

贯彻分级诊疗制度 优化心衰全程管理

今年5月，国家卫健委发布全新《心力衰竭分级诊疗技术方案》（以下简称《方案》），该方案旨在进一步规范我国心衰患者管理，通过分级诊疗体系和心衰中心全面建设，提升我国心衰诊治和管理的整体水平。为此，中国心血管健康联盟、苏州工业园区心馨心血管健康基金会、心衰中心总部联合启动了“2019中国心衰中心分级诊疗建设项目”。

近日，项目系列会议首站在中国心衰中心示范基地北京医院举行，来自各大医院的心血管专家齐聚一堂，深入解读《方案》，共同探讨如何有效实现心衰分级诊疗，使心衰中心建设成为方案实施的有力抓手。

大会主席、北京医院杨杰孚教授指出：“做好心衰综合管理是心衰防控体系中不可缺少的部分。然而当前我国心衰诊疗仍面临‘难治疗、欠规范、缺管理’的三大挑战。分级诊疗模式是推动心衰规范化管理的有效手段，这一模式的落实将有效推进现有医疗资源的整合和合理利用，改善我国心衰整体防治局面，提升患者生存质量。”

“《方案》鼓励有条件的二级以上医院开展心衰中心建设，以形成心衰诊治网络体系，为心衰患者提供诊断、治疗、康复、护理等连续性诊疗服务。”北京医院王华教授强调，“目前，我国心衰中心建设稳步发展，秉承落实我国分级诊疗制度的精神，心衰中心围绕‘三位一体发展格局’（专家委员会、产业联盟、标准化委员会）进行全面推动建设。《方案》明确了各级医疗机构的功能定位，同时规定了心衰患者的‘双向转诊’标准，临床应及时诊断、密切关注

患者病情，在出现相应临床症状时尽快上转或下转至对应卫生机构，让心衰患者得到高效合理的诊疗。”

首都医科大学附属朝阳医院陈牧雷教授、北京大学第一医院丁文惠教授与中国人民解放军总医院董蔚教授对《2018中国心力衰竭诊断和治疗指南》进行详细解读。陈牧雷教授指出：“急性心衰要注意院前、急诊和心内各阶段评估诊断，分析急性心衰发作的病因诱因、急性心衰分型和分级，强调治疗目标、原则和流程，合理运用各种对应治疗手段。”

丁文惠教授指出：“慢性心衰要依据指南推荐流程进行充分评估和分型，有利于早期诊断心衰。合理应用相应的治疗药物，尤其需注意药物的适用范围和目标靶剂量。在心衰治疗同时更应注重心衰预防，对于高危患者利用利钠肽（BNP或NT-proBNP）筛查识别高风险患者，通过控制危险因素和干预生活方式预防左心室功能

障碍或新发心衰。”

在慢性心衰患者的长期管理方面，董蔚教授强调

“中国心衰患者长期管理在现有医疗体系下面临巨大挑战，分级诊疗双向转诊制度的建立将有利于为患者提供规范化、连续性的心衰长期管理服务。尤其在出院后的随访管理方面，需要在出院前制定心衰管理方案、建立随访制度并进行患者教育，采用新的信息技术，促进多学科管理方案的构建和实施，也有助于患者的参与和自我管理。”

同时，专家表示，利钠肽检测被国内外指南一致推荐作为心衰管理的核心指标。充分利用好生物标志物将帮助临床更高效地进行心衰患者早期预防、早期诊断、指导治疗决策、优化长期管理。对于基层医院，相较于复杂的心脏超声检查，便捷和标准化的血清学检测，将更有助于基层医生对



王华教授
丁文惠教授

陈牧雷教授
马丽娟教授

杨杰孚教授

赵昕主任

心衰患者的管理和指导双向转诊。

首都儿科研

究所附属儿童医院检验科

马丽娟教授补充道：“NT-proBNP较BNP具有半衰期更长、个体内变异更小、稳定性更佳、检测结果不受血管紧张素受体脑啡肽酶抑制剂（ARNi）类新药影响等诸多优势。因此，NT-proBNP是更理想的心衰标志物。”

大会联合主席、北京医

院检验科赵昕主任强调：“肌钙蛋白、利钠肽是近年来被临床广泛认可的

高医学价值的生物标志物，对心血管疾病的诊疗起至关重要的作用，需要检验与临床共同合作，利用好这些工具为患者提供更有价值的诊疗服务。心衰管理需多学科、跨医院共同合作，心衰中心建设和推进分级诊疗系统建立将大大提升中国心衰疾病管理质量。”



学术会议交流之余，在杨杰孚教授和王华教授的安排下，北京医院心内科精心组织了为期半天的心衰教学查房活动。通过现场的病例分析交流，更直观地为与会专家分享了心衰患者规范化管理经验，也为心衰中心的建设提供了参考。

基层2型糖尿病筛查专家共识发布

糖尿病高危人群每年筛查1次 非高危人群每3年筛查1次

（医师报讯 融媒体记者黄玲玲）7月11日，《基层2型糖尿病筛查专家共识》在京发布。共识指出，筛查原则应本着选择适宜有效的筛查方法和筛查策略，以减少接受实验室血液检测的人数，同时兼顾敏感性。其中高危人群筛查更有成本效益比，共识建议糖尿病高危人群

每年筛查1次；无糖尿病危险因素者每3年筛查1次。其中所谓的高危人群，为具有任何1项及以上糖尿病危险因素的成人（表1）。其中可采用糖尿病危险因素评分表等无创法来评估，总分≥25分者应行口服葡萄糖耐量试验。

共识主要发起人东南大学附属中大医院孙

林教授指出，我国87%的糖尿病患者就诊于基层医疗机构，然而，基层糖尿病筛查能力及同质化水平有待提高。共识的制定可弥补我国基层筛查经验相对缺乏和筛查能力相对不足的缺陷，发挥提升基层医疗卫生服务水平的作用。

他同时强调，筛查不是目的而是手段，筛查是

为了更好的防治，降低全因死亡率，减少严重后果的发生。后续还将围绕共识开展线上、线下培训活动和宣传教育，惠及更多基层医疗工作者和公众。

据悉，我国约有1.14亿糖尿病患者，未诊断者达6130万人，另有糖尿病前期患者4680万人。因此，加强糖尿病筛查工作，势在必行。

表1 糖尿病患者高危人群建议每年筛查1次

- | |
|---|
| （1）年龄≥40岁； |
| （2）有糖尿病前期（IGT、IFG或二者共存）史； |
| （3）超重（BMI≥24 kg/m ² ）或肥胖（BMI≥28 kg/m ² ）和（或）中心性肥胖（男性腰围≥90 cm，女性腰围≥85 cm）； |
| （4）静坐生活方式； |
| （5）一级亲属中有2型糖尿病家族史； |
| （6）有妊娠糖尿病或巨大儿（出生体重≥4 kg）生产史的女性； |
| （7）高血压[收缩压≥140 mmHg和（或）舒张压≥90 mmHg]，或正在接受降压治疗； |
| （8）血脂异常[高密度脂蛋白胆固醇≤0.91 mmol/L和（或）甘油三酯≥2.22 mmol/L]，或正在接受调脂治疗； |
| （9）动脉粥样硬化性心血管疾病患者； |
| （10）有一过性类固醇糖尿病病史者； |
| （11）多囊卵巢综合征患者或伴有与胰岛素抵抗相关的临床状态（如黑棘皮征等）； |
| （12）长期接受抗精神病药物和（或）抗抑郁药物治疗及他汀类药物治疗的患者。 |

医师报·医链大学
——最实用的医学课程——



扫码立刻观看视频

房颤导管消融的困惑与展望

适应症的逐步拓展是目前导管消融治疗房颤最大的进展，越来越多的房颤患者从中获益。然而，房颤导管消融治疗仍存在诸多争议，这些争议该如何解决？现有临床研究结果将对临床决策产生怎样的影响？

本期特邀首都医科大学附属北京安贞医院马长生教授，结合临床实际，与大家一起畅谈房颤导管消融的困惑与展望。

