

# 急性心力衰竭 诊疗指南（2024）



# 前言

- 急性心衰（AHF）是一种由多种病因迅速引发的临床综合征，其特征在于心衰的症状和体征快速出现或急剧恶化，并伴有血浆利钠肽水平的显著升高。AHF 是一个重大的全球性公共卫生问题，心衰患者的病理生理异常严重影响患者的生活质量，给患者、家庭和卫生保健系统带来的巨大负担。
- 现梳理《中国心力衰竭诊断和治疗指南 2024》的急性心衰诊治要点，以供读者享用。

# AHF 的诊断和评估

## (一) AHF 的流行病学

- 急性心衰 (AHF) 是多种病因引起的急性临床综合征, 必须快速诊断和紧急抢救治疗。
- 心衰症状和体征迅速发生或急性加重, 伴血浆利钠肽水平升高, 常危及生命, 需立即医疗干预常需紧急入院。AHF 分为急性左心衰竭和急性右心衰竭, 前者最常见。
- AHF 是年龄 > 65 岁患者住院的主要原因, 15%~20% 为新发心衰, 大部分为急性失代偿性心衰。AHF 预后差, 住院病死率 3%, 6 个月再住院率 50%, 5 年病死率 60%。

# AHF 的诊断和评估

## (二) 临床表现

- AHF 的临床表现是以肺淤血、体循环淤血以及组织器官低灌注为特征的各种症状及体征，主要分为以下四种（见表 1）：

	急性失代偿性心衰	急性肺水肿	孤立性右心室衰竭	心源性休克
<b>主要机制</b>	左室功能障碍钠水肾潴留	后负荷增加和/或主要的左室舒张功能障碍心脏瓣膜病	右心室功能障碍和/或肺动脉高压	严重心功能不全
<b>症状主要病因</b>	液体蓄积，心室内压增高	肺部液体再分配，急性呼吸衰竭	中心静脉压升高，经常性全身灌注不足	全身灌注不足
<b>发作</b>	渐进/缓慢(天)	迅速(小时)	缓慢或迅速	缓慢或迅速
<b>主要血流动力学异常</b>	LVEDP 和 PCWP 增高，心输出量正常或降低，收缩压正常或降低	LVEDP 和 PCWP 增高，心输出量，正常收缩压正常或升高	RVEDP 升高，心输出量降低，收缩压降低	RVEDP 和 PCWI 升高，心输出量降低，收缩压降低
<b>主要临床表现</b>	温暖或湿冷	湿或暖	湿或冷	湿或冷
<b>主要治疗</b>	利尿剂正性肌力药/血管升压药(如果外周灌注不足/低血压)短期 MCS(如需要)	利尿剂血管扩张剂	外周充血使用利尿剂正性肌力药/血管升压药(如果外周灌注不足/低血压)短期 MCS(如需要)	正性肌力药/血管升压药短期 MCS

# AHF 的诊断和评估

## (三) 辅助检查

### 1. 心电图、胸部影像学 和实验室检查

中国心力衰竭诊断和治疗指南 2024 推荐	推荐级别
所有患者均需急查心电图、胸部影像学、利钠肽、肌钙蛋白、全血细胞计数、肌酐、血糖、肝功能、电解质、促甲状腺激素	I、C
<b>利钠肽</b> 有助于急性心衰诊断和鉴别诊断；所有急性呼吸困难和疑诊急性心衰患者均推荐检测血浆利钠肽水平； BNP < 100 ng/L、NT-proBNP < 300 ng/L 时通常可排除急性心衰	I、A
心衰患者入院时行 <b>cTn</b> 检测，用于急性心衰患者的病因诊断和预后评估	I、A
对可能伴有 <b>心源性休克</b> 的患者，需检测并 <b>动态监测乳酸、pH 值</b> 水平 对可能存在急性肺栓塞的患者，应检测 <b>D-二聚体</b>	
怀疑并存肺部感染的患者，检测 <b>降钙素原</b> 水平指导抗生素治疗	

# AHF 的诊断和评估

## 2. 超声心动图和肺部超声

中国心力衰竭诊断和治疗指南 2024 推荐	推荐级别
对血流动力学不稳定的急性心衰患者，推荐立即进行 <b>超声心动图</b> 检查对心脏结构和功能不明或临床怀疑有变化的患者，推荐在 48 h 内进行超声心动图检查	I、C
<b>床旁肺部超声</b> 检查可发现肺间质水肿征象	

# AHF 的诊断和评估

## 3.动脉血气分析

- 血气分析视临床情况而定，不能通过指脉氧仪监测氧合情况、需要明确酸碱状态和 PaCO<sub>2</sub>。

中国心力衰竭诊断和治疗指南 2024 推荐	推荐级别
心源性休克患者应行动脉血气分析	IIa、C

# AHF 的诊断和评估

## (四) 监测

### 1. 无创监测

中国心力衰竭诊断和治疗指南 2024 推荐	推荐级别
急性心衰患者需严密监测血压、心率、心律、呼吸频率、SpO <sub>2</sub>	I、C
每日监测出入量及每日体重	I、C
每日评估心衰症状和体征变化	I、C

# AHF 的诊断和评估

## 2.有创血流动力学监测

- 包括动脉内血压、右心导管、脉搏波指示连续心排量监测等，适用于血流动力学不稳定，病情严重且治疗效果不理想者。

中国心力衰竭诊断和治疗指南 2024 推荐	推荐级别
患者存在呼吸窘迫或低灌注，但临床上不能判断心内充盈压力情况	I、C
急性心衰患者经治疗后仍有持续症状，并伴有以下情况之一者:容量状态，灌注或肺血管阻力情况不明，持续低血压，肾功能进行性恶化，需血管活性药物维持血压，考虑机械辅助循环或心脏移植	IIa、C

# AHF 的诊断和评估

- 此外，2024 指南新增了终末期（或晚期）心衰的定义标准，诊断终末期（或晚期）心衰必须满足以下标准：
  - 严重或持续的心衰症状（NYHA III/IV 级）；
  - 严重的心脏功能不全，至少符合以下 1 项：
    - ① LVEF  $\leq$  30%；
    - ② 孤立性右心室衰竭（例如致心律失常性右心室心肌病）；
    - ③ 不能手术的严重瓣膜异常；
    - ④ 不能手术的严重先天性异常；
    - ⑤ BNP 或 NT-proBNP 持续偏高（或上升），且有严重的左心室舒张功能障碍或结构异常；

# AHF 的诊断和评估

- 需要静脉注射大剂量利尿剂（或利尿剂联合）治疗的淤血，或心排血量下降致外周脏器灌注不足（低心排）需要正性肌力药物或血管活性药物治疗，或恶性心律失常发作，导致过去 12 个月内超过 1 次非计划就诊或住院。
- 运动能力严重受损，无法运动或 6 min 步行试验距离较短（ $< 300\text{ m}$ ），或峰值耗氧量  $< 12\text{ ml}\cdot\text{kg}^{-1}\cdot\text{min}^{-1}$  或  $< 50\%$  预测值。
- **诊断难治性终末期心衰需谨慎，应排查有无可逆转的其他原因，以及是否已经恰当采取各种治疗措施。**

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/395013342212011300>