

<<消化外科手术图谱（上卷）>>

图书基本信息

书名：<<消化外科手术图谱（上卷）>>

13位ISBN编号：9787117126526

10位ISBN编号：7117126523

出版时间：2010-8

出版时间：卡梅隆(John L.Cameron)、Corinne Sandone、陈规划 人民卫生出版社 (2010-08出版)

作者：(美)卡梅隆 (JohnL.Cameron) 等著

页数：394

译者：陈规划

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>

<<消化外科手术图谱（上卷）>>

前言

14年前我们出版了本图谱的第1版，本书是第2版中的上卷，第2版与第1版具有一个共同之处——画家corinne Sandone。

在美国，她是这个时代最杰出的外科插图画家之一，通过非凡的水彩画技术，她把精确的解剖描绘与独特的视角和透视结合起来，使她的作品独一无二。

正是由于她的巨大贡献，她不仅仅是位插图画家，而且是本图谱的合著者。

约翰霍普金斯医院的第一任外科主任william Stewart Halster医师是美国胃肠外科的先驱之一。

19世纪80年代，欧洲著名的外科医师做肠吻合手术的失败率极高，Halster首先证实肠管缝合应该包括黏膜下层而不仅仅是肠壁肌层，这一贡献带动了胃肠外科领域的发展。

Halsted同样对胆道与胆囊外科领域做出了杰出的贡献，是世界上第一位成功地切除壶腹部肿瘤的外科医师。

Halsted去世后，心脏外科的出现标志着霍普金斯医院下一个伟大时代的到来，Alfred Blalock医师及其杰出的学生们是这个领域的重要参与者。

20世纪70年代和80年代，在霍普金斯医院新的学科带头人的带领下，消化外科再次成为一个重要部门。

从20世纪70年代霍普金斯医院成立消化外科学院发展到现在，培养了大批年轻外科医师，他们中的许多人目前担任美国各地医院的重要部门的外科首席专家。

本图谱包括这些消化外科医师的手术操作与技术、推荐采取的治疗措施以及某些首创的临床实践的方法。

因此，本图谱介绍的手术并不包含所有类型，大多数情况下，其他医师的手术和操作方法同样具有良好的效果。

成功的消化外科手术依赖于手术医师，但良好的治疗效果需要胃肠病学家、放射介入医师、麻醉师、重症监护医师、全体住院医师和对照顾消化系统疾病患者越来越重要的护师以及医师助理团队的支持。

<<消化外科手术图谱（上卷）>>

内容概要

14年前我们出版了本图谱的第1版，《消化外科手术图谱（上卷）（第2版）》是第2版中的上卷，第2版与第1版具有一个共同之处——画家corinne Sandone。在美国，她是这个时代最杰出的外科插图画家之一，通过非凡的水彩画技术，她把精确的解剖描绘与独特的视角和透视结合起来，使她的作品独一无二。正是由于她的巨大贡献，她不仅仅是位插图画家，而且是本图谱的合著者。

<<消化外科手术图谱（上卷）>>

作者简介

作者：（美国）卡梅隆（John L.Cameron） Corinne Sandone 译者：陈规划 John L.Cameron 博士是约翰霍普金斯医学院的外科教授，并一直担任这所医院的外科主任长达19年之久。

同时，他还担任了美国外科学会、美国胃肠外科学会、南部外科学会、临床外科协会、外科主任协会和Halsted协会的主席。

由于其不凡的成就，他还荣获了Alfred Blalock杰出贡献教授的称号。

陈规划，医学博士，教授，博士研究生导师。

中山大学附属第三医院院长、中山大学器官移植研究所所长、广东省器官移植研究中心主任；中华医学学会器官移植学分会常委、肝移植学组副组长、中华医学会外科学分会常委、外科手术学学组组长；《器官移植杂志》、《中国实用外科杂志》、《中华消化外科杂志》等杂志的主编、副主编，《中华外科杂志》、《中华器官移植杂志》、《中华显微外科杂志》、《中华肝胆外科杂志》、《中华普通外科杂志》等杂志常务编委和编委。

书籍目录

第一部分 胆囊和胆道1第一章 腹腔镜胆囊切除术2第二章 经胆囊管腹腔镜胆道探查术10第三章 经胆总管切开腹腔镜胆总管探查术11第四章 开腹胆囊切除术13第五章 胆总管探查术18第六章 十二指肠乳头括约肌成形术23第七章 胆总管十二指肠侧侧吻合术27第八章 良性胆管狭窄切除和肝管空肠吻合术31第九章 近端胆管癌(Klatskin瘤)切除和左右肝管空肠吻合术41第十章 同时行肝叶切除的近端胆管癌切除术和肝管空肠吻合术49第十一章 通过肝内支架和肝管空肠吻合术治疗近端胆管癌56第十二章 肝管汇合部切除术、肝内胆管扩张术和胆管支撑管长期放置治疗硬化性胆管炎62第十三章 胆总管囊肿切除术69第十四章 经肝留置支撑管治疗caroli病75第十五章 肝脏楔形切除+区域淋巴结清扫+肝外胆管切除和胆管空肠吻合术治疗胆管癌81

第二部分 肝脏85第一章 肝脏解剖86第二章 开腹或腹腔镜下术中肝脏超声应用89第三章 大范围切除：肝右叶切除术92第四章 扩大肝右叶切除术：右三叶切除术98第五章 肝左叶切除术101第六章 扩大肝左叶切除术：左三叶切除术105第七章 小范围切除：肝段切除术(右后叶部分切除术)108第八章 肝左外叶切除术111第九章 非解剖性肝切除术114第十章 腹腔镜下肝脏切除术117第十一章 腹腔镜下或开腹单发性肝囊肿切除术120第十二章 肝包虫病的处理124第十三章 肝血管瘤摘除术127第十四章 其他肝脏手术：肝脏肿瘤消融术129第十五章 肝动脉灌注泵植入术132第十六章 肝脓肿的外科引流术135

第三部分 分流手术137第一章 肠腔静脉分流术138第二章 远端脾肾静脉分流术146第三章 门腔静脉分流术151第四章 肠房转流术159

第四部分 胰腺163第一章 胰管空肠侧侧吻合术：Parlington术式164第二章 胰体尾切除术治疗慢性胰腺炎173第三章 95%胰体尾切除术治疗慢性胰腺炎180第四章 局部胰头切除及胰空肠侧侧吻合术(Frey手术)183第五章 慢性胰腺炎保留十二指肠的胰腺切除术(Begei手术)187第六章 副乳头切开术192第七章 胰腺假性囊肿空肠Rouxen-Y吻合术194第八章 胰腺假性囊肿胃吻合术199第九章 胰腺假性囊肿经十二指肠引流术202第十章 胰十二指肠切除术(保留幽门的whipple手术)204第十一章 无法切除的壶腹周围癌的姑息性分流术221第十二章 胰体尾肿瘤切除术224第十三章 中段胰切除胰-胃吻合术229第十四章 胰岛素瘤剖腹探查术232第十五章 胰腺脓肿清创及引流术235第十六章 十二指肠憩室化和胰腺引流治疗胰十二指肠复合伤242第十七章 幽门旷置术和胰腺引流治疗胰十二指肠复合伤245

第五部分 脾脏247第一章 脾切除术248第二章 腹腔镜脾切除术252第三章 巨脾切除术256第四章 脾缝合术处理脾脏外伤260第五章 脾部分切除术处理脾外伤264第六章 脾脏网片包裹缝合治疗脾脏外伤268第七章 脾脓肿引流术271

第六部分 食管273第一章 抗反流外科——概论274第二章 尼森胃底折叠术276第三章 腹腔镜尼森胃底折叠术279第四章 roupet胃底折叠术：开放或腹腔镜手术285第五章 BelserMalk 抗反流术289第六章 食管狭窄和食管短缩Collis-Nissen修补术295第七章 良生食管狭窄短段结肠间置术299第八章 食管旁疝修补术306第九章 Zenker憩室切除术309第十章 Zenker憩室悬吊术312第十一章 食管肌层切开切除膈上食管憩室及Belsey修补314第十二章 失弛缓症：Heller食管肌层切开术及Belsey修补319第十三章 失弛缓症：腹腔镜Heller食管肌层切开术及Foupet修补323第十四章 食管痉挛：长食管肌层切开术及Belse修补327第十五章 食管平滑肌瘤切开切除术331第十六章 胸腔镜切除食管平滑肌瘤333第十七章 食管胃切除术：独立的腹部与胸部切口335第十八章 经左侧胸腹联合切口的食管胃切除术344第十九章 经膈食管钝性剥脱术加食管胃吻合术348第二十章 结肠代食管的经食管裂孔钝性食管剥脱切除术357第二十一章 喉咽全切术后的食管重建术：咽、胃吻合术或利用空肠肠段重建365第二十二章 使用胸骨后结肠的食管重建370第二十三章 布尔哈弗综合征：食管修补术378第二十四章 布尔哈弗综合征：食管旷置，转流及其关闭381第二十五章 颈部食管穿孔的修补术384第二十六章 胸段食管穿孔修补术386第二十七章 获得性气管食管瘘修补术389索引391

章节摘录

插图：· 暴露和评估；· 肝门阻断和血管控制；· 肝脏实质的离断；· 肝脏表面的处理，关腹。

肝脏的暴露首先是选择能够使得肝脏及其周围结构充分显现和进行手术操作的切口。

切口的类型无异于大多数肝切除术的切口即右侧肋缘下切口（图4-4）。

随后即是对腹腔内除肝脏之外其他部位进行仔细探查评估。

肝脏的评估需要通过仔细的双手触诊、视诊以及术中超声探查。

如同肝右叶切除术，特别要注意肝静脉、门静脉以及这些结构附近的肿瘤。

然后是肝右叶游离和血管控制。

包括肝圆韧带、镰状韧带和右三角韧带这些粘连要分离。

随后是锐性地切开肝右叶后部和腔静脉，分离肝后韧带和游离出肝右静脉。

肝门部的解剖如同肝右叶切除术。

切除胆囊，然后结扎肝右动脉和门静脉右支。

实施扩大肝右叶切除术时，左内叶肝蒂的控制不是在肝外进行控制和分离而需要在肝脏实质内进行操作。

对于这个手术，切除线即是肝镰状韧带的右侧（图4-1）。

必须注意的是为了保持S2和S3肝蒂的完整性，切除时要远离脐裂。

如同其他的肝切除术一样，肝脏实质的分离有多种方法，包括超声切割、钳夹法以及消融切割。

大的肝蒂和管道，包括肝中静脉需要使用血管缝合器来分离（图4-2）。

值得注意的是，当术中切除肝脏的体积较大时，扩大肝右叶切除术后的实际的肝断面要比标准的肝右叶切除术的断面小（图4-3），手术的时间也会短些。

如同其他的大范围切除一样，暂时阻断全肝血流用来减少肝切除过程中的出血量。

<<消化外科手术图谱(上卷)>>

编辑推荐

《消化外科手术图谱(上卷)(第2版)》由人民卫生出版社出版。

<<消化外科手术图谱（上卷）>>

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>