

ESC 心脏康复和二级预防全球视角科学声明发布,中国还需建 300 万个心脏康复站点

从全球视角看中国心脏康复发展

▲中国医学科学院阜外医院心脏康复中心 冯雪



冯雪 教授

心血管病是全球范围内致死和致残的重要非传染性疾病之一,约 80% 的疾病负担在低收入与中等收入国家,而二级预防和心脏康复可减轻这一全球负担。

日前,欧洲多学会联合发布了有关心脏康复和二级预防的全球视角的科学声明。声明提供了心脏康复和二级预防的当代全球视角,对比了高收入与低收入环境的挑战和机遇,为我国心脏康复的发展提供可行的参考方案。



关联阅读全文
 扫一扫

心脏康复比介入治疗更接近冠心病的病因根本

近年来,介入治疗已成为冠心病治疗的主要方式,在一定程度上降低了急性心梗和高危心绞痛患者的死亡率,并改善症状。但介入治疗并不能逆转或减缓冠脉粥样硬化的生物学进程、支架术后再次狭窄(尽管在减少,但是依然

存在)、支架术后血栓形成;此外,介入治疗并不能干预所有的血管,因此就会出现不完全血运重建及(或)微血管病变等导致的心绞痛等问题。

而心脏康复是一种综合的、整体的全程医疗管理模式,包括运动治疗、

二级预防用药、营养支持、心理管理、戒烟等多个方面。通过心脏康复可改善和控制风险因素,如吸烟、血脂异常、高血压、糖尿病、腹型肥胖、心理社会压力、水果蔬菜摄入减少、久坐不动等,这些风险因素均是形成冠心病的病因根本。

借力互联网 居家心脏康复大有可为

鉴于心脏康复在心血管病二级预防中的重要作用,AHA/ACC 和 ESC 均给予 I A 类最高级别的推荐。尽管心脏康复可为患者带来更多获益,但当前提供心脏康复服务的站点却远远不足。

声明称,全球范围内,每年每 12 位患者仅有 1 个站点,还不包括心衰患者,而且心脏康复站点的密度区域差异也很大,美国每

4 位患者就有 1 个站点服务。而中国和印度则需要增加 300 多万个站点,其次是俄罗斯,需增加 120 万个站点。

面对此现状,基于互联网+可穿戴技术的居家心脏康复可克服人力财力设备不足、出行距离远、交通不便、与工作时间冲突等障碍,是目前国际认可的解决康复站点巨大缺口的潜在策略之一。

开展心脏康复更适配中国国情和基层医疗

最新指南都推荐基于证据的二级预防/心脏康复干预措施来预防心血管病。此次声明称,全球二级预防的实施存在很大差异,低收入国家 80% 患者未接受治疗,而中低收入国家为 69%。2011 年发表的 PURE 研究显示,中国有冠心病诊断的患者中,他汀的治疗率不到 2%。根据《健康中国行动(2019-2030 年)》,2022 年和 2030 年中国心血管病死亡率需下降至 209.7/10 万及以下,同时强调一级预防和二级预防(如心脏

康复)的理念,提升了危险因素防控在心血管病预防中的地位,将心血管病干预的关口进一步前移。

一项针对心脏康复 10 年的健康经济绩效的研究结果显示,开展心脏康复的患者年所需费用为 806 美元;未进行心脏康复的患者年所需费用为 1073 美元。对于我国心血管病患者而言,介入等治疗手段普遍需要承担较高的医疗费用,而心脏康复则相对更经济实惠,通过简单的康复措施,如锻炼、生活方式改善和风险因素管

理,就可以预防疾病发生发展和减轻经济负担。

此外,我国基层医疗水平参差不齐,尤其在偏远农村地区,医疗资源相对有限,而心脏康复主要依赖基础医疗设施和专业医生的支持,更容易在当前基层医疗的现状下开展实施。通过开展心脏康复,可以进一步提高基层医疗机构对心血管病的早期干预和管理水平。

因此,相比手术和药物治疗,心脏康复更符合中国国情和基层医疗现状。

多方合力发展心脏康复 守护心血管健康

心脏康复是全球范围内防治心血管病的重要措施,对于中国而言,其经济实惠和预防疾病的显著效果使得其更具优势。然而,心脏康复在实施过程中面临诸多挑战,包括康复站点不足、转诊率低(医生重视药物和手术治疗)、费用较高等。

为了克服这些困境,可从以下四点着手改变现状:其一,加强对心脏康复的宣传和教育,提高医生和患者

的认识;其二,加大政府对心脏康复的支持和投入,建立更多的康复站点;其三,借助互联网+可穿戴技术,大力发展居家心脏康复,提高康复服务的便利性和可负担性;其四,与其他领域合作,为患者提供更为全面的慢病康复服务。

只有通过多方合力,才能让更多的患者受益于心脏康复,减轻全球心血管病负担,提高患者生活质量,促进健康中国的建设。

强化心衰监测与全病程管理至关重要



张健 教授

医师报讯(融媒体记者 贾薇薇)日前,STRONG-HF 结果发表于《柳叶刀》杂志,研究提示,急性心衰患者在密切随访的情况下,快速递增药物剂量,有助于降低 180 d 后的心衰再入院和全因死亡风险。STRONG-HF 的诊疗方案有望刷新现有临床策略,为患者带来更多获益。

当前心衰诊疗面临哪些待解难题?快速递增药物剂量用于心衰治疗在中国是否可行?《医师报》特邀中国医学科学院阜外医院心力衰竭中心首席专家张健教授进行解读。



关联阅读全文
 扫一扫

急性心衰诊疗形势严峻

根据中国医学科学院阜外医院高润霖院士等发表的调查结果提示,在我国 ≥ 35 岁居民中,心衰患病率达 1.3%,即约 890 万人患心衰。据此可推算,我国心衰人群已超千万。

更为严峻的是,作为心血管病“最后的战场”,心衰并不是单一的一种疾病,而是一组临床综合征,是冠心病、糖尿病、高血压、心肌病、瓣膜病等多种疾病所导致的一种严重病理

生理状态,也是各种心脏疾病的终末阶段。多项流行病学资料已证实,被确诊为心衰的患者,5 年死亡率高达 50% 左右。其中,急性心衰是导致心衰患者发病和死亡的主要因素。

张健教授介绍,对于急性心衰患者,利尿剂是减轻心脏负荷的基石,与此同时,还要控制液体摄入。如果患者射血分数明显降低,心脏收缩力大幅下降,可予以强心剂治疗。当患者心衰症状

得到缓解后,则应尽早启动“新四联”药物治疗。在药物治疗基础上,还有一些器械治疗,包括自动体外除颤仪、心脏再同步除颤器、心肌收缩调节器以及人工心脏等,以上手段共同构成了心衰治疗闭环。

此外,谈及心衰诊疗面临的挑战,张健教授指出,目前心衰已有比较明确的诊断方法,但心衰究竟是什么原因造成的,仍是现在亟待解决的问题。

STRONG 手段护佑心衰患者拥有 STRONG 心脏

当前,心衰的治疗策略在临床应用中仍存在诸多疑问:药物应用是从小剂量起始,再逐渐递增剂量,还是应以最大剂量使用?药物是否可以先使用其中几种,还是要尽快“新四联”全部使用?近日发布的 STRONG-HF 研究结果或许给出了答案。

研究表明,对于急性心衰患者而言,快速、同步递增药物剂量和密

切随访可显著提升患者的预后和生活质量。

STRONG-HF 研究将急性心衰患者按 1 : 1 随机分配到常规治疗组和高强度治疗组,高强度治疗组在分组后 2 周内将指南推荐的药物剂量递增至 100% 推荐剂量,并在第 1、2、3 和 6 周进行随访,包括监测临床体征和 NT-proBNP 等实验室参数。结果表明,入组高强度治疗组

后 6 个月,全因死亡或心衰再入院的绝对风险降低 8.1%,相对风险降低 34%。

“STRONG-HF 研究结果是令人振奋的一种鼓舞,明确了强化监测、加强对心衰患者的全病程管理至关重要。”张健教授表示,期待我国能够尽快开展相关研究,积累心衰强化监测、强化治疗与全病程管理的中国数据。