第一图书网, tushu007.com

<<血管疾病腔内治疗病例解析>>

图书基本信息

书名：<<血管疾病腔内治疗病例解析>>

13位ISBN编号：9787547813836

10位ISBN编号：7547813836

出版时间：2012-11

出版时间：上海科学技术出版社

作者：符伟国　等主编

页数：232

字数：280000

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

内容概要

符伟国、王利新主编的这本《血管疾病腔内治疗病例解析》精选血管疾病腔内治疗的经典病例进行解析。
所选病例病变包括各部位动脉与静脉的阻塞性病变和扩张性病变；治疗技术包括腔内成形术、支架植入术、取栓术、滤网植人术、瘘管修复术、动脉瘤栓塞术，以及多种技术的综合使用。

《血管疾病腔内治疗病例解析》有以下几个特点：第一，所选病例有代表性意义，值得剖析；第二，解析精当，有助于读者拓展思路并借鉴经验与教训；第三，反映了当今血管外科腔内治疗技术的发展和理念的更新。

《血管疾病腔内治疗病例解析》主要读者对象为血管外科医师，尤其是青年医师。

第一图书网, tushu007.com

<<血管疾病腔内治疗病例解析>>

书籍目录

病例1 降主动脉瘤腔内修复术
病例2 主动脉夹层腔内修复术
病例3 慢性主动脉夹层腔内修复术
病例4 “烟囱”技术在主动脉夹层腔内修复术中的应用
病例5 主动脉夹层腔内修复术后远端瘤样扩张的治疗
病例6 胸主动脉损伤腔内修复术
病例7 胸主动脉假性动脉瘤腔内修复术
病例8 杂交手术治疗复杂胸主动脉瘤
病例9 主动脉缩窄腔内修复术
病例10 腹主动脉瘤腔内修复术
病例11 腹主动脉瘤伴髂动脉狭窄的腔内修复术
病例12 近端瘤颈扭曲腹主动脉瘤腔内修复术
病例13 破裂性腹主动脉瘤腔内修复术
病例14 腹主动脉夹层腔内修复术
病例15 腹主动脉假性动脉瘤钢圈栓塞加单个裸支架治疗
病例16 腹主动脉假性动脉瘤多层裸支架修复
病例17 肠系膜上动脉狭窄的腔内治疗
病例18 肠系膜上动脉夹层腔内修复术
病例19 肠系膜上动脉瘤腔内修复术
病例20 脾动脉瘤腔内修复术
病例21 肝动脉瘤破裂的腔内治疗
病例22 肾动脉狭窄支架成形术
病例23 肾动脉假性动脉瘤腔内治疗
病例24 肾动脉瘤栓塞
病例25 脑保护下颈动脉支架成形术
病例26 颈动脉狭窄腔内治疗(一侧狭窄、对侧闭塞)
病例27 颈动脉狭窄腔内治疗(串联性病变)
病例28 颈动脉瘤腔内修复术
病例29 锁骨下动脉狭窄腔内修复术
病例30 锁骨下动脉瘤腔内修复术
病例31 锁骨下动脉瘤颈颈转流及腔内修复术
病例32 髂动脉瘤腔内修复术
病例33 股动脉假性动脉瘤腔内修复术
病例34 髂动脉闭塞腔内修复术
病例35 股浅动脉闭塞腔内修复术
病例36 股浅动脉短段闭塞腔内修复术
病例37 腘动脉闭塞腔内成形术
病例38 Re-entry技术在股浅动脉长段闭塞中的应用
病例39 腘动脉逆穿治疗长段股浅动脉闭塞
病例40 膝下动脉狭窄的腔内治疗
病例41 膝下动脉腔内支架成形术
病例42 下肢动脉栓塞取栓术
病例43 动静脉瘘腔内修复术
病例44 外伤性动静脉瘘腔内修复术
病例45 下腔静脉滤网植入术

第一图书网, tushu007.com

章节摘录

版权页： 插图： 因要同时处理腹主动脉瘤及动脉狭窄闭塞等情况，手术时间长、创伤大，高龄、合并症较多的患者可能无法耐受手术。
针对这些患者，可预先采用腔内的方式处理髂动脉狭窄，允许人工血管内支架输送系统通过。
但即使预先进行球囊扩张，支架系统导人与回撤引起的斑块脱落仍可造成远端动脉栓塞，从而引起垃圾脚等并发症。
2.腔内策略治疗的策略是通过腔内的方式（PTA）预先处理髂动脉狭窄，允许人工血管内支架输送系统过通过髂动脉，然后行常规腹主动脉瘤腔内修复术。
撤出输送系统后，再次造影明确髂动脉狭窄处有无弹性回缩或者夹层形成。
如有上述情况发生，可通过植入支架彻底地处理髂动脉狭窄。
通过腔内的方式，一期同时处理髂动脉狭窄和腹主动脉瘤。
3.术前准备 （1）完善血尿常规、肝肾功能、电解质、凝血全套等实验室检查。
（2）通过CT检查腹主动脉的大致类型、瘤体累及的范围、与附近分支动脉之间的距离等信息；以及动脉狭窄的位置、范围及狭窄程度。
（3）术前测踝肱指数（ABI）以了解下肢缺血情况。
4.麻醉和体位麻醉可采用连续硬膜外麻醉或者气管内插管全身麻醉。
连续硬膜外麻醉的优点是无需气管插管，对呼吸的影响较小；缺点是不能暂停呼吸，膈肌运动可影响造影的质量，同时患者术中仍存在一定的焦虑。
全麻的优点是术中有利于维持患者的循环稳定，因能暂停呼吸，故成像质量高。
5.技术与要点 （1）导入动脉问题：如输送系统前送过程较为勉强，可在表面涂抹灭菌石蜡油以降低摩擦力；如遇股动脉或髂动脉太细，可先行经皮腔内血管成形术（PTA），然后导人输送系统。
（2）人工血管内支架附体对接技术：Terumo导丝配合猪尾巴导管（其他可选单弯或者Simon等导管）经对侧髂动脉从人工血管内支架缺口选人是对接技术的关键。
附体定位准确后进行释放，然后采用CODA球囊进行扩张使其与主体紧密结合。
并发症 1.导入动脉损伤 如果输送系统直径大于导入的股动脉或者髂动脉，就容易出现导入动脉破裂及发生夹层。
此患者本来就有髂动脉狭窄，在球囊或输送系统导入时更易发生损伤。
出现夹层后可植入裸支架进行固定；发生破裂后可植入带膜支架进行修复。
2.栓塞支架输送系统在前送和回撤过程中，容易将动脉壁上的斑块和附壁血栓蹭落，这些斑块或者血栓随血流流至远端，导致下肢动脉栓塞。
小的栓塞对下肢的血供影响较小，缺血症状常在抗凝、活血等治疗后得到改善；大的栓塞需要通过取栓处理。
3.内漏完成移植物放置后，常规要进行动脉造影来证实是否有内漏存在。
对于Ⅱ型内漏通常可随访，大部分在术后1～3个月内自愈；Ⅰ型和Ⅲ型内漏须立即治疗。

编辑推荐

《血管疾病腔内治疗病例解析》主要读者对象为血管外科医师，尤其是青年医师。

第一图书网, tushu007.com

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