

<<普通外科临床精要与警示>>

图书基本信息

书名：<<普通外科临床精要与警示>>

13位ISBN编号：9787502370756

10位ISBN编号：7502370757

出版时间：2012-3

出版时间：科技文献出版社

作者：蒋啸云

页数：321

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>

<<普通外科临床精要与警示>>

内容概要

本书阐述了普外科常见症状、体征及某些高层次表现的鉴别诊断等问题，在医疗事故及争议篇中，结合众多具体实例，分析了医疗纠纷产生的原因及方法。本书能较为贴切地帮助年轻普外科医生健康成长，少走弯路；有些方面也可供其他层次或其他科室医生参考。

<<普通外科临床精要与警示>>

作者简介

蒋啸云，1935年11月出生于湖南省益阳市。
外科主任医师，原医院大外科主任。
曾在解放军服役多年，1963年毕业于原湖南医学院(现中南大学湘雅医学院)医疗系本科。
毕业后一直从事普外科临床工作。
爱岗敬业，廉洁行医，深得群众好评。
曾谢绝担任行政领导，退休后仍坚持在临床一线工作并担任市外科学会名誉主任委员。
救治了包括舍己救人的海军英雄刘志艳在内的诸多危重病人，率先开展了普外领域里的多种新技术(如肝门胆管癌根治切除、规范法肿瘤手术及综合治疗、肠内外营养等)。
创立了一种牢固度较高的肠包套式端端吻合术，对肠外瘘的早中期外科处理进行了卓有成效的临床研究，均分别获省科技成果奖。
重视临床思维、外科基础、疑难普外疾病的诊治、普外特别是腹部外科并发症的防治等，并在这些方面有较丰富的经验和体会，善于为年轻医生或下级医院解难释疑。

<<普通外科临床精要与警示>>

书籍目录

第一章 诊断思维

第一节 如何从临床资料到所求诊断

- 一、临床诊断思维的基础
- 二、诊断的临床思维方法
- 三、临床诊断的思维过程(思路)
- 四、诊断思维便于实施的要诀
- 五、临床诊断思维中应注意的问题

第二节 普外科常见症状体征的鉴别诊断

- 一、浅表淋巴结肿大
- 二、颈部肿块
- 三、甲状腺肿大
- 四、高甲状腺素血症-
- 五、乳腺肿块
- 六、溢乳
- 七、黄疸
- 八、腹痛
- 九、腹部肿块诊断中愿提及的几个问题

第三节 腹部外科常见的几种重要基本病变的诊断

- 一、急腹症中的几种基本病变
- 二、重视局限性麻痹性肠梗阻的特点及临床意义

第二章 外科基础

第一节 围手术期处理愿提及的问题

第二节 各重要器官、系统的术前评估和处理

- 一、心血管系统的评估及处理
- 二、围手术期肝脏健康状况及手术风险的评估和处理
- 三、呼吸系健康状况评估、风险预测及围术期处理
- 四、肾脏危险因素预测及处理

第三节 外科病人高血糖控制的几个问题

第四节 外科营养

- 一、外科营养的基本知识
- 二、中华医学会重症医学分会·危重病人营养支持指导意见(2006)
- 三、实施外科营养的思维步骤
- 四、应用举例

第五节 外科液体复苏中应注意的问题

- 一、明确液体复苏的目的
- 二、液体复苏的分类
- 三、液体复苏的判断指标

第六节 外科基本技术难点及注意事项

- 一、如何做好分离
- 二、结扎术的注意点
- 三、止血术应注意的问题
- 四、外科引流愿提及的问题
- 五、手术好坏的标准及如何做好手术

第七节 肿瘤基本问题选介

- 一、肿瘤的自然病史

<<普通外科临床精要与警示>>

- 二、肿瘤的现代观念
- 三、肿瘤分期
- 四、肿瘤标志物的临床意义
- 五、如何早期诊断肿瘤病人
- 六、肿瘤外科手术治疗的基本原则
- 七、关于多学科综合治疗协作组
- 第三章 常见普外科疾病诊治
- 引言
- 第一节 颈部及甲状腺常见疾病
- 一、甲状腺舌管囊肿
- 二、颈部囊状淋巴管瘤
- 三、甲状腺癌
- 四、甲状腺腺瘤
- 五、单纯性甲状腺肿
-
- 第四章 医疗事故及医疗争议
- 参考文献
- 后记：爱平凡之岗 敬医务之业 当乐不悔

<<普通外科临床精要与警示>>

章节摘录

版权页：插图：穿透性溃疡引起的腹痛程度多较重，疼痛节律性也发生变化，一部分患者可呈午夜痛醒，应用制酸药物效果明显欠佳。

如果严格药物治疗无效、且疼痛放射到背部，则表示溃疡已穿透入胰腺，应考虑手术治疗。

溃疡往往深达浆膜层，或穿入相邻组织、脏器，或在局部引起炎症和粘连，或形成包裹性穿孔。

1.胃后壁穿透性溃疡的处理 胃后壁穿透性溃疡常常向后面穿透至胰腺，手术时可将溃疡病灶边缘与胃分离开旷置于胃外。

手术需要切断十二指肠，游离胃窦部和部分胃体，用钝、锐分离法分离胰腺与胃后壁的粘连，注意防止胰腺损伤，使胃与胰腺完全分开，溃疡留于胰腺上。

在溃疡边缘处或分破的溃疡裂口插入吸引管，吸净胃内容物。

将溃疡边缘残留的胃黏膜剪除。

用丝线缝合胃部破口，以防胃内容物漏出。

而后继续分离预定切除的胃体，进行胃大部切除。

切除后可用大网膜覆盖溃疡面，且不可勉强切除或电灼溃疡。

2.十二指肠后壁穿透性溃疡 十二指肠溃疡向后壁穿透时，基底部多为胰腺组织。

溃疡侵蚀胃十二指肠动脉或胰腺的血管后，可致无法控制的大出血。

往往根据情况，采用Gra—ham法、Nissen法或者幽门窦旷置等方法处理。

(1) Graham法(残端后壁覆盖溃疡法)：适用于溃疡位置靠近幽门环且面积较小者，手术中以钝性和锐性方法游离十二指肠后壁，沿溃疡近侧的边缘切开十二指肠后壁，吸尽肠内容物，靠近幽门切断十二指肠前壁，尽量多保留前壁组织，将手指探入肠腔为引导，抵住十二指肠后壁，以此作指引，偏向肠壁方向仔细游离肠壁与胰腺的粘连，该处粘连大多数可以分开，切开及游离溃疡远端的十二指肠后壁。

游离时应尽量靠十二指肠壁仔细分离，以防止损伤胰腺。

将溃疡所在的肠壁分离至溃疡远侧缘下1cm处，将残端前壁向后壁靠拢，用细的不吸收线行全层间断缝合；也可用闭合器封闭。

再将十二指肠残端前壁的浆肌层与溃疡近侧的胰腺包膜用不吸收线做间断缝合，使十二指肠残端的后壁覆盖于溃疡面上。

须注意防止损伤和缝合胆总管。

游离溃疡瘢痕或十二指肠球部时，应要紧靠十二指肠壁，并沿十二指肠纵轴小心锐性解剖，避开管状结构，防止损伤胰管和胆总管。

(2) Nissen法(残端前壁覆盖溃疡法)：当溃疡位置距离幽门较远、面积较大时，无法游离溃疡远端的十二指肠后壁，可采用Nissen法。

手术中切开十二指肠前壁显露出后壁的溃疡。

沿溃疡近侧的边缘切开十二指肠后壁，但不游离溃疡远侧缘以下十二指肠后壁。

将十二指肠前壁断端的浆肌层间断缝于胰腺上的溃疡基底部远侧边缘部。

再间断将前壁的浆肌层缝于溃疡基底的近侧边缘，须再用间断缝法将前壁的浆肌层缝于溃疡近端的胰腺包膜上。

如溃疡基底部有副胰管开口，不管哪种方法都必须将溃疡基底留在肠腔，第一层缝合须把肠前壁间断缝合在溃疡基底的近侧缘。

注意在溃疡前切断十二指肠，应多保留正常的前壁。

<<普通外科临床精要与警示>>

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>