

<<急危重症护理学>>

图书基本信息

书名：<<急危重症护理学>>

13位ISBN编号：9787117072977

10位ISBN编号：7117072970

出版时间：2001-3

出版时间：人民卫生出版社

作者：周秀华

页数：272

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>

## <<急危重症护理学>>

### 内容概要

本书是结合国内外最新资料和编者丰富的临床经验，从临床和教学实际出发，强调以病人为中心的整体护理理念而进行编写的。

全书共十三章，重点介绍院前急救，心肺脑复苏，重症监护，常见急危重症的病情评估、救治原则与护理重点及危重症病人的营养支持，对常用救护技术也做了详细介绍。

本书是在《急救护理学》基础上，对内容进行了更新、充实。

从临床和教学实际出发，强调了以病人为中心的整体护理理念。

全书重点介绍院前急救、心肺脑复苏、重症监护、救治原则等内容，对常用救护技术也做了详细介绍

。供护理专业师生使用。

## &lt;&lt;急危重症护理学&gt;&gt;

## 书籍目录

第一章 绪论	第一节 概述	一、急危重症护理学的起源与发展	二、急危重症护理学的范畴
	第二节 急救医疗服务体系	一、建立、健全急救组织,形成急救网	二、急救医疗服务体系管理
第二章 院外急救	第一节 概述	一、院外急救的重要性与特点	二、院外急救的任务与原则
		三、我国院外急救的组织形式	四、院外急救服务系统设置与管理
	第二节 院外急救护理	一、现场评估与呼救	二、现场救护
		三、转运与途中监护	附:院外救护的“生存链”
第三章 急诊科管理	第一节 急诊科的任务与设置	一、急诊科的任务	二、急诊科的设置
	第二节 急诊科(室)的人员组成与工作制度	一、人员组成	二、护理人员的素质要求
		三、急诊科的工作制度	第三节 急诊护理工作
		一、护理工作特点	二、护理工作流程
		三、护理程序	四、护患沟通
	第四节 仪器设备维护	一、仪器设备的基本配置	二、维护与管理
第四章 重症监护	第一节 ICU的设置与管理	一、ICU设置	二、ICU管理
		三、ICU感染控制	第二节 危重病人监护
		一、ICU收容与治疗	二、监护内容及监护分级
		第三节 监测技术	一、血流动力学监测
		二、心电图监测	三、呼吸功能监测
		四、体温监测	五、脑功能监测
		六、肾功能监测	七、动脉血气和酸碱监测
第五章 心脏骤停与心肺脑复苏			
第六章 休克			
第七章 创伤			
第八章 脏器功能衰竭			
第九章 急性中毒			
第十章 中暑、淹溺与触电			
第十一章 危重症病人的营养支持			
第十二章 救护技术			
第十三章 常见急危重症救护参考文献中英文名词对照			

## &lt;&lt;急危重症护理学&gt;&gt;

## 章节摘录

(四) 肺动脉压监测 1. 基本原理在心室舒张终末, 主动脉瓣和肺动脉瓣均关闭, 二尖瓣开放。

这样就在肺动脉瓣到主动脉瓣之间形成了一个密闭的液流内腔, 如肺血管阻力正常, 则左心室舒张末压(left ventricular end-diastolic pressure, LVEDP)、肺动脉舒张压(pulmonary artery diastolic pressure, PADP)、肺动脉楔压(pulmonary arterial wedge pressure, PAWP)和肺毛细血管楔压(PC-WP)近似相等。

因此, LVEDP可代表左心室前负荷, 并且受其他因素影响较小。

但临床测量LVEDP较困难, 而PADP和PAWP在一定的条件下近似于LVEDP, 故监测PAWP可间接用于监测左心功能。

2. 适应证 (1)急性呼吸窘迫综合征(acute respiratory distress syndrome, ARDS)并发左心衰时, 最佳的诊断方法是测定PAWP。

低血容量休克应用扩容治疗时, 测定PAWP估计前负荷, 指导合理治疗。

施行各类大手术的高危病人, 监测PAWP, 可预防和减少循环衰竭的发病率和死亡率。

(2)循环功能不稳定病人。

应用正性肌力增加心肌收缩力药物和扩血管药等, 通过PCWP测定, 可用以指导治疗并观察治疗效果。

(3)区分心源性肺水肿。

通过监测血浆胶体渗透压(colloid osmotic pressure, COP)和PAWP, 并计算其差值(COP-PAWP), 对心源性肺水肿发生做出判断, PAWP与肺毛细血管静水压基本一致, 升高的原因为左心衰竭或输液过量。

正常时(COP-PAWP)为10~18mmHg, 低于9mmHg时一般认为是肺水肿的先兆指标, 4~8mmHg提示肺水肿发生的可能性明显增加, 低于4mmHg时不可避免将发生肺水肿。

左心衰时(COP-PAWP)可呈负值。

3. 监测方法 (1)器材和监护仪: 根据临床需要可选用不同规格的Swan-Ganz漂浮导管, 常用的是四腔管, 成人用F7, 小儿用F5, 不透X线。

导管长100cm, 从顶端开始每隔10cm有一黑色环形标记, 作为插管深度的指示。

每根导管有三个空腔和一根金属导线。

导管顶端开口供测量肺动脉压(PAP)和采取血标本; 导管近端的开口(距顶端30cm), 用于测量右房压(right atrial pressure, RAP)或CVP, 以及供测量心排量时, 注射生理盐水; 第三个腔开口于靠近导管顶端的气囊内, 气囊的充气量为1.25~1.5ml, 充气后便于导管随血流向前推进, 金属导线终止于导管顶端近侧3.5~4.0cm处, 与热敏电阻相连, 另一端接上心排量计算机。

不同厂商生产的Swan-Ganz漂浮导管, 插头可相互通用。

施行漂浮导管测压时尚需配套的中心静脉穿刺套管针及导引钢丝、静脉扩张器、导管鞘、三通开关、旁路输液管、充气用注射器、压力换能器、心电图机和压力监护仪等。

(2)插管方法: 通常选择右侧颈内静脉, 此处从皮肤到右心房的距离最短, 导管可直达右心房。

操作方法与经颈内静脉穿刺插管行CVP监测方法极为相似。

其易掌握, 并发症少。

当静脉穿刺成功后, 将特制的导引钢丝沿钢丝导管鞘送入静脉内, 然后经导引钢丝送入扩张管及外鞘管, 拔除导引钢丝及扩张管, 留置外鞘管在血管内。

然后经外鞘管将漂浮导管插入到静脉内。

漂浮导管插入15~20cm左右, 即可进入到右心房, 示波器上显示RAP波形, 此时将气囊部分充气有利于导管向前推进。

导管通过三尖瓣口进入到右心室后, 压力突然升高, 出现典型的平方根形RVP波形, 此时气囊完全充气。

F, 充气1.2~1.5ml充气后既可减少导管尖端对右心室壁的刺激, 减少心律失常的发生, 又使导管容易

<<急危重症护理学>>

向肺动脉推进。

当导管插入到肺动脉时，舒张压较前显著升高，有重搏切迹，再继续向前插管，导管即可嵌入肺动脉分支，并出现PAWP波形。

.....

## <<急危重症护理学>>

### 编辑推荐

急危重症护理学是护理学的重要组成部分。

护士在面对急危重症病人时，能否及时无误地做出判断和救护，直接关系到病人的安危和抢救的成败。

为此，要求护士能够熟练掌握急救知识和技能，能在紧急情况下对病人实施及时、准确的救治和护理，以提高救治的成功率。

《急危重症护理学》主要供全国高等医药院校护理专业本科学生和高专、高职学生使用，也可供在职护理人员参考。

<<急危重症护理学>>

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>