

<<麻醉并发症>>

图书基本信息

书名：<<麻醉并发症>>

13位ISBN编号：9787117113489

10位ISBN编号：7117113480

出版时间：2009-6

出版时间：Emilio B.Lobato、Nikolaus Gravenstein、Rober R.Kirby、岳云 人民卫生出版社 (2009-06出版)

作者：Emilio B.Lobato , Nikolaus Grave

页数：800

译者：岳云

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>

<<麻醉并发症>>

前言

《麻醉并发症》再版之初，我们主要考虑的就是编写这部书的意义。毕竟，在21世纪，麻醉及围术期医学比历史上任何时期都更加安全了。然而，尽管预防、诊断、治疗技术都有了长足进步，麻醉并发症仍时有发生，由其引起的医疗纠纷也仍是一个问题。

此外，一些并发症的病理生理学原理虽已明确，对临床医生却仍然存在着挑战（如围术期心肌梗死）；而另一些曾被认为罕见的并发症（如术后认知障碍、缺血性视神经病变）如今则受到了广泛关注。在旧版教科书（1996）中，我们提及过美国麻醉医师协会为研究索赔终审报道所付出的大量时间和努力。这些报道延续至今，为阐明许多不良事件的发生机制与（可能的）防治方法作出了很大贡献。其涌现的许多新信息将在本书的不同章节中予以总结。

最初，Frederick Orkin医生与Lee coopreman医生提出，这些并发症与手术操作、病人医疗条件及麻醉药物有关。

但如此归类似乎有些过于简单，而且尚有一些“灰色（交叉）地带”存在。

譬如，开腹手术患者发生的低体温症应主要归因于开腹探查操作？麻醉医生或麻醉护士保温措施不足？还是（最为可能）由于上述两个因素的结合，导致病人向手术室或呼吸管道的传导散热、对流散热或辐射散热加剧，从而造成了体热的过度丢失？

可见，了解体热丢失如何发生、怎样预防和纠正以及如何处理其并发症，要比判断如何将其归类重要得多。

<<麻醉并发症>>

内容概要

《麻醉并发症》一书贴近临床，每章前有典型病例介绍。全面、详尽地讲解了麻醉相关的并发症，不仅仅来自参考文献，很多是作者的经验和教训。因此对青年医师和高年资医师都是一本很好的参考书。本书对麻醉医师如何预防和减少麻醉相关的并发症会起到明确的指导。

全书六十余章，涉及面广。值得一提的是，许多所谓的麻醉并发症其实与麻醉并不相关，确切地说应该属于围手术期和外科手术的相关并发症。这个问题在本书里可以找到相应的解释和提示，对麻醉医师会提供参考和帮助。

<<麻醉并发症>>

作者简介

作者：(美国)Emilio B.Lobato (美国)Nikolaus Gravenstein (美国)Rober R.Kirby 译者：岳云

<<麻醉并发症>>

书籍目录

第1篇 概论第1章 麻醉、围术期死亡率和不良结果的预警因素第2章 麻醉风险评估第3章 质量保证与风险管理第4章 医学与法律：当二者遭遇冲突时第2篇 围术期临床第5章 呼吸系统并发症的回顾第6章 困难气道第7章 气管插管及喉上气道应用的安全性和风险第8章 低氧血症和高碳酸血症第9章 支气管痉挛第10章 吸人性肺炎第11章 气胸和气压伤第12章 肺水肿第13章 肺栓塞第14章 流行病学和预测第15章 心肌缺血和梗死第16章 心力衰竭第17章 急性肺动脉高压第18章 心律失常第19章 低血压与休克状态第20章 围术期高血压第21章 心脏骤停第22章 颅内压增高第23章 癫痫发作第24章 围术期卒中第25章 昏迷和延迟苏醒第26章 术中知晓和回忆第27章 术后认知功能障碍第28章 脊髓损伤第29章 眼科并发症第30章 少尿症第31章 围术期急性肾损伤第32章 钠、钾和镁第33章 经尿道前列腺切除术（TURP）综合征第34章 急性贫血第35章 输血反应第36章 出血并发症第37章 镰状细胞异常及急性卟啉病第38章 高凝患者第39章 术后恶心呕吐第40章 腹腔间隔室综合征第41章 急性肝功能异常和麻醉诱发性肝炎第42章 急性高血糖和低血糖第43章 肾上腺功能障碍第44章 病理性肥胖第45章 围术期意外低温第46章 体温过高第47章 阵痛和分娩第48章 剖宫产术第49章 先兆子痫、子痫以及HELLP综合征第50章 过敏与类过敏反应第51章 病毒感染第3篇 麻醉设备第52章 侵入性监测的并发症第53章 心肺转流第54章 火灾与爆炸第55章 电击及电击致死第56章 麻醉机故障第4篇 麻醉技术第57章 体位第58章 沙滩椅体位的并发症第59章 全身麻醉药物第60章 局部麻醉药的不良反应第61章 椎管内麻醉第62章 神经及神经丛阻滞的相关损伤第63章 麻醉监测管理第5篇 药理学第64章 药物的负面相互作用第65章 中草药与非处方药第6篇 麻醉医师的风险第66章 生物恐怖主义第67章 睡眠与疲劳第68章 化学性病因和放射线接触第69章 药物滥用与成瘾名词对照表索引

<<麻醉并发症>>

章节摘录

病例介绍患者，男性，50岁，呈病态肥胖，有短暂右眼失明史，同时合并肾功能不全、慢性稳定型心绞痛（Ⅱ级），拟择期行选择性椎体切除（L1~L4）及脊柱后固定术。

术前应激性钨检查发现左前降支（LAD）区域呈阳性。

血管造影示LAD狭窄80%，遂放置金属裸支架行冠状血管成形术。

后脊髓压迫症状逐渐明显，血管成形术后6周被迫行紧急手术治疗。

围术期持续应用阿司匹林但停用氯吡格雷。

手术持续8小时，术中输注4U红细胞，曾有一过性低血压，给予液体疗法和间断推注麻黄碱处理。

术后入重症监测治疗病房（ICU）。

术后1d上午拔除气管内导管。

患者诉左眼视力下降，右上肢感觉和肌力减退，诊断为球后缺血性视神经病及臂丛神经损伤。

术后2d因支架内血栓出现急性前壁心肌梗死、右眼短暂失明，及时处理后好转。

住院期间发生肺部感染，使用抗生素及无创通气进行治疗。

术后45d出院，仍有上肢无力及视力减退。

术后6个月左眼视力提高到20/25，但存有永久性左颞侧偏盲。

作为麻醉医师，我们应该考虑以下问题：所有这些并发症术前预测到了吗？

术前检查和准备是否充分？

这些围术期并发症是否可以避免？

如何预测并量化麻醉风险？

风险是遭受伤害和损失的可能性（参见第1和第3章）。

为什么要研究麻醉风险？

首先因为“无害治疗”（*primum non nocere*）是医疗实践的基本原则。

其次，作为捍卫患者安全的医学人员的组成部分，麻醉医师需要降低麻醉相关死亡率以及准确预测围术期与手术相关的并发症。

第三，通过积极干预减少并发症，通过积极处理潜在危险因素从而改善预后。

虽然麻醉很少用于治疗，但能促进诊断和治疗，麻醉风险评估实质上就是围术期风险评估。

因此，任何围术期风险研究都应包括患者的疾病状况和功能状态的相互作用、外科技术、外科医生的技能、手术操作的复杂性以及麻醉和术后管理等多个方面。

<<麻醉并发症>>

编辑推荐

《麻醉并发症》为人民卫生出版社出版。

<<麻醉并发症>>

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>