

<<心力衰竭诊断治疗指南>>

图书基本信息

书名：<<心力衰竭诊断治疗指南>>

13位ISBN编号：9787801359735

10位ISBN编号：7801359739

出版时间：2000-4

出版时间：第1版(2000年4月1日)

作者：王吉云

页数：52

字数：42000

版权说明：本站所提供下载的PDF图书仅提供预览和简介，请支持正版图书。

更多资源请访问：<http://www.tushu007.com>

<<心力衰竭诊断治疗指南>>

内容概要

随着急性心肌梗死（AMI）溶栓、PTCA和其它药物及非药物治疗的广泛应用，越来越多的心血管病人存活下来。

因而慢性充血性心力衰竭（CHF）的病人数目日益增多，成为心血管疾病防治的跨世纪挑战。

无论何种病因的心血管疾病，一旦出现心功能不全或CHF，预后急转直下。

尽管不断出现CHF新的治疗手段，CHF的死亡率仍居高不下。

严重CHF的预后与恶性肿瘤相当。

近20年来，CHF的治疗取得了巨大成就。

这些成就就是在循证医学（Evidence-based medicine，EBM）的新模式下获取的。

CHF治疗学的进展充分体现EBM的重要意义。

80年代以前，在以经验和推理为基础的医学模式中，治疗的目标主要是改善血流动力学和临床症状--这些评价疗效的临床替代指标。

这一时代治疗CHF的基本药物有两类，即洋地黄类和利尿剂。

人们公认这两类药物可改善病人的症状，但无任何证据说明它们可以延长CHF病人的生存，改善病人的预后。

80年代以后，EBM在心血管疾病防治的研究中日益取得主导地位。

VH-eFT- 试验的结果显示，在使用洋地黄与利尿剂的基础上，血管扩张药物肼苯哒嗪和消心痛联合使用，与安慰剂相比显著降低了心功能 II 级的轻-中度CHF病人的总死亡率，并显著增加了病人的运动耐量。

接着VH-eFT试验证明在心功能 II 级的病人血管紧张素转换酶抑制剂（ACEI）降低总死亡率比上述两个血管扩张剂更为显著，但对运动耐量的改善不如后者。

之后CONSENSUS表明在心功能 III 级的严重CHF病人，ACEI可显著降低CHF病人因心衰所致的死亡和总死亡率。

SOLVD的预防部分揭示，在有左室收缩功能（LVEF）明显下降，而无临床CHF症状的病人及早使用ACEI可显著延迟CHF的发生和CHF的住院，并可减少冠心病病人冠心病事件的危险。

这一系列设计严谨的大规模临床试验充分证明，ACEI是90年代治疗的最重大进展，它使得CHF总死亡率下降了三分之一左右。

1998年夏秋先后公布的CIBIS - II 和MERIT-HF两个重要的临床试验的结果令人信服地证明，在充分使用洋地黄、利尿剂和ACEI基础上，合理使用选择性 β_1 受体阻断剂比索洛尔和美托洛尔可使得CHF总死亡率下降34%，猝死降低45%，因心衰死亡降低49%，因心衰恶化加重需住院明显减少。

因不能耐受药物不良反应需停药的情况与安慰剂无差异，CIBIS - II 和MERIT-HF确为两个具有里程碑意义的临床试验。

它们结束了长达25年的有关使用 β 阻断剂治疗CHF的争议与徘徊，充分肯定了 β 受体阻断剂在CHF治疗中的重要地位，成为90年代CHF治疗学中最重大的进展。

90年代完成的DIG试验表明洋地黄类药物地高辛对CHF病人的死亡率的影响为中性结果，既未降低，也未增高，但可明显改善CHF病人的临床症状，改善生活质量。

值得强调的是，洋地黄类药物是唯一不增加病人死亡率的正性变力性药物，并且它是正性变力性药物中此作用最弱的药物，又是唯一不激活交感，反而兴奋迷走的药物。

已有临床试验证据显示，非洋地黄类的正性变力性药物短期经静脉使用可暂时改善血流动力学参数与临床症状，但可明显增加死亡风险，使预后恶化。

可以认为，CHF的 EMB临床试验做得非常系统化。

在新旧世纪之交的1999年，我们可以认为CHF治疗有四种基本药物，即洋地黄类、利尿剂、ACEI和阻断剂。

前两类可改善病人的症状，后两类不但改善症状，更重要的是改善病人的预后。

根据这些研究成果，心功能不全与CHF的治疗原则为：1. 无CHF症状而LVEF明显降低的病人应使用ACEI，可能应同时使用 β 阻断剂，无需使用洋地黄类和利尿剂。

<<心力衰竭诊断治疗指南>>

2. 有临床症状的CHF病人均应使用足量(参靠临床试验剂量范围)的ACEI。

如在合理使用ACEI后症状仍不能满意控制,依次加用利尿剂和洋地黄类。

在症状与血流动力学稳定的基础上开始使用 阻断剂,缓慢速增到病人可耐受的最大剂量、ACEI和阻断剂应充分剂量,长期服用。

利尿剂在症状充分控制后可减量维持。

地高辛的维持量为0.125mg~0.25mg/d。

3. 非洋地黄类的正性变力性药物仅短期用于严重难治性心力衰竭病人,作为稳定血液动力学的过渡。

回顾治疗学的发展史,我们获得的最大启示是,单纯针对血液动力学开发的正性肌力药物(除洋地黄类之外)都增加了CHF病人的死亡风险,而针对CHF病人代偿过分的神经-体液因素的两大系统,即ACEI针对肾素-血管紧张素-醛固酮系统。

阻断剂针对交感神经系统,均可明显降低死亡率,改善病人预后,同时明显改善病人的症状和血液动力学。

阻断剂虽有负性变力性作用,可能是部分病人在用药开始后的头一个月左右出现暂时一过性心衰症状恶化,但坚持用药之后明显提高病人的LVEF和其它血液动力学参数,并提高而不是降低生活质量。

目前CHF治疗的研究热点包括:1. 有血管扩张作用的非选择性 阻断剂如Carvidelol和Buncidlol对CHF的治疗作用及其与选择性 阻断剂的疗效比较。

2. 血管紧张素 受体阻断剂单独使用或与ACEI联合应用在CHF治疗中的作用与地位。

3. CHF的非药物治疗?

扩张性心肌病的左室减切术对预后的影响与适应症有待研究。

CHF的起搏治疗:无缓慢心律失常起搏适应症的CHF病人的DDD的右室起搏疗效不好,不宜滥用。双室起搏和左室起搏的作用正在临床研究之中。

我们希望这本慢性心力衰竭治疗指南的出版能对我国CHF的治疗的科学规范化起到推动作用,把CHF治疗学研究的重大成果转变为广大专科医生和全科医生的医疗实践,转化为广大病人的预后改善和生活质量提高,提倡合理使用有效药物,清除疗效不可靠的"垃圾"药,为国家大量节省医疗费用。

<<心力衰竭诊断治疗指南>>

书籍目录

序言心力衰竭诊断指南一 慢性心衰的定义二 心衰的病因三 与诊断相关的心衰症状的病理生理学四 临床实践中诊断心衰的可能方法心力衰竭治疗指南一 心衰诊断与治疗间的联系二 治疗心衰的目的三 心衰的预防四 慢性心衰的处理五 舒张功能不全导致心衰的治疗六 老年心衰的治疗七 心律失常和心衰

<<心力衰竭诊断治疗指南>>

版权说明

本站所提供下载的PDF图书仅提供预览和简介，请支持正版图书。

更多资源请访问:<http://www.tushu007.com>