

<<外科学进展>>

图书基本信息

书名：<<外科学进展>>

13位ISBN编号：9787040342239

10位ISBN编号：7040342235

出版时间：2011-11

出版时间：高等教育出版社

作者：郑树森 编

页数：307

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>

## <<外科学进展>>

### 内容概要

《外科学进展（第2版）》共25章。

在充分吸收借鉴国内外医学经典、专著的基础上，结合外科学近年来最新文献，并融入编者多年临床和科研工作的经验和体会，系统阐述了外科学领域的新知识、新理论、新技术、新概念和新进展，反映了外科学的发展趋势。

通过介绍外科学近年来的最新成果，使读者能够较系统地了解我国和国际外科学发展的现状，有利于培养其独立思考和创新能力。

本书可作为医学专业研究生教材，也可作为外科医师高级研修班和继续教育的参考书。

## &lt;&lt;外科学进展&gt;&gt;

## 书籍目录

第一章 肝移植研究进展一、肝移植受体的选择与手术时机二、供肝保存三、移植新术式四、肝移植围术期管理五、免疫抑制剂的应用六、术后并发症的诊治七、异种肝移植第二章 胰腺移植进展一、胰腺移植的历史与现状二、胰腺移植的适应证三、胰腺移植的分类四、胰腺移植的术式五、胰腺移植的并发症六、胰腺移植的免疫抑制剂治疗七、胰腺移植的组织学评估第三章 肝门部胆管癌的外科治疗进展一、术前影像学检查二、术后可切除性评估和肿瘤分期三、术前减黄问题和门静脉栓塞四、根治性手术五、肝移植第四章 原发性肝癌的治疗进展一、原发性肝癌的手术治疗二、原发性肝癌的其他治疗三、原发性肝癌的治疗策略的选择第五章 胰腺癌诊治进展一、胰腺癌的诊断二、胰腺癌的临床分期三、胰腺癌的根治性手术治疗四、胰腺癌的辅助治疗五、晚期胰腺癌的治疗第六章 胆囊癌诊治进展一、概述二、胆囊癌的发病因素三、胆囊癌的分子生物学研究进展四、胆囊癌病理类型和临床分期五、胆囊癌的转移方式六、胆囊癌的诊断七、胆囊癌的治疗八、胆囊癌的预后第七章 重症急性胰腺炎诊治进展一、重症急性胰腺炎的发病机制二、重症急性胰腺炎的诊断三、重症急性胰腺炎的治疗第八章 门静脉高压症进展一、门静脉高压症的病理生理学研究进展二、门静脉高压症时内脏血管的血流动力学变化研究进展三、肝硬化门静脉高压患者的肝功能评估四、门静脉高压曲张静脉出血治疗进展第九章 腹腔镜技术在普外科的应用进展一、腹腔镜技术发展历史概述二、腹腔镜手术器械和仪器设备的更新发展三、腹腔镜手术的并发症四、腹腔镜手术中转开腹手术的时机五、腹腔镜手术在普外科领域的应用进展六、手助腹腔镜手术七、非气腹腹腔镜手术第十章 胃癌诊治进展一、胃癌的流行病学二、胃癌的诊断方法三、胃癌的病理学四、早期胃癌的治疗五、进展期胃癌的治疗六、腹腔镜技术在胃癌诊治中的应用第十一章 大肠癌基础与临床研究进展一、大肠癌基础研究进展一、大肠癌临床研究进展第十二章 甲状腺癌诊治进展一、甲状腺癌的诊断二、常见类型甲状腺癌的临床病理特点三、甲状腺癌的临床分期四、甲状腺癌的治疗第十三章 乳腺癌诊治进展一、乳腺癌的流行病学二、乳腺癌的筛查和早期诊断三、乳腺癌现代影像学诊疗技术四、乳腺癌的综合治疗五、乳腺癌的预后和基因分型第十四章 血管外科进展：人工血管、微创技术及基因治疗进展一、人工血管研究进展二、微创技术进展三、生物基因工程技术的应用进展第十五章 泌尿外科进展一、前列腺癌诊治进展二、膀胱癌诊治进展三、肾癌的分期与治疗进展四、良性前列腺增生治疗进展五、泌尿系统结石相关进展.....第十六章 心脏移植进展第十七章 肺癌诊治进展及外科治疗新理念第十八章 胸腰椎脊柱损伤诊治进展第十九章 人工关节置换治疗进展第二十章 颅脑损伤研究进展第二十一章 脑血管病诊治进展第二十二章 颅内肿瘤诊治进展第二十三章 立体定向和功能神经外科治疗进展第二十四章 麻醉学进展第二十五章 介入放射学进展参考文献

## 章节摘录

版权页：插图：急性肝衰竭的特征是起病急，发病2周内出现以 期以上肝性脑病为特征的肝衰竭症候群；亚急性肝衰竭起病较急，发病15日~26周内出现肝衰竭症候群；慢加急性（亚急性）肝衰竭是在慢性肝病基础上出现的急性肝功能失代偿；慢性肝衰竭是在肝硬化基础上，肝功能进行性减退导致的以腹腔积液或门脉高压症、凝血功能障碍和肝性脑病等为主要表现的慢性肝功能失代偿。

引起肝衰竭的病因有多种：在欧美国家，药物是引起急性、慢加急性（亚急性）肝衰竭的常见原因，酒精性肝损害是引起慢性肝衰竭的主要原因。

在中国，肝衰竭的最主要原因是病毒性肝炎，其次是药物及肝毒性物质（如酒精、化学制剂等）。

在儿童病人，遗传代谢性疾病导致的肝损害是引起肝衰竭的主要病因。

3.肝细胞癌肝细胞癌是否适宜采用肝移植治疗是近年来全球移植界最引起争议的热点问题之一。

事实上，自从20世纪60年代起，肝移植即应用于治疗HCC。

美国最早的6例肝移植受体中有5例、英国最早3例肝移植受体中有2例就属于原发性肝恶性肿瘤。

主张移植者认为肝移植能够将整个病肝一并切除，消除肝癌多中心性发生和肝内微转移的隐患，达到常规肝叶切除术所不能实现的根治性目的。

持反对意见者则强调HCC患者移植术后的高复发率和有限的生存率。

1995年以前，国际各大中心由于病例选择标准不一致，HCC肝移植的疗效偏差较大，但整体上术后3~5年生存率未能突破15%~37%，2年无瘤生存率低于10%。

为了更合理地利用供器官和医疗资源，全球各大移植中心对肝癌肝移植已趋于严格掌握适应证。

目前对小肝癌合有肝硬化失代偿期、不能耐受肝叶切除者，国内外基本达成首选肝移植的共识，而对肝功能尚属于代偿范围的小肝癌是否推荐首选肝移植治疗尚未达成统一意见。

绝大多数移植中心都将HCC合并门静脉癌栓（Pvrr）排除在肝移植选择标准之外。

浙江大学医学院附属第一医院的资料表明，HCC合并PVTT患者的2年累积生存率达到22.6%，显著高于行常规肝叶切除或未手术者，几乎全部患者术后有一段较高生活质量的生存期直至肿瘤复发。

但总而言之，HCC合并Pvrr的肝移植治疗需要非常审慎地实施。

目前普遍认为受体的严格选择和必要的术前处理是减少术后肿瘤复发、提高长期生存率的首要条件。

1996年，Mazzaferro提出Milan标准，即单个肿瘤，直径5cm.或瘤灶数目 3个，每个直径 3cm。

Milan标准主要针对肿瘤大小和数目进行限制，按此标准筛选受体，作者报道了术后分别高达85%和92%的4年整体生存率和无瘤生存率。

此后，Mi-lan标准一度成为国外最广泛应用的HCC受体筛选标准。

2002年UCSF标准将肝癌肝移植适应证适当放宽：单个肿瘤，直径 6.5cm，或瘤灶数目 3个，每个直径 4.5cm，且直径合计 8cm。

此外，传统的TNM分期对预后的预测价值较低，Pittsburgh改良的TNM分期标准在进一步放宽肿瘤大小限制的同时，更强调了血管侵犯和淋巴结转移的影响。

浙江大学医学院附属第一医院的资料表明，在影响HCC肝移植患者预后的诸多因素中，血管侵犯、肿瘤直径、甲胎蛋白水平、组织学分级等因素与肿瘤复发关系尤为密切。

由于国内各中心的HCC肝移植受体选人标准颇有差异，对患者预后也缺乏切实可行的评估系统。

因此，建立一个科学而适宜国情的受体选择标准和预后预测系统来指导我国的临床实践势在必行。

<<外科学进展>>

编辑推荐

《外科学进展(第2版)》是由高等教育出版社出版的。

<<外科学进展>>

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>