



南方医科大学珠江医院
ZhuJiang Hospital of Southern Medical University

急性心力衰竭的现代治疗

南方医科大学珠江医院

肖 华

广东省心血管病学会



定义

- ❖ 急性心力衰竭是指心衰的症状和/或体征迅速发作或恶化。是一种需要紧急评估和治疗的威胁生命的临床情况，通常导致急诊住院。

可表现为首次发生，更常见的是慢性心衰患者，由于原发性心功能不全引起，或外因促急失代偿而发生。



2017ACC/AHA/HFSA心衰处理指南更新

表 1 心衰的分期和分级

ACCF/AHA 心衰分期		NYHA 心功能分级	
A	有危险因素，没有结构性心脏病和心衰的症状		无
B	有结构性心脏病，没有心衰的症状	I	体力活动不受限制，日常活动不引起心衰症状
C	有结构性心脏病，以前或现在有心衰的症状	I	体力活动不受限制，日常活动不引起心衰症状
		II	体力活动轻度受限，休息时无症状，但是日常活动引起心衰症状
		III	体力活动显著受限，休息时无症状，但是轻微体力活动将引起症状
		IV	轻微体力活动或休息时就有心衰症状
D	需要特殊干预的难治性心衰	IV	轻微体力活动或休息时就有心衰症状

2016ESC诊断更新

- ❖ 所有急性呼吸困难和疑诊AHF均检测血浆利钠肽水平（BNP、NT-proBNP、MR-proANP）以鉴别AHF和非心脏原因的急性呼吸困难。
- ❖ 诊断AHF界值为BNP > 100pg/ml、NT-proBNP > 300pg/ml、MR-proBNP > 120pg/ml
- ❖ CHF的界值水平更多用于排除HF，其中NT-proBNP < 125pg/ml，BNP < 35pg/ml

2017ACC/AHA/HFSA心衰诊断更新

- ❖ 尿钠肽识别HF发病的高危人群
- ❖ 推荐用BNP或NT-proBNP来评估慢性HF患者的预后和疾病严重程度
- ❖ 推荐对急性失代偿性HF患者检测入院基线尿钠肽和（或）心肌肌钙蛋白来预测其预后
- ❖ 对住院HF患者在出院前测定尿钠肽水平以预测其出院预后。

分类

根据血压

- ❖ 收缩压保留的心衰 (SBP 90 - 140 mmHg)
- ❖ 高血压性心衰 (SBP \geq 140 mmHg) 。
- ❖ 低血压性心衰 (SBP $<$ 90 mmHg) 5-8% ，预后差

分类

根据患者临床特征是否存在充血（干、湿）和低灌注（冷、暖）

- ❖ 暖湿型（良好的灌注合并充血，最常见）
- ❖ 冷湿型（低灌注合并充血）
- ❖ 冷干型（低灌注无充血）
- ❖ 暖干型（代偿的，良好的灌注无充血）

强调血流动力学

急性心肌梗死合并心力衰竭可采用Killip分级方法。

入住CCU/ICU标准

- ❖ 需要插管（已经插管）
- ❖ 低灌注症状/体征
- ❖ SpO₂ < 90%
- ❖ 动用辅助呼吸肌，呼吸频率 > 25次/分
- ❖ 心率 < 40次/分或者 > 120次/分，SBP < 90mmHg

早期病因干预策略

- ❖ 应积极查找病因和诱因，争取在60-120分钟内给予相应的治疗

- ❖ AHF常见的病因（CHAMP）
 - C √ 急性冠脉综合征
 - H √ 高血压急症
 - A √ 心律失常
 - M √ 急性机械并发症
 - P √ 急性肺栓塞

治疗目标

急性心衰治疗分为三个阶段，各有不同的治疗目标

立即目标（急诊室、CCU或ICU）：

改善血流动力学和器官灌注

恢复氧合

缓解症状

减少心肾损伤

预防血栓栓塞

缩短ICU停留时间

治疗目标

中间目标（住院期间）

针对病因及并发症给予优化规范的药物治

评估病情并考虑机械装置治

广东省胸痛中心协作



治疗目标

❖ 出院前和长期管理目标

制定优化药物治疗的时间

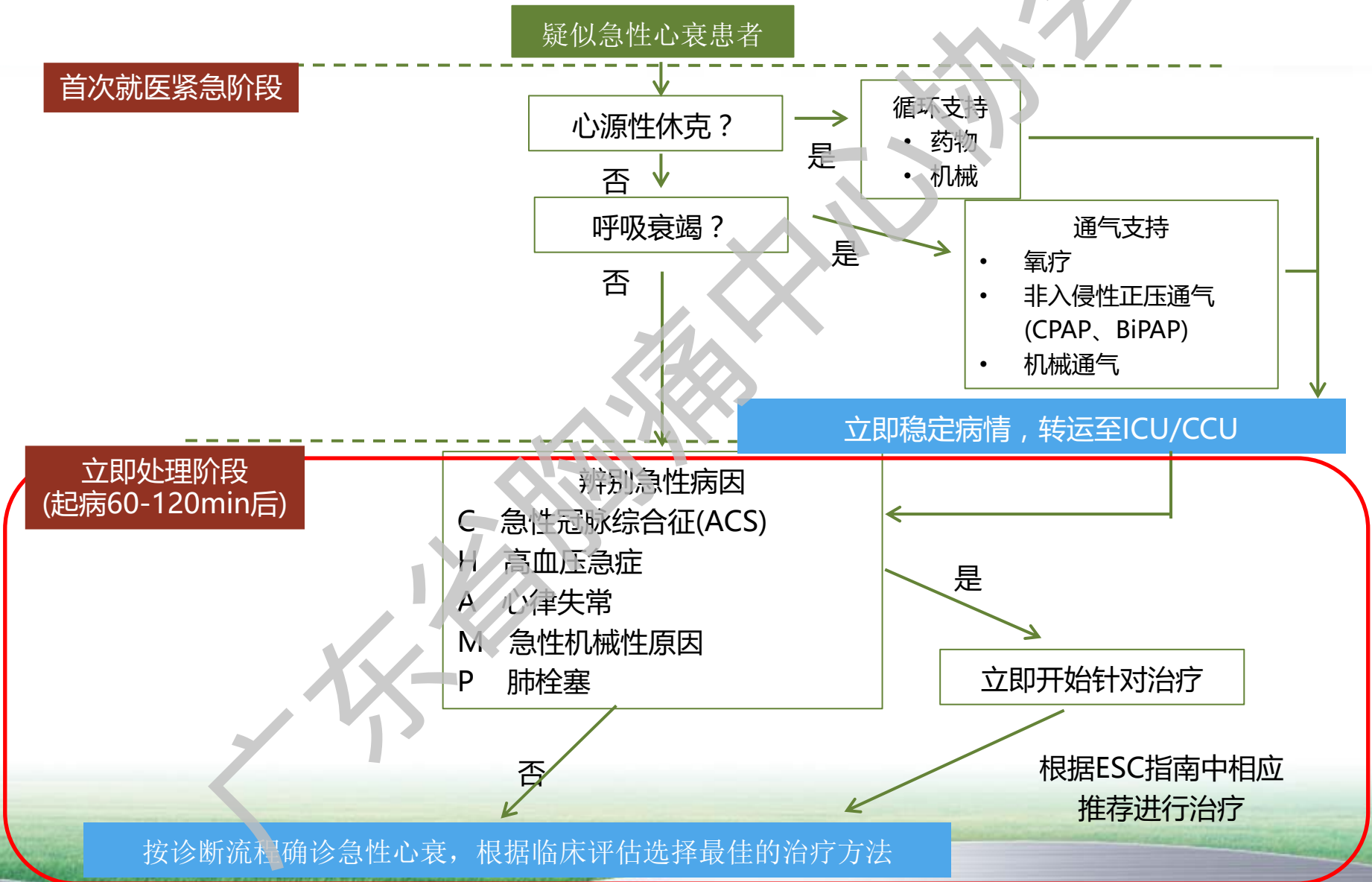
对适宜辅助装置治疗者的实施进行再评估

制定长期随访管理计划。

❖ 纳入疾病管理方案，进行患者教育并启动和调整适宜的生活方式，防止早期再住院，改善症状、生活质量和生存率。

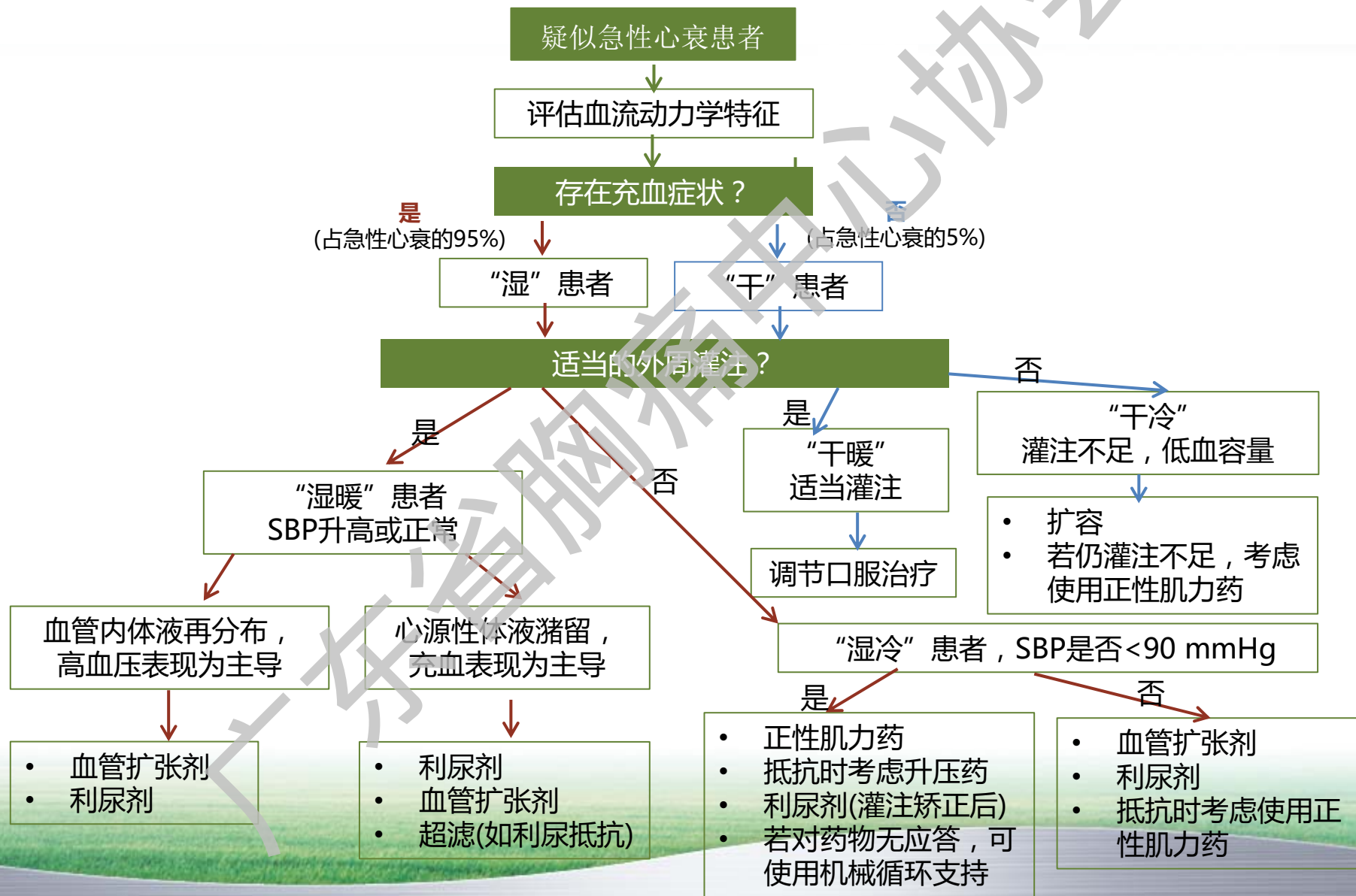


治疗流程---疑似急性心衰的初始评估



治疗流程

急性心衰早期阶段的治疗---基于临床症状进行评估



治疗措施

暖湿型患者：

- ❖ 如血管内体液再分布而以高血压表现为主导，使用血管扩张剂和利尿剂。
- ❖ 如心源性体液潴留而以充血表现为主导，使用利尿剂、血管扩张剂和超滤（如出现利尿抵抗）。



治疗措施

冷湿型患者

❖ SBP < 90 mmHg

正性肌力药、升压药、利尿剂（灌注矫正后）
使用机械循环支持

❖ SBP ≥ 90 mmHg

血管扩张剂、利尿剂，抵抗时可考虑使用正性肌力药。

治疗措施

冷干型患者

- ❖ 给予扩容，如扩容后仍灌注不足考虑使用正性肌力药物

暖干型患者

- ❖ 调节口服药

广东省胸痛中心协作



急性心衰患者药物治疗

- ❖ SBP > 90mmHg或无症状性低血压的AHF患者可考虑静脉使用血管扩张剂以改善症状，但应严密监测症状和血压
- ❖ 对于高血压性急性心衰，静脉使用血管扩张剂应作为初始治疗，以改善症状、缓解充血
- ❖ 低血压和有低灌注患者，无论充盈状况如何，建议短期泵入正性肌力药物以提高心排量、升高血压，改善外周灌注和维持终末器官功能。

急性心衰患者药物治疗

- ❖ 入院时有液体潴留体征 / 症状的急性心衰患者，建议静脉用袢利尿剂以改善症状。建议在用药时定期监测症状、尿量、肾功能和电解质水平
- ❖ 对于新发急性心衰或失代偿性慢性心衰患者，若未接受口服利尿剂治疗，静脉用药起始剂量应为呋塞米20-40mg（或等效药物）
- ❖ 对于接受长期利尿剂治疗的患者，静脉用药的起始剂量应至少相当于口服剂量

急性心衰患者药物治疗

- ❖ 预防血栓药物
- ❖ 地高辛：房颤伴快速心室率（ >110 次/分）
- ❖ 血管加压素拮抗剂：托伐普坦容量超负荷、合并稀释性低钠血症患者
- ❖ 阿片类：不常规应用阿片类药物，但出现严重呼吸困难伴肺水肿时可考虑应用
- ❖ 抗焦虑和镇静药物：伴有焦虑和谵妄，可考虑使用小剂量苯二氮卓类（地西洋或劳拉西洋）

急性心衰的非药物治疗

- ❖ 肾脏替代治疗：不推荐常规应用
- ❖ IABP：急性机械性并发症术前、急性心肌炎的循环支持，急性心梗的介入治疗或外科围手术期使用。
- ❖ 心室辅助装置和其他循环支持手段：ECMO可用于心脏移植前或特殊类型患者。
- ❖ 合并胸腔和腹腔积液：行穿刺引流



多学科护理和管理体系

- 护理体系
- 出院计划
- 生活方式建议
- 适当运动训练
- 随访和监测
- 注重高龄、虚弱、认知功能障碍患者的管理
- 临终关怀，缓解症状

降低心衰的住院率和死亡率

广东省胸痛中心协会



小结

- ❖ 基于临床表现床旁分级，充分考虑血流动力学状况
- ❖ 进行早期管理
- ❖ 急救流程分不同时期，并加入了时间轴，体现了及时治疗原则
- ❖ 需要紧急早期干预的AHF的几个常见病因或诱因（CHAMP）
- ❖ 放宽了扩血管药物的使用指征，

通过建立急性心衰单元，以急诊科为主战场，重视早期评估与诊治，积极推进急救战线前移，实现院前—院内—出院的全程一体化管理

谢谢！

广东省脑瘫中心协会

