

<<周围神经外科病例分析>>

图书基本信息

书名：<<周围神经外科病例分析>>

13位ISBN编号：9787117140317

10位ISBN编号：7117140313

出版时间：2011-3

出版时间：人民卫生出版社

作者：（加）米德哈 著，莫大鹏 等主译

页数：256

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>

<<周围神经外科病例分析>>

内容概要

本书作者Rajiv

Midha等是神经外科界有名的专家，在周围神经系统疾病的外科治疗方面有着深厚的造诣。

本书选择了广泛的外周神经系统病变的情况，包括常见的卡压综合征、所有的不同肢体神经和臂丛神经的损伤以及累及外周神经系统的肿瘤。

本书每个章节都以一个相对常见的病例开始，并就这个病例随后对其重要的临床特点进行简要的讨论，包括鉴别诊断、治疗方法、结果和预后。

本译著作为周围神经系统疾病外科治疗不多见的专业书，对于对该领域感兴趣的同道有重要的参考价值。

<<周围神经外科病例分析>>

书籍目录

臂丛神经损伤及卡压

- 1.臂丛神经撕脱——诊断问题
 - 2.上臂丛损伤(Duchenne.Erb麻痹)
 - 3.臂丛神经下干麻痹
 - 4.臂丛枪伤
 - 5.外侧束损伤
 - 6.内侧束损伤
 - 7.小儿臂丛神经损伤
 - 8.小儿臂丛神经损伤的二次重建
 - 9.利用游离功能肌肉瓣转移重建臂丛神经麻痹后上肢功能
 - 10.后根入口带毁损治疗顽固性传人神经阻滞性疼痛
 - 11.神经移植术治疗臂丛神经损伤
 - 12.胸廓出口综合征
 - 13.神经转移恢复肩关节功能
 - 14.通过神经束转移重建肘关节弯曲
- #### 上肢末端外周神经损伤与嵌压
- 15.脊副神经麻痹
 - 16.胸长神经麻痹
 - 17.肩胛上神经麻痹
 - 18.腋神经损伤与修复
 - 19.肘上正中神经损伤
 - 20.前骨间神经综合征/压迫
 - 21.腕管综合征
 - 22.内镜下腕管松解术
 - 23.腕管减压术后症状复发及不缓解
 - 24.指神经损伤
 - 25.尺神经?损伤
 - 26.肱三头肌内侧头弹响导致的尺神经移位术失败
 - 27.肘部尺神经卡压综合征
 - 28.尺神经压迫——尺管
 - 29.尺神经减压失败
 - 30.神经穿刺性损伤(撕裂伤)的处理
 - 31.肱骨中段水平的桡神经损伤
 - 32.桡管综合征
 - 33.骨间背侧神经损伤
 - 34.导管辅助的神经修复
- #### 下肢末端外周神经损伤与嵌压
- 35.髂腹股沟神经/髂腹下神经病变
 - 36.感觉异常性股痛
 - 37.闭孔神经损伤和修复
 - 38.髂肌间隔血肿所致股神经病变
 - 39.股神经损伤
 - 40.隐神经损伤
 - 41.坐骨神经压迫和梨状肌综合征
 - 42.坐骨神经的损伤和修复

<<周围神经外科病例分析>>

- 43.腓总神经病变的诊断和治疗
 - 44.腓总神经挤压
 - 45.腓肠神经损伤与神经瘤
 - 46.胫后神经损伤
 - 47.跗管综合征
 - 48.Morton神经瘤
 神经肿瘤，神经痛及各种损伤
 - 49.神经鞘瘤
 - 50.神经纤维瘤
 - 51.恶性周围神经鞘瘤的处理
 - 52.臂丛神经肿瘤
 - 53.坐骨神经源性肉瘤
 - 54.腰丛损伤
 - 55.复杂性区域疼痛综合征
 - 56.上背侧交感神经切断术治疗多汗症
 - 57.电刺激治疗痛性神经瘤
- 索引

<<周围神经外科病例分析>>

章节摘录

解剖用术语 “胸廓出口”来命名这个解剖区域实则是一个误称，正确的说法应叫做“胸廓入口”。

包括臂丛分支和锁骨下血管在内的神经血管束，从颈根部发出到达腋窝和手臂上段，需经过三处狭窄通道。

其中在临床上最重要的就是最近端的斜角肌三角，其前缘为前斜角肌，后方为中斜角肌，第一肋的内侧面构成下界。

此三角中有臂丛各主干和锁骨下动脉通过，而锁骨下静脉在前斜角肌前方经过。

在斜角肌三角的远端，神经血管束进入第二个狭窄区域——肋锁三角，其前缘为锁骨中部三分之一，后内方为第一肋，后外侧方由肩胛骨的上缘构成。

最后，神经血管束进入肩胛骨喙突下方的喙突下区域，即胸小肌肌腱深部。

这三个解剖区域的任一狭窄都可造成臂丛各分支的压迫和刺激，但临床实践中见到的大多数胸廓出口综合征，都是斜角肌三角的狭窄造成神经和（或）血管束的压迫。

这已被DavidKline及其同事通过术中直接刺激并记录神经动作电位所证实。

在休息位时该区域已很狭小，当采用特定刺激手法时（如手臂外展和外旋），该空间将变得更小，患者常在睡觉时手臂不自觉过度外展和外旋而出现症状被疼醒。

工作时高举双手甚至用力会诱发典型症状，肩背或手提重物也会因为臂丛受压或向下牵拉出现症状。

慢性阻塞性肺病患者也可出现臂丛下干受压，其原因就在于参与呼吸辅助的斜角肌肌束肥大以及第一肋上抬。

异常结构也会导致斜角肌三角狭窄，如颈肋、异常肥大的肌肉、增生的纤维条索等。

后者可能是最常见的解剖异常：异常索带可从增大的第七颈椎横突发出直达第一胸肋、或从sibson筋膜（即胸膜上筋膜）发出、或位于斜角肌之间。

II临床特征 胸廓出口综合征（TOS）是医学上最具争议的临床综合征之一。

以上两个病例在临床上特征性体现了神经受累的特点，即归为神经型TOS。

还有的患者临床表现符合血管型TOS，即动脉或静脉受累。

但这种分类过于绝对，实际上多数患者既有神经也有血管表现。

像所谓的血管型患者同时也可出现交感神经异常（如肢端颜色及温度改变）和汗液分泌变化，从而显得这样的分类过于简单化。

为此，神经型TOS进一步可分为典型神经型（病例1）和不典型神经型TOS（病例2）。

就像在上述病例中反映的，TOS包含许多各式各样的临床表现。

由神经外科医师诊断的神经型TOS构成了此类患者的绝大多数，因此，在这里我们主要探讨神经型TOS的表现。

该综合征的两个典型临床表现为：相对无痛而神经及电生理诊断结果明显（病例1），和慢性疼痛综合征样表现而神经及电生理结果不显著（病例2）。

<<周围神经外科病例分析>>

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>