第一图书网, tushu007.com

<<鼻窦和前颅底内镜手术学>>

图书基本信息

书名：<<鼻窦和前颅底内镜手术学>>

13位ISBN编号：9787117150095

10位ISBN编号：7117150092

出版时间：2012-2

出版时间：人民卫生出版社

作者：（德）魏根德　编著，韩德民　主译

页数：215

译者：韩德民

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

内容概要

《鼻窦和前颅底内镜手术学(第2版)(翻译版)》从第1版面世至今，已经过去了17年。
面世之初，内镜鼻窦外科技术在鼻科领域刚刚起步，还只被一部分医生接受；另外一部分医生认为它存在严重风险而加以反对，还有一部分医生认为它不过是一种不充分的、简单的治疗方式。
许多批评源于内镜手术中过于激进的鼻窦开放方式，导致黏膜萎缩、出现“臭鼻症”。
其实，这是一个非常大的误区：内镜鼻窦手术采用的是创伤最小的径路、鼻窦开放过程中是遵循黏膜保护理念的。
短短数年，这种误解得以解决，并且，内镜鼻窦手术开始流行了。
当今，世界范围内，内镜鼻窦手术已成为治疗慢性鼻窦炎的常规手术方法，并且应用领域拓展到创伤、畸形、肿瘤等治疗领域。

第一图书网, tushu007.com

<<鼻窦和前颅底内镜手术学>>

书籍目录

第1章 内镜鼻窦手术的概念
鼻窦黏膜的手术病理学
黏膜炎症
手术原则
术后恢复中的问题
辅助治疗
鼻内镜术后复查
术后早期阶段
术后晚期阶段
维持嗅裂通畅
知情同意
内镜鼻窦手术的基本原则：优点、缺点和结果

第2章 鼻腔和鼻窦的内镜解剖
鼻腔及其内镜解剖标志
鼻窦及其毗邻结构的CT影像学
冠状位CT
水平位CT
鼻腔和鼻窦的大体解剖
解剖操作台的设置
尸头标本解剖的标准步骤
鼻中隔的解剖
鼻腔外侧壁的逐层解剖：八步法
鼻甲、鼻腔外侧壁下段的内镜解剖和内镜下经鼻径路上颌窦开窗术
筛窦和前颅底的经鼻径路内镜手术
筛窦和额窦的经面径路手术
额窦的经鼻径路内镜手术
蝶窦的经鼻径路内镜手术
经颅径路暴露鼻腔和鼻窦

第3章 术前和术后诊断
病史采集
鼻镜检查和鼻内镜检查
超声检查
A型超声
B型超声
放射学，计算机体层摄影术(CT)和磁共振成像(MRI)
传统放射学检查
计算机体层摄影术(CT)
磁共振成像(MRI)
功能检查
进一步检查
鼻窦炎分型

第4章 内镜鼻窦手术器械

手术内镜
显微镜
器械
辅助设备
计算机辅助手术

第5章 麻醉和患者体位
介绍
表面麻醉、浸润麻醉、阻滞麻醉
全身麻醉
患者体位

第6章 急、慢性鼻窦炎的规范化手术
鼻腔手术
鼻中隔成形术
鼻甲切除术
息肉切除术
鼻腔异物取出术
活组织检查和肿瘤切除术
内镜下激光的使用
筛窦手术
适应证
治疗原则
手术技术
额窦手术
适应证
治疗原则
手术技术
蝶窦手术
适应证
治疗原则
手术技术
上颌窦手术
适应证
治疗原则
手术技术
筛窦完全开放术伴额窦、上颌窦、蝶窦开放：全组鼻窦开放术
眼眶的内镜手术
适应证
治疗原则
手术技术
内镜和显微镜下前颅底手术
适应证
治疗原则
手术技术
颅?鼻联合径路手术
儿童的内镜鼻窦手术

适应证
治疗原则
手术技术
内镜下泪囊鼻腔开窗术(DCR)
经鼻径路泪囊鼻腔开窗术的适应证
鼻泪管狭窄的病因学
手术技术
泪囊鼻腔开窗术的结果

第7章 鼻窦炎的并发症
适应证
治疗原则
手术技术
眼眶并发症
黏液脓囊肿
骨炎、骨髓炎
脑膜炎、脑脓肿
鼻窦炎的局部播散

第8章 手术失败及再次手术
适应证
治疗原则
手术失败原因及其补救措施
持续性或复发性鼻窦炎
术后炎性并发症
手术操作失误
被忽视的鼻部辅助手术
解剖结构异常
术后嗅觉减退或嗅觉障碍
术后复查不充分
复发性慢性鼻窦炎的非医源性因素
分阶段的内镜鼻窦手术

第9章 创伤
适应证
治疗原则
手术技术
异物取出
开放性损伤
面中部和眼眶骨折
前颅底骨折
内镜鼻窦手术的并发症

第10章 畸形
适应证
治疗原则
手术技术

鼻咽囊肿和其他囊肿
后鼻孔闭锁
鼻中隔及鼻甲发育不良
自发性硬脑膜瘘孔
脑膜脑膨出

第11章 肿瘤及肿瘤样病变
适应证
治疗原则
手术技术
诊断性活检和术后处理
黏液脓囊肿
广泛的鼻息肉
肉芽肿
骨瘤
纤维瘤、神经瘤、腺瘤
鼻咽血管纤维瘤
内翻性乳头状瘤
鳞状细胞癌和腺癌
嗅神经母细胞瘤

第12章 内镜鼻窦手术的结果：作者的经验
介绍
慢性鼻窦炎
筛窦部分开放术：初次手术、病变局限的慢性鼻窦炎患者
筛窦完全开放术／全组鼻窦开放术：病变广泛的慢性鼻窦炎患者
经鼻内镜下泪囊鼻腔开窗术(DCR)肿瘤
内翻性乳头状瘤的内镜手术
恶性肿瘤

第13章 历史概述
鼻内径路鼻窦手术的开端
内镜鼻窦手术的早期阶段
索引

章节摘录

关于鼻息肉的发病机制，存在多种假说，Tos（2000）进行了详细综述。
乍一看，这些假说不能说服那些认识到尽可能保留病变黏膜的内镜鼻窦手术可以彻底治愈筛窦和蝶窦炎症的鼻内镜医生，也不能说服那些不过在前组筛窦最前方额筛交界区域发现典型的鼻息肉的鼻内镜医生。
同一患者，如果单纯开放筛窦狭窄的引流通道，恢复额窦通气引流，就可以使息肉样黏膜恢复正常；而保留前组筛窦的引流通道，就可能为鼻息肉复发留下隐患的话，就很难理解全身黏膜病变可能会是造成鼻息肉的主要原因。
显然，局部特殊的骨性结构影响着黏膜内环境的稳定性：解剖异常增加了正常黏膜对于感染性炎症的易感性，例如：通过限制淋巴回流，促进黏膜水肿和息肉形成。
分析出前述的这些致病因素后，鼻科医生当然会考虑采用相应的对症治疗，但是，如果对症治疗后还没有解除致病因素的话，鼻科医生最终还是会采用内镜鼻窦手术。
因为，内镜鼻窦手术已经被证实对于过敏、囊性纤维化等系统性疾病也有效。
鼻息肉、潴留性囊肿（图1.5）和瘘管一般为不可逆病变，黏膜应予以清除；单纯的肿胀、水肿、乳头样黏膜应予以保留，给予其康复的机会。
尚不明确儿童鼻息肉和潴留性囊肿能否自行恢复。
在鼻窦炎手术中，切除不可逆的病变黏膜，仅限于鼻息肉和囊肿；局部水肿和广泛肿胀的病变黏膜均可以保留。
肉芽的治疗原则与溃疡一致（见下文）。
医生和患者经常会问：过敏，尤其是呼吸道I型超敏反应，是否会影响治疗的效果？
一般而言，是不会的：关于这方面的文献数据还很缺乏，不可能让大量研究对象在术前和术后接受包括激发试验在内的完整的变态反应检查，所以上述结论只是基于部分患者而得出的。
包括慢性鼻窦炎鼻息肉患者在内，约10010的患者有过敏反应；在鼻息肉组织中常可见嗜酸性粒细胞浸润。
上述两点发现使我们过分地强调了I型超敏反应在鼻息肉发生和发展中的作用。
然而，组织中嗜酸性粒细胞浸润也可见于原发性非过敏性鼻炎，这类鼻炎常伴有内源性哮喘和对止痛药过敏。
另外，经典的免疫反应成分，例如：嗜酸性粒细胞、浆细胞、免疫球蛋白沉积物等的波动性非常大（图1.6a，b），因此，必须考虑到个体的局部黏膜反应。
体外实验证实：分别来源于过敏性个体和非过敏性个体的鼻息肉标本，在过敏原激发后，组胺释放量上并无差异（Baenkler等，1983，1987）。
研究发现：严重的鼻窦炎鼻息肉患者，组织病理和免疫组化研究结果与其临床表现和免疫反应之间不存在相关性（Waller等，1976）；尽管过敏是慢性鼻窦炎的病因之一，但并不能因此排斥手术治疗，无论是否治疗过敏，鼻窦炎都可以顺利治愈（Krause，2003）。
抗过敏治疗尽管可以通过减轻水肿，使慢性鼻窦炎鼻息肉患者鼻息肉的体积一定程度地减小（Krause，2003），但是，并不是恰当的长期治疗方式。
根据本人在筛窦内镜手术后的随访观察，作者认为：内镜手术治疗的效果并不取决于有无呼吸道过敏或是否针对过敏加以治疗；手术通过控制炎症可以减轻黏膜过敏反应，进而使症状得到完全、至少部分缓解；鼻中隔矫正等辅助治疗，也具有相似作用。
……

第一图书网, tushu007.com

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