

慢性鼻-鼻窦炎诊断和治疗指南

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会鼻科学组

由于慢性鼻-鼻窦炎（也称慢性鼻窦炎，Chronic Rhino Sinusitis, CRS）的病因学和发病机制等方面的研究结论尚不十分清晰，在诊断定义、分型及选择治疗方案等方面尚存有争议。近年来，以欧美为主的学者们相继组织制定了一系列有关鼻-鼻窦炎诊疗方面的指导性文件^[1-3]。这些指导性文件的出台，反映了各国学者们对慢性鼻-鼻窦炎诊疗研究的重视。1997 年制定的海口标准^[4]对我国开展鼻内镜外科手术、评价手术后疗效、进行学术交流等均起到了有益的促进作用。为尽可能借鉴国外的先进经验，与国际通行惯例接轨，制定、修改并不断完善适合国情的慢性鼻-鼻窦炎诊疗指南是十分必要的。

我国慢性鼻-鼻窦炎诊断和治疗指南起草过程中参照了国际现有指南性文件，并基于我国国情特点，遵循了“宜简不宜繁，宜粗不宜细”的原则，同时兼顾了我国现行医疗制度及具有临床可操作性的实际情况。为了使本指南更科学、合理和具有实用性，编辑部还组织了专家在全国部分城市巡讲，充分征求了各地同道们的意见，使之趋于完善。本指南适用于成人慢性鼻-鼻窦炎。

临床定义

慢性鼻-鼻窦炎是指鼻腔和鼻窦黏膜的慢性炎症，鼻部症状持续超过 12 周，症状未完全缓解甚至加重。

临床分类

- 1、慢性鼻-鼻窦炎（不伴鼻息肉）
- 2、慢性鼻-鼻窦炎（伴有鼻息肉）

注：鼻息肉发生机制至今不清，研究显示，鼻息肉有其相对独立的特征。因此，本指南的分类并不意味着慢性鼻-鼻窦炎与鼻息肉在发展阶段上存在必然的因果关系。

诊断

一、症状

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

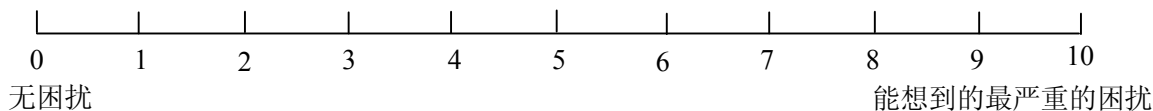
诊断时以上述两种或两种以上相关症状为依据，其中主要症状中的鼻塞，黏性、脓性鼻涕必具其一。

二、检查

- 1、鼻腔检查：来源于中鼻道、嗅裂的黏脓性分泌物，中鼻道黏膜充血、水肿或有鼻息肉。
- 2、影像学检查：CT 扫描显示窦口鼻道复合体或鼻道黏膜病变。

三、病情严重程度判定

按照视觉模拟量表（visual analogue scale, VAS）将病情分为：轻度 0~3，中度 > 3~7，重度 > 7~10。见图 1。



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。

图 1 视觉模拟量表 (VAS, 0-10 分) [5]

药物治疗

临床常用药物有以下几类：

一、抗炎药物

1、糖皮质激素：①鼻内局部糖皮质激素：具有抗炎、抗水肿作用，疗程不少于 12 周；②全身糖皮质激素：对于严重、复发性鼻息肉，可以口服泼尼松（或泼尼松龙），推荐剂量为 0.5mg/(kg·d)，早晨空腹顿服，每日 1 次，疗程 5~10d，最长 14d。需注意全身使用糖皮质激素的禁忌症，密切观察用药过程中可能发生的不良反应。不推荐全身或鼻内注射糖皮质激素。

2、大环内酯类（14 元环）药物：具有抗炎作用，推荐小剂量（常规抗菌剂量的 1/2）长期口服，疗程不少于 12 周^[1]。

二、抗菌药物

青霉素类、头孢菌素类、磺胺类、大环内酯类、氟喹诺酮类敏感药物，用于慢性鼻-鼻窦炎急性发作，常规剂量，疗程不超过 2 周。不推荐鼻腔鼻窦局部使用抗生素。

三、减充血剂

不推荐使用。鼻塞严重者可短期使用（<7d）。

四、黏液促排剂

可稀化黏液并改善纤毛活性，推荐使用。

五、全身抗组胺药

对伴有变态反应症状的患者，可以口服第二代或新型抗组胺药。

六、中药

部分中药对于改善慢性鼻-鼻窦炎的症有一定效果，应根据辨证施治的原则选择药物。

七、生理盐水或高渗盐水（2%~3%）

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、眶等并发症。

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 周至手术后 3~6 个月的一系列用药策略及处理原则。目前，对鼻内镜手术围手术期处理还缺乏统一的标准，暂不做硬性规定。建议治疗方案如下。

- 1、手术前用药：常规应用抗菌药物、鼻内局部和（或）全身糖皮质激素、黏液促排剂等。
- 2、手术后局部处理时间：术后定期进行术腔清理，1~2 周后根据术腔恢复情况确定随访处理间隔时间，持续 3~6 个月。
- 3、手术后药物治疗与上述慢性鼻-鼻窦炎药物治疗的原则相同，抗炎性反应用药不少于 12 周。

疗效评估

一、评估方法

- 1、主观评估：症状量化评估推荐使用 VAS。
- 2、客观评估：鼻内镜检查量化评估采用 Lund-Kennedy 评分法^[7]（图 1）；鼻窦 CT 扫描结果量化评估采用 Lund-Mackay 评分法^[7]（图 2）。

Lund-Kennedy 内镜黏膜形态评分系统

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=粘稠、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 1 鼻内镜检查量化评估表

Lund-Mackay 鼻窦 CT 扫描病变范围评分系统

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		
每侧评分		

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，1=阻塞；③每侧 0~12，总分 0~24

图 2 鼻窦 CT 扫描结果量化评估表

3、如果进行生活质量评估：推荐使用鼻窦炎专用量表——鼻腔鼻窦结局测试 20 (sino-nasal outcome test-20, SNOT-20) 中文版^[8]；必要时，可同时结合普适性量表——医学结局研究简表 36 项健康调查 (medical outcome study short-form 36-items health survey, 简称 SF-36, 临床科研适用)。

二、评估时机

- 1、药物治疗近期疗效评估时间为 3 个月，远期疗效评估时间为 1 年。
- 2、手术治疗近期疗效评估时间为 1 年，远期疗效评估时间为 3 年。
- 3、若患者近期患有急性上呼吸道感染，建议评估时间推迟至症状完全消失 2 周以后进行。

参考文献

- [1] Fokkens W, Lund V, Mullol J, et al. European Position Paper on Rhinosinusitis and Nasal Polyps 2007. *Rhinol Suppl*, 2007, (20): 1-136.
- [2] Rosenfeld RM. Clinical practice guideline: adult sinusitis. *Otolaryngol Head Neck Surg*, 2007,137:365-377.
- [3] Meltzer EO, Hamilos DL, Hadley JA, et al. Rhinosinusitis:establishing definitions for clinical research and patient care. *Jallergy Clin Immunol*, 2004, 114 (6 Suppl) :155-212.
- [4] 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-鼻窦炎鼻息肉临床分型分期及内窥镜鼻窦手术疗效评定标准 (1997 年, 海口), 1998, 33:134.
- [5] Lim M, Lew-Gor S, Darby Y, et al. The relationship between subjective assessment instruments in chronic rhinosinusitis. *Rhinology*, 2007, 45:144-147.
- [6] Lund VJ, Kennedy DW. Staging for rhinosinusitis. *Otolaryngol Head Neck Surg*, 1997, 117 (3 pt 2) :S35-40.
- [7] Lund VJ, Mackay IS. Staging in rhinosinusitis. *Rhinology*, 1993, 31:183-184.
- [8] 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, 43:751-756.