

(上接第16版)

《中国成人医院获得性肺炎与呼吸机相关性肺炎诊断和治疗指南(2018版)》发布 20 载研究积累 贴近国人临床实践

5月4日,《中国成人医院获得性肺炎与呼吸机相关性肺炎诊断和治疗指南(2018版)》正式发布。《医师报》记者此前采访中华医学会呼吸病学分会候任主任委员兼感染学组组长瞿介明教授,他表示,这部指南的制定历经两年多,是将近20余年来积累的研究结果充分体现,“是厚积薄发的成果”。

“这部指南发布是我们感染学组所有专家同道的共同努力,也得到了感染病学科、危重症学科、药学、临床微生物等兄弟学科专家们

的大力支持。20多年来,我国在医院获得性肺炎、通气相关性肺炎的诊断、治疗、预防和临床微生物(包括耐药菌的流行病学研究及耐药性机制等)做了大量的研究工作,也发表了相当多的、有影响力的论文,这为指南修订奠定基础。”

瞿教授指出,这次指南修订过程中所参考的资料中20%来自国内专家学者发表的论文,“只有来自于中国的临床实践,才能更好地指导中国的临床实践,为一线医生提供更加切合实际的指导。”

指南更新重点

第一,从内容来看,将医院获得性肺炎与呼吸机相关肺炎综合编写,并将医院获得性肺炎的特殊类型——呼吸机相关性肺炎进行重点阐述。

因为呼吸机相关性肺炎与医院获得性肺炎相比,既是属于一个大类,又有很多的特殊性。从这个角度来说,指南既有统一又有差异化性。

第二,更侧重临床实用性。对于临床一线的主治医师、住院医师等临床工作者而言,更

有指导性、更具操作性、实践性。指南更新不仅体现在疾病定义、临床流行病学和发病机制,还包括了诊断重点和经验性治疗。

瞿教授表示,“这部指南为临床实践提出诊断思路,包括经验性治疗思路等。这是以往国内外的指南中是较为少见的,也是更多地贴近临床一线的实用性。”

第三,更多地参照了我国的人群数据。从目标治疗和经验性治疗

的角度,这部指南更多地选用我国最新临床研究数据、地方流行病学数据、细菌分布数据、耐药性数据等,用我国的临床数据去指导我国的临床实践。

第四,更有针对性的临床预防措施。新指南中不仅针对临床治疗提出了明确的建议和意见,还有针对性地提出相应的预防措施,保证患者能最大程度获益。

第五,对于历史沿革中的一些概念性问题,

新指南从学术角度进行了系统地阐述,在附件中介绍了来龙去脉和目前不主张使用、采纳的原因。

第六,这部指南更多讲述的是成人免疫功能健全的医院获得性肺炎和呼吸机相关性肺炎。

但是,对于免疫抑制或免疫功能受损的患者发生的医院获得性肺炎和机械通气相关性肺炎,应当差别对待。这部分内容也在指南附件中进行了阐述。

国际前沿

全球视野下的慢阻肺新认识

“慢阻肺已成为全球最主要的致死原因之一。”美国康奈尔大学医学院院长 Augustine Choi 教授指出,通过1970-2002

年慢阻肺死亡率变化与其他死亡原因相比较发现,慢阻肺已成为美国第四大死亡原因,预计到2020年将是第三大死亡原因。



Augustine Choi 教授

慢阻肺诊断不足是全球性问题

Choi 教授指出,任何患有呼吸困难、慢性咳嗽或咳痰的患者和(或)具有该疾病危险因素暴露史的患者均应考虑临床诊断为慢阻肺,而确诊慢阻

肺必须进行肺功能检测,FEV1/FVC 仍然是推荐的阈值。目前,慢阻肺诊断不足是全球性问题。调查显示,未能及时确诊慢阻肺将导致患者预后情况

显著下降,死亡率将明显升高。

此外,没有气道阻塞表现伴有临床症状的吸烟人群有可能是新的慢阻肺表型组。

解析欧洲支气管扩张指南 启迪国人研究

“中国在支气管扩张症(支扩)研究上有巨大潜力。”西班牙瓦伦西亚理工大学拉菲医院 Miguel Angel Martinez-Garcia 教授指出,支扩在中国患病率很高,迫切需要制定支扩指南和国家级的患者注册中心。

与欧洲相比,中国支扩人群有显著特点:一是患者年龄偏小,且男性患

者更多;二是结核后发生支扩所占的比重较大(20%~73%);三是受铜绿假单胞菌影响的病例较多;四是特发性支扩占比重大(60%~70%)。

Martinez-Garcia 教授围绕诊断、治疗及重要共病对欧洲支气管扩张症指南(2018)进行讲解。在诊断方面,指南的影像学诊断采用 Naidich 标准,



Martinez-Garcia 教授

严重程度评分采用改良 Reiff 评分。通过对痰液性状的简易 MURRAY 评分,区分黏液性、黏脓性及脓性,从而判断支气管炎症状态、疾病严重程度和对治疗的反应。

治疗进展盘点

肺减容手术是胸外科领域的一个热点。一项为期多年的多中心、随机、大样本临床实验表明与内科治疗相比,对慢阻肺患者进行减容手术可减少呼吸困难的发生,提高运动耐力,改善生活质量。慢阻肺急性加重(AECOPD)是导致患者住院和死亡的最重要原因。考虑到细菌感染是

AECOPD 的重要诱因,一些学者已开始尝试使用抗菌药预防发作。

最新研究发现,长期阿奇霉素治疗能减少 AECOPD。此外,目前干细胞治疗肺损伤成为新热点,尤其是间充质干细胞(MSC)治疗。在慢阻肺领域,国外也开展了 MSC 治疗慢阻肺的临床研究。

非吸烟所致慢阻肺

Choi 教授指出,对于非吸烟者来说,环境污染,尤其 PM2.5 与慢阻肺的发病风险更为显著。研究显示,不同尺寸、性

状颗粒的沉积电位不同,对人体的损伤机制也不相同。从这个角度出发,有望探索慢阻肺防治的新方法。

精彩回顾

本次大会在保持上届专题的基础上,增设了十几个专题论坛逐一呈现学科发展的前沿和方向。



通过专题发言、病例讨论、口头汇报、壁报展示等多种方式进行交流,让广大呼吸同仁共享学术盛宴。



警惕支扩与慢阻肺共病

调查显示,慢阻肺患者中的支扩患病率上升(占重度慢阻肺的30%~50%)。慢阻肺-支扩重叠表型有着独特的临床特点、预后和治疗。当慢阻肺患者有以下3种表现时,应考虑行高分辨

CT检查:(1)易急性加重;(2)咯血;(3)支气管内致病微生物的慢性感染(尤其是铜绿假单胞菌)。指南建议对支扩与慢阻肺共病患者反复使用喹诺酮类药物和吸入糖皮质激素治疗。

多维度、多学科治疗

指南倡导多维度(感染、支气管炎症、气流受限、气道受阻)、多学科(社区医疗、护理、专科医生、影像科医生)的综合治疗。对于铜绿假单胞菌初次感染的患者,指南建议,若没有其他微生物感染的指征,口服环丙沙

星治疗3周。如果治疗后铜绿培养仍为阳性,则重复环丙沙星口服治疗或者增加3个月吸入性激素治疗。对每年急性加重次数≥2次的患者推荐使用大环内酯类药物(即使已有针对支气管感染的其他抗生素治疗)。