

<<GROSSMAN心血管介入学>>

图书基本信息

书名：<<GROSSMAN心血管介入学>>

13位ISBN编号：9787117109048

10位ISBN编号：7117109041

出版时间：2009-2

出版时间：Donald S.Baim、胡大一、梁雨露 人民卫生出版社 (2009-02出版)

作者：Donald S.Baim，胡大一，梁雨露 著

页数：712

译者：梁雨露

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>

<<GROSSMAN心血管介入学>>

前言

第7版《Grossman心血管介入学》是该书出版史上的一个重要里程碑：从1974年的第1版《心脏导管、造影学》的出版后，经过30年的重大改编，William Grossman也逐步从该书的主编成为该书的合编者，但他的重要贡献仍清晰地保留在该书书名和血流动力学章节的内容当中，也清晰地体现在他一贯追求理论和具有实践技巧的循证医学相互平衡的风格当中。

第6版的基本结构在第7版得到保留，例如总论、基本技术、血流动力学原理、血管造影技术、心功能评价、特殊导管技术、介入技术和专门疾病概述等章节。

当前心脏导管正从纯粹的诊断工具向重要的治疗工具转变，为了和这种变化保持一致，该书第7版内容重点转向介入技术。

老读者会发现第7版增加了许多内容。

一些病例体现了数字x线和放射生物学的最新治疗方法，并发症和辅助药物的治疗内容进一步增加，有关经皮穿刺桡动脉左心室导管术的讨论更加充分，儿童和成人先天性心脏病的治疗内容也得到增加。

有几个章节完全改写，包括那些和肺动脉造影和肺动脉栓塞、心内膜心肌活检、循环辅助装置相关的章节，以及冠状动脉疾病概述，如心肌病和心力衰竭章节。

此外，介入部分也进一步得到完整的补充，如动脉粥样斑块切除、血栓清除和远端血栓保护装置、金属裸支架和药物涂层支架、经皮心脏瓣膜治疗（包括导管治疗二尖瓣关闭不全的新方法和经皮主动脉瓣狭窄瓣膜置换）、儿童和成人先天性心脏病的介入治疗。

继续用三个章节来完整回顾外周血管疾病的诊断方法，介入技术并给出病例分析。

自2000年该书第6版出版后，心血管领域发展迅速，为了和该领域的主要进展保持一致，上述内容的变化只是该书显著变化的一部分。

和上一版附送DVD相比，我们已经对新版附送DVD的内容进行修改和补充，新版DVD包含了超过50例的数字化案例，完整展现了正常冠脉解剖、解剖异常、诊断和介入操作程序，以及各种并发症。

新的DVD . ROM也包含了20多例动画，用来说明各种介入装置的工作原理。

这些材料是对本书的重要补充，其试图以一种开放的标准媒体形式使它们得到概括，并用作教学或陈述表达时的材料。

<<GROSSMAN心血管介入学>>

内容概要

《GROSSMAN心血管介入学(第7版)》是世界上经典的心血管导管介入诊断和治疗方面的教科书，在全世界有着非常广泛的读者。

《GROSSMAN心血管介入学(第7版)》对冠心病介入诊断和治疗，心瓣膜疾病、外周血管、先天性心脏病、肺循环疾病和一些特殊疾病如心肌病、心包疾病的导管介入性检查和治疗进行了全面的介绍。本版的内容与其他的心血管介入学书籍不同的地方是：《GROSSMAN心血管介入学(第7版)》对心血管导管介入学的基本原理、基本技术、血流动力学原理、心功能评价以及特殊导管技术等做了细致入微的介绍，让初学者能很快入门，使熟练者理论和技术更加完善，研究者能从中吸取丰富的养分。

<<GROSSMAN心血管介入学>>

作者简介

作者：(美国)Donald S.Baim 译者：梁雨露 合著者：胡大一

<<GROSSMAN心血管介入学>>

书籍目录

第一部分：总论1.心脏导管术的历史和目前实践标准2.电影血管造影成像、辐射安全和造影剂3.并发症和辅助药物的最佳使用第二部分：基本技术4.经皮穿刺方法，包括经房间隔和经心尖部穿刺5.肱动脉切开方法6.儿童和成人先天性心脏病诊断性导管术第三部分：血流动力学原理7.压力测量8.血流测量：心排出量和血管阻力9.分流监测和分流量计算10.狭窄瓣膜口面积计算第四部分：血管造影技术11.冠状动脉造影术12.心室造影术13.肺动脉造影术14.主动脉和外周动脉造影术第五部分：心脏功能评价15.心导管术期间的负荷试验：运动和快速起搏16.心室容积、射血分数、心室质量、室壁应力和局部室壁运动的测量17.心室和心肌收缩和舒张功能评价第六部分：特殊导管技术18.心肌血流和代谢的评价19.血管内成像技术20.心内膜下心肌活检21.主动脉内球囊反搏和其他循环辅助装置第七部分：介入技术22.经皮球囊血管成形术和常规冠状动脉介入治疗23.冠状动脉粥样斑块切除术，血栓清除术和栓子保护24.冠状动脉内支架术25.心脏瓣膜病经皮介入治疗26.外周动脉介入27.儿童和成人先天性心脏病的介入治疗第八部分：特殊疾病概述28.心脏瓣膜病概述29.冠状动脉疾病概述30.肺动脉栓塞和肺动脉高压概述31.心肌病和充血性心力衰竭概述32.心包疾病概述33.先天性心脏疾病概述34.主动脉和外周动脉疾病概述索引

章节摘录

低血压动脉血压降低是导管术中最常见的问题之一。

血压降低是一下各种情况的最终共同表现：低血容量，由于术前补液不足，血液丧失，或造影剂过度利尿引起；心排出量降低，由于心肌缺血，心包填塞，心律失常，或瓣膜反流引起；不恰当的全身小动脉舒张，由于血管迷走神经反射，过多使用硝酸酯类药物引起，或是对造影剂的血管舒张反应，或对心肌收缩和血管舒张有混合作用的药物如多巴胺或多巴酚丁胺的反应。

然而，包括在设备优良的心导管室在内，很少能识别，诊断和治疗低血压。

如果没有常规做右心导管，有理由插入右心导管，用来明确低血压是低血容量引起，还是高心排出量综合征（包括脓毒症），或是心源性休克引起。

低充盈压要求我们通过外周静脉通路或一侧手臂的静脉鞘管（通过鞘管5分钟内快速给予500-1000ml生理盐水）快速补液，同时要考虑潜在的出血可能（血肿扩大，腹膜后出血）。

如果低充盈压合并反常的心动过缓，就要给予阿托品治疗可能的血管迷走神经反射。

然而高充盈压表示原发心功能不全，要立即考虑心肌缺血，心包填塞，或突发瓣膜反流等情况。

当没有准确的原因时，这样的患者应该根据经验给予强心药（多巴胺，多巴酚丁胺，米力农），血管收缩药（肾上腺素，去甲肾上腺素），或循环支持装置治疗。

在心导管室，手术者必须决定突发问题是否需要外科治疗，或是需要校正的介入手术治疗。

如果存在心动过缓且对阿托品没有反应，应该考虑给予心房（或Av）顺序起搏来维持这些患者心房对心室的充盈。

在处理低血压时，一个最常见的失误之一就是没有通过热稀释法或肺动脉氧饱和度的测量来评估心排出量。

有时，低血压患者存在高肺动脉氧饱和度是合并存在脓毒症，造影剂反应，或对输入多巴胺的特异性血管舒张反应的信号。

在低血压导致进一步心肌缺血和不可逆左心室功能不全之前，一开始就给予经验治疗最重要，然后再确定低血压原因和纠正的方法，而不是过分强调这些原因使患者持续低血压，从而产生更严重的并发症。

容量负荷过度由于使用高渗造影剂，或者由造影剂造成心肌抑制或心肌缺血，基础左心室功能下降，患者采用仰卧位，给有造影剂肾功能不全风险的患者补液等，心导管术的患者容易产生容量负荷过度。

最好的治疗就是预防，通过术前和手术早期使容量负荷达到最佳和使用低渗造影剂来预防。

如果患者病情进行性发展，在患者焦虑不安，氧饱和度下降，发生急性肺水肿之前，可以使用上述的方法治疗（正性肌力药，利尿剂，血管扩张药，主动脉球囊泵等），有时甚至使用更加积极的治疗方法。

在使用吗啡和硝普钠降低充盈压时，有必要使患者采取半卧位。

如果很快就要发生呼吸功能不全，在完全呼吸心跳停止前，给予足量的麻醉剂进行气管内插管。

焦虑/疼痛术前给予口服镇静剂[地西洋（5-10mg）或苯海拉明25-50mg]和在导管插管部位广泛使用局麻药，患者应该能很好地耐受心导管术。

然而，不适和焦虑的耐受的程度每个患者因人而异。

我们首先要理解患者为什么有疼痛（血管并发症，穿孔，冠状动脉闭塞，心肌缺血），是否可以采取什么措施来处理这些问题。

同时，如果到心导管室的患者有不稳定型心绞痛，主动脉瓣狭窄，充血性心力衰竭，或肥厚型心肌病，疼痛和焦虑会使交感神经兴奋，儿茶酚胺释放增加，这样会使患者病情恶化。

可以通过静脉给予小剂量芬太尼（25-50mg）和咪达唑仑（0.5-1mg）来常规处理这种情况。

然而必须注意，不要使患者过度镇静，或者忽视患者主诉的重要的可治疗的原因。

使用这些药物后，意识镇静监护指南要求监护患者血压，呼吸频率和脉搏血氧计。

应该备用镇静剂的拮抗药，如对抗阿片类药物的纳洛酮和对抗苯二氮革类药物的氟马西尼，这样任何时候需要使用这些药物时，都可以用到。

<<GROSSMAN心血管介入学>>

编辑推荐

《GROSSMAN心血管介入学(第7版)》由人民卫生出版社出版。

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>