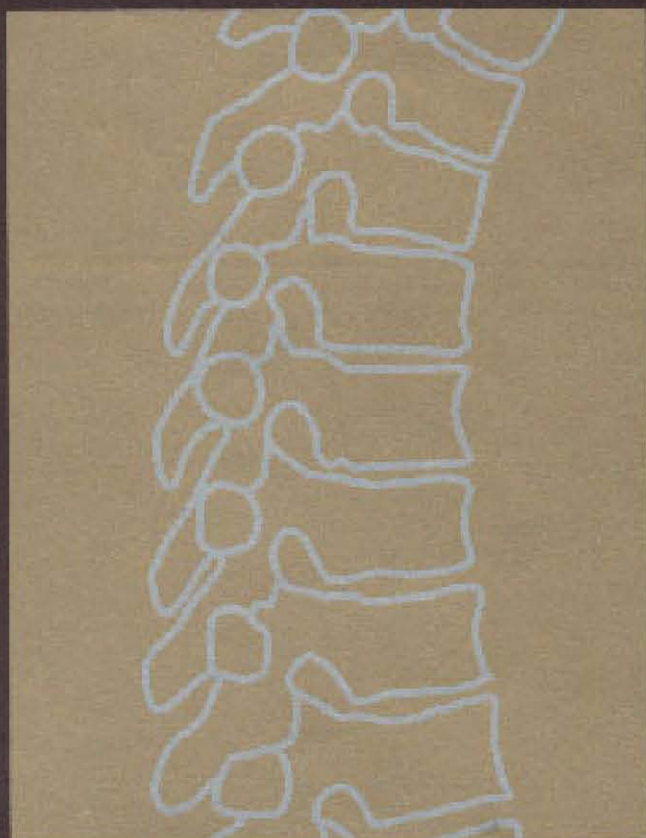




THE SPINE

脊柱

主编

David S. Bradford

主译 张永刚 王 岩

主审 卢世璧

MASTER TECHNIQUES IN ORTHOPAEDIC SURGERY

骨科标准手术技术丛书

丛书主编 Roby C. Thompson, Jr. ■ 丛书主译 卢世璧

 辽宁科学技术出版社
LIAONING SCIENCE AND TECHNOLOGY PUBLISHING HOUSE

目 录



致谢	VI
丛书前言	VII
本书前言	VIII
丛书译序	IX
译者的话	X

第一部分 手术入路 1

第1章 颈椎前路	Gaetano J. Scuderi and Steven R. Garfin	3
第2章 胸、腰椎前路	Harold K. Dunn	23

第二部分 颈椎手术方法 43

第3章 颈椎前路非融合显微椎间盘切除术	Philip R. Weinstein	45
第4章 颈椎切除术	Rick B. Delamarter	57
第5章 前、后路颈椎截骨术	Henry H. Bohlman and Barbara Dabb	75
第6章 前路颈椎间盘切除脊柱融合术	Jeffrey S. Fischgrund and Harry N. Herkowitz	89
第7章 后路颈椎关节融合术	Stephen J. Lipson	105
第8章 颈椎钢板固定术	Max Aebi	119
第9章 颈椎椎板成形术	Hiromi Matsuzaki	139

第三部分 胸、腰椎手术方法 161

第10章 胸、腰椎前路融合术	James W. Ogilvie	163
第11章 半脊椎切除术	David D. Bradford and Serena S. Hu	185
第12章 蛋壳技术	Samuel J. Chewning, Jr. And Charles F. Heinig	199
第13章 肋骨畸形胸廓成形术	Randal R. Betz and Howard H. Steel	209
第14章 胸、腰椎截骨术	Ronald L. De Wald	229
第15章 腰椎间盘切除术	Dan M. Spengler	249
第16章 胸腔镜椎间盘切除术	John J. Regan	263
第17章 胸椎间盘切除术	Ensor Transfeldt	279
第18章 前路和后路脊髓减压术	John P. Kostuik	293
第19章 CD系统使用技术	Harry L. Shufflebarger	323
第20章 前路TSRH系统使用技术	John A. Herring	351
第21章 后路TSRH系统使用技术	John A. Herring	363
第22章 L棒系统使用技术	Ben L. Allen, Jr.	381
第23章 Isola 脊柱系统使用技术	Marc A. Asher	407
第24章 经椎弓根固定术	Robert F. McLain	435
第25章 脊柱闭合不全的处理	Samuel F. Ciricillo and Michael S. B. Edwards	453
第26章 前路固定	Kiyoshi Kaneda	471

第 1 章

颈椎前路

Gaetano J. Scuderi and Steven R. Garfin

无论是椎体病变，还是椎间盘病变，颈椎前路都能够直接显露病变部位。在大多数情况下，原发病变部位决定了应当选择颈椎前路手术还是选择颈椎后路手术。对于颈椎前路手术，主要的不利之处是大多数融合技术无法增加脊柱的稳定性，在有些情况下，稳定性反而可能会被破坏，特别是在治疗某些颈椎骨折时情况确实如此。

对于颈椎前路来讲，颈椎可以分为三个区域：枕骨基底到第1、第2颈椎范围内的上颈椎区域，下颈椎区域和上胸椎区域。对于上颈椎部位病变，必须通过咽部进行显露，或者通过颈动脉鞘前方，也可以通过颈动脉后方进行颈椎侧前方入路显露。一些更为复杂的方法还包括劈开舌入路和劈开下颌骨入路，这些手术在脑外科医生或颈部外科医生的协助下会更容易。同样，还有下颈椎入路和上胸椎入路，手术入路较多。通过劈开胸骨，或者切除锁骨经胸腔入口显露上胸椎的方法对于脊柱外科医生来说是很大的挑战。

一、经口（咽部）显露上颈椎（Transoral Approach）

1. 适应证和禁忌症

经口入路相对直接、简单。这一入路的特殊适应证包括：上颈椎感染引流，活检，C1和C2前方肿瘤清理或切除，齿状突切除。对于经口就能够触摸到和看到的C2前部病变，经口入路是最直截了当的途径。由于骨不连、畸形愈合、

脊椎性脊髓病变 (spinal cord-compromising lesion) 等原因进行齿状突的切除, 以及继发于类风湿性关节炎的血管翳组织的切除, 均可以经口入路进行。这一入路也经常用于咽后脓肿引流。经口入路向上可以延伸到枕骨基底, 向下可以到达第3颈椎。向下延伸较为困难, 可能需要劈开舌和下颌骨。为了更清楚地显露上方的结构, 也必须广泛牵拉周围组织, 同时, 要切开软腭。

采用经口入路进行骨移植后, 已经发现其感染率比较高, 因此, 尽管偶尔利用这一入路进行植骨融合, 常规情况下笔者还是不采用这种入路进行脊柱融合。

2. 术前计划

由于口腔中存在着一些致病菌群, 术前应当给予广谱抗生素。可以依据鼻咽部细菌培养结果选择抗生素, 如果病人不过敏, 也可以给予青霉素杀灭厌氧菌。这种入路对于显露齿状突最好。总体来讲, 当需要进行更为广泛和更下端的病灶切除时, 咽后入路更可取, 因为咽后入路切口更容易向下端延伸。

3. 手术方法

采用气管内插管麻醉, 使用不塌陷插管和袖管。袖管要能够防止误吸血液和其他碎屑进入肺部。如果不能采用显微外科方法进行手术, 建议手术医生佩戴头灯。在这一部位要保持术野明亮、持续的光线是困难的, 但必须要做到这一点。建议采取轻度Trendelenburg体位, 这样碎屑可以向上端飘浮, 在拔管前也能够在直视下清理伤口。首先将悬雍垂返折并临时缝合固定, 用纱布将鼻咽部塞满, 防止血液在咽喉部聚集, 用聚烯吡酮碘棉棒涂抹口腔, 处理口咽部。做切口前, 通过触摸来确定几个标记: C2、C3椎间盘比较突出, 可以在下方触摸到; 在咽喉部上方可以触摸到C1前弓的结节; 轻轻牵位软腭可以看到咽鼓管开口, 它在枕骨基底水平; 如果不能确定切口的位置 (如咽后方脓肿或体积较大的肿瘤, 导致解剖关系异常), 经咽部插入脊柱穿刺针于脊柱前部, 通过术中侧位X线透视来定位。

在后咽部正中做纵行切口 (图1)。在这个部位存在四层薄组织: 咽粘膜、咽括约肌、口咽筋膜和前纵韧带。正中部位相对缺乏血运, 伤口出血较少, 必要时出血处可以电凝止血。使用骨膜剥离器将骨表面的软组织剥离至枢椎侧块处。组织瓣可以用长固定缝线进行牵开 (图2)。为了充分显露和安全操作, 切口要足够长。将舌牵引器固定在吸引装置上, 减少额外的器械, 保证不妨碍手术医生的视线。

手术结束后, 要仔细冲洗咽喉部, 检查是否残存碎屑、血凝块。伤口用可吸收线间断缝合, 如有必要可以通过鼻咽部放置一根橡皮引流管。术后48~72

查看完整版

付费下载



【百万古籍库】

<https://www.fozhu920.com/list/>

【易】【医】【道】【武】【文】【奇】【画】【书】

1000000+ 高清古书籍

打包下载





【风水】风水命理资料合集_9500 本

阴宅阳宅、风水堪舆、八字命理、手相面相、符咒卦象、奇门遁甲、紫微斗数.....



【中医】中华传统医学资料大全_15000 本

针灸、推拿、正骨术、汉医、苗医、民间秘方偏方、药洒药方、祖传医术、珍本...



【道术】道家法术\茅山术\符咒术\气术_3000 套

修真秘籍、丹道、道家秘术、胎息功、内丹术、茅山法术、道家符咒、巫术、...



【武术】传统武术与现代搏击术_6200 册

少林、武当、太极拳、形意拳、八极拳、咏春拳、气功、散打、格斗、拳击、...



【集藏】经史子集库_13300 卷

【经史子集】楚辞、汉赋、诗集、词集、宝卷、正史、编年、别史、纪事本末、地理志...



【国画】传世名画 _ 6100 卷

唐、金、辽、宋、元、明、清 800 多位画家近 6000 多幅传世...



【县志】方志\地方县志\乡志\地理志_8100 册

府志、区志、乡志、地理志..... 此合集为全国范围地方县志\府志古籍影印电子版，...



【国学】中华古籍库—32 万册古籍书

32 万册《中华古籍库》 【32 万册影印古籍 + 20 多亿字，带检索器和阅读工具】 包括各地方志、日本内...

【更多】 >> <https://www.fozhu920.com/list/>