## 急性呼吸窘迫综合征2023年新诊断标准焦点争鸣

# 早期识别和治疗ARDS：路在何方？

**医师报讯**（融媒体记者 **裘佳**）急性呼吸窘迫综合征（ARDS）是重症患者的重大难题，重症患病率接近10%。我国每年ARDS新发病例110万，病死率居高不下，每年死亡约37万，病死率40%，30%~40%遗留行为能力障碍，6年后仅50%患者恢复原有工作。

2023年《急性呼吸窘迫综合征的全球新定义》《2023 ESICM指南：急性呼吸窘迫综合征的定义，表型和呼吸支持策略》为ARDS带来新定义和诊断标准。新的定义和诊断标准有哪些变化？对临床ARDS诊断带来哪些价值？新诊断标准中强调的临床表型对临床有什么样的指导意义？日前，在第十四届中国医师协会重症医学医师分会年会上，邱海波教授、杜斌教授、王岗教授、张丽娜教授就ARDS新诊断标准展开了激烈辩论。

正方

## 邱海波 ARDS诊断标准是时候有所改变

**中国医师协会重症医学医师分会候任会长、东南大学附属中大医院邱海波教授**介绍，2020年的一项关于全球呼吸衰竭的调查显示，ARDS有2/3患者被延误诊断或未被诊断，从轻中重ARDS来看，分别仅50%、65%和78%被诊断。既往ARDS的诊断标准体系体现出的问题是影响了ARDS的及时诊断，更无从说起及时治疗。现有的ARDS诊断标准体系沿袭的是2012年的柏林标准，或许是时候有所改变。

新标准首先在诊断概念上做了改变。弥漫性肺泡损伤（DAD）不再作为必要条件，更多的是将ARDS病理生理纳入其中，如强调分流增加、死腔增加和适应性下降这些基本的病理生理特征，并明确提出这是一个临床问题，受临床治疗，包括体位、液体管理、镇痛镇静、肌松等影响。从概念上反映了过去10年对ARDS病理生理、临床上认识的进步。

PEEP是临床上特别关注的问题，邱教授认为，没有PEEP的确可能让一些患者过度诊断，但如果使用HFNO时氧流量≥30 L/min或NIV/CPAP呼吸压力5 cm $H_2O$可以早期诊断、早期插管，也许患者结局是好的，这是临床医生愿意看到的。

既往认为，ARDS的诊断一定要查血气氧合指数，但血气氧分压不易获得，氧饱和度更易获得。在多个研究支持下，新诊断标准提出，$SpO_2$≤97%情况下，可以不查血气，用$SpO_2/FiO_2$≤315 mmHg来替代。

影像学方面，对于肺部斑片状影可用CT或X线，而新的诊断标准提出，其实也可以有经验的医生用超声评价来帮助确定，这在新冠期间条件有限的国家和地区都有相关实践以及研究论证。

在资源有限的情况下，既没血气，也没有高流量，也没有PEEP，$SpO_2/FiO_2$≤315 mmHg（$SpO_2$≤97%），也能帮助早期诊断、早期治疗。邱教授认为，这样的诊断标准提出与医生的使命，即早期识别患者、早期治疗来改善患者结局的初心是一致的。

焦点1 新诊断标准临床价值如何？

反方

## 杜斌 最大的问题仍在于用治疗手段去诊断疾病

**对于新的诊断标准，中国医师协会重症医学医师分会会长、北京协和医院杜斌教授**抛出了两个疑问：诊断ARDS真那么重要吗？诊断ARDS后有什么特殊治疗手段或药物吗？杜教授认为，答案是没有。不管是不是ARDS，只要上了呼吸机，都是保护性通气策略。而从1994年的诊断标准到2012年的柏林定义，确实在诊断方面有一些变化，但都缺乏特异性诊断，没有一个检查阳性就能判断是ARDS还是临床综合征的存在。

诊断到底要不要引入PEEP也是一个争议焦点。1994年的诊断标准并没有PEEP要求，因为每个ARDS患者对PEEP的反应不同，依赖于PEEP水平的高低及时间。

目前纠结的点在于考虑氧合时是否需要PEEP，事实靠无创通气也能找出疾病严重程度差不多的人群。此外，PEEP为什么是5？有研究对诊断ARDS后24 h，给10个PEEP，看其氧合指数，发现一部分人不再符合所谓ARDS诊断标准，氧合指数都大于300，病死率只有12%，其实这部分人不是你真正感兴趣的ARDS患者，那PEEP不就变成了10吗？

新冠肺炎的确有很多研究提示和传统氧疗相比，高流量氧疗更好。但有研究提示，高流量氧疗能维持的人群其实是轻症，不是真正意义上的ARDS，所以把这部分纳入是有问题的。同时高流量氧疗纳入新的诊断标准，并不解决问题。在历史上有用治疗手段诊断疾病的，如呼吸功能衰竭的前提必须机械通气要超过三天，但没呼吸机就没有呼吸衰竭？风湿性多肌痛此前也有把激素治疗反应放在诊断标准中，后因剂量、疗程、评价时间等无法统一而废止了该标准。ARDS是否也如此，用治疗手段诊断一个疾病必须满足两个前提：所有人都有同样机会接受治疗；所有医生应用治疗时，意见一致，显然ARDS的这两个前提都不满足。

因此，杜教授认为这些年确实有进展，但新提出的诊断标准最大的问题还是在于去用一个治疗手段去诊断一个疾病，有非常大的局限性。

VS

正方

## 王岗 炎症、凝血变化等可作为ARDS表型探索方向

针对ARDS的临床表型也是大家非常关注的内容。**西安交通大学第二附属医院王岗教授**团队近年来开展了很多包括新冠和流感等的炎症、凝血全时长监测，发现确实存在炎症表达程度、凝血表达程度的不同。每个人的粒细胞量激活后产生的弹性蛋白等的量完全不同，所带来的肺泡上皮、血管内皮的损伤，血液内凝固系统的激活程度都不一样。因此，王教授认为ARDS表型是应该存在的。

2023年欧洲指南没有把表型放到治疗里，美国最新指南里还是根据严重程度来分。但可以看到，对于一个肺外型、间接性或影像学相对弥漫性的病变，基本以血管炎症反应为主；对于肺内型和直接型ARDS，相对更局限一些。到底该用哪些指标去判断高炎症反应和低炎症反应有待进一步研究。ARDS的病理生理本质就是炎症反应过度，之后炎症风暴，机体出现免疫血栓，目前在COVID-19救治中可以看到不用严重程度在血栓、血管病变的差异。

提出ARDS表型的同时，有研究也提出了关于表型的局限性。2023年的两个指南，虽然有一个稍微提及表型，但未明确提出通过表型去指导治疗。王教授表示，确实ARDS表型在临床应用过程中还有一段路要走，其团队已针对不同表型在相关流程的应用进行探索，希望在长期的观察后能发现一些有获益的证据，为临床提供指导。

焦点2 ARDS临床表型的价值

反方

## 张丽娜 ARDS表型指导临床诊疗为时过早

**中南大学湘雅医院张丽娜教授**表示，作为临床医生，希望临床问题简单化，确实基层医院需要很多临床指标去确诊ARDS，但其实今天讨论ARDS的临床表型为时过早。

关注一个疾病治疗整体性和全面性一直都是重症医学强调的整体观和平衡观，去找患者在重症状态下的稳态调节点。患者的病理生理变化有非常多的因素决定，2023年新定义第一次提及ARDS表型，是希望利用更多数据来识别异质群体中更同质的亚群，为精准干预的试验开辟道路，并可能确定ARDS的更特异性疗法。但这样的初衷目前仍难以实现。

ARDS的临床表型主要分为病因学表型、生物学表型、影像学表型、生理学表型4大类。但目前没有能力把所有的表型整合在一起，而单一的表型很难反映出整体救治思路，无法做出最佳治疗策略。

2023年欧洲指南显示COVID-19导致的急性呼吸衰竭和其他原因的急性呼衰没有差别，不管潮气量的选择、呼吸膜增压的选择、肺复张的选择，都是在既有干预策略下进行。因此从病因亚表型，不能改变临床干预策略。

从生物学亚表型角度来看，目前并没有针对ARDS的特异性生物标志物，而患者病因不同、遗传学背景不同、启动不同的炎症和免疫应答机制，也决定了不可能有一个统一的炎症标志物，同时这种表型的稳定性也不好，随着疾病进展和治疗手段干预后，会随时发生转化。

影像学亚表型常会区分局灶性还是广泛性病变，决定临床怎么选择PEEP，要不要做肺复张，要不要及什么时候俯卧位通气，但影像学往往有主观性。

总的来说，目前我们所分出的表型其临床可复制性很差，落地性更差，还停留在很多单中心研究层面。

听医生说话 为医生说话
说医生的话 做医生的贴心人 医师自己的报纸！