

<<桥脑小脑角外科学>>

图书基本信息

书名：<<桥脑小脑角外科学>>

13位ISBN编号：9787117165846

10位ISBN编号：7117165847

出版时间：2013-3

出版时间：人民卫生出版社

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>

## <<桥脑小脑角外科学>>

### 内容概要

《桥脑小脑角外科学》全面、详细地介绍了CPA区解剖结构，对病变的病理生理、影像学特点、手术技术等进行了深入阐述，内容涵盖了CPA区肿瘤、血管疾病、占位病变、功能疾病等方面，对手术入路的选择、术前准备及术后并发症的处理都进行了详尽描述。

《桥脑小脑角外科学》图文并茂、内容丰富，信息量大，包含了当今国外诸位专家对CPA区病变诊断和治疗的深刻经验体会，是神经外科医生，尤其是有志于颅底神经外科研究临床医生的一本不可多得的好参考书。

<<桥脑小脑角外科学>>

作者简介

编者：巴姆巴克迪斯 ( Nicholas C.Bambakidis ) Cliff A.Megerian Robert F.Spetzler 译者：刘伟 杨军

<<桥脑小脑角外科学>>

书籍目录

第 部分治疗基础 第1章发展史 第2章桥脑小脑角显微外科解剖及其枕下乙状窦后入路 第3章放射学  
第4章神经病学 第 部分手术入路 第5章经桥脑小脑角入路 第6章联合手术入路 第7章桥脑小脑角的功能外科 第8章内镜 第 部分听神经瘤 第9章桥脑小脑角听神经瘤的生物学和遗传学 第10章听神经瘤的治疗选择 第11章经迷路入路及听力康复 第12章听神经瘤外科：乙状窦后和中颅窝技术 第13章并发症及脑神经修复 第14章面神经手术：修复术和移植术 第15章2型神经纤维瘤病 第 部分桥脑小脑角的非神经鞘瘤病变 第16章岩斜区肿瘤 第17章颞骨肿瘤 第18章先天残余病变和罕见的肿瘤 第19章桥脑小脑角血管病变

## &lt;&lt;桥脑小脑角外科学&gt;&gt;

## 章节摘录

版权页：插图：由于折射作用使内镜在气液交界处的观测能力大大下降，内镜的使用要么在空气相，要么在脑脊液或盐酸林格液形成的液相中。

在液相中使用内镜的前提是完全无血。

在CPA区，通常可以通过引流足够的脑脊液使内镜得以在空气相中工作。

避免内镜并发症最初，在实验室内完成内镜操作技术的快速提升是最好的方法。

这种做法可以让外科医生熟悉内镜设备和快速解决设备在手术室可能会出现的问题。

适当的技术对避免并发症是至关重要的。

在使用内镜前，必须校正镜头与显示器的图像方向一致，这一步通过观测带有文字的物体很容易实现。

术者应学会不论内镜处于何位置都能掌控摄像头图像的方向，这是非常重要的。

迷失方向是内镜操作最大的危险。

在CPA区，内镜侧壁移动对脑神经和血管结构存在实质性风险，应当无条件地避免。

通过内镜观察到的结构不会有高风险，一旦内镜顶端通过某个结构，它就离开了内镜视野，就有被损伤的潜在危险。

当内镜位于面听神经上方时，小脑幕与岩骨的夹角区域可以作为相对安全的眼镜活动区。

通常，如果内镜需要被重定向或旋转，它应该从CPA撤出到安全区域，调整方向后重新插入。

当显微器械与内镜一起使用时，术者必须注意移动内镜和器械有碰触到神经血管结构的潜在危险。

内镜和器械应当在一个平行的通道内顺序操作，内镜略微在器械之后，以保持器械始终在视野内，盲目地转动器械是很危险的。

如果器械与内镜夹角偏大，术者或助手应通过显微镜观察器械的移动。

显微镜焦距应当足够长，以方便有足够的空间操作内镜。

熟练的助手可以握持及操纵内镜使得术者得以双手操作器械。

尽管几个团队报道6,16, 19术中常规使用内镜固定臂，我们发现这种设备在术中不能对内镜提供足够的自由移动及良好控制。

内镜在CPA区的具体应用：微血管减压术治疗三叉神经痛 在治疗三叉神经痛的各种手术中，微血管减压术有着最高的成功率和最低的面瘫发生率20。

Jannetta博士21，作为微血管减压术最大宗病例报道的资深作者写过，手术者在做此手术时大脑中必须有两个概念：第一，“存在一条责任血管并且我的工作就是发现它”；第二，背根进入区（dorsal root entry zone）是变化的，有可能延伸到三叉神经更末端的区域。

文献报道此手术的即刻有效率介于82%~94%之间22, 23。

报道手术探查责任血管阴性或不确定发生率在6%~18%之间24 - 27。

Nakaji和Teo假设微血管减压术的不满意结果可能与术中对神经血管压迫的辨认不完全或减压不充分相关17, 18。

越来越多的文献表明，在微血管减压术中内镜能够提高识别血管神经压迫的能力和改善疗效。

Kabil和同事报道255例内镜控制的微血管减压术；95%的患者在3个月内症状完全缓解5。

在一组21例内镜控制的三叉神经痛微血管减压术病例中，Jarrah和他的同事发现了51处血管神经压迫7，其中27%只能通过内镜发现。

这组病例通过显微镜解除压迫后再使用内镜检查。

内镜检查表明，24%的患者需要进一步操作以获取充分减压。

85%的患者手术后全部或部分缓解，作者总结说，“尽管术中增加了内镜的使用，明显改善了手术的观察效果和对压迫的发现，但手术疗效没有改变。

” El Gareem和他的同事在一组42例内镜辅助微血管减压术病例中有同样发现11。

在所有患者中均发现血管神经压迫，84%的患者完全或部分缓解。

Teo和同事报道的一组采用内镜辅助微血管减压术114例患者，仅把动脉压迫作为病因而忽略静脉的作用18，即使静脉在三叉神经上产生压迫。

## <<桥脑小脑角外科学>>

本组病例中与显微镜比较，内镜观察神经血管压迫的效果有25010的患者只略有改善。

8%的患者通过显微镜未观察到责任血管。

内镜辅助组的所有患者中，三叉神经背根进入区和小脑之间均可观察到责任血管存在。

显微镜下减压充分的患者中有15%通过内镜观察证实为减压不充分。

平均随访29个月，99.1%患者神经痛的症状全部或部分缓解。

## <<桥脑小脑角外科学>>

### 编辑推荐

《桥脑小脑角外科学》由朱贤立、于春江教授主审，青岛市市立医院刘伟、首都医科大学神经外科学院杨军教授为主译，诸多医院专家、学者共同翻译，值此书付梓之际，我乐为作序，并将全书推荐给全国神经外科同道。

相信《桥脑小脑角外科学》对无论正在学习的神经外科医生及研究生，还是对已有多年临床经验的神经外科医师均有裨益。

<<桥脑小脑角外科学>>

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>