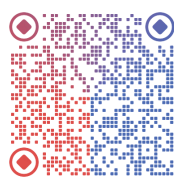


《综合医疗机构肺结核早期发现临床实践指南》要点解读 优化结核早诊实践指导

▲清华大学附属北京清华长庚医院感染性疾病科 林明贵

结核病仍是我国临床常见疾病,特别是肺结核,因其症状如常见的咳嗽、咯痰、发热及患者就诊习惯等原因,首诊患者往往在综合医院。据一项针对病原学阳性肺结核患者的多中心回顾性队列研究显示,87%的肺结核患者首诊机构为综合医院,从就诊到确诊的中位时间为20 d,57.3%的患者存在诊断延迟,首次就诊到诊断超过14 d。诊断延迟不仅造成患者个体的疾病进展和治疗困难,且导致结核病在群体层面的持续传播。

日前,国家呼吸内科医疗质量控制中心、中华医学会结核病学分会、中国防痨协会结核病控制专业分会、中日友好医院共同组织相关专家,制定了《综合医疗机构肺结核早期发现临床实践指南》,该指南最精华的部分即肺结核早期发现的目标人群及筛查方式,其推荐意见所覆盖的主要人群包括肺结核可疑症状者、胸部影像学提示疑似肺结核患者、免疫学检测提示结核分枝杆菌感染者、不明原因发热患者、病因不明的胸腔积液患者和肺结核重点人群。



关联阅读全文
扫一扫



主编: 俞云松 刘又宁

执行主编:

陈佰义 陈良安 管向东

胡必杰 黄晓军 邱海波

王明贵 吴德沛 徐英春

本期轮值主编: 常德

编委:

解立新 杜小幸 余丹阳

陈静静 崔兰卿 刁孟元

耿晓霞 刘斌 石威

孙于谦 徐小勇 薛明

袁红霞 张樱

指南要点

1 对有肺结核可疑症状的15岁及以上人群,行胸部影像学检查,若存在与肺结核相符的异常表现,推荐结核分枝杆菌病原学检测,优先推荐结核分枝杆菌分子生物学检测技术。对15岁以下人群,建议行结核分枝杆菌病原学检测和免疫学检测。若病原学检测阴性但免疫学检测阳性,行胸部影像学检查。若难以获得合格的痰标本,可采集胃液或粪便标本进行检测。

2 当胸部影像学提示疑似肺结核时,对于15岁及以上人群,要询问肺结核可疑症状,并进行病原学检测,若病原学检测结果阳性,则可确认为肺结核病例;若有肺结核可疑症状,但病原学检测结果阴性,则为临床诊断肺结核病例,其他情况需进一步鉴别诊断。对于15岁以下人群,要询问肺结核可疑症状,建议行病原学检测和免疫学检测;若病原学检测阳性,则可确诊为肺结核病例;若具有可疑症状且免疫学阳性,但病原学检测阴性,则为临床诊断肺结核病例;若无可疑症状且免疫学阳性,但病原学检测阴性,则为临床诊断肺结核病例;若无可疑症状,且病原学和免疫学检测均为阴性,则可暂排除肺结核,其他情况需进一步鉴别诊断。

3 对免疫学检测提示结核分枝杆菌感染者,对肺结核可疑症状者、胸部影像学提示疑似肺结核患者,可参照推荐上述肺结核可疑症状者方法开展后续检查。

4 结核感染免疫学检测阳性时,如胸部影像检查排除活动性肺结核可能,且没有肺外结核病相关临床表现,可诊断为潜伏性结核感染,据患者近期暴露及免疫受损情况判定是否给予预防性抗结核治疗。通常无需重复免疫学检测,亦不建议通过复查免疫学检测判定治疗效果。

5 对不明原因发热患者推荐行结核感染免疫学检测和结核菌病原学检测。对结核感染免疫学检测阳性者,应积极寻找肺结核或肺外结核病灶,以获取相应部位临床标本或组织标本进行病原学检测和(或)病理检查。结核感染免疫学检测阴性者,若不存在高龄、低体重指数、营养不良、免疫抑制状态等导致假阴性的临床情况,可基本排除结核病可能。

6 疑似结核性胸膜炎患者的胸腔积液在常规检查同时,推荐开展结核分枝杆菌病原学检测。胸腔积液结核分枝杆菌病原学检测阴性或无法获得时,推荐使用腺苷脱氨酶(ADA)诊断结核性胸膜炎。淋巴细胞为主的渗出性胸腔积液且ADA 40 U/L可诊断结核性胸膜炎,但要除外可引起ADA增高的其他临床疾病。对诊断困难的疑似结核性胸膜炎患者,推荐进行胸膜活检术。

7 对HIV感染者/AIDS患者、非HIV免疫抑制人群、终末期肾脏病患者和矽肺患者等肺结核重点人群推荐结核分枝杆菌感染和结核病筛查,包括结核病症状、胸部影像学、免疫学检测。对诊断为结核潜伏感染者行结核病预防性治疗。随访时需注意症状筛查,无症状者推荐每年一次胸部影像学检查,如存在肺结核可疑症状或影像学不能排除肺结核,可参照推荐上述肺结核可疑症状者方法开展后续检查。

8 对肺结核患者密切接触者推荐开展结核分枝杆菌感染和结核病筛查。对诊断为结核潜伏感染者进行结核病预防性治疗。在肺结核患者确诊的第6、12和24个月,对其密切接触者进行结核病症状筛查和胸部影像学检查。

9 糖尿病患者首诊时推荐行结核病症状筛查和胸部影像学检查,随访时需注意症状筛查,对无症状者推荐每年进行一次胸部影像学检查,如存在肺结核可疑症状或影像学不能排除肺结核,可参照推荐上述肺结核可疑症状者方法开展后续检查。

移植肾衰竭后播散性隐球菌病1例

▲锦州医科大学附属第一医院感染性疾病科 袁红霞

病例简介

男性,52岁,因“间断发热伴头皮疱疹、四肢皮肤红肿3个月”于2021年9月27日入院。患者3个月前无诱因出现发热,初测体温37.3℃,发热逐渐加重,最高40.0℃,伴头痛,头晕,腹泻,食欲减退,伴左头皮疱疹,左小腿皮肤红肿,考虑“带状疱疹”,予阿昔洛韦、更昔洛韦抗病毒治疗,左头皮疱疹结痂,但仍反复发热,头晕、腹泻无缓解,左小腿皮肤红肿无好转,送检血培养新型隐球菌生长,予氟康唑400 mg, qd 静点,体温恢复正常,左小腿皮肤红肿好转并逐渐消失。出院后继续予氟康唑400 mg, qd 静点24 d,左小腿皮肤再次红肿,伴右手手背肿胀,右上肢、左大腿新发皮肤红肿、硬结(图A-C)。

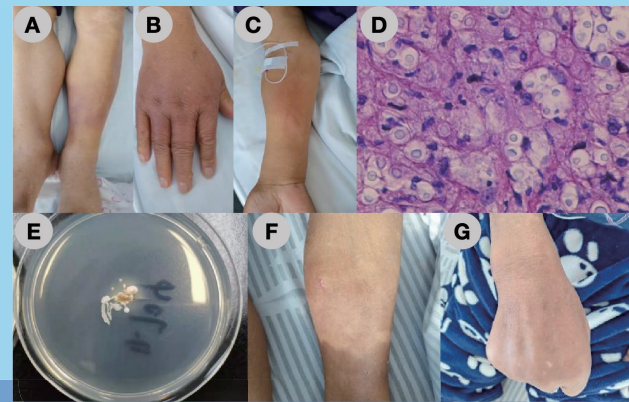
皮肤病理:左大腿股部炎症改变,可见真菌菌体(图D);左小腿股部慢性炎症,纤维组织增生玻变,伴淋巴细胞、上皮样细胞及嗜酸性粒细胞浸润,可见少量真菌孢子;皮肤组织块真菌培养:新型隐球菌生长(图E)。PAS染色和六胺银染色:阳性。肺CT:双肺少许炎症及条索影。

再次入院治疗,继续予

氟康唑400 mg, qd 静点,联合阿莫西林克拉维酸钾1.2 g, qd 静点10 d,病情无好转。将阿莫西林克拉维酸钾调整为青霉素400万单位q8h静点6 d,患者无发热,但皮肤受累范围逐渐增大。结合患者既往慢性肾功能不全尿毒症期10年,肾移植术后8年,长期应用免疫抑制剂,血培养曾报新型隐球菌生长,考虑新型隐球菌播散可能,将氟康唑调整为600 mg, qd 静点,用药期间患者皮肤无进展,局部硬结质地变软。患者皮肤组织块真菌培养新型隐球菌生长,结合皮肤病理、PAS染色及六胺银染色结果,考虑患者“新型隐球菌血流感染、皮肤新型隐球菌病”诊断明确,基于患者肾脏基础疾病,氟康唑600 mg 应用2周后,予氟康唑400 mg, qd 静点,20 d后患者皮肤病灶消失(图F-G),出院后氟康唑400 mg, qd 口服至2个月,氟康唑200 mg, qd 口服,总疗程1年。停药后随访15个月,患者无不适,规律血液透析中。



关联阅读全文
扫一扫



病例分析

隐球菌病是一种侵袭性真菌感染,主要侵犯中枢神经系统和肺脏,也可以原发或继发于皮肤、黏膜、淋巴结、骨骼、眼部等器官或组织,病情呈亚急性或慢性。多见于免疫缺陷、恶性肿瘤、糖尿病、器官移植或长期使用免疫抑制剂的患者。

播散性隐球菌感染更易发生在免疫抑制的宿主中。皮肤是播散性隐球菌感染中除中枢神经系统外的最好发部位,主要表现为各种皮损,约10%~15%的隐球菌病可有皮肤黏膜受累。皮损可见于颜面、头皮、颈、躯干和四肢,表现多样、无特异性,最常见的为传染性软疣样带有脐凹的损害,其他还包括丘疹、水疱、脓疱、

疮痍样脓疱、皮下组织肿块、浸润性结节、脓肿、蜂窝织炎、水痘样皮疹、疖肿样损害、紫斑、疣状增殖或溃疡。

播散性隐球菌病的治疗原则,分为诱导治疗、巩固治疗和维持治疗。诱导期首选两性霉素B联合氟胞嘧啶,疗程至少4周;巩固治疗建议使用氟康唑400 mg/d,8周,之后建议使用氟康唑200 mg/d维持治疗6~12个月。

通过本例患者的治疗,我们发现隐球菌感染,尤其是播散性隐球菌感染治疗疗程较长,对于有严重基础疾病的患者,特别是有免疫功能受损的患者,需结合临床症状、体征消失等制定个体化的方案及疗程。