

<<胸外科疑难病例诊疗分析精粹>>

图书基本信息

书名：<<胸外科疑难病例诊疗分析精粹>>

13位ISBN编号：9787811168914

10位ISBN编号：781116891X

出版时间：2010-5

出版时间：北京大学医学出版社

作者：王俊 编

页数：252

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>

<<胸外科疑难病例诊疗分析精粹>>

前言

胸部解剖结构的重要性和复杂性使一些胸外科疾病的诊断和处理相对比较困难，常成为临床工作中的疑点和难点。

近年来，随着外科学技术的发展及相关学科的进步，尤其是以胸腔镜为代表的胸部微创手术的应用和普及，胸外科正掀起一场全面的手术技术革命，各种新理论、新技术、新方法层出不穷。

这些均为疑难病例的诊断和治疗提供了更为有效和安全的保障。

纵观目前国内外已出版的胸外科专著，多是从不同角度讲述胸外科的基本知识、基本理论和相关技术，而具体针对临床实际工作中一些复杂、疑难和罕见病例的诊疗进行详细分析的专著尚不多见。

北京大学人民医院胸外科暨胸部微创中心是国内开展各种胸外科新技术种类最全、技术最先进、经验最丰富的医疗中心之一，承担着来自北京乃至全国各地的疑难病患的诊治任务，积累了大量罕见病例和疑难病例。

本书的编撰以此为基础和切入点，通过真实而系统地再现这些疑难病例的诊疗过程，总结分析每一病例的特点和经验教训，与同道们分享我们的得失体会，同时以点评的形式阐述国际上对相关疾病和技术的最新认识和观点，以期共同提高临床诊治水平。

对于本专业的广大临床医生，尤其是年轻医生，该书将是一本启迪临床思维、开拓诊疗视野、更新学科知识的难得教材。

本书共分为肺部良性疾病、肺部恶性疾病、食管疾病、自主神经及胸膜胸壁疾病、纵隔及膈肌疾病、气管支气管疾病6个章节，以我科临床病例资料库为基础，精选出一批具有代表性的疑难病例，力求覆盖本学科大部分病种。

针对每一病案的特殊性，有重点地再现其诊断和治疗的全过程。

每个案例均包括病史简介、诊疗经过、病例特点分析以及经验总结和专家点评，力求达到分析解决临床疑难问题、总结经验教训的编写宗旨。

文中配以大量影像学、手术、标本或病理图片，内容新颖、文字精练、图文并茂。

本书的问世，将为胸外科、呼吸科、肿瘤科以及相关学科的同道们提供接触和认识大量罕见和疑难胸外科病例的机会，同时也为医学教育提供丰富的临床案例。

在本书编写过程中，北京大学人民医院病理科沈丹华教授和放射科杜湘柯教授及其同人给予了无私的帮助，各位编者都付出了艰辛的劳动。

另外，本书的出版得到了华夏英才基金的资助，在此一并感谢。

由于我们水平有限，加之时间仓促，错漏之处在所难免，敬请读者批评指正。

<<胸外科疑难病例诊疗分析精粹>>

内容概要

本书共分为肺部良性疾病、肺部恶性疾病、食管疾病、自主神经及胸膜胸壁疾病、纵隔及膈肌疾病、气管支气管疾病6个章节，以我科临床病例资料库为基础，精选出一批具有代表性的疑难病例，力求覆盖本学科大部分病种。

针对每一病案的特殊性，有重点地再现其诊断和治疗的全过程。

每个案例均包括病史简介、诊疗经过、病例特点分析以及经验总结和专家点评，力求达到分析解决临床疑难问题、总结经验教训的编写宗旨。

文中配以大量影像学、手术、标本或病理图片，内容新颖、文字精练、图文并茂。

本书的问世，将为胸外科、呼吸科、肿瘤科以及相关学科的同业们提供接触和认识大量罕见和疑难胸外科病例的机会，同时也为医学教育提供丰富的临床案例。

<<胸外科疑难病例诊疗分析精粹>>

作者简介

王俊，男，1989年毕业于北京大学，获临床医学硕士学位。
1995在美国华盛顿大学(西雅图)、芝加哥大学和克里夫兰医学中心学习和交流。
1997~1998年获得美国胸外科学会Graham奖学金，并先后在多家著名医学中心从事临床工作和研究。
现任北京大学教授、博士生导师，北京人民医院胸外科暨胸部微创中心主任，并兼任国际食管疾病协会(ISDE)亚洲主席，中华医学会胸腔镜外科学组组长，《中华胸心血管外科杂志》编委等学术和社会职务。

十多年来，王俊及其课题组完成了我国胸外科领域的许多第一，其中一些居国际领先水平。
目前主要从事肺癌、食管疾病的基础和临床研究，并承担了国家、卫生部、北京科委等多项重大研究课题。

<<胸外科疑难病例诊疗分析精粹>>

书籍目录

第一章 肺部良性疾病 病例1 肺曲霉菌病 病例2 肺部隐球菌感染 病例3 肺结核瘤伴气胸 病例4 肺胸膜纤维瘤 病例5 巨大肺硬化性血管瘤 病例6 儿童肺炎性假瘤 病例7 肺炎性肌纤维母细胞瘤误诊血管瘤 病例8 肺血管畸形 病例9 肺隔离症 病例10 巨型肺大疱 病例11 弥漫性肺气肿

第二章 肺部恶性疾病 病例1 原发性肺血管肉瘤 病例2 胸腔Askin瘤 病例3 心包内全肺切除术后心脏疝 病例4 成人型胸膜肺母细胞瘤 病例5 原发肺化学感受器瘤 病例6 周围型小细胞肺癌伴胸膜转移 病例7 周围型肺癌胸膜种植转移 病例8 右肺下叶鳞癌伴胸腔积液、锁骨上淋巴结肿大 病例9 右肺下叶腺癌 病例10 右肺上叶癌合并结节病

第三章 食管疾病 病例1 贲门癌误诊贲门失弛缓症 病例2 食管动静脉畸形继发食管壁内血肿伴感染 病例3 食管巨大平滑肌瘤 病例4 食管巨大脂肪肉瘤 病例5 贲门部食管平滑肌瘤继发胃食管反流 病例6 食管憩室急性穿孔 病例7 食管双原发癌 病例8 罕见食管炎性假瘤 病例9 一期贲门失弛缓症的胸腔镜手术 病例10 食管巨大息肉 病例11 贲门失弛缓症继发食管多源癌 病例12 食管憩室继发慢性气管食管瘘 病例13 食管、贲门双原发癌 病例14 贲门胃底恶性间质瘤 病例15 巨大咽食管憩室

第四章 自主神经及胸膜胸壁疾病 病例1 原发性手汗症 病例2 长QT综合征 病例3 雷诺综合征 病例4 胸骨柄动脉瘤样骨囊肿 病例5 胸壁纤维瘤病 病例6 炎性胸水误诊胸膜转移瘤并恶性胸水 病例7 肋骨孤立性浆细胞瘤

第五章 纵隔及膈肌疾病 病例1 胸部结节病 病例2 纵隔小细胞癌伴Lambert—Eaton综合征 病例3 病情特殊的胸腺癌 病例4 纵隔畸胎瘤伴胸膜及支气管瘘 病例5 纵隔巨大淋巴结增生症 病例6 小儿巨大心包囊肿 病例7 膈肌膨出症 病例8 陈旧性创伤性膈疝

第六章 气管支气管疾病 病例1 气管错构瘤 病例2 气管平滑肌瘤 病例3 右主支气管外伤后狭窄 病例4 气管腺样囊性癌 病例5 气管腺癌 病例6 气管内多发恶性肿瘤 病例7 食管癌压迫气管 病例8 复杂的气管内异物 病例9 气管内炎症性肌纤维母细胞瘤

<<胸外科疑难病例诊疗分析精粹>>

章节摘录

插图：中年女性，主因“间断咯血38年，发现左肺下叶占位1个月”入院。

胸部CT提示双肺下叶支气管囊柱状扩张，左肺下叶背段占位，该病灶具有较为典型的肺部曲霉菌感染影像学表现，术前诊断为支气管扩张症伴左肺下叶背段霉菌病。

【诊断与鉴别诊断】1.支气管哮喘：患者为中年女性，接触异味后出现阵发性咳嗽、喘憋，脱离特殊气味后约30分钟症状自行缓解，春秋换季时多发，12天前行肺功能检查提示通气功能严重减损，以阻塞型为主，残气量增高，弥散功能降低，气道阻力增高，支气管扩张试验阳性，结合病史及肺功能检查结果可以诊断支气管哮喘。

2.支气管扩张症：患者为中年女性，长年间断咯血，咯血量为中等量，胸部CT提示双肺多发支气管扩张症，故本病诊断明确。

3.左肺下叶背段占位：患者胸部CT、可见左肺下叶背段一大小约23mm×14mm的薄壁囊腔，腔内见一结节，考虑该占位的性质可能为：（1）肺曲霉菌病：肺部曲菌感染常见于免疫功能低下或者有肺部基础疾病如支气管扩张症病史的患者，可表现为肺部浸润性改变，局部类圆形软组织影，其内可见空洞，并可引起咯血。

该患者有长期支气管扩张症病史，合并肺部感染，胸部CT可见左下叶背段降主动脉后方可见一薄壁囊腔，腔内见一结节，未见明显强化。

根据患者病史、临床症状以及影像学表现，考虑该诊断的可能性大。

（2）肺结核：本病常有明确的结核接触史，临床上出现咳嗽、咳痰、咯血、食欲缺乏、乏力、盗汗、消瘦、低热等结核中毒症状，胸部影像学有典型结核表现。

该患者出现间断咯血，应注意鉴别本病，但患者无明确接触史，缺乏典型结核中毒症状，影像学不支持结核，基本上可以除外此诊断。

（3）原发性肺癌：患者为中年女性，出现咳嗽、咳痰、咯血等症状，自觉有时咳嗽音调为高调，应该注意本病可能，但结合其长期间断咯血的病史，且咯血量较多，200ml/d，胸部所示结节影无明显增强，考虑本病的可能性不大。

【治疗方案与注意要点】该患者有长期支气管扩张症病史，合并肺部感染，手术前应充分进行抗感染治疗以控制肺部感染，尽量减少患者的痰量。

手术拟行左肺下叶背段楔形切除，术中冰冻病理检查以明确诊断。

若证实为结核则行抗结核治疗；若为结核杆菌或曲霉菌感染则进行相应的药物治疗。

三、手术及术后恢复情况入院后3天行外科手术——全麻下行左侧开胸左肺下叶楔形切除术。

全麻成功后，患者取右侧卧位，常规消毒、铺单。

术中经左侧第5肋间保留胸肌小切口进胸，术中探查胸腔内少量膜片状粘连，无明显积液。

分离粘连后进一步探查发现左肺下叶背段一大小约2cm×2cm质韧肿物，余肺未见异常。

以直线型切割缝合器距肿物边缘约1cm处行左肺下叶背段楔形切除（图1.2）。

术中冰冻病理提示炎性病变，不排除真菌感染。

以生物蛋白胶封闭加固切缘，无菌生理盐水反复冲洗胸腔，膨肺后检查切缘无漏气，无活动性出血。

留置胸腔闭式引流管后关闭胸壁各切口，术毕。

手术顺利，术后患者清醒拔除气管插管后安返病房。

患者术后顺利，术后第3天拔除胸腔闭式引流管后出院。

门诊进一步进行抗真菌治疗，定期随访，至今无复发。

四、最终诊断1.左肺下叶曲霉菌感染。

2.病理诊断：送检肺组织内可见囊壁样成分，被覆假纤毛柱状上皮及鳞状上皮，伴有炎性细胞浸润，其中可见少量真菌。

<<胸外科疑难病例诊疗分析精粹>>

编辑推荐

《胸外科疑难病例诊疗分析精粹》为华夏英才基金学术文库。

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>