

## 学术探讨

## 从2018中国心衰诊疗指南看更新亮点\*

张广平 谢华宁

(陕西省中医医院, 陕西 西安 710003)

**摘要:**2018年中国心衰指南具有“新、中、全、实”的特点,采用心衰新的分类及诊断标准,强调心衰要早筛、早诊加强预防,治疗采用新药,强调心衰综合管理等亮点,充分接轨国际,同时结合国内有代表性的临床循证医学证据,全面涵盖心衰发展的全程诊疗,为中国心衰诊疗标准化、规范化奠定了基础。新指南会让更多的医生运用最新的治疗理念、方法和手段进行规范化治疗,提高达标率,真正做到让患者获益。

**关键词:**心力衰竭;指南;亮点;射血分数

中图分类号:R2-09 文献标识码:B 文章编号:2096-1340(2020)01-0040-04

DOI:10.13424/j.cnki.jsctcm.2020.01.011

## Update Highlights from 2018 *China Heart Failure Diagnosis and Treatment Guide*

Zhang Guangping, Xie Huaning

(Department of Heart Disease of Shaanxi TCM Hospital, Xi'an China, 710003)

**Abstract:** 2018 *China Heart Failure Diagnosis and Treatment Guide* features new, complete and authentic content with Chinese characteristic. It adopts new classification and diagnostic criteria for heart failure, and emphasizes the early screening, early diagnosis and strengthened prevention. New drugs are used in the treatment, and comprehensive management of heart failure is also emphasized. The 2018 *Heart Failure Diagnosis and Treatment Guide* has many highlights, fully geared to the international standards. Meanwhile, it combines domestic representative clinical evidence-based medical evidence to comprehensively cover the entire diagnosis and treatment of heart failure development, laying a foundation for the standardization of heart failure diagnosis and treatment in China. The new *Guide* (2018 *Heart Failure Diagnosis and Treatment Guide*) will enable more doctors to use the latest treatment concepts, methods and means for standardized treatment, improve the rate of reaching the standard, and truly benefit patients.

**Keywords:** heart failure; the “*Guide*”; highlights; Ejection Fraction (EF)

心衰是多种原因导致心脏结构和(或)功能的异常改变,使心室收缩和(或)舒张功能发生障碍,从而引起的一组复杂的临床综合征,被称为心血管领域最后的“战场”。随着我国人口老龄化的加剧,冠心病、高血压等慢性病的发病率呈现上升趋势,医疗水平的提高使心脏病患者生存期延长,心

衰患病率及死亡率正呈明显升高趋势<sup>[1-2]</sup>。

慢性心衰的治疗自20世纪90年代以来已有重大的转变:从旨在改善短期血液动力学状态转变为长期的修复性策略,以改变衰竭心脏的生物学性质;从采用强心、利尿、扩血管药物转变为神经内分泌抑制剂。心力衰竭发生发展的基础是心

室重塑<sup>[3-4]</sup>,在初始的心肌损伤以后,有多种内源性神经内分泌和细胞因子激活;神经内分泌细胞因子的长期、慢性激活促进心室重塑,加重心肌损伤和心功能恶化;后者又进一步激活神经内分泌细胞因子,形成恶性循环。现代观点认为,神经内分泌细胞因子的长期激活是导致心衰发生发展的病理基础。

2018年中国心衰表诊疗指南<sup>[5]</sup>是在2014版的基础上做的更新<sup>[6]</sup>,简单来说,新指南的特点可以概括为“新,中,全,实”。①新:充分与国际接轨,吸取2014年以来国际上药物和器械的最新研究证据;②中:保持中国特色,充分结合国内有代表性的临床循证医学证据。例如,较国外指南,指南更加强调了洋地黄类药物的作用和地位。在参考文献中,本指南引用了有代表性的35篇中国研

究,占总文献的21%。另外本指南还介绍了高原心脏病的防治原则。③全:内容详实,全面涵盖心衰发展的全程诊疗,特别强调重在预防,对特殊人群(老年人、心衰合并妊娠等)的诊治原则也进行了详细介绍;④实:指南图文结合,便于临床医生的阅读和实践。

现将新指南更新亮点总结如下。

### 1 采用心衰新的分类及诊断标准

按照射血分数(EF)高低,将心衰分为为射血分数降低的心衰(HFrEF, EF < 40%),射血分数保留的心衰(HFpEF, EF > 50%),以及射血分数处于40% - 49%临界范围的心衰(HFmrEF)。EF临界范围的提出有利于我们早期干预,或能延缓心衰的发生(表1)。

表1 心衰分类及诊断标准

心衰类型	HFrEF	HFmrEF	HFpEF
1	症状±体征	症状±体征	症状±体征
2	LVEF < 40%	LVEF 40% - 49%	LVEF > 50%
标准		①利钠肽水平升高# ②至少包含以下任意一项	①利钠肽水平升高 ②符合以下至少一条附加标准:
3	——	a 相关的结构性心脏病(LVH 和/或 LAE) b 舒张功能障碍	a. 相关的结构性心脏病(LVH 和/或 LAE) b. 舒张功能障碍

注:#:bBNP > 35 pg/mL 和(或)NT-proBNP > 125 pg/mL。

### 2 强调心衰要早筛早诊,加强预防

目前认为心衰是慢性、自发进展性疾病,神经内分泌系统激活导致心肌重构是引起心衰发生和发展的关键因素。心肌重构最初可以对心功能产生部分代偿,但随着心肌重构的加剧,心功能逐渐由代偿向失代偿转变,出现明显的症状和体征。

故根据心衰发生发展过程,分为4个阶段(表2),旨在强调心衰重在预防。对于处于前两个阶段,心衰症状不明显或心脏尚未发生异常的心衰高危人群来说,提早用利钠肽(BNP)进行筛查,控制危险因素和干预生活方式,有助于预防左心室功能障碍或新发心衰的风险。

表2 2018新指南心衰的发展阶段

心衰阶段	定义	患病人群举例
阶段 A(前心衰阶段)	患者为心衰的高发危险人群,尚无心脏的结构或功能异常,也无心衰的症状和(或)体征	高血压、冠心病、糖尿病等
阶段 B(前临床心衰)	患者从无心衰的症状和(或)体征,但已发展为结构性心脏病	左室肥厚、无症状性心脏瓣膜病、OMI等
阶段 C(临床心衰阶段)	患者已有基础的结构性病以往或目前有心脏的症状和(或)体征	有结构性心脏病伴有症状、体征等
阶段 D(难治性终末期)	患者有进行性结构性心脏病,虽经积极的内科治疗,休息时仍有症状,且需要持续干预	因心衰需反复住院,且不能安全出院等

### 3 心衰治疗

#### 3.1 药物治疗 新版指南将已经被纳入欧美指

南的创新药血管紧张素受体脑啡肽酶抑制剂(ARNI)列为I类推荐。对于按照纽约心功能分级

(NYHA)心功能 II ~ III 级,有症状的 HFrEF 患者,若能够耐受血管紧张素转化酶抑制剂和血管紧张素 II 受体拮抗剂(ACEI/ARB),推荐以 ARNI 替代 ACEI/ARB,以进一步减少心衰的发病率及死亡

率。此外,若未使用 ACEI 或 ARB 的 HFrEF 患者,若血压能耐受,首选 ARNI 也有效<sup>[7]</sup>,但目前尚缺乏循证医学证据。因此,临床上需审慎使用(表 3)。

表 3 2018 新指南慢性 HFrEF 患者药物治疗推荐

药物	推荐	推荐类别	证据水平
ACEI	所有 HFrEF 患者均应使用,除非有禁忌证或不能耐受	I	A
ARB	不能耐受 ACEI 的 HFrEF 患者推荐用 ARB	I	A
ARNI	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,以进一步降低心衰的发病率及死亡率	I	B
$\beta$ 受体阻滞剂	病情相对稳定的 HFrEF 患者均应使用,除非有禁忌证或不能耐受	I	A
醛固酮受体拮抗剂	LVEF $\leq$ 35%、使用 ACEI/ARB/ARNI 和 $\beta$ 受体阻滞剂后仍有症状的慢性 HFrEF 患者	I	A
利尿剂	有液体潴留证据的心衰患者均应使用利尿剂	I	C
伊伐布雷定	LVEF $\leq$ 35% 的窦性心律患者,已使用 ACEI/ARB/ARNI、 $\beta$ 受体阻滞剂、醛固酮受体拮抗剂, $\beta$ 受体阻滞剂已达到目标剂量或最大耐受剂量,心率仍 $\geq$ 70 次/min	IIa	B
雷定	窦性心律,心率 $\geq$ 70 次/min,对 $\beta$ 受体阻滞剂禁忌或不能耐受的 HFrEF 患者	IIa	C
地高辛	应用利尿剂、ACEI/ARB/ARNI、 $\beta$ 受体阻滞剂、醛固酮受体拮抗剂后,仍持续有症状的 HFrEF 患者	IIa	B

**3.2 非药物治疗** 最重要的是心脏再同步化治疗(CRT),指南对 QRS 波时限推荐由上版 $\geq$ 120 ms 更新为 $\geq$ 130 ms,强调左束支图形,并推荐左室多部位起搏可用于常规 CRT 无效者。此外,本指南首次推荐希氏束起搏可以作为心衰的非药物治疗方法。希氏束起搏的适应证包括:左室导线植入失败者;CRT 术后无应答的患者;房颤室率快且药物难控制、消融失败或有禁忌症;房颤慢室率需要依赖起搏等。

#### 4 加强心衰综合管理,建立长期随访制度

建立以患者为中心,以指南为导向,包括药物、非药物治疗,及时处理并发症,配合运动、康复治疗;优化管理,对于不同期的心衰患者采取相应的治疗措施;除规范药物治疗及介入治疗外,长期康复治疗、连续监测 BNP 水平及患者的自我监测同样可以提高患者的运动耐量、改善心功能,在患者病情允许的情况下,为心力衰竭患者提供个性化的、基于运动的符合患者实际情况的心脏康复计划;心衰作为一种需要长期管理的慢性病,长期随访对于患者管理非常重要,心衰随访不仅是心内科、心外科的问题,需要多学科协作,加强随访,加强患者和家属教育,提高患者的自我管理能力和药物依从性。

总之,2018 年心衰指南强调了心衰综合管理,突出以预防为主,加强心衰的随访。其特色有:①中国证据:中国的心衰相关研究证据,引用中国专家的文章 35 篇,占总文献的 21%。②洋地黄类药物的推荐符合中国特点。③中药治疗心衰不可或缺。中医药在诊治慢性心力衰竭方面有其独特的优势,它弥补了单独使用西药中的不足与缺陷。很多关于 CHF 的实验研究证实与西药专一性的药理机制相比,中医药最大的特征就是其药理作用的多层次、多方位、多靶点效应等优势<sup>[8]</sup>。现代医学研究发现,中医药对于改善心脏功能、延缓心室重构及干预病理性心肌细胞肥大、凋亡和心肌纤维化方面的疗效值得关注。此外,中医药协同西药,既可以调高疗效,又能消除或减少西药带来的不良反应,避免了长期使用西药的毒副作用,同时减少了西药的种类及剂量。中医药治疗在慢性心衰的过程当中注重整体调节,不仅缓解症状,同时提高了 CHF 患者的运动能力及生活质量,降低了住院率和病死率。

#### 参考文献

- [1] Brenyo A, Barsheshet A, Kutyla V, et al. Predictors of spontaneous reverse remodeling in mild heart failure patients with left ventricular dysfunction [J]. Circ Heart Fail, 2014, 7(4):565-572. (下接第 61 页)

[28] 李满意, 姜玉铃. 痿痹的源流及历史文献复习[J]. 风湿病与关节炎, 2017, 6(12): 58-62.

[29] 王肯堂. 王肯堂医学全书[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2015.

[30] 尤怡. 金匱翼[M]. 北京: 中国中医药出版社, 1999.

[31] 程国彭. 医学心悟[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2006.

[32] 孙一奎. 赤水玄珠[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2011.

[33] 刘纯. 刘纯医学全书[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2015.

[34] 罗国纲. 罗氏会约医镜[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2015.

[35] 喻昌. 医门法律[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2006.

[36] 傅山. 傅山医学全集[M]. 北京: 北京科学技术出版社, 2017.

[37] 李时珍. 本草纲目[M]. 北京: 光明日报出版社, 2015.

[38] 朱橚. 普济方[M]. 北京: 人民卫生出版社, 1959.

[39] 程鹏程. 急救广生方[M]. 北京: 人民军医出版社, 2009.

[40] 陆晋笙. 浮溪外治方选[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2004.

[41] 吴尚先. 理渝骈文[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2018.

(收稿日期: 2019-08-21 编辑: 文颖娟)

(上接第42页)

[2] Braunwald E. The war against heart failure: the Lancet lecture. Lancet. Lancet 2015; 385: 812-24.

[3] Dhalla N S, Rangi S, Babick A P, et al. Cardiac remodeling and subcellular defects in heart failure due to myocardial infarction and aging[J]. Heart Fail Rev, 2012, 17(4-5): 671-681.

[4] Dhalla N S, Saini H K, Tappia P S, et al. Potential role and mechanisms of subcellular remodeling in cardiac dysfunction due to ischemic heart disease[J]. J Cardiovasc Med (Hagerstown), 2007, 8(4): 238-250.

[5] 中华医学会心血管病学分会心力衰竭学组, 中国医师协会心力衰竭专业委员会, 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): 760-789.

[6] 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.

[7] Ksi czyk M, Lelonek M. Angiotensin eceptor/nepriylsin inhibitor - a breakthrough in chronic heart failure therapy: summary of subanalysis on PARADIGM - HF trial findings. Heart Fail Rev[J]. 2019, [Epub ahead of print].

[8] 王永霞, 朱明军. 中医药防治慢性心力衰竭的研究思考[J]. 中华中医药杂志, 2012, 27(7): 1868-1870.

(收稿日期: 2019-11-08 编辑: 文颖娟)