

肺结核终结之路



医师报讯（融媒体记者 刘则伯 陈惠）咳嗽却久治不愈，27岁的小张在门诊被诊断为感冒，又在基层医院被诊断为支气管哮喘，进行了“对症治疗”。但病情仍然反复发作，大半年间小张辗转五六家医院，直至有一天晚上咳血了，他才下定决心前往了市级医院进一步进行诊治，市级医院怀疑他是支气管结核，但医院连接结核菌素皮肤实验（PDD）也不能做，医生无奈只得建议他去定点医院明确诊断。近日，小张和《医师报》记者分享了他的就诊经历，大半年的误诊已经让他身心俱疲，疑似肺结核后的转诊也让他满心疑惑，为何市级的三甲医院连肺结核都诊断不了，还需要转诊？

结核是一种古老而又富有危害的疾病，素有“白色瘟疫”之称，至今，结核病仍然是仅次于新型冠状病毒感染的世界第二大单一传染源死因，造成的死亡人数几乎是获得性免疫缺陷综合征的2倍。日前，世界卫生组织（WHO）发布《2023年全球结核病报告》，报告提到2022年全球有1060万新发结核病患者，死亡130万，其中，中国新发结核病患者为74.8万，死亡3万，较2021年略有下降，在30个结核病高负担国家中我国估算结核病发病数排第3位，占全球发病数的7.1%。

为降低结核病的发病率和病死率，自新中国成立以来，国家一直不断完善防治服务体系建设、投入防治经费、大规模主动发现患者、积极加强重点人群防控和积极开展一系列国际合作，目前已经取得显著成效，但在WHO提出的“终结结核病”的目标面前，我国卫生体系仍然面临很多挑战。

现状

肺结核诊治与呼吸专科剥离早诊早治成难题

呼吸学科建立之初，就是为了对抗肆虐的结核，随着防治体系的不断完善、结核防控工作取得一定进展，呼吸学科与肺结核诊治逐渐分离。20世纪90年代，所有的疑似结核病患者都要归口到结核病防治所或疾病预防控制中心下的结核病防治科进行诊断和治疗，但他们不能提供住院治疗，如果患者出现了并发症或更严重的症状，需要转诊到综合医院接受住院治疗，治疗结束后再转诊回来继续门诊治疗。

“此后，受政策影响，非结核定点医院不能收治结核患者。”上海交通大学医学院附属瑞金医院党委书记瞿黎明对此也很无奈，90%的结核患者都是肺结核，有了发热、咳嗽的症状才来呼吸科就诊，但在综合医院无法开具治疗肺结核的处方，更有甚者连PDD都没有，一旦怀疑或确诊患者是肺结核，只能建议患者进行转诊。

在重庆医科大学附属第一医院主任医师王璞看来，如今把结核与综合医院剥离、与呼吸学科剥离，导致诊断及能级下降，医生误把肺结核当成普通的感冒或感染后咳嗽或肺炎处理，不利于结核病的早诊断、早治疗。瞿黎明亦表示，综合性医院呼吸学科是大部分肺结核的初诊场所，将初诊场所与肺结核诊治长期剥离，会导致部分医生对肺结核的警惕性下降，误诊漏诊率升高，增加了肺结核防治的难度。

“因肺结核临床表现常常不典型，误诊漏诊并非个案。”重庆医科大学附属第一医院副主任医师李一诗告诉记者，曾有一位“支气管哮喘”患者，长期吸入

治疗效果欠佳，最终因左全肺不张来医院就诊，才被医生最终诊断为支气管结核。“患者被诊断为肺结核后，前往定点医院就诊，但大部分地区尤其是基层地区的结核病定点医院是肺结核的专科医院，对其他疾病以及肺结核并发症的处置能力较差。”瞿黎明指出，部分肺结核并发症治疗需要使用介入或者外科治疗等手段，但大部分专科医院无法处理，患者还需再次转入综合医院治疗，辗转求医不仅增加了疾病治疗的负担，患者也容易在多次转院后失访、放弃治疗。

“目前在三甲综合医院的呼吸科，不仅不能对有传染性的结核进行治疗，即便患者是结核性胸膜炎这类基本无传染性的结核都不能给予患者积极的介入和使用药物治疗，导致部分患者延迟治疗，产生胸膜粘连等后遗症。”昆明理工大学附属安宁市第一人民医院呼吸与危重症医学科主任何剑表示，在呼吸与危重症医学科规范化建设中，应要求呼吸医师有一定治疗结核的能力。但在非定点医院的呼吸医师最多只能诊断，不能治疗，呼吸介入等先进技术，在结核诊断和治疗中无用武之地；基层医院负责结核防治的医师往往缺乏影像学、微生物学、支气管镜技术一体化评估的理念，学科间合作壁垒的存在，增加了肺结核防治的难度。



挑战一

尽管我国结核患病人数明显下降，但耐药结核患者的比例明显增加，治疗难度大、治疗周期长、治疗费用高等问题都影响着耐药结核的治愈率。目前，耐药结核病患者约占我国结核患者的8%。根据WHO数据，2019年中国约有6.5万新发耐药结核病患者，在30个耐药结核病高负担国家中也居全球第二位，其中，真正纳入医院治疗和管理范围的仅1万人左右。

“耐药结核治疗费用更高，治疗周期更长。”瞿黎明介绍，一般结核病患者治疗需要6~8个月，耐药结核患者疗程长达18~24个月，漫长的治疗过程加剧了患者的经济负担，影响了患者的依从性，不少患者中途停药。

《4099例耐药多药结核患者的失访情况分析》一文指出，近两成耐药结核患者失访，连续2个月或更长时间的随访失访是导致耐药结核治疗成功率低的重要原因。而在国内，结核病患者失访率则更高，在部分论文中，耐药结核患者的失访率可超过三成，农村、中老年耐药结核患者失访率则会更高。

全球范围内，耐药结核治疗成功率约为56%，我国仅为50%左右，“也就是说有将近一半的耐药结核患者不能被治愈，不能被治愈的患者又会成为耐药结核的传染源。”王璞说，加之结核诊疗与呼吸学科剥离，一定程度错失了早诊的机会，很多耐药结核患者没有被早期发现。

出路

前面李一诗提到的被长期误诊的患者很幸运，在呼吸介入的帮助下及抗结核治疗的作用下，左肺成功复张。李一诗表示，还很多患者因支气管结核发现的太晚，无法复张，最终致残致死。

呼吸介入在结核病诊断和治疗中都有重要价值，李一诗指出，传统结核诊断主要依靠症状、体征、影像学检查以及被动等待患者排出的痰液进行病原学的检查，介入治疗可通过呼吸内镜、经皮穿刺等手段精准高效地获取病理学标本，大大提高诊断效率。

“基于综合医院呼吸科强大的气道疾病综合诊疗能力，呼吸道传染病诊疗应在法规上强化呼吸与危重症医学科的作用和使命。”何剑指出，应该要求呼吸科积极参与到肺结核的首诊和初始治疗，有条件的

挑战二

目前结核诊治的医疗机构少、床位有限、应对能力不足。2020年综合医疗机构共有20133个，2020年结核相关医疗机构共有329个，仅占综合医院的1.6%。在部分定点医院中，肺结核患者由感染科收治，但有些医院的感染科甚至连自己的病房都没有，对于重症肺结核患者的治疗束手无策，即便是有病房的感染科，也无法收治数额庞大的肺结核患者，大多时候是患者确诊了，就可以回家自行服药。复旦大学附属华山医院感染科主任张文宏曾在公开活动中表示，大部分医院结核涂片阳性的患者治疗不到转阴就出院了，这就是中国结核病没有得到有效控制的原因之一。上海某医院感染科医生告诉记者，由于绩效考核、床位等原因医院很难让患者住到转阴，尽管无论轻重症的结核患者都有传染性，让其回家治疗会增加社区传播的风险。

2021年四川省卫健委在回复《关于加强控制开放性肺结核患者集中隔离管理的提案》中表示，尽管住院治疗可以保障结核病患者得到有效的治疗和休息，集中治疗的方式也很好的限制了患者作为传染源的社会活动，阻断了对家属和其他接触者的感染，但我国现行法规无对活动期结核病患者进行限制活动的强制措施，没有明确规定如何隔离结核病患者，以及在其传染性未消除以前如何规范其个人行为并采取相应的有针对性的管理措施，所以集中隔离开放性肺结核患者较难实现。

发挥呼吸专科和综合医院在肺结核诊治中的优势

情况下，呼吸科也应建立相对独立的感染隔离病房。

中国工程院副院长、北京协和医学院校长王辰曾多次指出，呼吸与结核防治本出自同门，应大力推动结核病防治与呼吸学科的历史性回归，综合医院要依法申报结核病定点医院资格，包括硬件设施、人才队伍、管理体系，还要与社区医疗机构在结核诊疗上对接，使结核患者充分享受公共卫生服务，部分胸科医院也可考虑向呼吸病医院转型。王辰强调，如能充分发挥综合医院在结核防治中的优势，结核防治体系与力量将获得极大加强。

“结核病是多系统疾病，综合医院开展诊治具有独特的诊疗优势。”王璞认为，尤其是面对疑难重症的结核病，综合医院在确诊、治疗、随访阶段都可以发挥作用。在综合医

院确诊及治疗可减少转诊花费的时间，一定程度上降低了结核患者失访的概率，减少了延误就诊的时间。

“从非典、甲流，再到如今的新冠、支原体，呼吸学科在呼吸系统传染病的救治中，起到了中流砥柱的作用，同时也积累了丰富的经验，呼吸系统传染病的防治应与时俱进，充分发挥呼吸与危重症医学科的优势，让更多结核病患者在早期得到及时有效的诊治，为‘终结结核’这一终极目标共同努力。”瞿黎明最后说。



扫一扫
关联阅读全文