

急性上呼吸道感染病原学检测与中医辨证分型 相关性研究

胡旭*

(自流井区中医院, 自贡 643000)

摘要: 目的 研究急性上呼吸道感染病原学检测与中医辨证分型之间的相关性, 为中医辨证论治提供客观依据。**方法** 随机选取我院2023年1月—2024年1月期间收治的316例急性上呼吸道感染患者作为研究对象, 对患者进行血常规检查和病原体抗体检查, 探究患者中医辨证分型与患者病原体抗体检查之间的关系。**结果** 316例AURI患者病毒感染占比为52.53%, 支原体感染占比为6.01%, 细菌感染占比为5.06%。腺病毒、副流感病毒、合胞病毒感染所致急性上呼吸道感染(AURI)主要中医辨证分型为风寒束表证; Epstein-Barr病毒(EB病毒)、柯萨奇病毒感染所致AURI主要中医辨证分型为寒热夹杂证; 流感病毒感染所致AURI主要中医辨证分型为风热犯表证; 细菌、肺炎支原体感染所致AURI主要中医辨证分型为风热犯表证; 病毒混合细菌感染所致AURI中医辨证分型主要为寒热夹杂证。**结论** 不同病原体感染所致AURI的中医辨证分型存在较为显著的相关性, 通过中医辨证分型方式能够有效推测患者的感染类型, 为患者的临床治疗提供合理指导。**关键词:** 急性上呼吸道感染; 中医辨证分型; 病原学检测

Research on the correlation between acute upper respiratory tract infection pathogenetic testing and Chinese medicine diagnosis and typing

HU Xu*

(Ziliujing District Hospital of Traditional Chinese Medicine, Zigong 643000, China)

ABSTRACT: Objective To study the correlation between acute upper respiratory tract infection pathogenetic testing and traditional Chinese medicine (TCM) diagnosis and treatment, and to provide an objective basis for TCM diagnosis and treatment. **Methods** 316 patients with acute upper respiratory tract infection (AURI) admitted to our hospital between January 2023 and January 2024 were randomly selected as the study subjects, and the patients were subjected to blood routine examination and pathogen antibody examination to explore the relationship between patients' TCM diagnostic typing and patients' pathogen antibody examination. **Results** The percentage of viral infection in 316 AURI patients was 52.53%, mycoplasma infection was 6.01%, and bacterial infection was 5.06%. Acute upper respiratory tract infection (AURI) caused by adenovirus, parainfluenza virus, and syncytial virus infection was mainly characterized by wind-cold bundling of the surface syndrome in traditional Chinese medicine (TCM); Epstein-Barr virus (EBV) and coxsackievirus infection was mainly characterized by cold-heat intermingling syndrome in TCM; influenza virus infection was mainly characterized by wind-heat violation of the surface syndrome in TCM; bacterial, pneumonia, and mycoplasma infection were mainly characterized by wind-heat violation of the surface syndrome in TCM; and bacterial, pneumonia, and mycoplasma infection were mainly characterized by wind-heat violation of the surface syndrome. AURI caused by Mycoplasma infections was mainly characterized by wind-heat syndrome; AURI caused by viral and bacterial infections was mainly characterized by cold-heat syndrome. **Conclusion** There is a significant correlation between the TCM diagnostic typing of AURI caused by different pathogens, and the TCM diagnostic typing can effectively predict the type of infection of the patients and provide reasonable guidance for the clinical treatment of the patients.

KEY WORDS: acute upper respiratory tract infection; Chinese medicine diagnosis and typing; pathogenicity testing.

* 通信作者: 胡旭, 中医主治医师, 研究方向为中医儿科。E-mail: 707134304@qq.com

* Corresponding author: HU Xu, Attending Physician of Traditional Chinese Medicine, Ziliujing District Hospital of Traditional Chinese Medicine, Zigong 643000, China. E-mail: 707134304@qq.com

0 引言

急性上呼吸道感染 (AURI) 是指由于病毒、细菌或者支原体入侵患者鼻腔、咽或者喉部产生的急性炎症^[1]。临床主要表现为发热、咳嗽、喷嚏、鼻塞以及流涕等症状, 是常见疾病类型。西医临床治疗中主要通过对患者进行血常规检测、病原学检测等方式来确定患者发病的因素, 采取对症治疗措施^[2]。中医将 AURI 归属到“外感发热”“伤风”“感冒”范畴^[3]。中医临床将上呼吸道感染分为风寒束表证、风热犯表证、风燥犯表证以及寒热夹杂证等证型, 并根据中医辨证分型来采取对应的治疗措施^[4]。虽然各个地区都在开展 AURI 的流行病学调查, 但关于中医辨证分型与病原学相关性的调查较少。本文将通过对我院收治的 AURI 患者进行中医辨证分型和病原学检测方式探究两者之间的相关性, 为临床辨证论治提供客观依据。

1 资料与方法

1.1 一般治疗

本研究随机选取我院 2023 年 1 月—2024 年 1 月期间收治的 316 例急性上呼吸道感染患者作为研究对象, 男性 178 例, 女性 138 例, 平均年龄为 (4.35±2.23) 岁。

纳入标准: (1) 患者均根据中医辨证标准及西医诊断标准确诊为 AURI^[5]; (2) 患者病程均≤72 h; (3) 患者及家属知情同意本次研究。

排除标准: (1) 不符合纳入标准患者; (2) 资料不全患者; (3) 使用抗生素治疗患者。

1.2 方法

1.2.1 中医辨证分型方法

中医辨证分型根据《中医病症诊断疗效标准》(ZY/T 001.1-001.9-94)^[6]将 AURI 分为风寒束表证、风热犯表证、风燥犯表证和寒热夹杂证 4 种证型。风寒束表证表现为发热、恶寒、无汗、头痛、鼻塞、流清涕、喷嚏、咳嗽、口不渴、舌红, 苔薄白; 风热犯表证表现为发热重、恶风、有汗、头痛、鼻塞、痰粘白或稠黄、口渴、舌红、苔薄黄; 风燥犯表证表现为轻发热、无汗、咳嗽少痰或干咳无痰、鼻燥咽干、口渴咽红、舌红、苔薄黄少津; 寒热夹杂证表现为发热、咳嗽、咯吐黄痰、鼻流清涕、喷嚏、纳差、大便干、舌红、苔白厚或黄厚。

1.2.2 病原学检测

本次研究对患者均进行病原学检测, 采集患者 2 mL 血液, 离心提取血清。(1) 肺炎支原体检测: 本次研究采用酶联免疫测定检测法进行肺炎支原体检测。首先向第 1 孔中加入 100 μL 血清标本稀释液, 向第 2~6 孔中分加入 25 μL 血清标本稀释液; 然后采用微量加样器向第 1 孔中加入 25 μL 样品, 通过微量加样器从第 1 至第 6 孔进行对倍稀释; 然后向第 2 孔中滴加 25 μL 未致敏离子, 向第 3~6 孔滴加 25 μL 致敏粒子; 最后采用振荡器将各孔中的容器进行 30 s 混合处理, 使其混合均匀, 并给反应板加盖, 在室温环境下静置 3 h 后观察检测结果。(2) 病毒血清检测: 本次研究采用病毒血清 IgM 抗体检测法进行病毒检测。将患者的血液标本置入离心机, 在 3000 r/min 下处理 3~5 min 进行血清提取。首先向抗原包被板孔中滴加血清稀释液 (阴阳对照孔中不滴加); 然后向 200 μL 盐水中滴加 10 μL 被检测血清, 混合均匀后, 取 10 μL 加入孔中, 并进行混匀处理, 同时向阴阳对照孔中分别加入 100 μL 混匀的稀释液, 37°C 水浴处理 40 min; 进行 3 次洗涤并脱水处理, 向每个孔中加入 2 滴酶结合物, 37°C 水浴处理 20 min, 洗涤 5 次并脱水处理, 然后加底物液 A、B 各 1 滴, 室温放置进行观察。阳性对照孔显色后向各孔滴加一滴终止液, 并观察检测结果。(3) 细菌培养。

本次研究采用咽拭子细菌培养法进行细菌培养。让患者张口并发“啊”音, 通过迅速擦拭患者两侧腭弓和咽扁桃体方式进行取样, 然后将采集的样本在常温环境下送入细菌室进行检验。

1.3 观察指标

(1) 对 316 例 AURI 患者病原学检测结果进行统计, 分析患者病原体检测结果。(2) 中医辨证分型: 对 AURI 病原学检测阳性患者进行中医辨证分型, 统计患者中医辨证分型结果。(3) 病原学检测结果与中医辨证分型关系分析: 根据中医辨证分型结果和病原学检测结果, 将不同病原学检测结果患者根据中医辨证分型进行分类, 分析不同病原学结果患者中医辨证分型的差异性。

1.4 统计学处理

采用 SPSS 22.0 软件进行统计学处理, 计数资料以 [n (%)] 表示, 进行卡方检验。病原学检测结果与中医辨证分型相关性采用 Fisher 确切概率算法检验, $P < 0.05$ 表示差异显著。

2 结果与分析

2.1 AURI 患者病原学检测结果分析

如表 1 所示, 316 例 AURI 患者病原学检测阳性患者为 201 例, 阳性率为 63.61%; 其中病毒感染患儿占比为 52.53%, 支原体感染患儿占比为 6.01%, 细菌感染患儿占比为 5.06%。同时存在 27 例患者属于混合感染类型, 其中细菌病毒混合感染患者 18 例, 病毒支原体混合感染患者 4 例, 细菌支原体混合感染患者 4 例, 细菌病毒支原体混合感染患者 1 例。说明 AURI 病原学检测具有较好的检测效果, 可以有效实现病原学检测, 同时病毒感染是 AURI 的主要发病因素。

表 1 患者病原体检测结果

Table 1 Testing results of patient pathogen

病原体类型	阳性(例)	占比 %
病毒	166	52.53
支原体	19	6.01
细菌	16	5.06

2.2 AURI 病原学检测阳性患者中医辨证分型结果

如表 2 所示, 201 例病原学检测阳性患者中 91 例为风寒束表证, 占比为 45.27%, 43 例为风热犯表证, 占比为 26.37%, 41 例为寒热夹杂证, 占比为 20.40%, 16 例为风燥犯表证, 占比为 7.96%。结果说明 AURI 患者的中医证型最常见为风寒束表证, 风燥犯表证的占比相对较低。

表 2 AURI 病原学检测阳性患者中医辨证分型

Table 2 Chinese medicine diagnosis and typing of patients with positive AURI pathogenicity test

中医辨证分型	例数(例)	占比 %
风寒束表证	91	45.27
风热犯表证	53	26.37
风燥犯表证	16	7.96
寒热夹杂证	41	20.40

2.3 不同病原体感染的中医辨证分型关系分析

2.3.1 病毒感染与中医辨证分型关系分析

如表 3 所示, 腺病毒、副流感病毒、合胞病毒感染所致 AURI 主要中医辨证分型为风寒束表证; EB 病毒、柯萨奇病毒感染所致 AURI 主要中医辨证分型为寒热夹杂证; 流感病毒感染所致 AURI 主要中医辨证分型为风热犯表证。病毒感染在中医辨证分型中差异显著 ($P < 0.01$)。说明不同病毒感染所致 AURI 的中医证型存在一定的差异性, 这可能与患者的疾病病程、年龄以及发病季节等因素存在一定的关系。采用病原学检测方式能够更好地判断患者致病类型, 为中医辨证论治提供客

观的参考,进一步提升中医治疗的临床疗效。

表3 病毒感染与中医辨证分型关系

Table 3 Relationship between viral infections and Chinese medicine diagnosis and typing

病毒感染类型	例数	风寒束表证	风热犯表证	风燥犯表证	寒热夹杂证
腺病毒	42	26	5	2	9
流感病毒	7	2	4	1	0
副流感病毒	59	39	11	5	4
合胞病毒	26	18	4	1	3
EB病毒	17	2	3	1	11
柯萨奇病毒	15	2	2	1	10
合计	166	89	29	11	37

2.3.2 肺炎支原体、细菌感染与中医辨证分型关系分析

如表4所示,细菌、肺炎支原体感染所致AURI主要中医辨证分型为风热犯表证,中医辨证分型分布差异显著($P<0.05$)。肺炎支原体感染和细菌感染AURI的中医辨证分型结果的差异性可能是因为患者的年龄、发病季节以及病程等因素的影响所导致。

表4 肺炎支原体、细菌感染与中医辨证分型关系

Table 4 Relationship between Mycoplasma pneumoniae, bacterial infections and Chinese medicine diagnostic typing

病原体类型	例数	风寒束表证	风热犯表证	风燥犯表证	寒热夹杂证
肺炎支原体	19	1	13	4	1
细菌	16	1	11	1	3
合计	35	2	24	5	4

2.3.3 混合感染与中医辨证分型关系分析

如表5所示,混合感染中医证型分布差异显著,其中病毒混合细菌感染所致AURI中医辨证分型主要为寒热夹杂证($P<0.05$)。这是因为细菌、病毒以及肺炎支原体的致病因素存在一定的差异性,导致患者存在多种症状表现,从而表现为寒热夹杂证的中医分型特点。

表5 混合感染与中医辨证分型关系

Table 5 Relationship between mixed infections and Chinese medicine diagnosis and typing

混合感染类型	例数	风寒束表证	风热犯表证	风燥犯表证	寒热夹杂证
细菌病毒混合	18	3	1	1	13
细菌支原体混合	4	0	2	1	1
病毒支原体混合	4	0	1	1	2
细菌病毒支原体	1	0	0	0	1
合计	27	3	4	3	17

3 讨论与结论

中医辨证分型是中医学的核心理论之一,在中医疾病治疗中有着非常重要的作用,充分结合患者的症状、体征、舌象以及脉象等来将患者的疾病分为不同的证型^[7]。中医辨证分型能够较为细致地反映疾病的本质和病理变化,为疾病的临床治疗提供更加精准的依据^[8]。在AURI临床治疗中,通过中医辨证分型能够更加准确地判断患儿的病邪性质、病位以及病情严重程度等^[9]。采用病原学检测方式对患者的发病原因进行确定,可以为患者的治疗提供更加准确的参考,充分结合病原学检测结果和中医辨证分型结果可以进一步提升患者临床治疗效果。

本次研究表明,316例进行病原学检测的AURI患者的阳性率为63.61%,其中占比最高的是病毒感染(52.53%)。说明AURI主要为病毒感染。腺病毒、副流感病毒、合胞病毒感染所致AURI主要中医辨证分型为风寒束表证;EB病毒、柯萨奇病毒感染所致AURI主要中医辨证分型为寒热夹杂证;流感病毒感染所致AURI主要中医辨证分型为风热犯表证;细菌、肺

炎支原体感染所致AURI主要中医辨证分型为风热犯表证;病毒混合细菌感染所致AURI中医辨证分型主要为寒热夹杂证。病毒感染所致AURI主要为风寒束表证,患者的临床表现主要为发热、咽痛、鼻塞、喷嚏以及流涕等症状,而细菌和支原体感染所致AURI主要为风热犯表证,患者的临床症状主要为发热、咽痛、头痛、苔薄黄、口渴等。导致这种因素的主要原因可能是病毒、细菌以及肺炎支原体的生物特性和致病方式存在差异。现代医学证实,AURI患者的主要致病因素是病毒感染,其在AURI患者中的占比为90%^[10-11]。临床检验主要采用血常规检验,分析患者血液中淋巴细胞、白细胞以及中性粒细胞的升高与降低来进行病毒感染、细菌感染的区分^[12]。但是患者发病后会因为感染、发热等因素导致患者的机体处于应激状态,外周血的多形核白细胞增加,对血常规检测诊断会产生一定的影响^[13]。随着医学技术的发展,细菌、病毒以及肺炎支原体的病原学检测方法准确性得到了较大的提升,采用病原学检测技术来进行患者致病因素的检测,可以更加准确的判断患者的致病因素,为中医辨证论治提供更加客观的参考依据,有效提升AURI中医治疗的临床效果。

急性上呼吸道感染的病原检测结果与中医辨证分型具有一定的相关性,这为中医辨证论治提供了更加客观的依据,能够在AURI临床治疗中提供更加有效的指导,帮助患者更好地康复,有效提升临床治疗效果。

参考文献

- [1] 裘雷鸣.儿童急性上呼吸道感染病原学检测与中医辨证分型相关性研究[D].济南:山东中医药大学,2006.
- [2] 苏均维.急性上呼吸道感染中医辨证分型下的病毒学研究[D].广州:广州中医药大学,2007.
- [3] 杨丽彬.辨证分型联合西药治疗急性上呼吸道感染随机平行对照研究[J].实用中医内科杂志,2014,28(03):112-114.
- [4] 张洁,韩棉梅,何小琦,等.辨证分型治疗急性上呼吸道感染105例临床体会[J].现代医院,2013,13(08):71-72.
- [5] 吴修昌,刘青.辨证分型肛肠推注中药针剂治疗小儿急性上呼吸道感染137例[J].中国临床医生,2004,32(06):60-61.
- [6] 国家中医药管理局.中医病症诊断疗效标准:ZY/T 001.1-001.9-94[S].中华人民共和国中医药行业标准,1994.
- [7] 罗翌,郑丹文,李际强.当代名老中医治疗急性上呼吸道感染的辨证治疗经验统计分析[C]//全国中医内科肺系病第十四次学术研讨会论文集,2010:218-222.
- [8] 刁娟娟,李燕宁,张葆青,等.中成药辨证治疗腺病毒引起的小儿急性上呼吸道感染的临床研究[J].中成药,2013,35(05):918-921.
- [9] 刁娟娟,李燕宁,潘月丽,等.小儿急性上呼吸道感染副流感病毒感染的临床调查[J].南京中医药大学学报,2013,29(02):135-137.
- [10] 劳慧敏.儿童急性上呼吸道感染病原学检测与中医证候相关性研究[D].山东:山东中医药大学,2007.
- [11] 李静,柳鸿敏,许爽,等.吉林省2011年—2014年急性上呼吸道感染病原学检测结果分析[J].中国卫生检验杂志,2015,25(23):4043-4045.
- [12] 刘洁,李医,李辉,等.128例急性上呼吸道感染患儿病原学检测分析[J].医学信息,2015,(33):356-357.
- [13] 罗翌,李际强,郑丹文,等.急性上呼吸道感染病毒病原学调查及临床特征的分析[C]//2010全国第七次中医急诊学术研讨会论文集,2010:63-70.

作者简介

胡旭,中医全科,中医主治医师,研究方向为中医儿科。