

<<现代临床危重病诊疗学>>

图书基本信息

书名：<<现代临床危重病诊疗学>>

13位ISBN编号：9787535246318

10位ISBN编号：7535246311

出版时间：2010-12

出版单位：湖北科学技术出版社

作者：黄居科，等 编

页数：740

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>

<<现代临床危重病诊疗学>>

内容概要

《现代临床危重病诊疗学》共分上下两篇，共25章。

上篇为总论，主要阐述临床各脏器功能衰竭；下篇为各论，主要介绍临床内外科各系统危重病。

《现代临床危重病诊疗学》在内容编排上侧重于临床危重病的诊断与治疗，每一种疾病主要按概述、诊断和治疗三大部分编写，其中治疗部分为《现代临床危重病诊疗学》重点落笔之处，并对近年来有关危重病治疗方面的进展和动态有所重墨。

值得提及的是，临床上对一些疾病有不同的诊治方案及不同的诊治观点、经验和习惯，需要规范化和达成共识，以不断改进和规范临床诊治方案，提高诊疗水平。

近年来国内外对诸多疾病制订了诊治指南及共识意见，以便指导临床做到更为合理的诊治。

《现代临床危重病诊疗学》在编写过程中尽可能纳入新的诊治指南和共识意见等内容，以体现当今特色。

《现代临床危重病诊疗学》内容丰富，资料新颖，叙述详细，条理清楚，具体实用，具有科学性、先进性、实用性和可读性等特点，是一部反映现代临床危重病诊疗方面的新著，适用于急诊科、内科、外科及相关医务人员和医学院校师生参考使用。

<<现代临床危重病诊疗学>>

书籍目录

上篇 总论第一章 心脏骤停与心肺复苏第二章 昏迷第三章 休克第一节 概述第二节 感染性休克第三节 心源性休克第四节 低血容量性休克第五节 过敏性休克第六节 神经源性休克第四章 心力衰竭第一节 急性心力衰竭第二节 慢性心力衰竭第三节 舒张性心力衰竭第五章 急性肺水肿第一节 概论第二节 高原性肺水肿第三节 化学中毒性肺水肿一、有毒气体中毒性肺水肿二、有机磷农药中毒性肺水肿第四节 中枢性肺水肿第五节 医源性肺水肿一、负压性肺水肿二、复张性肺水肿三、药物性肺水肿四、氧中毒性肺水肿五、放射性肺水肿六、其他类型医源性肺水肿第六章 呼吸衰竭第一节 急性呼吸衰竭第二节 慢性呼吸衰竭第七章 急性呼吸窘迫综合征第八章 急性肾功能衰竭第九章 急性肝功能衰竭第十章 急性胃黏膜病变第十一章 急性肠功能衰竭第十二章 弥散性血管内凝血第十三章 急性颅内压增高综合征第十四章 多器官功能障碍综合征下篇 各论第十五章 重症特殊感染第一节 外科严重脓毒症第二节 破伤风第三节 急性坏死性筋膜炎第四节 气性坏疽第十六章 颅脑及神经系统危重病第一节 急性脑疝第二节 重型急性颅脑损伤第三节 损伤性颅内血肿一、概论二、脑膜外血肿三、硬脑膜下血肿四、脑内血肿五、脑室内出血六、后颅窝血肿七、多发性颅内血肿第四节 脑梗死一、动脉血栓性脑梗死二、脑栓塞三、腔隙性脑梗死第五节 脑出血第六节 蛛网膜下腔出血第七节 癫痫及癫痫持续状态第八节 重症肌无力危象第十七章 颈部危重病第一节 颈部创伤……第十八章 胸部及呼吸系统危机重病第十九章 心血管系统危重病第二十章 腹部及消化系统危重病第二十一章 泌尿系统危重病第二十二章 骨科危重病第二十三章 内分泌及代谢性危重病第二十四章 物理损害性危重病第二十五章 急性中毒

<<现代临床危重病诊疗学>>

章节摘录

(3) 气管插管的并发症：由于病人情况不同及复苏环境的复杂性，对气管插管有很高的技能与经验要求，如果没有足够的初始训练以及实践经验，可能会产生致命的并发症。气管插管可引起下列并发症：口咽黏膜损伤，肺脏长时间无通气，延误胸外按压，误插入食道或支气管。

反复插管及插管失败都可影响心脏骤停的复苏和预后。

在EMSS中因操作机会少，气管插管的失败率高达50%。

(4) 气管插管的注意事项：在插管操作时，人工呼吸中断时间应少于30s，如插管时间超过必须调节通气及氧浓度。

如果病人有循环，插管中需要连续监测经皮氧饱和度和心电图。

在有第二位急救人员在场时，应在插管期间持续行负压吸引，以免胃内容物反流吸入肺内，并确保气管插管在气管开口处，并用拇指与示指左右固定环状软骨，压力不能过大，以免梗阻气道或影响气管插管。

插管时喉镜注意向后、向上、向右用力有助于暴露声门。

气管插管有各种型号，标准为15-22ram，对成人及儿童应使用大容量、低压力套囊。

成人男女气管插管内径平均8mm，但在插管时应准备各种型号的气管插管。

同时准备一个较硬的金属探条，放入气管导管腔内，使导管有一定的硬度，在操作时导管更易控制，其金属探条远端不能超出导管的远端开口。

用弹性胶探条能使气管导管更易进入气管，一旦探条进入气管，气管导管则可通过探条进入气管，一旦气管导管进入气管，就应将金属探条拔出。

由于喉镜常常不能很好暴露声门，在气管插管时经常遇到困难，可通过伸曲颈部和抬头寻找暴露声门的最佳位置。

一旦看见声门，应迅速将气管导管置入，使套囊刚好位于声门之下。

成人从牙齿到声门深度一般在19~23mm，气囊充气恰好封闭气道，通气时听声门是否有气流，以确定密封的效果。

当常规通气，导管套囊内充气气压达到峰值时，导管周围听不见声音。

气管插管后应立即通过听诊上腹部、腋中线、腋前线、胸左右侧确定导管的位置。

使用明视气管导管置入声门，也应通过听诊确保其在气管内。

……

<<现代临床危重病诊疗学>>

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>