第一图书网, tushu007.com

<<循环支持治疗学>>

图书基本信息

书名：<<循环支持治疗学>>

13位ISBN编号：9787810860918

10位ISBN编号：7810860917

出版时间：2007-1

出版时间：第四军医大学出版社

作者：夏小明,林岫芳,曾志为

页数：455

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

前言

近20年，世界医疗事业蓬勃发展，科学家和医务工作者的辛勤钻研，使人类对于许多疾病的发生、发展有了更多新的认识，对许多疾病的鉴别、检查有了更多新的手段和技术，也对许多疾病提出了诊断指南和规范化治疗方案。
其中心血管疾病的基础理论、循证医学的研究、临床研究的进展可谓突飞猛进。
中国在此世界大潮流下与国际接轨，国内许多医学专家、青年医学科研人员、临床一线工作者通过大量研究，对许多疾病机制及诊疗提出了新的论证，结合国人种族、基因、身体基础条件形成了具中国特色的疾病诊断及治疗指南。
其作出的贡献在国内外具有非常大的影响力和深远的意义。
本书谨此向为中国医疗事业作出巨大贡献的医学工作者致敬。
心血管疾病理论及诊疗相关知识浩瀚无边，本书拣取循环支持治疗一角，虽是沧海～粟，却意义深远。
循环系统在人体中犹如动力工厂，保证其他各器官、组织正常运作。
循环停止，生命将不再继续。
在临床工作中，我们发现所有心血管疾病及非心血管疾病在病程最终均会发生不同程度的急性或慢性的循环功能不全，对病情的发展、其他器官的影响有时甚至超过原发病，成为直接威胁患者生命的原因。
因此循环支持治疗在临床上有非常重要的地位，适当的循环支持治疗将有助于挽救患者生命。
本书由多位长年奋斗在心血管内科、重症监护室、肾内科临床一线的医学工作者共同编写，参考了大量国内外相关资料，集合了丰富的临床实践经验，是集体智慧的结晶。
全书采取提纲式编写形式，条理清楚，层次分明，阐述简明扼要；立足于基础理论，着重于临床实践、技术，并融入了近年来循环治疗方面大量的新进展；涉及心脏起搏、电复律、体内外主动脉反搏、心脏移植、透析在循环容量控制中的作用等新技术，特别提出心脏病人的营养支持治疗，有别于其他心血管知识参考书。
本书主要面向心血管病内科主治医师、高年资住院医师、进修医师、重症监护室（CCU、ICU）医师以及麻醉科医师。
希望通过阅读此书能提高临床医师对循环支持治疗的认识和运用能力，提高急救和治疗的成功率。
限于编者水平，错漏在所难免，望读者惠予指正并提出宝贵意见。

内容概要

本书由多位长年奋斗在心血管内科、重症监护室、肾内科临床一线的医学工作者共同编写，参考了大量国内外相关资料，集合了丰富的临床实践经验，是集体智慧的结晶。
全书采取提纲式编写形式，条理清楚，层次分明，阐述简明扼要；立足于基础理论，着重于临床实践、技术，并融入了近年来循环治疗方面大量的新进展；涉及心脏起搏、电复律、体内外主动脉反搏、心脏移植、透析在循环容量控制中的作用等新技术，特别提出心脏病人的营养支持治疗，有别于其他心血管知识参考书。
本书主要面向心血管病内科主治医师、高年资住院医师、进修医师、重症监护室(CCu、ICu)医师以及麻醉科医师。

<<循环支持治疗学>>

书籍目录

第1章　血液循环生理基础　　第一节　血液循环　　第二节　心肌细胞的生物电现象　　第三节　心脏的泵血功能　　第四节　血管生理　第2章　心力衰竭　　第一节　心力衰竭的病因和发病机制　　第二节　心力衰竭的临床表现　　第三节　心力衰竭的诊断和鉴别诊断　　第四节　心力衰竭的分类　　第五节　心力衰竭的治疗　　第六节　急性心力衰竭诊断和治疗　　第七节　舒张功能不全性心力衰竭　　附录　ACCAHA成人慢性心力衰竭诊断与治疗指南（2005年修订版）　第3章　心源性休克　　第一节　心源性休克病因　　第二节　心源性休克发病机制及病理生理　第三节　心源性休克的诊断　　第四节　心源性休克的鉴别诊断　　第五节　心源性休克的治疗　第4章　急性冠状动脉综合征　　第一节　急性冠状动脉综合征病理生理基础　第二节　急性冠状动脉综合征的诊断　第三节　急性冠状动脉综合征的危险分层　第四节　急性冠状动脉综合征的治疗　第5章　恶性心律失常　　第一节　心律失常的病理生理　　第二节　恶性室性心律失常　　第三节　心脏停搏和无脉性电活动　　第四节　Brugada综合性　　第五节　常用抗心律失常药物　第6章　心脏猝死　　第一节　心脏猝死的病因及病理生理基础　第二节　心脏性猝死的临床诊断　　第三节　心脏性猝死的预防　第7章　心肺复苏　　第一节　心肺复苏的病理生理变化及血流机制　　第二节　心肺复苏的适应证　　第三节　心肺复苏程序　第8章　心脏电复律　　第一节　心脏电复律基本概念和原理　第二节　心脏电复律装置　　第三节　步骤和操作方法　　第四节　适应证和禁忌证　　第五节　并发症及其处理　　第六节　影响除颤成功率的因素　第9章　ICU与CCU工作常规和常用诊疗技术　第一节　ICU与CCU人员配置、任务和收治范围　　第二节　ICU与CCU的仪器设备与心脏监护　第三节　血流动力学监测　　第四节　危重病情监测要点　　第五节　动、静脉穿刺、切开插管术　　第六节　胸腔穿刺术　　第七节　心包穿刺术　　第八节　动态心电图的临床应用　　第九节　动态血压监测（ABPM）第10章　人工心脏起搏器　　第一节　人工心脏起搏器的概述　　第二节　人工心脏起搏器置入适应证　第三节　永久性人工心脏起搏器埋置的操作技术　　第四节　临时人工心脏起搏　　第五节　埋藏式心律转复除颤器（ICD）　　第六节　心脏起搏器的程控与随访　　第七节　心脏永久起搏器临床应用最新进展第11章　经皮冠状动脉介入治疗　　第一节　经皮冠状动脉介入治疗的临床应用　第二节　经皮冠状动脉介入治疗的并发症和防治　　第三节　经皮冠状动脉介入治疗的效果及预后　第四节　介入治疗的术前及术后处理　第12章　主动脉内气囊反搏治疗技术（IABP）　　第一节　IABP的工作原　　第二节　IABP的主要组成部分　　第三节　IABP操作技术　　第四节　IABP的临床应用　第13章　体外反搏　　第一节　体外反搏的作用机理　　第二节　体外反搏的技术操作　　第三节　体外反搏的临床应用　第14章　辅助循环和人工心脏　　第一节心室辅助设备　　第二节　插管的部位及方法　　第三节　辅助装置的临床应用　第15章　心脏和心肺移植　　第一节　心脏移植的临床泣用　　第二节　心脏移植的受体、供体　　第三节　移植心脏术式　　第四节　心脏移植后重要并发症及防治　　第五节　心脏移植后的处理原则　第16章　人工通气支持治疗　　第一节　气管插管　　第二节　呼吸机基础　　第三节　呼吸机的临床应用　第17章　连续性血液净化治疗——透析与超滤　　第一节　连续性血液净化治疗原理及特点　第二节　连续性血液净化在循环支持治疗中的应用　第18章　营养支持治疗　　第一节　营养的基础知　　第二节　临床应　　第三节　几种常用的心脏营养代谢药物　第19章　心脏病人的非心脏外科手术的风险评估和围手术期管理　　第一节　心血管风险的临床预测指标　　第二节　心脏病患者在非心脏围手术期的处理　　第三节　手术前准备　　第四节　手术前相关检查　第20章　循环支持治疗的常用药物及药物间的相互作用　　第一节　强心甙类和非洋地黄类正性肌力物蝴　　第二节　血管活性药物　第三节　利尿剂　　第四节　肾上腺素β受体阻滞剂　　第五节　抗心律失常药物　　第六节　肾素一血管紧张素系统拮抗剂　　第七节　抗凝血药　　第八节　镇痛药和镇静药

章节摘录

药物的相互作用；腺苷和双嘧达莫合用可增强腺苷的强度，可能双嘧达莫抑制细胞摄取腺苷，咖啡因、茶碱可拮抗腺苷使之作用减弱，卡马西平可增强腺苷的作用。
B受体阻滞剂、钙拮抗剂、洋地黄、奎尼丁、血管紧张素转换酶抑制剂等均与其无相互影响。
（2）洋地黄类：用于终止室上速或控制快速房颤的心室率。
毛花甙C 0．4～0．8 mg稀释后静注，可以再追加0．2～0．4 mg，24 h内不应>1．2 mg；或地高辛0．125-0．25 mg、l／d口服，用于控制房颤的心室率。
洋地黄类适用于心功能不全患者，不足之处为起效慢，对体力活动等交感神经兴奋时的心室率控制不满意。
必要时与B受体阻滞剂或钙拮抗剂同用，但要注意调整地高辛剂量，避免过量中毒。
三、抗心律失常药物的选择原则　　选择抗心律失常药物应先考虑的三个方面：　　1．是否需要用药有明显临床症状的各种心律失常需要药物治疗，如心悸、活动后心律失常增加，伴有心绞痛、气短、呼吸困难的心律失常，出现头晕、头痛或暂时性意识丧失，一时性黑朦，伴突然出现栓塞征象的心律失常等。
有明显症状的心律失常通常见于器质性心脏病，但少数也可见于所谓“正常心脏”，无器质性心脏病的“正常心脏”，其定义不但是现在各项心脏检查结果均属正常，而且在长期观察中未见心脏的异常现象，因而其预后良好。
判断是否是正常心脏需经严格的各项检查，例如有：①必须进行的检查项目：12导体表心电图、24 h动态心电图、正侧位胸部X线片检查、超声心动图、运动试验（最好活动平板），必要的生化及血液检查。
②尽可能做的检查项目：心脏电生理检查，左右心室造影，核磁共振心脏检查，核素心室造影，冠状动脉造影，平均信号心电图，心率变异性分析，必要的血内中毒物质测定。
④要考虑做的检查项目：心脏活体检查（心内膜心肌）。
2．选用何种药物其危险／效益比最小选用何种药物可以获得最大效益？
目前多数用药是根据医生的自我经验以及从大型临床试验结果中所获的信息中判断。
自从CAST一l及CAST一2的临床试验发表以后，对I类药物应用于器质性心脏病尤其是心梗后的室性心律失常有了一致认识，即其效益虽可减少室性心律失常的发生，但其危险是增加了病死率，因而基本上放弃了I类药物中（如英卡因、氟卡因）对严重心脏病人室性心律失常的应用，对莫雷西嗪、美西律、丙吡胺、普罗帕酮等只应用于无严重器质性心脏病的病人，对器质性心脏病如需应用，尽量采用短期少量用药，并进行严密及时的心脏监护。

第一图书网, tushu007.com

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