

<<尿道修复重建外科学>>

图书基本信息

书名：<<尿道修复重建外科学>>

13位ISBN编号：9787117137119

10位ISBN编号：7117137118

出版时间：2010-12

出版时间：人民卫生出版社

作者：徐月敏 编

页数：300

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>

<<尿道修复重建外科学>>

内容概要

复杂性尿道狭窄的处理一直是泌尿外科医师感到较为棘手的难题之一。

在20世纪以前,对于该类疾病的治疗策略还停留在观察、扩张、造瘘以及简单修补的阶段。

随着解剖学、显微外科学、组织工程学等一系列相关学科的崛起,到20世纪中叶,尿道修复重建技术得以飞速发展。

近20年来,自、异体组织替代重建理论的引入,将尿道修复重建推向一个新的高潮。

但是,尿道狭窄病因的不同性、先前不同的手术史、手术方法的多样性、术后疗效的不确定性以及术后并发症的高发性也给泌尿外科医师在治疗的同时带来了极大风险与挑战。

本书就是基于上述原因编写的。

本书主要由上海第六人民医院泌尿外科多位长期在尿道修复重建领域,从事临床医疗和科研工作的专家撰写,国际尿道修复大师BARBAGU G和LAZZERI M也参与本书的编写。

本书内容涵盖目前尿道修复重建领域各种手术技巧、围手术期处理经验以及国内外最新进展,均是作者在数十年的工作中所积累的心得体会,其中更不乏有其近十年内最新研究的卓越成果,以期提供给读者最全面,最实用的尿道修复重建方面的知识。

本书值得从事泌尿外科专业的各级临床医生参考阅读。

<<尿道修复重建外科学>>

作者简介

徐月敏，教授，主任医师。

上海交通大学附属第六人民医院泌尿外科主任，博士生导师；中华医学会男科学分会委员，上海市男科学会副主任委员，上海市泌尿外科学会委员；《中华泌尿外科杂志》、《中国男科学杂志》编委；获国务院特殊津贴；被美国出版的世界名人传记《who ' s who in the World》收录。

1993年9月～1999年6月在日本国立信州大学医学部留学，获日本甲级博士学位(PhD)。

自1984年起，着重从事泌尿修复重建外科的研究，同年成功地施行了世界首例创伤性阴囊内睾丸再植手术；1986年，设计了吻合动静脉的肾上腺带血管自体移植治疗柯兴病；1987年，在国内率先开展膀胱次全切除、回肠扩大膀胱治疗神经源性膀胱和采用膀胱颈部重建术治疗复杂性尿失禁。

1999年，设计了两种可控膀胱输出道的新术式治疗浸润性膀胱癌和重症神经源性膀胱；2000年，在国内外率先开展结肠黏膜重建尿道、治疗复杂性超长段尿道狭窄的新术式，解决了超长段尿道狭窄或缺损(12cm以上)的难题；2000年，在国内率先开展尿道压监测下行球部尿道悬吊治疗男性获得性尿失禁，获较好效果；2006年，在国内率先开展舌黏膜重建尿道、治疗尿道狭窄的新术式，疗效显著。

以第1作者和通讯作者发表论文120余篇，被SCI收录的论文20余篇，其中12篇论著发表在国际泌尿界权威的杂志《European urology》(IF：4.85)、《The Journal of urology》(IF：3.956)中。

作为第1完成人主持和完成国家和市科研课题近10项。

作为第1完成人先后获上海市医学科技奖二等奖1项，三等奖1项；上海市科技进步奖二等奖1项，三等奖1项；上海市临床医疗成果奖三等奖1项；中华医学奖1项。

<<尿道修复重建外科学>>

书籍目录

第一章 生殖器皮肤及尿道解剖：尿道重建手术相关血管第二章 尿道狭窄的流行病学、病因学、组织学和分类第三章 尿道狭窄诊治的变迁第四章 组织移植技术第五章 尿道狭窄的术前检查第六章 尿道重复畸形第七章 男性尿道下裂与上裂的外科修复第八章 膀胱外翻修复时的尿道重建第九章 后尿道瓣膜第十章 尿道憩室的诊断与治疗第十一章 阴茎硬化性苔藓样变性第十二章 尿道扩张术第十三章 尿道损伤的急诊处理第十四章 男性前尿道狭窄的治疗第十五章 脱细胞基质在尿道重建中的应用第十六章 皮瓣与皮片尿道成形术第十七章 游离粘膜在尿道重建中的应用第十八章 口腔粘膜一期球部尿道成形第十九章 分期尿道成形术第二十章 男性后尿道狭窄或闭锁的治疗第二十一章 女性尿道重建第二十二章 尿道瘘的诊断及治疗第二十三章 尿道狭窄的微创手术第二十四章 前列腺术后尿道狭窄的治疗第二十五章 尿道手术并发症第二十六章 尿道肿瘤的外科治疗与尿道重建第二十七章 尿道损伤和尿道狭窄术后尿失禁的病因与治疗第二十八章 与尿道损伤和手术有关的若干问题第二十九章 尿道修复重建手术技巧及整体思路第三十章 尿道重建术的实验研究索引

<<尿道修复重建外科学>>

章节摘录

尿道内的瘢痕组织与周围的正常组织在声像图上也可清晰地显示，这对进行内切开术是否已达到瘢痕组织全层切开而少损伤正常组织很有帮助。

因为内切开过浅，瘢痕组织没有全层切开，术后疗效不佳。

而切得过深，容易过分损伤正常组织，导致出血和损伤周围组织。

内切开术开始前先行B超检查，经肛门插入500型超声诊断探头，检查球膜部尿道情况或超声探头置于会阴部，检查阴囊部尿道与周围关系。

对于尿道闭锁者，可经膀胱造瘘管注入200~300ml生理盐水，使膀胱颈部及近端尿道开放，便于B超观察；也可以从耻骨上膀胱造瘘口置入F18号左右探条，顺膀胱颈到后尿道，再经尿道插入尿道内切开镜到闭锁的尿道前，此时在B超声像图上可清晰显示尿道内切开镜与闭锁尿道及置于后尿道的探条位置和角度关系。

在B超引导下沿尿道轴线在尿道12点位置用条状刀片切通尿道狭窄段；再置入F3-F5号导尿管，然后行尿道放射状切开。

对瘢痕组织较多者，可换尿道电切镜，切除过多的瘢痕组织。

用冷刀内切开+尿道瘢痕电切除术的方法切除瘢痕组织，疗效优于单纯冷切开术。

但由于电切或汽化电切时强大的电流极有可能伤及正常粘膜，影响上皮组织生长爬行，造成狭窄复发。

近年来，等离子双极电切系统的广泛应用，使其成为继电切和汽化电切之后开展的一项治疗尿道狭窄的新技术。

双极汽化的基本原理是高频电流通过两个电极时激发介质（生理盐水）形成动态离子体，作用于组织表面，使有机分子中化学键氢键离子键断裂，使大分子崩解，产生汽化切割及电凝效应。

等离子电切治疗尿道狭窄有以下几大优点：电极细小，可在狭窄的尿道内活动自如，可伸入狭窄部尿道内汽化瘢痕组织；低温切割，其表面温度仅40-70℃，热损伤小，可减少因热损伤所致的瘢痕狭窄；有效的汽化切割止血可减少误切导致的假道形成；等离子体切割面整齐，不易引致感染；用生理盐水作为工作介质，可避免因糖水外渗引起的组织水肿及组织粘连；因热穿透效应低，对尿道及尿道内口、膀胱颈刺激性小。

<<尿道修复重建外科学>>

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>