

<<血液内科疾病临床诊疗思维>>

图书基本信息

书名：<<血液内科疾病临床诊疗思维>>

13位ISBN编号：9787117131544

10位ISBN编号：7117131543

出版时间：2010-9

出版时间：人民卫生

作者：谢毅 编

页数：142

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>

<<血液内科疾病临床诊疗思维>>

前言

本书通过对血液系统常见临床病例的诊断和治疗过程的描述，展示了血液科临床医师如何收集诊断和治疗所需要的临床资料，利用基础医学和临床医学知识，结合自身临床经验对患者的临床资料进行综合分析、逻辑推理，从而作出诊断和提出处理方案。

旨在启发刚进入血液病病房工作的高年级医学生、临床型研究生及住院医师，培养他们临床工作的责任心和深入细致的医疗作风，使之不断学习并积累经验，提高临床思维能力。

应该指出，收集的临床资料应具有客观性、全面性和系统性，方能形成正确的诊断和治疗的依据。

血液科医生应根据患者的症状形成主诉，然后根据主诉和诊疗的需要进一步完善问诊内容、确定体格检查重点和实验室检查或特殊检查项目。

应该注意，临床实践中所遇到的病例千变万化，即使是诊断相同的患者，其临床表现和特点也是各不相同的，医师的责任就是按照患者的不同情况给出正确的诊断和个体化的治疗方案，确定个体化的治疗剂量和最合适的处理。

临床诊疗过程绝对不是对号入座，临床思维，对临床资料的分析、综合和推理具有重要作用。

本书是一本启发临床思维的参考书，并不是血液病的诊疗常规或指南，所以，任何照搬本书内容所致的人体或功能损害和经济损失，出版者和作者不承担任何法律责任。

本书用29个常见的血液病病例，借以说明血液疾病的临床诊疗思维，挂一漏万，不妥之处，敬请广大读者不吝赐教，以促改进。

在本书的编写过程中，得到复旦大学上海医学院各附属医院血液科的教授和医师的鼎力相助，在此衷心致谢！

<<血液内科疾病临床诊疗思维>>

内容概要

本书通过对血液系统常见临床病例的诊断和治疗过程的描述，展示了血液科临床医师如何收集诊断和治疗所需要的临床资料，利用基础医学和临床医学知识，结合自身临床经验对患者的临床资料进行综合分析、逻辑推理，从而作出诊断和提出处理方案。

旨在启发刚进入血液病病房工作的高年级医学生、临床型研究生及住院医师，培养他们临床工作的责任心和深入细致的医疗作风，使之不断学习并积累经验，提高临床思维能力。

<<血液内科疾病临床诊疗思维>>

作者简介

谢毅，男，江苏江阴市人。
1943年5月生。

1967年上海第一医学院卫生系毕业，曾在云南省怒江傈僳族自治州碧江和泸水县巡回医疗二年，在碧江县担任全科医生八年。

1978年考入上海第一医学院临床血液专业，导师丁训杰教授。

1981年获硕士学位后在华山医院血液科工作，历任华山医院血液科主任，科教副院长等职。

1990年开展治疗性血液成分单采，1992年始以专家身份享受政府特殊津贴。

1994年完成上海第一例自体外周血造血干细胞移植治疗淋巴瘤，1995年完成上海第一例异基因外周造血干细胞移植治疗白血病，1996年完成全国第一例非血缘供者外周造血干细胞移植治疗白血病，患者已无病生存10余年。

1997年《周围造血干细胞在血液恶性肿瘤治疗中的应用》获上海市医疗成果三等奖，1998年《非血缘外周造血干细胞移植治疗急性白血病》获上海市科学技术进步三等奖。

指导硕士生13人，其中1人为留学生；博士生10人，博士后1人。

发表论文50余篇。

曾任人民卫生出版社出版的全国高等医药教材建设研究会。

卫生部规划教材《内科学》2000年第五版，血液系统分主编以及2004年第六版和2008年第七版的副主编；2002年上海科学技术文献出版社出版的《临床疑难血液病细胞形态学诊断精要》副主编。

现任华山医院内科学教授，博士研究生导师；上海道培医院常务副院长，第23版cecil内科学主译，中华医学会血液学会上海分会顾问，中华医学会输血学会上海分会副主任委员，上海市红十字会造血干细胞捐赠工作委员会副主任。

<<血液内科疾病临床诊疗思维>>

书籍目录

病例1 头晕、乏力、心悸病例2 面色苍白、牙龈出血病例3 乏力、气急、皮肤发黄病例4 头晕、乏力、尿色加深病例5 贫血、黄疸、脾肿大病例6 轻度贫血、脾肿大、小红细胞增多病例7 外周血三系减少病例8 反复牙龈出血伴全血细胞减少病例9 四肢皮肤瘀点、紫癜病例10 月经量增多、经期延长、血小板减少病例11 低热、黄疸、瘀斑、意识不清和偏瘫病例12 酱油色尿，少尿病例13 贫血、血性腹水病例14 拔牙后伤口持续渗血病例15 反复皮肤大片瘀斑伴右膝肿痛病例16 发热、咳嗽、休克伴全身散在瘀斑病例17 乙状结肠多发息肉摘除术后出血不止病例18 发热伴皮肤瘀点、瘀斑病例19 牙痛、肝脾肿大、外周血原幼细胞增多病例20 上腹部饱胀、白细胞增高病例21 颈部淋巴结肿大，外周血淋巴细胞增高病例22 淋巴结肿大、脾肿大病例23 高热、贫血、血红蛋白尿、肝脾肿大病例24 牙龈肿胀病例25 肩痛、腰痛病例26 面红、头痛、肢体麻木、牙龈出血病例27 面色苍白、头晕、骨痛病例28 发热、咯血、嗜酸性粒细胞增多病例29 自身免疫性贫血治疗过程中黄疸减轻、贫血加重附：病例诊断结果

<<血液内科疾病临床诊疗思维>>

章节摘录

插图：（二）鉴别诊断1.患者贫血、黄疸和脾肿大提示慢性溶血性贫血存在，但须与贫血合并肝硬化相鉴别。

患者没有肝炎史，鼻部未见毛细血管扩张，头颈部未见蜘蛛痣，未见肝掌和腹壁静脉曲张，移动性浊音（-），虽然有黄疸、脾肿大，但缺乏肝硬化相关的体征。

肝功能检查除胆红素较高外，其余均正常。

不支持贫血合并肝硬化的可能。

2.患者年轻，有贫血、黄疸和脾肿大，还须与血液肿瘤相鉴别。

但是患者没有发热、出血的临床表现，病史比较长，出现贫血、黄疸已5年。

而且皮肤未见出血点、紫癜或瘀斑，浅表淋巴结未触及肿大，不存在与血液肿瘤相关的体征。

血常规除了有中度贫血外，白细胞和血小板计数均正常。

骨髓涂片显示骨髓增生活跃，粒红比倒置，红系造血增生明显，幼红细胞比例升高，粒巨二系增生正常，未见白血病细胞或其他异常细胞。

可排除伴有贫血的血液肿瘤的存在。

3.患者有贫血、黄疸和脾肿大，实验室检查确定患者有溶血性贫血，需要与各种获得性溶血性贫血相鉴别。

患者没有接受过心血管手术；没有发现运动后浓茶色尿；没有患过疟疾，周围人群中无疟疾流行；无外伤史，平日不吃药。

因此，临床上没有由血管因素（瓣膜置换术后、行军性血红蛋白尿等）、生物因素（疟疾等）或理化因素（烧伤、运动后血红蛋白尿或药物中毒等）所致的非免疫性溶血性贫血的提示。

没有输过血，因此与同种免疫所致的溶血性贫血无关。

Coombs试验阴性，也没有自身免疫性溶血性贫血的提示。

无晨起酱油色尿，临床上没有夜间阵发性血红蛋白尿的提示。

患者病史比较单纯，可以不考虑各种获得性溶血性贫血的可能。

<<血液内科疾病临床诊疗思维>>

编辑推荐

《血液内科疾病临床诊疗思维》由人民卫生出版社出版。

<<血液内科疾病临床诊疗思维>>

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>