

XINXUEGUAN

XUNZHENG YIXUE CONGSHU

心血管循证医学丛书

心血管疾病 临床指引(上)

主 编 刘金来 陈 璘 吴一龙

主 审 余步云



XINXUEGUAN JI BING

LINCHUANG ZI

江西科学技术出版社

XINXUEGUAN
DAGUIMO LINCHUANG SHIYAN

心血管循证医学丛书

心血管疾病 临床指引（上）

主 编 刘金来 陈 璘 吴一龙
主 审 余步云

江西科学技术出版社

图书在版编目(CIP)数据

心血管疾病临床指引. 上/刘金来, 陈璘, 吴一龙主编. —南昌: 江西科学技术出版社, 2004. 3

(心血管循证医学丛书)

I. 心… II. ①刘… ②陈… ③吴… III. 心脏血管疾病—临床医学—研究
IV. R54

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2004)第 018239 号

国际互联网(Internet)地址:

HTTP://WWW.NCU.EDU.CN: 800/

心血管疾病临床指引. 上 刘金来等主编

出版	江西科学技术出版社	
发行		
社址	南昌市新魏路 17 号	
	邮编:	330002 电话:(0791)8513294 8513098
印刷	江西南昌红十字印刷厂	
经销	各地新华书店	
开本	787mm × 1092mm	1/16
字数	879 千字	
印张	36. 125	
印数	1500 册	
版次	2004 年 8 月第 1 版 2004 年 8 月第 1 次印刷	
书号	ISBN 7-5390-2452-6/R·603	
定价	120.00 元/上、下两册	

内容提要

临床指引是使用系统方法建立起来的对某一特定临床问题的处理建议,是连接科学证据和临床实践的桥梁。《心血管疾病临床指引》介绍了最新的国内外医学权威机构有关心血管疾病诊断与防治的临床建议,这些建议从循证医学的观点出发,分为Ⅰ、Ⅱ、Ⅲ类,并提供证据的强度(A、B、C三级)。

本书内容包括辅助检查、危险因素综合干预、各种常见心血管疾病的防治指南,以及非心脏手术病人围手术期心血管系统评估指南等。临床医师了解并掌握这些知识,将有利于临床医疗行为的规范,更好地为病人服务,同时有助于临床医师的科研选题质量的提高和临床科研水平的提高。

本书适合于临床医师和研究生研读,也可供临床科研工作者及医学院校师生在提高专业水平时参考,并可作为临床医师案头的工具书。

《心血管循证医学》丛书编委会

主 任 刘金来

副主任 陈 璘 吴一龙

编 委 (按姓氏笔画为序)

王庆慧	刘金来	吴一龙	吴 震	陈 璘
杨学宁	周汉建	张成喜	张 辉	赵长林
郝宝顺	钱孝贤	彭朝权	谢旭晶	熊肇军
穆攀伟				

《心血管疾病临床指引》编写人员名单

主编 刘金来 陈 璘 吴一龙

主审 余步云

编著者 (按姓氏笔画为序)

王庆慧	中山大学第三附属医院超声科	硕士		
刘金来	中山大学第三附属医院心内科	硕士	副教授	硕士生导师
吴一龙	中山大学肺癌研究中心 广东省循证医学科研中心	教授 主任	博士生导师	
陈 璘	中山大学第三附属医院心内科	硕士	主任医师	硕士生导师
吴 震	中山大学第三附属医院心内科	硕士		
周汉建	中山大学第三附属医院心内科	硕士	副主任医师	
张成喜	中山大学第三附属医院心内科	硕士	讲师	
张 辉	中山大学第三附属医院心内科	硕士		
赵长林	中山大学第三附属医院心内科	硕士	副主任医师	
郝宝顺	中山大学第三附属医院心内科	硕士		
钱孝贤	中山大学第三附属医院心内科	博士	副教授	硕士生导师
彭朝权	中山大学第三附属医院心内科	硕士	副主任医师	硕士生导师
谢旭晶	中山大学第三附属医院心内科	硕士		
熊肇军	中山大学第三附属医院心内科	硕士		
穆攀伟	中山大学第三附属医院心内科	硕士		

序

一

循证医学(evidence-based medicine, EBM), 是一门通过正确利用及合理分析临床资料来制定医疗卫生决策, 规范医疗服务行为, 从而提供经济高效的医疗服务的科学。著名流行病学家 David Sackett 将 EBM 定义为“慎重、准确和明智地应用所能获得的最好研究证据来确定患者的治疗措施”。具体表现在行医时要寻找证据, 要运用证据, 要提高费用—效益比, 等等。近 10 年来, 作为临床实践中的一门新学科, 循证医学的迅猛发展已使临床医学研究和临床实践发生了巨大的转变。经验医学(experience-based medicine)向 EBM 的转变已成了当今临床医学发展的必然趋势。因此, 21 世纪的临床医学将进入以循证医学为主导的时代。

近 20 年来, 国际上先后完成了成百上千项大规模心血管临床试验, 它们对循证医学的产生起了巨大的推动作用, 也使心血管循证医学得以迅速的发展, 成为循证医学中最活跃的领域之一。但是, 循证医学在我国还刚刚起步, 正处于一个开拓时期, 需要进行大量的艰苦细致的工作。中山大学附属第三医院是国内循证医学开展较早的单位之一, 已举办了多期《循证医学》学习班, 并创办了《循证医学》杂志。现在, 由刘金来副教授、陈璘主任和吴一龙教授主编的心血管循证医学丛书《循证医学纵横谈》、《心血管大规模临床试验》和《心血管疾病临床指引》又即将出版。本丛书的作者大都是从事临床第一线工作的心血管专科医师, 他们年轻、思维活跃、富有创新精神, 在繁忙

的工作之余,能吃苦耐劳,奋发向上,与时俱进,继往开来,为循证医学的普及做出了不懈的努力。对此,我感到由衷的欣慰。并愿为此丛书作序,将其推荐给广大读者。

本丛书的编写角度新颖,内容丰富,深入浅出,科学性和实用性强。它比较全面地介绍了心血管循证医学的基本理论和具体的医疗实践内容。了解并掌握这些知识,将使临床医师在新思维的指导下进行临床教学与医疗实践,并有助于科研选题设计,进一步提高临床科研水平,同时这也是广大患者的一件幸事。相信该丛书的出版定能受到广大临床医师的欢迎。

余步云

中山大学附属第三医院

2003年1月

序

二

我与刘金来、陈璘两位心血管医生曾共事数年,虽然我们从事的专业不同,但共同对循证医学的痴迷和执著,却使我们有了诸多的共同语言。在我主编的《循证医学》杂志中,他们是最勤奋的作者之一,读读他们的文章,总有一股求知和探索的感觉。虽然我的专业是肿瘤学,与心血管学有点风马牛不相及,但当他们有了编著心血管循证医学丛书想法时,在他们的力邀之下,我也欣然受命,参与其中。

毫无疑问,21世纪临床医学的主流就是循证医学。正如我在《循证医学》杂志创刊词上所说的那样,一句“拿证据来”正成为临床医学的流行语。但我们也遗憾地看到,在不少的基层医院甚至是大医院,还有一些医生对循证医学不甚了了。由此而产生的问题是,许多经循证医学证实为无效的治疗方法还在使用,一些还不止一次地被评为我国特有的所谓“科研成果”。在这种情势下,患者当然是无法得到最佳的治疗了。因此,普及和推广循证医学的知识就显得特别地重要。心血管循证医学丛书特别是《循证医学纵横谈》,就是基于普及的目的而编写的。我希望,这套书的出版会成为临床工作者的案头必备。当循证医学的概念成为所有从事临床医学的人的共识时,我们的医学会变得更有人情味,更体现出一种以人为本的新面貌。

吴一龙

2003年春于广东省人民医院

前言

现代医学正以前所未有的速度向前发展,其发展的原动力除了基础研究的突破外,还有循证医学在全球的广泛开展。循证医学(evidence-based medicine, EBM)即遵循证据的临床医学。它是一门通过合理分析及正确利用临床资料来制定医疗卫生决策、规范医疗服务行为,从而给患者提供经济而高效的医疗服务的科学。它的出现使临床医学研究和临床实践发生了巨大的转变,是近10年来在临床实践中迅速兴起的新学科。从经验医学(experience-based medicine)向循证医学的转变是21世纪临床医学的一场深刻变革,是临床医学发展的必然趋势。循证医学被称为21世纪临床医学的新模式,正以其深刻的内涵和无可抵挡的诱惑力,越来越明显地影响着我们的日常工作和临床科研。一句“拿证据来”,正在成为临床工作者的流行语。什么是证据?要什么样的证据?怎样搜集证据?怎样应用证据?又怎样提供证据?这正是循证医学的研究内容。

心血管循证医学,是循证医学中最活跃的领域之一。近20年来,国际上先后完成了成百上千项大规模心血管临床试验。科学严谨的临床试验为疾病的诊治提供了理论依据,同时在临床试验的过程中,发现了在基础研究中没有涉及的领域,为基础研究的发展开辟了新的空间。因此,了解并掌握临床试验的意义和规律,对一名临床医师来说是非常重要的。例如,5项具有里程碑意义的大型随机对照试验(randomized controlled trials, RCTs)直接导致了美国胆固醇教育计划成人治疗组Ⅲ(NCEP ATP Ⅲ)的出台。ATP Ⅲ提出了降脂治疗的首要目标是降低低密度脂蛋白-胆固醇(LDL-C),而对于冠心病或冠心病等危症者应将LDL-C降至100 mg/dL。临床上一些貌似有效而实际无效的疗法,或是看起来无效但实际上对患者有益的治疗程序,在循证医学面前必还其真实的面目。例如,应用了一个多世纪的洋地黄制剂,被发现并不能延长充血性心力衰竭患者的生命。CAST-I试验结果显示,常用的Ic类抗心律失常药物虽能暂时减少室性心律失常,但却使心肌梗死后患者的病死率增加。这些临床试验结果大出人们所料,也大大地改变了现代治疗的观点和方向。CAST试验对大规模RCTs重要性证明,其意义远远超出了试验本身,它是心律失常治疗的里程碑。被广泛看好的治疗高血压药物——钙通道拮抗剂 nifedipine,最终因与多种重要的心血管药物有相互作用,并导致严重不良事件的发生而夭折。这些循证医学的证

据,在不用对医疗资源作太大调整的基础上,就能提高现有的治疗水平并造福于人民大众。这,也正是循证医学的魅力所在。

20世纪90年代以来,由于发现临床实践极大的、难以解释的差异,明显不恰当地使用医疗措施,人们期望有效果好而价格又合理的医疗服务等原因,制定临床实践指引已激起了临床医学界的极大兴趣。认为临床实践指引可以改善医疗服务的质量和成本—效果比,而且是连接证据和临床实践的桥梁。因此,10余年来,国际上制定临床实践指引成为热点,发表了各种各样的临床指引,试图将紊乱的临床实践合理地规范起来。临床指引(clinical guideline)是使用系统方法建立起来的对某一特定临床问题处理过程的描述,其作用是帮助医患双方正确地选择诊断和治疗决策,以使患者能得到最适当的医疗照顾。心血管疾病临床指引,是对心血管疾病的某一临床问题进行诊断和治疗决策的规范,用于指导临床行为,使患者得到最好的医疗服务。例如, β -受体阻滞剂是很强的负性肌力药,以往一直被禁用于心力衰竭的治疗,而且 β -受体阻滞剂治疗心力衰竭的临床试验也表明,它在治疗初期对心功能有明显的抑制作用,使左室射血分数(LVEF)降低,但长期治疗(3个月以上),所有的试验都一致证明它能改善心功能,LVEF也明显增加。 β -受体阻滞剂之所以能从“心力衰竭的禁忌证”转变为心力衰竭标准治疗的一部分,就是因为人们走出了“短期药理学”治疗的误区,认识到 β -受体阻滞剂长期治疗的生物学效应,即修复性策略——改变心脏的生物学性质。这也是心力衰竭治疗概念发生根本性转变的依据。 β -受体阻滞剂从CHF治疗的禁忌证变为适应证,是基于大规模的RCTs,且已成为20世纪末心血管病治疗上最重要的进展之一。因此,根据这一循证医学的证据,ACC/AHA慢性心力衰竭评估与治疗指南、ESC慢性心力衰竭诊断与治疗指南、中国慢性收缩性心力衰竭治疗指南,都提出了对成人慢性收缩性心力衰竭使用 β -受体阻滞剂治疗的I类建议:①无论LVEF如何,对近期心肌梗死(MI)患者,应该使用 β -受体阻滞剂,除非有禁忌证和不能耐受(证据水平:A级);②无论是否患过MI,对LVEF减低的患者(心功能I级)应该使用 β -受体阻滞剂,除非有禁忌证和不能耐受(证据水平:B级);③除非有禁忌证和不能耐受的,所有稳定的患者(II级、III级)必须使用 β -受体阻滞剂,患者应没有或极少有体液潴留的证据,且最近没有静脉使用正性肌力药(证据水平:A级);④对于心功能IV级患者,患者病情稳定后(无液体潴留、4天内不使用静脉正性肌力药),应在严密监护和专科医师的指导下应用 β -受体阻滞剂。

在20世纪80年代,加拿大McMaster大学以David Sackett等为首的一批学者首先提出了循证医学的概念。国外有关循证医学知识的介绍,最早见于BMJ、LANCET和JAMA等著名杂志,是学习循证医学知识的最好资源。但循证医学在我国,现正处在一个开拓的时期,从事循证医学研究的专家学者很少,严格按照循证医学原则进行的临床研究则更少。在对循证医学概念的认识、对循证医学方法的运用、根据证据进行临床决策、提供高质量的临床证据等方面,我国与国外存在较大的差距。而在潮流兴证据、证据需实践的现代临床医学时代,把科学的思维和正确的实践紧密地结合起来又是特别重要的。基于以上的目的,我

们组织编写了这套心血管循证医学丛书,希望能对读者了解循证医学、掌握更科学更可行解决问题的新思路和新方法及解决临床实际工作中所遇到的问题有所裨益。我们愿做一个播种者,播下循证医学的星星之火,并期待着它能在我国医学界的每一个角落燎原成炽热的熊熊烈焰。

本丛书较全面地介绍了心血管循证医学的基本理论和具体的实践内容。心血管循证医学丛书分为《循证医学纵横谈》、《心血管大规模临床试验》和《心血管疾病临床指引》(上下册)。它们从不同的角度对循证医学进行了阐释,在内容上前后补充,相互印证,成为一个较完整的体系。

由于经验缺乏,水平有限,再加上时间仓促,书中错误与不足之处在所难免,在此恳请同道指正。

刘金来 陈璘 吴一龙

2002年11月

目 录

上

册

第一章 临床指引——证据和临床实践的桥梁.....	(1)
一、基于证据的方法	(1)
二、基于一般性的方法	(2)
三、基于专家意见的方法	(2)
第二章 辅助检查	(5)
第一节 ACC/AHA 动态心电图指南(1999).....	(5)
一、介绍	(5)
二、AECG 仪器设备	(6)
三、心率变异性.....	(10)
四、评价可能与心律失常有关的症状.....	(12)
五、无症状心律失常患者的危险度评价.....	(14)
六、抗心律失常治疗的疗效.....	(24)
七、评价起搏器和 ICD 功能.....	(27)
八、监测心肌缺血.....	(28)
九、儿科患者.....	(32)
第二节 ACC/AHA 超声心动图临床应用指南:执行总结.....	(35)
一、执行总结与建议.....	(35)
二、心脏杂音和瓣膜性心脏病.....	(35)
三、胸痛.....	(37)
四、缺血性心脏病.....	(37)
五、左心室功能测定的有关参数和超声心动图对心肌病的评价.....	(39)
六、心包疾病.....	(40)
七、心脏占位性病变和肿瘤.....	(40)
八、大血管疾病.....	(41)
九、肺部病变.....	(41)
十、系统性高血压.....	(41)
十一、神经系统疾病和其他心源性血栓疾病.....	(42)
十二、心律失常和心悸.....	(42)
十三、超声心动图的急诊应用.....	(43)
十四、成人先天性心脏病多普勒超声心动图的应用.....	(43)

十五、超声心动图在儿童患者中的应用	(44)
第三节 ACC/AHA 最新运动试验临床指南(2002)	(58)
一、介绍	(58)
二、运动试验用于冠心病的诊断	(61)
三、有冠心病病史或有症状患者的危险度评估及预后	(72)
四、心肌梗死后	(82)
五、使用通气气体分析的运动试验	(89)
六、特殊人群:妇女、无症状者和血运重建术患者	(92)
七、在儿童和青少年的运动试验	(104)
第三章 危险因素综合干预	(112)
第一节 心血管疾病一级预防指南	(112)
第二节 通过多重危险因素评估方程式评估心血管危险度(1999)	(116)
一、冠心病危险性综合评估的临床重要性	(117)
二、一级预防和二级预防	(118)
三、冠心病定义	(118)
四、绝对危险度评估	(118)
五、低危险度的定义	(119)
六、相对危险度与绝对危险度:Framingham 评分	(119)
七、短期绝对危险度	(122)
八、长期绝对危险度	(123)
九、主要危险因素的严重性	(123)
十、在危险度评估中将糖尿病作为一种特殊情况	(123)
十一、老年患者绝对危险度的评估	(124)
十二、Framingham 数据库的局限性	(124)
十三、条件性和易患性危险因素在危险度评估中的应用	(125)
十四、临床危险度减少的含义	(127)
第四章 高血压	(129)
第一节 美国关于预防、检测、评估与治疗高血压全国联合委员会第六次报告(JNC-VI)	(129)
一、前言	(129)
二、血压的测量与临床评估	(132)
三、高血压的预防与治疗	(137)
四、特殊人群和情况	(156)
第二节 WHO/ISH 高血压治疗指南(1999)	(164)
一、引言	(164)
二、高血压患者心血管病危险的决定因素	(166)
三、降低高血压患者心血管疾病危险性的干预治疗	(169)
四、临床评价	(174)

五、治疗	(179)
六、特殊人群	(190)
七、实施	(194)
八、未来的研究	(194)
第三节 中国高血压防治指南(试行本)(1999)	(195)
一、血压的现状与流行趋势	(195)
二、血压与心血管病危险性	(198)
三、血压的临床评价	(203)
四、高血压的定义与分类	(205)
五、高血压的治疗	(208)
六、特殊人群	(219)
七、高血压的社区防治	(223)
八、指南的实施	(226)
九、今后的研究	(227)
第五章 高脂血症	(229)
第一节 成人高胆固醇血症诊断、评估及治疗的第三次报告(成人 治疗组Ⅲ)(NCEP-ATPⅢ):执行总结	(229)
一、背景	(229)
二、低密度脂蛋白胆固醇:治疗的主要靶标	(230)
三、危险评估:处理危险性的第一步	(230)
四、采用降低低密度脂蛋白胆固醇治疗的一级预防	(233)
五、采用降低低密度脂蛋白胆固醇治疗的二级预防	(233)
六、降低低密度脂蛋白胆固醇治疗中的治疗性生活方式改变	(236)
七、药物治疗使低密度脂蛋白胆固醇达标	(237)
八、降低低密度脂蛋白胆固醇以外的益处:代谢综合征作为治疗的第二个靶点	(240)
九、特殊问题	(241)
十、降低低密度脂蛋白胆固醇治疗的依从性	(244)
附录1 ATPⅢ和ATPⅡ的共同特点	(245)
附录2 评估男、女10年的危险性	(245)
第二节 中国血脂异常防治建议(1997.6)	(247)
一、引言	(247)
二、高脂血症作为危险因素	(248)
三、高脂血症的分类	(249)
四、高脂血症的预防	(249)
五、高脂血症治疗步骤	(249)
六、高脂血症的防治措施	(251)
附件1 血脂测定技术及其标准化的建议	(253)
附件2 高脂血症的膳食治疗	(254)

一、膳食治疗的主要内容	(255)
二、膳食治疗的目标	(255)
三、膳食治疗的方法及具体实施方案	(255)
第六章 糖尿病	(258)
第一节 欧洲糖尿病治疗指南(1999)	(258)
一、高血糖状态的诊断	(258)
二、糖尿病管理的基本结构	(260)
三、糖尿病咨询	(260)
四、临床监测的组织	(261)
五、质量控制	(262)
六、患者教育	(263)
七、自我监测血糖	(265)
八、评估血糖、血脂和血压	(266)
九、提供营养的建议	(267)
十、体育锻炼	(268)
十一、高血糖的治疗	(269)
十二、血脂异常的治疗	(271)
十三、治疗高血压	(271)
十四、处理血管危险因素	(272)
十五、缺血性心脏病	(273)
十六、肾脏疾病	(274)
十七、眼损害	(275)
十八、足部问题	(276)
十九、神经病变	(277)
二十、2型糖尿病女性患者的妊娠和避孕问题	(278)
二十一、糖尿病患者在外科手术时的处理	(280)
第七章 冠心病	(282)
第一节 ACC/AHA/ACP-ASIM 慢性稳定型心绞痛治疗指南——执行总结与建议	(282)
一、前言	(282)
二、诊断	(282)
三、危险分层	(294)
四、治疗	(298)
五、随访:症状和抗心绞痛治疗的监测	(306)
第二节 ACC/AHA 不稳定型心绞痛和非 ST 段抬高心肌梗死最新治疗指南(2002)	(307)
一、引言	(307)
(一)本指南的目的	(307)
(二)急性冠状动脉综合征概述	(308)

二、初步诊断与治疗	(311)
(一)临床诊断	(311)
(二)早期危险性分层	(314)
(三)即刻治疗	(324)
三、住院治疗	(326)
(一)抗缺血治疗	(327)
(二)抗血小板与抗凝治疗	(335)
(三)危险性分层	(349)
(四)早期保守治疗与有创治疗的比较	(353)
四、冠状动脉重建术治疗	(358)
(一)一般原则	(358)
(二)经皮冠状动脉介入治疗	(360)
(三)冠状动脉搭桥术	(363)
(四)结论	(365)
五、出院与出院后的治疗	(365)
(一)药物治疗方案	(366)
(二)出院后随访	(367)
(三)使用药物	(368)
(四)调整危险因素	(368)
(五)病历记录	(371)
六、特殊人群	(371)
(一)女性	(371)
(二)糖尿病	(373)
(三)冠状动脉搭桥术术后的患者	(374)
(四)老年患者	(376)
(五)可卡因	(378)
(六)变异型心绞痛	(380)
(七)X综合征	(382)
附录 与不稳定型心绞痛有关的术语定义	(383)
第三节 ESC 无持续性 ST 段抬高的急性冠脉综合征治疗指南(2002)	
.....	(384)
一、概述	(384)
二、病理生理	(385)
三、诊断	(387)
四、危险性评估	(389)
五、治疗选择	(391)
六、急性冠状动脉综合征的治疗策略	(405)
七、长期治疗	(408)
总结	(409)