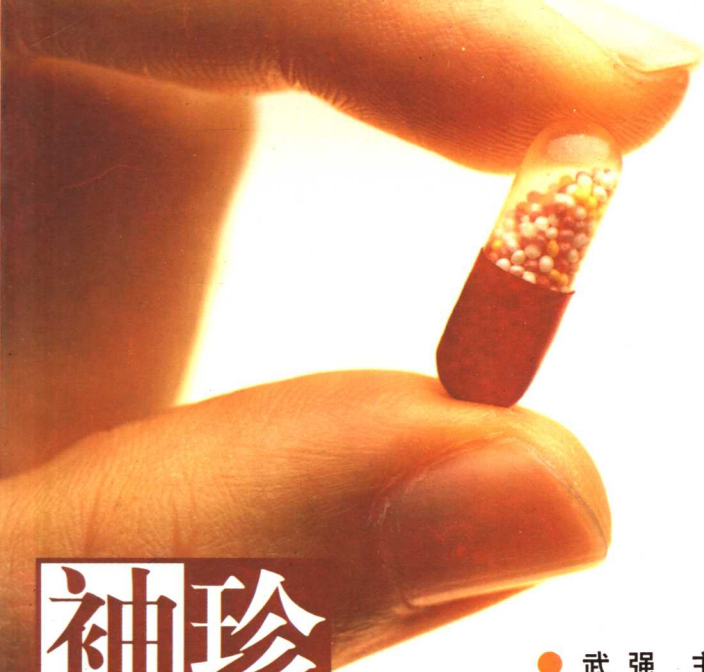




袖珍

● 武强 主编

河
北
科
学
技
术
出
版
社

心血管病用药手册

XIUZHEN XINXUEGUANBING YONGYAO SHOUCE

XINXUEGUAN

珍袖

心血管病用药手册

武强 主编

河北科学技术出版社

主 编 武 强

副主编 傅 涛 胡文丽 张 鹰 张忆敬

编 委 (以姓氏笔画为序)

王 彪 傅 涛 刘文成 刘加强 胡文丽

冷文修 张 雷 张 路 张 琼 张智健

郑强荪 赵晓宁 赵月香 陈伟任 周 波

闵 颖 徐洪涛 黄丛春 解汝庆 刘 柳

图书在版编目 (C I P) 数据

袖珍心血管病用药手册/武强主编. —石家庄:河北科学技术出版社, 2004

ISBN 7 - 5375 - 3187 - 0

I. 袖... II. 武... III. ①心脏血管疾病 - 药物治疗
②心脏血管疾病 - 药物 - 药理学 IV. ①R540.5
②R972

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2004)第 109249 号

袖珍心血管病用药手册

武 强 主编

出版发行	河北科学技术出版社
地 址	石家庄市和平西路新文里 8 号(邮编:050071)
印 刷	昌黎太阳红彩色印刷有限责任公司
经 销	新华书店
开 本	787 × 1092 1/32
印 张	9.5
字 数	210000
版 次	2005 年 1 月第 1 版 2005 年 1 月第 1 次印刷
印 数	4000
定 价	17.00 元

序 言

心血管病发病之高、危害之重已被广为重视。心内科医生的主要任务就是心血管药物的合理应用。针对药物的适应证、禁忌证、不良反应、相互作用、用药个体差异及疗效，做到用药“准”、“精”、“巧”、“活”和“好”是医生孜孜以求的目标。而达到这一目标的确需要借助于一本规范实用、简捷方便的心血管临床用药工具书。近年来心血管疾病新的病理生理学说和治疗模式不断出现，国内外心血管专业陆续推出十余个治疗指南和建议，心血管药物新的品种、新的理论、新的用法日新月异，目前大多数心血管药物手册已经滞后于快速发展的临床实践。

《袖珍心血管病用药手册》包括药疗和药理两篇。药疗篇是对心血管常见疾病药物治疗的策略、流程、用药方法的阐述，重点在如何合理用药上。药理篇按照药效功能分类简单介绍了心血管常用药物，重点在药理特点上。本书依据取之于现代循证医学，规范采纳于指南和建议，借简捷方便之形式，含合理用药之重点，达临

床实用之目的。编者大都是心内科一线医师，或专业有成、善于总结，或年轻好学、勤于思考。结识主编武强博士已有 10 年，他勤于钻研、勇于创新的精神值得称道。编者们对心血管临床用药的重要性体会直接而深刻，编出如此切合临床实践、方便适用的心血管用药手册尽在情理之中。本手册是最新版本的权威性和实用性都很强的心血管临床用药参考书，本人热心向广大心内科医师推荐使用。

解放军总医院老年心血管研究所

副所长 卢才义教授

2004 年 10 月

前 言

心脑血管病发病之高、危害之重已广为重视。病靠药治，药为医用，心内科医生的主要任务就是合理使用心血管药物。此手册不是单纯的药物介绍，而是心血管药物的应用策略、流程及方法的系统阐述，重点在“用”。这是临床实践的需要，也是编写此书的目的。

近年来，心血管疾病新的病理生理学说和治疗模式不断出现，心血管药物的品种、理论、用法日新月异，国内外心血管专业陆续推出十余个治疗指南和建议。就用药参考书而言，自编的虽有价值但已落伍，翻译的仅供参考而不能指导。时至今日，被普遍认可、接受的用药手册不多，专业性强的心血管用药手册更是凤毛麟角，难觅一二。

本手册分药疗和药理两篇。药疗篇是对心血管常见疾病药物治疗的策略、流程、用药方法的阐述，重点在如何合理用药上。药理篇按照药效功能分类简单介绍了心血管常用药物，重点在药理特点上。所有依据取之于现代循证医学，规范采纳于指南和建议，借简捷方便之形式，含合理用药之重点，达临床实用之目的。

参编者都是心内科一线医师，或年轻好学、勤于思考，或专业有成、善于总结，对心血管药物的合理应用的重要性有着直接而深刻的体会。编一部实用性强的用药手册是大家共同的愿望。编写此书经历了不断充实、

修改、提高，再充实、再修改、再提高的过程。空军466医院心内科的傅涛，海军总医院医疗质量控制室的胡文丽，海军航空兵后勤和装备部司令部军需卫生科的张鹰，包头铁路医院干训科的张忆敬以及第四军医大学附属唐都医院心内科的郑强荪，海军总医院心内科的徐洪涛，空军总医院心内科的黄丛春等同志在编写过程中都付出艰辛的劳动。

高超的医术讲究选药“准”、给药“精”、配药“巧”、换药“活”和用药“好”。编者本着这一原则和理念借书言志，期盼同仁回应。

限于编者的水平，内容难免有疏漏错误之处，诚请同道和读者批评指正。

武 强

2004 年 10 月

目 录

药 疗 篇

高血压

原发性高血压	(1)
高血压危象	(14)
继发性高血压	(19)
顽固性高血压	(24)

血脂异常

血脂异常防治策略·····	(26)
调脂治疗用药建议·····	(28)
常用调脂药物用法	(30)

慢性冠心病

慢性稳定型心绞痛的治疗	(32)
无症状性心肌缺血	(37)
X 综合征	(37)
PTCA 术后再狭窄	(38)
抗心肌缺血药存在问题和对策	(38)

急性冠脉综合征 (ACS)

ACS 治疗建议	(42)
----------------	--------

急性 ST 段抬高心肌梗死 (STEMI)

一般治疗	(45)
溶栓治疗	(46)
药物治疗	(47)
并发症的处理	(52)

心律失常

室上性心律失常	(54)
室性心律失常	(65)
房室交界性心律失常	(73)

心脏传导障碍或异常	(74)
特殊临床情况下的心律失常	(79)
心源性猝死和心肺复苏	
初级心肺复苏	(82)
高级心肺复苏	(83)
心肺复苏后生命支持	(86)
休克	
休克治疗总论	(88)
心源性休克的治疗	(92)
充血性心力衰竭	
治疗模式和流程	(96)
慢性收缩性心力衰竭 (CHF)	(97)
急性左心衰竭	(98)
特殊类型心衰	(100)
心肌病	
原发性心肌病	(105)
特发性心肌病	(108)
非心脏手术	
围手术期心脏病的治疗	(114)
感染性心内膜炎	
治疗原则	(119)
抗生素的选用	(120)
感染性心内膜炎的预防	(123)
成人急性病毒性心肌炎	
一般治疗和对症治疗	(125)
保护心肌治疗	(126)
抗病毒和免疫治疗	(126)
心包炎	
非特异性心包炎	(127)
特异性心包炎	(127)

缺血性脑血管病

急性脑梗塞 (129)

慢性脑供血不足和短暂性脑缺血发作 (TIA) (133)

出血性脑血管病

脑实质出血 (136)

蛛网膜下腔出血 (141)

重度心脑血管病的并发症

消化道应激性溃疡 (143)

肺部感染 (144)

神经源性肺水肿 (NPE) (144)

脑心综合征 (145)

心功能异常 (145)

泌尿系感染 (145)

血糖升高 (146)

癫痫 (146)

深静脉血栓 (147)

呼吸衰竭和水电解质失衡 (147)

脑血管病后抑郁 (148)

血管性痴呆 (148)

肺血栓栓塞症

急性肺血栓栓塞症 (149)

慢性栓塞性肺动脉高压 (154)

慢性肺源性心脏病

急性期的治疗 (155)

周围动脉硬化闭塞性疾病 (PAOD)

抗血栓治疗 (159)

扩血管治疗 (160)

动脉瘤和主动脉夹层分离

腹主动脉瘤 (163)

胸主动脉瘤 (163)

主动脉夹层分离 (164)

大动脉和血管炎

多发性大动脉炎	(166)
结节性多动脉炎	(166)
韦格内肉芽肿	(167)
血栓闭塞性脉管炎	(168)
雷诺病和雷诺现象	(168)

静脉疾病

下肢深静脉血栓形成	(170)
血栓性浅静脉炎	(171)

2 型糖尿病

治疗策略	(172)
口服降糖药物的用法	(176)
胰岛素的应用	(178)
糖尿病的诊断标准和控制目标	(181)

药 理 篇

抗高血压药

利尿剂	(183)
β 肾上腺素能受体阻断剂	(186)
血管紧张素转换酶 (ACE) 抑制剂	(193)
钙拮抗剂	(197)
血管紧张素 II 受体拮抗剂 (ARB)	(203)
α 受体阻滞剂	(205)
其他降压药	(206)

调脂药物

HMG - CoA 还原酶抑制剂 (他汀类)	(207)
苯氧芳酸类 (贝特类)	(209)
烟酸及其衍生物	(210)
胆汁酸隔置剂	(211)
其他降脂药	(212)

抗心肌缺血药

- 硝酸酯类 (214)
- β 受体阻滞剂 (215)
- 钙拮抗剂 (216)
- 其他抗心绞痛药 (217)
- 中药制剂 (219)

抗动脉硬化 (AS) 药

- 抗氧化性抗 AS 药 (221)
- 多烯脂肪酸抗 AS 药 (222)
- 黏多糖和多糖类抗 AS 药 (222)
- 抗 AS 中草药 (223)

抗血栓药

- 抗血小板制剂 (224)
- 抗凝剂 (228)
- 溶栓剂 (232)
- 去纤维蛋白药 (234)

抗心律失常药物

- I 类: 钠通道阻滞剂 (236)
- II 类: β 受体阻滞剂 (239)
- III 类: 延长动作电位时程药物 (240)
- IV 类: 钙通道阻滞剂 (242)
- 其他抗心律失常药物 (243)
- 治疗缓慢性心律失常药 (246)

抗休克药

- 萆菪碱类 (250)
- α 受体阻滞剂 (251)
- α 及 β 受体兴奋剂 (251)
- 其他抗休克药物 (255)

抗心衰药

- 利尿剂 (258)
- ACE 抑制剂 (259)
- β 受体阻滞剂 (261)

洋地黄制剂	(262)
醛固酮拮抗剂	(263)
血管紧张素Ⅱ受体阻滞剂 (ARB)	(264)
钙拮抗剂	(265)
环腺苷酸依赖性正性肌力药	(265)
改善脑血管循环药物	
抗血小板聚集药	(267)
降低纤维蛋白原药	(268)
降低血液黏稠度药	(270)
血管扩张剂	(272)
钙离子拮抗剂	(275)
脑组织保护药	
自由基清除剂	(279)
脑功能、代谢改善剂	(280)
治疗脑水肿药	(284)
止血药	(288)
参考文献	(290)

药疗篇

高 血 压

原发性高血压

一、治疗原则

1. 依据指南 按照中国高血压防治指南的要求进行药物治疗。参考 JNC -7 和欧洲最新指南。

2. 整体干预 在降压的同时, 干预所有可逆危险因素和并存的临床情况。

3. 血压达标

(1) 一般人群, $< 140/90\text{mmHg}$, 能耐受的可以更低。

(2) 高危高血压 (糖尿病者或者肾脏疾病) $< 130/80\text{mmHg}$ 。

(3) 其他特殊人群 (老年人, 脑卒中, 心肌梗死后, 危险分层属于高危者) $< 140/90\text{mmHg}$ 。

(4) 高血压伴冠心病者 $< 120/80\text{mmHg}$ 。

(5) 高血压伴肾功能障碍且蛋白尿 $> 1\text{g}/24\text{h}$ 者, $< 125/75\text{mmHg}$ 。

(6) 老年孤立性收缩期高血压, 暂定目标: 收缩压 $< 160\text{mmHg}$, 最终目标: 收缩压 $< 140\text{mmHg}$ 。

(7) 自测日间收缩压较门诊收缩压下降 $10 \sim 15\text{mmHg}$, 舒张压下降 $5 \sim 10\text{mmHg}$ 。

4. 一线用药 利尿剂、 β 受体阻滞剂、血管紧张素转换酶 (ACE) 抑制剂、钙拮抗剂、血管紧张素 II 受体拮抗剂 (ARB)、 α 受体阻滞剂、醛固酮拮抗剂以及部分复方制剂一起作为一线药物。可以优先考虑利尿剂或 β 受体阻滞剂, 也主张所有一线药物在平等的基础上考虑。

5. **小剂量开始** 绝大多数应该从小剂量开始,循序渐进,在数周内使血压达标。

6. **联合用药** 有助于干预高血压的各种病理生理机制,增加和补充药理作用,抵消不同药物的不良反应,防止单一用药时血压下降触发的代偿反应,降低单一药物剂量和副作用。

7. **个体化用药** 根据个体状况,如基础血压、合并症、靶器官受损情况及其他危险因素,同时考虑药物作用、代谢、不良反应、相互作用、降低心血管危险的证据的多少及患者的经济能力和药物供应状况。

8. **平稳降压** 尽可能使用长效药,减少血压的波动,保护靶器官,防止清晨血压突然升高而导致猝死、脑卒中和心脏病发作。推荐长效抗高血压药的血压谷峰比值 $>50\%$ 。

9. **终生治疗** 高血压一经确诊,即使血压降至正常,可逐渐减少用药量,但必须终生维持治疗,在控制血压达标的同时干预危险因素。

二、高血压的危险分层

表 1 高血压的分级和危险分层

	血压水平分级 (mmHg)		
	1 级 SBP 140 ~ 159 或 DBP 90 ~ 99	2 级 SBP 160 ~ 179 或 DBP 100 ~ 109	3 级 SBP ≥ 180 或 DBP ≥ 110
其他危险因素和病史			
I 无其他危险因素	低危	中危	高危
II 1 ~ 2 个危险因素 (除糖尿病)	中危	中危	很高危
III ≥ 3 个危险因素或靶 器官损害或糖尿病	高危	高危	很高危
IV 并存的临床情况	很高危	很高危	很高危

低危组:患者在随后 10 年中发生一种主要心血管事件的危险性低于 15%。临界高血压患者的危险性更低。

中危组:患者在随后 10 年中发生一种主要心血管事件的危险性低于 15% ~ 20%。

高危组:患者在随后 10 年中发生一种主要心血管事件的危

险性低于 20% ~ 30%。

很高危组：包括血压水平 3 级并有 1 个以上危险因素或靶器官损害，或者高血压 1 ~ 2 级合并相关临床疾病的患者。该组患者在随后 10 年中发生一种主要心血管事件的危险性在 30% 以上。

三、高血压伴随疾病时的降压治疗

(一) 有强制性适应证的高血压治疗

1. 心衰 选用利尿剂、 β 受体阻滞剂、ACE 抑制剂、ARB。
2. 心梗后 选用 β 受体阻滞剂、ACE 抑制剂、ARB。
3. 冠心病 选用利尿剂、 β 受体阻滞剂、ACE 抑制剂、ARB。
4. 糖尿病 选用利尿剂、 β 受体阻滞剂、ACE 抑制剂、ARB、钙拮抗剂。
5. 慢性肾病 选用 ACE 抑制剂、ARB。
6. 预防卒中复发 选用利尿剂、ACE 抑制剂。

(二) 并发其他疾病时的高血压治疗

1. 伴稳定性心绞痛 首选 β 受体阻滞剂，或长效钙拮抗剂。
2. 伴急性冠脉综合征 首选 β 受体阻滞剂和 ACE 抑制剂。
3. 心肌梗死后 选用 ACE 抑制剂和/或无内源拟交感活性 (ISA) 的 β 受体阻滞剂、醛固酮拮抗剂。
4. 伴无症状心功能不全 首选 ACE 抑制剂 + 螺内酯类利尿剂和/或 β 受体阻滞剂。
5. 伴有症状心功能不全/终末期心脏病 选用襻利尿剂、ACE 抑制剂、 β 受体阻滞剂、ARB 和醛固酮拮抗剂。

[说明]

- (1) 如 ACE 抑制剂副反应过大，可用 ARB 替代。
- (2) 重度心衰谨慎应用 β 受体阻滞剂。
- (3) 避免单独应用胍苯达嗪或者硝苯地平，防止降压过快引起反射性心动过速和心肌耗氧量增加。
- (4) 老年人谨慎应用噻嗪利尿剂（对胰岛素抵抗、血脂和电解质有不利影响）。
6. 伴左室肥厚 选用 ACE 抑制剂、钙拮抗剂（络活息等）、

ARB 及吲哒帕胺缓释片（能逆转左心室肥厚）。

7. 窦性心动过缓/病窦综合征/Ⅱ或Ⅲ度房室传导阻滞 选用利尿剂、ACE 抑制剂或者 α 受体阻滞剂。

[说明]

避免应用抑制窦房结功能的药物，如 β 受体阻滞剂、非二氢吡啶钙拮抗剂（硫氮革酮和维拉帕米）以及可乐定、甲基多巴等（会加重房室传导阻滞）。

8. 房颤/房扑或阵发性室上性心动过速（非预激综合征） 选用 β 受体阻滞剂、非二氢吡啶类钙拮抗剂（如硫氮革酮、维拉帕米）。

[说明]

避免单独应用胍苯哒嗪或者尼非地平（会加速房室传导）。

9. 肥厚性梗阻性心肌病 选用 β 受体阻滞剂或维拉帕米。

[说明]

避免应用硝酸酯和血管扩张剂，以免加重左室流出道梗阻。

10. 严重性主动脉瓣狭窄 首选手术，抗生素预防细菌性心内膜炎，无症状者无需内科治疗，有症状者慎用利尿剂以缓解肺充血、慎用硝酸盐以治疗心绞痛。禁用 ACE 抑制剂、 α 受体阻滞剂、 β 阻滞剂、钙拮抗剂和血管扩张剂。手术或者瓣膜成形术未成功或未能实施者，可用洋地黄及利尿剂以改善症状。

11. 二尖瓣狭窄 无症状者；且系窦律，无需治疗；轻度呼吸困难和端坐呼吸，只需应用利尿剂。症状加重者，实施手术。发生急性房颤，静注地尔硫革或艾司洛尔，慢性房颤选用地高辛、 β 受体阻滞剂和钙拮抗剂，华法令抗凝。

12. 慢性主动脉瓣/二尖瓣关闭不全 选用 ACE 抑制剂、硝酸盐或血管扩张剂，肺充血者应用利尿剂。

13. 二尖瓣脱垂 无症状者无需治疗，典型杂音患者接受规范的心内膜炎预防和处理，心悸和自主神经功能失常患者，应用 β 受体阻滞剂缓解症状。高血压时选用 ACE 抑制剂或 α 受体阻滞剂、阿司匹林抗血小板治疗。

14. 动脉粥样硬化 选用钙拮抗剂，如氨氯地平（络活喜）、拉西地平或硝苯地平控释片。