第一图书网, tushu007.com

<<心脏危重症处理原则和案例分析>>

图书基本信息

书名：<<心脏危重症处理原则和案例分析>>

13位ISBN编号：9787565900389

10位ISBN编号：7565900389

出版时间：2011-1

出版时间：北京大学医学

作者：刘文娴//吕树铮

页数：333

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

内容概要

这本实用性书籍精炼了危重心血管疾病临床相关问题，系统汇集了处置各类突发病症的方案，并以展示临床真实环境的手法，试图帮助临床医生建立正确的危重症处理思路和方法。
全书在编排上也作了相关创新，既便于查询，又能帮助读者在处理同类的问题上取得举一反三的效果，有利于读者尽快掌握心脏危重症处理的精髓。

作者简介

吕树铮，教授，博士生导师，首都医科大学心脏病学系主任，首都医科大学附属北京安贞医院大内科主任，心脏内科首席专家，全国疑难冠心病介入治疗中心主任；首都劳动奖章获得者，国务院政府津贴获得者。
既有良好的医德医风，又有着丰富的临床经验，尤其是在冠心病介入治疗方面，对于复杂、疑难病变有着独到的经验，是国内开展冠心病介入治疗的先驱者之一，率先在国内开展多项介入治疗新技术。
曾应邀到全国30个省、直辖市约200余家市级医院开展冠状动脉介入手术，连续多年个人冠状动脉介入治疗总例数及复杂病变治疗例数于国内名列前茅，是我国知名的心血管病专家。
刘文娴，主任医师，副教授，硕士生导师。
曾于2002年到比利时列日大学中心医院进修学习，2006年到美国休斯敦圣路克医院学习。
目前任首都医科大学附属北京安贞医院心内科监护室主任，负责监护室日常工作。
曾多次成功指导危重症患者的抢救。
主要专业特长是冠心病的临床及介入治疗，危重症患者的临床救治以及心力衰竭的临床救治与管理等。
2001年12月“无保护左主干病变选择性支架术”获北京市科学技术进步三等奖。

书籍目录

第一章　急性ST段抬高型心肌梗死再灌注治疗　第一节　ST段抬高型心肌梗死的经皮冠状动脉介入治疗　　病例1　急性前壁心肌梗死4小时行急诊经皮冠状动脉介入治疗(PCI)　　病例2　多支血管病变并发急性广泛前壁心肌梗死行急诊PCI策略　第二节　ST段抬高型心肌梗死的溶栓治疗及转运　　病例3　急性心肌梗死60分钟内溶栓治疗成功　　病例4　急性心肌梗死溶栓成功后择期PCI　　病例5　转运时间过长的急性心肌梗死不如尽早溶栓第二章　急性ST段抬高型心肌梗死病例分析　　第一节　急性前壁心肌梗死　　病例6　急性广泛前壁心肌梗死合并急性左心衰竭　　病例7　急性前壁心肌梗死合并室性心动过速(VT)　　病例8　主动脉夹层累及左主干致急性前壁心肌梗死　　病例9　急性前壁心肌梗死合并室间隔穿孔　第二节　急性下壁心肌梗死　　病例10　急性下壁心肌梗死合并缓慢性心律失常　　病例11　急性下壁右室心肌梗死的低心排血量状态　　病例12　多支血管病变造成急性下壁心肌梗死伴室性心动过速的临床过程第三章　非ST段抬高型急性冠状动脉综合征　病例13　急性非ST段抬高型心肌梗死合并心力衰竭　病例14　不稳定型心绞痛合并心力衰竭　病例15　恶化劳力型心绞痛　病例16　梗死后心绞痛　病例17　不典型急性心肌梗死(1)　　病例18　不典型急性心肌梗死(2)　第四章　急性左心衰竭　病例19　高血压合并急性左心衰竭　病例20　扩张型心肌病慢性心力衰竭急性发作　病例21　高龄患者大面积心肌梗死后反复急性左心衰竭　病例22　心肌缺血导致急性左心衰竭　病例23　急诊PCI术后心力衰竭发作　……第五章　心源性休克及有创监测和治疗第六章　心律失常及晕厥第七章　高血压急症第八章　介入手术相关危重症第九章　肺动脉栓塞第十章　主动脉夹层的临床表现形式与处理过程第十一章　心脏瓣膜病急症的诊治附录一　心脏危重症相关国外指南信息资源附录二　心脏危重症相关中国指南及专家共识信息资源参考文献

章节摘录

版权页：插图：高血压危象出现子痫或先兆子痫主要见于初产妇，孕20周以后，紧急降压可用硝苯地平、拉贝洛尔和肼屈嗪，硫酸镁对于妊娠严重高血压往往达不到理想降压效果。
有试验证明，口服硝苯地平和静脉拉贝洛尔用于妊娠和围产期高血压危象都非常安全和有效，与拉贝洛尔比较，硝苯地平降压更快，明显增加尿量。
围术期高血压危象的患者，在药物治疗前必须全面评估，首先纠正其他引起血压升高的可逆因素：例如疼痛、低氧血症、高碳酸血症、憋尿、血容量过多、持续呕吐及焦虑等。
易变的严重高血压常发生于颈动脉内膜切除术的患者，提示压力感受器受到损伤。
围术期高血压患者往往不能口服药物，需静脉或局部应用抗高血压药物。
另外，这类患者的高血压往往有自限性，仅持续2～12h，因此应防止过度降压治疗造成的医源性低血压。
药物的选择取决于患者的特征、术前的治疗和手术过程。
对任何进行血管手术的患者应静脉使用硝酸甘油或硝普钠及p受体阻滞剂。
降低手术后严重高血压的策略有：手术当日应用平常的降压药物（利尿剂除外），手术后尽快恢复日常用药。
疑为嗜铬细胞瘤高血压危象患者也要求在1h内迅速降压，首先应积极用a，受体阻滞剂（如酚妥拉明）和拉贝洛尔（a和B受体阻滞剂）控制血压及心动过速。
a受体阻滞剂乌拉地尔是静脉用药的首选。
急性停药综合征高血压危象者由于伴有交感神经活性升高也可做类似处理。
国内临床上容易得到的静脉药物主要是硝普钠、硝酸甘油、乌拉地尔和艾司洛尔；另外，也可选择钙通道阻滞剂中的地尔硫革和尼卡地平。
临床上，硝普钠往往可以扮演“ 万能药 ”的角色，紧急情况或条件有限时，几乎所有的高血压急症都可以选择硝普钠。
以上是针对各种不同类型高血压患者的不同治疗措施。
需要特别提示的是：对高血压亚急症，过度降压的危险性超过逐渐降压。
通常，如果没有导致血压升高的并发症，患者可以重新开始使用过去的降压药物，或者增加原有药物的剂量，或者加用新的降压药。
由于硝苯地平口服（口含吸收很少）降压太快，降压程度不可预见，可引起严重的并发症，1996年FDA就建议在使用硝苯地平治疗高血压亚急症时应特别注意，但在我国的基层医疗单位还在大量使用硝苯地平含服的方法进行降压治疗。
需要尽快改进这一落后的危险做法，即使高血压危象的亚急症患者亦不主张使用此药。

编辑推荐

《心脏危重症处理原则和案例分析》是由北京大学医学出版社出版的。

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