

過敏性鼻炎

生物體是極精密的上帝傑作，為了保護體內的衡定，不受外來異物入侵，演化了所謂的免疫系統，利用白血球分泌免疫蛋白或吞噬分解外來異物。對人體而言，口腔與鼻腔是人體與外在環境接觸的第一道大門，就像各國機場一樣，必須具有強大的篩檢及免疫的功能，才能免於外來物的入侵；於是附近布滿許多淋巴組織，極易誘發許多免疫反應。由此觀之，經常接受異物的刺激是鼻腔黏膜的習慣之一，發炎原本即為其功能。而免疫功能必須處於平衡狀態，才表示正常，過與不及的反應均為異常；過敏性鼻炎顧名思義乃是鼻黏膜對外來刺激過度敏感所致，學理上的定義指『經由過敏抗體即免疫球蛋白 E 之作用，所引發的鼻黏膜發炎反應，以打噴嚏、鼻癢、鼻塞、流鼻水等症狀表現』。過敏性鼻炎之發生率極高，在全世界各地，統計其盛行率均在全人口 20%到 30%之間，具有遺傳傾向；若父母之一具過敏史者，小孩有三分之一的機會在一生中發作過敏性鼻炎；而父母皆有過敏史，則有三分之二的機會。鼻過敏初發年齡分佈極廣，由小至兩歲至六、七十歲均可能發作，高峰期則約在學齡前後至二、三十歲；目前過敏性鼻炎研究的重點仍在搜尋相關的過敏基因，有些影響人體對異物反應及調控 B 及 T 淋巴球作用的基因，可能是病源所在。過敏性鼻炎的致病機轉可分為兩個階段；首先是激敏期 (sensitizing stage)，意指先讓個體認知過敏原：所謂過敏原是環境中可誘發過敏反應的蛋白質分子，當外在異物經呼吸道進入人體後，組織內的巨噬細胞將異物吞噬並消化成小分子，這些分子經由巨噬細胞轉介給 T 淋巴球，T 淋巴球受激獲知訊息後，可指示 B 淋巴球製造特異免疫球蛋白 E 抗體，此抗體可與抗原密切結合。在免疫功能調控失衡的情形下，特異免疫球蛋白 E 抗體製造過度，可經由血流送至全身各處並黏附於組織中肥大細胞的胞膜上，鼻黏膜正是佈滿肥大細胞的地方，如此即完成了激敏步驟。第二階段 (secondary exposure) 則是當下次相同的蛋白分子侵入時，若肥大細胞的特異免疫球蛋白 E 抗體，經抗原結合形成對偶 (coupling) 的訊息，則肥大細胞被活化，細胞內的次級傳訊分子如 c-AMP 及鈣離子增加，即誘發了原先儲於細胞顆粒內的發炎介質如組織胺釋放，或使細胞膜上製造發炎介質如前列腺素、白三烯素。由於大量且多種的發炎介質釋放產生了不當的過度發炎現象；譬如可使微血管通透度增加，組織形成水腫；可刺激神經末梢產生鼻癢的症狀；可吸引其它白血球，尤其是嗜酸性白血球聚集使發炎加劇，並產生延遲反應；可刺激鼻腔內腺體分泌，形成鼻水增加的現象。患者於是發生打噴嚏、流鼻水、鼻塞典型的立即症狀，一般很快即可緩解；若過敏原的刺激持續，則會產生延遲的發炎反應，目前所知的延遲反應，主要經由被吸引來的嗜酸性白血球釋放出的發炎介質所產生，其影響包括促使鼻黏膜過度反應化 (hyperreactive)，使之對於各類物理或化學性刺激都產生類過敏的症狀；或使

鼻黏膜形成持續發炎及軟組織增生的不可逆變化，形成持續性鼻塞或續發性細菌感染，使單純的過敏更形複雜。

目前已認知的過敏原在國外主要的是花粉及家塵；花粉與四季變化相關，所以過敏症隨季節而變化；在臺灣本島因四季如春且氣候潮濕，所以花粉不會四處飛揚，對其過敏的患者少見。本島最主要的過敏原是所謂的家塵，其成份相當複雜，其中又以肉眼看不到的八腳小生物一蹣為最主要的過敏原來源，它的屍體或排泄物所含的腸道酵素蛋白均是造成過敏的主要成份；因家塵隨四季的變動較小，臨床上常見的是全年型過敏性鼻炎；其他常見的過敏原則有各種黴菌的孢子，貓狗的毛屑，棉花屑，榻榻米屑等，食物中也常有過敏原，但食物成份誘發鼻過敏症的僅有少數。

鼻過敏患者常見的立即症狀是一早起來吸入冷空氣，因溫度的驟變而使敏感的鼻子產生鼻癢、一連串的噴嚏、流鼻水、鼻塞，有些人一開始活動後就好了，有些人則整天重覆不已，甚至竟日鼻塞，或產生鼻息肉、慢性鼻竇炎等；可見過敏症可由極輕微到嚴重合併併發症均可，何時看醫生因人而異，若能一開始即好好控制，則較不會有續發症狀；若過度忽略過敏症，其症狀會累積而積重難返。過敏性鼻炎能根治嗎？這常是患者最關切的問題，但瞭解過敏性鼻炎的機轉後就知道這是無法直接回答的，患者若期待的是像一般上呼吸道感染或良性腫瘤經外科手術切除般的根治，則答案是否定的；但若是按部就班聽從醫囑指示，善用各種方法來應對，則是否能達到完全緩解的情況，答案是肯定的。目前治療的方法約分為三個層次，首先是環境控制，讓接觸過敏原的機會最小；第二為藥物控制，使用各類藥物來反轉已有的發炎過程，使重新回歸原點；第三是免疫治療即減敏療法。環境控制的首要原則當然是減少患者周遭的過敏原，由機轉來看，只要不接觸過敏原則症狀自然緩解，這就是為何許多患者移居外國時，常不藥而癒的理由。當上述三種處置無法有效控制症狀時，表示已有併發症產生，鼻過敏急性發作的症狀，來的快，去得也快；但鼻塞的症狀則會隨時間累積，逐漸使鼻黏膜肥厚而成肥厚性鼻炎，即使用藥也無法解除時，就必須訴諸於進一步的處理。減輕鼻塞的方法，一般原則為減少下鼻甲在鼻腔所佔有的空間，如中醫師使用的草藥燒灼，西醫使用的單極或雙極電燒下鼻甲黏膜表面或黏膜下組織；無論何種方法均有某種程度的效果。若使用草藥燒灼，可能因用量難控制，或事後藥物難以清除，偶可見鼻黏膜過度破壞，導至萎縮性鼻炎者，可謂得不償失。而在西醫耳鼻喉科醫師的培養過程中，這些操作乃是最基本的訓練，出現此種併發症的機會絕少。近幾年科技的發明，將雷射也應用於鼻黏膜燒灼上，其優點在於效果不輸傳統的燒灼法，復原期短，鼻內結痂的情況較輕微；然持續改善的期間仍然有限，故有時須反覆施行多次，才可得滿意的結果。

當上述方法均未達理想控制鼻塞的症狀時，就必須使用手術切除過多的下鼻甲黏膜。此法常合併鼻中隔整形術進行，在門診常有患者問：什麼情況非得施行此種手術不可？首先必須先瞭解此法唯一目的乃是解決鼻塞的症狀，無法治療鼻過敏的致病原因，病患對於手術所能達到的效果必先有所認知；而鼻塞症狀相當主觀，光由

醫師用前鼻鏡觀察，往往無法判斷鼻塞的程度，所幸目前發展超音波鼻腔測定儀，可以客觀的測量兩側鼻腔的空間。總之當病患面臨醫師判定需用手術治療時，必需與醫師充分的討論，以便瞭解手術的適應症、手術預期的結果、麻醉的方法與可能的併發症等，以作為是否接受手術的客觀判定標準。一味拒絕接受手術，有時更會引起嚴重的後果；但完全的倚賴醫師，對於自身即將接受的手術毫無認知，也非正確的態度，畢竟身體髮膚受之父母，要進行整修時，必定謹慎小心。手術的結果雖然針對鼻塞的症狀，但往往其它過敏的症狀也會有某程度的改善，此種現象以合併有氣喘症的患者最為明顯。過敏性鼻炎所導致必須以手術矯正的併發症，尚有鼻息肉、鼻竇炎、漿液性中耳炎等。鼻竇炎手術在晚進十年，已發展為內視鏡手術，乃以更精細的方法，作最小範圍有效的切除發炎的黏膜，且有更佳的預後，乃相當有效的治療方式，是鼻科學的一大進步。在空氣污染日益嚴重的今日，過敏性鼻炎患者的數目也有顯著的成長，雖然此症不會直接危及生命安全，但文明發達的現代人在要求生活品質日亟的前提之下，似乎不應被過敏性鼻炎的症狀所困擾，以目前已有的方法應足以適當的控制症狀而不會影響生活步調，多花點心力別再讓您的鼻子跑了(running nose)。

• 過敏性鼻炎的用藥原則

過敏性鼻炎的致病機轉在於體質上對於過敏原產生過度的反應所造成，而體質是由遺傳而來，無法藉外力輕易改變。在環境因素誘發過敏症狀發生時，可用藥物阻斷症狀，卻無法改變體質，故一旦藥效已過，則過敏症狀可被同樣的過敏原再度誘發。但過敏性鼻炎的治療並非如此悲觀，主要原因是過敏性鼻炎並非致命的毛病，發作時的症狀比起其它的疾病輕微，即使長久不治療仍可與之共存。而所謂治療疾病時常只是控制症狀罷。譬如感冒所用藥物其實均針對症狀而來，真正的痊癒必須靠本身對致病病毒產生特異抗體才可，所以對過敏性鼻炎的治療目標，不應定位於如同治療一般感冒般，冀望痊癒時對於相同之致病原產生永久的免疫力，而應定位於只要使症狀緩解，即如同獲得控制。過敏性鼻炎常用的藥物有四大類：即抗組織胺、交感神經興奮劑、副腎腺皮質素及肥大細胞穩定劑。雖然可用的藥物種類很多，各種劑型也不相同，為了獲得最佳效果仍須因人而異，自行購買藥物治療，有時適得其反。藥物治療方法不難，但真正能執行不懈的患者卻絕無僅有，此乃人之常情。一般在症狀發生時，無論醫師說什麼，病患均唯唯諾諾，謹守醫囑；但症狀一旦改善，所有方法或藥物不知均丟棄何處，這也就是為什麼多數患者始終在反覆的症狀中過日子，而至積重難返。其實以最簡單的藥理學來看，所有藥物想要在體內達到穩定有效的劑量，至少需要四個半衰期的時間，也就是至少服用四次後，體內的劑量才穩定。而目前在門診看病取藥，一般以兩天的藥為常規；通常患者服完藥物後感覺症狀稍有改善，也不願再回門診取藥，在體內的藥物立刻消退，症狀也隨之發生。較嚴重的患者，如以此法服藥，將有一半的日子服藥，而另一半的日子在症狀中度

過。筆者認為正確的藥物控制法，可有三項原則：1、持續服藥：為了有適當的體內劑量，必定要連續服用藥物，這如同許多慢性疾病一樣，如內科的高血壓、糖尿病、或耳鼻喉科的漿液性中耳炎，均有低劑量長期服藥的原則；而過敏性鼻炎如前所述應屬此類疾患，在正確選擇了藥物後，至少服用兩星期，而後依症狀的改善為參考，逐漸減低藥量，甚或停藥。一般而言，過敏性鼻炎症狀在季節變換時較嚴重，建議患者在秋季氣溫尚未降低時開始控制，度過秋冬之交後，依次減藥，既可避免症狀，且減少服藥的時間。2、合併用藥：長期使用抗組織胺，易引起抗藥性，所以可用藥物合併使用的方法，增強藥效，且減低抗藥性發生的情形。3、配合不同劑型的藥物：口服藥物易使患者產生倦怠，而排斥服藥，適當的交錯使用噴鼻劑，既可維持藥效，又可減少患者的厭惡感。總之以藥物控制過敏性鼻炎乃最簡單有效的方法，至於服藥須至何種地步，端視患者的嚴重程度及合作度而異。藥物除口服及噴劑外，尚有鼻內注射的方法；乃將副腎腺皮質素注射下鼻甲前端黏膜下，藥物可經由局部緩慢吸收而維持一段期間的藥效。此法所得效果與口服並無不同，然維持藥效的時間比口服稍長，長期反覆的使用，會出現系統性的副作用，不可不慎。

- **為何過敏性鼻炎患者易打鼾**

睡眠時，當上呼吸道因各種原因部分阻塞，會導致軟顎或下咽黏膜振動形成打鼾的現象，若阻塞的情形嚴重更可造成睡眠呼吸中止症候群，而影響日常的生活。過敏性鼻炎患者因鼻黏膜發炎腫脹，比較容易發生上呼吸道阻塞，經常張口呼吸，也因為鼻塞，故睡眠時常有打鼾的現象。