

1月15~18日,国际肺血管研究院(PVRI)与中华医学会呼吸病学分会(CTS)第七届全国肺栓塞与肺血管疾病学术大会在广州联袂召开。这是一次国际学术的顶级盛宴,尽显“国际范”与“中国特色”。200余名来自世界各地的国际顶尖肺血管疾病专家与700余名国内专家共同分享交流。PVRI主席Sheila Glennis Haworth教授、中华医学会呼吸病学分会主任委员王辰院士及国内外多位肺血管疾病领域的知名专家学者,带来领域前沿信息:心-肺循环的物理重建、临床试验新方法、肺动脉高压的注册登记研究……王院士指出,这是PVRI首次在亚洲召开,本次会议吸引了大量国内外医师,参会人数为上届的两倍,参会者在与世界顶级专家的沟通中受益匪浅。2015年伊始,呼吸界就以此重量级学术大戏强势登场,对于繁荣与活跃学术,作用空前。



左起钟南山院士、王辰院士、Sheila Glennis Haworth 教授

肺栓塞·推动转化医学

中危肺栓塞治疗策略：现在与未来

▲首都医科大学附属北京朝阳医院呼吸与危重症医学科 张帅

王辰院士介绍,近年,关于肺栓塞(PE)危险分层的定义和诊断标准一直在变化。最新指南根据血液动力学是否稳定,将PE划分为高危组和非高危组,其中,非高危组又按照有无心肌损害及右心室功能不全分为中危组和低危组。危险分层可影响PE患者的

预后和临床转归。

在中危PE治疗中,仍存在争议和不确定领域,过去40年,多项随机对照研究对比了溶栓和抗凝疗法在PE治疗中的安全性和有效性,但这些研究入选患者总数不足1000例。虽溶栓药物已显示出可快速改善血液动力学参数的优越性,但其对临床转归的影响,特别是对发病时不存在血液动力学不稳定患者的预后的影响,尚不明确。

肺栓塞溶栓治疗(PEITHO)研究旨在探讨在血液动力学稳定、急性中危PE患者中应用替奈

替普酶弹丸注射溶栓治疗相对于标准抗凝治疗的临床有效性和安全性,共纳入1005例中危PE患者,并随机分为溶栓组(替奈替普酶弹丸注射溶栓和肝素抗凝,506例)和抗凝组(安慰剂和肝素抗凝,499例)。结果发现,溶栓治疗可降低随机7d内全因死亡和血液动力学恶化的发生,但亚组分析显示,高龄组的出血风险显著增加。

2014年,发表于《美国医学会杂志(JAMA)》的一项Meta分析共纳入16项研究,对比既往45

年溶栓和抗凝治疗的效果。其中,有8项研究入选中危患者,共计1775例患者。对这8项研究的分析发现,溶栓组中2.17%的患者死亡,抗凝组中3.89%的患者死亡。在溶栓组中,全因死亡率较低(OR=0.53),PE复发风险也较低(OR=0.40)。但在溶栓组中,9.24%的患者发生大出血,而在对照组中该比例则为3.42%。溶栓治疗可显著增加大出血(OR=2.73)和颅内出血(OR=4.63)风险。

但是,PE治疗中的中危PE患者的异质性、低剂

量溶栓治疗能否找到有效安全的新平衡点等,一直尚未明确。近期,王院士研究团队发表的一项Meta分析纳入5项研究。结果发现,低剂量重组组织型纤溶酶原激活剂(rt-PA)溶栓与标准剂量的rt-PA溶栓相比,有效性相似,且未增加大出血风险。

与此同时,王院士带领的中国静脉血栓栓塞症研究团队正在进行一项多中心随机临床试验,旨在探讨低剂量rt-PA溶栓用于治疗急性中危PE患者的安全性和有效性。目前,研究纳入的中危PE患者

中,溶栓组和治疗组间非颅内大出血发生无显著差异。溶栓组随机7d内全因死亡或血液动力学恶化发生风险增加,非颅内小出血发生也有所增加。亚组分析显示,在65岁以下组中,全因死亡和大出血在溶栓组和抗凝组间无显著差异。在65岁及以上组中,溶栓增加了随机3个月内的全因死亡和随机7d内大出血风险。初步研究结果提示,溶栓治疗可增加出血风险,因此,在中危PE患者中,尤其是在高龄患者中,应用溶栓治疗应谨慎。

呼吸专栏编委会

名誉主编: 钟南山 王辰

指导专家:

林江涛 康健 白春学
沈华浩 陈荣昌 孙铁英
陈良安 王娟 代华平

主编: 曹彬

执行主编:

白冲 黄克武 李海潮
王玮 宋元林 应颂敏
张艰 冯靖 陈亚红

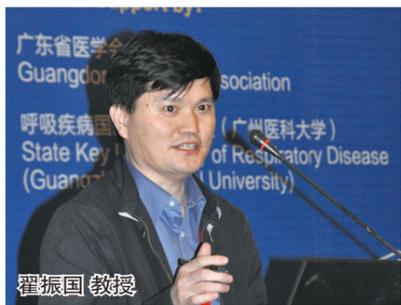
本期轮值主编: 翟振国

编委(按姓氏拼音排序):

边玛措 蔡志刚 曹孟淑
陈成 陈虹 陈娟
陈磊 陈燕 陈湘琦
范晔 郭强 郭岩斐
何晓琳 何志义 何志明
胡毅 李颖群 解立新
李和权 李敏超 李燕明
刘晶 刘国梁 刘维佳
刘先胜 卢文菊 卢献灵
马德东 孟莹 苗丽君
庞敏 苏楠 苏欣
孙加源 唐昊 田庆
王琪 王凯 王佳烈
王晓平 王效静 吴司南
肖丹 邢西迁 徐金富
许小毛 叶小群 翟振国
詹庆元 张静 张晓菊
赵俊 赵丽敏 周为
周林福 朱玲

肺栓塞临床诊治：常见难点与对策

▲首都医科大学附属北京朝阳医院 北京呼吸疾病研究所 翟振国



翟振国 教授

现在,很多医生对肺栓塞的诊治感到困惑:一部分原因是该疾病确实复杂;另一部分原因是医生对其不甚了解。作为一种涉及多个学科的疾病,肺栓塞的诊治实践中面临多种复杂情况。

诊断方面 肺栓塞临床表现缺乏特异性,胸痛、咯血、呼吸困难“三联征”并不常见。因此,要重视常规初筛检查,如胸部平片、心电图、血气分析等;要重视危险因素探寻;

应全面评估D-二聚体临床价值;注意影像学检查的规范性和可及性问题,不同的检查手段可互补并推广应用。

治疗方面 无论是抗凝还是溶栓治疗,要时刻注意把握血栓形成与出血之间的平衡问题,考虑患者的基础情况和潜在出血风险。低分子肝素由于其充足的循证医学证据和安全性,目前仍是初始治疗的首选抗凝选择。新型抗凝药服用方便、安全有效,但要注意抗凝活性的监测及剂量把握。在特殊人群中应用新型抗凝药还缺乏足够的循证医学证据。

特殊情况 偶然发现及亚段肺栓塞常无临床症状而在CT扫描时才被发现,约占肺栓塞的5%,主要分布于肺叶或肺段,多数于恶性肿瘤筛查时发现。其发生率、病死率和并发症都很高,需充分抗凝。

手术或导管介入治疗不常规推荐,强调心胸外科和导管介入治疗团队的合作;腔静脉滤器的置入不推荐常规应用,只在少数存在抗凝禁忌症的患者中使用,中高危及近端深静脉血栓形成不是置入腔静脉滤器的适应证。

特殊人群 围手术期,尤其是术后1周以内,由于其潜在的出血风险不建议进行溶栓治疗,但在生命危急情况下也可考虑溶栓,但应该严密监测出血

并发症的发生。在患者生命危急的情况下,所有溶栓治疗的禁忌证都属相对禁忌。

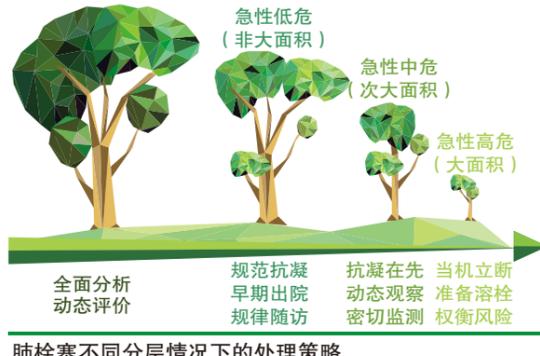
妊娠期合并肺栓塞,首选低分子肝素抗凝治疗;高危肺栓塞可考虑全身性溶栓,出血风险较高者可考虑应用介入治疗。

恶性肿瘤合并肺栓塞临床表现不典型,常通过CT肺动脉造影、肺通气/

灌注显像确诊。积极治疗可降低死亡率,目前推荐3~6个月的初始低分子肝素治疗方案。

针对肺栓塞诊治中存在的诸多问题,应该综合患者的临床表现、指南以及临床经验,制定个性化治疗策略,针对患者的治疗需要评估其临床风险和获益,同时应充分考虑治疗方案的可行性。

特殊情况 (特殊人群: 围手术期、妊娠期、恶性肿瘤)



肺栓塞不同分层情况下的处理策略

第一三共 Daichi-Sankyo

广谱抗菌药 可乐必妥 Cravit (左氧氟沙星制剂)