

2011年内科护理：甲状腺功能亢进及危害 PDF转换可能丢失  
图片或格式，建议阅读原文

[https://www.100test.com/kao\\_ti2020/3/2021\\_2022\\_2011\\_E5\\_B9\\_B4\\_E5\\_86\\_85\\_c21\\_3524.htm](https://www.100test.com/kao_ti2020/3/2021_2022_2011_E5_B9_B4_E5_86_85_c21_3524.htm) 甲状腺功能亢进及危害：

甲状腺性。 垂体性。 女科疾病。 新生儿甲亢等。 甲状腺功能亢进症（简称甲亢）是一种常见的内分泌疾病，是由于各种原因引起甲状腺激素分泌增多，造成机体多系统的兴奋性增高及代谢亢进的疾病。

（1）病因 有多种原因可引起甲亢，按其发生部位可分为： 甲状腺性。如弥漫性毒性甲状腺肿

（Graves病），结节性毒性甲状腺肿（Plummer病），毒性甲状腺腺瘤，碘甲亢，甲状腺炎等引起的甲亢。 垂体性。垂体促甲状腺激素（TSH）瘤。 女科疾病。如卵巢甲状腺肿，葡萄胎及绒毛膜上皮癌所致的甲亢。 新生儿甲亢等。

（2）发病机制 甲亢的发病机制较复杂，目前尚未完全阐明，可能与自身免疫和遗传因素有关。甲亢中最常见的是弥漫性毒性甲状腺肿，约占甲亢的60~70%以上。弥漫性毒性甲状腺肿是自身免疫性疾病，代表了一种复杂的免疫相互作用的异常。精神刺激是甲亢的一种诱发因素，有动物实验观察到精神应激可以扰乱机体免疫系统，使机体增加易感性，从而促进免疫性疾病的发生。甲亢多有家族史及遗传倾向，HLA抗原系统对发病也有影响。

（3）临床表现及病理生理 甲亢患得以女性为多，各种年龄均可发病，但以20~40岁多见，大多数患者起病缓慢，少数起病较骤，但多在精神刺激后发生。病情常轻重不一，临床表现也各不相同，典型的症状有下述几组： 甲状腺激素增高的症状： A、高代谢：由于甲状腺激素不适当地分泌增多，使机体产热量增多，散热量也

加速，耗氧量增高，基础代谢率增高，因此患者有怕热、多汗、体温正常或有低热、皮肤潮湿、易饿、多食但体重减轻，疲乏无力。

**B、糖、脂肪、蛋白质代谢紊乱：**由于甲状腺激素分泌增多，促进肠道吸收糖增加，并刺激肝糖原及肌糖原分解，通过蛋白质及脂肪代谢加速糖原异生，因此甲亢病人血糖偏高、糖耐量减低，甚至加重或诱发糖尿病的发生。大量甲状腺激素促进脂肪分解及蛋白质分解，呈氮负平衡，因此体重明显下降，肌肉消耗软弱乏力，工作效率低。

**C、神经肌肉症状：**甲状腺激素与神经系生长发育，功能活动有密切关系，甲状腺激素又可增加肾上腺素能活动，因此神经系统的表现是甲亢病人的主要症状之一。患者多性急，情绪不稳定，神经过敏，易激动、多语、动作多、面部表情丰富，注意力不能集中，失眠、多眠等，手、舌、眼睑出现细震颤，腱反射亢进。病情严重者有精神症状。甲亢病人中有不同程度的肌无力和肌萎缩，可出现甲亢性肌病，甲亢还可合并周期性麻痹，或重症肌无力。

**D、心血管症状：**由于代谢亢进，消耗增加，病人易饿多食，但少数病人，尤其老年病人，反而食欲减退，甲状腺激素刺激肠蠕动增快，故病人大便次数增加，部分病人可有腹泻。

**E、胃肠道症状：**由于代谢亢进，消耗增加，病人易饿多食，但少数病人，尤其老年病人，反而食欲减退，甲状腺激素刺激肠蠕动增快，故病人大便次数增加，部分病人可有腹泻。

**F、钙磷代谢和骨骼：**甲亢病人钙磷转运率加速，尿钙磷排量增多，但血浓度一般正常或稍增高。在大量甲状腺激素作用下，全身分解代谢亢进，骨骼中蛋白质基质不足，可出现骨质疏松，由于大量钙排出，可使骨骼脱钙。

**G、其他内分泌系统：**甲亢时全身代

谢亢进，皮质醇降解加速，廓清率增加，但引起代偿性促肾上腺皮质激素分泌增多，故维持血浆皮质醇水平正常，而尿17羟皮质类固醇排量增加。甲亢病人多有性腺功能受抑制表现，女性病人月经周期多不规则，月经量常减少以至于闭经，男病人可有阳萎、性欲减退。甲状腺激素可加强儿茶酸胺的作用，使肾上腺素能活动增强，出现交感神经兴奋的表现。

**甲状腺肿。**不少患者有程度不一的甲状腺肿大，一般中等肿大多见，极少数病人无明显甲状腺肿。甲状腺肿多呈两侧对称，弥漫性，随舌咽上下移动，如为结节性甲状腺肿，则可触及结节。由于血管扩张，血流加速，于甲状腺部位常可听到血管杂音及扪及震颤。

**眼病。**大部分病人有突眼症，一般为双侧突眼或一侧较为显著，眼球突出程度与病情轻重程度常无明显关系。主要眼症有上眼睑后缩，眼裂增宽，瞬目减少，眼球聚合力差，辐辏减弱，眼向下看时，上眼睑不能随眼球下落，向上看时，前额皮肤不能皱起。少数病人有恶性突眼，又称浸润性突眼，病情较严重，因有眼肌浸润水肿、眼球高度突出、且常伴眼肌麻痹引起复视，由于角膜暴露，易发生角膜炎及溃疡，严重时引起溃疡穿孔甚至失明。

**皮肤病变。**少数病人有皮肤色素沉着，或伴有胫骨前粘液性水肿。局部粘液性水肿可能是由于抗原-抗体反应所致。一般认为弥漫性甲状腺肿，浸润性突眼及胫骨前粘液性水肿的发病并非因甲状腺激素过多，而是与免疫功能紊乱有关。

**(4) 实验室检查** 甲状腺激素测定。甲亢病人血清总甲状腺激素(TT4)，大于 $11 \mu\text{g/dl}$ ，T3树脂摄取试验(T3RU)，大于1.30，游离T4指数(FT4I=TT4 × T3RU)大于12.0总T3(TT3)大于 $230 \mu\text{g/dl}$ 。游离T4(FT4)，正常值 $2.5 \pm 0.5\text{ng/dl}$

，游离T3（FT3）正常值3.9~7.4pg/ml。而甲亢患者FT3，FT4均高于正常。

**甲状腺<sup>131</sup>I摄取率及甲状腺抑制试验。**甲状腺<sup>131</sup>I摄取率：正常人的曲线逐渐上升，24小时达到高峰，最高吸<sup>131</sup>I率25~45%，如为甲亢，吸<sup>131</sup>I高峰前移、最高吸碘率在2~6小时出现，或曲线上升较快，最高吸碘率高于正常。

**甲状腺抑制试验：**口服甲状腺片20mg，每日3次，服3日后增加为40mg，每日3次服14日，共服17日，或服左旋T<sub>3</sub>40μg，每日3次服7日，服药前后均测甲状腺吸<sup>131</sup>I率。正常人服药后最高吸<sup>131</sup>I率降至25%以下或比服药前降低50%以上，甲亢者无明显受抑制。

**促甲状腺激素释放激素（TRH）兴奋试验：**静注TRH200μg后，甲亢患者促甲状腺激素不增加或增加很少。

**甲状腺B型超声及甲状腺核素显像：**可进行影像学检查，后者可鉴别甲状腺结节的功能状态是“热、冷、温、凉”结节。

**（5）诊断及治疗**全面观察病人的症状、体征，结合实验室检查，进行综合分析、判断，则不难对甲亢进行诊断。甲亢时除有典型的临床症状外，一般TT<sub>4</sub>，TT<sub>3</sub>，T<sub>3</sub>RU，FT<sub>4</sub>I增高，TSH下降或正常，甲状腺吸<sup>131</sup>I率增高，促甲状腺激素释放激素兴奋试验无反应。T<sub>3</sub>型甲亢仅T<sub>3</sub>升高，TT<sub>4</sub>及FT<sub>4</sub>均正常。

治疗方法有三种，即抗甲状腺药物治疗、放射性<sup>131</sup>I治疗手术治疗，现分述如下：

**长期抗甲状腺药物治疗。**临床主要应用的抗甲状腺药物为硫脲类，可分为硫氧嘧啶类和咪唑类，前者如甲基和丙基硫氧嘧啶，后者如甲巯基咪唑（他巴唑），甲亢平等。硫脲类药物可抑制甲状腺激素的合成，但不影响碘的摄取及已合成激素的释放，丙基硫氧嘧啶（FTU）还可阻止甲状腺素（T<sub>4</sub>）在未梢转变为三碘甲状腺原氨酸（T<sub>3</sub>）。投药方法：A、症状控制期，

约1~3个月，甲基或丙基硫氧嘧啶（MTU，PTU）每日用量300~450mg，他巴唑或甲亢平30~45mg/日，每8小时服药1次，以保持血中稳定均匀的血药浓度。 B、减药期：约1~2个月，当症状控制，甲状腺激素测定天常后可将上述药物逐渐减量，并可加服小量甲状腺片（20~40mg/日）以调节下丘脑垂体甲状腺轴的功能，避免机体免疫监护功能降低。 C、维持期，一般在1.5~2年以上，MTU或PTU50~100mg/日，他巴唑或甲亢平5~10mg/日，甲状腺片20~40mg/日。 药物治疗比较简单，易被病人接受，不引起甲状腺不可逆的损害，但疗程长，复发率高，且服药期间要经常复查白细胞，有的病人可出现严重粒细胞减少或皮肤搔痒、皮疹等副作用。如患者心率过快，在开始治疗时可加用心得安30~60mg/日，服药期间应禁用碘剂及含碘食物，避免怀孕。 手术治疗。结节性毒性甲状腺肿、甲状腺明显肿大且压迫邻近器官者、甲亢多次复发以及不能坚持长期服药治疗者，经抗甲状腺药物治疗后，症状控制，甲状腺功能测定正常，一般在维持期内可进行甲状腺次全切除术，术后，90%的病人可治愈，但20岁以下及年老体弱伴有心脏及其他严重疾病者、明显突眼、或手术后又复发者则不应考虑手术治疗。术前需服用复方碘溶液（卢戈氏液）进行准备。术后少数病人可出现甲状腺功能减低或甲亢复发；如手术中损伤喉返神经可出现声带麻痹；损伤甲状旁腺功能减低。 放射性碘（<sup>131</sup>I）治疗。30岁以上的弥漫性甲状腺肿，服药或手术后复发者，抗甲状腺药物过敏及白细胞减低，年老及有心、肝、肾严重合并症者均为治疗适应症。此法简便、安全，但服药后2~3周症状才开始减轻，3~6个月症状缓解。部分病人可发生不可逆的甲状腺

功能减低，也有的病人需进行第二次<sup>131</sup>I治疗，偶有服药后几天并发甲亢危象。服<sup>131</sup>I前避免含碘食物及药物，病情重者服<sup>131</sup>I后短期加服硫脲类药或心得安，直至甲状腺功能正常。

(6) 甲亢危象 甲状腺功能亢进症危象（简称甲亢危象）是指甲亢病人在病情未控制情况下，由于应激使甲亢症状急剧加重，出现危及生命的严重状态，为甲亢少见的并发症，病情危重，死亡率很高。

发病诱因。甲亢病人术前准备不充分，术后4~16小时内可出现危象，如16小时后发生则应寻找其他感染病灶或诱因。甲亢病人如病情未控制而做甲状腺手术或其他急诊手术均可引起甲亢危象。需予以高度警惕。此外如感染、过度劳累、精神紧张、药物反应或其他疾病病情加重、分娩、突然停用抗甲状腺药物以及甲状腺同位素<sup>131</sup>I治疗后引起放射性甲状腺炎、甲状腺活检及过多、过重地触摸甲状腺等均可诱发甲亢危象。目前由于重视术前准备，外科性甲亢危象大大减少。一般来说内科性甲亢危象的病情较外科性危象严重。

临床表现及发病机制。由于上述诱因，使甲状腺释放大量甲状腺素入血，使血中甲状腺素水平急剧增高；感染应激、非甲状腺手术可使甲状腺结合球蛋白及甲状腺素结合前白蛋白浓度下降，血中游离T<sub>3</sub>和T<sub>4</sub>的绝对值和比例升高；某些因素引起周围组织及脏器对过高的甲状腺激素的适应能力减低以及交感神经活性增加等综合因素，使甲亢病情加重而有下述典型临床表现：

A、高热。患者体温急骤上升39℃以上，伴大汗淋漓，皮肤潮红。

B、神经精神症状。患者极度烦躁不安、恐惧、焦虑、谵妄，最后昏迷。

C、心血管症状。心动过速，心率常达160次/分以上，与体温升高不平衡，还可出现心律失常、心力衰竭至血压下降

。如原有甲亢心脏病者一旦发生甲亢危象、可进一步化使心脏功能恶化。D、胃肠道症状。纳差、恶心、频繁呕吐、腹泻、每天可达10余次，并可出现脱水。E、肝功能不正常，可有黄疸。F、电解质紊乱，由于频繁呕吐、腹泻可致低血钾。有小部分病人无上述典型临床症状，而表现为表情淡漠、嗜睡、反向减低、心率慢、脉压差小、恶病质、最后昏迷而死亡，此种情况称为淡漠型甲亢危象。

**诊断。**由于甲亢危象是严重甲亢的加重期，不同医院有不同的诊断标准。北京协和医院根据临床实践把甲亢象分为危象期及危象前期两个阶段，如能在危象前期积极治疗，则可避免发展至危象期。其诊断标准如表3-1-4。

**表3-1-4 甲亢危象的诊断标准**

**治疗：**

A、降低血中甲状腺素的水平。（a）碘剂。可抑制甲状腺素的释放。危重病人应静脉滴注碘化钠1~2g或复方碘溶液3~4ml加入1000~2000ml 5~10%的葡萄糖液中持续静脉点滴2~3日，病情好转以后逐渐减量，并改用口服复方碘溶液，病情稳定后考虑手术。如病情不很严重，可口服大剂量复方碘溶液30~60滴/日。（b）大剂量抗甲状腺药物，可抑制甲状腺素的合成，1次口服或胃管鼻饲丙基硫氧嘧啶600mg，可在1小时内阻止甲状腺内碘化物的有机结合，然后每日维持量300~600mg，分3次服用。（c）其他。如换血，血浆除去法及腹膜透析等可迅速降低血循环中的甲状腺素水平。

B、降低周围组织对甲状腺素的反应。为控制甲亢危象的临床表现，可用抗交感神经药物来减轻周围组织对儿茶酚胺的敏感性。常用心得安，可抑制甲状腺素对周围交感神经的作用，并迅速降低T<sub>4</sub>转变为T<sub>3</sub>。一般每4小时口服20mg，严重者可静脉注射心得安1~5mg加5%葡萄糖20~40ml，但对有心脏传导阻滞、

心功能不全、有支气管哮喘的病人禁用。此外还可肌注利血平，首次用量5mg，以后每4~6小时肌注2.5mg，或口服胍乙啶每天1~2mg/kg。C、一般支持疗法。包括物理降温、人工冬眠、吸氧、补充水及电解质、保证水及电解质、保证补足够热量、给予大量维生素、积极处理心衰等。对有高热或有休克的病人可加用肾上腺皮质激素如氢化可的松200~300mg/日。

D、积极控制诱因。保持安静，有感染者给予积极抗感染治疗，伴有其他疾病均应积极处理。

(7) 护理 甲亢病人的护理：

A、关心体贴病人，说话态度和蔼，掌握好交流技巧，给予病人精神上的安慰，以避免情绪波动，向病人说明病情发展与精神因素有密切关系，使病人解除思想顾虑，积极配合治疗。

B、应安置病人住在阴凉，安静、无强光刺激的房间内，避免不良环境刺激而致病情加重。因活动可使病人代谢率增高，应嘱病人注意休息，不要剧烈活动，避免劳累。

C、帮助病人选择高蛋白，高热量、高维生素、易消化饮食，每日供给热量3000~3500cal，补偿机体代谢亢进的消耗。嘱患者多饮水以补充水分，但禁用浓茶，咖啡等兴奋性饮料。

D、病人入院时测身高、体重，以后每周测一次体重，观察变化，每日测脉搏4次，以提供治疗是否有效，病情有无好转的依据。

E、服药时间安排均匀，按时发药并协助病人及时服下。服药中注意观察药物的副作用及反应，如白细胞减少、皮疹、发热、咽痛、关节酸痛或肝功能损害等，一旦发现马上与医生联系、及时处理。

F、如服药中发现白细胞下降至3000/mm<sup>3</sup>以下或粒细胞总数少于1500/mm<sup>3</sup>时，应嘱病人停用抗甲状腺药物，并进行保护性隔离，制定并实施护理措施，房间定时用紫外线照射消毒，严格执行隔离制度，



避免交叉感染，并嘱病人注意预防感冒。G、注意观察病人服药后有无甲状腺功能减低的表现，如乏力、怕冷、嗜睡、浮肿、体重增加过快等，及时报告医生，提供减少药量的依据。H、对有恶性突眼患者，因眼球高度突出，眼睑不能闭合，易引起角膜损伤感染，故应注意保护病人的角膜及球结膜，预防病变加重以至失明。白日嘱患者戴黑色眼镜以防阳光或灰尘刺激，睡前涂抗菌素眼膏，并用清洁的油纱布轻轻敷盖，以防角膜干燥及角膜溃疡、感染的发生。睡眠时适当抬高头部、减轻眼部肿胀。同时做好病人的心理护理，鼓励病人增加战胜疾病的信心。I、为即将出院病人进行卫生指导，病人可适当从事力所能及工作，遵医嘱按时服药，不随便自行停药，避免精神刺激，预防感染、定期复查白细胞，并注意防止甲亢危象的发生。

甲亢危象病人的护理：A、安排病人住单人房间，保持安静，光线要暗，温度、湿度凉爽适宜，如夏天必要时可用冰块、电风扇等使室温下降，保证通风，注意房间清洁卫生，使病人有一个舒适的环境，避免各种因素及精神紧张。B、嘱病人绝对卧床，做好心理和生活护理，鼓励病人多饮水、进高热量、高蛋白及高维生素的饮食。C、治疗、护理时间尽量安排集中，控制探视人员，以保证病人安静休息。D、保证静脉输液通畅，抢救药品及时输入以及维生素及液体入量的补充。如静脉滴注复方碘溶液，需用黑纸将输液器、输液管等全部罩上，避免光照，并根据病情及时调整滴速，注意不要渗漏到血管外，以免造成组织损伤，因碘溶液对血管刺激较大，浓度过高或滴注过快都会引起静脉炎。故需密切观察并防止静脉炎的产生。如有静脉炎则可用静脉炎膏外敷。配液时需注意碘的配合禁忌。

E、病人如有高烧，则按高热护理常规，积极进行物理降温。腹泻严重者应注意肛周护理，便后清洗肛门，预防肛周感染。

F、对有精神症状或昏迷的病人，要注意病人的安全，必要时加床挡，防止坠床，昏迷病人按昏迷常规护理。年纪大，有心脏病的病人应注意输液速度不要太快，避免加重心脏负担，必要时应予以吸氧。

G、准确记录出入量及护理记录，密切观察神志及生命体征，并及时与医生联系，配合抢救。

特别推荐：[2011年护士执业资格考试内容七大变化](#)  
[2011年护士考试报名时间](#)  
[2011年护士考试报名流程](#)  
[2011年执业护士考试报名条件](#) 更多信息请访问：[护士考试辅导无忧通关班](#)  
[护士论坛](#)  
[护士在线题库](#)  
[2011年护士资格考试各科习题及答案汇总](#)

相关推荐：[2011年内科护理：癫痫病人标准护理计划](#)  
[2011年内科护理：肾综合征出血热病人标准护理计划](#)

100Test 下载频道开通，各类考试题目直接下载。详细请访问 [www.100test.com](http://www.100test.com)