

The top half of the cover features a complex, abstract graphic. It consists of numerous glowing green and yellow lines that swirl and spiral inwards, creating a sense of dynamic movement and depth. Interspersed among these lines are strings of binary code (0s and 1s) in various orientations and colors, including white and yellow. The background is a gradient of blue and green, with a bright horizontal band of light cutting across the center of the graphic.

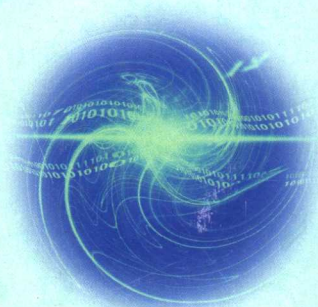
内科临床思维

NEIKELINCHUANGSIWEI

王义国 于翠香 主编
闫明先 刘元水

济南出版社

责任编辑 / 张所建
封面设计 / 薛 涵



ISBN 7-80710-064-8



9 787807 100645 >

ISBN 7-80710-064-8

定价：50.00 元

内科临床思维

主编 王义国 于翠香 闫明先 刘元水

济南出版社

图书在版编目(CIP)数据

内科临床思维/王义国,于翠香,闫明先主编.
—济南:济南出版社,2004.10
ISBN 7-80710-064-8

I. 内... II. ①王... ②于... ③闫...
III. 内科学 IV. R5

中国版本图书馆CIP数据核字(2004)第109907号

责任编辑 张所建
封面设计 薛 涵

出版发行 济南出版社
地 址 济南市经七路251号(250001)
印 刷 昌邑市新华印刷有限公司
版 次 2005年7月第1版
印 次 2005年7月第1次印刷
开 本 787×1092 1/16
印 张 29.5
字 数 480千
印 数 1-1000册
定 价 50.00元

(如有倒页、缺页、白页,请直接与印刷厂联系调换)

《内科临床思维》编委会名单

主 编 王义国 于翠香 闫明先 刘元水

副主编 孟欣颖 王 清 刘 红 乐向东
许崇艳 刘学梅 梁文华 崔美玉
高 杨 房 奇 汤为民

编 者(按姓氏笔画排序)

于翠香	于洪存	于 泓	王义国	王 华
王仲美	王 焱	王 清	仇丽宏	乐向东
刘 红	刘元水	刘学梅	乔冬冬	许崇艳
闫明先	李双玲	李 雁	李光森	吴茂梅
吴洪文	张怀风	房 奇	孟欣颖	武翠萍
杨宏丽	姚玉才	赵军燕	耿雪梅	高 杨
崔美玉	梁文华	程 立		



医学是一门极其复杂、深奥的生命科学。人体各器官组织在生理功能上各司其职,但又相互联系、不可分割。因此,疾病的表现也是千变万化、错综复杂。这往往使缺乏临床经验的医生“如坠十里迷雾”,不知所措。尽管近年来各种先进的检测手段为临床诊断起到了良好的辅助作用,但如果医生没有清晰的思路,则只能是“撒大网,捉小鱼”。这不仅会加重病人的经济负担,也会使医生由于受检测结果的牵制而造成误诊、误治。因此,根据病史、体检结果去系统、科学、合理地进行逻辑思维,同时配合适当的辅助检查,最后确定和排除诊断,仍为临床医生应有的基本功。遗憾的是这又恰恰为当代中青年医生的薄弱环节。

《内科临床思维》一书不失时机地展现在临床医生,尤其是中青年医生面前,为他们理顺思路、指点迷津。正确的内科临床思维必须建立在扎实的内科理论基础和丰富临床经验的基础上,同时要掌握一定的分析方法和技巧。这就要求临床医生必须通过理论—实践—再理论—再实践循环往复的过程,不断积累、不断升华,以期临床技能不断提高。该书从内科常见症状入手,分析可能的病因、发病机制及鉴别诊断;同时提供一套思维过程的参考模式;并结合实例进行分析,对正确诊断、合理设计和调整治疗方案,具有良好的指导价值。全书涵盖内科各系统疾病,内容丰富、翔实,从理论指导实践,分析问题思路清晰、有理有据、说服力较强,可谓辅佐广大基层医生、青年医生及实习医生临床工作的理想参考书,值得一读。

内科临床思维

《内科临床思维》一书由临床经验丰富的中青年医生完成。他们是目前医疗、教学、科研工作的骨干力量,也是充满朝气和热情的一代。如今看到他们对临床技能提高的重视,实在令人欣慰。在此,衷心祝愿中青年医生们为人类的健康事业做出更大的成绩。

刘 倩

2004年12月于济南



前 言

临床思维,是指医生利用自己所学到的医学理论知识,对临床资料进行综合分析和逻辑推理,从复杂的临床资料中,找出主要矛盾,找到疾病发生、发展的本质。这是正确诊断及治疗疾病的基本条件。正确的临床思维,是临床医师长期从事临床实践的经验总结,是临床医师的基本功,临床思维是不能用任何仪器替代的。然而,目前许多医师特别是青年医师不重视这一点,在临床工作中往往仅依靠病人的叙述或某一项检查结果作出诊断,因而常导致误诊或漏诊。为此,我们组织了富有临床和教学经验的专家、教授编写了这本《临床思维与实践》,旨在帮助临床医师,特别是缺乏临床实践经验的医学生和青年医师掌握临床思维的步骤和方法,即掌握解决临床问题的钥匙,从而提高诊疗水平。

临床思维的基本条件是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,包括基础医学知识和临床医学知识。前者包括解剖学、生理学、病理学、生物化学、药理学、微生物学、免疫学等,后者包括内科学、外科学、妇产科学、儿科学、传染病学、心理学等。所谓临床实践,包括直接的和间接的实践。直接实践是亲身接触病人,观察病情,掌握第一手临床资料。间接实践是通过阅读文献及参加临床病理(例)讨论会等,从别人的实践中,间接获取经验或教训。没有这些条件就无法进行临床思维。

临床思维的必要前提包括详细可靠的病史、仔细正确的体检、必要的实验室和辅助检查。临床思维的方法有经验诊断法、假设诊断法、排除诊断法、

内科临床思维

程序诊断法等。为了使思维条理化、系统化,本书在广泛总结临床经验的基础上,对症状、体征和实验室检查编写了思维程序。所谓程序诊断法,就是第一步考虑什么,第二步怎样考虑等。按照程序思维可避免重要疾病的遗漏。临床思维方法是多种多样的,因而,思维程序也不是固定不变的,为了防止机械运用程序导致思维僵化和教条化,我们对内科一些常见症状的临床思维方法做了举例介绍,使纵向思维和横向思维结合。这些病例是临床思维程序的补充和延伸。

内科临床思维属方法学范畴,是诊断学与内科学的有机结合,是理论与实践的结合,因此它不同于系统内科学或内科疾病鉴别诊断学。临床思维是一项复杂的过程,必须经过不断实践、不断总结才能逐步掌握,不能期望读过此书就能全部学会临床思维方法,那是不现实的。本书写作得到医院各级领导的支持和鼓励,在此深表感谢。初稿完成后曾在实习医师中试用,部分内容曾对进修医师进行了讲授,广泛征求了他们的意见。我们特别邀请了临床经验丰富的张钦教授、刘倩教授对书稿进行审阅,两位教授提出了许多宝贵的意见和建议。刘倩教授百忙之中还特别为本书作序,为本书增辉,在此表示衷心的感谢。



目 录

临床思维程序的培养	(1)
第一章 常见一般症状	(9)
第一节 发热	(9)
第二节 水肿	(17)
第三节 休克	(26)
第四节 呃逆	(34)
第五节 皮肤黏膜出血	(38)
第六节 发绀	(45)
第二章 呼吸系统症状	(52)
第一节 咳嗽与咳痰	(52)
第二节 咯血	(63)
第三节 呼吸困难	(72)
第四节 胸痛	(82)
第五节 胸腔积液	(90)
第三章 循环系统症状	(101)
第一节 高血压	(101)
第二节 低血压	(109)
第三节 心悸	(115)
第四节 心律失常	(121)
第五节 猝死	(129)

内科临床思维

第四章 消化系统症状	(137)
第一节 吞咽困难	(137)
第二节 反酸与烧心	(144)
第三节 食欲减退	(150)
第四节 恶心与呕吐	(155)
第五节 腹痛	(161)
第六节 腹胀	(175)
第七节 腹泻	(182)
第八节 便秘	(189)
第九节 便血	(195)
第十节 呕血与黑便	(202)
第十一节 腹部包块	(209)
第十二节 腹水	(219)
第十三节 肝脏肿大	(226)
第十四节 黄疸	(232)
第五章 血液系统症状	(241)
第一节 贫血	(241)
第二节 出血倾向	(250)
第三节 淋巴结肿大	(258)
第四节 白细胞异常	(264)
第五节 脾脏肿大	(272)
第六章 泌尿系统症状	(281)
第一节 少尿与无尿	(281)
第二节 多尿	(288)
第三节 尿频、尿急与尿痛	(297)
第四节 血尿	(303)
第五节 脓尿	(310)
第六节 蛋白尿	(317)
第七节 肾功能衰竭	(326)
第七章 内分泌与代谢系统症状	(336)
第一节 消瘦	(336)
第二节 肥胖	(342)

第三节	甲状腺肿大	(348)
第四节	高血糖	(354)
第五节	低血糖	(361)
第六节	高钾血症	(367)
第七节	低钾血症	(373)
第八节	高钠血症	(379)
第九节	低钠血症	(382)
第十节	高钙血症	(385)
第十一节	低钙血症	(390)
第八章	神经系统症状	(396)
第一节	头痛	(396)
第二节	眩晕	(405)
第三节	晕厥	(413)
第四节	抽搐与惊厥	(420)
第五节	昏迷	(428)
第六节	不自主运动	(440)
第七节	瘫痪	(449)



临床思维程序的培养

临床思维是指医护人员在临床实践中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,包括临床诊断思维和治疗思维。临床思维能力是临床诊治水平的重要保证,在临床工作中应重点培训。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,更需要有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。

一、临床思维的重要性

正确的临床思维是临床医生长期从事临床实践经验的科学总结,是任何仪器不可替代的。只有掌握了正确的临床思维方法,才有可能借助已有的知识和经验,有效地处理错综复杂的临床问题。不可否认,近年来各种现代化仪器和辅助检查设备不断涌现,极大地方便了疾病的诊断。但实际上,临床误诊率并没有因此而下降,仍然停留在 20 世纪初的 30%~40%。其根本原因是人们过分依赖这些现代化的设备,不能正确地理解、判断各种检查结果的意义,甚至被误导。因此,在科学得到空前发展的今天,强调临床思维能力的训练和培养仍具有重要的意义。

二、临床思维的基本条件

临床思维必须具备两个基本条件,即扎实的医学相关知识和丰富的临床实践,两者缺一不可。所谓医学知识包括基础医学知识和临床相关医学知

识。前者是指人体解剖学、生理、生物化学、病理学、微生物学、免疫学、遗传学、药理学等,以及临床流行病学、卫生统计学乃至人文科学的系统知识;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。如某些疾病的发生有明显的人群和地域特征,而有些疾病有明确的性别和年龄特征。由于这些学科的知识也在不断更新,同时,新理论、新技术一直在推动着医学科学的进步,就临床基础理论而言,细胞、分子生物学的迅猛发展,特别是人类基因组计划的实现,将根本改变生物学和临床医学的面貌。如病人的分子遗传特点,将为临床上个体化治疗提供新的依据。尽管这些理论知识多数还不能直接应用于临床,但临床医生对这些知识的认识和掌握将有助于对疾病发生的病理生理机制的认识,提高应用新的理论思考临床问题的自觉性和主动性。因此,作为临床医师就要不断学习医学相关的基础理论为临床服务,学无止境。

2 ◆ 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。不少医生对临床实践不感兴趣,认为把大量时间浪费在病人床边学不到什么,不如去看书或读外文,这种想法是极端错误的。临床实践不仅可以获得对疾病的感性认识,还可以积累经验和教训,这些都是训练临床思维不可缺少的环节。有经历才有经验,经验只能从实践中获得,实践越多,经验也越丰富。医生的经验也只能从不断的医疗实践中积累。病人愿意请老医生看病,主要是老医生的临床实践时间长,经验教训多,诊断正确率高,当然疗效也较好。这同样也从另外的角度说明临床实践的重要性。敏锐的观察力和善于总结经验的能力是临床思维训练不可或缺的,经验中既有感性认识,又有理性认识。要真正做到有判断能力、有决断能力、有先见之明及有灵活应付的能力的合格临床医生,就必须借助前人的经验总结,丰富自己的临床实践。王海燕教授把这种方法总结为“实践—思考—学习—总结—再实践”。间接经验即是通过阅读医学文献,参加临床病理(例)讨论会,从别人的临床实践中获取经验或教训。如果不善于结合临床实践去读书、去分析和总结、举一反三、不断提高,也是不可能成为一个好医生的。吴阶平院士精辟地阐述过“实践、思考、知识”三者结合的重要性。不少年轻医生存在着诸如“在病房多做些实际工作好,还是多看些书好?”的问题,张乃铮教授认为实际工作(实践)与看书(理

论)问在时间安排上看似有矛盾,而实质上它们却是相辅相成、互相促进,甚至是将贯穿一位医生一生的学习态度问题。临床上问诊、体格检查、病历的书写、病情观察、病程记录、病人处理,固然是直接的、最重要的临床思维培养手段,但如果不结合文献系统总结、归纳、升华为自己的临床思维,同样难以做个医术高明的医生。因此,我们既强调自己的临床实践,也重视结合自己临床中的问题去学习前人的经验总结,这些针对实际问题的求知(理论),是另一意义上的实践。从医的一生,这种反复的过程会永无休止。我们任何时候都可以去学我们感兴趣的问题,但是学习了就得思考一番,如何使之提高我们的工作,指导自己的临床实践;反过来,我们做任何实际工作包括临床实践,总要从多方面去想—想,之后总会察觉不少自己不甚清楚的问题,这时就该去学习,形成自己的见解,才会有进步。如此循环,反复不已。上述两方面是辩证的统一,对年轻医生而言应更多注意后者,也就是在不断打扎实基础、积累临床经验的过程中丰富自己。只有具有丰富的临床经验和医学知识,才能成为一名优秀的内科医生。

三、临床思维的必要前提

临床医师在对病人的诊治过程中,需要解决的重要问题,即病人是否有病,患的是什么病。完整和准确的临床资料是临床思维的必要前提。在肯定和排除诊断中,就需合理选用诊断试验,选用时要考虑其有无指征,该指征是否有效并正确,是否昂贵,对病人有无损伤等。同时,临床医师还要对试验结果作出合理的解释。虽然这些工作从住院医生就开始做起,但要做好并不容易,这是临床医生的基本功。

1. 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用自己的临床知识,边询问、边思考、边鉴别,去粗取精,去伪存真,不断分析、归纳,不断地向诊断靠拢的过程,而不是仅仅听取和记录病人的自述。切忌问诊内容零乱、颠倒、缺乏连贯性和逻辑性等问题。问诊中不能遵循正确的临床思维方法,既找不出主要症状重点询问,又忽略有意义的阴性症状,以致采集的病史不完整、欠准确、质量低,更难以对采集来的病史资料进行很好的综合分析。对每一个症状应该问些什么,诊断学上是有明确规定的。只有详细了解病史并深入探究每一临床表现,才能作出正确的临床诊断。临床上,类似的临床表现可出现在不同的疾病,用一种疾病不能解释某些临床表现时,不要轻易以症状不典型解释。作出正确诊断后常常会发

现这些临床表现原来是另一种疾病的典型症状、体征。

2. 仔细地做体格检查 检查是对病史资料不足或遗漏的补充。体检时不仅要求手法正确,而且要全面系统,也需要边检查边思考,如查什么、怎样查、为什么查、查到的结果怎样解释等。比如,直肠癌是消化道肿瘤中最容易诊断的疾病,只要做一下直肠指检或直肠镜检查即可发现。然而,由于临床医生的疏忽,病人常被误诊为肠炎、菌痢、痔疮等,直到广泛转移时才被发现,错过了治疗的良机。

3. 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,要根据病情需要选择检查项目,不能“撒大网,抓小鱼”。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。循证医学要求运用目前最好的证据来解决临床问题,即在诊断试验方面应了解所选择检查项目的科学性(有关诊断试验准确性的证据是否可靠?该试验是否与金标准试验进行“盲法”比较?)、有效性(这些可靠的证据有无能力来正确鉴别病人有无此病?)、实用性(是否可以应用这种可靠而又重要的诊断试验去诊断我的病人?)。在开出医嘱做某项试验前,应考虑:①对病人的诊断还有多大疑问,是否有必要做该项检查;②做该项诊断检查的危险性、费用以及做该项检查的迫切性。总之,进行诊断试验的目的是决定是否对病人进行治疗。所以,不要问该试验有多好,而应考虑通过该项试验结果确诊疾病后治疗的效果有多好,如果该试验结果有可能改变处理方案,则这个试验就是有用的。因此,一个好的临床医生应遵循循证医学的原则,科学选择检查项目,并对检查结果科学分析,为己所用。

四、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,认为他确实有病,为此才能做到给病人以最大的关心和细致的检查。

2. 器质性与功能性 首先考虑为器质性疾病,并千方百计去寻找疾病的所在,绝不要简单地、轻率地断定为功能性疾病。但对病史明确、符合功能性胃肠病诊断标准的患者,如果患者无器质性疾病的高危险因素,有针对性地

选择几种基础实验检查,如果结果无特别发现,可以按功能性胃肠病给予治疗,并追踪随访。

3. 一元与多元 在有多种症状、体征时,疾病的诊断首先考虑一元论的原则,尽量用一个疾病去解释多种表现;如无法用一元论解释时,再考虑多元论(即若干个疾病共存)。

4. 常见和少见 疾病的概率,决定了临床上常遇到的大量病例是常见病、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。一些较常见的临床表现如消化道出血、顽固性胸腹水,却可能是一些疾病的不典型类型、少见疾病或尚未被人们认识和重视的疾病所引起。

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所致的依据,再在局部疾病中去寻求答案。

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。

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。将恶性病误为良性病,错过了治疗的良机是不可挽回的。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。

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。但有时病因不能在短期内查清,症状却严重地危害机体的健康,特别是急诊病人,不能一味追求病因诊断,而对病人的症状视而不见,应该把精力先放到危及生命的症状治疗上去,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“拣了芝麻,丢了西瓜”。