

<<消化内镜诊疗关键>>

图书基本信息

书名：<<消化内镜诊疗关键>>

13位ISBN编号：9787534563966

10位ISBN编号：7534563968

出版时间：2009-3

出版时间：江苏科技

作者：邹晓平//于成功//吴毓麟

页数：259

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>

<<消化内镜诊疗关键>>

内容概要

全书共分八章。

第一、第二章重点介绍消化内镜诊断与治疗技术的基本操作及技术关键；第三章至第八章分别叙述了食管贍门疾病、胃十二指肠疾病、小肠疾病、结直肠疾病、胆胰疾病和消化道异物的各种表现、内镜诊断和治疗关键。

内容涉及各种消化内镜的诊疗技术以及在不同疾病中的临床应用。

全书对内镜诊疗技术的介绍详细而实用，既可作为临床工具书，也可作为执业参考书。

<<消化内镜诊疗关键>>

书籍目录

第一章 内镜检查基本技术与技巧第一节 胃镜检查术一、上消化道解剖（一）咽（二）食管（三）胃（四）十二指肠二、适应证、禁忌证及并发症（一）适应证（二）禁忌证（三）并发症三、基本方法及技巧（一）患者体位（二）前视式内镜插入四、内镜下活检及细胞学检查（一）直视下活组织检查（二）细胞学检查（三）大黏膜活检第二节 结肠镜检查术一、结直肠解剖二、适应证、禁忌证及并发症（一）适应证（二）禁忌证（三）并发症三、检查方法与技巧（一）术前准备（二）肠道准备（三）结肠镜检查单人操作法（四）双人插镜方法（五）插镜的基本原则（六）插镜的基本技术与技巧四、现行简化的插镜法、技巧及注意事项（一）怎样才能掌握简化的插镜法（二）一般操作方法（三）关键部位的通过方法（四）如何判断是否到达回盲部（五）如何防止盲区及遗漏病变五、术后处理六、各部位的正常内镜图像（一）肛管和直肠（二）乙状结肠和降结肠（三）结肠脾曲（四）横结肠（五）结肠肝曲.....第二章 消化疾病内镜治疗术第三章 食管贲门疾病第四章 胃十二指肠疾病第五章 小肠疾病第六章 结直肠疾病第七章 胆胰疾病参考文献

<<消化内镜诊疗关键>>

章节摘录

第一章 内镜检查基本技术与技巧 第二节 结肠镜检查术 一、结直肠解剖 大肠由盲肠、结肠及直肠组成。

长为1.0~1.5 m, 直径为5~8 cm, 呈“门”形围绕小肠周围, 盲肠附有阑尾, 充盈时内径为6~8 cm, 为最粗的部位。

结肠又分为升结肠、横结肠、降结肠和乙状结肠四个部分。

升结肠长15~20 cm, 在右髂窝内起自盲肠。

横结肠除右端仅部分覆盖黏膜外, 其余部分均为腹膜完全包裹形成宽大的横结肠系膜, 与后腹膜相连。

该系膜中间较宽, 两端逐渐变窄, 因此横结肠中部呈“弓”形下垂, 活动度很大。

当肠腔充盈时, 肠管向下凸度较大, 一般位于腹上部或脐部, 内脏下垂者可达髂嵴水平面以下。

横结肠上方与肝、胆囊、胃大弯和脾相邻, 下方接触小肠襻, 前方遮以大网膜, 后面与十二指肠降部、胰、十二指肠空肠曲及部分小肠襻相连接。

降结肠长15~20 cm, 自横结肠左曲开始, 沿左肾外侧缘和腰方肌的前面垂直下降, 至左髂嵴处移行于乙状结肠, 其位置较升结肠距离正中线稍远, 管腔也较升结肠略细, 位置也较深。

腹膜遮盖其前面及两侧, 后面借结缔组织固定于后腹壁, 活动性很小。

乙状结肠长约40 cm, 位于降结肠与直肠之间, 其大小、形状及位置常有变化, 通常呈“乙”字形弯曲。

乙状结肠是腹膜内位器官, 其各方面均被腹膜包裹, 并形成乙状结肠系膜, 将乙状结肠固定于左髂窝和小骨盆后壁。

由于系膜在肠管的中段较长, 向上、下两端则逐渐变短继而消失, 故乙状结肠的中部活动度范围较大, 两端较固定。

其上端位于左髂窝部与降结肠相移行, 下端于第3骶椎水平延续为直肠。

大肠有3条纵形肌形成的结肠带, 它们的收缩可使结肠膨起形成结肠袋。

直肠: 直肠长12~15 cm, 位于骶尾骨前窝内, 于第3骶骨平面起自乙状结肠, 沿骶和尾骨腹侧面向下延续, 穿过骨盆移行于肛管。

直肠的行程有数个弯曲, 在矢状面上有两个弯曲部, 上部延伸沿骶骨形成一个弓向后方的弯曲, 称为直肠骶曲, 下部绕过尾骨尖, 转向后下方, 形成一个弓向前的弯曲, 称为会阴曲。

在额状面上有三个弯曲, 上方侧曲突向右, 中部向左, 下段又形成一个突向右的弯曲。

但直肠上下端均在正中线上。

直肠通常分为骨盆部和肛门部。

<<消化内镜诊疗关键>>

编辑推荐

《消化内镜诊疗关键(精)》由江苏科学技术出版社出版。

<<消化内镜诊疗关键>>

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>