

<<创伤骨科手术学>>

图书基本信息

书名：<<创伤骨科手术学>>

13位ISBN编号：9787533160227

10位ISBN编号：7533160223

出版时间：2013-1

出版时间：山东科学技术出版社

作者：（美）斯坦纳德，（美）施密特，（美）克莱格 著，裴国献，李旭，夏志敏 译

页数：936

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>

<<创伤骨科手术学>>

前言

创伤骨科作为复杂且发展迅猛的学科，无论在手术技术还是内固定器材方面都有着非常丰富的发展历程。

为了成功地处理骨科创伤，我们通常须要综合各方面的信息；对于某种特定的损伤而言，对其诊断、分型以及多种治疗方案的选择等等都需要进行认真的思考，并且在作出相关的临床决策时往往都比较仓促，因为很多损伤都是危及肢体或生命的。

甚至对于少数严重的创伤而言，初期处理不当还会影响后期重建方案的选择。

面对复杂的骨折或多发性损伤，迅速作出正确的决策是非常重要的。

为了做到这一点，对于工作中需要处理这些创伤患者的骨科住院医师、进修医师或实习医师来讲，如果有一本书能涵括所有必须掌握的内容，无疑是非常理想的。

当我们刚考虑编写一本全新的骨科创伤方面的书籍时，就意识到这必将是一项艰巨的任务，而市面上也已经有几本这样的书籍了，并且质量似乎还很不错。

然而，我们认真翻阅了这些书籍后发现，其漏掉的很多内容对正在进行术前病例准备的骨外科医生是很有帮助的。

于是，我们决定着手编写一本“理想”的创伤骨科书籍。

.....

<<创伤骨科手术学>>

内容概要

本书详细介绍了各种骨科创伤的临床诊断、治疗与康复技术，目前创伤骨科诊疗领域中的最新信息和研究成果，以及最先进的外科技术，如锁定接骨板、微创骨折固定、髓内钉、新型半髌置换等技术，并配以1400余幅插图；书后光盘展示了105个相关手术视频，总容量近30G。

<<创伤骨科手术学>>

作者简介

作者：（美国）斯坦纳德（James P. Stannard）（美国）施密特（Andrew H. Schmidt）（美国）克莱格（Philip J. Kregor）译者：裴国献 李旭 夏志敏

<<创伤骨科手术学>>

书籍目录

- 第一章 软组织的处理与保护
 - 第二章 骨创伤相关的肌肉骨骼系统感染
 - 第三章 急性筋膜间室综合征
 - 第四章 接骨板固定理念的演变
 - 第五章 骨折不愈合和畸形愈合的治疗对策
 - 第六章 颅颈结合部损伤
 - 第七章 下颈椎损伤
 - 第八章 胸椎骨折
 - 第九章 胸腰段和腰椎损伤
 - 第十章 肩胛带损伤
 - 第十一章 肱骨近端骨折和肩关节脱位
 - 第十二章 肱骨干骨折
 - 第十三章 肱骨远端骨折
 - 第十四章 肘关节损伤
 - 第十五章 前臂骨折
 - 第十六章 桡骨远端骨折
 - 第十七章 腕部骨折与脱位
 - 第十八章 手部骨折与脱位
 - 第十九章 骨盆环损伤
 - 第二十章 髌臼骨折
 - 第二十一章 髌关节脱位与股骨头骨折
 - 第二十二章 股骨颈骨折
 - 第二十三章 股骨转子间骨折
 - 第二十四章 股骨转子下骨折
 - 第二十五章 股骨干骨折
 - 第二十六章 股骨远端骨折
 - 第二十七章 髌骨骨折与伸膝装置损伤
 - 第二十八章 膝关节脱位与韧带损伤
 - 第二十九章 胫骨平台骨折
 - 第三十章 胫骨干骨折
 - 第三十一章 胫骨远端骨折
 - 第三十二章 踝关节骨折
 - 第三十三章 足部骨折
 - 第三十四章 多发性创伤
- 索引

<<创伤骨科手术学>>

章节摘录

版权页：插图：如齿突骨折手术中使用者，有助于获得良好的上颈椎暴露。

McMee等报道的右侧食管后人路亦能用于体型较大的患者。

前路C2—3椎间融合术的技术要点主要在于：暴露完全，避免枢椎相对C3椎体前移位，椎体腹侧放置接骨板。

如置于Hangman骨折，前方接骨板主要做支持接骨板用。

为避免继发的复位丢失，颈前接骨板应选低切迹锁定螺钉。

术后气道管理对上颈椎固定手术患者十分重要。

过早拔管可导致气道阻塞，进而需要紧急再插管。

术后拔管前，常规进行气道肿胀程度评估及相应延迟拔管时间，直至气道水肿消失，均有助于降低并发症的发生。

术后早期患者暂时性咽反射消失应重点考虑，作为降低误吸发生率的重要手段。

术后外固定类型的选择和固定时间的确定各不相同，需要考虑多种因素。

手术稳定后，患者应一般固定在直立位。

稳定内固定治疗的患者，坚强支具，如Miami和Philadelphia围领通常均能提供足够的术后外固定支持。少数情况下，Halo固定仍是不错的辅助固定形式，面部骨折、多节段骨折、骨质疏松或内固定固定不确切的患者尤其如此。

外固定仅需要固定至术后2~3个月。

去除外固定时，无论何种手术方式，均应给予屈曲后伸位、张口齿突正位片以明确骨折稳定性。

需要明确颅颈区稳定性时，可行牵引位摄片。

新技术内固定器械的主要进步是万向螺钉的应用，它使新的寰枢固定技术成为可能。

这些技术为治疗寰枢不稳提供了多元化的选择，跨越了实现C1—C2坚强固定的技术上和解剖结构上的障碍。

通过C1侧块螺钉并C2螺钉，无论使用椎弓根，峡部或椎板螺钉均可实现C1—C2固定；在大多数情况下，被证明其生物力学固定强度等同于牢固的但更不适用的经关节螺钉固定技术。

术中影像导航系统的不断发展，也使得在解剖结构复杂多变的颅颈区植入内固定的安全性得到提高，由于毗邻重要的神经血管和脏器结构，允许内固定器械偏差的空间极度狭小。

当前应用的三种主要影像导航系统如下：1.三维CT或透视下可视导航系统需要特殊的设备，并且要求将影像与固定相关解剖结构知识相融合。

由于这些导航系统可提供术中实时的影像图以观察拟行螺钉钉道的位置，同时还可测量并选择合适长度、直径的螺钉。

不足之处在于价格昂贵、手术时间延长和系统成像的记录误差，可能导致术中影像图与实际解剖差异。

2.三维透视可通过透视影像的整合提供轴位、冠状位和矢状位的图像重建。

其主要缺陷是由于三维（3—D）成像的好坏完全依赖于用于重建的透视片的质量，对于透视可见度差的区域，其重建难度高，成像分辨率低，因此实用性最差。

此外，3—D透视只能验证螺钉的位置，而无法如前述成像系统一样，正确引导螺钉钉道的建立。

<<创伤骨科手术学>>

编辑推荐

《创伤骨科手术学》配以1400余幅插图；书后光盘展示了105个相关手术视频，总容量近30G。

<<创伤骨科手术学>>

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>