第一图书网, tushu007.com

<<骨盆创伤学>>

图书基本信息

书名：<<骨盆创伤学>>

13位ISBN编号：9787533153397

10位ISBN编号：7533153391

出版时间：2009-1

出版时间：山东科学技术出版社

作者：周东生

页数：583

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

第一图书网, tushu007.com

内容概要

《骨盆创伤学》是在总结十余年的临床治疗经验的基础上撰写而成的。
它不仅详尽地阐述了临床上从诊断到治疗中各类手术的原则、选择、进程、注意事项等要点，更重要的是从源头上论述了这些治疗进展的基础理论依据，使读者知其然，并知其所以然。
从而在临床工作中，可以力求做到逻辑推理、科学抉择，而非简单地模仿照搬，一味重复。
在本书的表达上，作者除了利用丰富的模式图、x线片等形象资料外，尚制作了大量的骨折模型，立体地显现出骨盆创伤的特点和固定机制，大大增加了读者的理解程度。

第一图书网, tushu007.com

作者简介

周东生，男，1956年生于山东省日照市。
山东大学教授、博士生导师、主任医师，山东省立医院骨科主任、创伤骨科主任、急诊外科主任，山东省医学会骨科学分会主任委员、中华医学会骨科学分会委员、中华医学会骨科学分会创伤学组委员、中华医学会创伤学分会骨与关节学组委员、中国骨科医师协会常委、中国残疾人康复协会脊髓损伤专业委员会委员、《中华创伤骨科杂志》常务编委、《中华骨科杂志》编委、《中国矫形外科杂志》常务编委、《临床骨科杂志》编委、《Joumal of Bioactive and Compatible Polymers》编委、《Biomedical Materials》编委。

1978年毕业于青岛医学院，分配至山东省立医院骨外科工作至今。
曾赴德国柏林Charite Campus Benjamin Franklin Medical Center以及美国纽约大学(NYU Hospital for Joint Diseases)等进修学习。

周东生教授从事骨科专科专业30余年，1992年在山东省内首先创立了创伤骨科专业。
20世纪80年代在国内较早应用并推广AO原则及技术、带锁髓内钉技术以及椎弓根钉技术，率先应用Dick钉、AF、RF以及椎前后路钢板技术治疗脊柱骨折。
自20世纪90年代初开始开展复杂骨盆髋臼骨折的手术治疗，在骨盆骨折急救和开放性骨盆骨折治疗方面总结了大量的经验。
近年来将计算机导航技术引人骨科手术中，在国内较早开展了导航下脊柱、四肢骨折特别是上颈椎骨折的手术治疗，使手术更加安全、有效、微创。

近年来在国内外核心期刊杂志上发表论文80余篇，其中被SCI收录5篇。
完成国家、省、市级科研课题10余项，获科技成果奖10余项，获国家专利5项。
已培养硕士研究生30余名，博士研究生10余名。
主编《实用骨科导航技术》、《骨盆创伤学》、《脊柱外科手术及并发症学》、《四肢损伤与畸形的修复重建学》、《实用地震伤治疗指南》、《实用外科诊疗常规》、《外科及药物治疗学》等著作。

第一图书网, tushu007.com

<<骨盆创伤学>>

书籍目录

第一章 骨盆骨折概述
第二章 盆部解剖
 第一节 骨盆
 第二节 盆部的血管
 第三节 盆部的神经
第三章 骨盆的生物力学
 第一节 骨盆解剖结构特点
 第二节 骨盆的应力分析
 第三节 骨盆生理性不稳定
 第四节 骨盆受伤的力学形式
 第五节 骨盆的稳定性
 第六节 不稳定骨盆骨折内固定的生物力学
第四章 骨盆骨折的分型
 第一节 概述
 第二节 骨盆损伤的稳定性
 第三节 骨盆损伤的部位分类
 第四节 骨盆骨折简单分类法
 第五节 骨盆骨折Young-Burgess分类
 第六节 骨盆骨折Tile分类
 第七节 骨盆骨折AO分类
 第八节 分类方法与软组织损伤的临床相关性
第五章 骨盆骨折的影像学评估
 第一节 骨盆骨折的X线评估
 第二节 骨盆骨折的CT评估
 第三节 各类骨盆骨折的X线及CT表现
 第四节 其他影像学检查
第六章 骨盆骨折的急救
 第一节 院前急救
 第二节 院内急救与初期评估及处理
 第三节 院内二期评估与处理
 第四节 急性大出血的控制与处理
第七章 骨盆骨折的治疗
 第一节 骨盆骨折的治疗原则
 第二节 骨盆骨折的非手术治疗
 第三节 骨盆骨折的手术治疗
 第四节 骨盆前环骨折和损伤
 第五节 骨盆后环骨折的内固定
 第六节 骨盆前后环联合损伤的手术治疗
 第七节 陈旧性骨盆骨折的治疗
第八章 骶骨骨折
 第一节 概述
 第二节 骶骨骨折的诊断
 第三节 骶骨骨折的非手术治疗
 第四节 骶骨骨折的手术治疗
第九章 开放性骨盆骨折

第一图书网, tushu007.com

第一节 概述
第二节 开放性骨盆骨折的分类
第三节 开放性骨盆骨折的临床急救
第四节 各型开放性骨盆骨折的处理
第五节 骨折的处理
第六节 术后处理原则
第七节 治疗结果
第十章 儿童与老年骨盆骨折
第一节 儿童骨盆骨折
第二节 老年骨盆及髋臼骨折
第十一章 骨盆骨折外固定
第一节 临床应用解剖
第二节 骨盆外固定的适应证
第三节 骨盆外固定架的类型
第四节 骨盆外固定架的临床应用
第五节 骨盆钳技术
第十二章 骨盆骨折并发症
第一节 早期死亡
第二节 感染
第三节 神经损伤
第四节 血管损伤
第五节 深静脉血栓形成
第六节 内固定失败
第七节 骶髂关节复位不良
第八节 骨盆骨折畸形愈合
第九节 骨不连
第十三章 髋臼骨折概述
第十四章 髋部解剖
第一节 髋骨解剖
第二节 髋外侧面的局部解剖
第三节 髋前区的局部解剖
第十五章 髋臼的生物力学
第一节 髋臼骨折的创伤力学
第二节 髋臼骨折的生物力学
第三节 髋臼骨折内固定的生物力学
第四节 髋关节的运动学
第五节 髋关节的静态力学
第六节 髋关节的动态力学
第十六章 髋臼骨折的分型
第一节 Judet-Letournel分型
第二节 AO分型
第十七章 髋臼骨折的影像学评估
第一节 髋臼骨折的x线评估
第二节 髋臼骨折的CT评估
第三节 各类髋臼骨折的x线和CT表现
第四节 其他影像学检查
第十八章 髋臼骨折治疗总论

第一节 髋臼骨折的临床评估
第二节 髋臼骨折的非手术治疗
第三节 髋臼骨折的手术治疗
第四节 髋臼骨折的手术人路
第五节 髋臼骨折的复位和固定技术
第十九章 各型髋臼骨折的手术治疗
第一节 后壁骨折(A1型骨折)
第二节 后柱骨折(A2型骨折)
第三节 前柱和/或前壁骨折(A3型骨折)
第四节 横行加后壁骨折(B1型骨折)
第五节 T形骨折(B2型骨折)
第六节 前柱伴后半横行骨折(B3型骨折)
第七节 双柱骨折(C型骨折)
第八节 陈旧性髋臼骨折
第九节 髋臼骨折合并骨盆骨折
第十节 髋臼骨折合并股骨头骨折
第二十章 髋臼骨折并发症
第一节 死亡
第二节 静脉血栓
第三节 急性感染
第四节 神经损伤
第五节 血管损伤
第六节 复位不良和内固定失败
第七节 内固定物刺人关节
第八节 异位骨化
第九节 骨缺血性坏死
第十节 骨不连
第十一节 创伤性关节炎
第十二节 关节软骨坏死
第十三节 慢性(迟发)感染
第二十一章 骨盆及髋臼骨折的计算机导航治疗
第一节 计算机辅助技术概述
第二节 外科导航系统的工作原理
第三节 骨盆前环及髋臼损伤中导航技术的应用解剖学研究
第四节 导航辅助下耻骨联合分离、耻骨骨折、前后柱骨折的内固定术
第五节 骨盆后环损伤中导航技术的应用解剖学研究
第六节 导航辅助下骶髂螺钉的临床应用
第二十二章 骨盆髋臼骨折的康复
第一节 骨盆及髋部功能评价
第二节 骨盆髋臼骨折的康复技术
第三节 骨盆骨折与髋臼骨折并发症的康复与预防
参考文献

章节摘录

SSD是骨骼系统最常用的三维技术。
SSD是指按照预先选定的CT阈值来取得成像容积内的二维图像，由计算机将CT阈值以上的连续性像素构成单一的三维结构模型，产生一个标记的成像源以显示用灰度阶记码的表面显示图像。
三维图像立体模拟髋臼骨折的病理状态，可以任意角度和轴向旋转，任意模拟切取，暴露骨折最佳视角及不易显示的深部骨折。
SSD是将CT值高于确定阈值的所有像素组成的一个表面模型，经过薄层重建的轴面图像为基础，确定兴趣区的合适阈值一即拟成像组织的CT值界限，将二维图像进行三维合成。
SSD需要设置一个阈值，所有在此阈值范围内的CT数据被保留下来进行重建，其余的数据全部舍弃，从而有效地降低了计算量，提高了重建速度，但损失了大部分信息，主要用以重建目标物体表面轮廓。
具体说，凡高于该阈值的像素均作为等密度处理，舍弃低于此阈值的所有像素，通过计算机将阈值以上的连贯像素塑成三维结构模型。
SSD的CT阈值选择条件为尽可能显示骨折而又不出现明显的假孔，在90～300Hu或更高。
如阈值选择过高，可造成部分假阳性，骨壁较薄的骨质出现“假孔”，失去骨折原有的解剖形态，骨密度略低部位或骨质较薄处会被漏掉，形成假孔或不规则裂隙；而阈值过低可造成假阴性，掩盖骨折，会将骨边缘的其他组织也包括在成像范围内，使三维图像边缘模糊。
因此骨性结构阈值的合理选择极为重要，一般认为阈值的上界以200～230Hu为宜，也要根据骨密度的具体情况适当调整。
SSD技术产生的图像具有很强的空间感，它的不足在于对细节的显示欠缺。
SSD为表面成像技术，可以损失部分信息，根据阈值表现为全或无的概念，阈值以上全部表现为白色，而阈值以下表现为黑色。
再者，扫描层厚大于骨折间距离，由于容积效应使本来移位不显著的骨折更容易遗漏。
因此，单独SSD不足以完整地显示髋臼骨折全貌。
图像编辑的常用方法有两种：整体切割法与分层切割法。
所观察的骨组织与邻近组织密度差别大，股骨头与髋臼骨组织分界清晰，能将整个股骨头与髋臼自动分离，则用整体切割法显示；如果所观察的骨结构与邻近组织密度差别小，股骨头与髋臼之间界限不清（如髋臼骨折使股骨头与髂骨间无确切分界）则用分层切割法。
分别显示髋臼为佳，以避免对侧重叠影的干扰，将髋臼内旋45°～60°和足端抬高300°～450°有利于观察整个髋臼形态。
三维图像的编辑过程适当选择平滑等级，可以使图像清晰、柔和，但选择不当则使图像失真，影响诊断结果，应将整体效果与细微结构有机的结合，原则采用统一平滑等级，这样才有统一的比较标准。
为了使三维图像更真实，可对不同的骨结构以彩色显示使三维影像立体感更强。
同一部位的不同组织如皮肤、肌肉和骨骼可根据需要分别成像、着色，单一或融合显示，应用透明技术将立体的、不同颜色表示的不同结构显示在同一幅图像。
SSD图像的质量首先取决于扫描参数及重建参数的设定：①选择合适的准直宽度和螺距，宽度越窄，分辨力越高，形成的三维图像越清晰、平滑，但限制了扫描范围且增加了X射线照射量；②三维图像质量主要取决于轴面图像的空间分辨率，而对密度分辨率要求不高，因此可适当降低mA，来得到较大容积的覆盖；加大准直宽度，可扩大扫描范围，但降低了空间分辨力。
一般情况，螺距以1.0为好，但如扫描区大，则可适当增加螺距，这样既得到理想的有效层厚，又保证了纵向分辨力。
髋关节的扫描准直宽度一般为2.5-4mm，螺距为1.0，重建间隔1-2mm。
由于SSD仅显示骨折表面的形态，并且对于小的、未移位的骨折观察易漏诊，不能精确显示未移位骨折，关节内骨折显示较模糊，无法显示软组织的损伤。
因选择的层厚是3mm，有可能漏掉

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