

<<呼吸系统疾病诊断思维及病例 >

图书基本信息

书名：<<呼吸系统疾病诊断思维及病例分析>>

13位ISBN编号：9787509164785

10位ISBN编号：7509164788

出版时间：2013-4

出版时间：人民军医出版社

作者：曹国强 编

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>

前言

高超医术离不开丰富的临床经验，而科学的临床思维才会给经验插上飞翔的翅膀。

进化论奠基人达尔文曾精辟地论述：“最有价值的知识是关于方法的知识”，那么呼吸内科医师最有价值的知识应该是有关临床思维的知识。

就像孔子所说“工欲善其事必先利其器”，临床医师必须锐利其软武器——思维方法。

临床思维是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。

临床思维过程是较之任何高级电脑和先进仪器设备都更加复杂、迅速的联系和整合过程，也是任何仪器设备都不能代替的思维活动，是智慧和学识的结晶，是高新技术与艺术的结合，是科学与人文的完美结合。

每次临床思维活动都是一场具体而生动的开卷考试，而主考官就是每一位患者。

只有掌握了正确的临床思维方法，并在临床工作中不断实践，才能最大限度减少误诊，在疑难病面前减少失误。

科学技术日新月异，医学发展更是突飞猛进，医学文献浩如烟海，更新知识的书籍也多如牛毛，而涉及临床诊断思维方法的书籍却是凤毛麟角，本书可作为内科医师，尤其是呼吸内科住院医师和主治医师拓宽思维的自学教材。

本书的重点是诊断思路，也涉及治疗方法的选择，有经验也有教训。

为真实起见，本书按疾病的诊断过程进行编写。

为方便读者阅读和查阅，对所遇到的罕见或少见病提供了诊断标准。

收录的45个病例，讨论部分除涉及一般经验教训外，都从临床思维上给予点评分析，以期达到举一反三的效果。

限于编者的能力，书中可能存在不妥甚至错误，希望读者给予指正。

内容概要

《呼吸系统疾病诊断思维及病例分析》详细介绍了呼吸系统疾病的诊断思维，并为罕见病提供了诊断标准。

通过45个病例，从临床思维方面进行详尽的点评分析，以期达到举一反三的效果。

《呼吸系统疾病诊断思维及病例分析》编排新颖，内容实用，语言精练，适合内科医师，特别是呼吸内科住院医师和主治医师及相关医务人员参考阅读。

书籍目录

第1章呼吸系统疾病的诊断思维 第2章病例精粹 病例1咳嗽、大量咳痰 病例2咳嗽、咳大量脓性痰、呼吸困难 病例3咳嗽、咳痰、鼻阻、打喷嚏 病例4畏寒、发热、右侧背痛 病例5畏寒、发热、咳嗽伴体重下降，左肺阴影 病例6消瘦、发热、咳嗽、痰中带血、双肺阴影 病例7咳嗽、咳痰、间断咯血伴劳力性气促 病例8咳嗽、咳痰、痰中带血及右侧胸痛 病例9咳嗽、咳痰伴呼吸困难 病例10纵隔肿瘤放、化疗后13年，渐进性呼吸困难1年余 病例11间断咳嗽、咳痰伴少量咯血 病例12干咳、胸部隐痛，双肺结节、纵隔淋巴结肿大 病例13咳嗽、气促、水肿、进食发梗、呛咳 病例14咳嗽、咳痰、劳力性呼吸困难 病例15干咳、低热、肺部阴影 病例16咳嗽、间断低热、活动后气促 病例17咳嗽、咳痰、喘息 病例18全结肠切除术后，畏寒、发热、呼吸困难 病例19咳嗽、咳痰、阵发性吼喘 病例20咳嗽、咳痰、喘息、体重下降 病例21干咳、右侧胸痛、右肺阴影 病例228岁儿童，干咳半年 病例23胸腺瘤术后，腹泻、咳嗽、咳痰、气促 病例24消瘦、乏力、恶心、食欲缺乏、咳嗽、咳痰、高热 病例25劳力性胸闷、气促、大量腹水 病例26咳嗽、咳痰、左下胸疼痛、肺巨大肿块 病例27硅沉着病、干咳、胸闷、多浆膜腔积液 病例28反复发热6年，加重伴咳嗽3d 病例29咳嗽、咳痰、发热、胸痛、声音嘶哑 病例30劳力性呼吸困难，干咳 病例31咳嗽、咽喉疼痛、气促、气管切开戴管 病例32咳嗽、咳痰、呼吸困难、声嘶、吐字不清 病例33糖尿病胃转流术后，持续发热 病例34胃淋巴瘤术后，咳嗽、咳痰、反复发热 病例3516岁少年，咳嗽、咳痰、发热、暖气、反胃、吞咽困难并发育异常 病例36发热、皮疹 病例37咳嗽、咯血痰、发热、头痛、胸痛 病例38直肠癌术后，肺部多发结节 病例39发热、多汗、呼吸困难、体重下降 病例40气促、胸痛、口干、发热、咳嗽 病例41查体发现肺部结节，穿刺后休克 病例42畏寒、发热、头痛、呕吐 病例43胸痛、关节肿痛、低热、乏力、盗汗 病例44精神差、嗜睡、体重增加、昏迷 病例45胸闷、气促、消瘦、淋巴结肿大后记

章节摘录

版权页：插图：传统的胸部物理学检查包括视诊、触诊、叩诊和听诊4部分，这些基本检查，设备条件要求不高、使用方便并能收集到许多有价值的信息，因此对呼吸系统疾病的诊断具有重要意义，其具体方法教科书上都有较为详尽的记述，也为大家所熟知。

这里只是提出容易疏漏的两种与呼吸系统疾病有关的物理学检查方法，一是触诊，二是听诊。

包括医学生在内的各级医师都知道肿大淋巴结在疾病诊断中的价值，然而不少医师在实际工作中忽略了做仔细的检查。

笔者在会诊一例长期发热的患者时，做浅表淋巴结检查，经管医师善意地告诉我：“老师，患者的浅表淋巴结无肿大，上午我们科室讨论时，3名教授都说不大”，就在他讲话的同时我已发现患者右侧颈后有2枚绿豆大小淋巴结，且有融合，后经病理证实为转移性腺癌，来源于消化道。

淋巴结检查时要熟知各组淋巴结的解剖部位及其引流范围，检查时还要有一定的顺序，否则会遗漏重要信息。

对于滑车上淋巴结及咽窝淋巴结也不应该漏掉，因为此处的淋巴结很少受其他因素影响，肿大必不正常，活检很有助于诊断。

由于近代高科技的迅速发展，特别是床旁X线胸片、超声以及胸部CT等检查的便利，听诊器逐渐被冷落，听诊技术逐渐被荒废，甚至成为挂在医师颈上象征性的装饰物。

人们通常觉得肺部听诊比心脏听诊容易掌握。

心脏听诊随医疗实践的增加听诊水平不断提高，而肺部听诊却与其不同，对初步的肺部听诊如啰音、哮鸣音等，医学生和住院医师较易掌握，而高水平的肺部听诊往往很难达到。

但一旦领悟和掌握对临床工作帮助甚大。

肺听诊的学习和掌握是建立在熟悉肺解剖学、生理学、病理生理学、病理学、影像学（包括普通X线片、CT等）、肺功能及对治疗反应的观察中不断“对比”“体验”和“领悟”中实现的。

笔者曾遇到一例59岁女性患者，1年多来出现劳力性呼吸困难，无明显咳嗽，平静时候如常，10年前曾经因纵隔肿瘤放射治疗1个疗程。

院外胸部X线片、CT及心脏检查均未见明显异常。

门诊查体发现患者在用力吸气时以呼吸困难为主，吸气时间延长，用力吸气后轻微“三凹征”，仔细听诊在胸骨角附近呼吸音明显粗糙，猛力呼吸偶闻及低调干鸣音，提示患者可能有上气道阻塞，后纤维支气管镜检查证实为气管中段膜性狭窄，狭窄处管腔直径仅有6mm，推测患者管腔狭窄与放射治疗有关，经冷冻治疗后，患者气道狭窄解除，呼吸困难缓解。

编辑推荐

《呼吸系统疾病诊断思维及病例分析》适合内科医师，特别是呼吸内科住院医师和主治医师及相关医务人员参考阅读。

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>