

<<上颈椎外科学>>

图书基本信息

书名：<<上颈椎外科学>>

13位ISBN编号：9787117131384

10位ISBN编号：7117131381

出版时间：2010-8

出版时间：人民卫生出版社

作者：谭明生 主编

页数：436

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>

<<上颈椎外科学>>

前言

随着科技的不断进步与发展，以及人们从事的工作领域不断扩展与深入，学科分工也越来越细，如从外科学分出骨科，从骨科学分出脊柱外科，而脊柱外科中则有部分医生专门从事颈椎外科，近几年来又有部分医生专门或重点从事上颈椎外科的临床或基础研究，学术杂志也常将上颈椎单独作为专题来讨论。

因而上颈椎外科已成为颈椎外科的重要分支与组成部分。

由于该部位及其毗邻解剖结构复杂、生理功能重要、外科显露困难和手术危险性高，因而上颈椎疾患的外科治疗与下位颈椎相比有着明显不同，而具有诊断治疗的重要性。

特别是该部位任何诊疗上的失误，都可能给患者造成严重、甚至是难以挽回的后果，故上颈椎外科专业的出现是脊柱外科发展的必然。

<<上颈椎外科学>>

内容概要

本书详细介绍了国内外上颈椎外科基础研究和临床治疗的新进展，反映了上颈椎外科发展的现状和方向，结合作者们的丰富临床经验和具有原创性研究，对上颈椎外科的基础和临床知识作了系统的阐述，全书约65万字，600余幅插图，分上下两篇上篇为总论，第1 - 13章，包括应用解剖、生物力学、物理诊断学、影像学检查、脊髓功能评定、手术入路、手术方式、内固定技术以及手术并发症的防治，翻修手术、康复和护理等内容，下篇为各论，第14-23章。

其中第14章重点介绍了各种病因引起的寰枢椎脱位诊疗新理念和治疗原则，为临床治疗严重寰枢椎脱位提供了有实用价值的分型治疗原则和手术方法，第15-23章对上颈椎畸形、创伤、感染、类风湿、退行性关节炎、肿瘤、血管相关性疾病和脊髓空洞症等疾病作了详细的论述、《上颈椎外科学》图文并茂，内容丰富实用，是骨科、脊椎外科、神经外科等年轻专业医师、外科住院医师和主治医师等的重要参考书和工具书。

<<上颈椎外科学>>

作者简介

谭明生，中日友好医院骨一科(脊柱)主任，主任医师，博士研究生导师，北京大学医学部骨科教授。

1983年南华大学毕业，1990年研究生毕业，1998年赴德国柏林Buch医院骨科进修，以后多次在中国香港、日本、法国、西班牙和美国等地学习交流骨科。

中国残协肢残脊柱外科学组副组长，中国中西医结合脊柱医学专业委员会常务副主任委员，中华骨伤科专业委员会副主任委员，中国老年脊柱关节疾病专业委员会常委，北京市中西医结合学会骨科专业委员会主任委员，中华医学会骨科分会北京骨肿瘤学组委员，国家自然科学基金项目和科学技术奖励评审专家，《中华医学杂志》、《中国脊柱脊髓杂志》、《中国现代外科手术学杂志》、《中国矫形外科杂志》和《中国骨伤杂志》等杂志的常务编委、编委和专家。

近10年在被称之为骨科手术“禁区”的上颈椎领域做了一些工作，在世界上率先报道寰椎“椎弓根螺钉”技术。

同时还对严重寰椎枢椎脱位提出新的分型和治疗对策。

该技术被美国颈椎学会Currier教授、日本宫腰教授、德国Robert Schonmayr教授和国内许多骨科专家称之为谭氏技术，并被广泛临床应用。

在包括《Spine》和《中国脊柱脊髓杂志》等国内外骨科期刊上共发表论文80余篇，参编骨科著作5部。

曾主持国家级和部省级科研课题5项，获8项骨科技术专利，荣立二等功、三等功，荣获“211”工程先进工作者、有突出贡献的专家和全国卫生系统劳动模范称号。

<<上颈椎外科学>>

书籍目录

上篇 总论 第一章 应用解剖学 第一节 上颈椎的胚胎发育 第二节 上颈椎的骨骼结构 第三节 上颈椎的韧带与关节 第四节 上颈椎X线像及其测量 第五节 颈部软组织解剖 第六节 上颈椎的血管解剖 第七节 上颈椎的神经解剖 第二章 上颈椎生物力学 第一节 生物力学概论 第二节 内固定器械的生物力学 第三节 寰枢椎脱位三维矫正的生物力学 第四节 寰枢椎结构的有限元分析 第五节 颈椎支具的生物力学评价 第三章 上颈椎疾病的诊断学基础 第一节 病史与体查 第二节 实验室检查 第三节 电生理检查和术中脊髓监护 第四节 上颈椎的影像学检查及评价 第五节 上颈椎的脊髓功能评定 第四章 牵引与外固定 第一节 颈椎牵引 第二节 外固定 第五章 上颈椎外科术前准备和术后处理 第一节 术前准备 第二节 术后处理 第六章 常用上颈椎的手术显露途径 第一节 枕颈交界部经口咽入路 第二节 经口咽扩大上颌骨切开入路 第三节 枕颈交界部经口咽-唇唇下颌入路 第四节 枕颈交界部改良前外侧咽后入路 第五节 上颈椎侧方入路 第六节 上颈椎后外侧入路 第七节 上颈椎椎动脉的显露 第八节 枕颈交界区经面入路 第九节 枕颈交界部枕下远外侧入路 第十节 枕颈后正中入路 第七章 上颈椎常用术式及其适应证 第一节 后路寰枢椎融合术 第二节 后路枕颈融合术 第三节 后路枕肌下减压和枕颈融合术 第四节 经口咽寰枢椎前路松解后路减压复位内固定术 第五节 chiani畸形手术 第六节 枕下后外侧入路枕骨大孔区肿瘤切除术 第七节 经口咽齿状突切除前方减压术 第八节 经口咽寰枢椎减压术 第九节 经软、硬腭入路行斜坡及寰枕区手术 第十节 经口咽扩大上颌骨切开入路上颈椎肿瘤切除术 第八章 上颈椎常用内固定和融合技术 第一节 寰枢椎椎弓根钉系统内固定技术 第二节 后路寰枢椎侧块螺钉系统内固定技术 第三节 后路寰枢椎钢丝内固定术 第四节 后路寰枢椎椎板夹内固定术 第五节 后路寰枢椎经关节螺钉内固定术 第六节 后路寰枢椎椎板夹加经关节螺钉内固定术 第七节 枕颈钢板螺钉系统内固定术 第八节 后路枢椎椎弓根拉力螺钉内固定术 第九节 Hangman骨折脱位后路复位内固定术 第十节 经口咽寰枢椎复位钢板固定术 第十一节 Hangman骨折脱位前路钢板复位内固定术 第九章 上颈椎损伤治疗的微创技术 第一节 经皮前路颈1、2侧块螺钉内固定术 第二节 经皮前路颈1、2侧块螺钉内固定术 第三节 经皮前路齿状突螺钉内固定术 第四节 经皮枢椎椎弓根螺钉内固定术 第五节 经皮内镜下前路颈1、2微创技术 第十章 上颈椎手术并发症的预防与处理 第一节 脊髓损伤 第二节 血管损伤 第三节 神经根损伤 第四节 硬脊膜损伤 第五节 内固定器械使用有关的并发症 第六节 术后全身并发症 第七节 术后切口感染 第八节 术后蛛网膜炎 第十一章 上颈椎翻修手术的实例及手术技巧 第一节 病例介绍 第二节 再手术的原因分析 第三节 翻修手术的技巧及注意事项 第十二章 寰枢椎脱位外科治疗的研究进展 第一节 牵引或头环背心外固定手术 第二节 寰枢椎脱位后路内固定技术 第三节 寰枢椎脱位前路内固定技术 第四节 前路松解后路复位固定术 第十三章 围手术期的护理和康复 第一节 术前护理 第二节 术后护理 第三节 术后康复 下篇 各论 第十四章 寰枢椎脱位 第一节 概论 第二节 病因 第三节 诊断与分型 第四节 治疗 第十五章 先天性畸形 第一节 概论 第二节 颅底凹陷和颅底扁平 第三节 chiani畸形 第四节 枕髁发育不良 第五节 寰椎枕骨化 第六节 枕骨大孔狭窄症 第七节 寰椎发育不全或不良 第八节 齿状突畸形 第九节 颈椎先天性融合 第十节 唐氏综合征 第十六章 上颈椎外伤 第一节 概论 第二节 寰枕关节骨折与脱位 第三节 寰椎横韧带损伤 第四节 寰枢椎旋转性半脱位 第五节 寰枢关节骨折脱位 第六节 枕骨髁骨折 第七节 寰椎骨折 第八节 齿状突骨折 第九节 Hangman骨折 第十节 枢椎侧块骨折 第十一节 枢椎椎体骨折 第十二节 脑干损伤 第十三节 颈段脊髓损伤 第十七章 上颈椎结核 第一节 病因病理 第二节 临床表现及诊断 第三节 治疗 第四节 预防 第十八章 上颈椎类风湿关节炎 第一节 病因病理 第二节 临床表现及诊断 第三节 治疗 第十九章 强直性脊柱炎 第一节 病因病理 第二节 临床表现及诊断 第三节 治疗 第二十章 上颈椎骨肿瘤 第一节 概论 第二节 上颈椎原发性良性骨肿瘤与瘤样病变 第三节 上颈椎原发性恶性骨肿瘤 第四节 上颈椎转移性骨肿瘤 第二十一章 寰枢关节骨性关节炎 第二十二章 椎动脉相关疾病 第一节 概论 第二节 椎动脉供血不足 第三节 锁骨下动脉窃血综合征 第四节 寰椎沟环畸形 第五节 椎动脉畸形和椎动脉瘤 第六节 基底动脉瘤 第七节 椎管分节性血管瘤病 第八节 椎-基底动脉瘤血管内介入治疗 第二十三章 脊髓空洞症 第一节 概述 第二节 病因和分类 第三节 病理学和发病机制 第四节 临床表现 第五节 诊断 第六节 鉴别诊断 第七节 治疗

章节摘录

插图：只要监测到小脑扁桃体搏动良好，第四脑室正中孔及寰枕区脑脊液循环明显改善，即达到治疗目的。

适宜的减压骨窗大小，保留硬膜或只切开硬膜外层，或硬膜切开后行硬膜成形术均可有效预防术后小脑下垂的发生。

(3) 呼吸衰竭：为严重的并发症，处理不当可致死。

主要原因是术中头颈过度屈伸，手术操作不当压迫延髓所致。

全麻时气管插管、术中体位的摆放、术后搬动或运输患者、术后翻身尤其未行内固定者，均应特别小心，避免枕颈部过度运动。

在整个手术过程中，特别是行枕骨大孔后缘切除操作要十分轻柔，避免延髓受挤压。

(4) 其他并发症：如神经症状加重，切口感染和硬膜外及硬膜下血肿等，只要规范技术操作，认真细致，应可避免。

7. 手术效果由于手术部位空间狭小，延髓和高位颈髓受压，本症的手术治疗有较大的危险性，早期文献报道死亡率高。

1957年Gatai复习文献90例手术死亡率33%。

随着麻醉技术、手术技巧和器械设备的进步，手术死亡率已明显降低。

1976年Ruben报道60例手术治疗无一例死亡，大部分病例减压术后症状缓解，单纯Chiari畸形较合并脊髓空洞症者疗效好。

术后呼吸困难、共济失调、运动和感觉障碍均可得到不同程度的缓解。

术前以共济失调症状为主者较以长束症状为主者效果好。

术后要注意避免外伤，以防症状突然加重。

本症为缓慢进行性加重的病变，术后症状缓解、病情停止或减缓进展即已达到手术的目的。

<<上颈椎外科学>>

编辑推荐

《上颈椎外科学》由人民卫生出版社出版。

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>