第一图书网, tushu007.com

<<烧伤外科手术麻醉>>

图书基本信息

书名：<<烧伤外科手术麻醉>>

13位ISBN编号：9787117111416

10位ISBN编号：7117111410

出版时间：2009-2

出版时间：人民卫生出版社

作者：陶国才　主编

页数：252

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

前言

《麻醉学高级系列专著》是我国麻醉学知识载体建设的一项重要举措，这项工作在2006年启动。
当时广泛征求了国内麻醉学界专家教授的意见与建议，经认真研究后决定组织全国麻醉界优秀力量编写出版《麻醉学高级系列专著》。
鉴于这项工作是一系统工程，为能规范、顺利推进，按照卫生部规划教材的编写模式，2006年9月经有关部门批准，成立《麻醉学高级系列专著编审委员会》，其任务主要是按有关规定条件与程序遴选每本专著的主编、副主编人选，提出编写思路，宏观决策每本专著的编写内容，实行编审委员会领导下的主编负责制。
2006年12月15～18日在浙江杭州召开了“第一次麻醉学高级系列专著编审委员会议”。
会议审议通过《麻醉学高级系列专著》的编写思路，决定每本专著的主编、副主编人选，提出每本专著的编写思路和编写内容，并拟定了编写进程。
会议认为本系列专著要能涵盖麻醉学科的各个重要领域，各本专著之间既要统一协调，又能相互呼应，从而成为统一的整体。
本系列专著与其他专著的区别是：①涵盖麻醉学的各个重要领域，互相联系而不重复，各自独立而无遗漏，全面深入而讲究实用；②与住院医师培训教材（一套五册）相比，本系列专著对基本理论和基本知识不作系统介绍，而是突出临床应用，强调临床实际指导意义；亚专科麻醉在以往的著作中通常是一个章节，而在此则是一本专著，更为详尽、丰富与实用；③撰写技术操作时要求图文并茂，以成熟、通用为依据，以能规范临床技术操作；④撰写基础理论的目的是为临床诊断与治疗提供依据，因此以病理生理为主，发病机制为辅；⑤以人民卫生出版社编写指南为准则，统一体例、名称及计量单位，但每部专著可有不同的写作及表达风格，如插入病例分析、医学伦理等。
会议强调本系列专著的读者对象应是各级医院麻醉科高年住院医师、主治医师以上人员，也可作为麻醉科住院医师培训及进修医师用书。
会议决定，十九部《专著》的主编人（按“专著”先后为序）为姚尚龙、岳云、熊利泽、李文志、王保国、朱也森、喻田、李立环、邓小明、古妙宁、马正良、陶国才、郭曲练、王国林、田玉科、黄宇光、于布为、傅志俭、龙村教授。
根据“第一次麻醉学高级系列专著编审委员会议”的决定，2007年1月26～29日在湖北武汉召开了《麻醉学高级系列专著》“以下简称《专著》”主编人会议。
这次会议遵循上述编写思路，通过主编人集体讨论，决定每本专著的编写大纲并遴选编者；统一编写格式；以专著质量为生命线，落实“过程管理”中的有关问题。
期间，人民卫生出版社颁发了主编证书。

第一图书网, tushu007.com

内容概要

本书主要阐述烧伤患者各期的病理生理学变化、临床表现和治疗方法以及各期手术的麻醉前准备、临床监测特点、麻醉方法与药物选择以及麻醉后早期处理。
整形外科各种疾病的病因、发病机制、临床表现、治疗方法、麻醉前准备、麻醉方法以及术后早期处理。

<<烧伤外科手术麻醉>>

书籍目录

第一章 烧伤麻醉相关基础理论 第一节 概述 第二节 皮肤的正常结构与功能 一、皮肤的正常结构 二、皮肤的生理功能 第三节 烧伤面积和深度的估计 一、烧伤面积的估计 二、烧伤深度的估计 第四节 烧伤严重程度分类 一、1970年上海全国烧伤会议拟订的分类法 二、目前我国烧伤严重程度分类法 第五节 烧伤的临床过程 一、体液渗出期 二、急性感染期 三、创面修复期 四、康复期第二章 烧伤休克的体液管理与容量治疗 第一节 烧伤休克的病理生理 一、烧伤休克的病理生理变化 二、烧伤休克病理生理变化的机制 第二节 烧伤休克的监测 一、烧伤休克的临床常用监测指标 二、烧伤休克的其他监测指标 第三节 烧伤休克的临床处理 一、烧伤静脉通道的处理 二、液体治疗第三章 烧伤早期脏器功能损害及其处理 第一节 烧伤后“休克心”的病理生理 一、烧伤后“休克心”的发病机制 二、烧伤后“休克心”的病理生理变化 三、烧伤后“休克心”的围术期监测要点 四、烧伤早期心肌损害的防治 第二节 烧伤后肺脏功能损伤及其处理 一、烧伤后急性呼吸窘迫综合征 二、烧伤后肺水肿 三、烧伤后肺部感染 四、烧伤后肺不张 五、烧伤后肺栓塞 第三节 烧伤后脑水肿的病理生理 一、烧伤后早期脑水肿的变化特征 二、烧伤后早期脑水肿变化的机制 三、烧伤后早期脑水肿的监测及处理 第四节 烧伤后早期其他脏器损伤的病理生理 一、烧伤后肾脏损伤 二、烧伤后肝脏损伤 三、烧伤后血管内皮细胞损伤 四、烧伤后多器官功能障碍综合征第四章 烧伤免疫 第一节 烧伤后免疫功能损伤 一、烧伤后细胞免疫的变化 二、烧伤后体液免疫介质的变化 第二节 烧伤后免疫功能异常的发生机制 一、血中出现具免疫抑制活性的体液因子 二、具免疫抑制活性的细胞 三、神经内分泌系统对免疫系统的影响 第三节 烧伤后免疫功能异常的后果 一、烧伤后的感染并发症 二、组织损伤 三、器官功能衰竭 第四节 麻醉药物对烧伤病人围术期免疫功能的影响 一、局部麻醉药 二、吸入麻醉药 三、静脉麻醉药 第五节 烧伤病人围术期免疫功能的保护 一、早期消除并封闭烧伤创面 二、促进和提高免疫功能 三、拮抗或清除免疫抑制物或其他有害物质 四、细胞因子用于治疗 五、短缺物质的补充第五章 烧伤引起的药代及药效动力学变化 第一节 烧伤引起的药代动力学变化 一、烧伤影响药代动力的因素 二、烧伤对药代动力学的影响 第二节 烧伤引起药效动力学变化 第三节 麻醉药物选择 一、局麻药选择 二、静脉麻醉及镇痛药选择 三、吸入麻醉药 四、肌肉松弛药第六章 烧伤病人的围术期营养 第一节 烧伤后的高代谢 第二节 烧伤病人术前的营养监测及评测 一、术前的营养监测 二、术前的营养评测 第三节 烧伤病人围术期的营养代谢和补充 一、糖、蛋白质、脂肪的代谢和补充 二、维生素、微量元素的代谢和补充 第四节 烧伤病人围术期营养支持原则、途径和方法 一、烧伤病人围术期营养支持的原则 二、烧伤病人围术期营养补充的途径 三、烧伤病人围术期营养补充的方法第七章 烧伤病人的麻醉 第一节 烧伤病人的术前访视与评估 一、烧伤面积、深度及严重程度 二、烧伤部位 三、烧伤病程 四、是否有并存疾病 五、循环功能评估 六、呼吸功能评估 七、其他脏器功能评估 八、术前准备 第二节 常用麻醉方法 一、局部和区域麻醉 二、麻醉监护 三、静脉麻醉 四、静吸复合麻醉 第三节 麻醉管理与监测 一、建立有效监测 二、建立有效输液通道 三、呼吸管理 四、循环管理 五、其他器官功能的维护 六、术中失血和输血的管理 七、术中体温的变化及处理 八、术中监测 第四节 围术期器官功能的保护 一、维持循环功能稳定 二、维持有效肺气体交换 三、维持器官灌注和氧供 四、减轻再灌注损伤 五、减轻组织水肿的形成 六、清除坏死组织和抑制感染 七、抑制过度炎症反应 八、麻醉药与器官功能保护 第五节 术后镇痛 一、手术后疼痛治疗的意义 二、术后镇痛常用的措施 第六节 术中并发症的处理 一、持续性低血压 二、低体温 三、凝血机制异常 四、电解质和酸碱平衡紊乱第八章 吸入性损伤的麻醉 第一节 吸人性损伤的致病因素及病理生理 一、吸入性损伤的致病因素 二、吸入性损伤的病理生理 三、吸入性损伤的发病机制 第二节 吸人性损伤的处理及气道管理 一、气道损伤的常用治疗措施 二、吸入性损伤的其他治疗措施 三、气道的管理要点 第三节 吸入性损伤手术的麻醉处理要点 一、术前访视的特点及准备 二、机械通气时生理指标的监测 三、围术期麻醉处理要点与机械通气治疗特点第九章 小儿烧伤手术的麻醉处理 第一节 小儿烧伤病理生理特点 一、体温调节系统和中枢神经系统 二、呼吸系统 三、循环系统 四、泌尿系统 五、消化系统 六、其他病理生理特点 第二节 小儿烧伤的伤情估计 一、小儿烧伤面积的估计 二、小儿烧伤严重程度的分类 第三节 小儿烧伤休克以及围术期处理 一、小儿烧伤性休克的临床特点 二、小儿烧伤休

克的围术期处理 第四节 小儿烧伤的麻醉　一、小儿烧伤病人的术前访视特点　二、小儿烧伤手术的麻醉用药特点　三、小儿烧伤病人的术中补液特点 第五节 小儿烧伤的麻醉并发症及其处理　一、低渗性脑水肿及其处理　二、高热的处理　三、惊厥及其处理　四、消化道并发症及处理第十章 孕期烧伤手术的麻醉 第一节 孕期烧伤的病理生理及其特殊性 第二节 孕期烧伤的麻醉　一、麻醉处理原则　二、术前用药与术前访视　三、麻醉处理　四、术后期第十一章 特殊原因与特殊部位烧伤的麻醉 第一节 电烧伤　一、电烧伤机制　二、电烧伤临床特点与并发症　三、电烧伤麻醉的特殊性 第二节 化学烧伤　一、化学烧伤的特点及致伤机制　二、化学烧伤处理原则　三、化学烧伤麻醉的特殊性 第三节 瓦斯爆炸烧伤　一、瓦斯爆炸烧伤致病因素　二、瓦斯爆炸烧伤的临床特点　三、瓦斯爆炸烧伤的围麻醉期处理的特殊性 第四节 放射性烧伤　一、致病因素　二、临床表现及其病理基础　三、麻醉的特殊性 第五节 手术室内的烧伤　一、手术室燃烧发生的条件　二、手术室燃烧的特点　三、麻醉的特殊性 第六节 特殊部位烧伤　一、头皮和颅骨烧伤的临床特点　二、颜面部烧伤　三、眼部烧伤　四、耳烧伤　五、颈部烧伤第十二章 烧伤整形病人困难气道的处理 第一节 术前评定　一、烧伤病人困难气道的评定　二、整形病人困难气道的评定 第二节 困难气道处理技术　一、常用困难气道处理技术　二、烧伤病人的困难气道处理　三、整形病人困难气道处理

章节摘录

插图：2.Ⅱ度烧伤根据伤及皮肤的深浅分为（1）浅Ⅱ度烧伤：伤及整个表皮和部分真皮乳头层。
由于生发层部分受损，上皮的再生有赖于残存的生发层及皮肤附件如汗腺及毛囊等的上皮增殖。
如无继发感染，一般经1～2周左右愈合，亦不留瘢痕。
（2）深Ⅱ度烧伤：烧伤深及真皮乳头层以下，但仍残留部分网状层。
由于真皮的厚度不一，烧伤的深浅也不一，故深Ⅱ度烧伤临床变异较多。
浅的接近浅Ⅱ度，深的则临界Ⅲ度。
由于真皮内毛囊、汗腺等皮肤附件的残存，仍可再生上皮，成为修复创面的上皮小岛。
如无感染，一般需3～4周创面自行愈合；如发生了感染，破坏了皮肤附件或上皮小岛，创面需手术植皮方能愈合。
由于深Ⅱ度创面未被增殖的上皮小岛覆盖之前就有一定的肉芽组织形成，故愈合后可存留不同程度的瘢痕和瘢痕组织收缩引起的局部功能障碍。
而且由上皮小岛增殖的上皮多较脆弱，缺乏韧性和弹性，摩擦后易发生小水疱而破损，使创面再现，成为烧伤残余创面发生的原因之一。
3.Ⅲ度烧伤一般指全层皮肤的烧伤，除表皮、真皮及皮肤附件全部毁损外，有时可深及脂肪、肌肉甚至骨骼、内脏器官等。
故Ⅲ度烧伤的含义较广，代表的严重程度也不一致。
曾有人将深及肌肉、骨骼或内脏器官的烧伤称为Ⅳ度烧伤。
但在早期，深在损伤往往被毁损而未脱落的皮肤所遮盖，临床上不易鉴别，加之其治疗原则基本一致，故较少采用。
由于皮肤及其附件全部被毁损，创面已无上皮再生的来源，创面修复有赖于手术植皮或上皮自周围健康皮肤长人。
临床上习惯将Ⅱ度烧伤的坏死组织称为“痂皮”，Ⅲ度者为“焦痂”。
它们与机体分离脱落的过程称之为自溶脱痂，开始溶痂的时间因烧伤部位、深度及有无感染而异。
一般来说，已感染或潮湿受压部位自溶脱痂较早；深Ⅱ度较Ⅲ度为早；Ⅱ度烧伤特别是浅Ⅱ度，如无感染，且痂皮保持干燥，可形成痂下愈合，无自溶脱痂的过程。
Ⅲ度烧伤的创面，因无上皮再生，不能形成痂下愈合，脱痂后为肉芽组织。

编辑推荐

《烧伤外科手术麻醉》由人民卫生出版社出版。

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