

指南解读

ATS2025 社区获得性肺炎指南更新

▲复旦大学附属华东医院 张盼盼 同济大学附属同济医院 徐金富

7月18日,美国胸科学会(ATS)在《美国呼吸与危重症医学杂志》上发布了最新更新的社区获得性肺炎(CAP)诊治临床实践指南,此次更新距上一次的ATS/美国感染病学会(IDSA)指南发布已经过去了6年。此次更新同样是依据近年来的临床循证医学数据的发表,同样按照GRADE进行评价和推荐。比较创新性的是本次更新主要围绕了4个重要的临床问题进行展开,而非翻修CAP指南的全部章节。中日友好医院曹彬教授为本次更新的作者之一,也是唯一的中国作者。《医师报》特邀复旦大学附属华东医院张盼盼、同济大学附属同济医院徐金富教授围绕本次更新重点展开解读。

四大核心推荐

肺超声(LUS)可作为胸片的可接受替代 在具备相应专业能力的中心,LUS可作为胸片的可接受替代(条件性推荐,低质量证据;13/15票)。证据主要来自间接人群、准确性研究一致性差;操作者技能、标准化流程与记录是关键。当胸片不可及(设备、费用、辐射顾虑),或胸片阴性而高度怀疑肺炎、CT受限时,LUS提供价值;但若需全面评估全肺或鉴别其他病变,仍需影像学证据。

病毒阳性时是否经验性用抗生素 门诊无合并症患者,建议不常规给抗生素(条件性,极低质量证据;14/15票)。门诊有合并症/住院(非重症/重症)患者,建议给予经验性抗生素(均为条件性,极低质量证据)。住院患者应每日评估临床稳定性与微生物学结果,尽早减停抗生素。

抗生素疗程更短、更个体化 门诊和非重症住院且已达临床稳定:疗程<5d(最短3d)优于≥5d(条件性,低质量证据)。重症住院患者仍建议≥5d(强推荐,低质量证据)此前,

2007与2019ATS/IDSA建议达到稳定后总疗程不超过5d;新指南进一步缩短至<5d(强调有效疗程)。值得注意的是超过半数住院非重症患者不适合短疗程;需每日评估、综合考虑病原体(如金葡、铜绿、军团菌等)、并发症与基础肺病。

非重症禁用糖皮质激素,重症可用 非重症住院者强烈不建议系统性激素(强推荐,低质量证据;16/16票)。重症住院者条件性建议使用(低质量证据;15/16票),不包括流感肺炎。

缩短抗菌药物应用周期

指南的微量更新模式此次仅围绕4个问题做微量更新,而非翻修全部章节。这种微更新策略可更快反映证据变化,同时也意味着许多问题仍需参考2019版。从覆盖一切到精准停用病毒阳性不一定上抗生素以及3d即可停药,体现出抗菌药物管理理念的深化。

LUS走向标准化还需要什么?LUS进入指南不是普及令,而是有能力的医疗中心可选项。重点在于建立标准流程,防止误诊与医疗纠纷。

与既往ATS/IDSA指南的对比

领域	2007 & 2019 ATS/IDSA	2025 ATS 更新	关键差异点
影像诊断	标准: 胸片确认肺炎炎症	LUS可作为可接受替代(条件性)	引入LUS进指南
病毒阳性抗生素	2019: 流感阳性亦常规先给抗生素	门诊无合并症患者建议不常规用	更强调抗菌药物管理与风险平衡
抗生素疗程	稳定后 ≤ 5 d	稳定后 <5 d(最短3d)	进一步缩短,强调有效疗程
糖皮质激素	非重症不推荐;重症证据不足/谨慎	非重症强烈不推荐;重症条件性推荐(除流感)	明确重症可用(除流感),非重症更坚决不用



钟南山院士

“在咳嗽论坛的推动下,专家们共同书写了咳嗽诊疗与研究的中国答案。共同见证了中国慢性咳嗽病因分布临床研究的开展、变应性咳嗽与难治性慢性咳嗽概念的提出、气道神经生理基础研究的突破,撰写了《咳嗽的诊断与治疗指南》《咳嗽基层诊疗与管理指南》,也参与了美国胸科医师学会、欧洲呼吸学会国际咳嗽指南的制定,更迎来了中国咳嗽指南推广万里行全国巡讲活动的累累硕果。”钟南山院士在致辞中表示,中国咳嗽成绩与挑战并存,我国仍有约1/3的慢性咳

专家观点



赖克方教授

在第十八届咳嗽论坛上,赖克方教授指出,慢性咳嗽不仅是多种疾病的共同表现,也是一类以咳嗽高敏感性为核心机制的疾病实体。在病因学、机制学、诊断路径和治疗策略日趋完善的背景下,应推动慢性咳嗽由“症状”向“疾病”的全新转变和规范管理。

应将慢性咳嗽视为疾病

现代医学将咳嗽按持续时间分为急性(<3周)、亚急性(3~8周)与慢性(>8周)三种类型,将以咳嗽为惟一或主要症状且无明显X线胸片异常者定义为慢性咳嗽。导致慢性咳嗽的病因包括:咳嗽变异性哮喘、上气道咳嗽综合征、胃食管反流、嗜酸性气道炎症以及非哮喘性嗜酸性支气管炎。这五

第十八届咳嗽论坛在哈尔滨召开

钟南山为破咳嗽诊疗困境支招

医师报讯(融媒体记者 刘则伯)7月25~26日第十八届咳嗽论坛暨第十九届慢性咳嗽与疑难少见病学习班于哈尔滨召开。广州医科大学附属第一医院、国家呼吸系统疾病临床医学研究中心主任钟南山院士指出,慢性咳嗽不仅是一种症状,而是一种特殊的疾病形式,且不只是呼吸系统的警报,需要以多维视角重新认识咳嗽;而且既要

以“精准”理念深耕,也要把咳嗽规范化诊疗的概念下沉到县域、社区。哈尔滨医科大学副校长张明宇教授、哈尔滨医科大学附属第一医院党委书记李悦教授、广州医科大学附属第一医院赖克方教授出席开幕式并致辞。

嗽患者奔波于多家医院而得不到明确诊断,难治性咳嗽的临床路径尚待细化,基层医生对“咳嗽指南”的知晓率仍有差距,咳嗽相关的公众科普、早筛早诊体系尚未完善。

在致辞中,钟南山院士为“中国咳嗽之困”提出了三点思考与展望:

第一,从多维视角重新认识咳嗽。咳嗽不只是呼吸系统的报警器,也可能由于耳鼻喉、至心血管甚至先天因素导致的。越来越多的研究证实,慢性咳嗽不仅是一个症状,而是以咳嗽高敏感为病理基础的特殊疾病形式。希望

未来各个学科能够打破疾病的限制,在多学科诊疗的模式下,推动咳嗽亚专科标准化建设。

第二,以精准理念深耕咳嗽治疗领域。近些年,团队在咳嗽高敏感的神经机制、靶向干预以及生物标志物的治疗方面取得了一定研究进展,未来,要加强咳嗽监测频率工具研发,为慢性咳嗽的客观正确评估提供有力手段。此外,还要联合基础和临床的专家建立全国多中心多维度的咳嗽的表型基因型环境数据库,深入的了解慢性咳嗽的发病机制,为慢性咳嗽的治疗提供新的

方向。

第三,以基层为重点夯实咳嗽治疗防线。优质资源的下沉不仅是技术的下沉,更是诊疗理念的下沉,未来期待能借助5G以及人工智能辅助决策系统和基层呼吸规范化培训项目,把咳嗽规范化诊疗的理念下沉的县域社区,让每一位咳嗽患者都能在最短的时间内,获得科学、可负担的医疗服务。



扫一扫
关联阅读全文

呼吸专栏编委会

名誉主编: 钟南山 王辰

指导专家(按姓氏拼音排序):

白春学 陈良安 陈荣昌
代华平 康健 李为民
林江涛 刘春涛 瞿介明
孙永昌 徐永健 周新
主 编: 曹彬 应颂敏

执行主编(按姓氏拼音排序):

邓朝胜 郭强 侯刚
宋元林 孙加源 熊维宁
徐金富 张静(上海)

编委(按姓氏拼音排序):

班承钧 保鹏涛 常春
陈成 陈湘琦 陈燕
陈颖 陈愉 代冰
董航明 杜丽娟 范晔
冯靖 高丽 高凌云
关伟杰 韩丙超 何勇
何志义 贺航咏 蒋汉梁
揭志军 李春笋 李丹
李锋 李力 李琪
李伟 李园园 李云霞
梁硕 梁志欣 刘波
刘丹 刘崇 刘宏博
刘敬禹 刘琳 刘伟
陆海雯 罗建江 罗壮
马德东 马礼兵 纳建荣
潘殿柱 施熠炜 石林
史菲 苏欣 孙健
唐昊 田欣伦 王东昌
王峰 王虹 王华启
王一民 文文 夏旻
肖奎 谢佳星 谢敏
邢西迁 徐燕 徐瑜
徐月清 杨会珍 杨姣
杨士芳 姚欣 于洪志
喻杰 张国琴 张惠兰
张静(天津) 张一
赵俊 赵帅 周国武
周华 周敏 周庆涛