专家共识

儿童急性鼻窦炎中西医诊治与疗效评价专家共识

胡思源， 谷庆隆， 王雪峰， 谯凤英， 马融， 刘大新， 蔡秋晗， 陈燕

作者单位:300381 天津,天津中医药大学第一附属医院/中医国家临床医学研究中心(胡思源,谯凤英,马融,蔡秋晗,陈燕);100020 北京,首都医科大学附属首都儿童医学中心(谷庆隆);110032 沈阳,辽宁中医药大学附属医院(王雪峰);100078 北京,北京中医药大学东方医院(刘大新)

作者简介:胡思源(1963-),男,医学博士,主任医师。研究方向:儿童中药临床评价及方法学研究

通信作者:胡思源,E-mail:husiyuan1963@sina. com

【摘要】为明确儿童急性鼻窦炎的中西医结合诊治和临床评价方法,制订该共识。制订方法采用兰德公司/加州大学洛杉矶分校(RAND/UCLA)适宜性方法,包括两轮专家调查问卷与一次面对面专家讨论会。主要内容包括范围、术语和定义、概述、西医诊断、中医辨证、中西医治疗、疗效评价与安全性评价等。该共识的制订将为儿童急性鼻窦炎的临床规范诊断与治疗提供借鉴,为开展高质量临床研究提供方法学支持,并促进儿童中药新药的研发转化。

【关键词】 急性鼻窦炎； 中西医诊治； 疗效评价； 共识； 儿童

doi:10. 20274/j. cnki. issn. 1674-3865. 2026. 05. 001

【中图分类号】 R725. 6 【文献标志码】 A 【文章编号】 1674-3865(2026)05-0369-07

Expert consensus on the diagnosis, treatment and efficacy evaluation of pediatric acute rhinosinusitis in integrated traditional Chinese and Western medicine

HU Siyuan[1], GU Qinglong[2], WANG Xuefeng[3], QIAO Fengying[1], MA Rong[1], LIU Daxin[4], CAI Qiuhan[1], CHEN Yan[1]

[1]First Teaching Hospital of Tianjin University of Traditional Chinese Medicine,National Clinical Research Center for Chinese Medicine ,Tianjin 300381 ,China ;[2]Capital Children's Medical Center, Capital Medical University ,Beijing 100020,China;[3]Affiliated Hospital of Liaoning University of Traditional Chinese Medicine ,Shenyang 110032,China; [4]Dongfang Hospital ,Beijing University of Chinese Medicine ,Beijing 100078 ,China

Corresponding author: HU Siyuan, E-mail:husiyuan1963@sina. com

【**Abstract**】 The consensus has been developed to clarify the integrated traditional Chinese and Western medicine approach to the diagnosis, treatment, and clinical evaluation of pediatric acute rhinosinusitis. The development methods of the consensus included the RAND/UCLA Appropriateness Method, which comprised two rounds of expert questionnaire surveys and one face-to-face expert panel discussion. The main content covers scope, terms and definitions, overview, Western medicine diagnosis, traditional Chinese medicine syndrome differentiation, integrated Chinese and Western treatment, and assessments of therapeutic efficacy and safety. The consensus is intended to provide a practical reference for standardized clinical diagnosis and treatment of pediatric acute rhinosinusitis, offer methodological support for high-quality clinical research, and promote the translation and development of novel Chinese herbal medicines for children.

【**Keywords**】 Acute rhinosinusitis; Integrated traditional Chinese and Western medicine diagnosis and treatment; Efficacy evaluation; Consensus; Child

急性鼻窦炎是儿童和青少年常见疾病,迄今对于西医诊断及分类的认识尚未完全统一,缺少具有儿童特色的中医辨证论治规范,临床常用的中西医结合治疗原则有待达成共识,具有中医药特色的临床评价方法也未建立。为此,《中国中西医结合儿科学》编辑部、天津中医药大学第一附属医院、首都医科大学附属首都儿童医学中心等单位联合组织国内相关领域专家共同制订本共识,期望能为儿童急性鼻窦炎(pediatric acute rhinosinusitis,PARS)的临床诊疗提供借鉴,并为开展高质量临床研究提供方法学支持,促进儿童中药新药的研发转化。

该共识已在国际实践指南注册与透明化平台

注册(注册号:PREPARE-2026CN2252)。

1 制订方法

该共识采用文献调研法和兰德公司/加州大学洛杉矶分校适宜性方法(RAND/UCLA appropriateness method, RAM)[1]制订。RAM在改良德尔菲法基础上,结合最佳证据与专家判断,通过多轮评分与讨论确定干预措施在特定临床情境下的适宜性。

1.1 共识问题形成

在共识制订的初始阶段,通过文献调研与核心专家组内研讨,结合PICO原则即研究对象(population, P)、干预措施(intervention, I)、对照措施(comparison, C)和结局指标(outcome, O),初步确定待讨论的临床与评价问题。工作组据此完成证据整合,形成临床问题与共识初稿。

1.2 文献检索策略

检索PubMed、Web of Science、Cochrane Library、EMbase、中国知网(CNKI)、维普数据库(VIP)、万方数据知识服务平台(Wanfang)和中国生物医学文献数据库(SinoMed),采用主题词与关键词结合的方式,中文检索词为"急性鼻窦炎""儿童"等,英文检索词为"acute rhinosinusitis""children"等。检索时限自建库至2026年5月1日。

1.3 问卷调查

专家组先后完成两轮匿名问卷调查。第一轮问卷在讨论会前发放,每位专家针对共识问题及讨论初稿独立评判并反馈意见;第二轮问卷于讨论会后进行,现场集体讨论后对稿件进行修订,专家就修订稿再次投票表决,形成最终共识。

1.4 专家讨论会

基于第一轮问卷的反馈结果,召开专家组面对面讨论会。与会专家围绕共识问题及讨论初稿依次发表专业见解,并对存在分歧的内容进行深入研讨与评议。

1.5 推广与更新

本共识发布后,拟通过学术会议、期刊、培训及发布会等多种渠道进行推广与实施,并根据研究进展适时更新。

2 范围

本文件明确了PARS诊断、辨证、中西医治疗与疗效评价内容。

本文件适用于各级中医、中西医结合儿科和耳鼻喉科医师,特别是临床科研人员,开展3~18岁PARS患儿的临床诊治与疗效评价工作。

3 规范性引用文件

GB/T 1.1—2020《标准化工作导则 第1部分:标准化文件的结构和起草规则》;GB/T 16751.2—2021《中医临床诊疗术语 第2部分:证候》;GB/T 16751.3—2023《中医临床诊疗术语 第3部分:治法》;GB/T 7714—2025《信息与文献 参考文献著录规则》;ZY/T 001.6—1994《中医耳鼻喉科病证诊断疗效标准》;国际疾病分类标准编码[ICD-11](2026年1月,世界卫生组织)。

4 术语和定义

下列术语和定义适用于本文件。

4.1 儿童鼻窦炎(pediatric rhinosinusitis, Ped RS)

即鼻腔和鼻窦的急性或慢性炎症,又称鼻-鼻窦炎。临床定义为出现两种或两种以上症状,其中1种需为鼻塞或流涕[前和(或)后鼻滴漏],其他症状包括面部疼痛和(或)肿胀感、咳嗽,且具备内镜或CT中的1个:(1)内镜表现为鼻息肉、主要来源于中鼻道的黏脓性分泌物和(或)主要来源于中鼻道的水肿和(或)黏膜阻塞;(2)CT改变为窦口鼻道复合体和(或)鼻窦内的黏膜改变[2]。

4.2 PARS

指由病毒、细菌等病原微生物引起的鼻腔和鼻窦黏膜的急性炎症,也称急性感染性鼻-鼻窦炎。定义为突然出现鼻塞、鼻分泌物颜色改变、咳嗽(白天和夜间)中的两种或两种以上症状(前两项至少具备其一),症状持续时间<12周[2-3]。

本文件定义的PARS,不包括急性病毒性鼻窦炎(acute viral rhinosinusitis, AVRS),相当于美国儿科学会《1~18岁儿童急性细菌性鼻窦炎诊断与管理的临床实践指南》(AAP—2013)[4]的"急性细菌性鼻窦炎"或《欧洲鼻窦炎和鼻息肉意见书》(EPOS—2020)[2]的"急性病毒感染后鼻窦炎和急性细菌性鼻窦炎"。

5 概述

PARS大多继发于病毒性上呼吸道感染(upper respiratory tract infection, URTI),病程较长,症状明显,可伴随嗅觉障碍、急性中耳炎、听力下降、行为异常,易对患儿情绪调节、注意力以及生活质量等产生显著影响。本病具有自限性,总体预后良好,但严重时可出现眶内及颅内并发症[2,5-8]。

鼻窦的发育,上颌窦与筛窦出生时即存在,但3岁后气化充分;蝶窦、额窦分别在5岁、7~8岁时逐渐成形,各鼻窦直至青春期才完全成熟,加之儿童免

疫功能发育尚未完善，鼻窦炎高发于3～8岁。由于窦口位置与窦腔结构的差异，各鼻窦的引流条件存在差别，上颌窦最易发生炎症，筛窦次之，后组鼻窦炎症的发生率相对较低[9-12]。据相关指南，0.5%～2%的上呼吸道感染患儿并发PARS[2,11]，但一项纳入236例4～7岁儿童的前瞻性队列研究结果显示，这一比例高达8.8%[12]。

引起PARS的主要病因为各种病原微生物感染，主要致病菌有肺炎链球菌、流感嗜血杆菌、卡他莫拉菌等；常见病毒包括鼻病毒、冠状病毒、呼吸道合胞病毒、副流感病毒和腺病毒等。其发病还与变态反应、环境暴露、牙源性感染、纤毛功能障碍等因素相关[2,10-11]。

鼻窦炎，中医学称为“鼻渊”“脑漏”等。《素问·气厥论》指出：“胆移热于脑，则辛頞鼻渊。鼻渊者，浊涕下不止也。”[13]《本草纲目》指出：“鼻渊流浊涕，是脑受风热。”[14]《景岳全书》指出：“鼻渊证……又名为脑漏。此证多因酒醴肥甘，或久用热物，或火由寒郁，以致湿热上熏，津汁溶溢而下，离经腐败，有作臭者，有大臭不堪闻者。”[15]可见外感风热或风寒侵袭郁而化热，或胆经郁热，或湿热上熏，均可导致鼻渊。小儿阳常有余，外感风热或风寒侵袭于肺，郁而化热，肺经郁热，犯及鼻窍；小儿肝常有余，胆腑郁热，循经上扰，移热于脑，蒸灼鼻窍；小儿脾常不足，湿热内生，困阻脾胃，运化失常，循经上熏，蒙蔽鼻窍[16]。上述原因，均可导致鼻窍失宣，涕液停聚、化腐成脓，而病发鼻渊。临床常见肺经风热、胆腑郁热、脾胃湿热等证候。

6　西医诊断

建议选择EPOS—2020分类诊断或AAP—2013诊断模式。

6.1　PARS EPOS—2020分类诊断与严重程度评估[2]

（1）PARS分类诊断：符合EPOS—2020 PARS的定义，即可诊断。

①AVRS：即普通感冒，症状持续时间≤10 d；

②急性病毒感染后鼻窦炎（acute post-viral rhinosinusitis，APRS）：普通感冒5 d后症状加重（≥5 d），或10 d后症状持续（>10 d），但病程<12周；

③急性细菌性鼻窦炎（acute bacterial rhinosinusitis，ABRS）：在分泌物颜色改变、严重的局部疼痛、发热>38 ℃、C反应蛋白或红细胞沉降率升高、症状加重5项中，至少满足3项。需注意，许多ABRS为单侧发病。

（2）PARS严重程度评估：基于视觉模拟量表评分（visual analogue scale，VAS评分）：0～10分（无困扰至最严重困扰）。将PARS症状严重程度分为：轻微，即VAS 0～3分；中度，即VAS>3～7分；严重，即VAS>7～10分。

6.2　儿童ABRS的AAP—2013诊断模式[4]

当患有急性URTI的儿童出现以下任一情况时，即可诊断。

（1）持续不愈（persistent course）：任何性质的鼻分泌物或日间咳嗽，或两者兼有，持续超过10 d无改善；

（2）病情恶化（a worsening course）：在初期改善后，出现鼻分泌物、日间咳嗽或发热的加重或新发；

（3）严重起病（severe onset）：连续至少3 d同时出现发热（体温≥39 ℃）和脓性鼻分泌物。

6.3　鉴别诊断

PARS主要应与以下疾病鉴别。

（1）URTI：自限性病毒性URTI或普通感冒的流涕、鼻塞症状，与APRS重叠，且很可能存在鼻窦黏膜的自限性受累，即AVRS。大多数APRS都是从病毒性URTI开始的，但症状持续时间超过10 d，或在5 d后症状加重，而鼻病毒感染所致的普通感冒，一般在3 d内达到症状峰值[2]。

（2）慢性鼻窦炎（chronic rhinosinusitis，CRS）：指鼻腔和鼻窦的慢性炎症，鼻部症状持续时间>12周，症状未完全缓解，甚至加重。根据临床表现将其分为不伴鼻息肉和伴有鼻息肉的CRS两类[3,5]。

（3）变应性鼻炎（allergic rhinitis，AR）：亦称过敏性鼻炎，指特应性个体暴露于变应原（过敏原）后主要由免疫球蛋白E（immunoglobulin E，IgE）介导的鼻黏膜非感染性慢性炎性疾病，以鼻塞、流涕（非脓性）、鼻痒和喷嚏为典型症状。因AR症状与PARS相似，且AR是PARS的重要易感因素，两病常合并存在，需要分别明确诊断[17]。

（4）真菌性鼻窦炎（fungal rhinosinusitis，FRS）：指临床常见的一种特异性感染性疾病，常见的致病真菌是曲霉菌、念珠菌、鼻孢子菌、毛霉菌和申克孢子丝菌等。以病理学为依据，FRS的临床类型可分为非侵袭性与侵袭性。前者包括真菌球与变应性FRS，后者分为急性、慢性和肉芽肿性3种类型。本病多发生于免疫抑制患儿，FRS临床非常少见[2,9]。

（5）鼻腔异物（nasal foreign body）：通常表现为单侧鼻塞、流黏脓涕、鼻出血以及鼻腔臭味等，前鼻镜及鼻内镜检查可见鼻腔内异物。有外源性或内源性异物滞留史，鼻内镜下鼻窦开放及异物取出术有效。单侧鼻塞、脓涕症状与PARS相近，需通过鼻镜检查鉴别[9]。

7 中医辨证

参照《实用中医儿科学》[16]、中华中医药学会《中医耳鼻喉科常见病诊疗指南》[18]制订。

7.1 肺经风热证

主症：(1)鼻塞；(2)鼻涕量多，混浊。

次症：(1)鼻音重浊；(2)头痛；(3)咳嗽；(4)咳痰；(5)发热恶风；(6)汗出。

检查：鼻黏膜红肿，鼻甲肿大，中鼻道可见黏性或脓性分泌物。

舌脉指纹：舌边尖红，苔薄白或薄黄，脉浮数，指纹紫。

具备主症2项，次症至少3项，参考舌脉与检查，即可辨证。

7.2 胆腑郁热证

主症：(1)鼻塞；(2)鼻涕脓浊量多，色黄或黄绿，有腥臭味。

次症：(1)嗅觉减退；(2)头痛剧烈；(3)口苦；(4)咽干；(5)目眩；(6)急躁易怒。

检查：鼻甲充血、肿胀甚，中鼻道可见脓性分泌物。

舌脉指纹：舌红，苔黄或腻，脉弦，指纹紫。

具备主症2项，次症至少2项，参考舌脉与检查，即可辨证。

7.3 脾胃湿热证

主症：(1)持续性鼻塞；(2)鼻涕量多，黄浊。

次症：(1)倦怠乏力；(2)胸脘痞闷；(3)头昏闷或重胀；(4)纳呆；(5)小便黄赤。

检查：鼻甲肿胀充血，中鼻道可见大量黏性或脓性分泌物。

舌脉指纹：舌质红，苔黄腻，脉滑数，指纹紫。

具备主症2项，次症至少2项，参考舌脉与检查，即可辨证。

8 中西医结合治疗

8.1 中西医结合治疗原则

对于符合AAP—2013诊断模式的严重起病型或病情恶化型患儿，或者EPOS—2020定义的ABRS患儿，一般应以抗生素治疗为主，酌加中医药及西医基础局部治疗；对于符合AAP—2013诊断模式的持续不愈型患儿，或者EPOS—2020定义的APRS患儿，可以单独使用中医药治疗，或联合经验性使用抗生素及西医基础局部治疗。

8.2 西医治疗

应以药物治疗为主，包括针对主要病因的抗生素治疗及缓解症状的基础局部治疗等[3,5,7-8,19]。

8.2.1 抗生素治疗

目的是迅速消灭鼻腔和鼻窦中的细菌，预防并发症或迁延成CRS，可依据PARS不同分型与分类，采取相应策略。对于AAP—2013诊断模式的病情恶化型或严重起病型患儿，应立即启动抗生素治疗；持续不愈型患儿，可立即启动抗生素治疗，或门诊观察3 d，再决定是否启动抗生素治疗。对于EPOS—2020定义的ABRS患儿，也应立即启动抗生素治疗。

一线治疗首选阿莫西林-克拉维酸，每日剂量(按阿莫西林计算)30～45 mg/kg，每日2次，疗程至少10～14 d[3]。对于青霉素过敏或耐药者，可选用大环内酯类(如阿奇霉素)，或第二、三代头孢菌素(如头孢丙烯、头孢地尼)。

8.2.2 基础局部治疗

目的是促进鼻腔和鼻窦的通气引流，缓解临床症状。因缺少高质量证据，国外指南大多弱推荐/不推荐，但国内指南则明确为一线局部治疗[2-5,8-10]。

(1)鼻用糖皮质激素(intranasal corticosteroids，INCS)：具有抗炎、消除水肿作用，特别是对于较严重的PARS可缓解局部症状。用法为晨起鼻部喷药，疗程2～4周。此外，PARS合并AR、哮喘时，可按相关指南使用。

(2)鼻腔冲洗：使用生理盐水、高渗盐水或生理性海水冲洗鼻腔，可有效缓解鼻黏膜水肿，提高鼻黏膜纤毛活性，增加鼻腔分泌物清除速率，可以缓解临床症状，提高患儿生活质量。根据不同年龄患儿的依从性，可以选择冲洗、滴注或雾化的方式，可作为PARS的基础治疗措施使用。

8.2.3 其他治疗

(1)抗组胺药及白三烯受体拮抗剂：伴有AR者，可全身或鼻腔局部使用第二代抗组胺药物，以鼻用抗组胺药物为好，也可口服白三烯受体拮抗剂，疗程一般不少于2周。对于伴有哮喘的患者，首选口服白三烯受体拮抗剂。不推荐常规使用上述药物。

(2)黏液溶解促排剂：黏液促排剂可稀化呼吸道黏液并改善纤毛活性，国内推荐使用，疗程2～4周。

(3)鼻用减充血剂：急性严重的鼻塞者，可适当间断、短时间(7 d以内)使用低浓度鼻黏膜减充血剂，有利于改善鼻腔通气和引流，缓解症状。推荐使用0.5%麻黄碱滴鼻剂或盐酸羟甲唑啉鼻喷剂，禁止使用盐酸萘甲唑啉鼻喷剂。

8.3 中医治疗

小儿急性鼻渊的中医药治疗，总以清除浊涕、宣通鼻窍为基本治则。根据不同的辨证类型，分别加用疏风清热、清泄胆热、清热利湿等治法[16,18]。

8.3.1　肺经风热证

治法：疏风清热，宣肺通窍。

方药：辛夷清肺饮（《医宗金鉴》）合苍耳子散（《济生方》）加减。常用辛夷、生石膏、知母、炒栀子、黄芩、枇杷叶、升麻、百合、麦冬、生甘草、苍耳子、白芷、薄荷。

加减：发热，加柴胡；头痛者，加川芎；咳嗽咳痰，加浙贝母、瓜蒌。

推荐中成药：鼻渊通窍颗粒[20]。

8.3.2　胆腑郁热证

治法：清泄胆热，利湿通窍。

方药：龙胆泻肝汤（《医方集解》）合苍耳子散（《济生方》）加减。常用龙胆草、栀子、黄芩、柴胡、生地黄、泽泻、川木通、车前子、当归、甘草、苍耳子、白芷、薄荷、辛夷。

加减：口干渴，加天花粉、芦根；心烦，加黄连、莲子心、竹叶心；大便干燥，加决明子、芒硝。

推荐中成药：鼻渊舒口服液[21]。

8.3.3　脾胃湿热证

治法：清热利湿，化浊通窍。

方药：甘露消毒丹（《温热经纬》）合苍耳子散（《济生方》）加减。常用白豆蔻、藿香、绵茵陈、滑石、川木通、石菖蒲、黄芩、川贝母、射干、薄荷、连翘、苍耳子、白芷、辛夷。

加减：头痛，加川芎；纳呆，加焦三仙；大便稀溏，加炒白术、炒神曲。

推荐中成药：鼻窦炎口服液[22-23]。

9　疗效评价

9.1　临床定位

中医药治疗PARS的临床定位，主要是改善症状及缩短病程。

9.2　试验人群

因儿童ABRS的发病率偏低，一般选择EPOS—2020定义的APRS，或者AAP—2013诊断模式的持续不愈型和（或）病情恶化型的3～13岁患儿，作为试验人群。

9.3　总体设计

（1）因本病大多病程自限，且抗生素治疗获益小，可先观察等待。PARS中药临床试验，可采用安慰剂对照。考虑到中药安慰剂模拟制作的困难，可采用极低剂量试验药（5%～10%剂量）对照，以替代安慰剂。同时，因多数指南[3-4,11]推荐经验性应用抗生素治疗，为保护儿童试验参与者，也可以采用以抗生素为基础治疗的加载或联合试验设计。

（2）随机与分层：一般采用分层区组随机。可以考虑按年龄段，或EPOS—2020分类及AAP—2013分型，或C反应蛋白、红细胞沉降率是否升高等，进行分层设计。

9.4　试验终点

（1）主要终点：以改善症状为主的研究，可选择PARS主要症状的评分变化值，或临床痊愈或改善比例，作为主要终点；以缩短病程为主的研究，一般以PARS主要症状的消失时间，作为主要终点。

（2）次要终点包括且不限于：

①研究者整体印象（investigator global assessment，IGA）整体改善率；

②家长主观满意率；

③中医证候积分或总有效率、单项中医症状消失率或有效率；

④生存质量量表评分；

⑤需启用或追加抗生素比例、治疗失败率、并发症发生率；

⑥疾病复发率；

⑦鼻内镜检查的中鼻道充血或水肿程度；

⑧血液学指标，如C反应蛋白、血白细胞计数及分类等。

9.5　指标观测方法及相关定义

（1）PARS主要症状量表：

①儿童鼻-鼻窦炎症状量表（pediatric rhinosinusitis symptom scale，PRSS）：由美国匹兹堡大学医学中心儿童医院Nader Shaikh医学博士领衔的团队于2019年开发并验证的。已经过信效度检验，用于监测2～12岁急性鼻-鼻窦炎儿童的症状变化。包含鼻塞、流鼻涕、日间咳嗽、疲倦、烦躁、鼻部呼吸困难、夜间咳嗽、睡眠困难等8项条目，每个条目采用0～5分的6级评分法，将8个条目的得分相加，总分范围0～40分，分数越高表示症状越严重[24]。

②急性鼻窦炎症状量表（Sinus-5，S5）：由Garbutt等[25]于1999年开发并验证的，旨在为PARS的临床评估提供一个标准化、可靠且易用的症状评估工具，适用于6个月至18岁的儿童。主要包含鼻塞、日间咳嗽、夜间咳嗽、头痛或面部疼痛、有色鼻分泌物5个症状条目，每个条目按0～3分4级评分，最终得分为5个条目的总分。

（2）主要症状“临床痊愈或改善”。①临床痊愈，可定义为治疗后PARS主要症状（鼻部或总体）全部消失，或减轻至不影响生活；②改善，可定义为治疗后PARS主要症状（鼻部或总体）量表评分下降至少50%，或PRSS评分≤3分等。

(3)IGA评估。基于临床整体印象-改善量表(clinical global impression-improvement, CGI-I, Guy 1976)改编的7级IGA:1级,指痊愈;2级,指显著改善;3级,指轻度改善;4级,指无变化;5~7级,指不同程度恶化,将"痊愈+显著改善"判定为整体改善。

(4)家长主观满意度评估。采用5级Likert量表评定(非常满意、满意、一般、不满意、非常不满意),将"非常满意+满意"判定为家长满意。

(5)中医证候分级量化标准。本项目组参照中华中医药学会《中医耳鼻喉科常见病诊疗指南》[18]、《中药新药临床研究指导原则(试行)》[26]制订。见表1。

(6)治疗失败:可定义为治疗3~5 d后症状无改善,或出现症状加重或并发症,需更换或追加抗生素。

(7)并发症:主要包括下气道炎症(如气管-支气管炎、肺炎),眶内并发症(如眶周蜂窝织炎、眼眶蜂窝织炎)和颅内并发症(如硬膜外或硬膜下脓肿、脑膜炎)[5]。

(8)疾病复发:可定义为治疗结束、症状完全缓解并停药后4周内,再次出现符合急性鼻-鼻窦炎诊断的症状并需重新干预。

9.6 安全性评价

用于PARS的中药及制剂多含有小毒中药,应重点监测含苍耳子(炒)、麻黄、细辛等毒性药材制剂的不良事件谱,尤其是胃肠反应(如腹泻、恶心、腹痛)及潜在的肝肾功能损害;适当限定用药疗程,一般不超过2周;关注中药与抗菌药物联合应用后的安全性及可能存在的药物相互作用等。

10 结语

本共识聚焦PARS中西医诊治与疗效评价中的核心问题,明确了PARS的西医诊断及分类方法,制订了中医辨证标准,推荐了中西医结合治疗原则及方案,建立了体现儿童特点与中医药特色的PARS临床诊疗与评价技术框架,期望为各级中医、中西医结合儿科医师及临床科研人员在临床医疗与科研中提供借鉴。

本共识参考RAM制订。共识前期筹备阶段,组建共识专家组、核心专家组及工作组,围绕核心内容开展系统性文献检索,梳理汇总关键技术要点,确立本共识整体框架,明确临床与评价亟待解决的关键问题,形成第一轮问卷。共回收有效问卷24份,专家积极系数为92%。专家共识研讨会,由会议负责人详细介绍本共识的背景、制订目的、整体流程及各评价条目的制订依据,同步向全体专家反馈第一轮问卷整体评价数据、条目同意率及存在争议的条目情况。针对首轮评价中分歧较大、认可度较低的条目,组织专家开展结构化专题讨论,逐条研讨争议问题。研讨会结束后,工作组及核心专家根据专家讨论意见、条目争议情况,对共识条目内容、表述措辞、适用场景进行全面修改、完善与优化,形成第二轮问卷。共回收有效问卷22份,专家积极系数为85%。

表1 儿童急性鼻窦炎中医证候分级量化标准

Table 1 PARS grading and quantification standards for TCM syndromes

症状	0分	1分	2分	3分
鼻塞	无	偶有鼻塞或呼吸不利	交替性或间歇性鼻塞	双侧鼻腔持续性鼻塞,张口呼吸
鼻涕	无	鼻涕量少或不易擤出	鼻涕量多,须不断擤出	鼻涕量多,自行流出鼻外,或涕多须用力擤后方能通气
鼻音重浊	无	轻微	明显	严重
头痛/颜面疼痛	无	轻微	明显	严重
咳嗽	无	偶尔	间断,不影响生活	频繁,影响生活
咳痰	无	偶尔	间断	频繁
发热	无	37.5~38.0 ℃	38.1~39.0 ℃	>39.0 ℃
恶风	无	轻微	明显	严重
嗅觉减退	无	轻微	明显	严重
口苦	无	轻微	明显	严重
咽干	无	咽干不适	咽干灼热	咽干灼热难忍
目眩(眼花或眼前发黑)	无	偶尔	间断	频繁
急躁易怒	无	偶尔	时有	频繁
倦怠乏力	无	轻微	明显	严重
胸脘痞闷	无	轻微	明显	严重
头闷头胀	无	轻微	明显	严重
纳呆	无	食欲差,食量减少<1/3	食欲差,食量减少1/3~1/2	食欲差,食量减少>1/2
小便黄赤	无	尿色偏黄	尿量或次数减少,尿色黄	尿量或次数明显减少,尿色深黄

最终,定稿形成该共识。

本共识尚需在广泛的临床与科研实践中进一步验证其适用性与可操作性。未来,项目组将密切追踪PARS的中西医结合诊治及临床评价新进展,结合临床实际应用反馈,适时对本共识进行修订与完善。

指导:马融,刘大新

核心专家组:胡思源,谷庆隆,王雪峰,谯凤英

共识专家组(分专业按姓氏笔画为序):

中西医儿科专家:马融(天津中医药大学第一附属医院);王雪峰(辽宁中医药大学附属医院);戎萍(天津中医药大学第一附属医院);闫永彬(河南中医药大学第一附属医院);孙克兴(上海交通大学医学院附属上海儿童医学中心);杨京华(广东省中医院);尚云晓(中国医科大学附属盛京医院);胡思源(天津中医药大学第一附属医院);胡艳(首都医科大学附属北京儿童医院);袁斌(江苏省中医院);柴鸣雷(杭州市中医院)

小儿耳鼻喉专家:付勇(浙江大学医学院附属儿童医院);谷庆隆(首都医科大学附属首都儿童医学中心);姚红兵(重庆医科大学附属儿童医院)

中医耳鼻喉专家:王仁忠(山东中医药大学附属医院);王嘉玺(北京中医药大学东方医院);刘大新(北京中医药大学东方医院);阮岩(广州中医药大学第一附属医院);谯凤英(天津中医药大学第一附属医院)

临床评价专家:刘建忠(湖北中医药大学);李国信(辽宁中医药大学附属第二医院);杨忠奇(广州中医药大学第一附属医院);张磊(上海中医药大学);赵艳玲(湖南中医药大学第一附属医院);胡镜清(天津中医药大学);钟成梁(天津中医药大学第一附属医院)

共识工作组:蔡秋晗,陈燕,柳雨杉,陈怡萱,闫晓宇(天津中医药大学第一附属医院)

利益冲突　所有作者声明无利益冲突

参考文献

[1] 吴夏秋,张卫军,吴诗杰,等. RAND/UCLA适宜性方法中医药评价应用[J]. 中国中西医结合杂志,2026,46(2): 133-138.

[2] Fokkens WJ, Lund VJ, Hopkins C, et al. European Position Paper on Rhinosinusitis and Nasal Polyps 2020[J]. Rhinology, 2020,58(Suppl S29):1-464.

[3] 许政敏,王智楠,姚红兵. 儿童急性感染性鼻-鼻窦炎诊疗——临床实践指南(2014年制订)[J]. 中国实用儿科杂志,2015,30(7):512-514.

[4] Wald ER, Applegate KE, Bordley C, et al. Clinical practice guideline for the diagnosis and management of acute bacterial sinusitis in children aged 1 to 18 years[J]. Pediatrics, 2013,132(1):e262-280.

[5] 倪鑫,张天宇. 实用儿童耳鼻咽喉头颈科学[M]. 2版. 北京:人民卫生出版社,2021.

[6] 许政敏,张建基. 儿童急性中耳炎诊疗——临床实践指南(2015年制定)[J]. 中国实用儿科杂志,2016,31(2):81-84.

[7] 王天有,申昆玲,沈颖. 诸福棠实用儿科学[M]. 9版. 北京:人民卫生出版社,2022.

[8] Kliegman RM, St Geme JW 3rd, Blum NJ, et al. Nelson Textbook of Pediatrics[M]. 22nd ed. Philadelphia: Elsevier,2025.

[9] 张欣,张罗. 耳鼻咽喉头颈外科学[M]. 10版. 北京:人民卫生出版社,2024.

[10] 许政敏,刘大波. 临床儿童耳鼻咽喉头颈外科学[M]. 北京:人民卫生出版社,2022.

[11] Venturini E, Del Bene M, Fusani L, et al. Treatment of sinusitis in children: an Italian intersociety consensus(SIPPS-SIP-SITIP-FIMP-SIAIP-SIMRI-SIM-FIMMG)[J]. Ital J Pediatr, 2025,51(1):102.

[12] DeMuri GP, Gern JE, Moyer SC, et al. Clinical features, virus identification, and sinusitis as a complication of upper respiratory tract illness in children ages 4-7 years[J]. J Pediatr, 2016,171:133-139.

[13] 王冰. 黄帝内经素问[M]. 张登本, 孙理军, 点校. 北京:人民卫生出版社,2012:146.

[14] 李时珍. 本草纲目[M]. 北京:人民卫生出版社,2023:235.

[15] 张介宾. 景岳全书(上)[M]. 北京:人民卫生出版社,2017:590.

[16] 张奇文,朱锦善. 实用中医儿科学[M]. 北京:中国中医药出版社,2016.

[17] 中华耳鼻咽喉头颈外科杂志编辑委员会鼻科组,中华医学会耳鼻咽喉头颈外科学分会鼻科学组、小儿学组. 儿童变应性鼻炎诊断和治疗指南(2022年,修订版)[J]. 中华耳鼻咽喉头颈外科杂志,2022,57(4):392-404.

[18] 中华中医药学会. 中医耳鼻喉科常见病诊疗指南[M]. 北京:中国中医药出版社,2011.

[19] 中华耳鼻咽喉头颈外科杂志编辑委员会,中华医学会耳鼻咽喉头颈外科学分会小儿学组、鼻科学组. 儿童鼻-鼻窦炎诊断和治疗建议(2012年,昆明)[J]. 中华耳鼻咽喉头颈外科杂志,2013,48(3):177-179.

[20] 中国医师协会儿科医师分会儿童耳鼻咽喉专业委员会,中国妇幼保健协会儿童变态反应专业委员会. 鼻渊通窍颗粒治疗儿童鼻部炎症专家共识[J]. 中国实用儿科杂志,2021,36(8):561-564.

[21] 杨和强,刘文峰,胡玥,等. 鼻渊舒口服液联合欧龙马滴剂治疗儿童急性鼻窦炎的疗效[J]. 西南国防医药,2019,29(9):940-942.

[22] 中国医师协会儿科医师分会儿童耳鼻咽喉专业委员会,亚太医学生物免疫学会儿童耳鼻咽喉头颈外科分会. 鼻窦炎口服液治疗儿童鼻炎及鼻-鼻窦炎临床应用专家共识[J]. 中国实用儿科杂志,2022,37(6):424-429.

[23] 魏萍,刘大新,许政敏,等. 鼻窦炎口服液治疗儿童急性鼻-鼻窦炎有效性和安全性研究[J]. 中国实用儿科杂志,2022,37(5):385-390.

[24] Shaikh N, Wald ER, Jeong JH, et al. Development and modification of an outcome measure to follow symptoms of children with sinusitis[J]. J Pediatr, 2019,207:103-108.

[25] Garbutt JM, Gellman EF, Littenberg B. The development and validation of an instrument to assess acute sinus disease in children[J]. Qual Life Res, 1999,8(3):225-233.

[26] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则(试行)[M]. 北京:中国医药科技出版社,2002.

(收稿日期:2026-08-12　修回日期:2026-09-16)