

# 2016 年欧洲心脏病学会心力衰竭治疗指南解读——射血分数降低的心力衰竭非外科置入装置(埋藏式心律转复除颤器/心脏再同步化治疗)治疗

李康 丁燕生

【关键词】 心力衰竭; 埋藏式心律转复除颤器; 心脏再同步化治疗; 指南解读

【中图分类号】 R541.6

本文重点介绍《2016 年欧洲心脏病学会(European Society of Cardiology, ESC)急/慢性心力衰竭治疗指南》<sup>[1]</sup>(以下简称《2016 年指南》)中关于射血分数降低的心力衰竭(heart failure with reduced ejection fraction, HFrEF)非外科置入装置治疗部分,主要包括埋藏式心律转复除颤器(implantable cardioverter-defibrillator, ICD)和心脏再同步化治疗(cardiac resynchronization therapy, CRT)。并与《2012 年 ESC 急/慢性心力衰竭治疗指南》<sup>[2]</sup>(以下简称《2012 年指南》)进行对比。而关于迷走神经刺激<sup>[3]</sup>、膈肌起搏<sup>[4-5]</sup>、心肌收缩调节<sup>[6-7]</sup>等治疗技术,由于循证医学证据尚不充分而未在《2016 年指南》中详细阐述。

## 1 埋藏式心律转复除颤器(ICD)

心力衰竭患者死亡率高,尤其是临床症状较轻的患者,猝死发生时一般无临床征兆。猝死多数是由于电活动紊乱所致,包括室性心律失常、心动过缓和室性早搏,还有一些是由于冠心病、脑血管病或大动脉疾病。心血管疾病的防控措施可以改善或延迟疾病的发展,降低猝死的年发生率,但对于终生风险无明显影响,并且对恶性心律失常无治疗作用。ICD 可有效预防心动过缓和致死性心律失常。某些抗心律失常药物可以减少快速心律失常和猝死的发生率,但不能降低总死亡率,甚至可能升高死

亡率。

心源性猝死的二级预防:与胺碘酮相比,ICD 可以显著降低心源性猝死生还患者和症状性持续性室性心动过速患者的死亡率。置入 ICD 的目的是提高患者的生存率。是否置入 ICD 还需考虑患者的意愿、生活质量、左心室射血分数(left ventricular ejection fraction, LVEF)和可能导致死亡的其他疾病。

心源性猝死的一级预防:虽然以往关于心力衰竭的研究发现胺碘酮可以降低死亡率,但自从 β 阻滞药广泛用于临床,后续研究证实胺碘酮并不能减少 HFrEF 患者的死亡率。而决奈达隆和 I 类抗心律失常药物则禁用于 HFrEF 患者。目前几项指南推荐使用 β 阻滞药、盐皮质激素受体拮抗药、沙库必曲/缬沙坦和置入 CRT 装置,可降低心源性猝死风险。

ICD 可以减少 HFrEF 患者由于恶性心律失常导致的猝死。在中重度心力衰竭患者中,心源性猝死风险降低可能部分或全部被心力衰竭恶化而导致的死亡风险升高所抵消。在中度心力衰竭[纽约心功能分级(NYHA) II 级]的患者中,每置入 100 台 ICD 可避免 2 人/年死亡。通常缺血性心肌病患者比扩张型心肌病患者猝死风险更高,两者之间虽然置入 ICD 的相对获益相似,但缺血性心肌病患者的绝对获益更多。尤其宽 QRS 波的患者从 ICD 获益更多,不过这类患者往往需要置入 CRT。

2 项随机对照研究(RCT)的结果证实,急性心肌梗死(acute myocardial infarction, AMI)发作后

DOI: 10. 3969/j. issn. 1004-8812. 2016. 06. 014

作者单位:100034 北京,北京大学第一医院心内科

通信作者:丁燕生, Email: dysdn@vip. sina. com

40 d 以内置入 ICD 并不能使患者获益<sup>[8-9]</sup>。虽然心性猝死率降低,但非心律失常性死亡率升高。这一时间窗内禁忌置入 ICD。尽管目前还缺乏 RCT 结果,对于心室颤动高风险的患者可考虑短期使用可穿戴式除颤器。

ICD 仅推荐用于在充分观察(至少 3 个月)和优化药物治疗下仍 LVEF  $\leq 35\%$  的患者。ICD 程控参数延长检测室性心律失常和发放治疗的时间,可以降低不适当放电和非必要放电。QRS 时限  $\geq 130$  ms 的患者建议置入 CRT 加除颤器(CRT-D),而不是仅置入 ICD。

不推荐给症状严重的心功能 NYHA 分级 IV 级且对药物治疗反应差的患者置入 CRT、左心室辅助装置或心脏移植,因为此类患者预期寿命非常有限,通常死于泵功能衰竭。心力衰竭合并其他严重疾病的患者生存时间很难超过 1 年,很难从 ICD 更多获益。

应告知患者置入 ICD 的目的、与置入手术相关的并发症、ICD 相关并发症(最主要是不恰当放电)以及在何种情境下 ICD 可能不工作(终末期)、何种情况下需要取出(感染、左心室功能恢复)。如果 ICD 患者的心力衰竭恶化,在与患者和家属谨慎讨论后可考虑减弱或关闭 ICD 的除颤功能。

如果 ICD 电池接近耗竭,建议由有经验的心脏专科医师对患者进行仔细评估后再考虑更换。因为治疗目的可能已有所改变,恶性心律失常风险可能已降低或者非心律失常性致死疾病更为严重。对于 LVEF 已明显改善的患者以及置入 ICD 后从未发生过治疗事件的患者,是否还需要更换 ICD 目前仍存在争议。

皮下 ICD 与传统 ICD 一样有效,而且手术操作风险较低,适合用于静脉入路困难或由于感染需取出 ICD 的患者<sup>[10-11]</sup>。尽管如此,适应症仍需谨慎选择。因为皮下 ICD 不能抗心动过缓起搏、抗心动过速起搏以及没有 CRT 功能。期待大样本的临床研究来证实皮下 ICD 的安全性和有效性。

可穿戴式除颤器可短期内用于高猝死风险但不适宜置入 ICD 的心力衰竭患者(如 AMI 发作后 LVEF 明显降低的左心室功能恢复期、等待心脏移植的过渡期)<sup>[12]</sup>。目前还缺乏前瞻性临床研究。

## 2 心力衰竭患者置入 ICD 的建议<sup>[1]</sup>

与《2012 年指南》相比,《2016 年指南》置入

ICD 的建议总体变化不大。

在一级预防里强调了预期生存时间  $> 1$  年,另外建议在更换 ICD 之前对患者再次评估置入 ICD 的必要性,以及对于高风险患者短期应用可穿戴式除颤器或将其作为置入 ICD 之前的过渡治疗。由于 MADIT-RIT 研究结果的发表,促使《2016 年指南》强调了优化 ICD 程控,减少不必要放电和误放电。

目前欧洲  $> 30\%$  以上的 ICD 置入术是进行 ICD 更换。欧洲几个代表性国家每年更换 ICD 的数量分别为:意大利约 4000 台(32%),英国约 2000 台(27%),德国约 20 000 台(39%,包括 CRT-D)。65% 的患者更换前的 ICD 没有发生过治疗事件。

(1)二级预防:对于从室性心律失常所致的血流动力学紊乱中恢复,预期能以良好功能状态生存  $> 1$  年的患者,建议置入 ICD 以降低猝死和全因死亡风险(I 类推荐,A 级证据)。

(2)一级预防:对于症状性心力衰竭(NYHA 分级 II ~ III 级),已接受  $\geq 3$  个月的优化药物治疗但 LVEF  $\leq 35\%$ ,预期能以良好功能状态生存  $> 1$  年的患者,建议置入 ICD 以降低猝死和全因死亡风险。《2016 年指南》强调了患者的预期寿命和生活质量:缺血性心肌病(AMI 发作 40 d 内除外)(I 类推荐,A 级证据);扩张型心肌病(I 类推荐,A 级证据)。

(3)不建议在 AMI 发作 40 d 内置入 ICD,此时置入 ICD 并不能改善预后(III 类推荐,A 级证据)。

(4)不建议给症状严重的 NYHA 分级 IV 级,且对药物治疗反应差的心力衰竭患者置入 ICD,除非准备置入 CRT、或置入左心室辅助装置、或接受心脏移植(III 类推荐,C 级证据)。

(5)在更换 ICD 之前,应由经验丰富的心脏专科医师对患者进行仔细评估,因为治疗目标、患者需求和临床状态可能已有所改变(II a 类推荐,B 级证据)。《2016 年指南》建议减少不必要的 ICD 更换。

(6)对于有心源性猝死风险的心力衰竭患者,可考虑短期应用可穿戴式除颤器或将其作为置入 ICD 之前的过渡治疗(II b 类推荐,C 级证据)。

## 3 心脏再同步化治疗(CRT)

对于经选择的心力衰竭患者,CRT 可以改善心功能、减轻症状和提高生活质量,并降低心力衰竭的发病率和死亡率。对于中重度心力衰竭患者来说,CRT 的功效 2/3 是提高生活质量,1/3 是延长寿命。

目前只有 COMPANION 研究<sup>[13]</sup>和 CARE-HF 研究<sup>[14-15]</sup>比较了 CRT 与指南推荐的药物治疗疗效。多数临床研究都是比较 CRT-D 与 ICD 疗效,还有一些临床研究比较 CRT 不加除颤器(CRT-P)与后备起搏疗效。防治致死性缓慢心律失常是所有起搏装置治疗的重要机制。在 CARE-HF 研究中,基线资料显示 25% 的患者静息心率 < 60 次/min。既然防治心动过缓很重要,在 RCT 中,CRT 的疗效显然会优于没有置入起搏装置的对照组。

多数关于 CRT 的研究都强调 LVEF < 35%。RAFT 研究和 MADIT-CRT 研究入选的病例 LVEF < 30%。REVERSE 研究入选的病例 LVEF < 40%。BLOCK-HF 研究入选的病例 LVEF < 50%。尽管很少有研究选择 LVEF 为 35% ~ 40% 的患者,荟萃分析提示对于这一人群 CRT 同样有效。

并非所有患者都对 CRT 有反应。有几项因素能够预测心力衰竭发生率和死亡率的改善。逆转重塑是 CRT 治疗作用的最重要机制。缺血性心肌病患者因为心肌梗死后瘢痕难以逆转重塑,所以左心室功能改善受限。女性患者 CRT 治疗反应优于男性患者,可能与女性的体型和心脏体积相对小有关。QRS 时限可以预测 CRT 疗效,这一指标也是所有临床研究的入选条件。QRS 形态也与 CRT 疗效相关,已有几项研究证实 QRS 呈左束支传导阻滞形态的心力衰竭患者对 CRT 反应更好,而 QRS 呈非左束支传导阻滞形态的患者则疗效不肯定。左束支传导阻滞往往 QRS 波更宽,因此,QRS 时限和形态哪一个对于 CRT 疗效的预测更有意义仍存在争议。

多项研究显示,窦性心律下 QRS 时限 < 130 ms 的患者 CRT 可能有害无益<sup>[16-17]</sup>,因此不建议给此类患者置入 CRT 装置。

如果拟行 ICD 置入的患者 QRS 时限  $\geq$  130 ms: 对于 QRS 时限 130 ~ 150 ms 的患者应考虑置入 CRT-D,对于 QRS 时限  $\geq$  150 ms 的患者推荐置入 CRT-D。如果置入 CRT 装置的首要目的是为了改善心力衰竭症状,则应根据临床情况权衡选择 CRT-P 或 CRT-D。截至目前,仅有的一项比较 CRT-P 和 CRT-D 的随机对照研究<sup>[13]</sup>得出了阴性结论。如果置入 CRT 装置的首要目的是改善预后,现有循证医学证据显示,NYHA 分级 II 级的患者应置入 CRT-D,NYHA 分级 III ~ IV 级的患者应置入 CRT-P。现在还不清楚置入 CRT 是否降低了 ICD 的需求(通过降低心律失常负荷)和提高了 ICD 的获益(通过

降低心力衰竭恶化导致的死亡率,延长生存时间使得发生心律失常的风险增高)。

对于 LVEF 降低的患者,右心室起搏可能加剧心脏机械收缩不同步。CRT 可避免出现这一恶果。RAFT 亚组研究<sup>[18]</sup>和 BioPace 研究<sup>[19]</sup>(没有射血分数降低的心力衰竭)比较了 CRT 和右心室起搏,结果预后并无差别。对于需要起搏治疗的 HF<sub>r</sub>EF 患者,无论其心功能分级处于几级,虽然对于死亡率的影响目前尚无定论,但是为了降低心力衰竭的发生率都更推荐 CRT 而不是右心室起搏。HF<sub>r</sub>EF 患者如已经置入传统起搏器或 ICD,右心室起搏依赖会导致心功能恶化,除了优化药物治疗,还应考虑升级为 CRT。

仅有 2 项研究比较了心房颤动合并心力衰竭的单纯药物治疗和 CRT 疗效,结论并不一致。有几项研究的结果显示,对于做了房室结消融的心力衰竭患者,CRT 优于右心室起搏。现实是只在极少数心房颤动心室率难以用药物控制(心室率 > 110 次/min)的患者才进行房室结消融。目前尚无循证医学证据表明房室结消融的适宜性和安全性。在 RAFT 亚组研究<sup>[18]</sup>中发现,合并心房颤动的患者,就 CRT-D 与 ICD 比较而言,只有不到半数的患者双心室起搏 > 90%,CRT-D 未见更多获益。观察性研究发现,在双心室起搏 < 98% 的情况下,CRT 患者的预后变差。这种关联性是否由于失同步化、左心室电极导线位置不理想、病变坏死心肌难以起搏夺获,目前尚无定论。

关于“失同步化”的影像学检查对于筛选 CRT 适应证患者并无太大参考价值。存在大片心肌坏死瘢痕的患者,CRT 对左心室心功能的改善受限。因为瘢痕心肌的起搏阈值升高,放置电极导线时应尽量避开瘢痕心肌区域。虽然有大片坏死心肌瘢痕的患者预后相对较差,但并无证据表明这类患者从 CRT 的获益少。

CRT 置入后通过超声、心电图或血压反应来优化 AV 或 VV 间期的意义并不明确,除非患者对于 CRT 反应差。

#### 4 心力衰竭患者置入 CRT 的建议<sup>[1]</sup>

与《2012 年指南》相比,《2016 年指南》置入 CRT 的建议有较大的变化。

(1)对于窦性心律,QRS 时限  $\geq$  150 ms,QRS 波呈左束支传导阻滞形态,在优化药物治疗下仍

LVEF $\leq$ 35% 的症状性心力衰竭患者,建议置入 CRT 以改善症状、降低心力衰竭发生率和死亡率( I 类推荐, A 级证据)。而在《2012 年指南》中适应证为:如 NYHA 分级为 III 级要求 QRS 时限  $> 120$  ms, 如 NYHA 分级为 II 级要求 QRS 时限  $> 130$  ms。

(2) 对于窦性心律, QRS 间期  $\geq 150$  ms, QRS 波呈非左束支传导阻滞形态, 在优化药物治疗下仍 LVEF $\leq$ 35% 的症状性心力衰竭患者, 应考虑置入 CRT 以改善症状、降低心力衰竭发生率和死亡率( II a 类推荐, B 级证据)。而在《2012 年指南》中建议: 如 QRS 波为非左束支传导阻滞形态, 只要 QRS 时限  $> 150$  ms, 即为 II a 类推荐, A 级证据。

(3) 对于窦性心律, QRS 时限  $130 \sim 149$  ms, QRS 波呈左束支传导阻滞形态, 在优化药物治疗下仍 LVEF $\leq$ 35% 的症状性心力衰竭患者, 建议置入 CRT 以改善症状、降低心力衰竭发生率和死亡率( I 类推荐, B 级证据)。而在《2012 年指南》中适应证为: 如 NYHA 分级为 III 级要求 LVEF  $< 35\%$ , 如 NYHA 分级为 II 级要求 LVEF  $< 30\%$ 。

(4) 对于窦性心律, QRS 间期  $130 \sim 149$  ms, QRS 波呈左束支传导阻滞形态, 在优化药物治疗下仍 LVEF $\leq$ 35% 的症状性心力衰竭患者, 可以考虑置入 CRT 以改善症状、降低心力衰竭发生率和死亡率( II b 类推荐, B 级证据)。而在《2012 年指南》中: 如 QRS 时限  $< 150$  ms, QRS 波呈非左束支传导阻滞形态, 则无 CRT 适应证。

(5) 对于 HF $\text{rEF}$  患者, 无论 NYHA 心功能分级如何, 如存在心室起搏适应证和高度房室传导阻滞, 建议置入 CRT 而不是右心室起搏, 以降低心力衰竭发病率, 包括合并心房颤动的患者( I 类推荐, A 级证据)。

(6) 对于合并心房颤动的心力衰竭患者, 经优化药物治疗后, NYHA 分级 III ~ IV 级, LVEF $\leq$ 35%, QRS 时限  $\geq 130$  ms, 应考虑置入 CRT, 以改善症状、降低心力衰竭发病率和死亡率。CRT 置入前需评估确保双心室起搏的措施或可能转复为窦性心律( II a 类推荐, B 级证据)。而在《2012 年指南》中要求 QRS 时限  $\geq 120$  ms, 《2016 年指南》对于 QRS 时限标准更为严格。

(7) 对于 HF $\text{rEF}$  患者, 置入传统起搏器或 ICD 后经优化药物治疗仍出现心力衰竭恶化, 且较高比例右心室起搏, 可考虑升级为 CRT。不适用于稳定型心力衰竭患者( II b 类推荐, B 级证据)。

(8) QRS 时限  $< 130$  ms 的患者不建议置入 CRT ( III 类推荐, A 级证据)。由于 Echo-CRT 研究<sup>[17]</sup> 结果的发表, 《2016 年指南》强调: 对 QRS 时限不增宽的患者, 不再推荐置入 CRT。

## 5 其他置入式电子装置

对于 HF $\text{rEF}$  患者, 优化药物治疗之后仍有症状但又不符合 CRT 适应证者, 已有新型置入式电子装置临床治疗有效的证据, 目前正在进行相关临床试验。

心肌收缩调节器( cardiac contractility modulation, CCM) 的置入手术与 CRT 类似。CCM 在心室一次正常除极( QRS 波) 后的绝对不应期内发放具有一定能量的脉冲刺激。该刺激不起搏心脏, 而是调节或加强心肌收缩力。已在 LVEF 降低、NYHA 分级 II ~ III 级、QRS 时限正常(  $< 120$  ms) 的心力衰竭患者中进行了 CCM 治疗的临床试验评估。研究结果显示, 经 CCM 治疗的患者运动耐力[ 峰值氧耗量(  $\text{VO}_2\text{peak}$ ) ] 和生活质量[ 明尼苏达心力衰竭问卷( MLWHFQ) ] 均提高<sup>[6-7]</sup>。经选择的心力衰竭患者可以考虑接受 CCM 治疗。不过, CCM 对于心力衰竭发生率和死亡率的影响目前还未确定。

还有其他治疗心力衰竭的置入式电子装置, 如通过电刺激来调节自主神经系统活动, 包括迷走神经刺激、脊髓电刺激、颈动脉体消融以及肾交感神经去除术等, 但是否能改善预后, 尚未得到 RCT 的证实。

## 参 考 文 献

- [ 1 ] Ponikowski P, Voors AA, Anker SD, et al. 2016 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure : The Task Force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure of the European Society of Cardiology (ESC) Developed with the special contribution of the Heart Failure Association (HFA) of the ESC. Eur Heart J, 2016, pii: ehw128.
- [ 2 ] McMurray JJ, Adamopoulos S, Anker SD, et al. ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2012: The Task Force for the Diagnosis and Treatment of Acute and Chronic Heart Failure 2012 of the European Society of Cardiology. Developed in collaboration with the Heart Failure Association (HFA) of the ESC. Eur Heart J, 2012, 33(14): 1787-1847.
- [ 3 ] Zannad F, De Ferrari GM, Tuinenburg AE, et al. Chronic vagal stimulation for the treatment of low ejection fraction heart failure : results of the NEural Cardiac TherApy foR Heart Failure (NECTAR-HF) randomized controlled trial. Eur Heart J, 2015, 36(7): 425-433.
- [ 4 ] Ponikowski P, Javaheri S, Michalkiewicz D, et al. Transvenous phrenic nerve stimulation for the treatment of central sleep apnoea in heart failure. Eur Heart J, 2012, 33(7): 889-894.

- [ 5 ] Abraham WT, Jagielski D, Oldenburg O, et al. Phrenic nerve stimulation for the treatment of central sleep apnea. *JACC Heart Fail*, 2015, 3(5):360-369.
- [ 6 ] Kadish A, Nademanee K, Volosin K, et al. A randomized controlled trial evaluating the safety and efficacy of cardiac contractility modulation in advanced heart failure. *Am Heart J*, 2011, 161(6):329-337. e2.
- [ 7 ] Borggreffe MM, Lawo T, Butter C, et al. Randomized, double blind study of non-excitatory, cardiac contractility modulation electrical impulses for symptomatic heart failure. *Eur Heart J*, 2008, 29(8):1019-1028.
- [ 8 ] Hohnloser SH, Kuck KH, Dorian P, et al. Prophylactic use of an implantable cardioverter-defibrillator after acute myocardial infarction. *N Engl J Med*, 2004, 351:2481-2488.
- [ 9 ] Steinbeck G, Andresen D, Seidl K, et al. Defibrillator implantation early after myocardial infarction. *N Engl J Med*, 2009, 361(15):1427-1436.
- [ 10 ] Bardy GH, Smith WM, Hood MA, et al. An entirely subcutaneous implantable cardioverter-defibrillator. *N Engl J Med*, 2010, 363(1):36-44.
- [ 11 ] Aziz S, Leon AR, El-Chami MF. The subcutaneous defibrillator. *J Am Coll Cardiol*, 2014, 63(15):1473-1479.
- [ 12 ] Chung MK, Szymkiewicz SJ, Shao M, et al. Aggregate national experience with the wearable cardioverter-defibrillator. *J Am Coll Cardiol*, 2010, 56(3):194-203.
- [ 13 ] Bristow MR, Saxon LA, Boehmer J, et al. Cardiac-resynchronization therapy with or without an implantable defibrillator in advanced chronic heart failure. *N Engl J Med*, 2004, 350(21):2140-2150.
- [ 14 ] Cleland J, Daubert J, Erdmann E, et al. The effect of cardiac resynchronization on morbidity and mortality in heart failure. *N Engl J Med*, 2005, 352(15):1539-1549.
- [ 15 ] Cleland JGF, Daubert J-C, Erdmann E, et al. Longer-term effects of cardiac resynchronization therapy on mortality in heart failure [the CArdiac REsynchronization-Heart Failure (CARE-HF) trial extension phase]. *Eur Heart J*, 2006, 27(16):1928-1932.
- [ 16 ] Ruschitzka F, Abraham WT, Singh JP, et al. Cardiac-resynchronization therapy in heart failure with a narrow QRS complex. *N Engl J Med*, 2013, 369(15):1395-1405.
- [ 17 ] Steffel J, Robertson M, Singh JP, et al. The effect of QRS duration on cardiac resynchronization therapy in patients with a narrow QRS complex: a subgroup analysis of the EchoCRT trial. *Eur Heart J*, 2015, 36(30):1983-1989.
- [ 18 ] Tang ASL, Wells GA, Talajic M, et al. Cardiac-resynchronization therapy for mild-to-moderate heart failure. *N Engl J Med*, 2010, 363(25):2385-2395.
- [ 19 ] Funck RC, Mueller HH, Lunati M, et al. Characteristics of a large sample of candidates for permanent ventricular pacing included in the Biventricular Pacing for Atrio-ventricular Block to Prevent Cardiac Desynchronization Study (BioPace). *Europace*, 2014, 16(3):354-362.

(收稿日期:2016-06-13)

## · 消息 ·

## 《冠心病合理用药指南》和《规避陷阱——心血管疾病介入并发症防治攻略》新书发布会在沈阳召开

2016年6月19日,由人民卫生出版社出版的《冠心病合理用药指南》和《规避陷阱——心血管疾病介入并发症防治攻略》新书发布会在沈阳成功召开。

国家卫生计生委合理用药专家委员会办公室主任、中国药师协会张耀华会长,人民卫生出版社杜贤总编辑,中国工程院院士、沈阳军区总医院韩雅玲教授,首都医科大学附属北京安贞医院周玉杰教授,沈阳军区总医院朱鲜阳教授,两书的主要参编人员以及来自全国媒体界、企业界、心血管医师等100多人参加了会议。新书发布会由北京大学人民医院刘健教授主持。

张耀华主任在讲话时表示,“心血管疾病合理用药系列指南丛书”于2015年6月启动了编写工作,共有6部指南分册,作为丛书之一的《冠心病合理用药指南》在韩雅玲院士、周玉杰教授、霍勇教授三位主编的领导下,40多位编委历经1年时间编写完成,全书共9章,近20万字。希望通过新书的发布、宣传和贯彻,切实起到指导基层医务工作者合理使用药物的作用,解决一些临床治疗用药的疑难问题,提高医生合理使用药物的能力和水平,有效控制心血管病蔓延,使更多的基层医务工作者和患者受益。

杜贤总编辑在讲话时表示,“心血管疾病合理用药系列

指南丛书”是贯彻落实习近平总书记提出的“没有全民健康就没有全面小康”精神而推出的一项惠民工程,尤其是《冠心病合理用药指南》和《规避陷阱——心血管疾病介入并发症防治攻略》两本新书是落实习总书记讲话精神的具体体现。医疗卫生服务直接关系人民身体健康,要将卫生工作重心下移,医疗卫生资源下沉,使人民群众享受到方便、安全、有效、价廉的公共卫生事业和基本医疗服务。两本新书就是通过专家的科学创新、科学编著、科学推广,建立途径,全方位地使健康知识回到基层、回到百姓,是卫生资源下沉和工作重点下移的重要体现。

韩雅玲院士在讲话时表示,在当下,要想成为一名优秀的心血管医生,应该全面掌握最新的手段和技术,只会用药不会介入手术有一些局限,光会介入手术不会用药也就是个手术匠。《冠心病合理用药指南》既实用又全面,可读性很强,对于指导家庭医生或基层医生具有很强的可操作性,对于提升医生的合理用药水平非常必要。

与会领导和专家共同为《冠心病合理用药指南》和《规避陷阱——心血管疾病介入并发症防治攻略》两书揭幕,宣布两书正式发行。随后,参会媒体针对两书出版有关的问题进行了提问,与会嘉宾逐一作答,会议圆满结束。