

编者按：静脉血栓栓塞症（VTE）包括深静脉血栓形成（DVT）和肺血栓栓塞症（PTE）。VTE发病隐匿、临床症状不典型，仅10%~17%的DVT有明显临床症状，因此，易被临床医生所忽视。对于VTE治疗，无论国际还是国内，都很重视，因为其涉及的科室广。本报记者就静脉血栓栓塞症的治疗，分别特邀妇产科、风湿科及肿瘤科的相关专家，探讨不同学科对VTE的治疗特色和治疗效果。

易被多科医生忽视的静脉血栓栓塞症



系统性红斑狼疮：血栓风险高常人12倍

▲北京协和医院风湿免疫科 赵久良 李梦涛



李梦涛 教授

VTE亦是导致SLE患者死亡的主要因素之一，有研究证实，约1.0%的SLE患者死亡与VTE有关。

系统性红斑狼疮（SLE）是一种自身免疫性疾病，临床表现复杂多样，其基本病理改变为免疫介导的坏死性血管炎，即免疫复合物沉积在血管壁，激活补体引起血管壁炎性反应，并在此基础上形成血栓和栓塞，由此加重脏器损害。SLE患者发生VTE的风险比正常人高11.9倍，SLE确诊后5年与10年的VTE累积发生率为2.8%和3.7%，而VTE在SLE患者的患病率约为10%，表现为腓静脉血栓（56%）和肺栓塞（22%），亦可出现视网膜静脉、锁骨下静脉和硬脑膜静脉窦的血栓事件。

SLE本身即为VTE重要危险因素。此外，还有多种危险因素参与其中，包括

抗磷脂抗体阳性、发病年龄晚、病程长、吸烟史、免疫调节药物的应用、狼疮肾炎以及狼疮病情持续活动等。在SLE发生VTE过程中抗磷脂抗体起到关键作用。约1/3的SLE患者出现抗磷脂抗体，主要包括抗心磷脂抗体，狼疮抗凝物、抗β2GPI抗体，而约1/2的磷脂抗体综合征的患者合并SLE。抗磷脂抗体阳性的患者中约40%可出现血栓事件，并且抗心磷脂抗体阳性和狼疮抗凝物阳性是SLE患者血栓形成的主要独立危险因素。SLE患者中抗磷脂抗体阳性者发生血栓事件风险是抗体阴性患者的3倍。

有研究证实，阿司匹林可有效预防动静脉血栓事件的发生，尤其是抗磷脂抗体阳性患者。目前，专家共识推荐，磷脂抗体阳性的SLE患者应用小剂量阿司匹林，作为血栓事件的一级预防，尤其是存在其他血栓事件高危者。另有多项研究均证实，抗疟药物羟氯喹具有抗血栓效应，如无明确禁忌证均推荐应用抗疟药物。

SLE合并VTE的临床表现及预后与其他病因所致的VTE相近，但疾病本身病情活动、药物治疗及其他危险因素均可增加患者发生VTE的风险，风湿科医生需加强对VTE的识别和诊断，并实施有效的预防策略。

肿瘤是诱发血栓栓塞症的高危因素之一

▲首都医科大学附属北京朝阳医院血液科 李利红 菅原



李利红 教授

1865年，法国内科医生Armand Trousseau首次提出VTE与恶性肿瘤之间的相关性，此后该议题得到越来越多研究证实，据此，国内外学者目前普遍认

肿瘤合并静脉血栓栓塞症有其自身特点，病理复杂，治疗难度大。治疗时应及时筛查易患因素，早期预测疾病发生，采用合理有效治疗策略，有助于提高患者生活质量，并为康复提供可能。

为，肿瘤是诱发VTE的高危因素之一。临床实践表明，VTE是影响肿瘤患者病死率的重要因素之一，在住院恶性肿瘤患者死因中位居第二位。

前兆症状

出现以下情况应高度警惕DVT：肢体不对称性肿胀、大腿或腓肠肌部位不适、肢体局部皮肤温度升高、静脉走行部位压痛和浅静脉扩张等。

出现以下情况应高度警惕PTE：突发原因不明的呼吸困难/低氧血症、晕厥、低血压、休克、心脏骤停或胸痛、咯血、胸部X线显示肺部阴影和胸腔积液。

检测方法

D-二聚体检测；下肢静脉超声以及超声心动图；CT肺动脉造影及CT静脉造影；核素肺通气/灌注显像；特异性较低；磁共振肺动脉造影及静脉造影；肺动脉造影。

鉴别诊断

应注意肺癌患者原发病加重、其他部位肿瘤肺部转移、某些恶性肿瘤DVT样表现与合并营养不良相鉴别、瘤栓与血栓的鉴别等。对无明显危险因素而发生“特发性”VTE的患者应密切观察。

治疗策略

急性期治疗首选低分子肝素（LMWH），也可使用普通肝素333 U/kg负荷量，而后250 U/kg，2次/d；对于明确合并VTE的肿瘤患者：最初进行抗凝治疗5~10 d，LMWH优于普通肝素；长期抗凝治疗首选LMWH。华法林可作为二线药物。

腔静脉滤器仅适用于抗凝治疗禁忌证者，或用于进展性血栓患者足量LMWH治疗以外的辅助治疗；对于合并VTE的中枢神经系统恶性肿瘤患者，在抗凝治疗的同时需警惕并监测出血并发症；目前尚不推荐新型口服抗凝药物；对于偶然发现的无明显症状的PE及DVT，应按症状性VTE治疗原则进行治疗；偶然发现的内脏血栓，应针对个体权衡获益与风险后决定是否进行抗凝治疗。

LMWH治疗时不需常规行血液指标监测，肝素诱导的血小板减少也少见；LMWH还可能具有调节肿瘤生长、增殖、浸润、转移和血管生成等抗癌作用，已成为VTE患者初始抗凝治疗的首选药物。

风险评估

2008年，Khorana等建立了针对门诊化疗肿瘤患者VTE风险评估模型，可对门诊化疗肿瘤患者接受VTE预防治疗的获益与风险进行评估。在该评估体系中，相关危险因素包括一般危险因素、累加危险因素、治疗相关的危险因素和可祛除的危险因素。

预防措施

对于筛选出的高危者，应对其进行VTE相关健康教育，使其对于VTE的典型症状（下肢水肿或疼痛、突发胸痛或呼吸困难等）有所了解并保持警惕。

对于住院恶性肿瘤患者，无论是否接受手术，均应进行常规VTE预防。



妇科术后肺血栓栓塞症致死率达40%

▲首都医科大学附属北京妇产医院妇科 王建东

PTE在妇科术后致死率达40%，大部分致命性肺栓塞患者症状出现后30 min内死亡，无溶栓治疗或手术时机，且致死性PTE发生前常无先兆，生前确诊者仅占1/3。在我国，很多妇科术后VTE未得到及时有效的诊断。

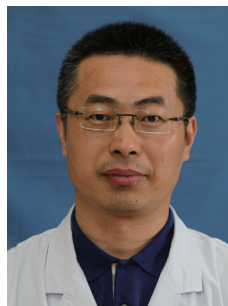
国外流行病学显示，妇科盆腔术后DVT发生率为11%~29%，围生期孕产妇DVT发生率为0.245%~0.325%，PTE发生率为0.079%。而国内研究资料显示，妇科DVT发生率约为16%，围生期DVT发生率为0.15%。

绝经后女性、孕产妇、妇科肿瘤、盆腹腔手术、截石位手术及术后长期卧床等均是VTE危险因素。国外多采用Wells评分表评估危险因素，该评分表将患者分为低度、中度和重度可能性，其DVT发生率分别为5.0%、17%

和53%。

VTE关键在于预防。美国妇产科医师学会推荐，对于妊娠妇女应用LMWH治疗和预防静脉血栓栓塞，而非普通肝素（1B）；妇科大手术者，推荐采取预防措施直至出院（1C）；特别高危患者，

包括行肿瘤根治术、年龄>60岁及VTE病史者，推荐出院后继续预防2~4周（2C）。国内对妇产科住院患者VTE的预防明显不足，尚无相应防治方案可供参考，应建立妇产科住院患者VTE规范或指南。



王建东 教授