

رینوسینوزیت حاد در بزرگسالان

ترجمه: دکتر حسام جهانانیده

رینوسینوزیت یکی از شایع ترین علل مراجعه بیماران به پزشک به شمار می‌رود. انواع رینوسینوزیت شامل رینوسینوزیت حاد، تحت حاد، حاد راجعه و مزمن هستند. خود رینوسینوزیت حاد را می‌توان به انواع باکتریال یا ویروسی تقسیم‌بندی کرد. بیشتر موارد رینوسینوزیت حاد ناشی از عفونت‌های ویروسی ایجادکننده سرماخوردگی هستند. درمان علامتی با مسکن‌ها، داروهای ضد احتقانی و شستشوی بینی با سالی‌ن برای درمان بیماران دارای علائم غیر شدید (درد خفیف، دمای کمتر از ۳۸/۳ درصد سانتی‌گراد) کافی است. آنتی‌بیوتیک‌های غیر وسیع‌الطیف مانند آموکسی‌سیلین یا تری‌متوپریم-سولفامتوکسازول در بیماران دارای علائم یا نشانه‌های سینوزیت حاد که پس از ۷ روز بهبود نداشته باشند یا در سیر بیماری تشدید شوند، توصیه می‌گردند. شواهد محدودی دال بر استفاده از کورتیکواستروئیدهای داخل‌بینی در بیماران مبتلا به رینوسینوزیت حاد وجود دارد. تصویربرداری‌های رادیوگرافیک در ارزیابی رینوسینوزیت حاد بدون عارضه توصیه نمی‌شوند. CT اسکن سینوس‌ها نباید به عنوان بخشی از ارزیابی روتین این بیماران مورد استفاده قرار گیرد، هرچند این روش می‌تواند در شناسایی اختلالات آناتومیک و ارزیابی بیماران مشکوک به ابتلا به عوارض رینوسینوزیت حاد باکتریال مفید باشد. عوارض نادر رینوسینوزیت حاد باکتریال شامل درگیری اربیت، درگیری داخل جمجمه‌ای و درگیری استخوانی هستند. در صورت تداوم یا تشدید علائم پس از شروع درمان طبی کامل و نیز در صورت مشاهده شواهد درگیری سینوس‌ها در CT اسکن، ارجاع بیمار به متخصص گوش و حلق و بینی ضروری است.

و جراحی سرگردن آمریکا^(۱) (AAO-HNS)، سینوزیت براساس طول مدت علائم به صورت حاد، تحت حاد، حاد راجعه و مزمن تقسیم‌بندی می‌شود (جدول ۱). خود رینوسینوزیت حاد را می‌توان به انواع باکتریال یا ویروسی تقسیم‌بندی نمود.

اتیولوژی

بیشتر موارد رینوسینوزیت حاد ناشی از عفونت‌های ویروسی ایجادکننده سرماخوردگی هستند. ادم مخاطی، موجب انسداد دهانه سینوس‌ها می‌شود، به علاوه عفونت‌های ویروسی و باکتریال موجب اختلال در حرکت مژک‌های انتقال‌دهنده موکوس می‌شوند. انسداد و کاهش در میزان حرکت موکوس باعث تغلیظ ترشحات

سینوزیت یکی از شایع‌ترین بیماری‌هایی است که توسط پزشکان عمومی درمان می‌شود. در ایالات متحده در هر سال یک نفر از هر ۷ نفر به سینوزیت مبتلا می‌شود و میزان تشخیص سالانه آن معادل ۳۱ میلیون مورد است. هزینه‌های سالانه مستقیم سینوزیت شامل داروها، ویزیت‌های سرپایی و بستری و انجام آزمون‌های تشخیصی و اقدامات درمانی مختلف در ایالات متحده معادل ۳ میلیارد دلار تخمین زده می‌شود. سینوزیت پنجمین تشخیص شایعی است که برای درمان آن آنتی‌بیوتیک تجویز می‌گردد.

تعریف

التهاب سینوس‌ها به ندرت در غیاب التهاب همزمان مخاط بینی رخ می‌دهد بنابراین عنوان رینوسینوزیت واژه صحیح‌تری برای اصطلاح شایع سینوزیت است. براساس تعریف آکادمی گوش و حلق و بینی

1. American Academy of Otolaryngology- Head And Neck Surgery

جدول ۱. طبقه‌بندی رینوسینوزیت در بزرگسالان

نوع سینوزیت	طول مدت
حاد	تا ۴ هفته
تحت حاد	بیشتر از ۴ و کمتر از ۱۲ هفته
حاد راجعه	۴ حمله سینوزیت یا بیشتر در سال با بهبود کامل بین حملات، هر حمله دست کم باید ۷ روز به طول بینجامد
مزمن	۱۲ هفته یا بیشتر

بودن پاتوژن‌ها یا در صورت ابتلای بیمار به نقص ایمنی، می‌توان از کشت باکتریال ترشحات کمک گرفت.

تصویربرداری

تصویربرداری رادیوگرافیک برای ارزیابی رینوسینوزیت حاد غیرعارضه‌دار توصیه نمی‌شود. نمی‌توان از رادیوگرافی ساده سینوس‌ها برای افتراق اتیولوژی‌های باکتریال و ویروسی از هم کمک گرفت و سطح مایع-هوا، هم در رینوسینوزیت‌های ویروسی و هم در رینوسینوزیت‌های باکتریال مشاهده می‌شود. از CT اسکن سینوس نباید برای ارزیابی روتین رینوسینوزیت حاد باکتریال استفاده کرد، با این حال این روش قادر به تشخیص اختلالات آناتومیک و عوارض احتمالی است. می‌توان از MRI در موارد شک به تومور یا سینوزیت‌های قارچی که قادر به درگیری بافت‌های نرم مجاور هستند کمک گرفت.

درمان آنتی‌بیوتیکی

استفاده از آنتی‌بیوتیک‌ها را می‌توان در بیماران مبتلا به علائم یا نشانه‌های سینوزیت حاد که ظرف ۷ روز بهبود نداشته‌اند یا در هر زمان از سیر بیماری علائم آنها تشدید شده است، بیماران مبتلا به درد خفیف تا متوسط یا تب $38/3$ درجه سانتی‌گراد و بالاتر، یا بیماران مبتلا به نقص ایمنی مدنظر داشت. یک مرور نظام‌مند روی ۱۳ کارآزمایی تصادفی شده درباره استفاده از آنتی‌بیوتیک در بیماران مبتلا به رینوسینوزیت حاد نشان داده است که ۷۰٪ از بیماران پس از ۷ روز، صرف‌نظر از استفاده یا عدم استفاده از آنتی‌بیوتیک، بهبود بالینی داشته‌اند. بهبود کامل بالینی بدون استفاده از آنتی‌بیوتیک در ۸٪ از بیماران ظرف ۵-۳ روز، در ۳۵٪ از بیماران ظرف ۱۲-۷ روز و در ۴۵٪ از بیماران ظرف ۱۵-۱۴ روز ایجاد شده است. استفاده از آنتی‌بیوتیک در مقایسه با دارونما باعث افزایش میزان مطلق بهبود کامل به میزان ۱۵٪ در فاصله روزهای ۱۲-۷ شده است (تعداد بیماران مورد نیاز برای درمان^(۵) [NNT]: ۷ نفر). در روزهای ۱۵-۱۴، درمان

توصیه‌های کلیدی برای طبابت

توصیه بالینی	رتبه‌بندی شواهد
تصویربرداری رادیوگرافیک در بیماران مبتلا به رینوسینوزیت حاد جز در صورت بروز عوارض یا شک به سایر تشخیص‌ها توصیه نمی‌شود.	C
درمان آنتی‌بیوتیکی برای بیماران مبتلا به علائم رینوسینوزیت که ظرف ۷ روز بهبود پیدا نکند یا علائم آنها در هر زمانی تشدید شود، بیماران مبتلا به بیماری متوسط (درد متوسط یا شدید یا تب معادل $38/3$ درجه سانتی‌گراد یا بیشتر) یا بیماران دچار نقص ایمنی توصیه می‌شود.	B
آموکسی‌سیلین، آنتی‌بیوتیک خط اول برای بیشتر بیماران مبتلا به رینوسینوزیت حاد باکتریال به شمار می‌رود.	A
تری‌متوپریم-سولفامتوکسازول و آنتی‌بیوتیک‌های ماکرولیدی داروهای جایگزین مناسبی برای آموکسی‌سیلین برای درمان رینوسینوزیت حاد باکتریال در بیماران دچار آلرژی به پنی‌سیلین هستند.	C
علائم خفیف رینوسینوزیت که کمتر از ۷ روز به طول بینجامد به کمک مراقبت حمایتی مشتمل بر مسکن‌ها، داروهای ضد احتقان برای مدت کوتاه، شستشوی بینی با سالین و کورتیکواستروئیدهای داخل بینی قابل درمان هستند.	A

A: شواهد بیمار محور قطعی با کیفیت مطلوب؛ B: شواهد بیمار محور غیرقطعی یا با کیفیت محدود؛ C: اجماع، شواهد بیماری محور، طبابت رایج، عقیده صاحب‌نظران یا مجموعه موارد بالینی.

و کاهش فشار اکسیژن در سینوس‌ها می‌گردد. این فضا، یک محیط کشت عالی برای ویروس‌ها و باکتری‌ها به شمار می‌رود. شایع‌ترین ارگانسیم‌های باکتریال دخیل در رینوسینوزیت حاد باکتریال شامل استرپتوکوک پنومونیه، هموفیلوس آنفلوانزا، استافیلوکوک اورئوس و موراکسلا کاتارالیس هستند. شایع‌ترین ویروس‌های ایجادکننده رینوسینوزیت ویروسی حاد عبارتند از: آدنوویروس، ویروس آنفلوانزا و ویروس پارائفلوانزا.

تشخیص

نشانه‌ها و علائم رینوسینوزیت حاد باکتریال و عفونت تنفسی فوقانی ویروسی شبیه به هم هستند که این مساله می‌تواند باعث تشخیص بیش از حد رینوسینوزیت حاد باکتریال شود. وجود ترشح چرکی از بینی تنها معیار افتراق عفونت‌های ویروسی از باکتریال نیست و الگو و طول مدت بیماری نیز در این میان نقش دارند. در بیشتر بیماران، رینوسینوزیت ویروسی ظرف ۱۰-۷ روز بهبود پیدا می‌کند، تشخیص رینوسینوزیت حاد باکتریال مستلزم تداوم علائم برای مدت بیش از ۱۰ روز یا تشدید آنها پس از ۷-۵ روز است.

معیارهایی برای تشخیص سینوزیت از طرف AAO-HNS و کالج پزشکان آمریکا^(۱) (ACP) ارائه شده‌اند. معیارهای ACP از طرف مرکز کنترل و پیشگیری از بیماری‌ها^(۲) (CDC)، جامعه بیماری‌های عفونی آمریکا^(۳) و آکادمی پزشکان خانواده آمریکا^(۴) تایید شده‌اند. در جدول ۲ میزان حساسیت و ویژگی معیارهای مورد استفاده برای تشخیص رینوسینوزیت فهرست شده‌اند. در صورت شک به مقاوم

1. American College of Physicians
2. Centers for Disease Control and Prevention
3. Infectious Disease Society of America
4. American Academy of Family Physicians
5. Number Needed to Treat

جدول ۲. نشانه‌ها و علائم سینوزیت حاد

نشانه / علامت	ارزش اخباری * مثبت (%)	ارزش اخباری * منفی (%)	حساسیت (%)	ویژگی (%)
علائم پس از عفونت تنفسی فوقانی	۸۱	۸۸	۸۹	۷۹
درد صورت، فشار یا احساس پری (درد به هنگام خم شدن به جلو)	۷۷	۷۵	۷۵	۷۷
رینوره چرکی	۶۱	۵۵	۳۵	۷۸
درد دندان‌های ماگزیلاری	۵۶	۵۹	۶۶	۴۹
گرفتگی بینی	۴۳	۳۵	۶۰	۲۲

* ارزش‌های اخباری مثبت و منفی براساس شیوع سینوزیت حاد به میزان ۵۰٪ در بزرگسالان مراجعه‌کننده به یک درمانگاه داخلی با علائم سینوزیت محاسبه شده‌اند.

فلوئوروکینولون‌های جدیدتر در مقایسه با آنتی‌بیوتیک‌های بتا-لاکتام منفعیتی در بر ندارند و به عنوان داروهای خط اول توصیه نمی‌شوند.

طول مدت درمان

طول مدت توصیه شده درمان آنتی‌بیوتیکی با توجه به مدت زمان معمول درمان مورد استفاده در کارآزمایی‌های بالینی تصادفی شده، معادل ۱۰ روز است. با این حال دوره درمانی کوتاه‌تر ۳-۵ روزه ممکن است به همین اندازه موثر و با عوارض جانبی کمتری همراه باشد.

شکست درمان

شکست درمان زمانی مطرح می‌شود که علائم حین درمان پیشرفت کنند یا پس از ۷ روز درمان بهبود نیابند. در این موارد علل غیر باکتریال یا عفونت با باکتری‌های مقاوم باید مدنظر باشد. در صورت عدم بهبود علائم با درمان با آموکسی‌سیلین یا در صورت عود علائم ظرف ۶ هفته، باید یک آنتی‌بیوتیک جایگزین وسیع‌الطیف‌تر تجویز گردد. در این موارد آموکسی‌سیلین / کلاوولانات یا یک فلوئوروکینولون تنفسی ممکن است استفاده گردند. در موارد مقاوم ممکن است ارجاع به متخصص گوش و حلق و بینی ضرورت پیدا کند.

درمان‌های کمکی

علائم غیر شدید (مانند درد خفیف و تب کمتر از ۳۸/۳ درجه سانتی‌گراد) برای مدت کمتر از ۷ روز به کمک مراقبت حمایتی قابل درمان هستند. درمان‌های کمکی که برای بهبود علامتی رینوسینوزیت حاد باکتریال مورد بررسی قرار گرفته‌اند شامل مسکن‌ها، ضد احتقان‌ها، آنتی‌هیستامین‌ها و کورتیکواستروئیدهای داخل بینی هستند. درمان‌های کمکی در جدول ۴ فهرست شده‌اند.

مسکن‌ها

درمان با مسکن‌ها اغلب برای تخفیف درد، فراهم آوردن امکان استراحت کافی و ادامه فعالیت‌های طبیعی ضروری هستند. انتخاب

آنتی‌بیوتیکی سودی در بر نداشته است. میزان بروز عوارض جانبی در موارد استفاده از آنتی‌بیوتیک در مقایسه با دارونما بیشتر بوده است (تعداد بیماران مورد نیاز برای بروز عوارض زیانبار^(۱): ۹ نفر). عوارض جانبی شایع شامل اسهال، تهوع، استفراغ، راش پوستی، ترشح واژینال و سردرد بوده‌اند.

سایر فرابررسی‌ها حاکی از وجود اثر درمانی اندک به دنبال درمان با آنتی‌بیوتیک‌ها توأم با افزایش در میزان عوارض جانبی همراه بوده‌اند. در یک کارآزمایی بالینی دوسوکور تصادفی شده، استفاده از آنتی‌بیوتیک در روز ۱۴ در مقایسه با دارونما با بهبود بیشتری همراه نبوده است. با این حال تحلیل زیر گروه بیمارانی که به طور کامل بهبود داشته‌اند نشان داده است که متوسط تعداد روزها تا ایجاد بهبود در گروه آنتی‌بیوتیک ۸/۱ و در گروه دارونما ۱۰/۷ بوده است.

مطالعات متعدد درباره ارزیابی استفاده از آنتی‌بیوتیک در بیماران مبتلا به رینوسینوزیت، بیماران مبتلا به بیماری شدید را حذف نموده‌اند. یک فرابررسی برپایه داده‌های فردی بیماران نشان داده است که نشانه‌ها و علائم بالینی شایع قادر به شناسایی آن دسته از بیماران مبتلا به رینوسینوزیت که از درمان با آنتی‌بیوتیک سود می‌برند، نیست، با این حال تب بالا، تورم پری‌اریت، اریتم و درد شدید صورت نشانه‌هایی از عوارض جدی هستند که به درمان فوری با آنتی‌بیوتیک نیاز دارند. به علاوه سن بیمار، وضعیت سلامت عمومی، وضعیت قلبی - ریوی و بیماری‌های همراه، ملاحظات مهمی برای شروع زود هنگام درمان آنتی‌بیوتیکی به شمار می‌روند.

انتخاب آنتی‌بیوتیک

گزینه‌های آنتی‌بیوتیکی برای درمان رینوسینوزیت حاد باکتریال در جدول ۳ فهرست شده‌اند. بیشتر راهکارها آموکسی‌سیلین را با توجه به بی‌خطری، اثربخشی، قیمت پایین و غیر وسیع‌الطیف بودن از لحاظ میکروبیولوژیک، به عنوان درمان خط اول توصیه می‌کند. در بیماران دارای آلرژی به پنی‌سیلین می‌توان از تری‌متوپریم - سولفامتوکسازول یا یک ماکرولید به عنوان جایگزین آموکسی‌سیلین استفاده کرد.

یک مرور نظام‌مند حاکی از فقدان تفاوت قابل توجه در پیامدهای بالینی بیماران مبتلا به رینوسینوزیت حاد باکتریال درمان شده با آموکسی‌سیلین در مقایسه با سفالوسپورین‌ها و ماکرولیدها بوده است.

1. Number Needed to Harm

جدول ۳. آنتی بیوتیک‌های خوراکی برای درمان رینوسینوزیت حاد باکتریال

دوز	اثر بخشی بالینی (%)	آنتی بیوتیک
درمان خط اول		
۵۰۰ میلی گرم هر ۸ ساعت برای ۱۰ روز یا ۸۷۵ میلی گرم هر ۱۲ ساعت برای ۱۰ روز	۸۳-۸۸	آموکسی سیلین (دوز معمول)
برای پوششی موراکسلاکاتارالیس و هموفیلوس آنفلونزای تولید کننده بتا-لاکتاماز		
۵۰۰ میلی گرم / ۱۲۵ میلی گرم هر ۸ ساعت برای ۱۰ روز یا ۸۷۵ میلی گرم / ۱۲۵ میلی گرم هر ۱۲ ساعت برای ۱۰ روز	۹۰-۹۲	آموکسی سیلین / کلاوولانات
جایگزین آموکسی سیلین / کلاوولانات		
۳۰۰ میلی گرم دوبار در روز برای ۱۰ روز یا ۶۰۰ میلی گرم در روز برای ۱۰ روز	۸۳-۸۸	سفدینیر (Cefdinir)
۲۰۰ میلی گرم در روز برای ۱۰ روز	۸۳-۸۸	سفیو دوکسیم
۲۵۰ میلی گرم در روز برای ۱۰ روز	۸۳-۸۸	سفوروکسیم
جایگزین پنی سیلین		
۸۰۰ میلی گرم / ۱۶۰ میلی گرم دوبار در روز برای ۱۰ روز	۸۳-۸۸	تری متوپریم-سولفامتوکسازول
۵۰۰ میلی گرم در روز برای ۳ روز	۷۷-۸۱	آزیترومایسین
۵۰۰ میلی گرم در روز برای ۱۴ روز یا ۱۰۰۰ میلی گرم از نوع طولانی رهش در روز برای ۱۴ روز	۷۷-۸۱	کلاریترومایسین (معمولی یا طولانی رهش)
برای استرپتوکوک پنومونیه مقاوم (به عنوان مثال در کودکی که به مهدکودک می رود)		
۲۰۰ میلی گرم / ۱۲۵ میلی گرم دوبار در روز برای ۱۰ روز	۹۰-۹۲	آموکسی سیلین / کلاوولانات طولانی رهش
۵۰۰ میلی گرم در روز برای ۱۴-۱۰ روز یا ۷۵۰ میلی گرم در روز برای ۵ روز	۹۰-۹۲	لوفلوکسازین
۴۰۰ میلی گرم در روز برای ۱۰ روز	۹۰-۹۲	موکسی فلوکسازین

میزان احتقان بینی، رینوره یا عطسه در بیماران دچار سرماخوردگی نمی شوند. آنتی هیستامین ها می توانند با خشک کردن بیش از حد مخاط بینی، باعث ایجاد ناراحتی بیشتر می شوند. بنابراین نباید از آنتی هیستامین ها برای بهبود علامتی سینوزیت حاد جز در بیماران دارای سابقه آلرژی کمک گرفت.

شستشوی بینی با سالین

از شستشوی بینی با سالین می توان برای نرم کردن ترشحات غلیظ و بهبود پاکسازی موکوسیلیاری کمک گرفت. مطالعات نشان داده اند که پاکسازی مکانیکی حفره بینی با سالین در بیماران مبتلا به سینوزیت مزمن و مبتلایان به سینوزیت مکرر سودمند است. شواهد حمایت کننده از استفاده از شستشوی بینی با سالین برای عفونت های تنفسی فوقانی کمتر متقن هستند. یک مرور کاکرین روی ۳ کارآزمایی کوچک حاکی از منفعت اندک شستشوی بینی با سالین در کاهش علائم در بزرگسالان بوده است. با این حال شستشو با سالین یک گزینه درمانی بی خطر و ارزان برای بیمارانی است که خواهان تخفیف علائم خود هستند.

موکولیتیک ها

داروی موکولیتیک گایفنزین برای رقیق کردن موکوس و بهبود تخلیه بینی مورد استفاده قرار گرفته است. با این حال از آنجا که تاثیرات گایفنزین در قالب کارآزمایی های بالینی مورد ارزیابی قرار نگرفته

مسکن باید براساس شدت درد صورت پذیرد. استامینوفن یا یک داروی ضد التهاب غیر استروئیدی (NSAID) به تنهایی یا همراه با یک اوپیوید گزینه های مناسبی برای دردهای خفیف تا متوسط هستند.

ضد احتقان ها

می توان از داروهای ضد احتقان برای کاهش ادم مخاطی و تسهیل تهویه و تخلیه سینوس ها در طی حملات حاد بیماری کمک گرفت. با این حال تاثیرات داروهای ضد احتقان در حفره بینی شامل تاثیر بر سینوس های اطراف بینی نمی شود. در حال حاضر کارآزمایی های شاهدهار تصادفی شده درباره ارزیابی اثربخشی ضداحتقان ها در بیماران مبتلا به سینوزیت در دسترس نیستند. یک مرور نظام مند روی ۷ مطالعه نشان داده است ضداحتقان های بینی تاثیر ناچیزی بر بهبود کوتاه مدت احتقان در بزرگسالان مبتلا به سرماخوردگی دارند. ضداحتقان های موضعی به علت وجود احتمال احتقان واکنشی بینی رینیت مدیکامنتوزا نباید برای مدتی بیش از ۳ روز مورد استفاده قرار گیرند.

آنتی هیستامین ها

آنتی هیستامین ها اغلب به علت اثرات خشک کننده گی آنها برای بهبود علائم مورد استفاده قرار می گیرند. با این حال مطالعه ای در حمایت از استفاده از آنها در درمان سینوزیت حاد وجود ندارد. براساس یک مرور کاکرین (Cochrane)، آنتی هیستامین ها باعث کاهش معنی دار

جدول ۴. درمان‌های کمکی برای رینوسینوزیت حاد

درمان	عوارض جانبی شایع	ملاحظات
ضد احتقان‌های خوراکی		
فنیل‌افرین	تپش قلب، پرفشاری خون گذرا، سردرد، گیجی، ترمور، بی‌خوابی، تحریک معده، احتمال بروز احتباس ادرار در بیماران دچار هیپرتروفی پروستات وجود دارد.	بدون نیاز به نسخه (OTC)
سودو افرین		قابل تهیه با نسخه
ضد احتقان‌های موضعی		
نفازولین ۰/۰۵٪ اکسی متازولین ۰/۰۵٪ فنیل‌افرین ۰/۲۵٪، ۰/۰۵٪ و ۱٪	سوزش، گزش، خشکی و تحریک مخاط بینی؛ عطسه؛ احتقان واکنشی	بدون نیاز به نسخه (OTC)
کورتیکواستروئیدهای داخل بینی		
بکلومتازون بودزونید سیکلزونید فلونیزولید فلوتیکازون فوروات فلوتیکازون پروپیونات مومتازون تریاسینولون	اپیستاکی، فارنژیت، برونکواسپاسم، سرفه، تحریک بینی؛ جذب سیستمیک با مقادیر توصیه شده ناچیز است.	برای استفاده در بیماران مبتلا به سینوزیت از سوی اداره نظارت بر غذا و داروی ایالات متحده (FDA) مورد تایید قرار نگرفته است.
شستشوی بینی با سالین	روش استفاده از جاذبه با استفاده از یک ظرف دارای لوله رابط پری گوش، سوزش مخاط بینی، اپیتاکسی (نادر)	بدون نیاز به نسخه (OTC)
روش فشار پایین با استفاده از یک اسپری یا بطری فشاری (neti pot)		

این حال یک کارآزمایی شاهددار تصادفی شده دیگر نشان داده است که آنتی‌بیوتیک‌ها و کورتیکواستروئیدهای داخل بینی به تنهایی یا در ترکیب با یکدیگر غیر موثر هستند. این مطالعه مطرح کرده است که کورتیکواستروئیدهای داخل بینی می‌توانند در بیمارانی که در ابتدا علائم خفیف‌تری داشته‌اند موثر واقع شوند. اگر چه کورتیکواستروئیدهای داخل بینی برای استفاده در بیماران مبتلا به رینوسینوزیت حاد مورد تایید قرار نگرفته‌اند، راهکارهای فعلی استفاده از آنها را براساس تصمیم‌گیری فردی پزشک مجاز دانسته‌اند.

عوارض و موارد ارجاع

در صورت تشدید یا عدم بهبود علائم با درمان، پزشک باید برای تایید تشخیص رینوسینوزیت حاد باکتریال، رد کردن سایر علل بیماری و تشخیص عوارض، بیمار را مجدداً ارزیابی کند. براساس تخمین‌ها عوارض رینوسینوزیت حاد باکتریال در یک مورد از هر ۱۰۰۰ مورد رخ می‌دهند. اربیت شایع‌ترین ساختمان درگیر در سینوزیت عارضه‌دار است و معمولاً به دنبال سینوزیت اتموئید گرفتار می‌شود. در بیماران مبتلا به رینوسینوزیت باکتریال حاد که دچار علائم بینایی (مانند دوبینی، کاهش حدت بینایی، عدم تطابق دید دو چشمی و دشواری در بازکردن چشم‌ها)، سردرد شدید، خواب‌آلودگی یا تب بالا باشند باید CT اسکن با تزریق ماده حاجب به صورت اورژانس

است، نمی‌توان این دارو را به عنوان درمان کمکی در رینوسینوزیت توصیه کرد.

کورتیکواستروئیدها

کورتیکواستروئیدهای داخل بینی باعث کاهش التهاب و ادم مخاط بینی، شاخک‌های بینی و دهانه سینوس‌ها می‌شوند. کارآزمایی‌های شاهددار در حمایت از استفاده از کورتیکواستروئیدهای سیستمیک برای درمان رینوسینوزیت حاد باکتریال وجود ندارد. جذب کورتیکواستروئیدهای داخل بینی ناچیز و میزان بروز عوارض جانبی سیستمیک پایین است. بیشتر مطالعات انجام شده درباره استفاده از کورتیکواستروئیدهای داخل بینی در بیماران مبتلا به سینوزیت حاد با حمایت مالی صنایع داروسازی انجام گرفته‌اند. این مطالعات نشان داده‌اند که کورتیکواستروئیدهای داخل بینی در صورت استفاده توأم با آنتی‌بیوتیک‌ها در بهبود علائم بیماران سودمند هستند. داده‌ها درباره درمان با کورتیکواستروئیدهای داخل بینی به تنهایی، محدود هستند. یک مرور کارکین به بررسی ۴ کارآزمایی شاهددار تصادفی شده مشتمل بر ۱۹۴۳ بیمار پرداخته است. پژوهشگران نتیجه گرفته‌اند اگر چه شواهد فعلی محدود هستند اما همین شواهد از استفاده از کورتیکواستروئیدهای داخل بینی به عنوان تک درمانی یا درمان مکمل برای آنتی‌بیوتیک‌ها در رینوسینوزیت حاد حمایت می‌کنند. با

انجام شود. سرطان‌های بینی و سینوس ناشیاب و میزان بروز سالانه آنها در ایالات متحده کمتر از یک مورد در هر ۱۰۰/۰۰۰ نفر است، با این حال این تشخیص باید در فهرست تشخیص‌های افتراقی لحاظ شود. در جدول ۵ عوارض سینوزیت حاد فهرست شده‌اند. مشاوره نورولوژیک و جراحی اعصاب برای بیماران مبتلا به عوارض داخل جمجمه‌ای توصیه می‌شوند. ارجاع به چشم پزشک برای بیماران مبتلا به عوارض چشمی ضروری است. به علاوه در صورت تداوم یا پیشرفت علائم پس از درمان طبی کامل و در صورتی که در CT اسکن شواهد بیماری سینوس مشاهده شود، ارجاع بیمار به متخصص گوش و حلق و بینی ضرورت دارد. ■

منبع:

Aring AN, Chan MM. **Acute Rhinosinusitis in Adults.** *American Family Physician* May 1, 2011; 83: 1057-63.

جدول ۵. عوارض سینوزیت حاد	
اریتال	استخوانی
ترومبوسینوس کورنوس	استئومیلیت
ادم التهابی و اریتم (سلولیت پره سپتال)	تومور پاتز پافی (Potts puffy)
آبسه چشمی	داخل جمجمه‌ای
سلولیت اریتم	ترومبوسینوس کورنوس
آبسه ساب پرپوست	آبسه اپی‌دورال
	آبسه داخل جمجمه‌ای
	آبسه ساب‌دورال
	ترومبوسینوس ساژیتال فوقانی
	مننژیت

شرکت مکملهای غذایی - حیاتی کارن
MASS GLOBAL NUTRITION

انترامیل
Entera Meal

کامل غذایی افزایش وزن در کودکان و بزرگسالان
(دارای تائیدیه انجمن تغذیه ایران)

یک غذای کامل

• تامین کننده انرژی، پروتئین، ویتامین‌ها و املاح
• قابل استفاده به صورت مکمل در سوختگی‌ها، تروما، سرطان، زخم بستر، ایدز، قبل و بعد از جراحی و ...
• قابل استفاده به عنوان غذای کاواژ

انترامیل استاندارد
انترامیل دیابتی
انترامیل یا پروتئین بالا
انترامیل با فیبر بالا
انترامیل اطفال

دارای پروانه ساخت از وزارت بهداشت
تلفن گویا: ۸۲۱۷۷۳۳۱
واحد مشاوره تغذیه رایگان: ۲۲۰۳۶۳۹۶

www.karennutrition.com

توزیع توسط شرکت حیاتی کارن
جهت شرکت در قرعه کشی
نام محصول و نام نشریه
را به شماره ۱۰۰۰۰۴۴۰
ارسال نمایید.

