

指南·标准·共识

文章编号:1005-2224(2013)09-0680-07

中国儿童普通感冒规范诊治专家共识(2013年)

陆 权¹ 执笔

安淑华², 艾 涛³, 鲍一笑⁴, 陈德晖⁵, 陈慧中⁶, 陈 强⁷, 陈 星⁸, 陈志敏⁹, 成焕吉¹⁰, 崔振泽¹¹, 邓 力¹², 董晓艳¹, 房定珠⁴, 符 州¹³, 洪建国¹⁴, 李昌崇¹⁵, 李增清¹⁶, 刘传合⁶, 刘恩梅¹³, 刘瀚旻¹⁷, 农光民¹⁸, 陆 权¹, 陆 敏¹, 鲁继荣¹⁰, 毛 萌³, 申昆玲¹⁹, 尚云晓²⁰, 王立波²¹, 王 垒²², 万莉雅²³, 闫晓莉²², 殷 勇²⁴, 赵德育²⁵, 赵顺英¹⁹, 张剑白²⁶, 郑跃杰²⁷, 邹映雪²³, 周忠蜀²⁸ 审校(按姓氏拼音排序)

中图分类号:R72 文献标志码:C

1 前言

普通感冒即急性鼻咽炎,是上呼吸道感染(upper respiratory tract infections, URIs)的一个最常见类型,也是儿科容易滥用抗菌药物的疾病^[1-2],其可发生于任何年龄尤其婴幼儿,年均每人可达5~7次^[3-5]。普通感冒影响患儿的健康和学习积极性,可能并发鼻窦炎、中耳炎、气管-支气管炎乃至肺炎等;另一方面,小儿肝脏解毒和肾脏排泄等功能发育尚不完善,用药不当较易引起不良反应,甚至对健康造成的危害甚于疾病本身。2010年中国哮喘联盟和中

国循证医学中心共同组织进行的关于“普通感冒的诊治现状与认知程度的调查”表明^[6]:临床医师对该病的认知程度存在不足,存在治疗上的盲目性、重复用药尤其不恰当联合用药、过多使用抗菌药物和抗病毒药物等现象。

本着改善儿科医师对普通感冒的认识,避免因治疗不当所致的危害,提高临床的诊治水平,国内部分儿科临床医学专家参考国内外有关指南和研究资料,共同制定了《中国儿童普通感冒规范诊治专家共识》。

2 病因及危险因素

病毒的病原学地位突出,其中以鼻病毒最常见(30%~50%),其次为冠状病毒(10%~15%)、呼吸道合胞病毒(5%)、副流感病毒(5%)、腺病毒(<5%)和肠道病毒(<5%)等^[1,7-8]。营养不良、贫血、维生素AD缺乏、过度疲劳、着凉或缺乏锻炼、居住环境拥挤、大气污染等均是普通感冒的诱因。特应性体质儿童易患普通感冒,而其鼻炎症状又常易与普通感冒相混淆。免疫缺陷病或免疫功能低下的普通感冒患儿症状多较严重^[7]。

3 临床表现

普通感冒常发生在季节交替之际尤其冬春季,起病较急,以鼻咽部卡他症状为主,可有喷嚏、鼻塞、流清水样鼻涕、咽部充血等症状,始于感染后的10~12h,2~3d达到高峰,之后逐渐减轻,持续时间7~10d,部分患儿症状可持续到3周甚至更长^[1,8-10]。年长儿可能主诉咽痒、咽痛和咽部烧灼感。患儿可因耳咽管阻塞出现听力减退,也可有流泪、味觉迟钝、呼吸不畅、咳嗽和少量咳痰等症状,全身症状轻、发热不明显或仅有低热。

需注意的是,婴幼儿往往鼻咽部卡他症状不显著而全身症状较重,可骤然起病,呈高热、咳嗽、食欲减退,可伴有腹痛、呕吐、腹泻、烦躁等,甚至热性惊厥^[7,11]。

作者单位:1. 上海交通大学附属儿童医院,上海 200040;2. 河北省儿童医院,河北 石家庄 050031;3. 成都市妇女儿童中心医院,四川 成都 610031;4. 上海交通大学医学院附属新华医院,上海 200092;5. 广州医学院第一附属医院,广东 广州 510120;6. 首都儿科研究所,北京 100020;7. 江西省儿童医院,江西 南昌 330006;8. 山东省立医院,山东 济南 250021;9. 浙江大学医学院附属儿童医院,浙江 杭州 310003;10. 吉林大学第一医院,吉林 长春 130021;11. 大连市儿童医院,辽宁 大连 116012;12. 广州市妇女儿童医疗中心,广东 广州 510623;13. 重庆医科大学附属儿童医院,重庆 410014;14. 上海交通大学附属第一人民医院,上海 200025;15. 温州医科大学附属育英儿童医院,浙江 温州 325000;16. 广东省人民医院,广东 广州 510080;17. 华西医科大学附属第二医院,四川 成都 610041;18. 广西医科大学第一附属医院,广西 南宁 530021;19. 首都医科大学附属北京儿童医院,北京 100045;20. 中国医科大学附属盛京医院,辽宁 沈阳 110004;21. 复旦大学附属儿科医院,上海 210102;22. 西安市儿童医院,陕西 西安 710003;23. 天津市儿童医院,天津 300074;24. 上海交通大学医学院附属上海儿童医学中心,上海 200025;25. 南京医科大学附属南京市儿童医院,江苏 南京 210011;26. 哈尔滨医科大学附属第一医院,黑龙江 哈尔滨 150081;27. 深圳市儿童医院,广东 深圳 518021;28. 中日友好医院,北京 100029

通讯作者:陆权,电子信箱:luquan-sh@vip.sina.com

4 并发症

多见于婴幼儿患者,波及邻近器官或向下蔓延、或可继发细菌感染,引起中耳炎、鼻窦炎、扁桃体咽炎、咽后壁脓肿、颈淋巴结炎、喉炎、气管炎、支气管肺炎等。进之,链球菌性扁桃体咽炎者2~4周后可能并发急性肾炎、风湿热等。

5 诊断与鉴别诊断

5.1 诊断原则 普通感冒主要依据临床症状而诊断,但须排除其他疾病^[1,12],必须注意小儿多种传染病的前驱期症状与普通感冒症状相似,如麻疹、流行性脑脊髓膜炎、百日咳、猩红热、脊髓灰质炎、乙型脑炎、手足口病等,届时应结合传染病的流行病史、接触史、症状和体征以及实验室资料等综合分析,并密切观察病情演变加以鉴别^[11]。

5.2 实验室检查

5.2.1 外周血象 病毒感染者外周血白细胞总数不高或偏低,中性粒细胞减少,淋巴细胞比例相对增加,部分患者可有白细胞总数和淋巴细胞数下降。细菌感染者外周血

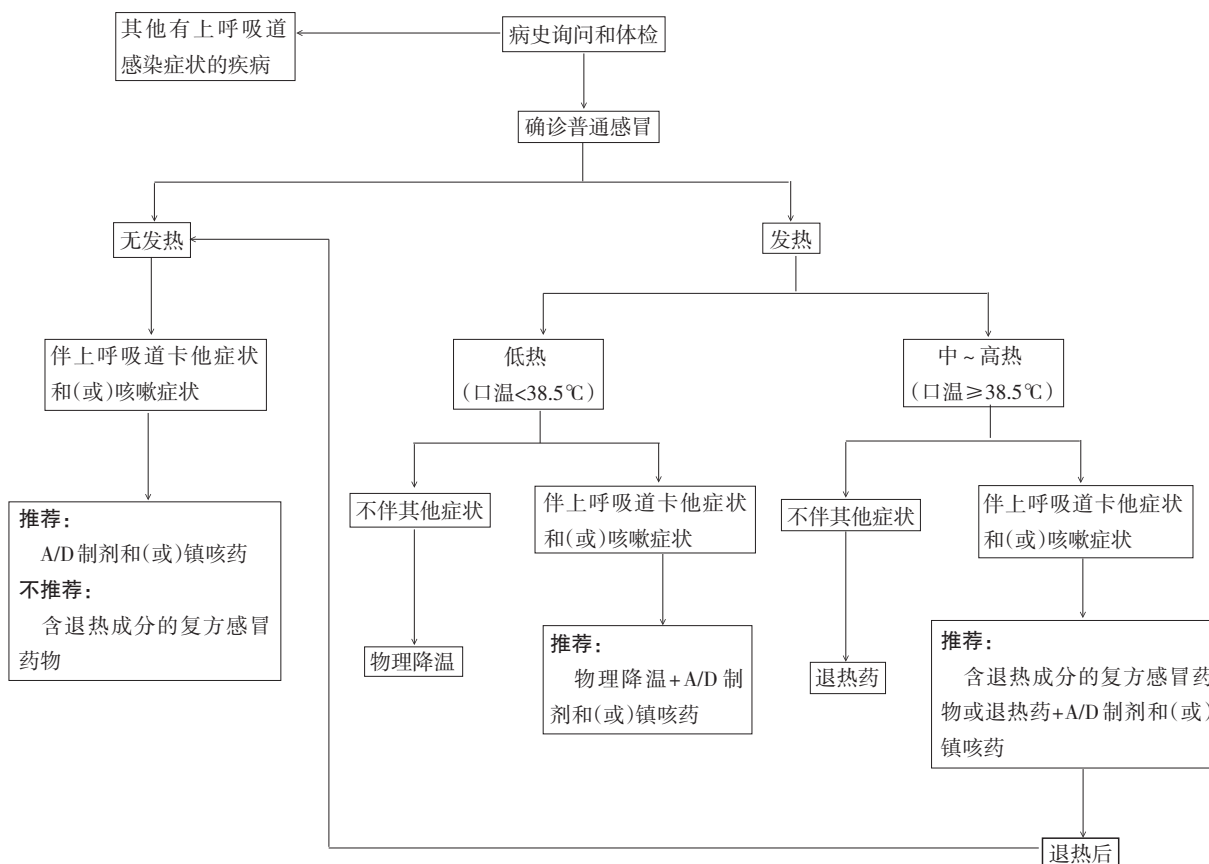
白细胞可增高,中性粒细胞增高^[12]。
5.2.2 病毒学检查 多用于流行病学研究,临床一般不必开展普通感冒的病毒学检查。
5.3 鉴别诊断 普通感冒与有上呼吸道感染症状的部分疾病鉴别要点见表1^[7,12-14]。

6 治疗及预防

6.1 治疗原则 普通感冒具有一定自限性,症状较轻无需药物治疗,症状明显影响日常生活则需服药,以对症治疗为主,并注意休息、适当补充水、避免继发细菌感染等^[12]。
目前,临床对普通感冒者存在重复用药、不恰当联合用药和盲目用药等问题,例如含退热成分的复方感冒制剂与退热药联用;给予无发热患儿使用含退热成分的复方感冒制剂;同时服用两种以上感冒药等,以致超量用药并增加不良反应。本共识推出治疗路径(图1)可供临床医师参考。
6.2 一般治疗 适当卧床休息,多饮水、清淡饮食,保持鼻、咽及口腔卫生。药物治疗首选口服途径,避免盲目静脉补液。静脉补液用于以下情况:(1)因感冒导致患儿原有基础疾病加重,或出现并发症而需要静脉给药;(2)因患

表1 普通感冒与有上呼吸道感染症状的部分疾病鉴别要点

	病原	季节性	主要症状	体征	平均病程	实验室检查
普通感冒	鼻病毒或冠状病毒等	季节性不明显	鼻咽部卡他症状、咳嗽、发热等	一般无异常体征出现	7 d	病毒感染者外周血白细胞数正常或偏低,淋巴细胞比例相对增加,部分患者白细胞总数和淋巴细胞数下降
疱疹性咽峡炎	柯萨奇A组病毒	好发于夏秋季	高热、咽痛、流涎、厌食、呕吐	咽部充血,在咽腭弓、软腭、悬雍垂的黏膜上可见疱疹和小溃疡	7 d	同普通感冒
咽结合膜热	腺病毒3、7型	秋冬季	高热、咽痛、眼部刺痛,有时伴消化道症状	咽部充血、可见白色点块状分泌物,周边无红晕,易于剥离;一侧或双侧滤泡性眼结合膜炎,可伴球结合膜出血;颈及耳后淋巴结增大	7~14 d	同普通感冒
流行性感	流感病毒	有明显季节性(我国北方为11月至次年3月多发)	临床症状常因年龄不同而各具特点:年长儿症状与成人相似,起病急骤,有高热、畏寒、头痛、背痛、四肢酸痛、疲乏等,不久即出现咽痛、干咳、流鼻涕、眼结膜充血、流泪等,偶诉腹痛、腹泻、腹胀等消化道表现	颜面潮红、眼球结膜轻度充血、局部淋巴结肿大、肺部可出现粗啰音	5~10 d	血象可见周围白细胞总数大多减少,平均约为4×10 ⁹ /L,中性粒细胞显著减少,淋巴细胞相对增加。并发肺炎时白细胞总数可能大幅度下降,低达1~2×10 ⁹ /L
急性细菌性鼻窦炎	肺炎链球菌、金黄色葡萄菌等	秋冬和春季	鼻窦部疼痛、鼻塞、流脓鼻涕、嗅觉减退、发热	鼻窦部压痛	>10 d	鼻窦引流物培养可见致病菌
链球菌性扁桃体咽炎	A群β型溶血性链球菌为主	冬春季	咽喉痛、吞咽困难、发热、身体不适	扁桃体肿大,猩红热样皮疹	7 d	咽扁桃体拭子培养可见A群β型溶血性链球菌
变应性鼻炎	非感染性	季节性或全年	鼻塞、鼻及咽部发痒、流清水样鼻涕、打喷嚏	鼻黏膜苍白、水肿或呈紫色	不定	鼻分泌物涂片可见嗜酸粒细胞增多



注: A/D 第1代抗组胺药/减充血剂

图1 普通感冒临床治疗路径^[12,15-19]

儿严重腹泻或高热导致脱水、电解质紊乱者;(3)因胃肠不适、呕吐而进食甚少者^[12]。

6.3 药物治疗

6.3.1 病因治疗 尚无专门针对普通感冒的特异性抗病毒药物,普通感冒者无需全身使用抗病毒药物,病程早期应用利巴韦林气雾剂喷鼻咽部可能有一定益处^[12]。

6.3.2 对症治疗

6.3.2.1 减充血剂 能使肿胀的鼻黏膜血管收缩,以减轻鼻充血,缓解鼻塞、流涕、打喷嚏等症状,减充血剂连续使用不宜超过7 d。给药方法有鼻腔局部给药和全身口服给药,伪麻黄碱是儿科最常用的口服鼻减充血剂。注意鼻腔长期使用减充血剂有可能导致药物性鼻炎和鼻黏膜充血反弹^[12,15]。

6.3.2.2 抗组胺药 通过阻断组胺受体抑制小血管扩张,降低血管通透性,消除或减轻普通感冒患者的打喷嚏和流涕等症状。第1代抗组胺药,如马来酸氯苯那敏和苯海拉明等尚具有抗胆碱作用,有助于减少鼻咽分泌物、减轻咳嗽症状,第2代抗组胺药则无抗胆碱的作用。因此,第1代抗组胺药(如氯苯那敏)及减充血剂(如伪麻黄碱)通常作为经典复方制剂被推荐用于普通感冒早期的对症用药。

6.3.2.3 解热镇痛药 针对普通感冒患者的发热、咽痛和全身酸痛等症状。该类药物包括对乙酰氨基酚、布洛芬等,通过减少前列腺素合成,使体温调节中枢的调定点下调,产生周围血管扩张、出汗散热而发挥解热作用。注意:诊断不明者应慎用解热镇痛药以免掩盖病情而影响诊断,过量使用解热镇痛药物会损伤肝脏和消化道黏膜^[12,20]。《中国0至5岁儿童病因不明的急性发热诊断处理指南》建议:对于体温 $\geq 38.5^{\circ}\text{C}$ 和(或)出现明显不适时,可采用退热药物治疗^[17]。阿司匹林即乙酰水杨酸,其解热镇痛作用强而迅速,同时还具有抗炎、抗风湿、抗血栓形成的作用。但其可引起胃肠道不良反应,甚至可引起胃溃疡和胃出血,对肝、肾功能也有损害,严重者可致肾乳头坏死、肝昏迷甚至致死。其还可引起瑞氏综合征,并造成白细胞、血小板降低。目前普通感冒发热已不使用阿司匹林儿童制剂,世界卫生组织(WTO)主张急性呼吸道感染引起发热的儿童不应使用阿司匹林。尼美舒利解热镇痛作用和抗炎作用均较强。但该药在儿童治疗应用中引起多起严重肝脏毒副作用,应引起我国儿科临床的足够重视。尼美舒利不推荐作为退热药物。

6.3.2.4 镇咳药 可分为中枢性镇咳药和周围性镇咳

药,又根据其是否具有成瘾性和麻醉作用分为依赖性和非依赖性两类:①依赖性镇咳药:如可待因等,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,但具有成瘾性;②非依赖性镇咳药:如右美沙芬,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,也无成瘾性。2009年《儿童呼吸安全用药专家共识:感冒和退热用药》建议儿童禁用具有成瘾性的中枢镇咳

药,如可待因及含可待因的复方制剂。英国胸科学会指南指出,阿片类镇咳药可待因疗效并不优于右美沙芬,且不良反应更多,不推荐用于咳嗽治疗^[19]。

6.3.2.5 祛痰药 普通感冒者后期可有少量痰液,鼻分泌物倒流也会带来类似“痰液”的感觉。

儿科常用的普通感冒治疗药物成分见表2^[12,15,18-27],常用复方制剂的组分见表3。

表2 儿科常用普通感冒治疗药物成分

药物种类及名称	药理及应用	禁忌证	不良反应
一、减充血剂			
1、伪麻黄碱	选择性收缩鼻黏膜血管、消除鼻咽部黏膜充血、肿胀,而对心率、血压和中枢神经系统的作用较弱。伪麻黄碱是儿科最常用的口服鼻减充血剂	严重高血压、服用单胺氧化酶抑制剂以及对盐酸伪麻黄碱过敏或不能耐受者,萎缩性鼻炎和鼻腔干燥者	有较轻的兴奋作用,偶见一过性鼻黏膜烧灼感、针刺感、头痛、头晕、心率加快等
2、盐酸赛洛唑啉	作用于鼻黏膜 α -肾上腺素能受体,产生血管收缩作用,从而减轻鼻黏膜充血。血管收缩迅速,作用时间长,副反应小。多用其滴鼻液或喷雾液	同伪麻黄碱	同伪麻黄碱
二、第1代抗组胺药			
1、马来酸氯苯那敏(扑尔敏)	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打喷嚏和流涕等症状。可通过血脑屏障,具有一定程度抗胆碱作用,有助于减少分泌物	对本品过敏者	嗜睡、口渴、多尿、咽喉痛、困倦、虚弱感、心悸、皮肤淤斑、出血倾向,但皆很少见
2、苯海拉明	同马来酸氯苯那敏	对本品过敏或对其他乙醇胺类药物高度过敏者;新生儿、早产儿、重症肌无力者	头晕、头痛、嗜睡、口干、恶心、倦怠等,偶可引起皮疹、粒细胞减少、贫血
三、解热镇痛药			
1、对乙酰氨基酚	解热镇痛作用强度与阿司匹林相似,几乎没有抗炎作用,对凝血机制无影响	对本品过敏者	偶见恶心、呕吐、出汗、腹痛等,少数患儿可发生过敏性皮炎、粒细胞缺乏、血小板减少等。大剂量或较长时间应用,则有可能发生肝毒性
2、布洛芬	有明显的抗炎、解热、镇痛作用。根据国内外研究,布洛芬治疗儿童高热安全、有效、持续时间长,适于儿科广泛临床应用,但应注意用药过量	阿司匹林或其他非甾体抗炎药过敏者、活动性消化道溃疡的儿童禁用本品	消化不良、胃烧灼感、胃痛、恶心和呕吐等,胃溃疡和消化道出血者不足1%。1%~3%患儿出现神经系统不良反应,如头痛、嗜睡、眩晕、耳鸣等。偶见有下肢水肿、肾功能不全、皮疹、哮喘、肝功能异常、白血球减少等
四、普通感冒用药中的镇咳药			
右美沙芬	镇咳作用与可待因相似,其治疗量不抑制呼吸,无镇痛作用。可长期服用而无成瘾性,世界卫生组织认为其是一种可以取代可待因的镇咳药	精神症状者禁用 肝病者慎用	头晕、头痛、嗜睡、易激动、暖气、食欲减退、便秘、恶心、皮肤过敏。过量可引起神志不清、支气管痉挛和呼吸抑制
五、普通感冒用药中的祛痰药			
1、愈创木酚甘油醚	刺激性祛痰药,能刺激胃肠道黏膜反射性地引起支气管黏膜腺体分泌增加,降低痰液黏稠度,使黏痰易于咯出	该药过敏者、肺出血、急性胃肠炎、肾炎及肾功能减退患儿	恶心、胃部不适、头晕、嗜睡等

续表 2

药物种类及名称	药理及应用	禁忌证	不良反应
2、溴己新	使黏液中的黏多糖解聚,降低黏稠度;另一方面促使气管、支气管的流变学特性恢复正常,黏痰减少,痰液稀释易于咳出。祛痰作用还与其促进呼吸道的纤毛运动以及具有恶心的祛痰作用有关	对本品过敏者禁用,消化性溃疡患儿慎用	胃部不适、恶心以及头痛、头晕等,经减量或停药后可消失。血清氨基转移酶可一过性升高。严重不良反应:皮疹、遗尿
3、氨溴索	为溴己新的活性代谢产物,能增强呼吸道黏膜浆液腺分泌,减少黏液腺分泌;可使痰中的黏多糖纤维断裂从而稀释痰液,并通过抑制糖蛋白合成而降低痰液黏度;促进肺表面活性物质分泌,增强支气管纤毛运动,使痰液易于咳出	对本品过敏者	上腹部不适、食欲减退、胃痛、胃部灼热、消化不良、恶心、呕吐、腹泻、皮疹;罕见头痛、眩晕、血管性水肿
4、复方祛痰药			
愈酚溴新制剂	由愈创木酚甘油醚和盐酸溴己新组成,两种成分的组合能有效稀释、溶解痰液,促进纤毛摆动,扩张支气管,促进痰液排出。适用于2岁以上儿童	无	恶心、呕吐、消化不良、腹胀、腹泻、头晕、头痛、心悸、失眠、皮疹和盗汗。偶见一过性轻度血清转氨酶升高,停药后可自行消失

表3 普通感冒市售常用复方制剂的组分

药品名称	退热药	减充血剂(D)	抗组胺药(A)	镇咳药	祛痰药	其他成分
惠菲宁	-	盐酸伪麻黄碱	马来酸氯苯那敏	氢溴酸右美沙芬	-	-
澳特斯	-	盐酸伪麻黄碱	盐酸曲普利啶	福尔可定	愈创木酚甘油醚	-
艾畅	-	盐酸伪麻黄碱	-	氢溴酸右美沙芬	-	-
艾舒	-	盐酸伪麻黄碱	-	-	愈创木酚甘油醚	-
奥亭	-	盐酸麻黄碱	马来酸溴苯那敏	磷酸可待因	愈创木酚甘油醚	-
奥斯灵	-	盐酸伪麻黄碱	马来酸氯苯那敏	福尔可定	-	-
福必安	-	盐酸麻黄碱	-	福尔可定	愈创木酚甘油醚	-
新泰洛其	-	盐酸麻黄碱	盐酸曲普利啶	磷酸可待因	愈创木酚磺酸钾	-
新康泰克(蓝装)	-	盐酸伪麻黄碱	马来酸氯苯那敏	-	-	-
惠菲芬	布洛芬	盐酸伪麻黄碱	马来酸氯苯那敏	-	-	-
新康泰克(红装)	对乙酰氨基酚	盐酸伪麻黄碱	马来酸氯苯那敏	氢溴酸右美沙芬	-	-
泰诺酚麻美敏混悬液	对乙酰氨基酚	盐酸伪麻黄碱	马来酸氯苯那敏	氢溴酸右美沙芬	-	-
泰诺酚麻美敏片	对乙酰氨基酚	盐酸伪麻黄碱	马来酸氯苯那敏	氢溴酸右美沙芬	-	-
日夜百服宁(日片)	对乙酰氨基酚	盐酸伪麻黄碱	-	氢溴酸右美沙芬	-	-
日夜百服宁(夜片)	对乙酰氨基酚	盐酸伪麻黄碱	马来酸氯苯那敏	氢溴酸右美沙芬	-	-
白加黑(白片)	对乙酰氨基酚	盐酸伪麻黄碱	-	氢溴酸右美沙芬	-	-
白加黑(黑片)	对乙酰氨基酚	盐酸伪麻黄碱	盐酸苯海拉明	氢溴酸右美沙芬	-	-
快克	对乙酰氨基酚	-	马来酸氯苯那敏	-	-	盐酸金刚烷胺, 人工牛黄, 咖啡因
纳尔平	对乙酰氨基酚	盐酸甲基麻黄碱	马来酸氯苯那敏	氢溴酸右美沙芬	愈创木酚磺酸钾	核黄素磷酸钠, 无水咖啡因
臣功再欣	布洛芬	-	马来酸氯苯那敏	-	-	葡萄糖酸锌
康普力星	对乙酰氨基酚	-	马来酸氯苯那敏	-	-	人工牛黄
康裕登通	对乙酰氨基酚	盐酸甲基麻黄碱	马来酸氯苯那敏	氢溴酸右美沙芬	愈创木酚磺酸钾	咖啡因
瑞可	对乙酰氨基酚	盐酸甲基麻黄碱	马来酸氯苯那敏	氢溴酸右美沙芬	愈创木酚甘油醚	-
安贝特	对乙酰氨基酚	-	马来酸氯苯那敏	-	-	人工牛黄, 咖啡因
好娃娃	对乙酰氨基酚	-	马来酸氯苯那敏	-	-	盐酸金刚烷胺, 人工牛黄, 咖啡因
儿童小白糖浆	对乙酰氨基酚	盐酸伪麻黄碱	-	无水氢溴酸右美沙芬	-	-
时美百服宁	对乙酰氨基酚	盐酸伪麻黄碱	-	-	-	-
儿童灵诺	对乙酰氨基酚	盐酸伪麻黄碱	-	氢溴酸右美沙芬	-	-

续表 3

药品名称	退热药	减充血剂(D)	抗组胺药(A)	镇咳药	祛痰药	其他成分
祺尔百服宁	对乙酰氨基酚	盐酸伪麻黄碱	马来酸氯苯那敏	氢溴酸右美沙芬	-	-
复方氨酚愈敏 口服溶液	对乙酰氨基酚	盐酸甲基麻黄碱	马来酸氯苯那敏	-	愈创木酚磺酸钾	咖啡因
联邦菲迪乐	对乙酰氨基酚 水杨酰胺	盐酸伪麻黄碱	盐酸曲普利啶	-	-	咖啡因
惠非通	-	-	-	-	愈创木酚甘油醚, 盐酸溴己新	-
易坦静	-	-	-	-	盐酸氨溴索	盐酸克仑特罗
西可奇	-	-	-	磷酸可待因	桔梗流浸膏	-
史达功或华芬	-	-	-	氢溴酸右美沙芬	愈创木酚甘油醚	-
复方甘草合剂	-	-	-	-	复方樟脑酊, 甘草流浸膏, 愈创木酚甘油醚	浓氨溶液, 甘油
镇咳宁糖浆	-	盐酸麻黄碱	-	-	甘草流浸膏, 桔梗酊	酒石酸锑钾, 桑白皮酊
可愈糖浆	-	-	-	磷酸可待因	愈创木酚甘油醚	-

注:“-”表示不含有该种成分

7 治疗中的几个问题

7.1 抗菌药物的使用 过多使用甚至滥用抗菌药物是普通感冒治疗的误区,重庆医科大学附属儿童医院资料分析发现62%普通感冒患儿接受抗菌药物治疗^[26]。Arroll等^[27]比较11项抗菌药物与安慰剂随机对照研究,荟萃分析结论不支持使用抗菌药物(两组间疗效比较 $P > 0.05$)。

7.2 抗病毒药物的使用 尚无专门针对普通感冒的特异性抗病毒药物。有些复方感冒制剂的组分中加入金刚烷胺,该药仅对甲型流感病毒有抑制作用,通过阻断M2离子通道,核糖核蛋白(RNP,病毒RNA与核蛋白的复合体)将不能成为游离型,从而抑制病毒的复制^[28]。金刚烷胺对引起普通感冒的鼻病毒、冠状病毒并无抑制作用。

7.3 中药 中药的泛用、误用及其不良反应的报道近年有所增多。临床实践中,普通感冒的中西医结合疗法已被广泛采用,而许多治疗普通感冒药物又同时含有中药和西药。应用中药时注意以下几点:(1)对其组分应充分了解;(2)选择最适宜的中药方剂或中西医混合药物,避免错误用药;(3)需重视理化性质的配伍,避免形成难溶性物质、有毒化合物或酸碱中和等而造成的疗效下降;(4)注意药理作用的配伍,避免引起生物效应的拮抗作用。中医治疗的原则是辨证施治,感冒有风热型、风寒型、内伤型等,可以选用金莲清热泡腾片、桑菊饮加减、杏苏散加减、小儿肺热咳喘口服液、金振口服液、养阴清肺口服液等,详细中药方剂可参考“儿童咳嗽中西医结合诊治专家共识”^[29]。

8 预防

(1)养成健康的生活习惯,均衡膳食、充足的睡眠、适度运动和避免被动吸烟;(2)普通感冒的密切接触者有被感染的可能,故要注意相对隔离;(3)勤洗手是减少普通感冒的有效方法;(4)普通感冒易发季节可戴口罩,少去人多

拥挤的公共场所;(5)导致普通感冒的病毒及血清型众多,且RNA病毒变异频繁,迄今尚未研发出普通感冒疫苗。流感病毒疫苗对普通感冒无效^[10]。

参考文献:

- [1] Heikkinen T, Jarvinen A. The common cold [J]. Lancet, 2003, 361(4):51-59.
- [2] 殷凯生. 普通感冒的流行病学与疾病负担[J]. 中华内科杂志, 2012, 51(4):259-260.
- [3] 中华医学会儿科学分会呼吸学组, 中华医学会中华儿科杂志编辑委员会. 反复呼吸道感染的临床概念和处理原则[J]. 中华儿科杂志, 2008, 46(2):108-109.
- [4] 陈慧中, 胡仪吉. 如何认识反复呼吸道感染[J]. 中华儿科杂志, 2008, 46(2):83-84.
- [5] 孙奕, 巩桂双. 7岁以内小儿感冒的发病监测[J]. 中国民政医学杂志, 2002, 14(4):213-215.
- [6] 苏楠, 林江涛, 刘关键, 等. 我国各级医院医师对普通感冒认知与诊治现状的调查[J]. 中华内科杂志, 2012, 51(4):266-269.
- [7] 顾岑. 急性上呼吸道感染[M]//胡亚美, 江载芳. 诸福棠实用儿科学. 7版. 北京:人民卫生出版社, 2002:1167-1170.
- [8] Harris II JM, Gwaltney Jr, JM. Incubation periods of experimental rhinovirus infection and illness[J]. Clin Infect Dis, 1996, 23(12):1287-1290.
- [9] Winther B, Arruda E, Witek TJ, et al. Expression of ICAM-1 in nasalepithelium and levels of soluble ICAM-1 in nasal lavage fluid during human experimental rhinovirus infection [J]. Arch Otolaryngol Head Neck Surg, 2012, 128(2):131-136.
- [10] Arruda E, Pitkaranta A, Doyle CA, et al. Frequency and natural history of rhinovirus infections in adults during autumn [J]. J Clin Microb, 1997, 35(11):2864-2868.
- [11] Hay AD, Wilson AD. The natural history of acute cough in chil-

- dren aged 0 to 4 years in primary care: a systematic review[J]. Brit J General Pract, 2002, 52(5): 401-409.
- [12] 中国医师协会呼吸医师分会, 中国医师协会急诊医师分会. 普通感冒规范诊治的专家共识[J]. 中华内科杂志, 2012, 51(4): 330-333.
- [13] Covington TR, Henkin R, Miller Sh, et al. Treating the common cold: an expert panel consensus recommendation for primary care clinicians[J]. EBCME, 2004, 5(4): 1-11.
- [14] 卫生部流行性感冒诊断与治疗指南编撰专家组. 流行性感冒诊断与治疗指南(2011年版)[J]. 中华结核和呼吸杂志, 2011, 34(10): 725-734.
- [15] 陈爱欢, 陈慧中, 陈志敏, 等. 儿童呼吸安全用药专家共识: 感冒和退热用药[J]. 中国实用儿科杂志, 2009, 24(6): 442-446.
- [16] Pratter MR. Cough and the common cold: ACCP evidence-based clinical practice guidelines[J]. Chest, 2006, 129: 72-74.
- [17] 王艺, 万朝敏. 中国0至5岁儿童病因不明的急性发热诊断处理指南(标准版)[J]. 中国循证儿科杂志, 2008, 3(6): 449-457.
- [18] 中华医学会呼吸病学分会哮喘学组. 咳嗽的诊断与治疗指南(2009版)[J]. 中华结核和呼吸杂志, 2009, 32(6): 407-413.
- [19] Morice AH, McGarvey L, Pavord I, et al. Recommendations for the management of cough in adults[J]. Thorax, 2006, 61(S1): 1-24.
- [20] 刘旭东, 王炳元. 我国药物性肝损害2003~2008年文献调查分析[J]. 临床误诊误治, 2010, 23(5): 487-488.
- [21] Stine JG, Lewis JH. Drug-induced liver injury: a summary of recent advances[J]. Expert Opin Drug Metab Toxicol, 2011, 7(7): 875-890.
- [22] Taverner D, Danz C, Economos D. The effects of oral pseudoephedrine on nasal patency in the common cold: a double-blind single-dose placebo controlled trial[J]. Clin Otolaryngol Allied Sci, 1999, 24(1): 47-51.
- [23] Taverner D, Latte J, Draper M. Nasal decongestants for the common cold (review). Cochrane Database of Systematic Reviews, 2004(3) CD001953 [M]. Published by John Wiley & Sons, Ltd, 2006: 14-15.
- [24] 《中国国家处方集》编委会. 中国国家处方集, 化学药品与生物制品卷, 儿童版[M]. 北京: 人民军医出版社, 2013: 573-580.
- [25] 陈新谦, 金有豫, 汤光. 新编药理学[M]. 17版. 北京: 人民卫生出版社, 2011: 179-209, 426-437.
- [26] 赵晓东, 卢仲毅, 杨锡强, 等. 重庆医科大学儿童医院1996~2001年抗生素使用情况分析[J]. 中华儿科杂志, 2002, 40(8): 467-469.
- [27] Arroll B, Kenealy T. Antibiotics for the common cold and acute purulent rhinitis. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2005(3). CD000247 [M]. Published by John Wiley & Sons, Ltd, 2010: 1-46.
- [28] 奥野良信. 金刚烷胺[J]. 日本医学介绍, 2004, 25(7): 307-309.
- [29] 陆权, 王雪峰. 儿童咳嗽中西医结合诊治专家共识[J]. 中国实用儿科杂志, 2010, 25(6): 439-443.

(2013-08-20 收稿)

消 息

《中国实用儿科杂志》2013年征订通知

《中国实用儿科杂志》创刊于1986年, 主管单位为中华人民共和国国家卫生和计划生育委员会, 主办单位为中国医师协会及中国实用医学杂志社, 目前刊期为月刊。为全国儿科学核心期刊、国家科学技术部中国科技论文统计源期刊、中国生物医学核心期刊, 并进入中国期刊方阵。

《中国实用儿科杂志》以“面向临床、突出实用、提高儿科临床医生诊治水平”为宗旨, 刊登儿科学相关的临床研究稿件。主要读者群为从事临床一线工作的广大医师, 创刊至今二十余年, 国内影响广泛, 订户众多。

报道内容以儿内科为主, 辟有述评、专题笔谈、专家经验谈、指南论坛、论著、短篇论著、临床经验、综述与讲座、继续医学教育专栏、文献研究、临床病理(例)讨论、病例报告、教训分析、专家答疑、短篇报道等栏目。重点报道儿科医学领域的新成果、新技术、新进展, 交流成熟的临床经验, 以促进我国儿科医学事业的发展。

欢迎投稿! 欢迎订阅!

国内刊号: CN 21-1333/R 国际刊号: ISSN 1005-2224

可通过全国各地邮局订阅, 邮发代号: 8-171

定价: 13元/期, 全年156元

订阅汇款: 沈阳市和平区南京南街9号5层《中国实用儿科杂志》编辑部 邮编: 110001

电话: 024-23866457 传真: 024-23866456 网址: <http://www.zgsyz.com/>