

■ 主 编 胡大一

心血管疾病 防治指南与共识

中华医学会心血管病学分会 组织编写
中华心血管病杂志编辑委员会



XINXUEGUAN JIBING
FANGZHI ZHINAN
YU GONGSHI



人民军医出版社

PEOPLE'S MILITARY MEDICAL PRESS

● 主编 谢文一

心血管疾病 防治指南与共识

中国医学科学院心血管病研究所 谢文一 主编
中国医学科学院阜外医院 王辰 副主编



《2019年中国心力衰竭防治指南》
《2019年中国心房颤动防治指南》
《2019年中国血脂防治指南》



中华医学会心血管病学分会

中国医学科学院阜外医院

心血管疾病防治指南与共识

XINXUEGUAN JIBING FANGZHI ZHINAN YU GONGSHI

中华医学会心血管病学分会
中华心血管病杂志编辑委员会

组织编写

主 编 胡大一



人民军医出版社

PEOPLE'S MILITARY MEDICAL PRESS

北 京

图书在版编目(CIP)数据

心血管疾病防治指南与共识/胡大一主编. —北京:人民军医出版社,2012.7

ISBN 978-7-5091-5748-0

I. ①心… II. ①胡… III. ①心脏血管疾病—防治 IV. ①R54

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2012)第 131057 号

策划编辑:张怡泓 文字编辑:刘 斌 责任审读:黄栩兵

出 版 人:石 虹

出版发行:人民军医出版社

经销:新华书店

通信地址:北京市 100036 信箱 188 分箱

邮编:100036

质量反馈电话:(010)51927290;(010)51927283

邮购电话:(010)51927252

策划编辑电话:(010)51927285

网址:[www. pmmp. com. cn](http://www.pmmp.com.cn)

印、装:三河市春园印刷有限公司

开本:850mm×1168mm 1/32

印张:16.625 字数:425 千字

版、印次:2012 年 7 月第 1 版第 1 次印刷

印数:0001—5000

定价:60.00 元

版权所有 侵权必究

购买本社图书,凡有缺、倒、脱页者,本社负责调换

前 言

近年来,心血管病的诊断和治疗取得了长足进展,大规模临床试验为心血管病的诊疗提供了有价值的依据。为了把循证医学的研究成果更好地用于临床实践,规范临床诊疗行为,提高我国心血管病诊疗水平,更好地为广大患者服务和保护公众健康利益,在过去的十多年中,中华医学会心血管病学分会和《中华心血管病杂志》编辑委员会组织各方面有关专家,根据国内外循证医学的证据,参考国外出版的广为接受的指南,并结合我国具体情况或专家共识,先后编写了一系列诊疗指南或建议,并陆续刊登在《中华心血管病杂志》上。

随着时间的推移,人们对疾病的认识逐渐深入,临床试验的证据不断增加,诊断和治疗的方法也不断改进。因此,指南或建议也在与时俱进,不断完善和修改。为了便于临床医师查阅和参考应用,此次的新版本中仅收录了最新制订或修订的指南或建议。若读者欲了解新旧指南的不同和认识的深化过程,请查阅原杂志。

制订和发表指南或建议仅是这项工作的开始,更重要的是学习、领会、贯彻和推广指南,推动心血管疾病防治的规范化和现代化。

今后,在指南与建议的制订与修改中应进一步提高质量,建立科学流程。借鉴与学习美国心脏病学会、美国心脏学会和欧洲心脏病学会的经验,应注意吸纳流行病学、统计学、卫生经济学、医保机构和政府主管部门的参与。要充分发挥各个学组的作用,发动广大委员与学组成员的广泛参与。

《中华心血管病杂志》编辑部每年组织一次指南与建议的解读,对促进指南的推广应用起到了积极作用,受到广大医务人员欢迎。但这远远不够,我希望中华医学会心血管病学分会全国各地的常委与委员们在相关学术活动中重视对指南与建议的推广。

本书的编纂和整理工作是由《中华心血管病杂志》编辑部的工作人员在繁忙的日常工作之外抽出时间完成的,由人民军医出版社编辑、出版。由于时间紧迫,不足之处在所难免,希望广大读者和同道不吝指正。

胡大一

2012年3月30日

目 录

第一部分 冠心病	(1)
第 1 章 慢性稳定性心绞痛诊断与治疗指南	(1)
第一节 诊断和危险分层的评价.....	(2)
第二节 治疗	(12)
第三节 特殊诊疗考虑	(29)
第 2 章 不稳定性心绞痛和非 ST 段抬高心肌梗死诊断 与治疗指南	(37)
第 3 章 经皮冠状动脉介入治疗指南(2009)	(66)
第一节 概述	(67)
第二节 血管重建策略选择	(68)
第三节 PCI 方法的选择	(82)
第四节 冠状动脉成像及血流动力学评价	(89)
第五节 PCI 术的药物治疗	(95)
第六节 对比剂.....	(100)
第七节 复杂病变及特殊人群的 PCI	(103)
第八节 并发症及处理.....	(114)
第 4 章 推荐在我国采用心肌梗死全球统一定义	(139)
第二部分 高血压	(147)
第 5 章 2004 年中国高血压防治指南(实用本)	(147)
第一节 血压的定义与分类(表 5-1)	(147)
第二节 血压与心血管病危险.....	(148)
第三节 诊断性评估.....	(150)
第四节 血压测量.....	(151)
第五节 高血压的治疗.....	(152)

第六节 特殊人群的降压治疗·····	(155)
第七节 治疗随访(图 5-1)·····	(157)
第三部分 血脂异常 ·····	(160)
第 6 章 中国成人血脂异常防治指南·····	(160)
第一节 血脂与脂蛋白·····	(162)
第二节 血脂检测及临床意义·····	(165)
第三节 血脂异常分类·····	(170)
第四节 血脂异常的检出与心血管病整体危险评估 ·····	(172)
第五节 降脂治疗在冠心病防治中的循证医学证据 ·····	(179)
第六节 血脂异常的治疗·····	(189)
附件 1 临床血脂测定建议·····	(234)
附件 2 2002 年中国营养与健康调查血脂在人群中的 水平及分布状况(附表 1~4)·····	(242)
附件 3 高脂血症的膳食治疗·····	(245)
第四部分 心力衰竭 ·····	(251)
第 7 章 慢性心力衰竭诊断治疗指南·····	(251)
第一节 心衰各阶段的防治措施·····	(254)
第二节 心衰患者的临床评估·····	(256)
第三节 心衰的一般治疗·····	(260)
第四节 心衰的药物治疗·····	(262)
第五节 心衰的非药物治疗·····	(290)
第六节 难治性终末期心衰治疗·····	(294)
第七节 舒张性心衰治疗·····	(295)
第八节 瓣膜性心脏病心衰治疗·····	(297)
第九节 心衰合并心律失常治疗·····	(301)
第十节 合并其他疾病的心衰治疗·····	(304)
第十一节 慢性心衰急性加重的治疗·····	(307)

第五部分 心肌疾病	(316)
第 8 章 心肌病诊断与治疗建议	(316)
第一节 扩张型心肌病.....	(318)
第二节 肥厚型心肌病.....	(329)
第三节 致心律失常性右室心肌病.....	(339)
第六部分 肺动脉高压	(355)
第 9 章 肺动脉高压筛查诊断与治疗专家共识	(355)
第一节 专用术语说明与定义.....	(356)
第二节 肺高压的诊断分类.....	(357)
第三节 病理解剖.....	(359)
第四节 诊断.....	(360)
第五节 治疗.....	(371)
第七部分 其他心血管疾病	(382)
第 10 章 多重心血管病危险综合防治建议	(382)
第一节 心血管病危险因素概述.....	(383)
第二节 代谢综合征.....	(386)
第三节 中国人群心血管病危险因素分布、聚集状况及 变化趋势.....	(387)
第四节 中国人群不同危险因素水平个体的心血管病 发病危险评估.....	(389)
第五节 多重危险因素的检出、评估和管理方案	(392)
第六节 多重心血管病危险的综合防治.....	(395)
第 11 章 血管紧张素转换酶抑制剂在心血管病中应用 中国专家共识	(415)
第一节 药理学.....	(416)
第二节 临床疗效与实际应用.....	(422)
第 12 章 胺碘酮抗心律失常治疗应用指南(2008)	(446)
第一节 药理与电生理作用机制.....	(446)
第二节 胺碘酮的临床应用.....	(448)

第三节	使用方法与剂量的建议·····	(455)
第四节	药物不良反应·····	(457)
第五节	用药随访·····	(461)
第六节	结语·····	(463)
第13章	β 肾上腺素能受体阻滞剂在心血管疾病应用 专家共识 ·····	(473)
第一节	β 受体阻滞剂的药理学 ·····	(474)
第二节	β 受体阻滞剂在我国目前应用的情况 ·····	(481)
第三节	β 受体阻滞剂在心力衰竭的应用 ·····	(482)
第四节	β 受体阻滞剂在高血压的应用 ·····	(488)
第五节	β 受体阻滞剂在冠心病的应用 ·····	(496)
第六节	β 受体阻滞剂在心律失常的应用 ·····	(502)
第七节	β 受体阻滞剂在其他心血管疾病或临床状况 的应用·····	(507)

第一部分 冠心病

第1章 慢性稳定性心绞痛诊断 与治疗指南

中华医学会心血管病学分会 中华心血管病杂志编辑委员会

心绞痛是由于暂时性心肌缺血引起的以胸痛为主要特征的临床综合征,是冠状动脉粥样硬化性心脏病(冠心病)的最常见表现。通常见于冠状动脉至少一支主要分支管腔直径狭窄在50%以上的患者,当体力或精神应激时,冠状动脉血流不能满足心肌代谢的需要,导致心肌缺血,而引起心绞痛发作,休息或含服硝酸甘油可缓解。

慢性稳定性心绞痛是指心绞痛发作的程度、频度、性质及诱发因素在数周内无显著变化的患者。心绞痛也可发生在瓣膜病(尤其主动脉瓣病变)、肥厚型心肌病和未控制的高血压以及甲状腺功能亢进、严重贫血等患者。冠状动脉“正常”者也可由于冠状动脉痉挛或内皮功能障碍等原因发生心绞痛。某些非心脏性疾病如食道、胸壁或肺部疾病也可引起类似心绞痛的症状,临床上需注意鉴别。

通信作者:高润霖,Email:gaorunlin@263.net

为了协助广大临床医师在临床实践中更好地运用基于循证医学的诊断、治疗和预防策略及方法,中华医学会心血管病学分会和中华心血管病杂志编辑委员会组成专家组制订了慢性稳定性心绞痛诊疗指南。本指南是在收集循证医学证据基础上,参考国外广泛采用的指南,如美国心脏病学院(ACC)/美国心脏协会(AHA)2002年修订的指南、美国内科医师学院(ACP)2004年指南和2006年欧洲心脏病学会(ESC)指南,结合我国实际情况制订的,目的在于为临床医师提供一个在一般情况下适于大多数患者的诊疗策略,从而规范慢性稳定性心绞痛的诊断、治疗和预防。

为了便于读者了解某一诊疗措施的价值或意义,本指南对适应证的建议,以国际通用的方式表达如下:

I类:已证实和(或)一致公认某诊疗措施有益、有用和有效。

II类:某诊疗措施的有用性和有效性的证据尚有矛盾或存在不同观点。

IIa类:有关证据和(或)观点倾向于有用和有效。

IIb类:有关证据和(或)观点尚不能充分说明有用和有效。

III类:已证实和(或)一致公认某诊疗措施无用和无效并在有些病例可能有害,不推荐应用。

对证据来源的水平表达如下:

证据水平A:资料来源于多项随机临床试验或汇总分析。

证据水平B:资料来源于单项随机临床试验或多项非随机试验。

证据水平C:专家共识和(或)小型试验结果。

第一节 诊断和危险分层的评价

胸痛患者应根据年龄、性别、心血管危险因素、疼痛的特点来估计冠心病的可能性,并依据病史、体格检查、相关的无创检查及有创检查结果作出诊断及分层危险的评价。

一、病史及体格检查

1. 病史 对胸痛患者的评估,病史是最重要的第一步,医生需详细了解胸痛的特征,包括如下几个方面。①部位:典型的心绞痛部位是在胸骨后或左前胸,范围常不局限,可以放射到颈部、咽部、颌部、上腹部、肩背部、左臂及左手指内侧,也可以放射至其他部位,心绞痛还可以发生在胸部以外如上腹部、咽部、颈部等。每次心绞痛发作部位往往是相似的。②性质:常呈紧缩感、绞榨感、压迫感、烧灼感、胸憋、胸闷或有窒息感、沉重感,有的患者只述为胸部不适,主观感觉个体差异较大,但一般不会是针刺样疼痛,有的表现为乏力、气短。③持续时间:呈阵发性发作,持续数分钟,一般不会超过 10min,也不会转瞬即逝或持续数小时。④诱发因素及缓解方式:慢性稳定性心绞痛的发作与劳力或情绪激动有关,如走快路、爬坡时诱发,停下休息即可缓解,多发生在劳力当时而不是之后。舌下含服硝酸甘油可在 2~5min 内迅速缓解症状。

在收集与胸痛相关的病史后,还应了解冠心病相关的危险因素:如吸烟、高脂血症、高血压病、糖尿病、肥胖症、早发冠心病家族史等。

心绞痛严重度的分级参照加拿大心血管学会(CCS)心绞痛严重度分级(表 1-1)。

2. 体格检查 稳定性心绞痛体检常无明显异常,心绞痛发作时可有心率增快、血压升高、焦虑、出汗,有时可闻及第四心音、第三心音或奔马律,或出现心尖部收缩期杂音,第二心音逆分裂,偶闻双肺底啰音。体检尚能发现其他相关情况,如心脏瓣膜病、心脏病等非冠状动脉粥样硬化性疾病,也可发现高血压、脂质代谢障碍所致的黄色瘤等危险因素,颈动脉杂音或周围血管病变有助于动脉粥样硬化的诊断。体检尚需注意肥胖(体重指数及腰围),以助了解有无代谢综合征。

表 1-1 加拿大心血管学会(CCS)心绞痛严重度分级

I 级	一般体力活动不引起心绞痛,例如行走和上楼,但紧张、快速或持续用力可引起心绞痛的发作
II 级	日常体力活动稍受限制,快步行走或上楼、登高、饭后行走或上楼、寒冷或风中行走、情绪激动可发作心绞痛或仅在睡醒后数小时内发作。在正常情况下以一般速度平地步行 200m 以上或登一层以上的楼梯受限
III 级	日常体力活动明显受限,在正常情况下以一般速度平地步行 100~200m 或登一层楼梯时可发作心绞痛
IV 级	轻微活动或休息时即可以出现心绞痛症状

注:此表引自 ACC/AHA/ACP-ASIM 慢性稳定性心绞痛处理指南

二、基本实验室检查

1. 了解冠心病危险因素 空腹血糖、血脂检查,包括 TC、HDL-C、LDL-C 及 TG。必要时查糖耐量试验。
2. 了解有无贫血(可能诱发心绞痛) 血红蛋白。
3. 甲状腺 必要时检查甲状腺功能。
4. 常规检查 尿尿常规、肝肾功能、电解质、肝炎相关抗原、人类免疫缺陷病毒(HIV)检查及梅毒血清试验,需在冠状动脉造影前进行。
5. 胸痛较明显患者 需查血心肌肌钙蛋白(cTnT 或 cTnI)、肌酸激酶(CK)及同工酶(CK-MB),以与急性冠状动脉综合征相鉴别。

三、心电图检查

1. 所有胸痛患者均应行静息心电图检查。
2. 在胸痛发作时争取心电图检查,缓解后立即复查。

静息心电图正常不能除外冠心病心绞痛,但如果有 ST-T 改

变符合心肌缺血时,特别是在疼痛发作时检出,则支持心绞痛的诊断。心电图显示陈旧性心肌梗死时,则心绞痛可能性增加。静息心电图有 ST 段压低或 T 波倒置但胸痛发作时呈“假性正常化”,也有利于冠心病心绞痛的诊断。24h 动态心电图表现如有与症状相一致 ST-T 变化,则对诊断有参考价值。

静息心电图 ST-T 改变要注意相关鉴别诊断。

静息心电图无明显异常者需进行心电图负荷试验。

四、胸部 X 线检查

胸部 X 线检查对稳定性心绞痛并无诊断性意义,一般情况都是正常的,但有助于了解心肺疾病的情况,如有无充血性心力衰竭、心脏瓣膜病、心包疾病等。

五、超声心动图、核素心室造影

对疑有慢性稳定性心绞痛患者行超声心动图或核素心室造影的建议。

1. I 类

(1)有收缩期杂音,提示主动脉瓣狭窄、二尖瓣反流或肥厚型心肌病的患者。

(2)评价有陈旧性心肌梗死、病理性 Q 波,症状或体征提示有心力衰竭或复杂心律失常患者的左室功能。可根据左室功能进行危险分层。

(3)对有心肌梗死病史或心电图异常 Q 波者评价左心室节段性室壁运动异常,无心肌梗死病史者非缺血时常无异常。但缺血发作 30min 内可观察到局部收缩性室壁运动异常,并可评估心肌缺血范围。

2. II b 类 超声心动图可用于有喀喇音或杂音诊断为二尖瓣脱垂的患者。

3. III 类 心电图正常、无心肌梗死病史,无症状或体征提示

有心力衰竭,若只为心绞痛诊断则无必要常规行超声心动图或核素心室造影检查。

六、负荷试验

对有症状的患者,各种负荷试验有助于慢性稳定性心绞痛的诊断及危险分层。但必须配备严密的监测及抢救设备。

(一)心电图运动试验

1. 适应证

(1) I类:①有心绞痛症状怀疑冠心病,可进行运动,静息心电图无明显异常的患者,为诊断目的。②确定稳定性冠心病的患者心绞痛症状明显改变者。③确诊的稳定性冠心病患者用于危险分层。

(2) II a类:血管重建治疗后症状明显复发者。

2. 禁忌证 急性心肌梗死早期、未经治疗稳定的急性冠状动脉综合征、未控制的严重心律失常或高度房室传导阻滞、未控制的心力衰竭、急性肺动脉栓塞或肺梗死、主动脉夹层、已知左冠状动脉主干狭窄、重度主动脉瓣狭窄、肥厚型梗阻性心肌病、严重高血压、活动性心肌炎、心包炎、电解质异常等。

3. 方案 采用 Bruce 方案,运动试验的阳性标准为运动中出現典型心绞痛,运动中或运动后出现 ST 段水平或下斜型下降 $\geq 1\text{mm}$ (J 点后 60~80ms),或运动中出现血压下降者。

4. 终止运动试验 有下列情况一项者需终止运动试验。

(1)出現明显症状(如胸痛、乏力、气短、跛行);症状伴有意义的 ST 段变化。

(2) ST 段明显压低(压低 $> 2\text{mm}$ 为终止运动相对指征; $\geq 4\text{mm}$ 为终止运动绝对指征)。

(3) ST 段抬高 $\geq 1\text{mm}$ 。

(4)出現有意义的心律失常;收缩压持续降低 $> 10\text{mmHg}$ ($1\text{mmHg}=0.133\text{kPa}$)或血压明显升高(收缩压 $> 250\text{mmHg}$ 或舒

张压 $>115\text{mmHg}$ 。

(5)已达目标心率者。

5. 危险分层 运动试验不仅可检出心肌缺血,提供诊断信息,而且可以检测缺血阈值,估测缺血范围及严重程度。

(1)Duke 活动平板评分:是一经过验证的根据运动时间、ST 段压低和运动中心绞痛程度来进行危险分层的指标。

Duke 评分=运动时间(min)- $5\times$ ST 段下降(mm)-($4\times$ 心绞痛指数)

Duke 评分: ≥ 5 分低危,1 年病死率 0.25%;-10 至+4 分中危,1 年病死率 1.25%; ≤ -11 分高危,1 年病死率 5.25%。75 岁以上老年人,Duke 计分可能会受影响。

(2)心绞痛指数:0:运动中无心绞痛;1:运动中心绞痛;2:因心绞痛需终止运动试验。

6. 下列情况不宜行心电图运动试验或运动试验难以评定静息心电图 ST 段下降 $>1\text{mm}$ 、完全性左束支传导阻滞(LBBB)、预激综合征、室性起搏心律及正在服用地高辛的患者。

(二)负荷超声心动图、核素负荷试验(心肌负荷显像)

1. 运动负荷超声心动图或核素负荷试验的建议

(1)Ⅰ类

①静息心电图异常、LBBB、ST 段下降 $>1\text{mm}$ 、起搏心律、预激综合征等心电图运动试验难以精确评估者。

②心电图运动试验不能下结论,而冠状动脉疾病可能性较大者。

(2)Ⅱa 类

①既往血管重建(PCI 或 CABG)患者,症状复发。需了解缺血部位者。

②在有条件的情况下可替代心电图运动试验。

③非典型胸痛。而冠心病可能性较低者,如女性。可替代心电图运动试验。