

<<重症医学2012>>

图书基本信息

书名：<<重症医学2012>>

13位ISBN编号：9787117157360

10位ISBN编号：7117157364

出版时间：2012-5

出版时间：邱海波、于凯江 人民卫生出版社 (2012-05出版)

作者：邱海波，于凯江 编

页数：452

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>

<<重症医学2012>>

内容概要

《重症医学2012》由中华医学会重症医学分会主委邱海波教授和中华医学会重症医学分会前任主委刘大为教授共同主编。

本书主要介绍、反映国内外一年来重症医学的进展、热点及前沿问题，包括尚存在争议尚不成熟的内容。

书籍目录

- 第一部分 重症医学建设与管理 1.重症医学——十年循证带给我们的启示 2.重症医学让患者更安全 3.重症医学科核查单与医疗质量 4.减少重症患者重入ICU第二部分 休克与血流动力学治疗 1.血流动力学治疗——数据与干预的整合 2.围术期如何进行液体复苏 3.肺毛细血管渗漏与感染性休克的液体治疗 4.心源性休克与去甲肾上腺素 5.休克后期ScvO₂的评价 6.去甲肾上腺素与心脏前负荷 7.组织血氧饱和度(StO₂)和血管阻断试验(VOT)在重症患者中的应用第三部分 容量管理 1.ScvO₂高于70%可能仍需要液体复苏 2.容量反应性监测指标的局限性 3.Pcv-a CO₂监测在重症患者容量复苏中的价值第四部分 液体治疗 1.再评白蛋白在脓毒症中的应用进展 2.复苏液体的种类——对胶体液的再评估 3.高渗液体与创伤患者的早期复苏第五部分 心力衰竭 1.ALARM—HF研究给我们的启示 2.受体阻滞剂在急性心力衰竭患者中的应用进展 3.急性心衰的利尿治疗策略第六部分 ECMO 1.ECMO应用期间的血流动力学监测 2.ECMO在重症患者应用的时机第七部分 ARDS 1.AARDS需要新的诊断标准 2.AARDS：是允许性高碳酸血症，还是体外CO₂清除？ 3.再论糖皮质激素与ARDS——2011的新发现 4.AARDS患者的远期预后 5.雾化吸入 2-受体激动剂与ARDS 6.ECMO：重症ARDS的一线治疗 7.无泵的动静脉体外肺辅助系统治疗ARDS 8.超声监测导向的ARDS诊断与治疗 9.ICU急性肺损伤能预防吗第八部分 机械通气与AECOPD 1.变异性通气：一种新的ALI / ARDS保护性通气模式 2.脱机困难的评估及其对预后的影响 3.AECOPD的分子标志物与预后第九部分 Sepsis与MoDS 1.B受体阻滞剂在MODS中的作用 2.微透析方法评估脓毒症的组织灌注 3.Sepsis——控温的利与弊 4.单核细胞人白细胞抗原的动态变化与免疫监测 5.人工合成转铁蛋白在全身性感染中的治疗前景 6.RAGE——Sepsis炎症反应调节的目标 7.免疫细胞凋亡与Sepsis 8.线粒体休眠与休克第十部分 营养支持与应激性高血糖 1.重症患者肠外营养——何时开始？ 2.成人重症患者的能量供给目标 3.再论Omega-3脂肪酸与急性肺损伤 4.再论谷氨酰胺与重症 5.ICU获得性肌无力的危险因素与预防第十一部分 重症感染与控感 1.2011年IDSA MRSA指南：值得关注的方面 2.质子泵抑制剂与HAP发生风险 3.生物标记物suPAR与细菌感染患者的预后 4.多重耐药、广泛耐药和泛耐药细菌的定义——2011欧美共识概要 5.侵袭性念珠菌感染流行病学的变迁 6.社区获得性MRSA感染：值得关注的问题 7.导管相关血流感染的预防：What ' s new ? 8.MRSA感染——更应注重预防 9.肺泡灌洗液中GM试验在非粒缺患者曲霉感染的诊断价值第十二部分 急性肝功能衰竭与肝脏替代治疗 1.分子吸附再循环系统(MARS)与肝功能衰竭 2.脓毒症相关肝功能异常第十三部分 镇静与镇痛 1.“无镇静”：梦想还是梦魇？ 2.镇静对重症患者肾脏功能的影响 3.镇静镇痛与感染的发生 4.ICU患者的睡眠紊乱 5.丙泊酚输注综合征 6.镇痛是镇静治疗的基础第十四部分 心肺脑复苏 1.呼气末CO₂监测在心肺复苏中的应用 2.心肺复苏后的低温治疗的新进展 3.ECMO在心肺脑复苏中的临床应用价值第十五部分 凝血、抗凝与输血 1.重组人可溶性血栓调节蛋白在重症感染患者中的应用 2.肝素诱导的血小板减少症 3.重症患者血小板减少的危险因素与预后 4.创伤性凝血病新鲜冰冻血浆与红细胞的输注第十六部分 急性重症胰腺炎与腹腔高压综合征 1.重症急性胰腺炎：抗生素是否应该早期使用 2.微创技术在重症急性胰腺炎中的应用第十七部分 急性肾衰竭与CRRT 1.心肾综合征——复杂的心 / 肾功能障碍 2.重症患者AKI的预防——ATS / ERS / ESICM / SCCM / SRLF的共识概要 3.重视造影剂相关性肾病 4.AKI与ALI的交互作用 5.促红细胞生成素与急性肾损伤的肾脏保护第十八部分 重症神经 1.低温治疗在颅脑创伤和脑卒中的应用 2.去骨瓣减压术治疗重型颅脑外伤的临床研究 3.镇痛镇静药物在脑外伤颅高压控制中的作用 4.血红蛋白携氧载体的神经保护作用 5.脑组织氧分压监测在脑损伤患者中的应用进展第十九部分 重症儿科 1.重症儿童的肾上腺皮质功能不全及肾上腺皮质危象 2.儿童急性肾损伤 3.益生菌制剂对新生儿死亡率的影响—what is new ? 4.儿童脑死亡指南的更新 5.儿童侵袭性真菌感染的判断和治疗第二十部分 重症护理 1.口咽部去污染——预防呼吸机相关性肺炎 2.ICU病人分级与护理人力配置 3.SSC护理指南概要重症医学大事记

章节摘录

版权页：插图：1.循证医学与ARDS机械通气策略进展。

(1) 潮气量的设置：循证医学推进ARDS潮气量的合理设置。

大量肺泡塌陷是ARDS特征性的病理生理改变，机械通气过程中常规或大潮气量通气易导致肺泡过度膨胀，加重肺及肺外器官损伤。

Amato和ARDSnet完成的潮气量对ARDS患者预后影响的两项RCT研究对ARDS机械通气具有里程碑式的意义，研究证实小潮气量通气（6ml / ks理想体重）可降低ARDS患者病死率。

基于此，中外指南均提出ARDS应采用以小潮气量通气为基础的肺保护性通气策略。

近期的调查显示，近十年来ARDS机械通气潮气量的设置逐年降低，由2000年的10.5ml / ks理想体重降至2008年的6.8ml / ks理想体重。

尽管有如此强的研究证据，仍值得关注的是，临床治疗中6ml / ks理想体重的小潮气量通气并不适合所有ARDS患者。

将ARDSnet研究中的患者按照不同呼吸系统顺应性分层，结果显示顺应性较好的患者，6ml/kg理想体重的小潮气量通气并不降低病死率。

相反，对于严重ARDS患者，即使采用6ml/kg理想体重的小潮气量通气，气道平台压力仍然高于30cmH₂O，仍无法实现肺保护。

提示，临床治疗中并不能将上述RCT研究结果普遍推广到所有ARDS患者。

应用循证医学的研究证据必须客观分析RCT中纳入研究对象所产生的抽样偏差，以合理确定适用人群，并在临床上采用个体化的原则。

(2) 肺复张的实施：大量肺泡塌陷导致肺内分流增加，是ARDS患者产生呼吸窘迫和低氧血症的病理生理基础。

促进并维持塌陷肺泡复张是改善ARDS肺内分流、纠正低氧血症、减少呼吸机相关肺损伤和控制肺部感染的根本手段。

近十年来，大量临床和实验研究显示肺复张（RM）可明显改善氧合、缩短机械通气时间、改善肺外脏器官功能。

Fan等的系统综述纳入40项研究、共1185名患者，评价肺复张策略的临床疗效和副作用，结果显示肺复张策略可显著改善患者氧合，而气压伤和心律失常等严重副作用却少见。

虽然缺乏氧合改善进而改善预后的直接证据，但仍不可否认肺复张的临床作用和价值。

促进并维持塌陷肺泡的复张是目前被广泛接受和应用的ARDS机械通气策略，尤其对于重度ARDS患者，更有必要积极实施肺复张。

然而，由于塌陷肺泡的可复张性、肺损伤类型和严重程度、ARDS病程、肺复张后PEEP水平的设置等的不同，导致肺复张的临床反应性存在差异，并非所有ARDS患者实施肺复张均有效。

因此，一味强调对所有的ARDS患者采用统一的肺复张方法显然不妥、甚至可能有害。

目前尚缺乏设计严谨的随机对照研究来探讨肺复张对ARDS患者预后、机械通气时间和住院时间等方面的影响。

(3) PEEP水平的设置：肺复张后应用合适的：PEEP维持塌陷肺泡充张是改善并维持ARDS氧合、实现机械通气肺保护的重要环节。

在实验研究和临床实践证实的基础上，合适的PEEP设置已得到临床医师的广泛接受和认可。

但十多年来，一直困扰临床医师的关键问题是如何在充分肺复张后设置适当的PEEP水平。

以往的临床治疗中，常规应用较低水平PEEP。

2000年后，荟萃分析显示，ARDS患者预后随PEEP水平的升高而改善。

在相当长的一段时间内，探讨高PEEP的临床疗效和对患者预后的影响成为ARDS研究的热点。

2004年ALVEOLI研究、2008年Express研究和Lungopen研究是极具影响的随机对照研究，遗憾的是，三项研究表明应用高PEEP均不能改善ARDS患者的预后。

<<重症医学2012>>

编辑推荐

《重症医学2012》主要介绍、反映国内外一年来重症医学的进展、热点及前沿问题，包括尚存在争议尚不成熟的内容。

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>