

肺栓塞·推动转化医学

不能只满足于临床而忽视基础研究

▲阜外心血管病医院 程显声

半个多世纪以来,我从未放弃自己的事业,我已经80多岁,一辈子都在从事肺血管疾病的临床研究工作。此间我一直梦想着有自己的专业学术组织,自己的学会,梦想有一个自己的“家”。

国际肺血管研究院(PVRI)一直致力于全球肺血管病的研究、教学、预防、诊断、治疗及年轻专业人员培训。我参加了

该组织举办的三次会议:第一次会议(第四届年会)重点为肺动脉高压分类是否应包括儿科肺动脉高压、试验药物评价及组织结构发展等。第二次会议(第七届年会)重点在肺动脉高压,特别是右心功能评价、测定及其影像学检查和一些基础研究等,会议大部分内容偏重于临床。而此次会议(第九届年会)关注了右心功能的物理学、

流体力学、心-肺偶联及右心功能代偿与失代偿的分子机制,更多的是肺动脉高压的分子调控、炎症、细胞学机制及特殊情况下肺动脉高压的处理等。

历届PVRI年会的主要内容已从最初集中于肺动脉高压技术分类、临床研究工作,发展到当前的以基础研究为主,即引起疾病的最根本的机制问题。参会者交流的内容

在不断提高。而对我国肺血管病工作者相关学者和组织来说,与国际先进学术发展水平之间的差距主要体现在基础研究方面。

事实上,在基础研究方面,很多地方是敞开大门的、愿意合作的。例如,国家心血管病重点实验室阜外心血管病医院拥有很好的实验条件室和设备,有3000万份生物标本,其中上千份肺动脉高压标本,只要有人

有好的想法,提出合作申请,我想他们会积极考虑的。

本届PVRI会议给了我很大的信心,在肺动脉高压进一步治疗方面,已显露出一些曙光。虽然肺动脉高压是一种异质性疾病,但主要问题不在于临床诊断,发病机制、病理生理学、分子生物学,特别是分子病理学才是我们面临的重要课题,也是解决疾病的根本途径。



程显声 教授

慢性血栓栓塞性肺动脉高压 首选肺动脉内膜剥脱术



Michael M Madani 教授

“完全性肺动脉内膜剥脱术是慢性血栓栓塞性肺动脉高压(CTEPH)的首选治疗方法,应优先考虑。”美国加州大学圣地亚哥分校Michael M Madani教授在报告中指出,如果没有延迟,那么外科治疗CTEPH是可治愈的,且长期预后较佳。

但是,手术具有较高的技术挑战性,只有在专业的医学中心才能获得良好的治疗效果,而在某些地区的专业医学中心数目有限。此外,可手术性的评估亦充满挑战。

可手术性的评估受影像学检查结果、血液动力学、术者外科手术经验,以及年龄、合并症、技术难度等患者因素的影响。

Pepke Zaba J等研究了一项国际性CTEPH注册研究中患者的临床特征与当前

管理状态。结果显示,并非所有患者都可以接受手术治疗,但可手术性的评估具有一定的主观性,且受中心大小的影响,小的中心更倾向于选择病情简单的患者进行手术治疗。其中,患者被评估为不可接受手术的原因主要包括血栓无法触及、肺动脉高压严重程度与血栓负荷不成比例、合并症等。

对于不能接受手术的患者,可选择的策略包括再次经过有经验的中心评估、内科药物治疗、肺移植和球囊血管成形术。其中,内科药物治疗可能适用于无法手术或术后残余肺动脉高压的患者,但其治疗角色仍不明确,且目前只有一种药物获得批准。CHEST研究评估了Riociguat对于无法手术及肺动脉内膜剥脱术后持续性/复发性肺动脉高压治疗的有效性,发现Riociguat可明显改善患者的运动能力和肺血管阻力。球囊血管成形术在CTEPH治疗中的作用亦不明确。

总之,对于CTEPH患者,应优先考虑外科手术,而且最好在有经验的中心进行病例评估。

(整理 牛艳红)



PVRI会上,外国专家讲完课后,与会代表排队等待提问

2014年ESC急性肺栓塞指南

细化危险分层 关注长期预后



熊长明 教授

阜外心血管病医院熊长明教授在报告中指出,2014年欧洲心脏病学会(ESC)年会上发布了第三版急性肺栓塞诊疗指南,与前两版比,新指南在危险分层、溶栓治疗、新型抗凝药物治疗及CTEPH等进行了更新,更为实用,操作性强。熊教授重点介绍了基于危险分层的诊疗策略。

熊教授介绍,新指南

进一步强化了危险分层概念,整合临床严重程度评分、超声心动图、CT和生物标志物等确定患者危险分层,进而决定下一步诊疗策略(图1)。对于高危患者,强调早行CT肺动脉造影(CTPA)明确诊断,然后进行再灌注治疗,首选溶栓治疗(I,B)。非高危患者进一步分为高度和低中度临床可能性,对前者强调行CTPA明确诊断,后者可先行D-二聚体检查,对阳性患者进一步行CTPA。

新指南简化了肺栓塞严重指数评分(PESI),将其纳入危险分层,使中危患者界定更清晰。简化PESI(sPESI)只纳入年龄、肿瘤、慢性心衰/肺部疾病、脉搏 ≥ 110 次/min、收缩压 < 100 mmHg和动脉血氧饱和度 $< 90\%$ 这6个项目,每项计1分。

sPESI 0分和 ≥ 1 分提示30 d死亡率分别为1.0%和10.9%,据此将患者进一步分为低危和中危。

新指南对中危患者进一步分层,根据右心功能和心肌损伤标志物分为中高危(两者均阳性)和中低危(两者之一阳性或均阴性),这利于将其治疗策略进一步细化。新指南

推荐中高危患者需密切监测,以便早期发现血流动力学失代偿征象并及时开始补救性再灌注治疗(I,C),首选溶栓治疗(II a,B),对有溶栓禁忌证或溶栓失败者,可行外科肺动脉血栓切除术(II b,C),也可推荐经导管近端肺动脉血栓切除术或碎栓术(II b,B)。

(整理 许奉彦)

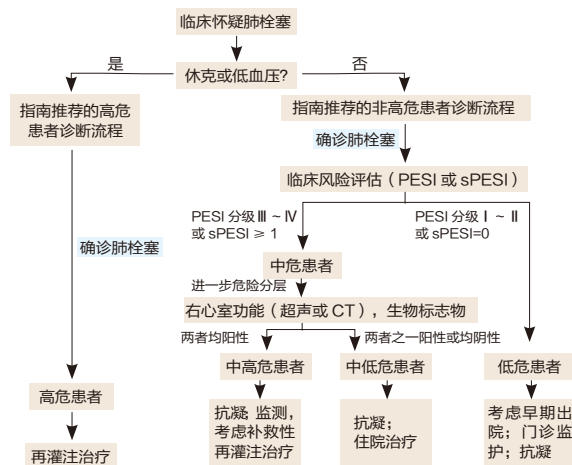


图1 2014年ESC指南中提出的肺栓塞诊疗流程