

图书基本信息

书名：<<支气管内超声引导针吸活检术操作手册>>

13位ISBN编号：9787117129558

10位ISBN编号：7117129557

出版时间：2010-6

出版单位：人民卫生出版社

作者：（日）腾泽，武彦 主编，赵辉 等

页数：86

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>

内容概要

直觉对于科研和新技术的开发至关重要。

在2002年我们和日本奥林巴斯公司共同开发的凸式探头超声支气管镜(CP—EBUS), 使得纵隔及肺门部的解剖结构能够更容易的显示和识别。

直觉告诉我, CP—EBUS有可能替代纵隔镜检查术。

时至今日, 凸式探头超声支气管镜历经多次改良, 检查操作手法也逐渐成熟。

在这期间所经历的研发之路坎坷颇多, 正是大家怀着解决临床问题的决心而不懈努力, 终于使得这本《支气管内超声引导针吸活检术操作手册(EBUS-TBNA)》得以面世。

千叶大学医学部附属医院对支气管镜的开发历史可以追溯至1956年。

当时千叶大学的和合(Kawai)、香月(Katsuki)及土手内(Doetuchi)医师开发了用于周围型肺癌诊断取样的首个经支气管毛刷。

KKD支气管毛刷即是由他们三人的名字而命名。

在1962年, 我科的崛江(Horie)博士开发了首个纤维支气管镜, 其光源亮度是当时应用的硬质支气管镜的700~1000倍。

进入20世纪90年代后, 又引入了画面更加鲜明的电子支气管镜以替代纤维支气管镜。

从1997年起, 开始了自荧光支气管镜的研究和开发。

通过能放大110倍的直视型放大电子支气管镜的开发, 以及能观察微细血管结构的窄带成像支气管镜的运用, 使得肺门部上皮来源肿瘤在多阶段癌变过程中的血管新生首次在这个世界上通过内镜得以捕捉。

作者简介

译者：赵辉 田雷 编者：（日本）藤泽武彦（日本）安福和弘（日本）中岛崇裕 合著者：王俊

书籍目录

第1章 支气管内超声引导针吸活检术 (EBUS-TBNA) 概要第2章 纵隔和肺门的支气管镜下及支气管内超声下解剖 第3章 临床病例

章节摘录

插图：尽管已经有很多医疗中心开始对肺癌病例采用这种新的淋巴结分期策略，但关于EBUS-TBNA实际操作的指导书籍还没有。

EBUS-TBNA操作者需要了解凸式探头超声支气管镜（CP-EBUS）的光学系统，CP-EBUS提供了80度的视野宽度，视野方向呈前上斜35°。

因此，为了获得正前方的视野，进镜时就需要把镜头稍稍下弯。

另外要注意的一个地方就是内镜的先端有超声探头存在，在水囊没有充盈的状态下，通过内视镜是看不到超声探头的。

因此，要当心内镜的先端部造成意外的气管损伤。

CP-EBUS采用了创新的超声波“杂合技术”，开发了独特的视频及光纤技术相融合的光学系统。

控制中心搭载了CCD控制模块，这样就使内镜直径缩小到了6.2mm。

然而，该系统所获得的支气管内图像没有常规的电子纤维支气管镜图像那么清晰。

因此，检查气管支气管树时选用常规的电子纤维支气管镜比CP-EBUS更好。

口咽部局部麻醉和应用中枢镇静药物之后，就可以把CP-EBUS经口置入气管。

镜下视野为声带前联合时支气管镜就可顺利通过声门（图30a）。

不要强行通过声门，因为看不到内镜的先端部，有可能会造成软骨的脱位。

一旦超声支气管镜进入气管之后，就要把镜头稍稍向下弯曲，以获得正前方的视野（图30b）。

通常把镜头稍弯曲向着气管隆凸前进到主支气管会比较安全和容易。

这不同于普通的支气管镜进镜方式。

例如，要进入右主支气管，需将气管镜逆时针方向旋转（9~10点钟方位），观察到隆凸后再进镜（图31）。

编辑推荐

《支气管内超声引导针吸活检术操作手册:EBUS-TBNA》是由人民卫生出版社出版的。

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>