第一图书网, tushu007.com

<<消化道肿瘤内镜活检诊断与治疗>>

图书基本信息

书名：<<消化道肿瘤内镜活检诊断与治疗>>

13位ISBN编号：9787509139257

10位ISBN编号：7509139252

出版时间：2010-9

出版时间：人民军医出版社

作者：王强修，刘晓红 主编

页数：396

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

前言

随着消化内镜技术的普及与发展，通过内镜活检进行病理组织学诊断是消化道肿瘤的主要术前诊断手段.近年来，有关消化内镜技术与临床诊断方面的多部专著已陆续出版，但内容涉及内镜活检组织病理诊断学技术与病理诊断标准的参考书尚缺乏。
为此，我们组织国内长期工作在临床病理一线的部分专家共同编撰了这本《消化道肿瘤内镜活检诊断与治疗》，希望能对提高我国消化道肿瘤内镜活检诊断与治疗的整体水平有所裨益。
本书共16章，30余万字，110余幅照片，内容全面，图文并茂，简洁实用，并具有以下特点：一是注重理论联系实际，将消化内镜活检最新技术同临床实际工作相结合，深入浅出地介绍了消化内镜在肿瘤诊断和治疗方面的实践经验与体会。
二是突出实用性，将工作中积累的点滴经验采用病例分析的形式加以介绍，并配有专家点评，将老专家的宝贵经验传承下去。
再就是在内容编排方面，力求科学、系统，既注重临床与病理之间的相互联系，又注重相关内容之间的内在逻辑联系，将基础知识、新技术及新方法融合在一起，具有可读性和实用性强的特点。

内容概要

本书作者参考国内外最新文献。
结合自己丰富的实践经验，详细阐述了消化道肿瘤内镜活检诊断与治疗的基础理论、操作技术和最新进展，包括消化道解剖及组织结构，消化内镜发展简况。
常用消化内镜活检组织病理学技术，消化内镜活检组织病理诊断，消化道肿瘤的标志物和常用分子生物学标记物，食管、胃、小肠、大肠肿瘤的内镜活检组织病理诊断技术、检查方法和内镜下治疗方法，以及消化道肿瘤内镜活检的典型病例和疑难病例等。
《消化道肿瘤内镜活检诊断与治疗》内容新颖、图文并茂，科学性、实用性强，反映了国内外消化道肿瘤内镜活检诊断与治疗的最新技术进展；适合消化内科、病理科、普通外科医师阅读参考，亦可供消化道肿瘤患者求医时参阅。

书籍目录

第1章 消化道解剖及组织学结构 一、食管 二、胃 三、小肠 四、大肠第2章 消化内镜发展简况 一、各式内镜的发展 二、世界内镜学术组织的发展 三、中国消化内镜的发展第3章 常用消化内镜活检组织病理学技术 一、常规石蜡制片技术 二、其他常用制片技术 三、胃肠黏膜组织染色方法 四、免疫组织化学技术 五、原位杂交技术第4章 消化内镜活检组织病理诊断 一、消化道疾病诊断的金标准 二、活检组织病理诊断的意义 三、消化道内镜活检的一般原则 四、标本取材造成的局限性 五、病理学观察需注意的问题 六、内镜活检组织的病理报告 七、临床医师对病理报告的解读第5章 消化道肿瘤的标志物检测 第一节 概述 一、肿瘤标志物检测的临床意义 二、肿瘤标志物研究简史 三、肿瘤特异性抗原的分布差异 四、肿瘤标志物检测方法 第二节 常用免疫学检测方法 一、免疫组织化学检测法 二、血清免疫学检查 第三节 消化道肿瘤的主要标志物 一、肿瘤相关抗原及分化抗原 二、激素类 三、酶类 第四节 肿瘤标志物检测的临床应用 一、胃肠道类癌 二、食管肿瘤 三、胃部肿瘤 四、肠肿瘤第6章 消化道肿瘤常用分子生物学标记物 一、癌胚抗原 二、细胞表面分化抗原117 三、细胞角蛋白 四、基因系尾型同源盒基因 五、黏蛋白 六、绒毛蛋白 七、突触素 八、嗜铬素A 九、神经元特异性烯醇化酶第7章 食管肿瘤内镜活检组织病理诊断 一、食管瘤样病变及癌前病变 二、食管癌 三、间叶来源的肿瘤及其他第8章 胃肿瘤内镜活检组织病理诊断 一、瘤样病变及癌前病变 二、胃癌 三、间叶来源的肿瘤及其他第9章 小肠肿瘤内镜活检组织病理诊断 一、小肠癌前病变及瘤样病变 二、小肠癌 三、间叶来源的肿瘤 四、恶性淋巴瘤第10章 大肠肿瘤内镜活检组织病理诊断 一、大肠癌前病变及瘤样病变 二、大肠癌 三、大肠间叶来源的肿瘤 四、大肠恶性淋巴瘤第11章 消化道肿瘤内镜活检典型病例分析第12章 消化道肿瘤内镜活检疑难病例分析第13章 常规消化道内镜检查法第14章 特殊内镜诊断与治疗技术第15章 上消化道肿瘤的内镜诊断与治疗第16章 下消化道肿瘤内镜诊断与治疗

章节摘录

插图：2.包埋方向包埋时必须注意活检组织的包埋方向。
正确的包埋方向是制成切片的切面垂直于组织的黏膜面，在制成后的切片上能够依次观察到黏膜的各层结构，而不是平行于组织黏膜面，切片仅能观察到一个层面或不完整的部分层面。
如胃黏膜标本，切片应清楚地观察到胃黏膜组织的表面黏膜上皮，胃小凹，胃黏膜固有腺体的开口，包括腺颈部、腺体部、腺底部的固有腺体，黏膜肌，黏膜下层；十二指肠黏膜标本应能依次看到绒毛结构，固有腺体，黏膜肌和黏膜下层。
如果切片不能观察到这些结构，那就难以做出正确的诊断。
仅看到表面黏膜，就无法确定有无萎缩改变，即使是浅表胃炎，也无法评估级别，这样的病理结果肯定对.临床没有帮助。
当标本完全为肿瘤时，垂直于表面的包埋也便于观察肿瘤的浸润情况。
确定正确的包埋方向，对固定时附着于滤纸的组织块，可将标本从滤纸取下，翻转90度，以与滤纸垂直的方向包埋即可。
对未附于滤纸的组织块，可使用包埋机的固定放大镜、手持放大镜或其他类型的放大镜进行观察，确定黏膜面，决定包埋方向。
根据经验，在无法判定黏膜面的情况下，考虑到内镜取材的方式，选择以组织块的最大面为侧面进行包埋，即平常所说的“立起来”包埋，可能是较好的选择。

编辑推荐

《消化道肿瘤内镜活检诊断与治疗》由人民军医出版社出版。

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