

<<临床教学大巡诊>>

图书基本信息

书名：<<临床教学大巡诊>>

13位ISBN编号：9787807316732

10位ISBN编号：780731673X

出版时间：2008-1

出版时间：陈伟强、冯起校、黄汉伟 广州出版社 (2008-01出版)

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>

<<临床教学大巡诊>>

前言

喜读《临床教学大巡诊——病例释析与进展》一书，感到很有特点，被它吸引而爱不释手。该书的书名恰如其分地反映了它的特点：紧密结合临床，针对教学需要，集思广益的巡诊分析，以及具有导向性的最新研究进展等。

作为一名医生，救死扶伤是我们的天职。

而要履行这一天职，必须不断提高临床诊疗水平。

本书中的每一案例分析，无一例外地在以下方面给人们以启迪：（1）每一疾病，虽然都有一般的发生、发展和转归的规律，但相同疾病，在不同个体受累程度与临床表现是不尽相同的。

医生必须分析一般规律中的特殊表现，并把握住这一特点，启迪临床思路，作出符合实际的诊断和有的放矢的治疗方案。

（2）每一疾病，虽然都有通常的所属组织系统、病理生理过程和病理改变，但多与周身其他系统有关联；有的甚至被其他系统的相关病变表现所掩盖，造成了疑难、复杂的病症。

医生在临诊时，必须要有整体的观念，并需具有支持整体分析的周身各系统疾病的相关知识。

这在当前医学学科越来越细的情况下，显得尤为重要。

（3）在大巡诊时遇到个别临床上罕见病例，或某种疾病的罕见表现，通过临床分析讨论，印象很深，终生难忘。

以后一旦遇到这种病例，将起到准确的诊断和治疗的导向作用。

（4）在大巡诊时，通过对个别诊断和治疗过程中的经验教训的分析，将对以后在临床上诊断和鉴别诊断以及选择最佳治疗方案起到借鉴的作用。

本书中的病例讨论，理论联系实际，临床结合基础；分析具有逻辑性，临床思维符合相关学科专业的发展轨道和方向。

因此，本书很有实用价值，在临床上很有指导意义。

教学相长，以教促医。

医、教、研并举，是当今教学医院的发展策略。

本书编者单位为临床医疗本科教学医院，所巡诊的病例无一例外地在以下方面给人以启示：（1）每一案例讨论和分析的问题，都是实习医生和低年资医生经常遇到的或困惑、或疑虑的问题。

因此，它有释疑、增长知识和积累经验的作用。

（2）每一案例的诊疗过程，都告诉踏入医学生涯的人们，必须在从医伊始，就要有扎实的基本理论、基本知识、基本技能的“三基”功底，并要有严格、严密、严谨的“三严”精神。

“三基”和“三严”是从医者与成功有约的牢固奠基石。

<<临床教学大巡诊>>

内容概要

《临床教学大巡诊:病例释析与进展》中的病例讨论，理论联系实际，临床结合基础；分析具有逻辑性，临床思维符合相关学科专业的发展轨道和方向。因此，《临床教学大巡诊:病例释析与进展》很有实用价值，在临床上很有指导意义。

<<临床教学大巡诊>>

书籍目录

内科部分病例1 发热10天——急性上呼吸道感染病例2 肺炎伴心肌酶谱显著升高病例3 咳嗽、气促6天，加重1天——侵袭性肺曲霉病病例4 左侧胸痛7天，伴胸闷2天——结核性胸腔积液病例5 结核性胸膜炎并胸椎结核病例6 结核化疗初期类赫氏反应病例7 慢性阻塞性肺疾病并发浸润性肺结核病例8 重度肥胖合并COPD致严重低氧血症病例9 间歇性刺激性干咳3个月——咳嗽变异型哮喘病例10 成功抢救老年重症哮喘1例病例11 活动后气促3天——急性肺栓塞病例12 间断咳嗽8年，面黄、眼黄1年余——疑诊特发性肺动脉高压病例13 隐袭性渐进性气促4年余——肺泡蛋白沉积症病例14 发热、咳嗽伴皮疹3个月余——肺癌病例15 以反复偏瘫为首表现的肺癌病例16 肺癌患者合并下肢动脉栓塞病例17 左侧胸痛半年余——胸膜间皮瘤病例18 内镜下尼龙套扎联合高频电圈套切割治疗呼吸道肿物病例19 反复头痛7年，再发伴心悸、胸闷、气促半月——高血压病并心力衰竭病例20 活动后心悸、气促2月，加重伴腹胀3天——肾实质性高血压病例21 降压过快致急性脑梗死病例22 反复心悸、胸闷、气促——冠心病、心功能不全合并焦虑状态病例23 心肌梗死合并脑出血——心脑综合征病例24 胸痛、发热——急性心肌梗死并发心梗后综合征病例25 右下肢浮肿2月余，眼黄、尿黄1月余——疑诊深静脉血栓形成并急性胆管炎病例26 反复腹痛3年，加重1周——疑诊功能性腹痛病例27 上腹疼痛伴皮肤黄染2天——急性胆源性胰腺炎病例28 气促、胸闷、恶心、上腹不适半天——疑诊以糖尿病酮症酸中毒为首表现的重症胰腺炎病例29 左上腹疼痛2天，加重3小时——胆道梗阻，化脓性胆管炎病例30 腹胀伴全身乏力半年——肝豆状核变性并肝硬化失代偿期病例31 食管静脉曲张结扎套圈脱落病例32 ~ 34 非X线下食管内支架置入术病例35 ~ 36 甘露醇清洁肠道诱发结肠癌患者急性肠梗阻病例37 肾病综合征并发脑出血、心肌梗死病例38 营养性缺铁性贫血病例39 双下肢浮肿2月，心悸1月——骨髓增生异常综合征并发低蛋白血症病例40 高热、咳嗽、精神不振3天——急性粒细胞白血病病例41 发热、全身酸痛20余天——慢性淋巴细胞性白血病病例42 淋巴结肿大、多浆膜腔积液——恶性淋巴瘤病例43 胸痛2月，加重伴胸骨上段包块近1月——非何杰金氏淋巴瘤病例44 多饮、多尿10余年，全身浮肿1年——2型糖尿病、糖尿病肾病病例45 纳差、精神恍惚2天——高渗性非酮症高血糖性昏迷综合征病例46 全身浮肿2月——系统性红斑狼疮病例47 反复发热，面部红斑，白细胞减少，大量蛋白尿——系统性红斑狼疮、狼疮。肾炎病例48 反复四肢关节痛10余年，加重伴发热4天——成人still病病例49 消瘦、盗汗、右眼视力下降、淋巴结肿大——结节病病例50 反复双眼视力下降16年、左下肢活动障碍3天——疑诊多发性硬化病例51 言语不清伴吞咽呛咳2月余，加重10余天——重症肌无力病例52 全身皮肤瘙痒20年，尿少5年——寻常性银屑病合并肾损害病例53 气促伴低热、失眠4个月，加重2天——慢性疲劳综合征病例54 免疫球蛋白冲击治疗大疱性表皮剥脱性皮炎病例55 低分子右旋糖酐致过敏性休克病例56 心跳呼吸骤停复苏后伴昏迷1.5小时——过敏性休克、心跳呼吸骤停病例57 抗结核药引起药源性肝损害病例58 抽搐、不省人事20分钟——毒鼠强中毒病例59 发热伴面红耳赤、咳嗽2周——猫抓病病例60 持续高热14天，加重伴气短、胸闷2天——恙虫病病例61 ~ 62 持续发热查因——伤寒儿科部分病例63 发热、咳嗽1天，发绀、呼吸急促8小时——支气管肺炎并心力衰竭、晚发性维生素K缺乏症并颅内出血病例64 小早产、不吃少动、肺纹网囊状——疑诊败血症、wilson-Mikity综合征病例65 发热、腹痛、溶血、肾衰——溶血性尿毒症综合征病例66 阵发性下腹痛5天，加重伴全腹痛1天——腹型过敏性紫癜病例67 发热、咽痛、淋巴结肿大、肝脾肿大——传染性单核细胞增多症病例68 左下肢疼痛20余天，反复发热10余天——疑诊幼年型类风湿性关节炎(全身型)病例69 发热、淋巴结肿大、全身性脓疱疹——川崎病病例70 烦躁、嗜睡伴呕吐3小时——维生素A中毒症 外科部分病例71 术中心跳呼吸骤停心肺复苏病例72 胸腹部多处刀刺伤感胸闷气紧半小时病例73 ~ 74 老年人慢性硬膜下血肿的治疗病例75 ~ 76 重型颅脑损伤后脑积水的防治病例77 ~ 78 高血压脑出血治疗方法选择病例79 老年人高血压脑出血脑疝晚期1例抢救病例80 头枕部、颈后部疼痛逐渐加重——小脑扁桃体下疝畸形病例81 ~ 83 脑深部及重要功能区血管畸形出血治疗策略病例84 眼痛、视蒙伴头痛6个月——痛性眼肌麻痹病例85 ~ 86 鼻源性头痛的诊治病例87 头痛、涕中带血查因——蝶窦囊肿病例88 ~ 93 鼻咽癌临床病例选析病例94 舌根部肿物伴进食不适半年余——舌根部皮脂腺淋巴瘤病例95 颈部增粗、心悸、双手震颤5年，再发半年——Graves病病例96 右侧肢体无力、言语不清1小时——左颈动脉硬化闭塞症病例97 腰背部疼痛、尿频、尿痛——主动脉夹层病例98 腹痛2天，解黏液血便1天——粪块性结肠穿孔L并发弥漫性腹膜炎病例99 面色苍黄、乏力、活动后气

<<临床教学大巡诊>>

促2月余——疑诊胰腺癌病例100 肝癌破裂大出血病例101 左侧腰腹部疼痛伴畏寒、发热3天，尿闭1天——输尿管结石梗阻并急性肾衰病例102 经皮肾镜取石术后感染性休克并多器官功能障碍病例103 左下腹胀痛、排血便2个月——直肠类癌病例104 ~ 105 髌部骨折病例106 胫骨平台骨折病例107 反复腰腿部疼痛12年，加重10天——疑诊腰椎间盘突出症妇产科部分病例108 子宫内膜异位症致一侧输尿管完全阻塞病例109 ~ 110 宫颈妊娠病例111 促排卵治疗后卵巢内胚窦瘤病例112 异位葡萄胎的诊断与治疗病例113 停经36+4周，下腹胀痛5+小时——妊娠合并急性胰腺炎

<<临床教学大巡诊>>

章节摘录

插图：一、定义重症哮喘是指哮喘患者虽经吸入糖皮质激素（1000ug/d）和应用长效 β_2 受体激动剂或茶碱类药物治疗后，哮喘症状仍持续存在或继续恶化；或哮喘呈暴发性发作，从哮喘发作后短时间内即进入危重状态，临床上常常难以处理，也称为难治性急性重症哮喘。

这类哮喘患者可能迅速发展至呼吸衰竭并出现一系列的并发症，既往也称之为“哮喘持续状态”。

重症哮喘对常规治疗反应较差，与其特异的病理生理机制有关。

重症哮喘发病机制中，支气管黏膜水肿和黏液栓塞比支气管痉挛起了更为重要的作用，因而其哮喘症状难以缓解且对支气管扩张剂反应欠佳，故哮喘持续状态是支气管哮喘临床上的危重症，可严重地影响气体交换，如病情不能得到有效的控制，可危及患者的生命。

二、病因及发病机制 重症哮喘的发病原因很多，发现和排除患者的起病因素非常重要，目前已经基本明确的发病因素主要有以下几种。

1.哮喘触发因素持续存在：诱发哮喘的吸入性过敏原或其他刺激因素持续存在，使机体持续地产生抗原-抗体反应，发生气道炎症、气道高反应性和支气管平滑肌痉挛。

如果患者不断吸入或接触过敏原，气道炎症将进行性加重，并损伤支气管黏膜，使支气管黏膜充血水肿、黏膜大量分泌黏液并形成黏液栓，加上支气管的极度痉挛，导致严重的气道阻塞。

2.呼吸道感染：常见有病毒、支原体和细菌感染。

感染可使气道上皮损伤，感觉神经末梢暴露，导致气道神经源性的炎症。

感染本身可引起支气管黏膜充血肿胀及分泌物增多，甚至形成黏液痰栓而加重气道阻塞。

此外，某些微生物或其他代谢产物还可作为抗原引起哮喘发作。

呼吸道感染也使气道高反应性加重，导致支气管平滑肌进一步痉挛，呈现出哮喘持续状态。

3.脱水、痰液粘稠、痰栓不易咳出：哮喘发作时经呼吸道丢失水分增加、吸氧时湿化不足、大量出汗及茶碱类药物的利尿作用造成机体脱水，而使痰液粘稠，形成无法咳出的黏液痰栓而阻塞大小气道，致使喘息不止。

4.精神过度紧张、烦躁不安可加重支气管平滑肌收缩：哮喘患者由于精神过度紧张、不安、恐惧和忧虑等因素均可导致哮喘病情的恶化和发作加剧。

精神因素也可通过影响某些神经肽的分泌等途径而加重哮喘。

5.糖皮质激素使用不当：长期应用糖皮质激素后突然减量或停用，可造成体内糖皮质激素水平的突然降低，致使哮喘恶化且对支气管扩张剂反应不佳。

尤其是长期吸入或口服大剂量的激素，常常伴有下丘脑-垂体-肾上腺皮质轴功能抑制，突然停用皮质激素往往相当危险。

6.水、电解质紊乱和酸中毒：哮喘急性发作时，患者多汗和呼吸道内丢失大量水分，并且由于使用茶碱类制剂导致尿量增多，患者有不同程度的脱水，从而使痰液更为粘稠，形成难以咳出的痰栓，可广泛阻塞中小支气管，加重呼吸困难且难以缓解。

此外，由于低氧血症可使无氧酵解增加，体内酸性代谢产物积累，患者可合并代谢性酸中毒。

此时气道对许多支气管扩张药物的反应性降低，进一步加重哮喘患者的病情。

7.出现严重的并发症：哮喘患者肺过度通气又可使肺泡过度膨胀，肺脏层胸膜破裂并发气胸、纵隔气肿，使哮喘呈持续状态。

气道阻塞引起肺不张等，以及伴发其他脏器的功能衰竭等均可导致哮喘症状加剧。

<<临床教学大巡诊>>

编辑推荐

《临床教学大巡诊:病例释析与进展》是由广州出版社出版的。

<<临床教学大巡诊>>

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>