

·基层常见疾病诊疗指南·

急性气管-支气管炎基层诊疗指南
(实践版·2018)

扫一扫下载指南原文

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肺部感染学组 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:瞿介明,上海交通大学医学院附属瑞金医院呼吸与危重症医学科 200025,

Email: jmqu0906@163.com

【关键词】 指南; 气管炎; 支气管炎; 急性

DOI: 10.3760/cma.j.issn.1671-7368.2019.04.004

Guideline for primary care of acute tracheobronchitis: practice version(2018)

Chinese Medical Association, Chinese Medical Journals Publishing House, Chinese Society of General Practice, the Respiratory Infection Assembly 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: Qu Jieming, Department of Respiratory and Critical Care Medicine, Ruijin Hospital, School of Medicine, Shanghai Jiao Tong University, Shanghai 200025, China, Email: jmqu0906@163.com

一、定义

急性气管-支气管炎(acute tracheobronchitis)是由感染、物理、化学刺激或过敏因素引起的气管-支气管黏膜的急性炎症。临床主要症状为咳嗽和咳痰。常发生于寒冷季节或气温突然变冷时^[1-2]。

二、病因**(一)感染**

多由病毒所致,细菌、肺炎支原体和肺炎衣原体少见^[3]。

(二)物理、化学刺激

冷空气、粉尘、刺激性气体或烟雾的吸入,均可引起气管-支气管黏膜的急性炎症^[1]。

(三)过敏

花粉、有机粉尘、真菌孢子等过敏原均可引起气管和支气管的变态反应^[1]。

三、诊断、病情评估与转诊**(一)临床表现**

1. 症状:起病较急,常先有上呼吸道感染症状,继之出现干咳或伴少量黏痰,痰量逐渐增多、咳嗽症状加剧,偶可痰中带血^[1,4]。咳嗽持续时间通常<30 d^[4]。全身症状较轻,可有轻到中度发热,高热少见。

2. 体征:两肺呼吸音多粗糙,部分可闻及干、湿性啰音。

(二)辅助检查

1. 外周血常规:多数病例的外周血白细胞计数和分类无明显改变,细菌感染时白细胞总数和中性粒细胞可增多。

2. 不建议对疑似急性气管-支气管炎患者进行胸部常规影像学检查和肺功能检查^[5]。当出现咯血、呼吸困难、肺部实变体征等症状或体征时需进行胸部影像学检查。

(三)诊断

急性起病,主要症状为咳嗽,有至少1种其他呼吸道症状如咳痰、气喘、胸痛,并且对于上述症状无其他疾病原因解释,可对本病作出临床诊断。

(四)鉴别诊断

需与急性气管-支气管炎鉴别的疾病见表1。

(五)基层医疗机构转诊

1. 经过抗感染、镇咳、化痰和解痉抗过敏等治疗后症状没有改善而且持续进行性加重的患者。

2. 初始诊断为急性气管-支气管炎的患者咳嗽持续超过8周,需进一步明确病因或鉴别诊断的患者。

四、治疗

急性气管-支气管炎治疗策略在于最大程度地减轻症状。对于许多轻微咳嗽患者,日常活动及睡眠不受影响时,可选择观察。对于显著的喘鸣、活动

表1 需与急性气管-支气管炎鉴别的疾病

疾病	临床表现	检查
肺炎	肺炎患者的发热温度通常高于急性气管-支气管炎患者,且病情可更为严重,肺部检查时可闻及啰音	胸部X线检查可见肺炎浸润影
变应性鼻炎	变应性鼻炎患者通常有鼻后滴漏,可引起咳嗽。鼻腔检查时,患者有明显的急性鼻炎表现且伴有咽后壁引流	-
急性上呼吸道感染	鼻咽部症状明显;一般无显著的咳嗽、咳痰;肺部无异常体征	-
流行性感冒	常有流行病史;起病急骤,全身中毒症状重,可出现高热、全身肌肉酸痛、头痛乏力等症状,但呼吸道症状较轻	根据病毒分离和血清学检查结果可确定诊断
支气管哮喘	常有过敏、鼻炎、湿疹个人史或家族史;症状呈发作性,并有一定的诱因可循,有明显的喘息,通常对支气管舒张剂治疗有反应	部分患者外周血嗜酸粒细胞可升高;胸部X线检查正常或过度通气;肺功能有可变的呼气气流受限
肺癌	症状多持续 30 d 以上;可出现咯血和/或全身症状,例如体重减轻或食欲不振	胸部CT或胸部X线检查可见肺部占位性病变;支气管镜检查可发现支气管管腔内病变
百日咳	百日咳患者中,儿童可出现特征性的“鸡鸣”样吸气性吼声,而在青少年或成人感染患者中则很少出现	百日咳杆菌的培养、聚合酶链反应或直接荧光抗体试验可呈阳性
充血性心力衰竭	可出现咳嗽,同时伴有其他症状和体征,例如劳力性呼吸困难、端坐呼吸、肺部检查啰音、外周性水肿、颈静脉压升高及心脏疾病病史	胸部X线检查显示肺血管充血,心影扩大

注:- 无

后或夜间咳嗽明显,影响学习、生活、工作和睡眠,甚至可能引起气胸、肋骨骨折、晕厥等并发症的患者可予相关对症治疗^[1,6]。常用治疗药物及指征见表2。

五、疾病预后与管理

(一)多数患者的预后良好,症状在几周内消退极少需要进行长期随访。对于高龄、免疫抑制宿主、孕妇需注意病情变化。对于有持续咳嗽(超过8周)的患者,可能有必要实施进一步评估,以排除慢性咳嗽的其他病因,例如哮喘(包括咳嗽变异型哮喘)、支气管结核、胃食管反流病等,而不应该反复使用抗菌药物。

(二)指导吸烟患者戒烟,避免受凉、劳累,防治上呼吸道感染;改善生活卫生环境,避免过度吸入

环境中的过敏原和污染物;参加适当的体育锻炼,增强体质。

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);

表2 急性气管-支气管炎常用治疗的指征及药物

治疗方法	指征	部分推荐药物及剂量
镇咳	频繁咳嗽造成的不适,可酌情应用。对于痰多者不予可待因等强力镇咳药。对于白天需要精神警觉(如驾驶员)的患者,慎用可待因或其他含阿片镇咳剂	右美沙芬片:每次30 mg口服,每6~8小时1次 喷托维林:每次25 mg口服,3~4次/d 苯丙哌林:每次20~40 mg口服,3~4次/d
祛痰	痰多不易咳出	氯化铵甘草合剂口服液:每次5~10 ml口服,3次/d 溴己新片:每次8~16 mg口服,2~3次/d 氨溴索片:每次30 mg口服,3次/d 氨溴索溶液:每次10 ml口服,3次/d 标准桃金娘油:每次300 mg口服,3次/d 桉柠蒎:每次300 mg口服,3次/d N-乙酰半胱氨酸片:每次600 mg口服,2次/d
解痉抗过敏	支气管痉挛(喘鸣)患者	沙丁胺醇气雾剂:每次100~200 μg(1~2喷),每4~6小时1次,24 h内不超过8~12喷 吸入用沙丁胺醇溶液:2.5 mg雾化吸入,需要时每4~6小时1次 马来酸氯苯那敏片:每次4~8 mg口服,2~3次/d
抗感染 ^[6-8]	不推荐对无肺炎的急性单纯性气管-支气管炎进行常规抗菌药物治疗。抗菌药物可能对某些患者有益,对过去1年曾住院治疗、口服皮质类固醇、糖尿病或充血性心力衰竭中1项且年龄≥80岁的患者,或者存在上述中2项且年龄≥65岁的患者,可酌情使用	青霉素类、头孢菌素,大环内酯类或氟喹诺酮类口服

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);黄怡(海军军医大学长海医院);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);王伟(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);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:刘凯雄 **审校专家:**瞿介明

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] 葛均波,徐永健,王辰.内科学[M].9版,北京:人民卫生出版社,2018:34-35.
- [2] Kinkade S, Long NA. Acute Bronchitis[J]. Am Fam Physician, 2016,94(7):560-565.
- [3] Creer DD, Dilworth JP, Gillespie SH, et al. Aetiological role of viral and bacterial infections in acute adult lower respiratory tract infection (LRTI) in primary care[J]. Thorax, 2006,61(1): 75-79. DOI: 10.1136/thx.2004.027441.
- [4] 王辰译.哈里森呼吸及危重症医学[M].2版.北京:科学出版社,2018.
- [5] Hill AT, Gold PM, El Solh AA, et al. Adult outpatients with acute cough due to suspected pneumonia or influenza: CHEST guideline and expert panel report[J]. Chest, 2019, 155(1): 155-167. DOI: 10.1016/j.chest.2018.09.016.
- [6] Wenzel RP, Fowler AA. Clinical practice. Acute bronchitis[J]. N Engl J Med, 2006, 355(20): 2125-2130. DOI: 10.1056 / NEJMc061493.
- [7] Harris AM, Hicks LA, Qaseem A. Appropriate antibiotic use for acute respiratory tract infection in adults: advice for high-value care from the american college of physicians and the centers for disease control and prevention[J]. Ann Intern Med, 2016,164(6):425-434. DOI: 10.7326/M15-1840.
- [8] Smith SM, Fahey T, Smucny J, et al. Antibiotics for acute bronchitis[J]. Cochrane Database Syst Rev, 2017, 6: CD000245. DOI: 10.1002/14651858.CD000245.pub4.

(收稿日期:2018-11-26)

(本文编辑:白雪佳 刘岚)