

中国急性心力衰竭急诊临床实践指南(2017)解读 快速甄别风险 规范诊治手段

▲北京医院国家老年医学中心 张新超 北京协和医院急诊科 于学忠

急性心衰(AHF)是急诊常见的危重症,危及生命,必须快速诊断和紧急抢救治疗。近年来,绝大多数 AHF 患者是在急诊科首诊和救治。近日,中国急性心力衰竭急诊临床实践指南(2017)发布于《中华急诊医学杂志》,新指南的发布可更好的指导和规范急诊医师对 AHF 诊治的临床实践。

新指南强调,急诊应在第一时间对 AHF 的主要致命问题进行识别及处理。对于 AHF 的诊断方法及治疗手段也进行了更新,推荐常规进行肌钙蛋白 I/T、血气分析、血乳酸等检查,同时,进一步说明了利尿剂、血管扩张剂、正性肌力药物的使用注意事项。(中国急救医学杂志.2018 年第 1 期)



张新超 教授

临床思维

第一时间甄别潜在风险

基于急诊医学特有的临床思维方法,如降阶梯原则、危重症优先处置原则等,新指南强调,急诊应第一时间对 AHF 的 2 个主要致命问题——心源性休克与呼吸衰竭进行识别和处理。同时,在患者首次接触医疗的 60~120 min 内,应快速甄别出短时间内有潜在致命危险且经过积极恰当处理能够可逆的病因或诱发因素,如急性冠脉综合征、高血压危象、严重心律失常、心脏机械并发症、急性肺栓塞(CHAMP)等。

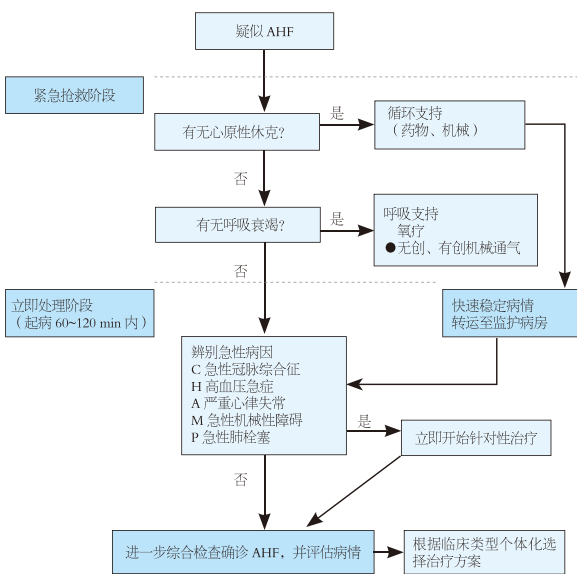


图 1 AHF 患者初始评估和处置流程

诊断方法

推荐肌钙蛋白作为常规检查

其不仅对急性心肌梗死(AMI)的诊断有明确意义,也可用于对肺血栓栓塞的危险分层,而这又恰是 AHF 病因或诱因的检验手段之一。并且,即使多数肌钙蛋白升高的 AHF

患者没有明显的急性心肌梗死或急性冠脉事件,但却提示存在进行性心肌损伤,后者与心功能恶化或加重往往互为因果。

此外,新指南也提及了生物学标记物(与评价心

衰患者病情严重程度及不良预后密切相关,可能有良好应用前景),如血清可溶性 ST2(sST2)、和肽素(Copeptin)、胱抑素 C、中性粒细胞明胶酶相关脂质运载蛋白(NGAL)等。

推荐血气分析作为常规检查

其目的是直接诊断呼吸衰竭,实现在诊治流程上第一时间确定有无呼吸衰竭,加之血气分析确定酸碱平衡失调,

对病情严重程度的评估有十分重要的意义。

此外,无创监测脉搏血氧饱和度(SpO₂)虽能及时获得动脉氧供

的判断,但在 AHF 瘀血与组织低灌注,甚至是休克的情况下,不能真实反映动脉氧饱和度(SaO₂)水平。

推荐血乳酸作为常规检查

乳酸是葡萄糖无氧酵解的产物,高乳酸血症是急重症患者氧代谢障碍的结果,往往提示存在组织缺氧,且在器官功能障碍

早期即可出现,是急重症患者的早期预警指标。组织缺氧与低灌注虽不能等同视之,但多数情况下二者直接关联,临床上,与

尿量和部分体征相比较,血乳酸是可更好反映组织低灌注的替代指标。当然,应注意肝功能异常等诸多因素的影响。

建议情况许可时行 CT 扫描

胸部 X 线检查虽然是常规推荐,但鉴于床旁 X 线胸片价值的有限,新指

南提出在患者情况和医院检查条件许可的情况下可行 CT 扫描,以更全面地

了解肺部病理情况和辅助了解心脏情况(如心脏扩大、心包积液)。

推荐尽早进行心脏超声检查

心脏超声是对于急性心衰诊断和病情评价十分重要的检查,应当尽早完成,尤其是对于首发 AHF、心脏功能不明以及血流动力学趋于不稳的患

者,更是如此。但由于心脏超声多由心脏科医生完成,因此在检查时间上期望“早期”尚有一定困难,同时,随着急诊超声技术的普及,

诸多医院已能够有急诊医生在床旁快速完成肺间质水肿征象(增多的 B 线,呈现肺“火箭征”)的探查,因此新指南对此作了推荐。

治疗手段

常规氧疗效果不佳时 推荐尽早使用无创正压通气

研究显示,无创正压通气(NIPPV)治疗急性心源性肺水肿可改善氧合,减轻呼吸困难,缓解呼吸肌疲劳,降低呼吸功耗及插管率,甚至降低死亡率。

新指南建议,当常规氧疗方法(鼻导管和面罩)效果不满意时,应尽早使用无创正压通气。但也特别指出,只要呼吸频率

> 25 次/min、SpO₂ < 90% 的患者,在有条件的情况下可尽早使用 NIPPV。目的在于避免临床救治陷入机械过程中,而可能失去早期的干预价值。

ESC 指南强调,AHF 患者低氧血症合并呼吸性酸中毒时,不宜使用无创通气,新指南并未采纳,主要基于以下考虑:二氧

化碳潴留与呼吸性酸中毒并非无创通气的禁忌证;诸多老年 AHF 患者有慢性阻塞性肺疾病基础,其急性发作时,无创通气是其一线适应证。当然,倘若由于单纯心源性肺瘀血(水肿)的呼吸肌疲劳所引起的明显二氧化碳潴留并酸中毒,则应考虑气管插管、机械通气。

基于国人证据 使用血管扩张剂应包含乌拉地尔

“利尿剂、血管扩张剂、正性肌力药物”是治疗心衰药物的三驾马车。关于利尿剂,新指南未对新型托伐普坦做任何推

荐,但基于已有的临床研究报告,在释义部分进行了介绍。

乌拉地尔也是良好的血管扩张剂,虽其在

ESC 指南中未被提及,考虑到该药在国内应用较为普遍,尤其是有国人临床研究证据的支持,因此指南做出了推荐。

个体化应用吗啡

吗啡对于 AHF 的治疗是多维度的,其作用明确。

然而,根据已有研究以及此后的诸多争议,新指南虽提出“不推荐

常规使用吗啡”,但也明确了“对烦躁不安又除外持续低血压、意识障碍、严重慢性阻塞性肺疾病的患者,可小剂

量缓慢静脉注射,同时需注意个体化”。至少国内外文献均未对此限定的适应证有明确否定证据。

洋地黄走下主导地位

洋地黄是认识最久、使用最多的传统正性肌力药物,但近年的欧美学术指南、学术共识都将其从正性肌力药物中剥离,而只是在控制房颤快速心室

率的作用中有所推荐。除了 DIG 临床试验等研究证实洋地黄不能改善心衰患者的预后外,对于舒张功能不全所致的心衰,洋地黄类药物

完全没有指征,而且还可能加重病情。

此外,由于新型钙增敏剂临床研究与应用日益增多,洋地黄走下主导地位也在情理之中。

茶碱类药物或存严重不良反应 临床已少用

茶碱类药物也是长期以来普遍用于治疗 AHF 的药物,其药理学作用是多方面的,但由于其在治疗心衰中的不良反应也较为明显,近 20 年来,茶碱

类药物虽在欧美国家治疗 AHF 中的地位似乎接近摒弃,而在国内依然有相当多的实践应用,毕竟“点对点”的循证医学证据是缺乏的。恰是基于此,新

指南未持任何推荐意见,只是结合国情做了“适应于伴有支气管痉挛的 AHF 患者”的叙述,同时也强调了“可能出现严重不良反应,目前临床已少用”。