

11 月 18~20 日，第五届京港感染论坛在京召开。本次论坛的主题为“感染病诊治需要多学科合作”。来自临床微生物科、检验科、呼吸科、感染科、ICU、急诊、影像、老年科等 10 余学科的参会者齐聚一堂，其中临床微生物检验人员与临床药师占总人数的 50%，感染科医生约占 20%。

大会主席、中日医院曹彬教授表示，此次会议吸引了全国各地的临床医生和临床微生物专家，达到多学科相互合作、交融，真正做到了病原学诊断和临床救治结合。“京港感染论坛不仅仅是一个会议，更是一个品牌。”



王贵强 教授



曹彬 教授



陈佰义 教授



王辉 教授



曾德贤 教授



开幕式现场

感染病学科面临两大重心转移

从传染病学到感染病学 从病毒性肝炎到细菌感染

▲ 本报记者 裘佳 武冬秋

我国感染病学科面临五大问题

北京大学第一医院王贵强教授表示，感染病学科面临着学科重心转移，从传染病学到感染病学的转变，从病毒性肝炎到细菌感染的转变，需进一步提升抗菌药物应用能力，并承担不明原因发热诊断及鉴别诊断的责任。

目前我国感染病学科仍面临许多问题：（1）病原不足，病种单一，形成所谓“肝炎科”“肝病科”。（2）细菌感染的抗菌药物应用能力不足。学科带头人缺乏，人才队伍建设受限。（3）难治性感染性疾病增加。细菌耐药增加，

多药耐药结核感染、机会性感染和医院感染高发。（4）病原学诊断滞后。临床微生物科和临床一线脱节，临床医师临床微生物训练不足。（5）教学完整性不够。《感染病学》教学内容急需改进，加强抗菌药、细菌耐药、脓毒症、

医院感染控制等内容。

王教授指出，感染病学科建设和发展机会与挑战并存，学科应适应形势，制定发展规划，加强人才培养，明确学科定位，发展优势，弥补不足，建设符合医疗新时代形式的感染病学科。

新版美成人院内获得性及呼吸机相关肺炎指南解读

中日医院曹彬教授对 2016 版美国感染学会 / 美国胸科学会成人院内获得性肺炎（HAP）及呼吸机相关肺炎（VAP）管理指南进行了几个方面解读。

- ★ HCAP 与 MDR 细菌感染无显著相关性，致病细菌特点与 CAP 类似，2016 版指南不再使用 HCAP 的概念；
- ★ HAP 与 VAP 患者在病原菌种类、耐药风险因素、初始经验性治疗方案等存在差异，属两个独立的概念，HAP 不包括 VAP；
- ★ VAP 多重耐药的危险因素包括脓毒症休克、VAP 前出现 ARDS；
- ★ 根据非侵袭性样本的半定量培养结果指导治疗；
- ★ 建议仅用临床标准判定是否应启动经验性抗感染治疗；
- ★ 抗感染治疗策略方面，建议每所医院建立致病菌流行病学及药敏检测，据当地数据优化抗菌药选择；以降阶梯为手段，以病原学和药敏数据为依据，初始依据患者危险因素及流行病学特点，经验性选择广谱抗菌药物治疗，随后依据病原菌及药敏检测结果，降阶梯调整药物治疗；针对大部分 HAP/VAP 患者，建议短期治疗。HAP/VAP 治疗后 48 h 评估治疗效果，评估高死亡危险因素：机械通气、脓毒性休克等，评估 MDR 菌感染危险因素；
- ★ HAP 致病菌检出率存在区域性差异，铜绿假单胞菌、鲍曼不动杆菌、MRSA、肺炎克雷伯菌、肠杆菌是我国 HAP 患者前 5 位致病菌；
- ★ 依据是否需要覆盖 MRSA 及铜绿假单胞菌选择适当治疗方案；
- ★ 对于 MRSA，推荐万古霉素或利奈唑胺；铜绿假单胞菌的治疗推荐基于药敏结果选择敏感的单药治疗，如药敏结果已出仍有脓毒性休克或高死亡风险，建议选择 2 种敏感抗菌药物联合应用，不推荐氨基糖苷类单药治疗；对于产 ESBL 革兰阴性菌，推荐基于药敏结果和患者个体因素选择抗菌药物；对于不动杆菌属，如果菌株对这些药物敏感，建议使用碳青霉烯类或氨苄西林 / 舒巴坦，不建议选择替加环素，不建议辅助使用利福平；碳青霉烯类药物治疗产 ESBL 菌株感染，可有效降低患者病死率；对碳青霉烯类耐药病原菌，若仅对多粘菌素敏感，推荐静脉注射多粘菌素，且建议辅助吸入粘菌素；
- ★ 根据 PK/PD 确定抗菌药物剂量，可提高治愈率、缩短住院时间、降低死亡率。

经验性抗感染治疗必须建立在临床微生物思维基础之上

中国医科大学附属第一医院陈佰义教授从“正确”和“充分”两个方面讲解经验性抗感染治疗。

他指出，由于病原学检出困难，检出后仍需判断感染与定植，因此在未获得充分病原学支持情况下的经验性治疗尤为重要。但正确和充分的经验性抗感染治疗的实施远比讲解

困难！临床上常见到对非感染性疾病误诊而大量使用抗感染药物，临床医生未进行充分病原学倾向性判断而盲目采用多种类型抗菌药联用，仅由于患者病情重即开始 3 药甚至 5 药联合对各类病原进行覆盖，严重违背原则。经验性抗感染治疗必须建立在临床微生物思维基础之上！

陈教授提到，正确诊断是正确治疗的前提，临床医生需不断提高感染性疾病诊断能力。根据不同发病部位感染病原体的流行病学特点，从病原学认识感染性疾病，以及进行个体化评估，从而正确评估病原体，选择能覆盖病原体的抗感染药物。在流行病学的基础上，结合高

龄、基础疾病、近期住院（ICU）、晚发医院感染以及抗菌药暴露等个体化因素正确评估耐药性。

陈佰义教授强调充分初始治疗改善预后，不充分治疗与耐药紧密相关。在充分治疗的同时需要注意避免出现重症感染的“广覆盖”演变成“乱覆盖”的问题，“到位而不越位”。

耐碳青霉烯类肠杆菌对医院感染控制提出挑战

北京大学人民医院王辉教授指出，耐碳青霉烯类肠杆菌（CRE）是对人类有紧急威胁的超级细菌，其所致感染具有死亡率高（大于 50%），治疗药物有限，传播迅速的特点。宿主免疫力低下、抗菌药使用史、侵入性操作等均是引起 CRE 感染的高危因素。

王教授介绍，2015 年 CARSS 监测显示，全国碳青霉烯耐药的肺炎克雷伯菌（CRKP）为 7.6%；另一覆盖国内 16 家教学医院的监测数据显示，2003~2016 年 CRKP 从 1.5% 增至 16.1%。王教授指出，不同基因型 CRE 的传播能力及药物 MIC

值不同，明确 CRE 的基因型对感控和临床治疗十分必要，国内主要以 KPC 型为主，另外还有 NDM、IMP 等型。此外，在临床工作中还应警惕高毒 CRKP 的出现。

王教授分享了其所所在医院开展的 CRE 病例监测及相关控制措施经验，微生物实验室通过与院感、医务处等部门积极合作，采取实时监测和预警，主动筛查，严格隔离，加强环境消毒以及对重点科室进行多重耐药菌防控培训等一系列措施后，CRE 的新发例数明显下降。王教授强调，感控的真正落地需管理层支持及各专业协作。

蚊媒传染防控思路变迁

香港玛丽医院曾德贤教授介绍，近年来，蚊媒传染病发病率逐年上升。登革热作为另一重要蚊媒传染病，在全球范围发病率亦有明显增加。

曾教授指出，登革热病毒分为四个血清型，虽然感染后可获得终身免疫，但仅针对单一血清型，早期诊断主要依靠抗原和核酸检测。

寨卡病毒在 1947 年已被发现，近年来在不同国家出现暴发该病毒与小头症的发生明显相关。除蚊虫传播外，寨卡病毒还可通过性接触传播。寨卡病毒感染有自限性，皮疹和结膜炎高发

是区别于登革热的特点。目前针对两种病毒缺乏有效的治疗药物，伊维菌素或利巴韦林可能有效。

登革热的疫苗研发领先于寨卡病毒，传统登革热疫苗适用于 9 岁以上人群，可减轻病情严重程度。疫苗 TV003 已进入研究阶段，该疫苗针对 II 型登革热病毒有 100% 保护作用。对于寨卡病毒目前尚无可靠疫苗。

对蚊媒传染性疾病的防控需要开拓思路，目前广州中山大学团队采用生物学防控方法，每周可培育“绝育蚊子”25 亿只，以压制环境中蚊虫种群数量，达到防控目的。