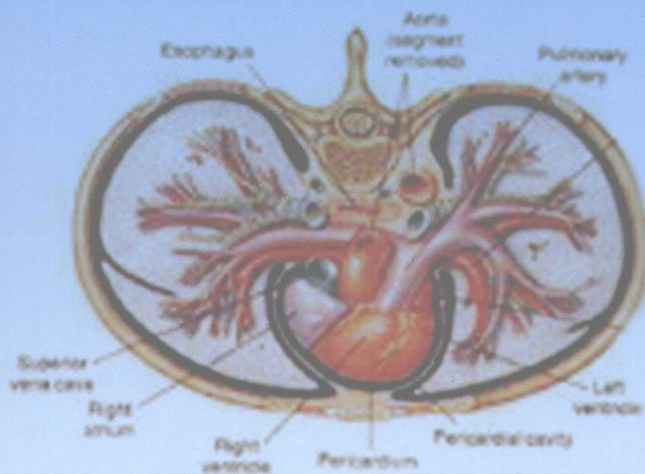


心血管 健康手册

李光银 等编著

Xin Xue Guan
Jian Kang Shou Ce



湖北长江出版集团
湖北人民出版社

心血管 健康手册

Xin Xue Guan
Jian Kang Shou Ce

主 编 李光银 肖秀林
副主编 朱培林 江超先
编 委 袁 斌 楼肖阳 李光银
邹雪莲 朱培林 段友琼
潘金玉、
肖秀林



李承彬 高清萍

湖北长江出版集团
湖北人民出版社

鄂新登字 01 号
图书在版编目 (CIP) 数据

心血管健康手册/李光银等编著.
武汉:湖北人民出版社,2008.5

ISBN 978 - 7 - 216 - 05472 - 0

I. 心…

II. 李…

III. 心脏血管疾病—防治—手册

IV. R54 - 62

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2008) 第 000036 号

心血管健康手册

李光银 等编著

出版发行: 湖北长江出版集团
湖北人民出版社

地址: 武汉市雄楚大街 268 号
邮编: 430070

印刷: 荆州市石地彩印有限公司

经销: 湖北省新华书店

开本: 850 毫米 × 1168 毫米 1/32

印张: 7.75

字数: 197 千字

插页: 1

版次: 2008 年 5 月第 1 版

印次: 2008 年 5 月第 1 次印刷

书号: ISBN 978 - 7 - 216 - 05472 - 0

定价: 28.00 元

本社网址: <http://www.hbpp.com.cn>

前 言

随着科学技术的不断进步,心血管领域发展迅猛,一个又一个具有里程碑意义的实验检查和治疗方法展现于世。丰富的医疗手段提高了治愈率,为患者带来了新的希望,同时也增添了不少患者对选择治疗方法的困惑。临床工作中,我们发现有许多患者因错过了最佳治疗时期而难以治愈,这些患者如果能防病于未然,那么生命之花仍将灿烂开放。本书不仅希望能为病人答疑解惑,更期望能够提高百姓的防病意识。同时,我们医务工作者必须不断学习先进的医疗科学技术,严格参照各种指南,遵循适应证,科学检查,合理用药。

由于医学知识不断更新,加之编者水平有限,差错疏漏之处在所难免,敬请读者批评指正,以便修订再版。

李光银

2008 年 2 月

序 言

当今社会,高血压、冠心病等心血管疾病已成为危害人类健康的头号杀手。心血管疾病的治疗手段分为药物、介入和外科手术三个方面。我国医疗模式逐步由过去的经验式转变为与国际接轨的循证医学。《黄帝内经》有云:“上医医未病之病,中医医将病之病,下医医已病之病。”我们医务工作者除了应用掌握的医疗诊治技术治病救人,还应积极传播健康知识,服务于人民和社会。

本书从专业角度出发,以小标题形式编排,简明而通俗地回答了临床实践中的各种常见问题,而且介绍了许多实用的方法,实为广大患者的床前案头保健书,也可作为初涉心血管专业医生的一本工具书。

江洪,

2008年3月5日

[作者为武汉大学人民医院心血管教授]

常关书心 章二第

目 录

第一章 肥胖与血脂紊乱

肥胖症	1
肥胖的诊断	1
肥胖的治疗原则	2
肥胖症营养治疗	2
肥胖症的预防	3
中老年减肥处方	4
肥胖症运动处方	4
评价肥胖的方法	5
肥胖症的治疗	6
预防肥胖应从儿童期开始	7
血脂异常的主要内容	7
血脂异常的诊断	8
原发性血脂异常的分类和分型	9
血液胆固醇升高的原因	12
高脂血症的治疗原则及防治措施	12
高脂血症膳食治疗的主要内容及目标	14
高脂血症膳食治疗的方法及实施方案	15
高脂血症治疗的步骤	17
停用降脂药物后血脂会反弹	17
坚持长期服用降脂药物	18

第二章 心律失常

什么叫窦性心律	19
什么叫异位心律	19
抗心律失常药物治疗	19
心律失常日常饮食	21
心律失常是否需要治疗	22
心律失常应该引起重视	23
戒烟酒与心律失常	24
心律失常与睡眠	25
心律失常慎服鱼油	25
对心律失常有益的食物	26
如何对待心律失常	27
服用抗心律失常药物时应注意的问题	28
心律失常者旅途应注意的事项	29
心律失常与性别、年龄的关系	29
阵发性室上性心动过速的自我治疗	30
射频消融治疗心律失常	31
小议心脏起搏器	32
起搏器患者的术后随访	33
起搏器术后随访的目的	34
起搏后常见的临床症状及发生的原因	35
起搏患者术后注意事项	36
起搏患者日常生活中注意事项	37
外界干扰源对起搏器的影响	38
高频电刀对起搏器功能的影响	38
起搏患者电除颤的注意事项	39
射频消融对起搏器功能的影响	39

计算机断层扫描及磁共振对起搏器的影响	40
起搏器患者自检方法和注意事项	41

第三章 高血压

高血压的定义及危害	42
不只要降压,也要注意并发症	43
高血压病人的自我保健	43
正确测量血压	44
轻度高血压轻视不得	46
高血压的诊断及分类、分级	47
高血压药物治疗原则	49
高血压患者服药之七忌	50
高血压病人的基本用药常识	51
理想降压药有九条标准	52
复方降压片的优缺点	53
高血压的非药物治疗	54
如何控制血压	56
高血压治疗的六大误区	58
关于 JNC7	59
白大衣高血压	62
原发性与继发性高血压	64
糖尿病与高血压的关系	67
医源性高血压	68
血压假性升高	69
24 小时平稳降压的意义	70
高血压患者血压应降到什么水平	71
会引起高血压的药物	72
高血压的干预治疗	73

没有症状的高血压	73
区别不同情况服用降压药物	74
降高血压药物的分类	74
常用的利尿类降压药物	74
利尿类降压药的特点和主要的副作用	75
常用的 β -受体阻滞剂	75
常用的钙通道阻滞剂的分型	76
常用的普通型钙通道阻滞剂	76
常用的长效缓释型钙通道阻滞剂	76
降压药物的联合应用	76
钙通道阻滞剂治疗的新发展	77
血管紧张素转换酶抑制剂	77
常用的血管紧张素转换酶抑制剂	78
常用的血管紧张素 II 受体拮抗剂	79
降压药的选用	79
降压药物的合理配伍	80
治疗高血压急症的注射药物	80
一天中合理用药的时间	81
应注意 24 小时稳定控制血压	81
老年高血压的特点	82
老年高血压的治疗	83
有关高血压的通常错误认识	83
治疗难治性高血压有何技巧	86

第四章 冠心病

什么是冠心病	87
冠心病的分类	87
心绞痛的分类	89

老年人谨防不典型的心肌梗死	90
动脉粥样硬化的预防	91
冠心病调脂治疗中的误区	92
经皮腔内冠状动脉成形术	93
冠心病患者能否坚持工作	94
降低你的危险因素:开始预防行动	95
中年男性警惕冠心病猝死	96
冠心病介入手术	98
什么人容易患冠心病	99
心电图正常与心脏病	100
心脏病的六个误区	101
怎样早期发现冠心病	103
冠心病的诊断	104
如何辨别心绞痛	105
心绞痛并非都是冠心病	106
治疗冠心病的“水利工程”	107
冠状动脉旁路移植术(冠脉搭桥术)	109
预防冠心病突发猝死	110
目前常用治疗心绞痛的药物种类	112
冠心病的一级预防和二级预防	114
冠心病病人怎样度过自己的一天	115
冠心病病人起居十要	116
冠心病病人午睡好	117
冠心病病人的生活禁忌	118
冠心病病人的行为疗法	120
冠心病病人饮食应“五低两高”	121
冠心病病人的食疗	122
冠心病病人多喝“茶”	123
冠心病病人与有氧运动	123

运动帮助冠心病病人康复	125
冠心病病人的秋冬保健	127
冠心病病人的平安度夏	128
冠心病介入治疗中支架的类型和性能	128
不稳定型心绞痛的三大表现	129
加拿大心血管学会心绞痛分级	129
不稳定型心绞痛的危险分层	130
心肌肌钙蛋白 I (cTnI) 的临床应用	130
ST 段抬高性心肌梗死溶栓禁忌证和注意事项	131
不良生活方式与“亚健康状态”	132
介入医学与先天性心脏病	133
有关防治心脑血管病的“维多利亚宣言”	134

第五章 心力衰竭与心肺复苏

心力衰竭不同的临床类型	135
怎样判定心功能和分级	135
测定心室收缩功能常用的指标	137
慢性充血性心力衰竭的诊断要点	138
心力衰竭的形成及充血性心力衰竭	138
左心衰竭与支气管哮喘的鉴别	138
心力衰竭治疗观点的转变	140
心力衰竭的治疗目的及目前治疗指南要点	141
在 CHF 治疗中合理应用利尿剂	143
在 CHF 的治疗中应用血管扩张剂的适应证、禁忌证及血管扩张剂的选择	144
血管紧张素转换酶抑制剂 (ACEI) 治疗慢性 CHF 的作用机制及临床应用	145
β -受体阻滞剂在心力衰竭中的治疗作用	146

洋地黄治疗 CHF 的作用机制、临床应用适应证和 相对禁忌证.....	148
常用洋地黄类制剂及其在 CHF 中的用法	149
在 CHF 中洋地黄的治疗终点	149
使洋地黄敏感性增高主要的因素	150
影响地高辛血清浓度的常用药物	150
洋地黄中毒的主要临床表现	150
洋地黄中毒治疗	151
用于治疗 CHF 的环核苷酸(cAMP)依赖性正性 肌力药的种类及作用机制	151
无症状性心力衰竭(无症状性心室功能 障碍)的诊断和治疗	152
急性左心衰竭的常见病因	152
急性左心衰竭的临床诊断要点	152
目前治疗急性左心衰的对策	153
难治性心力衰竭的诊断与治疗	154
老年人心力衰竭的临床特征	156
心跳骤停的原因	157
预防心源性猝死	157

第六章 常用心血管药物

一、血管紧张素转化酶抑制剂	160
二、抗心力衰竭—正性肌力药—强心苷类	164
三、抗心力衰竭药—非苷类正性肌力药—磷酸二酯酶 抑制剂	166
四、抗心力衰竭药—非苷类正性肌力药—胺类	167
五、血管紧张素 II 受体拮抗剂	168
六、 β -受体阻滞剂	170

七、钙通道阻滞剂	174
八、钙通道阻滞剂—二氢吡啶类	174
九、钙通道阻滞剂—苯烷胺类	177
十、钙通道阻滞剂—硫氮革酮类	178
十一、抗休克药—拟肾上腺素药	179
十二、抗休克药—抗肾上腺素药— α 受体阻断药	182
十三、抗休克药—抗胆碱药	182
十四、溶栓剂—纤溶酶原激活剂	183
十五、调血脂药—HMG 辅酶 A 还原酶抑制剂	185
十六、调血脂药—苯氧乙酸衍生物	187
十七、调血脂药—烟酸类	188
十八、其他调节血脂药物	189
十九、抗血小板药	190
二十、抗凝血药	192
二十一、抗快速性心律失常药物—I ~ IV 类抗心律 失常药物	195
二十二、其他抗心律失常药物	200
二十三、抗缓慢性心律失常药物—拟交感胺类药物	202
二十四、抗缓慢性心律失常药物—抗胆碱能药	203
二十五、抗高血压药—中枢性降压药	204
二十六、抗高血压药— α 受体阻滞剂	206
二十七、抗高血压药—交感神经末梢抑制药	208
二十八、抗高血压药— β -受体阻滞剂	208
二十九、抗高血压药—血管紧张素转换酶抑制剂	208
三十、抗高血压药—血管紧张素 II 受体拮抗剂	208
三十一、抗高血压药—钙拮抗剂	208
三十二、抗高血压药—直接血管扩张剂	208
三十三、抗心肌缺血药	211
三十四、其他抗心肌缺血药	212

三十五、利尿剂—噻嗪类利尿剂	213
三十六、利尿剂—髓祥利尿剂	214
三十七、利尿剂—保钾利尿剂	216
三十八、利尿剂—碳酸酐酶抑制剂	218
三十九、利尿剂—渗透性利尿药	219

第七章 常用检验检查项目及正常值参考范围

一、临检组检验项目	220
二、血气、电解质	222
三、生化组检验项目	224
四、特检组检验项目	225
五、免疫组检验项目	225
六、甲状腺功能(核医学科检验项目)	226
七、继发高血压特检项目	227
八、治疗药物监测	227
九、血流动力学心导管测值	228
十、超声心动图	229
十一、颈动脉搏动图	230
十二、心电生理检查	230
后 记	233

第一章 肥胖与血脂紊乱

肥胖症

肥胖症是指由于机体能量摄入长期超标,从而导致体内脂肪积聚过多而造成的一种疾病症状。目前认为当一个人体重超过标准体重的 20% 以上,或体重质量指数(BMI)大于 $25\text{kg}/\text{m}^2$ (国外以男性大于 $27\text{kg}/\text{m}^2$ 、女性大于 $25\text{kg}/\text{m}^2$ 为标准)时就称为肥胖症,有单纯性肥胖和继发性肥胖,后者有其原发的临床表现,如甲减、库欣综合征等。单纯性肥胖常伴有糖尿病、冠心病、高血压病、痛风、胆结石等。

肥胖的诊断

一、诊断方法及标准

1. 根据身高、年龄及性别查表或按下式推算标准体重:

标准体重(kg) = 身高(cm) - 100, 本法适用于身高 155cm 以下者;

标准体重(kg) = [身高(cm) - 100] $\times$ 0.9, 本法适用于身高 155cm 以上者。

超过标准体重 20% 为肥胖,超过 10% 为超重或过重。

2. 体重质量指数[体重/身高的平方(千克/米²)],如超过 25,不论性别均属肥胖。世界卫生组织及英美国家以男性大于

27kg/m², 女性大于 25kg/m², 即诊断为肥胖。

3. 采用特别皮肤皱褶卡钳测量皮肤皱褶厚度, 肩胛下区皮肤皱褶厚度, 男性为 9.1 ~ 14.3mm; 女性 9 ~ 12mm, 平均 11.5mm, 如超过 14mm 可诊断为肥胖。三角肌区男性为 7.9 ~ 17.8mm, 平均 12.3mm; 女性为 13 ~ 25mm, 平均 18.1mm, 如男性超过 23mm, 女性超过 30mm 为肥胖。

二、肥胖程度的划分

1. 超重 体重超过标准体重 10% ~ 19%;
2. 轻度 体重超过标准体重 20% ~ 30%;
3. 中度 体重超过标准体重 31% ~ 50%;
4. 重度 体重超过标准体重 50%。

肥胖的治疗原则

1. 合理饮食, 减少热量摄入;
2. 体育锻炼, 增加机体热量消耗;
3. 辅助药物治疗。

中度肥胖者可选苄甲苯丙胺、芬特明、二甲双胍, 合并高血压可选用酰苯丙胺。

顽固极度肥胖者, 疗效不佳者, BMI 大于 35kg/m², 可手术治疗, 手术方式有吸脂、切脂和减少食物吸收(如空肠回肠分流术、小胃手术或垂直结扎胃成型术)。继发性肥胖以病因治疗为主。

肥胖症营养治疗

1. 限制总能量。成年轻度肥胖者, 按每月减轻体重 0.5 ~ 1.0kg 为宜, 即每天减少 125 ~ 250kcal 能量来确定每天三餐的标准。成年中度肥胖者每周减体重 0.5 ~ 1.0kg, 每天减少能量 552 ~ 1104kcal, 应从严控制。

2. 限制蛋白质。采用低能量 10kcal/kg ~ 20kcal/kg 饮食, 中度以上肥胖者, 蛋白质提供能量占总能量 20% ~ 30% 为宜, 并选用高生物价蛋白, 如牛肉、鱼、鸡、鸡蛋清、猪瘦肉等。

3. 限制脂肪。饮食脂肪应控制在总能量的 25% ~ 30%。

4. 限制碳水化合物。应控制在总能量的 40% ~ 55% 为宜, 碳水化合物在体内能转变为脂肪, 尤其是肥胖者摄入糖后, 更容易以脂肪形式沉积, 因此对含糖食品, 如蔗糖、麦芽糖、果糖、蜜饯及甜点心等应尽量少吃或不吃, 食物纤维可不加限制, 每人每天饮食粗纤维供给量不低于 6g。

5. 限制食盐和嘌呤。食盐 3g/天 ~ 6g/天为宜, 嘌呤可增进食欲和加重肝肾代谢的负担, 故含高嘌呤的动物内脏应加以限制, 如肝、心、肾等。

6. 烹调方法及餐次。宜采用蒸、煮、烧、氽、烤等烹调方法, 忌用油煎炸的方法, 进食餐次因人而宜, 通常为每天 3 ~ 5 次。

7. 其他。必须按正常标准保证饮食有足够维生素和矿物质, 多进食蔬菜, 食物应多样化, 切忌偏食。

肥胖症的预防

预防肥胖比治疗更奏效, 更有意义。最根本预防措施是适当控制进食量, 自觉避免高碳水化合物、高脂肪饮食, 经常进行体力活动和锻炼, 并持之以恒。预防肥胖应从婴幼儿开始, 哺乳期婴儿必须提倡母乳喂养, 孩子稍大后, 培养爱活动, 不吃零食、不暴食等良好的生活饮食习惯。中年后机体能量需要随着年龄的增长而减少, 若与青年时期相比, 40 ~ 60 岁应减少 5% ~ 10%, 60 岁以上减少 20% 为宜。随着年龄的增长应及时调整日常饮食习惯与作息时