

# 甲型流感与发热上呼吸道感染临床比较

龙亚秋, 何文星, 罗翌, 覃小兰

广东省中医院, 广东 广州 510000

**[摘要]** 目的: 比较甲型流感与发热上呼吸道感染的早期鉴别诊断、治疗。方法: 纳入 64 例甲型流感 (A 组)、发热上呼吸道感染 (B 组) 患者, 从一般资料、流行病学、临床症状、实验室检查、治疗、预后等分析。A 组给予磷酸奥司他韦胶囊, 中医辨证治疗; B 组给予西药常规治疗加中医常用方。结果: A 组接触史高于 B 组, A 组患者上呼吸道感染症状较 B 组明显, 2 组患者均无皮疹。A 组血白细胞 (WBC)、中性粒细胞 (NEUT)、血小板 (BPC) 低于 B 组, 2 组比较, 差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。总有效率 A 组 93.75%, B 组 100%, 2 组临床疗效比较, 差异无统计学意义 ( $P = 0.151$ )。结论: 发热患者常规行血常规检查, 血象低者需进一步行甲型/乙型流感病毒抗体检测, 流感患者需进一步完善胸片; 治疗上应尽早规范口服奥司他韦, 结合中药辨证常获良效。

**[关键词]** 甲型流感; H7N9; 辨证治疗; 奥司他韦

**[中图分类号]** R511 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2015) 08-0048-02

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2015.08.022

流行性感冒(简称流感)是流感病毒引起的急性呼吸道感染, 也是一种传染性强、传播速度快的疾病; 一般秋冬季节是其高发期, 所引起的并发症和死亡现象较严重。该病是由流感病毒引起, 可分为甲(A)、乙(B)、丙(C)三型, 甲型病毒经常发生抗原变异, 传染性大, 传播迅速, 极易发生大范围流行, 甲型 H7N9、H1N1 也就是甲型一种; 广东省卫生和计划生育委员会指出 2015 年人感染 H7N9 高致病性禽流感死亡率为 37.8%<sup>[1]</sup>。流感病人以发热来诊, 易与普通发热上呼吸道感染患者混淆, 但两者治疗策略、预后存在差异, 甚至危及患者生命。基于此, 本文纳入流感患者与普通发热上呼吸道感染患者, 从一般资料、流行病学、临床症状、实验室检查、治疗、预后等不同角度, 探讨两者差异, 旨在指导发热门诊早期鉴别诊治。

## 1 临床资料

纳入 2014 年 1—3 月本院发热门诊患者 64 例, A 组为甲型流感患者 32 例(其中人感染 H7N9 高致病性禽流感患者 2 例), B 组为上呼吸道感染患者 32 例。纳入标准<sup>[2]</sup>: 年龄 12~70 岁, A 组符合流行性感冒诊断、甲型流感病毒抗体检测阳性、均报传染病卡, B 组符合急性上呼吸道感染诊断、体温超过 37.3℃, 2 组患者皆知情同意。

## 2 治疗方法

2.1 A 组 尽早(36 h 内)给予磷酸奥司他韦胶囊(达菲, 罗氏

公司)75 mg, 口服, 每天 2 次, 疗程 5 天; 如患者合并肺部病情奥司他韦(达菲)用量为 150 mg, 每天 2 次, 疗程据病情定延长。其他西药包括美敏伪麻、2 代头孢、喹诺酮类; 中药包括喜炎平针、清开灵针。中医辨证: 风热证 28 例, 风寒证 2 例, 湿热证 1 例, 风邪袭表证 1 例, 风热证患者给予本院流感协定处方(柴胡、黄芩、前胡各 15 g, 蝉蜕 5 g, 大青叶、淡豆豉、僵蚕、姜黄、桔梗、苦杏仁、藿香各 10 g, 甘草 5 g)。

2.2 B 组 西药包括美敏伪麻、2 代头孢、喹诺酮类, 中药包括清开灵针、喜炎平针。辨证: 风热证 31 例, 少阳证 1 例, 主要给予桑菊饮、银翘散等。

## 3 统计学方法

采用 SPSS16.0 统计软件进行处理, 计量资料以( $\bar{x} \pm s$ )表示, 行  $t$  检验; 计数资料用  $\chi^2$  检验。

## 4 结果

4.1 2 组临床疗效比较 见表 1。A 组患者中, 2 例最终确诊为人感染 H7N9 高致病性禽流感, 经治疗均死亡。B 组患者均痊愈, 经早期鉴别诊断、达菲及辨证中药(流感方)的早期介入, 甲流患者与普通急性上呼吸道感染临床疗效比较, 差异无统计学意义( $P = 0.151$ )。

4.2 2 组治疗前一般资料、临床症状、影像学情况 见表 2。提示 A 组患者接触史高于 B 组, 广东省疾病预防控制中心指出重要的暴露地点是活禽交易(批发或零售)市场。A 组患者上

**[收稿日期]** 2015-03-23

**[基金项目]** 国家科技重大专项课题 (2008ZX10005-013)

**[作者简介]** 龙亚秋 (1983-), 女, 主治医师, 研究方向: 中西医结合诊治急症。

**[通讯作者]** 覃小兰, E-mail: longqiuxinxin@163.com。

呼吸道感染症状较 B 组明显, 2 组患者均无皮疹。

表 1 2 组临床疗效比较 例

组别	n	痊愈	死亡	总有效率(%)
A组	32	30	2	93.75
B组	32	32	0	100

表 2 2 组治疗前一般资料、临床症状、影像学比较 例(%)

临床特点	A组	B组
年龄(岁)	12~70	13~61
性别(男/女)	17/15	15/17
接触史	7(21.9)	3(9.4)
酸痛不适	17(53.1)	6(18.8)
咽痛	20(62.5)	12(37.5)
流涕	19(59.4)	5(15.6)
咳嗽	26(86.7)	13(40.6)
皮疹	0	0
影像学异常	6(18.8)	6(18.8)

4.3 2 组首诊最高体温比较 首诊最高体温 A 组(38.56±0.80)岁, B 组(38.47±0.55)岁, 2 组比较, 差异无统计学意义( $P>0.05$ )。

4.4 2 组治疗前实验室检查比较 见表 3。A 组血白细胞(WBC)、中性粒细胞(NEUT)、血小板(BPC)均低于 B 组, 2 组比较, 差异均有统计学意义( $P<0.05$ )。

表 3 2 组治疗前实验室检查比较( $\bar{x}\pm s$ )

项 目	A组 (n=32)	B组 (n=32)	F 值	P 值
WBC( $\times 10^9/L$ )	7.46±3.12	10.44±4.51	9.468	0.003
NEUT 百分率(%)	71.62±9.94	74.30±10.42	1.107	0.297
LYM(%)	15.93±7.57	15.92±7.73	0.000	0.999
NEUT( $\times 10^9/L$ )	5.984±3.55	8.04±4.22	4.476	0.038
BPC( $\times 10^9/L$ )	182.50±46.8	210.94±56.34	4.824	0.032

## 5 讨论

近年来时行感冒的发病明显呈现以下特点: 一是呈散在流行或小爆发流行, 二是多发于秋末冬初或冬春之交、温差较大的时令, 三是多见于久旱无雨雪、且天气骤冷的时节。该病病因多为天气乍寒乍热、冷暖无常, 病气易乘隙袭人, 从口鼻而入; 发病以起病急、传变快、变化多端、呈动态经过为特征。2014 年为甲午年, 患者年初外感六淫之邪, 多从火化, 以风热、风火为主要表现, 临床常运用本院 2014 年甲流协定方治疗。柴胡苦平, 疏肝解郁, 和解退热; 黄芩苦寒, 清热燥湿, 泻火解毒; 柴胡长于开郁, 黄芩又善于泄热, 两药配伍既可调肝胆之气机, 又可清泄内蕴之湿热。僵蚕味辛苦气薄, 喜燥恶湿, 能胜风除湿, 清热解郁; 蝉蜕气寒无毒, 味咸且甘, 为清

虚之品, 能祛风而胜湿, 涤热而解毒; 姜黄气味辛苦, 大寒无毒, 祛邪伐恶, 行气散郁, 三药配伍从气机的角度可治疗温病表里三焦之热证, 此三药若加大黄一味则为清代医家杨栗山所创之“升降散”, 原治温病“表里三焦大热”诸症, 赵绍琴老先生认为, 只要见有气机郁滞诸证升降散加减用之, 均有良效。桔梗、苦杏仁皆功擅宣通肺气, 桔梗以升为主, 苦杏仁以降为主, 两者配伍一升一降, 升降调和, 用之得当, 其效甚妙。柴胡疏畅肝气, 前胡宣达肺气, 且前胡降气除痰, 兼有宣散风邪之功, 二者合用, 一疏一宣, 使气机调达, 可疗外感发热, 胸闷咳嗽、多痰。《名医别录》: “淡豆豉主伤寒头痛寒热, 瘴气恶毒, 烦躁满闷”, 故淡豆豉可解肌发表, 宣郁除烦, 常用于外感表证, 寒热头痛, 心烦, 胸中烦闷, 口舌生疮。大青叶功能清热凉血, 为解毒要药, 配合柴胡、前胡等, 能清气分、营分的热毒。藿香和中、辟秽、祛湿, 且可疏散表邪, 正如《本草再新》: “解表散邪, 利湿除风”。甘草清热解毒, 调和诸药。全方可疏散风热之表邪, 清泄在里之郁热, 调节气机之升降, 临床运用于 2014 年流感常获良效。

总之, 从实验室角度来说, 流感患者血象偏低, 提示我们接诊发热患者需常规行血常规检查, 血象低者需进一步行甲型/乙型流感病毒抗体检测, 如患者为甲型流感患者需进一步完善胸片, 评估患者病情。治疗方面需尽早规范口服磷酸奥司他韦胶囊(达菲)。

奥司他韦又名达菲、特敏福、磷酸奥他米韦。口服后 1~2 h 在胃肠道完全吸收, 转化成活性代谢物奥他米韦羧酸盐, 绝对生物利用度为 75%<sup>[3]</sup>。其不良反应较多, 一般在服药后 1~2 天内逐渐消失, 只有 1% 以内的人需停药<sup>[4]</sup>。有资料显示, 奥司他韦对于个体的总体有效率为 89%, 而对于家庭成员的有效率为 84%<sup>[5-6]</sup>。

## 【参考文献】

- [1] 广东省卫生和计划生育委员会. 关于进一步加强 H7N9 病例医疗救治工作的紧急通知(粤卫明电[2015]13 号).
- [2] 叶任高, 陆再英. 内科学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2005: 12-13.
- [3] 郁杰, 戴德银, 王昕阳. 两种抗甲型 H1N1 流感病毒药物的临床应用[J]. 中国药业, 2009, 18(16): 68.
- [4] 戴德银. 实用新药特药手册[M]. 4 版. 北京: 人民军医出版社, 2007: 198.
- [5] 刘艾林, 王海娣, 杨帆, 等. 抗流感神经氨酸酶抑制剂的研究进展[J]. 药学学报, 2009, 44(9): 936-938.
- [6] Welliver R, Monto AS, Carewicz O, et al. Effectiveness of osehamivir in preventing influenza in household contacts: a randomized controlled trial [J]. JAMA, 2001, 285: 748-754.

(责任编辑: 马力)