

## 欧美心力衰竭指南更新亮点初析

张健, 邹长虹

**摘要** 2012 年 ESC 心衰指南和 2013 年美国心脏病学院基金会 / 美国心脏协会(ACCF/AHA)心力衰竭(心衰)指南, 内容全面丰富, 涵盖了心衰防治的各个方面, 对临床实践具有很强的参考和指导价值。积极推广指南, 缩小指南与临床实践的差距, 才能真正提高心衰的整体管理水平。

**关键词** 心力衰竭; 指南

2012-05 欧洲心脏病协会(ESC)更新了“急慢性心力衰竭诊断与治疗指南”(简称欧洲指南。Eur heart J, 2013, 34: 158.)。时隔一年, 2013-06-05, 美国心脏病学院基金会 / 美国心脏协会(ACCF/AHA)也更新了“心力衰竭管理指南”(简称美国指南, Yancy CW, et al. Circulation, 2013, 128: e240-e327.)。这两个指南均广泛的纳入了最新的循证医学证据并以此为基础分别更新了自己的旧版指南, 形成了更加贴切临床实际和操作性更强的新指南。比较欧美新的心力衰竭(心衰)指南, 可以看出一方面两者均展现了心衰诊治领域的最新研究成果, 另一方面各自的侧重点有所不同。

### 1 心衰的定义和诊断

欧美心衰指南均强调了心衰不是单一病因的疾病, 而是一种复杂的临床综合征。是由于各种因素导致的心脏结构或功能异常, 从而使心室充盈或射血受损, 产生一系列的病理生理改变, 引起了心衰的症状和体征。

在心衰的诊断方面, 欧洲指南强调了心衰患者的诊断策略。指南采用了流程表的模式, 形成了一个清晰的分层诊断顺序。其中对 B 型利钠肽(BNP)和 N 末端 B 型利钠肽原(NT-proBNP)在急性心衰和慢性心衰诊断中的参考值和诊断价值做出了新的规定: 在急性心衰时 BNP/NT-proBNP 的诊断界值分别为  $\geq 100$  pg/ml 和  $\geq 300$  pg/ml, 认为二者对急性心衰的诊断价值更好, 而慢性心衰时 BNP/NT-proBNP 的诊断界值分别为  $\geq 35$  pg/ml 和  $\geq 125$  pg/ml, 其诊断意义供临床参考。美国指南则更多的描述了这个指标在临床上的诊断意义以及对心衰严重程度和治疗效果的评价价值, 却没有指出一个具体的参考值, 作者理解应该是没有改变以往规定的界值。

欧洲指南着重描述了不同心脏影像学检查方法对心衰的诊断、严重程度评价及其对病因分析的作用。而美国指南明确介绍了一些导致心衰的重要病因, 如: 高血压、糖尿病、代谢综合征、动脉粥样硬化; 心脏结构异常和其他导致心衰的原因, 如: 扩张型心肌病、家族性心肌病、围产期心肌病、心肌炎等等, 强调了基础病因在心衰诊断、治疗反应和预后中的重要性。

在临床实践中, 两份指南各有特色, 互相补充, 对今后我们中国心衰指南的形成以及对心衰诊治的规范化、可执行性具有非常重要的指导意义。例如: 对于疑诊心衰患者, 需要依据明确的诊断流程来完成心衰的诊断; 对于确诊心衰患者, 则应积极寻找危险因素和基础病因, 通过采取相对特异的心衰治疗措施, 对心衰的治疗效果会有很大的促进作用。

### 2 心衰的分期(或阶段划分)

心衰分期(或阶段划分)的概念最早出自 2001 年的美国 AHA 心衰指南, 其目的是强调心衰治疗关口前移, 降低和延缓心衰的发生发展。然而, 2012 年欧洲心衰指南仍未提及心衰的分期概念, 这个指南更加倾向于已经有症状的确诊心衰诊治。但是, 2013 年美国指南不仅重申了这一概念, 而且予以补充和完善, 进行了更加详细的描述, 强调了针对不同阶段的治疗侧重点, 还对治疗方法做出了比较详细的阐述和推荐。

本次的美国指南更加明确的对应说明了心衰分期与纽约心功能学会(NYHA)分级的关系, 指出 AHA 分期强调疾病的发生和进展, 可被用于描述个体和群体; NYHA 分级则强调的是个体运动能力和疾病的症状状态; NYHA 分级在

短期内通过治疗或延误治疗后是可以变化的,在一定程度上是可逆的;AHA 分期的各阶段却是进行性的,不可逆转的。关于心衰的存在与否及其严重程度, AHA 分期和 NYHA 分级提供的信息都是有用的,而且是互补的。

### 3 心衰的药物治疗

美国指南专家组提出了“指南指导的药物治疗(GDMT)”这一新概念,代表了由 ACCF/AHA 指南推荐的“优化(最佳)药物治疗”的内涵(主要是 I 类推荐)。GDMT 概念强调了指南的权威指导作用,使优化药物治疗有标准可依,旨在使临床医师(无论是专科医师还是初级保健医师)能够更方便地决定个体患者的最佳治疗方案。

在治疗药物推荐方面,欧美新指南均扩大了醛固酮受体拮抗剂(螺内酯或依普利酮)的适用范围,从限于 NYHA III~IV 级患者扩大至 II 级患者,并推荐为经血管紧张素转换酶抑制剂(ACEI)或血管紧张素受体拮抗剂(ARB)和  $\beta$  受体阻断剂治疗后,首先选择加用的心衰治疗药物。确立了以 ACEI/ARB、 $\beta$  受体阻断剂和醛固酮受体拮抗剂为基础的拮抗过度兴奋的神经内分泌抑制治疗和对重塑的治疗手段。

有趣的是,欧美新指南对窦房结 If 离子通道抑制剂——伊伐布雷定在心衰治疗中地位的评价不同。依据 SHIFT 试验及其 3 个分支研究(超声亚组、生活质量亚组和再住院亚组)的结果,欧洲新指南肯定了伊伐布雷定在心衰治疗中的价值,推荐应用于经循证剂量(或最大耐受剂量)  $\beta$  受体阻断剂治疗后,患者的窦性心律仍偏快( $\geq 70$  次/分)以及不耐受  $\beta$  受体阻断剂的患者,通过降低窦性心率,以达到降低心衰住院风险和死亡率的目的。然而,美国新指南专家组认为,仅根据一个 SHIFT 试验的结果,尚不足以确立伊伐布雷定在心衰治疗中的价值,因而在美国新指南中并未对伊伐布雷定的应用予以推荐。这种差异,或许反映了目前对于心率是否作为心血管疾病的独立预后因素、降低心率能否改善心衰患者的预后等问题的争议。不论如何,伊伐布雷定的出现,为心衰的药物治疗提供了一种新的治疗靶点,期待将来开展更多以降低心率为主要手段的临床研究,为临床实践提供新的可靠证据。

### 4 心脏再同步化治疗

根据最新的临床试验结果,欧美新指南均扩大了心脏再同步化治疗(CRT)的应用范围,从 NYHA III~IV 级患者扩大至 II 级患者。实际上,对于 CRT 的适应证,欧美指南依据是否存在左束支传导阻滞(LBBB)以及 QRS 波群的时限,提出了较以往更具针对性的建议。此外,美国指南特别强调,对于 CRT 适应证的选择,前提条件是进行了 GDMT 治疗至少 3 个月的心肌病患者或心肌梗死后  $\geq 40$  天且进行 GDMT 的患者,这样有助于更好地识别真正从 CRT 治疗中获益的患者群体。

### 5 心衰住院治疗

欧洲指南仍然提出了急性心衰的概念和诊治意见。急性心衰描述了心衰的症状和体征,急性发作或加重,出现了危及生命的问题且需要入急诊室或住院做紧急救治的临床情况。指南针对急性心衰的不同表现,分别以合并肺淤血/水肿、合并低血压/休克、合并急性冠脉综合征、合并房颤/快室率及合并心动过缓等临床表现,给予了不同的治疗推荐意见,特别强调了血运重建在缺血性心衰治疗中的重要地位。同时,也制定了详尽的急性心衰处理流程,简洁明了,实用性较强。而美国指南则仍然以心衰住院治疗独立成篇,指出心衰住院的常见原因是血流动力学恶化;再者,专家认为目前对急性心衰的描述上还有些混淆,目前有:急性心衰、急性心衰综合征和急性失代偿性心衰。作者认为“急性失代偿性心衰”的定义比较合适,可以与“新发急性心衰”区别,因为二者临床过程和治疗措施不同。住院心衰患者的病因可以进一步细分为急性冠脉综合征、高血压恶化、急性失代偿性心衰、休克、急性右心衰恶化、手术诱发的心衰失代偿等原因。引起失代偿的因素不一样,处理措施不一样,其预后也不一样。

### 6 规范化治疗和出院后管理

心衰患者再入院率高,如何减少心衰患者再入院的问题是心衰治疗的难题之一。在各国心衰指南中,美国最早关注心衰患者的再入院问题,并将降低再入院率提到与降低全因死亡率同样重要的地位,并列为评估预后的主要指标。对此,美国新指南提出了 4 项简单、实用且有效的干预措施:①在住院期间及出院后早期,识别适宜接受 GDMT 的患者;②改进和完善从医院到家庭的过渡期治疗和拟定出院计划,以提高依从性;③使用临床风险预测工具和/或生物标志物识别高危患者,对存在再入院风险的患者进行多学科心衰管理;④对每例患者进行密切随访,出院后 3 天内电话联系并预约 2 周内复诊。另外,应给所有患者提供心衰教育,加强自我管理。

(收稿日期:2013-09-05)

(编辑:梅平)