

<<协和胸外科学>>

图书基本信息

书名：<<协和胸外科学>>

13位ISBN编号：9787030273291

10位ISBN编号：703027329X

出版时间：2010-5

出版时间：科学

作者：张志庸

页数：1106

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>

## &lt;&lt;协和胸外科学&gt;&gt;

## 前言

自从2004年《现代胸外科学》一书出版以来，已经过了5个年头，这期间科学技术不断发展，与其他学科一样，医学的发展也日新月异，回过头来再重翻此书，发现了不少缺憾和不足，有些需要重新修改，有些需要补充，某些甚至要舍弃。

因此，我们有了再版此书的想法。

遵照原主编徐乐天教授的委托，重新组织原书参编人员对原有章节进行修改，有些章节另邀请专家重新撰写。

由于确定再版的时间较短，收集的资料有限，在这样相对较短的时间内完成此书的再版，很难用精雕细刻来形容它的全貌。

尤其在目前的情况下，老专家年事已高，很少能提笔再续写前卷，年轻者尚缺乏概括总结的能力，固有的条件限制了此书的再版达到很高的水平。

的确，完成一部著作没有3~5年难成正果。

本版编写时的安排与第1版相比稍有变化，将肺外科学和食管外科学的内容扩展到临床常见的多发病上，先介绍各种常见的肺、食管良性疾病，包括先天性疾病、后天性感染性疾病，最后是肺部和食管肿瘤，主要是肺癌和食管癌的诊断和外科治疗。

由于肺癌的发病率逐年增加，只有做到早期诊断才能提高生存率，我们增加了肺小结节和磨玻璃样病变的诊断与处理一节，以期能够对肺癌的诊治做到“三早”。

至于肺癌的化疗药物和方案更是层出不穷，每年均有新的变化，但是那属于肿瘤科范畴，本书不再赘述。

本书另外一个变化是将贲门癌单列一节详述，以满足读者在临床实践中的要求，也与国外Barrett食管恶变为贲门癌或食管腺癌的高发病率相应。

如本书第1版著者所言，本书的内容突出北京协和医院在胸外科实践中的特点、综合性医院胸外科的工作特点、多学科协作的特点，第2版增加了绒毛膜癌肺转移、胸内异位分泌ACTH肿瘤、胸部原始神经外胚层肿瘤、胸内嗜铬细胞瘤以及胸腺瘤和重症肌无力的外科治疗等诸多方面的内容，这些都是北京协和医院多年来多科室协作进行的临床科研项目，估计这些方面的知识将会对读者的临床工作提供一定帮助或借鉴。

本书再版时仍强调它的实用性，为此在重写胸部创伤一章时，将理论性的东西尽量简化而增加了节后的临床问题讨论，对平日临床上遇到而大多书中不介绍的实际问题进行实例讨论，以求与大家取得共鸣，在积累经验的同时也吸取教训，从而能够对工作在临床一线的年轻医生有所帮助。

同样，纵隔疾病一章的重写也遵照此原则，如增加纵隔炎、纵隔气肿、纵隔血肿和纵隔疝。

对于目前正在开展的新技术也辟出章节予以介绍，如体外膜肺氧合在胸外科的应用、纵隔镜以及心脏外科手术和胸部肿瘤同期切除手术。

最后，由于病理诊断和分类的不断更新，临床常出现而新近命名的疾病也在本书进行了叙述，如胸腺癌、胸腺类癌、胸部炎性肌纤维母细胞瘤、胸部纤维瘤病等。

## <<协和胸外科学>>

### 内容概要

本书是在第1版的基础上由目前在北京协和医院工作或过去在北京协和医院学习、工作过的专家们编写的，内容上与第1版相比做了较大改进，特别增加了北京协和医院具体诊治实例的分析和相关临床问题讨论等，使之更为全面丰富、特色鲜明、贴近临床。

本书共28章，书中既总结了北京协和医院胸外科传统使用、行之有效的临床理论和技术，也涵盖了近年来的新技术、新经验、新进展；既强调实用性，也重视理论渊源；对技术既不墨守成规，也不片面追新求异。

本书注意多学科之间的结合，除主要介绍胸外科的有关知识外，还包括了呼吸内科、纤维内镜科、放射科、超声科、麻醉科等科室的有关经验。

全书内容翔实，图文并茂，资料珍贵，确为一部对医学本科生、研究生，各级医疗、科研、教学单位的胸外科临床医师有参考价值的案头参考书。

## 书籍目录

第一章 胸外科学发展和医师培养 第一节 胸外科发展史 第二节 胸外科医师的培养第二章 胸外科患者手术前后处理 第一节 胸外科患者术前评价 第二节 胸外科患者术后监护 第三节 胸外科病人的水和电解质平衡 第四节 胸外科术前准备和术后处理 第五节 胸外科术后并发症及处理 第六节 胸部手术后肺部并发症第三章 现代临床营养支持在胸外科的应用 第一节 肠外营养 第二节 肠内营养第四章 胸外科术前辅助检查 第一节 呼吸功能检查 第二节 胸部影像学检查与诊断 第三节 胸部疾病超声波检查 第四节 胸部疾病的放射性核素扫描检查 第五节 正电子发射断层显像在胸外科的应用 第六节 胸部疾病有关化验检查 第七节 胸部肿瘤标记物检查第五章 胸外科术前特殊检查 第一节 吞咽功能检查 第二节 食管上括约肌的功能和检测 第三节 胃镜检查诊断和治疗 第四节 超声内镜的诊断和治疗 第五节 肺活检术第六章 胸外科手术麻醉 第一节 麻醉概论 第二节 麻醉术前准备 第三节 麻醉期间呼吸管理 第四节 麻醉期间循环管理 第五节 单肺麻醉/通气 第六节 胸部特殊疾病手术麻醉 第七节 特殊纵隔手术麻醉管理 第八节 胸外科手术术后镇痛第七章 胸部损伤 第一节 肋骨骨折 第二节 连枷胸 第三节 胸骨骨折 第四节 外伤性气胸 第五节 外伤性血胸 第六节 肺挫伤 第七节 胸壁软组织损伤 第八节 创伤性窒息 第九节 胸部异物 第十节 气管支气管损伤 第十一节 食管损伤 第十二节 胸导管损伤 第十三节 膈肌破裂 第十四节 肺爆震伤 第十五节 胸腹联合伤 第十六节 现代胸部创伤治疗进展第八章 胸壁、胸膜疾病 第一节 胸壁畸形 第二节 肋软骨炎 第三节 胸壁结核 第四节 胸出口综合征 第五节 脓胸 第六节 自发性气胸 第七节 乳糜胸 第八节 肿瘤性胸腔积液 第九节 胸膜肿瘤第九章 气管、支气管外科 第一节 气管、支气管肿瘤 第二节 支气管扩张症 第三节 人工气管的实验研究和临床应用第十章 肺外科 第一节 先天性肺发育异常 第二节 肺囊肿 第三节 肺隔离症 第四节 肺动静脉瘘 第五节 肺化脓性疾病 第六节 肺结核的外科治疗 第七节 分枝杆菌病的外科治疗 第八节 肺曲霉菌病 第九节 胸部棘球蚴病 第十节 肺吸虫病 第十一节 肺结核球 第十二节 肺错构瘤 第十三节 肺炎性假瘤 第十四节 硬化性血管瘤 第十五节 少见肺部肿瘤 第十六节 肺减容手术治疗肺气肿 第十七节 肺动脉栓塞 第十八节 肺动脉血栓内膜切除术 第十九节 肺癌外科治疗 第二十章 国际肺癌分期系统 第二十一章 现代肺癌外科诊断与治疗 第二十二章 肺转移性肿瘤 第二十三章 滋养细胞肿瘤肺转移的手术治疗 第二十四章 肺小结节和GGO的诊断和处理第十一章 人同种异体肺移植第十二章 食管外科 第一节 先天性食管闭锁及气管食管瘘 第二节 食管上括约肌运动功能失常 第三节 食管运动功能失常 第四节 食管憩室 第五节 食管狭窄 第六节 食管穿孔(自发性和损伤性) 第七节 食管结核 第八节 食管良性肿瘤 第九节 食管间质瘤 第十节 食管裂孔疝和胃食管反流病 第十一节 Barrett食管研究进展 第十二节 贲门黏膜撕裂症 第十三节 非恶性食管气管瘘 第十四节 早期食管癌的诊治 第十五节 食管癌外科治疗 第十六节 食管癌分期的新策略 第十七节 贲门癌外科治疗 第十八节 食管吻合口瘘现代处理第十三章 纵隔疾病 第一节 胸内甲状腺肿 第二节 纵隔甲状旁腺腺瘤与囊肿 第三节 胸腺瘤 第四节 胸腺癌 第五节 胸腺内分泌肿瘤 第六节 胸腺畸胎瘤 第七节 胸腺囊肿 第八节 胸腺肿瘤术后评估和预后 第九节 胸腺肿瘤治疗现状 第十节 胸腺切除治疗重症肌无力 第十一节 重症肌无力外科治疗现状与争论 第十二节 纵隔生殖细胞肿瘤 第十三节 纵隔神经源性肿瘤 第十四节 纵隔囊肿 第十五节 纵隔间叶组织肿瘤 第十六节 纵隔未分化癌 第十七节 纵隔血管性肿瘤 第十八节 纵隔淋巴管瘤 第十九节 纵隔淋巴结肿大 第二十章 纵隔脂肪组织增生 第二十一章 胸内脊膜膨出 第二十二章 纵隔炎 第二十三章 纵隔气肿、纵隔血肿和纵隔疝第十四章 膈肌疾病 第一节 膈膨升 第二节 膈疝 第三节 膈肌肿瘤和囊肿第十五章 胸部原始神经外胚层肿瘤第十六章 胸部纤维瘤病第十七章 胸部炎性肌纤维母细胞瘤第十八章 胸内嗜铬细胞瘤第十九章 胸部异源性促肾上腺皮质激素(ACTH)分泌肿瘤第二十章 上腔静脉综合征第二十一章 下腔静脉肿瘤的治疗第二十二章 体外膜式氧合在胸外科的应用第二十三章 心脏外科手术和胸部肿瘤同期切除手术第二十四章 胸腔镜检查 第一节 胸腔镜简介 第二节 胸腔镜的临床应用 第三节 电视辅助胸腔镜食管外科第二十五章 纵隔镜在胸部疾病诊断和治疗中的作用第二十六章 胸部肿瘤的中医药治疗 第一节 概述 第二节 中医有关肿瘤病因病机的认识 第三节 胸部肿瘤的中医药治疗 第四节 胸部肿瘤的中西医结合治疗 第五节 调摄与预防第二十七章 开胸术后疼痛处理第二十八章 介入诊疗技术在胸部疾病中的应用 第一节 原发性肺癌 第二节 肺转移性肿瘤 第三节 大咯血 第四节 肺动静脉瘘 第五节 食管狭窄的金属支架治疗 第六节 气管狭窄的金属支架治疗 第七节 肺癌的射频

消融治疗彩图

## &lt;&lt;协和胸外科学&gt;&gt;

## 章节摘录

插图：五、引流管和术后出血的监测胸科手术后纵隔引流管和胸管应行闭式引流，引流管密闭于水面下2cm，从而引流出纵隔内或胸腔内残存的气体和液体，促进肺膨胀。

术后监护应经常观察水封瓶玻璃管内水柱波动情况，挤压胸管保持引流通畅，正常水柱波动范围为3~10cm。

水柱波动高低间接反映了患者的呼吸幅度和胸内残腔大小。

术后患者因伤口疼痛而呼吸较浅时，水柱波动较小。

如果水柱波动消失，患侧呼吸音减弱或出现皮下气肿时，提示存在气胸致肺萎陷，应检查引流管位置是否合适，是否扭曲、压迫、折叠或堵塞，并做出相应处理。

水柱波动巨大，提示胸内残腔过大或存在肺不张，应加强吸痰和膨肺治疗。

如果引流管不断有气泡逸出，可能是手术本身造成的肺漏气，应视其程度予以处理。

准确记录胸管引流液的量和颜色变化，可用于监测术后早期胸内出血。

术后第一天引流胸液500ml左右尚属正常范围。

若血性胸水量多，应注意保持胸管通畅，并计算每小时胸液引流量，严密观察血压和脉搏的变化，同时适当给予止血药。

患者的症状和体征与失血速度和失血总量密切相关。

肺动静脉结扎线脱落引起大出血可致休克，偶有立即剖胸抢救成功者，但多数因救治不及时而死亡。

血性胸液1小时超过800ml；或血性胸水1小时超过200ml，连续3小时无减少；或虽经大量输血而休克征象无明显改善；或估计胸内有大量积血，均应考虑立即开胸探查止血。

全肺切除术后，或不置放胸腔闭式引流，放入闭式引流也应夹闭胸管，以减少纵隔摆动，术后次日晨、第2日晨定期开放，以观察引流渗血情况。

患者术后胸管引流量增多，呈血浆样，进食后胸液呈乳白色，应怀疑胸导管损伤、乳糜胸可能性。

胸水沉渣苏丹染色对诊断最具有价值。

乳糜胸多见于高位食管癌切除颈部吻合或弓上吻合手术、左全肺切除术、巨大纵隔肿瘤摘除手术等，术中损伤了胸导管或其较大分支所致。

食管贲门手术患者进食后，胸管引流出带有食物残渣和有臭味的胸液，伴有体温高和外周血WBC升高，应高度警惕吻合口瘘的发生。

口服亚甲蓝液，观察胸水颜色变化，或行上消化道造影，可以明确诊断。

拔除胸腔引流管指征为，24小时引流量在100ml以下，经X线胸片检查肺膨胀良好，无积气积液，即可拔除引流管。

全肺切除术后胸内自然存在胸液，视引流液多少决定是否拔除引流。

全肺切除拔除引流管后，胸液平面应保持在第2前肋水平以下，超过此水平，胸液可能浸泡支气管断端，易诱发支气管胸膜瘘。

拔管前嘱患者深吸气后屏住，迅速拔除引流管，立即用凡士林纱布封闭引流管伤口并用胶布固定。

普胸科食管贲门手术后常规留置胃管，自然引流或负压吸引，需保持管道通畅，有效地引流出胃液和气体，防止胃膨胀影响呼吸运动、增加吻合口张力。

通过胃管引流可以及早发现消化道及吻合口出血，一旦发生，可予以冰盐水或凝血酶等治疗。

如果引流出血性胃液每小时超过400ml，且连续2小时无减少趋势，或经大量输血而休克症状无改善者，应考虑行手术处理。

胸科患者术后常规留置尿管，记录尿量，反映液体出入状况，并结合CVP监测，指导补液。

尿量



## &lt;&lt;协和胸外科学&gt;&gt;

## 编辑推荐

《协和胸外科学(第2版)》编辑推荐：北京协和医院胸外科在工作作风上有着光荣传统，在专业技术上经验丰富，我国首例肺叶切除术（王大同，1937）、经胸食管贲门切除术（吴英恺，1940）和左全肺切除术（张纪正，1941）都是在这里实现的。

1956年以前，吴英恺在北京协和医院创建并发展了胸外科。

1961年以后，黄家骊在北京协和医院重建了胸心外科。

《协和胸外科学(第2版)》作者继承了他们的技术、作风、制度和传统，坚持业务上的高标准、严要求

。全书着重总结了北京协和医院胸外科传统使用、行之有效的临床理论和技术，也涵盖了近年来的新技术、新经验、新进展。

第2版与第1版相比：更加突出协和特色，注重实用性，增加具体实例分析和临床问题讨论，经验难得

。特别关注综合性、多科性、跨科性的临床问题，重视常见病的不典型表现，少见病的特殊表现，重视多种病并存时的特殊表现和临床处理。

将肺外科学和食管外科学的内容扩展到临床常见的多发病上，先介绍各种常见的肺、食管良性疾病，包括先天性疾病和后天感染性疾病，然后介绍肺部和食管肿瘤，主要包括肺癌和食管癌的诊断和外科治疗。

增加了肺小结节和磨玻璃样病变的诊断与处理，以期能够对肺癌的诊治做到“三早”。

因Barrett食管恶变为贲门癌或食管腺癌的高发病率，特将贲门癌单列一节详述。

新增了绒毛膜癌肺转移、胸内异位分泌ACTH肿瘤、胸内原始神经外胚层肿瘤、胸内嗜铬细胞瘤及胸腺瘤和重症肌无力的外科治疗等方面的内容。

对临床常出现而新近命名的疾病，如胸腺癌、胸腺类癌、炎性肌纤维母细胞瘤、胸部纤维瘤病等也做了叙述。

增加了对体外膜肺氧合在胸外科的应用、纵隔镜，以及心脏外科手术和胸部肿瘤同期切除手术等新技术的介绍。

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>