

流行性感冒西医诊疗方案

流行性感冒(以下简称流感)是流感病毒引起的一种急性呼吸道传染病,甲型流感病毒和乙型流感病毒每年呈季节性流行,其中甲型流感病毒可引起全球大流行。流感大多为自限性,少数患者因出现肺炎等并发症或基础疾病加重可发展成重型及危重型病例,可因急性呼吸窘迫综合征(ARDS)、急性坏死性脑病或多器官功能不全等而死亡。

临床表现

潜伏期一般为1天~7天,多为2天~4天。

症状表现 主要以发热、头痛、肌肉关节酸痛起病,体温可达39摄氏度~40摄氏度,常有咽喉痛、干咳、鼻塞、流涕等,可有畏寒、寒战、乏力、食欲减退等全身症状,部分患者症状轻微或无症状。流感病毒感染可导致慢性基础疾病加重。

儿童的发热程度一般高于成年人,乙型流感患儿恶心、呕吐、腹泻等消化道症状较成年人多见。新生儿可仅表现为嗜睡、拒奶、呼吸暂停等。

老年人的临床表现可能不典型,常无发热或为低热,咳嗽、咯痰、气喘和胸痛明显,也可表现为厌食和精神状态改变。

无并发症者病程呈自限性,多于发病3天~5天后发热逐渐消退,全身症状好转,但咳嗽、体力恢复常需要较长时

并发症 肺炎是较为常见的并发症,其他并发症有神经系统损伤、心脏损伤、肌炎和横纹肌溶解、休克等。儿童流感并发喉炎、支气管炎等疾病多于较成年人。

1.流感病毒可侵犯下呼吸道,引起原发性病毒性肺炎。部分流感患者可合并细菌、其他病毒、非典型病原体、真菌等感染。合并金黄色葡萄球菌、肺炎链球菌或侵袭性肺曲霉感染时,病情严重,病死率较高。

2.神经系统损伤包括脑炎、脑病、脊髓炎、吉兰-巴雷综合征等,儿童发病率高于成年人,急性坏死性脑病更为凶险。

3.心脏损伤主要有心肌炎、心包炎,可见心肌标志物、心电图、心脏超声等异常,严重者可出现心力衰竭。此外,感染流感病毒后,心肌梗死、缺血性心脏病相关住院和死亡的风险明显增加。

4.肌炎和横纹肌溶解主要表现为肌痛、肌无力、血清肌酸激酶、肌红蛋白升高,严重者可导致急性肾损伤等。

实验室检查和影像学表现

一般检查

血常规:白细胞计数一般不

高或降低,重症病例淋巴细胞计数明显降低。

血生化:可有天门冬氨酸氨基转移酶、丙氨酸氨基转移酶、乳酸脱氢酶、肌酐等升高。少数病例肌酸激酶升高;部分病例出现低钾血症等电解质紊乱;休克病例血乳酸可升高。

动脉血气分析:重症病例可有氧分压、血氧饱和度、氧合指数下降,酸碱失衡。

脑脊液:中枢神经系统受累者细胞数和蛋白可正常或升高;急性坏死性脑病表现为细胞数大致正常,蛋白增高。

病原学检查

抗原检测:采集鼻拭子或咽拭子进行抗原检测,快捷简便,但敏感性低于核酸检测。抗原检测阳性支持诊断,阴性不能排除流感。

核酸检测:采集鼻拭子、咽拭子、气管抽取物、痰或肺泡灌洗液进行核酸检测,敏感性和特异性高,且能区分病毒类型和亚型。

病毒培养:从呼吸道标本可培养分离出流感病毒。

血清学检查 恢复期Ig(免疫球蛋白)G抗体阳转或较急性期呈4倍及以上升高,有回顾性诊断意义。

影像学表现 原发性病毒性肺炎患者的影像学表现为肺内斑片影、磨玻璃影;进展迅速者可发展为双肺弥漫的浸润影或实变影,个别病例可见胸腔积液表现。

急性坏死性脑病CT(计算机断层成像)或核磁共振成像(MRI)可见多灶性脑损伤,包括丘脑、脑室周围白质、内囊、壳核、脑干被盖上部(第四脑室、中脑水管腹侧)和小脑髓质等,以双侧丘脑对称性损伤为特征。

诊断

主要结合流行病学史、临床表现和病原学检查进行诊断。在流感流行季节,即使临床表现不典型,特别是有流感重症高危因素或住院患者,仍然需要考虑流感可能,应进行病原学检测。在流感高发季,对疑似病毒性肺炎的住院患者,除检测常见呼吸道病原体外,还需要进行流感病毒检测。

临床诊断病例 有流行病学史(发病前7天内在无有效个人防护的情况下与疑似或确诊流感患者有密切接触,或属于流感样病例聚集发病者之一,或有明确传染他人的证据)和上述流感临床表现,且排除其他引起流感样症状的疾病。

确定诊断病例 有上述流感临床表现,并具有下列一种或以上病原学检查结果阳性:

- 流感抗原检测阳性。
- 流感病毒核酸检测阳性。
- 流感病毒培养分离阳性。
- 流感病毒IgG抗体阳转或恢复期较急性期呈4倍及以上升高。

临床分型

轻型 表现为上呼吸道感染。

中型 发热>3天或(和)咳嗽、气促等,但呼吸频率(RR)<30次/分,静息状态下吸空气时指氧饱和度>93%。影像学检查可见肺炎表现。

重型 成年人符合下列任何一条:

- 呼吸急促,RR≥30次/分。
- 静息状态下,吸空气时指氧饱和度≤93%。
- 动脉血氧分压(PaO₂)/吸氧浓度(FiO₂)≤300,高海拔(海拔超过1000米)地区应根据以下公式对PaO₂/FiO₂进行校正:PaO₂/FiO₂×[760/大气压(毫米汞柱)]。(1毫米汞柱=133.322帕)
- 临床症状进行性加重,肺部影像学检查结果示24小时~48小时病灶明显进展>50%。
- 儿童符合下列任何一条:
 - 超高热或持续高热超过3天。
 - 呼吸急促(<2月龄,RR≥60次/分;2月龄~12月龄,RR≥50次/分;1岁~5岁,RR≥40次/分;>5岁,RR≥30次/分),排除发热和哭闹的影响。
 - 静息状态下,吸空气时指氧饱和度≤93%。
 - 鼻翼扇动、三凹征、喘鸣或喘息。
 - 意识障碍或惊厥。
 - 拒食或喂养困难,有脱水症状。

危重型 符合以下情况之一者:

- 呼吸衰竭,需要机械通气。
- 休克。
- 急性坏死性脑病。
- 合并其他器官功能衰竭需ICU(重症监护室)监护治疗。

高危人群

下列人群感染流感病毒后易发展为重型或危重型病例,应高度重视,及时进行流感病毒核酸检测及其他必要检查,尽早给予抗病毒药物治疗。

- 1.年龄<5岁的儿童(年龄<2岁更易发生严重并发症)。
- 2.年龄≥65岁的老年人。
- 3.伴有以下疾病或状况者:慢性呼吸系统疾病、心血管系统疾病(高血压病除外)、肾病、肝病、血液系统疾病、神经系统及神经肌肉疾病、代谢及内分泌系统疾病、恶性肿瘤、免疫功能抑制

等。

- 4.肥胖者。
- 5.妊娠期女性及围产期女性。

鉴别诊断

普通感冒 普通感冒以上呼吸道卡他症状为主要表现,伴有发热、肌肉酸痛等全身症状轻。

新冠病毒感染 新冠病毒感染与流感临床表现类似,需要应用病原学检查进行鉴别。

其他下呼吸道感染 合并肺炎时需要与其他病原体(其他呼吸道病毒、肺炎支原体等)导致的肺炎进行鉴别,并应用病原学检查进行诊断。

治疗

基本原则

1.按呼吸道隔离要求进行治

2.住院治疗标准(满足下列标准任意1条):

(1)基础疾病明显加重,如慢性阻塞性肺疾病、糖尿病、慢性心功能不全、慢性肾功能不全、肝硬化等。

(2)符合重型或危重型流感诊断标准。

3.非住院患者居家隔离,需要保持房间通风,佩戴口罩;充分休息,多饮水,饮食应当易于消化和富有营养;需要密切观察患者的病情变化,尤其是儿童和老年患者。

4.流感重型及危重型高危人群应尽早抗病毒治疗,可减轻症状,减少并发症,缩短病程,降低病死率。

5.避免盲目或不恰当使用抗菌药物。密切关注病情变化,及时留取标本进行病原学检查,合理应用抗菌药物。

6.合理选用退热药物,儿童忌用阿司匹林或含阿司匹林成分的药物,以及其他水杨酸制剂。

对症治疗 高热者可进行物理降温,及时应用解热药物。咳嗽咯痰严重者给予止咳祛痰药物。根据患者缺氧程度,采用适当的方式进行氧疗。

抗病毒治疗

1.抗流感病毒治疗原则:

(1)在流感流行季节,有流感重型和危重型高危因素的流感病例,应尽早进行抗病毒治疗,发病48小时内进行抗病毒治疗获益最大。基于多病原体流行的现状,在启动抗病毒治疗前,建议及时进行病原学检查,以指导治疗。

(2)发病时间超过48小时有重型或危重型高危因素的患者和重型或危重型患者,若流感病毒病原学检查结果为阳性,要坚持进行抗病毒治疗。

(3)有传播给高危人群风险

的流感患者,建议给予抗病毒治

(4)重型及危重型患者根据病原学检查结果,疗程可适当延长。

(5)不建议联合应用相同作用机制的抗病毒药物和增加药物剂量。

抗流感病毒药物 我国目前上市的对流感病毒敏感的药物有神经氨酸酶抑制剂、RNA(核糖核酸)聚合酶抑制剂和血凝素抑制剂3种。

神经氨酸酶抑制剂有以下

奥司他韦:奥司他韦胶囊/颗粒剂适用于1岁以上儿童及成人。奥司他韦干混悬剂适用于2岁以上儿童及成年人。成年人剂量为每次75毫克,每天2次。

1岁以下儿童推荐剂量:2周~8月龄,每次3毫克/千克;9月龄~11月龄,每次3.5毫克/千克。1岁以上年龄的儿童推荐剂量:体重≤15千克,每次30毫克;15千克<体重≤23千克,每次45毫克;23千克<体重≤40千克者,每次60毫克;>40千克者,每次75毫克。上述均为每天2次,1个疗程为5天。

肾功能不全者要根据肾功能调整剂量。

帕拉米韦:成年人一般用量为300毫克,单次静脉滴注,滴注时间不少于30分钟,有严重并发症者,可用600毫克,单次静脉滴注,滴注时间不少于40分钟。症状严重者,可每天1次,1天~5天连续重复给药。儿童每次10毫克/千克体重,静脉滴注,滴注时间不少于30分钟,每天1次,也可以根据病情,连续每天重复给药,不超过5天,单次给药量的上限为600毫克。要根据儿童体温等临床状况判断是否需要持续给药。对于肾功能不全的患者,要根据肾功能损伤情况调整给药量。

扎那米韦(吸入喷雾剂):适用于成年人及7岁以上儿童,每次10毫克,12小时1次,1个疗程为5天。不推荐哮喘或其他慢性呼吸道疾病患者使用吸入性扎那米韦。不推荐扎那米韦吸入性粉剂,建议用雾化器或机械通气装置给药。

RNA聚合酶抑制剂有以下

玛巴洛沙韦:玛巴洛沙韦片剂适用于≥5岁儿童及成年人,干混悬剂适用于5岁~12岁的儿童,均为单次口服。体重≥80千克者,每次80毫克;20千克<体重<80千克者,每次40毫克;体重<

20千克者,每次2毫克/千克。

法维拉韦:适用于成年人新型或再次流行的流感的治疗,但仅限于其他抗流感病毒药物治疗无效或效果不佳时使用。孕妇或可能怀孕的女性禁用法维拉韦,哺乳期女性使用法维拉韦时应暂停哺乳。口服,第1天,每次1600毫克,每天2次;第2天~5天,每次600毫克,每天2次。

血凝素抑制剂:阿比多尔用量为每次200毫克,每天3次,1个疗程为5天。

重型及危重型支持治疗

治疗原则 在上述治疗的基礎上,治疗基础疾病,积极预防及治疗并发症或继发感染,及时进行器官功能支持。

呼吸支持 低氧血症或ARDS是重型和危重型患者的主要症状,需要密切监护,及时给予相应的治疗。

呼吸支持方式包括:常规氧疗;PaO₂/FiO₂≤300的重型患者应立即给予鼻导管或面罩吸氧。

经鼻高流量氧疗(HFNC)或无创通气(NIV):PaO₂/FiO₂≤20060毫克;>40千克者,每次75毫克。上述均为每天2次,1个疗程为5天。

肾功能不全者要根据肾功能调整剂量。

帕拉米韦:成年人一般用量为300毫克,单次静脉滴注,滴注时间不少于30分钟,有严重并发症者,可用600毫克,单次静脉滴注,滴注时间不少于40分钟。症状严重者,可每天1次,1天~5天连续重复给药。儿童每次10毫克/千克体重,静脉滴注,滴注时间不少于30分钟,每天1次,也可以根据病情,连续每天重复给药,不超过5天,单次给药量的上限为600毫克。要根据儿童体温等临床状况判断是否需要持续给药。对于肾功能不全的患者,要根据肾功能损伤情况调整给药量。

扎那米韦(吸入喷雾剂):适用于成年人及7岁以上儿童,每次10毫克,12小时1次,1个疗程为5天。不推荐哮喘或其他慢性呼吸道疾病患者使用吸入性扎那米韦。不推荐扎那米韦吸入性粉剂,建议用雾化器或机械通气装置给药。

积极进行气道廓清治疗,如振动排痰、高频胸廓振荡、体位引流,必要时使用气管插管;加强气道湿化,进行有创机械通气的患者建议采用主动加热湿化器;建议使用密闭式吸痰;在氧合及血流动力学稳定的情况下,尽早开展被动及主动活动,促进痰液引流及肺功能康复。

循环支持 重型及危重型患者可合并脓毒症及休克,在血流动力学评估的基础上进行液体复苏,合理使用血管活性药物,密切监测患者血压、心率、尿量及动脉血乳酸变化等。流感病毒感染可引起心肌损伤或心肌炎,以及通过多种机制加重充血性心力衰竭和冠状动脉疾病等。因此,对于重型及危重型患者应监测心肌损伤标记物、心电图变化,完善超声心动图检查。

急性肾损伤和肾替代治

重型及危重型患者可合并急性肾损伤,应积极寻找病因,如低灌注和药物等因素。在积极纠正病因的同时,注意维持水、电解质、酸碱平衡。连续性肾替代治疗(CRRT)的指征包括:高钾血症;严重酸中毒;利尿剂无效的肺水肿或水负荷过多。

神经系统并发症治疗 流感相关脑炎和脑病无特效治疗方法,给予控制脑水肿及癫痫发作等对症处理;急性坏死性脑病治疗参考《儿童急性坏死性脑病诊疗方案(2023年版)》;急性播散性脊髓炎、横贯性脊髓炎可给予糖皮质激素和(或)丙种球蛋白治疗;吉兰-巴雷综合征可使用丙种球蛋白和(或)血浆置换。

其他治疗 重型及危重型患者不建议常规使用糖皮质激素治疗。对于并发症性脓毒症休克的患者,权衡风险和获益后可以考虑使用氢化可的松。此外,还应进行合理营养支持与康复治疗。

预防

疫苗接种 流感疫苗接种是预防流感的有效手段,可降低接种者罹患流感 and 发生严重并发症的风险。建议所有≥6月龄且无接种禁忌证的人都应接种流感疫苗。优先推荐以下重点和高风险人群及时接种:医务人员,包括临床救治、公共卫生和卫生检疫人员等;60岁以上的老年人;罹患一种或多种慢性病的人群;养老机构、长期护理机构、福利院等人员聚集场所的脆弱人群及员工;孕妇;6月龄~59月龄的儿童;6月龄以下的婴幼儿家庭成员和看护人员;托幼机构、中小学校、监管场所等重点场所人群。

药物预防 药物预防不能代替疫苗接种。建议对有重型及危重型流感高危因素的密切接触者(且未接种疫苗或接种疫苗后尚未获得免疫力)进行暴露后药物预防,不迟于暴露后48小时用药。

一般预防措施 保持良好的个人卫生习惯是预防流感等呼吸道传染病的重要手段,主要措施包括:勤洗手、保持环境清洁和通风,在流感流行季节尽量减少到人群密集场所活动,避免接触呼吸道感染患者;保持良好的呼吸道卫生习惯,咳嗽或打喷嚏时,用卫生纸或纸巾、毛巾等遮住口鼻,咳嗽或打喷嚏后洗手,尽量避免触摸眼睛、鼻或口;出现流感样症状时,患者应当注意休息及自我隔离,前往公共场所或就医过程中需要佩戴口罩。

(文章摘自2025年版《流行性感冒诊疗方案》)

经验交流

拔牙要注意全身性疾病

□郭昊明

在口腔疾病的治疗中,牙拔除术是常见手段。该手术会对术区软组织、硬组织造成创伤,引发肿胀、疼痛、出血等。身体较好的患者可以承受,但对于患有系统性疾病

血压过高

拔牙是有创操作,手术刺激易使血压骤升。对于血压高于180/100毫米汞柱(1毫米汞柱=133.322帕)或血压波动大的患者来说,血压急剧变化可能引发高血压脑病或脑血管意外。这类患者务必先控制好血压,必要时在心电监护下拔牙,确保安全。

肝肾疾病

肝炎 急性肝炎患者的肝脏功能受影响,应暂缓拔牙。慢性肝炎患者若肝功能明显受损,凝血酶原

及其他凝血因子合成障碍,拔牙后易出血。术前需要做凝血功能检查,结果异常者,在术前2天~3天开始补充足量的维生素K、维生素C及其他保肝药物,术后继续用药,术中加用局部止血药。同时,因肝炎具传染性,手术时要做好防护,避免医院内感染。

肾病 各类急性肾病患者肾脏功能不稳定,拔牙可能加重肾脏负担,应暂缓拔牙。慢性肾病患者要判定肾损害程度,肾功能代偿期(内生肌酐清除率>50%,血肌酐<132.6微摩尔/升,临床无症状)可拔牙,但要预防感染,以防肾功能恶化。慢性肾衰竭透析患者,患牙危害较大时,可在一次透析后手术,避免使用加重肾

脏负担的药物。

糖尿病 糖尿病是内分泌代谢疾病,患者术后感染风险高,伤口愈合可能延迟。一般拔牙用局麻,对糖尿病影响小,原治疗方案不变。拔牙时,空腹血糖宜控制在8.88毫摩尔/升,未控制的严重糖尿病患者应暂缓拔牙。接受胰岛素治疗者,拔牙最好在早餐后1小时~2小时,术后注意进食,持续控制血糖,可预防性使用抗生素。

心脏疾病

近期有心肌梗死病史 近期有心肌梗死病史的患者,心脏功能不稳定,疼痛、恐惧等刺激易诱使心梗复发,十分危险。建议患者经治疗病情好转后6个月,在临床症状和心电图稳定后再考虑拔牙。必须拔牙时,需要专科医师全面检查并密切配合。

近期心绞痛频繁发作 近期心绞痛频繁发作,表明心脏不稳定,心肌梗血严重。此时拔牙,手术刺激可能加重心肌缺血,引发严重心脏事件,应暂缓拔牙。

心功能Ⅲ级~Ⅳ级 患者有端坐呼吸、发绀等症状,身体代偿能力弱。拔牙刺激可能导致心力衰竭,不宜拔牙。

心脏病合并高血压病 心脏

病合并高血压病的患者,拔牙前

病合并高血压病的患者,拔牙前

病合并高血压病的患者,拔牙前

病合并高血压病的患者,拔牙前

病合并高血压病的患者,拔牙前

病合并高血压病的患者,拔牙前

病合并高血压病的患者,拔牙前

病合并高血压病的患者,拔牙前

病合并高血压病的患者,拔牙前

病合并高血压病的患者,拔牙前

病合并高血压病的患者,拔牙前

病合并高血压病的患者,拔牙前

病合并高血压病的患者,拔牙前

病合并高血压病的患者,拔牙前

病合并高血压病的患者,拔牙前

病合并高血压病的患者,拔牙前

病合并高血压病的患者,拔牙前

病合并高血压病的患者,拔牙前

病合并高血压病的患者,拔牙前

病合并高血压病的患者,拔牙前

病合并高血压病的患者,拔牙前

病合并高血压病的患者,拔牙前

病合并高血压病的患者,拔牙前

病合并高血压病的患者,拔牙前

病合并高血压病的患者,拔牙前

病合并高血压病的患者,拔牙前

立春是二十四节气之首,标志着阳气初升、万物复苏。此时天气乍暖还寒,昼夜温差大,人们要谨记“养生八法”(括、动、乐、吃、喝、忌、梳、泡)。

“春捂”防寒 “春捂秋冻”是养生要诀。立春之后,气温波动较大,过早脱去冬衣易感寒受凉。唐代医学家孙思邈指出:“春天不可薄衣,令人伤寒、霍乱、食不消、头痛。”老年人、儿童等重点人群要注意保暖,适时增减衣物。

适度运动 “动以升阳”是中医春季养生的重要原则。人们可以选择慢跑、打太极拳、练八段锦等运动,或踏青赏花、垂钓等户外活动。运动需因人而异,避免过度消耗阳气。

调畅情志 春季与肝相应,肝主疏泄,喜条达而恶抑郁。保持乐观情绪有助于疏肝理气,预防失眠、头痛、心烦等情志疾病。

饮食调理 立春饮食宜清淡温补,多食时令蔬菜,如春韭、菠菜、香椿等应季食材,搭配红枣、山药、蜂蜜等滋补品。肉类可选鸡肉、牛肉等,注意荤素搭配,营养均衡。

养生茶饮 玫瑰银花茶:玫瑰花瓣5片~10片,金银花5克,陈皮1块,开水冲泡,具有活血化瘀、清热解毒的作用。

杞菊桑叶茶:枸杞子6克,白菊花2朵,霜桑叶2片,用开水冲泡,具有养阴清肺、清肝明目的作用。

饮食禁忌 立春时节忌食寒凉之品,以免损伤阳气。同时,避免摄入辛辣、油炸、油腻食物,预防上火生湿、损伤脾胃。

梳头升阳 每天晨起用木梳或五指梳头100次~200次,能促进头皮血液循环,助阳气升发。此法简单易行,持之以恒可见良效。

足浴养生 取干艾叶50克,生姜50克,花椒20粒,食盐1克~3克,水煎10分钟~15分钟,待水温降至50摄氏度左右泡脚。每晚1次,连续泡脚15天,可温经散寒、除湿通络。

立春养生重在顺应自然、调和阴阳。通过科学合理的养生方法,能有效提升机体免疫力,为健康打下坚实的基础。

(作者供职于河南省南阳市宛城区中医院)

节先养生

河南省卫生健康委宣传处指导 | 河南省健康中原服务保障中心主办

立春之后『养生八法』要牢记