

<<Benumof气道管理学>>

图书基本信息

书名：<<Benumof气道管理学>>

13位ISBN编号：9787117112093

10位ISBN编号：7117112093

出版时间：2009-8

出版时间：人民卫生出版社

作者：CARIN A.HAGBERG

页数：1039

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>

<<Benumof气道管理学>>

内容概要

保证呼吸道通畅，维持正常的气体交换是接受麻醉患者、严重创伤患者、呼吸心跳骤停患者等危重患者抢救时必须首先解决的任务，是维持机体各器官功能正常，必要时进一步完成循环和中枢神经系统复苏、挽救肾脏功能的基本保证。

麻醉科医师具有迅速建立人工气道、施行人工通气、确保有效气体交换的知识和技能，在急救复苏中起着重要的作用。

困难气道是指经过正规培训、具有一定临床麻醉经验的麻醉科医师使用常规器材，通过正常操作，不能够完成气管内插管，甚至无法完成有效人工通气的临床情况。

困难气道包括预先经过检查、评估确定的困难气道；或预先未能确定，在操作过程中发现是困难气道；以及不仅气管内插管困难，就连完成有效的面罩通气亦困难等情况。

无法完成气管内插管又无法完成有效通气，患者将出现二氧化碳潴留和缺氧，进而可导致心跳停止和脑缺氧性损害，这是万分紧急、极端危险的临床情况。

有文献报道，50%以上麻醉相关的严重并发症是由气道管理不当引起的，在麻醉相关死亡病例中，约30%是由于困难气道处理失败造成的。

困难气道在临床麻醉和急救复苏中并非罕见，为了确保气道通畅，保证顺利完成人工通气，避免困难气道处理不当导致的缺氧性脑损伤、呼吸心跳骤停、不必要的气管切开、气道损伤以及牙齿损伤等不良后果，人们总在不断地研究、探索，寻找各种新的工具来帮助提高困难气道时气管内插管的成功率，或暂时无法完成气管内插管时，也能够借助一定的工具保证患者有效通气。

由田鸣等教授翻译的《Benumof's Airway Management》将为编者提供系统的气道解剖、生理和药理知识，介绍目前世界上研制出来的众多解决困难气道的工具，这肯定能够为提高我国处理困难气道的水平，提高临床麻醉安全和质量起到重要的作用。

<<Benumof气道管理学>>

作者简介

作者：(美国)CARIN A.HAGBERG 译者：田鸣 左明章 李天佐 等

<<Benumof气道管理学>>

书籍目录

第一篇 临床基础知识 第1章 气道的功能性解剖 第2章 气道放射学 第3章 气道生理和气道模型 第4章 气道生理学 第5章 气道药理 第6章 插管时生理及病理生理反应第二篇 困难气道：定义、识别和ASA管理流程 第7章 困难气道的定义和发生率 第8章 困难气道的辨别与评估 第9章 美国麻醉医师协会困难气道处理规程第三篇 插管前通气规程 第10章 插管前通气步骤 第11章 误吸的预防：术前的考虑 第12章 预氧合法第四篇 气道管理技术 第13章 供氧系统，吸入疗法和呼吸疗法 第14章 非插管气道管理：面罩通气 第15章 气管插管的指征 第16章 传统（喉镜引导下）经口和经鼻气管内插管（单腔管） 第17章 手指引导盲探气管插管法 第18章 纤维光导支气管镜引导气管插管技术 第19章 逆行气管插管技术 第20章 插管管芯 第21章 喉罩通气道 第22章 新一代声门上通气工具 第23章 上呼吸道显露器械的新进展：新式与旧式喉镜片 第24章 肺隔离（双腔管、支气管封堵器、支气管内单腔管） 第25章 联合导管：食管气管双腔通气管 第26章 使用经皮穿刺导管与高压气源的经气管喷射通气 第27章 硬质支气管镜检查的操作 第28章 经皮扩张环甲膜切开术和气管切开术 第29章 外科气道 第30章 气管插管后气管导管位置的确认第五篇 困难气道 第31章 入院前的气道管理 第32章 饱胃患者 第33章 小儿困难气道 第34章 产科麻醉困难气道问题 第35章 喉镜、支气管镜检查的麻醉与气道管理 第36章 头颈外科手术中的气道困难 第37章 气道激光手术麻醉 第38章 气道创伤 第39章 神经外科麻醉的困难气道管理 第40章 美国麻醉医师协会关于睡眠呼吸暂停综合征的新指南 第41章 烧伤患者的气道管理 第42章 区域麻醉与困难气道 第43章 重症病人的气道管理第六篇 插管后规程 第44章 气管导管和呼吸道护理 第45章 机械通气 第46章 气道监测与肺功能 第47章 气管拔管 第48章 气道管理中的并发症第七篇 气道管理社会学 第49章 手术室外气道管理教学：运用电脑和互动工具 第50章 手术室外的气道管理教学：模拟器训练 第51章 手术室内气道管理的教学 第52章 危重气道信息的有效传播：国家困难气道/插管医学警示登记 第53章 医疗法律诉讼：ASA麻醉相关事故研究索引

<<Benumof气道管理学>>

章节摘录

插图：为了回答特殊的临床问题，常常需要做不同方位的颈椎摄影。

比较常见的是侧位、前后位、张口齿状位、斜位以及柱状位观（图2-3）。

推荐的系统的处理方法是

对颈椎的整体进行评估。
检查颈椎必须包括全部的7个节段。

这一点对创伤患者尤为重要，因为7%—14%的骨折见于C7或C7—T1水平。

评估脊柱损伤必须包括骨完整性、排列、软骨、关节面以及软组织的异常。

颈椎X线的不足之处在于组织衰减作用的局限性以及由骨性结构重叠导致的间隙分辨率消失。

简言之，正常侧位颈椎摄像应该显示完整的椎体以及椎体前后面正常的排列。

比较可靠的后椎体线（前椎体线常被前面骨赘挡住）必须是完整的。

关节面顺序重叠排列，类似于顶部的带状疱疹表现。

椎体重叠线是连续的，层间或者棘突间距离是相等的。

侧位片上椎体重叠线是致密的皮质线，表示的是后椎板与棘突的连接处。

后脊柱线是一条由寰椎的棘突椎板线延伸至C3的假想线（图2-4A和B）。

对麻醉医生而言，头颈连接部的解剖和完整性非常重要。

为成功安全的完成气管插管，寰椎齿状突间距离（AADI）、齿突垂直位及前后位以及颈部头延伸度是必须考虑的。

c1前弓与齿突表现出的固定关系称为AADI或者齿突前间隙。

定义为c1前弓的后表面与齿突前表面之间的距离。

屈曲位时，由于头颈韧带的松弛，寰椎前结节假定为与齿突表现正常的关系，宽度上AADI增加，头侧增加距离比尾侧多。

儿童屈曲位时，AADI正常的是5mm。

<<Benumof气道管理学>>

编辑推荐

《BENUMOF气道管理学(第2版)》是由人民卫生出版社出版的。

<<Benumof气道管理学>>

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>