

<<脊柱肿瘤>>

图书基本信息

书名：<<脊柱肿瘤>>

13位ISBN编号：9787811169676

10位ISBN编号：7811169673

出版时间：2010-1

出版时间：北京大学医学出版社

作者：(美)金 等著, 郭卫主 译

页数：692

译者：郭卫

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>

<<脊柱肿瘤>>

前言

脊柱的原发肿瘤比较少见，约10%的原发恶性骨肿瘤发生于脊柱和骶骨。

脊柱原发肿瘤中，骨髓瘤最多见，其次是巨细胞瘤、脊索瘤、软骨肉瘤、骨母细胞瘤等。

如果不能对脊柱骨巨细胞瘤及脊柱恶性肿瘤进行合适的手术，将导致手术切除不彻底和术后高复发率。

由于诊断技术的改进以及临床医生对脊柱肿瘤的认识不断深入，脊柱肿瘤的外科治疗在近些年来取得了很大的进步。

近年来，整块切除被较多应用在脊柱肿瘤手术中，但脊柱解剖的特殊性使得这一技术的应用非常困难。

脊柱前方毗邻大血管和重要脏器，脊柱中央容纳脊髓和其发出的神经根，颈椎侧方有椎动脉，这些重要结构造成了脊柱肿瘤切除的高风险。

Tomita等提出了从后路对胸腰椎肿瘤实施整块全脊椎切除（total en bloc spondylectomy, TES,）的手术技术。

WBB外科分期系统是将脊柱从横切面进行表盘状分区的系统，是合理设计脊椎肿瘤整块切除方案的基础。

Boriani详细介绍了根据WBB外科分期系统，三种经典的脊柱肿瘤整块切除方式，即椎骨切除（vertebrectomy）、矢状切除（sagittal re-section）和后弓切除（resection of the posterior arch）。

<<脊柱肿瘤>>

内容概要

Tumors of the Spine一书汇集了脊柱肿瘤治疗的最新进展。

全书包含了脊柱肿瘤的分类、脊柱肿瘤患者的评估、辅助治疗、脊柱肿瘤的外科治疗、脊柱的稳定重建共五篇。

内容包括脊柱肿瘤的放射学及病理学诊断、外科治疗及辅助治疗等。

该书对脊柱外科医生、神经外科医生、骨肿瘤科医生的临床实践有很好的指导作用。

希望通过本书的译著，能够对国内脊柱肿瘤治疗水平的提高起到推动作用，为脊柱肿瘤患者造福。

<<脊柱肿瘤>>

作者简介

作者：（美国）金（Daniel H.Kim）（美国）Ung-kyu Chang（美国）Se-Hoon Kim 等 译者：郭卫

<<脊柱肿瘤>>

书籍目录

第1篇 脊柱肿瘤的分类 第 部分 硬膜外肿瘤、囊肿和瘤样病变 第1章 硬膜外良性肿瘤 第2章 囊肿和其他良性病变 第3章 硬膜外恶性肿瘤 第 部分 硬膜内髓外肿瘤、囊肿和瘤样病变 第4章 硬膜内髓外良性肿瘤 第5章 硬膜内髓外囊性病变 第6章 硬膜内髓外恶性肿瘤 第 部分 髓内肿瘤、囊肿和肿瘤样病变 第7章 髓内肿瘤第2篇 脊柱肿瘤患者的评估 第8章 脊柱肿瘤的神经理学表现 第9章 脊椎病变的影像学评估 第10章 椎管内肿瘤的放射学评价 第11章 脊柱肿瘤的电生理评估 第12章 转移性肿瘤的评估第3篇 辅助治疗 第13章 脊柱肿瘤的化疗 第14章 脊柱肿瘤术前血管造影和介入治疗措施 第15章 脊柱肿瘤的体外放射治疗 第16章 脊柱肿瘤的立体定位放射外科手术第4篇 脊柱肿瘤的外科治疗 第 部分 经皮活检术 第17章 经皮脊柱穿刺活检术 第 部分 颈椎入路 第18章 颅颈交界处前入路 第19章 上颈椎肿瘤的处理 第20章 颈胸交界处前入路 第21章 颈胸交界处侧方入路 第22章 颈胸交界处后方入路(Pancoast瘤手术) 第23章 枢椎以下颈椎肿瘤的全椎体切除 第 部分 胸椎 / 胸腰椎入路 第24章 胸椎和胸腰段脊柱前方入路 第25章 胸椎后入路 第26章 胸椎后方及侧后方入路 第 部分 腰椎入路 第27章 腰椎前方入路 第28章 腰椎后入路 第 部分 硬膜内肿瘤 第29章 髓外肿瘤的外科治疗 第30章 髓内肿瘤的外科治疗 第 部分 微创 第31章 脊柱肿瘤的后路微创治疗 第32章 胸腔镜下胸椎肿瘤的外科治疗第5篇 脊柱内固定 第 部分 颅椎和颈椎内固定 第33章 后路颈枕融合 第34章 颈椎肿瘤的前路内固定 第35章 颈椎和颈胸段后路内固定 第 部分 胸椎内固定 第36章 胸椎后路内固定 第37章 胸椎的椎体重建 第38章 胸腰段内固定 第 部分 腰骶椎内固定 第39章 腰椎及腰骶段后路内固定 第40章 脊柱肿瘤外科治疗术后切口不愈合的处理 第41章 腰椎前路内固定 第42章 骶骨肿瘤的切除和重建索引彩图

<<脊柱肿瘤>>

章节摘录

插图：细胞（修饰性Schwann细胞）围绕在细胞巢周围（图4-25，A）。

更多放大的图像显示，细胞核为均一的圆形到卵圆形，具有规律的染色质模式。

核仁可见，胞质呈细颗粒状。

未见有丝分裂。

部分脊髓副神经节瘤可见神经元分化。

神经分泌细胞具有特征性的“盐和胡椒面”染色质模式，并且突触素、嗜铬蛋白以及神经元特异性烯醇化酶的免疫反应阳性（图4-25，B）。

支持细胞显示S100蛋白免疫反应阳性（图4-25，C）组织学鉴别诊断包括室管膜瘤，这是首例报道的终丝副神经节瘤的最初诊断。

这两种疾病可通过免疫组化染色加以鉴别，副神经节瘤嗜铬蛋白和S100蛋白免疫反应阳性，而室管膜瘤的胶质纤维酸性蛋白（GFAP）免疫反应阳性。

尽管曾记载有罕见的侵袭性生长和恶性进展情况，副神经节瘤仍是I级肿瘤。

放射学嗜铬细胞瘤或功能性副神经节瘤的诊断需测定血浆或尿中儿茶酚胺及其代谢物的水平。

通过测定血浆3-甲氧基肾上腺素水平来检测嗜铬细胞瘤的灵敏度，据报道可高达100%；相比而言，尿和血浆儿茶酚胺水平的灵敏度为82%。

肿瘤的位置常通过腹部CT或MRI扫描确定。

<<脊柱肿瘤>>

编辑推荐

《脊柱肿瘤》是由北京大学医学出版社出版的。

<<脊柱肿瘤>>

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>