

<<普通外科症状鉴别诊断与处理>>

图书基本信息

书名：<<普通外科症状鉴别诊断与处理>>

13位ISBN编号：9787509137352

10位ISBN编号：7509137357

出版时间：2010-5

出版时间：人民军医出版社

作者：李开宗 编

页数：152

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>

<<普通外科症状鉴别诊断与处理>>

前言

普通外科的许多疾病临床症状相似，给诊断处理上造成一定的困难。

诸如上、下消化道出血，患者多以呕血或便血为主要症状急诊就医；又如急腹症和急性腹部外伤，患者则以急性腹痛为主要症状急诊就医，这类病人多数病情危急、重笃，有的可合并休克，急需尽快作出诊断和治疗抉择，是对普通外科急诊医生的考验和挑战。

再如门诊常见的各种肿块，包括甲状腺肿块、乳房肿块、腹部肿块以及腹膜后肿块等，这些疾病虽不很紧急，可有较充裕的时间进行检诊和思考，但亦面临着区分肿块性质，是肿瘤还是炎症？

属良性抑或是恶性？

应采取什么方法治疗等一系列问题需要回答，也是一种考验和挑战。

鉴于此，我们邀请10余位长期以来从事临床一线工作、学有专长、经验丰富、具有高级技术职称的临床医学博士，在人民军医出版社热忱指导和鼎力支持下，编写了这本《普通外科症状鉴别诊断与处理》。

将普通外科症状相似、相近的疾病归为一类，提出每类疾病的特点，可能与哪些疾病相关，怎样进行诊断与鉴别诊断，怎样选择治疗方法等。

既有比较系统的理论阐述，又有临床典型病例讨论释疑，为临床诊治提供参考和指导，以提高临床诊疗水平。

本书出版承蒙人民军医出版社大力支持，深表感谢。

书中如有疏漏或错误之处，敬请读者不吝指正。

<<普通外科症状鉴别诊断与处理>>

内容概要

本书以普通外科常见疾病症状的诊断、鉴别诊断与处理为主要内容，系统介绍了腹部包块，颈部肿块，乳房肿块，腹膜后包块，上、下消化道出血及便血，急腹症，腹部闭合性损伤等外科常见疾病症状的共同特点、诊断方法、鉴别诊断思路、处理方法等。

本书内容全面，编排新颖，科学实用，临床指导性强，适合初、中级外科医师和实习医师阅读参考。

<<普通外科症状鉴别诊断与处理>>

书籍目录

第1章 颈部肿块 一、颈部肿块诊断 二、颈部肿块鉴别诊断与处理 三、病例分析第2章 乳房肿块 一、乳房肿块的诊断 二、常见乳房肿块的鉴别诊断及治疗 三、乳腺癌的综合治疗第3章 腹部包块 一、腹部包块的常见病因 二、腹部包块的诊断要点 三、肿瘤性腹部包块的诊断思路 四、腹部包块常见疾病的诊断与鉴别诊断 五、临床病例解析第4章 腹膜后肿块 一、解剖概要 二、腹膜后肿瘤的病理分类 三、腹膜后肿瘤的生物学特征 四、诊断 五、鉴别诊断 六、手术治疗 七、病历摘要第5章 外科急腹症 一、腹痛的发生机制 二、腹痛的分类 三、急腹症的诊断、鉴别诊断 四、急腹症的治疗 五、临床病例解析第6章 急性肠梗阻 一、肠梗阻病因、分类及病理生理变化 二、肠梗阻的临床表现 三、急性肠梗阻的诊断与鉴别诊断 四、急性肠梗阻的处理第7章 上消化道出血 一、明确出血部位是治疗的重要前提 二、上消化道出血的处理 三、下消化道出血鉴别诊断 四、临床病例解析第8章 下消化道出血 一、下消化道出血的病因 二、诊断 三、鉴别诊断 四、处理原则第9章 便血 一、大肠癌的便血 二、结、直肠息肉的便血 三、结肠憩室的出血 四、结肠血管扩张症的便血 五、内痔的便血 六、肛裂的出血 七、溃疡性结肠炎的出血 八、肛管、直肠损伤出血 九、其他第10章 肝占位病变 一、原发性肝癌的诊断与处理 二、其他肝脏占位病变的诊断与处理第11章 梗阻性黄疸 一、外科梗阻性黄疸分类 二、外科梗阻性黄疸病理生理 三、梗阻性黄疸对机体的影响 四、梗阻性黄疸的临床表现 五、梗阻性黄疸的诊断与鉴别诊断 六、梗阻性黄疸不同影像学诊断方法的特点 七、外科梗阻性黄疸的治疗 八、梗阻性黄疸的病例分析第12章 胰腺肿块 一、胰腺肿块分类 二、胰腺肿块的诊断、鉴别诊断及相关问题 三、影像学检查在胰腺肿块诊断中的意义 四、实验室检查在胰腺肿块诊断中的意义 五、胰腺肿块治疗原则第13章 腹部闭合性损伤 一、临床表现与诊断 二、紧急救治 三、剖腹探查 四、损伤控制 五、腹内脏器损伤的处理 六、临床病例解析

<<普通外科症状鉴别诊断与处理>>

章节摘录

颈下区检查法：病人取坐位，医生于病人对面，一手放于病人枕部，另一手于颈下区触诊，放于病人枕部的手协助病人头部取低头、抬头及转动头部等不同位置检查。

甲状腺检查法：病人端坐，医生于病人背后，拇指放于病人颈后，双手示、中两指分别触诊两侧腺叶。

注意其大小、形状、硬度，有无结节及震颤、有无触痛。

并结合吞咽试验，了解是否随之上下移动。

医生亦可立于病人前面，检查右侧叶时，医生左手放于右叶处，右手拇指将甲状软骨、环状软骨连同气管推向右侧，直到患者感觉轻度不适为止。

此时，右侧腺叶可被左手触及，以同法用右手检查左侧。

推动气管时勿用力过大，以免引起病人不适。

颈侧区检查法：医生立于病人前面，一手放于病人枕部，检查颈前三角时协助病人头部转向患侧并向前倾斜，使检查侧处于松弛状态，以便手指能深入到胸锁乳突肌的深面。

检查颈后三角时，使头部转向患侧并稍向后倾斜。

在颈侧区检查时，有时需知道侧区肿块与胸锁乳突肌的关系。

医生站在患者身后，嘱病人用力把颈抵住检查者的手掌，这样可使胸锁乳突肌收缩得很紧，此时，检查者可用另一只手自下而上地检查该肌，特别注意它的前缘。

锁骨上区检查法：医生立于病人后方，用双手示、中指及无名指检查锁骨上窝，或用拇指触诊，其余4指放于肩上。

双合触诊法：有时为判明肿块与口底及深部组织的关系，可用口腔底双合触诊法及舌根部双合触诊法。

(3) 了解肿块的活动度及与皮肤和周围组织的粘连情况：一般活动度大者，多为良性肿瘤或炎性淋巴结，反之可能是炎性或癌性浸润性病变。

(4) 颈部肿块的听诊：主要检查局部有无血管杂音（颈动脉体瘤）及气过水声（咽食管憩室可于吞咽时听到气过水声）。

(二) 辅助检查 1. B型超声与X线检查可以确定肿块是囊性或实性，有无钙化，亦可根据食管和气管的移位情况推测肿块的部位、大小甚至其性质。

通过X线检查也可能发现其原发病灶，而有助于诊断。

颈部有瘘管者，可通过瘘口（如甲状舌管瘘）行碘剂造影帮助诊断并了解其瘘管情况。

2. 穿刺抽吸与活检对囊性肿块或血管瘤及淋巴管瘤，行试探穿刺，穿刺液对诊断有帮助，如抽空后注入造影剂可确定囊肿的部位和大小。

实质性肿块通过穿刺吸取瘤组织做细胞学检查，可明确病变性质。

具体方法：准备18号针头3根，长度分别为5cm、10cm、15cm；20cm（不漏气有刻度）注射器一副，载玻片数块。

先消毒穿刺区皮肤，用1%普鲁卡因在穿刺点做皮下浸润，然后用尖刀片将皮层戳破，使针容易刺入，并可避免抽出的组织带有表皮。

将针头缓缓穿过表层组织，在另一只手触摸引导下，直到感觉进入肿块为止，固定针尖，将注射器筒芯向后拉，造成真空，并根据肿块大小和位置，将针头在肿块内做几个方向的空刺，要注意防止穿破对侧包膜，而引起肿瘤的扩散。

针头刺入肿块内后，将注射器筒芯向后抽，始终保持注射器内负压，瘤组织进入针头内一是靠针头前进时切削的力量，二是负压吸引的力量。

若只做抽吸而针头不动，就不能取得更多的组织。

当针头还没有完全抽出之前，应将注射器慢慢放松取出，然后将针头拔出。

若仍保持负压，会使针内组织吸进注射器内，难以收集标本。

针头完全拔出后，将针芯再放入或用注射器推出针头内的组织至载玻片上染色检查。

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>