

<<肩关节外科学>>

图书基本信息

书名：<<肩关节外科学>>

13位ISBN编号：9787509161951

10位ISBN编号：7509161959

出版时间：2012-11

出版时间：徐卫东 人民军医出版社 (2012-11出版)

作者：徐卫东 编

页数：1328

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>

<<肩关节外科学>>

前言

译者前言肩关节是人体功能和解剖最为复杂的关节。

近些年，在众多学者的研究和大量临床实践下，肩关节外科的相关理论和治疗技术日新月异。

肩关节外科已成为目前骨科临床和运动医学外科最受关注的一个学科。

由Rockwood等大师编著的第4版《The Shoulder》出版，无疑是我们肩关节外科医师们必应嚼食的一场“盛宴”。

自19世纪80年代第1版《The Shoulder》问世至今，该书以其知识内容的系统丰富、编者的严谨笃实及其更新的与时俱进，为肩关节外科学发展和人才培养作出了不朽的贡献，并逐渐成为一部国际公认的肩关节外科领域的最专业教材，被奉为“圣经”之作。

第4版《The Shoulder》秉承了一贯的编著风格，在深入浅出论述肩关节解剖、功能、生物力学、影像学诊断及各种疾病治疗技术的同时，吸纳了当前最新理论和临床研究成果，进行了大量更新。

例如：肱骨近端骨折和肩胛骨骨折处理的新概念、盂肱关节不稳及处理的新进展、肩关节镜手术学、肩袖手术失败的评估及处理、运动员肩关节疾病、肩关节周围肿瘤及相关疾病等。

这些内容的充实，为这部经典著作焕发新春，也给我们肩关节外科医师们及时学习和掌握当前的最新理论和治疗技术提供了最为翔实的资料。

非常荣幸，在中华医学会运动医疗分会李国平、敖英芳、陈世益、刘玉杰等领导的大力支持下，在中华医学会运动医疗分会上肢学组全体同志的努力下，我能与国内二十余家医院三十多位活跃在肩关节外科临床一线的专家，在第一时间学习本书，并用一年多的时间完成了这部250多万字巨著的翻译工作。

在本书中文版即将付梓之际，我借此向给予大力支持与无私帮助的领导及同仁们表示诚挚的谢意和崇高的敬意！

如果不是大家志同道合、坚定不移、热爱这一工作，很难想象大家在繁重的临床工作之外，能够完成这一巨著的翻译。

欣喜之余，我也恳请各位同仁和读者朋友们给予理解和帮助。

由于工程浩大，参与人员众多，以及本人水平有限，文中如出现谬误或欠妥之处，还望大家批评指正。

衷心希望我们所做的微薄工作，能为中国肩关节外科事业起到一点促进作用，授益于临床一线的医师们，造福于广大的肩关节病患者。

第4版原著前言亲爱的读者：谢谢您跟我们一起共同关注肩关节。

在人体，除了肩关节外没有任何一个部位有如此复杂的解剖、巨大的功能需求，而且涉及多种临床疾患，如先天性缺陷、骨折、关节炎、不稳定、僵硬、肌腱撕裂和肿瘤。

CAR和FAM在肩关节疾病治疗方面合作了25年。

虽然San Antonio和Seattle这两所学校没有合作过，但是在很多方面我们的观点很早就一致。

无论是肩袖撕裂、不稳定，还是肩关节炎等。

甚至我们一致认为，不是所有肩袖撕裂都能修复，也不应该尝试去修复所有肩袖撕裂！

当然，有些也不尽相同，但对于这一版书中一些作者的新观点、差异较大的观点，甚至是完全不同的观点，我们仍表示了极大的尊重，不管这些作者来自美国的哪个地区，还是国外。

我们非常感谢第4版《肩关节外科学》一些新章节的作者作出的巨大贡献。

在美国和其他国家，健康和保健的花费是最昂贵的开支。

现在，我们不仅必须考虑诊断工具是否精确和治疗方法是否有效，而且还要考虑它们的使用是否适当，以及对每一位病人应用的价值。

如果我们能够免除那些对治疗无用的检查测试，避免应用不划算的治疗器械，我们将成为卫生健康资源最好的管理员。

事实上，这可能是我们最大的挑战。

当我们的知识来自于期刊中相对较少而又没有代表性的案例时，我们怎样才能在实践中把工作做到最好？

<<肩关节外科学>>

我们相信还需要很大努力才能实现Codman的理想：“每一家医院对病人进行治疗时有共同的结论，足够的时间来判定这个治疗是否成功，接着进行调查‘如果不成功，为什么不成功？’以便于以后避免类似的错误”。

本书的主编Michael A.Wirth和Steven B.Lippitt及两位新的副主编Edward V.Fehring和John W.Sperling都是著名的肩关节外科医师，在我们试图提高此书的质量而又无从下手时，得到了他们巨大的帮助。希望大家在学习肩关节知识时锐意创新，批判地对待听到的和看到的知识，在采用新的肩部疾病评估和治疗方法时持保守态度。

我们希望这本书在医师考虑对患者采取什么治疗方案最有利时提供一些帮助。

我们希望您对这本书的喜爱如同我们创作它的初衷一样。

把最美好的祝愿送给每一位从事肩关节外科的医师！

<<肩关节外科学>>

内容概要

《肩关节外科学（套装上下卷）》由近百位国际著名肩关节外科专家编写。该书系统介绍了肩的发育、盂肱关节的解剖、肩关节大体解剖学及先天性异常和解剖变异，肩关节疾病的临床和影像学评估，肩关节的生物力学，肩关节的疗效评估，肩部手术麻醉等，重点介绍了各种肩关节疾患的外科治疗详细方案和外科操作技巧，涵盖了肩关节外科最新信息、最新知识、最新手术技术，并附有大量参考资料和文献，客观公允地评价了肩关节疾患各种外科治疗方案的优缺点，介绍了笔者临床体会和宝贵经验。

《肩关节外科学（套装上下卷）》内容全面系统，观点科学严谨，治疗方案具体实用，是一本集先进性、指导性、实用性于一体的高级参考书，适合广大肩关节外科医师及相关医务人员阅读使用。

<<肩关节外科学>>

作者简介

作者：（美国）洛克伍德（Charles A. Rockwood Jr） Steven B.Lippitt Frederick A.Matsen.III Edward V.Fehringer 译者：徐卫东 Charles A.Rockwood, JR德克萨斯州大学，圣安东尼奥市健康科学中心骨科名誉教授、主席。

Steven B.Lippitt俄亥俄州东北医学院骨科教授，俄亥俄州亚克朗市全科医学中心教授。

Frederick A.Matsen.III德克萨斯州大学圣安东尼奥市健康科学中心骨科教授、主席。

Edward V.Fehringer内布拉斯加大学医学院骨外科与康复学系副教授，奥马哈，内布拉斯加州。

<<肩关节外科学>>

书籍目录

《肩关节外科学（第4版）：上卷》目录：第1章肩的发育解剖学及盂肱关节的解剖 比较解剖学 胚胎学 出生后发育 成人盂肱关节 第2章肩关节大体解剖学 解剖学发展史 骨骼及关节 肌肉 神经 血管 膜、（筋膜）室、潜在腔隙 皮肤 第3章肩部先天性异常和解剖变异 肩部的先天性解剖异常及变异 常见的肩部畸形 少见的畸形 第4章肩关节疾患的临床评估 病人的病史 体格检查 特殊试验 第5章肩关节疾患的放射学评估 盂肱关节骨折 前方不稳 肩关节前脱位伴发的肱骨头后部压缩骨折Hill—Sachs缺损 后方不稳 盂肱关节炎 盂肱关节置换术 锁骨 肩锁关节与锁骨远端 胸锁关节与锁骨内侧 肩袖 肩胛骨 钙化性肌腱炎 肱二头肌肌腱 第6章肩关节的生物力学 肩关节复合体 盂肱关节和肩胛胸关节的运动 肩关节运动 肩关节限制 肩关节生物力学 第7章肩关节的疗效评估 历史 疗效评估的发展 疗效评估的类型 疗效评估的应用 对疗效评估方法的评估 特殊的疗效评估量表 作者现在的工作 未来的发展 总结 第8章肩部手术麻醉 麻醉 肩部手术引起的神经损伤 术前麻醉的考虑 术中麻醉的考虑 术后的考虑 小结 第9章肱骨近端骨折 解剖 损伤的机制 临床评估 影像学 分型 治疗的方法 作者的治疗方法 关节置换后并发症 置换后的结果 反肩置换对于肱骨近端骨折初次和二次手术管理 肱骨近端骨折的后期并发症 第10章肩胛骨骨折 解剖 肩胛骨骨折分型 临床特征 合并损伤和并发症 影像学评估 骨折的类型和治疗方法 其他异常 作者采用的治疗方法 第11章锁骨骨折 历史回顾 解剖学 形态和功能 功能 锁骨骨折的分举 损伤机制 临床表现 影像学评估 鉴别诊断 并发症 治疗 术后处理 作者首选的治疗方法 第12章肩锁关节疾病 解剖学进展 解剖和功能 锁骨远端切除 肩锁关节运动的生物力学 肩锁关节疾病的种类评估 创伤性疾病 非创伤性疾病 第13章胸锁关节异常 外科解剖 损伤机制 胸锁关节异常的分类 胸锁关节损伤的发生率 胸锁关节损伤的症状和体征 胸锁关节损伤的影像学表现 治疗 作者倾向的治疗方法 胸锁关节损伤并发症 手术并发症 第14章肩关节化脓性关节炎的分子机制和发病学原理 历史 肩关节的感染解剖学 显微解剖学与细胞生物学 分类 骨髓炎和化脓性关节炎的发病机制 微生物黏附及关节内感染 细菌病原体 临床表现 实验室检查 并发症 治疗 预后 预防 作者倾向的治疗方式 小结 第15章儿童肩部骨折、脱位和先天性疾病 肱骨近端骨折 锁骨骨折 肩胛骨骨折 第16章盂肱关节不稳 历史回顾 相关解剖学 盂肱关节稳定机制 盂肱关节不稳定的类型 脱位 临床表现 前脱位的相关损伤 与后脱位有关的损伤 治疗 复发性脱位 评估 治疗 第17章肩袖 历史回顾 相关解剖和力学 肩袖的临床条件 肩袖缺损的发生率 临床表现 肩袖相关的临床情况 肩袖疾病中的肩关节功能与健康状态 影像学方法 鉴别诊断 治疗 《肩关节外科学（第4版）：下卷》目录：第18章肩袖手术失败的评估与处理 诊断 修复失败 持续肩峰下撞击征 关节僵硬 异位骨化 肩峰应力性骨折 三角肌功能不全 总结 第19章肩关节镜手术的并发症 早期的报道和综述 麻醉相关并发症 常见手术并发症 肩关节镜手术的特殊并发症 布比卡因诱导的软骨破坏 总结 第20章肩关节镜 基本原则 历史 解剖 体位、入路和关节镜诊断 小结 关节镜治疗肩关节不稳 病理解剖学 肩关节不稳定的诊断以及诊断性关节镜 外伤后肩关节前部不稳定的处理 肩关节后方不稳定的关节镜治疗 肩关节多向性不稳定的关节镜治疗 术后处理和恢复活动 肩关节稳定术的并发症 总结 肩袖疾病的关节镜治疗 撞击综合症的关节镜治疗 肩袖损伤的关节镜修复 肩胛下肌撕裂的关节镜治疗 肩锁关节炎和肩锁关节不稳 肩锁关节解剖 锁骨远端切除术 肩锁关节稳定术 肩关节僵硬及肩袖钙化肌腱炎的关节镜治疗 原发性粘连性肩关节囊炎 继发性粘连性关节囊炎 继发性肩关节僵硬 肌腱钙化 肩关节关节炎和关节炎前期病变的关节镜治疗 骨性关节炎 炎性滑膜炎和关节炎 肾性关节病 骨坏死 半肩置换和全肩关节置换术后肩关节镜应用 总结 肩关节镜下的肱二头肌肌腱 肱二头肌肌腱病的诊断 治疗 合并疾病诊断 结论 SLAP损伤 解剖 生物力学 分类 诊断 外科治疗 外科技术 孟唇旁囊肿 总结 投掷肩 内撞击机制 投掷肩损伤的诊断 治疗 总结 第21章肩关节镜外科的高级手术 肩关节镜手术的发展变迁 肩关节好比一座房子 关节镜入路 肩关节不同区域的病理变化 第22章盂肱关节炎及其处理 盂肱关节炎及关节成形术的生物力学 临床表现及其评价 治疗 并发症 翻修手术 第23章肩袖缺损伴有盂肱关节炎病人的高端评估和处理 倒置式肩关节成形术的历史和生物力学 肩袖撕裂关节病的分型 鉴别诊断 评估 治疗 并发症及其处理 第24章肩关节置换后感染的处理 病人评估 治疗 小结 第25章钙化性肌腱炎 历史回顾 解剖学 发病率 分类 病理 发病机制 临床表现 影像学 实验室检查 并发症 鉴别诊断 治疗 结论 第26章肱二头肌肌腱 历史回顾 解剖 二头肌肌腱的功能 肱二头肌病变分类 发病率 病因 预防 二头肌肌腱病变的临床特征 诊断检查 并发症 鉴别诊断 治疗 小结 第27章肩周围的神经问题 临床评

<<肩关节外科学>>

估 肌皮神经损伤 腋神经 副神经脊髓根 胸长神经 肩胛上神经 胸廓出口综合征 Parsonage—Turner综合征（臂丛神经病变） 臂丛神经损伤 第28章 肌肉断裂对肩胛带的影响 肌肉肌腱断裂的一般原理 胸大肌断裂 三角肌断裂 肱三头肌断裂 肱二头肌断裂 前锯肌断裂 喙肱肌断裂 肩胛下肌断裂 胸小肌断裂 冈上肌断裂 冈下肌断裂 大圆肌断裂 结论 第29章 肩关节僵硬 定义 分类 肩关节的正常活动范围及病理机制 病理生理学 诊断标准 流行病学 易感因素 临床评估 自然病程 治疗 作者们推荐的治疗 总结 第30章 运动员肩关节损伤 肩关节运动的生物力学 无症状投掷肩的适应性 投掷肩状况 运动肩的诊断 治疗 冲击性损伤 神经血管损伤 结论 第31章 职业性的肩关节疾病 职业性肩关节损伤 退变性关节疾病 预防 治疗的结果 上肢疾病和损害的评估 第32章 肿瘤和相关疾病 历史回顾 解剖学 肿瘤分期 肿瘤发生率 临床特点 放射学和实验室检查 肿瘤的并发症 鉴别诊断 外科治疗 作者经常采用的治疗方法 第33章 截肢与假肢 截肢的类型 发病因素 特定方法 假肢康复 第34章 肩关节外科中出现的新技术：发展趋势和未来方向 促进肩袖损伤修复的生物制品 计算机导航及微创肩关节置换 肩关节置换中关节盂骨缺损的处理 其他关节面的选择 结论

<<肩关节外科学>>

章节摘录

版权页：插图：胸大肌由三部分组成（图2—45）。

上部分起自锁骨的内侧1/2到2/3部分，止于肱二头肌腱间沟的外侧唇，此处胸大肌肌纤维呈平行状分布。

胸大肌中间部起自胸骨柄及胸骨体上2/3和第2~4肋，它直接止于锁骨部分胸大肌的后方，肌纤维呈平行状分布。

胸大肌下部起自胸骨体远端1/3及第5~6肋和外斜肌筋膜，与上两部有共同的止点，但是肌纤维旋转180°，以至于下部纤维可以止于肱骨上。

Landry指出当软骨滑车上肌变异存在，旋转的止点部分将不存在。

在锁骨部的胸大肌与其他两部分胸大肌常存在一条分界线。

肌肉的浅表面是乳腺和皮下脂肪，下界线是腋皱襞，上外侧界线是前面提到的三角肌胸大肌肌间沟。深面是附着在肋骨表面、被锁胸筋膜包裹的胸小肌上面。

胸大肌的活动依赖于其起点，例如，胸大肌锁骨部分与三角肌前部参与一定程度的肩关节屈曲活动，同时胸大肌下部分肌肉起拮抗作用。

这些作用在冠状面活动时就都消失了。

该肌肉在肩关节抵抗阻力内旋和肩关节从前屈位后伸到达中立位的过程中起作用。

这组肌肉是盂肱关节强有力的内收肌，也起间接地向下限定的肩胛骨的外侧角功能。

缺失胸大肌胸肋部分会显著地影响内旋和肩胛骨下移，并丧失一些内收功能。

这种缺失只明显影响运动员的运动能力，但对日常活动的人群影响不显著。

胸大肌锁骨部分主要在向前屈曲和水平内收活动中起作用。

缺失胸大肌大部分功能似乎都能很好地适应。

肌肉的神经支配有两处来源。

胸外侧神经（C5、C6、C7）或许只有C5~C6神经纤维支配胸大肌的锁骨部分，由胸外侧神经和胸内侧神经形成神经襻及自C7神经纤维分支穿过或绕过胸小肌分布到胸骨上部分的胸大肌。

胸中间神经携有C8到T1神经纤维分支，继续穿过胸小肌到胸大肌的剩余部分。

Klepps及其同事发现胸神经支配胸大肌较居中的部分，离肱骨止点较远。

在外科手术解剖中，只要在胸小肌外侧和距胸大肌肱骨止点8.5cm以内区域没有神经，手术是安全的。

主要血供有两个来源，胸肩峰动脉三角肌支供应锁骨部分，胸动脉供应肌肉的胸肋部。

此外，提供血供的还有乳内动脉，第4或第5肋间动脉和其他胸外侧动脉穿支血管。

供应第4肋骨区域的血管有一另外深部的分支，来自于锁骨中线第4肋。

侧面的静脉回流通过两个通路回流到腋静脉和居中的乳内静脉系统。

Bing在1902年的文献回顾中，报道胸大肌部分缺失或完全缺失是最常见的肌肉缺陷，在所有病例报道中这类缺失占了28%。

<<肩关节外科学>>

编辑推荐

《肩关节外科学(第4版)(套装共2册)》内容全面系统,观点科学严谨,治疗方案具体实用,是一本集先进性、指导性、实用性于一体的高级参考书,适合广大肩关节外科医师及相关医务人员阅读使用。

<<肩关节外科学>>

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>