

<<北京协和医院消化疑难病剖析111例>>

图书基本信息

书名：<<北京协和医院消化疑难病剖析111例>>

13位ISBN编号：9787811360806

10位ISBN编号：7811360802

出版时间：2009-9

出版时间：中国协和医科大学出版社

作者：钱家鸣 编

页数：544

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>

<<北京协和医院消化疑难病剖析111例>>

前言

张孝骞教授是我国著名的现代医学先驱、卓越的医学科学家、教育家、北京协和医院消化内科的创始人，老主任，他曾在北京协和医院工作了几十年。

在纪念张孝骞教授诞辰111周年的日子里，北京协和医院消化内科主任钱家鸣教授主编的《北京协和医院消化疑难病剖析111例》一书准备出版。

这是一件很有意义的事情。

张主任（协和人对他的亲切称呼）生前非常重视临床思维，反复强调医生要靠正确的临床思维指导临床工作。

他在我国第二次医学辩证法会议上做过有关的发言，并根据那次发言的录音整理成文，以《漫谈临床思维》为题目，在1984年第二期的《医学与哲学》杂志上发表（参看：北京协和医院编著《张孝骞》，北京：中国协和医科大学出版社，2007，109-115）。

张主任在这篇文章中主要谈了几个问题：医生为什么要具有正确的临床思维；什么是临床思维；临床思维的过程；怎样才能具有正确的临床思维。

张主任的阐述系统完整，观点鲜明，内容丰富，理论和实践紧密结合。

其临床思维方法有两个突出之点，一是全面和辩证，二是发展和变化。

这篇充满真知灼见的文章是张主任学术思想和工作作风的集中体现，至今仍有指导性和影响力。

学习张主任，纪念张主任，就是要像张主任那样重视临床思维，用正确的临床思维指导我们的临床工作。

《北京协和医院消化疑难病剖析111例》的作者们——北京协和医院消化内科与其他内科的中青年医生们克服各种困难将消化内科近几年来比较典型的疑难病例的诊治过程写成文、著成书。

这本书是向张主任奉上的一份答卷，这份答卷是他们智慧的结晶，学习的成果。

这本书的出版是他们学习及运用临床思维方法的具体展示。

张主任讲：“谈临床思维，首先要明确什么是疾病。

”“疾病的过程就是人体内功能和致病因素之间充满着矛盾和斗争的过程，而矛盾是不断转化的，这就决定了疾病的复杂性和诊断治疗的难度，以及临床医学对于医生的要求，对医生的临床思维、工作方法的要求。

”那么，什么是临床思维呢？

“临床思维就是对疾病现象进行调查、分析、综合、判断和推理等一系列的思维行动，以认识疾病的本质。

它既是重要的诊断方法，也适用于疾病的治疗。

”张主任这段话朴实无华，但内涵丰富。

这段话是张主任给临床思维下的科学定义，包含了临床思维的内容、过程、目的、意义。

语言简练，内容具体，表述准确，力透纸背。

但要理解它并在实践中自觉运用它，并不是一件容易的事情。

《北京协和医院消化疑难病剖析111例》的作者们对近年来消化内科疑难病例诊治的临床思维过程进行了诠释。

从他们这一工作中看出了他们的实力。

<<北京协和医院消化疑难病剖析11>>

内容概要

本书着重对消化疑难病例诊治时临床思维的过程进行了诠释。

病例依据消化系统各部位及全身其他疾病、罕见疾病等分章排列；按问答形式，点明问题关键，并深入剖析。

将疾病的概念以及最新指南融入临床分析，真正用于临床，以方便不同层次医疗工作者(包括医学生)阅读，希望增加大家的阅读兴趣。

由于多数病例中配有患者当时检查的典型图例，便于结合影像直观地学习；并制作了关键词索引，利于读者同类比较，进一步体会医学上“同症不同病，同病不同症”的难点。

<<北京协和医院消化疑难病剖析11>>

书籍目录

- 食管相关病例 病例1 无黏膜破坏的食管占位——间质瘤？
 病例2 进食困难——食管化学性灼伤后瘢痕狭窄的处理胃相关病例 病例3 反复黑便、呕血3个月——上消化道出血 病例4 腹痛、腹胀、恶心、呕吐——急性蜂窝织炎性胃炎 病例5 间断腹胀6年，腹痛3年，急性加重4个月——胃腺异位 病例6 腹痛、发热，胃多发溃疡——胃癌？
 肝胆胰相关病例 病例7 慢性肝病、胆囊切除术后，顽固性腹腔积液、胸腔积液 病例8 呕血、发绀——肝肺综合征 病例9 肝硬化、双下肢运动障碍——神经系统疾病？
 病例10 发热、口腔溃疡、腹胀—贝赫切特综合征何以引起大量腹腔积液？
 病例11 发热、消瘦、肝脾大——淋巴瘤？
 病例12 黄疸、发热、肝大、巨脾——胆石症？
 肝硬化？
 病例13 持续血CA19-9、CA242升高——消化道恶性肿瘤？
 病例14 急性上腹痛、发热——胆系感染？
 病例15 上腹痛1年，加重半年——急性重症胰腺炎久治不愈 病例16 急性上腹痛伴妊娠24周——急性胰腺炎 病例17 妊娠晚期腹痛——警惕“胰腺炎” 病例18 腹痛、呕血、黑便——胰腺假性囊肿、消化道出血 病例19 食欲不振、上腹不适、脾内囊性占位——慢性胰腺炎？
 病例20 腹胀、憋气、嗜酸性粒细胞增多——嗜酸性粒细胞胃肠炎？
 病例21 黄疸、胰腺肿大——胰腺癌？
 病例22 腹痛、食欲不振、消瘦——胰腺炎背后隐藏着什么？
 病例23 发作性腹痛——低位肠梗阻原因何在？
 病例24 食欲不振、消瘦、腹痛伴颈部肿物——不典型“慢性胰腺炎”的诊断 病例25 反复发作上腹痛，胰腺囊肿、胰管扩张——慢性胰腺炎？
 病例26 腹腔积液待查——消化道肿瘤？
 病例27 黑便、肝占位——肝癌？
 小肠相关病例 病例28 反复便血、晕厥——血管性？
 间质瘤？
 病例29 腹痛、腹泻——溃疡性结肠炎治疗无效 病例30 腹痛、消瘦、发热——结核？
 淋巴瘤？
 Cmh病？
 病例31 呕吐、腹痛、停止排气排便——罕见 病因肠梗阻 病例32 反复腹胀、呕吐、排便减少——二次手术仍不能确诊 病例33 腹泻、便血——结肠癌？
 病例34 急性转移性下腹痛——阑尾炎？
 病例35 腹胀、腹痛伴间断血便——细菌性痢疾？
 病例36 反复腹痛20年——克罗恩病 病例37 腹泻、水肿、贫血——“肠结核”抗结核治疗无效 病例38 长期腹痛、间断血便、肝脾大、腹泻——克罗恩病合并Wilson病？
 病例39 发热、腹泻、脓血便、消化道出血和穿孔——炎性肠病？
 淋巴瘤？
 - 病例40 间断便血——“胃溃疡”胃大部切除术后仍反复出血 病例41 青少年便血——Meckel憩室？
 病例42 急性便血、皮疹、发热——血管炎？
 病例43 反复发热、腹痛、肠穿孔——克罗恩病？
 肿瘤？
 病例44 低清蛋白血症，小肠黏膜固有层改变——乳糜泻？
 病例45 慢性腹泻、消瘦——慢性胰腺炎？
 病例46 间断腹痛——贝赫切特综合征 病例47 发热、继发便血——伤寒？
 病例48 乏力、双下肢水肿、低清蛋白血症——肾脏疾病？
 病例49 双下肢水肿、腹胀——肝硬化？

<<北京协和医院消化疑难病剖析11>>

病例50 反复腹胀、恶心、呕吐——不典型的“肠系膜上动脉综合征”？

大肠相关病例 病例51 急性发热、腹痛、腹泻——急性肠炎？

病例52 腹泻、脓血便——炎症性肠病？

病例53 间断发热、便血——溃疡性结肠炎？

病例54 功能性排便障碍——手术能从根本上解决问题吗？

内分泌相关病例 病例55 慢性腹泻——消化系统全面检查未发现异常 病例56 食欲不振、恶心、呕吐——幽门梗阻？

病例57 间断上腹痛、腹泻——促胃液素瘤？

病例58 腹泻、腹痛、消瘦、肝多发占位——促胃液素瘤？

病例59 肝多发占位——原发性或转移性肝癌？

病例60 餐后定时意识模糊，伴上腹痛、反酸3年余——低血糖？

病例61 糖尿病、消瘦、腹泻、皮疹——胰高血糖素瘤 病例62 食欲锐减、呕吐、消瘦、嗜睡——肠梗阻？

全身相关病例 病例63 腹痛、发热、肠穿孔——克罗恩病？

病例64 反复胸闷、气短、阵发性胸腹痛——呼吸、心血管疾病？

病例65 腹痛、发热、憋气、结肠狭窄——结肠癌？

病例66 长期发热、腹痛、腰痛——结核病？

病例67 发热、头痛、眼眶痛、腰痛——流行性出血热？

病例68 发热、腹痛、意识障碍——感染还是肿瘤？

病例69 发热、咳嗽、右上腹痛——普通的肺部感染吗？

病例70 发热伴右上腹和腰背部痛——结核感染？

病例71 上腹痛、呕吐——干燥综合征？

病例72 呕吐、呃逆——神经性呕吐？

病例73 腹痛、呕吐、突发意识障碍——慢性胆囊炎？

病例74 腹胀、腹痛、呕吐、贫血——肠梗阻？

病例75 腹痛、腹泻、呕吐——急性胃肠炎？

病例76 腹痛、抽搐——腹型癫痫？

病例77 腹痛、腹泻、水肿、低清蛋白血症——吸收不良综合征？

病例78 反复腹痛、轻度血淀粉酶增高——急性胰腺炎？

病例79 间断腹痛伴反复排气、排便停止——肠梗阻—肿瘤？

病例80 腹痛、血小板减少——抗磷脂抗体综合征？

病例81 腹泻、腹胀、食欲不振——“吸收不良”背后隐藏了什么？

病例82 腹泻、消瘦、贫血——渗透性腹泻原因何在？

病例83 腹泻、双下肢麻木、反复晕厥——吸收不良综合征？

病例84 便血——血管畸形？

病例85 反复黑便——小肠出血？

病例86 黄疸、消化道出血——肝硬化？

病例87 水肿、肝脾肿大、全血细胞减少、胰头部占位性病变——能用一个诊断解释患者的临床表现吗？

病例88 肝脾大、发热——淋巴瘤？

病例89 体位相关性腹痛——消化系统疾病？

病例90 发作性面部潮红伴头晕、心悸、发热——类癌综合征？

病例91 应用抗生素后的黄疸、发热——药物性肝炎？

病例92 急性多浆膜腔积液——从仔细的体格检查中寻找鉴别诊断线索 病例93 血性胸、腹腔积液——结核？

肿瘤？

病例94 胸腹腔积液、肝大——右心功能衰竭？

<<北京协和医院消化疑难病剖析11>>

病例95 全身水肿、腹腔积液、低清蛋白血症——肾 病综合征？

病例96 大量腹腔积液——巴德—吉亚利综合征？

——溶栓治疗无效 病例97 腹腔积液，腹膜后淋巴结肿大——肿瘤还是结核？

病例98 腹腔积液、腹部包块伴肠道症状——消化系统检查未发现肿瘤证据？

病例99 腹腔积液、腹部包块——腹腔肿瘤？

病例100 腹胀、腹围增加5年——正规抗结核治疗无效 病例101 腹胀2个月——腹腔镜检查未能确诊罕见病例 病例102 反复发热、腹泻——肠道感染？

病例103 腹泻、脱发、皮肤色素沉着——内分泌疾 病？

病例104 多发皮赘、腹痛、腹泻——Cowden综合征？

病例105 进行性吞咽困难、腹腔肿物——贲门癌不能确诊 病例106 皮疹、腹痛、腹泻、吞咽困难——消化系疾 病？

病例107 17年不明原因腹泻——是简单的吸收不良吗？

病例108 间断活动后乏力、心悸、气短3年——蓝色橡皮大疱痣综合征？

病例109 间断呕吐12年、腹腔积液10年——C1酯酶抑制物缺乏症？

病例110 随呼吸移动的“腹块”——腹茧症 病例111 腹腔“鸡蛋样”包块——肠系膜肿物？
参考文献北京协和医院常用实验室检查正常参考值主题词索引后记

章节摘录

插图：下一步需要明确的是CP的病因：胆系结石：中国最为常见，是我国CP与其他国家不同之处

酒精性：文献报道经典酒精性CP的饮酒量常需达到每日乙醇（40~150）g×（5~12）年以上，具体的时间及饮酒量各家报道不一，可能与种族及人群的易感性有关。

酒精引起CP的原因并不是非常清楚，主要学说有：酒精本身或其代谢物的毒性，损伤了胰腺的腺泡细胞，导致胰实质的损伤和纤维化；酒精刺激胰腺的分泌，使胰液的胰酶和蛋白质的含量增加，钙离子浓度增高，形成小的蛋白栓阻塞小胰管，导致胰腺结构发生改变。

患者虽有3年每天35g乙醇摄入史，但酗酒量及时间均不满足，且患者胰腺炎的急性发作只有一次是在饮酒后，其余均是在高脂肪餐后。

因此，诊为酒精性慢性胰腺炎的证据不足，酒精可能为患者症状加重的诱发因素。

代谢性：高钙血症、高甘油三酯血症，应行相关实验室检查。

其他少见病因：如遗传性胰腺炎、自身免疫性胰腺炎、胰腺分裂、囊性纤维化等。胰腺分裂是青少年CP相对常见的病因，但均无明确支持点。

后记

本书构思于2007年，适逢我科老主任、临床内科学、消化学泰斗张孝骞教授诞辰110周年。北京协和医院消化科是20世纪50年代初由张孝骞教授创立的国内首家消化专科，先后成就了潘其英、文士域、陈敏章、潘国宗、陈寿坡、陈元方、贝瀛、陆星华等一批消化学方家。半个多世纪以来，在张孝骞以及陈敏章、潘国宗、陆星华、柯美云老主任们的带领下，早在20世纪80年代北京协和医院消化科就成为国家教委博士学位授予点、消化内科博士后流动站、国家级消化药物临床试验基地和国家级消化专科继续教育基地；新世纪初进而成为国家教委的重点学科、卫生部专科医师培训基地及国家消化内镜培训中心。张孝骞教授毕生治学严谨、勤学不辍，以拯救患者生命和解除患者痛苦为己任，时刻跟踪医学发展最新动态。重视实践，坚持用科学态度对待每一个病例，并视同于一个研究课题。这种精神和做法始终影响着协和，特别是协和消化科一代代医师的成长。他一生保持着记录经治疑难病例的习惯，留下许多宝贵的“小册子”，成为协和内科解疑释惑的锦囊。

张老辞世后，大家十分期望能让他“小册子”中的临床思维重焕光彩，指引后人，但因种种原因一直未能遂愿。在纪念张孝骞教授诞辰110周年之际，我们拟将消化科近年来的疑难病例诊治思维整理成册，以飨读者。

这是北京协和医院消化科全体同仁向张孝骞老主任奉上的一份答卷，更是对其最好的追怀。为使张老满意，我们的病例多是近5年内比较典型的疑难或特色病例，多数病例不仅住院资料记录较齐全，而且还有随访记录，随着计算机以及数码等技术的普及，亦收集留存了相关影像资料，便于读者梳理借鉴。这些患者，绝大多数转诊多家医院，病情复杂，治疗棘手。面对每一病例，我们一次次体会着张孝骞教授的名言：“如履薄冰，如临深渊”；环顾堆积如山的病历资料、齐全的检查结果，如何从杂乱无章的初诊中，一步步抽丝剥茧，明确诊断？本书着重对病例诊治时临床思维的过程进行了诠释。

<<北京协和医院消化疑难病剖析111例>>

编辑推荐

《北京协和医院消化疑难病剖析111例》由中国协和医科大学出版社出版。

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>