

<<微创脊柱外科精要>>

图书基本信息

书名：<<微创脊柱外科精要>>

13位ISBN编号：9787509125878

10位ISBN编号：7509125871

出版时间：2009-4

出版时间：人民军医出版社

作者：（美）瓦卡罗，（美）博诺 原著，吕国华，王冰 译

页数：281

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>

## <<微创脊柱外科精要>>

### 前言

由美国Thomas Jefferson大学骨科Alexander R. Vaccaro教授和哈佛大学医学院骨科christopherM. Bono副教授主编的《Minimally Invasive Spine Surgery》（微创脊柱外科精要）于2007年出版后，立即受到全球各国临床脊柱外科医师，特别是微创脊柱外科医师的关注和青睐。

这是因为该书不仅较详细地描述了各种微创脊柱外科手术入路和操作技术，它对每一手术的指征、术前临床检查和影像学检查、需要准备的器械和设备、手术如何计划、术中可能发生的并发症及如何进行防范、术后如何管理等内容，都做了明确的论述。

更可贵的是，本书的原著者均为经验丰富的专家，他们将自己工作中的手术治疗病例资料及随诊结果纳入其中，使读者不仅了解了手术本身，更了解了手术的治疗效果。

本书涵盖了脊柱各节段的常用微创外科手术，文字精练，并附有300余幅插图，堪称“图文并茂”，每一章节后均附有最新的相关文献，使读者用最少的时间即可查阅更多的信息。

担任本书主译的吕国华教授，是目前我国新一代有才华的骨科专家之一，具有20余年临床实践经验，近年来他在脊柱微创外科方面做了大量工作，发表了多篇有价值的微创脊柱外科学术论文，并参与了多部大型微创脊柱外科专著的编写，其发表的《内镜辅助经颈动脉三角前路松解治疗难复性寰枢椎脱位》一文，于2007年1月获得了由中国科学技术协会评审的“第四届全国科技期刊优秀论文奖”。

吕国华教授不仅有扎实的临床工作经验，也有较好的英语水平。

因而保证了本书的翻译质量与水平。

## <<微创脊柱外科精要>>

### 内容概要

微创手术具有减少术后瘢痕及疼痛、促进患者恢复和减少医疗费用的优势。

本书通过渐进式的引导、专家指点及对最新的微创脊柱外科手术方法的详细阐述来介绍本领域的最新信息。

在涵盖一些重要进展的同时，如生物材料的利用、图像导航手术及骨融合，重点讨论了手术适应证、术前准备计划、并发症的避免策略及患者的预后。

本书还探讨了近年来出现的新技术和生物学进展。

而这些进展可以使切口更小、创伤更少，并有助于患者早日康复。

本书可以帮助外科医师识别微创入路中的重要解剖结构，考虑术前计划、并发症及各种手术方法的效果，帮助外科医师了解植骨替代材料的最新进展、减压及小切口手术的详细操作，并收录了镇痛治疗方法作为一个章节。

<<微创脊柱外科精要>>

作者简介

作者：(美国)瓦卡罗 (Vaccaro.A.R.) (美国)博诺 (Bono.C.M.) 译者：吕国华 王冰

## &lt;&lt;微创脊柱外科精要&gt;&gt;

## 书籍目录

第1章 微创脊柱外科的解剖入路第2章 微创脊柱外科手术与开放手术的循证医学比较研究第3章 微创脊柱外科的定义和分类第4章 微创脊柱外科手术的患者选择第5章 显微镜下颈椎前路椎间盘切除、椎间孔切开减压术第6章 显微镜下后路颈椎间孔切开术或椎板切除神经根减压术第7章 内镜下椎板 / 椎间孔切开减压术治疗颈椎间盘突出症第8章 胸腔镜下胸椎间盘突出切除术第9章 胸腔镜下椎体切除术第10章 内镜下椎板切除、椎间孔扩大和椎间盘切除治疗腰椎间盘突出症第11章 单侧半椎板切除的双侧腰椎管减压术（节段性椎板下成形术）第12章 自动经皮腰椎间盘切除术第13章 化学溶核治疗椎间盘突出症第14章 齿状突螺钉固定术第15章 C1-C2经关节螺钉固定术第16章 脊柱畸形肌下内固定术第17章 胸腔镜下脊柱畸形前路松解、融合和内固定第18章 椎间U形钉治疗脊柱畸形第19章 内镜下胸椎内固定技术第20章 经皮后路胸椎椎弓根螺钉固定术第21章 腹腔镜下前路腰椎融合术第22章 微创前路腰椎椎间融合术第23章 经皮腰椎椎弓根螺钉内固定技术第24章 微创经椎间孔腰椎椎间融合术第25章 微创经椎板关节突关节螺钉内固定技术第26章 脊髓刺激治疗慢性疼痛第27章 颈椎小关节射频神经切断术第28章 经皮腰椎小关节射频神经切断术第29章 椎间盘热凝治疗第30章 椎体后凸成形术治疗椎体压缩性骨折第31章 椎体成形术治疗骨质疏松性椎体压缩性骨折第32章 椎体强化治疗椎体骨肿瘤第33章 经皮穿刺治疗脊椎骨囊肿第34章 棘突间撑开器治疗腰椎管狭窄第35章 微创全椎间盘及小关节置换第36章 经皮人工髓核置换术第37章 经皮后路腰椎动力内固定

## &lt;&lt;微创脊柱外科精要&gt;&gt;

## 章节摘录

插图：第1章 微创脊柱外科的解剖入路四、胸腔镜手术入路胸腔镜可以广泛用于各种胸腔和纵隔病变的手术。

该技术降低了肩胛带功能障碍和肋间神经痛的风险，与开放性胸椎手术相比，肺部并发症的发生率也较低。

胸腔镜技术已应用于造成脊髓腹侧中央型压迫的脊椎病变的手术治疗。

主动脉和腔静脉等血管结构的位置是决定手术入路的重要因素。

主动脉与脊柱的位置关系变异比较大，而腔静脉的位置相对固定。

T9以上中线区域病灶通常采用右侧入路，这可避开主动脉而获得更大操作空间。

虽然奇静脉系统位于右侧，但将其结扎后便可获得术野的良好显露。

确定手术入路后，沿腋后线处在肋间隙做一个1.5cm的皮肤切口，钝性分离外、中、内三层肋间肌。

通常取肋骨上缘切口以避免节段神经和血管。

采用单侧通气使同侧肺塌陷，钝性打开壁层胸膜，确保术野不受肺和胸膜的干扰。

置入10mm的光源通道。

在胸腔镜辅助下，手指压紧皮肤，准确定位腋前线上的另外2~3个进入点。

用小剪刀对外侧胸壁各层进行钝性分离，置入余下的套管。

摄像机的头-尾轴方向应与主刀医师的视野相对应，以便术者通过监视器协调自己的操作。

切开脊柱表面壁层胸膜，结扎肋间节段血管，从T1到T10，肋骨头与相应节段的椎体和上方的椎间隙形成肋椎关节（图1-3）。

剥离前纵韧带，切除肋骨头和椎弓根后即可暴露椎管。

须小心操作以避免损伤肋骨头前方的交感干和内脏神经。

在椎体和椎间盘的后侧钻孔，为插入器械提供足够的空间，这样既避免了对脊髓的牵拉，也可将位于突出的椎间盘头侧和尾侧正常硬膜暴露出来。

轻至中度的椎间盘突出，洞为半球形，如果突出较严重，则洞为矩形。

然后，在直视下完成对脊髓和神经根减压。

## <<微创脊柱外科精要>>

### 编辑推荐

《微创脊柱外科精要》探讨了近年来出现的新技术和生物学进展。而这些进展可以使切口更小、创伤更少，并有助于患者早日康复。

<<微创脊柱外科精要>>

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>