

<<血管解剖学图谱>>

图书基本信息

书名：<<血管解剖学图谱>>

13位ISBN编号：9787543324114

10位ISBN编号：7543324113

出版时间：2009-5

出版时间：天津科译

作者：(美)尤弗莱克尔|译者:陶晓峰//董生//董伟华

页数：219

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>

## &lt;&lt;血管解剖学图谱&gt;&gt;

## 前言

介入放射学在国内正以惊人的速度发展，已深入到全身各个系统和器官疾病的治疗，因此，不仅放射科医师，许多临床科医师也越来越多地涉足这一领域。

临床应用的介入放射学技术大部分是经血管入路进行的，这种血管入路操作常常是经皮血管造影来实现的。

血管造影虽然是显示血管解剖和病变的金标准，但血管造影有两个明显的缺陷，一是有创，二是只有导管到达的血管，造影才能显示，导管未到达的血管造影就会被遗漏。

例如在做肝癌的介入治疗时，常常习惯将导管插入腹腔动脉进行造影，证实肝癌的血供来自肝左或肝右动脉的某一分支，将导管深入进行灌药和栓塞。

但是约 $1/5 \sim 1/4$ 的肝动脉有变异，并不直接起源于腹腔动脉。

这时腹腔动脉造影就找不到肝动脉。

再如，我们做咯血的栓塞治疗时，常规是将导管插入胸主动脉，寻找支气管动脉，因为80%以上咯血的责任血管是支气管动脉，所以80%左右的栓塞治疗咯血是会成功的。

但是有15%~20%咯血的责任血管不是支气管动脉。

这些支气管动脉以外的咯血责任血管常常不直接起源于胸主动脉，例如可能起源于锁骨下动脉、月A下动脉、甲状颈干等。

我们在胸主动脉内盲目寻找，是根本找不到咯血的责任血管的，这样就会造成治疗的失败。

16排以上的多排螺旋CT、应用于临床以后，上述这两种情况我们会在术前做一个腹腔或胸腔的CT血管造影（CTA），能清楚显示肝癌的供血动脉或咯血的责任血管。

根据CTA的指引，将导管直接插入靶血管，既节省治疗时间，又增加手术的成功率。

全身各系统均有类似的应用。

这种血管成像技术的应用，无疑促进了介入技术的发展。

同时也激发了临床医师对血管解剖知识的需求。

由于这种成像技术应用于临床的时间不长，国内尚无这方面的专著。

喜闻Renan Uflacker, M.D.所著《血管解剖学图谱》已于2008年再版。

：Renan Uflacker是美国南卡罗来那医学院血管及介入放射科主任，20世纪70年代即开始从事血管介入的诊断和治疗，有着很丰富的临床经验，发表论文100余篇，是该领域的著名专家。

他编著的《血管解剖学图谱》出版10年来，受到了介入放射科医师和有关临床医师的广泛欢迎。

本次再版，收集了近10年来出现的新的成像技术，如多普勒超声、CTA、MRA，特别是新增了大量（2TA技术的应用，这将在很大程度上取代创伤性的血管造影术。

本书几乎囊括了全身所有的血管，提供了许多血管的解剖细节、空间分布和常见的血管变异；回答了介入科医师、内外科临床医师在临床实践碰到的解剖学问题。

此图谱的图像十分精美，堪称医学和艺术的结合。

鉴于此，我的学生们工作之余翻译了本书，我愿借此机会推荐给介入放射科医师、心脑血管外科医师、血管外科医师、医科学生和其他相关的医务人员。

限于时间和水平，不妥和错误之处在所难免，敬请读者提出宝贵意见。

## <<血管解剖学图谱>>

### 内容概要

介入放射学在国内正以惊人的速度发展，已深入应用到全身各个系统和器官疾病的治疗，因此，不仅放射科医师，许多临床科医师也越来越多地涉足这一领域。

本书第一版出版10年来，受到了介入放射科医师和有关临床医师的广泛欢迎。

本次再版，收集了近10年来出现的新的成像技术，如多普勒超声、CTA、MRA，特别是新增了大量CTA技术的应用，提供了许多血管的解剖细节、空间分布和常见的血管变异；回答了介入科医师、内外科临床医师在临床实践碰到的解剖学问题。

第二版图谱中新增了大量运用CTA技术显示的图像，旨在于帮助读者理解上述部位的一些复杂的脉管解剖。

心脏解剖的章节，运用了很多最新的快速CT技术，为读者提供了大量很好的图例，图像精美，堪称医学和艺术的结合。

本书版本的校订、扩展和更新，旨在为那些涉及血管疾病解剖、诊断和治疗的人士提供一本快捷、实用的血管解剖学参考书。

本书针对的人群包括血管和介入放射学家。

外科医生，心脏病学家，医学生，以及住院医师和从事影像诊断、内外科的医务工作人员。

此书的出版将不仅满足于工作领域内临床应用的需求，也将成为血管解剖学领域的重要参考文献。

## <<血管解剖学图谱>>

### 作者简介

陶晓峰，第二军医大学长征医院影像科副主任，主任医师，教授。

1997年在第二军医大学获影像医学硕士学位。

2004年获影像医学博士学位。

2007年在复旦大学博士后出站。

曾师从著名放射学家肖湘生、冯晓源、施增儒等教授。

目前担任全军放射专业委员会秘书长，全军核医学委员会委员，国家自然科学基金委员会评审专家，《中华放射学杂志》特约编委等职。

发表论文70余篇，获国家自然科学基金2项及各类基金15项。

军队及省部级二等以上奖励3项。

<<血管解剖学图谱>>

书籍目录

第1章 胎儿循环第2章 头颈部动脉第3章 头颈部静脉第4章 头颈部淋巴系统第5章 脊髓和脊柱的血管  
第6章 脊髓和脊柱的静脉第7章 胸主动脉及其分支第8章 胸部静脉第9章 胸部淋巴系统第10章 肺的动脉  
循环第11章 肺的静脉循环第12章 肺和胸膜的淋巴系统第13章 心脏和冠状动脉第14章 心脏的静脉第15  
章 上肢的动脉第16章 上肢的静脉第17章 上肢的淋巴引流第18章 腹主动脉及其分支第19章 盆腔动脉  
第20章 腹部和盆腔的静脉第21章 腹部和盆腔的淋巴系统第22章 下肢动脉第23章 下肢静脉第24章 下肢  
淋巴系统

## &lt;&lt;血管解剖学图谱&gt;&gt;

## 章节摘录

插图：在胎儿早期，胎儿的血液通过两条脐动脉到达胎盘，并经两条脐静脉回流至胎儿。

之后，右侧脐静脉消失，左侧脐静脉作为单独的回流静脉存留。

胎儿血液通过和胎盘内的母体血液密切联结接受氧和营养物质。

脐静脉（永存的左侧脐静脉）在脐部进入腹部，并且沿肝脏面的镰状韧带边缘走行，在此发出分支至肝左叶，并连接门静脉左支。

在这些血管汇合处的相反方向发出静脉导管，此静脉导管汇入下腔静脉，输送来自胎盘母体部分富含氧的血液。

胎儿的门静脉是细小的，并且其右支及左支导管作为静脉导管的分支，运输氧合血至肝脏。

在下腔静脉内，氧合血液与少量来自胎儿尾部的乏氧血液混合。

在下腔静脉瓣膜引导下，下腔静脉和静脉导管的血液一同进入右心房，至心房内膜通过卵圆孔直接进入左心房。

在左心房内，富含氧的血液与一部分来自肺静脉的未氧合的血液混合。

血液从左心房进入左心室，接着进入主动脉。

氧合血液中的小部分不进入卵圆孔，而汇入来自上腔静脉的血流，通过右心房后进入右心室。

来自上腔静脉的血流加上少量来自脐静脉的血液转向流入肺动脉，并向肺部供血。

上述血流，经过动脉导管分流后直接注入降主动脉，并同时接受来自左心室的血流。

大部分由左心室泵出的氧合血液到达心脏和脑循环，在这些脏器内血液的含氧量要高于对血液氧含量要求相对较低的腹部和四肢。

降主动脉内血的含氧量更低，并且部分分流至下肢、腹部内脏和盆腔，但是其中的血液大部分通过髂内动脉的分支——脐动脉回流至胎盘（图1.1）。

出生后，动脉导管迅速关闭，在其闭合后转化为静脉韧带，在闭塞的脐静脉处与圆韧带连接。

延伸到脐部的圆韧带和脐韧带（脐动脉残留物）延伸至髂内动脉。

静脉导管和脐静脉闭合后，肝脏由腹主动脉的氧合血经腹腔干和门静脉供应。

随着第一次呼吸，肺血管床的阻力显著减小，压力的改变导致左、右心房内压力及血流的重新分配，从某一方面导致不再有血流通过卵圆孔。

大多数人在出生后一年以内卵圆孔即闭合，首先通过对合方式，之后通过动脉内间隔融合。

在成人中，卵圆窝提示该孔所在的位置。

动脉导管通过肌性收缩闭合，并通过内膜的增生消失。

动脉导管残存的结缔组织称为动脉韧带。

## <<血管解剖学图谱>>

### 编辑推荐

《血管解剖学图谱:血管造影方法》几乎囊括了全身所有的血管，提供了许多血管的解剖细节、空间分布和常见的血管变异；回答了介入科医师、内外科临床医师在临床实践碰到的解剖学问题。此图谱的图像十分精美，堪称医学和艺术的结合。

<<血管解剖学图谱>>

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>