

· 共识与指南 ·

新发呼吸道传染病的中西医结合诊治专家共识



扫一扫下载指南原文

中华医学会热带病与寄生虫学分会 上海市医学会感染病学分会

通信作者:卢洪洲,上海市公共卫生临床中心感染免疫科 201508,

Email:luhongzhou@fudan.edu.cn, 电话:18930810088

【摘要】 新发呼吸道传染病在现代传染病中越来越重要,其重症发生率和病死率均较高。使用中医药防治瘟疫的过程中所积累的方法对现代传染病的防治有理论指导和实际应用的价值。为了规范新发呼吸道传染病的中西医结合诊治,中华医学会热带病与寄生虫学分会和上海市医学会感染病学分会组织该领域内的部分中西医专家联合制定了本共识,介绍了新发呼吸道传染病的诊断及分型、中医诊断分型、西医治疗方案、中医治疗方案、护理调摄、疗效评价和出院标准等。

基金项目:“艾滋病和病毒性肝炎等重大传染病防治”科技重大专项(2017ZX10305.501-008);上海市卫生健康委员会综合医院中西医结合专项(ZHYY-ZXYJH-ZX-1-201703)

DOI:10.3760/cma.j.issn.1000-6680.2019.09.005

呼吸道传染病是指病原体从人体鼻腔、咽喉、气管和支气管等呼吸道感染侵入而引起的有传染性的疾病。自 2003 年的严重急性呼吸综合征(severe acute respiratory syndrome, SARS)肆虐,2009 年的甲型 H1N1 流行性感冒(以下简称流感)流行,到 2013 年的甲型 H7N9 禽流感的流行,新发呼吸道传染病在现代传染病中越来越重要。截至 2015 年 2 月,我国报道的人感染甲型 H7N9 禽流感确诊病例中病死率高达 41%,同时散发的 H10N8、H5N6 禽流感病毒感染者也多为重症^[1-3]。

纵观中国历史,各朝代均有疫灾频发,中医药在防治瘟疫的过程中积累了大量经验,这些方法对现代传染病的防治也有理论指导和实际应用的价值。为了规范新发呼吸道传染病的中西医结合诊治,由中华医学会热带病与寄生虫学分会和上海市医学会感染病学分会组织该领域内的部分中西医专家联合制定本共识[其中西医治疗方案参考了《中国成人社区获得性肺炎诊断和治疗指南(2016 年版)》^[4]],以期解决新发呼吸道传染病诊疗中的临床问题,并推动新发呼吸道传染病中西医结合研究的发展。

一、诊断及分型

(一)流行病学资料

一年四季均可发病,一般冬春季多发,可散发流行或暴发。

(二)临床表现

通常表现为流感样症状,包括发热、咽痛、流涕、鼻塞、咳嗽、咯痰、头痛、全身酸痛、乏力等。部分患者出现呕吐和(或)腹泻。少数患者仅有轻微的上

呼吸道症状,无发热。体征主要包括咽部充血和扁桃体肿大。患者可发生肺炎等并发症。少数患者病情进展迅速,出现呼吸衰竭、多脏器功能不全或衰竭。可诱发原有基础疾病的加重,呈现相应的临床表现,病情严重者可导致死亡。

(三)实验室检查

1. 外周血常规检查:白细胞计数一般不高或降低。

2. 血生物化学检查:部分患者出现低钾血症,少数患者肌酸激酶、AST、ALT 和乳酸脱氢酶水平升高。

3. 病原学检查:① 以反转录 PCR(最好采用实时定量反转录 PCR)法检测呼吸道标本(咽拭子、鼻拭子、鼻咽或气管抽取物、痰)中的流感病毒核酸,结果可呈阳性;② 呼吸道标本中可分离出流感病毒;③ 动态检测双份血清流感病毒特异性抗体水平呈 4 倍或以上升高。

4. 胸部影像学检查:合并肺炎时肺内可见片状阴影。

(四)诊断

诊断主要结合流行病学史、临床表现和病原学检查,早发现、早诊断是防控与有效治疗的关键。

1. 疑似病例:符合下列情况中的一项即可诊断为疑似病例。① 发病前 7 d 内与传染期流感确诊患者有密切接触,并出现流感样临床表现。密切接触是指在未采取有效防护的情况下,诊治、照看传染期流感患者;与患者共同生活;接触过患者的呼吸道分泌物、体液等。② 发病前 7 d 内曾到过流感流行(出现病毒的持续人间传播与基于社区水平的流行

和暴发)的地区,出现流感样临床表现。③ 出现流感样临床表现,流感病毒检测阳性,尚未进一步检测病毒亚型。对上述 3 种情况,在条件允许的情况下,可安排进行流感病原学检查。

2. 临床诊断病例:仅限于以下情况做出临床诊断,同一起流感暴发疫情中,未经实验室检查确诊的流感样症状患者,在排除其他致流感样症状疾病时,可诊断为临床诊断病例。流感暴发是指一个地区或单位短时间内出现异常增多的流感样患者,经实验室检查确认为流感疫情。在条件允许的情况下,临床诊断病例可安排病原学检查。

3. 确诊病例:出现流感样临床表现,同时有以下一项或几项实验室检查结果,① 流感病毒核酸检测阳性(可采用实时定量 PCR 和反转录 PCR 方法);② 分离到流感病毒;③ 双份血清流感病毒的特异性抗体水平升高 4 倍或以上。

4. 重症与危重病例:① 出现以下情况之一者为重症病例,持续高热 > 3 d;剧烈咳嗽,咳脓痰、血痰或胸痛;呼吸频率快,呼吸困难,口唇紫绀;有神志改变,如反应迟钝、嗜睡、躁动、惊厥等;严重呕吐、腹泻,出现脱水表现;影像学检查有肺炎征象;肌酸激酶、CK-MB 等心肌酶水平迅速增高;原有基础疾病明显加重。② 出现以下情况之一者为危重病例,呼吸衰竭,感染中毒性休克,多脏器功能不全,出现其他需进行监护治疗的严重临床表现。

二、中医诊断分型

呼吸道感染性疾病主要病因病机为感受外邪、肺失宣肃,以及正气内虚、脏腑功能失调、病理产物积聚所致。根据其临床表现可分为轻型及重型 2 大类。轻型主要分为风寒袭肺证、疫毒犯肺证,重型主要表现为阳气虚脱。至恢复期,又表现为气阴两虚及余热未尽。

三、西医治疗方案

(一)抗病毒治疗

在流感流行季节,对怀疑流感病毒感染的肺炎患者,推荐常规进行流感病毒抗原或核酸检测,并积极应用神经氨酸酶抑制剂进行抗病毒治疗,不必等待流感病原检查结果,即使发病时间 > 48 h 也推荐应用^[4]。

(二)抗感染治疗

病毒性肺炎常见继发细菌感染,其中肺炎链球菌、金黄色葡萄球菌和流感嗜血杆菌感染较为常见。抗感染治疗一般可于体温正常 2 ~ 3 d 且主要呼吸道症状明显改善后停药,但疗程应根据病情严重程度、缓解速度、并发症和不同病原体而异,不必以肺部病灶吸收程度作为停用抗菌药物的指征。通常

轻、中度肺炎患者疗程为 5 ~ 7 d,重症以及伴有肺外并发症的患者可适当延长抗感染疗程。金黄色葡萄球菌、铜绿假单胞菌、克雷伯菌属或厌氧菌等易导致肺组织坏死的细菌感染,抗菌药物治疗疗程可延长至 14 ~ 21 d。

(三)辅助治疗

除了针对病原体的抗感染治疗外,中、重症患者的补液、维持水电解质平衡、营养支持和物理治疗等辅助治疗也是必要的。合并低血压的患者予以早期液体复苏是降低严重病死率的重要措施。低氧血症患者的氧疗和辅助通气也是改善预后的重要治疗手段。此外,雾化、体位引流、胸部物理治疗等也被用于肺炎的治疗。重症患者的辅助药物还包括糖皮质激素,静脉注射丙种球蛋白、他汀类药物,但到目前为止,尚无确切证据证明其有效性^[5]。

1. 氧疗和辅助呼吸:① 住院患者应及时评估血氧水平,存在低氧血症的患者推荐鼻导管或面罩氧疗,维持血氧饱和度 $> 90\%$ 。但对于有高碳酸血症风险的患者,在获得血气分析结果前,血氧饱和度宜维持在 $88\% \sim 92\%$ 。最近研究结果表明,经鼻导管加温湿化的高流量吸氧($40 \sim 60$ L/min)也可用于临床^[4]。② 与高浓度氧疗相比,无创通气能降低急性呼吸衰竭患者的气管插管率和病死率,使氧合指数得到更快、更明显的改善,降低多器官功能衰竭和感染性休克的发生率,合并慢性阻塞性肺疾病的肺炎患者获益更明显。但对于并发成人急性呼吸窘迫综合征(acute respiratory distress syndrome, ARDS)的患者,使用无创通气的失败率较高,且不能改善预后,重度低氧[氧合指数 < 150 mmHg(1 mmHg = 0.133 kPa)]患者也不适宜采用无创通气。另外,需要及时识别无创通气是否失败。在使用无创通气的最初 1 ~ 2 h,若不能改善患者的呼吸频率和氧合状态,或不能降低初始高碳酸血症患者的血二氧化碳水平,均提示无创通气失败,应立即改为气管插管进行呼吸机辅助呼吸。③ 存在 ARDS 的患者在气管插管后宜采用小潮气量机械通气(6 mL/kg 理想体重)。④ 重症患者如合并 ARDS 且常规机械通气下症状不能改善时,可使用体外膜肺氧合(extracorporeal membrane oxygenation, ECMO)。ECMO 的适应证包括可逆性的呼吸衰竭伴严重低氧[氧合指数 < 80 mmHg或即使用高水平的呼气末正压通气(positive end expiratory pressure, PEEP)辅助通气 6 h 也不能纠正低氧]、酸中毒严重失代偿(pH 值 < 7.15)和过高的平台压[如 $> 35 \sim 45$ cmH₂O(1 cmH₂O = 0.098 kPa)]。

2. 糖皮质激素:糖皮质激素能降低合并感染性休克患者的病死率,推荐采用琥珀酸氢化可的松 200 mg/d,在感染性休克纠正后应及时停药,用药一般不超过 7 d。糖皮质激素对不合并感染性休克的其他重症患者的益处并不确定。此外,全身应用糖皮质激素可能导致需要胰岛素干预的高血糖发生。

四、中医治疗方案

(一)轻型

1. 风寒袭肺:不发热,或低热,恶寒,多无汗,伴有头痛、颈项板滞,肢体酸痛,鼻塞、流涕、咳嗽、白痰。舌淡苔白,脉浮紧。治则:发表解汗、散风祛湿。方药:荆防败毒散加减。推荐中成药:川芎茶调散,咳嗽可用止嗽散、三拗片等。

2. 疫毒犯肺:身热,恶风,咳嗽频剧,气粗或咳声嘎哑,咽痛,咯痰不爽;伴有口渴,鼻塞流黄涕,头痛;舌红苔薄黄,脉浮数。治则:疏风清热、宣肺止咳。方药:清瘟败毒饮加减。推荐中成药:莲花清瘟胶囊、疏风解毒胶囊。

(二)重型

阳气虚脱:临床表现高热、ARDS、脓毒性休克等,可见心悸、气短、不能平卧、出汗、四肢冰凉、少尿水肿等,舌紫暗苔腻,脉微欲绝。治则:解毒泄肺、益气固脱。方药:独参汤、参附龙牡汤加减。推荐中药注射液:参附针、醒脑静、血必净。推荐中成药:安宫牛黄丸、至宝丹、紫雪丹。灌肠法:排便不通及肾功能不全者可用解毒通腑汤灌肠。

(三)恢复期

1. 气阴两虚:两颧潮红,咽干,手足心热,口干,心悸,舌光红无苔,脉虚数结代。治则:滋养肺胃,培土生金。方药:沙参麦冬汤加减。

2. 余热未尽:口舌干燥而渴,伴低热,午后尤甚,干咳或痰少而黏,舌干红少苔,脉细。治则:养阴透热。方药:青蒿鳖甲汤加减。

五、护理调摄

(一)高热护理

卧床休息,观察体温变化。体温骤降时,予以保温,及时测量血压、脉搏,注意病情变化。观察末梢循环和尿液情况,若出现高热而四肢末梢发冷、发绀等提示病情加重。观察有无抽搐、休克等并发症。观察患者的心理状态,有无恐惧、焦虑等。

(二)生活起居

提供患者合适的休息环境,保持室内温湿度适宜,环境安静,空气新鲜,注意高热患者口腔卫生、皮肤卫生,预防褥疮,大量出汗者勤换衣服。高热神昏谵妄、神智不清者要加强监护,防止跌倒。

(三)饮食调护

高热患者给予半流质饮食,多饮水及新鲜果汁,中药汤剂温服,高热烦躁患者可凉服。

(四)情志调摄

对于反复持续高热及危重患者,加强心理疏导,多鼓励,多解释,提高对治疗疾病的信心。

六、疗效评价及出院标准

(一)临床稳定标准

需符合下列所有 5 项指标:① 体温 $\leq 37.8^{\circ}\text{C}$; ② 心率 ≤ 100 次/min; ③ 呼吸频率 ≤ 24 次/min; ④ 收缩压 ≥ 90 mmHg; ⑤ 氧饱和度 $\geq 90\%$ (或在吸空气条件下动脉氧分压 ≥ 60 mmHg)。

(二)出院标准

当患者诊断明确,经有效治疗后病情明显好转,体温正常超过 24 h 且满足临床稳定的其他 4 项指标,可转为口服药物治疗,无需进一步处理的并发症及精神障碍等情况时,可考虑出院。

利益冲突 所有作者均声明不存在利益冲突

专家组成员 (按姓名汉语拼音排序):陈建杰(上海中医药大学附属曙光医院传染科),陈军(上海市公共卫生临床中心感染免疫科),陈晓蓉(上海市公共卫生临床中心中医科),方邦江(上海中医药大学附属龙华医院急诊科),李锋(上海市公共卫生临床中心呼吸科),卢洪洲(上海市公共卫生临床中心感染免疫科),陆云飞(上海市公共卫生临床中心中医科),沈银忠(上海市公共卫生临床中心感染免疫科),张琴(上海交通大学医学院附属同仁医院感染科),张炜(上海中医药大学附属曙光医院呼吸科),张文宏(复旦大学附属华山医院感染病科)

参 考 文 献

- [1] World Health Organization. WHO risk assessment of human infections with avian influenza A (H7N9) virus [EB/OL]. (2015-02-23) [2019-08-12]. https://www.who.int/influenza/human_animal_interface/influenza_h7n9/RiskAssessment_H7N9_23Feb2015.pdf?ua=1.
- [2] Chen H, Yuan H, Gao R, et al. Clinical and epidemiological characteristics of a fatal case of avian influenza A H10N8 virus infection: a descriptive study [J]. Lancet, 2014, 383(9918): 714-721. DOI:10.1016/S0140-6736(14)60111-2.
- [3] Pan M, Gao R, Lv Q, et al. Human infection with a novel, highly pathogenic avian influenza A (H5N6) virus: virological and clinical findings [J]. J Infect, 2016, 72(1): 52-59. DOI: 10.1016/j.jinf.2015.06.009.
- [4] 中华医学会呼吸病学分会. 中国成人社区获得性肺炎诊断和治疗指南(2016年版). 中华结核和呼吸杂志, 2016, 39(4): 253-279. DOI:10.3760/cma.j.issn.1001-0939.2016.04.005.
- [5] 席雯, 高占成. 成人病毒性肺炎诊治现状 [J]. 华西医学, 2018, 33(1): 88-92. DOI:10.7507/1002-0179.201712026.

(收稿日期:2019-08-12)

(本文编辑:沈漱瑜)