

<<心内科主任医师查房>>

图书基本信息

书名：<<心内科主任医师查房>>

13位ISBN编号：9787802457256

10位ISBN编号：7802457254

出版时间：2011-5

出版时间：军事医科

作者：徐泽升//刘永兴//张建刚

页数：393

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>

<<心内科主任医师查房>>

内容概要

本书共包括十五章内容，以临床工作中诊断明确的住院病例为纲，展开叙述。每个疾病都分为三部分。

第一部分为病历摘要。

对诊断明确的典型病例进行概述，按照患者主诉、体征、辅助检查、入院诊断等格式加以叙述。

第二部分为查房过程。

通过临床查房将所述疾病的诊断线索、诊断标准、治疗方法和最新进展贯穿其中。

对每一病例的查房，首先归纳该患者的临床特点，设下悬念，上级医师给出解决的方法和步骤，并对检查结果和治疗效果进行分析、判断、综合、评价，最后得出明确的诊断，进行合理的治疗。

第三部分为专家评析。

通过专家对具体病例的诊治点评和对具体疾病诊疗环节的分析，让读者对疾病的发生、发展到结局有个完整的了解，帮助读者从中吸取经验教训。

<<心内科主任医师查房>>

书籍目录

第一章 冠状动脉粥样硬化性心脏病

- 病例一 自发性心绞痛
- 病例二 劳力性心绞痛
- 病例三 混合性心绞痛
- 病例四 非ST段抬高型心肌梗死
- 病例五 急性前壁心肌梗死
- 病例六 急性下壁、后壁、右室心肌梗死
- 病例七 急性心肌梗死合并心源性休克
- 病例八 急性心肌梗死合并室壁瘤形成
- 病例九 急性心肌梗死合并室间隔穿孔
- 病例十 急性心肌梗死合并乳头肌断裂
- 病例十一 急性心肌梗死合并亚急性心脏破裂
- 病例十二 急性心肌梗死合并上消化道出血
- 病例十三 缺血性心肌病

第二章 高血压病

- 病例一 高血压危象
- 病例二 急进型高血压病
- 病例三 原发性高血压肾损害
- 病例四 肾实质性高血压
- 病例五 肾血管性高血压
- 病例六 原发性醛固酮增多症性高血压
- 病例七 嗜铬细胞瘤性高血压
- 病例八 体位性低血压

第三章 心律失常

- 病例一 房性期前收缩
- 病例二 心房颤动
- 病例三 心房扑动
- 病例四 室性期前收缩
- 病例五 阵发性室上性心动过速
- 病例六 阵发性室性心动过速
- 病例七 完全性左束支传导阻滞
- 病例八 完全性右束支传导阻滞
- 病例九 第三度房室传导阻滞
- 病例十 病态窦房结综合征
- 病例十一 预激综合征
- 病例十二 过早复极综合征
- 病例十三 Bmgada综合征
- 病例十四 起搏器综合征

第四章 心脏瓣膜病

- 病例一 风湿热
- 病例二 二尖瓣狭窄
- 病例三 二尖瓣关闭不全
- 病例四 主动脉瓣狭窄
- 病例五 主动脉瓣关闭不全
- 病例六 肺动脉瓣狭窄

<<心内科主任医师查房>>

病例七 联合瓣膜病

第五章 成人先天性心脏病

病例一 房间隔缺损

病例二 室间隔缺损

病例三 动脉导管未闭

病例四 法洛四联症

病例五 三尖瓣下移畸形

病例六 艾森曼格综合征

第六章 心肌病

病例一 扩张型心肌病

病例二 肥厚梗阻型心肌病

病例三 心尖肥厚心肌病

病例四 心肌淀粉样变

病例五 心肌致密化不全

病例六 致心律失常性右心室发育不全

病例七 心动过速性心肌病

病例八 围生期性心肌病

病例九 酒精性心肌病

第七章 心肌炎与心包炎

病例一 急性病毒性心肌炎

病例二 心肌梗死样心肌炎

病例三 过敏性心肌炎

病例四 药物性心肌炎

病例五 急性非特异性心包炎

病例六 结核性心包炎

病例七 癌性心包积液

病例八 急性心脏压塞

第八章 感染性心内膜炎

病例一 自体瓣膜心内膜炎

病例二 人工瓣膜心内膜炎

病例三 静脉药瘾者心内膜炎

病例四 梅毒性心脏病

第九章 大动脉疾病

病例一 大动脉炎

病例二 主动脉夹层

病例三 马方综合征

第十章 周围血管疾病

病例一 闭塞性动脉粥样硬化

病例二 下肢深静脉血栓形成

第十一章 肺血管疾病

病例一 急性肺栓塞

病例二 急性肺源性心脏病

病例三 慢性肺源性心脏病

第十二章 心力衰竭

病例一 左室舒张功能障碍性心力衰竭

病例二 慢性充血性心力衰竭

第十三章 高动力循环及内分泌性心脏病

<<心内科主任医师查房>>

病例一 甲状腺功能亢进性心脏病

病例二 甲状腺功能减退性心脏病

病例三 贫血性心脏病

第十四章 左房黏液瘤

第十五章 心脏综合征

病例一 心血管神经症

病例二 小心脏综合征

病例三 心脏X综合征

病例四 运动员心脏综合征

病例五 心脏损伤后综合征

<<心内科主任医师查房>>

章节摘录

主治医师 请主任结合本例患者的临床特点, 进一步分析确定该患者的诊断及临床表现。

主任医师 根据患者的临床表现, 该患者可诊断为嗜铬细胞瘤性高血压。

嗜铬细胞瘤患者常呈间歇性发作, 给某些实验及检查带来一定困难, 因此, 在诊断此病时检查方法的选择上应综合考虑。

1. 实验室检查 一般实验室检查无特异性。

糖耐量下降, 基础代谢增高有参考意义。

通常将血、尿儿茶酚胺及代谢产物的测定作为特异性检查, 即定性诊断。

肾上腺素和去甲肾上腺素在代谢过程中先降解为变肾上腺素类, 最终降解为3-甲氨基4-羟扁桃酸(VMA)。

因此实验室中将测定尿中变肾上腺素类及VMA作为功能性嗜铬细胞瘤的诊断指标。

但变肾上腺素类及VMA可受到某些药物, 如单胺氧化酶抑制剂、氯丙嗪、锂制剂等, 以及食物, 如咖啡、香蕉等的干扰, 使测定结果受到影响。

尿液化验是否在发作期, 都可影响测定结果。

这些因素应给予足够的重视。

2. 药理试验 药理试验特异性不强, 有一定的假阴性、假阳性及副作用。

但对临床可疑而儿茶酚胺测定未发现异常者应用药物试验具有一定的诊断意义。

药理试验有两大类, 即阻滞 α 受体, 如苄胺唑啉, 用于持续性高血压患者或阵发性高血压患者发作。

如果血压是由于去甲肾上腺素和肾上腺素分泌过多所致, 则静脉注射苄胺唑啉后2分钟内血压迅速下降。

收缩压下降大于4.65kPa (35mmHg), 舒张压下降大于3.3kPa (25mmHg), 并维持3-5分钟以上为阳性。

试验前应停用镇静剂和降压药1周, 以免影响测定的准确性。

激发试验是应用组胺等对阵发性高血压患者在无发作、血压不高时进行诱导激发。

静脉注射组胺后2分钟, 收缩压升高大于50mmHg (6.65kPa), 舒张压升高大于30 mmHg (3.99kPa), 即为阳性。

正常人及原发性高血压患者, 注药后血压可下降, 同时有面部潮红、头痛、恶心等。

本试验有一定危险性, 试验时应备好苄胺唑啉等, 以便血压过高时用。

对有心肌梗死、脑出血、心力衰竭病史者, 禁作此试验。

胰高血糖素可兴奋肾上腺髓质嗜铬细胞瘤释放儿茶酚胺, 引起高血压, 而对正常人及原发性高血压患者无此反应。

它的副作用远较组胺小, 较为安全。

3. 定位诊断 利用各种影像学检查可协助对嗜铬细胞瘤进行定位, 来指导治疗。

(1) B超: 具有价格便宜、简便易行的优点, 可以检出肾上腺内直径>2cm的肿瘤。

一般瘤体有包膜, 边缘回声增强, 内部为低回声均质。

如肿瘤较大, 生长快时内部有出血、坏死或囊性变, 超声表现为无回声区。

但B超对于过小或是肾上腺外一些特殊部位的肿瘤(如颈部、胸腔内等)不能显示。

(2) CT: 是目前首选的定位检查手段。

嗜铬细胞瘤在CT上多表现为类圆形肿块, 密度不均匀, 出血区或钙化灶呈高密度, 增强扫描时肿瘤实质明显强化, 而坏死区无或略有强化。

CT诊断肾上腺内嗜铬细胞瘤的敏感性达到93%-100%, 但特异性不高, 只有70%。

对于肾上腺外嗜铬细胞瘤, 如腹腔内小而分散的肿瘤不易与肠腔的断面相区分, 因此有可能漏诊。

(3) MRI: 在MRI的T₁加权像上实性肿瘤强度类似肝实质, T₂加权像信号较高。

坏死、囊变区在T₁加权像呈低信号, 在T₂加权像呈高信号。

MRI诊断嗜铬细胞瘤的敏感性及特异性与CT相似, 其优势在于是三维成像, 有利于观察肿瘤与周围器

官与血管的解剖关系。

(4) 放射性核素I标记MIBG扫描：MIBG（间碘苄胍）是去甲肾上腺素的生理类似物，可被摄取和贮存于嗜铬细胞瘤内，经放射性核素I标记后，能显示瘤体。

此项检查可以提供全身性的信息，尤其是肾上腺外的肿瘤和恶性嗜铬细胞瘤及其转移灶。

MIBG的特异性高达95%~100%，但是敏感性只有77%~90%。

近年来，用I显像质量更加清晰，而且能结合SPECT进行断层扫描，对于复发性或恶性嗜铬细胞瘤及肿瘤内有纤维化、解剖结构有变异、肿瘤位子少见部位的定位效果更好。

在B超和CT未发现病变，疑有异位肿瘤时MIBG显像是诊断嗜铬细胞瘤的首选检查方法。

(5) 静脉插管：通过静脉插管分段取血测定CA来明确定位诊断。因操作过程中可能会出现严重的并发症，已逐渐被无创性检查所替代。

.....

<<心内科主任医师查房>>

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>