

# 慢性鼻竇炎的藥物治療

文：林口長庚 傅嘉祥醫師

圖：高醫附醫 孫宜緯醫師



慢性鼻竇炎成因複雜，除了已有併發症或是明顯巨大的鼻息肉產生，需先考慮手術治療之外，慢性鼻竇炎可先進行藥物治療。藥物治療的選擇依醫師臨床的判斷，可根據基因型來做選擇；目前的藥物治療選擇如下列敘述。

## 1. 抗生素

包括短期口服抗生素、長期口服抗生素、局部使用抗生素等。

- ① 短期口服抗生素定義為 4 週以內的治療。少數的研究報導可能降低急性發作時的症狀，但目前無強力證據肯定使用短期口服抗生素對於慢性鼻竇炎的治療有助益。目前也無證據證明鼻竇手術後使用短期口服抗生素，與使用鼻用類固醇比較後有明顯優勢；而此治療引起的腸胃道不適的副作用則經常被報導。
- ② 長期口服抗生素定義為 4 週以上的治療。有部分研究報導在血液中免疫球蛋白 E 較低的病患，使用 12 週的巨環內酯 (macrolides) 類抗生素，可改善症狀分數。但整體來說無明顯優勢，加上巨環內酯的使用可能帶來的腸胃道及心血管的副作用，在無強力證據的情形下，需再三考慮。
- ③ 鼻腔內局部使用抗生素，與安慰劑對照組比較，目前研究無明顯優勢。使用莫匹羅星 (mupirocin) 做鼻腔沖洗，與口服抗生素相比，有較佳的殺菌效果，以及症狀分數及內視鏡評估分數的進步。

## 2. 鼻用類固醇噴劑

對於症狀分數、內視鏡評估分數、鼻息肉的大小等，均有明顯的進步；而鼻竇手術後使用鼻用類固醇噴劑，也能有效降低鼻息肉復發的機率。至於使用的時間及療程，須根據病患不同的病況作評估。

## 3. 口服類固醇

使用短期口服類固醇，對於症狀分數、鼻息肉的大小具有明顯的進步，且效果能維持數個月；雖然證據未顯示短期使用會明顯增加副作用，使用時仍須注意禁忌症。長期使用則不建議。

## 4. 鼻腔沖洗

具有物理性質療效，如清除黏液及痂皮，增進纖毛功能，清除過敏原、生物膜及發炎物質，改善黏液清除功能等。目前較多證據顯示使用等張生理食鹽水或乳酸林格氏液 (Ringer's lactate) 對於慢性鼻竇炎具有正面的療效。而添加物如木糖醇 (xylitol，用於食品加工的甜味劑，具抗菌及增進自體免疫功能)、玻尿酸鈉 (sodium hyaluronate，存於人體結締組織細胞外間質)、木葡聚糖 (xyloglucan，半纖維素，可降低細菌附著)，可能有正面幫助，其餘添加物則不建議。

## 5. 生物製劑

近幾年來精準醫療的精神，全世界研究對於生物製劑的治療逐漸重視。台灣目前已通過三種可用於治療慢性鼻竇炎合併鼻息肉的生物製劑，包括抗免疫球蛋白 E (anti-IgE, Omalizumab)、抗介白素 -4/13 (anti-IL-4/13, Dupilumab)、抗介白素 -5 (anti-IL-5, mepolizumab) 等。目前證據對屬於第二型發炎的難治性鼻竇炎，包括症狀分數、嗅覺功能、鼻息肉大小等，具有明顯的治療效果。因為需要長期治療且價格昂貴，目前台灣健保並未給付。台灣鼻科醫學會根據國際指引的建議，已制定出使用的生物製劑指引，需由專業醫師評估，包括成年人 (滿 18 歲)、且病況為雙側慢性鼻竇炎合併鼻息肉，並至少經過 1 次完整的手術治療者 (或是因手術禁忌症不適合手術者)，雙側內視鏡鼻息肉評分在 4 分以上，可進行適應症評估。若為無鼻息肉的慢性鼻竇炎或為單側鼻息肉，則不建議使用。另外，據生物製劑使用指引，下列 5 項條件中有符合 3 點以上的患者，則建議考慮生物製劑介入。

- ① 第二型發炎體質者：當患者血液的嗜酸性球 150 顆以上 (每微升)，或組織內的嗜酸性球 10 顆以上 (每高倍鏡視野)，或 E 型血液免疫球蛋白 100 單位以上 (每毫升)。
- ② 先前接受過 1 年 2 次以上的口服類固醇療程，或不適合類固醇治療者。
- ③ 鼻竇炎評估量表 (SNOT-22) 評估，症狀分數 40 分以上 (滿分為 110 分)。
- ④ 嗅覺評估為嗅覺減退。
- ⑤ 本身有合併共病，例如需常規使用吸入性類固醇的氣喘、或是阿斯匹靈或非類固醇止痛藥 (NSAID) 加重型呼吸道疾病。