



关于社区获得性肺炎 诊断和治疗

社区获得性肺炎 (community acquired pneumonia, CAP) 是指在医院外罹患的感染性肺实质 (含肺泡壁, 即广义上的肺间质) 炎症, 包括具有明确潜伏期的病原体感染而在入院后潜伏期内发病的肺炎。

CAP的临床诊断依据

以下1~4项中任何1项加第5项，并除外肺结核、肺部肿瘤、非感染性肺间质性疾病、肺水肿、肺不张、肺栓塞、肺嗜酸性粒细胞浸润症及肺血管炎等后，可建立临床诊断。

1. 新近出现的咳嗽、咳痰或原有呼吸道疾病症状加重，并出现脓性痰，伴或不伴胸痛

2. 发热

5. 胸部X线检查显示片状、斑片状浸润性阴影或间质性改变，伴或不伴胸腔积液。

3. 肺实变体征和(或)闻及湿性啰音

4. $WBC > 10 \times 10^9/L$ 或 $< 4 \times 10^9/L$ ，伴或不伴细胞核左移

CAP的病原学诊断

- ❧痰标本的采集：尽量在抗生素治疗前采集标本。嘱患者先行漱口，并指导或辅助其深咳嗽，留取脓性痰送检。无痰患者检查分枝杆菌和肺孢子菌可用高渗盐水雾化吸入导痰。真菌和分枝杆菌检查应收集3次清晨痰标本；对于通常细菌，要先将标本进行细胞学筛选。对于厌氧菌、肺孢子菌，采用BALF(支气管肺泡灌洗液)标本进行检查的阳性率可能更高。
- ❧痰标本的送检：尽快送检，不得>2 h。延迟送检或待处理标本应置于4℃保存(疑为肺炎链球菌感染不在此列)，保存的标本应在<24 h处理。

❧痰标本实验室处理：挑取脓性部分涂片作革兰染色，镜检筛选合格标本（鳞状上皮细胞 <10 个/低倍视野，多核白细胞 >25 个/低倍视野，或二者比例 $<1:2.5$ ）。以合格标本接种于血琼脂平板和巧克力平板两种培养基，必要时加用选择性培养基或其他培养基。用标准4区划线法接种作半定量培养。涂片油镜检查见到典型形态肺炎链球菌或流感嗜血杆菌有诊断价值

❧ 血清学标本的采集：采集间隔2—4周急性期及恢复期的双份血清标本，主要用于非典型病原体或呼吸道病毒特异性抗体滴度的测定

检测结果诊断意义的判断

❧ **确定** ①血或胸液培养到病原菌；

❧ ②经纤维支气管镜或人工气道吸引的标本培养的病原菌浓度 $\geq 10^5$ CFU / mL (半定量培养++)，BALF (支气管肺泡灌洗液) 标本 $\geq 10^4$ CFU / mL (+~++)，防污染毛刷或防污染BALF标本 $\geq 10^3$ CFU / mL (+)；

❧ ③呼吸道标本培养到肺炎支原体、肺炎衣原体、嗜肺军团菌；

❧ ④血清肺炎支原体、肺炎衣原体、嗜肺军团菌抗体滴度呈 ≥ 4 倍变化(增高或降低)，同时肺炎支原体抗体滴度(补体结合试验) $\geq 1: 64$ ，肺炎衣原体抗体滴度(微量免疫荧光试验) $\geq 1: 32$ ，嗜肺军团菌抗体滴度(间接荧光抗体法) $\geq 1: 128$ ；

❧ ⑤嗜肺军团菌I型尿抗原检测(酶联免疫测定法)阳性；

❧ ⑥血清流感病毒、呼吸道合胞病毒等抗体滴度呈 ≥ 4 倍变化(增高或降低)；

❧ ⑦肺炎链球菌尿抗原检测(免疫层析法)阳性(儿童除外)

❧ 有意义

- ❧ ①合格痰标本培养优势菌中度以上生长 ($\geq+++$) ;
- ❧ ②合格痰标本细菌少量生长, 但与涂片镜检结果一致 (肺炎链球菌、流感嗜血杆菌、卡他莫拉菌);
- ❧ ③ <3 天多次培养到相同细菌;
- ❧ ④血清肺炎衣原体IgG抗体滴度 $\geq 1:512$ 或IgM抗体滴度 $\geq 1:16$ (微量免疫荧光法);
- ❧ ⑤血清嗜肺军团菌试管凝集试验抗体滴度升高达 $1:320$ 或间接荧光试验IgG抗体 $\geq 1:1024$

❧ 无意义

❧ ①痰培养有上呼吸道正常菌群的细菌(如草绿色链球菌、表皮葡萄球菌、非致病奈瑟菌、类白喉杆菌等);

❧ ②痰培养为多种病原菌少量(<+++)生长;

❧

CAP入院治疗标准及病情严重程度评价

住院治疗标准满足下列标准之一，尤其是 ≥ 2 种时，建议住院治疗。

1. 年龄 ≥ 65 岁。
2. 存在以下基础疾病或相关因素之一：

慢性阻塞性肺疾病	糖尿病	慢性心、肾功能不全	恶性实体肿瘤或血液病
获得性免疫缺陷综合征 (AIDS)	吸入性肺炎或存在容易发生吸入的因素	近1年内曾因CAP住院	精神状态异常
脾切除术后	器官移植术后	慢性酗酒或营养不良	长期应用免疫抑制剂

3. 存在以下异常体征之一：

呼吸频率
 ≥ 30 次/min

脉搏 ≥ 120
次/min

动脉收缩压
<90mmHg

体温 $\geq 40^{\circ}\text{C}$
或 $< 35^{\circ}\text{C}$

意识障碍

存在肺外感染病灶如败血症、脑膜炎

4. 存在以下实验室和影像学异常之一：

WBC $>20 \times 10^9/L$ 或 $<4 \times 10^9/L$ ，或中性粒细胞计数 $<1 \times 10^9/L$

呼吸空气时PaO₂ <60 mmHg，PaO₂/FiO₂ <300 ，或PaCO₂ >50 mmHg

血肌酐(SCr) $>106 \mu\text{mol}/L$ 或血尿素氮(BUN) $>7.1\text{mmol}/L$

血红蛋白 $<90\text{g}/L$ 或红细胞压积(HCT) $<30\%$

血浆白蛋白 $<25\text{g}/L$

有败血症或弥漫性血管内凝血(DIC)的证据，如血培养阳性、代谢性酸中毒、凝血酶原时间(PT)和部分凝血活酶时间(APTT)延长、血小板减少

X线胸片显示病变累及1个肺叶以上、出现空洞、病灶迅速扩散或出现胸腔积液

重症肺炎诊断标准

- ✧ 现下列征象中 ≥ 1 项者，可诊断为重症肺炎，需密切观察，积极救治，有条件时，建议收住ICU治疗：
 - ✧ ①意识障碍。
 - ✧ ②呼吸频率 ≥ 30 次 / min。PaO₂<60mmHg，PaO₂ / FiO₂<300，需行机械通气治疗。
 - ✧ ④动脉收缩压<90 mm Hg。
 - ✧ ⑤并发脓毒性休克。
 - ✧ ⑥胸部X线检查显示双侧或多肺叶受累，或入院<48 h 病变扩大 $\geq 50\%$ 。
 - ✧ ⑦少尿：尿量<20 mL / h，或<80 mL / 4 h，或并发急性肾功能衰竭需要透析治疗。

CAP初始经验性抗感染治疗的建议

❧ 我国幅员辽阔，各地自然环境及社会经济发展存在很大差异，CAP病原体流行病学分布和抗生素耐药率并不一致，需要进一步研究和积累资料，建议仅是原则性的，须结合具体情况进行选择。

以上内容仅为本文档的试下载部分，为可阅读页数的一半内容。如要下载或阅读全文，请访问：<https://d.book118.com/987114136132006201>