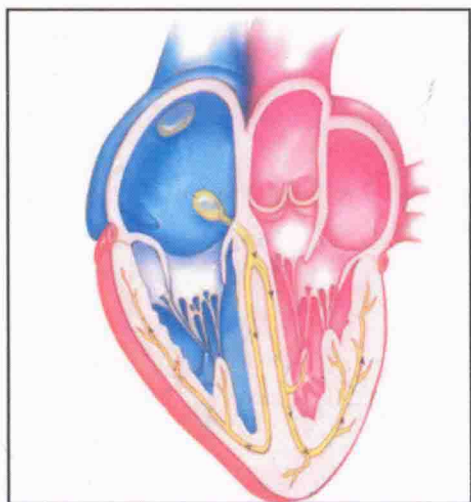




心血管疾病防治 指南和共识2013

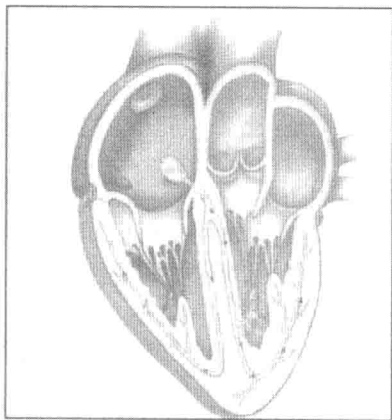
中华医学会心血管病学分会
中国康复医学会心血管病专业委员会
中国老年学学会心脑血管病专业委员会
中国医师协会循证医学专业委员会
中国医师协会心血管内科医师分会
中国生物医学工程学会心律分会
长城国际心脏病学会议组委会



人民卫生出版社

心血管疾病防治 指南和共识2013

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
中国医师协会心血管内科医师分会
中国生物医学工程学心律分会
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 2013/ 中华医学会心血管病学分会等主编. —北京: 人民卫生出版社, 2013

ISBN 978-7-117-18094-8

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 (2013) 第 222523 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 2013

主 编: 中华医学会心血管病学分会 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: 北京人卫印刷厂

经 销: 新华书店

开 本: 850 × 1168 1/32 印张: 7

字 数: 188 千字

版 次: 2013 年 10 月第 1 版 2013 年 10 月第 1 版第 1 次印刷

标准书号: ISBN 978-7-117-18094-8/R · 18095

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

以心血管疾病为首要死因的非传染性疾病仍将是我国居民健康的主要威胁。加强其防控,对于提高全民健康水平、改善生活质量、减少因疾病所致的家庭与社会经济负担具有重要意义。

长期以来,我国医疗机构以及医务工作者多将疾病或其后果发生后的诊断与治疗作为工作重点。然而,非传染性疾病的防控是一个旷日持久的系统工程,应包括健康教育、健康促进、风险评估、危险因素早期干预与疾病预防、疾病诊治以及康复/二级预防多方面内容。换言之,诊断与治疗疾病不应作为心血管疾病等慢性疾病管理的全部,也不应成为医务工作者的唯一职责。

目前我国医疗制度的改革不断深入,这对于改进非传染性疾病的管理模式是一个重要契机。着力提高社会各界对此项工作的重视度,加大人力与财力投入力度,引进先进的健康与疾病管理理念机制与模式,采取预防、治疗、康复综合的管理模式,是摆脱目前落后局面的有效措施。毋庸置疑,新技术、新疗法、新药物的不断问世,为提高疾病防治水平提供了有力工具,但我们也要认识到,目前我国心血管疾病防治所面临的问题不是技术、硬件或费用,而是理念和体制。医疗工作者必须明确几个问题:我们是谁?我们为了谁?我们要做什么及如何做好?2000多年前中国《黄帝内经》记载的“上工治未病”和希腊医生的《希波克拉底誓言》明确指出了做医生最崇高的目的是促进人类健康。我国医德思想的创始人、被西方称为“医学伦理之父”的唐代著名医学家和药物学家孙思邈所提倡的“大医精神”认为,医生须以解除患者痛苦为唯一职

责。美国医生联盟以及欧洲内科医学联合会等组织于 2002 年发布的《新千年医师专业精神——医师宣言》中指出,确立医师专业精神的核心,建立以患者为中心,关爱和尊重患者,并把患者的利益置于个人利益之上的价值体系和重铸医学人文精神。只有坚持医学事业的公益性,将预防工作置于首位,规范医疗行为,逐步建立预防、治疗与康复的全方位服务和医院—社区—家庭医疗保健任务流程的无缝隙对接,才能从根本上推动心血管疾病防治模式的转变。

值此第 24 届长城国际心脏病学会议召开之际,我们再次将本年度内我国部分权威学术机构组织专家制定的共识与指南性文件汇集成册。我们希望也相信此书对于促进我国心血管疾病的规范化诊断与治疗,提高广大医务工作者对于疾病预防与康复工作重要性的认识起到积极推动作用。在此,也对广大同仁长期以来对这项工作的关心与支持深表感谢!

世界心脏联盟(WHF)理事
中国老年学学会心脑血管病专业委员会主任委员
中国康复医学会心脑血管病专业委员会主任委员
中国控制吸烟协会副会长
长城国际心脏病学会议主席
胡大一

2013 年 9 月

目 录

心律失常紧急处理专家共识·····	1
抗血小板治疗中国专家共识·····	41
冠心病康复与二级预防中国专家共识·····	81
选择性胆固醇吸收抑制剂临床应用中国专家共识 (2013 版)·····	111
替罗非班在冠状动脉粥样硬化性心脏病治疗的中国 专家共识·····	123
降压治疗保护血管功能中国专家共识·····	141
中国心血管疾病多效复方片研发的共识与建议·····	152
含碘对比剂在心血管疾病中临床应用的专家共识·····	162
利伐沙班临床应用中国专家建议·····	179
心血管病患者戒烟处方中国专家共识·····	197



心律失常紧急处理专家共识

一、前 言

心律失常多发于各种心血管疾病,但也见于心脏结构无异常者。它可发生于任何年龄,不同场合和临床各科室。发病可急可缓,病情可轻可重。重则骤然起病,引起严重血液动力学障碍,甚至猝死;轻则起始隐匿,不引起症状或仅有轻度不适。重者需紧急治疗,甚至就地抢救。而轻者则根据患者病情给予不同处理。紧急处理不仅涉及心血管或急诊专科医师,也与各科医师有关。为普及抢救知识,推动规范治疗,我们根据相关指南、研究证据,汇集各方专家的意见,在中华医学会心血管病学分会主持下,联合中国生物医学工程学会心律分会,中国医师协会循证医学专业委员会,中国老年学学会心脑血管病专业委员会编写了心律失常紧急处理专家共识,供临床医生借鉴。

二、心律失常紧急处理的总体原则

心律失常的发生和发展受许多因素影响。心律失常的处理不能仅着眼于心律失常本身,还需考虑基础疾病及纠正诱发因素。通过纠正或控制心律失常,达到稳定血流动力学状态、改善症状的目的。心律失常紧急处理需遵循以下总体原则:

(一) 首先识别和纠正血流动力学障碍

心律失常急性期应根据血流动力学状态来决定处理原则。血流动力学状态不稳定包括进行性低血压、休克、急性心力衰竭、进行性缺血性胸痛、晕厥、意识障碍等。

在血流动力学不稳定时不应苛求完美的诊断流程,而应追求抢救治疗的效率。严重血流动力学障碍者,需立即纠正心律失常。对快速心律失常应采用电复律,见效快又安全。电复律不能纠正或纠正后复发,需兼用药物。心动过缓者需使用提高心率的药物或置入临时起搏治疗。血流动力学相对稳定者,根据临床症状,心律失常性质,选用适当治疗策略,必要时可观察。所选药物以安全为主,即使不起效,也不要加重病情或使病情复杂化。异位心动过速处理流程见图 1。

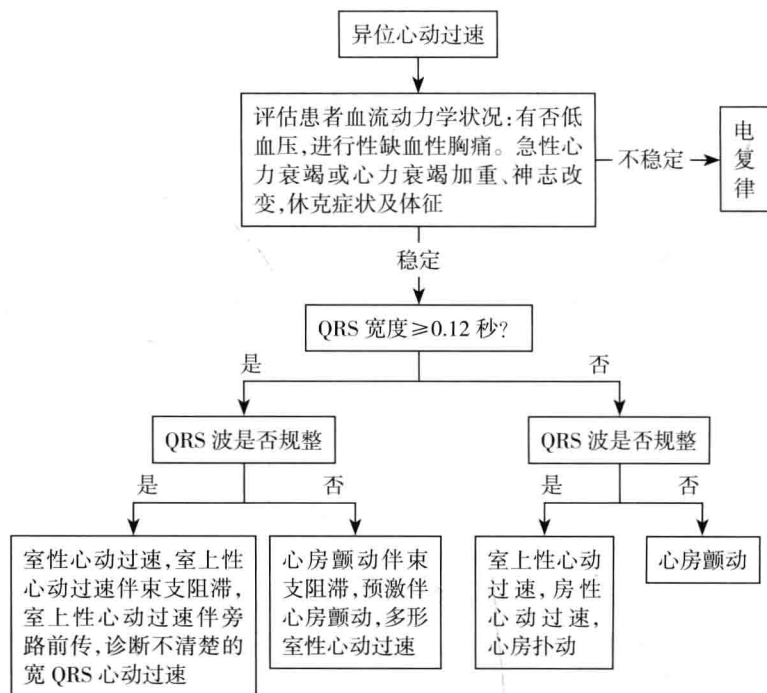


图 1 异位心动过速处理流程图

(二) 基础疾病和诱因的纠正与处理

基础疾病和心功能状态与心律失常,尤其是室性心律失常的发生关系密切^[1]。心脏的基础状态不同,心律失常的处理策略也有所不同。

心律失常病因明确者,在紧急纠正心律失常的同时应兼顾基础疾病治疗,如由急性冠状动脉综合征引起者需重建冠状动脉血运,心力衰竭者尽快改善心功能,药物过量或低血钾引起者要尽快消除诱因。有关基础疾病的急性处理,应根据相应指南进行。基础疾病和心律失常可互为因果,紧急救治中孰先孰后,取决于何者为当时的主要矛盾。

心律失常病因不明者或无明显基础疾病者,也应改善患者的整体状况,消除患者紧张情绪,如适当采用 β 受体阻滞剂。应用抗心律失常药物要注意安全性,警惕促心律失常作用的发生。

(三) 衡量获益与风险

对危及生命的心律失常应采取积极措施加以控制,追求抗心律失常治疗的有效性,挽救生命;对非威胁生命的心律失常,需要更多地考虑治疗措施的安全性,过度治疗反而可导致新的风险。在心律失常紧急处理时经常遇到治疗矛盾,应首先顾及对患者危害较大的方面,而对危害较小的方面处理需谨慎,甚至可观察,采取不使病情复杂化的治疗。如对室上性心动过速发作但既往有缓慢性心律失常者,既要终止心动过速,又要防止心脏停搏,可选食管心房调搏。

(四) 治疗与预防兼顾

心律失常易复发,在纠正后应采取预防措施,尽力减少复发。根本措施是加强基础疾病的治疗,控制诱发因素。要结合患者的病情确定是否采用抗心律失常药物治疗。恶性室性心律失常终止后一般都要使用药物预防发作。在紧急处理后应对心律失常远期

治疗有所考虑和建议,某些患者可能需应用口服抗心律失常药物,如有适应证,建议射频消融或起搏治疗。

(五) 对心律失常本身的处理

1. 询问简要病史 包括是否有心脏病史,心律失常是初发还是复发,家族内是否有相似病例,过去服药史,最近用药,此次发病是否接受过治疗。由此可大致了解心律失常可能的原因。

2. 血流动力学允许的情况下快速完成心电图记录,了解心率快慢,心律是否规整,QRS波时限宽窄,QRS波群形态是单形还是多形,QT间期是否延长,P、QRS波是否相关。以此可大致确定心律失常的种类。

3. 终止心律失常 若心律失常本身造成严重的血流动力学障碍,终止心律失常是首要任务。有些心律失常可造成患者不可耐受的症状,也需采取终止措施,如室上性心动过速、症状明显的心房颤动等。

4. 改善症状 有些心律失常不容易立刻终止,但快速心室率会使血流动力学状态恶化或伴有明显症状,如伴有快速心室率的心房颤动、心房扑动。减慢心室率可稳定病情,缓解症状。

(六) 急性期抗心律失常药物应用原则

根据基础疾病、心功能状态、心律失常性质选择抗心律失常药物。应用一种静脉抗心律失常药物后疗效不满意,应先审查用药是否规范、剂量是否足够。一般不建议短期内换用或合用另外一种静脉抗心律失常药物,宜考虑采用非药物的方法如电复律或食管调搏等。序贯或联合应用静脉抗心律失常药物易致药物不良反应及促心律失常作用,仅在室性心动过速/心室颤动风暴状态或其他顽固性心律失常处理时才考虑。

三、各种心律失常的紧急处理

(一) 窦性心动过速

1. 概述 窦性心动过速可由多种生理(如运动、兴奋)因素或病理原因引起。临床所见窦性心动过速常见于心肌缺血、贫血、心力衰竭、休克、低氧血症、发热、血容量不足、甲状腺功能亢进等情况。少见情况有不适当的窦性心动过速、体位改变时引起窦性心动过速。窦房结折返性心动过速属于广义室上性心动过速的范畴^[2-3]。

2. 诊治要点

(1) 注意与室上性心动过速、房性心动过速的鉴别。窦性心动过速频率过快(如超过 150 次/分)时,心电图 P 波可与前一心搏的 T 波融合而不易辨别,易误为室上性心动过速或房性心动过速。窦性心动过速常表现为心率逐渐增快和减慢,在心率减慢时可暴露出 P 波,有助于鉴别^[2-4]。

(2) 寻找引起窦性心动过速的原因,病因治疗是根本措施。在窦性心动过速的原因没有根本纠正之前,单纯或过分强调降低心率,反而可能带来严重不良后果。

(3) 可使用兼顾基础疾病治疗并可减慢窦性心率的药物,如心肌缺血时使用 β 受体阻滞剂。在无病因可查,窦性心动过速又构成一定相关症状时,也可选用 β 受体阻滞剂。

(二) 室上性心动过速

1. 概述 室上性心动过速可分为狭义和广义两类。本节所述室上性心动过速特指房室结折返性心动过速(AVNRT)和旁路参与的房室折返性心动过速(AVRT)。

2. 诊治要点

(1) 阵发性室上性心动过速多见于无器质性心脏病的中青

年,突发突止,易反复发作。老年或有严重器质性心脏病患者新出现的窄 QRS 心动过速,在诊断室上性心动过速前应注意和其他心律失常如心房扑动、房性心动过速等鉴别。

(2) 室上性心动过速应与其他快速心律失常鉴别,如心房扑动伴 2:1 房室传导。在 II、V₁ 导联寻找房扑波(F 波)的痕迹有助于诊断。食管导联心电图可见呈 2:1 房室传导的快速心房波,对心房扑动的诊断有较大帮助。当 AVRT 表现逆向折返或室内阻滞时可表现为宽 QRS 波心动过速,易与室性心动过速混淆,参考平时窦性心律心电图可有帮助。

(3) 一般发作期的处理^[2-6]

1) 首先可采用刺激迷走神经方法。深吸气后屏气同时用力做呼气动作(Valsalva 法),或用压舌板等刺激咽喉部产生恶心感,可终止发作。压迫眼球或按摩颈动脉窦现已少用。刺激迷走神经方法仅在发作早期使用效果较好。

2) 药物治疗:药物剂量及应用方法(表 1):①维拉帕米和普罗帕酮终止室上性心动过速疗效很好,推荐首选。室上性心动过速终止后即刻停止注射。使用时应注意避免低血压、心动过缓。②腺苷具有起效快、作用消除迅速的特点。对窦房结和房室结传导有很强的抑制作用,心动过速终止后可出现窦性停搏、房室阻滞等缓慢性心律失常,但通常仅持续数十秒,一般不需特殊处理。对有冠心病、严重支气管哮喘、预激综合征患者不宜选用。国内也有应用三磷酸腺苷(ATP)终止室上性心动过速的报道^[7],不良反应及注意事项同腺苷。③地尔硫草、β受体阻滞剂也有效。在上述方法无效或伴有器质性心脏病,尤其存在心力衰竭时,或存在上述药物的禁忌时可应用胺碘酮、洋地黄类药物。

(4) 食管心房调搏可用于所有室上性心动过速患者,特别适用于因各种原因无法用药者,如有心动过缓病史。具体方法见食管调搏术。

(5) 特殊情况下室上性心动过速的治疗。

表 1 心律失常紧急处理静脉药物一览表

分类	药物	作用特点	适应证	用药方法及剂量	注意事项	不良反应
I b 类	利多卡因	钠通道阻滞作用	血流动力学稳定的室性心动过速 (不做首选)	负荷量 1~1.5mg/kg (一般用 50~100mg), 2~3 分钟内静注, 必要时间隔 5~10 分钟可重复。但最大量不超过 3mg/kg。负荷量后继以 1~4mg/min 静滴维持	老年人、心力衰竭、原发性休克、肝或肾功能障碍时应减少用量。连续应用 24~48 小时后半衰期延长, 应减少维持量	1. 语言不清 2. 意识改变 3. 肌肉抽搐、眩晕 4. 心动过缓 5. 低血压 6. 舌麻木
			心室颤动/无脉室性心动过速 (不做首选)	1~1.5mg/kg 静脉推注。如果室颤/无脉室性心动过速持续, 每隔 5~10 分钟后可再用 0.5~0.75mg/kg 静脉推注, 直到最大量为 3mg/kg		
I c 类	普罗帕酮	钠通道阻滞剂, 轻中度抑制心肌收缩力	1. 室上性心动过速	1~2mg/kg (一般可用 70mg), 10 分钟内缓慢静注。单次最大剂量不超过 140mg。无效者 10~15 分钟后可重复一次, 总量不宜	中重度器质性心脏病、心功能不全、肌缺血、低血压、慢性心律失常、室内传导障碍、肝肾	1. 室内传导障碍加重 2. 诱发或使原有心力衰竭加重

续表

分类	药物	作用特点	适应证	用药方法及剂量	注意事项	不良反应
				超过 210mg。室上性心动过速终止后即停止注射	功能不全者相对禁忌	3. 口干, 舌唇麻木 4. 头痛, 头晕, 恶心
			2. 心房颤动/心房扑动	转复心房颤动: 2mg/kg 稀释后静脉推注 > 10 分钟, 无效可在 15 分钟后重复, 最大量 280mg		
II 类	美托洛尔 艾司洛尔	β 受体阻滞剂。降低循环儿茶酚胺作用, 降低心率、房室结传导和血压, 有负性肌力作用	1. 窄 QRS 心动过速 2. 控制心房颤动/心房扑动心室率 3. 多形性室性心动过速、反复发作单形性室性心动过速	美托洛尔: 首剂 5mg, 5 分钟缓慢静注。如需要, 间隔 5~15 分钟, 可再给 5mg, 直到取得满意的效果, 总剂量不超过 10~15mg(0.2mg/kg) 艾司洛尔: 负荷量 0.5mg/kg, 1 分钟静注, 继以 50 μ g/(kg·min) 静脉维持, 疗效不满意, 间隔 4 分钟, 可再给	避免用于支气管哮喘、阻塞性肺部疾病、失代偿性心力衰竭、低血压、预激综合征伴心房颤动/心房扑动	1. 低血压 2. 心动过缓 3. 诱发或加重心力衰竭

续表

分类	药物	作用特点	适应证	用药方法及剂量	注意事项	不良反应
				0.5mg/kg, 静注, 静脉维持剂量可以 50~100 μ g/(kg·min) 的步距逐渐递增, 最大静脉维持剂量可至 300 μ g/(kg·min)		
III类	胺碘酮	多离子通道阻滞剂(钠通道、钙通道、钾通道阻滞、非竞争性 α 和 β 阻滞作用)	1. 室性心律失常(血流动力学稳定的单形室性心动过速, 不伴QT间期延长的多形性室性心动过速) 2. 心房颤动/心房扑动、房性心动过速 3. 心肺复苏	负剂量 150mg, 稀释后 10 分钟静注, 继之以 1mg/min 用静脉维持输注, 若需要, 间隔 10~15 分钟可重复负剂量 150mg, 稀释后缓慢静注, 静脉维持剂量根据心律失常情况, 酌情调整, 24 小时最大静脉用量不超过 2.2g, 亦可按照如下用法: 负剂量 5mg/kg, 0.5~1.0 小时静脉输注, 继之 50mg/h 静脉输注 300mg 或 5mg/kg 稀释后快速静注。静注胺碘酮后应再	1. 不能用于 QT 间期延长的尖端扭转型室性心动过速 2. 低血钾、严重心动过缓时易出现促心律失常作用	1. 低血压 2. 心动过缓 3. 静脉炎 4. 肝功能损害

续表

分类	药物	作用特点	适应证	用药方法及剂量	注意事项	不良反应
				<p>次以最大电量除颤。如循环未恢复,可再追加一次胺碘酮,150mg 或 2.5mg/kg 稀释后快速静注。如果循环未恢复,不需要静脉输注胺碘酮。如果循环恢复,为预防心律失常复发,可以按照上述治疗室性心律失常的方法给予维持量</p>		
	伊布利特	阻滞快成分 延迟整流性 钾流,激活 缓慢内向钠 电流	近期发作的心房 颤动/心房扑动	<p>1. 成人体重$\geq 60\text{kg}$者,1mg 稀释后静脉推注> 10分钟,无效 10 分钟后重复同样剂量,最大累积剂量 2mg</p> <p>2. 成人体重$< 60\text{kg}$者,0.01mg/kg,按上法应用。心房颤动终止则立即停用</p>	<p>1. 肝肾功能不全 无需调整剂量</p> <p>2. 用药前 QT 间期延长者($\text{QTc} > 0.44$秒)不宜应用</p> <p>3. 用药结束后至少心电监测 4 小时或到 QTc 间期回到基线,如出现心律失常不齐,应延长监测时间</p> <p>4. 注意避免低血钾</p>	室性心律失常,特别是致 QT 延长的尖端扭转型室性心动过速

