第一图书网, tushu007.com

<<危重急症抢救流程解析及规范>>

图书基本信息

书名：<<危重急症抢救流程解析及规范>>

13位ISBN编号：9787117093057

10位ISBN编号：7117093056

出版时间：2007-12

出版时间：人民卫生出版社

作者：何庆

页数：122

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

急诊是临床医学中最年轻的专业和学科。
急诊专科具有不同于其他临床专科的认知和处理规：其一为时效性，要求以分秒计量时间下正确判断抢救方向，实施最简捷有效的措施，赢得时间挽救生命；其二为整体性，与其他专科的门诊与住院、诊断与治疗、治疗与康复的明显阶段性不同，急诊实施院前与院内、诊断与治疗、分拣与去向的整体性处理；其三为组织性，为提高急救时效，更加迫切地需求指南与规范来指导急诊团队内个体与医院团队间个体的协同服务。
因此，急诊医师不但需要宽广的理论基础、更娴熟的临床技能和更丰富的临床经验，也需具备在时效观念下提炼、组合和运用最佳救治措施的能力；还需具有良好的沟通、协同和互动的组织才能。
急诊工作是医院内最具有挑战性的专业岗位。
　本书内容先进，形式新颖，简明扼要，实用性强，适合各级医疗机构急诊科（室）医护人员使用，也是医学院在校学生、研究生、住院医生的实用培训教材。
期盼通过急诊抢救流程图及解析的学习，能让广大临床医务工作者更深地体会和验证急诊医学的特点和规律。

作者简介

何庆，1964年出生于四川成都。
现为四川大学华西医院急诊医学科教授、主任医师。
全国青年能手、全国青年文明号号长。
全国著名急诊医学和心肺复苏专家，卫生部急诊专家组成员、中华医学会急诊医学分会委员、中国中西医结合急救学会常委、中国医师协会心血管医师分会委员，四川省和成者急诊医学专业委员会主任委员。
已培养急诊医学研究生40余人，备受学生爱戴。
中国第一部《急诊医学。
研究生用全国规划教材副主编；主编和独著有《现代心肺复苏学》、《急诊医学最新进展》、《循证医学证据的检索与利用》等8部专著和一整套急症抢救流程图，发表研究论文81篇曾经三次获得国家自然科学基金项目。

书籍目录

第一章　急救通则第二章　急性气道梗阻抢救流程第三章　成人心跳呼吸骤信抢救流程第四章　儿童无脉性心跳骤信抢救流程第五章　成人致命性快速心律失常抢救流程第六章　症状性惊动过缓性心律失常抢救流程第七章　急性心肌梗死抢救流程第八章　休克抢救流程第九章　急性左心功能衰竭抢救流程第十章　高血压危象抢救流程第十一章　咯血抢救流程第十二章　急性肺栓塞抢救流程第十三章　致命性哮喘抢救流程第十四章　急性卒中抢救流程第十五章　全身性强身-阵挛性发作持续状态（癫痫持续状态）抢救流程第十六章　急性上消化道出血抢救流程第十七章　急性腹泻抢救流程第十八章　急性全身性过敏反应抢救流程第十九章　低血糖症抢救流程第二十章　糖尿病酮症酸中毒抢救流程第二十一章　糖尿病非酮症高渗性综合征抢救流程第二十二章　高钾血症抢救流程第二十三章　急性酒精中毒抢救流程第二十四章　急性有机磷中毒抢救流程第二十五章　异位妊娠急症抢救流程第二十六章　急性致命性创伤抢救流程

章节摘录

二、次级评估与救治（ACLS）　（一）室颤／无脉性室速救治　1.给予第一次电击除颤 在继续进行基本生命支持的基础上，如果存在室颤或无脉性室速，给予一次电击。
使用双相波除颤仪时电流量选择120～200J，如复苏者不清楚除颤仪的有效能量范围，首次电击可选用200J；使用单相波除颤仪时所有电击均选择360J。
需要注意的是，电击后不是立即检查心律而是立即继续进行胸外按压和人工通气。
2.继续进行按压／通气五个循环（大约2分钟）后再次评估心律 2005美国心肺复苏指南推荐的无脉性心跳骤停ACLS流程图描述的处理策略是尽可能减少胸外按压中断次数和提供最有效的电除颤，胸外按压只在通气（直到建立高级气道）、检查心律和电击时被中断。
必须控制对脉搏和心律的检查，且不推荐电击后立即检查，而是建议电击后随即重复5个周期（或2分钟）CPR，然后检查心律。
3.给予第二次电击除颤，选择与第一次相同或更高能量电击。
如果除颤成功后再发室颤，应选择与上次成功除颤时相同的能量。
4.继续进行按压／通气，2分钟后再次评估心律。
5.建立药物通道并给予血管活性药物 如果在CPR和1～2次电击后室颤或室速仍然存在，可给予血管升压药物。
每3～5分给一次肾上腺素1mg，经静脉或者骨通道给药；一次剂量的血管加压素（40U）可替代第一次和第二次剂量的肾上腺素。
注意给药时不要中断CPR。
6.给予第三次电击除颤 与第一次电击除颤相同或者稍高能量。
电击后随即重复5个周期（或2分钟）CPR，然后检查心律。
7.给予抗心律失常药物 如果2～3次电击、持续的CPR和应用血管升压药物之后室颤或室速仍然存在，应考虑给予抗心律失常药物。
首选胺碘酮静脉或者骨通道推注，心脏骤停患者如为室颤或无脉性室性心动过速，初始负荷剂量为300mg溶于10～20ml生理盐水或葡萄糖液内推注，3～5分钟后再推注150mg，维持剂量为1mg／分钟持续静滴6小时。
如没有胺碘酮时也可用利多卡因，初始剂量以1～1.5mg/kg静注，无效的顽固性室性心动过速或室颤，可酌情在5～10分钟内再给予1次0.5～0.75mg/kg冲击量，总剂量不超过3mg/kg;尖端扭转型室速伴长QT间期也可用镁剂，1～2g硫酸镁以5%葡萄糖液10ml稀释后，5～20min内静脉／骨内通道推人。
8.如有脉搏，开始复苏后处理。
如仍然没有脉搏，继续重复进行上述1～7项救治流程。
9.复苏者应设法建立高级气道（如气管内插管、食管一气管联合导管、喉罩）。
一旦高级气道安置完毕，可以使用球囊面罩，甚至呼吸机进行人工通气。
按压和人工通气就可以分别进行，将减少因进行通气而中断按压。
（二）心脏停搏／无脉电活动救治　心脏停搏是心脏机械及电生理活动均消失，即无心室的收缩，心电图显示为一直线。
无脉性电活动（PEA，又称电机械分离）是指心肌有电活动、去极化，但无同步性心肌收缩，没有脉搏。
对于心脏停搏和PEA患者，电击除颤几乎没有益处，复苏主要在于有效持续的CPR和治疗可逆性病因和伴发因素。
1.继续进行按压／通气2分钟后再次评估心律 心脏停搏或者无脉电活动。
2.给予血管活性药物 每3～5分钟给一次肾上腺素1mg。
需要注意的是，若发现为心脏停搏或无脉性电活动，应以立即进行基本生命支持（BLS）、适当的气道管理为主，而非先应用药物。
3.给予阿托品 1mg静脉／骨通道推注，3～5分钟可重复一次，最多3次。
4.继续进行按压／通气2分钟后再次评估心律。

……

编辑推荐

《危重急症抢救流程解析及规范》内容先进，形式新颖，简明扼要，实用性强，适合各级医疗机构急诊科（室）医护人员使用，也是医学院在校学生、研究生、住院医生的实用培训教材。
期盼通过急诊抢救流程图及解析的学习，能让广大临床医务工作者更深地体会和验证急诊医学的特点和规律。

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