

中国麻醉“里程碑”

中国心胸血管麻醉学会成立

▲ 本报记者 许奉彦



3月20日，中国心胸血管麻醉学会于人民大会堂召开成立大会。该学会的成立，堪称我国心胸血管麻醉事业发展的“里程碑”式的事件。

阜外心血管病医院院长胡盛寿院士指出，县级医院已普及目前较复杂的外科手术，如脑外科、胸外科，甚至心脏的介入治疗，但我国一些中等城市还未开展心脏外科手术。而“该学会的成立，一方面可以培养更多高水平的心胸血管麻醉医生。另一方面，也可提升我国心胸血管麻醉医生的水平，在国际上发出我们的声音。”

作为学会首届会长，李立环教授指出，我国心胸血管外科的住院患者死亡率从

低于1%到高于8%不等，最重要原因之一是心胸血管麻醉医生的水平参差不齐。而“心胸血管麻醉水平是决定心胸血管外科开展的关键因素之一。”

他还认为，心胸血管外科手术是外科手术领域中发展最快、需求量极大的专业。由于我国无心胸血管麻醉学术组织，因此，无法同世界和亚洲的心胸血管麻醉学术组织进行交流。

据悉，该学会经九三学社中央提案，由阜外心血管病医院、解放军总医院、首都医科大学附属北京安贞医院、复旦大学附属肿瘤医院、中南大学湘雅二医院、广东省人民医院六家医院和

胡盛寿院士、朱晓东院士、高润霖院士、陈灏珠院士、葛均波院士、高长青教授、石应康教授等联名发起。学会历经国家卫计委、国家民政部和国务院的层层审议，于2015年1月26日由民政部批复筹备成立。

该学会的主要任务是制订心胸血管麻醉规范化临床路径和标准；开展心胸血管麻醉领域的临床研究活动和教育活动等；评选和奖励优秀科技成果和学术论文及科普作品；为会员和心胸血管麻醉医学科技工作者服务，维护心胸血管麻醉医学科技工作者的合法权益；以及编辑出版心胸血管麻醉期刊、书籍等。

降低糖尿病足截肢率是重要目标

我国非创伤性截肢患者中三成为糖尿病

▲ 本报记者 许奉彦



许樟荣 教授

“约25%的糖尿病患者在一生中会发生足溃疡，其下肢截肢的风险是非糖尿病患者的40倍，而约85%的截肢是由于足溃疡引发的。”

中华医学会糖尿病学分会糖尿病足与周围血管病学组名誉组长许樟荣教授告诉记者。

“但糖尿病足可防可治，尽早、科学的治疗可取得良好结局。”许樟荣说。2010年，我国多中心调查

证实，三甲医院的非创伤性截肢患者中，约1/3是糖尿病患者，截肢患者的平均住院费用为3.4万元。

许樟荣介绍，糖尿病足有效防治和截肢率明显下降需贯彻三项原则：预防为主、专业化治疗和多学科合作。

预防为主，即及时发现糖尿病足病的危险因素并纠正，使高危足不发生足溃疡。

对已发生足溃疡的糖尿病患者，及时的专业化的治疗能够使糖尿病足溃疡得到有效控制、甚至愈合，从而避免其恶化到需要截肢甚至危及生命的境地。

“在不具备多学科合作软、硬件条件的医疗单位，若医生能准确评估病情、及时转诊到上一级医院，这同样是对患者负责的表现和科学的态度，同样值得赞许。”许樟荣说。

许樟荣强调，糖尿病足病诊治中，特别要强调规范化。3月20日，由中华医学会糖尿病学分会糖尿病足与周围血管病学组负责组织撰写，许樟荣、冉兴无教授主编的《糖尿病足病规范化诊疗手册》出版。学组计划在2015年，围绕手册内容，在全国举办50场规范化培训班，提高广大基层医务人员的临床技能。

许樟荣对于防治目标非常明确，“就是降低我国糖尿病足截肢率。即使截肢，也要注意如何科学地、更加人性化地截肢，既要尽最大可能地保留患足、患肢的功能，还要尽可能地减少医疗费用和减少足溃疡、足坏疽的复发。更要通过科学的判断和合理治疗，改善患者生活质量和延长生命。”

TOTAL: 手动血栓抽吸联合直接PCI未能进一步改善STEMI患者预后

▲ 河北医科大学第二医院心内科 樊延明 傅向华

在2015年美国心脏病学会年会上公布的TOTAL试验结果显示，与单纯直接经皮冠状介入治疗(PCI)相比，手动血栓抽吸联合直接PCI并不能使ST段抬高型心肌梗死(STEMI)患者进一步获益，并且增加30d卒中的发生率。

主要研究者Sanjit S. Jolly博士指出，在直接PCI术中常规应用血栓抽吸术的有效性尚不明确。TAPAS研究显示，手动血栓抽吸术可通过改善微血

管灌注减少心血管远期死亡率。但随后的INFUSE-AMI、TASTE、TOTAL研究均显示，手动血栓抽吸联合直接PCI与单纯PCI相比，未能带来进一步的临床获益。尽管目前STEMI指南对血栓抽吸术为IIa类推荐，但指南有可能会依据最近的这些研究将其推荐级别下降。

TOTAL研究结果显示，手动血栓抽吸联合直接PCI组主要终点发生率为6.9%，单纯PCI组为7.0%。

两者无统计学差异。两组患者的心血管死亡、再发心肌梗死、心源性休克均无统计学差异。但手动血栓抽吸联合直接PCI组的30d卒中发生率高于单纯PCI组(0.7%与0.3%)。

研究纳入2010-2014年发病在12h内拟行直接PCI的10732例STEMI患者。主要终点是180d内心血管死亡、心肌梗死、心源性休克或慢性心衰(NYHA IV级)的复合终点。主要安全终点是30d卒中发生率。

业内点评

李田昌：应明确血栓抽吸目标人群



海军总医院 李田昌教授

发生急性心肌梗死时，进行血栓抽吸是医生的一种直观认识，因血栓可能导致栓塞。

血流是最好的溶栓剂，因此尽早充分地恢复血流是优先选择。

血栓抽吸是有用的，但并不意味无论大、小血栓，全部都要进行抽吸。小血栓不需要抽吸，以避免使患者受到抽吸带来的不良影响。对大血栓进行抽吸，肯定会有益。我国指南也建议对大血栓进行抽吸。

抽吸方法分为手动和机械抽吸。机械抽吸更完全，创伤更小，

结局更好。但机械抽吸需要装备，目前国内仅有几家医院具备机械抽吸装置，绝大部分医院仍应用手动抽吸。

手动抽吸范围有限，所用导管较粗，抽吸的过程中可能将血栓推走，造成血栓栓塞。目前有关是否进行血栓抽吸国际上尚无定论，但所有患者都进行抽吸或都不进行抽吸均不可取，对于血栓抽吸适宜人群还需更多研究。

陶凌：血栓抽吸很有必要



西京医院 陶凌教授

既往也有观点认为，血栓抽吸虽可即刻改变造影效果，但并未改善长期预后，这种观点还有待进一步证实。

在临床中，血栓负荷较大的STEMI患者，不可能不进行血栓抽吸。是否进行血

栓抽吸TIMI血流是不同的，应用手动血栓抽吸，有经验的术者可将所有血栓抽出，恢复较好的TIMI血流。

当然也有一部分血栓患者直接置入支架后可恢复TIMI 3级血流。但我认为，抽吸效果会更好。并且，抽吸后选择会更多一些，抽吸后不代表一定置入支架，有些年轻的患者抽吸后残余狭窄低于40%，便可不置入支架，仅药物治疗即可。

当然，不是所有血栓抽吸导管都有效。我始终不赞成机械抽吸，机械血栓抽吸需将血栓打碎，可能导

致远端血管的微栓塞。将血栓整体地抽出，与将血栓打碎后抽出是不同的。有文章显示，机械抽吸效果可能不如手动抽吸。

此外，血栓抽吸很讲究技巧，并不是所有的医生都能很好地掌握。在有些中心入组的STEMI患者例数不多的情况下，尤其在国外，很可能出现偏差。

患者是否进行血栓抽吸，所用药物相同。血栓抽吸不会进一步延长IIb/IIIa受体拮抗剂的使用时间。因此，卒中的发生与抽吸本身无关，很可能是研究偏倚。