

راهکار طبابت بالینی

تشخیص و تدبیر درمانی

رینیت آلرژیک

### دورنما

#### □ همه گیر شناسی و اهمیت بالینی

رینیت آلرژیک، شایعترین فرم رینیت است که حدود ۱۵٪ بزرگسالان و تا ۴۰٪ کودکان را در جوامع مختلف مبتلا می کند. در سنین کودکی درگیری جنس مذکر شایع تر است گرچه در بزرگسالان هر دو جنس به یک اندازه درگیر می شوند. شدت رینیت آلرژیک از درگیری ضعیف تا درگیری شدیداً ناتوان کننده متفاوت است و اغلب با بیماریهایی چون آسم و رینوسینوزیت مزمن همراهی دارد. این بیماری به طور مستقیم دارای تأثیرات اجتماعی و اقتصادی بسزایی است و اگر کارکرد از دست رفته افراد به علت خواب آلودگی و اختلالات حرکتی - شناختی به علت استفاده از آنتی هیستامینها را نیز در نظر بگیریم، هزینه تخمین زده شده کل مرتبط با رینیت آلرژیک باز هم افزایش می یابد.

#### □ تعریف

رینیت آلرژیک یک التهاب با واسطه ایمنی غشاهای مخاطی پوشاننده بینی است که ممکن است به سینوسهای پارانازال نیز توسعه پیدا کند. علائم بیماری عبارتند از: عطسه، احتقان بینی، آبریزش بینی (بیشتر شفاف<sup>۱</sup>) که گاهی نیز موکوئید می باشد، خارش بینی یا کام یا خشکی دهان. همچنین گرفتگی شیپور استنشاق، سرفه و احساس فشار روی سینوس ها (که ناشی از ادم و احتقان مخاط بینی است) نیز ممکن است دیده شود. همچنین دیگر علائم همراهی کننده این بیماری عبارتند از: کونژنکتیویت آلرژیک (خارش چشم ها با اشک ریزش که می تواند قرمز یا متورم نیز باشد). رینیت آلرژیک می تواند فصلی<sup>۲</sup> یا سالانه باشد و یا به صورت تک گیر باشد.

رینیت آلرژیک به سه فرم می تواند تظاهر کند:

- رینیت آلرژیک فصلی که معمولاً مرتبط با تغییرات دوره ای آب و هوا و محیط است.
- در مقابل رینیت آلرژیک مداوم<sup>۳</sup> است که دارای الگوی فصلی نیست و این ممکن است نشاندهنده مواجهه مداوم و ادامه دار بیمار با آلرژن مسئول حساسیت باشد. (مانند حیوانات، ما یتهای خانگی، مواجهات شغلی). در رابطه با شیوع این فرم ها، پیشنهاد شده است که رینیت فصلی (تب یونجه) در ۲۰-۱۰٪ افراد جامعه اتفاق می افتد.
- رینیت آلرژیک تک گیر که پس از مواجهه با مواد خاصی<sup>۴</sup> اتفاق می افتد.

#### □ جمعیت هدف راهکار

بزرگسالان و اطفال با رینیت آلرژیک تأیید شده یا مشکوک.

### توصیه ها

این راهکار طبابت بالینی مطابق با جدیدترین یافته های علمی و پژوهشی است؛ با این حال، تمامی روشهای درمانی موجود را در بر نمی گیرد و نیز رد کننده سایر روشهای درمانی نیست. توصیه های موجود تنها به منظور ایجاد چارچوبی یکپارچه در بررسی و درمان بیماران فراهم آورده شده است و قضاوت نهایی در مورد فرایندهای تشخیصی و درمانی باید به توجه به شرایط ویژه هر بیمار توسط پزشک اتخاذ شود.

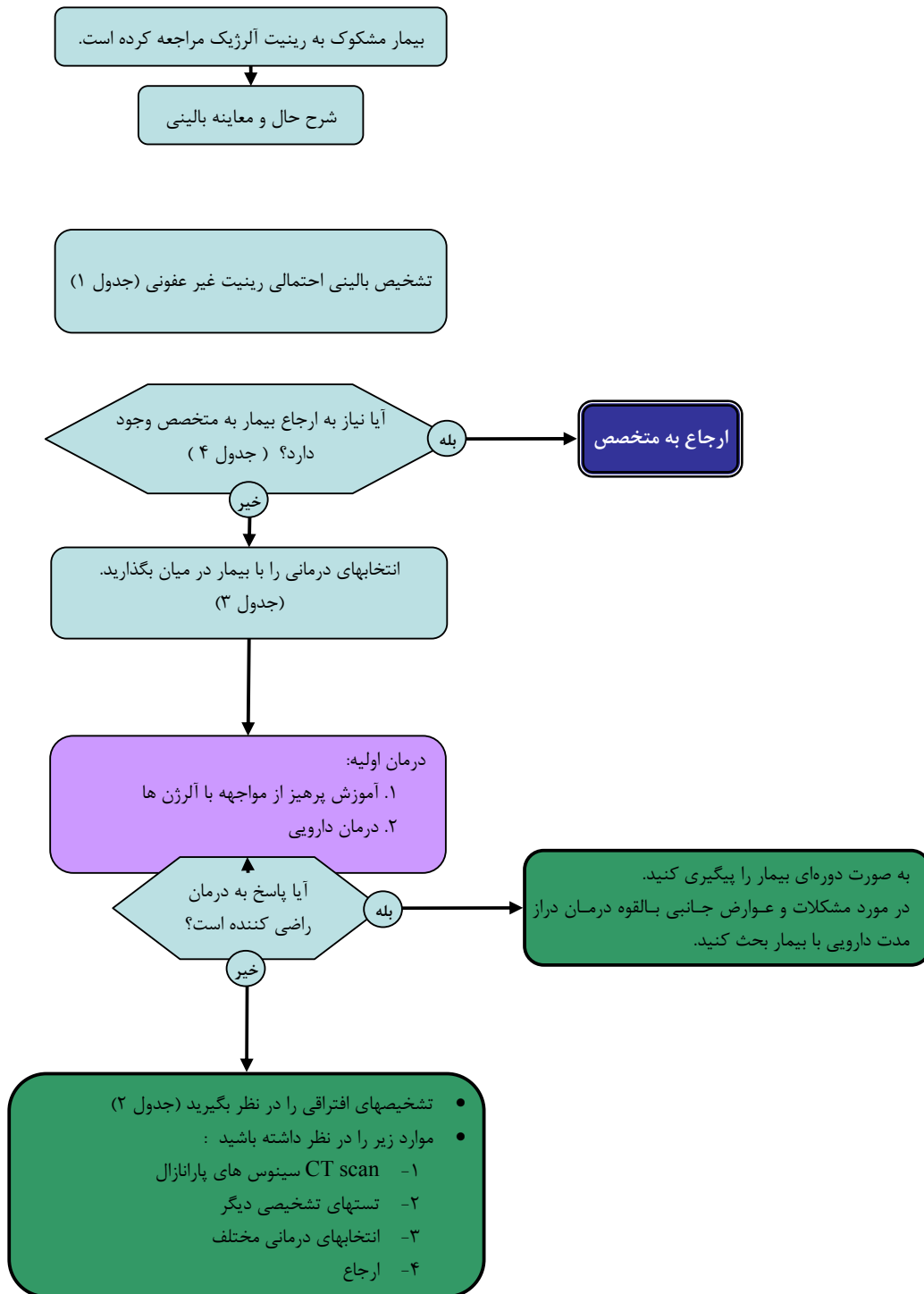
<sup>۱</sup> Clear

<sup>۲</sup> Seasonal

<sup>۳</sup> Perennial

<sup>۴</sup> Specific Exposure

اقدامات و بررسیهای تشخیصی



## شرح حال و معاینه بالینی

علائم و نشانه‌های مطرح کننده رینیت آلرژیک عبارتند از:

جدول ۱

۱. مزمن یا راجعه بودن علائمی مانند: عطسه (به خصوص اگر بالای سه بار در دقیقه باشد)، احتقان بینی، مخاط رنگ پریده یا آبی رنگ بینی، ترشحات شفاف بینی، سرفه های صبحگاهی، چشم های قرمز و خیس<sup>۱</sup> و همراه با اشک ریزش، ترشحات چشمی/ احساس خارش در در چشم (که بسیار با ارزش است)، یا احساس فشار در بینی/ درد در بینی و ناحیه گلابلا، کام، چشمها و گوشها و یا احساس فشار در سینوسها. و یا احساس خواب آلودگی به خصوص در بعد از ظهر ها.

۲. سابقه شخصی یا خانوادگی:

- آلرژی غذایی
- درماتیت آتوپیک
- آسم
- شروع علائم با مواجهه های مکرر

۳. الگوها و سیر بیماری:

- بهبود علائم بوسیله درمان (چه علائم حاد چه مزمن)
- فصلی بودن

۴. دیگر شرایط:

- عفونت ملتحمه
- سنگفرشی شدن فارنکس<sup>۲</sup>
- سیاهی زیر چشم ها<sup>۳</sup>
- خراشیدگی روی بینی<sup>۴</sup>

توجه: آلرژیهای مداوم مزمن بیشتر با علائم احتقان بینی و مخاط بینی ضخیم شده و هیپرتروفیه مراجعه می کنند تا با علائم خارش در بینی یا عطسه.

توجه: حداکثر غلظت هیستامین در خون افراد آلرژیک، اوایل صبح است در نتیجه معمولاً علائم در صبح حداکثر خواهد بود.

## تشخیص

رینیت آلرژیک عمدتاً بر اساس شرح حال (خارش، آبریزش، عطسه، احتقان بینی،...) تشخیص داده می شود و معاینات فیزیکی می تواند سرخ های تشخیصی کمکی را بدست دهد. با این حال، بعلت هم پوشانی زیاد علائم رینیت آلرژیک با سایر بیماریهای مرتبط با دستگاه تنفسی فوقانی، تشخیص ممکن است همیشه سهل الوصول و مستقیم نباشد. با این حال در جهت افتراق شنیدن ویز در معاینه و یا انجام اسپیرومتری می تواند اسم تحت بالینی را نمایان سازد و بررسیهای تصویربرداری، سینوزیت همراه را نشان دهد. انوزینوفیلی در خون و یا در ترشحات بینی بیشتر مطرح کننده یک علت آلرژیک است در حالی که نوتروفیلی بیشتر اشاره به عوامل عفونی دارد. تستهای آلرژی به ندرت در تشخیص کمک کننده هستند. همچنین تستهای آلرژی معمولاً برای انجام تشخیص لازم نیستند. با این حال، این آزمایشها می توانند برای بیماران با حساسیت به چندین آلرژن مختلف مفید واقع شوند. در هر صورت باید دقت لازم را انجام داد تا این تستها با دقت و به درستی انجام شوند تا از نتایج مثبت کاذب جلوگیری شود.

### ■ بزرگسالان

بررسی یک بیمار که با علائم رینیت آلرژیک مراجعه می کند با یک شرح حال مفصل آغاز می شود که شامل جزئیات زیر باشد:

- الگو و سیر بیماری
- طول مدت
- فصلی بودن ( و یا عدم وجود علائم فصلی)
- فرکانس
- شدت
- پاسخ به درمانها

<sup>1</sup> Watery

<sup>2</sup> Cobble stoning

<sup>3</sup> Allergic shiners

<sup>4</sup> Nasal salute (crease)

● وجود شرایط یا بیماریهای همزمان (خصوصاً بیماریهای آتوپیک)

● مواجهات شغلی

● شرح حال محیطی<sup>۱</sup>

● فاکتورهای تشدید یا تسریع کننده علائم

یک بخش مهم و تکمیل کننده بررسی ها ارزیابی شدت و درجه ای از بیماری است که علائم بیماری، کیفیت زندگی، فعالیتهای بدنی یا اجتماعی، سلامت عقلانی، سطح انرژی و یا آگاهی از سلامت عمومی فرد را تحت تاثیر قرار می دهد. همچنین پاسخ به تلاشهای درمانی گذشته هم باید مورد دقت قرار گیرند.

معاینات فیزیکی باید از بخشهای خارجی بینی، مخاط بینی، ترشحات، توربینیت ها و سپتوم بینی انجام شود. در بیمار آلرژیک، مخاط بینی به طور معمول رنگ پریده، متورم و یا خاکستری- آبی رنگ به نظر می رسد. با این حال بسته به زمان شروع اولین اپیزود علائم، تا قبل از ۶ ماه از شروع آلرژی مخاط قرمزی و پر خونی دارد. از ۶ ماه تا ۲ سال معمولاً مخاط رنگ پریده به نظر می رسد و در موارد طول کشیده بالای ۲ سال مخاط آبی رنگ-خاکستری خواهد بود. در ضمن ترشحات بینی بیشتر شفاف و آبکی می باشند گرچه ترشحات موکوئید نیز محتمل به نظر می رسد.

رینیت آلرژیک حاد شدید یا مزمن می تواند با یک شیار عرضی در پل بینی همراه باشد که به خصوص در کودکان دیده می شود، و به عنوان پیامد Allergic salute (سائیدن بینی برای بهبود خارش و گرفتگی بینی) تلقی می شود. Allergic shiners (تغییرات تیره رنگ پوست اینفراویتال) و رنگ پریدگی صورت هم ممکن است وجود داشته باشند در ضمن باید بقیه علل گرفتگی بینی جستجو و رد شوند.

### ■ اطفال

علائم تظاهر کننده رینیت آلرژیک در اطفال و نوجوانان همانند علائم ذکر شده در بزرگسالان است با این تفاوت که بیماران کودک دفعات بیشتری از Allergic salute و مالیدن چشم ها را تجربه می کنند.

در اطفال این علائم معمولاً مرتبط با گرفتگی مزمن بینی هستند که خود احتقان مزمن بینی در اطفال می تواند منجر به حالتی به نام چهره آلرژیک<sup>۲</sup> شود. [چهره آلرژیک از مجموعه ای علائمی چون تیره شدن پوست اینفراویتال، اختلال تکامل صورت (شامل Overbite) کمائی شدن کام<sup>۳</sup> و صاف شدن دندانهای آسیا<sup>۴</sup> تشکیل شده است].

### ■ تست آلرژیک

لازم به ذکر است که آنچنان که پیشتر گفته شد تست کردن آلرژیکها در اکثر بیماران دچار رینیت آلرژیک اندیکاسیون ندارد.

تستهای پوستی و RAST<sup>۵</sup> وجود آنتی بادی های Ige بر ضد یک آلرژن به خصوص را مشخص می کنند. تست کردن در (a) افتراق رینیت آلرژیک از علائم رینیت غیر آلرژیک و (b) تشخیص آلرژنهای مسئول بوجود آورنده علائم کمک کننده است. بخش کوچکی از بیمارانی که تحت انجام تست قرار می گیرند ممکن است کاندیدای ایمونوتراپی شوند. با این حال تیتراهای بالای Ige باید پس از رد بیماری های انگلی و یا سایر علل تیتراهای بالای Ige تفسیر شوند. همچنین تیتراهای نزدیک به نرمال Ige نیز رد کننده علل آلرژیک نخواهد بود.

تستهای پوستی حساس تر، سریعتر و مقرون به صرفه تر از RAST هستند. با این حال تستهای پوستی باید توسط یک پزشک آموزش دیده انجام شوند و در اینجا کلیه فرآیندها باید تحت کنترل پزشک انجام شود و احتیاطات لازم برای بیمارانی که نسبت به تست واکنش نشان می دهند اتخاذ شود (حدود ۱۰-۱٪ بیمارانی که تست واکنش نشان می دهند). بنا بر این انجام این تستها توسط پزشک عمومی توصیه نمی شود.

در ضمن نتایج را باید با توجه به آلرژنهای بومی و خصوصیات آنها تفسیر کرد. تعداد تستهای پوستی مورد نیاز ممکن است بر اساس سن بیمار، مواجهه بالقوه با آلرژنها و منطقه جغرافیایی متفاوت باشد.

## تشخیصهای افتراقی (جدول ۲)

### ۱. رینوسینوزیت حاد

درد یا احساس فشار در صورت، ترشحات چرکی بینی، درد در دندانهای ماژیلاری، عدم پاسخ به ضد احتقانها (دکونژستانها). تب یا سرفه ممکن است وجود داشته باشد. می تواند به دنبال شعله ور شدن یک آلرژی یا یک عفونت تنفسی فوقانی ویروسی بوجود آید.

<sup>1</sup> Environmental History

<sup>2</sup> Allergic Facies

<sup>3</sup> Palatal arching

<sup>4</sup> Molar flattening

<sup>5</sup> Radioallergosorbent test

### ۲. رینوسینوزیت مزمن

درد یا احساس فشار در صورت، ترشحات چرکی، تب اغلب وجود ندارد. این بیماری ممکن است به همراه یک رینیت آلرژیک وجود داشته باشد. علائم در طول زمان شدت یا تخفیف پیدا می کنند. همچنین کاهش مزمن حس بویایی<sup>۱</sup> نیز ممکن است دیده شود.

### ۳. عفونتهای تنفسی فوقانی ویرال

سیر خودبخود محدود شونده به همراه علائمی (آبریزش شفاف بینی، سرفه، سردرد) که معمولاً در عرض ۳ تا ۷ روز بهبود می یابند.

### ۴. انحراف تیغه بینی

گرفتگی بینی اغلب ثابت و یکطرفه است. انحراف تیغه بینی در معاینات می تواند مشاهده شود.

### ۵. رینیت Medicamentosa: (همچنین با نام واگشتی)

بعلت مصرف بیش از حد ضد احتقانهای موضعی بوجود می آید. تشخیص به راحتی توسط شرح حال بدست می آید. این بیماری می تواند بقیه مشکلات زمینه ای (مثل انحراف تیغه بینی یا رینیت آلرژیک) را ماسکه کند.

### ۶. رینیت آوزموتور:

آبریزش شفاف بینی، اغلب وابسته به وضعیت قرار گیری بیمار مثلاً حالت طاقباز است. ممکن است اپیزودیک باشد. حاملگی می تواند علائم را تشدید کند.

### ۷. رینیت آتروفیک (همچنین با نام Ozena)

بعلت برداشت بیش از حد بافت توربینیها یا تولید ضعیف موکوس ایجاد می شود که منتج به خشکی بینی و پوسته ریزی می شود. بوی نامطبوع<sup>۲</sup> ممکن است وجود داشته باشد. به ندرت بعلت عفونت کلبیسیلا اوزانته ایجاد می شود.

### ۸. رفلکس گاستروازوفازال:

علت کمتر تشخیص داده شده ی ترشحات پشت حلقی (PND)، سرفه، احساس یک جسم در حلق<sup>۳</sup>، خشونت صدا، یا صاف کردن مکرر گلو.

## درمان و مدیریت

### اصلاح شیوه زندگی و توصیه های کلی

جلوگیری و پرهیز از فاکتورهای ایجاد کننده بیماری (مثل آلرژنها، محرکها، داروها) از اصول پایه ای و زیر بنایی مدیریت رینیت آلرژیک است. آلرژیهای غذایی ممکن است باعث آبریزش بینی در کودکان کم سن و سال شود گرچه این مساله به ندرت علامت غالب در آنها خواهد بود.

محرکهای رینیت آلرژیک را می توان به ۵ دسته اصلی تقسیم بندی کرد:

توجه: موثر بودن و کارایی روشهای به کار گرفته شده برای کنترل بیماری، توسط علائم بیمار و ضرورت درمان دارویی ارزیابی می شود.

#### ۱. گرده گیاهان

رینیت آلرژیک شعله ور شده بعلت گرده گیاهان، توسط پولنهای جابجا شده از درختهای با گرده افشانی توسط باد، علفها و خزها ایجاد می شود. از لحاظ شیوع در بهار و تابستان آلرژیها بیشتر به علت گرده گلها و درختان ایجاد می شود در حالی که در پاییز علف ها نقش مهمتری را عهده دار هستند. ضمناً باد سرد، عطرها و ادوکلن ها، دود سیگار و گرد بعضی از گل ها خود مستقیماً آلرژن نیستند بلکه به عنوان هاپتن برای سایر آلرژن ها عمل کرده و باعث تشدید علائم می شوند.

کاهش مواجهه با پولنها در یک مدیریت کارآمد رینیت آلرژیک بسیار مهم است. این مسأله می تواند با استفاده از بستن درها و پنجره ها، تهویه مطبوع (در صورت لزوم، با سیکل داخل خانه ای)، به حداقل رساندن استفاده از فنهای پنجره ای یا شیروانی، کاهش فعالیت خارج از خانه و دوش گرفتن پس از فعالیت خارج از خانه انجام شود. دوش گرفتن یا استحمام پس از فعالیت خارج از خانه در زدودن پولنها از موها و پوست و کاهش

<sup>1</sup> Chronic hyposmia

<sup>2</sup> Foul odor

<sup>3</sup> Globus sensation

شانس آلوده کردن رختخواب با گرده ها موثر است. در بیماران فوق العاده حساس پرهیز موثر از آلرژن ممکن است نیازمند محدود کردن شدید فعالیت خارج از خانه باشد.

### ۲. قارچها

قارچها در هر دو محیط داخل و خارج از خانه رشد می کنند. اکثر آلرژنها ی قارچی از طریق تنفس اسپور قارچها به بدن وارد می شوند. بیماران می توانند برای اجتناب از قارچهای خارج از خانه در خانه بمانند و از تهویه مطبوع با سیکل داخل خانه ای استفاده کنند. با این حال مهم است که توجه داشته باشیم که سیستم های تهویه ای خود به شدت می توانند توسط قارچها آلوده باشند و به عنوان منابعی از آلرژن ها عمل کنند.

وجود قارچهای داخل خانه ای بستگی دارد به: سن ساختمان، وجود یک فضای زیر بنایی و بنا شدن ساختمان بالاتر از سطح زمین، نوع سیستم حرارتی، و استفاده از مرطوب کننده ها و تهویه ها. قارچهای داخل خانگی می توانند توسط روشهای فیزیکی یا شیمیایی (قارچ کشها، تمیز کردن مرتب مرطوب کننده ها و تبخیر کننده ها، جایگزاری یک سد پلاستیکی در برابر خاک موجود در فضای پایه ساختمان) زدوده شوند. همچنین مواد مرطوبت زا در زیر بنا و بقیه مناطق مرطوب ساختمان می تواند به کاهش قارچها کمک کند. با اینحال، کارایی کلی این روشها وابسته به کاهش نسبی مرطوبت است. قابل توجه است که گرچه مرطوبت شانس حضور قارچها را بیشتر می کند اما وجود مرطوبت با جذب گرده ها و آلرژن ها ی معلق در هوا، آلرژنی های نسبت به این مواد را کاهش می دهد.

### ۳. مایت های خانگی

شایعترین آلرژن در گرد خانگی، باقیمانده مدفوع مایتها است. منبع اولیه تغذیه مایتها پوست پوسته ریزی شده انسانها است. بنابراین تراکم مایتها در رختخواب، مبلمان پوشیده شده از پارچه، اسباب بازیهای پارچه ای و فرشهای خانگی بیشترین است. گرچه در حال حاضر هیچ روش ای برای حذف کردن کامل مایت از وسایل خانگی وجود ندارد، سدهای فیزیکی و شیمیایی مختلفی برای بهبود شرایط وجود دارند:

#### سدهای فیزیکی:

- پوششهای بسته بندیهای نفوذ ناپذیر نسبت به آلرژنها برای بالشها، تشکها...
- استفاده از مبلمان چوبی، پلاستیکی یا چرمی
- جایگزینی فرشها توسط مفروش کردن زمین بوسیله چوب یا وینیل.

#### سدهای شیمیایی:

- استفاده از محلول ۳٪ تانیک اسید برای دناتوره کردن مایتها
- استفاده از آرکاروسان Arcarosan (ترکیب شیمیایی حاوی بنزیل بنزوات) در فرشها یا کفپوشها.

**توجه: کارایی سدهای شیمیایی بستگی به استفاده مکرر و مرتب از آنها دارد.**

در نهایت در جایی که ممکن باشد، تهویه هوا از طریق کاهش مرطوبت، تعداد مایتها را کاهش می دهد.

### ۴. آلرژنهای حیوانی

تمام حیوانهای خونگرم شامل پرندگان قادر به حساس کردن یک بیمار آلرژیک مستعد هستند. در حالیکه مواجهه با موشها، موشهای صحرائی، خوکها و دام یک خطر شغلی برای بعضی افراد است، بیشترین تظاهرات آلرژنی حیوانات بعلت مواجهه با سگها و گربه ها ایجاد می شوند. آلرژنها سگ و گربه به دلیل سهولت و وسعت انتشار، به خصوص از طریق راههای غیر فعال (مثلا انتقال روی لباسها) حائز اهمیت هستند.

اگر چه روشهای پاکیزه کننده موثری برای کاهش سطح آلرژنهای سگ و گربه به آن مقدار که در محیطهای فاقد سگ و گربه یافت می شود باید استفاده شوند، با اینحال کارایی این روشها نیز بسیار محدود می باشد. این روشها مشتملند بر:

- شستشوی هفتگی حیوان (گرچه شستشو هرگز نباید توسط خود بیمار آلرژیک انجام شود).
- اگر حیوان قابل حذف شدن از محیط داخل خانه نیست، باید آنرا در یک اتاق مفروش نشده دارای تصفیه کننده های هوا محدود کرد.

### ۵. آلرژنهای حشرات

منابع آلرژنهای حشرات عبارتند از: سوسکها، مگسها، جیرجیرکها، پشه های گزنده، بیدها.

بقایای این حشرات باعث رینوکونژ کتیویت آلرژیک و آسم می شوند. شایعترین این آلرژنها، یعنی آلرژن سوسکها، هم در روی بدن حشره و هم در مدفوع اش یافت می شود. گرچه رفتارهای بهداشتی و با دقت معمولاً در کاهش یا حذف سوسکها موثرند، آلودگی بسیار شدید نیازمند استفاده از مواد حشره کش است. با این حال، بزاق سوسکها (که به عنوان یک آلرژن قوی شناخته شده) در روی زمین و ظرف ها کمد ها و لباس ها وجود دارد و حتی مدتها پس از حذف سوسک در این محیط ها باقی می ماند و شدیداً باعث آلرژنی می باشد.

درمانهای دارویی

داروهای متفاوتی خطوط اصلی درمان رینیت آلرژیک را تشکیل می دهند که از این بین، آنتی هیستامینهای خوراکی و کورتیکواستروئیدهای نازال از اصلی ترین دسته های داروهای هستند. (جدول ۳)  
توجه: هدف اصلی درمان، بهبود علائم است.

دوز اطفال	دوز بالغین	نام دارو
۱. آنتی هیستامینهای و دکونژستانهای خوراکی نسل اول		
2-6 mg qd-Bid	2-12 mg Bid	Chlorpheniramine
12.5 mg qid	25-50 mg qid	Diphenhydramine
1mg qid	2mg qid	Dexchlorpheniramine
15-30mg qid	30-60mg qid	Pseudoephedrine
۲. کورتیکواستروئیدهای نازال		
4 sprays/day in 2 divided doses	4-8 sprays/ day in 2-4 divided doses	Beclomethasone dipropionate aerosols/sprays
2-4 sprays/day in a single dose	4-8 sprays/day in a single dose or 2 divided doses	Fluticasone propionate
	aerosol: 8 sprays / day in 2 divided doses or as single daily dose Spray: 2 sprays as a single daily dose, may increase up to 8 sprays / day	Budesonide
۳. آنتی هیستامینهای و دکونژستانهای خوراکی نسل دوم		
30 mg 2x / day	60 mg twice daily or 180 mg once daily	Fexofenadine
2.5-10 mg once daily	5-10 mg once daily	Cetirizine
10 mg once daily	10 mg once daily	Loratadine
۴. تثبیت کننده های ماست سل اینترانازال		
1 spray EN 3-4x / day	1 spray EN 3-4x / day	cromolyn sodium
۵. دکونژستانهای چشمی		
NA	1-2 drops in affected eye up to 4x /day	Naphazoline

۱. آنتی هیستامینهای ی نسل اول

گرچه این داروها در اکثر بیماران (به خصوص در بیمارانی که دچار ترشحات زیاد هستند به علت اثرات آنتی کولینرژیک شان) باعث بهبود می شوند و گهگاه به عنوان قدم اول درمان بکار گرفته می شوند اما باید به عوارض جانبی زیاد آنها توجه کافی را مبذول داشت و بر اساس شرایط بیمار از آنها استفاده کرد.

۲. دکونژستانها

این داروها معمولاً باید در قدم اول درمان استفاده شوند زیرا باعث بهبود در اکثر بیماران می شوند. در صورت باقی ماندن علائم موارد زیر را باید در نظر داشت:

۳. داروهای نسخه ای

▪ کورتیکواستروئیدهای نازال:

این داروها به عنوان قویترین درمان دارویی در دسترس برای رینیت آلرژیک شناخته شده اند. آنها خارش، عطسه، آبریزش و به خصوص گرفتگی (احتقان) و ترشحات زیاد بینی را در اکثر بیماران کنترل می کنند، با این حال علائم چشمی را چندان بهبود نمی بخشند. این داروها پروفایل ایمنی خوبی دارند، ولی استفاده دراز مدت و مداوم آنها به خصوص در کودکان می تواند مشکل ساز باشد.

▪ آنتی هیستامینهای خوراکی (نسل دوم)

اینها هم باعث پیشگیری و هم درمان علائمی مثل خارش، عطسه و آبریزش بینی اند اما در احتقان بینی کمتر موثر واقع می شوند. اینها اثرات خواب آلودگی sedative کمتری دارند ولی گرانتر هستند.

▪ آنتی هیستامینهای اینترانازال

گرچه این داروها در درمان علائم نازال مربوط به رینیت آلرژیک فصلی یا مداوم و رینیت غیر آلرژیک وازوموتور موثر هستند اما هیچ منفعت درمانی بیشتری نسبت به درمانهای معمولی یاد شده نشان نداده اند.

▪ دکونژستانهای خوراکی :

اینها باعث کاهش تورم مخاط بینی می شوند. با این حال داروها در موارد زیرکنتراندیکه اند: استفاده همزمان از MAOIs ، هیپرتانسیون کنترل نشده، بیماری عروق کرونر شدید.

توجه: بیماران مسن ممکن است نسبت به اثرات دکونژستانها حساس تر باشند.

▪ کرومولین نازال: یک جایگزین خوب برای بیماریانی است که کاندیدای دریافت کورتون نباشند. بالاحص کرومولین زمانی بیشترین تاثیر را دارد که به طور منظم قبل از شروع علائم آلرژیک استفاده شود. همچنین این دارو از گزینه های safe برای استفاده در حاملگی است.

▪ سالین نازال و بخور : گرچه در مرطوب کردن و افزایش کلیرانس موکوس بینی کمک کننده است اما دیده شده که پس از قطع استفاده یک احتقان بازگشتی<sup>۱</sup> ایجاد می شود.

خلاصه درمانهای دارویی و غیر دارویی	موارد استفاده
۱- پرهیز از تماس با آلرژنها	اندیکاسیون در تمام بیماران
۲- آنتی هیستامینها: (a) نسل اول (b) نسل دوم (خوراکی، داخل بینی، چشمی)	درمان اولیه در رینیت آلرژیک خفیف تا متوسط و یا به همراه کورتیکواستر و ئیدهای نازال در موارد شدید
۳- دکونژستانها (خوراکی)	در درمان احتقان بینی و به همراه آنتی هیستامینها اندیکاسیون دارد (نباید بیش از ۱۰ روز استفاده شوند)
۴- کورتیکواستروئیدها (a) نازال (b) خوراکی	درمان خط اول موارد متوسط تا شدید تنها به عنوان آخرین خط درمانی
۵- تثبیت کننده های ماست سل ها	بی خطر و موثر- گرچه اثراتشان از آنتی هیستامینها و کورتیکواستروئیدها ضعیف تر است.
۶- آنتاگونیستهای گیرنده لوکوترینها	در شرایط بیماری متوسط

<sup>1</sup> Rebound

### پروتکل درمانی پیشنهادی

- علت علائم آلرژی را با استفاده از شرح حال و تستها تأیید کنید. (مهمترین موضوع در رینیت آلرژیک، شرح حال مبسوط و دقیق است)
  - مواجهه با آلرژنها را کاهش دهید.
  - یک کورتیکواستروئید استنشاقی (و یا کرومولین سدیم) ، یا یک آنتی هیستامین خوراکی نسل اول یا نسل دوم و یا ترکیبی از دسته اول (کورتیکواستروئید یا کرومولین) و دوم (آنتی هیستامینها) را با هم شروع کنید.
  - برای علائم مقاوم به درمان گفته شده؛ (a) علائم بینی لوکوترین رسپتور آنتاگونیست
  - (b) علائم چشمی (خارش و اشک ریزش) آنتی هیستامین چشمی تثبیت کننده ماست سلها و یا NSAIDs
- ایمونوتراپی را در شرایطی در نظر بگیرید که کیفیت بهبود بوسیله درمان دارویی ناکافی است یا بیمار مبتلا به بیماریهای ایجاد شده توسط آلرژی شده است (سینوزیت و آسم).

### موارد ارجاع به متخصص (جدول ۴)

- جهت تشخیص آلرژنهای خاص در بیماران با آلرژیهای ناشناخته/ آلرژیهای متعدد محیطی (تست پوستی یا RAST)
- عدم تحمل درمان و یا شکست درمان دارویی (بیش از ۱ ماه از شروع درمان گذشته باشد).
- بیماریهای همراه مانند: رینوسینوزیت باکتریایی عود کننده یا مزمن یا اوتیت مدیای راجعه.
- نیاز به آموزشهای پیشرفته تر برای پرهیز از مواجهه با آلرژنها
- علائم متوسط تا شدید رینیت سالانه یا وجود پولیپ بینی.
- هر واکنش آلرژیک شدیدی که باعث نگرانی و اضطراب بیمار یا والدین او شود.
- ایمونوتراپی

### پیگیری

بیماران باید به صورت دوره‌ای و بسته به شرایط بهبودی بیمار ویزیت شوند و در صورت وجود اندیکاسیونهای ذکر شده جهت انجام بررسیهای بیشتر به بخشهای مربوطه ارجاع داده شوند. از آنجا که تعدادی از منابع رینیت آلرژیک را با بعضی حالات سایکوسوماتیک همچون شخصیت وسواسی- جبری همراه می‌دانند پیش بینی و اطلاع رسانی به بیمار از اینکه چه زمانی بهبودی حاصل میشود به سادگی میسر نخواهد بود.