

<<肩关节外科学原理与实践>>

图书基本信息

书名：<<肩关节外科学原理与实践>>

13位ISBN编号：9787117116510

10位ISBN编号：711711651X

出版时间：2009-11

出版时间：人民卫生出版社

作者：裴福兴 等主译

页数：524

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>

<<肩关节外科学原理与实践>>

前言

我注意到每年在美国都会有一本新的肩关节专著面市。

它们涵盖了各个方面的内容，包括肩关节基础教程的全面专著、肩关节并发症处理方面的专著。

最近一次在德国举行的肩关节学术会议上，我参观了一位出版商展台，结果发现有8部用不同语言出版的肩关节专著。

基于此，我们认为“肩关节外科时代”已然来临。

本书的两位主编拥有肩关节外科方面的扎实基本功和丰富的手术经验，是国际知名的肩关节外科学专家。

Matsen博士长期担任位于西雅图的华盛顿大学医学院骨科主任。

他是骨科领域的杰出人物，经过他培养的22位肩关节外科医生如今正服务于美国和世界各地。

Steven博士在完成骨科住院医师阶段的培训后，在西雅图作为工作组成员与Rick Matsen一起共事2年之久。

他现在正在俄亥俄州的Akron从事肩关节外科工作。

Rick博士和Steven博士在本书中充分体现了他们的教学才智。

Steven亲自督导了本书的插图工作。

他们两位联手为我们奉献了一本有关肩关节疾病和手术方面基本原则和规范化处理的专著，同时这本书也是一本详尽而美妙的图谱。

<<肩关节外科学原理与实践>>

内容概要

本书根据肩关节的运动机制和病理变化，分7个部分分别讲述了肩关节病人一般处理原则、肩关节灵活性维护、稳定性的保持、关节加固、关节成形术、骨折及关节翻修术等内容。本书的两位主编拥有肩关节外科方面的扎实基本功和丰富的手术经验，是国际知名的肩关节外科学专家。

<<肩关节外科学原理与实践>>

作者简介

作者：(美国)FREDERICK A.MATSEN (美国)STEVEN B.LIPPITT 译者：裴福兴 黄富国

<<肩关节外科学原理与实践>>

书籍目录

第一部分 一般原则 第1章 患者选择原则 第2章 术前评估原则 第3章 肩关节放射学检查原则 第4章 术前准备原则 第5章 术后康复原则 第二部分 肩关节的活动 第6章 盂肱关节活动的原则 第7章 肩关节僵硬的松解手术 第三部分 稳定性 第8章 盂肱关节稳定性原则 第9章 关节盂凹面的相关原则 第10章 盂肱关节韧带和关节囊方面的原则 第11章 创伤性肩关节不稳盂唇撕裂的修复手术 (Bankart修复) 第12章 关节盂唇前方缺损的关节囊外髂骨解剖植骨重建手术 第13章 关节盂唇后方缺损的关节囊外髂骨解剖植骨重建手术 第14章 关节盂顺应性过大的加强手术 第15章 扁平关节盂的后方关节盂骨成形术 第16章 腭绳肌腱移植重建盂肱关节前方关节囊 第17章 采用自体髂骨植骨的盂肱关节融合术 第四部分 肌肉力量 第18章 盂肱关节肌肉力量的相关原则 第19章 肩袖刮除手术 第20章 保持肩关节的光滑和活动性——肩袖完整 第21章 肩袖修复术 第22章 保持肩关节的光滑和活动性——不可修复的肩袖损伤 第23章 修复断裂的胸大肌腱 第24章 肱二头肌长头腱肌腱固定术 第五部分 平滑性 第25章 肱肩关节的平滑原则 第26章 盂肱关节平滑的原则 第27章 肱骨关节成形术的原则 第28章 肩胛盂关节成形术的原则 第29章 手术方式：肱骨关节成形术 第30章 手术方式：不使用关节盂假体重建肩胛盂关节面 第31章 假体重建肩胛盂关节面的肩胛盂关节成形术 第32章 肩袖撕裂关节病的特殊半关节成形术 第六部分 骨折 第33章 肱骨近端骨折的处理原则 第34章 手术方式：肱骨结节下骨折的钢针内固定 第35章 手术方式：肱骨结节下骨折不愈合的三角形钢板固定 第36章 手术方式：假体重建肱骨近端 第七部分 翻修手术 第37章 翻修手术的原则索引

<<肩关节外科学原理与实践>>

章节摘录

插图：在手术当天，我们要再次检查患者的一般状况、药物治疗方案和过敏试验结果。

在用药之前，我们要求患者用记号笔标记其患侧和手术位置。

当患者进入手术室时，我们要检查并确认其已签署手术同意书。

将x线片带入手术室并置于术中可以看到的阅片灯上。

检查全部的术前讨论结论以及所有证明手术侧和手术部位的证据是否齐备。

确认患者在麻醉下进行检查时和在手术时的体位尤为重要。

再次确认手术方案，检查可能用到的内植物的类型、尺寸和与之配套的器械。

与护理人员一起讨论手术步骤以确保他们/她们能够提供足够的手术器械、电动工具、必需的物品和可能的内植物。

在肩部手术时，我们通常不会安置尿管。

除非手术时间可能超过3小时或者可能需要关注患者血流动力学状态时才安放。

如果患者在仰卧位接受手术，则麻醉操作和麻醉后体格检查（EUA）都在手术台上进行。

麻醉后体格检查（EUA）包括患肢上举范围、体侧外旋、超过躯干的内收、上臂90°外展时的肩关节内旋和外旋。

将这些数值记录在手术室的白板上，并在手术后将这些结果与前、后应力一位移实验的测试结果转抄在病历上。

如果采取俯卧位手术，则在患者被转移到手术台前进行麻醉后体格检查（EUA）。

当患者处于上述的两个体位时，患者应平卧在手术台上，并固定胸廓的位置，而在肩关节下方无需放置支撑物。

患者的肩关节位于手术台边缘，以便在术中自由活动上臂。

将患者的躯体和头部稳妥地固定在手术台上。

手术室内的所有灯光应能照射到手术区域。

如果启用了层流系统，则患者的体位应能使气流从足部向肩部流动。

未洗手的人员不得在气流和患者之间来回走动和站立，以免阻碍层流。

此时，仅保留通向麻醉室的门，所有其他通向手术室的门都应被关闭。

禁止不必要的活动和交谈以确保最大限度的消毒以及将精力集中于即将开始的手术。

在这些准备工作开始前，灯光和监视器应已就位，从而避免移动这些设备时散落的灰尘会影响患者。

绝大多数患者在进行皮肤准备之前预防性使用抗生素。

在翻修患者或严重开放性损伤患者尚未取得体液和组织标本用于革兰染色、培养和冰冻活检之前不得使用抗生素。

切口区备皮，腋窝不必备皮，剔除所有软毛。

所有手术侧上肢包括整个上臂的前、后都应消毒。

除非患者对碘过敏，我们一般使用碘酒进行消毒。

无菌单放在上肢肢带骨下方，从而保证消毒液不会积存在患者身体下方。

躯干铺巾后，将管状的弹性袜套套在手、前臂和肱骨中段上。

标记切口。

经过清点后，将一块无菌的4×4大小的海绵置于腋窝处。

仔细将透明薄膜粘在标记过的皮肤上以避免皮肤扭曲造成切口紊乱。

通过使用完全覆盖身体和头部的被单以及上臂的织套，从而避免使用可能干扰术中c臂透视的巾钳。

吸水的布巾置于肩关节下方以吸收从手术区域流出的血液和渗出液。

我们使用水平杆将被单与患者头部隔开。

确保两组液体通道的通畅以方便麻醉医师从静脉给药。

水平横杆应有足够的高度，以保证将手术区域与麻醉医师的非无菌操作相分离；但是水平横杆不宜过高，以免影响麻醉医师检视术中情况。

倾斜横杆以保证留出足够空间。

<<肩关节外科学原理与实践>>

手术团队中应各有一名医师位于肩关节头侧、肩关节外侧以及腋窝侧。主刀医师通常位于腋窝侧，第一助手位于头侧，第二助手位于外侧。采用这种摆放方式的横杆还应能允许麻醉医师接触患者对侧上肢和头部。器械护士位于主刀医师对面，器械台应位于患者的足侧和器械护士的背后。

<<肩关节外科学原理与实践>>

编辑推荐

《肩关节外科学原理与实践》是由人民卫生出版社出版的。

<<肩关节外科学原理与实践>>

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>