

接轨国际指南、彰显中国特色——《中国心力衰竭诊断和治疗指南 2018》解读



扫一扫下载指南原文

张建军(首都医科大学附属北京朝阳医院 心脏中心,北京 100020)

关键词: 心力衰竭;指南;诊断;治疗

中图分类号: R541 文献标识码: A 文章编号: 2095-8552(2019)04-0398-05

doi:10.3969/j.issn.2095-8552.2019.04.006

2018 年 10 月《中国心力衰竭诊断和治疗指南 2018》(简称指南)正式发布^[1]。新版指南根据国际、国内临床试验证据,在心力衰竭(简称心衰)的诊断与分类、预防、治疗及综合管理等方面,对 2014 版《中国心力衰竭诊断与治疗指南》进行更新^[2],简述如下。

1 不同阶段心力衰竭名称

为减少心衰的发生率,指南再次强调了若控制不佳,容易发生心衰的疾病和人群特征,并制订了不同心衰阶段名称及相应阶段所需要采取的手段。提倡上游治疗,早期治疗,去除不良生活习惯(表 1)。

表 1 不同心力衰竭阶段名称介绍

心力衰竭阶段	定义	患病人群	NYHA 分级
阶段 A (前心力衰竭阶段)	心力衰竭的高危人群 无心脏结构或功能异常,无心衰的症状和(或)体征	高血压、冠心病、糖尿病、肥胖、代谢综合征、使用心脏毒性药物史、酗酒史、风湿热史、心脏病家族史等	无
阶段 B (前临床心力衰竭阶段)	已发展成器质性心脏病,之前从无心力衰竭症状和(或)体征	左心室肥厚、陈旧性心肌梗死、无症状的心脏瓣膜病等	I
阶段 C (临床心力衰竭阶段)	器质性心脏病,既往或目前有心力衰竭的症状和(或)体征	器质性心脏病患者伴运动耐量下降(呼吸困难、疲乏)和液体滞留	I ~ IV
阶段 D (难治性终末期心力衰竭)	器质性心脏病不断进展,积极的内科治疗后休息时仍有症状,且需要特殊干预	因心力衰竭反复住院,且不能安全出院者; 需要长期静脉用药者; 等待心脏移植者; 使用心脏机械辅助装置者	IV

2 心力衰竭的分类

指南根据左心室射血分数(LVEF)对心衰进行分类:在保留既往的 LVEF < 40% 射血分数下降心衰(HFrEF)及 LVEF ≥ 50% 的射血分数保留心衰(HFpEF)两种类型外,增加了射血分数临界值心衰(HFmrEF),即 LVEF 40% ~ 49% 的心衰,指南中左心室射血分数中间范围(40% ~ 49%)心衰(HFmrEF)被单独提出,此亚组的临床特征、治疗方式和预后尚不清楚,单独列出此组有利于促进对此部分心衰患者特点、病理生理机制和治疗的研究。

射血分数中间值和射血分数保留的心衰,除了 EF 值之外,还需要有 B 型利钠肽(BNP)升高,或并存相关的结构性心脏病和舒张功能下降之一。射血

分数临界值心衰根据治疗反应,可转化为 HFrEF 或 HFpEF。

3 慢性心力衰竭的诊断与评估

清晰地设计了慢性心衰诊断、评估流程图(图 1)。强调了流程图中,胸部 X 线片及心脏超声检查在诊断肺淤血、心脏功能中的价值,将胸部 X 线片的推荐等级由 2014 的 IIa 提高至 I。指南提出胸部 X 线片在明确肺淤血、肺水肿、心脏扩大方面具有重要优势;同时认为在经胸超声图像质量差时,建议使用声学对比剂以清晰显示心内膜轮廓。超声心动图是目前临床上唯一可判断舒张功能不全的成像技术。其中重要参数更新如下:HFpEF 主要的心脏结构异常包括:①左心房容积指数 > 34 ml/m²、左心室

质量指数 $\geq 115\text{g/m}^2$ (男性) 或 95g/m^2 (女性); ② 主要的心脏舒张功能异常指标包括 $E/e' \geq 13$ 、 e' 平均

值 (室间隔和游离壁) $< 9\text{cm/s}$; 其他间接指标包括纵向应变或三尖瓣反流速度。

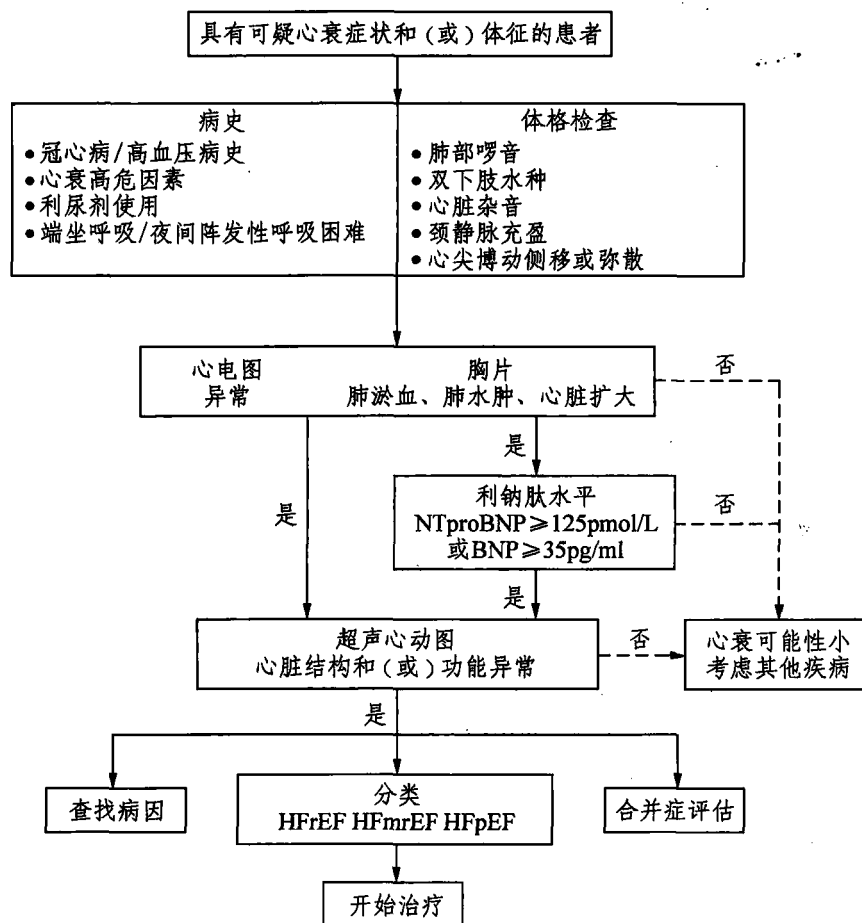


图1 慢性心力衰竭诊断流程图

强调心脏磁共振检查在发现心肌病变特征中具有重要价值,不推荐常规使用心肌活检评价心衰患者的心肌病变。指南明确提出,心脏磁共振是复杂性先天性心脏病的首选检查方法(I,C),对浸润性心肌病变的特征性识别也具有较高的准确性;对于扩张型心肌病患者,在临床和其他影像学检查不能明确诊断的情况下,应考虑采用延迟钆增强,以鉴别缺血性与非缺血性心肌损害(IIa,C);并提出基因检查可用于与遗传基因相关的疾病如肥厚型心肌病、右心室发育不良心肌病等的诊断。但不推荐心肌活检用于心衰患者的常规评价(III,C)。

应用生物标记物(BNP/NT-proBNP)筛查高危人群,指南强调:在心衰阶段A(前心力衰竭阶段)及阶段B(前临床心力衰竭阶段),检测及监测时间前移,针对危险因素和无症状性左心室收缩功能不全进行及早干预,推荐对心衰高危人群(A群)进行利钠肽

(BNP/NT-proBNP)筛查及干预,可以大大预防或延缓心衰的进展。在长期随访治疗过程中,检测利钠肽(BNP/NT-proBNP)也有助于对疾病进展及药物疗效的判断。

4 慢性心力衰竭的治疗

依然强调血管紧张素转化酶抑制剂/血管紧张素II受体拮抗剂(ACEI/ARB)、醛固酮拮抗剂、伊伐布雷定的合理使用对改善症状、预后的良性影响,利尿剂及血管活性药物可改善患者的临床症状及体征,除此之外,指南给出了治疗的流程图并细化了可执行的观察指标及注意事项。

4.1 尽管心衰患者强调低盐饮食,但与2014年指南不同,2018年指南明确提出对不稳定的心衰患者限钠 $< 3\text{g/d}$,急性发作者 $< 2\text{g/d}$,而病情稳定者不严格限盐的量化指标,临床容易执行,更加有助于控制NYHA心功能III~IV级心衰患者的淤血症状和体征(IIa,C)。

4.2 对利尿剂的使用增添了更加细致的指导意见,详细的描述了禁忌证及不良反应的处理细则。

4.2.1 禁忌证 指南明确提出利尿剂的禁忌证:①从无液体滞留的症状及体征;②痛风是噻嗪类利尿剂的禁忌证;③已知对某种利尿剂过敏或存在不良反应;④托伐普坦对顽固性水肿或低钠血症者疗效显著,推荐用于常规利尿剂治疗效果不佳、有低钠血症或有肾功能损害倾向患者,推荐级别(Ⅱa,B),每天常用剂量推荐为 15mg。托伐普坦禁忌证为低容量性低钠血症;对口渴不敏感或对口渴不能正常反应;与细胞色素 P4503A4 强效抑制剂(依曲康唑、克拉霉素等)合用;无尿。

4.2.2 使用利尿剂的过程中出现的不良反应及处理措施 ①电解质紊乱:若出现低钾血症:血钾 3.5~3.0mmol/L 时给予口服补钾治疗,血钾<3.0mmol/L 时采取口服和静脉结合补钾,必要时经深静脉补钾;低钠:血钠<135mmol/L 时,处理前要鉴别缺钠性低钠血症和稀释性低钠血症,后者按利尿剂抵抗处理,若低钠血症合并容量不足时,可考虑停用利尿剂,低钠血症合并容量过多时应限制入量,考虑托伐普坦及超滤治疗。②低血压:根据尿比重及临床表现,区分容量不足和心衰恶化,纠正低钠及低血容量水平,若无淤血的症状及体征,应先减少利尿剂剂量;若仍伴有低血压症状,还应调整其他扩血管药物的剂量。③肾功能恶化:停用噻嗪类利尿剂,改为襻利尿剂;要鉴别心衰恶化、容量不足、某些肾毒性的药物造成的肾功能恶化。④当出现高尿酸血症痛风发作时可用秋水仙碱,避免用非甾体类抗炎药。⑤警惕使用托伐普坦时独特的不良反应:口渴和高钠血症。注意慢性低钠血症的纠正不宜过快,避免血浆渗透压迅速升高造成脑组织脱水而继发渗透性脱髓鞘综合征。

4.3 指南继续强调对 ACEI/ARB 类药物的尽早使用,期望获得良好的临床效果,在 ARB 的使用上避免类推效应扩大化,仅推荐有明确试验证据的 ARB 类药物如坎地沙坦、缬沙坦、氯沙坦可用于心衰患者。同时对 ACEI/ARB 慎用及禁忌使用的标准更加严格,当血肌酐>221μmol/L(2.5mg/dl)或 eGFR<30ml/(min·1.73m²)要慎用,一旦出现血钾>5.0mmol/L 或发现双侧肾动脉狭窄、发生过神经性水肿均为禁忌证。

4.4 提倡血管紧张素受体脑啡肽酶抑制剂(ARNI)药物尽早使用(ⅠB)。大规模试验显示,ARNI 与 ACEI/

ARB 对比,可进一步可改善心衰患者预后^[3],对于 NYHA 心功能Ⅱ~Ⅲ级/有症状的 HFrEF 患者,若能够耐受 ACEI/ARB,推荐以 ARNI 替代 ACEI/ARB,以进一步减少心衰的病死率。

4.5 继续强调 β 受体阻滞剂的合理使用可改善预后,静息心率降至 60 次/min 左右的剂量为 β 受体阻滞剂应用的目标剂量或最大耐受剂量,也更详细的明确了 β 受体阻滞剂使用禁忌证:①心源性休克、病态窦房结综合征、二度及以上房室传导阻滞(无心脏起搏器);②心率<50 次/min、低血压(收缩压<90mmHg);③支气管哮喘急性发作期。

4.6 肯定伊伐布雷定的作用及使用方法 目的是保持患者的静息心率控制在 60 次/min。在充分使用 β 受体阻滞剂而心率依然不能达标,心率在 70 次/min 以上,或因心衰无法增加 β 受体阻滞剂剂量时需要使用伊伐布雷定。在心率<50 次/min 或出现相关症状时应减量或停用。

4.7 洋地黄类药物 临床试验结果在改善预后方面为中性结果,但可以减少再住院率并改善症状,在国际指南降级为Ⅱb 级别的情况下,中国指南依然保留了Ⅱa 类的推荐级别。当充分应用利尿剂、ACEI/ARB/ARNI、β 受体阻滞剂、醛固酮受体拮抗剂后,仍持续有症状的 HFrEF 患者可予以小剂量洋地黄类药物。使用过程中要警惕其不良反应及使用禁忌证,监测地高辛血药浓度,维持在 0.5~0.9μg/L 是较为可靠的方法。洋地黄类药物不能用于:①病态窦房结综合征、二度及以上房室传导阻滞患者;②心肌梗死急性期(<24h),尤其是有进行性心肌缺血者;③预激综合征伴房颤或心房扑动;梗阻性肥厚型心肌病。

4.8 醛固酮拮抗剂在 LVEF≤35%、使用 ACEI/ARB/ARNI 和 β 受体阻滞剂后仍有症状的慢性 HFrEF 患者,以及急性心肌梗死后 LVEF≤40%,有心衰症状或合并糖尿病的患者均可改善预后,应坚持使用。

4.9 指南提出合用硝酸酯与肼屈嗪治疗可能有助于改善症状。

4.10 明确中药芪苈强心胶囊治疗心衰具有一定的临床效果。尤其对血压偏低者。

4.11 心室同步化起搏(CRT)在合适的心衰人群(即心衰合并心室内或心室间激动不同步者患者)的治疗效果得以肯定,同时目前在中国普遍开展的希浦(希氏束、左束支区域起搏)起搏部位位于心内膜,阈值

低, QRS 缩短的幅度优于常规 CRT, 有限的资料显示对心脏结构及心功能改善作用明显, 有较大的临床优越性, 成为极有前途的技术手段, 但指南推荐仅限于

CRT 失败、需要高比例心室起搏的心衰患者、药物控制心室率不理想的心衰患者。总结指南对初诊 HFrEF 患者的治疗流程图如下(图 2)

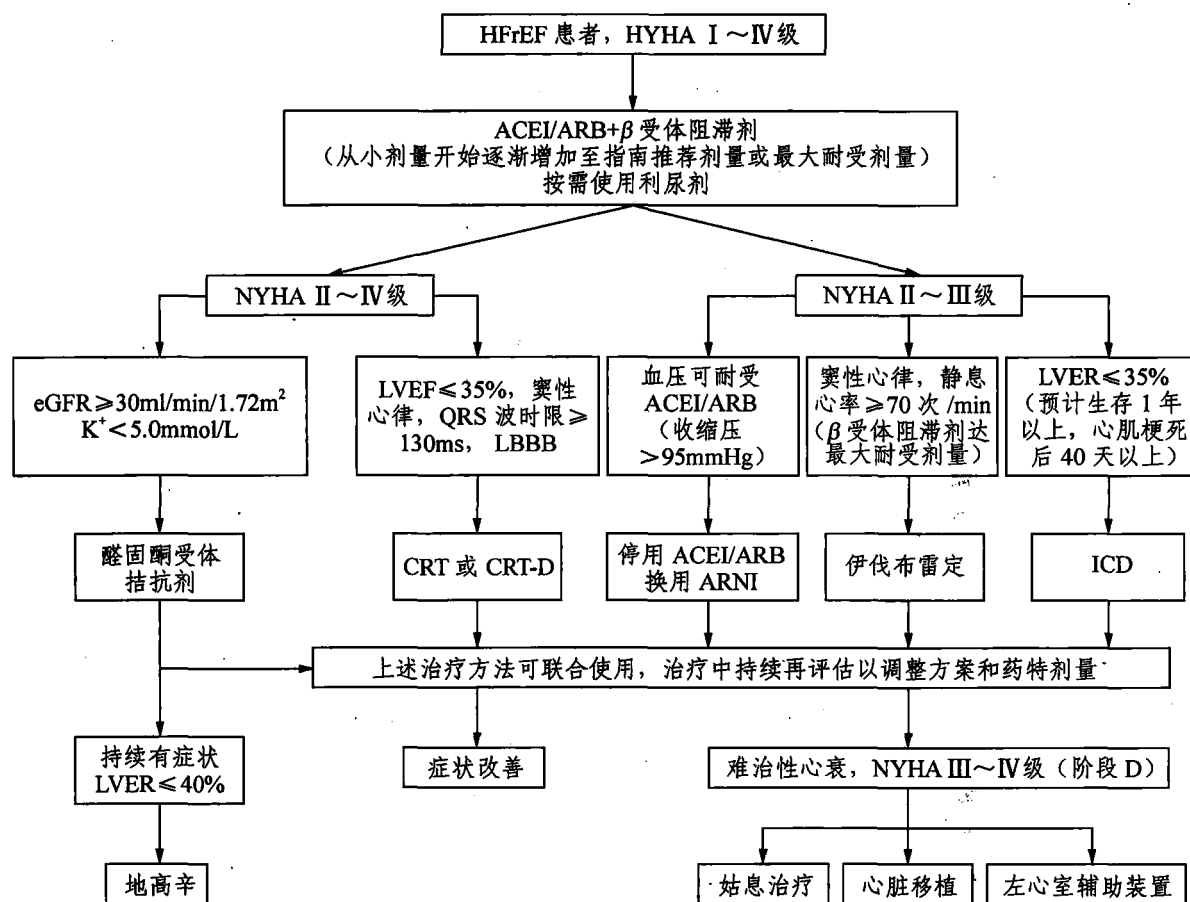


图 2 HFrEF 治疗流程图

5 急性心衰的治疗

5.1 详细描述急性心衰患者的临床分型及对应的血流动流特点, 根据床旁体格检查, 明确患者是否存在充血(湿 vs 干)和(或)外周低灌注(冷 vs 暖)将 AHF 分类以下 4 型: ①暖湿(灌注好, 充血)最常见; ②冷湿(低灌注, 充血); ③冷干(低灌注, 无充血); ④暖干(灌注好, 无充血)代偿(图 3)。这种分型方法有助于指导临床外周循环阻力调整血管活性药物的使用。

5.2 急性心衰一般处理 一般治疗包括镇静、吸氧、激素及利尿剂的使用。吗啡可缓解焦虑和呼吸困难(Ⅱb, B), 急性肺水肿患者可谨慎使用。首次提出高原心脏病心衰的概念及发生机制, 确诊后应尽快将患者下送至平原, 激素及利尿剂有效。

5.3 急性心衰药物治疗

5.3.1 血管扩张药 血管扩张药(Ⅱa, B)可减轻后负荷, 迅速改善后负荷增高患者的症状, 在收缩压 > 90mmHg 的患者可使用。除了既往的血管扩张药物之外, 还着重推荐乌拉地尔可用于高血压合并急性心衰、主动脉夹层合并急性心衰的患者。

5.3.2 洋地黄类药物 指南根据洋地黄类药物可改善症状、减少再住院率, 保持了对洋地黄类药物(Ⅱa, C)推荐级别。而国际指南鉴于试验资料未显示对预后的改善作用, 将其降为(Ⅱb)类推荐。

5.3.3 改善预后的药物 指南推荐改善预后药物的合理使用(Ⅰ, C)对于新发心衰患者, 在血流动力学稳定后, 参照慢性心衰的流程应给予改善心衰预后的药物, β 受体阻滞剂在急性心衰患者中可继续使用, 但并发心源性休克时应停用。

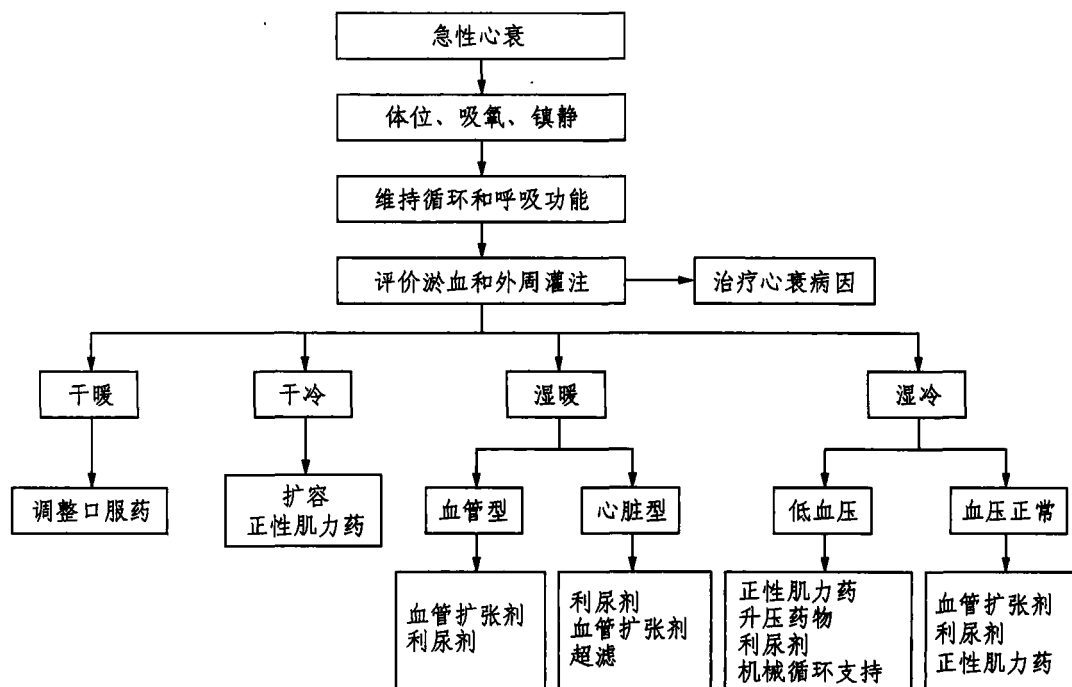


图3 急性心力衰竭的分类

5.4 强调对心衰患者出院后的随访及管理。

5.4.1 控制液体 指南指出合理控制 24h 液体出入量,保持出量多于入量 500~1500ml(I,C);急性加重或难治性心衰床旁超滤治疗是减轻液体潴留(IIa,B)的重要手段。

5.4.2 房颤的心室率 心室率控制以减少运动和静息时的症状为目的,可以控制在 60~100 次/min,不超过 110 次/min。

综上所述,2018 版指南在 2014 版指南的基础上,强调了心衰患者的全程综合管理,包括药物和器械的合理使用,体重及 BNP/NT-PRO-BNP 的监测,国内目前普遍开展的心衰中心、胸痛中心、房颤中心等申报及评估工作,其标准的制订具有合理和规范意义,获得“中心”的资格,意味着单位及个人的医疗行为满足了

规范要求,对患者有益,即使由于医院级别及规模的限制,无法获得“中心”的资格,但掌握评估其标准,按照标准及流程管理患者,规范医疗行为对于心衰患者的治疗都具有良好的效果。

参考文献:

- [1] 中华医学会心血管病分会,中华心血管病杂志编辑委员会.中国心力衰竭诊断和治疗指南 2018[J].中华心血管病杂志,2018,46(10):769-789.
- [2] 中华医学会心血管病分会,中华心血管病杂志编辑委员会.中国心力衰竭诊断和治疗指南 2014[J].中华心血管病杂志,2014,42(2):98-122.
- [3] McMurray JJ, Packer M, Desai AS, et al. Angiotension-neprilysin inhibition versus enalapril in heart failure[J]. N Engl J Med, 2014, 371(11):993-1004.

收稿日期:2019-01-20

(本文编辑:高天虹)

本期执行主编

张建军



现任首都医科大学附属北京朝阳医院（京西院区）心内科主任、主任医师、硕士研究生导师，心脏介入培训基地起搏与心电生理专业指导教师。中华医学会心电生理与起搏分会中青年委员、中国医师协会心血管内科医师分会委员及基层工作委员会常务、北京医学会心血管病分会。担任《中国心脏起搏与心电生理杂志》《中国心血管病杂志》《中国临床医生杂志》编委。擅长心律失常和冠心病的介入治疗。主编《射频消融治疗快速心律失常的实用技术》《心力衰竭的临床治疗》等专著。

欢迎订阅《中国临床医生杂志》

《中国临床医生杂志》是国家级医学专业期刊，中国科技核心期刊。杂志内容新颖，突出实用性，密切联系临床，探讨临床医生所关心的共性问题与热点问题。

主要栏目：述评、专家专论、继续教育、综述与新进展、论著、中医与中西医结合、指南与共识、病例讨论、医学人文等。

《中国临床医生杂志》每期定价10元，全年定价120元

邮发代号2-48，全国邮局均可订阅

敬请关注《中国临床医生杂志》微信



<http://guide.medlive.cn/>