



第三届京港感染医师论坛于11月14~16日在京举行。3年来,该论坛参与人数已从最初的200多人增至今年的800多人。围绕“感染科医生需要微生物知识”主题,感染科医生和微生物学专家在这一舞台上争相比武:“临床大查房”突破常规,在会场模拟真实临床查房,由住院医师(讲者)分阶段介绍“患者”情况,然后分别向在场的感染科、呼吸科、重症医学科、微生物学科专家发问,递进式展示复杂病例,让与会者如置身真实病房,对“患者”进行会诊,实现多学科协作。

第三届京港感染医师论坛在京举行 感染科医生需要微生物知识

▲本报记者 裘佳 见习记者 王雅萍

耐药背景下的个体化抗感染治疗

目前,全球尚无某个或某种联合用药能经验性控制所有感染,感染致病菌的耐药现状严峻。这就要求医疗工作回归理性,实现经验治疗和个体化治疗统一,提高抗感染水平。

2001年,欧洲危重病会议和国际化疗会议提出了从“猛击策略”到“降阶梯策略”的转变。即对

于重症感染,开始即用广谱抗菌药以覆盖所有可能致病菌,48~72h后根据临床反应和微生物学检查结果,针对性调整抗菌药的使用。

中国医科大学第一医院感染科陈佰义教授表示,正确诊断是正确治疗的前提,其包括鉴别导致发热的病原体类型、慢性咳嗽及黄痰的原因等。经

验性抗感染治疗需具备两种能力:一是评估病原体,熟悉不同感染部位的病原体流行病学情况,进而识别感染性疾病;二是评估耐药性,在熟悉流行病学基础上行个体化评估,判断是否为耐药菌感染。高龄、基础疾病、近期住院、晚发医院感染及近期使用抗菌药等都是耐药菌感染的高危因素。

陈教授表示,喹诺酮在CAP治疗中有重要地位。 β 内酰胺类联合新大环内酯类治疗时,根据感染中是否包含耐药肠杆菌科或铜绿假单胞菌,选择不同的 β 内酰胺类。

对于美国胸科学会2005年发布的医院获得性肺炎初始经验性抗菌药选择流程(图1),陈教授表示,其关于多重耐药的危急性因素,阴性预计值的价值更大,有助于减少不必要广谱抗菌药的使用。

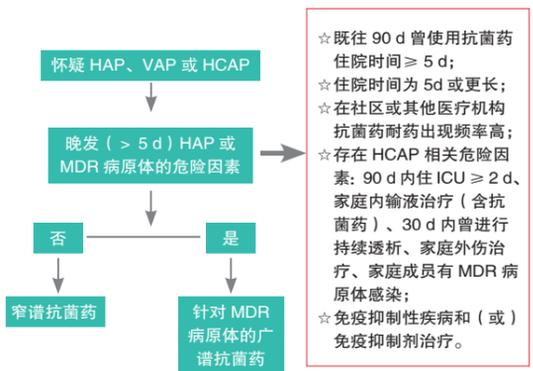


图1 医院获得性肺炎初始经验性抗菌药选择流程

注: HAP: 医院获得性肺炎 VAP: 呼吸机相关性肺炎
 HCAP: 卫生保健相关性肺炎 MDR: 多重耐药

我国成人七成肺炎支原体对大环内酯类耐药

北京朝阳医院感染科曹彬教授介绍,肺炎支原体在各国皆是社区获得性肺炎(CAP)最常见的非典型病原体。

一项对北京2008~2010年呼吸道感染患者分离的309株肺炎支原体分析显示,肺炎支原体对大环内酯类药物耐药率高,近几年甚至达95%以上。而国内外研究均显示,对大环内酯类药物耐药的肺炎支原体感染,将显著延长患者发热时间和抗菌药

使用时间。因此,在社区呼吸道感染经验性治疗中,各国指南均强调应覆盖可能出现的非典型病原体感染。

我国另一项多中心研究共纳入2010年9月至2012年6月的520例CAP成人患者,共分离75株肺炎支原体。其中,60株(80%)对红霉素耐药,54株(72%)对阿奇霉素耐药,6株低至中度红霉素耐药株对阿奇霉素敏感。未发现对喹诺酮及四

环素类耐药株。检测与大环内酯类相关基因突变位点发现,耐药株2063AG(56%)和2064AG(1%)位点发生突变。

曹教授表示,我国大环内酯类耐药率飙升主要源于该类药物的过度应用、医生处方习惯和社会经济因素等。临床遇到疑似支原体感染而大环内酯类治疗无效时,应想到耐药株感染。喹诺酮和四环素类药物是目前尚可信赖的选择。

聚乙二醇干扰素联合利巴韦林可治愈近八成HCV患者

“慢性丙型肝炎(HCV)是可治愈疾病。”北京大学第一医院感染疾病科王贵强教授表示,对HCV行靶点治疗,可有效控制病情进展,甚至停止服药。我国人口基数大,即使是1%~1.9%的发病率,患病人数也可达1000多万。如不干预,30年或更短时间内HCV即可进展为肝癌。

王教授介绍,我国70%~80% HCV患者可通过聚乙二醇干扰素联合利巴韦林(PR)治疗痊愈。其中,

病毒学应答速度可直接影响治疗效果(图2)。目前,基于PR的应答治疗仍是我国最主要治疗策略。

此外,对于PR治疗不耐受、复发、无应答者,王教授指出,可期待直接抗病毒药物(DAA)的临床应用。国外系列研究显示,DAA联合治疗可取代干扰素,甚至不需要利巴韦林,并有望在较短时间内治愈丙型肝炎。但DAA进入中国至少还需3年,且价格昂贵,距我国临床使用尚存一段距离。



王贵强 教授



陈佰义 教授



胡必杰 教授



大会主席 曹彬教授

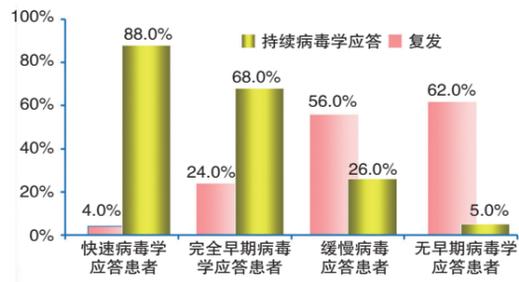


图2 HCV-RNA转阴越慢,持续病毒学应答率越低,发生率越高

科学干预降低医院感染发生

2003年SARS暴发,大批一线医务人员被感染;2014年埃博拉暴发,医务人员被感染情况再次出现。

流行病的大暴发让越来越多的人意识到感染监控和管理的重要性,开始接受并认可这一理念。复旦大学附属中山医院呼吸科胡必杰教授强调,感染监控和管理可有效预防或降低医院感染发生。

胡教授介绍,感染监控和管理的核心在于正确认知、改变行为、预防感染。

想要真正实现感染预防,需从四个方面做起:(1)卫生依从性,包括酒精擦手(比洗手依从性高且比用抗菌产品洗手更有效);(2)预防手术部位感染,包括留置导管时使用最大无菌屏障;利用洗必泰皮肤消毒;避免行股静脉部位穿刺;严格执行手卫生规划;每日评估是否需要继续留置导管,使用抗菌导管;行插管后护理;(3)半卧位执行以降低呼吸相关性肺炎;(4)其他有效干预措施的实施。