

Spis treści

PRZEDMOWA	v
PRZEDMOWA DO WYDANIA I POLSKIEGO	vii
REDAKTORZY	viii
AUTORZY	ix

FARMAKOTERAPIA

1 Zasady monitorowania pacjentów, którym podopajęczynówkowo podano morfinę bez środków konserwujących	2
<i>Melvin K. Richardson, MD</i>	
2 Znajomość farmakodynamiki przepisywanych leków	4
<i>Nirav G. Shah, MD</i>	
3 Zastosowanie klonidyny w celu przeciwdziałania skutkom odstawienia opioidów	6
<i>Melvin K. Richardson, MD</i>	
4 Profilaktyka przeciwko objawom odstawienia alkoholu (zespołu abstynencyjnego)	8
<i>Bradford D. Winters, MD, PhD</i>	
5 Unikanie jednoczesnego stosowania steroidów, środków zwiotczających mięśnie poprzecznie prążkowane i aminoglikozydów obniża ryzyko występowania miopatii stanu krytycznego	11
<i>Timothy M. Moore, MD, PhD</i>	
6 Profilaktyka przeciwko natychmiastowym objawom niepożądanym u pacjentów leczonych steroidami	14
<i>D. Joshua Mancini, MD, Rajan Gupta, MD</i>	
7 Konieczność uzyskiwania danych z wywiadu dotyczących wcześniejszego stosowania steroidów przez pacjenta	17
<i>Lisa Marcucci, MD, Prasert Sawasdivipachai, MD</i>	
8 Nie należy stosować sukcynylocholino u pacjentów z oparzeniami, porażeniem i innymi stanami chorobowymi przebiegającymi z podwyższonym stężeniem jonów potasu	19
<i>Eugene S. Heitmiller, MD</i>	
9 Zastosowanie cisatrakurium do wywoływania zwiotczenia mięśni poprzecznie prążkowanych u pacjentów z niewydolnością wątroby i nerek	21
<i>Muhammad I. Durani, MD</i>	
10 Należy uważać na dwa leki, których nazwy rozpoczynają się od „neo-“	25
<i>Nancy Sokal Hagerman, MD</i>	
11 Złośliwy zespół neuroleptyczny to stan nagły, a jego objawy wprowadzające nie zawsze zależą od dawkowania leków wpływających na poziom dopaminy	27
<i>Eliahu S. Feen, MD, Jose I. Suarez, MD</i>	

12	W przebiegu gorączki złośliwej nie zawsze występuje hipertermia .. <i>Nancy Sokal Hagerman, MD</i>	31
13	Amiodaron wywołuje niedoczynność tarczycy	34
	<i>Benjamin S. Brooke, MD</i>	
14	Nie należy stosować amiodaronu do przerywania przewlekłego migotania przedsionków	36
	<i>Bradford D. Winters, MD, PhD</i>	
15	Należy zachować ostrożność, stosując amiodaron i alternatywne środki przeciwarytmiczne w leczeniu migotania przedsionków	39
	<i>Muhammad I. Durrani, MD, Alan Cheng, MD</i>	
16	Furosemid to amidowa pochodna kwasu sulfanilowego	43
	<i>Arslan Minokadeh, BS, Anushirvan Minokadeh, MD</i>	
17	Zaleca się staranną obserwację odpowiedzi klinicznej pacjenta na furosemid przed podjęciem decyzji o podaniu kolejnych dawek ..	45
	<i>Melissa S. Camp, MD</i>	
18	Nie należy podawać błękitu metylenowego, jeżeli istnieje ryzyko jego wchłaniania z układu pokarmowego	47
	<i>Beverly J. Newhouse, MD, Anushirvan Minokadeh, MD</i>	
19	Występowanie kwasicy metabolicznej u pacjentów otrzymujących wlew lorazepamu	49
	<i>Yasir M. Akmal, MD</i>	
20	Ryzyko wystąpienia toksycznego działania cyjanków podczas podawania nitroprusydku sodu	52
	<i>E. Dave Bravos, MD</i>	
21	W leczeniu rozwarstwienia aorty należy podać β -bloker przed zastosowaniem „innych” leków przeciwko hipertensji	54
	<i>Eric S. Weiss, MD</i>	
22	Nie należy podawać wazopresyny pacjentom z niewydolnością serca lub z niedokrwieniem krezki	56
	<i>Benjamin S. Brooke, MD</i>	
23	Środki wazoaktywne przeciwko hipotensji kardiogennej nie działają w środowisku o niskim pH	58
	<i>Bradford D. Winters, MD, PhD</i>	
24	Podawanie leków trombolitycznych pacjentom z zawałem mięśnia sercowego z uniesieniem odcinka ST w przypadku niedostępności lub opóźnienia przezskórnej interwencji wieńcowej	61
	<i>Julius Cuong Pham, MD</i>	
25	Zastosowanie inhibitorów glikoproteiny IIb/IIIa u pacjentów z niestabilnymi zespołami wieńcowymi	64
	<i>Andrew L. Rosenberg, MD</i>	
26	Podawanie heparyny drobnocząsteczkowej w leczeniu niestabilnej niedokrwiennej choroby serca i zawału mięśnia sercowego bez uniesienia odcinka ST	67
	<i>Julius Cuong Pham, MD</i>	

27	Stosowanie inhibitorów glikoprotein IIB/IIIA jako terapii wspomagającej podczas wszczepiania stentów pacjentom z ostrym zawałem serca	70
	<i>Nirav G. Shah, MD</i>	
28	Stosowanie nezytrytydu u pacjentów z ostrą dekompensacją niewydolności serca	72
	<i>Jacqueline Janka, MD</i>	
29	Agresywna terapia reperfuzyjna u pacjentów z ostrym zawałem serca	75
	<i>Anthony D. Slonim, MD, DrPh</i>	
30	Podawanie inhibitorów konwertazy angiotensyny lub antagonisty receptora dla angiotensyny pacjentom po zawale mięśnia sercowego	78
	<i>Ying Wei Lum, MD</i>	
31	Profilaktyka przeciwko nadżerkowemu zapaleniu żołądka w odpowiednich grupach pacjentów	81
	<i>Rachel Bluebond-Langner, MD</i>	
32	Należy uważać na metabolity leków stosowanych na OIT	83
	<i>Bradford D. Winters, MD, PhD</i>	
33	Nie należy stosować erytromycyny jako leku prokinetycznego u pacjentów leczonych takrolimusem (lub cyklosporyną)	86
	<i>Matthew J. Weiss, MD</i>	
34	Stosowanie enoksaparyny zamiast heparyny niefrakcjonowanej u pacjentów po urazach	88
	<i>Suneel Kheterpal, MD, Barbara Haas, MD</i>	
35	Konieczność ścisłej kontroli glikemii u pacjentów leczonych na OIT	91
	<i>Michael J. Moritz, MD</i>	
36	Nie należy podawać insuliny podskórnie pacjentom leczonym na OIT	93
	<i>Kristin Shipman, MD, Heidi L. Frankel, MD</i>	
37	Nie należy podawać insuliny glargine pacjentom leczonym na OIT bez jednoczesnego podawania insuliny krócej działającej	95
	<i>Kristin Shipman, MD, Heidi L. Frankel, MD</i>	
38	Pacjenci z niedoborem insuliny wymagają podstawowych dawek insuliny nawet wtedy, gdy nie otrzymują pokarmów drogą doustną	96
	<i>Kathleen A. Williams, RN, MSN, CRNP, Sherita Hill Golden, MD, MHS</i>	
39	Poszukiwanie wywołanych przez farmakoterapię przyczyn hiperglikemii u pacjentów na OIT	98
	<i>Edward T. Horn, PharmD</i>	
40	Nie należy zamiennie stosować midazolamu i lorazepamu na OIT	101
	<i>M. Craig Barrett, PharmD, Ronald F. Sing, DO</i>	
41	Należy unikać stosowania benzodiazepin jako środków nasennych, zwłaszcza u starszych pacjentów na OIT	103
	<i>Bryan A. Cotton, MD</i>	
42	Aktywowane białko C jest mniej przydatne w leczeniu sepsy niż kiedyś sądzono	107
	<i>Ronald W. Pauldine, MD</i>	

43	Alternatywne drogi podawania leków do resuscytacji krążeniowo-oddechowej	110
	<i>Eric M. Bershad, MD, Jose I. Suarez, MD</i>	
44	Zaleca się alkalizację moczu w przypadku przedawkowania trójpierścieniowych środków przeciwdepresyjnych	112
	<i>Eliahu S. Feen, MD, Jose I. Suarez, MD</i>	
45	Monitorowanie stężenia trójglicerydów u pacjentów otrzymujących wlew propofolu	115
	<i>Amisha Barochia, MD</i>	
46	Występowanie polekowego zapalenia trzustki u nosicieli wirusa HIV/chorych na AIDS a konieczność wdrożenia diety oszczędzającej proksymalny odcinek jelita	118
	<i>Lawrence Osei, MD</i>	
47	Profilaktyczne stosowanie flukonazolu u pacjentów na OIT cierpiących na ciężkie zapalenie trzustki, sepsę w jamie brzusznej lub wymagających wielokrotnych zabiegów operacyjnych w obrębie jamy brzusznej	121
	<i>Lisa Marcucci, MD</i>	
48	Nie należy pochopnie podawać dożylnie witaminy K	123
	<i>Michael J. Moritz, MD</i>	
49	Nie należy stosować benzokainy w sprayu ze względu na wzrost ryzyka wystąpienia methemoglobinemii	125
	<i>Kelly Grogan, MD</i>	
50	Użycie właściwej masy ciała do obliczania dawkowania leków	130
	<i>Edward T. Horn, PharmD</i>	
51	Uwaga na stosowane na OIT środki mogące podwyższać stężenie potasu w surowicy i powodować hiperkalemię	134
	<i>Adam R. Berliner, MD, Derek M. Fine, MD</i>	
52	Podawanie acetazolamidu (Diamox) wyłącznie w postaci pojedynczych dawek	138
	<i>Ying Wei Lum, MD</i>	
53	Przed podaniem haloperidolu należy przeanalizować zapis EKG pod kątem obecności wydłużonych odstępów QT	140
	<i>Shaytone Nichols, MD</i>	
54	Pacjentom uczulonym na orzechy nie należy podawać ipratropium za pomocą inhalatora ciśnieniowego z dozownikiem	142
	<i>J. Gregory Hobelmann, MD</i>	
55	Podczas stosowania ketorolaku u pacjentów z minimalną diurezą lub upośledzeniem czynności nerek należy zachować ostrożność ...	144
	<i>Angela D. Shoher, MD</i>	
56	Nie należy rozgniatać pastylek z chlorowodorkiem sewelameru (Renagel) przed podaniem leku do rurki nosowo-żołądkowej lub rurki do odżywiania	146
	<i>Ashita Goel, MD</i>	

- 57 Pacjentom chorym na porfirię nie należy podawać wielu leków często stosowanych na OIT 148
J. Gregory Hobelmann, MD

PROCEDURY MEDYCZNE Z WYKORZYSTANIEM PRZYRZĄDÓW/LINII/ZGLĘBNIKÓW/CEWNIKÓW/DRENÓW

- 58 Nie należy zakładać, wymieniać ani usuwać cewników centralnych u pacjenta w pozycji siedzącej 152
Aaron Bransky, MD, Heidi Frankel, MD
- 59 U pacjentów po przeszczepieniu serca należy w miarę możliwości unikać wkłucia centralnego do żyły szyjnej wewnętrznej prawej 154
Benjamin S. Brook, MD
- 60 Koniec cewnika centralnego należy umieszczać w ujściu przedsionkowym żyły głównej górnej 155
Jayne E. Locke, MD
- 61 Nie należy usuwać cewnika dożylnego używanego do plazmaferezy tuż po wykonaniu ostatniego zabiegu 158
Kelly Olina, MD
- 62 Nigdy nie należy zakładać cewników trójświatłowych za pomocą cewnika prowadzącego typu Cordis 160
Bradford D. Winters, MD, PhD
- 63 Staranne zakładanie i właściwa obsługa dożylnych cewników centralnych na OIT obniżają częstość występowania zakażeń 162
Lisa Marcucci, MD
- 64 Nie należy stosować przewodnika drutowego z zakończeniem w kształcie litery J podczas zakładania dożylnego cewnika centralnego metodą Seldingera u pacjenta z założonym filtrem żyły głównej 165
Lisa Marcucci, MD, Awori J. Hayanga
- 65 Nie należy „strzepywać” końcówki cewnika tętnicy płucnej przed jego założeniem 167
Rachel Bluebond-Langner, MD
- 66 Usuwanie zagiętego lub zapętlonego cewnika tętnicy płucnej 169
Hari Nathan, MD
- 67 Usuwanie cewnika tętnicy płucnej u pacjentów z nowo wykrytą arytmia komorową oraz u większości pacjentów z arytmiami przedsionkowymi 171
William R. Burns, MD
- 68 U pacjenta bez zaburzeń fizjologicznych prawidłowe ciśnienie zaklinowania jest niższe od ciśnienia rozkurczowego w tętnicy płucnej 173
Jose M. Rodriguez-Paz, MD
- 69 Nie należy polegać na parametrach uzyskiwanych za pomocą cewnika tętnicy płucnej u pacjenta z niedomykalnością zastawki trójdzielnej 177
Dimitris Stefanidis, MD, PhD, Ronald F. Sing, DO

70	Zawsze należy uaktywniać opcję stymulacji cewnika tętnicy płucnej przed jego założeniem	179
	<i>Bradford D. Winters, MD, PhD</i>	
71	Przed założeniem elektrod do przezżyłnej stymulacji mięśnia sercowego ze wskazań nagłych należy sprawdzić rozmiar cewnika prowadzącego Cordis	182
	<i>Christina L. Caffo, RN, MSN, David G. Hunt, RN, BSN, Peter J. Pronovost, MD, PhD</i>	
72	W przypadku nieprawidłowego działania elektrod stymulujących mięsień sercowy po zabiegu operacyjnym należy podjąć próbę wykorzystania odprowadzenia skórniego jako uziemienia	184
	<i>Tammy M. Slater, CRNP</i>	
73	Wymagania dotyczące kardiowersji elektrycznej i terapii przeciwzakrzepowej u pacjentów z urządzeniami wspomagającymi czynność komór serca	186
	<i>Elizabeth A. Martinez, MD, MHS</i>	
74	Ustawianie kardiowertera-defibrylatora w tryb synchroniczny podczas wykonywania kardiowersji	190
	<i>Angela D. Shoher, MD</i>	
75	W przypadku nieobecności załameków R należy wyłączyć synchronizowany tryb pracy defibrylatora	192
	<i>Nirav G. Shah, MD</i>	
76	Prawidłowy zapis EKG nie wyklucza zawału mięśnia sercowego	194
	<i>Jose M. Rodriguez-Paz, MD</i>	
77	Nie należy używać monitora z 3 lub 5 odprowadzeniami do wykonywania 12-odprowadzeniowego badania EKG	197
	<i>Tihin K. Roy, MD, PhD</i>	
78	Wykonywanie pośredniego masażu serca na twardym podłożu	204
	<i>Elizabeth A. Hunt, MD, MPH, Cameron Dezfulian, MD</i>	
79	Kody trybów pracy stymulatorów serca	206
	<i>Elizabeth A. Martinez, MD, MHS</i>	
80	Nie należy używać koców schładzających do obniżania temperatury ciała pacjenta	209
	<i>Iosifina Giannakikou, MD</i>	
81	Nie należy zakładać kaniul do tętnicy udowej czy cewników dożylnych powyżej więzadła pachwinowego ani poniżej bruzdy pachwinowej	211
	<i>Susanna L. Matsen, MD</i>	
82	Spowodowane cyklem oddechowym wahania ciśnienia krwi mierzonego za pomocą linii tętniczej mogą oznaczać hipowolemię	213
	<i>James F. Weller, MD</i>	
83	Nie należy stosować heparyny drobnocząsteczkowej u pacjentów z założonym cewnikiem zewnątrżoponowym	215
	<i>Avori J. Hayanga, MD, Elliott R. Haut, MD</i>	

84	Zaleca się podawanie próbných dawek środków znieczulających miejscowo podczas stosowania znieczulenia zewnątrzoponowego <i>Rahul G. Bajjal, MD</i>	217
85	Leczenia świądu w następstwie znieczulenia zewnątrzoponowego poprzez podawanie kroplówki z naloksonem <i>J. Gregory Hobelman, MD</i>	219
86	Należy zachować ostrożność, podając bupiwakainę pacjentom z założonymi cewnikami zewnątrzoponowym i doopłucnowym ... <i>Patricia M. Veloso, MD</i>	221
87	Nie należy traktować złamań żeber jako blahych urazów. Do uśmierzania bólu u pacjentów z wielokrotnymi złamaniami żeber zaleca się stosowanie znieczulenia zewnątrzoponowego <i>Bryan A. Cotton, MD</i>	223
88	Zaleca się dwuetapowe radiograficzne potwierdzanie właściwego umieszczenia zgłębnika do sztucznego odżywiania <i>Julius Cuong Pham, MD</i>	227
89	Przed założeniem urządzenia do sekwencyjnego masażu uciskowego należy wykonać badanie USG dopplerowskim <i>Bradford D. Winters, MD, PhD</i>	230
90	Wymiana cewnika Foleya u pacjenta z zakażeniem układu moczowego <i>Melissa S. Camp, MD</i>	233
91	Nie należy przepłukiwać stentów moczowodowych w przypadku dostępności konsultacji urologicznej <i>Jennifer Miles-Thomas, MD</i>	235
92	Należy się upewnić, że przed założeniem zastawki Passy'ego-Muira umożliwiającej mówienie z mankietu (balonika kontrolnego) rurki do intubacji dotchawiczej całkowicie usunięto powietrze <i>Molly B. Campion, MS</i>	237
93	Istotne zagadnienia dotyczące stosowania pompy do wspomagania lewej komory serca balonikiem wewnątrzaoortalnym w warunkach klinicznych <i>Elizabeth A. Martinez, MD, MHS</i>	239
94	Niewydolność prawej komory serca stanowi częste i poważne powikłanie występujące po założeniu urządzenia do wspomagania czynności lewej komory <i>Andrew L. Rosenberg, MD</i>	243
95	Najczęściej spotykane problemy związane ze wsparciem krążeniowo-oddechowym podczas pozaustrojowej oksygenacji krwi <i>Andrew L. Rosenberg, MD</i>	247
96	„Marszczenie się” przepony w urządzeniu Abiomed do wspomagania pracy komór serca może stanowić oznakę hipowolemii <i>Frank Rosemeier, MD</i>	251

97	Podawanie antybiotyków pacjentom po urazach przed rozpoczęciem drenażu jamy opłucnej	253
	<i>Peter G. Thomas, DO, Patrick K. Kim, MD</i>	
98	Należy zbadać uporczywy wyciek powietrza o dużej objętości w drenie jamy opłucnej	256
	<i>David T. Efron, MD</i>	
99	Każdy płyn o białawym zabarwieniu pochodzący z klatki piersiowej lub z brzucha należy traktować jako chłonkę, dopóki nie okaże się inaczej	259
	<i>D. Joshua Mancini, MD, Rajan Gupta, MD</i>	
100	Schorzenia powodujące nieprecyzyjne odczyty pulsoksymetrów ...	262
	<i>Elihu S. Feen, MD, Jose I. Suarez, MD</i>	
101	Należy pamiętać o nieprecyzyjnych odczytach pulsoksymetrów przy niższych poziomach wysycenia krwi tlenem	265
	<i>Nirav G. Shah, MD</i>	
102	Należy rozważyć monitorowanie ciśnienia śródczaszkowego u pacjentów ocenianych na ≤ 8 punktów w skali Glasgow	267
	<i>Jose I. Suarez, MD</i>	
103	Stosowanie cewnika typu Licox do pomiaru oksygenacji tkanek mózgu	270
	<i>Aaron Bransky, MD, Heidi L. Frankel, MD</i>	

RESPIRATORY/DROGI ODDECHOWE/INTUBACJA/ROZINTUBOWANIE

104	Preoksygenacja pacjenta przed intubacją	274
	<i>Rahul G. Bajjal, MD</i>	
105	Ucisk na chrząstkę pierścieniową podczas wykonywania szybkiej intubacji lub wentylacji workiem samorozprężalnym	276
	<i>Rahul G. Bajjal, MD</i>	
106	Nie należy wykluczać niezamierzonej intubacji przełyku wyłącznie na podstawie obecności końcowo-wydechowego CO ₂	279
	<i>Patricia M. Veloso, MD</i>	
107	Podczas opieki nad pacjentem z chorobami mogącymi powodować niedrożność dróg oddechowych należy zasięgnąć konsultacji najbardziej doświadczonego specjalisty w tej dziedzinie	281
	<i>Lauren C. Berkow, MD</i>	
108	Podczas przeprowadzania konikotomii należy zawsze wykonywać nacięcie w kierunku pionowym	284
	<i>Brandon R. Bruns, MD, Heidi L. Frankel, MD</i>	
109	Zaleca się stosować bronchoskop podczas wykonywania dylatacyjnej tracheostomii przezskórnej przy łóżku pacjenta	286
	<i>Susanna L. Matsen, MD, Elliott R. Haut, MD</i>	
110	W wybranych grupach pacjentów należy rozważyć wczesne wykonanie tracheostomii	289
	<i>Konstantinos Spaniolas, MD, George C. Velmahos, MD, PhD</i>	

111	Koniec rurki dotchawiczej należy umieścić w odległości 4 cm powyżej ostrogi tchawicy	291
	<i>Leo Hsiao, DO</i>	
112	Nawet całkowicie napelniony mankiet na rurce dotchawiczej nie stanowi wystarczającej ochrony przed aspiracją	294
	<i>Ashita Goel, MD</i>	
113	Nie należy nadmiernie nadmuchiwać mankietu rurki dotchawiczej	297
	<i>Gregory Dalencourt, MD, Elizabeth A. Martinez, MD, MHS</i>	
114	Przed rozintubowaniem pacjenta, u którego może wystąpić obrzęk tchawicy, należy sprawdzić szczelność mankietu rurki dotchawiczej	300
	<i>E. David Bravos, MD</i>	
115	Pomiar ciśnienia plateau podczas stosowania wentylacji sterowanej objętościowo z regulowanym ciśnieniem oraz interpretacja uzyskanych wartości	302
	<i>David N. Hager, MD</i>	
116	Ciężnienie plateau lub ciśnienie średnie umożliwiają bardziej precyzyjne rozpoznawanie barotraumy niż ciśnienie szczytowe	306
	<i>Benjamin Kratzert, MD, Anushirvan Minokadeh, MD</i>	
117	Zastosowanie wentylacji z redukcją ciśnienia w drogach oddechowych w strategii wentylacji otwartych płuc	308
	<i>Anthony D. Slonim, MD, DrPH</i>	
118	Różnice między statyczną i dynamiczną podatnością układu oddechowego	310
	<i>Nirav G. Shah, MD</i>	
119	Rekrutacja pęcherzyków płucnych z zastosowaniem podwyższonego dodatniego ciśnienia końcowo-wydechowego może trwać od 6 do 12 godzin	312
	<i>David N. Hager, MD</i>	
120	Podczas odzwyczajania od wentylacji mechanicznej pacjentów z przewlekłą obturacyjną chorobą płuc należy zawsze wykluczyć występowanie zjawiska auto-PEEP	315
	<i>Jose Rodriguez-Paz, MD</i>	
121	Należy zachować ostrożność podczas stosowania dodatniego ciśnienia końcowo-wydechowego u pacjentów po przeszczepieniu jednego płuca	318
	<i>Eric S. Weiss, MD, Ashish S. Shah, MD</i>	
122	Podczas odzwyczajania pacjenta od wentylacji wspomaganej ciśnieniem należy wybrać ciśnienie początkowe nieznacznie wyższe od szczytowego ciśnienia w jego drogach oddechowych	321
	<i>Anthony D. Slonim, MD, DrPH</i>	
123	Nie należy odwracać blokady nerwowo-mięśniowej u pacjenta z obniżoną temperaturą ciała	323
	<i>James F. Weller, MD</i>	
124	Podczas odwracania blokady nerwowo-mięśniowej należy podawać najpierw glikopiolat, a następnie neostygminę	327
	<i>Leo Hsiao, DO</i>	

125	Nie należy podejmować prób odwracania blokady nerwowo-mięśniowej w przypadku braku odruchów z pobudzeń	329
	<i>E. David Bravos, MD</i>	
126	Należy okresowo zdejmować maski twarzowe u pacjentów wentylowanych stałym dodatnim ciśnieniem w drogach oddechowych (CPAP) i dwufazowym ciśnieniem dodatnim (BiPAP)	332
	<i>Bradford D. Winters, MD, PhD</i>	
127	Zaleca się empiryczną antybiotykoterapię przeciwko drobnoustrojom najczęściej spotykanym w środowisku szpitalnym podczas respiratorowego zapalenia płuc aż do uzyskania wyników badania na posiew	334
	<i>Anthony D. Slonim, MD, DrPH</i>	
128	Jeżeli nie istnieją przeciwwskazania, wezgłowie łóżka zaintubowanego pacjenta należy unieść przynajmniej o 30 stopni	337
	<i>Deborah B. Hobson, BSN, Sean M. Berenholtz, MD, MHS</i>	
129	Leczenie respiratorowego zapalenia płuc powinno trwać przez 8 dni	339
	<i>B. Robert Gibson, MD</i>	
130	Nie należy podejmować decyzji o rozintubowaniu wyłącznie na podstawie stanu klinicznego pacjenta	345
	<i>Ronald W. Puuddine, MD</i>	
131	Zastosowanie helioksu u chorych na astmę pacjentów wentylowanych mechanicznie	348
	<i>Anthony D. Slonim, MD, DrPH</i>	

CHOROBY ZAKAŻNE

132	U pacjentów z niedokrwistością lub pancytopenią należy rozważyć zakażenie parwowirusem B19	352
	<i>Jayne E. Locke, MD</i>	
133	Profilaktyczna antybiotykoterapia podczas stosowania pijawek po zabiegach reimplantacji wolnych fragmentów tkanek	353
	<i>Benjamin A. Mandel, MD</i>	
134	Antybiotykoterapia przeciwko metycylinoopornemu gronkowcowi złocistemu (MRSA) powinna trwać przynajmniej 14 dni	355
	<i>Iosifina Giannakikou, MD</i>	
135	W przypadku stosowania linezolidu należy zwracać uwagę na ryzyko wystąpienia małopłytkowości i neutropenii	357
	<i>Shyrtone Nichols, MD</i>	
136	Nie należy pochopnie stosować kaspofunginy ani worykonazolu u pacjentów z chorobą wątroby	359
	<i>Leo Hsiao, DO</i>	
137	Nie należy używać kaspofunginy ani worykonazolu do leczenia kandyduri, gdyż do moczu trafiają bardzo niewielkie ilości tych leków	362
	<i>Harjot K. Singh, MD, Lesia K. Dropulic, MD</i>	

138	Podawanie ochronnej dawki antybiotyku przed interwencjami w obrębie dróg żółciowych	364
	<i>Kelly Olino, MD</i>	
139	Podawanie ochronnej dawki antybiotyku przed usuwaniem przyczyn niedrożności układu moczowego	366
	<i>Jennifer Miles-Thomas, MD</i>	
140	Rzadkie inwazyjne zakażenia układu oddechowego enterokokami	368
	<i>Aruna K. Subramanian, MD</i>	
141	Obliczanie klinicznego wskaźnika zakażenia płuc (CPIS)	370
	<i>B. Robert Gibson, MD</i>	
142	Nieobecność dodatnich wyników badania krwi na posiew nie wyklucza bakteryjnego zapalenia wsierdza	373
	<i>Harjot K. Singh, MD, Aruna K. Subramanian, MD</i>	
143	Mukormykozę śluzówki jamy ustnej i warg należy traktować jako chirurgiczny stan nagły	376
	<i>Aruna K. Subramanian, MD</i>	
144	U pacjentów z upośledzeniem czynności układu odpornościowego cierpiących na przewlekłą, ciężką lub oporną na leczenie biegunkę należy wykonać badania na obecność kryptosporydium (<i>Cryptosporidium</i>)	379
	<i>Ala' S. Haddadin, MD</i>	
145	Należy zwracać uwagę na gatunki grzybów wykrywane podczas badań mikrobiologicznych	383
	<i>Shelley S. Magill, MD, William G. Merz, PhD</i>	
146	U pacjenta z hipotermią i bradykardią należy uwzględnić możliwość wystąpienia zakażenia grzybiczego	386
	<i>Suneel Khetarpal, MD, Andrew J. Kerwin, MD</i>	
147	Przed podaniem antybiotyku należy uwzględnić obecność bakterii wytwarzających β -laktamazy o rozszerzonym spektrum działania	389
	<i>John J. Lewin III, PharmD</i>	
148	Nie należy zbyt pochopnie wykonywać torakocentezy podczas poszukiwania ogniska zakażenia	391
	<i>Deba Sarma, MD</i>	
149	Szczytowe stężenie aminoglikozydu podczas leczenia zakażenia pałeczką ropy błękitnej (<i>Pseudomonas</i>) powinno wynosić 10-krotność minimalnego stężenia hamującego	395
	<i>Edward T. Horn, PharmD</i>	
150	Rozpoznawanie odcewnikowych zakażeń krwi	398
	<i>Bradford D. Winters, MD PhD</i>	
151	U pacjenta z urazem penetrującym brzucha należy rozważyć zaprzestanie profilaktyki antybiotykowej po 24 godzinach	401
	<i>Konstantinos Spaniolas, MD, George C. Velmahos, MD, PhD</i>	
152	U pacjentów z martwiczym zapaleniem powięzi do zwalczania paciorkowców grupy A należy stosować klindamycynę	403
	<i>Carrie A. Sims, MD, MS, Patrick K. Kim, MD</i>	

153	Należy zachować rozwagę, podając antybiotyki pacjentom z rozpoznanym zapaleniem trzustki niespowodowanym czynnikami zakaźnymi	405
	<i>Benjamin Braslow, MD</i>	
154	Lekarzu, myj ręce!	410
	<i>Sandra Swoboda, MSN</i>	
155	U pacjentów z sepsą należy w diagnostyce różnicowej uwzględnić zakażenie układu odprowadzającego płyn mózgowo-rdzeniowy z układu komorowego do jamy otrzewnej	414
	<i>Jose I. Suarez, MD</i>	
156	Wankomycyna charakteryzuje się słabą przenikalnością do ośrodkowego układu nerwowego	420
	<i>Eliahu S. Feen, MD, Jose I. Suarez, MD</i>	
157	Terapia imipenemem może powodować drgawki	423
	<i>Anthony D. Slonim, MD, DrPH</i>	
158	Prawidłowa liczba płytek krwi wyklucza obecność hantawirusowego zespołu płucnego	425
	<i>Anthony D. Slonim, MD, DrPH</i>	
159	W chorobie wrzodowej dwunastnicy i żołądka można rozważyć empiryczne zwalczanie zakażenia <i>Helicobacter pylori</i>	428
	<i>Anthony D. Slonim, MD, DrPH</i>	

WSTRZĄS/ZABURZENIA RÓWNOWAGI ELEKTROLITOWO-WODNEJ/ZABURZENIA POZIOMU ELEKTROLITÓW

160	Pacjentom w stanie wstrząsu septycznego należy podawać antybiotyki o szerokim spektrum działania	432
	<i>William R. Burns III, MD</i>	
161	Nie należy wykonywać testu stymulacji kosyntropiną w ciągu 24 godzin od podania etomidatu	435
	<i>Meghan C. Tadel, MD</i>	
162	Przed planowanym wykonaniem testu stymulacji kosyntropiną należy zastąpić hydrokortyzon deksametazonem	437
	<i>Meghan C. Tadel, MD</i>	
163	W leczeniu wstrząsu wywołanego rozległym zatorem tętnicy płucnej należy zastosować środki wazopresyjne zamiast wysokoobjętościowej resuscytacji płynowej	439
	<i>Andrew L. Rosenberg, MD</i>	
164	W diagnostyce różnicowej wstrząsu septycznego należy zawsze uwzględnić inne schorzenia dające podobne objawy	441
	<i>Anthony D. Slonim, MD, DrPH</i>	
165	Po zabiegu operacyjnym w obrębie pleców może wystąpić ogólnoustrojowa odpowiedź zapalna	443
	<i>Ashita Goel, MD</i>	
166	U pacjentów ze stanami patologicznymi jamy brzusznej należy wykluczyć zespół przedziału brzusznego	446
	<i>Awori J. Hayanga, MD</i>	

167	Ból brzucha o nasileniu nieproporcjonalnym do wyników badania fizykalnego należy traktować jak niedokrwienie krezki, dopóki nie zostanie ono wykluczone	450
	<i>D. Joshua Mancini, MD, Rajan Gupta, MD</i>	
168	Płynów zawierających dekstrozę nie należy podawać w postaci bolusów	454
	<i>Awori J. Hayanga, MD</i>	
169	Istnieją lepsze metody leczenia hiperkalemii u pacjenta we wczesnym okresie po odłączeniu krążenia pozaustrojowego niż wymuszona diureza	455
	<i>Frank Rosemeier, MD MRCP(UK), Elizabeth A. Martinez, MD, MHS</i>	
170	Podczas operacji kardiologicznych wykonywanych z użyciem krążenia pozaustrojowego większość pacjentów otrzymuje mannitol, więc diureza pooperacyjna nie stanowi u nich wskaźnika stanu wypełnienia łóżyska naczyniowego ani perfuzji ...	458
	<i>Muhammad I. Durrani, MD</i>	
171	Nie należy wykorzystywać diurezy jako wskaźnika wypełnienia łóżyska naczyniowego u pacjentów w stanie hipotermii	461
	<i>Juan N. Pulido, MD, Daniel R. Brown, MD, PhD</i>	
172	Nie należy nadmiernie nawadniać pacjentów po przeszczepieniu wątroby	464
	<i>Dorry L. Segev, MD, Warren R. Maley, MD</i>	
173	Mocznica bez schorzeń współistniejących rzadko powoduje lukę anionową przekraczającą 25 mEq/l	467
	<i>Laith R. Altaweel, MD</i>	
174	Nie należy podawać preparatów wapnia pacjentom z podwyższonymi stężeniami fosforu ani preparatów fosforu pacjentom z podwyższonymi stężeniami wapnia	469
	<i>Praveen Kalra, MD, Mehmet S. Ozcan, MD</i>	
175	Zaleca się agresywne uzupełnianie stężenia fosforanów na podstawie wyników pooperacyjnego i seryjnych oznaczeń stężenia związków fosforu	471
	<i>Robert K. Michaels, MD, MPH</i>	
176	Przyczynami zmian stanu umysłu mogą być zaburzenia równowagi elektrolitowo-wodnej	473
	<i>Nirav G. Shah, MD</i>	
177	Podczas prób korygowania zasadowicy metabolicznej należy utrzymywać wysokie lub prawidłowe stężenia potasu	476
	<i>Eric S. Weiss, MD</i>	
178	Nie należy uzupełniać stężenia wapnia u pacjentów z rabdomiolizą, jeżeli nie występuje u nich ciężyczka	479
	<i>Anthony D. Slonim, MD, DrPH</i>	
179	Przyczyną kwasicy metabolicznej bez luki anionowej o niewyjaśnionej etiologii może być nadmiar jonów chlorkowych	481
	<i>Anthony D. Slonim, MD, DrPH</i>	

180	W przypadku nieobecności oczywistych przyczyn utraty jonów wodorowęglanowych, takich jak biegunka, sztuczne odprowadzenie moczu lub podawanie chlorków, hiperchloremiczną kwasicę metaboliczną należy uznać za kwasicę kanalików nerkowych aż do jej wykluczenia	483
	<i>Anthony D. Slonim, MD, DrPH</i>	

NEUROLOGIA

181	U pacjentów ze złamaniami odcinka krzyżowego kręgosłupa lub po operacjach kręgosłupa może wystąpić zespół ogona końskiego – w przypadku zaistnienia tego rodzaju podejrzeń, należy niezwłocznie zasięgnąć konsultacji neurochirurga	486
	<i>Michael J. Dorsi, MD</i>	
182	Pacjenci z uszkodzeniami opony twardej powinni leżeć na plecach przez 24–48 godzin	488
	<i>Jayne E. Locke, MD</i>	
183	U wszystkich pacjentów po operacjach i urazach należy określić stabilność kręgosłupa w odcinkach szyjnym, piersiowym i lędźwiowym	490
	<i>Rachel Bluebond-Langner, MD</i>	
184	U pacjentów z uszkodzeniami rdzenia kręgowego należy stosować odpowiednią profilaktykę przeciwko zakrzepicy żył głębokich	493
	<i>Jose I. Suarez, MD</i>	
185	U pacjentów OIT z urazami rdzenia kręgowego należy szczególnie uważać na ryzyko wystąpienia dysrefleksji autonomicznej	496
	<i>Jose I. Suarez, MD</i>	
186	Zastosowanie steroidów w leczeniu uszkodzeń neurologicznych należy ograniczyć do pacjentów z tępymi urazami rdzenia kręgowego	499
	<i>Jacob T. Gutsche, MD, Patrick K. Kim, MD</i>	
187	U pacjentów po urazach rdzenia kręgowego należy wcześniej wdrożyć postępowanie mające na celu regulację motoryki jelit	501
	<i>Jose I. Suarez, MD</i>	
188	Pacjenta po nagłym zatrzymaniu krążenia można wprowadzić w stan umiarkowanej hipotermii	504
	<i>Bradford D. Winters, MD, PhD</i>	
189	Ocena rozległości uszkodzeń naczyń mózgu w następstwie urazów tępych	506
	<i>Michael D. Grossman, MD</i>	
190	Pacjentom z urazami głowy nie należy pochwopnie podawać leków przeciwko nadciśnieniu	509
	<i>M. Craig Barrett, PharmD, Ronald F. Sing, DO</i>	
191	Pacjentom z urazami głowy nie należy podawać leków przeciwpadaczkowych dłużej niż przez 7 dni	511
	<i>Lauren Puton, MD, Ronald F. Sing, DO</i>	

192	Punktację w skali Glasgow należy obliczać na podstawie najlepszej zanotowanej reakcji ruchowej	513
	<i>D. Joshua Mancini, MD, Rajan Gupta, MD</i>	
193	Wykorzystanie badania rezonansem magnetycznym (nie tomografią komputerową) głowy jako złotego standardu rozpoznawania rozlanych uszkodzeń aksonów	515
	<i>Eliahu S. Feen, MD, Jose I. Suarez, MD</i>	
194	Wskazania niektórych monitorów ciśnienia śródczaszkowego wykazują dodatnią zależność od czasu trwania pomiaru	518
	<i>Eliahu S. Feen, MD, Jose I. Suarez, MD</i>	
195	Podwyższanie dodatniego ciśnienia końcowo-wydechowego może powodować wzrost ciśnienia śródczaszkowego	521
	<i>Eliahu S. Feen, MD, Jose I. Suarez, MD</i>	
196	W przypadku stwierdzenia rozbieżności między wynikami badania neurologicznego u pacjentów przed i po kraniotomii lub operacji śródczaszkowej wykonywanych z jakichkolwiek wskazań należy niezwłocznie wykonać badanie głowy tomografią komputerową ...	523
	<i>Jose I. Suarez, MD</i>	
197	Zabiegi ostatniej szansy mające na celu obniżenie nadciśnienia śródczaszkowego przed wystąpieniem wgłobienia mózgu	525
	<i>Eliahu S. Feen, MD, Jose I. Suarez, MD</i>	
198	Pacjenci w stanie śpiączki barbituranowej wymagają odpowiedniego monitorowania elektrofizjologicznego	528
	<i>Jose I. Suarez, MD</i>	
199	Należy zwracać uwagę na ryzyko konwersji udaru niedokrwinnego w udar krwotoczny	531
	<i>Jose I. Suarez, MD</i>	
200	U pacjentów-nosicieli wirusa HIV lub z objawami AIDS i nowo stwierdzonymi zmianami stanu umysłu należy wykonać badanie głowy tomografią komputerową oraz nakłucie łędźwiowe	534
	<i>Eric M. Bershad, MD, Jose I. Suarez, MD</i>	
201	U pacjentów po krwotoku podpajęczynówkowym nie należy opóźniać wykonania pierwszego i kolejnych badań głowy tomografią komputerową	538
	<i>Eric M. Bershad, MD, Jose I. Suarez, MD</i>	
202	U pacjentów z krwotokami podpajęczynówkowymi istnieje ryzyko nawrotu krwawienia	543
	<i>Nirav G. Shah, MD</i>	
203	Nowo stwierdzone zmiany w zapisie EKG u pacjenta z krwotokiem podpajęczynówkowym mogą stanowić oznakę wzrostu intensywności krwawienia	546
	<i>Amisha Barochia, MD</i>	
204	Należy rozważyć zastosowanie środków trombolitycznych w leczeniu ostrego udaru niedokrwinnego	548
	<i>Nirav G. Shah, MD</i>	

205	Brak reakcji obronnej na ból po 24 godzinach i brak odruchów ocznych po 72 godzinach po nagłym zatrzymaniu krążenia wykazują wysoką korelację ze śpiączką	551
	<i>Amisha Barochia, MD</i>	
206	Nierozpoznanie udaru przysadki mózgowej może doprowadzić do poważnego upośledzenia czynności układu nerwowego	553
	<i>Eric M. Bershad, MD, Jose I. Suarez, MD</i>	
207	Nie należy wykonywać nakłucia lędźwiowego u pacjentów z przestrzennymi zmianami patologicznymi w zakresie tylnego dołu czaszki	556
	<i>Jose I. Suarez, MD</i>	
208	Pacjentów z ostrym porażeniem lub niewydolnością oddechową i arefleksją należy ocenić pod kątem występowania zespołu Guillaina-Barrégo	559
	<i>Jose I. Suarez, MD</i>	
209	U pacjentów z zespołem Guillaina-Barrégo należy wcześniej rozpocząć plazmaferezę lub podawanie immunoglobuliny	564
	<i>Jose I. Suarez, MD</i>	
210	Pacjenci z zaostrzeniem objawów miastenii zwykle wyglądają dobrze aż do chwili, gdy wymagają intubacji	567
	<i>Eliahu S. Feen, MD, Jose I. Suarez, MD</i>	
211	U pacjentów z miastenią należy unikać stosowania spirometrii do ćwiczeń oddechowych. Zamiast tego należy wykorzystywać wentylację perkusyjną (IPV) lub zastawkę Heimlicha z kulką	570
	<i>Eric M. Bershad, MD, Jose I. Suarez, MD</i>	
212	Nie wszystkie napady padaczkowe powodują widoczne objawy i nie zawsze towarzyszą im drgawki	573
	<i>Jose I. Suarez, MD</i>	
213	Stan padaczkowy należy traktować jako stan nagły wymagający interwencji	575
	<i>Laith R. Altaweel, MD</i>	
214	Potencjalne szkodliwe oddziaływania kwasu walproinowego	578
	<i>Jose I. Suarez, MD</i>	
215	Badanie czynności nerwów czaszkowych umożliwia uzyskiwanie przydatnych informacji nawet u pacjentów niechętnych do współpracy lub znajdujących się w śpiączce	580
	<i>Eliahu S. Feen, MD, Jose I. Suarez, MD</i>	
216	Zastosowanie stymulacji bólowej stóp do określania odpowiedzi nocyceptywnej u pacjentów w śpiączce wywołuje odruch rdzeniowy stwierdzany nawet u pacjentów w stanie śmierci mózgowej	590
	<i>Jose I. Suarez, MD</i>	

INTERPRETACJA WYNIKÓW BADAŃ LABORATORYJNYCH

217	Wzrostu poziomu kwasu mlekowego w surowicy nie należy przypisywać niewydolności nerek	594
	<i>Susanna L. Matsen, MD</i>	

218	Nie należy leczyć kwasicy mleczanowej wodorowęglanem	596
	<i>Prasert Sawasdiwipachai, MD</i>	
219	Hipertensja pooperacyjna może stanowić następstwo wzrostu PCO_2	598
	<i>Melvin K. Richardson, MD</i>	
220	Prawidłowe wyniki gazometrii krwi tętniczej nie pozwalają na wykluczenie zatoru tętnicy płucnej	600
	<i>David N. Hager, MD</i>	
221	Argatroban podwyższa wartości międzynarodowego współczynnika znormalizowanego (INR), lecz nie wpływa na zewnątrzpochoдную kaskadę krzepnięcia	604
	<i>Kelly Grogan, MD</i>	
222	Należy okresowo oznaczać poziomy methemoglobiny u pacjentów otrzymujących wziewnie tlenek azotu	608
	<i>Timothy M. Moore, MD, PhD</i>	
223	Wyniki oznaczania poziomów troponin stanowią nieprecyzyjny wskaźnik uszkodzenia mięśnia sercowego u pacjentów z niewydolnością nerek	612
	<i>Bradford D. Winters, MD, PhD</i>	
224	W przypadku zakażeń opornymi na antybiotyki pałeczkami <i>Pseudomonas</i> należy zlecić przygotowanie wykazu leków nadających się do stosowania w terapii skojarzonej	615
	<i>Harjot K. Singh, MD, Sara E. Cosgrove, MD</i>	
225	Próbki do pomiaru wysycenia tlenem mieszanej krwi żyłnej należy pobierać z dystalnego portu cewnika tętnicy płucnej	618
	<i>Ala' S. Haddadin, MD</i>	
226	U krytycznie chorych pacjentów należy badać czynność tarczycy	621
	<i>Meghan C. Tadel, MD</i>	
227	Sprawdzanie stanu ukrwienia jelita w obrębie stomii za pomocą pustej probówki	626
	<i>B. Robert Gibson, MD</i>	
228	Niskie stężenie glukozy we krwi wymaga natychmiastowego leczenia i zapobiegania nawrotom epizodów hipoglikemii	628
	<i>Kathleen A. Williams, MSN, RN, CRNP, Sherita Hill Golden, MD, MHS</i>	
229	Wyniki badania poziomu d-dimerów mogą wykluczać, lecz nie potwierdzać obecność zatoru tętnicy płucnej u pacjentów w okresie pooperacyjnym	632
	<i>Hari Nathan, MD</i>	
230	Kwasica metaboliczna z luką anionową często poprzedza ketokwasycę cukrzycową	633
	<i>Nirav G. Shah, MD</i>	
231	U pacjentów z ostrą dusznością należy oznaczyć poziom peptydu natriuretycznego typu B w surowicy	635
	<i>Lawrence Osci, MD</i>	
232	Hipomagnezemia może stanowić przyczynę uporczywej hipokalemii	637
	<i>Anthony D. Slonim, MD, DrPH</i>	

ODŻYWIANIE

233	Żywienie dojelitowe może powodować spadek poziomu fenytoiny <i>Timothy M. Moore, MD, PhD, Faramarz Zarfeshanfard, RPh</i>	640
234	Zalety możliwie najwcześniejszego rozpoczęcia żywienia dojelitowego <i>Bryan A. Cotton, MD</i>	644
235	Niekorzystne następstwa przekarmiania <i>Jason Sperry, MD, Heidi L. Frankel, MD</i>	647
236	Zespół wznowienia żywienia <i>William S. Hoff, MD</i>	649
237	U pacjentów, u których stężenie albumin nie przekracza 2,5 g/dl, należy stosować dietę elementarną lub półelementarną <i>Ronald W. Paudine, MD</i>	651
238	U pacjentów z ostrym zapaleniem trzustki i przetoką jelitowo- -skórną należy rozważyć wdrożenie żywienia dojelitowego <i>Christopher J. Sonnenday, MD, MHS</i>	653
239	Z kalorymetrii pośredniej należy korzystać tylko podczas wentylowania pacjenta niskimi objętościami oddechowymi <i>Anthony D. Slonim, MD, DrPH</i>	656
240	Do żywienia pozajelitowego należy stosować oddzielny jednoświatłowy cewnik wprowadzany do żyły centralnej w górnej części tułowia <i>Lisa Marcucci, MD</i>	658

TERAPIA NERKOZASTĘPCZA

241	Ryzyko występowania hipofosfatemii u dializowanych pacjentów OIT <i>Adam R. Berliner, MD, Derek M. Fine, MD</i>	662
242	Pacjenci dializowani wymagają modyfikacji dawkowania niektórych leków <i>Edward T. Horn, PharmD</i>	664
243	Ciągła hemodializa żylna-żylna może maskować nagły wzrost temperatury ciała pacjenta <i>Frank Rosemeier, MD</i>	667
244	W przypadku wystąpienia różowego zabarwienia płynu w linii do podawania dializatu podczas ciągłej hemodializy żylna-żylniej należy natychmiast zamknąć ją za pomocą zacisku <i>Anthony D. Slonim, MD, DrPH</i>	669
245	Nie należy stosować ciągłej hemodializy żylna-żylniej wraz z konwertazą angiotensyny II i odwrotnie <i>Anthony D. Slonim, MD, DrPH</i>	672
246	Nie należy podawać fludrokortyzonu pacjentom dializowanym <i>Anthony D. Slonim, MD, DrPH</i>	674
247	U pacjenta dializowanego lub zakwalifikowanego do dializy należy unikać zakładania wkłucia centralnego do żyły podobojczykowej <i>Michael J. Moritz, MD</i>	676

248	Zastosowanie milrynonu u pacjentów z niewydolnością nerek wymaga ostrożności	679
	<i>Ying Wei Lum, MD</i>	
249	U pacjentów z niewydolnością nerek należy obniżyć dawkowanie gancyklowiru	681
	<i>Angela D. Shoher, MD</i>	
250	Wytrącanie się kryształków trymetoprymu-sulfametoksazolu (Bactrimu) w nerkach powoduje uszkodzenie i niewydolność tego narządu	683
	<i>Praveen Kalra, MD</i>	
251	Mimo że amfoterycyna w postaci związanej z lipidami wykazuje niższą nefrotoksyczność niż amfoterycyna zwykła, może wywoływać urazy tego narządu	685
	<i>John J. Lewin III, PharmD</i>	
252	Należy zwracać uwagę na ryzyko występowania polekowego ostrego śródmiąższowego zapalenia nerek u pacjentów OIT	688
	<i>Adam R. Berliner, MD, Derek M. Fine, MD</i>	
253	U pacjenta, u którego po długotrwałej operacji z możliwym uciskiem mięśni występuje niewydolność nerek ze skąpomoczem, należy podejrzewać rhabdmiolizę	691
	<i>William R. Burns III, MD</i>	
254	U pacjentów z rhabdmiolizą należy dążyć do uzyskania diurezy godzinowej na poziomie 2 ml/kg masy ciała	694
	<i>Awori J. Hayanga, MD, Elliott R. Haut, MD</i>	
255	Nie należy stosować leków moczopędnych do konwersji niewydolności nerek ze skąpomoczem w niewydolność nerek bez skąpomoczu	697
	<i>Brandon R. Bruns, MD, Heidi L. Frankel, MD</i>	
256	U pacjentów z nefropatią pokontrastową należy rozważyć profilaktyczne zastosowanie N-acetylocysteiny lub wodorowęglanu sodu wraz z odpowiednim nawadnianiem	700
	<i>Michael. J. Moritz, MD</i>	

KREW

257	Ostre poprzetoczeniowe uszkodzenie płuc nie zależy od dawki przetoczonych preparatów krwiopochodnych	704
	<i>Ala' S. Haddadin, MD</i>	
258	Oznaki ostrych reakcji poprzetoczeniowych	706
	<i>Eugenie S. Heitmiller, MD</i>	
259	Nie należy pochopnie przetaczać płytek krwi u pacjentów bez krwawień nieoczekujących na zabieg operacyjny	708
	<i>Michael. J. Haut, MD</i>	
260	Nie należy przetaczać płytek krwi pacjentom z immunologiczną płamicą małopłytkową	710
	<i>Laith Altaweel, MD</i>	

261	Nie należy podawać płytek krwi pacjentom z małopłytkowością poheparynową typu II	712
	<i>Laith Altaweel, MD</i>	
262	Oznaczanie liczby retikulocytów u pacjentów po przetoczeniu preparatów krwiopochodnych daje nieprecyzyjne wyniki	715
	<i>Anthony Slonim, MD, DrPH</i>	
263	Przetaczanie preparatów krwiopochodnych z obniżoną zawartością leukocytów pacjentom o obniżonej odporności	717
	<i>Mehmet Ozcan, MD, Praveen Kalra, MD</i>	
264	Podawanie oktreotydu pacjentom oczekującym na endoskopowe leczenie krwawienia z żyłaków przełyku	720
	<i>Madhavi Meka, MD</i>	
265	Krwawienie wokół drenu założonego do jamy opłucnej należy aż do wykluczenia traktować jako oznakę krwawienia do jamy opłucnej	722
	<i>David J. Caparrelli, MD</i>	
266	W przypadku stwierdzenia krwawienia z żołądka lub z dwunastnicy należy rozpocząć wlew inhibitorów pompy protonowej	726
	<i>Hari Nathan, MD</i>	
267	Krwawienia wywołanego bezpośrednimi inhibitorami trombiny nie można odwrócić, stosując protaminę, świeżo schłodzone osocze ani płytki krwi	728
	<i>Michael B. Streiff, MD</i>	
268	Należy ograniczać ilość krwi pobieranej do badań	732
	<i>Elliott R. Haut, MD</i>	
269	Zastosowanie czynnika VIIa w leczeniu krwawień niechirurgicznych u pacjentów po operacjach lub urazach	735
	<i>Suneel Khetarpal, MD, Andrew J. Kerwin, MD</i>	
270	Angiografia jako terapia wspomagająca opanowywanie krwawienia z narządów litych po laparotomii skróconej (Damage Control Surgery)	738
	<i>Michael D. Grossman, MD</i>	
271	Należy niezwłocznie zasięgnąć konsultacji chirurgicznej, jeżeli u pacjenta z krwawiącym wrzodem trawiennym występuje nawrót krwawienia po zabiegu wykonanym metodą endoskopową	740
	<i>Lee Ann Lau, MD, Heidi L. Frankel, MD</i>	
272	U pacjenta z marskością wątroby i z krwawieniem z górnego odcinka układu pokarmowego należy użyć zgłębnika Sengstakena-Blakemore'a lub sondy typu Minnesota	742
	<i>Anthony D. Slonim, MD, DrPH</i>	

BADANIA OBRAZOWE I TESTY

273	Utratę sygnału podczas badania wszczepu tkankowego USG dopplerowskim należy traktować jako stan wymagający interwencji chirurgicznej w trybie nagłym	746
	<i>Mazen Bedri, MD</i>	

274	Podczas analizy wyników badania USG dopplerowskim należy pamiętać, że żyła udowa powierzchowna stanowi część układu żył głębokich	750
	<i>Patrick Schaner, MD</i>	
275	Kobiety w wieku rozrodczym należy ostrzec przed bezpośrednim kontaktem z pacjentami, u których wykonano radioizotopowe znakowanie krwinek białych	752
	<i>Tonya N. Walker, MD, Elizabeth A. Martinez, MD, MHS</i>	
276	Echokardiografia pomaga wykluczyć bakteryjne zapalenie wsierdza u pacjentów ze stwierdzoną obecnością bakterii Gram-dodatnich we krwi	755
	<i>Mike Faulkner, MD</i>	
277	Tamponadę rozpoznaje się na podstawie objawów klinicznych, a nie na podstawie wyników badania echokardiograficznego	758
	<i>Jay Weller, MD</i>	
278	Tętno naprzemienne należy traktować jako oznakę zbliżającej się tamponady serca	761
	<i>Melissa Camp, MD</i>	
279	Ujemny wynik wybiórczej ultrasonografii pourazowej (FAST) nie oznacza wykluczenia urazu jelita lub zaotrzewnowego, dlatego do oceny pacjenta z urazami penetrującymi należy także wykorzystać inne badania	763
	<i>Brendan G. Carr, MD, Patrick K. Kim, MD</i>	
280	Zastosowanie obrazowania narządów klatki piersiowej/brzucha/ /miednicy mniejszej za pomocą tomografii komputerowej do wykluczania złamań i zwichnięć w piersiowym i lędźwiowym odcinku kręgosłupa	767
	<i>Suneel Khetarpal, MD, Barbara Haas, MD</i>	
281	Nie należy wykluczać urazów odcinka szyjnego kręgosłupa ani rdzenia kręgowego wyłącznie na podstawie obrazowania struktur kostnych RTG lub tomografią komputerową	769
	<i>Michael D. Grossman, MD</i>	
282	Rozpoznawanie przyczyny braku zacernienia na zdjęciu RTG klatki piersiowej na podstawie położenia śródpiersia	772
	<i>Nadia N. Hansel, MD, MPH, Noah Lechtzin, MD, MHS</i>	
283	Angiografia jako metoda wspomagająca rozpoznawanie urazów tępych narządów litych	774
	<i>Suneel Khetarpal, MD, Barbara Haas, MD</i>	
284	Zagrożenia związane z nierozpoznanym zespołem ciasnoty międzypowięziowej	777
	<i>Frank J. Frassica, MD, Brett M. Cascio, MD, Derek Papp, MD</i>	
285	Nietypowe objawy ostrego niekamiczego zapalenia pęcherzyka żółciowego	781
	<i>Meredith S. Tinti, MD, Patrick K. Kim, MD</i>	
286	W miarę możliwości należy unikać podawania dożylnego środka cieniującego częściej niż co 48 godzin	783
	<i>Amisha Barochia, MD</i>	

CIAŻA

287	Pacjentki w ciąży powinny leżeć z prawą stroną ciała uniesioną o 15 stopni	786
	<i>Glen Tinkoff, MD</i>	
288	W miarę możliwości należy unikać stosowania leków szkodliwych dla płodu	787
	<i>Lee Ann Lau, MD, Heidi Frankel, MD</i>	
289	Należy rozważyć wykorzystanie elektronicznego monitorowania płodu podczas opieki nad pacjentką powyżej 24 tygodnia ciąży na OIT	790
	<i>Robert K. Michaels, MD, MPH</i>	
290	Zmiany fizjologiczne w organizmach ciężarnych i prawidłowe wyniki badań laboratoryjnych	792
	<i>Glen Tinkoff, MD</i>	

OPARZENIA

291	Pacjentom z oparzeniami nie należy profilaktycznie podawać środków przeciwko drobnoustrojom	796
	<i>Gary T. Marshall, MD, James H. Holmes IV, MD</i>	
292	Gorączkę u pacjentów z oparzeniami nie zawsze powoduje zakażenie	800
	<i>Oliver A. Varban, MD, James H. Holmes IV, MD</i>	
293	Oparzenia prądem elektrycznym mogą być cięższe niż sugerują to wstępne wyniki badań	803
	<i>Travis L. Perry, MD, James H. Holmes IV, MD</i>	
294	U pacjentów z oparzeniami nie należy stosować terapii tlenem hiperbarycznym	808
	<i>Travis L. Perry, MD, James H. Holmes IV, MD</i>	
295	Jeżeli to możliwe, u pacjenta z oparzeniami nie należy stosować odżywiania pozajelitowego	810
	<i>Jeremy W. Pyle, MD, James H. Holmes IV, MD</i>	
296	U pacjentów z oparzeniami okrężnymi należy rozważyć wykonanie escharotomii	814
	<i>Richard Wong She, MBChB, James H. Holmes IV, MD</i>	
297	Problemy z leczeniem zespołu Stevensa-Johnsona i toksycznej nekrolizy naskórka	817
	<i>Vijay A. Singh, MD, Stephen M. Milner, MD, ACS</i>	
298	Zalety wczesnego opracowania chirurgicznego ran oparzeniowych i wykonywania wszczepów skóry	819
	<i>Jeremy W. Pyle, MD, James H. Holmes IV, MD</i>	
299	Agresywne uruchamianie pacjentów z ranami oparzeniowymi	823
	<i>Dana Nakamura, OT, James H. Holmes IV, MD</i>	
300	Nie zaleca się opóźniania intubacji pacjenta z wziewnymi urazami ciepłymi	826
	<i>Richard Wong She, MBChB, James H. Holmes IV, MD</i>	

301	Konieczność zapewnienia właściwej resuscytacji pacjentom z oparzeniami	829
	<i>Oliver A. Varban, MD, James H. Holmes IV, MD</i>	
302	Trudności z uzyskaniem dostępu donaczyniowego u pacjentów z oparzeniami	833
	<i>Myron S. Powell, MD, James H. Holmes IV, MD</i>	
303	Ocena rozległości i głębokości oparzeń	836
	<i>John Zannis, MD, James H. Holmes IV, MD</i>	

RÓŻNE

304	Lekarz prowadzący nie powinien poruszać kwestii pobrania narządów z członkami rodzin potencjalnych dawców	840
	<i>Matthew J. Weiss, MD</i>	
305	Gwałtowny spadek diurezy u pacjenta po przeszczepieniu nerki wymaga natychmiastowego powiadomienia zespołu transplantologów	842
	<i>Matthew J. Weiss, MD</i>	
306	Pojemność minutowa serca (rzut serca) i frakcja wyrzutowa serca to dwa różne pojęcia	844
	<i>Frank Rosemeier, MD</i>	
307	U pacjentów ze stwierdzonym złamaniem miednicy nie należy wykonywać dodatkowych manipulacji diagnostycznych	846
	<i>J. Christopher DiGiacomo, MD</i>	
308	U pacjenta po urazie należy rozważyć profilaktykę przeciwko kostnieniu heterotopowemu	851
	<i>Constantine A. Demetracopoulos, BS, Frank J. Frassica, MD</i>	
309	U pacjentów ze stwierdzonym złamaniem kończyny należy aktywnie poszukiwać nierozpoznanych złamań kończyn	855
	<i>William S. Hoff, MD</i>	
310	Systemy punktacji służące do oceny ciężkości stanów chorobowych wykorzystywane na OIT	857
	<i>Ron Pauldine, MD</i>	
311	Ramy prawne działania OIT w USA	860
	<i>Christian Merlo, MD, MPH, Nadia N. Hansel, MD, MPH</i>	
312	Znaczenie podstawowych terminów stosowanych w statystyce medycznej	862
	<i>Peter F. Cronholm, MD, Joseph B. Straton, MD</i>	
313	W przypadku wystąpienia zmian stanu świadomości u pacjenta poddanego procedurze inwazyjnej należy w diagnostyce różnicowej uwzględnić obecność zatoru	869
	<i>Nirav G. Shah, MD</i>	
314	Wzrost temperatury ciała mogą powodować czynniki inne niż zakażenie	872
	<i>Laith Altaweel, MD</i>	

315	Niestabilny częstoskurcz zarówno z szerokimi, jak i z wąskimi zespołami QRS należy leczyć kardiowersją	875
	<i>Laith Altawceel, MD</i>	
316	Należy zawsze rozpoznać przyczynę bólu w klatce piersiowej nawet o etiologii niekardiologicznej	877
	<i>Laith Altawceel, MD</i>	
317	Różnica między ciśnieniem wyrażanym w mm Hg i w cm H ₂ O	881
	<i>Anthony D. Slonim, MD, DrPH</i>	
318	Należy uważać na zaostżenia w przebiegu toczenia rumieniowego układowego	882
	<i>Anthony D. Slonim, MD, DrPH</i>	
	SKOROWIDZ	885