

<<腹腔镜手术图谱>>

图书基本信息

<<腹腔镜手术图谱>>

内容概要

《腹腔镜手术图谱》包括：腹腔镜手术的麻醉、腹腔镜超声、腹腔镜下恶性肿瘤分期、腹腔镜手术的手术室设置，故障及并发症的处理、妊娠腹腔镜手术、诊断性腹腔镜检查的适应证，结核病和粘连、手术后腹腔镜手术、手助式腹腔镜手术、视频辅助胸腔手术与胸腺切除术、胆道解剖结构、腹腔镜胆囊切除术、术中胆管造影、复杂性胆囊切除术、腹腔镜下胆囊切除术在肝硬化患者中的应用等。

<<腹腔镜手术图谱>>

作者简介

作者：（印度）帕拉尼维鲁·C.（Palanivelu C.）译者：彭承宏 沈柏用 邓侠兴

<<腹腔镜手术图谱>>

书籍目录

1腹腔镜手术的麻醉 绪论 腹腔镜手术中呼吸系统的改变 腹腔镜手术对心血管系统的影响 低温 腹腔镜手术的并发症 术后恢复的优点 麻醉处理 恢复期和术后阶段 胸腔镜检查术 结论 2腹腔镜超声 绪论 设备技术 指征 局限 结论 3腹腔镜下恶性肿瘤分期 绪论 腹腔镜肿瘤分期技术 扩展的诊断性腹腔镜检查 胰腺恶性肿瘤 肝胆系统恶性肿瘤 食管和胃恶性肿瘤 结论 4腹腔镜手术的手术室设置, 故障及并发症的处理 绪论 概述 手术室的基本设置 故障处理 并发症的预防及处理 术前准备工作 腹腔镜手术的对象 腹腔镜手术的并发症 结论 5妊娠腹腔镜手术 绪论 历史 妊娠期腹腔镜手术中的问题 妊娠阑尾切除术 妊娠合并附件肿块的腹腔镜处理 妊娠期胆囊切除术 专家建议 经验 妊娠期间安全实施腹腔镜手术的策略 讨论 结论 6诊断性腹腔镜检查的适应证, 结核病和粘连 绪论 适应证 禁忌证 诊断性腹腔镜检查 腹腔结核病 经验 腹腔镜粘连松解术 抗粘连剂 结论 7手术后腹腔镜手术 绪论 食管 胆道系统 肝囊肿 阑尾 小肠 胰腺手术 疝气 结直肠 结论 8手助式腹腔镜手术 绪论 腹腔镜手术的共同困难 HALS的进化 HALS的人体工程学 新一代HALS器械 结论 9视频辅助胸腔手术与胸腺切除术 绪论 适应证 相对禁忌证 操作原则 器材 手术过程 发展前景 胸腔镜下胸腺切除术 讨论 结论 10胆道解剖结构 胆囊 胆囊管 胆总管 肝胆囊三角区 肝总管、肝左管和肝右管 肝管的变异: 外科胆漏的重要原因 胆道的血供 血管关系和肝外胆道 11腹腔镜胆囊切除术 绪论 回顾 与胆囊结石相关的危险因素 发病机制 临床表现 腹腔镜胆囊切除术 结果 结合腹腔镜技术的手术 讨论 相关胆总管结石 胆囊切除术术后症状 不同手术方式 中转为开放式手术 并发症 结论 12术中胆管造影 绪论 腹腔镜下超声 术中胆管造影 失败的腹腔镜下胆管造影术 讨论 结论 13复杂性胆囊切除术 绪论 术前评估危险因素 术前危险因素的处理 复杂性胆囊切除术——安全措施 复杂性胆囊切除术的困难 讨论 结论 14腹腔镜下胆囊切除术在肝硬化患者中的应用 绪论 经验 手术过程 肝硬化患者行LC术的困难 结果 讨论 结论 15腹腔镜逆行法胆囊切除术 绪论 过程 经验 结果 讨论 结论 16腹腔镜改良胆囊次全切除术(LSC) 绪论 临床资料 手术技术 LSC的手术操作技巧 结果 讨论 结论 17腹腔镜胆管损伤与处理 绪论 损伤的分类 胆管损伤的病因 怎样安全实施胆囊三角区的解剖 胆管损伤的处理 结论 18胆总管结石的腹腔镜治疗 绪论 胆总管结石 治疗选择 病人处理 腹腔镜选择治疗的回顾 ERCP在当代的角色 腹腔镜胆总管探查技术 何时中转为开腹手术 腹腔镜胆汁引流术 讨论 结论 19腹腔镜胆管囊肿切除术 绪论 病理生理 发病率 胆管囊肿和恶性肿瘤 临床表现 检验 外科治疗 手术技术 结果 结论 20腹腔镜肝脏手术 绪论 肝脏的外科解剖 肝脏的表面及其毗邻 肝脏的腹膜附件 肝门和肝门板 胆管树的变异 功能性外科解剖 诊断和术前准备 肝脏影像 术前评估 肝切除术中的特殊器械 当前腹腔镜肝脏手术的观点 结论 21良性非寄生虫性肝囊肿的腹腔镜治疗 绪论 历史回顾 常见名称 发病率 病因 外科相关的病理学特点 临床特征 检查 鉴别诊断 治疗 结果 讨论 结论 22腹腔镜脾切除术 绪论 解剖 附脾 脾切除术的影响 脾动脉栓塞 术前准备 腹腔镜脾切除术——前径路 手术技术的挑战和技巧 结果 术后并发症 讨论 结论 23腹腔镜下网片脾脏固定术 绪论 经验 腹腔镜下脾脏固定术(三明治技术) 讨论 结论 24腹腔镜胰腺手术 绪论 腹腔镜胰腺手术——历史回顾 GEM经验 胰腺外科解剖 胰管 动脉血供 静脉回流 神经 影像学诊断和特殊医疗器械 适应证和手术方式 胰腺切除术 肿瘤摘除术 腹腔镜姑息性转流术 诊断性腹腔镜手术对胰腺恶性肿瘤的分期 胰腺假性囊肿的内引流 胰管减压 急性胰腺炎的腹腔镜手术治疗和并发症 结论 25腹腔镜在急性胰腺炎中的地位 绪论 临床特征 调查研究 手术处理 胰腺脓肿的腹腔镜下引流 坏死性胰腺炎外科处理指征 腹腔镜下坏死组织切除术 胰腺假性囊肿 术后并发症 结果 讨论 结论 26腹腔镜下胰空肠吻合术 绪论 辅助检查 手术指征 腹腔镜下胰空肠吻合术 结果 讨论 结论

<<腹腔镜手术图谱>>

章节摘录

版权页：插图：绝对禁忌证 存在膈肌破裂的患者不能建立气腹，因为腹腔内注入的气体可导致张力性气胸，随之影响血流动力学并引起呼吸功能的恶化。

病情危重或严重外伤的病人血流动力学储备耗尽，不宜行腹腔镜检查寻找病因，因为气腹会导致血流动力学改变，使得病情恶化。

相对禁忌证 有极度扩张充气/充气有液平的肠襻的患者不宜行腹腔镜检查，因为肠穿孔的风险会急剧上升。

如果这类病人必须进行腹腔镜手术，可以考虑以Hasson技术进入腹腔。

未纠正的凝血功能异常会增加出血风险，导致腹腔镜检查的成功率下降，并发症增多。

有严重心脏疾病的患者需要进行细致的术前准备。

稳定性心绞痛并不是手术的绝对禁忌证，但术前需要与麻醉医生的详细沟通，密切注意患者术中的血流动力学改变。

严重阻塞性肺疾病可因CO₂气腹导致高碳酸血症，并加重酸中毒。

一些医生考虑腹部感染，包括感染的播散，可能会导致菌血症，并且可能由于腹腔内压力的增高导致受累组织的氧合降低。

诊断性腹腔镜检查 器械 诊断性腹腔镜检查用到的器械和普通腹腔镜手术的器械差别不大。

一个标准的光源、光纤线缆和充气机，都是腹腔镜胆囊切除术常用的器械。

一个标准的10mm套管针，一个5mm或更小的套管针。

一把腹腔镜剪刀，其他如钝头探针，冲吸器、无损伤抓钳之类的器械应准备好。

施钳夹、闭合器、持针器、止血器械也应备齐。

若病人取膀胱截石位，举宫器、Hulka拉钩都是非常实用的。

在诱导麻醉之后，患者可取平卧位或截石位。

前者一般用于男性患者和排除盆腔来源的疾病时，后者一般常用于女性患者诊断不明确者。

手术时必须排空膀胱，女性患者应先行盆腔检查。

穿刺点位置选择 脐孔是Veress气腹针穿刺常选的位置，并且最终作为腹腔镜的人口，因为这里代表前腹壁最薄的可穿刺点。

其他可选的Veress气腹针穿刺点包括左肋弓中点下2~3cm或左侧第9肋间隙。

在这些位置穿刺，胀气的胃和肿大的脾脏可能有损伤风险。

Veress气腹针在左下腹和脐上点穿刺也有报道。

在大多数情况下，脐孔的穿刺孔（一般10mm）用来置入镜头。

如果诊断不明确，需要第二个穿刺孔来操作腹内脏器。

若手术部位位于右下腹，应考虑将第二个穿刺孔做在前正中线耻骨联合上或左下腹，这样方便对肠段、阑尾和盆腔脏器进行操作。

如果患者主诉为上腹痛，则考虑再增加一个中上腹部穿刺孔以方便对上腹部脏器的操作。

手术医生的位置 主刀医生应位于暴露区域的对侧，跨过腹部前正中线进行操作。

如果需要对右下腹阑尾炎进行探查，主刀医生应站在患者左侧。

如果探查左上腹，主刀医生应站在患者右侧。

相反，助手（在绝大多数情况下）最适宜站在主刀医生对侧。

监视器应放置在主刀医生和助手面前，帮助保持影像/手部操作在一直线上。

步骤 Hasson技术已经成为较受欢迎的方法，同时Veress技术也是可行的。

术前应对上腹部及下腹部做详尽系统的体检，如果通过体检无法定位，可在下腹置一个5mm套管针或迷你腹腔镜穿刺孔。

前正中线耻骨联合上是相当好的选择。

还需要一个用来移动肠段、盆腔脏器和阑尾的器械。

术者必须仔细分解所有粘连，以暴露目的区域。

这一操作应在非血管性组织中进行，并且将出血量控制在最少，因为出血会严重影响视野并影响诊断

<<腹腔镜手术图谱>>

。探查各区域时应遵循一定的顺序，这样才能保证没有遗漏。

检查的顺序根据医生的习惯和患者表现症状可有所不同。

1.迷你腹腔镜 腹腔镜器械的进步加速了迷你腹腔镜在诊断和治疗操作中的应用。

两个十分明显理由包括腹壁的损伤更小，关闭切口的困难更少。

虽然现在评价使用更小的器械、通过更小切口的优势还太早，但公认的是，除非安全性或视觉清晰度有不良影响，否则损伤更小器械的使用是操作程序上的一大进步。

<<腹腔镜手术图谱>>

编辑推荐

《腹腔镜手术图谱》由辽宁科学技术出版社出版。

<<腹腔镜手术图谱>>

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>