

临床处方丛书

心血管科 临床处方手册

主 编 许 迪 徐东杰
副主编 郭 妍 周 芳



心血管科

临床处方手册

主 编 许 迪 徐东杰
副 编 郭 妍 周 芳
编写人员 (以姓氏笔画为序)
孔祥清 王笑云
刘嘉玲 毕立清
许 健 何戎华
狄 群 邹建刚
周 芳 周 静
周传伟 周苏明
徐东杰 钱 进
黄 敏 盛燕辉
许 健

主编助理

图书在版编目(CIP)数据

心血管科临床处方手册 / 许迪等主编. —南京: 江苏科学技术出版社, 2011. 4

(临床处方丛书)

ISBN 978-7-5345-7901-1

I. ①心… II. ①许… III. ①心脏血管疾病—处方—手册 IV. ①R540.5-62

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2011)第 035265 号

临床处方丛书

心血管科临床处方手册

主 编 许 迪 徐东杰
责任编辑 徐祝平
编辑助理 李俭春
责任校对 郝慧华
责任监制 曹叶平

出版发行 江苏科学技术出版社(南京市湖南路1号A楼, 邮编: 210009)
网 址 <http://www.pspress.cn>
集团地址 凤凰出版传媒集团(南京市湖南路1号A楼, 邮编: 210009)
集团网址 凤凰出版传媒网 <http://www.ppm.cn>
经 销 江苏省新华发行集团有限公司
印 刷 扬中市印刷有限公司

开 本 850 mm × 1 168 mm 1/32
印 张 8.75
字 数 240 000
版 次 2011 年 4 月第 1 版
印 次 2011 年 4 月第 1 次印刷

标准书号 ISBN 978-7-5345-7901-1
定 价 24.00 元

图书如有印装质量问题, 可随时向我社出版科调换。

前言

近年来心血管疾病已成为影响人类健康的最主要疾病之一。心血管学科的发展也使得心血管疾病的诊治方式发生了巨大的变化:建立在循证医学基础上的诊疗指南;以及遵循指南及患者的具体情况而施行个体化选择治疗方案等,都对临床医师,尤其是临床专科医师提出了更高的要求。

正是基于以上的考虑,我们在“融化”诊疗指南的同时,结合多年的临床经验以及近来发展变化日新月异的心血管疾病治疗的新观点、新进展,精心编写了此书,旨在为广一线心血管科医师、全科医师以及广大的实习期医师提供一本重点突出、特色鲜明、内容规范、形式新颖的治疗参考读本。

本书以临床治疗为中心,以治疗“传真”——“处方”为重点介绍了心血管内科常见病、多发病,对于继发性心血管疾病也进行了详细的阐述。全书内容翔实、形式新颖,实用性、针对性强,重点突出。

该书为了贴近临床工作,开列处方时采用了临床上常用的缩写,特作如下说明:

GS:葡萄糖溶液 GNS:葡萄糖氯化钠溶液 NS:生理盐水

qd:一日1次 bid:一日2次 tid:一日3次

qid:一日4次 qod:隔日1次 st:即刻 qw:一周1次 qn:每晚1次

q6h:6小时1次 iv:静脉注射 iv gtt:静脉滴注

im:肌肉注射 ih:皮下注射 po:口服(省略)

d:日、天 h:小时 min:分钟 s:秒

U:单位

参加本书编写的作者均为长期工作在心血管专业的临床和教学一线的医师,经验丰富且宝贵,加之大量文献的参究,为成书付出了辛勤的劳动。在此对他们表示由衷的敬佩和衷心的感谢。心血管领域诊疗进展快,对于本书存在的不完善之处,敬请同行专家和广大读者不吝赐教,批评指正,我们也希望本书的推出为心血管疾病的规范化治疗做出一定贡献。

许迪 徐东杰

第一章 高血压..... 1	过速 88
附一:高血压急症..... 16	第八节 预激综合征 91
附二:顽固性高血压..... 17	第九节 室性心动过速 93
第二章 充血性心力衰竭 21	第十节 心室扑动和心室颤动 98
第一节 慢性充血性心力衰竭 21	第十一节 病态窦房结综合征 99
第二节 急性充血性左心衰竭 (急性肺水肿) 27	第十二节 房室传导阻滞 101
第三章 晕厥 31	第十三节 室内传导阻滞 105
第四章 心脏骤停和心脏性猝死 37	第十四节 心脏离子通道病 107
第五章 休克 47	一、长 QT 综合征 107
第一节 心源性休克 47	二、短 QT 间期综合征 110
第二节 低血容量性休克 53	三、Brugada 综合征 110
第三节 过敏性休克 56	四、儿茶酚胺敏感性室性心动 过速 112
第四节 神经源性休克 61	五、特发性 J 波综合征 113
第五节 感染性休克 63	第七章 血脂异常 114
第六章 心律失常 71	第八章 冠状动脉粥样硬化性 心脏病 123
第一节 窦性心动过速 71	第一节 稳定型心绞痛 123
第二节 过早搏动 72	第二节 急性冠状动脉综合征 126
第三节 房性心动过速 76	一、不稳定型心绞痛和非 ST 段抬高型心肌梗死 126
第四节 心房扑动 78	
第五节 心房颤动 82	
第六节 非阵发性交界性心动 过速 87	
第七节 阵发性室上性心动	

二、ST 段抬高急性心肌梗死	195
.....	131
第九章 心脏瓣膜病	139
第一节 二尖瓣疾病	139
一、二尖瓣狭窄	139
二、二尖瓣关闭不全	142
第二节 主动脉瓣疾病	144
一、主动脉瓣狭窄	144
二、主动脉瓣关闭不全	147
第三节 三尖瓣疾病	149
一、三尖瓣狭窄	149
二、三尖瓣关闭不全	150
第四节 肺动脉瓣疾病	151
一、肺动脉瓣狭窄	151
二、肺动脉瓣关闭不全	152
第十章 心血管系统感染	153
第一节 细菌感染	153
一、感染性心内膜炎	153
二、感染性心包炎	163
三、血管内装置感染	167
四、血管移植感染	170
五、埋藏式心脏起搏器感染	172
第二节 其他病原体感染	173
一、急性病毒性心肌炎	173
二、梅毒性心血管病	176
第十一章 心肌疾病	179
第一节 扩张型心肌病	179
第二节 肥厚型心肌病	183
第三节 限制型心肌病	185
第四节 致心律失常型右室 心肌病	187
第十二章 肺栓塞	190
第十三章 肺动脉高压	193
第十四章 主动脉及周围血管病	195
第一节 多发性大动脉炎	195
第二节 主动脉夹层	197
第三节 马方综合征	199
第四节 血栓性静脉炎	200
第十五章 电解质紊乱	202
第一节 低钾血症	202
第二节 高钾血症	203
第三节 低钠血症	205
第四节 高钠血症	208
第十六章 与其他疾病相关的 心血管病	211
第一节 风湿性疾病与心脏病	211
一、风湿热	211
二、类风湿关节炎	214
三、系统性红斑狼疮	217
四、多发性肌炎和皮肌炎	221
五、脊柱关节病	222
六、系统性硬化病	223
七、血管炎病	225
第二节 内分泌、代谢和营养 性疾病与心脏病	231
一、肢端肥大症性心脏病	231
二、甲状腺功能亢进症性 心脏病	232
三、甲状腺功能减退症性 心脏病	234
四、库欣综合征性心脏病	236
五、原发性醛固酮增多症性 心脏病	236
六、艾迪生病性心脏病	238
七、嗜铬细胞瘤性心脏病	239
八、甲状旁腺功能亢进症性 心脏病	240

九、甲状旁腺功能减退症性	二、血红蛋白病	254
心脏病	三、血色病和含铁血黄素	
十、糖尿病性心脏病	沉着症	255
十一、肥胖症性心脏病	四、红细胞增多症	255
十二、脚气病性心脏病	五、心脏转移瘤	256
第三节 肾脏疾病与心脏病	六、心血管病治疗药物致	
.....	血液系统异常	257
一、肾性高血压	第五节 妊娠合并心脏病.....	258
二、肾衰竭与充血性心力衰竭	一、妊娠合并心脏病的治疗	
.....		258
三、慢性肾衰竭合并肥厚型	二、妊娠合并风湿性心脏病	
心肌病		261
四、尿毒症性心包炎	三、妊娠合并先天性心脏病	
五、慢性肾衰竭与心律失常		262
.....	四、妊娠高血压综合征心脏病	
六、慢性肾衰竭与缺血性		264
心脏病	五、围生期心肌病	267
第四节 血液病、肿瘤与心脏病	六、妊娠合并心律失常	268
.....	七、妊娠合并心力衰竭	270
一、贫血		

第一章

高血压

高血压是一种常见病、多发病,是心脑血管疾病最重要的危险因素。高血压的并发症脑卒中、心脏病及肾脏病严重危害我国人民健康,致死、致残率高,给个人、家庭和社会带来沉重负担。高血压是目前中国人群最重要的心血管疾病危险因素,人群中至少 20% 的急性冠心病事件、近 40% 的缺血性脑卒中事件和 59% 的出血性脑卒中事件可归因于高血压。高血压防治在中国仍面临着巨大挑战。目前,我国高血压患病率呈增长趋势,近 10 年增长了 31%。我国现有 1.6 亿以上高血压病人,但高血压的知晓率、治疗率和控制率均很低,高血压的防治任务十分艰巨。

【诊断要点】 首先根据血压水平对高血压病人进行诊断和分级,并寻找可能的病因;其次,确定有无其他心血管病危险因素,并寻找靶器官损害及并存的临床情况;最后,综合以上情况对高血压病人进行危险分层、量化、估计预后。

1. 高血压的定义与分级 高血压诊断标准为收缩压 ≥ 140 mmHg 和(或)舒张压 ≥ 90 mmHg($1 \text{ mmHg} = 0.133 \text{ kPa}$),其分级以血压值为依据(表 1-1)。

表 1-1 血压水平的定义与分级

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

注:当病人的收缩压与舒张压分属不同级别时,以较高的分级为准。单纯收缩期高血压也可按照收缩压水平分为 1、2、3 级。动态血压的参考标准:24 h 平均值 $< 130/80$ mmHg,白昼平均值 $< 135/85$ mmHg,夜间平均值 $< 125/75$ mmHg。

2. 确定影响预后的因素

表 1-2 影响预后的因素

心血管病危险因素	靶器官损害	糖尿病及并存的临床情况
• 男性 > 55 岁 • 女性 > 65 岁 • 吸烟 • 血脂异常 [胆固醇 (TC) ≥ 5.72 mmol/L, 低密度脂蛋白胆固醇 (LDL-C) > 3.38 mmol/L 或高密度脂蛋白胆固醇 (HDL-C) < 1.04 mmol/L] • 早发心血管病家族史 (一级亲属发病年龄 < 50 岁), 腹型肥胖或肥胖 [男性腰围 ≥ 85 cm, 女性 ≥ 80 cm, 体质指数 (BMI) ≥ 28 (kg/m²)] • 缺乏体力活动 • 高敏 C 反应蛋白 ≥ 30 mg/L 或 C 反应蛋白 ≥ 100 mg/L (10 mg/dl)	• 左心室肥厚 (心电图、超声和 X 线) • 动脉壁增厚 (颈动脉内膜中层厚度 ≥ 0.9 mm 或超声发现动脉粥样硬化斑块) • 血清肌酐轻度升高 (男性 $115 \sim 133$ μmol/L, 女性 $106 \sim 124$ μmol/L) • 微量白蛋白尿 (24 h 尿白蛋白 $30 \sim 300$ mg), 白蛋白/肌酐: 男性 ≥ 22 mg/g (215 mg/mmol), 女性 ≥ 31 mg/g (315 mg/mmol)	• 脑血管病 (缺血性卒中、脑出血以及短暂性脑缺血发作史) • 心脏疾病 (心肌梗死、心绞痛、冠状动脉血运重建及充血性心力衰竭) • 肾脏病 [糖尿病性肾脏病、肾功能受损 (血清肌酐男性 > 133 μmol/L, 女性 > 124 μmol/L, 24 h 尿白蛋白 > 300 mg)、肾衰竭 (肌酐浓度 > 177 μmol/L)] • 外周血管疾病 • 视网膜病变 (出血、渗出及视盘水肿) • 重复测量的空腹血糖 ≥ 7.0 mmol/L (126 mg/dl), 或餐后血糖 > 11.0 mmol/L (198 mg/dl)

3. 高血压预后危险分层

表 1-3 高血压预后的危险分层

心血管病危险因素和病史	高血压 1 级	高血压 2 级	高血压 3 级
无	低危	中危	高危
1~2 个	中危	中危	很高危
≥ 3 个或靶器官损害或糖尿病	高危	高危	很高危
并存与高血压有关的临床疾病	很高危	很高危	很高危

注: 低危、中危、高危和很高危的意思是指在典型情况下, 10 年内发生主要心血管病事件的危险度分别为 $< 15\%$ 、 $15\% \sim 20\%$ 、 $20\% \sim 30\%$ 、 $> 30\%$ 。



【治疗程序和处方】

1. 治疗目标 高血压病人获益的主要手段是通过血压降低实现的,因此强调治疗要达标。一般高血压病人将血压降至 140/90 mmHg 以下;老年病人收缩压降低可放宽至 150 mmHg 以下;年轻人、糖尿病或肾病的高血压病人,降至 130/80 mmHg 以下,当尿蛋白排泄量 $>1\text{g}/24\text{h}$ 时,降至 125/75 mmHg 以下。

2. 选择治疗方案 根据高血压危险分层选择合适的起始及长期治疗方案。
①很高危与高危病人:立即开始对高血压、危险因素及临床情况进行治疗,包括药物和非药物治疗。
②中危病人:强化非药物治疗 3~6 个月后再决定是否药物治疗。
③低危病人:非药物治疗 3~12 个月后再决定是否药物治疗。非药物治疗即改变生活方式如戒烟、适量体力活动、低钠饮食 ($<6\text{g}/\text{d}$)、限制饮酒、减重至正常体重 [$\text{BMI} < 24(\text{kg}/\text{m}^2)$] 和心理健康等,对所有高血压病人均有效,均应采用。

(1) 非药物治疗(表 1-4)

表 1-4 高血压病人非药物治疗

措 施	目 标
减重	减少热量,膳食平衡,增加运动, $\text{BMI}(\text{kg}/\text{m}^2)$ 保持在 20~24
膳食限盐	北方首先将每人每日平均食盐量降至 8 g,以后再降至 6 g; 南方可控制在 6 g 以下
减少膳食脂肪	总脂肪 $<$ 总热量的 30%,饱和脂肪 $<10\%$,增加新鲜蔬菜每日 400~500 g,水果 100 g,肉类 50~100 g,鱼虾类 50 g,蛋类每周 3~4 个,奶类每日 250 g,每日食油 20~25 g,少吃糖类和甜食
增加及保持适当的体力活动	如运动后自我感觉良好,且保持理想体重,则表明运动量和运动方式合适
保持乐观心态和提高应激能力	通过宣教和咨询,提高人群自我防病能力,提倡选择适合个体的体育、绘画等文化活动,增加老年人社交机会,提高生活质量
戒烟、限酒	不吸烟,男性每日饮酒量 $<20\sim30\text{g}$,女性 $<15\sim20\text{g}$,孕妇不饮酒

(2) 药物治疗

1) 药物治疗原则:以较小有效剂量起步,并逐渐增加剂量以取得最大疗效;选择药物剂型时,尽量选用能持续 24 h 平稳降压,谷/峰值 >0.5 的药物。单剂量单药治疗疗效欠佳时推荐采用小剂量联合用药,以提高疗效,减少不良反应发生。

2) 常用的降压药:临床常用的有 6 类,即利尿剂、 β 受体阻滞剂(β -B)、血



管紧张素转换酶抑制剂(ACEI)、血管紧张素Ⅱ受体阻滞剂(ARB)、钙通道阻滞剂(钙拮抗剂,CCB)、 α 受体阻滞剂(α -B)。

3) 降压药的选择: 选择降压药时应考虑到是否有心血管病危险因素、靶器官损害、糖尿病、肾病及药品安全性、易用性、价格等因素, 单纯强调首选某种药物进行降压的观念已经过时。预防卒中时, 选用 ACEI/ARB 降压优于 β -B, CCB 优于利尿剂。左室肥大病人, ACEI 或 ARB 为首选, 可联合 CCB 或利尿剂, β -B 效果较差。对稳定型心绞痛病人, 选 β -B 或长作用的 CCB 或 ACEI 降压优于其他降压药。急性冠状动脉综合征病人选 β -B (无内源性拟交感活性) 和 ACEI。心力衰竭病人, 选利尿剂、ACEI/ARB 和 β -B 优于其他降压药。糖尿病和非糖尿病肾病的肾功能不全病人, ACEI/ARB 优于其他降压药, 可联合 CCB 或小剂量利尿剂, 避免大剂量利尿剂和 β -B。高脂血症时, 可选 ACEI、ARB、CCB、 α_1 -B, 避免选用利尿剂和 β -B。

2007 ESH/ESC 指南推荐的降压治疗模式

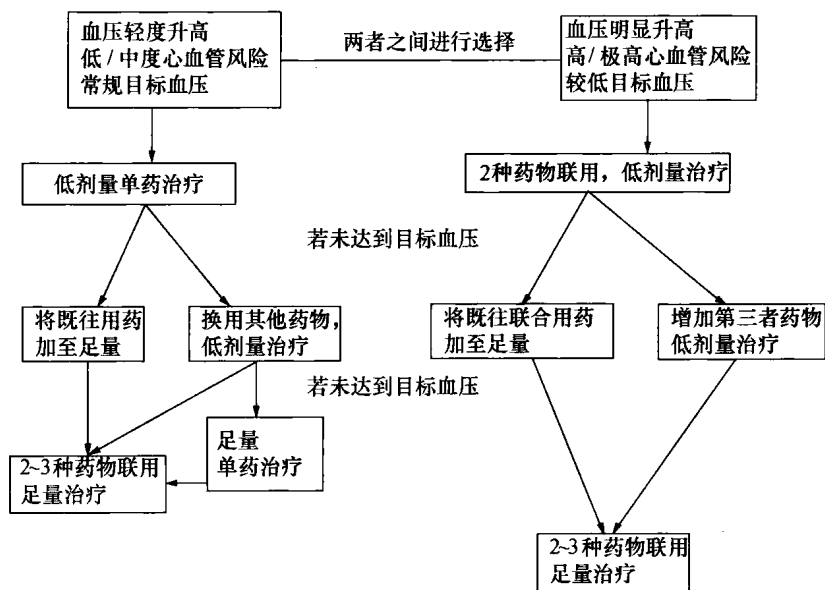


图 1-1 降压治疗模式

4) 联合治疗: 血压轻度升高且总体心血管危险较低的病人起始治疗可以选用单药。但初始血压为 2~3 级高血压, 以及血压在正常值, 但心血管危险高或极高的病人, 应该首选 2 种药物小剂量联合治疗。起始治疗可使用两种药物小剂量联合治疗, 如果需要, 可增加药物剂量或加用第 3 种药

物。固定剂量复方降压制剂可以简化治疗并提高病人依从性,此为目前高血压治疗的趋势。

联合治疗的理论基础:高血压发病机制异常复杂,不仅与中枢神经系统(CNS)和肾素-血管紧张素-醛固酮系统(RAAS)密切相关,与血管内皮功能和胰岛素抵抗也有密切关系。因此,单纯应用作用于一种发病机制的药物难以对所有病人有效。单药治疗的达标率仅为40%~50%,而51%~82%的高血压病人需联合治疗,如果单纯增加单药治疗剂量,非但不能相应增加降压疗效,反而可使不良反应的发生率明显增加。小剂量联合应用作用机制不同的降压药,不仅能产生协同降压作用,还可抵消或减少不良反应的发生,并可能加强靶器官保护。此外,不同峰效应的药物联合应用可以延长降压作用时间,达到24 h平稳降压,如卡托普利单用时,每日需服药2~3次,而与小剂量氢氯噻嗪合用时,则每日服药1次即可。

联合用药原则:主要从药理作用机制和循证医学证据两方面选择最佳药物联合。可优先考虑药理作用互补和不良反应相互抵消或减轻的降压药联合。作用靶点不同的同类降压药也可联合应用(如二氢吡啶类CCB和非二氢吡啶类CCB、ACEI和ARB等),但由于理化性质、代谢通路和相互作用等差异,故要根据循证医学证据选择药物品种。

常用的联合用药方案:有循证医学证据值得推荐的联合用药方案有:
①ACEI/ARB+利尿剂:ACEI/ARB抑制RAAS的作用在“干重”情况下最明显,因此与利尿剂合用不仅可延长ACEI/ARB作用时间,且可抵消各自的不良反应。如利尿剂引起的低钾、RAAS激活、糖耐量异常、胰岛素抵抗和血尿酸升高可被ACEI/ARB抵消。
②非二氢吡啶类CCB+利尿剂:利尿剂激活CNS和RAAS的作用可被非二氢吡啶类CCB抵消,有协同降压作用。但二氢吡啶类CCB和利尿剂联合都有激活交感神经和RAAS的作用,因而不是最好的联合。
③ β -B+利尿剂:利尿剂可抵消 β -B所致的血容量增加,而 β -B可抵消利尿剂所引起的交感神经兴奋,两者合用降压疗效增加。但两者对血糖、血脂、血尿酸代谢都有不良影响,合并糖尿病、痛风及高脂血症者不宜使用该联合。
④二氢吡啶类CCB+ β -B:二氢吡啶类CCB可抵消 β -B引起的外周血管阻力增加,而 β -B可抵消CCB引起的交感神经兴奋,两者合用降压疗效协同,不良反应降低。
⑤CCB+ACEI或ARB:CCB引起的交感神经兴奋及踝部水肿可被ACEI/ARB抵消,且两者均降低外周血管阻力,对血糖和脂质代谢也无不良影响,值得推荐。
⑥ α -B+ β -B: α -B可抵消 β -B引起的外周血管阻力增加,增加降压疗效。
⑦ACEI+ARB:ARB可消除ACEI引起的血管紧张素II(AT II)和醛固酮升高(醛固酮逃逸现象),可能有协同降压作用,且两者均可抑制左室重构并减少蛋白尿,因此在

器官保护方面也有协同作用。目前该联合只用于重度高血压或合并心力衰竭和蛋白尿的病人。

不宜联合应用的药物:药理作用雷同,疗效不互补的药物不宜联合,如尼群地平和硝苯地平、卡托普利和依那普利等。不良反应叠加的药物不宜联合,如 β -B 和非二氢吡啶类 CCB 合用可能导致严重的窦性心动过缓甚至窦性停搏,ACEI/ARB 和保钾利尿剂合用可能导致严重的高血钾。

固定剂量复方制剂简化了治疗:它不仅减少了药物和治疗费用,还提高了病人对长期治疗的依从性和持续性。病人的依从性是影响血压达标的一种因素,因此使用固定剂量复方制剂有利于促进血压达标。即将出台的中国专家共识还明确指出了 ARB/HCTZ 固定复方制剂的应用范围——对于无并发症的轻中度(1 级和 2 级)高血压病人,包括老年收缩期高血压、合并糖尿病或 MS 的高血压病人,推荐将 ARB/HCTZ 固定剂量复方制剂作为初始和维持降压治疗的选择药物。

欧洲高血压治疗指南(ESH/ESC,2007)提出的合理的降压联合治疗方案,示意图如下:

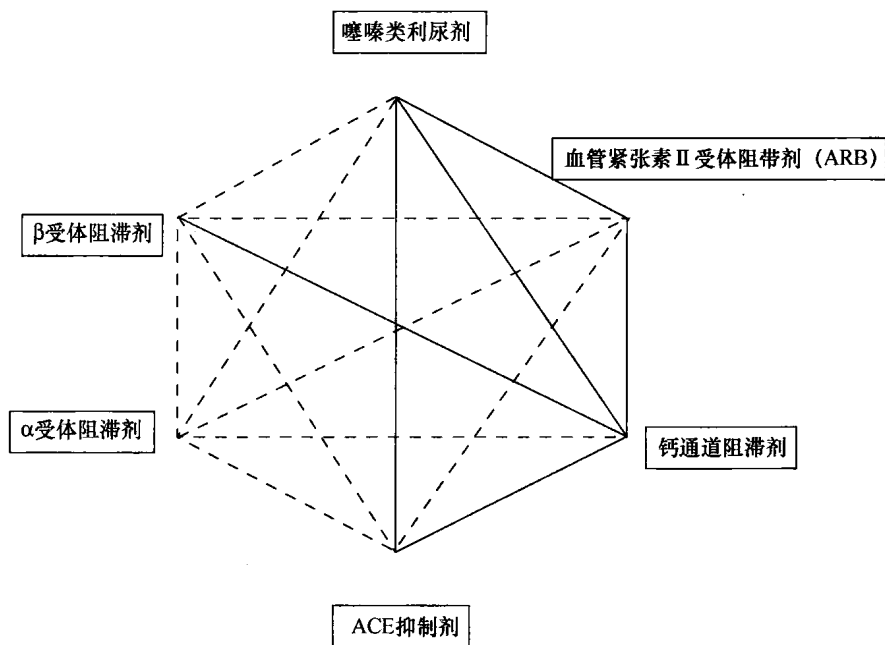


图 1-2 降压联合治疗方案

5) 常用口服降压药及用法(表 1-5):

表 1-5 常用口服降压药

中文名称	英文名称	每日剂量 (mg)	分服次数	不良反应
利尿剂				
氢氯噻嗪	Hydrochlorothiazide	12.5 ~ 25	qd	血钠 ↓ 血钾 ↓ 尿酸 ↑ 血钙 ↑ 血胆固醇 ↑ 血糖 ↑
氯噻酮	Chlorthalidone	12.5 ~ 25	qd	血钾 ↓ 血钙 ↑ 血胆固醇 ↑ 血糖 ↑
吲达帕胺	Indapamide	1.25 ~ 2.5	qd	血钾 ↓ 尿酸 ↑
呋塞米	Furosemide	40 ~ 240	bid 或 tid	血钾 ↓
阿米洛利	Amiloride	5 ~ 10	qd	血钾 ↑
螺内酯	Spironolactone	25 ~ 100	qd	血钾 ↑ 男性乳房发育
氨苯蝶啶	Triamterene	25 ~ 100	qd	血钾 ↑
α 受体阻滞剂				直立性低血压
多沙唑嗪	Doxazosin	1 ~ 16	qd	
哌唑嗪	Prazosin	2 ~ 30	bid 或 tid	
特拉唑嗪	Terazosin	1 ~ 20	qd	
β 受体阻滞剂				支气管痉挛, 心功能抑制, 二度至三度房室传导阻滞
普萘洛尔	Propranolol	30 ~ 90	bid 或 tid	
美托洛尔	Metoprolol	50 ~ 100	qd 或 bid	
阿替洛尔	Atenolol	25 ~ 100	qd 或 bid	
比索洛尔	Bisoprolol	2.5 ~ 10	qd	
α、β 受体阻滞剂				直立性低血压, 支气管痉挛, 二度至三度房室传导阻滞
拉贝洛尔	Labetalol	200 ~ 600	bid	
卡维地洛	Carvedilol	12.5 ~ 50	bid	

续表

中文名称	英文名称	每天剂量 (mg)	分服次数	不良反应
钙通道阻滞剂				
二氢吡啶类				水肿, 头痛, 面部潮红
硝苯地平	Nifedipine	15 ~ 30	tid	
缓释片		10 ~ 20	bid	
控释片		30 ~ 120	qd	
尼群地平	Nitrendipine	20 ~ 60	bid 或 tid	
尼卡地平	Nicardipine	60 ~ 90	bid	
尼索地平	Nisoldipine	20 ~ 60	qd	
非洛地平缓释片	Felodipine	2.5 ~ 20	qd	
氨氯地平	Amlodipine	2.5 ~ 10	qd	
拉西地平	Lacidipine	4 ~ 6	qd	
非二氢吡啶类				心脏传导阻滞, 心功能抑制
地尔硫草	Diltiazem	90 ~ 360	tid	
缓释片、胶囊		90 ~ 360	qd	
维拉帕米	Verapamil	90 ~ 180	tid	便秘
缓释片		120 ~ 240	qd	
血管紧张素转换酶抑制剂				咳嗽, 高血钾, 血管性水肿
卡托普利	Captopril	25 ~ 150	bid 或 tid	
依那普利	Enalapril	5 ~ 40	bid	
贝那普利	Benazepril	5 ~ 40	qd 或 bid	
赖诺普利	Lisinopril	5 ~ 40	qd	
雷米普利	Ramipril	1.25 ~ 20	qd	

续表

中文名称	英文名称	每天剂量 (mg)	分服次数	不良反应
福辛普利	Fosinopril	10 ~ 40	qd 或 bid	
西拉普利	Cilazapril	2.5 ~ 5	qd	
培哚普利	Perindopril	4 ~ 8	qd	
喹那普利	Quinapril	10 ~ 40	qd 或 bid	
群多普利	Trandolapril	0.5 ~ 2	qd	
地拉普利	Delapril	15 ~ 60	bid	
咪哒普利	Imidapril	2.5 ~ 10	qd	
血管紧张素 II 受体 阻滞剂				血管性水肿 (罕 见), 高血钾
氯沙坦	Losartan	50 ~ 100	qd	
缬沙坦	Valsartan	80 ~ 160	qd	
厄贝沙坦	Irbesartan	75 ~ 150	qd	
替米沙坦	Telmisartan	20 ~ 80	qd	
坎地沙坦	Candesartan	4 ~ 16	qd	
依普沙坦	Eprosartan	300 ~ 400	qd	

6) 常用口服降压药物处方:

轻中度高血压 [(140 ~ 180) / (90 ~ 110) mmHg] 病人选用下列一种:

- 氢氯噻嗪 12.5 ~ 25 mg qd
- 吲达帕胺 1.25 ~ 2.5 mg qd
- 美托洛尔 25 ~ 50 mg qd 或 bid
- 卡维地洛 6.25 ~ 12.5 mg qd 或 bid
- 尼群地平 10 ~ 20 mg bid 或 tid
- 非洛地平 (缓释片) 2.5 ~ 20 mg qd
- 氨氯地平 2.5 ~ 10 mg qd
- 卡托普利 25 ~ 50 mg bid 或 tid
- 培哚普利 4 ~ 8 mg qd
- 福辛普利 10 ~ 40 mg qd
- 氯沙坦 50 ~ 100 mg qd
- 缬沙坦 80 ~ 160 mg qd

厄贝沙坦 75 ~ 150 mg qd

替米沙坦 20 ~ 80 mg qd

常药降压片 1 ~ 2 片 tid

轻中度高血压病人治疗 1 ~ 3 个月血压未达标者 ($< 140/90$ mmHg) 或中重度高血压 [$(\geq 160)/(\geq 110)$ mmHg] 病人选用下列一种:

氨氯地平 2.5 ~ 10 mg qd + 培哌普利 4 ~ 8 mg qd

培哌普利 4 ~ 8 mg qd + 吲达帕胺 1.25 ~ 2.5 mg qd

贝那普利 5 ~ 40 mg qd 或 bid + 氨氯地平 2.5 ~ 10 mg qd

尼群地平 10 ~ 20 mg bid 或 tid + 卡托普利 25 ~ 50 mg bid 或 tid

非洛地平(缓释片) 2.5 ~ 20 mg qd + 缬沙坦 80 ~ 160 mg qd

氢氯噻嗪 12.5 ~ 25 mg qd + 氯沙坦 50 ~ 100 mg qd

尼群地平 10 ~ 20 mg bid 或 tid + 氯沙坦 50 ~ 100 mg qd

氨氯地平 2.5 ~ 10 mg qd + 氯沙坦 50 ~ 100 mg qd

美托洛尔 25 ~ 50 mg qd 或 bid + 尼群地平 10 ~ 20 mg bid 或 tid

中重度高血压病人治疗 1 ~ 3 个月血压仍未达标者选用下列一种:

氨氯地平 2.5 ~ 10 mg qd + 培哌普利 4 ~ 8 mg qd + 吲达帕胺 1.25 ~ 2.5 mg qd

氢氯噻嗪 12.5 ~ 25 mg qd + 尼群地平 10 ~ 20 mg bid 或 tid + 卡托普利 25 ~ 50 mg bid 或 tid

非洛地平(缓释片) 2.5 ~ 20 mg qd + 缬沙坦 80 ~ 160 mg qd + 氢氯噻嗪 12.5 ~ 25 mg qd

氢氯噻嗪 12.5 ~ 25 mg qd + 尼群地平 10 ~ 20 mg bid 或 tid + 氯沙坦 50 ~ 100 mg qd

氢氯噻嗪 12.5 ~ 25 mg qd + 美托洛尔 25 ~ 50 mg qd 或 bid + 氯沙坦 50 ~ 100 mg qd

尼群地平 10 ~ 20 mg bid 或 tid + 美托洛尔 25 ~ 50 mg qd 或 bid + 氢氯噻嗪 12.5 ~ 25 mg qd

美托洛尔 25 ~ 50 mg qd 或 bid + 卡托普利 25 ~ 50 mg bid 或 tid + 氢氯噻嗪 12.5 ~ 25 mg qd

【注意事项】

1. 血压测量 是诊断高血压及评估其严重程度的主要手段,目前主要采用的 3 种方法:诊所血压、自测血压和动态血压。应掌握正确的血压测量方法、测量步骤及注意事项。其中包括使用大小合适的袖带,气囊袖带至少应包裹 80% 上臂;大多数人的臂围 25 ~ 35 cm,应使用长 35 cm、宽 12 ~ 13 cm 规格的气囊袖带;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