

HFpEF 診斷治療指引研討會

時間: 113 年 8 月 3 日(星期六) 14:00-16:40

地點: 台中裕元花園酒店 4 樓東側包廂(台中市西屯區台灣大道四段 610 號)

Time	Topic	Speaker	Chair
14:00-14:05 (5")	Opening		李貽恒 醫師 成大醫院
14:05-14:30 (25")	Exploration of Early Signals of C-R-M crisis: HFpEF in Cardio-Renal-Metabolic Disease	王宇澄 醫師 亞大附醫	李貽恒 醫師 成大醫院
14:30-14:55 (25")	Diagnostic Strategies for HFpEF in Taiwan: HFpEF diagnosis from the 2024 TSOC guideline	吳卓鏘 醫師 臺大醫院	吳彥雯 醫師 亞東醫院
14:55-15:15 (20")	Panel Discussion	All	吳彥雯 醫師 亞東醫院
15:15-15:25 (10")	Healthy Break	All	
15:25-15:50 (25")	Treatment of HFpEF: What does the 2024 TSOC guideline say and overview of SGLT2i for your HFpEF patients	曹承榮 醫師 部立豐原	黃金隆 醫師 台中榮總
15:50-16:15 (25")	From Guideline To Clinical Practice: Case study: How to treat heart failure patient across LVEF with SGLT2i	劉銘恩 醫師 新竹馬偕	陳清埤 醫師 彰化基督教
16:15-16:35 (20")	Panel Discussion	All	陳清埤 醫師 彰化基督教
16:35-16:40 (5")	Closing		陳清埤 醫師 彰化基督教

王宇澄 醫師

現職：

亞洲大學附屬醫院內科部主任 (2021-迄今)
亞洲大學附屬醫院心臟科主任(2016-迄今)
教育部定副教授(2022-迄今)
亞洲大學醫學檢驗暨生物技術學系專任副教授(2022-迄今)
中國醫藥大學附設醫院心臟血管系兼任主治醫師(2019-迄今)
中華民國心臟內科專科醫師 (2008-迄今)
中華民國心臟學會心臟內科介入性次專科醫師 (2009-迄今)
中華民國心臟學會專科指導醫師(2015-迄今)
臺灣介入性心臟血管醫學會理事(2022-迄今)
台灣高血壓學會理事(2021-迄今)
台灣心肌梗塞學會理事(2021-迄今)
中華民國血脂及動脈硬化學會監事(2021-迄今)
臺灣介入性心臟血管醫學會編輯暨登錄委員會主委(2022-迄今)
台灣心肌梗塞學會學術委員會主委(2021-迄今)
中華民國心臟學會學術委員會委員(2022-迄今)
中華民國心臟學會治療準則與共識委員會委員(2022-迄今)
臺灣大學智慧健康科技研發中心諮詢委員(2021-迄今)
台中市醫師公會會員代表(2023-迄今)

學歷：

陽明大學醫學系醫學士(1994-2000)
中國醫藥大學臨床醫學研究所博士(2010-2016)
美國德州心臟醫學中心 Texas Heart Institute 研究員 (2011-2012)

經歷：

亞洲大學醫學檢驗暨生物技術學系專任助理教授(2016-2022)
教育部定助理教授 (2017-2022)
亞洲大學附屬醫院內科部副主任 (2018-2021)
中國醫藥大學附設醫院心臟血管系心臟預防醫學科主任 (2015-2019)
台大醫院內科住院醫師 (2003-2006)
台大醫院心臟內科研究醫師 (2006-2008)
中國醫藥大學附設醫院心臟內科主治醫師 (2008-2019)
亞洲大學附屬醫院醫務秘書(2016-2018)

履歷表

(1) 主要學歷

畢業學校	主修學門系所	學位
國立臺灣大學	醫學系	學士 1995~2002
國立臺灣大學	臨床醫學研究所碩士	碩士 2005~2007
國立臺灣大學	臨床醫學研究所博士	博士 2009~2013
美國史丹佛大學	幹細胞中心	博士後研究 2018/12~2019/12



(2) 現職

服務機關	服務部門／系所	職稱	
現職：臺大醫院	心臟內科	主治醫師	2007/7 迄今
臺大醫學院	內科部	臨床教授	2021/7 迄今
教育部		部定教授	2021/7 迄今
經歷			
美國史丹佛大學幹細胞中心	心血管中心	研究員	2018/12 至 2019/12
美國梅約診所	心臟科	訪問醫師	2019/9~2019/9
臺大醫院雲林分院	心臟內科	主治醫師	2007/7 至 2011/6
台灣大學醫學院	內科部	臨床副教授	2017/8 至 2021/7
台灣大學醫學院	內科部	臨床助理教授	2013/8 至 2017/7
台灣大學醫學院	內科部	兼任講師	2009/8 至 2010/7

學術團體/證書

- | | | |
|------------------------|-----|---------|
| 1. 心肌梗塞學會教育委員會 | 主委 | 2024/5~ |
| 2. 台灣介入醫學會 財務委員會 | 副主委 | 2024/5~ |
| 2. 中華民國心臟學會 治療準則與共識委員會 | 副主委 | 2022/9~ |
| 3. 中華民國心臟學會 心衰竭委員會 | 委員 | 2022/9~ |

在國內及國際上受肯定之具體事實

- (1) 2007 第 16 屆亞太心臟科學會 青年研究獎第一名 (台北, 台灣)
- (2) 2008 第 38 屆中華民國心臟科學會 青年研究獎
- (3) 2010 99 年度中華民國重症醫學會 最佳口頭論文獎第一名
- (4) 2011 第 41 屆中華民國心臟科學會 Best Oral Presentation Award
- (5) 2012 臺大醫院傑出研究獎
- (6) 2012 台灣動脈硬化暨血管病醫學會最佳論文獎
- (7) 2013 歐洲心臟科學會青年研究獎
- (8) 2016 歐洲心臟科學會 best moderated poster award
- (9) 2017 中華民國心臟基金會姜必寧獎
- (10) 2020 第 30 屆國立台灣大學醫學院青杏醫學獎
- (11) 2020 108 年度財團法人元大文教基金會醫師科學家獎
- (12) 2021 中華民國心臟學會丁農獎

曹承榮 醫師

■現職

衛生福利部豐原醫院 副院長

■學歷

- 1.高雄醫學大學醫學系
- 2.陽明大學臨床醫學研究所博士班肄
- 3.東海大學EMBA碩士

■經歷

- 1.竹東榮民醫院內科、家庭醫學科住院醫師
- 2.台中榮總內科住院醫師
- 3.台中榮總心臟內科總醫師
- 4.台中榮總心臟血管中心主治醫師
- 5.台中榮總心臟血管中心病房團隊副主任
- 6.美國貝勒醫學院 (Baylor College of Medicine) 及德州心臟研究所 (Texas Heart Institute) 博士後研究員
- 7.國立陽明大學部定講師
- 8.國立國防大學醫學院臨床助理教授
- 9.中華民國心臟學會副秘書長
- 10.台灣介入性血管醫學會兩岸交流委員會委員
- 11.中華民國內科醫學會專科指導醫師
- 12.衛福部豐原醫院心臟內科主任

■專長

1. 高血壓
2. 高血脂
3. 冠心病(心絞痛)
5. 心導管介入治療
7. 各種心臟病症及一般內科疾病

劉銘恩醫師

現職：

新竹馬偕醫院 心臟內科資深主治醫師

主要學歷：

台北醫學院 醫學系 畢業

主要經歷：

新竹馬偕醫院心臟內科主治醫師

新竹馬偕醫院心臟內科主任

台北馬偕醫院心臟加護病房專責主治醫師

台北馬偕醫院心臟內科總醫師

台北馬偕醫院內科住院醫師

其他相關

專科：

中華民國內科專科醫師

中華民國心臟內科專科醫師

會員：

中華民國醫用超音波學會會員

臺灣介入性心臟血管醫學會會員

老人急重症學會會員

委員：

中華民國心臟學會財務委員會委員(2011-2015)

中華民國介入性心臟學會財務委員會委員(2010-2011)

中華民國心臟學會國際事務委員會委員(2018-迄今)

主治項目或專長

MAJOR SERVICE

胸痛、心悸、頭暈、心雜音、高血壓、四肢循環不良、呼吸困難、水腫、二尖瓣脫垂、心律不整、動脈硬化、高血脂症、心因性神經症、一般內科疾病、心臟血管用藥諮詢、心臟血管危險因子評估、經皮冠狀動脈介入性治療、心導管冠狀動脈檢查、主動脈幫浦放置術、暫時性及永久性心臟節律器置放術、心臟超音波、血管內超音波、臨床尖端醫學試驗

Exploration of Early Signals of C-R-M crisis: HFpEF in Cardio-Renal-Metabolic Disease

王宇澄 主任
亞洲大學附設醫院內科部主任

Compared with heart failure with reduced ejection fraction (HFrEF), patients with heart failure with preserved ejection fraction (HFpEF) tend to be older, predominantly female, and are associated with multiple comorbidities, including hypertension, diabetes mellitus (DM), chronic kidney disease (CKD), coronary artery disease (CAD), atrial fibrillation (AF), obesity, obstructive sleep apnea, and metabolically associated fatty liver disease. Compared to the findings from Western countries, the comorbidities of HFpEF in Asia demonstrated a younger age, lower prevalence of CAD, AF, and obesity, but a higher prevalence of DM and CKD. Delivering therapy for underlying comorbidities and treating modifiable HF risk factors are mandatory for HFpEF treatment. The preferred agents for hypertension control in HFpEF include diuretics, angiotensin receptor blocker (ARB), and mineralocorticoid receptor antagonist (MRA) because these agents also have some beneficial effects for HFpEF in addition to blood pressure reduction. Given the recently demonstrated benefits of sodium-glucose cotransporter 2 (SGLT2) inhibitors in improving outcomes in patients with HFpEF, SGLT2 inhibitors should be prescribed as first-line therapy for diabetic patients with HFpEF. Metformin is also recommended as first-line therapy for glycemic control in diabetic patients with HFpEF. Given the substantial weight loss effect of the glucagon-like peptide-1 receptor agonists, these agents should be considered for HFpEF patients with DM and obesity. Patients with HFpEF and CKD should be treated with evidence-based therapies that reduce the progression of CKD. SGLT2 inhibitors have been shown to improve renal outcome in patients with CKD. Clinical trials also demonstrated significant slow-down of eGFR decline in patients treated with ARB or angiotensin receptor-neprilysin inhibitor (ARNI). Beta-blockers and non-dihydropyridine calcium-channel blockers are the usual first-line agents. A recent clinical trial demonstrated that digoxin may improve functional capacity and reduce more NT-proBNP over bisoprolol in AF patients with HF symptoms.

Diagnostic Strategies for HFpEF in Taiwan: HFpEF diagnosis from the 2024 TSOC guideline

吳卓鏞醫師
台大醫院心臟內科

Heart failure with preserved ejection fraction (HFpEF) poses a diagnostic challenge due to its diverse presentations and overlapping symptoms with other conditions. In Taiwan, the accurate diagnosis of HFpEF is crucial for effective management and improved patient outcomes. This abstract reviews the diagnostic strategies recommended in the 2024 Taiwan Society of Cardiology guideline for HFpEF diagnosis. The guideline emphasizes the importance of integrating clinical assessment, laboratory investigations, and advanced imaging techniques to differentiate HFpEF from other heart conditions accurately. Implementing these strategies in clinical practice can lead to early detection, appropriate treatment, and enhanced quality of life for patients with HFpEF in Taiwan.

SGLT2 Inhibitors in HFpEF Treatment

曹承榮副院長
衛福部豐原醫院

The 2024 guidelines by the Taiwan Society of Cardiology recommend sodium-glucose cotransporter 2 (SGLT2) inhibitors, specifically empagliflozin and dapagliflozin, as foundational therapies for Heart Failure with Preserved Ejection Fraction (HFpEF). Early initiation is crucial to optimize patient outcomes with evidence:

- 1) Empagliflozin: The EMPEROR-Preserved trial showed that empagliflozin reduced the risk of heart failure (HF) hospitalization or cardiovascular (CV) death by 17% in patients with left ventricular ejection fraction (LVEF) \geq 50%. The trial included 5988 patients with LVEF $>$ 40%, demonstrating a 27% reduction in total HF hospitalizations and a delay in the decline of estimated glomerular filtration rate (eGFR).
- 2) Dapagliflozin: The DELIVER trial, involving 6263 patients with HF and LVEF $>$ 40%, revealed an 18% reduction in the primary composite endpoint of CV death or worsening HF. Benefits were consistent across various subgroups, including those with LVEF \geq 60% and $<$ 60%. The primary endpoint reduction was achieved within 13 to 18 days in both trials.

Therefore, both of empagliflozin and dapagliflozin are recommended as first-line therapy for HFpEF patients, particularly those with diabetes. SGLT2 inhibitors should be prescribed early, either at diagnosis or before discharge following HF hospitalization, to reduce HF events and CV death. Moreover, for selected patients, a combination of SGLT2 inhibitors with ARNI (angiotensin receptor-neprilysin inhibitor) and/or MRAs (mineralocorticoid receptor antagonists) is considered to further reduce CV death and HF hospitalizations.

In summary, SGLT2 inhibitors play a pivotal role in HFpEF management, significantly reducing HF hospitalizations and CV mortality.

From Guideline To Clinical Practice: Case study: How to treat heart failure patient across LVEF with SGLT2i

劉銘恩醫師
新竹馬偕醫院心臟內科

摘要:

在台灣，隨著人口老齡化和高血壓、糖尿病、慢性腎病等慢性疾病的高發病率，心臟衰竭 HFpEF 將很快成為一個重大健康負擔。體認到 HFpEF 的上升趨勢，台灣心臟學會制定了 2024 年 HFpEF 診斷和治療指南，旨在幫助台灣的醫護人員早期診斷並提供適當的管理。根據 SGLT2 抑制劑臨床試驗的結果，這是首次有藥物療法可以改善 HFpEF 的臨床預後。本次主題將藉由臨床案例個案討論目前對於 HFpEF 的治療趨勢。