

<<脊髓神经外科手术技术图谱>>

图书基本信息

书名：<<脊髓神经外科手术技术图谱>>

13位ISBN编号：9787565903830

10位ISBN编号：7565903833

出版时间：2012-6

出版时间：杨俊、杨海峰 北京大学医学出版社 (2012-06出版)

作者：杨俊，杨海峰 著

页数：178

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>

<<脊髓神经外科手术技术图谱>>

内容概要

《脊髓神经外科手术技术图谱》主要描述脊髓肿瘤的于术治疗，同时涉及脊髓脊柱先天性疾病的手术治疗。

其中的手术技术如椎板的切开复位术、髓内肿瘤的暴露分离技术、椎管内外肿瘤的多学科联合治疗是自己在多年的临床工作中逐步摸索出来的。

在脊髓疾病的手术过程中，一些辅助设备也足必不可少的，如椎板切割钻和电生理的监测现在已成为脊髓手术的必要设备。

<<脊髓神经外科手术技术图谱>>

作者简介

杨俊，男，主任医师，神经外科中心脊髓病区主任，从事神经外科临床工作30多年，曾经从事颅内肿瘤，脑血管疾病外科专业的工作，也积累了丰富的治疗经验，并参加了国家关于脑血管病的脑动脉瘤，高血压脑出血的外科治疗七五攻关的研究工作。

对复发型脑膜瘤的临床特点及其超微形态学进行研究，主要参与对脑胶质瘤术中全切除判断的研究工作，均获得卫生系统科技奖励。

1990年在日本东京墨东医院神经外科作访问学者，1996年在日本大阪国立血管病中心神经外科研修。

在专业杂志发表了多篇专业文章并获奖。

从1996年以来专心从事脊髓神经外科工作，专业涵盖脊髓肿瘤、颅颈畸形、脊髓空洞、椎间盘突出等脊柱疾病的诊断和治疗。

在王忠成院士的指导下扎实的工作，特别是对疑难复杂的髓内肿瘤，椎管内外肿瘤进行了深入的研究和临床探讨与实践，使这些患者获得了满意的治疗效果。

来自全国各地，甚至来自国外的患者慕名求医，脊髓脊柱专业的病人逐年增多，现每年要收治脊髓髓内肿瘤、髓外肿瘤、颅颈畸形、脊柱疾病人600余例。

收治许多少见的巨大髓内、髓外肿瘤，颅脊畸形等疑难病例，获得了良好的治疗效果。

每年收治病人例数和手术质量，在国内外名列前茅。

<<脊髓神经外科手术技术图谱>>

书籍目录

1.手术切口设计 2.肌肉分离技巧 3.椎板复位术 4.神经鞘瘤 5.脊膜瘤 6.室管膜瘤 7.髓内胶质瘤 8.血管母细胞瘤 9.椎管内转移瘤 10.海绵状血管畸形 11.皮样囊肿和表皮样囊肿 12.畸胎瘤 13.肠源性囊肿 14.蛛网膜囊肿 15.椎管内脂肪瘤 16.脊髓栓系 17.淋巴瘤 18.黑色素瘤 19.脊索瘤 20.椎管内寄生虫病 21.原始神经外胚层肿瘤 22.少见病变及未手术病例 23.寰枕部畸形

<<脊髓神经外科手术技术图谱>>

章节摘录

版权页：插图：鉴别诊断 髓内胶质瘤：有时髓内室管膜瘤为非典型影像学表现，术前可能诊断为髓内胶质瘤。

髓内胶质瘤多为偏心性生长，增强扫描后呈片状不均匀轻中度强化，肿瘤头端和尾端多无囊变。

出血：病程较短，发病较急，病变无明显强化。

随时间推移，血肿吸收，病变在T1像上从高信号向低信号逐渐演变。

临床过程变现为急性起病，逐渐好转的过程。

手术步骤 步骤1 体位：侧卧位，病变侧在上，若肿瘤基本位于椎管中间位置，取左侧卧位。

上方肩部用约束带牵拉固定，避免身体向后方倾倒。

步骤2 根据病人的皮肤下坠程度，取偏中线上方皮肤切口。

暴露肌肉后，沿中线用单极电凝分开肌层，暴露棘突及椎板。

步骤3 用切割钻切割开椎板。

步骤4 沿中线剪开硬脊膜，小针细线悬吊硬脊膜，向两侧翻转固定于肌肉。

步骤5 肿瘤位于髓内，打开硬脊膜后无法见到肿瘤。

多数情况下脊髓搏动减弱。

打开蛛网膜，释放部分脑脊液，可以更好地观察脊髓后部结构。

步骤6 由于脊髓张力高，无法见到后正中沟。

根据两侧神经根出脊髓的位置判断后正中沟位置（图6—6）。

用小功率电凝（4-6W）轻灼后正中沟，显微剪刀剪开脊髓组织。

步骤7 脊髓背面组织多有静脉明显迂曲增粗。

剪开脊髓组织后向下1-2mm即可见肿瘤组织，肿瘤多呈灰红色。

步骤8 分离肿瘤：术者左手持显微剥离子，右手持显微剪刀；助手位于术者左侧，左手持显微剥离子，右手持显微吸引器。

从肿瘤与脊髓组织上界开始分离，取分界最明显位置，术者左手用剥离子剥离肿瘤组织，助手左手用剥离子剥离脊髓组织，找出边界。

术者用右手持显微剪刀向肿瘤上极方向继续分离边界，助手用右手持吸引器吸出肿瘤渗血，随术者移动。

术者的剥离子、显微剪刀和助手的剥离子、显微吸引器交替配合。

若分离边界过程中肿瘤或脊髓界面有渗血，尽量用海绵或小棉片压迫止血，不能止住血再用小功率双极（4-6W）轻灼出血点。

从肿瘤上界向肿瘤上极逐步移动（病人侧卧位，肿瘤在髓内。

肿瘤头端指上极，尾端指下极；肿瘤的上方与脊髓的边界为上界，肿瘤的下方与脊髓的边界为下界）。

分离处的边界用小棉片填压，既有止血作用，又有分离界面作用。

接近肿瘤上极处，多可见清亮脑脊液流出，即证明已到肿瘤上极界面。

按相同操作分离肿瘤下界和下级。

将肿瘤与脊髓组织四周界面完全分离后，从下极至上极沿肿瘤腹侧界面，将肿瘤整块托起，完整切除。

创面可用速必纱覆盖（图6—1、图6—3、图6—7）。

<<脊髓神经外科手术技术图谱>>

编辑推荐

《脊髓神经外科手术技术图谱》由北京天坛医院神经外科中心脊髓病区主任杨俊教授编著，北京天坛医院名誉院长王忠诚院士主审。

提供最新、最顶级的脊髓神经外科手术技术资料，并教您如何完成各个手术步骤。

手术操作一目了然：手术的每一步操作都配有清晰的手术图片和影像学图片。

提高手术操作技能：在手术关键处给出提示和注意事项，使手术结果更趋完美。

完善术前准备：对患者体位、切口暴露、手术器械等都有详细说明。

<<脊髓神经外科手术技术图谱>>

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>