

<<急腹症与腹部损伤诊疗学>>

图书基本信息

书名：<<急腹症与腹部损伤诊疗学>>

13位ISBN编号：9787509140598

10位ISBN编号：7509140595

出版时间：2010-12

出版时间：人民军医出版社

作者：方先业，刘牧林 主编

页数：455

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>

## <<急腹症与腹部损伤诊疗学>>

### 前言

急腹症是以“急性腹痛”为突出症状的一组疾病的总称，其中严重者需要手术治疗，甚至紧急手术处理，故“急腹症”一词一般是指“外科急腹症”。

因腹内器官病变性质不同，症状、体征、各种辅助检查的表现有着明显差别，临床上可根据这些差别作出初步诊断。

在腹部损伤时，虽然腹痛的病因明确，但腹内器官和腹部以外的损伤极为复杂，是一类特殊的急腹症。

此外，还有一些腹内非外科疾病（如内科胃肠炎、妇科异位妊娠等），甚至非腹部疾病（如内科肺炎、心肌梗死等）也可发生与急腹症相似的腹痛。

如此繁杂的急症和外科危重症，要在门急诊首诊时就能鉴别出来是很困难的，特别对于那些年轻的急诊科医师来说真是一种挑战。

但是对急性腹痛患者而言，病痛难忍，急切要求医生手到病除才是。

这样，急腹症诊断的复杂性，治疗处理的紧迫性和患者对治疗结果的高期望值，势必把急腹症的诊疗推到了门急诊和普外科临床工作的风口浪尖上。

在医学科学飞速发展的当今，急腹症诊断和治疗的进展是有目共睹的。

如果小视这些进展，思维、知识和技术仍然停留在以“剖腹探查”为主要诊疗手段的时期，临床上将会面临更大的风险，承担更大的责任。

急腹症的诊断方法已经有了质的飞跃，影像学的普及和发展，将我们的视线带进了腹腔内部。

内镜、腹腔镜和介入治疗把诊断和治疗无缝对接起来。

非手术治疗和微创手术的理念融入了急腹症的治疗之中。

多学科、临床和医技科室的密切协作，打破了急腹症的分科界限。

危重急腹症最终发生的多器官功能障碍已经由ICU主动承担起救治重担。

如此等等令人瞩目的成就，鼓舞着我们征服急腹症的勇气，坚定了必胜的信心。

遗憾的是，如此变幻莫测、治疗风险极大的一大类急症的处理，通常都是要低年资初、中级医生担负着重任。

换句话说，大多数急腹症病人的命运，是掌握在知识和经验并不是很丰富的医生手中。

这不仅是医疗风险管理上的缺陷，也是医学继续教育的薄弱环节。

如何提高急腹症的诊治水平，应该是临床医生和医院管理者必须下大气力解决的迫切问题。

## <<急腹症与腹部损伤诊疗学>>

### 内容概要

本书作者参考国内外最新文献，结合自己丰富的临床实践和教学经验，系统阐述了急腹症与腹部损伤的基础理论和诊疗技术。

全书共17章，包括腹痛本质与相关解剖学关系，急腹症的概念、分类、诊断、鉴别和手术治疗原则，腹壁、腹膜、胃、十二指肠、小肠、阑尾、结肠、直肠、肛门、肝胆系急腹症，急性胰腺炎、脾脏急腹症，腹腔室隔综合征，泌尿、生殖系和腹内肿瘤的急腹症，与腹痛相关的内科、妇产科、儿科急腹症，腹腔镜、内镜在急腹症诊疗中的应用，以及腹部各脏器损伤的急诊和救治技术等。

本书内容丰富，阐述简明，图文并茂，实用性强，主要供普通外科、急诊科和相关科医师阅读参考，亦适于基层全科医师和医学院校师生参阅。

## <<急腹症与腹部损伤诊疗学>>

### 作者简介

方先业 1944年出生，安徽六安市人。

外科学教授，外科主任医师，硕士研究生导师。

原安徽蚌埠医学院教研室主任，第一附属医院急诊部主任，安徽济民肿瘤医院院长。

现任中国抗癌协会大肠癌专业委员会委员，安徽省抗癌协会胃肠专业委员会主任委员等。

1989年曾赴日本研修腹部外科。

从事普外、急诊外科和肿瘤外科临床、科研和教学工作40余年，有丰富的临床医疗和手术经验，在急诊外科诊疗、外科危重症救治和肿瘤外科治疗方面成绩斐然。

发表论文30余篇。

主编《腹部外科手术技巧》《实用急诊医学》等著作，参编著作多部。

研制国产小肠减压导管等成功应用于临床，获省、市级医学科技进步奖5项。

## <<急腹症与腹部损伤诊疗学>>

### 书籍目录

第1章 急腹症概述第2章 腹壁、腹膜的急腹症第3章 胃十二指肠的急腹症第4章 小肠梗阻第5章 阑尾炎第6章 结肠、直肠和肛门急腹症第7章 肝胆系的急腹症第8章 急性胰腺炎第9章 脾的急腹症第10章 腹腔室隔综合征第11章 泌尿、生殖系的急腹症第12章 腹内肿瘤的急腹症第13章 与腹痛相关的内科疾病第14章 妇产科急腹症第15章 儿科常见急腹症第16章 腹腔镜、内镜在急腹症诊疗中的应用第17章 腹部损伤参考文献

## &lt;&lt;急腹症与腹部损伤诊疗学&gt;&gt;

## 章节摘录

插图：(4)若经以上方法处理，肠管无蠕动，颜色紫暗无改变，则行绞窄肠管切除，两断端行吻合术。

必要时扩大腹部切口呈“L”形，并检查腹腔肠管，放置腹腔引流。

病情不允许一期切除吻合者，可置失活肠管于腹外，近端肠管插管造口解除梗阻，2周后再行肠切除吻合。

(5)若有肠坏死、穿孔、疝囊内感染者，仅行坏死肠管切除肠减压、肠吻合术。

缝合腹膜切口，高位结扎疝囊颈，不宜做疝修补术，局部充分引流或敞开换药。

(6)手术后并发症的防治：迟发性肠坏死，术中慎重判断肠管活力，并注意检查肠系膜；切口感染；阴囊血肿、切口血肿，多由于手术操作粗糙，剥离面过大，创面止血不彻底，松解内环口时伤及腹壁下血管所致，术中注意彻底止血。

少量阴囊血肿待其自行吸收，较多则待出血稳定后，在严格无菌操作下穿刺抽吸或切开阴囊清除血肿。

(二)股疝嵌顿股疝占腹外疝的3%~5%，女性病人发生率达60%，中老年女性病人多见。

股管狭小，周围组织坚韧缺乏扩张余地，股疝疝块较小，但发生嵌顿、绞窄者占半数以上。

【临床表现】股疝是通过股环、股管、卵圆窝向大腿根部突出的腹外疝，疝块往往不大，常在腹股沟韧带下方卵圆窝处表现为一半球形的突起，极少移动。

易复性股疝的症状较轻，常不为病人所注意。

可在久站或咳嗽时感到患处胀痛，并有可复性肿块。

股疝如发生嵌顿后，除引起局部明显疼痛外，也常伴有较明显的急性机械性肠梗阻，严重者甚至可以掩盖股疝的局部症状。

老年急腹症病人和有肠梗阻表现的老年女性，一定要注意有无股疝嵌顿。

【诊断】股疝初期，一般无腹痛或仅有轻微胀痛感，当成为难复性疝时，可形成炎性积液或炎性包块，易误诊为腹股沟区肿块、淋巴结炎、脓肿等。

一旦肠管进入疝囊，极易嵌顿绞窄，可形成腹股沟区较大肿物，疼痛明显，甚至肠管坏死、穿孔。

病人多为老年，且常有并发症，病情危重给治疗造成一定困难。

在急性肠梗阻手术探查时才发现是股疝嵌顿者并不罕见。

股疝行B超检查往往提示混合性包块存在。

【鉴别诊断】1.嵌顿性腹股沟斜疝是腹腔内脏器经内环、腹股沟管、外环脱出。

其特点：位于腹股沟韧带上，耻骨结节外上方，可进入阴囊；疝块较大，呈梨形或椭圆形；有完全肠梗阻的表现；疼痛较剧；部分患者可以还纳，而股疝难以还纳。

<<急腹症与腹部损伤诊疗学>>

编辑推荐

《急腹症与腹部损伤诊疗学》由人民军医出版社出版。

<<急腹症与腹部损伤诊疗学>>

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>