

# “接地气”的欧洲急性心衰管理指南

▲阜外心血管病医院心力衰竭中心 张健 谷喆



张健 教授

5月21日,《欧洲心脏病学杂志》刊发了由欧洲心脏病学会心衰委员会、欧洲急诊治疗学会和流行病学急诊治疗学会联合制定的《急性心衰院前和院内管理指南》。这项指南实用性强,针对急性心衰(AHF)的定义、院前早期处理、入院评估、实验室检查、器械治疗、药物治疗、院内治疗等多方面进行了比较具体详尽的阐述,更加“接地气”。

1

AHF通常指初次发生,或慢性心衰的症状和体征迅速恶化,同时伴脑利钠肽(BNP/NT-proBNP)升高的临床情况。该指南首次将BNP/NT-proBNP纳入定义。

2

急性冠脉综合征导致的AHF,应突出“及时治疗”理念。其他因素导致的AHF也应尽可能早接受治疗。

3

对处于院前阶段的AHF患者,下列措施能带来早期获益。如早期(如急救车内)无创监测,包括脉搏血氧饱和度、血压、呼吸频率及连续心电图监测等;若氧饱和度<90%,应及时进行氧疗;无创通气也是呼吸窘迫患者的早期治疗措施;根据患者血压情况和(或)充血程度决定血管扩张剂、利尿剂的应用;尽快转诊至附近有完备心内科和(或)CCU/ICU的大中型医院。早期行利钠肽检测也将带来益处(包括指尖测利钠肽)。一旦患者进入急诊/CCU/ICU,需立即同时开展确诊和治疗工作。

4

完善入院临床评估及临床调查。对于疑似患者,要及时评估呼吸困难的程度、血液动力学状态及心律,记录:(1)呼吸困难严重程度,包括呼吸频率、是否能仰卧、呼吸力度及缺氧程度;(2)血压(舒张期及收缩期);(3)心律及心率;(4)体温情况,是否存在低灌注征象(如四肢凉、脉压变窄或精神淡漠);(5)对以上问题要反复评估,这有利于AHF的诊断和治疗。

5

注重基本检查。如心电图、实验室检查[肌钙蛋白、BNP/NT-proBNP、肌酐(Cr)和尿素氮(BUN)、D-二聚体、血糖、血常规等]、床旁X胸片、超声心动图等,有助于了解患者病因。指南特别指出,患者应每1~2天复查Cr和BUN、电解质、BNP/NT-proBNP,重症患者要注重监测。

6

对护理提出具体要求:(1)要有安全适宜的诊治环境;(2)客观记录患者的治疗反应和相关症状、体征;(3)合理制订出院计划或转诊至多学科疾病治疗部门。同时要注重对患者的心理辅导和与家属的恰当交流。严密监测患者病情变化并及时与医生沟通。

7

对氧疗及辅助呼吸做出具体指导:(1)使用血氧饱和度监测血氧饱和度(SpO<sub>2</sub>)。(2)入院后评估患者血液酸碱度,尤其适用于有急性肺水肿或慢性阻塞性肺疾病病史患者。(3)若SpO<sub>2</sub><90%,应考虑氧疗。中度心衰患者中即可检测到SpO<sub>2</sub>下降;根据需要,吸入气中氧浓度分数可提高至100%,并根据SpO<sub>2</sub>调整。对于呼吸困难明显的患者,指南特别提出应尽早使用无创通气治疗,甚至在转运途中,就应该尽早应用,并推荐了PS-PEEP模式。

13

院内监测注意事项。

(1)患者需每天称重,并有准确的体液平衡记录表;(2)给予标准无创监测,指标包括脉搏、呼吸频率和血压;(3)每天检测肾功能及电解质情况;(4)出院前检测利钠肽有助于制定出院后治疗方案。

14

制定出院标准及高危患者随访计划:(1)出院标准:出院前24h血液动力学稳定、容量正常、标准口服药物治疗且肾功能正常;已被告知自我管理相关内容。(2)随访计划:入组疾病管理系统;出院1周内主治医师随访;慢性心衰患者纳入心衰随访队列。

## 欧洲急性心衰管理指南

## 大要点

8

为了改善症状,指南提出要早期给予利尿剂和血管扩张剂。起始即静脉注射呋塞米20~40mg,对急性失代偿的患者则起始剂量不小于既往最大口服量。若患者收缩压正常或偏高(收缩压≥110mmHg),可以予静脉注射血管扩张剂。需说明的是,静脉利尿剂的最佳剂量及给药时间尚无足够的指导依据。指南建议,在合并快心室率房颤的AHF患者中,可以静脉注射强心苷类药物,此时,β受体阻滞剂也是一线推荐用药。

9

在AHF中应慎重使用的药物(不包括心源性休克)。(1)不推荐将阿片类药物作为AHF常规用药;(2)对于收缩压>110mmHg的患者,没有指征使用缩血管药物;当低心排量改善以后,血压稳定,就应停用拟交感活性药物。

10

当前标准口服药物治疗:(1)对于心衰失代偿而出现AHF的患者,应尽力维持改善患者预后和症状的口服药物;(2)对于新发AHF患者,在血液动力学稳定后应尽力启动标准口服药物治疗。特别指出,β受体阻滞剂可以在除心源性休克外的其他AHF患者中安全使用。

11

急诊室出院注意事项。对于病因明确,反复住院的急性失代偿部分的患者,经过急诊治疗,符合以下条件即可出院:(1)患者主诉病情改善;(2)静息心率<100次/min;(3)无站立低血压;(4)尿量正常;(5)室内血氧饱和度>95%;(6)无或中度肾功能恶化。需要强调,急诊快速通道出院后,应立即启动慢病管理计划。新发AHF患者不能从急诊直接出院回家,需中间病房进一步明确病因,继续治疗,之后再进入管理计划之中。

12

病房及ICU/CCU治疗要点:(1)应将患者安置于可立即开展心肺复苏的场所;(2)需专科护士护理及医师治疗;(3)推荐高危患者入CCU专科治疗;(4)应设置AHF患者的绿色通道。

15

心源性休克诊疗要点:(1)定义为血容量充分,但仍存在低血压(收缩压<90mmHg)及低灌注的疾病表现;(2)对于疑似心源性休克的患者,应立即进行心电图及超声心动图检查;(3)需动脉导管有创监测;(4)监测心源性休克患者血液动力学状态的最佳方式尚无定论,包括肺动脉导管;(5)如果患者无容量负荷过重证据,推荐补充容量可作为一线疗法;(6)可使用多巴酚丁胺增加心输出量,可考虑左西孟坦,尤适用于口服β受体阻滞剂的慢性心衰患者;(7)在收缩压难以维持的情况下,可早期使用血管活性药,去甲肾上腺素优于多巴胺;(8)及时转诊至专科机构;(9)不推荐给予主动脉球囊扩张;(10)难治性心源性休克可考虑短期机械循环支持,但需综合考虑患者年龄、合并症及神经系统情况,且暂不确定何种机械循环更优。