

عفونت‌های دستگاه تنفسی فوقانی

دکتر رضوان فصیح

واحد تحقیقات و توسعه، شرکت داروسازی جابراین حیان

قسمت اخیر باعث اتصال حلق به گوش میانی می‌شود. بخش تحتانی شامل اپی‌گلوت، حنجره نای، برونش‌های اصلی راست و چپ، برونش‌های فرعی‌تر، برونشیول‌ها و ریه‌ها می‌باشد. براساس تقسیم‌بندی فوق، عفونت‌های سیستم تنفسی نیز به دو دسته تقسیم می‌شوند: عفونت‌های تنفسی فوقانی یا upper respiratory tract infection و عفونت‌های تنفسی تحتانی یا lower respiratory tract infection. عفونت‌های تنفسی فوقانی از شایع‌ترین بیماری‌هایی است که انسان با آن درگیر می‌باشد

عفونت‌های تنفسی سالانه باعث مرگ حدود ۴/۵ میلیون کودک در سراسر جهان می‌شوند که بیشتر این مرگ و میرها در کشورهای در حال توسعه روی می‌دهد. امروزه عفونت‌های تنفسی به‌صورت چشمگیری در بین جامعه به‌خصوص کودکان رو به رشد است. براساس طبقه‌بندی سازمان جهانی بهداشت (WHO) دستگاه تنفسی به دو بخش فوقانی و تحتانی تقسیم می‌شود. بخش فوقانی شامل حفره‌های بینی، حلق، سینوس‌های اطراف بینی (Paranasal)، و شیپور اُستاش می‌باشد که

در ایالات متحده سالانه حدود ۱۰۰-۷۵ میلیون ویزیت توسط پزشکان به دلیل مراجعه افراد سرماخورده صورت می‌گیرد و با یک تخمین خوش‌بینانه حدود ۷/۷ میلیارد دلار سالانه هزینه این ویزیت‌ها به بیمار تحمیل می‌گردد. آمریکایی‌ها حدود ۲/۹ میلیارد دلار صرف خرید داروهای OTC نموده و حدود ۴۰۰ میلیون دلار صرف داروهای تجویز شده برای این بیماری می‌نمایند. هم‌چنین در مورد بیش از یک سوم افرادی که توسط پزشک ویزیت می‌گردند، تجویز آنتی‌بیوتیک صورت می‌گیرد که این استفاده بیش از حد آنتی‌بیوتیک مقاومت به آن را در سطح جهان افزایش داده است.

براساس تخمینی که زده شده است حدود ۱۸۹ میلیون روز در مدارس دانش‌آموزان به دلیل سرماخوردگی غیبت نموده و هم‌چنین والدین بچه‌های مبتلا به سرماخوردگی نیز حدود ۱۲۶ میلیون روز کاری را جهت مراقبت از فرزندان بیمار خود از دست می‌دهند. به این ارقام عدد ۱۵ میلیون روز کاری نیز هنگامی که خود کارکنان مبتلا به سرماخوردگی شده‌اند را می‌توان اضافه نمود. بدین ترتیب مشاهده می‌شود که این بیماری چه اثری در اقتصاد و کیفیت زندگی افراد یک جامعه دارد.

□ علائم

علائم شامل: گلودرد، آبریزش و گرفتگی بینی عطسه می‌باشد که گاهی اوقات همراه با قرمزی چشم، درد عضلانی، سرگیجه، ضعف عمومی سردرد، ضعف عضلانی، لرز، بی‌اشتهایی می‌باشد. تب شایع‌ترین علامت آنفولانزا و دیگر

در واقع دسته‌ای از عفونت‌هاست که مناطق فوقانی دستگاه تنفس را درگیر می‌نماید و علت مراجعه هشتاد درصد از کودکان به متخصص اطفال است.

عفونت‌های تنفسی فوقانی در حالت شدید به عفونت‌های تحتانی همچون ذات‌الریه تبدیل می‌شود که در اکثر مواقع نیاز به بستری شدن بیمار دارد.

از مهم‌ترین عفونت‌های فوقانی دستگاه تنفسی می‌توان به مواردی همچون: نازوفارنژیت (سرماخوردگی)، سینوزیت، فارنژیت، تونسیلت لارنژیت اشاره نمود.

■ سرماخوردگی (نازو فارنژیت حاد)

Acute Nasopharyngitis

□ مقدمه

عفونت‌های فوقانی دستگاه تنفسی به‌طور اخص سرماخوردگی از شایع‌ترین بیماری‌های عفونی در میان نوجوانان و بزرگسالان می‌باشد. این بیماری ویروسی واگیردار بوده و افراد به‌طور متوسط سالانه بین دو تا چهار بار به این عفونت‌های تنفسی مبتلا می‌گردند. بچه‌ها در سن دوازده سالگی ۶ تا ۱۰ بار در سال مبتلا به سرماخوردگی می‌شوند. شیوع سرماخوردگی در فصول پاییز و زمستان بالاتر می‌باشند. به هر حال این شیوع ممکن است تا حدی به باز شدن مدارس در اول فصل پاییز نیز مرتبط باشد و هم‌چنین به دلیل این که افراد زمان بیشتری را در فضای بسته سپری می‌نمایند و این مورد شانس انتقال ویروسی را از فردی به فرد دیگر افزایش می‌دهد.

عفونت‌های دستگاه تنفسی فوقانی می‌باشد. ولی در این بیماری زیاد شایع نیست. به هر حال گاهی اوقات حالت لرز و احساس سرمای شدید در افراد مبتلا مشاهده می‌گردد که لزوماً همراه با تب نمی‌باشد. علایم سرماخوردگی معمولاً در طی یک هفته بهبود می‌یابد ولی ممکن است تا سه هفته نیز به طول بیانجامد.

علایم بیماری ممکن است در نوزادان و کودکان زیر سه سال شدیدتر و همراه با تب و کهیر باشد. همچنین سرماخوردگی در سیگاری‌ها شدیدتر بروز می‌نماید.

□ نحوه شروع و پیشرفت بیماری

بعد از تماس اولیه با ویروس، چرخه رپلیکاسیون ویروسی در عرض ۸ تا ۱۲ ساعت شروع می‌شود. علایم می‌تواند اندکی بعد از شروع رپلیکاسیون آغاز شده اما معمولاً علایم ۲ تا ۵ روز بعد از قرارگیری در معرض عفونت شروع می‌گردد. علایم بیماری گاهی اوقات حتی ۱۰ ساعت پس از ابتلا به عفونت نیز آغاز می‌گردد.

□ علل بیماری

علت شایع سرماخوردگی رینوویروس‌ها (Rhinovirus) هستند. حدود ۵۰-۳۰ درصد سرماخوردگی‌ها توسط رینوویروس‌ها ایجاد می‌گردد. دیگر عوامل سرماخوردگی کوروناویروس‌ها (Coronavirus) (۱۵-۱۰ درصد)، ویروس پارا آنفولانزای انسانی (Human parainfluenza virus)، ویروس سنسشیال دستگاه تنفسی انسان (Human respiratory syncytial virus)، آدنو ویروس‌ها (Adenovirus)، انتروویروس‌ها (Enterovirus)، متاپنوموویروس‌ها

(Metapneumovirus) هستند. حدود ۱۵-۵ درصد سرماخوردگی‌ها توسط ویروس‌های آنفولانزا ایجاد می‌شوند و به‌طور کل بیشتر از ۲۰۰ نوع متفاوت از انواع ویروس‌ها می‌توانند موجب سرماخوردگی گردند. مخصوصاً کورونا ویروس‌ها بیشتر در بزرگسالان موجب بروز سرماخوردگی می‌گردند. به‌دلیل وجود انواع متفاوتی از ویروس‌ها و تمایل آن‌ها در ایجاد جهش مداوم تقریباً ایمن‌سازی انسان در مقابل سرماخوردگی غیرممکن است. علل دیگری را نیز در به وجود آمدن سرماخوردگی دخیل دانسته‌اند از جمله:

مطالعات نشان داده است افرادی که کمتر از ۷ ساعت در شبانه روز خواب هستند، سه برابر بیشتر از افراد با خواب کافی بیمار می‌شوند.

■ D

مطالعه‌ای در سال ۲۰۰۹ انجام شد نشان داد که سطوح پایین ویتامین D در بدن میزان ابتلا به سرماخوردگی را افزایش می‌دهد. اگرچه کارایی مصرف ویتامین D در جهت کاهش ابتلا به این بیماری هنوز ثابت نگردیده است.

این امر که هوای سرد و در معرض هوای سرد بودن موجب افزایش بروز سرماخوردگی می‌گردد هنوز اثبات نگردیده است اما یک باور قدیمی هنوز وجود دارد که تماس طولانی‌مدت با هوای سرد یا باران موجب سرماخوردگی می‌گردد. اگرچه سرماخوردگی یک بیماری فصلی است بیشتر در فصل پاییز و زمستان شایع است. اما مطالعاتی وجود دارد که رابطه بین تماس با سرما و افزایش حساسیت به عفونت را رد می‌نماید. بیشتر می‌توان به این مورد استناد نمود که با سرد شدن هوا

با سرما ممکن است کارایی این پروتئین‌ها را کاهش داده و ویروس‌ها شانس بهتری برای استقرار عفونت در بدن پیدا نمایند.

نحوه سرایت سرماخوردگی و دیگر عفونت‌های ویروسی دستگاه تنفسی فوقانی عمدتاً از طریق مخاط یا ترشحات بینی و بزاق فرد آلوده به ویروس مستقیماً توسط عطسه، سرفه و یا از طریق سطوح آلوده می‌باشد.

آلوده شدن به ویروس لزوماً همراه با بروز علائم نمی‌باشد. در مطالعاتی که صورت گرفت از مخاط بینی بعضی از افراد بدون علامت بیماری ویروس جداسازی شده است.

اصلی‌ترین راه ورود ویروس از بینی (Nasopharynx) می‌باشد ولی ورود از طریق مجرای نازو لاکریمال (Nasolacrimal) نیز صورت می‌گیرد. سپس ویروس‌ها از بینی به سمت پشت آن و ناحیه آدنوئید (Adenoid) انتقال می‌یابند. ویروس سپس به رسپتور ICAM-1 اتصال یافته که این رسپتور بر روی سطح سلول‌های ناحیه نازوفارنکس وجود دارد. همچنین تعداد زیادی از گیرنده‌های ویروسی بر روی سلول‌های آدنوئید وجود دارند.

بعد از اتصال به رسپتور، ویروس به داخل سلول برده می‌شود و عفونت آغاز می‌گردد. سرماخوردگی‌های ایجاد شده توسط رینوویروس‌ها معمولاً تخریبی در اپی‌تلیوم بینی ایجاد نمی‌نمایند. رینوویروس‌ها معمولاً موجب تحریک ماکروفاژهای سلول‌های اپی‌تلیال شده که موجب تولید سایتوکین‌ها (Cytokines) شده که همراه با مدیاتورها موجب بروز علائم بیماری می‌شوند.

مدت زمانی که افراد در یک فضای بسته با دیگر افراد به سر می‌برند، افزایش یافته و این احتمال سرایت عفونت را از فردی به فرد دیگر را افزایش می‌دهند.

در مطالعاتی که توسط محققان مرکز سرماخوردگی در دانشگاه کاردیف (Cardiff) انجام دادند، این نظریه مطرح گردید که سرد شدن بیش از حد پاها باعث ایجاد علائم سرماخوردگی می‌گردد.

افرادی که مورد مطالعه قرار گرفتند، ۴ تا ۵ روز بعد از تماس با هوای سرد در تعدادی از آن‌ها علائم سرماخوردگی ایجاد گردید. پس از جمع‌آوری تمام شواهد نتیجه‌گیری شد که بروز علائم سرماخوردگی می‌تواند با سرد شدن بیش از حد پاهای افراد ایجاد گردد. توضیح منطقی در این مورد این است که با سرد شدن بدن به دلیل انقباض رگ‌های خونی در بدن و از جمله در راه‌های تنفسی ممکن است موجب کاهش کارایی سیستم ایمنی بدن گردد.

نظریه دیگری که داده شده است این است که پروتئین‌هایی در پلاسما وجود دارد که نقش کمک‌کننده در اجرای نقش سیستم ایمنی دارند و از پیدایش و استقرار عفونت در بدن جلوگیری می‌نمایند. با کاهش درجه حرارت ممکن است نفوذپذیری بافت نسبت به این پروتئین‌ها از جمله پروتئین C3 کاهش یافته و آن‌ها در پلاسما باقی بمانند. که این پروتئین‌ها می‌توانند به سیستم ایمنی کمک نمایند تا ذرات مهاجم خارجی از جمله ویروس‌ها را نشانه‌گذاری نمایند تا سپس سیستم ایمنی آن‌ها را تخریب نماید. بنابراین، تماس مداوم

سایتوکین‌ها موجب بروز اثرات سیستمیک در بدن شده و مدیاتور برادی‌کینین (Bradykinin) نقش عمده‌ای در ایجاد علائم موضعی از قبیل گلودرد و التهاب بینی دارد.

بیماری سرماخوردگی یک بیماری خود محدود شونده است و سیستم ایمنی فرد به‌طور موثری این عفونت را سرکوب می‌نماید در عرض مدت کوتاهی پاسخ ایمنی بدن آنتی‌بادی‌های خاصی را ایجاد می‌نماید که می‌تواند از انتشار ویروسی جلوگیری نموده و سلول‌های آلوده را از بین ببرد.

به علاوه، به عنوان بخشی از پاسخ سیستم ایمنی، لکوسیت‌ها و ویروس‌ها و سلول‌های آلوده به ویروس را نابود می‌سازند تا از تکثیر ویروسی بیشتر جلوگیری نمایند.

در افرادی که سیستم ایمنی فعال دارند سرماخوردگی معمولاً در عرض ۷ روز برطرف می‌گردد.

□ عفونت‌های ثانویه

در بعضی مواقع سرماخوردگی می‌تواند منجر به عفونت‌های ثانویه از قبیل برونشیت حاد، برونشیت مزمن، پنومونی، اوتیت میدی، گلودرد استرپتوکوکی گردد. افراد با بیماری‌های مزمن ریه از قبیل آسم و COPD مخصوصاً حساس‌تر می‌باشند. سرماخوردگی هم‌چنین باعث تحریک بیشتر بیماری‌هایی از قبیل آسم، آمفیزم و برونشیت مزمن می‌گردد.

□ درمان

سرماخوردگی معمولاً در عرض ۷ تا ۱۰ روز برطرف می‌گردد اما بعضی از علائم تا سه هفته طول می‌کشد.

کارایی استفاده از درمان‌های دارویی یا گیاهی

جهت کوتاه نمودن مدت بیماری اثبات نشده است. درمان‌های پیشنهادی بیشتر به بهبود علائم کمک می‌نمایند. هم‌چنین پیشنهاد شده است که استراحت کافی، نوشیدن مایعات، غرغره با آب نمک و سرم فیزیولوژی استفاده از داروهای ضدسرفه مسکن‌ها و داروهای سرماخوردگی OTC، استفاده از قطره نرمال سالین به برطرف شدن احتقان کمک می‌کند.

درمان‌های دیگری که ممکن است مورد استفاده قرار می‌گیرند: ضد دردها، ضد احتقان‌ها ضدسرفه‌ها و آنتی‌هیستامین‌های نسل اول از قبیل برم فنیرامین، کلروفنیرامین، دیفن هیدرامین و کلماستین (که این داروها میزان ترشحات مخاطی را کاهش داده و در نتیجه آبریزش بینی کمتر می‌گردد). نسل دوم آنتی‌هیستامین‌ها اثر مفیدی در سرماخوردگی ندارند.

استفاده آنتی‌بیوتیک‌ها در این بیماری کارایی ندارد به دلیل این که ویروسی می‌باشد.

در مورد ضدویروس‌ها کارایی آن‌ها در درمان سرماخوردگی هنوز به اثبات نرسیده است.

درمان‌های جانبی نیز برای این بیماری وجود دارد. که اکثریت آن‌ها به دلیل عدم ارایه مدارک علمی به اثبات نرسیده‌اند. به‌عنوان مثال، استفاده از گیاه اکیناسه (Echinacea)، تأثیری در کاهش مدت بیماری دفعات وقوع آن و شدت علائم سرماخوردگی ندارد.

درمان‌های دیگری که در مورد این‌ها نیز اثبات علمی وجود ندارد شامل استفاده از گیاه کالندولا (گل همیشه بهار)، زنجبیل، سیر، مکمل‌های ویتامین C.

□ پیشگیری

بهترین راه پیشگیری از سرماخوردگی شستشوی دست‌ها به صورت مرتب و جلوگیری از تماس دست‌های آلوده با چشم‌ها، بینی دهان و صورت است. صابون‌های ضدباکتری اثر خاصی بر روی ویروس سرماخوردگی ندارد و بیشتر جنبه مکانیکی آن که با شستن دست با آب و صابون ذرات ویروس از روی سطح بدن برداشته می‌شود.

رینوویروس‌ها می‌توانند بیشتر از سه ساعت در خارج از بدن بر روی پوست یا اشیاء زنده بمانند. در سال ۲۰۰۲ مرکز کنترل پیشگیری بیماری‌ها پیشنهاد نمود که ژل‌های دست با پایه الکل روش موثری جهت کاهش ویروس‌های عفونی بر روی دست پرسنل بهداشت و درمان می‌باشد. سرماخوردگی توسط طیف گسترده‌ای از ویروس‌ها به وجود می‌آید که به طور مرتب موتاسیون انجام داده و به سرعت گونه‌های جدیدی از آن‌ها به وجود می‌آیند. بنابراین ایمن‌سازی موفق در این بیماری بسیار دور از ذهن می‌باشد.

دو شرکت Shering-plough و Viropharma یک داروی ضدویروس جدید را طراحی نموده‌اند که در خصوص پیکورناویروس‌ها (picornaviruses) موثر می‌باشند، ویروس‌هایی که اکثر سرماخوردگی‌ها توسط آن‌ها ایجاد می‌گردد. داروی پلکوناریل (Pleconaril) در شکل خوراکی موثر نشان داده شده است. شرکت شرینگ، فرمولاسیون داخل بینی آن نیز طراحی نموده است که عوارض جانبی کمتری نیز دارد.

■ سینوزیت

Sinusitis

سینوزیت یک بیماری التهابی در قسمت سینوس‌های اطراف بینی می‌باشد که ممکن است منشا عفونی داشته باشد و از طریق باکتری قارچ، ویروس یا عوامل آلرژیک و خود ایمن ایجاد می‌شود.

طبقه‌بندی سینوزیت به دو صورت انجام می‌گیرد:

■ براساس جایگاه بیماری

■ براساس مدت بیماری

□ طبقه‌بندی براساس جایگاه بیماری

چندین جفت سینوس پارانازل وجود دارد شامل: سینوس‌های ناحیه فرونتال (frontal)، اتموئید (Ethmoid)، ناحیه گونه‌ها (maxillary) و سینوس‌های اسفنوئید (sphenoid).

۱ - **Maxillary sinusitis** - می‌تواند موجب درد یا فشار در ناحیه ماگزیلاری (گونه) شود هم‌چنین دندان‌درد یا سردرد به وجود آورد.

۲ - **Frontal sinusitis** - می‌تواند موجب درد و یا فشار در ناحیه خود سینوس پیشانی (که در ناحیه پشت و بالای چشم‌ها قرار دارد) گردد و هم‌چنین سردرد ایجاد نماید.

۳ - **Ethmoid sinusitis** - می‌تواند موجب درد یا فشار در بین و پشت چشم‌ها شده و هم‌چنین موجب سردرد گردد.

۴ - **Sphenoid sinusitis** - می‌تواند موجب درد یا فشار پشت چشم‌ها گردد اما معمولاً درد به ناحیه ورتکس (Vertex) سر برمی‌گردد.

نظریات جدید در مورد سینوزیت مشخص نموده

است این بیماری در واقع می‌تواند به شکل علامتی از علایم ایجاد شده توسط بیماری‌های دستگاه تنفسی باشد و همچنین ممکن است در اثر آسم نیز این بیماری ایجاد گردد. به عبارت دیگر، تمام اشکال سینوزیت ممکن است نتیجه یا قسمتی از علایم یک التهاب گسترده در راه‌های هوایی باشد. همچنین ممکن است بعضی از علایم موجود در بیماری‌های راه‌های هوایی نظیر سرفه نیز موجب ایجاد سینوزیت گردد.

□ طبقه‌بندی براساس مدت بیماری

به ۳ دسته حاد (کمتر از ۴ هفته)، تحت حاد (بین ۴ تا ۱۲ هفته) و مزمن (بیشتر از ۱۲ هفته) تقسیم‌بندی می‌شود. هر سه نوع سینوزیت علایم مشابهی دارند، بنابراین، تشخیص آن‌ها مشکل می‌باشد. سینوزیت حاد بسیار شایع می‌باشد. به‌صورت تخمینی ۹۰ درصد بزرگسالان در طول زندگی خود حداقل یک بار سینوزیت داشته‌اند.

معمولاً سینوزیت حاد بعد از یک عفونت اولیه دستگاه تنفسی فوقانی که معمولاً ویروسی هستند اتفاق می‌افتد. اگر عفونت منشا باکتریایی باشد شایع‌ترین گونه‌های ایجادکننده بیماری استرپتوکوک پنومونی (*Streptococcus pneumoniae*)، هموفیلوس آنفولانزا (*Haemophilus influenzae*) مورکسلا کاتارالیس (*Moraxella acatarrhalis*) می‌باشد.

گونه هموفیلوس آنفولانزا در گذشته از عوامل باکتریایی شایع به‌وجود آورنده عفونت‌های سینوسی بود. به هر حال، از هنگام معرفی واکسن Hip به میزان قابل توجهی از شیوع عفونت‌های سینوسی ناشی از هموفیلوس آنفولانزا نوع B کاسته شده

است. امروزه گونه‌های دیگری در نمونه‌های بالینی این بیماری دیده شده است. دیگر عوامل بیماری‌زای باکتریایی شامل استافیلوکوک اورئوس (*Staphylococcus aureus*) و دیگر گونه‌های استرپتوکوک (*Streptococci species*) و باکتری‌های بی‌هوای می‌باشد و با شیوع کمتر باکتری‌های گرم منفی نیز دیده شده‌اند. سینوزیت ویروسی معمولاً حدود ۱۰-۷ روز طول می‌کشد. در حالی که سینوزیت باکتریایی مقاوم‌تر و ماندگارتر است. حدود ۲-۵٪ درصد از سینوزیت‌های ویروسی تبدیل به سینوزیت‌های باکتریایی می‌شوند.

دوره‌های حاد سینوزیت همچنین می‌تواند در اثر تهاجم قارچی باشد. این عفونت‌ها اغلب در افرادی که دیابت یا دیگر بیماری‌های نقص ایمنی دارند دیده می‌شود و می‌تواند خطرناک و مرگ‌آفرین باشد. در دیابت‌های نوع ۱، کتواسیدوز ممکن است موجب سینوزیت توسط *Mucormycosis* گردد. تحریکات شیمیایی نیز همچنین می‌تواند سینوزیت را تحریک نمایند که از شایع‌ترین این مواد شیمیایی، دود سیگار و بخارات ناشی از کلر می‌باشد. همچنین به ندرت سینوزیت در اثر عفونت دندان دیده شده است.

سینوزیت مزمن یک بیماری پیچیده می‌باشد که در آن التهاب مزمن سینوس‌ها وجود دارد. این بیماری به دو گروه جداسازی می‌شود. بیماری سینوزیت با پولیپ و بدون پولیپ. در بیماری سینوزیت مزمن با وجود پولیپ به نام سینوزیت مزمن هایپرپلاستیک (*Chronic hyperplastic sinusitis*) نامیده می‌شود.

علل ایجاد این بیماری به خوبی شناخته شده

نیست. ممکن است به دلیل آلرژی، عوامل محیطی از قبیل گردوغبار و آلودگی، عفونت باکتریایی یا قارچی باشد.

عوامل غیر آلژیک از قبل رینیت وازوموتور (Vasomotor rhinitis) ممکن است منجر به بیماری سینوزیت مزمن گردد.

هم‌چنین غیرطبیعی بودن مجراهای سینوسی و باریک بودن آن‌ها که تخلیه حفره‌های سینوسی را کنترل می‌نماید. هم‌چنین می‌تواند یک عامل به‌وجود آورنده باشد.

ترکیبی از باکتری‌های هوازی و بی‌هوازی شامل استافیلوکوک اورئوس و استافیلوکوک‌های کوآگولاز منفی مشاهده شده‌اند. معمولاً آنتی‌بیوتیک‌ها فواید موقتی داشته‌اند. اگرچه مکانیسم‌های افزایش مقابله با باکتری‌ها برای سینوزیت‌های همراه با پولیپ پیشنهاد می‌شود.

علائم شامل: احتقان بینی، درد صورت، سردرد تب، کسالت، ترشحات مخاطی زرد یا سبز رنگ سرگیجه، سبکی سر، تاری دید، احساس سنگینی ناحیه صورت که با خم نمودن سر تشدید می‌شود. بوی بد دهان از دیگر علائم می‌باشد.

به‌ندرت سینوزیت مزمن ممکن است منجر به فقدان حس بویایی (Anosmia) گردد.

در اندکی از موارد، در سینوزیت ماگزیلاری مزمن، ممکن است از یک باکتریایی عفونت دندان ایجاد شود.

یک مطالعه بسیار جدید و شک‌برانگیز مطرح نموده است که در بیماری سینوزیت مزمن نقش عمده را قارچ‌ها بازی می‌نمایند. قارچ‌ها را در اغلب بیماران که سینوزیت دارند، در حفره‌های بینی و

سینوس‌ها می‌توان یافت نمود اما در مواردی این قارچ‌ها در مجاری افراد سالم نیز دیده می‌شوند. هنوز نامشخص است که اگر قارچ‌ها علت اصلی ایجاد سینوزیت مزمن هستند و چه تفاوتی بین افرادی که بیماری در آن‌ها پیشرفت نموده و کسان دیگری که این بیماری را ندارند، وجود دارد. مطالعاتی که بر روی درمان‌های ضدقارچ برای این بیماران صورت گرفته است نتایج گوناگونی را نشان داده است.

مطالعات اخیر نشان داده است بیشتر از ۹ درصد سردردهای سینوسی در حقیقت میگرن هستند. این سردردهای میگرنی به دلیل فعال شدن اعصاب تری‌ژمینال (Trigeminal) ایجاد می‌شود که هم ناحیه سینوسی و هم قسمت منته‌ها را که در اطراف مغز است، تحت تاثیر قرار می‌دهد. در نتیجه، تعیین مستقیم محل منشأ درد بسیار مشکل است. به علاوه احتقان بینی یک علامت غیرمعمول سردردهای میگرنی است اما بعضی مواقع به علت تحریک اعصاب اتونومیک ممکن است غدد اشکی تحریک شده و آبریزش بینی به‌وجود آید. در یک مطالعه دیگر که انجام شده مشاهده گردیده که بیماران با سردردهای سینوسی به درمان‌های دارویی با تریپتان‌ها (Triptan) پاسخ داده‌اند در صورتی که هنگام درمان آن‌ها با ضداحتقان‌ها یا آنتی‌بیوتیک‌ها پاسخ مناسبی دریافت ننموده بودند.

□ عوامل مستعدکننده بیماری

این عوامل که ممکن است فرد را مستعد ایجاد سینوزیت نماید، شامل: آلرژی‌ها، مشکلات آناتومیکی و ساختاری (مانند انحراف بینی «Deviated septum»، باریک بودن مجاری

سینوسی «Sinus ostia»، پولیپ بینی، افراد حامل ژن سیستیک فیبروزیس «Cystic fibrosis» می‌باشند. البته، مطالعات در مورد افراد حامل ژن هنوز در مرحله آزمایش است. همچنین بیماری‌های دیگر که موجب التهاب در سینوس‌ها گشته و در نتیجه مجاری سینوسی جهت خروج ترشحات را باریک می‌نماید.

□ تشخیص

معمولا سینوزیت به صورت بالینی تشخیص داده می‌شود. تشخیص سینوزیت حاد باکتریایی و ویروسی بسیار مشکل است. اگر طول مدت بیماری کمتر از ۷ روز باشد، ویروسی در نظر گرفته می‌شود و اگر بیشتر از ۷ روز باشد سینوزیت باکتریایی تلقی می‌شود (معمولا ۳۰-۵۰ درصد سینوزیت‌ها باکتریایی می‌باشند). سینوزیت حاد نازوکومیال (Nasocomial) با کمک اسکن CT مشخص می‌گردد.

سینوزیت‌هایی که بیشتر از ۱۲ هفته طول می‌کشد، انجام یک اسکن CT توصیه می‌شود اما برای تایید تشخیص کافی نیست. آندوسکوپی بینی، اسکن CT و علائم بالینی با هم‌دیگر برای تشخیص مورد استفاده قرار می‌گیرند. نمونه بافتی برای انجام آزمایشات هیستولوژی و کشت نیز همچنین می‌تواند کمک‌کننده باشد.

سینوزیت‌های آلرژیک قارچی در افرادی که سابقه آسم همراه با پولیپ بینی دارند، مشاهده شده است. بیوپسی از قسمت‌های مختلف بافتی برای تایید تشخیص بیماری راهکار موثری می‌باشد.

با آندوسکوپی بینی می‌توان راه‌های بینی و سینوس‌ها را مورد بررسی قرار داد. این عملیات کاملا

بدون درد و حدود ۱۰-۵ دقیقه طول می‌کشد.

□ درمان

استفاده از داروهای OTC مانند استامینوفن و ایبوپروفن می‌تواند علائم سینوزیت مانند سردرد فشار در ناحیه صورت، کوفتگی، سستی و درد را بهبود بخشد. شستشوی منظم مجاری بینی توسط سرم فیزیولوژی نیز می‌تواند موثر باشد.

در مورد سینوزیت‌های ویروسی استفاده از آنتی‌بیوتیک هیچ‌گونه تاثیری نمی‌تواند داشته باشد. به هر حال، اگر علائم بیماری طول کشید آموکسی‌سیلین اولین انتخاب منطقی می‌باشد و در مواردی که نسبت به آن مقاومت نشان می‌دهند. استفاده از کوآموکسی کلاو توصیه می‌شود.

فلورکینولون‌ها و دسته‌های جدید آنتی‌بیوتیک‌های ماکرولید از قبیل کلاریترومایسین، داکسی‌سیکلین برای بیمارانی که به پنی‌سیلین‌ها حساسیت دارند تجویز می‌گردد.

با این حال در ۹۰-۶۰ درصد بیماران تجربه بهبود علائم توسط آنتی‌بیوتیک‌ها وجود ندارد.

همچنین در مطالعاتی نشان داده است کورتیکواستروئیدهای بینی بهتر از دارونما نیستند چه به صورت تنها یا همراه با آنتی‌بیوتیک‌ها که مورد استفاده قرار گیرند.

شستشوی مداوم بینی ممکن است در بهبود علائم این بیماری موثر باشد.

بر اساس نظریات اخیر در مورد نقش قارچ‌ها در پیشرفت سینوزیت مزمن استفاده از درمان‌های ضدقارچی نتایجی گوناگون و متناقض را نشان داده است.

درمان‌های جراحی نیز با توجه به یافته‌های

جراحی Cald well-Luc radical antrostomy که در آن سقف دهان باز شده و دیواره تحتانی حفره سینوسی شکافته شده و تمام مخاط آلوده از داخل سینوس ماگزیلاری به مجاری تحتانی و میانی تخلیه گردد.

■ التهاب گلو (فارنژیت)

Pharyngitis

فارنژیت بیماری التهابی در گلو یا حلق است. در بیشتر موارد دردناک بوده و تحت عنوان گلودرد نیز در اصطلاح عمومی شناخته می‌شود. این بیماری موجب بزرگ شدن لوزه‌ها و تورم ناحیه گلو گردیده و به اختلال در بلع و تنفس عادی منجر می‌شود و در بعضی موارد همراه با سرفه یا تب می‌باشد.

در بیشتر موارد علت این بیماری عفونت‌های ویروسی بوده (۶۰-۴۰ درصد) و باقی‌مانده توسط عفونت‌های باکتریایی، قارچی، محرک‌ها مانند آلودگی هوا یا مواد شیمیایی به وجود می‌آیند.

گلو در دسترس‌ترین ناحیه جهت جایگزینی عفونت است. پس از این که فرد مستقیماً در معرض عوامل عفونی در محیط از قبیل باکتری‌ها و ویروس‌ها قرار می‌گیرد، اولین منطقه در دسترس نواحی فوقانی دستگاه تنفسی از جمله حلق است.

■ فارنژیت ویروسی

حدود ۶۰-۴۰ درصد عوامل ایجاد عفونت ویروسی است. ویروس‌های متفاوتی شامل:

□ آدنوویروس‌ها

(Adenovirus)

از شایع‌ترین علل ویروسی هستند. معمولاً تا

متخصص گوش و حلق و بینی ممکن است کاربرد داشته باشد. به هر حال، جراحی تنها در بیمارانی توصیه می‌شود که به درمان‌های دارویی پاسخ مناسبی نداده باشند.

اخیراً پیشرفت‌های جدیدی در درمان سینوزیت در زمینه یک نوع جراحی با نام (FESS) Functional Endoscope Sinus Surgery صورت گرفته که در این جراحی تخلیه سینوس‌ها با برداشتن عوامل انسدادی آناتومیک یا پاتولوژیک مجاری سینوسی به حال طبیعی باز می‌گردند. زیرا که این عوامل موجب مستعد شدن فرد به ابتلا به سینوزیت می‌گردد. این تکنیک جایگزین روش‌های جراحی شده است که در آن قسمتی از صورت یا قسمت داخل دهان شکافته می‌گردید و تخلیه عوامل عفونی از داخل حفره‌های سینوسی صورت می‌گرفت. این تکنیک جدید براساس Caldwell-Luc surgery استوار گردیده است.

دیگر پیشرفتی که اخیراً در درمان سینوزیت طراحی و انجام گردیده است و استفاده از Ballon sinuplasty می‌باشد. این روش مشابه Ballon angioplasty است که برای باز نمودن شریان‌های قلبی استفاده می‌گردد. استفاده از این بالن تلاشی جهت وسعت دادن مجاری حفره‌ای سینوسی با روشی ایمن‌تر و غیرهجومی‌تر می‌باشد. نقش بارز این نوع درمان بیماری‌های سینوسی هنوز مورد شک و شبه است اما به نظر محتمل می‌آید. جهت درمان علایم پایدار و بیماری‌هایی که به درمان‌های دارویی یا FESS جواب نداده است روش‌های جراحی قدیمی‌تر می‌تواند استفاده گردد. به عنوان مثال، برای سینوس‌های ماگزیلاری روش

■ فارنژیت باکتریایی

انواع مختلفی از باکتری‌ها می‌توانند ناحیه گلو را درگیر نمایند. شایع‌ترین آن‌ها استرپتوکوک گروه A است اما به حال دیگر باکتری‌ها شامل کورینه باکتریوم دیپتیره (*Corynebacterium diphtheria*) نایسریا گونورهه (*Neisseria gonorrhoeae*) کلامیدوفیلا پنومونی (*Chlamydia pneumoniae*) و مایکوپلاسما پنومونی (*Mycoplasma pneumoniae*) نیز در این گروه قرار دارند.

□ فارنژیت استرپتوکوکی

شایع‌ترین عامل باکتریایی ایجادکننده فارنژیت است. (۳۰-۱۵ درصد) برخلاف آدنوویروس‌ها علائم این بیماری عمومی بوده و شدت آن از انواع ویروسی بیشتر می‌باشد. به‌طور معمول غدد لنفاوی بزرگ و متورم بوده ناحیه گلو به رنگ قرمز روشن متورم و ملتهب است و در پی آن درد شدیدی در این ناحیه وجود دارد، به‌طوری که صحبت کردن و عمل بلع را در افراد مبتلا بسیار دردناک می‌نماید. بیماران ممکن است تب بالا، سردرد، درد عضلانی (*Myalgia*) و درد مفاصل (*Arthralgia*) داشته باشند. نقاط سفید یا زرد رنگ در ناحیه پشت گلو در معاینه ممکن است دیده شود. این نقاط بر روی لوزه در صورت درگیری این ناحیه نیز دیده می‌شود. معمولاً در بیشتر موارد تشخیص فارنژیت باکتریایی از ویروسی مشکل می‌باشد.

معمولاً سرفه در گلودردهای استرپتوکوکی وجود ندارد. با این حال، در بعضی موارد سرفه خشک (شبهه هنگامی که فرد صدای خود را صاف می‌کند) وجود دارد. به علاوه ممکن است عفونت استرپتوکوکی همراه با عفونت ویروسی باشد که در

حدودی غدد لنفاوی ناحیه گردن بزرگ شده و ناحیه گلو به طور معمول قرمز رنگ نیست، اگرچه بسیار دردناک می‌باشد.

□ اورتومیکسوویریده

(Ortomixoviridae)

این گروه آنفولانزا نیز ایجاد می‌نمایند. عفونت ناگهانی با تب بالا ظهور پیدا می‌کند و سردرد و درد عمومی بدن و گلودرد دیده می‌شود.

□ Epstein-Barr Virus

موجب منونوکلئوز عفونی (*Glandular Fever*) نیز می‌گردد. این ویروس با تورم قابل ملاحظه غدد لنفاوی، لوزه‌های ترشح‌دار با تورم قرمزی مشهود قابل شناسایی است. آزمایش *Heterophile* در صورت وجود شک می‌تواند استفاده شود.

□ Herpes Simplex Virus

می‌تواند زخم‌های دهان و حلق ایجاد نماید که موجب التهاب و درد در ناحیه حلق می‌گردد.

□ ویروس سرخک

(Measles Virus)

این ویروس می‌تواند موجب التهاب در حلق نیز گردد.

□ ویروس‌های سرماخوردگی

نظیر رینوویروس، کوروناویروس، ویروس سنسیشیال تنفسی، ویروس پارآنفلانزا می‌توانند در ناحیه گلو عفونت ایجاد نموده و علائم شبه سرماخوردگی و التهاب و درد شدید در ناحیه گلو به‌وجود آورند.

□ ویروس HIV

در بیماری ایدز اولیه (*Primary HIV*) فارنژیت ممکن است ایجاد گردد.

این صورت سرفه نیز وجود دارد. هم‌چنین گرفتگی بینی به‌ندرت اتفاق می‌افتد و در این موارد باید به عفونت ویروسی شک نمود.

■ عوامل دیگر

□ کاندیدا آلبیکانس

(Candida albicans)

قارچی است که سبب ایجاد برفک در داخل دهان و گلو می‌گردد.

□ فوزوباکتریوم نکروفوروم

(Fusobacterium necrophorum)

فلور طبیعی ناحیه حلقی - دهانی است. پس از بروز عفونت استرپتوکوکی در ناحیه گلو در اطراف لوزه آبه پری تونسیلار ایجاد نموده و می‌تواند منجر به Lemiere syndrome گردد.

■ عوارض ثانویه

پس از ابتلا به فارنژیت احتمال درگیری سیستم ایمنی وجود دارد. مواردی مانند:

□ تب اسکارلت

(Scarlet fever)

این بیماری همراه با راش‌های واضح پوستی می‌باشد. هرچند بعد از سال‌های ۱۹۵۰ میلادی این بیماری به صورت خفیف‌تر دیده شده است. حدس زده می‌شود که این به‌دلیل جهش باکتری است امروزه به این بیماری Scarlatina (تب اسکارلت کوچک) گفته می‌شود.

□ تب روماتیسمی

(Rheumatic fever)

مهم‌ترین عارضه بعد از ابتلا به گلودرد

استرپتوکوکی است که بعدها ممکن است منجر به رماتیسم قلبی شده و دریچه‌های قلب را گرفتار سازد. تجویز آنتی‌بیوتیک می‌تواند احتمال بروز این اختلال‌ها را تا یک سوم کاهش دهد. با این حال باوجود مصرف پایین آنتی‌بیوتیک‌ها در کشورهای توسعه‌یافته، شیوع تب روماتیسمی بسیار کم است. این مورد ممکن است به دلیل تغییرات در فراوانی گونه‌های متفاوت استرپتوکوک‌ها باشد. هم‌چنین عوامل ژنتیکی و محیطی در ابتلا به تب روماتیسمی نقش دارند. به هر حال، در کشورهای جهان سوم هنوز عفونت‌های درمان نشده استرپتوکوکی می‌تواند احتمال بروز روماتیسم قلبی را افزایش دهد.

□ گلومرولونفریت استرپتوکوکی

(Post-streptococcal glomerulonephritis)

یک بیماری التهاب کلیه است که ممکن است بعد از ابتلا به عفونت استرپتوکوکی بروز نماید. هنوز در خصوص این که مصرف آنتی‌بیوتیک می‌تواند خطر بروز این بیماری را کاهش دهد، بحث و اختلاف نظر وجود دارد.

□ سندروم لمیر

(Lemierre's Syndrome)

به‌ندرت ممکن است یک عفونت ثانویه در پشت لوزه‌ها به‌وجود آید که منجر به بیماری خطرناک و مرگ‌آفرین سپتی سمی گردد.

□ از دیگر بیماری‌های خطرناکی که بسیار نادر بوده و تهدیدکننده حیات است و بعد از فارنژیت ممکن است رخ دهد، می‌توان به عفونت در فضای تحت فکی (Submandibular space infec-tion or "Ludwig's Angina")، اپی‌گلوتیت (Epiglottitis) اشاره نمود.

■ دیفتری

این بیماری عفونت دستگاه تنفسی فوقانی بوده و به صورت بالقوه تهدیدکننده حیات می‌باشد که توسط کورینه باکتریوم دیفتریه (*Corynebacterium diphthiae*) ایجاد می‌گردد. با ارایه برنامه واکسیناسیون همگانی کودکان در جوامع توسعه یافته تقریباً ریشه‌کن گردیده است اما هنوز در کشورهای جهان سوم و به صورت فزاینده‌ای در نواحی اروپای شرقی مواردی از آن گزارش می‌گردد. آنتی‌بیوتیک‌ها تنها در مراحل اولیه موثر هستند و بهبودی بسیار کند می‌باشد.

□ درمان

درمان‌ها به دو صورت علامتی و بهبوددهنده انجام می‌شود.

درمان‌های علامتی در جهت کاهش درد و ناراحتی عمل می‌کند. درمان‌های بهبوددهنده کوشش در رفع فارنژیت دارند.

استفاده از آنتی‌بیوتیک‌ها و ضدقارچ‌ها در درمان فارنژیت‌های باکتریایی و قارچی موثر هستند. درمان خاصی در مورد فارنژیت ویروسی ارایه نشده است و در اکثر موارد در عرض چند روز بیماری برطرف می‌گردد.

■ درمان‌های علامتی شامل: مسکن‌ها و ضدالتهاب‌های غیراستروئیدی می‌باشند که در کاهش گلودرد تاثیر دارند.

استروئیدها از جمله دگزامتازون به صورت تجویز تزریقی عضلانی یا خوراکی توصیه می‌گردد. لیدوکائین به صورت ژل خوراکی درد را با بی‌حس نمودن غشا مخاطی در ناحیه گلو بهبود می‌بخشد. ■ درمان‌های بهبوددهنده شامل: آنتی‌بیوتیک‌ها

در موارد باکتریایی از جمله تجویز خوراکی یا تزریقی پنی‌سیلین‌ها و در صورت داشتن حساسیت به پنی‌سیلین اریترومیسین توصیه می‌گردد.

داروهای ضدویروس در مورد فارنژیت ویروسی تنها در بیماران با نقص سیستم ایمنی تجویز می‌شود. در غیر این صورت درمان علامتی صورت گرفته تا دوره بیماری سپری گردد.

■ درمان‌های جانبی شامل گیاهان دارویی از جمله استفاده از ریشه قارچ، اکالیپتوس و بابونه است. در مورد این درمان‌ها از لحاظ علمی دلیلی برای سودمند بودنشان ارایه نگردیده و مدارک زیادی جهت کارایی آن‌ها وجود ندارد. همچنین توصیه می‌شود که جهت درمان فارنژیت استفاده نشوند.

■ التهاب لوزه (تونسیلیت)

Tonsillitis

این التهاب بیماری عفونی است که غالباً اما نه لزوماً موجب گلودرد و تب می‌شود.

تونسیلیت به سه نوع حاد، تحت حاد و مزمن تقسیم‌بندی می‌گردد. نوع حاد می‌تواند باکتریایی یا ویروسی باشد.

التهاب لوزه تحت حاد توسط باکتری‌های اکتینومایسس ایجاد می‌شوند و نوع مزمن آن اگر درمان نشود ممکن است طولانی گردد و عمدتاً توسط باکتری‌ها به وجود می‌آید.

□ علایم

علایم شامل گلودرد شدید (که گاهی ممکن است به صورت درد گوش بروز نماید)، بلع مشکل و دردناک، سرفه خروسکی، سردرد و تب است.

التهاب لوزه با لوزه‌های قرمز و متورم که ممکن است همراه با ترشحات بوده و یک لایه سفیدرنگ (چرک) بر روی سطح آن، شناسایی می‌شود. احتمال بزرگی غدد لنفاوی ناحیه گردن نیز وجود دارد. باکتری‌های موجود در لوزه از مخاط تغذیه نموده و در کریبت‌های لوزه جایگزین شده و بر روی آن لایه سفید مایل به زرد رنگی ایجاد نموده که تحت عنوان Tonsillolith شناخته می‌شود. این لایه بوی خاص شبه سولفور دارد.

□ عوامل

التهاب لوزه می‌تواند توسط استرپتوکوک‌های گروه A ایجاد گردد. التهاب لوزه ویروسی توسط طیف وسیعی از ویروس‌ها به وجود می‌آیند از جمله Epstein-Barr Virus یا Adenovirus. گاهی اوقات این بیماری در اثر عفونت ثانویه توسط اسپیروکت‌ها Spirochaeta و تریپونماها Treponema ایجاد گردیده که در این صورت Vincent's angina یا Plaut-Vincent angina نامیده می‌شود.

اگرچه التهاب لوزه در اثر عوامل عفونی ایجاد می‌شود اما مشخص نیست که علایم تورم در اثر عفونت بوده یا پاسخی از طرف سیستم ایمنی است. گاهی التهاب لوزه در نتیجه پاسخ نابه‌جای سیستم ایمنی به فلور طبیعی ناحیه نازوفارنکس می‌باشد.

□ درمان

درمان شامل کاهنده‌های درد و قرص‌های زیرزبانی (Lozenges) است، اگر التهاب لوزه باکتریایی باشد، آنتی‌بیوتیک از گروه پنی‌سیلین‌ها تجویز می‌گردد و آریترومایسین در صورت حساسیت

به پنی‌سیلین استفاده می‌شود. در بسیاری از موارد درد ناشی از التهاب لوزه توسط تجویز بی‌حس‌کننده‌های موضعی نظیر ژل لیدوکائین خوراکی به طور موقت کاهش می‌یابد. ایبوپروفن و دیگر مسکن‌ها در کاهش درد، تورم و التهاب و در نتیجه بلع آسانتر می‌توانند موثر باشند. طول مدت بیماری تونسیلیت ویروسی بسته به نوع ویروس متغییر است. معمولاً بهبود کامل در عرض یک هفته حاصل می‌گردد. اما در بعضی موارد تا دو هفته نیز طول می‌کشد.

در التهاب لوزه مزمن ممکن است برداشت لوزه (Tonsillectomy) به عنوان درمان انتخابی توصیه گردد.

همچنین غرغره آب نمک گرم می‌تواند درد و تورم را کاهش دهد.

□ عوارض ثانویه التهاب لوزه

در مواردی یک آبسه در قسمت پشت لوزه در هنگام بروز عفونت و معمولاً چند روز بعد از التهاب لوزه ایجاد می‌شود که این حالت آبسه پری تونسیلار ("Peritonsillar abscess or "quinsy") نامیده می‌شود. به ندرت عفونت ممکن است در ناحیه پشت لوزه گسترش یافته و به ورید جوگولار برسد و منجر به سپتی سمی گردد (Lemier's Syndrome).

در موارد مزمن و راجعه (هنگامی که ۷ بار بیماری التهاب لوزه در طول یک سال ایجاد شود یا در یک دوره دو ساله، در هر سال ۵ بار این بیماری به وقوع بپیوندد یا در یک دوره سه ساله در هر سال فرد سه بار مبتلا گردد.) یا در موارد حادی که شدت تورم لوزه‌ها به حدی است که عمل بلع

مختل می‌گردد، برداشت لوزه انتخاب مناسبی به نظر می‌رسد. معمولاً با برداشت لوزه‌ها اختلالی در سیستم ایمنی به‌وجود نیامده و کماکان دیگر اجزای سیستم از بدن محافظت می‌نمایند.

هیپرتروفی یا رشد بیش از حد لوزه‌ها ممکن است موجب خرخر کردن، تنفس دهانی، اختلال خواب، آپنه انسدادی هنگام خواب (Obstructive Sleep Apnea) گردد. در این حالت شخص وقفه تنفسی پیدا می‌نماید و میزان اکسیژن خون ناگهان کاهش یابد. در این شرایط برداشت لوزه بهترین راه درمان می‌باشد.

در موارد بسیار نادری بیماری‌هایی نظیر تب روماتیسمی یا گلودولونفریت رخ می‌دهد. این عوارض در کشورهای پیشرفته بسیار نادر است ولی در جهان سوم یکی از معضلات بارز می‌باشد.

■ التهاب حنجره (لارنژیت)

Laryngitis

این بیماری موجب گرفتگی صدا یا حتی از دست رفتن کامل صدا می‌شود. به دلیل التهاب در تارهای صوتی فرد بروز می‌نماید.

التهاب حنجره به دو صورت حاد و مزمن دیده می‌شود که نوع حاد آن کمتر از چند روز طول می‌کشد. در حالی که نوع مزمن ممکن است تا سه هفته ادامه یابد.

□ عوامل

- ۱ - عفونت‌های ویروسی
- ۲ - عفونت‌های باکتریایی و قارچی
- ۳ - التهاب در اثر استفاده بیش از حد از تارهای

صوتی

۴ - سرفه بیش از حد، سیگار کشیدن و مصرف

بیش از حد الکل

۵ - بیماری رفلاکس مری

۶ - آسیب‌های حنجره

□ علایم

علایم این بیماری متفاوت بوده و بسته به شدت و هم‌چنین علت آن متفاوت است. شایع‌ترین و واضح‌ترین آن اختلال در صحبت کردن که از گرفتگی و خش در صدا تا از دست رفتن کامل توانایی صحبت کردن یا به صورت نجوا صحبت کردن می‌تواند وجود داشته باشد. علایم دیگر شامل:

- گلودی دردناک و خشک
- سرفه که ممکن است یکی از علایم یا خود ایجادکننده التهاب حنجره باشد.

■ اشکال در بلع

■ احساس تورم در ناحیه حنجره

■ علایم سرماخوردگی یا شبه آنفولانزا (که ممکن است خود علت ایجاد التهاب حنجره باشد).

■ تورم غدد لنفاوی در گلو، سینه یا صورت

■ تب

■ اختلال در تنفس (به‌ویژه در کودکان)

■ اشکال در خوردن غذا

□ درمان

درمان التهاب حنجره بسته به عامل به‌وجود آورنده آن متفاوت است. به‌عنوان مثال، التهاب حنجره به دلیل عفونت که علایم خاص خود و درمان خاصی نیز دارد.

را گرفته و بزرگترین علت مرگ و میر کودکان در کشور شناخته شده است.

عفونت‌های تنفسی فوقانی شایع‌ترین نوع عفونت‌های تنفسی، به‌خصوص در اطفال، است. علت مراجعه هشتاد درصد از کودکان به متخصص اطفال می‌باشد.

عفونت‌های تنفسی فوقانی در اکثر موارد یک عفونت ویروسی است که اغلب با سرماخوردگی ساده شروع می‌شود و همزمان با آغاز فصل پاییز و زمستان شدت می‌یابد. حدود هفتاد درصد از عفونت‌های تنفسی از نوع عفونت‌های ویروسی است، در حالی که ۳۰ درصد آن از نوع عفونت‌های چرکی و میکروبی می‌باشد.

عفونت‌های گلو در بسیاری از مواقع در بین کودکان به صورت ابتدایی دیده می‌شود که در صورت پیشروی و تاخیر در درمان آن، به بیماری‌های روماتیسمی تبدیل می‌شود.

عفونت‌های تنفسی فوقانی اغلب در کودکان مهدکودک و خانواده‌های پرجمعیت که در معرض ویروس هستند، بیشتر بروز و ظهور می‌کند. همچنین در حالت شدید به عفونت‌های تحتانی هم‌چون ذات‌الریه تبدیل می‌شود که در اکثر مواقع نیاز به بستری شدن بیمار دارد.

به علت اجرای دستورالعمل جهانی D.R.I و برنامه C.D.D از سوی سازمان جهانی بهداشت در کشورهای در حال توسعه، روند گسترش عفونت‌های تنفسی در کشور بسیار کند شده است. وزارت بهداشت با ارایه این دو برنامه در مراکز درمانی و آموزش آن به بهروزان و کارورزان توانسته است تا حدودی با تشخیص زود هنگام این بیماری

در مواردی که بیماری در نتیجه استفاده بیش از حد از تارهای صوتی به‌وجود می‌آید، علامتی دیگر به جز اختلال در صحبت کردن وجود ندارد.

اگر علت بیماری باکتریایی باشد، استفاده از آنتی‌بیوتیک‌ها همراه یا بدون کورتیکواستروئیدها توصیه می‌گردد. در موارد ویروسی استفاده از کورتیکواستروئیدها و کمتر صحبت کردن توصیه می‌شود. در موارد قارچی استفاده از فلوکونازل (Fluconazole) و غرغره با سرم فیزیولوژی توصیه می‌شود. در صورت وجود آسیب در تارهای صوتی (در اثر جیغ زدن یا سرفه بیش از حد) کمتر صحبت کردن همراه یا بدون کورتیکواستروئیدها توصیه می‌شود.

اگر التهاب حنجره به دلیل رفلاکس مری باشد به بیمار مهارکننده‌های پمپ پروتون (اومپرازول) تجویز می‌گردد.

اگر التهاب حنجره به دلیل آلرژیک و میزان بیش از حد سرفه ایجاد شده، استفاده از آنتی‌هیستامین‌ها و اسپری‌های بینی کورتیکواستروئیدی موثر است.

اگر در بیماری التهاب حنجره، خش‌دار بودن صدا و تنفس صدادار بیشتر از دو هفته طول بکشد ممکن است نشانه بیماری صوتی باشد و باید توسط متخصص پی‌گیری گردد.

■ سخن آخر

امروزه عفونت‌های تنفسی به‌صورت چشمگیری رو به رشد است. عفونت‌های تنفسی، بزرگترین علت مرگ و میر کودکان شناخته شده است. به‌گونه‌ای که هم‌اکنون جای عفونت‌های اسهالی

در سال‌های اخیر، به‌طور موفقیت‌آمیزی عفونت‌های تنفسی را کنترل کند. در بسیاری از مواقع افراد با مشاهده عفونت‌های ویروسی خفیف شروع به خود درمانی با آنتی‌بیوتیک می‌نمایند و بدن را در مقابل این آنتی‌بیوتیک مقاوم می‌کنند که این مساله باعث شده افراد در صورت ابتلا به عفونت‌های میکروبی با آنتی‌بیوتیک‌های معمول درمان نشوند.

منابع

1. Eccles R. Understanding the symptoms of the common cold and influenza. *Lancet Infect Dis* 2005; 5 (11): 718-725.
2. A Survival Guide for Preventing and Treating Influenza and the Common Cold. *Am Lung Assoc* 2005.
3. Stoppler M. 10 Tips to Prevent the Common Cold” (in English). *MedicineNet*. <http://www.medicinenet.com/script/main/art.asp?articlekey=53472>. Retrieved on 2009-05-16.
4. Gwaltney JM. Hayden FG. Understanding Colds. <http://www.commoncold.org/index.htm>. Retrieved on 2007-07-03.
5. Pasty H. Facts about the Common Cold Incubation Period. <http://www.healthguidance.org/entry/6125/1/Facts-about-the-Common-Cold-Incubation-Period.html>. Retrieved on 2007-07-03.

