

急诊科治疗感染性疾病优化策略

正确认识 恰当治疗 快速缓解

▲ 医师报记者 裘佳

感染性疾病是我国急诊最常见的就诊原因，呼吸道感染、泌尿道感染、腹腔感染居前三位。下呼吸道感染和脓毒症是导致住院和死亡的重要原因。2016年国际脓毒症大会共识指出：脓毒症尤其容易发生在没有正确认识和恰当治疗的感染。因此急诊科医师尤其需要培养感染性疾病的正确诊治观念。

然而，急诊患者常常起病急、病情重，留给医生的诊治时间窗窄。因此急诊医师在诊治感染性疾病时面临多种诊治难点。尤其近年来，病原体耐药性不断发生变化，对抗感染治疗方案的选择带

来更多挑战。

4月29日，来自全国的20位急诊专家齐聚北京，共同探讨急诊感染性疾病的诊断和优化抗菌治疗。本次研讨会主席、中华医学会急诊医学分会前任主委、北京朝阳医院李春盛教授表示：“随着抗菌药物的广泛使用，病原体耐药性日趋严重。以青霉素为例，从被发现到现在，已从最初8000单位增加到目前8000万单位剂量，从最初作为特效药到目前多种细菌对其高度耐药。如果不控制使用，其他抗菌药物也可能出现同样的后果。因此我们必须更加规范、合理地使用抗菌药物。”



与会专家合影

【专题报告】

急性感染性疾病的治疗

正确认识致病原，结合宿主特点选择恰当的抗感染方案

复旦大学附属中山医院急诊科宋振举教授介绍，感染性疾病是急诊科接诊的重要疾病之一。在西班牙，感染性疾病约占急诊就诊患者的10%。在美国，300多万名急诊就诊的老年患者中，13.5%为感染相关疾病，经济负担超过心肌梗死与慢性心衰总和。

我国学者认为，感染是急诊最常见的疾病，相当一部分急诊疾病的诱发原因往往有感染因素参与其中。急诊常见的感染性疾病包括下呼吸道感染、尿路感染、腹腔内感染、皮肤软组织感染，此外还有血流感染、细菌性脑膜炎、脓胸等。

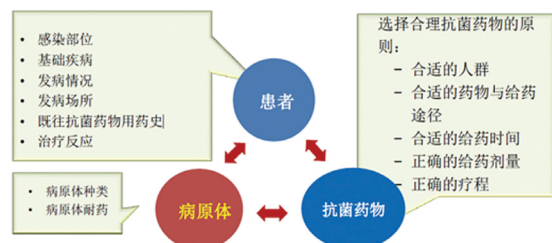


图1 综合考虑可能致病原、宿主和抗菌药物特点选择抗菌药

抗感染药物在急诊的应用，由于检验技术的限制，加之病情通常较紧急，需尽快治疗，因此目标性治疗常难以实现，临床多以经验性治疗为主。选择抗菌药物时需综合考虑可能致病原、宿主和抗菌药物的特点（图1），并结合急诊治疗的需求进行选择。

致病原 准确判断致病原是有效治疗的前提。

不同部位的感染致病菌不同，如肺部感染多以肺炎链球菌、流感嗜血杆菌、肺炎支原体等为主，腹腔感染则需考虑肠杆菌、厌氧菌与金黄色葡萄球菌等，尿路感染大肠杆菌多见，而皮肤软组织感染以金黄色葡萄球菌为主；感染发生场所是判断致病原的重要依据。社区感染与院内感染的致病菌种类及耐药性存在很大差异，许

多中外指南均依据不同场所推测致病原并推荐相应治疗。需要指出的是，由于不同国家地区的流行病学不完全一致，我们不能照搬国外指南，比如CA-MRSA在美国很常见，在皮肤软组织感染中占60%~80%，而根据我国一项多中心研究结果，CA-MRSA仅为2.6%。

宿主 年龄、免疫状态、基础疾病不同的患者，致病菌分布不一致。年龄大于65岁、伴随基础疾病的社区获得性肺炎（CAP）患者，肠杆菌科细菌检出率高于青壮年患者，长期

反复住院患者或曾使用三代头孢菌素患者，还需要考虑产ESBL风险；另外，宿主肝肾等重要脏器功能也是选择药物的重要考虑因素。

抗菌药物 根据抗菌谱、敏感性监测数据、PK/PD特点、代谢途径等选择抗菌药物及给药方案。肝功能严重受损患者，使用青霉素G、头孢他啶、左氧氟沙星等主要经肾脏代谢的药物无需调整剂量，但头孢曲松、头孢哌酮、哌拉西林等需要减量慎用；肾功能受损患者，即使轻度受损，青霉素、

头孢他啶、左氧氟沙星亦需减量。莫西沙星可经肝肾双途径代谢，用于轻中度肝功能损伤患者（Child Pugh A级或B级）或重度肾功能受损患者时均无需调整剂量。

相对于其他科室医师，急诊医师更倾向于选择抗菌谱广、起效迅速、用药方案简单、安全性高的抗菌药物。莫西沙星可覆盖CAP、复杂腹腔感染、皮肤软组织感染等常见致病菌。除常见细菌外，也可作用于支原体、衣原体、军团菌等非典型致病原。研究表明，与头孢曲松、左氧氟沙星等抗菌药物相比，莫西沙星治疗CAP能够更快缓解症状；同时每日一次使用，无需根据肾功能调整剂量等特点更符合急诊治疗的需求。

另外，在初始治疗前应留取标本进行微生物学检查，为后续治疗提供参考依据，更好地实现经验性治疗和目标治疗的统一。（下转第15版）



专家们就急诊CAP热点问题展开激烈的讨论