

10. 1177/0961203313519158.

[25] DE GROOT K, RASMUSSEN N, BACON P A, et al. Randomized trial of cyclophosphamide versus methotrexate for induction of remission in early systemic antineutrophil cytoplasmic antibody – associated vasculitis [J]. *Arthritis Rheum*, 2005, 52 (8): 2461 – 2469. DOI: 10. 1002/art. 21142.

[26] STONE J H, MERKEL P A, SPIERA R, et al. Rituximab versus cyclophosphamide for ANCA – associated vasculitis [J]. *N Engl J Med*, 2010, 363 (3): 221 – 232. DOI: 10. 1056/NEJMoa0909905.

[27] SPECKS U, MERKEL P A, SEO P, et al. Efficacy of remission – induction regimens for ANCA – associated vasculitis [J]. *N Engl JMed*, 2013, 369 (5): 417 – 427. DOI: 10. 1056/NEJMoa1213277.

[28] 刘延. 血浆置换治疗 ANCA 相关小血管炎肾损害 40 例疗效观察 [J]. *中国中西医结合肾病杂志*, 2015, 16 (4): 339 – 340.

[29] SZPIRT W M, HEAF J G, PETERSEN J. Plasma exchange for induction and cyclosporine A for maintenance of remission in Wegener’s granulomatosis – a clinical randomized controlled trial [J]. *Nephrol Dial Transplant*, 2011, 26 (1): 206 – 213. DOI: 10. 1093/ndt/gfq360.

[30] WALSH M, CATAPANO F, SZPIRT W, et al. Plasma exchange for renal vasculitis and idiopathic rapidly progressive glomerulonephritis; a meta – analysis [J]. *Am J Kidney Dis*, 2011, 57 (4): 566 – 574. DOI: 10. 1053/j. ajkd. 2010. 10. 049.

[31] LITTLE M A, NIGHTINGALE P, VERBURGH C A, et al. Early mortality in systemic vasculitis: relative contribution of adverse events and active vasculitis [J]. *Ann Rheum Dis*, 2010, 69 (6): 1036 – 1043. DOI: 10. 1136/ard. 2009. 109389.

[32] GUILLEVIN L, PAGNOUX C, KARRAS A, et al. Rituximab versus azathioprine for maintenance in ANCA – associated vasculitis [J]. *New Engl J Med*, 2014, 371 (19): 1771 – 1780. DOI: 10. 1056/NEJMoa1404231.

[33] JOSHI L, LIGHTMAN S L, SALAMA A D, et al. Rituximab in refractory ophthalmic Wegener’s granulomatosis; PR3 titers may predict relapse, but repeat treatment can be effective [J]. *Ophthalmology*, 2011, 118 (12): 2498 – 2503. DOI: 10. 1016/j. ophtha. 2011. 06. 009.

[34] 杨薇, 贺蓓. 利妥昔单抗可能更有利于治疗复发的严重 ANCA 相关性血管炎 [J]. *中华医学杂志*, 2010, 90 (40): 2878 – 2879. DOI: 10. 3760/ema. j. issn. 0376 – 2491. 2010. 40. 019.

(收稿日期: 2017 – 01 – 05; 修回日期: 2017 – 04 – 15)
(本文编辑: 鹿飞飞)

· 指南 · 共识 · 标准 ·

2017 年 ACC/AHA/HFERS 心力衰竭管理指南更新要点

1 生物标志物

推荐脑钠肽 (BNP) 作为筛选心力衰竭的基础 (II a, B-R); 推荐呼吸困难患者测定 BNP 水平以诊断或排除心力衰竭 (I A); 推荐 BNP 或氨基末端脑钠肽前体 (NT-proBNP) 作为慢性心力衰竭患者预后或疾病严重程度的评估指标 (I A); 推荐测定住院时基线 BNP 和/或肌钙蛋白水平以评估急性失代偿性心力衰竭患者预后 (I A); 推荐测定出院前 BNP 水平以评估心力衰竭患者预后 (II a, B-NR)。推荐测定心肌损伤或纤维化生物标志物以对慢性心力衰竭患者进行危险分层 (II a, B-NR)。

2 射血分数降低的心力衰竭 (HFrEF)

推荐 HFrEF 患者使用血管紧张素转换酶抑制剂 (ACEI) (I A)、血管紧张素 II 受体阻滞剂 (ARB) (I A)、血管紧张素-脑啡肽酶抑制剂 (ARNI) (I B-R) 联合循证医学指导的 β-受体阻滞剂和醛固酮拮抗剂, 以降低患者复发率和病死率; 推荐目前或既往有症状的慢性 HFrEF 患者使用 ACEI 以减少复发率和病死率 (I A); 推荐能耐受 ACEI 或 ARB 的美国纽约心脏病协会 (NYHA) 分级 II 级或 III 级的有症状的慢性 HFrEF 患者使用 ARNI 替代治疗以进一步降低复发率和病死率 (I B-R), 但不建议同时使用 ARNI 与 ACEI (III B-R); 不建议 ARNI 用于有血管性水肿病史患者 (III C-EO); 经指南指导药物治疗的 NYHA 分级 II ~ III 级且左心室射血分数 (LVEF) ≤ 35% 的症状性慢性 HFrEF 患者, 如应用最大耐受剂量 β-受体阻滞剂后静息窦性心率仍 ≥ 70 次/分则建议使用伊伐布雷定以降低其心力衰竭住院风险 (II a, B-R)。

3 射血分数保留的心力衰竭 (HFpEF)

HFpEF 患者收缩压和舒张压控制在现行指南推荐范围内 (I B); 推荐 HFpEF 患者使用利尿剂以减轻容量负荷导致的心力衰竭症状 (I C); 冠状动脉疾病患者若出现心肌缺血加重症状性 HFpEF 则建议行冠状动脉血运重建 (II a, C); 根据现行指南治疗心房颤动可改善 HFpEF 患者心力衰竭症状 (II a C); 建议 HFpEF 患者使用 β-受体阻滞剂、ACEI 和 ARB 以控制血压 (II a, C); 推荐合适的 HFpEF 患者 [LVEF ≥ 45%, 1 年内 BNP 升高或心力衰竭住院, 肾小球滤过率 > 30 ml · min⁻¹ · (1.73 m²)⁻¹, 肌酐 < 221 μmol/L, 血钾 < 5.0 mmol/L] 使用醛固酮受体拮抗剂以降低住院率 (II a, B-R); 不推荐 HFpEF 患者常规使用硝酸酯类药物或磷酸二酯酶 5 抑制剂改善活动耐量或生活质量 (III B-R); 不推荐 HFpEF 患者常规使用营养补充剂 (III B-R)。

注: 证据等级中 R 表示证据来源于随机对照试验, NR 表示来源于非随机对照试验, LD 表示证据力度有限, EO 表示专家共识。

(来源: 丁香园)