

DOI:10.11798/j.issn.1007-1520.201305016

· 临床报道 ·

# 慢性鼻窦炎非手术治疗 175 例疗效分析

郇旭辉, 桑月红, 訾龙, 曹铨, 杨昕, 朱宝玉, 张杰

(全军耳鼻喉研究中心 解放军第463医院耳鼻咽喉科, 辽宁沈阳 110042)

**摘要:** **目的** 探讨非手术综合治疗慢性鼻窦炎的方法和临床疗效。**方法** 对175例符合纳入标准及不在排除标准之列的慢性鼻窦炎患者给予非手术综合治疗,包括丙酸氟替卡松鼻喷剂喷鼻、罗红霉素胶囊半量口服、桉柠蒎肠溶软胶囊口服以及鼻腔冲洗。应用上述治疗4~12周后进行各项疗效评估,包括症状视觉模拟量表(VAS)主观症状评估、Lund-Kennedy法鼻内镜评估、Lund-Mackay法鼻窦CT评估和鼻腔鼻窦结局测量20条(SNOT-20)生活质量评估。**结果** 经过4~12周治疗后,患者主观症状、鼻内镜评分、鼻窦CT评分以及生活质量评分,均较治疗前明显改善,经比较差异均具有统计学意义( $P < 0.05$ )。**结论** 慢性鼻窦炎的非手术综合治疗疗效确切,并且避免了对鼻腔、鼻窦结构、生理的破坏,只有在充分的药物治疗无效后才考虑手术治疗。

**关键词:**慢性鼻窦炎;治疗;非手术疗法;疗效评定

**中图分类号:**R765.4 **文献标识码:**B **文章编号:**1007-1520(2013)05-0441-04

慢性鼻窦炎是鼻窦黏膜的慢性炎性疾患,容易诱发下呼吸道疾病及对全身健康造成巨大的冲击<sup>[1]</sup>,且发病率日益增高,约达到8%~15%<sup>[2]</sup>。目前对于慢性鼻窦炎治疗方式有手术治疗和非手术治疗两种。以鼻内镜鼻窦开放术为代表的手术治疗得到了广泛重视和应用<sup>[3-4]</sup>;相反,非手术治疗临床上常常被忽略,其后果是一方面导致鼻内镜手术的过度应用或并发症增多<sup>[5-6]</sup>,另一方面也会影响手术的临床疗效。因此,重视慢性鼻窦炎的内科治疗具有十分重要的意义。我科自2011年6月~2012年8月采用非手术治疗175例慢性鼻窦炎患者,效果良好,现报道如下。

## 1 资料和方法

### 1.1 一般资料

本组病例来源于2011年6月~2012年8月在我科门诊就诊的鼻病患者,符合纳入标准的患者入组,共计175例,其中男104例,女71例;年龄12~68岁,平均年龄(41±16.1)岁;病程5个月至20年,平均3.8年。慢性鼻-鼻窦炎不伴鼻息肉147例,其中双侧者

102例,共239侧;慢性鼻-鼻窦炎伴有鼻息肉28例,其中双侧者12例,共40侧;伴鼻中隔偏曲者55例,变应性鼻炎45例,无伴支气管哮喘者。

### 1.2 纳入标准

所有入组患者均符合《慢性鼻-鼻窦炎诊断和治疗指南(2008年,南昌)》<sup>[7]</sup>诊断标准,并且因无法手术或拒绝手术。

### 1.3 排除标准

有高血压、糖尿病、肝肾功能不全和消化道溃疡等对糖皮质激素治疗存在隐患的严重全身性疾病病史;有大环内酯类药物过敏史;12岁以下儿童及孕妇或哺乳期妇女;有严重精神障碍等依从性较差患者;确诊或影像学高度支持的菌性鼻窦炎;确定诱发原因为牙源性、异物、创伤等;既往鼻窦手术史。

### 1.4 治疗方法

①丙酸氟替卡松鼻喷剂:成年患者每个鼻孔揞2下,1~2次/d;青少年患者每个鼻孔揞1下,1次/d;②罗红霉素胶囊:成人患者150mg/次,1次/d服用;青少年患者按5mg/kg/次,1次/d服用;③桉柠蒎肠溶软胶囊:成人患者0.3g/次,2次/d服用;青少年患者0.12g/次,2次/d服用;④鼻腔冲洗:0.9%氯化钠溶液冲洗鼻腔,1~2次/d。以上治疗根据情况应用4~12周。

作者简介:郇旭辉,男,博士,副主任医师。  
通讯作者:郇旭辉,Email:taixuhui2001@hotmail.com

## 1.5 疗效评估

1.5.1 患者主观症状评估 采用症状视觉模拟量表(VAS),对鼻塞、流涕、头痛、嗅觉减退4种症状分别进行评分。

1.5.2 鼻内镜评分 采用 Lund-Kennedy 法,左右两侧分别计分。方法为:①息肉:0 = 无,1 = 息肉仅在中鼻道内,2 = 息肉超过中鼻道;②水肿:0 = 无,1 = 轻度,2 = 重度;③鼻漏:0 = 无,1 = 清亮、稀薄鼻漏,2 = 黏稠、脓性涕。

1.5.3 鼻窦 CT 评分 采用 Lund-Mackay 法,左右两侧分别计分。方法为:各鼻窦 0 分 = 无异常情况;1 分 = 部分浑浊化;2 分 = 完全浑浊化。OMC 区域 0 分 = 不闭塞;1 分 = 闭塞。

1.5.4 生活质量评估 采用鼻腔鼻窦结局测量 20 条(SNOT-20)进行评估,包括擤鼻涕、流涕、咳嗽、涕倒流等 10 个症状和难入睡、夜间苏醒、疲倦、易怒等 10 个状态评分。

上述评估分别于治疗 4 周及 12 周后进行。为保证记录结果的可靠性、可比性,患者的检查、治疗由同一医疗组固定医师在相同的条件下进行。

## 1.6 不良反应调查

包括肝功能、消化道不良反应、药物过敏反应调查等。

## 1.7 统计学处理

应用 SPSS 15.0 软件进行统计学处理,采用配对  $t$  检验,分别于治疗前后对以上各项评估的评分进行比较,以  $P < 0.05$  为差异具有统计学意义。

## 2 结果

### 2.1 患者主观症状评估

患者治疗 4 周后各项症状平均得分低于治疗前,差异具有统计学意义( $P < 0.05$ );治疗 12 周后各项症状平均得分进一步下降,显著低于治疗前和治疗后 4 周,差异具有统计学意义( $P < 0.01$ ),详见表 1。

### 2.2 鼻内镜及生活质量评估

治疗 4 周后患者鼻内镜 Lund-Kennedy 评分和生活质量 SNOT-20 评分均低于治疗前,经比较差异具有统计学意义( $P < 0.05$ );治疗 12 周后平均得分进一步下降,显著低于治疗前和治疗后 4 周,经比较差异具有统计学意义( $P <$

0.01,详见表 2)。

表 1 治疗前后患者主观症状改善情况

时间	鼻塞	流涕	头痛	嗅觉减退
治疗前	8.5 ± 2.1	7.5 ± 2.2	5.8 ± 3.1	4.3 ± 1.7
治疗后 4 周	4.6 ± 1.1 <sup>(1)</sup>	3.8 ± 1.7	3.9 ± 1.0 <sup>(1)</sup>	3.2 ± 0.6
治疗后 12 周	2.1 ± 0.3 <sup>(2)(4)</sup>	2.9 ± 0.2 <sup>(2)(3)</sup>	1.2 ± 0.1 <sup>(2)(4)</sup>	1.0 ± 0.3 <sup>(1)(3)</sup>
$t$	3.56	3.13	3.56	3.34

注:与治疗前对比<sup>(1)</sup> $P < 0.05$ ,<sup>(2)</sup> $P < 0.01$ ;与治疗 4 周对比<sup>(3)</sup> $P < 0.05$ ,<sup>(4)</sup> $P < 0.01$ ;  $t$  值为治疗后 12 周与治疗前相比较

表 2 治疗前后鼻内镜、生活质量改善情况

时间	鼻内镜评分	生活质量评分
治疗前	3.8 ± 1.1	54.2 ± 6.1
治疗后 4 周	2.6 ± 0.7 <sup>(1)</sup>	38.1 ± 3.5 <sup>(1)</sup>
治疗后 12 周	0.4 ± 0.1 <sup>(2)(3)</sup>	12.7 ± 2.1 <sup>(2)(3)</sup>
$t$	4.18	4.25

注:与治疗前对比<sup>(1)</sup> $P < 0.05$ ,<sup>(2)</sup> $P < 0.01$ ;与治疗 4 周对比;<sup>(3)</sup> $P < 0.01$ ;  $t$  值为治疗后 12 周与治疗前相比较

### 2.3 鼻窦 CT 评估

治疗前鼻窦 CT 表现为黏膜增厚,密度增高,Lund-Mackay 评分平均为  $7.8 \pm 1.1$ ,经过 4 周和 12 周治疗后,鼻窦 CT 表现为黏膜密度增高明显减轻或恢复正常,Lund-Mackay 评分平均分别为  $5.8 \pm 1.3$  和  $4.1 \pm 0.4$ ,均较治疗前明显下降,经统计学处理,差异具有统计学意义( $P < 0.01$ ),详见图 1~4。

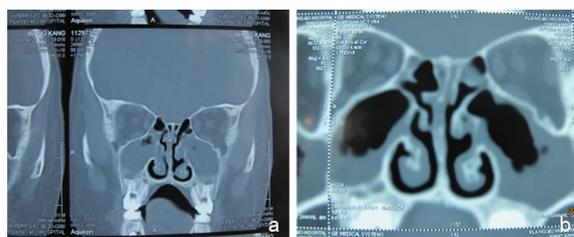


图 1 患者 1 a:治疗前;b:治疗后 4 周



图 2 患者 2 a:治疗前;b:治疗后 12 周

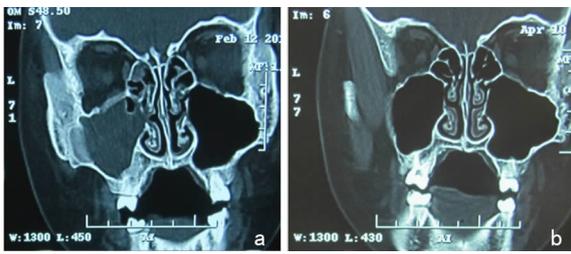


图 3 患者 3 a: 治疗前;b: 治疗后 12 周

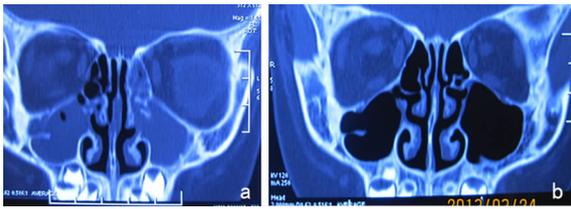


图 4 患者 4 a: 治疗前;b: 治疗后 12 周

### 2.4 不良反应

治疗结束时检查血常规、肝肾功能,所有患者均未见明显异常;4 例患者出现鼻部干燥感,其中轻微鼻出血 1 例,经局部应用复方薄荷油滴鼻液后好转;5 例患者出现轻微恶心,胃肠不适感,未予特殊处理好转;未见其他鼻部及全身不良反应。

### 3 讨论

目前临床上对于慢性鼻窦炎的治疗因为单纯重视手术而忽视了非手术治疗,进而影响临床疗效的情况十分常见,甚至不乏出现鼻内镜手术的过度应用<sup>[5-6]</sup>。

李源等<sup>[8]</sup>认为,慢性鼻窦炎的致病因素包括局部性宿主因素和系统性宿主因素两方面,除了因为严重解剖畸形和新生生物等器质性解剖因素需要外科手术纠正外,其他很多致病原因都远非外科治疗力所能及,其核心的鼻腔鼻窦黏膜炎症问题,大多数是可望通过药物治疗而得到抑制或消除的。欧洲慢性鼻窦炎鼻息肉诊疗指南(EPOS-2012)<sup>[1]</sup>指出,充分的药物治疗和联合药物治疗应该是慢性鼻窦炎治疗的核心所在,其治疗建议均是先非手术治疗,只有非手术治疗无效后才采用手术治疗。即便药物治疗不能达到治愈的目的而最终需要手术治疗,围手术期的非手术治疗在主观改善症状,客观局限炎症,利于术中操作及黏膜恢

复等方面也具有重要价值。更何况,临床上经常会遇到一些因年龄过小或年老体弱、合并有全身其他系统疾病以及主观拒绝手术和经济条件有限等各种原因无法接受手术治疗的患者,更需要依赖于非手术治疗。因此讨论慢性鼻窦炎的非手术治疗无疑具有十分重要的意义。

慢性鼻窦炎的非手术治疗,包括抗炎抗水肿、抗感染、抗变态反应以及恢复纤毛活力和稀化分泌物等几个方面的联合治疗。局部糖皮质激素是非手术治疗的核心药物,它通过抑制降低血管通透性,抑制嗜酸细胞移行、趋化、活化,稳定上皮屏障和血管内皮屏障,减少递质的产生与释放,降低刺激受体的敏感性,促黏膜愈合正常化和促黏膜上皮化等多途径达到抗炎抗水肿的功效<sup>[9-10]</sup>。大环内酯类药物的抗炎机制主要作用于重要炎性细胞因子和炎性物质,抑制和破坏细菌生物膜,抑制纤维细胞增生等<sup>[10-11]</sup>。而黏液促排剂因为可对分泌物的产生、黏液的黏稠度以及纤毛的活动发生特异性作用,进而恢复和改善黏膜纤毛的清除功能,也越来越受到重视<sup>[10-12]</sup>;鼻腔冲洗在《英国变态反应和临床免疫学会鼻-鼻窦炎和鼻息肉诊疗指南》中被列为 A 等级推荐,表明了鼻腔冲洗是慢性鼻窦炎治疗过程中十分重要的一环。

总之,本组病例的治疗经验告诉我们,慢性鼻窦炎的非手术综合治疗避免了对鼻腔、鼻窦解剖、生理的破坏,并且疗效确切,提示我们对于慢性鼻窦炎治疗的总体思路应该是以内科治疗为主,外科治疗为辅,即首先采用药物治疗,只有在充分的药物治疗无效后才考虑手术治疗,术后仍需要持续的药物治疗。

### 参考文献:

[1] Fokkens WJ, Lund VJ, Mullol J, et al. European Position Paper on Rhinosinusitis and Nasal Polyps 2012 [J]. Rhinol Suppl, 2012, 23: 1 - 298.  
 [2] 姜晓丹,张浩,宋伟. 非手术综合治疗慢性鼻-鼻窦炎的临床疗效体会[J]. 吉林医学, 2008, 29(9): 740 - 741.  
 [3] 谢允平,何建平,陈才军,等. 鼻内镜下鼻窦手术 1135 例疗效的回顾性分析[J]. 中国耳鼻咽喉颅底外科杂志, 2012, 18(4): 285 - 288.  
 [4] 何倩. 鼻内镜下鼻窦炎鼻息肉手术疗效观察[J]. 吉

- 林医学, 2012, 33(25): 5438-5439.
- [5] 李亮, 江红, 赵华, 等. 经鼻内镜鼻窦手术并发症 142 例[J]. 中国眼耳鼻喉科杂志, 2011, 11(5): 322-323.
- [6] 崔永华, 刘争. 重视鼻内镜手术严重并发症的防治[J]. 临床耳鼻咽喉头颈外科杂志, 2011, 25(8): 337-338.
- [7] 中华医学会耳鼻咽喉头颈外科分会鼻科组, 中华耳鼻咽喉头颈外科杂志编委会. 慢性鼻-鼻窦炎诊断和治疗指南(2008年, 南昌)[J]. 中华耳鼻咽喉头颈外科杂志, 2009, 44(1): 6-7.
- [8] 李源, 周兵. 实用鼻内镜外科学术及应用[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2009: 195-198.
- [9] 李华斌, 张涵. 鼻用糖皮质激素与慢性鼻窦炎的治疗: EPOS 2012 版意见[J]. 中国医学文摘(耳鼻咽喉科学), 2012, 27(8): 382-384.
- [10] 袁海, 韩爱国, 白晓明, 等. 慢性鼻-鼻窦炎鼻息肉药物治疗进展概述[J]. 临床耳鼻咽喉头颈外科杂志, 2011, 25(4): 207-210.
- [11] 张建华, 蒋燕飞. 长期低剂量罗红霉素治疗难治性鼻-鼻窦炎的疗效观察[J]. 中国耳鼻咽喉颅底外科杂志, 2012, 18(3): 201-202.
- [12] 李伟利, 叶成刚, 李潜芝. 桉柠蒎肠溶胶囊在慢性鼻窦炎鼻息肉鼻内镜围手术期应用[J]. 医药导报, 2012, 31(1): 49-50.
- (修回日期: 2013-04-25)

DOI:10.11798/j.issn.1007-1520.201305017

· 临床报道 ·

## 自制药物纱条在鼻腔填塞应用中的疗效分析

戴 锋, 钟庄龙, 温莹浩, 钟 纯, 邱永亮

(萍乡市人民医院 耳鼻咽喉科, 江西 萍乡 337000)

**摘要:** **目的** 探讨自制药物纱条与凡士林纱条行鼻腔填塞后的疗效差异。**方法** 对采用自制药物纱条与凡士林纱条行鼻腔填塞的 136 例患者的临床资料进行分析, 对两组患者填塞后疼痛反应程度、填塞材料抽除难易度、纱条拔出后出血情况进行比较。**结果** 两组患者填塞后 6, 12, 24 h 进行疼痛测评并比较, 其中填塞后 12 h 比较  $P < 0.01$ , 填塞后 6, 24 h 比较  $P < 0.05$ ; 两组患者填塞后反应程度、填塞材料抽除难易度、抽出后出血情况比较,  $P$  均  $< 0.05$ , 差异均有统计学意义。**结论** 自制的药物纱条填塞鼻腔具有压迫止血和药物止血的双重作用, 鼻黏膜反应轻, 出血少, 可减少感染的机率, 减轻患者头痛等不良反应。

**关键词:** 自制药物纱条; 鼻腔填塞; 鼻内镜术后; 鼻出血

**中图分类号:** R765.2 **文献标识码:** B **文章编号:** 1007-1520(2013)05-0444-03

凡士林纱条行鼻腔填塞在临床上已广泛应用, 但一直存在填塞后疼痛、渗血、拔纱条时出血多、填塞及抽取凡士林纱条患者痛苦大等缺点。我科自 2009 年 10 月 ~ 2012 年 10 月, 采用自制药物纱条与凡士林纱条两种填塞材料行鼻腔填塞, 并对患者填塞后疼痛、反应程度、填塞材料抽除难易度、抽出后出血等几个方面进行疗效比较, 报道如下。

### 1 资料与方法

#### 1.1 临床资料

136 例患者, 其中男 75 例, 女 61 例; 年龄 6 ~ 78 岁, 平均 30.8 岁。其中鼻出血患者 57 例, 鼻内镜术后患者 79 例。鼻出血患者均为电凝不彻底或无法电凝者, 须行填塞止血。并排除外伤性、鼻及鼻窦肿瘤、凝血功能异常等原因引起的出血。其中自制药物纱条组治疗鼻出血患者 31 例, 鼻内镜术后患者 41 例, 凡士林纱条组治疗鼻出血患者 26 例, 鼻内镜术后患者 38 例。各组性别、年龄、病情资料, 经均衡