

·基层常见疾病诊疗指南·

急性上呼吸道感染基层诊疗指南(2018 年)

中华医学会 中华医学会杂志社 中华医学会全科医学分会 中华医学会呼吸病学分会感染学组 中华医学会《中华全科医师杂志》编辑委员会 呼吸系统疾病基层诊疗指南编写专家组

通信作者:曹彬,中日友好医院呼吸与危重症医学科,北京 100029,Email: caobin_ben@163.com;陈虹,重庆医科大学附属第一医院呼吸与危重症医学科 400016,Email: hopehong 2003@126.com

【关键词】 指南; 呼吸道感染

DOI: 10.3760/cma.j.issn.1671-7368.2019.05.005

Guideline for primary care of acute upper respiratory tract infection (2018)

Chinese Medical Association, Chinese Medical Journals Publishing House, Chinese Society of General Practice, Infection Group of Chinese Thoracic Society, Editorial Board of Chinese Journal of General Practitioners of Chinese Medical Association, Expert Group of Guidelines for Primary Care of Respiratory System Disease

Corresponding author: Cao Bin, Department of Respiratory and Critical Care Medicine, China-Japan Friendship Hospital, Beijing 100029, China, Email: caobin_ben@163.com; Chen Hong, Department of Respiratory and Critical Care Medicine, the First Affiliated Hospital of Chongqing Medical University, Chongqing 400016, China, Email: hopehong 2003@126.com

一、概述

急性上呼吸道感染(upper respiratory tract infection, URTI, 简称上感),是包括鼻腔、咽或喉部急性炎症的总称,它不是一个疾病诊断,而是一组疾病的总称,包括普通感冒、病毒性咽炎、喉炎、疱疹性咽峡炎、咽结膜热、细菌性咽-扁桃体炎。主要病原体是病毒,少数为细菌。通常病情轻、病程短、多可自愈,预后好。但发病率高,有时可伴有严重并发症,需积极防治。

(一)定义

上感是由各种病毒和/或细菌引起的主要侵犯鼻、咽或喉部急性炎症的总称。以病毒多见,约占 70%~80%,主要包括流感病毒、副流感病毒、呼吸道合胞病毒、腺病毒、鼻病毒、埃可病毒、柯萨奇病毒、麻疹病毒和风疹病毒等。细菌感染约占 20%~30%,以溶血性链球菌最为多见,其次为流感嗜血杆菌、肺炎球菌和葡萄球菌等,偶见革兰阴性杆菌^[1]。

(二)分类

根据病因和病变范围的不同,有以下类型:

1. 普通感冒:俗称“伤风”,又称急性鼻炎或上呼吸道卡他,以鼻咽部卡他症状为主要临床表现。多由鼻病毒引起,其次为冠状病毒、副流感病毒、呼吸道合胞病毒、埃可病毒、柯萨奇病毒等。

起病较急,主要表现为鼻部症状,如喷嚏、鼻塞、流清水样鼻涕,也可表现为咳嗽、咽干、咽痒或灼热感,甚至鼻后滴漏感。发病同时或数小时后可有喷嚏、鼻塞、流清水样鼻涕等症状。2~3 d 后鼻涕变稠,常伴咽痛、流泪、味觉减退、呼吸不畅、声嘶等。一般无发热及全身症状,或仅有低热、不适、轻度畏寒、头痛。体检可见鼻腔黏膜充血、水肿、有分泌物,咽部轻度充血。一般 5~7 d 可痊愈。

2. 急性病毒性咽炎或喉炎:

(1)急性病毒性咽炎:多由鼻病毒、腺病毒、流感病毒、副流感病毒以及肠道病毒、呼吸道合胞病毒等引起。临床特征为咽部发痒或灼热感,咳嗽少见,一般咽痛不明显。当吞咽疼痛时,常提示有链球菌感染。体检咽部明显充血水肿,颌下淋巴结肿大且触痛。

(2)急性病毒性喉炎:多由鼻病毒、流感病毒、副流感病毒及腺病毒等引起。临床特征为声嘶、发声困难、咳嗽时疼痛,常有发热、咽痛或咳嗽。体检可见喉部水肿、充血,局部淋巴结轻度肿大和触痛,可闻及喉部的喘鸣音。

3. 急性疱疹性咽峡炎:多于夏季发作,儿童多见,偶见于成年人。常由柯萨奇病毒 A 引起,表现为明显咽痛、发热,体检可见咽充血,软腭、悬雍垂、咽及扁桃体表面有灰白色疱疹及浅表溃疡,周围有

红晕,以后形成疱疹。病程约1周。

4. 咽结膜热:是一种表现为急性滤泡性结膜炎,并伴有上呼吸道感染和发热的病毒性结膜炎,常发生于夏季,儿童多见,游泳者易于传播。病原体为腺病毒、柯萨奇病毒等。临床主要表现为发热、咽炎、结膜炎三大症状。病程4~6 d。

5. 细菌性咽炎及扁桃体炎:病原体主要为溶血性链球菌,其次为流感嗜血杆菌、肺炎球菌、葡萄球菌等引起。起病急、临床表现为咽痛、畏寒、发热(体温可达39℃以上)。体检可见咽部明显充血,扁桃体肿大、充血,表面可有黄色脓性分泌物,可伴有颌下淋巴结肿大、压痛,肺部无异常体征。

(三)流行病学

全年皆可发病,冬春季节多发,可通过含有病毒的飞沫或被污染的手和用具传播,多为散发,但可在气候突变时小规模流行。由于引起上感的病毒类型较多,机体对各种病毒感染后产生的免疫力较弱且短暂,病毒之间无交叉免疫,同时在健康人群亦可携带,故可反复发病。

二、病因学分析

(一)诱因或危险因素

各种导致全身或呼吸道局部防御功能降低的原因,如受凉、淋雨、气候突变、过度疲劳等均可诱发。

(二)病因

主要由病毒引起,20%~30%由细菌引起,细菌感染可直接感染或继发于病毒感染之后^[2]。

(三)机制

当机体或呼吸道局部防御功能降低时,原已存在于上呼吸道或从外界侵入的病毒或细菌迅速繁殖,引起本病。老幼体弱、免疫功能低下或患有慢性呼吸道疾病的患者易患本病。

三、识别、诊断与转诊

(一)诊断步骤

根据患者受凉、疲劳等诱因,鼻咽部的卡他、炎症症状及相应体征,结合外周血常规检查结果等可作出本病的临床诊断。一般情况下无需进行病因诊断。需要注意急性喉炎、扁桃体炎所致的上气道梗阻情况,体格检查过程中需要注意判断患者是否具有呼吸频率增快以及吸气性三凹征等表现。

(二)诊断方法

1. 临床表现^[2]:

(1)危险因素:受凉、淋雨、气候突变、过度疲劳等导致全身或呼吸道局部防御功能降低的因素。

(2)病史:急性起病,以上呼吸道卡他症状、咽干、咽痒为临床表现,可合并发热、头痛,咽炎患者可出现咽痒、咽痛。

(3)查体:体检见鼻腔黏膜、咽部充血、水肿、有分泌物,颌下淋巴结肿大且触痛,扁桃体肿大、充血,表面有黄色脓性分泌物。肺部常无异常体征,如存在上气道梗阻,可闻及喉部的喘鸣音。

2. 辅助检查:

(1)外周血常规:病毒性感染时白细胞计数正常或偏低,淋巴细胞比例升高;细菌性感染时,白细胞总数和中性粒细胞比例增多,有核左移现象。

(2)X线胸片:一般无需行X线检查,如需鉴别肺炎时可考虑。

(3)病原学检查:一般情况下不做,如需鉴别流行性感时考虑。主要包括病毒抗体检测、病毒分离、痰或分泌物培养+药敏等。

(三)诊断标准与诊断流程

根据病史、流行病学、鼻咽部的症状体征,结合外周血常规可作出临床诊断,一般无需病因诊断。其具体流程^[3]见图1。

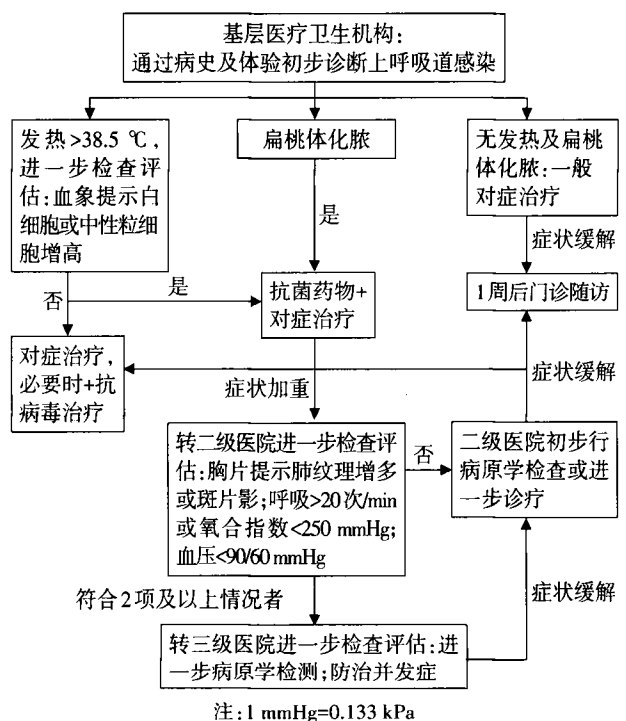


图1 急性上呼吸道感染诊治流程图

(四)鉴别诊断

上感需与初期表现为感冒样症状的其他疾病相鉴别。

1. 过敏性鼻炎:临床症状与上感相似,易于混淆。不同之处包括:

(1)起病急骤(可在数分钟内突然发生,亦可在

数分钟至2 h内症状消失)、鼻腔发痒、喷嚏频繁、鼻涕呈清水样,无发热,咳嗽较少。

(2)多由过敏因素如螨虫、灰尘、动物皮毛、低温等刺激引起。

(3)如脱离过敏源,数分钟至2 h内症状消失。

(4)体检可见鼻黏膜苍白、水肿。

(5)鼻分泌物涂片可见嗜酸粒细胞增多。

2. 流行性感[4]:为流感病毒所致的急性呼吸道传染性疾病,全身症状重、局部症状轻,传染性强,常为明显的流行性发病。临床特点:

(1)起病急,全身症状重,畏寒、高热、全身酸痛、眼结膜炎明显,部分患者有恶心、呕吐、腹泻等消化道症状。

(2)鼻咽部症状较轻。

(3)病毒为流感病毒,必要时可通过病毒分离或血清学明确诊断。

(4)早期应用抗流感病毒药物如金刚烷胺、奥司他韦疗效显著。

(5)可通过注射流感疫苗进行预防。

3. 急性传染病前驱症状:某些急性传染病(如麻疹、流行性出血热、流行性脑脊髓膜炎、脊髓灰质炎、伤寒、斑疹伤寒)在患病初期常有上呼吸道症状,但这些疾病常常有流行季节和地区,并具有一些特异性的症状和体征。必要时实验室检查亦有助于鉴别。

(1)麻疹:上呼吸道感染的症状为前驱期症状,约有90%的患者在发病后2~3 d在上颌第二磨牙部位的颊黏膜上可见灰白色小斑点(科氏斑),而上感无科氏斑。

(2)流行性出血热:主要传染源是鼠类,流行具有地区性。可有头痛、腰痛、眼眶痛(俗称三痛)症状,发热、出血及肾损害为三大主征,典型患者可有发热期、低血压休克期、少尿期、多尿期及恢复期5期。上感全身中毒症状轻,以鼻咽部卡他症状为主。

(3)流行性脑脊髓膜炎:部分患者初期有咽痛、鼻咽部分泌物增多症状,但很快进入败血症及脑膜炎期,出现寒战、高热、头痛、皮疹。后期可有剧烈头痛并出现脑膜刺激征。主要传染源是带菌者,通过飞沫传播。

(4)脊髓灰质炎:是由脊髓灰质炎病毒引起的急性传染病,未应用疫苗的儿童易感。前驱期大多出现上感症状,持续1~4 d后部分进入瘫痪前期,出现体温上升、肢体疼痛、感觉过敏等神经系统症状,瘫痪器出现肢体不对称性、弛缓性瘫痪,多见于

单侧下肢。

(5)伤寒:发热为最早期症状,可伴有上感症状,但常有缓脉、脾大或玫瑰疹,伤寒病原学与血清学检查阳性,病程较长。

(6)斑疹伤寒:流行性斑疹伤寒多见于冬春季,地方性斑疹伤寒多见于夏秋季节。一般起病急,脉搏较速,多有明显头痛。发病第5~6天出现皮疹,数量多且可有出血性皮疹。外斐反应阳性。

(五)基层医疗机构转诊指征

在基层医疗卫生机构中,初步诊断上感的患者若存在以下情况需上转:

1. 紧急转诊:

(1)患者存在上气道梗阻,有窒息的风险。

(2)短时间内出现呼吸或循环系统衰竭症状及体征者。

(3)出现风湿病、肾小球肾炎和病毒性心肌炎等严重并发症者。

2. 紧急处置:患者短时间内出现呼吸或循环系统衰竭症状及体征者,需气管插管或气管切开,并给予血管活性药物。

3. 普通转诊:

(1)患者持续高热,体温 $>39^{\circ}\text{C}$,且经常规抗病毒抗感染治疗3 d无效。

(2)一般情况差、患有严重基础疾病(如慢性心力衰竭、糖尿病等)或长期使用免疫抑制剂者。

四、治疗

(一)治疗步骤

上感一般无需积极抗病毒治疗,以对症处理、休息、戒烟、多饮水、保持室内空气流通和防治继发细菌感染为主。一般不用抗菌药物,如合并有细菌感染,可根据上感常见病原菌经验性选用抗菌药物。

(二)治疗方案与具体治疗方法

1. 基层医疗机构急诊处置:

(1)对症治疗:

①一般治疗:发热、病情较重或年老体弱者应卧床休息,多饮水,保持室内空气流通,防止受凉。

②解热镇痛药:有头痛、发热、全身肌肉酸痛等症状者,可酌情使用解热镇痛药,如对乙酰氨基酚、阿司匹林、布洛芬等。见表1。

③抗鼻塞抗过敏的复方制剂:有鼻塞、鼻黏膜充血、水肿、咽痛等症状者,应用盐酸伪麻黄碱等可选择性收缩上呼吸道黏膜血管的药物,也可用1%麻黄碱滴鼻。有频繁喷嚏、多量流涕等症状的患者,可酌情选用马来酸氯苯那敏、氯雷他定或苯海

拉明等抗过敏药物。临床常用于缓解感冒症状的药物均为复方非处方药(OTC)制剂,这类药物有头晕、嗜睡等不良反应,故宜在睡前服用,驾驶员和高空作业者避免使用。临床常用抗感冒药复方制剂的组成成分及作用见表2。

④镇咳:对于咳嗽症状较为明显者,可给予氢溴酸右美沙芬、可待因等镇咳药。

(2)病因治疗:

①抗病毒药物治疗:一般无需积极抗病毒治疗。免疫缺陷患者可早期使用。广谱抗病毒药物利巴韦林和奥司他韦对呼吸道合胞病毒等有较强的抑制作用,可缩短病程。

②抗菌药物治疗^[5]:单纯病毒感染无需使用抗菌药物,有白细胞计数升高、咽部脓苔、咳黄痰等细菌感染证据时,可酌情使用青霉素、第一代头孢菌素、大环内酯类或喹诺酮类。极少需要根据病原菌

选用敏感的抗菌药物。

2. 上级医院救治:严重急性扁桃体炎、急性喉炎、急性会厌炎等出现呼吸困难的表现,存在窒息风险者:

(1)保持呼吸道通畅:吸氧、雾化吸入,减轻黏膜水肿。

(2)控制感染:及时静脉输入抗菌药物,一般给予青霉素、大环内酯类或头孢菌素类等,严重者予以2种以上抗生素。

(3)糖皮质激素:应用抗菌药物同时给予糖皮质激素,以减轻喉头水肿,缓解症状,常用泼尼松,1~2 mg·kg⁻¹·d⁻¹,分次口服;重症可用地塞米松静脉推注,每次2~5 mg;继之1 mg·kg⁻¹·d⁻¹静脉滴注,用2~3 d,至症状缓解。

(4)对症治疗:缺氧者予以吸氧,烦躁不安者可用异丙嗪,除镇静外还有减轻喉头水肿的作用,痰

表1 常用解热镇痛类药物用法及注意事项

药物	用法	注意事项
对乙酰氨基酚	6~12岁儿童0.25 g, >12岁儿童或成人0.5 g, 每4~6小时1次	用于解热连续使用不超过3 d, 用于镇痛连续使用不超过5 d
阿司匹林	儿童5~10 mg·kg ⁻¹ ·次 ⁻¹ , 3~4次/d; 成人0.3~0.6 g/次, 必要时每4~6小时重复1次	用于解热连续使用不超过3 d, 用于镇痛连续使用不超过5 d
布洛芬	口服常释剂型: 儿童5~10 mg·kg ⁻¹ ·次 ⁻¹ , 3次/d, 成人0.2~0.4 g/次, 每4~6小时1次 口服溶液剂型: <12岁儿童按体重5~10 mg·kg ⁻¹ ·次 ⁻¹ , 必要时每隔4~6小时重复1次 缓释控释剂型: >12岁儿童及成人每次0.3~0.6 g, 2次/d	最大限量为2.4 g/d, 用于解热连续使用不超过3 d, 用于镇痛连续使用不超过5 d 每24小时用药不超过4次
赖氨匹林	成人0.9~1.8 g/次, 2次/d; 儿童10~25 mg·kg ⁻¹ ·d ⁻¹ , 肌肉或静脉注射	-
复方氨基比林	注射剂型: 每次2 ml, 肌肉注射 口服剂型: 1~2片/次, 3次/d	不宜长期使用, 造血功能障碍者禁用
去痛片	口服, 1~2片/次, 1~3次/d	长期使用导致肾功能损害
双氯芬酸	缓释控释剂型: 成人50 mg/次, 1~2次/d 口服常释剂型: 成人25~50 mg/次, 2~3次/d	24 h用量不超过150 mg
吲哚美辛	缓释剂型: 25~50 mg, 2次/d	-

注: - 无

表2 临床常用抗感冒药复方制剂的组成成分及作用

药品名	解热镇痛	抗过敏	收缩血管	镇咳	中枢兴奋剂	抗病毒	其他
美扑伪麻片	对乙酰氨基酚	氯苯那敏	伪麻黄碱	右美沙芬	-	-	-
复方氨酚伪麻缓释胶囊	-	氯苯那敏	伪麻黄碱	-	-	-	-
氨酚伪麻美芬片Ⅱ	对乙酰氨基酚	-	伪麻黄碱	右美沙芬	-	-	-
氨麻苯美片	对乙酰氨基酚	苯海拉明	伪麻黄碱	右美沙芬	-	-	-
复方氨酚烷胺片	对乙酰氨基酚	氯苯那敏	-	-	咖啡因	金刚烷胺	人工牛黄
复方氨酚烷胺胶囊	对乙酰氨基酚	氯苯那敏	-	-	咖啡因	金刚烷胺	人工牛黄
酚咖片	对乙酰氨基酚	-	-	-	咖啡因	-	-
氨咖黄敏胶囊	对乙酰氨基酚	氯苯那敏	-	-	咖啡因	-	人工牛黄

注: - 无

多者可止咳去痰,必要时直接喉镜吸痰。

(5)气管切开:经上述处理仍有严重缺氧征或有Ⅲ度以上喉梗阻者,应及时行气管切开术。

3. 中医辨证施治^[6]:中医将感冒分为风寒感冒、风热感冒、暑湿感冒等类型,常挟痰、挟滞、挟惊。中医总的治疗原则是疏风解表或辛温解表、辛凉解表、清暑解表,挟痰则肃肺化痰,挟滞则消食导滞,挟惊则清热定惊。如葱豉汤、荆防败毒散辛温解表治疗风寒型感冒;银翘散或桑菊饮辛凉解表治疗风热型感冒;新加香薷饮祛暑清热化湿和中,藿香正气散解表化湿、理气和中均可用于治疗暑湿感冒。而其他中成药如银翘片、双黄连、抗病毒颗粒等,均有辛凉解表、清热解毒之功效,鱼腥草具有清热解毒的作用。中医中药治疗感冒有一定效果,但目前尚缺乏高质量的临床研究证据。

五、疾病健康管理

(一)避免诱发因素

避免受凉、过度疲劳,注意保暖;保持室内空气新鲜、阳光充足;在高发季节少去人群密集的公共场所;戒烟;防止交叉感染。

(二)增强免疫力

注意劳逸结合,加强体育锻炼,提高机体抵抗力及抗寒能力。

(三)识别并发症并及时就诊

药物治疗后症状不缓解;或出现耳鸣、耳痛、外耳道流脓等中耳炎症状;或恢复期出现胸闷、心悸,眼睑浮肿、腰酸或关节疼痛者,及时就诊。

呼吸系统疾病基层诊疗指南编写专家组:

组长:王辰 迟春花

副组长:陈荣昌

秘书长:杨汀

呼吸专家组成员(按姓氏拼音排序):曹彬(中日友好医院);陈虹(重庆医科大学附属第一医院);陈荣昌(广州医科大学附属第一医院);陈如冲(广州医科大学附属第一医院);陈亚红(北京大学第三医院);迟春花(北京大学第一医院);董亮(山东大学附属齐鲁医院);冯燕梅(重庆医科大学附属第一医院);杭晶卿(上海市普陀区人民医院);黄克武(首都医科大学附属北京朝阳医院);赖克方(广州医科大学附属第一医院);李燕明(北京医院);林江涛(中日友好医院);刘凯雄(上海交通大学医学院附属瑞金医院);罗金梅(北京协和医院);彭丽(重庆医科大学附属第一医院);邱忠民(同济大学附属同济医院);

瞿介明(上海交通大学医学院附属瑞金医院);孙永昌(北京大学第三医院);汤葳(上海交通大学医学院附属瑞金医院);王辰(中国医学科学院北京协和医学院);王玮(中国医科大学附属第一医院);肖毅(北京协和医院);谢万木(中日友好医院);杨汀(中日友好医院);杨媛华(首都医科大学附属北京朝阳医院);张静(复旦大学附属中山医院);张旻(上海交通大学附属第一人民医院);张晓雷(中日友好医院);周新(上海交通大学附属第一人民医院)
全科专家组成员(按姓氏拼音排序):段英伟(北京市什刹海社区卫生服务中心);李智莉(北京市方庄社区卫生服务中心);史玲(上海市普陀区长风社区卫生服务中心);魏新萍(上海市闵行区古美社区卫生服务中心);吴浩(北京市方庄社区卫生服务中心);张楠(北京市安贞社区卫生服务中心);张跃红(北京市展览路社区卫生服务中心);姚弥(北京市新街口社区卫生服务中心)

本指南执笔专家:陈虹 冯燕梅 **审校专家:**曹彬

志谢(按姓氏拼音排序) 陈人生(广州市增城区石滩镇中心卫生院);胡芳(杭州市四季青街道社区卫生服务中心);黄岳青(苏州市立医院);刘向红(北京市德胜社区卫生服务中心);牛永华(山西省阳泉市矿区医院);史守彤(山西省阳泉市宏苑区社区卫生服务站);史晓宇(山西省忻州市静乐县杜家村镇中心卫生院);苏巧俐(四川大学华西医院);谭伟(湖北省红山青林社区中心);王东(山东省肥城市边院镇中心卫生院);魏学娟(北京市方庄社区卫生服务中心);习森(北京市怀柔区怀柔镇社区卫生服务中心);易春涛(上海市枫林街道社区卫生服务中心)

利益冲突 所有作者均声明不存在利益冲突

参 考 文 献

- [1] Jain N, Lodha R, Kabra SK. Upper respiratory tract infections [J]. Indian J Pediatr, 2001, 68(12):1135-1138.
- [2] 王吉耀. 内科学[M]. 3版. 北京:人民卫生出版社, 2005: 22-23.
- [3] 中国呼吸科专家组. 安徽省上呼吸道感染分级诊疗指南[J]. 安徽医学, 2017, 38(8):1094-1099.
- [4] 国家卫生健康委办公厅, 国家中医药局办公室. 流行性感冒诊疗方案(2018年版修订版)[EB/OL]. (2018-11-09)[2019-03-01]. http://www.gov.cn/fuwu/2018-11/27/content_5343680.htm.
- [5] Yoon YK, Park CS, Kim JW, et al. Guidelines for the antibiotic use in adults with acute upper respiratory tract infections [J]. Infect Chemother. 2017, 49(4): 326-352. DOI: 10.3947/ic.2017.49.4.326.
- [6] 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[J]. 中国中医药现代远程教育, 2010, 8(17), 183-184. DOI:10.3969/j.issn.1672-2779.2010.17.128.

(收稿日期:2019-03-14)

(本文编辑:白雪佳 刘岚)