

<<耳及耳神经疾病的手术治疗>>

图书基本信息

书名：<<耳及耳神经疾病的手术治疗>>

13位ISBN编号：9787117131353

10位ISBN编号：7117131357

出版时间：2010-8

出版时间：波德尔(Philippe Bordure)、Alain Robier、Olivier Malard、吴皓 人民卫生出版社 (2010-08出版)

作者：(法) 波德尔 (Philippe Bordure) Ala

页数：194

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>

<<耳及耳神经疾病的手术治疗>>

前言

耳鼻咽喉科同眼科一样是历史最悠久的独立外科专业之一。

从19世纪末起，在学者们的不断努力下，经历了几十年的时间，耳鼻咽喉科终于从普外科中分离出来。

1896年，巴黎医院第一代的耳鼻咽喉科医生Marcel Lermoyez在为第一部关于耳部、鼻腔、咽部及喉部疾病的治疗系列丛书写序时写道：需要专科治疗的主要原因在于，专科可以通过人体的自然口作为手术径路将损伤减至最低限度，避免大外科引起的较大损伤。

”这个前瞻性的想法会在一个世纪以后影响到整个外科的原有格局是普外科医生无法预料的。

而在当时，专科治疗与大外科之间的界限仍很模糊。

经人类自然口为手术径路的概念使喉科医生敢于在19世纪末最早使用内镜技术，其中最先是食管镜，然后是气管一支气管镜的应用。

大约在1930年，首先是瑞士人，之后是法国人Maurice Sourdille开展了耳显微手术，从而使耳鼻咽喉科进入了一个新的时代。

就这样，一个多世纪以来，外科的整体格局已逐渐发生了变化，变得越来越专科化。

20世纪，一批耳鼻咽喉科医生由于熟练掌握了术前检查及相关疾病的诊治，敢于将耳鼻咽喉科专业一步步地向普外科领域拓展。

而普外科的概念也已被普外科与专科外科相结合的概念所取代。

目前微创手术已进入了外科的各个领域。

面部、颈部外科已被正式归为耳鼻咽喉科范畴。

同样的，先于其他学科，Marcel Lermoyez的著作中已经包括了内镜及手术显微镜的相关内容。

之后，学科与头面及耳神经外科大手术的联系也变得更为紧密。

在21世纪早期，对于耳鼻咽喉科的重视是令人鼓舞的，这不仅仅有利于培养新一代耳鼻咽喉科医生，而且也能让那些耳鼻咽喉科的前辈们看到学科的迅速发展。

Masson出版社承担了《手术技巧图谱》丛书的出版工作，这套丛书的出版十分适时。

其中，与耳鼻咽喉科三大部分相对应的内容独立成册：都是由高水平的创作团队编写完成的。

致力于这项工作的编写团队具有丰富的经验以及对现代图像制作的熟练掌握，因此使得手术照片、示意图和正文的组合显得十分的完美。

当然，作品的完成离不开大量病例资料的收集以及创作人员辛苦的工作。

钦佩和感谢还不能完全表达我们对于三个创作团队作者们的感激之情。

<<耳及耳神经疾病的手术治疗>>

内容概要

《耳及耳神经疾病的手术治疗》是由法国著名的耳科学专家Philippe Bordure教授主编的，全书集中反映了当今耳科学及相关领域的诊断治疗技术及最新成果，内容涵盖了多种手术径路的耳科及耳神经外科手术技巧及步骤，并配有精美的手术过程示意图，在内容编排上也充分显示了实用性、科学性，是从事耳科学及耳神经外科学的临床专科医生不可多得的一部参考指南。

<<耳及耳神经疾病的手术治疗>>

作者简介

作者：（法国）波德尔（Philippe Bordure）Alain Robier Olivier Malard 译者：王士礼 张治华 合著者：吴皓

<<耳及耳神经疾病的手术治疗>>

书籍目录

第一章 术前准备、体位安置及注意事项手术适应证术前准备和患者体位安置面神经监护手术器械局部麻醉自体移植物的获取术中注意事项第二章 中耳手术径路耳道径路耳内径路Legend和Fleury扩大耳内径路耳后径路第三章 乳突手术解剖学定义安置患者软组织径路鼓窦切开术乳突切除术鼓窦上鼓室切开术和乳突上鼓室切开术后鼓室切开术特殊病例乳突手术的并发症第四章 耳廓手术耳成形术耳廓软骨炎第五章 外耳道手术外耳道软骨段耳道成形术外耳道骨性段耳道成形术第六章 鼓膜成形术适应证鼓膜成形术（标准术式）：纽扣孔技术软骨鼓膜成形术经耳道径路鼓膜成形术鼓膜成形术和鼓室腔通气：T形管置于鼓耳道皮瓣下第七章 听骨链成形术解剖及功能基础不同类型的重建材料镗骨完整者砧骨改形置换的听骨链成形术砧骨置换的另一选择：人工听骨膺复物鼓膜成形术联合听骨链成形术不完整镗骨的听骨链成形术应用全听骨膺复物（TORP）的听骨链成形术听骨链成形术和乳突根治术第八章 胆脂瘤及内陷袋的完璧式手术治疗胆脂瘤内陷袋术前检查患者的知情同意患者的安置手术过程其他技术第九章 乳突根治术原则适应证手术技术不完全的术腔乳突根治术与鼓室成形术乳突腔充填术术后监护第十章 镗骨手术发展史概论术前检查手术指征患者的知情同意镗骨开窗术镗骨全切除术镗骨再次手术的主要适应证第十一章 外淋巴瘘与迷路瘘管外淋巴瘘迷路瘘管术中镗骨足板断裂第十二章 经耳道迷路切除术适应证术前检查麻醉与体位手术技术术后护理风险及并发症第十三章 多导电子耳蜗植入适应证器械体位准备切口术前术后护理第十四章 中耳植入振动式传导器植入指征术前检查手术器械手术技术术后护理并发症第十五章 骨锚式助听器（BAHA）BAHA的介绍适应证禁忌证术前检查手术套件手术技术术后治疗改良第十六章 耳神经外科的原则患者的知情同意术前准备和体位软组织切口磨骨手术显微镜暴露静脉窦硬脑膜操作面神经解剖及其监护内听道和桥小脑角的显微手术缝合切口第十七章 经迷路径路切除听神经瘤术前准备手术器械术前体位及准备切口开放乳突暴露和切断乳突导静脉后半规管及其与面神经管的关系迷路切除暴露内听道打开后颅窝和内听道硬脑膜肿瘤切除关闭手术切口预后手术难点和陷阱第十八章 经岩上径路和颅中窝径路切除听神经瘤术前准备手术器械手术适应证术前体位切口关闭术腔第十九章 迷路后径路第二十章 岩状窦后径路第二十一章 耳囊经路和耳蜗经路第二十二章 面神经手术第二十三章 内淋马囊手术第二十四章 前庭神经切断术第二十五章 原发性岩骨胆脂瘤和岩尖胆脂瘤性肉芽肿第二十六章 鼓室内副神经节瘤和鼓室颈静脉球副神经节瘤

<<耳及耳神经疾病的手术治疗>>

章节摘录

插图：晚期并发症疗效欠佳是由于耳廓“招风”外观的再现所致。

它可发生较早（在术后1周），但也会很晚（数月后）。

原因是耳廓软骨的弹性未能通过手术充分消除（图4-15）。

遇到这种情况经常需要再次手术。

按前述同样的方法，处理软骨时必须尽量完全彻底，行深达对侧面软骨膜的贯穿软骨切开以便完全松懈对耳轮、耳轮和耳甲。

在成形对耳轮软骨管时，应使用不可吸收缝线固定。

如有耳垂前突（图4、15），可用前述的方式，或采用修复的方法来解决。

一分离耳轮至最末端，然后将其向前固定至耳甲；一在耳垂后面行“z”形成形术，以形成使耳垂向后的牵引力。

软骨切开痕迹显露软骨切开的痕迹可以在耳廓前面显露出来，尤其是当软骨切开线设计有误时。

出现这种情况往往是因为软骨外侧切开线距耳轮游离缘过远，或软骨内侧切开线没有循对耳轮、耳甲的连接线切开（图4.16）。

软骨管成形过度对耳轮软骨管成形过度与俗称的“听电话耳朵”相符（图4.17）。

缝合的张力过大是导致此症的根源。

在手术时，缝线必须在直视控制下根据要求进行打结，因为软骨管成形过度后矫正相当困难。

根据既往的研究结果，对耳轮软骨管成形时最理想的缝合张力是使耳轮与对耳轮调整于同一水平上，或者使对耳轮轻微地高于耳轮平面，这样可确保在去除包扎后获得稳定的手术效果（图4-18）。

外耳道狭窄最常发生在手术最后阶段进行耳甲包埋时。

在需要做耳甲包埋时务必要防止外耳道狭窄的发生。

如果缝合时出现外耳道狭窄，说明耳甲的缝合点过于靠前。

此时应毫不犹豫地重新进行缝合，将耳廓后部缝合于更靠后的乳突骨膜。

外耳道的这种后天性狭窄会产生两种功能上的影响：即外耳道皮肤脱屑障碍及高频损失为主的传导性耳聋。

治疗则需手术，最常采用的是经软骨外耳道软骨段耳道成形术。

<<耳及耳神经疾病的手术治疗>>

编辑推荐

《耳及耳神经疾病的手术治疗》：手术技巧图谱系列

<<耳及耳神经疾病的手术治疗>>

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>