

<<现代心电图学>>

图书基本信息

书名：<<现代心电图学>>

13位ISBN编号：9787122113177

10位ISBN编号：7122113175

出版时间：2011-7

出版时间：化学工业出版社

作者：黄岚、宋凌鲲 主编

页数：398

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>

## 前言

心电信息是患者重要的临床资料，如何将其最大限度地应用于临床，需要医师具有高度的信息综合处理能力。

心电信息临床化不仅能让医师筛选高危患者，还能帮助医师制定正确的治疗方案。

我们在临床和教学工作中发现，很多医师对心电学感到“畏惧”，这主要是心电图理论过于抽象的缘故。

为了帮助临床医师更好地应用心电信息，结合实际医疗工作，我们曾编写出版了《心电图临床解读》一书，编写该书的初衷主要是为一定资历的心血管病专科医师服务。

该书出版后，我们收到全国各地读者的热情反馈，有肯定，也有意见，一些读者指出《心电图临床解读》的内容偏深，期望能看到这本书的普及本，出版社也来信恳请我们准备第二版。

一本著作不可能包罗万象，也不可能面向所有读者，但融科学性、趣味性、实用性的医学著作一定能受到欢迎。

为了满足低年资医师、医学生的需求，我们编写了这本《现代心电图学》，由于篇幅所限，我们着重介绍了临床上最常见的心律失常和其他异常心电图，遗漏的内容，期待日后不断完善。

《现代心电图学》一书主要服务于基层医师和医学生，教会读者看图、识图，是一本学习基础心电图的著作。

在这本书中，我们首创了一种医学图像处理程序，彩色、高清、无损展示心电图，还对一些难点做了特殊的细节处理，希望通过这种方式让本书的读者得到超凡的阅读体验。

知识是一片海洋，我们只不过是海边的拾贝者，学识有限，不足之处敬请各位同仁指出，以便我们及时修改、纠正。

化学工业出版社的领导和编辑对本书的编写给予了大力支持，《心电学杂志》提供了专业支持，爱爱医网站提供了网络支持，谨向他们致以真挚的感谢。

## <<现代心电图学>>

### 内容概要

本书是中国第一部全真、全彩数字化心电图学专著，也是一本具有超凡阅读体验的实用的心电图图解书，包括600多幅制作精美、清晰的彩色心电图及图解图，其中心电图350多幅，图解图300多幅。本书在系统论述心电图学基础及临床诊断的层面上，再将重要知识点分为114个专题，分别突出阐述各种心电现象和心电图表现的图形特征、分析思路、临床指引、诊断标准及鉴别诊断、产生机制及最新研究进展等知识。

在每一个专题的论述中，首先给出典型病例心电图，并提出问题和分析该心电图的特征及诊断，然后通过文字与图解结合的方式对临床应用进行阐述，同时将有关心电图诊断知识通过难点提示及图表的形式进行总结，并给出实战训练心电图供读者练习和实践。

本书内容丰富实用、知识系统、重点突出，表述形式新颖、通俗、活泼易懂，制作精美，具有较强的实用性和可读性。

可供临床医生、医学生参考阅读。

## 作者简介

黄岚教授，博士研究生导师。

1993年毕业于第二军医大学，获博士学位。

现为心血管内科专业国家重点学科学术带头人、第三军医大学新桥心血管病专科医院副院长，全军心血管内科研究所所长、重庆市心血管疾病研究所所长、心内科主任。

兼任美国心脏病学院专家委员（FACC）、首批中华医学会心血管病学分会专家委员（FCSC）、国际心脏研究会委员、中华医学会心血管病分会常务委员、中国医师协会心血管分会常务委员、中国心脏学会常委兼秘书长、全军心血管内科专业委员会副主任委员、重庆市心血管专业委员会常务副主任委员、中华起搏与电生理专业委员会委员、中国微循环专业委员会委员、重庆市生物医学生物工程学会常务理事、重庆市起搏与电生理学会主任委员、重庆市介入心脏病学会主任委员及15种国家级统计源期刊编委。

多次赴国外从事基础研究、研修心血管疾病临床及介入诊疗技术。

2009年当选美国心脏病学院院士（FACC）。

发表研究论文167篇。

主编教材和学术专著多部，获国家、军队和省部级科技奖励5项。

## &lt;&lt;现代心电图学&gt;&gt;

## 书籍目录

## 第一部分 心脏电生理基础

1. 动作电位曲线
2. 兴奋性
3. 快反应细胞和慢反应细胞
4. 自律性
5. 传导性

## 第二部分 心电图基础知识

6. 心电图形成原理与导联系统
7. 心电图测量与心率计算
8. 心电图轴
9. 钟向转位
10. 正常心电图( )
  - 正常心电图测量值
  - 分析心电图
11. 正常心电图( )
  - 正常q波
  - U波

## 第三部分 常见临床心电图

12. 心电图伪差
13. 左右手反接
14. 低电压
15. 早期复极
16. 右胸导联T波深倒置
17. 扩张型心肌病的病理性Q波
18. 肺源性心脏病
19. 肺栓塞

## 第四部分 房室肥厚

20. 形形色色的心房除极波
21. 左心房异常
22. 右心房异常
23. 双心房异常
24. 心室除极波
25. 左心室肥厚
26. 右心室肥厚
  - 中度右心室肥厚
  - 重度右心室肥厚
27. 双心室肥厚

## 第五部分 先天性心脏病

28. 先天性心脏病
29. 室间隔缺损
30. 房间隔缺损
31. 动脉导管未闭
32. 三尖瓣下移畸形
33. 法洛四联症
34. 肺动脉瓣狭窄

## &lt;&lt;现代心电图学&gt;&gt;

- 35. 右位心
- 36. 复杂先天性心脏病
- 第六部分 电解质和药物
- 37. 低钾血症
- 38. 高钾血症
- 39. 低钙血症
- 40. Ⅰ类抗心律失常药物
- 41. 三环类抗抑郁药
- 42. 洋地黄
  - 洋地黄中毒
- 第七部分 缺血性心脏病
- 43. 冠状动脉
- 44. 急性心肌梗死
- 45. 急性前壁心肌梗死
- 46. 急性左主干闭塞
- 47. 急性下壁心肌梗死
- 48. 急性心肌梗死相关图形
- 49. 急性后壁心肌梗死
- 50. 急性下壁、后壁和右心室心肌梗死
- 51. 陈旧性下壁心肌梗死
- 52. 急性非ST段抬高型心肌梗死
- 53. 急性心肌梗死和右束支阻滞
- 54. 急性心肌梗死和左束支阻滞
- 55. 心肌缺血
- 56. ST-T改变
- 57. 心绞痛
- 58. 室壁瘤
- 59. 运动负荷试验
- 第八部分 窦性心律失常
- 60. 窦性心律
- 61. 窦性心动过速
- 62. 窦性心动过速与临床
  - 正常窦性心动过速
  - 疾病条件下的窦性心动过速
- 63. 窦性心动过缓
- 64. 窦性心律不齐
- 65. 窦性停搏
- 66. 窦房阻滞
- 67. 病态窦房结综合征
- 第九部分 期前收缩
- 68. 期前收缩
- 69. 房性期前收缩
- 70. 房性期前收缩未下传
  - 房性期前收缩伴差异性传导
- 71. 交界性期前收缩
- 72. 室性期前收缩
- 73. 室性期前收缩的其他心电图表现

## &lt;&lt;现代心电图学&gt;&gt;

## 74. 并行心律

## 第十部分 逸搏和逸搏节律

## 75. 逸搏和逸搏节律 261

## 76. 房性逸搏和逸搏节律

## 77. 交界性逸搏和逸搏节律

## 78. 逸搏-夺获二联律

## 79. 加速性交界性心动过速

## 80. 室性逸搏和逸搏节律

## 加速的室性自主心律

## 第十一部分 快速性心律失常

## 81. 心动过速

## 82. 窦性心动过速

## 83. 自律性房性心动过速

## 84. 折返性房性心动过速

## 85. 紊乱性房性心动过速

## 86. 心房扑动

## 87. 心房颤动

## 88. 加速性交界性心动过速

## 89. 房室结折返性心动过速

## 90. 房室折返性心动过速

## 91. 阵发性室性心动过速

## 92. 窦性心动过速合并完全性右束支阻滞

## 93. 临终心电图

## 心室扑动

## 心室颤动

## 电-机械分离

## 第十二部分 传导紊乱

## 94. 心脏传导系统

## 95. 不完全性房室阻滞

## 96. 完全性房室阻滞

## 97. 一度房室阻滞

## 98. 二度 I 型房室阻滞

## 99. 二度 II 型房室阻滞

## 100. 2:1 房室阻滞

## 101. 三度房室阻滞

## 102. 起搏脉冲信号

## 103. 左束支阻滞

## 104. 右束支阻滞

## 不完全性右束支阻滞

## 105. 左前分支阻滞

## 106. 左后分支阻滞

## 107. 不定型室内阻滞

## 108. 右束支阻滞合并左前分支阻滞

## 109. 双束支阻滞

## 110. 三支阻滞

## 第十三部分 预激综合征

## 111. 预激综合征

112. A型预激

113. B型预激

114. 间歇性预激

后记

## 章节摘录

版权页：插图：心肌兴奋性的周期性改变（1）绝对不应期：心肌细胞一旦产生动作电位，在一段时间内，即或给予强于阈值1000倍的刺激也不能使其产生反应，称为绝对不应期。

换句话说，心肌产生一个动作电位后，在一段时期内，不会很快产生另一个动作电位（图2-4）。在绝对不应期之后至膜电位复极至 $-60\text{mV}$ 左右的这段时间里，给予比阈值强大的刺激能使心肌产生局部兴奋，但不会引发动作电位，这个局部电位不能扩布至远处，但可以对其他电位造成干扰或影响。

（2）有效不应期：动作电位0相除极开始至膜电位复极至 $-60\text{mV}$ 这段时间内，心肌不会在另一个刺激下产生动作电位，这段时期就称为有效不应期。

有效不应期相当于心电图QRS波起点至T波波峰之间的时间。

绝对不应期只是有效不应期的一部分，因此，有效不应期略长于绝对不应期，两个概念不要混淆。

绝对不应期内心肌对刺激完全无反应，绝对不应期后的有效不应期期间内，心肌可以对刺激产生不能扩布的局部反应（局部除极），机制是钠通道从完全失活到刚刚开始复活，但远未达到可以被激活的备用状态。

（3）相对不应期：动作电位从 $-60\text{mV}$ 复极到 $-80\text{mV}$ 的这段时间内，强于阈值的刺激可以引起一个动作电位，称为相对不应期。

在此期里，越靠近有效不应期，即相对不应期的早期，心肌兴奋性越低，引发动作电位所需的潜伏时间越长，产生的动作电位振幅越低，0相除极速率越慢，传导速度越慢，扩布越慢。

## <<现代心电图学>>

### 编辑推荐

《现代心电图学(彩色图解)》是中国第一部全真彩色数字化心电图学著作。114个专题、7大知识模块：心电图基础知识、典型心电图、图形识别、诊断标准、发生机制、临床指引、实战训练350多幅全真、高清、彩色心电图、300多幅彩色图解图、全彩、高品质印刷。

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>