



国际舞台上的国际好声音

## 呼吸道感染

## 亚洲 MRSA 院内肺炎诊疗共识发布

▲ 首都医科大学附属北京朝阳医院感染和临床微生物科 曹彬

2014年4月,《临床呼吸杂志》在线发表了由首都医科大学附属北京朝阳医院曹彬教授、新加坡综合医院 Thuan T. Tan 教授等亚洲十余名专家共同完成的“亚洲耐甲氧西林金黄色葡萄球菌院内获得性肺炎诊疗共识”。曹彬教授还是该共识第一作者,代表中国参与其中的还有东南大学附属中大医院邱海波教授。

MRSA 感染具有高发病率和病死率特点。亚洲地区 MRSA

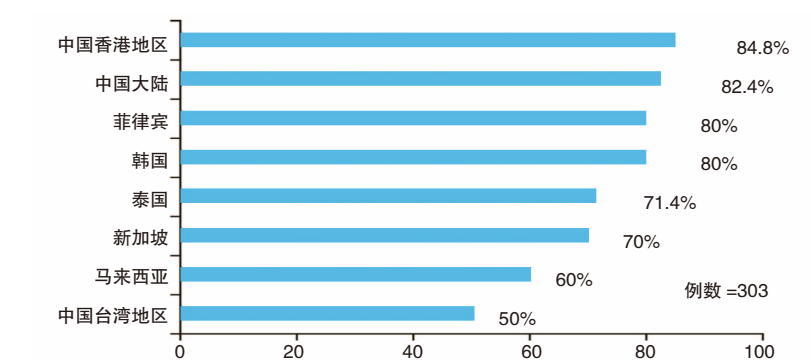


图1 我国耐甲氧西林金黄色葡萄球菌感染占金葡萄菌 80% 以上

感染严重,约占院内肺炎的13%,院内肺炎包括院内获得性肺炎(HAP)、医疗护理相关肺炎、机械通气相关肺炎(VAP),其在亚洲地区病死率达18.7%~40.8%,其中MRSA占金黄色葡萄球菌(金葡萄菌)80%以上(图1)。我国刘又宁教授牵头的教学医院呼

吸和重症监护室(ICU)研究显示,我国院内肺炎中,金葡萄菌感染分别占第二位和第三位。(Clin.Respir.J.2014年4月4日在线版)

## 最新共识共列出 12 条指导临床实践的推荐意见



## 急性呼吸窘迫综合征

## 解惑: ARDS 药物临床试验无一例外失败的原因

▲ 沈阳医学院附属中心医院呼吸与危重症医学科 何晓琳

目前,对于急性呼吸窘迫综合征(ARDS)全球尚无有效药物治疗。近期发表在《新英格兰医学杂志》的又一篇阴性结果,即辛伐他汀治疗 ARDS 的多中心临床试验的文章也让人司空见惯。

药物临床试验全军覆没原因何在?追根溯源,入组患者的选择是根据 ARDS 定义的轻、中、重严重程度?ARDS 病因迥异,是根据致病因素的不同?有可供参考的生物学标志?

Calfee 研究团队综合分

析了一组纳入 100 例 ARDS 及严重脓毒败血症患者的研究及一组纳入 853 例 ARDS 患者的多中心研究。结果发现,在直接因素(肺炎或吸入等)所致 ARDS 患者中肺泡上皮损伤的标志物(表面活性蛋白-D)明显升高、

肺血管内皮损伤的标志物(血管生成素-2)降低;而在间接因素(如肺外脓毒败血症等)所致 ARDS 患者中,检测结果则相反(即血管生成素-2较高、表面活性蛋白-D较低)。(Chest. 2014 年 12 月 11 日在线版)

## 研究价值

该结果为未来 ARDS 药物治疗的临床试验研究选择入组对象提供了重要依据,如角化细胞生长因子的治疗可改善损伤的肺上皮,宜选取直接因素所致 ARDS 患者(表面活性蛋白-D 升高);而他汀类药物则宜选取间接因素所致 ARDS 患者(血管生成素-2 升高),会获益更多。

## 多因素致院内感染诊治难

诸多研究显示,MRSA 定植是发生院内感染的一个重要危险因素。亚洲地区 MRSA 定植率远高于西方国家,院内感染控制与欧美国家存在差距;内科 ICU 的定植也远高于外科 ICU。

此外,北京大学人民医院王辉教授课题组研究显示,多地区出现万古霉素中介的金葡萄菌,我国异质性万古霉素中介

金葡萄菌(hVISA)出现比例高达13%。若金葡萄菌对万古霉素最低抑菌浓度(MIC)不断升高,HAP 的诊治将更加复杂。相对于 MIC 值 < 1.5 ug/ml,万古霉素的 MIC ≥ 1.5 ug/ml 时与 MRSA 感染病死率显著相关;相对于 MIC = 1.5 ug/ml,万古霉素的 MIC ≥ 2 ug/ml 时,应用万古霉素治疗失败的风险则更大。

## 重视痰涂片和革兰染色诊断价值

MRSA 肺炎的早诊至关重要。HAP 和 VAP 诊断一般以临床诊断为主,患者有脓痰、新出现的浸润等、且在首次应用抗生素前,尽可能留痰涂片或半定量培养,以获得更好的病原学结果,但不强求定量培养或纤镜灌洗。同时,由于亚洲地区经济条件的限制,共识强调痰涂片和革兰染色对 MRSA 的诊断价值。患者有发热、积液,尽可能留取进行培养。对于有条件的 ICU,不反对支气管灌洗液等的应用。

确诊 MRSA 需血培养阳性及下呼吸道标本培养阳性;

疑似 MRSA 肺炎可查看定量培养结果,气管吸出物 MRSA 培养阳性,且菌落 ≥ 10<sup>5</sup> CFU/ml,支气管灌洗液 ≥ 10<sup>4</sup> CFU/ml;防污染毛刷 ≥ 10<sup>3</sup> CFU/ml;血培养结果与气道吸出物结果不一致,但菌血症无其他来源依据则均为疑似感染。

获得微生物学诊断前,对有 MRSA 感染风险者,共识建议积极的经验性抗 MRSA 治疗。风险因素包括本次入院存在 MRSA 定植、既往 MRSA 感染或定植史、既往广谱抗革兰阴性菌治疗无效、入住 MRSA 高发 ICU、革兰阳性球菌革兰染色阳性。

## 利奈唑胺可为万古霉素治疗失败风险患者的首选药物

在 MRSA 院内肺炎诊疗中,可将万古霉素治疗失败的可能因素作为药物选择分界点,即对年龄 ≥ 65 岁、肾功能不全或正在使用肾毒性药物、万古霉素 MIC

值 ≥ 1.5 mg/L 或 VISA/hVISA 者,均应首选利奈唑胺。经验治疗同时应关注治疗方案的调整。内科 ICU 还应关注 MRSA 风险因素的去除,去定植是共识推荐预防 MRSA 肺炎的策略。