

社区获得性肺炎（CAP）是急诊科的常见病，如何优化 CAP 的诊治，是急诊科医生普遍关注的话题。“CAP 初始治疗失败”指 CAP 初始治疗后，患者症状无改善，需更换抗感染药物。临床上包括两种形式：（1）进展性肺炎，入院 72 h 内进展为呼吸衰竭，需机械通气支持，或脓毒性休克需血管活性药物治疗；（2）对治疗无反应，初始治疗 72 h，患者不能达到临床稳定标准。

3 月 25 日，来自全国各地的急诊抗感染专家相聚在北京，就“CAP 初始治疗失败”这一话题展开了热烈讨论，对其现状、原因、临床研究、应对策略等提出了各自见解。这是一次深入的学术交流，有利于急诊科进一步提高 CAP 诊治水平，推进学科发展。



2016 急诊抗感染领域全国专家顾问会在北京召开 聚焦社区获得性肺炎初始治疗失败

▲ 本报记者 袁佳

主席访谈

急诊科医生有必要关注 CAP 初始治疗失败



大会主席 陈旭岩 教授

医师报：“关注 CAP 初始治疗失败”理念的提出是基于什么样的背景？

陈旭岩教授：经历了几十年的风雨历程，急诊科队伍不断发展壮大，取得了长足进步，却也面临着诸多挑战，任重道远。10 年前，急诊抗感染领域还处在初级阶段，当时关注的重点是急诊科医生在急诊期抗感染用药的正确性。随着急诊科医生队伍建设的逐步开展，“一开始就正确”理念在急诊科医生中逐渐普及。

2009 年，我们在“正确”的基础上，又提出了更高要求——“从正确到准确”

病情紧急，医生往往没有太多时间等待病原学结果，绝大多数靠经验治疗。此外，鉴别诊断的压力非常大。再者，急诊科的患者通常病情相对偏重，急诊科医生要在本身诊断较困难的情况下，尽可能作出恰当的治疗选择，确实具有很大的挑战性。然而，恰当与否，我们拿什么来判断？急诊科患者流动快，医生也在轮换，我们常常无法看到患者的临床结局，这是需要弥补的一点。

因此，我们提出“关注 CAP 初始治疗失败”的概念，这对评估和调整治疗方案、

以及改善患者预后、形成标准化诊治流程都具有重要意义。

医师报：针对“关注 CAP 初始治疗失败”理念，下一步希望通过哪些方面开展工作？

陈旭岩教授：“关注 CAP 初始治疗失败”理念的提出，是希望急诊科医生在初始治疗后，关注疗效的评价，养成一种思考的习惯。尤其对于初始治疗失败者，能及时分析原因，调整治疗方案。此次专家顾问会就是该理念践行的一种方式，通过国内顶尖专家的讨论、思想碰撞，形成一套理论和培训方案。今后有机会，适时地将这些经验和理论分享给基层医生。

目前基层医生对规范培训的需求非常大。因此，我们也希望今后有机会尝试建立病例库，将各地治疗失败的病例汇集到一起，会诊、交流经验。此外，也希望国内有一些学术研究的跟进，有更多中国数据供临床参考。

专题报告

深入理解 CAP 初始治疗失败

华中科技大学同济医学院附属协和医院张劲农教授介绍了 CAP 初始治疗失败的概念、危害、危险因素、应对措施。强调急诊医生抗感染治疗时应了解不同致病原 CAP 的特征、地区流行病学特点等，在规范初始治疗同时，注意疗效评价，对治疗失败病例，及时调整、规范治疗。

总体来说，6%~15% 的住院 CAP 患者对初始治疗无反应。初始治疗失败包括：无改善、恶化或进展。研究显示，CAP 初始治疗失败后果严重，显著延长住院时间，增加医疗成本，增加病死率。

张教授认为，在我国，CAP 初治失败主要还是起始经验性治疗不规范，包括处方不规范，不了解当地细菌耐药流行病学，CAP、院内获得性肺炎（HAP）、

医疗机构相关性肺炎（HCAP）和吸入性肺炎（AP）不分，未有效鉴别感染和非感染肺炎。

《新英格兰医学杂志》一篇文章概括了不同致病原 CAP 的临床特征。倾向典型致病原和嗜肺军团菌，常为实变影，起病急、病情较重，甚至有休克，白细胞显示典型肺炎，降钙素原（PCT）很高。倾向不典型致病原（肺炎支原体、衣原体），常症状较轻，家族聚集型病例，咳嗽时间 > 5 d，且无急性恶化；无痰；白细胞正常或轻微升高；PCT 较低。



张劲农 教授

CAP 初始合理选择抗菌药仍是减少 CAP 治疗失败的关键之一。有研究显示，与单用 β 内酰胺或 β 内酰胺联合大环内酯相比，莫西沙星的治疗失败率显著降低。而治疗成功患者的医疗花费显著低于治疗失败患者。

《新英格兰医学杂志》关于 CAP 治疗失败原因

- ★ 致病原鉴定正确，但抗菌药选择或对应剂量不正确；
- ★ 致病原对所选抗菌药耐药；
- ★ 剂量不对，如病理性的肥胖、体液过多；
- ★ 正确的药物、正确的剂量，但感染被隔离，如脓胸；
- ★ 阻塞性感染，如肺癌和呼吸道异物；
- ★ 致病原鉴定错误；
- ★ 未鉴定出致病原，且经验性治疗错误；
- ★ 非感染；
- ★ 药物热；
- ★ 存在未被识别的感染和合并其他感染；

病例讨论

急诊 CAP 治疗思考



何新华 教授

首都医科大学附属北京朝阳医院急诊科何新华教授分享了一例急诊 CAP 治疗失败病例，引发了热烈讨论。

何教授表示，非常有必要明确 CAP 诊断，评估疾病严重程度，结合临床表现、实验室检查结果、影像学结果以及病原学检查，据当地流行病学选择正确的抗感染治疗方案。重视病原学诊断，虽然在急诊科常难以获取，但应有病原学意识。

对于 CAP 诊断明确，也采取了正确的治疗方法，仍发现可能治疗失败怎么办？何教授介绍，2014 年一项研究显示，

一些指标可预测潜在治疗失败的情况。该研究纳入约 250 例 CAP 患者，其中 83 例治疗失败，40 例为早期治疗失败。结果显示，早期治疗失败并发症较多，常为多肺叶感染，部分患者可见胸膜渗出，病死率增加，住院时间延长。白介素-6（IL-6）可作为早期治疗失败的预测因素，而 PCT 可预测晚期治疗失败；胸膜渗出和多肺叶感染预示初始治疗失败风险较大。

主诉 65 岁男性患者，因“呼吸困难、发热、发现白细胞减少 4 d”入院。

现病史 4 d 前无明显诱因出现发热、胸闷、气短。就诊当地医院发现白细胞（WBC）减少（0.35），转诊河北省人民医院。

入院查体 血压 107/89 mmHg，心率 92 次/min，心律齐，体温 39.5℃。神清、双肺可闻及湿啰音。

诊治经过 复查血象，WBC 0.48。生化（mmol/L）：Na 130、CO₂CP 20.9、AG 17.6、BUN 7.56、CR 0.141。用美罗培南 2.0 g 静滴，Q8h；地塞米松 5 mg 入壶。患者诉上腹痛，吸

气时明显，偶有咳嗽，痰中带血。行胸腹部 CT，提示双肺多段渗出，高密度改变，考虑肺部感染。入院第 2 天上午 1:30，患者进行性呼吸困难、咳嗽、痰中带血。心率 120 次/min、血压 98/61 mmHg，SO₂ 83%，RR 40 次/min。拟行气管插管，呼吸机辅助呼吸。

WBC 0.36，加用利奈唑胺 600 mg，Q12h。入院第 3 天，进入 SICU，考虑重症肺炎，伏立康唑首日 0.4 g，Q12h；随后 0.2 g，Q12h。去甲肾上腺素维持血液动力学。入院第 5 天，免疫 14 项、血培养、痰培养阴性。G 试验 600.7 pg/ml，PCT 8.68 ng/ml，WBC 16.57，NE 91.2。用莫西沙星 0.4 g，Qd；乌司他丁 2×10⁵ U，Q4h。对症支持治疗。入院第 6 天，家属选择自动出院。

（下转第 17 版）