



临床诊疗思维路径丛书

内 科

经典病例分析

NEIKE
JINGDIAN BINGLI FENXI



主 编 姜玉珍 谭 平



人民军医出版社

PEOPLE'S MILITARY MEDICAL PRESS



临床诊疗思维训练丛书

内科 经典病例分析

NIKE
JINGDIAN BINGLI FENXI



主编 董国明 编 李



人民卫生出版社
RENMIN JIAOYU CHUBANSHE

临床诊疗思维路径丛书

内科经典病例分析

NEIKE JINGDIAN BINGLI FENXI

主 编 姜玉珍 谭 平

副主编 刘 斌 王秀丽 赵建军



人民军医出版社

PEOPLE'S MILITARY MEDICAL PRESS

北 京

图书在版编目(CIP)数据

内科经典病例分析/姜玉珍,谭平主编. —北京:人民军医出版社,2012.4

(临床诊疗思维路径丛书)

ISBN 978-7-5091-5031-3

I. ①内… II. ①姜…②谭… III. ①内科—疾病—病案—分析 IV. ①R5

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2012)第 049475 号

策划编辑:李玉梅 丁震 文字编辑:王月红 责任审读:吴然

出版人:石虹

出版发行:人民军医出版社 经销:新华书店

通信地址:北京市 100036 信箱 188 分箱 邮编:100036

质量反馈电话:(010)51927270;(010)51927283

邮购电话:(010)51927252

策划编辑电话:(010)51927300-8746

网址:www.pmmp.com.cn

印、装:三河市春园印刷有限公司

开本:850mm×1168mm 1/32

印张:16.125 字数:411千字

版、印次:2012年4月第1版第1次印刷

印数:0001~3000

定价:54.00元

版权所有 侵权必究

购买本社图书,凡有缺、倒、脱页者,本社负责调换

临床诊疗思维路径丛书

编写委员会

主任委员	李春昌	李义祥		
副主任委员	朱庆三	姜玉珍	谷树严	邹积艳
	赵学良	孙 辉	姜日花	马 宁
	谭 平			
编 委	(以姓氏笔画为序)			
	王秀丽	尹 飞	尹艳秋	付言涛
	吕建莉	刘 斌	刘玉梅	安立峰
	冷维春	张 莉	张远鹰	张志民
	张学文	周延民	周鸿雁	赵建军
	郝继龙	盛敏佳	蒋忠民	潘 颖
编辑办公室	李玉梅	郭秀丽		

编著者名单

主 编 姜玉珍 谭 平
 副主编 刘 斌 王秀丽 赵建军
 编 者 (以姓氏笔画为序)

刁建东	刁鸿英	于挺敏	王 吉	王 清
王 静	王丽英	王丽娟	王秀丽	王春红
王珺楠	太京华	毛磊颖	艾永顺	石张镇
石琳琳	平 楠	卢振霞	史明昊	生璐璐
白元松	刘 晶	刘 锐	刘 斌	刘 煜
刘国晖	刘秋菊	闫冰迪	孙 晶	孙步彤
孙延霞	苏振中	李 冰	李 军	李东复
李成玉	李艳辉	李艳蕾	李景贺	杨 杰
吴 曼	何扬芳	沈 鸿	沈卫章	宋春莉
张 捷	张艳华	张基昌	陈志营	林玉梅
罗 萍	金立方	金珍婧	周文华	赵 平
赵忠岩	赵建军	胡南均	姜玉珍	费 瑜
贺玉泉	莽 靖	贾姣源	徐 文	徐冬岩
徐忠信	郭宏华	崔 燕	崔红花	谭 平
谭文佳	熊晓亮	潘留兰		

丛书前言

这是一套为青年医师撰写的书。临床上要做到及时、准确地判断疾病并非易事,它不是一朝一夕所能做到的,亦不是听一堂课、读几本书所能解决的。所谓“同病异症,异病同症”是对疾病复杂性的精辟概括。医学科学发展的局限性和医师实践的有限性亦影响了医师对疾病的认识,因此,临床漏诊和误诊时有发生,这虽不是医师所愿看到的,但有时却是医师力所不及的。正因为如此,提高疾病诊断的正确率,就成为每一位执业医师毕生追求的基本目标。

疾病的发生是渐进的,它经历了健康(功能平衡)——亚健康(功能代偿)——器质性改变(功能失代偿)——生物衰竭等过程。人体在疾病的不同阶段,生理活动有不同的变化,产生相应的生物学反应和不适感受,因此在一定程度上,疾病的表现又是有规律可循的。诊断疾病是对疾病过程的倒叙或插叙,是根据疾病的表征描述疾病,对其本质做出判断的过程。因此,诊断有赖于对疾病的充分认识和清晰的思维判断,这一特点使疾病的诊断过程成为医师的一种创造性劳动。疾病诊断是在获取病史及相关检查资料的过程中产生的。本套丛书从临床诊断的路径入手,从医师的视角剖析疾病的发现、拟诊、鉴别和处置的全过程。

本丛书的编者均来自医学高等院校教学和临床工作的一线,是医学教育和临床诊疗的专家。书中每一个病例都精选于临床,

是青年医师必须熟悉和掌握的重要疾病;每一个经验和教训都是他们的亲历,是入门医师经常忽视的现象或遇到的困惑。本丛书以临床诊疗过程为线索,以健康问题为核心,对疾病诊疗的重要环节进行提问,并予以讲解,使医师在一问一答中学习诊断疾病的思路,掌握解决临床问题的原则和方法,从而举一反三,提高诊断技能。

全套丛书分为内科、外科、妇产科、儿科、眼耳鼻喉口腔科及皮肤性病科经典病例分析 6 册,试图从诊断思维方法和诊断实践两个方面为医师提供一些可借鉴的原则和经验。本丛书的编写得到了吉林大学附属各临床学院的领导和专家们以及兄弟院校附属医院同行们的大力支持,在此表示衷心的感谢。对专家们辛勤笔耕,无私地传授予“渔”表示真诚的敬意。

对本丛书可能存在的不妥之处,恳请同仁惠予指正,以便修订时完善。

吉林大学医学部教授 李春昌

卫生部国家医学考试中心教授 李义祥

2012 年 2 月

前 言

随着现代医学理论和医学诊疗技术的不断发展,青年医师必须具备扎实、熟练的基本功,科学缜密的思维方法,先进超前的知识储备,方能满足广大人民群众对健康的需求。

《临床诊疗思维路径丛书·内科经典病例分析》是以影响我国人民健康较为严重的内科常见病、多发病为重点,以临床问题为主线,以症状、体征为切入点,以问答形式进行了全面、系统、深入浅出的论述,旨在帮助青年医师运用临床思维的方法,透过现象抓住本质,掌握内科疾病的发展规律、规范有效的诊断及治疗措施,提高理论和实践水平,解决临床工作中的难点、疑点和热点问题。

本书参照大学本科临床医学教育7年制教学内容,融入教师临床经验,从多角度分析和解决问题,可作为大专院校教材的一种补充。我们组织临床和教学经验丰富的高年资医师编写此书,力求概念清楚,定义准确,重点突出,科学性强,言之有据。本书对内科专业的中青年临床医师具有指导意义,对医学院校教师及研究生亦有参考价值。

本书的出版得益于作者和编辑的辛勤努力,在此对他们及所有帮助本书出版者致以深深的谢意。

不足之处,诚望同道、读者不吝赐教。

姜玉珍 谭 平

2011年3月

目 录

第1章 呼吸系统疾病	(1)
一、咳嗽、咳痰:急性气管-支气管炎	(1)
二、咳嗽、咳痰、呼吸困难:慢性阻塞性肺疾病	(5)
三、慢性咳嗽、咳痰、气短、双下肢水肿:慢性肺源性 心脏病	(14)
四、咳嗽、胸痛:肺炎	(23)
五、咳嗽、胸痛:结核性胸膜炎	(32)
六、咳嗽、脓痰、咯血:支气管扩张	(40)
七、咳嗽、咳脓臭痰:急性吸入性肺脓肿	(47)
八、发作性喘息:支气管哮喘	(53)
九、咳痰带血:原发性支气管肺癌	(63)
十、呼吸困难、咯血:肺血栓栓塞症	(69)
十一、呼吸困难:特发性肺纤维化	(78)
十二、呼吸困难:呼吸衰竭	(83)
十三、低热、盗汗:继发性肺结核	(93)
十四、胸腔积液:恶性胸腔积液	(100)
第2章 循环系统疾病	(111)
一、头晕、头痛:原发性高血压	(111)
二、心前区疼痛:稳定型心绞痛	(119)
三、呼吸困难、咳嗽、咳粉红色泡沫痰:急性左心衰竭 ..	(126)
四、呼吸困难、心脏杂音:风湿性心脏病	(132)
五、阵发性心悸:阵发性室上性心动过速	(141)

六、胸骨后疼痛:主动脉夹层	(145)
七、胸骨后疼痛:非 ST 段抬高性心肌梗死	(150)
八、胸骨后疼痛:急性右心室下壁心肌梗死	(155)
九、胸痛、低血压:急性心肌梗死	(159)
十、胸痛、晕厥:梗阻肥厚型心肌病	(171)
十一、心悸、晕厥:病态窦房结综合征	(180)
十二、呼吸困难、全心大:扩张型心肌病	(187)
第 3 章 消化系统疾病	(196)
一、腹胀、乏力:慢性肝炎	(196)
二、间断性上腹部疼痛,伴反酸、嗝气:胃溃疡	(202)
三、右上腹持续性疼痛,向右肩放散:急性胆囊炎	(208)
四、上腹绞痛:急性胰腺炎	(213)
五、呕血:肝硬化	(220)
六、便血:溃疡性结肠炎	(228)
七、腹胀、消瘦:原发性肝癌	(235)
八、腹胀、黄疸、意识障碍:肝性脑病	(243)
九、贫血:消化道肿瘤	(250)
第 4 章 泌尿系统疾病	(257)
一、水肿:肾病综合征	(257)
二、双下肢水肿:慢性肾小球肾炎	(264)
三、血尿:IgA 肾病	(273)
四、水肿、厌食、乏力:慢性肾衰竭	(280)
第 5 章 血液系统疾病	(290)
一、贫血:缺铁性贫血	(290)
二、贫血:巨幼细胞贫血	(298)
三、贫血:骨髓增生异常综合征	(307)
四、贫血、黄疸:溶血性贫血	(316)
五、全血细胞减少:再生障碍性贫血	(325)
六、全血细胞减少:急性白血病	(333)

七、脾大:慢性粒细胞白血病	(341)
八、骨痛:多发性骨髓瘤	(351)
九、淋巴结肿大:恶性淋巴瘤	(358)
十、皮肤紫癜、鼻出血:特发性血小板减少性紫癜	(367)
第6章 内分泌系统疾病	(376)
一、消瘦:甲状腺功能亢进症	(376)
二、水肿:甲状腺功能减退症	(386)
三、甲状腺肿大、疼痛:亚急性甲状腺炎	(392)
四、肥胖:库欣综合征	(401)
五、头痛、头晕:原发性醛固酮增多症	(409)
第7章 代谢疾病	(416)
一、口渴、消瘦:糖尿病	(416)
二、足部疼痛:高尿酸血症与痛风	(426)
第8章 结缔组织病	(438)
一、关节痛:系统性红斑狼疮	(438)
二、双侧腮腺肿大:干燥综合征	(446)
第9章 神经病学	(455)
一、偏瘫:脑血栓	(455)
二、四肢瘫:周期性瘫痪	(464)
三、额颞部头痛:偏头痛	(471)
第10章 理化因素所致疾病	(481)
一、昏迷、呼气蒜臭味:有机磷中毒	(481)
二、多器官功能障碍综合征:百草枯中毒	(488)
参考文献	(495)

第 1 章

呼吸系统疾病

一、咳嗽、咳痰：急性气管-支气管炎

患者，女性，23岁，咳嗽、咳痰、发热4d。4d前受凉后出现咳嗽、咳痰，为白色黏痰，伴有发热，无寒战，体温最高达38.5℃。在家自服解热镇痛药物后体温降至正常，但仍有咳嗽、咳痰。

既往健康。

呼吸科查体：双肺呼吸音粗糙，双下肺可闻及散在干湿啰音，位置不固定，咳嗽后消失。

病例讨论

1. 根据患者的病史、症状和体征，应首先考虑为哪类疾病？

患者有咳嗽、咳痰，为白色黏痰，并伴有发热，对症治疗后发热消退，但仍有咳嗽、咳痰。查体：双肺呼吸音粗糙，双下肺可闻

及散在干湿啰音,位置不固定,咳嗽后消失。首先应考虑为呼吸道感染。

2. 急性呼吸道感染是如何分类的?

急性呼吸道感染分为急性上呼吸道感染、急性气管-支气管炎。上呼吸道感染为鼻腔、咽或喉部感染的总称。

3. 本病例还需做哪些检查? 为什么?

本病例还需做胸部 X 线检查和血常规检查。

(1)胸部 X 线检查:可以明确是否存在其他肺部疾病。

(2)血常规检查:可以明确血细胞的分类,协助明确病原体为细菌还是病毒。

4. 该病例哪些检查结果有诊断意义?

胸部 X 线表现为肺纹理增粗。病毒感染时血常规白细胞正常或降低,病毒抗体及支原体抗体、衣原体抗体可阳性。细菌感染时血常规白细胞总数及中性粒细胞百分比可增高。

5. 根据症状、体征及检查结果,结合病史可作出临床诊断吗? 支持点有哪些?

可以临床诊断为急性气管-支气管炎。支持点为:受凉后出现咳嗽、咳痰,为白色黏痰 4d,并伴有发热,经退热治疗后发热消退,但仍有咳嗽、咳痰。查体:双肺呼吸音粗糙,双下肺可闻及散在干湿啰音,位置不固定,咳嗽后消失。胸部 X 线表现为肺纹理增粗。

6. 什么是急性气管-支气管炎? 诊断要点是什么?

急性气管支气管炎是由感染、物理或化学刺激或变应原引起的气管-支气管黏膜的急性炎症。

诊断要点有:典型病史,咳嗽、咳痰等临床症状,两肺闻及散

在干湿啰音。外周血象病毒感染时白细胞总数正常或减少,淋巴或单核细胞比例增高;细菌感染时白细胞总数及中性粒细胞比例可升高,胸部X线提示肺纹理增粗。痰液涂片及细菌培养等有助于病因诊断。

7. 急性气管-支气管炎的临床特征是什么?

起病急,常先有上呼吸道感染症状,继之出现干咳或伴少量黏痰,痰量逐渐增多,咳嗽症状加剧,偶有痰中带血。如伴有支气管痉挛,可出现程度不一的胸闷、气急。全身症状一般较轻,可有低-中度发热,多在3~5d后降至正常,咳嗽、咳痰可延续2~3周。体检时两肺呼吸音粗糙或可闻及散在干湿啰音,啰音位置不固定,咳嗽后减少或消失。

8. 急性气管-支气管炎诊断标准是什么?

根据病史,咳嗽、咳痰等临床症状,两肺散在干湿啰音等体征,结合外周血象,胸部影像学检查结果等可明确本病的临床诊断,痰液涂片和细菌培养等检查有助于病因诊断。

9. 急性气管-支气管炎应和哪些疾病相鉴别?

(1)流行性感冒:常有流行病史,起病急,全身中毒症状重,可出现高热、全身肌肉酸痛、头痛、乏力等症状,但呼吸道卡他症状轻微。实验室检查示血白细胞计数正常或减少,淋巴细胞增多。鼻咽分泌物或口腔含漱液可分离出流感病毒。

(2)急性上呼吸道感染:70%~80%由于病毒感染引起,细菌感染可直接或继发于病毒感染之后发生。急性起病,鼻咽部症状明显,一般无显著咳嗽、咳痰,肺部无异常体征,胸部影像学可正常。病毒性感染白细胞计数可正常或偏低,淋巴细胞或单核细胞百分比增高,合并细菌感染时白细胞计数与中性粒细胞增高。可根据需要用免疫荧光法、酶联免疫吸附检测法、血清学诊断和细

菌分离鉴定等方法确定病毒的类型,区别病毒和细菌感染。

(3)其他疾病:支气管肺炎、肺结核、支气管哮喘(咳嗽变异性哮喘)、肺脓肿、麻疹、百日咳等多种疾病均可出现类似急性气管-支气管炎的临床症状,但各自有不同的临床特点及理化特性。可根据这些疾病的临床表现及理化特点逐一鉴别。

10. 急性气管-支气管炎是怎样发生的?

急性气管-支气管炎的病因及发病机制与下列因素密切相关。

(1)感染:可以是病毒、细菌直接感染导致,也可由上呼吸道感染的病毒(如腺病毒、流感病毒、呼吸道合胞病毒和副流感病毒)或细菌(如流感嗜血杆菌、肺炎球菌、链球菌、葡萄球菌)蔓延引起。近年来支原体和衣原体引起的急性气管-支气管炎也趋于多见。本病多数发生于受凉后、淋雨、过度疲劳等诱因导致机体气管-支气管防御功能受损时,往往在病毒感染基础上继发细菌感染。

(2)物理、化学刺激:冷空气、粉尘、刺激性气体和烟雾(如二氧化碳、二氧化氮、氨气、氯气、臭氧等)的吸入均可引起气管-支气管黏膜的急性炎症。

(3)过敏反应:多种变应原均可引起气管和支气管过敏反应,常见者包括花粉、有机粉尘、真菌孢子等的吸入,钩虫、蛔虫的幼虫在肺内移行,以及细菌蛋白质引起机体过敏等。

11. 急性气管-支气管炎如何治疗?

(1)一般治疗:注意休息、保暖,多饮水,补充足够热量,避免吸入粉尘和刺激性气体。

(2)对症治疗

①镇咳:可酌情应用氢溴酸右美沙芬、喷托维林或苯丙哌林等镇咳药。但对于有痰患者不应给予可待因等强力镇咳药,以免影响痰液排出。兼顾镇咳与祛痰的复方制剂如复方甘草合剂等

在临床上应用较广泛。

②祛痰:除了复方氯化铵、溴己新、乙酰半胱氨酸、鲜竹沥等常用祛痰药外,近年来,溴己新的衍生物盐酸氨溴索和从桃金娘科植物中提取的强力稀化黏素也已在临床上广泛应用。

③解痉和抗过敏:对于因过敏反应引起支气管痉挛的患者,可给予解痉平喘和抗过敏药物,如氨茶碱、 β_2 受体激动药(沙丁胺醇)和马来酸氯苯那敏。

(3)抗菌药物治疗:根据感染的病原体及药物敏感实验选择抗菌药物,及时控制气管-支气管内的炎症。一般首选青霉素类,大环内酯类(红霉素、罗红霉素、阿奇霉素等)、氟喹诺酮类(环丙沙星、左氧氟沙星、莫西沙星),必要时可应用第一代或第二代头孢菌素。以口服为主,必要时可静脉滴注。

主要收获

现在你已经了解与掌握了以下问题:

- 了解了常见呼吸道感染性疾病的种类
- 掌握了急性气管-支气管炎的临床特征
- 掌握了急性气管-支气管炎的诊断标准
- 了解了急性气管-支气管炎的发生机制
- 了解了急性气管-支气管炎应与哪些疾病鉴别
- 掌握了急性气管-支气管炎应如何治疗

(吉林大学第二医院 张捷 史明晃)

二、咳嗽、咳痰、呼吸困难:慢性阻塞性肺疾病

患者,男性,65岁,慢性咳嗽、咳痰30年,伴气短5年,加重10d。30年来每年冬季咳嗽、咳痰,痰量少,白黏痰。5年前上述症状开始加重,伴有气短。10d前受凉后咳嗽、咳痰、