

<< 《现代骨科手术学》（全三册） >>

图书基本信息

书名：<< 《现代骨科手术学》（全三册） >>

13位ISBN编号：9787510041570

10位ISBN编号：7510041570

出版时间：2012-5

出版时间：世界图书出版公司

作者：赵定麟 编

页数：全三册

字数：6300000

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>

<<《现代骨科手术学》（全三册）>>

内容概要

本书由仍在临床一线工作的著名骨科专家赵定麟教授主编，并有百余位学者合作参与。全书分成三个分册共八卷，诸卷依次为《骨科手术学总论》、《四肢骨与关节损伤》、《脊柱与骨盆损伤》、《退变性疾患》、《骨科范围肿瘤》、《先天性畸形》、《炎症及特症》及《骨科其他伤患》。

本书系统阐述了骨科手术治疗学的基础理论、基本技术和骨科各种伤、病的手术方法，既有传统经典手术，又有当今国内外新术式、新观念及新技术。

针对目前骨科手术方法和器械的飞速发展，该书对各种手术均按适应证、禁忌证、术前准备、麻醉与体位、手术步骤、术中注意要点、术后处理和并发症防治等予以详加阐述，并配以精细的彩色手术图谱。

在客观阐述的同时，并与各种疗法对比，使读者能根据病人具体情况加以选择。

因本书作者仍在临床一线亲自施术及处理各种疑难病例，而突显本书的实用性和创新性，并在不断实践经验总结中使全书内容更加丰富、新颖。

同时结合当前国内外最新进展加以补充，从而全面地反映了骨科手术学的最新水平，具有较高的学术价值。

全书除采用彩色线条制图、施术前后照片，用不同色彩分别显示正文相关内容外，并将争取通过网络提供内容的更新、电子演示图库及参考引文摘要等。

由于本书从内容到形式和技术上全面革新，使其既能满足骨科初、中级医生临床常规手术的需求，又为高级骨科医生临床与教学工作提供相应的参考资料，并可作为医学院校学生、研究生以及相关学科（神经外科、康复医学、中医伤骨科及运动医学）工作者的案边必备的参考书。

<< 《现代骨科手术学》（全三册） >>

作者简介

赵定麟 原长征医院骨科主任、教授及博士生导师，现任同济大学附属东方医院骨科首席教授、主任医师、博士生导师，国务院特殊津贴和有突出贡献专家，中央保健专家组成员。任国际矫形、创伤外科学会（SICOT）及世界矫形外科教育学会（WOC）中国分会主席20年，首例颈椎根治性减压术的原创者及中国脊柱外科奠基人之一，世界矫形外科通讯学会中国负责人，上海市医学领先专业——脊柱外科首席学术带头人，原全军骨科学会副主任委员及主任委员（连任十五年）。

作者团队：作者在学术界具有较高的知名度，组织该领域的骨科专家，如长征医院、上海市第九人民医院、同济大学附属东方医院、上海市第六人民医院、仁济医院、首都医科大学附属中国康复研究中心、西安西京骨科医院、南京军区总医院、广州军区总医院等知名专家。

<< 《现代骨科手术学》 (全三册) >>

书籍目录

第一卷 骨科手术总论

第一篇 骨科手术学基础篇

第一章 骨科学发展史

第一节 世界骨科发展史

- 一、 西医骨科的渊源
- 二、 近代外科学与骨科学的里程碑
- 三、 两次世界大战对骨科的推动
- 四、 现代骨科学的发展

第二节 20世纪前的我国骨科发展史

- 一、 远古及奴隶社会时期的骨科概况
- 二、 明前封建社会时期骨科的进展
- 三、 明清时代骨科辨证论治得以发展

第三节 20世纪后骨科的发展史

- 一、 新中国成立前
- 二、 新中国成立后

第四节 骨科发展前景展望

- 一、 前言
- 二、 创伤骨科
- 三、 其他方面

第二章 骨科手术室要求

第一节 一般手术室的布局

- 一、 手术室布局的基本概况
- 二、 手术室内部分布

第二节 净化手术室的基本设施

- 一、 基本要求
- 二、 全空气系统
- 三、 温湿度要

.....

第二卷 四肢骨与关节损伤

第三卷 脊柱与骨盆损伤

第四卷 退变性疾患

第五卷 骨科范围肿瘤

第六卷 先天性畸形

第七卷 炎症及特症

第八卷 骨科其他伤患

章节摘录

版权页：插图：应用21点检查法系统地检查整个关节，术中可进行电视录像作为患者的教育和临床分析。

注意软骨和韧带损伤以及相当大的松弛体。

清除不稳定的软骨瓣，用抓取钳（grasper）取出游离的软骨一骨的骨折碎片。

用关节镜评价关节内韧带的完整性和韧带联合的稳定性，常规切除韧带撕裂伤。

完成关节灌洗和清创后进行骨折复位，在直接观察下经皮手法处理骨折碎片，如有必要可使用透视观察。

（四）具体操作步骤 1.关节表面损伤 在急性踝关节创伤的情况下，内侧和外侧距骨穹顶的关节面损伤不常见。

在骨折固定前，用探针评估损伤程度和稳定性。

术者选择性切除不含骨的或有明显退行性变的软骨碎片。

可以使用环状刮匙清创和使病损基底部光滑（图2—3—3—2—15、16）。

软骨边缘要垂直切除至关节表面，因为对外周透明表层进行浅表或切线状清创会导致其下层软骨坏死。

避免斜削表层也有助于血凝块滞留在缺损处，随后可以化生为关节纤维软骨表面。

如果软骨下板保持完整，则对软骨骨折床进行轻轻地磨削、钻孔或微骨折处理。

应间隔3~5mm钻孔，深度约10mm，以使纤维软骨愈合过程中血管可以进入。

如果有足够的骨和软骨碎片保留，则可对游离或部分脱离的骨软骨骨折进行复位和固定。

虽然可以使用克氏针和螺钉，但生物可吸收棒更适合用于固定。

2.关节镜下复位的固定 只有对关节进行过全面检查，并对关节面和韧带病变进行定位后才能进行骨折固定。

首先从前外人口插入探针同时观察前内部分以协助辨认骨折线，如有必要，可以用起子松动碎片。

将关节镜转换至前外入口以提供对骨折外形和排列的多角度观察，也建议经后外人口观察，在用关节镜延伸观察关节内情况时使用手法或复位钳进行骨折碎片复位。

作为选择，可以用经皮克氏针或带线的导向针使骨折碎片串起然后进行处理。

用关节镜验证复位后，插入空心螺钉并再次用关节镜或X光透视验证关节结构协调。

有时使用微向量导向钻有助于克氏针的插入。

在某些病例，对踝关节的不同部分可以同时应用关节镜和切开手术方法。

加快关节镜手术对于减少液体外渗和缩短止血带时间都很重要。

如果骨折不适合关节镜的技术，则进行传统的切开复位和内固定。

在腓骨钢板接骨过程中可适当将外侧入口与皮肤切口合并，然后用关节镜验证关节骨折碎片的解剖复位。

冲洗关节并采用皮肤缝合关闭入口。

术后对于无合并症的踝关节骨折常规需要用夹板或石膏管型制动两周，随后使用可拆卸夹板固定两周并建议进行主动辅助活动训练。

术后最初4周不允许负重，一个月后开始在使用短腿管型或支架情况下的逐渐增加负重，直到骨折愈合满意。

复杂的顶部损伤和距骨骨折在负重前可能需要近3个月的制动以保证骨折稳定。

<< 《现代骨科手术学》（全三册） >>

编辑推荐

《现代骨科手术学(套装共3册)》是骨科泰斗之一赵定麟医生的一部辉煌骨科巨著，由国内著名专家编撰的权威经典。

鲜明的特点：首先，作者以丰富的临床手术经验为基础，非常详细地叙述了各种手术的细节，包括各种小诀窍和注意事项。

其次，作者以对疾病与手术的宏观掌控力，正确地把握了手术指征、术前后处理和并发症防治原则。

最后，书中对不同手术作出了客观公允的评价和临床应用结果分析，特别是当一种疾病具有不同手术方法时，做出了科学的比较和个体化选择。

这三大特点，体现了《现代骨科手术学(套装共3册)》极高的学术水平和编写水平，反映了《现代骨科手术学(套装共3册)》的核心价值。

<< 《现代骨科手术学》（全三册） >>

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>