

普通感冒规范诊治的专家共识

中国医师协会呼吸医师分会 中国医师协会急诊医师分会

普通感冒 (common cold) 是最常见的急性呼吸道感染性疾病。但普通感冒并不“普通”, 据国内外资料显示, 普通感冒可造成严重的社会和经济负担, 并可产生严重的并发症, 甚至威胁患者生命而致死。2010 年由中国哮喘联盟和中国循证医学中心联合组织的“普通感冒的诊治现状与认知程度的调查”表明, 临床医师对普通感冒的认知程度存在一定差距, 临床实践中存在重复用药、不恰当联合用药、滥用抗菌药物和抗病毒药物等情况。为进一步增进临床医师对普通感冒的正确认识, 避免因治疗不当给患者带来的危害, 进一步提高我国普通感冒的临床诊治水平, 中国医师协会呼吸医师分会和中国医师协会急诊医师分会共同组织有关专家进行了认真讨论, 参考国内外有关普通感冒诊治的共识和指导意见以及相关文献, 起草了本共识, 以规范普通感冒的诊治, 指导正确合理用药, 从而提高普通感冒的诊治水平, 降低治疗成本。

一、流行病学和疾病负担

成人每年患普通感冒平均 2~6 次, 儿童平均 6~8 次。普通感冒可以造成很大的经济负担, 据美国资料显示, 30% 的误学、40% 的误工是由普通感冒引起, 普通感冒每年导致 23 亿天的误学、25 亿天的误工, 每年因普通感冒就诊的人次为 27 亿人次, 每年用于缓解咳嗽等感冒症状的非处方药物费用近 20 亿美元, 而抗菌药物的费用 22.7 亿美元。另外, 并发症治疗及引起原发病恶化等使得医疗费用明显增加, 加重了疾病负担。

二、病因学和病理生理学

(一) 病因

1. 病因: 普通感冒大部分是由病毒引起的, 鼻病毒是引起普通感冒最常见的病原体, 其他病毒包括冠状病毒、副流感病毒、呼吸道合胞病毒等。

2. 危险因素: 感冒的危险因素包括季节变化、人群拥挤的环境、久坐的生活方式、年龄、吸烟、营养不良、应激、过度疲劳、失眠、免疫力低下等。

(二) 病理生理

当病毒到达咽喉部腺体区时, 病毒与气道上皮细胞特异性结合。病毒在呼吸道的上皮细胞及局部淋巴组织中复制, 引起细胞病变及炎症反应。病毒感染后释放的炎性介质包括激肽、白三烯、IL-1、IL-6、IL-8 和 TNF 等, 导致血管通透性

增加, 使血浆渗入鼻黏膜, 鼻腔腺体分泌增加, 出现流鼻涕、鼻塞等呼吸道症状, 并产生发热、全身疼痛等全身症状。症状往往在病毒感染机体后的 16 h 内出现, 并在 24~48 h 达高峰, 在 2~3 d 内达到病毒排出高峰。病毒还可直接感染下呼吸道, 导致相关的炎症反应, 诱发气道高反应性及上调支气管上皮细胞表面的黏附分子表达等, 导致下呼吸道功能障碍。

三、临床表现

常在季节交替和冬、春季节发病, 起病较急, 早期症状主要以鼻部卡他症状为主, 可有喷嚏、鼻塞、流清水样鼻涕, 初期也可有咽部不适或咽干, 咽痒或烧灼感。2~3 d 后变为稠涕, 可有咽痛或声嘶, 有时由于咽鼓管炎可出现听力减退, 也可出现流泪、味觉迟钝、呼吸不畅、咳嗽、少量咳痰等症状。一般无发热及全身症状, 或仅有低热。严重者除发热外, 可感乏力不适、畏寒、四肢酸痛和头痛及食欲不振等全身症状。

无并发症的普通感冒一般 5~7 d 后可痊愈。老年人和儿童容易出现感冒并发症。若伴有基础疾病的普通感冒患者则临床症状较重、迁延, 容易出现并发症, 使病程延长。

体检可见鼻腔黏膜充血、水肿、有分泌物, 咽部轻度充血, 胸部体检多无异常。伴有基础疾病或出现并发症者可以查到相应体征。

四、实验室检查

1. 外周血象: 白细胞总数不高或偏低, 淋巴细胞比例相对增加, 重症患者可有白细胞总数和淋巴细胞数下降。

2. 病毒学检查: 临床上一般不开展普通感冒的病毒学检查, 主要用于流行病学研究。(1) 病毒特异抗原及其基因检测: 取患者呼吸道标本, 采用免疫荧光或酶联免疫法检测病毒特异的核蛋白或基质蛋白。还可用 RT-PCR 检测编码感冒病毒的特异基因片段。RT-PCR 或实时定量 PCR 为早期敏感的诊断方法, 4~6 h 内可出结果。(2) 病毒分离: 从患者呼吸道标本如鼻咽分泌物、口腔含漱液、气管吸出物或肺标本中分离出有关病毒。病毒分离耗时, 实验室技术要求高, 但是病原学确诊的方法。(3) 血清学检查: 急性期发病后 7 d 内及恢复期后 2~3 周采集双份血清进行病毒抗体测定, 后者抗体滴度与前者比较有 4 倍或 4 倍以上增高。

五、诊断与鉴别诊断

(一) 诊断依据

普通感冒主要依据典型的临床症状诊断, 并在排除其他疾病的前提下确诊。

(二) 鉴别诊断

1. 流行性感 (以下简称流感): 起病急, 具有较强的传

染性,以全身中毒症状为主,呼吸道症状较轻。老年人及伴有慢性呼吸道疾病、心脏病者易并发肺炎。

2. 急性细菌性鼻窦炎:致病菌多为肺炎链球菌、流感嗜血杆菌、葡萄球菌、大肠杆菌及变形杆菌等,临床多见混合感染。多在病毒性上呼吸道感染后症状加重。主要症状为鼻塞、脓性鼻涕增多、嗅觉减退和头痛。急性鼻窦炎患者可伴有发热和全身不适症状。

3. 过敏性鼻炎:分为季节性和常年性,多于接触过过敏原后(如花粉等)出现症状,主要症状为阵发性喷嚏,清水样鼻涕,发作过后如健康人。仅表现为鼻部症状或感疲劳,一般无发热等全身症状,且病程较长,常年反复发作或季节性加重。

4. 链球菌性咽炎:主要致病菌为 A 型 β -溶血性链球菌。其症状与病毒性咽炎相似,发热可持续 3~5 d,所有症状将在 1 周内缓解。好发于冬、春季节;以咽部炎症为主,可有咽部不适、发痒、灼热感、咽痛等,可伴有发热、乏力等;检查时有咽部明显充血、水肿,颌下淋巴结肿大并有触痛。链球菌性咽炎的诊断主要靠咽拭子培养或抗原快速检测。

5. 疱疹性咽峡炎:发病季节多发于夏季,常见于儿童,偶见于成人;咽痛程度较重,多伴有发热,病程约 1 周;有咽部充血,软腭、腭垂、咽及扁桃体表面有灰白色疱疹及浅表溃疡,周围环绕红晕;病毒分离多为柯萨奇病毒 A。

六、治疗

(一) 治疗原则

由于感冒目前尚无特效的抗病毒药物,故以对症治疗、缓解感冒症状为主,同时注意休息、适当补充水分、保持室内空气流通,避免继发细菌感染。

(二) 一般治疗

适当休息,发热、病情较重或年老体弱患者应卧床休息,戒烟、多饮水、清淡饮食,保持鼻、咽及口腔卫生。

感冒患者使用药物治疗时应首选口服药物,避免无根据的盲目静脉补液。静脉补液仅适用于以下几种情况:(1)因感冒导致患者原有基础疾病加重,或出现并发症,需要静脉给药;(2)由于患者严重腹泻或高热导致脱水、电解质紊乱,需补充水和电解质;(3)由于胃肠不适、呕吐而无法进食,需要通过补液维持身体基础代谢。

(三) 药物治疗

普通感冒的药物治疗应以对症治疗药物为主。临床常用的药物种类如下:

1. 减充血剂:该类药可以使感冒患者肿胀的鼻黏膜和鼻窦的血管收缩,有助于缓解感冒引起的鼻塞、流涕和打喷嚏等症状。伪麻黄碱能选择性收缩上呼吸道血管,对血压的影响较小,是普通感冒患者最常用的减充血剂。其他缩血管药物如麻黄素等如超量使用,可导致血压升高等,应特别注意。这类药物除口服外,还可直接滴鼻或喷鼻,但一般连续使用不宜超过 7 d。

2. 抗组胺药:该类药具有抗过敏作用,通过阻断组胺受体抑制小血管扩张,降低血管通透性,有助于消除或减轻

普通感冒患者的打喷嚏和流涕等症状。但该类药物的常见不良反应包括嗜睡、疲乏等,从事车船驾驶、登高作业或操作精密仪器等行业工作者慎用。

第一代抗组胺药,如马来酸氯苯那敏和苯海拉明等,具有穿过血脑屏障、渗透入中枢神经细胞与组胺受体结合的能力,因其具有一定程度的抗胆碱作用,有助于减少分泌物、减轻咳嗽症状,因此推荐其为普通感冒的首选药物。第二代抗组胺药尽管具有非嗜睡、非镇静的优点,但因其无抗胆碱的作用,故不能镇咳。抗组胺的鼻喷剂局部作用较强,而全身不良反应较少。

3. 镇咳药:常用的镇咳药根据其药理学作用特点分为两大类:(1)中枢性镇咳药:为吗啡类生物碱及其衍生物。该类药直接抑制延髓咳嗽中枢而产生镇咳作用。根据其是否具有成瘾性和麻醉作用又可分为依赖性和非依赖性两类。①依赖性镇咳药:如可待因,可直接抑制延髓中枢,镇咳作用强而迅速,并具有镇痛和镇静作用。由于具有成瘾性,仅在其他治疗无效时短暂使用。②非依赖性镇咳药:多为人工合成的镇咳药。如右美沙芬,是目前临床上应用最广的镇咳药,作用与可待因相似,但无镇痛和镇静作用,治疗剂量对呼吸中枢无抑制作用,亦无成瘾性。多种非处方复方镇咳剂均含有本品。(2)周围性镇咳药:通过抑制咳嗽反射弧中的感受器、传入神经及效应器中的某一环节而引起镇咳作用。这类药物包括局部麻醉药和黏膜防护剂。①那可丁:阿片所含的异喹啉类生物碱,作用与可待因相当,无依赖性,对呼吸中枢无抑制作用。适用于不同原因引起的咳嗽。②苯丙哌林:非麻醉性镇咳药,可抑制外周传入神经,亦可抑制咳嗽中枢。

4. 祛痰药:祛痰治疗可提高咳嗽对气道分泌物的清除率。祛痰药的作用机制包括:增加分泌物的排出量,降低分泌物黏稠度,增加纤毛的清除功能。常用祛痰药包括愈创木酚甘油醚、氨溴索、溴乙新、乙酰半胱氨酸、羧甲司坦等;其中愈创木酚甘油醚是常用的复方感冒药成分,可刺激胃黏膜,反射性引起气道分泌物增多,降低黏滞度,有一定的舒张支气管的作用,达到增加黏液排出的效果。常与抗组胺药、镇咳药、减充血剂配伍使用。

5. 解热镇痛药:主要针对普通感冒患者的发热、咽痛和全身酸痛等症状。该类药如对乙酰氨基酚、布洛芬等,通过减少前列腺素合成,使体温调节中枢产生周围血管扩张、出汗与散热而发挥解热作用,通过阻断痛觉神经末梢的冲动而产生镇痛作用。对乙酰氨基酚是其中较为常用的药物,但应注意对乙酰氨基酚超量使用可能造成肝损伤甚至肝坏死。有报道,布洛芬可增加感染的严重性。

目前市场上的感冒药大多为复方制剂,含有上述各类药物或其他药物中的两种或两种以上成分,见表 1。

尽管治疗感冒的药品品种繁多,名称各异,但其组方成分相同或相近,药物作用大同小异,因此复方抗感冒药应只选其中的一种,如同时服用两种以上药物,可导致重复用药、超量用药,增加上述药物不良反应的发生率。

表 1 治疗感冒的常用复方制剂组方成分

药品名称	解热镇痛药	缩血管药	镇咳药	抗组胺药	抗病毒药	其他成分
新康泰克(蓝装)	-	伪麻黄碱 (90 mg)	-	氯苯那敏 (4 mg)	-	-
新康泰克(红装)	对乙酰氨基酚 (500 mg)	伪麻黄碱 (30 mg)	右美沙芬 (15 mg)	氯苯那敏 (2 mg)	-	-
泰诺感冒片	对乙酰氨基酚 (325 mg)	伪麻黄碱 (30 mg)	右美沙芬 (15 mg)	氯苯那敏 (2 mg)	-	-
日夜百服宁(日片)	对乙酰氨基酚 (500 mg)	伪麻黄碱 (30 mg)	右美沙芬 (15 mg)	-	-	-
日夜百服宁(夜片)	对乙酰氨基酚 (500 mg)	伪麻黄碱 (30 mg)	右美沙芬 (15 mg)	氯苯那敏 (2 mg)	-	-
惠菲宁	-	伪麻黄碱 (6 mg/ml; 成人、儿童 通用规格)	右美沙芬 (2 mg/ml; 成人、儿童 通用规格)	氯苯那敏 (0.4 mg/ml; 成人、儿童 通用规格)	-	-
惠菲芬	布洛芬 (20 mg/ml; 200 mg/片)	伪麻黄碱 (3 mg/ml; 30 mg/片)	-	氯苯那敏 (0.2 mg/ml; 2 mg/片)	-	-
开瑞能	-	伪麻黄碱 (120 mg)	-	氯霉他定 (5 mg)	-	-
感冒通	双氯芬酸 (15 mg)	-	-	氯苯那敏 (2.5 mg)	-	人工牛黄 (10 mg)
感康片	对乙酰氨基酚 (250 mg)	-	-	-	金刚烷胺 (100 mg)	咖啡因 (15 mg)、 人工牛黄 (10 mg)
泰克胶囊	对乙酰氨基酚 (250 mg)	-	-	-	金刚烷胺 (100 mg)	人工牛黄 (10 mg)
白加黑(白片)	对乙酰氨基酚 (325 mg)	伪麻黄碱 (30 mg)	右美沙芬 (15 mg)	-	-	-
白加黑(黑片)	对乙酰氨基酚 (325 mg)	伪麻黄碱 (30 mg)	右美沙芬 (15 mg)	苯海拉明 (25 mg)	-	-
快克	对乙酰氨基酚 (250 mg)	-	-	氯苯那敏 (2 mg)	金刚烷胺 (100 mg)	咖啡因 (15 mg)、 人工牛黄 (10 mg)
复方阿司匹林(APC)	阿司匹林 (227 mg)、 非那西丁 (162 mg)	-	-	-	-	咖啡因 (35 mg)
克感敏片	对乙酰氨基酚 (126 mg)、 氨基比林 (100 mg)	-	-	氯苯那敏 (2 mg)	-	咖啡因 (30 mg)
速效伤风胶囊	对乙酰氨基酚 (250 mg)	-	-	氯苯那敏 (2.5 mg)	-	咖啡因 (15 mg)、 人工牛黄 (10 mg)
新速效伤风胶囊	对乙酰氨基酚 (250 mg)	-	-	氯苯那敏 (2 mg)	金刚烷胺 (100 mg)	咖啡因 (15 mg)、 人工牛黄 (10 mg)
丽珠感乐	对乙酰氨基酚 (162.5 mg)	伪麻黄碱 (15 mg)	-	特非那定 (15 mg)	-	-

注：“-”为无此成分

有研究资料显示,对早期仅有鼻部卡他症状的感冒患者,服用盐酸伪麻黄碱和扑尔敏第 1 天,鼻塞、流涕、打喷嚏、

流眼泪症状即有改善,服药 4 d 后上述症状改善均达到 90% 左右,表明这一组合可迅速改善或消除鼻部症状。因此,伪

麻黄碱和扑尔敏作为经典复方组合推荐用于治疗早期仅有鼻部卡他症状的感冒的治疗。当在鼻部卡他症状基础上出现咳嗽、全身酸痛、发热等症状时,建议服用含镇咳成分和解热镇痛成分的感冒药。

疗程:由于感冒是一种自限性疾病,因此普通感冒用药不应超过 7 d,如果 1 周后上述症状仍未明显好转或消失,应及时去医院明确诊断,给予进一步治疗。

(四)抗感染药物与普通感冒

普通感冒是一种自限性疾病,多由病毒感染引起,抗菌药物不能杀灭病毒,故不建议用抗菌药物治疗普通感冒,且抗菌药物预防细菌感染是无效的。

虽然抗菌药物治疗普通感冒无效,但报道,约 50% 的患者在无医生指导下应用抗菌药物治疗普通感冒。而抗菌药物应用过程中会产生消化道副作用,滥用抗菌药物还易诱导细菌耐药发生。只有当合并细菌感染时,才考虑应用抗菌药物治疗,如:鼻窦炎、中耳炎、肺炎等。

目前尚无专门针对普通感冒的特异性抗病毒药物,普通感冒无需使用抗病毒药物治疗。过度使用抗病毒药物有明显增加相关不良反应的风险。

(五)特殊人群治疗

由于非处方感冒药物在 2 岁以下幼儿中应用的安全性尚未被确认,因此不能用于幼儿的普通感冒。若其症状必须应用药物控制,则应使用国家药政部门批准在幼儿中使用的药物。2~5 岁的儿童,伪麻黄碱的剂量为成人的 1/4;6~12 岁的儿童,伪麻黄碱的剂量为成人的 1/2,尽量使用糖浆或混悬液制剂。儿童发热应慎用阿司匹林等水杨酸类药物,因为后者可诱发 Reye 综合征并导致患儿死亡。

孕妇、哺乳期妇女应特别慎用感冒药物。孕妇尽量不使用阿司匹林、双氯芬酸钠、苯海拉明、布洛芬、右美沙芬等,以免影响胎儿发育或导致孕期延长。妊娠 3 个月内禁用愈创木酚甘油醚。哺乳期妇女尽量不使用苯海拉明、马来酸氯苯那敏、金刚烷胺等,因为这些药物能通过乳汁影响幼儿。

肝肾功能不全、血小板减少、有出血症状者和(或)有溃疡病穿孔病史者应慎用含有对乙酰氨基酚、阿司匹林、布洛芬等成分的感冒药物。

从事驾驶、高空作业或操作精密仪器等行业工作者慎用含有马来酸氯苯那敏、苯海拉明的感冒药物,因第一代抗

组胺药具有抗胆碱能作用,影响神经元或神经肌肉接头的传导,可导致神经功能一过性紊乱和注意力不集中等。

未控制的严重高血压或心脏病及同时服用单胺氧化酶抑制剂的患者,禁用含有伪麻黄碱成分的感冒药物,甲状腺功能亢进、糖尿病、缺血性心脏病及前列腺肥大的患者,慎用含有伪麻黄碱成分的感冒药物。青光眼患者不建议使用伪麻黄碱作为局部用药。

慢性阻塞性肺疾病和重症肺炎呼吸功能不全的患者应慎用含有可待因和右美沙芬的感冒药物,因为可待因和右美沙芬的中枢镇咳作用可影响痰液的排出。

总之,医师应根据不同人群的特点及普通感冒的不同症状,特别是针对特殊人群,制定个体化的治疗策略。

七、预防

1. 普通感冒密切接触会有传播的可能,故要注意相对隔离。

2. 勤洗手是减少患感冒的有效方法。

3. 加强锻炼,增强体质,生活规律,改善营养状态;避免受凉和过度劳累有助于降低易感性,是预防感冒最好的方法。

4. 年老体弱易感者应注意防护,感冒流行时应戴口罩,避免在人多的公共场合出入。如条件许可,可服用经临床验证有效的、可提高免疫力的药物,如细菌菌体成分复合物的药物。

5. 导致感冒的病毒及血清型众多,且 RNA 病毒蛋白频繁变异,因此很难研发出感冒疫苗。流感病毒疫苗对普通感冒无效。

普通感冒规范诊治专家共识组名单(按章节先后顺序):林江涛(卫生部中日友好医院呼吸内科);刘国梁(卫生部中日友好医院呼吸内科);于学忠(中国医学科学院北京协和医学院北京协和医院急诊科);苏楠(卫生部中日友好医院呼吸内科);周新(上海交通大学第一人民医院呼吸内科);王仲(中国医学科学院北京协和医学院北京协和医院急诊科);邱晨(深圳市人民医院);殷凯生(南京医科大学附属第一医院呼吸内科);曹钰(四川大学华西医院急诊科);陆一鸣(上海交通大学瑞金医院急诊科);陈正贤(广东省人民医院呼吸内科)

(收稿日期:2011-12-13)

(本文编辑:胡朝晖)

中华医学会第十二次全国血液学学术会议征文通知

中华医学会血液学分会定于 2012 年 9 月 21—23 日在上海世博中心召开中华医学会第十二次全国血液学学术会议。会议内容包括:(1)继续教育:邀请国内外著名专家介绍血液病领域的最新进展;(2)大会特邀报告:特邀国内外专家相关领域专题报告;(3)大会报告:从投稿的论文中择优选出;(4)专题发言:按贫血、骨髓增生异常综合征、白血病、出血性疾病与易栓症、淋巴瘤、造血干细胞移植、多发性骨髓瘤、血液学基础研究、血液疾病诊断、血液病合并感染等 10 个专题中则择优选出。会议征文的有关事项通知如下:征文内容:有关各类贫血、骨髓增生异常综合征、白血病、出血性疾病与易栓症、淋巴瘤、造血干细胞移植、多发性骨髓瘤、血液学基础研究、血液疾病诊断、血液病合并感染等的临床和实验研究结果,以及血液学基础研究论文均可投稿。征文要求:请登陆中华医学会血液学分会网站:<http://www.cmaesh.org> 在线投稿系统投稿。本次会议不接受邮寄稿件。所投稿件应是未公开发表及未在全国学术会议上交流过的论文。来稿请寄 600~800 字摘要 1 份(不需全文),内容包括目的、方法、结果、结论 4 部分,摘要中不要附图、表。格式(顺序)为:文题、单位、邮编、作者、摘要正文。截稿日期:2012 年 6 月 30 日。