规范和提高我国急性呼吸窘迫综合征的诊断和治疗

邱海波

急性肺损伤(ALI)和急性呼吸窘迫综合征(ARDS)是一种复杂的临床综合征,发病率和病死率很高。1967年Ashbaugh首先提出时其病死率高达75%,2000年以来国际上ARDS病死率已降到25%~40%。遗憾的是,我国ARDS的预后似乎并没有同步得到改善,在北京和上海的流行病学调查中,ARDS病死率高达50.0%和68.7%,这显示出我国与西方发达国家在这一领域的巨大差距。严峻而残酷的局面,让我们必须重新审视ARDS的诊断是否存在偏差,治疗上是否规范合理。

ARDS的病死率与其严重程度密切相关。1994年欧美ARDS联席会议诊断标准首次对ALI和ARDS进行了严重程度区分,尽管该标准存在呼气末正压(PEEP)对氧合的影响估计不足,对心力衰竭的排除过于绝对,对X线胸片与氧合障碍的不同步性也未顾及,但该标准目前在国际上仍是最常用的。Villar的研究显示ARDS的病死率是ALI的3倍以上(68.0%比22.6%),因此,早期诊断和早期干预就显得特别重要。

ARDS的病因复杂,但异常炎症反应导致的肺毛细血管内皮和肺泡上皮损伤被认为是ARDS发生、发展的本质性机制,在积极治疗原发疾病的同时,阻断或调控炎症反应有可能成为改善ARDS预后的关键。遗憾的是,细胞因子单克隆抗体、自由基清除剂等遏制炎症反应的措施在动物实验中有效,进入临床后几乎均宣告失败。糖皮质激素预防和早期治疗ARDS已被认为无效,但一度认为有可能对ARDS后期的炎症反应和纤维化过程具有抑制作用。最近的大规模随机对照研究让我们再次失望,ARDS后期应用糖皮质激素尽管能够部分改善氧合,但并不降低病死率,甚至可能增加病死率。我们的治疗目标错了吗?是干预靶点不准确,还是治疗时机不正确,或是对ARDS的机制了解不够,这些均值得我们深思并进一步探索。新近对鱼油的研究似乎又让我们看到了调控炎症反应治疗ARDS的一线曙光。

ARDS有效病因治疗措施的缺失,使得呼吸功能支持治疗的地位显得更为重要。过去ARDS患者接受机械通气治疗是以改善氧合和呼吸窘迫为目标。然而,对ARDS病理生理的深入研究,认识到ARDS肺泡大量塌陷,具有“小肺”或“婴儿肺”的特征,常规机械通气在纠正低氧血症的同时,可导致呼吸机相关性肺损伤(VALI),加重肺损伤,甚至导致或出现多器官功能衰竭。因此,单纯以改善氧合和呼吸窘迫为ARDS机械通气的治疗目标显然是不恰当的,避免VALI同样也成为ARDS机械通气治疗的目标,具有同等重要的地位。近年来,以防止肺泡过度膨胀和维持塌陷肺泡处于复张状态为目标的肺保护性通气策略的应用,显示出令人兴奋的结果,能显著降低ARDS患者的病死率。采用保护性通气策略时,作为器官支持手段的机械通气,能够改善肺部炎症反应,防止肺外器官功能衰竭,使机械通气也成为ARDS重要的病因治疗手段。尽管在如何改善ARDS肺的不均一性、是否需要实现完全的肺泡复张、如何选择恰当的PEEP,以及在ARDS病程的不同阶段是否需要采取不同的机械通气策略等方面仍存在争议,但保护性通气已成为ARDS机械通气的共识。

不断出现的新理念和手段需要进一步讨论、推广和实践。最近德国的一项调查显示,92%的重症监护室(ICU)医生接受ARDS患者应实施肺保护性通气的观点,但实际上只有4%的医生能够在临床治疗中加以落实。这说明绝大多数ARDS患者所接受的机械通气治疗并没有按照已经证明有效的方法进行。

面对以上诸多的问题和挑战,为了提高对ARDS的认识,规范ARDS的治疗,中华医学会重症医学分会以ARDS循证医学研究为依据,经过对国内外经验的认真总结,并反复斟酌讨论和广泛征求意见,颁布了《ALI/ARDS诊断和治疗指南(2006)》,以期能够逐步规范ARDS的诊断和治疗,最终改善我国ARDS预后凶险的窘境。需要指出的是,ARDS指南作为一个指导性的临床文件,目的是规范诊疗活动,但并不意味着它就是完美和全面的。通过我们自己在临床上去观察、研究和实践,以及对国内外研究和证据的不断总结和修正,才能使指南逐渐趋于完善,也使ARDS等危重患者最终受益。

作者单位:210009 南京,东南大学附属中大医院

作者简介:邱海波(1966-),男(汉族),新疆人,医学博士,教授,主任医师,博士研究生导师,现任中华医学会重症医学分会副主任委员。

(收稿日期:2006-10-28) (本文编辑:李银平)