

【DOI】 10.3969/j.issn.1671-6450.2024.09.001

指南与共识

编者按 心力衰竭是各种心脏疾病的终末阶段,严重影响国民健康。为提高我国心力衰竭的诊治、预防和管理水平,改善心力衰竭患者的预后,由国家心血管病中心发起,国家心血管病专家委员会心力衰竭专业委员会联合中国医师协会心力衰竭专业委员会及《中华心力衰竭和心肌病杂志》编辑委员会、《中国循环杂志》编辑委员会共同撰写的《国家心力衰竭指南 2023》正式发布。该指南总结分析了有关心力衰竭的国内外最新研究证据,介绍心力衰竭的定义、分类、分期评估、诊断、预防、治疗及管理,为提高我国心力衰竭综合管理水平提供了规范化指导。为使广大临床医师更好地理解并应用于临床实践,本刊特邀请专家对其主要内容和更新要点进行梳理和解读,以飨读者。

《国家心力衰竭指南 2023》专家解读

张静,马爱群

作者单位:710061 西安,西安交通大学第一附属医院心血管内科

通信作者:马爱群,E-mail:aiqun.ma@xjtu.edu.cn



马爱群,医学博士,博士生导师,二级教授/一级主任医师,教育部骨干教师,陕西省“三五人才”,陕西省卫生厅“二一五人才”。现任陕西省分子心脏病学重点实验室主任、陕西省心血管疾病质量控制中心主任。兼任陕西省全科医学会主任委员、中华医学会全科医学分会常务委员、《中国分子心脏病学杂志》副主编、《中华心力衰竭和心肌病杂志》副总编辑及《心血管疾病临床质量控制》主编。先后主持国家自然科学基金4项、科技部、卫生部、教育部项目8项及陕西省自然科学基金4项,国家重大项目“973”医学类专家组成员,并以主要成员参加国家、省部级研究课题10项。先后获得陕西省科学技术奖3项,中华医学科技奖及厅级科技成果奖5项,获得国家实用新型专利1项,软件著作权2项。共发表论文300余篇,其中SCI收录130多篇;主编(译)、参编专著15部,主编国家临床(助理)医师执业资格考试系列丛书6部。先后指导毕业博士研究生65名,硕士研究生70名。

【关键词】 心力衰竭;指南;专家解读

【中图分类号】 R541.6

【文献标识码】 A

心力衰竭是各种心脏疾病的终末阶段,患病率持续上升,已成为严重危害人类健康的重大心血管疾病之一。近年来,国内外有关心力衰竭的诊断、治疗、预防和管理等方面都取得了重大研究进展。如何正确和恰当地分析和诠释这些新的研究证据及治疗策略,提高临床医师对心力衰竭患者的管理水平,改善心力衰竭患者的预后,成为目前所面临的关键任务。在此背景下,国家心血管中心、国家心血管病专家委员会心力衰竭专业委员会、中国医师协会心力衰竭专业委员会和中华心力衰竭和心肌病杂志编辑委员会等编写了

《国家心力衰竭指南 2023》^[1](以下简称“新指南”),这是继《中国心力衰竭诊断和治疗指南 2018》(以下简称“2018 国家指南”)^[2]发表后时隔 5 年的再次更新。新指南结合国内外研究进展,全面介绍了心力衰竭的定义、分类、分期、流行病学、评估、诊断、预防、治疗和管理、心脏康复及长期随访,以及心力衰竭的医疗质量控制等,并增加了心肌病和心肌炎的诊断和治疗,期望提高我国心力衰竭的综合管理水平,进而改善我国心力衰竭患者的预后。本文将新指南中主要的更新及亮点进行以下梳理、总结。

1 心力衰竭的定义

心力衰竭是一种复杂的临床综合征,定义包含 3 个方面:(1)心脏结构和/或功能异常;(2)存在相应的临床症状和/或体征;(3)生物标志物或心脏影像学检查或血液动力学检查异常。新指南中心力衰竭的定义更加全面,包含 3 个方面:(1)核心内涵是心脏结构和/或功能异常导致心室充盈(舒张功能)和/或射血能力(收缩功能)受损;(2)由于舒张功能和/或收缩功能受损,产生相应的前向供血不足及后向大、小循环淤血等心力衰竭相关的临床症状和/或体征,包括心慌、乏力、气短、下垂性水肿等;(3)客观检查血液动力学表现为心室充盈压升高,安静或运动状态下影像学检查提示心源性的肺部或全身性淤血,通常伴有反映心房或心室壁压力增高的血利钠肽水平升高,与 2018 国家指南中心力衰竭定义相比,新增了实验室检查及影像学检查等客观证据,强调了大、小循环淤血的主观症状和客观证据,心力衰竭概念的外延更加全面,临床可操作性更强。同时,应该强调的是目前心力衰竭定义仅适用于心力衰竭 C、D 两期。

2 心力衰竭的分类及分期

在心力衰竭的分类方面,新指南中根据患者初次评估时超声心动图检查的左心室射血分数(left ventricular ejection fraction, LVEF)水平,在原有 3 种基本类型^[3],即射血分数降低的心力衰竭(heart failure with reduced ejection fraction, HFrEF, LVEF ≤ 40%)、射血分数轻度降低的心力衰竭(heart failure with mildly reduced ejection fraction, HFmrEF, 40% < LVEF < 50%)和射血分数保留的心力衰竭(heart failure with preserved ejection fraction, HFpEF, LVEF ≥ 50%)的基础上,除了考虑 LVEF 的水平,还结合临床、预后进行进一步细分,HFpEF 也可以进一步分为射血分数正常的心力衰竭(heart failure with normal ejection fraction, HFnEF, 50 ≤ LVEF ≤ 65%)和射血分数高于正常值的心力衰竭(heart failure with supra-normal ejection fraction, HFsnEF, LVEF > 65%) 2 个亚型。此外,还有 3 种特殊类型的心力衰竭,包括“射血分数改善的心力衰竭(heart failure with improved ejection fraction, HFimpEF, 40% < LVEF < 50% 且较基线绝对值提高 ≥ 10%)、射血分数恢复的心力衰竭(heart failure with recovered ejection fraction, HFrecEF, LVEF ≥ 50% 且较基线绝对值提高 ≥ 10%)、射血分数下降的心力衰竭(heart failure with decreased ejection fraction, HFdecEF, LVEF ≤ 40% 且较基线绝对值降低 ≥ 10%),共 7 类,见图 1。

以上根据 LVEF 分类,分为初诊评估和治疗后评

估 2 个不同阶段。初诊评估是指当诊医师首次接诊患者时评估,而不是患者首次就诊评估,否则无法进行评估,因为多数患者在就诊前可能已经在其他医师处就诊过多次,当然,先诊医师的评估可以作为参考。按照 LVEF 分为 HFrEF、HFmrEF、HFpEF 三大类,HFpEF 根据 LVEF 可以进一步分为 HFnEF、HFsnEF 两大类,即初诊可以分为 HFrEF、HFmrEF、HFnEF、HFsnEF 四大类,是当诊评估的基础;治疗后评估是在此基础上,根据治疗后 LVEF 值的变化进行相应分类定义。治疗后评估及治疗后何时进行评估合适,目前尚无明确规定,根据心力衰竭临床试验随访周期中 LVEF 变化的情况,结合临床观察,治疗开始 1 年内每 3 个月评估 1 次,1 年后每 6 个月评估 1 次,有利于患者治疗反应判断及治疗方案的调整,同时有利于患者预后判断。

HFrEF(LVEF ≤ 40%) 治疗后 LVEF 有 4 种转归:(1)LVEF 继续下降,即心力衰竭恶化,需要评估及调整治疗方案。(2)LVEF 恢复到 40% ~ 50%,如果恢复绝对值超过基线值 10% 以上,定义为 HFimpEF(LVEF 改善的心力衰竭),其与 HFmrEF 区别在于后者系指当诊的首次评估,确实有一部分患者心力衰竭长期处于 HFmrEF,是一个特殊的临床问题。而前者是心力衰竭治疗改善的中间阶段,临床上观察到一部分 HFimpEF 患者长期停留在此阶段,需要寻找其原因。(3)LVEF 值进一步改善, > 50% 且较基线值 > 10%,定义为 HFrecEF(LVEF 恢复的心力衰竭),一部分患者 LVEF 长期停留在此阶段,另一部分患者 LVEF 下降,心力衰竭恶化,这 2 组患者均应该寻找原因,调整治疗方案。(4)还有一部分患者进一步改善, LVEF > 65%,心力衰竭表现基本消失,目前指南对这一部分患者未作相关讨论,这部分患者关键临床问题是能否停药,根据临床观察,建议是不能停药。

HFmrEF(40% < LVEF < 50%) 治疗后 LVEF 的转归:(1)LVEF 长期不变;(2)LVEF 下降, < 40%,定义为 HFrEF,前二者需要寻找原因,调整方案;(3)LVEF 改善,定义为 HFrecEF,与上述 HFrEF 的 HFrecEF 演变相同。

HFpEF(LVEF ≥ 50%) 治疗后 LVEF 的转归:(1)LVEF 下降,转化为 HFmrEF,当 LVEF 小于 40%,即是 HFrEF,这一转化过程往往有新的心脏损伤因素参与,故需要全面临床排查新的损伤因素;(2)LVEF 升高,达到 ≥ 65%,则与 HFsnEF 一致,当超声心动图参数 E/e' > 8 时,可以定义为改善的 HFpEF(HFimpEF)。基于临床研究,无论是 HFsnEF 还是 HFimpEF 其预后均优于 LVEF 值 50% ~ 65% 的 HFpEF。

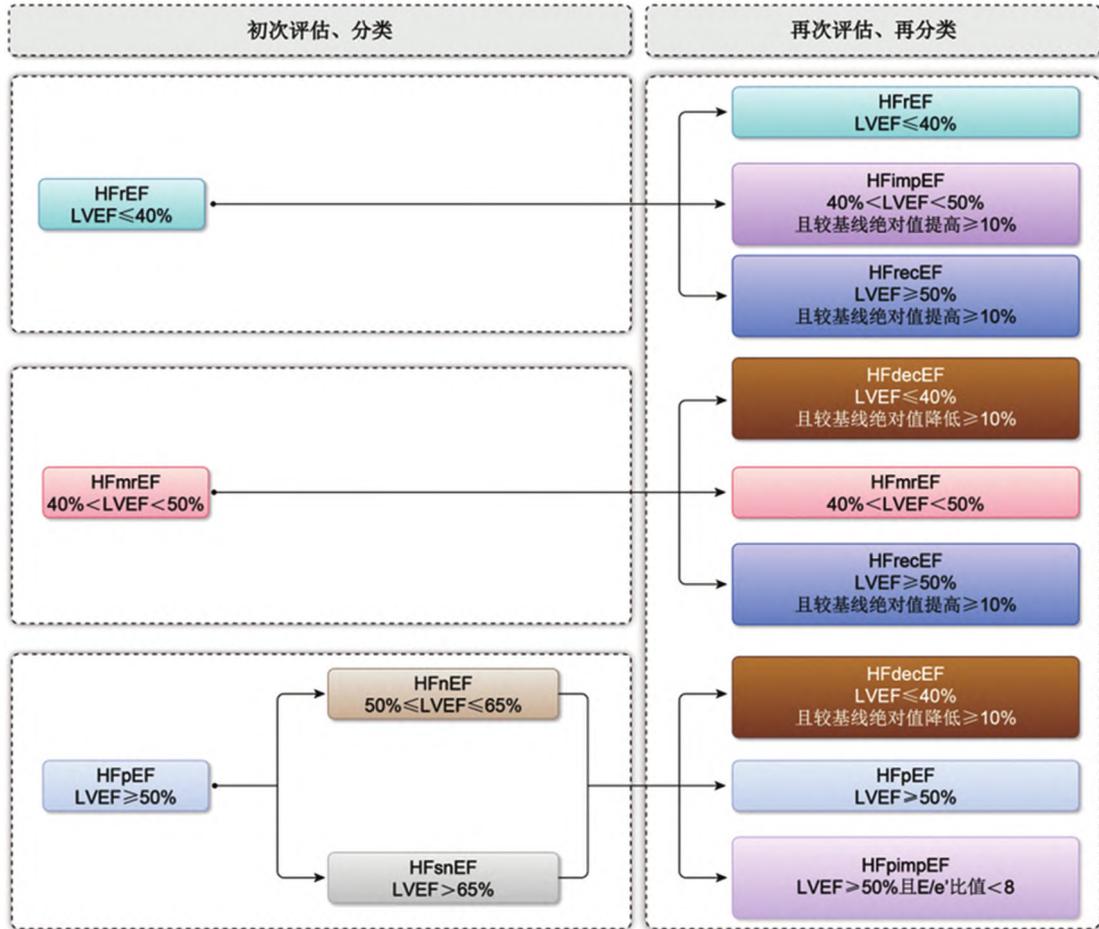


图 1 心力衰竭的分类^[1]

总之,尽管 LVEF 值是一个血流动力学心脏功能的物理表述指标,也未能考虑病因、病程等关键临床问题,并且还有待进一步完善,但是,这一分类有助于心力衰竭的临床治疗及预后判断,是临床应用后的共识,目前尚无更好的分类方法替代。在临床应用时需要注意的是,尽管 LVEF 与心脏功能状态相关,但是并非逻辑关系,在某些人群,LVEF < 40%,临床上仍然不出现心力衰竭症状,过去称为无症状心力衰竭,现在更多称之为左心室收缩功能不全。

新指南中心力衰竭分期仍然沿用 2018 国家指南中的 ABCD 四期^[3],即 A 期(心力衰竭风险期)、B 期(心力衰竭前期)、C 期(症状性心力衰竭)、D 期(晚期心力衰竭)。这种分期强调心力衰竭早期预防、早期干预及心力衰竭针对性的治疗。在临床应用中,A 期和 B 期是心血管其他专科诊治范畴,C 期和 D 期是心力衰竭主要业务范围,故有学者认为无症状就无心力衰竭。近年研究发现,在 B 期和 C 期之间存在心脏储备功能下降阶段,对心力衰竭早期发现极具意义。

3 心力衰竭的治疗

3.1 SGLT-2 抑制剂适用于全射血分数慢性心力衰竭

新指南中明确指出不论心力衰竭射血分数如何,钠—葡萄糖协同转运蛋白 2 (sodium-glucose cotransporter 2, SGLT-2) 抑制剂均给予 I 类 A 推荐。对于 SGLT-2 抑制剂的治疗作用给予充分的肯定,患者可应用范围更广、临床应用更为积极。

3.2 更新了 HFrefEF 患者的治疗推荐

新指南强调了显著降低慢性 HFrefEF 患者全因或心血管死亡风险的指南指导药物治疗 (guideline-directed management and therapy, GDMT),主要包括沙库巴曲缬沙坦 (sacubitril valsartan, ARNI)/血管紧张素转换酶抑制剂 (angiotensin-converting enzyme inhibitors, ACEI) 或血管紧张素 II 受体拮抗剂 (angiotensin II receptor blocker, ARB)、β 受体阻滞剂、醛固酮受体拮抗剂或盐皮质激素受体拮抗剂 (aldosterone receptor antagonist, MRA) 及 SGLT-2 抑制剂四类药物,称为“新四联”。推荐患者在血液动力学稳定并且无禁忌证情况下,尽早、小剂量、同时启

动“新四联”药物;如果患者不能耐受“新四联”药物同时启动,可以根据患者个体情况和药物特点个体化选择 1~2 种药物先启动,然后根据患者的耐受情况,在 4~6 周内序贯启动“新四联”药物。启动“新四联”药物治疗后应根据血压、心率等生命体征及肾功能、血钾等指标,评估患者的耐受性,滴定剂量至靶剂量或最大耐受剂量(I 类 B)。

在植入式心脏转复除颤起搏器(implantable cardioverter defibrillator, ICD) 部分,对皮下 ICD 及可穿戴式 ICD 做了推荐(I 类 A);在心脏再同步化治疗部分,对希氏束起搏等生理性起搏做了推荐(I 类 A);强调在 GDMT 应用 3~6 个月后再次评估心脏植入式电子设备指征(I 类 A)。

3.3 细化了 ARNI 在 HFrEF 中的治疗应用 新指南中对于 HFrEF 中 NYHA II~III 级的患者,优先推荐 ARNI,如果不能应用再考虑 ACEI,二者都不能应用再选择 ARB;而 2023 ESC 心力衰竭指南^[4]中建议首选 ACEI,而在使用 ACEI、β-受体阻滞剂和 MRA 治疗后仍有症状的患者中再使用 ARNI 替换 ACEI^[5]。因此,在 ARNI 的使用上,欧洲指南更加谨慎,按照目前临床使用经验看,直接启动 ARNI 的安全性尚好。此外,新指南中 NYHA IV 级的患者并不优先推荐 ARNI,NYHA IV 级患者推荐 ACEI 或 ARB。LIFE 研究^[6]结果显示,与缬沙坦比较,ARNI 治疗严重 HFrEF(NYHA IV 级)患者,并不能显著降低 NT-proBNP 水平,且高血钾的

风险明显升高,与患者对 ARNI(即使是低剂量)的耐受性差有关,见表 1。

3.4 “新四联”之外治疗药物的推荐更新 在标准治疗基础上,LVEF<45% 的心力衰竭患者应尽早加用维立西呱的 II a 类 B 推荐。2022 美国心力衰竭指南^[7]及 2023 ESC 心力衰竭指南中均指出对 NYHA II~IV 级的 LVEF≤45% 患者,尽管接受 GDMT,近期出现心力衰竭加重的高危患者,可考虑使用维立西呱减少心力衰竭住院和心血管死亡(II b 类 B),在推荐级别上有所不同。新指南中对于难治性心力衰竭中维立西呱的使用推荐等级更高,临床应用更加积极。在临床使用时一定需要强调适应证主要是难治性心力衰竭。

新指南中对于接受 GDMT 后仍有症状的 HFrEF 患者,建议应用地高辛,给予 II a 类 B 推荐,2023 ESC 心力衰竭指南给予 II b 类 B 推荐^[5]。《慢性心力衰竭“新四联”药物治疗临床决策路径专家共识》中强调通过血压水平而不是症状进行判断^[8],建议 HFrEF 患者收缩压小于 90 mmHg 时考虑增加地高辛。因此,新指南中地高辛的使用主要是通过患者症状决定,推荐等级更高,应用更加积极。

关于地高辛的使用,近年来一直存在争论,新指南更为积极客观,左心室扩大患者对地高辛反应更好,这是因为地高辛对于扩大的心室除增加心肌收缩力的正性肌力外,并不增加心肌耗氧量。

表 1 射血分数降低的心力衰竭药物治疗的推荐^[1]

药物种类或名称	推荐意见	推荐类别	证据级别
利尿剂	存在液体潴留证据的有症状(NYHA 心功能分级 II~IV 级)的 HFrEF 患者,推荐应用利尿剂治疗,消除液体潴留,改善心力衰竭症状,防止心力衰竭恶化	I 类	B 级
ACEI	对于既往或目前有症状(NYHA 心功能分级 II~IV 级)的 HFrEF 患者,如果不能应用 ARNI,推荐应用 ACEI,降低心力衰竭住院和死亡风险	I 类	A 级
ARNI	NYHA 心功能分级 II 级或 III 级的 HFrEF 患者,推荐应用 ARNI,降低心力衰竭住院和死亡风险	I 类	A 级
	NYHA 心功能分级 II 级或 III 级 HFrEF 患者,如果能够耐受 ACEI 或 ARB,推荐换用 ARNI,进一步降低心力衰竭住院和死亡风险	I 类	B 级
ARB	对于既往或目前有症状(NYHA 心功能分级 II~IV 级)的慢性 HFrEF 患者,如果对于 ACEI 不耐受或者不能应用 ARNI,推荐应用 ARB,降低心力衰竭住院和死亡风险	I 类	A 级
β 受体阻滞剂	对于既往或现在有症状(NYHA 心功能分级 II~IV 级)的 HFrEF 心衰,只要无禁忌证,推荐应用有循证医学研究证据的 β 受体阻滞剂(比索洛尔或美托洛尔或卡维地洛),降低心力衰竭住院和死亡风险	I 类	A 级
醛固酮受体拮抗剂	对于既往或现在有症状(NYHA 心功能分级 II~IV 级)的 HFrEF 患者,只要无禁忌证,推荐应用醛固酮受体拮抗剂,降低心力衰竭住院和死亡风险	I 类	A 级
SGLT-2 抑制剂	对于有症状(NYHA 心功能分级 II~IV 级)的 HFrEF 患者,无论是否存在糖尿病,推荐应用有循证医学证据的 SGLT-2 抑制剂(达格列净或恩格列净),降低心力衰竭住院和心血管死亡风险	I 类	A 级
维立西呱	对于有症状(NYHA 心功能分级 II~IV 级),近期发生过心力衰竭加重事件,LVEF<45% 的心力衰竭患者推荐在标准治疗基础上尽早加用维立西呱,降低心血管死亡和心力衰竭住院风险	II a 类	B 级
伊伐布雷定	对于已达目标剂量或最大耐受剂量的 β 受体阻滞剂等 GDMT 后 NYHA 心功能分级 II~IV 级、LVEF≤35% 窦性心律、静息心率≥70 次/min 患者,应该考虑应用伊伐布雷定,降低心力衰竭住院和心血管死亡风险	II a 类	B 级
	对于不能耐受或禁忌应用 β 受体阻滞剂患者,接受 GDMT 后 NYHA 心功能分级 II~IV 级、LVEF≤35%、窦性心律、静息心率≥70 次/min 患者,应该考虑应用伊伐布雷定,降低心力衰竭住院和心血管死亡风险	II a 类	C 级
地高辛	对于应用 GDMT 后仍有症状(NYHA 心功能分级 II~IV 级)的 HFrEF 患者,应该考虑应用地高辛,降低心力衰竭住院风险,尤其是合并心房颤动伴快速心室率(>100 次/min)的患者	II a 类	B 级

4 心力衰竭并发症的治疗

4.1 心力衰竭合并 2 型糖尿病 对于 HFrEF、HFmrEF 或 HFpEF 合并 2 型糖尿病 (type 2 diabetes mellitus, T2DM) 的患者,推荐应用恩格列净、达格列净或索格列净等 SGLT-2 抑制剂,降低心力衰竭住院及心血管死亡风险(I 类 A)。

4.2 心力衰竭合并慢性肾脏疾病 (1) SGLT-2 抑制剂在心力衰竭合并慢性肾脏疾病 (chronic kidney disease, CKD) 患者中,无论是否合并 T2DM,均是 I 类 A 推荐;(2) 对于 $eGFR \geq 25 \text{ ml} \cdot \text{min}^{-1} \cdot 1.73 \text{ m}^{-2}$ 且血钾 $\leq 5.0 \text{ mmol/L}$ 的症状性心力衰竭患者,不能耐受螺内酯时,可以考虑应用非奈利酮;(3) 对未接受透析治疗的 CKD 合并严重蛋白尿患者,不论是否合并高血压,均推荐应用 ACEI 或 ARB(I 类 A)。

4.3 心力衰竭合并铁缺乏 新指南中重点更新对心力衰竭患者合并铁缺乏上的治疗建议更为积极,建议心力衰竭患者定期进行铁缺乏和贫血的筛查,包括血常规、血清铁蛋白浓度和转铁蛋白饱和度(I 类 C)。对于存在症状的 HFrEF 和 HFmrEF 铁缺乏的患者,建议静脉补充铁剂作为 I 类 A 推荐用于缓解患者心力衰竭症状及改善患者生存质量。但在降低心力衰竭再住院风险方面,静脉补充羧基麦芽糖铁等铁剂仍作为 IIa 类 A 推荐。不推荐应用口服铁剂治疗心力衰竭患者的铁缺乏。心力衰竭伴有贫血的患者,促红细胞生成素刺激因子会增加血栓栓塞风险,且不降低心力衰竭死亡风险,如果无其他适应证,不推荐应用(III 类 B)。静脉补铁治疗在 HFpEF 患者中尚缺乏数据,有待进一步验证。2023 ESC 心力衰竭指南中也同样推荐静脉补铁用于合并铁缺乏症的 HFrEF 或 HFmrEF 患者,二者是一致的。

4.4 心力衰竭合并心律失常 新指南着重更新了 HFrEF 合并心房颤动患者,若高度怀疑为心律失常性心肌病,建议行导管消融以改善心功能(I 类 B);提出了频发室性早搏诱导/加重心肌病应引起高度重视,怀疑心肌病由频发且主要为单形性室性早搏所致的患者,推荐导管消融(I 类 C)。临床发现室性早搏超过 25%,有可能引起心室重构,而诱发心力衰竭,当左心室扩大或者出现 HFrEF 时,导管消融是比较好的选择。

4.5 心力衰竭合并瓣膜病 推荐心力衰竭和重度主动脉瓣狭窄患者行主动脉瓣介入术,包括经导管主动脉瓣植入术或外科主动脉瓣置换术,以降低病死率和改善症状(I 类 B)。

5 心力衰竭的分期管理及质量控制

5.1 首次提出心力衰竭“易损期”概念及管理措施

新指南中首次提出心力衰竭“易损期”概念,指心力衰竭住院患者在出院后 3 个月内,发生心血管死亡或心力衰竭再住院的风险较高,因此,将这个时期称为心力衰竭(出院后)的“易损期”或急性心力衰竭和慢性心力衰竭之间的“过渡期”。同时详细介绍了“易损期”的管理措施,包括出院前评估、出院前准备、出院后管理及早期强化治疗。

慢性心力衰竭在治疗和管理过程中,治疗后患者症状减轻,活动能力增加,可以长期处于血流动力学稳定阶段。由于诱因及心脏新的损伤因素参与,常常出现心脏功能恶化表现,是患者就诊住院的常见原因。临床过程为血流动力学稳定期和血流动力学恶化期交替出现。血流动力学恶化严重者出现呼吸衰竭及循环衰竭,称为急性心力衰竭,需要按照急性心力衰竭救治。部分患者出现气短加重,水肿加重,活动能力下降,称之为血流动力学恶化阶段,需要查找引起血流动力学恶化的原因,并有针对性的处理,这一阶段的处理目标是稳定血流动力学,对慢性心力衰竭血流动力学稳定阶段的治疗措施可以适当调整。

5.2 首次区分了晚期心力衰竭和终末期心力衰竭 晚期心力衰竭是指给予标准或优化的 GDMT、器械或外科治疗后患者仍然存在进行性和(或)持续性的严重心力衰竭症状,常伴有反复心力衰竭住院,体力活动严重受限,生活质量差,死亡率高,需要采取进一步的干预措施,包括左心室辅助装置或心脏移植,治疗目的包括改善症状、提高生活质量、延长生命。

终末期心力衰竭包含在晚期心力衰竭中,是晚期心力衰竭中更加严重的阶段,往往伴发难以逆转的合并症,如贫血、高度水肿、大量多浆膜腔积液(心包腔、胸腔、腹腔)、心源性肝硬化、低蛋白血症、心源性恶液质等,长期前向供血不足引起体温调节中枢和呼吸中枢功能失调,出现低热、呼吸节律改变,如潮式呼吸等,在患者可以耐受的前提下,可以考虑使用人工心脏及心脏移植,但是能耐受者不多,故以姑息治疗为主。

在临床实践中需要注意尽早识别晚期心力衰竭患者,及早采取干预措施,避免患者进展至终末期心力衰竭阶段。首次明确了晚期心力衰竭和终末期心力衰竭的区别和联系,强调了要及时识别晚期心力衰竭患者,给予更积极治疗,避免进入终末期心力衰竭。

5.3 首次纳入了心力衰竭的医疗质量控制 首次将心力衰竭的医疗质量控制纳入心力衰竭指南,强调了医疗质量控制对于提高我国心力衰竭整体诊疗水平的重要性。

6 心肌病和心肌炎的诊疗

新指南首次纳入了心肌病和心肌炎的诊疗。心肌病(原发性心肌病)是一组由遗传因素和(或)环境共同作用导致心肌形态(结构)和(或)功能异常的异质性心肌疾病,需要除外其他可以导致心肌上述改变的心脏疾病和全身性疾病及相关的心肌损害。心肌炎是一种由非缺血性病因引起的心肌组织局限性或弥漫性炎性疾病。首次将心肌病和心肌炎的诊疗纳入心力衰竭指南,强调了心肌病和心肌炎在心力衰竭病因中的重要地位。

综上所述,新指南根据 LVEF 对心力衰竭在原来 HFrEF、HFmrEF、HFpEF 三类基础上进行了更加详尽、细致的亚型分类。明确了 SGLT-2 抑制剂治疗慢性心力衰竭的一线地位,SGLT-2 抑制剂也是首个能降低不同射血分数的心力衰竭住院率的药物。确定了“新四联”药物在 HFrEF、HFimpEF 或 HFrecEF 治疗中的重要作用。对于心力衰竭合并 T2DM 或 CKD,明确了 SGLT-2 抑制剂在改善心力衰竭预后中的价值;在心力衰竭合并铁缺乏中,进一步证实了静脉补铁的重要价值。总之,新指南重点更新了心力衰竭的分类、分期、预防、不同心力衰竭分型的药物治疗、心力衰竭合并症管理等方面的临床推荐,内容全面,流程图详细,为心力衰竭临床治疗实践和管理提供了全面的理论指导。

参考文献

[1] 国家心血管病中心,国家心血管病专家委员会心力衰竭专业委员会,中国医师协会心力衰竭专业委员会,等. 国家心力衰竭指南 2023[J]. 中华心力衰竭和心肌病杂志,2023,7(4):215-311. DOI:

10.3760/cma.j.issn.101460-20231209-00052.

- [2] 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. DOI:10.3760/cma.j.issn.0253-3758.2018.10.004.
- [3] 杨杰孚,王华,柴珂. 2018 中国心力衰竭诊断和治疗指南亮点[J]. 中国心血管病研究,2018,16(12):1057-1060. DOI:10.3969/j.issn.1672-5301.2018.12.001.
- [4] McDonagh TA, Metra M, Adamo M, et al. 2023 Focused update of the 2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure[J]. G Ital Cardiol (Rome), 2024, 25(3):202-213. DOI:10.1093/eurheartj/ehad195.
- [5] McDonagh TA, Metra M, Adamo M, et al. 2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure[J]. Eur Heart J, 2021, 42(36):3599-3726. DOI:10.1093/eurheartj/ehab368.
- [6] Mann DL, Givertz MM, Vader JM, et al. Effect of treatment with sacubitril/valsartan in patients with advanced heart failure and reduced ejection fraction; A randomized clinical trial[J]. JAMA Cardiol, 2022, 7(1):17-25. DOI:10.1001/jamacardio.2021.4567.
- [7] Heidenreich PA, Bozkurt B, Aguilar D, et al. 2022 AHA/ACC/HFSA Guideline for the Management of Heart Failure: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Joint Committee on Clinical Practice Guidelines[J]. Circulation, 2022, 145(18):e895-e1032. DOI:10.1161/CIR.0000000000001063.
- [8] 中国医师协会心血管内科医师分会,中国心衰中心联盟.《慢性心力衰竭“新四联”药物治疗临床决策路径专家共识》工作组.慢性心力衰竭“新四联”药物治疗临床决策路径专家共识[J]. 中国循环杂志,2022,37(8):769-781. DOI:10.3969/j.issn.1000-3614.2022.08.003.

(收稿日期:2024-05-24)

作者·编者·读者

“诊疗指南、专家共识解读”专栏征稿

近年来,各类疾病的诊断治疗趋于规范化、标准化,相应的诊疗指南、专家共识也层出不穷,对该类临床诊疗指南及专家共识进行深度权威解读,可为国内同行提供相关参考证据,有助于临床医师更好地学习、理解并应用于临床实践,有利于规范临床诊疗活动,提高医疗服务水平。《疑难病杂志》近年组织策划了“中国专家共识”“指南解读”等栏目,邀请相关专家组织了一系列专栏文章,收到良好的效果,文章获得较高的下载率和引用率。2024 年我刊继续面向广大专家学者进行征稿,对最新修订的诊疗指南、专家共识进行解读,其内容包括:指南形成背景、指南重点内容解读、指南主要亮点等,字数 4 000 ~ 6 000 字。稿件一经专家审定,即可在《疑难病杂志》当期发表,稿酬从优,欢迎踊跃赐稿。

投稿邮箱:ynbzz@163.com

投稿系统:https://ynbz.cbpt.cnki.net

联系电话:(0311)85901735