

<<陈惠祯妇科肿瘤学>>

图书基本信息

书名：<<陈惠祯妇科肿瘤学>>

13位ISBN编号：9787535247339

10位ISBN编号：7535247334

出版时间：2011-10

出版时间：湖北科学技术出版社

作者：蔡红兵 等主编

页数：1242

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>

<<陈惠祯妇科肿瘤学>>

内容概要

本专著共12篇59章，176万字，分总论和各论两大部分。

总论部分包括妇科癌症流行病学，分子生物学，妇科肿瘤标志物，妇科癌症的预防、手术治疗、放射治疗、化学治疗、生物治疗的原则，妇科癌症影像学、细胞学、阴道镜、宫腔镜的诊断方法，介入影像学在妇科癌症中的应用，妇科癌症合并妊娠的处理，以及妇科癌症的腹腔镜手术。

各论部分主要包括恶性及良性肿瘤病理学，临床特点，诊断方法，治疗方案，手术技巧，治疗并发症的处理，治疗后随访及复发癌的处理，病人生活质量，康复，姑息治疗及临终关怀等。

本书收集了大量的国内外相关资料，全面介绍了妇科肿瘤的基础研究、临床实践及其新的进展，并进行了深入的讨论。

内容新颖，资料丰富，信息量大，实用性强。

特别是在治疗方面，既详尽介绍了前人的成果、经典方法，也介绍了作者的经验与创新，并附有大量图片，力求表达清楚，可操作性强。

本书可供肿瘤研究人员和临床工作者、妇产科医师、妇女保健人员及大专院校学生参考借鉴。

本书的撰写出版，得到各级领导的大力支持，得到多位全国著名妇科肿瘤专家、妇产科专家的热心指导，以及同仁们的热心帮助，在此一并表示衷心的感谢。

书中不足之处祈请同道朋友们指正。

<<陈惠祯妇科肿瘤学>>

作者简介

蔡红兵，女，博士，武汉市人。

1984年毕业于湖北医学院(现为武汉大学医学部)，留校后在中南医院妇瘤科工作。

现任武汉大学中南医院妇瘤科科长、主任医师、教授，并兼任中国抗癌协会妇科肿瘤专业委员会常委、湖北省抗癌协会理事、湖北省医学会妇科肿瘤学会主任委员、湖北省抗癌协会妇科肿瘤专业委员会常委、湖北省女医师协会理事。

有丰富的临床工作经验及熟练的手术操作技巧，对妇科肿瘤的诊断及治疗，尤其是对宫颈癌的早期诊断及手术治疗，有其独到之处。

学术思想活跃，治学态度严谨，完成多项科研课题，取得了“

早期宫颈癌手术方式及技巧的研究与，临床应用”、“降低宫颈癌根治手术并发症新技术的临床应用研究”等多项科研成果，均达国内领先或国际先进水平，其中两项已获省部级科技成果奖。

在国内核心期刊上发表专业论文60余篇，其中SCI收录论文10余篇。

主编或参编《子宫颈癌》、《实用妇科肿瘤手术学》、《妇科肿瘤手术精选》、《现代妇科肿瘤学》、《简明妇科肿瘤学》等12部医学专著。

<<陈惠祯妇科肿瘤学>>

书籍目录

- 第一篇 总论
- 第二篇 外阴肿瘤
- 第三篇 阴道肿瘤
- 第四篇 子宫颈肿瘤
- 第五篇 子宫体肿瘤
- 第六篇 卵巢肿瘤
- 第七篇 输卵管肿瘤
- 第八篇 阔韧带肿瘤及女性生殖道恶性苗勒管混合瘤
- 第九篇 子宫滋养细胞肿瘤
- 第十篇 常见妇科恶性肿瘤手术方法与技巧
- 第十一篇 手术、化疗及放疗并发症的处理
- 第十二篇 生活质量、康复、姑息治疗及临终关怀
- 附录一 常用抗癌药的缩写和中英文名称
- 附录二 抗癌药急性及亚急性毒性反应分度标准 (WHO标准)
- 附录三 从身高、体重检索体表面积
- 附录四 疗效评估标准
- 附录五 身体一般状况评分标准
- 附录六 癌症疼痛程度评估表

<<陈惠祯妇科肿瘤学>>

章节摘录

59.1.2预防 要熟悉盆腔解剖，按解剖层次操作。

特别要注意的是，闭孔L区位置较深，大小血管较多，一旦血管损伤，尤其是髂内静脉及分支损伤，止血较为困难，由此引起大出血而导致死亡时有报道。

所以在该区的手术要严格按解剖层次进行，细心操作，避免强力牵拉。

闭孔区淋巴结外方有时与髂外静脉粘连，且淋巴结尾部可深入髂内、外动脉分叉处的外侧，如由内侧强力剔出时，易伤及血管及招致大出血，遇此情况，杨学志认为应先解剖腰大肌与髂总（外）动、静脉，以从外侧进行解剖为妙。

这样，髂外动、静脉被游离，腰大肌内壁也可完全暴露，骨盆侧壁的血管神经的位置清晰在目，可以安全切除该区淋巴结。

如切除仍有困难时，可在受累血管上、下方游离一定长度的血管，用无损伤血管钳钳夹，暂时性阻断血流，然后剥离肿块，这样安全性更大。

即使损伤血管也便于缝合止血。

如受累淋巴结与髂内动脉紧密粘连，可于肿块上、下方分离相连的部分血管，连同肿块切除一段血管。

闭孔L区转移的淋巴结与闭孔神经紧密粘连，闭孔窝下方不易暴露，应首先使转移的淋巴结与髂外静脉内侧壁分开，解剖腰大肌内侧面，解剖出髂外静脉末段与脐侧韧带间的淋巴结（腹股沟内侧深淋巴结），向下稍加分离、暴露闭孔神经，将其与淋巴结分开（可用示指协助），亦可从转移的淋巴结包膜内剥离，这也是行之有效的方法。

如转移性淋巴结融合固定，应放弃继续手术，用银夹标记。

还值得提出的是，盆腔根治术在切除髂总动脉区或腹主动脉旁淋巴结时，有时会误伤髂总静脉及腔静脉导致严重大出血，须仔细在其表面分离上方及侧方脂肪组织，结扎腔静脉“伴随”静脉。

此外，预测某些手术有难以控制的大出血时，可先行髂内动脉结扎再按常规手术，如广泛性宫旁组织切除、宫颈肌瘤切除、阴道上段广泛切除术等，特别在其周围广泛粘连或浸润时，或已有出血倾向者。

江森教授在盆腔淋巴结切除后先结扎双侧髂内动脉，再行子宫广泛切除，能减少出血。

笔者则选择性结扎双侧髂内动脉。

（刘履光谭文福）59.1.3 止血原则及方法 （1）基本原则：处理出血是一项紧迫的任务，必须及时、有序按操作原则进行。

1) 首先用手指或纱布垫压迫止血，避免盲目钳夹，以免造成输尿管、神经的损伤或出血面（或血管）的扩大。

2) 当出血通过压迫得以控制时，应调整灯光，吸干血液，保持手术野干净清洁，视野清晰。

3) 建立可靠的血管通道。

根据出血量及病人术前血红蛋白含量，及时补充血容量。

适当输注血液、血液制品和液体。

4) 经上述处理后，慢慢滑行移开手指或纱布垫，辨认损伤出血的部位，然后根据出血种类进一步处理。

钳夹结扎止血或缝扎止血，或用消毒绷带加压填塞，或修补血管破口，或血管端端吻合等。

5) 在上述处理的同时或其后，特别经上述处理不奏效时，可使用图59-1的器械压迫肾血管下方的主动脉，或用血管套，或脐带线拉紧主动脉，截断血流。

.....

<<陈惠祯妇科肿瘤学>>

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>