Continue

إرشادات إدارة قصور القلب الحادة

ضعف عضلة القلب الناتج عن نقص التروية الإكلينيكي هو السبب الأكثر شيوعًا لقصور القلب الحاد. يتطلب هذا الإرشاد تقييمًا سريعًا وتحسينًا للتروية والضغط الانبعاجي والإيقاع. يغطي هذا الدليل الإنعاش الأولي، وتقييم الصدمة، والدعم الدوائي، ومعايير الإحالة إلى مراكز القلب المتقدمة للبالغين المصابين بقصور القلب الحاد الثانوي لاحتشاء عضلة القلب.

ABSTRACT

Acute heart failure secondary to ischemia is a time-critical syndrome in which delay in reperfusion and hemodynamic stabilization worsens myocyte loss and mortality. This guideline covers initial resuscitation, shock assessment, pharmacotherapy, and criteria for transfer to a mechanical circulatory support centre. Recommendations are graded by class and level of evidence. Updated for publication in 2021, this edition replaces the 2014 guideline and incorporates trials published through 2020.

1. المقدمة

يُعرّف قصور القلب الحاد بأنه ظهور أو تفاقم أعراض وعلامات قصور القلب بسرعة كافية تستدعي تدخلًا عاجلًا. عندما يكون السبب احتشاء عضلة القلب، فإن الهدف الأول هو استعادة التروية التاجية وتحسين الضخ في الوقت نفسه. تُقدّر الجمعية الأوروبية لأمراض القلب أن ما يقارب 1.2 مليون حالة تُشخّص سنويًا في أوروبا وحدها، وأن ثلث هذه الحالات تتطور إلى صدمة قلبية خلال أسبوع واحد.

2. التقييم الأولي

يُقيّم المريض وفق تسلسل ABCDE. تُسجّل العلامات الحيوية كل ٥ دقائق على الأقل حتى الاستقرار، ثم كل ساعة. يُقاس الضغط الانبعاجي بالموجات فوق الصوتية عند الإمكان، وتُقاس الضغوط الامتلائية بقسطرة الشريان الرئوي عند الحاجة.

المعلمة	الهدف	الإجراء
الضغط الانبعاجي	≥ ٦٥ مم زئبق	إعطاء سوائل ثم قابضات الأوعية
الضغط الانسدادي الرئوي	≤ ١٨ مم زئبق	تحسين الضخ قبل إعطاء السوائل
معدل القلب	٦٠–١٠٠ نبضة/دقيقة	تصحيح الإيقاع إذا كان سريعًا
تشبع الأكسجين	≥ ٩٤٪	أكسجين عند الانخفاض

3. الدعم الدوائي

يُبدأ الدعم الوريدي بالدوبامين أو النورإبينفرين وفق الحاجة، مع تجنب الجرعات العالية ما لم يكن هناك انخفاض شديد في الضغط الانبعاجي. يُضاف الدوبوتامين عند وجود انخفاض في الضخ مع ضغط امتلائي مرتفع. يُستخدم الفازوبريسين كبديل أو إضافة عند الحاجة لرفع الضغط الانبعاجي دون زيادة الضخ.

4. معايير الإحالة

تُحال الحالات إلى مركز قلب متقدم عند وجود صدمة قلبية مقاومة للعلاج، أو حاجة إلى دعم ميكانيكي، أو زرع محتمل. يُرفق مع الإحالة تقرير موجز يتضمن الجرعات والقياسات والتصوير. تُعطى الأولوية للمرضى الذين يُنقلون بالإسعاف خلال ٦ ساعات من بدء الأعراض.

5. الخلاصة

الإنعاش المبكر للتروية والضخ هو أساس النتائج. يجب تدريب الفرق على التقييم السريع وتطبيق المعايير بدون تأخير. تُراجع هذه الإرشادات كل ثلاث سنوات أو عند صدور أدلة جديدة تغيّر التوصيات.

6. الملاحق

الملحق أ: خوارزمية الإنعاش الأولي. الملحق ب: جرعات الأدوية للبالغين. الملحق ج: نموذج الإحالة. الملحق د: قائمة مراكز القلب المتقدمة المعتمدة. الملحق هـ: تسجيل الصدمة القلبية. الملحق و: مراجعة الأدلة المختصرة.

7. المراجع

1. Mebazaa A, Tolpin P, Pirracchio R, et al. Management of cardiogenic shock complicating acute coronary syndromes. Eur Heart J. 2018;39(19):1643–1660.
2. Thiele H, Zeymer U, Neumann F-J, et al. Intraaortic balloon support for myocardial infarction with cardiogenic shock. N Engl J Med. 2012;367:1287–1296.
3. Harjola V-P, Mebazaa A, Čelutkienė J, et al. Advanced heart failure and cardiogenic shock: a scientific statement. Eur J Heart Fail. 2020;22:1320–1352.
4. Jentzer JC, Bennett C, Wiley BM, et al. Predicting in-hospital mortality after acute myocardial infarction complicated by cardiogenic shock. Circ Cardiovasc Qual Outcomes. 2017;10:e003955.
5. Rihal CS, Naidu SS, Givertz MM, et al. 2015 SCAI/ACC/HFSA/STS clinical expert consensus statement on the use of percutaneous ventricular assist devices. J Card Fail. 2015;21:799–822.
6. Van Diepen S, Katz JN, Albert NM, et al. Contemporary management of cardiogenic shock. Circulation. 2017;136:232–268.
7. Ponikowski P, Voors AA, Anker SD, et al. 2016 ESC guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. Eur Heart J. 2016;37:2129–2200.
8. Mathew R, Di Santo P, Jung RG, et al. Microvascular function in ischemic cardiomyopathy. Circ Res. 2020;126:1465–1508.
9. Ibanez B, James S, Agewall S, et al. 2017 ESC guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation. Eur Heart J. 2018;39:119–177.
10. Thiele H, Ohman EM, Desch S, et al. Decision making in cardiogenic shock. Eur Heart J. 2015;36:1223–30b.
11. Werdan K, Gielen S, Ebelt H, et al. Mechanical circulatory support in cardiogenic shock. Eur J Heart Fail. 2014;16:235–249.
12. Harjola V-P, Lassus J, Sionis A, et al. Clinical picture and risk prediction of short-term mortality in cardiogenic shock. Eur J Heart Fail. 2015;17:501–509.