

跨界对话



当肿瘤患者遭遇新冠,该怎么办?

合理用药 降低肿瘤患者新冠加重风险

日前,由《医师报》主办的“跨界对话——肿瘤患者粒细胞减少遇上新冠病毒感染,如何应对?”在线上举办,该活动邀请到哈尔滨血液病肿瘤研究所马军教授和中日友好医院曹彬教授为肿瘤患者遇上新冠感染提供指导方向。本次活动由中日友好医院杨萌教授主持。

肿瘤患者作为新冠感染的高危人群,需要受到更积极的保护。尤其是对于具



左起:马军教授、曹彬教授、杨萌教授

有粒细胞伴发热(FN)风险 $\geq 10\%$ 者,国内外指南均建议使用粒细胞集落刺激因子(G-CSF)一级预防,以降低患者暴露于新冠病毒的风险。然而临床中也有小样本研究显示了肿瘤患者在合并新冠病毒感染时使用G-CSF具有加重新冠病情的风险,为肿瘤医生合理应用G-CSF带来了困扰。

在G-CSF类药物的说明书中提及,呼吸窘迫综合征(ARDS)是其罕见不良反应之一,可能与

G-CSF促进白细胞过度生成进而引发炎症风暴有关,一般需要使用激素对症处理,在临床应用中也非常罕见。马军教授表示,在肿瘤患者合并新冠感染期间,一般会根据《新型冠状病毒肺炎诊疗方案(试行第九版)》和《新型冠状病毒肺炎诊疗方案(试行第十版)》(简称第十版方案)建议暂停化疗,因此也不会涉及G-CSF的使用。他介绍,在新冠发生的三年多,共治疗了15 000

余例患者,并未见到因使用G-CSF导致ARDS发生的情况。“我们正在开展的一项‘淋巴瘤(或)白血病使用G-CSF是否会加重新冠症状、导致呼吸衰竭’的研究已入组了500余例患者,也并未发现类似情况。但由于新冠病毒感染出现细菌感染、‘白肺’、炎症风暴等状况很常见,因此,对于合并新冠感染的肿瘤患者是否可以使用G-CSF这一问题,应科学对待。”马军教授期待前瞻、

随机对照的研究数据予以佐证。在此期间,若患者真的出现了严重的中性粒细胞减少,使用G-CSF是必须的,以防FN加重新冠。

曹彬教授指出,ARDS是由于肺泡毛细血管通透性过度导致的低氧血症和双侧肺水肿的急性发作,死亡率高达30%~45%。新冠病毒感染的死亡率约1%~3%,通常与ARDS的发生相关。ARDS的诱因很多,如细菌或病毒导致的肺炎、机械损伤、过敏等。其发生机制包括肺泡内皮活化通透性增加、肺泡上皮损伤、肺部炎症失调等。ARDS的治疗首先是要及早诊断,明确诱发因素,治疗原发病以祛除诱因。若患者出现了严重的呼吸频率升高、严重的低氧血症,则需要提供呼吸支持。

对于肿瘤患者而言,发生ARDS不容乐观,所以我们要及早发现、及早治疗。

不伴有低氧血症的新冠病毒感染者,一般症状持续7~10 d;而伴有低氧血症的患者则恢复较慢,若不能完全恢复就实施化疗,则可能会造成进一步的免疫抑制和更严重的新冠症状。

根据第十版方案,患者“阳康”具体表现为病情明显好转,核酸转阴,生命体征平稳,体温正常超过24 h,肺部影像学显示:急性渗出性病变明显改善,没有需要进一步处理的并发症等情况等。



关联阅读原文

呼吸专栏编委会

名誉主编:钟南山 王辰
指导专家(按姓氏拼音排序):白春学 陈良安 陈荣昌
代华平 康健 李为民
林江涛 刘春涛 瞿介明
沈华浩 孙永昌 徐永健
周新

主 编:曹彬 应颂敏

执行主编(按姓氏拼音排序):

邓朝胜 郭强 侯刚
宋元林 孙加源 熊维宁
徐金富 张静(上海)

编委(按姓氏拼音排序):

班承钧 保鹏涛 常春
陈成 陈湘琦 陈燕
陈颖 陈愉 代冰
董航明 杜丽娟 范晔
冯靖 高丽 高凌云
关伟杰 韩丙超 何勇
何志义 贺航咏 蒋汉梁
揭志军 李春笋 李丹
李锋 李力 李琪
李伟 李园园 李云霞
梁硕 梁志欣 刘波
刘丹 刘崇 刘宏博
刘敬禹 刘琳 刘伟
陆海雯 罗建江 罗壮
马德东 马礼兵 纳建荣
潘殿柱 施熠炜 石林
史菲 苏欣 孙健
唐昊 田欣伦 王东昌
王峰 王虹 王华启
王一民 文文 夏旻
肖奎 谢佳星 谢敏
邢西迁 徐燕 徐瑜
徐月清 杨会珍 杨姣
杨士芳 姚欣 于洪志
喻杰 张固琴 张惠兰
张静(天津) 张一
赵俊 赵帅 周国武
周华 周敏 周庆涛

共识速递

《下呼吸道感染宏基因组二代测序报告临床解读路径专家共识》发布
明确适用场景 推进 mNGS 规范化发展

医师报讯(融媒体记者 刘则伯)日前,《中华结核和呼吸杂志》刊载中日友好医院曹彬教授、上海交通大学医学院瑞金医院瞿介明教授为通讯作者的《下呼吸道感染宏基因组二代测序报告临床解读路径专家共识》。

共识中提到,尽管国内临床医师在宏基因组二代测序(mNGS)的临床应用方面积累了一定的应用经验和实践证据,但其在下呼吸道感染病原体诊断中的适用场景仍缺乏规范,报告解读也尚无专业指导意见,此次共识明确mNGS在下呼吸道感染病原诊断的适用场景,为mNGS报告临床意义提供了一条合理可行的解读路径,以期规范mNGS在下呼吸道感染中科学合理应用。

共识指出,规范合理应用mNGS可准确、高效的识别病原微生物,有助于感染性疾

病早期诊断。期待通过mNGS临床应用经验的不断积累,未来目标是使mNGS检测流程标准化、检测方法同质化、数据解读生物信息库标准化,从而为感染性疾病的诊断提供更加专业的指导。

考虑送检 mNGS 的场景

共识指出,在出现下列情况时应考虑送mNGS明确病原微生物:

第一,免疫抑制宿主疑似发生下呼吸道感染,且临床表现提示非社区获得性肺炎常见病原微生物感染者;下呼吸道感染患者发病初期即出现需要使用血管活性药物的感染性休克、需要有创机械通气的呼吸衰竭、多脏器功能不全等危及生命的患者;

第二,下呼吸道感染经规范经验性抗感染治疗48~72 h后,感染症状仍持续加重或影像学快速进

展者;聚集性发病疑似具有传染性、但无法明确病原体的下呼吸道感染者;

第三,有特殊病史(如近期境外或野外旅游史)且经验性治疗无效,病情较为严重的下呼吸道感染者;

第四,临床考虑特殊病原体(如钩端螺旋体、嗜肺军团菌、鹦鹉热衣原体等)感染且病势迅猛或迁延者;

第五,常规培养困难或所在医疗机构无法提供可靠的传统检测方案时;

第六,患者有下呼吸道感染症状或影像表现,经规范抗感染治疗后病灶吸收延迟、病程迁延,需鉴别是否由非感染性疾病所致,可以在常规病原微生物检测、感染生物标志物、病理等相关检查同时送检mNGS以帮助鉴别诊断。

如免疫功能健全的人罹患下呼吸道感染,经治疗病情好转,或已通过其

他方法获得病原学结果,以及存在可能无法获取优质标本等情况时,不应送检宏二代基因测序。

mNGS 标本留存、数据判读应注意规范

选择mNGS标本时,应考虑标本中的病原微生物载量、标本中污染或定植微生物的含量及其对检查结果的干扰、标本中人源序列的含量及其对检测结果的干扰、标本采集的难易程度及相关的操作风险、标本采集所需要的医疗费用。

支气管肺泡灌洗液、炎旁胸腔积液标本中致病微生物的相对载量较高,获取较为便捷。支气管肺泡灌洗液采集后建议立刻送检,若不能及时送检,应在2℃~8℃环境中保存,且保存时间不应超过24 h。

在数据判读方面,共识强调,首先应根据送检标本类型、报告形式及内

容判断检测结果是否规范可信。

其次,如确定为致病病原体,可根据该结果进行针对性治疗。如判断为可能致病病原体,则需评估患者病情状况:危重症患者,可结合临床特征先根据mNGS结果调整抗感染方案,同时寻求其他支持证据综合判断其致病的可能性和进行针对性治疗的必要性;非危重症患者可先寻求其他支持证据,再调整治疗方案。mNGS检测中出现多种病原微生物时,推荐首先通过显微镜检查、培养、抗原、PCR等方法确认,并结合临床特征解读。必要时可通过不同部位标本mNGS检测结果进行相互印证。



关联阅读原文