

避免ICU常见错误

AVOIDING COMMON ICU ERRORS

原著 LISA MARCUCCI
ELIZABETH A. MARTINEZ
ELLIOTT R. HAUT
ANTHONY D. SLONIM
JOSE I. SUAREZ

主译 王春亭



人民卫生出版社

避免 ICU 常见错误

AVOIDING COMMON ICU ERRORS

原 著 LISA MARCUCCI
ELIZABETH A. MARTINEZ
ELLIOTT R. HAUT
ANTHONY D. SLONIM
JOSE I. SUAREZ

主 译 王春亭

副主译 孟 玫 蒋进皎 任宏生

译 者 (以姓氏笔画为序)

丁 敏	于冬青	马驰骋	王春亭
田 苹	田锁臣	任宏生	刘效辉
李 琛	李德军	张继承	孟 玫
蒋进皎	韩其政	鲁德玕	靳长俊
楚玉峰			

翻译秘书 张继承

人 民 卫 生 出 版 社

Avoiding Common ICU Errors

Lisa Marcucci, et al.

© 2007 by LIPPINCOTT WILLIAMS & WILKINS

All rights reserved. This book is protected by copyright. No part of this book may be reproduced in any form or by any means, including photocopying, or utilized by any information storage and retrieval system without written permission from the copyright owner, except for brief quotations embodied in critical articles and reviews. Materials appearing in this book prepared by individuals as part of their official duties as U. S. government employees are not covered by the above-mentioned copyright.

避免 ICU 常见错误

王春亭 主译

中文版权归人民卫生出版社所有。本书受版权保护。除可在评论性文章或综述中简短引用外，未经版权所有人书面同意，不得以任何形式或方法，包括电子制作、机械制作、影印、录音及其他方式对本书的任何部分内容进行复制、转载或传送。

本书的作者、编辑和出版商努力查证书中资料的准确性，尽量表达得明白易懂，但是，不对应用书中内容所造成的任何失误、遗漏和损失负责，不保证本书内容表达的确切性和完整性。

本书的作者、编辑和出版商力图使书中推荐药物的剂量精确，符合本书出版同时代公认的标准。但是，随科学发展，政府条例可能会有所更改，药物剂量方案及药物间的相互反应会有所改变。因此，在应用本书所涉及的药物时，请认真阅读药品说明书，确认药物的适应证、禁忌证和注意事项有无改变。对于新药或不常用的药物尤其重要。

图书在版编目 (CIP) 数据

避免 ICU 常见错误/王春亭主译. —北京: 人民卫生出版社, 2008. 6

ISBN 978-7-117-10216-2

I. 避… II. 王… III. 险症-监护(医学)-错误-分析 IV. R459.7

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2008) 第 065219 号

图字: 01-2008-1699

避免 ICU 常见错误

主 译: 王春亭

出版发行: 人民卫生出版社 (中继线 010-67616688)

地 址: 北京市丰台区方庄芳群园 3 区 3 号楼

邮 编: 100078

网 址: <http://www.pmph.com>

E-mail: pmph@pmph.com

购书热线: 010-67605754 010-65264830

印 刷: 北京汇林印务有限公司

经 销: 新华书店

开 本: 850×1168 1/32 印张: 24.75

字 数: 805 千字

版 次: 2008 年 6 月第 1 版 2008 年 6 月第 1 版第 1 次印刷

标准书号: ISBN 978-7-117-10216-2/R·10217

定 价: 58.00 元

版权所有, 侵权必究, 打击盗版举报电话: 010-87613394

(凡属印装质量问题请与本社销售部联系退换)

译者序

本书由美国一批经验丰富的 ICU 临床医生撰写。他们从临床实践出发,客观务实,解释了临床治疗过程中经常遇到的问题以及如何正确处理和解决这些问题,从而提高临床治疗的安全性。书中所提及问题和临床工作密切相关,讲解深入浅出,是一部实用性和可读性都很强的重症医学专著,极具指导和参考价值,兼有教科书、学科进展和临床手册的特点。

我国重症医学起步较晚,但是发展迅速,这在很大程度上得益于与国外的信息沟通和学术交流。本书内容广泛涉及药学、内科、外科、妇产科、儿科、烧伤、移植、医学伦理等诸多专业学科,阅读本书可以促进国内同道对目前国外临床的实际状况、关注焦点、诊断思路、治疗方案等多方面的了解。

感谢人民卫生出版社的委托和信任,翻译本书对于我们所有译者也是一次很好的学习机会。本书所有内容我们均做了翻译,力求完整,书中个别印刷错误的地方也做了改正,并加了译者注。相信本书对诸多专业(重症医学、急诊、麻醉、内科、外科等)的临床医生及研究生均可起到良师益友的作用。

王春亭

山东省立医院

前 言

PETER PRONOVOST

6年前医学界发表了里程碑式的宣言：“人非圣贤，孰能无过”。尽管临床医生和研究者们一直致力于发展临床治疗安全学、了解危害病人的临床错误的流行学特点、阐明优先发展临床治疗安全学的重要性、完善科学有效的干预手段、建立方法评估效果等，但是近年来提高临床治疗安全性的进程发展缓慢而艰难。正如 Robert Frost 所言：“……安睡之前我们还有很长的路要走。

临床治疗过错频现，病人深受其害，医患双方不堪其扰。尽管多数人认为医疗过错多因制度的不完善而非人为的因素导致，从医人员还是应该努力寻找合理和可行的办法来避免由此导致的伤害。

ICU 提供生命支持治疗，同时也潜存风险。ICU 的医疗环境非常复杂，面对生命垂危的病人，医生需要分秒必争，果断决策。以上综合因素使得 ICU 的医疗过错风险倍增。

为了减少医疗过错造成的伤害，需要我们正视错误、制定策略减少过失、评价进步。本书旨在倡导和发展该理念。本书广泛涉及 ICU 临床工作常见错误，并由专家做解，以求减少犯错。做解专家皆为一线临床医生，谙知改进病人治疗安全学的重要所在。本书提供的资料及时、准确、实用。如果所列错误我们皆能避免，ICU 的治疗将有诸多改进。所以，阅读本书将为探询提高病人治疗的安全性开启第一步。

关于本书的任何意见或建议，欢迎和作者联系：

lisa.marcucci@gmail.com。

王春亭 孟 玫 译

目 录

药理学	1
第 1 章 对接受鞘内注射吗啡病人的监测	2
第 2 章 镇静止痛药的特性	4
第 3 章 使用可乐定治疗的戒断症状	6
第 4 章 酒精戒断综合征的预防	8
第 5 章 禁止联合使用类固醇、神经肌肉阻滞剂和氨基苷类药 物, 减少危重病肌病	11
第 6 章 类固醇激素副作用的预防	13
第 7 章 类固醇激素的应用	15
第 8 章 烧伤、瘫痪或高血钾病人禁用琥珀酰胆碱	17
第 9 章 肝肾功能不全病人使用顺阿曲库铵作为神经肌肉 阻断剂	19
第 10 章 注意“NEOS”缩写的两种意思	22
第 11 章 抗精神病药物恶性综合征	24
第 12 章 恶性高热	28
第 13 章 胺碘酮可能导致甲状腺功能减退	31
第 14 章 胺碘酮不用于治疗慢性房颤	33
第 15 章 使用胺碘酮或其他替代药物治疗房颤的监护	35
第 16 章 注意速尿含有二价磺胺基	38
第 17 章 密切观察间断速尿治疗时追加给药的反应	40
第 18 章 如果有胃肠道吸收的可能禁止给予亚甲蓝	42
第 19 章 注意滴注劳拉西泮的病人易发生代谢性酸中毒	44

第 20 章	使用硝普钠时注意预防氰化物中毒	47
第 21 章	主动脉夹层首选 β 受体阻滞剂	49
第 22 章	心功能不全和肠系膜缺血病人禁止使用垂体后叶素	51
第 23 章	pH 过低时强心、缩血管药物不能发挥有效作用	53
第 24 章	如果不能及时进行经皮冠状动脉介入治疗, ST 段抬高的心肌梗死需考虑使用溶栓剂	55
第 25 章	不稳定冠状动脉综合征病人推荐使用糖蛋白 II b/III a 抑制剂	58
第 26 章	强烈推荐在不稳定心绞痛和非 ST 段抬高心肌梗死病人中使用低分子肝素	61
第 27 章	强烈推荐在急性心肌梗死冠脉支架成形术辅助治疗中使用糖蛋白 II b/III a 抑制剂	64
第 28 章	急性代谢性心功能不全建议使用重组脑利尿钠肽(奈西立肽)	66
第 29 章	急性心肌梗死病人应该积极进行心肌再灌注治疗	69
第 30 章	心肌梗死病人推荐使用血管紧张素转化酶抑制剂或血管紧张素受体阻断剂	71
第 31 章	应激性胃炎的预防	74
第 32 章	了解药物的代谢产物	76
第 33 章	使用他克莫司(或环孢菌素)治疗时禁忌联合红霉素作为胃肠道动力剂	78
第 34 章	外伤病人推荐优先选择依诺肝素	80
第 35 章	严格控制 ICU 病人血糖水平	82
第 36 章	ICU 病人不推荐皮下注射胰岛素	84
第 37 章	ICU 病人不推荐使用长效胰岛素	85
第 38 章	胰岛素缺乏病人推荐补充基础量胰岛素	87
第 39 章	注意 ICU 病人中医源性高血糖	89

第 40 章	咪达唑仑与劳拉西泮不宜交替使用·····	92
第 41 章	ICU 老年病人慎用苯二氮草类药物·····	94
第 42 章	活化蛋白 C 治疗脓毒症疗效不确切 ·····	97
第 43 章	心肺复苏术有多种给药途径·····	99
第 44 章	三环类抗抑郁药过量时注意碱化尿液 ·····	101
第 45 章	使用丙泊酚时注意监测病人甘油三酯水平 ·····	103
第 46 章	警惕 HIV/AIDS 病人药物相关性胰腺炎 ·····	105
第 47 章	重症胰腺炎、腹部脓毒症或需要腹部复合手术的病 人建议预防性应用氟康唑 ·····	108
第 48 章	静脉内使用维生素 K 容易发生过敏 ·····	110
第 49 章	谨慎使用苯佐卡因喷雾剂：有引起高铁血红蛋白血 症的风险 ·····	112
第 50 章	根据体重确定药物剂量 ·····	116
第 51 章	注意 ICU 中能导致血钾增高的药物 ·····	119
第 52 章	乙酰唑胺的应用 ·····	122
第 53 章	使用氟哌啶醇前注意长 Q-T 间期心电图 ·····	124
第 54 章	坚果过敏的病人不要使用定量吸入器中的异丙托铵·····	126
第 55 章	酮咯酸的应用 ·····	128
第 56 章	司维拉姆的应用 ·····	129
第 57 章	ICU 某些常用药品禁忌用于卟啉症病人 ·····	131
心脏装置/导管/引流/操作 ·····		133
第 58 章	病人坐位时严禁行中心静脉导管操作 ·····	134
第 59 章	心脏移植病人应避免选择右侧颈内静脉放置中心静 脉导管 ·····	136
第 60 章	将中心静脉导管尖端置于上腔静脉与右心房的 交界处 ·····	137

第 61 章	最后一次血浆置换后不要立即拔除静脉导管	139
第 62 章	不要经考迪斯导管放置三腔导管	141
第 63 章	在 ICU 放置和护理中心静脉导管时, 准确操作能降低感染的发生率	143
第 64 章	放置腔静脉滤器的病人, 放置中心静脉导管时, 不使用“J”端的导丝	145
第 65 章	放置肺动脉导管之前测试时, 不要“抖动尖端”	147
第 66 章	如果肺动脉导管扭结或卷曲, 要及时撤出	149
第 67 章	病人新发室性心律失常和房性心律失常时, 建议撤出肺动脉导管	151
第 68 章	正常情况下肺动脉楔压小于肺动脉舒张压	153
第 69 章	三尖瓣反流病人不要使用肺动脉导管	156
第 70 章	在漂浮装置到位之前, 提前打开肺动脉导管起搏电流	158
第 71 章	急症应用经静脉起搏导线时, 确保置入大小合适的考迪斯导管	161
第 72 章	如果术后起搏导线不能正常工作, 可尝试放置一个皮肤电极来充当地线	163
第 73 章	了解心室辅助装置的作用原理和临床应用特点	165
第 74 章	心脏电复律时, 除颤器设置为同步模式	168
第 75 章	如果没有可识别的 R 波, 关闭除颤器上的同步方式	170
第 76 章	正常心电图也不能完全排除心肌梗死	172
第 77 章	3 或 5 导联 ECG 心电监护不能代替 12 导联心电图	175
第 78 章	胸外心脏按压时, 应在病人背部垫一块木板	180
第 79 章	了解起搏器的字母命名	182
第 80 章	不要用降温毯来降温	185
第 81 章	股动(静)脉置管位置不应在腹股沟韧带上方或腹股沟皱褶下方	187

第 82 章	动脉压随呼吸变化的情况可作为血容量不足的信号·····	189
第 83 章	硬膜外操作时慎用低分子量肝素 ·····	191
第 84 章	放置硬膜外导管后给予试验剂量的局麻药 ·····	193
第 85 章	静脉注射盐酸纳络酮治疗硬膜外镇痛法引起的 瘙痒症 ·····	195
第 86 章	为病人配制硬膜外和胸腔外导管用布比卡因时需特 别细心 ·····	197
第 87 章	轻的肋骨骨折不需镇痛, 多发肋骨骨折则应硬膜外 镇痛 ·····	199
第 88 章	应用两步 X 线照相技术证实营养管的位置 ·····	202
第 89 章	使用连续压迫装置之前应进行多普勒超声检查 ·····	204
第 90 章	病人有泌尿系感染时考虑更换 Foley 导尿管 ·····	206
第 91 章	请泌尿外科会诊帮助处理输尿管支架的相关问题 ·····	208
第 92 章	放置 PASSY-MUIR 可发音活瓣之前, 确保气管造 口插管气囊完全排空 ·····	210
第 93 章	主动脉球囊泵的重要临床问题 ·····	212
第 94 章	放置左心室辅助装置时注意右心衰竭 ·····	215
第 95 章	体外膜肺进行心肺支持治疗的常见相关问题 ·····	218
第 96 章	ABIOMED 横膈膜皱缩是血容量过低的征兆 ·····	221
第 97 章	建议创伤病人放置胸腔引流管之前应用抗生素 ·····	223
第 98 章	警惕胸腔引流管持续大量漏气 ·····	225
第 99 章	乳糜样胸、腹水的处理 ·····	228
第 100 章	鉴别脉搏血氧饱和度误差的原因·····	230
第 101 章	血氧饱和度低时脉搏血氧测定值不准确·····	233
第 102 章	Glasgow 昏迷评分 ≤ 8 的病人建议置入颅内压 监测器 ·····	235
第 103 章	用 LICOX 系统监测脑组织氧合 ·····	238

机械通气和呼吸道管理	239
第 104 章 气管插管前给病人预吸氧	240
第 105 章 环状软骨加压在快速顺序插管或气囊面罩通气中的应用	242
第 106 章 检测到呼气末 CO_2 并不能确定气管导管未插入食管内	244
第 107 章 应及时为困难气管插管病人联系有经验的气道管理专家	246
第 108 章 环甲膜切开术需行纵行切口	249
第 109 章 在支气管镜引导下施行床旁经皮扩张气管造口术	251
第 110 章 部分病人可考虑早期气管切开	254
第 111 章 气管内插管导管远端应置于气管隆突上 4cm	256
第 112 章 即使气管内插管的套囊充分膨胀也不能完全避免误吸	258
第 113 章 气管内插管的套囊充气应适度	260
第 114 章 拔管前对可能发生气道水肿的病人进行套囊测漏检测	262
第 115 章 应用压力可调容量控制通气模式时如何测量气道平台压, 获得测量值后如何处理	264
第 116 章 平台压或平均气道压比气道峰压能更准确地评价气压伤	268
第 117 章 肺开放通气策略考虑应用气道压力释放通气模式	270
第 118 章 记住肺的静态顺应性和动态顺应性是不同的	272
第 119 章 肺泡复张发生于应用升高的呼气末正压 6-12 小时	274
第 120 章 慢性阻塞性肺病病人脱离机械通气时要高度警惕内源性呼吸末正压	277
第 121 章 单肺移植术后谨慎应用呼气末正压通气	280

第 122 章	当试图以压力支持通气模式脱机时, 选择设置初始压力稍高于气道峰压.....	282
第 123 章	神经肌肉阻滞病人复苏前要注意体温.....	284
第 124 章	使用新斯的明逆转神经肌肉阻滞时应用格隆溴铵.....	287
第 125 章	无肌肉抽搐时不要试图逆转神经肌肉阻滞.....	289
第 126 章	持续气道正压通气和双水平气道正压通气时应周期性取下面罩.....	291
第 127 章	于培养结果返回之前针对呼吸机相关性肺炎的常见医院微生物行经验性治疗.....	293
第 128 章	若无禁忌证, 气管插管病人的床头应抬高至少 30 度	295
第 129 章	呼吸机相关性肺炎 8 日疗法.....	297
第 130 章	仅根据临床表现即常规拔管不可行.....	302
第 131 章	关于在机械通气的哮喘病人中应用氮氧混合气的建议.....	305
感染性疾病		307
第 132 章	贫血或各类血细胞减少症病人应警惕细小病毒 B19 感染.....	308
第 133 章	游离皮瓣局部水蛭治疗时应考虑预防性应用抗生素	309
第 134 章	治疗 MRSA 感染疗程应不少于 14 天	311
第 135 章	应用利奈唑胺需警惕血小板和中性粒细胞减少症的发生.....	313
第 136 章	高度警惕卡泊芬净和伏立康唑在肝病患者的应用指征.....	315
第 137 章	避免应用卡泊芬净和伏立康唑治疗念珠菌尿.....	318
第 138 章	胆道手术前的抗生素应用.....	320
第 139 章	解除尿路梗阻前的抗生素应用.....	322

第 140 章	肠球菌属极少引起呼吸道感染	324
第 141 章	临床肺部感染评分	326
第 142 章	血培养阴性并不能排除感染性心内膜炎诊断	329
第 143 章	如重视外科急症般重视黑唇或口腔粘膜黑斑	332
第 144 章	免疫抑制患者发生慢性严重或难治性腹泻应警惕隐孢子虫感染	334
第 145 章	重视实验室检查的真菌形态学特征	337
第 146 章	低体温或心动过缓患者需警惕真菌感染	339
第 147 章	应用抗生素之前应充分考虑产 ESBL 细菌感染	341
第 148 章	胸腔穿刺对寻找发热病因意义不大	343
第 149 章	氨基糖苷类药物的用药方法	346
第 150 章	明确导管相关血液感染的定义	349
第 151 章	穿透性腹部创伤 24 小时后强烈建议停止预防性应用抗生素	351
第 152 章	克林霉素可有效治疗坏死性筋膜炎中的 A 族链球菌感染	353
第 153 章	急性胰腺炎的诊治	355
第 154 章	重视洗手	359
第 155 章	脑室腹膜分流术感染病人的处理	362
第 156 章	万古霉素不易透过血脑屏障	367
第 157 章	应用亚胺培南时需警惕癫痫发作	369
第 158 章	汉坦病毒肺综合征通常导致血小板急剧降低	371
第 159 章	重症病人发生胃或十二指肠溃疡应考虑经验性抗幽门螺杆菌治疗	374
休克/液体管理/电解质		377
第 160 章	感染性休克患者经验性广谱抗生素的使用	378

第 161 章	在使用依托咪酯 24 小时内不应进行合成促皮质素刺激实验	380
第 162 章	如病人要进行合成促皮质素激发试验, 临床应采用地塞米松代替氢化可的松	382
第 163 章	使用血管升压药代替大量液体复苏疗法来治疗肺动脉大块栓塞患者的休克	384
第 164 章	感染性休克的鉴别诊断	386
第 165 章	警惕脊柱手术后发生严重全身炎症反应	388
第 166 章	警惕腹腔间隔室综合征的发生	390
第 167 章	肠系膜血管缺血所致腹痛的早期诊断与治疗	393
第 168 章	不要快速输注含糖液体	396
第 169 章	脱水利尿并不是心肺转流术后早期高钾血症的最佳治疗措施	397
第 170 章	大多数体外循环使用了甘露醇, 所以不以术后尿量判断心脏手术病人的液体状态	400
第 171 章	不应以尿量判断低体温患者的容量状态	402
第 172 章	肝移植术后患者慎重补液	404
第 173 章	单纯尿毒症很少引起阴离子间隙增高超过 25	406
第 174 章	高磷状态下不要补钙, 高钙状态下不要补磷	408
第 175 章	术后注意监测血清磷酸盐水平并及时补充	410
第 176 章	精神状态改变时要考虑到电解质紊乱	412
第 177 章	纠正代谢性碱中毒时注意监测血钾水平	414
第 178 章	除非出现手足抽搐, 否则横纹肌溶解的病人不补钙	416
第 179 章	高氯可引起无法解释的阴离子间隙正常的代谢性酸中毒	418
第 180 章	高氯性代谢性酸中毒	420

神经系统	423
第 181 章 骶骨、脊柱骨折或手术的病人需注意新发的马尾综合征, 如果高度怀疑, 应请神经外科急会诊	424
第 182 章 硬脑膜撕裂病人应保持平卧 24~48 小时	426
第 183 章 要了解所有术后和创伤病人颈椎、胸椎和腰椎的稳定性	428
第 184 章 脊髓损伤病人应该预防深静脉血栓形成	431
第 185 章 高度警惕脊髓损伤病人出现自主神经反射异常	434
第 186 章 仅在钝性脊髓损伤时考虑使用类固醇药物	438
第 187 章 脊髓损伤后病人应早期开始行肠内营养	440
第 188 章 心脏停搏后可考虑中度低温治疗	442
第 189 章 警惕外伤后钝性脑血管损伤	444
第 190 章 头部外伤病人血压极高时才考虑用抗高血压药	446
第 191 章 头部外伤时抗癫痫治疗不要超过 7 天	448
第 192 章 用最佳运动反应计算格拉斯哥评分	450
第 193 章 磁共振成像 (不是头部 CT) 作为弥漫性轴索损伤的最佳检查方法	452
第 194 章 在颅内压监测读数时通常有一个向上的漂移	454
第 195 章 增加呼气末正压可导致颅内压增高	457
第 196 章 开颅术或颅内操作后病人神经检查与术前评估不一致应立即行头部 CT 扫描	459
第 197 章 在即将发生脑疝时考虑采用最后招数降低颅内高压的	461
第 198 章 应用苯巴比妥昏迷的病人必须行适当的电生理监测	463
第 199 章 警惕非出血性 (缺血性) 脑卒中转变为出血性脑卒中	465

第 200 章	人免疫缺陷病毒感染或艾滋病病人出现精神异常需 要行头部 CT 及腰椎穿刺检查	468
第 201 章	蛛网膜下腔出血后行颅脑 CT 检查或复查的指征应 放宽	471
第 202 章	注意蛛网膜下腔出血病人再发性脑出血	475
第 203 章	蛛网膜下腔出血病人出现心电图变化提示仍有活动 性出血	478
第 204 章	急性缺血性脑卒中应进行溶栓治疗	480
第 205 章	心肺复苏后疼痛刺激反射消失持续 24 小时, 眼球 反射消失 72 小时, 可以认为是永久性昏迷	482
第 206 章	未能识别垂体卒中可导致神经系统灾难性后果	484
第 207 章	颅后窝肿瘤病人禁止行腰椎穿刺	487
第 208 章	正确评估格林巴利综合征病人的呼吸衰竭和反射 消失	490
第 209 章	格林巴利综合征病人推荐早期行血浆置换或免疫球 蛋白治疗	494
第 210 章	重症肌无力病情恶化的病人需要气管插管	496
第 211 章	在重症肌无力病人避免应用刺激性肺量测定法, 谨 慎应用肺内震荡通气 (IPPV) 或扑动阀	498
第 212 章	不是所有癫痫发作都是惊厥性的或明显的	500
第 213 章	癫痫持续状态需急症处理	502
第 214 章	丙戊酸的潜在副作用	504
第 215 章	昏迷的病人或合作性欠佳的病人也要进行脑神经检查	506
第 216 章	昏迷病人不要用挤压脚趾或脚的疼痛刺激来检查痛 觉反应	514
实验室检查		517
第 217 章	不要把血乳酸水平增高归因于肾功能不全	518

第 218 章	乳酸酸中毒不要应用碳酸氢盐治疗·····	520
第 219 章	术后 CO ₂ 潴留可能导致高血压 ·····	522
第 220 章	血气正常不能排除肺栓塞·····	524
第 221 章	阿加曲班增加国际标准化比率, 但不影响外源性凝血功能·····	527
第 222 章	持续吸入一氧化氮治疗的病人, 需检测高铁血红蛋白水平·····	531
第 223 章	肾功能不全时, 用肌钙蛋白水平衡量心肌损伤不准确·····	534
第 224 章	耐药假单胞菌感染时实验室应进行药物协同作用实验·····	536
第 225 章	从肺动脉导管口远端取血用于混合静脉血氧检测·····	538
第 226 章	检查重症病人的甲状腺功能·····	541
第 227 章	利用空试管检验造口的存活情况·····	545
第 228 章	决不要对低血糖重新测试, 立即处理防止病情进展·····	547
第 229 章	术后病人 D-二聚体水平能排除却不能诊断肺动脉栓塞·····	550
第 230 章	糖尿病酮症酸中毒常始于阴离子间隙增高型代谢性酸中毒·····	551
第 231 章	重视在急性呼吸困难病人中检测血清脑利尿钠肽水平·····	553
第 232 章	低镁血症是导致顽固性低钾血症的一个原因·····	555
营养学 ·····		557
第 233 章	肠内营养降低苯妥英钠血药浓度·····	558
第 234 章	尽早开始肠内营养·····	561
第 235 章	警惕过度喂养·····	564
第 236 章	警惕再喂养综合征的发生·····	566