

(上接第 16 版)

6 大热点 聚焦 CAP

焦点 ① 病毒在 SCAP 中的地位?

与 1980 年代和 1990 年代相比,2000 年以来的病毒检出率有上升趋势;但细菌仍为 CAP 主要致病原;有限的研究表明,细菌和病毒双重检出患者病死率较高。病毒一般主要引起上呼吸道感染。成

人如果首发症状是肺炎(如 H1N1、禽流感)一般比较严重,除了疾病本身,抗病毒药物的匮乏也是病毒性肺炎严重的重要原因之一。PCR 是当前病毒检测主要方法,但 CAP 患者仅鼻咽拭子 PCR 检

测到病毒,并不就是病毒性肺炎。开展病毒性肺炎流行病学研究需避开传染病流行季节,需要健康对照组。此外,因真正有效,抗病毒药的匮乏“抗病毒经验治疗”的提法也是无的放矢与不合适的。

焦点 ④ 抗菌疗效的判定

刘又宁等教授认为,对于 CAP 经验性抗菌治疗疗效的判定应在用药 48 h 进行,治疗 72 h 后才对病情评估,并强调“只要临床表现无恶化,不必急于更换抗感染药物”的换法是错误有害的。抗菌药物

的临床应用应遵从恰当的时机、合适的患者和正确的抗菌药物。体温、症状、实验室指标逐步好转,可判定治疗有效,不应将肺部阴影吸收作为疗效判定标准。影像学改变具有滞后性,支原体、军团菌的肺部阴

影可能长期存在。但如果进展很明显,且其他症状没有好转趋势,需要考虑其他原因引起的治疗失败,如病原菌判断是否正确(是否有病原菌耐药或其他病原体),是否诊断正确,是否有并发症等。

焦点 ② 老年 CAP 患者的特点

病原学不同:与青年 CAP 患者相比,老年 CAP 患者肺炎支原体感染率有所下降,但肺炎支原体仍是主要病原体,其次为肺炎链球菌、肺炎衣原体、嗜肺军团菌、肠杆菌科细菌(大肠杆菌、肺炎克雷伯菌)、厌氧菌增多。

临床表现不同:老年 CAP 患者肺炎临床表现与青年 CAP 不同,发热等症状不典型常伴有神经性

改变,出现吞咽困难等,常需覆盖厌氧菌。

严重程度评估:不能仅依靠 PSI/CURB65 评分系统,同时还需考虑有无重度脓毒症/急性呼吸衰竭/代谢失调性并发症的发生。

抗菌药物选择:需分析老年患者感染 MDR 病原体的风险因素,是否合并基础疾病等。老年 CAP 患者常心输出量减少或肾功能减退,大部分

β 内酰胺类抗菌药、氨基糖苷类和传统喹诺酮主要经肾清除,随年龄增长,总清除率明显降低,而经肾、肝双途径的抗菌药物清除率降低不明显,如莫西沙星。同时,老年患者肝脏血流下降、P450 酶活性下降,对于肝功能受损的老年人,或同期使用其他经 P450 酶代谢的药物时,如大环内酯类与他汀类,则应注意可能会出现不良反应。

焦点 ③ 鉴别诊断

肺部阴影伴发热而非肺炎的情况,通常为结缔组

织病,较少见的还有隐源性机化性肺炎,极个别还有肺

炎性肺癌等,均会导致诊断和鉴别诊断更为复杂。

焦点 ⑤ SCAP 治疗的血药浓度监测与用药调整

SCAP 患者存在器官功能障碍,药物的清除率降低,可导致血药浓度升高。另一方面,由于病情重,需要大量的液体复苏,使药物的清除率增加,尤其是毛细血管通透性改变,或蛋白结合的改变,表观分布容积变大,导致血药浓度局降低。因此,重症

感染时,没有单一的临床指标可以指导临床抗菌药应用。临床往往根据血药浓度监测结果来判定、调整抗菌药的给药方案。

临床最常用的血药浓度监测是快速荧光免疫偏振分析法,可以测定万古霉素、氨基糖苷类等的血药浓度。

重症感染,应用头孢类、碳青霉烯类,往往不能取得满意的临床效果,其最重要的原因是抗菌药物相对或绝对的剂量不足。如重症感染患者在使用头孢他啶、头孢吡肟、哌拉西林他唑巴坦标准剂量后,对铜绿假单胞菌或高 MIC 值细菌血药浓度不足。

焦点 ⑥ 生物标志物不能单独作为启动抗菌治疗的指标

生物标志物在临床使用越来越多,不能单独作为启动抗菌治疗的指标,但可作为终止抗菌药的指标。

有研究表明,CRP

每日下降 25% 以上是脓毒症好转及预后良好的标志,个别标志物如 PCT,应用抗菌药后 24 h 其下降超过 30%,72 h 下降 50%,表示感染得到控制,

抗菌药治疗有效,且此类患者会有更好的预后,PCT 改变是与脓毒症病情改变相关,也可用来监测脓毒症患者使用抗菌药的治疗效果。



官方微信

半月刊

每月 1 日、15 日出版

深度 | 态度 | 温度

中国医院院长

与您一起感悟冷暖

单位名称:《中国医院院长》杂志有限责任公司
开户银行:上海浦东发展银行长春分行
汇款账号:61010155260000353
定 价:20 元/期,全年 480 元/套

邮发代号:80-597
发行热线:010-58302828 转 6627
联 系 人:武微 18610250770
销售图书:《中国医院院长》合订本系列