

(上接第23版)

易栓症研究与临床： 准确评估高危人群成关键

▲ 中日医院呼吸中心 翟振国



翟振国 教授

静脉血栓栓塞症(VTE)包含肺血栓栓塞症(PTE)及深静脉血栓形成(DVT),二者被认为是同一疾病在不同部位的表现。我国近年来对PTE的重视程度逐年增加,诊断率逐步提高,漏诊和误诊率逐年下降,但目前尚缺乏大样本流行病学调查资料。PTE发生的危险因素包括遗传性易感因素及环境暴露因素。前者归属于遗传性易栓症范畴,在全部危险因素中占据60%。后者主要包括高龄、长期制动、手术、骨折、妊娠、癌症、激素替代治疗等。二者均为PTE的独立危险因素,而共同存在时则大幅增加PTE的发生风险。

易栓症概念逐步扩展

易栓症首先于1965年Egberg教授在报道一个家族性抗凝血酶缺陷症时提出,意为血栓形成的倾向性增高,其在很长一段时间内成为遗传性抗凝功能缺陷的代名词。随着研究的不断深入,易栓症的概念逐步扩展为由于凝血因子、抗凝因素、纤溶蛋白等遗传性或获得性缺陷而容易发生血栓栓塞的疾病或状态。

遗传性易栓症的临床表型为功能蛋白水平的改变,包括其绝对值的缺乏和(或)活性水平减低,如蛋白C、蛋白S活性降低,纤维蛋白原增多,纤溶酶原活化抑制物增多等。

其内型为基因层面的改变,如基因突变及基因多态性。西方国家已开展易栓症遗传因素研究,发现大量与静脉血栓易感性相关的基因多态性,为疾病诊断和预防提供依据,建立了以因子V Leiden突变、凝血酶原G20210A为基础的PTE特征性基因图谱。

建立国人基因图谱势在必行

国内肺血栓栓塞症易感基因研究起步较晚,目前尚缺乏大样本研究数据以准确揭示国人PTE易感基因构成及其风险程度。现有证据表明,VTE易感基因在不同种族间具有明显分布差异,如在高加索人种中最常见的因子V Leiden及凝血酶原G20210A在国人未见。

国内进行了遗传性易栓症人群调查,初步证实抗凝血酶、蛋白C和蛋白S缺乏的人群检出率分别为2.26%、1.06%和1.2%,均高于西方人群,在亚洲国家被认为是重要风险因素。因此,建立属于国人的肺血栓栓塞症特征性基因图谱势在必行,不可照搬西方研究成果。

学科协作是必然

我国目前对于国人PTE易感基因研究仍处于单中心、零散化、小样本阶段,无法有效地反应基因多态性与PTE发生风险之间的关系。

随着精准医学时代的到来,我们肺栓塞与肺血管病领域的医师应该共同协作,建立PTE专病队列及风险人群队列,在专病队列中寻找国人PTE易感基因,建立PTE发生相关的特征性基因谱,效仿西方建立同时纳入临床特征及个体遗传易感性的PTE风险评估模型,并在风险人群中进行验证,从而更好地完成PTE预防工作,减少其发生,降低病死率、致残率及疾病相关经济负担。



肺血管病:基层医院应因地制宜 联动决策处理

▲ 青岛大学附属医院呼吸科 程兆忠 佟丽



程兆忠 教授

肺血管疾病包括PTE、肺动脉高压(PH)、肺血管炎、肺血管内肿瘤、肺血管发育异常等,其中主要是PTE和PH。肺血管疾病既可原发于肺血管本身异常,也可继发于心、肺和周身疾病。基层医院的医师对其了解远不如体循环多,误诊、漏诊,贻误治疗屡见不鲜。虽然国内外已出台一些肺栓塞和肺动脉高压方面的指南或共识,但至今缺乏针对基层医院的诊治方案。

基层医院肺栓塞如何决策处理?

PTE简称肺栓塞,未经治疗的PTE死亡率高达20%~30%,及时诊治者死亡率可降至2%~8%。特别强调,一定要注意寻找PTE的栓子来源,也就是要关注DVT形成。

关于基层医院诊治PTE策略,首先要想到PTE,其次要寻找PTE的高危因素,要熟悉PTE的临床症状,及时进行必要的辅助检查,综合判断PTE可能性,可参考Wells评分(表1)。进行必要的鉴别诊断。PTE主要的治疗措施为抗凝和溶栓治疗,抗凝是所有PTE患者一线或基础治疗,对于确诊的PTE以及高度拟诊的PTE都需要抗凝治疗。

同时要注意评估抗凝可能带

来的出血风险。抗凝药物根据病情可选用普通肝素、低分子肝素、华法林以及新型抗凝药等。

溶栓治疗适用于少数大面积或高危急性PTE患者,常用的溶

栓药物有重组组织型纤溶酶原激活剂、尿激酶等,推荐2h静脉溶栓方案,处理有困难的患者应转至上级医院或请上级医院专家会诊。

表1 Wells临床评价评分表

	原始版本	简化版本
既往PTE或DVT病史	1.5	1
心率≥100次/min	1.5	1
4周内手术或制动史	1.5	1
咯血	1	1
活动性肿瘤	1	1
DVT临床表现	3	1
其他诊断的可能性小	3	1

原始版Wells关于PTE的危险度分为三种:<2分为低度;2~6分为中度;>6分为高度可能。简化版则推荐二分类法,即2分及以上者考虑PTE;2分以下者则不考虑PTE。

基层医院肺动脉高压如何决策处理?

与欧美国家相比,我国PH的研究虽然起步较晚,但近年来的发展却比较快,但基本集中在一些教学医院及三甲医院,基层医院的医生对此类疾病还缺乏认识。要加强理解PH的定义:经右心导管检查,静息状态下肺动脉平均压(mPAP)≥25mmHg,而诊断动脉型肺动脉高压(PAH)还同时要求肺动脉楔压≤15mmHg。

PH临床分类为PAH、左心

疾病相关性PH、呼吸系统疾病或缺氧相关性PH、慢性血栓栓塞性PH及其他肺动脉堵塞性疾病、不明机制或多种因素所致PH。

临床上综合患者基础疾病、危险因素、症状、体征及有关辅助检查,尤其是心脏超声检查,初步判断患者是否PH,然后争取条件进行有关的实验室及辅助检查,如肺功能、肺通气/灌注显像、胸部磁共振、右心导管检

查、肺血管反应试验等,以便科学诊断和评估病情。

治疗上除了吸氧、利尿、强心和抗凝等一般性治疗外,主要选择靶向药物例如前列环素类药物如伊洛前列素、曲前列尼尔、内皮素受体拮抗剂(波生坦、安立生坦等)、磷酸二酯酶-5抑制剂(西地那非、伐地那非等)、Rho激酶抑制剂(法舒地尔,川威)、鸟苷酸环化酶激动剂等。



医师报

社址:北京市西城区西直门外大街1号西环广场A座17~18层 邮编:100044 广告经营许可证号:2200004000115

编委会主任委员:张雁灵
编委会名誉主任委员:殷大奎
编委会副主任委员:

杨民 庄辉 蔡忠军
梁万年 胡大一 郎景和
王辰 马军 赵玉沛
张澍田 齐学进

总编辑:张雁灵



卓信医学传媒
ZHONGXIN MEDICAL MEDIA
(医师报)社出品

社长 王雁鹏
常务副社长兼执行总编辑 张艳萍
副社长 黄向东
副总编 杨进刚
王德

东北亚出版传媒主管、主办

新闻人文中心主任 陈惠 转6844
新闻频道副主任 张雨 转6869
学术中心主任 许奉彦 转6866
综合频道副主任 裴佳 转6858
循环频道助理 董杰 转6853
市场部总监 张新福 转6692
市场部常务副总监 李顺华 转6614

网址:www.mdweekly.com.cn

邮箱:ysb@mdweekly.com

微信号:DAYI2006

每周四出版 每期24版 每份4元 各地邮局均可订阅 北京国彩印刷有限公司 发行部电话:(010)58302970 总机:010-58302828 举报电话:010-58302828-6831