

《实用烧伤整形外科学》

图书基本信息

书名：《实用烧伤整形外科学》

13位ISBN编号：9787510053436

10位ISBN编号：7510053439

出版时间：2012-10

出版社：李承存、林卫、王成栋、王成 世界图书出版广东有限公司 (2012-10出版)

页数：309

版权说明：本站所提供下载的PDF图书仅提供预览和简介以及在线试读，请支持正版图书。

更多资源请访问：www.tushu000.com

《实用烧伤整形外科学》

内容概要

《实用烧伤整形外科学》内容包括烧伤整形外科的基本原理，诊断方法，诊疗措施和手术、用药等技术要点，以及最新的技术进展情况。内容详实，含临床治疗案例，适合烧伤整形外科工作者阅读和参考。

书籍目录

上篇 第一章皮肤的解剖生理学 第一节皮肤的解剖和组织学 第二节表皮细胞的细胞周期及其调节 第三节角化形成 第四节皮肤的代谢 第五节皮肤的防护作用 第六节皮肤的知觉 第七节炎症的生理生化 第八节皮肤的常住微生物和防御感染机制 第九节皮肤的老化 第二章烧伤整形外科概述 第一节现代烧伤的特点 第二节烧伤面积的估计 第三节烧伤深度的估计 第四节烧伤的分类 第五节烧伤外科手术特点 第六节整形外科手术特点 第七节烧伤整形外科常用手术器械 第八节局部麻醉的应用 第三章烧伤的临床分期 第一节体液渗出期 第二节急性感染期 第三节创面修复期 第四节康复期 第四章烧伤整形外科常用手术操作 第一节清创术 第二节清创后处理 第三节焦痂切开减张术 第四节切削痂术 第五节残余小创面清创、刃厚皮片移植术 第五章皮瓣移植的应用 第一节皮瓣移植的免疫学基础 第二节皮瓣的构造 第三节皮瓣血供的解剖学类型及临床应用 第四节远端蒂皮瓣的血供及临床意义 第五节联合皮瓣 第六节皮瓣转移的一般原则 第七节皮瓣移植的并发症与适应证 第八节皮瓣感觉功能重建 第六章烧伤患者的急救与运送 第一节烧伤患者的急救 第二节烧伤患者的运送 第七章烧伤后水、电解质与酸碱失衡问题 第一节体液的正常平衡 第二节临床表现 第三节分类与治疗 第八章烧伤外科的常见并发症 第一节应激性溃疡 第二节糖代谢紊乱 第三节肺部感染 第四节化脓性血栓性静脉炎 第五节急性呼吸窘迫综合征 第六节肺栓塞 第七节化脓性关节炎 第八节急性化脓性耳软骨炎 第九节肾功能不全 第十节多器官功能障碍综合征 第九章烧伤患者的营养支持 第一节烧伤患者的营养监测 第二节烧伤患者热能需要量 第三节烧伤患者营养素需要量 第四节胃肠内营养支持 第五节静脉营养 下篇 第十章热力烧伤 第十一章电烧伤 第一节电烧伤清创修复术 第二节头皮、颅骨电烧伤 第三节胸部电烧伤 第四节腹部电烧伤 第五节上臂、肘部电烧伤背阔肌移位，创面修复与功能重建 第六节腕部电烧伤 第七节手指电烧伤 第八节下肢电烧伤 第十二章吸入性损伤 第一节吸入性损伤的致伤因素 第二节吸入性损伤的病理生理 第三节吸入性损伤的诊断 第四节吸入性损伤的治疗 第十三章其他原因导致的烧伤 第一节化学烧伤概述 第二节常见致伤化学物质 第三节酸烧伤 第四节碱烧伤 第五节金属、类金属化合物烧伤 第六节含氧有机化合物——硫酸二甲酯烧伤 第七节刺激性气体——溴烧伤 第八节高分子聚合物烧伤 第九节其他类化学烧伤 第十节瓦斯爆炸烧伤 第十一节放射性烧伤 第十四章皮肤瘢痕 第一节表浅性瘢痕 第二节增生性瘢痕 第三节瘢痕疙瘩 第四节挛缩瘢痕 第五节萎缩性瘢痕 第六节瘢痕的预防 第十五章面部除皱 第十六章烧伤休克的诊治 第一节烧伤休克的病理生理 第二节烧伤休克的诊断 第三节烧伤休克的治疗 第四节烧伤休克期常见并发症的处理 第十七章整形外科常见皮肤病 第一节痤疮 第二节脂溢性皮炎 第三节酒渣鼻 第四节白癜风 第五节黄褐斑 第六节雀斑 第七节鱼鳞病 第八节神经纤维瘤病 第九节皮下脂肪组织疾病 第十节非感染性肉芽肿 第十一节萎缩性皮肤病 第十八章皮肤肿瘤 第一节皮肤附属器肿瘤 第二节结缔组织肿瘤 第三节皮肤脉管性肿瘤 第四节表皮良性肿瘤 第五节癌前期皮肤病 第六节脂肪、肌肉和骨组织肿瘤 第七节皮肤与黑素细胞恶性肿瘤 第八节皮肤淋巴网状系统肿瘤 参考文献

版权页：插图：对于SIADH的处理，主要是排除其他病因，限制液体以及使用利尿药，如呋塞米为髓襻利尿药，可降低肾髓质渗透压，从而干扰尿的浓缩过程，抑制ADH的作用。2.尿崩症样综合征少数烧伤患者可见到渗透压调节机制缺陷，其特点为高钠血症、血浆高渗而伴有大量稀释尿。发生的原因较复杂，尚无特效治疗措施。除注意水平衡外，一般可试用加压素水剂5~10U皮下注射，若有效则可每6h注射1次，直至脱水纠正、水平衡恢复为止。四、吸入性损伤吸入性损伤也有体液丢失，重度烟雾吸入伤后，其体液丧失量约相当于30%的体表烧伤。吸入性损伤早期常并发血管通透性肺水肿。以往均主张限制早期补液量，但实验表明，吸入性损伤后并发的肺水肿与输液关系不大，按现行通常补液量，只要中心静脉压或（和）肺动脉楔压不高，通常不会加重肺水肿。若限制补液量，未及时纠正休克，形成缺氧性损害，反而可加重肺水肿。所以对合并吸入损伤的烧伤患者，早期补液不宜限制，而且对这类患者的补液量及补钠量还应高于未合并吸入伤的单纯体表烧伤者。一组烧伤面积（BSA）25%以上的171例烧伤患者，其中合并吸入性损伤51例的复苏期补液量为 $(5.76 \pm 0.39) \text{ ml} / (\text{kg} \cdot \% \text{BSA})$ ，显著高于无吸入伤者 $(3.98 \pm 0.19) \text{ ml} / (\text{kg} \cdot \% \text{BSA})$ ；补钠量 $(0.94 \pm 0.06) \text{ mmol} / (\text{kg} \cdot \% \text{BSA})$ ，也明显高于无吸入伤者 $(0.65 \pm 0.03) \text{ mmol} / (\text{kg} \cdot \% \text{BSA})$ 。至于合并吸入伤的烧伤患者，究竟应增加多少液量、钠量，则尚待更多临床实践。吸入损伤后，由于气道阻塞、通气不良、弥散障碍、通气—灌流比例失调等，发生缺氧而过度呼吸或二氧化碳潴留，极易形成呼吸性酸（二氧化碳潴留）碱（过度换气）紊乱。大面积烧伤早期休克过渡不平稳者，由于酸性代谢产物的潴留，易致代谢性酸中毒。故大面积烧伤合并吸入伤者，容易发生混合性酸碱紊乱，即代谢性酸中毒合并呼吸性酸或碱中毒，应注意预防。预防的关键是使复苏阶段过渡平稳，并改善其缺氧，必要时应予以机械通气。五、脓毒症脓毒症可引起水、钠等代谢紊乱，也易造成代谢性酸中毒。感染早期，有时可发生。肾对水的调节紊乱。肾血浆流量增加，而纯水清除率下降，即尿中水减少而溶质增多，导致低钠血症。脓毒症既可导致低钠血症，也可引起高钠血症。由于感染所致呼吸加快、体温增高以及血糖增高、肾血流量增加而尿量增多，这些均可引起脱水而致高钠血症。此外，第三军医大学烧伤研究所曾提出，烧伤败血症时所至肾功能不全有其特殊性，称之为“烧伤败血症肾综合征”，其主要临床表现为：肾小球滤过率随败血症的加重而逐渐下降，内生肌酐清除率最低可降至正常水平的1/10；肾小管对钾、钠、氯等调节功能一般保持正常，病情重时可出现。肾小管对钠、氯重吸收亢进现象，尿中钠、氯排量显著减少，常出现高钠血症、高氯血症，而尿钾一般正常或偏高，血钾正常或偏低；尿量正常或偏多，比重一般不低，其损害主要在肾小球，发病机制有待深入研究。

《实用烧伤整形外科学》

编辑推荐

《实用烧伤整形外科学》由世界图书出版广东有限公司出版。

《实用烧伤整形外科学》

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:www.tushu000.com