第一图书网, tushu007.com

<<301临床心电图学（上下卷）>>

图书基本信息

书名：<<301临床心电图学（上下卷）>>

13位ISBN编号：9787502363925

10位ISBN编号：7502363920

出版时间：2010-5

出版时间：卢喜烈 科学技术文献出版社 (2010-05出版)

作者：卢喜烈

页数：1439

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

前言

1903年心电图（electrocardiogram，ECG）应用于临床,Einthoven因发明心电图而获得了1924年度的诺贝尔生理学和医学奖。
一百多年来，心电图为临床医学和人类健康做出了巨大贡献。
目前，尽管临床新技术层出不穷，然而，应用历史最为悠久、普及范围最广的依然是心电图。
哪里有医疗，哪里就有心电图，哪里有急诊，哪里更有心电图。
心电图的强大生命力在于应用最简便、最实用、最可靠、最廉价，又能为临床诊断和治疗疾病提供重要依据。
心电学已经发展成为一门重要的无创技术。
我国是世界心电学的强大国家，从事心电图、动态心电图、运动心电图、心电生理和心脏起搏的医技人员30余万，每年做心电检查上亿人次！
心电图资源越来越丰富。
小小心电波形，内涵博大精深，心电信息浩翰如海，学问无边。
近年来，心电图学在各个领域里都有重大进展。
为全面反映心电图学领域里的新进展，我在《现代心电图诊断大全》的基础上，编写完成了《30l临床心电图学》。
本书分140余章，全面系统、由浅入深地介绍了现代心电图的产生机制、心电图分类诊断、心房肥大与心室肥大心电图、急性心肌缺血心电图、心肌梗死心电图、临床各种常见疾病心电图、心律失常心电图诊断和鉴别诊断、起搏器心电图分析和常见的各种心电现象，还介绍了动态心电图、运动试验、心率变异性、心电网络化系统等内容。
书中附有各种类型的心电图1500幅。
本书是一部图文并茂、临床实用的大型心电学著作，是目前最新也最为全面的心电学工具书。
只有学好心电学理论，结合临床解释心电图，才能运用心电图技术更好地为人民健康服务。
本书适合于从事心电学技术的医师、技师、临床医师、全科医师、进修生、研究生、心脏科护士、麻醉科医师、社区医师和心电工程技术人员阅读。
学无止境，由于理论水平和临床心电图经验有限，对于书中存在的不足和错漏，欢迎同仁们批评指正。

内容概要

《301临床心电图学(套装上下册)(第2版)》分142章，全面系统地介绍了临床心电图的发生机制、临床各种疾病和各种类型心律失常的心电图表现、发生机制、诊断、鉴别诊断和临床意义。
内容深入浅出、言简意骸且新颖、丰富，具有实用性强、可操作性强等优点。
此书不仅适合心脏内外科、急诊科及重症监护病房的临床医生参考，而且可作为广大实习医师、进修医师、轮转医师及社区医师提高的必备大型工具书。

作者简介

卢喜烈，中国人民解放军总医院军医进修学院导师.汕头大学第一附属医院客座教授，研究生导师，中国生物医药技术协会心电学技术分会副主任委员，中国心电信息学分会常务副主任委员，《心电学杂志》编委，《临床心电学杂志》常务编委。
《实用心电学杂志》副总编辑和终身编委。
从事心电图140年，擅长心电图、动态心电图、运动心电图、起搏心电图、心电技术研发开发与应用。
主编《现代心电图诊断大垒》《12导同步心电图学》等心电学专业著作40部，具有较高的学术价值，在国内引起于广泛影响。
首先提出12导同步动态心电图的理论。
2006年，领导12导同步动态心电图课题组，首先于2004年研制出高采样率的12导同步动态心电图系统应用于临床。

书籍目录

上卷第1章 心电图的命名第2章 心脏解剖概述胸部体表标志与标志线心脏的体表投影心脏的位置心脏的外形心脏的房室腔心脏的瓣膜心壁的构造心脏的度量第3章 心肌细胞类型P细胞过渡细胞浦肯野细胞收缩细胞M细胞第4章心脏自律传导系统及其血供心脏自律传导系统的组成心脏传导系统的形态构造心脏传导系统的血液供应第5章 心脏神经调节心脏的神经支配交感神经对心脏的作用迷走神经对心脏的作用迷走神经与交感神经的相互作用第6章 心肌细胞膜电位静息电位动作电位第7章 心肌细胞的电生理特性自律性兴奋性(应激性)不应期传导性第8章 除极波与复极波的形成心肌细胞的除极和复极探查电极位置对波形的影响容积导电的概念P波的形成QRS波群的形成T波的形成心室复极差力第9章 两次投影心向量概念空间立体P-QRs-T环的产生机制平面心向量图的产生机制平面心向量图的形成一立体P-QRs-T环的第一次投影心电图的产生机制——立体向量图的两次投影第10章 心电图机心电描记的基本原理心电图机的主要组成及功能心电图机的分类心电图机性能指标心电图机的安全性心电图机正常工作的环境条件新型数字化电路心电图机参数数字化12导联同步心电图机计算机自动分析的工作过程及原理第11章 12导联心电图的原理和技术标准导联加压单极肢体导联胸壁导联Bailey六轴系统胸壁导联系统矫正后的导联不常用的导联F导联系统第12章 心电图描记与测量技术心电图描记技术心电图工作常规心电图测量技术第13章 心电轴与心脏钟向转位心电轴心电的钟向转位心电位第14章心电图报告分类心电图报告原则和内容正常心电图异常心电图第15章 正常心电图P渡Ta波PR间期PR段QRS波群J点PJ间期sT段T波QT间期QT间期离散度OTCJ-T间朋U波第16章 正常范围心电图窦性心动过缓窦性心动过速窦房结内游走性节律P波切迹短PR间期隔性q波QRS低电压心脏钟向转位胸导联QRS高电压室上嵴形局限性右束支传导阻滞持续性幼年型T波迷走神经张力增高T波偏低第17章 可疑心电图第18章 异常心电图各波、段及间期异常心律失常心电图负荷试验阳性第19章 心房肥大右心房肥大左心房肥大第20章 心室肥大右心室肥大左心室肥大与左室扩大双侧心室肥大第21章 心肌缺血急性心肌缺血心绞痛发作时的心电图改变不稳定型心绞痛不稳定型心绞痛心电图特征变异型心绞痛卧位型心绞痛慢性心肌缺血的心电图表现X综合性第22章 心肌梗死第23章 高血压第24章 心肌病第25章 肺栓塞第26章 风湿性心脏辨膜病第27章 心包炎第28章 心肌炎第29章 右位心第30章 房间隔缺损第31章 室间隔缺损第32章 法洛四联症第33章 动脉导管未闭第34章 三尖瓣畸形第35章 肺动脉疾病第36章 主动脉瓣疾病第37章 其他先心病第38章 循环系统疾病第39章 呼吸系统疾病第40章 神经系统疾病第41章 内分泌系统疾病第42章 消化系统疾病第43章 泌心尿系统疾病第44章 小儿胎儿和老年心电图第45章 电解质乱第46章 药物与心电图第47章 电交替第48章 早期复极第49章 心律失常总论第50章 心电停搏第51章 病窦综合征第52章 正常窦性心律第53章 窦性心律不齐第54章 窦性心动过速第55章 窦性心动过缓第56章 过缓的房性逸搏与房性心动过缓第57章 过缓的交界性逸搏与交界性心动过缓第58章 过缓的室性逸搏与室性心动过缓第59章 房性逸搏与房性心律第60章 交界性逸搏与交界性心律第62章 加速的交界性逸搏与加速的房性心律第63章 加速的交界性逸搏与加加速的交界性心律第64章 加速的室性逸搏与加速的室性心律第65章 窦性期前收缩第66章 房性期前收缩第67章 交界性前收缩第68章 室性期前收缩第69章 房性心动过速第70章 室性心动过速第71章 室性心动过速第72章 房室折返性心动过速下卷第73卷 QRS心动过速第74章 双向性心动过速第75章 宽QRS心动过速第76章 心房扑动第77章 心房颤动第78章 心室扑动第79章 心室扑动第80章 窦房传导阴滞第81章 心房内传导阴滞第82章 房室传导阴滞第83章 右束支传导阴滞第84章 左束支传导阴滞第85章 分支阻滞第86章 双束支传导阴滞第87章 双支阻滞第88章 三支阻滞第89章 不定型心室内传导阻滞第90章 预激综合证第91章 起搏心电图第92章 游走节律第93章 心律不齐第94章 窦房交界性心律失常第95章 房室结多径路传导现象第96章 反复搏动第97章 并行心律第98章 房性融合波第99章 室性融合波第100章 传出阴滞第101章 意外传导第102章 干扰现象第103章 时相性心房内差异传导第104章 非时相性心房内差异传导第105章 时相性心室内差异传导第106章 非时相性心室内差民传导第107章 干扰性分离第108章 蟑联现象第109章 文氏现象第110章 3相传导阻滞第111章 4相传导阻滞第112章 节律重整第113章 隐匿传导第114章 折返现象第115章 PCI时的心电图第116章 心脏术后心电图第117章 心导管检查中的心电图第118章 心电机械分离第119章 临终时心电图第120章 心电图药物试验第121章 动态心电图第122章 运动试验第123章 窦房结电图第124章 经食管心房调搏第125章 心脏电生理基础第126章 P波第127章 QRS波群第128章 ST段第129章 T波第130章 J波第131章 Brugada波与Brugada综合征第132章 U波

第133章 PR间期与PR段第134章 QT间期第135章 特殊的波第136章 T波电交替第137章 P波离散度第138章 QT离散度第139章 窦性心率震荡第140章 心率变异性第141章 心电信息管理系统第142章 梯形图在分析心律失常的应用附录一 心电图标准化与解析建议附录二 不同心率时QT间期正常值附录三 用I与III导联QRS波群测量心电轴附录四 以I、aVF导联QRS波群测量心电轴主要参考文献

章节摘录

插图：窦房结动脉60%的人发源于右冠状动脉的右房前支，40%的人发自左冠状动脉回旋支，少数人的窦房结接受左、右冠状动脉双重血供。
窦房结动脉病变，可引起窦性心动过速、窦性心动过缓、窦房传导阻滞及窦性停搏等窦性心律失常。
窦房结静脉与窦房结动脉并行，经心小静脉汇流人右心房。
窦房结动脉起自右冠状动脉者，多数距冠状动脉起点的2.cm 以内，经升主动脉右侧，沿右房前壁上行，被右心耳掩盖，穿过房间隔前缘，到达上腔静脉口，以逆钟向环绕该口在上腔静脉口前缘分两支，一支上行，另一支进入界嵴和窦房结，两支共同环绕上腔静脉口。
窦房结动脉变异者.是以单支呈顺钟向环绕上腔静脉口，少数窦房结动脉来自右房中间支，在心脏锐缘处起始于右冠状动脉，沿右房外侧面上升至上腔静脉根部进入窦房结。
少数窦房结动脉为右冠状动脉终支的延续，即右冠状动脉主干越过房室交点，沿冠状沟向左行走，在左肺静脉与左心耳之间转向右到达上腔静脉口，分布于窦房结。
窦房结动脉起自左冠状动脉者，大多是左房前支的延续，发生部位距左冠状动脉起点的1.5cm以内。
起始于旋支者，向左经左心耳与左肺静脉之间，再沿左房前壁上行，向右达前房间沟.最后转向右上方至上腔静脉口供应窦房结。
少数左窦房结动脉为左旋支末端的延续，行走于左房后壁上行，经彳『肺静脉与下腔静脉之间，向右上到达上腔静脉口，进入窦房结。
窦房结动脉在结内的分布非常丰富，结内小动脉与心房壁内小动脉吻合，形成窦房结血液供血的侧支循环。
窦房结内动脉血管的密度大约是窦房结横断面积的14%，在结内由小动脉管径所占窦房结的面积是邻近心房壁小动脉管径所占面积的8倍。
与窦房结内起搏细胞需要充足的血液供应有关。
窦房结动脉进入窦房结后，失去血管壁中膜的外肌层，并以结细胞代替其外膜，由于结内小动脉管壁变薄，窦房结细胞更接近血管腔，致使窦房结对结内血压改变和体液因素非常敏感。
窦房结动脉的构造特点，使其更适合于机械性和化学性冲动的传递。
窦房结的静脉无主干与同名动脉伴行，有小静脉直接注入右心房或上腔静脉。
二、结间束的血液供应结间束的血液由窦房结动脉供应。
不论窦房结动脉发自右冠状动脉，还是左冠状动脉，其分支的走行常与前、中结间束的部分行程和后结间束的大部分行程相一致，供血给结间束的相应部分。
行经下腔静脉瓣和房间隔后缘的结间束部分，由房室结动脉、左房后支和右房后支供血。
位于房间隔内的结间束由发自旋支的房间隔前动脉供血。
由此可见窦房结动脉病变还可能同时影响到结间束的电生理特性，出现窦房传导障碍、不全性房内传导阻滞、房性心动过速、心房扑动或心房颤动。

编辑推荐

《301临床心电图学(套装上下册)(第2版)》是由科学技术文献出版社出版的。

第一图书网, tushu007.com

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