

<<格林手外科手术学（上下卷）>>

图书基本信息

书名：<<格林手外科手术学（上下卷）>>

13位ISBN编号：9787509162767

10位ISBN编号：7509162769

出版时间：2012-11

出版单位：人民军医出版社

作者：（美）沃尔夫 等原著者，田光磊 等主译

页数：全两册

字数：3867000

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>

<<格林手外科手术学（上下卷）>>

前言

常言道“眼看心知道”，在我做实习医师时通过阅读《格林手外科手术学》学习到的有关知识充分验证了这句谚语的正确性。

如果不是从此书中事先学习并理解，有些手部损伤或功能障碍体征的细微之处我是不可能充分认知的。

作为本书的创作者，David Green毫无疑问是此书永远的首席编者。在1982年，当时并没有一本供手外科住院医师及实习医师参考的手外科专业书籍，此时Dr.Green开始了他热爱的事业，为大家奉献出版了第1版手外科手术学，共2卷，1754页，此书迅速在美国及欧洲获得了成功。

在他的领导下，本书扩版为64章，2300页，附多媒体教材，通过多种语言在150多个国家发行，被大家公认为手外科的“圣经”。

我在本版的工作就是在专家的帮助下，对大家感兴趣的一些领域，通过尝试新的手术方法、知识及技术解决新的问题。

为了使本书能够获得成功，我们组织了最著名的手外科医师及教育家作为编者，同时也要感谢Bob Hotchkiss和Chris Pederson对本书细致的编辑。

另外，非常荣幸能邀请Scott Kozin作为本书新的共同作者，为大家呈现精彩的儿童上肢外科治疗部分的内容。

在此，我代表所有人向手外科领域的专家们表示深深的敬意，正是他们身体力行的努力，才将所有的知识传递给年轻的医师。

他们的工作不求回报，只是希望通过教学的形式来推进手外科治疗水平的提高。

因此，我将此书献给在本书完成之际去世的我的导师Dr.Robert E.Carroll，他为手外科的教育事业奉献了60余年，亲自教导过本书各章节的多位作者。

最后，我要感谢我们的读者，正是你们，将作者的视界与经验实践到临床工作当中。

正如Robert Frost所言，“我不是教育者，而是唤醒者。

”我希望我们作者付出的心血可以起到启发灵感、开拓视野、增加经验及提供循证医学证据的作用，进一步提高我们所有医师的临床治疗水平。

<<格林手外科手术学（上下卷）>>

内容概要

本书为国际公认的手外科领域经典权威著作，由世界1余位手外科领域最富盛名的专家编撰而成，自1982年首版以来一直备受推崇。

本书第6版分手外科手术基本原则、手、腕、肘关节及前臂、神经、儿童手外科、骨及软组织重建、上肢其他疾病八大部分，共66章，系统全面地阐述了手外科手术所有相关内容，并对相关内容的核心知识、关键技术及其最新进展进行了详细、重点叙述。

此外，本版主编Scott

W.Wolfe及其他新增编者均是手外科领域当前最为知名、最为活跃的专家，他们的加入，保障了这部“圣经”级著作权威性，并注入了大量的新知识、新方法、新技术，为之增色，体现了本版与时俱进的先进性。

全书内容丰富，重点突出，适合骨科、手外科、创伤外科及其他相关领域的临床医师阅读参考。

<<格林手外科手术学（上下卷）>>

作者简介

作者：（美国）沃尔夫（Scott W.Wolfe）（美国）Robert N.Hotchkiss（美国）William C.Pederson（美国）Scott H.Kozin 译者：田光磊 蒋协远 陈山林

<<格林手外科手术学（上下卷）>>

书籍目录

上 卷

第1部分 手术基本原则

第1章 治疗总则

第一节 术前计划

- 一、只做对的、必要的手术
- 二、诊断
- 三、无创诊断方法
- 四、重建顺序
- 五、手术计划

第二节 术前准备和铺单

- 一、备皮
- 二、刮除毛发
- 三、医生术前刷手
- 四、术前抗生素使用
- 五、铺单

第三节 止血带

- 一、止血带的使用风险
- 二、止血带时间
- 三、延长使用止血带的方法
- 四、止血带压力影响
- 五、前臂止血带
- 六、局麻下的止血带使用
- 七、指根止血带

第四节 手术器械

第五节 显微操作

第六节 术中影像学检查

第七节 术后护理

第2章 麻醉方法

第一节 全身麻醉

第二节 区域阻滞麻醉

- 一、禁忌证
- 二、相对适应证
- 三、优点和缺点（表2-1）
- 四、麻醉器械及药物
- 五、历史发展
- 六、特殊类型阻滞
- 七、其他辅助麻醉法
- 八、并发症

第二部分 手

第3章 急性感染

第一节 一般原则

- 一、感染类型
- 二、患者评估
- 三、治疗原则

第二节 手部感染的几种特殊类型

<<格林手外科手术学（上下卷）>>

- 一、急性甲沟炎
- 二、慢性甲沟炎
- 三、脓性指头炎
- 四、化脓性屈肌腱腱鞘炎
- 五、桡、尺侧囊感染
- 六、深部间隙感染
- 七、化脓性关节炎
- 八、骨髓炎

第三节 特殊类型感染

- 一、动物咬伤
- 二、人咬伤
- 三、假体或植入物周围感染
- 四、射手样脓肿：静脉吸毒所致感染
- 五、疱疹性脓性指头炎
- 六、上肢的HIV感染
- 七、糖尿病患者手部感染
- 八、坏死性软组织感染和气性坏疽
- 九、皮肤炭疽感染
- 十、高压注射伤
- 十一、可引起感染症状的非感染性疾病

第4章 慢性感染

第一节 一般原则

- 一、诊断
- 二、标本采集与处理指南
- 三、治疗

第二节 细菌感染

- 一、放线杆菌病
- 二、炭疽病
- 三、葡萄状真菌感染
- 四、布氏杆菌病
- 五、足分枝菌病
- 六、梅毒
- 七、坏疽性脓皮病

第三节 真菌感染

- 一、分类
- 二、诊断
- 三、治疗
- 四、皮肤真菌感染
- 五、皮下真菌感染
- 六、深部真菌感染
- 七、新型手部真菌感染

第四节 汉森病（麻风病HD）

- 一、流行病学
- 二、临床病理学
- 三、分型
- 四、早期诊断
- 五、治疗

<<格林手外科手术学（上下卷）>>

第五节 分枝杆菌感染(结核性和非结核性)

- 一、皮肤结核
- 二、皮下结核
- 三、分枝杆菌性腱鞘炎
- 四、结核性关节炎
- 五、结核性骨髓炎
- 六、抗结核药物和多药物治疗方案
- 七、非结核性分枝杆菌病特征及治疗

第六节

原藻性、原虫性和寄生虫感染

- 一、原藻病（藻类感染）
- 二、原虫感染
- 三、肠道寄生虫感染（线虫）

第七节

职业性感染

- 一、理发师的指间藏毛窦
- 二、剪羊毛工病
- 三、挤奶工指间肉芽肿
- 四、屠夫指间肉芽肿

第八节

病毒感染

- 一、获得性免疫缺陷综合征
- 二、疣
- 三、人型羊口疮
- 四、挤奶工结节

第5章 掌腱膜挛缩症

第一节

概述

第二节

基本知识

第三节

病理解剖

第四节

历史回顾

第五节

手术治疗方法

第六节

术前准备

第七节

术后处理及预期

第6章 伸肌腱损伤

- 一、肌肉
- 二、伸肌的解剖变异
- 三、腕关节水平的肌腱
- 四、肌腱联合
- 五、近节指骨的伸肌装置解剖
- 六、中节指骨的伸肌装置解剖

<<格林手外科手术学（上下卷）>>

七、手指的伸直功能

八、中央束完整性检查：Elson试验

九、斜形支持带

第一节

伸指的生物力学

第二节

损伤分区

第三节

伸肌腱断裂的治疗

一、缝合技术

二、术后处理

三、结果

四、伸肌腱修复并发症

第四节

特殊类型的伸肌腱损伤

一、急性锤状指（Ⅰ区：DIP关节水平）

二、慢性锤状指损伤

三、锤状拇损伤

四、Ⅱ区伸肌腱损伤

五、Ⅲ区损伤（PIP关节）

六、Ⅳ区损伤

七、Ⅴ区损伤

八、手指Ⅵ区损伤（掌骨水平）

九、Ⅶ区：腕背部损伤

十、Ⅷ区：前臂远端损伤

十一、Ⅸ区：前臂近端损伤

第7章 屈肌腱损伤

第一节

急性损伤

一、术前评估

二、手术治疗

三、预后

四、术后处理：康复训练

五、并发症

第二节

屈肌腱重建

一、肌腱松解术

二、一期屈肌腱移植：屈指深和屈指浅肌腱撕裂

三、一期肌腱移植：屈指深肌腱断裂，屈指浅肌腱完整

四、两期屈指肌腱重建术

五、拇指屈肌腱重建

六、3、4、5区屈肌腱重建

七、移植肌腱的获得

八、滑车重建

九、儿童屈肌腱重建

十、并发症

十一、FDS指：挽救性手术

<<格林手外科手术学（上下卷）>>

第8章 掌骨及指骨骨折

第一节

掌骨骨折（除拇指）

- 一、掌骨头骨折
- 二、掌骨颈骨折
- 三、掌骨干骨折
- 四、节段性掌骨缺损
- 五、掌骨基底骨折和腕掌关节骨折-脱位
- 六、掌骨骨折并发症

第二节

指骨骨折

- 一、远节指骨骨折
- 二、中、近节指骨骨折
- 三、近节指骨基底骨折
- 四、指骨骨折的并发症

第三节

拇指骨折

- 一、拇指指骨骨折
- 二、拇指掌骨骨折

第9章 指间关节脱位及韧带损伤

第一节

近侧指间关节

近指间关节损伤术前评估

第二节

近指间关节脱位

- 一、急性近指间关节背侧脱位
- 二、近指间关节侧方脱位
- 三、近侧指间关节掌侧脱位

第三节

近指间关节背侧脱位与骨折脱位

- 一、稳定的骨折脱位
- 二、不稳定骨折脱位
- 三、Pilon骨折
- 四、不稳定的近指间关节骨折脱位及Pilon

骨折的治疗

- 五、陈旧近指间关节骨折脱位

第四节

陈旧近指间关节脱位（过伸）

- 一、治疗
- 二、术后处理
- 三、预期结果

第六节

手指远指间关节和拇指指间关节

第七节

手指掌指关节

- 一、背侧掌指关节脱位

<<格林手外科手术学（上下卷）>>

- 二、简单的掌指关节脱位
- 三、完全（复杂）的掌指关节脱位
- 四、掌侧掌指关节脱位
- 五、掌指关节桡侧副韧带损伤
- 六、掌指关节绞锁

第八节

拇指掌指关节

- 一、急性尺侧副韧带损伤(滑雪者拇指)
- 二、陈旧尺侧副韧带损伤（猎场看守者拇指）
- 三、桡侧副韧带损伤
- 四、掌指关节脱位
- 五、陈旧拇指掌指关节掌侧不稳定

第九节

拇指腕掌关节

腕掌关节脱位

第10章 甲周组织

第一节

术前评价

第二节

手术种类

- 一、甲下血肿
- 二、甲床的修复
- 三、甲床撕脱伤
- 四、甲床缺损
- 五、供区甲床的切取
- 六、骨折
- 七、截指
- 八、急性损伤的晚期修复

第三节

术后治疗

第四节

并发症

- 一、甲嵴
- 二、甲分裂
- 三、不贴附
- 四、甲床缺损
- 五、指甲刺、甲周囊肿及甲床角化
- 六、上甲皮畸形
- 七、下甲皮畸形
- 八、指甲无光泽

第五节

钳状指甲

第六节

急性感染

细菌感染

第七节

慢性感染

<<格林手外科手术学（上下卷）>>

第八节

甲周组织肿物

- 一、良性肿物
- 二、恶性肿瘤

第11章 关节僵直

第一节

关节僵直的病理生理

- 一、掌指关节
- 二、近侧指间关节
- 三、远侧指间关节
- 四、骨间肌与小鱼际肌
- 五、蚓状肌
- 六、伸指肌腱

第二节

关节僵直的发病机制和体格检查

第三节

非手术治疗

- 一、掌指关节非手术治疗
- 二、近指间关节僵直的非手术治疗

第四节

挛缩的手术松解

- 一、掌指关节屈曲挛缩
- 二、近指间关节（屈曲挛缩）
- 三、远指间关节挛缩
- 四、创伤性内在肌挛缩

第五节

关节成形术（非类风湿）

- 一、掌指关节成形术
- 二、近端指间关节置换术
- 三、远侧指间关节置换

第12章

手部小关节的关节融合及关节置换

第一节

术前评价

第二节

历史回顾

第三节

掌指关节人工关节置换

- 一、弹性硅胶人工关节
- 二、表面置换术
- 三、热解碳假体

第四节

近侧指间关节人工关节置换术

- 一、硅胶假体关节置换
- 二、人工关节表面置换
- 三、热解碳假体近侧指间关节置换术
- 四、远侧指间关节置换

<<格林手外科手术学（上下卷）>>

五、Swanson远侧指间关节双柄假体

第五节

指间关节融合术

一、手指关节融合术的手术技术

二、生物力学考虑

三、手指关节融合并发症

第六节

近侧指间关节融合术

第七节

远侧指间关节融合术

第13章

拇腕掌关节炎

第一节

术前评估

一、临床表现

二、体格检查

三、影像学评价

四、影像学分期

五、病理解剖

六、手术相关解剖

第二节

历史回顾

第三节

非手术治疗

第四节

手术治疗

手术考虑

第五节

具体手术技术

一、掌侧韧带重建

二、完全大多角骨切除及其演变术式

三、大部大多角骨保留手术

四、第一腕掌关节其他重建手术

五、拇指掌指关节畸形的治疗方法

六、掌指关节掌侧关节囊固定术

七、第一腕掌关节成形翻修术

八、关节镜术

九、 期和早期的 期病变

十、 期晚期和 期病变

十一、 期病变

第六节

术后处理及预后

一、预后

二、并发症：预防与处理

第三部分 腕

第14章 腕关节置换及关节融合

第一节

<<格林手外科手术学（上下卷）>>

术前评估

- 一、腕关节物理检查
- 二、影像学评估

第二节

常见的疾病影像学模式

- 一、骨性关节炎
- 二、类风湿关节炎

第三节

手术技术

- 一、腕关节部分融合术
- 二、全腕关节融合
- 三、全腕关节置换
- 四、全腕关节置换的历史

第15章

腕关节不稳定

- 一、骨骼解剖
- 二、韧带解剖

第一节

生物力学

- 一、腕关节运动学
- 二、腕关节的稳定机制

第二节

腕关节韧带损伤的病理学机制

- 一、期：舟月分离或舟骨骨折
- 二、期：头月关节脱位
- 三、期：月三角分离或三角骨骨折
- 四、期：月骨脱位

第三节

腕关节不稳定的诊断

- 一、临床检查
- 二、影像学检查

第四节

腕关节不稳定

- 一、定义
- 二、分类

第五节

分离型腕关节不稳定

- 一、舟月分离
- 二、月三角分离
- 三、继发于舟骨骨折的腕关节不稳定
- 四、Kienbock's病导致的腕关节不稳定

第六节

非分离型腕关节不稳定

- 一、非分离型桡腕关节不稳定
- 二、非分离型腕中关节不稳定

第七节

适应性腕关节不稳定

<<格林手外科手术学（上下卷）>>

第八节

复杂性腕关节不稳定

- 一、月骨周围背侧脱位（小弓损伤）
- 二、月骨周围背侧骨折脱位(大弓损伤)
- 三、月骨周围掌侧脱位
- 四、轴向骨折脱位
- 五、单独腕骨脱位

第16章 远桡尺关节不稳定

第一节

体格检查

第二节

影像学检查

- 一、X线检查
- 二、关节造影检查
- 三、计算机体层摄影
- 四、磁共振成像
- 五、核素扫描
- 六、关节镜检查

第三节

三角纤维软骨复合体损伤

三角纤维软骨复合体损伤的Palmer分类

第四节

急性桡尺远侧关节不稳定

- 一、评估
- 二、单纯性脱位
- 三、三角纤维软骨复合体的修复（1B类损伤）
- 四、尺骨茎突骨折及不愈合
- 五、结果

第五节

创伤后(慢性)桡尺远侧关节不稳定

- 一、评估
- 二、治疗
- 三、结果
- 四、乙状切迹和尺骨的骨成形术

第六节

桡骨远端和前臂畸形愈合

第七节

尺骨撞击综合征

- 一、评估
- 二、治疗
- 三、尺骨头部分切除术（Wafer术）
- 四、尺骨短缩截骨术

第八节

桡尺远侧关节炎

- 一、半尺骨头切除间置关节成形术
- 二、Sauv é -Kapandji手术
- 三、尺骨头切除术

<<格林手外科手术学（上下卷）>>

四、尺骨头切除稳定术

第九节

无效的尺骨头切除术

第十节

尺骨头假体置换术

第十一节

桡尺远侧关节挛缩

手术技术

第十二节

尺侧腕伸肌腱鞘炎和半脱位

一、第6伸肌间室松解术

二、尺侧腕伸肌腱固定术

第17章

桡骨远端骨折

第一节

现代治疗方法的基本原理

第二节

骨折检查

第三节

判断骨折类型

第四节

常用骨折名称

一、Colles骨折

二、Smith骨折

三、Barton骨折

四、“司机骨折”或“发动机摇把回弹骨折”

五、月骨负荷、Die Punch或内侧楔骨骨折

第五节

骨折分型

一、Frykman骨折分型

二、Melone骨折分型

三、AO骨折分型

四、Mayo

Clinic骨折分型

五、“骨块特异性”

骨折分型

六、“三柱”骨折分型

七、Fernandez骨折分型

八、下尺桡关节合并损伤分型

九、骨折稳定性

第六节

治疗选择

一、闭合复位

二、经皮穿针固定

三、外固定架固定

四、关节镜下复位、经皮固定

五、切开复位内固定

<<格林手外科手术学（上下卷）>>

六、尺侧柱

第七节

循证决策

- 一、桡骨远端关节外骨折治疗方法
- 二、桡骨远端关节内骨折的治疗策略

第八节

合并损伤

- 一、开放骨折
- 二、合并正中神经损伤
- 三、合并腕关节韧带损伤

第九节

患者预后及预期

第十节

合并症

- 一、慢性局部疼痛综合征
- 二、不愈合
- 三、畸形愈合
- 四、下尺桡关节挛缩

第18章 腕骨骨折

第一节

舟骨骨折的发生率及病因学

第二节

舟骨解剖

- 一、骨及韧带解剖
- 二、血管解剖
- 三、舟骨的测量

第三节

舟骨骨折的生物力学及预示不愈合的因素

第四节舟骨骨折的检查及影像学

第五节

舟骨骨折分型及治疗的适应证

第六节

舟骨骨折及不愈合的治疗

- 一、成人急性舟骨骨折的非手术治疗
- 二、运动员舟骨骨折的治疗
- 三、急性舟骨骨折的手术治疗
- 四、复杂的舟骨损伤
- 五、舟骨骨折治疗的并发症
- 六、利用透视及手术导航减少螺钉置放错位
- 七、手术与非手术的费用
- 八、骨生长的促进剂

<<格林手外科手术学（上下卷）>>

章节摘录

版权页：插图：通过腕中关节镜可观察STT关节面情况。

Bar é 等人根据体表标志介绍了一个新的掌侧通道，可更加安全地进入舟大多角骨关节。

此通道入口位于APL肌腱尺侧3mm、舟骨结节桡侧6mm，以及桡骨茎突和第一腕掌关节中点处。

作者推荐的治疗方法对于第一腕掌关节炎的治疗有许多不同术式，效果相同。

据我们所知，至今尚无Ⅲ类临床证据的文章报道任意两种术式的比较。

目前只有三篇Ⅲ类临床证据的文献，他们认为所比较的术式间效果无差别。

另外三篇Ⅲ类临床证据的文献报道结果与之相似。

基于目前客观的临床数据我们尚不能作出任何推荐指导。

我们的建议是来源于我们医院在近十年治疗第一腕掌关节炎的经验、全面的临床治疗结果的回顾、基础研究，以及权威的手外科专家的经验。

我们敢说，对于有症状的第一腕掌关节炎的患者，按照我们的诊疗常规治疗，通常可获得较好的治疗效果，极少出现并发症。

我们前文中所述的一些其他观点还来源于大量确凿的Ⅲ类临床研究。

九、Ⅲ期和早期的Ⅲ期病变掌侧韧带重建对于伴有疼痛、不稳定的第一腕掌关节病变，无关节退行性改变者，有很多人建议行第一掌骨截骨。

而我们建议行掌侧韧带重建。

术前需要通过关节镜探查TMC和舟大多角骨关节。

我们更倾向切开手术，因其操作简单、快捷，再者如果行韧带重建术，关节囊可根据情况修剪以加强韧带重建的强度。

掌侧韧带重建主要包括桡背侧韧带和掌喙韧带重建，作为TMC关节的稳定结构，效果满意。

此手术方法最早由Eaton和Little在1973年提出，历经几十年尚无明显改变。

要点：掌侧韧带重建 1.采用Wagner入路，锐性分离鱼际肌。

2.通过关节镜探查TMC及舟大多角骨关节。

3.使用0.045inch或0.062inch的克氏针自背侧向掌侧钻孔，并确认通道方向。

4.使用28号钢丝协助移植的肌腱穿过骨隧道，如果钢丝过粗可阻碍肌腱通过。

5.由于FCR取腱时存在180°旋转，从近端切取尺侧1/2肌腱，并将其游离至近止点的部位。

6.用Hewson缝合器和2—0的单股缝合线将肌腱一切为二。

7.松解远端的FCR腱鞘及腕横韧带，以便FCR可向远端游离更长，其方向与掌喙韧带方向近似。

8.移植的肌腱从骨隧道中拉出、收紧，使用不可吸收缝线进行褥式缝合固定。

9.肌腱由背侧穿出，穿至APL肌腱深方，绕过TMC关节囊，与其自身缝合在一起。

10.闭合伤口后，将拇指置于外展、对掌位，采用拇人字石膏或夹板制动。

<<格林手外科手术学（上下卷）>>

编辑推荐

《格林手外科手术学(第6版)(套装共2册)》内容丰富，重点突出，适合骨科、手外科、创伤外科及其他相关领域的临床医师阅读参考。

<<格林手外科手术学（上下卷）>>

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>