**★考点 21　痛风**

　　1.临床表现　急性关节炎是痛风的首发症状。 关节液或皮下痛风石抽吸液中发现双折光的针形尿酸盐结晶是确诊本病的依据。

　　2.实验室及其他检查　尿酸测定包括血尿酸、24 小时尿酸测定;关节滑液或痛风石中可见双折光的针形尿酸盐结晶;X 线可见非特征性软组织肿胀，关节面不规则，穿凿样或虫蚀样骨破坏。

　　3.诊断与鉴别诊断

　　(1)诊断:①血尿酸增高;②关节滑液镜检，可发现白细胞内针形尿酸盐结晶;③痛风结石内容物检查证实为尿酸盐结晶;④受累关节 X 线检查、关节镜检查可协助诊断;⑤秋水仙碱诊断性治疗迅速显效。

　　(2)鉴别诊断:①类风湿关节炎:晨僵、畸形、血尿酸不高、类风湿因子阳性;②化脓性关节炎:起病急、发热、关节液培养见细菌;③创伤性关节炎:外伤史、血尿酸正常。

　　4.治疗　 控制症状急性期首选秋水仙碱，缓解期苯溴马隆(排尿酸药)和别嘌呤醇(抑制尿酸生成)。

**★考点 22　等渗性缺水**

　　1.病因

　　(1)消化液的急性丧失，如肠外瘘、大量呕吐等。

　　(2)体液丧失在感染区或软组织内，如腹腔内或腹膜后感染、肠梗阻、烧伤等。

　　(3)胸腹腔炎性渗出液的引流，反复大量放胸、腹水等。

　　2.临床表现　有恶心、厌食、乏力、少尿等，但不口渴。 舌干燥，眼窝凹陷，皮肤干燥、松弛。 若在短期内体液丧失量达到体重的 5%，患者则会出现脉搏细速、肢端湿冷、血压不稳定或下降等血容量不足之症状。

　　3.诊断　血清 Na + ，Cl - 等一般无明显降低，尿比重增高。 做动脉血血气分析可判别是否有酸(碱)中毒存在。

　　4.治疗　积极治疗原发病，消除病因。

**★考点 23　低渗性缺水**

　　1.病因　胃肠道消化液持续性丢失;大创面慢性渗液;应用排钠利尿剂;等渗性缺水治疗时补充水分过多。

　　2.低渗性缺水的临床表现　随缺钠程度而不同，低渗性缺水可分为三度:①轻度 130~ 135 mmol/ L:乏力、疲劳、头晕;②中 120~130 mmol/ L，休克;③重度<120 mmol/ L:休克+神志不清。

　　3.诊断　依据体液丢失病史和临床表现，可初步诊断为低渗性缺水。 进一步的检查包括:①尿液检查:尿比重常在 1.010 以下，尿 Na+ 和 Cl - 常明显减少;②血钠测定:血钠浓度低于 135 mmol/ L，表明有低钠血症;③红细胞计数、血红蛋白量、血细胞比容及血尿素氮值均有增高。

　　4.治疗　需补充的钠量(mmol)= [血钠的正常值(mmol/ L)-血钠测得值(mmol/ L)]×体重(kg)×0.6(女性为 0.5)。

**★考点 24　高渗性缺水**

　　1.临床表现　高渗性缺水分为三度:轻度:缺水量为体重的 2%~ 4%，口渴;中度:缺水量为体重的 4%~6%，极度口渴，乏力、尿少和尿比重增高，皮肤弹性差，眼窝下陷、烦躁不安;重度:缺水量超过体重的 6%时可出现躁狂、幻觉、谵妄、甚至昏迷。

　　2.诊断　依据病史、临床表现和实验室检查。

　　①尿比重高;②红细胞计数、血红蛋白量、血细胞比容轻度升高;③血钠浓度升高，在 150 mmol/ L 以上。

**★考点 25　低血钾症**

　　1.病因　长期进食不足;应用呋塞米、依他尼酸等利尿剂，使钾从肾排出过多;补液患者长期接受不含钾盐的液体，或静脉营养液中钾盐补充不足;呕吐、持续胃肠减压、肠瘘等，钾从肾外途径丧失。

　　2.临床表现　早期的临床表现是肌无力，先是四肢软弱无力，以后可延及躯干和呼吸肌，可致呼吸困难或窒息。

　　3.诊断　血钾浓度低于 3.5 mmol/ L 有确诊意义。 心电图检查可作为辅助性诊断方法。 典型的心电图改变为早期出现 T 波降低、变平或倒 U 波。 但并非每个患者都有心电图改变。

　　4.治疗　积极处理低血钾的病因，以免继续失钾;补钾静脉不能推、速度不能快、浓度不能高、总量不能大、见尿补钾。

**★考点 26　高钾血症**

　　1.病因　进入体内的钾量太多，以及大量输入保存期较久的库血;肾排钾功能减退，应用保钾利尿剂如螺内酯、氨苯蝶啶，以及盐皮质激素不足等;细胞内钾的移出，如溶血、组织损伤(如挤压综合征)，以及酸中毒等。

　　2.临床表现　早期可有肢体感觉异常、软弱无力等;严重者可出现如皮肤苍白、发冷、青紫、低血压，常伴有心动过缓或心律不齐，严重高血钾可致心搏骤停。

　　3.诊断　确诊的依据是血钾超过 5.5 mmol/ L，上述心电图改变有辅助诊断价值。

**★考点 27　代谢性酸中毒**

　　1.临床表现　轻度代谢性酸中毒可无明显症状。 呼出气带有酮味。 患者面颊潮红，心率加快，血压常偏低。 可出现腱反射减弱或消失、神志不清或昏迷。

　　2.诊断　依据患者有严重腹泻、肠瘘、胆瘘或休克等病史，又有深而快的呼吸，即应怀疑有代谢中毒。 做血气分析可以明确诊断，血液 pH 和 HCO3 -3 明显下降。

　　3.病因治疗最为重要。 临床上是根据酸中毒严重程度，治疗原则是边治疗边观察，逐步纠正酸中毒。

**★考点 28　代谢性碱中毒**

　　临床表现和诊断　轻者无明显症状，重者有呼吸浅而慢，或精神神经方面的异常，如嗜睡、精神错乱或谵妄等。 血气分析可确诊及了解其严重程度。 失代偿时，血液 pH 和 HCO 3- 明显增高，PaCO2 正常。