

<<坎贝尔骨科手术学>>

图书基本信息

书名：<<坎贝尔骨科手术学>>

13位ISBN编号：9787509143971

10位ISBN编号：7509143977

出版时间：2011-1

出版时间：人民军医

作者：(美)卡内尔//贝帝|译者:王岩

页数：3840

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>

<<坎贝尔骨科手术学>>

前言

虽然我们有了前两版翻译的经历，但是当我们拿到第11版《坎贝尔骨科手术学》时仍不禁被新版内容的翔实广博、知识更新的迅速快捷、对新技术新知识评价的客观公允所折服，并且本版首次使用了彩色线条图和手术照片图，加之漂亮的版式，为这本经历了70余年辉煌的骨科权威经典巨著增添了更加耀眼的光环。

因此，我们依然有一种尽快嚼食并介绍给国内同仁，更好地为国人病患造福的冲动。

本版《坎贝尔骨科手术学》保持了上一版的目录系统，仍分成4卷十九部分，86章，只是在第1卷第三部分的关节置换术中去除了引言与概论一章，将踝关节置换一章单列，并由新人撰写，说明了踝关节置换重要性的提升。

此外，由于Peter G. Carnesale先生于2006年过世，因此，由他撰写的内容改为新人。

本版共有17章内容完全更换了作者，有13章增减了合作者。

更换作者部分的风格有一些改变，但是仍然秉承了上一版一贯的内容充实、观点公正、紧追时代、循证为本的特点，系统介绍了相关内容的原理、历史沿革、手术细节、术后处理及效果评价，延续了这套巨著的经典性及权威性。

本版在人工关节置换、脊柱疾患的治疗、创伤及运动医学等多方面都体现了理念的更新、材料及器械的发展及手术技术的进步。

虽然国际上每年都有很多专著及文章发表，但是只有《坎贝尔骨科手术学》是最系统、最实用及权威的巨著，她可以使骨科各个专业的读者在最短的时间内获得实用、正确而应时的手术技术和理论。

所以她既是一部骨科教科书，也是一部文献综述合辑，无论是骨科住院医师、进修生、研究生、主治医师，还是高年资专家都可以从中摄取丰富的营养。

考虑到本书翻译的时效性及权威性，总结以往翻译的经验，这次将译者的队伍扩大到30余家国内骨科重点单位年富力强的中青年专家，他们当中很大一部分人现已是国内相关领域的学术带头人。

在翻译过程中，他们充分发挥各自的专业知识底蕴，牺牲了个人业余时间，为本译著的出版付出了他们的艰辛。

此外，我们还特地邀请了王澍寰、邱贵兴、顾玉东、戴魁戎院士作为学术顾问及近30位国内骨科及相关领域权威专家帮助审校，进一步提升了本书的翻译质量。

卢世璧院士对本书做了全面的审定。

由于国内骨科前辈们的大力支持及同仁广泛的参与，极大地保证了这部巨著翻译的准确性和权威性。

《坎贝尔骨科手术学》第11版中文版的出版是我国骨科界共同努力的结晶。

<<坎贝尔骨科手术学>>

内容概要

《坎贝尔骨科手术学》是一部经历了70余年辉煌的骨科巨著，是由国际著名专家编撰的国际权威经典

。正如戴尅戎院士指出，《坎贝尔骨科手术学》之所以被称为经典巨著，是因为具有三个鲜明的特点：首先是作者以丰富的临床手术经验为基础，非常详细地叙述了各种手术的细节，包括各种小诀窍和注意事项；第二是作者以对疾病与手术的宏观掌控力，正确地把握了手术指征、术前后处理和并发症防治原则；第三是书中对不同手术作出了客观公允的评价和临床应用结果分析，特别是当一种疾病具有不同手术方法时，做出了科学的比较和个体化选择。

这三大特点，体现了本书极高的学术水平和编写水平，反映了本书的核心价值。

第11版《坎贝尔骨科手术学》分4卷十九部分，共86章。

与上一版比，本节新增了一大批当前活跃的国际知名专家，修订了30%以上的内容，调整了部分章节，提升了人工关节置换、脊柱疾患的治疗、创伤及运动医学等领域的重要性，收录了最新考证的诊疗规范和具有潜力的新技术，充分体现了骨科近5年来理念更新、材料及器械发展和手术技术进步。在出版形式上也增添了新特点，采用了彩色线条绘图手术照片图，用不同的色彩凸显正文重要内容，通过网络提供手术视频、内容即刻更新、电子演示图库、参考引文摘摘要等(购买英文原版书才可免费获得)。

第11版《坎贝尔骨科手术学》完成了从内容到形式和技术上的全面革新，无论是刚开始从事骨科的住院医师，硕士、博士研究生，还是较高年资的骨科专家，都会从书中摄取到丰富的营养。该书是一本值得深入研读的高级参考书。

<<坎贝尔骨科手术学>>

作者简介

作者：（美国）卡内尔（S.Terry Canale）（美国）贝蒂（James H.Beaty）等 译者：王岩 唐佩福 张建中等 合著者：卢世璧

<<坎贝尔骨科手术学>>

书籍目录

第1卷 第一部分 基本原理 第1章 外科技术与手术入路 第一节 外科技术 第二节 手术入路 第2章 骨科磁共振成像 第一节 MRI扫描的类型 第二节 禁忌证 第三节 足及踝关节 第四节 膝关节 第五节 髋关节 第六节 脊柱 第七节 肩关节 第八节 腕关节 第九节 肘关节 第十节 肿瘤影像 第十一节 总结 第二部分 关节固定术 第3章 踝、膝、髋关节融合术 第一节 踝关节融合术 第二节 膝关节融合术 第三节 髋关节融合术 第4章 肩、肘、腕关节融合术 第一节 肩关节融合术第2卷第3卷第4卷

<<坎贝尔骨科手术学>>

章节摘录

插图：（二）恢复期恢复期自体温恢复正常后的第2天开始，持续2年。

在这一期内特别是头4个月内，肌力自发地改善，此后则比较缓慢。

此期的治疗与急性期相同，在前6个月内应每个月评价一次肌力，此后每3个月评价一次。

理疗应强调使肌肉具有正常的运动方式并最大限度地恢复每块肌肉的功能。

麻痹的肌力恢复超过80%的肌肉无需特殊治疗即可自行恢复。

按照Johnson的观点，如果3个月时某块肌肉的肌力仍低于正常的30%，则应认为是永久性麻痹。

可用积极的被动拉伸锻炼与楔形管型石膏治疗轻度或中度挛缩。

对于持续6个月以上的挛缩可能必须手术，松解紧张的筋膜和肌肉腱膜并延长肌腱，应持续使用矫形支具，直至预计不会再有进一步恢复时为止。

（三）慢性期脊髓灰质炎的慢性期通常于急性发病后24个月开始，正是在这个时期矫形外科医师开始对肌力不平衡的远期后果进行治疗，以此来帮助患者获得最大的活动能力。

治疗的目的包括矫正所有明显的肌力不平衡，防止或矫正软组织或骨性畸形。

静力性关节不稳定通常可用矫形支具无限期地控制。

动力性关节不稳定最终导致固定性畸形，这种畸形不能用矫形支具控制。

由于儿童具有成长发育的潜力，他们较成人更易发生骨性畸形，因此，应在儿童出现任何固定的骨性改变之前施行诸如肌腱转位术等软组织手术；而旨在矫正畸形的骨性手术通常可延迟到骨骼发育基本完成后再进行。

三、肌腱转位术当动力性肌力不平衡导致的畸形影响了行走或上肢功能时，可行肌腱转位术。

但手术应延迟，直至受累肌肉获得了最大限度的预期恢复时再进行。

肌腱转位的目的在于：提供一个主动的动力来替代麻痹的肌肉或肌群；当某一肌肉的拮抗肌麻痹时，消除该肌肉的致畸作用；通过提高肌力平衡来改善稳定性。

肌腱转位术是将腱性止点自正常附着点移至另一部位，这样该肌肉就可在同一区域内替代一块麻痹的肌肉。

在选择转位肌腱时必须仔细考虑以下因素。

1.转位的肌肉必须足够有力，能够完成麻痹肌肉的作用或补充部分麻痹肌肉的力量。

如果转位肌肉本身已因麻痹而无功，就不可能完成预期的动作，或肌肉短期内可以有功能，但最终会因过度拉伸而丧失力量。

欲转位的肌肉其肌力应为好或比较好，因转位后转位肌肉在力量上至少会丧失一级。

2.为使肌肉在转位后能有功能，转位肌腱的游离端应尽量靠近麻痹肌腱的止点，并且肌肉的起点与新止点之间应尽可能呈一条直线。

3.应将转位肌腱保留在其腱鞘内或穿入另一肌腱的腱鞘；否则应将其穿过能允许其滑动的组织，例如皮下脂肪。

使肌腱经过筋膜或骨内的隧道通常是不明智的，因为这样会迅速形成瘢痕组织并发生粘连。

4.在转位的过程中，必须保证转位肌肉的神经支配与血液供应不受损伤。

5.转位肌肉所作用的关节必须有良好的位置；肌腱转位前必须松解所有挛缩。

不能期望靠转位肌肉来矫正固定性畸形。

6.必须将肌腱以稍高于正常的张力牢固地附在骨质上。

如无足够的张力，肌肉收缩的能量就将用来克服肌腱的松弛而不是用来完成预期的动作。

7.协同肌优先于拮抗肌。

8.如果可能，转位肌腱应与将支持或代替的肌肉具有同样的收缩范围。

小腿前部肌肉主要是摆动相肌肉，后部肌肉或屈肌是站立相肌肉。

在大腿，股四头肌为站立相肌肉，腓绳肌为摆动相肌肉。

一般来说，同相肌肉转位保持了转位肌肉术前的相活动，所以转位肌肉看来也能保持其术前的收缩间期与电强度。

许多非同相的肌肉转位保持了自身术前的相活动，因此不能恢复被代替肌肉的动作。

<<坎贝尔骨科手术学>>

但是，部分非同相肌肉转位具有相转换能力。

以下因素可能对相转换有影响：1.通常，肌腱转位术后必须对非同相肌肉进行训练，以恢复步态周期中固有的时相。

肌肉功能的再训练需要数月大量的理疗。

2.摆动相肌腱转位术不应与站立相转位术混合施行。

如果同时施行这些转位术，非同相转位肌肉的相转换失败率将会很高。

3.相转换与发病至肌腱转位之间时间的长短无关。

<<坎贝尔骨科手术学>>

编辑推荐

《坎贝尔骨科手术学(第11版)(套装共4卷)》：国际权威骨科经典。

<<坎贝尔骨科手术学>>

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>