

<<骨盆创伤学>>

图书基本信息

书名：<<骨盆创伤学>>

13位ISBN编号：9787533153397

10位ISBN编号：7533153391

出版时间：2009-1

出版时间：山东科学技术出版社

作者：周东生

页数：583

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>

## <<骨盆创伤学>>

### 内容概要

《骨盆创伤学》是在总结十余年的临床治疗经验的基础上撰写而成的。它不仅详尽地阐述了临床上从诊断到治疗中各类手术的原则、选择、进程、注意事项等要点，更重要的是从源头上论述了这些治疗进展的基础理论依据，使读者知其然，并知其所以然。从而在临床工作中，可以力求做到逻辑推理、科学抉择，而非简单地模仿照搬，一味重复。在本书的表达上，作者除了利用丰富的模式图、x线片等形象资料外，尚制作了大量的骨折模型，立体地显现出骨盆创伤的特点和固定机制，大大增加了读者的理解程度。

## &lt;&lt;骨盆创伤学&gt;&gt;

## 作者简介

周东生，男，1956年生于山东省日照市。

山东大学教授、博士生导师、主任医师，山东省立医院骨科主任、创伤骨科主任、急诊外科主任，山东省医学会骨科学分会主任委员、中华医学会骨科学分会委员、中华医学会骨科学分会创伤学组委员、中华医学会创伤学分会骨与关节学组委员、中国骨科医师协会常委、中国残疾人康复协会脊髓损伤专业委员会委员、《中华创伤骨科杂志》常务编委、《中华骨科杂志》编委、《中国矫形外科杂志》常务编委、《临床骨科杂志》编委、《Journal of Bioactive and Compatible Polymers》编委、《Biomedical Materials》编委。

1978年毕业于青岛医学院，分配至山东省立医院骨外科工作至今。

曾赴德国柏林Charite Campus Benjamin

Franklin Medical Center以及美国纽约大学(NYU Hospital for Joint Diseases)等进修学习。

周东生教授从事骨科专科专业30余年，1992年在山东省内首先创立了创伤骨科专业。

20世纪80年代在国内较早应用并推广AO原则及技术、带锁髓内钉技术以及椎弓根钉技术，率先应用Dick钉、AF、RF以及椎前路钢板技术治疗脊柱骨折。

自20世纪90年代初开始开展复杂骨盆髌臼骨折的手术治疗，在骨盆骨折急救和开放性骨盆骨折治疗方面总结了大量的经验。

近年来将计算机导航技术引入骨科手术中，在国内较早开展了导航下脊柱、四肢骨折特别是上颈椎骨折的手术治疗，使手术更加安全、有效、微创。

近年来在国内外核心期刊杂志上发表论文80余篇，其中被SCI收录5篇。

完成国家、省、市级科研课题10余项，获科技成果奖10余项，获国家专利5项。

已培养硕士研究生30余名，博士研究生10余名。

主编《实用骨科导航技术》、《骨盆创伤学》、《脊柱外科手术及并发症学》、《四肢损伤与畸形的修复重建学》、《实用地震伤治疗指南》、《实用外科诊疗常规》、《外科及药物治疗学》等著作。

## &lt;&lt;骨盆创伤学&gt;&gt;

## 书籍目录

- 第一章 骨盆骨折概述
- 第二章 盆部解剖
  - 第一节 骨盆
  - 第二节 盆部的血管
  - 第三节 盆部的神经
- 第三章 骨盆的生物力学
  - 第一节 骨盆解剖结构特点
  - 第二节 骨盆的应力分析
  - 第三节 骨盆生理性不稳定
  - 第四节 骨盆受伤的力学形式
  - 第五节 骨盆的稳定性
  - 第六节 不稳定骨盆骨折内固定的生物力学
- 第四章 骨盆骨折的分型
  - 第一节 概述
  - 第二节 骨盆损伤的稳定性
  - 第三节 骨盆损伤的部位分类
  - 第四节 骨盆骨折简单分类法
  - 第五节 骨盆骨折Young-Burgess分类
  - 第六节 骨盆骨折Tile分类
  - 第七节 骨盆骨折AO分类
  - 第八节 分类方法与软组织损伤的临床相关性
- 第五章 骨盆骨折的影像学评估
  - 第一节 骨盆骨折的X线评估
  - 第二节 骨盆骨折的CT评估
  - 第三节 各类骨盆骨折的X线及CT表现
  - 第四节 其他影像学检查
- 第六章 骨盆骨折的急救
  - 第一节 院前急救
  - 第二节 院内急救与初期评估及处理
  - 第三节 院内二期评估与处理
  - 第四节 急性大出血的控制与处理
- 第七章 骨盆骨折的治疗
  - 第一节 骨盆骨折的治疗原则
  - 第二节 骨盆骨折的非手术治疗
  - 第三节 骨盆骨折的手术治疗
  - 第四节 骨盆前环骨折和损伤
  - 第五节 骨盆后环骨折的内固定
  - 第六节 骨盆前后环联合损伤的手术治疗
  - 第七节 陈旧性骨盆骨折的治疗
- 第八章 骶骨骨折
  - 第一节 概述
  - 第二节 骶骨骨折的诊断
  - 第三节 骶骨骨折的非手术治疗
  - 第四节 骶骨骨折的手术治疗
- 第九章 开放性骨盆骨折

## &lt;&lt;骨盆创伤学&gt;&gt;

- 第一节 概述
- 第二节 开放性骨盆骨折的分类
- 第三节 开放性骨盆骨折的临床急救
- 第四节 各型开放性骨盆骨折的处理
- 第五节 骨折的处理
- 第六节 术后处理原则
- 第七节 治疗结果
- 第十章 儿童与老年骨盆骨折
  - 第一节 儿童骨盆骨折
  - 第二节 老年骨盆及髌臼骨折
- 第十一章 骨盆骨折外固定
  - 第一节 临床应用解剖
  - 第二节 骨盆外固定的适应证
  - 第三节 骨盆外固定架的类型
  - 第四节 骨盆外固定架的临床应用
  - 第五节 骨盆钳技术
- 第十二章 骨盆骨折并发症
  - 第一节 早期死亡
  - 第二节 感染
  - 第三节 神经损伤
  - 第四节 血管损伤
  - 第五节 深静脉血栓形成
  - 第六节 内固定失败
  - 第七节 髌髌关节复位不良
  - 第八节 骨盆骨折畸形愈合
  - 第九节 骨不连
- 第十三章 髌臼骨折概述
- 第十四章 髌部解剖
  - 第一节 髌骨解剖
  - 第二节 髌外侧面的局部解剖
  - 第三节 髌前区的局部解剖
- 第十五章 髌臼的生物力学
  - 第一节 髌臼骨折的创伤力学
  - 第二节 髌臼骨折的生物力学
  - 第三节 髌臼骨折内固定的生物力学
  - 第四节 髌关节的运动学
  - 第五节 髌关节的静态力学
  - 第六节 髌关节的动态力学
- 第十六章 髌臼骨折的分型
  - 第一节 Judet-Letournel分型
  - 第二节 AO分型
- 第十七章 髌臼骨折的影像学评估
  - 第一节 髌臼骨折的x线评估
  - 第二节 髌臼骨折的CT评估
  - 第三节 各类髌臼骨折的x线和CT表现
  - 第四节 其他影像学检查
- 第十八章 髌臼骨折治疗总论

## &lt;&lt;骨盆创伤学&gt;&gt;

- 第一节 髌臼骨折的临床评估
  - 第二节 髌臼骨折的非手术治疗
  - 第三节 髌臼骨折的手术治疗
  - 第四节 髌臼骨折的手术入路
  - 第五节 髌臼骨折的复位和固定技术
  - 第十九章 各型髌臼骨折的手术治疗
    - 第一节 后壁骨折(A1型骨折)
    - 第二节 后柱骨折(A2型骨折)
    - 第三节 前柱和/或前壁骨折(A3型骨折)
    - 第四节 横行加后壁骨折(B1型骨折)
    - 第五节 T形骨折(B2型骨折)
    - 第六节 前柱伴后半横行骨折(B3型骨折)
    - 第七节 双柱骨折(C型骨折)
    - 第八节 陈旧性髌臼骨折
    - 第九节 髌臼骨折合并骨盆骨折
    - 第十节 髌臼骨折合并股骨头骨折
  - 第二十章 髌臼骨折并发症
    - 第一节 死亡
    - 第二节 静脉血栓
    - 第三节 急性感染
    - 第四节 神经损伤
    - 第五节 血管损伤
    - 第六节 复位不良和内固定失败
    - 第七节 内固定物刺入关节
    - 第八节 异位骨化
    - 第九节 骨缺血性坏死
    - 第十节 骨不连
    - 第十一节 创伤性关节炎
    - 第十二节 关节软骨坏死
    - 第十三节 慢性(迟发)感染
  - 第二十一章 骨盆及髌臼骨折的计算机导航治疗
    - 第一节 计算机辅助技术概述
    - 第二节 外科导航系统的工作原理
    - 第三节 骨盆前环及髌臼损伤中导航技术的应用解剖学研究
    - 第四节 导航辅助下耻骨联合分离、耻骨骨折、前后柱骨折的内固定术
    - 第五节 骨盆后环损伤中导航技术的应用解剖学研究
    - 第六节 导航辅助下骶髂螺钉的临床应用
  - 第二十二章 骨盆髌臼骨折的康复
    - 第一节 骨盆及髌部功能评价
    - 第二节 骨盆髌臼骨折的康复技术
    - 第三节 骨盆骨折与髌臼骨折并发症的康复与预防
- 参考文献

## &lt;&lt;骨盆创伤学&gt;&gt;

## 章节摘录

SSD是骨骼系统最常用的三维技术。

SSD是指按照预先选定的CT阈值来取得成像容积内的二维图像，由计算机将CT阈值以上的连续性像素构成单一的三维结构模型，产生一个标记的成像源以显示用灰度阶记码的表面显示图像。

三维图像立体模拟髌臼骨折的病理状态，可以任意角度和轴向旋转，任意模拟切取，暴露骨折最佳视角及不易显示的深部骨折。

SSD是将CT值高于确定阈值的所有像素组成的一个表面模型，经过薄层重建的轴面图像为基础，确定兴趣区的合适阈值—即拟成像组织的CT值界限，将二维图像进行三维合成。

SSD需要设置一个阈值，所有在此阈值范围内的CT数据被保留下来进行重建，其余的数据全部舍弃，从而有效地降低了计算量，提高了重建速度，但损失了大部分信息，主要用以重建目标物体表面轮廓。

具体说，凡高于该阈值的像素均作为等密度处理，舍弃低于此阈值的所有像素，通过计算机将阈值以上的连贯像素塑成三维结构模型。

SSD的CT阈值选择条件为尽可能显示骨折而又不出现明显的假孔，在90~300Hu或更高。

如阈值选择过高，可造成部分假阳性，骨壁较薄的骨质出现“假孔”，失去骨折原有的解剖形态，骨密度略低部位或骨质较薄处会被漏掉，形成假孔或不规则裂隙；而阈值过低可造成假阴性，掩盖骨折，会将骨边缘的其他组织也包括在成像范围内，使三维图像边缘模糊。

因此骨性结构阈值的合理选择极为重要，一般认为阈值的上界以200~230Hu为宜，也要根据骨密度的具体情况适当调整。

SSD技术产生的图像具有很强的空间感，它的不足在于对细节的显示欠缺。

SSD为表面成像技术，可以损失部分信息，根据阈值表现为全或无的概念，阈值以上全部表现为白色，而阈值以下表现为黑色。

再者，扫描层厚大于骨折间距离，由于容积效应使本来移位不显著的骨折更容易遗漏。

因此，单独SSD不足以完整地显示髌臼骨折全貌。

图像编辑的常用方法有两种：整体切割法与分层切割法。

所观察的骨组织与邻近组织密度差别大，股骨头与髌臼骨组织分界清晰，能将整个股骨头与髌臼自动分离，则用整体切割法显示；如果所观察的骨结构与邻近组织密度差别小，股骨头与髌臼之间界限不清（如髌臼骨折使股骨头与髌骨间无确切分界）则用分层切割法。

分别显示髌臼为佳，以避免对侧重叠影的干扰，将髌臼内旋45°~60°和足端抬高300°~450°有利于观察整个髌臼形态。

三维图像的编辑过程适当选择平滑等级，可以使图像清晰、柔和，但选择不当则使图像失真，影响诊断结果，应将整体效果与细微结构有机的结合，原则采用统一平滑等级，这样才有统一的比较标准。

为了使三维图像更真实，可对不同的骨结构以彩色显示使三维影像立体感更强。

同一部位的不同组织如皮肤、肌肉和骨骼可根据需要分别成像、着色，单一或融合显示，应用透明技术将立体的、不同颜色表示的不同结构显示在同一幅图像。

SSD图像的质量首先取决于扫描参数及重建参数的设定：选择合适的准直宽度和螺距，宽度越窄，分辨力越高，形成的三维图像越清晰、平滑，但限制了扫描范围且增加了X射线照射量；三维图像质量主要取决于轴面图像的空间分辨率，而对密度分辨率要求不高，因此可适当降低mA，来得到较大容积的覆盖；加大准直宽度，可扩大扫描范围，但降低了空间分辨力。

一般情况，螺距以1.0为好，但如扫描区大，则可适当增加螺距，这样既得到理想的有效层厚，又保证了纵向分辨力。

髌关节的扫描准直宽度一般为2.5-4mm，螺距为1.0，重建间隔1-2mm。

由于SSD仅显示骨折表面的形态，并且对于小的、未移位的骨折观察易漏诊，不能精确显示未移位骨折，关节内骨折显示较模糊，无法显示软组织的损伤。

因选择的层厚是3mm，有可能漏掉





<<骨盆创伤学>>

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>