

# 2016 ACCP 指南：静脉血栓栓塞症抗血栓治疗

## 推荐概要

来源：医脉通，2016/2/23

作者：指南君（编译）

阴影文本的说明：本指南中推荐概要部分的阴影文本表示在美国胸科医师协会（ACCP）第9版《抗栓治疗与血栓预防循证临床实践指南》——静脉血栓栓塞性疾病的新增推荐或所做修改。与第9版指南相比，未做改动的部分没有进行阴影标注。

本指南介绍的新型口服抗凝药（NOACs）（达比加群、利伐沙班、阿哌沙班、依度沙班）的顺序是以药物治疗静脉血栓栓塞3期临床试验实施时间先后排定，不代表指南委员会对使用这些药物的偏好顺序。

### 长期（前3个月）和延长（未设定停药日期）的抗凝选择

1. 对于近端深静脉血栓形成（DVT）或肺栓塞（PE）患者，推荐长期（3个月）抗凝治疗（1B级）。
2. 腿部DVT或PE且无癌症的患者，长期（3个月）抗凝治疗，推荐达比加群、利伐沙班、阿哌沙班或依度沙班，优于维生素K拮抗剂（VKA）（均为2B级）。腿部DVT或PE且无癌症的患者，未接受达比加群、利伐沙班、阿哌沙班或依度沙班治疗者，建议维生素K拮抗剂，优于低分子肝素（LMWH）（2C级）

备注：达比加群和依度沙班给药之前需给予初始胃肠外抗凝，利伐沙班和阿哌沙班给药前无需胃

---

肠外抗凝，初始胃肠外抗凝与 VKA 治疗应有重叠。见正文部分影响治疗选择的因素。

3. 腿部 DVT 或 PE 且合并癌症（“癌症相关血栓”）的患者，长期（3 个月）抗凝治疗推荐低分子肝素，优于 VKA（2C 级）、达比加群（2C 级）、利伐沙班（2C 级）、阿哌沙班（2C 级）或依度沙班（2C 级）。

备注：达比加群和依度沙班给药之前需给予初始胃肠外抗凝，利伐沙班和阿哌沙班给药前无需胃肠外抗凝，初始胃肠外抗凝与 VKA 治疗应有重叠。见正文部分影响治疗选择的因素。

4. 对于接受延长治疗的腿部 DVT 或 PE 患者，我们认为没有必要在 3 个月后换用抗凝药物（2C 级）。

备注：如果患者情况发生改变或者在长期或延长治疗期间偏好发生改变，换用其它抗凝药物是适当的。

## **抗凝治疗时间**

5. 对于由手术所引起的腿部近端 DVT 或 PE 患者，推荐抗凝治疗 3 个月，优于（i）治疗时间较短（1B 级），（ii）更长的确定期限（例如：6、12 或 24 个月）（1B 级），或（iii）延长治疗（未设定停药日期）（1B 级）。

6. 对于一过性非手术风险因素所引起的腿部近端 DVT 或 PE 患者，推荐抗凝治疗 3 个月，优于（i）治疗时间较短（1B 级）和（ii）更长的确定期限（例如：6、12 或 24 个月）（1B 级）。出血风险为低度或中度时，抗凝治疗 3 个月优于延长治疗（2B 级）；出血风险高者，抗凝治疗 3 个月优于延长治疗（1B 级）。

备注：所有接受延长抗凝治疗的患者，应定期（例如每年一次）重新评估是否需继续治疗。

7. 对于因手术或一过性非手术风险因素所引起的腿部孤立性远端 DVT 或 PE 患者，推荐抗凝 3 个月，优于治疗时间短于 3 个月（2C 级）；推荐抗凝治疗 3 个月，优于更长的确定期限（如 6、12 或 24 个月）（1B 级）；推荐抗凝治疗 3 个月，优于延长治疗（未设定停药日期）（1B 级）。

---

备注：对孤立性远端 DVT 治疗持续时间的推荐是针对决定接受抗凝治疗的患者；然而，可以预料的是，并不是所有被诊断为孤立性远端 DVT 的患者都处方了抗凝药物。

8. 对于无诱因的腿部 DVT（孤立性远端或近端 DVT）或 PE 患者，推荐抗凝治疗至少 3 个月，优于治疗时间短于 3 个月（1B 级）；建议抗凝治疗 3 个月，优于更长的确定期限（如 6、12 或 24 个月）（1B 级）。

备注：无诱因的腿部 DVT 或 PE 患者抗凝治疗 3 个月后，应该评估延长治疗的风险收益比。对孤立性远端 DVT 治疗持续时间的推荐是针对决定接受抗凝治疗的患者；然而，可以预料的是，并不是所有被诊断为孤立性远端 DVT 的患者都处方了抗凝药物。

9. 对于无诱因的首次静脉血栓栓塞近端 DVT 或 PE 患者，如果伴有低度或中度出血风险（见正文），建议延长抗凝治疗（未设定停药日期），优于抗凝治疗 3 个月（2B 级）；如果伴有高度出血风险（见正文），推荐抗凝治疗 3 个月，优于延长抗凝（1B 级）。

备注：患者性别以及停用抗凝治疗 1 个月后测得的 D-二聚体水平可能会影响治疗决策即停止抗凝治疗或进行延长抗凝治疗（见正文）。所有接受延长抗凝治疗的患者，应定期（例如每年一次）重新评估是否需继续治疗。

10. 对于无诱因的第二次静脉血栓栓塞症患者，如果伴有低度出血风险（见正文），建议延长抗凝治疗（未设定停药日期），优于抗凝治疗 3 个月（1B 级）；如果伴有中度出血风险（见正文），建议延长抗凝治疗（未设定停药日期），优于抗凝治疗 3 个月（2B 级）；如果伴有高度出血风险（见正文），推荐抗凝治疗 3 个月，优于延长抗凝（未设定停药日期）（2B 级）。

备注：所有接受延长抗凝治疗的患者，应定期（例如每年一次）重新评估是否需继续治疗。

11. 对于腿部 DVT 或 PE 并有活动期癌症（“癌症相关血栓”）患者，无出血高风险者，建议延长抗凝治疗（未设定停药日期），优于抗凝治疗 3 个月（1B 级）；有出血高风险者，建议延长抗凝治疗（未设定停药日期），优于抗凝治疗 3 个月（2B 级）。

备注：所有接受延长抗凝治疗的患者，应定期（例如每年一次）重新评估是否需继续治疗。

## 阿司匹林用于静脉血栓栓塞的延长治疗

12. 对于无诱因的近端 DVT 或 PE 患者，停用抗凝治疗且没有阿司匹林禁忌症时，建议使用阿司匹林预防 VTE 复发，优于不使用阿司匹林（2C 级）。

备注：由于阿司匹林预防 VTE 复发的疗效远不及抗凝药物，对于想接受延长抗凝治疗的患者，不推荐阿司匹林作为抗凝药物的合理替代。但是，如果患者决定停用抗凝药物，预防复发性 VTE 是使用阿司匹林的获益之一，需要与阿司匹林的出血风险和使用不便进行权衡。患者停止抗凝治疗时，应重新评估是否使用阿司匹林，因为开始使用抗凝药物之前可能已经停用了阿司匹林。

## 孤立性远端深静脉血栓是否需要抗凝以及如何抗凝

13. 对于腿部急性孤立性远端 DVT 患者，(i) 无严重症状或血栓扩展危险因素（见正文），建议深静脉连续影像学检查 2 周，优于抗凝治疗（2C 级）；(ii) 有严重症状或血栓扩展危险因素者（见正文），建议抗凝治疗，优于深静脉连续影像学检查（2C 级）。

备注：出血高危风险患者更可能从连续影像学检查中获益。

认为重复影像学检查很不方便，并且不太注重治疗的不便以及出血潜在风险的患者，很可能会选择初始抗凝治疗而非连续影像学检查。

14. 对于急性孤立性远端腿部 DVT 接受抗凝治疗的患者，建议使用与急性近端 DVT 相同的抗凝治疗（1B 级）。

15. 对于腿部急性孤立性远端 DVT 接受连续影像学检查的患者，(i) 如果血栓没有扩展不建议抗凝（1B 级）；(ii) 如果血栓扩展但仍局限于远端静脉，建议抗凝（2C 级）；(iii) 如果血栓延伸到近端静脉，建议抗凝（1B 级）。

## 腿部急性深静脉血栓的导管溶栓治疗

---

16. 对于腿部急性近端 DVT 患者，建议单用抗凝治疗，优于导管直接溶栓（CDT）（2C 级）。

备注：最可能从 CDT 获益的患者（见正文），注重预防血栓后综合征（PTS），不在意 CDT 治疗初始复杂性、成本以及出血风险者，可能选择 CDT 而非单纯抗凝治疗。

## 下腔静脉滤器联合抗凝治疗在急性深静脉血栓或肺栓塞中的作用

17. 对于接受抗凝治疗的急性 DVT 或 PE 患者，不建议使用下腔静脉滤器（1B 级）。

## 弹力袜预防血栓后综合征

18. 对于腿部急性 DVT 患者，不建议常规使用弹力袜预防 PTS（2B 级）。

备注：该建议侧重于预防 PTS 的慢性并发症，而非对症治疗。对于有急性或慢性症状的患者，尝试使用有压力梯度的弹力袜通常是合理的。

## 亚段肺栓塞是否抗凝

19. 亚段 PE（未累及更近端肺动脉）、无腿部近端 DVT 患者，如 VTE 复发风险低（见正文），建议临床监测，优于抗凝治疗（2C 级）；VTE 复发风险高者（见正文），建议抗凝，优于临床监测（2C 级）。

## 急性肺栓塞的院外治疗

20. 低风险 PE 患者，如果家庭情况允许，建议在家治疗或早期出院，优于标准出院（如治疗 5 天后出院）（2B 级）。

---

## 肺栓塞的全身溶栓治疗

21. 伴有低血压（如收缩压 $<90\text{mmHg}$ ）的急性肺栓塞患者，出血风险不高时，建议全身性溶栓治疗，优于不给予全身性溶栓（**2B 级**）。

22. 对于大多数不伴有低血压的急性肺栓塞患者，不建议全身性溶栓治疗（**1B 级**）。

23. 开始抗凝治疗后病情加重的急性 PE 患者，如未发生低血压且出血危险低，建议全身性溶栓治疗，优于不给予全身性溶栓（**2C 级**）。

*备注：*无低血压的 PE 患者，如症状严重或存在明显的心肺功能障碍，应密切监测病情是否加重。

发生低血压，表明有溶栓治疗的适应证。对于初始仅接受抗凝治疗的患者，如心肺功能恶化（如症状、生命体征、组织灌注、气体交换、心脏标志物），但尚未发生低血压，风险获益评估时倾向于溶栓治疗。

## 经导管血栓清除用于肺栓塞的初始治疗

24. 对于接受溶栓药物治疗的急性 PE 患者，建议通过外周静脉给予溶栓治疗，优于导管直接溶栓（**CDT**）（**2C 级**）。

*备注：*对于全身溶栓治疗出血风险较高的患者，如果有实施 CDT 的专业人员和所需资源，很可能选择 CDT 而非全身溶栓治疗。

25. 伴有低血压的 PE 患者，如果(i)出血风险高，(ii)全身溶栓失败，或(iii)可能在全身溶栓治疗起效前(如数小时内)因休克导致死亡，在有相应的专业人员和资源时，建议导管辅助血栓清除，优于不进行上述干预（**2C 级**）。

*备注：*导管辅助血栓清除指的是机械干预，伴或不伴导管直接溶栓。

---

## 肺血栓动脉内膜切除术治疗慢性血栓栓塞性肺动脉高压（CTEPH）

26. 对于由经验丰富的血栓动脉内膜切除治疗团队确定的 CTEPH 患者，建议进行血栓动脉内膜切除术，优于不进行肺血栓动脉内膜切除术（2C 级）。

备注：CTEPH 患者应该由肺动脉高压专业治疗团队进行评价。肺血栓动脉内膜切除术往往可以拯救生命。不适合接受肺血栓动脉内膜切除术的 CTEPH 患者可能受益于降低肺动脉压的机械和药物干预措施。

## 上肢深静脉血栓患者的溶栓治疗

27. 急性上肢深静脉血栓，累及腋静脉或更近端静脉时，建议单纯抗凝治疗，优于溶栓（2C 级）

备注：(i)最有可能从溶栓治疗中获益的患者（见正文）、(ii)有机会接受 CDT、(iii)注重预防 PTS、(iv)不在意溶栓治疗初始复杂性、成本以及出血风险的患者很

可能会选择溶栓治疗而不是单纯抗凝治疗。

28. 对于接受溶栓的上肢深静脉血栓患者，建议其抗凝强度和抗凝治疗持续时间与未接受溶栓治疗者相同（1B 级）。

## 抗凝治疗期间复发性静脉血栓栓塞的治疗

29. 对于接受维生素 K 拮抗剂（达到治疗范围）或达比加群、利伐沙班、阿哌沙班或依度沙班（患者依从性好）治疗期间 VTE 复发的患者，建议至少暂时换用低分子肝素治疗（2C 级）。

备注：接受治疗剂量抗凝治疗期间，静脉血栓栓塞症复发不常见，提示要进行以下评估：（1）重新评估是否确实是 VTE 复发；（2）评价抗凝治疗的依从性；（3）考虑潜在的恶性肿瘤。暂时换用低

---

分子肝素通常至少持续 1 个月。

30. 长期低分子肝素治疗期间 VTE 复发者（假定患者依从性好），建议增加低分子肝素的剂量约 1/4 到 1/3（2C 级）。

备注：接受治疗剂量抗凝治疗期间，静脉血栓栓塞症复发不常见，提示要进行以下评估：（1）重新评估是否确实是 VTE 复发；（2）评价抗凝治疗的依从性；（3）考虑潜在的恶性肿瘤。

CHEST 30 年来一直致力于制定和发布深静脉血栓（DVT）和肺栓塞（PE）（统称为静脉血栓栓塞（VTE））的治疗指南。

CHEST 上一版指南（第 9 版）（AT9）于 2012 年 2 月发布。此后，发表了大量与 VTE 治疗相关的新证据，特别是非维生素 K 口服抗凝剂（NOACs）的使用。

此外，新版指南强调了前一版指南未阐明的 VTE 相关问题。本文重点介绍了 VTE 治疗领域的新进展和存在的争议，更新了 AT9 中涉及的 12 个专题，并新增了 3 个新专题。本指南的目标读者是临床医生。

## 医脉通指南编译