

(上接第22版)

来自全球第二大肺移植中心的分享

肺移植手术治疗观念待更新

▲本报记者 宋菁



陈静瑜 教授

无锡市人民医院副院长陈静瑜教授用其临床案例(图1、2)阐述了肺动脉高压患者肺移植后的情况,及其所在医院肺移植情况。

陈教授介绍,2016年其所在团队完成了136例肺移植,成为了全球第二大肺移植中心。第一是陈教授曾进修过的加拿大多伦多总医院,2016年完成了145例。

“目前,我国每年器官捐献肝移植总数为4000例,肾移植8000例左右,而肺移植每年仅有200例,仅利用了5%的

供肺资源。”陈教授指出,与国外相比,国内供肺利用率很低。按欧美国国家供肺利用率比例计算,在2016年我国有4000余人供肺的情况下,至少应有1000例肺移植。而实际上,2016年全国仅有204例肺移植。

肺移植不像肝肾移植那样被广为知晓。“患者对肺移植的认识不够。由于文化和理念的差异,我国的患者不到万不得已不选择肺移植。”陈教授感慨地说:“我们目前不缺肺源,缺的是观念。”

据统计,来陈教授所在医院行肺移植术前评估的患者中绝大部分终末期肺病患者是高龄,全身状况较差,不少患者经救护车转运来,并在等待供肺的过程中死亡。更有甚者,生命垂危濒临死亡时,才考虑紧急行肺移植术抢救。

“今年3月,我兼任中日医院肺移植科主任。那时,就有多例肺纤维化

患者因为来的太晚,等不到供肺就去世了,实在令人心痛。”陈教授表示。

此外,还有部分医务人员对肺移植尚不理解,认为肺移植尚不成熟不愿建议患者接受肺移植。因此,我国目前接受肺移植的患者年龄偏大,基础条件差,高危因素多,很多患者直到呼吸机依赖才要求实施肺移植。在我国,肺移植是为了救命,而国外的患者接受肺移植是为了改善生存质量。

陈教授介绍,目前我国肺移植的主要适应证包括:特发性肺间质纤维化、慢性阻塞性肺疾病、支气管扩张、尘肺、特发性肺动脉高压、肺结节病等。

随着肺移植技术的进步,单肺移植、双肺移植或心肺联合移植对原发性、继发性肺动脉高压、右心衰及全心衰有良好的应用前景。

总之,肺移植已是一项成熟的技术,相信只要



图1 特发性肺动脉高压,女,16岁,术前肺动脉收缩压力140 mmHg

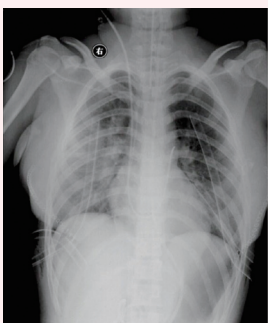


图2 双肺移植术后2 h胸部X线显示右心明显缩小,肺动脉收缩压为30 mmHg

不断努力,加大肺移植在我国推广,随着社会的进步,人们观念的改变,相关制度的不断完善,肺移植一定会恩泽广大患者。

肺栓塞抗栓：面对合并症应抽丝剥茧

▲四川大学华西医院呼吸与危重症医学科 周海霞 易群

肺栓塞合并基础疾病的情况非常常见,并且合并的基础疾病常常就是肺栓塞的诱因或危险因素,如众所周知的恶性肿瘤、慢性心肺疾病、肾病综合征等。合并的基础疾病越多、越复杂,发生肺栓塞的可能性就越大。

笔者对四川大学华西医院347例确诊的肺栓塞患者进行分析,发现46%的患者具有5个以上的危险因素,30%的患者具有3~4个危险因素,15%的患者具有1~2个危险因素,仅有9%的患者无明显危险因素,这些危险因素除年龄、手术因素外,主要指基础疾病(图3)。

同时,合并的基础疾病也会显著影响肺栓塞患者的预后。Ng等研究发现,合并1个及以上基础疾病的肺栓塞患者院内死亡风险是无基础疾病患者的14.3倍(95% CI



易群 教授

1.9~106.8);出院后死亡风险,前者仍是后者的3.3倍(95% CI 2.4~4.6)。笔者对华西医院234例肺栓塞患者进行了长达2年的随访,发现具有1个以上基础疾病的患者2年死亡风险是无基础疾病患者的2.61倍。

正因为肺栓塞合并基础疾病的情况常见且对预后影响极大,如何处理这一复杂情况就成为了临床面临的棘手问题。为此,笔者提出了合并基础疾病的肺栓塞抗栓治疗思路。

华西医院347例PE合并基础疾病分析

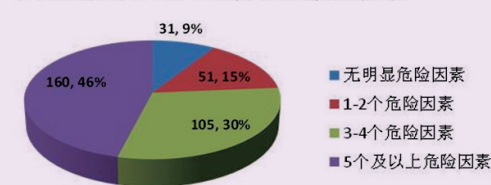


图3 四川大学华西医院347例PE患者合并基础疾病分析

合并基础疾病的肺栓塞抗栓治疗思路

1

首先,仍然是对肺栓塞患者进行危险分层。2014年欧洲心脏病学会(ESC)发布的第3版急性肺栓塞诊断和治疗指南,将肺栓塞严重指数评分纳入了危险分层中。而这一评分,主要就由患者的基础情况和基础疾病(如年龄、性别、癌症、慢性心衰、慢性肺病)组成。

2

危险分层后,高危肺栓塞患者需要再灌注治疗。根据基础疾病决定再灌注治疗的方式,如无静脉溶栓禁忌症,首选静脉溶栓治疗;如存在禁忌症,可行外科手术取栓及介入治疗。

3

非高危肺栓塞患者,需首先权衡抗凝治疗与出血风险。根据基础疾病评估出血风险,若出血风险过大,可暂缓抗凝。若评估可抗凝治疗,需选择抗凝药物的种类、剂量及疗程,而这个过程均需根据患者基础疾病情况作出选择,如肿瘤患者首选低分子肝素,严重肝肾功能不全禁用新型口服抗凝药物,妊娠期禁用华法林,根据肾功能及体重调整抗凝药物剂量等。肺栓塞患者的抗凝疗程应根据肺栓塞发生原因及出血风险综合决定。

4

最后,应有意识地评估基础疾病与肺栓塞的相关性,患者的基础疾病能否解释肺栓塞的发病,寻找潜在的危险因素(如恶性肿瘤),治疗基础疾病,尽量去除诱因。

慢性血栓栓塞性肺动脉高压：可治愈的疾病

▲中日友好医院 谢万木



谢万木 教授

慢性血栓栓塞性肺动脉高压(CTEPH)是以肺血管内机化性血栓阻塞、管腔狭窄或闭塞为主要特点的一类肺动脉高压,属于肺动脉高压的第四大类,也是可以治愈的

一类肺动脉高压。

CTEPH的诊断标准为,经过3个月以上规范抗凝治疗后,影像学证实存在慢性血栓,右心导管证实mPAP≥25mmHg,且除外其他类似栓塞性病变。目前认为,急性肺栓塞患者血栓未能完全溶解,或反复血栓栓塞,血栓逐渐机化,阻塞肺血管床,引起肺动脉解剖和血流动力学异常,导致肺动脉高压的发生。因此,CTEPH可以说是急性肺栓塞的一种远期并发症。有国外研究显示,急性肺栓塞患者随访2年,有症状的CTEPH累积发病率为

3.8%;我们团队前期针对614例急性肺栓塞随访发现,3年CTEPH累积发病率为1.7%。

CTEPH的治疗包括肺动脉高压的基础治疗、手术治疗、药物治疗和介入治疗,基础治疗措施包括长期抗凝治疗,家庭氧疗,间断应用利尿药物减轻心脏负荷,功能康复治疗等。手术治疗——肺动脉血栓内膜剥脱术是CTEPH最为有效的治疗方法,很多患者可通过手术完全治愈,我们团队对前期手术患者长期随访,术后患者肺动脉压力及活动耐力可完全恢复正常。

但该项手术非常复杂,术前评估、手术操作与术后管理的每一步对手术的成功均至关重要,需要呼吸与危重症、心血管外科、麻醉、影像等多学科团队的密切协作。且并非所有患者都有条件进行手术,手术评估需要在有经验的中心进行。对于不能手术的患者可以选择肺动脉高压靶向药物治疗,对改善病情有益,但绝不能因为药物治疗延误手术评估,介入治疗——肺动脉球囊成形术对于部分不能手术患者也有很大价值,但同样需要仔细评估介入治疗的利弊。