

临床常见病例分析

—医学生与住院医师学习指南

**Common Clinical Cases:
A Guide to Internship**

原著 Sanjaya Senanayake

主译 崔益群



 人民卫生出版社

R44
SNN
C11

临床常见病例分析

—医学生与住院医师学习指南

**Common Clinical Cases:
A Guide to Internship**

原著 Sanjaya Senanayake

森纳那亚克

主译 崔益群

译者 泮思林 王志国 郭晓静 姚文



 人民卫生出版社

译者序

随着高科技向医学领域的渗透，医学教育和医疗技术正在发生着深刻变化，培养医生的传统教育模式也受到越来越严峻的挑战。如何培养合格的医学生使其在毕业时达到规定的水准、怎样对低年住院医师给予科学训练使其能娴熟地应对和诊治错综复杂的临床疾患，这不仅是医学教育要研究的课题，而且也成为社会关注的焦点。

本书共分36章，所涉及的36个临床常见疾患（症状与体征），包含了多达百余种与此相互关联的常见病和多发病。每一章内容的学习目的十分明确，提出问题；寻找最佳证据；通过所得资料作出诊断；应用已获证据指导临床实践；根据治疗效果进行循证评价。通过这些步骤的反复训练，使医学生的临床意识进一步加强，临床视野更加开阔，不仅掌握了这些常见的临床疾患，还从中理解了学什么，如何学的问题。

本书作者将自己多年的临床实践和带教经验与科学的证据相互结合，以循证医学（evidence-based medicine, EBM）的教育理念，通过以问题为中心的教学模式（problem-based learning, PBL）设计了一套培养医学生和低年住院医师的临床思维方法和程序。通过临床真实病例的情景再现，从病史采集、查体、实验室检查、诊断与鉴别诊断、治疗原则直至用药选择都作了精心编排。其病例设计的巧妙与科学、临床推理的严谨与

认真、治疗与用药的精心选择使本书不仅对提高学生的临床技能，而且对临床带教老师的思维模式转变都极有帮助，使他们都获益匪浅。

人民卫生出版社选择并精心指导此书的编译，它的出版无疑会对我国的临床教学起到积极的推动作用。译者在此对人民卫生出版社及在本书翻译过程中给予大力支持和帮助的同仁谨致深切的谢意。

因译者水平有限，译文中错漏在所难免，恳请读者不吝指正。

崔益群

于青岛大学医学院

作者介绍

Sanjaya Senanayake 医生目前是澳大利亚堪培拉市立医院院长、传染病医师；他在澳大利亚国立大学（ANU）医学院获得临床流行病学硕士学位并在该院担任教职。

前言

今天的医学生在毕业的时候其临床经验的欠缺已是不争的事实——我们不可能期望他们在实习阶段就已看到并掌握所有的临床核心内容，因为这些知识只是专家应该具备的。但是医学生在接受本科和研究生教育中所学到并掌握的学习技能将有助于他们在住院医师培训过程中，处理以前从未遇到过的临床问题。

本书为医学生和低年住院医生提供了一种扩展其临床视野的新方法，Senanayake 博士设计的这套临床常见病诊治思路为发展临床推理及处理技能奠定了基础。书中的每一个病例都是 Senanayake 博士自己临床经验的总结，并且也是在教学医院中经常碰到的问题。考虑到真实病人复杂的临床情况，作者设计了难易适中的内容供学生学习。

作者在书中对每一个病例不仅描述了处理问题的方法，而且也帮助医学生和低年住院医生建立对临床常见病的基本诊治思路，同时以循证医学的原则应用于病例的处理。此外，每一章还包括结论性总结，以便读者检验自己的学习进展和收获。

通过学习本书，医学生将开阔临床思维和丰富临床

经验。对那些已经工作但在临床实习阶段未能见到某些临床病例的低年住院医生，本书也不失为一本十分重要的学习参考指南。

澳洲新南威尔士大学

威尔士亲王临床学院

临床教学部 菲力普·琼斯 (Philip Jones)

本书目的与使用

这本学习指南以 PBL (Problem-based learning) 教学模式展示了临床常见疾病与诊治原则。作为一名读者,你将成为医生并在每一个情景中面对病人并承担诊治病人的责任。书中所描述的 36 类疾病,是你在病房或急诊室经常碰到的最常见的临床疾患。这些病例涉及许多临床医学学科,包括心脏病学、呼吸医学、胃肠病学、神经病学、内分泌学、风湿病学、传染病学、精神病学、免疫学、血管外科学、泌尿外科学、急诊医学、血液病学和肿瘤学。

作为一名教师,我始终认为解难为本(PBL)的学习方法是有效的教学手段,激发学生参与辩论和讨论不仅对学生而且也对教师都是一种挑战。本书的撰写理念使你有这样的机会跟随每一个病例的诊断处理来学习掌握临床技能,这些病例都是现实生活中真实病例的情景再现。

这是一本澳大利亚版的袖珍临床医学学习指南,尽可能以澳大利亚的风格描述临床实践和参考文献,虽然这里的医生处理许多疾病的方法与海外的医生没什么两样,但有时还是存在差别。本书的目的还在于使你能深入了解澳大利亚的医院病房和急诊室的治疗常规。

本书的特点是通过一幕幕情景(病情介绍)进入每个病例的讨论和分析。在精心设计每一幕情景中,描述了病人的症状与体征、诊断与鉴别诊断以及治疗,通

过一系列问题的提问与回答，使你一步步对病情逐渐明了而明确诊断，然后教你如何选择适合的疗法来处理病人。书中每一个病例的讨论和分析都集中在一个专业领域，当你想要在某一章中对一个专题有更多的了解（例如：肺栓塞），或者对某个专题的某一方面更感兴趣（例如：肺栓塞诊断中 V/Q 扫描的应用），有关章节会给你更多的信息。

此外，在每一章的末尾附有参考文献，这对深入了解相关内容很有帮助。如果你想就某个专题掌握更多的资料或者要作专题讲座，参考文献中的详细内容正是你所需要的。

如果你是一名带教老师，你会发现本书的教学理念非常新颖，对在临床教学工作中如何提高学生的临床思维和推理判断能力非常实用。

目录

第1章	胸痛（急性冠脉综合征）	1
第2章	胸痛（主动脉夹层）	20
第3章	胸痛（急性心包炎）	27
第4章	心悸与呼吸困难（心房颤动）	42
第5章	因呼吸困难与咯血（肺动脉栓塞）	55
第6章	呼吸困难（支气管哮喘发作）	67
第7章	呼吸困难（慢性阻塞性肺疾病）	77
第8章	呕血（急性上消化道出血）	88
第9章	腹痛（急腹症）	99
第10章	血性腹泻（结肠炎）	109
第11章	精神恍惚（肝性脑病）	130
第12章	肢体无力（脑卒中）	146
第13章	癫痫	155
第14章	下肢无力（格林-巴利综合征）	165
第15章	头痛（蛛网膜下腔出血）	170
第16章	高钾血症	177
第17章	代谢性酸中毒	192
第18章	膝关节疼痛（关节炎）	204
第19章	下颌部疼痛（巨细胞动脉炎）	215
第20章	针刺伤（血源性传播性疾病）	228
第21章	术后发热	239
第22章	获得性免疫缺陷综合征	250
第23章	发热与头痛（急性脑膜炎）	266

第 24 章	发热与皮疹（侵袭性脑膜炎双球菌 感染性疾病）	277
第 25 章	咳嗽与发热（社区获得性肺炎）	285
第 26 章	青霉素过敏反应	303
第 27 章	贫血（结直肠肿瘤）	312
第 28 章	输血时发热	321
第 29 章	低钠血症	328
第 30 章	高钙血症与多发性骨髓瘤	342
第 31 章	高血压急症	360
第 32 章	血栓与抗凝	376
第 33 章	静脉补液	388
第 34 章	药物过量与药物中毒	395
第 35 章	急性下肢痛（急性肢体缺血）	404
第 36 章	肾绞痛	412

第 1 章

胸痛（急性冠脉综合征）

情景一

急诊室又开始了漫长的一天。你应约接诊 Nguyen 先生，这是一位 47 岁因胸痛就诊的患者

Q：你如何处理一位患急性胸痛的病人？

A：首先必须确定病人是急性冠脉综合征还是其他原因。

急性冠脉综合征包括：

- 不稳定型心绞痛（UA）
- 无 ST 段抬高型的心肌梗死（NSTEMI）
- ST 段抬高型的心肌梗死（STEMI）。

如果病人符合不稳定型心绞痛（UA），就必须分辨是低危型、中危型还是高危型心绞痛。UA 的分型非常必要，因为它决定了下一步的处理方案，并为预后提供指导。

Q：对于胸痛的病人，你是否也遵循其他疾病的病史采集和体检常规？

A：在处理胸痛病人时，应该打破常规。重要的是在病人就诊 5 分钟内完成 12 导联心电图检查，从而排除急性心肌梗死。商界有句名言“时间就是金钱”，而对心脏病患者来说“时间就是心肌”（此言虽俗，但却是警示）。如果此时救护人员尚未准备好，应在病人刚来时立即让其舌下含服半片 Anginex 和 300mg 阿司匹林。

情景二

护士给你几分钟前 Nguyen 先生所做的心电图检查，结果提示下壁导联 ST 段压低。询问得知该患者从事零售业，每天工作约 15 个小时。1 个月前初次感到胸痛时他正在开会，只是心前区有钝痛感觉，没有其他部位放射痛，只持续了大约 5 分钟。此后有过 2 次类似的发作且都在静息状态下发生，5 分钟内自行缓解。今天发作的时候，他也是在开会，但是疼痛非常剧烈，而且向颈部和下颌部放射并伴有大汗淋漓。

患者的同事迅速拨打急救电话，救护车大约 10 分钟后赶到。在送往医院途中医护人员给其舌下含服半片硝酸甘油，但疼痛并未缓解。又给其服用了 300mg 阿司匹林，而且一到医院就吸氧，并且追加了一片硝酸甘油，现在疼痛已经缓解。

Nguyen 先生平时身体健康，只是在 25 年前曾做过阑尾切除手术。他一直希望能检查自己的血清胆固醇和血糖水平，但无奈终日忙碌无暇顾及。该患者每天喝 20g 白酒，但从不抽烟，其父在 50 岁时死于心脏病。

查体后发现他体重超标，而且略显紧张。心率 85 次/分，律齐，血压 155/85mmHg，双侧血压无偏差，外周脉搏正常，其余无明显阳性体征。

Q：该患者 12 导联心电图检查结果与临床评估是否符合不稳定型心绞痛的诊断？

A：休息时疼痛发作并且向颈部和下颌部放射，很强的

家族性缺血性心脏病史以及心电图表现都与 UA 的诊断标准相符。

Q: 你认为还应该给他做哪些检查?

- A: 1. 肌钙蛋白 (基础值和 6 小时后至少再测一次)
2. 肌酸激酶水平 (CK)
 3. 全血细胞计数
 4. 电解质, 尿素, 肌酐
 5. 血糖
 6. 血脂 (急性冠脉综合征应在 24 小时内检查)
 7. 血凝学检查
 8. 胸部 X 线检查。

Q: 是否都要检查肌钙蛋白和肌酸激酶水平或者仅检测肌钙蛋白一项?

A: 一些医院仅把血清肌钙蛋白水平作为心肌损害的标志。在未开展肌钙蛋白检查时, 肌酸激酶水平 (CK) 通常被作为血清标记物衡量心肌损害的金标准。尽管如此, CK 并不是一种特异性的检查, 在骨骼肌中也能检测到肌酸激酶 (CK)。CK 的同工酶 CKMB 比 CK 更具特异性, CKMB/CK 比值 ≥ 2.5 提示来源于心肌。

血清肌钙蛋白水平比血清肌酸激酶更敏感、且特异性更高, 于症状出现 6 小时后开始升高, 也可持续升高 7 天 (肌钙蛋白 I), 最长 14 天 (肌钙蛋白 T)。另一方面, 肌酸激酶 (CK) 虽然也从 6 小时后开始升高, 但仅维持 48 小时左右。

因此, 肌酸激酶 (CK) 检测比肌钙蛋白优势在于其可检测再梗死的发生。因为肌钙蛋白维持 7~14 天的较高水平, 此时肌钙蛋白系列性检查不可能发现再梗

死。然而考虑到 CK 在 48 小时后回落至正常水平，同时检测 CK 和肌钙蛋白可能在监测再梗死时更敏感。

Q：你在等待检查结果过程中应如何处治病人？

A：

1. 控制胸痛。

如果服用 2~3 片硝酸甘油后疼痛仍不能缓解，就有必要每隔几分钟静脉注射 2.5mg 吗啡，直至疼痛缓解或者已经用了 10mg 吗啡总量（2.5mg/支）。

2. 持续心脏监护或者间断 12 导联心电图检查。如果疼痛持续，每 15 分钟做一次心电图检查。

情景三

在吸氧并服用 2 片硝酸甘油后，Nguyen 先生的疼痛很快缓解。ST 段回至正常，此次疼痛发作持续约 45 分钟。胸片检查正常，血糖、全血细胞计数、电解质、尿素、肌酐水平也大致正常。

肌酸激酶和肌钙蛋白检查结果如下：

项 目	正常范围	Nguyen 先生
肌钙蛋白（基础值）	0~0.1 μ g/L	<0.1
肌钙蛋白（6h 后）	0~0.1 μ g/L	3*
肌酸激酶（基础值）	<170U/L	190*
肌酸激酶（6h 后）	<170U/L	185*

* 异常结果

Q：Nguyen 先生 6 小时后肌钙蛋白水平升高，这意味着他是心肌梗死还是心绞痛？

A: 这取决于所在医院心脏病科是否进行 CK 检查来评价急性冠脉综合征。

急性冠脉综合征的分类如下:

项 目	低危 型 UA	高危 型 UN	NSTE 心 肌梗死	STE 心 肌梗死
肌钙蛋白	正常	可测到	可测到	可测到
CK	正常	正常	升高	升高
ECG (入院时)	正常	ST↓或一 过性 ST↑	ST↓或一 过性 ST↑	ST↑
ECG (出院时)	正常	无 Q 波	无或有 Q 波	无或有 Q 波

高危型 UA: ST↓或 ST↑应 $\geq 0.5\text{mm}$; 摘自澳大利亚国家心脏基金会和新西兰、澳大利亚心脏协会 (2000)

Nguyen 先生符合高危型 UA 诊断标准。¹

Q: 判断是低危、中危、还是高危型 UA 的其他标准有哪些?

A: 如果要了解所有的标准很容易出现思路混乱, 但是掌握了急性冠脉综合征的分类有助于评估和处理急诊室的胸痛病人, 而且也能让实习医生和住院医生见到大量胸痛病人。

记住下面的表格内容很有意义:

¹ 一些不再以 CK 来评价疑有急性冠脉综合征病人的医疗机构, 已经测算出相当于升高的 CK 水平的肌钙蛋白值 (例如肌钙蛋白 I, 其数值大约是 1.0, 因此 Nguyen 先生患有 NSTE 心肌梗死)。

项 目	低危型 UA	中危型 UA	高危型 UA
肌钙蛋白	正常	正常	可测到
ECG	无显著的改变	无显著的改变	有显著的 ST 改变
	症状很快消失	症状延迟消失	症状不消失

摘自澳大利亚国家心脏基金会和新西兰、澳大利亚心脏协会（2000）

因此，如果你一旦确定病人患有 UA 而非心肌梗死，应立即分析 ECG、肌钙蛋白水平。若两者变化均不显著，提示病人非高危型 UA，要么是低危型 UA，要么是中危型 UA。面对这种情况，可用下面的表格继续分类：

	低危型 UA	高危型 UA
心肌梗死或血管重建术	无	有
65 岁	无	有
夜间疼痛	无	有
2 周内新发Ⅲ*或Ⅳ [†] 级胸痛	无	有

* Ⅲ级胸痛指不能从事普通体力活动

† Ⅳ级胸痛不能从事任何体力活动

摘自澳大利亚国家心脏基金会和新西兰、澳大利亚心脏协会（2000）

Q：如何处理 Nguyen 先生的高危型 UA？

A：

1. 阿司匹林

救护人员已经给他服过阿司匹林，该药可减缓心肌梗死的进展，使心脏病导致的死亡率降低 50%。应该长期口服该药，每天 100 ~ 150mg。