

· AME 科研时间专栏 ·

专栏导读：AME Groups 旗下出版了 *Journal of Thoracic Disease* (《胸部疾病杂志》)、*Annals of Cardiothoracic Surgery* (《心胸外科年鉴》)、*Chinese Journal of Cancer Research* (《中国癌症研究》) 和 *Annals of Translational Medicine* (《转化医学年鉴》) 等近 20 本英文医学学术期刊。2014 年，AME Groups 中文平台——“科研时间”的诞生，为广大从事临床和基础研究的科研工作者带来了福音，提供了更多科研交流和学习分享的机会。欢迎广大读者关注我们“AME 科研时间专栏”，订阅我们的公众微信号（科研时间：amegroups），给我们提出宝贵的建议和意见，以便于将这个专栏建设得更好，成为读者喜闻乐见的一个栏目。

【编者按】孟旭教授，北京安贞医院心血管外科主任医师，率先开展了国内房颤外科治疗最大的治疗中心——房颤外科射频消融治疗的基础与临床研究，在重症冠脉搭桥术，瓣膜手术加冠状动脉搭桥术等有着骄人的成绩。今年的中国心脏大会上，他就“风湿性二尖瓣的外科成形治疗”及“左房耳在外科房颤治疗中的意义”作了精彩报告。会后，孟教授接受了 AME 编辑部的专访，分享了他在房颤领域热点问题的独到见解。



doi: 10.3978/j.issn.2095-6959.2014.06.006

<http://www.lcbl.net/articles/770>

AME 专访 | 孟旭：杂交治房颤，理念沟通很重要

钟珊珊

(AME 出版社，广州 510220)

AME：杂交治疗房颤是房颤领域的一个热点，不同于先心病、冠心病等的杂交手术，目前还存在很多争议，请问您如何看待？您在临床上应用情况如何？

孟教授(图1)：杂交治疗房颤中的杂交，英文叫 hybrid，中文叫联合，因为它的意义在于心脏内科医生和心脏外科医生协作治疗。我们所指杂交手术所治疗的房颤，以前在医学上叫做孤立性房颤，现在叫做非器质性心脏病的房颤。这类病人以前大部分是在内科医生治疗的范围内。这么多年来，内科医生做了很多努力，也取得了很好的成绩。但事实上，从房颤治疗上来讲，这类病人一次性治疗的成功率较低，若是多次治疗，国家或社会的医疗资源投入较大。而外科，随着手术技术的进步和器械的研发，近十年来通过很多的改观也有了继承与发展，也介入到这个领域。从

发展的角度看，外科的发展盘子小，病例整体能够应用的范围不是特别大，但一次性治疗的质量较高，因此，有人提出希望内外科医生能联合起来治疗房颤，保证病人的一次或两次治疗的治愈率有所增加，另外也可以节约社会的医疗资源。因此，一些欧美国家的医疗中心已经做了这方面的尝试，而且初步效果不错。虽然有过这些尝试，但是开展该项治疗的中心的数量比较少，病人也比较少，是否被大家所接受还是存在一个观念和理念的问题。

至于该不该发展，目前还处于讨论阶段，我想是有很多原因的，有外科医生的因素，也有内科医生的因素。第一，大家在治疗的理念上还是有所不同，包括我们的观点，包括对病人适应的群体，大家还缺少一个特别的共识。第二，是不是我们医生应该首先摸索着去建立起这种模式，

收稿日期 (Date of reception): 2014-11-13

通信作者 (Corresponding author): 钟珊珊, Email: zhongss@dxyer.com

对于这个问题大家的观点还有一定的差异,也就是大家在这方面的主动性比较差。到目前为止,我只听说国内有一个中心开始尝试,内外科通过和病人的沟通,真正开始联合做这件事。所以整体来讲,大家普遍只是有个模糊的概念,如何实施现在仍停留在萌芽阶段。



图1 孟旭教授会上作专题演讲

AME: 实施杂交技术, 内外科医师如何协作?

孟教授: 首先,概念和理念的沟通是很重要的。举个形象的例子,外科医生说:“我们是微创。”但内科医生会说:“你怎么微创?你有手术切口,就不会有微创。我们的微创比你们还微创。还有,虽然我们一次性的成功率不高,但三次性的成功率很高,做三次不就行了吗?”类似于这样的观点都需要大家来讨论。其实对我而言,联合手术的概念可以放得很宽。并非一个病人住院一次,内科外科一起治疗就叫联合,大家分次做,也可以叫做联合。现在我想,例如对于阵发性房颤,发作时间比较短和心房比较小的病人,可以由内科医生先治疗,也可能一次性或两次性的成功率就很高。但对于心房比较大的病人(如内科认为左心房内径有40 mm,就算比较大了),内科尝试一次不行的话,就应该交给外科来治疗。因为从我们外科的实践和经验来说,我们已做了400多例了,且我们五年的窦性率很高,对心房内径40 mm以上的病人的治疗效果也很好。那这类的病人可以考虑放到外科,或内科尝试一次之后交给外科治疗,这样可以提高成功率,病人的费用也不会很高。

总而言之我认为:联合,不是内外科一起治疗,分次做也叫联合。我们可以从联合做起。甚至比如病人的心房是40 mm以上,像持续性房颤,

外科可以先治疗,内科再进行一定的补充,这也是一个很好的合作。实际上联合的途径有很多种,不管什么治疗手段热不热,其实能提高病人的治愈率,提高治疗的效果,整体上能减少不必要的社会医疗负担,又能达到安全的治疗环境,这些才是最重要的。

AME: 房颤抗凝药物各有利弊,您在临床上如何判断和选择抗凝药物(比如华法林、新型抗凝剂)?

孟教授: 华法林是经典的房颤抗凝药物,它的抗凝作用是明确的,但是其治疗窗较窄,需要频繁监测凝血功能;药效易受食物和药物影响。尽管新的抗凝药,像达比加群、利伐沙班也是用华法林来做标准的,但从目前我国国情而言,应该强调其术前应用。因为新的治疗药一个方面是很贵,根据中国目前的保障体系来讲,只有一部分人能承受,而大部分人可能不能承受。另一方面,对于新型抗凝药物的证据是来源于非瓣膜性房颤的,从外科的角度来讲,瓣膜外科的疾病都是不太适用这些新药的。另外,这些新型抗凝药是不用监测的,不像华法林要查凝血功能,每一个个体用量该多少,长期应用会怎么样,不同的年龄段的出血率和药的抗栓效果如何,这些仍需要循证医学的证据。

从当前中国国情看,当然有时新技术需要大家去摸索和应用,但也要切忌盲目追求,应遵循治疗指南以及循证医学中有充分证据的东西,包括一些新技术。我们是发展中国家,很多病人的社会保障能力都不是特别强。有时需要等一项新技术发展到较成熟的阶段才引进来,应用到老百姓上,这样或许更符合我们的国情。

AME: 在房颤的抗凝方面,外科处理左心耳有哪些进展?

孟教授: 左心耳的处理这些年确实是有进展,它在抗凝作用方面,尤其是对房颤病人的抗凝作用方面,是逐渐被重视的,这两年可以说是热点之一。因为从心脏外科的角度看,早在上个世纪九十年代就有多篇文章很好地阐述了左心耳对于血栓形成的意义。现在而言,非瓣膜性疾病的病人,90%的左心房血栓来源于左心耳。因此,左心耳血栓成为了非瓣膜性房颤病人脑卒中产生的最重要的原因之一。这几年,大家通过一些临床的回顾和研究也确实发现了这方面的问题,于是成

为现在房颤治疗里面的一个重要的热点。而且左心耳的处理的意义可以提高到：治疗房颤，应该加上左心耳的处理；若忽视了左心耳，房颤治疗是不完整的。这些角度说明了心耳在房颤治疗中的意义。

那么心耳该如何处理？从方法角度讲，近年有几家大公司是做心耳封堵的(从内科角度而言)，即是从心脏的心腔、心房里边把心耳进行封堵，尽管经过了一些曲折的道路，已有多种器械、各种各样的临床封堵工具的应用于临床。从外科来讲，因为心脏外科手术过程中就早已开始注重心耳的处理，且大家现在认识也越来越深刻，我们在这六七年的心脏外科手术过程中，在做房颤处理时，都会同时处理心耳。方法上，外科不外乎心耳切除或结扎，或者在心房内部缝合后进行封堵。现在还有一种外科技术，我们叫stapler，是一个切割器，它把心耳钉死后直接切除掉。现在外科发展得较新点的技术就是一个环形的心耳夹，也就是在左心耳的外边通过一个夹子，直接把心耳夹闭，夹闭以后过几个月心耳就萎缩了，不需要再切除了。这就是现在大家说的新进展：一是对心耳的重视，第二个是方法。

本文引用：钟珊珊. AME专访 | 孟旭：杂交治房颤，理念沟通很重要[J]. 临床与病理杂志, 2014, 34(6): 669-671. doi: 10.3978/j.issn.2095-6959.2014.06.006

两种方法也有各自的特点，我不能评判说WATCHMAN不好，但WATCHMAN本身的技术要求会更高，且它是从心脏里面来做的，相对来讲，它的创伤、并发症、对医生的学习曲线要求都会非常高。反之，心脏外科的夹子是从外边来做的，它可以适合微创的手术，比如说打一个小切口，然后通过腔镜就可以把它释放进去，这都已经在临床上实现了。问题是你夹的位置和你夹完以后是不是有心耳的残留，这个残留到底有没有意义，残留多少有意义，这也是临床需要涉及的。

总体来讲，我个人认为，在外科对于处理心耳的处理，第一我们需要比较严格的循证医学的临床研究证据来证明心耳的处理，不管它是不是能够达到预防脑卒中的现象目的。第二就是在技术上能不能从循证医学的角度证明其有效性。这些问题都是需要循证医学的研究的。

AME：谢谢您的精彩分享！

作者：钟珊珊，AME出版社科学编辑。

本文首先以中文发表于【科研时间】(Doi: 10.3978/kysj.2014.1.308). 本文已获科研时间和作者同意将该文内容以中文在本刊发表。