



心脏病学实践

2010

——规范化治疗



XINZANGBINGXUE
SHIJIAN 2010

主 编
胡大一 马长生
主 审
方 圻 刘力生

 人民卫生出版社



心脏病学实践

2010

—— 规范化教育



主 编 葛 均
副主编 葛 均
编 委 葛 均
编 委 葛 均

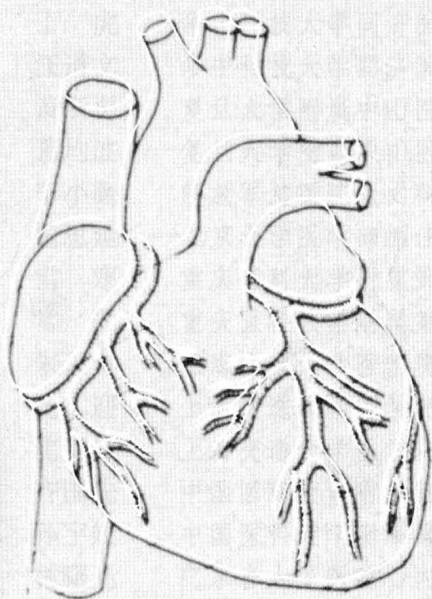
人民卫生出版社

2010年1月第1版
2010年1月第1次印刷

心脏病学实践

2010

—— 规范化治疗



XINZANGBINGXUE
SHIJIAN 2010

主 编	胡大一	马长生
主 审	方 圻	刘力生
学术秘书	杜 昕	乔 岩

人民卫生出版社

图书在版编目(CIP)数据

心脏病学实践 2010:规范化治疗/胡大一等主编.

—北京:人民卫生出版社,2010.10

ISBN 978-7-117-13508-5

I. ①心… II. ①胡… III. ①心脏病学 IV. ①R541

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2010)第 188977 号

门户网: www.pmph.com 出版物查询、网上书店

卫人网: www.ipmph.com 护士、医师、药师、中医师、卫生资格考试培训

版权所有,侵权必究!

心脏病学实践 2010——规范化治疗

主 编:胡大一 马长生

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:010-67605754 010-65264830

010-59787586 010-59787592

印 刷:北京人卫印刷厂

经 销:新华书店

开 本:787×1092 1/16 印张:38

字 数:972 千字

版 次:2010 年 10 月第 1 版 2010 年 10 月第 1 版第 1 次印刷

标准书号:ISBN 978-7-117-13508-5/R·13509

定 价:90.00 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销售中心联系退换)

作者名单

(按章节顺序排序)

胡大一	北京大学人民医院心内科	教授
高润霖	中国医学科学院阜外心血管病医院心内科	教授
倪 梅	山东大学齐鲁医院心内科	主治医师
张 运	山东大学齐鲁医院心内科	教授
樊晓寒	中国医学科学院阜外心血管病医院高血压科	副教授
张伟丽	中国医学科学院阜外心血管病医院高血压科	副教授
惠汝太	中国医学科学院阜外心血管病医院高血压科	教授
陈 琛	华中科技大学同济医学院附属同济医院心内科	博士
崔广林	华中科技大学同济医学院附属同济医院心内科	博士生
丁 虎	华中科技大学同济医学院附属同济医院心内科	博士
汪道文	华中科技大学同济医学院附属同济医院心内科	教授
黄浙勇	复旦大学附属中山医院心内科/上海市心血管病研究所	博士
葛均波	复旦大学附属中山医院心内科/上海市心血管病研究所	教授
李小鹰	解放军总医院心内科	教授
詹思延	北京大学医学部循证医学中心	教授
雷 寒	重庆医科大学附属第一医院心内科	教授
常 静	重庆医科大学附属第一医院心内科	教授
朱天奇	上海交通大学医学院附属瑞金医院心脏科	博士
沈 迎	上海交通大学医学院附属瑞金医院心脏科	教授
沈卫峰	上海交通大学医学院附属瑞金医院心脏科	教授
齐国先	中国医科大学附属第一医院心内科	教授
孙宇姣	中国医科大学附属第一医院心内科	博士
林曙光	广东省人民医院心内科	教授
陈鲁原	广东省人民医院心内科	教授
吕纳强	中国医学科学院阜外心血管病医院高血压科	主治医师
党爱民	中国医学科学院阜外心血管病医院高血压科	教授
刘国仗	中国医学科学院阜外心血管病医院高血压科	教授
孙宁玲	北京大学人民医院心内科	教授
华 琦	首都医科大学附属宣武医院心内科	教授
王艳玲	首都医科大学附属宣武医院心内科	博士
徐 峰	中国医科大学附属盛京医院	博士
孙英贤	中国医科大学附属盛京医院	教授
程晓曙	南昌大学第二附属医院心内科	教授
李 萍	南昌大学第二附属医院心内科	副教授

徐 艳	南昌大学第二附属医院心内科	博士
郭艺芳	河北省人民医院心内科	教授
朱国英	武汉亚洲心脏病医院心内科	教授
鄢 华	武汉亚洲心脏病医院心内科	副教授
霍 勇	北京大学第一医院心内科	教授
郑 博	北京大学第一医院心内科	博士
高 炜	北京大学第三医院心内科	教授
白 瑾	北京大学第三医院心内科	博士
董红梅	第三军医大学附属新桥医院心内科	主治医师
黄 岚	第三军医大学附属新桥医院心内科	教授
刘恩照	天津医科大学第二医院心脏科	博士
李广平	天津医科大学第二医院心脏科	教授
韩雅玲	沈阳军区总医院全军心血管病研究所心内科	教授
李 毅	沈阳军区总医院全军心血管病研究所心内科	博士
闫振娴	首都医科大学附属北京安贞医院心内科	博士
周玉杰	首都医科大学附属北京安贞医院心内科	教授
聂绍平	首都医科大学附属北京安贞医院心内科	教授
王 晓	首都医科大学附属北京安贞医院心内科	硕士
何 奔	上海交通大学医学院附属仁济医院	教授
龚兴荣	上海交通大学医学院附属仁济医院	博士
陈纪言	广东省人民医院心内科	教授
王 玲	广东省人民医院心内科	主治医师
谭 宁	广东省人民医院心内科	教授
何鹏程	广东省人民医院心内科	博士
杨新春	首都医科大学附属北京朝阳医院心内科	教授
张大鹏	首都医科大学附属北京朝阳医院心内科	博士
白晓军	西安交通大学医学院第一附属医院心内科	博士
马爱群	西安交通大学医学院第一附属医院心内科	教授
方唯一	上海交通大学附属胸科医院心内科	教授
曲新凯	上海交通大学附属胸科医院心内科	主治医师
刘 健	北京大学人民医院心内科	教授
刘传芬	北京大学人民医院心内科	博士
王伟民	北京大学人民医院心内科	教授
乔树宾	中国医学科学院阜外心血管病医院冠心病诊治中心	教授
崔锦钢	中国医学科学院阜外心血管病医院冠心病诊治中心	博士
张 明	辽宁中医药大学附属医院心内科	教授
杜 丹	辽宁中医药大学附属医院心内科	博士
李占全	辽宁省人民医院心内科	教授
苗志林	辽宁省人民医院心内科	博士
陈 方	首都医科大学附属北京安贞医院心内科	教授
张宇晨	首都医科大学附属北京安贞医院心内科	副主任医师

王玉堂	解放军总医院心内科	教授
赵月香	解放军总医院心内科	博士
郑强荪	第四军医大学唐都医院心内科	教授
黄从新	武汉大学人民医院心内科	教授
吴 钢	武汉大学人民医院心内科	副教授
桑才华	首都医科大学附属安贞医院心内科	博士后
马长生	首都医科大学附属北京安贞医院心内科	教授
董建增	首都医科大学附属北京安贞医院心内科	教授
周胜华	中南大学湘雅二医院心内科	教授
刘启明	中南大学湘雅二医院心内科	博士
曹克将	江苏省人民医院南京医科大学第一附属医院心内科	教授
张凤祥	江苏省人民医院南京医科大学第一附属医院心内科	主治医师
吴 柳	武汉大学人民医院心内科	博士
鲁志兵	武汉大学人民医院心内科	博士
江 洪	武汉大学人民医院心内科	教授
吴书林	广东省心血管病研究所心内科	教授
张黔桓	广东省心血管病研究所心内科	博士
蒲介麟	中国医学科学院阜外心血管病医院心内科	教授
郭继鸿	北京大学人民医院心内科	教授
张海澄	北京大学人民医院心内科	教授
任晓庆	中国医学科学院阜外心血管病医院心内科	博士
张 澍	中国医学科学院阜外心血管病医院心内科	教授
万 征	天津医科大学总医院心内科	教授
李永乐	天津医科大学总医院心内科	主治医师
华 伟	中国医学科学院阜外心血管病医院心内科	教授
丁立刚	中国医学科学院阜外心血管病医院心内科	博士
黄 峻	南京医科大学第一附属医院	教授
杨跃进	中国医学科学院阜外心血管病医院心内科	教授
赵雪燕	中国医学科学院阜外心血管病医院心内科	主治医师
吴 超	中国医学科学院阜外心血管病医院心内科	博士
汪朝晖	华中科技大学同济医学院附属协和医院心内科	副主任医师
廖玉华	华中科技大学同济医学院附属协和医院心内科	教授
卢永昕	华中科技大学同济医学院附属协和医院心内科	教授
张抒扬	北京协和医院心内科	教授
陈 锐	北京协和医院心内科	主治医师
吴学思	首都医科大学附属北京安贞医院心内科	教授
郭永芳	首都医科大学附属北京安贞医院心内科	博士
程中伟	北京协和医院心内科	主治医师
方 全	北京协和医院心内科	教授
陈 浩	卫生部北京医院心内科	主治医师
杨杰孚	卫生部北京医院心内科	教授

李为民	哈尔滨医科大学附属第一医院	教授
高延庆	哈尔滨医科大学附属第一医院	主治医师
李虹伟	首都医科大学附属北京友谊医院心血管中心	教授
赵树梅	首都医科大学附属北京友谊医院心血管中心	博士
朱建华	浙江大学医学院附属第一医院心内科	教授
夏淑东	浙江大学医学院附属第一医院心内科	博士
马依彤	新疆医科大学第一附属医院心内科	教授
郭进建	福建医科大学附属协和医院心内科	博士
陈良龙	福建医科大学附属协和医院心内科	教授
严晓伟	北京协和医院心内科	教授
许如意	解放军总医院心内科	主治医师
叶 平	解放军总医院心内科	教授
赵水平	中南大学湘雅二医院心内科	教授
戴天医	首都医科大学附属北京安贞医院心内科	硕士
刘小慧	首都医科大学附属北京安贞医院心内科	教授
董吁钢	中山大学附属第一医院心血管医学部	教授
陈 琮	中山大学附属第一医院心血管医学部	主治医师
袁 洪	中南大学湘雅三医院心内科	教授
蔡菁菁	中南大学湘雅三医院心内科	博士
宋治远	第三军医大学西南医院心内科	教授
张 倩	第三军医大学西南医院心内科	主治医师
颜红兵	首都医科大学附属北京安贞医院急救中心	教授
郑 斌	首都医科大学附属北京安贞医院急救中心	主治医师
于 波	哈尔滨医科大学附属第二医院心内科	教授
孙 勇	哈尔滨医科大学附属第二医院心内科	主任医师
郑 杨	吉林大学白求恩第一医院心血管疾病诊疗中心	教授
魏 盟	上海交通大学附属第六人民医院心内科	教授
杭靖宇	上海交通大学附属第六人民医院心内科	主治医师
曾伟杰	中国医学科学院阜外心血管病医院肺血管病诊治中心	博士
何建国	中国医学科学院阜外心血管病医院肺血管病诊治中心	教授
秦永文	第二军医大学长海医院心内科	教授
宗刚军	第二军医大学长海医院心内科	主治医师
黄元铸	江苏省人民医院南京医科大学第一附属医院	教授
李淑梅	吉林大学白求恩第二医院心内科	教授
张基昌	吉林大学白求恩第二医院心内科	主治医师
刘梅林	北京大学第一医院老年内科	教授
冯雪茹	北京大学第一医院老年内科	主治医师
车 琳	同济大学附属同济医院心内科	副主任医师
沈玉芹	同济大学附属同济医院心内科	副主任医师
王乐民	同济大学附属同济医院心内科	教授

前言

在读者关爱的激励之下,在作者和编者辛勤劳动的支持之下,《心脏病学实践》系列丛书已经走过了 10 个春秋。本套丛书自问世以来,得到众多专家和同道的热心支持与鼓励,我们由衷感激对本丛书给予过善意批评和热心支持的每一位专家和同道。

心脏病学发展迅速,在诊断治疗方面不断有新的探索,不断形成新的认识。为方便临床医生把握国际心脏病学发展的前沿动态,我们组织具有深厚临床造诣的专家不断地更新和丰富本丛书的内容,希望能引领广大医生正确解读临床试验,推广循证医学的概念,全面理解指南并正确地应用于临床实践当中去,缩小指南和临床实践的差距。令我们欣慰的是,过去 10 年中,本套丛书发挥了积极的作用。但由于我们水平有限,组稿和统稿的时间比较紧张,书中难免会存在疏漏之处,万望广大读者不吝指正。

我们再次感谢本书所有作者的热情支持,正是他们无私的奉献,才保证了本书能够如期面世。

胡大一 马长生

2010 年 9 月 6 日

目 录

总 论

第 1 章	健康中国 2020——从心血管疾病预防抓起	1
第 2 章	缩小急性冠状动脉综合征临床实践与指南的差距——临床路径的作用	5
第 3 章	动脉粥样硬化易损斑块的基础与临床	9
第 4 章	动脉粥样硬化性心血管病的遗传学和基因组学研究	20
第 5 章	基因分型和基因诊断在心血管临床的应用	31
第 6 章	干细胞治疗心血管疾病新进展	42
第 7 章	阿司匹林在心血管疾病一级预防中的地位评价	57
第 8 章	如何规范报告和解读临床试验——CONSORT 简介	67
第 9 章	AHA 科学声明:处理急性心血管疾病和脑卒中的用药错误	73
第 10 章	ACCF/ACR/AHA/NASCI/SAIP/SCAI/SCCT 冠状动脉 CTA 专家共识解读	88
第 11 章	简读 ACCF/ASNC/ACR/AHA/ASE/SCCT/SCMR/SNM 心脏放射性核素 适宜性检查标准	99

高 血 压

第 12 章	欧洲高血压指南再评价(2009)的解读	105
第 13 章	降压的目标值——争论还要持续多久?	109
第 14 章	高血压治疗领域的困惑、争议及展望	114
第 15 章	不同性别血压的特点和高血压治疗的差别	118
第 16 章	如何提高降压药物的依从性	126
第 17 章	联合降压治疗对肾脏功能的影响	132
第 18 章	糖尿病患者降压治疗的特殊性	140

冠 心 病

第 19 章	美国 STEMI 住院死亡率近 10 年的降低对我国的启示	143
第 20 章	2009 年 ACC/AHA-STEMI 指南及 ACC/AHA/SCAI-PCI 指南更新解读	152
第 21 章	心内科运动实验室应该具备怎样的条件——AHA 建议	159
第 22 章	染色体 9p21 与冠心病	165
第 23 章	冠状动脉钙化积分对心血管疾病预测价值的认识	172
第 24 章	血小板功能实验指导临床治疗的意义评价	177
第 25 章	超敏肌钙蛋白 T 在稳定型冠心病患者中的预后价值	183
第 26 章	急性冠脉综合征介入治疗的时机——证据回顾	188

第 27 章	冠状动脉支架内血栓和双联抗血小板治疗	204
第 28 章	新型噻吩吡啶类抗血小板药物临床研究回顾	209
第 29 章	氯吡格雷与质子泵抑制剂最新循证医学证据分析	221
第 30 章	冠心病抗血小板治疗——进展、争议与疑惑	228
第 31 章	糖尿病患者血运重建治疗选择——循证医学证据	236
第 32 章	急性心肌梗死直接 PCI 术中是否应常规行血栓抽吸?	249
第 33 章	血管内超声检查对冠脉介入治疗的指导价值回顾以及对斑块特征研究的进展	254
第 34 章	急性心肌梗死溶栓后是否应常规转运行 PCI	259
第 35 章	急性 ST 段抬高型心肌梗死溶栓后 PCI——一个被重新认识的问题	265
第 36 章	介入治疗术后出血对预后的影响以及相关风险评估	276
第 37 章	PCI 术后需要三联抗血小板治疗吗? ——CILON-T 研究解读	285

心 律 失 常

第 38 章	心房颤动心室率的控制——目标心率到多少合适?	293
第 39 章	华法林后时代到来了吗? ——RELY 试验解读	296
第 40 章	心房颤动导管消融治疗未来展望	301
第 41 章	心房颤动导管消融成功后还需要华法林抗凝治疗吗?	307
第 42 章	导管消融对心房颤动治疗模式的影响	311
第 43 章	院内尖端扭转型室性心动过速的预防——AHA/ACCF 科学声明精要	316
第 44 章	室性心律失常导管消融的进展	322
第 45 章	早期复极的临床再认识	331
第 46 章	ARVC 的药物治疗和导管消融治疗	336
第 47 章	置入 ICD 前常规进行导管消融治疗室性心动过速——VTACH 试验解读	340
第 48 章	重视一度房室阻滞的临床意义	345
第 49 章	AHA 最新关于置入式心脏电子装置感染处理的科学声明	350
第 50 章	现代生理性起搏功能的优化	357
第 51 章	双心室起搏治疗心动过缓——是否会改变目前的起搏模式?	370

心 力 衰 竭

第 52 章	急性心力衰竭的治疗——现状和未来发展的趋势	375
第 53 章	急性心力衰竭呼吸困难的评估和治疗	382
第 54 章	急性左心衰竭利尿剂剂量的探索	390
第 55 章	心力衰竭新认识	396
第 56 章	心力衰竭时肾脏的病理生理变化及其临床意义	402
第 57 章	慢性心力衰竭急性失代偿期需要停用 β 受体阻滞剂吗? ——B-CONVINCED 研究	406
第 58 章	无明显症状的心力衰竭患者的心脏再同步化治疗	411
第 59 章	左室辅助装置对顽固性心力衰竭的治疗作用——Heart Mate II 研究	413

学 科 交 叉

第 60 章	ACCF/AHA/AATS/ACR/ASA/SCA/SCAI 2010 胸主动脉疾病诊断和 处理指南解读	417
第 61 章	围手术期 β 受体阻滞剂的应用——2009 年 ACCF/AHA 指南更新内容	435
第 62 章	AHA/ACS/AUA 雄激素阻断治疗与心血管风险的科学建议	439
第 63 章	2010 年 ADA 糖尿病诊疗指南解读	447
第 64 章	AHA/ACCF 关于噻唑烷二酮类药物与心血管风险的科学建议	451
第 65 章	AHA 关于运动和饮食中的糖对心血管健康的科学声明	457
第 66 章	怎样看待他汀类药物增加新发糖尿病风险问题	463
第 67 章	烟酸类药物用于高脂血症治疗的评价	467
第 68 章	牙周炎与冠心病	472
第 69 章	糖尿病患者的血脂特点和联合降脂治疗——ACCORD 研究的启示	479
第 70 章	生活方式管理在高血压治疗中的意义	488
第 71 章	颈动脉支架还是颈动脉内膜剥脱——CREST 研究解读	501
第 72 章	肾动脉介入治疗有意义吗? ——ASTRAL 研究解读	508

其 他

第 73 章	成人先天性心脏病治疗进展	513
第 74 章	休克的治疗——多巴胺和去甲肾上腺素如何选择	521
第 75 章	心脏瓣膜疾病的规范化治疗	528
第 76 章	肺动脉高压的药物联合治疗	541
第 77 章	先天性心脏病介入治疗并发症的识别与处理	551
第 78 章	抗磷脂抗体综合征的心血管表现	570
第 79 章	泌乳素与围产期心肌病的关系——可能的治疗新方向	576
第 80 章	他汀类药物在老年人的合理应用及安全性评价	583
第 81 章	心肺运动负荷试验与心血管疾病的有氧运动康复治疗	588

第 1 章

健康中国 2020——从心血管疾病预防抓起

在 2008 年全国卫生工作会议上，卫生部正式提出“健康中国 2020”战略。“健康中国 2020”战略是以提高人民群众健康为目标，坚持预防为主，防治结合的方向，采用适宜技术，坚持中西医并重，以危害城乡居民健康的主要问题和健康危险因素为重点，通过健康促进和健康教育，坚持政府主导，动员全社会参与，努力促进人人享有基本医疗卫生服务。“健康中国 2020”战略的核心突出显示了疾病预防的重要性。

健康需要终身维护。我在很多场合、很多次演讲中反复讲到“心血管疾病发生发展几十年，致死致残一瞬间”。预防的重要性不言而喻，但是知易行难，真正能做到健康生活、有效预防的人少之又少。

打个比方，车行万里路是靠维护，而不是靠大修。很多中青年人对自己的汽车精心爱护，而对自己的身体却马马虎虎，从不加维护，得了心脏病去医院“大修”一次，放上两三个支架，但很难再回归健康了！

医生的使命

前不久，由湖南卫视炒作的非常怪异的张悟本现象，宣称“把吃出来的病吃回去”，在电视上公开散布一些伪科学的非常荒谬的话语，他说高血压导致脑卒中不是高血压引起的，而是降压药引起的，降压药都是血管扩张药，血管过分扩张了就把血管扩破了；高血压导致肾脏病、肾衰竭，都是降压药的毒性作用导致的，不信你去看看 ACEI（常用降压药，血管紧张素转换酶抑制剂）、ARB（常用降压药，血管紧张素 II 受体拮抗剂）都有肾脏损害，病都是吃药吃出来的，等。张悟本正是利用老百姓相信养生食疗，顾虑是药三分毒的心理，企图用非常片面极端的食疗方法来取代药物治疗，让高血压病人不要吃降压药，糖尿病人把降糖药都停了，冠心病病人放了支架不要吃阿司匹林，让全民都去生吃长条茄子，一天用绿豆 3~5 斤煮汤喝……

在这样的情况下，我们的医生有责任站出来讲话。如果你不讲，就让张悟本这类人有可乘之机，不断跳出来散布各种谬论。前不久，我给国家中宣部、新闻出版总署、广电总局写了信，呼吁政府应该关注这些现象，维护老百姓的健康权益。

我国著名的心胸血管外科和心血管流行病学奠基人之一吴英恺院士讲过，做医生不仅仅要治病，而且要用更大的精力去做疾病预防，才更有成就感，更有价值。只治病是十个医生解决一个病人的问题，做预防是一个医生面对一千个人，去推广普及疾病预防知识和技能，预防一千个人患病。吴老在 70 岁时成功地实现了他人生的重大转折，从一名杰出的心胸外科专家

转而全身心地投入我国心血管疾病预防控制的宏伟事业,组建了以医院为基础的临床预防医学研究基地,为我国心血管健康促进和预防作出了杰出的贡献。

政府的责任

我们习惯讲科技是生产力,事实上,健康也是生产力。生产力有三个要素:劳动者、劳动工具和劳动对象。只有健康的劳动者使用劳动工具,才能生产出劳动产品和成果,也才能有社会财富的积累和社会进步。全民健康是支撑社会发展最基础的因素之一。

对我们个人来讲,健康是尊严,健康是幸福,健康是成功人生的基础,没有健康就不可能有成功。“如何才能让生活更美好”,那就是健康不得病。不得病未必生活一定美好,但是得了病生活一定不美好。

健康促进不是医生能做的事,一定要发挥政府的推动作用。譬如食品健康、食品安全问题是最大的民生问题,政府有必要通过一系列的政策法规,来推动饮食革命,让老百姓吃得安全、吃得健康。

控烟,是中国目前面临的最严峻挑战。中国是世界上最大的烟草消费市场,也是吸烟人数最多的国家。据统计,中国现有 3.5 亿烟民,5.4 亿被动吸烟人群受二手烟危害,中国男性医生中吸烟者率达 50%~60%(不同的调研结果),其中心血管男性医生中吸烟者为 29.8%。中国控烟协会会长、卫生部副部长黄洁夫称:中国在控烟问题上“不但没有雨点,雷声也不大”。

劝说一个人戒烟非常困难,推动无烟环境建设可以有效地遏止吸烟人群扩大及二手烟的危害问题。推动无烟环境建设是政府的责任,政府应通过政策法规,加强监管力度,首先实现世界卫生组织提出的公共场所无烟化,这样可以有效保证公众的健康权利,特别是对妇女儿童的健康非常有利。因为中国女性吸烟非常少。

还有一个非常重要的问题是青少年的健康状况。相比 20 世纪五六十年代,我国青少年的体质明显退步,政府应借着教育制度改革的大浪潮,从政策法规上保护青少年的运动健康和饮食健康,特别是让青少年不沾染烟草,预防控制肥胖、高血压和糖尿病等。

欧美的经验与我国现状

从 20 世纪 60 年代开始,美国心血管疾病死亡率每年下降 2%,法国、芬兰等欧洲国家也都出现了心血管疾病死亡率下降的拐点。获得这一成就的原因是他们先后发动了“三大战役”——控烟、控制高血压和胆固醇教育计划。针对心血管病高危人群的干预措施,美国国立卫生研究院(NIH)提出了强化降压、降脂、降糖的措施,通过健康生活方式和药物治疗,一定要把血压降到 120/80mmHg 以下,血糖控制到 6mmol/L 以下,总胆固醇控制到 5.2mmol/L 以下。事实证明,这是一个可以重复的成就。新的世纪以来,美国心血管疾病死亡下降趋势走缓,肥胖和糖尿病成为新的挑战。

反观我们中国的情况,传统的吸烟、高血压和胆固醇这三个心血管疾病的危险因素我们解决得不太好:控烟的问题前面已经谈到,形势严峻;控制高血压进行了很多年,血压的控制率依然不到 10%,与发达国家 30%~50%相比还有明显差距;胆固醇教育计划刚刚走过 5 年时间。现在同样面临着更为严峻的挑战与威胁的是肥胖和糖尿病。

肥胖和糖尿病这两种慢性非传染性疾病在中国这个发展中国家,甚至比西方发达国家蔓延的更为严重。不但在北京、上海、广州这样的大城市,在国内很多僻远的乡镇也能看到“未富

先病,未富先胖”现象;据卫生部 2004 年统计公布,中国有 2000 万糖尿病患者。今年发表在《新英格兰医学杂志》上最新的流行病学资料显示,中国现有 9200 万糖尿病患者,将近 1.5 亿糖尿病前期患者。

美国是世界上做心脏搭桥和支架植入术最多的国家,无论总数还是人均数都是最多的。中国的支架植入术 2008 年为 18 万例,2009 年 24 万例,2010 年约达到 30 万例。我们在不断创造某些纪录的同时我却有一种深深的焦虑。中国是一个发展中国家,不管 GDP 发展到什么水平,我们没有必要去不断攀比支架术的数量,如果哪天中国每年做到了 500 万例支架植入或心脏搭桥术,那么,就会把中国老百姓的健康状况彻底搞垮。这种担心并不是我一个人的看法。

2000 年,美国制订了“健康 2020”计划,提出新世纪新目标,希望继续保持心血管病死亡率每年递减 2%,到 2020 年心血管疾病发病率降低 20%,全民健康水平提高 20%。在计划里很重要的一点就是强调心血管健康促进,不光提到了二级预防,还提出了“初预防”和“零预防”的概念,也就是我过去经常讲的全面构筑防御心血管疾病的第一道防线,即从青少年开始不沾染烟草,用健康的生活方式预防肥胖、高血压和糖尿病。

健康 4+4 策略

健康从心做起,领跑健康中国。美国 NIH 给我一些理念是:心血管疾病预防是防控主要慢性非传染性疾病杠杆的支点,做好心血管疾病预防,可以推动癌症、糖尿病、慢性阻塞性肺病(COPD)、肾脏病和视力障碍疾病等五大慢性非传染性疾病防控,收到“一石多鸟”的综合效果(美国 NIH 提出的“一带五的效果”)。目前,这五种慢性非传染性疾病还没有超出心血管疾病预防的更新的可操作的范畴。

针对心血管疾病预防,我们提出“健康 4+4”策略,即用 4 个理想的健康行为和 4 个理想的健康因素,来推动全民健康促进运动。

4 个理想的健康行为:

不吸烟,或戒烟超过 1 年。

坚持运动,每周从事中等强度的运动不少于 150 分钟,或剧烈运动超过 75 分钟。即每周至少运动 5 天,每次不少于 30 分钟,连续走路或慢跑。

健康饮食,在中国非常重要的问题是控盐,中国人普遍吃盐超标,世界卫生组织提出每人每天盐的摄入量应小于 5g,患有高血压、心脏病、糖尿病和肾脏病的人应更严格控制;另一个是严格限制反式脂肪酸、饱和脂肪酸和肉类摄入,倡导多吃新鲜蔬菜水果和富含钾的食物。

理想体重,通过健康的饮食和运动锻炼保持理想体重,使体重指数(BMI)[体重(千克)÷身高(米)²]小于 24。

4 个理想的健康因素:

不吸烟或戒烟超过 1 年。

非药物治疗情况下,血压小于 120/80mmHg。

非药物治疗情况下,总胆固醇小于 200mg/dl(5.2mmol/L)。

非药物治疗情况下,空腹血糖小于 110mg/dl(6.0mmol/L)。

我们提倡,每个人从出生到成年,通过健康的生活方式,如健康饮食习惯、坚持规律运动等,不需要药物治疗,持续保持血压在 120/80mmHg 以下,血脂和血糖也同样保持在理想水

平,直到七八十岁。那么,可以肯定这个人不但寿命长,生活质量高,而且可以对社会作出更大的贡献。如果得了高血压,需要用药物控制使之达标,效果虽然没有自然达标好,但亦可有效减少各种心血管并发症的发生发展。血脂和血糖的管理是同样道理。

同美国一样,我国国家和个人医疗费用负担正日益加剧,通过倡导推行健康生活方式或改善不健康生活方式,让更多的人达到“理想健康状态”,可很大程度减少心血管危险因素和疾病的发生以及疾病治疗的相关费用,是解决公共医疗费用巨大负担的根本出路。

(胡大一)

第 2 章

缩小急性冠状动脉综合征临床实践与指南的 差距——临床路径的作用

冠心病已成为我国城乡居民致残、致死的主要原因之一,每年大约 70 万人死于冠心病,约占全部死亡的四分之一^[1]。而冠心病的死亡主要是由于急性冠状动脉综合征(ACS)。近年来对 ACS 的治疗和预防进行了大量研究,并取得了重要进展,再灌注治疗、抗血小板、抗凝、他汀类调脂治疗及 β 受体阻滞剂的应用等使 ACS 的病死率明显降低,这些经循证医学证实可改善 ACS 预后的治疗措施都已被纳入国际上权威学术组织发表的指南,包括我国的指南。但来自西方国家的数据显示,对指南规定的有效治疗手段的实施并不理想,患者对治疗的依从性不高。我国过去缺乏较大系列的相关数据。为此,中华医学会心血管病学分会与澳大利亚悉尼大学乔治中心合作进行了一项“中国急性冠状动脉综合征临床路径(Clinical Pathways for Acute Coronary Syndromes in China)”研究,简称 CPACS 研究。该研究组织了全国 18 个省(市)、51 家医院(其中 80%为三级医院,20%为二级医院)参加,于 2004 年 9 月至 2005 年 5 月进行了第一期(CPACS-1)研究,前瞻性地调查了 2973 例 ACS 患者的诊断、危险分层及处理的现状。该研究的主要发现有以下几点^[2~4]。

一、我国 ACS 的诊断仍需规范

在 2973 例 ACS 患者中,初始诊断为 ST 段抬高心肌梗死(STEMI)1287 例(占 43%)、非 ST 段抬高心肌梗死(NSTEMI)322 例(占 11%)和不稳定性心绞痛(UAP)1360 例(占 46%),其 ACS 的构成与国外报告相比,NSTEMI 诊断的比例较低。

全球 ACS 注册(GRACE)研究结果显示,STEMI 占 30%,NSTEMI 占 25%,UAP 占 38%,其他心脏或心脏性疾病诊断占 7%^[5]。这种诊断上的差别可能与本研究中医生对心电图和(或)生物标记物的检测和解释的不确定性有关。在本研究中医生的最后诊断与心电图和(或)生物标记物不一致者在 STEMI 患者占 19%,在 NSTEMI 患者占 16%,一部分初始诊断 UAP 的患者来检测生物标记物,可能是造成 NSTEMI 比例偏低的原因。该研究结果提示在我国 ACS 的诊断仍需规范。

二、ACS 患者治疗的现状

1. STEMI 患者再灌注治疗比例低 再灌注治疗,包括直接经皮冠状动脉介入治疗(PCI)和溶栓治疗,是 STEMI 最重要的治疗。本研究中,12 小时内在三级医院就诊的 STEMI 患者中只有 30%给予了再灌注治疗,其中直接 PCI 16.3%,在二级医院的患者中 31%进行了再灌注治疗,其中直接 PCI 6.6%。进行溶栓者,进门至溶栓治疗开始的中位数时间在三级医院为 61(26~120)分,二级医院为 55(30~100)分;行直接 PCI 者,进门至第一次球囊扩张的中位数