



# 关于左室收缩功能不全

# 左室收缩功能不全导致心力衰竭的治疗

- 1.治疗目标 预防可导致心功能不全和心力衰竭的疾病（如高血压、冠状动脉疾病、心脏瓣膜病等）一旦有心功能不全，预防HF的进展。保持和改善生活质量，延长生存期。
- 2.非药物治疗（表1-1）

# 非药物治疗总体建议和措施（表1-1）

---

## 教育患者和家庭成员

解释什么是HF，为什么会出现症状；HF的原因；如何识别症状，如果发生应如何去做

每天测体重，如果体重增加应如何去做；治疗的原则；坚持药物治疗和非药物治疗的重要性；戒烟；预后

## 药物治疗咨询

效果；服药的剂量及时间；不良反应；如果漏服，应如何去做

## 自我管理

必要时限制钠盐摄入量（如对进展性HF患者）；严重HF时避免摄入过多液体（如 $>1.5\text{L/d}$ ）；避免过量饮酒；肥胖患者应减轻体重；对营养不良和心脏恶病质进行评估

---

# 非药物治疗总体建议和措施（表1-1续）

---

## 休息和运动

仅对AHF和失代偿CHF建议休息；鼓励每天进行运动，以不引起症状为度；对稳定的NHYA II~III级患者建议运动训练；对是否工作行个别建议

## 性生活

进展性心衰患者不建议服用磷酸二酯酶-5抑制剂。如果使用，根据剂量；

同时注意应在24~48小时内避免服用硝酸盐

## 旅行

不鼓励长途旅行及高海拔、高温或高湿地区旅行

## 疫苗注射

应广泛应用流感疫苗

## 禁用或慎用药物

非甾体类消炎药（NSAIDs）和昔布类；I类抗心律失常药；钙拮抗剂；三环类抗抑郁药钾盐、皮质激素

### 3、血管紧张素转换酶抑制剂（ACEI）

- 对于LV收缩功能减低并表现为LVEF稍低于正常（40~45%）的患者，无论有或无临床症状，ACEI类都被推荐为一线治疗措施。
- ACEI应逐步增加至大型的心衰临床对照研究证明有效的剂量。
- 对于CHF患者和LV收缩功能不全的患者，ACEI可改善生存、减轻症状、提高功能容量、减轻LV重塑并减少住院率。

### 3、血管紧张素转换酶抑制剂（ACEI）

- 主要的不良反应有咳嗽、低血压、肾功能不全、高血钾和血管神经性水肿。对于血压正常的患者，ACEI对收缩压、舒张压和血肌酐的影响很小。
- ACEI禁用于双侧肾动脉狭窄的患者和既往ACEI治疗发生血管神经性水肿的患者。

## 表1-2 欧洲治疗心衰不同ACEI的推荐剂量

药物	起始剂量	维持剂量
卡托普利	6.25mg tid	25~50mg tid
依那普利	2.5mg/d	10mg bid
赖那普利	2.5mg/d	5~20mg/d
雷米普利	1.25~2.5mg/d	2.5~5mg/d
群多普利	1mg/d	4mg/d

# 表1-3 开始应用ACEI或血管紧张素受体拮抗剂的建议

回顾对利尿剂和血管舒张剂的需要及剂量

在开始治疗前避免过度利尿。如果已应用利尿剂，应在24小时前考虑减量或停用

建议在晚上仰卧时开始治疗，以最大程度减少对血压的副作用

以低剂量开始，逐增至大型临床研究证实有效的维持剂量

如果肾功能持续恶化，应停止治疗

在孔子说治疗期间避免使用保钾利尿剂

避免使用NSAIDs或昔布类

每次1~2周、3个月和随后每6个月监测血压、肾功能和电解质

以下患者应到专科机构就诊：

心衰原因不明；收缩压 $<100\text{mmHg}$ ；血肌酐 $>150\text{mmol/L}$ ；血清钠 $<135\text{mmol/L}$ ；

严重心衰；基础病因为瓣膜性疾病



# 4.利尿剂

- (1) 袢利尿剂（呋塞米、丁尿酸、托拉塞米、噻嗪类、美托拉宗）：对于有症状的心衰，当液体负荷过重并表现为肺淤血或外周水肿时，利尿剂是基础的治疗。如能耐受，利尿剂始终应与ACEI和 $\beta$ 受体阻滞剂一起使用。主要不良反应有低钾血症、低钠血症、酸碱平衡失调、高尿酸血症和糖耐量减低（噻嗪类）。
- (2) 保钾利尿剂：在没有使用醛固酮拮抗剂的前提下，保钾利尿剂仅能用于ACEI治疗下仍然存在的低钾血症；或者在严重心衰时，在联合应用ACEI和低剂量醛固酮拮抗剂的前提下，仍然存在低钾血症时才能加保钾利尿剂。

# 表1-4 利尿剂的应用

## 初始治疗

如能耐受，袢利尿剂或噻嗪类应与ACEI合用

如果GFR<30ml/min,不应使用噻嗪类，可与袢利尿剂合用

## 治疗效果欠佳

增加利尿剂剂量

每日两次使用袢利尿剂

袢利尿剂和噻嗪类联合使用

严重CHF或者应加用美托拉宗，并应注意检测血肌酐和电解质

## 保钾利尿剂

仅能用于ACEI治疗下仍然存在的低钾血症；或者在严重心衰时联合应用了ACEI和低剂量醛固酮拮抗剂的前提下，仍然存在低钾血症时才能加服保钾利尿剂

开始1周应使用低剂量，5~7天后检测血钾和血肌酐并调整剂量。

5~7天后复查血钾直至稳定

在这种持续性低钾血症情况下，补充钾通常无效

## 5. $\beta$ 受体阻滞剂

- 所有已接受包括利尿剂和ACEI在内的标准治疗，由缺血性或非缺血性心肌病引起的稳定、轻度、中度严重心衰及LVEF降低的患者（NYHA II~III级），均推荐使用 $\beta$ 受体阻滞剂，除非有禁忌证。
- 急性心肌梗死后有LV收缩功能不全，伴或不伴这种性心衰的患者，除使用ACEI外，推荐使用 $\beta$ 受体阻滞剂。

# 5.β受体阻滞剂

- 受体阻滞剂治疗可减少住院率和死亡率，改善心功能分级和减少心衰恶化。在不同亚组的心衰患者中均一致的观察到这些益处。
- 对于心衰患者，不同β受体阻滞剂可能出现不同的临床效应。因此，只建议使用比索洛尔、卡维地洛、琥珀酸美托洛尔和奈必洛尔。

# 表1-5 使用 $\beta$ 受体阻滞剂的建议

---

如无禁忌，患者应在ACEI治疗基础上使用  
患者应处于相对稳定的状态，不需静脉使用正性肌力药物治疗和无明显液体潴留迹象  
应有极低剂量开始并逐渐增加至大规模研究证明有效的维持量。如果能很好耐受前一剂量，可每1~2周剂量加倍。大多数患者可在门诊治疗

---

# 表1-5续 使用 $\beta$ 受体阻滞剂的建议

---

在时服药或是增加剂量或其后，可出现短暂心衰恶化、低血压或心动过缓

1、监测患者可能出现的心衰症状，液体潴留、低血压或心动过缓

2、如果症状恶化，首先增加利尿剂或ACEI的剂量；如果需要，临时减少 $\beta$ 受体阻滞剂的剂量

3、如果出现低血压，首先减少血管扩张的剂量；如果需要，减少 $\beta$ 受体阻滞剂的剂量

4、出现心动过缓时应减少或停用可能减慢心率的药物；如果需要，减少 $\beta$ 受体阻滞剂的剂量，必要时停药

5、当患者病情稳定时，应考虑再次采用和（或）逐步增加 $\beta$ 受体阻滞剂

---

# 表1-5续 使用 $\beta$ 受体阻滞剂的建议

如果正在使用 $\beta$ 受体阻滞剂的失代偿心衰患者需要使用使用正性肌力药物治疗时，首选磷酸二酯酶抑制剂，因其血流动力学效应不被 $\beta$ 受体阻滞剂拮抗

以下患者应就诊专科机构：

1. 严重心衰III/IV级
2. 原因不明
3. 相对禁忌证：无症状心动过缓和（或）心动过缓
4. 低剂量即不能耐受
5. 既往使用 $\beta$ 受体阻滞剂并因症状而停药
6. 怀疑支气管哮喘或严重肺部疾病

心衰患者使用 $\beta$ 受体阻滞剂禁忌证

1. 支气管哮喘
2. 症状性心动过缓或低血压

# 表1-6 $\beta$ 受体阻滞剂在大规模对照研究中应用的剂量和加量方式

$\beta$ 受体阻滞剂	初始计量 (mg/d)	加量 (mg/d)	靶剂量 (mg/d)	加量间期
比索洛尔	1.25	2.5,3.75,5,10	10	几周~月
琥珀酸美托洛尔	12.5/25	25,50,100,200	200	几周~月
卡维地洛	3.125	6.25,12.5,25,50	50	几周~月
奈必洛尔	1.25	2.5,5,10	10	几周~月

卡维地洛每日两次，其他 $\beta$ 受体阻滞剂每日一次



## 6. 醛固酮受体拮抗剂

- 重度心衰（NYHA III~IV级）患者，除了ACEI、 $\beta$ 受体阻滞剂和利尿剂外，建议使用醛固酮受体拮抗剂以改善生存和减少死亡。心梗后有左室收缩功能障碍和心衰征象或糖尿病的心衰患者，建议除ACEI、 $\beta$ 受体阻滞剂外使用醛固酮受体拮抗剂以减少发病率和死亡率。

# 表1-6 醛固酮拮抗剂的用药建议

---

醛固酮拮抗剂（螺内酯，依那普利）的用药

---

心梗后有左室收缩功能障碍或糖尿病的严重心衰（HANYIII~IV级）患者，在使用ACEI/利尿剂的基础上使用

检测血钾（ $<5.0\text{mmol/L}$ ）和肌酐（ $<250\text{mmol/L}$ ）

加用低剂量螺内酯（ $12.5\sim 25\text{mg/d}$ ）或依普利酮（ $25\text{mg/d}$ ）

4~6天后复查血钾和肌酐

任何时候血钾升至 $>5\sim 5.5\text{mmol/L}$ ，减量50%。如果血钾 $>5.5\text{mmol/L}$ 则停药

如果1个月后症状持续且血钾正常，增加至 $50\text{mg/d}$ 。1周后检测血钾/肌酐

,

---

# 7.血管紧张素 II 受体拮抗剂

- 血管紧张素 II 受体拮抗剂（ARBs）和ACEI 对于CHF患者和有心衰或LV功能不全的急性MI患者在减少发病率和死亡率方面效果相当。ARBs可以替代ACEI改善这些患者的发病率和死亡率。对于仍有症状的CHF患者，可以考虑联合使用ARBs类、ACEI和 $\beta$ 受体阻滞剂，以减少死亡率和因心衰而再次住院率。对于ARBs类药物的使用和监测与ACEI类似。

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/478057034033006063>