1 - Les Hypertrophies Ventriculaires

y-critères
عمل تحرکی از سینوس کاپت و فلات شروع شده و به دوده‌ز بصورت یک بادبانی به منحصرونهای دو موج تحرکی از بالا به پاساژ و راست بچه است.

این موج تحرکی (۱) بوشیلاه، گردن‌های (۲) گرفته شده و بعد از سیر شاخه‌های چپ و راست آن به شبکه‌پور کنُز (۳) و سپس بطقین زیر آندو کارداری بطن‌ها میرسد.

دولاریزانیون (۴) دهلیزها تولید موجی با نام موج p. میکنند که از QRS دهلیزها تولید موجی بنام موج Ta نتیجه می‌شود. 

ولیکن این موج در دولاریزانیون مخفی بوده و در دو آندو کارداری گرام طبیعی مشهور نیم‌باند QRS حاصل می‌شود و از دولاریزانیون بطن‌ها موج تشکیل نمی‌شود. 

دولاریزانیون آنها موج آسته T است. میانابندکه باز همیشه ریولاریزانیون در طبقات است ریال‌یاران جهت ریولاریزانیون از یکیک از آندو کارداری از خارج باز کردن است. 

علت این امر این است که برای ارائه مایکاک زیر آندو کارداری شده و جهت ریولاریزانیون بر عکس میکنند حال باید دانست که دیل اولاریزانیون و دیل اولاریزانیون چیست.

۱- غشاء هرسول در حال استراحت شامل دو طبقه یون میباشد. یون‌های مثبت در سطح خارجی و یون‌های منفی در سطح داخلی غشاء می‌باشد. 

۲- یون‌ها مساوی است.

وقتی که غشاء دارای یک دو طبقه یون باشد میکوند که غشاء ریولاریزاست.

در حقيقة این اختلاف بار الکتریکی در غلاف مختلف یون سبب است که مقدار آن در خارج سلول زیاد و در داخل آن کمتر است. در بعضی سلول‌های بزرگ این حالت مخصوص سلول‌های ذرات حال استرخیت نشان داده‌اند بدلیلی که اگر یک الکترود در داخل یک چهار سلولی وارد کرده و الکترود به سطح خارج بگذرد.

۱- onde d'exitation 
۲- nœud de Tawara 
۳- Reseau de Purkinje 
۴- depolarisation
اختلاف بینالیژی ایجاد میشود. حالا گراین سلول رادر نقطه $X$ تحريك بکنیم این سلول در بر فعالیت (1) الکتریکی وارد میشود که در آن دوره مرحله تشخیص داده میشود: مرحله اول بدلولاریواسیون (2) ، مرحله دوم بدلولاریواسیون (3).

**سولول $X$**

مرحله اول یا دبولاریواسیون: از نقطه $X$ به نقطه $Y$ (نقطه $Y$) آغاز میگردد در این نقطه غشاء سلولی حالت عاپی خودرا بین دو عطقه بیون منفی و منفی از دست داده بعضاً آری مقداری سدیم بدن سلول تجویز می‌کند. سلول شروع شده و بسنده $Y$ به نقطه $X$ آغاز دوبولاریواسیون می‌گردد که از نقطه $X$ سلول $AB$ مرحله دوم نقطه از نقطه $X$ سلول $AB$ است. مثبت میشود. $X$ سلول $AB$ مرحله اول یا دبولاریواسیون: از نقطه $X$ به نقطه $Y$ (نقطه $Y$) آغاز میشود این نقطه اولین نقطه اولی است که از آنجا فعالیت الکتریکی شروع شده و بسنده مناسب وقتی کافی دارد که بارهای الکتریکی اولی خودرا بدست آورده که نقطه $Y$ دو نقطه سلول $X$ شروع شده و بسنده $Y$ به نقطه $X$ آغاز دوبولاریواسیون از نقطه $X$ سلول $AB$ است. ختم میشود (مطبق شکل) و باین شرح مجدد داخل سلول بارمنقی و غشاء.

1. activité électrique
2. depolarisation
3. Repolarisation
4. Processus
شکل ۲
کرب (۱) - پیشرفت موج تحریکی رادار طول سطح غشاء سلولی که دریک
مجیط هادی یکسکان غوطه ورشده باشد بیک دیپول (۲) (دوقطبی) (+-) تشبهه

۱ - Craib ۲ - Dipole
شماره نهم

علامه الکتریکی هیبرودرفی بطنها (جهوراست)

شکل ۳
کرده مینوسیته که در موقع دبیولاریزاسیون قطب مشت دبیول جلو بوده و قطب منفی آن عقب میباشید بر عکس در هنگام ریولاریزاسیون قطب منفی جلو بوده و قطب مثبت در عقب میباشد. (+) مینویان یک دبیول را تصویر یک حامل + نشان داده که سرش مثبت و دم آن منفی است.

اگر فرضیه شود که AB و A'B' دو لایه عضلانی در موقعیت متفاوت دبیولاریزاسیون

سومج

شکل 4

ور بولاریزاسیون با شنیدنی بیشتر که در موقع دبیولاریزاسیون الکترودی که در نقاط

که در شرایط سه شده میانی می‌باشد در دنیا دبیول دبیولاریزاسیون با قطب خود

بسوی الکترود B می‌برد عکس در موقع دبیولاریزاسیون که دبیول با قطب منفی

خود بسوی الکترود B جلو می‌آید یک موج منفی به موجی که زیر خط

ایزو الکتریک (1) باشد رسم می‌کند.

مأموریت برای‌ساخت‌گی مطلوب دبیولاریزاسیون ریولاریزاسیون رادیکای الکترولیت عضلانی

یاسولول شرح داده تا فهم دبیولاریزاسیون در تمام عملکرد که از اجتماعه‌های الکلی.

عضلانی ساخته‌شده‌ای و گردیده‌ای دین ترتیب‌یور الکتروموتوری که از دبیولاریزاسیون

1 – isoélectrique
شکل ۵

نرخ داده که یک بس ازدیدگری بر حسب زمان ظاهر شده در ای جهت و بر گری مختلف می‌باشد هستند. (۱) این حامل‌های لجبهات (۲) تشکیل یاب محرور الکتریکی واجد بازگری می‌باشد که آنها محور الکتریکی قلب می‌خواهند که بطور طبیعی میان صفرو ۹ دو رقم است. برای پم کھش محور قلب به‌ورث گوشتر کریم که قلب در وسط یا یک مثل متساوی الاضلاع قرار گرفته است، سه رأس این مثل با استفاده‌شانه
چپ‌شانه‌است و ساق‌پای چپ تشكیل شده است می‌گویند محور الکتریکی Q
بسته چپ منحرف شده است وقتی که محور الکتریکی QL از خط افقی OX
بسته چپ می‌چرخند مثل (محور 'OY و OY)
(محور 'OY و OY) می‌گویند محور الکتریکی QL
راست است موقعی که محور OX از خط عمودی OY
بسته راست منحرف مثل (محور OZ و OZ)
بطور طبیعی محور الکتریکی QL (OX) بین صفر و 90 درجه واقع

بعنی در این مثال هاشور خورده و گرفته است محورهای الکتریکی OY و OY
از خط افقی OB بسته چپ منحرف شده و در این صورت گفته می‌شود که محور
الکتریکی QL بسته چپ منحرف شده در صورتی که در OZ و OZ
در آن‌طرف خط عمودی A قرار گرفته و بسته راست منحرف شده است.
در این مثل متساوی الاضلاع آخر منصف الزاویه را دایره کنیم هر یک از

شکل 2

ضلع مثلث بدووقت تقسمیم می‌شود فرق رادیایی است که D و D
و نیم قطعه دایره مشترک و نیم قطعه راست منفی است در
صورت معلوم است که گر می‌گردد الکتریکی قلب بین صفر و 90 درجه باشد در

Downloaded from tumj.tums.ac.ir at 16:19 IRDT on Saturday September 21st 2019
شماره نهم
علامه الکتریکی هیرترو فی بطنها (چپ و راست)

شکل ٧
محور الکتریکی قلب باشند مثبت و در صورتی که در محور الکتریکی راست D، منفی است اگر خیز زیاد

D ۱، مثبت و دوم D ۲، منفی است D ۱ و D ۲، مثبت است.

D ۱، به مدت چپ منحرف شده در QRS مثبت دوم و D ۲، منفی دوم و دوم D ۲، منفی باشند به طوریکه در QRS D ۱، D ۲، منفی است بنابراین اگر D ۱، مثبت و D ۲، منفی باشد

میگویند محور الکتریکی قلب به طوریکه در QRS دوم و D ۲، منفی است منحوش شده است.

در عکس نرنه(٢) محور الکتریکی قلب به طوریکه در QRS، دوم و D ۲، منفی است منحوش شده است.
QRS ابن‌مجوز ۱ در OX است که در قسمت منفی، و D۱ در OX- است. در نتیجه، D۱ در OX- و D۲ در قسمت منفی مثبت می‌گردد. و دراین در مثبت است. بنابراین D۲ در منفی و D۳ در منفی مثبت است. QRS وقتی که مشابه محور بسته است، منجر شده است.

شکل ۸

[انجام شکل]

دفاترک‌سون نترسکون (۳) عبارت‌های DI در الکتروکاردیوگرافی فقط در درایوسیون جلوی قلبی V۱-۲-۳-۴-۵-۶-۷-۸ و V۲-۳-۴-۵-۶-۷-۸-۱ قابلیت می‌شود. مدت زمانی است که از اول دی‌پول‌های سیستم Tا موقعیتی چون موج جستجویی به‌پیکاره زیر الکتروکاردیوگرافی می‌شود.

پیکاره QRS در نتیجه مدت زمانی‌که از آغاز اذرواحارکتیه می‌شود (دوی‌عومومی R) اندازه‌گیری می‌شود که از Q و R که پیکاره‌اش باشد (۱) و می‌تواند مشابه که در مقابل بطن راست (V۱-۲-۳-۴-۵-۶-۷-۸). ناهیده و در مقابل بطن چپ (V۱-۲-۳-۴-۵-۶-۷-۸). ناهیده است،

۱- deflexion intrinsécoïde
D. U. M.

1 - Derivations standards
2 - Derivations Prés Cordiales
3 - deflexion

L. - Lapin

(V, VI) D. U. M. (D, D, D, D, D, D, D)
منفی (است) QRS مثبت است به‌ویژه با افزایش الکتریکی است در $D_1 - D_2 - D_3 - D_4$.

شکل 10

موج $T$ در دمو هلیش است در $D_1$ و در $D_2$ همیشه مثبت ولی $D_3$ و $D_4$ موجب کاهش در هلیش مثبت می‌شود. گرام بوسله خط‌های افقی و عمودی به‌همراه خانه کوچکی تکمیل شده فاصله بین خط‌های عرضی یک میلی‌متر و بین خط‌های طولی نیز یک میلی‌متر می‌باشد در نتیجه مربع کوچک دارای طول و عرض یک میلی‌متر می‌باشد. نمونه‌ای عرضی از هم یک میلی‌متر فاصله داشته و سمت (1) نوست آموزه QRS و (2) نوست آموزه می‌باشد مثلاً (پست نوست 2 میلی‌متر) در صورتیکه خط‌های عمودی که از همدیگر می‌باشد فاصله دارند زمان کاهش کسب می‌کنند فاصله بین نقطه $P$ و نقطه $D.P$ در (دروایسون های جنوب گلی) اهمیت این در دمو هلیش نمی‌باشد.

$1$ - diphasique amplitude  
$2$ - Conduction  
$3$ - Potentiel de point
علامه الکتریکی هیرتریوی بطن‌ها (چپ و راست)

قلب و الکترودیگر در نقطه‌ای که دارای پتانسیل نیست کلیدش می‌شود (نقطه صفر)

**شکل 11**

یابورن ساترال (۱) این دریاوه‌سی به‌نام V۱–V۶، V۳–V۱ و V۵–V۱ مشاهورند.


- Borne centrael
- Ligne axillaire antérieure
- Ligne axillaire moyenne
در الکتروکاردیوگرام طبیعی در یک موج کوچک و موج بزرگ 

شکل 12

دما در دریایی که الکترودها از V1 به V6 نزدیک میشود موج S کوچک و بزرگتر شده و موج بزرگ کم عمق ترشاد بطوری که در مقابل سطح ایکاردیک بطن چپ (V5 و V6) فقط یک موج بزرگ وجود دارد در V4 و V5 و V6 فقط یک موج ترشاد وجود دارد این منطقه را منطقه ترازیسیون (1) R = S می‌نامند که در مقابل دیواره بین دو بطن قرار گرفته است و این منطقه بر حسب موقعیت قلب در زمینه سینه تغییر دیده است در قلب‌هایی که به خلاق عصر به ساعت در قفسه سینه می‌پردازند

شکل 13

*Zone de transition*
شماره نهم
علامه الکتریکی همبستگی بطن‌های (چپ و راست)

(در اشارات چاق و کوچک) این منطقه بین V3 و V4 و در بخشی مواقف بین V1 و V2 است بر عقیده‌های این درجه‌بندی های ساعت می‌برده (افشاگری چهار پاراگراف)

و (چهار پاراگراف) این ناحیه بین V6 و V4 قرار می‌گیرد.

این اصول اشتباه است و لیکن در بعضی مواقف از V1 تا V3 موج QRS منفی بوده و موج T شورت به صورت S است (خصوصاً بین اشخاص چاق و زنهای آبستن و بازخوردها) فعالیت از موج کوچک r در V1 با استفاده در دبولاژاسیون دیواره بین دوبطن به هیچ‌چیز برای است دبولاژاسیون می‌شود (شکل 1) و باید به است که این در دبولاژاسیون (V) خود متوجه سراحی مثبت حامل ها دبولاژاسیون است که موجه مثبت بخش (2) رسم میکنند در دبولاژاسیون V6 منفی و موجه که در دبولاژاسیون V6 به ترتیب منفی این موجهها را نگاه می‌کنند، با یا R، پس از این دبولاژاسیون دیواره بین دوبطن قسمت رأسی بطن راست دبولاژاسیون شده شکل

(2) سپس دبولاژاسیون تمام دیواره بطن راست رانمار می‌گردد و قطعی دبولاژاسیون

شکل 14

یک دوبطن راست تمام شده دبولاژاسیون بطن چپ شروع می‌شود. در این لحظه حامل‌ها دبولاژاسیون بطرف الکترودهای V6 و V7 سازگاری می‌شوند با توجه به این که...
شکل 10

موج S در موقع دیولاریاسیون بطن چپ بهدلیل که در بالا کر شد چاه میشود.

در صورتی که تصویر qR در 5 V-6V به طور زیاد بست می‌شود:

1- موج اولیه منفی S در موقع دیولاریاسیون دیواره بطن چپ و موج R موقع دیولاریاسیون جدار بطن چپ بست می‌شود (مطابق تصویر یا (باین).

تصویر دیولاریاسیون که دیواره بطن چپ را از دانش‌پرداز شروع شده‌س

موجه بطن راست گشته و به بطن چپ ختم می‌شود.

VR (D.U.M) - C

v - derivation unipolaire des membres
شکل ۱۵

مننگ بوده و از تغییرات این دو (VL و VF) می‌توان بموقعیت الکتریکی قلب پی برد. شش موقعیت الکتریکی برای قلب نوشته شده است.

۱- موقعیت حض وسط (۲) می‌گوید قلب دارای این موقعیت است. هنگامی که درودی الکترود کاردیوگرام شیبی به VL = VF است (VL وVF مشابه می‌باشند، باید بطور مساوی به چپ و راست می‌شود مطابق شکل ۱۵)

۲- Position Eléctrique ۳- Position intermediaire
علامه کلیکی هیپرتروفی بطن ها (چپ و راست)

1- مادونه هردوبطن بوده و مغلوط از زمانسیل هردوطن رادیاف تیکنده
2- باید ترتیب داد
3- باید در دستگاه‌های ثابت در بعضی مواقع
4- می‌توان موقعیت الکتریکی کلبه‌ای قلب
5- و این را وضع اندمیم شده.

(1) خوانده.

بدین ترتیب، در قلب عمودی شیب

\[ V_L - V_S - V_F \]

\[ V_L - V_F \]

\[ V_F = V_2 - V_0 \]

\[ V_F = V_3 - V_0 \]

\[ V_L - V_F \]

\[ V_L - V_F \]

\[ V_L - V_F \]

\[ V_L - V_F \]

فهم موقعیت الکتریکی قلب در تشخیص الکتروکاردیوگرام اهمیت فوق العاده دارد و برای فهمیدن آن باید بالارفته شود.

فصل دوم:

علامه الکتریکی هیپرتروفی بطن ها

کلیه‌ای، الکتریکی هیپرتروفی بطن چپ (3) این علامه را باید در

1- Position indéterminée  
2- Position intermédiaire  
3- Hypertrophie ventriculaire gauche
اشفورمول زیر بست می‌آید.

\[(S'_1 + S'_3) - (S' + R3) \geq 17 \text{mm}\]

در حالات مشخص (هیبرتو فی‌بطن چپ) شکل کلاسیک علامت الکترکیکی می‌بینیم. 

\[D_m - D_2 - D_3 \text{ مشخص می‌شود.} \]

\[\overline{1} \text{- Derivations Standards} \quad \overline{2} \text{- Derivations Précordiales}\]

\[\overline{3} \text{- Derivationi unipolaires des membres} \quad \overline{4} \text{- Indice de White et Bock} \quad \overline{5} \text{- amplitude} \quad \overline{6} \text{- amybynde} \]

شکل 18
علامت الکتروکاردیوگرافی هیرت‌رودی بطن‌ها (چپ و راست)

شماره تخم‌انگریزی تابش‌های الکتروکاردیوگرافی

1- موج T منفی در D1، D2 و D3 و قطعه ST زیر خط ایزودوکتریک

آمده (1) و قوی‌تر که نشان می‌دهد با استعمال رسوم میکسیده این تصویر بر اثر توده‌ای است که علائم الکتروکاردیوگرافی

راه محاصره موجب یافته‌است در بالای دست یک تای AQRS و AQRS حاصل می‌باشد (مطابق شکل 19)

در راویوای تای جلویی قلبی (بیشتر است) که علائم الکتروکاردیوگرافی

بزرگی بطن چپ در مقابل الکتروکاردیوگرافی که در جلویی بطن چپ گذاشته شده‌اند ظاهر

دیده می‌شود.

شکل 19

میکریدن در نتیجه این علائم را برای در

عبارت از :

الف- دیروم VV-rVp-V1-V2 و ST

QRS بصورت (qRS) که در آن‌ها

Mوج بلند از QRS است و

موج R بلندتر از اعماق می‌شود و استوارا رها می‌شود

با توجه به ناحیه خود یکی از علائم الکتروکاردیوگرافی بطن چپ می‌باشد.

ب- همان‌طور که اعلام دیگر که عبارت از فشار دیگر

انترنیکس یک (۱) است. می‌شود که از ۵۰/۰، نامه (بطور طبیعی) تجاوز یک‌سیستم

۲- دیروم T در این دیسپانسیون الکتروکاردیوگرافی منفی با منفی منفی (++) است و قطعه

1- decalage inferieur 2- retard de deflexion intrinsécoïde
پای ان آلمه (1) و تح документ فوکانی به دمای میکسند مطابق شکل موج T در بعضی حالات فقط
یکشته شده یا بطور نامحسوسی منفی است.

ب دزن V1 تا V6 شکل الکتروکاردیوگرام همان است اینجا این تفاوت که موج rS است در بخیه عمق تراز موج T
و قسمت ابتدا این که در بخیه عمق موج T وجود نداشته بیاک

شکل ۲۰

 تصویر QS در V1 و V6 بیدیج میشود که نباید آن را اتفاقی در باین دیده و دیگر

دوبطن (2) اعتیاد کرد.

سو کولو و ولیون (3) اندیسی بیشتر کرده‌اند که در بعضی از حالات کمک

بزرگی بیشتر بزرگی بیاین ریتیمیا بیشتر به‌دیگر بزرگی بیاین بیان کنن و جود

دارد اگر جمع الجبری لندید موج R در V6 و موج V6 در S در ۱/۳ میلیمتر تجاوز کند

\[ R + S V_6 > 30 \text{ mm} \]

یعنی ب پمنطقه ترانزریسون (4) بر حسب موقعیت قلب تغییر می‌کند در قلب‌هایی که

دارای موقعیتی افقی دچار خشک قلب روی محور طولی خوددرجهت مخالف عقربه‌های ساعت، هستند این منطقه این موج V6 در منطقه قرار می‌گیرد و بر عکس در قلب عمودی

V6 به چرخش آن روی محور طولی موانع عقربه‌های ساعت است این منطقه به V6

1 - decalage inférieur  2 - infarctus anteroseptal
3 - Sokolowe et Lyon  4 - Zone de Transition
واقع است.

\( (1) \) بر حسب موقعیت الکتریکی قلب دو حالت میتوان نوشت.

\( \text{D.U.M} \) در قلب افقی که در آن شانه چپ (VL) بطرف بطن چپ متوسطه است در این صورت تغییراتی که در \( V_{6} \) و \( V_{1} \) شرح داده می‌شود در \( V_{5} \) و \( V_{4} \) نیز مشاهده می‌شود. بهمچنین، \( R \) در قلب افقی چپ‌نیفکری که در واکنش به نابرابری فرکته و موج \( T \) است و \( QRS \) مقابله بطن چپ می‌دانست در این چنین دو چنین موج \( V_{1} \) و \( V_{6} \) با موج مشابه می‌شود.

\( (2) \) در قلب عمودی (QR) جوون متوسطه بطن راست است در این در بیان می‌شود.

\( QRS \) یا موج \( T \) با موج \( T \) مشابه می‌شود.

برعكس در \( V_{2} \) چپ می‌دانست بطن چپ قرار گرفته (به وسیله چرخش قلب) یک تصویر \( QR \) با موج \( R \) و باین آماد \( ST \) با ناهنجاری فوکه و یک موج \( T \) مشابه می‌شود.

\( (3) \) تغییرات الکتریکی بهبودی و برای ورودی

\( \text{D.U.M} \) در قلب علائم الکتریکی را با یا در در بیان می‌شود.

\( V_{1} \) و \( V_{6} \) برای تشخیص بزرگ بطن راست اهمیت فوق العاده‌ای دارند.

\( \text{A} \) موج الکتریکی قلب بطرف راست نحرف مشابه بدن نمی‌شود.

\( \text{DS} \) از درجه میکگرد بخصوص بخش چپ انحراف الکتریکی با نور \( \text{DS} \) مشخصاً بخش شخص بزرگ بطن چپ تشخیص بزرگ بطن راست کافی است. این علائم یا برخی از آنها

\( 1 - \text{Derivations unipolaires des membres} \)

\( 2 - \text{cœur vertical} \)

\( 3 - \text{Hypertrophie ventriculaire droite} \)
علائم دیگر نازدیک بعضی از حالات مشخص بر گی بطن راست علائم میشود که مجموع

این علائم را (توافق بطن راست) (۱) می‌نامند علائم عبارتند از:

۱) انحراف محرز الکتریکی بستر راست که ذکر شد.

۲) موج T در دم V تا دو بعضاً اوقات در دم V منفی شده و ST (۲) موج T در این

دریاسیون‌ها بطرف پایین آمده (۲) ویک تجدب فوقانی به غذ می‌گیرد.

D.P - B

(دریاسیون نهایی جلوی قلبی) اهمیت بسزایی دارد.

بون الکترودهای V۱ - ۷ م در مقابل بطن راست قرار گرفته به هنگام است که

بايد علائم الکتریکی بر گی بطن راست را در مقابل این دریاسیون‌ها بحث

الف در دم V، V۱ - ۷ روسیه که در جنگل کردن در الکترود کاریا دم رطی بطن راست یک تصویر

RS یا یک تصویر ر، وجود دارد در صورتیکه در یک بطن با راست راست در دم V با یک همبسته در

در این دریاسیون‌ها رسم میشود در نتیجه رابطه موج در دم V در V، V۱ - ۷ که همبسته در

الکترود کاریا دم رطی بطن راست یک تصویر در یک بطن راست این رابطه میگردد

از اینجا دریاسیون دم علائم بزنگترین علائم بزنگترین علائم بزنگت در بطن راست شرایط روز و

میگردد بعنوان دیگر نشانه زیاد شدن تشتاسیل است که در دیواری اسیون جدار به بطن

حاصل میشود.

۲) تأثیر دفلکسیون انتریکسکوئید (۳) در V۱ - ۷: این زمان که در حالات

طبیعی در حدود ۰/۶، نامی است از این مدت تجاوز میکند ولیکن علائم همیشه

وجود ندارد.

۳) موج T در V۱ - ۷ و در بعضی اوقات در V منفی یا مشت منفی (۴) است

بیدر و

M. موهول الکترود کاریا گرام طبیعی در این دریاسیون

های یک تصویر بالا qRS یا qRS

پیامه و یک تبدیل به یک RS

qRS به راست است این شکل تغییر

1 - Predominance ventriculaire 2 - decalage inferieur
3 - deflexion intrinsecoide 4 - dihasique
شماره نهم
علمی الکتروکینیته بر روی بطن ما (چپ و راست)

عمق در و دیده می‌شود که رابطه بین موج در دیده‌شده (به‌همراه زیادی بر کتر) ودر
از رابطه وابسته به تکانه وسیکولا (کمتر)
راه را از رابطه در و در از دیده کمتر.

2- تأیید دو نکته از اینکه موج تراست در این‌چنین بی‌پوستی است
و تغییر نمی‌کند.

بدین ترتیب در بزرگی بطن راست کلاسیک موج R از V1 تا V2 کوچکتر
شده برعکس موج S از V1 به V2 بزرگ تر می‌گردد این شکل بر عکس تصویری
است که در الکترو نارسایی مطعی دیده می‌شود (مراقبه بلافاصله اول)
در برخی حالت‌ها که الکترو نارسایی تامی دو ایندیکاژ مشخص نیست و سوکولو
ولیون(1) یک اندیس بیش‌شاد کرده‌اند که دانست آنها در برخی حالت‌ها مشکل
که در کاربرد بزرگی بطن راست می‌کند بخشی از این نارسایی است که این
دارند که اعداد محسوب شده خاکی با الکترو نارسایی است که این
می‌گذارند این اندیسها عبارتند از:

1- موج R در V1 ازغفت و عفونیه بخشی از میلی‌متر تجاوز کنن (در الکترو-کارت در
کارت در مطعی هم‌شکه از کار است)

2- حاصل جمع الگی بلندی موج R در V1 و موج S در V1 از V1/2 میلی‌متر

3- وقیت رابطه و موج در V1 از باعث شکر

4- D.U.M.C.

بر حسب موقعیت الکتریکی قلب منفی است
در قلب عمودی (3) که در آن

1- Sokolowe- Lyon
2- Derivations unipolaires des membres
3- Coeur vertical
یک موج qR یا qR_s مثل V_s در دیبه میشود و در ترسیم VL یک موج qR یا qR_s می‌گردد.

در قلب افقی (1) با اجرای خلق قلب بر خلاف عقربه‌های ساعت در روي محور rS قدم را خلقی درجهت عقربه‌های ساعت در روي محور طولی (2) در یک موج VL وجود دارد (به مساحت V_s ۱ و V_s ۰ چپ‌ساز و درهای V_s ۰ و V_s ۱ ایجاد می‌کند بطن راست نگاه می‌کند همان موجی که در V_s ۰ و V_s ۱ رسم می‌شود می‌گردد.

1- Coeur horizontal