



EPOS 4
patients

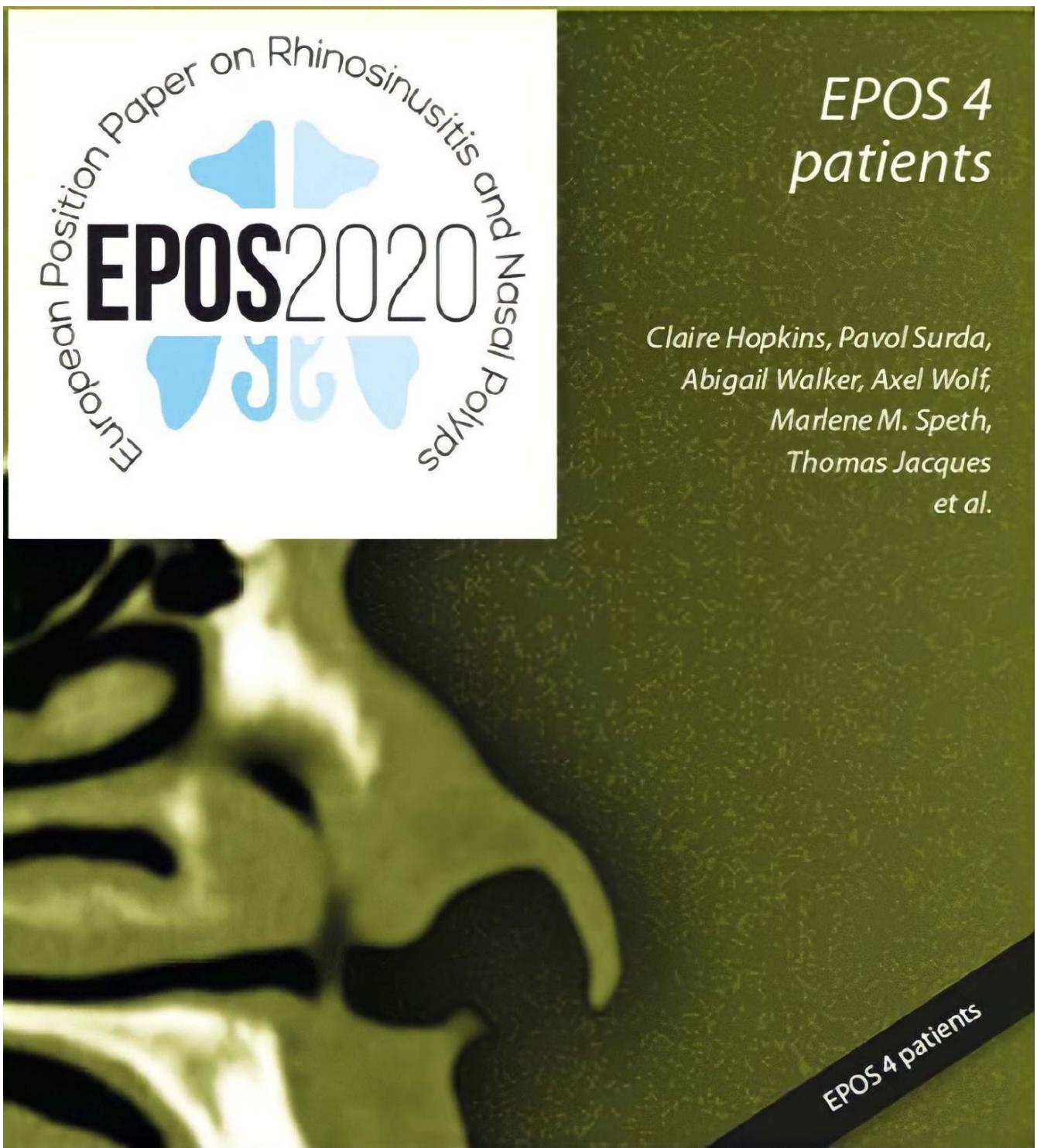
مقاله راهبردی اروپایی
در سینوزیت

مترجمین:

دکتر سید حمیدرضا باقری
(متخصص گوش و حلق و بینی
فلوشیپ بیماریهای بینی و سینوس)

دکتر مهسا نسیمی دوست
(متخصص گوش و حلق و بینی)

EPOS 4 patients



EPOS 4 patients

*Claire Hopkins, Pavol Surda,
Abigail Walker, Axel Wolf,
Marlene M. Speth,
Thomas Jacques
et al.*

EPOS 4 patients

فهرست مطالب

۱	۱. نویسندها
۴	۲. معرفی
۵	۳. رینوسینوزیت حاد
۱۳	۴. رینوسینوزیت مزمن بدون پولیپ بینی
۲۳	۵. رینوسینوزیت مزمن با پولیپ بینی
۳۶	۶. رینوسینوزیت در کودکان و نوجوانان
۴۳	۷. شستشو با سرم (شستشو با آب نمک)
۴۷	۸. کورتیکواستروئیدهای داخل بینی (اسپری یا قطره استروئیدی بینی)
۵۳	۹. آنتی بیوتیک ها در درمان رینوسینوزیت
۶۲	۱۰. کورتیکواستروئیدها
۶۸	۱۱. بیولوژیکها
۷۵	۱۲. جراحی در رینوسینوزیت مزمن
۸۶	۱۳. شرکت در تحقیقات بالینی
۹۵	۱۴. زندگی با کاهش بویایی
۱۰۰	۱۵. N-ERD - راهنمای ارائه شده توسط بیماران انجمن سامتر
۱۰۹	۱۶. رینوسینوزیت در طول همه‌گیری کووید-۱۹
۱۱۴	۱۷. منابع و وب سایت های EPOS
۱۱۸	۱۸. سوالات رایج درباره EPOS
۱۲۴	۱۹. واژه نامه- اصطلاحات رایج پزشکی در مورد بیماری سینوسی

EPOS 2020 چهارمین و جدیدترین نسخه از مقاله راهبردی اروپایی در مورد رینوسینوزیت و پولیپ بینی است که نسخه اول آن در سال ۲۰۰۵ به چاپ رسید. هدف آن ارائه به روزترین اطلاعات قوی علمی چاپ شده در مقالات است که به دقت توسط یک گروه بین المللی از پزشکانی که با این مقوله سروکار دارند تجزیه و تحلیل شده است. این دستورالعمل ها توصیه ای مبتنی بر شواهد و نیز مسیرهای مراقبتی برای سینوزیت حاد و مزمن در بزرگسالان و کودکان را ارائه میکند. مدیریت این بیماری ها از دیدگاه بیماران، بخش مهمی از EPOS 2020 است. این مسئله نه تنها در سند اصلی گنجانده شده است بلکه برای اولین بار، ما یک الحاقیه جداگانه مختص بیماران و در همکاری با آنها آماده کرده ایم (EPOS 4 Patients) که هدف آن فراهم کردن اطلاعات در یک قالب در دسترس برای پاسخ به سوالات متداول در مورد این بیماری ها، گزینه های درمانی و نیز منابع و وب سایت های مفید است.

هیچگاه برای بیماران مهمتر از این نبوده است که خودشان در روند درمانشان فعال باشند. داشتن اطلاعات کافی به شما کمک می کند تا همراه با پزشک خود بهترین تصمیم را بگیرید.

۳. رینوسینوزیت حاد

رینوسینوزیت حاد (ARS) اصطلاحی است که به هر بیماری کوتاه‌مدت ملتهب‌کننده پوشش داخلی بینی و سینوس‌ها اطلاق می‌شود. با این حال، اغلب این اصطلاح به عفونتی اشاره دارد که باعث می‌شود بینی و سینوس‌ها پر از سلول‌هایی شود که با عفونت مبارزه می‌کنند. تلاش این سلول‌ها برای از بین بردن عامل ایجاد‌کننده عفونت، به التهاب منجر می‌شود.

رینوسینوزیت حاد اغلب به دلیل عفونت ویروسی بروز می‌کند، اما گاهی باکتری عامل اصلی ابتلا به آن است. انسداد بینی یا احتقان، ترشحات بینی چه هنگام فین کردن یا به صورت ترشحات پشت حلق، مخاط سبز، زرد یا حتی چرک، احساس درد یا فشار روی صورت، سردرد و کاهش بویایی یا از دست دادن کامل آن، از علایم اصلی این بیماری است. وقتی رینوسینوزیت حاد به دلیل عفونت ایجاد می‌شود با احساس سرماخوردگی معمولی، گلودرد، سرفه، تب و مشکلاتی در سینوس‌ها همراه است.

چرا رینوسینوزیت حاد بروز می‌کند؟

رینوسینوزیت حاد بسیار شایع است و در واقع سیزدهمین دلیل رایج مراجعت بیماران به پزشک است. بزرگسالان دو تا پنج بار و دانشآموزان حدود هفت تا ده بار در سال بیماری سرماخوردگی را تجربه می‌کنند. عفونت‌های ویروسی بسیار شایع‌تر از عفونت‌های باکتریایی هستند و تصور می‌شود بیش از ۹۸ درصد از کل موارد ARS را ایجاد می‌کنند. موارد شدیدتر یا طولانی‌تر این بیماری، ممکن است نشان‌دهنده عفونت باکتریایی باشد. ماندگاری علایم بیماری، دوباره بدهال شدن و تشديد علایم، نشان می‌دهد این بیماری ناشی از عفونت باکتریایی است.

۱. مدت ماندگاری علایم

عفونت ویروسی معمولاً کمتر از ده روز طول می‌کشد و حداکثر شدت علایم بیماری حدود روز ۳ تا ۵ است. پس از این مرحله، علایم به تدریج بهبود می‌یابند و بعد از رفع کامل علایم بهبودی حاصل می‌شود. عفونت‌های باکتریایی زمانی شایع‌تر می‌شوند که علایم بیشتر طول بکشد.

۲. دوباره بدخل شدن(double sickening)

پزشکان این اصطلاح را برای توصیف زمانی به کار می‌برند که ابتدا به نظر می‌رسد سرماخوردگی بیمار را به بهبودی است، اما ناگهان علایم بیماری شدت می‌یابد. این یکی از ویژگی‌های عفونت‌های باکتریایی است.

۳. علایم شدید

به طور کلی سینوزیت‌های حاد باکتریایی باعث می‌شود که بیماران احساس ناخوشی بیشتری نسبت به سرماخوردگی معمولی داشته باشند. بیماران اغلب از درد شدید یک طرف صورت، تب بالا (بیش از سی و هشت درجه)، مخاط سبز، زرد یا قهوه‌ای شکایت دارند و در آزمایش‌های خون علایم عفونت مشاهده می‌شود؛ البته اگر پزشک آزمایش خون را ضروری بداند.

رینوسینوزیت حاد چطور درمان می‌شود؟

عفونت‌های ویروسی اغلب با گذشت زمان، استراحت و رعایت رفتارهای سالم مانند مصرف مایعات بهتر می‌شوند. برخی از داروهایی که بدون نسخه در دسترس هستند، درمدتی که منتظر بهبودی هستید مؤثرند. این موارد در جدول بعد آمده است. مطالعه برگه دستورالعمل مصرف دارو اهمیت زیادی دارد، حتی اگر آن را بدون نسخه خریدهاید. وقتی پزشکتان می‌خواهد داروی جدیدی برایتان تجویز کند، فهرست داروهایی را که سرخود مصرف کرده‌اید، به او اطلاع دهید. برخی از داروهای سرماخوردگی حاوی چندین دارو مانند استامینوفن و ضداحتقان هستند، بنابراین قبل از مصرف هرگونه داروی اضافی، محتويات آن را بررسی کنید تا مطمئن شوید که از حد مجاز روزانه تجاوز نمی‌کنید.

جدول ۳،۱- داروهای مورداستفاده در درمان رینوسینوزیت ویروسی

دلایل صرف نظر از این روش درمان	دلایل در نظر گرفتن این روش درمان	
احتیاط برای مبتلایان به آسم یا افراد دارای ناراحتی معده	تسکین درد و ناراحتی	داروهای ضدالتهاب غیراستروئیدی ایبوپروفن
بیش از حد تعبیین شده مصرف نشود.	احتمال برطرف کردن انسداد بینی یا ترشح	پاراستامول (استامینوفن)
کیفیت پایین شواهد	مزایای کم؛ ارزان و ایمن	ویتامین C
طعم ناخوشایند و ایجاد حالت تهوع	صرف زینک استات یا زینک گلوکونات در دوز بالای ۷۵ میلی گرم در روز در فاصله ۲۴ ساعته از شروع علایم، به طرز چشمگیری مدت بیماری را کاهش می دهد.	زینک(روی)
شواهدی برای تأثیرات مثبت وجود ندارد.		اکیناسه
	سینوپرت علایم آبریزش بینی، ترشحات پشت حلق، سردرد و درد صورت را از بهبود میبخشد. سینئول شدت علایم را کاهش می دهد. آندروگرافیس پانیکولا از شدت و شیوع علایم بیماری می کاهد.	داروهای گیاهی: BNO1016 (سینوپرت؛ عصاره پنج داروی گیاهی)، سینئول (عصاره روغن اکالیپتوس با خواص ضدالتهاب)، عصاره آندروگرافیس پانیکولا SHA-10
	احتمالاً باعث بهبود عفونت های حاد دستگاه تنفسی فوقانی می شود	شستشوی بینی با سرم سالین
اتفاق نظر کلی در تأثیرگذاری انها وجود ندارد. واکنش های ناخواسته را زیاد نمی کند.	برطرف کردن انسداد یا ترشح بینی	دکونژستان ها (ضد احتقان)
این روش سود یا ضرری ندارد.	ممکن است انسداد و ترشح را کم کند.	بخور هوای گرم و مرطوب
شواهد از مصرف کورتیکواستروییدهای بینی در اکثر مواقع پشتیبانی نمی کند.	ممکن است انسداد و ترشح را کم کند ولی اثرش جزئی است.	کورتیکواستروییدهای بینی
خطرات مصرف بیشتر از مزایای آن است.		کورتیکواستروییدهای خوارکی
شواهدی بر فایده انها وجود ندارد.		هومیوپاتی
دارای اثرات ناخواسته. توصیه نمی شود.		آنٹی بیوتیک

درمان سرماخوردگی معمولی / رینوسینوزیت ویروسی حاد / رینوسینوزیت حاد باکتریال

اگر پزشک احساس کند که رینوسینوزیت حاد بیمار، علت باکتریایی دارد، به احتمال زیاد از آنتی‌بیوتیک‌ها در خط اول درمان کمک می‌گیرد. معمولاً شایع‌ترین علل باکتریایی این بیماری، با مصرف دوره کوتاهی از آنتی‌بیوتیک‌ها قابل درمان است. استفاده از آنتی‌بیوتیک‌ها در شکل طولانی‌تر بیماری سینوس (رینوسینوزیت مزمن)، کاملاً متفاوت است. آنتی‌بیوتیک‌ها در درمان بیماران مبتلا به رینوسینوزیت باکتریایی «اثر متوسطی» دارند، اما در درمان عفونت‌های ویروسی کاملاً «بی‌اثر» هستند. استفاده از آن‌ها گاهی عوارض جانبی مانند بثورات پوستی، حالت تهوع و اسهال به همراه دارد. علاوه بر این، برخی نگرانی‌ها وجود دارد که استفاده از آنتی‌بیوتیک‌ها بدون توجه به اینکه آیا بیمار از عفونت ویروسی یا باکتریایی رنج می‌برد، ممکن است به استفاده بیش از حد منجر شود و بهنوبه خود، به باکتری‌ها اجازه دهد تا به درمان‌های آنتی‌بیوتیک فعلی مقاوم شوند.

علاوه بر آنتی‌بیوتیک‌ها، علایم رینوسینوزیت باکتریایی را می‌توان با داروهای ساده مانند استامینوفن قابل تحمل‌تر کرد.

تجربه بیمار

خانمی شصتساله با شکایت از سردرد، تب و ترشحات چرکی قدامی بینی به اورژانس مراجعه کرد. درمان بیمار با ضد درد ساده شروع شد و به او توصیه شد که در خانه استراحت کند و اگر دچار درد صورت یک‌طرفه و بهویژه شدید شود یا تغییری در بینایی یا تورم و قرمزی چشم مشاهده کرد، فوراً به پزشک مراجعه کند.

با این حال، طی چند روز بعد تب او بطرف شد و در عرض یک هفته همه علایم دیگر نیز بدون نیاز به درمان بیشتر پسرفت کردند.

چه زمانی باید نگران باشیم؟

عوارض رینوسینوزیت حاد بسیار نادر هستند، اما اگر بروز کنند ممکن است بالقوه تهدیدکننده زندگی باشند. بیمارانی که نگران عوارض احتمالی این بیماری هستند، بهتر است فوراً برای دریافت مراقبت‌های پزشکی اقدام کنند. این عوارض ممکن است بدون توجه به اینکه آیا پزشک قبل از آنتی‌بیوتیک تجویز کرده یا خیر، رخ دهند.

علایم هشداردهنده رینوسینوزیت ویروسی حاد که نیازمند مراقبت پزشکی هستند

- تورم / قرمزی اطراف چشم
- جابه‌جایی چشم به پایین یا بیرون
- دوبینی، اختلال بینایی جدید یا وخیم‌تر شدن ناگهانی آن
- سردرد شدید
- کاهش سطح هوشیاری یا ناتوانی در پاسخگویی
- وجود توده‌ای در دنک / متورم روی پیشانی
- خشکی گردن

رینوسینوزیت حاد مکرر (Recurrent ARS)

زمانی به این بیماری رینوسینوزیت حاد عودکننده اطلاق می‌شود که فرد در یک دوره دوازدهماهه، چهار مرتبه یا بیشتر، به این بیماری مبتلا شود. همان‌گونه که انتظار دارید، این بیماری شایع نیست و شرایط مشابه زیادی وجود دارند که علایم رینوسینوزیت را تقلید می‌کنند، مانند میگرن و سردردهای تنفسی. علاوه بر این، ARS راجعه ممکن است در واقع نشانه رینوسینوزیت مزمن و تشدید علایم در پس‌زمینه التهاب مزمن باشد. اگر احساس می‌کنید از ARS مکرر رنج می‌برید و این بیماری تأثیر قابل توجهی بر کیفیت زندگی شما دارد، باید علایم خود را با پزشکتان در میان بگذارید.

سؤالهای متداول

من باید سریع به سر کارم برگردم اما چرا پزشک عمومی برای درمان بیماری سینوزیت من آنتی‌بیوتیک تجویز نمی‌کند؟

آن‌تی‌بیوتیک‌ها ابزار قدرتمندی برای مبارزه با بیماری‌های ناشی از عفونت‌های باکتریایی هستند، اما بیشتر موارد رینوسینوزیت ناشی از عفونت‌های ویروسی است. کارآزمایی‌های تصادفی‌سازی‌شده و کنترل‌شده هیچ فایده‌ای از استفاده

از آنتیبیوتیک‌ها در بیماران مبتلا به رینوسینوزیت ویروسی (سرماخوردگی) نشان نداده‌اند. از سوی دیگر، آنتیبیوتیک‌ها می‌توانند عوارض جانبی متعددی ایجاد کنند که باید در نظر گرفته شوند. فقط در موارد معده‌دی از رینوسینوزیت حاد باکتریایی یا رینوسینوزیت مزمن تشخیص داده شده، استفاده از آنتیبیوتیک‌ها سودمند گزارش شده است.

آیا به جز آنتیبیوتیک، دارویی یا برای درمان سینوزیت حاد وجود دارد؟

بله، به غیر از آنتیبیوتیک‌ها، چندین دارو برای درمان (علامتی) رینوسینوزیت حاد در دسترس هستند. گزینه‌های درمانی شامل شستشوی بینی نمکی، داروهای ضدالتهاب غیراستروئیدی، استامینوفن، ضداحتقان‌ها، استروئیدهای موضعی و غیره است. اگر نگرانی دارید، باید با پزشک یا داروساز خود در میان بگذارید.

جدول ۳،۲ - داروهای مورداستفاده در درمان رینوسینوزیت باکتریایی

دلایل صرفنظر از این روش درمان	دلایل در نظر گرفتن این روش درمان	
	کاهش متوسط در شدت سینوزیت	پلارگونیوم سیدوایدس (<i>Pelargonium sidoides</i>)
	تأثیر چشمگیر بر انسداد بینی و تورم‌های مخاطی	BNO1016 (سینوپرت)
	تأثیر چشمگیر بر کاهش علایم رینوسینوزیت	ترکیبات گیاهی: میرتول، عصاره گیاهی از روغنها ضروری
	تنها زمانی مصرف شود که کاهش علایم بیماری ضروری باشد.	کورتیکواسترویید بینی
شواهدی بر مؤثر بودن وجود ندارد، اما خطر آسیب هم کم است.		اسپری و سرم سالین
خطرات مصرف، بیشتر از مزایای آن است.		کورتیکواسترویید خوراکی
خطرات و عوارض جانبی در بخش بالا توضیح داده شده است.	در موارد عفونت باکتریایی می‌تواند در بهبود علایم مؤثر باشد	آنتمیبیوتیک

برای کاهش خطر عوارض جانبی آنتی بیوتیک‌ها چه کار باید کرد؟

بهترین راه برای جلوگیری از خطرات آنتی بیوتیک‌ها پرهیز از مصرف غیر ضروری است.

برای درمان رینوسینوزیت حاد و مزمن، طیف گسترده‌ای از داروها به غیر از آنتی بیوتیک در دسترس هستند. گزینه‌های درمانی شامل شستشوی بینی نمکی، داروهای ضد التهاب غیر استروئیدی، استامینوفن، ضداحتقان‌ها، استروئیدها و غیره است. استراتژی‌های درمانی باید با مشورت پزشک یا داروساز شما بهینه شود.

همیشه دستورالعمل‌های کتبی ارائه شده در مورد نحوه مصرف داروهای خود را دنبال کنید. برخی از آنتی بیوتیک‌ها باید با آب (و بدون غذا یا محصولات لبنی) مصرف شوند، در حالی که برخی دیگر باید با وعده‌های غذایی مصرف شوند تا خطر ناراحتی گوارشی کم شود.

در صورت امکان آن‌ها را در فواصل منظم مصرف کنید و دوره تجویز شده را تکمیل کنید. برخی از آنتی بیوتیک‌ها به شدت با الكل (به خصوص مترونیدازول) واکنش نشان می‌دهند. شواهدی وجود دارد که نشان می‌دهد مصرف پروبیوتیک می‌تواند خطر اسهال مرتبط با آنتی بیوتیک را کاهش دهد.

اگر دچار بثورات پوستی، اسهال شدید، خارش واژن یا لکه‌های سفید روی زبان شدید، لطفاً با پزشک خود تماس بگیرید. در صورت بروز تورم لب یا زبان یا اختلال تنفسی شدید، لطفاً به اورژانس مراجعه کنید.

چه زمانی نگران رفع نشدن عفونت سینوسی باشم؟

زمانی که علائم سینوسی بیش از ده روز طول بکشد، درد شدید موضعی صورت (معمولًاً یک طرفه) یا به اصطلاح «بیماری دوباره» (وقتی است که علائم رو به بهبودی هستند و ناگهان دوباره بدتر می‌شوند) رخ دهد.

علائمی که نشان می‌دهد عفونت سینوسی باکتریایی ممکن است در حال تشديد باشد و به مراقبت فوری پزشکی نیاز دارد، عبارت‌اند از: تورم یا قرمزی اطراف چشم، اختلال در بینایی (مانند کاهش، تاری یا دوبینی دید)، سردرد شدید، حساسیت به نور یا صدا، خشکی گردن، گیجی یا کاهش سطح هوشیاری.

من به خاطر آبsegue چشمم به جراحی نیاز داشتم، اگر زودتر آنتیبیوتیک مصرف می‌کردم، می‌شد از این کار جلوگیری کرد؟

خیر. مطالعات نشان می‌دهند که آنتیبیوتیک‌های خوراکی اولیه از بروز عوارض جلوگیری نمی‌کنند. اگرچه عوارض سینوزیت نادر است، اما اغلب به سرعت رخ می‌دهد، چه در افرادی که آنتیبیوتیک دریافت کرده‌اند و آنها یی که داده نشده است.

۴. رینوسینوزیت مزمن بدون پولیپ بینی

سینوس چیست؟

حفره بینی از سوراخ‌های بینی شروع می‌شود و به سمت عقب و گلو امتداد می‌یابد. بینی با دیوارهای در خط وسط، به نام تیغه بینی، به دو طرف چپ و راست تقسیم می‌شود. سینوس‌ها فضاهای پر از هوا در استخوان‌های صورت هستند که از دو طرف به حفره بینی متصل می‌شوند.

در هر طرف صورت، چهار گروه سینوس وجود دارد: ماگزیلاری، فرونتمال، اسفنوئید و اتموئید.

سینوس‌های ماگزیلاری حفره‌های بزرگی هستند که بیشتر فضای پشت استخوان گونه‌ها را اشغال می‌کنند. سینوس‌های فرونتمال در پشت ابروها و پیشانی قرار دارند. سینوس‌های اسفنوئید در پشت حفره بینی، در قسمت مرکزی جمجمه قرار دارند. سینوس‌های اتموئید کمی با سایر سینوس‌ها تفاوت دارند. آن‌ها فضای بین چشم‌ها را اشغال می‌کنند و سلول‌های کوچک‌تری دارند که با استخوان لانه‌زنبوری‌شکل بسیار نازکی از هم جدا شده‌اند. ما دقیقاً نمی‌دانیم که سینوس‌ها چه نقشی دارند. برخی افراد فاقد سینوس و یا دارای سینوس‌های تکامل نیافته هستند بدون این‌که مشکل خاصی داشته باشند.

سینوس‌ها چه وظیفه‌ای دارند؟

سینوس‌ها با ادامه همان پوشش حفره بینی پوشیده می‌شوند. سینوس‌های یک فرد سالم، مدام مقدار کمی موکوس تولید می‌کنند. موکوس به‌طور طبیعی از سینوس‌ها به داخل حفره بینی و درنهایت با حرکت مژک‌های ریز به سمت عقب و حلق می‌رود. این مخاط به مرطوب شدن هوایی که تنفس می‌کنید و به دام انداختن و مقابله با هرگونه ویروس و باکتری کمک می‌کند. تصور می‌شود که این عملکرد سینوس‌ها به محافظت از ریه‌ها کمک می‌کند.

چه چیزی باعث بیماری سینوس من می‌شود؟

در برخی بیماری‌ها، ممکن است بیمار دچار التهاب طولانی‌مدت در سینوس‌ها و حفره بینی شود. شایع‌ترین این بیماری‌ها، رینوسینوزیت مزمن است که در آن پوشش کل حفره بینی و سینوس‌ها تحریک و ملتهب می‌شود. رینوسینوزیت

مزمن بیماری‌ای است که از علل متعددی ناشی می‌شود. درک پیشینه بیماری بسیار مهم است تا بتوانیم درمان مؤثری را ارائه دهیم.

رینوسینوزیت مزمن بدون پولیپ بینی

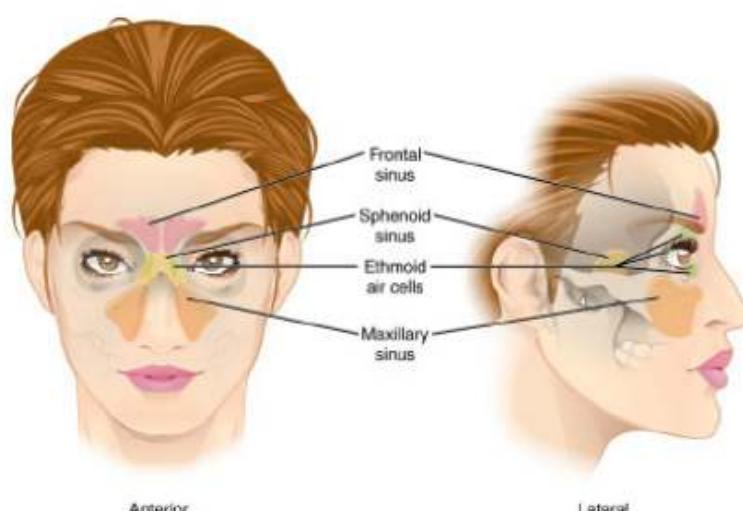
رینوسینوزیت مزمن (CRS) به چند دسته تقسیم می‌شود. برخی از انواع CRS باعث ایجاد پولیپ بینی در بیمار می‌شود و برخی دیگر این‌گونه نیستند. پولیپ‌های بینی تورم‌های ملتهبی هستند که سینوس‌ها و حفره بینی را پر می‌کنند.

همان‌طور که از نام آن پیداست، رینوسینوزیت مزمن بدون پولیپ بینی به التهاب دائمی سینوس‌ها اطلاق می‌شود که پولیپ بینی ایجاد نمی‌کنند. کلمه «مزمن» به این معناست که این بیماری در طولانی‌مدت (حداقل دوازده هفته و اغلب برای سال‌ها یا دهه‌ها) بیمار را تحت تأثیر قرار می‌دهد و «درمان» ندارد. خوشبختانه، معمولاً می‌توان این بیماری را با ترکیبی از درمان‌های پزشکی و جراحی کنترل کرد.

چگونه تشخیص داده می‌شود؟

بیماران مبتلا به رینوسینوزیت مزمن بدون پولیپ بینی (CRSsNP) معمولاً چند مورد یا همه علائم اختلال در بینی را تجربه می‌کنند؛ همان‌طور که در جدول ۴,۱ نشان داده شده است.

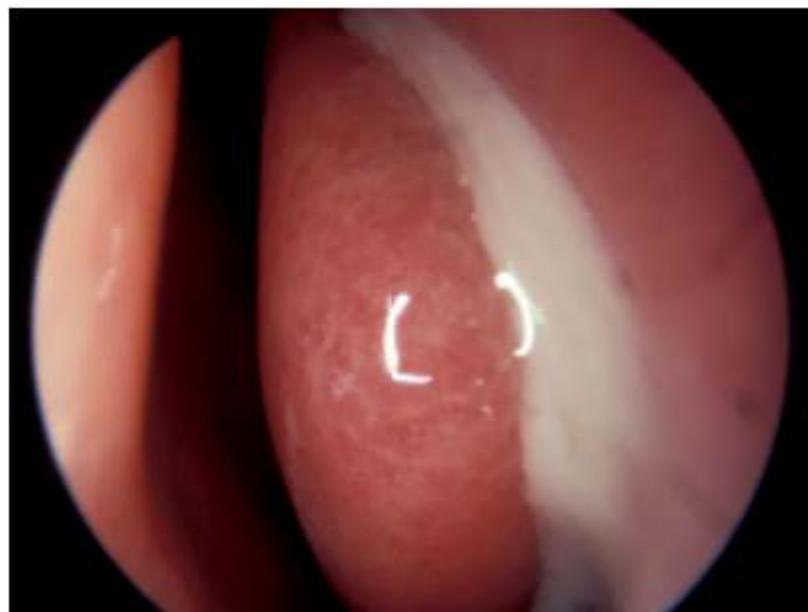
برای تشخیص CRSsNP، باید حداقل دو مورد از این علائم را در طول بیش از دوازده هفته تجربه کنید و انسداد یا ترشح بینی باید جزئی از علایم‌تان باشد.



تصویر ۴,۱ - موقعیت چهار گروه سینوسی

جدول ۴,۱ - علائم رینوسینوزیت مزمن

جزئیات	علایم
معمولًا در هر دو سمت. گرفتگی بینی در افراد دارای سینوزیت مزمن با پولیپ (CRSwNP) رایج است، اما احتقان در هر دو نوع آن دیده می‌شود.	گرفتگی / احتقان بینی
معمولًا زرد یا سبز، گاهی شفاف	آبریزش بینی (رینوره)
کاهش، عدم وجود بویایی یا وجود بویایی غیرعادی (مانند حس بوی ناخوشایند در بینی). بیشتر در CRSsNP است اما در CRSwNP نیز دیده می‌شود.	احتلال در حس بویایی
محدود به نواحی اطراف سینوس، معمولًا همیشه حس نمی‌شود و با توجه به میزان علایم دیگر درد آن متغیر است.	درد صورت



تصویر ۴,۲ - ترشحات مخاطی- چرکی که از سینوس‌ها خارج می‌شوند.

جدول ۴،۲ - عوامل احتمالی مرتبط با CRSsNP

جزئیات	عامل مرتبط
اگر فردی در خویشاوندان مبتلا به CRS بوده باشد، احتمال آن بیشتر است. بسیاری از زن‌ها به احتمال زیاد درگیر آن هستند.	زنیک
بهشت بر تمامی گونه‌های CRS، و نیز CRSsNP تأثیرگذار است.	آسم
ممکن است زمانی که درمان CRSsNP با مشکل مواجه شود، مورد آزمایش قرار گیرد.	کمبود ایمنی
عفونت‌های ویروسی می‌توانند باعث تشدید CRS شوند.	عفونت‌های ویروسی
حضور برخی باکتری‌ها با CRS شدید مرتبط است، اما ارتباط آن‌ها پیچیده است.	باکتری
تأثیر زیادی بر ایجاد CRSsNP ندارد.	آلرژی
استعمال دخانیات و نیز در معرض دود بودن قویاً با CRS همراهی دارد.	استعمال دخانیات
میزان بالای آلدگی و قرار گرفتن در معرض برخی مواد شیمیایی می‌تواند با CRSsNP مرتبط باشد.	آلودگی

چگونه یک پزشک متوجه خواهد شد که من رینوسینوزیت مزمن دارم؟

علاوه بر علایمی که این بیماری ایجاد می‌کند، پزشک با معاينة داخل بینی CRSsNP را تشخیص می‌دهد. معاينة بینی با آندوسکوپ (تلسکوپی نازک که معمولاً به دوربین متصل می‌شود) به پزشک این امکان را می‌دهد تا تشخیص دهد که آیا پولیپ بینی دارید یا خیر. همچنین به او فرصت می‌دهد تا شواهدی از پوشش داخلی بینی ملتهب، یا ترشح مخاط رنگی غیرطبیعی از سینوس‌ها را ببیند (شکل ۴،۲).

پزشک ممکن است انجام سی‌تی‌اسکن سینوس‌ها را پیشنهاد دهد. این برای همه بیماران ضروری نیست، اما اگر تشخیص مورد شک باشد یا نیاز به برنامه‌ریزی بیشتر درمانی باشد، می‌تواند مفید باشد. در بیمار بدون هیچ‌گونه بیماری سینوسی، فضاهای سینوسی در سی‌تی‌اسکن سیاه به نظر می‌رسند، زیرا پر از هوا هستند. در یک بیمار مبتلا به CRSsNP، سینوس‌ها ممکن است تا حدی یا به‌طور کامل پر از مخاط یا پوشش ملتهب و متورم سینوس ظاهر شوند. این باعث می‌شود حفره‌های سینوس در سی‌تی‌اسکن به جای سیاه‌سفید به رنگ خاکستری دیده شوند. مهم است به‌خاطر داشته باشید که داشتن مخاط و یا تورم قابل مشاهده در سی‌تی‌اسکن الزاماً به این معنی نیست که شما CRSsNP دارید، باید علایم مشخصه را هم تجربه کنید.

متخصصان گوش و حلق و بینی ممکن است از پرسشنامه‌های پزشکی خاص (معروف به معیارهای پیامد گزارش شده توسط بیمار) برای ارزیابی شدت علایم CRS و تأثیر بیماری بر کیفیت زندگی بیماران استفاده کنند. متداول‌ترین آن‌ها عبارت‌اند از: آزمون ۲۲ سؤالی نتیجه سینونازال (SNOT-22) و مقیاس‌های آنالوگ بصری که در آن از بیمار خواسته می‌شود شدت هر علامت را در مقیاسی از یک تا ده ارزیابی کند.

آزمایش خون برای تشخیص CRSsNP ضروری نیست. با این حال، توصیه می‌شود برخی از بیماران برای تشخیص آرژی احتمالی (آزمون پوستی روش دیگری برای انجام این کار است) یا برای بررسی نقص ایمنی احتمالی یا بیماری‌های خودایمنی آزمایش خون انجام دهند. برخی از بیماران یک سواب از ترشحات بینی می‌گیرند تا مشخص شود کدام نوع باکتری وجود دارد. با این حال، مشخص نیست که چگونه باید از این نتایج استفاده کرد.

چه چیزی باعث CRSsNP می‌شود؟

درک ما از اشکال مختلف رینوسینوزیت مزمن، دائماً در حال تکامل است. با این حال، ما به‌طور کامل درک نمی‌کنیم که چرا برخی افراد به CRSsNP مبتلا می‌شوند و برخی خیر. این احتمال وجود دارد که هر بیمار مبتلا به CRSsNP ترکیبی از چندین عامل مختلف داشته باشد که باهم بروز می‌کنند و در التهاب طولانی‌مدت داخل سینوس‌ها نقش دارند (جدول ۴۰۲).

فراموش نکنید که CRSsNP صرفاً «عفونتی که هیچوقت رفع نمی‌شود» نیست. در واقع رابطه بین باکتری‌ها و CRS بسیار پیچیده‌تر است، زیرا بسیاری از باکتری‌ها و قارچ‌ها در سینوس‌های ما زندگی می‌کنند. این مورد درمورد بیماران با و بدون مشکلات سینوسی صدق می‌کند.

۱. درمان‌های طبی برای CRSSNP

هنگامی که یک بیمار مبتلا به CRSSNP تشخیص داده می‌شود، درمان باید با یک رژیم دارویی طولانی مدت شروع شود. روند درمان بسیاری از بیماران عبارت است از:

شستوشوی بینی با سالین (آب‌نمک)

شستوشوی منظم بینی با آب‌نمک، درمانی مفید و مؤثر برای اکثر بیماران مبتلا به رینوسینوزیت مزمن است. این کار با بهبود جریان مخاط و به‌طور بالقوه با شستن محرک‌ها و آلرژن‌ها از بینی، علایم را بهبود می‌بخشد. با این حال، به‌خودی خود، التهاب ایجاد‌کننده CRSSNP را کاهش نمی‌دهد. افزودن مواد دیگری مانند زایلیتول و هیالورونات سدیم ممکن است در برخی از بیماران تأثیر مثبت داشته باشد، اما بیماران باید ابتدا این موضوع را با پزشک خود در میان بگذارند.

داروهای استروئیدی بینی

داروهای استروئیدی بینی درمان اصلی است که برای اکثر افراد مبتلا به CRS استفاده می‌شود. استروئیدها داروهایی هستند که التهاب را سرکوب می‌کنند و درنتیجه علایم انسداد و ترشح بیمار را کاهش می‌دهند. این داروها «موضعی» استعمال می‌شوند و با تماس مستقیم با پوشش ملتهب بینی و سینوس‌ها عمل می‌کنند. استروئیدهای رایج مورد استفاده عبارت‌اند از: فلوتیکازون، مومتاژون و بودزوناید. شواهد خوبی وجود دارد که نشان می‌دهد استروئیدهای بینی بهبود قابل توجهی در علایم و کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به CRS ایجاد می‌کنند.

سایر داروها

برخی از بیماران مبتلا به CRSSNP از مصرف آنتی‌بیوتیک‌ها، اغلب برای مدت طولانی، سود می‌برند. با این حال، ما معتقدیم که این کار با تغییر پاسخ سیستم ایمنی به باکتری‌ها به جای کشتن مستقیم باکتری‌ها عمل می‌کند. برای دریافت جزئیات بیشتر در مورد درمان‌های پزشکی، لطفاً به بروشور مناسب مراجعه کنید.

رینوسینوزیت مزمن در درجه اول با درمان پزشکی درمان می‌شود (به بالا مراجعه کنید). اکثر بیماران به درمان طولانی‌مدت با اسپری‌ها یا قطره‌های استروئیدی بینی، شستشو با سالین و گاهی داروها نیاز دارند. این دارو به تنها یی برای کنترل عالیم برخی از بیماران کافی است. اگر بیمار همچنان حداکثر میزان درمان طبی را انجام می‌دهد، اما عالیم هنوز بر کیفیت زندگی او تأثیر می‌گذارد، می‌توان جراحی آندوسکوپی سینوس (ESS) را برای کنترل بهتر بیماری در نظر گرفت. برای جزئیات بیشتر، لطفاً بروشور بیمار با عنوان «جراحی در CRS» را مطالعه کنید.

گزارش بیمار از زندگی با CRS بدون پولیپ بینی

ابتدا به من گفتند که من فقط یک «عفونت سینوسی» ساده دارم، اما سال‌هاست که این وضعیت ادامه دارد. بینی من تقریباً همیشه مقدار زیادی مخاط زرد تولید می‌کند. گاهی شوهرم بوی آن را حس می‌کند که بسیار خجالت‌آور است. اغلب بوی بسیار ناخوشایندی را حس می‌کنم که هیچ‌کس دیگری قادر نیست حس کند. من را از خوردن غذا منصرف می‌کند. نفس کشیدن از طریق بینی برایم مشکل است که بر خواب و سطح انرژی من در طول روز تأثیر گذاشته است. یادآوری مصرف قطره بینی و شستشو با آب‌نمک ممکن است سخت باشد. من فقط احساس می‌کنم که برای مصرف دارو خیلی جوان هستم، حتی اگر آن‌ها احساس بهتری در من ایجاد کنند.

سؤالات متداول

رینوسینوزیت چقدر شایع است؟

شیوع رینوسینوزیت مزمن (عالیم بیش از دوازده هفته) حدود پنج تا ده درصد در جمعیت عمومی است.

آیا هیچ درمانی وجود دارد که بتوانم بدون نیاز به مراجعه به پزشکم برای کمک به مشکلات سینوسی خود بدون نسخه استفاده کنم؟

در دسترس بودن داروها از داروخانه‌ها ممکن است به محل زندگی شما بستگی داشته باشد، اما احتمالاً داروساز شما می‌تواند کمک کند و گزینه خوبی برای شروع است. شستشوی بینی با نمک را می‌توان به راحتی از داروخانه‌ها و حتی

به صورت آنلاین تهیه کرد. اسپری‌های بینی استروئیدی (مانند فلوتیکازون و مومنتاژون) نیز بدون نسخه در برخی از کشورها موجود است. هر دوی این داروها به طور قابل توجهی علایم مشکلات سینوسی را در صورت مصرف منظم بهبود می‌بخشند. ممکن است چند هفته طول بکشد تا به طور کامل شروع به تاثیر کنند.

اسپری‌های ضداحتقان بینی (مانند زایلومتاژولین یا اکسی متازولین) مجاری تنفسی بینی شما را به سرعت بهبود می‌بخشند، اما برای استفاده طولانی‌مدت مناسب نیستند و ممکن است علایم شما را بدتر کنند.

آیا CRS ناشی از آرژی است؟

خیر، CRS معمولاً ناشی از آرژی نیست. از طرفی ممکن است بیماران مبتلا به رینوسینوزیت مزمن آرژی نیز داشته باشند و بر عکس؛ بنابراین، اگر سینوزیت مزمن و علایمی دارید که مشکوک به آرژی مانند عطسه یا خارش است، می‌توانید تست آرژی را با پزشک خود در میان بگذارید.

آیا باید سیگار را ترک کنم؟

بله، ترک سیگار مؤثرترین کاری است که می‌توانید برای بهبود سلامت کلی و طول عمر خود انجام دهید. از نظر بیماری سینوسی، می‌دانیم که سیگار علایم سینوزیت مزمن را بدتر می‌کند و ترک آن به ما کمک می‌کند تا علایم شما را کنترل کنیم.

من «سردردهای سینوسی» و حشتناکی دارم اما دکتر گوش و حلق و بینی علت را از سینوس‌های من نمی‌داند، اما من فشار را در پیشانی و بین چشم‌مانم احساس می‌کنم. تکلیف من چیست؟

بسیاری از بیماران با سردردهایی که احساس می‌کنند از سینوس‌هایشان سرچشمه می‌گیرد، به متخصصان گوش و حلق و بینی مراجعه می‌کنند. با این حال، اگر سردرد و فشار صورت علایم اصلی شما هستند، بعید است که علت آن بیماری سینوسی باشد. این امر به ویژه اگر علایم انسداد یا ترشح بینی را نداشته باشید صادق است. متخصص گوش و حلق و بینی شما ممکن است حفره بینی شما را بررسی کرده و هیچ مدرکی از بیماری سینوسی پیدا نکرده باشد.

سردردهای «تنشی» طولانی مدت اغلب می‌توانند در پیشانی، بین چشم‌ها و روی گونه‌ها احساس شوند. ما از این فشار به عنوان «درد بخش میانی صورت» (midfacial segment pain) یاد می‌کنیم. هنگامی که شواهدی از بیماری سینوسی وجود ندارد، باید به درمان بیمار با استفاده از داروهای مشابه موجود برای انواع دیگر سردرد، روی آورد.

آیا CRS باعث سردرد هم می‌شود؟

بیماری CRS می‌تواند باعث سردرد شود، اما اغلب ویژگی شاخص این بیماری نیست. سردرد بدون علایمی مانند آبریزش بینی، انسداد و غیره بسیار بعيد است که ناشی از CRS باشد. سردردهای مرتبط با CRS اغلب به عنوان یک احساس سنگینی یا پری یا احساس کسل‌کننده توصیف می‌شوند. این سردردها ابتدا همزمان با شروع سایر علایم CRS بروز می‌کنند و معمولاً شدت آن‌ها همراه با سایر علایم در طول زمان در نوسان است. آن‌ها با درمان موفق بهبود می‌یابند، اما علایم دیگر ممکن است با عفونت‌های حاد یا هنگام پرواز بدتر شوند.

دکترم خواسته زایلیتول را به شست‌وشوی سینوسم اضافه کنم، این کار چه تأثیری دارد؟

تعدادی از مواد مختلف به عنوان افزودنی به محلول‌های شست‌وشوی نمکی آزمایش شده‌اند، مانند عسل مانوکا، شامپو بچه و زایلیتول. از بین این‌ها، شواهدی برای حمایت از استفاده از زایلیتول، هیالورونات سدیم و زایلوگلوكان وجود دارد. تصور می‌شود که این‌ها احتمالاً ویژگی‌های مخاط بینی را بهبود می‌بخشند و بنابراین به بهبود عملکرد بینی کمک می‌کنند.

لطفاً برای دریافت اطلاعات بیشتر به بخش «شست‌وشوی بینی» مراجعه کنید.

دکترم معتقد است سینوزیت من از دندانم نشأت گرفته است. چگونه عفونت از دندان به سینوس سرایت می‌کند و چطور باید آن را درمان کرد؟

گاهی التهاب و عفونت مربوط به یکی از دندان‌های عقل بالایی (پشتی) می‌تواند باعث رینوسینوزیت مزمن در همان سمت شود. این اتفاق زمانی می‌افتد که ریشه دندان‌های عقل بالایی در کف سینوس فکی در گونه شما قرار دارد. بیماران

معمولًاً احتقان و ترشحات بدبُو از یک سوراخ بینی را تجربه می‌کنند. دندان آسیب‌دیده ممکن است در دناک باشد یا بی‌درد. این وضعیت به عنوان سینوزیت مزمن ادنتوژنیک (odontogenic) شناخته می‌شود.

اگر سینوزیت دارید که تصور می‌شود منشأ آن از دندان است، باید از متخصص دندانپزشکی برای شناسایی و درمان دندان مسئول کمک بگیرید.

درمان با آنتی‌بیوتیک و یک داروی استروئیدی داخل بینی توصیه می‌شود، اما بعید است که مشکل کاملاً برطرف شود مگر اینکه مشکل دندان حل شود. اگر دندان مسئول، قابل شناسایی نباشد یا علایم بینی پس از درمان ادامه یابد، انجام جراحی آندوسکوپی سینوس برای تخلیه و باز کردن مسیر تخلیه سینوس آسیب‌دیده هم گزینه درمانی مناسبی است.

آیا مشکلات سینوسی می‌تواند علت خستگی همیشگی من باشد؟

رینوسینوزیت مزمن می‌تواند به بروز علایم خستگی منجر شود، به خصوص اگر انسداد بینی خواب شما را مختل کرده است، اما دلایل بسیار دیگری هم برای خستگی وجود دارد.

وقتی به متخصص گوش و حلق و بینی مراجعه می‌کنید؟ آیا باید دوربین داشته باشم؟ آیا آندوسکوپی ضرر دارد؟

اگر با علایمی مانند آبریزش بینی یا گرفتگی بینی به متخصص گوش و حلق و بینی مراجعه کنید، او به احتمال زیاد داخل بینی شما را هم با اسپکولوم و هم با دوربین (آندوسکوپی) نگاه می‌کند. با آندوسکوپ می‌توان کمی عمیق‌تر از اسپکولوم به داخل بینی نگاه کرد. پولیپ‌های بینی کمی عمیق‌تر یا بالاتر در بینی شما ایجاد می‌شوند و اگر پزشک فقط نگاهی سطحی و بدون آندوسکوپ به بینی شما داشته باشد، اغلب دیده نمی‌شوند.

به طور کلی آندوسکوپی ضرری ندارد. در موارد نادر، اگر به دلیل تورم بیش از حد بینی یا تغییرات آناتومیک باعث ناراحتی شود، می‌توان از بی‌حسی موضعی در بینی استفاده کرد. مثلاً، قبل از اینکه متخصص گوش و حلق و بینی اقدام به آندوسکوپی بینی کند، با قرار دادن پنبه‌های آغشته به بی‌حس‌کننده در داخل بینی، بی‌حسی موضعی ایجاد می‌کند.

۵. رینوسینوزیت مزمن همراه با پولیپ بینی

سینوس چیست؟

حفره بینی از سوراخ‌های بینی شروع می‌شود و به سمت عقب و گلو حرکت می‌کند. به دو طرف چپ و راست تقسیم می‌شود. دیواری در خط وسط بینی قرار دارد به نام تیغه بینی. سینوس‌ها فضاهایی در داخل استخوان‌های صورت هستند که از دو طرف به حفره بینی متصل می‌شوند.

در هر طرف چهار گروه سینوس وجود دارد: ماگزیلاری، فرونتال، اسفنوتید و اتموئید. سینوس‌های ماگزیلاری حفره‌های بزرگی هستند که بیشتر فضای داخل استخوان گونه‌ها را اشغال می‌کنند. سینوس‌های فرونتال بخشی از استخوان پیشانی، پشت ابروها و پیشانی را اشغال می‌کنند. سینوس‌های اسفنوتید در پشت حفره بینی، در قسمت مرکزی جمجمه قرار دارند. سینوس‌های اتموئید کمی با سینوس‌های دیگر فرق دارند. این سینوس‌ها فضای بین چشم‌ها را اشغال می‌کنند و سلول‌های کوچک‌تری دارند که با استخوان لانه‌زنی‌بُری‌شکل بسیار نازکی از هم جدا شده‌اند. ما دقیقاً نمی‌دانیم که سینوس‌ها چه نقشی دارند. برخی افراد فاقد سینوس و یا دارای سینوس‌های تکامل نیافته هستند بدون این‌که مشکل خاصی داشته باشند.

سینوس‌ها چه کار می‌کنند؟

سینوس‌ها با همان بافتی پوشانده شده‌اند که حفره بینی را می‌پوشاند. در شرایط عادی، آن‌ها مدام مقدار کمی مخاط ترشح می‌کنند که به‌طور طبیعی از سینوس‌ها به داخل حفره بینی می‌رود و درنهایت به سمت عقب و به حلق می‌رسد. این مخاط به مرتکب نگه داشتن هوایی که تنفس می‌کنیم کمک می‌کند. همچنین در به دام انداختن و مقابله با هرگونه ویروس و باکتری نقش دارد.

در برخی شرایط، بیماران دچار التهاب طولانی‌مدت در سینوس‌ها و حفره بینی می‌شوند. رایج‌ترین آن‌ها رینوسینوزیت مزمن است که در آن پوشش کل حفره بینی و سینوس‌ها ملتهب می‌شود. رینوسینوزیت مزمن بیماری‌ای با اشکال مختلف است که با انواع مختلف التهاب ایجاد می‌شود.

رینوسینوزیت مزمن همراه با پولیپ بینی (CRSwNP)

رینوسینوزیت مزمن (CRS) را می‌توان به چند دسته تقسیم کرد. برخی از انواع CRS باعث ایجاد پولیپ بینی در بیمار می‌شود و برخی دیگر چنین نیست. پولیپ بینی تورم ملتهد خوش‌خیمی است که سینوس‌ها و حفره بینی را پر می‌کند و گاهی برداشتن آن به جراحی نیاز دارد.

همان‌طور که از نام این بیماری پیداست، رینوسینوزیت مزمن همراه با پولیپ بینی (یا پولیپوز) به وضعیتی اطلاق می‌شود که در آن سینوس‌ها و حفره بینی مدام ملتهد می‌شوند و پولیپ بینی ایجاد می‌کنند. کلمه‌ی «مزمن» به این معنی است که این بیماری در طولانی‌مدت (حداقل دوازده هفته و اغلب برای سال‌ها یا دهه‌ها) بر بیمار تأثیر می‌گذارد. این ویژگی، پولیپوز را از «رینوسینوزیت حاد» متمایز می‌کند که یک بیماری کوتاه‌مدت است و اغلب ناشی از عفونت ویروسی یا سرماخوردگی است و معمولاً دوره درمانش حدود دو تا سه هفته است.

پولیپوز یک بیماری طولانی‌مدت است که در اثر التهاب غیرطبیعی پوشش داخلی بینی و سینوس‌ها ایجاد می‌شود. در حال حاضر «درمان» ندارد، اما معمولاً می‌توان آن را با ترکیبی از درمان پزشکی و جراحی کنترل کرد.

پولیپوز چگونه تشخیص داده می‌شود؟

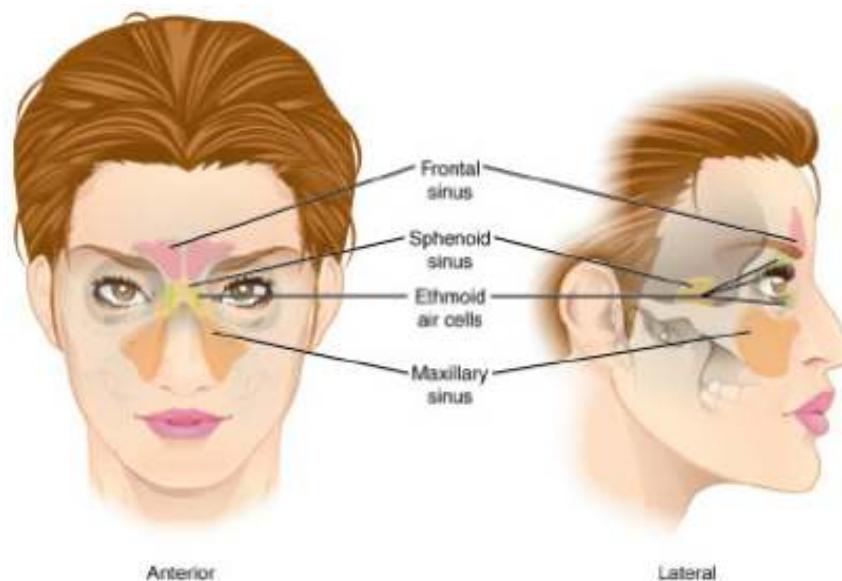
بیماران مبتلا به رینوسینوزیت مزمن با پولیپ بینی (CRSwNP) برخی یا همه علایم بینی ذکر شده در جدول ۱ را در درازمدت تجربه می‌کنند. برای تشخیص پولیپوز باید حداقل دو مورد از علایم را در طول بیش از دوازده هفته تجربه کنید و انسداد یا ترشح باید جزئی از علایم شما باشد.

پولیپوز علاوه بر علایمی که ایجاد می‌کند، با معاینه داخل بینی توسط پزشک گوش و حلق و بینی تشخیص داده می‌شود. معاینه بینی با آندوسکوپ (دوربین فیبر نوری نازک) به پزشک گوش و حلق و بینی این امکان را می‌دهد تا تشخیص دهد که آیا شما بیماری سینوزیت مزمن با پولیپ دارید یا بدون پولیپ. همچنین به آن‌ها اجازه می‌دهد تا وجود التهاب مخاط بینی یا ترشح مخاط رنگی غیرطبیعی از سینوس‌ها را ببینند.

تشخیص پولیپوز نیز با انجام اسکن (معمولًاً سی‌تی اسکن) از بینی و سینوس‌ها انجام می‌شود. انجام اسکن برای تشخیص بیماری ضروری نیست، اما اگر شواهد کافی در معاینه پزشک وجود نداشته باشد، اسکن می‌تواند مفید باشد. همچنین اگر قرار است جراحی انجام شود، انجام اسکن ضروری است. در بیمار بدون هیچ گونه بیماری سینوسی، فضاهای سینوسی در

سی‌تی‌اسکن سیاه به نظر می‌رسند، زیرا پر از هوا هستند. در یک بیمار مبتلا به پولیپوز ممکن است سینوس‌ها به‌طور نسبی یا کامل پر از پولیپ یا مخاط متورم داخل سینوس ظاهر شوند. این باعث می‌شود حفره‌های سینوس در سی‌تی‌اسکن به جای سیاه و سفید به رنگ خاکستری به نظر برسند. فراموش نکنید که صرف داشتن مخاط یا پولیپ در سی‌تی‌اسکن به این معنی نیست که شما دچار پولیپوز شده‌اید، باید برخی از علایم جدول ۱،۵ را هم تجربه کنید.

متخصصان گوش و حلق و بینی ممکن است از پرسشنامه‌های پزشکی خاص (معروف به «معیارهای پیامد گزارش شده توسط بیمار») برای ارزیابی شدت علایم CRS و تأثیر بیماری بر کیفیت زندگی بیماران استفاده کنند. متداول‌ترین آن‌ها عبارت‌اند از: آزمون بیست‌دو سؤالی نتیجه سینونازال (SNOT-22) و مقیاس‌های آنالوگ بصری که در آن از بیمار خواسته می‌شود شدت هر علامت را در مقیاسی از یک تا ده ارزیابی کند.



تصویر ۱.۵ - موقعیت چهار گروه سینوسی

جدول ۱ - علائم رینوسینوزیت مزمن

جزئیات	علایم
معمولًا در هر دو سمت. گرفتگی بینی در افراد دارای CRSwNP رایج است اما احتقان سینوسی در هر دو نوع سینوزیت مزمن دیده می شود.	گرفتگی بینی
معمولًا زرد یا سبز، گاهی شفاف	آبریزش بینی (رینوره)
کاهش، عدم وجود بویایی یا بویایی غیرعادی (مانند حس بوی ناخوشایند در بینی). بیشتر در CRSwNP است.	اختلال در حس بویایی
محدود به نواحی اطراف سینوس، معمولًا همیشه حس نمی شود و در CRSwNP کمتر دیده می شود.	درد صورت



تصویر ۲ - پولیپ‌های بزرگ بینی در سوراخ چپ بینی قابل مشاهده است.

آزمایشات خون برای تشخیص **CRSwNP** ضروری نیست

به‌هرحال برخی از بیماران ممکن است برای تشخیص آرژی احتمالی، آزمایش خون (یا حتی تست پوستی) انجام دهند یا به بررسی نقص ایمنی احتمالی یا بیماری‌های خودایمنی نیاز داشته باشند. از بینی برخی از بیماران نمونه‌گیری با سواب انجام می‌شود که معلوم شود کدام باکتری در بینی وجود دارد. با این حال، مشخص نیست که چگونه باید از این نتایج برای روند درمان استفاده کرد.

چه چیزی باعث پولیپوز می‌شود؟

درک ما از اشکال مختلف رینوسینوزیت مزمن مدام بهتر و بهتر می‌شود. با این حال، برای اکثر بیماران، علت دقیق یا «محرك» ایجاد پولیپوز مشخص نیست و ما دقیقاً نمی‌دانیم که چرا برخی از افراد به پولیپوز مبتلا می‌شوند و برخی دیگر نه. این احتمال وجود دارد که در بیمار شدن هر فرد مبتلا به پولیپوز ترکیبی از چند عامل مختلف نقش دارند و التهاب طولانی‌مدت در داخل سینوس‌ها ایجاد می‌کنند.

این نکته مهم را به یاد داشته باشید که پولیپوز صرفاً «عفونتی» که از بین نمی‌رود» نیست و در واقع رابطه بین باکتری CRS بسیار پیچیده است.

بسیاری از باکتری‌ها و قارچ‌ها در سینوس‌های ما زندگی می‌کنند؛ چه در بیماران مبتلا به مشکلات سینوسی و چه در بیماران بدون مشکل. برخی از باکتری‌ها (به عنوان مثال استافیلوکوکوس اورئوس، به دلیل خواص ویژه‌ای که دارند) ممکن است در ایجاد التهاب در پولیپوز نقش داشته باشند. با این حال، ریشه‌کنی باکتری‌های سینوس‌ها با آنتی‌بیوتیک‌ها همیشه این مشکل را درمان نمی‌کند.

جدول ۵،۲ - عوامل احتمالی مرتبط با CRSwNP

جزئیات	عامل مرتبط
اگر فردی در خویشاوندان مبتلا به CRS بوده باشد، احتمال آن بیشتر است. بسیاری از زن های اشخاص به احتمال زیاد درگیر آن هستند.	زنیک
به شدت بر تمامی گونه های CRS، به خصوص CRSwNP تأثیرگذار است.	آسم
در برخی بیمارهای مبتلا به آسم یا CRSwNP، مصرف این داروهای غیراستروئیدی ضدالتهاب (NSAIDS) مانند آسپرین	داروهای غیراستروئیدی ضدالتهاب (NSAIDS) مانند آسپرین
ممکن است زمانی که درمان CRSwNP با مشکل مواجه شود، مورد آزمایش قرار گیرد.	کمبود ایمنی
عفونت های ویروسی می توانند باعث تشدید CRS شوند.	عفونت های ویروسی
حضور برخی باکتری ها (مانند استافیلوکوکوس اورئوس) با CRS شدید مرتبط است، اما ارتباط آنها پیچیده است.	باکتری
رینوسینوزیت قارچی آلرژیک مرتبط با پولیپ بینی است	قارچ
تأثیر زیادی بر ایجاد CRSwNP ندارد.	آلرژی
استعمال دخانیات و در معرض دود بودن قویاً با CRS مرتبط است.	استعمال دخانیات
میزان بالای آلودگی و قرار گرفتن در معرض برخی مواد شیمیایی می تواند با CRSwNP مرتبط باشد.	آلودگی
پولیپ بینی در بیمارهای دارای فیبروز کیستیک و گرانولوماتوز اوزینوفیلیک با پلی آنزیت رایج تر است.	بیماری سیستمیک

درمان‌های طبی برای پولیپوز

درمان فردی که مبتلا به بیماری پولیپوز تشخیص داده می‌شود، با یک رژیم دارویی طولانی‌مدت شروع می‌شود؛ شستشوی بینی با آبنمک، داروهای استروئیدی بینی، استروئیدهای خوراکی، درمان‌های بیولوژیک.

شستشوی بینی با نمک (آبنمک)

شستشوی منظم بینی با آبنمک درمانی مفید و مؤثر برای اکثر بیماران مبتلا به رینوسینوزیت مزمن است. با بهبود جریان مخاط و به طور بالقوه با شستن محرک‌ها و آلرژن‌ها از بینی، علایم را بهبود می‌بخشد. با این حال، به خودی خود، التهاب ایجاد‌کننده پولیپوز را کاهش نمی‌دهد.

داروهای استروئیدی بینی

داروهای استروئیدی بینی درمان اصلی مورد استفاده برای اکثر بیماران مبتلا به CRS است. استروئیدها داروهایی هستند که التهاب را سرکوب می‌کنند و درنتیجه علایم انسداد و ترشح بیمار را کاهش می‌دهند. در بیمارانی که علایم شدیدتری از پولیپ بینی خود دارند، اغلب به جای اسپری از قطره‌های استروئیدی یا شستشوی استروئیدی استفاده می‌شود.

سایر داروها

در بیمارانی که علایم شدید دارند، می‌توان از دوره‌های کوتاه‌مدت (یک تا دو هفته‌ای) استروئیدهای خوراکی (معمولأً پردنیزولون) برای بهبود سریع‌تر علایم استفاده کرد. این کار در شروع مصرف اسپری یا قطره استروئیدی بینی، به رفع انسداد بینی و رسیدن بهتر داروها به بینی و سینوس‌ها کمک می‌کند. دوره‌های کوتاه‌مدت استروئیدهای خوراکی را می‌توان یک تا دو بار در سال برای افزایش کنترل پولیپوز تجویز کرد. استروئیدهای خوراکی را می‌توان در کوتاه مدت با اطمینان کامل مصرف کرد، اما به دلیل عوارض جانبی، مصرف آن‌ها در طولانی‌مدت توصیه نمی‌شود.

درمان‌های بیولوژیک جدید (آنتی‌بادی‌های مونوکلونال) اخیراً در برخی کشورها برای درمان بیماران مبتلا به پولیپ بسیار شدید بینی تأیید شده‌اند. این داروها مسیر التهابی را مسدود می‌کنند و می‌توانند تشکیل پولیپ بینی را در برخی از بیماران کاهش دهنند.

در بخش‌های بعدی اطلاعات بیشتری در مورد همه این درمان‌ها ارائه شده است.

درمان‌های جراحی

رینوسینوزیت مزمن در درجه اول با داروها درمان می‌شود. اکثر بیماران به درمان طولانی‌مدت با اسپری‌ها یا قطره‌های استروئیدی بینی، شستشو با سالین و گاهی مصرف سایر داروها نیاز دارند. گاهی این دارو به تنها یی برای کنترل علایم برخی بیماران کافی است، اما اگر بیمار حداکثر درمان طبی را دریافت کند و علایم هنوز بر کیفیت زندگی او تأثیر بگذارد، می‌توان با انجام جراحی آندوسکوپی سینوس (ESS) در کنترل بهتر بیماری به بیمار کمک کرد.

توجه به این نکته مهم است که پولیپوز یک بیماری مزمن (طولانی‌مدت) است، درمان، بیماری زمینه‌ای را کاملاً از بین نمی‌برد و پولیپها به کرات برگشت می‌کنند. درمان‌های طولانی مدت معمولاً برای کنترل بیماری مورد نیاز هستند و بیماران ممکن است نیازمند تکرار جراحی باشند.

تجربه یک بیمار از زندگی با پولیپوز

من فکر می‌کنم بدترین چیز این است که نتوانید این بیماری را کنترل کنید و بیماری شما را از پا دربیاورد! من معلم هستم و شغلم می‌طلبد که همیشه با دانش‌آموزان صحبت کنم. اینکه مدام سرماخورده به نظر برسم و حرف‌هایم نامفهوم باشد، بسیار آزاردهنده و شرم‌آور است. خوردن غذای خوب و نوشیدن، یکی از بزرگ‌ترین لذت‌های زندگی من بود، اما حالا غذا خوردن به یک ضرورت تبدیل شده است، زیرا نمی‌توانم بو و مزه را حس کنم و دیگر مثل گذشته از غذا خوردن لذت نمی‌برم. نداشتن حس بویایی گاهی اینمی‌ام را هم تهدید می‌کند؛ چون اگر چیزی در آشپزخانه بسوزد، نمی‌توانم بو کنم و متوجه شوم. من هیچ وقت بدون دستمال کاغذی از خانه خارج نمی‌شوم، حتی تابستان!

التهاب «نوع ۲» و «غیر نوع ۲» چیست؟

رینوسینوزیت مزمن (CRS) یک بیماری پیچیده بدون یک علت مشخص است. در زیر چتر CRS بیماری‌های مختلفی جای می‌گیرند که احتمالاً به درمان‌ها پاسخ متفاوتی می‌دهند. برای همین، بهترین گزینه‌های درمانی ممکن است متفاوت باشند. مدت‌هاست که جراحان گوش و حلق و بینی بیماران را بر اساس داشتن پولیپ بینی به دو گروه تقسیم می‌کنند. نسخه‌های قبلی EPOS از طبقه‌بندی مشابهی برای کمک به انتخاب‌های درمانی با مسیرهای مختلف برای CRS با و بدون پولیپ بینی استفاده کرد.

باین حال، در طول دهه گذشته، درک ما از فرآیندهای منجر به CRS بهبود قابل توجهی یافته است. ما می‌دانیم که در همه بیماران، بخش‌های خاصی از سیستم ایمنی بیش از حد فعال است که به التهاب بیش از حد در سینوس‌ها و علایم CRS منجر می‌شود. اینکه دقیقاً کدام قسمت (یا مسیر) سیستم ایمنی بیش از حد فعال است، از بیماری به بیمار دیگر فرق دارد. به طور کلی، ما می‌توانیم انواع التهاب‌هایی را که می‌بینیم بر اساس سلول‌های ایمنی و واسطه‌های التهابی درگیر به «نوع» تقسیم کنیم. رایج‌ترین نوع در CRS نوع ۲ است، اما نوع ۱ و ۳ نیز وجود دارد. این مسئله احتمالاً با افزایش درک ما تغییراتی خواهد کرد. ما به این نوع بیماری «اندوتیپ» می‌گوییم. آن‌ها را می‌توان به عنوان یک ردپای بیولوژیکی در نظر گرفت و احتمالاً بهترین پیش‌بینی‌کننده چگونگی پیشرفت یک بیماری در طول زمان و بهترین روش درمان آن است. به همین دلیل، EPOS 2020 بیماران را به دو گروه تقسیم می‌کند: گروه اول، آن‌هایی که دارای التهاب نوع ۲ هستند. گروه دوم، تمام بیمارانی که از التهاب «غیر نوع ۲» رنج می‌برند (یعنی نوع ۱ یا نوع ۳).

تقريباً ۸۵ درصد بیماران مبتلا به پولیپ و ۱۰ تا ۵۰ درصد بیماران بدون پولیپ دارای التهاب نوع ۲ هستند. تشخیص اینکه بیمار مبتلا به التهاب نوع ۱ یا نوع ۲ است، کار ساده‌ای نیست و پزشکان روی نشانگرهای خون، بافت و سایر شرایط تکیه می‌کنند. برای مثال، می‌دانیم که بیماران مبتلا به پولیپ شدید بینی و آسم، احتمال بیشتری دارد که التهاب نوع ۲ داشته باشند.

در حال حاضر، تأثیر تعدادی از داروهای جدید (به نام بیولوژیک) بر CRS مورد بررسی قرار می‌گیرند که به طور خاص التهاب نوع ۲ را هدف قرار داده و کاهش می‌دهند.

سؤالات متداول

رینوسینوزیت مزمن چقدر شایع است؟

شیوع انواع رینوسینوزیت مزمن (طول علایم بیش از دوازده هفته) حدود پنج تا ده درصد در جمعیت عمومی است. تخمین زده می‌شود که تقریباً چهار درصد از بزرگسالان پولیپ بینی دارند. این بیماری در افراد مبتلا به آسم بیشتر دیده می‌شوند.

آیا پولیپوز ناشی از آلرژی است؟

خیر، پولیپوز معمولاً از آلرژی ناشی نمی‌شود.

از طرفی ممکن است بیماران مبتلا به رینوسینوزیت مزمن آلرژی نیز داشته باشند و بر عکس؛ بنابراین، اگر دچار رینوسینوزیت مزمن و علایم مشکوک به آلرژی مانند عطسه یا خارش هستید، می‌توانید با پزشک خود درباره تست آلرژی صحبت کنید.

آیا پولیپوز باعث سردرد می‌شود؟

بیماری CRS می‌تواند باعث سردرد شود، اما اغلب ویژگی بارز این بیماری نیست و کمتر با پولیپوز همراه است. توجه داشته باشید که سردرد بدون علایمی مانند آبریزش بینی، انسداد و غیره بسیار بعيد است از CRS ناشی شود. سردردهای مرتبط با CRS اغلب مانند یک احساس سنگینی یا پری یا احساس کسل کننده توصیف می‌شوند و هم‌زمان با شروع سایر علایم CRS بروز می‌کنند و معمولاً شدت آن‌ها همراه با سایر علایم در طول زمان تغییر می‌یابد. درمان موفقیت‌آمیزی که سایر علایم سینوزیت را بهبود می‌بخشد، این سردردها را هم بهتر می‌کند، اما ممکن است با عفونت‌های حاد یا هنگام پرواز بدتر شوند.

تفاوت بین شاخک‌ها (توربینیت) و پولیپ‌ها چیست؟

شاخک‌ها ساختارهای آناتومیک طبیعی در بینی هستند که در هر انسانی یافت می‌شود. آن‌ها از استخوان و پوشش داخلی بینی تشکیل شده و در مرطوب کردن و گرم کردن هوای استنشاقی نقش دارند. توربین‌ها مثلاً در صورت عفونت ویروسی مجاری تنفسی فوقانی یا آرژی متورم می‌شوند.

پولیپ‌ها مخاط بیمار بینی هستند و ساختارهای آناتومیک طبیعی نیستند. پولیپ‌ها توده‌های خوش‌خیمی هستند که از پوشش داخلی بینی منشأ می‌گیرند و عموماً به خودی خود از بین نمی‌روند و علایمی مانند آبریزش بینی، انسداد بینی، کاهش بویایی و احساس پری یا سنگینی به همراه دارند.

من همیشه خسته هستم؛ آیا به خاطر مشکلات سینوسی من است؟

رینوسینوزیت مزمن ممکن است به علایم خستگی منجر شود، به خصوص اگر انسداد بینی باعث اختلال خواب شود که در پولیپوز بسیار رایج است.

وقتی به متخصص گوش و حلق و بینی مراجعه می‌کنم چه اتفاقی می‌افتد؟ آیا باید دوربین داشته باشم و آیا آندوسکوپی اذیتی دارد؟

اگر با علایمی مانند آبریزش بینی یا گرفتگی بینی به متخصص گوش و حلق و بینی مراجعه کنید، او به احتمال زیاد داخل بینی شما را هم با اسپیکولوم و هم با دوربین (آندوسکوپی) نگاه می‌کند. با آندوسکوپ می‌توان کمی عمیق‌تر از اسپیکولوم به داخل بینی نگاه کرد. پولیپ‌های بینی کمی عمیق‌تر و بالاتر در بینی شما ایجاد می‌شوند و پزشک با نگاهی سطحی و بدون آندوسکوپ به بینی شما اغلب نمی‌تواند پولیپ‌ها را ببیند.

به طور کلی آندوسکوپی درد ندارد و پولیپ‌ها هیچ حسی ندارند. در موارد نادر، به دلیل تورم بیش از حد بینی و تغییرات آناتومیک، کمی دردناک است که می‌توان از بی‌حسی موضعی در بینی استفاده کرد. متخصص گوش و حلق و بینی می‌تواند قبل از انجام آندوسکوپی بینی با قرار دادن پنبه‌ای آغشته به ماده بی‌حس‌کننده در داخل بینی، بی‌حسی موضعی ایجاد کند.

من دیگر نمی‌خواهم دارو استفاده کنم، انگار به جای یافتن علت، فقط علایم را سرکوب می‌کنیم. چگونه می‌توانم بیماری ام را درمان کنم؟

متأسفانه در حال حاضر برای پولیپ بینی درمان قطعی وجود ندارد. هدف از درمان‌های حاضر کاهش علایم ناشی از پولیپ بینی است. بسیاری از بیماران ممکن است برای تحت کنترل نگه داشتن علایم خود به کورتون‌های داخل بینی طولانی‌مدت نیاز داشته باشند. استفاده از آن‌ها خطری ندارد و نیاز به جراحی یا استروئیدهای خوارکی را کاهش می‌دهد.

چگونه از بازگشت پولیپ‌هایم پس از جراحی جلوگیری کنم؟

استفاده‌ی منظم و دائمی از کورتیکواستروئیدهای داخل بینی بعد از جراحی به جلوگیری از عود پولیپ بینی بعد از جراحی کمک می‌کند.

چگونه بفهمم به بیماری N-ERD (بیماری تنفسی تشدید شونده با داروهای غیراستروئیدی یا بیماری تنفسی تشدید شونده با آسپرین یا تریاد سامتر) دچار شده‌ام؟

سه ویژگی اصلی بیماری تنفسی تشدید شونده با داروهای غیراستروئیدی (N-ERD) آسم، پولیپ مزمن بینی و واکنش شدید به آسپرین و سایر NSAID‌ها (داروهای ضد التهاب غیراستروئیدی) است. اکثر بیماران مبتلا به N-ERD واکنش‌های تنفسی به الكل و نیز اختلال در حس بویایی را نیز تجربه می‌کنند. معمولاً بیماران در سنین سی تا چهل‌سالگی علایم را پیدا می‌کنند و در طی چند سال مشکل‌شان ایجاد می‌شود.

تشخیص N-ERD معمولاً بر اساس شرح حال است و فقط گاهی که تشخیص نامشخص باشد، چالش آسپرین انجام می‌شود.

بهترین درمان برای بهبود حس بویایی من چیست؟

جراح گوش و حلق و بینی شما می‌تواند بر اساس یافته‌های معاینه بهترین توصیه را به شما بدهد. استروئیدهای خوارکی و به دنبال آن استروئیدهای موضعی بینی اغلب باعث بهبود و سپس حفظ حس بویایی می‌شوند. متأسفانه، در

برخی موارد، حس بویایی پس از اتمام دوره مجدد افت می‌کند و ما مصرف بیش از دو دوره استرتوئید خوراکی در سال را توصیه نمی‌کنیم. معمولاً در این موارد جراحی آندوسکوبی سینوس یا داروهای بیولوژیک در نظر گرفته می‌شود و ممکن است حس بویایی را بهبود بخشد.

جراح گوش و حلق و بینی من «جراحی پولیپ» و متخصص آرژی من «درمان بیولوژیک» را توصیه می‌کند.
چه کاری باید انجام دهم؟

درمان بیولوژیکی معمولاً فقط در بیماران مبتلا به پولیپ بینی دوطرفه توصیه می‌شود که قبلًا جراحی سینوس انجام داده‌اند اما پولیپ‌های عودکننده دارند یا بیمارانی که آنقدر شرایط مناسبی ندارند که تحت جراحی قرار بگیرند.

یک جراحی سینوس و درمان مناسب بعد از عمل می‌تواند کنترل طولانی‌مدت بیماری را بدون نیاز به درمان‌های بیولوژیکی تضمین کند. با این حال، اگر قبلًا جراحی کرده‌اید اما پولیپ‌های شما عود کرده‌اند، داروهای بیولوژیک جایگزین خوبی هستند. هر دو روش (جراحی و داروهای بیولوژیک) مزايا و معایبی دارند که باید آن‌ها را بسنجد لذا پاسخ خیلی دقیقی برای این پرسش وجود ندارد. در حالت ایده‌آل، بهتر است به مطبی مراجعه کنید که در آن یک جراح گوش و حلق و بینی و یک متخصص آرژی باهم کار می‌کنند؛ البته یافتن چنین مطبی خیلی هم راحت نیست. اگر جراح و متخصص آرژی شما گزینه‌های مختلفی را پیشنهاد می‌کنند، از آن‌ها بخواهید دلیلش را توضیح دهند و درنهایت شما باید بر اساس اطلاعات ارائه شده یک روش درمانی را انتخاب کنید.

چرا به من داروی بیولوژیک برای پولیپ بینی پیشنهاد نمی‌شود؟

در حال حاضر درمان‌های بیولوژیک برای استفاده در همه کشورها در دسترس نیستند. در مواردی که آن‌ها در دسترس هستند، معیارهای مختلفی ممکن است برای انتخاب بیماران مورد استفاده قرار گیرد. به طور کلی، این معیارها به شناسایی بیمارانی که به احتمال زیاد از داروهای بیولوژیک سود می‌برند و افرادی که بیماری شدیدتری دارند و به درمان‌های دیگر کمتر پاسخ می‌دهند، کمک می‌کند.

۶. رینوسینوزیت در کودکان و نوجوانان

رینوسینوزیت اطفال چیست؟

ممکن است اصطلاحات مختلفی را در رابطه با علایم بینی کودک خود بشنوید و بخوانید. «رینیت» التهاب پوشش داخلی بینی است و می‌تواند در کوتاه‌مدت به دلیل عفونت‌های رایج یا در مدت طولانی‌تر به دلیل آلرژی ایجاد شود. «رینوسینوزیت» التهابی است که نه تنها بینی، بلکه سینوس‌ها را نیز درگیر می‌کند، که می‌تواند مزمن (بیش از دوازده هفته) یا حاد (کمتر از دوازده هفته) باشد.

رینوسینوزیت حاد و مزمن چه تفاوتی دارند؟

رینوسینوزیت حاد (ARS) شروع ناگهانی دو یا چند مورد از علایم زیر است:

• انسداد یا احتقان بینی

• تغییر رنگ ترشحات بینی

• سرفه (در طول روز و شب)

به بیان دقیق، رینوسینوزیت حاد شامل دوره‌هایی از این علایم است که تا دوازده هفته طول می‌کشد. در واقع اکثر عفونت‌ها فقط چند هفته طول می‌کشند و معمولاً خود به خود فروکش می‌کنند.

رینوسینوزیت مزمن (CRS) علایم مشابهی (که در ادامه خواهد آمد) ایجاد می‌کند، اما حدود دوازده هفته یا بیشتر طول می‌کشد:

• دو یا چند مورد از علایم زیر که یکی از آن‌ها باید این موارد باشد:

• گرفتگی، انسداد یا احتقان بینی

• یا ترشحات بینی (قدامی یا خلفی به صورت ترشحات پشت حلق)

-/- درد یا فشار روی صورت

+/- سرفه

کودکان قادر به توصیف دقیق و بیان علایم بیماری خود نیستند، برای همین تشخیص CRS در کودکان سخت‌تر است. تشخیص تفاوت بین CRS و سایر دلایل شایع انسداد بینی در کودکان (مانند آرژی و بزرگ شدن لوزه سوم) هم کار ساده‌ای نیست؛ بنابراین پزشک شما اطلاعات بیشتری دریافت می‌کند و با معاینه کودکتان سعی دارد وضعیتش را ارزیابی کند.

رینوسینوزیت مزمن (CRS)

چقدر رایج است؟

به سختی می‌توان گفت که رینوسینوزیت مزمن چقدر شایع است، اما مطالعات نشان می‌دهد که بین ۲,۱ تا ۴ درصد از کودکان ممکن است علایم مرتبط با بیماری سینوسی داشته باشند. رینوسینوزیت مزمن در کوکان کمتر از بزرگسالان بروز می‌کند، اما بی‌تر دید تأثیر قابل توجهی بر کیفیت زندگی کودکان مبتلا به این بیماری دارد. تأثیر رینوسینوزیت مزمن بر سلامت کلی بیشتر از بیماری‌هایی مانند آسم، اختلال کم‌توجهی - بیش‌فعالی، آرتربیت روماتوئید نوجوانان و صرع است.

چه چیز باعث آن می‌شود؟

عوامل منجر به رینوسینوزیت مزمن در کودکان کاملاً شناخته‌شده نیستند. به نظر می‌رسد به جای یک علت واحد، عاملی ترکیبی از چندین عامل مختلف به بروز التهاب منجر می‌شود. این عوامل در همه کودکان به یک میزان وجود ندارد و فرزند شما ممکن است فقط برقی از عوامل ذکر شده در ادامه را داشته باشد.

- سیگار کشیدن (سیگار کشیدن غیرفعال)
- سیگار کشیدن یکی از عوامل بروز این بیماری است. مطالعه‌ای نشان داد که ۶۸ درصد از کودکان با علایم رینوسینوزیت حاد در معرض دود سیگار بوده‌اند، در مقایسه با ۱,۲ درصد در کودکان بدون مواجهه.
- مطالعات همچنین نشان می‌دهد کودکان مبتلا به CRS که در معرض دود سیگار قرار گرفته‌اند، دچار پیامدهای بدتری شده‌اند.

- لوزه سوم (بافت ایمنی واقع در پشت بینی) می‌توانند با نگهداری باکتری‌ها و ایجاد انسداد مجاری تنفسی بینی، در ایجاد CRS در کودکان نقش داشته باشند.
- اگرچه شواهد واضح‌تری موردنیاز است، به نظر می‌رسد که ارتباطی با آرژی، آسم و بیماری ریفلاکس وجود داشته باشد.
- بهندرت شرایطی پیش می‌آید که بینی، سینوس‌ها و همچنین ریه‌ها را تحت تأثیر قرار می‌دهد، مانند فیبروز کیستیک که به بررسی و درمان بیشتر نیاز دارد.

پزشک برای بررسی CRS فرزندم چه آزمایش‌هایی درخواست می‌کند؟

بسته به اطلاعاتی که پزشک شما دارد و همچنین یافته‌های معاینه ممکن است آزمایش‌های بیشتری موردنیاز باشد.
این‌ها ممکن است شامل موارد زیر باشد:

- آزمایش آرژی (تست پوستی یا آزمایش خون)
- اسکن بینی و سینوس‌ها
- ارزیابی تنفس/ریه‌ها
- آزمایش ژنتیک

پزشک برای مداوای CRS فرزندم چه درمان‌هایی ارائه می‌دهد؟

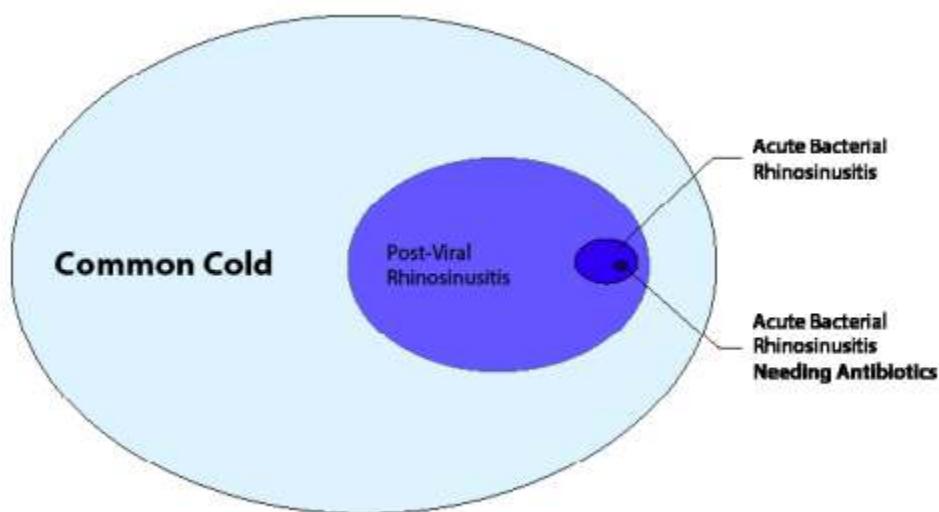
درمان رینوسینوزیت مزمن در کودکان اغلب براساس درمان‌هایی است که در بزرگسالان مؤثر بوده است. شواهد خوبی برای حمایت از استفاده از آنتی‌بیوتیک برای رینوسینوزیت مزمن در کودکان وجود ندارد.

درمان‌های طبی اصلی عبارت‌اند از:

- داروهای استروئیدی بینی
- شستشوی بینی

اگر قرار است از استروئیدهای بینی استفاده شود، پزشک شما دارویی را انتخاب می‌کند که کمترین عوارض جانبی احتمالی را داشته باشد. به طور کلی این یک روش بسیار ایمن برای استفاده از دارو است. اغلب، پزشک از شما می‌خواهد با کنترل مستمر قد و وزن کودکتان مطمئن شوید که دارو مشکلی ایجاد نمی‌کند.

همچنین می‌توان از جراحی برای بهبود کنترل عالیم در کودکان استفاده کرد، اما معمولاً این عمل فقط برای موارد نادری که به داروها پاسخ نمی‌دهند، توصیه می‌شود. یک جراح معمولاً کم‌تهاجمی‌ترین نوع جراحی ممکن را برای کودک شما انتخاب می‌کند تا خطرات جراحی را در مقابل بهبود عالیم بیماری متعادل کند.



تصویر ۱۶ - تصویر فراوانی نسبی موارد رینوسینوزیت حاد نیازمند آنتی‌بیوتیک‌ها

پولیپ بینی

بهندرت اتفاق می‌افتد که کودکان به پولیپ بینی مبتلا شوند.

برخی از کودکان مبتلا به رینیت آلرژیک ممکن است دچار بزرگی توربینیت‌ها (بخشی از ساختمان‌های داخلی بینی) شوند که با پولیپ اشتباه گرفته شود. اگر فرزند شما پولیپ بینی داشته باشد، ممکن است این پولیپ‌ها فقط ناشی از التهاب باشد، اما این احتمال هم وجود دارد که پزشک شما آزمایش‌های بیشتری را برای یافتن علت درخواست کند.

فیروز سیستیک، اختلال ارثی نسبتاً نادری است که بر سیستم تنفسی تأثیر می‌گذارد و معمولاً با رینوسینوزیت مزمن و با پولیپ بینی همراه است.

رینوسینوزیت حاد

همان طور که گفته شد، رینوسینوزیت حاد (ARS) طیفی از شرایط از سرماخوردگی معمولی تا رینوسینوزیت باکتریایی با عوارض مرتبط را شامل می‌شود. مهم درک این است که چگونه عالیم نادر انسداد و آبریزش بینی به چیزی غیر از سرماخوردگی تبدیل می‌شود.

اعتقاد بر این است که کودکان دبستانی هر سال حدود هفت تا ده دوره سرماخوردگی را تجربه می‌کنند. مشابه رینوسینوزیت مزمن، شواهد علمی کمی وجود دارد که به ما بگوید چه کسی بیشتر در معرض ابتلا به ARS است. ما می‌دانیم که سیگار کشیدن و نیز در معرض دود سیگار بودن احتمال ابتلا به ARS را افزایش می‌دهد.

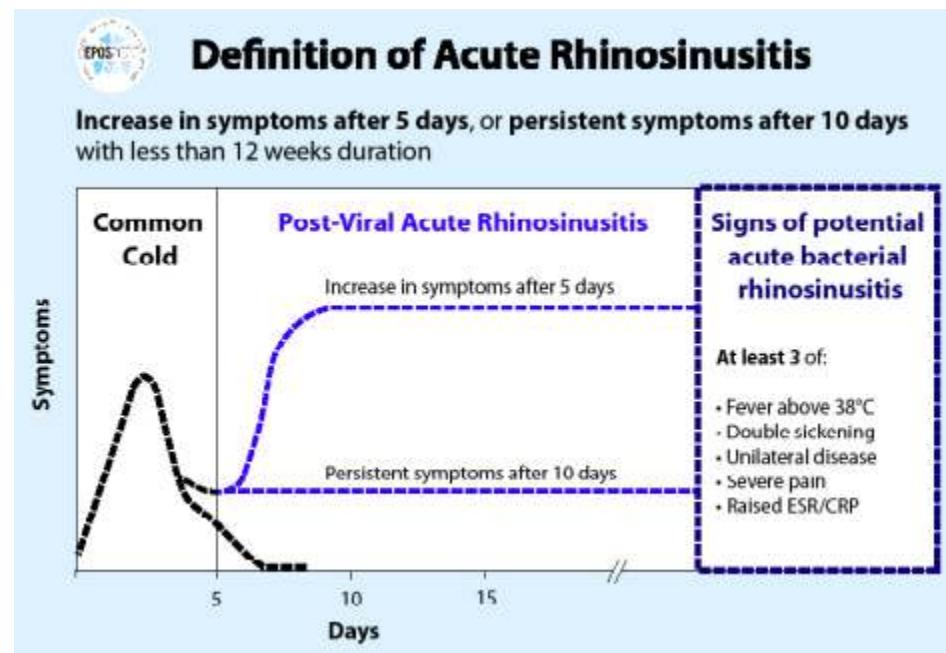
ویروس‌های مختلفی موجب سرماخوردگی می‌شوند که برخی از آن‌ها عبارت‌اند از:

- راینوویروس
- ویروس سین‌سیشال تنفسی
- ویروس آنفلانزا
- آدنوویروس

نمودار ۶-۲ نشان می‌دهد که چگونه شدت عالیم و مدت زمان به ما در تشخیص کمک می‌کند.

سرماخوردگی معمولاً حدود پنج تا ده روز طول می‌کشد، اما پس از چهل و هشت ساعت عالیم کودک شما به تدریج بهبود می‌یابد. عالیم بیماری ARS بیش از ده روز طول می‌کشد یا بعد از پنج روز این عالیم افزایش می‌یابد.

رینوسینوزیت باکتریایی نادر است، اما با موارد ذکر شده در نمودار، مانند درجه حرارت بالا، درد شدید، عالیم یک‌طرفه، بهتر و سپس بدتر شدن (بیماری مضاعف) و آزمایش خون غیرطبیعی مشخص می‌شود.



تصویر ۶، ۲ - نمودار زمانبندی معمول سرماخوردگی و رینوسینوزیت حاد

: پروتئین واکنشی و ESR: میزان رسوب گلbul قرمز

آیا رینوسینوزیت حاد می‌تواند فرزندم را بسیار ناخوش احوال کند؟

عارض ARS غیرمعمول است، اما شناختن آن‌ها حیاتی است و اگر به هر یک از آن‌ها مشکوک هستید، باید فوراً با یک متخصص صحبت کنید. علایم اغلب در اوایل دوره بیماری رخ می‌دهند و برخی از علایم و نشانه‌هایی که باید مراقبشان بود، عبارت‌اند از:

- تورم یا قرمزی اطراف چشم
- دوبینی
- بی‌حالی و گیجی
- سردرد شدید یا تورم روی پیشانی
- راش، مشکل دید در نورهای روشن یا خشکی گردن

شواهد فعلی نشان می‌دهد که درمان آنتیبیوتیکی رینوسینوزیت حاد از عوارض جلوگیری نمی‌کند.

درمان رینوسینوزیت حاد

پیشگیری، یکی از بهترین راه‌ها برای جلوگیری از سرماخوردگی است. شواهد نشان می‌دهد پروبیوتیک‌ها و ورزش‌های با شدت متوسط در پیشگیری از سرماخوردگی مؤثرند.

در درمان رینوسینوزیت حاد ویروسی، هیچ شواهدی مبنی بر سودمندی آنتیبیوتیک‌ها برای درمان سرماخوردگی یا رینیت حاد چرکی در کودکان وجود ندارد. در واقع، شواهد موجود نشان می‌دهد تجویز آنتیبیوتیک‌ها برای بیماری سرماخوردگی، عوارض جانبی قابل توجهی ایجاد می‌کنند.

داروهای مسکن مانند استامینوفن و ایبوپروفن ممکن است به تسکین برخی از علایم بینی و همچنین علایم سیستمیک درد و کسالت کمک کنند. در صورت تداوم علایم کودک، پزشک ممکن است شستشوی با سرم و اسپری استروئیدی داخل بینی را پیشنهاد دهد.

اگر به یک علت باکتریایی مشکوک هستید، مهم است که مراقب ایجاد عوارض (که اشاره شد) باشید. شواهد برای استفاده از آنتیبیوتیک‌ها ضعیف است، اگر شما یا فرزندتان به طور قبل توجهی ناخوشاحوال هستید، باید به دنبال توصیه‌های پزشکی بیشتری باشید و در صورت بروز عوارض، مانند تورم اطراف چشم یا پیشانی، پزشک عمومی شما ممکن است از یک پزشک گوش و حلق و بینی در بیمارستان کمک بخواهد.

۷. شستوشوی با سرم (آب نمک)

چرا این دارو برای شما تجویز شده است؟

هدف از شستوشوی بینی با آب نمک، بهبود علایم و کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به رینوسینوزیت مزمن (CRS) با عوارض جانبی کم است؛ بنابراین، شستوشوی بینی یکی از ارکان اصلی درمان CRS است. فایده شستوشوی بینی در درمان رینوسینوزیت حاد (ویروسی یا باکتریایی) کمتر مشخص است. مزایای ثابت شده این روش و اثرات جانبی ناچیز آن شستوشوی بینی را به بخشی از درمان خط اول تبدیل کرده است (هم بیماران مبتلا به CRS با پولیپ بینی و هم CRS بدون پولیپ بینی).

از طرفی، شستوشوی بینی با آب نمک اثرات مثبت خود را در مورد کودکان مبتلا به CRS نیز نشان داده است.

چطور عمل می‌کند؟

شستوشوی بینی با آب نمک ممکن است عملکرد بینی را بهبود بخشد و درنتیجه علایم را کاهش دهد. این شستوشوها به حذف مخاط خشک شده، موکوس و مواد تحریک‌کننده التهاب (آلرژی‌ها، بیوفیلم و ...) کمک می‌کند. همچنین آبرسانی به مخاط بینی را بهبود می‌بخشد. علاوه بر این، آن‌ها همچنین در توزیع داروها، مانند کورتیکواستروئیدهای داخل بینی، به حفره بینی و سینوس‌های پارانازال مفید هستند.

چگونه، چه زمانی و برای چه مدت باید از آن استفاده کنید؟

رینوسینوزیت مزمن معمولاً به درمان طولانی مدت نیاز دارد؛ بنابراین، شستوشوی بینی با آب نمک باید تا تداوم علایم یا برای همیشه انجام شود. روش‌های مختلفی برای شستوشو وجود دارد: اسپری‌های بینی، بطری‌های فشاری بینی، نبولیزه کردن، قوری‌ها، سرنگ‌ها. در بهبود علایم برتری هیچ‌کدام از این وسایل بر دیگری ثابت نشده است. توصیه می‌شود برای شستوشو از وسیله‌ای استفاده کنید که با آن احساس راحتی بیشتری دارید. همچنین امکان شستوشو با حجم زیاد و نیز حجم کم و همچنین با سرم هایپertonیک وجود دارد، اگرچه سود آن‌ها مشخص نیست.

هیچ پروتکل درمانی استانداردی وجود ندارد، اما معمولاً شستشو یک یا دو بار در روز، قبل از استفاده از بقیه داروها، مانند کورتیکوستروئیدهای داخل بینی، توصیه می‌شود.

استروئیدها اغلب به محلول‌های آب‌نمک اضافه می‌شوند تا بتوان آن‌ها را به حفره‌های سینوس رساند، بخصوص بعد از جراحی. بسیاری از مواد دیگر نیز وجود دارند که می‌توان به شستشوها اضافه کرد، با این حال بهترین مواردی که فایده‌شان مورد تائید است، زایلیتول، هیالورونات سدیم و زایلوگلوكان می‌باشد.

به‌طور خلاصه، شستشوی بینی با آب‌نمک به عنوان اولین درمان طولانی‌مدت CRS توصیه می‌شود. آن را می‌توان با دستگاه‌های مختلف، با استفاده از سالین ایزوتونیک، یک یا دو بار در روز و قبل از استفاده از بقیه داروها انجام داد. در برخی موارد، افزودن مواد دیگر ممکن است مفید باشد.

لطفاً برای مشاهده شستشوی بینی، ویدئوی مرتبط را در وبسایت ERS در لینک زیر ببینید.

https://1drv.ms/v/s!AoGcQbw7FUgNiNZQBjxp3w6pgaF_g?e=9jp0aB

در صورت بروز عوارض جانبی چه باید کرد؟

یکی از بزرگ‌ترین مزایای شستشوی بینی با نمک این است که عوارض جانبی آن بسیار نادر است. عوارض جانبی مانند تحریک موضعی، گوش‌درد، خونریزی بینی، سردرد، سوزش بینی و ترشح بینی گزارش شده است. افزودن مواد جانبی به سرم‌های نمکی می‌تواند باعث بروز عوارض ذکر شده شود، مانند استفاده از شامپوی بچه و از دست دادن قابل برگشت بويایي.

در صورت بروز این عوارض، تغییر وسیله شستشو و بررسی تکنیک شستشو معمولاً باعث بهبود یا رفع آن‌ها می‌شود. در صورت تداوم و بدتر شدن علایم، ممکن است لازم باشد قطع شود.

دو گزارش از بیماران در مورد استفاده از دارو- نکات، ترفندها، انتظارات و....

گیلرمو بیماری سیوهشت‌ساله است که یک سال پیش تشخیص رینوسینوزیت مزمن با پولیپ بینی برایش داده شد. او ترشح بینی و احتقان بینی را به‌طور منظم گزارش کرد. در هنگام تشخیص، کورتون‌های موضعی و شستشوی بینی

با سالین دو بار در روز تجویز شد. او اعلام می‌کند که با درمان عالیم بسیار بهبود می‌یابد و حتی در مواقعي که برخی از عالیم بدتر می‌شود، بیش از دو بار در روز شستشو انجام می‌دهد و به او کمک می‌کند تا احساس بهتری داشته باشد. او شستوشوهای با حجم زیاد (مطابق شکل) را با محلول ایزوتونیک در دو سمت بینی انجام می‌دهد. ابتدا خم می‌شود و سرش را می‌چرخاند و شستوشوها را از سوراخ بالایی شروع می‌کند و باعث می‌شود شستشو از سوراخ دیگر بینی خارج شود. برای شستشوی طرف دیگر، وضعیت سر را تغییر دهید تا همیشه از سمت بالا بشویید (مطابق فیلم). این روش به تمیز کردن حفره بینی و بهبود عالیم رینوره و احتقان بینی کمک می‌کند.

پاتریشیا بیماری چهل و پنج ساله است مبتلا به رینوسینوزیت مزمن با پولیپ بینی، آسم و عدم تحمل داروهای ضدالتهابی غیراستروئیدی (N-ERD) است. سال‌ها از تشخیص بیماری او می‌گذرد و دو عمل جراحی داشته است. او درمان منظم را با شستشوی بینی نمکی سه تا چهار بار در روز و کورتیکواسترودئیدهای موضعی دو بار در روز انجام می‌دهد. بیمار می‌گوید که به دلایل کاری و کمبود وقت، شستشوی منظم را متوقف کرده و متوجه بدتر شدن قابل توجه عالیم بیماری خود شده است. در حال حاضر شستشو با اسپری بینی با سرم ایزوتونیک، هر بار دو اسپری در هر طرف بینی استعمال می‌کند.

آیا استفاده از آب لوله‌کشی بی‌خطر است؟

آب لوله‌کشی بسیاری از کشورها برای شستشوی مجاری بینی مناسب نیست، چون به اندازه کافی فیلتر یا تصفیه نشده است. آب لوله‌کشی ممکن است حاوی میکروارگانیسم‌هایی باشد که عفونت‌های بالقوه جدی ایجاد کند. بهترین گزینه، استفاده از سالین استریل است. اگر می‌خواهید آب لوله‌کشی استفاده کنید، باید آن را بجوشانید، سپس سرد کنید یا از صافی عبور دهید.

هر چند وقت یکبار نیاز است که ظرف شستشو را تمیز یا تعویض کنم؟

بطری شستشو باید ضدعفونی و تمیز شود تا عفونت ایجاد نکند. دستگاه شستشو را با آب داغ و صابون آنتی‌باتریال بشویید و بعد از هر بار استفاده دستگاه را باز بگذارید تا کاملاً خشک شود. این دستگاه باید هر چند وقت یکبار تعویض شود. معمولاً توصیه می‌شود هر سه ماه یک بار با توجه به توصیه‌های سازنده آن را تعویض کنید.

مقاله‌ای خوانده‌ام در مورد خطر عفونت با بطری‌های شست‌وشوی سینوس؛ آیا باید نگران باشم؟

موارد بسیار نادری از عفونت شدید پس از استفاده از شست‌وشوی بینی گزارش شده است. در این موارد اغلب از آب غیراستریل یا جوشانده‌نشده، معمولاً از آب چاه که خطر بیشتری برای آلودگی آمیبی دارد، برای شست‌وشو استفاده شده بود؛ بنابراین توصیه می‌شود از آب لوله‌کشی به هیچ‌وجه استفاده نشود و دستگاه شست‌وشو هر روز به درستی تمیز شود.

آیا باید بسته‌های نمک را بخرم یا می‌توانم خودم درست کنم؟

می‌توانید از بسته‌های نمک استفاده کنید یا محلول نمکی بخرید. اگر ترجیح می‌دهید خودتان این کار را انجام دهید، توصیه می‌شود برای هر لیتر آب از دو قاشق چای‌خوری نمک غیریددار و جوش‌شیرین (بی‌کربنات سدیم) استفاده کنید. به یاد داشته باشید که اگر آب مصرفی استریل نیست، باید فیلتر یا جوشانده شود تا عفونت ایجاد نکند. به عنوان یک راهنمای کلی، باید نصف قاشق چای‌خوری از هر کدام را به‌ازای هر فنجان (۲۴۰ میلی‌لیتر)، یا یک بطری شست‌وشوی معمولی پر از سالین) آب اضافه کنید. برخی از افراد ترجیح می‌دهند نمک و جوش‌شیرین را با حجم مساوی در ظرفی دربسته مخلوط کرده و یک قاشق چای‌خوری از مخلوط آماده را به بطری شست‌وشو اضافه کنند.

۸. کورتیکواستروئیدهای داخل بینی (اسپری یا قطره استروئیدی بینی)

چرا این دارو برای شما تجویز شده است؟

پژشک شما این درمان را تجویز کرده است زیرا تشخیص داده که رینوسینوزیت مزمن با یا بدون پولیپ بینی دارد.

رینوسینوزیت مزمن (CRS) یک بیماری التهابی بینی و سینوس‌ها است و کورتیکواستروئیدهای داخل بینی (INCS) درمان انتخابی هستند. چرا که اثر ضد التهاب آن‌ها ثابت شده است. استروئیدهای داخل بینی ممکن است به صورت اسپری، قطره یا محلولی برای اضافه کردن به شستشوی بینی ارائه شوند. قطره‌ها و محلول‌ها دارای دوز بالاتری از داروهای کورتونی نسبت به اسپری‌های بینی هستند. INCS می‌تواند تأثیر مفیدی روی تمام عالیم بینی شما از جمله انسداد بینی، ترشح بیش از حد بینی و کاهش بویایی داشته باشد. آن‌ها داروهای مطمئنی هستند و می‌توان از آن‌ها برای مدت طولانی استفاده کرد.

کورتیکواستروئید چگونه کار می‌کند؟

کورتیکواستروئیدهای داخل بینی دارای اثر ضدالتهابی بر پوشش داخلی بینی هستند. التهاب باعث ضخیم شدن و متورم شدن پوشش بینی می‌شود، تعداد سلول‌های سازنده مخاط را افزایش می‌دهد و به تشکیل پولیپ منجر می‌شود. استروئیدهای بینی برای التیام پوشش داخلی و معکوس کردن برخی از اثرات التهاب عمل می‌کنند. بافت‌ها کمتر متورم می‌شوند و نتیجه آن کاهش تولید ترشحات بینی است. عالیم شما باید شروع به بهبود کنند و امیدواریم متوجه شوید که تنفس از طریق بینی آسان‌تر می‌شود، حس بویایی شما بهبود می‌یابد و ترشحات مزاحم بینی کمتری دارید. در صورت وجود، می‌توانند پولیپ بینی را کوچک‌تر کنند. این تغییرات زمان‌بر است، زیرا بدن با تأثیر مثبت استروئیدها سازگار می‌شود و پس از ماه‌ها التهاب، به تدریج عملکرد طبیعی بینی را بازیابی می‌کند. ممکن است هفته‌ها یا ماه‌ها طول بکشد تا متوجه اثرات مثبت استروئیدهای بینی شوید. با این حال، اکثر بیماران مبتلا به CRS متوجه خواهند شد که استروئیدهای بینی به‌طور قابل توجهی کیفیت زندگی آن‌ها را بهبود می‌بخشد.

چگونه، چه زمانی و برای چه مدت باید از آن استفاده کنید؟

مهم است که استرتوئیدهای بینی دقیقاً به همان روشی که پزشک شما توصیه کرده مصرف شود و هر روز طبق دوز توصیه شده مصرف شوند. قبل از هر دوز، شستشو با نرمال سالین توصیه می‌شود. شستشو به پاکسازی مخاط و بقایای باقی‌مانده در بینی که ممکن است جذب دارو را مختل کند، کمک می‌کند.

اگر برای شما اسپری تجویز شده است، ابتدا بطری را تکان دهید و سر خود را کمی به سمت پایین بگیرید و به پاهای خود نگاه کنید، همان‌طور که در ادامه نشان داده شده است. طبق دستور در هر سوراخ بینی یک یا دو پاف بزنید، با استفاده از دست راست برای سوراخ بینی چپ و دست چپ برای سوراخ بینی راست، درحالی که اسپری را به داخل سوراخ بینی می‌برید البته کمی به طرفین، گویی آن را به سمت گوش‌های خود نشانه رفته اید. با استفاده از این تکنیک می‌توانید از تماس اسپری روی غضروف وسط بینی (تیغه بینی) و خطر خونریزی بینی جلوگیری کنید.

اگر قطره بینی برای شما تجویز شده است، توصیه می‌شود سر خود را در حالت نود درجه به سمت عقب (مانند شکل) ببرید تا قطره‌ها به داخل سینوس‌ها و قسمت‌های بالاتر سوراخ‌های بینی پخش شوند.

همچنین ممکن است پزشک شما یک کورتیکواسترتوئید تجویز کرده باشد که باید به شستشوی روزانه سالین بینی شما اضافه شود. این دارو می‌تواند به صورت قطره، پودر، مایع یا پماد باشد. پزشک شما روش افزودن این دارو را به بطری شستشو توضیح داده است. همیشه مطمئن شوید که دارو به طور کامل با سرم شستشو مخلوط شده است.

مهم است که داروهای خود را به طور منظم طبق دستور پزشک یا داروساز خود استفاده کنید تا حداکثر سود را به دست آورید.



تصویر ۸,۱ – نحوه استفاده از اسپری بینی

سر را به سمت جلو خم کنید. به سمت بیرون و به طرف گوش اسپری کنید. افسانه را خوب و آرام استنشاق کنید.



تصویر ۸,۲ – نحوه استفاده از قطره بینی

روی تخت دراز بکشید. سر خود را به سمت عقب در انتهای تخت قرار دهید.

در صورت بروز عوارض جانبی چه باید کرد؟

اسپری‌های کورتیکواستروئیدی خطرات مشابهی با کورتیکواستروئیدهای خوارکی ندارند. این به این دلیل است که آن‌ها به طور خاص برای هدف قرار دادن پوشش بینی طراحی شده‌اند و فقط مقدار ناچیزی در جریان خون جذب می‌شود.

اکثر عوارض جانبی استروئیدهای بینی کاملاً خفیف و مرتبط با روش کاربرد هستند. خشکی پوشش بینی همراه با دلمه بستن و خونریزی بینی شایع‌ترین عوارض جانبی گزارش شده است. هنگامی که این اتفاق می‌افتد، فقط دستورالعمل‌های داده شده در بالا را در مورد نحوه استفاده مؤثر از اسپری با استفاده از دست مخالف برای هر سوراخ بینی دوباره بررسی

کنید. گاهی ممکن است لازم باشد یک مدت کوتاه دارو را مصرف نکنید تا بهبودی حاصل شود و سپس با تکنیک مناسب مصرف دارو را از سر بگیرید. در صورت عود عوارض جانبی، لطفاً به پزشک خود اطلاع دهید تا اسپری‌ها و انواع مختلف استروئیدها را در روند درمان به کار گیرد. تقریباً همه بیماران متوجه می‌شوند که می‌توانند از استروئیدهای بینی با حداقل عوارض جانبی استفاده کنند.

افزودن کورتیکواستروئیدها به سالین شستشوی بینی روشی نسبتاً جدید برای درمان CRS است و در حال حاضر اطلاعات زیادی در مورد عوارض جانبی استفاده طولانی‌مدت از این درمان وجود ندارد. این احتمال وجود دارد که آن‌ها به‌طور کلی مشابه زمانی باشند که به‌طور مستقیم استفاده می‌شوند و به بطری شستشو اضافه نمی‌شوند.

مطالعات علمی نشان داده‌اند که اسپری‌ها و قطره‌های کورتیکواستروئیدی بینی بر فشار چشم شما تأثیر نمی‌گذارند و باعث آب‌مروارید نمی‌شوند، اما اگر از قبل به گلوکوم بهویژه گلوکوم «زاویه بسته» مبتلا هستید، باید قبل از شروع این درمان به پزشک خود اطلاع دهید.

تجربه‌ی بیمار با کورتیکواستروئیدهای داخل بینی

بیمار شماره یک گزارش می‌دهد:

من بیماری رینوسینوزیت مزمن دارم و هر روز از اسپری بینی (INCS) تجویزی پزشکم استفاده می‌کنم؛ دو پاف در هر سوراخ بینی. اسپری مقدار ترشحات بینی‌ام را به میزان بسیار مؤثری کاهش می‌دهد. سال‌ها آن‌قدر ترشح پشت گلو داشتم که تصور می‌کردم دیگر هوا نمی‌تواند عبور کند. از وقتی هر روز از INCS استفاده می‌کنم، دیگر این احساس را ندارم. وقتی اسپری را فراموش می‌کنم، مثلاً در تعطیلات، ترشحات پشت حلقی دوباره تکرار می‌شود و به من یادآوری می‌کند که دوباره شروع کنم. هنگام سرماخوردگی، دوز آن را دو برابر می‌کنم تا از تبدیل شدن آن به سینوزیت حاد جلوگیری کنم. به‌طور کلی در زمستان عالیم بیشتری دارم، برای همین سعی می‌کنم تابستان‌ها اسپری INCS را قطع کنم.

بیمار دو گزارش می‌دهد:

بینی من قبلاً در تمام طول سال گرفته بود، با سرد و ترشحات رنگی. پزشک عمومی استروئیدهای خوراکی برای من تجویز می‌کرد. از وقتی استفاده از INCS را شروع کردم، بهتر می‌توانم از طریق بینی نفس بکشم، حس بویایی‌ام بهتر

شده و دیگر علایم تشدید نمی‌شود. استفاده از استروئیدهای خوارکی را به حداقل رسانده‌ام. من هنوز گاهی افزایش ترشح دارم، اما در کل، احساس می‌کنم بیماری‌ام نسبت به قبل بهتر کنترل می‌شود.

سؤالات متداول

چرا با قطع استفاده از اسپری علایم من عود می‌کند؟

رینوسینوزیت مزمن، همان‌طور که از نام آن پیداست، یک بیماری مزمن است و تابه‌حال هیچ درمانی برای اجتناب از درمان مداوم در دسترس نیست. عموماً می‌توان به کنترل خوب علایم با استفاده از اسپری بینی طولانی مدت دست یافت. کورتیکواستروئیدهای داخل بینی التهاب را کاهش می‌دهند، اما با قطع آن‌ها، متأسفانه التهاب مخاط سینوس دوباره ظاهر می‌شود و علایم عود می‌کنند.

آیا استفاده مدام از اسپری‌های بینی به دلیل وجود استروئید در انها بی‌خطر است؟

بله، ایمن است و حتی استفاده از آن‌ها برای دوره‌های طولانی (تر) توصیه می‌شود و تا حدودی اجباری است. اسپری‌های کورتیکواستروئیدی (و قطره‌ها) فقط حاوی دوز کم کورتیکواستروئید هستند و جذب آن‌ها در جریان خون بسیار جزئی است. آن‌ها عوارض جانبی مشابه کورتیکواستروئیدهای خوارکی را ندارند. بیشتر عوارض جانبی گزارش شده INCS خفیف و مربوط به روش استفاده است، مانند خونریزی جزئی. برای روش کاربرد توصیه شده به تصاویر بالا مراجعه کنید.

اگر هنگام فین کردن متوجه خونی در مخاط بینی‌ام شدم، چه کنم؟

خونریزی خفیف بینی یا خون در مخاط شایع‌ترین عارضه جانبی گزارش شده استفاده از اسپری کورتیکواستروئید داخل بینی است و تا حدی به روش استفاده مربوط می‌شود. (حتیاً در جهت گوش، دور از خط وسط بینی یعنی سپتوم اسپری کنید). اگر این اتفاق افتاد، یک استراحت کوتاه باعث می‌شود که پوشش مخاطی تیغه بینی بهبود یابد. بعد از آن دوباره کارتان را از سر بگیرید. در صورت عود مکرر، لطفاً به پزشک خود اطلاع دهید. پزشک می‌تواند برای ترمیم مخاط بینی، پماد بینی تجویز کند.

این حقیقت دارد که استروئیدها به پوشش داخلی بینی آسیب می‌رسانند؟

خیر. گاهی می‌تواند باعث خشکی مخاط بینی یا دلمه بستن و درنتیجه خونریزی خفیف بینی شود. وقتی این اتفاق می‌افتد، یک استراحت کوتاه به مخاط تیغه بینی فرصت می‌دهد تا بهبود یابد. پس از آن می‌توانید دوباره شروع کنید. در صورت تکرار این عوارض لطفاً به پزشک خود اطلاع دهید تا برای مرطوب کردن مخاط بینی، پماد بینی تجویز کند.

۹. آنتیبیوتیک در درمان رینوسینوزیت

آنتیبیوتیک‌ها در رینوسینوزیت برای چه مواردی استفاده می‌شوند؟

آنตیبیوتیک‌ها داروهایی برای مبارزه با عفونت‌های ناشی از باکتری‌ها هستند. برای مقابله با انواع مختلف باکتری‌ها، پژوهشگان آنتیبیوتیک‌هایی ساخته‌اند که به روش‌های متفاوتی عمل می‌کنند؛ برخی از آن‌ها ممکن است با باکتری‌ها مبارزه کنند، به دیواره یا پوشش میکروب آسیب برسانند، توانایی تولیدمثل آن‌ها را مختل کنند یا مکانیسم‌های رشد آن‌ها را مسدود کنند.

مشکل آنتیبیوتیک‌های زیاد

با این حال، باکتری‌ها می‌توانند تغییر کنند و با « مقاومت » در برابر آنتیبیوتیک‌ها سازگار شوند. این به این دلیل است که باکتری‌ها در جمعیت‌های میلیونی وجود دارند و در میان این جمعیت عظیم، تعدادی نیز توانایی طبیعی برای شکست دادن برخی آنتیبیوتیک‌ها را دارند. این باکتری‌ها نه تنها زنده می‌مانند، بلکه به باکتری‌های نسل جدید تبدیل می‌شوند که همان قابلیت‌های طبیعی برای شکست آنتیبیوتیک‌ها را دارند. این توانایی برای فرار یا شکست آنتیبیوتیک‌ها همان چیزی است که « مقاومت » نامیده می‌شود.

واضح است که باکتری‌های مقاوم، مشکلاتی را هم برای متخصصان مراقبت‌های بهداشتی و هم برای بیماران ایجاد می‌کنند و درمان عفونت‌ها را سخت‌تر می‌سازند. با این حال، ما همچنانی متوجه شده‌ایم که مقاومت تنها مشکل ناشی از مصرف آنتیبیوتیک نیست. اگرچه برخی از باکتری‌ها ممکن است باعث عفونت شوند، میلیون‌ها باکتری وجود دارند که در کنار انسان زندگی می‌کنند بدون اینکه هیچ مشکلی ایجاد کنند. در واقع، برخی از این باکتری‌ها احتمالاً برای حفظ سلامت ما حیاتی هستند. این همان نوشیدنی‌های « پروبیوتیک » است که ممکن است در یک سوپرمارکت دیده باشید. با این حال، هنگامی که ما از آنتیبیوتیک برای عفونت استفاده می‌کنیم، برخی از این باکتری‌های مفید نیز از بین می‌روند.

تغییر نحوه استفاده از آنتی‌بیوتیک‌ها

پزشکان برای جلوگیری از آسیب ناشی از مصرف بیش از حد آنتی‌بیوتیک‌ها، تغییراتی در میزان و نحوه به کارگیری آنتی‌بیوتیک‌ها و انتخاب بهترین گزینه‌های درمان ایجاد کرده‌اند. به عنوان مثال، استفاده منظم از آنتی‌بیوتیک‌ها در رینوسینوزیت حاد (سرماخوردگی) در بزرگسالان و کودکان توصیه نمی‌شود زیرا این بیماری اغلب از ویروس ناشی می‌شود (ویروس‌ها ارگانیسم‌هایی بسیار ریز و کاملاً متفاوت با باکتری‌ها هستند)، از سوی دیگر، آنتی‌بیوتیک‌ها ابزاری قدرتمند برای درمان عفونت‌های ناشی از باکتری محسوب می‌شوند؛ بنابراین، ارزیابی دقیق علت احتمالی عفونت ضرورت دارد.

رینوسینوزیت باکتریایی حاد

اگرچه شایع‌ترین علت بروز رینوسینوزیت حاد یک عفونت ویروسی است، اما گاهی از باکتری ناشی می‌شود. عفونت این نوع رینوسینوزیت با علایم شدید همراه است، مانند تب بالای سی و هشت درجه سانتی‌گراد، احساس بیماری دوباره پس از بهبودی اولیه، بیماری یک‌طرفه، درد شدید یا در موارد نادر علایم نشان‌دهنده سرایت عفونت از سینوس‌ها به داخل چشم یا معز (جدول ۹,۱). هنگام بروز این علایم عفونت سینوسی باکتریایی استفاده از آنتی‌بیوتیک‌ها مفید است، اگرچه هنوز هم در بیشتر موارد ضرورت ندارد. دوره معمولاً کوتاه است (کمتر از چهار هفته) و از آنتی‌بیوتیک‌هایی استفاده می‌کند که محتمل‌ترین علت باکتریایی را هدف قرار می‌دهند (مانند آموکسیسیلین یا پنیسیلین). آنتی‌بیوتیک‌ها در درمان رینوسینوزیت حاد باکتریایی معمولاً به خوبی تحمل می‌شوند و بهبود علایم در عرض ده روز قابل انتظار است. (برای آشنایی با کاربرد آنتی‌بیوتیک‌ها در درمان رینوسینوزیت حاد باکتریایی، به گزارش مورد یک مراجعه کنید).

آنتی‌بیوتیک برای رینوسینوزیت مزمن

رینوسینوزیت مزمن بیماری‌ای کاملاً متفاوت از رینوسینوزیت باکتریال حاد است که با دوره کوتاه و ناگهانی عفونت مشخص می‌شود. عفونت‌های حاد معمولاً می‌توانند با ویروس یا باکتری به عنوان علت علایم ایجاد شوند. در مقابل، دقیقاً مشخص نیست که چه چیزی باعث رینوسینوزیت مزمن می‌شود و نقش باکتری‌ها در این میان از بیماری به بیمار دیگر فرق دارد.

صرف طولانی مدت آنتی بیوتیک‌ها می‌توانند در زیرگروه خاصی از بیماران مبتلا به شعله ور شدن رینوسینوزیت مزمن با چرک موجود در ترشحات بینی (یا چرک مورد مشاهده پزشک با آندوسکوپ بینی) مفید باشند. در این موارد، دوره‌های طولانی مدت آنتی بیوتیک (بیش از چهار هفته) را می‌توان علاوه بر درمان پایه (یعنی استروئیدهای بینی و شستشوی آبنمک) تجویز کرد. آنتی بیوتیک‌های انتخاب شده اغلب از نوعی به نام «ماکرولید» هستند و برای اثرات تعدیل‌کننده اینمی استفاده می‌شوند. هدف از این درمان گذراندن دوره‌های «شعله ور شدن» احتمالی علایم و بازگشتن به استفاده از درمان پایه استاندارد شستشوی سالین و استروئیدهای بینی است (به تجربه دوم بیمار مراجعه کنید).

در برخی موارد، بیماران مبتلا به رینوسینوزیت مزمن ممکن است دچار تشدید حاد شوند. در این موارد ممکن است از دوره‌های کوتاه‌مدت آنتی بیوتیک استفاده شود.

چگونه، چه زمانی و برای چه مدت باید آنتی بیوتیک مصرف کرد؟

آنتی بیوتیک‌ها اغلب به صورت قرص، کپسول یا مایع تجویز می‌شوند. بسیار مهم است که دارو را دقیقاً طبق تجویز متخصص مراقبت‌های بهداشتی مصرف کنید (جدول ۹,۲). هنگامی که ماکرولیدها برای CRS استفاده می‌شوند معمولاً تا دوازده هفته در دوز پایین تجویز می‌شوند و ممکن است حداقل شش تا هشت هفته قبل از مشاهده هرگونه بهبودی ادامه یابند.

در صورت بروز عوارض جانبی چه باید کرد؟

آنـتـیـبـیـوتـیـکـهـاـ هـمـ مـانـنـدـ هـمـهـ دـارـوـهـاـ مـمـكـنـ استـ عـوـارـضـ جـانـبـیـ دـاشـتـهـ باـشـنـدـ (ـجـدـولـ ـ۹,۳ـ):ـ عـوـارـضـ جـانـبـیـ مـرـبـوطـ بـهـ دـسـتـگـاهـ گـوـارـشـ (ـاسـهـالـ وـ اـزـ دـسـتـ دـادـنـ اـشـتـهـاـ)ـ اـغـلـبـ گـزـارـشـ شـدـهـ اـسـتـ.ـ سـاـيـرـ عـوـارـضـ جـانـبـیـ شـامـلـ بـثـورـاتـ پـوـسـتـیـ،ـ سـرـگـیـجـهـ،ـ حـالـتـ تـهـوـعـ وـ عـفـونـتـهـایـ قـارـچـیـ اـسـتـ.ـ جـدـیـتـرـینـ عـوـارـضـ جـانـبـیـ شـامـلـ واـكـنـشـهـایـ آـلـرـزـیـکـ وـ عـفـونـتـ کـلـسـتـرـیدـیـومـ دـیـفـیـسـیـلـ اـسـتـ کـهـ باـعـثـ اـسـهـالـ مـیـشـوـدـ،ـ اـمـاـ اـنـ مـوـارـدـ نـادـرـ هـسـتـنـدـ.ـ ماـکـرـوـلـیدـهـاـ هـمـچـنـیـنـ خـطـرـ بالـقـوـهـ خـاصـیـ درـ بـیـمـارـانـ مـبـتـلاـ بـهـ بـیـمـارـیـ قـلـبـیـ دـارـنـدـ (ـبـهـوـیـژـهـ درـ دـرـمـانـ طـوـلـانـیـ مـدـتـ)ـ وـ مـمـكـنـ استـ پـزـشـکـ اـزـ شـمـاـ بـخـواـهـدـ کـهـ بـرـخـیـ تـسـتـهـایـ سـادـهـ رـاـ بـرـرـسـیـ سـلامـتـ قـلـبـیـ،ـ قـبـلـ اـزـ شـروعـ اـنـ نـوعـ آـنـتـیـبـیـوتـیـکـهـاـ اـنـجـامـ دـهـیدـ.

جدول ۹,۱ - علائم رینوسینوزیت حاد باکتریایی (≤ 3 مورد از موارد زیر)

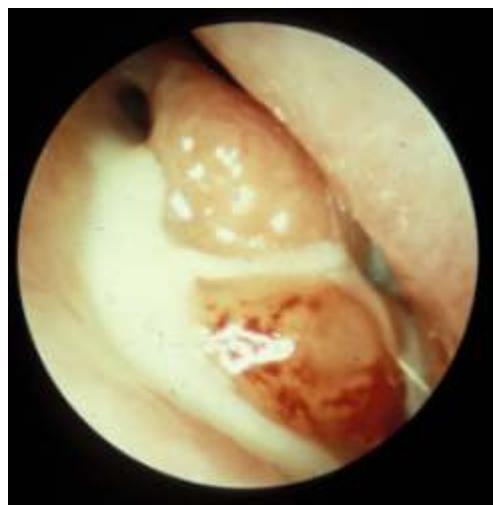
تب بالای سی و هشت درجه سانتی گراد
بیمار شدن دوباره
بیماری یک طرفه
درد شدید
افزایش پارامترهای التهابی (در آزمایش خون)

جدول ۹,۲. توصیه‌هایی برای مصرف آنتی بیوتیک

دارو را طبق تجویز پزشک مصرف کنید.
هیچ دوزی را نادیده نگیرید.
دارو برای بیماری فعلی شما تجویز شده، از توصیه مصرف آن به دیگران خودداری کنید.
دارو را برای بعد ذخیره نکنید.
عوارض را گزارش کنید.

جدول ۹,۳ - عوارض جانبی رایج آنتیبیوتیک‌ها

اسهال / بی‌اشتهاایی
راش
گیجی
حالت تهوع
عفونت قارچی
واکنشهای آلرژیک



تصویر ۹,۱ - ترشحات چرکی مشخص با آندوسکوپی بینی

تعاملاط بالقوه

استفاده از آنتیبیوتیک‌ها در ترکیب با سایر داروها و در بیماران مبتلا به مشکلات کبدی یا کلیوی شدید می‌تواند مشکل‌ساز باشد.

قبل از مصرف هرگونه آنتیبیوتیک، متخصص مراقبت‌های بهداشتی خود را در مورد سابقه پزشکی شخصی خود از جمله حساسیت دارویی یا مصرف داروهای دیگر مطلع کنید تا هیچ تداخلی بین این آنتیبیوتیک‌ها و داروهای شما ایجاد نشود. اگر عوارض جانبی رخ دهد، در بروشور داخل جعبه داروی شما ذکر شده که این عوارض ناشی از دارو است یا خیر. اگر علایم جدی دارید که احتمال می‌دهید ناشی از آنتیبیوتیک باشد، لطفاً برای مشاوره بیشتر با گروه مراقبت‌های بهداشتی خود تماس بگیرید.

تجربه بیمار از درمان آنتیبیوتیکی

گزارش بیمار شماره یک

خانمی نوزده‌ساله با علایمی چون تب چهل درجه، درد شدید یک‌طرفه صورت و افزایش پارامترهای التهابی در خون، به متخصص گوش و حلق و بینی مراجعه کرده است. معاينة بالینی شامل آندوسکوپی بینی، ترشح چرکی بینی را نشان می‌دهد. با توجه به ترکیبی از علایم، مصرف یک دوره کوتاه‌مدت آنتیبیوتیک سر ساعت‌های مشخص، به عنوان درمان اضافی بر داروهای ضدالتهاب غیر استروئیدی، اسپری‌های سالین و ضداحتقان‌ها تجویز می‌شود. بهبود علایم پس از سه روز و بهبود کامل پس از یک هفته به دست می‌آید.

گزارش بیمار شماره دو

آقایی چهل و هشت‌ساله با شکایت از رینوسینوزیت مزمن دو طرفه و منتشر به مدت بیش از ۱۵ سال، به متخصص گوش و حلق و بینی مراجعه می‌کند. از آنجاکه علایم (ترشحات بینی و درد صورت) حدود شش هفته پیش افزایش یافته، استروئیدهای بینی، شست‌وشوی سالین و همچنین یک دوره استروئید خوراکی تجویز شد. متاسفانه کنترل علایم هنوز ناکافی بود. پس از انجام کارهای اضافی شامل آندوسکوپی بینی (که ترشحات چرکی را نشان داد)، یک دوره آنتیبیوتیک

طولانی مدت تجویز شد. ده هفته بعد، تسکین علایم حاصل شد، آندوسکوپی تشخیصی بینی، ترشح چرکی بیشتری را نشان نداد و بیمار به درمان اولیه خود از جمله استروئیدهای بینی و شستوشوی آبنمک بازگشت.

سؤالات متداول

من باید سریع به سر کارم برگردم اما چرا پزشک عمومی برای درمان بیماری سینوزیت من آنتیبیوتیک تجویز نمی‌کند؟

آنٹیبیوتیک‌ها ابزار قدرتمندی برای مبارزه با بیماری‌های ناشی از عفونت‌های باکتریایی هستند، اما بیشتر موارد رینوسینوزیت ناشی از عفونت‌های ویروسی است. کارآزمایی‌های تصادفی کنترل شده هیچ فایده‌ای از استفاده از آنتیبیوتیک‌ها در بیماران مبتلا به رینوسینوزیت ویروسی (سرماخوردگی) نشان نداده‌اند. از سوی دیگر، آنتیبیوتیک‌ها می‌توانند عوارض جانبی متعددی ایجاد کنند که باید در نظر گرفته شوند. فقط در موارد معده‌دی از رینوسینوزیت حاد باکتریایی یا رینوسینوزیت مزمن تشخیص داده شده، استفاده از آنتیبیوتیک‌ها سودمند گزارش شده است.

آیا به جز آنتیبیوتیک، دارویی یا چیزی برای درمان سینوزیت حاد وجود دارد؟

بله، به غیر از آنتیبیوتیک‌ها، چندین دارو برای درمان (علامتی) رینوسینوزیت حاد در دسترس هستند. گزینه‌های درمانی شامل شستوشوی بینیبا سرم نمکی، داروهای ضد التهاب غیراستروئیدی، استامینوفن، ضداحتقان‌ها، استروئیدهای موضعی و غیره است. اگر نگرانی دارید، باید با پزشک یا داروساز خود در میان بگذارید.

اگر ناشی از عفونت نیست، پس دوره‌های طولانی مدت آنتیبیوتیک چگونه می‌تواند در رینوسینوزیت مزمن مؤثر باشد؟

جابجایی مخاط دستگاه تنفسی فوقانی و تحتانی (کلیرانس مخاطی) اولین خط دفاعی در سیستم تنفسی ما است. پاکسازی نکردن موکوسیلیاری می‌تواند ناشی از عفونت‌های مزمن یا عودکننده باشد و با آنتیبیوتیک‌های طولانی مدت در گروه خاصی از بیماران بهبود یابد.

برای کاهش خطر عوارض جانبی آنتی‌بیوتیک‌ها چه کار باید کرد؟

بهترین راه برای جلوگیری از خطرات آنتی‌بیوتیک‌ها پرهیز از مصرف غیرضروری است.

برای درمان رینوسینوزیت حاد و مزمن، طیف گسترده‌ای از داروها به غیر از آنتی‌بیوتیک در دسترس هستند. گزینه‌های درمانی شامل شستشوی بینی با سرم نمکی، NSAIDS، استامینوفن، ضداحتشان‌ها، استروئیدها و غیره است. استراتژی‌های درمانی باید با مشورت پزشک یا داروساز شما بهینه شود.

همیشه دستورالعمل‌های کتبی ارائه شده در مورد نحوه مصرف داروهای خود را دنبال کنید. برخی از آنتی‌بیوتیک‌ها بهویژه داکسی‌سیکلین باید با آب (و بدون غذا یا محصولات لبنی) مصرف شوند، درحالی‌که برخی دیگر باید با وعده‌های غذایی مصرف شوند تا مشکلات گوارشی کمتری ایجاد کند. در صورت امکان آن‌ها را در فواصل منظم مصرف کنید و دوره تجویزشده را تکمیل کنید. برخی از آنتی‌بیوتیک‌ها بهشت با الكل (بهخصوص مترونیدازول) واکنش نشان می‌دهند. شواهدی وجود دارد که نشان می‌دهد مصرف پروبیوتیک می‌تواند خطر اسهال مرتبط با آنتی‌بیوتیک را کاهش دهد.

اگر دچار بثورات پوستی، اسهال شدید، خارش واژن یا لکه‌های سفید روی زبان شدید، لطفاً با پزشک خود تماس بگیرید. در صورت بروز تورم لب یا زبان یا اختلال تنفسی شدید، لطفاً به اورژانس مراجعه کنید.

چه زمانی نگران رفع نشدن عفونت سینوسی باشم؟

زمانی که علائم سینوسی بیش از ده روز طول بکشد، درد شدید موضعی صورت (معمولًاً یک‌طرفه) یا به‌اصطلاح «بیماری مضاعف» (یعنی وقتی علائم رو به بهبود هستند، ناگهان بدتر می‌شوند) رخ می‌دهد.

علائمی که نشان می‌دهد عفونت سینوس باکتریایی ممکن است شدید باشد و به مراقبت فوری پزشکی نیاز دارد عبارت‌اند از: تورم یا قرمزی اطراف چشم، اختلال در بینایی (مانند کاهش، تاری دید یا دوبینی)، سردرد شدید، حساسیت به نور یا صدا، خشکی گردن، گیجی یا کاهش سطح هوشیاری.

من به خاطر آبsegue چشمم به جراحی نیاز داشتم، اگر زودتر آنتی بیوتیک مصرف می کردم، می شد از این کار جلوگیری کرد؟

خیر. مطالعات نشان می دهند که آنتی بیوتیک های خوراکی اولیه از بروز عوارض جلوگیری نمی کنند. اگرچه عوارض سینوزیت نادر است، اما اغلب به سرعت رخ می دهد، چه در افرادی که آنتی بیوتیک دریافت کرده اند و چه آن ها که دریافت نکرده اند.

آیا به دلیل اینکه پزشکم در ابتدا به من آنتی بیوتیک نداده، به سینوزیت مزمن (CRS) مبتلا شده ام؟

نه، بعيد است که چنین باشد. CRS یک بیماری التهابی است، نه یک بیماری عفونی (برای مثال باکتریایی). علل زمینه ای CRS هنوز کاملاً مشخص نیست، اما از آنجایی که ماهیت عفونی ندارد، تصور نمی شود که از بیماری های عفونی درمان نشده مانند رینوسینوزیت باکتریایی ناشی شود.

۱۰. کورتیکواستروئیدها

کورتیکواستروئید چیست؟

کورتیکواستروئیدها هورمون‌هایی هستند که به‌طور طبیعی در بدن تولید می‌شوند و نقش مهمی در فرآیندهای روزمره بدن شما دارند؛ مانند رشد، ترمیم و پاسخ به استرس. کورتیکواستروئیدها را می‌توان به عنوان دارو در قالب نسخه نیز تجویز کرد. این داروها در درمان بیماری‌های مختلفی نقش دارند. آن‌ها به شکل قرص (خوارکی)، تزریق (داخل‌وریدی)، یا اسپری و کرم (موقعی) وجود دارند..

چرا این دارو برای شما تجویز شده است؟

پژشک شما این دارو را به این دلیل تجویز کرده است که از نوع شدید رینوسینوزیت رنج می‌برید یا بیماری‌تان به درمان‌های دیگر پاسخ خوبی نمی‌دهد یا تحت عمل جراحی سینوس قرار خواهد گرفت.

رینوسینوزیت مزمن یک بیماری التهابی بینی (سینوسی) است و استروئیدها از مؤثرترین داروهای ضدالتهابی موجود هستند. در صورت مؤثر نبودن داروهایی مانند اسپری‌های بینی، قطره‌ها و شستشوی‌های، گاهی می‌توان از استروئیدهای خوارکی برای تسکین بیشتر استفاده کرد. این امر به‌ویژه اگر از پولیپ بینی، مشکلات بویایی یا انسداد شدید بینی رنج می‌برید، صادق است.

در برخی موارد که قرار است تحت عمل جراحی سینوس قرار بگیرید، ممکن است چند روز قبل از عمل از کورتیکواستروئیدها استفاده شود، زیرا کاهش التهاب در سینوس‌ها می‌تواند به ساده‌تر شدن عمل کمک کند، اگرچه اغلب ضرورتی ندارد.

عملکرد کورتیکواستروئیدها چگونه است؟

استروئیدهای خوارکی اثری قوی در کاهش التهاب دارند. این داروها تورم و مایع تجمع یافته در بافت ناسالم را کاهش می‌دهند و در تسکین چرخه معیوب التهاب ناشی از فعال شدن نادرست سیستم ایمنی، نقش دارند. به این طریق، اگر پولیپ بینی داشته باشید، این داروها اندازه آن را کاهش می‌دهند و تنفس از طریق بینی و حس بویایی شما را در عرض

چند روز بهبود می‌بخشند. متأسفانه، این تغییر دائمی نیست و برخی از بیماران پس از پایان درمان با استروئید، عود برخی علایم را تجربه می‌کنند.

چگونه، چه زمانی و چه مدت باید از آن استفاده کنید؟

قرص کورتیکواستروئید که پزشک به شما می‌دهد همراه با نسخه کتبی از تعداد قرص‌ها و مدت زمان مصرف آن‌ها ارائه می‌شود. مهم است که طرح درمانی را دقیقاً طبق دستور پزشک خود دنبال کنید. مصرف قرص (ها) در صبح هنگام صحانه توصیه می‌شود. قرص‌های کورتیکواستروئیدی می‌توانند نیاز به تولید سطوح هورمونی طبیعی شما را کاهش دهند، برای همین به اغلب بیماران توصیه می‌شود پس از مصرف طولانی مدت آن‌ها، به تدریج و در طی چند روز مصرف آن‌ها را کاهش دهند. وقتی دوره مصرف قرص‌ها به پایان می‌رسد، شاید لازم باشد به بدن خود فرصتی بدهید تا دوباره تولید کورتیکواستروئیدهای طبیعی را شروع کند. این کاهش آهسته در دوز قرص «Taper» نامیده می‌شود و در صورت نیاز، به‌وضوح روی نسخه شما نوشته می‌شود. معمولاً پس از مصرف کوتاه‌مدت این داروها، کاهش تدریجی ضرورتی ندارد.

در صورت بروز عوارض جانبی چه باید کرد؟

هورمون‌های استروئیدی تقریباً در تمام قسمت‌های بدن فعال هستند و به همان اندازه، عوارض جانبی بالقوه آن‌ها تقریباً در هر قسمت از بدن یافت می‌شود. با این حال، در همه بیماران رخ نمی‌دهد و برخی از افراد بیشتر از دیگران از آن‌ها آزار خواهند دید. به دلیل عوارض جانبی مضر بالقوه استروئیدها، پزشک شما با تجویز کوتاه‌ترین دوره ممکن که همچنان اثر مفیدی بر بیماری شما خواهد داشت، به دنبال تعادل است. مدت این دوره می‌تواند با توجه به نوع سینوزیت شما تغییر کند.

هورمون‌های استروئیدی اثری تحریک‌کننده بر بدن شما دارند، با عوارض جانبی احتمالی بی‌قراری، تپش قلب و مشکل در به خواب رفتن. به همین دلیل، مصرف قرص‌های استروئیدی در صبح توصیه می‌شود تا زمانی که باید به رختخواب بروید، اثر آن از بین برود. یکی از شایع‌ترین عوارض جانبی مصرف یک دوره کوتاه استروئیدهای خوراکی، ناراحتی معده است و برخی از بیماران دچار سوزش سر دل یا احساس ریفلاکس اسید می‌شوند. بنابراین توصیه می‌شود داروی خود را

همراه با صبحانه مصرف کنید. اگر سابقه مشکلات معده دارید، پزشک ممکن است درمانی اضافی برای محافظت از معده شما تجویز کند.

استروئیدهای خوراکی سطح قند خون را افزایش می‌دهند و اگر دیابتی هستید، باید در حین مصرف کورتیکواستروئیدهای خوراکی مراقب باشید تا قند خون خود را دقیق‌تر از همیشه کنترل کنید.

این قرص‌ها روی خلق‌وخوی شما نیز تأثیر دارند و در صورت داشتن هرگونه مشکل روانی فعلی یا قبلی باید به پزشک خود اطلاع دهید. برخی از بیماران گزارش می‌دهند که خلق‌وخوی آن‌ها در طول مدت مصرف استروئید تغییر کرده است، به‌طوری‌که برخی احساس می‌کنند انرژی بالایی دارند یا هیجان‌زده می‌شوند و برخی دیگر احساس افسردگی دارند. اگر از این حالت رنج می‌برید، حتماً با پزشک خود در مورد ادامه مصرف دارو مشورت کنید.

عارض جانی نادر شامل مشکلات مربوط به خون‌رسانی به استخوان‌ها و نیز مشکلات قلبی است.

اگر سابقه دیابت، فشارخون بالا، بیماری قلبی، بیماری روان‌پزشکی، مشکلات معده یا بی‌خوابی دارید، باید قبل از شروع این درمان به پزشک خود اطلاع دهید. به همین ترتیب، اگر نگران خطرات عوارض جانبی هستید، لطفاً با پزشک خود صحبت کنید تا بتواند اطلاعاتی را ارائه دهد که مختص ساقه سلامت شخصی شما است.

درصورتی که احساس کردید نسبت به درمان واکنش بدی نشان می‌دهید، آن را به‌طور ناگهانی قطع نکنید، بلکه با پزشک خود تماس بگیرید تا به شما بگوید که تغییر در دارو یا قطع کردن آن مورد دارد یا نه.

انجمن جهانی ضددوپینگ (WADA) استروئیدهای خوراکی را به دلیل تأثیر مثبت آن‌ها بر رشد و متابولیسم، دوپینگ تلقی می‌کند. اگر ورزشکاری حرفاًی هستید که در میادین رقابت حاضر می‌شوید، باید مصرف این داروها را به پزشک ورزشی خود اطلاع دهید.

تداخلات بالقوه

استروئیدهای خوراکی ممکن است با سایر داروهای مصرفی تان تداخل داشته باشند و خطر عوارض جانبی آن داروها را افزایش دهند. قبل از شروع مصرف کورتیکواستروئیدهای خوراکی، باید داروهای مصرفی تان را به پزشکتان اطلاع دهید. اگر یک یا چند داروی زیر برای مصرف همزمان با کورتیکواستروئیدهای خوراکی تجویز شود، پزشک ممکن است دوز مصرفی یا تعداد دفعات مصرف یک یا هر دو دارو را تغییر دهد:

- افزایش خطر پارگی تاندون هنگام مصرف با آنتی بیوتیک‌های خانواده کینولون‌ها
- افزایش خطر زخم‌ده مصرف داروهای ضدالتهابی غیراستروئیدی (NSAIDs) مانند ایبوپروفن، ناپروکسن، دیکلوفناک.
- افزایش اثر داروهای خاصی که باعث رقیق شدن خون می‌شوند (وارفارین) در صورت مصرف استروئیدها در دوزهای بالا.
- مشکل در تنظیم سطح قند خون با برخی داروهای ضددیابت.
- افزایش خطر سطوح پایین پتاسیم در خون هنگام مصرف داروهایی که با سطوح پتاسیم تداخل دارند مانند برخی دیورتیک‌ها (مانند فوروزمايد).

همیشه بروشور هر داروی مصرفی تان را بخوانید تا تداخلات نادر دیگری را بررسی کنید.

تجربه بیمار با استروئیدهای خوراکی

بیمار یک گزارش می‌دهد:

به دلیل مشکل سینوزیت مزمن، هر روز از اسپری بینی تجویزی پزشکم استفاده می‌کنم. با وجود این درمان، هر سال (بیشتر در فصل زمستان) از سینوزیت حاد رنج می‌برم. مشکلات اصلی من شامل سردرد، انسداد بینی، ترشحات پشت حلق و کاهش شنوایی به دلیل انسداد گوش است. برای درمان، من همیشه با یک ضداحتشان بینی (حداکثر حدود یک هفته) و شستشوی روزانه با نمک بینی شروع می‌کنم.

باین حال، اغلب سه تا چهار هفته طول می‌کشد تا این علایم برطرف شوند. وقتی آن‌ها به‌خودی خود برطرف نمی‌شوند، از پزشکم می‌خواهم که یک دوره کورتیکو استروئید خوراکی مانند مدرول را تجویز کند (به‌خصوص زمانی که کاهش شنوایی آざرم می‌دهد). من آن را به مدت دوازده روز با دوز کم‌شونده مصرف می‌کنم؛ چهار روز شانزده میلی‌گرم در روز، چهار روز هشت میلی‌گرم در روز، چهار روز چهار میلی‌گرم در روز. من آن‌ها را صبح، بعد از صبحانه مصرف می‌کنم. اغلب، اما نه همیشه، بعد از دو تا سه روز متوجه تفاوت می‌شوم. علاوه بر طعم بسیار تلخ فرcessoها، عوارض جانبی دیگری که من را آزار میدهد کمی احساس عصبی بودن و مشکل در به خواب رفتن است.

بیمار دو گزارش می‌دهد:

حدود هشت سالی که از رینوسینوزیت مزمن همراه با پولیپ بینی رنج می‌برم، برای تسکین درد ناشی از این بیماری چندین دوره کورتیکواستروئید خوارکی در زندگی من تجویز شد. درست است که اولین درمان استروئیدی احساس انسداد را تسکین داد، حس بویایی من را دوباره برگرداند و کمک کرد تا در مدت سه ماه بهتر بخوابم، اما پس از آن، علایم دوباره ظاهر شد. هر دوره جدید مصرف استروئیدهای خوارکی دوره کوتاهتری باعث تسکین من می‌شد؛ بنابراین، مصرف مدرول امروز فایده کمتری نسبت به گذشته دارد. علاوه بر این، آخرین درمان مدرول نیز تأثیر قابل توجهی بر روحیه من داشت و مدام احساساتم را تغییر داد.

سؤالات متداول

آیا استروئیدهای خوارکی باعث افزایش وزن می‌شوند؟

یکی از شناخته شده‌ترین عوارض جانبی استروئیدهای خوارکی در بین عموم مردم و اغلب ترسناک‌ترین آن برای بیماران، افزایش وزن است. مصرف طولانی مدت استروئیدهای خوارکی، وقتی بیماران آن‌ها را برای ماهها یا سال‌ها مصرف می‌کنند، با توجه به دوز مصرفی، با افزایش وزن همراه است (تا حدودی به دلیل افزایش اشتها)، به‌حال در درمان‌های کوتاه‌تر از هشت هفته هیچ افزایش وزنی گزارش نشده است. معمولاً درمان رینوسینوزیت کمتر از هشت هفته طول می‌کشند. برخی از بیماران در دوره‌های کوتاه ممکن است احتباس موقت آب را گزارش کنند که پس از اتمام دوره خیلی زود برطرف می‌شود.

در عرض یک سال، چند دوره بدون خطر عوارض جانبی می‌توان مصرف داشت؟

استروئیدهای خوارکی می‌توانند عوارض جانبی زودرس و دیررس داشته باشند. عوارض جانبی اولیه، مانند بی‌قراری، تپش قلب، بی‌خوابی و اختلالات معده می‌تواند در طول دوره اولیه رخ دهد. برخی دیگر، مانند دیابت، پوکی استخوان یا آب‌مروارید، تنها پس از چندین دوره یا در طولانی‌مدت رخ می‌دهند. اطلاعات زیادی در مورد اینکه چند دوره مصرف دارو این عوارض جانبی را ایجاد می‌کند، وجود ندارد و بیشتر به سن شما، دوز استروئیدهای تجویز شده و سایر بیماری‌های

زمینه‌ای که ممکن است از آن‌ها رنج ببرید، بستگی دارد. مطالعه‌ای نشان می‌دهد که باید از بیش از ۲/۵ دوره در سال (برای هرگونه بیماری) اجتناب شود و دوز کل طول عمر هم باید به دقت در نظر گرفته شود.

آیا استفاده از استروئیدها به جای جراحی ایمن‌تر نیست؟

پاسخ دادن به این سؤال چندان آسان نیست. همان‌طور که گفته شد، عوارض جانبی طولانی‌مدت استروئیدهای خوراکی می‌تواند جدی باشد و پیش‌بینی اینکه چه کسی و بعد از چند دوره این عوارض جانبی را پیدا می‌کند، دشوار خواهد بود.

جراحی سینوس با عوارض خاصی همراه است که به وسعت بیماری و همچنین نوع جراحی بستگی دارد؛ اما وقتی جراحی مجبوب و با استفاده از تجهیزات مناسب جراحی می‌کند، عوارض جدی جراحی بسیار نادر و قابل کنترل است.

بنابراین جراحی سینوس برای بیمارانی که در معرض خطر ابتلا به عوارض جانبی استروئیدی هستند، افرادی که به استروئیدهای خوراکی پاسخ نمی‌دهند یا دوره‌های متعددی برای کنترل بیماری شان نیاز است، توصیه می‌شود. مطالعه‌ای نشان می‌دهد که در بیماران نیازمند به بیش از دو دوره مصرف کورتیکو استروئید در سال، فایده جراحی نسبت به خطرات آن ارجحیت دارد.

آیا مصرف استروئیدهای خوراکی احتمال ابتلا به عفونت‌های سینوسی را افزایش می‌دهد؟

پژوهش‌ها نشان می‌دهند که استفاده از استروئیدهای خوراکی طولانی‌مدت یا با دوز بالا (با دوز کلی بیش از هفت‌صد میلی‌گرم) به دلیل تأثیر آن‌ها بر سیستم ایمنی، می‌تواند خطر کلی عفونت را افزایش دهد. همچنین، خطر ابتلا به پنومونی را در بیماران آسمی که دوز قابل توجه استروئیدهای خوراکی مصرف می‌کنند بالا می‌برد. اگرچه مطالعه دقیقی در این زمینه در دسترس نیست، اما مطالعات روی دوره‌های کوتاه‌مدت استروئیدهای خوراکی افزایش خطر ابتلا به عفونت‌های حاد سینوسی را نشان نمی‌دهد. تاکنون در مورد ارتباط استفاده طولانی‌مدت از استروئیدهای خوراکی و خطر عفونت سینوسی یافته‌ای اطلاعاتی در دسترس نیست.

۱۱. بیولوژیک‌ها

چرا این دارو برای شما تجویز شده است؟

«بیولوژیک‌ها» داروهایی هستند که به طور خاص مهندسی شده‌اند تا مسیرهای بدن را که باعث التهاب می‌شوند مسدود کنند. بیولوژیک‌ها را می‌توان برای هدف قرار دادن مسیر دقیق التهاب برای بیماری‌های مختلف طراحی کرد.

بنابراین در بسیاری از شرایط مختلف مورد استفاده قرار می‌گیرند. مثلاً آن‌ها در آرتربیت روماتوئید و پسوریازیس استفاده می‌شوند. علاوه بر این، در حال حاضر داروهای بیولوژیکی می‌توانند مجاری تنفسی را هدف قرار دهنند و برای درمان آسم و رینوسینوزیت مزمن (CRS)، به‌ویژه در افراد مبتلا به پولیپ بینی (CRSwNP) استفاده شوند.

CRS یک بیماری التهابی است و معمولاً با استفاده از داروهایی مانند استروئیدهای داخل بینی و شستوشوی نمکی درمان می‌شود. معمولاً این درمان‌ها در کنترل بیماری موفقیت‌آمیز هستند. با این حال، با وجود درمان مناسب، CRS گاهی پاسخ نمی‌دهد و جراحی معمولاً به عنوان گزینه بعدی ارائه می‌شود. جراحی در اکثر بیماران در بهبود علایم و امکان دسترسی درمان‌های موضعی که از بیماری سینوس جلوگیری می‌کند، موفقیت‌آمیز است. با این حال، بیماری تعداد کمی از افراد ممکن است با وجود درمان دارویی مناسب و جراحی عود کند. در CRSwNP، پولیپ‌ها احتمال عود دارند و از هر پنج بیمار ممکن است یک نفر در عرض پنج سال از آخرین جراحی خود به عمل دیگری نیاز داشته باشد. تا همین اواخر، این نوع از بیماران گزینه‌های کمی به جز انجام عمل‌های مکرر یا دوره‌های کورتیکواستروئیدهای خوارکی داشتند و اغلب از بار سنگین علایم رنج می‌بردند.

گزینه جدید برای درمان

عوامل بیولوژیک گزینه جدیدی است که می‌تواند به برنامه‌های درمانی این بیماران اضافه شود. این درمان معمولاً برای بیمارانی در نظر گرفته می‌شود که رینوسینوزیت مزمن همراه با پولیپ بینی دارند و به جراحی و درمان‌های پزشکی مناسب پاسخ نمی‌دهند. برخی از بیماران مبتلا به بیماری سینوسی نیز ممکن است برای درمان بیولوژیک در نظر گرفته شوند زیرا آن‌ها مبتلا به آسم هستند که کنترل آن دشوار است. جالب اینکه هرچند این درمان خاص در ابتدا برای درمان آسم طراحی شده بود، بیماران زیادی متوجه بهبود قابل توجه در علایم بینی خود می‌شوند. در دسترس بودن عوامل

بیولوژیکی در کشورهای مختلف متفاوت است، همان‌طور که معیارهای انتخاب مورد استفاده برای تعیین اینکه آیا می‌توان از مواد بیولوژیکی استفاده کرد، تفاوت دارد.

درمان‌های بیولوژیکی چگونه کار می‌کنند؟

درمان‌های بیولوژیکی نوع جدیدی از درمان‌های طبی هستند. این داروها مستقیماً روی سیستم ایمنی شما با پیشگیری از آزاد شدن سیگنال‌های شیمیایی که در نهایت باعث التهاب می‌شود کار می‌کنند. در واقع این داروها مستقیماً از انتشار سیگنال‌های شیمیایی جلوگیری می‌کنند و درنتیجه تورم بافت کاهش می‌یابد، اگر پولیپی وجود داشته باشد، رشد آن متوقف یا به میزان قابل توجهی کم می‌شود و بیمار احساس می‌کند که از طریق بینی راحت‌تر نفس می‌کشد، ترشحات بینی کمتر مشکل‌ساز می‌شود و بیمار می‌تواند دوباره بوها را احساس کند. داروهای بیولوژیک به اندازه‌ی کورتیکواسترۆئیدها مؤثر هستند. هر دو التهاب را کاهش می‌دهند، اما بیولوژیک‌ها این کار را به روشی خاص‌تر انجام می‌دهند تا عوارض جانبی ناخواسته کمتری داشته باشند. یکی از مثبت‌ترین اثرات درمان‌های بیولوژیک این است که می‌توانند اتكای شما به کورتیکواسترۆئیدهای خوراکی را کاهش دهند و عوارض جانبی مرتبط با آن دارو را کم کنند.

انواع بیولوژیک‌ها

زیرگروه‌های متعددی از عوامل بیولوژیک در بیماری‌های سینوسی کاربرد دارند. با ایجاد این فناوری احتمال می‌رود این فهرست در چند سال آینده به سرعت افزایش یابد. دوپیلوماب اولین دارویی است که مستقیماً پولیپ بینی را هدف قرار می‌دهد. آزمایش‌های علمی از کاهش قابل توجه اندازه پولیپ‌های بیماران استفاده کننده از این روش درمانی، بهبودی در تنفس از طریق بینی و حس بویایی و نیز کیفیت زندگی‌شان خبر می‌دهند.

سایر داروهای بیولوژیک به نام‌های مپولیزوماب، رسليزوماب، بنزالیزوماب و امالیزوماب در دسترس هستند و اغلب برای بیمارانی که آسم نگرانی اصلی آن‌ها است، استفاده می‌شود. این احتمال وجود دارد که با گذشت زمان بسیاری از عوامل بیولوژیک در دسترس قرار گیرند.

چگونه، چه زمانی و برای چه مدت باید از آن استفاده کنید؟

درمان بیولوژیکی به یک سری تزریق نیاز دارد. احتمالاً قبل از دریافت داروی بیولوژیک، آزمایش‌های خونی انجام خواهید داد تا مطمئن شوید که استفاده از آن‌ها بی‌خطر است.

اگر دوپیلوماب دریافت می‌کنید، اولین تزریق را پزشک انجام می‌دهد، اما تزریق‌های بعدی را می‌توانید خودتان در خانه انجام دهید. تزریق باید هر دو هفته یک‌بار انجام شود و معمولاً برای مدتی طولانی ادامه می‌یابد، اما پزشک شما برنامه دقیقی برای درمانتان در نظر دارد.

اگر اومالیزوماب دریافت می‌کنید، دوز دقیق بر اساس وزن شما محاسبه می‌شود. تزریق‌ها باید هر دو تا چهار هفته یک‌بار انجام شوند و درمان برای مدتی طولانی می‌کشد، اما پزشک باز هم برنامه دقیق درمان شما را کاملاً مشخص خواهد کرد.

اگر در پایان اولین دوره آزمایشی دارو شاهد هیچ تأثیر مثبتی نبودید، ممکن است شما و پزشکتان تصمیم به قطع آن بگیرید. اگر متوجه بهبودی شدید، این گزینه را خواهید داشت که این درمان را ادامه دهید. تا زمانی که درمان ادامه داشته باشد، علایم کنترل خواهند شد. متأسفانه، اگر درمان را متوقف کنید، علایم معمولاً عود می‌کنند. در دسترس بودن بیولوژیک‌ها ممکن است در کشورهای مختلف متفاوت باشد و احتمالاً در طول زمان تغییر می‌کند.

در صورت بروز عوارض جانبی چه باید کرد؟

اگرچه عوارض جانبی در بسیاری از کارآزمایی‌ها برای داروهای بیولوژیک گزارش شده است، اما در اکثر کارآزمایی‌ها این عوارض در بیمارانی که تزریق ساختگی یا دارونما دریافت کرده‌اند، شایع‌تر بوده و به نظر می‌رسد که بیولوژیک‌ها در اکثر موارد به خوبی تحمل می‌شوند. شایع‌ترین عوارض جانبی واکنش‌های محل تزریق (قرمزی، تورم، خارش) و گلودرد (نازوفارنژیت) است. این عوارض معمولاً کوتاه‌مدت هستند و بدون هیچ‌گونه درمان دارویی برطرف می‌شوند.

در تعداد کمی از بیماران، بیولوژیک‌ها عوارض جانبی جدی ایجاد می‌کنند. اگرچه این موارد بسیار نادر هستند، اما باید از علایم آن‌ها آگاه باشید و در صورت مشاهده آن‌ها بالافصله با پزشک مشورت کنید. اول، این اثرات شامل واکنش آлерژیک یا حساسیت بیش از حد مانند خارش غیرقابل کنترل، تب، بثورات پوستی، درد مفاصل، تورم غدد لنفاوی است. جدی‌ترین

شکل این عالیم آنافیلاکسی نام دارد که با شروع بسیار ناگهانی مشکل تنفسی، تورم صورت، دهان، زبان و احساس ضعف شدید تشخیص داده می‌شود. اگر عالیم آنافیلاکسی دارید: درمان خود را متوقف کنید و بلافصله به بخش اورژانس نزدیک‌ترین بیمارستان خود بروید.

سایر عوارض جانبی گزارش شده شامل مشکلات چشمی، ریزش مو، قرمزی و درد دندانکی چشم و درد مفاصل است، اما این موارد نیز به ندرت بروز می‌کند. از آنجایی که بیولوژیک‌ها نسبتاً جدید هستند، ممکن است عوارض جانبی طولانی مدتی به همراه داشته باشد که هنوز گزارش نشده‌اند اگر عالیم دیگری را گزارش کردید که در این جزو ذکر نشده است و فکر می‌کنید ممکن است به درمان بیولوژیکی شما مربوط باشد، باید آن را به پزشک خود نیز اطلاع دهید.

تداخلات احتمالی با دیگر داروهای مصرفی

از آنجایی که داروهای بیولوژیک روی سیستم ایمنی بدن شما اثر می‌گذارند، اگر می‌خواهید واکسن بزنید باید مراقب باشید و از دریافت «واکسن زنده» یعنی واکسن‌های حاوی قطعات عفونت فعال، بپرهیزید. در زمان نگارش این مطلب، واکسن‌های زنده متدائل مورد استفاده شامل سرخک، اوریون، سرخجه، واکسن، واریسلا، زوستر (حاوی همان ویروس واکسن واریسلا است اما در مقدار بسیار بالاتر)، تب زرد، روتاویروس و برخی از انواع آنفولانزا هستند. اولین واکسن‌های تولید شده ویروس کرونا زنده نیستند، اما همیشه باید به روزترین اطلاعات را بررسی کنید.

تجربه بیمار از استعمال داروهای بیولوژیک

بیمار یک گزارش می‌دهد:

«بیش از ده سال از رینوسینوزیت مزمن همراه با پولیپ بینی رنج می‌بردم. علاوه بر استروئیدهای موضعی، چندین دوره پردنیزولون برای من تجویز شد و قبلًا دو عمل جراحی داشتم. با وجود این درمان‌ها، پولیپ‌هایم برگشت و دچار سینوزیت بودم. یک سال پیش، پزشکم درمان جدیدی به نام دوپیلوماب را به من معرفی کرد و اولین تزریق‌ها را خودش انجام داد و سپس به من آموزش داده شد که چگونه این کار را انجام دهم. بعد از چند هفته، بهبودی را احساس کردم: حس بویایی ام برگشت و می‌توانستم از طریق بینی نفس بکشم. خوابم بهتر شد و زندگی‌ام تغییر کرد. من با عارضه نامطلوبی مواجه نشدم.»

بیمار دو گزارش می‌دهد:

«من پنج سال پیش دچار پولیپ بینی شدم و سالی دو بار استروئیدهای خوراکی مصرف می‌کردم تا پولیپ‌ها ایم کوچک شود؛ اما بعد از چند هفته برگشتند. برای برداشتن آن‌ها به جراحی روی آوردم، اما باز هم برگشتند. با توجه به اینکه بیماری آسم هم داشتم، گاهی کنترل آن سخت بود. تا اینکه پزشک گوش و حلق و بینی و متخصص ریه دوپیلوماب را تجویز کردند. بعد از تزریق سوم، پولیپ‌ها ایم از بین رفتند. الان آسم کنترل شده، تنفس بینی‌ام طبیعی است و از استشمام بوهای روزمره لذت می‌برم! تنها عوارضی که داشتم، کمی خارش روی ساق پا بود.

سوالات رایج:

آیا من می‌توانم داروهای بیولوژیک را فقط برای ۶ ماه مصرف کنم و سپس منتظر باشم تا چه اتفاقی می‌افتد؟

سینوزیت همراه با پولیپ بینی یک بیماری مزمن است؛ بنابراین مصرف دوپیکستن به عنوان درمان طولانی‌مدت توصیه می‌شود. اگر داروی بیولوژیک را بعد از شش ماه قطع کنید، احتمالاً عالیم شما عود خواهد کرد. کارآزمایی‌ها نشان داده‌اند که این اتفاق در عرض هشت هفته پس از آخرین تزریق رخ می‌دهد. اگر می‌خواهید داروهای بیولوژیک را متوقف کنید، لطفاً ابتدا با پزشک خود ملاقات کنید تا در مورد دلایل آن و درمان‌های جایگزین احتمالی راهنمایی‌تان کند. گاهی ممکن است فاصله بین تزریق‌ها افزایش یابد. در کارآزمایی دوپیلوماب، بیمارانی که پس از شش ماه درمان، میزان تزریقشان به هر ۴ هفته یکبار تغییر کرد، به مزایای قابل توجهی دست یافتند.

آیا بهتر است برای جلوگیری از عود پولیپ‌ها درمان بیولوژیک قبل از عمل شروع شود یا بعد از آن؟ (مانند حساسیت زدایی با آسپرین)

بهطور کلاسیک، داروهای بیولوژیک در بیماران مبتلا به پولیپ دوطرفه که جراحی سینوس داشته‌اند و باوجود جراحی و درمان با استروئیدهای سیستمیک، بیماری کنترل نشده دارند، کاربرد دارند. اگر عمل جراحی انجام نداده‌اید و وضعیت سلامت عمومی شما اجازه می‌دهد، احتمالاً در مرحله اول جراحی به شما پیشنهاد می‌شود، زیرا ممکن است عالیم شما را به خوبی کنترل کند. اگر عالیم شما پس از جراحی کنترل شود، داروهای بیولوژیک کاربردی ندارند. اگر سه ماه پس از جراحی عود کردید یا هیچ بهبودی احساس نکردید، می‌توان درمان بیولوژیکی را در نظر گرفت. مطالعاتی که بهطور خاص

ترکیب جراحی و درمان بیولوژیکی را بررسی می‌کنند، در حال انجام هستند و توصیه‌ها ممکن است با گذشت زمان تغییر کنند.

آیا بیولوژیک از واکنش من به الكل جلوگیری می‌کند؟

شاید دلایل مختلفی برای واکنش شما به الكل وجود داشته باشد، از آرژی گرفته تا واکنش بیش از حد. در هر دو مورد، درمان با داروهای بیولوژیک ممکن است این واکنش را کاهش دهد، اما این به طور رسمی بررسی نشده است و پیش‌بینی آن دشوار است. با این وجود، پیشنهاد می‌کنیم مصرف الكل خود را متعادل نگه دارید.

من N-ERD دارم. باید حساسیت‌زدایی با آسپرین، داروهای بیولوژیک یا هر دو را انتخاب کنم؟

اگر N-ERD دارید، ممکن است در واقع کاندیدای هر دو درمان باشید. به طور کلی این دو درمان همزمان شروع نمی‌شوند. انتخاب درمان به عهده شما و پزشکتان است و به ویژگی‌های بالینی، سابقه پزشکی، وجود بیماری همزمان یا موارد منع مصرف احتمالی یکی از این درمان‌ها، بستگی دارد. هیچ مطالعه‌ای هر دوی این درمان‌ها را مقایسه نکرده است، بنابراین پس از بررسی جامع سابقه پزشکی شما، پزشک بهترین درمان را برای شما پیشنهاد می‌کند.

کدام داروی بیولوژیک را انتخاب کنم؟

اگرچه چندین داروی بیولوژیک وجود دارد، اما دوپیکسنت (Dupixent) (زو لیر Xolair) تنها آنتی‌بادی‌های مونوکلونال هستند که در حال حاضر (از ژانویه ۲۰۲۱) برای درمان رینوسیتوزیت مزمن با پولیپ بینی تأیید شده‌اند. اگر آسم دارید، ممکن است داروهای بیولوژیک دیگری به شما داده شود. هیچ کارآزمایی خاصی مستقیماً بیولوژیک‌های مختلف را باهم مقایسه نکرده است و هیچ آزمایش ساده‌ای برای تعیین بهترین نتیجه یا کمترین عوارض جانبی وجود ندارد. عموماً به پزشک شما بستگی دارد که تصمیم بگیرد کدام درمان برای شرایط شخصی شما مناسب‌تر است، اگرچه برخی از سیستم‌های مراقبت‌های بهداشتی محدودیت‌هایی در انتخاب دارو دارند. اگر به بیولوژیکی که به شما داده شده است پاسخ ندهید، شاید نوع دیگری به شما تجویز شود و در موارد بسیار نادر، بیولوژیک ممکن است به صورت ترکیبی استفاده شود.

چرا به من از داروهای بیولوژیک پیشنهاد نشده است؟

درمان بیولوژیک معمولاً برای بیماران مبتلا به CRSwNP شدید در نظر گرفته می‌شود. این داروها هنوز در همه کشورها در دسترس نیستند. در هر کشوری، ممکن است فقط برای افرادی که معیارهای خاصی دارند در دسترس باشند یا ممکن است نیازمند مشارکت در پرداخت هزینه‌ها باشد. جراح گوش و حلق و بینی شما بهترین کسی است که توضیح می‌دهد آیا داروی بیولوژیک در دسترس است و انتخاب خوبی برای بیماری شما هست یا نه.

۱۲. جراحی برای رینوسینوزیت مزمن

نقش جراحی در درمان بیماری مزمن سینوسی

اکثر افرادی که از مشکلات مزمن سینوسی رنج می‌برند با مصرف دارو با موفقیت درمان می‌شوند و نیازی به جراحی ندارند. با این حال، در برخی از بیماران، التهاب زمینه‌ای با اسپری، قطره یا قرص برطرف نمی‌شود. در این موارد، بیماران متوجه می‌شوند که با وجود استفاده از این داروها، علایم آن‌ها بازمی‌گردد یا اصلاً بهبود نمی‌یابد. در چنین مواردی می‌توان جراحی را در نظر گرفت.

انواع مختلف جراحی

جراحی آندوسکوپی سینوس (ESS) اصطلاحی است که جراحان برای توصیف رایج‌ترین تکنیک جراحی بیماری سینوس استفاده می‌کنند. قبلًا «جراحی آندوسکوپی سینوس عملکردی» یا FESS نامیده می‌شد زیرا هدف آن بازگرداندن فیزیولوژی طبیعی سینوس‌ها برای تولید مخاط و تخلیه به داخل حفره اصلی بینی همراه با تهویه سیستم برای کاهش التهاب بود. کلمه «آندوسکوپی» به معنای استفاده از یک تلسکوپ باریک جراحی است که به شما امکان می‌دهد تمام عمل از طریق سوراخ‌های بینی انجام شود، بدون هیچ‌گونه برش در قسمت بیرونی بینی.

در موارد نادر، اگر بیماری سینوسی شما گستردگی پیچیده باشد، ممکن است یک برش خارجی در نظر گرفته شود، اما جراح شما قبل از عمل این موضوع را با شما در میان می‌گذارد. اصطلاح «جراحی سینوس» عبارتی کلی است که نشان می‌دهد تکنیکهای مختلفی وجود دارد که می‌توان متناسب با بیماری سینوسی شما انتخاب شود:

- پولیپکتومی: برداشتن پولیپ بینی
- Mini ESS: رویکردی شامل تهویه ساده سینوس‌های ماگزیلاری و اتموئید قدامی (معمولًاً در بیماری خفیف)
- Full House ESS: باز شدن همه‌ی سینوس‌ها از جمله سینوس ماگزیلاری، سینوس‌های اتموئیدال، سینوس اسفنوئید و سینوس فرونتال
- جراحی آندوسکوپی گستردگی: معمولاً به عنوان یک جراحی مجدد در موارد رینوسینوزیت مزمن مقاوم شدید انجام می‌شود

- سینوپلاستی با بالون: بازکردن با احتیاط دهانه سینوس با استفاده از یک بالون کوچک برای بهبود تخلیه طبیعی سینوس‌های بزرگ بینی، مناسب فقط در موارد خاص
- ESS معمولاً با بیهوشی عمومی انجام می‌شود. در برخی موارد، می‌توان آن را تحت بی‌حسی موضعی و بدون بیهوشی انجام داد.

جراحی چگونه عمل می‌کند؟

هدف از جراحی باز کردن سینوس‌های ملتهب و ایجاد محیطی است که خطر بازگشت التهاب پس از جراحی را کاهش می‌دهد. به طور کلی اهداف جراحی عبارت‌اند از:

- هموار کردن مسیر برای شستشوها و اسپری‌های دارویی تا به جایی که باید برسند.
- دستیابی به تهوية مناسب سینوس‌ها
- بهبود تخلیه سینوس
- بازیابی عملکرد طبیعی بینی

این کار با برداشتن پولیپ‌ها (در صورت وجود)، مقدار کم از استخوان‌ها و بافت ملتهب مسدود‌کننده سینوس‌ها انجام می‌شود.

مراحل کلیدی در جراحی آندوسکوپی سینوس

واحد استیومثاتال یا واحد تخلیه مشترک سینوس که در تصویر بعدی نشان داده شده است، تمرکز تقریباً تمام تکنیک‌های جراحی آندوسکوپی است که عمدتاً با هدف بزرگ کردن دهانه سینوس به منظور بهبود تخلیه ترشحات و دسترسی درمان‌های موضعی صورت می‌گیرد. دیواره‌هایی که سینوس‌ها را به مجموعه‌ای از سلول‌های کوچک‌تر تقسیم می‌کنند، بادقت برداشته می‌شوند و حفره‌های باز بزرگ‌تر ایجاد می‌کنند و «اوستیا» یا منافذ سینوسی بازتر می‌شوند.



تصویر ۱۲،۱ - نمای آندوسکوپی از کمپلکس استیومئاتال راست

خطرات جراحی

در شرایط ایدهآل ما می‌توانیم درمانی برای بیماری سینوسی ارائه دهیم که هم بسیار مؤثر و هم کاملاً بی‌خطر باشد. متأسفانه، تقریباً تمام درمان‌های پزشکی، اعم از قرص، اسپری یا جراحی با خطر همراه هستند. هر بار که یک درمان جدید آغاز می‌شود، پزشک با شما در مورد مزايا، خطرات و راه‌های جایگزین صحبت می‌کند (از جمله اینکه اگر درمان نکنید، چه اتفاقی می‌افتد). همه روش‌های جراحی عواقبی مانند مقدار کمی خونریزی بعد از عمل دارند و کاملاً شایع است که خونریزی‌های کوتاه مدت پس از عمل روی دهد. با این حال، اگر خونریزی شدید یا طولانی‌مدت باشد، باید فوراً کمک بگیرید. عفونت بعد از ESS شایع است و اگر اتفاق افتاد، باید با پزشک مشورت کنید که تجویز آنتی‌بیوتیک لازم است یا خیر.

عارض جزئی خودمحدودشونده هستند و به صورت آسیب به کره چشم که به صورت «چشم کبود» یا تورم پوست اطراف چشم ناشی از عفونت یا آبریزش چشم ظاهر می‌شود. محتويات حفره چشم ممکن است آسیب ببیند و به اختلال در حرکات چشم یا از دست دادن بینایی منجر شود، اما این موارد بسیار نادر هستند. همچنین در تعداد بسیار کمی از بیماران ممکن است قسمتی از جمجمه که دیواره مشترک با حفره سینوس دارد، آسیب ببیند و درنتیجه مایع (مایع مغزی نخاعی یا CSF) که مغز را احاطه کرده، نشت کند. اگر این اتفاق در حین جراحی رخ دهد، جراح می‌تواند آن را بدون هیچ‌گونه عارضه‌ای ترمیم کند.

جراحان به شدت مراقب تأثیر این عوارض بر بیماران خود هستند و تمام تلاش خود را برای به حداقل رساندن خطرات احتمالی انجام می‌دهند. مقالات علمی زیادی وجود دارد که میزان عوارض جراحی سینوس را بررسی کرده و این تخمین‌ها را گزارش می‌دهد:

• خونریزی یا عفونت جزئی: شایع

• کبودی چشم: یک نفر از هر پانصد بیمار

• خونریزی شدید، نشت مایع مغزی نخاعی: یک تا دو مورد در هر هزار بیمار

• اختلال بینایی: کمتر از یک مورد در هر دههزار بیمار

با این حال، توجه به این نکته مهم است که این ارقام از پایگاه‌های اطلاعاتی بزرگ به دست می‌آیند و ممکن است به جراح یا بیماری سینوسی شما مربوط نباشند. جراح شما این خطرات را قبل از برنامه‌ریزی جراحی با شما در میان می‌گذارد.



تصویر ۱۲,۲ - تکمیل عمل جراحی آندوسکوپی اولیه سینوس راست استخوان اونسینیت برداشته شده است و دهانه طبیعی سینوس ماگزیلاری مشخص و گشاد شده. سلولهای اتمویید قدامی باز شده که نتیجه اش ایجاد حفره مشترک و دستیابی به سینوس فرونلتال است.

نتایج جراحی و خطر عود

به طور کلی، باید انتظار بهبود قابل توجهی در عالیم مربوط به رینوسینوزیت مزمن مانند انسداد بینی، بویایی، ترشحات بینی و ترشح مخاط در پشت گلو را داشته باشید (اگرچه تغییر در مقدار ترشحات پشت حلقی غیرقابل پیش‌بینی تر است).

بیش از هشت بیمار از هر ده بیمار نتیجه موفقیت‌آمیز جراحی را گزارش کرده‌اند. از آنجایی‌که CRS یک بیماری التهابی است، اغلب با جراحی درمان نمی‌شود، هدف از جراحی ایجاد محیطی است که به داروهای بینی اجازه می‌دهد تا به سینوس‌ها دسترسی پیدا کنند و مؤثر واقع شوند؛ بنابراین، انجام جراحی نیاز به درمان‌های دارویی بینی را برطرف نمی‌کند و احتمالاً تا پایان عمر از آن‌ها استفاده می‌شود. با توجه به ماهیت مزمن التهاب سینوس، تقریباً از هر ده بیمار یک نفر در عرض سه سال به جراحی مجدد نیاز دارند. بیماران مبتلا به آسم شدید یا عدم تحمل آسپرین بیشتر از سایر بیماران به جراحی مجدد نیاز دارند.

تامپون چیست و چگونه استفاده می‌شود؟

بسته به وسعت عمل و ترجیح جراح، ممکن است به چیزی نیاز داشته باشید که تامپون بینی نامیده می‌شود. این زمانی است که پزشک مواد اسفنج‌مانند را در حفره بینی قرار می‌دهد تا خون یا مایعات دیگر را بلافضله پس از جراحی جذب کند. همچنین ممکن است با داروهای ضدالتهابی آغشته شود و بهبودی پس از جراحی را بهبود بخشد. پزشک به شما خواهد گفت که این پانسمان داخل بینی نیاز به برداشتن دارد یا خودبه‌خود جذب می‌شود.

در طول دوره بهبودی چه انتظاری داریم؟

روندهای حفره‌های بینی در بیماران مختلف متفاوت است و ممکن است فقط چند روز بعد از پولیپکتومی، «مینی ESS» و سینوپلاستی با بالون طول بکشد، در حالی‌که معمولاً برای ESS کامل دو هفته طول می‌کشد. برخی از بیماران ممکن است درد خفیف بینی و سرد درد داشته باشند، بهویژه در هفته اول پس از جراحی که در صورت نیاز با استفاده از قرص استامینوفن به‌خوبی قابل کنترل است.

بسیاری از بیماران پس از هشت تا ده روز می‌توانند به فعالیت‌های عادی روزانه خود بازگردند، اما ممکن است تا احساس بهبودی کامل، مدت بیشتری طول بکشد. معمولاً باید برای دو هفته مرخصی از کار و ورزش برنامه‌ریزی کنید، البته سرعت بهبود افراد باهم تفاوت دارد.

نکاتی که باید در طول دوره نقاوت به خاطر بسپارید:

- برای مدتی، هنگام خواب از یک بالش اضافی استفاده کنید و سرتان را کمی بالاتر از همیشه قرار دهید.
- دست کم تا یک هفته یا بیشتر از فین کردن بینی خودداری کنید، مگر بعد از شستشوی بینی.
- سعی کنید هنگام عطسه دهانتان را باز نگه دارید. این کار فشار وارد بر حفره‌های بینی شما را کاهش می‌دهد.

داروهای بعد از عمل و نحوه استفاده از آن‌ها

بعد از عمل، شستشوی بینی با آبنمک برای تمیز کردن بینی از ترشحات، لخته‌های خون و دلمه‌های بینی بهشت توصیه می‌شود. این کار باید حداقل دو بار در روز تکرار شود. شستشوی بینی را می‌توان با استفاده از یک بطری فشاری، قوری شستشو یا سرنگ انجام داد. روی سینک به جلو با زاویه ۴۵ درجه خم شوید. نوک وسیله نباید بیشتر از عرض یک انگشت به داخل بینی شما برود. دهان خود را باز نگه دارید، سرنگ یا بطری را فشار دهید یا قوری را کج کنید تا آب در سوراخ بینی شما بریزد. به یاد داشته باشید که از طریق دهان نفس بکشید نه از طریق بینی. آبنمک از مجرای بینی شما عبور می‌کند و از سوراخ دیگر بینی یا از دهانتان خارج می‌شود. این کار را باید با سوراخ دیگر بینی تان تکرار و درنهایت، بینی خود را به آرامی فین کنید تا محلول باقی‌مانده پاک شود. شستشو معمولاً بلافصله پس از جراحی شروع می‌شود، اما بهتر است طبق دستور پزشکتان پیش بروید.

کورتیکواستروئیدهای بینی که یا به شستشوی بینی اضافه می‌شوند یا به عنوان اسپری بینی تجویز می‌شوند، در پیشگیری از عود پولیپ در بیماران مبتلا به رینوسینوزیت مزمن مؤثرند و باید براساس توصیه پزشک گوش و حلق و بینی برای طولانی‌مدت ادامه یابند. در موارد بسیار نادری، پزشک ممکن است یک درمان آنتی‌بیوتیکی را برای شما تجویز کند که باید بعد از جراحی مصرف شود، اما این اغلب ضرورتی ندارد.

در زمان ترخيص از بیمارستان، ویزیت‌های بعدی شما برنامه‌ریزی خواهد شد. در طول ویزیت‌های سرپاپی، دهانه سینوس‌ها از طریق سوراخ‌های بینی بررسی می‌شوند. در برخی موارد، دبریدمان (تمیز کردن) ممکن است برای ارتقای روند بهبودی حفره‌های بینی با ساکشن ترشحات یا لخته‌های خون و از بین بردن دلمه‌های بینی ضروری باشد.

نقش جراحی تیغه بینی و شاخص به صورت همزمان

در برخی از بیماران ممکن است جراحی سینوس همزمان با جراحی دیگر بینی انجام شود، مانند:

- سپتوپلاستی: صاف کردن غضروف وسط بینی

- توربینوپلاستی: بهبود جریان هوا با بازسازی بخشی از استخوان داخل بینی به نام شاخص تحتانی

این روش‌ها بهویژه برای بیمارانی که از انسداد شدید بینی شکایت دارند و به درمان‌های پزشکی پاسخ نمی‌دهند مفید است. اگر برای مورد شما مناسب باشد، پزشک گوش و حلق و بینی قبل از جراحی به‌طور مفصل با شما در مورد نیاز به چنین روش‌هایی صحبت خواهد کرد.

تجربه بیمار از جراحی آندوسکوپی سینوس

بیمار یک گزارش می‌دهد:

من چندین دوره رینوسینوزیت را با انسداد بینی، درد صورت، ترشحات بینی و ترشحات پشت گلو تجربه کرده‌ام. من با هیچ دارویی تسکین نمی‌یابم، حتی بعد از دوره‌های طولانی. من تصمیم گرفته‌ام به پزشک گوش و حلق و بینی خود اعتماد کنم. پزشک برای حل مشکل من یک روش جراحی به نام ESS را پیشنهاد داد. همان شب بعد از عمل در خانه روی تختم خوابیده بودم و دستورات پزشکی بعد از عمل را بادقت دنبال کردم، از جمله شستشوی بینی به دفعات زیاد در هر روز. در ماه اول بعد از عمل، جراح دو بار بینی مرا با تلسکوپ چک کرد. اکنون، سه ماه از عمل جراحی می‌گذرد و نتیجه جراحی بهتر از این نمی‌توانست باشد. ویدئوی یک نتیجه نهایی را نشان می‌دهد که سه ماه پس از ESS، با باز شدن سینوس‌ها به دست آمده است:

<https://1drv.ms/v/s!AoGcQbw7FUgNiNdPPzhuqbvT6J0CA?e=FVBXeo>

بیمار دو گزارش می‌دهد:

من تحت عمل جراحی پولیپ بینی قرار گرفتم. چند روز پس از ترخیص از بیمارستان مجبور شدم به سر کارم در کارخانه فولاد برگردم و زمان زیادی برای استراحت و مصرف داروها نداشتم. یک هفته بعد از عمل، ترشحات چرکی بینی و بوی بد از بینی ام شروع شد؛ بنابراین، قرار ملاقاتی را که داشتم به تأخیر انداختم تا فوراً یک مشاوره پزشکی دریافت کنم. ارزیابی آندوسکوپی بینی من عفونت را نشان داد و پزشک دارویی برای برداشتن دلمه و ساکشن ترشحات تجویز کرد. دکتر به نظر نمی‌رسید که نگران آن باشد، اما به من توصیه کرد که یک دوره درمان آنتی‌بیوتیکی را شروع کنم، بنابراین روی بهبودی تمرکز کردم. حالا مشکلم حل شده است و من فهمیده‌ام که انجام مراقبت‌های تجویزشده به‌ویژه پس از جراحی، چقدر اهمیت دارد. ویدئوی دو عفونت بینی ایجادشده پس از جراحی را نشان می‌دهد:

<https://1drv.ms/v/s!AoGcQbw7FUgNiNdO30Fz7svLOwWbg?e=pDNXeJ>

بیمار سه گزارش می‌دهد:

قبل از ارجاع به مرکز سوم، سه عمل جراحی برای پولیپ بینی داشتم. دکتر توضیح داد که رینوسینوزیت مزمن من به دلیل آسم و عدم تحمل آسپرین پیچیده شده‌است که هم درمان دارویی مناسب و هم جراحی ضرورت دارد. من واقعاً می‌ترسیدم یک بار دیگر «زیر تیغ» بروم، به خصوص به این دلیل که از آخرین عمل جراحی من چند سال بیشتر نگذشته بود. بالاخره تصمیم‌م را گرفتم. عمل جراحی به‌خوبی انجام شد و کمتر از دو ساعت طول کشید. بینی من حدود بیست و چهار ساعت بسته بود و روز بعد از عمل دوباره شروع به نفس کشیدن کردم. سپس درمان‌های بینی را شروع کردم و یاد گرفتم که باید تا آخر عمر از آن‌ها استفاده کنم: مشکلی نیست، تا زمانی که بتوانم مثل الان از بینی نفس بکشم. ویدئوی سه نتیجه نهایی شش ماه پس از جراحی آندوسکوپی طولانی‌مدت آندونازال را با باز بودن دهانه سینوس‌ها نشان می‌دهد:

<https://1drv.ms/v/s!AoGcQbw7FUgNiNdLoTWpXSsaLMIRHw?e=AKg33x>

چه زمانی باید اقدام به جراحی کرد؟

جراحی بینی زمانی باید در نظر گرفته شود که درمان دارویی توصیه شده مخصوص گوش و حلق و بینی با وجود استفاده مداوم، نتوانسته علایم شما را بهبود بخشد یا به کنترل طولانی مدت دست یابد. همچنین اگر شواهدی از عوارض وجود داشته باشد یا اگر به دلیل عوارض جانبی یا شرایط دیگر قادر به استفاده از درمان‌های دارویی نباشد، جراحی گزینه درمانی مناسبی است.

من واقعاً نمی‌خواهم عمل جراحی انجام دهم، اگر جراحی نکنم خطری وجود دارد؟

اگر پزشک شما احساس می‌کند که جراحی بهترین انتخاب برای شماست، معمولاً به این معنی است که شما به داروها پاسخ خوبی نداده‌اید. در اکثریت قریب به اتفاق موارد، به تعویق انداختن یا پرهیز از جراحی به علایم کنترل نشده مداوم مانند انسداد بینی یا از دست دادن بویایی منجر می‌شود که ممکن است در طول زمان بدتر شود. اگرچه بعيد است خطری برای سلامت عمومی شما باشد، اما به ندرت ممکن است التهاب از بینی به مغز سرایت کند یا پولیپ‌های شما بزرگ شوند و باعث فشار بر حدقة چشم یا استخوان‌های بینی شوند.

آیا پولیپ‌ها همیشه بعد از جراحی رشد می‌کنند؟

با توجه به ماهیت مزمن التهاب سینوس، تقریباً از هر ده بیمار مبتلا به پولیپ بینی یک نفر در عرض سه سال و یک نفر از هر پنج بیمار در عرض پنج سال به جراحی مجدد نیاز دارند. بیماران مبتلا به آسم شدید یا عدم تحمل آسپرین احتمال نیاز به جراحی بیشتری نسبت به سایر بیماران دارند و اغلب با وجود استفاده از داروهای مشابه (یا حتی بیشتر) بهبودی در علایم خود نمی‌بینند. برای جلوگیری یا حداقل کندن رشد مجدد پولیپ‌ها، استفاده منظم از درمان‌های دارویی بینی طبق تجویز پزشک بسیار مهم است.

آیا جراحی سینوس دردناک است؟

نه، واقعاً دردناک نیست. برخی از بیماران ممکن است سردرد و درد خفیف بینی داشته باشند، بهویژه در هفته اول پس از جراحی که معمولاً در صورت نیاز با استفاده از قرص پاراستامول یا استامینوفن بهخوبی کنترل می‌شود. پزشک شما ممکن است مسکن‌های قوی‌تری تجویز کند، اما اغلب نیازی به این مسکن‌ها نیست. شما احساس احتقان زیادی خواهید داشت و ممکن است با استفاده از شستشوی آب‌نمک بعد از جراحی به بهبود این امر کمک کنید.

آیا دچار عارضه کبودی چشم می‌شوم؟

خیلی بعيد است، اما ممکن است اتفاق بیفتد. اگر این اتفاق بیفتد، کبودی ظرف ده روز برطرف می‌شود و در این مدت نباید بینی را فین کنید.

بعد از عمل چقدر باید در بیمارستان بمانم؟

این به وسعت جراحی بستگی دارد، اما در بیشتر موارد، ESS به عنوان یک روش روزانه انجام می‌شود به این معنی که شما در همان روز مخصوص می‌شوید.

مدت زمان بهبودی چقدر است؟

پروسه بهبودی برای پولیپکتومی، مینی ESS و سینوپلاستی با بالون فقط چند روز طول می‌کشد، در حالی که برای «کامل» ESS معمولاً تا دو هفته ادامه دارد. بسیاری از بیماران پس از هشت تا ده روز می‌توانند به فعالیت‌های عادی روزانه خود بازگردند، اما ممکن است قبل از اینکه احساس بهبودی کامل کنید، مدت بیشتری طول بکشد. معمولاً باید برای دو هفته مخصوصی از کار و ورزش برنامه‌ریزی کنید، اگرچه سرعت بهبود هر فردی با دیگری متفاوت است.

من در نوبت جراحی مجدد هستم، آیا این جراحی خطرناک‌تر است؟

جراحی رویزن یا مجدد برای بیمارانی انجام می‌شود که قبلاً عمل کرده‌اند، بنابراین آناتومی به‌هم‌ریخته و بافت اسکار ممکن است کار را برای جراح شما دشوارتر کند. پزشک ترجیح می‌دهد این خطرات را قبل از برنامه‌ریزی عمل با شما در میان بگذارد.

من بعد از حساسیت‌زدایی، آسپرین مصرف می‌کنم، آیا باید آن را برای جراحی قطع کنم؟

جراحی آندوسکوپی سینوس معمولاً قبل از شروع درمان حساسیت‌زدایی با آسپرین انجام می‌شود. با این حال، اگر در حال حاضر پس از حساسیت‌زدایی، آسپرین مصرف می‌کنید و جراحی برای شما برنامه‌ریزی شده است، می‌توانید به درمان با آسپرین ادامه دهید. پزشک شما برای کاهش احتمالی دوز آسپرین و چگونگی مصرف آن، راهنمایی‌تان می‌کند. همچنین برخی از رهنمودهای مفید برای مدیریت مصرف آسپرین در بخش منابع بیمار وبسایت Samter's Society آمده است.

آیا جراحی مشکلات من را برای همیشه حل می‌کند؟

بسیاری از افراد می‌توانند به کنترل طولانی‌مدت علایم خود دست یابند اما معمولاً به درمان‌های دارویی مداوم نیاز دارند. با این حال، این احتمال وجود دارد که در آینده به جراحی مجدد نیاز باشد. جراح شما راههای مختلفی را برای کاهش خطر نیاز به جراحی بیشتر با شما در میان خواهد گذاشت.

۱۳. شرکت در تحقیقات بالینی کارآزمایی‌های بالینی

آزمایش‌های بالینی

بیماران بخش اساسی تحقیقات بالینی هستند و نه فقط به عنوان شرکت‌کنندگان در کارآزمایی، بلکه به طور فزاینده‌ای در گیر طراحی مطالعات بالینی و کمک به اجرای یافته‌های خود می‌شوند.

کمک به طراحی مطالعات تحقیقاتی بالینی

همان‌طور که تلاش می‌کنیم بیماران را در تمام انتخاب‌های مربوط به مراقبت از خودشان مشارکت دهیم، با ارائه همه اطلاعات در مورد خطرات و فواید و رسیدن به تصمیم‌های مشترک، محققان به طور فزاینده‌ای بیماران را در طراحی پژوهش‌های تحقیقاتی مشارکت می‌دهند. آزمایش‌ها کمک می‌کند تا اطمینان حاصل شود که درمان یا آزمایش مورد بررسی چیزی است که بیماران می‌خواهند و به آن نیاز دارند و به عنوان یک درمان آن را می‌پذیرند، این مطالعه به گونه‌ای انجام می‌شود که بیماران احساس راحتی در شرکت در آن و پاسخ‌های ارائه شده در تحقیق را داشته باشند. این پژوهه به موضوعاتی می‌پردازد که برای بیماران از مهمترین مسایل است. به زبان ساده، کمک می‌کند تا اطمینان حاصل شود که تحقیق از دیدگاه بیمار ارزشمند است.

چگونه بیماران می‌توانند در تحقیقات شرکت کنند؟

مشارکت بیمار در طراحی تحقیق می‌تواند شامل روش‌های مختلفی باشد، به عنوان مثال:

- مصاحبه در مورد اینکه چگونه بیماری شما بر کیفیت زندگی تان تأثیر می‌گذارد و همچنین از طریق درمان فعلی برای شناسایی موضوعات برای تحقیقات آینده
- نگاهی به فهرستی از ایده‌های تحقیقاتی و بیان اهمیت هریک از آن‌ها
- نمونه‌هایی از کارآزمایی‌های مختلف به شما نشان داده می‌شود و افکار خود را به مصاحبه کننده می‌گویید. اینکه آیا مایل به شرکت هستید، یا هرگونه نگرانی یا سؤال در مورد طراحی مطالعه

• پر کردن پرسشنامه برای کمک به تصمیم‌گیری در مورد اینکه چه نتایجی (سؤال‌هایی) باید در یک مطالعه سنجیده شوند.

• خواندن برگه‌های اطلاعات بیمار برای اطمینان از اینکه آن‌ها به راحتی قابل درک هستند.

مشارکت در کمک به طراحی مطالعات تحقیقاتی معمولاً مستلزم صرف مقداری از زمان شما و گاهی سفر است اما مستلزم انجام درمان نیست. آن‌ها معمولاً داوطلبانه هستند، اگرچه هزینه‌های سفر اغلب بازپرداخت می‌شود و اگر مدت طولانی را در یک جلسه صرف کنید، از شما پذیرایی می‌شود. در برخی موارد، ممکن است برای زمانی که صرف می‌کنید پولی به شما پرداخت شود. ممکن است از شما خواسته شود در کارگاه‌های گروهی کوچک شرکت کنید، در مصاحبه‌های تلفنی شرکت کنید یا نظرسنجی‌های کتبی یا ایمیلی را پر کنید. تیم تحقیقاتی توضیح می‌دهد که چگونه این کار را انجام می‌دهند تا بتوانید تصمیم بگیرید که آیا در آن شرایط راحت هستید یا خیر. گروه احتمالاً قادر خواهد بود تا برای هر نیاز خاص، تنظیماتی را انجام دهد و همچنین درک می‌کند که برای بسیاری از بیماران ممکن است به اشتراک گذاشتن نظرات شما در یک گروه کمی ترسناک باشد و آنجا حضور خواهد داشت تا همه احساس راحتی کنند و به همه زمان بدهند.

اگر از شما خواسته شود که شرکت کنید، مطمئناً می‌توانید نه بگویید. معمولاً هیچ منفعت مستقیمی برای خودتان وجود ندارد، اما بسیاری از بیماران از این فرصت برای کمک به تغییر تحقیقات آینده لذت می‌برند و برخی نیز نقش بزرگی در پروژه‌های تحقیقاتی ایفا می‌کنند. اکثر کارآزمایی‌های بزرگ اکنون یک نماینده بیمار در گروه کارآزمایی دارند و یک پانل بیمار که به‌طور منظم پیگیری می‌شوند.

فراموش نکنید که وقتی در مورد طراحی مطالعه نظر می‌دهید، هیچ پاسخ اشتباهی وجود ندارد. تجربه‌ی شما به عنوان یک بیمار در واقع اغلب بسیار مفیدتر از تجربه‌ی بیست یا سی‌ساله یک محقق است و مهم است که احساس کنید می‌توانید صادق باشید. نظرات بیمار واقعاً می‌تواند محققان را از اشتباهاتی که مطالعه آن‌ها را بی‌ارزش می‌کند، نجات دهد، زیرا بیماران اغلب به سرعت مشکلاتی را که محققان نادیده گرفته‌اند، تشخیص می‌دهند، بنابراین آن‌ها واقعاً می‌خواهند آنچه شما فکر می‌کنید، خوب یا بد، بشنوند؛ نه آنچه فکر می‌کنید آن‌ها از شما می‌خواهند به آن‌ها بگویم!

شرکت در یک کارآزمایی بالینی

پروژه‌های تحقیقاتی زیادی در حال انجام هستند که هدف‌شان توسعه درمان‌های جدید برای CRS یا بررسی چیزی می‌باشد اثربخشی درمان‌های فعلی است و پژوهش شما ممکن است از شما بپرسد که آیا می‌خواهید به یک مطالعه بپیوندید یا خیر.

انواع مختلفی از آزمایش‌ها وجود دارد و تیم شما به دقت توضیح می‌دهد که شامل چه مواردی می‌شود، اطلاعات مکتوب در اختیار شما قرار می‌دهد تا با دوستان و خانواده مطالعه کنید و به شما زمان می‌دهد تا اگر می‌خواهید شرکت کنید، آن را به دقت بررسی کنید. بسیاری از بیماران مشتاق شرکت در کارآزمایی هستند اما همه مایل به انجام این کار نیستند. هیچ تعهدی برای شرکت وجود ندارد و اگر نه بگویید، مراقبت پزشکی شما تحت تأثیر قرار نخواهد گرفت.

مطالعات مشاهده‌ای (observational studies) بیماران را در طول زمان دنبال می‌کنند، اغلب برای مطالعه چیزی تغییر یک بیماری در طول زمان از بیماران خواسته می‌شود که پرسشنامه‌ها یا تحقیقات را به طور منظم تکمیل کنند. معمولاً خطر بسیار کمی در شرکت در مطالعات مشاهده‌ای وجود دارد، به غیر از صرف وقت و اغلب بیماران از نظارت دقیق‌تر از حد معمول سود می‌برند.

کارآزمایی‌های بالینی (clinical trials) معمولاً برای آزمایش درمان‌های جدید یا برای یافتن اینکه کدام درمان‌ها مؤثرتر هستند، انجام می‌شود. کارآزمایی‌ها زمانی انجام می‌شوند که شواهدی از قبل وجود نداشته باشد که یک گزینه درمانی بهتر یا بدتر از دیگری است یا در زمانی درمان‌های جدید، هیچ مدرکی مبنی بر اینکه بهتر یا بدتر از انجام یا ادامه مراقبت‌های استاندارد نیست، وجود ندارد.

بیماران اغلب به دو گروه مختلف تقسیم می‌شوند که درمان‌های متفاوتی دریافت می‌کنند و پیوستن به یک گروه درمانی معمولاً تصادفی است (اغلب با رایانه یا انداختن شیر یا خط). مطالعات ممکن است تحت کنترل دارونما باشند که در آن یک گروه، درمانی جدید، اما گروه دیگر نسخه‌ای غیرفعال دریافت می‌کند. در این کارآزمایی‌ها ممکن است هم پزشکان و هم بیماران ندانند که کدام درمان را دریافت کرده‌اند (به این نوع، مطالعه کور می‌گویند). در اکثر کارآزمایی‌ها، اعداد در هر گروه درمانی یکسان است؛ یعنی شناس دریافت یک گروه یا گروه دیگر پنجاه به پنجاه است، اما گاهی شناس دریافت یک درمان بیشتر از دیگری است یا ممکن است بیش از دو گروه وجود داشته باشد.

ایمن نگه داشتن بیماران در طول تحقیقات

آزمایش‌های بالینی باید از استانداردهای بسیار بالای مراقبت برای حفظ ایمنی بیماران شرکت‌کننده پیروی کنند.

کارآزمایی‌ها قبل از شروع به کارگیری بیماران بسیار دقیق ارزیابی می‌شوند و اقداماتی برای به حداقل رساندن هرگونه خطر انجام می‌شود. آن‌ها به‌طور منظم و دقیق نظارت می‌شوند. همیشه یک فرد وجود خواهد داشت که در صورت بروز مشکل می‌توان با او تماس گرفت و در مطالعات کور می‌توان دریافت که در موقع اضطراری چه درمانی انجام شده است. بیماران ممکن است اگر دچار عوارض جانبی شوند، اگر احساس کنند که وضعیتشان رو به بهبود نیست یا صرفاً اگر احساس کنند دیگر نمی‌خواهند شرکت کنند در هر زمانی از مطالعه خارج شوند. برخی کارآزمایی‌ها به بیماران اجازه می‌دهند بین گروه‌های درمانی جابه‌جا شوند، در حالی که برخی دیگر به بیماران این امکان را می‌دهند که پس از اتمام کارآزمایی درصورتی که دارونما دریافت کرده‌اند، از درمان فعال برخوردار شوند. پژشک شما می‌تواند همه‌چیز را از قبل به شما بگوید. اولویت پزشکان شما همیشه رفاه و ایمنی شماست و در صورت کناره‌گیری از آزمایش، مراقبت شما تحت تأثیر قرار نخواهد گرفت.

مزایای شرکت در کارآزمایی بالینی چیست؟

ممکن است به شما قول داده شود که به درمان‌های جدیدی دسترسی داشته باشید که اگر در کارآزمایی شرکت نکنید، از آن‌ها بهره نمی‌برید. اغلب چه از طریق تلفن یا حضوری چک‌آپ می‌شوید و درنتیجه سلامتی شما ارتقا می‌یابد، حتی اگر کارآزمایی به نتیجه دلخواه نرسد.

این کارآزمایی ممکن است به توسعه درمان‌های جدیدی منجر شود که ممکن است شما و سایر بیماران در آینده از آن‌ها بهره‌مند شوید. گاهی ممکن است برای شرکت کردن پاداش دریافت کنید، هرچند بیشتر کارآزمایی‌ها داوطلبانه هستند.

در کارآزمایی‌ها چه خطراتی دارد؟

درمان جدید ممکن است مؤثر نباشد و در برخی موارد عوارض جانبی ایجاد کند. عوارض جانبی شناخته شده در طول فرآیند رضایت آگاهانه مورد بحث قرار خواهد گرفت، اما داروهای جدید ممکن است خطرات ناشناخته‌ای با خود به همراه بیاورند.

ممکن است هیچ درمانی دریافت نکنید(انتظار) یا در موارد دیگر یک دارونما دریافت کنید-یک داروی غیرفعال که شبیه داروی گروه تحت مطالعه طراحی شده است

در درمان تحقیقاتی احتمال دارد نسبت به درمان استاندارد بیشتر به بیمارستان مراجعه کنید.

بعد چه اتفاقی می‌افتد؟

معمولًاً توضیحی مفصل و برگه اطلاعات مکتوبی به شما داده می‌شود و سپس مدتی برای بررسی دقیق اینکه آیا مایل به پیوستن به مطالعه هستید یا خیر، صرف می‌شود. گروه تحقیقاتی باید بررسی کند که آیا شما معیارهای ورود به مطالعه را دارید و آیا هیچ‌یک از معیارهای خروج را ندارید. برای مثال، مطالعات ممکن است فقط نوع خاصی از CRS، بیماران مصرف‌کننده داروهای خاص یا شرایط مرتبط دیگری را مورد بررسی قرار دهند. اگر معیارها را برآورده کنید و مایل به شرکت در آن باشید، از شما خواسته می‌شود یک فرم رضایت‌نامه را امضا کنید و سپس به یک درمان اختصاص داده می‌شود. گروه به شما اطلاع می‌دهد که این کارآزمایی شامل چه مواردی می‌شود، هرچند وقت یکبار به درمان و بازدیدهای مطالعاتی نیاز است و مطالعه تا چه مدت ادامه دارد. آن‌ها همچنین به شما اطلاع می‌دهند که در پایان مطالعه چه اتفاقی می‌افتد و معمولًاً شما را در جریان نتایج مطالعه قرار می‌دهند.

قبل از تصمیم‌گیری چه چیزی باید بدانید؟

برگه اطلاعات بیمار باید شامل تمام اطلاعاتی باشد که برای تصمیم‌گیری در مورد شرکت کردن نیاز دارید. این برگه باید همه سوالات زیر را پوشنش دهد، اما اگر هنوز سوالی دارید، ممکن است بخواهید از پزشک یا دستیار پژوهشگر خود بپرسید.

- این مطالعه در تلاش برای یافتن چیست؟
- چه درمان یا آزمایش‌هایی به عنوان بخشی از مطالعه انجام خواهم داد و آیا آن‌ها آسیب نمیرسانند؟ آیا نتایج آزمایش یا آزمایش‌ها را به من می‌دهید؟
- شانس دریافت درمان تجربی یا دارونما چقدر است و آیا می‌دانم چه درمانی دارم؟
- این موضوع چگونه تصمیم‌گیری می‌شود؟
- خطرات و مزایای احتمالی درمان مورد مطالعه در مقایسه با درمان فعلی من چیست؟
- چگونه می‌توانم بفهمم که آیا درمان مؤثر است یا خیر؟ اگر نتیجه ندهد چه اتفاقی می‌افتد؟ آزمایش بالینی چقدر طول می‌کشد؟
- مطالعه در کجا انجام خواهد شد؟
- آیا در صورت نیاز، امکانات رفت‌وآمد به محل مطالعه فراهم است؟
- آیا حضور در مطالعه برای من هزینه‌ای خواهد داشت؟ اگر چنین است، آیا هزینه‌هایی مانند سفر یا پارکینگ به من بازپرداخت می‌شود؟
- آیا برای شرکت در مطالعه وجه دیگری دریافت خواهم کرد؟
- مطالعه چگونه بر زندگی روزمره من تأثیر می‌گذارد؟
- چه اقداماتی برای تضمین حفظ حریم خصوصی من انجام شده است؟
- هنگامی که در حال مطالعه هستم، چگونه از سلامت من محافظت می‌کنید؟
- اگر سینوزیت من در طول مطالعه بدتر شود چه اتفاقی می‌افتد؟
- آیا مطالعه به من اجازه می‌دهد که گروه درمانی را تغییر دهم؟
- آیا می‌توانم داروهای معمولی خود را در حین آزمایش مصرف کنم؟
- آیا می‌توانم در حین آزمایش از داروهای اورژانسی مانند آنتی‌بیوتیک استفاده کنم؟
- چه کسی مسئول مراقبت از من در طی مطالعه خواهد بود؟
- چگونه پزشکم را از شرکت من در کارآزمایی مطلع خواهید کرد؟
- اگر مجبور به کناره‌گیری شوم، آیا این بر مراقبت عادی من تأثیر می‌گذارد؟
- آیا پس از پایان مطالعه، وضعیت سلامتی من را پیگیری خواهید کرد؟
- آیا من را هم در جریان نتایج مطالعه قرار می‌دهید؟

• اگر سؤالی داشته باشم باید با چه کسی تماس بگیرم؟

تجربه بیماران از شرکت در کارآزمایی بالینی

بیمار یک گزارش می‌دهد: «اولین تجربه شخصی من از تحقیقات بالینی حدود ده سال پیش بود، زمانی که تشخیص داده شد که سرطان مثانه دارم. من تحت عمل جراحی قرار گرفتم و سپس دستیار متخصص توضیح داد که باید یک دوره درمانی طولانی مدت در سه سال آینده بگذرانم و حدود بیست و چهار بار به کلینیک مراجعه کنم. دستیار تأکید کرد که این پژوهه‌ای تحقیقاتی است که به بررسی اثربخشی داروهای اضافی در قالب مکمل‌های ویتامین و مواد معدنی خاص می‌پردازد و از من پرسید که مایل‌م در آن شرکت کنم یا خیر. من که به تازگی بازنشسته شده بودم و دیگر محدودیت زمانی نداشت، موافقت کردم و برگه اطلاعاتی در مورد کار به من داده شد.

جلسه‌ای با پرستار پژوهشی ترتیب داده شد که من را از طریق پیشینه مطالعه، به مطالعه برد و این کارآزمایی شامل مصرف دارو یا دارونمای بصری بود که نه من و نه او نمی‌دانستیم چه چیزی دریافت کرده‌ام. من رضایت‌نامه را امضا کردم. یک دفترچه به من دادند که در آن دستور مصرف دارو و نسخه اولین مجموعه دارو را ثبت کردن و مرا به داروخانه بیمارستان فرستادند. این شروع خوبی نبود زیرا برای دریافت آن بیش از یک ساعت منتظر ماندم! خیلی زود متوجه شدم که یادداشت کردن شرح حال در دفترچه روزانه چه کار طاقت‌فرسایی است، علامت زدن جعبه برای مصرف دارو و تجربه یا نبود طیف وسیعی از علایم بود که تقریباً همیشه وجود نداشت. با این حال، در ویزیت بعدی بیمارستان به من گفتند که دفترچه یادداشت قابل تغییر نیست، اما جنبه مثبت قضیه اینکه داروهای بیشتری را مستقیماً از پرستار محقق دریافت خواهم کرد. برخی بحث‌های بیشتر باعث شد که قرارهای آینده با قرارهای درمان اصلی من هماهنگ شود و از این‌رو در رفت‌وآمدۀای بی‌مورد به بیمارستان صرفه‌جویی شود. مشارکت من بیش از دوازده ماه ادامه داشت، اما بعد از آن پرستار با تماس تلفنی به من گفت که آزمایش زودتر از موعد متوقف شده است و من باید مصرف دارو را قطع کنم. در کمال تعجب هیچ حرف دیگری زده نشد.

این ممکن است تا حدودی یک تجربه منفی به نظر برسد، اما وقتی من نماینده بیمار در گروهی شدم که پژوهۀ تحقیقاتی درمان CRS را طراحی می‌کردند، آموخته‌های مفیدی را ارائه داد. من به‌طور کامل در طراحی کارآزمایی شرکت داشتم تا بهترین تجربه بیمار را ارائه کنم، از جمله سازمان‌دهی آن، بروشورهای اطلاعاتی، داده‌های روزانه و برنامه ارتباطی که این نیز اطلاعات بیشتری را فراهم کرد.

به عنوان مثال، به طور تصادفی، وقتی دفترچه بیمار نهایی می‌شد، تحت یکی از روش‌های کارآزمایی قرار گرفتم، بنابراین توانستم آن را دستاول آزمایش کنم و بازخورد کاربر را ارائه دهم. بدیهی است که هر فرصتی برای مستندات و یادداشت‌های روزانه در مورد بیماران واقعی در طول برنامه‌ریزی برای کارآزمایی باید بررسی و اجرا شود. یکی دیگر از تجربه‌های یادگیری در گردآوری بروشورهای اطلاعاتی بیمار بود. این‌ها از الگوهای استاندارد مورد نیاز مرکز تحقیقات حامی پیروی می‌کردند که با توجه به تجربه من در زمینه استانداردسازی در صنعت، کاملاً از آن حمایت کردم. با این حال، نیاز به درجه‌ای از انعطاف‌پذیری برای تطبیق انواع مختلف آزمایش و به حداقل رساندن تکرار و اطلاعات نامربوط به‌وضوح احساس می‌شد تا بتوان مختصرترین و قابل هضم‌ترین سند را تولید کرد. همه یادگیری‌هایی که می‌تواند به آزمایش بعدی کمک کند و آن را بهبود بخشد.

واضح است که اولین تجربه این بیمار از شرکت در یک کارآزمایی، بیش از ده سال پیش، تجربه چندان مثبتی نبود. مشارکت بیماران در طراحی کارآزمایی اکنون کمک می‌کند تا اطمینان حاصل شود که بازدیدهای کارآزمایی به حداقل می‌رسد و تکمیل دفترچه روزانه و سایر پرسش‌نامه‌ها تا حد امکان ساده می‌شود. معمولاً با گزینه‌هایی برای پاسخ از طریق متن، از طریق ایمیل یا استفاده از یادداشت‌های روزانه کاغذی که برای هر کس متفاوت است. گاهی کارآزمایی‌ها امکان دسترسی به درمان‌های جدید را فراهم می‌کنند، اما بهندرت، مانند این مورد، اگر مشخص شود که درمان یا خیلی خوب کار می‌کند یا اصلاً جواب نمی‌دهد، کارآزمایی قبل از برنامه متوقف می‌شوند. امروزه در صورت مشاهده هرگونه تغییر، بیماران در تمامی مراحل کارآزمایی در جریان قرار می‌گیرند و در صورت تمایل به اطلاع از یافته‌ها، پس از پایان مطالعه گزارشی برای آن‌ها ارسال می‌شود. شرکت‌کننده‌ی بعدی تجربه بسیار مثبت‌تری داشته است و ما مطمئناً امیدواریم که این همان چیزی باشد که هر کسی که در تحقیق شرکت می‌کند می‌تواند انتظار داشته باشد. لطفاً به یاد داشته باشید که تصمیم در مورد اینکه آیا مایل به شرکت هستید یا خیر، با شماتی و در صورت تمایل نداشتن یا تغییر نظرتان در هر مقطعی، بر مراقبت شما تأثیری نخواهد گذاشت. با این حال، می‌تواند مفید باشد و گامی اساسی در جهت ایجاد درمان‌های بهتری است که ممکن است در آینده از آن‌ها بهره‌مند شوید.

گزارش بیمار ۲:

سال ۱۷۰۱، از من خواسته شد در یک کارآزمایی بالینی شرکت کنم. اوایل دلهزه زیادی داشتم زیرا در مورد کارآزمایی‌های بالینی چیز زیادی نمی‌دانستم. از ابتدا تا انتهای، هر وقت سوالی داشتم می‌توانستم با مشاورم و دستیار پژوهشگر تماس

تلفنی بگیرم. در کل کارآزمایی بالینی حواسشان به من بود و احساس حمایت زیادی می‌کردم. یک بسته اطلاعاتی به من داده شد که به‌وضوح مشخص می‌کرد چه زمانی باید تزریق را انجام دهم، چه تاریخی برای آزمایش در کلینیک و غیره و برنامه برای کل مدت کارآزمایی بالینی چه بود. تنها عیب جزئی این بود که نمی‌دانید دارو دریافت می‌کنید یا دارونما. با انجام آزمایش‌های بالینی، شما به علم خدمت می‌کنید و شانس خود را برای دسترسی به دارویی افزایش می‌دهید که به شما و دیگران در آینده کمک می‌کند. در مجموع، من تجربه بسیار خوبی داشتم و بهشت دیگران را تشویق می‌کنم تا در آزمایش‌های بالینی شرکت کنند. لینک‌های مفید برای شرکت در این کارآزمایی‌ها:

<https://www.clinicaltrialsandme.co.uk>

۱۴. از دست دادن بويایي

زندگی با از دست دادن بويایي

اين واقعيتى غمانگيز است که بسيارى از بيماران هيج وقت از درد غيرقابل توصيف از دست دادن حس بويایي خلاصى نخواهند يافت. با وجود رابطه اثباتشده مشكلات بويایي و كيفيت زندگى، حمایت طولاني مدت برای رسيدگى به مسائل غذائي، افسردگى و انزواي حاصله از طريق اختلالات بويایي ضرورت دارد. اختلالات بويایي شامل کاهش توانايي بويایي (هيپوسما) يا از دست دادن كامل بويایي (آنوسما) و همچنين اعوجاج بويایي (معروف به پاروسما يا فانتوسما) است.

عواقب شخصی از دست دادن بويایي

توصيف از دست دادن بويایي برای کسی که آن را تجربه نکرده، دشوار است و اين واقعيت به تنهايی می‌تواند مانعی بين بيمار و پزشكش ايجاد کند. اين فقط از دست دادن تجربه غذا خوردن نیست، بلکه از دست دادن تجربه لذتبردن است. دنياي طبیعی، زمان، روز و سال و پیوندهایی که ما را به خاطرات خوش گذشته منتقل می‌کنند، همگی قربانی از دست دادن بويایي می‌شوند و همه آن‌ها با احساسات قوى و مثبت گره خورده‌اند. روابط ما با خانواده و دوستان ممکن است زمانی که بازخورد اطمینان‌بخش بوی عزيزانمان وجود نداشته باشد، دچار تزلزل شود. بدون اين چيزها و ظرافت همراه با آن‌ها، ما کمتر خودمان هستيم و از تجربه عادي انساني و احساس لذت بيگانه می‌شويم. بسياري از مکانيسماهای آرام‌بخش، مانند يك آغوش ساده با حس بويایي همراه هستند.

زندگی بدون حس بويایي عواقب خارجي نيز دارد. به دليل احساس تکراری که «هيج کس نمی‌فهمد»، «مردم فراموش می‌کنند»، «به من می‌گويند باید شکرگزار باشم که اتفاق بدتری نيفتاده»، نالميدی در بيمار ادامه می‌يابد. افراد هنگام برخورد با ديگران راهبردهای مقابله‌ای را برای اين موضوع اتخاذ می‌کنند که می‌تواند شامل ظاهر به بوييدن آن‌ها يا مقاومت در برابر نياز به مطرح کردن آن در گفت‌و‌گو باشد. با اين چيزها کينه به وجود می‌آيد. کمک کردن به کسی که پذيرد و سازگار شود دشوار است و خيلي به ديدگاه فرد بستگي دارد. برای يك راه موفقیت‌آميز به جلو، نياز به حمایت همدلانه از سوي پزشك و در صورت امكان، يك گروه مشابه وجود دارد. موارد زير ممکن است در اين فرآيند مفید باشد:

استراتژی‌های غذایی

برای تطبیق با شیوه جدیدی از نگرش به غذا به کمک نیاز است. برای موفقیت‌آمیز بودن این امر، فرد باید مایل به کنجکاوی و یک «کارآگاه حسی» در بررسی تفاوت‌های ظریف در شکل، طعم واقعی، تضاد دما و ترکیب رنگ در بشقاب باشد. برای کسانی که مبتلا به پاروسی هستند، تمایل به تعیین غذاهای حرک از طریق آزمایش و همچنین کشف غذاهای «ایمن» برای ایجاد یک رژیم غذایی کاربردی که از نظر تغذیه متعادل باشد، حیاتی است. ازانجایی که پاروسی می‌تواند در طول زمان تغییر کند، اکتشافات باید ادامه داشته باشند. در یک مفهوم کلی، این باعث می‌شود که فرد بیشتر مراقب تجربه‌اش از غذا خوردن باشد. مهم است که از مصرف بیش از حد نمک یا شکر خودداری کنید، اما مزه‌های تند، تلخ یا اومامی (طعم گوشتی که در گوشت، قارچ یا آبگوشت یافت می‌شود) را آزمایش کنید. ترکیب طعم‌ها (مثلًاً استفاده از سس‌های ترش و شیرین) ممکن است طعم غذا را جالب‌تر کند. توصیه‌های بیشتر از گروه‌های حمایتی در زیر فهرست شده است.

ایمنی شخصی

حس بویایی ما نقش ایمنی مهمی دارد. بیمارانی که حس بویایی ضعیفی دارند بیشتر در معرض خطر مسمومیت غذایی و قرار گرفتن در معرض آتش‌سوزی هستند. داشتن دکتور دود که مرتب کنترل می‌شود و رعایت تاریخ انقضا روی غذاها ضروری است.

راههای مثبت دیدن جهان

یک ذهن باز که به دنبال دور شدن از این شرایط است، برای سازگاری با از دست دادن دائمی بویایی بسیار مهم است و گفتن آن آسان‌تر از انجام آن است. بیرون رفتن از درها و توجه به تجربه‌های حسی طبیعت، حتی بدون بو، فواید زیادی دارد. جذب سرگرمی‌هایی که ذهن را در جای دیگری متتمرکز می‌کند و نیاز به استفاده از مهارت‌های حرکتی دارد نیز بسیار مفید به نظر می‌رسد. شاید این ورودی حسی لمس قطعات منبت‌کاری، اره‌مویی، سوزن بافندگی، کارهای چوبی و غیره باشد که به این امر کمک می‌کند. مدیتیشن، تمرکز حواس و یوگا همگی اعمالی هستند که بیماران برای کسب آرامش در دنیای بدون بو گزارش کرده‌اند.

پس از اتمام مداخلات بالینی، بیماران به حمایت همتایان خود نیاز دارند. به عنوان مثال، توصیه‌هایی در مورد راههای مثبت دیدن جهان بهتر است از جانب افرادی باشد که قبل این تکنیک‌ها را اتخاذ کرده‌اند، سوگ را تجربه کرده‌اند و منبع آمده‌ای از همدلی واقعی و صرف زمان برای موقعیت دارند. نیاز بیمار «فقط» شنیده شدن نیست، شنیدن و درک شدن است. حمایت همتایان مزایای زیادی دارد: فضاهای امن برای تخلیه ذهن، فرصتی برای شنیده شدن از جانب افرادی که درک می‌کنند، زمینه ایجاد پیوند با افرادی که در مکان‌های مختلف در طول مسیر سازگاری خود با افت بويایي هستند. حمایت همتایان به بسیاری از افرادی که اضطراب ناشناخته را تجربه می‌کنند، کمک می‌کند تا تشخیص خود را بپذیرند. همین اضطراب است که باعث ایجاد مشکلاتی جدا از خود اختلال بويایی می‌شود. گروه همسالان محیطی دوستانه و حمایت‌کننده برای همنشینی و رفع فشار است.

گزارش از دست دادن بويایي و تأثیر آن بر زندگى

بیمار یک: «تا قبل از سی‌سالگی هیچ مشکلی در بینی نداشت و پس از آن از سرماخوردگی‌های مکرر و حملات برونژیت با مشکلات تنفسی رنج می‌بردم. تا اینکه من و همسر مرحومم برای زندگی و کار به هنگ‌کنگ رفتیم و تشخیص داده شد که مبتلا به آسم و رینیت آلرژیک هستم. به من آزمایش‌های پوستی داده شد که نشان داد نسبت به موارد زیاد موجود در محیط (نه در غذا) آلرژی خفیف دارم. تست پوستی که بدترین واکنش را نشان داد، گردوغبار خانه بود.

من به آسپرین و ایبوپروفن هم حساسیت دارم. درنهایت تشخیص سندروم سامترا سه‌گانه داده شد (آسم، پولیپ بینی، حساسیت به آسپرین).

حس بويایي من در اين مرحله می‌آمد و می‌رفت. رینیت صبح‌ها بدتر می‌شد و حس بويایي من ناپدید می‌شد. تا زمان نهار اوضاع بهتر می‌شد و بويایي برミگشت.

رینیت با اسپری‌های بینی و آنتی‌هیستامین‌ها درمان شد و در یک مقطع زمانی یک تزریق استرتوئیدی سالانه دریافت می‌کردم که معجزه می‌کرد اما به دلیل عوارض جانبی مانند پوکی استخوان این تزریق متوقف شد. اواخر دهه ۱۹۹۰، به مشاور گوش و حلق و بینی ارجاع شدم و اسکن نشان داد که پولیپ قابل توجهی در بینی و سینوس‌هایم دارم و عمل جراحی توصیه شد. در این زمان حس بويایي من کاملاً از بین رفت، بهغیراز موقعیت نادری که برای درمان آسم برایم

پردنیزولون تجویز شد؛ که هر بار برای مدت کوتاهی بازمی‌گشت. یکی از دوستان اخیراً همین عمل را انجام داده و گزارش داده بود که در هنگام خروج از بیمارستان، اولین چیزی که متوجه شد بُوی علف تازه چیده شده بود. من بسیار هیجان‌زده بودم و مشتاقانه منتظر نتیجه‌های مشابه. پزشک گزارش داد که پولیپ بزرگ روی گیرنده‌های بویایی‌ام وجود دارد و چون گیرنده‌های بویایی به‌طور کامل از بین رفته‌اند آن را خارج نمی‌کند. او احساس کرد که یک روز (و آیا این روز فرا رسیده است؟) ممکن است تحقیقات جدی در مورد از دست دادن حس بویایی و درمان احتمالی انجام شود. از آن زمان، من دوبار دیگر جراحی پولیپ انجام دادم. در قرار ملاقات بعدی، از مسئول ثبت اطلاعات پرسیدم که آیا ممکن است روزی حس بویایی خود را به دست بیاورم. بدون اینکه سرش را از نوشتن بلند کند یا حتی نگاهی به من بیندازد، با لجبازی گفت: «نه، ممکن نیست!» با احساس نامیدی کامل مطب را ترک کردم. یکی از بدترین لحظات عمرم بود. پرستار به دنبال من دوید و گفت من نباید به حرف او توجهی کنم و باید تصمیم مثبت دوم را بگیرم.

به سومین جراحی پولیپ ژوئن ۲۰۱۹ برویم. اساساً هیچ کمک یا امیدی در مورد بازگشت حس بویایی من وجود ندارد.

بیمار دو: « فقط پس از چهار روز مصرف استروئیدهای خوارکی، حس بویایی و چشایی من برگشت. انگار معجزه بود. از بهتر و راحت‌تر شدن زندگی‌ام هیجان‌زده بودم، این خوشحالی چند روز بیشتر دوام نیاورد. شدت شگفت‌انگیز بوها و برگشتن طعم‌ها نشان می‌داد که حواس من چه توانایی‌هایی دارد. به نظر من چیزی در حال پوشاندن فرآیند بویایی است. شاید یک روز تحقیقات نشان دهد که در مواردی مانند من چه اتفاقی می‌افتد و در واقع روش درمان این بیماری کشف شود.

تجربه من این است که پزشکان چیزهای زیادی در سر دارند، آنوسمی آن‌طور که باید و شاید مورد توجه قرار نمی‌گیرد. این بی‌توجهی زندگی انسان را تهدید نمی‌کند، اما کیفیت زندگی‌اش را کاهش می‌دهد، در برخی موارد تا حدی که برای یک فرد غیرممکن و غیرقابل تصور است.

گزینه‌های درمانی برای از دست دادن بویایی

گزینه‌های درمانی مختلف با جزئیات بیشتری در بخش‌های جداگانه این راهنما بحث شده‌اند، اما ما گزینه‌هایی را خلاصه کرده‌ایم که اغلب با از دست دادن بویایی ناشی از رینوسینوزیت مزمن مرتبط هستند. از دست دادن بویایی در CRS با پولیپ بینی شایع‌تر است، اما ممکن است در CRS بدون پولیپ بینی، به‌ویژه در زمینه التهاب نوع ۲ رخ دهد.

معمولًاً گزینه‌های زیر در نظر گرفته می‌شوند:

استروئیدهای موضعی بینی؛ این داروها به صورت اسپری، قطره یا افزوده شده به نمک برای شستشو یا مرطوب کردن، استفاده می‌شوند خصوصاً پس از جراحی سینوس

استروئیدهای خوارکی؛ اغلب بهبود چشمگیری در حس بویایی ایجاد می‌کنند. متأسفانه فواید آن اغلب کوتاه‌مدت است و باید با استروئیدهای بینی دنبال شوند تا فواید آن تا زمان ممکن حفظ شود.

جراحی سینوس؛ این روش ممکن است باعث بهبود در حس بویایی شود، اما متأسفانه احتمال دارد مزایای آن طولانی‌مدت نباشد و برای حفظ فواید آن تا زمان ممکن باید استروئیدهای بینی ادامه یابند. برای بیماران مبتلا به التهاب نوع ۲ که اکثر بیماران مبتلا به پولیپ بینی را شامل می‌شود، داروهای بیولوژیک (بهویژه دوپیلوماب) احتمالاً مؤثرترین درمان را از نظر بازیابی حس بویایی ارائه می‌دهند و می‌توانند برای دستیابی به بهبود طولانی‌مدت استفاده شوند. آن‌ها در حال حاضر برای استفاده در ایالات متحده و اروپا مجوز دارند، اگرچه دسترسی به این داروها در مراکز مختلف مراقبت‌های بهداشتی متفاوت است و هزینه درمان ممکن است بازپرداخت نشود. از دست دادن حس بویایی و چشایی می‌تواند تأثیر زیادی بر کیفیت زندگی شما داشته باشد. دسترسی به پشتیبانی ممکن است دشوار باشد و برای دوستان و خانواده در ک اینکه چگونه بر شما تأثیر می‌گذارد اگر خودشان آن را تجربه نکرده باشند دشوار است. دو گروه از بیماران وجود دارد که منابعی را برای کمک به شما ارائه می‌دهند و به شما امکان می‌دهند تجربه‌های خود را با افراد دیگری که تحت تأثیر قرار گرفته‌اند، به اشتراک بگذارید: Fifth Sense (www.FifthSense.org.uk) و AbScent (www.AbScent.org)

N-ERD - راهنمای ارائه شده توسط بیماران انجمن سامتر

<http://www.samterssociety.org>

N-ERD چیست؟

بیماری تنفسی تشیدیدشونده با داروهای غیراستروئیدی (که بیماری تنفسی تشیدیدشونده با آسپرین، AERD یا Samter's Triad نیز نامیده می‌شود) یک اختلال مزمن سیستم ایمنی است. عالیم اصلی این بیماری آسم، پولیپ بینی و واکنش‌های تنفسی به آسپرین و داروهای ضدالتهاب (NSAID) مانند ایبوپروفن است. این بیماری معمولاً در بزرگسالی ایجاد می‌شود، اگرچه مواردی نیز در کودکان و نوجوانان گزارش شده است. N-ERD بیشتر در سنین سی تا چهل سالگی تشخیص داده می‌شود. اجتناب از مصرف آسپرین و داروهای NSAID برای کنترل عالیم بیماری کافی نیست.

آیا من N-ERD دارم؟

به دلیل وضعیت فوق، معمولاً قبل از تشخیص پزشک، بیماران خودشان مشکوک به این بیماری می‌شوند. عالیمی که نشان می‌دهد ممکن است N-ERD داشته باشید:

- آسم یا پولیپ بینی بروزکرده در بزرگسالی
- عالیم آسم یا عالیم سینوسی پس از مصرف آسپرین یا NSAID‌ها
- عالیم آسم یا عالیم سینوسی پس از نوشیدن الكل
- پولیپ بینی که به سرعت بعد از جراحی عود کند
- از دست دادن کامل حس بویایی

همه بیماران N-ERD آسم ندارند. آسم در N-ERD می‌تواند از ناموجود تا بسیار شدید و با درمان دشوار باشد. حدود پنج درصد از بیماران N-ERD هرگز دچار آسم نمی‌شوند یا عالیم آسم را فقط بعد از مصرف آسپرین یا یک داروی ضد التهاب پیدا می‌کنند. اگر فکر می‌کنید که ممکن است N-ERD داشته باشید اما هنوز تشخیص داده نشده، باید از مصرف آسپرین و داروهای NSAID اجتناب کنید تا زمانی که متخصص شما را ویزیت کند. اگر برخی از عالیم N-ERD را دارید اما مطمئن نیستید که به آسپرین یا داروهای NSAID واکنش نشان می‌دهید، ممکن است لازم باشد برای تشخیص

بیماری با یک متخصص آرژی تست آسپرین را انجام دهید. سعی نکنید به تنها یی آسپرین یا NSAID مصرف کنید تا ببینید آیا واکنشی نشان خواهد داد یا خیر. N-ERD می‌تواند باعث واکنش‌های تهدیدکننده زندگی شود و این چالش باید تحت نظرارت پزشکی انجام شود.

پیدا کردن پزشکی که N-ERD را درک کند

تحقیقات نشان می‌دهد که حدود هفت درصد بزرگسالان مبتلا به آسم N-ERD دارند. در بیماران مبتلا به پولیپ بینی و آسم، این میزان بسیار بیشتر است و به حدود چهل درصد می‌رسد. بسیاری از بیماران به دلیل آگاهی نداشتن جامعه پزشکی از این بیماری، تشخیص داده نمی‌شوند. پزشکانی که در این بیماری تخصص ندارند، مانند پزشکان عمومی و کارکنان اورژانس اغلب با آن آشنا نیستند. متخصصان گوش و حلق و بینی و متخصصان آرژی در مورد این بیماری آگاهی بیشتری دارند، اما همه آن‌ها با دانش فعلی در مورد نحوه درمان آن آشنا نیستند.

متأسفانه، بیماران در یافتن پزشکی آگاه در مورد N-ERD و درمان‌های توصیه شده با مشکل مواجه می‌شوند. اگر یک پزشکی که در زمینه N-ERD تخصص دارد شما را ویزیت کند، می‌تواند تفاوت زیادی در کیفیت زندگی تان ایجاد کند. نقشه‌ای از پزشکان متخصص در N-ERD و سایر پزشکانی که بیماران پیشنهاد کرده‌اند، در وبسایت موجود www.samterssociety.org موجود است. این سایت همچنین می‌تواند به آموزش شما در مورد بیماری کمک کند تا بتوانید بهتر از خود دفاع کنید. بسیاری از پزشکان مایل‌اند در مورد این بیماری بیاموزند تا به شما کمک کنند احساس بهتری داشته باشید. اگر پزشک شما با N-ERD آشنا نیست، یکی از کارهایی که می‌توانید انجام دهید این است که برخی از مقالات پزشکی را برای او تهیه کنید. همچنین انواع جزووهای قابل چاپ در وبسایت The Samter's Society موجود است. هنگام صحبت با پزشک خود، از قاطعیت نترسید. بسیاری از پزشکان تأثیر کاهش بویایی بر کیفیت زندگی را درک نمی‌کنند، اما از دست دادن بویایی علامتی است که به گفته بیماران N-ERD بیشترین تأثیر را بر کیفیت زندگی آن‌ها دارد. حس بویایی برای لذت بردن از غذا، تشخیص خطر و حتی حافظه و پیوند اجتماعی نقش مهمی دارد.

یافتن درمان‌های مؤثر

درمان‌هایی وجود دارند که می‌توانند کمک کنند، اما دسترسی به آن‌ها برای بیماران همیشه آسان نیست. مهم‌ترین کاری که می‌توانید برای بهبود کیفیت زندگی خود انجام دهید این است که یک پزشک متخصص در N-ERD شما را معاينه کند. اکثر بیماران باید از داروهای کنترل کننده آسم مانند استروئید استنشاقی یا دارویی که ترکیبی از استروئید با گشادکننده برونژ است، استفاده کنند. به‌طور کلی، بیماران N-ERD برای دسترسی به درمان‌های مؤثر بیماری سینوسی نسبت به آسم، مشکلات بیشتری دارند. آسم می‌تواند تهدیدکننده زندگی باشد و اکثر پزشکان آسم کنترل نشده را جدی می‌گیرند. عالیم سینوسی مانند کاهش بویایی و احتقان بینی اغلب اهمیت کمتری دارند، با اینکه حتی ممکن است زندگی را برای بیماران بدتر کنند. درمان‌های آرژی مانند آنتی‌هیستامین‌ها و واکسن‌های آرژی معمولاً خیلی مؤثر نیستند. فقط حدود نیمی از بیماران N-ERD آرژی‌های محیطی دارند و آرژی‌ها علت عالیم N-ERD نیستند. حتی زمانی که آرژی‌های محیطی کنترل شود، بیماران چنانچه درمان‌های اضافی نگیرند به آسم، پولیپ بینی و التهاب مزمن سینوس ادامه می‌دهند. خوشبختانه، درمان‌های مختلفی وجود دارد که می‌تواند برای N-ERD مفید باشد، از جمله داروهای ضدلکوترين، حساسیت‌زدایی با آسپرین، استروئیدهای مؤثر بینی و داروهای بیولوژیک. در زیر به چند مورد از مهم‌ترین درمان‌های N-ERD می‌پردازیم.

استروئیدهای مؤثر بینی

اسپری‌های روتین بینی برای پولیپ بینی خیلی مؤثر نیستند زیرا قادر به نفوذ به عمق سینوس‌ها نیستند. استروئیدهای مؤثرتری برای بینی وجود دارد که می‌توان آن‌ها را به شستشوی سینوس اضافه کرد یا برای مرطوب کردن پولیپ بینی استفاده کرد. یکی از این داروها بودزونید (Pulmicort) است که یک مایع استروئیدی است که برای استفاده در نبولايزر آسم طراحی شده است. این دارو را می‌توان به شستشوی سینوس اضافه کرد یا به فرم‌های غلیظتر برای درمان پولیپ بینی استفاده کرد. در برخی کشورها داروی مشابهی به نام ناسول فلیکسوناز (Flixonase Nasules) وجود دارد.

داروهای ضدلکوترين

بیماران مبتلا به N-ERD سطوح بالایی از مواد التهابی به نام لکوتین‌ها تولید می‌کنند که در بسیاری از عالیم آن‌ها نقش دارند. داروهای ضدلکوترين مانند مونته‌لوکاست، زفیرلوکاست و زیلوتون ممکن است برای عالیم آسم و سینوسی مفید باشند، با این حال، کارآزمایی‌های کافی برای ارزیابی اثربخشی آن‌ها در CRSwNP، بهویژه در حضور N-ERD، وجود ندارد تا به عنوان یک درمان مکمل توصیه شود.

حساسیت‌زدایی به آسپرین

حساسیت‌زدایی با آسپرین تحت نظارت پزشک و به دنبال آن مصرف آسپرین با دوز بالای روزانه، درمان مؤثری برای بسیاری از بیماران N-ERD است. دوز نگهدارنده که برای اکثر بیماران بهترین نتیجه را دارد از ۶۵۰ تا ۱۳۰۰ میلی‌گرم آسپرین در روز متغیر است. مصرف آسپرین با دوز بالا می‌تواند عالیم سینوس و آسم را بهبود بخشد و به کند کردن رشد مجدد پولیپ پس از جراحی منجر شود. به نظر می‌رسد حساسیت‌زدایی از آسپرین زمانی بهترین نتایج را داشته باشد که بلافضله به دنبال جراحی سینوس باشد. حساسیت‌زدایی باید در یک محیط بیمارستانی انجام شود. انجام این کار در خانه اکیداً توصیه نمی‌شود، چون ممکن است واکنش‌های تهدیدکننده زندگی به آسپرین رخ دهد.

داروهای بیولوژیک

داروهای بیولوژیک می‌توانند در درمان آسم و بیماری سینوسی مؤثر باشند؛ داروهایی مانند اومالیزومب، مپولیزومب، بنر الیزومب، دوپیلوماب. این‌ها داروهایی هستند که معمولاً هر دو تا هشت هفته یک بار به صورت تزریقی تجویز می‌شوند. با توجه به هزینه داروها، محدودیت‌هایی برای دریافت آن‌ها وجود دارد و ممکن است در حال حاضر در همه کشورها موجود نباشد یا فقط برای موارد بسیار شدید ارائه شوند. دوپیکستن در حال حاضر برای درمان پولیپ بینی در ایالات متحده و اروپا استفاده می‌شود و انتظار می‌رود در آینده به طور گسترده در دسترس قرار گیرد.

هماهنگی مراقبت

یکی از بزرگ‌ترین چالش‌هایی که بیماران N-ERD با آن مواجه هستند، نیاز به هماهنگی بین متخصصان مختلف است. در حالت ایده‌آل، درمان باید زیر نظر یک متخصص جراحی مانند یک متخصص گوش و حلق و بینی یا راینوЛОژیست و همچنین یک پزشک متخصص در آرژی و ایمونولوژی صورت گیرد. متخصصان جراحی می‌توانند پولیپ بینی را کاملاً ارزیابی کنند، آن‌ها را جراحی کنند و درمان‌هایی مانند شستشوی موضعی استروئیدی را ارائه دهند. ایمونولوژیست‌ها معمولاً درمان‌های دیگری مانند حساسیت‌زدایی به آسپرین و داروهای بیولوژیک را انجام می‌دهند. در برخی از مراکز پزشکی، پزشکان باهم همکاری می‌کنند تا برنامه مراقبت از شما را هماهنگ کنند، اما همیشه این‌طور نیست. اگر پزشکان شما در مورد برنامه درمانی شما اختلاف‌نظر دارند، شاید کمک به آن‌ها به شما بستگی داشته باشد و شما حق انتخاب داشته باشید که نظر کدام پزشک را بپذیرید. چنین موقعیتی می‌تواند تجربه‌ای خسته‌کننده باشد. هنگامی که پزشکان با یکدیگر در مورد بهترین راه حل اختلاف‌نظر دارند، برای بیماران می‌تواند دشوار باشد که بدانند چه کاری انجام دهند. یکی از دلایل مهم ضرورت آموزش دیدن در مورد بیماری خود، قرار گرفتن در چنین موقعیت‌هایی است. شناخت بیماری‌تان به شما این امکان را می‌دهد که با پزشکان خود صحبت و به هدایت برنامه درمانی خود کمک کنید.

زندگی با N-ERD

یک تشخیص تغییردهنده زندگی

زندگی با N-ERD می‌تواند یک چالش باشد. برای بسیاری از ما، کنار آمدن با این واقعیت که بیماری مزمنی داریم، مأیوس‌کننده است. بسیاری از ما قبل از ابتلا به N-ERD از سلامت خوبی برخوردار بوده‌ایم. بسیاری از ما در اوج زندگی خود به سر می‌بریم و صحیح‌وسلام هستیم که ناگهان همه‌چیز رو به افول می‌رود. N-ERD یک بیماری نامیدکننده برای درمان است زیرا یافتن پزشکی که بیماری و نحوه درمان آن را درک کند، دشوار است. بسیاری از ما پیش از تشخیص به چندین پزشک مراجعه می‌کنیم و حتی در آن زمان، ممکن است پزشکی که بیماری ما را تشخیص می‌دهد، بهترین درمان‌ها را نداند.

N-ERD می تواند خطرناک باشد

خطر واقعی واکنش‌های تهدیدکننده زندگی در N-ERD وجود دارد. مصرف تصادفی داروهای حاوی NSAID برای بیماران N-ERD غیرمعمول نیست. بسیاری از بیماران هرگز به ابزارهای اساسی مانند فهرستی از داروهایی که باید از آن‌ها اجتناب شود، دسترسی ندارند. صدها داروی بدون نسخه وجود دارد که حاوی NSAID‌ها هستند و درک اینکه چه داروهایی برای ما بی‌خطر هستند، همیشه کار آسانی نیست. بیماران اغلب در مورد مصرف داروهای جدید با اضطراب قابل توجهی روبرو هستند و این احساس را دارند که نمی‌توانند به پزشک خود اعتماد کنند تا بداند چه داروهایی برای آن‌ها بی‌خطر است. این اضطراب بی‌اساس نیست - تحقیقات نشان داده است که بسیاری از بیماران با وجود تشخیص N-ERD توسط پزشک داروهای حاوی NSAID دریافت کرده‌اند. به دلیل عدم آگاهی از N-ERD، پزشکانی که در این بیماری تخصص ندارند، همیشه با داروهایی که برای ما بی‌خطر هستند آشنا نیستند.

گام‌هایی که باید برداشته شود: وکیل خود باشید. فهرست داروهایی را که باید از آن‌ها بپرهیزید، چاپ کنید و یک کپی به هر پزشک معالجتان ارائه دهید. برچسب روی داروهای بدون نسخه را به دقت بخوانید. یک کارت ویزیت مخصوص وجود دارد که می‌توانید آن را با خود حمل کنید. دسترسی آسان به این اطلاعات در شرایط اضطراری می‌تواند نجات‌دهنده باشد. نسخه‌های قابل چاپ فهرست دارو و کارت ویزیت در وبسایت The Samter's Society موجود است.

رایج‌ترین داروها برای اجتناب عبارت‌اند از:

- آسپرین Aspirin

- موترین، ادویل، بروفن Ibuprofen

- الیو، آنپروکس Naproxen

- آمیجزیک، سالفلکس Salsalate

- آنسید Flurbiprofen

- کتروول Ketorolac

- دیکلوفنac Diclofenac

چه داروهای ضددردی می‌توان استفاده کرد؟

استامینوفن (پاراستامول) نسبت به آسپرین یا سایر NSAID‌ها انتخاب ایمن‌تری برای تسکین درد است، اما همچنان می‌تواند در برخی از بیماران N-ERD واکنش‌هایی ایجاد کند، بهویژه زمانی که در دوزهای بالا استفاده شود. تحقیقات نشان داده است که سی‌وچهار درصد از بیماران N-ERD به دوزهای هزار میلی‌گرمی یا بالاتر استامینوفن واکنش نشان می‌دهند. این واکنش‌ها معمولاً خفیفتر از واکنش به سایر NSAID‌ها هستند، اما واکنش‌های شدیدی نیز رخ داده است. در صورت نیاز به سایر گزینه‌های تسکین درد، داروهای مهارکننده COX-2 مانند سلبرکس (سلکوکسیب) برای N-ERD بی‌خطر در نظر گرفته می‌شوند.

مردم درک نمی‌کنند

ابتلا به بیماری که افراد کمی در مورد آن می‌دانند، می‌تواند منزوی‌کننده باشد. معمولاً بیماران N-ERD هنگام توضیح دادن این بیماری به دیگران احساس نالمیدی می‌کنند. N-ERD یک بیماری خودایمنی نیست، اما از بسیاری جهات، به بیماری خودایمنی شبیه‌تر است تا یک اختلال آلرژیک. اکثر افرادی که آلرژی دارند نمی‌توانند عامل التهاب شدیدی را که هرروز تجربه می‌کنیم شناسایی کنند. نام این بیماری می‌تواند افراد را گیج کند. بسیاری از مردم با شنیدن اصطلاح «تشدیدشده با آسپرین» فکر می‌کنند تا زمانی که از مصرف آسپرین اجتناب شود، علایم تحت کنترل هستند. همه بیماران N-ERD می‌دانند که این‌طور نیست، اما توضیح دادن آن برای دیگران می‌تواند دشوار باشد. این یک اختلال ایمنی مزمن است و اجتناب از آسپرین و NSAID‌ها آن را درمان نمی‌کند.

اقداماتی که باید در نظر گرفته شوند؛ داشتن یک سیستم پشتیبانی خوب می‌تواند تفاوت بزرگی ایجاد کند. گروه‌های حمایتی برای بیماران مانند The Samter's Society وجود دارد که در آن هزاران بیمار تجربیات خود را به اشتراک می‌گذارند و از یکدیگر حمایت می‌کنند. توانایی برقراری ارتباط با سایر بیمارانی که درک می‌کنند شما در حال گذراندن چه شرایطی هستید می‌تواند زندگی را تغییر دهد. شما مجبور نیستید به تنها یک بیماری مبارزه کنید. به جامعه بیماران بپیوندید! همچنین مهم است در مورد این بیماری آموزش ببینید. هرچه خودتان آن را بهتر درک کنید، احساس قدرت بیشتری خواهید کرد تا بتوانید آن را برای دیگران توضیح دهید. بسیاری از بیماران ترجیح می‌دهند بیماری خود را به دیگران «آلرژی» معرفی کنند، چون توضیح آن ساده‌تر از بیان N-ERD است. شاید این روش آسان‌تر باشد، اما بیماران نباید احساس کنند که ناچارند این واقعیت را پنهان کنند که یک بیماری مزمن جدی دارند. توضیح دادن این بیماری به

دیگران به گسترش آگاهی کمک می‌کند و می‌تواند به اطراقیان حاضر در زندگی شما در ک بهتری از آنچه از سر می‌گذرانید بدهد.

آیا تغییر رژیم غذایی کمکی می‌کند؟

این یکی از سؤالات متداول در گروه پشتیبانی ما است. بسیاری از بیماران مشتاق هستند در مورد راههایی بیاموزند که می‌توانند به کنترل بیماری بدون استفاده از داروها کمک کنند. درک این نکته مهم است که این بیماری با چیزی که می‌خورید ایجاد نمی‌شود. بسیاری از بیماران برای اینکه بفهمند چرا همیشه بیمارند، مراحل پرهیز از غذاهای مختلف را پشتسر می‌گذارند. این رژیم غذا در واقع می‌تواند مضر باشد و به پیروی بیماران از رژیمهای غذایی سخت‌گیرانه غیرضروری با هدف جلوگیری از عوامل ایجادکننده علایم منجر شود.

اصلاح اسیدهای چرب در رژیم غذایی

متخصصان ، استراتژی غذایی ای برای این بیماری ایجاد کرده‌اند که ممکن است مفید باشد: کاهش اسیدهای چرب امگا ۶ در رژیم غذایی و افزایش امگا ۳. در گروه حمایتی ما، توصیه می‌کنیم بیماران این رژیم را قبل از هر رژیم غذایی دیگری امتحان کنند. ممکن است در اینترنت در مورد آن بخوانند. اطلاعات زیادی در اینترنت در مورد رژیمهای غذایی مختلف وجود دارد که ادعا می‌کنند به درمان بیماری‌ها کمک می‌کنند، اما رژیم غذایی ابداعی متخصصان N-ERD به‌طور خاص برای مقابله با التهاب ناشی از N-ERD طراحی شده است. مطالعه آزمایشی کوچکی این رژیم را سودمند ارزیابی کرده است، اما شواهد بیشتری در این زمینه مورد نیاز است.

N-ERD و الکل

تحقیقات نشان داده است که حدود هشتاد درصد بیماران N-ERD واکنش‌های سینوسی یا آسم را نسبت به نوشیدنی‌های الکلی گزارش می‌کنند. این واکنش‌ها می‌تواند با هر نوع الکلی رخ دهد، اما معمولاً با شراب و آبجو بیشتر مشخص می‌شود. علت این واکنش‌ها کاملاً شناخته نشده است، اما کارشناسان معتقدند که محتوای پلی‌فنل بالا در این نوشیدنی‌ها ممکن است اثری مشابه NSAID‌ها داشته باشد. پلی‌فنل‌ها در شراب قرمز، که از پوست انگور و در آبجو که از

جو و رازک به دست می‌آیند، یافت می‌شوند. شراب سفید و مشروب همچنین می‌توانند حاوی پلی‌فنل باشند که از بشکه‌های بلوط که گاهی در آن کهنه می‌شوند، به دست می‌آیند. پرهیز از الكل یا کاهش مصرف الكل احتمالاً بر علایم تأثیر دارد. اگر می‌خواهید نوشیدنی بنوشید، ممکن است متوجه شوید که واکنش کمتری به نوشیدنی‌های الكلی که محتوای پلی‌فنل کمتری دارند، نشان می‌دهید. انواع الكل که اغلب در گروه پشتیبانی ما توصیه می‌شود شامل نوشیدنی‌های ساخته شده با ودکا یا جین و همچنین شراب‌های سفید که به جای بلوط در ظروف فولادی به عمل می‌آیند هستند.

ثابت شده است که حساسیت‌زدایی با آسپرین در بیش از هشتاد درصد از بیماران تحمل به الكل را بهبود می‌بخشد.

در مورد سالیسیلات‌های غذایی چطور؟

چندین دهه پیش، قبل از اینکه اطلاعات زیادی در مورد N-ERD وجود داشته باشد، محققان فکر می‌کردند که سالیسیلات‌های رژیم غذایی ممکن است باعث علایم N-ERD شوند. امروزه چیزهای بیشتری در مورد این بیماری در کشیده است و متخصصان N-ERD بیماران را از تلاش برای اجتناب از سالیسیلات‌های رژیمی منع می‌کنند. مهار آنزیم COX-1 مکانیسمی است که با آن، آسپرین و سایر NSAID‌ها باعث واکنش‌های N-ERD می‌شوند. متخصصان COX-1 رژیم غذایی کم‌سالیسیلات را توصیه نمی‌کنند زیرا سالیسیلات‌های رژیمی مانند آسپرین، آنزیم COX-1 را مهار نمی‌کنند. نام شیمیایی آسپرین استیل سالیسیلات (ASA) است. ساختار شیمیایی ASA دلیل مهار COX-1 است. این کار را با استفاده از گروه استیل متصل به ساختار شیمیایی آن انجام می‌دهد. سالیسیلات‌های رژیمی ساختار شیمیایی متفاوتی دارند و بنابراین اثر یکسانی ندارند؛ بنابراین، هیچ دلیل علمی وجود ندارد که اجتناب از رژیم غذایی سالیسیلات‌ها فوایدی داشته باشد. علاوه بر این، اجتناب از سالیسیلات‌های رژیم غذایی ممکن است مناسب نباشد. بیشتر میوه‌ها و انواع سبزی‌ها حاوی سالیسیلات هستند. تلاش برای اجتناب از سالیسیلات‌های غذایی ممکن است به کمبودهای تغذیه‌ای منجر شود.

۱۶. رینوسینوزیت در طول همه‌گیری کووید-۱۹

توصیه به بیماران مبتلا به رینوسینوزیت در طول همه‌گیری کووید-۱۹

کووید-۱۹ خدمات پزشکی را به‌طور قابل توجهی در سراسر جهان مختل کرده است و بسیاری از بیماران مبتلا به رینوسینوزیت حاد یا مزمن نگران تأثیر کووید-۱۹ بر روند درمان خود هستند. این یک مقوله به‌سرعت در حال توسعه است و ما توصیه‌های زیر را بر اساس درک خود در زمان نوشتن این مطلب ارائه می‌دهیم.

گمانی رینوسینوزیت حاد دارم، آیا باید به پزشک مراجعه کنم؟

در بیشتر موارد، رینوسینوزیت حاد به درمان دارویی و مراجعه به پزشک نیازی ندارد، مگر اینکه علایم خطر زیر وجود داشته باشد. علاوه بر این، در بسیاری از موارد، تب و از دست دادن بویایی ممکن است نشانه‌ای از COVID-19 باشد و باید بیمار قرنطینه شود. در صورت نیاز به مشاوره بیشتر، ممکن است در بسیاری از کشورها مشاوره تلفنی در دسترس باشد.

آیا باید در طول همه‌گیری به مصرف داروهای منظم رینوسینوزیت مزمن ادامه دهم؟

اگر قبل از رینوسینوزیت مزمن برای شما تشخیص داده شده است، توصیه می‌کنیم به داروهای منظم خود ادامه دهید. شوینده‌های نمکی و اسپری‌های استروئیدی بینی بدون نسخه در دسترس هستند و می‌توانید نسخه‌های تکراری را از پزشک عمومی خود دریافت کنید. استفاده مداوم از استروئیدهای موضعی بینی هیچ خطری ندارد زیرا آن‌ها در بدن جذب نمی‌شوند.

اگر بیماری تنفسی تشدیدشونده با داروهای غیراستروئیدی (N-ERD) یا سه‌گانه سامتر دارید و حساسیت‌زادایی شده‌اید، باید به درمان روزانه آسپرین خود ادامه دهید. اگر دوز نگهدارنده استروئیدهای خوراکی را برای رینوسینوزیت مزمن مصرف می‌کنید، ممکن است ارزش این را داشته باشد که جهت مشاوره با متخصص گوش و حلق و بینی یا متخصص ریه معاینه شوید و بپرسید که آیا باید این درمان را ادامه دهید یا خیر. بیماران مبتلا به رینوسینوزیت مزمن، از جمله

افرادی که پولیپ بینی دارند یا افرادی که قبلاً جراحی سینوس داشته‌اند، می‌توانند در صورت لزوم و بدون اینکه خطر اضافه‌ای داشته باشد، آزمایش سواب بینی کووید-۱۹ را انجام دهند.

علایم خطر برای عوارض رینوسینوزیت حاد یا مزمن

بسیاری از بیماران در طول پاندمی کرونا از مراجعه به بیمارستان‌ها خودداری می‌کنند، اما در این موارد خطر مسافت و حضور در بیمارستان بر مزایای بالقوه آن برتری دارد. در حال حاضر همه بیمارستان‌ها برای محافظت از بیمارانی که از خدمات بیمارستان استفاده می‌کنند، تدابیر کنترل عفونت سخت‌گیرانه‌ای دارند.

اگر برای شما تشخیص رینوسینوزیت مزمن داده شده‌است، باید به علایم زیر توجه داشته باشید:

- سردرد شدید
 - تورم و قرمزی اطراف چشم
 - علایم عصبی مانند شروع جدید خواب آلودگی، بی‌حسی گونه، اختلال در بینایی یا کاهش دید
- این نشانه‌ها ممکن است نشانه‌ای از عوارض رینوسینوزیت مزمن باشد و در صورت ایجاد آن‌ها باید به دنبال مراقبت‌های پزشکی اورژانسی باشید.

سؤالات متداول

در صورت انجام جراحی سینوس، آیا می‌توانم سواب بینی انجام دهم؟

در دو هفتۀ اول بهبودی پس از جراحی سینوس، بهتر است از گرفتن سواب بینی برای کووید-۱۹ اجتناب کنید زیرا ممکن است ناراحت‌کننده باشد و ممکن است پانسمان در داخل بینی وجود داشته باشد که سواب را آلوده کند. پس از دورۀ اولیۀ بهبودی دوهفته‌ای بعد از جراحی سینوس، می‌توانید سواب بینی را بدون خطر اضافی انجام دهید. بهتر است فردی که سواب را انجام می‌دهد، در جریان عمل جراحی خود قرار دهید، اما دلیلی برای نگرانی وجود ندارد. اگر یک کیت تست در منزل است، مطمئن شوید که دستورالعمل‌های پیوستشده به سواب آزمایش خود را به دقت مطالعه کرده و دنبال کنید تا نمونه بینی را به‌طور دقیق و ایمن جمع‌آوری کنید.

آیا در صورت داشتن پولیپ بینی می‌توانم سواب بینی انجام دهم؟

اگر پولیپ بینی دارید، می‌توانید سواب بینی داشته باشید، اگرچه قرار دادن سواب در بینی شما ممکن است دشوارتر باشد، اما آسیبی نخواهد رساند.

در صورت تشخیص عفونت کووید-۱۹، آیا باید به استفاده از اسپری‌های بینی ادامه دهم؟

بله، اگر به کووید-۱۹ آلوده شده‌اید، می‌توانید (و باید) به استفاده از اسپری‌های بینی استروئیدی معمولی خود ادامه دهید. سطح استروئید جذب شده به جریان خون در اثر استفاده از اسپری‌های استروئیدی بینی بسیار پایین است و خطر مضاعفی در هنگام عفونت ایجاد نمی‌کند. اگر مبتلا به کووید-۱۹ هستید، شستشوی خود را انجام دهید و اسپری‌های خود را دور از سایر اعضای خانواده استعمال کنید. اگر از حمام و دستشویی مشترک استفاده می‌کنید، سطوح را پاک کنید و بعد از آن دست‌های خود را کاملاً بشویید.

اگر قبلًا حس بویایی خود را از دست داده باشم، چگونه می‌توانم بفهمم که مبتلا به کووید هستم؟

اوایل سال ۲۰۲۰، آشکار شد که بسیاری از بیماران مبتلا به کووید-۱۹ چهار از دست دادن ناگهانی و قابل توجه حس بویایی خود شده‌اند. در بسیاری از موارد، این تنها علامتی است که ممکن است فرد مبتلا به کووید-۱۹ داشته باشد. در سراسر جهان به رسمیت شناخته شده است که اگر متوجه از دست دادن بویایی یا چشایی جدید و ناگهانی شدید، باید آن را نشانهٔ بالقوهٔ عفونت کووید-۱۹ بدانید و در اسرع وقت قرنطینه شده و آزمایش انجام دهید.

البته، اگر به دلیل بیماری سینوسی خود قادر به بوییدن نباشید، تشخیص این تغییر ناگهانی ممکن است بسیار دشوارتر باشد. اگر هنوز توانایی بویایی محدودی دارید، باید توجه داشته باشید که اگر این توانایی به‌طور ناگهانی و بدون هیچ تغییری در سایر علایم بینی شما ناپدید شد، باید این را نشانهٔ عفونت بالقوهٔ کووید-۱۹ در نظر بگیرید و مراحل قرنطینه، آزمایش و مراجعه به پزشک را اعمال کنید. برخی افراد تغییر حس چشایی را با عفونت کووید-۱۹ گزارش کرده‌اند، اگرچه در بیشتر افراد این امر به‌شدت با حس بویایی مرتبط است، اما اگر متوجه تغییر ناگهانی در حس چشایی خود شده‌اید، باید مانند از دست دادن بویایی با آن رفتار کنید و اگر هیچ تغییری در سایر علایم بینی شما ایجاد نشده، آن را نشانهٔ کووید-۱۹ در نظر بگیرید. در همهٔ موارد، باید از سایر علایمی که باید باعث قرنطینه و آزمایش شوند - تب و

سفرهٔ جدید و مداوم – آگاه باشید و اقدامات احتیاطی را طبق توصیه دولت خود در رابطه با کاهش خطر عفونت انجام دهید. اگرچه از دست دادن بويایي يکی از شایع‌ترین علایم است، اکثر بیماران علایم دیگری را قبل، هم‌زمان یا مدت کوتاهی پس از از دست دادن بويایي دارند، از جمله سرفه، تب، دردهای عضلانی، خستگی، گلودرد، قرمزی چشم، درد شکمی، ناراحتی یا بثورات پوستی.

توصیه به بیماران مبتلا به از دست دادن حس بويایي در طول همه‌گیری کووید-۱۹

از دست دادن حس بويایي يکی از شایع‌ترین علایم عفونت کووید-۱۹ است و برای بسیاری ممکن است تنها علامت باشد. از دست دادن بويایي معمولاً ناگهانی و شدید است، اما ممکن است جزئی یا با تغییر بويایي همراه باشد. هر تغییر جدیدی در حس بويایي شما در طول همه‌گیری باید باعث قرنطینه و انجام آزمایش شود.

اگر به رینوسینوزیت مزمن مبتلا هستید و ناگهان حس بويایي خود را از دست داده‌اید، باید در نظر داشته باشید که آیا هم‌زمان دچار انسداد بینی نیز می‌شوید یا خیر. اگر نیستید و از دست دادن بويایي به تنها بی رخ می‌دهد، باید در نظر بگیرید که ممکن است به کووید-۱۹ آلوده شده باشید.

برای بسیاری از افراد، از دست دادن بويایي و چشایی مرتبط با کووید-۱۹ کوتاه‌مدت است و در عرض دو تا چهار هفته بهبود می‌یابد. در این مدت نیازی به درمان خاصی نیست. مدت زمان از دست دادن بويایي و چشایی ربطی به مسری بودن ندارد و بنابراین باید دستورالعمل فعلی را در مورد قرنطینه دنبال کنید.

تمرین بويایي درمان مؤثری است و برای هر بیماری که از دست دادن بويایي اش بیش از چهار هفته طول بکشد باید مورد توجه قرار گیرد. برخی از بیمارانی که حس بويایي خود را به دلیل کووید-۱۹ از دست داده‌اند، یک دوره اختلال بويایي و چشایی یا «پاروسی» را گزارش می‌دهند و از طعم بد بسیاری از غذاها یا بوی نامطبوع شکایت دارند. این نشانه بهبودی است اما ممکن است هفته‌ها یا ماه‌ها طول بکشد. قهوه، گوشت، پیاز و بادام‌زمینی محرک‌های رایج هستند، اما می‌تواند برای هر کسی متفاوت باشد. سعی کنید دستورالعمل‌ها را اصلاح کنید. آدامس و خمیر‌دندان با طعم دارچین می‌تواند مفید باشد. برای مشاوره حتماً به پزشک خود مراجعه کنید. از دست دادن حس بويایي و چشایي می‌تواند تأثیر زیادی بر کیفیت زندگی شما داشته باشد. دسترسی به پشتیبانی ممکن است دشوار باشد و دوستان و خانواده‌تان اگر خودشان این اختلال را تجربه نکرده باشند، نمی‌توانند موقعیت سخت شما را درک کنند. ما با دو گروه بیمار کار کرده‌ایم

تا منابعی را برای کمک به شما فراهم کنیم و به شما فرصت دهیم تجربه‌های خود را با افرادی که دچار این بیماری شده‌اند، به اشتراک بگذارید. بخش‌هایی هم در مورد آموزش بویایی، برگه‌های مشاوره و اطلاعات بیشتر وجود دارد.

<https://abscent.org/nosewell>

Fifth Sense – smell training

اگر بیشتر از سه ماه است که بویایی‌تان را از دست داده‌اید، ممکن است پزشک عمومی شما را به متخصص گوش و حلق و بینی ارجاع دهد تا سایر علل از دست دادن بویایی مانند پولیپ بینی را رد کند، بهخصوص اگر انسداد دائمی بینی دارید. متأسفانه، هیچ آزمایشی وجود ندارد که بتواند پیش‌بینی کند که آیا حس بویایی خود را به دست خواهید آورد یا خیر، اما ما داده‌های خوبی داریم که نشان می‌دهد بسیاری از بیماران بهبود می‌یابند؛ هرچند این بهبودی چندین ماه پس از عفونت اولیه رخ دهد.

۱۷. منابع و وبسایت‌های EPOS

کجا می‌توان دستورالعمل EPOS 2020 را پیدا کرد؟

طیف کاملی از بروشورهای اطلاعاتی بیمار، از جمله ترجمه‌ها، در لینک زیر در دسترس است:

<https://www.europeanrhinologicsociety.org>

برای مشاهده دستورالعمل کامل یا خلاصه آن می‌توانید از وبسایت زیر دیدن کنید:

<https://epos2020.eu/>

در این پایگاه اطلاع‌رسانی و بینارهای جالبی درباره EPOS 2020 در اختیار علاقه‌مندان قرار دارد. مثلاً «EPOS 2020 همه چیزهایی که باید بدانید». همچنین می‌توانید در مورد ایجاد دستورالعمل EPOS 2020 در گزارش توسعه‌ی منتشرشده آنلاین مطالعه کنید. اگر انگلیسی‌زبان نیستید، خلاصه دستورالعمل EPOS نیز به زبان‌های لهستانی، پرتغالی و چینی در این وبسایت موجود است.

از کجا می‌توان اطلاعاتی باکیفیت در مورد بیماری مزمن تنفسی خود پیدا کرد؟

انجمن اروپایی تحقیق و آموزش درز مینه آرژی و بیماری‌های تنفسی (EUFOREA) یک سازمان بین‌المللی غیرانتفاعی است که چشم‌انداز و مأموریتی در راستای پیشگیری از آرژی، آسم و رینوسینوزیت مزمن و کاهش آن دارد. این انجمن‌ها دارای یک پلت فرم بیمار با اطلاعاتی در مورد رینوسینوزیت مزمن، آرژی و آسم است. اطلاعات آموزشی و قابل درکی را می‌توان در مورد یک بیماری، علایم، درمان‌های پزشکی یا جراحی موجود، انتظارات از درمان‌ها و پیگیری بیماری پیدا کرد. همچنین سوالات متداول متعددی از بیماران با پاسخ‌های ارائه شده توسط متخصصان در این زمینه وجود دارد. می‌توانید تمام این اطلاعات را در لینک زیر ببایدید:

<https://www.euforea.eu/patient-platform>

شما از اختلال سینوس‌های خود شکایت دارید، اما نمی‌دانید که ممکن است رینوسینوزیت مزمن یا آرژی باشد. آزمون سریع را انجام دهید! پرسشنامه آنلاینی برای بررسی اینکه آیا علایم شما ممکن است مربوط به یک بیماری مزمن تنفسی مانند رینوسینوزیت مزمن یا رینیت آرژیک باشد، ایجاد شده است. این آزمایش جای تشخیص واضح و توصیه‌های پزشکی

را نمی‌گیرد. اگر علایم شما آزاردهنده است، همیشه باید به پزشک مراجعه کنید. آزمون مذکور در لینک زیر قابل دسترسی است:

<https://www.euforea.eu/chronic-sinusitis-assessment>

اپلیکیشن موبایل (e-diary) برای سینوزیت مزمن

(اپلیکیشن سلامت Galenus mySinusitisCoach) برای ارائه ابزاری الکترونیکی به شما به عنوان یک بیمار ایجاد شده است. به سادگی احساس خود را ثبت کنید، زنگ هشداری را برای مصرف دارو تنظیم کنید و ببینید درمان شما چقدر مؤثر است. شما همچنین می‌توانید آن را با پزشک خود در میان بگذارید تا او نگرشی کلی از وضعیت بیماری شما و تأثیر درمان داشته باشد. به سادگی برنامه را در فروشگاه گوگل پلی یا اپل استور دانلود کنید. اطلاعات بیشتر در مورد برنامه را نیز می‌توانید در لینک زیر ببایدید:

<https://www.galenushealthcompass.com>

نرم افزار موبایل (e-diary) برای آلرژی و آسم

MASK-Air به عنوان یک وسیله الکترونیک برای شما به عنوان بیمار ابداع شده است. شما به سادگی می‌توانید علایم روزانه را ثبت کنید، احساساتان می‌تواند به شما در مصرف دارو کمک کند و نشان دهد که درمان چقدر مؤثر است. شما همچنین می‌توانید آن را با پزشک خود در میان بگذارید تا او مروری کلی از وضعیت بیماری شما داشته باشد و ببیند بهترین درمان برای شما چیست. به سادگی می‌توانید برنامه را از فروشگاه گوگل پلی یا اپل استور دانلود کنید. اطلاعات بیشتر در مورد برنامه را نیز می‌توانید در لینک زیر ببایدید.

<https://www.mask-air.com>

هیئت مشاوره بیمار برای بیماران مبتلا به رینوسینوزیت مزمن

بسیاری از کشورها هیئت‌های مشاوره بیمار دارند. متخصص گوش و حلق و بینی شما باید بتواند در این مورد به شما کمک کند. به عنوان بخشی از انجمن اروپایی برای تحقیق و آموزش درزمنیه آلرژی و بیماری‌های مجاری تنفسی، برای

ارائه خدمات مشاوره‌ای به بیماران مبتلا به رینوسینوزیت مزمن، یک هیئت مشاوره بیمار وجود دارد. این هیئت به بررسی مهم‌ترین نیازهای بیماران، بررسی تأثیر بیماری بر بیماران و جامعه و شرکت در بحث‌ها در سطح سیاسی می‌پردازد. اگر علاقه‌مند به پیوستن هستید، یک ایمیل به نشانی زیر ارسال کنید:

contact@euforea.eu

برای کسب آگاهی و اطلاعات بیشتر درزمینه این بیماری می‌توانید به لینک زیر مراجعه کنید:

<https://www.euforea.eu/patient>

منابع و پشتیبانی انجمن سامتر برای AERD

گروهی برای بیماران مبتلا به بیماری تنفسی تشیدشونده با آسپرین (AERD) در وبسایت زیر قابل دسترسی است:

<https://www.samterssociety.org>

در این پایگاه اطلاع‌رسانی در مورد خود بیماری و گزینه‌های درمانی اطلاعاتی کسب می‌کنید و می‌توانید متخصصی در این زمینه پیدا کنید. شما همچنین می‌توانید از طریق گروه پشتیبانی AERD-Samter's Triad در فیسبوک با هزاران بیمار دیگر ارتباط برقرار کنید و تجربه‌های خود را به اشتراک بگذارید!

حس پنجم

سازمانی برای عضویت بیماران مبتلا به اختلالات مربوط به بویایی و چشایی است که به هرکسی که از یک اختلال مرتبط رنج می‌برد یا به والدین کودکان مبتلا به اختلال مربوط به بویایی یا چشایی، حمایت و مشاوره ارائه می‌دهد. اطلاعاتی در مورد نحوه عملکرد بویایی و چشایی، تشخیص و درمان اختلالات مرتبط و یافتن کلینیکی برای درمان اختلالات بویایی و چشایی پیدا خواهید کرد. تمام اطلاعات را می‌توان در لینک زیر به دست آورد :

<https://www.fifthsense.org>

بنیاد ابستنت (AbScent)

این بنیاد متعلق به موسسه‌ای خیریه برای حمایت از افراد مبتلا به اختلالات بویایی و خانواده‌های آن‌ها است.

آن‌ها اطلاعات و توصیه‌های عملی را در چندین پلتفرم ارائه می‌دهند و پشتیبانی همتایان از خدمات اصلی آن‌هاست. آن‌ها چندین کanal برای این کار دارند، از جمله مجموعه‌ای وبینار با خبرگان درزمینه راینولوژی، روان‌شناسی و سایر رشته‌های مرتبط، اپلیکیشن رایگان توانبخشی بویایی Snif و شبکه AbScent که در آن دوره‌ها ارائه می‌شود. این موسسه خیریه فرصتی است برای تعامل نزدیک با پروژه‌های تحقیقاتی خود و همچنین دسترسی به طرح‌های تحقیقاتی خارجی. برای اطلاعات بیشتر، لطفاً به لینک زیر مراجعه کنید:

<https://www.abscent.org>

۱۸. سؤالات متداول در مورد EPOS

این بخش به کمک بیماران دخیل در تدوین دستورالعمل‌های EPOS2020 به نگارش درآمده است تا توضیح دهد دستورالعمل‌ها برای بیماران چه معنایی دارند.

کلمه EPOS مخفف چیست؟

کلمه EPOS مخفف عبارت European Position paper On Rhino-Sinusitis است که تشخیص و مدیریت رینوسینوزیت حاد و مزمن را در مراقبت‌های اولیه (مبتنی بر جامعه) و ثانویه (بیمارستانی) پوشش می‌دهد.

دستورالعمل‌های EPOS2020 چیست؟

دستورالعمل‌ها خلاصه‌ای از بهروزترین اطلاعات در مورد درمان و مدیریت رینوسینوزیت و پولیپ بینی است. اولین دستورالعمل‌های EPOS در سال ۲۰۰۵ ایجاد شد و متعاقب آن، در سال‌های ۲۰۰۷، ۲۰۱۲ و اکنون در سال ۲۰۲۰ به روز شده است. در اصل، دستورالعمل‌ها خلاصه‌ای از جدیدترین نقطه نظرات در مورد رینوسینوزیت و پولیپ بینی است.

برای تدوین دستورالعمل‌ها، پیشروان دانشگاهی و بالینی در این زمینه با کمک برخی از بیماران، تمامی اطلاعات موجود در این زمینه را از سال ۱۹۶۰ تا به امروز بررسی و مهم‌ترین عناوین را خلاصه کردند. این راهنمای بیانگر چیزی است که همه آن کارشناسان موافق هستند که باید در زمان فعلی توصیه شود.

چرا دستورالعمل‌هایی مانند EPOS ضرورت دارند؟

برای اطمینان از اینکه همه افرادی که به هر طریقی با درمان یا مدیریت رینوسینوزیت و پولیپ بینی در ارتباط هستند، به بهترین اطلاعات موجود دسترسی دارند، این دستورالعمل‌ها ضرورت دارند.

رشته پزشکی مدام در حال تغییر است. ظهور مستمر تحقیقات جدید و شیوه‌های بهبودیافته، نشان‌دهنده اهمیت بررسی گاهبه‌گاه این پیشرفت‌ها و اطمینان از این است که عملکرد بالینی فعلی منعکس‌کننده آخرین دیدگاه است.

این فرآیند در تمام زمینه‌های پزشکی از بیماری‌های قلبی گرفته تا سلامت کودکان اتفاق می‌افتد و اطمینان از دسترسی همه افراد در سراسر جهان به بهترین اطلاعات موجود حیاتی است.

برای ارائه بهترین مراقبت‌های بهداشتی، درمان به طور ایده‌آل باید بر اساس پزشکی مبتنی بر شواهد باشد. هنگامی که یک درمان مبتنی بر شواهد باشد، به این معنی است که چندین کارآزمایی علمی تأثیر آن را در یک جمعیت بیمار خاص ارزیابی کرده‌اند. با کمک این نتایج مطالعه، پزشک می‌تواند به نفع استفاده از یک درمان که مفید بودنش ثابت شده است، توصیه کند یا در مورد درمان خاصی که مؤثر نیست یا مضر است، منع کند. نتایج کارآزمایی‌های علمی را نمی‌توان همیشه به طور کامل برای هر فردی به کار برد و پزشکان از تجربه و قضاؤت خود برای ارائه برنامه‌های درمانی استفاده می‌کنند که برای بیمارشان شخصی‌سازی شده باشد. هدف EPOS بررسی تمام شواهد موجود و خلاصه کردن آن‌ها به شکلی است که برای پزشکان و کارکنان مراقبت‌های بهداشتی در این زمینه به راحتی قابل استفاده و درک باشد. متأسفانه، آزمایش‌های علمی اغلب پرهزینه هستند و انجامشان دشوار؛ چراکه سلامتی و ایمنی بیمارانی در آزمایش‌ها لحاظ می‌شوند، و محدودیت‌هایی برای آنچه می‌توان از آن‌ها درخواست کرد وجود دارد؛ بنابراین، برای برخی از درمان‌ها، هیچ مطالعه بزرگی در دسترس نیست. در چنین موقعیت‌هایی، کارشناسان از سراسر جهان گرد هم می‌آیند و نظر مشترکی را در مورد اینکه در این شرایط بهترین مراقبت‌های بهداشتی چیست، ارائه می‌دهند.

هدف دستورالعمل EPOS2020 چیست؟

هدف آن در درجه اول ارائه استراتژی‌های مدیریتی برای رینوسینوزیت بر اساس تحقیقات مربوطه است. فراتر از این، موارد زیادی وجود دارد که دستورالعمل EPOS2020 امیدوار است به آن‌ها دست یابد. هدف این دستورالعمل‌ها عبارت‌اند از:

- ارائه خلاصه‌ای از بهترین روش‌ها برای تشخیص و مدیریت بیماران در بیمارستان و بستر جامعه به متخصصان مراقبت‌های بهداشتی
- ترغیب محققان برای مطالعه بیشتر رینوسینوزیت حاد و رینوسینوزیت مزمن
- حمایت از به کارگیری تعاریف و معیارهای استاندارد
- امید به کاهش درمان غیرضروری (آناتی‌بیوتیک)

- تشویق افراد به ایجاد همکاری‌های جدید برای پاسخ به سؤالات تحقیقاتی بی‌پاسخ

چه کسی از دستورالعمل‌های EPOS2020 استفاده می‌کند؟

افراد و گروه‌های زیادی، از پزشکان گرفته تا نهادهای دولتی، از این دستورالعمل بهره می‌برند.

این دستورالعمل راهنمایی‌هایی را برای سازمان‌های دولتی مرتبط، آژانس‌های ملی و بین‌المللی دارو ارائه می‌کند [مثلاً آژانس دارویی اروپا (EMA) و سازمان غذا و دارو در ایالات متحده (FDA)] و انجمن‌های علمی، به‌ویژه در مورد استفاده از اصطلاحات، تعاریف و طبقه‌بندی برای آزمایش‌های بالینی. مهم‌تر از همه، این دستورالعمل توسط پزشکان معالج بیماران مبتلا به بیماری سینوسی، استفاده می‌شود تا اطمینان حاصل شود که مراقبت‌های مبتنی بر شواهد به همه بیماران ارائه می‌شود.

چه کسی EPOS را می‌نویسد؟

گروهی بین‌المللی از متخصصان که در زمینه سینوزیت بینی و پولیپ بینی پیشرو هستند.

تقریباً مدت هجده ماه طول کشید و حدود هشتاد نفر از بیش از بیست کشور در بررسی آخرین اطلاعات و نگارش و انتشار دستورالعمل‌ها نقش داشتند. این گروه از متخصصان مشهور از جمله:

جراحان گوش و حلق و بینی

متخصصان آرژی

داروسازان

میکروبیولوژیست‌ها

پزشکان عمومی

متخصصان اطفال

متخصصان ریه

تشکیل شده است. بیماران هم در نگارش دستورالعمل‌ها دخیل بودند تا اطمینان حاصل شود که توصیه‌ها همیشه از دید بیمار دیده می‌شود. دستورالعمل‌های EPOS2020 را سازمان‌های حرفه‌ای مانند انجمن راینولوژی اروپا (ERS) و آکادمی اروپایی آرگولوژی و ایمونولوژی بالینی (EAACI) حمایت می‌کنند.

آیا این دستورالعمل‌ها فقط برای استفاده در اروپا است؟

خیر، EPOS2020 در سرتاسر جهان قابل تعمیم است.

اگرچه EPOS در عنوان خود کلمه اروپایی را دارد و یک گروه قوی اروپایی در بین افرادی که آن را تالیف کرده‌اند وجود دارد، ولی خارج از اروپا نیز مورد استفاده قرار می‌گیرد. افراد از سراسر جهان در تالیف این دستورالعمل‌ها مشارکت داشته‌اند و آن‌ها در بسیاری از کشورهای خارج از اروپا استفاده خواهده‌شده‌اند.

آیا EPOS تنها راهنمای مورد ARS/CRS است؟

خیر، چندین دستورالعمل در مورد رینوسینوزیت وجود دارد. برخی از این دستورالعمل‌ها منعکس کنندهٔ درمان‌های مختلف موجود در سیستم‌های مراقبت‌های بهداشتی هستند. راهنمایی‌های دیگر نظر کارشناسانی را که از یک قاره یا گروه خاص گرد آمده‌اند، ارائه می‌دهند. EPOS نتیجهٔ بسیاری از جلسه‌ها و بحث‌ها بین کارشناسان از سراسر جهان بود، با این هدف که اطمینان حاصل شود که این دستورالعمل طیف وسیعی از تجربه‌ها و شواهد ممکن را ارائه می‌کند. درنهایت، جامعهٔ جهانی جراحان - دانشمندان در ارتباط دائمی با یکدیگر برای به اشتراک گذاشتن شواهد جدید و بهتر هستند. این کمک می‌کند تا دستورالعمل‌های کم‌وبیش یکسانی در سراسر جهان با حداقل تفاوت بین دستورالعمل‌های موجود ایجاد شود.

آیا میتوانم اطلاعات مربوط به بیمار را در دستورالعمل‌های EPOS بیابم یا فقط برای پزشکان است؟

نه، مطمئناً EPOS منحصراً برای خواندن پزشکان نوشته نشده است. با این حال، با خواندن دستورالعمل‌های EPOS، بیماران با اصطلاحات پزشکی خاصی مواجه می‌شوند که درک آن همیشه آسان نیست. این زبان علمی به این دلیل استفاده می‌شود که گاهی یک اصطلاح جهانی مورد توافق وجود دارد که به طور گسترده در همه‌جای دنیا استفاده می‌شود. برای مثال، اصطلاحات آناتومیک فوراً برای پزشکان قابل تشخیص است؛ اما واضح است که این تنها با بهره‌گیری از چندین سال آموزش علمی است. به همین دلیل است که ما بروشورهای جداگانه‌ای برای اطلاع بیمار در مورد تمام موضوعات دستورالعمل‌های EPOS منتشر کرده‌ایم. هدف این بروشورها این است که همان شواهد، تجربه‌ها و توصیه‌ها را به عنوان راهنمای اصلی، اما به زبانی قابل درک برای عموم مردم، ارائه دهد.

برنامه درمانی پیشنهادی پزشک من در دستورالعمل‌های EPOS وجود ندارد. آیا باید نگران باشم؟

نه، ممکن است دلایل زیادی وجود داشته باشد که چنین اتفاقی بیفت: اول اینکه، دستورالعمل‌های EPOS فقط برای راهنمایی هستند و الزامی برای پیروی ایجاد نمی‌کنند. دوم اینکه، ممکن است پزشک شما بر اساس عوامل متعدد در موقعیت خاص فردی شما و تجربه خود تصمیم متفاوتی بگیرد. هر وضعیت پزشکی و شرایط بیماری با یکدیگر متفاوت است، بنابراین تدوین دستورالعملی برای پوشش همه این موقعیت‌ها، غیرممکن است. البته، همیشه می‌توانید اطلاعاتی را که در دستورالعمل EPOS خوانده‌اید با پزشک خود به اشتراک بگذارید و در مورد شرایط خاص خودتان که احساس می‌کنید از برنامه درمانی شما از EPOS فاصله گرفته، سؤال کنید.

بخی از توصیه‌های درمانی در دستورالعمل‌های EPOS مبهم به نظر می‌رسند. چگونه باید با آن‌ها برخورد کنم؟

همان‌طور که گفته شد، برنامه‌ریزی و انجام آزمایش‌های علمی دشوار است و اغلب نتایج در مقیاس بزرگ برای درمان‌های خاص در دسترس نیست. گاهی یک گزینه درمانی یا اصلاً مطالعه نشده است یا فقط به صورت محدود مطالعه شده که آن هم محدودیت‌هایی داشته است. در این صورت، EPOS می‌تواند بر اساس دیدگاه شخصی متخصص بر جسته

توصیه کند. علاوه بر این، همیشه جایی برای ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی وجود دارد تا تفسیر و تجربه‌شان را به نفع بیماران خود اعمال کنند.

آیا ممکن است توصیه‌های EPOS با گذشت زمان تغییر کند؟

بله، در واقع این حتی محتمل‌ترین اتفاقی است که می‌افتد! این اتفاق خوبی است که شواهد و دانش علمی همچنان در حال رشد و توسعه است. از طرفی، توصیه نوشته شده در یک دستورالعمل ممکن است در طول زمان با در دسترس قرار گرفتن آزمایش‌های جدید، قدیمی به نظر برسد. این اتفاق در همه زمینه‌های پزشکی و علمی می‌افتد. به روزرسانی دستورالعمل‌های EPOS هر پنج تا ده سال برنامه‌ریزی می‌شود تا به شواهد علمی جدید رسیدگی شود. هنگام نوشتن یک راهنمای، ممکن است در بین کارشناسان این حس وجود داشته باشد که یک پیشرفت جدید در راه است، اما هنوز به اندازه کافی واضح نیست تا گنجانده شود. در این شرایط، اغلب تلاشی عمدى برای گنجاندن سؤال‌هایی که باز یا بی‌پاسخ مانده، انجام می‌شود تا زمانی که دستورالعمل بعدی نوشته شود. البته امید این است که بتوانیم به این سؤال‌ها پاسخ دهیم!

۱۹. واژه‌نامه: اصطلاحات رایج پزشکی در مورد بیماری سینوسی

رینوسینوزیت حاد: عفونت یا التهاب کوتاه‌مدت بینی و سینوس‌ها (کمتر از دوازده هفته) که معمولاً در اثر عفونت ویروسی ایجاد می‌شود و نسبت به عفونت باکتریال کمتر شایع است.

آلرژی: پاسخ ایمنی ناشی از قرار گرفتن در معرض یک «آلرژن» محرک در یک فرد حساس.

رینیت آلرژیک: واکنش ایمنی رخداده در بینی ناشی از تنفس آلرژن‌های موجود در هوا، مانند گرده که به علایم موضعی مانند خارش بینی و عطسه منجر می‌شود.

رینوسینوزیت قارچی آلرژیک: زیرگروه رینوسینوزیت مزمن ناشی از واکنش آلرژیک به آلرژن‌های قارچی است که باعث پولیپ بینی و التهاب سینوس می‌شود که اغلب به جراحی نیاز دارد و خطر عود بیشتری نسبت به زیرگروه‌های دیگر دارد. گاهی به اختصار AFRS نامیده می‌شود.

آنتی‌بیوتیک‌ها: درمان طبی که علیه عفونت باکتریایی انجام می‌شود. آنتی‌بیوتیک‌ها در اکثر موارد رینوسینوزیت حاد که به دلیل عفونت ویروسی ایجاد می‌شوند، ارزش کمی دارند، اما ممکن است در موارد رینوسینوزیت حاد باکتریایی، شعله‌ور شدن حاد رینوسینوزیت مزمن و همچنین برای اثرات ضدالتهابی آن‌ها در رینوسینوزیت مزمن استفاده شوند؛ با دوز کمتر اما در دوره‌های طولانی‌تر. معمولاً از طریق دهان تجویز می‌شوند، اما می‌تواند در بینی به عنوان کرم استفاده شود یا در برخی موارد به شوینده‌های نمکی اضافه شود.

آنتی‌هیستامین: دارویی است که پاسخ آلرژیک را مهار می‌کند. این دارو به صورت قرص یا اسپری بینی تجویز می‌شود. معمولاً در درمان رینوسینوزیت به کار نمی‌رود، مگر اینکه بیمار دارای رینیت آلرژیک باشد.

آنوسومی: از دست دادن کامل حس بویایی. بیشتر در ارتباط با پولیپ بینی دیده می‌شود اما ممکن است یکی از ویژگی‌های همهٔ انواع سینوزیت باشد. از دست دادن نسبی بویایی «هیپوسومی» نامیده می‌شود.

اتساع سینوس با بالون: تکنیک کم‌تهاجمی که ممکن است برای گشاد کردن دهانه سینوس‌های ماقزلاری، فرونتمال یا اسفنوئید در بیماران منتخب مبتلا به بیماری سینوس مقاوم به درمان دارویی مورد استفاده قرار گیرد. گاهی «بالون سینوپلاستی» خوانده می‌شود.

درمان بیولوژیکی: درمان نسبتاً جدیدی که معمولاً با تزریق انجام می‌شود و به‌طور خاص قسمت‌های ناخواستهٔ پاسخ ایمنی را (با استفاده از آنتی‌بادی‌های مونوکلونال) مسدود می‌کند. در بیماران مبتلا به آسم یا رینوسینوزیت مزمن با پولیپ بینی دارای التهاب نوع ۲، استفاده می‌شود.

رینوسینوزیت مزمن (CRS): عفونت یا التهاب طولانی‌مدت حفره بینی (بیش از دوازده هفته). ممکن است به دلیل بیماری داخل بینی (اولیه) باشد یا با احتمال بسیار کمتر به عنوان بخشی از بیماری‌های سیستمیک (مانند فیبروز کیستیک یا نقص ایمنی) یا عفونت‌های دندانی (ثانویه) رخ دهد. CRS تا ده درصد از جمعیت بزرگسال را تحت تأثیر قرار می‌دهد و به بروز علایمی مانند انسداد بینی، ترشحات، درد صورت یا از دست دادن بویایی منجر می‌شود.

کورتیکواستروییدها: درمان طبی که پاسخ ایمنی ناخواسته که باعث التهاب در بینی می‌شود راه کاهش می‌دهد. ممکن است از راه بینی یا دهان تجویز شود. درمان از راه بینی بسیار ایمن‌تر است و معمولاً می‌توان آن را طولانی‌مدت استفاده کرد. هنگامی که از طریق دهان تجویز می‌شود، خطر عوارض جانبی بسیار بالاتری وجود دارد که تعداد دفعات استفاده از درمان را محدود می‌کند.

بیماری کنترل شده: حالتی از بیماری که در آن بیمار آنقدر علامت ندارد که بیماری یا داروهاییش بر کیفیت زندگی اش اثر بگذارد

سی‌تی اسکن: مجموعه‌ای از اشعه ایکس که اطلاعات دقیقی در مورد وسعت بیماری سینوس و آناتومی ارائه می‌دهد و معمولاً برای بررسی بیماران قبل از جراحی و یا زمانی که تشخیص بیماری مورد شک است، استفاده می‌شود.

ضداحتفان‌ها: داروهایی هستند که به رفع انسداد بینی کمک می‌کنند. آن‌ها با کاهش جریان خون به بینی کار می‌کنند و فقط باید برای دوره‌های کوتاه استفاده شوند، زیرا می‌توانند باعث احتفان برگشتی شوند. استفاده‌ی ایده‌آل باید به دست کم پنج روز و حداکثر ده روز محدود شود.

انحراف تیغه بینی: جایجایی تیغه میانی بینی اگر خفیف باشد معمولاً بدون علامت هستند در حالی که انحرافات شدید ممکن است از ورود داروها به بینی جلوگیری کند یا مانع دسترسی در حین جراحی سینوس شود.

Draf 3 / Frontal Drill Out / Modified Lothrop Procedure: جراحی وسیع سینوس فرونال وقتی که استخوان جداکننده دو طرف برداشته می‌شود تا مسیر زهکشی مشترک بزرگ‌تری ایجاد شود.

آندوسکوب : تلسکوپ کوچکی که برای بررسی حفره بینی و منافذ سینوس‌ها استفاده می‌شود.

جراحی آندوسکوپی سینوس: جراحی سینوس که از طریق سوراخ‌های بینی با استفاده از آندوسکوب برای مشاهده آناتومی انجام می‌شود.

اندوتیپ: نمایی از وضعیت بیماری که به تعیین سیر بیماری شدت و پاسخ به درمان کمک می‌کند.

سینوزیت اوزینوفیلیک: عموماً به نمونه برداری بافت سینوس یا خونی نیاز دارد. سینوزیت اوزینوفیلیک، زیرگروه رینوسینوزیت مزمن با ویژگی‌های التهاب نوع ۲ است که معمولاً باعث پولیپ گستردگی می‌شود و به خوبی به استروئیدها پاسخ می‌دهد.

شعله‌ور شدن: افزایش (تشدید) علایم که ممکن است به دلیل عفونت باشد.

سینوس اتموئید: یک جفت سینوسی که بین چشم‌ها قرار دارند، از چندین محفظه کوچک سینوس‌مانند لانه‌زنبوری تشکیل شده‌اند.

سینوس فرونتمال: معمولاً یک جفت سینوسی در ناحیه پیشانی گرچه یک یا هر دو ممکن است تکامل نیافته باشند.

جراحی عملکردی آندوسکوپی سینوس: نامی است برای توصیف جراحی سینوس که از طریق سوراخ‌های بینی با استفاده از آندوسکوب برای مشاهده آناتومی انجام می‌شود، جایی که جراحی برای باز کردن و بازگرداندن عملکرد طبیعی به مسیر مشترک تخلیه سینوس (کمپلکس استیوماتال) صورت می‌گیرد. اگرچه بسیاری از جراحان از اصطلاح "FESS" و "ESS" به جای هم استفاده می‌کنند، بسیاری از متخصصان ترجیحاً به سمت اصطلاح "ESS" به عنوان توصیف گستردگتری از جراحی سینوسی حرکت می‌کنند.

ایمونوتراپی: درمانی که شامل تحریک یا سرکوب عملکردهای سیستم ایمنی است. بیشتر در رابطه با آلرژی استفاده می‌شود، جایی که قرار گرفتن مکرر در معرض مقادیر کم آلرژن می‌تواند پاسخ ایمنی را غیرحساس کند.

سینوس ماقزیلاری: یک جفت سینوسی که در گونه‌ها یافت می‌شوند و نزدیک ریشه‌های دندان و چشم قرار دارند.

مخاط: پوشش حفره بینی و سینوس که می‌تواند در صورت عفونت یا التهاب متورم شود.

پولیپ‌های بینی: زائدات التهابی و انگورمانند لایه پوشاننده سینوس هستند.

ترشحات پشت‌حلقی: ترشحات مخاطی که در پشت بینی و داخل گلو احساس می‌شود.

پکینگ: موادی که در بینی برای کاهش خونریزی پس از جراحی قرار می‌گیرد (یا در شرایط خونریزی بینی غیرمرتبط با جراحی) که ممکن است خود به خود تجزیه شود، بدون نیاز به برداشتن (قابل جذب) یا ممکن است نیاز به برداشتن باشد. پزشک به شما می‌گوید که آیا پکینگ دارید یا نه و بهتر است برداشته شود یا نیازی نیست.

اطفال: به نوزادان، کودکان و نوجوانان زیر ۱۸ سال اشاره دارد.

فنتوپیپ: زیرگروه بیماری بر اساس تفاوت‌های قابل مشاهده در CRS، این زیرگروه‌ها سینوزیت با یا بدون پولیپ بینی را توصیف می‌کند. برای هدایت درمان مفید است، اما جداسازی گروه‌ها بر اساس آندوتایپ (ردپای بیولوژیکی) احتمالاً سیر بیماری و پاسخ به درمان را بهتر پیش‌بینی می‌کند.

پولیپکتومی: برداشتن پولیپ از حفره بینی که ممکن است با جراحی سینوس‌ها ترکیب یا به تنها‌یی انجام شود.

رینیت: تحریک و التهاب پوشش داخلی بینی. رینیت با علایمی مانند احتقان متناوب بینی، آبریزش بینی و ترشحات پشت حلقی همراه است.

عود: بازگشت علایم پس از دوره بهبودی که به درمان دارویی یا جراحی بیشتر نیاز دارد.

مقاوم: درمان مشکل است یا به درمان پاسخ نمی‌دهد.

شست‌وشو نمکی یا **شست‌وشو / شست‌وشو سینوس** (گاهی دوش نامیده می‌شود): شست‌وشوی بینی و حفره‌های سینوسی با آب و نمک برای کمک به پاکسازی محرک‌ها و موکوس از بینی است که در حجم کم یا زیاد و با استفاده از وسایلی مانند قوری شست‌وشو، بطری‌های فشاری یا ابزارهای شست‌وشوی برقی انجام می‌شود.

آتل‌ها یا استنت‌ها: فضا نگهدارهای قابل برداشت یا جذب‌شونده که برای جلوگیری یا کاهش اسکار یا برای رساندن استروئیدها به حفره سینوس استفاده می‌شوند.

سینوس اسفنوئید: یک جفت سینوسی که در پشت حفره بینی قرار دارند.

شاخکها: ساختارهای استخوانی که از دیواره جانبی هر حفره بینی منشاء می‌گیرند. در هر طرف مجموعه‌ای از شاخک‌های تحتانی، میانی و فوقانی وجود دارد؛ مانند بینی، شاخک‌ها با مخاط پوشیده شده‌اند. می‌تواند در طول سیکل بینی متورم و رفع احتقان شود. گاهی، شاخک‌ها به دلیل رینیت متورم و از سوراخ بینی دیده می‌شوند، درنتیجه ممکن است با پولیپ اشتباه گرفته شوند.

بیماری کنترل نشده: علایم مداوم و شواهد بیماری فعال، که بر کیفیت زندگی اثر می‌گذارد و معمولاً نشانه‌ای بر نیاز به تغییر یا افزایش دوز داروهاست.