

<<实用胸心外科手术学>>

图书基本信息

书名：<<实用胸心外科手术学>>

13位ISBN编号：9787030283337

10位ISBN编号：7030283333

出版时间：1980-12

出版时间：科学出版社

作者：郭兰敏，范全心，邹承伟 主编

页数：1468

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>

## <<实用胸心外科手术学>>

### 内容概要

本书第2版于1996年出版以来，伴随着科学技术的巨大进步，胸心外科从理论到实践均获得了跨越式发展。

作者参考国内外近期文献，对第2版《实用胸部外科手术学》进行了大幅度修订，并更名为《实用胸心外科手术学》，使其能更准确地反映本书内容。

此次修订在对原书各章节充实内容、重新撰写的基础上，总论部分增加了胸心外科微创技术概论、干细胞移植、转基因在缺血性心脏病治疗中的研究简介、一个半心室矫治术在复杂先天性心脏病治疗中的应用及介入治疗与镶嵌(杂交)技术应用等内容；普通胸外科部分增加了手汗症的外科治疗；心脏外科部分增加了感染性心内膜炎、肺动脉栓塞、左心发育不良综合征，对大血管病变及大动脉转位等复杂先天性心脏病的治疗，则根据近年进展进行了重新编写。

本书基本上反映了近年国内外胸心外科领域进展的主要方面。

全书共91章，近240万字，插图2000余幅，内容丰富、图文并茂，可供各级医院胸心外科医师、研究生及医学院校学生参考阅读。

## &lt;&lt;实用胸心外科手术学&gt;&gt;

## 书籍目录

第一篇 总论 第一章 胸部解剖 第一节 胸壁的解剖 第二节 胸内脏器和结构 第三节 心脏的解剖 第二章 呼吸生理和肺功能测定 第一节 呼吸生理 第二节 肺功能测定 第三章 循环生理与心功能 第四章 心脏的胚胎发育 第五章 先天性心脏病的节段分析 第六章 胸部疾病影像学检查 第一节 胸部疾病的X线检查 第二节 胸部疾病的CT检查 第三节 胸部疾病的磁共振检查 第四节 胸部疾病的核医学检查 第七章 心血管超声检查 第一节 超声心动图基础知识 第二节 超声诊断仪器 第三节 多普勒超声诊断技术 第四节 M型及二维超声心动图技术 第五节 经食管超声心动图 第六节 超声心动图在心脏外科中的应用 第八章 内镜检查 第一节 支气管镜检查 第二节 食管镜检查 第三节 纵隔镜检查 第九章 麻醉 第一节 胸外科手术的麻醉 第二节 心血管手术的麻醉 第十章 体外循环 第一节 体外循环的基本装置 第二节 体外循环的实施 第十一章 辅助循环 第一节 主动脉内球囊反搏 第二节 体外膜肺氧合 第三节 左心转流 第四节 心室辅助 第十二章 心肌保护 第一节 心肌缺血一再灌注损伤的机制 第二节 成人心肌保护 第三节 婴幼儿心肌保护 第十三章 胸心外科病人的围手术期处理 第一节 胸外科病人的手术前准备 第二节 胸外科病人的手术后处理 第三节 心血管外科病人的手术前准备 第四节 心血管外科病人的手术后处理 第五节 婴幼儿的围手术期处理 第六节 围手术期肾功能衰竭 第十四章 氧气疗法和机械通气 第一节 氧气疗法 第二节 机械通气 第十五章 心肺复苏 第十六章 人工心脏瓣膜和胸心外科修复材料 第一节 人工心脏瓣膜 第二节 心脏和血管人造代用品 第十七章 先天性心脏病的镶嵌治疗 第十八章 胸心外科微创技术概论 第一节 胸外科微创技术概论 第二节 心脏外科微创技术概论 第十九章 抗生素在心胸外科中的应用 第二十章 胸心外科常用手术切口 第二十一章 先天性心脏病的姑息性手术 第二十二章 胸部恶性肿瘤术后局部复发与再手术 第一节 肺癌术后局部复发与再切除 第二节 食管癌、贲门癌术后局部复发与再切除 第二十三章 一个半心室矫治术在复杂先天性心脏病治疗中的应用 第二十四章 干细胞移植、转基因在缺血性心脏病治疗中的研究简介 第一节 干细胞移植治疗缺血性心脏病 第二节 转基因方法治疗缺血性心脏病 第二十五章 胸心外科临床研究中常用设计方案与医学统计方法 第一节 胸心外科临床研究常见的设计方案 第二节 胸心外科临床研究中常用的医学统计方法 第二篇 胸部外科各论 第二十六章 胸部损伤 第一节 概述 第二节 肋骨骨折和胸骨骨折 第三节 损伤性气胸 第四节 血胸 第五节 肺挫裂伤 第六节 创伤性湿肺 第七节 创伤性窒息 第八节 肺爆震伤 第九节 外伤性气管和支气管破裂 第十节 外伤性食管破裂 第十一节 胸导管损伤 第十二节 纵隔气肿 第十三节 心脏损伤 第十四节 胸内大血管损伤 第十五节 胸腔内异物存留 第十六节 胸腹联合伤 第二十七章 胸壁疾病 第一节 肋软骨炎 第二节 胸骨骨髓炎 第三节 胸壁结核 第四节 漏斗胸 第五节 鸡胸 第六节 胸壁肿瘤 第二十八章 胸膜疾病 第一节 脓胸 第二节 原发性胸膜间皮瘤 第二十九章 手汗症 第三十章 肺癌 第一节 肺癌的临床与诊断 第二节 肺癌的分期治疗 第三节 肺癌患者的围手术期处理 第四节 肺癌的手术治疗 第三十一章 肺良性肿瘤及支气管腺瘤 第三十二章 肺结核 第三十三章 肺囊肿 第三十四章 肺大疱 第三十五章 肺真菌病 第三十六章 肺动静脉瘘 第三十七章 肺隔离症 第三十八章 肺移植 第一节 肺移植手术适应证及术前准备 第二节 肺移植的手术方法 第三十九章 气管肿瘤 第四十章 支气管扩张 第四十一章 原发性纵隔肿瘤及囊肿 第四十二章 胸腺瘤与重症肌无力 第四十三章 先天性食管畸形 第一节 先天性食管闭锁 第二节 食管重复畸形 第三节 先天性食管憩室 第四节 先天性食管狭窄 第五节 婴儿胃食管反流 第四十四章 食管憩室 第一节 膨出性食管憩室 第二节 牵引性食管憩室 第四十五章 食管癌 第四十六章 食管良性肿瘤和囊肿 第一节 食管平滑肌瘤 第二节 食管囊肿 第四十七章 食管狭窄 第四十八章 贲门癌 第四十九章 贲门失弛缓症 第五十章 膈疾病 第一节 先天性膈疝 第二节 食管裂孔疝 第三节 膈膨出 第五十一章 胸廓出口综合征 第三篇 心血管外科各论 第五十二章 心包疾病 第一节 急性化脓性心包炎 第二节 慢性缩窄性心包炎 第五十三章 主动脉弓畸形 第一节 主动脉弓中断 第二节 先天性血管环 第五十四章 肺动脉畸形 第一节 迷走肺动脉 第二节 肺动脉起源于升主动脉 第五十五章 腔静脉畸形和无顶冠状静脉窦综合征 第一节 腔静脉连接异常 第二节 无顶冠状静脉窦综合征 第五十六章 动脉导管未闭 第五十七章 主动脉-肺动

脉间隔缺损 第五十八章 主动脉缩窄 第五十九章 主动脉窦动脉瘤和主动脉左心室隧道 第一节 主动脉窦动脉瘤 第二节 主动脉左心室隧道 第六十章 先天性左心室流出道梗阻 第一节 先天性主动脉瓣狭窄 第二节 先天性主动脉瓣下狭窄 第三节 先天性主动脉瓣上狭窄 第六十一章 肥厚型梗阻性心肌病 第六十二章 房间隔缺损 第六十三章 房室间隔缺损 第六十四章 完全性肺静脉异位连接 第六十五章 肺动脉狭窄 第六十六章 室间隔缺损 第六十七章 法洛四联症 第一节 法洛四联症 第二节 法洛四联症合并肺动脉瓣缺如综合征 第六十八章 完全性大动脉转位 第六十九章 先天性矫正大动脉转位 第七十章 右心室双出口 第七十一章 永存动脉干 第七十二章 肺动脉闭锁 第一节 室间隔完整的肺动脉闭锁 第二节 肺动脉闭锁伴室间隔缺损 第七十三章 三尖瓣闭锁和功能性单心室 第七十四章 左心发育不良综合征 第七十五章 三尖瓣Ebstein畸形 第七十六章 先天性二尖瓣畸形 第七十七章 共同心房 第七十八章 三房心 第七十九章 先天性冠状动脉畸形 第一节 冠状动脉起源于肺动脉 第二节 冠状动脉瘘 第三节 先天性冠状动脉瘤 第八十章 后天性二尖瓣病变 第一节 二尖瓣狭窄 第二节 二尖瓣关闭不全 第八十一章 后天性主动脉瓣病变 第一节 主动脉瓣狭窄 第二节 主动脉瓣关闭不全 第八十二章 后天性三尖瓣病变 第八十三章 冠状动脉粥样硬化性心脏病 第八十四章 心肌梗死后并发症 第一节 心室游离壁破裂 第二节 室间隔穿孔 第三节 心肌梗死后二尖瓣反流 第四节 左心室室壁瘤 第八十五章 胸主动脉瘤 第八十六章 主动脉夹层 第八十七章 心律失常 第一节 预激综合征 第二节 心房颤动 第三节 室性心动过速 第八十八章 肺动脉栓塞 第一节 急性肺动脉栓塞 第二节 慢性肺动脉栓塞 第八十九章 感染性心内膜炎 第九十章 心脏肿瘤 第一节 黏液瘤 第二节 其他心脏肿瘤 第九十一章 心脏移植及心肺联合移植 第一节 心脏移植 第二节 心肺联合移植

## &lt;&lt;实用胸心外科手术学&gt;&gt;

## 章节摘录

插图：（三）单肺通气时呼吸生理改变手术侧肺塌陷有利于大多数外科手术操作，但使麻醉管理变得复杂。

因为塌陷肺组织虽然已无通气但仍有血液灌注，结果患者产生大量右向左肺内分流（分流比例达20%~30%）。

在单肺通气过程中，由于来自塌陷肺的未氧合血和通气肺的氧合血混合，肺泡—动脉血氧分压差（ $P_m$ ）增加，并常常导致低氧血症。

幸而，由于低氧性肺血管收缩和手术对肺组织的挤压作用，均可使非通气侧肺血流量减少，在一定程度上降低了右向左分流的比。

目前已知以下因素可抑制低氧性肺血管收缩并加重右向左分流：肺动脉压过高或过低；低碳酸血症；混合静脉血氧分压过高或过低；使用血管扩张药如硝酸甘油、硝普钠、 $\beta_3$ 受体阻滞剂（包括多巴酚丁胺和沙丁胺醇）及钙通道阻滞剂；肺部感染；吸入麻醉剂。

另外，以下因素可减少通气肺血流灌注，间接地增加塌陷肺的血流，抑制低氧性肺血管收缩作用，加重右向左分流：呼气末正压（PEEP）、过度通气或吸气峰压增高等引起通气肺气道压增高的因素；

吸入氧浓度（ $F_i$ ）过低，使通气肺出现低氧性血管收缩；使用血管收缩剂，血管收缩剂对氧张力正常的血管收缩作用强于低氧张力血管；由于呼气时间过短引起自发性呼气末正压（PEEP）。

单肺通气时如果能维持双肺通气时的分钟通气量，一般不会发生 $CO_2$ 蓄积，动脉血 $CO_2$ 分压也不会出现明显改变。

（四）开胸后神经体液的变化胸腔内有丰富的内脏感受器和交感、副交感神经末梢。

手术对胸壁、肋间神经、纵隔、肺、肺门及膈肌产生的机械性、物理性刺激传导至中枢神经，可反射性引起呼吸和循环功能紊乱。

## &lt;&lt;实用胸心外科手术学&gt;&gt;

## 编辑推荐

《实用胸心外科手术学(第3版)》特点：《实用胸心外科手术学(第3版)》初版于1980年，此为第3版：秉承新颖、实用的传统，并力图反映21世纪初国际、国内胸心外科的发展风貌；新版对全书内容进行了大规模的修订，增加了干细胞移植、转基因疗法、微创胸腔镜手术，机器人手术，镶嵌（杂交）手术等反映学科发展前沿的内容；在疾病的诊断、分类方面，首先全面介绍和应用了欧洲、北美洲先天性心脏病命名、分类的数据库方案，有助于澄清相关领域中概念的混乱；在常见重要疾病的治疗策略、手术适应证和手术方法的选择上，较全面地引进了美国心脏病学会（ACC）和美国心脏病协会（AHA）的治疗指南，对促进我国与国际胸心外科学界先进的诊断、治疗理念的接轨将起到有益的作用；《实用胸心外科手术学(第3版)》的编者多为目前活跃在临床一线的中青年专家，在对原有内容进行修订过程中，参考了国内外最新的权威性文献，在对传统手术进行新的论释的同时，对近年新出现的治疗思路和手术方法进行了重点介绍，特别推介了我国学者在相关领域中的突出贡献；《实用胸心外科手术学(第3版)》配有技术插图2000余幅，其中大部分根据新版内容的需要重新绘制，以方便读者在临床实践中参考、应用。

读者对象：《实用胸心外科手术学(第3版)》可供胸心外科医师，心脏、呼吸内科医师，麻醉科医师、放射科医师、体外循环灌注医师和相关领域研究人员阅读，也可供医学院校师生参考。

<<实用胸心外科手术学>>

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>