



鼻腔裡的麻煩事

細審鼻竇炎

文／耳鼻喉部一般耳鼻喉科 主任 戴志展

鼻竇炎在學術上的正確名稱是「鼻及鼻竇炎（rhinosinusitis）」，是一種相當常見的疾病。美國約有14-16%的人口罹患鼻竇炎，每年的醫療費用高達近60億美元；台灣也有10-15%的人口，大約300萬人罹患鼻竇炎，醫界每年執行的鼻竇炎手術超過8000例。

診斷標準：臨床症狀

鼻竇炎的診斷主要以症狀為基礎，由於臨床症狀的多樣性且缺乏特異性，初期容易與其他上呼吸道感染疾病混淆，使得許多病人甚或非耳鼻喉科醫師常常將鼻竇炎跟感冒或其他鼻炎混為一談。鼻竇炎的定義是「一群造成鼻腔及鼻竇黏膜發炎反應的疾病」，美國耳鼻喉頭頸外科醫學會於1997年針對其定義，提出以臨床症狀作為診斷標準，臨床症狀包括「主要症狀群」及「次要症狀群」，「主要症狀群」為臉頰疼痛或壓力感、鼻塞、膿性鼻漏、嗅覺減退或喪失、非氣喘咳嗽（僅在於小兒）。「次要症狀群」

為頭痛（顏面疼痛、壓力感）、發燒、口臭、疲倦、牙痛、咳嗽（成人）及耳部症狀等。

鼻竇炎依發病時間可分為急性、亞急性、復發性急性、慢性鼻及鼻竇炎的急性發作等5種。急性指病程於4週內痊癒者；亞急性指病程大於4週而小於12週者；復發性急性指1年發作4次以上，發作期間程度緩解者；症狀持續12週以上者為慢性鼻竇炎。

若依病理特徵分類，又可分為急性細菌性、慢性鼻竇炎不合併鼻息肉、慢性鼻竇炎合併鼻息肉、典型過敏型黴菌性等4種。

致病原因：感染與過敏

它的兩大致病原因為「感染」與「過敏」，不論是感染或過敏，只要會引發竇口鼻道複合體（ostiomeatal complex）的阻塞，就會造成鼻竇內黏液沉積及纖毛運動不良，進而形成竇口鼻道複合體發炎水腫及嚴重阻塞，最終形成惡性循環，加深鼻竇炎的嚴重性，甚至造成鼻息肉。

在感染方面，最常見的為感冒所致，其致病原為濾過性病毒。感冒常常會合併打噴嚏、流鼻涕、鼻塞及喉嚨痛等非特異性症狀，當鼻分泌物出現黃或綠的顏色時，常被認為是合併細菌性感染，然而有顏色的鼻涕並非細菌性感染所獨有，濾過性病毒感染也會有相同的症狀。絕大部分的急性鼻竇炎都是濾過性病毒感染，其中只有0.5-2%會形成急性細菌性鼻竇炎。換言之，僅少數的病毒性鼻竇炎會出現二度細菌感染，引發細菌性鼻竇炎。

抗生素藥物：當用則用

細菌性鼻竇炎的不正確診斷，容易造成抗生素不當使用及抗藥性菌種的產生。臨床上治療急性鼻竇炎除了治療疾病本身之外，還必須避免抗生素的濫用及預防抗藥性菌種的產生。研究顯示，當感冒症狀持續了10天，分泌物大約60%可培養出細菌，所以目前認為當上呼吸道感染已10天，症狀仍未改

善，或上呼吸道感染5-7天後，症狀惡化，再配合臨床上出現細菌性鼻竇炎的相關症狀，就可以懷疑可能併發細菌性感染。

細菌性鼻竇炎最常見的細菌為肺炎鏈球菌（*S. pneumonia*，佔20-34%），其次為流行性感嗜血桿菌（*H. influenzae*，佔22-35%）、墨拉克卡他菌（*M. catarrhalis*，佔2-10%）。過去40年來，引起鼻竇炎的菌種沒有變化，但是因為抗生素的不當使用，使得抗藥性菌種不斷產生，1980年代只有4%對盤尼西林（penicillin）有抗藥性，但是1997年的統計已上升到37%。相同的情形也發生在流行性感嗜血桿菌及墨拉克卡他菌。

病毒性鼻竇炎一般不需特別治療，只需支持性治療或症狀治療即可痊癒；而細菌性鼻竇炎的治療主要以適當的抗生素為主，所謂「適當抗生素」是指有效、足量、足日及少副作用。由於民眾對抗生素過度的擔憂與誤解，常會發生不足量或不足日的治療，反而延長病程，造成藥物治療失效。

多種療法：各有適應症

除了抗生素治療之外，還可以利用去充血劑、化痰劑、鼻腔沖洗或類固醇等方法來解除症狀。醫界對於去充血劑在急性鼻竇炎的使用是持正面的態度，適當的使用口服或局部去充血劑可改善鼻塞症狀，並可維持鼻竇開口暢通。至於抗組織胺，目前認為只有



對合併嚴重過敏性鼻炎的病人才需要適度使用，一般的細菌性鼻竇炎使用抗組織胺反而會有反效果。類固醇在鼻竇炎的治療有其重要性，實驗顯示，抗生素合併類固醇一起使用，可有效減少細菌的生長，另一方面，無論過敏性或非過敏性的慢性鼻竇炎病患，使用類固醇都會減少鼻腔黏膜發炎性介質的含量，並可改善症狀。鼻內類固醇噴劑或全身性（口服或注射）類固醇亦可用於慢性息肉樣變化的鼻竇炎，或用於手術後預防慢性鼻竇炎及鼻息肉的復發。**雖然類固醇治療鼻竇炎的效果不錯，但是使用全身性類固醇時，仍要小心可能的副作用。**

細菌性鼻竇炎如果在足夠的藥物治療下仍無法改善，或確認是黴菌性鼻竇炎時，就必須以鼻竇內視鏡手術來治療。何謂「足夠」的藥物治療？一般是認為至少連續用藥3個月以上，症狀仍無顯著改善者。所以，在決定手術之前，積極的藥物治療是必須的，除非已確認無藥物治療的可能（如鼻息肉或黴菌性鼻竇炎）。

內視鏡手術：藥物治療無效時的首選

鼻竇內視鏡手術發展至今已有20餘年歷史，已成為慢性鼻竇炎病患經藥物治療無效後的標準治療模式，歷年來的研究報告均顯示這是一個可以明顯改善病患症狀的手術方式。比起傳統的開放性鼻竇手術（翻嘴唇方

式），鼻竇內視鏡手術能恢復鼻竇黏膜功能，不僅大大降低病人在手術過程中的不適，長期預後也大致令人滿意。不同於其他外科手術強調病灶必須盡量切除乾淨，鼻竇內視鏡手術強調以最小的傷口來導引疾病復原，藉由鼻竇黏膜功能的恢復來改善疾病。術後復原過程是一系列複雜的病理變化，短則6個月，長則數年，所以完善的術後照護與治療關係到此項手術能否獲得良好成效。

慢性鼻竇炎在做過鼻竇內視鏡手術後，仍有少數會復發，**病患體質、手術技術與術後追蹤治療，都是影響預後的常見原因。**

「體質因素」包括病患是否有吸菸習慣或常吸二手菸、氣喘、過敏性疾病、ASA Triad（對阿斯匹靈過敏）、術前長期使用全身性類固醇、鼻息肉、黴菌性鼻竇炎、解剖異常及再發性手術等；「手術技術因素」常見者如切除不完整、過度傷害黏膜、過度移除骨架；「術後追蹤治療因素」包括術後無法定期追蹤或追蹤不足、藥物治療不足、沒有及早排除傷口沾黏等。

功能性內視鏡鼻竇手術目前已是慢性鼻竇炎手術的首選，不過對於功能性內視鏡鼻竇手術後的照顧沒有一致標準，一般是由手術醫師依病患病情來決定，術後局部治療對手術成功與否扮演很重要的角色。術後的局部治療包括清除鼻腔的結痂與分泌物及分離鼻腔內的黏連，常於內視鏡下操作，許多醫師也會建議病患術後同時進行鼻腔沖洗。

鼻腔沖洗：能加速痊癒

使用鼻腔沖洗來治療鼻腔及鼻竇疾病已有百餘年的歷史，絕大多數的鼻竇及鼻部疾病都可使用鼻腔沖洗作為輔助性的治療，包括過敏性或非過敏性鼻炎、鼻竇炎、鼻中隔穿孔或頭頸腫瘤放射治療後的鼻腔結痂，以及鼻部手術後的護理。根據報告，**鼻竇炎病人使用鼻腔沖洗約有70%的症狀會得到改善**。鼻腔沖洗可改善鼻腔的黏液纖毛清除功能，幫忙鼻腔分泌物的排泄，減少分泌物對竇口鼻道複合體造成的機械性阻塞及對鼻腔黏膜引起的炎症反應，因此能加速痊癒。鼻腔沖洗有許多種不同的方式，雖然一些報告開始比較這些方法的好壞，但一般而言，以讓病患在使用上能覺得舒服、方便並能持續進行沖洗為原則。

多年來，鼻腔沖洗液一直是使用生理食鹽水，高張力的食鹽水被認為可以降低組織的腫脹，因此有學者建議以它來沖洗鼻腔。鼻腔沖洗方式也有許多不同的選擇，最方便的是用雙手將沖洗液捧至鼻子前由鼻孔吸入，或用鼻滴器、針筒、橡皮球將沖洗液注入鼻腔，亦有由洗牙機衍生的沖洗器如脈動式的沖洗器。雖然臨床上沒有明確的差異，不過有些研究顯示使用正壓的沖洗器，沖洗液較易穿透進入鼻竇中。

嚴重併發症：眼眶及顱內感染

鼻竇炎如果沒有適當的治療，可能會產生局部併發症，甚或波及眼眶或顱內。**眼眶併發症相當常見**，因為眼眶大部分被鼻竇所環繞，其骨壁薄又常有先天裂痕，加上鼻竇與眼眶間原本就有血管神經的天然通道，使得發炎物質可直接由鼻竇黏膜擴散至眼眶。由於鼻竇的靜脈回流也是流入眼眶，其靜脈無瓣阻隔，因此靜脈炎亦可由鼻部擴散至眼眶甚至顱內。鼻竇炎的眼眶併發症於兒童較為常見，尤以男孩較多。**鼻竇炎也可能引起視神經炎，常造成急性視力喪失、眼睛疼痛、瞳孔反射降低等症狀。**

少部分病人會有局部併發症如骨炎及骨髓炎，如果額竇內壁有缺損，骨髓炎會引發顱內膿瘍。腦膜炎是最常見的顱內併發症，多因蝶竇炎或篩竇炎引起；**腦膿瘍與腦膜炎同為常見的顱內併發症，腦膿瘍的死亡率高達40%以上，倖存者常會併發癲癇**。硬腦膜外膿瘍多起因於額竇炎，好發於青春期男孩，症狀與額竇炎相類似；硬腦膜下膿瘍也是額竇炎感染可能的併發症。

鼻竇炎是常見的臨床疾病，涵蓋所有年齡層，症狀多樣卻不具特異性，容易與感冒、鼻炎或其他上呼吸道疾病混淆，早期診斷並接受正確治療才能避免併發症及日後接受手術的可能性。🌿