

<<消化内科主治医师563问>>

图书基本信息

书名：<<消化内科主治医师563问>>

13位ISBN编号：9787802459229

10位ISBN编号：7802459222

出版时间：2012-5

出版时间：高洪生、王娜、范海燕 军事医学科学出版社 (2012-05出版)

作者：高洪生，等 编

页数：290

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>

<<消化内科主治医师563问>>

内容概要

《临床主治医师问答丛书：消化内科主治医师563问》共11章，包括：消化系统解剖生理特点、消化系统疾病常见症状、食管疾病、胃及十二指肠疾病、肝疾病、胆道疾病、胰腺疾病、腹膜疾病、肠道疾病、消化道中毒及消化系统疾病常用诊疗技术。

《临床主治医师问答丛书：消化内科主治医师563问》除对临床主治医生常遇到的重要问题外，着重对近年来的新理论、新技术和新进展等有关问题采用问答形式，以当今观点进行解答、阐述，内容力求新颖、重点突出、简明实用，是基层医院消化内科医师、全科医师的重要参考书。

书籍目录

第一章 消化系统解剖生理特点1. 食管的生理解剖特点有哪些？

2. 胃的解剖生理特点有哪些？

3. 胃黏膜层有哪三种细胞组成？
各有哪些功能？

4. 小肠的解剖生理特点有哪些？

5. 大肠的解剖生理特点有哪些？

6. 胆道系统的解剖生理特点有哪些？

7. 胰腺的解剖生理特点有哪些？

8. 肝的功能有哪些？

9. 胆囊的作用有哪些？

第二章 消化系统疾病常见症状第一节 吞咽困难10. 什么是吞咽困难？

11. 吞咽困难的临床表现是什么？

12. 吞咽困难的病因是什么？

13. 吞咽困难按病因如何分类？

14. 吞咽困难按定位如何分类？

15. 吞咽困难的伴随症状有哪些？
多见于哪些疾病？

16. 吞咽困难与进食有什么关系？

17. 吞咽困难应做哪些辅助检查？

18. 吞咽困难常见于哪些疾病？

19. 吞咽困难如何治疗？

第二节 畏食20. 什么是畏食？

21. 畏食的病因有哪些？

22. 小儿畏食的常见心理因素有哪些？

23. 如何消除小儿畏食的心理因素？

24. 畏食常见于哪些疾病？

第三节 恶心与呕吐25. 什么是恶心？

26. 什么是呕吐？

27. 常见引起恶心与呕吐的原因有哪些？

28. 恶心与呕吐的发病机制是什么？

29. 呕吐常见于哪些疾病？

30. 呕吐的伴随症状有哪些？

31. 恶心、呕吐如何进行家庭紧急处理？

第四节 反酸32. 什么是反酸？

33. 反酸和呕吐、反刍的区别是什么？

34. 反酸的原因有哪些？

35. 反酸饮食上要注意些什么？

36. 反酸的危害有哪些？

第五节 腹痛37. 什么是腹痛？

.....第三章 食管疾病第四章 胃及十二指肠疾病第五章 肝疾病第六章 胆道疾病第七章 胰腺疾病第八章
腹膜疾病第九章 肠道疾病第十章 消化道中毒第十一章 消化系统疾病常用诊疗技术

章节摘录

版权页：(2) 粪便检查：外观呈暗红或鲜红色，粪潜血阳性，镜检红细胞满视野，可见少量或中等量脓细胞，偶见脱落的肠系膜。

细菌培养部分患者可有大肠埃希菌、葡萄球菌、链球菌等生长，厌氧菌培养偶可发现产气荚膜杆菌。

(3) X线检查：以平片检查为主，急性期不宜做钡餐或钡灌肠检查，以免引起肠穿孔。

急性期过后，可做钡餐或钡剂灌肠检查，可见病变小肠充气扩张，肠蠕动弱，肠间隙增宽，黏膜皱襞粗钝，或病变肠段僵直，间以有张力的胀气肠襻。

部分病例直立位有大小不等的液平面。

肠曲受累后张力减低，于水平位小肠襻呈低弓状，此为其他急腹症所缺如。

有时在相当于坏死肠襻处可见一组致密不规则阴影，具有诊断价值。

肠穿孔者可见气腹。

部分病例可见肠壁间有气体，此征象为部分肠壁坏死，结肠细菌侵入所引起；或可见到溃疡或息肉样病变和僵直。

部分病例可出现肠痉挛、狭窄和肠壁囊样积气。

(4) 腹腔镜：腹腔镜下可见肠管充血、渗出、血管扩张、水肿、出血，还可见到肠壁粗糙、坏死、僵硬、粘连，对诊断有帮助。

(5) 超声波检查：肠道超声波检查炎症性肠病已经得到肯定，可观察肠壁的改变、肠系膜的情况、合并的各种并发症（脓肿、瘘、狭窄、肠梗阻）及排除其他疾病等。

超声波检查安全、方便，但需要有丰富经验的医师来操作。

459. 急性出血性坏死性小肠炎如何分型？

(1) 胃肠炎型：较轻的腹痛、腹泻，无明显肉眼血便，粪便化验可见红细胞以及白细胞。

全身症状较轻，可向其他型转化。

(2) 出血型：腹痛较重，以消化道出血为主要症状，大量血便以及呕吐咖啡样液体。

伴有贫血的临床症状。

(3) 腹膜炎型：腹痛明显，全腹痛，由于肠壁坏死出血渗出物累及腹膜，腹痛、压痛、反跳痛以及肌紧张明显，伴有血便。

(4) 肠梗阻型：表现为肠梗阻症状，恶心、呕吐、腹痛明显，而腹泻以及血便少或无血便。

由于麻痹性肠梗阻引起电解质紊乱以及酸碱平衡失调。

(5) 中毒休克型：爆发起病，表现为寒战、高热、血压下降、脉速、周围循环衰竭，死亡率高。

460. 急性出血性坏死性小肠炎如何治疗？

(1) 禁食水：绝对禁食水是治疗的基础。

通常禁食水1周以上，重症禁食水2~3周，过早进食或进食不当容易使病情反复。

腹胀明显给予胃肠减压，进食指征为腹胀、腹痛明显减轻，腹部体征基本消失，血便停止，临床一般情况好转。

(2) 给予补液以及能量支持：急性期患者由于腹泻血便导致失水和组织分解代谢增强，患者有水、电解质紊乱及酸碱平衡失调，给予补液以及能量，维持电解质及酸碱平衡。

每日补液2500~3500ml。

贫血严重时给予少量多次输血治疗。

(3) 抗生素治疗：早期足量使用抗生素治疗，是控制感染加重的重要环节。

多选用广谱抗生素，如喹诺酮类和头孢菌素类治疗，一般两种抗生素联合静脉应用效果好，疗程为10~15日。

(4) 肾上腺皮质激素：病情危重、休克、全身中毒症状重时可加用肾上腺皮质激素。

可以降低全身炎症反应，改善中毒症状，改善血管通透性，抗休克和抗变态反应。

使用原则为短期、大量静脉用药。

(5) 止痛、抗休克治疗：腹痛明显时可以使用解痉药，阿托品或山莨菪碱改善肠壁毛细血管痉挛，减轻肠壁坏死以及出血的发生。

需要注意麻痹性肠梗阻或有征兆的避免使用。

(6) 胰蛋白酶：口服胰蛋白酶可以水解B毒素，减少其吸收，并可以清除肠道坏死组织。

(7) 对症治疗：出血可使用酚磺乙胺、氨甲苯酸等止血治疗。

对症退热治疗。

461.急性出血性坏死性小肠炎常与哪些疾病鉴别诊断？

(1) 肠套叠或肠扭转：该病多发生于2岁以内，成人多为继发性，有腹痛、腹胀、恶心、呕吐，以及血便的发生，腹部多可以触及包块。

无发热以及白细胞计数升高。

(2) 绞窄性肠梗阻：先有剧烈腹痛，腹痛呈持续性阵发性加重，而后出现肠型、发热、肠鸣音亢进、腹部压痛、反跳痛等急腹症的表现。

<<消化内科主治医师563问>>

编辑推荐

《消化内科主治医师563问》是临床主治医师问答丛书之一。

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>