第一图书网, tushu007.com

# <<消化外科手术图解>>

## 图书基本信息

书名：<<消化外科手术图解>>

13位ISBN编号：9787117140362

10位ISBN编号：7117140364

出版时间：2011-9

出版时间：人民卫生出版社

作者：（日）上西纪夫　等著，刘愉　等主译

页数：159

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

## 内容概要

《消化外科手术图解》是以年轻消化外科医生为主要对象的丛书。

此前已有很多关于消化外科手术的书籍发行，它们分别从不同的角度描述了各个时期的手术器械和手术入路的变化。
对于手术而言，不变的是局部解剖知识及以此为基础的手术流程。
术前对此有充分的理解和掌握，对安全、确实地实施手术和减少并发症是极为重要的。

本丛书记录了消化外科领域各脏器手术的基础知识、标准术式、操作技巧和疑难问题解答等内容，并针对消化外科专业的实际需要，重点叙述以下内容：

1. 精选日本消化外科学会专业考试必须掌握的低、中、高难度手术的主要术式。

2. 讲解各脏器的基本外科解剖。

3. 为动态、直观地掌握手术流程并使疑难解答更易理解，本书前所未有地使用了丰富的彩色图解。

4. 采用简洁的表述方式对要点和重点内容进行通俗易懂的详述，并加入相关技巧的建议。

5. 书中内容多为笔者在指导年轻医生实际手术时常讲的要点，尤其是危险点，并加入了控制和回避风险的技巧。

无论是手术前还是手术后，仔细阅读本书都会加深对手术技术安全性和准确性的掌握和理解，最终会使患者得到治愈并受益。
本套丛书不仅适用于年轻医生，而且对消化外科骨干医生也很有裨益。
我们衷心希望这套丛书能在临床实践中得到广泛应用。

## 作者简介

作者：（日本）上西纪夫 （日本）后藤满一 （日本）杉山政则 （日本）渡边昌彦 译者：刘愉 徐惠绵

第一图书网, tushu007.com

# <<消化外科手术图解>>

## 书籍目录

食管
　食管切除重建术、3野清扫
　胃代食管术
　食管缝合术：食管破裂、穿孔部位的缝合术
胃
胃、十二指肠的解剖
胃切除后胃-十二指肠、胃-空肠吻合术
胃远端大部切除术
保留自主神经及幽门的胃大部切除术——改善术后生活质量(QOL)的早期胃癌保留功能手术
全胃切除术D2淋巴结清扫
胃、十二指肠穿孔修补术

## 章节摘录

版权页： 插图： 诊断和治疗 若患者诉饱胀感、积食感或明显食欲缺乏，则应疑为胃排空延迟。
行腹部x线平片检查，若确认残胃扩张或食物残渣显著潴留，应改为流食2～3天。
轻症的情况下仅行这种饮食疗法就可改善。
若症状不见改善，则改为禁食水2～3天，同时行X线残胃造影检查。
若造影剂可以通过，则2～3天后再给予流食，以后根据临床症状确定饮食种类。
从目前的临床经验看，食物从残胃排出到十二指肠不仅依靠蠕动的力量，还与食物的物理下降有关。
若有排空延迟的倾向，进食后片刻，适当运动，有助于改善症状。
若造影剂完全无法通过，则行内镜治疗。
经胃镜插入气囊扩张导管（CRE balloon dilation catheter 18～20mm），注入无菌生理盐水，设定压力为18mm×3，将气囊的中央部放置在幽门处，扩张2分钟休息1分钟，以此为一回合，使幽门得到充分扩张，每次行1～2回合。
通常进行1～2次，排空障碍可得到改善。
用气囊进行扩张不会破坏幽门的功能，2～3周可恢复，内镜检查可确认恢复状况。
预防 基于上述临床现象，胃排空延迟的预防措施可从以下几点考虑。
1.关于肛侧切断线 吻合口距幽门在10mm以内时，发生排空障碍的几率很高。
如果肠钳夹持所占的宽度为5mm，吻合宽度为5mm，误差为5mm，那么最好在距幽门近端至少2.5cm处切断。
此距离过长不会增加排空障碍的几率。
另外，若保留幽门下动脉和胃右静脉，cuff可保留得相当长。
笔者一般在3-4cm处切断。
2.关于口侧切断线 胃上部是适应|生松弛（adaptive relaxation）的场所，能够发挥贮存已摄取食物的功能。
如类似于胃次全切除术，该部位的容积过小，则不能贮存食物，PPG的意义也就大打折扣，而若容积过大，则易发生淤滞。
因此有必要跟进行搅拌和蠕动的远端残胃保持容量上的平衡。
切断线的位置也要考虑到肿瘤的部位以及胃体部的长度，因此确定所谓最适切断线是很困难的，一般认为胃网膜右动脉最前方的终末支附近最为合适。
但是，允许范围的跨度较大。
3.保留自主神经 幽门的运动一半为自主蠕动，另一半则有赖于自主神经的支配调节。
自主神经不仅包括来自迷走神经前干的肝支，还来自于动脉周围神经丛2组，这些神经丛延续至后干，混有交感神经纤维。
保留这些神经对于预防排空障碍是有用的。
4.术中避免在幽门附近粗暴操作并需缩短手术时间 必须将对幽门周围的物理刺激降到最小，尽管存在学习曲线这一事实，但需尽可能缩短手术时间。
5.保持患者情绪稳定 因为精神因素与发病有关，所以要避免用不当的言行或处置刺激患者。
6.术中预防性进行幽门扩张操作 若排空障碍频发，术中进行预防性幽门扩张操作可降低发病率。
吻合前将10Fr气囊导尿管插入远端残胃，用左手将圆形的气囊顶端引导至幽门下方，注人生理盐水15ml，扩张2分钟，休息1分钟，重复2次，幽门就会得到非破坏性扩张（图30）。
术后行内镜检查确认幽门存在功能。

## 编辑推荐

《消化外科手术图解2:食管胃外科常规手术操作要领与技巧》介绍了食管、胃外科的基本知识、治疗、护理、手术要点以及手术意外对策。

第一图书网, tushu007.com



## 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