

<<原发性中枢神经系统淋巴瘤分册>>

图书基本信息

书名：<<原发性中枢神经系统淋巴瘤分册>>

13位ISBN编号：9787117155984

10位ISBN编号：7117155981

出版时间：2012-6

出版时间：人民卫生出版社

作者：林松 编

页数：290

字数：191000

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>

<<原发性中枢神经系统淋巴瘤分册>>

内容概要

林松主编的《原发性中枢神经系统淋巴瘤分册》写法上“理论指导实践，实践体现理论，体现诊治规范化和实践个体化的有机统一”的思想贯穿各个分册，杜绝“缺乏实用性，看到关键地方就没内容”的现象：按照4个模块编排内容——诊断思路和程序、治疗思路和程序、诊治路径、经典病例和专家点评。

<<原发性中枢神经系统淋巴瘤分册>>

作者简介

林松，博士、主任医师、教授、研究生导师。

师从国际著名神经外科专家王忠诚院士，现任首都医科大学附属北京天坛医院神经外科四病区主任（幕上脑肿瘤专业组）。

从事神经外科医疗、教学和科研工作二十余年。

在显微神经外科手术方面技术精湛，擅长胶质瘤、脑膜瘤、垂体瘤、颅咽管瘤和侧脑室、三脑室、松果体区（三脑室后部）等高难度脑肿瘤手术；善于利用微创神经外科技术和导航技术，最大限度地切除肿瘤和保护脑组织和神经血管，应用术中电生理监测和超声波监测切除功能区肿瘤，使肿瘤切除更彻底，最大程度保留神经功能。

在脑胶质瘤和中枢神经系统淋巴瘤综合治疗方面造诣颇深。

病区每年累计胶质瘤、脑膜瘤等幕上脑肿瘤手术900余台，胶质瘤、淋巴瘤化疗600余例，并取得了良好疗效。

承担国家“863”项目“反转录病毒胸苷激酶基因治疗恶性胶质瘤临床研究”、国家“973”计划专项课题分课题“共享性脑瘤样本库建立及VHL基因在脑瘤发病中的作用研究”。

近些年先后获得北京市科技进步奖和北京市卫生局科技进步奖，2011年“恶性胶质瘤治疗新方法探讨”获北京市科技进步三等奖，先后获得北京市自然科学基金多项。

目前是《中国临床药理学》、《国际外科学杂志》、《中国神经肿瘤》等杂志编委，《中华外科学杂志》和《中华医学杂志》的审稿委员。

发表SCI论文7篇，国内核心期刊论文30余篇，参编专著多部。

<<原发性中枢神经系统淋巴瘤分册>>

书籍目录

- 第1章 中枢神经系统淋巴瘤流行病学
- 第2章 中枢神经系统淋巴瘤病因学
- 第3章 中枢神经系统淋巴瘤病理学
- 第4章 中枢神经系统淋巴瘤分子遗传学
- 第5章 中枢神经系统淋巴瘤的临床表现和分型
 - 第1节 临床表现
 - 第2节 临床分型
- 第6章 中枢神经系统淋巴瘤影像学
 - 第1节 常用影像学检查方法
 - 第2节 中枢神经系统淋巴瘤影像学表现
 - 第3节 中枢神经系统淋巴瘤影像学鉴别诊断
 - 第4节 中枢神经系统淋巴瘤影像学诊断注意要点
- 第7章 中枢神经系统淋巴瘤实验室检查
- 第8章 中枢神经系统淋巴瘤的诊断和鉴别诊断
 - 第1节 诊断
 - 第2节 鉴别诊断
 - 第3节 诊断步骤
- 第9章 中枢神经系统淋巴瘤的化学治疗
 - 第1节 激素治疗
 - 第2节 系统淋巴瘤治疗方案
 - 第3节 大剂量甲氨蝶呤
 - 第4节 解毒药物亚叶酸钙的合理适时使用
 - 第5节 鞘内化疗
 - 第6节 对症治疗
 - 第7节 复发难治性PCNSL的治疗
 - 第8节 治疗相关的神经毒性
- 第10章 中枢神经系统淋巴瘤新治疗策略
 - 第1节 密集化疗和自体干细胞移植
 - 第2节 单克隆抗体——利妥昔单抗
 - 第3节 破坏血脑屏障
- 第11章 中枢神经系统淋巴瘤的放射治疗
- 第12章 特殊类型颅内淋巴瘤
 - 第1节 颅骨(底盖)原发性淋巴瘤
 - 第2节 眼内淋巴瘤
 - 第3节 AIDS相关颅内原发淋巴瘤
 - 第4节 脑膜淋巴瘤
 - 第5节 脊髓淋巴瘤
- 第13章 原发性中枢神经系统淋巴瘤的疗效评价
 - 第1节 疗效评价标准
 - 第2节 各方案比较
- 第14章 中枢神经系统淋巴瘤预后和影响预后因素
- 第15章 随访
- 第16章 典型病例分析
- 第17章 中枢神经系统淋巴瘤的外科处理策略
 - 第1节 立体定向脑组织活检术

<<原发性中枢神经系统淋巴瘤分册>>

第2节 立体定向活检在中枢神经系统
原发性淋巴瘤诊断中的应用
附录1 颅内淋巴瘤诊疗流程示意图
附录2 淋巴瘤常用缩略语英中文对照

章节摘录

版权页：插图： MTX单独使用或与其他药物合用，再联合WBRT，中位生存期为33~60个月。MTX与阿糖胞苷、塞替派及丙卡巴肼合用，再联合WBRT，患者生存期比单独WBRT组明显延长。许多目前的化疗方案采用更高剂量的MTX来保证其通过血脑屏障的剂量更大，避免早期就产生耐药性，但是通常中等剂量的MTX就非常有效。

许多老年患者不能耐受高剂量的MTX，但是19 / m²的MTX就可以起效。

1.放疗前与放疗后化疗比较一旦PCNSL的诊断明确，应尽早开始治疗。

与放疗后化疗相比，许多理论依据更强调放疗前化疗。

有证据表明一些化疗药物，如MTX和CDDP放疗前应用比放疗后应用神经毒性小。

此外，因为肿瘤最大限度破坏血脑屏障，而放疗后肿瘤体积萎缩，部分修复并关闭血脑屏障，因此化疗药物在放疗前比放疗后更容易进入CNS。

此外，放疗前化疗可以排除因放疗导致的对化疗效果的影响。

2.统计学依据 比较健康的患者（KPS评分 40或肌酐清除率 50ml / min），通常推荐放疗前化疗；最常用大剂量MTX为基础的化疗方案。

系统性化疗后是否需要放疗取决于疾病对化疗的反应性（是否发生完全缓解）和化疗放疗肿瘤医师的临床诊断。

WBRT可以增加神经毒性，特别是60岁以上的老年患者，在最初的治疗中可以保留。

因为系统性化疗药物难以透过葡萄膜，如果患者有恶性葡萄膜炎，眼球的放疗是标准的治疗手段。

然而，有文献报道大剂量MTX可以治疗患者的眼淋巴瘤。

因此，无症状的眼球受到侵犯的PCNSL患者，合理的治疗方案是延迟进行眼球放疗，检测大剂量MTX是否有效。

眼球内注射化疗也是一种治疗手段。

如果患者脑脊液中发现恶性淋巴细胞增多，可以直接鞘内（可以通过SRVC或腰穿）注射给药。

对于KPS评分低（

<<原发性中枢神经系统淋巴瘤分册>>

编辑推荐

《原发性中枢神经系统淋巴瘤分册》由人民卫生出版社出版。

<<原发性中枢神经系统淋巴瘤分册>>

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>