

感染乙流，不当处置会火上浇油

——冬季呼吸道疾病防治系列解读之七

□ 文华 孙香娟

中国疾控中心流感监测周报显示，近2周甲型流感比例有所下降，但乙型流感病毒阳性检测结果比例明显上升，且近4周呈持续上升状态。很多小朋友甚至是甲流刚好，一不留神就又被乙流。什么是乙型流感？感染乙流有什么表现？感染乙流后需要注意什么？

症状出现前24到48小时即可排出病毒

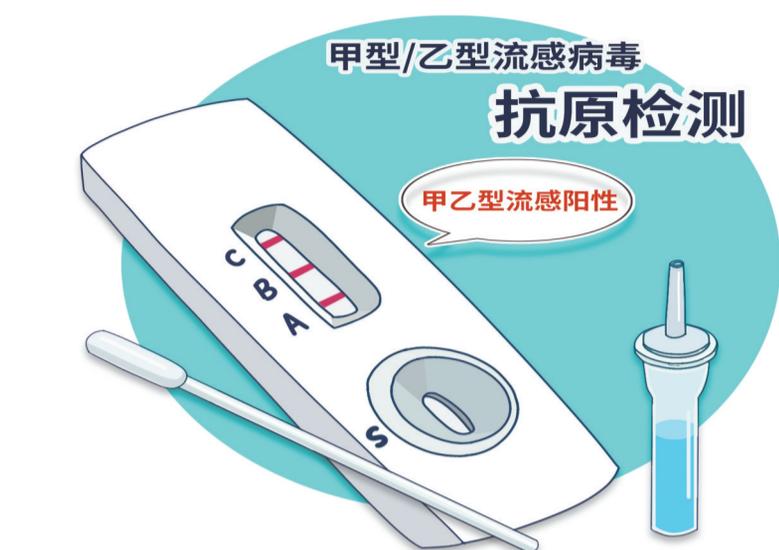
乙流是一种由B(乙)型流感病毒感染引起的急性呼吸道传染病，冬春季节多发。传染源为乙流患者和隐性感染者，主要通过其呼吸道分泌物的飞沫进行传播，也可以通过接触传播。常见潜伏期为1到4天，平均2天，从潜伏期末到发病急性期均有传染性。一般感染者在临床症状出现前24到48小时即可排出病毒。

多数乙流患者起病突然，主要症状表现为发热，体温可高达39—40℃，可能伴有畏寒、寒战，多数患者会伴有头痛、全身肌肉酸痛、极度乏力、食欲减退等全身症状，常有咳嗽、咽痛、流涕或鼻塞，少部分患者会出现恶心、呕吐、腹泻等，儿童消化道症状多于成人。传统观点认为，乙流的症状较甲流轻，但实际情况跟病毒株的特性和个体差异有关，不能因为是乙流就掉以轻心。

喝红糖姜茶、捂汗等行为可能火上浇油

乙流在中医学上属于“温病”范畴，饮食方面应尽量避免食用辛辣、燥热食物，切勿大补或食用不易消化的饮食。像喝红糖姜茶、吃油炸烘烤食品、捂汗等行为都属于“过温”行为，可能会导致病情加重。进食建议少量多餐，切勿一次食多。

中医有言“正气存内，邪不可干”。孩子们日常需要适当进行体育锻炼，保持身体健康。同时，可佩戴中药香囊。香囊材料可由山奈、小茴香、苍术、广藿香、黄芪、灵香草、肉桂等组成，将饮片粉碎成颗粒之后装入袋中，每袋10克，悬挂胸前、卧室或车内。每10天更换一次。



视觉中国供图

此外，流感易感人群也可进行穴位贴敷、艾灸、中药泡脚等，以增强体质，预防流感。

退热药、含有退热成分的感冒药不可交替混用

对于感染乙流后高热不退的患儿，可以适当补充水分，每4—6小时对症服用一次退热药，24小时内服用不得超过4次；期间合理采用物理降温帮助患儿退热，例如，用温水或者中药洗等擦浴额头、前胸、后背、大腿腹股沟处，或者温水泡脚等；注意松解衣物、不可捂汗；不可用酒精擦浴，以免引起酒精中毒。需要特别提醒的是，退热药、含有退热成分的感冒药不可交替混用，避免过量服用引起肝肾功能损伤。

一旦患儿出现精神状态较差、惊厥、嗜睡、昏迷、呼吸困难、长时间发热且不能饮食、呕吐、腹泻明显及有其他特殊不适者，应尽快就医，切勿自行盲目用药。

预防乙流的最有效手段是接种疫苗

每年接种流感疫苗是预防甲型流

感乙型流感最有效的手段，可以显著降低接种者罹患流感和发生严重并发症的风险。中国疾病预防控制中心发布的《中国流感疫苗预防接种技术指南(2023—2024)》建议，所有6月龄以上且无接种禁忌的人都应接种流感疫苗。

接触感染者后48小时内可预防性用药

对于符合预防性用药指征者，建议尽量于接触感染者后48小时内服用奥司他韦，可在医生或药师指导下，连续用药至末次接触感染者后7—10天；未能于接触感染者48小时内用药者，仍建议预防性用药。需要注意的是，乙流是病毒感染，早期不合并细菌感染时，不需要使用抗生素。另外，使用抗生素也不能预防乙流。

(第一作者系成都中医药大学附属医院儿科住院医师，第二作者系成都中医药大学附属医院儿科副主任医师)

延伸阅读

流感自测需要注意什么

近期，感染流感的人群增多。为避免交叉感染，不少人从网上购买流感试剂盒进行自测。那么，流感试剂盒自测结果准确吗？自测时需要注意什么？

首都医科大学附属北京世纪坛医院医学检验科副主任刘娜介绍，流感试剂盒的准确性受试剂盒质量、样本采集处理和病毒变异等多种因素影响。比如，样本采集不当或处理不当，可能会导致病毒含量低于试剂盒的检测限度，从而影响检测结果。另外，流感病毒有很强的变异性，如果试剂盒不能覆盖所有的病毒变种，也会出现漏检。

刘娜说，流感试剂盒可以作为初步检测工具，但其结果仅供参考，确诊流感还需要结合临床症状和其他实验室检测结果。如果有疑似流感症状，建议尽快到医院就诊。

另外，检测前应仔细阅读说明书，确认采样部位和方法、检测步骤和结果判读的方法。如果是鼻拭子，需要采集鼻腔分泌物。应将拭子插入鼻腔中分泌物最多处，轻轻转动并向鼻腔内部推动，旋转3次后取出拭子。如果是咽拭子，需要采集咽喉分泌物。应将拭子从口腔完全插入咽喉，以咽后壁、上颌扁桃体的发红部位为中心，适度用力擦拭双侧扁桃体和咽后壁后取出拭子。然后，将采集好的拭子放入样本提取液中充分溶解，取出测试卡，将提取物滴入加样孔，并按照要求读取结果。

腹部剧痛？当心腹腔干夹层这颗“雷”

□ 张宇翀 王利新

夜幕降临，急诊室里灯火通明，50多岁的患者刘先生被急匆匆送来。他紧紧捂着腹部，面容中透露出无法言说的痛苦，豆大的汗珠从额头滚落。

接诊的医生和护士发现，这并非常见的急性阑尾炎或急性胆囊炎。患者腹部和腰背部剧痛，也不像普通的胃痛。医生立即为他安排增强CT检查。结果发现，疼痛竟然是因为腹腔干夹层所致。幸运的是，病情并不危急，住院观察两天后，患者顺利出院。但是医生强调，由于腹腔干夹层这颗“雷”依然存在，患者需要定期复查，不可掉以轻心。

这个听起来有些神秘的“腹腔干夹层”究竟是什么？

腹腔干夹层是个假性血管腔

在我们的身体内部，血液被心脏泵出，通过动脉的各级分支被输送到身体的每个角落。这些动脉分支如同高速公路，构成了一个复杂的网络。在这张庞大的血管高速公路地图中，有一个不起眼但至关重要的十字路口——腹腔干。

腹腔干是从腹主动脉发出的首个单一脏支动脉，它发出3条主要分支：肝总动脉、脾动脉和胃左动脉，分别为肝脏、脾脏和胃提供血液供应。

腹腔干结构上可以分为三层：内层、中层和外层。腹腔干夹层，是指腹腔干的内层血管壁出现撕裂，导致血液冲入血管壁，在“真性血管腔”之外形成了“假性血管腔”，形态上形成了平行的“夹层”通道。这种情况可能导致血供改变，使血液流入到“夹层”通道。随着“假性血管腔”的扩大，它可能会压迫腹腔干的“真性血管腔”，进而对腹腔干供血的器官产生潜在的不良影响。

多数情况下不会对生命构成威胁

腹腔干夹层在医学界被认为是一种罕见的疾病，最早由美国医生艾尔维G·福尔德在20世纪50年代末提出。这种疾病在男性中更常见，平均发病年龄在50至55岁之间。

目前，腹腔干夹层的病因和发病机

制尚未完全明了。一些研究发现，高血压、动脉粥样硬化及遗传性结缔组织病等可能是其潜在的风险因素。

虽然腹腔干夹层听起来非常严重，但大多数情况下，它的临床表现并不像其他一些临床急症那样明显。据统计，约三分之二的腹腔干夹层患者在日常生活中可能没有任何临床症状，往往是通过腹部CT等影像学检查偶然发现的。也正是由于其临床症状可能不太明显或不太紧急，这个疾病常常被忽视。好在临床随访发现，患者很少出现进一步并发症，因此在大多数情况下都不会对生命构成威胁。

影像学检查可确诊，首选保守治疗

对于腹腔干夹层，早期诊断和精确治疗是关键。腹腔干夹层的典型症状，通常表现为急性发作的上腹部或腰背部疼痛，影像学检查对确诊腹腔干夹层可起到关键作用。

腹腔干夹层诊断的“金标准”是腹

部CT血管造影(CTA)。由于CTA是有创检查，需要注射造影剂，因此临床上常将多排螺旋CT(MDCT)作为首选诊断方法。MDCT检查时间短、射线辐射少、图像质量好，可精确评估病变范围和性质。

腹腔干夹层首选的治疗方法是保守治疗，包括药物降压、抗凝和对症治疗。对于无症状患者，这些治疗措施已被证明是有效且安全的。不过，有时也需要采取更积极的治疗措施。在血压控制不佳、药物治疗失败、腹腔干完全阻塞或夹层动脉瘤即将破裂等情况下，微创腔内修复就成了目前临床首选的治疗方法。这种方法包括以微创方式从血管内进行球囊扩张、置入支架，目的主要是恢复血管的正常血流。

由于极少数情况下，腹腔干夹层存在持续进展的风险，因此，对于确诊的患者，长期、规律随访是非常必要的。

(第一作者系复旦大学附属中山医院血管外科博士研究生，第二作者系复旦大学附属中山医院血管外科主任医师、教授)