

<<恢复室急危重病人的处理>>

图书基本信息

书名：<<恢复室急危重病人的处理>>

13位ISBN编号：9787538416329

10位ISBN编号：7538416323

出版时间：2009-1

出版时间：李希明、赵振宏、姚慧、等吉林科学技术出版社 (2009-01出版)

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>

<<恢复室急危重病人的处理>>

内容概要

《恢复室急危重病人的处理》作者在临床实践和科研中积累了一定的经验，收集了国内外关于麻醉后恢复期病人管理的最新资料，编写了《恢复室急危重病人的处理》一书，详细介绍了麻醉后恢复室内急救技术与麻醉手术后急危重病人的处理，目的是希望对我国PACU的发展，麻醉后恢复室病人管理有一定的帮助。

<<恢复室急危重病人的处理>>

书籍目录

第一章 麻醉后恢复室第一节 PACU的发展史和规则第二节 PACU的设计和护理人员配置第三节 病人
人PACU后的评估和监测第四节 PACU记录第五节 常规PACU病人治疗小结第六节 病人出PACU标准第
二章 非气管导管性通气道第一节 口咽或鼻咽通气道第二节 喉罩通气道(LMA)第三节 食管气管联合导
气管第四节 食管阻塞式通气管(EOA)第三章 气管内插管及拔管术第一节 气管内插管第二节 拔管术第
三节 并发症第四节 气管插管困难第四章 气管造口术第一节 常规气管切开术第二节 环甲膜切开术第
三节 紧急气管切开术第四节 术后处理第五节 并发症第五章 血管穿刺术及压力监测第一节 动脉穿刺技术
及压力监测第二节 中心静脉穿刺技术及中心静脉压监测第三节 肺动脉压监测第四节 心输出量测定第
六章 血气分析技术第一节 血气分析仪简介第二节 血液标本的采集和保存第三节 血气分析常用指标的
正常值及意义第四节 酸碱失衡的诊断第五节 血气分析的临床应用第六节 持续动脉血气分析第七章 氧
疗和高压氧治疗第一节 氧疗第二节 高压氧治疗第八章 心脏除颤、复律与起搏第一节 心脏除颤第二
节 心脏电复律第三节 心脏起搏第九章 机械通气第一节 机械通气的基本原理和目的第二节 机械通气的适
应证和禁忌证第三节 不同类型呼吸机的临床选用第四节 应用呼吸机前的检查第五节 机械通气方式及
临床应用第六节 呼吸机治疗对医务人员的基本要求第七节 使用呼吸机的基本步骤第八节 呼吸机使用
期间常见报警和处理第九节 呼吸机治疗的常见问题及处理第十节 呼吸机的撤离与气管拔管第十章 呼
吸功能监测第一节 肺功能监测第二节 呼吸运动监测第十一章 麻醉手术后呼吸系统并发症及治疗第
一节 呼吸道梗阻第二节 术后低氧血症第三节 术后高碳酸血症第四节 急性肺水肿第十二章 急性呼吸衰竭
第一节 病因和分类第二节 病理生理第三节 临床表现第四节 诊断和鉴别诊断第五节 治疗第十三章 急性
呼吸窘迫综合征第一节 概念和诊断标准第二节 发病机制的研究进展第三节 病理学与病理生理学改变
第四节 临床表现和鉴别诊断第五节 治疗的现状和前景第六节 病理生理特征与机械通气新策略第七节
液体通气第八节 预后及病死危险因素第十四章 麻醉后心血管系统的改变与处理第一节 心血管基本生
理第二节 影响麻醉恢复期血流动力学稳定的因素第三节 心血管系统监测第四节 PACU内常用的心血管
系统药物第五节 PACU内心血管系统异常第十五章 心律失常第一节 诊断和发生机制· · 第二节 治疗原
则和药物选择第三节 常见心律失常的诊断和治疗第四节 麻醉与心律失常第十六章 急性心力衰竭第
一节 病因与分类第二节 病理生理与发病机制第三节 临床表现与诊断第四节 治疗第十七章 休克第
一节 病因与分类第二节 病理生理第三节 低血容量性休克第四节 感染性休克第五节 过敏性休克第十八章 胃内
内容物反流误吸第一节 反流和误吸一般概念第二节 胃和食管的基本生理第三节 误吸的病理生理第
四节 误吸的病因第五节 误吸的预防第六节 降低肺损害的程度第七节 误吸的诊断和治疗第十九章 术后恶
心呕吐第一节 恶心呕吐的一般描述第二节 恶心呕吐的解剖和机制第三节 恶心呕吐的原因及相关神经通
路第四节 恶心呕吐的原因第五节 术后恶心呕吐的预防第六节 术后恶心呕吐的治疗第二十章 术后低
温第一节 体温调节第二节 低温对机体的影响第三节 温度监测第四节 术后低温的预防和治疗第二十一
章 麻醉手术后脑功能障碍第一节 麻醉手术后精神和情感改变第二节 麻醉手术后意识恢复障碍第二十二
章 术后肾功能损害第一节 术后急性肾功能衰竭第二节 肾移植术后常见问题及治疗原则第二十三章 术
后肝功能障碍第一节 肝功能障碍的原因及临床特征第二节 急性肝功能衰竭第三节 肝移植术后常见问
题及治疗原则第二十四章 多器官功能障碍综合征第一节 概念第二节 病因与病理生理第三节 发病机制
第四节 临床诊断与监测第五节 预防、治疗和预后第二十五章 术后急性疼痛第一节 疼痛对机体的影响
第二节 镇痛相关药理学第三节 治疗方法第四节 镇痛新概念第二十六章 心肺脑复苏第一节 概论第二
节 心跳呼吸骤停后体内的病理生理变化第三节 基础生命支持第四节 高级生命支持第五节 长程生命支持
第六节 预后分析

<<恢复室急危重病人的处理>>

章节摘录

版权页：插图：2.将通气罩充气，如果发现褪色、漏气、损伤或部分凸起，应废弃。

检查无漏气后尽可能抽尽通气罩内气体，使其形成一个边缘后翻的椭圆形盘。

如此在插入LMA时，其头端光滑、纤细和形成相对有韧度的角度，有利于其通过会厌下方和防止会厌下翻阻塞气道。

3.通气导管应能向后弯曲180。

且无扭折发生。

4.消毒消毒前应抽尽通气罩内气体，用高压蒸汽消毒（最高温度不得超过13CC），不应使用戊二醛、甲醛或氧化乙烯消毒。

5.润滑将通气罩下面涂上润滑油；前面尽量少涂或不涂以免插入后诱发咳嗽。

在通气罩内部润滑剂过多可形成粘痂阻塞喉罩开口。

（二）LMA的置入1.插入方法常用有两种：盲探插入法和喉镜插入法。

（1）盲探插入法：在满意全麻或表面麻醉后，头、颈部轻度后仰，左手固定病人头部，用右手拇指和食指如持笔样握住LMA的通气管，用中指向下推下颌使病人口张开，通气罩开口面向前，于上切牙内面将其置入口腔，此后将食指放置于通气导管和通气罩的结合部，沿上腭向下推送LMA，随LMA向下置入内旋前臂，当LMA到达咽后壁时食指可感到方向的变化，并尽可能继续向下推送LMA，一般即能将LMA放置到合适位置。

如果用食指不能将LMA放置于合适位置，将食指退出口腔，同时用左手握持通气导管尾端轻柔向下推送LMA至满意深度。

在插入中，LMA前端应保持扁平，如不能保持扁平或通气罩向前翻转，应退出重插。

如果推送中遇到阻力，可能与通气罩前端折叠和咽后壁不规则有关，用手指于通气罩后方将其向前托起，有利于其顺利通过梗阻部位。

<<恢复室急危重病人的处理>>

编辑推荐

《恢复室急危重病人的处理》由吉林科学技术出版社出版。

<<恢复室急危重病人的处理>>

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>