

<<危重症患者麻醉管理进阶参考>>

图书基本信息

书名：<<危重症患者麻醉管理进阶参考>>

13位ISBN编号：9787565902512

10位ISBN编号：7565902519

出版时间：2012-1

出版单位：北京大学医学出版社有限公司

作者：王天龙 等主编

页数：631

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>

## <<危重症患者麻醉管理进阶参考>>

### 内容概要

《危重症患者麻醉管理进阶参考》围绕患者的危重疾病或事件，通过基础知识回顾与介绍、危重症患者相关内容的麻醉或相关领域管理指南以及具体危重症患者或事件的麻醉管理，用“以问题为中心的病例讨论（PBLD）”形式，实现对危重症的基础知识到具体临床患者麻醉的术前评估、术中管理以及术后监护处理的全面介绍，是从理论到实践教授麻醉医生逐级提高危重病病人麻醉管理水平的书籍。

<<危重症患者麻醉管理进阶参考>>

书籍目录

第一部分 术前合并危重疾病或事件患者外科手术的麻醉

第一章 术前频繁发作哮喘患者需行外科急诊手术麻醉

第一节 哮喘的病因和病理机制

第二节 哮喘的临床表现与诊断

第三节 哮喘的治疗

第四节 合并哮喘患者的麻醉及围术期管理指南

第五节 病例讨论：术前频繁发作哮喘患者需行外科急诊手术的麻醉

第二章 术前合并近期急性脑梗死患者行非神经外科手术的麻醉

第一节 急性脑梗死的病因学和病理生理学机制

第二节 急性脑梗死的临床表现与诊断

第三节 急性脑梗死的治疗

第四节 急性脑梗死的麻醉管理与围术期管理指南

第五节 病例讨论：合并近期急性脑梗死患者行非神经外科手术麻醉

第三章 心肌梗死后患者行非心脏手术的麻醉

第一节 心肌梗死及梗死后的病理生理学

第二节 心肌梗死后患者非心脏手术的麻醉术前评估

第三节 心肌梗死后患者非心脏手术的麻醉管理

第四节 病例讨论：心肌梗死后患者行非心脏手术

第四章 术前合并慢性肾衰竭、尿毒症患者外科手术的麻醉

第一节 慢性肾衰竭的病因学与病理生理学机制

第二节 慢性肾衰竭的临床表现与诊断

第三节 慢性肾衰竭的治疗

第四节 合并慢性肾衰竭患者的麻醉管理与围术期管理指南

第五节 病例讨论：术前合并慢性肾衰竭、尿毒症患者外科手术的麻醉

第五章 术前合并陈旧性脑梗死、颅内动脉瘤患者行外科手术的麻醉

第一节 颅内动脉瘤的病因学和病理生理学机制

第二节 颅内动脉瘤的临床表现与诊断

第三节 陈旧性脑梗死的治疗与评估

第四节 陈旧性脑梗死合并颅内动脉瘤的麻醉管理与围术期管理指南

第五节 病例讨论：术前合并陈旧性脑梗死、颅内动脉瘤患者行外科手术的麻醉

第六章 慢性阻塞性肺气肿、肺源性心脏病患者拟行腹腔镜手术的麻醉

第一节 慢性阻塞性肺气肿、肺心病的病因学和病理生理学机制

第二节 慢性阻塞性肺气肿合并肺心病的临床表现与诊断

第三节 慢性阻塞性肺气肿、肺心病的治疗

.....

第二部分 术中危重事件或疾病的诊断与处理

## &lt;&lt;危重症患者麻醉管理进阶参考&gt;&gt;

## 章节摘录

版权页：对于心肺功能不全的患者，尤其在有严重心肺疾患、高代谢（如败血症）、严重通气障碍（慢性阻塞性肺病）或心排量降低等情况下，增加的CO<sub>2</sub>负荷很容易破坏稳态机制，极易发生高碳酸血症和酸中毒。

而且高碳酸血症可持续存在24小时或更长时间，导致心肺功能改变，加重原有的循环、呼吸功能障碍。

因此，术前心肺功能检查及术中严密监测呼吸、循环功能对防治高碳酸血症和酸中毒有重要意义。

腹腔镜手术体位会对患者的呼吸和循环造成一定的影响，头低脚高位引起气道阻力增高，通气量减少，肺动脉压力、中心静脉压及肺毛细血管楔压的增高；头高脚低位，每搏输出量、中心静脉压及肺毛细血管楔压都明显降低，外周血管阻力明显增高，通气/血流比例失调。

因此，慢性心、肺功能障碍的患者发生术中低氧血症的危险大大增加，术前必须对患者的肺功能和心血管功能进行全面的评估。

单纯的体位变化（无论头高脚低位或头低脚高位）即可引起患者血清中去甲肾上腺素的显著升高，而气腹使之升高得更加明显；并且头高脚低位引起的血清中去甲肾上腺素升高的幅度比头低脚高位要高。

体位在腹腔镜手术中发挥重要作用，对机体循环系统血流动力学的影响虽然远远不及CO<sub>2</sub>气腹影响明显，但对心功能不全的患者仍需引起足够的重视，腹腔镜术中应该尽可能避免长时间的非常规体位。

气腹及酸血症导致脑血流量增加，引起颅内压（ICP）升高。

IAP急剧升高时膈肌上移、胸膜腔内压升高，使腔静脉受压，血液自脑回心受阻，脑静脉压升高，ICP亦升高。

心肺功能不全的患者如同时存在通气不足及高碳酸血症，则ICP升高更为明显。

但IAP急剧升高时，过度通气并不能有效地降低ICP，增加麻醉管理难度。

高腹内压同时导致众多区域的循环变化包括肝血流减少、肠血流量减少、肾血流量和尿量减少。

尽管COPD并肺心病患者的气道处于高反应状态，但气管插管控制呼吸对于气腹、高碳酸血症、体位的病理干扰具有优化调控效应，仍然建议选择气管内插管的全身麻醉；时间较长的腹腔镜手术，必要时可行深静脉穿刺维持术中补液及CVP监测。

建议气腹超过2小时需做动脉血气及中心静脉血氧饱和度监测。

腹腔镜手术时必须监测PETCO<sub>2</sub>。

测定的PETCO<sub>2</sub>值与动脉血中CO<sub>2</sub>分压（PaCO<sub>2</sub>）的相关性不是非常好，尤其是患者患肺部疾病时，CO<sub>2</sub>气腹、IAP升高及麻醉使这种情况更为明显。

PETCO<sub>2</sub>轻度的升高并不能准确地反映动脉血高二氧化碳及呼吸性酸中毒的程度。

因此，对于有心、肺疾病的患者推荐应用动脉血气监测。

有报道在肥胖患者全麻气腹状态下，多呼吸参数的最佳组合方式是： $f=9$ 次/min、 $VT=8$ ml/kg、 $I:E=1:2.0$ （非小潮气量快频率，也非大潮气量慢频率）。

获得“较低气道压力同时维持良好通气”的肺保护效应； $I:E$ 对肺保护的影响有重要意义。

在苏醒期仍需辅助通气，以排除吸收的CO<sub>2</sub>。

延长术后机械通气的时间对于肺部疾病患者是有益的。

虽然术中已对这些患者实行过度通气，但仍存在高二氧化碳血症及酸中毒。

## <<危重症患者麻醉管理进阶参考>>

### 编辑推荐

《危重症患者麻醉管理进阶参考》编辑推荐：在正常成年人的外科手术中，由于外科微创技术的不断发展和普及，外科创伤对于患者的影响并不像以前那样出现更多的外科相关并发症。但日益增多的危重患者，即使实施微创手术，也对麻醉状态下患者的管理提出了更高要求和挑战，患者术后的并发症更多是因为血流动力学紊乱、心功能异常、肺功能异常、脑功能异常等导致术后ICU以及住院时间的延长。因此，了解危重症患者的病理生理学并将其用于麻醉管理当中，对于预防并发症以及降低术后死亡率十分重要。

<<危重症患者麻醉管理进阶参考>>

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>