

<<赫斯特心脏病学>>

图书基本信息

书名：<<赫斯特心脏病学>>

13位ISBN编号：9787539020259

10位ISBN编号：7539020253

出版时间：2002-1

出版时间：江西科技

作者：R·怀因·亚历山大 编

页数：640

字数：561000

译者：郭继鸿

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>

<<赫斯特心脏病学>>

内容概要

本书几乎涵盖了心脏病学所有疾病及相的重要问题。

在每章疾病的论述中都包括概念、流行病学、病理学、病理生理学、临床表现、诊断及实验室辅助诊断、重要鉴别诊断、药物及介入治疗等内容。

全书内容简明扼要，行文清晰流畅，论述深刻达意，适合各级内科、外科、急诊科医师，心血管专科医师，医学生及研究生等应用。

<<赫斯特心脏病学>>

作者简介

译者：郭继鸿 编者：（美国）R·怀因·亚历山大

<<赫斯特心脏病学>>

书籍目录

1 心衰的识别和治疗 1.1 定义 1.2 病理生理 1.3 诊断 1.4 治疗 2 心律失常和传导障碍 2.1 心律失常分析的原则 2.2 室上性心律失常 2.3 房室交界区和加速性心律 2.4 室性心律失常 2.5 过缓性心律失常 3 心脏起搏器 3.1 临时起搏 3.2 永久起搏器适应证 3.3 起搏器硬件 3.4 起搏器功能及模式 3.5 不同临床情况下起搏器的应用 3.6 心脏起搏的血流动力学 3.7 起搏器并发症 3.8 起搏器功能不良 4 晕厥 5 心脏性猝死 6 心肺复苏 7 高脂血症的诊断及治疗 8 稳定型心绞痛 9 不稳定心绞痛 10 急性心肌梗死的诊断与处理 11 高血压的治疗 12 主动脉瓣疾病 13 二尖瓣疾病 14 三尖瓣和肺动脉瓣疾病 15 心脏瓣膜置换术 16 心肌和其他特和性心肌疾病 17 特发性扩张型心肌病 18 肥厚型心肌病 19 限制型心肌病 20 心包疾病 21 感染性内膜炎 22 先天性心脏病.....

<<赫斯特心脏病学>>

章节摘录

书摘 急性心肌梗死时，起搏器用于希浦系统高度或完全阻滞的病人。

下壁梗死时典型房室阻滞发生于房室结水平，可能由于可逆的损伤和 / 或自主神经张力增高所致。因此，房室阻滞通常是一过性的。

短时加重的结下房室阻滞伴束支阻滞也是起搏的适应证。

然而，可能需要电生理检查确定阻滞部位。

在双束支或三束支阻滞存在时，间歇性 I 度或 II 度型房室阻滞常常是永久起搏器植入的指征。当病人有晕厥时，需植入起搏器，但可能需用电生理检查除外晕厥的其他原因(如室性心动过速)，特别是有器质性心脏病时。

3.2.2. 先天性房室阻滞的起搏 先天性心脏阻滞中房室阻滞的部位常在房室结。

先天性房室阻滞会并发严重的和可能致命的并发症，包括晕厥和猝死。

心脏起搏适用于所有有症状的病人。

无症状的病人伴发过度的心动过缓、左心功能障碍、变时性不良以及O—T间期延长也是心脏起搏器的适应证。

3.2.3. 窦房结功能障碍的起搏 在美国，窦房结功能障碍已变成最常见的起搏器适应证，特别是病人存在与缓慢性心律失常有关的症状时；然而，将心电图结果与症状相联系也是很困难的。

此外，症状可能模糊不清。

例如：缓慢性心律失常、适应能力的缺乏或其他一些心脏功能障碍都可以引起乏力和呼吸困难。

因此，当记录到心动过缓或有必要的长期药物治疗所致的继发性停搏时，起搏治疗适用于这些有症状的窦房结功能障碍者。

无症状的缓慢性心律失常病人在植入起搏器前应进行仔细地评价。

运动员常有生理性心动过缓，甚至心率低于40 / min，这是由于迷走神经张力升高所致。

其他原因，如睡眠呼吸暂停，也可以引起夜间无症状的心动过缓。

3.2.4. 颈动脉窦综合征的起搏 典型颈动脉窦综合征的诊断主要依据在按摩颈动脉窦时出现大于3秒的心脏停搏或由于颈动脉窦受刺激，如穿高领衣或转头引起大于50mmHg的血管减压反射并伴有明显的症状。

现已证明，通过心脏起搏治疗，特别是双腔起搏，可以缓解症状、抑制晕厥。

3.2.5. 神经源性晕厥的心脏起搏 对大部分神经源性晕厥的病人，心脏起搏没有多大作用。

尽管有心脏起搏，他们仍会出现低血压、血管扩张和其他有关的症状。

一些研究提示：虽然起搏器不能预防这些血管迷走性发作，但是起搏可以预防晕厥的发生和将血管迷走性晕厥发作减轻为头晕及先兆晕厥发作。

3.2.6. 肥厚型心肌病 (HCM)的起搏 在一蝗患有肥厚型梗阻性心肌病的病人，短A_v间期的D₁起搏可以减少左室流出道压力阶差、改善症状。

最近几年有关起搏治疗肥厚型心肌病的长期血流动力学益处的随机抽样研究产生了矛盾结果。

因此，在这些病人中起搏治疗仍有争议。

DDD起搏对有症状的肥厚型非梗阻性心肌病病人没有益处。

3.3. 起搏器硬件 起搏器导线可以是单极或双极。

单极导线用导线的远端电极作为阴极，起搏器外壳做阳极，因此，心肌以及临近组织共同构成回路。

双极导线由导线和导线中两个独立的电极组成。

由于双极导线的两个感知电极距离很近，因此双极信号更尖锐且很少感知到外部的噪音。

单极导线系统有几个缺点。

由于单极导线利用身体组织构成回路，因此可引起肌肉刺激。

单极感知范围大，更容易感知心外信号，包括肌电位和心脏以外电位的远场感知以及电磁干扰。

最后，植入除颤器的病人单极起搏通常是禁忌的。

3.4. 起搏器功能及模式 3.4.1. 磁铁模式 几乎所有起搏器磁铁都可以引起非同步起搏。

磁铁反应依据制造厂商和起搏器类型而定。

<<赫斯特心脏病学>>

在起搏器依赖和因感知过度而抑制起搏器输出的病人中，磁铁是确认起搏器的一种方便、暂时的方法。

电池充足时起搏器有一种磁铁频率，当需更换电池或电池耗竭时，起搏器有另一种磁铁频率，从而可以对电池的状况进行非侵入性评估。

3.4.2 vVI模式 除非有比起搏器下限频率高的自身心室率，VVI模式依靠起搏器频率进行的心室起搏保证最低限度的心室率。

这种模式常用于心房颤动或那螭需要预防性起搏的病人。

滞后是一种可编程的功能，是指感知心室事件后的心室逸搏间期比起搏心室后的间期要长。

于起搏器开始起搏的有效心率比实际起搏器F限频率还要低，因此，这种特性有利于延长电池寿命和保持自主心律。

3.4.3AAI起搏模式 除了起搏器刺激心房外，AAI起搏类似于VI起搏。

在有窦房结功能障碍而房室结和希浦系统功能正常的病人，AAIR是一种极好的起搏模式。

3.4.4 DDD起搏 DDD起搏是双腔起搏器最常用的起搏模式。

DDD起搏时间顺序如图3—1中所描述。

这种模式常用于患有窦房结和 / 或房室结功能障碍的病人。

3.4.4.1窦房结功能障碍 病人的DDD起搏 窦房结功能障碍的病人可能出现间断或慢性窦性心动过缓F需要间断或持续心房起搏。

如果病人房室传导良好，起搏器功能就像AM起搏一样。

由于患有窦房结功能障碍的病人经常伴有房室结或希浦系统的病变，植入DDD起搏器的病人常有来源于心室刺激和通过自身房室传导系统产生的心室融合波。

如果在QRS波的中、末部伴有一个丁状的起搏信号叨O . RS波正常，说明起搏器的功能正常，称为假性融合波。

3.4.4.2房室阻滞和窦房结 功能正常病人的DDD起搏 DDD模式时，如果起搏器的F限频率程控低到允许心房按自身的节律激动时，起搏器同步刺激心室同步伴有自身P波。

如果病人不需要心房起搏，可以植入配有三极或四极的单根导线，这种导线允许心房感知及心室起搏和感知。

这种VDD起搏系统考虑到了容易植入并可以双极心房感知。

.....

<<赫斯特心脏病学>>

媒体关注与评论

中文译本前言Hurst心脏病学是一部医学名著，至今已有九版。

其集科学性、先进性、实用性为一体，在医学界享有盛誉，具有至高的权威性。

本书是Hurst心脏病学第九版的袖珍手册，全书几乎涵盖了心脏病学所有疾病及相关的重要问题。

在每章疾病的论述中都包括概念、流行病学、病理学、病理生理学、临床表现、诊断及实验室辅助诊断、重要鉴别诊断、药物及介入治疗等内容。

全书内容简明扼要，行文清晰流畅，论述深刻达意，适合各级内科、外科、急诊科医师，心血管专科医师，医学生及研究生等应用。

原著者对很多问题都有独树一帜的学术观点，不少内容国内同行和学者了解不多，不很熟悉。

如果将原著喻为精品，此袖珍手册则可谓精华中的精华，精品中的极品。

将该书及时介绍给广大临床医生，对我国心脏疾病的诊断与治疗水平的提高肯定会起到重要作用，这就是我们翻译此书的初衷。

本书主校、北京市宣武医院韩恩海主任是一位资深的心血管病专家，其在美国留学多年，具有雄厚的专业及英语实力。

他坚持认为：“Hurst心脏病学是世界名著，中译本绝不能使之逊色。

”为此，他挥洒汗水，逐字逐句悉心校对。

他严谨的学者风范使人深受感动。

北京医科大学出版社王凤廷主任对此书的出版付出了辛勤劳动，在此表示衷心的感谢！鉴于译者专业及英语水平的限制，中译本肯定会有不少疏漏，甚至谬误之处，恳请同道不吝赐教，在此拜谢。

郭继鸿张海澄

2001年10月1日

<<赫斯特心脏病学>>

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>