

“十二五”国家重点图书
住院医师查房医嘱手册丛书

丛书主编 王宇 张淑文

实用内分泌科 查房医嘱手册

主编 洪旭

- 全程查房示教，动态情景教学
- 临床医嘱示范，规范医嘱行为
- 实际病例教学，培养临床思维
- 重点突出简明，实用小巧便携



北京大学医学出版社

“十二五”国家重点图书
住院医师查房医嘱手册丛书

实用内分泌科查房医嘱手册

主 编 洪 旭

副 主 编 郝雅斌 于恒池

编者名单 (按姓氏拼音排序)

段 琦 冯 微 郝雅斌
洪 旭 刘 冰 尹 洁
于恒池

北京大学医学出版社

SHIYONG NEIFENMIKE CHAFANG YIZHU SHOUCHE

图书在版编目 (CIP) 数据

实用内分泌科查房医嘱手册/洪旭主编. —北京:
北京大学医学出版社, 2012. 11

(住院医师查房医嘱手册丛书)

ISBN 978-7-5659-0462-2

I. ①实… II. ①洪… III. ①内分泌病-诊疗-手册
IV. ①R58-62

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2012) 第 227692 号

实用内分泌科查房医嘱手册

主 编: 洪 旭

出版发行: 北京大学医学出版社 (电话: 010-82802230)

地 址: (100191) 北京市海淀区学院路 38 号 北京大学医学部院内

网 址: <http://www.pumpress.com.cn>

E - mail: booksale@bjmu.edu.cn

印 刷: 北京东方圣雅印刷有限公司

经 销: 新华书店

责任编辑: 仲西瑶 责任校对: 金彤文 责任印制: 苗 旺

开 本: 889mm×1194mm 1/32 印张: 6 字数: 173 千字

版 次: 2012 年 10 月第 1 版 2012 年 10 月第 1 次印刷

书 号: ISBN 978-7-5659-0462-2

定 价: 23.00 元

版权所有, 违者必究

(凡属质量问题请与本社发行部联系退换)

《住院医师查房医嘱手册丛书》编委会

丛书主编 王 宇 首都医科大学附属北京友谊医院
外科主任医师、教授，首都医科大学
普通外科学系副主任，北京
市消化疾病中心首席外科专家，
首都医科大学附属北京友谊医院
专家委员会委员

张淑文 首都医科大学附属北京友谊医院
感染暨急救医学内科主任医师、
教授、博士生导师，首都医科大学
中西医结合系秘书长，中国中
西医结合急救委员会副主任委员

编 委 (按姓氏汉语拼音排序)

段 婷	段美丽	龚 民	洪 旭
靳家玉	李 昂	李虹伟	蔺 莉
刘 藏	刘文虎	屈 翔	田 野
童笑梅	王 红	王 薇	王 昭
王炳强	王浩彦	王宁宇	杨传瑞
张澍田	张忠涛		

编写秘书：王海曼 刘 庚

主编简介



洪旭，1986年毕业于中国人民解放军第四军医大学，现任首都医科大学附属北京友谊医院内分泌科主任，首都医科大学内分泌及代谢病学系委员，从事内科临床工作22年，其中内分泌专业近20年，并且一直在临床及教学的一线工作。兼任北京医师协会内分泌专科医师分会常务理事，北京医学会糖尿病学分会委员等。

序

临床医学是实践性、技能性很强的学科，临床医师的成长不仅要有广博的知识，而且要有扎实熟练的临床能力。住院医师培训是临床医师提高诊断和治疗能力的必需阶段，也是临床医学人才成长的特有阶段。我国不同层次医疗机构的临床医生的实际工作能力差距较大，其原因与我国缺乏完善的住院医师培养体系制度及相关教材有重要的关系。故建立和完善符合我国国情的住院医师培养制度，编纂适用于住院医师的教材是提高临床医师素质、保障医疗质量的根本措施，也是实现医疗卫生事业可持续发展的根本保证。本手册即以此为主要目的，希望对住院医师的培训、基础知识及技能的掌握起到抛砖引玉的作用。

本套丛书包括消化科、心内科、肾内科、血液科、呼吸科、内分泌科、风湿科、感染科、重症医学科、骨科、普通外科、泌尿外科、神经外科、胸外科、心脏外科、妇产科、眼科、耳鼻喉科、口腔科等各临床学科；各科内容均介绍常见病及多发病。对每种疾病的介绍，均有两大部分：其一为疾病的临床分析、诊断及相关医嘱的处理，其二为具体病例分析及相关问题解答。本书的特色有二：首先阅读对象比较特殊，主要针对刚刚涉入临床的住院医师；其次能够做到充分立足临床，不仅介绍了疾病本身，而且涉及疾病的临床分析与实际的医嘱处理。本套丛书可作为住院医师在全方位学习基础知识与理论，以及在轮转过程中具有实用价值信息的独立资料来源。

丛书中医嘱部分采用了临床常用的缩写，说明如下：

im，肌内注射；iv，静脉注射；ih，皮下注射；iv gtt，静脉滴注；po，口服；prn，必要时；sos，需要时（限用1次）；st，立即执行1次；qd，每日1次；bid，每日2次；qid，每日4次；q6h，每6小时1次；qn，每晚；tid，每日3次；qod，隔日1次。

本书在编写的过程中，各科均参考大量文献资料，又结合本单位的临床经验，尽量做到既简明扼要又紧扣临床。但由于水平有限，难免会出现漏洞及不尽如人意之处，敬请读者批评与指正。

王 宇 张淑文

前 言

首都医科大学附属北京友谊医院是具有 60 多年历史的大型综合型医院，是首都医科大学主要的教学医院，临床科室齐全，医疗设施先进，技术力量雄厚，在长期培养医学生及各级医师方面具有丰富的经验。首都医科大学附属北京友谊医院外科王宇教授、内科张淑文教授主编《住院医师查房医嘱手册丛书》，北京友谊医院内分泌科编写《实用内分泌科查房医嘱手册》部分。

内分泌及代谢性疾病是理论性及实践性都很强的一门学科。近年来，由于生活方式改变和预期寿命延长等原因，内分泌及代谢性疾病谱发生了很大的变化；某些疾病（如糖尿病）已呈流行态势，由于新技术的开展应用，一些疾病（如甲状腺病）的检出率不断提高。为了培养内分泌专科的住院医师而编写本手册，它可被认为是“浓缩型”内分泌及代谢性疾病的实用查房丛书，希望对住院医师的培养起到具体的指导与帮助作用。

参加编写本手册的医生处在医、教、研工作第一线，任务繁重，编写时间比较仓促，定有许多不足之处，殷切盼望同道们不吝指教。

洪 旭

目 录

第 1 章	下丘脑疾病	1
第一节	尿崩症	1
第二节	抗利尿激素分泌不当	6
第 2 章	腺垂体疾病	11
第一节	腺垂体功能减退	11
第二节	垂体瘤	17
第 3 章	甲状腺及甲状旁腺疾病	22
第一节	甲状腺功能亢进症	22
第二节	Graves 病	26
第三节	亚急性甲状腺炎	32
第四节	慢性淋巴细胞性甲状腺炎	36
第五节	原发性甲状旁腺功能亢进症	40
第六节	继发性甲状旁腺功能亢进	44
第七节	甲状旁腺功能减退症	48
第 4 章	肾上腺疾病	53
第一节	库欣病	53
第二节	肾上腺皮质功能减退	58
第三节	原发性醛固酮增多症	63
第四节	嗜铬细胞瘤	68
第 5 章	糖尿病	75
第一节	糖尿病	75
第二节	糖尿病酮症酸中毒	82
第三节	非酮症高渗性糖尿病昏迷	91
第四节	糖尿病乳酸酸中毒	98
第五节	糖尿病肾病	104
第六节	糖尿病视网膜病变	110
第七节	糖尿病神经病变	116

第八节	糖尿病心脑血管病变	124
第九节	糖尿病足	133
第十节	糖尿病并感染	139
第 6 章	低血糖症	145
第一节	低血糖症	145
第二节	胰岛素瘤	154
第 7 章	代谢性骨病	161
第一节	骨质疏松症	161
第二节	高尿酸血症和痛风	170

下丘脑疾病

第一节 尿崩症

概述

尿崩症是由于抗利尿激素 (antidiuretic hormone, ADH) 分泌不足, 或肾对 ADH 反应缺陷引起的、以低渗性多尿为特征的临床综合征, 病变可在下丘脑-神经垂体 (中枢性尿崩症) 或肾 (肾性尿崩症)。

入院评估

一、病史询问要点

1. 病程通常较短, 一般起病日期明确。
2. 夜尿、烦渴, 儿童可有遗尿、成长受限。严重失水后可出现高钠血症, 表现为软弱、发热、精神症状等。
3. 排出大量 (大于 3L/24h) 的稀释尿 (渗透压小于 300mmol/L)。

4. 排除糖尿病和肾衰竭等导致多尿的疾病。

二、体格检查要点

1. 有足够的水分供应, 可不出现阳性体征。
2. 如不及时补充大量水分, 可能出现体重下降及血压下降等脱水表现。
3. 如有头颅外伤等, 可有原发病的阳性体征。

三、门诊资料分析

对任何有持续多尿、烦渴、多饮、低比重尿者均应考虑尿崩症的可能性。

四、继续检查项目

1. 尿量 ①尿量 $> 2500\text{ml/d}$; ②尿比重 < 1.005 (部分性尿崩症可达 1.010)。

2. 血浆渗透压和尿渗透压 ①血浆渗透压正常 (290~310mmol/L) 或稍高; ②尿渗透压 < 300mmol/L (正常 600~800mmol/L), 严重者 < 60mmol/L。

3. 禁水加压素试验 ①禁水后反应迟钝, 尿量不减少, 尿比重和尿渗透压不升高; ②补充精氨酸血管加压素 (arginine vasopressin, AVP) 后尿量减少, 尿比重和尿渗透压增加。

4. 头颅影像检查 ①CT; ②高分辨 MRI。

5. 其他检查 ①血钾; ②血钠; ③血氯; ④尿钙; ⑤二氧化碳结合力 (CO_2CP); ⑥肾功能。

五、门诊医嘱

+ 血、尿渗透压检查, 尿常规

+ 饮食治疗

+ 心理治疗

病情分析

一、基本诊断

1. 持续多尿、烦渴、多饮。

2. 尿量 ①尿量 > 2500ml/d; ②尿比重 < 1.005。

3. 血浆渗透压和尿渗透压 ①血浆渗透压正常 (290~310mmol/L) 或稍高; ②尿渗透压 < 300mmol/L (正常 600~800mmol/L)。

4. 禁水加压试验 ①禁水后反应迟钝, 尿量不减少, 尿比重和尿渗透压不升高; ②补充 AVP 后尿量减少, 尿比重和尿渗透压增加。

二、鉴别诊断

需要与以下疾病进行鉴别诊断:

1. 糖尿病 虽可有烦渴、多尿, 但与血糖升高相关。

2. 高尿钙症 也可有烦渴、多尿, 但常与甲状旁腺功能亢进或其他激素分泌异常相关, 可检测血钙、PTH、尿钙等鉴别。

3. 高尿钾症 多与肾浓缩功能障碍相关, 多尿同时尿钾增多, 与肾脏疾病、用药 (利尿剂)、肾上腺功能或 RAAS 功能异常等相关。

4. 高渗性多尿 尿比重在 1.020 以上, 尿渗透压明显超过血

浆渗透压,可由于葡萄糖排泄过多(糖尿病)、尿素排泄过多(高蛋白饮食、高热量鼻饲)、尿钠排泄过多(慢性肾上腺皮质功能减退症)引起。

5. 干燥综合征 除口干外,尚有其他部位黏膜干燥感,如眼干、阴道干燥,有特征性免疫标记物异常。

6. 老年性多尿 常表现为夜尿增多、尿频,可能为神经源性,也可与肾浓缩功能、括约肌功能下降相关。

治疗计划

一、治疗原则

1. 治疗原发病。

2. 补充加压素。

二、治疗方法

1. 原发病治疗。

2. 饮食治疗 ①低盐;②限制咖啡、茶类或高渗饮料;③适当补充糖、蛋白质与多种维生素。

3. 心理治疗 ①口渴时饮用淡水(少量多次);②心理障碍治疗;③镇静安眠。

4. 药物治疗 原则为初始小剂量,根据尿量逐步增量至稳定剂量。

(1) 醋酸去氨加压素(弥凝):一般成人和儿童的初始适宜剂量为每次0.1mg,每日三次。再根据患者的疗效调整剂量。根据临床经验,每天的总量在0.2~1.2mg。对多数患者的适宜剂量为每次0.1~0.2mg,每日三次。

(2) DDAVP(1-脱氨-8-右旋-精氨酸血管加压素)1~4 μ g皮下注射或鼻内给药10~20 μ g,大多数病人具有12~24小时的抗利尿作用。

(3) 长效尿崩停(鞣酸AVP油剂)每毫升含5U,从0.1ml开始,可根据每日尿量情况逐步增加到每次0.5~0.7ml,注射一次可维持3~5天,深部肌肉注射。注射前充分混匀,勿过量引起水中毒。

(4) 粉剂尿崩停(垂体后叶粉):取出本品一小匙(30~40mg),倒在纸上,卷成纸卷,用左手压住左鼻孔,用右手将纸

卷插在右鼻孔内，抬头轻轻将药粉吸进鼻腔内，经过 15~30 分钟后即可见效。其作用时间为 6~8 小时，作用消失后再继续吸入。

(5) 可加用噻嗪类利尿剂及前列腺素合成酶抑制剂（吲哚美辛）。

三、住院医嘱

(一) 长期医嘱

- + 内分泌科护理常规
- + 二级护理
- + 普通饮食（低盐）
- + 记 24 小时出入量
- + 去氨加压素 0.1mg, q8h

(二) 临时医嘱

- + 血、尿、便常规
- + 血生化（电解质、肾功能、血浆渗透压等）
- + 尿渗透压
- + 头颅 CT 或 MRI

病程观察

一、病情观察

1. 观察症状和体征的改变。
2. 观察辅助检查结果的变化，如尿渗透压、尿量等。

二、疗效分析及处理

1. 尿量减少、尿渗透压升高：治疗有效
2. 尿量、尿渗透压及症状无变化

出院小结

一、后续治疗

如为永久性尿崩症，药物治疗持续终身。

二、出院医嘱

定期复查尿比重、血浆渗透压、血电解质等。内分泌科门诊定期复查，长期随访。

病例教学

病历摘要

男性, 37岁, 干部, 身高 1.83m, 体重 90kg。3个月前无明显诱因出现烦渴, 每日饮水量达 6~8L, 尿量多, 8000~10000ml (排尿 20次/日左右)。患者感疲劳。无阳性体征。尿常规: 尿糖(-), 尿比重 1.005, pH5; 尿渗透压 91mmol/L; 24小时尿量 9.64L; 尿 K^+ 4.22mmol/L, 尿 Na^+ 23mmol/L, 尿 Cl^- 22mmol/L, 尿钙 1mmol/L; 皮质醇 (8am) 19.23 μ g/dl, (4pm) 26.89 μ g/dl, (0am) 7.16 μ g/dl; 血生化: Cr 71.8 μ mol/L。甲状腺系列检查: 正常; 垂体 MRI 平扫+强化: 脑桥腔隙性脑梗死可能, 垂体未见明显异常。诊断: 尿崩症。

问题

1. 患者的病史和辅助检查中有哪些特点支持这一诊断?
2. 下一步还应完善哪项辅助检查明确诊断?
3. 如目前已明确为中枢性尿崩症, 应给予患者什么治疗?

答案

1. 该患者的诊断为尿崩症。该患者的病史中包括烦渴、多饮、多尿, 尿量可达 10000ml/d。辅助检查中, 尿糖为阴性, 排除了糖尿病的渗透性利尿的可能。低比重尿、尿渗透压明显降低等均支持尿崩症诊断。血生化及甲状腺系列检查排除了肾及甲状腺疾病; 垂体 MRI 提示垂体无病变, 病变可能位于下丘脑。结合患者的症状及以上的辅助检查, 考虑为尿崩症。

2. 尿崩症可分为中枢性尿崩症、肾性尿崩症。为进一步明确诊断、以便决定下一步治疗方案, 可以行禁水加压试验。如禁水后反应迟钝, 尿量不减少, 尿比重和尿渗透压不升高可支持尿崩症诊断, 补充 AVP 后尿量减少, 尿比重和尿渗透压增加, 则支持中枢性尿崩症; 如尿量无变化, 则支持肾性尿崩症。

3. 对于中枢性尿崩症, 可以给予醋酸去氨加压素。原则为小剂量初始, 根据尿量逐步增量至稳定剂量。另外还可给予双氢克尿噻 25mg, 每日 3 次, 也可减少尿量。服药后要复查尿常规、尿渗透压, 注意尿量、血压。

第二节 抗利尿激素分泌不当

概述

抗利尿激素分泌不当综合征是指内源性抗利尿激素（即精氨酸加压素）分泌异常增多，血浆抗利尿激素相对于体液渗透压而言呈不适当的高水平，从而导致水钠潴留、尿排钠增多以及稀释性低钠血症等有关临床表现的一组综合征。可由多种原因引起，常见原因为恶性肿瘤、呼吸系统及神经系统疾病、炎症、药物、外科手术及特发性等。该病是低钠血症的一种常见病因。

入院评估

一、病史询问要点

1. 原发病的表现
2. 药物或脑手术创伤史
3. 尿少伴体重增加
4. 肌无力伴腱反射减弱或消失
5. 低钠血症和低渗状态

二、体格检查要点

1. 原发性的表现
2. 血压
3. 肌无力伴腱反射减弱或消失，肌力
4. 无水肿

三、门诊资料分析

1. 患者的症状、原发病
2. 血生化（电解质、肝/肾功能）、血常规、尿常规、尿生化、尿渗透压

四、继续检查项目

1. 影像学检查 头颅 MRI 或 CT
2. 甲状腺功能、皮质醇

五、门诊医嘱

- + 停用可疑药物、控制感染等

+ 限制水摄入 (800~1000ml/d)

病情分析

一、基本诊断依据

1. 有关原发病或用药史
2. 尿渗透压大于 100 mmol/L
3. 尿钠增高 (经常超过 30mmol/L)
4. 血浆渗透压降低, 尿渗透压超过血浆渗透压
5. 血浆 AVP 增高
6. 无水肿, 肾、肾上腺皮质功能、甲状腺功能正常

二、鉴别诊断

1. 胃肠消化液丧失 ①胃肠或胆胰造瘘; ②胃肠减压; ③消化液中的钠与血钠相近; ④腹泻与呕吐; ⑤低钠血症; ⑥镰状细胞性贫血。

2. 肾性失钠 ①失盐性肾病; ②醛固酮减少症; ③Fanconi 综合征; ④远端肾小管性酸中毒; ⑤甲状旁腺功能亢进; ⑥Bartter综合征。

3. 原发性甲状腺功能减退症 ①低代谢症群; ②黏液性水肿; ③ T_3 、 T_4 降低, 促甲状腺激素 (TSH) 升高。

4. 肾上腺皮质功能减退症 ①血容量减少; ②低渗血症; ③低血压; ④低渗性脱水; ⑤氮质血症。

5. 慢性心衰、肝硬化腹水或肾病综合征 ①水肿; ②腹水; ③尿钠降低; ④稀释性低钠血症; ⑤肾素活性和醛固酮增高。

6. 糖尿病酮症酸中毒 ①高血糖; ②血浆渗透压升高; ③尿糖阳性, 尿渗透压升高; ④尿钠增多; ⑤尿酮阳性。

7. 慢性虚弱综合征 ①慢性疾病、虚弱; ②营养不良; ③低钠血症。

8. 精神性烦渴 ①精神症状; ②血浆和尿渗透压明显降低; ③对AVP无反应。

三、并发症

1. 急性肺水肿
2. 急性脑水肿
3. 中枢性呼吸衰竭