

成人流行性感冒抗病毒 治疗专家共识（2022版）解读



2022.11.26

共识背景

▲流行性感冒是由流感病毒引起的一种**急性呼吸道传染病**，每年呈季节性流行且**多为自限性**，高危人群可发生重症流感，甚至导致死亡。流感的**早诊早治**对降低重症发生率和病死率、减少疾病进一步传播有着重要作用。

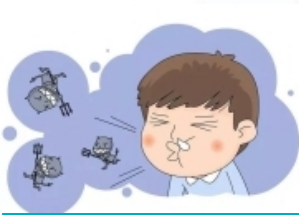
为进一步加强临床医务工作者对流感的认识，合理使用抗流感病毒药物，制订了《成人流行性感冒抗病毒治疗专家共识》，从**方法学、流行特点和疾病负担**等9个方面给出了**10条推荐意见**。



表 1 GRADE 证据质量分级标准及推荐强度

| 证据分级 | 具体描述 |
|-------|--|
| 高级证据 | 非常确信真实的效应值接近效应估计值 |
| 中级证据 | 对效应估计值有中等程度信心:真实值有可能接近估计值,但仍存在二者大不相同的可能性 |
| 低级证据 | 对效应估计值的确信程度有限:真实值可能与估计值大不相同 |
| 极低级证据 | 对效应估计值几乎没有信心:真实值很可能与估计值大不相同 |
| 推荐强度 | |
| 强 | 明确显示干预措施利大于弊或弊大于利 |
| 弱 | 利弊不确定或无论质量高低的证据均显示利弊相当 |

注:GRADE 为评估、制定与评价体系



1 流行特点和疾病负担

（一）我国流感的流行特点和季节性

▲流感在**温带**地区表现为**每年冬春季的季节性**流行和高发。

▲**热带**流感的季节性呈高度多样化，既有半年或全年周期性流行，也有全年循环。

2013年，一项研究显示，我国北方省份呈**冬季流行模式**，部分南方省份每年4~6月份呈现单一年度高峰；两者之间的中纬度地区，呈现每年1~2月份和6~8月份的双周期高峰。

一项对我国2005年至2016年乙型流感流行特征研究发现，乙型流感的流行强度低于甲型流感，以**冬春季流行**为主。

新型冠状病毒肺炎疫情发生后，2020年春季全球流感活动迅速下降，维持较低水平。

至2021年底，我国及部分国家出现了**秋冬流感高发季**，而2022年夏季，我国南方省份出现了流感流行高峰，提示流感防控形势不容乐观。

（二）疾病负担

全人群：每年在全球可导致300万~500万例重症病例和29万~65万例呼吸道疾病相关死亡病例。

慢性病患者：慢性基础疾病患者感染流感病毒后，其流感相关住院率和超额病死率更高。

儿童：儿童流感罹患率高。2017年至2018年流感流行季，北京市流感感染率和发病率研究提示，0~4岁组和5~14岁组发病率最高，分别为33.0%和21.7%。

老年人：老年人罹患流感后易出现严重并发症，死亡风险较高。

医务人员：医护人员感染流感病毒的风险高于普通人群。

流行特点和疾病负担

经济负担和健康生命质量：

▲2019年一项中国流感经济负担系统综述显示，我国流感门诊病例总经济负担为464~1320元/人，流感住院病例总经济负担为9832~25768元/人。

超过60%的流感门诊和住院病例在发病期间有疼痛、不适和焦虑、沮丧；

门诊病例的健康生命质量值介于0.50~0.70之间，住院病例仅为0.23~0.62。





2 早期识别和诊断

早期识别和诊断

▲推荐意见1：在流感流行季，对重症或有重症流感高危因素的“流感样病例”或临床怀疑流感特殊临床表现的患者，应留取鼻咽拭子或口咽拭子进行病原学检测，以明确诊断。但要注意的是，应尽早给予抗流感病毒药物治疗，不必等病原学结果（中等证据，强烈推荐）。

解析：

我国流感样病例的定义为发热（腋温 $\geq 38^{\circ}\text{C}$ ），伴咳嗽或咽痛，缺乏实验室依据为某种疾病的依据。

因此，单凭临床表现可能无法区分流感。然而，在流感季节，将出现发热状患者作为可能感染流感病毒的患者进行评估和治疗是合理的。



DIAGNOSIS
MEDICAL

常见的特殊人群流感临床表现如下：

▲（一）老年人

老年人的临床表现可能不典型，无发热或发热不明显，通常下呼吸道症状明显，包括咳嗽、咳痰、气喘和胸痛。

老年患者的主诉也可能不太典型，如厌食和精神状态改变，潜在慢性阻塞性肺疾病或充血性心力衰竭患者的基础疾病加重，如呼吸状态恶化。

流感会引起炎症状态，从而在急性感染后的最初几周内引发心肌梗死或卒中。老年人感染流感病毒后最常见的并发症是继发性细菌感染，常见的病原体主要为金黄色葡萄球菌、肺炎链球菌、化脓性链球菌和流感嗜血杆菌，偶见其他革兰阴性杆菌。

▲（三）孕妇

妊娠期女性发生流感的临床表现与**普通患者相似**，但流感相关**肺炎易加重**，早产及胎儿死亡风险增加。其特征表现是突然出现发热、头痛、肌痛等不适，伴有咳嗽、咽痛和流涕。当累及中枢神经系统时，可出现脑病、脑膜炎、脑炎和吉兰-巴雷综合征。妊娠期女性通常出现一定的生理和免疫变化，包括潮气量和肺活量减少、耗氧量和心输出量增加；诱导辅助性T细胞介导的1型免疫，从而损伤母体对感染的反应，使孕妇处于并发症和住院的高风险中。妊娠早期母亲感染流感病毒后其胎儿先天畸形风险增加，包括神经管缺陷、脑积水、先天性心脏缺陷、主动脉瓣闭锁/狭窄、室间隔缺损、唇裂、消化系统和肢体缺陷。

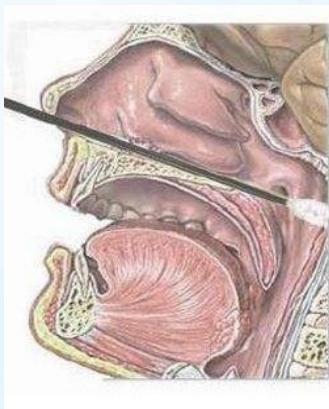
▲（四）儿童

5岁以下儿童是流感的高发人群，也是易发展为重症病例的高危人群。流感的临床症状因年龄不同而各具特点，大多以高热、咳嗽等呼吸道症状起病，部分可伴有呕吐、肌肉酸痛。多数症状在3~7d可缓解。患儿首发症状以发热、咳嗽、流鼻涕、呕吐、腹泻、肌肉酸痛等为主。对于轻症患儿，症状较轻者显著增多，有基础疾病、有喘息症状者病情较重。应密切观察病情变化，特别是对于重症患儿病情观察，以防延误治疗时机。流感可导致肺炎、中耳炎、鼻窦炎、心肌炎、脑炎、脑膜炎等并发症，及时给予抗流感病毒药物能提高重症患儿的预后。



早期识别和诊断

▲推荐意见2：在具备核酸检测能力的医疗机构，**建议送检鼻咽拭子或口咽拭子检测流感病毒核酸**。在不具备核酸检测能力的医疗机构，可选择送检鼻咽拭子或口咽拭子检测流感病毒抗原。在流感流行季，抗原检测结果阳性，支持诊断，但阴性结果不能排除流感病毒感染。在流感低发时期，需警惕流感抗原检测结果假阳性的可能（中等证据，强推荐）。



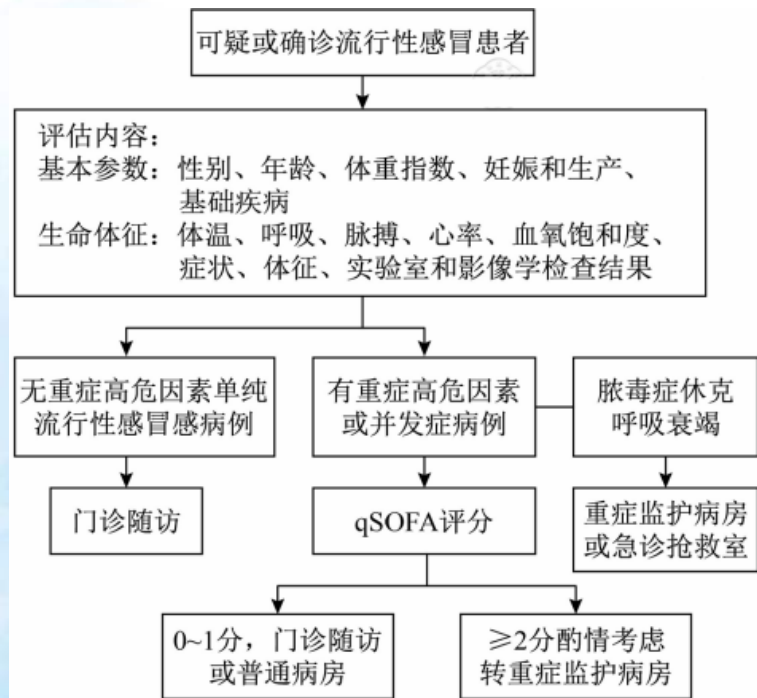
鼻拭子

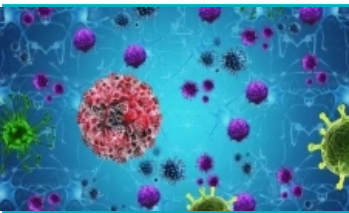


咽拭子

首诊病情评估

▲推荐意见3：推荐采用快速序贯器官衰竭（qSOFA）评分对可疑、临床诊断或确诊流感患者进行首诊的病情评估。0~1分可考虑在门诊或普通病房治疗，≥2分应考虑收入ICU治疗（中等证据，强推荐）。





4 抗病毒治疗

▲推荐意见4：发病48h内进行抗病毒治疗可减少并发症，降低病死率，缩短住院时间；发病时间超过48h的重症患者依然可从抗病毒治疗中获益。为减少并发症和严重疾病的发生风险，建议对具有以下情况之一的疑似或确诊流感患者立即启动抗病毒治疗，不论是否接种过流感疫苗：

- ①因流感需要住院的患者，不论住院前的发病时间长短（中等证据，强推荐）；
- ②有流感重症高危因素的就诊患者，不论就诊前发病时间长短（中等证据，强推荐）；
- ③门急诊就诊、病情严重的患者，不论发病时间长短（中等证据，强推荐）；
- ④非重症且无重症流感高危因素的患者，应充分评估风险和收益，考虑是否给予抗病毒治疗（中等证据，强推荐）。



5 抗病毒药物

抗病毒药物

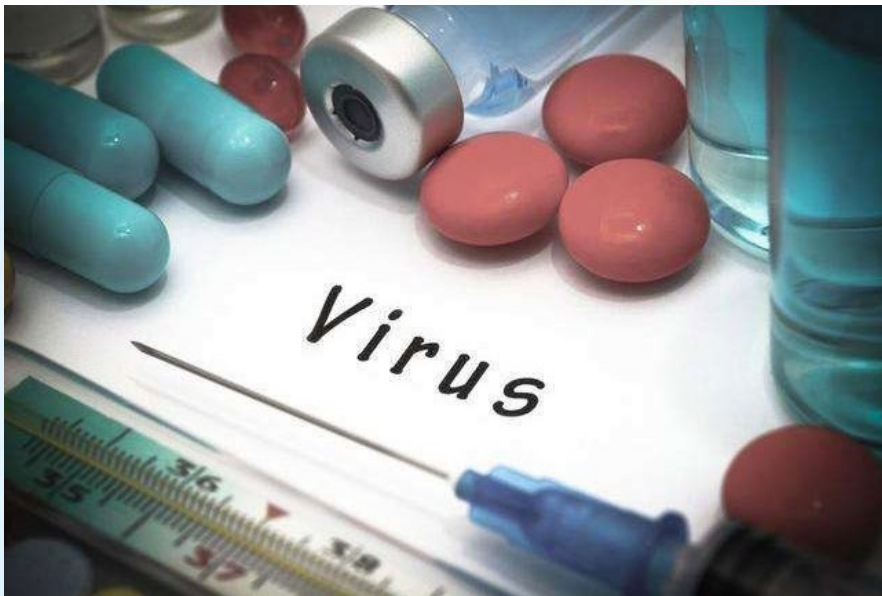
▲具有抗流感病毒活性的药物是治疗及控制流感的重要手段。根据作用机制，目前的抗病毒药物主要可分为：

病毒RNA聚合酶抑制剂

神经氨酸酶抑制剂（NAI）

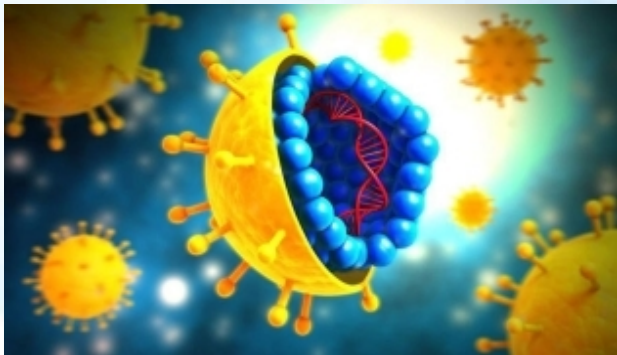
血细胞凝聚素（HA）抑制剂

M2离子通道阻滞剂等。



▲（一）NAI

流感病毒表面有2个重要的糖蛋白：血细胞凝聚素HA和神经氨酸酶（NA）。NA切割新组装的病毒颗粒和细胞表面的唾液酸受体的连接，释放病毒颗粒，感染其他细胞。NAI能够与其作用的部位竞争性紧密结合，从而抑制NA的切割作用，阻断流感病毒的释放。



▲1. 奥司他韦:

口服的NAI，生物利用度较高，至少75%经肝脏和（或）肠壁酯酶迅速转化为**活性代谢产物奥司他韦羧酸**，主要经肾排泄。

奥司他韦适用于成人及年龄 ≥ 1 岁的儿童，肾功能正常的**成人**给药方式为**口服75mg/次**，2次/d，疗程为5d，**肾功能不全者**需根据肾功能**调整剂量**。

奥司他韦可使流感患者的**病程缩短30%**，病情严重**程度减轻38%**；

就症状改善时间而言，**奥司他韦**对乙型流感的效果可能弱于**甲型流感**。在有限的研究中，

高剂量（150mg，2次/d）奥司他韦并未显示出更好的临床疗效。

在治疗5d后病情仍十分严重或核酸检测提示病毒持续复制者可考

常见的药物不良反应为**恶心、呕吐**和**头痛**在1~2d内自行缓解。



▲2. 扎那米韦：

是一种NAI，可与流感病毒NA活性部位紧密结合抑制NA，**被用于治疗甲型和乙型流感。**

扎那米韦为**吸入剂**，适用于**7岁以上人群**。

扎那米韦对甲型和乙型流感患者都有很好的治疗效果，但扎那米韦对乙型流感的疗效不如甲型（H3N2亚型）。

扎那米韦一般耐受性良好，但有引起支气管痉挛及过敏反应的风险，**因此不推荐用于原有哮喘等呼吸系统疾病者。**



以上内容仅为本文档的试下载部分，为可阅读页数的一半内容。如要下载或阅读全文，请访问：<https://d.book118.com/697022166131006110>