

<<执业医师心电图必读>>

图书基本信息

书名：<<执业医师心电图必读>>

13位ISBN编号：9787117127240

10位ISBN编号：7117127244

出版时间：2010-7

出版单位：人民卫生

作者：张新民 编

页数：257

版权说明：本站所提供下载的PDF图书仅提供预览和简介，请支持正版图书。

更多资源请访问：<http://www.tushu007.com>

<<执业医师心电图必读>>

前言

尽管心血管疾病诊断技术的发展日新月异，心电图仍是广大临床医师应知应会的最基本的技术之一。对内科医师，尤其是心内科专科医师，心电图的学习和熟练掌握尤为重要。

首先，只有掌握了包括心电图在内的基本知识和基本技能，才能合理适度地使用高成本和（或）有创伤性的其他技术。

因为相当多的临床诊断与临床决策并不需要这些“近现代技术”。

高尚的医德，对临床基本技术精益求精，是治疗“过度医疗”和“趋利性医疗”的一剂良药。

现在的医学教育技术与医疗服务模式，在一定程度上助长了医院和医务人员对经济效益好、回报快的心血管影像技术与介入技术的“崇拜”和对听诊器与心电图的冷漠，这是我今年呼吁医学回归人文、临床与基本功的苦衷。

其次，在心血管疾病诊断技术众多的今天，对于一些常见重大疾病的诊断，甚至确诊，心电图的临床意义与作用仍具有不可替代、不可取代性。

例如：心律失常的诊断和心肌梗死的诊断，急性冠状动脉综合征的分型，各段分层和早期干预的决策都离不开心电图ST段改变的情况。

再次，学习和掌握心电图一定要结合临床。

例如：目前经常把中青年女性心电图中的STT段改变报告为“心肌缺血”，导致对这些患者做了大量浪费卫生资源、无益而明确有害的检查——CT和血管造影。

又如室性期前收缩，重要的不是其心电图表现类型，而是患者的基础心脏病情况，如是否患过心肌梗死和心功能状况。

我在临床上多次看到不认真体检或临床经验不足，而把主动脉瓣狭窄与心尖部肥厚患者的心电图T波改变误判为冠心病，导致医疗资源浪费和误诊。

<<执业医师心电图必读>>

内容概要

本书主要是为临床年轻执业医师所编写的。

本书分为两部分。

第一部分是必读心电图100例。

既然是必读，所收集的心电图就必须是心电图检查这门技术中最有价值的内容，临床上最常见的病例，最有代表性的内容。

既然是必读，就要控制好总量和难度，就要兼顾实用性和系统性。

应该说，书中100例必读心电图是每个有资质的执业医师都应该掌握的。

第二部分是复杂心律失常20例。

这部分心电图的难度有所提高，是为有一定基础、想多学习一些有一定深度心电图的临床医师准备的

。本书对每一例心电图通过“临床资料”、“心电图改变”、“心电图诊断”、“心电图解析及临床分析”、“临床处理”五个方面，系统地向读者介绍了患者的临床表现、心电图异常之处及心电图诊断报告、如何结合临床资料分析心电图以及常规处理方法和一般治疗原则。

书中每一份心电图都和实际心电图大小相同，并按照标准的速度和增益进行描记(25mm/s, 10mm/mV)，使读者阅读和分析时感到真实，并自然而然地建立起对心电图那种特有的直觉。

书中所选图例图形典型、记录质量高，并经过统一修饰，给读者带来舒适悦目的阅读体验。

<<执业医师心电图必读>>

书籍目录

第一部分 必读心电图100例 一、正常心电图及正常变异 例1 正常心电图 例2 左、右心室高电压 例3 位置性Q波 例4 窦房结内游走性心律 二、能提示某种疾病的心电图 心脏疾病 例5 缺血型ST段下移 例6 缺血型T波异常 例7 非特异性ST-T异常 例8 超急性心肌梗死 例9 急性下壁、后壁心肌梗死(A) 例9 急性下壁、后壁心肌梗死(B) 例9 急性下壁、后壁心肌梗死(C) 例10 心房颤动, 急性前间壁心肌梗死 例11 急性广泛前壁心肌梗死 例12 急性前壁心肌梗死(“墓碑样”ST段改变), RonT型室性期前收缩 例13 急性下壁心肌梗死合并二度 型房室阻滞 例14 急性非sT段抬高型心肌梗死?

例15 再发心肌梗死(陈旧性前间壁, 急性下壁、后壁) 例16 陈旧性前壁、高侧壁心肌梗死 例17 室壁瘤 例18 心肌炎(A) 例18 心肌炎(B) 例18 心肌炎(C) 例19 急性心包炎 例20 肥厚型心肌病(室间隔) 例21 肥厚型心肌病(心尖部) 例22 左心室肥大伴劳损 例23 风湿性心脏病——左心房肥大 例24 风湿性心脏病——心房颤动、右心室肥大 例25 先天性心脏病(肺动脉瓣狭窄)——右心房肥大、右心室肥大 例26 先天性心脏病(主动脉瓣狭窄)——左心室肥大伴劳损 例27 先天性心脏病(室间隔缺损)——双侧心室肥大 例28 右位心 例29 慢-快综合征 其他疾病 例30 急性肺栓塞与S Q T 三联征 例31 慢性肺心病——肺型P波、右心室肥大 例32 慢性肺心病——心房颤动、重度顺钟向转位 例33 左侧气胸 例34 高钾血症——帐篷状T波 例35 低钾血症——T-U异常 例36 高钙血症——Q-T间期缩短 例37 低钙血症——ST段平直延长, Q-T间期延长 例38 蛛网膜下腔出血——巨大T波, Q-T间期延长 例39 洋地黄效应——ST-T鱼钩状改变 三、心律失常 激动起源异常 例40 窦性心动过缓伴不齐, 交界性逸搏心律 例41 窦性停搏, 交界性逸搏, 心室夺获伴室内差异性传导 例42 交界性逸搏心律 例43 多源性房性期前收缩伴室内差异性传导 例44 房性期前收缩的多种表现形式 例45 酷似室性期前收缩二联律的房性期前收缩 例46 交界性期前收缩 例47 起源于左后分支的室性期前收缩 例48 多形性室性期前收缩 例49 多源性室性期前收缩 例50 舒张晚期室性期前收缩, 室性融合波 例51 插入性室性生期前收缩 例52 插入性交界性期前收缩伴室内差异性传导, 交界性并行心律 例53 室性并行心律 例54 短阵性房性心动过速 例55 阵发性室上性心动过速 例56 多源性房性心动过速 例57 短阵性室性心动过速 例58 室性心动过速(单形性) 例59 室性心动过速(房室分离, 心室夺获, 室性融合波) 例60 室性心动过速(胸导联同向性) 例61 室上性心动过速伴右束支阻滞 例62 多形性室性心动过速 例63 尖端扭转型室性心动过速 例64 非阵发性交界性心动过速 例65 非阵发性交界性心动过速, 干扰性不完全性房室分离 例66 非阵发性室性心动过速 例67 非阵发性室性心动过速, 干扰性不完全性房室分离 例68 心房扑动(2:1房室传导) 例69 心房扑动(4:1房室传导) 例70 心房颤动, 阿斯曼现象 例71 房颤中的室内差异性传导与室性期前收缩 例72 洋地黄中毒——心房颤动伴二度房室阻滞 例73 W-P-W综合征合并心房颤动 激动传导异常 例74 二度 型窦房阻滞 例75 二度 型房室阻滞 例76 二度 型房室阻滞 例77 2:1房室阻滞 例78 急性下壁心肌梗死合并三度房室阻滞, 交界性逸搏心律 例79 三度房室阻滞, 室性逸搏心律 例80 心房颤动伴三度房室阻滞, 交界性逸搏心律 例81 心房扑动伴三度房室阻滞, 交界性逸搏心律 例82 完全性右束支阻滞 例83 完全性左束支阻滞 例84 左前分支阻滞 例85 频率依赖性右束支阻滞 例86 二度束支阻滞 例87 双束支阻滞(二度 型房室阻滞, 完全性右束支阻滞) 例88 双分支阻滞(完全性右束支阻滞, 左前分支阻滞) 例89 三支阻滞(一度房室阻滞, 完全性右束支阻滞, 左前分支阻滞) 例90 三支阻滞(2:1房室阻滞, 完全性右束支阻滞, 左前分支阻滞) 例91 W-P-W综合征(A型) 例92 W-P-W综合征(B型) 例93 间歇性W-P-W综合征 例94 L-G-L综合征 四、起搏心电图 例95 右室起搏心律 例96 心房颤动, 心室按需起搏, 室性融合波 例97 右房-右室顺序起搏 例98 右房感知-右室起搏 例99 起搏器功能障碍(心房感知与起搏功能障碍) 例100 起搏器功能障碍(心室感知与起搏功能障碍) 第二部分 复杂心律失常20例 例101 房性期前收缩二联律, 房性期前收缩未下传 例102 房性期前收缩伴室内差异性传导 例103 频率依赖性房室阻滞 例104 左束支4相阻滞 例105 完全性左束支阻滞, 室性期前收缩, 室性融合波(形态“正常化”) 例106 房性期前收缩诱发的房室结折返性心动过速 例107 W-P-W综合征合并心房颤动 例108 心房颤动, 多源性室性期前收缩, 非阵发性室性心动过速 例109 室性并行性心动过速 例110 逸搏-夺获二联律 例111 3:1房室阻滞(二度 型) 例112 3:2二度 型房室阻滞

<<执业医师心电图必读>>

例113 3:2二度 型窦房阻滞 例114 高度房室传导阻滞,魏登斯基现象 例115 窦性心动过速伴三度房室阻滞?
非阵发性交界性心动过速 例116 二度 型左束支阻滞 例117 双束支阻滞(A) 例117 双束支阻滞(B)
例117 双束支阻滞(C) 例118 双分支阻滞(左前分支并左后分支阻滞) 例119 W-P-W综合征合并2:1房室阻滞 例120 不完全性与完全性心室预激附录一 根据R-R间期推算心率表附录二 根据记录纸小方格推算心率表附录三 根据 、 导联QRS波幅测定心电轴心电图诊断索引

章节摘录

插图：心电图解析及临床分析该患者急性下壁心肌梗死与三度房室传导阻滞几乎同时发生，说明它们之间存在关联性（参见例13）。

大多数人房室结与心脏下壁均接受右冠状动脉的供血。

因此，当右冠状动脉主干闭塞而发生下壁心肌梗死的同时常常并发不同程度的房室传导阻滞。

三度房室传导阻滞时，心房心室各由一个起搏点控制，两者之间毫无关系。

在心电图上表现为P-P匀齐，R-R匀齐，P-R无关，出现完全性房室分离。

在三度房室传导阻滞发生后，心室激动起源于阻滞区下方，故心室激动为何种心律能大致反映房室阻滞部位的高低。

如此，该图表现出的交界性逸搏心律，反映发生三度房室阻滞的阻滞部位较高，位于房室结或希氏束近端。

图中左心室肥大是由长期高血压导致。

前侧壁导联ST段下移可能与左心室肥大有关，亦可能是下壁导联ST段抬高的对应性改变，还可能有心肌缺血的因素。

心电图分析参见《临床心电图分析与诊断》（人民卫生出版社。

2007）第229页。

临床处理急性下壁心肌梗死按例8治疗原则处理。

对于合并的三度房室传导阻滞可能还与高迷走神经张力有关，与前壁心肌梗死相比这并非心脏传导系统的损害。

除非发生血流动力学障碍，否则没有必要安置心脏起搏器，房室传导阻滞可能仅是一过性表现，几天内可恢复正常。

<<执业医师心电图必读>>

编辑推荐

《执业医师心电图必读》：心电图——心生电，电生图，这是生命体最直接的图形表达。心脏的一息一动、强弱兴衰都被书写进了这根看似简单的墨线上。作为心脏电活动的解读工具，其临床价值至今未被其他任何方法所超越。
——张新民

<<执业医师心电图必读>>

版权说明

本站所提供下载的PDF图书仅提供预览和简介，请支持正版图书。

更多资源请访问:<http://www.tushu007.com>