第一图书网, tushu007.com

# <<临床神经内科急诊学>>

## 图书基本信息

书名：<<临床神经内科急诊学>>

13位ISBN编号：9787502364076

10位ISBN编号：7502364072

出版时间：2009-10

出版时间：科技文献

作者：刘晓加//吕田明|主编:狄勋元//曹建中//余艳红

页数：488

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

神经内科急诊工作是各级综合医院临床工作的重要部分，为了满足广大一线医务工作者对有关神经内科急诊专业知识和技能的实际需要，作者编写了这本《临床神经内科急诊学》，供神经内科、神经外科、普通内科、急诊科等医务人员和医学院校学生工作、学习参考之用，特别希望能对广大基层医院神经内科急诊的诊疗工作有所帮助。
全书分为神经内科急症的临床诊断方法、神经内科急症的常见症状、神经内科急症各论、继发于其他疾病的神经内科急症、神经内科常见的内科急症共五章，附录部分为神经内科常用的诊疗技术、监护技术、检验正常值和药物。
本书的编写特点是：①以临床为中心，充分地考虑到临床所能遇到的各种情况，力求突出临床的实用性；②充分展示目前国内外已被认同的新方案、新方法、新技术，尽量提高临床应用的可操作性；③加入了内科、外科、妇产科、精神科等相关学科的部分内容，以扩充应对神经内科急诊时临床思维的知识面。
作者衷心希望本书能够对国内神经内科急诊工作有所帮助，但鉴于水平和时间所限，该书编写过程中的疏漏之处在所难免，恳请各位读者不吝赐教，提出宝贵意见。

第一图书网, tushu007.com


## 内容概要

本书系对神经内科急症的相关知识进行了归纳总结。
全书共分为五章：第一章概括了神经内科急症的诊断及鉴别诊断的思路，并具体阐述了病史采集及体格检查的技巧；第二章对神经内科急症的常见症状进行了详细描述；第三章是神经内科常见急症各论，详述了各种急症的病因、发病机制、病理、临床表现、辅助检查、诊断、治疗及预后；第四章详述了继发于其他内科疾病的神经内科急症；第五章简述了神经内科临床工作中经常遇到的内科急症；附录部分包括神经内科急症常用的诊疗技术、监护技术、检验正常值和药物。
全书力求翔实，尽量采用最新的指南或观点，期望成为临床医师实用的工具书。

## 作者简介

刘晓加 主编

女，1959年12月出生，湖南茶陵籍，医学硕士。

现任南方医科大学南方医院神经内科主任医师、教授，硕士研究生导师，广东省心身医学会常务委员、广东省心理卫生协会常务理事、广东省神经病学会神经心理学组委员、广东省老年医学会委员、广东省康复医学会理事。

从事神经内科临床和教学工作24年，主要科研方向为大脑病变所致语言障碍的神经心理学研究，主持国家自然科学基金课题2项，参与国家及省级科研课题2项，获军队和省级科学技术奖5项，获省级教学媒体教材奖1项，在核心期刊发表专业论文40余篇，参编学术著作和国家级教材共4部。

# <<临床神经内科急诊学>>

## 书籍目录

第一章　神经内科急症的临床诊断方法　第一节　神经内科急症的病史采集　第二节　神经系统检查　第三节　神经系统疾病的诊断原则第二章　神经内科急症的常见症状　第一节　意识障碍　第二节　头痛　第三节　眩晕　第四节　抽搐　第五节　瘫痪　第六节　不自主运动　第七节　精神异常第三章　神经内科急症各论　第一节　急性脑血管病　第二节　中枢神经系统感染性疾病　第三节　癫痫　第四节　脱髓鞘疾病　第五节　颅神经疾病　第六节　颅内占位性病变　第七节　锥体外系疾病　第八节　脊髓疾病　第九节　脊神经疾病　第十节　骨骼肌疾病　第十一节　神经系统中毒性疾病　第十二节　神经系统物理损伤第四章　继发于其他疾病的神经内科急症　第一节　代谢性脑病　第二节　肾病相关的神经系统损害　第三节　颈椎病　第四节　结缔组织病相关的神经系统损害　第五节 白血病的神经系统并发症　第六节　癌性神经系统综合征　第七节　缺血缺氧性脑病　第八节　高血压脑病　第九节　产科常见神经内科急症第五章　神经内科常见的内科急症 第一节　休克 第二节　急性心功能衰竭 第三节　急性呼吸功能衰竭 第四节　急性肾功能衰竭 第五节　急性上消化道出血 第六节　弥散性血管内凝血 第七节　多脏器功能不全综合征　第八节　急性心肌梗死　第九节　肺动脉栓塞　第十节　下肢深静脉血栓形成　第十一节　电解质紊乱附录　附录一　急症常用诊疗技术　附录二　急症常用重症监护技术　附录三　急症常用检验正常值　附录四　急症常用药物参考文献

## 章节摘录

插图：一、一般检查（一）生命体征凡累及颅脑和高颈段脊髓的各种急性病变，常有生命体征的明显改变。
临床上常根据其生命体征的变化来判断病情的预后和转归。
生命体征主要包括：1.呼吸呼吸深而慢，同时伴有脉搏缓慢有力及血压增高为颅内压增高的表现。
呼吸节律不整，如潮式呼吸（间脑、脑干受损）、中枢性过度换气（中脑、脑桥受损）、叹息样呼吸（脑桥受损）、共济失调性呼吸（呼吸深浅及节律完全不规则系延髓受损），为中枢性呼吸衰竭的表现。
呼吸表浅无力或不能，多为外周性呼吸麻痹的表现，见于颈髓病变和急性感染性多发性神经根神经炎等引起的膈神经和肋间神经麻痹。
重症肌无力危象和多发性肌炎等亦可引起呼吸肌的病态疲劳而导致外周性呼吸麻痹。
此外，痰液坠积、呕吐物误吸、昏迷病人舌后坠、继发性肺部感染、肺不张、肺水肿等均可引起呼吸困难。
2.脉搏脉速通常见于感染性发热、脑出血、癫痫发作、缺氧、中枢性及周围性呼吸衰竭，或为大量呕吐、脱水过度、中毒性休克引起周围循环衰竭的一种表现。
脉搏缓慢有力见于颅内压增高。
3.血压血压增高见于应激状态、病前原有高血压、颅内压增高及脑疝前期的代偿期。
血压下降则多为周围循环衰竭、严重酸中毒、脑干或丘脑下部受损、脑疝末期的失代偿期、脑出血伴大量胃出血及冬眠灵、硝普钠等静脉给药后。
4.体温体温升高常见于继发感染、丘脑下部或脑干受损（因影响体温调节中枢功能而引起中枢性高热，临床特点为持续高热而无寒战，四肢不热不出汗）、严重的高颈髓段病变（因躯干和肢体的汗腺分泌及散热功能受到损害）；体温升高还可由躁动或抽搐所引起。
体温下降或不升，为呼吸循环衰竭、丘脑下部严重病变或临终的表现。
（二）意识意识状态可通过观察病人对言语和痛觉刺激的反应、检查神经系统各项反射及生命体征来确定。
言语刺激通常为大声呼唤病人姓名及简单问答；痛觉刺激可压迫眶上缘、针刺或挤捏四肢近端内侧等痛觉敏感的区域。
根据意识障碍的不同程度可分为以下几种：1.嗜睡是一种病理性的持续的睡眠状态，能以言语唤醒，并能简单对答，刺激一停随即入睡。
嗜睡是意识障碍的早期表现，临床上应引起重视。
2.昏睡是一种比嗜睡更深的意识障碍状态。
病人深睡，须大声呼叫其姓名或施以疼痛刺激方能唤醒，醒后反应迟钝，不能对答或对答含糊不清，刺激一停随即入睡。
3.浅昏迷病人意识丧失，无随意运动，任何刺激不能唤醒，痛觉刺激可见无意识回避反应。
瞳孔对光反射、角膜反射、咳嗽反射、吞咽反射和腱反射存在，生命体征无改变。
4.中昏迷病人意识障碍加深，痛觉刺激反应迟钝。
瞳孔对光反射、角膜反射、咳嗽反射、吞咽反射和腱反射迟钝，生命体征无改变。
5.深昏迷病人意识障碍进一步加深，痛觉刺激反应消失，瞳孔对光反射、角膜反射、咳嗽反射、吞咽反射和腱反射消失，生命体征改变。

## 编辑推荐

《临床神经内科急诊学》：中华临床急诊学丛书。

第一图书网, tushu007.com



## 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