

رینیت آلرژیک (آلرژی بینی)

Allergic Rhinitis



نویسنده مسئول:
دکتر فرحزاد جباری آزاد

Farahzad Jabbari Azad; MD
E-mail: jabbarif@mums.ac.ir

فوق تخصص ایمونولوژی و آلرژی کودکان، گروه ایمونولوژی، بخش ایمونولوژی بالینی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

نیز همراه شده و در نتیجه اثرات منفی این بیماری دو چندان شود. لذا درمان مؤثر رینیت آلرژیک از اهمیت فراوانی برخوردار است. در مرحله زودرس بیماری علائم بصورت خارش و عطسه در طی چند ثانیه یا چند دقیقه ایجاد شده و پس از آن احتقان بینی و ترشحات بینی در طی حداکثر ۳۰-۱۵ دقیقه ایجاد می‌گردد. پاسخ‌های مرحله دیررس ۸-۴ ساعت پس از برخورد با آلرژن بروز نموده و با ارتشاح سلولهای بازوفیل، اتوزینوفیل، نوتروفیل، ماستوسیت‌ها و سلولهای تک هسته‌ای همراه است. آلرژی بینی به دو شکل بالینی دیده می‌شود: الف) رینیت فصلی (Intermittent); که تداوم نشانه‌های بیماری (رینوره، عطسه، خارش و احتقان بینی) بصورت کمتر از ۴ روز در هفته و یا کمتر از ۴ هفته متناوب می‌باشد، ب) رینیت دائمی (Persistent); که تداوم نشانه‌های بیماری بصورت بیشتر از ۴ روز در هفته و یا بیشتر از ۴ هفته متناوب می‌باشد. در بیشتر بیماران هر دو فرم بیماری به صورت شعله‌ور شدن بیماری فصلی بر روی روند دائمی رینیت مشاهده می‌شود.

تشخیص

شرح حال: مهمترین بخش در رسیدن به تشخیص، اخذ شرح حال کامل است. در این رابطه، توصیف دقیق زمان و مکان وقوع علائم حائز اهمیت می‌باشد. علائم بیماری ممکن است فصلی (به طور معمول در فصل بهار و انتهای فصل تابستان) یا دائمی (با یا بدون تشدیدهای فصلی) باشند. آلرژنهای فصلی شامل درختان، گیاهان، گرده‌های علفها و قارچهای معلق در هوا می‌باشند و علائم ارتباط شدیدی با زمان رهایی گرده‌ها مطابق با منطقه جغرافیایی دارند. آلرژنهای دائمی از قبیل کنه‌های خاکی، فضولات حیوانات (اهلی)، و اسپورهای قارچها اغلب باعث علائم مزمن می‌شوند و بندرت ارتباط فصلی دارند.

شرح حالی از بیماریهای همراه که مشکلات آلرژیک را تشدید می‌کنند، نیز باید پرسیده شود. شرح حال باید شامل داروهای مصرفی نیز باشد. داروهایی مانند بتابلوکرها ممکن است باعث بدتر شدن علائم آلرژیک بخصوص در آسم شوند. همچنین می‌تواند بر روی تصمیم‌گیری برای مداخلات درمانی مانند ایمونوتراپی نیز مؤثر باشد. سابقه اعمال جراحی متعدد بر روی دستگاه تنفسی فوقانی مانند چندین مرتبه لوله‌گذاری در پرده صماخ، آدنوتیدکتومی و تونسیلکتومی یا عملهای جراحی متعدد بر روی سپتومها، به تشخیص آلرژی زمینه‌ای کمک می‌کند. آلرژی به ارث می‌رسد و شرح حال خانوادگی از بیماریهای آلرژیک در سایر افراد خانواده نیز کمک‌کننده است.

شیوع بیماریهای حساسیتی (آلرژیک) در جهان و در ایران رو به افزایش بوده و پیش‌بینی شده است تا سال ۲۰۲۰ شیوع انواع بیماریهای آلرژیک به حدود ۵۰٪ در جهان برسد. بیماریهای آلرژیک به علت ازدیاد حساسیت تبپ یک در پاسخ به آنتی‌ژن (آلرژن) و تولید IgE، به صورت فوری ایجاد می‌شوند. طبق آخرین آمارها، حدود ۲۰٪ جمعیت کشور ایران مبتلا به آلرژی هستند. بیماریهای آلرژیک که به علت پاسخ نایجای سیستم ایمنی به عوامل محرک محیطی ایجاد می‌شوند، براساس محل‌های درگیر و تظاهرات بالینی شامل آلرژی بینی (رینیت آلرژیک) آسم آلرژیک، کهیر آلرژیک، آلرژی غذایی و دارویی، آگزمای شیرخوارگی و آنافیلاکسی می‌باشند. رینیت آلرژیک، شایعترین نوع بیماری آلرژیک در دنیا بوده و مطالعات مختلف شیوع آن را در جوامع مختلف بخصوص در کشورهای غربی طی دهه‌های اخیر رو به افزایش نشان داده اند. مطالعات انجام شده در خصوص شیوع این بیماری، تفاوت‌های زیادی را بین کشورها و مناطق مختلف نشان داده‌اند و مطالعاتی که با استفاده از روش استاندارد در کشورهای مختلف انجام شده، شیوع این بیماری را از ۱/۴٪ تا ۴۵٪ گزارش نموده‌اند.

این بیماری یکی از اصلی‌ترین بیماری‌های مزمن در کودکان می‌باشد که شیوع بالا و اثرات ناتوان‌کننده و زیان‌بخش آن بر روی کیفیت زندگی و تحصیل، از اساسی‌ترین نکات آن می‌باشد. نکته ای که در خصوص بیماری رینیت آلرژیک باید اشاره کرد این است که اگرچه این بیماری یک بیماری شدید و ناتوان‌کننده نیست، اما اثرات مستقیم و غیرمستقیم ناشی از آن مانند مراجعات مکرر به پزشکان، هزینه‌های تشخیص و درمان، بیماری‌هایی که در زمینه آن ایجاد می‌شوند، عوارض جانبی داروها و همچنین کاهش کیفیت زندگی، خستگی و تحریک‌پذیری و افت کارایی بیماران در محیط کار و مدرسه، در مجموع این بیماری را به یک مشکل برای سیستم‌های بهداشتی درمانی تبدیل کرده است.

علائم و نشانه‌ها

رینیت آلرژیک به طور تپیک به وسیله پون‌های طبیعی یا مایت‌های گردوغبار خانگی ایجاد می‌شود و نشانه‌های آن شامل رینوره، خارش بینی، عطسه و انسداد بینی و همین‌طور حساسیت به نور و اختلال در حس بویایی می‌باشد. حتی رینیت آلرژیک می‌تواند با مجموعه‌ای از بیماریهای دیگر مانند آسم، التهاب گوش، پولیپ بینی، اختلالات جفت‌شدن دندانها، سینوزیت و عفونت‌های سیستم تنفسی تحتانی

بهترین و مطلوبترین درمان است؛ اگرچه اکثراً این اجتناب باید با دارو درمانی و گاهی نیز ایمونوتراپی همراه شود.

اجتناب از آلرژن: در این درمان حذف یا اجتناب از آلرژن‌های تأثیرگذار، توصیه می‌شود. در این رابطه درزگیری تشک‌ها، بالش‌ها و پوشاندن محل نفوذ آلرژن مؤثرترین روش برای کاهش آلرژن هیره با مایت است. روکش رختخواب و پتوها باید هفتگی و با آب گرم شسته شوند. تنها اقدام مؤثر برای رهایی از آلرژن‌های حیوانی در منزل، حذف حیوانات خانگی است. اجتناب از گرده گیاهان و قارچ‌های خارج از خانه با کنترل مداوم محیط تکمیل می‌گردد. تهیه مناسب هوا با بسته‌بودن پنجره‌ها و درها برخورد با گرده‌ها و آلرژن‌ها را کاهش می‌دهد. فیلترهای HEPA و فیلترهای هوایی الکتروستاتیک مقدار اسپورهای خارجی منتقله از راه هوا را کم می‌کنند. علاوه بر این، کم کردن تعداد عواملی که در اتاق موجب جمع شدن گرد و خاک می‌شوند مانند کتابها، تزئینات پرده‌ای، اسباب‌بازیها، حیوانات پارچه‌ای و هرگونه به‌هم‌ریختگی توصیه می‌شود. از باز نمودن پنجره و استفاده از پنکه سقفی باید اجتناب شود. البسه بهتر است در یک خشک‌کن، خشک شوند. در مسافرت با ماشین برای جلوگیری از رشد کپک و جلوگیری از ورود گرده گیاهان اقداماتی نظیر بستن پنجره‌ها و استفاده از تهیه مطبوع توصیه می‌شوند، و زمانی که نتوان از این عوامل اجتناب نمود باید از ماسک استفاده کرد. همچنین لازم است فعالیت‌های خارج از منزل در طول دوره‌هایی که مقدار گرده در هوا زیاد است به حداقل رسانده شود. شستن دستها پس از بازی در بیرون برای اجتناب از احتمال انتقال آلرژنها از دست به چشم و بینی پیشنهاد می‌شود.

درمان دارویی: درمان دارویی عبارتست از آنتی‌هیستامینهای خوراکی و موضعی، ضداحتقانها (دکونژستانها)ی موضعی، آنتی‌کولینرژیک‌های موضعی و نهایتاً کورتون موضعی و گاهی سیستمیک (جدول ۱).

- **آنتی‌هیستامین‌ها:** آنتی‌هیستامینها در هر دو نوع رینیت دائمی و رینیت فصلی مفید هستند. آنتی‌هیستامین‌های خوراکی دارای اثر سیستمیک بوده و در مواقع وجود علائم چشمی و ریوی مفید می‌باشند. در گذشته از آنتی‌هیستامینهای نسل اول استفاده می‌شد که به دلیل اثرات خواب‌آوری، امروزه کمتر از آنها استفاده می‌شود. آنتی‌هیستامین‌های نسل دوم از سد مغزی عبور نمی‌کنند و بنابراین اثرات خواب‌آوری ندارند. اثرات آنتی‌هیستامینها بر روی احتقان بینی کمتر از سایر علائم می‌باشد. سیتیزین و دس‌لوراتادین برای بچه‌های بالاتر از ۶ ماه، لوراتادین برای بچه‌های بالای ۲ سال و فکسوفنادین برای بچه‌های بالاتر از ۶ سال تایید شده هستند. آزلاستین یک آنتی‌هیستامین فعال موضعی است که بصورت اسپری بینی برای بچه‌های بالای ۵ سال در دسترس است.

- **ضداحتقانها و آنتی‌کولینرژیکها:** سودوافدرین خوراکی، منقبض‌کننده عروقی است که برای احتقان بینی تجویز می‌شود، هرچند، بی‌قراری و بی‌خوابی با آن دیده شده است. دکونژستان‌های داخل بینی برای کمتر از ۵-۳ روز قابل استفاده هستند و نباید بیشتر از یک دوره در ماه استفاده شوند. استفاده از ضداحتقانها در دوران حاملگی توصیه نشده است. همچنین در بیماران مسن و بیماران دارای فشارخون بالا و یا بیماران روانپزشکی محدودیت مصرف دارد. اسپری بینی آنتی‌کولینرژیک ایپراتروپیوم بروماید (Ipratropium bromide) قابل استفاده در آبریزش بینی شدید است.

- **کرومولین:** کرومولینها از قبیل کرومولین سدیم و نودوکرومیل

معاینه فیزیکی: به خاطر اینکه آلرژی به طور شایع چندین سیستم را درگیر می‌سازد، بنابراین باعث شکایات متعددی می‌گردد. رد کردن سایر بیماریهای عمده که آلرژی را تقلید می‌کنند، بسیار ضروری است. ترشح آبکی و شفاف بینی در رینیت آلرژیک شایع است. غشاهای مخاطی از لحاظ رنگ و ادم باید معاینه شوند. رنگ آبی مخاطها در رینیت آلرژیک به خاطر اتساع وریدها و عروق خونی مخاطها می‌باشد. این نمای مخاطی برای رینیت آلرژیک اختصاصی نیست زیرا تظاهر رینیت‌های غیر آلرژیک هم اغلب به همین صورت است. مخاط شاخکها و تیغه بینی از نظر ادم و تغییرات پولیپی باید معاینه شود. بیماری که مرتب گلودی خود را به خاطر ترشحات خلفی بینی پاک می‌کند، ممکن است دچار پولیپهای صوتی شود. یافته‌های تیپیک چشمی در معاینه فیزیکی شامل ملتحمه قرمز همراه با ترشح آبکی و تورم پلکها می‌باشد. در موارد مزمن، یک چین عرضی اغلب بر روی پل بینی دیده می‌شود (چین آلرژیک) که ناشی از مالش بینی برای رفع انسداد و خارش بینی است. تیره شدن پوست ناحیه زیر چشم (Allergic shiners) و دهان باز آلرژیک (Allergic gape) نیز ممکن است وجود داشته باشد.

آزمون‌های تشخیصی

تشخیص بالینی با یافته‌های آزمایشگاهی همچون Ige افزایش‌یافته، آنتی‌بادی‌های Ige اختصاصی و آزمون پوستی مثبت آلرژیک، تقویت می‌گردد. **بررسی انوزینوفیل‌ها:** بیماریهای آلرژیک اغلب با افزایش تعداد انوزینوفیل‌های خون محیطی و هجوم آنها به بافت‌ها و ترشحات آنها در اعضای هدف همراهند. افزایش فصلی تعداد انوزینوفیل‌های جریان خون ممکن است در بیماران حساس پس از مواجهه با آلرژن‌هایی مانند گرده درخت، علف و گیاهان مشاهده شود. معمولاً ترشحات بینی برای بررسی انوزینوفیلی مورد آزمایش قرار می‌گیرند. حضور انوزینوفیل‌ها در گستره رنگ‌آمیزی شده مخاط بینی در تشخیص رینیت آلرژیک از دیگر علل رینیت کمک می‌کند. وجود انوزینوفیلی بینی، همچنین از نظر چگونگی درمان مهم است. وجود انوزینوفیلی در مخاط بینی احتمال پاسخ‌دهی به اسپری استروئیدی موضعی را افزایش می‌دهد.

تست پریک (Prick) یا خراش: آزمون پوستی پریک نخستین آزمایشی است که در تشخیص رینیت آلرژیک بر روی بیمار انجام می‌شود. در این تست که براساس آلرژن‌های شایع منطقه و شرح حال بیمار طراحی شده و توسط آلرژیست انجام می‌شود، عامل ایجاد حساسیت شناسایی می‌شود. علاوه بر این تست برای تعیین موارد ایمونوتراپی انجام می‌شود.

تست RAST: افزایش سطح سرمی Ige، خصوصاً Ige اختصاصی آلرژن یک تابلوی تیپیک در رینیت آلرژیک اتوپیک می‌باشد. این در حالی است که میزان Ige توتال ممکن است در محدوده نرمال باقی بماند. بنابراین اندازه‌گیری Ige اختصاصی یک آلرژن ارجح است. از این روش برای تعیین آلرژن در مواردی که امکان تست پریک نباشد (مصرف داروی مهارکننده، عدم همکاری بیمار، فاز حمله کهیر) استفاده می‌شود. **تست‌های مخاطی:** به‌کارگیری آنتی‌ژنهای مشکوک به آلرژن در سطح مخاط بیماران، شواهد غیرمستقیمی از اتصال Ige اختصاصی آلرژن به ماستوسیت‌های مخاط نشان می‌دهد. نتیجه واکنش با راههای متفاوتی از جمله رینومتری، اندازه‌گیری مدياتورهای التهابی تولیدشده یا علائم التهاب قابل ارزیابی است. این تست، معمولاً به عنوان یک وسیله تحقیقاتی به کار می‌رود و به ندرت در ارزیابی بالینی بیماران آلرژیک به کار می‌رود.

درمان

برای درمان رینیت آلرژیک، اجتناب از آلرژن در صورت امکان،

جدول ۱. اثربخشی درمان‌های رایج بر علائم رینیت آلرژیک

علائم و نشانه‌ها	عطرسه	قرمزی چشم	آبریزش بینی	احتقان بینی	خارش بینی
آنتی‌هیستامین‌ها	++	++	++	+	+++
کورتیکواستروئیدهای داخل بینی	+++	++	+++	+++	++
کرومولین سدیم	+	0	+	+	+
ضداحتقان‌ها	0	0	0	+	0
آنتی‌کولینرژیک‌ها	++	++	++	+	++
آنتی‌لکوترین‌ها	++	++	++	+	++

+: تأثیر خفیف؛ ++: تأثیر متوسط؛ +++: تأثیر خوب؛ 0: بدون تأثیر

جذب سیستمیک کمتری داشته و ایمن‌تر هستند. مومتازون برای کودکان بالای ۲ سال، فلوتیکازون برای کودکان بالای ۴ سال و بودزوناید برای کودکان بالای ۶ سال تأیید شده‌اند. در موارد شدید بیماری، درمان ترکیبی کورتیکواستروئیدهای داخل بینی با آنتی‌هیستامین‌ها مفیدتر است.

- **ایمونوتراپی:** ایمونوتراپی با آلرژن، روشی است که در آن با استفاده از آلرژن و با دوزهای افزایش‌یابنده و تدریجی در شخصی که بیماری آلرژیک دارد، پاسخ نامطلوب بیمار را در برخورد طبیعی بعدی با آن آلرژن‌ها، از بین برده و یا از شدت آن می‌کاهد. این روش تنها درمان قطعی برای رینیت آلرژیک می‌باشد. برای تجویز ایمونوتراپی آنتی ژنی که فرد به آن حساس است باید با تست‌های پوستی یا RAST شناسایی شود. ایمونوتراپی برای بیماران توصیه می‌شود که علائمشان به راحتی با درمان دارویی کنترل نمی‌شود، دوری از موادی که به آن آلرژی دارند آسان نیست، علائمشان دائمی (بیش از یک فصل آلرژی دارند) است. علائم شدید است و یا تمایل به همکاری در برنامه ایمونوتراپی دارند. خطر عمده و مهمی که در ارتباط با ایمونوتراپی روی می‌دهد بروز آنافیلاکسی است. به همین خاطر ایمونوتراپی باید با نظارت پزشکی که توانایی تشخیص و کنترل این وضعیت مهلک را دارد انجام شود. مدت زمان انجام ایمونوتراپی بعد از دستیابی به حداکثر پاسخ بالینی نامشخص است. بسیاری از متخصصان ادامه درمان را به مدت ۴ تا ۵ سال توصیه می‌کنند، در حالی که برخی دیگر به دلیل ترس از تشدید علائم بالینی در صورت قطع دارو، درمان را به مدت نامعلوم تجویز می‌نمایند. اگر بعد از گذشت ۱۲ تا ۱۸ ماه از درمان تغییری در علائم حاصل نشود، احتمالاً باید ایمونوتراپی قطع شود.

حداقل در بخشی از عملکرد خود بصورت تثبیت کننده ماستوسیت‌ها عمل می‌نمایند و به عنوان درمان موضعی داخل چشمی بکار می‌روند. کرومون‌های داخل بینی دارای اثر زیادی نبوده و بدلیل جذب سیستمیک ضعیف، داروهایی بی‌خطری بوده و در گروه کودکان و خانم‌های باردار مورد استفاده قرار می‌گیرند. کرومون‌ها هیچ تأثیری روی رینیت غیرآلرژیک ندارند. دوز پیشنهادی برای درمان رینیت آلرژیک یک بار اسپری در هر سوراخ بینی برای ۳ تا ۴ بار در روز است.

- **آنتاگونیست‌های گیرنده لکوترین:** آنتی‌لکوترین‌ها اثرات کلینیکی خود را از طریق مهار تولید لکوترین یا وقفه در اتصال به گیرنده اعمال می‌کنند و دارای خاصیت ضدالتهاب خفیف می‌باشند. مونته لوکاست به راحتی در کودکان تحمل شده و مفید می‌باشد. در شرایطی که آسم و رینیت آلرژیک با هم وجود دارند، مونته‌لوکاست باعث بهبود هر دو علائم بینی و برونشی می‌گردد.

- **کورتیکواستروئیدهای اینترانازال و سیستمیک:** در حال حاضر کورتیکواستروئیدهای اینترانازال به عنوان خط اول درمان برای بیماران مبتلا به رینیت آلرژیک به کار می‌روند و تنها داروهایی هستند که به صورت تک‌دارویی در رینیت آلرژیک استفاده شده و مؤثر می‌باشند. در بیماران که علائم شدیدتر و پایدارتری دارند، کورتیکواستروئید موضعی داخل بینی مؤثرترین دارو برای درمان رینیت آلرژیک می‌باشد. این داروها برای تمام علائم بیماری با التهاب ائوزینوفیلیک مؤثر است اما در رینیت وابسته به نوتروفیلها، یا عاری از التهاب مؤثر نیستند. داروهای قدیمی‌تر مثل بکلومتازون، تریامیسولون و فلونیزولاید از راه گوارش و تنفسی قابل جذب هستند. مومتازون، فلوتیکازون و بودزوناید فعالیت موضعی بیشتر و

لطفاً به این مقاله از ۱ تا ۲۰ امتیاز دهید.

کد این مقاله: ۶۷۰۷

شماره پیامک مجله: ۳۰۰۷۸۳۸

نحوه امتیازدهی: امتیاز - شماره مقاله

نمونه صحیح امتیازدهی (چنانچه امتیاز شما ۲۰ باشد): ۲۰-۶۷۰۷

References:

- 1- Adkinson F, Bochner BS, Burks W, et al. Middleton's Allergy: Principles and Practice. 8th ed. Philadelphia, USA: Elsevier Saunders; 2014.
- 2- Akdis CA, Akdis M. Mechanisms and treatment of allergic disease in the big picture of regulatory T cells. J Allergy Clin Immunol. 2009;123:735-46.
- 3- Shaker M. New insights into the allergic march. Curr Opin Pediatr. 2014;26:516-20.