

<<中华影像医学>>

图书基本信息

书名：<<中华影像医学>>

13位ISBN编号：9787117148573

10位ISBN编号：7117148578

出版时间：2002-6

出版时间：人民卫生

作者：王云钊 编,梁碧玲 编

页数：783

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

由我国医学影像学泰斗吴恩惠教授牵头、集全国影像学同仁的智慧，在2002年初组织出版了反映我国影像医学成果和国际影像医学最新动态的洋洋十三卷的《中华影像医学》。

该书的骨肌系统卷第1版是由我的恩师王云钊教授主编的，国内数十位知名的从事骨关节肌肉影像诊断的学者和我有幸参与了该卷的部分章节的编写，通读该卷让我学习到国内从事骨肌影像诊断的学长们的临床思路和丰富经验，跟踪国际上本专业的新发展，并应用于为病人服务的临床实践中使之获益。

医学影像学在过去的十年中有了很大的发展，无论是影像技术方面还是疾病影像诊断方面的进展都是令人刮目相看的，尤其是多层螺旋CT、能谱CT、高场MRI和PET的广泛应用。

分子医学的发展、疾病的个性化诊断治疗的需求为医学影像的发展提供了新的平台和动力。

基于医学的发展和临床的需求，为及时总结和促进我国医学影像学的进步，吴恩惠教授和人民卫生出版社提出对《中华影像医学》进行修订。

书籍目录

- 第1章 组织学
- 第2章 解剖
- 第3章 检查方法
- 第4章 骨与关节基本征象
- 第5章 骨矿的影像学测量
- 第6章 骨骼疾病
- 第7章 脊柱
- 第8章 骨关节创伤
- 第9章 肩部创伤
- 第10章 肘及前臂创伤
- 第11章 腕关节创伤
- 第12章 髋关节创伤
- 第13章 膝关节、小腿损伤
- 第14章 踝足损伤
- 第15章 躯干损伤
- 第17章 骨结核
- 第18章 骨坏死
- 第19章 软骨疾患
- 第20章 关节周围病及关节病
- 第21章 颌骨、颞下颌关节
- 第22章 软组织非肿瘤疾病
- 第23章 软组织肿瘤
- 第24章 骨肿瘤
- 第25章 良性骨肿瘤
- 第26章 恶性骨肿瘤
- 第27章 骨转移瘤
- 第28章 肿瘤样疾患
- 第29章 营养性骨病
- 第30章 代谢性骨病
- 第31章 内分泌骨病
- 第32章 染色体畸变
- 第33章 骨软骨发育异常疾患
- 第34章 地方性骨病
- 王云钊教授生平
- 索引

章节摘录

版权页：插图：关节下腔单纯碘水造影 常规碘酒、酒精消毒皮肤。

嘱病人小开口，做左侧关节造影时，在相当于髁状突后斜面2点处进针；做右关节造影时，在相当于髁状突后斜面10点处进针。

于髁后区注入2%利多卡因1ml后，将针尖退回到皮下组织，再向前并稍向内，直抵髁状突后斜面，此时针尖可随髁状突活动，然后将针尖向上、向内滑入关节下腔，注入2%利多卡因0.1~0.2ml，如无阻力且可回吸，则一般可以确认针已进入关节下腔。

有条件者可在荧光增强透视屏下进行复核。

正常成人关节下腔容量为0.5~0.8ml，颞下颌关节紊乱病病人可以增加30%左右。

注射造影剂后，关节上腔或下腔造影，均拍摄经关节窝中心层面的侧位体层闭、开口位片，闭口后前位体层片及许勒位片。

并发症 颞下颌关节造影一般无严重并发症，可能发生者为：对造影剂过敏，反应一般均甚轻微，且极罕见；穿刺进针误入外耳道，可能会导致外耳道炎；关节囊撕裂；化脓性关节炎，为严重并发症，多因术者不注意无菌操作所致。

颞下颌关节双重造影 适应证和禁忌证与普通单纯碘水造影相同。

但因颞下颌关节双重造影（double contrast arthrography of temporomandibular joint）许勒位片图像常不清晰，因此对临床检查疑为关节盘内、外移位及旋转移位时，不宜选用双重造影法。

造影技术 关节上、下腔均可做双重造影。

其穿刺方法与单纯碘水造影法相同，惟所用造影剂为30%泛影葡胺水剂和无菌空气。

关节腔穿刺成功后，首先注入泛影葡胺，然后注入无菌空气。

一般上腔注入30%泛影葡胺0.3~0.4ml，无菌空气0.5~1.0ml；下腔注入30%泛影葡胺和无菌空气各0.2~0.4ml。

注射完毕后嘱患者做3~5次开闭口运动，以便拍摄关节侧位体层闭、开口位片，可根据需要拍摄不同层面和层数的体层片。

优缺点 关节双重造影的主要优点为：造影剂主要为空气，可以避免单纯碘水造影体层域以外的高密度造影剂对于所拍摄体层面图像的影响，从而提高了关节造影体层片的清晰度；空气和碘剂双重对比，在体层片上可以相当清楚地显示关节盘的形态、前后位置及关节盘的颞前、后附着，因而在这些方面可以提供较单纯碘水造影更多的资料。

其缺点为：操作较为复杂；穿刺技术不熟练可引起皮下气肿；双重造影许勒位片图像不如单纯碘水造影，影响对关节盘内、外移位及旋转移位的诊断。

数字减影颞下颌关节造影 Jaeobs和Manaster 1987年首先将数字减影颞下颌关节造影（digital subtraction arthrography of temporomandibular joint）技术用于颞下颌关节下腔造影检查，我国马绪臣首先用于颞下颌关节上腔造影检查。

适应证和禁忌证与普通单纯碘水关节造影相同，特别是对于普通关节造影怀疑有关节盘穿孔及某些关节内占位性病变者，更为适用。

对于因身体状况影响不能在检查过程中保持头位稳定者，不宜进行数字减影关节造影检查。

造影技术 关节上、下腔穿刺技术与普通关节造影相同。

在确认针尖已进入关节腔后，留置针头，并使之与数字减影关节造影延伸导管连接，导管后端连接2ml注射器。

导管及注射器内均充满30%泛影葡胺。

在X线荧光透视监视下，按许勒位摆好头位，用头带固定。

在做减影造影过程中，嘱病人保持头位固定，不得移动。

首先注入少量造影剂（约0.1ml 20%~30%泛影葡胺水剂），开始进行减影，以最后证实针尖位置。

如此造影剂沿关节窝、关节结节后斜面迅速流注，继而或几乎同时进入关节上腔内侧而投影于髁状突下方时；或在做关节下腔造影，造影剂迅速沿髁状突表面分布时，表明针尖确已在关节腔内。

如在最初注射此少量造影剂时有阻力，造影剂围绕针尖分布而不进入关节腔内时，则表明为关节腔外

注射，需重新调整针尖位置。

编辑推荐

《中华影像医学:骨肌系统卷(第2版)》由老中青专家联袂打造；见证中国影像医学发展；影像医学经典专著；影像医生入门必备。

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>