

## 肺炎之臨床診療指引

李文生

呼吸道感染是人類最常見的感染症，尤其肺炎是國內排行十大死因之一，也是健保給付前十大疾病之一。在抗生素如此發達的今天，肺炎死亡率粗估仍高達 30-70%。近年來受惠於醫學之進步，人類壽命得以延長，但由於人口老化，各種侵入性診斷或裝置之介入，化療藥物及免疫抑制劑之使用，而使得肺炎之致病菌變得複雜及多樣化，尤其 MRSA、*A. baumannii*、*P. aeruginosa*、*S. pneumoniae* 等細菌之抗藥性逐年上升，因此對於肺炎之適當合理之診斷及治療，就更顯得重要。

社區肺炎之嚴重度分類，依發生當時可應用的實驗診斷資料，根據臨床病史、CURB-65、或肺炎嚴重度指標（Pneumonia severity index）加以判斷，並作為住院與否或使用經驗性抗生素之依據。

各種診斷措施對於肺炎具有其診斷價值及限度（優缺點），實驗室診斷如血液培養，痰液染色（Gram stain 及 AFB stain），支氣管鏡檢，胸部 X 光檢查，電腦斷層 MRI 等，各具有其扮演之角色。近年來分子生物學檢驗對 *Mycobacterium*、*Mycoplasma* 及 *Chlamydia* 亦有所幫助。尿液抗原檢驗對於肺炎雙球菌及退伍軍人症亦可達到約 80% 的陽性率。對於 T.B 的快速診斷，近年來將第一個塗片陽性的檢體進行核酸擴增技術（NAA test），如果呈陽性，則可確認為結合感染，

可以縮短確診時程。

病毒性肺炎自 2003 年 SARS 之後，才開始受到重視尤其目前禽流感（H5N1）病毒之威脅與日俱增，對於病人之旅遊史，接觸史，疑似病例之通報及感染管制措施等，亦是不可忽略之一環。