

正确解读共识 规范社区获得性肺炎治疗

尹文, 王肖

作者单位: 710032 陕西 西安, 解放军第四军医大学西京医院急诊科

作者简介: 尹文(1965-), 男, 科主任, 主任医师, 教授, 硕士生导师。

[关键词] 急诊; 社区获得性肺炎(CAP); 治疗; 成人; 共识

doi:10.3969/j.issn.1002-1949.2012.01.001

社区获得性肺炎(community-acquired pneumonia, CAP)是急诊最常见的感染性疾病之一, 目前我国急诊 CAP 治疗亟待规范。中国医师协会急诊医师分会通过充分总结国内外 CAP 研究成果, 结合急诊科专家经验, 经过反复研讨, 于 2011 年 10 月、11 月在《中国急救医学》杂志分两期推出了《急诊成人社区获得性肺炎诊治专家共识》, 以下简称《共识》, 已成为规范急诊 CAP 治疗的重要依据。本文试图从治疗角度对其进行解读。

1 规范急诊 CAP 治疗迫在眉睫

1.1 关注 CAP 进展 病原体的变化、耐药菌的不断产生、宿主构成情况的变迁使 CAP 愈显复杂。非典型病原体感染及混合感染明显增多, 真菌感染发病率明显上升, 寄生虫如隐孢子虫、卡氏肺孢子虫等感染开始受到普遍关注, 新病原体、原有的病原体变异引起的新感染性疾病如严重急性呼吸系统综合征(SARS)、甲型 H1N1 流感、高致病性禽流感等陆续出现。青霉素耐药肺炎链球菌(PRSP)、社区获得性甲氧西林耐药金黄色葡萄球菌(CA-MRSA)、万古霉素中介的葡萄球菌(VIS)等耐药菌或多重耐药菌的产生成为人类手握抗生素这把利剑却如芒在背的强劲对手。宿主构成以往多为正常健康人群或年幼未免疫者, 而现代感染则主要是有基础疾病者(如糖尿病、老年慢性支气管炎、肝硬化、肿瘤、血液病等), 有诱发因素和免疫功能受损者(如吸烟、溺水、疲劳、外伤、酒精中毒等), 医源性因素影响者(如肾上腺皮质激素或免疫抑制剂应用、长期大量使用抗生素、肿瘤的放化疗、各种侵入性诊疗等)。因此, 密切关注 CAP 进展, 及时调整诊疗策略, 是医务工作者必须时刻关注的重大问题; 合理使用抗生素, 规

范初始经验性治疗, 避免抗菌药物的滥用及耐药菌株的过度产生, 向急诊医师提出了严峻挑战。

1.2 我国急诊 CAP 诊疗现状

据统计, 75% 的 CAP 在急诊科进行初始诊断和治疗。患者预后取决于使用抗生素的时间, 初始治疗失败明显延长患者达到临床稳定的时间; 同时, 面对如 SARS、高致病性禽流感、甲型 H1N1 流感等新发感染性疾病, 发热门诊的艰巨任务往往由急诊科承担。急诊科在保护患者、最大可能降低抗生素选择性压力、为后方科室进行适当序贯治疗提供最佳条件起着不可替代的重要作用。

但实际上目前我国 CAP 的急诊诊疗仍不规范, 主要体现在以下几个方面: ①滥用抗生素: 对抗生素的选择随意性强, 忽视不同个体、不同病情的病原学差异, 抗菌药物剂量选择不合适, 给药次数及疗程不合理等均导致不良反应增多、细菌耐药性增长、治疗失败、不合理的医疗支出等不良后果。②忽视病情分级, “一张处方医百病”: 应收住入院(包括 ICU)的重症患者治疗延迟, 病死率增高; 或不必入住 ICU 的患者接受大量侵袭性治疗, 使治疗周期延长, 生存质量降低。③忽视指南或盲目追崇指南: 致病微生物的流行病学分布和耐药性有很强的区域特征性, 因此参照指南并结合当地微生物流行特点和药敏情况, 重视宿主因素, 才能做出最合适的个体化决策, 否则往往导致治疗无效。④轻疗效评价和脏器功能评价: 重制定轻评价, 初始方案等同于一劳永逸, 尤其忽视门诊轻中度患者的追踪; 而对于危重症患者则过于强调抗感染治疗, 忽视重要脏器功能评价和整体治疗, 导致严重后果。可见, 规范我国急诊 CAP 治疗迫在眉睫。

2 如何合理选择抗菌药物

CAP 抗菌治疗的基本原则概括起来包括:①明确诊断,确定抗菌治疗指征;②处所决策和评估病情;③尽早开始初始经验性治疗;④结合所属区域微生物流行特点;⑤重视病原学诊断;⑥控制和避免耐药;⑦药物经济学评价。

2.1 《共识》推荐的三大类药物 根据循证医学证据,抗菌药物的抗菌作用、药动学特性、药动学(pharmokinetic, PK)/药效学(pharmacodynamic, PD)分类及安全性、方便性、卫生经济学等特点,《共识》建议主要有三大类药物: β -内酰胺类、大环内酯类、呼吸喹诺酮类。① β -内酰胺类:此类药物为 CAP 治疗经典用药,但近年来由于耐药率上升,且非典型病原体感染及混合感染增多,单独使用 β -内酰胺类的情况逐渐改变。②大环内酯类:这类药物治疗 CAP 的主要优势在于覆盖非典型病原体,且肺组织浓度远超过血清浓度,但对肺炎链球菌的抗菌作用弱于 β -内酰胺类,对流感嗜血杆菌的作用除了阿奇霉素和克拉霉素外均较差。同时,其耐药率也不断上升。因此,是否单用大环内酯类药物需要进一步结合当地微生物流行特点,根据病情推荐联合用药。③呼吸喹诺酮类:对肺炎链球菌高度敏感,尤其对耐青霉素肺炎链球菌仍有效;抗菌谱广,对非典型病原体、厌氧菌均有活性,已逐渐成为一线用药,但仍需关注其可能耐药的发生。

2.2 根据处所决策和病情分级制定初始治疗方案

CAP 门诊与住院患者病原学构成不同,应针对不同治疗场所的患者采取相应的抗菌药物治疗。同时,对急诊医生而言,首要任务是对 CAP 患者进行病情分级,识别出严重 CAP,避免如前所述“一张处方医百病”的不良后果。强调正确的处所决策和病情分级是 CAP 进行初始经验性治疗的重要始动环节。CAP 严重程度的评价在各国指南更新的历程中主要采用了三个评分标准:CURB(1996 年)、PSI(1997 年)、CURB-65(2003 年)。2005 年日本指南和 2007 年美国指南均对治疗场所进行了区分,并给予相应的初始抗生素治疗策略。《共识》同样首先强调处所决策的正确和病情分级的重要,如对于有基础疾病或近 3 个月曾用抗生素的门诊患者,建议 β -内酰胺类与大环内酯类联合应用或单用呼吸喹诺酮类。对于住院患者,则分为非 ICU 患者和需收住 ICU 患者,后者进一步分为有/无铜绿假单胞菌

感染危险者。同时,对于疑有多重耐药肠杆菌、高度耐药肺炎链球菌及 CA-MRSA 均给出了相应的治疗方案。

2.3 控制和避免耐药,优化抗生素治疗

避免抗菌药物的滥用及耐药菌株的过度产生是急诊医师面临的严峻问题。合理的用药时间窗、保证疗效下短程治疗、降阶梯治疗、根据 PK/PD 合理用药是急诊医师优化抗生素治疗、控制耐药的有效策略。

2.3.1 何时开始用药 如前所述,急诊初始治疗尤为关键,既往有指南要求 CAP 应 4 h 内使用抗菌药物,但近年来随着细菌耐药的日益严峻,过度强调起始时间使医生在明确诊断之前匆忙使用抗菌药物,造成过度使用,加重耐药发生,同时使患者承担不良反应的风险增加。因此,《共识》指出对 CAP 不再界定具体的用药时间窗,而是强调基于诊断和病情尽早给予抗菌药物,首剂药物在急诊时完成。

2.3.2 短程治疗,重视疗效评价 减少抗生素暴露时间可降低耐药率。大量研究证明,短程治疗的疗效与传统疗程疗效相当,却能显著减少耐药性的产生。《共识》推荐,对于单纯需住院的轻中度 CAP 患者疗程 5~7 d,无铜绿假单胞菌感染风险的重度 CAP 患者疗程 8~10 d,有铜绿假单胞菌感染风险的重度 CAP 患者一般 2 周,如病情需要部分患者疗程可达 3 周。应注意的是,不可盲目统一短疗程,应尊重个体化差异,在保证疗效(包括减少复发)的前提下,合理缩短疗程。生物标志物降钙素原被认为是临床启用及停用抗菌药物的较为客观的判断指标。同时应重视疗效评价及疗程后再评价,只有治疗后进行充分、及时、准确的疗效评价,才能使临床医疗行为构成一个闭合的环路,牢牢掌握病情的变化,及时调整。

2.3.3 降阶梯治疗 由于病原学诊断困难及时间滞后,对于重症感染患者往往需要给予初始强有力的广谱抗生素。因此,降阶梯治疗成为缩短广谱抗生素使用时间、避免耐药的一个平衡方案。《共识》指出,对于需要收住 ICU 的 CAP 重症患者,推荐联合用药。但对于如何把握初始抗菌谱的覆盖,是一个值得探讨的问题,广谱并不等于全部,要结合相关危险因素及当地微生物流行特点合理选用,并应在抗菌治疗开始前留取病原学标本,根据培养及药敏结果及时评估疗效,调整窄谱用药。

2.3.4 根据 PK/PD 合理用药 最低抑菌浓度 (minimal inhibition concentration, MIC) 是以往合理选用抗生素的依据,但由于其表示的是抗生素的体外抗菌活性,“敏感”不一定代表治疗有效。目前,药物 PK/PD 成为抗生素优化治疗的理论基础。据此,抗生素分为时间依赖性(如 β -内酰胺类、大环内酯类)和浓度依赖性(如呼吸喹诺酮类),应选择相应的、合适的剂量、频次等以达到改善疗效、降低耐药发生率的目的。

3 正确判断并发症,充分进行整体治疗

由于宿主构成的变迁,CAP 患者尤其重症患者的并发症发生率较高。正确初始经验性抗感染治疗的同时,关注并发症的处理,重视整体治疗是急诊医师不容忽视的问题。常见的并发症包括急性肺损伤和呼吸衰竭、脓毒性休克、胸膜炎和脓胸、气胸和脓气胸、中毒性心肌损害及心功能不全、缺氧性脑病。

《共识》均给予了详细的诊断标准和处理建议。需要指出的是,对于 CAP 合并呼吸衰竭常规吸氧疗效不佳时,应尽早进行机械通气,早期可尝试无创通气,在无创机械通气治疗 1~2 h 后应及时评价疗效以决定尽早气管插管。对重症患者应注重多器官功能评价和营养支持。

4 千里之行,始于足下

抗感染治疗是一场病原体与人类同存共生、此消彼长的旷久之战,是匆忙出击得不偿失,还是有的放矢攻守双赢,取决于我们能否掌握好抗生素这把双刃剑。希望这次《共识》的制定和推广能够切实规范急诊 CAP 的治疗。合理、规范、优化用药,控制和避免耐药,任重而道远。

[收稿日期:2011-12-21][本文编辑:陈娜]

《中国急救医学》杂志第六届编辑委员会名单

学术指导委员会委员:于汉力 王一镗 王宇夫 王佩燕 刘仁树 张凤岭

杨涵铭 杨瑞和 高世明 景炳文 蒋 健 樊寻梅

名誉主编:杨 镜

主编 编辑部主任:单 静

副主编:周 晋

编辑部副主任:胡丽辉

主任委员:杨 镜 沈 洪 于学忠 周 晋 单 静

副主任委员:李为民 杨兴易 林才经 陈晓辉 吕传柱 黄显凯

常务编辑委员:王秀杰 史 忠 付 研 任成山 刘励军 许国根 张劲松 何忠杰

张新超 武秀昆 金发光 周荣斌 胡丽辉 耿晓增 霍正禄 霍建民

编辑委员(按姓氏笔画为序):

于凯江	于学忠	马朋林	王 仲	王立祥	王秀杰	王育珊	王新春	王建明	文 亮
方 强	尹 文	邓跃林	卢 微	卢中秋	卢君强	史 忠	史若飞	田英平	付 研
吕传柱	朱继红	任成山	刘励军	刘宏宇	刘佰运	刘保池	许国根	孙志扬	孙海晨
吴长君	邱泽武	何 庆	何 建	何忠杰	宋祖军	沈 洪	张 泓	张云明	张文武
张连东	张劲松	张献全	张新超	张国强	陆一鸣	陆士奇	陈 锋	陈尔真	陈庆贺
陈晓辉	武秀昆	林才经	李 云	李为民	李正斌	李奇林	李培杰	杨 径	杨 秋
杨 镜	杨兴易	罗 毅	周 晋	周立君	周发春	周荣斌	周继如	金发光	单 静
孟新科	赵 良	赵世光	赵晓东	胡丽辉	胡辉莹	姚咏明	秦 俭	秦伟毅	秦华东
耿晓增	聂时南	钱传云	钱素云	徐秋萍	高 燕	黄子通	黄显凯	梅 雪	曹义战
商德亚	梁显泉	董利军	童朝阳	曾健生	廖晓星	霍正禄	霍建民		