

<<医学影像学>>

图书基本信息

书名：<<医学影像学>>

13位ISBN编号：9787117095020

10位ISBN编号：7117095024

出版时间：2008-1

出版单位：人民卫生

作者：吴恩惠

页数：335

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>

<<医学影像学>>

内容概要

《医学影像学》第6版是在“十五”国家级规划教材并荣获全国医药优秀教材奖的第5版基础上修订的。

修订原则是以《中国医学教育改革和发展纲要》与《全国普通高等教育教材建设的意见》为指导。力图反映新世纪教学内容和课程改革的成果；定位于五年制临床专业，用于培养通科医生，而不是培养医学影像专科医生；遵循教材“三基”、“五性”和“三特定”的编写原则要求，并充分考虑多所院校使用本教材第5版的反馈意见与建议。

基于上述的原则要求，在《医学影像学》第6版中进行了如下修订：对框架进行了调整，第6版分为影像诊断学和介入放射学两篇，以表示二者的差别和提高对介入放射学特点及临床重要地位的认识。

在影像诊断学一篇中，将第5版的前五篇改为第6版的九章。

第一章为成像技术与临床应用(即第5版的总论)，变动较大，删减较多。

重点简化四种成像技术的成像原理与设备及检查方法的叙述。

对图像解读与影像诊断思维的内容亦进行了修改，目的是使学生掌握图像的观察和分析方法及影像诊断原则。

第二章至第九章分别叙述不同系统的影像诊断。

其中，循环系统删减了在实际诊断工作中不占主要地位的X线诊断内容。

乳腺独立成章，以体现对乳腺疾病，特别是发病率逐渐增高的乳腺癌的重视和认识影像诊断的重要地位。

在每一章器官疾病诊断之后增写了各种影像检查的比较与优选，以便对诊断该器官的疾病能选择最适宜的检查方法。

此外，还增编了小儿影像诊断学，作为第十章，使学生了解和认识小儿影像学的特点。

介入放射学一篇分为血管介入技术和非血管介入技术两章。

在辅助教材中，编写了学习指导和习题集，并对配套光盘进行修订，适当更换、增加了照片图。

本教材分大、小字印刷，小字部分为参考内容。

<<医学影像学>>

作者简介

吴恩惠，国内外著名影像医学专家、北美放射学会荣誉会员、天津医科大学教授、博士生导师。主编的《头部CT诊断学》获1990年国家教委科技进步一等奖。

冯敢生，教授，主任医师，医学博士，博士和硕士研究生导师。

现任华中科技大学同济医学院副院长、华中科技大学同济医学院附属协和医院副院长、华中科技大学影像医学系主任、华中科技大学协和医院放射科主任，中华放射学会副主任委员和介入放射学会委员。

<<医学影像学>>

书籍目录

绪论第一篇 影像诊断学 第一章 成像技术与临床应用 第一节 X线成像 一、X线成像基本原理与设备 二、X线图像特点 三、X线检查技术 四、X线图像的解读 五、X线诊断的临床应用 第二节 计算机体层成像 一、CT成像基本原理与设备 二、CT图像特点 三、CT检查技术 四、CT图像的解读 五、CT诊断的临床应用 第三节 超声成像 一、超声成像基本原理与设备 二、超声图像特点 三、超声检查技术 四、超声图像的解读 五、超声诊断的临床应用 第四节 磁共振成像 一、MRI成像基本原理与设备 二、MRI图像特点 三、MRI检查技术 四、MRI图像的解读 五、MRI诊断的临床应用 第五节 图像解读与影像诊断思维, 一、图像解读的内容 二、影像诊断思维 第六节 图像存档和传输系统与信息放射学 一、图像存档和传输系统 二、信息放射学 第二章 骨骼与肌肉系统 第一节 骨与软组织 一、检查技术 二、正常影像表现 三、基本病变表现 四、疾病诊断 五、各种影像检查的比较与优选 第二节 关节 一、检查技术 二、正常影像表现 三、基本病变表现 四、疾病诊断 五、各种影像检查的比较和优选 第三章 呼吸系统 第一节 检查技术 一、X线检查 二、CT检查 三、MRI检查 四、超声检查 第二节 正常影像表现 一、X线检查 二、CT检查 三、MRI检查 第三节 基本病变表现 一、肺部病变 二、胸膜病变 三、纵隔改变 第四节 疾病诊断 一、支气管扩张症 二、肺炎 三、肺脓肿 四、肺结核 五、肺肿瘤 六、纵隔原发肿瘤和瘤样病变 第五节 各种影像检查的比较与优选 一、胸部影像检查的比较 二、胸部影像检查的优选 第四章 循环系统 第五章 消化系统 第六章 泌尿与生殖系统 第七章 乳腺 第八章 中枢神经系统 第九章 头颈部 第十章 儿科影像学第二篇 介入放射学 第十一章 血管介入技术 第十二章 非血介入技术 英中文名词对照索引中英文名词对照索引参考文献

章节摘录

(二) 胃肠道穿孔 胃肠道穿孔常继发于溃疡、创伤破裂、炎症及肿瘤, 其中胃十二指肠溃疡穿孔最为常见。

创伤破裂通常发生于肠管, 多由闭合性损伤引起。

肿瘤穿孔是因肿瘤坏死或肿瘤引起的肠梗阻所致。

此外, 肠伤寒、局限性肠炎、坏死性肠炎以及溃疡性结肠炎也可造成肠穿孔。

【临床与病理】 胃十二指肠溃疡穿孔多发生在前壁, 穿孔直径一般为0.5~1.6cm。

穿孔的同时胃十二指肠内的气体和内容物流入腹腔, 引起气腹和急性腹膜炎。

慢性穿孔多发生在后壁, 尤其多见于十二指肠后壁, 穿透前浆膜与附近组织器官粘连, 有时溃疡虽很深, 但内容物不流入腹腔。

由于小肠肠曲彼此紧靠, 穿孔后纤维蛋白沉着, 相互粘连, 穿孔很快被封闭, 故小肠内容物流出少, 且小肠气体少, 也较少造成气腹。

结肠气体量较多, 穿孔后肠内容物随大量气体流入腹腔, 易形成气腹和局限性或全腹膜炎。

临床特点是起病骤然, 持续性上腹剧痛, 不久可延及全腹, 产生腹肌紧张, 全腹压痛与反跳痛等腹膜刺激症状。

【影像学表现】 X线: 腹部平片检查发现气腹是诊断胃肠道穿孔的重要征象, 但属非直接征象。

因此发现气腹后首先应排除非胃肠道穿孔所致之气腹。

气腹常能提示胃肠穿孔, 但不能定位。

此外, 还应注意虽有穿孔但无气腹, 故X线检查未见气腹也不能完全排除胃肠道穿孔。

当胃肠道穿孔穿入腹腔内时, 主要X线表现为气腹、腹液、腹脂线异常和麻痹性肠胀气等征象, 其表现如前述。

在X线检查中, 以游离气腹最重要。

应注意几种情况: 胃、十二指肠球部及结肠, 正常时可以有气体, 因此穿孔后大都有游离气腹征象; 小肠及阑尾, 正常时一般无气体, 穿孔后很少有游离气腹征象; 胃后壁溃疡穿孔, 胃内气体可进入小网膜囊, 如网膜孔不通畅, 气体则局限在网膜囊内, 立位照片于中腹显示气腔或气液腔, 即网膜囊上隐窝充气, 而气体并不进入大腹腔; 腹膜间位或腹膜后空腔器官向腹膜后间隙穿孔, 气体进入肾旁前间隙, 还可进入腹膜后其他间隙, 出现腹膜后间隙充气征象, 而腹腔内并无游离气体。因此, 没有游离气腹征象并不能排除胃肠道穿孔。

腹腔内积液及气液征象: 为胃肠穿孔后, 胃肠内容物进入腹腔引起的化学性和细菌性腹膜炎表现, 还可发生相邻肋膈脂线变模糊、肠曲反应性淤积、肠麻痹等征象。

腹腔脓肿征象: 局限性腹膜炎可形成腹腔脓肿, 多位于腹腔间隙或隐窝中, 常以腹壁、器官及韧带形成脓腔壁。

主要X线表现: 可见气液空腔或气泡征象; 脓腔无气体时, 表现为组织肿块影; 脓肿相邻器官受压移位; 脓肿周围炎性浸润, 相邻脂肪线增宽、密度增高或消失; 炎症扩散, 相关间隙、隐窝因脓液引流而形成新的脓肿, 因此有时可见多发脓肿征象; 上腹腔淋巴炎性引流, 可出现胸腔积液、肺底炎症及小叶肺不张等; 膈下脓肿, 出现压迫膈、肝等征象。

结肠旁脓肿位于结肠旁沟时, 结肠旁沟增宽, 邻近结肠受压移位。

盆腔脓肿常使相邻盆壁脂肪线发生改变, 直肠受压向对侧移位。

.....

<<医学影像学>>

编辑推荐

《普通高等教育"十一五"国家级规划教材·卫生部"十一五"规划教材医学影像学(第6版)》共分影像诊断学和介入放射学两篇,主要包括:成像技术与临床应用,骨骼与肌肉系统,呼吸系统,儿科影像学,中枢神经系统,血管介入技术等。

《普通高等教育"十一五"国家级规划教材·卫生部"十一五"规划教材医学影像学(第6版)》可供高等院校基础、临床、预防、口腔医学类专业使用

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>