

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，而我国住院患者的发病率从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



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。

很多人误以为，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，患者必须严格遵医嘱服药，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

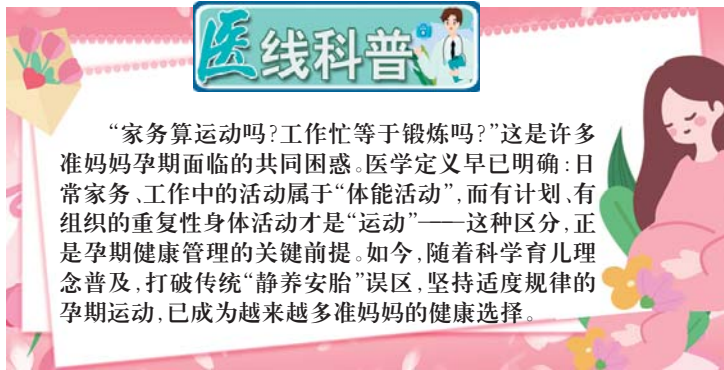
孕期运动 是母婴健康“防护盾”

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



背疼痛、改善睡眠，促进肠胃蠕动缓解便秘，减轻水肿；增强盆底肌和腹部肌肉力量，缩短产程，减轻分娩痛苦，提高自然分娩率，且研究证实不会增加早产风险。

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