

安徽省上呼吸道感染分级诊疗指南

(2016 版)

急性上呼吸道感染(upper respiratory tract infection, URTI)简称“上感”,是鼻腔、咽或喉部急性炎症的总称,是小儿最常见的疾病。常见病原体为病毒,仅少量由细菌引起。绝大多数具有自限性,极少引起严重并发症危及生命。

一、我国上呼吸道感染的现状

(1) 发病率 上呼吸道感染患者发病不分年龄、性别、职业和地区,全年均可发病,但冬春季节好发。本病具有较强的传染性,多数为散发性,有时可引起局部或大范围的流行。多数人每年都会发生急性上呼吸道感染,且同一个人可在一年内多次罹患本病。我省上呼吸道感染发病,甲流一般好发在1~2月份和6~8月,乙流好发在冬季。

(2) 上呼吸道感染患者的就诊情况 上呼吸道感染具有自限性,轻症患者大多不就诊也能自愈,症状严重者多于门诊治疗,少数出现严重并发症者需住院治疗。其治疗和管理多数可以在基层医疗卫生机构(乡镇卫生院、村卫生室、城市社区卫生服务中心)开展。目前我省上呼吸道感染患者就诊状况是部分患者在大医院门诊就诊,导致大医院人满为患,就诊困难。

二、上呼吸道感染的定义及分类

(一) 上呼吸道感染的定义

上呼吸道感染是由各种病毒和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。

(二) 上呼吸道感染的分型

(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。成人多数由鼻病毒引起,也可由副流感病毒、呼吸道合胞病毒、埃可病毒、柯萨奇病毒等引起。

(2) 流行性感冒 由流感病毒引起的急性传染病。潜伏期1~2天,最短仅数小时,最长3天。起病急骤,以全身症状为主,呼吸道症状轻微。根据不同临床表现和病情严重程度又分为单纯型、肺炎型、肠道型和中毒型。

①单纯型:最为常见。先有畏寒、发热,继之全身酸痛不适,乏力,头昏、头痛。部分有喷嚏、鼻塞、咽痛和咳嗽等症状。

②肺炎型:常见于老年人、2岁以下儿童或有慢性基础疾病者。临床表现高热、烦躁、呼吸困难、咯血痰和明显发绀。体检口唇紫绀,肺部呼吸音减低,可闻及湿啰音哮鸣音。X线胸片可见两肺广泛小结节性浸润,近肺门部较多。多数患者逐渐恢复,少数发展至呼吸和/或循环衰竭死亡。

③肠道型:以恶心、呕吐和腹泻等消化道症状为主。

④中毒型:少见。临床表现高热、神志昏迷,休克,弥漫性血管内凝(DIC),成人常有谵妄,儿童可发生抽搐。体检肺部体征不明显。部分患者出现循环衰竭,病死率高。

(3) 以咽炎为主要表现的上呼吸道感染

①急性病毒性咽炎 主要由流感病毒和腺病毒等引起。临床主要表现为咽部发痒和灼热感,咳嗽少见,可有

发热和乏力。体检咽部明显充血、水肿,颌下淋巴结肿痛。

②急性病毒性喉炎 常由鼻病毒、甲型流感病毒、副流感病毒或腺病毒等引起。临床表现声音嘶哑、咳嗽伴咽喉疼痛及发热等。体检喉部充血、水肿,局部淋巴结轻度肿大伴触痛,有时闻及喘鸣音。

③疱疹性咽峡炎 主要由柯萨奇 A 引起。临床表现明显咽痛、发热。体检咽部充血,软腭、腭垂、咽和扁桃体表面有灰白色疱疹和浅表溃疡,周围有红晕。

④咽结膜热 主要由腺病毒和柯萨奇病毒等引起。临床表现发热、咽痛、畏光、流泪等。体检咽部和结合膜充血明显。以发热、咽炎和单眼或双眼的急性滤泡性结膜炎三联症为其特点。常发生于夏季,游泳中传播。

⑤细菌性咽-扁桃体炎 主要由溶血性链球菌引起,也可由流感嗜血杆菌、肺炎球菌、葡萄球菌等引起。临床表现咽痛明显、畏寒、发热(体温可达 39℃ 以上)等。体检可见咽部充血明显,扁桃体肿大、充血、表面有脓性分泌物,颌下淋巴结肿大、压痛,肺部检查无异常发现。

三、上呼吸道感染的筛查、诊断与评估

(一) 上呼吸道感染的筛查

(1) 高危人群的筛查 年老体弱者和儿童易患本病。流感高危人群:妊娠期妇女;伴有严重基础疾病或肥胖者体重指数(BMI) >30、儿童(年龄 <2 岁更易发生严重并发症);以及年龄 ≥65 岁的老年人等。

(2) 重症患者的筛查 重症患者可能出现呼吸和/或循环衰竭,危及生命。早期筛查出可能发展为重症的患者,及时治疗,防止严重并发症发生。

(二) 上呼吸道感染的诊断

(1) 临床诊断 根据患者的病史、流行情况、鼻咽部的卡他和炎症症状和体征,结合外周血象和胸部 X 线检查结果等,可作出本病的临床诊断。

(2) 病因学诊断 借助于病毒分离、细菌培养或病毒血清学检查、免疫荧光法、酶联免疫吸附检测法和血凝抑制试验等,可确定病因学诊断。

(三) 上呼吸道感染的评估

(1) 病史和体格检查 询问病史,鼻、咽及喉部检查,局部淋巴结触诊,肺部体检,可在基层医疗机构进行。

(2) 实验室检查 外周血象(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和核左移现象),可在基层医疗机构进行。

(3) 特殊辅助检查 X 线胸片可在基层医疗机构选择性做,但如果临床表现不能排除病毒性肺炎可能时,增加胸部 CT 检查是必要的。病原学检查(病毒抗体检测、病毒分离、痰培养+药敏等)一般情况下不做,必要时可在上级医院进行。

(4) 并发症评估 易并发急性鼻窦炎、中耳炎、咽喉壁脓肿、颈淋巴结炎、气管炎-支气管炎或肺炎。少数患者可并发风湿病、肾小球肾炎和病毒性心肌炎等。

(四) 诊断与鉴别诊断

根据鼻咽部的症状和体征,结合周围血象和阴性胸部 X 线检查可作出临床诊断。一般无需病因诊断,特殊情况下可进行细菌培养和病毒分离,或病毒血清学检查等确定病原体。但须与初期表现为感冒样症状的其他疾病鉴别。

(1) 过敏性鼻炎 起病急骤,常表现为鼻黏膜充血和分泌物增多,伴有突发的连续喷嚏、鼻痒、鼻塞、大量鼻涕,无发热,咳嗽较少。多由过敏因素如螨虫、灰尘、动物毛皮、低温等刺激引起。如脱离过敏原,数分钟至 1~2 小时内症状即消失。检查可见鼻黏膜苍白、水肿,鼻分泌物涂片可见嗜酸粒细胞增大,皮肤针刺过敏试验可明确过敏原。

(2) 流行性感冒 为流感病毒引起,可为散发,时有小规模流行,病毒发生变异时可大规模暴发。起病急,鼻咽部症状较轻,但全身症状较重,伴高热、全身酸痛和眼结膜炎症状。取患者鼻洗液中黏膜上皮细胞涂片,免疫荧光标记的流感病毒免疫血清染色,置荧光显微镜下检查,有助于诊断。近来已有快速血清 PCR 方法检查病毒,可供鉴别。

(3) 急性气管/支气管炎 表现为咳嗽咳痰,鼻部症状较轻,血白细胞可升高,X线胸片常可见肺纹理增强。

(4) 急性传染病前驱症状 很多病毒感染性疾病前期表现类似,如麻疹、脊髓灰质炎、脑炎、肝炎、心肌炎等病。患病初期可有鼻塞、头痛等类似症状,应予重视。如果在上呼吸道症状1周内,呼吸道症状减轻但出现新的症状,需进行必要的实验室检查,以免误诊。

四、上呼吸道感染的治疗

(一) 对症治疗

(1) 休息 发热、病情较重或年老体弱的患者应卧床休息,多饮水,保持室内空气流通,防止受凉。

(2) 解热镇痛 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(详见表1)。

表1 临床常用解热镇痛药物种类、剂量、用法及注意事项

药品名称	剂型	剂量	用法	注意事项
对乙酰氨基酚	口服常释剂型/颗粒剂	6~12岁儿童每次0.25g,12岁以上儿童及成人每次0.5g	每隔4~6小时口服一次	用于解热连续使用不超过3天,用于止痛不超过5天
阿司匹林	口服常释剂型	儿童每次按体重5~10mg/kg,成人每次0.3~0.6g	必要时每隔4~6小时口服一次	用于解热连续使用不超过3天,用于止痛不超过5天
布洛芬	口服常释剂型	儿童每次按体重5~10mg/kg,成人每次0.2~0.4g	儿童一日3次,成人每4~6小时口服一次	成人每日最大用量2.4g,用于解热连续使用不超过3天,用于止痛不超过5天
	口服溶液剂型	12岁以下儿童每次按体重5~10mg/kg	必要时每隔4~6小时口服一次	每24小时用药不超过4次
	缓释控释剂型	12岁以上儿童及成人每次0.3~0.6g	一日2次,口服	
双氯芬酸	口服常释剂型	成人每次25~50mg	一日2~3次,口服	每24小时用量不超过150mg
	缓释控释剂型	成人每次50mg	一日1~2次,口服	
吲哚美辛	栓剂	成人每次50~100mg	必要时纳肛	
赖氨匹林	注射剂	儿童每次按体重5~12.5mg,成人每次0.9~1.8g	一日2次,肌注或静注	
复方氨基比林	注射剂	成人每次2mL	必要时肌注	造血功能障碍者禁用,因副作用大,常用而不久用
	口服常释剂型	成人每次1~2片	一日3次,口服	
萘普生	缓释控释剂型	成人每次0.5g	一日1次,口服	
尼美舒利	口服常释剂型	儿童每次按体重2.5mg/kg	一日2次,口服	
		成人每次50~100mg		
去痛片	口服常释剂型	成人每次1~2片	一日1~3次,口服	长期使用导致肾功能损害

(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,可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OTC制剂(见表2)。因为这类药物有头晕、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。

(4) 镇咳 对于咳嗽症状较为明显者,可给予氢溴酸右美沙芬、喷托维林等镇咳药(详见表3)。

(二) 病因治疗

(1) 抗病毒感染 ①离子通道M2阻滞剂:金刚烷胺及其衍生物甲基金刚烷胺可用于预防和治疗甲型流感病毒,阻滞其在细胞内的复制。在发病24~48h内使用,可减轻发热等症状;②神经氨酸酶抑制剂:奥司他韦和扎那米韦等能有效治疗和预防甲、乙型流感病毒,48h内使用可减轻症状、缩短症状持续时间。③其他药物:吗啉胍(ABOB)对流感病毒、腺病毒和鼻病毒等有一定的疗效;广谱抗病毒药利巴韦林对流感病毒、副流感病毒、呼吸道合胞病毒等RNA病毒和DNA病毒均有较强的抑制作用,主张早期使用(详见表4)。

表2 临床常用抗感冒药复方制剂的组成成分

药品名称(商品名)	所含成分
速效伤风胶囊/小儿氨酚黄那敏颗粒	对乙酰氨基酚、马来酸氯苯那敏、人工牛黄、咖啡因
康必得	对乙酰氨基酚、盐酸二氧丙嗪、板兰根浸膏、葡萄糖酸锌
护彤	对乙酰氨基酚、人工牛黄、马来酸氯苯那敏
白加黑/美息伪麻片	对乙酰氨基酚、盐酸伪麻黄碱、氢溴酸右美沙芬、盐酸苯海拉明(仅夜片含)
日夜百服宁	对乙酰氨基酚、盐酸伪麻黄碱、氢溴酸右美沙芬、马来酸氯苯那敏(仅夜片含)
泰诺/美扑伪麻片/美扑伪麻口服液	对乙酰氨基酚、盐酸伪麻黄碱、氢溴酸右美沙芬、马来酸氯苯那敏
三九感冒灵	对乙酰氨基酚、马来酸氯苯那敏、咖啡因、中药成分
氨酚伪麻那敏片/氨酚伪麻那敏溶液/双扑伪麻片	对乙酰氨基酚、盐酸伪麻黄碱、马来酸氯苯那敏
氨酚美伪麻片/双酚伪麻胶囊	对乙酰氨基酚、盐酸伪麻黄碱、氢溴酸右美沙芬
复方氨酚烷胺片(感康)/复方氨酚烷胺胶囊(快克)/复方氨酚烷胺片(感叹号)/复方氨酚烷胺胶囊(仁和可立克)/复方氨酚烷胺胶囊	对乙酰氨基酚、盐酸金刚烷胺、马来酸氯苯那敏、人工牛黄、咖啡因
酚咖片	对乙酰氨基酚、咖啡因

表3 临床常用止咳祛痰药物种类、剂量、用法及注意事项

药品名称	剂型	剂量	用法	注意事项
氨溴索	口服常释剂型	成人每次 30 mg	一日 3 次,口服	饭后服
	口服溶液剂	12 岁以下儿童每次 2.5 ~ 5 mL,12 岁以上儿童及成人每次 10 mL	一日 2 ~ 3 次,口服	进餐时间服用
溴己新	注射剂	每日 1.2 ~ 1.6 mg/kg	分 2 ~ 3 次静脉滴注	
	口服常释剂型	成人每次 8 ~ 16 mg	一日 3 次,口服	
羟甲司坦	注射剂	每次 4 mg	一日 2 ~ 3 次 静脉滴注	
	口服常释剂型	儿童按体重每次 10 mg/kg,成人每次 0.5 g	一日 3 次,口服	
氨溴特罗	口服溶液剂	成人每次 10 mL	一日 3 次,口服	
	口服溶液剂	12 岁以下儿童每次 2.5 ~ 15 mL,12 岁以上儿童及成人每次 20 mL	一日 2 次,口服	肥厚型心肌病患者禁用
右美沙芬	口服常释剂型/颗粒剂	成人每次 15 ~ 30 mg	一日 3 ~ 4 次	
喷托维林	口服常释剂型	5 岁以上儿童每次 6.25 ~ 12.5 mg,成人每次 25 mg	5 岁以上儿童一日 2 ~ 3 次,成人一日 3 ~ 4 次	青光眼、心功能不全者慎用
复方磷酸可待因	口服溶液剂	5 岁以下儿童每次 3 ~ 5 mL,12 岁以下每次 10 mL,12 岁以上及成人每次 10 ~ 15 mL	一日 3 次,口服,12 岁以下儿童遵医嘱	不宜过量,不宜久服
复方甘草制剂	口服常释剂型	成人每次 3 ~ 4 片	一日 3 次,口服	
	口服溶液剂	成人每次 5 ~ 10 mL	一日 3 次,口服	服时振摇

表4 临床常用抗病毒药物种类、剂量、用法及注意事项

药品名称	剂型	剂量	用法	注意事项
阿昔洛韦	口服常释剂型	每次 0.2 ~ 0.4 g	一日 3 ~ 5 次,口服	肾功能不全者禁用
	注射剂	按体重每次 10 mg/kg	一日 3 次 静脉滴注	
利巴韦林	口服常释剂型	成人每次 0.15 g	一日 3 次,口服	疗程 7 天
	颗粒剂	儿童按体重每次 3.3 ~ 5 mg/kg	一日 3 次,口服	疗程 3 天
	注射剂	儿童按体重每次 5 ~ 7.5 mg/kg,成人每次 0.5 g	一日 2 次 静脉滴注	疗程 3 ~ 7 天,严重贫血、肝功能异常者慎用
更昔洛韦	口服常释剂型	每次 1 g	一日 3 次,口服	
	注射剂	按体重每次 5 mg/kg	一日 1 ~ 2 次 静脉滴注	
奥司他韦	口服常释剂型	13 岁以上儿童及成人每次 75 mg	一日 2 次,口服	36 小时内开始治疗 疗程 5 天
炎琥宁	注射剂	成人每次 80 ~ 200 mg	一日 1 ~ 2 次,静脉滴注,小儿酌减或遵医嘱	
金刚烷胺	口服常释剂型	9 岁以下儿童按体重每次 2.4 ~ 4.4 mg/kg,9 岁以上及成人每次 100 mg	每 12 小时,口服一次	临床常用为复方制剂

(2) 抗细菌感染 如有细菌感染,可酌情选用适当的抗感染药物,如青霉素类、大环内酯类、氟喹诺酮类等。对于单纯病毒感染者不必应用抗菌药物。

(三) 中医治疗

(1) 清热解毒 如正柴胡饮、小柴胡冲剂、板蓝根冲剂、感冒灵颗粒、银翘解毒颗粒、黄连上清片、银黄颗粒、疏风解毒胶囊等。

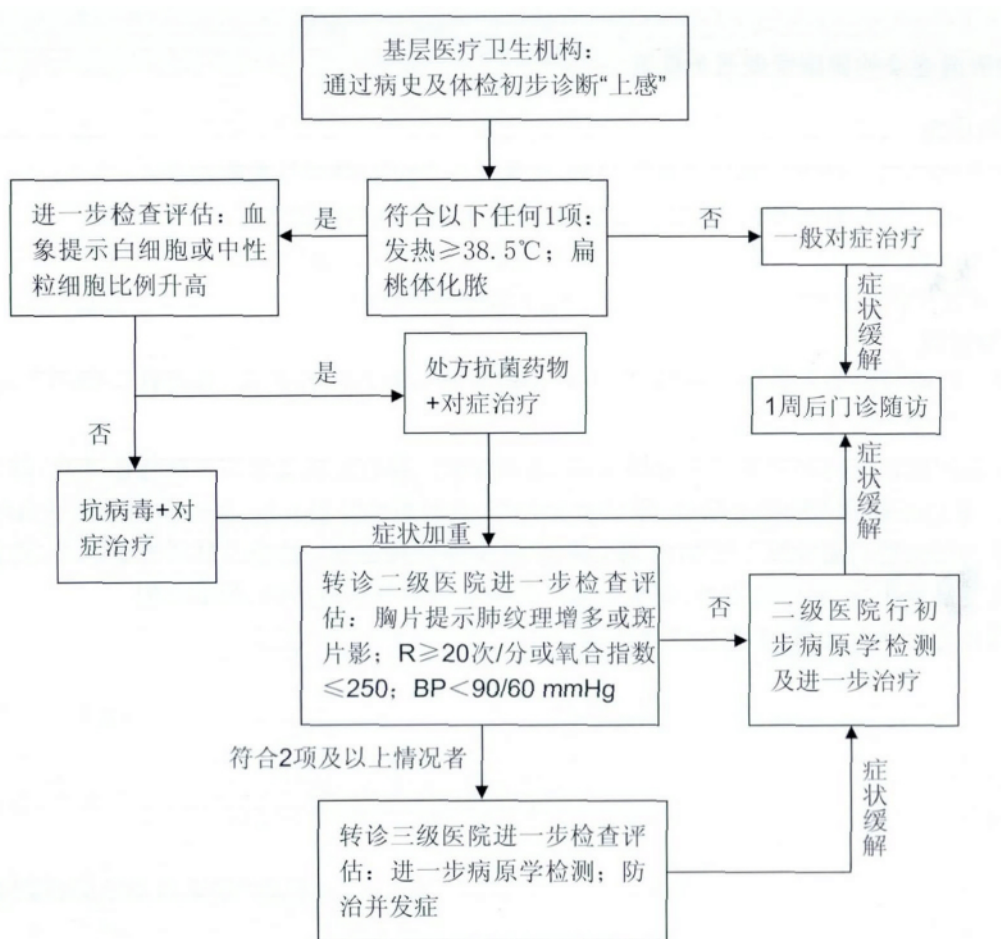
(2) 抗病毒药物 如清开灵颗粒、抗病毒胶囊、双黄连合剂等。

五、上呼吸道感染的分级诊疗服务目标、流程、双向转诊标准与各级医院服务对象

(一) 目标

尽量发挥基层医疗机构的诊治功能,严格把握抗菌药物的使用指征,指导患者合理用药,使患者尽快缓解症状,防止严重并发症发生。

(二) 分级诊疗服务流程



(三) 双向转诊标准

(1) 上转至县级或城市二级及以上医院的标准 在基层医疗卫生机构中初步诊断“急性上呼吸道感染”的患者若存在以下情况需立即上转:

- ①患者持续高热, $T > 39^{\circ}\text{C}$, 且经常规抗病毒抗感染治疗3天无效;
- 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;
- ④一般情况差、患有严重基础疾病(如慢性心衰、糖尿病等)或长期使用免疫抑制剂者。

(2) 下转至基层医疗卫生机构的标准 患者在二级以上医疗机构治疗后符合以下情况可考虑下转:

①临床症状缓解,生命体征平稳,可改口服药序贯治疗者;

②存在严重并发症或合并症患者临床治愈后门诊随访观察;

③患者或其家属自行要求转至下级医院(在与患者及其家属积极沟通病情、告知相关风险后,仍坚持转出)者。

(四) 各级医院服务对象

(1) 基层医疗卫生机构(乡镇卫生院、村卫生室、城市社区卫生服务中心) 就诊范围 主要接诊病情稳定的一般门诊患者、住院患者以及与技术水平、设施设备条件相适应的患者。如:普通感冒、轻症的流行性感冒、急性咽炎、喉炎、扁桃体炎等上呼吸道感染。

(2) 县级医院及城市二级医院就诊范围 主要接诊病情较重的门诊患者、符合上转条件的住院患者。如:重症的流行性感冒患者,一般情况较差、合并多种严重基础疾病者,经治疗持续高热者,出现严重并发症者等等。

(3) 三级医院就诊范围 主要接诊经县级或城市二级医院治疗后,病情在3天内仍无好转或持续恶化的患者。

六、上呼吸道感染的健康管理服务规范

(一) 预防措施

(1) 避免发病诱因 避免与感冒患者的接触;避免受凉、淋雨;避免过度疲劳等。

(2) 增强体质 坚持有规律的、适度的运动;坚持冷水浴面或面部按摩等。

(3) 应用增强机体抵抗力的药物:对于经常、反复发生上呼吸道感染的患者,可酌情应用卡介苗素或黄芪口服液,有适应症者可注射呼吸道多价菌苗。目前仅流感病毒有疫苗。

(二) 健康宣教

(1) 开展上呼吸道感染科普知识讲座,让人们了解它是一种自限性疾病,懂得什么情况下应该去门诊就诊,不乱用药。

(2) 患病期间保证充足的营养和水分摄入,鼓励多饮水。若有发热要密切观察体温变化,体温 38.5°C 以上时应对症治疗。采用正确合理的降温措施,保证水分补充,及时更换汗湿衣服,保持口腔及皮肤清洁。

(3) 年老体弱易感者避免脏手接触口、眼、鼻,尽量少去公共场所。注意与感冒患者隔离,防止交叉感染。

(4) 注意气候变化,适时增减衣物,避免受凉。保持室内空气流通新鲜,勤晒被褥。

(5) 加强体育运动及锻炼,多进行户外活动。

摘自“安徽省卫生和计划生育委员会”网站