

259. 《慢性心力衰竭基层诊疗指南（2019年）》要点

一、概述

（一）定义

心力衰竭（心衰）是一种临床综合征，定义为由于任何心脏结构或功能异常导致心室充盈或射血能力受损的一组复杂临床综合征。其主要临床表现为呼吸困难和乏力（活动耐量受限）以及液体潴留（肺淤血和外周水肿）。

（二）流行病学

（三）分类及诊断标准

依据左心室射血分数（LVEF），将心衰分为射血分数降低的心衰（HFrEF）、射血分数保留的心衰（HFpEF）和射血分数中间值的心衰（HFmrEF），

3种心衰类型的定义见表1。根据心衰发生的时间、速度、严重程度可分为慢性心衰和急性心衰，在原有慢性心脏疾病基础上逐渐出现心衰症状和体征的为慢性心衰。慢性心衰症状、体征稳定1个月以上称为稳定性心衰。慢性稳定性心衰恶化称为失代偿性心衰，如失代偿突然发生则称为急性心衰。

（四）心衰发生、发展的4个阶段

根据心衰的发生、发展过程，分为4个阶段（A.前心力衰竭阶段、B.前临床心力衰竭阶段、C.临床心力衰竭阶段、D.难治性终末期心力衰竭阶段），

各阶段的定义和患者群见表 2。

二、病因和发病机制

（一）病因及诱因

心衰为各种心脏疾病的严重和终末阶段。中国心衰注册登记研究分析结果显示，心衰患者中冠状动脉粥样硬化性心脏病（冠心病）占 49.6%、高血压占 50.9%，风湿性心脏病在住院心衰患者中占的比例为 8.5%。心衰患者心衰加重的主要诱因为感染（45.9%）、劳累或应激反应（26.0%）及心肌缺血（23.1%）。

（二）病理生理

心衰的主要发病机制之一为心肌病理性重构。导致心衰进展的 2 个关键过程，一是心肌死亡（坏死、凋亡、自噬等）的发生，二是神经内分泌系统的失衡，其中如肾素-血管紧张素-醛固酮系统（RAAS）和交感神经系统过度兴奋起主要作用，切断这两个关键过程是有效预防和治疗心衰的基础。

三、诊断、病情评估与转诊

（一）诊断

基层医疗卫生机构作为大多数心衰患者的首诊机构，更应尽早识别心衰。诊断流程见图 1。

1.

临床表现：

(1) 危险因素：

识别患者是否有心衰的危险因素，病史中是否存在冠心病、心肌梗死、瓣膜心脏病、高血压、心肌病、2型糖尿病、心脏毒性药物、放射线暴露史等。

(2) 临床症状：心衰常见的症状为劳力性呼吸困难、夜间阵发呼吸困

难、端坐呼吸、运动耐量降低、疲劳、夜间咳嗽、腹胀、纳差等。病史收集应注意患者原发病的相关症状，如心绞痛、高血压等的相关症状。

(3) 体征：心衰主要体征有颈静脉怒张、肺部啰音、第三心音（奔马律）、肝颈静脉回流征阳性、下肢水肿等。

(4) 早期识别心衰：原心功能正常或慢性心衰稳定期患者出现原因不明的疲乏或运动耐力明显减低，以及心率增加 15~20 次/min，可能是左心功能降

低或心衰加重的最早期征兆。心衰患者体重增加可能早于显性水肿出现，观察到患者体重短期内明显增加、尿量减少、入量大于出量提示液体潴留。

2.

辅助检查：

(1) 心电图 :

(2) X 线胸片 :

(3) 生物学标志物 :

血浆利钠肽 [B 型利钠肽 (BNP) 或 N 末端 B 型利钠肽原 (NT-proBNP)] 测定 : 可用于因呼吸困难而疑为心衰患者的诊断和鉴别诊断。

心肌损伤标志物 :

(4) 经胸超声心动图 :

(5) 心脏核磁共振 (CMR) :

(6) 冠状动脉造影 :

(7) 心脏 CT :

(8) 核素心室造影及核素心肌灌注和/或代谢显像 :

(9) 心肺运动试验 :

(10) 6min 步行试验 :

(11) 生活质量评估 :

（二）判断心衰的程度

纽约心脏病协会（NYHA）心功能分级按诱发心衰症状的活动程度将心功能的受损状况分为4

级。见表3。

（三）鉴别诊断主要需与以下疾病相鉴别：

1.表现呼吸困难的肺部疾病：

2.肺栓塞：

3.心包疾病：

4.血液源性呼吸困难：

（四）转诊建议

1.基层医疗卫生机构初诊或怀疑心衰需明确病因和治疗方案的心衰患者。

2.基层医疗卫生机构就诊的慢性稳定性心衰患者病情加重，经常规治疗不能缓解，出现以下情况之一，应及时转诊：

（1）心衰症状、体征加重，如呼吸困难、水肿加重、生命体征不稳定。

(2) BNP 等心衰生物标志物水平明显增高。(3) 原有心脏疾病加重。

(4) 出现新的疾病 , 如肺部感染、电解质紊乱、心律失常、肾功能恶化、血栓栓塞等。

(5) 需进一步调整治疗方案 ; 需要有创检查及治疗 , 包括血运重建、心脏手术、植入心脏复律除颤器 (ICD) 、心脏再同步化治疗 (CRT) 等。

3. 诊断明确、病情平稳的心衰患者每半年应由专科医师进行一次全面评估 , 对治疗方案进行评估和优化。

四、治疗

(一) 慢性射血分数降低的心衰 (HFrEF) 的治疗

慢性 HFrEF 的治疗流程见图 2。

1.

一般治疗 :

(1) 去除诱发因素 : 感染、心律失常、缺血、电解

质紊乱和酸碱失衡、贫血、肾功能损害、过量摄盐、过度静脉补液以及应用损害心肌或心功能的药物等。

(2) 调整生活方式 : 限钠 (3g/d) 有助于控制

NYHA 心功能Ⅱ~Ⅲ级心衰患者的淤血症状和体征。一般不主张严格限制钠摄入和轻度或稳定期

心衰患者限钠。轻中度症状患者常规限制液体并无益处，对于严重低钠血症（血钠 130mmol/L ）患者，液体摄入量应 2L/d 。氧疗可用于急性心衰，对慢性心衰并无指征。综合性情感干预（包括心理疏导）可改善心功能，必要时酌情应用抗焦虑或抗抑郁药物。

2.

药物治疗：

慢性心衰患者治疗的目的是减轻症状和减少致残，提高存活率，改善功能，延缓疾病进展。利尿剂用于减轻症状和改善功能。神经激素抑制剂用于提高存活率和延缓疾病进展。

（1）利尿剂：

慢性 HFrEF 患者常用利尿剂剂量及用法见表 4。

适应证：有液体潴留证据的所有心衰患者均应

给予利尿剂（Ⅱ，C）。

禁忌证：

无液体潴留的症状及体征。

痛风是噻嗪类利尿剂的禁忌证。已知对某种利尿剂过敏或者存在不良反应。

应用方法：慢性心衰患者多口服最小有效量利尿剂长期维持。有明显液体潴留的患者，首选襻利尿剂，最常用呋塞米。

注意事项：

电解质丢失：

低血压：

肾功能恶化：

托伐普坦的不良反应主要是口渴和高钠血症。

(2) HFrEF 的心衰患者应用 ACEI 剂量及用法见表 5。

适应证：所有 LVEF 值下降的心衰患者，都必须且终生使用，除非有禁忌证或不能耐受 (, A)。

禁忌证：使用 ACEI 曾发生血管神经性水肿 (导致喉头水肿)。妊娠妇女。

双侧肾动脉狭窄。以下情况慎用：

血肌酐 $221\mu\text{mol/L}$ 或估算的肾小球滤过率 (eGFR) $30\text{ml}\cdot\text{min}^{-1}\cdot(1.73\text{m}^2)^{-1}$ 。

血钾 5.0mmol/L。症状性低血压（收缩压 90mmHg）。左心室流出道梗阻（如主动脉瓣狭窄、肥厚

型梗阻性心肌病）。

应用方法：尽早使用，从小剂量开始，逐渐递增，每隔 2 周调整一次剂量，直至达到最大耐受剂量或目标剂量。滴定剂量过程需个体化，开始服药和调整剂量后应监测血压、血钾及肾功能。调整到最佳剂量后长期维持，避免突然停药。

注意事项：

肾功能恶化：

高钾血症：

低血压：

干咳。

血管神经性水肿：

（3）ARB：慢性 HFrEF 的心衰患者应用 ARB 剂量及用法见表 6。

适应证：基本与 ACEI 相同，推荐用于不能耐受 ACEI 的 HFrEF 患者（，A）；对因其他适应证已服用 ARB 的患者，如随后发生 HFrEF，可继续服用 ARB（a，A）。

禁忌证：除极少数可引起血管神经性水肿外，其余同 ACEI。

应用方法：从小剂量开始，逐渐增至目标剂量或可耐受的最大剂量。开始应用及调整剂量后 1~2 周内，应监测血压、肾功能和血钾。

注意事项：

包括低血压、肾功能恶化和高钾血症等，极少数患者也会发生血管神经性水肿。

(4) β 受体阻滞剂：

慢性 HFrEF 患者应用 β 受体阻滞剂剂量及用法见表 7。

适应证：

结构性心脏病，伴 LVEF 下降的无症状心衰患者，无论有无心肌梗死，均可应用。有症状或曾经有症状的 NYHA ~ 级、LVEF 下降、病情稳定的慢性心衰患者必须终生应用，除非有禁忌证或不能耐受 (, A)。

禁忌证：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)、心率 50 次/min、低血压 (收缩压 90mmHg)、支气管哮喘急

性发作期。

应用方法：起始剂量须小，每隔 2~4 周可调整剂量，逐渐达到指南推荐的目标剂量或最大可耐受剂量，并长期使用。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。滴定的剂量及过程需个体化，要密切观察心率、血压、体重、呼吸困难、淤血的症状及体征。

有液体潴留或最近曾有液体潴留的患者，必须同时使用利尿剂。突然停药会导致病情恶化。出现心动过缓（50~60次/min）和血压偏低（收缩压85~90mmHg）的患者可减少剂量；严重心动过缓（50次/min）、严重低血压（收缩压85mmHg）和休克患者应停用。

注意事项：

心衰恶化：

心动过缓和房室传导阻滞：

低血压：

（5）醛固酮受体拮抗剂：

适应证：LVEF \leq 35%、使用ACEI/ARB/血管紧张素受体脑啡肽酶抑制剂（ARNI）和 β 受体阻滞剂治疗后仍有症状的HFrEF患者（，A）；急性心肌

梗死后且LVEF \leq 40%，有心衰症状或合并糖尿病者（，B）。

禁忌证：肌酐 $221\mu\text{mol/L}$ 或

eGFR $30\text{ml}\cdot\text{min}^{-1}\cdot(1.73\text{m}^2)^{-1}$ 。

血钾 5.0mmol/L。妊娠妇女。

应用方法：螺内酯，初始剂量 10 ~ 20mg，

1 次/d，至少观察 2 周后再加量，目标剂量 20 ~ 40mg，

1 次/d。

注意事项：主要是肾功能恶化和高钾血症，使用醛固酮受体拮抗剂治疗后 3d 和 1 周应监测血钾

和肾功能，前 3 个月每个月监测 1 次。

(6) ARNI：

适应证：已用指南推荐剂量或达到 ACEI/ARB 最大耐受剂量后，收缩压 95mmHg，NYHA 心功能 ~ 级、仍有症状的 HFrEF 患者，可用 ARNI 替代

ACEI/ARB (, B)。

禁忌证：

血管神经性水肿病史。双侧肾动脉重度狭窄。

妊娠妇女、哺乳期妇女。重度肝损害 (Child-Pugh 分级 C 级)，胆汁性肝硬化和胆汁淤积。对 ARB 或 ARNI 过敏。

以上内容仅为本文档的试下载部分，为可阅读页数的一半内容。如要下载或阅读全文，请访问：<https://d.book118.com/828070114057006034>