

文章编号:1004-9231(2010)12-0609-03

· 感染病防治 ·

甲型 H1N1 流感重症患者 72 例流行病学及临床特征分析

郑南红, 周明琴 (浙江省宁波市传染病医院, 浙江 宁波 315000)

甲型 H1N1 流感是由新型甲型 H1N1 流感病毒株引起的一种新发呼吸道传染病,我国内地于 2009 年 5 月 11 日报告首例甲型 H1N1 流感确诊病例,之后国内多个省市陆续发现甲型 H1N1 流感确诊病例^[1],宁波市也于 7 月上旬出现疫情。我院 2009 年 7 月—12 月共收治甲型 H1N1 流感住院患者 102 例,其中 72 例确诊为重症患者,为能让临床及早发现重型病例,能够及时对症处理以防止病情恶化,提高抢救成功率,降低死亡率,现对我院 2009 年 7 月—12 月收治的 72 例甲型 H1N1 流感重症患者的流行病学及临床表现进行分析。

1 对象与方法

1.1 对象

调查对象为宁波市传染病医院收治住院的甲型 H1N1 流感重症患者,共 72 例,其中男 37 例,女 35 例。

1.2 诊断标准

结合临床症状、流行病学调查以及实验室检测结果,全部病例均符合卫生部《甲型 H1N1 流感诊疗方案(2009 年试行版第三版)》确诊标准^[2]。

作者简介:郑南红(1970—),女,副主任医师,学士。

全面实施逐步下降,由 1995 年的 17.25% 下降至 1997 年的 6.33%,2007 年与 2009 年的两次病情调查结果甲状腺肿大率分别是 0.78%、0.50%。总的监测情况显示,碘盐干预措施在我市全面落实,居民碘营养状况得到根本改善,我市建立并完善了监测网络,建立了可持续消除碘缺乏病的工作机制,未发现 8~10 岁儿童甲状腺肿大率升高的趋势。

从 2009 年 3 589 份居民食用盐碘检测情况看,居民的盐碘均值在 29.99 mg/kg,但有的市高达 34.03 mg/kg,含碘量在 30 mg/kg 以上的盐样占 45.63%。2009 年 8~10 岁儿童尿碘中位数为 235.68 μg/L, >300 μg/L 的尿样有 156 份,占 26%。尿碘中位数在 100~200 μg/L 为最适宜水平,300 μg/L 以上偏高^[3]。这一结果显示我市居民盐碘浓度有下调的空间^[4]。建议盐碘含量在 20~30 mg/kg 之间,符合国家标准制定的征求意见值。同时,考虑我市为轻度缺碘地区,建议对缺碘轻重不同的地区采取分类指导、区别对待的原则,制定盐碘含量标准应有地

1.3 病原学检测

采集病例咽拭子标本,采集部位为双侧扁桃体及咽后壁,标本采集后置于密封的带螺旋盖的塑料管,塑料袋密封,由运输箱冷藏(4℃)24 h 内送检。宁波市 CDC 实验室采用 RT-PCR 方法行甲型 H1N1 流感病毒核酸检测。

1.4 统计分析

所有资料输入计算机,用 Microsoft Excel 2003 软件进行统计分析。

2 结果

2.1 流行病学特征

2.1.1 地区分布 72 例患者中,宁波地区户籍患者 63 例,占 87.5%,外地户籍 9 例,占 12.5%;居住在城市人口为主的老三区患者 45 例,占 62.50%,鄞州区患者 11 例,占 15.28%,其它县区 16 例,占 22.22%。

2.1.2 人群分布 所有发病患者中,年龄最小者为 10 个月,最大者 75 岁,平均年龄(26.14 ± 20.24)岁。发病以 18 岁以下未成年人为主,占 44.44%(32/72),18~40 岁青壮年亦较多,占 34.72%(25/72)。72 例甲型 H1N1 流感患者中,学生占发病总数的 27.78%(20/72),公务员

区差异。

我市在做好常规碘盐监测的同时做好人群碘营养监测,除对 8~10 岁儿童目标人群进行监测,还要对孕妇和哺乳期妇女等重点人群进行碘营养^[5]监测,建议将重点人群的碘营养监测纳入常规监测范围,随时观察人群盐碘、尿碘水平,避免居民摄入碘过量或碘不足。

4 参考文献

- [1] GB 5461—2000. 食用盐标准[S].
- [2] GB 16006—2008. 碘缺乏病消除标准[S].
- [3] 陈祖培, 阎玉芹, 舒延清. 对我国全民食盐加碘后人群的碘摄入量及安全量的分析[J]. 中国地方病防治杂志, 2001, 16(3): 185-188.
- [4] 邹芬红, 钱金凤, 汪树铭. 苏州市碘缺乏病防治效果评估[J]. 中国地方病防治杂志, 2001, 16(3): 173-174.
- [5] 阎玉芹. 保证全民适宜的碘营养是碘缺乏病防治工作的长期任务[J]. 中国地方病学杂志, 2005, 24(3): 237-238.

(收稿日期:2010-08-30)

及公司员工占 31.94% (23/72), 退休老年人 15.28% (11/72)。72 例甲型 H1N1 流感患者中, 男 37 例, 女 35 例, 男女比例为 1.06:1。

2.2 临床特征

2.2.1 发热 72 例患者均有发热 (100.00%) 出现不同程度的体温增高, 其中低热 (37.2 ~ 37.9℃) 6 例, 占 8.33%, 中度发热 (38.0 ~ 38.9℃) 12 例, 占 16.67%, 高热 (39℃ 以上) 54 例, 占 75.00%。以发热为首发症状 54 例 (75%)。发热持续时间 1 ~ 12 d, 平均 (5.8 ± 4.1) d。

2.2.2 咳嗽、咳痰 为本病突出及特征性表现, 72 例患者中均出现咳嗽 (100.00%), 其中 65 例 (90.28%) 为首发症状。

2.2.3 乏力、流涕、胃纳功能减退 72 例患者中 64 例 (88.89%) 出现乏力, 12 例 (16.67%) 出现流涕, 35 例 (48.61%) 出现胃纳功能减退。

2.2.4 咽痛及咽部充血 72 例患者中 14 例 (19.44%) 出现咽痛, 71 例 (98.61%) 出现咽部充血, 2 例 (2.78%) 患者出现扁桃体肿大。

2.2.5 辅助检查 所有病例均于入院前或入院当日行咽拭子甲型 H1N1 流感病毒核酸、血常规、肝肾功能、胸部 X 线摄片等检查, 结果显示: 72 例 (100.00%) 患者咽拭子甲型 H1N1 流感病毒核酸检测均阳性, 白细胞 (WBC) 降低者 21 例 (29.17%), WBC 偏高者 9 例 (12.5%), 中性粒细胞百分比升高者 22 例 (30.56%), 肌酸激酶 (CK) 偏高者 30 例 (41.67%), 心肌型肌酸激酶同工酶 (CK-MB) 偏高者 4 例 (5.56%), 乳酸脱氢酶 (LDH) 偏高者 28 例 (38.89%), 丙氨酸转氨酶 (ALT) 升高者 18 例 (25.00%)。

2.2.6 并发症 72 例患者均并发肺炎 (100.00%), 并发心肌酶谱异常者 39 例 (54.17%), 并发肝功能异常者 18 例 (25.00%)。

2.2.7 治疗与转归 全部患者住院后 (除 1 例 10 个月患儿外) 均予奥司他韦胶囊或颗粒治疗, 疗程 5 d, 成人剂量 75 mg, 2 次/d, 部分症状较重的患者剂量加倍, 儿童患者根据体重给药。同时以能量针补充营养。合并感染者予抗生素治疗。高热者给予冰袋物理降温, 必要时给予退热药物治疗。咳嗽咳痰严重者加用急支糖浆、祛痰口服液对症处理。所有患者均治愈出院, 平均住院天数 (12.51 ± 4.21) d。

3 讨论

2009 年 3 月爆发于墨西哥的甲型 H1N1 流感传染性强。疫情爆发后迅速在全球范围内蔓延, 世界卫生组织于 6 月 11 日宣布将甲型 H1N1 流感大流行警告级别提升为 6 级。甲型 H1N1 流感主要通过飞沫、气溶胶直接接触和间接接触传播, 容易在人群聚集地区引起爆发, 临床

症状与季节性流感症状相似^[3], 主要表现为流感样症状, 如发热、咳嗽、咳痰、咽痛、乏力等。大多预后较好, 但少数病例病情重, 尤其是并发肺炎的重症患者, 进展迅速, 出现呼吸衰竭、多脏器功能损伤, 严重者可导致死亡。

我院收治的 72 例甲型 H1N1 流感重症患者资料显示, 本次流感流行有以下特征: ① 主要集中在 18 ~ 40 岁中青年和 18 岁以下未成年人, 两者共 57 例, 占 79.17%, 所有患者既往均无特殊病史, 与季节性流感多发生于体弱者不同, 说明人群对该病普遍易感; ② 男性发病多于女性, 男女性别比为 1.06:1; ③ 职业分布以学生及公务员、公司员工为主。但本组病例样本量较小, 病例来源随意性大, 这一流行病学特征代表性有限, 需扩大样本量进一步研究。

本组患者均急性起病, 病程中多有发热, 其中大多为高热, 热程为平均 (5.8 ± 4.1) d; 患者多出现典型的流感样症状, 咳嗽、咳痰出现于大多数患者; 预后好, 虽部分患者并发心肌酶谱异常及肝功能异常, 但经积极治疗, 均治愈出院。

实验室检查异常主要表现在心肌酶谱异常, 占 54.17%, 说明该病有嗜心倾向, 病毒感染一般表现为外周血 WBC 计数正常或偏低, 本组患者血 WBC 计数降低者 21 例, 占 29.17%, WBC 偏高者 9 例 (12.5%), 血中性粒细胞百分比偏高者 22 例, 占 30.56%, 与并发细菌感染有关。72 例患者胸片检查出现异常, 为支气管肺炎或肺炎表现。

甲型 H1N1 流感对金刚烷胺和金刚乙胺耐药, 但对奥司他韦和扎那米韦敏感。有研究报道, 奥司他韦能缩短发热病程, 改善临床症状和体征^[4], 故甲型 H1N1 流感患者确诊后应尽早应用, 尽管有报道可能存在耐奥司他韦病毒株, 但该病毒株对扎那米韦敏感^[5], 提示甲型 H1N1 流感是可以有效治疗的。本组 71 例在服用奥司他韦治疗期间, 未见明显不良反应, 提示该药安全可靠。

尽管本组患者的预后良好, 无死亡病例出现, 但可能与以下几个因素有关: ① 该组患者多为未成年人及中青年人群, 无严重基础疾病存在; ② 医护人员精心治疗, 在病情有变化时及时处理; ③ 及早应用抗病毒药物奥司他韦, 且病情较重者剂量加倍。

既往国外不断有死亡病例的报道, 加之我国人口基数大, 伴随严重基础疾病的人口基数亦大, 一旦这一人群感染甲型 H1N1 流感, 造成不良后果的可能性将增大。因而须高度重视甲型 H1N1 流感重症患者的诊治工作, 提高治愈率, 降低死亡率, 具体工作可从以下几方面开展: ① 重视高危人群, 及早识别重症患者; ② 重症患者症状重, 病程长, 变化快, 需密切观察病情, 尤其对高热、呕吐、头痛等症状, 及时处理; ③ 及早使用奥司他韦胶囊, 必要时剂量加倍并延长疗程。

文章编号:1004-9231(2010)12-0611-02

· 健康教育 ·

上海市黄浦区医院健康教育处方发放情况调查

顾群, 成蔡芸 (上海市黄浦区疾病预防控制中心, 上海 200011)

医院健康教育是各级医疗卫生机构和人员在临床实践过程中伴随医疗保健活动而实施的健康教育。健康教育处方是相关医护人员撰稿, 阐明有关疾病、健康知识的单页宣传品, 在医院门诊过程中由医护人员免费发放, 或放置在医院门诊、病房专用处方架, 由患者免费自行取阅。这种方式受到了广大患者及家属的欢迎。为了进一步完善医院健康教育处方的发放, 满足广大患者对健康知识的需求, 2007年4—6月, 黄浦区疾病预防控制中心健康教育科对黄浦区市、区、社区各类医院的健康教育处方发放情况进行调查分析。

1 对象与方法

1.1 对象

黄浦区辖区内共有13家公办医疗机构, 其中4家市级医院、3家区级综合性医院、6家社区卫生服务中心。我们调查13家公办医疗机构内健康教育处方发放情况, 调查在岗的医护人员和就诊的患者有关健康教育处方信息。

1.2 方法

根据上海市健康教育所提供医院健康教育处方发放情况调查表, 现场观察医院健康教育处方发放情况。按照单纯随机抽样的原则选取科室, 再用单纯随机抽样的方法确定调查的医护人员, 在门诊部候诊厅随意确定调查的就诊患者, 分别调查医务人员、就诊患者有关健康教育发放信息。信息数据由SPSS统计软件处理。

2 结果

2.1 基本情况

13家各级医疗机构候诊厅均放置健康教育处方专用架, 内有各类健康教育处方, 由预检台护士负责发放,

防保科健康教育干部随时增添健康教育处方, 定期统计健康教育处方发放数量。共调查276名医护人员, 医生为140名, 护士136名, 男性为52名, 女性为224名, 高级职称的医护人员14名, 中级职称的医护人员75名, 初级职称医护人员187名, 医护人员的科室分布和年龄构成见表1、表2。

168名就诊患者, 男性63名, 女性105名。就诊的科室: 内科130名, 外科25名, 中医科13名。年龄分布: 19~29岁为40名, 30~39岁为19名, 40~49岁20名, 50~59岁25名, ≥60岁64名。职业分布: 工人30名, 教师8名, 无业人员8名, 学生25名, 职员32名, 退休人员65名。文化程度: 小学以下21名, 初中47名, 高中57名, 大专以上43名。

2.2 调查情况

2.2.1 对健康教育处方认识、编写情况 调查黄浦区13家医院6个科室276名医护人员, 不同科室的医务人员对医院发放健康教育处方的认识见表3。在医疗服务过程, 医护人员结合医学知识能编写健康教育处方为28名, 占10.1%; 尚不能编写健康教育处方为248名, 占89.9%; 269名医护人员发放健康教育处方, 占97.5%; 7名医护人员不发放健康教育处方, 占2.5%。

表1 276名医护人员的科室分布

科室	人数	构成比(%)
儿科	33	12.0
妇科	35	12.7
口腔科	5	1.8
内科	147	53.2
外科	35	12.7
中医科	21	7.6
合计	276	100.0

作者简介: 顾群(1952—)男, 副主任医师。

4 参考文献

[1] 杨智聪, 李铁钢, 刘于飞, 等. 国内首起本地感染甲型 H1N1 流感疫情的流行病学分析[J]. 中华流行病学杂志, 2009, 30(7): 684-686.
[2] 卫生部. 甲型 H1N1 流感诊疗方案(试行版)[S]. 2009.
[3] Shinde V, Bridge CB, Uyeki TM, et al. Triple-reassortant swine influenza A(H1N1) in humans in the United States[J]. N Engl J Med, 2009, 360: 2616-2625.

[4] Dharan NJ, Gubareva LV, Meyer JJ, et al. Infections with oseltamivir-resistant influenza A(H1N1) virus in the United States[J]. JAMA, 2009, 301: 1034-1041.
[5] Hurt AC, Ernest J, Deng YM, et al. Emergence and spread of oseltamivir-resistant A(H1N1) influenza virus in Oceania, South East Asia and South Africa[J]. Antiviral Res, 2009, 83: 90-8393.

(收稿日期: 2010-02-02)