

<<急诊医生心电图手册2>>

图书基本信息

书名：<<急诊医生心电图手册2>>

13位ISBN编号：9787811169041

10位ISBN编号：7811169045

出版时间：2010-8

出版时间：北京大学医学出版社

作者：（美）马图，（美）布雷迪 主编，吴立群 译

页数：198

译者：吴立群

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>

## <<急诊医生心电图手册2>>

### 前言

你还记得那个经过你批准回去的病人吗？

一般来说紧随这个问题之后的都是些不好的情况，而其中最令人担心的是心电图被误诊或是未注意到心电图异常表现而漏诊，准许患者于病情危险（或不适宜）的情况下回家。

心电图是如何在急诊时的诊断和治疗中发挥越来越重要的作用的呢？

心电图是心电图机记录心脏电活动随时间而变化的图形。

1902年，荷兰莱顿的Willem Einthoven用检流计记录到了随时间而变化的心脏电活动，用P、Q、R、S、T来代表各种波形，并描述了许多疾病的心电图表现。

1924年，他因为这个发现而获得了诺贝尔医学奖。

鉴于心电图在许多疾病如心律失常、急性心肌梗死、电解质紊乱（低钾或高钾）、传导异常、缺血性心脏病以及某些非心脏疾病如甲状腺功能亢进症、肺栓塞及低体温中的诊断价值，它已成为最重要的辅助检查。

同时，心电图表现与各类疾病之间的关联也逐渐得到完善，因为心电图在所有病人中广泛应用，它作为医学技术的杰出代表，其图标已被整合到许多医学组织的标志中。

每个医学生在刚开始接触心电图时体会各不相同，而学会看懂心电图也是医学生在医院实习过程中必须掌握的几种基本技术之一。

急诊医生每天都要分析许多心电图，久而久之也就为临床诊断治疗奠定了基础。

在急诊室处理患者时，若心电图误诊或未进行心电图检查常导致漏诊。

心电图是急诊医学的一个必不可少的部分，因此患者常在得到完全评估前进行心电图检查，甚至部分病人在被送至医院前就进行了心电图检查。

对于ST段抬高型心肌梗死（STEMI）病人，延迟进行心电图检查会延长患者等待接受冠状动脉再灌注的时间；而对于住院前就进行心电图检查的STEMI病人，则能大大缩短医院进行恢复再灌注的时间。

## <<急诊医生心电图手册2>>

### 内容概要

《急诊医生心电图手册1》的姐妹篇。

《急诊医生心电图手册2》秉承了《急诊医生心电图手册1》极受欢迎的写作风格，为广大急诊室医生提供了一项挽救生命的技能——急诊心电图解读，突出急诊医学的临床实践和技能学习。

本书可以与《急诊医生心电图手册1》配套阅读，也可以单独使用。

对于急诊专科医生和其他紧急救治人员，本书是一本现今最为全面的教学性心电图汇编。

本书的特点包括：  
· 更侧重心律失常；  
· 提供更多实际临床病例，帮助积累急诊救治实践经验；  
· 提供更多宝贵而经典的临床病例，避免误诊，并从常见误诊中汲取教训；  
· 解读部分的详尽图解与说明对学习者和教学人员都有所帮助。

《急诊医生心电图手册2》能使广大急诊救护人员受益，特别是对有经验的医生、住院医生、专科培训阶段医生、医学生、护士和随行医务人员。

<<急诊医生心电图手册2>>

作者简介

作者：（美国）马图（Amal Mattu）（美国）布雷迪（William Brady）译者：吴立群

<<急诊医生心电图手册2>>

书籍目录

第一部分 聚焦心律失常 病史 心电图解读与点评 第二部分 12导联心电图(中级水平) 病史 心电图解读与点评 第三部分 12导联心电图(高级水平) 病史 心电图解读与点评 附录A 鉴别诊断 附录B 常用缩略语

## 章节摘录

插图：161.窦性心动过缓，心室率105次/分，频发室性早搏，急性下壁、后壁心肌梗死。固有窦性P波显示为心率约48次/分，虽然不确定是否有额外的P波因室性早搏而被遮盖。虽然在心电图的中点后就出现了连续的室性早搏，但其大多数以二联律的形式出现。

下壁导联中固有心跳伴ST段抬高，符合急性下壁心肌梗死。

在右胸前导联，有急性后壁心肌梗死的证据：ST段压低，高R波，T波直立。

就像病例159，该患者接受了 $\beta_3$ 受体阻滞剂治疗室性异位搏动，并因100%右冠状动脉闭塞进行了成功的PCI术。

162.加速性室性自主心律，心率114次/分。

该节律是规则的宽QRS波心动过速，无明显的窦性激动。

这种情况下首先的假定诊断应当是室性心动过速。

但是，室性心动过速的诊断应被限制在心室率  $> 120$ 次/分的患者。

正常室性逸搏心律（或“自主”心律）的心率是20~40次/分。

当频率在40~120次/分，应归为加速性室性自主心律（accelerated idioventricular rhythm, AIVR）。

这种节律常见于自行再灌注或药物治疗（例如纤溶）后再灌注的急性心肌梗死患者。

因此，在这种情况下，这种节律通常被归为“再灌注心律失常”，当然，它也可能发生在没有心肌梗死的情况。

这种节律自身不会产生血流动力学不稳定，因此，不必要应用抗心律失常药物（如利多卡因、胺碘酮、普鲁卡因胺）抑制。

实际上，使用这些药物可能是致命性的，因这种心律可转变为停搏。

这种心律失常通常在数分钟内自行停止，建议观察。

室性抗心律失常药物应限制用于室性心动过速患者——原发室性频率  $> 120$ 次/分。

这位患者没有接受任何药物治疗，在数分钟后，转为窦性节律。

## <<急诊医生心电图手册2>>

### 编辑推荐

《急诊医生心电图手册(2)》是由北京大学医学出版社出版的。

<<急诊医生心电图手册2>>

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>