

常見鼻部疾病之治療——淺談鼻炎與鼻竇炎

台北慈濟醫院 耳鼻喉科 黃同村

前言

鼻腔是空氣進入人體的第一站，也是呼吸道的第一道防線，具有嗅覺、呼吸調節（調節氣流量、空氣溫度與濕度）及保護呼吸道等功能。鼻竇為一群位於鼻腔周圍顱骨內充滿空氣的空腔，有狹窄通道連接鼻腔，它們是發聲的共鳴腔，也幫助鼻腔調節吸入空氣的溫度與濕度。鼻腔及鼻竇受到各種不同過敏原、致病菌或環境的刺激，可能產生發炎的症狀，導致鼻炎與鼻竇炎。鼻炎與鼻竇炎在臺灣是很常見的疾病，在此簡單介紹其臨床表現、診斷與治療原則。

鼻炎

當鼻腔黏膜因各種因素受損發炎，導致鼻塞、流鼻水、打噴嚏和鼻癢等鼻部症狀，稱之為鼻炎¹。鼻炎的分類相當分歧，臨床上最常以致病機轉之不同區分為過敏性鼻炎（allergic rhinitis）及非過敏性鼻炎（non-allergic rhinitis）兩大類。

一、過敏性鼻炎

過敏性鼻炎是鼻腔對一些外來物質的刺激產生過度異常反應，使鼻腔處於持續性慢性發炎狀態。這些引起鼻腔異常反應的物質，稱為過敏原（allergen）。當過敏原與人體內特異性IgE 抗體結合，促使肥大細胞釋放組織胺（histamine）等發炎物質，刺激感覺神經末梢、造成鼻黏膜的血管擴張與通透性升高、黏液分泌增加，也導致大量的發炎細胞湧入鼻黏膜中。過敏性鼻炎的形成，與基因及環境因素

皆有關係。台灣氣候潮濕、空氣污染嚴重，根據統計過敏性鼻炎的盛行率高達20-30%。

過敏性鼻炎常見症狀包括打噴嚏、流鼻水、鼻塞、鼻癢、眼睛癢及喉嚨癢等症狀，少數病患會伴隨頭痛、嗅覺降低或喪失、及鼻出血等症狀，影響情緒、睡眠、求學或工作，造成注意力降低，影響生活品質。鼻塞的病患會張口呼吸，容易產生口乾、咽喉炎或呼吸道感染，若是小孩長期張口呼吸，可能影響臉部發育。另外，嚴重過敏性鼻炎患者，可能伴隨鼻竇炎、鼻息肉、中耳炎、氣喘及睡眠呼吸中止等合併症（comorbidity）或併發症。

大部分過敏性鼻炎病患藉由症狀及理學檢查即可診斷，利用抽血檢查測定特定的IgE，可確定過敏原種類。在台灣，常見的過敏原包括塵蟎、蟑螂、貓狗等動物皮毛、黴菌及花粉等物質。

過敏性鼻炎的治療，包括避開過敏原、藥物治療、減敏治療及手術^{2,3}。確認過敏原進而避免或減少過敏原的暴露，仍是治療過敏性鼻炎的第一道防護。藥物治療是目前過敏性鼻炎最主要的治療方式，能快速緩解過敏性鼻炎患者的症狀，改善生活品質及減少併發症發生。少數病患因症狀嚴重，需長期仰賴藥物控制症狀。目前最常用來治療過敏性鼻炎的藥物包括抗組織胺（口服或鼻噴劑）及類固醇鼻噴劑，應視病患症狀及嚴重度來選擇藥物種類，長期使用很少產生明顯副作用。針對以鼻塞症狀為主的患者，可以考慮加上口服血管收縮劑，但必

須注意興奮、心悸、高血壓、失眠、解尿困難等副作用。血管收縮劑鼻噴劑效果直接且可立即改善鼻塞，但不宜使用超過5天。針對伴有鼻中膈彎曲、慢性鼻竇炎、鼻息肉或下鼻甲肥厚對藥物反應不佳者，可以藉由手術改善症狀。在這裡必須強調，手術及藥物並不能根治過敏性鼻炎。減敏治療是針對特定過敏原，以皮下注射或舌下給與的方式漸進的讓身體接受並減低對該過敏原之反應，持續2-3年，可明顯降低症狀與減少對藥物的需求，並有機會改變過敏性疾病的自然病程。

下鼻甲是過敏原進入鼻腔的第一個接觸點，也是過敏性鼻炎患者發炎反應發生的主要位置，所以過敏性鼻炎經常導致下鼻甲肥厚，引起鼻塞的症狀⁴。當藥物療法不能改善下鼻甲肥厚所造成的鼻塞症狀時，耳鼻喉科醫師會藉著下鼻甲手術來改善症狀。此手術主要目的是改善鼻塞，但隨著下鼻甲體積的減少，內部的發炎組織及腺體也會減少，所以流鼻水及打噴嚏等症狀也會改善⁵。關於下鼻甲的手術方式，至今有許多方法被提出，如冷凍療法、黏膜下電燒法、雷射療法、無線射頻、微型吸絞器下鼻甲成形術、部分下鼻甲切除術及黏膜下下鼻甲切除術。然而，對於下鼻甲最適當的手術方式，至今仍無共識。在保留鼻腔功能的原則下，理想的下鼻甲手術，應是保存鼻黏膜表面完整、縮減黏膜下組織來改善病人的呼吸狀況，並且不會有手術併發症發生⁶。手術治療方式的選擇，應依病人之症狀、需求以及鼻腔構造來決定。

二、非過敏性鼻炎

非過敏反應機轉引起之鼻炎統稱為非過敏性鼻炎，原因包括感染、藥物、職業、賀爾蒙等，有時會被臨床醫師忽略。根據其病因不同，分成許多類型。感染性鼻炎以外的這些非過敏性鼻炎較常發生在20歲以後，主要症狀是鼻塞、流鼻水或鼻涕倒流，較少有鼻子癢⁷。以下針對職業性鼻炎、藥物性鼻炎以及荷爾蒙鼻炎作簡單介紹。

1. 職業性鼻炎 (Occupational rhinitis)

因為暴露於工作場所空氣中的刺激物或是毒性物質所引起，包括香菸、化學物品等，這些物質直接刺激或損傷鼻腔黏膜，而非經由免疫機轉。

2. 藥物性鼻炎 (Drug induced rhinitis)

許多藥物的使用也會引起鼻炎產生，其機轉可能是透過局部發炎、對神經或血管系統的作用，進而引起鼻部症狀。臨床上常用的高血壓藥物、荷爾蒙藥物、精神治療藥物、非類固醇類消炎藥 (NSAID) 皆可能引起藥物性鼻炎。針對慢性鼻部症狀求診之病患，必須仔細詢問其用藥史，才能正確診斷。

3. 荷爾蒙鼻炎 (Hormonal rhinitis)

體內荷爾蒙失調也會導致鼻炎，最常見的就是懷孕期鼻炎 (pregnancy rhinitis)。懷孕期會造成女性荷爾蒙升高，影響鼻腔功能，導致鼻塞，尤其是懷孕後期更明顯，生產後症狀即消失。青春期或月經週期的荷爾蒙變化、甲狀腺功能低下等也會導致鼻炎症狀產生。

鼻竇炎

鼻竇炎是指鼻竇的黏膜發炎，依照其症狀的時間長短可分為急性（小於4周）、亞急性（4至12周）與慢性（超過12周）鼻竇炎。鼻竇炎可能發生於單側或雙側，一個鼻竇或多個鼻竇同時發生。當上呼吸道感染時，病毒或細菌可由鼻腔侵入鼻竇中，是最常造成鼻竇炎的原因。另外，上顎牙根發炎時，細菌亦可沿牙根侵入上頤竇造成鼻竇發炎，這種情況特別稱為齒源性鼻竇炎。過敏原的刺激、鼻息肉、鼻中膈過度彎曲或其他鼻腔構造異常、鼻內異物等，也可能造成鼻竇的開口阻塞，進一步引發鼻竇炎。

鼻竇炎的臨床症狀依感染的鼻竇部位及發炎嚴重度有所不同，典型症狀包括發燒、顏面疼痛或腫脹感、鼻塞、膿鼻涕或鼻涕倒流、嗅覺降低或喪失等。部分鼻竇炎患者會伴隨頭痛、咳嗽、耳部悶塞感、口鼻惡臭、牙齒痛等症狀。一般而言，慢性鼻竇炎較少會有發燒的現象。臨床上遇到慢性咳嗽或頭痛患者找不到明顯病因者，都應該轉介至耳鼻喉科來進一步確認有無鼻竇炎的可能。鼻竇炎雖然很少危及生命，但長期不適會影響學習、工作和生活；若症狀持續未有效處理，可能併發中耳積水及聽力喪失。嚴重鼻竇炎患者甚至可能侵犯視神經、眼球或腦部，導致視神經發炎、眼窩蜂窩性組織炎或膿瘍、腦部感染等併發症；所幸目前因為醫療的普及，這樣嚴重的併發症並不常見。

鼻竇炎的診斷，是先根據病患的臨床症

狀及病史，配合鼻鏡或內視鏡檢查做判斷，必要時可以安排X光或電腦斷層掃描確認。針對可以取得膿液之病患，可以進行細菌培養以提供抗生素使用之指引。急性鼻竇炎可分為急性細菌性鼻竇炎和急性病毒性鼻竇炎。急性細菌性鼻竇炎常見的致病菌為肺炎鏈球菌（*Streptococcus pneumoniae*）、流行性感嗜血桿菌（*Haemophilus influenzae*）、及卡他莫拉菌（*Moraxella catarrhalis*）⁸。

鼻竇炎的治療選擇主要包括藥物治療、手術治療以及鼻腔沖洗。因感冒所引起的急性病毒性鼻竇炎大多在7到10天內痊癒，治療方式主要為症狀療法，如給予非類固醇類消炎藥來達到解熱鎮痛之目的、類固醇鼻噴劑抗發炎去水腫、血管收縮劑使鼻黏膜收縮及暢通鼻道。對於症狀嚴重或超過十天未改善的病患，尤其是有黃稠鼻涕者，多為急性細菌性鼻竇炎，除了給予上述藥物外，會加上適當的抗生素，效果通常良好。如果沒有及時治療轉變成慢性鼻竇炎，雖然可以先嘗試藥物控制，但是效果較差。對於藥物治療無效或出現併發症的鼻竇炎患者，尤其是合併明顯鼻解剖構造異常或者巨大鼻息肉者，就需考慮手術治療。

現今鼻竇炎手術以功能性內視鏡鼻竇手術（functional endoscopic sinus surgery，簡稱FESS）為主，其作法是在鼻竇內視鏡視野下移除病變及阻塞鼻竇開口的黏膜或鼻息肉，將鼻竇的開口加以擴大，進一步吸除鼻竇內沉積的膿鼻涕，並將其內之病變黏膜移除乾淨，以利健康的鼻黏膜組織再生。利用內視鏡來進行

手術，不會在臉上或上唇下方進行切口，術後臉頰不會麻木或腫脹，術後疼痛感較少且病患舒適度高、恢復快、效果相當良好⁹。針對困難案例，可以利用手術導航系統（surgical navigation system）協助手術的進行。手術後，病患仍需自我鼻腔沖洗以及定期回診接受內視鏡局部治療，鼻竇才會逐漸恢復正常功能。

結語

雖然鼻炎與鼻竇炎的症狀大多不會危及生命，但常常造成工作效率、社交活動、睡眠品質或學校學習上極大的影響，甚至可能導致其他合併症或併發症產生。在面對鼻部症狀患者時，必須仔細詢問病史（包括工作和用藥史等）和理學檢查，必要時輔以內視鏡、鼻竇影像學檢查以及實驗室檢查，正確的找出病因並且給予病患適當的治療，減少併發症的發生。相關科別醫師應精準瞭解鼻炎與鼻竇炎的致病原因，熟悉各種治療方式，才能提供病患最適當的個別化醫療並帶來最大的福祉。

參考文獻

1. International Rhinitis Management Working Group: International consensus report on the diagnosis and management of rhinitis. *Allergy* 1994; 49(19 Suppl): 1-34.
2. Brozek JL, Bousquet J, Baena-Cagnani CE, et al: Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma (ARIA) guidelines: 2010 revision. *J Allergy Clin Immunol* 2010; 126: 466-76.
3. Wheatley LM, Togias A: Clinical practice. Allergic rhinitis. *N Engl J Med* 2015; 372: 456-63.
4. Willatt D: The evidence for reducing inferior turbinates. *Rhinology* 2009; 47: 227-36.
5. Mori S, Fujieda S, Igarashi M, et al: Submucous turbinectomy decreases not only nasal stiffness but also sneezing and rhinorrhea in patients with perennial allergic rhinitis. *Clin Exp Allergy* 1999; 29: 1542-8.
6. Chhabra N, Houser SM: The surgical management of allergic rhinitis. *Otolaryngol Clin North Am* 2011; 44: 779-95.
7. Greiwe J, Bernstein JA: Nonallergic Rhinitis: Diagnosis. *Immunol Allergy Clin North Am* 2016; 36: 289-303.
8. Fokkens WJ, Lund VJ, Mullol J, et al: European Position Paper on Rhinosinusitis and Nasal Polyps 2012. *Rhinol Suppl* 2012: 1-298.
9. Poetker DM, Smith TL: Adult chronic rhinosinusitis: surgical outcomes and the role of endoscopic sinus surgery. *Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg* 2007; 15: 6-9.

