

<<呼吸衰竭>>

图书基本信息

书名：<<呼吸衰竭>>

13位ISBN编号：9787030279354

10位ISBN编号：7030279352

出版时间：2010-6

出版时间：科学出版社

作者：殷凯生 编

页数：562

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>

<<呼吸衰竭>>

前言

呼吸衰竭是以缺氧伴（或不伴）二氧化碳潴留为特征的一种临床综合征。

导致呼吸衰竭的病因种类繁多，其引起的机体一系列病理生理和代谢障碍改变十分复杂，因此，对呼吸衰竭的处理也是一个“系统工程”。

呼吸衰竭诊断与处理正确，可以使许多濒临死亡的患者转危为安。

反之，则可加速患者的死亡。

从这个意义上说，对呼吸衰竭各发病环节的正确处理是抢救许多危重患者的关键。

除呼吸科和重症监护科外，几乎所有的临床学科的医护人员也都有可能面临呼吸衰竭患者的救治。

近几年我们遇到的SARS和人感染高致病性禽流感重症病例的抢救中几乎无一例外都涉及呼吸衰竭的诊断与治疗。

殷凯生教授主编的《呼吸衰竭》，邀集到我国许多有丰富临床经验的呼吸、急诊和重症监护学专家参加编写。

他们以丰富的临床经验为基础，参阅大量的文献，全面系统地介绍了与呼吸衰竭有关的基础理论，详细介绍了呼吸衰竭的病因、发病机制、病理生理特点、临床表现和处理。

在该书的最后一章还结合临床实例解析了几种常见呼吸衰竭的诊治经验和临床心得。

该书内容丰富，既有系统理论知识，也汇集了许多临床专家们的经验，可供各级医院的相关医护人员和担任教学和研究任务的相关人员阅读。

该书的出版将有助于提高我国对呼吸衰竭这一重要临床综合征的诊治和临床研究水平。

值此新书即将问世之际，我谨向为《呼吸衰竭》一书付出辛勤劳动的所有作者和编辑人员致以诚挚的敬意。

<<呼吸衰竭>>

内容概要

本书在系统介绍呼吸系统的基本结构与功能，呼吸运动与调节、气体交换与运输等基础理论的基础上，全面阐述了呼吸衰竭的病因、病理生理、诊断和治疗，对各种特殊情况下发生的呼吸衰竭的临床特点及处理均有详尽的说明，并结合临床实际病例介绍了专家们诊治呼吸衰竭的心得与体会。本书图文并茂，不仅适合三级医院低年资医师、进修医师和一、二级医院主治及其以上医师阅读，也是从事重症监护护理、教学和科研人员的参考书。

<<呼吸衰竭>>

书籍目录

第一篇 基础理论 第一章 呼吸系统基本结构与功能 第二章 气体的物理性质 第三章 呼吸运动与调节 第四章 肺循环与肺换气 第五章 肺的防御功能及非呼吸功能 第六章 肺表面活性物质 第七章 血氧与氧的运输及组织换气 第八章 血气分析的临床应用 第二篇 临床实践 第九章 呼吸衰竭的病因与病理生理 第十章 呼吸衰竭的诊断与治疗 第十一章 呼吸衰竭的氧气治疗 第十二章 湿化和雾化吸入疗法 第十三章 机械通气的连接 第十四章 呼吸机应用基础 第十五章 呼吸机的临床应用 第十六章 呼吸重症监护室及其管理 第十七章 重症肺炎的诊断和治疗 第十八章 纤维支气管镜在呼吸衰竭中的应用 第十九章 呼吸衰竭患者的营养支持 第二十章 呼吸骤停的急救 第二十一章 慢性阻塞性肺疾病引起呼吸衰竭的诊断与治疗 第二十二章 重症支气管哮喘的诊断与治疗 第二十三章 急性肺损伤及急性呼吸窘迫综合征 第二十四章 神经系统原因引起的呼吸衰竭 第二十五章 睡眠呼吸暂停综合征 第二十六章 心源性肺水肿引起的呼吸衰竭 第二十七章 外科呼吸衰竭的处理 第二十八章 严重急性呼吸综合征 第二十九章 呼吸衰竭的病例介绍及诊治体会

<<呼吸衰竭>>

章节摘录

插图：胸廓由胸骨、肋骨、胸椎和肋间肌等组成，呈一无尖顶的锥形体。

胸廓内包括肺、气管、支气管等重要器官。

正常人，胸廓左右径比前后径约大1/2。

在肺气肿患者由于肺过度充气而前后径增大，呈桶状胸。

1.胸骨位于胸廓前方正中位置，由胸骨柄、胸骨体和剑突三部分组成。

2.肋骨有12对。

第1~7对在前方经肋软骨与胸骨连接，第11~12对肋骨称为浮肋，其前端游离于腹壁的肌肉组织中。

肋骨与椎体及横突之间构成双关节，使肋骨颈有较大的旋转度。

肋间隙有肋间外肌、肋间内肌、肋间最内肌，在肋骨下缘沟内有肋间神经和血管。

膈肌是胸廓的底部。

胸廓既具有足够的硬度，以保护上述重要脏器；胸廓也具有较大的活动度，能在神经支配下，有规律地提动肋骨，同时使膈肌收缩和降低，扩大胸腔容积、增加胸膜腔负压，有利于肺的扩张和血液回流至心房，维持正常的呼吸和循环功能。

七、胸膜胸膜是一浆膜组织，由结缔组织上面覆盖一层鳞状上皮细胞所组成。

胸膜分为壁层和脏层。

壁层胸膜覆盖于胸壁内层、膈上部和纵隔表面；脏层胸膜被覆于肺表面和叶间裂。

壁层胸膜和脏层胸膜在肺门处会合围成一密闭的胸膜腔，并从肺门向下延伸形成双层的肺韧带以固定肺脏。

胸膜的顶端在锁骨上方2.5 cm，下界在第12肋下缘。

在胸膜腔底部，由肋胸膜和膈胸膜会合形成肋膈窦——是X线胸片上观察少量胸膜腔积液的最佳位置。

脏层——和壁层胸膜之间有少量浆液，起润滑作用。

正常情况下，由于肺泡弹性回缩力和表面张力使肺回缩，胸膜腔内的压力呈负压。

吸气时，胸膜腔平均压力为6cmH在呼气时，胸膜腔平均压力为-2.5 cmH。

胸膜腔的负压是维持正常呼吸的必要条件。

在多种胸膜和肺部疾病以及机械通气时，胸膜腔呈正压，可减少回心血量。

脏层胸膜的血液供应主要来自支气管动脉，少部分来自肺动脉分支；壁层胸膜的血液供应主要来自肋间动脉的分支。

八、呼吸肌呼吸肌包括两类肌肉：常规呼吸肌，吸气肌由膈肌、肋间外肌和肋软骨之间的肋间内肌组成；呼气肌由硬肋骨间的肋间内肌组成。

辅助呼吸肌，吸气肌由胸大肌、胸小肌、斜角肌、胸锁乳突肌、胸锯肌的一部分组成；呼气肌由腹肌组成。

1.膈肌由外周肌肉和中心腱膜组成，分隔胸腔和腹腔。

外周肌肉：分为腰部、肋部（膈肌的最大起点）和胸骨部。

这3部分之间的空隙是胸肋三角和腰肋三角——胸腹腔感染易于相互蔓延之处。

中心腱膜：位于膈的中央部，是一光滑坚韧的腱膜，由腱纤维交织形成。

在中心腱膜的右叶前交界处的腔静脉孔是下腔静脉通过处。

2.肋间外肌肌纤维由上一肋骨向下向前行走，附着于下一肋骨的上缘，分布在脊柱至肋骨软骨连接处。

<<呼吸衰竭>>

编辑推荐

《呼吸衰竭》全面反映了近年来国内外在呼吸衰竭临床诊断与治疗方面的最新进展，附有典型病例，重点介绍了关于呼吸衰竭诊断与治疗的临床经验与教训，作者是一批具有丰富临床经验的呼吸疾病专家，中华医学会前任会长钟南山院士高度重视呼吸衰竭的诊治工作，特为《呼吸衰竭》写序。

<<呼吸衰竭>>

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>