

2013ACCF/AHA 心力衰竭管理指南解读

胡世红

2013年6月5日，美国心脏病学会基金会（ACCF）/美国心脏协会（AHA）公布了心力衰竭（HF）管理指南，提出了一种强有力的循证方法，涵盖了HF及其相关疾病的筛查、评估、治疗及临终关怀。这是对1995年版指南的改版。新版指南亮点纷呈，现择其几点解读如下。

1. 全新改版的HF管理指南。ACC/AHA于1995年首次公布了“心力衰竭评估和管理指南”。随后，分别于2001年、2005年和2009年进行了更新。今年发表的指南不是老版的更新，而是全新改版。2009年更新的指南，正文为8个部分，循证推荐较少，表格只有10个，参考文献810篇。新版指南正文含13个部分，循证推荐特别是I类推荐显著增多，表格36个，参考文献924篇，增加了近年的新文献，并附有44个补充材料，对所有据以推荐的临床试验进行了归纳列表。可见新版指南循证证据更强，内容更加充实，临床指导意义更大。ACC/AHA制定的指南具有国际通用性，对世界各国修订指南具有引领作用。其编委会的专家成员是经过严格挑选的，他们遵循科学的方法学和程序，严谨地编写指南。证据的审查、文件的批准和利益关系的公开和回避，都建立了行之有效的制度，保证了指南的权威性和公正性。

2. 强化、细化了“心衰阶段论”。ACC/AHA于2001年在其更新的HF指南中，首次将HF的发生发展分为4个阶段，即A阶段：个体

只存在 HF 的危险因素，而没有心脏结构的改变；B 阶段：个体在危险因素的基础上，心脏结构已经发生改变如左心室肥厚或扩张、瓣膜病变等，但没有心衰的症状和体征；C 阶段：有结构性心脏病且既往或当前有 HF 的症状；D 阶段：比较严重的 HF，心功能常常为 III-IV 级，甚至为难治疗性 HF。这个分类系统旨在补充，但没有取代纽约心脏协会（NYHA）的心功能分级。“心衰阶段论”提出 12 年来，大量的随机试验和临床实践已经证实了其正确性。新版指南对其进行了强化和细化，表现在：①在指南正文的第 7 部分以“从 A 阶段到 D 阶段的治疗”为标题展开论述，HF 的 4 个阶段成了行文的主线；②关于 HF 的存在及其严重程度，HF 分阶段和 NYHA 心功能分级，所提供的信息都是有用的，而且是互补的。HF 阶段论强调了疾病的发生和进展，能被用于描述个体和群体，而 NYHA 分级强调的是运动能力和疾病的症状状态。心功能分级在短期内是可以变化的，在一定程度上是可逆的；而 HF 的各阶段是进行性的，不可逆转的。指南以表格式（见表 4）列举了 HF 各阶段与 NYHA 心功能分级的对应关系：A 阶段无对应的心功能级别；B 阶段对应于心功能 I 级；C 阶段可对应于心功能 I-III 级；D 阶段则对应于心功能 III-IV 级，主要是 IV 级；③强调了 A 阶段应干预的 4 大危险因素：即高血压、糖尿病、代谢综合征和动脉粥样硬化包括脑、心和外周的动脉粥样硬化。B 阶段的治疗提出了 6 条 I 类推荐：即对于有 MI 史和 EF 降低的患者，应当使用 ACEI 以预防 HF；对于有 MI 史和 EF 降低的患者，应当使用循证的 B 阻滞剂以预防 HF；对于 MI 患者，应当使用他汀以预防 HF；应当控制血压以预防症

状性 HF；对所有 EF 降低的患者应当使用 ACEI 以预防 HF；对所有 EF 降低的患者应当使用 B 阻滞剂以预防 HF。“心衰阶段论”有利于将 HF 的防治关口前移，有利于让医师认识到 HF 是一种进展性疾病，心衰各阶段的不可逆转性，从而更好地评估 HF 患者的病情和判断预后。

3. 突出了射血分数在 HF 诊断中的作用。指南认为 EF 对于 HF 的分类是很重要的，并一致地将其分为 EF 降低的 HF (HFrEF) 和 EF 保留的 HF (HFpEF)。两类 HF 各占 50%。既往 HFrEF 的定义不一，LVEF 为 $\leq 35\%$ 、 $< 40\%$ 和 $\leq 40\%$ 不等。新指南将 HFrEF 定义为 HF 的临床诊断加上 $EF < 40\%$ 。既往将 HFpEF 定义为 $EF > 40\%$ 、 $> 45\%$ 、 $> 50\%$ 和 $\geq 55\%$ 不等，新指南统一将 HFpEF 定义为 $EF > 50\%$ 。并以表 3 列举了分类的定义和描述。其中 HFpEF 还有两个亚类：a 临界的 HFpEF，EF 在 41-49% 之间，这些患者分入临界或中间组。他们的特征、治疗方式和预后似乎与 HFpEF 相似；b 已改善的 HFpEF， $EF > 40\%$ 。这个亚类 HFpEF 患者过去曾有 HFrEF。这些 EF 已改善或恢复的患者临床上与 EF 持续保留或降低的患者是不同的。为更好地认识这些患者的特征，需要进一步的研究。

4. 强调了“指南导向药物治疗 (GDMT)”的概念。鉴于整个心血管疾病谱药物治疗的进展，指南专家组已经制定了 GDMT 一词，来代表优化药物治疗 (OMT) (主要是 I 类推荐)。这个新术语，在新指南中普遍使用。GDMT 强调了指南的权威指导作用，使优化药物治疗有标准可依。图 1 显示了 C 阶段的 HFrEF：循证的、指南导向的药物治疗。表 13 显示了 C 阶段 HFrEF 的药物治疗：在随机临床试验中已

经证实的获益幅度，列举了 GDMT 的 4 大类药物即 ACEI 或 ARB、B 阻滞剂、醛固酮拮抗剂、肼苯哒嗪/硝酸酯，其死亡率相对风险降低 (%) 分别为 17、34、30 和 43；其 HF 住院相对风险降低分别为 31、41、35 和 33；平均 3 年每降低 1 例死亡需治疗的病例数分别为 26、9、6 和 7 例。不过，肼苯哒嗪/硝酸酯仅适用于非洲裔美国人。表 15 提出了达到优化 GDMT 的策略，列举了 10 项强有力的措施。强调指出，鉴于有些患者不能耐受推荐的所有药物剂量，特别是基线心率慢或血压低有体位性症状的患者，应小幅上调至推荐的靶剂量或最大耐受剂量；某些患者（如老年人、慢性肾病患者）可能需要更频繁的访视，在剂量上调的过程中需要更密切的实验室监测和更缓慢的剂量调整。然而，这些脆弱的患者可能从 GDMT 获得相当大的益处。在改变疾病的干预如植入 CRT 后，不能耐受 GDMT 优化剂量的情况可以改变；在剂量上调前和上调过程中，应密切监测生命体征，包括血压和心率的体位性变化，特别是在有直立位症状、心动过缓、及/或“低”收缩压（如 80 到 100mm Hg）的患者。表 16 提出了对 HFpEF 的 I 类治疗推荐：应当根据已发表的临床实践指南控制收缩压和舒张压；应当使用利尿剂以缓解由于容量负荷过重所致的症状。对于症状难以控制，拟行装置治疗的 HFrfEF 患者，作为一项重要内容应对是否进行了 GDMT 进行评估。例如 CRT 适应症的选择，前提条件是进行了 GDMT ≥ 3 个月的心肌病患者或 MI 后 ≥ 40 天在用 GDMT 的患者。GDMT 还用于医疗质量评价。对 HF 患者是否适宜地使用了指南推荐的可以改善预后的 ACEI 或 ARB、B 阻滞剂、醛固酮受体拮抗剂等药物，被列为医疗质量

评价的重要指标。指南强调发展平衡的，以病人为中心的临床实践推荐，试图定义在大多数情况下满足大多数患者需要的实践。关于一个特定患者诊疗的最终判断，必须由临床医师和患者根据其表现的所有情况来确定。根据这些指南规定的疗程，只要遵守就是有效的。因为患者缺乏理解和依从性可能对预后产生不利的影响，故临床医师应尽一切努力来鼓励患者积极参与到规定的医疗方案和生活方式中。此外，应告知患者特定的治疗风险、获益和替代选择，并在可行时参与共享决策，尤其是对获益-风险比可能较低的 IIa 和 IIb 类推荐。

正可谓循证概念，四个方面：

临床试验，指南推荐，医师经验，病人意愿。

跟着指南走，指南不离手，心衰防与治，循证把关口！