**考点三十四、异位妊娠**

　　(一)症状及体征

　　1.停经　除输卵管间质部妊娠停经时间较长外，输卵管壶腹部和峡部妊娠多有 6~8 周停经。有 25%患者无明显停经史。

　　2.阴道出血　常表现为短暂停经后不规则阴道流血，色暗红，量少，一般不超过月经量。

　　3.腹痛　95%以上的输卵管妊娠的患者以腹痛为主诉就诊。

　　4.晕厥与休克。

　　5.出血量不多时患侧下腹明显压痛、反跳痛，轻度肌紧张;出血多时可出现腹部膨隆，全腹压痛及反跳痛，压痛以患侧输卵管处为甚。 移动性浊音阳性。 严重者贫血貌，出现休克表现，如面色苍白、四肢厥冷、脉速细弱、血压下降等。

　　6.盆腔体征　妇科检查可见阴道少量血液，后穹隆饱满，触痛。 宫颈举痛明显。

　　(二)诊断

　　1.血 β-HCG 测定　 是目前早期诊断异位妊娠的重要方法。 异位妊娠时一般较正常妊娠时血HCG 低。

　　2.超声诊断　B 型超声检查对异位妊娠的诊断尤为常用。

　　3.诊断性刮宫　在不能排除异位妊娠时，可行诊断性刮宫术，获取子宫内膜进行病理检查。

　　4.后穹隆穿刺或腹腔穿刺　后穹隆穿刺辅助诊断异位妊娠被广泛采用，适用于疑有腹腔内出血。 若抽出血液放置后不凝固，证明有血腹存在。

　　(三)鉴别诊断

　　1.早期妊娠流产　有停经史，HCG 测定阳性，但腹痛为下腹中央阵发性疼痛，妇科检查宫口可开大或有组织堵塞，附件区无包块，无压痛。 B 超检查宫内可探及妊娠囊，宫旁无异常。

　　2.卵巢黄体破裂　疼痛性质及下腹查体同异位妊娠，但患者无停经史，发作时间在黄体期，HCG 测定阴性可作出鉴别。

　　3.卵巢囊肿蒂扭转　表现为一侧附件区的突发剧痛，无阴道流血，无停经史，查体患侧附件区可触及包块，界清，触痛明显。B超及 HCG 测定可帮助鉴别。

　　4.急性阑尾炎　典型者表现为转移性右下腹疼痛，伴发热，血象明显升高。无停经史，HCG测定阴性，B超附件区无包块可鉴别。

**考点三十五、阴道炎**

　　阴道炎是妇科最常见的疾病，各年龄组均可发病。 其明确诊断及类型如下:

**阴道炎类型的鉴别**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 滴虫阴道炎 | 外阴阴道假丝酵母菌病 | 细菌性阴道病 | 萎缩性阴道炎 |
| 外阴瘙痒 | 轻度 | 重度 | 无或轻度 | 灼热、瘙痒 |
| 分泌物 | 稀薄脓性、泡沫状、有臭味 | 白色稠厚呈凝乳或豆腐渣样 | 均质、稀薄、鱼腥样臭味 | 黄水样、严重时呈脓性 |
| 显微镜检 | 阴道毛滴虫 | 芽胞和假菌丝 | 线索细胞 | 基底层细胞及白细胞 |
| 治疗 | 全身:甲硝唑、替硝唑 | 全身和局部:唑类药物 | 全身:甲硝唑  局部:甲硝唑栓 | 全身:雌激素  局部:抗生素 |

**考点三十六、缺铁性贫血**

　　(一)概述

　　由于体内铁缺乏，造成血红素合成量减少引起的一种小细胞低色素性贫血，其血清铁蛋白减少、铁剂治疗有效。

　　(二)临床表现

　　皮肤干燥、毛发无泽、反甲(匙状指)、行为异常、烦躁、易怒、异食癖等。

　　(三)治疗原则

　　1.原则:祛除病因，补充铁剂。

　　铁剂:硫酸亚铁、琥珀酸亚铁;剂量:铁元素 4~6 mg/ (kg

　　2.输血:适应证:①贫血严重，尤其是发生心力衰竭者;②合并感染者;③急需外科手术者。 贫血愈严重，每次输注量应愈少。

**考点三十七、甲状腺功能减退症**

甲状腺功能减退症简称甲减，是因各种原因引起的甲状腺激素合成、分泌或作用障碍所致的内分泌疾病。

血 TSH↑是原发性甲减最敏感的诊断指标。

　　原发性甲减的病变部位在甲状腺，甲状腺过氧化物酶抗体(TPOAb)阳性提示自身免疫性甲状腺炎;继发性甲减:促甲状腺激素释放激素(TRH)兴奋试验，TSH 升高为下丘脑性、TSH 不升高为垂体性。

**考点三十八、糖尿病**

　　(一)概述

　　1.1 型糖尿病　在我国约占 5%，由于胰岛 β细胞破坏，引起胰岛素绝对缺乏。 多见于青少年，起病急，代谢紊乱症状明显，患者需注射胰岛素以维持生命。

　　2.2 型糖尿病　在我国约占 93.7%。 患者均有不同程度的胰岛素抵抗和胰岛素分泌缺陷，多数为超重或肥胖者;多见于成年人。 此型糖尿病的遗传易感性较 1 型强。

　　3.特殊类型糖尿病　按病因和发病机制可分 8 种亚型。

　　4.妊娠期糖尿病　妊娠期发生糖尿病者。 已知有糖尿病而妊娠者不包括在内。

　　(二)临床表现

　　1.一般症状　为多尿、多饮、多食和体重减轻(“三多一少”)。 1 型糖尿病起病较急，病情较重，症状明显;2型糖尿病起病隐匿缓慢，症状不明显，甚至无任何症状，多经体检发现。

　　2.糖尿病的并发症　包括慢性并发症和急性并发症。 有各种感染，慢性并发症血管病变、神经病变等，少数患者以糖尿病酮症酸中毒或高渗性非酮性糖尿病昏迷为首发表现。

　　慢性并发症:

　　(1)大血管病变:糖尿病患者发生心血管疾病的危险性为非糖尿病患者的 2~4 倍，而且其病变发病年龄早、广泛、严重和预后差，心脑血管疾病是 2 型糖尿病最主要死亡原因。

　　(2)糖尿病肾病:主要表现为蛋白尿、水肿及高血压，血清肌酐、尿素氮升高，最终发生肾衰竭。

　　(3)糖尿病性神经病变:包括周围神经和自主神经病变。

　　(4)糖尿病性视网膜病变:是导致患者失明的主要原因之一，按眼底受损程度可分为早期非增殖型视网膜病变和晚期增殖性视网膜病变。

　　(三)糖尿病的诊断

　　1.空腹血浆葡萄糖(FPG)<6.0 mmol/ L(110 mg/ dL)为正常，≥6.0~ <7.0 mmol/ L(≥110~ <126 mg/ dL)为空腹血糖受损(IFG)，≥7.0 mmol/ L(126 mg/ dL)为糖尿病。

　　2.葡萄糖耐量试验(OGTT)中 2 小时血浆葡萄糖(2hPG) <7.8mmol/ L(140 mg/ dL)为正常，≥7.8 ~ <11.1 mmol/ L(≥140~ <200 mg/ dL)为糖耐量减低(IGT)。

　　3.糖尿病的诊断标准　 糖尿病症状+随机血糖≥11.1 mmol/ L(200 mg/ dL)，或 FPG≥7.0 mmol/ L(126 mg/ dL)，或 OGTT 中 2hPG≥11.1 mmol/ L(200 mg/ dL)。

　　4.血糖升高是诊断糖尿病的主要根据。 尿糖阳性是诊断糖尿病的重要线索，但不作为糖尿病诊断指标。

　　(四)糖尿病的鉴别诊断

　　1.尿糖阳性要与肾性糖尿、食后糖尿和应激性糖尿相鉴别。

　　2.药物对糖耐量的影响　噻嗪类利尿剂、呋塞米、糖皮质激素、避孕药、阿司匹林、吲哚美辛、氟哌啶醇等可以使血糖增高，尿糖阳性。

　　3.新发生糖尿病的老人，需做 B 超，以除外胰腺癌所致糖代谢异常。

　　(五)治疗原则

　　治疗原则有 5 个:糖尿病教育、饮食治疗、运动治疗、合理用药及自我监测。

　　1.对患者和家属进行教育　是糖尿病重要的基本治疗措施之一。 家庭成员、特别是配偶也应参与，成为家庭保健员。近来开始重视糖尿病的同伴教育，糖尿病患者小组式管理往往比医务人员教育的效果更好。 教育内容可根据管理的对象而定。

　　2.饮食治疗　是基础治疗，应长期执行，并随病情改变而更改。 糖尿病患者饮食治疗的总目标是控制每日摄入的总热量。

　　3.运动治疗　运动可增强机体对胰岛素的敏感性。

　　(六)药物治疗

　　(1)口服降糖药

　　1)双胍类药物:常用药物为二甲双胍，适用于肥胖或超重的 2 型糖尿病患者。 1 型糖尿病患者在使用胰岛素治疗的基础上如血糖波动较大者，加用双胍类药物有利于稳定病情。

　　2)磺脲类药物:常用药物有格列本脲、格列齐特、格列吡嗪、格列喹酮和格列美脲等。 磺脲类药物为促胰岛素分泌剂，主要通过增加胰岛素的分泌降低血糖。 适宜不太肥胖的 2 型糖尿病患者。 常见不良反应为低血糖。

　　3)格列奈类药物:常用药物有瑞格列奈和那格列奈。 常见不良反应也是低血糖。

　　4)α-葡萄糖苷酶抑制剂:常用药物有阿卡波糖和伏格列波糖。 适用于餐后高血糖为主要表现的患者。

　　(2)胰岛素治疗

　　适应证:①1 型糖尿病;②2 型糖尿病，口服降糖药效果不良;③糖尿病急性并发症;④合并重症感染;⑤大手术前后;⑥伴较重糖尿病慢性并发症;⑦糖尿病妊娠期或妊娠糖尿病患者;⑧全胰腺切除引起的继发性糖尿病，营养不良相关糖尿病。