

《国家心力衰竭指南 2023 (精简版)》发布

新分类 更细化

推动区域间心衰诊疗同质化



张健教授

医师报讯 (融媒体记者 贾薇薇) 日前, 由国家心血管病中心发起, 国家心血管病专家委员会心力衰竭专业委员会联合中国医师协会心力衰竭专业委员会等组织专家撰写的《国家心力衰竭指南 2023 (精简版)》正式发布。

指南撰写专家组组长、中国医学科学院阜外医院张健教授表示, 近年来, 我国心衰诊疗水平虽有所提升, 但临床实践中仍存在诊疗不足及治疗不当现象, 不同等级医院差距较大。虽然心衰患者总体住院结局指标尚可, 但地区和医院间的差异仍较显著, 且仍面临 30 d 再住院率相对较高的问题。指南中指出, 今后将建立全国心衰医疗质量控制组织体系, 促进心衰诊疗过程规范化, 提高心衰及其相关疾病的临床诊疗能力, 提升区域间心衰诊疗同质化水平。

定义和分类

新增 HFdecEF 和 HFpimpEF

指南指出, 心衰是一种复杂的临床综合征。定义包含三个方面: 心脏结构和 (或) 功能异常导致心室充盈 (舒张功能) 和 (或) 射血能力 (收缩功能) 受损; 产生相应的心衰相关的临床症状和 (或) 体征; 通常伴有利钠肽水平升高, 和 (或) 影像学检查提示心原性的肺部或全身性淤血, 或血液动力学检查提示心室充盈压升高的客观证据。

指南介绍了不同的心衰分类。根据左心室射血分数 (LVEF) 水平, 可分为不同类型的心衰, 增加了射血分数下降的心衰 (HFdecEF)、改善的射血分数保留的心衰 (HFpimpEF)。

分期

控制危险因素延缓心衰

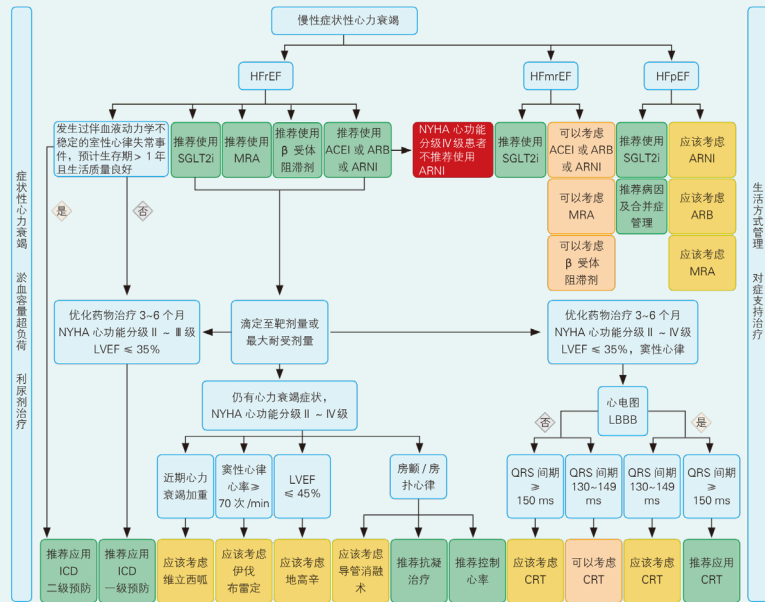
指南将心衰发生发展分为 4 期: A 期为心衰风险期, B 期为心衰前期, C 期为症状性心衰期, D 期为晚期心衰。针对心衰患者的一级预防, 指南建议, 主要通过控制心衰的危险因素和保持健康的生活方式来减少或延缓心衰的发生。

诊断和评估

重视心衰家族史采集

心衰的评估包括临床评估、实验室检查、影像学检查、血液动力学监测、远程监测评估、运动耐量评估、生活质量评估、容量状态评估等多个方面。临床评估除了考虑病史、临床表现, 还应注重家族史, 对于可疑家族性 / 遗传性心肌病导致心衰患者, 应开展包括至少 3 代亲属的家族史采集。

慢性心衰治疗流程



注: HFrEF: 射血分数降低的心衰; HFmrEF: 射血分数轻度降低的心衰; HFpEF: 射血分数保留的心衰; SGLT2i: 钠-葡萄糖共转运蛋白 2 抑制剂; MRA: 盐皮质激素受体拮抗剂; ACEi: 血管紧张素转换酶抑制剂; ARB: 血管紧张素 II 受体拮抗剂; ARNI: 血管紧张素受体脑啡肽酶抑制剂; LVEF: 左心室射血分数; LBBB: 左束支阻滞; ICD: 埋藏式心脏复律除颤器; CRT: 心脏再同步化治疗

治疗

心衰患者应个体化启动“新四联”

目前研究显示, 可显著降低慢性射血分数降低的心衰 (HFrEF) 患者全因或心血管死亡和心衰住院风险的指南指导的药物治疗 (GDMT), 主要包括血管紧张素受体脑啡肽酶抑制剂 (ARNI) / 血管紧张素转换酶抑制剂 (ACEI) [或血管紧张素 II 受体拮抗剂 (ARB)]、 β 受体阻滞剂、盐皮质激素受体拮抗剂 (MRA) 及钠-葡萄糖共转运蛋白 2 抑制剂 4 类药物, 称为“新四联”。

指南推荐, 患者在血液动力学稳定且无禁忌证的情

况下, 尽早、小剂量、同时启动“新四联”药物 (I, B); 如果患者不能耐受“新四联”药物同时启动, 可根据患者个体情况和药物特点个体化选择 1~2 种药物先启动, 然后根据患者的耐受情况, 在 4~6 周内序贯启动“新四联”药物。

启动“新四联”药物治疗后, 应根据血压、心率等生命体征及肾功能、血钾等指标, 评估患者的耐受性, 滴定剂量至靶剂量或最大耐受剂量。

射血分数轻度降低的心衰 (HFmrEF) 的治疗多

与 HFrEF 患者类似。射血分数保留的心衰 (HFpEF) 患者多合并有高血压、肥胖、代谢综合征、2 型糖尿病、房颤及慢性肾脏病, 常缺乏体力活动, 缺血性心脏病比例相对较低。指南对 HFpEF 患者的诊断流程和药物治疗也进行了相应推荐。

对于射血分数改善的心衰或射血分数恢复的心衰, 只是代表心脏功能或结构达到一定程度缓解, 并不是真正意义上的治愈或者完全正常化, 在患者管理上应注意继续生活方式管理和维持药物治疗。

权威观点

这是一个薪火相传的新起点

“此次指南的发布是推动我国心衰事业向着更高的目标前进的一个新起点, 也是老一辈专家与中青年专家薪火相传的新起点。”

指南顾问专家、南京医科大学第一附属医院黄峻教授指出, 新指南解决了当前心衰治疗中亟待解决的问题, 比如对于 HFpEF 和 HFmrEF 在治疗上的争议, 指南给予了比较恰当的推荐意见。

同时, 未来不可避免地需要面对更多新的问题, 比如指南是否适用于临床实践, 药物治疗如何处理和把握时机和用量等。因此, 黄教授也期待随着新证据、新理念、新方案的推陈出新, 指南能够跟上时代的步伐, 形成独具特色的中国心衰系列指南。

黄教授介绍, 历经近三年, 百余位心衰领域专家学者共同努力, 在众多国内外临床证据与指南推荐之中, 筛选并提炼出中国自己的心衰指南, 实属不易。令人欣慰的是,



黄峻教授

在指南制定的过程中, 中青年专家已走到了历史的前台, 展现出医者的时代担当, 握紧了心衰事业的接力棒, 担负起了支持国家卫生政策、守护人民健康的责任与使命。

黄教授指出, 我国心衰事业还有很多工作要做, 指南发布只是第一步, 如何解决基层医生心衰诊疗水平同质化的问题也是迫在眉睫的重要课题。同时, 随着科学的进步, 心衰事业也在一路向前, 诊疗手段和策略也要与时俱进。黄教授鼓励更多中青年学者参与到指南的制定工作中来, 同时呼吁心衰领域同道团结一心, 相互学习, 向着推动我国心衰事业不断发展这一共同目标, 砥砺前行!

右心衰竭

优化前负荷 降低后负荷 增强心肌收缩力

指南指出, 右心衰竭的治疗原则是积极治疗导致右心衰竭的原发疾病, 减轻右心室前后负荷, 增强心肌收缩力, 维持窦性节律及心脏收缩同步性。同时, 积极纠正导致右心衰竭发作的诱发因素。

治疗措施包括优化前负荷、降低后负荷和增强心肌收缩力。推荐静脉应用袢利尿剂, 降低心脏前负荷; 如果合并低钠血症或肾功能恶化倾向, 可以

考虑联合托伐普坦治疗。对于肺动脉高压引起的右心衰竭, 推荐应用靶向药物治疗。对右心衰竭合并低血压、组织低灌注或原发性休克患者, 应考虑应用正性肌力药物, 可考虑联合血管收缩药, 如去甲肾上腺素。



关联阅读全文
扫一扫

晚期心衰

心脏移植仍是无禁忌证晚期心衰患者治疗金标准

晚期心衰的诊断标准, 在优化 GDMT、器械或外科治疗情况下, 必须同时满足以下 4 点。

第一, 存在严重的进行性或持续性心衰症状 (NYHA 心功能分级 III 级或 IV 级)。

第二, 存在严重心脏功能障碍, 满足以下至少 1 条标准: LVEF $\leq 30\%$; 孤立性右心衰竭; 存在不能手术的严重瓣膜性心脏

病; 存在不能手术的严重先天性心脏病; LVEF $\geq 40\%$, 利钠肽水平持续升高 (或较前升高), 存在严重的心脏舒张功能不全或左心室结构异常的证据。

第三, 过去 1 年内发生 >1 次由于下列原因引起的计划外门诊或急诊就诊或住院: 肺循环或体循环淤血需要高剂量静脉应用利尿剂或利尿剂联合治疗; 心输出量

降低导致低血压需要应用 (或依赖) 正性肌力药或血管活性药; 恶性心律失常。

第四, 估计由心脏原因引起的活动耐量严重受损导致不能运动, 或 6 min 步行距离 <300 m, 或心肺运动试验提示峰值耗氧量 $<12\sim14$ ml/(kg $\cdot$ min) 或 $<50\%$ 预计值。

指南强调, 心脏移植仍是无禁忌证的晚期心衰患者治疗的“金标准”。