

医院获得性肺炎的诊断方式与治疗策略分析的研究进展

苏美如

来宾市人民医院 广西来宾 546100

〔摘要〕 医院获得性肺炎作为临床常见疾病,是由细菌、真菌、病毒等病原体引发的感染,具有较高的发生率与病死率,且会导致患者住院时间延长,影响其自身身体健康尽早恢复。药物应用作为当下治疗医院获得性肺炎的主要方式,对改善临床不良症状有明显作用;但在促进患者疾病康复方面则无显著改善。因而有效的治疗的方式对于减轻患者痛苦,缩短患者住院时间有着积极作用。鉴于此,本文中主要针对患医院获得性肺炎患者既往诊断方式及临床治疗策略的应用情况展开分析。

〔关键词〕 医院获得性肺炎;诊断方式;治疗策略

〔中图分类号〕 R563.1 〔文献标识码〕 A 〔文章编号〕 2095-7165 (2020) 06-306-02

在我国流行病学调查报告中显示,医院获得性肺炎作为住院 48h 后因医院病原体感染所引发的疾病,平均每 100 万人中感染医院获得性肺炎者达 14000 人,而死亡人数达 223000 人,死亡率占比 22.3%^[1]。且随着年轻增长,死亡率逐渐增高,是导致老年患者死亡的主要因素,对患者的疾病恢复及身体健康无疑造成了严重威胁;因此为降低医院获得性肺炎发生几率与死亡风险,及时诊断与早期治疗是有效改善预后的关键。

1 医院获得性肺炎的发病机制

医院获得性肺炎是患者受疾病影响,自身机体免疫力降低,在住院过程中肺部受到病原体侵袭,致使肺部感染发生;细菌作为其主要病原体,自口咽部进入,可通过手术、抗生素应用、胃液反流等途径感染。而医院获得性肺炎的发生机制则主要与以下相关,首先患者呼吸道与机体防御机制受损,通常患者呼吸道会直接面对侵入病原体,若机体白细胞生成蛋白酶破坏了上皮细胞纤维连接蛋白的细胞黏附力,会促使上皮细胞表明受体充分暴露,使细菌黏附其上^[2]。其次革兰氏阴性菌作为患者口咽部定植菌,一旦病原菌定植成功,当口咽部菌群误吸,可对正常排菌机制产生影响,诱发获得性肺炎。其三患者在进气管插管治疗中,气管导管清洁性不足致使大量病原菌积聚,并随气囊壁间隙进入呼吸道。最后随着临床新型医疗材料应用,在一定程度上提高了病原菌自身适应力,当其黏附在气管导管等材料表面,可不断增殖,分泌胞外多糖,形成细菌生物被膜;在使用气管导管时,可直接进入机体,并以堆积、移动、脱落等方式致病原菌掉落,诱发医院获得性肺炎发生^[3]。

2 医院获得性肺炎诊断方式

2.1 诊断标准

医院获得性肺炎定义是指患者在住院过程中未行有创机械通气,且未处于病原感染潜伏期,但在入院 48h 后新发肺炎。早期医院获得性肺炎被定义为任何发生在医院内或因医院环境存在的病原菌所引发的肺实质感染。但在 1999 年再次对医院获得性肺炎定义,将机械通气与建立人工气道后引发的肺炎纳入其范畴;2016 年美国医院获得性肺炎指南更新再次强调,患者住院后未气管插管或机械通气而引发的肺炎。

目前临床中针对医院获得性肺炎尚无统一诊断标准;当患者经肺部影像学检测显示出现进展性或新的渗出灶时,且伴有浓痰、血氧饱和度降低、发热、白细胞增多等感染症状时,可怀疑医院获得性肺炎发生。若患者在出现以上症状,或经痰培养显示呈阳性,但无新肺部渗出灶,则仅考虑患者存在医院内气管支气管炎。在美国胸科协会新指南中提出,两个临床症状及肺组织活检培养阳性、胸部放射学渗出表现三项标准可作为医院获得性肺炎诊断标准,根据这一标准检出医院获得性肺炎敏感性在 69%,特异性则为 75%^[4]。

2.2 临床诊断

患者出现进展性或新的肺部渗出阴影,且伴随两个临床感染症

状,可考虑存在医院获得性肺炎;但需注意,对于老年患者,其临床表现或症状可能不典型,可表现为乏力、体温无变化、厌食等症状;同时要排除心力衰竭、基础疾病肺侵犯、肺不张或肺水肿、肺栓塞等疾病。若细菌学依据可能会导致临床诊断特异性较低,从而易出现抗生素滥用情况。

2.3 病原学诊断

医院获得性肺炎患者中往往有 50% 无法确定病原菌,多数依靠经验性治疗可取得良好效果。但因其病原菌与耐药性较为复杂,需强调对其展开病原学诊断。通过对患者除呼吸道标本外应配合常规血培养 2 次,该方式具有较高的特异性。同时重视呼吸道分泌物细菌定量培养,并参考细菌浓度获得培养结果;为避免上呼吸道菌群受到污染,对于选择性病例可进行侵袭性下呼吸道防污染采样诊断,这也是检出医院获得性肺炎病原菌的可靠依据,其中包括支气管肺泡关系及防污染样本毛刷、微量 BAL 三种方式^[5]。

2.4 微生物诊断

通过对患者下呼吸道分泌物进行定量培养,从而对病原微生物及肺炎进一步明确,当培养结束后,若细菌在阈值浓度以上生长可确诊为医院获得性肺炎;若细菌在阈值浓度一下生长则可考虑存在细菌污染或寄生。作为临床中比较可靠的一种诊断方式,能帮助医师分辨患者是由哪种细菌感染所致,并指导抗生素应用。但改方式也存在一定缺陷,即患者在近期抗生素使用或更换会出现假阴性培养,致使临床治疗失败;且微生物诊断细菌培养需要较长时间,对于实验室及临床技术的专业要求更高。

2.5 其他辅助诊断

首先血培养、尿液肺炎军团菌抗原、血清曲霉菌抗原检测,在患者病情允许情况下,胸腔穿刺后胸水检查也十分必要。在进行培养中辅助进行革兰染色、不同细胞分类计数、姬姆萨染色等方式能够提高阳性率培养,并在结果得出之前指导临床抗生素用药治疗,以免出现抗生素滥用情况。其次临床化学参数指导,包括白细胞计数、C 反应蛋白、降钙素原浓度等都是诊断医院获得性肺炎的新指标;有研究表明,若其使用正常参考值 0.5ng/ml 为标准,该诊断方式敏感性低,但特异性较高。

3 医院获得性肺炎的治疗策略

3.1 早期经验性抗生素治疗

对医院获得性肺炎患者早期可以抗生素药物治疗,但在选择抗菌药物中需注意药物对引发患者呼吸道病原体的敏感度、患者对抗生素既往过敏史、药物之间相互作用、抗生素潜在副作用等因素。在选择抗生素时注意优先选择杀菌抗生素,例如头孢菌素类、单环 β 酰胺类、青霉素类、碳青霉烯类、万古霉素类药物;喹诺酮类及氨基糖苷类也是杀菌抗生素,但其对浓度有依赖性,即浓度越高对病原菌杀死效果越理想。其次考虑多重耐药病原菌感染因素,即对于无多重耐药病原菌危险患者,可应用左氧氟沙星、环丙沙星、舒巴坦、头孢曲

松、莫西沙星等药物；若患者存在多重耐药病原菌危险，可选用杀菌类抗生素，并以联合疗法，确保广谱覆盖与初始经验性抗生素治疗可能出现的不适感控制^[6]。其三在对抗生素药物剂量与疗程把握中，需根据患者具体病情调整剂量与疗程。最后针对特殊病原菌的抗生素治疗中，例如铜绿假单胞菌、不动杆菌等，前者可用氨基糖苷类、 β 内酰胺酶抑制剂等治疗；后者可应用舒巴坦、多黏菌素B、碳青霉烯类、多黏菌素E等药物治疗^[7]。在谭建龙^[8]等人研究中，选择2010年9月-2013年3月收治的22例因碳青霉烯类抗生素耐药肺炎克雷伯菌导致的医院获得性肺炎治疗中，以替加环素高低剂量分别对8、14例患者进行治疗，其治疗效果与细菌清除率高低剂量对比无明显差异，22例中2例存在呕吐、恶心症状，对症干预后消失，2例发生转氨酶水平增高，但护肝治疗后恢复正常，全程无严重不良反应。

3.2 应激性出血预防、输血治疗

由于硫糖铝可降低医院获得性肺炎发生，通过输注红细胞能降低其发生率；并给予大剂量胰岛素干预，确保患者血糖水平保持在4.5-6.0mmol/L可降低患者临床病死率，缩短住院时间。

3.3 插管、机械通气治疗

在对患者治疗中尽量避免插管或反复插管，在必须进行机械通气治疗中，应尽量应用无创模式，相较于经鼻插管，经口插管方式可减轻对患者呼吸道损伤。同时改善镇静剂使用方式，将呼吸机循环中污染的冷凝剂及时清除，以加快脱机^[9-10]。

3.4 肠内营养、痰液引流治疗

在治疗中采用肠内营养干预可降低中心静脉导管相关并发症发生风险，以免小肠粘膜绒毛萎缩，从而避免细菌定制。并采用祛痰剂、湿化、支气管扩张剂或是负压吸引、翻身拍背等方式促进患者排痰^[11]。胡曦丹^[12]研究中，对2013年7月-2015年1月收治的113例脑卒中患者早期应用肠内营养方式治疗，能降低医院获得性肺炎发生率。

3.5 切断外源性传播途径

在患者住院期间，相关医护人员需强化自身无菌理念，在行诊疗操作中注意勤洗手，做好对医疗用品及设备设施的灭菌消毒处理，避免出现污染。做好对病原菌携带患者隔离管理，加强患者病房空气消毒及通风^[13-15]。

4 结论

综上所述，医院获得性肺炎作为难治性疾病，目前临床中所用治疗方式对其仍存在一定局限性，如何对其有效处理对于临床医师而言是一个严峻课题。尤其是诊断方式特异性低及细菌多重耐药增加导致这一问题愈加复杂。因此在临床工作中需配合不同诊断方式提高其诊断敏感性与特异性，以避免抗生素滥用；并最大程度切断医院外源

性传播途径，降低感染风险，通过早期经验性抗生素用药及插管、机械通气、肠内营养、输血治疗等方式提高治愈率。

[参考文献]

- [1] 董亚运, 俞兴群. 益气活血化痰法治疗卒中后医院获得性肺炎的研究现状[J]. 中医临床杂志, 2018, 030(002):195-198.
- [2] 王智. 医院获得性肺炎中医临床治疗综述[J]. 现代医学与健康研究电子杂志, 2018, 2(14):207+209.
- [3] 邓树桦, 何小凤. 抗菌药物治疗医院获得性肺炎的新进展[J]. 现代医学与健康研究电子杂志, 2018, 12(03):42-43.
- [4] 李雪飞, 杨志华, 杜冬慧, 等. 特拉万星治疗医院获得性肺炎的研究现状[J]. 临床肺科杂志, 2018, 023(012):2300-2303.
- [5] 冯长松, 李淑芬. 儿童社区获得性肺炎病原学研究现状及进展[J]. 新疆医学, 2018, 48(7):776-779.
- [6] 宋文滔, 骆雪萍. 老年社区获得性肺炎患者的治疗研究进展[J]. 世界最新医学信息文摘, 2018, 18(6):58-60.
- [7] 胡月, 王宇, 刘景院, 等. 社区获得性肺炎病原学及耐药现状研究进展[J]. 中华实验和临床感染病杂志(电子版), 2018, 12(3):209-211.
- [8] 谭建龙, 刘志光, 谢良伊, 等. 替加环素治疗碳青霉烯类抗生素耐药肺炎克雷伯菌所致医院获得性肺炎的疗效观察[J]. 医学临床研究, 2018, 035(010):1877-1879, 1882.
- [9] 张志, 黄玉萍, 翟柱文, 等. 联合检测PCT、CRP、WBC在ICU细菌性医院获得性肺炎鉴别诊断中的价值探讨[J]. 临床医学工程, 2018, 025(012):1657-1658.
- [10] 苏大林. PCT、CRP与D-D联合检测对ICU医院获得性肺炎患者的诊断及预后价值评价[J]. 中外医学研究, 2018, 016(023):58-59.
- [11] 邢琳琳, 国建飞, 阮昕, 等. 血清载脂蛋白E、降钙素原及脑钠肽对医院获得性肺炎的诊断及预后评估价值分析[J]. 传染病信息, 2019, 032(002):132-135.
- [12] 胡曦丹, 何金凤, 王珩, 等. 肠内营养与质子泵抑制剂对脑卒中患者医院获得性肺炎的影响[J]. 中国药房, 2016, v.27;No.557(11):1548-1550.
- [13] 卓芬, 肖华, 黄娟娟, 等. PCT及IL-1 β 对重型脑外伤患者发生医院获得性肺炎的诊断价值[J]. 解放军医学院学报, 2018, 39(09):27-30.
- [14] 赵国南. 替加环素与亚胺培南西司他丁治疗医院获得性肺炎的临床对比观察[J]. 中国现代药物应用, 2019, 013(006):100-101.
- [15] 黄芳, 陈兴峰, 王燕萍. 医院获得性肺炎的流行病学特点及预防措施研究[J]. 中华医院感染学杂志, 2018, v.28(13):141-143.

(上接第304页)

[3] 王磊, 孙卫国. 多层螺旋CT血管造影联合血清脂蛋白相关磷脂酶A2检测在冠状动脉病变程度评估中的价值[J]. 实用医学影像杂志, 2018, v.19(03):77-79.

[4] 蔡雪, 淡雪川. 通心络胶囊联合盐酸贝尼地平片治疗冠状动脉痉挛性心绞痛164例临床评价[J]. 中国药业, 2018, 27(8):52-55.

[5] 白云浩, 王显, 张立晶, 等. 微血管性心绞痛中西医结合治疗的研究进展(综述)[J]. Advances in the Chinese and western medicine treatment of coronary microvascular angina pectoris[J]. 安徽卫生职业技术学院学报, 2018, 017(002):21-23.

[6] 吴东南, 肖政, 何凤屏, 等. 加味补阳还五汤对血管痉挛性

心绞痛患者Lp-PLA2、hs-CRP及GDF-15表达的影响[J]. 新中医, 2018, 050(007):57-59.

[7] 杨国园, 高旭杰, 闫建玲, 等. 中医药治疗冠心病稳定型心绞痛研究进展[J]. 光明中医, 2018, v.33;No.297(08):41-43.

[8] 马网霞, 李家一. 冠状动脉造影结果正常的临床诊断为急性冠脉综合征患者的病因分析[J]. 实用心脑血管病杂志, 2018, 026(001):92-94.

[9] 徐少东, 周炳凤, 班向阳, et al. 红细胞容积与分布宽度在不同类型急性冠脉综合征中的比较及其与预后的相关性分析[J]. 安徽医学, 2019, 41(1):11-12.

[10] 张志芳. 微血管性心绞痛中西医结合治疗研究进展[J]. 医学信息, 2019, 032(0z1):53-54.

(上接第305页)

用效果[J]. 中国当代医药, 2019, 26(03):252-254.

[7] 吴森翔, 金哲如, 叶华. 帕金森病冻结步态患者血清尿酸水平变化及意义[J]. 养生保健指南, 2018, 06(50):197-197.

[8] 陈静勿, 胡杉, 谢新凤, 等. 冻结步态帕金森病患者脑部结构fMRI:基于体素的形态学分析[J]. 放射学实践, 2019, 34(04):411-416.

[9] 宋金辉, 杨晶晶, 方星, 等. 综合训练改善帕金森病患者冻结

步态的研究[J]. 实用医学杂志, 2018, 34(01):148-150.

[10] 李娟, 任粹萍, 焦悦, 等. 利用可穿戴腓总神经电刺激器改善帕金森病冻结步态[J]. 中华神经科杂志, 2019, 52(10):817-822.

[11] 李茜瑜, 杨辉, 于洋, 等. 帕金森病冻结步态与认知障碍的相关性研究[J]. 阿尔茨海默病及相关病, 2019, 02(01):270-274.

[12] 王湘如, 张杰文, 秦灵芝, 等. 虚拟现实技术在帕金森病冻结步态康复中的应用[J]. 中华物理医学与康复杂志, 2019, 41(3):206-206.