

老年肺炎患者该如何诊治？

● 本报记者 张思玮

“老年肺炎具有起病隐匿、进展迅速、合并症多、预后差、发病率和病死率高等特点，需要引起临床医师的重点关注，制定更为精细的诊治策略，最大程度地实施个体化治疗。”近日，南京大学医学院附属金陵医院呼吸与危重症医学科主任医师施毅教授表示。

据国家卫生健康委员会报道，截至2022年底，我国60岁及以上老年人口为2.8亿，占总人口的19.8%；65岁及以上老年人口为2.1亿，占总人口的14.9%。据测算，到2035年左右，60岁及以上老年人口将突破4亿，而老年人是罹患肺炎的高危人群，如高龄伴随的肺老化、免疫衰老、衰弱、多种基础疾病、多重用药、误吸等均是老年人罹患肺炎的高危因素。

为加强对老年肺炎的防治与管理，中国老年医学学会呼吸病学分会组织编写了《老年肺炎临床诊断与治疗专家共识（2024年版）》（以下简称《共识》），并于发表在近期《中华结核和呼吸杂志》。

存在年龄、地区、季节差异

数据显示，2019年全球因下呼吸道感染死亡249万人，其中123万是70岁以上老人。30天病死率在肺炎严重程度指数为Ⅱ级的老年社区中，获得性肺炎（CAP）患者仅为0.8%，而在V级患者中高达33.0%。其中，老年男性罹患肺炎的概率大于女性；我国东北、华东省份为高发地区；秋冬季为发病高峰季节（每年10~12月及次年1~3月）。

《共识》指出，导致老年CAP的病原体以病毒、肺炎链球菌、肺炎支原体、革兰氏阴性菌和金黄色葡萄球菌为主，医院获得性肺炎（HAP）则只以革兰氏阴性菌为主。

“基础疾病越多、免疫抑制越严重、年龄越大及广谱抗菌药物使用越多，耐药菌感染和混合感染的比例越高。”《共识》通讯作者之一施毅表示。

其中，真菌感染最常见的为曲霉属、肺孢子菌等。重症老年患者需关注军团菌感染，与儿童密切接触的老年患者需关注肺炎支原体感染。与非老年肺炎患者相比，老年肺炎患者革兰氏阴性



图片来源：视觉中国

菌的检出率除肺炎克雷伯菌、鲍曼不动杆菌和铜绿假单胞菌仍位列前三位。

施毅表示，老年肺炎的发病机制涉及基础疾病、器官衰老和肺老化等多种因素。老年人因机体老化、呼吸系统结构和肺功能改变、罹患多种慢性严重基础疾病和营养不良等，导致全身和呼吸道局部防御机制和免疫功能降低，增加肺炎发生风险。长期卧床、吞咽障碍、意识障碍等导致误吸是老年人群肺炎发生的重要原因。

此外，老年患者存在的结构性肺病及全身基础疾病（如充血性心力衰竭、糖尿病等），也极大地增加了肺炎的发生风险。值得关注的是，老年患者对缺氧的敏感性较低，容易出现沉默性缺氧，发生急性疾病时的通气反应减弱，使早期呼吸道症状不明显，易导致延迟就诊或误诊，增加发生重症或死亡的风险。

尽量早期行胸部CT检查

《共识》指出，老年肺炎尤其是超高龄肺炎患者起病隐匿，缺乏典型呼吸系统临床症状；多以乏力、食欲降低、意识障碍等其他系统表现为首发症状；在合并肺部、心脏、神经系统等基础疾病时病情发展迅速，并发症多，易出现肺部及其他系统后遗症；相关实验室指标缺乏典型特征性改变。

施毅表示，合并基础疾病比例高会增加老年人罹患肺炎尤其是耐药菌肺炎的风险和肺炎预后不良的风险。此外，神经精神疾病和抗精神病药物、镇静药物的使用也会增加老年患者罹患吸入性肺炎、坏死性肺炎或肺脓肿、坠积性肺炎或肺不张的风险。

针对拟诊肺炎的老年患者，尤其是长期卧床、怀疑吸入性肺炎或病毒性肺炎等情况，《共识》建议，应尽早行胸部

CT检查；若常规检测方法不能明确病原体且经验性治疗无效，怀疑病毒等特殊病原体感染、重症或复杂感染、免疫功能低下时，应通过有创检查获取支气管肺泡灌洗液、胸腔积液或肺组织等样本，在传统病原学检测的同时行分子生物学检测，比如，聚合酶链反应（PCR）、宏基因组二代测序（mNGS）、靶向二代测序（tNGS等）。

尽早启动经验性抗感染治疗

在治疗原则方面，《共识》认为，应根据肺炎类型、严重程度和耐药风险及时启动针对老年肺炎的适当经验性抗感染治疗。选择抗菌药物和给药途径时，应注意老年患者的器官功能、基础疾病、合并用药、既往感染及近期抗菌药物应用史等。在保证疗效的同时选择安全、相互作用少的药物。对于全身用药疗效不佳的难治性肺炎，可以考虑全身静脉联合下呼吸道局部应用抗菌药物，以增强疗效、减少不良反应。初始治疗48~72小时后应及时判断疗效，及时根据病原学检测结果进行目标治疗，调整和优化抗感染治疗方案。重视抗感染药物以外的综合治疗，包括祛除危险因素、痰液引流、改善氧合、维持内环境稳定、保护脏器功能、雾化治疗、营养支持治疗和康复治疗等。

不过，老年患者抗菌药物的吸收、分布、代谢及排泄等方面的变化可导致抗菌药物药代动力学（PK）特性的改变，从而影响给药方案。

因此，《共识》建议，根据老年人独特生理特征，如机体功能衰退、多病共存及多药共用等，评估抗菌药物在老年人中PK变化及其对药物剂量的影响，结合抗菌药物PK/药物效应动力学（PD）特点

和治疗药物监测（TDM）手段指导个体化精准用药方案，以保证疗效，降低细菌耐药性产生概率和毒性反应发生率。

“肺炎诊断一旦成立，应尽早启动经验性抗感染治疗。除门诊轻症患者外，均应积极送检合格的呼吸道或血液标本等进行病原微生物及感染相关指标检测。在流感流行季节，不必等待检测结果，可行经验性抗流感病毒治疗。”施毅表示。

预防大于治疗

《共识》特别强调，对于无合并症的老年肺炎患者应在初始治疗48~72小时后对病情进行评估，包括临床表现、实验室检查、微生物学指标和胸部影像学。通常无合并症的老年肺炎患者在初始治疗后3~7天临床症状可改善，但体弱者可能需要更长的时间。

针对于老年肺炎患者是否使用糖皮质激素的问题，《共识》的意见为谨慎使用。不过，如因重症肺炎并发感染性休克血流动力学不稳定确需使用时，应个体化给药并密切监测不良反应，避免大剂量长疗程使用糖皮质激素。

此外，老年肺炎患者往往存在血容量不足的情况。施毅建议，尽早正确补充液体是重要的辅助措施，尤其是重症患者。合并心血管疾病的患者应警惕过多过快补液导致急性心功能不全。在营养支持方面，老年肺炎患者应首选经肠内营养，无禁忌证的患者推荐48小时内实施肠内营养。

“老年肺炎的预防至关重要，如防止误吸、疫苗接种、改变生活质量、强化基础疾病控制，都有可能降低老年肺炎的发生率。”施毅表示。

《共识》推荐，老年人每年接种流感病毒疫苗、23价肺炎链球菌多糖疫苗（PPV23）或13价肺炎链球菌结合疫苗（PCV13），并遵循国家疫情防控指导方针接种新型冠状病毒疫苗。

此外，老年人应坚持戒烟、减少饮酒，进行适度的体育锻炼；定期进行牙科检查，保持良好的营养状况和卫生习惯，尽量避免与罹患急性病毒性呼吸道感染的儿童的密切接触。

相关论文信息：

<https://doi.org/10.3760/cma.j.cn112>

147-20240611-00328