴等治疗骨蒸潮热、虚劳咳嗽。

P872 增补

考点五 火针法(助理不考)

火针法是将特制的针具用火烧红针体后,迅速刺入人体的腧穴或一定部位,达到治疗疾病目的的方法。

(一)操作方法

1.术前准备

(1)选穴与毫针的选穴规律基本相同。取穴一般宜少,实证和青壮年患者取穴可略多。要采取舒适体位,以防因患者治疗中改变姿势而影响取穴的准确性。

(2)消毒对针刺部位用75%乙醇溶液消毒,或用0.5%~1%碘伏棉球消毒后用75%乙醇棉球脱碘。

2.烧针用乙醇灯烧红针尖及针体,根据针刺深度,决定针体烧红长度。刺手拇指、食指、中指微曲夹持针柄,针尖指向病变部位,置针于火焰的上1/3处,先加热针体,再加热针尖。火针烧灼的热度应根据针刺深浅确定:若针刺较深,需烧至白亮;若针刺较浅,可烧至通红;若仅使针体在表皮部位轻而稍慢地烙熨,则烧至稍红即可。烧针是使用火针的关键步骤,一定要将针烧红才能使用,否则影响疗效。《针灸大成》说:“灯上烧,令通红,用方有功。若不红,不能祛病,反损于人。”

3.进针、出针针体烧红后,应迅速、准确地刺入针刺部位,疾进疾退,也可刺入后留针5~15分钟再出针。出针后用无菌干棉球按压针孔,以减少疼痛并防止出血。

4.火针常用刺法

(1)点刺法在腧穴上施以单针点刺的方法。

(2)密刺法在体表病灶上施以多针密集刺激的方法,每针间隔不超过1cm。

(3)散刺法在体表病灶上施以多针疏散刺激的方法,每针间隔2cm左右。

(4)围刺法围绕体表病灶周围施以多针刺刺激的方法,针刺点在病灶与正常组织交界处。

(5)刺络法用火针刺入体表血液瘀滞的血络,放出适量血液的方法。

5.针刺深度针刺的深度,要根据患者的病情、体质和年龄以及针刺部位的肌肉厚薄、血管深浅等而定。一般而言,四肢、腰背部腧穴针刺稍深,可刺2~5分,胸背部腧穴宜浅刺,可刺1~2分,痣、疣的针刺深度应以刺到其基底为宜。

6.出针操作完毕,火针出针提离皮肤后,要用消毒干棉球迅速按压针孔,以减轻疼痛。如针刺处出血,一般勿止,待其自止。

(二)适用范围

火针法具有温经散寒、活血化瘀、软坚散结、祛腐生肌、止痛缓急、清热解毒等作用。适应范围较为广泛,主要用于治疗疼痛类疾病,如风寒湿痹、颈痹、漏肩风、腰痛、膝痛、软组织扭伤;皮外科疾病,如蛇串疮、湿疹、神经性皮炎、痈疽、疮疡、痿、痔、瘰疬等;也可用于胃下垂、泄泻、痢疾、脱肛、痛经、阳痿、小儿疝积、扁平疣、痣等疾病。

(三)注意事项

1.治疗前应向患者做好解释工作,消除患者的恐惧心理。

2.面部除用于治疗痣、疣等外,一般不宜用火针。

3.血管和神经干分布部位不宜用火针。

4.有自发性出血倾向的患者禁用火针。

5.针后局部发痒,避免用手搔抓,以防感染。针刺后,局部呈现红晕或红肿未完全消失时,应注意局部清洁,以防感染。

6.针刺较浅可不作特殊处理,若针刺3~5分,针刺后需用消毒纱布覆盖针孔,用胶布固定1~2天,以防感染。

P878 修改

第二十七章

第一节 针灸治疗原则

P884 修改

第二节面痛(助理不考) 修改为 第二节面痛

P887 修改

第五节坐骨神经痛(助理不考) 修改为 第五节坐骨神经痛

P905 删除

第二十一节痢疾(助理不考) 此病删除

P907 删除

第二十三节阳痿(助理不考) 此病删除

P914 增补 十七椎

第二节痛经

1.实证主穴 中极、次髎、地机、三阴交、十七椎

2.虚证主穴 关元、足三里、三阴交、十七椎

P919 增补

第八节 小儿多动症

考点一 辨证要点

小儿多动症是指儿童智力正常或基本正常,但有不同程度的注意力涣散、活动过多、情绪不稳、冲动任性、自我控制能力差、学习困难等症状。其发病与先天禀赋不足、后天失养、外伤瘀滞或情志失调等因素有关。病位在心、脑,与肝、脾、肾关系密切。基本病机是髓海空虚,元神失养;或气血不足,心神失养。

主症注意力不集中、活动过多、情绪不稳、冲动任性,伴有不同程度的学习困难,但智力正常或基本正常。

兼急躁易怒,多动多语,五心烦热,盗汗多梦,舌红,苔黄,脉细数者,为阴虚阳亢;兼精神疲倦,记忆力差,面色无华,遗尿,纳少便溏,舌淡,苔白,脉细缓者,为心脾两虚。

考点二 治法

调和阴阳,安神定志。取督脉及手少阴、手厥阴经穴为主。

考点三 选穴

主穴印堂四神聪太溪风池神门内关

配穴阴虚阳亢,配三阴交、太冲;心脾两虚,配心俞、脾俞。烦躁不安,配照海、神庭;记忆力差,配悬钟;盗汗,配阴郄、复溜;纳少,配中脘、足三里;遗尿,配中极、膀胱俞。

方义印堂为督脉穴,有宁心安神之效;四神聪位于头部,可安神定志,益智健脑;太溪为肾经原穴,填精生髓,育阴潜阳;风池镇肝潜阳;神门为心之原穴,内关为心包之络,合用可宁心镇定安神。

考点四 治疗操作

1.基本刺灸方法毫针刺,虚补实泻。

2.其他治疗

(1)耳针法取脑干、心、肝、肾、皮质下、肾上腺、交感、枕。每次取 2~4 穴,毫针刺或用埋针法、压丸法。

(2)皮肤针法取夹脊穴(C₇~T₁₀)、百会、印堂、三阴交、阳陵泉。轻叩,以皮肤潮红为度,每日 1 次。

头针法取顶颞前斜线、额中线、顶中线、顶旁 1 线、顶旁 2 线、颞前线。头针常规针刺,隔日 1 次。

P933 增补

第三十一章 五官科病证的针灸治疗

增补

第六节 鼻鼽

考点一 鼻鼽的辨证要点

鼻鼽是指突然和反复发作的以鼻痒、打喷嚏、流清涕、鼻塞等为主要表现的一种病证。呈季节性、阵

发性发作,亦可常年发病。其发生常与正气不足、外邪侵袭等因素有关。病位在鼻,与肺、脾、肾三脏关系密切。基本病机是肺气失宣,鼻窍壅塞。

主症 鼻痒,打喷嚏,流清涕,鼻塞。

遇风冷易发,气短懒言,自汗,面色苍白,舌质淡,苔薄白,脉虚弱者,为肺气虚寒;患病日久,鼻塞、鼻胀较重,面色萎黄,四肢倦怠,舌淡胖,边有齿痕,苔薄白,脉弱无力者,为脾气虚弱;病久体弱,神疲倦怠,形寒肢冷,小便清长,舌质淡,苔白,脉沉细无力者,为肾阳亏虚。

考点二 鼻鼽的治法

调补正气,通利鼻窍。取局部腧穴、手阳明经穴为主。

考点三 鼻鼽的选穴

主穴 迎香、印堂、风池、合谷、足三里

配穴 肺气虚寒——肺俞、气海;

脾气虚弱——脾俞、气海、胃俞;

肾阳亏虚——肾俞、命门。

考点四 鼻鼽的治疗操作

1.基本刺灸方法 毫针平补平泻法。印堂由上往下沿皮直刺至鼻根部;迎香由下往上沿鼻唇沟斜刺。

2.其他治疗

(1)耳针法 取内分泌、内鼻、肺、脾、肾,毫针刺,或用埋针法、压丸法。

(2)穴位敷贴法 取大椎、肺俞、膏肓、肾俞、膻中穴。用芥子 30g,延胡索、甘遂、细辛、丁香、白芷各 10g,研成粉末。上述药末用生姜汁调糊,涂纱布上,撒上适量肉桂粉,贴敷穴位。30~90 分钟后去掉,以局部红晕微痛为度。

(3)皮肤针法取夹脊穴(C₁~C₄)、背部第 1 侧线、前臂部手太阴肺经。叩刺至局部皮肤潮红。



第十篇

诊断学基础

第一章 症状学

第一节 发热

P938

增补:发热的概念

发热是指机体在致热原的作用下,或各种原因引起体温调节中枢功能障碍,导致体温升高超出正常范围

P939

修改:发热的临床分度 以口腔温度为标准,可将发热分为:低热为 $37.3^{\circ}\text{C} \sim 38^{\circ}\text{C}$;中等度热为 $38.1^{\circ}\text{C} \sim 39^{\circ}\text{C}$;高热为 $39.1^{\circ}\text{C} \sim 41^{\circ}\text{C}$;超高热为 41°C 以上。

第二节 头痛

P940

增补:头痛的概念

头痛是指局限于头颅上半部的疼痛,主要有额、顶、颞及枕部的疼痛,是临床常见的症状之一。

增补:头痛的伴随症状 伴脑膜刺激征见于脑膜炎、蛛网膜下腔出血

修改:头痛的伴随症状

伴发热体温升高与头痛同时出现见于脑炎、脑膜炎等感染;先头痛后出现发热见于脑出血、脑外伤等。

第三节 胸痛

增补:胸痛的概念

胸痛是指颈部与上腹之间的不适或疼痛,主要是由胸部疾病引起,有时腹腔疾病也可引起胸痛。胸痛的程度因个体痛阈差异而不同,与病情轻重程度不完全一致。

第四节 腹痛

P942

增补:腹痛的概念

腹痛为临床常见症状,多由腹部脏器疾病所致,少数也可由腹腔外及全身性疾病引起腹痛按性质可分为器质性和功能性两种,按病情缓急可分为急性腹痛和慢性腹痛属外科范畴的急性腹痛也称“急腹症”,其特点是发病急、进展快、变化多、病情重,诊断延误或治疗不当会给病人带来生命危险

第五节 咳嗽与咳痰

P944

增补:咳嗽的概念

咳嗽是机体的防御性神经反射,有利于清除呼吸道分泌物、吸入物和异物。痰是气管、支气管的病理性分泌物或肺泡内渗出液,借助咳嗽反射将其排出体外称为咳痰

修改:

1.干性咳嗽见于急性咽喉炎、急性支气管炎初期、气管受压、支气管异物、支气管肿瘤、胸膜炎、二尖瓣狭窄、肺癌等。

2.湿性咳嗽见于慢性支气管炎、支气管扩张症、肺炎、肺脓肿、空洞型肺结核等。(常见疾病删除慢性咽喉炎)

第六节 咯血

增补:咯血的概念

喉及喉以下的呼吸道及肺脏等任何部位的出血,经咳嗽动作从口腔咯出称为咯血。少量咯血可表现为痰中带血,大咯血时血液从口鼻涌出,常可阻塞呼吸道,造成窒息死亡,是内科急症之一。

修改:咯血的病因

其他 如血小板减少性紫癜、白血病、血友病、肺出血型钩端螺旋体病、流行性出血热等。

P945

增补:咯血的量及其性状 咯血铁锈色血痰可见于典型的肺炎链球菌肺炎。

修改:咯血的伴随症状

伴发热见于肺结核、肺炎链球菌性肺炎、肺脓肿、肺出血型钩端螺旋体病、流行性出血热等;

第七节 呼吸困难

增补:一呼吸困难的定义

呼吸困难是指患者主观上感到空气不足,呼吸费力;客观上表现为呼吸频率、节律与深度的异常,严重时出现鼻翼扇动、发绀、端坐呼吸及辅助呼吸肌参与呼吸活动。

修改:呼吸困难的病因

2.循环系统疾病 各种原因所致的急慢性左心衰竭、心包填塞、原发性动脉高压等。

4.血液系统疾患 如严重疾病如重度贫血、高铁血红蛋白血症等。

P946

修改:

2.心源性呼吸困难 主要由左心衰竭引起,临床上主要有三种表现形式:

4.中毒性呼吸困难

(2)药物及中毒 如吗啡、巴比妥类药物及有机磷农药中毒时,可抑制呼吸中枢,致呼吸减慢,也可呈潮式呼吸。一氧化碳、氰化物中毒时均可引起呼吸加快

5.精神或心理性呼吸困难 见于癔症、抑郁症患者。其特点是呼吸非常频速和表浅,并常因换气过度而发生呼吸性碱中毒,出现口周、肢体麻木和手足搐搦,经暗示疗法可使呼吸困难减轻或消失

增补:呼吸困难的问诊要点及临床意义

1.发病情况 注意询问是突发性还是渐进性,是吸气困难、呼气困难或吸气和呼气均困难,还应询问有无药物、毒物摄入史及外伤史。

2.发病诱因 劳力后出现呼吸困难,常见于心力衰竭早期、慢性阻塞性肺疾病、尘肺和先天性心脏病;呼吸困难于卧位时加重见于心力衰竭,直立时加重而仰卧位时缓解见于左房黏液瘤,健侧卧位时加重见于胸腔积液

3.伴随症状

(1)伴发热:见于肺炎、肺脓肿、胸膜炎、肺结核、急性心包炎等;

(2)伴咳嗽、咳痰:见于慢性支气管炎、阻塞性肺气肿合并感染、肺脓肿等;

- (3) 伴咯粉红色泡沫样痰:见于急性左心衰竭;
- (4) 伴大量咯血:常见于肺结核、支气管扩张症、肺癌等;
- (5) 伴胸痛:见于肺炎链球菌性肺炎、渗出性胸膜炎、自发性气胸、支气管肺癌、肺梗死、急性心肌梗死、纵隔肿瘤等;
- (6) 伴意识障碍:见于脑出血、脑膜炎、尿毒症、肝性脑病、肺性脑病、各种中毒等。

第八节 水肿

增补:水肿的概念

人体组织间隙有过多液体积聚,导致组织肿胀称为水肿可分为全身性水肿和局部性水肿过多液体在体内组织间隙呈弥漫性分布时,称全身性水肿;而液体积聚在局部组织间隙时,称局部性水肿当体腔内有液体积聚时称为积液,如胸腔积液、心包积液、腹腔积液等,是水肿的特殊形式

修改:水肿的病因

局部性水肿见于各种组织炎症、静脉回流受阻(静脉血栓形成、静脉炎等)、淋巴回流受阻(丝虫病、淋巴管炎、肿瘤压迫等)及血管神经性水肿。

P947

修改:水肿的临床表现

肾源性水肿特点为早期晨起时眼睑或颜面水肿,以后发展为全身水肿,伴有血尿、少尿、蛋白尿、管型尿、高血压、贫血等表现

修改:水肿的问诊要点及临床意义

1. 水肿开始的部位及发展顺序
2. 既往病史,尤其是心、肝、肾及内分泌等疾病史是否有使用肾上腺皮质激素、睾酮、雌激素等药物史。

删减:第九节 皮肤黏膜出血 全部内容

第十节 恶心与呕吐

P948

增补:恶心与呕吐的概念

恶心是一种上腹部不适、欲吐的感觉,可伴有流涎、出汗、皮肤苍白、心动过缓、血压下降等迷走神经兴奋的症状;呕吐是指胃或部分小肠内容物通过胃的强烈收缩,经食管或口腔排出体外的现象。恶心想为呕吐的前奏,一般恶心后随即呕吐,但两者也可单独存在。

第十一节 呕血与黑便

P949

增补:呕血与黑便的概念

呕血是因上消化道及其邻近器官/组织疾病,或全身性疾病导致上消化道出血,血液经口腔呕出黑便是血液经过肠道时,血红蛋白中的铁与肠内硫化物结合,生成硫化铁而使粪便呈黑色呕血和黑便是上消化道出血的主要症状,呕血均伴有黑便,但黑便不一定伴有呕血。

增补:呕血与黑便的临床表现

幽门以上的出血常表现为呕血和黑便,出血量大,呕吐物呈鲜红色或暗红色,常混有血块;出血量少,呕吐物呈咖啡色或棕褐色,或只有黑便幽门以下的出血常无呕血,只表现为黑便上消化道大出血时,可出现头昏、心悸、乏力、口渴、出冷汗、心率加快、血压下降等循环衰竭的表现

第十二节 黄疸

P950

修改:胆红素的正常代谢途径

2. 肝内转变 游离胆红素在肝细胞内与葡萄糖醛酸结合形成葡萄糖醛酸胆红素,称为结合胆红素

(CB)结合胆红素为水溶性,增多时可通过肾小球滤过,从尿中排出。

修改:溶血性黄疸

实验室检查特点:血清总胆红素增多,以非结合胆红素为主,结合胆红素基本正常或轻度增高,尿胆原增多,尿胆红素阴性,大便颜色变深具有溶血性贫血的改变,如贫血、网织红细胞增多、血红蛋白尿、骨髓红细胞系增生旺盛等。

胆汁淤积性黄疸(阻塞性黄疸)

实验室检查特点:血清结合胆红素明显增多尿胆原减少或阴性,尿胆红素阳性尿色深,大便颜色变浅。

P951

修改:黄疸的问诊要点及临床意义

病程 黄疸快速出现者常见于急性病毒性肝炎、急性中毒性肝炎、胆石症、急性溶血等;黄疸持续时间长者见于慢性溶血、肝硬化、肿瘤等;黄疸进行性加重者,要考虑胰头癌、胆管癌、肝癌;黄疸波动较大者常见于胆总管结石等

第十三节 抽搐

增补:抽搐的概念

抽搐是指一块或一组肌肉快速、重复性、不自主地阵挛性或强直性收缩抽搐发作时一般是全身性的,伴有或不伴有意识丧失

修改:抽搐的病因

非感染性疾病①外伤:产伤、脑挫伤、脑血肿等②肿瘤:原发性肿瘤(如脑膜瘤、神经胶质瘤等)及转移性脑肿瘤③血管性疾病:脑血管畸形、高血压脑病、脑栓塞、脑出血等④癫痫。

第十四节 意识障碍

P952

增补:意识障碍的概念

意识障碍是指当弥漫性大脑皮质或脑干网状结构发生损害或功能抑制时,机体对自身状态和客观环境的识别与觉察能力出现障碍

修改:意识障碍的病因

2.全身性疾病

(1)感染性疾病 见于全身严重感染性疾病,如伤寒、中毒性菌痢、重型肝炎、流行性出血热、钩端螺旋体病、中毒性肺炎、败血症等

(2)非感染性疾病 ①心血管疾病:阿-斯综合征、重度休克等②内分泌疾病:甲状腺危象、黏液性水肿性昏迷、糖尿病酮症酸中毒、高渗性昏迷、低血糖性昏迷、垂体性昏迷等③代谢性脑病:尿毒症昏迷、肝性脑病、肺性脑病等。

修改:昏睡是一种比嗜睡重的意识障碍,患者近乎不省人事,处于熟睡状态,不易唤醒。

P953

增补:意识障碍的问诊要点及临床意义

1.既往史 询问有无高血压、心脏病、肝脏病、肾脏病、糖尿病、甲状腺功能亢进症、慢性阻塞性肺疾病、颅脑外伤、肿瘤、癫痫等病史,有无手术、外伤、中毒及药物过敏史等

2.发病诱因 询问糖尿病患者降糖药或胰岛素的用量、肝脏病患者应用镇静剂等情况,有无在高温或烈日下工作等诱因

3.伴随症状①伴发热:先发热后有意识障碍,见于脑膜炎、脑炎、败血症等;先有意识障碍后发热,见于脑出血、蛛网膜下腔出血、脑肿瘤、脑外伤等②伴呼吸缓慢:见于吗啡、巴比妥类、有机磷杀虫剂等中毒、颅内高压等③伴瞳孔散大:见于脑疝、脑外伤、颠茄类、酒精、氰化物等中毒,癫痫,低血糖昏迷等④伴瞳孔

缩小:见于脑桥出血,吗啡类、巴比妥类及有机磷杀虫剂等中毒⑤伴高血压:见于高血压脑病、脑梗死、脑出血、尿毒症等⑥伴心动过缓:见于颅内高压症、房室传导阻滞、甲状腺功能减退症、吗啡类中毒等⑦伴脑膜刺激征:见于各种脑膜炎、蛛网膜下腔出血等。

第二章 问诊

增补:问诊的方法与注意事项

1. 问诊的方法

医生对患者首先从礼节性谈话开始,自我介绍,明确患者本次就诊目的,根据不同患者的具体情况,采用不同类型的提问方式,语言要通俗易懂,避免使用医学术语,可用开放性或直接提问,避免诱导式或暗示性、责难性、连续性提问及杂乱无章的重复提问每一部分病史询问结束时要进行归纳总结对危重患者询问要简明扼要,迅速,并立即进行抢救

2. 问诊的注意事项

问诊时环境要安静;仪表、礼节和友善的举止;态度要和蔼、亲切、同情和耐心,应对患者适当微笑或赞许地点头示意;交谈时采取适当的姿势表示对患者的尊重和理解;不乱解释,不要不懂装懂,也不要简单回答“不知道”,可以提供自己所知道的情况供患者参考;问诊时记录要尽量简单、快速,并与患者作必要的眼神交流;问诊结束时,应感谢患者的合作

第三章 检体诊断

第一节 基本检查法

P956

增补:视诊的内容和方法

视诊是检查者用眼睛来观察被检者全身或局部表现的检查方法视诊既能观察全身的一般状态,如年龄、发育、营养、意识状态、面容与表情、体位、姿态、步态等,又能观察局部体征,如皮肤、黏膜、五官、头颈、胸廓、腹部、脊柱、肌肉、骨骼、关节等外形特点但对特殊部位则需借助特殊仪器进行检查

在体格检查中,视诊适用范围广,使用器械少,得到的体征最多,常能提供重要的诊断资料和线索视诊时应注意:①应在间接日光下或灯光下进行,但观察皮疹或黄疸时必须在自然光线下进行,观察搏动、肿物、某些器官的轮廓时以侧面光线为宜;②在温暖环境中进行,被检者采取适宜的体位,裸露全身或检查部位,如需要可配合做某些动作;③应按一定顺序,系统、全面而细致地对比观察;④应结合触诊、叩诊、听诊、嗅诊等检查方法,综合分析、判断,使检查结果更具有临床意义

修改

浅部触诊用一手轻轻放在被检查部位,利用掌指关节和腕关节的协同配合,轻柔地进行滑动触摸。主要用于检查体表浅在病变,如关节、软组织,浅部的动脉、静脉、神经,阴囊和精索等

深部触诊主要用于腹腔内病变和脏器的检查嘱患者平卧,屈膝,张口平静呼吸检查者立于右侧,用温暖的一手或两手重叠,由浅入深,逐渐加压以达深部组织进行触诊。深部滑行触诊主要适用于腹腔深部包块和胃肠病变的检查

第二节 全身状态检查

P959

修改:10.面具面容 面部呆板、无表情,似面具样。见于帕金森病、脑炎等

增补:11.贫血面容 面色苍白,口唇色淡,表情疲惫见于各种原因所致的贫血

P960

修改:间歇性跛行行走时,因下肢突发疼痛而停止前行,休息后继续前行见于闭塞性动脉硬化、高血压动脉硬化等

增补:跨阈步态患足下垂,行走时先将膝关节、髋关节屈曲,使患肢抬很高才能起步,如跨越门槛之势

见于腓总神经麻痹出现的足下垂患者

第四节 淋巴结检查

P962

修改

检查某部淋巴结时,应使该部皮肤和肌肉松弛,以利于触摸。如发现有肿大的浅表淋巴结,应记录其位置、数目、大小、质地、移动度,表面是否光滑,有无粘连,局部皮肤有无红肿、压痛和波动,是否有瘢痕、溃疡和瘰管等,同时应注意寻找引起淋巴结肿大的病灶。

第五节 头部检查

P962

修改:眼部检查

1.眼睑检查时注意观察有无红肿、浮肿,睑缘有无内翻或外翻,睫毛排列是否整齐及生长方向,两侧眼睑是否对称,上睑抬起及闭合功能是否正常。

P963

增补:角膜检查

角膜边缘出现灰白色混浊环,称为老年环,是类脂质沉着所致,多见于老年人或早老症。

修改:调节反射与集合反射嘱被检查者注视 1m 以外的目标(通常为检查者的示指尖),然后逐渐将目标移至距被检查者眼球约 10cm 处,同时观察双眼瞳孔的变化情况,由看远逐渐变为看近,即由不调节状态到调节状态时,正常反应是双侧瞳孔逐渐缩小(调节反射)、双眼球向内聚合(集合反射)。当动眼神经受损害时,调节和集合(辐辏)反射消失。

修改:眼球凹陷 双侧眼球凹陷见于重度脱水,老年人由于眶内脂肪萎缩而有双侧眼球后退;单侧眼球凹陷见于 Homer 综合征或眶尖骨折。

P964

修改:鼻窦 额窦、筛窦、上颌窦和蝶窦,统称为鼻窦。鼻窦区压痛多为鼻窦炎。蝶窦因解剖位置较深,不能在体表检查到压痛。

第六节 颈部检查

P965

修改:颈动脉搏动增强,常见于主动脉瓣关闭不全、高血压、甲状腺功能亢进症及严重贫血等。(删除发热)

第七节 胸壁及胸廓检查

P966

修改:胸廓一侧或局限性变形 胸廓一侧膨隆多见于大量胸腔积液、气胸等;一侧平坦或下陷见于肺不张、肺纤维化、广泛性胸膜增厚和粘连等;胸廓局限性隆起见于心脏明显增大、大量心包积液、肋骨骨折等。

修改:脊柱畸形引起的胸廓改变常见于脊柱结核、强直性脊柱炎、胸椎疾患等。

修改:乳房检查视诊 乳头有血性分泌物见于乳管内乳头状瘤、乳腺癌。

修改:急性乳腺炎时乳房红、肿、热、痛,常局限于一侧乳房的某一象限触诊有明显压痛的硬块。

第八节 肺和胸膜检查

P967

增补:3.呼吸运动 健康人在平静状态下呼吸运动平稳而有节律,胸廓两侧动度一致、对称

(1)呼吸运动减弱或消失①一侧或局部:见于大叶性肺炎、中等量以上胸腔积液或气胸、胸膜增厚或粘连、一侧肺不张等②双侧:见于慢性阻塞性肺气肿、两侧肺纤维化、双侧大量胸腔积液、呼吸肌麻痹等。

(2)呼吸运动增强①局部或一侧:见于健侧的代偿②双侧:见于酸中毒大呼吸、剧烈运动

P968

增补:肺上界 即肺尖的上界,其内侧为颈肌,外侧为肩胛带。自斜方肌前缘中部叩诊为清音,逐渐叩向外侧,变为浊音时为肺上界外侧终点;然后再由中部向内侧叩,由清音变为浊音时为肺上界内侧终点。此清音带的宽度即为肺尖的宽度,正常为4~6cm,右侧较左侧稍窄。肺上界变窄见于肺尖有结核、肿瘤、纤维化、萎缩或胸膜增厚等;肺上界增宽见于气胸、肺大泡、肺气肿等,叩诊可呈鼓音或过清音。

修改:肺泡呼吸音 此为气体进出肺泡产生的声音,正常人除了可听到支气管呼吸音及支气管肺泡呼吸音的部位外,其余肺部任何区域都可听到。

修改:

病理性支气管呼吸音 在正常肺泡呼吸音部位听到支气管呼吸音,亦称管状呼吸音主要见于:肺组织实变,如大叶性肺炎实变期等;肺内大空洞,如肺结核、肺脓肿、肺癌形成空洞时;压迫性肺不张,见于胸腔积液、肺部肿块等使肺组织受压发生肺不张时。

病理性支气管肺泡呼吸音 在正常肺泡呼吸音的区域听到支气管肺泡呼吸音常见于肺实变区域较小且与正常肺组织掺杂存在,或肺实变部位较深并被正常肺组织所遮盖。

P969

增补:水泡音可分为大、中、小湿啰音和捻发音。捻发音常见于肺炎或肺结核早期、肺淤血、肺泡炎等,也可见于正常老年人或长期卧床者。

P970

修改:儿童时期患慢性风湿性心脏瓣膜病伴右心室增大者。

第九节 心脏、血管检查

P971

修改:二尖瓣区位于心尖搏动最强处,又称心尖区。

三尖瓣区位于胸骨下端左缘,即胸骨左缘第4、5肋间处。

修改:心音性质改变:心肌有严重病变时,心肌收缩力明显减弱,致使 S_1 失去其原有特征而与 S_2 相似,同时因心搏加速使舒张期明显缩短致收缩期与舒张期时间几乎相等,此时听诊 S_1 、 S_2 酷似钟摆的“滴答”声,称为钟摆律。如钟摆律时心率超过120次/分,酷似胎儿心音,称为胎心律,提示病情严重。以上两者可见于大面积急性心肌梗死和重症心肌炎等。

心音分裂:① S_1 分裂:当左、右心室收缩明显不同步时,可出现 S_1 分裂,在二、三尖瓣听诊区都可听到,但以胸骨左下缘较清楚,多见于二尖瓣狭窄等,偶见于儿童及青少年② S_2 分裂:临床上较常见,由主、肺动脉瓣关闭明显不同步所致,在肺动脉瓣区听诊较明显可见于青少年,尤以深吸气更明显。临床上最常见的 S_2 分裂,见于右室排血时间延长,肺动脉瓣关闭明显延迟(如完全性右束支传导阻滞、肺动脉瓣狭窄、二尖瓣狭窄等),或左心室射血时间缩短,主动脉关闭时间提前(如二尖瓣关闭不全、室间隔缺损等)时。

P972

修改:2.出现的时期 按杂音出现的时期不同,可分为:①收缩期杂音:出现在 S_1 与 S_2 之间②舒张期杂音:出现在 S_2 与下一个心动周期的 S_1 之间③连续性杂音:连续出现于收缩期及舒张期,并不为 S_2 打断④双期杂音:收缩期和舒张期都出现,但不连续,性质不一致。舒张期杂音及连续性杂音均为器质性,收缩期杂音可为功能性

P974

修改:重搏脉指正常脉搏后均有一次较弱的脉搏可触及,见于伤寒、败血症、低血容量休克等。

第十节 腹部检查

P976

增补:液波震颤

检查时患者仰卧,医师用手掌面贴于患者一侧腹壁,另一手四指并拢屈曲,用指端迅速叩击对侧腹壁,如腹腔内有大量游离液体(3000~4000mL以上),则贴于腹壁的手掌可感到液波的冲击,称为液波震

颤或波动感。为防止腹壁本身的震动传至对侧,可让另一人将手掌尺侧缘轻压于患者脐部腹中线上,即可阻止腹壁震动的传导。

P977

修改 2.腹部肿块触诊 腹腔脏器的肿大、异位、肿瘤、囊肿或脓肿、炎性组织粘连或肿大的淋巴结等均可形成肿块。如触到肿块要鉴别其来源于何种脏器,上腹中部肿块多来源于胃或胰腺的肿瘤,右肋下肿块常与肝胆有关,两侧腹部的肿块常为结肠肿瘤;是炎症性还是非炎症性,炎性肿块压痛明显,如肝炎、肝脓肿、阑尾周围脓肿等,而非炎性肿块压痛轻微或不明显;是实质性还是囊性,实质性肿块质地可柔软、中等硬或坚硬,见于炎症、结核和肿瘤,而囊性肿块触之柔软,见于脓肿或囊肿等;是良性还是恶性,良性肿块多为圆形且表面光滑,而形态不规整、表面凹凸不平及坚硬者多为恶性;在腹腔内还是在腹壁上,还须注意肿块的部位、大小、形态、质地、压痛、搏动、移动度、与邻近器官的关系等。

P978

修改:胃泡鼓音区 胃泡鼓音区位于左前胸下部,上界为膈及肺下缘,下界为肋弓,左界为脾脏,右界为肝左缘。

第十三节 神经系统检查

P980

增补:脑神经检查

1.视神经

(1)视神经检查包括视力、视野和眼底检查。

(2)视野反映黄斑中央凹以外的视网膜及视觉通路的功能,视觉通路的任何部位受到损害,都可引起视野缺损。

(3)眼底检查需要用检眼镜,观察视乳头、视网膜、视网膜血管、黄斑有无异常。视乳头水肿常见于颅内肿瘤、视神经受压迫等,如颅内出血、脑膜炎、脑炎等引起的颅内压增高,视网膜出血常见于高血压、出血性疾病等。视网膜有渗出物可见于高血压、慢性肾炎、妊娠高血压综合症等。原发性视神经萎缩见于球后神经炎或肿瘤。

2.动眼神经

动眼神经位于中脑,支配上直肌、下直肌、内直肌、下斜肌、上睑提肌、瞳孔括约肌和睫状肌。

动眼神经麻痹可表现为上睑下垂;眼球转向外下方,有外斜视和复视;眼球不能向上、向下、向内转动;瞳孔扩大;对光反射、调节反射、集合反射消失。常见于颅底肿瘤、结核性脑膜炎、脑出血合并脑疝等

3.三叉神经

三叉神经位于脑桥,主要支配面部感觉和咀嚼运动

三叉神经刺激性病变时,可出现三叉神经痛,常表现为突然发作的一侧面部剧痛,可在眶上孔、上颌孔和颞孔三处有压痛点,且按压时可诱发疼痛。

4.面神经

(1)面神经主要支配面表情肌和分管舌前 2/3 味觉。面神经核位于脑桥,分上、下两部分:上部受双侧大脑皮质运动区支配,下部仅受对侧大脑皮质运动区支配。

(2)中枢性与周围性面神经麻痹的鉴别方法,见下表

	中枢性面神经麻痹	周围性面神经麻痹
病因	核上组织(包括皮质、皮质脑干纤维、内囊、脑桥等)受损	面神经核或而神经受损

续表

	中枢性面神经麻痹	周围性面神经麻痹
临床表现	病灶对侧颜面下部肌肉麻痹,可见鼻唇沟变浅,露齿时口角下垂(或称口角歪向病灶侧),不能吹口哨和鼓腮等	病灶同侧全部面肌瘫痪,从上到下表现为不能皱额、皱眉、闭目,角膜反射消失,鼻唇沟变浅,不能露齿、鼓腮、吹口哨,口角下垂(或称口角歪向病灶对侧)
临床意义	多见于脑血管病变、脑肿瘤和脑炎等	多见于受寒、耳部或脑膜感染、神经纤维瘤引起的周围型面神经麻痹,此外,还可出现舌前2/3味觉障碍等

删除:中枢性与周围性面神经麻痹的鉴别方法(下图)

修改:皮质型特点为四肢或下肢感觉障碍,并有复合感觉障碍,见于大脑皮层感觉区损害。

增补:运动功能检查

随意运动 指受意识支配的动作,由大脑皮质通过锥体束支配骨骼肌来完成。检查的重点是肌力。

增补:共济运动

(1)检查方法 指鼻试验、对指试验、轮替动作、跟-膝-胫试验、闭目难立试验等

(2)临床意义 正常人动作协调、稳准,如动作笨拙和不协调时称为共济失调,可分为三种:①觉性共济失调:与视觉有关,睁眼时减轻,闭眼时加重,伴有深感觉障碍,常见于感觉系统病变,如多发性神经炎、亚急性脊髓联合变性、脊髓空洞症等。②小脑性共济失调:与视觉无关,不受睁眼与闭眼的影响,伴有肌张力降低、眼球震颤等,常见于小脑疾病。③前庭性共济失调:以平衡障碍为主,伴有眩晕、恶心、呕吐及眼球震颤,常见于梅尼埃病、脑桥小脑角综合征等。

P981 删除:中枢性与周围性瘫痪的鉴别

第四章 实验室检查

第一节 血液的一般检查

P985

修改:一、血红蛋白测定和红细胞计数,红细胞形态变化

(一)参考值

血红蛋白(Hb):男性130~175g/L;女性115~150g/L。

红细胞(RBC):男性 $(4.3\sim 5.8)\times 10^{12}/L$;女性 $(3.8\sim 5.1)\times 10^{12}/L$ 。

(二)临床意义 红细胞及血红蛋白增多

单位容积循环血液中血红蛋白量、红细胞数高于参考值高限。诊断标准:成年男性Hb>180g/L,RBC> $6.5\times 10^{12}/L$;成年女性Hb>170g/L,RBC> $6.0\times 10^{12}/L$ 。

P986

修改:二、白细胞计数和白细胞分类计数,中性粒细胞核象变化

(一)参考值 白细胞总数:成人 $(3.5\sim 9.5)\times 10^9/L$ 。

修改:临床意义

成人白细胞数> $9.5\times 10^9/L$ 称为白细胞增多,< $3.5\times 10^9/L$ 称为白细胞减少。白细胞总数的增减主要受中性粒细胞数量的影响。

修改:减少中性粒细胞绝对值< $1.5\times 10^9/L$ 称为粒细胞减少症,< $0.5\times 10^9/L$ 称为粒细胞缺乏症

增补:异形淋巴细胞正常人外周血中偶可见到(<2%)。增多主要见于病毒感染性疾病,如传染性单核细胞增多症、流行性出血热等。

P987

修改:四、血小板计数 参考值 $(125\sim 350)\times 10^9/L$ 。

增补:六、C 反应蛋白(CRP)检测

CRP 是一种能与肺炎链球菌 C-多糖发生反应的急性时相反应蛋白。主要由肝脏产生,广泛存在于血清和其他体液中,具有激活补体、促进吞噬和免疫调理的作用。CRP 测定对炎症、组织损伤、恶性肿瘤等疾病的诊断及疗效观察有重要意义。

1.参考值 免疫扩散法:血清 $<10\text{mg/L}$ 。

2.临床意义 CRP 增高见于各种急性化脓性炎症、菌血症、组织坏死、恶性肿瘤等的早期。可作为细菌感染与非细菌感染、器质性与功能性疾病的鉴别指标,一般细菌性感染、器质性疾病 CRP 增高。

第二节 血栓与止血检查

P988

修改:1.血浆 D-二聚体测定 参考值 $0\sim 0.256\text{mg/L}$

修改:④动脉血栓栓塞的预防、心脏换瓣术后,INR 为 $2.0\sim 3.5$ 。

第四节 肝脏病常用的实验室检查

P990

删除 血氨测定

修改:血清蛋白电泳参考值 醋酸纤维素膜法:白蛋白 $0.62\sim 0.71(62\%\sim 71\%)$; α_1 球蛋白 $0.03\sim 0.04(3\%\sim 4\%)$; α_2 球蛋白 $0.06\sim 0.10(6\%\sim 10\%)$; 任球蛋白 $0.07\sim 0.11(7\%\sim 11\%)$; 球蛋白 $0.09\sim 0.18(9\%\sim 18\%)$ 。

第五节 肾功能检查

P992

修改:肾小球滤过率(GFR)测定

1.参考值男性: $125\pm 15\text{mL/min}$;女性:约低 10%

2.临床意义

GFR 减低见于各种原发性、继发性肾脏疾病。GFR 是反映肾功能最灵敏、最准确的指标

修改:参考值男性 $149\sim 416\mu\text{mol/L}$,女性 $89\sim 357\mu\text{mol/L}$ 。

第六节 常用生化检查

P994

增补:葡萄糖耐量试验临床意义③确定空腹血糖受损(IFG)FBG $6.1\sim 6.9\text{mmol/L}$,2hPG $<7.8\text{mmol/L}$ 。

P995

修改:血清总胆固醇(TC)测定

参考值 合适水平: $<5.18\text{mmol/L}$ 边缘水平: $5.18\sim 6.19\text{mmol/L}$ 。增高: $>6.22\text{mmol/L}$ 。

修改:血清甘油三酯(TG)测定 参考值 合适范围: $<1.70\text{mmol/L}(150\text{mg/dL})$

边缘升高: $1.70\sim 2.25\text{mmol/L}(150\sim 199\text{mg/dL})$ 升高: $\geq 2.26\text{mmol/L}(200\text{mg/dL})$

修改:低密度脂蛋白(LDL)测定 参考值 合适范围: $<3.37\text{mmol/L}(130\text{mg/dL})$ 。边缘升高 $3.37\sim 4.12\text{mmol/L}(130\sim 159\text{mg/dL})$ 。升高: $\geq 4.14\text{mmol/L}(160\text{mg/dL})$ 。

P996

修改:血清钾测定 参考值 $3.5\sim 5.3\text{mmol/L}$ 。

修改:血清钠测定 参考值 $137\sim 147\text{mmol/L}$

修改:血清氯测定 参考值 $96\sim 108\text{mmol/L}$ 。

修改:血清钙测定 参考值血清总钙: $2.2\sim 2.7\text{mmol/L}$;离子钙: $1.10\sim 1.34\text{mmol/L}$ 。

第七节 酶学检查

P997

修改:急性胰腺炎发病后2~3小时血清AMS开始增高,12~24小时达高峰,2~5天后恢复正常。如

达 3500U/L 应怀疑此病,超过 5000U/L 即有诊断价值。尿 AMS 于发病后 12~24 小时开始增高,尿中 AMS 活性可高于血清中的 1 倍以上,多数患者 2~10 天后恢复到正常

P998

修改:

急性心肌梗死((AMI)CK 在发病后 3~8 小时开始增高,10~36 小时达高峰,3~4 天后恢复正常,是 AMI 早期诊断的敏感指标之一。在 AMI 病程中,如 CK 再次升高,提示心肌再次梗死。

增补:

脑钠肽(BNP)主要由心肌细胞分泌的利尿钠肽家族的成员,又称 B 型利钠肽,具有排钠、利尿,舒张血管作用。心功能障碍能够极大地激活利钠肽系统,心室负荷增加导致 BNP 释放,形成 BNP 前体(pro-BNP),再裂解为无活性的、半衰期为 60~120 分钟的氨基末端 BNP 前体(NT-pro-BNP)和有活性的、半衰期仅为 20 分钟的 BNP 释放入血。BNP 的释放与心衰程度密切相关。

1.参考值 BNP1.5~9.0pmol/L,判断值>22pmol/L(100ng/L);NT-pro-BNP<125pg/mL。

2.临床意义

(1)心衰的诊断、监测和预后评估 BNP 升高对心衰具有极高的诊断价值临床上,NT-pro-BNP>2000pg/mL,可以确定心衰治疗有效时,BNP 水平可明显下降。若 BNP 水平持续升高或不降,提示心衰未得到纠正或进一步加重。

(2)鉴别呼吸困难 通过测定 BNP 水平可以准确筛选出非心衰患者(如肺源性)引起的呼吸困难,BNP 在心源性呼吸困难升高,肺源性呼吸困难不升高。

(3)指导心力衰竭的治疗 BNP 对心室容量敏感,半衰期短,可以用于指导利尿剂及血管扩张剂的临床应用;还可以用于心脏手术患者的术前、术后心功能的评价,帮助临床选择最佳手术时机。

第八节 免疫学检查

P999

修改:血清免疫球蛋白测定参考值成人血清 IgG7.0~16.0g/L;IgA0.7~5.0g/L;IgM0.4~2.8g/L;IgD0.6~2mg/L;IgE0.1~0.9mg/L。

修改:补体 C₃测定参考值单向免疫扩散法 0.85~1.7g/L。

P1000

修改:血清癌抗原 125(CA125)测定

参考值 RIA、ELISA:男性及 50 岁以上女性<2.5 万 U/L;20~40 岁女性<4.0 万 U/L(RIA)。

P1001

修改:可提取性核抗原抗体谱测定改为 抗 Sm 抗体、抗 SSA 抗体谱测定

抗可提取性核抗原多肽(ENA)抗体是针对细胞核中可提取性核抗原的自身抗体,包括抗核糖核蛋白抗体、抗酸性核蛋白(Sm)抗体、抗 SSA 抗体等。对这些自身抗体的检测,可用于自身免疫性疾病的诊断和鉴别诊断。

1.参考值免疫印迹试验(IBT):阴性

2.临床意义

(1)抗 Sm 抗体 阳性抗 Sm 抗体为 SLE 所特有,疾病特异性达 99%,但敏感性低。

(2)抗 SSA 抗体 阳性干燥综合征中阳性率最高,敏感性达 96%;在亚急性皮肤性狼疮、新生儿狼疮等疾病中也有很高的阳性率;还可见于类风湿关节炎、SLE 等。

第九节 尿液检查

P1003

修改:尿沉渣计数临床意义白细胞数增多见于泌尿系感染,如肾盂肾炎及急性膀胱炎;红细胞数增多见于急、慢性肾炎。

第五章 心电图诊断

P1009

修改:PR 间期 成年人心率在正常范围时,PR 间期为 0.12~0.20s。PR 间期受年龄和心率的影响,年龄小或心率快时 PR 间期较短,老年人或心动过缓时较长,但一般不超过 0.22s。

第二节 心电图测量及正常心电图

修改:ST 段 正常情况下,ST 段多为一等电位线。在任何导联,ST 段下移不应超过 0.05mV;ST 段抬高在 V_2 、 V_3 导联男性不超过 0.2mV,女性不超过 0.15mV,其他导联均不应超过 0.1mV。

ST 段水平型及下垂型压低见于心肌缺血;ST 段压低也见于低血钾、洋地黄作用、心室肥厚及室内传导阻滞等相邻 ST 段上抬超过正常范围且弓背向上,见于急性心肌梗死、变异型心绞痛、室壁瘤;弓背向下的抬高见于急性心包炎。

第三节 常见异常心电图

P1012

修改:左心房肥大 心电图表现为 P 波增宽($>0.11s$),常呈双峰型,双峰间期 $\geq 0.04s$,以 I、II、aVL 导联上最为显著;在 V_1 导联上, $Ptf \leq 0.04mm \cdot s$ 。上述 P 波改变多见于二尖瓣狭窄,故称“二尖瓣型 P 波”,也可见于各种原因引起的左心衰竭、心房内传导阻滞等。

修改:心肌缺血

1.稳定型心绞痛 面对缺血区的导联上出现 ST 段水平型或下垂型下移 $\geq 0.1mV$,T 波低平、双向或倒置,时间一般小于 15 分钟。

2.变异型心绞痛 常于休息或安静时发病,心电图可见 ST 段抬高,常伴有 T 波高耸,对应导联 ST 段下移。

3.慢性冠状动脉供血不足 在 R 波占优势的导联上,ST 段呈水平型或下垂型压低 $>0.05mV$;T 波低平、双向或倒置。

P1013

删除:窦性心动过速、窦性心动过缓、窦性停搏、病态窦房结综合征的心电图表现

修改:室性期前收缩的心电图表现

(1)提早出现宽大畸形的 QRS 波群,其前无相关的 P 波或 P 波

(2)QRS 时限常 $\geq 0.12s$

(3)T 波方向与 QRS 主波方向相反

(4)有完全性代偿间歇。

修改:交界性期前收缩的心电图表现

(1)提前出现的 QRS 波群,形态基本正常。

(2)出现逆行 P 波,可在 QRS 之前($P'R < 0.12s$),或 QRS 之后($RP' < 0.20s$),或与 QRS 相重叠。

(3)常有完全性代偿间歇。

P1014

删除:9.室性心动过速的心电图表现

删除:11.心室颤动的心电图表现

修改:房室传导阻滞的心电图表现

(1)一度房室传导阻滞①窦性 P 波规律出现,其后均有 QRS 波群②PR 间期延长 $\geq 0.21s$ 。(老年人 $> 0.22s$)

(2)二度 I 型房室传导阻滞 ①窦性 P 波规律出现。②PR 间期进行性延长,直至出现一次 QRS 波群脱落(P 波后无 QRS 波群),其后 PR 间期又趋缩短,之后又逐渐延长,直至 QRS 脱落,周而复始。③QRS 脱落所致最长 RR 间期,短于任何两个最短的 RR 间期之和。④QRS 波群时间、形态大多正常。

(3)二度 II 型房室传导阻滞 ①窦性 P 波规律出现,PR 间期恒定(正常或延长)。②部分 P 波后无 QRS 波群(发生心室漏搏)。③房室传导比例一般为 3:2、4:3 等。

(4)三度房室传导阻滞(完全性房室传导阻滞) ①P 波和 QRS 波群无固定关系,PP 与 RR 间距各有其固定的规律性。②心房率>心室率③QRS 波群形态正常或宽大畸形。

增补:血钾异常

1.高钾血症的心电图表现

- (1)早期出现 QT 时间缩短,T 波高尖,双支对称,基底部变窄,即“帐篷状”T 波。
- (2)随着高钾血症的加重,可出现 QRS 波增宽,幅度下降,P 波形态逐渐消失,可出现“窦性传导”。
- (3)ST 段下降>0.05mV。
- (4)严重高血钾时,可出现房室传导阻滞、室内传导阻滞、窦性停搏、室速、室扑、室颤及心脏停搏等。

2.低钾血症的心电图表现

- (1)ST 段压低,T 波低平或倒置。
- (2)U 波增高,以 V_2 、 V_3 导联上最明显,可>0.1mV。U 波振幅可与 T 波等高,呈驼峰状,或 $U>T$,或 T、U 波融合。
- (3)T 波与 U 波融合时,QU 间期明显延长。
- (4)严重低血钾时,可出现各种心律失常,如房室传导阻滞,频发、多源性期前收缩、甚至室速和尖端扭转性室速等。

第六章 影像学检查

第一节 超声诊断

P1016

删除:扩张性心肌病的异常心电图(如下图)

增补:主动脉瓣关闭不全的异常声像图及心功能评价

(1)二维超声心动图表现 在左室长轴及主动脉根部短轴切面上,可见主动脉瓣反射增强、舒张期主动脉瓣闭合不良、左室容量负荷过重的表现。

(2)M 型超声心动图表现 ①心底部探查,主动脉根部前后径增宽,运动幅度增大,舒张期闭合线呈双线,距离>2mm 若闭合线出现扑动现象,是血液反流的有力证据②左室探查,可见左室容量负荷过重的改变,表现为左室内径扩大,流出道增宽,室间隔和左室后壁呈反向运动。

(3)多普勒超声心动图表现 舒张期可见五彩反流束自主动脉瓣口流向左室流出道。

第三节 放射性核素检查

P1021

删除:考点一 脏器显像检查

第十一篇

内科学

第一章 呼吸系统疾病

第一节 慢性阻塞性肺疾病

P1024

增补:概述

慢性阻塞性肺疾病(COPD)是一种以持续存在的气流受限为特征的肺部疾病,气流受限不完全可逆,呈进行性发展,主要累及肺部,也可引起肺外各器官的损害。COPD与慢性支气管炎及慢性阻塞性肺气肿关系密切,是内科常见病与多发病,COPD是我国导致慢性肺心病及慢性呼吸衰竭的最常见病因,严重影响患者的生活质量。

修改:病因与发病机制

1.吸烟 最主要的病因发病与吸烟的时间长短、吸烟量、吸烟的种类等有一定的关系烟草燃烧时产生大量有毒有害的化学物质,损伤气道黏膜上皮细胞及自身防御机制,导致气道慢性炎症性损伤。

2.职业粉尘和化学物质 如反复或大量接触工作环境中的粉尘、烟雾、工业废气等,可促进COPD发病。

3.环境污染 COPD与显著暴露于有害颗粒或气体环境关系密切,环境污染导致气道自身防御能力下降,易发生细菌感染。

3.感染因素 是COPD发病与病情发展的重要因素,包括细菌、病毒等病原体感染,其他蛋白酶-抗蛋白酶失衡、氧化应激、自主神经功能失调、营养不良、气温变化等均与COPD发病有关。

删除:慢阻肺临床分级

增补:病情评估

(一)稳定期病情严重程度评估

包括肺功能评估、症状评估及急性加重风险评估。

1.肺功能评估根据 FEV_1/FVC 、 $FEV_1\%$ 预计值和症状可对COPD患者气流受限严重程度做出分级诊断。

COPD患者气流受限严重程度的肺功能分级。

肺功能分级 患者 $FEV_1\%$ 预计值。

GOLD1级(轻度) ≥ 80

GOLD2级(中度) 50~79

GOLD3级(重度) 30~49

GOLD4级(极重度) < 30

2.症状评估一般根据慢性阻塞性肺疾病评估测试调查问卷进行评估。

3.急性加重风险评估根据患者上一年发生急性加重的次数以及需要住院治疗的急性加重的次数进

行评估。

(二) 疾病分期评估

1. 急性加重期 急性加重期指在疾病过程中,短期内咳嗽、咳痰、气短和(或)喘息加重,痰量增多,呈脓性或黏液脓性,可伴发热等症状。

2. 稳定期 稳定期则指患者咳嗽、咳痰、气短等症状稳定或症状较轻。

增补:预防

戒烟是最重要的预防措施,同时又是病因治疗措施;改善环境污染,通过适当的防护措施,尽量避免有害粉尘、气体的吸入;发生呼吸道感染时积极合理治疗;加强体育锻炼,增强抗寒能力对于已经确诊的 COPD 患者,预防呼吸道感染,积极进行呼吸生理治疗及呼吸肌锻炼,进行长期家庭氧疗。

第二节 慢性肺源性心脏病

P1027

增补:概述

慢性肺源性心脏病(简称慢性肺心病),是指由慢性支气管、肺、胸廓疾病或肺血管病变引起肺循环阻力增加,继而肺动脉高压形成,引起右心室肥大,甚至发生右心衰竭的一类心脏病。

修改:病因

肺疾病 COPD 是最常见病因,约占病因的 80%~90%,其次为重症支气管哮喘、支气管扩张症、间质性肺病等。严重的胸廓畸形、睡眠呼吸暂停低通气综合征、肺血管疾病如特发性肺动脉高压、慢性栓塞性肺动脉高压等也是本病的病因

修改:肺、心功能失代偿期(急性加重期)。

1. 呼吸衰竭表现为低氧血症和二氧化碳潴留表现有胸闷、心悸、心率增快和发绀,严重者可出现头晕、头痛、烦躁不安、谵妄、抽搐甚至昏迷等症状,甚至发生死亡。

增补:病情评估

1. 临床分期 慢性肺心病病程漫长,在疾病过程中,患者多因呼吸道感染、受寒、劳累、吸入刺激性气体等出现急性加重,经治疗后病情多可缓解,因此,依据临床表现分为急性加重期与缓解期,应依据患者所处的临床分期进行分期治疗

病情评估对于急性加重期患者,应根据动脉血气分析结果、临床表现及并发症发生情况,综合判断病情,并发肺性脑病、严重酸碱失衡等并发症的患者,病情危重,死亡率高。慢性肺心病患者的死亡率在 10%~15%,缓解期患者可根据临床表现、肺功能检查结果等客观评价病情,指导治疗

P1029

增补:预防

慢性肺心病是慢性阻塞性肺疾病的最终结局,因此,其预防主要是有效预防慢性呼吸系统疾病的发生,尤其是 COPD;一旦确诊为慢性肺心病,通过增强体质及抗寒能力,预防急性呼吸道感染,是预防患者由缓解期进入急性加重期的重要措施。

第三节 支气管哮喘

P1030

增补:并发症

1. 发作期并发症 可出现自发性气胸、纵隔气肿、肺不张、急性呼吸衰竭等并发症。

2. 晚期并发症 严重哮喘患者疾病晚期可并发慢性肺心病,也可并发支气管扩张症、间质性肺炎等。

删除:支气管哮喘的分期与分级

增补:病情评估

1. 急性发作期严重程度分级 哮喘急性发作时严重程度可分为轻度、中度、重度和危重四级。

(1) 轻度发作:一般体力活动时气短,肺功能和动脉血气检查基本正常。

(2)中度发作:稍微活动即有气喘,有时出现三凹征阳性,查体双肺可闻及响亮而弥漫的哮鸣音,心率增快,肺功能检查使用支气管扩张剂后 PEF 占预计值 60%~80%,动脉血气检查 SaO_2 在 91%~95%。

(3)重度发作:安静时即有气喘,强迫端坐位,不能讲话,呼吸明显加快,超过 30 次/分,三凹征阳性,有奇脉,肺功能检查使用支气管扩张剂后 PEF 占预计值 <60%,动脉血气检查 $\text{SaO}_2 \leq 90\%$, $\text{PaO}_2 < 60\text{mmHg}$,伴有 $\text{PaCO}_2 > 45\text{mmHg}$ 。

(4)危重发作 患者多呈嗜睡状态,意识模糊,双肺哮鸣音减少甚至消失,心音低弱,脉率不规则,呈现急性呼吸衰竭的危重状态。

2.慢性持续期病情评估 以患者白天、夜间哮喘发作的频度和肺功能测定指标为依据,将慢性持续期的哮喘患者病情分为间歇性、轻度持续、中度持续和重度持续四级,根据过去 4 周内患者日间哮喘症状 >2 次/周、夜间因哮喘憋醒、使用缓解药物频次 >2 次/周、哮喘引起活动受限等指标的拥有项多少,将哮喘控制水平分为控制良好、部分控制和未控制三个等级。

良好控制 无上述任何一项。

部分控制 具有上述 4 项中的 1~2 项。

未控制 具有上述 4 项中的 3~4 项。

患者未来不良事件风险增加的相关因素有:①临床控制不良;②过去的 1 年中有频繁急性发作;③有因严重哮喘发作住院史;④肺功能 FEV_1 低值;⑤烟草暴露;⑥大剂量药物治疗

P1032

修改:

糖皮质激素是控制哮喘最有效的药物,根据需要选择吸入型、口服或静脉注射。吸入剂型常用培氯米松吸入剂、布地奈德吸入剂、氟替卡松吸入剂等;口服常用泼尼松和泼尼松龙;重度发作静脉用药常用氢化可的松或甲泼尼龙等。为减少吸入大剂量糖皮质激素的不良反应,可与长效受体激动剂、控释茶碱或白三烯调节剂等联合使用。

第四节 肺炎

P1034

增补:肺炎链球菌肺炎病情评估

肺炎的病情评估决定患者的治疗场所的选择,肺炎的病情严重程度取决于局部炎症病变程度、炎症扩散情况以及全身性炎症反应的程度。我国 CAP 患者是否住院治疗的判断标准共五项指标:①意识障碍;②血尿素氮 $> 7\text{mmol/L}$;③呼吸频率 ≥ 30 次/分;④收缩压 $< 90\text{mmHg}$ 或舒张压 $\leq 60\text{mmHg}$;⑤年龄 ≥ 65 岁。每项 1 分,根据患者具体情况进行打分,由此判断病情严重程度并决定治疗场所评分 0~1 分,病情较轻,可以门诊治疗随访;评分 2 分,病情较重,建议住院治疗或严格随访下院外治疗;评分 3~5 分,病情重,应住院治疗

肺炎链球菌肺炎患者如出现急性呼吸衰竭需要机械辅助通气、循环支持和需要监护生命体征者,均提示病情危重。

增补:预防

加强体育锻炼,增强体质,避免吸烟及酗酒、熬夜、过度疲劳等诱因嗜烟者、痴呆症、慢性支气管炎、支气管扩张症、慢性心力衰竭、2 型糖尿病、血液病患者及应用免疫抑制剂患者为患病高危人群,必要时应接种肺炎疫苗加以有效预防

P1035

增补:肺炎支原体肺炎病情评估

肺炎支原体肺炎具有自限性,多数患者可自愈,一般预后良好,严重感染导致重症肺炎者少见,临床症状严重者可根我国 CAP 患者是否住院治疗的判断标准进行病情评估,决定治疗策略。

增补:预防肺炎支原体存在于人类呼吸道的分泌物中,经飞沫或气溶胶颗粒可以传播给密切接触者,但传染性小,婴幼儿、儿童、青少年患者多见,因此,主要预防措施是避免密切接触患者,同时,通过体育锻炼

炼、适当营养饮食等增强呼吸道抗病能力。

第五节 原发性支气管肺癌

P1036

增补:概述

原发性支气管肺癌(简称肺癌),为起源于支气管黏膜或腺体的恶性肿瘤。肺癌是严重危害人类健康的疾病,肺癌的发病率与死亡率均居全球癌症首位,我国成为世界第一肺癌大国。肺癌发病率男性多与女性,在男性发病率居所有癌症的首位,在女性仅次于乳腺癌居第二位。

修改:按组织病理学分类。

2.小细胞肺癌包括燕麦细胞型、中间细胞型、复合燕麦细胞型。在原发性肺癌中恶性程度最高,在其发生发展的早期多已转移到肺门和纵隔淋巴结。

修改:肿瘤局部扩展引起的表现改为肺外胸内扩散引起的表现。

P1038

修改:诊断

①原因不明的刺激性干咳治疗无效改为刺激性咳嗽持续2~3周,治疗无效。

增补:病情评估

TNM分期。

1.原发肿瘤。

T_x—隐匿癌(从痰液或支气管冲洗液中找到恶性细胞,但影像学或支气管镜检不能发现病灶);T₀—无原发肿瘤的证据;T_{is}—原位癌;。

T₁—肿瘤最大径W3cm,四周为肺组织或脏层胸膜,病变范围的近端未侵犯到叶支气管;T_{1a}—肿瘤最大直径W1cm;T_{1b}—肿瘤最大直径1~2cm;T_{1c}—肿瘤最大直径>2~3cm;。

T₂—肿瘤最大径>3cm,肿瘤累及主支气管但距隆突至少2cm,或脏层胸膜受侵,或不论肿瘤大小但侵及脏层胸膜,或累及肺门区伴肺不张或阻塞性肺炎,但其范围小于一侧全肺;T_{2a}—肿瘤最大径>3~4cm;T_{2b}—肿瘤最大径>4~5cm;。

T₃—肿瘤最大直径>5~7cm,侵犯胸壁、膈肌、纵隔胸膜、心包,肿瘤累及主支气管距隆突<2cm,但未侵及隆突,或累及一侧全肺的肺不张或阻塞性肺炎。

T₄—肿瘤最大直径>7cm,侵犯纵隔、心脏、大血管、气管、食管、椎体、隆突、同侧恶性胸腔积液。

2.区域淋巴结 NO—无区域淋巴结转移;N₁—同侧支气管周围或肺门淋巴结转移;N₂—同侧纵隔或隆突下淋巴结转移;N₃—对侧纵隔或肺门淋巴,同侧或对侧斜角肌或锁骨上淋巴转移。

3.远处淋巴结 M₀—无远处转移;M₁—有远处转移。

修改:手术治疗

为非小细胞肺癌的主要治疗方法,主要适用于I期、II期患者。根治性手术切除是首选的治疗措施,除I期患者,II~III期的患者实施根治手术后需辅助化疗。

增补:介入治疗 经支气管动脉灌注化疗适用于无手术指征,化放疗无效的晚期患者;经支气管镜介入治疗等。

删除:抗癌中药治疗

第六节 慢性呼吸衰竭(增补)

一、概述

慢性呼吸衰竭是各种原因引起的肺通气和(或)换气功能严重障碍,以致在静息状态下亦不能维持足够的气体交换,导致机体缺氧伴或不伴二氧化碳潴留,一从而引起一系列生理功能和代谢紊乱的临床综合征呼吸衰竭的诊断有赖于动脉血气分析,表现为在海平面正常大气压、静息状态、自主呼吸空气的条件下,动脉血氧分压(PaO₂)低于60mmHg伴或不伴二氧化碳分压(PaCO₂)超过50mmHg,排除心内解剖

分流和原发心排血量降低等因素。

呼吸衰竭按血气分析分为两类:。

I型缺氧而无二氧化碳潴留,即主要发生机制为换气功能障碍正常或降低,主要发生机制为换气功能障碍见于严重肺部感染性疾病、急性肺栓塞等。

II型缺氧伴二氧化碳潴留,即 PaO_2 低于60mmHg, PaCO_2 超过50mmHg,主要发生机制为肺泡通气不足,见于慢性阻塞性肺疾病等。

二、病因与发病机制

(一)病因

1.支气管-肺疾病 为主要病因,常见于慢性阻塞性肺疾病、重症肺结核、肺间质纤维化、肺尘埃沉着症等。

2.胸廓和神经肌肉病变 如胸部手术、外伤、广泛胸膜增厚、胸廓畸形、脊髓侧索硬化症等。

(二)发病机制

1.肺通气不足 见于慢性阻塞性肺疾病,严重胸膜、胸廓疾病,肺间质纤维化及神经肌肉疾病等,常导致缺氧伴二氧化碳潴留。

2.通气/血流比例失调 通气/血流比例失调通常导致缺氧,一般无二氧化碳潴留。

3.肺动-静脉样分流 由于肺泡萎陷、肺不张、肺水肿、严重肺炎等,肺泡丧失通气但血流仍存在,使静脉血未进行气体交换直接流入肺静脉造成缺氧。

4.弥散障碍 由于广泛肺实质病变、严重肺气肿、肺不张等使弥散面积减少,以及肺间质纤维化、肺水肿等使弥散膜增厚,气体弥散功能障碍,以缺氧为主。

5.机体耗氧量增加 寒战、高热、呼吸困难等均可增加机体耗氧量,耗氧量增加使肺泡氧分压降低,同时伴有通气功能障碍,则出现严重的低氧血症耗氧量增加是加重缺氧的常见原因之一。

三、病理生理

主要为低氧血症与高碳酸血症对机体的影响。

1.中枢神经系统 低氧血症对中枢神经系统的影响与缺氧发生的速度有关。高碳酸血症导致脑脊液 H^+ 浓度增加,脑细胞代谢障碍,患者常出现头痛、头晕、烦躁不安,精神错乱,扑翼样震颤,甚至昏睡、昏迷。慢性呼吸衰竭患者因缺氧及高碳酸血症出现的精神神经功能障碍综合征,称为肺性脑病,是导致患者死亡的首要原因。

2.循环系统 出现血压下降、血管扩张、心律失常等严重后果。

3.呼吸系统 慢性呼吸衰竭患者受 PaO_2 降低、及 PaCO_2 升高共同影响。

4.消化系统 出现消化功能障碍,如食欲不振、腹胀等,严重时出现消化道黏膜糜烂、溃疡形成和出血。

5.肝肾功能 可出现一过性肝肾功能不全,病情好转后可恢复至发病前状态。

6.代谢及电解质 PaCO_2 明显升高导致呼吸性酸中毒;严重缺氧因乳酸及无机磷生成增多,可出现代谢性酸中毒。

四、临床表现

除原发病表现外,主要为呼吸困难、发绀及神经精神症状。

1.原发病表现。

2.缺氧表现①呼吸困难是最早出现的症状;②发绀是缺氧严重的表现;③精神神经症状常见注意力不集中,甚至昏迷;④循环系统表现为早期血压升高、心动过速,严重者出现心动过缓等;⑤消化道表现有上消化道出血、黄疸等;⑥泌尿系统表现为出现蛋白尿、氮质血症等。

3.二氧化碳潴留表现①早期出现睡眠习惯改变,昼睡夜醒,严重时出现抽搐、昏迷等二氧化碳麻痹的表现;②早期血压升高,呼吸、心率增快,严重者血压下降甚至发生休克。

五、实验室检查及其他检查

1. 动脉血气分析①典型的动脉血气改变是 PaO_2 低于 60mmHg, ②pH 值改变不如 PaCO_2 改变明显③呼吸性酸中毒合并代谢性酸中毒见于低氧血症、血容量不足、心排血量减少和周围循环障碍、肾功能损害等④呼吸性酸中毒合并代谢性碱中毒常见于慢性呼吸性酸中毒的治疗过程。

2. X 线检查用于进一步明确原发病, 了解肺部感染情况, 随访治疗效果等。

六、诊断与鉴别诊断

(一) 诊断

有慢性支气管-肺疾患如慢性阻塞性肺疾病、重症肺结核、肺间质纤维化等导致呼吸功能障碍的原发疾病史。有缺氧和二氧化碳潴留的临床表现, 如呼吸困难、发绀、精神神经症状等。动脉血气分析 PaO_2 低于 60mmHg, 或伴有 PaCO_2 超过 50mmHg, 即可确立诊断。

(二) 鉴别诊断

应注意与急性呼吸衰竭进行鉴别, 两者的鉴别诊断重点是病史及原有呼吸功能状态急性呼吸衰竭原有呼吸功能正常, 无慢性支气管-肺疾病史。

七、病情评估

1. 明确呼吸衰竭的病变部位。
2. 明确呼吸衰竭类型。
3. 判断严重程度及预后, 其中并发肺性脑病是最主要的死亡原因。

八、治疗与预防

(一) 治疗原则

积极处理原发病, 去除诱因; 保持呼吸道通畅, 纠正缺氧、二氧化碳潴留和代谢紊乱; 维持心、脑、肾等重要脏器功能, 防治并发症。

(二) 治疗措施

1. 保持气道通畅 治疗呼吸衰竭的首要措施是保持呼吸道通畅①给予祛痰药②应用支气管扩张剂③气道阻塞不易解除时, 应及时建立人工气道, 保持气道通畅。
2. 氧疗 慢性阻塞性肺疾病是导致慢性呼吸衰竭的最常见病因, 以 II 型呼吸衰竭为主。
吸入氧流量的计算方法: $\text{吸入氧浓度}(\%) = 21 + 4X$ 吸入氧流量(L/min)。
3. 增加通气量这是解除二氧化碳潴留的主要治疗措施。
4. 纠正酸碱失衡和电解质紊乱。
5. 防治感染呼吸道感染为常见诱因, 应根据痰菌培养及药敏试验, 选择有效抗菌药物控制感染。
6. 治疗并发症 有明显脑水肿的患者应采取脱水降颅压治疗, 常用甘露醇、山梨醇等, 上消化道出血可适当应用质子泵抑制剂。

(三) 预防

有效控制原发病如慢性阻塞性肺疾病、慢性肺心病等, 有效预防呼吸衰竭发生的关键措施是防治呼吸道感染缓解期应进行适当的耐寒锻炼, 有慢性呼吸衰竭发作病史的患者应进行有效的规范的家庭氧疗, 并达到家庭氧疗的目标要求。

第二章 循环系统疾病

第一节 急性心力衰竭

P1039

增补:

一、心力衰竭概述(此部分增补内容与原第三节合并成新第一节)

心力衰竭(HF)是指各种心脏疾病导致心脏收缩和/或舒张功能异常, 心室充盈和/或射血能力障碍,

引起以组织血流灌注不足伴有体循环或肺循环淤血的临床综合征。

心力衰竭的分类:

1.按照病理改变以及发生功能障碍的部位:分为左心衰、右心衰和全心衰。

(1)左心衰竭:临床上较为常见,以肺循环淤血为特征。

(2)右心衰竭:以体循环淤血为主要表现。

(3)全心衰竭:左心衰竭后肺动脉压力增高,使右心负荷加重,病理改变进一步加重,右心衰竭也继之出现。

2.按照心力衰竭的病因及发病缓急:分为急性心衰和慢性心衰。

(1)急性心衰:临床上以急性左心衰常见,表现为急性肺水肿或心源性休克。

(2)慢性心衰:多见于器质性心脏病患者,为绝大多数器质性心脏病的最终结局。

3.按照发生病理改变的心脏功能:分为收缩性心衰和舒张性心衰。

(1)收缩性心衰:心脏收缩射血为其主要生理功能,也是临床上常见的心衰。

(2)舒张性心衰:严重的舒张期心衰见于原发性限制型心肌病,原发性肥厚型心肌病等。

二、病因与发病机制

急性心力衰竭(AHF)主要见于大面积肺梗死,临床上以急性左心衰较为常见,表现为急性肺水肿或心源性休克,是严重的急危重症。

(一)病因 心脏解剖或功能的突发异常、感染性心内膜炎、高血压等。

(二)发病机制

主要病理生理基础为心脏收缩功能突然发生严重障碍,或左室瓣膜急性反流,心排血量急剧减少,左室舒张末压迅速升高,导致肺静脉回流障碍。由于肺静脉压快速升高,肺毛细血管压随之升高,肺毛细血管出现高压性通透性增加,大量液体渗入到肺间质和肺泡内,形成急性肺水肿。

五、病情评估

AHF的临床严重程度常用 Killip 分级:

I级:无AHF。

II级:有AHF,肺部中下肺野可闻及湿啰音,有舒张期奔马律,胸片见肺淤血征象。

III级:严重AHF,严重肺水肿,双肺满布湿啰音。

IV级:心源性休克。

六、治疗与预防

急性心力衰竭为临床急危重症,其预防的关键在于对原发器质性心脏病的有效管理与随访,除积极治疗原发病外,如注意输液量与输液速度,避免过多过快输液输血,避免使用负性肌力药等,并应注意监测患者的水电解质。

第二节 慢性心力衰竭

P1041

增补:

一、概述(原第一节内容现在是第二节内容)

慢性心力衰竭(CHF)是大多数心血管疾病的最终归宿,也是最主要的死亡原因。

二、病因与发病机制。

(一)基本病因(原第一节基本病因)

(二)诱因(原第一节诱因)

(三)发病机制:因心功能不全引发心排血量下降时,激发机体产生多种代偿机制,使心功能在一定时间内维持在相对正常的水平,当病理因素的作用超过代偿能力,发生失代偿,出现心力衰竭的相应临床表现同时。

三、病理生理

(一)心脏代偿机制

1. Frank-Starling 机制为心脏的主要代偿机制。
2. 心肌肥厚。
3. 神经-体液的代偿机制

(二)体液因子的改变

1. 心钠肽(ANP)和脑钠肽(BNP) 正常情况下,ANP 主要储存于心房,心室内也有少量表达,血浆中 ANP 及 BNP 水平升高时,其增高的程度与心衰的严重程度呈正相关,因此,血浆 ANP 及 BNP 水平可作为评定心衰的进程和判断预后的指标。

2. 精氨酸加压素(AVP) AVP 的效应有一定的代偿作用,而长期的 AVP 增加,其负面效应加重心力衰竭。

3. 内皮素(ET)。

(三)心肌损害和心室重塑

原发性心肌损害和心脏负荷过重使心脏功能受损,心腔扩大、心室肥厚的过程中,心肌细胞、胞外基质、胶原纤维网等均有相应变化,表现为心室重塑过程,是心力衰竭发生发展的基本机制。

四、临床表现(原第二节临床表现)

五、实验室检查及其他检查(原第二节内容)

六、诊断与鉴别诊断(原第二节内容)

七、病情评估(原第一节心功能分级)。

八、治疗与预防

(一)治疗原则和目的

1. 治疗目的 防止和延缓心衰的发生,降低死亡率。

2. 分期治疗原则 按心力衰竭分期治疗

A 期:积极治疗高血压、糖尿病、血脂异常等高危因素。

B 期:除 A 期中的措施外,有适应证的患者使用血管紧张素转换酶抑制剂(ACEI),或 β 受体阻滞剂。

C 期及 D 期:按 NYHA 分级进行相应治疗

3. 分级治疗原则按心功能 NYHA 分级选择药物治疗

I 级:控制危险因素,ACEI

II 级:ACEI,利尿剂, β 受体阻滞剂,用或不用地高辛。

III 级:ACEI,利尿剂, β 受体阻滞剂,地高辛。

IV 级:ACEI,利尿剂,地高辛,醛固酮受体拮抗剂;病情稳定后,谨慎应用 β 受体阻滞剂。

(二)治疗措施(原第二节治疗措施)

增补:预防

慢性心力衰竭是心功能不全的严重阶段,是器质性心脏病的最终结局及主要死亡原因。慢性心力衰竭的预防属于器质性心脏病的二级预防及三级预防措施,应注意低钠饮食,适量体力活动,做好饮食及体重管理。

第四节 心律失常

P1046

增补:概述

由于心脏冲动的起搏异常或冲动传导异常,导致心脏的频率、节律异常,统称为心律失常。心律失常可以是生理性的,也可以是病理性的,也是器质性心脏病常见的死亡原因。

增补:分类

(一)按照发生机制分类

1. 冲动起搏异常 包括窦性心动过速、期前收缩、异位心动过速、扑动与颤动等。
2. 冲动传导异常 包括窦房、房室、束支传导阻滞等。

第五节 快速性心律失常

P1047

增补:概述

快速性心律失常是指心律失常发生时,患者的心室率超过心律失常未发生时的频率,临床上较缓慢性心律失常多见,其中以窦性心动过速、过早搏动最常见,其中恶性程度最高的是心室颤动。

增补:预防

积极治疗原发病,纠正缺氧、代谢性酸中毒、电解质紊乱、发热等病理状态,器质性心脏病尤其是急性心肌梗死、急性心肌炎等患者,需要时可预防性用药。

第六节 缓慢性心律失常

增补:

预防对于有缓慢性心律失常病史的患者,应慎用或禁用具有负性传导作用的药物,以免诱发 AVB;急性下壁心肌梗死患者及急性心肌炎患者有并发 AVB 的风险,应加强监护,及时发现,及时处理;预防各种原因引起的电解质、酸碱平衡紊乱如高钾血症、酸中毒等。

第七节 心脏瓣膜病

P1052

修改:概述

心脏瓣膜病是临床上以慢性心脏瓣膜病多见,是我国常见的心脏病之一,多见于 20~40 岁青壮年近年来,心脏瓣膜中二尖瓣病变最常见,其次为主动脉瓣病变,三尖瓣和肺动脉瓣病变少见。慢性心脏瓣膜病为我国常见的心血管疾病的住院原因。

增补:二尖瓣狭窄的病因

1. 风湿热 为主要病因
2. 退行性病变 老年人瓣膜退行性钙化导致瓣膜钙化等。
3. 其他 结缔组织病如系统性红斑狼疮、感染性心内膜炎、创伤胸部穿通或钝挫伤、先天性畸形等。

增补:预防:二尖瓣狭窄是最常见的慢性心脏瓣膜病,其主要病因目前仍以风湿热为主,因此,少年儿童有效预防风湿热发病及反复风湿热活动,是预防二尖瓣狭窄的重要措施。

P1053

增补:二尖瓣关闭不全

(一)病因

二尖瓣及其附属结构、左心室结构和功能异常,均可致二尖瓣关闭不全常见病因包括风湿热、结缔组织病及感染性心内膜炎等导致的瓣叶病变、瓣环扩大、腱索病变、乳头肌断裂等。

P1054

增补:主动脉瓣关闭不全

病因

主要病因有风湿热、感染性心内膜炎等,也可见于先天畸形、主动脉瓣黏液样变性、强直性脊柱炎等单纯主动脉瓣关闭不全男性较多见,多为非风湿性;合并二尖瓣疾病者女性多见,多为风湿性风湿性主动脉瓣关闭不全多与狭窄并存。

P1055

增补:主动脉瓣狭窄病因

主要病因有风湿热、先天性畸形及瓣膜退行性钙化等主动脉瓣狭窄约占慢性心脏瓣膜病的 1/4,男性多见,单纯主动脉瓣狭窄少见,多伴有主动脉瓣关闭不全或二尖瓣病变。

第八节 原发性高血压

P1056

增补:概述

高血压是指体循环动脉血压高于正常值,可伴有心、脑、肾和血管等靶器官损害的临床综合征。根据导致血压升高的病因不同,分为原发性高血压和继发性高血压两大类。原发性高血压以体循环动脉压升高为主要临床表现,最终导致心、脑、肾及动脉并发症的心血管综合征;继发性高血压亦称为症状性高血压。原发性高血压是我国急性脑血管病、冠心病、慢性肾损伤的重要危险因素。

增补:并发症

1、靶器官损害并发症。

- (1)心脏 出现左心室肥大是慢性左心衰竭的常见病因
- (2)脑 脑血管并发症是我国原发性高血压最常见的并发症。
- (3)肾脏 受累时可有蛋白尿,早期出现肾小管功能异常的表现,晚期多并发慢性肾衰竭。
- (4)血管①视网膜动脉硬化、主动脉夹层:。

2.高血压急症 包括高血压脑病、高血压危象、急性心力衰竭、急性冠状动脉综合征、主动脉夹层、子痫等。

特殊类型高血压

1、老年高血压指年龄 ≥ 60 岁的高血压患者,其特点是多数患者为单纯收缩期高血压,脉压增大,血压波动性明显,并发症及伴发病较多,治疗强调收缩压的达标。

2.儿童青少年高血压 一般为轻、中度血压升高,伴有超重的患者较多,进展为成人高血压时,多伴有左心室肥厚甚至高血压性心脏病。

3.难治性高血压 指经三种以上的降压药物治疗,血压仍不能达标的患者,或使用四种及四种以上降压药血压才能达标的患者常见原因有:①假性难治性高血压,有显著的白大衣现象;②生活方式干预不足;③降压治疗方案不合理;④在用其他药物对抗降压治疗效果;⑤钠盐摄入过多,容量超负荷;⑥存在胰岛素抵抗;⑦继发性高血压未予准确诊断。

增补:病情评估

其他危险因素和病史

增补:治疗与预防

1.治疗策略

(1)高危和很高危患者 一旦确诊,应立即开始生活方式干预和药物治疗

(2)中危患者 在生活方式干预的同时,继续监测血压和其他危险因素1个月,多次测量血压或进行动态血压监测,若收缩压 $< 140\text{mmHg}$ 及舒张压 $< 90\text{mmHg}$,继续监测;收缩压 $\geq 140\text{mmHg}$ 或舒张压 $\geq 90\text{mmHg}$,开始药物治疗

(3)低危患者 在生活方式干预的同时,继续监测血压和其他危险因素3个月,多次测量血压或动态血压监测,若收缩压 $< 140\text{mmHg}$ 及舒张压 $< 90\text{mmHg}$,继续监测;收缩压 $\geq 140\text{mmHg}$ 或舒张压 $\geq 90\text{mmHg}$,开始药物治疗

增补:高血压急症的治疗

(1)血压控制策略 控制性降压,初始阶段(数分钟至1小时内),平均动脉压降低不超过治疗前的25%或保持血压在 $(160-170)/(100-110)\text{mmHg}$ 水平;随后的2~6小时内,将血压降至安全水平即 $160/100\text{mmHg}$ 以内;24~48小时逐步降至正常。

(2)降压药物选择 静脉使用短效降压药物。常用硝普钠作为高血压急症的首选药物,但急性肾功能不全者慎用;或硝酸甘油加入5%葡萄糖注射液中静脉滴注,适用于合并冠心病、心肌缺血事件和心功能不全者。暂时没有条件静脉用药时,可舌下含服降压药物常用:硝酸甘油片。

增补:高血压亚急症的治疗