

校级硕士

重症创伤科在
重症监护病房





校级硕士 重症创伤科在 重症监护病房

- » 模式: 在线
- » 时长: 12个月
- » 学位: TECH 科技大学
- » 课程表: 自由安排时间
- » 考试模式: 在线

网页链接: www.techtitute.com/cn/medicine/professional-master-degree/master-severe-trauma-icu

目录

01

介绍

4

02

目标

8

03

能力

14

04

课程管理

18

05

结构和内容

26

06

方法

48

07

学位

56

01 介绍

针对重症监护室创伤患者的监测、诊断设备和规程的进步改进了干预策略和处理复杂临床情况的方法。在这种情况下，医疗专业人员需要掌握最新的规程、最先进的诊断技术和创伤研究。为了满足这一需求，我们开设了这门 100% 在线的资格课程，为毕业生提供有效的重症监护病房严重创伤学进修课程。此外，所有这些都是 12 个月的时间里，通过由卫生部门的专家和专业人员制作的大量多媒体教学材料完成的，可以通过任何联网的电子设备访问。



“

有了这个校级硕士,你就可以将医疗职责与创伤学的一级进修结合起来”

近年来,UCI 扫描、便携式超声波和先进的监护仪等诊断设备的技术改进和进步,标志着重症监护室对创伤患者的评估水平有了很大提高。与此同时,所使用的药物也有了显著的进步,这些进步都得到了科学和医学研究的支持。这种情景引导专业人员开展日常多学科工作,并采用新的治疗策略。

面对这一现实,医生们不断更新自己的能力和技能,以应对复杂的临床情况。为此,TECH 开发了这一校级硕士课程,由一支在医院中心拥有丰富经验的优秀专家团队提供 1,500 个学时的教学服务。

该课程将使毕业生能够深入处理新出现的情况,快速做出决定,并与不同的专家团队进行精确协调。他还将深入探讨创伤患者的康复和恢复计划,以及生命支持设备和先进评估工具中使用的最新技术。

多媒体药片和各种教学资源(如专业读物和案例研究)使教学大纲更加生动活泼。此外,这个学术机构采用的 Relearning 方法可以让专业人员在更短的时间内实现更有效的更新。

这是一个独特的机会,可以通过灵活的在线教学方式与时俱进,将最繁重的日常任务与最前沿的大学计划相结合。

这个**重症创伤科在重症监护病房校级硕士**包含了市场上最完整和最新的科学课程。主要特点是:

- ◆ 由重症监护室严重创伤专家介绍案例研究的发展情况
- ◆ 这个课程的内容图文并茂、示意性强、实用性强为那些视专业实践至关重要的学科提供了科学和实用的信息
- ◆ 可以进行自我评价过程的实践练习,以提高学习效果
- ◆ 其特别强调创新方法
- ◆ 理论课、向专家提问、关于有争议问题的讨论区和这个反思性论文
- ◆ 可从任何连接互联网的固定或便携设备上访问内容



你想知道在特殊情况下处理受创伤病人的最有效策略吗?做到这一点,感谢这个资格证书"

“

通过最佳多媒体内容深入了解
创伤并发症的预防和疼痛管理”

这个课程的教学人员包括来自这个行业的专业人士,他们将自己的工作经验带到了这一培训中,还有来自领先公司和著名大学的公认专家。

它的多媒体内容是用最新的教育技术开发的,将允许专业人员进行情景式学习,即一个模拟的环境,提供一个身临其境的培训,为真实情况进行培训。

这个课程的设计重点是基于问题的学习,藉由这种学习,专业人员必须努力解决整个学年出现的不同的专业实践情况。为此,你将获得由知名专家制作的新型交互式视频系统的帮助。

它深入探讨了最新的应急协议、
受伤严重程度评估和稳定技术。

通过全球最大的数字大学开设的
最全面的重症监护病房
创伤课程,提升你的技能。



02 目标

这个教学时数为 1,500 小时的大学学位旨在为医疗专业人员提供全面的最新知识和技能,帮助他们在重症监护室管理创伤病人。因此,在完成该课程后,毕业生将掌握最先进的诊断和治疗策略、药理学进展以及与病人和其他参与临床护理的专家和医护人员的沟通技巧。



“

通过这个课程,你可以进一步获取有关危重创伤在重症监护中的管理的最新研究文献的信息”

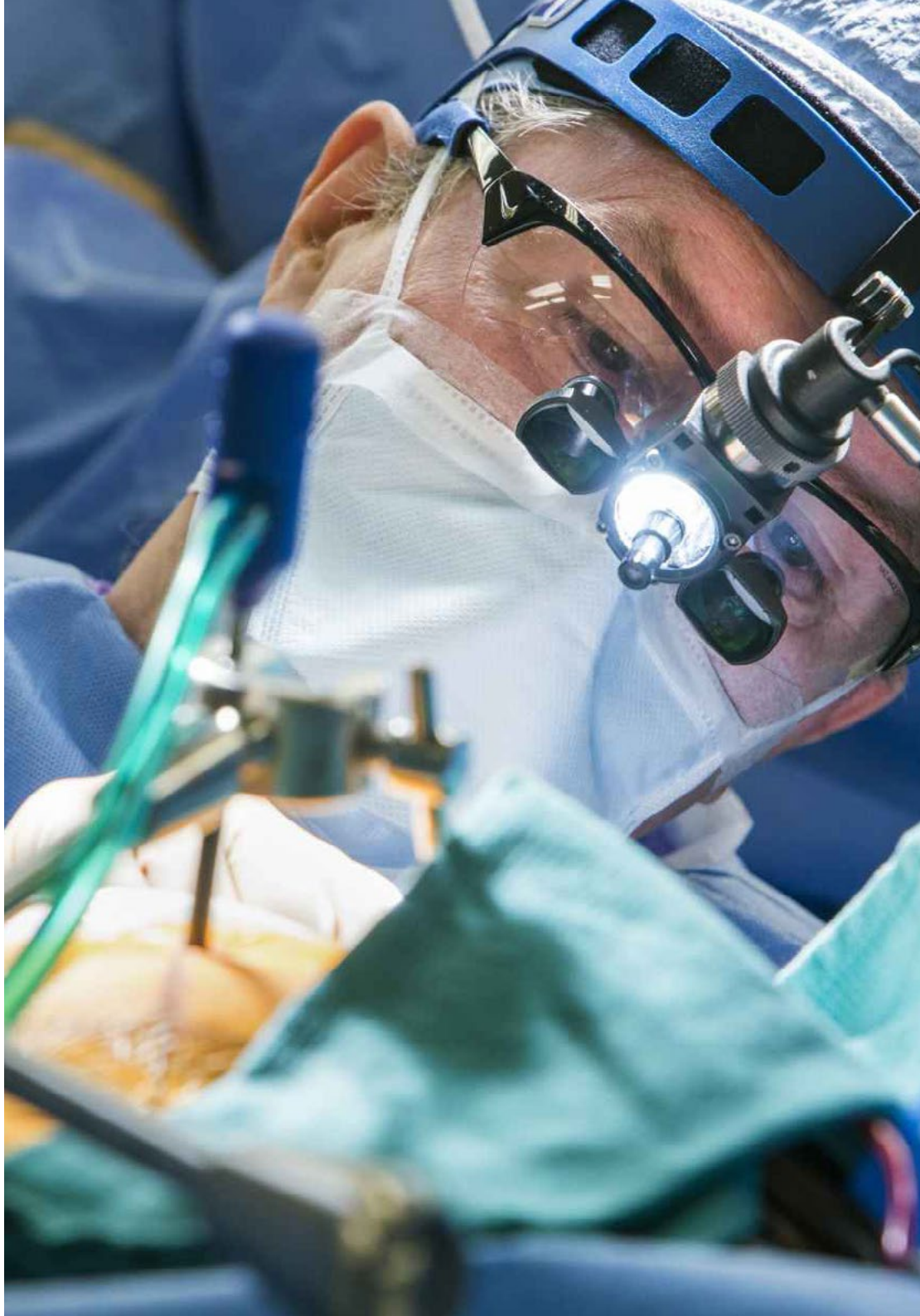


总体目标

- ◆ 全面了解严重创伤的解剖生理、病理生理和临床基础，以及相关并发症和合并症
- ◆ 向不同受众有效传达预防伤害信息，并使用健康促进策略
- ◆ 深化特定创伤（如头部、胸部和骨科创伤）的院前处理规程
- ◆ 将质量和安全实践纳入创伤病人的管理，最大限度地降低风险，优化疗效
- ◆ 了解严重创伤患者的特殊营养需求，并制定适当的营养计划
- ◆ 在大规模创伤情况下执行分流规程并确定护理的优先次序

“

你可以在家中随时查询
与创伤性 shock 相关的
凝血障碍的处理方法”





具体目标

模块 1. 公共卫生中的创伤性疾病

- 运用流行病学概念分析人口中外伤的发生率、流行程度和模式
- 考虑经济、社会和生活质量因素, 评估外伤对公众健康的影响
- 分析伤害预防计划, 考虑弱势人群和干预策略
- 深入研究卫生政策在预防和管理外伤方面的作用, 并考虑相关的法规和立法
- 解读流行病学数据, 评估创伤趋势, 确定有效干预的重点领域
- 考虑资源协调和危机管理, 制定应对大规模创伤情况的公共卫生计划
- 评估公共卫生干预措施在预防外伤方面的效果, 并根据结果调整策略

模块 2. 院前创伤管理

- 了解在院前环境中对创伤患者进行快速、系统的评估
- 根据病人的严重程度和病情, 确定院前管理干预措施并确定其优先次序
- 制定确保充分通风的战略
- 更新在创伤情况下控制外部和内部出血以及最大限度减少失血的技术
- 掌握安全的固定技术, 以避免进一步损伤, 并确保创伤病人的适当活动
- 更新院前管理中使用的药物、剂量和适当的给药途径

模块 3. 重症创伤科在重症监护病房

- 快速评估重症监护室住院病人外伤的严重程度和范围
- 根据患者的紧急程度和稳定性, 确定医疗和外科干预措施的优先次序
- 深化创伤患者恢复血流动力学稳定和控制shock的技术
- 采用控制活动性出血和防止失血过多的方法
- 解读射线照片和其他医学影像, 以确定伤情并指导治疗
- 深化创伤患者的疼痛管理和镇静策略, 同时考虑到他们的个性化需求

模块 4. 重症监护室严重创伤的处理

- 评估高级诊所, 确定危重病人外伤的严重程度和范围
- 掌握对医学影像和实验室检查等诊断检查结果的最新解释, 以确定损伤和并发症
- 为每位外伤患者做出更明智的决定, 提供最合适的医疗和手术治疗
- 掌握处理严重创伤患者shock和控制出血的先进策略
- 执行先进的外科手术, 如损伤控制手术和组织修复手术
- 使用先进的生命支持疗法, 包括机械通气和使用血管活性药物
- 识别和处理创伤患者的常见并发症, 并制定长期护理计划

模块 5. 高级重症监护室护理

- ◆ 推进重症监护室创伤病人的临床评估, 识别 shock、出血和病情恶化的迹象
- ◆ 处理和护理用于严重创伤患者的复杂医疗设备, 如探针和导管
- ◆ 掌握用于创伤患者止痛、镇静和 shock 控制的特定药物的最新使用方法
- ◆ 更新解读和使用监测数据 (如生命体征和血液动力学参数) 的技能, 以做出护理决策
- ◆ 识别并预防重症监护室创伤病人的常见并发症, 如感染和压疮

模块 6. 重症监护病房创伤的放射学、并发症和康复治疗

- ◆ 深入研究解读X射线、计算机断层扫描和磁共振图像, 以识别创伤性损伤
- ◆ 区分创伤患者放射影像中的急性损伤和原有病症
- ◆ 描述肌肉骨骼系统、内脏和软组织等部位的外伤
- ◆ 深入研究医学成像技术和设备, 了解它们如何影响诊断
- ◆ 深化放射科医生的角色, 培养向医疗团队传达放射检查结果的技能
- ◆ 深入研究放射学发现, 以便在处理和治疗创伤患者时做出明智的临床决策

模块 7. 重症监护室创伤 shock 管理

- ◆ 深入研究重症监护室创伤患者的不同 shock 类型
- ◆ 加深对生命体征和血液动力学参数的解读, 以评估 shock 的严重程度和进展情况
- ◆ 研究静脉输液的原则及其在维持血流灌注中的正确使用
- ◆ 更新有关血管活性药物及其作用机制的知识, 以纠正血液动力学失衡
- ◆ 识别和处理与创伤性shock相关的凝血障碍
- ◆ 制定识别和治疗创伤患者常见并发症脓毒性shock的策略

模块 8. 重症监护室轻微创伤的处理

- ◆ 更新重症监护室严重创伤患者的高级临床评估知识
- ◆ 解释诊断测试和临床结果, 以确定和评估外伤的程度
- ◆ 掌握控制创伤病人出血和防止失血过多的技术
- ◆ 研究特定创伤 (如头部和胸部创伤) 的内外科治疗方法
- ◆ 了解重症监护室为严重创伤患者提供的先进医疗技术和维持生命疗法
- ◆ 评估与创伤管理有关的伦理和法律情况, 并做出知情决定



模块 9. 创伤药理学与营养学

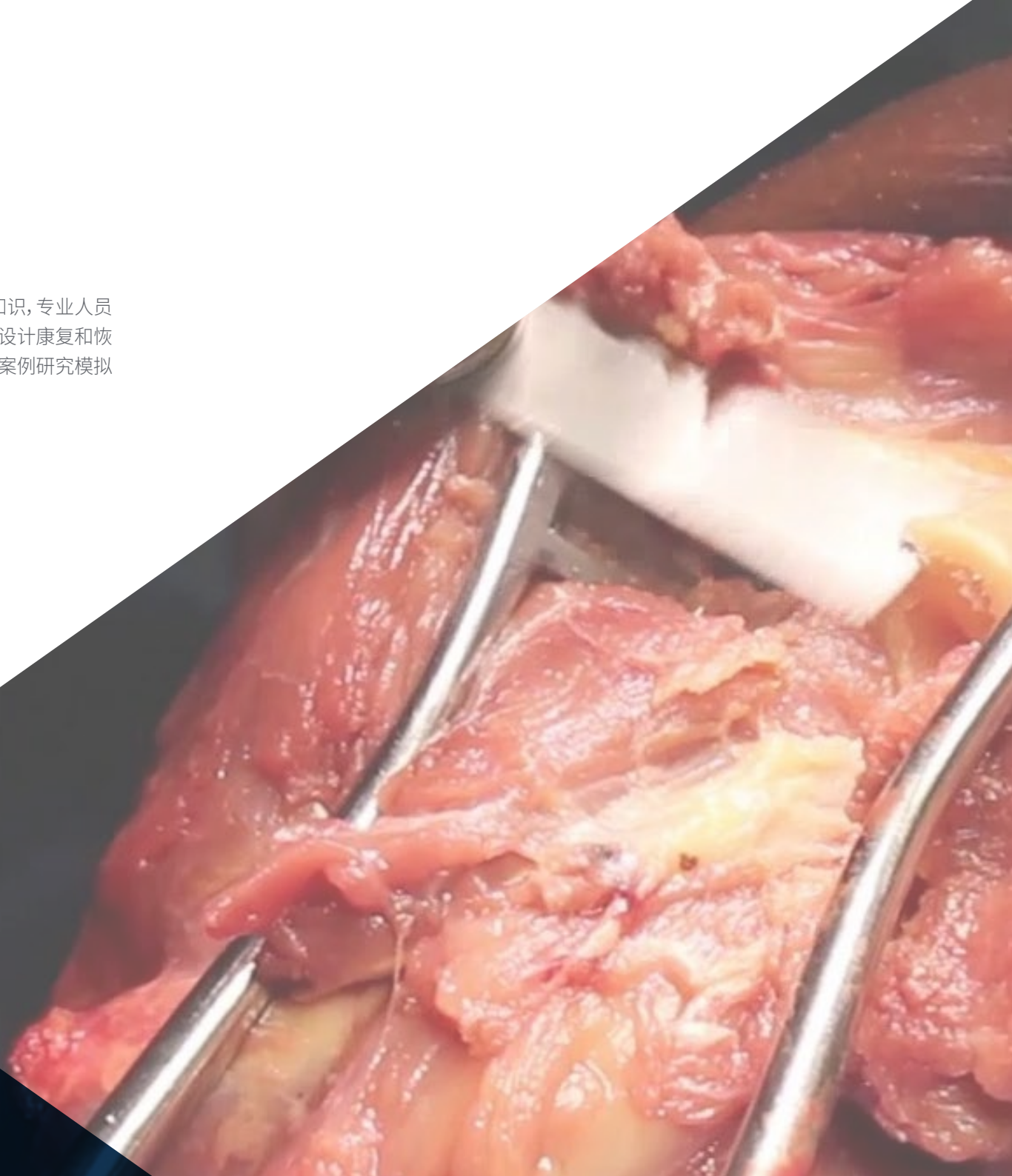
- 为创伤病人选择和使用特定的止痛、镇静和 shock 控制药物
- 更新有关用于创伤患者的不同药物的适当剂量和给药途径的知识
- 深入研究用于治疗创伤患者的药物的副作用和可能出现的并发症

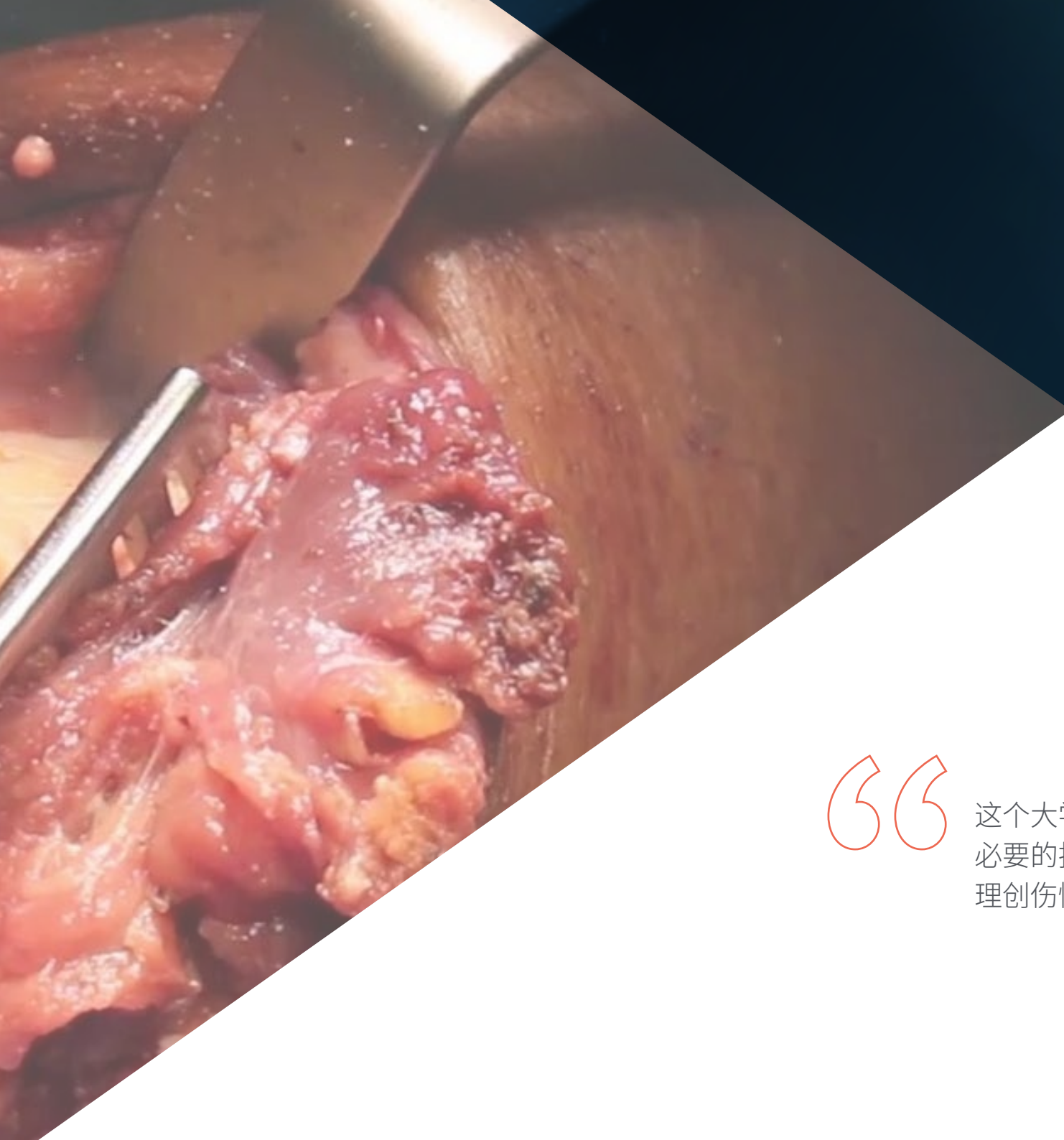
模块 10. 特殊情况下的创伤

- 了解外伤对儿童、老人和孕妇等特殊人群的影响
- 在发生自然灾害、大规模事故和武装冲突时处理创伤情况
- 深化在特殊情况下处理创伤的具体规程和程序

03 能力

感谢教学团队在重症监护室严重创伤领域拥有丰富的经验和先进的知识, 专业人员将能够通过最新技术更新病人管理方法, 提高决策能力或为创伤病人设计康复和恢复计划的能力。为此, 教学大纲采用理论与实践相结合的方法, 并提供案例研究模拟等材料, 让你置身于各种临床场景之前。





“

这个大学的课程将为你提供必要的技术, 以提高你在处理创伤情况方面的领导能力”



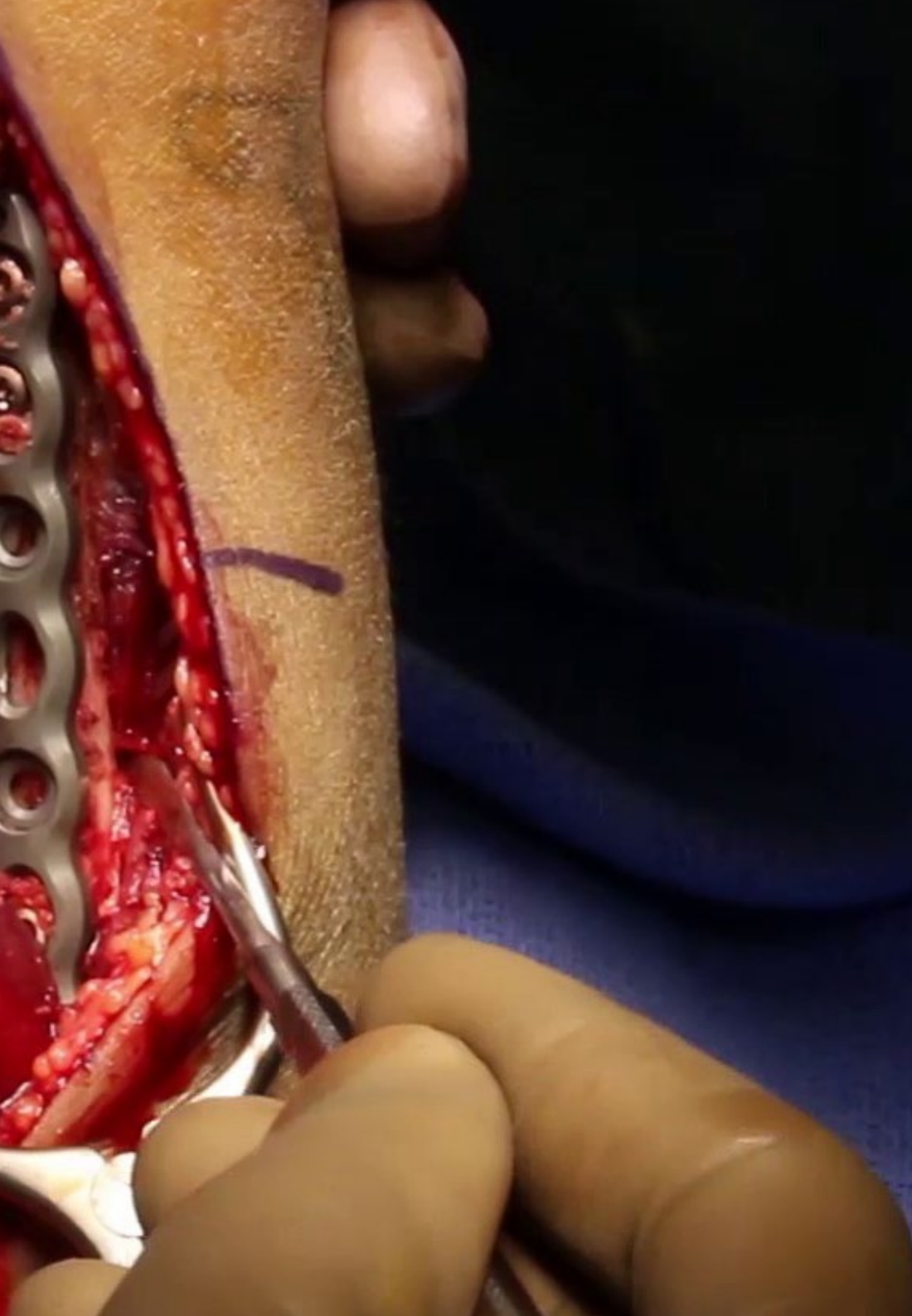
总体能力

- 在急症护理环境中促进跨学科合作, 在医疗团队中有效开展工作, 提供全面护理
- 提高决策和处理创伤情况的领导能力, 有效协调团队和资源
- 掌握用于处理严重创伤的先进医疗技术, 如监控装置和成像设备
- 预防外伤, 培养向病人和社区宣传安全措施的技能
- 提高保持气道通畅的技能, 确保充足的供氧和通气
- 立即采取有效措施, 稳定创伤性shock患者的病情
- 协调弱势社区的医疗资源和创伤应对小组
- 在创伤和紧急情况下, 与病人、家属和其他专业人员有效沟通

“

提高你在复杂的重症监护室环境中与外伤患者及其家属沟通的技巧”



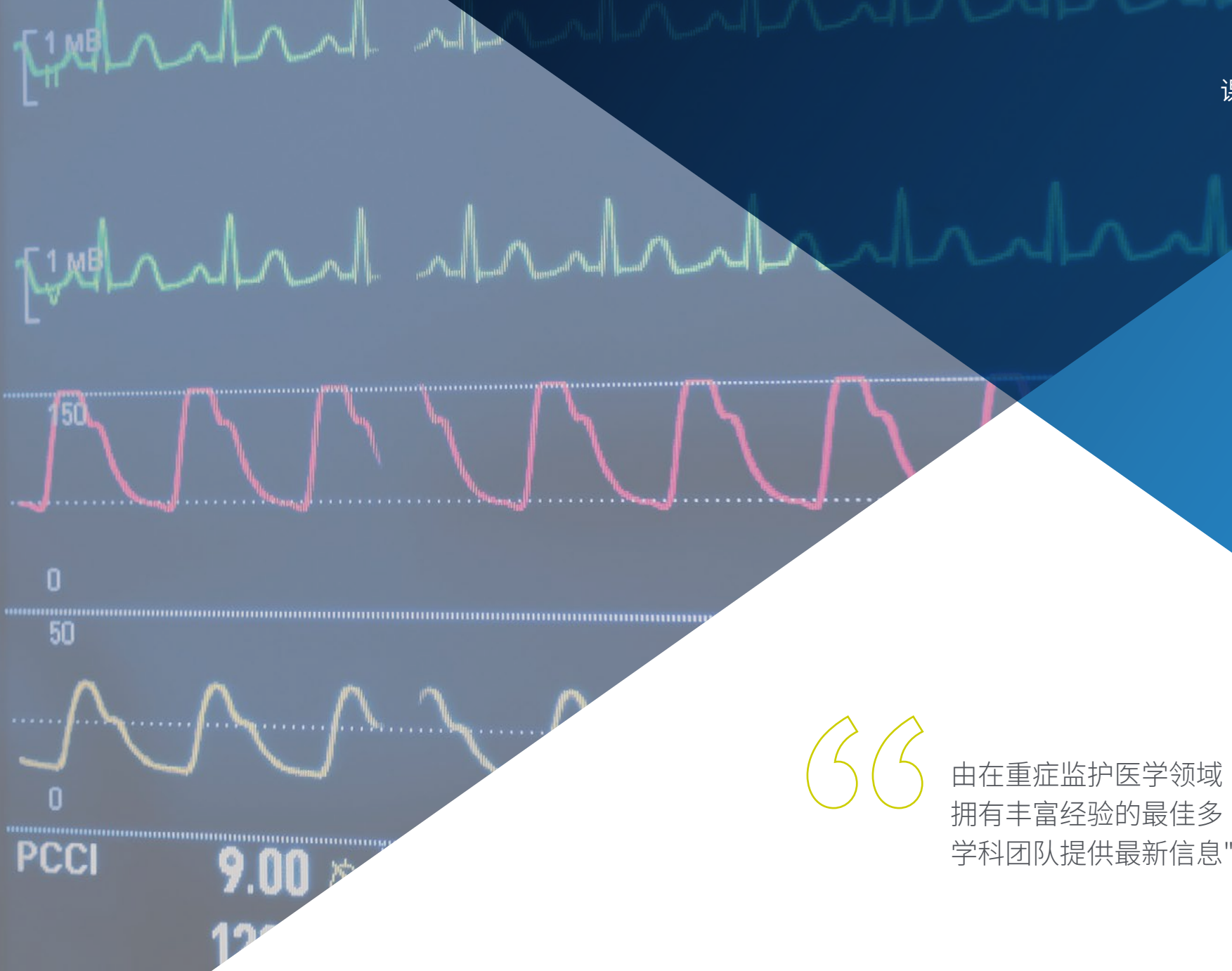


具体能力

- ◆ 提高对创伤病人进行快速准确评估的能力, 确定伤情严重程度和护理的优先次序
- ◆ 掌握内外科干预技术, 稳定严重外伤患者的病情, 包括气道管理、出血控制和生命支持
- ◆ 在急性创伤情况下, 考虑到伦理和法律方面的问题, 做出有依据的明智决定
- ◆ 提高与病人、家属和医护团队成员的有效沟通技巧, 确保对情况有清晰和感同身受的理解
- ◆ 提高在急性创伤情况下做出知情和循证决策的能力, 同时考虑道德和法律方面的问题
- ◆ 促进严重创伤方面的研究, 推动该领域的发展
- ◆ 设计教育活动, 在社区推广安全行为, 降低外伤风险
- ◆ 在急性创伤情况下优先考虑并提供初步的医疗和外科护理
- ◆ 应用现有策略恢复血流动力学稳定, 并处理shock等情况

04 课程管理

重症监护室的治疗涉及多学科专业人员的工作,因此 TECH 在该计划中汇集了一支由医生、护士、治疗师和卫生部门其他专家组成的团队。这样,学生就能从整体角度获得有效的最新信息。此外,在本课程期间,你还可以解决对高级校级硕士内容的任何疑问。



“

由在重症监护医学领域
拥有丰富经验的最佳多
学科团队提供最新信息”

国际客座董事

Dyer, George S. 医生是一位杰出的 骨科外科医生, 专注于 上肢创伤及 肩膀, 肘部, 手腕和手部的复杂创伤重建。他曾在 布里格姆和妇女医院担任 上肢外科医生, 并且担任了 巴里·P·西蒙斯骨科外科讲座教授。

他的显著贡献之一是在 海地的工作, 尤其是在 2010年大地震后, 他是首批抵达该国的外科医生之一, 提供关键援助。在此过程中, 他与 当地外科医生及其他 医疗专业人员紧密合作, 增强了 海地应对 医疗紧急情况的能力。因此, 他在培训新一代 海地骨科外科医生方面发挥了重要作用, 他们在 2021年地震中展现了自己的技能与准备, 有效而专业地应对了危机。

此外, 在担任 哈佛大学骨科联合住院医师项目主任期间, 他努力改善 住院医师的工作和教育条件, 营造更平衡和健康的工作环境。这种关注反映了他对未来医生培训的承诺, 以及对同事 心理健康与职业发展的关心。

因此, Dyer, George S. 医生在其领域的影响得到了广泛认可, 获得了 人道主义奖, 由 布里格姆和妇女医院的希波克拉底协会授予, 并被评为 马萨诸塞州顶级医生。这些奖项突显了他对 全球骨科手术的重要贡献和影响, 反映了他在职业各个方面的奉献精神。



Dyer, George S. 医生

- 布里格姆和妇女医院上肢外科医生, 位于美国波士顿
- 布里格姆和妇女医院的巴里·P·西蒙斯骨科外科讲座教授
- 美国海军医疗队指挥外科医生
- 哈佛大学骨科联合住院医师项目主任
- 布里格姆和妇女医院及儿童医院的上肢外科奖学金
- 哈佛大学医学院医学博士
- 哈佛大学政治学和政府学学士
- 布里格姆和妇女医院希波克拉底协会授予的人道主义奖
- 马萨诸塞州顶级医生

“

感谢 TECH, 您将能够与世界上最优秀的专业人士一起学习”

管理人员



Bustamante Munguira, Elena 医生

- 巴利亚多利德医院重症医学科主任
- 伊维萨和福门特拉岛卫生区医务主任
- 重症监护医学专家
- 进修课程和讲习班讲师
- 萨拉曼卡医学院杰出官方奖
- 病人安全拉蒙-卢尔奖
- 医学外科博士
- 管理学硕士
- 医疗和护理局
- 患者安全硕士学位

教师

Velasco García, Álvaro 医生

- 巴利亚多利德大学医院重症监护医师
- 毕业于巴利亚多利德大学医学专业
- 医学知识整合及其在解决临床问题中的应用校级硕士 穆尔西亚圣安东尼奥天主教大学

Posadas Pita, Guillermo 医生

- 里奥霍尔特加大学医院重症监护医生
- 里奥霍尔特加大学医院 ECMO 小组成员
- 创伤护理高级生命支持专家
- 巴利亚多利德大学名誉合作者
- 毕业于纳瓦拉大学医学专业

Portugal Rodríguez, Esther 医生

- ◆ 大学医院重症监护医学专家
- ◆ Lucus Augusti医院重症监护医学专家
- ◆ 坎波格兰德雷科莱塔斯医院重症监护医学专家
- ◆ 布尔戈斯大学医院重症和危重症医学及冠心病科专家
- ◆ 西班牙重症监护医学和冠状动脉病房学会 (SEMICYUC) 重症监护医学临床模拟讲师
- ◆ 毕业于巴利亚多利德大学医学专业
- ◆ 格拉纳达大学临床营养学硕士

Macho Mier, María 医生

- ◆ 米格尔-塞尔维特大学医院矫形外科和创伤学医生
- ◆ 萨拉戈萨大学理学医生
- ◆ 坎塔布里亚大学医学毕业生
- ◆ 大学硕士学位: 萨拉戈萨大学医学研究入门
- ◆ Cardenal Herrera - CEU大学颁发的创伤和矫形外科更新硕士学位
- ◆ 在奥林匹亚 Quirónsalud 集团接受运动医学培训
- ◆ 西班牙矫形外科和创伤学会、阿拉贡矫形外科和创伤学会以及萨拉戈萨杰出官方医学院成员

Alcalde Susi, Roberto 医生

- ◆ Base de Miranda del Ebro院外急救服务医生
- ◆ F.E.巴利亚多利德医院重症监护室重症医学》
- ◆ 布尔戈斯大学医院重症监护室的重症监护医生
- ◆ El gorro Solidario "项目的发起人、负责人和协调人
- ◆ HEMS 专家(直升机紧急医疗服务)
- ◆ 毕业于纳瓦拉大学医学专业
- ◆ 布尔戈斯和塞米丘克医学院医生培训理事会成员

Murias Rodríguez, Marcos 先生

- ◆ 急诊执业护士
- ◆ 急诊护士直升机 112 SACYL
- ◆ 莱昂红十字会流动重症监护室急诊护士
- ◆ 流动 UVI 急诊护士, Servimed Norte
- ◆ 克莱斯集团圣女佩雷格里纳住宅的护士
- ◆ 职业风险预防、高空作业、BLS 和自动体外除颤器培训师
- ◆ 基本生命支持和救灾讲师
- ◆ 西班牙莱昂红十字会基本生命支持和自动体外除颤器讲师
- ◆ 职业风险预防硕士学位: 工作安全、人体工程学、工业卫生和应用社会心理学, 由 UNED (西班牙开放大学) 提供
- ◆ 毕业于莱昂大学护理学专业
- ◆ Miguel de Cervantes欧洲大学紧急情况和灾难大学专家

Curieses Andrés, Celia 女士

- ◆ 巴利亚多利德大学医院重症监护医生
- ◆ 巴布科克国际集团医师
- ◆ Ambuiberica 的医生
- ◆ Recoletas Castilla y León 医院医生
- ◆ 圣母医院医生
- ◆ 巴利亚多利德市议会医生
- ◆ 卡斯蒂利亚和莱昂培训与就业基金会教师
- ◆ 毕业于巴利亚多利德大学医学专业
- ◆ 巴利亚多利德大学化学学位

Mamolar Herrera, Nuria 医生

- ◆ 巴利亚多利德大学医院重症监护医师
- ◆ 重症监护室后遗症工作组成员
- ◆ 巴利亚多利德大学外科、眼科、耳鼻喉科和物理治疗系荣誉合作者
- ◆ 项目合作研究员:PI 22-2613。“接受高流量氧气治疗和/或无创机械通气患者的营养性肠内营养”
- ◆ 项目合作研究员:“识别预测 COVID-19 患者病情严重程度的生物标志物”
- ◆ 毕业于巴利亚多利德大学医学专业
- ◆ CEU Cardenal Herrera 大学重症监护医学在线硕士课程
- ◆ 大学重症医学神经病学和严重创伤管理专家
- ◆ 西班牙重症和危重症医学及冠心病病房学会 (SEMICYUC) 和卡斯蒂利亚-莱昂重症和危重症医学及冠心病病房学会 (SCLMICYUC) 会员

Artola Blanco, Mercedes 医生

- ◆ 巴利亚多利德大学医院重症监护医生
- ◆ 巴利亚多利德临床医院人性化医疗保健委员会下属的重症监护室后综合症工作组合作者
- ◆ Cantabria 大学医学学位
- ◆ CEU-Cardenal Herrera 大学重症监护医学更新硕士
- ◆ 卡斯蒂利亚诺莱内萨省重症、冠状动脉和冠状动脉内科协会 (SCLMICYUC) 和西班牙重症、冠状动脉和冠状动脉内科协会 (SEMICYUC) 成员

Aguado Hernández, Héctor José 医生

- ◆ 巴利亚多利德大学医院专科医生
- ◆ 红塔加河大学医院的专科医生
- ◆ 塞维利亚 San Juan de Dios del Aljarafe 医院助理医生
- ◆ 阿尔卡拉埃纳雷斯 Príncipe de Asturias 医院助理医生
- ◆ Ramón Y Cajal 医院专科医生
- ◆ 巴亚多利德大学的医学和外科医生
- ◆ SACYL 2022 赠款、PIPPAS 研究
- ◆ AO 2020 年创伤补助金, PIPPAS 研究
- ◆ 在雷霍沃特卡普兰医院血管外科轮转
- ◆ 在纽约西奈山医院心血管外科轮转
- ◆ 在斯特拉斯堡创伤和矫形中心创伤急救室轮转

Pérez Gutiérrez, Jaime Eduardo 医生

- ◆ 巴利亚多利德大学医院重症监护医生
- ◆ 12 de Octubre医院全科医生
- ◆ 毕业于弗朗西斯科-德维多利亚大学医学系
- ◆ 西班牙重症监护医学、重症监护和冠状动脉病房学会 (SEMICYUC)、马德里官方医师学院和巴利亚多利德官方医师学院成员

De la Torre Vélez, Paula 医生

- ◆ Burgos 医院内科医生
- ◆ Summa 112 医生。马德里社区急诊服务
- ◆ Burgos 大学医学学位。
- ◆ 医学整合与临床问题解决硕士。

Bueno González, Ana María 医生

- ◆ 巴利亚多利德大学医院重症监护医学专家
- ◆ 毕业于巴利亚多利德大学医学和外科
- ◆ 雷阿尔城医学院合作讲师
- ◆ HGUCR 和雷阿尔城医学院高级生命支持讲师
- ◆ CRASH-3 试验和 SEMICYUC 项目的合作研究员
- ◆ 巴塞罗那自治大学健康科学统计学文凭
- ◆ 巴塞罗那自治大学健康科学研究方法硕士
- ◆ CEU 大学重症监护医学更新硕士学位

De Pedro Sánchez, María Ángeles 女士

- ◆ 巴利亚多利德地区卫生管理局护士
- ◆ 巴利亚多利德 Sagrado Corazón 医院护士
- ◆ 巴利亚多利德 Insalud 的护士
- ◆ 帕伦西亚护理学院和帕伦西亚市议会社会福利部课程教师
- ◆ 巴利亚多利德大学护理学院合作讲师
- ◆ 阿利坎特大学的护理学文凭
- ◆ 萨拉曼卡大学护理学学士
- ◆ Miguel de Cervantes 欧洲大学护理单位管理硕士学位
- ◆ Asevegue 欧洲学校健康教育技能发展与有效沟通工商管理硕士课程
- ◆ 拥有护士领导学位。ISFOS 和 UNIR 举办的夜莺挑战赛
- ◆ Miguel de Cervantes 欧洲大学保健人性化硕士学位

05

结构和内容

这个校级硕士的教学大纲由一个多学科教学团队制定, 将为医生提供最新的诊断、评估方法以及在重症监护室处理严重创伤的最有效策略。所有这一切, 都将在 12 个月内完成, 并在虚拟图书馆中提供最好的教学材料, 每周 7 天、每天 24 小时都可通过任何可连接互联网的电子设备进行访问。





“

这个课程将使你了解重症监护室最先进的创伤病人护理技术”

模块 1. 公共卫生中的创伤性疾病

- 1.1. 道路事故流行病学
 - 1.1.1. 交通意外
 - 1.1.2. 定义
 - 1.1.3. 重要性
 - 1.1.4. 流行病学
 - 1.1.5. 预防
- 1.2. 使用药物、酒精、毒品和某些病症对驾驶的影响
 - 1.2.1. 吸毒和酗酒
 - 1.2.2. 服用药物对驾驶的影响
 - 1.2.3. 医护人员在为驾车患者开药时应采取的行动
 - 1.2.4. 驾驶病人的表现
 - 1.2.5. 酒精与驾驶
 - 1.2.5.1. 酒精的药代动力学和血液中酒精浓度的决定因素
 - 1.2.5.2. 酒精对驾驶的影响
 - 1.2.6. 非法药物和驾驶
 - 1.2.6.1. 药物种类及其对驾驶的影响
- 1.3. 事故的生物力学
 - 1.3.1. 事故
 - 1.3.2. 历史方面
 - 1.3.3. 碰撞阶段
 - 1.3.4. 生物力学原理
 - 1.3.5. 按解剖部位和事故类型分列的受伤生物力学情况
 - 1.3.5.1. 机动车事故
 - 1.3.5.2. 摩托车、轻便摩托车和自行车事故
 - 1.3.5.3. 卡车和公共汽车事故
- 1.4. 组织严重创伤性病理护理
 - 1.4.1. 创伤小组配置
 - 1.4.2. 成功团队的特征
 - 1.4.3. 组长的作用和责任
 - 1.4.3.1. 对团队的想法
 - 1.4.3.2. 收到报告
 - 1.4.3.3. 团队管理和对信息的反应
 - 1.4.3.4. 团队反馈
 - 1.4.3.5. 与病人家属沟通
 - 1.4.4. 有效领导
 - 1.4.4.1. 有效团队领导的素质和行为
 - 1.4.4.2. 文化与气候
 - 1.4.5. 团队成员的角色和责任
 - 1.4.5.1. 成员
 - 1.4.5.2. 成员的责任
 - 1.4.5.2.1. 为病人做好准备
 - 1.4.5.2.2. 接收报告
 - 1.4.5.2.3. 评估和管理病人
 - 1.4.5.2.4. 参与反馈
- 1.5. 创伤严重程度指数
 - 1.5.1. 估值指数
 - 1.5.2. 格拉斯哥量表
 - 1.5.3. 简易伤害量表
 - 1.5.4. 损伤严重程度评估
 - 1.5.5. 确定创伤病人的严重程度
- 1.6. 登记、严重程度等级和可避免的死亡率
 - 1.6.1. 秤
 - 1.6.2. 生理学量表
 - 1.6.2.1. Glasgow
 - 1.6.2.2. 修订创伤评分 (RTS)
 - 1.6.2.3. 儿科创伤评分 或儿科创伤指数 (ITP)
 - 1.6.3. 解剖鳞片
 - 1.6.3.1. 缩写损伤clae (AIS)
 - 1.6.3.2. 受伤严重程度评分 (ISS)
 - 1.6.3.3. 新损伤严重程度评分 (NISS)
 - 1.6.3.4. 器官损伤量表 (OIS)
 - 1.6.3.5. 腹部穿透性创伤指数 (PATI)

- 1.6.4. 综合比额表
 - 1.6.4.1. TRISS 比例尺或模型
 - 1.6.4.2. 国际疾病分类伤害严重程度评分 (ICISS)
 - 1.6.4.3. 创伤死亡率预测模型 (TMPM)
 - 1.6.4.4. 创伤风险调整模型 (TRAM)
 - 1.6.4.5. 顺序创伤评分 (STS)
- 1.6.5. 创伤中可预防的死亡率和错误
- 1.7. 创伤护理的质量和安全性
 - 1.7.1. 质量和安全
 - 1.7.2. 概念、质量和安全的定义
 - 1.7.3. 确保团队有效沟通
 - 1.7.4. 记录保存、协议、核对表、清单
 - 1.7.5. 风险管理
 - 1.7.6. 冲突管理
- 1.8. 模拟创伤团队培训
 - 1.8.1. 团队建设
 - 1.8.2. 模拟培训概念
 - 1.8.3. 制定 FEBS 计划 (基于模拟的团队建设)
 - 1.8.3.1. 全面需求分析
 - 1.8.3.2. 模拟设计: 以活动为基础的团队建设
 - 1.8.3.2.1. 能力选择
 - 1.8.3.2.2. 培训目标
 - 1.8.3.2.3. 临床背景
 - 1.8.3.2.4. 阶段发展
 - 1.8.3.2.5. 预期答复
 - 1.8.3.2.6. 测量工具
 - 1.8.3.2.7. 情景脚本
 - 1.8.3.3. Debriefing
 - 1.8.3.3.1. Briefing-prebriefing
 - 1.8.3.3.2. 提供信息的主持人
 - 1.8.3.3.3. 目标
 - 1.8.3.3.4. debriefing 的常规技术和支持
 - 1.8.3.3.5. 评价体系
- 1.9. 书目资源
 - 1.9.1. 培训新途径
 - 1.9.1.1. 使用创新教学资源
 - 1.9.1.1.1. 基于案例的学习
 - 1.9.1.1.2. 倒置课堂模式
 - 1.9.1.1.3. 临床模拟
 - 1.9.1.1.4. 游戏化
 - 1.9.1.1.5. 临床讨论
 - 1.9.1.2. 适应当前的认知模式
- 1.10. 与创伤有关的社交网络
 - 1.10.1. 利用新的数字资源开展培训
 - 1.10.1.1. FODMed 和社交媒体
 - 1.10.1.2. 将 Twitter 作为教育工具
 - 1.10.2. 数字化转型对科研的影响
 - 1.10.2.1. 社交媒体宣传
 - 1.10.2.2. 大数据
 - 1.10.3. 社交媒体对医疗保健的影响
 - 1.10.3.1. 简介
 - 1.10.3.2. 卫生专业人员和组织使用社交网络的情况
 - 1.10.3.3. 患者及其环境使用社交网络和数字媒体的情况
 - 1.10.3.4. 用户影响
 - 1.10.3.5. 对与医疗专业人员关系的影响
 - 1.10.4. 社交媒体的良好做法

模块 2. 院前创伤管理

- 2.1. 一般启动建议
 - 2.1.1. 建议
 - 2.1.2. 我该怎么办?
 - 2.1.3. 多发性创伤患者的黄金法则
 - 2.1.4. 旅行时的实用建议

- 2.2. 现场 护理和医疗运送中的优先护理事项
 - 2.2.1. 场景评估
 - 2.2.1.1. 前往干预地点
 - 2.2.1.2. 现场管理和处理
 - 2.2.1.3. 分流
 - 2.2.1.4. 额外资源的管理
 - 2.2.2. 初级评估和紧急行动
 - 2.2.2.1. 初步估计(总体印象)
 - 2.2.2.2. 控制失血性出血
 - 2.2.2.3. 气道和通气
 - 2.2.2.4. 循环状况
 - 2.2.2.5. 神经系统状况
 - 2.2.2.6. 接触并转入二次评估
- 2.3. 交通事故中的生命支持和整体协调
 - 2.3.1. 定义
 - 2.3.2. 生命支持目标
 - 2.3.3. 成人基本和高级生命支持序列
 - 2.3.4. 对建议书主要改动的分析
 - 2.3.5. 心肺复苏过程中将疾病传染给施救者的风险
 - 2.3.6. 侧面安全位置
 - 2.3.7. 成人 BLS/ASVS 算法
- 2.4. 一般自我保护和安全措施
 - 2.4.1. 范围
 - 2.4.2. 确定经营者和活动地点
 - 2.4.3. 活动和自然环境描述
 - 2.4.3.1. 自我保护计划涵盖的活动说明
 - 2.4.3.2. 机构、房舍和设施说明
 - 2.4.3.3. 环境描述
 - 2.4.3.4. 访问说明
 - 2.4.4. 清查、分析和风险评估
 - 2.4.4.1. 风险描述和地点
 - 2.4.4.2. 分析和评估活动的内在风险和外部风险
- 2.5. 伤口分类
 - 2.5.1. 分类
 - 2.5.2. 皮肤的解剖结构
 - 2.5.3. 伤口的概念、分类和治疗
 - 2.5.4. 伤口评估
 - 2.5.5. 刺伤和枪伤
 - 2.5.5.1. 刺伤
 - 2.5.5.1.1. 带刃武器的定义和分类
 - 2.5.5.1.1.1. 刺伤
 - 2.5.5.1.1.2. 尖锐刺伤
 - 2.5.5.1.1.3. 刺伤造成的刺伤
 - 2.5.5.1.1.4. 切割伤和钝器伤
 - 2.5.5.1.2. 枪击伤害
 - 2.5.5.1.2.1. 枪伤的形态
 - 2.5.5.1.2.2. 临床方面和治疗
- 2.6. 启动救援队
 - 2.6.1. 活动
 - 2.6.2. 道路交通事故受害者小组
 - 2.6.3. 紧急协调中心
 - 2.6.3.1. 警报呼叫的接收和控制阶段
 - 2.6.3.2. 评估或医疗数据监管阶段
 - 2.6.3.3. 护理响应、监测和控制阶段
 - 2.6.3.4. 健康行动阶段
 - 2.6.3.4.1. 到达现场并对事件进行评估
 - 2.6.3.4.2. 场景及其环境的组织
 - 2.6.3.4.3. 受影响人员的位置和分流(分类)
 - 2.6.3.4.4. 援助和疏散伤员
- 2.7. 除冰和脱困技术
 - 2.7.1. 准备工作
 - 2.7.2. 回应和认可
 - 2.7.3. 控制
 - 2.7.4. 车辆稳定
 - 2.7.5. 方法:接触受害者
 - 2.7.6. 稳定受害者情绪和解除监禁

- 2.7.7. 提取和终止
- 2.7.8. 所需材料
- 2.7.9. 安全气囊
- 2.8. 固定严重创伤病人
 - 2.8.1. 脱困
 - 2.8.2. 我们应该对谁进行 RME?
 - 2.8.3. 我们用什么方法进行环境监测?
 - 2.8.4. 我们如何进行 RME?
- 2.9. 院外伤员评估
 - 2.9.1. 病人
 - 2.9.2. 初步评估
 - 2.9.2.1. 气道、颈椎控制
 - 2.9.2.2. 通风
 - 2.9.2.3. 循环
 - 2.9.2.4. 神经系统状况
 - 2.9.2.5. 病人接触
 - 2.9.3. 二级评估
- 2.10. 医疗转运的病理生理学和病人转运过程中的建议
 - 2.10.1. 概念
 - 2.10.2. 历史
 - 2.10.3. 分类
 - 2.10.3.1. 航空运输
 - 2.10.3.2. 陆路运输
 - 2.10.4. 院外转运的病理生理学
 - 2.10.4.1. 加速度
 - 2.10.4.2. 机械和声学振动
 - 2.10.5. 直升机的适应症和禁忌症
 - 2.10.6. 防止运输损坏
 - 2.10.7. 宗旨
 - 2.10.8. 交通工具
 - 2.10.9. 转移过程中的协助
 - 2.10.10. 转让
 - 2.10.11. 援助材料

模块 3. 重症创伤科在重症监护病房

- 3.1. 转往创伤中心的指征
 - 3.1.1. 适应症
 - 3.1.2. 确定是否需要转运病人
 - 3.1.2.1. 搬迁因素
 - 3.1.2.1.1. 初审:气道
 - 3.1.2.1.2. 初审:呼吸
 - 3.1.2.1.3. 初审:循环
 - 3.1.2.1.4. 初审:神经系统缺陷
 - 3.1.2.1.5. 初审:曝露
 - 3.1.2.1.6. 二次审查:头部和颈部
 - 3.1.2.1.7. 颌面外科
 - 3.1.2.2. 及时搬迁
 - 3.1.2.2.1. 评估病变的解剖结构
 - 3.1.2.2.2. 评估受伤机制和高能量撞击的证据
 - 3.1.2.2.3. 评估特殊病人、儿科病人、老人、肥胖者、孕妇
- 3.2. 为医院的 "生命之箱" 提供帮助。组织和护理团队
 - 3.2.1. 目标
 - 3.2.2. 护理小组的组织
 - 3.2.3. 生命创伤箱的特点
 - 3.2.4. 建议采取的保护措施
- 3.3. 初级评估和初步复苏
 - 3.3.1. 初级筛查与同步复苏
 - 3.3.1.1. 颈椎活动受限的气道
 - 3.3.1.2. 呼吸和通气
 - 3.3.1.3. 循环与出血控制
 - 3.3.1.3.1. 血容量和心输出量
 - 3.3.1.3.2. 出血
 - 3.3.1.4. 神经系统评估(缺陷)
 - 3.3.1.5. 环境接触和监测

- 3.3.2. 危及生命的伤害
 - 3.3.2.1. 气道问题
 - 3.3.2.1.1. 气道阻塞
 - 3.3.2.1.2. 支气管受伤
 - 3.3.2.2. 呼吸系统的问题
 - 3.3.2.2.1. 高血压性肺炎
 - 3.3.2.2.2. 开放性气胸
 - 3.3.2.2.3. 大血胸
 - 3.3.2.3. 循环系统问题
 - 3.3.2.3.1. 大血胸
 - 3.3.2.3.2. 心脏压塞
 - 3.3.2.3.3. 创伤性循环停止
- 3.4. 二级评估
 - 3.4.1. 历史
 - 3.4.1.1. 损伤机制和可疑模式
 - 3.4.1.2. 环境
 - 3.4.1.3. 受伤前的状态和诱发因素
 - 3.4.1.4. 入院前护理观察
 - 3.4.2. 身体检查
 - 3.4.2.1. 简介
 - 3.4.2.2. 看和问
 - 3.4.2.3. 评估头部、颈部、胸部、腹部和骨盆
 - 3.4.2.4. 循环评估
 - 3.4.2.5. 放射学检查
- 3.5. 破伤风和抗生素预防
 - 3.5.1. 适应症
 - 3.5.2. 准则
 - 3.5.3. 剂量
- 3.6. 气道和通气管理
 - 3.6.1. 第一个
 - 3.6.2. 问题识别
 - 3.6.2.1. 颌面部创伤
 - 3.6.2.2. 喉部创伤
 - 3.6.3. 气道阻塞的客观迹象
 - 3.6.4. 通风
 - 3.6.4.1. 问题识别
 - 3.6.4.2. 通风不足的客观迹象
- 3.7. 困难气道管理预测
 - 3.7.1. 气道
 - 3.7.2. 潜在的困难
 - 3.7.3. 困难插管的 LEMON 评估
 - 3.7.3.1. 向外看
 - 3.7.3.2. 评估 3-3-2 规则
 - 3.7.3.3. 马兰帕蒂
 - 3.7.3.4. 阻碍
 - 3.7.3.5. 颈部活动度
- 3.8. 气道管理
 - 3.8.1. 呼吸道处理
 - 3.8.1.1. 困难气道管理预测
 - 3.8.1.2. 气道决定方案
 - 3.8.2. 气道维护技术
 - 3.8.2.1. 抬下巴动作
 - 3.8.2.2. 下颌牵引操作
 - 3.8.2.3. 鼻咽通气道
 - 3.8.2.4. 口咽通气道
 - 3.8.2.5. 额外的声门或声门上装置
 - 3.8.2.5.1. 喉罩和用于插管的喉罩
 - 3.8.2.5.2. 喉管和喉管插管
 - 3.8.2.5.3. 多腔食道气道
 - 3.8.3. 确定性气道
 - 3.8.3.1. 气管插管
 - 3.8.3.2. 手术气道
 - 3.8.3.2.1. 针式环甲膜切开术
 - 3.8.3.2.2. 外科环甲膜切开术

- 3.9. 创伤中的错误和隐性伤害。三级认可
 - 3.9.1. 三级认可
 - 3.9.1.1. 护理质量指标
 - 3.9.2. 初始护理错误
 - 3.9.2.1. 初始护理不同阶段最常见的错误
 - 3.9.2.2. 错误类型
 - 3.9.3. 隐匿性病变或未诊断病变 (LND)
 - 3.9.3.1. 定义。发病率
 - 3.9.3.2. 导致 LND 发生的混杂变量
 - 3.9.3.2.1. 不可避免的因素
 - 3.9.3.2.2. 可能避免的因素
 - 3.9.3.3. 最常见的 LND
 - 3.9.4. 三级认可
 - 3.9.4.1. 定义
 - 3.9.4.2. 持续重估的重要性
 - 3.10. 注册和转让
 - 3.10.1. 转诊医生
 - 3.10.2. 用于转运创伤病人的 ABC-SBAR
 - 3.10.3. 接诊医生
 - 3.10.4. 运输方式
 - 3.10.5. 传输协议
 - 3.10.5.1. 转诊医生信息
 - 3.10.5.2. 调动人员须知
 - 3.10.5.3. 文档
 - 3.10.5.4. 转运过程中的处理
 - 3.10.5.5. 转账详情
- ## 模块 4. 重症监护室严重创伤的处理
- 4.1. 严重创伤
 - 4.1.1. 严重创伤
 - 4.1.2. 适应症
 - 4.1.3. 结论
 - 4.2. 损伤机制和可疑病变的模式
 - 4.2.1. 受伤机制
 - 4.2.2. 正面撞击(车辆碰撞)
 - 4.2.2.1. 颈椎骨折
 - 4.2.2.2. 前胸不稳定
 - 4.2.2.3. 心脏挫伤
 - 4.2.2.4. 气胸
 - 4.2.2.5. 主动脉外伤性破裂
 - 4.2.2.6. 脾或肝裂伤
 - 4.2.2.7. 骨折、膝关节和/或髌关节后脱位
 - 4.2.2.8. TCE
 - 4.2.2.9. 面部骨折
 - 4.2.3. 侧面撞击(车辆碰撞)
 - 4.2.3.1. 对侧颈椎扭伤
 - 4.2.3.2. TCE
 - 4.2.3.3. 颈椎骨折
 - 4.2.3.4. 侧不稳定胸廓
 - 4.2.3.5. 气胸
 - 4.2.3.6. 主动脉外伤性破裂
 - 4.2.3.7. 横膈膜破裂
 - 4.2.3.8. 脾/肝和/或肾撕裂伤, 取决于撞击的一侧
 - 4.2.4. 后部撞击(车辆碰撞)
 - 4.2.4.1. 颈椎损伤
 - 4.2.4.2. TCE
 - 4.2.4.3. 颈椎软组织损伤
 - 4.2.5. 车辆弹射
 - 4.2.5.1. 弹射, 无法真正预测损伤模式, 最高风险患者
 - 4.2.6. 车辆撞上行人
 - 4.2.6.1. TCE
 - 4.2.6.2. 主动脉外伤性破裂
 - 4.2.6.3. 腹部内脏损伤
 - 4.2.6.4. 下肢骨折

- 4.2.7. 高空坠落
 - 4.2.7.1. TCE
 - 4.2.7.2. 脊柱轴向创伤
 - 4.2.7.3. 腹部内脏损伤
 - 4.2.7.4. 骨盆或髌臼骨折
 - 4.2.7.5. 双侧下肢骨折(包括小腿骨骨折)
- 4.2.8. 刺伤
 - 4.2.8.1. 前胸
 - 4.2.8.1.1. 心脏压塞
 - 4.2.8.1.2. 血胸
 - 4.2.8.1.3. 气胸
 - 4.2.8.1.4. 血气胸
 - 4.2.8.2. 左胸腹
 - 4.2.8.2.1. 左横膈膜损伤、脾脏损伤、血胸
 - 4.2.8.2.2. 腹部, 如果腹膜穿透, 可能造成腹腔内脏损伤
- 4.2.9. 枪伤
 - 4.2.9.1. 躯干
 - 4.2.9.1.1. 受伤概率高
 - 4.2.9.1.2. 残留射弹有助于预测伤害
 - 4.2.9.2. 肢体
 - 4.2.9.2.1. 神经血管损伤
 - 4.2.9.2.2. 骨折
 - 4.2.9.2.3. 夹层综合征
- 4.2.10. 热灼伤
 - 4.2.10.1. 肢体或胸部的环状焦痂
 - 4.2.10.2. 隐性创伤(烧伤机制/逃生手段)
- 4.2.11. 电烧伤
 - 4.2.11.1. 心律失常
 - 4.2.11.2. 肌坏死/肌室综合征
- 4.2.12. 吸入性烧伤
 - 4.2.12.1. 一氧化碳中毒
 - 4.2.12.2. 气道水肿
 - 4.2.12.3. 肺水肿
- 4.3. 分流的重要性
 - 4.3.1. 分流
 - 4.3.2. 定义
 - 4.3.3. 重要性
- 4.4. 调动资源
 - 4.4.1. 资源
 - 4.4.2. 创伤小组配置
 - 4.4.3. 收到报告
 - 4.4.3.1. 机制
 - 4.4.3.2. 受伤情况
 - 4.4.3.3. 迹象
 - 4.4.3.4. 治疗和旅行
 - 4.4.4. 领导团队并对信息做出反应:评估和管理病人
 - 4.4.4.1. 气道控制和颈椎活动限制
 - 4.4.4.2. 通气呼吸
 - 4.4.4.3. 循环与出血控制
 - 4.4.4.4. 神经系统缺陷
 - 4.4.4.5. 接触和环境
 - 4.4.4.6. 记录保存
- 4.5. 双重响应创伤护理
 - 4.5.1. 作为重大创伤进行分流。定义
 - 4.5.2. 作为潜在严重创伤进行分类。定义
 - 4.5.3. 双重应对创伤小组
 - 4.5.3.1. 高层回应
 - 4.5.3.2. 低级响应
 - 4.5.4. 双响应护理管理算法
- 4.6. 治疗潜在危重病人
 - 4.6.1. 重症病人
 - 4.6.2. 潜在重症患者标准
 - 4.6.2.1. 生理标准
 - 4.6.2.2. 解剖学标准
 - 4.6.2.3. 受伤机制
 - 4.6.2.4. 需要考虑的情况

- 4.7. 隐性病变筛查中的辅助检查
 - 4.7.1. 考试
 - 4.7.2. 初步评估
 - 4.7.2.1. 气道
 - 4.7.2.2. 通风
 - 4.7.2.3. 循环
 - 4.7.2.4. 神经病学
 - 4.7.2.5. 曝露
 - 4.7.3. 二级评估
 - 4.7.3.1. 头部和面部
 - 4.7.3.2. 颈部
 - 4.7.3.3. 胸部
 - 4.7.3.4. 腹腔
 - 4.7.3.5. 会阴部
 - 4.7.3.6. 溯源
 - 4.7.3.7. 肢体
 - 4.7.4. 颈椎损伤筛查的 Nexus/CRR 标准
 - 4.7.5. 宫颈血管病变筛查标准
- 4.8. 实验室数据
 - 4.8.1. 实验室
 - 4.8.2. 要求测试
 - 4.8.3. 系统回顾
- 4.9. 成像技术
 - 4.9.1. 图片
 - 4.9.2. TCE
 - 4.9.3. 颈椎创伤和颈部血管损伤检测
 - 4.9.4. 胸腔创伤
 - 4.9.5. 背腰椎创伤
 - 4.9.6. 泌尿生殖系统创伤
 - 4.9.7. 骨盆和骨科创伤
- 4.10. 注册和转让
 - 4.10.1. 转诊医生
 - 4.10.2. 用于转运创伤病人的 ABC-SBAR
 - 4.10.3. 接诊医生

- 4.10.4. 传输协议
 - 4.10.4.1. 转诊医生信息
 - 4.10.4.2. 调动人员须知
 - 4.10.4.3. 文档
 - 4.10.4.4. 转账详情

模块 5. 高级重症监护室护理

- 5.1. 创伤护理团队中的护理角色
 - 5.1.1. 护理
 - 5.1.2. 院外护理, 一个独立的领域
 - 5.1.3. 援助核心
 - 5.1.4. 研究
 - 5.1.5. 教学
 - 5.1.6. 行政与管理
 - 5.1.7. 生物伦理学问题
 - 5.1.8. 法律方面
 - 5.1.9. 急诊和紧急护理的技术、技能、体征和症状
- 5.2. 重大创伤救护中的院前护理
 - 5.2.1. 入院前护理
 - 5.2.2. 创伤性脑损伤护理
 - 5.2.2.1. 紧急阶段的护理
 - 5.2.2.1.1. 神经病学
 - 5.2.2.1.2. 血液动力学
 - 5.2.2.1.3. 呼吸系统
 - 5.2.2.1.4. 肾脏
 - 5.2.2.2. 急性脊髓创伤的护理
 - 5.2.2.2.1. 血液动力学并发症
 - 5.2.2.2.2. 呼吸系统并发症
 - 5.2.2.3. 胸部创伤护理
 - 5.2.2.4. 腹部和骨盆创伤护理
 - 5.2.2.5. 创伤骨科护理
- 5.3. 入院前护理阶段
 - 5.3.1. 入院前护理

- 5.3.2. 场景评估
 - 5.3.2.1. 前往干预地点
 - 5.3.2.2. 现场管理和处理
 - 5.3.2.3. 分流
 - 5.3.2.4. 额外资源的管理
- 5.4. 重大创伤的初步护理过程
 - 5.4.1. 审查和准备接待区
 - 5.4.2. 启动设备
 - 5.4.3. 接待病人
 - 5.4.4. 病人转运
- 5.5. 制定初步评估程序
 - 5.5.1. 护士 A: 气道
 - 5.5.1.1. 气道和通气
 - 5.5.2. 护士 B: 血液循环
 - 5.5.2.1. 控制失血性出血
 - 5.5.3. 神经状况评估
- 5.6. 二级识别
 - 5.6.1. 认知
 - 5.6.2. 初始护理中的并发症管理
 - 5.6.2.1. 温度控制
 - 5.6.2.2. 膀胱导尿管和肛胃导尿管
 - 5.6.2.3. 镇痛和需要镇静的技术
 - 5.6.2.4. 破伤风预防和抗生素治疗
 - 5.6.3. 与外伤小组组长和外伤小组协调, 在成像检查或紧急治疗行动后进行院内转运
 - 5.6.4. 评估和无菌包扎外伤或手术后伤口
 - 5.6.5. 酌情开始药物治疗
- 5.7. 系统回顾
 - 5.7.1. 重新评估救生应急优先事项
 - 5.7.2. 填写完整并签名的注册表
 - 5.7.3. 二级识别
 - 5.7.4. 在初始时间内继续进行重新评估
 - 5.7.4.1. Ctes vitales
 - 5.7.4.2. 瞳孔、意识水平、GCS
 - 5.7.4.3. 监测导管、灌注、引流管和探针
 - 5.7.4.4. 监控: 心电图、脉搏血氧仪、呼吸器等

- 5.8. 家庭护理
 - 5.8.1. 家庭
 - 5.8.2. 新闻部
 - 5.8.2.1. 现状
 - 5.8.2.2. 演变和预后
 - 5.8.3. 伴奏解释运行情况和时间表
- 5.9. 心理创伤管理
 - 5.9.1. 精神创伤
 - 5.9.2. 了解精神创伤
 - 5.9.3. 家庭
 - 5.9.4. 如何行动
 - 5.9.5. 院外和院内环境中的态度
 - 5.9.6. 如何沟通
 - 5.9.7. 预防
- 5.10. 院内转运
 - 5.10.1. 院内转运
 - 5.10.2. 用于病人转运的 ABC-SBAR
 - 5.10.3. 院内转运协议
 - 5.10.3.1. 搬迁清单
 - 5.10.3.2. 转院护士报告
 - 5.10.3.3. 文档

模块 6. 重症监护病房创伤的放射学、并发症和康复治疗

- 6.1. 重症监护室放射科
 - 6.1.1. 定义
 - 6.1.2. 结构
 - 6.1.3. 结论
- 6.2. 严重创伤的多发性创伤患者的管理和成像方案
 - 6.2.1. 临床标准评估
 - 6.2.1.1. 严重程度和怀疑重伤的标准
 - 6.2.1.1.1. 生命迹象
 - 6.2.1.1.2. 明显受伤
 - 6.2.1.1.3. 高能损伤机制

- 6.2.1.2. 根据体征和生命体征进行评估
 - 6.2.1.2.1. 动态稳定的血红蛋白:完成 TC
 - 6.2.1.2.2. 动态不稳定血红素生态快速
- 6.2.2. 标准 TC 协议:符合严重程度标准但无 shock迹象的患者
 - 6.2.2.1. 非对比头颅 TC扫描
 - 6.2.2.2. 无造影剂颈椎 CT
 - 6.2.2.2.1. 骨窗
 - 6.2.2.2.2. 软部件窗口
 - 6.2.2.3.使用造影剂进行胸腹盆 TC扫描
 - 6.2.2.3.1. 动脉阶段研究
 - 6.2.2.3.2. 门户阶段研究
- 6.2.3. shock协议 shock的严重程度标准和征兆
 - 6.2.3.1. TC 不带CIV:胸部、腹部和骨盆
 - 6.2.3.1.1. 动脉和静脉阶段
 - 6.2.3.1.2. 后期阶段
- 6.2.4. 高度怀疑膀胱尿道损伤的规程
 - 6.2.4.1. 腹部和骨盆无 CIV 的 TC扫描
- 6.2.5. 其他情况
 - 6.2.5.1. 疑似颈部血管损伤
 - 6.2.5.2. 临床怀疑面部大面积复杂骨折
 - 6.2.5.3. 食道疑似外伤性破裂
- 6.3. 超声波在多发创伤患者初期护理中的应用
 - 6.3.1. 超声波
 - 6.3.2. 什么是 Eco-fast?
 - 6.3.3. 适应症
 - 6.3.4. 提供的信息和根据调查结果得出的态度
- 6.4. TCE
 - 6.4.1. TCE
 - 6.4.2. 研究协议
 - 6.4.3. 系统搜索研究结果
 - 6.4.3.1. 轴外内血肿
 - 6.4.3.2. 此类血肿产生的肿块效应:脑室或脑沟塌陷、基底腔阻塞、脑疝迹象
 - 6.4.3.3. 骨折痕迹、卡洛特和颅底
 - 6.4.3.4. 矢状面上的骨折痕迹和椎体对齐情况
- 6.5. 颈椎创伤
 - 6.5.1. 颈椎创伤
 - 6.5.2. 研究协议
 - 6.5.3. 系统搜索研究结果
 - 6.5.3.1. 颈部大血管病变
 - 6.5.3.2. 颈椎骨折,评估是否有不稳定迹象,评估相关造影剂是否可能外渗
- 6.6. 背腰椎创伤
 - 6.6.1. 背腰椎
 - 6.6.2. 研究协议
 - 6.6.3. 系统搜索研究结果
 - 6.6.3.1. 胸腹大血管病变
 - 6.6.3.2. 腰椎背侧骨折,评估是否有不稳定迹象,评估相关造影剂是否可能外渗
- 6.7. 胸部外伤
 - 6.7.1. 胸部
 - 6.7.2. 研究协议
 - 6.7.3. 系统搜索研究结果
 - 6.7.3.1. 胸腔大血管受伤
 - 6.7.3.2. 血气胸或气胸
 - 6.7.3.3. 血肿或气胸继发性纵隔偏离
 - 6.7.3.4. 肺裂伤、肺挫伤灶、气道损伤
 - 6.7.3.5. 单根/多根肋骨骨折痕迹
 - 6.7.3.6. 椎体背侧骨折,评估可列性和不稳定迹象
- 6.8. 腹部外伤
 - 6.8.1. 腹腔
 - 6.8.2. 研究协议
 - 6.8.3. 系统搜索研究结果
 - 6.8.3.1. 腹部大血管损伤
 - 6.8.3.2. 腹腔积血或积气,高/低密度游离液体
 - 6.8.3.3. 脾脏或肝脏内脏病变
 - 6.8.3.4. 腰椎骨折,评估是否有不稳定迹象,评估可能存在的相关造影剂外渗部位
- 6.9. 骨盆外伤
 - 6.9.1. 骨盆
 - 6.9.2. 研究协议

- 6.9.3. 系统搜索研究结果
 - 6.9.3.1. 骨盆大血管损伤
 - 6.9.3.2. 腹腔积血或积气, 高/低密度游离液体
 - 6.9.3.3. 肾损伤
- 6.10. 血管内技术和混合手术室
 - 6.10.1. 手术室
 - 6.10.2. 介入技术
 - 6.10.2.1. 骨盆创伤介入治疗
 - 6.10.2.1.1. 适应症
 - 6.10.2.2. 肝脏创伤的干预治疗
 - 6.10.2.2.1. 适应症
 - 6.10.2.3. 脾脏和肾脏创伤的介入治疗
 - 6.10.2.3.1. 适应症
 - 6.10.2.4. 胸部创伤的介入治疗
 - 6.10.2.5. 适应症
 - 6.10.3. 什么是混合手术室?
 - 6.10.4. 混合手术室的现状与未来

模块 7. 重症监护室创伤shock管理

- 7.1. 创伤复苏 终点
 - 7.1.1. 复苏
 - 7.1.2. 病理生理学
 - 7.1.3. 全局参数
 - 7.1.3.1. 临床参数、体格检查、生命体征
 - 7.1.3.2. 血液动力学参数: 优化血容量
 - 7.1.3.3. 血液动力学参数: 心脏工作
 - 7.1.3.4. 呼气末 CO₂ 值 (潮气末 CO₂)
 - 7.1.3.5. 氧化值
 - 7.1.3.6. 厌氧组织代谢厌氧测定
- 7.1.4. 区域参数
 - 7.1.4.1. 胃粘膜测压
 - 7.1.4.2. 舌下毛细血管造影
 - 7.1.4.3. 组织血氧仪和血氧饱和度仪
 - 7.1.5. 近红外光谱仪 (NIRS)
- 7.1.5. 结论
- 7.2. 创伤中的多器官功能障碍
 - 7.2.1. 功能障碍
 - 7.2.2. 病理生理学
 - 7.2.3. 分类
 - 7.2.3.1. 早期
 - 7.2.3.2. 迟来的
 - 7.2.4. 诊断
 - 7.2.4.1. 秤
 - 7.2.4.2. 风险因素
 - 7.2.5. 治疗方法
 - 7.2.5.1. 心肺功能支持
 - 7.2.5.2. 损害控制手术
 - 7.2.5.3. 清除感染灶的清创手术
 - 7.2.5.4. 输血和血液制品供应
 - 7.2.5.5. 其他: 保护性机械通气和营养
 - 7.2.6. 结论
- 7.3. 失血性shock
 - 7.3.1. 识别 shock
 - 7.3.2. shock病因的临床鉴别
 - 7.3.2.1. 失血性 shock 概述
 - 7.3.3. 生理分类
 - 7.3.3.1. I级出血 >15% 失血量
 - 7.3.3.2. II级出血 15-30% 失血量
 - 7.3.3.3. III级出血 31-40% 失血量
 - 7.3.3.4. IV级出血 >40% 失血量

- 7.3.4. 失血性 shock 的初期处理
 - 7.3.4.1. 身体检查
 - 7.3.4.1.1. 气道和呼吸
 - 7.3.4.1.2. 循环、出血控制
 - 7.3.4.1.3. 神经系统缺陷
 - 7.3.4.1.4. 展览:全面回顾
 - 7.3.4.2. 血管通路
 - 7.3.4.3. 初始液体处理
 - 7.3.4.4. 血债血偿
 - 7.3.4.4.1. 交叉测试
 - 7.3.4.4.2. 预防体温过低
 - 7.3.4.4.3. 自体血回输
 - 7.3.4.4.4. 大量输血
 - 7.3.4.4.5. 凝血功能障碍
 - 7.3.4.4.6. 钙管理
- 7.4. 严重创伤中的全身炎症反应综合征和败血症
 - 7.4.1. 全身炎症反应
 - 7.4.2. SNC
 - 7.4.2.1. 常见感染
 - 7.4.2.2. 治疗
 - 7.4.2.3. 中枢神经系统感染的抗生素预防措施
 - 7.4.3. 肺炎
 - 7.4.4. 骨折相关感染
 - 7.4.4.1. 简介
 - 7.4.4.2. 与感染有关的因素
 - 7.4.4.3. 骨折相关感染的诊断
 - 7.4.4.4. 与感染有关的治疗
- 7.5. 创伤中的凝血障碍
 - 7.5.1. 凝结
 - 7.5.2. 创伤相关性凝血病
 - 7.5.2.1. 创伤相关凝血病 (CAT)
 - 7.5.2.1.1. 组织损伤和炎症
 - 7.5.2.1.2. 内皮功能紊乱
 - 7.5.2.1.3. Shock 和低灌注
 - 7.5.2.1.4. 血小板功能障碍
 - 7.5.2.1.5. 凝血因子的消耗和功能障碍
 - 7.5.2.1.6. 纤溶亢进
 - 7.5.2.2. 创伤继发性凝血病 (CST)
 - 7.5.2.2.1. 与病人的情况有关
 - 7.5.2.2.1.1. 低体温症
 - 7.5.2.2.1.2. 酸中毒
 - 7.5.2.2.2. 稀释
 - 7.5.2.2.3. 已添加
 - 7.5.2.2.3.1. 合并症
 - 7.5.2.2.3.2. 合并用药
 - 7.5.3. 诊断
 - 7.5.3.1. 常规测试
 - 7.5.3.1.1. 常规凝血试验
 - 7.5.3.1.1.1. 血小板计数
 - 7.5.3.1.1.2. 纤维蛋白原水平
 - 7.5.3.1.2. 粘弹性测试
 - 7.5.3.1.2.1. 反应和参数
 - 7.5.3.1.2.2. 解释
 - 7.5.3.1.2.3. 优势和限制
 - 7.5.3.2. CIT 评估和大量输血预测

- 7.5.4. 凝血病管理
 - 7.5.4.1. CWB/HECTRA 的管理
 - 7.5.4.1.1. 红血球浓缩物
 - 7.5.4.1.2. 新鲜冷冻血浆
 - 7.5.4.1.3. 血小板
 - 7.5.4.1.4. 纤维蛋白原
 - 7.5.4.1.5. 原生质浓缩复合物 (CCP)
 - 7.5.4.1.6. 氨甲环酸
 - 7.5.4.1.7. 其他止血药物
 - 7.5.4.1.8. 其他措施
 - 7.5.4.2. 高凝状态管理
- 7.6. 大量输血
 - 7.6.1. 输血
 - 7.6.2. 定义
 - 7.6.3. 严重创伤患者输血管理指南
 - 7.6.4. 相关风险
 - 7.6.4.1. 凝血功能障碍
 - 7.6.4.2. TRALI
 - 7.6.4.3. 感染
- 7.7. 创伤中的心脏骤停
 - 7.7.1. 停止
 - 7.7.2. 外伤性PCR的发病机理
 - 7.7.3. 创伤性心肺复苏术的心肺复苏算法
 - 7.7.4. 外伤性PCR的预后
 - 7.7.5. 紧急胸廓切开术
 - 7.7.5.1. 适应症和禁忌症
 - 7.7.5.2. 超声波的作用
 - 7.7.5.3. 目标
 - 7.7.6. 手术技术
 - 7.7.6.1. 紧急胸骨切开术
 - 7.7.6.2. 左胸廓切开术
 - 7.7.7. 设备和监测
- 7.8. 创伤中的神经源shock
 - 7.8.1. shock
 - 7.8.2. 我记得 shock病因的临床分型
 - 7.8.2.1. 神经源 shock 概述
 - 7.8.3. 脊髓损伤的分类
 - 7.8.3.1. 水平
 - 7.8.3.2. 神经功能缺损的严重程度
 - 7.8.3.3. 脊髓症候群
- 7.9. 创伤和创伤后脂肪栓塞综合征中的血栓栓塞疾病
 - 7.9.1. 血栓
 - 7.9.2. 静脉血栓栓塞性疾病
 - 7.9.2.1. 病理生理学
 - 7.9.2.2. 预防和药理学
 - 7.9.2.2.1. 首页
 - 7.9.2.2.2. 抗凝和体位学
 - 7.9.2.3. 机械预防
 - 7.9.2.4. 诊断
 - 7.9.2.5. 静脉血栓栓塞性疾病的治疗
 - 7.9.2.6. 预测
 - 7.9.3. 脂肪栓塞综合征
 - 7.9.3.1. 病理生理学
 - 7.9.3.2. 临床
 - 7.9.3.3. 诊断
 - 7.9.3.4. 治疗
 - 7.9.3.5. 预防
- 7.10. 隔室综合征和挤压
 - 7.10.1. 夹层综合征
 - 7.10.1.1. 定义和地点
 - 7.10.1.2. 病因学和临床
 - 7.10.1.3. 治疗和预防

- 7.10.2. 挤压综合征
 - 7.10.2.1. 简介
 - 7.10.2.2. 病理生理学
 - 7.10.2.3. 进化
 - 7.10.2.4. 临床管理

模块 8. 重症监护室轻微创伤的处理

- 8.1. 轻度创伤性脑损伤
 - 8.1.1. TCE
 - 8.1.2. 解剖回顾
 - 8.1.3. 生理筛选
 - 8.1.4. TCE的分类
 - 8.1.5. 头部受伤的医疗
- 8.2. 严重创伤性脑损伤
 - 8.2.1. 严重创伤性脑损伤的处理
 - 8.2.2. PIC监测
 - 8.2.3. PIC的治疗
 - 8.2.4. 严重过度换气
 - 8.2.5. 减压技术
 - 8.2.6. 巴比妥酸盐昏迷
 - 8.2.7. 低体温和抗惊厥药
- 8.3. 面部外伤
 - 8.3.1. 分类
 - 8.3.2. 诊断
 - 8.3.3. 治疗
- 8.4. 胸腔创伤
 - 8.4.1. 胸部
 - 8.4.2. 胸廓的解剖和生理提醒
 - 8.4.3. 胸部创伤的分类
 - 8.4.4. 胸部创伤的初步评估
 - 8.4.5. 胸部创伤的初期治疗
 - 8.4.5.1. 有生命危险的紧急伤害
 - 8.4.5.1.1. 气道阻塞
 - 8.4.5.1.2. 张力性气胸
 - 8.4.5.1.3. 开放性气胸
 - 8.4.5.1.4. 大血胸
 - 8.4.5.1.5. 肋软骨, 不稳定胸廓
 - 8.4.5.1.6. 心脏压塞
 - 8.4.5.1.7. 纵隔大血管严重损伤
 - 8.4.5.2. 低度危及生命的伤害
 - 8.4.5.2.1. 肋骨骨折
 - 8.4.5.2.2. 锁骨、胸骨和肩胛骨骨折
- 8.5. 腹部创伤损害控制手术
 - 8.5.1. 腹部
 - 8.5.2. 腹部解剖
 - 8.5.3. 受伤机制
 - 8.5.3.1. 闭合性创伤
 - 8.5.3.2. 穿透性创伤
 - 8.5.3.3. 爆炸创伤
 - 8.5.4. 评估与管理
 - 8.5.4.1. 身体检查
 - 8.5.4.1.1. 检查
 - 8.5.4.1.2. 骨盆评估
 - 8.5.4.1.3. 尿道和会阴检查
 - 8.5.5. 诊断、辅助检查
 - 8.5.5.1. 腹腔灌洗穿刺
 - 8.5.5.2. 超声波
 - 8.5.5.3. 放射学
 - 8.5.5.4. CAT扫描
 - 8.5.5.5. 腹腔镜诊断
 - 8.5.6. 损害控制手术
 - 8.5.6.1. 适应症
 - 8.5.6.2. 损害控制手术的阶段

- 8.6. 骨盆创伤
 - 8.6.1. 骨盆
 - 8.6.2. 解剖学概述
 - 8.6.3. 评估与管理
 - 8.6.3.1. 尿道、会阴、直肠、阴道和臀部检查
 - 8.6.4. 辅助诊断测试
 - 8.6.4.1. 简单放射学
 - 8.6.4.2. TAC
- 8.7. 骨科创伤
 - 8.7.1. 矫形外科
 - 8.7.2. 对危及生命的四肢损伤患者进行初步检查和复苏治疗
 - 8.7.2.1. 严重动脉出血和创伤性截肢
 - 8.7.2.2. 双侧股骨骨折
 - 8.7.2.3. 挤压综合征、灾难性肢体或复杂肢体损伤
 - 8.7.3. 二次筛查, 威胁肢体的损伤
 - 8.7.3.1. 历史
 - 8.7.3.2. 身体检查
 - 8.7.3.3. 开放性骨折和关节损伤
 - 8.7.3.4. 血管病变
 - 8.7.3.5. 夹层综合征
 - 8.7.3.6. 继发于骨折或脱位的神经损伤
 - 8.7.4. 其他病变
 - 8.7.4.1. 挫伤和撕裂伤
 - 8.7.4.2. 关节和韧带损伤
 - 8.7.4.3. 骨折
 - 8.7.5. 固定原则
 - 8.7.5.1. 简介和适应症
 - 8.7.5.2. 股骨骨折
 - 8.7.5.3. 膝盖受伤
 - 8.7.5.4. 胫骨骨折
 - 8.7.5.5. 踝关节骨折
 - 8.7.5.6. 上肢和手部损伤
 - 8.7.6. 康复
 - 8.7.6.1. 重症监护室康复简介和基本原理
 - 8.7.6.2. 团队组建
 - 8.7.6.3. 康复疗法
 - 8.7.6.3.1. 一般护理指南
 - 8.7.6.3.1.1. 护理: 一般护理
 - 8.7.6.3.1.2. 矫形器矫正
 - 8.7.6.3.2. 康复治疗
 - 8.7.6.3.2.1. 不动综合征
 - 8.7.6.3.2.1.1.0 级
 - 8.7.6.3.2.1.2.1 级
 - 8.7.6.3.2.1.3.2 级
 - 8.7.6.3.2.1.4.3 级
 - 8.7.6.3.2.1.5.4 级
 - 8.7.6.3.2.1.6.5. 电疗
 - 8.7.6.3.2.2. 呼吸技巧
 - 8.7.6.3.2.2.1. 分泌物的排泄
 - 8.7.6.3.2.2.2. 通气技术
 - 8.7.6.3.2.2.3. 职业治疗
 - 8.8. 椎脊髓创伤
 - 8.8.1. 动词中性
 - 8.8.2. 解剖学回顾
 - 8.8.3. 受伤机制
 - 8.8.4. 脊髓损伤评估
 - 8.8.4.1. 脊髓损伤者的神经评估
 - 8.8.4.2. 直肠检查
 - 8.8.5. 脊髓损伤的处理
 - 8.9. 椎脊髓创伤
 - 8.9.1. 脊髓损伤的分类
 - 8.9.2. 治疗
 - 8.9.3. 脊髓损伤并发症
 - 8.9.4. 治疗皮肤病
 - 8.9.5. 预防和治疗关节挛缩

- 8.9.6. 痉挛治疗
- 8.9.7. 治疗胃肠道疾病
- 8.9.8. 泌尿生殖系统疾病的治疗
- 8.9.9. 性与生育
- 8.9.10. 职业治疗和物理治疗
- 8.9.11. 心理学
- 8.9.12. 功能性成果
- 8.10. 穿透性创伤
 - 8.10.1. 穿透性创伤
 - 8.10.2. 定义
 - 8.10.3. 特定穿透性损伤的评估
 - 8.10.3.1. 简介
 - 8.10.3.2. 胸腹损伤
 - 8.10.3.3. 前腹部伤口, 非手术治疗
 - 8.10.3.4. 腹侧和背侧病变, 非手术治疗
 - 8.10.3.5. 评估其他特定损伤
 - 8.10.3.5.1. 膈肌病变
 - 8.10.3.5.2. 十二指肠病变
 - 8.10.3.5.3. 胰腺病变
 - 8.10.3.5.4. 泌尿系统病变
 - 8.10.3.5.5. 中空内脏损伤
 - 8.10.3.5.6. 实体器官病变
 - 8.10.4. 管理和治疗

模块 9. 创伤药理学与营养学

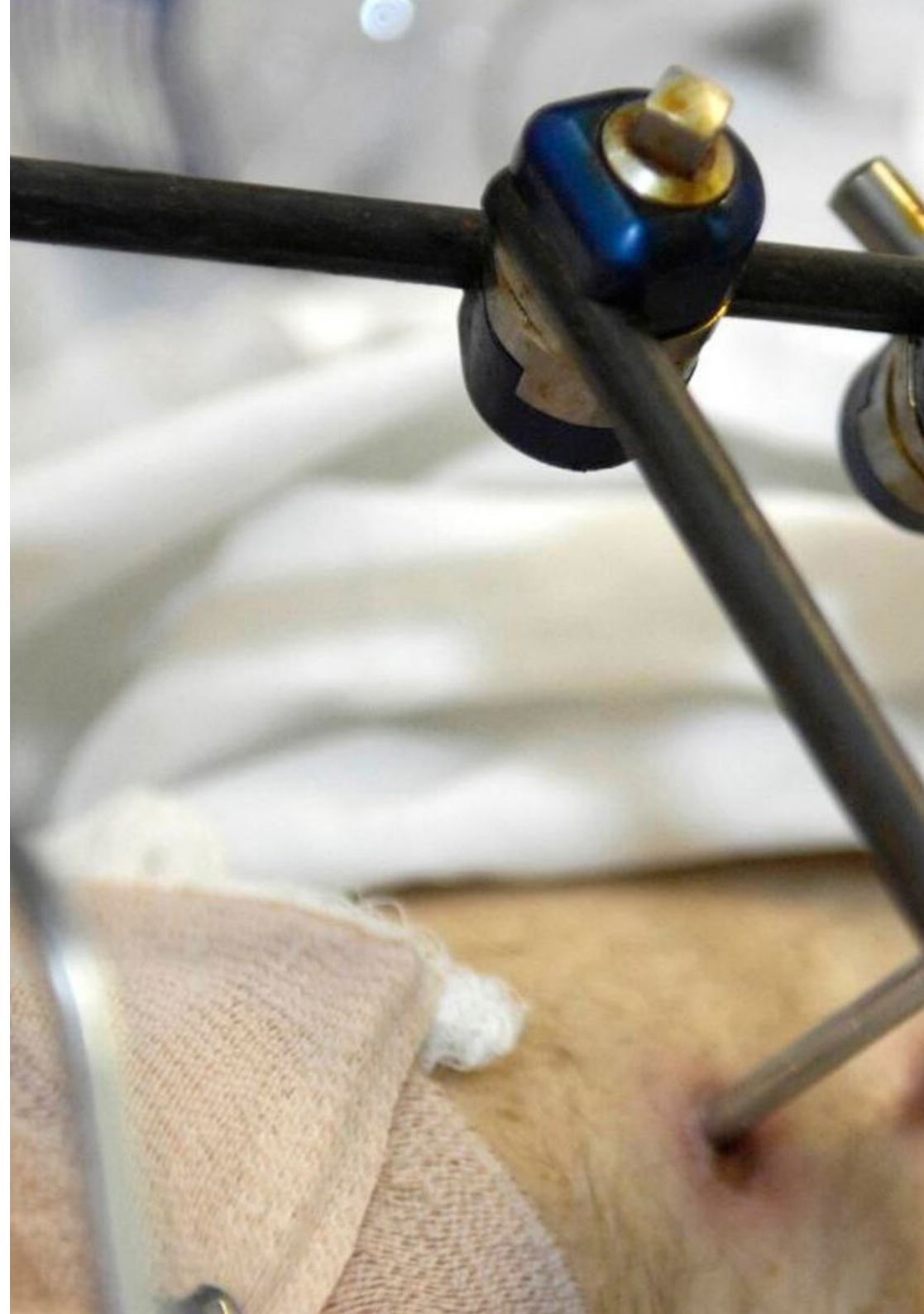
- 9.1. 镇静的适应症
 - 9.1.1. 镇静剂
 - 9.1.2. 对疼痛的生理反应
 - 9.1.2.1. 疼痛的控制
 - 9.1.2.2. 镇静监测
- 9.2. 治疗严重创伤患者的常用药物
 - 9.2.1. 药品
 - 9.2.2. 催眠药: 静脉注射镇静剂
 - 9.2.2.1. 硫喷妥
 - 9.2.2.2. 依托米德
 - 9.2.2.3. 氯胺酮
 - 9.2.2.4. 丙泊酚
 - 9.2.2.5. 苯二氮卓类药物
 - 9.2.3. 肌肉松弛剂
 - 9.2.3.1. 去极化神经肌肉松弛剂
 - 9.2.3.2. 非去极化神经肌肉松弛剂
 - 9.2.3.3. 抗胆碱酯酶药物
 - 9.2.4. 阿片类镇痛药
 - 9.2.4.1. 纯激动剂
 - 9.2.4.2. 纯拮抗剂
 - 9.2.5. 肌力剂
 - 9.2.5.1. 肾上腺素
 - 9.2.5.2. 多巴胺
 - 9.2.5.3. 多巴酚丁胺
- 9.3. 镇静镇痛指南
 - 9.3.1. 短期镇静镇痛
 - 9.3.2. 长时间镇痛 Sedo 指南
 - 9.3.3. 结论
- 9.4. 轻微镇痛剂
 - 9.4.1. 镇痛
 - 9.4.2. 药物和剂量
 - 9.4.2.1. AINES
 - 9.4.2.2. 非甾体类抗炎药
 - 9.4.2.3. 患者自控镇痛
- 9.5. 胸部和腹部区域镇痛
 - 9.5.1. 适应症

- 9.5.2. 分类
 - 9.5.2.1. 中央封锁
 - 9.5.2.2. 外围堵塞
 - 9.5.2.3. 筋膜块
- 9.5.3. 用于胸腔和腹腔的程序
- 9.5.4. 用于上下肢的程序
- 9.6. 疼痛的分类神经肌肉阻断术
 - 9.6.1. 阻断
 - 9.6.2. 适应症
 - 9.6.3. 分类
 - 9.6.3.1. 去极化器
 - 9.6.3.2. 非去极化
 - 9.6.4. 监测
- 9.7. 谵妄
 - 9.7.1. 谵妄
 - 9.7.2. 定义和量表
 - 9.7.3. 风险因素
 - 9.7.4. 分类和诊所
 - 9.7.4.1. 多动谵妄
 - 9.7.4.2. 低能谵妄
 - 9.7.4.3. 混合谵妄
 - 9.7.5. 管理和治疗
 - 9.7.6. 在重症监护病房预防谵妄
- 9.8. 监测。镇痛和镇静量表
 - 9.8.1. 秤
 - 9.8.2. 疼痛的原因
 - 9.8.3. 临床
 - 9.8.4. 镇痛量表
 - 9.8.4.1. 清醒病人的疼痛评估
 - 9.8.4.1.1. EVA 比额表
 - 9.8.4.1.2. 数字口语量表
 - 9.8.4.2. 浅镇静剂下插管患者的疼痛评估
 - 9.8.4.2.1. EVA 比额表
 - 9.8.4.2.2. 数字口语量表
 - 9.8.4.3. 对不善交流或深度镇静的患者进行疼痛评估
 - 9.8.4.3.1. 坎贝尔量表
 - 9.8.4.3.2. ESCID 比额表
- 9.8.5. 镇静量表
 - 9.8.5.1. 拉姆齐量表
 - 9.8.5.2. RASS 比额表
 - 9.8.5.3. BIS 监测
- 9.9. 多发性创伤患者的预防和抗菌治疗
 - 9.9.1. 预防性治疗
 - 9.9.2. 预防性治疗的适应症
 - 9.2.2.1. 多发性创伤患者最常用的抗生素指南
 - 9.9.3. 骨折相关感染
 - 9.9.4. 肺炎
 - 9.9.5. 与头部外伤有关的感染
- 9.10. 营养
 - 9.10.1. 营养
 - 9.10.2. 创伤营养支持的适应症
 - 9.10.2.1. 何时开始营养支持
 - 9.10.2.2. 需求评估
 - 9.10.2.3. 微量营养素
 - 9.10.2.4. 饮食类型和监测
 - 9.10.3. 并发症
 - 9.10.4. 后续
 - 9.10.4.1. 简介
 - 9.10.4.2. 监测
 - 9.10.4.3. 营养风险分析
 - 9.10.4.4. 成像技术
 - 9.10.5. 特殊情况下的营养
 - 9.10.5.1. 腹部创伤
 - 9.10.5.2. 脊髓创伤
 - 9.10.5.3. 巴比妥酸盐昏迷
 - 9.10.5.4. ECMO

模块 10. 特殊情况下的创伤

- 10.1. 儿童创伤护理建议
 - 10.1.1. 童年创伤
 - 10.1.2. 伤害类型和模式
 - 10.1.3. 儿科病人的独特特征
 - 10.1.4. 气道
 - 10.1.5. 呼吸
 - 10.1.6. 循环和 shock
 - 10.1.7. 心肺复苏术
 - 10.1.8. 胸腔创伤
 - 10.1.9. 腹部创伤
 - 10.1.10. TCE
 - 10.1.11. 脊髓损伤
 - 10.1.12. 肌肉骨骼创伤
 - 13.1.10. 虐待儿童
- 10.2. 老年人的创伤
 - 10.2.1. 老年创伤
 - 10.2.2. 老龄化的影响和流行病的影响
 - 10.2.3. 受伤机制
 - 10.2.4. 初级筛查和复苏
 - 10.2.5. 具体伤害
 - 10.2.6. 具体情况
- 10.3. 抗凝病人的外伤
 - 10.3.1. 抗凝剂
 - 10.3.2. 正在接受抗血小板治疗的患者
 - 10.3.3. 接受华法林治疗的患者
 - 10.3.4. 接受肝素治疗的病人
 - 10.3.5. 正在接受低分子量肝素治疗的患者
 - 10.3.6. 正在接受直接凝血酶抑制剂(达比加群酯)治疗的患者
 - 10.3.7. 接受利伐沙班治疗的患者
- 10.4. 孕妇的外伤
 - 10.4.1. 妊娠期
 - 10.4.2. 怀孕期间的解剖和生理变化
 - 10.4.3. 解剖学上的差异
 - 10.4.4. 受伤机制
 - 10.4.5. 受伤严重程度
 - 10.4.6. 评估与管理
 - 10.4.7. perimortem剖腹产
 - 10.4.8. 家庭暴力
- 10.5. 外部人员的侵犯
 - 10.5.1. 热伤害:燃烧
 - 10.5.1.1. 烧伤病人的初步检查和复苏
 - 10.5.1.1.1. 停止燃烧过程
 - 10.5.1.1.2. 建立气道控制
 - 10.5.1.1.3. 确保充分通风
 - 10.5.1.1.4. 烧伤 shock 复苏的循环管理
 - 10.5.1.1.5. 病人评估
 - 10.5.1.1.6. 二次审查
 - 10.5.1.1.6.1. 文档
 - 10.5.1.1.6.2. 严重烧伤病人的基线测定
 - 10.5.1.1.6.3. 四肢周缘烧伤的末梢循环
 - 10.5.1.1.6.4. 鼻胃管置入
 - 10.5.1.1.6.5. 麻醉剂、镇痛剂和镇静剂
 - 10.5.1.1.6.6. 抗生素
 - 10.5.1.1.6.7. 破伤风
 - 10.5.2. 特殊烧伤
 - 10.5.2.1. 化学烧伤
 - 10.5.2.2. 电烧伤
 - 10.5.2.3. 焦油灼伤

- 10.5.3. 冷暴露伤害:局部组织效应
 - 10.5.3.1. 冷伤类型
 - 10.5.3.1.1. 冻伤
 - 10.5.3.1.2. 无冻伤的伤害
 - 10.5.3.1.3. 全身低体温症
- 10.6. 悬挂式创伤
 - 10.6.1. 悬挂
 - 10.6.2. 解剖学回顾
 - 10.6.3. 受伤机制
 - 10.6.4. 管理层
 - 10.6.5. 预后因素和相关损伤
 - 10.6.5.1. 治疗
 - 10.6.5.2. 外科治疗
 - 10.6.5.3. 按器官治疗
 - 10.6.5.3.1. 气道损伤
 - 10.6.5.3.2. 食道损伤
 - 10.6.5.3.3. 血管病变
- 10.7. 化学和生物制剂伤害
 - 10.7.1. 化学制剂
 - 10.7.2. 爆炸伤害
 - 10.7.3. 化学伤害
 - 10.7.4. 化学疾病
- 10.8. 救灾
 - 10.8.1. 处理大规模伤亡事件
 - 10.8.2. 有效管理大规模伤亡平衡的工具
 - 10.8.3. 管理优先事项
 - 10.8.4. 挑战
 - 10.8.5. 安全和通信
 - 10.8.6. 战争创伤(军事创伤)



- 10.9. 组织多方受害者和灾害援助
 - 10.9.1. 受害者
 - 10.9.2. 伤员分流卡:方法和准备
 - 10.9.3. 病人运送、后送
 - 10.9.4. 宗旨
 - 10.9.5. 转让
 - 10.9.6. 净化
- 10.10. 对可能成为器官捐献者的受到多重创伤者的管理
 - 10.10.1. 多发伤者
 - 10.10.2. 发病机制, 最常见的原因
 - 10.10.3. 临床
 - 10.10.4. 诊断
 - 10.10.5. 治疗

“

Relearning 方法将使你能够以有效和动态的方式更新知识, 而无需长时间的学习和记忆”

06 方法

这个培训计划提供了一种不同的学习方式。我们的方法是通过循环的学习模式发展起来的: **Re-learning**。

这个教学系统被世界上一些最著名的医学院所采用,并被**新英格兰医学杂志**等权威出版物认为是最有效的教学系统之一。



“

发现 Re-learning, 这个系统放弃了传统的线性学习, 带你体验循环教学系统: 这种学习方式已经证明了其巨大的有效性, 尤其是在需要记忆的科目中”

在TECH, 我们使用案例法

在特定情况下, 专业人士应该怎么做? 在整个课程中, 你将面对多个基于真实病人的模拟临床案例, 他们必须调查, 建立假设并最终解决问题。关于该方法的有效性, 有大量的科学证据。专业人员随着时间的推移, 学习得更好, 更快, 更持久。

和TECH, 你可以体验到一种正在动摇世界各地传统大学基础的学习方式。



根据Gérvas博士的说法, 临床病例是对一个病人或一组病人的注释性介绍, 它成为一个“案例”, 一个说明某些特殊临床内容的例子或模型, 因为它的教学效果或它的独特性或稀有性。至关重要的是, 案例要以当前的职业生活为基础, 试图重现专业医学实践中的实际问题。

“

你知道吗, 这种方法是1912年在哈佛大学为法律学生开发的? 案例法包括提出真实的复杂情况, 让他们做出决定并证明如何解决这些问题。1924年, 它被确立为哈佛大学的一种标准教学方法”

该方法的有效性由四个关键成果来证明:

1. 遵循这种方法的学生不仅实现了对概念的吸收, 而且还通过练习评估真实情况和应用知识来发展自己的心理能力。
2. 学习扎根于实践技能, 使学生能够更好地融入现实世界。
3. 由于使用了从现实中产生的情况, 思想和概念的吸收变得更容易和更有效。
4. 投入努力的效率感成为对学生的一个非常重要的刺激, 这转化为对学习的更大兴趣并增加学习时间。



Re-learning 方法

TECH有效地将案例研究方法与基于循环的100%在线学习系统相结合, 在每节课中结合了8个不同的教学元素。

我们用最好的100%在线教学方法加强案例研究: Re-learning。

专业人员将通过真实案例和在模拟学习环境中解决复杂情况进行学习。这些模拟情境是使用最先进的软件开发的, 以促进沉浸式学习。



处在世界教育学的前沿,按照西班牙语世界中最好的在线大学(哥伦比亚大学)的质量指标,Re-learning方法成功地提高了完成学业的专业人员的整体满意度。

通过这种方法,我们已经培训了超过25000名医生,取得了空前的成功,在所有的临床专科手术中都是如此。所有这些都是在一个高要求的环境中进行的,大学学生的社会经济状况很好,平均年龄为43.5岁。

Re-learning 将使你的学习事半功倍,表现更出色,使你更多地参与到训练中,培养批判精神,捍卫论点和对比意见:直接等同于成功。

在我们的方案中,学习不是一个线性的过程,而是以螺旋式的方式发生(学习,解除学习,忘记和重新学习)。因此,我们将这些元素中的每一个都结合起来。

根据国际最高标准,我们的学习系统的总分是8.01分。



该方案提供了最好的教育材料,为专业人士做了充分准备:



学习材料

所有的教学内容都是由教授该课程的专家专门为该课程创作的,因此,教学的发展是具体的。

然后,这些内容被应用于视听格式,创造了TECH在线工作方法。所有这些,都是用最新的技术,提供最高质量的材料,供学生使用。



录像中的手术技术和程序

TECH使学生更接近最新的技术,最新的教育进展和当前医疗技术的最前沿。所有这些,都是以第一人称,以最严谨的态度进行解释和详细说明了,以促进学生的同化和理解。最重要的是,您可以想看几次就看几次。



互动式总结

TECH团队以有吸引力和动态的方式将内容呈现在多媒体丸中,其中包括音频,视频,图像,图表和概念图,以强化知识。

这个用于展示多媒体内容的独特教育系统被微软授予“欧洲成功案例”称号。



延伸阅读

最近的文章,共识文件和国际准则等。在TECH的虚拟图书馆里,学生可以获得他们完成培训所需的一切。





由专家主导和开发的案例分析

有效的学习必然是和背景联系的。因此, TECH将向您展示真实的案例发展, 在这些案例中, 专家将引导您注重发展和处理不同的情况: 这是一种清晰而直接的方式, 以达到最高程度的理解。



测试和循环测试

在整个课程中, 通过评估和自我评估活动和练习, 定期评估和重新评估学习者的知识: 通过这种方式, 学习者可以看到他/她是如何实现其目标的。



大师课程

有科学证据表明第三方专家观察的作用: 向专家学习可以加强知识和记忆, 并为未来的困难决策建立信心。



快速行动指南

TECH以工作表或快速行动指南的形式提供课程中最相关的内容。一种合成的, 实用的, 有效的帮助学生在学业上取得进步的方法。



07 学位

重症创伤科在重症监护病房校级硕士除了保证最严格和最新的培训外,还可以获得由TECH科技大学颁发的校级硕士学位证书。





“

顺利完成这个课程并
获得大学学位, 无需旅
行或通过繁琐的程序”

这个重症创伤科在重症监护病房校级硕士包含了市场上最完整和最新的科学课程。

评估通过后, 学生将通过邮寄收到TECH科技大学颁发的相应的校级硕士学位。

学位由TECH科技大学颁发, 证明在校级硕士学位中所获得的资质, 并满足工作交流, 竞争性考试和职业评估委员会的要求。

学位: 重症创伤科在重症监护病房校级硕士

模式: 在线

时长: 12个月



*海牙加注。如果学生要求为他们的纸质资格证书提供海牙加注, TECH EDUCATION将采取必要的措施来获得, 但需要额外的费用。

健康 信心 未来 人 导师
信息 教育 教学 学习
保证 资格认证 承诺
机构 社区 科技 创新
个性化的关注 现在 质量
知识 网页 培
网上教室 发展 语言 机构

tech 科学技术大学

校级硕士
重症创伤科在
重症监护病房

- » 模式: 在线
- » 时长: 12个月
- » 学位: TECH 科技大学
- » 课程表: 自由安排时间
- » 考试模式: 在线

校级硕士

重症创伤科在
重症监护病房