

(上接第16版)

SAP 合并严重感染

马朋林 适应患者生理变化是脓毒症液体治疗探索方向



马朋林 教授

全身炎症反应诱导血管内皮细胞损伤、毛细血管通透性增高，由此而引起有效循环容量不足是脓毒症病理生理变化过程

中发生组织灌注障碍、器官功能受损甚至死亡的重要原因。因此，及时纠正低血容量状态在脓毒症救治中具有十分关键的作用。解放军总医院第八医学中心马朋林教授回顾了液体治疗的历史，是晶体与胶体“斗争”的历史，晶体液使用历程充满争议，胶体的使用也受到挑战。其中，理论与实践的非紧密

结合是争议的焦点。

马教授表示，通过对脓毒症液体治疗种类之争的思考可以发现，这是一个选择的过程，是希望趋向适应患者生理改变，获得具备有效、安全两个特征的理想液体。这样的理想复苏液体最好的是我们自身的血和血浆，但现实中无法实现将自己的血浆预先储存备用，因此，在

平衡了安全、有效性后，平衡盐溶液有可能是我们的靶向选择。

常用的平衡盐溶液主要包括乳酸林格液和醋酸平衡盐溶液，而这两种液体的特点及治疗选择存在一定的差异。L-苹果酸潜在提高ATP生成的能力。未来液体治疗适应患者的生理变化是不断探索的方向。

杨毅 提高指南依从性 降低脓毒症病死率



杨毅 教授

东南大学附属中大医院重症医学科杨毅教授介绍了Sepsis 3.0新定义对脓毒症诊治的意义。她表示，新定义更准确地反映了脓

毒症的病理生理，但诊断标准仍需要进一步证实。

感染引起的失控宿主反映导致危及生命的器官功能障碍。病原学的快速诊断取得一定突破，可疑感染部位标本涂片检查，涂片无阳性菌可考虑停用抗阳性菌药物，抗菌药物使用前留取可能感染部位的培养及血培养。遗憾的是，缺乏针对失控宿主反

应的任何治疗。

2018年拯救脓毒症运动Bundle提示，黄金救治时间的重要性。研究显示，Bundle依从性越高，病死率降低。因此，提高指南依从性迫在眉睫。

液体治疗在脓毒症治疗中非常重要，目前急需研究的问题包括：是否存在液体复苏研究的理想临床参照物和终点，如何

开展容量复苏，初始容量复苏的最佳剂量是多少，如何在资源匮乏的机构开展容量复苏。杨教授表示，免疫治疗是重症感染治疗的新希望。评价免疫状态是进行免疫治疗的前提。感染患者免疫功能异常表现在不同环节。因此，需要进行精准的抗菌抗病毒药物治疗和精准的免疫治疗。

俞云松 重视重症患者多重耐药菌感染诊治



俞云松 教授

浙江大学医学院附属邵逸夫医院副院长俞云松教授表示，在重症患者诊治上除了感染非感染的判断，感染病原体耐药性的评估也非常重要。对于耐药问题，阳性菌感染的耐药问题不大，药物敏感性都非常好，主要是根据不同部位首选的药物不同。抗超广谱β内酰胺酶

(ESBL)活性的抗菌药物选择主要取决于部位、敏感性、严重程度。碳青霉烯类在产ESBL肠杆菌科细菌血流感染治疗中仍具有重要地位，在重症患者中具有重要作用，可降低患者死亡率。

因此，如何选择重症患者是关键。俞教授表示，感染科医生也是参考Sepsis 3.0标准定义脓症患者。但与重症医学科不同的是，感染科医生可能会先判断是否感染，在判断是否为重症患者。美国感染病学会(IDSA)反对Sepsis 3.0中有一条是认为

多达40%被诊断为脓毒症的ICU患者实际上并不是感染。因此，俞教授认为，可以多学科合作，以便更好地诊断。

俞教授介绍，SAP患者死于碳青霉烯耐药的肺炎克雷伯菌和绿脓杆菌较多，鲍曼不动杆菌较少，碳青霉烯耐药菌感染病死率在40%以上。

降低病死率，首先需要早期诊断和经验性用药。定期、规范培养，早期获得正确培养结果，及早获得XDR细菌，尽力排除定植后，早期开始抗感染治疗。内源性感染

也是CRE的重要途径。ICU、放化疗、器官移植围术期患者的肠道筛查非常重要，如果肠道筛查到CRE或碳青霉烯耐药的绿脓杆菌，说明很容易发生移位感染。

XDR-GNG感染抗菌治疗原则是根据MIC值选择药物。碳青霉烯类高剂量使用，需要MIC值≤8 mg/L。替加环素不同感染部位需根据PK/PD选择不同剂量，常与碳青霉烯、氨基苄、多黏菌素联用。多黏菌素存在异质性耐药菌株，多为大剂量使用、尽量联合。

指南解读



张太平 重视胰腺炎术后外分泌功能不全



张太平 教授

北京协和医院张太平教授对胰腺炎术后外分泌功能不全(PEI-APS)的中国专家共识进行了详细解读。随着胰腺手术切除率及安全性明显提高，出血、胰瘘、感染等明显下降，但胰腺切除术后PEI未引起足够重视，导致患者生活质量下降、营养不良问题的出现。为此制定了该指南。

PEI-APS是因各类疾病接受胰腺部分或全部切除，导致胰腺分泌不足以维持正常消化的状态。胰腺术后PEI的临床表现与肠腔内未消

化食物相关的继发现状和(或)营养素和微量元素丢失相关，但也可能是亚临床的。PEI-APS确诊标准为72h粪便脂肪含量>7 g/d，粪便弹性蛋白酶-1检测及¹³C-混合甘油三酯呼气试验。结合现阶段实际，我国临床医生可依据患者的主诉、排便情况、体重减轻等症状来综合评估胰腺术后外分泌功能，疑似胰腺术后PEI患者，可进行胰酶替代试验性治疗。

对于初始足量胰酶替代治疗患者仍无法控制PEI症状时，可考虑联用质子泵抑制剂等抑制胃酸药物。应当对患者的症状及营养状况进行随访。血清营养标志物检测包括血清镁含量、血浆蛋白、脂溶性维生素、淋巴细胞数量等。

杜奕奇 内镜为胰腺假性囊肿治疗首选



杜奕奇 教授

海军军医大学附属长海医院杜奕奇教授对胰腺假性囊肿(PPC)治疗共识进行解读。随着重症急性胰腺炎救治率的上升，急性胰腺炎并发PPC的发生率也呈上升趋势。研究显示，PPC是急性胰腺炎最常见并发症，发生率达50%，部分(8%~20%)可自行吸收缓解，其并发症(出血、感染、破裂)发生率为30%~49%。因此，有必要对PPC进行正确的分类，并采取最优处理方案。

PPC存在下列情况可能不易消散：囊肿直径>6 cm，囊肿存在6个

月以上，多发性囊肿，合并慢性胰腺炎及胰管狭窄，囊肿壁厚，囊肿出现出血、感染、破裂、压迫等。

对PPC与胃、十二指肠相邻者，不建议采取外科方式治疗。慢性胰腺炎致PPC者不建议行经皮穿刺置管引流术。

目前推荐内镜为PPC治疗的首选方法，ERCP主要适用于与主胰管相通，囊内无分隔的PPC，一般胰管支架需要留置时间较长(4个月以上)，必要时可中途更换支架。普通内镜引导下的PPC引流已不推荐，因其并发症发生率高。技术之家较塑料支架的引流效果好，但并发症发生率高。新型双头金属支架的安全性较好，但需进一步临床研究证实。其中要特别注意支架相关并发症如出血、小肠梗阻等。

现场直击



黎介寿院士优秀青年论文报告



SAP合并严重感染“与权威面对面”专家圆桌讨论



盲插鼻肠管分组操作演示与练习



“胰带一路”现场