

<<西氏内科学>>

图书基本信息

书名：<<西氏内科学>>

13位ISBN编号：9787506258616

10位ISBN编号：7506258617

出版时间：2003-6

出版时间：北京世图

作者：戈德曼

页数：335

译者：王贤才

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>

<<西氏内科学>>

前言

前言 译完《西氏内科学》第四分册，有两点意思在这里说一下。

这个分册完全是在我在眼疾(“视网膜脱离”)手术后做的工作。

我的视力本来很差，两眼先后四次经历“网脱”手术，左眼已近失明；右眼残留视力也很有限(矫正视力 0.3)。

能得到这点弥足珍贵的视力，已属万幸。

每念及此，都要感谢为我的手术尽了心力的上海市第一人民医院眼科张哲医生。

虽然朋友们都劝我“悠”着点，不要把眼睛“透支”太多。

但是很多事情的安排和发展，往往不是我能控制得了的。

常常由于这种或那种原因，做着做着，好像就有了一个“加速度”，节奏不由快起来。

虽说还不像当年译15版《希氏内科学》时那样，每天工作14小时——夫人和我，毕竟都有了一些年纪了——但10—12小时还是不能少的，也从无节假日、双休日之说。

而眼睛居然也能支持下来，未感视力疲劳。

这是我很高兴也是我非常感念张哲和她那个优秀集体的地方。

这些年来，因为视力太差，从临床一线退下来，做一些医学翻译工作。

累计出书已逾3000万字，从数量上说不算小了(《红楼梦》正文约100万字)。

但这不是说我有多大能耐，而是科技翻译毕竟是相对简单的劳动，至少与文学翻译不能同日语。

一部文学名著，可以有几种不同译本，因为文学是语言文字的艺术，会有不同的表现方式。

科技翻译则可套用孔子说的一句现成的话：“辞达而已矣”，把话说明白了就行。

因此科技翻译必须由本行专家来做，不能由外语造诣不知高出多少的文学翻译家来代劳。

这个道理也很浅显，即使是用中文写的科技书刊，也不是我们每一个以中文为母语的人都能看懂的，遑论外文。

除了专业知识，当然还有外语和中文基础，才能做科技翻译。

或以为我是专攻外语的，至少在英语上受过专门培训，或得名师指点。

其实惭愧。

我只是个普通内科医生，上过大学，但是在医学院读书，而解放初年，非英语专业的大学生是不开英语的。

因此我的英语，完全是中学学的那些。

中国人有“滴水之恩当涌泉相报”的传统，所以6月10日我中断繁忙、紧张的译述工作，专程去九江参加我的母校——九江同文中学135周年校庆。

我是1946年小学毕业后从上海回到原籍江西九江的。

当时上海小学三年级起开外语，英语和日语并开。

因为那是沦陷区，强调学日语，英语只是虚晃一枪。

我们这些娃娃不愿学日语，连带英语也懒得学了。

江西则是从中学起开英语，“同文”虽是教会学校，也莫能外。

于是又从A、B、C、D学起。

两次跳班，中学只读了四年半。

这就是我真正读英语的时间，当然是认认真真读了的。

我还有一件现在看来十分“幸运”的事：高一那年，班上来了位新的英语老师，是位老小姐，英语是好的，连在美多年的老校长都说她的英语文学水平极好，至少比浅薄的美国人强得多。

但是性格古怪也令人生畏，使人想到狄更斯笔下的那些老处女。

不幸我又不知何时何地因为何事得罪了她，成了她的眼中钉，几乎每次上课都要好没来由地挨骂，那骂也是十分尖刻的。

老校长知道我“委屈”了，也无可奈何，建议我在英文上多下点功夫，学得好点，或者能少挨点骂，也未可知。

也只能这样了。

<<西氏内科学>>

那就“笨鸟先飞”吧，凡她要讲的课，开讲之前，我就先背下来，背得滚瓜烂熟，不假思索，就能脱口而出。

这样虽难尽免挨骂，总是少多了。

重要的是，我的英语经这一逼，倒着实长进不少。

我因此领悟到：虽然正面鼓励、表扬很能激发学生向上的劲头，但挨骂受批，也是大有“补益”的。

我由此也深深体会到：“背诵”是学外语最好的“窍门”。

语法(特别是语感{language, sense))、单词、短语，什么都有了，受用无穷。

几年背下来，到我上大学时，虽然肯定过不了今天的“四级”、“六级”，连高考英语恐也难以应付，但那英语很实用：能读能写，能看英文原著，能写英文笔记、资料，对我们这些非英语专业的学生(特别是理工科学生)来说，还能要求什么呢?所以我觉得，当年那种英语讲学方法，是值得认真思索和研究的。

我们是“同文中学”最后一班毕业生，在这之后，“同文”改名“浔阳中学”，一年后定名为“九江市第二中学”，沿用至今，现经有关领导部门批准，九江二中正式恢复“同文”校名，同时恢复“读好书，做好人”的校训。

我们这些老“同文人”，不免奔走相告，倍感振奋，这也是我和同学们纷纷返校的原因之一。

校庆活动期间，见到当年同班同学、中科院院士、原武汉华中理工大学校长杨叔子教授，当年我们都是坐在第一排戴眼镜的“小鬼”，不想现如今他的视力甚至比我还差些，于是笑称我们都是“目中无人、无可救药”之辈。

但叔子兄仍旧活跃在科研和教学第一线。

这也给我增添了很多勇气，直面拼搏的人生。

王贤才 2002.6.28于南昌

<<西氏内科学>>

内容概要

《西氏内科学》是由国际著名医学专家共同撰写的一部医学巨著。自从1927年首版出来，它以论述严谨、系统，尤其是对病理、生理等科学原理的深刻阐述而深受国内外读者的欢迎，世界各国医学院校皆以此为教材，并被誉为“标准内科学参考书”。

《西氏内科学》具有很强的权威性、实用性和参考价值。通过阅读本书，可以更好地指导临床医学实践，洞悉当前医学科学发展动向，对整个内科领域有一个深刻、系统的了解，是广大临床医生和医学院校学生、研究生必备参考用书。

书籍目录

原序前言卷XI 消化道疾病 第126章 胃肠病患者的接待 第127章 诊断性影像技术在胃肠病学中的应用
第128章 胃肠道内镜检查 第129章 消化道出血和隐性出血 第130章 食管疾病 第131章 胃炎和幽门螺杆菌
第132章 消化性溃疡病：流行病学，病理生理，临床表现和诊断 第133章 消化性溃疡病的内科治疗
第134章 消化性溃疡的合并症 第135章 消化性溃疡病的外科治疗 第136章 胰内分泌腺瘤 第137章
胃肠功能性病变：肠激惹综合征、非溃疡性消化不良、非心源性胸痛 第138章 胃肠动力性病变
第139章 腹泻病人的处理途径 第140章 吸收不良综合征 第141章 炎症性肠病 第142章 肠管的其他炎症性
疾病 第143章 肠血管病 第144章 胃肿瘤 第145章 大肠和小肠肿瘤 第146章 胰腺癌 第147章 胰腺炎
第148章 腹膜、肠系膜和网膜 第149章 真肠和肛门疾病卷XII 肝脏、胆囊和胆管疾病 第150章 肝病
患者的诊断途径 第151章 肝病时的肝脏代谢 第152章 肝红素代谢、高胆红素血症和黄疸病人的诊疗
途径 第153章 肝病的实验室检查和检查异常时的处置 第154章 毒素和药物所致肝病 第155章 急性病
毒性肝炎 第156章 慢性肝炎 第157章 肝脏寄生虫、细菌、霉菌和肉芽肿性疾病 第158章 肝脏遗传性、
浸润性和代谢性疾病 第159章 酒精性肝病、肝硬化及其主要后发病 第160章 急/慢性肝衰竭和肝性
脑病 第161章 肝移植 第162章 肝肿瘤 第163章 胆囊和胆管疾病

章节摘录

第130章 食管疾病 SidneV C0hen Helqrv P . Parkillan 前向性食管流是由吞咽动作和原发性蠕动达到的。

生理性食管下括约肌(LES)则可防止胃食管回流。

食管转运失常可能由于神经肌肉性病变或器质性梗阻性损害致使蠕动中断。

生理性LES如其张力性高压未能弛缓,亦可造成食管转运失常。

蠕动功能失常如失弛缓症(achalasia),可与括约肌弛缓失常偕发。

如LES未能对回流起到有效障壁作用,就会发生胃食管回流,并有黏膜炎症(回流性食管炎)发生。

食管病症状与功能失常密切相关。

转运障碍可致咽下困难。

胃食管回流则可致烧心和食物体位性回流入口。

食管及其括约肌是通过复杂的神经、体液和肌原性机制发挥作用的。

咽、食管上括约肌和食管上1乃是横纹肌构成的。

吞咽时食管上部活动时相是由中枢神经系统(CNS)调控的。

食管下2乃和LES都是平滑肌。

横纹肌病变如多肌炎(polymyositis)时,影响食管上段的吞咽机制;平滑肌病变如硬皮病(scleroderma)时,则为食管远端和LES受累。

食管的神经体液调控,尚未完全洞悉。

吞咽启动蠕动,涉及胆碱能和非胆碱能性神经通路,还有肌原性机制(myogenicmechanism)。

吞咽时LES弛缓,是由迷走神经中非肾上腺素能、非胆碱能性抑制神经发起的。

这些神经能释出血管活性肠肽(VIP)及氧化氮。

兴奋肽类和激素如缩胆囊素(cholecystokinin)、胃泌素(gastrin)、P物质(substanceP)和胃动素(motilin)等在括约肌生理调控中作用仍未获悉,但进餐后它们可能造成括约肌压力的波动。

咽下困难 吞咽时如感食团停顿,即属咽下困难(dys-phagia),表明食管功能失常。

患者常使用“粘住”、“停顿”、“挂起来”之类辞语陈述,并能以手指指出自觉停顿的部位。但饭后半小时发生的胸骨下团块感,不是咽下困难。

咽下困难绝非单纯心理障碍的表现,也不是癔症证候。

但有些非常明确的食管病如失弛缓症患者,可能反映情绪高度紧张时咽下困难亦更加剧。

“传输性咽下困难”(transferdYsphaCia)是指食团不能经口腔或咽喉部(hypopharynx)送入食管。

此型咽下困难最常见的原因是神经性病变和咽肌软弱。

咽下困难的感觉,位于胸骨上切迹处,或在胸骨下区,但感觉位于何处,与食团实际受阻部位的确定作用不大。

对流体食团咽下困难,一般提示食管运动障碍。

对固体物质咽下困难,可能由于器质性阻塞(狭窄或癌),亦可能由于食管运动障碍。

病人对咽下困难作何回应,亦能为咽下困难提供有益信息。

如食团肯定倒回,试图以水强行驱送食团时,液体亦将突然返回,则应考虑器质性梗阻。

如食团能通过改变体位、Valsalva动作、反复吞咽或饮用液体等方法而强行通过,则更可能是运动障碍。

在数周至数月期间,咽下困难进行性加剧,一般提示质性狭窄,如侵占管腔的癌瘤及回流性食管炎发展所致狭窄。

吞咽痛 吞咽痛(odynophagia)是提示食管病的另一主要症状,但其基础病变则颇不一。

咽下困难 所致食团停顿,在食管梗阻持续期间,有时亦可发展为疼痛感觉。

但吞咽痛一般是在食团传送过程中发生的,而当咽下物离开食管时即可消失,有时吞咽痛可极剧烈,致使病人拒绝吞咽任何固体及流体食物,涎液亦被吐出;有些病人吞咽痛很轻,只是能感觉到食团咽下的部位,回流性病变时即常如此。

黏膜遭致回流、照射、病毒及霉菌感染等侵害后,即可发生吞咽痛。

<<西氏内科学>>

癌 及药片嵌顿所致局限性溃疡，偶亦可致吞咽痛。

烧心(胃灼热) 烧心(heartburn)即胃灼热(pyrosis)，是食管病的最常见症状，约20%人口有此情形。

一般 是使用“烧心”而非“疼痛”这样的词语，但烧心加重亦可使人感到胸痛的程度。

病人描述烧心时，常以张开的手在胸骨处上下移动，而不是反映心绞痛时所用静止而握紧的拳头。

烧心一般皆可因服抗酸剂而缓解，即使只是暂时缓解。

不能为抗酸剂缓解的经常性烧灼感，很可能是食管性的，但却不表现为烧心。

躺卧及提举物件常使烧心加剧，进食或饮酒过多亦可发生烧心。

回流 液体成分回流入口，常伴有烧心。

有时回流伴有暖气(eructation)，常在弯腰、体重物件及夜间卧床时发生。

倒回的苦水常被描述为黄褐或绿色。

夜间回流可致喘息或喘鸣，声音嘶哑，以及其他呼吸症状，但病人可能尚未察觉实系反流所致。

较少情况下，回流的液体并非来自 胃或十二指肠，而是弛缓障碍的食管或大型食管憩室中存留的液体。

反刍(rumination)是一种可能误作回流的罕见情况。

反刍是新近吃下的食物，通过腹壁肌肉的强烈收缩而由胃返回口腔。

通常是将食物再事咀嚼，再行吞咽至胃(见第75章)。

自发性食管性胸痛 重度回流除可致不适外，还可由烧心发展为疼痛，食管肌异常收缩活动所引起的剧烈胸痛，从疼痛程度、放散、与运动关系甚至对硝酸甘油的回应上，皆与心绞痛无异(参见第92章)。

食管性胸痛能直接放散至背部，患者常同时伴有咽下困难。

食管性胸痛持续数秒钟至很多小时不等。

呕血 呕血(hematemesis)对食管病的特异性虽比以上很多症状要低，但它能提示食管静脉曲张、食管回流所致黏膜溃疡、食管下端撕裂等情况，食管溃疡性癌及平滑肌瘤偶亦有此症状(见第129章)。

食管非静脉曲张性出血虽亦可能危及生命，但以徐缓的渗血(ooze)更为常见，一般 皆为食管回流病所致，后者在临床上可以缺铁性贫血及便潜血阳性出现。

.....

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>