

<<显微神经外科学2>>

图书基本信息

<<显微神经外科学2>>

内容概要

因多种原因，本书的出版延迟了4年，因此在1979年8月1日到1983年12月31日期间，又增加了355例病例。

这部新增加的病例加入本书，正好与以前的手术结果进行比较，条件统一为手术医生全部应用显微外科技术，第10章就是这第二部分病例统计的补遗篇。

不论神经外科护理、麻醉方法是否有改进，单是手术医生本人在处理破裂动脉瘤的经验上，后一组病例显示出手术结果的明显改善。

关于手术经验，我个人认为，在开始手术的一二百例病人中，经验是随着时间而增长，结果也随之改善。

但在200例病人的经验这后，娴熟的技术并不能再明显地减少死残率。

此时更重要的是，手术的经验越多，对病人和手术时机的选择则越好。

本卷的1-9章是1967年1012例动脉瘤的全面分析。

第1章是总论，第2-5章是不同部位动脉瘤的手术结果，第6和第7章分别是巨大和多发性动脉瘤，第8章是非手术治疗的动脉瘤，第9章是手术并发症，第11章是译评和总论。

<<显微神经外科学2>>

作者简介

作者：（瑞士）M·G·亚萨吉尔（M.G.Yasargil）译者：凌锋

<<显微神经外科学2>>

书籍目录

1 临床 临床表现 脑动脉瘤破裂伴脑膜刺激征 未破裂的脑动脉瘤 有症状的未破裂脑动脉瘤 无症状的未破裂脑动脉瘤 手术时机 与临床状况的关系 一般内科状况 与血管造影所显示的血管痉挛的关系 与颅内压的关系 与脑血流的关系 降低术前再出血的危险 一般护理 降低血压 抗纤溶药物 部分颈段颈动脉闭塞 特殊临床表现 未破裂无症状的动脉瘤 妊娠 年龄 儿童 侧别
2 颈内动脉瘤 前言 床突下段颈内动脉瘤 解剖关系 颈段颈内动脉瘤 颈内动脉岩段动脉瘤 海绵窦内动脉瘤 手术方法 颈段颈动脉结扎术 临床表现和手术效果 总结 颈内动脉-眼动脉瘤 解剖关系 动脉瘤的侧别和多发性 动脉瘤瘤体指向 与眼动脉的关系 与床前突的关系 手术技巧 开始入路和近端控制 远端控制 暴露眼动脉 颈动脉池和视交叉池 评价视交叉上动脉瘤 未夹闭动脉瘤 总结 临床表现和手术结果 时间和结果 总结 远端内侧壁动脉瘤.....3 大脑中动脉瘤
4 大脑前和前交通动脉瘤5 椎基底动脉瘤6 颅内巨大动脉瘤7 多发动脉瘤8 未能手术的病例9 外科治疗动脉瘤的并发症10 补充资料11 最后评论参考文献索引

<<显微神经外科学2>>

章节摘录

版权页：插图：（A1段）在大脑前动脉近端的前上方打开终板池。

如果大脑前动脉向着前纵裂方向笔直地走行则可一直沿着它打开终板池。

然而，大脑前动脉常常在眶额叶下方迂曲，并被眶回和直回覆盖。

在这种情况下，没必要向后找寻整段A1，而只需暴露它起始端的几毫米，以便在动脉瘤突然破裂的紧急情况下，可上1临时阻断夹。

在分离终板池时，应注意内侧纹体动脉穿通支的起始部，并辨识Heubner回返动脉。

对侧的大脑前动脉（A1段）在视神经背面打开对侧终板池，进入对侧的颈动脉池，注意辨认对侧的人脑前动脉。

大量的蛛网膜小梁把终板池与视神经背面的视交叉池连接起来。

松解这些小梁可进一步牵拉额叶远离视交叉背侧。

打开对侧的大脑前动脉上被覆的蛛网膜，向下至颈动脉池，向上至视神经孔，可以辨认对侧的颈内动脉，左侧M1的起始段，左侧A1段以及脉络膜前动脉和后交通动脉的走行。

此外，还可以确认A1段的穿通动脉，并且分离A1一小段，以便在需要的时候上临时阻断夹。

对那些动脉瘤顶向前突出至视交叉前区的病例，可以在动脉瘤的后方暴露对侧A1段。

<<显微神经外科学2>>

编辑推荐

《显微神经外科学2》的编者真诚地希望《显微神经外科学2》毫不掩饰我们16年内动脉瘤手术中所遇到的疑难和困惑，这将会帮助其他人在遇到同类问题时，可以汲取前车之鉴，对减少至今仍令人不寒而栗的蛛网膜下腔出血的高死残率，助一臂之力。

<<显微神经外科学2>>

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>