

<<脊髓肿瘤外科学>>

图书基本信息

书名：<<脊髓肿瘤外科学>>

13位ISBN编号：9787565904417

10位ISBN编号：7565904414

出版时间：2012-10

出版单位：北京大学医学出版社有限公司

作者：王振宇 编

页数：266

字数：516000

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>

## <<脊髓肿瘤外科学>>

### 内容概要

《脊髓肿瘤外科学》由北京大学著名神经外科专家王振宇教授主编，是关于脊髓肿瘤外科的专著，全面介绍了脊髓肿瘤外科的基础和临床重点问题。

## <<脊髓肿瘤外科学>>

### 作者简介

王振宇，北京大学第三医院教授、主任医师、博士生导师、神经外科主任。  
兼任中华医学会神经外科学会脊髓脊柱专业组副组长、北京医师协会神经外科专科医师分会副会长、北京医学会神经外科专业委员会委员、中国医师协会神经外科分会脊髓脊柱专家委员会委员、北京医师协会神经外科专家委员会委员。  
《中华神经外科疾病研究杂志》、《中华神经医学杂志》、《中国临床神经外科杂志》、《中国微创外科杂志》、《中华老年心脑血管病杂志》编委。  
在神经外科疾病诊断及治疗方面积累有丰富的临床经验，尤其擅长颅内肿瘤、各种复杂疑难脊髓肿瘤、脊髓空洞、脊髓先天性畸形等疾病的微创手术治疗。  
在降低患者病残率、提高患者生存质量方面做了大量卓有成效的工作，具有许多成功的经验。  
曾先后在国内率先完成了开放血脑屏障化疗恶性脑瘤、神经组织移植促进脊髓损伤后再生修复的系列研究。  
目前承担的科研课题有：恶性脑肿瘤综合治疗的基础与临床研究、中枢神经系统损伤后的可塑性研究、脊髓空洞发生机制的研究、出血性脑卒中早期诊断与早期治疗研究、脊髓手术术中监测研究等。  
在国内外医学期刊发表学术论文八十余篇，获得省部级科技成果奖十一项。  
参加编写的专著有：《立体定向放射神经外科学》、《颅底神经外科学》、《神经外科手术学》、《神经外科疾病定位诊断学》、《神经外科手术入路图谱》、《神经系统肿瘤学》等。

## &lt;&lt;脊髓肿瘤外科学&gt;&gt;

## 书籍目录

- 第一章 脊柱、脊髓解剖与生理
  - 第一节 脊柱
  - 第二节 脊膜
  - 第三节 脊髓和脊神经
  - 第四节 脊髓的血管
- 第二章 脊髓肿瘤相关的脊柱生物力学
  - 第一节 脊柱的基本生物力学
  - 第二节 影响脊柱稳定性的因素
  - 第三节 脊髓肿瘤手术后影响脊柱稳定性的因素
  - 第四节 术后脊柱不稳定的预防
  - 第五节 脊柱不稳定的诊断
  - 第六节 脊柱不稳定的治疗
- 第三章 脊髓肿瘤术中神经电生理监测技术
  - 第一节 术中神经电生理监测的目的和基本原理
  - 第二节 术中神经电生理监测的解剖基础及基本监测方法
  - 第三节 术中神经电生理监测在脊髓手术中的应用
  - 第四节 术中神经电生理监测的影响因素
- 第四章 脊髓肿瘤总论
  - 第一节 概述
  - 第二节 脊髓肿瘤的分类
  - 第三节 发病机制与病理生理学
  - 第四节 临床表现
  - 第五节 影像学检查
  - 第六节 诊断与鉴别诊断
  - 第七节 治疗
  - 第八节 预后
- 第五章 硬脊膜外肿瘤
  - 第一节 概述
  - 第二节 病因与病理
  - 第三节 临床表现
  - 第四节 影像学检查
  - 第五节 诊断与鉴别诊断
  - 第六节 治疗
  - 第七节 预后
- 第六章 硬脊膜内髓外肿瘤
  - 第一节 概述
  - 第二节 病因与病理
  - 第三节 临床表现
  - 第四节 影像学检查
  - 第五节 诊断与鉴别诊断
  - 第六节 手术治疗
  - 第七节 辅助治疗
  - 第八节 预后
- 第七章 脊髓髓内肿瘤
  - 第一节 概述

<<脊髓肿瘤外科学>>

- 第二节 流行病学与病理
- 第三节 临床表现
- 第四节 影像学检查
- 第五节 诊断与鉴别诊断
- 第六节 手术治疗
- 第七节 辅助治疗
- 第八节 预后
- 第八章 圆锥马尾部肿瘤
- 第一节 概述
- 第二节 流行病学
- 第三节 临床表现
- 第四节 影像学检查
- 第五节 诊断
- 第六节 手术治疗
- 第七节 手术并发症及防治
- 第八节 预后
- 第九章 哑铃型肿瘤
- 第一节 概述
- 第二节 临床表现
- 第三节 影像学检查
- 第四节 诊断与鉴别诊断
- 第五节 手术治疗
- 第六节 手术并发症及防治
- 第七节 预后
- 第十章 颅颈交界区肿瘤
- 第一节 概述
- 第二节 流行病学
- 第三节 临床表现
- 第四节 影像学检查
- 第五节 诊断与鉴别诊断
- 第六节 手术治疗
- 第七节 预后
- 第十一章 多发脊髓肿瘤
- 第一节 概述
- 第二节 临床表现
- 第三节 手术原则和术中可能碰到的问题
- 第十二章 合并脊柱畸形的复发性脊髓肿瘤
- 第一节 流行病学
- 第二节 脊柱畸形的易发因素
- 第三节 临床表现
- 第四节 预防与治疗
- 第十三章 椎旁肿瘤
- 第一节 概述
- 第二节 临床表现
- 第三节 影像学检查
- 第四节 诊断
- 第五节 手术治疗

<<脊髓肿瘤外科学>>

第十四章 假性脊髓肿瘤

第一节 骶管囊肿

第二节 硬脊膜囊肿

第三节 脊髓囊虫病

第四节 椎管内脓肿及肉芽肿病变

第五节 椎管内脱垂游离型间盘

第六节 自发性椎管内血肿

第七节 肠源性囊肿

索引

## &lt;&lt;脊髓肿瘤外科学&gt;&gt;

## 章节摘录

版权页：插图：三、脊髓因素（一）机械性压迫 脊髓及神经根受压之初，先是神经根受牵拉，脊髓移位、变形，直至出现水肿、变性、坏死和软化等，损伤局限在受压节段。

髓外病变多先压迫、牵拉病变邻近的神经根，刺激脊膜，脊髓压迫首先从一侧开始逐渐发展至对侧，临床常有半侧脊髓损害的表现。

髓内病变由内部向周围压迫，较早出现脊髓横贯损害的症状。

脊髓各部位对压力的耐受性也有所不同，灰质比白质的耐受性大；白质中传导触觉和本体觉的神经纤维粗（5~12 $\mu\text{m}$ ），传导痛觉的纤维细（小于2 $\mu\text{m}$ ），受压后细纤维较粗纤维耐受性好，压迫解除后恢复也较快。

（二）脊髓血液循环 肿瘤压迫邻近的根动脉和软脊膜的小动脉使之发生狭窄和闭塞，该区脊髓供血不足、缺氧和营养障碍，引起脊髓变性、软化及坏死，此种缺血性坏死范围常超过肿瘤压迫的节段，病变压迫脊髓静脉则引起血液回流受阻发生淤血、水肿，乃至进一步的损害。

在耐受缺氧方面，白质比灰质耐受性大，细神经纤维比粗神经纤维耐受性好。

在脊髓受压早期，血液循环障碍是可逆性的，如能及时去除病因，脊髓功能障碍可完全恢复；当发生脊髓变性与软化时，脊髓功能障碍将不可逆转。

（三）肿瘤对脑脊液循环的影响 随着肿瘤的增大，脊髓蛛网膜下腔逐渐被阻塞，在阻塞平面以下，脑脊液搏动消失而压力降低，造成梗阻平面上下的压力不同。

突然用力（如咳嗽）或腰椎穿刺放液时上下压力差剧增，由此可引起病变移动而使疼痛加剧或症状恶化，称为脑脊液冲击征或疝入征。

髓外硬脊膜外压迫造成硬脊膜囊移位，瘤侧和对侧的脊髓蛛网膜下腔均狭窄。

髓外一硬脊膜下压迫仅有脊髓移位而硬脊膜囊位置不变，瘤侧脊髓蛛网膜下腔增宽而对侧狭窄。

由于病变周围血脑屏障破坏，蛋白质、胆红素等渗出，同时梗阻会影响大分子的吸收，导致脑脊液蛋白含量增高。

第四节 临床表现 一、椎管内肿瘤的临床分期 肿瘤引起脊髓压迫的临床过程分为三个阶段：刺激期、脊髓部分受压期和脊髓完全受压期。

（一）刺激期 病变早期肿瘤较小时，主要构成对神经根和硬脊膜的刺激，表现为神经根痛或运动障碍。

神经根痛常为髓外占位病变的首发定位症状。

60%~70%的肿瘤位于脊髓后方或后侧方，少数位于前方或前侧方，故病变早期神经根易受刺激引发疼痛。

也可有局部麻木、发痒或灼热感等异常感觉。

夜间痛或平卧痛是椎管内肿瘤较为特殊的症状，病人常被迫“坐睡”。

但如髓外肿瘤影响到脊髓前角或前根脊神经，可产生相应节段的肌群无力、肌震颤等。

（二）脊髓部分受压期 肿瘤直接压迫脊髓，出现脊髓传导束受压症状，表现为受压平面以下肢体运动和感觉障碍。

由于运动神经纤维较感觉神经纤维粗，容易受压力的影响而较早地出现功能障碍。

由于皮质脊髓束和脊髓丘脑束在脊髓内的排列是颈部、上肢、躯干和下肢顺序依次由内向外排列，所以髓外肿瘤对脊髓压迫，是由下向上发展，最后到达肿瘤压迫的节段；而髓内肿瘤压迫症状则相反，呈由上向下发展趋势。

脊髓部分受压的典型体征为脊髓半切综合征（Brown—Sequard's Syndrom），表现为病变阶段以下，同侧上运动神经元性瘫痪及触觉深感觉减退，对侧病变平面2~3阶段以下的痛温觉丧失。

腰髓以下不会出现这种综合征。

<<脊髓肿瘤外科学>>

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>