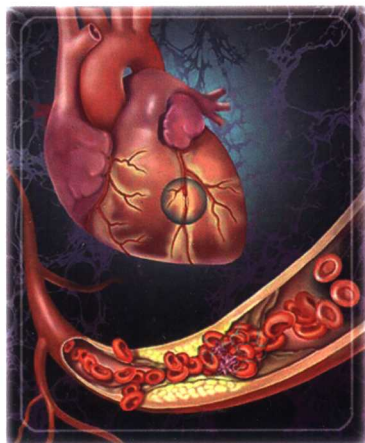


心血管疾病防治 指南和共识2007

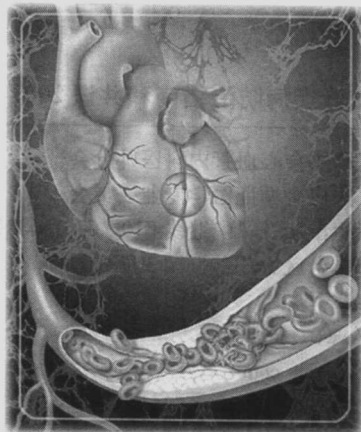
中国医师协会心血管内科医师分会
中国医师协会循证医学专业委员会



人民卫生出版社

心血管疾病防治 指南和共识2007

中国医师协会心血管内科医师分会
中国医师协会循证医学专业委员会



人民卫生出版社

图书在版编目 (CIP) 数据

心血管疾病防治指南和共识 2007/中国医师协会心血管内科医师分会 中国医师协会循证医学专业委员会主编. —北京: 人民卫生出版社, 2007. 10

ISBN 978-7-117-09316-3

I. 心… II. ①中…②中… III. 心脏血管疾病—诊疗
IV. R54

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2007) 第 153894 号

心血管疾病防治指南和共识 2007

主 编: 中国医师协会心血管内科医师分会
中国医师协会循证医学专业委员会

出版发行: 人民卫生出版社 (中继线 010-67616688)

地 址: 北京市丰台区方庄芳群园 3 区 3 号楼

邮 编: 100078

网 址: <http://www.pmph.com>

E-mail: pmph@pmph.com

购书热线: 010-67605754 010-65264830

印 刷: 三河市富华印刷包装有限公司

经 销: 新华书店

开 本: 850 × 1168 1/32 印张: 8.75

字 数: 234 千字

版 次: 2007 年 10 月第 1 版 2007 年 10 月第 1 版第 1 次印刷

标准书号: ISBN 978-7-117-09316-3/R · 9317

定 价: 19.00 元

版权所有, 侵权必究, 打击盗版举报电话: 010-87613394

(凡属印装质量问题请与本社销售部联系退换)

《心血管疾病防治指南和共识 2007》编委会

主办单位：中国医师协会心血管内科医师分会

中国医师协会循证医学专业委员会

名誉主编：陈家伦 刘力生 高润霖

主 编：胡大一

副 主 编：霍 勇 马长生 张 运 韩雅玲 林曙光

雷 寒 王乐民 杨跃进

编委会专家（按姓氏汉语拼音排列）：

陈 红	陈璐璐	陈香美	陈 悦	楚卡琳	崔 炜	戴闰柱
董吁钢	范维琥	房振英	方 全	冯 明	傅向华	盖鲁粤
高 鑫	高旭光	高 妍	郭丹杰	郭冀珍	郭艺芳	何建国
何 青	胡大一	华 琦	何秉贤	洪昭光	华 琦	黄 俊
黄 峻	黄德嘉	黄若文	姬秋和	纪立农	贾伟平	贾三庆
姜一农	金宏义	金元哲	荆志成	柯元南	李帮清	李春林
李春霖	李宏伟	李 华	李光伟	李 觉	李 焱	李为民
李晓鹰	李新立	李新明	李晓东	李 勇	李占全	廖玉华
林金秀	林海青	林善铤	刘国仗	刘坤申	刘力生	刘梅林
刘梅颜	刘晓芳	鲁 翔	陆国平	陆再英	罗美洁	罗雪璐
马爱群	马 虹	麦炜颐	苗懿德	潘长玉	庞文跃	戚文航
齐国先	祈 哲	史 红	施仲伟	孙 明	孙根义	孙宁玲
孙英贤	陶 军	陶贵州	童南伟	万 征	王继光	王 捷
王 珂	王 林	王 耀	王建昌	王 雷	王乐民	王伟民
王 文	王 勇	翁建平	吴海英	吴平生	吴世尧	吴学思
吴宗贵	徐成斌	徐国宾	徐亚伟	颜红兵	严晓伟	杨 明

杨杰孚 杨文英 杨跃进 叶 平 余金明 于 波 于 勇
元柏民 岳炜棠 曾群英 赵卫国 张代富 张福春 张 健
张 葵 张廷杰 张维君 张维忠 章茂顺 朱 骏 郑智刚
赵 冬 赵学忠 赵迎新 周永列 周玉杰 朱鼎良 朱晓法
邹大进 邹 雄

学术秘书（按姓氏汉语拼音排列）：

曹 政 葛海龙 贾德安 李云芝 聂 斌 王志坚 杨士伟
闫振娴 张海燕

《2007 年版临床戒烟指南》

主办单位：

世界卫生组织烟草或健康合作中心

中国疾病预防控制中心控烟办公室

中国控制吸烟协会医院控烟专业委员会

写作组成员：

王 辰 肖 丹 孙永昌 黄克武 支修益 姜 垣

专家组成员：

杨功焕 姜 垣 杨 焱 王 辰 肖 丹 孙永昌 黄克武

崔小波 胡大一 洪绍光 支修益 康 健 姚婉贞 童朝晖

林英翔 沈霜红 陈 航 翁心植

秘书组：

肖 丹 景 行 褚水莲 孙风贵

近二十余年来，随着循证医学模式的逐渐确立和发展，我们的临床实践行为亦日趋规范化，其重要标志之一是国内外各种疾病诊疗指南与共识文件的制定与应用。根据现有循证医学研究成果，国内外权威学术机构以及专家对相关证据进行汇总与深入分析，去伪存真，去粗取精，经过科学的概括升华，制定出了一系列指南或专家共识文件。这些文件无疑对各种疾病诊断与治疗的规范化起到了积极的推动作用。随着新证据的不断积累，人们对心血管疾病的预防及诊疗方法的认识也逐渐深入，因此上述指南或共识文件也会得到周期性修订，以期将最新的研究结果和证据及时应用于临床，造福于患者。

国际的指南内容全面丰富，篇幅很大，如何结合广大临床一线和基层医生的实际问题和我国的临床实践，针对一些问题 (problem-based)，本土化地制定一些中国专家共识，有一定的指导性意义和实践意义。

理论来源于实践，并最终为实践服务。“如果有了正确的理论，只是把它空谈一阵，束之高阁，并不实行，那么，这种理论再好也是没有意义的。认识从实践始，经过实践得到了理论的认识，还须再回到实践中去”，这是毛泽东《实践论》的精髓。各种疾病诊疗指南或专家共识便是一种特殊意义上的理论，它来源于临床实践与大规模临床试验，而其最终目的是应

用于临床实践,为临床服务。因此,这些文件发表以后,我们必须积极采取措施促进其推广应用。

基于这一背景,我们于去年第十六届长城国际心脏病学研讨会期间编辑发行了《心血管疾病防治中国专家共识》,汇总了2005~2006年度国内一些重要学术机构新颁布的心血管疾病诊断与治疗指南与专家共识。该书发行以后,受到广大读者,特别是广大临床医生的广泛欢迎与好评,对我国心血管疾病的规范化诊断与治疗起到了良好的推动作用。一年以来,伴随着一系列新的大型临床试验的陆续揭晓以及新证据的不断获取,国内外学术机构对部分原有指南或共识文件进行了修订且推出了一些新的共识,如ESH/ESC高血压治疗指南2007版、2007年版临床戒烟指南、新型固定剂量降压制剂ARB/HCTZ临床应用中国专家共识等。为将这些新成果及时传递给临床一线的心血管病及相关专业的医生,今年我们再次编纂了《心血管疾病防治指南和共识2007》。并且经过长城国际心脏病学学术大会、组委会及相关学术团体商议,计划于今后每年长城会议期间编辑发行上一个年度的新文件。

在我国医疗卫生事业发展和医疗卫生改革进入一个关键的转折时期时,我们必须高举公益性、规范化和预防第一的旗帜,建立防-救-管,即病前防、病时快速高效急救和病后管理的系统。体现医学的公益性的重要保证,是医疗行为的规范化,防止过度检查和过度治疗。无论我们主观上的愿望如何,客观上现代治疗技术的不恰当使用,过度使用甚至滥用导致的伤残大大超过了地震、车祸和灾难的后果,新西兰医学杂志公布的这一严酷数据令人震撼。“不要在患者身上做的过多!”作为一名工作多年的临床医生,我在每次门诊和查房时,都在考

虑我面临的每一个患者不需要做什么?!

希望也相信共识系列的发行将会对推广循证医学新成果以及最新的心血管疾病诊断与治疗理念,推动我国心血管疾病防治的科学化、规范化和现代化起到积极作用,同时祝愿她将会随着长城国际心脏病学学术大会的成长而成长!

北京大学人民医院心脏中心 胡大一

2007年9月25日

说 明

《心血管疾病防治指南和共识 2007》中的所有文章，均可在（中国）心血管网（www.365heart.com）中搜索到电子版，可供读者在线阅读。由于部分国外指南文章篇幅过长，本书只收纳了 summary 的部分内容，愿意了解指南全文者，请登陆心血管网左列的“中国专家自己的共识”栏目下的“点击查看全部共识”进行搜寻。



1. 稳定性心绞痛治疗指南	1
2. ACC/AHA/ESC 室性心律失常处理与心源性猝死预防 指南	30
3. 糖尿病-糖尿病前期-心血管疾病指南	65
4. ACCF/AHA 关于 CT 检测冠状动脉钙化积分在心血管整体 危险性评估以及胸痛患者的评估中应用的专家共识	74
5. 流感疫苗接种在心血管疾病二级预防中应用的专家建议 ...	77
6. 心力衰竭的心脏再同步化治疗	79
7. 女性心血管疾病预防指南（2007 更新版）	80
8. 急性冠状动脉综合征临床诊疗指南	85
9. 2006 年 ACC/AHA/ESC 心房颤动治疗指南	91
10. 缺血性卒中与短暂性脑缺血发作患者的卒中预防指南	103
11. ACC/AHA 不稳定性心绞痛和非 ST 段抬高心肌 梗死治疗指南（2007 年修订版）摘要	118
12. 医生对戒烟的责任	158

13. 2007 年版临床戒烟指南 (讨论稿)	164
14. β 肾上腺素能受体阻滞剂用于高血压治疗的中国专家 共识.....	199
15. 新型固定剂量降压制剂 ARB/HCTZ 临床应用的中国专家 共识	211
16. 心脏标志物即时检验 (POCT) 的中国专家共识	218
17. 冠心病患者合并高血糖诊治的中国专家共识	251

稳定性心绞痛治疗指南

一、概 述

稳定性心绞痛的定义：稳定性心绞痛以胸部、下颚、肩部、背部、手臂不适为临床特征，易被运动、情绪波动诱发，服用硝酸甘油或休息后缓解。不典型的心绞痛可表现为上腹部不适。

（一）诊断和评估

1. 实验室检查

- 非介入性检查
- 胸 X 线
- 静息心电图
- 运动（负荷）心电图
- 影像学负荷试验
- 静息心脏超声
- 发病时心电图（Holter 监测）
- CT，包括单光子发射计算机扫描（SPECT）
- 磁共振成像（不推荐于常规处理）

2. 介入性检查

- 冠脉造影
- 血管内超声

- 介入性评估冠脉病变的严重程度

3. 危险分层（临床评估，负荷试验，心室功能，冠脉造影）

4. X综合征，痉挛/变异性心绞痛

（二）治疗和处理

1. 一般性处理

- 舌下含服硝酸酯
- 戒烟
- 控制饮食和饮酒
- 不饱和脂肪酸
- 维生素（不推荐）
- 控制高血压、糖尿病
- 体力活动
- 心理因素评估
- 驾车、性生活（使用磷酸二酯酶抑制剂）、从业的

指导

2. 药物治疗

- 小剂量阿司匹林
- 环氧合酶抑制剂（不推荐）
- 非甾体抗炎药物
- 噻吩吡啶类（如氯吡格雷）
- 质子泵抑制剂（阿司匹林不耐受者）
- 潘生丁（不推荐用于稳定性心绞痛治疗）
- 降低策略
- 血管紧张素转换酶抑制剂
- 血管紧张素受体拮抗剂
- 激素代替疗法（不推荐）
- β 受体阻滞剂
- 钙通道阻滞剂

- 短效硝酸盐类
- 长效硝酸盐类
- 钾通道开放剂
- 其他因素（如代谢因素）

3. 心肌血运重建术

- 冠状动脉旁路移植术（CABG）
- 经皮冠脉介入治疗（PCI）
- 选择性支架植入和药物洗脱支架
- 考虑 X 综合征、痉挛/变异性心绞痛时特殊治疗

（三）注意的主要结果

- 诊断试验的敏感性和特异性
- 存活率
- 无症状存活率
- 运动能力
- 心肌梗死的发生率
- 斑块进展延缓或趋于稳定
- 减少再住院率

（四）证据级别评定

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。

定义：

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。

II a 类：有关证据和（或）观点倾向于有用和有效。

II b 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。

* ESC 不允许Ⅲ类水平证据应用。

二、诊断和评估

（一）症状和体征

认真采集病史对诊断和处理心绞痛是必需的。在大多数病例，仅根据病即可作出明确诊断，但是仍有必要进行物理检查和客观试验，以确定心绞痛的病因和严重程度（表 1-1）。

表 1-1 胸痛临床分级

典型心绞痛	符合以下特点：
	• 胸骨下段不适的特点和持续时间 • 运动或情绪激动时诱发 • 休息或含服硝酸甘油可缓解
不典型心绞痛（可疑）	符合上述特点中的两点
非心脏性胸痛	上述特点符合 1 条或完全不符

询问病史时要重点与不稳定性心绞痛鉴别，后者与斑块破裂有关，是短期极高危的急性冠脉事件。对于稳定性心绞痛患者仍有必要对其症状和严重程度进行危险分层，如加拿大心血管学会分级，以评估病人功能受损程度及量化治疗效果。对心绞痛发作的病人进行高血压、瓣膜性心脏病、肥厚梗阻性心肌病等方面的检查很重要。体检应包括体重指数、腰围以辅助评估代谢综合征、无症状的冠脉血管疾病证据。但对无典型症状的心绞痛患者心肌缺血事件发生时或发生后，可闻及第 3、4 心音或非特异性二尖瓣关闭不全。然而存在一些具有非特异性体征的心绞痛，在心肌缺血发作时或之后，可明显闻及第 3、4 心音和二尖瓣关闭不全杂音，此类体征具有非特异性。

(二) 实验室检查

推荐早期用于稳定性心绞痛的实验室评估

I 类证据 (所有病人)

1. 快速血脂检测包括总胆固醇 (TC)、低密度脂蛋白 (LDL)、高密度脂蛋白 (HDL)、甘油三酯 (B)
2. 快速血糖检测 (证据水平 B)
3. 快速血细胞计数检查 包括血红蛋白、白细胞计数 (证据水平 B)
4. 肌酐 (证据水平 C)

I 类证据 (临床评估基础上专科指标检测)

1. 如评估怀疑病情不稳定或 ACS 时检测心肌损伤标志物 (证据水平 A)
2. 有临床指征时行甲状腺功能检测 (证据水平 C)

II a 类证据

口服葡萄糖耐量试验 (证据水平 B)

II b 类证据

1. 超敏 C 反应蛋白 (证据水平 B)
2. 脂蛋白 a, 载脂蛋白 A, 载脂蛋白 B (证据水平 B)
3. 高半胱氨酸 (证据水平 B)
4. 糖化血红蛋白 (HbA1c) (证据水平 B)
5. N 末端-BNP (证据水平 B)

慢性稳定性心绞痛病人常规血液检测的建议

II a 类证据

快速血脂、血糖检测 (证据水平 C)

胸 X 线

胸 X 线用于稳定性心绞痛早期诊断的建议

I 类证据

1. 胸 X 线用于可疑心力衰竭者 (证据水平 C)
2. 胸 X 线用于临床有明显肺部疾病证据的病人 (证据水平 B)

(三) 非介入性心脏检查

静息心电图

静息心电图用于心绞痛早期诊断的建议

I 类证据 (所有病人)

1. 无症状时的静息心电图 (证据水平 C)
2. 缺血事件发作时的心电图 (如可能) (证据水平 B)

ECG 用于慢性稳定性心绞痛病人的日常评估的建议

II b 类证据

无临床变化时的常规心电图 (证据水平 C)

心电图负荷实验

心电图负荷实验用于心绞痛早期诊断的建议

I 类证据

有心绞痛症状, 检测前在年龄、性别、症状上有中度冠心病患病危险的病人, 除非不能运动或 ECG 变化不能评估 (证据水平 B)

II b 类证据

1. 静息时或正服用地高辛的病人心电图 ST 压低 $>1\text{mm}$ (证据水平 B)
2. 检测前在年龄、性别、症状等方面有冠心病低患病可能性的病人 (可能性 $<10\%$) (证据水平 B)

终止心电图负荷实验的事件:

- 症状限制 (疼痛、虚弱、呼吸困难、跛行)
- 疼痛和 ST 段明显变化等合并出现
- 出于以下安全原因:
 - * 明显 ST 段压低 ($>2\text{mm}$ ST 可作为相对指征; $>4\text{mm}$ 停止试验的绝对指征)
 - * ST 段抬高 $>1\text{mm}$
 - * 明显的心律失常
 - * 收缩压持续降低 $>10\text{mmHg}$