

<<脊柱脊髓的修复重建>>

图书基本信息

书名：<<脊柱脊髓的修复重建>>

13位ISBN编号：9787810606233

10位ISBN编号：7810606239

出版时间：2007-4

出版时间：上海第二军医大学出版社

作者：李佛保

页数：244

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>

<<脊柱脊髓的修复重建>>

内容概要

《脊柱脊髓的修复重建》系统介绍了脊柱脊髓疾患与损伤后修复与重建，共8章。内容包括脊柱退变性疾病的修复与重建、脊柱损伤的修复与重建、脊髓损伤的修复、脊柱畸形的修复与重建、脊柱滑脱的修复与重建、脊柱肿瘤切除的修复与重建以及经皮椎体成形术与椎体后凸成形术，还详细介绍了脊柱脊髓修复与重建的原则、目前常用的方法与最新技术。特别是《脊柱脊髓的修复重建》的概论部分，以不同于传统脊柱外科专业书的书写形式，概括性地叙述了脊柱脊髓修复与重建的传统与最新方法。

《脊柱脊髓的修复重建》是一本供骨科及脊柱外科医师、研究生与进修生阅读使用的专业参考书。

<<脊柱脊髓的修复重建>>

作者简介

李佛保，1964年毕业于广州中山医学院，工作于中山大学附属第一医院至今，为骨科主任医师、教授、博士研究生导师，骨科一显微外科医学部学术带头人。

1999 - 2003年兼任中山医科大学黄埔医院院长。

曾任中华医学会骨科学会常委，全国骨肿瘤学组组长、脊柱学组委员、骨质疏松学组委员，中华医学会创伤学会常委，中国康复医学脊柱专业委员会副主任委员，中华医学会广东骨科学会副主任委员、主任委员、名誉主任委员，中国康复医学广东脊柱脊髓专业委员会主任委员，全国截瘫学会副主席。现任中华医学骨科学会脊柱学组委员、中华骨科学会骨质疏松学组委员、《中华创伤骨科杂志》副总编辑、《中国脊柱脊髓杂志》副主编、《中国骨肿瘤骨病杂志》副主编、《中华显微外科杂志》编委、《中山医科大学学报》编委、《临床骨科杂志》编委、《实用骨科杂志》编委。

主持和参加的国家、卫生部、广东省科研基金项目26项；在核心专业杂志上发表论文160多篇。

主编专著《老年骨关节损伤与疾病》，合作主编专著《脊柱畸形截骨术》，主审《脊柱外科新手术剖析》，参编专著10部。

主持的研究项目“骨肿瘤的诊治”与“诱发电位在脊柱外科的临床应用研究”分获广东省医药卫生科技进步奖二、三等奖。

“恶性骨肿瘤三结合诊断、保肢治疗和基础研究”获教育部一等奖、广东省科学技术奖二等奖。

<<脊柱脊髓的修复重建>>

书籍目录

1 概论1.1 脊柱稳定性重建1.2 脊柱排列与平衡重建1.3 椎间隙重建1.4 椎体重建1.5 椎管重建1.6 脊髓重建2 脊柱退变性疾病的修复与重建2.1 颈椎病2.2 退变性胸椎疾患2.3 退变性腰椎疾患的修复与重建3 脊柱损伤的修复与重建3.1 上位颈椎损伤修复与重建3.2 下位颈椎损伤修复与重建3.3 胸椎骨折的修复与重建3.4 胸腰椎及腰椎骨折4 脊髓损伤的修复4.1 继发损伤的机制4.2 影响神经再生的因素4.3 脊髓损伤的治疗5 脊柱畸形的修复与重建5.1 脊柱侧凸手术重建的临床评估5.2 脊柱侧凸手术重建的基本原理, 5.3 脊柱侧凸手术重建的类型5.4 脊柱后凸畸形重建5.5 先天性脊柱侧弯6 脊柱滑脱的修复与重建6.1 分类6.2 病因和病理6.3 脊柱滑脱分度及测量6.4 影像学诊断6.5 脊柱滑脱手术适应证与术式选择6.6 脊柱滑脱的手术方法18 () 6.7 几点建议7 脊椎肿瘤切除的修复与重建7.1 概述7.2 颈椎肿瘤的切除与重建7.3 颈胸段肿瘤的切除与重建7.4 胸椎肿瘤的切除与重建7.5 腰椎肿瘤的切除与重建7.6 骶骨肿瘤的切除与重建8 经皮椎体成形术和椎体后凸成形术8.1 历史和现状8.2 经皮椎体成形术和椎体后凸成形术的机制8.3 经皮椎体成形术和椎体后凸成形术的适应证和禁忌证8.4 经皮椎体成形术和椎体后凸成形术的技术要点8.5 经皮椎体成形术和椎体后凸成形术的疗效8.6 经皮椎体成形术和椎体后凸成形术的并发症及其预防8.7 经皮椎体成形术的填充物索引

<<脊柱脊髓的修复重建>>

章节摘录

1.3.1 椎间融合 椎间融合常用的植入材料包括自体髂骨, 异体骨圈, 股骨或肱骨骨环, 由金属、碳纤维或合成材料制成的椎间融合器、金属网等。这些材料也可组合使用, 发挥各种材料自身的优势。由于不同脊柱节段解剖与生物力学不同, 同一植入材料在不同部位的融合率与远期疗效存在差别, 同一节段不同植入材料的融合率与远期疗效也不同。

1. 颈椎融合 目前, 在颈椎椎间盘切除后, 重建的常用方法是自体骨移植、异体骨移植和椎间融合器, 金属网及人工合成骨的使用仍不广泛。钢板可同时辅助自体骨与异体骨使用。据文献报道, 在颈椎, 自体骨移植的融合率较异体骨移植高, 且术后椎间隙塌陷发生率更低。自体骨主要取自髂嵴与腓骨。自体骨移植的缺点是易发生与取骨相关的并发症, 其发生率为29% ~ 36%。在异体骨移植中, 异体腓骨移植术后塌陷率较异体髂骨低。也有文献报道, 对于不吸烟的患者, 如行单节段融合, 异体腓骨移植与自体髂骨移植有相似的融合率。

因此, 对于青年人的单节段病变, 异体腓骨移植可能是一种较好的选择。由于高融合率与长期成功的临床经验, 自体髂骨移植仍是颈椎前路椎体间融合的金标准。自体骨移植融合快, 比异体骨移植塌陷可能性小。异体骨主要的好处是避免了取骨的并发症, 且形状与大小可供选择。

辅助钛板固定也应用于颈椎前路手术中。研究显示, 对于单节段与双节段病变, 是否有内固定对融合率并无影响。自体骨与异体骨加钛板比较研究发现, 术后后凸畸形、下沉及在早期恢复工作方面, 内固定体现出优势, 但钛板本身也有引起食管损伤等并发症的危险。椎体间融合器主要是依靠恢复韧带张力的原理使脊柱得以稳定, 但其提供的稳定性较钢板差。如上述钛板的优点, 椎体间融合器也有相似的优点, 其融合率与自体骨相似, 不过, 远期疗效还有待进一步观察。因骨与椎体间融合器的弹性模量不同, 远期可能出现下沉, 因此强调保留终板的重要性。正因为如此, 椎体间融合器的应用受到很大的限制, 如患者选择得当, 椎体间融合器能提供高融合率, 取得满意的疗效。

在不久的将来, 异体骨、椎体间融合器与骨形成蛋白合用, 其融合率可能超过自体骨, 并可减少自体骨移植的需要。

总之, 目前仍没有最完美的颈椎前路椎体间融合的方法, 医生的主要任务是选择最适合患者需要的方法, 并时刻记住每种方法都存在缺陷。

2. 胸椎融合 胸椎椎间盘病变的发生率较低。胸椎间盘切除后重建的研究较少, 目前常用的方法是椎体间融合器与自体骨植入。在脊椎畸形矫正时, 前路多个椎间盘切除后, 有很多医生愿意用金属网植入支撑。胸腔镜下胸椎间盘切除术后常用的融合方式是椎体间融合器。

3. 腰椎融合 腰椎间盘切除后融合的材料与颈椎基本相同, 但异体骨环及融合器cage应用较多。在生物力学上, 腰椎与颈椎不同, 腰椎间隙所受的负荷较颈椎大, 且腰骶部的剪切应力很大。因此, 在腰骶部, 辅助椎弓根固定的椎体间融合较常见, 内固定能提高融合率, 且恢复正常生活与工作的时间也早。

<<脊柱脊髓的修复重建>>

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>