

鼻窦炎诊疗指南

美国变态反应、哮喘和免疫学会 (AAAAI)

一个或多个鼻窦发生炎症称为鼻窦炎，其是一种在人群中发病率较高的疾病。自美国变态反应、哮喘和免疫学会(AAAAI)于1998年首次发布鼻窦炎诊疗指南以来，相关临床诊疗技术又取得了长足的发展，因此，AAAAI于2005年12月发布了指南的更新版本[J Allergy Clin Immunol 2005, 116 (6 Suppl) : S13]。

1 定义及分类

鼻窦炎可分为急性、亚急性、慢性和复发性鼻窦炎4种。急性鼻窦炎病程<4周，主要表现为持续上呼吸道感染症状。亚急性鼻窦炎的病程为4~8周，表现为持续存在的轻至中度鼻窦炎症状。慢性鼻窦炎的病程>8周，此外，在排除急性发作后，仍有影像学证据表明鼻窦炎症持续>4周，也可考虑为慢性鼻窦炎。复发性鼻窦炎是指每年鼻窦炎急性发作≥3次。

近来有人怀疑依靠症状诊断慢性鼻窦炎的可靠程度。研究发现，在有明确慢性鼻窦炎病史的患者中，>50%患者的CT扫描结果正常。因此很有必要重新评估慢性鼻窦炎的定義和诊断标准。慢性鼻窦炎可分为感染性和增生性，慢性感染性鼻窦炎可能因厌氧菌感染所致，增生性鼻窦炎则常与鼻息肉、哮喘和阿司匹林不耐受相关。

2 鼻窦炎病因

确定鼻窦感染致病菌的最佳方法(金标准)为上颌窦吸引及引流物的分离、培养，但仍需对这种方法的准确性和特异性进行深入验证。

急性鼻窦炎最常见的致病菌为肺炎链球菌、流感嗜血杆菌和卡他莫拉菌；慢性鼻窦炎致病菌则常为金黄色葡萄球菌、铜绿假单胞菌和厌氧菌。感染在慢性鼻窦炎发病过程中的作用尚不明确，因为培养结果可能仅反应了细菌的定居，而非感染。小儿慢性鼻窦炎的致病菌主要包括肺炎链球菌、流感嗜

血杆菌、卡他莫拉菌和溶血性链球菌。

与社区获得性鼻窦炎不同，院内感染性鼻窦炎的病原菌多为革兰阴性肠杆菌，如铜绿假单胞菌、克雷伯菌、奇异变形杆菌、拟杆菌和革兰阳性球菌(链球菌或葡萄球菌)等。

3 诊断

在做出鼻窦炎诊断前，医师应首先对患者的病史、体格检查、影像学 and (或) 实验室检查结果进行综合分析。当患者上呼吸道感染症状持续10~14天时，应考虑为急性细菌性鼻窦炎。成年患者的突出表现为鼻充血、脓性鼻溢液、颜面部和牙痛、鼻后溢液、头痛和咳嗽。尽管上述症状均无特异性，但持续存在的脓性鼻溢液和颜面疼痛提示可能存在细菌感染。儿童急性细菌性鼻窦炎症状与上述表现相似。其余少见症状包括发热、恶心、抑郁、疲劳、口臭和咽喉疼痛。慢性鼻窦炎的症状与急性鼻窦炎类似，但表现可能更不典型。

当病史提示鼻窦炎时，应从详细的面部检查开始对患者实施体检。急性鼻窦炎可表现为受累部位的肿胀、触痛，当眼眶受累时，偶可出现复视和眼球突出。因部分牙根位于上颌窦的基底部，鼻窦炎偶尔也可表现为牙痛。应对鼻黏膜及其分泌物的性质进行检查，感染性鼻炎和鼻窦炎时鼻黏膜红肿，而过敏性鼻炎时鼻甲苍白。中鼻道存在脓性分泌物强烈提示细菌性鼻窦炎，但如不用血管收缩药解除鼻黏膜充血是很难看到分泌物的，因此，不能以脓性分泌物的缺失排除鼻窦感染的可能。鼻窦黏膜的迁延性炎性改变可引发鼻息肉，重症持续性哮喘和非激素抗炎药不耐受往往也与鼻息肉相关。

超声检查可安全、快速地对上颌窦和额窦进行无创评估，但有研究发现，与鼻窦炎诊断金标准——放射学检查相比，超声检查的敏感性和特异性均较差，因此，仅适用于孕妇等不宜接受放射检查的患者。

由于X线片有较高的假阳性率和假阴性率,因此,并非诊断急性鼻窦炎所必须。X光片上可见的轻至中度黏膜增厚为鼻窦炎的非特异性表现,但如出现上颌窦黏膜厚度 $>6\text{ mm}$ (儿童 $>4\text{ mm}$),上颌窦气腔容积减少 $>33\%$ 或任何鼻窦出现液气平面等表现时,均应考虑鼻窦炎的可能。总之,X光检查在诊断慢性鼻窦炎方面的意义有限。

MRI可清楚地显示软组织图像,但对骨骼的解剖结构显示不佳,且无法区分水肿黏膜和炎症病变组织,因此在鼻窦炎诊断方面的作用有限。

急、慢性和复发性鼻窦炎的实验室检查主要包括细胞学分析、鼻窦黏膜活检和对免疫功能的检查等。

4 治疗

抗生素治疗是急性细菌性鼻窦炎的主要治疗方法。因临床上很少行上颌窦穿刺细菌培养,故抗感染药物的选择多依靠临床病史。在过去几年中,鼻窦炎最常见的致病菌——肺炎链球菌的青霉素耐药率不断增加,目前有 $25\%\sim 50\%$ 的菌株相对或高度耐药。

对于普通儿童和成年鼻窦炎患者,阿莫西林是首选抗生素之一。虽然阿莫西林对产内酰胺酶的菌株疗效不佳,但可通过添加 β -内酰胺酶抑制剂来克服。头孢菌素也常被用于治疗急、慢性鼻窦炎:一代头孢菌素,如头孢羟氨苄和头孢氨苄等因对流感嗜血杆菌无效而已较少使用;二代头孢菌素,如头孢呋辛和头孢丙烯等对产酶流感嗜血杆菌、卡他莫拉菌和金黄色葡萄球菌均有较好疗效;三代头孢菌素中的头孢泊肟和头孢地尼亦为较理想的用药选择。喹诺酮类药物,如环丙沙星、左氧氟沙星和莫西沙星等也均可在特定情况下用于鼻窦炎治疗。当发生反复迁延或重症鼻窦炎时,应考虑致病菌可能为厌氧菌,此时可联用克林霉素、甲硝唑和其他广谱抗生素治疗。通过吸入途径局部使用抗生素治疗鼻窦炎也是很有应用前景的治疗方法,可通过该途径使用的抗生素包括妥布霉素、庆大霉素、环丙沙星和左氧氟沙星等。

抗生素治疗鼻窦炎的疗程尚未完全明确。对大多数急性鼻窦炎患者来说,14天足矣;另有人建议,将抗生素用至症状消失后7天。儿童患者如抗生素治疗3天后疗效仍不佳,则应考虑更换抗生素。对抗生素在慢性鼻窦炎治疗中的作用尚存争议,但对慢性鼻窦炎急性加重期的患者,阿莫西林克拉维酸为较理想选择。尚未见对复发性鼻窦炎患者给予预

防性抗生素治疗的研究报告,但对存在免疫缺陷的复发性鼻窦炎患者,可考虑预防性应用抗生素。

多项已发表的鼻窦炎诊疗指南均建议对抗生素的使用持慎重态度,但当患者存在严重鼻窦炎症状和体征时,无论病程长短,均可考虑应用抗生素。这些症状、体征包括:起病3~5天后症状加重、体温 $>39^{\circ}\text{C}$ 、出现上颌齿或颜面疼痛、单侧鼻窦触痛和眼眶周围肿胀。

目前尚无资料支持给急性细菌性鼻窦炎患者服用抗组胺药物治疗,除非考虑患者的鼻窦炎为过敏性鼻炎诱发。抗充血药在理论上可降低鼻腔气流阻力,并增加窦口开放幅度,因此,可局部应用或口服抗充血药治疗急、慢性鼻窦炎。

尚无全身应用糖皮质激素治疗鼻窦炎的双盲对照研究。最近的一些研究显示,作为抗生素治疗的辅助疗法,鼻内局部应用糖皮质激素对急、慢性和复发性鼻窦炎患者有一定疗效。尽管鼻内应用的糖皮质激素不太可能到达鼻窦内部,但其有相对安全、确切的抗炎和缓解鼻充血的疗效,因此已成为鼻窦炎辅助治疗的合理方法。仍需进行更多设计严格的试验,明确鼻内激素治疗是否对鼻窦炎有效。有确切证据表明,鼻内和全身激素治疗慢性鼻窦炎伴发的鼻息肉有效。

黏液溶解剂和祛痰剂等辅助治疗药物也常被用于治疗鼻窦炎患者,部分患者可能从中获益,但并无直接证据证实其疗效。对有免疫缺陷的急、慢性鼻窦炎患者,可适当输注免疫球蛋白预防颅内脓肿、脑膜炎、败血症及死亡等多种并发症,用药期间应对患者进行密切随访,如经3~6个月的治疗后仍无效,则应适时停药。

鼻内镜和CT检查的常规应用,促进了鼻窦手术治疗的发展。鼻内镜的应用显著提高了医师对窦口-鼻道复合体的了解程度,而既往的前鼻镜检查 and 常规X线片均不能很好地显示该结构。对慢性感染性鼻窦炎,特别是有证据显示窦口-鼻窦复合体存在机械性阻塞时,应将功能性鼻内镜手术作为标准治疗方法。

试 题

美国变态反应、哮喘和免疫学会(AAAAI)指南中指出鼻窦炎可分为()

- A 急性鼻窦炎 B 亚急性鼻窦炎
C 慢性鼻窦炎 D 复发性鼻窦炎