

<<麻醉科诊疗常规>>

图书基本信息

书名：<<麻醉科诊疗常规>>

13位ISBN编号：9787506755702

10位ISBN编号：750675570X

出版时间：2012-11

出版时间：中国医药科技出版社

作者：王保国 编

页数：654

字数：896000

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>

<<麻醉科诊疗常规>>

内容概要

本书是根据卫生部《医师定期考核管理办法》的要求，由北京医师协会组织全市麻醉科专家、学科带头人及中青年业务骨干共同编写而成。

体例清晰、明确，内容具有基础性、专业性、指导性及可操作性等特点。

既是专科医师应知应会的基本知识和技能的指导用书，也是北京市麻醉专科领域执业医师“定期考核”业务水平的惟一指定用书。

本书适合广大执业医师、在校师生参考学习。

<<麻醉科诊疗常规>>

书籍目录

第一篇 临床麻醉常规

第一章 麻醉科的编制、工作任务及工作制度

第一节 麻醉科的编制

第二节 麻醉科的任务

第三节 临床麻醉日常工作制度

第二章 麻醉前病情估计和术前准备

第一节 麻醉前病情分级

第二节 常见伴随疾病的评估与准备

第三节 其他术前准备

第三章 麻醉方法

第一节 局部麻醉

第二节 基础麻醉

第三节 颈丛神经阻滞

第四节 臂丛神经阻滞

第五节 蛛网膜下隙阻滞

第六节 硬膜外隙阻滞

第七节 腰一硬联合阻滞

第八节 骶管阻滞

第九节 全身麻醉

第十节 全麻—硬膜外阻滞联合麻醉

第十一节 监护性麻醉

第四章 麻醉期间常用的监测

第一节 麻醉期间监测的项目要求

第二节 心电图和血流动力学监测

第三节 呼吸功能监测

第四节 肌肉松弛药作用监测

第五节 麻醉深度监测

.....

第二篇 重症患者的监测和诊疗

第三篇 疼痛诊疗常规

第四篇 常用技术操作常规

<<麻醉科诊疗常规>>

章节摘录

版权页：第二十四章腰、骶和下肢疼痛 第一节 腰椎间盘突出症 60%的患者有腰扭伤史。特殊职业，如长期坐位工作、驾驶员等易患该病。

其典型症状是腰痛伴单侧或双侧下肢痛。

一、临床表现 (一) 腰痛 大多数患者有下腰痛，并且为先腰痛后腿痛，部分患者为腰、腿痛同时出现，少数患者为先腿痛后腰痛。

疼痛部位在下腰部和腰骶部，位置较深。

疼痛在活动时加重，卧床休息后减轻。

当椎间盘突出突然发作时，可发生急性腰痛，肌肉痉挛，伴有坐骨神经痛和腰椎各种活动受限，疼痛持续时间较长。

(二) 坐骨神经痛 由于95%的腰椎间盘突出症发生在腰4~5或腰5~骶1椎间隙，患者多伴有坐骨神经痛，向腰骶部、臀后部、大腿后外侧、小腿直至足背或足底放射。

当患者弯腰、咳嗽、打喷嚏、大便时疼痛症状加重。

(三) 腰椎姿势异常 由于椎间盘突出的方向向后或后外侧，刺激、压迫了一侧(有时为双侧神经根)神经根，患者会保护性地采取一定的特殊体位，以避免椎间盘对神经的压迫。

因此患者的腰椎可表现出如侧凸、侧后凸、双肩不等高、骨盆不等高等各种异常姿势。

(四) 麻木与感觉异常 当突出的椎间盘刺激了本体感觉和触觉纤维，即可出现肢体麻木。

麻木部位按受累神经区域皮节分布。

有时患者感觉患肢怕冷、畏寒，夏日也穿多条长裤。

(五) 马尾神经损伤症状 此症状出现于急性中央型椎间盘突出症患者往往是髓核脱出。

患者在搬重物、用力咳嗽、打喷嚏或被实施腰椎重力牵引、重手法“复位”后，即感腰骶部剧痛，双下肢无力或不全瘫，会阴区麻木，出现排便、排尿无力或失禁等括约肌障碍症状。

男性可出现功能性阳痿，女性可出现尿潴留或假性尿失禁。

二、诊断要点 (一) 病史 (1) 仔细询问患者职业、发病时间与诱因、腰痛性质和下肢痛性质。

(2) 观察患者的步态与脊柱外形，疼痛症状较重者可出现跛行步态。

脊柱外形如(二)一般体格检查 1. 压痛点 在病变间隙的患侧有深压痛。

疼痛可沿坐骨神经分布区向下肢放散。

2. 腰椎活动受限 腰椎在各个方向上均有不同程度的活动受限。

前屈后伸运动受限明显；有脊柱侧弯的患者，向凸侧弯曲的活动受限明显。

3. 肌萎缩和肌力减弱 受累神经所支配的肌肉，如胫前肌、腓骨长短肌、伸趾长肌等，均可有不同程度的肌肉萎缩和肌力减弱。

腰4~5椎间盘突出时，肌力明显减弱。

4. 感觉减退 受累神经根支配区，皮肤针刺痛觉明显减退。

5. 腱反射改变 腰3~4椎间盘突出时，出现膝反射减弱或消失。

腰5~骶1椎间盘突出时，出现跟腱反射减弱或消失。

(三) 特殊检查 1. 胸腹垫枕试验 检查方法：患者全身放松，两上肢伸直置于身旁，检查者在病侧腰3~骶1各节椎板间隙的深层肌上用手指探压，寻找深层压痛点。

若在腰椎过度前屈位上测定，使原有在超伸展位上引出的深压痛、传导痛或下肢酸麻感完全消失或明显减轻者，则可判定为腰椎管内发病因素。

2. 直腿抬高试验 由于椎间盘突出时神经根袖受到卡压，限制了其在椎管内的移动。

因此，在做患侧直腿抬高动作时因牵拉了受压的神经根而产生了疼痛症状，试验呈阳性。

3. 直腿抬高加强试验 将患肢抬高到一定程度而出现坐骨神经痛，然后降低患肢使疼痛症状消失，此时被动背伸踝关节，当又出现坐骨神经痛时为阳性。

4. 健肢抬高试验 当直腿抬高健侧肢体时，如果出现患侧坐骨神经痛的症状，即为阳性。

此种情况多表明椎间盘突出为“腋下型”突出。

5. 股神经牵拉试验 对高位椎间盘突出症、(如腰2~3和腰3~4)的患者，股神经牵拉试验为阳性。

<<麻醉科诊疗常规>>

但对部分腰4~5突出的患者,该试验也为阳性。

6.屈颈试验 患者取坐位或半坐位,双下肢伸直,当被动向前屈曲颈椎时,如出现患侧下肢的放射性疼痛者为阳性。

7.颈静脉压迫试验 压迫颈静脉,使硬脊膜膨胀。

由硬脊膜发出的神经根与突出的椎间盘相挤压,从而诱发出疼痛。

<<麻醉科诊疗常规>>

编辑推荐

《麻醉科诊疗常规(2012年版)》适合广大执业医师、在校师生参考学习。

<<麻醉科诊疗常规>>

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>