

呼吸重症感染专场

ICU 侵袭性肺曲霉病
诊断标准亟待制定

▲ 南京军区总医院呼吸与危重病科 赵蓓蕾

ICU 患者中侵袭性肺曲霉病（IPA）的发病率约为 0.017%~6.9%，病死率高达 46%~95%。ICU 患者中 IPA 的临床与影像学表现不典型，诊断更加困难。

根据欧洲癌症研究和治疗组织/真菌病研究组（EORTC/MSG）侵袭性真菌病及 IPA 诊断标准，IPA 的诊断有确诊、临床诊断和拟诊三个级别。诊断依据包括宿主因素、临床特征（主要是胸部 CT 表现）和微生物学/病理学证据。这一诊断标准用于 ICU 患者存在较多问题，例如深部组织取材困难，难以确

诊；宿主因素不同于血液系统恶性肿瘤和其他严重免疫缺陷患者；胸部 CT 表现较少出现晕轮征、空气新月征等具有一定特征性的征象。因此，在 ICU 患者中采用 EORTC/MSG 诊断标准易造成漏诊、误诊，以及延误诊断 IPA 等问题，亟待制定符合 ICU 患者特点的诊断标准。

IPA 有急性（血管）侵袭型、气道侵袭型和慢性坏死型等多种临床类型，可能还存在一些尚未被认知的临床类型。ICU 患者可发生各种类型的 IPA，仔细评估临床与影像学资料，

有助于鉴别诊断。

胸部 CT 还有助于观察疗效、判断预后，CT 血管造影对诊断血管侵袭型肺曲霉病有一定作用。血培养对 IPA 的诊断价值极小。ICU 机械通气患者呼吸道标本中曲霉检出率约 1%~2%，其中定植比例高达 60%~80%。曲霉呼吸道感染与定植的区分非常困难，主要应根据临床与影像学特征并结合宿主因素来综合评估，无宿主因素不应作为排除 IPA 的依据。ICU 患者中支气管肺泡灌洗液 GM 检测对 IPA 的诊断价值优于血清 GM 检测。

IgG4 相关性肺病不罕见

▲ 中南大学湘雅医院呼吸与危重症医学科 潘频华

患者，男性，52 岁，主要表现为咳嗽、咳血、发热、呼吸困难 2 个月，病情逐渐加重并需要呼吸机辅助通气。胸部 CT 表现为弥漫性渗出病变伴间质性肺炎。经规范抗结核、抗感染、抗真菌治疗无效，经过肺穿刺活检免疫组化，发现 IgG4 阳性浆细胞超过 40%，同时血清 IgG4 抗体大于 10g/L。确诊重症 IgG4 相关性肺炎。经静脉激素治疗，病情明显好转，

肺部病变基本吸收。口服强的松 5 mg/d，病情稳定。

IgG4 相关性肺病是一种全身系统性疾病，可累及多个脏器如胰腺、胆道、涎腺、纵隔、肺、胃肠道、肾、皮肤和腹膜后组织等。依病变部位不同表现出不同的临床征象，如自身免疫性胰腺炎、硬化性胆管炎、硬化性胆囊炎、硬化性涎腺炎、硬化性纵隔炎、炎性假瘤、间质性肺炎、间质性肾炎等。自 2003 年首

次报道了自身免疫性胰腺炎伴间质性肺炎病例以来，目前全球相关报道约百例。目前，我国报道不超过 10 例。病理组织学可表现出多种类型，如炎性假瘤和间质性肺炎等，尤其是当单独累及肺部时，极有可能漏诊。

目前笔者有关 IgG4 相关性肺病的报道病例病情相对较轻。此病例已发表在《心肺》杂志，这类疾病在我国并不罕见。

人工气道气囊管理：微误吸的“克星”

▲ 浙江大学医学院附属邵逸夫医院呼吸治疗科 葛慧青

微误吸是气管插管危重患者呼吸机相关性肺炎（VAP）发病的一个关键因素。气管插管几小时内，即可出现病原微生物定植于口腔黏膜表面、牙齿、鼻窦和胃。

人工气道建立后，由于患者吞咽受限，且声门处于开放状态，富含病原

菌的口咽分泌物或胃食道返流物聚集于气管导管气囊上方，通过充气不足的气囊或气囊周围的皱褶进入呼吸道而导致肺部炎症。尽管微误吸不可避免，但通过气囊管理可减少。

对人工气道气囊管理包括气囊材料与形状的选择、气囊压力控制及气囊

上分泌物管理。另外，影响气囊密闭性的因素包括气囊在气管内的位置、气囊充气后的直径与患者气道直径是否匹配、机械通气参数及模式、体位改变。

气囊用凝胶润滑，可避免插管时通过带褶皱的高容低压 PVC 气囊形成的通道而导致误吸，但效果

暂时。与经典气囊相比，聚氨酯气囊与锥形气囊可有效减少误吸，但尚未证明其可降低 VAP 发生。

气囊上滞留物与早发 VAP 相关。对于机械通气 > 48 h 患者，使用声门下分泌物引流导管，无论采用持续吸引还是间断吸引，均可减少 VAP 发生。

呼吸危重症相关问题

介入呼吸病学
在危重症医学中的应用

▲ 上海长海医院 张伟

介入呼吸病学是针对呼吸系统疾病的诊断和侵入性治疗操作的一门科学和艺术。

现代的危重症医学，已超越了传统的内外科概念，是多学科综合协作的成果。由于在多脏器功能损伤中，肺是最易受损的脏器之一，故呼吸内科医生具有天然的从事危重症专业的优势。目前美国危重症监护医生中，2/3 是内科医生，其中 90% 是呼吸内科医生。因此，应鼓励更多的呼吸内科医生从事危重症医学专业，促进呼吸内科向呼吸与危重症监护科的转变，实现呼吸内科与危重症监护专业的捆绑式发展。

介入呼吸病学又可分为诊断性应用和治疗性应用两大类，有的技术在诊断的同时也可以进行治疗。在诊断性应用的技术中，主要包括支气管镜检查气道、收集痰液进行病原微生物学检验、确认气管插管是否在位以及 ARDS 的辅助诊断。在治疗性应用技术中，主要包括痰液引流、大气道阻塞治疗、取出异物、经皮气

管切开术、严重气道烧伤/吸入性损伤治疗、支气管胸膜瘘的处理和脓胸的处理等。

危重症中的焦点 ARDS，目前无论根据欧美联席会议标准，还是柏林标准，其诊断均存在一定误差。而 P. A. Bulpa 等发现，通过在机械通气下进行 BAL/TBLB 检查，可明显提高 ARDS 的诊断阳性率，同时也并未增加患者死亡率。

在危重患者的治疗中，介入呼吸病学技术也发挥着重要作用。如经皮气管切开术的应用，显著降低气管切开的并发症，并明显缩短气管切开的时间，目前在多数 ICU 中，已成为气管切开的首选方法。对于因气道良、恶性疾病导致的大气道狭窄而出现呼吸衰竭的患者，气道内支架置入，可取得较好效果（图 1）。在严重气道烧伤抢救患者中，支气管镜检查和治疗气道起了决定性作用。对于困难治性气胸或支气管胸膜瘘导致的脱机困难，经支气管镜腔内微创治疗可起到主要的作用。

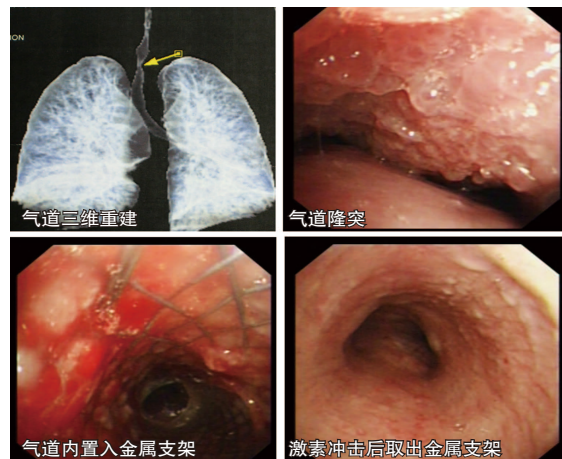


图 1 复发性多软骨炎气道狭窄呼吸衰竭患者，气道暂时性金属支架治疗后结合激素冲击治疗成功脱机



医师报

社址：北京市西城区西直门外大街 1 号西环广场 A 座 17~18 层

邮编：100044

广告经营许可证号：2200004000115

社长 王雁鹏
常务副社长兼常务副总编 张艳萍
总编辑 邢远翔
副社长 黄向东
副总编 杨进刚
新闻人文中心主编 陈惠 转 6844

新闻人文中心助理 张雨 转 6869
学术中心主编 许奉彦 转 6866
学术中心助理 李玉梅 转 6883
市场部总监 张新福 转 6692
市场部常务副总监 李顺华 转 6614
市场部副总监 张杨杨 转 6629

外联与发行副总监 于永 转 6674
美术副总监 林丽芬 转 6889
新媒体副主管 宋攀 转 6884
总编办副主任 王蕾 转 6831
法律顾问 邓利强
首席医学顾问 张力建

编委会名誉主任委员：殷大奎
编委会主任委员：张雁灵
名誉总编：杨民
执行总编：庄辉 蔡忠军 梁万年
胡大一 郎景和 王辰
马军 赵玉沛 张澍田
顾问：齐学进



卓信医学传媒集团《医师报》社出品

东北亚出版传媒主管、主办

网址：www.mdweekly.com.cn

邮箱：ysb@mdweekly.com

微信号：DAYI2006

每周四出版 每期 24 版

每份 4 元

各地邮局均可订阅

北京国彩印刷有限公司

发行部电话：(010)58302970

总机：010-58302828