

<<内分泌疾病诊治与病例分析>>

图书基本信息

书名：<<内分泌疾病诊治与病例分析>>

13位ISBN编号：9787509151860

10位ISBN编号：7509151864

出版时间：2012-3

出版时间：人民军医出版社

作者：田建卿，等编

页数：308

版权说明：本站所提供下载的PDF图书仅提供预览和简介，请支持正版图书。

更多资源请访问：<http://www.tushu007.com>

<<内分泌疾病诊治与病例分析>>

内容概要

《内分泌疾病诊治与病例分析》以简明生动的语言对常见内分泌代谢疾病做了深入浅出的分析，每种疾病皆介绍其病理生理、临床表现、疾病评估、诊断依据、鉴别诊断及治疗方案。同时精选多个病例，分析具体其诊疗过程，总结其经验教训，以帮助读者加深对临床疑难病例的认识，提高诊治能力。

《内分泌疾病诊治与病例分析》适于内分泌科医师，特别是基层医院医师、全科医师参考阅读。

<<内分泌疾病诊治与案例分析>>

书籍目录

写在前面——也说内分泌科 一、内分泌之管得有点“宽” 二、内分泌之诊断像福尔摩斯判案 三、内分泌之刀刃上的舞蹈 四、内分泌之今古传奇第1章 内分泌科急症 第一节 糖尿病酮症酸中毒 附病例1：呕吐元凶竟然是糖尿病酮症酸中毒 第二节 高渗性非酮症昏迷 第三节 肾上腺危象 第四节 甲状腺功能亢进症危象 第五节 甲状腺功能亢进症合并粒细胞缺乏 附病例2：一时的懈怠，一世的遗憾 第六节 黏液性水肿昏迷 第七节 高血钙危象 附病例3：呕吐的谜底——高钙危象 第八节 低血钙危象 第九节 垂体危象第2章 垂体疾病 第一节 垂体功能减退症 附病例4：寻找闭经的真正病因——希恩（席汉，sheehan）综合征 第二节 泌乳素瘤 附病例5：与妇科疾病密切相关的垂体瘤 第三节 肢端肥大症和巨人症 第四节 尿崩症 附病例6：“口干、多饮”一定是糖尿病吗第3章 甲状腺疾病 第一节 单纯性甲状腺肿 第二节 甲状腺功能亢进症 附病例7：终于确诊的1例甲状腺功能亢进症 第三节 格雷夫斯（Graves）眼病 第四节 甲状腺功能减退症 附病例8：住进内分泌科的“冠心病”患者 第五节 亚急性甲状腺炎 附病例9：一种误诊率超过50%的内分泌疾病 第六节 慢性淋巴细胞性甲状腺炎 第七节 甲状腺结节第4章 甲状旁腺疾病 第一节 原发性甲状旁腺功能亢进症 附病例10：以消化系统表现为首发症状的甲旁亢 第二节 甲状旁腺功能减退症第5章 肾上腺疾病 第一节 皮质醇增多症 第二节 原发性醛固酮增多症 附病例11：高血压低血钾，别忘了“原醛症” 第三节 艾迪生（阿狄森，Addison）病 附病例12：皮肤越变越黑的疾病 第四节 嗜铬细胞瘤 附病例13：误诊为2型糖尿病的嗜铬细胞瘤第6章 肥胖与糖尿病 第一节 肥胖症 第二节 糖尿病 一、糖尿病神经病变 附糖尿病并发症 二、糖尿病视网膜病变 三、糖尿病肾病 四、糖尿病足 附病例14：冠心病的等危症——糖尿病 第三节 特殊人群与糖尿病 一、老年糖尿病 二、儿童糖尿病 三、妊娠糖尿病 四、糖尿病与肝病 五、糖尿病与感染 六、糖尿病与手术第7章 低血糖症 附病例15：说说低血糖的那些事第8章 脂代谢异常第9章 非酒精性脂肪性肝病第10章 高尿酸血症与痛风第11章 骨质疏松症第12章 多发性内分泌腺瘤综合征 第一节 多发性内分泌腺瘤综合征1型 附病例16：“罕见病”并不罕见——多发性内分泌腺瘤 第二节 多发性内分泌腺瘤综合征2型第13章 神经性厌食第14章 生殖内分泌 第一节 女性疾病 一、闭经 二、多囊卵巢综合征 三、女性更年期综合征 第二节 男性疾病 一、阳痿 二、男性更年期综合征 附病例17：更年期综合征不是女性的专利 第三节 性发育异常 一、特纳（Turner）综合征 二、克兰费尔特（Klinefelter）综合征 三、卡尔曼（Kallmann）综合征 四、先天性肾上腺增生 五、雄激素不敏感综合征 附病例18：早期诊断挽救的不仅是健康——Kallmann综合征第15章 美容内分泌疾病 第一节 多毛症 第二节 痤疮第16章 内分泌科常见鉴别诊断 第一节 低钾血症 第二节 高血压 第三节 消瘦查因 第四节 身材矮小后记 内分泌科之诊疗浅谈 一、多一话语，多一个笑容 二、多元化思维，一元化诊断 三、多一重身份，多一份义务

<<内分泌疾病诊治与病例分析>>

章节摘录

版权页：插图：第1章 内分泌科急症 第一节 糖尿病酮症酸中毒 糖尿病酮症酸中毒（diabetic ketoacidosis, DKA）是糖尿病最常见的急性并发症，常见于1型糖尿病患者，多发生于代谢控制不良、伴发感染、严重应激、胰岛素治疗中断及饮食失调等情况。

2型糖尿病，如代谢控制差、伴有严重应激时，亦可发生，是糖尿病代谢紊乱严重失代偿的一种临床表现。

【病理生理】在各种诱因下，由于胰岛素严重缺乏，胰岛素拮抗激素（如胰高血糖素、儿茶酚胺、生长激素、肾上腺皮质激素）相对或绝对增多，使脂肪分解加速，脂肪酸在肝脏内经 一氧化产生的酮体大量增加，当酮体生成多于组织利用和肾排泄时，使血酮体浓度显著升高。

由于大量有机酸聚积消耗了体内碱储备，超过体液缓冲系统和呼吸系统代偿能力，即发生酸中毒。

另外，由于尿渗透压升高，大量水分、钠、钾、氯丢失，进而引起脱水。

【临床表现】1. 症状出现明显的多饮、多尿，伴恶心、呕吐、食欲缺乏；可有剧烈腹痛、腹肌紧张，偶有压痛和反跳痛，常被误诊为急腹症；由于酸中毒，呼吸深而快，严重者出现Kussmaul呼吸，呼出气体中有丙酮味（烂苹果味）。

神经系统可表现为头晕、头痛、烦躁，病情严重时可有反应迟钝、表情淡漠、嗜睡和昏迷。

2. 体征 皮肤弹性差、黏膜干燥、眼球下陷，严重脱水可出现心率增快、血压下降、四肢厥冷、体温下降、腱反射减退或消失及昏迷。

【疾病评估】糖尿病酮症酸中毒的主要生化异常为高血糖症、高血酮症和代谢性酸中毒。

当生化异常仅表现为高血糖和高血酮、血pH仍处于代偿状态时，称为糖尿病酮症；当酮体大量堆积使血pH失代偿而呈现酸中毒时，称为糖尿病酮症酸中毒；当病情严重，酸中毒和水电解质代谢紊乱加重，患者出现昏迷时，称为糖尿病酮症酸中毒昏迷。

【诊断依据】1. 血糖多在16.7~33.3mmol/L，有时可达33.3~55.5mmol/L。

2. 尿酮 尿酮体测定方法简单，但应注意的是，当合并肾功能障碍时，酮体不能随尿排出，故虽发生酮症酸中毒，但尿酮体阴性或仅微量。

另外，酮体测定采用硝普盐反应，但硝普盐仅能与乙酰乙酸起反应，与丙酮反应较弱，而不与 一羟丁酸反应，体内缺氧时，乙酰乙酸转变为羟丁酸，此时血中以 一羟丁酸增多，约30倍于乙酰乙酸，而尿中以 一羟丁酸为主，造成酮体阴性的假象，易漏诊。

故直接测定血中 一羟丁酸比测定酮体更为可靠。

经过治疗，大量 一羟丁酸氧化为乙酰乙酸，用硝普钠法测定的血和尿酮体水平可能反而比治疗前为高，给人以治疗无效的错觉，而实际上患者体内的血 一羟丁酸水平已经在下降了。

因此，不宜用硝普盐法测定尿酮体来监测疗效。

<<内分泌疾病诊治与病例分析>>

编辑推荐

《内分泌疾病诊治与病例分析》结合编者田建卿、张征、刘光辉多年从事内分泌的临床实践经验，借鉴国内外内分泌学科的最新进展，对内分泌系统的主要疾病进行了系统、直观、简明的阐述，并对内分泌学科的特点和诊疗做了深入浅出的介绍，大多数疾病采用【病理生理】【临床表现】【疾病评估】【诊断依据】【鉴别诊断】【治疗方案】【小结】的形式进行阐述。

为使读者对常见病例、疑难问题及诊疗思路加深认识和理解，本书还在部分章节后附有临床病例学习，分析具体的诊疗过程，总结深刻的经验教训，从而有助于今后更好地理论联系实际、举一反三。

<<内分泌疾病诊治与病例分析>>

版权说明

本站所提供下载的PDF图书仅提供预览和简介，请支持正版图书。

更多资源请访问:<http://www.tushu007.com>