

<<尤曼斯神经外科学 (第1卷)>>

图书基本信息

书名：<<尤曼斯神经外科学 (第1卷)>>

13位ISBN编号：9787117087124

10位ISBN编号：7117087129

出版时间：2009-1

出版时间：人民卫生出版社

作者：王任直 主译

页数：1147

译者：王任直

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>

<<尤曼斯神经外科学（第1卷）>>

前言

现代神经外科是历史最短而发展最快的学科之一，比较普遍的看法是其于19世纪末才成为一门独立的学科，而在20世纪之初就已经有了较为完整的、系统的理论。

神经外科发展的早期充满了忧伤。

而正是神经外科学家、神经病理学家及神经解剖学家忍受着痛苦与失败，不断地探索，才有新的诊疗技术不断涌现。

尤其是最近30年以来，人类科学探索理论与研究技术有了长足的发展，随着不断地吸纳和应用各种新理论和新技术，神经外科学已经发展成为一门分支庞大的综合性学科。

学科的发展越来越迅速。

专业分工越来越精细，使得学术研究成果的记录、整理和传承越来越重要，也越来越复杂。

《尤曼斯神经外科学》的出版为神经外科学搭起了一座豪华的圣殿，而作者们在这座圣殿里奢侈地建造了11间美轮美奂的厅堂。

包括神经外科导论、神经肿瘤学、脑血管病、癫痫、功能性神经外科、疼痛、小儿神经外科、脊髓外科、周围神经疾病、神经创伤与神经放射学，这部著作自1973年首次出版以来，历经4次再版修订。

全书不仅注重对神经外科学的传统理论与学说的收集整理，还对基础医学和其他相关学科的进展进行了归纳、总结，尤其是这些学科给神经外科带来的改革、创新成果，包括新的理论学说、新的诊疗原则、新的科研与临床技术，书中都予以了翔实的阐述。

弥足珍贵的是，这部著作还为读者带来了一片文献的海洋，收录了一个多世纪以来的所有经典论著。

我国的神经外科与新中国同命运，一直受到党和国家的高度关注，经过几代人的不懈努力，逐渐的发展、强大。

我们现在的神经外科临床工作能与国际水准媲美；但我国人口众多，地域差别大，城乡差别大，优良的医疗资源匮乏。

加快医师的培训和先进医疗技术的推广，提高医务人员的整体诊疗水平，已经成了当务之急。

以王任直教授为首的专家们这次翻译引进《尤曼斯神经外科学》，无疑为我国神经外科学界搬来了一座宝库。

我相信，这部译著必将为提高我国神经外科医务人员整体水平做出贡献。

<<尤曼斯神经外科学 (第1卷)>>

内容概要

《尤曼斯神经外科学》是传统理论和最新知识相结合的经典著作，它全面系统阐述了神经外科系统以及相关领域的知识与发展变化，反映了21世纪神经外科领域发展的广阔性和复杂性。

本书作者都是世界医学及神经科学界的权威专家，已经在相关领域积累了丰富经验，因此书中很多内容都是他们自身工作经验的总结。

由于密切结合实际需要，所以能够帮助我们解决很多临床遇到的实际问题。

本书第1卷的前半部分主要阐述神经外科的基本理论和临床规范，掌握这些知识是从事和开展神经外科工作所必需的。

而在随后各个章节中，分别叙述了肿瘤学、血管病、癫痫、功能性疾病、疼痛、儿童神经外科、周围神经疾病、放射神经外科、脊柱以及创伤等内容。

每一部分都从历史背景和疾病一般特征开始，而主要内容是临床进展和外科技术。

由于本书涉及内容广泛，既有传统基础内容，又有最新研究进展，相信不管是刚刚入门的神经外科医师，还是已经学有所成的专家、教授，或者是相关的眼科、耳鼻喉科、骨科、儿科、疼痛科、肿瘤科、放疗科等医师，都会从中获益。

<<尤曼斯神经外科学 (第1卷) >>

作者简介

作者：(美国)H.Richard Winn (美国)Michel Kliot (美国)Henry Brem 译者：王任直

<<尤曼斯神经外科学 (第1卷)>>

书籍目录

第一部分 神经外科学导论 第一篇 神经外科学基础 第1章 脑的外科解剖 第2章 神经胚胎学 第3章 神经元和神经胶质细胞 第4章 星形胶质细胞 第5章 缺血性脑损伤的脑代谢与病理生理学 第6章 血脑屏障 第7章 脑脊液和颅内压的生理学 第8章 神经系统损伤与修复的细胞和分子机制 第9章 哺乳动物中枢神经系统电生理学 第10章 神经外科流行病学与预后评估 第二篇 接诊 第11章 病史与体格检查 第12章 不同意识状态的鉴别诊断 第13章 神经眼科学 第14章 耳神经外科学 第15章 神经泌尿科学 第16章 神经外科患者的神经心理学评估 第17章 脑死亡 第18章 法律问题 第三篇 神经系统影像学基础 第19章 颅骨放射 第20章 脑的磁共振成像 第21章 脑的分子显像：正电子发射计算机断层显像 第22章 脊柱放射学 第四篇 术前评估和治疗 第23章 麻醉：术前评估 第24章 神经外科手术并发症的预防 第五篇 手术显露和体位 第25章 手术体位的基本原则 第26章 颅脑手术的体位和显露 第27章 脊柱外科手术的体位与显露 第28章 周围神经第二部分 神经系统肿瘤学 第一篇 概述 第29章 脑肿瘤：概述 第二篇 神经系统肿瘤学基础 第30章 脑肿瘤：组织病理分类概论 第31章 中枢神经系统免疫学基本原理 第32章 神经胶质瘤的增殖标记物 第33章 胶质瘤的分子遗传学与治疗靶点 第34章 生长因子和脑肿瘤 第35章 抑癌基因与脑肿瘤的发生 第36章 分子生物学和细胞遗传学技术 第37章 恶性神经胶质瘤的侵袭性 第38章 血管生成和脑肿瘤 第39章 脑水肿和肿瘤-宿主相互作用 第40章 脑肿瘤：群体流行病学、环境危险因素、基因与遗传综合征 第41章 基因治疗原理 第三篇 接诊：临床分析 第42章 脑肿瘤和类癌疾病的神经病学临床特点 第43章 中枢神经系统肿瘤影像学特征 第44章 脑肿瘤的血管内介入治疗技术 第45章 妊娠期脑肿瘤 第46章 化疗原则 第47章 与脑肿瘤发病机理和治疗相关的应用免疫学 第四篇 手术治疗 第48章 脑肿瘤开颅手术的基本原则 第49章 颅底外科的基本原则 第50章 手术并发症及其预防 第51章 手术导航系统在脑肿瘤治疗中的应用 第五篇 内在性肿瘤 第52章 低级别胶质瘤：星形细胞瘤、少突神经胶 第六篇 外在性肿瘤 第七篇 脑血管肿瘤 第八篇 颅和颅底肿瘤 第九篇 非肿瘤性类肿瘤病变

章节摘录

插图：下脉络膜点通常相当于脉络膜前动脉通过脉络膜裂进入下角的位置。

后段下面是钩切迹的上唇：它只有在移除海马旁回时才能看见。

齿状回因其特征性的齿状隆起而得名；主要在其前中部齿状缘比较明显。

齿状回前面与Giacomini带相连，它也叫做齿状回尾，后面与束状回相连，这是胼胝体压部后面的一条平滑且呈浅灰色的带；束状回在胼胝体上方延续成为灰被，最后末端成为终板旁回。

伞齿沟和海马旁沟将齿状回分别与上面的伞和下面的海马旁回分隔开（图1-14B）。

正中颞叶的脑室外结构和脑室内结构是紧密联系的。

海马回钩内侧与脑池成分。

外侧与脑室内成分相邻。

前段与近端外侧裂、颈动脉池外侧部和杏仁体相邻。

尖内侧与动眼神经，外侧与钩隐窝和杏仁体相邻。

后段外侧与海马头和杏仁体，下内侧与后交通动脉P2A段，上内侧与脉络膜前动脉相邻（图1-14C）。

即使在内侧面下面，第三脑室的矢状面观仍能显示其全貌。

动脉的联系根据Fisher的观点，大脑前动脉可分为五段。

A1段从颈内动脉分叉延伸至前交通动脉。

A2段从前交通动脉延伸至胼胝体嘴和膝连接处。

A3段从胼胝体膝延伸至胼胝体膝上方该动脉急转向下的点。

A2和A3段一起也叫升段。

A4和A5段在胼胝体上方从膝延伸至压部。

这两段一起也叫做水平段。

两段之间的分隔点位于外侧面观冠状缝后面的平分点。

大脑前动脉远离前交通动脉的段（A2到A5）也叫胼胝体周围动脉（图1-14D）。

A1段起自颈动脉池中的颈动脉分叉，在视交叉或视神经上方走行进入终板池。

前交通动脉和左右侧A1段汇合处，70%位于视交叉上方，30%位于视神经上方。

较短的A1段通常在视交叉上方紧紧地伸展开；而较长的A1段在视神经上方行向前，可以变得细长而弯曲，到达鞍结节或蝶平面。

内侧豆纹穿动脉，有1—11支（平均6.4），起自A1段近侧端的上、后或后上面，行向后上到前穿质应供应视交叉、视束、内囊膝和苍白球前部。

它们可以延伸至内囊后肢的邻近部分。

少见的可以到丘脑。

前交通动脉在终板池连接两侧的大脑前动脉，为两半球前部的血液循环提供一个吻合的通道。

胚胎学上，前交通动脉起源于一个多通道的血管网，到出生时不同程度的合并。

然而，在20%的人，前交通动脉连接两侧相等大小的A1段。

在75%的人，前交通动脉复合体可能以一个单一的通道存在。

在其他情况下，可能胚胎期有异常的残留物存在于多通道血管网和单一的前交通动脉之间，包括重复、三倍体、穿孔、网状模式、祥和桥。

前交通动脉的穿支，0-4支（平均1.6），通常起自后下面供应漏斗、前穿质、视交叉、胼胝体下区和下丘脑视前区。

大脑前动脉分支的Heubner返动脉，78%起自A2近侧端。

在其上面转向后。

在60%的人，它在A1段前面走行。

<<尤曼斯神经外科学（第1卷）>>

编辑推荐

《尤曼斯神经外科学(第1卷):神经外科导论与肿瘤学(第5版)》由人民卫生出版社出版。

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>