

<<骨科诊疗常规>>

图书基本信息

书名：<<骨科诊疗常规>>

13位ISBN编号：9787506755696

10位ISBN编号：7506755696

出版时间：2013-3

出版时间：中国医药科技出版社

作者：邱贵兴

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>

<<骨科诊疗常规>>

内容概要

《骨科诊疗常规(2012年版临床医疗护理常规)》(作者邱贵兴)是根据卫生部《医师定期考核管理办法》的要求,由北京医师协会组织全市骨科专家及中青年业务骨干共同编写而成。

《骨科诊疗常规(2012年版临床医疗护理常规)》体例清晰、明确,内容具有基础性、专业性、指导性、可操作性等特点。

其既是骨科医师应知应会的基本知识和技能的指导用书,也是北京市骨科执业医师“定期考核”业务水平测试的唯一指定用书。

<<骨科诊疗常规>>

书籍目录

第一篇基础篇 / 1 第一章骨科物理检查 第一节骨科临床检查 一、检查原则 二、基本方法 第二节骨科各部位检查法 一、上肢 二、下肢 三、脊柱及骨盆 第三节与骨科有关的神经系统检查 一、周围神经的检查 二、脊髓损伤检查法 三、特殊检查 第二章骨科影像学检查 第一节骨科x线检查 一、x线检查在骨科诊断中的应用 二、常用检查方法 三、x线片的阅读 第二节骨与关节x线投照要求 一、X线检查常规位置 二、X线检查特殊位置 第三节脊髓造影 第四节计算机体层显像 一、对一些普通X线投照不易充分暴露的解剖部位的检查 二、脊柱创伤 三、骨盆、髋关节及骶骨创伤 四、胸锁关节脱位 五、其他特殊部位的创伤 六、骨髓炎 七、骨关节结核 八、椎管狭窄 九、骨肿瘤 十、评价软组织病变 第五节磁共振成像 (MRI) 一、磁共振的特点 二、磁共振检查在骨科领域的应用 第六节放射性核素检查 第七节B超检查 第八节关节镜检查 一、膝关节镜检查 二、肩关节镜检查 第九节诱发电位检查 第十节关节穿刺及其他穿刺活检 一、关节穿刺 二、其他的穿刺活检方法 第三章围手术期有关问题 第一节术前检查 一、急诊手术前准备 二、常规手术前准备 第二节术中准备 第三节术后处理 一、术后程序 二、预防性应用抗生素 三、止痛、镇静和催眠药物的应用 四、预防血栓和栓塞 五、尿潴留 六、便秘 七、皮肤 八、功能锻炼 第四章常用治疗技术 第一节骨牵引 一、定义 二、适应证 三、禁忌证 四、器材 五、穿针原则 六、常用部位骨牵引 七、常用的骨牵引 第二节皮牵引 一、定义 二、牵引机制 三、牵引方法 四、注意事项 五、常用皮牵引 第三节石膏固定 一、定义 二、适应证 三、禁忌证 四、原则 五、注意事项 第四节夹板固定 一、脊柱急诊用夹板 二、上肢夹板 三、下肢夹板 四、其他急诊夹板 第五节支具治疗 一、作用 二、常用支具 第六节外固定架技术 一、定义 二、作用 三、适应证 四、种类 五、注意事项 第七节内固定技术 一、骨折常用内固定物的种类及适应证 二、脊柱内固定器械 第八节关节穿刺及引流 一、定义 二、适应证 三、各关节穿刺部位及方法 四、操作注意事项 第二篇创伤篇 第五章骨科创伤 第一节创伤与急救的基本问题 第三篇脊柱脊髓篇 第四篇关节疾患篇 第五篇骨与软组织肿瘤篇 第六篇发育与代谢性疾病篇 第七篇小儿骨科篇 第八篇骨与关节感染与结核篇 第九篇骨科康复篇 第十篇手外科篇

<<骨科诊疗常规>>

章节摘录

版权页：插图：（2）影像学检查：x线颅底侧位片上测量寰枢前结节后缘（A）与齿突前缘（D）的距离，正常成人AD间距（ADI）为2~2.5mm，儿童稍大为3mm，超过5mm肯定为脱位。

寰枢椎旋转半脱位开口位像可见双侧寰椎侧块与枢椎体侧块关节的不对称，一侧正常，另一侧即脱位侧关节隙消失甚至重叠。

CT平扫在寰枢脱位可见齿突与前结节间距加大，而CT三维成像可显示清楚脱位情况。

MRI在寰枢脱位可显示脊髓受压及寰椎脱位程度。

【治疗原则】（1）寰枢脱位：寰椎横韧带和翼状韧带一旦断裂，即很难在原张力情况下愈合，即便横韧带愈合后，仍可出现寰枢脱位，因此保守治疗的效果不能巩固，而应选择手术治疗，即寰椎复位与寰枢融合。

颅骨牵引，将颈肩部垫高，使枕部悬空，颅牵引力向顶向后，以使寰椎向后复位，一般牵引3周，寰枢椎间韧带愈合稍稳定后，进行寰枢椎固定融合术。

也可在术中给予牵引复位，复位后经后路行寰枢椎融合术。

（2）寰枢椎旋转半脱位：复位方法有：手法复位，在无麻醉患者清醒下进行，患者仰卧，医者坐位，双手牵引下颌并夹住头部，在持续牵引下，将头从斜颈侧向正常位转动，有时可感到有复位感，头可维持在正常旋转中立位者，表明已复位，拍摄x线片证实，然后以轻重量（3~4kg）枕颌带牵引维持3周或石膏固定3~4周。

牵引复位，行颅骨牵引复位，3kg持续牵引，待头正为复位标志。

对于较严重半脱位，横韧带断裂者，需在保守治疗后，进行颈椎稳定性检查，即照前屈后伸侧位x线片，如仍不稳定者，行寰枢椎融合。

四、枢椎齿状突骨折 枢椎齿状突骨折在成人颈椎损伤中较常见，约占颈椎损伤的10%~18%，颈椎屈曲损伤并水平剪切力可致齿状突骨折，以前屈损伤为多见；侧方应力使寰椎侧块撞击亦可使齿状突骨折，后伸损伤可致齿状突骨折向后移位。

【诊断标准】（1）临床表现：枕部和颈后疼痛是最常见的临床症状，并有枕大神经分布区的放射痛。还可有颈部僵硬，活动受限尤其是旋转运动。

合并有寰椎前脱位压迫脊髓者，出现脊髓受压迫症状，应加以重视。

（2）影像学检查：X线检查是诊断齿状突骨折的主要手段和依据，包括上颈椎正侧位和开口位。

断层片和CT扫描有助于进一步了解骨折的特性，若有神经症状可行MRI检查。

齿状突骨折的类型，最常用的分类方法为Anderson分型，其根据骨折部位不同，分为以下几种类型：齿突尖部骨折为Ⅰ型，系翼状韧带附着点的撕脱骨折，故常在一侧；Ⅱ型为齿状突基底骨折称基底型，此型骨折易发生不愈合；Ⅲ型骨折经过枢椎体中，称为体型，按骨折线位置高低又分为浅型和深型骨折，深Ⅲ型较稳定，应给予保守治疗，浅Ⅲ型骨折靠近齿状突基底，其临床表现及治疗同Ⅱ型骨折。

Ⅰ型约占4%，Ⅱ型最常见占65%，Ⅲ型占31%。

<<骨科诊疗常规>>

编辑推荐

《临床医疗护理常规:骨科诊疗常规(2012年版)》读者可基本了解到骨科常见疾病的诊疗步骤和治疗手段。

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>