

慢性鼻-鼻窦炎诊断和治疗指南(2012年,昆明)

中华耳鼻咽喉头颈外科杂志编辑委员会鼻科组
中华医学会耳鼻咽喉头颈外科学分会鼻科学组

前 言

慢性鼻-鼻窦炎(chronic rhinosinusitis, CRS)是耳鼻咽喉头颈外科的常见病,是鼻窦及鼻腔的慢性炎性疾病。其发病与许多因素有关,病理生理学机制复杂,诊断和治疗对临床医师具有挑战性。为提高慢性鼻-鼻窦炎的诊断准确性和治疗水平,1995年,我国鼻科学者制订了“广州标准”^[1]。尽管当时对其病因和发病机制的认识远不及今天,但应该说,“广州标准”(1995)以及后来在此基础上制订的“海口标准”(1997)^[2],对起步不久的我国鼻内镜外科技术的规范化应用都具有重要的引导意义。随着对慢性鼻-鼻窦炎病理本质认识的加深,在过去10年里,国外已发表多种版本的诊疗指南(guideline)、共识文件(consensus document)或意见书(position paper)。本刊编委会和中华医学会耳鼻咽喉头颈外科学分会鼻科学组的专家根据国内临床实践的需要,并结合国外近年的发展形势,于2008年制订了“慢性鼻-鼻窦炎诊断和治疗指南(2008年,南昌)”^[3],至今已有4年多时间。在此期间,由于科学研究的深入、临床经验的积累以及实践过程中发现的问题,经本刊编委会组织专家多次进行讨论,并参考国外最新进展^[4],认为有必要对2008年版诊疗指南中的部分内容进行修订和更新,以期更好地适应我国国情和临床需要,进一步提高我国慢性鼻-鼻窦炎的诊断和治疗水平。

临床定义

慢性鼻-鼻窦炎是指鼻窦与鼻腔黏膜的慢性炎症,病程超过12周。

临床分类

慢性鼻-鼻窦炎临床可以分为两型:(1)慢性鼻-鼻窦炎不伴鼻息肉(chronic rhinosinusitis without nasal polyps, CRSsNP);(2)慢性鼻-鼻窦炎伴有鼻息

肉(chronic rhinosinusitis with nasal polyps, CRSwNP)。

诊 断

一、症状

1. 主要症状:鼻塞,黏性或黏脓性鼻涕。
2. 次要症状:头面部胀痛,嗅觉减退或丧失。

诊断时以上述两种或两种以上相关症状为依据,其中主要症状中的鼻塞、黏性或黏脓性鼻涕必具其一。

二、检查

1. 鼻内镜检查:来源于中鼻道、嗅裂的黏性或黏脓性分泌物,鼻黏膜充血、水肿或有息肉。
2. 影像学检查:鼻窦CT扫描显示窦口鼻道复合体和(或)鼻窦黏膜炎性病变。

诊断时依据临床症状、鼻内镜检查和(或)鼻窦CT扫描结果进行。对儿童慢性鼻-鼻窦炎诊断时应严格掌握CT扫描的指征。

三、病情评估

对患者病情作整体评估的主要目的是为了查找病因和诱发因素、判断病变类型、范围及严重程度,并据此选择恰当的治疗方式,以及对治疗效果和预后进行评估。这类评估方法比较多,有些也比较复杂,临床上可结合评估目的和实际情况采取必要的方法。

1. 主观病情评估:采用视觉模拟量表(visual analogue scale, VAS)。按照VAS评分将病情分为(图1):轻度0~3;中度>3~7;重度>7~10。若VAS>5,则表示患者的生活质量受到影响。也可采用鼻腔鼻窦结局测试-20(sino-nasal outcome test-20, SNOT-20)量表^[5]。

2. 客观病情评估:常用方法有:(1)对鼻腔和鼻窦解剖学变异的评价。(2)对感染和变应性因素的评价。(3)对伴发疾病与慢性鼻-鼻窦炎相互关联的评价。(4)对病变范围的评价:是评估病情严重程度的一项重要内容,主要根据鼻窦CT扫描来评定,推荐使用Lund-Mackay评分法(图2)^[6]。“海口标

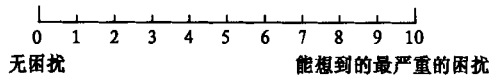


图 1 视觉模拟量表(VAS,0~10分)^[3]

注:为患者对病情严重程度的主观评价。在评价整体严重程度时,要求患者根据问题在 VAS 标尺上标出

准”(1997)中的 CRSsNP(I 型)和 CRSwNP(II 型和 III 型)也可以作为对慢性鼻-鼻窦炎分型和病变范围评定的一种方法^[2]。(5)鼻内镜检查量化评估,采用 Lund-Kennedy 评分法(图 3)^[7]。

鼻窦系统	左侧	右侧
上颌窦		
前组筛窦		
后组筛窦		
蝶窦		
额窦		
窦口鼻道复合体		
每侧总分		

评分标准:①鼻窦:0 = 无异常,1 = 部分浑浊,2 = 全部浑浊;②窦口鼻道复合体:0 = 无阻塞,2 = 阻塞;③每侧 0~12,总分 0~24

图 2 鼻窦 Lund-Mackay 评估表^[6]

特征	侧别	基线	3 个月	6 个月	1 年
息肉	左				
	右				
水肿	左				
	右				
鼻漏	左				
	右				
瘢痕	左				
	右				
结痂	左				
	右				
总分					

评分标准:①息肉:0 = 无息肉,1 = 息肉仅在中鼻道,2 = 息肉超出中鼻道;②水肿:0 = 无,1 = 轻度,2 = 严重;③鼻漏:0 = 无,1 = 清亮、稀薄鼻漏,2 = 黏稠、脓性鼻漏;④瘢痕:0 = 无,1 = 轻,2 = 重(仅用于手术疗效评定);⑤结痂:0 = 无,1 = 轻,2 = 重(仅用于手术疗效评定);⑥每侧 0~10,总分 0~20

图 3 鼻内镜检查 Lund-Kennedy 评估表^[7]

药物治疗

一、抗炎药物

1. 糖皮质激素

(1)鼻内糖皮质激素:具有抗炎、抗水肿作用,疗程不少于 12 周。

(2)全身糖皮质激素:主要用于 CRSwNP,尤其

是严重、复发性鼻息肉患者,可以短期减量口服^[8]。需注意全身使用激素的禁忌证,密切观察用药过程中可能发生的不良反应。CRSsNP 不推荐使用。不推荐全身或鼻内注射糖皮质激素。

2. 大环内酯类药物:14 元环大环内酯类药物具有抗炎和免疫调节作用,主要用于 CRSsNP、常规药物治疗效果不佳、嗜酸粒细胞增多、IgE 值正常、变应原检测阴性的非变应性慢性鼻-鼻窦炎患者^[9]。推荐小剂量(常规剂量的 1/2)长期口服,疗程不少于 12 周。

鼻内镜手术后不常规使用大环内酯类药物,如果术后 4 周以上的鼻黏膜仍呈持续性充血、肿胀并伴有脓性分泌物,也可以考虑使用。

二、抗菌药物

慢性鼻-鼻窦炎伴急性感染时,可以根据细菌培养和药物敏感试验结果选择敏感的抗菌药物进行治疗,常规剂量,疗程不超过 2 周。

三、黏液溶解促排剂

可稀化鼻腔和鼻窦分泌物并改善鼻黏膜纤毛活性,有促进黏液排出和有助于鼻腔鼻窦生理功能恢复的作用,推荐使用。

四、抗过敏药物

对伴有变应性鼻炎和(或)哮喘的患者可应用抗过敏药物,包括口服或鼻用抗组胺药、口服白三烯受体拮抗剂,疗程不少于 4 周。对于伴有哮喘的患者,首选口服白三烯受体拮抗剂。

五、中药

中医诊疗在临床实践中积累了很多有价值的经验,中药制剂作为治疗慢性鼻-鼻窦炎的辅助方法,可视病情根据辨证施治原则酌情使用。

六、减充血剂

原则上不推荐使用。持续性严重鼻塞的患者可短期使用,疗程 < 7 d。

七、鼻腔冲洗

是治疗慢性鼻-鼻窦炎的有效手段,也是鼻内镜手术后常用的辅助治疗方法。

手术治疗

一、手术适应证

慢性鼻-鼻窦炎有以下情况之一者可手术治疗:(1)影响窦口鼻道复合体或各鼻窦引流的明显解剖学异常;(2)影响窦口鼻道复合体或各鼻窦引流的鼻息肉;(3)经药物治疗症状改善不满意;(4)出现颅内、眶内等并发症。

对儿童慢性鼻-鼻窦炎手术适应证应严格限制, 12 岁以下原则上不宜手术。

二、围手术期处理

围手术期处理是以手术为中心, 原则上应包括手术前 1~2 周至手术后 3~6 个月的一系列用药策略及处理原则。

1. 手术前期(7~14 d): 原则是减轻鼻腔和鼻窦黏膜炎性反应, 控制全身相关疾病, 为提高手术质量和安全性创造理想的条件。

2. 手术期: 处理原则为合理、微创的鼻-鼻窦手术, 主要包括结构修正、病变清除、引流通畅、黏膜保留等。例如采用可以减少术中出血的操作方式, 手术完毕术腔尽量使用止血效果好、可吸收、生物相容性和保湿功能好、能促使上皮愈合的填塞材料。

3. 手术后处理: 抗炎、加快术腔清洁、减少术腔粘连、减少术腔囊泡和息肉形成、保持窦口开放引流、加速黏膜上皮化。应针对不同的病变或手术后恢复状况进行个性化治疗。手术后用药原则与上述药物治疗的原则基本相同, 综合药物治疗时间不少于 12 周。

手术后不宜频繁进行鼻内镜检查和对术腔进行外科干预。术后局部处理时间可限定为: 术后 1~2 周内进行首次术腔清理, 以清除陈旧性积血和分泌物为主, 以后根据术腔恢复情况确定随访处理的间隔时间, 每次处理的间隔时间一般不少于 2 周, 持续 3~6 个月。

三、难治性鼻-鼻窦炎的治疗

难治性鼻-鼻窦炎是指经过规范化的鼻内镜手术和综合治疗 3 个月以上, 病情仍未得到有效控制, 术腔持续存在感染和迁延性炎性反应^[10], 是临床诊疗中的难点。因其致病因素复杂, 临床单一方法治疗难以取得满意疗效, 建议在深入进行病因学分析的基础上, 制订个性化的综合治疗方案。

疗效评定

无论是药物治疗还是手术治疗, 科学的疗效评价方法应建立在与治疗前症状体征相对比的、客观检查结果的基础之上。疗效评定时间应该在坚持随访的前提下进行, 近期疗效评定不少于 3 个月, 远期疗效评定不少于 1 年。在综合评定患者症状改善、鼻-鼻窦黏膜恢复状态和(或)CT 检查结果基础上, 将治疗效果分为: 病情完全控制、病情部分控制、病

情未控制三种^[2,4]。参考评价指标为:

1. 病情完全控制: 症状完全消退, VAS 总评分为 0 分, Lund-Mackay 和(或)Lund-Kennedy 总评分不超过 1 分。手术后内镜检查窦口开放良好, 窦腔黏膜水肿消失, 无黏性或黏脓性分泌物, 上皮化良好。由于内镜手术使术腔解剖结构发生变化, 手术后的鼻内镜检查可不与手术前进行对照。

2. 病情部分控制: 症状明显改善但未完全消退, 术后 VAS 总评分减少 3 分或以上、Lund-Mackay 鼻窦病变评分术后较术前均减少 1 分或以上, 和(或)Lund-Kennedy 总评分超过 1 分。手术后内镜检查表现为窦腔黏膜部分区域水肿、肥厚或肉芽组织形成, 有少量黏性或黏脓性分泌物。手术后术腔评定单侧总分低于 3 分视为明显改善。

3. 病情未控制: 症状无改善或无明显改善, 各项评分与治疗前无显著差异, Lund-Mackay 与 Lund-Kennedy 总评分均无明显减少。手术后内镜检查表现为窦腔黏膜充血水肿, 息肉组织形成或结缔组织增生, 较广泛粘连, 窦口狭窄或闭锁, 有黏性或黏脓性分泌物。

参 考 文 献

- [1] 韩德民, 许庚, 李源. FESS-95 广州标准: 慢性鼻窦炎、鼻息肉临床分型及内镜鼻窦手术疗效评定标准. 临床耳鼻咽喉科杂志, 1997, 11(1): 46.
- [2] 中华医学会耳鼻咽喉科学分会, 中华耳鼻咽喉科杂志编辑委员会. 慢性鼻窦炎鼻息肉临床分型分期及内镜鼻窦手术疗效评定标准(1997 年, 海口), 1998, 33(3): 134.
- [3] 中华耳鼻咽喉头颈外科杂志编委会, 中华医学会耳鼻咽喉头颈外科学分会鼻科学组. 慢性鼻-鼻窦炎诊断和诊疗指南(2008 年, 南昌). 中华耳鼻咽喉头颈外科杂志, 2009, 44(1): 6-7.
- [4] Fokkens WJ, Lund VJ, Mullol J, et al. European Position Paper on Rhinosinusitis and Nasal Polyps 2012. Rhinol Suppl, 2012(23): 1-298.
- [5] 左可军, 方积乾, Piccirillo JF, 等. 鼻腔鼻窦结局测试-20 (SNOT-20) 量表中文版的研制. 中华耳鼻咽喉头颈外科杂志, 2008, 43(10): 751-756.
- [6] Lund VJ, Mackay IS. Staging in rhinosinusitis. Rhinology, 1993, 31(4): 183-184.
- [7] Lund VJ, Kennedy DW. Staging for rhinosinusitis. Otolaryngol Head Neck Surg, 1997, 117(3 Pt 2): S35-40.
- [8] 张罗, 强华, 王振刚, 等. 口服糖皮质激素治疗慢性鼻-鼻窦炎. 中华耳鼻咽喉头颈外科杂志, 2013, 48(2): 100-102.
- [9] 许庚. 小剂量、长期大环内酯类药物用于慢性鼻-鼻窦炎的治疗. 中华耳鼻咽喉头颈外科杂志, 2013, 48(2): 102-104.
- [10] 韩德民. 正确理解难治性鼻-鼻窦炎. 中华耳鼻咽喉头颈外科杂志, 2013, 48(2): 113-114.

(收稿日期: 2012-12-24)

(本文编辑: 魏均民)

慢性鼻-鼻窦炎诊断和治疗指南(2012年, 昆明)

作者: [中华耳鼻咽喉头颈外科杂志编辑委员会鼻科组](#), [中华医学会耳鼻咽喉头颈外科学分会鼻科学组](#)
作者单位:
刊名: [中华耳鼻咽喉头颈外科杂志](#) 
英文刊名: [Chinese Journal of Otorhinolaryngology Head and Neck Surgery](#)
年, 卷(期): 2013, 48(2)

本文链接: http://d.g.wanfangdata.com.cn/Periodical_zhebyhk201302002.aspx