

2017 年冬季北京单中心 68 例 乙型流感中医病证分析

连 博 罗 丹 吕小琴 王晓鹏 瞿沉尘 卢幼然 赵京霞 郭玉红 刘清泉

(首都医科大学附属北京中医医院,北京,100010)

摘要 目的:观察 2017 年冬季北京单中心乙型流感病例的中医病证特征。方法:采用横断面调查方法回顾 2017 年 11、12 月首都医科大学附属北京朝阳医院 68 例乙型流感病例,通过分析其流行病学、临床症状及实验室检查特点,总结北京地区 2017 年冬季乙型流感病例的中医病证特征。结果:临床表现:68 例乙型流感病例起病即发热(100%), $T_{\max}$ (38.6 ± 0.43) $^{\circ}\text{C}$,发热持续不退,恶寒、咳嗽、咽痛、肌肉酸痛、头痛等症明显,中医证候以表寒里热证(39.7%)为主,其次风热证(14.7%)。流行病学:68 例乙型流感病例人群年龄(39.5 ± 15.9)岁,男女比例 0.54:1,有基础病者(0.8%),就诊前用药者(54.4%);未接种流感疫苗者(100%),接触流感样患者(48.5%)。实验室检查:乙型流感病毒毒株为 Yamagata 系,中性粒细胞百分比不高,余未见异常。结论:2017 年冬季北京单中心 68 例乙型流感病例属中医学“时行感冒”范畴,临床表现以发热恶寒、咳嗽、咽痛、肌肉酸痛、头痛的表寒里热证为特征。

关键词 乙型流感;中医病证;时行感冒;流行病学;北京;中医药防治;冬季流感;横断面调查

Analysis of TCM Syndrome of 68 Cases of Influenza B in Beijing Single Center in Winter of 2017

Lian Bo¹, Luo Dan³, Lyu Xiaoqin¹, Wang Xiaopeng³, Qu Chenchen¹, Lu Youran¹, Zhao Jingxia¹, Guo Yuhong¹, Liu Qingquan^{1,2}

(1 Beijing Hospital of Traditional Chinese Medicine, Capital Medical University, Beijing 100010, China)

Abstract Objective: To observe the cases of TCM syndrome characteristics of single center influenza B in Beijing in the winter of 2017. **Methods:** A total of 68 cases of influenza B in Beijing Chaoyang Hospital Affiliated to Capital Medical University from January to December in 2017 were retrospectively analyzed by cross-sectional survey. The epidemiology, clinical symptoms and laboratory features of 68 cases of influenza B were retrospectively analyzed, which summarized the symptoms of influenza B of TCM syndromes in winter of 2017. **Results:** The clinical manifestations of 68 cases of influenza B were fever onset (100%), $T_{\max}$ (38.6 ± 0.43) $^{\circ}\text{C}$, and the fever persisted, with the aversion to cold, cough, sore throat, muscle soreness, headache and other symptoms appeared significantly. Syndrome was based on cold in the Exterior and Heat in the Interior (39.7%), followed by external wind-heat syndrome (14.7%). Epidemiology: 68 cases of influenza B were (39.5 ± 15.9) years old, male female ratio was 0.54:1, with basic disease (0.8%), the rate of drug users before treatment (54.4%), patients without vaccinating against influenza (100%), patients with flu-like illness (48.5%). Laboratory tests: Type B influenza virus strain was Yamagata series, the percentage of neutrophils was not high, and no abnormal situation was seen. **Conclusion:** 68 cases of type B influenza in Beijing single center in winter of 2017 were classified as “Epidemic colds” in TCM. And the clinical manifestations were characterized by cold-heat syndrome of fever, aversion to cold, cough, sore throat, muscle ache and headache.

Key Words Influenza B; TCM syndromes; Epidemic cold; Epidemiology; Beijing; TCM prevention and treatment; Winter influenza; Cross-sectional study

中图分类号:R254;R373.1+3

文献标识码:A

doi:10.3969/j.issn.1673-7202.2018.02.008

流行性感(简称流感)是由流感病毒引起的一种急性呼吸道疾病,具有突然爆发、迅速扩散、传染性强的流行病学特点,流感病毒根据其核蛋白及基质蛋白的特性不同,分为甲、乙、丙 3 型。2009 年甲型 H1N1 流感全球大流行,此后我国北方地区冬春季至少出现 1 次流感流行高峰,造成公众健康

和社会经济的重大损失。北京地处中国华北地区,是世界一线城市,人口密集,且流动性大,冬春季气候寒冷、干燥,这样的人口构成特点及气候特点,容易造成流感的扩散^[1]。目前乙型流感无明确特效药物,中医药在防治流感方面有独特优势。本研究基于北京地区冬季乙型流感病例的中医病证特征观

基金项目:北京市科技计划(Z141100006014056);北京市医院管理局重点医学专业发展计划(ZYLX201611);中医感染性疾病基础研究北京市重点实验室(BZ0320)

作者简介:连博(1992.03—),男,在读硕士研究生,研究方向:中西医结合治疗急危重症,E-mail:lianbo_2016@126.com

通信作者:刘清泉(1965.11—),男,教授,主任医师,博士研究生导师,研究方向:中西医结合治疗急危重症,E-mail:Liuqingquan2003@126.com

察,探讨北京地区乙型流感病证规律,以发挥中医药防治乙型流感的优势。

1 资料与方法

1.1 一般资料 收集 2017 年 11 月 2 日至 12 月 20 日于首都医科大学朝阳医院发热门诊就诊的流感样患者病例,病例资料包括年龄、性别、发病时间、流感疫苗接种史、接触史、既往史、首发症状、就诊症状、体征、实验室检查及咽拭子等,在首都医科大学附属北京中医医院检验科进行聚合酶链(RT-PCR)法检测流感病毒分型。

1.2 诊断标准

1.2.1 西医诊断 符合《流感样病例暴发疫情报告及调查处置指南(试行)》^[2]中流感样病例的定义,即发热(腋下体温 $\geq 38\text{ }^{\circ}\text{C}$),伴咳嗽或咽痛。

1.2.2 中医辨证 参考《中医内科常见病诊疗指南西医疾病部分》^[3]中感冒的诊断标准,依据《中药新药临床研究指导原则》^[4],分为风寒束表证、风热犯表证、表寒内热证、邪热郁肺证。1) 风寒束表证:恶寒重,伴或不伴发热,无汗,口不渴,全身疼痛,或鼻塞流清涕,咽痒,咳嗽痰稀或干咳无痰,舌淡红,苔薄白,脉浮或浮紧。本研究以恶寒重,发热,头痛或身痛,鼻塞或流清涕,无咽痛,舌淡红,苔薄白,脉浮或浮紧为判断标准。2) 风热犯表证:发热,微恶风寒,汗泄不畅,口渴,或有咽痛,轻咳少痰,舌质红,苔薄或薄腻,脉浮数。本研究以发热,恶寒轻,口渴或咽痛或咳嗽,无身痛,舌质红,苔薄或薄腻,脉浮数为判断标准。3) 表寒里热证:发热或发热恶寒并见,发热重恶寒轻,咽痛,头重,头痛,口渴,咳嗽,咳痰,痰或黄或白或黄白相间,肌肉酸痛,舌质红,苔薄腻或黄腻,脉浮数或滑数。本研究以发热恶寒,头痛或身痛,兼见咳嗽或咽痛或尿黄或便干为判断标准。4) 邪热郁肺证:高热,咳嗽,咯痰,痰黄痰黏,口渴喜饮,咽痛,舌质红,苔黄或腻,脉滑数。本研究以发热,不恶寒,咳嗽,痰黄或口渴喜饮或咽痛为判断标准。5) 其他证候:不能归入 1)~4) 条证候中任一证候者。

1.3 纳入标准 纳入符合上述中西医诊断标准者,签署知情同意书。

1.4 排除标准 排除有明确实验室诊断依据可以解释发热原因者,非呼吸系统感染性疾病所致发热者^[5],聚合酶连法检测不属于乙型流感者。

1.5 研究方法

1.5.1 标本采集与检测 1) 咽拭子标本采集方法:
a. 检查者用压舌板辅助,将 2 个咽拭子越过舌根,到达咽喉壁,同时采双侧咽峡部标本反复涂抹数次,取

出时避免接触口腔黏膜等处;b. 将采集标本后的咽拭子放入病毒采样管 $-20\text{ }^{\circ}\text{C}$ 保存,于 1 周内送检。送检过程用冰排保证冷藏。2) 病原鉴定方法:由首都医科大学附属北京中医医院检验科完成。应用流感通用型试剂盒采用逆转录聚合酶链式反应(RT-PCR)方法筛选乙型流感阳性者,乙流阳性者继用流感亚型试剂盒区分亚型。

1.5.2 病例信息采集 记录患者一般资料,回顾患者的流感疫苗接种史、接触史、既往史、发病时间、首发症状,观察并记录患者就诊时症状、体征、舌脉特征及实验室检查结果,采用横断面研究的群体调查方法观察流行性感冒的临床特征。

1.6 统计学方法 采用 EpiData 建立数据库,根据自拟《北京地区流感病证特征监测流感样病例调查表》逐一输入患者资料,应用 SPSS 24.0 软件进行数据分析,计量资料以均数 $\pm$ 标准差($\bar{x}\pm s$)表示,计数资料以例数和百分数表示。

2 结果

2.1 流行病学分析 本次研究共收集 358 例流感样病例,甲型及乙型共 165 例,阳性率 46.0%。乙型流感 68 例,占 41.2%,病毒株均为 Yamagata 系,其中男 24 例,女 44 例,男女比例为 0.54:1;年龄 15~79 岁,平均(39.5 ± 15.9);有基础病者 6 例;就诊前用药者 37 例(54.4%);接种流感疫苗者 0 例,接触流感样患者 33 例(48.5%)。

2.2 临床初起症状 68 例患者,初起即发热,占 100%, T_{max} (38.6 ± 0.43) $^{\circ}\text{C}$,其中高热 $39\text{ }^{\circ}\text{C}$ 以上 18 例,并见恶寒,占 60.2%,但少有寒战,以咳嗽、咽痛、流涕、头痛、肌肉酸痛、乏力等症状多见。鼻塞、喷嚏、口渴等症状所占比例均少。见表 1。

表 1 68 例乙型流感病例临床初期症状比例

首发症状	例数(%)	首发症状	例数(%)
发热	68(100)	咽痛	42(61.7)
恶寒	41(60.2)	咳嗽	48(70.5)
寒战	5(7.3)	口渴	11(16.1)
鼻塞	14(20.5)	头痛	22(32.3)
流涕	31(45.5)	项紧	5(7.3)
喷嚏	14(20.5)	肌肉酸痛	31(48.5)

2.3 临床就诊症状 68 例患者就诊症状主要表现为发热恶寒、咳嗽、咽痛、头痛、肌肉酸痛及乏力。部分病例见口干口渴、鼻塞、喷嚏、咽干咽痒、气短等呼吸道症状。少部分病例见恶心、呕吐、纳差、腹痛、便秘等消化道症状。见表 2。

2.4 舌苔脉象比例 68 例患者舌质以舌红、舌暗

红多见,共占 82% 以上;舌苔以苔白、苔腻多见;脉象以浮数脉多见。见表 3。

表 2 68 例乙型流感病例临床初期症状比例

就诊症状	例数(%)	就诊症状	例数(%)	就诊症状	例数(%)
发热	68(100)	黄痰	12(17.6)	胸闷	5(7.3)
恶寒	46(67.6)	痰中带血	1(1.4)	心悸	1(1.4)
汗出	10(14.7)	鼻塞	10(14.7)	恶心	5(7.3)
寒战	5(7.3)	喷嚏	9(13.2)	呕吐	1(1.4)
头痛	32(47.0)	清涕	42(61.7)	纳差	14(20.5)
头晕头重	17(25.0)	黄涕	3(4.4)	腹痛	3(4.4)
肌肉酸痛	43(63.2)	咽痒	10(14.7)	便秘	1(1.4)
肢体困重	25(36.7)	咽干	23(33.8)	乏力	41(60.2)
口干口渴	26(38.2)	咽痛	52(76.47)	尿黄	2(2.9)
咳嗽	56(82.3)	声嘶	3(4.4)	腹泻	1(1.4)
白痰	24(35.2)	气短	4(5.8)		

表 3 368 例乙型流感病例舌苔脉象比例

舌质	例数(%)	舌苔	例数(%)	脉象	例数(%)
暗红	28(41.1)	白	39(57.3)	浮数	44(64.7)
红	28(41.1)	黄	23(33.8)	浮紧	1(1.4)
淡红	11(16.1)	腻	46(67.6)	浮滑	17(25.0)
		薄	12(17.6)		

2.5 实验室检查结果 68 例患者白细胞计数、淋巴细胞百分比、血红蛋白、血小板未见明显异常,中性粒细胞百分比不高。见表 4。

表 4 468 例乙型流感病例实验室检查结果

指标	$\bar{x} \pm s$
白细胞计数($\times 10^9/L$)	5.7 ± 2.0
中性粒细胞百分比	64.6 ± 11.0
淋巴细胞百分比	24.5 ± 9.1
血红蛋白(g/L)	140.3 ± 15.1
血小板($\times 10^9/L$)	207.1 ± 57.4

表 5 68 例乙型流感中医证型例数

	风寒束表证	风热犯表证	表寒里热证	邪热郁肺证
乙型流感	3	10	27	6

2.6 68 例乙型流感病例中医证候分布 结合 68 例乙型流感病例首发症状、就诊症状及舌脉,患者首先出现发热,恶寒(60%),咳嗽、咽痛,随疾病传变,热象逐渐明显,头痛肌肉酸痛并见咳嗽咽痛,口渴等外寒内热表现逐渐增多,并且舌脉以舌红、舌暗红级浮数脉多见。北京地区 2017 年冬季乙型流感最常见的证型是表寒里热型(39.7%),其次是风热证

(14.7%),单纯的风寒证少见。见表 5、6。

3 讨论

乙型流感每年都在全球范围内造成健康问题,约占全球流行病三分之一的负担^[6],尽管归因于乙型流感住院和死亡的速率比甲型流感亚型(H3N2)少,但比甲型流感病毒在非流行季节(H1N1)亚型的致病性强,对儿童的致病性更加严重,且容易出现重症^[7-8]。自二十世纪七十年代以来,乙型流感病毒已经分化为 2 种抗原性不同的谱系^[9],可分为 Victoria 和 Yamagata 两大谱系。现代病毒学、临床流行病学的发展,以及西医对病原的认识,对中医认识流感的病邪性质、传变规律以及治法具有重要意义^[10]。

本研究进行的流感病例监测病原学分为乙型流感病毒 Yamagata 株。本此研究中发现乙型流感在女性多发,青壮年易感。调查中发现 68 例乙型流感患者未接种流感疫苗,并且 33 例患者有流行病学接触史,本次研究患者主要以青壮年为主,而在方任飞等^[11]研究中,北京市老年人对于流感知识尚可,而对流感疫苗认识较差,黄婷等^[12]调查城市儿童家庭流感疫苗情况显示对疫苗认识和信任不足,说明公众对接种流感疫苗及流行性病学防护的知识相对欠缺。分析 68 例患者的实验室检查可见患者在发病 3 d 内,未合并细菌感染,表现为病毒感染。

乙型流行性感冒为西医病名,而对应中医病名应属“时行感冒”。时行感冒在中医古籍中有所记载,在《素问·刺法论》中记载:“五疫之至,皆相染易。无问大小,病状相似”。体现出时行感冒的传染性、致病性及症状相似性。此后在《诸病源候论·时气候》中记载:“时行病者,是春时应暖而反寒,夏时应热而反冷,秋时应凉而反热,冬时应寒而反温,非其时而有其气,是以一岁之中,病无长少,率相似者,此则时行之气也”。以及在《杂病源流犀烛·感冒源流》中有更加详细的记载:“感冒,肺病也……风邪袭人,不论何处感受,必归于肺,其症或头疼、身热,轻则否,鼻必塞,兼流清涕,必恶风、恶寒,或声重,或声哑,甚者痰壅气喘,合口不开,咳嗽、咽干、自汗、脉浮而缓,此外感也”。查阅中医古籍发现时行感冒与乙型流感在致病、传染性 & 症状上相似,在对乙型流感的辨证论治中,可以参考时行感冒。

表 6 68 例乙型流感首发、就诊症状的列联表

		症状											
		发热	恶寒	咳嗽	咽痛	乏力	肌酸	头痛	流涕	鼻塞	喷嚏	口渴	寒战
时期	首发	68	41	48	42	33	31	22	31	14	14	11	5
	就诊	68	46	56	52	41	43	32	42	10	9	26	5

本次研究对流感病原学进行检测,明确诊断为乙型流感病例,回顾患者疾病初起症状,以发热为主(100%),但表现为高热 39℃ 以上较少,兼见恶寒(60.2%),主要症状为咳嗽(70.5%)、咽痛、肌肉酸痛、流清涕为主,既有寒战、喷嚏、项紧等风寒证表现,也有高热、口渴、咽痛等风热证表现,考虑不同年龄、性别及体质上的差异,导致了初起症状有所差异。对 68 例乙型流感就诊症状进行归纳分析,结合时行感冒证型,提炼出了 4 个最基本证型:风寒束表证、风热犯肺证、表寒里热证、邪热郁肺证。从结果分析 68 乙流患者以表寒里热证(39.7%)最为常见,以发热恶寒,头痛或身痛,咳嗽、咽痛为主要症状。比较患者初期症状,咳嗽咽痛、流清涕所占比例明显增加,口渴、乏力也有所增加,可见患者在表寒未解的情况下,里热逐渐凸显,在舌脉表现上也与之相符,以舌红、暗红,苔白、腻,脉浮数为主。本次研究在症状上与王融冰等^[13]研究流感病例主要症状表现一致,也与王玉光等^[14]研究流感样病例以外寒内热证为主结果相似。在乙型流感预防上,可参考本次研究,对公众进行早期干预,如选配对症中药做成代茶饮以预防。在治疗上,目前已有研究显示中医方案治疗流行性感感冒轻症的疗效与奥司他韦相当,在退热及缓解呼吸道症状方面有一定优势,且价格低廉、易于获取,可在乙型流感的治疗中加入清热解毒透表之品,以防止内热加重。

本次研究分析归纳中发现乙型流感不能完全归类于时行感冒的 4 个最基本证型,少部分病例还表现出胃肠道症状,在后续研究中可将伤寒及温病的辨病辨证思想加入其中,结合时令、运气、体质等因素,以进一步完善乙型流感的中医病证分析,以更好的指导治疗。本研究通过分析北京单中心 68 例乙型流感病例的病证特征,对于指导中医药防治乙型流感有一定指导意义,但病例样本量小,并且未涉及

大部分儿童患者,其具体证候分布规律有待进一步总结。

参考文献

- [1] 曾祥兴,李康生. 流感百年:20 世纪流感大流行的回顾与启示[J]. 医学与社会,2010,23(11):4-6.
- [2] 流行性感冒诊断与治疗指南(2011 年版)[J]. 社区医学杂志,2011,9(5):66-74.
- [3] 中华中医药学会. 中医内科常见病诊疗指南西医疾病部分[M]. 北京:中国中医药出版社,2008:1-4.
- [4] 国家食品药品监督管理局. 中药新药临床研究指导原则[S]. 北京:中国医药科技出版社,2002.
- [5] 曾军. 流感样疾病的诊断和鉴别诊断[J]. 中华医学信息导报,2003,17(22):15.
- [6] Yang J-R, Huang Y-P, Chang F-Y, et al. Phylogenetic and evolutionary history of influenza B viruses, which caused a large epidemic in 2011-2012, Taiwan. PLOS ONE. 2012 Oct 12,7(10):e47179. pmid:23071751.
- [7] McCullers JA, Hayden FG. Fatal influenza B infections: time to reexamine influenza research priorities[J]. J Infect Dis. 2012 Mar 15,205(6):870-872. pmid:22291194.
- [8] Garg S, Moore Z, Lee N, et al. A cluster of patients infected with I221V influenza b virus variants with reduced oseltamivir susceptibility—North Carolina and South Carolina, 2010-2011[J]. J Infect Dis. 2013 Mar 15,207(6):966-973. pmid:23242536.
- [9] Beire B, Bauer B, Schweiger B. Differentiation of influenza B virus lineages Yamagata and Victoria by real-time PCR[J]. J Clin Microbiol, 2010,48(4):1425-27.
- [10] 李际强,陆建荣,胡聰,等. 531 例流感样病例病原学分布与中医证候分析[J]. 中国中医急症,2013,22(8):1303-1305.
- [11] 方任飞,马彦,吴疆,等. 北京市老年人免费流感疫苗接种率及认知影响因素调查分析[J]. 中国全科医学,2014,17(12):1403-1406.
- [12] 黄婷,范军星,苏琪茹,等. 城市儿童家庭流感疫苗接种率及接种意愿调查[J]. 现代预防医学,2014,41(6):1108-1111.
- [13] 王融冰,李兴旺,陈晓蓉,等. 975 例流行性感感冒患者中医病证特征分析[J]. 中医杂志,2015,56(7):579-582.
- [14] 王玉光,马月霞,刘卫红,等. 北京地区 2015 年冬季流感样病例中医病证特征观察[J]. 北京中医药,2016,35(2):99-101.

(2018-01-12 收稿 责任编辑:徐颖)

(上接第 273 页)

- [9] 赵绍琴. 赵绍琴温病讲座[M]. 北京:学苑出版社,2008,13-26.
- [10] 方药中. 医学三字经浅说[M]. 北京:人民卫生出版社,2007:378-379.
- [11] 吴鞠通. 吴鞠通医案[M]. 北京:中国医药科技出版社,2012:1-50.
- [12] 宋麦芬,陈腾飞. 吴鞠通应用紫雪丹救治急重症经验探析[J].

北京中医药,2017,36(4):343-344.

- [13] 刘清泉,陈腾飞. 中医急危重症讲稿[M]. 北京:中国中医药出版社,2017:47-58.
- [14] 赵绍琴. 温病浅谈[M]. 北京:学苑出版社,2010:237.
- [15] 张菊人. 菊人医话[M]. 北京:人民卫生出版社,2006:1-3.

(2018-01-12 收稿 责任编辑:徐颖)