

<<下肢缺血性疾病诊断与治疗>>

图书基本信息

书名：<<下肢缺血性疾病诊断与治疗>>

13位ISBN编号：9787117127486

10位ISBN编号：7117127481

出版时间：2010-5

出版单位：人民卫生出版社

作者：杨牟 等主编

页数：223

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>

<<下肢缺血性疾病诊断与治疗>>

前言

随着社会的发展,我国人口预期寿命不断增加,老龄化程度也自然愈来愈高。同样,各种老年病比如下肢缺血性疾病的发病率也逐年升高。据统计,下肢动脉硬化闭塞症的发病率高达3%~10%,明显影响中老年人群的生活质量。这需要医务人员,特别是血管外科工作者们给予相应的重视。近10年来,随着新技术和新材料的不断面世,血管外科专业取得了长足的发展,各省市的大医院大多成立了独立的血管外科,血管外科专业医护队伍不断扩大。同时,我们也应该看到,相当多的临床医师对这类疾病的认识不够,许多严重的下肢缺血性疾病因得不到及时和有效的救治而致残,给患者带来痛苦,给患者的家庭和社会带来沉重的负担。我们必须认识到学术界对下肢缺血性疾病的治疗方法也有不同的认识和经验,存在着一定差别的治疗方法,不可能有一个绝对的统一模式。强行追求这种统一模式必将阻碍学科的发展。然而,总结出事物发展的基本规律是必不可少的。有鉴于此,杨牟医师组织编写了这部《下肢缺血性疾病诊断与治疗》,努力在总结自己经验的同时,参考国内外的经验和进展,做到举一反三。本书结合大量的临床病例及影像资料,图文并茂、可读性强、容易理解,进而达到指导实践的效果。青岛大学医学院附属烟台毓璜顶医院是一所百年老院。毓璜顶医院血管外科成立十多年来,积累了丰富的临床诊疗经验。他们还连续举办省级和国家医学继续教育项目,在学习和推广新技术方面下工夫。这部专著就是他们十几年医疗、教学和潜心研究的总结和成果。我相信这部专著能够成为普及血管外科知识以及联系读者与编者研讨交流的平台,并且能够经受时间和读者实践的检验。

<<下肢缺血性疾病诊断与治疗>>

内容概要

本书共分13章，按照下肢缺血性疾病的种类、病因、病理、诊疗及预后分别论述，对常见诊疗方法及手术术式进行专题论著。

同时包含有下肢缺血性疾病的院内护理、家庭护理和自我保健。

编者结合自身多年临床实践经验，以大量临床病例为基础，结合影像学及手术图片，力求将枯燥的连篇赘述跃然纸上，以达到图文并茂、实用性强的效果。

同时参考国内外本领域内的最新进展，对下肢缺血性疾病的基础理论与新技术、新方法进行阐述，并结合常见手术术式录像进行动态讲解。

希望能在下肢缺血性疾病的诊疗领域带给读者以收获。

<<下肢缺血性疾病诊断与治疗>>

作者简介

杨牟主任医师，硕士研究生导师。

现任青岛大学医学院附属烟台毓璜顶医院血管外科主任，兼任中华医学会普外学会血管外科学组委员，中华医学会山东分会血管外科学组委员，中华医学会烟台分会普外学会副主任委员，中华医学会烟台分会血管外科学组组长。

长期从事普通外科和血管外科的临床工作。

1998年8月至北京协和医院进修血管外科专业，师从我国著名血管外科专家、中国科学院院士汪忠镐教授，回烟台后创立了青岛大学医学院附属烟台毓璜顶医院血管外科。

经过10余年的不断进取与努力，目前已发展成为山东省内先进的血管外科疾病诊疗中心。

注重科研工作地开展。

近年来，在《中华外科杂志》、《中华创伤杂志》等医学核心期刊发表论文数十篇，主持科研课题研究5项，获国家实用新型专利2项，烟台市科技进步三等奖3项，参编著作1部，培养硕士研究生7名，多次荣获“烟台市学科（技术）带头人”、“烟台市卫生系统先进个人”等荣誉称号。

张小明主任医师，硕士研究生导师。

现任北京大学人民医院血管外科主任，兼任中华医学会血管外科学组常委、北京医学会血管外科分会常委、亚洲血管外科学会会员、国际布加综合征学会会员、《血管外科杂志》编委、《中华外科杂志》特约编委、《中华普通外科杂志》编委、《中华医学杂志（英文版）》编委。

从事血管外科医、教、研工作10余年。

擅长血管外科领域各类高难度手术及腔内介入治疗，包括：主动脉瘤及主动脉夹层的传统外科手术和介入治疗；布加综合征的根治手术和介入治疗；颈动脉、锁骨下动脉、髂股动脉狭窄及动脉瘤的手术和介入治疗；肿瘤侵犯大血管的手术治疗；下肢动脉硬化闭塞症和糖尿病足的综合治疗；肺栓塞的外科治疗；肾血管性高血压的外科治疗。

多年来已为全国300余家医院进行了会诊手术。

已发表各类学术论文100余篇，主编专著2部，参编专著10余部，获得国内外各种奖项10余次（其中2次为国际奖项），获国家专利6项。

承担国家自然科学基金课题2项，国家“十一五”支撑计划1项。

指导博士、硕士研究生10余名。

<<下肢缺血性疾病诊断与治疗>>

书籍目录

第一章 下肢缺血性疾病的历史和现状 第一节 下肢缺血性疾病的历史 一、引言 二、历史与回顾 第二节 下肢缺血性疾病的现状第二章 下肢动脉解剖与侧支循环 第一节 下肢动脉解剖 一、下肢动脉解剖 二、下肢动脉体表投影与体表标志 第二节 下肢动脉的侧支循环 一、腹股沟区侧支循环 二、膝关节周围侧支循环 三、踝关节周围侧支循环第三章 急性下肢缺血性疾病 第一节 下肢动脉栓塞 一、病因 二、病理生理 三、临床表现 四、辅助检查 五、诊断与鉴别诊断 六、治疗 七、典型病例展示与评析 第二节 下肢动脉损伤 一、病因 二、损伤机制及病理生理变化 三、临床表现 四、辅助检查 五、诊断 六、治疗第四章 慢性下肢缺血性疾病 第一节 下肢动脉硬化闭塞症 一、流行病学 二、病因及病理生理变化 三、危险因素 四、临床表现与分期 五、辅助检查 六、诊断与鉴别诊断 七、临床分型 八、治疗与预后 九、典型病例展示与评析 第二节 糖尿病下肢血管病变 一、流行病学 二、发病机制 三、危险因素 四、临床表现与分级 五、辅助检查 六、诊断和鉴别诊断 七、治疗 八、预后 九、典型病例展示与评析 第三节 血栓闭塞性脉管炎 一、病因 二、病理特点 三、临床表现和分期 四、辅助检查 五、诊断与鉴别诊断 六、治疗 七、预后 八、典型病例展示与评析第五章 下肢动脉造影 第一节 适应证、禁忌证 一、适应证 二、禁忌证 第二节 步骤及注意事项 一、术者术前准备 二、患者术前准备 三、造影剂的选择及过敏反应 四、穿刺方法及注意事项 五、术中抗凝 六、导管操作的注意事项 七、拔管技术 八、术后处理 第三节 并发症预防与处理 一、局部出血、血肿、假性动脉瘤甚至动静脉瘘形成 二、急性动脉血栓形成和栓塞 三、急性血栓性静脉炎 四、导管、支架或腔内移植物无法导入 五、动脉夹层形成 六、动脉穿孔出血 七、血管内插管器械折断 八、中枢神经损伤第六章 手术常用切口选择、手术技巧及血管吻合技术 第一节 手术切口及入路 一、下肢动脉的局部解剖 二、手术常用入路 第二节 基本技术与操作技巧 一、血管的显露与分离 二、血管的切开与离断 三、血管的修复与重建第七章 介入手术 第一节 经皮腔内血管成形术 一、技术原理及操作 二、不同部位动脉的经皮腔内血管成形术 三、术后处理 第二节 经皮血管内支架置入术 一、发展简史 二、支架分类及技术原理 三、下肢动脉闭塞性疾病的支架置入术第八章 非介入手术 第一节 下肢动脉取栓术 一、概况 二、术前评估 三、适应证与禁忌证 四、不同部位的动脉取栓手术 五、取栓术后处理 第二节 人工血管旁路术 一、移植材料的选择 二、术前评估与准备 三、不同部位的人工血管旁路术 四、术后处理 五、移植血管闭塞的处理 第三节 动脉内膜剥脱术 一、手术适应证与禁忌证 二、技术要点 第四节 股深动脉成形术 一、手术适应证与禁忌证 二、技术要点第九章 药物治疗 一、抗凝治疗 二、抗血小板治疗 三、溶栓治疗 四、血管活性药物的应用 五、镇痛治疗第十章 围手术期处理 第一节 围手术期合并症 一、高血压 二、冠心病 三、糖尿病 四、高脂血症 五、感染 六、肺功能不全 七、肾功能不全 第二节 麻醉术前评估 第三节 下肢缺血性疾病手术的麻醉第十一章 手术并发症的预防与处理 第一节 一般并发症 一、出血 二、感染 三、应激性溃疡 四、水、电解质平衡紊乱 五、多器官功能障碍综合征 六、骨筋膜室综合征 第二节 介入手术并发症 一、穿刺部位并发症 二、动脉闭塞性病变 三、动脉夹层形成 四、动脉破裂出血 五、支架移位 六、支架再狭窄 七、造影剂肾病 八、过敏反应 第三节 非介入手术并发症 一、淋巴漏 二、吻合口出血 三、吻合口狭窄 四、移植物内血栓形成 五、移植物感染第十二章 护理及随访 第一节 急性缺血性疾病的病房护理 一、非手术治疗患者的护理 二、手术治疗患者的护理 三、健康教育 第二节 慢性缺血性疾病的病房护理 一、非手术治疗患者的护理 二、手术治疗患者的护理 三、健康教育 第三节 合并症护理 一、合并高血压的护理 二、合并心脏病的护理 三、合并糖尿病的护理 四、合并高脂血症的护理 五、合并感染的护理 六、合并肺功能不全的护理 七、合并肾功能不全的护理 第四节 手术室护理及术中配合 一、介入手术术中护理与配合 二、非介入手术术中护理与配合 第五节 随访 一、随访内容及注意事项 二、生活质量调查第十三章 家庭护理和自我保健 第一节 家庭护理 第二节 功能锻炼 第三节 自我保健

<<下肢缺血性疾病诊断与治疗>>

章节摘录

插图：2.动脉内膜剥脱术此术多是在人工血管诞生之前被广泛采用，主要适合于病变范围较局限者，对于病变范围长或广泛者则术后再闭塞率较高，目前对于此类病变范围较局限者多被介入治疗如支架术所替代。

3.动脉旁路移植术该术为治疗下肢缺血性疾病的经典术式，效果直接。

目前对于病变范围广者还多采用此术。

主要所用移植材料为自体大隐静脉和各种人工血管。

对于膝下等较小动脉的搭桥术多建议采用自体材料，其中应用大隐静脉材料者包括两种经典术式即倒置大隐静脉旁路搭桥术和原位大隐静脉搭桥术，对于后一术式则需先以瓣膜刀等破坏静脉瓣膜。

而对于膝上病变或无合适静脉材料时还多采用人工血管材料，目前常用的人工血管材料主要为涤纶人工血管（主要用于主—髂动脉病变）和ePTFE人工血管（多用于股、腘动脉），新近出现的肝素涂层的涤纶人工血管材料也可用于股、腘动脉搭桥，取得了不差于ePTFE人工血管的通畅率。

而对于已存在附近感染或可能发生感染者则尽可能使用自体材料或有抗感染作用的镀银人工血管。

对于主—髂动脉病变的高龄或体弱患者如无法耐受经腹手术也可采用非解剖路径搭桥术如腋—股或腋—双股动脉人工血管搭桥术或股—对侧股动脉人工血管搭桥术。

4.间接改善下肢血运的手术主要有大网膜铺植术和腰交感神经节切除术。

前者作用机制是利用大网膜血管建立侧支循环，因需开腹，效果不确切而且还可能发生大网膜坏死已较少有人应用，仅有时对于无任何远侧流出道者可试行。

而后者的作用机制主要是促进血管扩张，传统腰交感神经切除也需开腹目前也少有人应用，现少数学者在透视下直接穿刺行化学性腰交感神经切除术，大大减小了手术的创伤，目前也主要用于无远侧流出道患者。

（三）血管腔内介入治疗近年来因各种导管导丝及各种再通装置的出现以及介入技术本身的提高，血管闭塞的再通率得到了大大的提高，而且因其微创可重复进行，部分过去需行动脉旁路搭桥的手术逐渐已被腔内介入治疗所替代。

北京大学人民医院血管外科目前对于下肢缺血性疾病超过50%可经介入治疗获得成功。

单纯的球囊扩张术现已较少采用，为防止病变的弹性回缩和扩张后夹层的形成，多在扩张后放置支架以避免以上问题。

目前对于腹主动脉和髂动脉的介入治疗已取得较高的、稳定的远期疗效，而在股动脉也取得了与传统搭桥术相似的通畅率，新近诞生的可屈曲的支架，使在膝关节附近的腘动脉病变也可采取支架治疗。

但目前对于膝下小动脉的病变则多仅行球囊扩张术，主要是此处无合适的支架或因病变较广泛无法都放置支架，而行球囊扩张则基本推荐使用顺应性的长球囊，此球囊可减少血管破裂和夹层的形成，但此处病变扩张后的弹性回缩仍是目前未能解决的问题，所幸介入治疗可重复操作。

而对急性下肢动脉栓塞和血栓形成时间较早或血栓范围不是十分广泛者尤其是膝下动脉的血栓或高龄、体弱可能无法耐受取栓手术者也可采用经导管溶栓治疗。

（四）杂交手术（hybrid）为减少手术创伤提高手术的安全性，目前对于多处病变者多采取手术联合腔内介入治疗的方法，如对于主—髂动脉病变采用腔内介入治疗以避免开腹手术的各种并发症，而对于同时合并的股腘动脉的长段病变则采用传统的搭桥手术，或者在行股腘动脉搭桥时对于膝下流出道差者同时行膝下病变的球囊扩张术，以改善流出道的情况可提高传统搭桥术的通畅率。

此种联合治疗方法已广泛为大家所推荐。

<<下肢缺血性疾病诊断与治疗>>

编辑推荐

《下肢缺血性疾病诊断与治疗》是由人民卫生出版社出版的。

<<下肢缺血性疾病诊断与治疗>>

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>