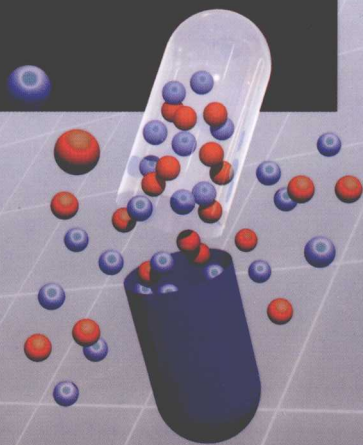


社区和农村用药指导丛书

总主编 隋忠国 梁 军

常见心脑血管系统疾病 用药指导

主编 隋忠国



 人民卫生出版社

社区和农村用药指导丛书

常见心脑血管系统疾病用药指导

主 编 隋忠国

副主编 周长勇 荆凡波

编 委(以姓氏笔画为序)

王永彬 李 鹏 周长勇 赵振寰

荆凡波 柳艳平 姚 健 隋忠国

人民卫生出版社

图书在版编目(CIP)数据

常见心脑血管系统疾病用药指导/隋忠国主编. —北京:人民卫生出版社, 2009. 10

ISBN 978-7-117-11611-4

I. 常… II. 隋… III. ①心脏血管疾病-用药法②脑血管疾病-用药法 IV. R972

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2009)第 169003 号

门户网: www.pmph.com	出版物查询、网上书店
卫人网: www.hrhexam.com	执业护士、执业医师、 卫生资格考试培训

常见心脑血管系统疾病用药指导

主 编: 隋忠国

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

E - mail: pmph@pmph.com

购书热线: 010-67605754 010-65264830

印 刷: 北京人卫印刷厂

经 销: 新华书店

开 本: 850×1168 1/32 印张: 11

字 数: 276 千字

版 次: 2009 年 10 月第 1 版 2009 年 10 月第 1 版第 1 次印刷

标准书号: ISBN 978-7-117-11611-4/R · 11612

定 价: 25.00 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)

《社区和农村用药指导丛书》

编委会名单

总 主 审 苗志敏

总 主 编 隋忠国 梁 军

副 总 主 编 毕晓林 李延年 张 辉 周长勇
田字彬

编委会委员(以姓氏笔画为序)

于国英	马 霖	马金利	王 萍	王龙源
王永彬	王秀英	王辉明	王颜刚	田字彬
毕晓林	曲海军	刘传圣	刘自民	孙美娟
李 鹏	李延年	李恩泽	杨 林	时 萍
沙丽颖	张 维	张 辉	张少平	陈德利
苗志敏	周长勇	赵振寰	荆凡波	柳艳平
姚 健	梁 军	隋忠国	綦秀芬	

编写说明

《社区和农村用药指导丛书》是在国家新医改方案公布实施、加大对基层社区医疗投入、提高公众健康水平的背景下编写的,该书主要针对社区和乡村医生编写,是一本科学、客观、简洁、实用的用药指导手册。

《社区和农村用药指导丛书》共分4个分册:《常见心脑血管系统疾病用药指导》、《常见内分泌系统疾病用药指导》、《常见消化系统疾病用药指导》、《常见中毒和疼痛用药指导》。每个分册均以疾病为主线,每类疾病一般分两部分编写:第一部分简要介绍该疾病分类、疾病的临床表现和治疗原则,第二部分为编写重点,针对疾病的病因、发病机制及临床表现,结合权威治疗方案,给出疾病的治疗原则与具体治疗方法,最终落在“用药指导”。收录的药品以国家基本用药目录和农村合作医疗药品目录为基础,西药、中成药并重,不求全,只求精。每种药品分别按[作用]或[功能]、[适应证]或[主治]、[用法用量]、[制剂]、[注意事项]进行叙述,简单明了,通俗易懂。

书中的专业名词以全国科学技术名词审定委员会公布的医学名词为标准,药品叙述时采用通用名,但考虑到患者在其他医院看病或治疗后所记住的一般为商品名,故在讲述药物时,在通用名后的括号补充部分别名或曾用名。

本丛书以青岛大学医学院附属医院领衔,基层医院共同参与编写,希望能给基层医生和患者用药起到指导和参考的作用。

总主编 隋忠国 梁 军

2009年9月

前 言

心脑血管系统疾病是严重危害人类健康的常见病、多发病,目前已成为社区和农村的主要治疗疾病之一。为此,编者对该领域的常见疾病及用于治疗常见药物进行较全面的介绍,目的是普及用药知识,宣传合理用药。

本书按疾病的分类进行编写,每一篇一般分两部分:第一部分简单介绍该疾病分类、疾病的临床表现和治疗原则;第二部分着重介绍治疗方法,药物治疗为编写的重点,收录的药品以国家基本药物目录和农村合作医疗药品目录为基础,西药、中药并重,每种药物按[作用]或[功能]、[适应证]或[主治]、[用法用量]、[制剂]、[注意事项]进行编写,力争简明易懂,重点突出。

希望该书能成为社区和基层医疗的参考用书,也成为农村合作医疗医生、护士的参考用书。

由于学术水平和知识阅历有限,编写中的错误和缺点实属难免,诚请专家和读者批评指正。同时,在本书的编写过程中,人民卫生出版社给予了多方的鼓励和支持,在此致以诚挚的感谢!

编 者

2009 年 6 月

目 录

第一篇 高血压病用药指导

第一章 高血压病概述	2
第一节 高血压的分类分级	14
第二节 高血压危险度的分层	16
第三节 高血压病的发病机制	17
第四节 高血压病的临床表现及并发症	18
第五节 高血压病的临床类型	19
第六节 高血压病的诊断	25
第七节 高血压病的治疗策略	32
第二章 高血压病的非药物治疗	34
第三章 高血压病的药物治疗	38
第一节 药物治疗的原则	38
第二节 降压药物的选择	39
第三节 降压药物的联合应用	39
第四节 降压药物的使用指南	40
第四章 治疗相关危险因素	51
第五章 特殊人群高血压的处理	53
第六章 抗高血压药	66
第一节 抗高血压药的分类	66
第二节 利尿降压药	66

第三节	肾上腺素受体阻断药	92
第四节	钙拮抗药	129
第五节	影响肾素-血管紧张素系统的降压药物	150
第六节	中枢性降压药	176
第七节	血管平滑肌扩张药	181
第八节	肾上腺素能神经末梢阻断药	189
第九节	其他抗高血压药物及高血压并发症用药	191
附表 1-1	高血压患者选择药物治疗指南	199
附表 1-2	心血管系统疾病常用名称对照表	200
附表 1-3	抗高血压药临床选用指导和参考列表	206

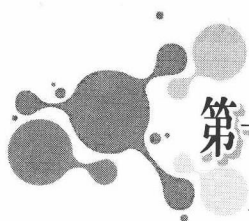
第二篇 血脂血症用药指导

第一章	血脂异常概述	209
第一节	血脂异常的分类	216
第二节	血脂异常的临床表现	218
第三节	血脂异常的治疗	222
第二章	血脂异常的药物治疗	235
第一节	调血脂药物应用的原则	235
第二节	调血脂药物的选择及联合应用	237
第三节	调血脂药物具体使用指南	245
第三章	调血脂药	252
第一节	HMG-CoA 还原酶抑制药类	252
第二节	苯氧芳酸类	262
第三节	离子交换树脂或胆汁酸螯合剂类	274
第四节	烟酸类	276
第五节	其他调血脂药物	279

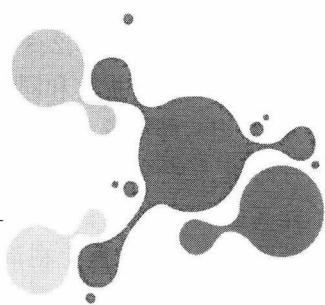
附表 2-1 常见的引起血脂异常的第二种病因	291
附表 2-2 减少饱和脂肪酸和胆固醇摄入的饮食	291

第三篇 脑卒中用药指导

第一章 脑卒中概述	294
第二章 脑卒中的治疗	295
第一节 出血性脑卒中(脑出血)的治疗	295
第二节 出血性脑卒中(蛛网膜下腔出血)的治疗	299
第三节 缺血性脑卒中(脑血栓形成)的治疗	301
第四节 缺血性脑卒中(脑栓塞)的治疗	305
第五节 短暂性脑缺血发作的治疗	306
第六节 其他用于改善脑功能的药物	321
附表 3-1 缺血性和出血性脑病常用口服药临床 选用指导和参考列表	336
参考文献	338
中文药名索引	339



第一篇 高血压病用药指导



近年来,由于社会经济的快速发展和人们生活方式的变化,我国的心血管病发病率及相关危险因素均有增长的趋势。据2002年全国居民营养与健康状况调查资料显示,我国成人高血压患病率为18.8%,全国有高血压患者约1.6亿。但高血压的知晓率、治疗率及控制率均很低,我们面临的高血压防治任务是非常艰巨的。本书从我国高血压流行状况和防治实际出发,提出符合国情的全人群和高危人群相结合的防治策略,同时加强高血压患者的治疗。

高血压的危害性除与患者的血压水平相关外,还取决于同时存在的其他心血管危险因素以及合并的其他疾病情况。因此,在高血压的分类与分级中,除仍将高血压的诊断标准定在收缩压 $\geq 140\text{mmHg}$ 和(或)舒张压 $\geq 90\text{mmHg}$;根据血压水平分为正常、正常高值血压和1、2、3级高血压之外,还根据合并的心血管危险因素、靶器官损害和同时患有的其他疾病,将高血压患者分为4层(组),即低危、中危、高危和极高危,并依此指导医生确定治疗时机、治疗策略与估计预后。

治疗高血压的主要目的是最大限度地降低心血管发病和死亡的总危险。这就要求医生在治疗高血压的同时,干预患者检查出来的所有可逆性危险因素,并适当处理患者同时存在的各种临床情况。对于一般高血压患者降压目标应是140/90mmHg以下,而对于合并糖尿病的患者,血压应降至130/

80mmHg 以下。

在初始用药的选择方面,主要根据个人情况,结合社会经济情况,根据我国的现状,群体的治疗应是尽可能在一般高血压患者中推荐使用廉价的降压药物,首先提高治疗率,然后在此基础上逐步提高控制率。临床医师可以根据患者的病情选择利尿药、 β -受体阻断药、钙拮抗药、血管紧张素转换酶抑制药(简称 ACEI,下同)或血管紧张素 II 受体(AT₁)阻断药(简称 ARB,下同)的一种或一种以上,或由上述药物组成的固定剂量复方降压制剂。为使血压达标,大多数高血压患者需要两种或两种以上降压药联合应用。强调改善生活方式对高血压的防治是十分重要的,不仅对高血压患者有益,而且对血压正常高值人群也有好处。对特殊人群的防治,包括老年高血压、妊娠高血压以及同时患脑血管病、冠心病、心力衰竭、糖尿病或肾脏疾病的高血压患者,本书也有相应的论述。

高血压防治必须采取全人群、高危人群和患者相结合的治疗策略,从控制危险因素水平、早诊早治和患者的规范化管理三个环节入手,构筑高血压防治的全面战线。努力提高高血压的知晓率、治疗率和控制率。而以上目标的实现必须依靠观念的转变和战略的转移。从以疾病为主导,转向以健康为主导。从以患者为中心,转向以人群为中心,将工作的重心前移,普遍提高人群的保健意识和健康水平。从以医疗为重点,转向以预防保健为重点,综合控制各种危险因素。从以专科医生为主,转向全科医生、护士、预防保健、检验、公共卫生等人员共同参与的团队管理。从以大医院为中心,转向以社区为中心,将高血压防治的政策、措施、成果和经验变成社区实践。从卫生部门转向社会共同参与,充分发挥政府各相应部门、专业团体、企业、新闻媒介及社会各界的作用,建立广泛的高血压防治联盟和统一战线。

1 人群高血压流行情况

高血压是一种古老的疾病,一百多年前 Riva-Rocci 发明了

袖带血压计后医学界才对高血压的生理和病理意义有了认识。20 世纪 50 至 60 年代开展了大量人群血压分布及血压与心血管病关系的流行病学和临床研究,证实了高血压是引起心血管病的主要危险因素。研究高血压的流行特征,首先要解决的问题是高血压诊断标准的确定。人群血压的分布接近正态分布。如何确定高血压和正常血压的分界点(cut off point)一直是高血压流行病研究的重点。从理论上讲,分界点的确定是人为的,但从临床角度看,这个点应该是能区别“有病”和“无病”的最佳点。这和确定任何呈正态分布的生理指标正常值的原则是一样的。经过多年的观察、研究和论证,现在比较一致的看法是收缩压 140mmHg 和舒张压 90mmHg 是能够最佳地(敏感性和特异性最好)预测高血压所导致的心血管病的分界点。但是,是采用收缩压还是舒张压,各家有不同的意见。由于收缩压测定(根据柯氏音第一音)比较准确,故最初推荐使用收缩压。以后研究发现舒张压的临床意义更大,故又推荐使用舒张压。此外还对平均血压以及近年来对脉压的重要性进行了广泛的研究,但结果说明这两种指标不适合作为区分“高”和“正常”的指标。经过多年争论和研究后,现在比较一致的意见是同时采用收缩压和舒张压两个指标。因此“收缩压 $\geq 140\text{mmHg}$ 及(或)舒张压 $\geq 90\text{mmHg}$ ”被国际上公认为高血压的诊断标准。

在确定高血压诊断标准的同时,国际上也对血压测量的方法、仪器、环境和测量次数等影响因素作了明确的规定,形成了血压测量的标准化方法,对高血压流行病学研究和国际比较起到重要推动作用。

1.1 高血压流行的一般规律

经过多年的流行病学研究,现在对高血压在人群中的流行特征和规律有了比较清楚的认识。高血压流行的一般规律是:

1.1.1 高血压患病率与年龄呈正比。

1.1.2 女性更年期前患病率低于男性,更年期后高于

男性。

1.1.3 有地理分布差异

一般规律是高纬度(寒冷)地区高于低纬度(温暖)地区。高海拔地区高于低海拔地区。

1.1.4 同一人群有季节差异,冬季患病率高于夏季。

1.1.5 与饮食习惯有关

人均盐和饱和脂肪摄入越高,平均血压水平越高。经常大量饮酒者血压水平高于不饮或少饮者。

1.1.6 与经济文化发展水平呈正相关

经济文化落后的未“开化”地区很少有高血压,经济文化越发达,人均血压水平越高。

1.1.7 患病率与人群肥胖程度和精神压力呈正相关,与体力活动水平呈负相关。

1.1.8 高血压有一定的遗传基础

直系亲属(尤其是父母及亲生子女之间)血压有明显相关。不同种族和民族之间血压有一定的群体差异。

1.2 我国人群高血压患病率及其变化趋势

我国曾进行过三次大规模高血压人群抽样调查。1958~1959年第一次调查(部分省份),共调查15岁以上人群约50万。当时各地采用的诊断标准不一致,加上统计技术落后,故未能得到精确的患病率数据。粗略地计算,平均患病粗率为5.1%。1979~1980年第二次全国抽样调查,共查15岁以上人群约400多万。采用了当时的世界卫生组织标准($\geq 160/95\text{mmHg}$ 为确诊高血压,140/90mmHg和160/95mmHg之间的为临界高血压)。由于当时理解有误,没有把血压值是140/90mmHg的人诊断为高血压。根据当时的标准(收缩压 $\geq 141\text{mmHg}$ 及(或)舒张压 $\geq 91\text{mmHg}$),总的临界以上高血压患病粗率为7.73%。1991年第三次全国抽样调查,共查15岁以上人群90多万。完全采用了当时的国际标准(收缩压 $\geq 140\text{mmHg}$ 及(或)舒张压 $\geq$

90mmHg 或两周内服降压药者), 结果总的患病粗率为 13.58%。如按第二次调查采用的标准(收缩压 ≥ 141 mmHg 及(或)舒张压 ≥ 91 mmHg)计算, 患病粗率为 11.88%。

由此可见, 由于历史的原因, 不太可能根据上述三次调查结果精确地估计高血压患病率的变化趋势。但这些资料明显地反映了我国人群高血压患病率的上升趋势。特别是第二次和第三次调查, 采用了同样的年龄组和血压测量方法。在采用了同一标准(第二次调查的标准)后数据完全可比。结果显示, 从 1980 年到 1991 年的 10 年间, 我国人群高血压患病率上升了 4.15 个百分点, 绝对值增长了 54%。

我国人群流行病学调查表明, 脑卒中是威胁我国人民健康的重大疾病。有研究提示脑卒中发病率约 250/10 万人, 而冠心病发病率约 50/10 万人。脑卒中发病是冠心病的 5 倍。因此, 我国心血管病防治的重点是预防脑卒中。脑卒中的主要危险因素是高血压, 积极控制高血压是预防脑卒中的重要措施。我国人群血压水平从 110/75mmHg 开始, 随着血压水平升高而心血管发病危险持续增加, 与血压 $< 110/75$ mmHg 比较, 血压 120~129/80~84mmHg 时, 心血管发病危险增加 1 倍, 血压 140~149/90~94mmHg, 心血管发病危险增加 2 倍, 血压 $> 180/110$ mmHg 时, 心血管发病危险增加 10 倍。

近年来, 由于社会变革和人们生活方式的变化, 我国心血管病发病率及相关危险因素均有增加趋势。据 2002 年卫生部组织的全国居民 27 万人营养与健康状况调查资料显示, 我国居民膳食质量明显提高, 但城市居民膳食结构不尽合理。畜肉类及油脂类消费过多, 慢性非传染性疾病患病率上升迅速。我国 18 岁及以上居民高血压患病率为 18.8%, 估计全国患病人数 1.6 亿多。与 1991 年比较, 患病率上升 31%。我国人群高血压知晓率为 30.2%, 治疗率为 24.7%, 控制率为 6.1%, 与 1991 年比有所提高, 但仍处于较差水平。我国 18 岁及以上居民糖尿病患

病率为 2.6%，空腹血糖受损率为 1.9%。估计全国糖尿病现患人数 2000 多万，另有近 2000 万人空腹血糖受损。与 1996 年比较，大城市 20 岁以上糖尿病患病率由 4.6% 上升到 6.4%，增加 39%。我国成人血脂异常患病率为 18.6%，估计全国血脂异常现患人数 1.6 亿，其中高胆固醇血症 2.9%，高甘油三酯血症 11.9%，低高密度脂蛋白血症 7.4%。我国成人超重率为 22.8%，肥胖率为 7.1%，估计全国超重人数 2.0 亿，肥胖人数 6000 多万。儿童肥胖率已达 8%，应予以重视。与 1992 年比较，成人超重率上升 39%，肥胖率上升 97%。调查表明，膳食高能量、高脂肪和少体力活动与超重、肥胖、糖尿病和血脂异常的发生密切相关，高盐饮食与高血压患病密切相关，饮酒与高血压和血脂异常的患病密切相关，脂肪摄入多且体力活动少的人，患上上述慢性疾病的机会多。

1.3 我国人群高血压病患者的高血压知晓率、治疗率和控制率

高血压知晓率、治疗率和控制率是高血压流行病学和防治研究的重要参数。1991 年全国血压抽样调查收集了有关人群高血压知晓率、治疗率和控制率的数据(表 1-1)。

表 1-1 1991 年、2002 年我国人群高血压患者知晓率、治疗率和控制率

	高血压人数	知晓率* (%)	服药率* (%)	控制率* (%)
1991 年:				
城市				
男	37820	32.1	14.7	3.3
女	35752	39.4	19.7	4.9
合计	73572	35.6	17.1	4.1
农村				
男	26816	11.7	4.4	1.0
女	28651	15.9	6.4	1.4
合计	55467	13.9	5.4	1.2

续表

	高血压人数	知晓率* (%)	服药率* (%)	控制率* (%)
总计	129039	26.3	12.1	2.8
2002 年:				
总计	29800	30.2	24.7	6.1

* 2002 年的定义:知晓率为可被诊断为高血压的调查对象在调查前就知道自己患有高血压者的比例;治疗率为可被诊断为高血压的调查对象中近 2 周内服降压药者的比例;控制率为可被诊断为高血压的调查对象中目前通过治疗血压在 140/90mmHg 以下者的比例。

表 1-1 的数据表明,目前我国人群高血压患者的高血压知晓率、治疗(服药)率和控制率都很低。此外,农村的相应各率明显低于城市,男性低于女性。美国 20 世纪 80 年代的资料显示,人群高血压患者知晓率为 60%,服药率为 40%,控制率达 25%;2000 年以上三率分别达 70%、59%和 34%。

以上流行病学资料显示,近半个世纪来我国人群高血压患病率上升很快。其他研究资料还表明,心血管病的其他危险因素(血脂异常、肥胖、糖尿病、吸烟等)也呈明显上升趋势,加快了高血压的致病过程。导致高血压和其他危险因素上升的主要原因是由于我国经济发展,人民生活改善和生活节奏的加快带来的一系列不健康生活方式所致。其中最重要的是膳食不平衡,吸烟和过量饮酒,缺乏体力活动和心理压力增加。这些不良趋势,以及很低的人群高血压控制率,是对我国人群高血压防治的一个严重的挑战,也是一个机遇。每一名医务工作者对我国高血压的流行态势及其将导致的后果必须要有清醒的认识,保持高度的警觉,并采取有力的防治措施。

1.4 心脑血管病成为中国人首位死因,高血压是第一危险因素

最近发表的我国 ≥ 40 岁 17 万人群 8 年(1239191 人-年)随访结果表明,总死亡 20033 人,总死亡率为 1345.2/10 万人-年。