

全科医师培训参考用书

CHANGJIAN LINCHUANG BINGLI JINGJIE

常见临床病例 精解

·第2版·

主 编 / 黄捷英 刘凤奎 谢苗荣



人民军医出版社

PEOPLE'S MILITARY MEDICAL PRESS

全科医师培训参考用书

常见临床病例精解

CHANGJIAN LINCHUANG BINGLI JINGJIE

(第2版)

主 编 黄捷英 刘凤奎 谢苗荣

编 者 (以姓氏笔画为序)

王 宇	王 浩	冯 微	朱仁明
刘 颖	刘力戈	刘凤奎	孙雪莲
严春泽	杜雪平	李 春	李伟生
杨 迅	杨立佩	张 健	陈 洁
陈乐天	赵春燕	南 芳	姜 群
黄捷英	蒋保季	曾昭耆	谢苗荣
熊 梅			



人民军医出版社

PEOPLE'S MILITARY MEDICAL PRESS

北 京

图书在版编目(CIP)数据

常见临床病例精解/黄捷英,刘凤奎,谢苗荣主编. —2版. —北京:人民军医出版社,2014.11

ISBN 978-7-5091-8018-1

I. ①常… II. ①黄… ②刘… ③谢… III. ①临床医学—病案—分析
IV. ①R4

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2014)第 254918 号

策划编辑:张忠丽 张 田 文字编辑:郁 静 李香玉 责任审读:黄栩兵 黄维佳

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)51927290;(010)51927283

邮购电话:(010)51927252

策划编辑电话:(010)51927300-8230

网址:www.pmmp.com.cn

印刷:三河市世纪兴源印刷有限公司

装订:荷兰装订有限公司

开本:710mm×1010mm 1/16

印张:23.25 字数:402千字

版、印次:2014年11月第2版第1次印刷

印数:0001—2500

定价:59.00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

内 容 提 要

本书列举了 70 余个常见临床病例。每个病例从分析患者的主要症状入手,逐一讲解如何采集临床资料(包括病史及体格检查),如何分析各种资料的意义,在各种可能的诊断中逐步由表及里、去伪存真、抓住问题的本质,再辅以必要的实验室检查,得出初步的临床诊断并提出相应的治疗方案。本书编写完全模拟临床诊疗过程,对培养基层医师的临床思维非常有益,适用于全科医师和基层医务工作者,以及刚刚进入临床工作的实习医师、研究生和低年资住院医师参考阅读。

第1版序

医师诊断治疗水平的提高,除了要不断丰富自身的理论知识外,还应该通过长期实践,在临床上切实掌握病情,深入分析思考,积累经验,逐渐增长才干。

对工作在基层和社区的医师来说,亲自经历多种复杂病例的机会较少,年轻医师在实际工作中积累自己的直接经验,是一个漫长的过程。

人们健康意识的普遍提高,要求医师水平也应不断提高。随着全科医学的发展,人们对基层、社区卫生工作寄予越来越高的期望。近年来,随着全科医师队伍的壮大及他们处理社区医疗相关问题能力的提高,全科医师在人们心目中的地位与形象得到了很大的提升,他们的社区卫生服务也受到越来越多人的关注。新的形势使得医师们必须更加努力,不断充实自己。

《常见临床病例精解》一书,选用一些实际病例,阐明在诊疗过程中,如何从仔细了解病史和认真查体入手,通过缜密的分析思考,一步一步地接近患者的实际病情,得出较为正确的诊断,从而为恰当的治疗处理提供依据。这对年轻医师和在基层工作的全科医师很有帮助。一次教训、一条经验,往往使人终生难忘。我相信,这本书将如同良师益友,使读者受益。

参加本书编写的作者,不仅具有较为丰富的临床经验,而且多是从事全科医学教学的教师或专家。书中的每个案例,都是从实践中来,因而有一定的实用价值。

应该承认,书中列举的这些病例,相对于临床工作中各种疾病的复杂情况,不过是“沧海一粟”,只能提供一些启发和参考。希望读者不仅是简单的模仿、照搬,而应该考虑如何结合临床实际进行分析思考,理解各种疾病临床表现的机制,指导医师的临床思维,从中认识到强化基本功和临床思维的重要性。

本书可供临床专科医师、全科医师、实习医师阅读,也可供从事医学教育的教师参考使用。

曾昭孝

2010年2月于卫生部北京医院

第1版前言

全科医学是一门年轻的学科,它从一开始就充满生机,经过十余年培养的全科医师队伍已初具规模,并正在茁壮成长。

十多年来,国家卫生部全科医学培训中心、北京市卫生局、北京医学教育学会全科医学教育中心为培养全科医师做了大量工作,对提高全科医师理论水平和工作能力起到了重要作用,但在与全科医师接触中我们发现,在理论提高的同时,全科医师临床技能的提高,特别是临床思维的培养突显欠缺。如何帮助全科医师将学到的理论知识应用于临床实践,提高他们诊断、处理临床问题的能力,是一个亟待解决的问题。为此我们认为有必要编写一本病例解析方面的书,希望通过社区常见病例的分析,帮助全科医师建立正确的临床思维。

书中所选病例都是在社区工作中经常遇到的,如发热、咳嗽、胸痛、腹痛、高血压、冠心病、糖尿病、脑血管病等。每一病例从接诊开始,讲解如何通过询问病史、体格检查收集临床资料,再辅以必要的实验室检查,做出初步诊断并给予恰当的处理和治疗。每一病例后都附有相关知识的扩展,使全科医师在知识层面上有进一步的提高。本书是以2008年北京市全科医师技能考核中“病例分析”的形式编写的,共选入54个社区常见病例,以内科学和急症医学内容为主,适当增加了外科、妇科和儿科社区常见疾病。

本书的作者主要来自首都医科大学附属北京友谊医院和复兴医院的专家,他们大部分是北京市卫生局全科医师培训基地的教师,有些还是多年从事全科医师工作的专家,他们都是2008年北京市全科医师技能考核中“病例分析”一站的主考考官,都有多年临床工作和全科医学教学的丰富经验,对全科医师目前存在的问题和需求比较了解。书中每一病例都浓缩了他们临床知识和工作经验的精华。现将本书奉献给广大读者,以期对社区医师提高临床技能有所帮助。

尽管本书作者多年参与全科医学教学工作,并接受过全科医学理念的培训,但仍难做到完美,仍需在实践中不断加深对全科医学的认识,不断提高教学水平。本书不足之处,恳请从事全科医学的同道和专家指正。

我国多年从事全科医学教育的著名专家、国家卫生部北京医院原内科主任曾昭耆教授,不仅为本书作序,还特意奉献了“临床思维”一节,在此深表谢意。

黄捷英 刘凤奎

2010年1月于首都医科大学附属北京友谊医院

再版前言

《常见临床病例精解》一书,从临床实用病例出发,选择临床工作中经常遇到的常见病、多发病的典型实例,介绍每一病例的问诊、体格检查、选择哪些必要的化验和检查,以及对患者诊断和处理的全过程。

本书自 2010 年出版以来,受到广大社区卫生工作者、全科医师及从事全科医学教学教师的欢迎,并得到好评。对培养全科医师的临床思路、激发全科医师的临床思维,以及培养全科医师处理临床工作中遇到的问题起到了积极的作用。很多医师渴望本书第 2 版的问世。

为了满足广大全科医师的需求,我们又组织从事社区卫生工作多年医师及从事全科医学教学的教师、专家组成编写组,在广泛听取多方意见之后,对《常见临床病例精解》一书进行了再版修订。再版后病例将由原来的 50 余例增加到 70 余例,基本涵盖了临床工作中遇到的各类型常见病例,将在全科医师工作中起到指导作用。

此次再版仍本着从临床实际病例出发,培养适合性人才;仍强调启发性、适用性;以开拓知识、培养全科医师的基本功为重点,培养他们动脑、动手的能力。

本书适用于全科医师、实习医师、住院医师,亦可作为从事全科医学教学的教师工作中的参考用书。

书中不足之处,恳请各位全科医学的同道和专家指正。

主 编

2014 年 7 月于首都医科大学附属北京友谊医院

目 录

开篇语	基层医师提高之路	1
第 1 章	急诊病例解析	3
	病例 1	3
	病例 2	7
	病例 3	12
	病例 4	15
	病例 5	20
	病例 6	26
	病例 7	32
	病例 8	39
	病例 9	44
	病例 10	48
	病例 11	52
	病例 12	56
第 2 章	心血管病病例解析	60
	病例 1	60
	病例 2	65
	病例 3	70
	病例 4	76
	病例 5	81
	病例 6	86
	病例 7	91
	病例 8	97
	病例 9	101
	病例 10	106
	病例 11	111
	病例 12	118

	病例 13	125
第 3 章	脑血管病病例解析	133
	病例 1	133
	病例 2	137
	病例 3	140
	病例 4	145
第 4 章	呼吸系统病例解析	152
	病例 1	152
	病例 2	156
	病例 3	163
	病例 4	167
第 5 章	消化系统病例解析	172
	病例 1	172
	病例 2	179
	病例 3	185
	病例 4	191
第 6 章	肾内科病例解析	199
	病例 1	199
	病例 2	204
	病例 3	209
	病例 4	215
第 7 章	内分泌与代谢疾病病例解析	220
	病例 1	220
	病例 2	224
	病例 3	228
	病例 4	232
	病例 5	236
	病例 6	240
	病例 7	244
第 8 章	血液病病例解析	250
	病例 1	250
	病例 2	258
第 9 章	风湿病病例解析	264
	病例 1	264
第 10 章	外科病例解析	271

病例 1	271
病例 2	274
病例 3	280
病例 4	283
病例 5	287
病例 6	292
第 11 章 妇科病例解析	298
病例 1	298
病例 2	302
第 12 章 儿科病例解析	308
病例 1	308
病例 2	311
第 13 章 社区管理病例解析	314
病例 1	314
病例 2	319
病例 3	325
病例 4	330
病例 5	336
病例 6	342
第 14 章 临床思维过程举例	348
病例 1 诊断思维过程	348
病例 2 治疗方法选择的思维过程	351
病例 3 疑难病例分析	355

开篇语 基层医师提高之路

——“切实掌握病情，深入分析思考”

工作在基层的医师常感到自己见的病例少，很少接触先进仪器，也没有及时请教上级医师的条件，觉得这是他们难以提高的原因。不能否认他们确实存在这些客观困难，但如果他们能面对现实，扬长避短，在强化基本功上狠下工夫，就可能在一定程度上获得解决的方法。

医师的基本功包括：收集病史的技巧、过硬的查体技术、对各种异常所见的合理解释和综合理解。

患者是因为感到不适（疾病症状）、发现异常情况（阳性体征）才来找医师的。医师的任务是弄清患者有什么病（诊断），怎么处理（治疗）。从症状、体征到诊断、治疗，其间确实是一个十分复杂的过程。

认真审视基层医师在临床实践中的方法和思路，不难发现，他们工作中和观念上最常见的误区是：没有仔细收集病史，没有仔细查体，没有认真考虑为什么会出现这些症状体征。往往将某种症状、体征或化验结果简单地等同于某疾病，不习惯全方位的“开放性”思维，没有认真分析不同疾病中类似症状体征之间的细微区别。他们不善于在若干个可能的假设之间比较，而习惯于在稍微了解到一点情况后，就想当然地下单一的结论。由于在结论前缺乏广泛地分析思考的过程，这种做法就很容易造成误诊误治。

正确的认识来源于实践。从患者那里直接获得的第一手资料，则是医师分析病情的依据，其“精髓”是，认真掌握病情，并对病史和查体过程中获得的各种信息都从机制上考虑一下其原因。

询问病史和查体的本领，本来就是临床医师的基本功。对缺乏先进设备的基层医师来说，更应该被看成是他们的“看家本领”。

对患者的症状、体征，既非常重视，又不是先入为主、想当然地下结论，而是仔细询问情况，认真查体。对病史和体检中发现的各种信息，都反复思考：“是这样吗？”“为什么会这样？”“应该怎样解释？”从可能引起这些情况的诸多疾病中进行鉴别，逐步排除，从而接近实际。靠病史和查体，解决大部分问题。有些病例虽然也需要用特殊检查，但应该是基于充分的思索分析，心中有数了，才有的放矢地选用。

其目的很明确,就是为了进一步证实诊断。

不在初步了解一点情况后就下结论,是因为每个症状或体征都可能由不同疾病引起。应该根据主诉通过思考、追问,弄清有关情况,扩展思路,形成“假设”。

查体是根据掌握的病情寻找客观证据,无论阳性或阴性体征,对诊断都有价值。只有这样才能达到切合实际的诊断,在切合实际的诊断基础上治疗才更有效。

对于从医院转来的患者,应仔细阅读带来的病历材料,但不拘泥那些材料,应该重新询问病史、查体。这样做,并非不信任别的医师,而是出于对工作的高度负责。

如果基层医师面对每个患者都能这样做,他的诊断治疗水平必将逐渐提高。这样,人们就会体会到,在基层医疗保健机构就诊,不仅方便,而且同样能解决问题。也因为这样,当基层医师须要将患者向上级医院转诊时,就能提出根据自己深思熟虑后的诊断意向和转诊目的,甚至明确提出需要做何种特殊检查。可以肯定,患者和家属对这样的基层医师会非常信任;同样,他们也将得到上级医院医师的高度评价。

如果工作在基层的医师按这种要求,踏踏实实地对待所有患者,我国的医疗保健体系才真正有了坚实的基础。“大病去医院,小病到社区”将不再是一个单纯的行政措施,而成为人们乐于接受的选择。那时,基层医疗保健机构将不再“门可罗雀”,大医院患者将逐渐减少,专科医师们可以集中精力为一些复杂病例解决问题。

可以说,在实际工作中,踏踏实实地做到“切实掌握病情,深入分析思考”,是基层医师提高自己水平的当务之急。

(曾昭耆)

第 1 章 急诊病例解析

病 例 1

患者女性,20岁,半小时前被家人发现神志不清,全身大汗,急送社区卫生服务中心。既往健康。

问题 1 您接诊患者时,要特别询问哪些情况?

这是一昏迷患者,病史非常简单,“20岁”“女性”“发现昏迷”“半小时前被送来”,重要的信息就是昏迷和全身大汗。

所以要了解昏迷的情况,发生的时间、地点,昏迷深度,以及伴有大汗的昏迷的可能原因。首先想到的,感染性休克、低血糖或中毒。而中毒伴大汗者,首先想到有机磷中毒。

问诊内容如下。

(1)患者近日有无发热,有无感染,如呼吸道、消化道及泌尿道症状及其发热,有无外出看病?信息告诉我们是否定的。有无腹泻,特别是水样便,缺失水分过多,而使血压降低,致低血容量休克、昏迷?信息提示无腹泻。

(2)有无糖尿病,有无糖尿病家庭史?有的患者平常无糖尿病,也无糖尿病家族史,甚至是运动员,也可以发生酮症酸中毒、低血糖或高渗昏迷,但信息告诉我们是否定的。

(3)有无中毒的可能?近来心情如何?工作学习情况、压力如何?人际关系如何?有无服药线索?是否和其他人同屋,同屋他人昨夜的表现,几时入睡,发现昏迷时,周围有无药品,是否与大家一起吃的晚饭,是否吃的相同的饭菜?信息提示心情、心理情况及服药史不详。

(4)病史告诉我们,患者既往健康,否认高血压及肝病史,患者年轻,基本可以除外脑血管病、肝性脑病。

问题 2 查体特别要注意哪些体征?

患者神志不清,血压(BP)120/70mmHg,脉搏(P)60/min,说明患者无休克表现。

从病史中,我们还是倾向于有机磷中毒的可能。要是有机磷中毒,查体时特别要注意瞳孔大小,发现瞳孔 1mm,皮肤湿冷有汗,双肺满布湿性啰音,心脏无阳性体征,腹部检查正常,病理反射未引出,四肢肌力表现肌束震颤,肌张力减退。

以上症状和体征是胆碱能综合征表现:恶心、呕吐、腹痛、多汗、流泪、流涕、腹泻、尿频、大小便失禁、心搏减慢或加快或心律失常、瞳孔缩小、支气管痉挛或分泌物增多、气急(严重者肺水肿)、肌束颤动、肌力减退和瘫痪等。

问题 3 您给患者做何检查?

经询问病史及体格检查,初步考虑患者是有机磷中毒。为了排除或进一步证实有机磷中毒诊断,应做必要的检查。

查血糖,提示 6.0mmol/L(正常),血常规检查提示血红蛋白(Hb)127g/L,白细胞(WBC) $9.8 \times 10^9/L$,中性粒细胞(N)70%(正常)。胆碱酯酶活力 50%。双肺湿啰音,胸部 X 线片正常。

问题 4 您作出的诊断是什么?

通过询问病史,体格检查和化验检查,已初步排除低血糖、肺部感染、脑血管病、肝性脑病所致昏迷,昏迷原因考虑为有机磷中毒。

诊断依据:患者昏迷,伴有机磷中毒的胆碱能综合征表现,全身大汗,瞳孔缩小及双肺湿性啰音;化验检查胆碱酯酶活动 50%,说明急性有机磷中毒(中度中毒)。

正确答案:急性有机磷中毒(中度)。

问题 5 您给患者做何处理?

接诊急性中毒患者,一定应先了解患者生命体征,神志、血压、呼吸、心率(律)、体温。一边询问病史,一边体检和处理。

(1)排除毒物。掌握洗胃的适应证和禁忌证,并向家属交代病情。对清醒患者可自饮洗胃液,自己或医护人员帮助引吐。昏迷患者,通过胃管洗胃,常规每次注入量 400ml 左右,过多胃张力增加,使毒物及洗胃液从幽门排出,失去洗胃的意义。对插管有困难者,采取剖腹切开洗胃。最后,留置胃管以备以后再洗。从胃管中加入泻药,促进毒物从消化道排除。

(2)呕吐物或洗出胃内容物应留取样本,送检做鉴定。

(3)减少毒物吸收:皮肤、黏膜、眼睛有毒物彻底冲洗,清除毒物,阻止毒物吸收。

(4)重病患者,采取血液透析或灌洗。

(5)特效治疗:①阿托品或长托宁治疗,原则是尽早尽快达到阿托品化。②氯解磷定或碘解磷注射液,原则是尽早给药,足量给药,重复给药。

(6)保护重要脏器,脑、心、肺、肾等脏器,同时给予护理。



知识扩展

1. 急性中毒诊断要点 询问病史,临床表现及体格检查,对毒物鉴定,实验性诊断治疗。

急性中毒处理原则:迅速离开毒物;清除毒物,减少毒物吸收,促进毒物排除;使用特效解毒药;保护重要脏器,对症支持治疗。

2. 处理急性中毒患者 有些社区卫生服务中心或社区卫生服务站不给予任何抢救措施,直接找车转上级医院。看起来好像是对患者负责,没有浪费时间,但实际是增加了患者对毒物的吸收,延误了抢救时间。

社区卫生服务中心或社区卫生服务站接诊急性中毒患者后,必须做到首诊负责,在社区进行必要且力所能及的抢救,包括在了解病史的同时,检查生命体征,如神志、血压、呼吸、脉搏等。同时要催吐,最好是洗胃,使毒物尽早排出,减少在体内吸收。除了吸氧和输液外,如已知中毒原因能用特效解毒药则更好。在转院过程中,仍然应该根据病情给予解毒药和相应的抢救。在转院前联系对方医院时应详细介绍患者情况,使其做好准备。有关急性中毒的抢救流程见图 1-1。

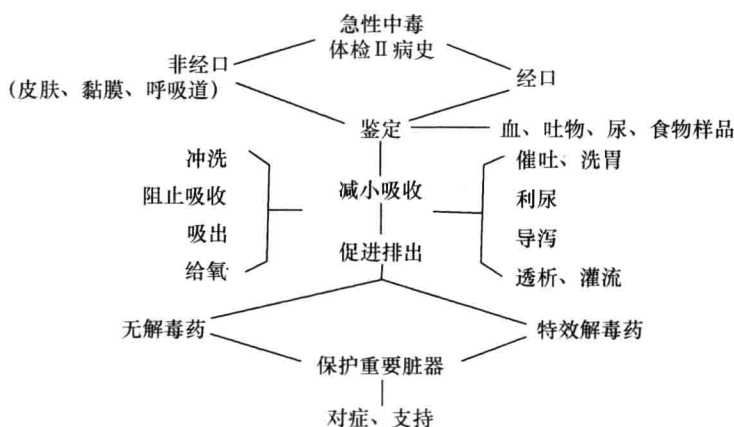


图 1-1 急性中毒抢救流程

急性中毒抢救和一般门诊不同,医护人员必须紧密配合,争分夺秒,做到边询问病史、边体检、边洗胃、边治疗、边处理,这样患者才能得到最及时有效的救治。

对表面看起来症状很轻的患者也要给予同样重视。社区医师通常能看到最早期的中毒患者,这时毒物吸收尚少,患者尚未表现出典型症状和体征,如果对这样的患者不给予足够重视和认真处理,甚至让患者离开医院,是非常错误的。

在急性中毒抢救中,应该认识到解毒药本身并非没有毒性,更不是用量越多解毒效果越好。如果解毒药用量过多引起中毒,将使抢救更加复杂,也会影响预后。

在社区卫生服务站或中心卫生院遇到急性中毒患者，先给予处理，就等于将二、三级医院的急诊向前延伸和移位，缩短了社区与医院之间的距离，其结果是进一步赢得了抢救时间，减少了患者对毒物的吸收，使其尽早得到解毒，能够提高抢救成功率，降低病死率。

对自杀服毒本人及家属做好心理疏导工作，化解矛盾，促进和谐，预防再次发生中毒。

3. 急性有机磷中毒中间综合征及治疗 有机磷中毒中间综合征(INS)是Semamageke于1987年提出的。因发病时间是AOCPP胆碱的危象消失后(1~4d)，在出现迟发性周围神经病之前故此命名。

死亡前患者可先有颈、上肢和呼吸肌麻痹，累及脑神经者，可出现眼睑下垂、眼外展障碍和面瘫。

处理：警惕中间综合征发生，当发现呼吸肌麻痹时，及时建立人工气道，应用正压呼吸机给氧治疗，并注意水、电解质和酸碱平衡的治疗。



解析要点

患者女性，20岁，半小时前被家人发现神志不清，全身大汗，急送社区卫生服务中心。既往健康。

问题 1 您接诊患者时，要特别询问哪些情况？

要点	临床信息
有无糖尿病史	无
有无肝病史	无
心情、心理情况	不清楚
有无服药史	不清楚
有无发热	无

问题 2 查体要特别注意哪些体征？

要点	临床信息
瞳孔	1mm
皮肤	湿冷多汗
肺	大量湿性啰音