

<<内科临床思维>>

图书基本信息

书名：<<内科临床思维>>

13位ISBN编号：9787030325174

10位ISBN编号：7030325176

出版时间：2012-1

出版时间：科学出版社

作者：陈世耀 主编

页数：443

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>

<<内科临床思维>>

内容概要

《内科临床思维(第3版)》分为绪论及上篇、中篇、下篇。

绪论全面介绍临床思维(诊断思维和治疗思维)的内容和方法;上篇:内科临床思维程序,介绍了常见症状、体征及实验室检查的临床思维方法和步骤;中篇:常见内科疾病的临床思维,结合临床资料,分别对呼吸、循环、消化、泌尿、血液、内分泌与代谢、神经系统疾病及风湿病和结缔组织病的诊疗思维方法进行了详细的阐述;下篇:思维讨论病例,列出了一些较复杂的病例,并进行了示范性讨论。

《内科临床思维(第3版)》内容翔实,重点突出,条理清楚,简明扼要,理论联系临床,实用性强。本次修订不但补充了许多内容,还结合国内外进展进行了更新,适合广大医学生及各科临床医师,尤其是内科医师参考。

书籍目录

第一章 绪论

第一节 临床思维概论

第二节 诊断试验与疾病诊断

第三节 诊断决策

上篇 内科临床思维程序

第二章 症状

第一节 发热

第二节 咳嗽

第三节 胸痛

第四节 咯血

第五节 心悸

第六节 晕厥

第七节 水肿

第八节 呼吸困难

第九节 吞咽困难

第十节 恶心与呕吐

第十一节 腹痛

第十二节 腹泻

第十三节 便秘

第十四节 黄疸

第十五节 消化道出血

第十六节 贫血

第十七节 出血倾向

第十八节 少尿与无尿

第十九节 多尿

第二十节 血尿

第二十一节 尿路刺激症状

第二十二节 排尿困难

第二十三节 肥胖

第二十四节 消瘦

第二十五节 头痛

第二十六节 抽搐与痫性发作

第二十七节 眩晕

第二十八节 昏迷

第二十九节 偏瘫

第三十节 截瘫

第三十一节 震颤

第三十二节 感觉障碍

第三十三节 关节痛

第三十四节 肢痛

第三十五节 腰背痛

第三章 体征

第一节 毛发增多

第二节 毛发稀少

第二节 色素沉着

<<内科临床思维>>

- 第四节 发绀
- 第五节 杵状指(趾)
- 第六节 淋巴结肿大
- 第七节 甲状腺肿大
- 第八节 低血压与休克
- 第九节 高血压
- 第十节 心脏增大
- 第十一节 心脏杂音
- 第十二节 心包积液
- 第十三节 胸腔积液
- 第十四节 腹腔积液
- 第十五节 肝肿大
- 第十六节 脾肿大
- 第十七节 腹部肿块

第四章 实验室检查

- 第一节 血细胞计数异常
- 第二节 尿常规异常
- 第三节 血清无机物测定
- 第四节 血清有机物测定
- 第五节 血清酶学检查
- 第六节 动脉血气分析
- 第七节 其他

中篇 常见内科疾病的临床思维

第五章 呼吸系统疾病

- 第一节 支气管哮喘
- 第二节 慢性阻塞性肺疾病
- 第三节 慢性肺源性心脏病
- 第四节 社区获得性肺炎
- 第五节 支气管扩张症
- 第六节 肺结核
- 第七节 支气管肺癌
- 第八节 自发性气胸
- 第九节 结核性胸膜炎
- 第十节 急性呼吸窘迫综合征

第六章 循环系统疾病

- 第一节 心绞痛
- 第二节 急性心肌梗死
- 第三节 高血压病
- 第四节 风湿性心脏瓣膜病
- 第五节 感染性心内膜炎
- 第六节 病毒性心肌炎
- 第七节 肥厚型心肌病
- 第八节 扩张型心肌病
- 第九节 心包积液
- 第十节 缩窄性心包炎
- 第十一节 法洛四联症
- 第十二节 主动脉夹层动脉瘤

<<内科临床思维>>

第七章 消化系统疾病

第一节 消化性溃疡

第二节 胃食管反流病

第三节 胃癌

第四节 功能性消化不良

第五节 肠易激综合征

第六节 溃疡性结肠炎

第七节 肠结核

第八节 结肠淋巴瘤

第九节 结核性腹膜炎

第十节 肝硬化

第十一节 原发性肝癌

第十二节 急性胰腺炎

第八章 泌尿系统疾病

第一节 急性肾小球肾炎

第二节 慢性肾小球肾炎

第三节 肾病综合征

第四节 肾盂肾炎

第五节 肾小管性酸中毒

第六节 急性肾功能不全

第七节 慢性肾功能不全

第九章 血液系统疾病

第一节 缺铁性贫血

第二节 巨幼细胞性贫血

第三节 自身免疫溶血性贫血

第四节 再生障碍性贫血

第五节 恶性淋巴瘤

第六节 急性白血病

第七节 慢性粒细胞性白血病

第八节 多发性骨髓瘤

第九节 组织细胞肉瘤

第十节 骨髓增生异常综合征

第十一节 免疫性血小板减少症

第十二节 弥散性血管内凝血

第十章 内分泌与代谢性疾病

第一节 甲状腺功能亢进

第二节 甲状腺功能减退

第三节 原发性醛固酮增多症

第四节 嗜铬细胞瘤

第五节 糖尿病

第六节 骨质疏松症

第十一章 神经系统疾病

第一节 脑梗死

第二节 癫痫

第三节 感染性脑膜炎

第四节 蛛网膜下腔出血

.....

<<内科临床思维>>

下篇 临床思维讨论病例

主要参考文献

英文缩略语

章节摘录

第一章 绪论 第一节 临床思维概论 临床思维是临床医师利用基础医学和临床医学知识,对临床资料进行综合分析、逻辑推理,从错综复杂的线索中找出主要矛盾并加以解决的过程,临床思维贯穿临床诊断与疾病处理全过程。

一个优秀的临床医生不仅需要扎实的医学理论和丰富的临床经验,更需要科学的临床思维方法。

没有正确的临床思维就没有正确的诊断和治疗。

只要掌握正确的思维方法,就能借助已有的知识和经验,有效地探求未知,诊断出自己从未诊断过的疾病,处理好过去未曾遇到过的问题。

然而,许多医生特别是青年医生恰恰不重视临床思维,他们不善于动脑筋看病,而仅仅依靠病人单方面的叙述或根据某一个体征开列一大堆化验单或辅助检查申请单,期望借助这些现代化的仪器设备求得诊断,其结果往往是事倍功半,造成医疗负担增加。

过分依赖实验室检查或者特殊检查还常常造成漏诊或误诊。

随着科学技术的飞速发展,基础医学已进入了分子时代,各种物理的、化学的、生物的检测手段层出不穷,日新月异,大大提高了临床诊疗水平,然而,误诊、漏诊仍屡见不鲜,主要原因是过分依赖仪器检查而忽略了病史询问、体格检查等这些基本方法,尤其忽略了临床思维,由此可见临床思维是多么重要。

一、临床思维的基本条件 临床思维不是凭空猜想,必须具备两个基本条件,即扎实的医学知识和丰富的临床实践,两者缺一不可。

所谓医学知识,是指基础医学知识和临床医学知识。

前者是指人体解剖学、生理学、生物化学、病理学、微生物学、免疫学、遗传学、药理学等,后者是指内科学、外科学、妇产科学、儿科学、传染病学、心理学等,没有这些知识就不可能进行资料分析和逻辑推理。

要掌握这些知识,就必须不断学习,不断进行知识更新。

所谓临床实践,包括直接的和间接的实践。

直接实践即深入临床,具体地分管病人,了解病情演变,观察治疗反应,掌握第一手资料;间接实践即通过阅读医学文献、参加临床病理(例)讨论会、在网上进行资料检索等,从别人的临床实践中获取经验或教训。

有些医生对临床实践不感兴趣,认为短期内看不到成绩,是浪费时间。

其实,没有大量的临床实践就不可能积累丰富的经验,就无法进行科学的临床思维。

因此,临床医生绝对不能脱离临床实践。

二、临床思维的必要前提 疾病的诊断是建立在病史、体检、实验室和辅助检查这些资料基础上的,获取真实、系统、完整、准确的临床资料是临床思维的必要前提。

(一) 努力获取翔实而可靠的病史 病史的采集是一门艺术。

采集病史的过程是临床医生利用自己已有的临床知识边询问、边思考、边鉴别,去粗取精、去伪存真,不断分析、归纳,不断向诊断靠拢的过程,而不是仅仅听取和记录病人的自述。

对每一个症状应该问些什么,诊断学上是有明确规定的。

笔者遇到一位反复消化道出血的病人,自述粪便为“柏油样”,因而一直认为是上消化道出血,不仅做了大量的检查,并且做了胃大部切除手术,但未能解决问题,后来发现病人所说的“柏油样”便实际是咖啡色,才考虑到出血部位在下消化道,后经动脉造影及手术证实为小肠血管畸形。

另一位阵发性腹痛病人,先后诊断为急性胃炎、急性胰腺炎、急性阑尾炎、腹型癫痫等多种疾病,都未能确诊,腹痛时面色苍白、大汗淋漓、血压升高,肌肉注射阿托品等无显效,后来发现该病人因癫痫服用民间验方,验方中有一味中药黄丹系三氧化二铅,腹痛系铅中毒所致,驱铅治疗痊愈。

这两例误诊的原因都与问诊疏忽有关,前者未问及粪便的确切颜色及性状,只听病人叙述,后者没有询问服药史。

(二) 仔细认真的体格检查 体格检查是对病史资料不足或遗漏的补充,是对初步设想的验证,体检时不仅手法正确而且要全面系统,也需要边检查,边思考,如查什么、怎么查、为什么查、查到的结果

<<内科临床思维>>

怎样解释等。

直肠癌是消化道肿瘤最容易诊断的疾病，下段直肠癌只要做一下直肠指检即可发现。

然而，由于临床医师对直肠指检检查的重要性认识不足，病人常被误诊为肠炎、菌痢、痔疮等，直至广泛转移才被发现，错过了治疗的良机。

有些年轻医生说：“已经21世纪了，科学如此发达，还强调望、触、叩、听这些原始的物理学诊断方法有必要吗？”

这种观点是极端错误的，需知再先进的仪器设备也是为临床服务的，也是有局限性的，辅助检查永远只能起辅助作用而不能代替一切。

（三）正确判断实验室和辅助检查的临床意义实验室和辅助检查是病史和体检的延伸，要根据病情选择检查项目，不能“撒大网、捉小鱼”。

在判断检查结果的临床意义时，要考虑病人和实验室两个方面因素的影响。

例如，血清淀粉酶增高对急性胰腺炎的诊断有重要价值，但它对胰腺炎并不具备特异性，而且其测定值的多少与采血时间密切相关，不考虑这些因素，将导致错误的结论。

我们有患者一直主诉进食后胸部不适，多次胃镜检查均未发现异常，采用抑酸治疗也不见效果。

后来分析病史，进一步采用食管吞钡摄片检查诊断为贲门失弛缓症，采用内镜下扩张治疗后症状消失。

分析原因，早期贲门失弛缓用内镜检查常漏诊，而吞钡摄片更容易诊断，临床医师普遍认为胃镜检查可以取代吞钡摄片是该类患者误诊的原因。

其实胃肠钡餐检查在诊断贲门失弛缓症、食管动力障碍疾病、皮革胃、十二指肠雍积症等疾病方面更优于胃镜检查。

一个好的临床医生不应受单一检查结果的支配，而应科学分析检查结果。

另一个典型的案例是胃镜检查用于鉴别胃溃疡或者胃癌。

尽管内镜下胃癌的形态与良性胃溃疡有不同的特征，但胃癌也常常表现为良性胃溃疡的特征，即使一次活检阴性，也不能完全排除胃癌，一方面应该结合临床症状与体征，患者是否有胃纳差、消瘦或者体重减轻、贫血、锁骨上淋巴结肿大、腹水等表现，另一方面更应该在治疗后复查胃镜，评估抑酸治疗是否有效，并进一步活检排除胃癌可能性。

在很多影像学检查方面更是存在这一问题，需要临床医师的足够重视，而不能仅仅凭影像检查报告就给出最后结论。

三、临床思维的原则总结临床诊断的经验并将其高度概括，就会发现它遵循着一定的原则，这些原则在诊断和治疗疾病时，都是必须严格遵守的。

1.有病与无病 首先要把就诊者视为病人，认为他们确实有病，为此才能做到给病人最大的关心和认真周到的检查。

2.器质与功能 首先要考虑为器质性疾病，并为此做到千方百计地去寻找疾病的根源，绝不要简单地、轻率地断定为功能性疾病。

3.一元与多元 有多种症状、体征时，疾病的诊断首先应遵循一元论的原则，尽量用一个疾病去解释多种表现，如无法用一元论解释时，再考虑多元化（即若干个疾病的共存）。

4.常见与少见 疾病的概率决定了临床上遇到的多是常见病、多发病，因此，疾病的诊断应首先考虑常见病与多发病，但不排除少见病的存在。

5.全身与局部 机体是一个有机的整体，因此，对一个症状的出现，首先要考虑是全身疾病引起的；如果不具备全身疾病的依据，再在局部疾病中去寻求答案。

在治疗过程中，必须从整体观念出发，强调局部治疗必须服从整体治疗，整体治疗必须兼顾局部治疗。

6.个性与共性 疾病的临床表现大多数有一定的规律，即所谓典型表现，此即“共性”；但临床上也有“同病异症，同症异病”的现象，此即“个性”。

在考虑共性的同时也不忽视个性，才不致误诊。

在治疗中，虽患同一种疾病但治疗方案并非完全相同，药物的选择和药物剂量也要遵循个体化原则，因病而异、因人而异，否则可能造成严重的后果。

<<内科临床思维>>

如洋地黄和胰岛素的临床应用就特别强调个体化原则，否则将事与愿违，甚至危及生命。

7.良性与恶性 一个病症的良、恶性不能判定时，首先按恶性病检查，按良性病治疗，如将恶性病误诊为良性病，错过了治疗的良机是不能原谅的。

在未确诊前，一面检查，一面按良性病治疗是符合治疗原则和病人意愿的；反之，如按恶性病治疗，可能造成严重的后果。

8.动与静 诊断的正确与否是相对的、有条件的，人们的认识是有过程、有阶段性的。

因此，不要把疾病看成是静止不变的，要进行动态观察，根据病情及时补充检查，修正诊断，调整治疗方案。

在疾病的治疗过程中，也要做到动静结合，不恰当的绝对卧床不利于调动机体内部的积极因素，这对疾病的恢复是不利的。

9.对因与对症 病因治疗是治本，对症治疗是治标，标本兼治当然最理想。

但有时病因不能短期内查清，症状却严重地危害了机体的健康，特别是急诊病人，不能一味追求病因诊断，而对症状视而不见，应该把精力先放到危及生命的症状治疗上，并为查明病因、进行对因治疗争得宝贵的时间。

10.主要与次要 当一个病人同时罹患多种疾病或一种疾病有多种并发症时，应该找出危及生命和健康的主要疾病、主要矛盾进行治疗，以免“捡了芝麻，丢了西瓜”。

四、临床思维的方法 临床思维包括诊断思维和治疗思维，虽然有许多方法，但没有固定的模式，在临床工作中常常是几种方法同时运用，相互补充。

(一) 诊断思维方法 1.经验诊断法 虽未掌握充分的诊断依据，但凭着既往获得的大量临床经验和新近的病例进行比较，启发思路而做出诊断的方法，称为经验诊断法，也叫类比诊断法。

这种方法似乎只是感性经验，实质上内涵着逻辑推理，这种推理就是抓住了曾经和现实两个病人的共同特征进行比较、分析，达到诊断的目的。

该法最适于常见病、多发病、地方病及症状体征典型的疾病的诊断，尤其对急危重症的诊断具有重要意义，但该法只注意到事物的相似性，忽略了差异性，应予注意。

2.假设诊断法 是根据自己的理论和已经掌握的资料，对未知的现象及其规律做出一种假设性诊断，也称为推测性诊断。

该法虽不能确定诊断，但它可以启发思维能力，加速判断推理过程。

假设诊断并非盲目猜测，必须以事实为根据，以丰富的医学理论和经验为指导，因此，它也是一种科学的思维方法。

3.除外诊断法 也称排除诊断法，当疾病处于发病初期或复杂的疾病不典型的病例而无法找到可确诊的“特殊病症”时，根据现有的资料，或先将几个重要病症组成一个综合征。

提出一组临床表现相似的疾病，然后在分析、比较中依次排除其他疾病，间接肯定某一种疾病的存在。

该法要求医生具备丰富的医学知识和临床经验，并掌握逻辑思维的基本原则，没有丰富的医学知识和经验，就不可能确定一个应该考虑的疾病范围，这就难免漏诊或误诊。

排除诊断法在逻辑思维上的一个重要原则是否定某种疾病的依据应当是诊断某种疾病的必要条件而不是充分条件。

例如：发热是诊断疟疾的必要条件，在血片中找到疟原虫是诊断的充分条件，如果患者没有发热则可否定疟疾，但血片中未找到疟原虫，则不能否定疟疾。

4.程序诊断法 是将临床常见的症状、体征等根据临床经验，设计成程序，即第一步怎么考虑，第二步再考虑什么，每一步都需要做哪些检查，才能肯定或否定，例如消化道出血的思维程序可列为：(1) 是否为消化道出血？

会不会是咯血，或口服铁剂及动物血等造成粪便隐血阳性？

可从病史中了解。

(2) 如果是消化道出血，出血部位何在？

是上消化道还是下消化道？

具体部位在哪里？

<<内科临床思维>>

通过影像学或内镜检查加以明确，必要时行血管造影。

(3) 病变的性质是什么？

是外伤、异物、炎症、溃疡、寄生虫感染、息肉、憩室还是血管病变？

有没有全身出血性疾病？

通过影像学 and 内镜检查、病理活检、凝血机制测定等可以明确。

(4) 出血量多少，少量、中等量、还是大量？

通过症状、体征、实验室检查等综合判断。

(5) 目前有没有活动性出血？

除症状外，还应注意血压、心率、肠鸣音及血色素变化。

(6) 如何处理？

补充血容量、药物治疗、内镜止血、三腔管压迫、介入栓塞疗法、手术治疗等。

5. 归缩诊断法 归缩即缩小范围的意思。

归缩诊断法是当病人出现若干症状时，有些症状有“定性”意义。

通过交叉分析、评估，使我们的视野逐渐缩小，直到落实到某一疾病上去。

例如先确定是哪一系统的疾病，再推测是该系统中哪个器官的疾病，然后再确定病变的范围和性质，最后通过进一步检查明确诊断。

6. 治疗性诊断 亦称试验诊断，是经过临床分析，在一定假说的基础上给病人施以特异性治疗措施，以达到确定诊断的目的。

如某一病人临床表现酷似疟疾，但多次血检未能找到疟原虫，此时，可按疟疾进行正规治疗，如病人症状、体征消失可确诊为疟疾。

该法的要点是必须有特异性治疗措施，否则不能确诊。

7. 概率诊断理论 即依据疾病发生的概率，通过一些列诊断试验，计算患者的验后概率，即临床上怀疑患者患该病的可能性大小。

该方法在需要进行临床决策时非常强调。

(二) 治疗思维方法 1. 千方百计明确诊断 正确的诊断是合理治疗的前提，否则非但达不到预期目的，还可能延长病程，干扰症状，造成严重后果。

因此，必须千方百计明确诊断，在确诊之前不应盲目治疗，即使对症治疗也应谨慎小心。

如不明原因的发热不要轻易用抗生素或退热药，不明原因的腹痛应慎用镇痛药等。

2. 提倡综合治疗 药物治疗是临床治疗的主要方法，但不是唯一方法，治疗方法多种多样，按目的可分为支持疗法、病因疗法、对症疗法、预防疗法；按手段可分为物理疗法、化学疗法、生物疗法、免疫疗法、心理疗法、饮食疗法、手术疗法、介入疗法、血液净化疗法、中医中药疗法等。

为了提高疗效，医生应该熟悉各种疗法的优缺点和适应证、禁忌证，灵活运用多种疗法进行治疗，不能单纯依靠药物。

支持疗法和饮食疗法常被忽视，其实在疾病的康复中是有重大意义的，应予以重视。

例如，糖尿病人如未能严格控制饮食，即使采用胰岛素治疗也很难达到预期目的。

许多病人不同程度地存在心理障碍（如抑郁或焦虑），因此，心理治疗逐渐提到议事日程上来，而且愈来愈显得重要，因此，熟悉和掌握心理治疗的方法不仅是心理医生的基本功，也是临床各科医生必须熟悉和掌握的。

3. 熟练掌握药理学知识 不但要了解药物的作用、药代动力学、剂量、疗程、给药途径和方法、不良反应及临床注意事项，还要注意药物的相互作用（协同作用和拮抗作用）以及机体特殊状态下的用药问题。

肝肾功能不良时、老人、儿童、孕妇及哺乳期妇女的临床用药，均有特殊要求，必须掌握。

4. 善于发现和解决治疗矛盾 内科疾病大多数是病因复杂、涉及多系统和多器官的疾病，治疗中往往存在许多矛盾，包括疾病与疾病之间、疾病与药物之间及药物和药物之间的矛盾。

如消化性溃疡与类风湿关节炎同时并存时，抗溃疡药不能解决关节疼痛，而治疗关节炎的药物多可导致胃黏膜损伤，甚至引起消化道出血；感染性疾病选用抗菌药物不当或用药时间过长，可能导致二重感染；结缔组织疾病需要免疫抑制剂治疗，但这些药物又使机体免疫力下降，容易继发细菌或霉菌感

<<内科临床思维>>

染；再如休克时，缩血管药固然能使血压一时升高，但却减少了内脏组织的灌注，促使休克发展；扩血管药物能解除微循环内血管的收缩，使内脏组织得到充分灌注，但如晚期低排高阻型休克微循环已成麻痹性扩张，给予大剂量扩血管药物，则可使有效循环血容量进一步减少，休克更难以逆转等。如能及时发现这些矛盾并进行妥善处理，可达到事半功倍的效果；反之，顾此失彼，延误治疗，甚至造成医源性疾病、危及生命。

五、临床思维中应该注意的几个问题（一）重视医学模式的转变医学模式是一种意识形态，是从哲学的角度对健康观和疾病观进行的高度概括。

随着社会经济、科学技术和医学的发展（如心身医学、医学心理学、行为医学和整体医学的发展），医学模式从生物学模式发展为生物-心理-社会医学模式，许多疾病的病因并非生物学规律决定，心理和社会因素在疾病的发生和发展中起着重要作用，忽视这一点将使诊断变得盲目或不可思议。随着生活、工作节奏的加快，事业竞争的激烈，抑郁、焦虑状态及功能性疾病日益增多，因此，在临床诊断和治疗中应予高度重视。

（二）树立循证医学的理念循证医学（evidencebasedmedicine, EBM）要求以当前最新、最可靠的临床研究结果为证据，结合医生的临床专业技能和经验，同时考虑病人的需求，为病人做出最佳医疗决策。

一个好的医生能够将个人的临床经验与外部提供的最好证据结合起来，而不偏用其中之一。

因为没有临床实践与经验的医生，就是提供最好的证据也不会应用，甚至用错；而如果没有最好、最新的证据，采用的治疗措施可能是过时的或片面的，因此，所有的医生都应该遵照循证医学的理念培养临床思维。

另一方面，对于临床考虑的诊断，在进行针对性处理后，如果仍然没有获得理想的效果，应考虑诊断是否正确，重新提出问题，分析证据，提出新的诊断假设，并进一步选择合适的检查证实或者进行针对性处理。

（三）提倡独立思考，但不能固执己见临床思维过程中，应该重视病人的主诉，也应广泛听取其他有关人员的意见，包括检验科、放射科的意见，但必须坚持独立思考，多问些为什么，即便是专家的意见，也不能迷信、盲从，只有独立思考，才可能发现新的问题，开辟新的思路。

当发现自己的思维与事实不符或难以解释时，要多想想为什么，决不能固执己见，应及时改变思路，否则将铸成大错，造成严重后果。

（四）疑点往往是改变思路、取得突破性进展的关键疑点即按常规思路不能解释的地方，这些疑点往往表明诊断、治疗方面存有漏洞，甚至可能发展为影响全局的隐患，因此，遇到疑点不要轻易放过，要深究细查，直到找出合理的解释为止。

破解疑点必须改变思路，这就可能导致突破性进展。

（五）跟踪随访有利于思维能力的提高对于看过的病人，尤其是疑难病例，应该千方百计地跟踪随访，以期得到确切的结论，并从中不断总结成功的经验和失败的教训，只有这样才能使自己的临床思维能力得到不断的提高。

（张希德 陈世耀）

<<内科临床思维>>

编辑推荐

《内科临床思维(第3版)》特点：本次修订结合疾病概念变化与处理进展对第二版进行了更新和补充。内容丰富，重点突出，条理清晰。叙述简明扼要，理论联系临床实际。实用性强。适合广大医学生、各科临床医师，尤其是内科医师参考。也可作为住院医师规范化培训内科临床思维的案例教材。

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>