

急性肺栓塞发病率逐年上升 久坐久卧,当心“肺部杀手”找上门

记者 秦聪聪 济南报道

急性肺栓塞发病率攀升 高危人群需注意

王光海介绍,从临床数据来看,急性肺栓塞发病率正呈逐年上升趋势。在全球范围内,肺血栓栓塞症年发病率为11.7/10万~131.9/10万,而我国住院患者发病率从2007年的1.2/10万,一路上升至2021年的14.2/10万,绝对患病人数已超过20万。这一数据的变化,既反映出疾病诊断水平的提升,也显示肺栓塞的防控已成为公共卫生领域的重要课题。

王光海解释说,肺栓塞的本质,是各种栓子阻塞肺动脉或其分支引起的一组疾病,其中最常见的是血栓,多来源于下肢深静脉血栓。血栓的形成需满足三个条件,即血液高凝状态、静脉血流淤滞、血管内皮损伤,三者具备其一,就可能增加发病风险。

肺栓塞是一种严重危害健康的疾病。急性期时,血栓阻塞肺动脉及其分支,会引发循环异常与气体交换障碍:当血栓累及30%—50%肺血管床,会导致肺动脉压力升高,右心室负荷剧增,严重时右心室功能失代偿,挤压左心室导致心输出量骤降,引发梗阻性休克或心跳呼吸骤停,这类情况被称为“灾难性PTE”,短时间内即可危及生命。

同时,血流中断会造成肺通气与血流比例失调,出现低氧血症,患者可能因缺氧陷入昏迷。

即使度过急性期,若未得到及时诊治或反复发生栓塞,未溶解的血栓会逐渐机化,阻塞肺血

壹点问医

急性肺栓塞是一种起病急、进展快,甚至可能危及生命的肺部急症,但很多人对它知之甚少。

日前,山东第一医科大学第一附属医院(山东省千佛山医院)呼吸与危重症医学科副主任、三病区主任王光海做客《壹点问医》,从发病原因、症状识别、规范治疗等方面,为大家详细解读了肺栓塞这种疾病。



管床,进而演变为慢性血栓栓塞性肺疾病,严重时发展为肺动脉高压,导致患者活动能力显著受限、心力衰竭,终身承受病痛折磨。

从人群分布来看,肺栓塞的高危群体十分明确。随着年龄增长,发病风险会显著升高,80岁以上人群的发病风险是50岁以下人群的数十倍。

育龄期女性因妊娠、产褥期生理变化,或长期口服避孕药、接受激素替代疗法,风险也会大幅增加。

此外,住院和手术患者、恶性肿瘤患者、心脑血管疾病及慢阻肺患者、肾病综合征患者、肥胖人群、吸烟者,以及长途飞行久坐不动的人,都是肺栓塞的高发人群。

症状缺乏特异性 遇到警示信号别忽视

“急性肺栓塞的一大诊疗难点,在于其临床表现缺乏特异性,极易被漏诊、误诊。患者的症状轻重不一,从毫无症状到突发心源性休克、猝死,都有可能出现。”王光海说。

很多人误认为,肺栓塞的典型症状是胸痛、咯血、呼吸困难的“三联征”,但临床数据显示,这一经典表现的发生率不足20%。

王光海指出,活动性呼吸困难和气短,才是肺栓塞最常见的症状。此外,胸闷、胸痛、咯血、晕厥等,也可能是疾病的信号。

尤其是不明原因的晕厥,更需要提高警惕——大的血栓堵塞主肺动脉时,会导致一过性血流动力学障碍,引发脑供血不足,进而出现晕厥,这是肺栓塞的重要警示信号之一。

因此,对于高危人群而言,一旦出现上述任何一种症状,都应及时排查肺栓塞,切勿自行判断为普通感冒、心脏神经官能症等疾病,以免延误最佳治疗时机。

临床中,医生会通过“筛查+确诊”的两步法明确诊断,避免漏诊或误诊。

首先是疑诊筛查:心电图可发现非特异性异常,超声心动图能评估右心室功能。若筛查结果提示风险,需进一步通过影像学检查确诊。CT肺动脉造影是目前首选的确诊方法;对于造影剂过敏、肾功能不全或妊娠的患者,可选择V/Q显像(肺通气/血流灌注显像)或MR肺动脉造影。

需要注意的是,D-二聚体检测,常用于排除急性肺栓塞,但慢性血栓或已接受抗凝治疗的患者可能出现阴性结果,不能仅凭这一项指标完全排除。

制定个性化治疗方案 患病后需全程管理

确诊肺栓塞后,医生会根据患者病情严重程度进行危险分层,进而制定个性化的治疗方案。

王光海介绍,治疗的核心原则是,高危患者积极干预,中低危患者以抗凝治疗为基础,同时做好动态监测。

目前,肺栓塞的治疗手段主要包括支持治疗、溶栓治疗、介入治疗、手术治疗和抗凝治疗。

其中,抗凝治疗是大多数患者的基础治疗,能有效防止血栓再形成和复发。一旦明确诊断,应尽早启动抗凝治疗。

溶栓治疗则有严格的适应症,仅适用于高危患者,即伴有心脏骤停、梗阻性休克、持续性低血压的患者,其目的是快速溶解血栓,恢复肺组织再灌注。

对于溶栓出血风险高的高危患者,可考虑经导管介入治疗,包括局部溶栓、血栓抽吸、机械取栓等;而肺动脉血栓切除术,多作为溶栓或介入治疗失败后的挽救性治疗措施。

在药物使用方面,患者需格外注意出血风险。抗凝药物分为胃肠外抗凝药物和口服抗凝药物,不同药物的使用方法、监测要求和注意事项各不相同,患者必须严格遵循医嘱,定期复查,切勿擅自减量或停药。

值得一提的是,肺栓塞患者的预后情况整体向好,但如果治疗不及时,或患者自行停药,可能会发展为慢性血栓栓塞性肺动脉高压,严重影响右心功能,致残甚至致死。同时,患者在治疗后也存在复发可能,因此,患者在接受规范治疗的同时,还需做好全程管理。

王光海提醒,肺栓塞是可防、可治的疾病。对于普通大众而言,做好预防是关键:避免长时间静止不动,久坐或长途旅行时,定时活动脚踝;术后或卧床期间,在医生指导下尽早下床活动;高危人群可在医生建议下,穿戴医用弹力袜或接受预防性抗凝治疗。一旦出现疑似症状,及时就医,才能最大程度保障生命健康。

孕期运动,科学赋能母婴健康

拒绝“躺平”!准妈妈的“活力养胎”新选择

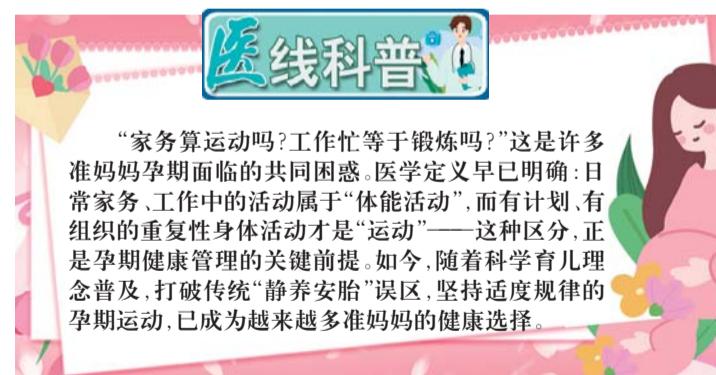
孕期运动 是母婴健康“防护盾”

无医学禁忌的准妈妈,医生普遍建议妊娠期保持规律运动,这打破了传统“养胎”少动的误区。世界卫生组织的科学证据表明,孕期适当运动既能改善身体素质,还能降低多种妊娠并发症风险。

孕期超重危害显著,不仅会增加妊娠高血压、妊娠糖尿病、产后出血、剖宫产及其并发症的风险,还与新生儿巨大儿、低Apgar评分等不良结局相关,且可能导致孕妇脂肪因子失调,进一步诱发妊娠期并发症。

对孕妈妈而言,易引发妊娠糖尿病、过早长妊娠纹、行动不便、下肢水肿加重及产后身材难恢复;对胎儿,则可能造成分娩困难,增加未来患糖尿病和肥胖的几率。

规律运动能带来全方位健康益处:控制体重,降低妊娠糖尿病、高血压风险,增强心肺功能,为胎儿输送充足氧分和营养,同时强化肌肉力量,缓解孕期疲劳与腰背疼痛;有效减轻腰



“家务算运动吗?工作忙等于锻炼吗?”这是许多准妈妈孕期面临的共同困惑。医学定义早已明确:日常家务、工作中的活动属于“体能活动”,而有计划、有组织的重复性身体活动才是“运动”——这种区分,正是孕期健康管理的关键前提。如今,随着科学育儿理念普及,打破传统“静养安胎”误区,坚持适度规律的孕期运动,已成为越来越多准妈妈的健康选择。

安全是孕期运动 第一原则

在开启孕期运动计划前,医生会进行全面评估,包括血压、心率和血糖等指标。孕期运动并非适合所有人,绝对禁忌包括严重心脏病、重度子痫前期、未控制的高血压、胎膜早破等情况。

相对禁忌包括轻中度呼吸系统疾病、复发性流产史、严重肥胖等。

根据文献,轻中度呼吸系统疾病,如轻中度慢性阻塞性肺疾病(COPD)患者,存在呼吸功能下降和运动耐力降低,且疾病进展与肺功能恶化和急性加重风险相关。

复发性流产史与多种免疫及内分泌因素相关,且复发性流产患者未来心血管疾病风险增加。

严重肥胖则与多种呼吸系统疾病(如阻塞性睡眠呼吸暂停)、代谢异常及手术风险增加相关。

因此,轻中度呼吸系统疾病、复发性流产史和严重肥胖,均为

临床上的相对禁忌症。

如果运动中出现阴道出血、腹痛、宫缩、呼吸困难、头晕等症状,应立即停止并就医,安全始终是孕期运动的第一原则。

科学运动有讲究 分阶段、选对项是关键

运动类型:有氧运动如快走、游泳能增强心肺功能;抗阻力训练如弹力带练习,可增强肌肉力量;提肛运动则能强化盆底肌,为分娩做准备。

运动强度:推荐每周5天,每天30分钟中等强度运动。简单判断方法是运动时能正常交谈,心率保持在100~120次/分左右。

孕期各阶段运动重点:

孕早期(13周前):以散步、舒缓瑜伽为主,动作要轻柔。

孕中期(14~28周):可适当增加运动量,注意热身和放松。

孕晚期(28周后):减少运动量,选择舒展的伸展运动。

应避免的运动:包括高风险易摔倒项目、潜水、高海拔运动以及高温环境中的运动。

产后不“躺平” 科学运动助力快速康复

传统“坐月子”观念需要更新。研究表明,产后早期进行适当活动能促进恢复,预防尿失禁等问题。

产后运动应分阶段进行:

初期(产后3天~6周):轻度散步、产后瑜伽;中期(6周~3个月):增加有氧运动如游泳;后期(3个月后):可恢复中等强度训练。关键在于循序渐进,密切关注身体信号,出现异常及时停止并咨询医生。

运动环境要安全舒适,避免高温高湿;穿着合适的运动服装和支撑性好的运动鞋;保持充足水分补充;运动前后做好热身和放松;注意身体信号,不要勉强自己。

从孕期到产后,科学运动始终是母婴健康的“好帮手”,孕期运动的目标是保持健康而非追求运动成绩。准妈妈们只需遵循医生建议,结合自身情况选择合适的运动方式和强度,就能以更健康的身心状态,迎接新生命的到来,享受这段特殊而美好的孕育时光。

山东省妇幼保健院 田美荣