

<<内科学>>

图书基本信息

书名：<<内科学>>

13位ISBN编号：9787117114752

10位ISBN编号：7117114754

出版时间：2010-1

出版时间：人民卫生

作者：冯玉麟 刘春涛 童南伟

页数：910

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>

前言

临床医学是一门实践的科学，一名医学生要成长为一个合格的临床医生，仅仅通过几年的理论学习和短暂的实习是远远不够的，他必须在长期的临床工作中去观察、体会、揣摩、积累和提高。临床医生的职业生涯是一个终身学习的过程，而毕业后的专科医师训练对于职业技能的提高无疑是至关重要的阶段。

长期以来，我国的毕业后继续教育和专科医师培训制度实际上处于空白，所幸的是，这一局面近年来得到了很大的改观，专科医师培训在医学教育当中的地位得到了普遍重视，一批医学院校和大型医院正在探索的专科医师规范化培训，已经积累了成功的经验，取得了丰硕的成果，而专科医师规范化培训教材的编写也应运而生。

作为临床医学的基础学科之一，内科学涵盖极其广泛。

对于低年资的内科医师，经验的积累和技能的训练固然必须，培养正确的临床诊断治疗思维更为重要，这也是编写本书的初衷。

这就决定了本书的体例不同于既往的内科学和诊断学教材，也有别于其他的鉴别诊断学和疑难病例专著。

编者希望从具体的病案入手，模拟和再现临床查房的情景，体现一种由表及里、循序渐进的思维模式，提供一种临床诊治的流程和路径，而本科阶段掌握的知识，将在这个过程中得以复习、巩固和提高。

本书的编写没有先例可循，没有范本可依，只能是一次尝试，疏漏抑或谬误在所难免。

且什么是正确的临床思维，见仁见智，最忌胶柱鼓瑟，所谓“运用之妙，存乎于心”，读者们不可不察。

<<内科学>>

内容概要

医学院毕业生完成在校教育后，需要进入规范化的内科住院医师培训，实现向内科医师的转变。在这个阶段，可以借鉴成熟的本科教材的管理经验，将住院医师培训的教材编写和培训工作结合起来，进一步保证培训的规范性和提高住院医师的临床思维能力。但目前尚缺乏一套基于临床病例、根据临床诊治过程、通过提出、分析和解答问题来培养正确临床逻辑思维能力的教材。

书籍目录

第1节 急性发热第2节 慢性发热第3节 晕厥第4节 急性咳嗽第5节 慢性咳嗽第6节 咳痰第7节 呼吸困难第8节 喘息第9节 胸痛第10节 发绀第11节 咯血第12节 胸腔积液第13节 哮音第14节 呃逆第15节 杵状指(趾)第16节 打鼾第17节 心悸第18节 高血压第19节 心律失常第20节 心脏杂音第21节 脉搏不对称第22节 雷诺现象第23节 尿频、尿急第24节 少尿、无尿第25节 多尿第26节 排尿困难第27节 血尿第28节 恶心、呕吐第29节 急性腹泻第30节 慢性腹泻第31节 便秘第32节 呕血第33节 便血第34节 腹水第35节 腹痛第36节 腹胀第37节 脾大第38节 肝大第39节 肾脏形态异常第40节 腹部包块第41节 吞咽困难第42节 消化不良第43节 黄疸第44节 关节疼痛第45节 关节肿胀第46节 肌肉疼痛第47节 多汗第48节 多食第49节 口渴第50节 甲状腺肿大第51节 消瘦第52节 肥胖第53节 骨痛第54节 皮疹第55节 水肿第56节 淋巴结肿大第57节 低氧血症第58节 酸中毒第59节 碱中毒第60节 脂蛋白异常血症第61节 高血糖第62节 低血糖第63节 高钾血症第64节 低钾血症第65节 高钠血症第66节 低钠血症第67节 高钙血症第68节 低钙血症第69节 高镁血症第70节 低镁血症第71节 高尿酸血症第72节 血红蛋白降低第73节 白细胞增多症第74节 白细胞减少症第75节 红细胞增多症第76节 血小板增多症第77节 血小板减少症第78节 全血细胞减少第79节 尿糖阳性第80节 蛋白尿第81节 心包积液第82节 心电图ST段异常第83节 QT间期延长第84节 肺部包块第85节 肺部浸润性改变第86节 肺部粟粒性结节第87节 凝血功能异常第88节 内分泌激素水平变化第89节 血清球蛋白增高第90节 通气功能异常第91节 换气功能异常第92节 免疫学检查异常第93节 肝功能异常第94节 肾功能异常第95节 病原学异常

章节摘录

插图：败血症是因致病菌侵入血液循环并在其中生长繁殖，释放毒素和代谢产物而引起毒血症状的全身性感染。

败血症通常由一种病原菌引起，常见的致病菌是金黄色葡萄球菌和革兰染色阴性杆菌，也有由两种或更多种类的病原菌所引起，称为复数菌败血症。

败血症的基本特点是：多数有轻重不等的原发病灶，如大面积烧伤、开放性骨折、疔、痈、急性弥漫性腹膜炎、胆道或尿路感染等；进行全胃肠外营养而留置在深静脉内的导管，是引起败血症的原因之一；使用广谱抗生素治疗严重化脓性感染的过程中，有可能发生真菌性败血症。

毒血症：表现为畏寒、寒战和高热，热型不定，多为弛张热，体温可高达40~41℃，伴头痛、呕吐、腹胀、肝脾大、皮疹、脉搏细速、呼吸急促，严重者可出现神志改变和感染性休克，少数病例伴发DIC。

迁徙性病灶：多见于G+菌感染，常见迁徙性病灶有皮下及深部肌肉脓肿、肺脓肿、肝脓肿、盆腔脓肿、脑脓肿、感染性心内膜炎、骨髓炎等。

(4) 螺旋体感染：见于钩端螺旋体病、莱姆病、鼠咬热等。

钩端螺旋体病是由致病性钩端螺旋体引起的急性全身感染性疾病，可分为早期的钩端螺旋体败血症、中期的各器官损害和功能紊乱、病程后期的各种变态反应性后发症。

其特点是：属自然疫源性疾病，猪与鼠类是主要传染源，人可经皮肤或消化道感染，在稻田工作的农民发病率高。

多以急起畏寒、高热为首发症状，体温可达39~C：或更高，持续4~9天。

头痛、肌痛、明显乏力是主要症状，球结膜充血、淋巴结肿大、腓肠肌压痛是常见的体征。

发病1周左右产生抗体，随后可自发退热。

部分病例可出现第二次发热，称为后发热，多与机体变态反应有关。

莱姆病(Lyme disease)是由伯道疏螺旋体感染所致，因始发于美国Lyme城而得名。

蜱是中间宿主。

莱姆病特点是：早期中毒症状显著，表现为流感样症状，如恶寒、发热，头痛、骨骼和肌肉移行性疼痛、关节痛、显著乏力、易疲劳及嗜睡，多持续1周左右。

被叮咬处出现慢性移行性红斑(ECM)是本期特征性的皮肤表现。

ECM多发于肢体近端或躯干，如腹股沟、腋窝等处，多单发亦可多发，并随病程而增大。

中期特点是在病后2~4周发生神经和心血管系统并发症。

部分病例出现脑膜炎、脑神经炎、神经根炎、脑血管炎、脊髓炎等，前三者被称为“神经三联症”，对本病的临床诊断有一定参考价值。

晚期特点是关节病变，膝关节最易发病。

鼠咬热是鼠类咬伤所引起的急性传染病，病原体为小螺菌(又称鼠咬热螺旋体)或念珠状链杆菌。

小螺菌型鼠咬热特点是：有鼠咬伤史。

间歇性发热伴有原发病灶和所属淋巴结肿大：鼠咬伤处多很快愈合，有时甚至被遗忘，但经过一定潜伏期后，在已愈合的伤口处又出现肿痛、破溃，甚至局部坏死，局部淋巴结肿大，同时伴畏寒、高热、头痛、肌痛。

经数日高热后，体温可骤降至正常，肿大的淋巴结缩小，全身症状缓解。

但经3~7天间歇期后，上述症状又可反复出现，持续到8周甚至1年。

念珠状链杆菌型鼠咬热以大关节游走性肿痛多见，较少复发。

两种类型鼠咬热均可并发心内膜炎、心肌炎、支气管肺炎等。

<<内科学>>

编辑推荐

《内科学》：临床专科医师准入参考用书,临床专科医师规范化培训用书

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>