第一图书网, tushu007.com

<<心内科值班医生手册>>

图书基本信息

书名：<<心内科值班医生手册>>

13位ISBN编号：9787810719957

10位ISBN编号：7810719955

出版时间：2007-3

出版时间：北京大学医学出版社

作者：库翰

页数：515

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

内容概要

第三版《On call cardiology》提供你处理值班时可能遇到的心脏疾患所需的指导。
你可在本书中找到有关疾病床边诊断、心电图解释及其他重要内容。
同时此书还包含了药物作用、适应征、不良反应以及常用心血管药物间的相互作用。
第三版对前版进行了全面的修改，包括：
· 新增一章——胸部X线影像解读，为此提供大量有意义的胸部X线影像图谱。
· 用2种色彩加强心电图图谱的视觉效果。
· 新增50张插图。
· 更新参考目录，并附于各章节尾。
此书主要由三部分组成：
第一部分——引言，包括六个章节：第1章，值班期间诊断和处理问题的思路；第2章，关于值班会诊问题的记录；第3章，心脏疾病的胸外体格检查；第4章，心脏检查；第5章，心电图临床应用速成指南；第6章，胸部X线影像解读。
欲正确处理值班时所遇各种心血管问题，须参考这些章节内容。
第二部分——患者相关问题：常见的值班时所遇的与患者相关的问题。
每个问题的处理都应从它的起源着手，首先应在电话内询问相关问题，然后给出临时医嘱，以及医生到达患者床边后评估主要威胁患者生命的情况。
此书使用以下结构进行阐述。
第三部分——附录，包括输液泵使用图表，SI单位转换表，心血管常用药物的适应证、使用剂量、不良反应和药物间的相互作用，美国心脏协会制定的心脏骤停处理流程。

作者简介

M.Gabriel Khan医生是Ottawa医院的心脏科医生，Ottawa大学医学副教授。
Khan医生以一流的成绩毕业于贝尔法斯特皇后大学，获得医学学士、外科学学士学位。
他曾被派到Ottawa总院担任临床教学系执业医师。
目前是美国心脏病学会、美国医师学会、伦敦和加拿大皇家医师学会会员。
他编写了第6版心脏药物治疗（Saunders，2003）、第2版目8童心电图解读（Saunders，2003）、心脏病和肺部疾病处理（Lea and Febiger，1993）、第2版心脏病诊断和治疗：一本实践入门手册（Humana Press，2005）、医学诊断和治疗（Lea and Febiger，1994）、心脏病发作、高血压和心脏药物（McClelland-Bantam Inc.，1990）、心脏疾患百科全书（Stoddart，1996）、心脏疾病百科全书（Academic Press，2006）。

Khan医生编写的书已被翻译成汉语、波斯语、法语、德语、希腊语、意大利语、日语、波兰语、葡萄牙语、俄语、西班牙语和土耳其语。
他作为临床医师和教师具有良好的声誉，通过写作他已成为国际知名的心脏科医生。
Khan医生非常乐于著书立说，就像喜爱他的高尔夫球运动一样。

第一图书网, tushu007.com

<<心内科值班医生手册>>

书籍目录

引言　1　值班期间诊断和处理问题的思路　2　关于值班会诊问题的记录　3　心脏疾病的胸外体格检查　4　心脏检查　5　心电图临床应用速成指南　6　胸部X线影像解读患者相关问题：常见值班会诊问题　7　胸痛　8　心肌梗死　9　不稳定型心绞痛　10　心包炎　11　心脏填塞　12　主动脉夹层　13　低血压和心源性休克　14　呼吸短促　15　水肿　16　咳嗽　17　肺栓塞　18　急性肺水肿　19　充血性心力衰竭　20　心悸与心律失常　21　心动过缓　22　发热伴心脏瓣膜杂音：心内膜炎　23　高血压危象　24　高血压　25　晕厥　26　心脏骤停　27　深静脉血栓　28　心脏杂音患者的评价和治疗附录 A　输液泵使用图表 B　SI单位转换表 C 心血管常用药物 D 心血管药物的不良反应　E 心血管药物间的相互作用　F 药物索引　G 高级心血管生命支持（ACLS）流程指南

章节摘录

第四心音　　正常心跳中很少能闻及S4。
S4通常提示心室的异常僵硬的病理性状态，使心房收缩增强以通过无梗阻的房室瓣将血流泵入僵硬的心室。
使用钟型听诊器S4最佳听诊位置在心尖部或其内侧，患者取左外侧俯卧位。
右心室的S4可在上腹部区闻及；房颤发生时无S4产生。
病理性状态产生S。
奔马律的情况包括：　　1.继发于高血压或其他原因的LVH，右心室肥厚，以及引起肺动脉高压的各种因素。
2.急性心肌梗死：超过60%的患者在急性心梗发生后的几天内可闻及S4奔马律；梗死区域的运动减弱或消失伴顺应性减弱。
3.心绞痛时，心肌缺血导致左心室显著僵硬，出现一过性S4。
4.梗阻性心肌病以及扩张性心肌病。
5.特发性心肌疾病引起的心肌浸润。
6.重度主动脉瓣狭窄伴高跨瓣压；可触及的S4常提示压力差大于75mmHg以及左心室舒张晚期压力约12mmHg。
7.肺动脉瓣狭窄。
偶尔地，S4融人S1鉴别S1可通过膜型和钟型听诊。
S4最佳听诊为钟型，患者坐下或站起可使其消失。
而S1分裂和喷射音无改变。
分裂S1用膜型听诊最佳，因为分裂的前半部分为高调，与后半部分之间的间隙极短。
用力按压膜型可使S4消失，但S1分裂不消失，S1加喷射音也不消失。
在远离心尖部听诊S4强度减弱甚至消失。
45岁以上的患者出现明显双S1极可能为房性奔马律。
喷射音　　喷射音是紧跟在S1后的舒张早期杂音，是由狭窄但柔韧性尚可的半月瓣的开放引起的，或是进入扩张的主动脉或肺动脉的血流增多引起。
喷射音在正常人中不易听到。
膜型听诊为这些高调爆破音的最佳选择。
在基底部此音比S1响，当基底部闻及S1变响时很可能是由喷射音引起的。
喷射音与S1或分裂S1的第二成分相似。
分裂S.的最佳听诊位置为胸骨缘左下处。
主动脉喷射音在心尖部闻及最明显，但在胸骨左缘更响亮，与呼吸无关。
肺动脉喷射音在胸骨缘左侧第二第三肋间隙处最明显，且深呼气时增强。
造成喷射音的原因包括：　　1.主动脉瓣二瓣畸形伴或不伴狭窄。
非并发形成的缩窄不会引起喷射音；反之，主动脉瓣缩窄患者出现喷射性杂音则提示为与二瓣畸形相关。
2.先天性主动脉瓣狭窄（瓣膜柔韧度好的获得性主动脉瓣狭窄）。
3.系统性高血压。
4.主动脉缩窄（多伴主动脉瓣二瓣畸形）。
5.主动脉瓣反流（血流增加）。
6.主动脉瘤。
7.肺动脉瓣狭窄（瓣膜柔韧）。
8.肺动脉扩张。
9.肺动脉高压。
10.Eisenmenger综合征。
11.肺静脉回流畸形。

收缩中晚期喷射音　　多可在二尖瓣脱垂患者（MVP）中闻及。
此喷射音可伴或不伴收缩中晚期收缩性杂音。
这些尖锐高调的杂音用膜型听诊器听诊最佳。
它们出现于脱垂的二尖瓣瓣叶和拉长的腱索最大做功时；当收缩期左室容量减少至一定程度时，瓣叶无法被拉紧而出现脱垂。
其他因素包括心房或室壁瘤，左室游离壁瘤，和心房黏液瘤。
……

编辑推荐

本书是第三版，提供你处理值班时可能遇到的心脏疾患所需的指导。
你可在本书中找到有关疾病床边诊断、心电图解释及其他重要内容。
同时此书还包含了药物作用、适应证、不良反应以及常用心血管药物间的相互作用。
本书结构新颖，图文并茂，内容实用，且反映了心血管内科领域的最新进展，具有很强的实用性。

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