

## <<临床心电图全解>>

### 图书基本信息

书名：<<临床心电图全解>>

13位ISBN编号：9787030273215

10位ISBN编号：7030273214

出版时间：2010-5

出版时间：科学出版社

作者：（美）奥基夫 等主编，刘正湘，吴杰 主译

页数：546

字数：830000

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>

## <<临床心电图全解>>

### 前言

《临床心电图全解：病例分析和学习精要(原书第3版)》是一本提高内科医生、准内科医生和其他医学专业人士心电图判读技巧的独特而实用的书。

其互动的形式和全面的信息也非常适合于正在备考美国内科学会的心血管疾病或内科考试、美国心脏病学会的心电图水平考试和其他涉及心电图判读技能考试的内科医生。

第三版包含了许多新的心电图病例和测验，以及一千多个与心电图判读有关的问题和答案。第三版的另一个特点是新增了心电图判读方法和心电图鉴别诊断两个章节，最后的心电图诊断标准一节也做了扩展。

我们建议在阅读《临床心电图全解：病例分析和学习精要(原书第3版)》提供的心电图之外的心电图时也运用答题纸。

集体学习和定期的教学研讨会是提出未明心电图及讨论其正确判读的理想方式。

希望你能喜欢《临床心电图全解：病例分析和学习精要(原书第3版)》，并希望它有助于你的临床医疗。

## <<临床心电图全解>>

### 内容概要

本书吸收了现代心电图学的最新成果，内容简明、新颖、透彻、实用，通过大量的心电图实例对心电图的基本概念与基础知识进行反复解释和训练，侧重培养学习者对心电图的分析技巧、诊断和鉴别诊断能力。

本书是一本提高内科医生、准内科医生和其他医学专业人士心电图判读技巧的独特而实用的书。它已成为美国心血管内科医生执业考试及心电图专业人员资格考核的培训教材和主要参考书之一，适合希望迅速提高心电图判读能力的各级各类医务人员精读。

## &lt;&lt;临床心电图全解&gt;&gt;

## 书籍目录

阅读说明心电图判读的常见争议第1部分 心电图判读方法 1.心率 2.P波 3.心律的起源 4.PR间期及PR段  
 5.QRS时间 6.QT间期 7.QRS电轴 8.QRS电压 9.胸导联R波递增 10.Q波 11.ST段 12.T波 13.U波 14.起搏器  
 第2部分 心电图鉴别诊断 1.P波 2.PR间期 3.PR段 4.QRS时间 5.QRS振幅 6.QRS电轴 7.Q波 8.R波递  
 增 9.QRS形态 10.ST段 11.T波 12.QT间期 13.U波 14.窦性停搏 15.成组搏动第3部分 心电图病例和测验  
 第4部分 心电图诊断标准 一般特征 01.正常心电图 02.临界正常心电图或正常变异 03.电极置放不正确  
 04.伪差 P波异常 05.右心房异常肥大 06.左心房异常/肥大 室上性节律 07.窦性心律 08.窦性心律不齐  
 09.窦性心动过缓(100次/分) 11.窦性停搏或静止 12.窦房传出阻滞 13.房性期前收缩 14.房性并行收缩  
 15.房性心动过速 16.多源性房性心动过速 17.阵发性室上性心动过速 18.心房扑动 19.心房颤动 交界性  
 节律 20.房室交界性期前收缩 21.房室交界性逸搏 22.房室交界性节律/心动过速室性节律 23.室性期前  
 收缩 24.室性并行收缩 25.室性心动过速 26.加速性心室自主心律 27.心室逸搏或心室逸搏心律 28.心室  
 颤动 房室传导异常 29.一度房室传导阻滞 30.二度房室传导阻滞, 莫氏 型(文氏型) 31.二度房室传导  
 阻滞, 莫氏 型 32.房室传导阻滞, 2:1下传 33.三度房室传导阻滞 34.WPW型预激 35.房室分离 QRS电  
 轴异常 36.电轴左偏 37.电轴右偏 38.电交替 QRS电压异常 39.低电压 40.左心室肥大 41.右心室肥大 42.  
 双侧心室肥大 室内传导异常 43.完全性右束支阻滞 44.不完全性右束支阻滞 45.左前分支阻滞 46.左后  
 分支阻滞 47.完全性左束支阻滞 48.不完全性左束支阻滞 49.非特异性室内传导障碍 50.功能性(频率依  
 赖性)室内差异性传导 Q波型心肌梗死 51.前侧壁心肌梗死(近期或急性) 52.前侧壁心肌梗死(时间不确  
 定或陈旧性) 53.前壁或前间壁心肌梗死(近期或急性) 54.前壁或前间壁心肌梗死(时间不确定或陈旧性)  
 55.侧壁心肌梗死(近期或急性) 56.侧壁心肌梗死(时间不确定或陈旧性) 57.下壁心肌梗死(近期或急性)  
 58.下壁心肌梗死(时间不确定或陈旧性) 59.后壁心肌梗死(近期或急性) 60.后壁心肌梗死(时间不确定或  
 陈旧性) 复极异常 61.正常变异, 早期复极 62.正常变异, 幼稚型T波 63.非特异性ST段和(或)T波异常  
 64.ST段和(或)T波异常提示心肌缺血 65.ST段和(或)T波异常提示心肌损伤 66.sT段和(或)T波异常提示  
 电解质紊乱 67.继发于肥大的ST段和(或)T波异常 68.QT间期延长 69.显著增高的U波 提示存在的临床  
 病症 70.洋地黄效应 71.洋地黄中毒 72.抗心律失常药物效应 73.抗心律失常药物毒性 74.高钾血症 75.  
 低钾血症 76.高钙血症 77.低钙血症 78.第二孔未闭型房间隔缺损 79.第一孔未闭型房间隔缺损 80.右位  
 心, 镜像心 81.慢性肺部疾病 82.急性肺源性心脏病(包括肺栓塞) 83.心包积液 84.急性心包炎 85.肥厚  
 型心肌病 86.中枢神经系统疾病 87.黏液性水肿 88.低温 89.病窦综合征 起搏节律 90.心房或冠状窦起搏  
 91.心室按需型起搏器(VVI), 功能正常 92.房室全能型起搏器(DDD) 93.起搏器功能障碍, 不能稳定夺  
 获(心房或心室) 94.起搏器功能障碍, 不能稳定感知(心房或心室) 心电图病例索引

## &lt;&lt;临床心电图全解&gt;&gt;

## 章节摘录

1.起搏器感知功能障碍可因类型不同表现为提前出现的起搏心律或不应出现的长间歇。感知过敏时,由于感知了干扰信号、较大的T波或上肢运动时的肌电位,(单极起搏更为常见)导致起搏器功能被抑制,通常表现为停搏。

感知低下时起搏器未能识别自身除极波(例如低振幅的室早)导致提前出现起搏。

在触发模式中,感知功能异常表现为适当的自身除极未能触发起搏器工作(例如未下传的自身P波未能触发心室起搏)。

(答案:a) 2.病态窦房结综合征是由于窦房结功能障碍所致。

通常表现为显著的窦性心动过缓或不伴有窦性停搏,窦性静止或窦房阻滞。

慢-快综合征也常被称为病态窦房结综合征,原因是经常交替出现室上性心动过速和心动过缓。

慢-快综合征的患者可能有严重的窦性心动过缓或快速房性心律失常(例如室上速、房颤)发作后的长时间窦性停搏(即窦房结恢复时间延长)。

房颤时慢心室率也提示潜在窦房结功能障碍。

(答案:a、b、c、d)。

3.二度窦房阻滞时窦房结冲动间断地不能夺获心房,使得P波间断缺失。

在二度I型窦房阻滞中,PP间期是固定的,其后出现的长间歇与正常PP间期成倍数关系。

窦房阻滞除见于病态窦房结综合征外,还可能是由于其他因素如服用了洋地黄或抗心律失常药物后的表现。

其他引起窦房阻滞的原因有高血钾,心肌梗死和迷走神经刺激。

(答案:d)。

4.窦性停搏或静止定义为PP间期>1.6秒。

窦性停搏间歇与基础PP间期不成倍数关系,否则可能为窦房阻滞。

鉴别窦性停搏与房早未下传非常重要,在后者P波通常隐藏在上次心跳的复极相中,导致了前一个QRS波群的ST段或T波变形。

窦性停搏或静止是由于间歇一过性的窦房结冲动形成障碍。

窦房阻滞时虽有窦性冲动形成,但传至心房时间延长(一度)或间歇性未夺获心房(二度)。

## <<临床心电图全解>>

### 编辑推荐

本书是一本提高内科医生、准内科医生和其他医学专业人士心电图判读技巧的独特而实用的书。其互动的形式和全面的信息也非常适合于正在备考美国内科学会的心血管疾病或内科考试、美国心脏病学会的心电图水平考试和其他涉及心电图判读技能考试的内科医生。

第三版包含了许多新的心电图病例和测验，以及一千多个与心电图判读有关的问题和答案。第三版的另一个特点是新增了心电图判读方法和心电图鉴别诊断两个章节，最后的心电图诊断标准一节也做了扩展。

<<临床心电图全解>>

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>