

<<临床心律失常学>>

图书基本信息

书名：<<临床心律失常学>>

13位ISBN编号：9787117112420

10位ISBN编号：7117112425

出版时间：2009-8

出版时间：人民卫生出版社

作者：陈新 编

页数：1450

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>

<<临床心律失常学>>

前言

心律失常是临床上十分常见的病症，不但多见于心血管病的患者，其他内科、外科、儿科、麻醉等科也常遇见，而且不少是需要熟习心律失常的专科医生才能予以正确诊断和处理的。

至于最为严重的心律失常——猝死，不仅死亡率极高而且多发，仍是迄今无法有效应对的难题。

近代的临床心电图学始于20世纪的后半个时期，在此以前，心律失常的唯一诊断工具是心电图，有效的治疗手段也很缺乏。

20世纪60年代应用心导管检查获得希氏束电图开启了临床心电生理的研究，对若干心律失常形成机制的认识有了很大的提高。

心电生理的基础研究进展，以及抗心律失常的新药不断问世，使心律失常药物治疗得到长足的进步。到了20世纪80年代末，心律失常的介入治疗——射频消融术取得了革命性的突破，一些常见的快速性心律失常如房室结折返性心动过速，预激综合征等通过射频消融治疗使患者得到“根治”。

近年来专家们针对临床上更为多见，危害甚大的心律失常——心房颤动的介入治疗，进行艰苦卓绝的努力，目前已取得十分可喜的成绩，胜利的曙光在望。

对慢性心律失常的治疗，自20世纪50年代“起搏器”的问世，可以说是又一项划时代的进展，起搏器不但拯救了某些严重的心动过缓患者的生命，而且逐步改进它的装置，使它更符合生理的要求，提高了患者的生活质量，并且拓宽了起搏器的使用范围。

心律转复除颤器的应用于某些猝死的高危患者，降低了猝死的病死率。

如上所述可以窥见临床心律失常学的进展有赖于各种相关基础学科如生理学、药理学、物理学和科学技术的进步，是一门相当复杂的学科。

陈新教授等编写了《临床心律失常学——电生理和治疗》一书于2000年出版，该书的内容广博涵盖心律失常的病理生理基础知识、心律失常的诊断、临床心电生理检查、各种心律失常的治疗手段以及各种心律失常疾病，是一部实用性和科学性都很强的巨著，出版后深得心血管病学界和读者的赞誉，迅即售罄，使后来者难以望其项背。

时至今日距第1版的问世又已8年，此期间，临床心律失常的研究有了更深入的进展，有关的科学技术有了更大的进步，因而在临床实践上也有了巨大的进展，例如心电标测的创新，三维标测系统的建立使临床上能向心房颤动这一多发而又复杂的心律失常展开寻求“根治术”的努力，并已取得光辉的业绩。

这些成就将在再版中充分展示。

再版书根据8年来国内、外有关临床心律失常的重要进展，以循证医学为依据对原版进行了大幅度的增删，充分反映了现代医学的面貌。

本书的再版是集我国有关方面的顶级专家共同努力编写而成的，他们在各自编写的篇章方面都有着丰富的临床经验和深入的研究，对国内外的动态了如指掌。

本书的再版是一部高水平的著作，它的问世，将有力的提高我国临床心律失常防治水平，进一步促进对心律失常展开新的探索和研究，为临床心律失常学写出新的篇章。

本书在附录中摘引了三篇“指南”和“专家共识”，是指导读者实际工作的重要文献，希望能仔细阅读。

心律失常的介入治疗是一项需要高技术和精良设备为基础的工作，治疗的成功与否与技术的高下呈正相关，经验不够成熟的医师必须循序渐进，切忌好高骛远，置患者的安危于不顾。

我国在介入治疗方面缺乏准入和监督的制度，需要心血管病学的同道们加强责任心和自律。

<<临床心律失常学>>

内容概要

心律失常为临床常见疾病，可以说没有人一生中不出现一次心律失常此足以说明其发生的普遍性；而其中有些类型的心律失常来势凶险，可瞬间夺命，此足以说明其发生的特殊性。

为此，人类斥巨资、聚英杰，对心律失常的基础与临床展开了前赴后继、艰苦卓绝的研究，使得对心律失常的发生学、治疗学的认识日新月异。

与此同时，相关学科如电学、声学、光学、物理学、化学、制造业等的发展，为深化对心律失常发生学、治疗学的认识又提供了新的方法学和认识观，此宛如在肉眼观事物的基础上，又提供了望远镜和显微镜一样，无论是宏观还是微观，都是革命性的进步。

有鉴于此，与时俱进地记录心律失常学的发展，客观科学地提炼对心律失常发生学、治疗学的进展则势在必行。

自2000年《临床心律失常学——电生理和治疗》第1版问世以来的8年间，其所涉学科领域多有巨变，其中不少领域不乏革命性变化。

这些变化一是源于对心律失常学本身的深化研究；二是源于对相关疾病认识的升华；三是源于相关学科的发展。

基于此，拓新第1版《临床心律失常学——电生理和治疗》的内容使之更具时代性则十分必要。

为此，行将面世的《临床心律失常学——电生理和治疗》第2版的内容较之第1版则多有增减。

如第1版为10篇84章，在修订、编排第2版时则删除了其中17章，新增35章，使第2版的内容为10篇102章，且对附录部分也进行了改写。

就具体内容而言除修改了存在于第1版中的部分为后续研究证实不宜的内容外，尚增写了不少内容，如心电标测的进步提高了经导管射频消融心律失常的成功率为近10年来心律失常学中重要的进展之一，正是这一重要进展，使众多心律失常患者从中获益。

为此，在第2版的第69章“房性心动过速的射频导管消融”，第70章“心房扑动的射频导管消融”，第71章“心房颤动的射频导管消融”，第68章“房室结折返性心动过速的射频导管消融”，第74章“特发性室性心动过速的射频导管消融”，第76章“致心律失常性右室心肌病的射频导管消融”等章节中较为详尽地介绍了三维标测系统在射频导管消融上述心律失常中的应用，使得第2版中心律失常治疗学的亮点闪烁，颇具魅力。

再如心脏性猝死一、二级预防的有效性也是近年来循证医学研究证实的结果，而预防的方法是对猝死高危患者植入ICD或CRT-D，国内外在此方面均建树颇多，为此，在第2版的相关章节中作了重要阐述，这也是第1版中相关内容所不及的。

尽管ICD、CRT-D作为猝死一、二级预防的有效性业已证实，然对于一个有13亿人口、年猝死者达55万之众的中国，要普及这一预防策略尚存时距。

为此，在第2版第77章“室性期前收缩和心室颤动的射频导管消融”中，介绍了对有可能引发猝死的心律失常进行射频导管消融根治，以期倡导探索其他预防猝死的途径与策略。

除上述内容的进一步丰富外，近年来随着基础研究的深化，对某些类型心律失常成因的认识也有了很大的升华，这些认识的升华为重新解释其形成机制提供了理论指导，为此在第2版中的相关章节如第29章“预激综合征和房室折返性心动过速”、第66章“房室旁路的射频导管消融”等中均较为详尽地作了叙述，可谓增色颇多。

《临床心律失常学》是一部鸿篇巨著，参与编写者达百余人之众，可谓群雄毕至、群英荟萃。

一方面，人多力量大，汇聚众智，《临床心律失常学》第2版方获成功；另一方面，将如此众多编写者的写作风格、内容编排、文字取舍、主次侧重等方面统一起来。

<<临床心律失常学>>

书籍目录

第1篇 心律失常的病理生理基础 第1章 心脏传导系统的解剖生理学 第2章 心肌细胞膜离子通道的结构和功能 第3章 心律失常的分子电生理学机制 第4章 β -肾上腺素能和仅 α 肾上腺素能对心律调节的分子和细胞学基础 第5章 心律失常和传导障碍的发生机制 第6章 折返激动学说第2篇 心律失常的临床和心电图评定 第7章 心律失常的分类 第8章 心律失常的临床综合评定 第9章 心电图在心动过速诊断和鉴别诊断中的作用 第10章 动态心电图 第11章 植入型环状记录器的应用 第12章 心率变异性 第13章 心室晚电位 第14章 T波电交替 第15章 心率震荡第3篇 心电生理检查 第16章 常规临床心内电生理检查 第17章 三维电解剖标测系统的原理和临床应用 第18章 心内非接触式标测系统的应用 第19章 经食管心电图记录 第20章 常见的心电生理现象第4篇 室上性心律失常 第21章 窦性心律失常和病态窦房结综合征 第22章 不适当的窦性心动过速 第23章 室上性期前收缩 第24章 房性心动过速 第25章 心房扑动 第26章 心房颤动 第27章 房室结折返性心动过速 第28章 房室交界区心律和房室交界区心动过速 第29章 预激综合征和房室折返性心动过速 第30章 特殊旁路参与的心动过速 第31章 房室阻滞第5篇 室性心律失常 第32章 室性期前收缩 第33章 室性心动过速概论 第34章 单形室性心动过速 第35章 多形室性心动过速 第36章 特发性室性心动过速 第37章 束支折返性室性心动过速 第38章 加速的室性自主心律和双向室性心动过速 第39章 心室扑动和心室颤动 第40章 长QT综合征和短QT综合征 第41章 Brugada综合征 第42章 复极延长与婴儿猝死综合征第6篇 心脏病和其他疾病与心律失常第7篇 心律失常的药物治疗第8篇 心律失常的非药物治疗第9篇 心脏起搏治疗第10篇 心脏性猝死和植入型心律转复除颤器治疗附录 心律失常多中心对照前瞻性临床试验建议和指南

<<临床心律失常学>>

章节摘录

插图： 1.患者取平卧位，连接心电图导联并记录常规各导联或其中一个导联的心电图。

如患者是起搏心律，即可测定其不应期；如为自身心律，暂不能测定，需待出现连续的起搏心律时才能测定。

如该起搏器有频率程控功能，则可将起搏频率提高后呈连续起搏时再行测定。

2.取两个胸前导联吸球电极分别吸附于起搏器植入处及心尖部皮肤上，吸附前最好以酒精擦拭并涂以导电糊或盐水，以减少阻力。

然后通过带有鳄鱼夹及插头的中继线与心脏程控刺激仪相连，连接时一般将心尖部吸球电极与刺激仪的负极相连，而起搏器植入的吸球电极与正极接连。

还要接好心脏程控刺激仪的同步信号线。

3.测定起搏不应期采用RS2或PS2刺激法（图19—11），将Rs：或PS2比例开关拨至4：1，先调好同步，使心脏程控刺激仪与植入的起搏器的脉冲同步，然后将S2置于正常反应期内（一般将配对间期设置在450～500ms），打开输出开关并记录心电图或观察示波，与此同时转动输出幅度钮逐渐增加输出电压，直至s：能被感知为止，一般10V左右多能被感知。

然后开始负向扫描，步长5～10ms，如S2脉冲位于正常反应期时，其S2后逸搏间期（S2S）正常，此间期在无滞后功能的起搏器应与起搏间期相等，即S2S=SS，而有滞后功能的起搏器的逸搏间期>起搏间期，即S2S>SS。

当S2进入起搏器的相对不应期时，可见逸搏间期缩短，即S2S小于正常反应期的S2S；同时S2前后两个起搏器的脉冲间隔（SS2S）大于1个起搏间期（SS），说明起搏器发生了部分周期重整，符合这两个条件的最长的R（P）S2（在刺激仪显示）或SS2间期（心电图显示）为其相对不应期。

此期持续时间较短，继续反扫，逸搏间期S2S可以进一步缩短。

当S2S间期明显缩短，而且S2前后两个起搏脉冲间隔（SS2S）等于1个起搏间期（SS）时，说明起搏器对S2不感知，S2呈插入性信号。

<<临床心律失常学>>

编辑推荐

《临床心律失常学》是由人民卫生出版社出版的

<<临床心律失常学>>

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>