

<<临床心电图详解与诊断>>

图书基本信息

书名：<<临床心电图详解与诊断>>

13位ISBN编号：9787308073134

10位ISBN编号：7308073130

出版时间：2010-3

出版时间：浙江大学出版社

作者：何方田

页数：503

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>

<<临床心电图详解与诊断>>

前言

1903年, Willem Einthoven记录了第一份清晰的人体心电图, 并开启了心电图临床应用的新纪元。100多年来, 成千上万的心电图工作者、心血管病医师、生物医学工程师前赴后继地奠基、探索、创新, 使心电图学成为一门发展最快、应用最广的临床学科。

同时, 也为心内、外疾病的预防、诊断、治疗和预后提供了众多的重要信息, 为人类健康事业和挽救无数生命作出了举世瞩目的贡献。

心电图是一项简便、价廉、易于追踪观察和重要的临床辅助检查项目。

心电图知识不仅是每一位心电图工作者所必须掌握的, 而且也是每一位临床医生所必须熟知的, 因为在急诊、门诊和住院等患者诊治中, 都必须应用心电图提供的重要生命体征等是否正常的关键信息。

故心电图知识需要不断地普及、提高和更新。

何方田医师苦干了三年半的业余时间, 汇集了他27年心电图临床和教学经验, 从收藏的数千份图片中精选了近700幅, 终于一人执笔写成了《临床心电图详解与诊断》这本著作。

全书分四篇共50章, 详尽地叙述了: 从基础心电图波、段、间期的正常范围到异常改变及其临床意义; 从各种心律失常到复杂的心电生理现象; 从常见的心内、外疾患的心电图特征到各种抗心律失常药物所致的心电图变化; 从心电学常用的无创性特殊检查到疑难心电图的精解等。

可谓由浅入深、环环紧扣、系统地介绍了如何阅读心电图的思路、方法和经验。

在《论语·述而》中, 圣贤孔子曾曰: “学而时习之, 不亦说乎。”

何方田医师勤奋好学, 又善于总结, 将心电生理知识与临床心电图有机地结合起来, 将自己的实践经验与解读心电图融为一体, 终于梳理成书《临床心电图详解与诊断》。

本人有幸先予粗读, 深感本书内容翔实、图文并茂、说理清楚、密切结合临床, 是一本心电图工作者和临床医师值得阅读的重要工具书。

鉴于此见, 故欣然作序, 并向读者推荐。

<<临床心电图详解与诊断>>

内容概要

本书是一本普及与提高并重、翔实与精练并存、图片与文采并茂的心电学专著。

全书分四篇共五十章,详尽地阐述了各种心电现象的基本概念、发生机制、心电图特征及临床意义:从心电图各个波(P波、QRS波群、J波、Epsilon波、Brugada波、Lambda波、T波、U波)、段(PR段、ST段)、间期(P-R间期、P-J间期及Q-T间期)的正常值到异常改变;从各种常见的心律失常到复杂的心电现象(早搏、逸搏、扑动、颤动、并行心律、传导阻滞、多径路传导、干扰与脱节、双结病、意外性传导、预激综合征、窄宽QRS心动过速、心源性猝死、隐匿性传导、起搏心电图、各种心电现象及其并存与掩盖等);从常见的心内、外疾病(先天性、后天性心脏病及心肌病)的病理生理及心电图特征到各种电解质紊乱、抗心律失常药物所致的心电图改变;从心电学常用的无创性特殊检查、规范心电图诊断报告到心电学案例论文撰写、疑难心电图精解等。

本书将心脏电生理、心脏血管等基础知识整合到各个章节中,与心电学相关知识有机地结合起来,同时系统地介绍了阅读心电图的思路、方法和经验,所精选的近700幅图片均有详细的心电图诊断,部分配有梯形图解。

<<临床心电图详解与诊断>>

作者简介

何方田，男，1962年11月9日出生于浙江临海。

1983年8月-2006年3月在浙江大学医学院附属第二医院工作，2006年4月调入浙江大学医学院附属邵逸夫医院。

从事临床心电图工作27年，自1989年起，负责《心电学杂志》“思考心电图”栏目的编翰工作，每年均参加浙江大学医学院成人教育学院举办的“全国心电图提高班”的教学工作；1994年、1995年负责浙江省心电学专业初级、中级职称晋升考试命题；1996—2004年任浙江省医学会心电生理与起搏分会委员；自2003年起，每年均参加浙江省心电教育中心“心电图岗位培训班”的教学工作；自2005年起任《临床心电学杂志》、《心电学杂志》编委。

<<临床心电图详解与诊断>>

书籍目录

第一篇 P、QRS、T、U各波段正常值及其异常改变 第一章 窦性P波、异位P波及其异常改变 第一节 窦性P波及其异常改变 一、正常窦性P波 二、电轴左偏型P波 三、二尖瓣型P波 四、肺型P波 五、先心型P波 六、交感型P波 七、巨大型P波 八、间歇性P波改变 九、右位心型P波 十、房间隔阻滞型P波 十一、游走性P波 十二、P波低电压 十三、P波电交替 十四、P波缺失 十五、窦性早搏 十六、窦性选搏 十七、窦性回波及窦房交接性早搏 第二节 异位P波 一、逆行P-波 二、正相逆行P波 三、房性早搏 四、房性逸搏 第三节 房性融合波 第四节 心房内差异性传导 一、时相性心房内差异性传导 二、非时相性心房内差异性传导 第二章 PR段偏移和P-R间期异常及P-J间期 第一节 PR段偏移 第二节 P-R间期异常改变 一、P-R间期测量方法 二、P-R间期缩短 三、P-R间期延长 四、P-R间期长、短交替 第三节 P-J间期 第三章 正常QRS波群及其异常改变 第一节 正常QRS波群 一、QRS波群的命名 二、各波的正常值 第二节 QRS波群振幅异常改变 一、低电压 二、高电压 三、右心室肥大 四、左心室肥大 五、双心室肥大 六、心室肥厚、扩大、肥大的区别 七、异常Q波 八、QRS波群电交替、电阶梯现象 第三节 QRS波群电轴偏移 一、电轴测量方法及其分类标准 二、电轴偏离的临床意义 三、真性、假性电轴左偏的鉴别 四、S S S 综合征 五、左前分支阻滞 六、左后分支阻滞 第四节 QRS波群时间、形态异常改变 一、左束支传导阻滞 二、右束支传导阻滞 三、不定型心室内传导阻滞 四、预激综合征 五、心室内差异性传导 六、室性异位搏动 七、室性融合波 第四章 J点、J波、Epsilon波、Brugada波及Lambda波(波) 第五章 正常ST段及其异常改变 第六章 正常T波及其异常改变 第七章 正常QT间期及其异常改变 第八章 正常U波及其异常改变 第二篇 各种心律失常及其心电图现象 第九章 破解心律失常诊断三部曲 第十章 破解心律失常诊断的利器——梯形图解 第十一章 早搏 第十二章 逸搏和逸搏心律 第十三章 经典的扑动、颤动及其进展 第十四章 折返性心律失常 第十五章 自律性增高型心律失常 第十六章 并行心律型心律失常 第十七章 触发活动型心律失常 第十八章 文氏现象 第十九章 心房内传导阻滞 第二十章 经典的房室传导阻滞及其诊断热点 第二十一章 束支、分支阻滞及双束支、多分支阻滞 第二十二章 3相、4相阻滞及阵发性房室传导阻滞 第二十三章 传出阻滞(外出阻滞) 第二十四章 双层阻滞与多层阻滞 第二十五章 双径路和多径路传导现象 第二十六章 干扰与干扰性房室分离 第二十七章 病窦综合征及双结病 第二十八章 意外性传导 第二十九章 预激综合征及其引发的心律失常 第三十章 心脏电分离现象及紊乱性心律 第三十一章 破解宽QRS心动过速诊断之难题 第三十二章 破解窄QRS心动过速诊断之难题 第三十三章 揭开室性心动过速的“庐山”真面目 第三十四章 揭开心源性猝死高危患者的心电图特征 第三十五章 与隐匿性传导有关的心电图现象 第三十六章 两种心电图现象的并存与掩盖 第三十七章 窦性、房性二联律的诊断与鉴别诊断 第三十八章 解读起搏心电图 第三十九章 电交替现象、电阶梯现象及尖端扭转现象 第四十章 各种心电图现象及综合征的心电图特征 第三篇 常见的心脏病、电解质紊乱及抗心律失常药物所致的心电图改变 第四十一章 常见的先天性心脏病的心电图改变 第四十二章 后天性心脏病的心电图改变 第四十三章 各类心肌病的心电图改变 第四十四章 经典的心肌梗死及其进展 第四十五章 电解质异常的心电图改变 第四十六章 药物影响及其诱发的心律失常 第四篇 心电学中特殊检查、案例写作技巧及疑难心电图精解 第四十七章 心电学中特殊检查的临床应用及评估 第四十八章 规范心电图诊断报告 第四十九章 如何撰写心电图案例分析 第五十章 疑难心电图精解20例

<<临床心电图详解与诊断>>

章节摘录

插图：一、ST段测量方法ST段代表心室除极结束后至复极开始这一短暂时间，多呈等电位线，可随J点的移位而移位。

故测量ST段应从J点后0.04~0.08s处作一水平线，再根据TP段的延长线作为基线或采用两个相邻心搏的QRS波群起点的连线作为基线，借以确定有无ST段移位。

ST段抬高时应自基线上缘测量至ST段上缘，压低时应从基线下缘测量至ST段下缘。

欧盟心电图标准化工作小组推荐：QRS波群、J点、ST段、T波的振幅测量统一采用QRS波群起始部作为参考基线。

“2009年国际指南”则推荐：以TP段和PR段作为基线。

二、ST段正常值（1）ST段压低：以R波为主导联ST段压低应 $\leq 0.05\text{mV}$ ，但 aVL 导联可压低 0.1mV 。

（2）ST段抬高：以R波为主导联ST段抬高应 $\leq 0.1\text{mV}$ ，但 $\text{V1} \sim \text{V4}$ 导联可抬高 $0.2 \sim 0.4\text{mV}$ ，尤其是青壮年、运动员等身体素质较好者多见。

（3）ST段时间：为 $0.05 \sim 0.15\text{s}$ 。

三、如何评价ST段偏移的临床意义1.根据ST段偏移的形态（1）ST段呈上斜型（斜直型）、凹面向上型抬高：见于正常人、迷走神经张力过高者、急性心包炎、变异型心绞痛及超急性期心肌梗死等，需结合临床加以判断。

（2）ST段呈弓背向上型、单向曲线型、水平型、墓碑型抬高：多见于急性期心肌梗死、变异型心绞痛、电击伤及重症心肌炎等。

（3）ST段呈“穹隆型”或“马鞍型”抬高：多见于Brugada综合征患者。

（4）ST段呈上斜型压低：多无临床价值。

（5）ST段呈近水平型压低：需结合ST段压低的程度，若压低 $>0.1\text{mV}$ 者，可能是异常表现。

（6）ST段呈水平型、下垂型（下斜型）压低：多见于心肌缺血、劳损及心肌炎等。

2.根据ST段偏移的程度及有无伴发QRS-T波群异常（1）若QRS-T波群正常，ST段偏移在上述标准内，则为正常。

（2）若QRS波幅低电压，ST段偏移在上述标准内，则应视为异常表现。

（3）若以R波为主导联T波低平或倒置，ST段偏移在上述标准内，也应视为异常表现。

3.确认ST段偏移是原发性改变、继发性改变还是电张调整性改变（1）原发性ST段改变：指心室除极正常而出现复极异常者，表现为QRS波形、时间正常而出现ST段改变。

多有临床价值，见于心肌缺血、劳损、低钾血症及 β_3 受体功能亢进等。

<<临床心电图详解与诊断>>

编辑推荐

《临床心电图详解与诊断》是由浙江大学出版社出版的。

<<临床心电图详解与诊断>>

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>