

<<急重症诊疗学>>

图书基本信息

书名：<<急重症诊疗学>>

13位ISBN编号：9787513201544

10位ISBN编号：7513201544

出版时间：2010-12

出版时间：中国中医药出版社

作者：刘志勇 编

页数：454

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>

<<急重症诊疗学>>

前言

随着社会的发展,人民生活水平的不断提高,生活节奏的加快,中老年人口比例日益增大,疾病谱已发生了重大的变化,临床中急危重症发病率居高不下,已经引起医学界的高度关注。急危重症诊治在临床工作中占有十分重要的地位,特别是在最近几年,公共卫生事件频繁发生,如SARS、甲型H1N1流感,极具传染性并且容易出现危重症,给工作在临床一线的医务人员带来了挑战。

临床急危重症病情复杂多变,既可单一脏器受损,也可多个器官、多个系统同时出现功能障碍,或者出现序贯性多器官功能损害。

面对这样的急危重症患者,能否迅速作出正确诊断和有效救治并监护生命体征变化,直接关系到患者的生命安危。

医务人员只有具备扎实的医学理论基础、丰富的临床经验、熟练的救治技能,才能满足救治这类患者的需求。

我们通过多年的临床实践与教学工作,深深体会到,对每一急诊病例及时做出恰当的处理并非易事,尤其是低年资医师和实习医师更是如此。

因此,编写一本急危重症的诊断、鉴别诊断及治疗专著就很有必要。

为此,笔者组织内、外、妇、皮肤、五官科等具有一定特长的专家、教授,结合临床经验及国内外文献的最新观点与成就,编写了这部《急重症诊疗学》,以飨读者。

全书共分十二章,系统地阐述了临床常见急危重症和各种急性中毒的诊断要点及抢救治疗措施;同时介绍了急危重症常用药物的临床应用方法,书末附有常见检验正常参考值。

近年来,临床急危重症的诊断和治疗都取得了长足的进展,循证医学为医学治疗提供了充分的依据。

本书在编写过程中力图把目前最新的进展介绍给读者,为临床工作更好地服务。

为了便于查阅,在本书的后面列有临床急危重症常用药物和临床检验指标参考值。

本书简明扼要,重点突出,治疗措施具体实用,尤其适合一线临床医师参考使用。

由于编委分头执笔,写作经验和水平有限,编写时间仓促,加之急危重症医学的发展非常迅猛,书中难免有不足和欠妥之处,恳请专家、同行提出宝贵意见,以便再版时修订提高。

<<急重症诊疗学>>

内容概要

全书共分十二章，系统地阐述了临床常见急危重症和各种急性中毒的诊断要点及抢救治疗措施；同时介绍了急危重症常用药物的临床应用方法，书末附有常见检验正常参考值。

为了便于查阅，在本书的后面列有临床急危重症常用药物和临床检验指标参考值。
本书简明扼要，重点突出，治疗措施具体实用，尤其适合一线临床医师参考使用。

<<急重症诊疗学>>

书籍目录

第一章 总论 第一节 概论 第二节 常见灾害事故及意外伤害的处理 第三节 心肺复苏 第四节 常见症状
发热 胸痛 心悸 呼吸困难 发绀 腹痛 呕吐 急性腹泻 黄疸 血尿 紫癜 头痛 眩晕 意识障
碍(昏迷) 抽搐 晕厥第二章 危重综合征第三章 内科常见急重症第四章 外科常见急重症第五章 妇产科
常见急重症第六章 传染科常见急重症第七章 眼科常见急重症第八章 耳鼻喉科常见急重症第九章 口腔
科常见急重症第十章 皮肤科常见急重症第十一章 常见中毒性疾病第十二章 急危重症常用药物附录 常
用临床检验指标参考值

章节摘录

4.确定呼吸是否存在(判断呼吸)通畅气道后,维持开放气道位置,利用一听、二看、三感觉的方法判断有无呼吸。

用耳贴近患者口鼻,头部侧向患者胸部,眼睛观察患者胸部有无起伏;面部感觉患者气道有无气体排出;耳听患者气道有无气流通过的声音。

5.人工呼吸判断患者确无自主呼吸,即应迅速作人工呼吸。

口对口人工呼吸:必须在保持气道通畅及患者开口的状况下进行。

操作者用一只手托起下颌,另一只手的拇指与示指捏闭患者的鼻孔(捏紧双鼻翼下端);深吸一口气后,张开口并用双唇完全包绕患者的嘴唇;用力向患者口内吹气(快而深),直至见患者胸部上抬;每次吹入气量为800~1200ml;一次吹气完毕后,应立即与患者口脱离,轻抬起头部,眼视患者胸部,并吸入新鲜空气,以便作下一次人工呼吸,同时放松捏鼻的手,以便患者从鼻孔呼气,此时患者胸部向下塌陷,有气流从口鼻排出。

6.判断心跳是否停止判断有无脉搏,颈动脉、股动脉有无搏动。

心跳呼吸停止:神志消失,无自主呼吸及大动脉搏动。

方法:在开放气道的位置下,首次人工呼吸后进行;一手置于患者前额,使头部保持后仰,另一手在靠近操作者一侧触摸颈动脉;用示指及中指尖先触及气管正中部位,男性可先触及喉结,然后向旁滑移2~3cm,在气管旁软组织处轻摸颈动脉有无搏动。

注意触摸颈动脉时用力不能过大,以免颈动脉受压,影响头部血供;触摸时间不要超过10秒;触摸不到颈动脉表明心跳已停止。

7.胸外心脏按压,建立循环这是建立人工循环的主要方法,即人工地有节律地按压患者胸骨的下半部,使胸廓变化,胸腔内正负压改变,胸腔内外动静脉压产生压差,该压差促使血流向头部方向流动,谓之胸泵原理。

(1)患者体位:患者应放置于水平位,头部不应高于心脏水平,以免由于重力作用而影响脑部血流。

下肢可稍抬高,以促使静脉血回流,增加回心血量。

若胸外按压是在床上(若为弹簧床)进行时,应在患者背部垫一硬板。

操作者宜跪于患者一侧身旁或站在床旁的垫脚椅凳上,以便实施规范化的胸外按压% (2)按压

部位:正确的胸外按压部位应是胸骨中下段1/3交界处。

定位方法为用一手的示指和中指沿患者的肋弓处向上滑移至两侧肋弓交界处,找出胸骨下切迹,把两指横放在胸骨下切迹上方,示指上方的胸骨正中部位即为按压区;用另一手的掌根部紧贴示指上方,放在按压区;再将定位之手取下,将掌根重叠放于另一手手背上,手指离开胸壁。

也可采用两手手指交叉抬起法。

(3)操作方法:操作者的姿势应双臂绷直,双肩在患者胸骨上方正中,垂直向下用力按压,并利用上半身体重和肩、臂部肌肉力量按压。

按压用力方式应平稳、有规律地进行,不要间断,不能冲击式地猛压,下压及放松的时间大致相等;垂直用力向下,不要左右摆动,放松时手掌根部不要离开胸骨定位点,但不能使胸骨受任何压力。

按压频率为100次/分钟。

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>