

<<麻醉科诊疗常规>>

图书基本信息

书名：<<麻醉科诊疗常规>>

13位ISBN编号：9787506755702

10位ISBN编号：750675570X

出版时间：2012-11

出版时间：中国医药科技出版社

作者：王保国 编

页数：654

字数：896000

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>

## <<麻醉科诊疗常规>>

### 内容概要

本书是根据卫生部《医师定期考核管理办法》的要求，由北京医师协会组织全市麻醉科专家、学科带头人及中青年业务骨干共同编写而成。

体例清晰、明确，内容具有基础性、专业性、指导性及可操作性等特点。

既是专科医师应知应会的基本知识和技能的指导用书，也是北京市麻醉专科领域执业医师“定期考核”业务水平的惟一指定用书。

本书适合广大执业医师、在校师生参考学习。

## <<麻醉科诊疗常规>>

### 书籍目录

#### 第一篇 临床麻醉常规

##### 第一章 麻醉科的编制、工作任务及工作制度

###### 第一节 麻醉科的编制

###### 第二节 麻醉科的任务

###### 第三节 临床麻醉日常工作制度

##### 第二章 麻醉前病情估计和术前准备

###### 第一节 麻醉前病情分级

###### 第二节 常见伴随疾病的评估与准备

###### 第三节 其他术前准备

##### 第三章 麻醉方法

###### 第一节 局部麻醉

###### 第二节 基础麻醉

###### 第三节 颈丛神经阻滞

###### 第四节 臂丛神经阻滞

###### 第五节 蛛网膜下隙阻滞

###### 第六节 硬膜外隙阻滞

###### 第七节 腰一硬联合阻滞

###### 第八节 骶管阻滞

###### 第九节 全身麻醉

###### 第十节 全麻—硬膜外阻滞联合麻醉

###### 第十一节 监护性麻醉

##### 第四章 麻醉期间常用的监测

###### 第一节 麻醉期间监测的项目要求

###### 第二节 心电图和血流动力学监测

###### 第三节 呼吸功能监测

###### 第四节 肌肉松弛药作用监测

###### 第五节 麻醉深度监测

.....

#### 第二篇 重症患者的监测和诊疗

#### 第三篇 疼痛诊疗常规

#### 第四篇 常用技术操作常规

## &lt;&lt;麻醉科诊疗常规&gt;&gt;

## 章节摘录

版权页：第二十四章腰、骶和下肢疼痛 第一节 腰椎间盘突出症 60%的患者有腰扭伤史。特殊职业，如长期坐位工作、驾驶员等易患该病。

其典型症状是腰痛伴单侧或双侧下肢痛。

一、临床表现 (一) 腰痛 大多数患者有下腰痛，并且为先腰痛后腿痛，部分患者为腰、腿痛同时出现，少数患者为先腿痛后腰痛。

疼痛部位在下腰部和腰骶部，位置较深。

疼痛在活动时加重，卧床休息后减轻。

当椎间盘突出突然发作时，可发生急性腰痛，肌肉痉挛，伴有坐骨神经痛和腰椎各种活动受限，疼痛持续时间较长。

(二) 坐骨神经痛 由于95%的腰椎间盘突出症发生在腰4~5或腰5~骶1椎间隙，患者多伴有坐骨神经痛，向腰骶部、臀后部、大腿后外侧、小腿直至足背或足底放射。

当患者弯腰、咳嗽、打喷嚏、大便时疼痛症状加重。

(三) 腰椎姿势异常 由于椎间盘突出的方向向后或后外侧，刺激、压迫了一侧(有时为双侧神经根)神经根，患者会保护性地采取一定的特殊体位，以避免椎间盘对神经的压迫。

因此患者的腰椎可表现出如侧凸、侧后凸、双肩不等高、骨盆不等高等各种异常姿势。

(四) 麻木与感觉异常 当突出的椎间盘刺激了本体感觉和触觉纤维，即可出现肢体麻木。

麻木部位按受累神经区域皮节分布。

有时患者感觉患肢怕冷、畏寒，夏日也穿多条长裤。

(五) 马尾神经损伤症状 此症状出现于急性中央型椎间盘突出症患者往往是髓核脱出。

患者在搬重物、用力咳嗽、打喷嚏或被实施腰椎重力牵引、重手法“复位”后，即感腰骶部剧痛，双下肢无力或不全瘫，会阴区麻木，出现排便、排尿无力或失禁等括约肌障碍症状。

男性可出现功能性阳痿，女性可出现尿潴留或假性尿失禁。

二、诊断要点 (一) 病史 (1) 仔细询问患者职业、发病时间与诱因、腰痛性质和下肢痛性质。

(2) 观察患者的步态与脊柱外形，疼痛症状较重者可出现跛行步态。

脊柱外形如(二)一般体格检查 1.压痛点 在病变间隙的患侧有深压痛。

疼痛可沿坐骨神经分布区向下肢放散。

2.腰椎活动受限 腰椎在各个方向上均有不同程度的活动受限。

前屈后伸运动受限明显；有脊柱侧弯的患者，向凸侧弯曲的活动受限明显。

3.肌萎缩和肌力减弱 受累神经所支配的肌肉，如胫前肌、腓骨长短肌、伸趾长肌等，均可有不同程度的肌肉萎缩和肌力减弱。

腰4~5椎间盘突出时，肌力明显减弱。

4.感觉减退 受累神经根支配区，皮肤针刺痛觉明显减退。

5.腱反射改变 腰3~4椎间盘突出时，出现膝反射减弱或消失。

腰5~骶1椎间盘突出时，出现跟腱反射减弱或消失。

(三) 特殊检查 1.胸腹垫枕试验 检查方法：患者全身放松，两上肢伸直置于身旁，检查者在病侧腰3~骶1各节椎板间隙的深层肌上用手指探压，寻找深层压痛点。

若在腰椎过度前屈位上测定，使原有在超伸展位上引出的深压痛、传导痛或下肢酸麻感完全消失或明显减轻者，则可判定为腰椎管内发病因素。

2.直腿抬高试验 由于椎间盘突出时神经根袖受到卡压，限制了其在椎管内的移动。

因此，在做患侧直腿抬高动作时因牵拉了受压的神经根而产生了疼痛症状，试验呈阳性。

3.直腿抬高加强试验 将患肢抬高到一定程度而出现坐骨神经痛，然后降低患肢使疼痛症状消失，此时被动背伸踝关节，当又出现坐骨神经痛时为阳性。

4.健肢抬高试验 当直腿抬高健侧肢体时，如果出现患侧坐骨神经痛的症状，即为阳性。

此种情况多表明椎间盘突出为“腋下型”突出。

5.股神经牵拉试验 对高位椎间盘突出症、(如腰2~3和腰3~4)的患者，股神经牵拉试验为阳性。

## <<麻醉科诊疗常规>>

但对部分腰4~5突出的患者,该试验也为阳性。

6.屈颈试验 患者取坐位或半坐位,双下肢伸直,当被动向前屈曲颈椎时,如出现患侧下肢的放射性疼痛者为阳性。

7.颈静脉压迫试验 压迫颈静脉,使硬脊膜膨胀。

由硬脊膜发出的神经根与突出的椎间盘相挤压,从而诱发出疼痛。

<<麻醉科诊疗常规>>

编辑推荐

《麻醉科诊疗常规(2012年版)》适合广大执业医师、在校师生参考学习。

<<麻醉科诊疗常规>>

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>