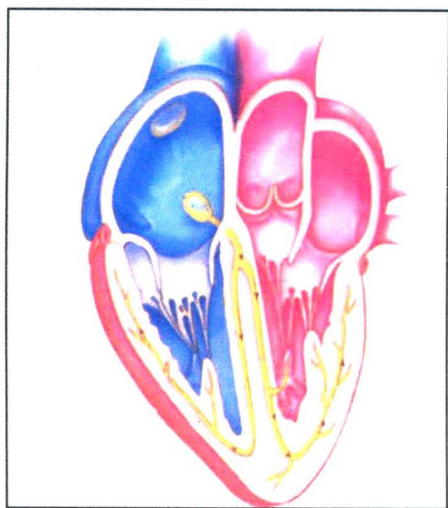




心血管疾病防治 指南和共识2015

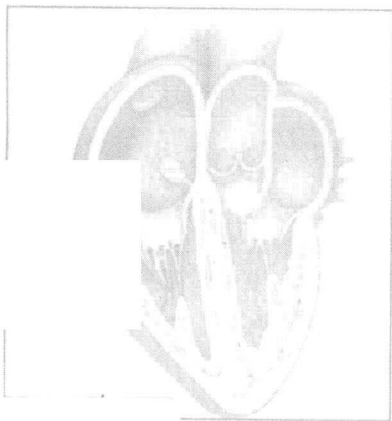
中国医师协会心血管内科医师分会
中华医学会心血管病学分会
中国康复医学会心血管病专业委员会
中国老年学学会心脑血管病专业委员会
中国医师协会循证医学专业委员会
中国生物医学工程学心律分会
中国心脏联盟
长城国际心脏病学会议组委会



人民卫生出版社

心血管疾病防治 指南和共识2015

中国医师协会心血管内科医师分会
中华医学会心血管病学分会
中国康复医学会心血管病专业委员会
中国老年学学会心脑血管病专业委员会
中国医师协会循证医学专业委员会
中国生物医学工程学心律分会
中国心脏联盟
长城国际心脏病学会议组委会



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. 2015/ 中国医师协会心血管内科医师分会等编. —北京: 人民卫生出版社, 2015

ISBN 978-7-117-21494-0

I. ①心… II. ①中… III. ①心脏血管疾病 - 防治
IV. ①R54

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2015) 第 237679 号

人卫社官网	www.pmph.com	出版物查询, 在线购书
人卫医学网	www.ipmph.com	医学考试辅导, 医学数 据库服务, 医学教育 资源, 大众健康资讯

版权所有, 侵权必究!

心血管疾病防治指南和共识 2015

编 著: 中国医师协会心血管内科医师分会 等

出版发行: 人民卫生出版社 (中继线 010-59780011)

地 址: 北京市朝阳区潘家园南里 19 号

邮 编: 100021

E - mail: pmph@pmph.com

购书热线: 010-59787592 010-59787584 010-65264830

印 刷: 三河市宏达印刷有限公司

经 销: 新华书店

开 本: 850×1168 1/32 印张: 10

字 数: 269 千字

版 次: 2015 年 10 月第 1 版 2016 年 1 月第 1 版第 2 次印刷

标准书号: ISBN 978-7-117-21494-0/R · 21495

定 价: 30.00 元

打击盗版举报电话: 010-59787491 E-mail: WQ@pmph.com

(凡属印装质量问题请与本社市场营销中心联系退换)

序

目前,心血管疾病的防控形势依然严峻,以心血管疾病为主的慢性非传染性疾病(简称慢性病)仍是危害我国居民健康的主要原因。经过政府及社会各界的不断努力,我国医学领域重治疗轻预防的状况有所改善,医务人员和居民对于健康生活方式以及控制心血管危险因素的意识有所增强。但当前我国高血压、血脂异常和糖尿病等慢性病的流行趋势仍十分严重,居民肥胖和吸烟率仍居高不下,强化心血管疾病早期防治,建立符合我国国情的防治疗养体系任重道远,需要持久不懈地抓下去。

更重要的是,心血管疾病的防治至少包括三方面内容,即病前的预防、病后的急救与治疗离院后的康复二级预防。没有康复二级预防的心血管疾病治疗都是残缺的。无论多么先进的冠状动脉支架和心血管手术都是姑息疗法,治标不治本。2011年我国的冠状动脉介入手术达到33万多例,但心脏康复体系基本空白。有康复的心脏治疗与没有康复的心脏治疗比较,总死亡率降低20%,心血管病住院率降低30%,再住院率大幅下降,有利于节约和控制快速增长的医疗费用,推动医患和谐。目前我国的医疗模式很类似,“只卖汽车,不办4S点”,是对患者反复“大修”,而不是对健康的维护和疾病的管理和预防,对人的保健还不如对汽车的保养。我国的广大患者在遭遇没有术后保养机制、患病治疗后,术后随访康复二级预防,把有限的医疗卫生资源都消耗在患大病、疾病复发、急性事件和疾病终末期。疾病越治,效果越差,费用越高,患者越不满意。如何有效地遏制这一趋势,建立符合中国国情的心脏一

级预防和二级预防体系是这次医药卫生改革的最重要问题。心脏预防和康复不仅仅是运动,它包括5个方面内容,即5个处方:药物处方,心理处方(含睡眠管理),运动处方,营养处方和戒烟限酒处方。5个处方把药物治疗和生活方式治疗融为一体,把“双心服务”落到实处,体现了对公众健康与患者的疾病全面全程的管理、服务和关爱。心脏康复二级预防的目标人群包括一年内具有以下一种或多种情况:心肌梗死、急性冠状动脉综合征、经皮冠状动脉介入治疗、冠状动脉旁路移植术后、心脏瓣膜术后等。现已延展至慢性心力衰竭和外周动脉疾病(间歇性跛行)。在国际医学界,心脏康复/二级预防历经50年的研究与发展,其获益已得到临床研究证据的充分支持。心脏康复的理念,从20世纪80年代以前的以患者运动训练为核心,与时俱进演化为康复与二级预防相结合的管理服务关爱综合模式。目前我国已有康复医学会的心脏康复分会等学术机构,也有心脏康复的专业学术杂志,初步形成立志开展心脏康复事业的老中青团队,越来越多的学术会议设置有康复专场。这是几代心脏康复人的不懈努力的沉淀。

心脏康复/二级预防的机制、模式、团队、技术和设备同样适用于高血压、扩张症、血脂异常与肥胖的管理与干预,以及老年人的医养。过去一年中,国内多家学术机构围绕心血管病的规范化康复治疗制定了一系列指导性文件,如《冠心病患者运动治疗中国专家共识》、《稳定性冠心病心脏康复药物处方管理专家共识》等,相信这些文件的颁布,将有助于提高我国心血管病的预防康复治疗水平。此外,我们也继续将血脂异常和糖代谢异常等心血管危险因素规范化防治作为工作重点,如本书所收录的“血脂异常老年人使用他汀类药物中国专家共识”、“脂蛋白相关的磷脂酶A2临床应用中国专家建议”、“糖代谢异常与动脉粥样硬化性心血管疾病临床诊断和治疗指南”、“稳定性冠心病(SCAD)口服抗血小板治疗中国专家共识”。尤其是IMPROVE-IT实验结果公布后,及时发布了“选择性胆固醇吸收抑制剂临床应用专家共识”,世界所有学术机构近期公布的有关胆固醇和动脉粥样硬化性心血

管病(ASCVD)的新指南都是在IMPROVE-IT试验结果公布前发表的,因此对降胆固醇联合用药固推荐都不明确,或不推荐,并且即使推荐联合用药也把依折麦布与其他的降脂药并列,都强调首先尽可能用最大剂量他汀类药物。IMPROVE-IT捍卫了百年胆固醇学说,进一步强化了防控ASCVD,降低胆固醇是硬道理,开启了降低胆固醇联合用药的新时代。无论是现将LDL-C从基线下降5%,还是将LDL-C降压 $<1.8\text{mmol/L}$,各种他汀类药物的中小剂量联合依折麦布,都是安全有效达标的最佳用药方案。基层是慢性非传染性疾病防治的主战场,提高基层医务人员的技术水平对改善我国慢性病防控现状至关重要。继去年推出《中国慢性疾病防治基层医生诊疗手册》心血管病分册后,今年我们又组织专家编纂了《中国慢性疾病防治基层医生诊疗手册》糖尿病分册,并收录于本书中。此外,本书还收录了关于心律失常与晕厥的共识。相信本书的出版,将继续为推进我国心血管疾病的预防、治疗与康复起到推动作用。

中国心脏联盟(CHF)主席

世界心脏联盟(WHF)理事

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副会长

中国康复医学会心血管病专业委员会主任委员

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

胡大一

2015年9月

目 录

晕厥诊断与治疗中国专家共识(2014 年更新版)·····	1
遗传性原发性心律失常综合征诊断与治疗中国专家共识·····	31
血脂异常老年人使用他汀类药物中国专家共识·····	75
糖代谢异常与动脉粥样硬化性心血管疾病临床诊断和 治疗指南·····	109
中国慢性疾病防治基层医生糖尿病诊疗指南(2015 年版)·····	161
冠心病患者运动治疗中国专家共识·····	259
选择性胆固醇吸收抑制剂临床应用中国专家共识(2015)·····	295

晕厥诊断与治疗中国专家共识 (2014 年更新版)

刘文玲 胡大一 郭继鸿 马长生 陈红 浦介麟 张海澄
蒋文平 李毅刚 杨新春 白融 中国心律学会
中国老年学学会心脑血管病专业委员会

晕厥是临床上常见的症状,占急诊科患者的 0.9%~1.7%^[1],住院患者的 1%~3%^[2]。导致晕厥的病因很多,机制复杂,涉及多个学科。因此,规范晕厥的诊断与治疗十分重要。

自中国医师协会循证医学专业委员会和中国生物医学工程学会心律学分会 2006 年发布晕厥诊断与治疗中国专家共识以来,在晕厥的发病机制、诊断与治疗方面取得了长足进展,特别是 2009 年欧洲心脏病学会(ESC)修订了晕厥诊断与治疗指南,2011 年加拿大心血管学会发布了晕厥诊断的标准方案。目前,针对中国人群晕厥的相关研究较前有所丰富,包括流行病学^[3]、临床特征^[4-5]、诊断方法^[6-7]及有关血管迷走性晕厥、心源性晕厥的预后分析^[8-9],但数据仍然有限,无论流行病学、发病机制还是治疗手段方面,均缺乏大样本、多中心、随机对照的临床研究以及相关的基础研究。儿童晕厥的研究略显优势,在病因、临床特征、诊断治疗方法等方面发表了一系列研究,使得我们对中国儿童人群的晕厥有了进一步了解^[10-14]。

鉴于上述情况,本共识主要参照 ESC 和加拿大心血管学会有关晕厥的最新指导性文件^[1,15]并结合近年来的进展,由国内本领域的专家集体编写而成,旨在制定一个适合我国国情的晕厥诊断与治疗的指导性文件,帮助临床医生确立晕厥诊断,制定恰当的治疗方案。

一、分类及病理生理

(一) 定义

晕厥是指一过性全脑血液低灌注导致的短暂意识丧失(T-LOC),特点为发生迅速、一过性、自限性并能够完全恢复。

(二) 分类

1. 神经介导的反射性晕厥 反射性晕厥根据涉及的传出路径而分为交感性或迷走性。当直立位血管收缩反应降低导致的低血压为主要机制时,即为血管抑制型,当心动过缓或心脏收缩能力减弱为主要机制时为心脏抑制型,这两种机制均存在时则为混合型。

年轻人的血管迷走性晕厥为典型、单纯性的血管迷走性晕厥。老年人出现的反射性晕厥常伴有心血管或神经系统异常,表现为直立位或餐后低血压,这种反射性晕厥是病理的,主要与药物相关的自主神经系统代偿反射受损和原发性或继发性自主神经功能衰竭(ANF)相关。

2. 体位性低血压及直立不耐受综合征 与反射性晕厥相比,ANF时交感神经反射通路传出活性慢性受损,因此血管收缩减弱。起立时,血压下降,出现晕厥或近似晕厥。体位性低血压为起立时收缩压异常减低。

在病理生理上,反射性晕厥和ANF没有重叠之处,但二者的临床表现常有相同之处,有时会造成鉴别诊断困难。直立不耐受是指直立位时血液循环异常导致的症状和体征。晕厥是其中一种症状,其他症状包括:头晕,先兆晕厥;虚弱、疲劳、心慌、出汗;视觉异常(模糊、光感、视野缩小);听力异常(听力受损、耳鸣);颈部疼痛(枕部/颈部周围和肩部区域)、后背痛或心前区疼痛。

各种临床直立位不耐受综合征的临床特征见表1。其中也包括直立位为主要诱发因素的反射性晕厥。

表 1 各种体位性低血压及直立位不耐受综合征的临床特征

分类	用于诊断的检查	从站立到出现症状的时间	常见症状	常见临床伴随情况
早期体位性低血压	卧立位试验时连续监测血压	0~30 秒	站立后几秒钟出现头晕、视力异常(晕厥少见)	年轻、运动员、老年、药物引发(α 受体阻滞剂)、CSS
典型体位性低血压(典型自主神经功能衰竭)	卧立位试验(主动站立)或倾斜试验	30 秒~3 分钟	头晕、近似晕厥、疲劳、虚弱、心慌、视力或听力异常(晕厥少见)	老年、药物引起(血管活性药物和利尿药)
延迟(进行性)体位性低血压	卧立位试验(主动站立)或倾斜试验	3~30 分钟	先兆症状出现时间较长(头晕、疲劳、虚弱、心慌、视力和听力异常、多汗、后背痛、颈部或心前区疼痛),常随后迅速出现晕厥	老年、自主神经功能衰竭、药物引起(血管活性药物和利尿药),有合并症
延迟(进行性)体位性低血压+反射性晕厥	倾斜试验	3~45 分钟	先兆症状出现时间较长(头晕、疲劳、虚弱、心慌、视力和听力异常、多汗、后背痛、颈部或心前区疼痛),常随后迅速出现晕厥	老年、自主神经功能衰竭、药物引起(血管活性药物和利尿药),有合并症
直立引起的反射性晕厥	倾斜试验	3~45 分钟	晕厥先兆症状和诱发因素明显(典型)	健康、年轻女性多见
POTS	倾斜试验	不定	有明显症状的心率增加和血压不稳,没有晕厥	年轻女性多见

注: POTS: 直立位心动过速综合征; CSS: 颈动脉窦综合征

3. 心源性晕厥 心源性晕厥包括心律失常性晕厥和器质性心血管疾病性晕厥,为晕厥原因的第二位,也是危险性最高、预后较差的一类晕厥。

(1) 心律失常性晕厥:心律失常是心源性晕厥最常见原因。心律失常引起血流动力学障碍,导致心输出量和脑血流明显下降。影响因素很多,包括心率、心律失常的类型(室上性或室性)、左心室功能、体位和血管代偿能力。后者包括压力感受器的神经反射和对心律失常引起的体位性低血压的反应。

病态窦房结综合征为窦房结自主功能异常或窦房传导异常。这种情况下,晕厥是由于窦性停搏或窦房阻滞导致长间歇所致。房性快速心律失常突然终止时经常出现长间歇(快-慢综合征)。

获得性房室传导阻滞的严重类型(莫氏Ⅱ型、高度以及完全房室传导阻滞)与晕厥相关。这种情况下,心脏节律依赖低位起搏点起搏或逸搏。因为这些起搏点开始起搏的时间较晚,容易发生晕厥。此外,这些低位起搏点的频率相对较慢(25-40次/分),心动过缓使复极延长,容易引发多形性室性心动过速,尤其是尖端扭转型室性心动过速。

阵发性心动过速可能导致晕厥。如果心动过速引起的血流动力学异常持续存在,意识不能恢复,则发展为心脏性猝死。

一些药物可引起心动过缓和心动过速。许多抗心律失常药物因为对窦房结功能或房室传导有抑制作用引起心动过缓。尖端扭转型室性心动过速引起的晕厥并不少见,尤其在女性,这是因为药物延长QT间期所致,长QT综合征的患者尤其多见。导致QT间期延长的药物有很多种,如抗心律失常药、血管扩张药、神经精神科药物、抗生素、非镇静类抗组胺剂等。详见 www.qtdrugs.org。

(2) 器质性心血管疾病性晕厥:当血液循环的需求超过心脏代偿能力,心输出量不能相应增加时,器质性心血管疾病患者就会出现晕厥。引起晕厥最常见的心血管疾病见表2。当晕厥和左室流出道梗阻相关时,其原因是机械性梗阻导致血流减少;但有时晕厥并不只是心输出量减少所致,部分可能是因为反射机制异常,例如

主动脉瓣狭窄时,晕厥的原因不仅是心输出量减少,可能部分是因为血管扩张、反射异常和(或)原发性心律失常。因此,晕厥发生机制可能有很多因素参与。

表 2 列出了基于主要病因和病理生理的晕厥分类,强调了表现相同但风险不同的情况。病理生理的共同特点是体循环血压下降伴脑血流量减少,是晕厥的发病基础。脑血流中断 6~8 秒就足以引起意识丧失。

表 2 晕厥分类

神经介导的反射性晕厥

血管迷走性晕厥

情绪引起:恐惧、疼痛、操作、恐血症

直立体位引起

情境性晕厥

咳嗽、打喷嚏

胃肠道刺激(吞咽、排便、腹痛)

排尿(排尿性晕厥)

运动后

餐后

其他(如大笑、操作、举重)

颈动脉窦性晕厥

不典型晕厥[没有明显诱发因素和(或)表现不典型]

体位性低血压性晕厥

原发性自主神经功能衰竭

单纯自主神经功能衰竭、多系统萎缩、没有自主神经异常的帕金森病、路易体痴呆

继发性自主神经功能衰竭

糖尿病、淀粉样变性、尿毒症、脊髓损伤

药物引起的体位性低血压

酒精、血管扩张剂、利尿剂、吩噻嗪类、抗抑郁药

血容量不足

出血、腹泻、呕吐等

心源性晕厥

心律失常性晕厥

心动过缓

窦房结功能异常(包括快-慢综合征)
房室交界区功能异常
植入设备功能障碍
心动过速
室上性(包括心房颤动伴预激综合征)
室性(特发性、继发于器质性心脏病)
药物引起的心动过缓和心动过速
遗传性心律失常综合征(如长 QT 综合征、Brugada 综合征、短 QT 综合征、儿茶酚胺敏感性室速等)
器质性心血管疾病性晕厥
心脏:心脏瓣膜病、急性心肌梗死/缺血、梗阻型心肌病、心脏肿物(心房黏液瘤、肿瘤等)、心包疾病/心脏压塞、先天性冠状动脉异常、人工瓣膜异常
其他:肺栓塞、急性主动脉夹层、肺动脉高压、发绀性先天性心脏病

(三) 病理生理

外周血管阻力减低可能是因为血管调节反射异常,引起血管扩张和心动过缓,表现为血管抑制、心脏抑制或混合型反射性晕厥。其他外周血管阻力减低的原因有自主神经系统结构或功能受损,可能是药物引起,也可能是原发或继发性自主神经功能衰竭。此时交感神经血管舒缩反射不能在直立体位时增加外周血管阻力,重力的作用加上血管舒缩功能障碍导致膈以下静脉血液淤滞,引起静脉回流减少,最终导致心输出量减低。

一过性心输出量减低的原因有三:首先是反射性心动过缓,即所谓的心脏抑制型反射性晕厥;其次是心律失常和器质性心血管疾病;第三是因为血容量减少或静脉淤积导致的静脉回流减少。

血管迷走神经性晕厥是晕厥的最常见原因,其次为心源性晕厥,但住院的老年患者中心源性晕厥发病率较高。体位性低血压所致的晕厥多见于老年人,<40 岁的患者少见。

反射性晕厥是年轻人群中最为常见的导致 T-LOC 的原因;而老年患者通常病情较为复杂,且相关病史也不及年轻人群可靠。

二、诊断及危险分层

(一) 初步评估

初步评估的目的是：①明确是否是晕厥？②是否能确定晕厥的病因？③是否是高危患者？

内容包括详细询问病史、体格检查（包括测量不同体位血压）、心电图和酌情选择如下检查：①颈动脉窦按摩（CSM）；②超声心动检查；③24 小时动态心电图或实时心电监测；④卧立位试验和（或）直立倾斜试验；⑤神经科检查或血液检查。

T-LOC 包括了各种机制导致的、以自限性意识丧失为特征的所有临床病症，而晕厥是 T-LOC 的一种形式，需要与其他意识改变鉴别（图 1）。

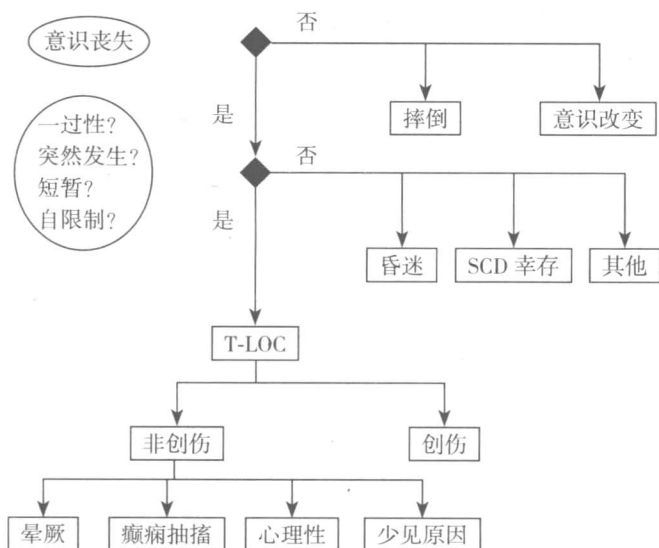


图 1 意识丧失鉴别流程图

SCD: 心脏性猝死; T-LOC: 短暂意识丧失

(二) 诊断

1. 反射性晕厥 ①血管迷走性晕厥:晕厥由情绪紧张和长时间站立诱发,并有典型表现如伴有出汗、面色苍白、恶心及呕吐等。一般无心脏病史。②情境性晕厥:晕厥发生于特定触发因素之后(表 2)。③颈动脉窦过敏综合征:晕厥伴随转头动作、颈动脉窦受压(如局部肿瘤、剃须、衣领过紧)。

2. 体位性低血压性晕厥 ①发生在起立动作后;②晕厥时记录到血压降低;③发生在开始应用或调整引起血压降低的药物剂量之后;④存在自主神经疾病或帕金森病;⑤出血(肠道出血、宫外孕)。

3. 心源性晕厥

(1) 心律失常性晕厥:心电图有如下表现之一:①清醒状态下持续性窦性心动过缓 <40 次/分,或反复性窦房传导阻滞或窦性停搏 ≥ 3 秒;②莫氏 II 度 II 型或 III 度房室传导阻滞;③交替性左束支和右束支传导阻滞;④室性心动过速或快速型阵发性室上性心动过速;⑤非持续性多形性室性心动过速、长 QT 或短 QT 间期综合征、Brugada 综合征等。

(2) 器质性心血管疾病性晕厥:晕厥发生在伴有心房黏液瘤、重度主动脉狭窄、肺动脉高压、肺栓塞或急性主动脉夹层、急性心肌缺血或心肌梗死时。

(三) 危险分层

当初步评估后尚无法明确晕厥原因时,应立即对患者的主要心血管事件及心源性猝死的风险进行评估。风险分层的流程见图 2。近期(7~30 天)有危及生命风险者应住院诊治或观察。加拿大心血管病学会 2011 年发表的“晕厥诊断的标准方案”中列出了短期危险因素(表 3)。主要危险因素是指多个研究报道比较一致的独立危险因素,次要危险因素是指单个研究报道的危险因素。具备一个主要危险因素者应紧急(2 周内)心脏评估,具备一个或多个次要危险因素者也应考虑紧急心脏评估。

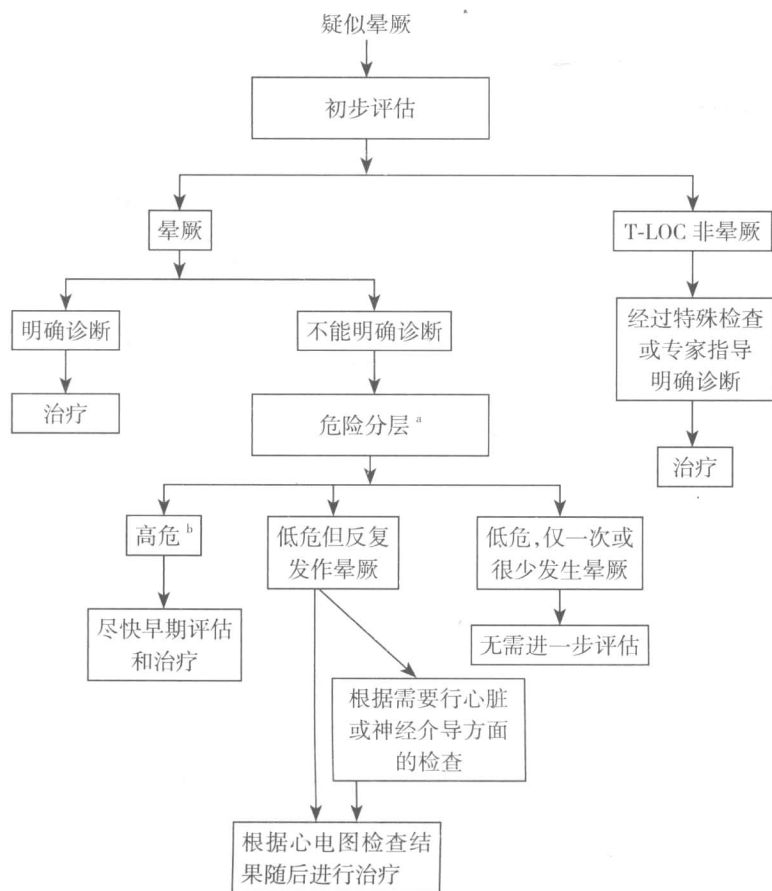


图2 晕厥诊断与评估流程

T-LOC: 短暂意识丧失; ^a 可能需要实验室检查; ^b 短期发生严重事件的风险

(四) 辅助检查

1. 颈动脉窦按摩(CSM) 对年龄大于40岁, 不明原因的晕厥患者建议进行CSM检查。当按摩颈动脉窦导致心脏停搏时间>3秒和(或)收缩压下降>50mmHg(1mmHg=0.133kPa)时, 诊断为颈动脉窦高敏感(CSH), 即检查阳性; 当伴有晕厥时, 则诊断为颈动脉

表 3 晕厥的短期危险因素

危险因素	表现
主要:心电图异常	心动过缓、心动过速或传导系统疾病 新发生的心肌缺血或陈旧性心肌梗死
心脏疾病史	心肌缺血、心律失常、心肌梗死、瓣膜性疾病
低血压	收缩压 <90mmHg
心力衰竭	既往史或目前发生
次要:年龄 >60 岁	
呼吸困难	
贫血	血细胞比容 <0.30
高血压	
脑血管疾病	
早发猝死家族史	猝死年龄 <50 岁
特殊情境	卧位、运动或没有先兆症状的晕厥

注:1mmHg=0.133kPa

窦性晕厥(CSS)。CSS 相对少见,检查时要分别在卧位和立位顺次按摩右侧和左侧颈动脉窦,10 秒内诱发晕厥症状即可做出诊断,整个过程要持续心率和血压监测。颈动脉有斑块的患者不能作 CSM,以免引起脑栓塞。

2. 直立位评价 由仰卧位变为直立位时胸部血液流向下肢,导致回心血量降低。当缺乏代偿机制时,血压下降可导致晕厥。目前有“卧立位试验”,“直立倾斜试验”两种检查方法。

(1) 卧立位试验:用于诊断不同类型的直立不耐受综合征(附件 1)。对可疑体位性低血压者,在平卧位时和站立 3min 后用常规血压计分别测上臂血压,测量频率不应超过每分钟 4 次;如果需要,也可应用持续性无创血压监测。

诊断标准:阳性:出现症状性血压下降,与基线值相比收缩压下降 $\geq 20\text{mmHg}$,或舒张压下降 $\geq 10\text{mmHg}$ 。可疑阳性:出现无症状