

基层医师口袋书系列

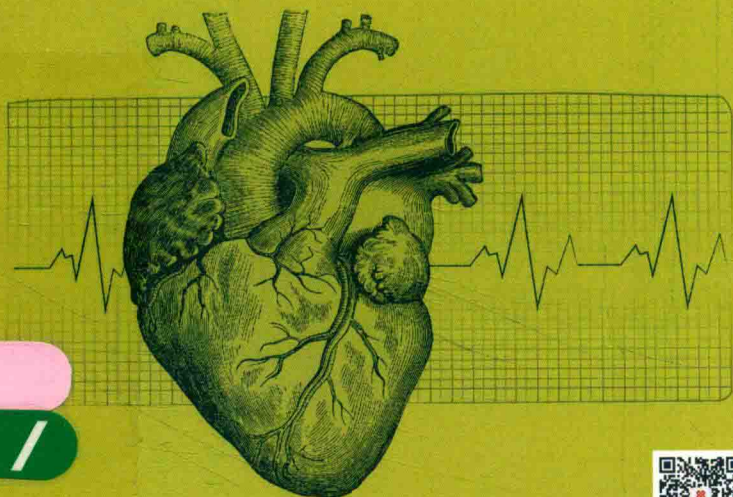
# 中国慢性疾病防治基层医生诊疗手册

## 心血管病学分册

2016年版

### Handbook of Prevention and Treatment of Non-Communicable Disease — Cardiovascular

中国老年学和老年医学学会 编著  
中国老年学学会心脑血管病专业委员会



北京大学医学出版社



基层医师口袋书系列

中国慢性疾病防治基层医生诊疗手册  
心血管病学分册

2016 年版

Handbook of Prevention and Treatment of  
Non-Communicable Disease

—Cardiovascular

中国老年学和老年医学学会  
中国老年学学会心脑血管病专业委员会 编著

系列丛书主编 胡大一

分册主编 胡大一

专家组成员 (按姓氏拼音排序)

白 融	陈步星	陈鲁原	党爱民
丁荣晶	方 全	高传玉	郭静莹
郭艺芳	华 琦	荆志成	李 勇
李虹伟	李拥军	聂绍平	沈珠军
孙艺红	王宁夫	杨新春	杨艳敏
			朱 俊

北京大学医学出版社

ZHONGGUO MANXING JIBING FANGZHI JICENG YISHENG ZHEN-  
LIAO SHOUCHE XINXUEGUANBINGXUE FENCE 2016 NIANBAN

图书在版编目(CIP)数据

中国慢性疾病防治基层医生诊疗手册. 心血管病学分册: 2016年版/中国老年学和老年医学学会, 中国老年学学会心脑血管病专业委员会编著. —北京: 北京大学医学出版社, 2016. 12

ISBN 978-7-5659-1520-8

I. ①中… II. ①中…②中… III. ①慢性病—诊疗—手册②心脏血管疾病—诊疗—手册 IV. ①R4-62  
②R54-62

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2016) 第 279326 号

中国慢性疾病防治基层医生诊疗手册 心血管病学分册 2016 年版

编 著: 中国老年学和老年医学学会  
中国老年学学会心脑血管病专业委员会

出版发行: 北京大学医学出版社

地 址: (100191) 北京市海淀区学院路 38 号  
北京大学医学部院内

电 话: 发行部 010-82802230; 图书邮购 010-82802495

网 址: <http://www.pumpress.com.cn>

E - mail: [booksale@bjmu.edu.cn](mailto:booksale@bjmu.edu.cn)

印 刷: 北京佳信达欣艺术印刷有限公司

经 销: 新华书店

责任编辑: 高 瑾 责任校对: 金彤文 责任印制: 李 啸

开 本: 787mm×1092mm 1/32 印张: 4.75 字数: 85 千字

版 次: 2016 年 12 月第 1 版 2016 年 12 月第 1 次印刷

书 号: ISBN 978-7-5659-1520-8

定 价: 22.00 元

版权所有, 违者必究

(凡属质量问题请与本社发行部联系退换)

---

## 序

---

以心血管疾病为主的慢性非传染性疾病已成为我国居民致死致残的主要原因，造成沉重的社会与家庭负担。加强慢性疾病防控，对改善我国居民健康状况、延长人均寿命、保证我国经济的可持续发展具有重要意义。目前，虽然大中型医院具有明显专业技术与人才优势，但约 80% 的心血管病患者的日常诊疗工作均由乡村与城镇社区的基层医疗机构所承担。因此，着力提高基层医务人员的专业技术水平对于改善我国慢性非传染性疾病的防治现状至关重要。

在此背景下，中国老年学和老年医学学会、中国老年学学会心脑血管病专业委员会、中国康复医学会心血管专业委员会、中国心脏联盟等学术机构组织专家，编撰了这部“中国慢性疾病防治基层医生诊疗手册”系列丛书。本系列中的《心血管病学分册》内容主要包括“如何防治高血压”“急性冠状动脉综合征（ACS）的抗血小板治疗”“心律失常处理”及“心血管科就诊患者的心理处方中国专家共识”四部分，其中涉及的几类疾病都是在基层医疗机构心血管内科最常遇到的病种。今后还将继续纳入其他常见疾病。在编写过程中，撰稿专家充分考虑基层医务人员和基层医疗机构的具体情况，注重实用性。希望本书能为基层医务人员的日常诊疗活动提供有益的支持。

由于本书成文时间较短，难免存在诸多不当之处，敬  
望读者不吝指正，以便我们在今后工作中不断改进。

中华预防医学会 副会长

中国控制吸烟协会 会长

中国老年学和老年医学学会心脑血管病专业委员会 主任委员

中国心脏联盟 主席

中国县医院联盟 主席

国际亚欧科学院 院士

北京大学人民医院心血管疾病研究所 所长



2016.8.15

# 目 录

第一章 如何防治高血压? .....	1
1. 高血压的诊断标准是什么? .....	1
2. 什么是正常血压与正常高值? .....	3
3. 什么是原发性高血压与继发性高血压? .....	3
4. 应选择哪一侧上臂测量血压? 两侧上臂的血压测量值相同吗? ...	4
5. 如何规范化测量血压? .....	4
6. 诊室血压测量与家庭自测血压有何优缺点? .....	5
7. 动态血压监测有何优点与技术要求? .....	6
8. 高血压可根治吗? .....	8
9. 高血压患者的血压应降到什么水平? .....	8
10. 如何进行生活方式干预? .....	8
11. 常用降压药物有哪些种类? .....	9
12. 选择降压药物需考虑哪些因素? .....	13
13. 什么情况下需联合应用降压药物? .....	15
14. 联合应用降压药物需遵循什么原则? .....	16
15. 长效降压药物有什么优点? .....	17
16. 什么叫难治性高血压? .....	17
17. 什么是微量白蛋白尿 (MAU)? .....	19
18. 发现 MAU 后应如何治疗? .....	20
19. 哪些高血压患者需转上级医院诊治? .....	20
20. 老年高血压有何特点? .....	21
21. 妊娠期高血压疾病如何治疗? .....	22
22. 高血压合并其他疾病时如何降压? .....	23
23. 怎样对高血压患者开展健康教育? .....	24

## 第二章 急性冠状动脉综合征 (ACS) 的抗血小板治疗 ... 27

1. ACS 包括哪些疾病? ..... 27
2. ACS 常用的抗血小板药物包括哪些? ..... 28
3. 阿司匹林的抗血小板作用机制是什么? ..... 28
4. P2Y<sub>12</sub> 受体拮抗剂有哪些? ..... 29
5. 不同 P2Y<sub>12</sub> 受体拮抗剂有何区别? ..... 30
6. GP II b/III a 受体拮抗剂的作用机制是什么? ..... 31
7. 为什么 ACS 患者需联合抗血小板治疗? ..... 32
8. 对非 ST 段抬高型 ACS (NSTEMACS) 非介入治疗患者如何抗血小板治疗? ..... 32
9. 对 NSTEMACS 介入治疗患者如何抗血小板治疗? ..... 33
10. 对 ST 段抬高型心肌梗死溶栓患者如何抗血小板治疗? ..... 34
11. 对 ST 段抬高型心肌梗死行经皮冠状动脉介入治疗 (PCI) 患者急性期如何抗血小板治疗? ..... 35
12. 对 ST 段抬高型心肌梗死溶栓后行 PCI 患者如何抗血小板治疗? ..... 36
13. ACS 患者置入药物洗脱支架后长期双联抗血小板治疗的疗程有多长? ..... 36
14. 质子泵抑制剂能否与氯吡格雷联合应用? ..... 37
15. 如何选择 P2Y<sub>12</sub> 受体拮抗剂? ..... 37
16. 如何评估 ACS 患者的出血风险? ..... 38
17. GP II b/III a 受体拮抗剂在 ACS 治疗中如何使用? ..... 39
18. ACS 治疗中其他抗血小板药物的地位如何? ..... 39
19. 如何评估非 ST 段抬高型 ACS 患者的危险? ..... 39
20. 什么是抗血小板药物的“抵抗”或个体反应的差异? ..... 40
21. 血小板功能检测方法及其评价有哪些? ..... 41
22. 基因检测对于抗血小板治疗是否有指导价值? ..... 41

23. 抗血小板药物出血并发症的好发部位是哪里? .....	42
24. ACS 伴卒中患者如何进行双联抗血小板治疗? .....	42
25. 抗血小板药物引起血小板减少症如何处理? .....	43
26. 抗血小板药物有哪些非出血性不良反应? .....	43
27. 对抗血小板药物相关的胃肠道不良反应如何防治? .....	44
28. 对抗血小板药物不耐受的处理有哪些? .....	45
29. 对出血患者输血的适应证是什么? .....	45
30. 如何逆转抗血小板药物的抗血小板作用? .....	45
31. 围术期如何抗血小板治疗? .....	46
32. 拟行冠状动脉旁路移植术患者围术期如何抗血小板治疗? .....	47
33. 老年 ACS 患者抗血小板治疗需注意什么? .....	47
34. 合并心房颤动的患者如何抗栓治疗? .....	48
附录 1 心肌梗死溶栓治疗临床试验 (TIMI) 评分 .....	48
附录 2 全球急性冠状动脉事件注册 (GRACE) 危险评分 .....	49
附录 3 CRUSADE 出血评分 .....	51

### 第三章 心律失常处理 .....

1. 心律失常处理的总体原则 .....	53
1.1 心律失常急性发作期首先应做什么? .....	53
1.2 为什么处理心律失常时需了解患者有无器质性心脏病? .....	54
1.3 为什么处理心律失常之前需注意纠正诱发因素? .....	55
1.4 处理心律失常时需了解哪些信息? .....	55
1.5 心律失常急性发作期如何处理? .....	56
1.6 在心律失常急性期的处理中, 如何权衡抗心律失常治疗的 疗效和风险? .....	56
1.7 心动过速诊断流程是什么? .....	57
1.8 静脉抗心律失常药物的应用原则是什么? .....	57
1.9 口服抗心律失常药物的应用原则是什么? .....	58



1.10 异位快速性心律失常急性期处理后都需采取预防措施吗? .....	58
<b>2. 室上性心律失常</b> .....	<b>59</b>
2.1 哪些因素可导致窦性心动过速? .....	59
2.2 如何鉴别窦性心动过速与阵发性室上性心动过速或房性心动过速? .....	59
2.3 如何处理窦性心动过速? .....	60
2.4 心力衰竭伴窦性心动过速时可否使用洋地黄减慢心率? .....	60
2.5 房性期前收缩(早搏)需要治疗吗? .....	60
2.6 阵发性室上性心动过速发作的特点是什么? .....	61
2.7 如何识别心房扑动或房性心动过速? .....	61
2.8 如何终止室上性心动过速? .....	62
2.9 如何处理特殊人群的室上性心动过速? .....	63
2.10 何为房性心动过速? .....	63
2.11 如何治疗房性心动过速? .....	64
<b>3. 心房颤动</b> .....	<b>64</b>
3.1 心房颤动如何分类? .....	64
3.2 心房颤动需要与哪些心律失常鉴别? .....	65
3.3 心房颤动时的长 RR 间期如何处理? .....	65
3.4 哪些心房颤动患者需要抗凝? .....	66
3.5 心房颤动患者转复节律时如何抗凝? .....	67
3.6 电复律和药物复律的抗凝有区别吗? .....	67
3.7 急性期抗凝药物如何选择? .....	67
3.8 如何应用华法林抗凝? .....	68
3.9 哪些情况暂不宜应用华法林治疗? .....	70
3.10 如何处理华法林所致的国际标准化比值(INR)异常升高和(或)出血并发症? .....	70
3.11 新型口服抗凝药物有何优势? .....	71
3.12 心房颤动患者心室率控制的目标是什么? .....	71

3.13 如何控制心房颤动患者急性期心室率? .....	72
3.14 如何控制心房颤动患者慢性期心室率? .....	72
3.15 哪些心房颤动患者需复律治疗? .....	72
3.16 心房颤动患者如何选择复律方式? .....	72
3.17 心房颤动患者如何电复律? .....	73
3.18 心房颤动患者如何药物复律? .....	74
3.19 心房颤动复律后节律控制需注意哪些问题? .....	75
3.20 心房颤动复律后哪些抗心律失常药物可用于节律控制? .....	75
3.21 心房扑动和心房颤动治疗上有哪些异同点? .....	76
3.22 如何处理预激综合征合并心房颤动? .....	76
<b>4. 室性心律失常</b> .....	<b>76</b>
4.1 如何处理室性期前收缩(早搏)? .....	76
4.2 如何鉴别宽 QRS 波心动过速? .....	77
4.3 什么是非持续性室性心动过速? .....	78
4.4 什么是持续性单形性室性心动过速? .....	78
4.5 如何处理伴有器质性心脏病的持续单形性室性心动过速? .....	79
4.6 什么是特发性室性心动过速? .....	79
4.7 如何处理特发性室性心动过速? .....	79
4.8 加速性室性自主心律需要处理吗? .....	80
4.9 多形性室性心动过速如何分类? .....	80
4.10 什么是尖端扭转型室性心动过速? .....	81
4.11 哪些因素可致获得性 QT 间期延长? .....	81
4.12 如何处理获得性 QT 间期延长导致的尖端扭转型室性心动 过速? .....	82
4.13 如何处理先天性 QT 间期延长伴尖端扭转型室性心动过速? .....	82
4.14 如何识别及处理短 QT 间期综合征? .....	83
4.15 如何识别及处理短联律间期的多形性室性心动过速? .....	84
4.16 如何识别及处理 Brugada 综合征? .....	84

4.17 如何识别及处理儿茶酚胺敏感性多形性室性心动过速? .....	85
4.18 什么是可除颤的心搏骤停? .....	85
4.19 如何处理无脉性室性心动过速及心室颤动? .....	86
4.20 什么是室性心动过速/心室颤动风暴? .....	86
4.21 如何处理室性心动过速/心室颤动风暴? .....	86
4.22 哪些患者需射频消融治疗? .....	87
4.23 哪些患者需安装埋藏式心脏复律除颤器(ICD)? .....	87
<b>5. 缓慢性心律失常</b> .....	<b>88</b>
5.1 缓慢性心律失常包括哪些? .....	88
5.2 哪些原因导致缓慢性心律失常? .....	89
5.3 哪些缓慢性心律失常不需安装永久起搏器? .....	89
5.4 哪些患者需永久起搏器治疗? .....	89
5.5 如何处理有症状的缓慢性心律失常? .....	90
<b>6. 药物治疗</b> .....	<b>90</b>
6.1 应用普罗帕酮时应注意什么? .....	90
6.2 维拉帕类钙通道阻滞剂可用于治疗室性心动过速吗? .....	91
6.3 所有室性心动过速患者都可用胺碘酮吗? .....	91
6.4 慢性阻塞性肺疾病伴心律失常时可静脉应用胺碘酮吗? .....	91
6.5 哪些情况适宜应用胺碘酮? .....	92
6.6 静脉应用胺碘酮应注意哪些问题? .....	92
6.7 静脉应用胺碘酮的主要不良反应是什么? .....	93
<b>附录 1 食管调搏术</b> .....	<b>93</b>
<b>附录 2 临时起搏术</b> .....	<b>95</b>
<b>附录 3 电复律术</b> .....	<b>95</b>
<b>第四章 心血管科就诊患者的心理处方中国专家共识</b> .....	<b>99</b>
<b>1. 我国心血管病患者精神心理问题现状</b> .....	<b>100</b>
1.1 心脏科就诊患者中常伴有精神症状 .....	100

1.2 无论有无器质性心脏疾病, 均可伴有精神症状	100
1.3 患者的心理问题呈现异质性	101
<b>2. 如何识别精神心理问题</b>	<b>101</b>
2.1 筛查	101
2.2 常用量表的作用与局限	102
2.3 精神科诊断与简易诊断	103
<b>3. 心血管科精神心理问题患者的临床处理</b>	<b>103</b>
3.1 支持性心理帮助	103
3.2 运动疗法	106
3.3 药物治疗	108
3.4 药物治疗注意事项	110
3.5 心血管科患者抗抑郁、焦虑药物选择	110
3.6 放松训练与生物反馈技术	113
3.7 特殊疾病的处理	114
3.8 分工、转诊以及与精神科合作	117
<b>4. 心内科医生处理心理问题患者时应注意的问题及可以采用的流程</b>	<b>119</b>
<b>5. 双心培训模式</b>	<b>120</b>
5.1 知识模块讲座	120
5.2 临床操作演示与实习	121
5.3 培训效果评估	121
<b>参考文献</b>	<b>121</b>
<b>附录 1 广泛焦虑问卷 7 项 (GAD-7) 量表</b>	<b>124</b>
<b>附录 2 患者健康问卷 -9 项 (PHQ-9) 量表</b>	<b>125</b>
<b>附录 3 综合医院焦虑抑郁量表 (HAD)</b>	<b>126</b>
A. 综合医院焦虑情绪测定题 ( ____分)	126
B. 综合医院抑郁情绪测定题 ( ____分)	127

# 第一章

## 如何防治高血压？

近年来，高血压发病率逐渐上升，其主要危害在于导致心、脑、肾等靶器官损害，增加心血管疾病的发病率与死亡风险。高血压可防可控，对于血压正常的人群，只要采取积极合理的预防措施，就可使高血压的发生率下降80%以上；即便已患高血压，只要改善生活方式并配合合理的药物治疗将血压长期控制在目标值以下，便可将靶器官损害的危险性降低至接近正常人水平。积极开展高血压防治工作具有重要意义。目前我国高血压患者的治疗率与血压达标率仍处于较低水平，着力加强高血压的防控对于遏制心血管病的流行趋势具有重要意义。大多数高血压患者病情较轻，很少需住院治疗，其诊断、治疗以及疗效监测多在门诊进行，基层医生在高血压防治工作中起着关键作用。

---

### 1. 高血压的诊断标准是什么？

---

在未使用降压药物的情况下，非同日3次测量血压，收缩压 $\geq 140$  mmHg（1 mmHg = 0.133 kPa）和（或）舒张压 $\geq 90$  mmHg即可诊断高血压。根据血压升高水平，又进一步将高血压分为1级、2级和3级（表1-1）。若患者收缩压 $\geq 140$  mmHg且舒张压 $< 90$  mmHg，则称

为单纯收缩期高血压。

对此标准需做如下说明：若新发现患者血压升高且血压介于  $(140 \sim 179) / (90 \sim 109)$  mmHg，需安排患者重复测量血压，一般间隔 2 周左右。如非同日 3 次血压均  $\geq 140/90$  mmHg 则诊断为高血压。若患者初诊时血压  $\geq 180/110$  mmHg，应首先进行降压治疗，待血压得到初步控制后再进一步评估。

人体血压是一个不断波动的变量，许多内部或外部因素均可影响血压测量数值，因此高血压的诊断不应仅根据一次血压测量结果确定。对于既往无高血压病史者，需结合非同日 3 次血压测量数据确定高血压的诊断。若患者存在导致血压升高的暂时性诱因（如剧烈运动、情绪激动、急性感染等），需待相关诱因去除后再重新评估血压。24 h（或更长时段）动态血压监测有助于全面了解血压波动情况，并发现隐匿性高血压与诊室高血压，对于确立或排除高血压的诊断具有重要参照价值。家庭自测血压对于高血

表 1-1 血压水平的定义与分类

分类*	收缩压 (mmHg)		舒张压 (mmHg)
正常血压	$< 120$	和	$< 80$
正常高值	$120 \sim 139$	和（或）	$80 \sim 89$
高血压	$\geq 140$	和（或）	$\geq 90$
1 级高血压（轻度）	$140 \sim 159$	和（或）	$90 \sim 99$
2 级高血压（中度）	$160 \sim 179$	和（或）	$100 \sim 109$
3 级高血压（重度）	$\geq 180$	和（或）	$\geq 110$
单纯收缩期高血压	$\geq 140$	和	$< 90$

\* 当收缩压和舒张压分属于不同级别时，以较高的分级为准；1 mmHg = 0.133 kPa

压的诊断亦有很大帮助。由于动态血压监测与家庭自测血压的技术方法以及诊断标准尚待统一，因此目前仍以诊室血压测量作为诊断高血压的主要依据。

---

## 2. 什么是正常血压与正常高值？

---

依照 2010 年第 3 版《中国高血压防治指南》，18 岁以上成年人的正常血压为收缩压  $< 120$  mmHg，且舒张压  $< 80$  mmHg。若收缩压为  $120 \sim 139$  mmHg 和（或）舒张压  $80 \sim 89$  mmHg，则称之为正常高值。

正常高值血压也称为高血压前期。因为当血压超过  $120/80$  mmHg 时，其心血管受损害的危险性已开始增加。如不积极干预，这部分人群未来将会有很大一部分发展成为高血压。

因此，血压处于正常高值的人群应被视为早期防治高血压的重点人群。这种血压水平的患者无需药物治疗，通过积极有效地改善生活方式可使多数高血压前期者免于发展为高血压。

---

## 3. 什么是原发性高血压与继发性高血压？

---

根据血压升高的原因可将高血压分为两类，即原发性高血压与继发性高血压。

原发性高血压又称为高血压病，这些患者一般无明确病因。临床上的高血压患者 90% 以上均属于原发性高血压。目前认为原发性高血压的发病是由遗传因素与环境因素相互作用导致的，是一种终身性疾病，多数患者需终身治疗。

继发性高血压是指有明确致病因素的血压升高，如肾上腺嗜铬细胞瘤、急慢性肾炎、原发性醛固酮增多症、睡眠呼吸暂停综合征、妊娠高血压综合征等。这些患者若去

除导致血压升高的因素后其血压可恢复正常。

诊断原发性高血压前，需注意除外继发性高血压。很多临床症状与体征可能提示继发性高血压，例如肾炎史或贫血可能提示肾实质性高血压；存在肌无力、发作性软瘫或低血钾，常提示原发性醛固酮增多症；有阵发性头痛、心悸、多汗可能提示嗜铬细胞瘤；夜间打鼾者需注意筛查睡眠呼吸暂停综合征。经过多种药物充分治疗后血压不能满意控制的难治性高血压患者也需注意筛查是否为继发性高血压。

---

#### 4. 应选择哪一侧上臂测量血压？两侧上臂的血压测量值相同吗？

---

健康成年人双侧上肢的血压测量值之间可有所差异，可能左侧高于右侧，也可能右侧高于左侧，但多数人的两侧上臂血压差值不超过 20 mmHg。

若两侧上臂血压测量值差异过大，需注意筛查血压较低一侧的大动脉有无狭窄性病变。初次就诊的患者应同时测量双侧上臂血压。双侧血压测量值不同时，建议以血压较高一侧的血压读数作为诊断与疗效评估的依据。

---

#### 5. 如何规范化测量血压？

---

规范化测量血压在高血压的诊断与疗效监测中至关重要。然而，在临床实践中许多医务人员测量血压的方法并不规范，因而不能准确评估患者病情。测量血压时应注意以下几点：

选择符合计量标准的血压计。

使用大小合适的袖带：袖带气囊至少应包裹 80% 上臂。大多数人的臂围 25 ~ 35 cm，应选用长 35 cm、宽



12 ~ 13 cm 规格气囊的袖带, 肥胖者或臂围大者应使用大规格袖带, 儿童使用小规格袖带。

被测量者至少安静休息 5 min, 测量前 30 min 内禁止吸烟或饮咖啡, 应排空膀胱。

被测量者取坐位, 裸露上臂并与心脏处在同一水平, 首次就诊时应测量左、右上臂血压, 特殊情况下可取卧位或站立位。

将袖带紧贴缚在被测量者的上臂, 袖带的下缘应在肘弯上 2.5 cm。将听诊器头置于肱动脉搏动处。

测量时快速充气, 使气囊内压力达到桡动脉搏动消失后再升高 30 mmHg, 然后以恒定的速率 (2 ~ 6 mmHg/s) 缓慢放气。对心率缓慢者, 放气速率应更慢些。

在放气过程中仔细听取柯氏音, 观察柯氏音第 I 时相 (第一音) 和第 V 时相 (消失音) 水银柱凸面的垂直高度。收缩压读数取柯氏音第 I 时相, 舒张压读数取柯氏音第 V 时相。 < 12 岁儿童、妊娠妇女、严重贫血、甲状腺功能亢进、主动脉瓣关闭不全及柯氏音不消失者, 以柯氏音第 IV 时相 (变音) 读取舒张压。

为保证测量结果精确, 患者首次就诊时或调整治疗方案时应相隔 1 ~ 2 min 重复测量, 取两次读数的平均值记录。如果收缩压或舒张压的两次读数相差 5 mmHg 以上, 应再次测量, 取三次读数的平均值记录。

---

## 6. 诊室血压测量与家庭自测血压有何优缺点?

---

血压测量主要在医疗机构由医务人员完成 (称为诊室血压测量), 但近年研究发现, 这种模式有一定局限性。首先, 仅在医疗机构测量血压在很大程度上限制了患者测量血压的