

<<实用临床影像诊断图谱 出血性脑卒中>>

图书基本信息

书名：<<实用临床影像诊断图谱 出血性脑卒中>>

13位ISBN编号：9787810868679

10位ISBN编号：7810868675

出版时间：2010-8

出版时间：第四军医大学出版社

作者：付华，张明勇，刘刚 主编

页数：221

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>

<<实用临床影像诊断图谱 出血性脑卒中>>

前言

国家卫生部疾病预防控制中心最新资料显示，许多传染性疾病得不到控制，不良的生活习惯、健康医疗常识缺乏、慢性疾病死亡成为当前主要病因，其中高血压病引起脑卒中（出血性卒中与缺血性卒中）占死亡病例的首位。

我国的高血压发病者约有1.2亿人，在脑卒中的病因诊断中，78%～80%是由高血压病引起的。

每年由高血压病导致脑卒中（出血性卒中与缺血性卒中）新发的病例超过200万人；每年因脑卒中（出血性卒中与缺血性卒中）死亡约150万人；目前，我国历年因脑卒中（出血性卒中与缺血性卒中）累积幸存的患者大约700万人，这些患者中残存各种不同程度的残障，其中1/3的患者为终身严重的躯体和精神伤残，患者本身的生存质量也不高。

出血性脑卒重在临床、影像工作中多以“危、重、急症”就医，在影像学图片中许多疾病均可表现为颅内高密度出血灶影，这一异病同征需要临床、影像医师及时正确判断。

出血性脑卒中的病例可来自各科室，有急诊科、神经内科、儿科、神经外科、骨科、普外科、妇产科。

临床影像科诊断医师必须掌握出血性脑卒中的基本知识，及时准确诊断疾病，合理分流至抢救生命的关键科室。

在我们的临床实践与会诊病例中，经常发现基层医务工作者由于经验欠缺，鉴别诊断中时有误诊。

<<实用临床影像诊断图谱 出血性脑卒中>>

内容概要

本书除了讲述出血性脑卒中诊断思路外，还插入了大量动物实验、CT、MRI、ECT、PET / CT等影像学 and 病理图片，从临床-病理-影像学多视角对脑卒中做以全新的阐述。并通过每一病例配大量的影像学图片，生动地描述了该种疾病的同病异征、异病同征的临床表现，为读者认识和分析本病提供了一个新的视野。对照自己临床工作进行诊断与鉴别诊断，思维的面更宽，减少临床不必要的的误诊。

<<实用临床影像诊断图谱 出血性脑卒中>>

作者简介

付华，男，毕业于西安医学院临床医学系。

现为日本香川大学医学部肾脏-循环器-脑卒中内科在读医学博士，研究方向为脑卒中。

发表论文5篇，参编专著2部。

张明勇，男，副主任医师。

毕业于西安交通大学医学院。

西安市中医医院影像科主任，从事影像诊断工作24年，曾在陕西省结核病防治院放射科工作6年，擅长胸部疾病的影像诊断，发表专业论文5篇。

刘刚，男，毕业于延安大学医学院医疗系。

现任长安医院急诊科主治医师。

发表论文3篇。

丛书主编简介：刘平，女，毕业于上海第一医学院。

现任长安医院影像中心、核医学科（PET / CT）主任医师。

从事临床17年（内科4年、儿科13年），影像诊断17年。

主译医学专著1部，主、参编专著7部，发表论文50余篇，参与国家、省级科研课题2项，主持市级科研项目1项，获西安市科技进步奖1项。

<<实用临床影像诊断图谱 出血性脑卒中>>

书籍目录

第一章 概述 第一节 颅内解剖 第二节 出血性脑卒中的流行病学 第三节 出血性脑卒中神经系统的物理检查和影像学检查 第四节 出血性脑卒中的临床—基础—影像学联系第二章 先天性疾病致出血性脑卒中 第一节 血友病 第二节 大脑大静脉动脉瘤样畸形 第三节 大脑中动脉动脉瘤畸形 第四节 烟雾病 第五节 颅内动、静脉畸形破裂致出血性脑卒中第三章 高血压病致出血性脑卒中 第一节 基底节区出血 第二节 丘脑出血 第三节 脑桥—脑干出血 第四节 小脑半球出血 第五节 脑实质出血 第六节 脑室内出血 第七节 胼胝体出血 第八节 蛛网膜下腔出血 第九节 高血压病出血性脑卒中的预防第四章 肿瘤性疾病致出血性脑卒中 第一节 颅内原发肿瘤致出血性脑卒中 第二节 颅内转移瘤致出血性脑卒中第五章 血液系统疾病致出血性脑卒中 第一节 血小板减少性紫癜 第二节 骨髓异常增殖症 第三节 迟发性维生素K缺乏致颅内出血性脑卒中第六章 中毒性脑病致颅内出血性脑卒中第七章 外伤性出血性脑卒中第八章 国家执业医师资格考试影像试题案例参考文献

<<实用临床影像诊断图谱 出血性脑卒中>>

章节摘录

插图：（二）复习神经系统检查【一般检查】患者的意识、精神状态、头颈、躯干、四肢以及全身各个系统的物理检查。

在颈部项目中有否脑膜刺激征（颈项有否强直、克氏征、布氏征）。

【颅神经检查】颅内发出12对神经。

包括：嗅神经（I）、视神经（II）、动眼神经（III）、滑车神经（IV）、三叉神经（V）、展神经（VI）、面神经（VII）、位听神经（VIII）、舌咽神经（IX）、迷走神经（X）、副神经（XI）、舌下神经（XII）。

通过对上述颅神经走行途径、支配区域的感觉、运动、反射等的检查，确定有否损害，对颅神经受损害的疾病作出定位、定性诊断。

在出血性脑卒中的物理检查中，通过颅神经的检查，对检出的面瘫、舌瘫，可进一步作出中枢性或周围性面舌瘫鉴别，是否有交叉性瘫痪或交叉性感觉障碍，还要判断有无眼球运动障碍，这些是定位诊断的重要依据。

【运动系统检查】检查主要包括：1.观察肌肉外形，有否肌萎缩、肌肥大、肌束震颤等。

例如：有进行性肌营养不良的患儿，可见其双侧三角肌、腓肠肌假性肌肥大。

脊髓灰质炎后遗症患者则可见到上肢或下肢某组肌肉萎缩。

2.肌张力指在静息状态时肌肉的紧张度，可以通过触摸肌肉的硬度及被动活动肢体关节，感受拮抗肌阻力来检查。

上运动神经元病变休克期肌张力减低，休克后期肌张力增高；下运动神经元病变时肌张力减低。

例如：脑瘫患儿可出现肌张力增高，脑卒中后肌张力均有增高，提示病变定位在上运动神经元。

格林-巴利综合征患者在疾病期可出现四肢肌张力减低，弛缓性瘫痪。

3.肌力是指随意运动时肌肉的收缩力量。

临床常用判断与记录肌力的方法如下：0级指肌肉完全瘫痪。

I级检查者可发现肌肉有收缩，但不能随意运动。

II级患侧肢体仅能水平移动，不能自主抬起。

编辑推荐

《实用临床影像诊断图谱:出血性脑卒中》是由第四军医大学出版社出版的。

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>