

早筛查 勿漏诊

厦心:准确诊断疑难肺高压 常规开展经皮肺动脉去神经术

漳州今年40岁的陈女士患有肺动脉高压,近日,她再次来到厦门大学附属心血管病医院(简称“厦心”)结构性心脏病科找陈翔博士复查,原本6分钟只能走100米的她,如今能走400米了,原本需要服用三联靶向药物的她,如今只需要服用二联靶向药物了。

陈女士表示,在该院做了“经皮肺动脉去神经术消融”手术后,术后第三天出院,病情大有好转,对未来的康复和生活充满了信心。

2025年5月5日是世界肺动脉高压日,主题是“早筛查,勿漏诊”。陈翔提醒,肺动脉高压常被误诊,确诊比治疗更重要。

常被误诊的肺动脉高压

陈翔曾经接诊过来自泉州的患者老黄,老黄患有肺动脉高压五六年,但他一直在呼吸科治疗,胸闷、呼吸困难等症状时好时坏。

后来,在一次义诊中,老黄找到陈翔博士咨询病情,陈翔判断老黄应该是患了肺动脉高压。最终,老黄在厦心确诊肺动脉高压,并做了手术。

陈翔惋惜地说,拖了太多年,



老黄的心脏已经发生了结构性改变,治疗难度大大增加。

什么叫肺动脉高压,如何判断是否患了肺动脉高压?

陈翔介绍:“肺动脉高压常被称为‘心血管系统的癌症’,是肺功能和心脏功能受损的一种疾病,患病率占全球人口约1%。容易误诊或漏诊,3年病死率高达30%~40%,且治疗手段有限。”

常人比较容易判断的方法:

一是患者嘴唇因为供血不足,常年是蓝色的,常被称为蓝嘴唇。其次患者手指头粗大,呈现杵状,这是长期末梢循环缺氧导致。三是患者常感到胸闷、呼吸困难、疲劳乏力、胸痛、头晕等。最后,6分钟能不能走完100米也可以作为参考依据。

由于第三种症状带来的不适,

患者往往不会想到找心血管病医生,而是找呼吸科医生看诊。肺动脉高压是困扰心血管病和呼吸病医生的难题,目前大多数医院把肺动脉高压的治疗放在心血管病科,而患者又想当然去呼吸科就诊,因此容易造成漏诊误诊。

厦心常规开展国内原创“去神经术”

女大学生小林(化名)患肺动脉高压后不得不在大二时休学,她已经严重到6分钟走不了50米的距离,只能躺床上休息,出现了明显的蓝嘴唇和杵状指头。陈翔为小林开展了“经皮肺动脉去神经术消融”手术。

如今一年过去,小林已经能够实现6分钟走170米到200米的距离,正计划进一步康复后回大学复学。

肺动脉高压分1到5型,针对不同分型,治疗的策略不尽相同:包括原发病的治疗,靶向药物的治疗以及介入手术治疗。其中介入治疗的“经皮肺动脉去神经术”由厦心院长王焱在2024年3月17日完成,是全球首例肺动脉射频消融导管上市后的手术。

陈翔介绍,该手术是国内原创的手术,美国梅奥诊所 Kwan S.

IEE、美国凤凰城班纳大学 Marvin Ho-Keung Eng、意大利医学专家 Livio Giuliani 和港澳台等地知名医院的专家曾来到厦心参观学习,厦心还开展了多次肺高压治疗学习培训班。

“经皮肺动脉去神经术”适合1、2、4型肺高压,目前在厦心已经常规开展,去年该团队完成了近百例手术,帮助患者恢复了健康并获得良好反响。

陈翔提醒:如果出现前文提到的明显症状,患者需要尽早到心血管病专科早筛查、早诊断、早治疗,对于此病的确诊比治疗更重要,如果不及时就诊,往往会导致心脏结构性改变,因而治疗难度加大,恢复情况也不如尽早治疗。

据了解,厦大附属心血管病医院是国家心血管疾病临床医学研究中心分中心,承担着大量肺高压患者的规范化诊疗工作,医院开设肺高压门诊多年,能够准确诊断各类疑难肺高压,尤其在特发性肺高压的诊疗方面,拥有各类靶向药物,并已常规开展经皮肺动脉去神经术,治疗手段和药物品种齐全。

(游章友 刘云芳)



医生茶座

临床前肥胖 VS 临床肥胖 不以身高体重论英雄

□本报记者 刘伟芳

随着现在生活方式的改变,肥胖问题已经成为国家都看不下去、要重点出击的民生问题。

谈到肥胖,BMI这个广为人知的指标就绕不开。但是,这个指标并不能代表所有,在临床上,可单纯地以身高体重论英雄。

BMI正常 但已经慢病缠身

福州42岁的陈先生,BMI为23.9,卡在临界值,陈先生为此还一度很得意,觉得自己身材标准,无需减肥。

可是前一段体检,陈先生却意外发现,自己的血压已达140/90mmHg,超过标准,需要干预。同时他还合并有中度脂肪肝,甘油三酯5.59mmol/l,是正常值(小于2.3mmol/l)的2倍。

福建医科大学附属第一医院高血压中心郑苏梨医生评估发现,陈先生虽然BMI正常,但腰围90cm,臀围98cm,腰臀比为0.92(正常值为0.85~0.9)。考虑陈先生体内脂肪过多,腹型肥胖,符合临床肥胖诊断标准。

临床前肥胖与临床肥胖诊疗大不同

“同样是肥胖,临床前肥胖和临床肥胖大不同。”本报健康大使、福建医科大学附属第一医院高血压中心副主任医师蔡文钦表示。

根据柳叶刀子刊近日发文对肥胖的重新定义显示,肥胖症分为临床前肥胖症和临床肥胖症。

临床前肥胖症表现为体脂过量,但器官和组织功能正常。临床前肥胖症增加了患临床肥胖症以及其他非传染性疾病(NCDs)的风险,包括2型糖尿病、心血管疾病、某些类型的癌症和精神疾病等。

而临床肥胖症是指过量体脂对身体器官和组织造成伤害,或严重限制日常活动(如行走或穿衣)。

“两者的干预手段完全不同,临床前肥胖只要通过生活方式改变,如增加运动、减少摄入等控制体重即可。而临床肥胖除了生活方式改变外,一定要针对相关疾病及症状进行相应的医学干预,以减少肥胖对靶器官的伤害。”蔡文钦表示。

除了BMI,这些指标也别忽视

郑苏梨提醒,评估肥胖别只盯着BMI,还有这些指标也别忽视:

腰臀比

顾名思义就是腰围和臀围的比值,其数值=腰围/臀围。

腰围:经脐部中心的水平围长,或肋最低点与髂嵴上缘两水平线间中点线的围长,用软尺测量,在呼气之末、吸气未开始时测量。

臀围:臀部向后最突出部位的水平围长,用软尺测量。

在中国,腰臀比的正常范围是男性应在0.85~0.9之间,女性则应是0.67~0.8之间。

中国目前参考WHO的标准,成年男性腰围≥90cm、女性腰围≥85cm,或腰臀比男性>0.9、女性>0.85,即可诊断为腹型肥胖。

腰高比

即腰围除以身高的数值。对

腰臀比测量



腰围:挺直身躯并呼气,用卷尺测量肚脐上方腰部最【细】的一圈



臀围:站直用卷尺测量髋骨下方最突出的地方

于40岁以下的人,腰高比不要超过0.5;对40~50岁者,则不超过0.5~0.6;对50岁以上者,最低的临界点始于0.6。腰高比高往往是老板肚或啤酒肚,表示腹部尤其是内脏有脂肪堆积,如肝、心、肾等。因此高血压、冠心病、脑卒中及糖尿病等多发。而臀部等皮下脂肪堆积的危害没有内脏脂肪堆积那么大。

研究称腰围超过身高一半,寿命会减14%。

体脂率

即体内脂肪重量占体重的比例。成年男性体脂率超过25%,女性超过30%,定义为体脂过多。