

<<王忠诚神经外科学>>

图书基本信息

书名：<<王忠诚神经外科学>>

13位ISBN编号：9787535232113

10位ISBN编号：7535232116

出版时间：2005-3

出版时间：湖北科技

作者：王忠诚

页数：1124

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>

<<王忠诚神经外科学>>

内容概要

本书比较全面、系统地介绍了当今神经外科领域中有关颅脑、脊柱脊髓、交感神经和周围神经系统各种疾患的诊断与治疗技术。

全书共分9篇50章，约200余万字，图文并茂，内容翔实。

既介绍了行之有效的传统的神经外科诊疗技术，亦反映了近年来先进的神经影像学诊断技术、显微神经外科技术、立体定向放射外科技术、介入放射治疗技术。

对颅脑外伤、颅内各部位肿瘤、动脉瘤、颅内血管畸形、颅内感染性疾病、颅脑先天性畸形以及脊柱脊髓疾患等诊断与治疗，均作了详尽的介绍，尤其介绍了我国在国际上处于领先地位的某些领域，如脑干肿瘤及脊髓髓内肿瘤的显微手术治疗。

本书反映了当前国际神经外科诊疗的发展水平，有助于神经外科医生诊疗技术的提高，是各级神经外科医生和相关科医生的学习教材和工具书。

<<王忠诚神经外科学>>

作者简介

王忠诚，中国工程院院士王忠诚，1925年出生于山东烟台，1950年6月毕业于北京医学院(现北京大学医学部)，是我国神经外科事业的开拓者之一。

50余年来，王忠诚院士在神经外科诊断、治疗、科研、教学、预防各个方面都进行了系统研究，取得了突出成就，在中枢神经系统肿瘤、脑血管疾病、颅脑外伤等方面的研究均有独到之处和重大贡献。

他率先开展脑血管造影，于1965年撰写出版了《脑血管造影术》，填补了我国这一领域的空白。

70年代末，他开展我国显微神经外科，使神经外科手术跃上一个新台阶。

他是世界上脑血管畸形手术经验最丰富的专家，并成功地实施了上千例颅内动脉瘤手术。

他率先开展了对神经外科“禁区”脑干肿瘤和脊髓髓内肿瘤的临床与基础研究，目前已完成了600余例脑干肿瘤、500余例脊髓内肿瘤的显微手术治疗，数量、质量居世界前列，在神经外科领域为中国赢得了荣誉，成为国际上著名的神经外科专家。

迄今，他做神经外科手术逾万例，发表学术论文290余篇，出版专著20余部。

他主持完成国家攻关课题7项；获国家级奖励8次。

他组建了中华医学会神经外科学分会和中国医师协会神经外科医师分会，创办了《中华神经外科杂志》，筹建了北京天坛医院和北京神经外科学院，发展壮大北京市神经外科研究所。

王忠诚院士现任中华医学会常务理事，中国医学科学院神经科学研究所所长，中国医学科学院北京天坛医院名誉院长，北京神经外科学院院长，世界华人神经外科协会主席。

世界卫生组织(WHO)神经科专家咨询团委员，国际脑研究协会会员，美国、日本神经外科学会名誉会员。

由于他所取得的杰出成就，1988年12月，北京市人民政府授予他“有突出贡献的专家”光荣称号。

1997年获何梁何利科学基金成就奖。

2001年在悉尼召开的第十二届世界神经外科联合会上被授予“世界神经外科最高荣誉奖”。

<<王忠诚神经外科学>>

书籍目录

神经外科基础篇 1.神经系统解剖生理基础 2.颅脑局部显微解剖 3.神经系统病理生理学基础 4.神经外科病史采集和查体 5.神经系统疾病的定位诊断 6.颅脑放射学检查 7.脊柱脊髓放射学检查 8.脑脊液检查 9.神经系统电生理学检查 10.神经外科治疗基础 11.神经外科特殊治疗方法 12.特殊神经外科病人的处理 颅脑损伤篇 13.颅脑损伤概论 14.原发性颅脑损伤 15.继发性颅脑损伤 16.颅脑火器伤 17.颅脑损伤合并症和后遗症 颅脑肿瘤篇 18.颅内肿瘤总论 19.神经上皮性肿瘤 20.脑膜瘤 21.蝶鞍部肿瘤 22.胚胎残余组织肿瘤 23.神经纤维肿瘤 24.生殖细胞肿瘤 25.脑干占位病变 26.其他颅内肿瘤 脑血管疾病篇 27.颅内动脉瘤 28.颅内血管畸形 29.颈动脉海绵窦瘘 30.脑缺血性疾病 31.脑出血性疾病的外科处理 头皮和颅骨疾病篇 32.头皮肿瘤 33.颅骨肿瘤 34.先天性颅骨疾病 35.颅骨其他疾病 颅内感染性疾病篇 36.颅内非常异性感染 37.颅内特异性感染性疾病 38.脑寄生虫感染 脊柱和脊髓疾病篇 39.脊柱和脊髓损伤 40.椎管内肿瘤 41.椎管内感染和寄生虫性疾病 42.脊柱脊髓先天性疾病 43.脊髓血管病变 功能性疾病篇 44.疼痛的外科治疗 45.癫痫的外科治疗 46.锥体外系疾病及治疗 47.脑脊液循环障碍 48.周围神经疾病 其他篇 49.神经外科医师的学习与培训 50.神经外科发展简史

章节摘录

书摘自从CT问世之后,对迟发性外伤性脑内血肿的概念已较明确,即头部外伤后,首次CT检查未发现脑内血肿,经过一段时间后再次检查始出现脑内血肿者;或于清除颅内血肿一段时间后又于脑内不同部位发现血肿者(Frech和Dnlin, 1977)。

其发病率约在1%~10%之间,多见于年龄较大的颅脑外伤病人,发病高峰常在脑挫裂伤后3天内或于清除其他脑内血肿突然减压之后。

本病的临床特点可以概括为:中、老年病人,减速性暴力所致中至重型颅脑损伤,伤后3~6天内症状和体征渐次加重,或有局限性癫痫,意识进行性恶化,特别是曾有低血压、脑脊液外引流、过度换气或强力脱水的病例,应及时复查cT。

本病的预后较差,死亡率为25%~55%,提高救治水平的关键在于加强临床观察,尽早复查cT,及时诊断、迅速清除血肿,并给予合理的术后处理。

15.2.6特殊部位血肿。

(1)脑干血肿(}tematoma in the brain stem) 在闭合性颅脑损伤中单纯的原发性脑干血肿极少,据zuccarellc(1983)报道发生率为3.6%,且死亡率极高,约83%。

由于脑干损伤常与严重脑挫裂伤或颅内血肿并存,且脑干损伤的表现相同,因此,对脑干出血究属原发性,抑或继发性,难于辨别。

虽然从临床上脑f受损症状出现的早迟和有无颅内高压、脑疝形成的经过来分析,可以鉴别,但对就诊较迟的病人仍有困难。

一般都需要依靠高分辨率CT或MRI检查,不过,因为脑干接近骨性结构,斜坡后方常出现低密度带,岩骨边缘易有高密度条纹,故cT影像往往受到干扰,影响诊断。

MRI是脑干出血较理想的辅助检查方法,特别是出血灶在4天以上时,T-加权图像可显示清晰的高信号,易于识别;虽然急性期出血灶T₁加权为等信号,但T₂加权呈低信号,周围有或无高信号水肿,仍较易识别。

此外,原发性脑干血肿多在一侧脑干的被盖区,而继发性脑干出血常于中脑和桥脑上分腹侧中线旁,呈纵行裂隙状,可资区别。

外伤性脑干血肿的治疗,基本上均采用非手术治疗,血肿在2~4周逐步吸收,除采用cT观察外,尚可利用听觉诱发电位监测其恢复情况。

对少数血肿体积较大,有压迫性效应者,可于急性期之后,待血肿已液化并与周围组织有明显分界时,行颞部、枕下或颅后窝入路开颅术,选择脑干血肿最为表浅的部位切入一小口,排出血肿,解除压迫有助于神经机能的恢复。

(2)基底节血肿(}tematomainflle}&sal ganglion) 外伤性基底节区血肿是在cT广泛应用之后才发现的特殊部位血肿。

据Macp[erson(1986)报道其发生率占颅脑损伤的3.1%,并将之分为两型:其一为单纯性基底节血肿,其二为复合性基底节血肿,即合并有其他颅内血肿,且预后较差。

致伤机理多属加速或减速性损伤所产生的扭转或剪切力,使经白质进入基底节的小血管撕裂而致。

血肿一般约为20~30ml左右,体积较大时可穿破脑室造成脑室内出血,使病情加重。

本病临床表现以头伤后早期出现完全偏瘫,而意识障碍相对较轻为特征。

早期诊断需靠cT检查,并根据血肿的大小、累及范围及病情是否稳定来决定手术与否。

若病人伤后意识有所改善,血肿小于2f}ml,颅内压不超过3_33kPa(25ramHg),CT无严重脑室、脑池受压、中线移位未超过10mm,未穿破脑室者,可行姑息性治疗,否则,应及早施行手术。

手术方法:对单纯性基底节血肿可采用钻孔穿刺引流术,即在额或颞部,避开脑重要功能区钻孔或锥孔,按cT所示位置定向穿刺血肿,小心抽出其中液态部分,如有60%积血可以排出,即已达到减压目的,放入导管作为术后引流,缝合伤口。

必要时可在cT监测下注入尿激酶数次以促其同态血块液化后排出。

若单纯性基底节血肿已破入脑室,则直接行脑室穿刺放置导管引流。

对复合性基底节血肿,伴有同侧颅内血肿时,最好按CT所示部位设计骨瓣或骨窗开颅,通过一个入

<<王忠诚神经外科学>>

路同时解决两处血肿，如果不能一次完成手术或因病变各居异侧时，则除行开颅术清除复合血肿外，对基底节血肿亦应行骨窗开颅或至少采用扩大钻孔的方法，经外侧裂或颞上回切开脑皮质，在直视下清除基底节血肿，彻底止血，以免术后发生再出血。

<<王忠诚神经外科学>>

编辑推荐

你了解神经系统吗？

知道那些可怕的疾病为何会夺走人类宝贵的生命吗？

这本王忠诚的《神经外科学》图文并茂，内容翔实，全面介绍有关颅脑、脊柱脊髓等各种疾病的诊断与治疗技术，并强调神经外科系统性内容的特点，反映当今神经外科的基础理论和综合治疗技术的新进展。

<<王忠诚神经外科学>>

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>