دارو درمانی در عفونت های راه تنفسی فوقانی

[حلق ـ گوش ـ سینوس ها]

دکتر عباس پوستی
گروه فارماکولوژی دانشگاه علوم پزشکی تهران

مقدمه

عفونت‌های راه تنفسی فوقانی عموماً ساختمان‌های قسمت بالای حلق را گرفتار می‌سازند، امّا بیشتر عفونت‌های تنفسی هر دو قسمت فوقانی و تحتانی را به طور همزمان و یا یکی را پس از دیگری مبتلا می‌نمایند. از نظر منظره پاتوفیزیولوژی شامل ارتشاح التهابی و خیز مخاط، پرخونی عروقی، افزایش ترشح مخاطی و تغییر در ساختمان و عمل مژک‌های راه تنفسی است.

میکروارگانیسم‌های مختلفی (به سر دستگی ویروس‌ها) قادر به ایجاد بیماری در این راه هستند. همین ارگانیسم‌ها می‌توانند عفونت مخفی یا علایم بالینی با شدت‌های مختلف را باعث شوند که عواملی از میزبان نیز مانند سن، جنس، تماس قبلی بیمار با ماده پاتوژن، آلرژی و وضع تغذیه در آنها تأثیر می‌گذارند.

پاتوژن‌هایی مانند مایکوپلاسما، استرپتوکوک‌ها و ویروس‌هایی مانند ویروس سن سی شیال تنفسی ($\frac{1}{3}$ موارد باعث برنشیولیت می‌شوند)، پاراانفلوانزا، انفلوانزا، آدنوویروس، رینوویروس می‌توانند در ایجاد این بیماری‌ها دخالت داشته باشند.

بیماری‌های مورد بحث این قسمت، عفونت حاد حلق و حنجره، عفونت حاد گوش میانی و سینوزیت می‌باشند که بسیار شایع می‌باشند.

عفوت حاد حلق و لوزه‌ها

از شایع‌ترین عفونت‌های راه تنفسی فوقانی التهاب گلو و لوزه‌ها است که ۱۰٪ بیمارانی را که

به پزشک مراجعه می‌کنند تشکیل می‌دهند و ۵۰٪ از بیماران سرپایی که آنتی بیوتیک مصرف می‌کنند به علت همین ناراحتی‌ها است. فارنژیت حاد ضایعه‌ای است که علت اصلی عفونت در گلو را تشکیل می‌دهد و در کودکان زیر یک سال کمتر دیده می‌شود و حداکثر وفور آن بین ۴ - ۷ سالگی است ولی می‌تواند در تمام دوران طفولیت و بالغان اتفاق افتد. در عفونت‌های مربوط به دیفتری، گلودرد تب خالی، آدنوویروس، مونوکلئوزعفونی، گرفتاری حلق ممکن است مشخص‌تر باشد.

عامل بیماری

فارنژیت حاد ممکن است تب‌دار یا بدون تب باشد. عموماً علت بیماری ویروسی است لی بیشترین عامل پاتوژن استرپتوکوک بتاهمولیتیک گروه A است که احتمالاً ۱۵٪ موارد را تشکیل می‌دهد. عوامل دیگری مانند میکوپلاسماپنومونیا، نیسریاگونورا، نیسریامننژیتیدیس، کلامید یا تراکوماتیس می‌توانند بیماری را سبب شوند. کورین باکتریوم همولیتیکوم، استرپتوکوکسی آنائروبیک، کورین باکتریوم دیفتریا (که به اریترومایسین بهتر از پنی سیلین جواب می‌دهد) ممکن است علائمی شبیه فارنژیت استرپتوکوکسی بتاهمولیتیک گروه A را ایجاد نمایند.

علایم بالینی

در رابطه با علت که ویروسی یا میکربی (استرپتوکوکسی)باشد فرق می‌کنند. اگر چه نشانه‌های این دو اغلب روی هم سوار می‌شوند به طوری که غالباً تشخیص افتراقی آنها از نظر بالینی غیر ممکن است.

در مورد فارنژیت ویروسی که علایم به‌تدریج شروع می‌شوند معمولاً به صورت بدحالی، بی‌اشتهایی و درد خفیف در گلو که به تدریج در روز دوم و سوم علایم به حداکثر می‌رسند. سرفه، گرفتگی صدا و رینیت شایع است. التهاب حلق و ترشحات در روی فولیکول‌های لنفوئید لوزه‌ها و کام ممکن است دیده شود که احتمالاً از عفونت استرپتوکوکی غیر قابل تشخیص است. گره‌های لنفاوی جلو گردن اغلب بزرگ و سفت است. گلبول‌های سفید بین ۶۰۰۰ تا ۳۰۰۰۰ در میلیمتر مکعب خون تغییر می‌کند. دوره بیماری معمولاً بیشتر از ۵ روز طول نمی‌کشد.

فارنژیت استرپتوکوکی

تب، آدنوپاتی جلو گردن و ترشح حلق و لوزه‌ها دیده می‌شود که در کودکان بالای ۲ سال با شکایت از سر درد و درد شکم همراه است. در $\frac{1}{3}$ بیماران بزرگی لوزه‌ها، ترشحات و قرمزی حلق مشاهده می‌گردد. میزان درد گلو متغیر است به طوری که از درد خفیف تا شدید می‌تواند عارض بیمار شود. بلع مشکل می‌شود. $\frac{2}{3}$ بیماران ممکن است فقط یک قرمزی خفیف بدون ترشحات را نشان دهند. آدنوپاتی جلو گردن معمولاً زود شروع می‌شود. تب ممکن است ۱ تا ۴ روز طول بکشد و در موارد شدید شخص ممکن است تا ۲ هفته بیمار باشد. گرفتگی صدا، سرفه، آب ریزش از بینی در این مورد دیده نمی‌شود یا این‌که بسیار نادر است. یافته‌های فیزیکی عبارت است از قرمزی منتشر لوزه‌ها و نقاط خونریزی

در ناحیه نرم کام که همراه یا بدون ترشحات فولیکولار و یا التهاب مجاری لنفاتیک است. این منظره بالینی حلق که مربوط به عفونت استرپتوکوکی است ممکن است در عفونت‌های ویروسی هم دیده شود.

برای تشخیص نوع عفونت می‌توان از متد بررسی سریع برای آنتی ژن‌های استرپتوکوکی و یا کشت حلق استفاده کرد. البته باید توجه داشت حدود $\frac{1}{3}$ بیماران با منونوکلئوز عفونی به‌طور ثانوی دچار عفونت استرپتوکوکی لوزه‌ها می‌شوند. در آگرانولوسیتوز، اغلب تظاهرات بیماری به صورت فارنژیت حاد بروز می‌کند که باید آن را نیز با مشخصات خود در نظر گرفت. در افراد سیگاری و مصرف کنندگان ماری جوانا نیز گلو درد و التهاب حلق در آنها گسترش می‌یابد. رینیت آلرژیک و ترشحات و التهاب عقب بینی نیز ممکن است فارنژیت را باعث شوند. عفونت‌های سوزاکی حلق معمولاً بدون علامت پیشرفت می‌کنند. عموماً فارنژیت ویرال یا استرپتوکوکی در عرض یک هفته فروکش می‌کند ولی اگر علایم زیر باقی بودند بایستی به فکر بیماری‌های دیگر به خصوص نئوپلاسم این ناحیه بود.

۱ـ باقی ماندن علایم بیماری بیش از یک هفته بدون بهبودی واضح

۲ـ اشکال تنفسی به‌خصوص نفس کشیدن با صدای بلند

۳ـ اشکال در دفع ترشحات

۴ـ اشکال در بلع

۵ـ درد شدیدی که همراه با قرمزی حلق نباشد.

۶ـ یک توده قابل لمس در گلو

۷ـ خروج خون حتی به مقدار کم از گلو یا گوش.

عوارض

ممکن است به صورت عفونت باکتریال حاد گوش میانی (اتیت حاد)همراه با چرک، زخم‌های مزمن حلق و گاهی به صورت آبسه اطراف لوزه‌ها، سینوزیت و نادراً مننژیت گزارش شده است. گلومرولونفریت، تب مخملکی، تب رماتیسمی نیز در انتظار بیماران استرپتوکوکسی بدون درمان است. آدنیت مزانتریک بعد از عفونت ویرال و باکتریال حلق دیده شده است که علت دل درد بچه‌ها را توجیه می‌کند. آپاندیسیت را نیز به آن نسبت می‌دهند.

درمان

برای التهاب لوزه‌ها و حلق با عامل ویروسی درمان دارویی خاصی وجود ندارد. مصرف آنتی بیوتیک‌ها، بایستی به توسط راهنمایی کشت حلق یا بررسی تست‌های آنتی ژن انجام پذیرد.

از مدت‌ها قبل یک دوز بنزاتین پنی سیلین یا پروکائین پنی سیلین درمان استاندارد به حساب می‌آید ولی تزریق آنها دردناک است ولی اگر بیمار قبول کند بهترین درمان انتخابی عفونت استرپتوکوکسی است. درمان خوراکی به صورت پنی سیلین ۷ پتاسیم به مقدار ۲۵۰ میلی‌گرم ۳ بار در روز (نه یک یا دو باردر روز) به مدت ۱۰ روز است. اریترومایسین در عفونت میکوپلاسما یا کلامید یا یک داروی جانشینی خوب برای بیمارانی می‌باشد که به پنی سیلین آلرژی دارند. آزیترومایسین به مقدار ۵۰۰ میلی‌گرم، مدت ۳ روز نیز مؤثر است. امروزه برخی سفالوسپورین‌های خوراکی مثل سفیکسیم (Cefixime) را(یک سفالوسپورین

خوراکی نسل سوم) در بعضی موارد مؤثرتر از پنی سیلین V دانسته و داروی انتخابی به حساب می‌آورند. مقدار استعمال سفیکسیم در فازنژیت حاد استرپتوکوکی ۴۰۰ میلی‌گرم یک بار در روز (یک قرص ۴۰۰ میلی‌گرمی) یا ۲۰۰ میلی‌گرم ۲ بار در روز به مدت ۵ تا ۱۰ روز است که در یک مطالعه مقایسه‌ای که بین سفیکسیم و پنی سیلین V در کوتاه مدت به عمل آمد ۹۵٪ از گروه سفیکسیم و ۸۵٪ از گروه پنی سیلین V جواب درمانی قاطع بالینی را نشان دادند و از نظر باکتریولوژیکی نیز این نتایج تأیید شد که شاید علت این امر پایداری سفیکسیم در مقابل بتالاکتاماز باشد. عوارض هر دو دارو کم بوده و گاهی به صورت اختلالات گوارشی (اسهال) بروز می‌کند (1). برای تسکین درد از استامینوفن یا ایبوپرفن و همچنین غرغره سرم فیزیولوژیک استفاده می‌شود و در عده کمی از کودکان با سابقه تب رماتیسمی، مصرف پنی سیلین به صورت پروفیلاکتیک در عفونت‌های استرپتوکوکی حلق لازم است.

عفونت دهانی

عفونت ویروسی دهان مثل التهاب لثه و دهان ناشی از ویروس تب خال در بالغان بیماری شایعی است که اغلب اوقات خفیف و بدون نیاز به درمان در مدت کوتاهی بهبود می‌یابد. ولی در بیماران با اختلال سیستم ایمنی این عفونت ویروسی تب خال ساده اغلب عود کننده و ممکن است شدید باشد. از نظر بالینی ابتدا سوزش و به دنبال آن وزیکول‌های کوچک و مشخصی دیده می‌شود که پاره شده و دلمه تشکیل می‌دهد. داروی انتخابی آن آسایکلویر خوراکی است که به مقدار ۲۰۰ تا ۸۰۰ میلی‌گرم ۵ بار در روز و به مدت ۷-۱۴ روز داده می‌شود که ممکن است درد را بهبود بخشیده و دوره بیماری را کوتاه کند. تشخیص‌های افتراقی این بیماری شامل استوماتیت زخمی، اریتم مولتی فورم، شانکر سیفیلیتیک و سرطان دهان است که لازم است تفکیک شوند. ضایعات ناشی از ویروس کوکساکی را که به صورت زخم‌های خاکستری - سفید رنگ روی لوزه‌ها و کام دهان و لب در بچه‌های کمتر از ۶ سال دیده می‌شود باید مد نظر داشت. البته بیماری‌های سیستمیک نیز می‌توانند باعث ضایعات زخمی یا وزیکولر در دهان شوند مانند زخم‌های عود کننده آفتوزدهان که ممکن است قسمتی از علایم بیماری بهجت باشد. زخم‌های دهانی می‌توانند همراه با بیماری‌های نسج همبند مثل لوپوس اریتماتوزسیستمیک، سندرم ریتر (Reiter) و بیماری کرون و بیماری‌های دیگری مانند اریتم مولتی فورم و پمفیگوس باشند. البته تظاهرات قارچی دهان را که ناشی از بیماری‌های قارچی سیستمیک مانند هیستوپلاسموز و یا سایر بیماری‌ها است نباید از نظر دور داشت.

عفونت حاد گوش میانی

عفونت حاد گوش میانی بیشتر در سنین کودکی قبل از دبستان دیده می‌شود ولی گاهی در بالغان و یا هر سنی ممکن است اتفاق افتد. این عفونت که اغلب باکتریال است به علت پاتوژن‌های راه‌های تنفسی فوقانی تولید می‌شود که در نتیجه باعث تسریع انسداد برای تخلیه گوش می‌شود و علت آن وجود خیز و تجمع مایع می‌باشد. در اشکال چرکی آن عفونت

نه تنها فضای گوش میانی بلکه به داخل سینوس‌های هوایی ماستویید نیز نفوذ پیدا می‌کند. معمول‌ترین پاتوژن‌های مسئول این بیماری چه در کودکان و چه بزرگسالان استرپتوکوکوس پنومونیا، هموفیلوس انفلوانزا، موراکسلاکاتارالیس و استرپتوکوکوس پیوژن می‌باشد. عفونت‌های ویروسی دستگاه تنفسی فوقانی که همراه با سروز، التهاب گوش و مجرای استاش باشد وضعیت را برای عفونت حاد گوش میانی آماده ساخته و یا بیماری را تشدید می‌کند. علایم بیماری با درد گوش، فشار داخل گوش، کاهش شنوایی، سرگیجه و یا وزوز گوش شروع می‌شود که اغلب با تب همراه است. یافته‌های فیزیکی به صورت پرخونی و کاهش حرکت پرده صماخ و یا ندرتاً حبابی در روی پرده صماخ دیده می‌شود و یا مایع در پشت این پرده وجود دارد. در موارد اتیت چرکی ممکن است پرده صماخ سوراخ شده و ناگهان درد بیمار کاهش یابد و به دنبال آن ترشحات چرکی از گوش خارج شود. بیشتر اوقات با درمان مناسب بهبودی پرده صماخ اتفاق می‌افتد ولی اگر پارگی دوام یافت، اتیت مزمن گوش میانی شروع می‌شود. به دنبال اتیت حاد گوش میانی حساسیت ماستویید وجود دارد که به علت حضور چرک در داخل سلول‌های ماستویید است.

درمان

درمان اتیت حاد گوش میانی آنتی‌بیوتیک اختصاصی را طلب می‌کند که به همراه داروهای ضد احتقان مصرف می‌شود. اولین انتخاب آموکسی سیلین ـ کلاولانیک اسید، کوتریموکسازول و یا اریترومایسین است ولی در موارد مقاومت به این آنتی بیوتیک‌ها از سفالوسپورین‌ها استفاده می‌شود که امروز با پیدایش سفیکسیم، یک سفالوسپورین خوراکی نسل سوم که داروی ایدآلی برای این مورد است درمان بهتر انجام می‌گیرد. مقالات متعددی سفیکسیم را با آموکسی سیلین در درمان اتیت حاد مقایسه کرده و آنها را معادل هم خوانده‌اند الا این که چون سفیکیسیم طولانی اثر است و با مصرف یک بار (۴۰۰ میلی‌گرم در بالغان و ۸ میلی‌گرم / کیلوگرم در کودکان) یا ۲ بار در روز (۲۰۰ میلی‌گرم ۲ بار در بالغان و یا ۴ میلی‌گرم / کیلو ۲ بار در کودکان)، بیشتر بیماران پذیرای این نوع فرآورده هستند. مواردی که سفیکسیم را می‌توان جانشین آموکسی سیلین کرد عبارتند از:

۱ ـ حضور بتالاکتاماز ناشی از هموفیلوس انفلوانزا یا موراکسلاکاتارالیس که از چرک گوش بیمار یا از ناحیه تمپانوسنتز جدا کرده باشند.

۲ ـ افرادی که نسبت به پنی سیلین افزایش حساسیت تأخیری نشان دهند ولی نسبت به سفالوسپورین‌ها چنین مسئله‌ای موجود نباشد.

۳ ـ وفور زیاد مقاومت میکربی در جامعه

۴ ـ با درمان آموکسی سیلین بهبودی قابل ملاحظه‌ای به دست نیامده باشد.

۵ ـ مصرف یک بار در روز سفیکسیم مناسب‌تر تشخیص داده شود.

میزان معالجه قطعی اتیت حاد میانی با سفیکسیم حدود ۸۰٪ گزارش شده است که درصد بالایی است. تمپانوسنتز برای باکتری‌های هوازی، غیر هوازی در بیماران با اختلال در سیستم ایمنی که عفونت عود می‌کند

مفید است و یا وقتی چند بار آنتی بیوتیک درمانی انجام شده ولی عفونت دوام داشته باشد. باز کردن پرده صماخ (تمپانوتومی) را برای بیمارانی که درد شدید داشته یا عوارض اتیت (ماستوئیدیت) اتفاق می‌افتد ذخیره می‌کنند.

عفونت‌های تکراری و عود کننده گوش میانی را ممکن است از راه تجویز آنتی بیوتیک درمانی پروفیلاکسی کنترل کرد. عوارض گوش میانی که چندان شایع نیست می‌تواند به صورت عفونت‌های ماستوئید (ماستوئیدیت)، منتژیت باکتریال، آبسه مغزی و آمپیم زیر سخت شامه تظاهر کند.

عفونت مزمن گوش میانی

عموماً عفونت مزمن گوش میانی و ماستوئید نتیجه توسعه اتیت حاد عودکننده گوش میانی است. معذلک این بیماری ممکن است در دنبال سایر بیماری‌ها و ضربه ایجاد شود. سوراخ شدن پرده صماخ معمولاً در این موارد وجود دارد. این عارضه ممکن است با تغییرات مخاطی مثل دژنراسیون پولی پوئید و نسج گرانولاسیون و تغییرات استخوانی همراه باشد.

از نظر باکتریولوژیکی نیز عفونت مزمن گوش میانی با عفونت حاد آن تفاوت دارد. در این بیماری ارگانیسم‌های معمولی شامل پسودومونا آئروژینوزا، خانواده پرتئوس، استافیلوکوک طلایی و مخلوط عفونت‌های هوازی و غیر هوازی دخالت دارند. از نظر علایم بالینی در اتیت مزمن، خروج مواد چرکی از گوش جلب توجه می‌کند که ممکن است مداوم یا متناوب باشد و این علامت در طول عفونت‌های دستگاه تنفسی فوقانی یا در معرض آب قرار گرفتن می‌تواند تشدید یابد. درد شایع نیست باستثنای وقتی که شدت پیدا کند. به علت انهدام پرده صماخ و زنجیر استخوانی هدایت شنوائی از دست می‌رود.

درمان شامل برداشتن ضایعات عفونی، استعمال توپی گوش برای حفاظت گوش در مقابل آب و تجویز قطره آنتی بیوتیک موضعی برای بهبود موارد تشدید یافته بیماری است. برای درمان عفونت پسودومونا آئروژینوزا و خشک کردن ترشح گوش از داروی سیپروفلوکساسین به مقدار ۵۰۰ میلی‌گرم هر ۱۲ ساعت از راه خوراکی به مدت ۱ تا ۶ هفته استفاده می‌شود. کنترل از راه جراحی نیز مورد استعمال دارد. ترمیم پرده صماخ ممکن است با عضله فاسیولاتمپورالیس یا باهوموگرافت ساختمان‌های گوش میانی انجام پذیرد. موفقیت در ترمیم مجدد پرده صماخ تا حد ۹۰٪ موارد می‌رسد که اغلب با رفع عفونت شنوائی شخص بهبود می‌یابد. چنانچه سلول‌های ماستوئید هم در گیر باشند بایستی به عمل ماستوئیدکتومی مبادرت ورزید (۲).

سینوزیت حاد (Acute Sinusitis)

سینوزیت عبارت از عفونت سینوس‌های مملو از هوای اطراف بینی است که ممکن است عفونت‌های ویروسی مجاری فوقانی تنفسی را پیچیده کند. رینیت‌های آلرژیک و ناهنجاری‌های ساختمانی بینی در تخلیه سینوس‌ها دخالت کرده و آنها را برای عفونت آماده می‌سازد. سینوزیت حاد اصولاً ناشی از عوامل پاتوژن راه تنفسی فوقانی بوده که عموماً شامل استرپتوکوک پنومونیا، هموفیلوس انفلوانزا، و موراکسلا

کاتارالیس می‌باشند ولی گاهی آنائروبیک‌ها و استافیلوکوک‌ها نیز در این عفونت شرکت می‌کنند. سینوزیت اغلب در بالغان دیده می‌شود زیرا سینوس‌های اطراف بینی در دهه دوم و سوم زندگی کاملاً توسعه می‌یابند. دوره ابتلاء به عفونت یک سینوزیت حاد ۳ـ۴ هفته است که البته به وضع تشریحی و تخلیه سینوس بستگی دارد. داروهای آنتی‌هیستامینیک و ضد التهاب غیر استروییدی باعث بهبود انسداد راه عبور ترشحات شده و تخلیه سینوس را بهتر می‌کنند. آنتی‌بیوتیک درمانی اغلب بیماران را درمان می‌کند. گاهی اوقات به علت مزمن شدن بیماری و مقاومت به درمان دخالت جراحی را طلب می‌کند. سینوزیت قارچی شایع نیست ولی ممکن است به صورت التهاب مزمن بروز کند و از مهم‌ترین ارگانیسم‌های تولید کننده این نوع سینوزیت آسپرژیلوس می‌باشد ولی ارگانیسم‌های دیگری مانند کاندیدا و پنی سیلیوم نیز ممکن است در این نوع عفونت دخالت داشته باشند. پدیده‌های بدخیمی می‌توانند مزمن شدن عفونت و مقاومت به درمان را ایجاد کنند. در بیماران با اختلال در سیستم ایمنی (ایدز) و یا آنهایی که تحت شیمی درمانی هستند می‌توانند عفوت را به نواحی چشم، دهان و مغز انتشار دهند. سینوزیت را ممکن است از یک بیماری ویروسی راه تنفسی فوقانی بتوان تشخیص افتراقی داد. بیماران مبتلا به سینوزیت حاد از سردرد، ترشحات چرکی بینی، سرفه‌هایی که در روز بیشتر می‌شود، حساسیت و درد در ناحیه سینوس، درد صورت شکایت دارند و در معاینه ترشحات چرکی در قسمت‌های نزدیک به سینوس‌ها جلب توجه می‌کند. رادیوگرافی و CT اسکن به تشخیص کمک می‌کند. کشت ترشحات توسط برداشت یا پونکسیون از سینوس نوع ارگانیسم را معین می‌کند و گاهی هم علت بیماری را نمی‌توان پیدا کرد. عوارض بیماری می‌تواند به صورت مننژیت باکتریال، آبسه مغز یا آمپیم زیر سخت شامه، ترمبوزسینوس کاورنو تظاهر کند.
استئومیلیت، موکوسل (جمع شدن ترشحات در سینوس) بیشتر در سینوزیت پیشانی شایع است که در مورد اخیر درمان جراحی است.

درمان سینوزیت حاد

آنتی بیوتیک درمانی خوراکی در درمان عفونت حاد سینوس‌ها مؤثر است. آموکسی سیلین اولین داروی انتخابی است (بهتر از آمپی سیلین در سینوس نفوذ می‌کند.) ولی در موارد هموفیلوس انفلوانزا و موراکسلاکاتارالیس تولید کننده بتالاکتاماز این آنتی‌بیوتیک کافی نیست. در این موارد از کوتریموکسازول یا آموکسی سیلین به همراه کلاولانات، اریترومایسین همراه با سولفونامید می‌توان استفاده کرد. ولی اخیراً از سفالوسپورین‌های نسل دوم و سوم بیشتر استفاده می‌کنند به‌خصوص از سفیکسیم (Cefixime) به مقدار ۴۰۰ میلی‌گرم یک بار در روز (یک قرص ۴۰۰ میلی گرمی) سود می‌برند. در مورد سینوزیت‌های غیر پیچیده و خفیف برای کنترل بیماران سرپائی از داروهای ضد احتقان (مثل پسودوافدرین ۶۰ تا ۱۲۰ میلی‌گرم ۳ تا ۴ بار در روز). اسپری ضد احتقان بینی (مثل اکسی متازولین ۰/۰۵٪ ۱ تا ۲ اسپری هر ۶ـ۸ ساعت تا ۳ روز) و آنتی بیوتیک خوراکی مناسب به کار می‌برند. آنتی بیوتیک درمانی در سینوزیت بایستی به مدت ۲ هفته ادامه یابد. با

طولانی شدن دوره درمان گاهی اوقات به درمان جلوگیری کننده از عود بیماری احتیاج پیدا می‌شود. تخلیه سینوس یا شستشوی آن موقعی باید اقدام شود که درمان طبی جواب ندهد (۳).

در تمام موارد سینوزیت‌های غیر طبیعی و یا پیچیده بایستی CT اسکن انجام گیرد. همیشه باید به‌خاطر سپرد که سرطان سینوس‌های اطراف بینی نیز در تشخیص افتراقی سینوزیت مطرح گردد. حضور انهدام استخوان‌ها در رادیوگرافی، نوروپاتی اعصاب جمجمه‌ای، درد مداوم، خونریزی از بینی یا طولانی شدن دوره درمان بالینی شک امکان سرطان را بیشتر می‌کند.

سینوزیت مزمن

در سینوزیت مزمن سینوس‌های اطراف بینی پیشنهاد شده است که عوامل موضعی یا عمومی را که سبب تسهیل تداوم عفونت سینوس شده است مورد توجه قرار داد. یک بررسی درباره تغییر شکل بینی، پولیپ یا آدنوئید هیپرترفیک که ممکن است باعث انسداد شده باشند باید انجام داد. یک عفونت دندانی می‌تواند منشأ عفونت سینوس فکی قرار گیرد. در بیماران با اختلال سیستم ایمنی سینوزیت مزمن و عود کننده شایع است. آلرژی و سیستیک فیبروزیس از عوامل مساعد کننده هستند.

علایم بالینی در سینوزیت مزمن متغیر است. اگر تب وجود داشته باشد شدت کمتری دارد. بدحالی، خستگی زود رس، بی اشتهایی از روزی به روز دیگر فرق می‌کند. احتقان و انسداد بینی وجود دارد. ترشحات عقب بینی معمولاً دیده می‌شود. عوارض سینوزیت حاد ممکن است در نوع مزمن هم اتفاق افتد. امکان دارد سینوزیت مزمن با بیماری‌های راه تنفسی تحتانی همراه باشد. سینوزیت مزمن احتمال دارد بیماری آستم را تشدید کند که البته در این بیماران زمینه آلرژی وجود داشته و ائوزینوفیلی محیطی نیز دیده می‌شود.

درمان

علاوه بر پیدا کردن ارگانیسم‌های موجود در سینوزیت حاد، استرپتوکوک آلفاهمولیتیک، استافیلوکوک طلایی و آنائروبیک‌ها را به‌طور شایع در محیط کشت ترشحات می‌توان پیدا کرد.

به‌طور کلی آنتی بیوتیک درمانی مناسب بایستی به مدت ۶ هفته ادامه یابد. آنتی هیستامین‌ها و داروهای ضد احتقان اغلب کمک می‌کنند به‌خصوص اگر بیماری همراه با تظاهرات آلرژیک باشد. اغلب اوقات به علت عدم موفقیت در درمان طبی به جراحی احتیاج پیدا می‌شود. در سیستیک فیبروزیس، انسداد بینی، تغییر شکل بینی بایستی اصلاح شود. در آدنوئیدهیپرترفیک نسوج اضافی باید برداشته شود. به هر حال گاهی درمان سینوزیت مزمن با مشکل مواجه شده و طولانی می‌شود و پاتوژنی مشخصی را هم ارائه نمی‌دهد.

منابع:

1. Block SL; Hanfling MJ; Kumar A. Comparative study of cefixime and Penicillin V for the Treatment of acute streptococcal pharyngitis in children. J. Drug Development 1993; 6: Supp1. 1.
2. Nelson WE; Behrman RE; Kliegman RM and Arvin AM. Textbook of pediatrics. 15th ed. philadelphia. W. B. Saunders Co. 1996, pp: 1187 - 1195; 1814 - 1820.
3. Andreoli TE; Bennett JC; Carpenter CC; Plum F. Cecil Essentials of Medicine. 14th ed. Philadelphia. W.B. Saunders Co. 1997 pp: 693 - 698.