

<<机器人泌尿外科学>>

图书基本信息

书名：<<机器人泌尿外科学>>

13位ISBN编号：9787117145800

10位ISBN编号：7117145803

出版时间：2011-8

出版时间：人民卫生出版社

作者：胡博特 编

页数：302

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>

<<机器人泌尿外科学>>

内容概要

《机器人泌尿外科学》两位作者H. John和P.

Wiklund来自在医学界享有盛名的瑞典卡罗林斯卡医学院和瑞士哈里斯兰登医疗中心，他们通过整理近年美国、欧洲最新机器人手术相关论文和进展报告，完成了此书。

本书由介绍机器人手术发展历史开始，继之于泌尿外科各类机器人手术的具体程序及手术技术，涵盖了泌尿外科常见的各种术式。

在手术部分，著者将各类机器人术式按步骤进行说明，包括了术式介绍，患者术前准备，机器人系统设置及器械准备，手术技巧，术后随访及并发症等各方面，内容详实而条理清晰。

书中介绍的手术技术和数据均来自美国及欧洲几所顶级医疗中心以及世界上在此领域最为著名的外科手术专家，与译者目前在美接触到的最新手术技术相符。

同时术中配有116幅高质量的彩色插图及手术图片，使书中的描述更为直观。

本书的出版将有助于提高国内泌尿外科微创手术技术水平，推进包括机器人手术在内的最新外科手术技术发展。

<<机器人泌尿外科学>>

作者简介

编者:(瑞士)胡博特 译者:阴雷 黄建荣

<<机器人泌尿外科>>

书籍目录

第1章 机器人手术在泌尿外科领域的历史

- 1.1 介绍
- 1.2 背景
- 1.3 腔内泌尿外科
 - 1.3.1 经尿道前列腺切除术
- 1.4 消融
- 1.5 前列腺活检
- 1.6 经皮肾脏穿刺
- 1.7 腹腔镜手术
 - 1.7.1 机器人摄像头支架
 - 1.7.2 主从系统
 - 1.7.2.1 主从系统在泌尿外科腹腔镜领域的临床经验
- 1.8 根治性前列腺切除术
- 1.9 根治性膀胱切除术及尿流改道
- 1.10 肾盂成形术
- 1.11 活体供肾切除术
- 1.12 未来的机器人外科手术

第2章 针对根治性前列腺切除术的前列腺外科解剖学

第3章 机器人根治性前列腺切除术：腹膜外技术

第4章 机器人根治性前列腺切除术：经腹技术

第5章 针对局限性前列腺癌进行盆腔淋巴结清扫术和机器人根治性前列腺切除术

第6章 机器人根治性前列腺切除术中膀胱颈的分离

第7章 腹腔镜和机器人根治性前列腺切除术中保留神经

第8章 Vattikuti中心前列腺切除术：阿芙罗狄蒂面纱保留神经技术

第9章 机器人辅助腹腔镜根治性前列腺切除术：尖部切除

第10章 膀胱尿道吻合

第11章 机器人辅助腹腔镜前列腺切除术后效果评价

第12章 机器人辅助腹腔镜根治性前列腺切除术术后尿失禁

第13章 机器人前列腺切除术后的勃起功能：解剖因素及治疗

第14章 机器人肾盂成形术

第15章 机器人辅助根治性膀胱切除术

第16章 机器人肾脏手术

第17章 机器人肾上腺手术

第18章 小儿机器人抗反流手术

第19章 从经济角度来看达·芬奇手术系统

索引

<<机器人泌尿外科>>

章节摘录

版权页：插图：如果遇到异位血管，输尿管应被提向前方，使其最终在血管的前方被吻合。

在这种情况下，应首先留置输尿管顶端的支持线，在完成离断后马上进行。

正如在各种手术中一样，首先开始吻合最困难的部分是明智的，比如先吻合前缝合线。

根据术者的喜好，采用连续缝合或间断缝合方式进行吻合。

对于婴儿和较小的儿童，我们倾向使用polyfilament吸收性缝合线加6-0圆针，而年龄较大的儿童和成人使用5-0缝线较为合适。

单丝缝线有较多的“缝线记忆性”（memory），使他们控制起来更困难。

在缝合时，右臂的剪刀应换为大持针器，保留DeBakey器械在左臂。

在切开并缩小肾盂体积以及缝合时，应避免触碰任何黏膜组织，以防止肿胀和水肿，否则会使工作变得更复杂。

是否置入支架管是可选择的，一般在之前就被常规完成。

如果术中要放置双J支架管，应该在前部吻合完成时立刻置入。

导丝可以通过助手套管放入，并由术者从那里使用DeBakey钳和持针器顺着输尿管置入。

双J支架管的型号选择取决于估计的输尿管长度。

为获得最佳位置，最好是采用可控性插入。

这由助手操作，一旦导丝顶端到达输尿管顶端开口部位，放入经过测量的导丝长度，要比双J支架管的实际长度长一点。

这确保了双J导管可以到达膀胱但不会超过它。

移除导丝时，使用DeBakey钳反向牵拉双J支架管，以保持支架管在位。

另外，双J支架管可于手术前放置，尽管这使得前部吻合操作更加困难，同时延长了手术时间。

一旦双J支架管被放置好，进行后部的吻合，如有必要，关闭肾盂缺损。

移除支持线后，uPJ下垂到原来的位置，可以将二氧化碳气腹放掉。

观察手术区域内的静脉出血，之后手术台车和套管可被移除。

如果输尿管和肾盂壁的厚度明显不一致，我们留下一个引流管过夜。

在摄像头套管位置的外层筋膜层用单线（2-0到4-0）关闭。

如果需要，器械套管位置的外层筋膜也予以关闭。

采用皮下连续缝合关闭皮肤，尤其是儿童。

如果患者情况良好，第二天早晨我们会拔掉骶/硬膜外导管并在6小时后拔除导尿管。

<<机器人泌尿外科学>>

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>