

关于印发人偏肺病毒感染诊疗方案（2023年版）的通知



发布时间：2023-07-07 来源：医疗应急司

国卫办医急函〔2023〕252号

各省、自治区、直辖市及新疆生产建设兵团卫生健康委、中医药局：

为进一步指导各级医疗机构做好人偏肺病毒（hMPV）感染诊疗工作，切实提高规范化诊疗水平，我们组织专家制订了《人偏肺病毒感染诊疗方案（2023年版）》。现印发给你们，请参照执行，并及时开展对发热门诊、急诊、儿科、呼吸内科、感染科等医务人员的培训。

国家卫生健康委办公厅

国家中医药局综合司

2023年7月4日

（信息公开形式：主动公开）

人偏肺病毒感染诊疗方案

（2023年版）

人偏肺病毒感染是人体感染人偏肺病毒（humanmetapneumovirus, hMPV）后引起的一种急性呼吸道传染病，全年散发，多发生于冬末及春初。hMPV感染大多表现为轻度自限性疾病，部分患者因出现毛细

支气管炎、肺炎、慢性阻塞性肺疾病（COPD）急性加重和支气管哮喘急性发作等并发症需要住院治疗，免疫功能低下者可进展为重症肺炎，出现急性呼吸窘迫综合征（ARDS）或多器官功能不全等，甚至导致死亡。为进一步规范 hMPV 感染的临床诊治工作，结合国内外研究成果及我国既往 hMPV 感染诊治经验，制定本诊疗方案。

一、病原学

hMPV 属于肺炎病毒科，偏肺病毒属，为有包膜的单股负链 RNA 病毒，平均直径大约 200nm。hMPV 包括 A 和 B 两个基因型，可分为 A1、A2、B1、B2 四个亚型，这些亚型常常同时流行，各亚型病毒传播力和致病性未见明显差别。

hMPV 对热敏感，60℃ 30 分钟可灭活；对乙醚、氯仿等有机溶剂敏感；1%次氯酸钠等含氯消毒剂、5%福尔马林、2%戊二醛、1%碘伏等常用消毒剂可灭活病毒；对 0.1%脱氧胆酸钠、十二烷基硫酸钠（SDS）和曲拉通 X-100（TritonX-100）等去污剂敏感。

二、流行病学

（一）传染源

hMPV 感染者是主要传染源。从潜伏期末到急性期都有传染性。

（二）传播途径

主要通过飞沫和密切接触传播，也可通过接触被病毒污染的物品间接传播。

（三）易感人群

人群普遍易感，本病在 5 岁以下儿童、老年人和免疫功能低下的人群中更为多见。

三、临床表现

潜伏期 3-9 天，多为 3-6 天。

多表现为上呼吸道感染症状，如发热、咳嗽、鼻塞、流涕、声音嘶哑等，约 1 周左右症状逐渐缓解。病情严重者可出现毛细支气管炎、重症肺炎和 ARDS，COPD 患者感染后病情可加重，支气管哮喘患者可诱发急性发作。严重下呼吸道感染多见于幼儿、老年人等人群。肺移植、造血干细胞移植等免疫功能低下人群感染后症状更重，病死率也相对较高。

四、实验室及影像学检查

（一）常规化验检查

1. 血常规：外周血白细胞计数一般不高或降低，重症病例淋巴细胞计数明显降低。

2. 血液生化：可有天门冬氨酸氨基转移酶、丙氨酸氨基转移酶、乳酸脱氢酶和肌酐等升高。

3. 动脉血气分析：重症患者可有氧分压、血氧饱和度和氧合指数下降，酸碱失衡。

（二）病原学相关检查

1. 病毒核酸检测：采集呼吸道标本（鼻咽拭子、咽拭子、痰液、支气管肺泡灌洗液等）采用荧光定量 PCR、病毒基因测序等方法检测 hMPV 核酸。核酸检测的敏感性和特异性高。

2. 病毒抗原检测：酶免疫法、胶体金法和免疫荧光法等方法检测呼吸道标本中 hMPV 抗原，但病毒抗原检测阴性不能除外诊断。

3. 病毒培养分离：从呼吸道标本培养分离 hMPV。

4. 血清学检测：检测血清中特异性 IgM 抗体和 IgG 抗体，IgM 抗体检测敏感性和特异性较低。

（三）影像学检查

hMPV 感染的影像学表现缺乏特异性，当引起毛细支气管炎和肺炎时，可见斑片影、磨玻璃样病变、肺过度充气、肺不张，偶可出现肺实变。

五、诊断

（一）诊断原则

根据流行病学史、临床表现、实验室检查等综合分析，作出诊断。

（二）诊断标准

有 hMPV 感染相关临床表现者，具有以下一种或以上病原学、血清学检查结果：

（1）hMPV 核酸检测阳性；

（2）hMPV 抗原检测阳性；

（3）hMPV 培养分离阳性；

（4）IgG 抗体转为阳性或恢复期 IgG 抗体水平为急性期 4 倍或以上升高。

（三）重型和危重型病例

1. 重型

成人符合下列任何一条且不能以 hMPV 感染以外其他原因解释：

(1) 出现气促，呼吸频率 (RR) ≥ 30 次/分；

(2) 静息状态下，吸空气时指氧饱和度 $\leq 93\%$ ；

(3) 动脉血氧分压 (PaO_2) / 吸氧浓度 (FiO_2) $\leq 300\text{mmHg}$ ($1\text{mmHg}=0.133\text{kPa}$)；高海拔（海拔超过 1000 米）地区应根据以下公式对 $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2$ 进行校正： $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 \times [760/\text{大气压}(\text{mmHg})]$ 。

儿童符合下列任何一条：

(1) 超高热或持续高热超过 3 天；

(2) 出现气促（ < 2 月龄，RR ≥ 60 次/分；2~12 月龄，RR ≥ 50 次/分；1~5 岁，RR ≥ 40 次/分； > 5 岁，RR ≥ 30 次/分），除外发热和哭闹的影响；

(3) 静息状态下，吸空气时指氧饱和度 $\leq 93\%$ ；

(4) 出现鼻翼扇动、三凹征、喘鸣或喘息；

(5) 出现意识障碍或惊厥；

(6) 拒食或喂养困难，有脱水征。

2. 危重型

符合以下情况之一者：

(1) 出现呼吸衰竭，且需要机械通气；

(2) 出现休克；

(3) 合并其他器官功能衰竭需 ICU 监护治疗。

六、鉴别诊断

hMPV 感染主要与流感病毒、新冠病毒、呼吸道合胞病毒、副流感病毒、腺病毒、鼻病毒等呼吸道病毒感染以及百日咳、肺炎支原体、衣原体感染等鉴别。

七、治疗

(一) 住院治疗标准 (满足下列标准任意 1 条)。

1. 引起急性毛细支气管炎、肺炎, 经过医生评估需要住院治疗者。
2. 基础疾病明显加重, 如: COPD、支气管哮喘、慢性心功能不全、慢性肾功能不全、肝硬化等。
3. 符合重型或危重型诊断标准。

(二) 住院患者应按呼吸道传染病隔离治疗。

(三) 对症支持治疗。保证充分能量和营养摄入, 注意水、电解质平衡, 维持内环境稳定。高热者可进行物理降温、应用解热药物。合理选用退热药物, 儿童忌用阿司匹林或含阿司匹林及其他水杨酸制剂。咳嗽咳痰明显者可给予止咳祛痰药物。

(四) 鉴于目前尚无证据证明有对 hMPV 有效的特异性抗病毒药物, 故不建议使用抗病毒药物进行治疗。

(五) 避免盲目或不恰当使用抗菌药物, 尤其是联合使用广谱抗菌药物。

(六) 重型、危重型的治疗以积极防治并发症, 治疗基础疾病, 预防继发感染, 及时进行器官功能支持为主。对低氧血症患者, 根据患者病情选择不同的呼吸支持方式, 如鼻导管或面罩吸氧、经鼻高流量氧疗 (HFNC) 或无创通气 (NIV)、有创机械通气等。有其它器官

功能障碍时给予相应的支持治疗，同时进行营养风险评估，保证必要的热量和蛋白质摄入。

（七）中医治疗

1. 疫毒袭表证

症见：发热、咳嗽、鼻塞、流涕，甚者喘闷等。

治法：解表宣肺，清热解毒

推荐方剂：麻杏石甘汤合银翘散。

2. 疫毒闭肺

症见：喘促，高热，大便不通，痰少等。

治法：宣肺开窍，泻肺平喘

推荐方剂：宣白承气汤合三拗汤，安宫牛黄丸。若肢冷汗出，合用参附汤及生脉散。

八、预防

保持良好的个人及环境卫生，均衡营养、适量运动、充足休息，避免过度疲劳。养成勤洗手、戴口罩等卫生习惯，打喷嚏或咳嗽时用肘部或纸巾掩住口鼻，不洗手不接触口眼鼻等黏膜部位。勤开窗通风，保持室内通风良好。前往人群聚集场所或通风不良空间，做好个人防护。