

惱人的過敏性鼻炎

家庭醫學部 鄭博仁醫師/吳彬源醫師

前言

「啊~啾~~」你是否也是這樣，一到了冬天就一直打噴嚏、流鼻水？2010年從健保資料庫抽樣 99 萬人的研究論文發現，台灣在 2000 年到 2007 年間因過敏性鼻炎就醫的比例高達 26.3%(1)。歐美的研究也發現，在美國及其他工業化國家，過敏性鼻炎的盛行率大多落在 10%~30%之間(2-3)。而更甚者，美國的統計指出，2005 年美國花費在過敏性鼻炎及相關共病症上的照護費用，可高達 112 億美元之譜(4)。

成因

過敏性鼻炎的原因目前認為跟身體產生的免疫球蛋白(IgE)有關。當身體暴露於過敏原後，會產生針對該種過敏原特定的免疫球蛋白，並儲存在如肥大細胞或嗜鹼性白血球等發炎細胞中。當下次再遇到相同的過敏原時，儲存的免疫球蛋白會被迅速地釋出到細胞表面，引發後續一連串的細胞反應，其中最重要的是一種叫「組織胺」的物質的釋出，而造成鼻炎的症狀(5)。常見的過敏原如塵蟎、寵物皮屑、昆蟲、植物、花粉和黴菌等等。空氣汙染物亦能誘發或加重鼻炎症狀，常見的空氣汙染物如香菸、汽機車廢氣等。

症狀

鼻子癢、打噴嚏、鼻塞、流鼻水等是過敏性鼻炎常見的症狀，另外如鼻涕倒流、咳嗽、容易疲累等也相當常見，但有時可能被忽略。幼兒、兒童可能因為不會表達不舒服而顯得焦躁不安，同時，他們可能以反覆地吸鼻子、揉鼻子、咳嗽、清喉嚨、甚至以扭動鼻子之類的怪異表情或用舌頭摩擦上顎發出怪聲來緩解鼻、咽不適。鼻腔長期的發炎也會導致淋巴液回流不順，造成黑眼圈的現象。

另外，過敏性鼻炎常合併過敏性結膜炎的發生，而會以眼睛紅、癢、流眼淚等症狀表現。其他常見的合併症如鼻息肉、氣喘、中耳炎等。

診斷

過敏性鼻炎通常是依據病史、症狀及身體理學檢查而做的臨床診斷。血清、皮膚過敏原測試或影像學檢查通常只用於排除特殊情況，例如難以控制的症狀、不明確的過敏原等，可以做血清或皮膚過敏原測試；懷疑有慢性鼻竇炎、其他解剖結構(單側鼻塞)、或有顏面外傷病史者，可執行影像學檢查。

台灣兒童過敏氣喘免疫及風溼病學會出版之台灣過敏性鼻炎診療指引提供的問卷，可協助醫師鑑別診斷過敏性鼻炎(表一)(6)。

問題	回答	
1、是否有以下症狀	問題 1 中若有任一回答為是，則必須考慮過敏性鼻炎以外的診斷	
只有單側鼻腔有症狀	是	否
鼻子有綠色或黃色膿鼻涕	是	否
黏稠鼻涕倒流(至喉嚨)和/或無涕前流	是	否
顏面疼痛	是	否
反覆流鼻血	是	否
喪失嗅覺	是	否
2、大多數的日子裡至少有一小時有下列任何一種症狀(或季節性過敏病人在花粉季節裡大多數的日子裡有下列任何一種症狀)		

問題	回答	
流水樣鼻涕	是	否
打噴嚏，尤其是強烈陣發性的	是	否
鼻塞	是	否
鼻子癢	是	否
結膜炎(眼睛紅、癢)	是	否

表一、過敏性鼻炎問卷(引用自台灣過敏性鼻炎診療指引，2011)

預防鼻炎發作

「預防勝於治療」，針對過敏性鼻炎，預防暴露於過敏原才是治本之道。審慎辨視居家過敏原(塵蟎、黴菌、寵物毛髮等)並盡量移除過敏原；並且避免接觸空氣汙染物(如香菸尼古丁)。如此才能從根本減少過敏性鼻炎發作的機會。

藥物治療

藥物治療的目標在於減少鼻黏膜發炎反應。鼻腔內類固醇噴劑為研究中最有效的單一藥物選擇，對鼻塞、流鼻水、打噴嚏、鼻子癢、鼻涕倒流等都具有療效(7)；在建議劑量下，類固醇製劑的副作用相當少，唯在急性症狀發作時，類固醇噴劑需4~5天才能達到藥效高峰，故可能需短暫搭配口服H1抗組織胺使用。對於持續有鼻炎症狀的患者而言，長期的維持用藥亦以鼻腔內類固醇噴劑效果最佳(6)。然而，口服類固醇只建議在症狀嚴重、無法控制的患者身上，可短期地使用。

其他常見藥物則有口服H1抗組織胺、鼻內H1抗組織胺噴劑、白三烯調節劑等。口服H1抗組織胺效果亦佳，但較不能緩解鼻塞症狀，必要時需搭配抗鼻充血劑(鼻內/口服)短期使用。鼻內H1抗組織胺噴劑藥效快，合適急性症狀發作時使用，但味道可能苦苦的，並可能有些微鎮靜副作用。白三烯調節劑的藥效則不如鼻腔內類固醇噴劑，除非患者無法忍受使用鼻腔內噴劑或合併有氣喘、過敏性結膜炎等，否則仍建議優先使用鼻腔內類固醇噴劑。

結論

過敏性鼻炎為一種相當惱人的疾病，不僅嚴重影響患者的生活品質甚至工作、學習，也造成大量的醫療花費。然而，過敏性鼻炎是可以妥善控制的，只要在生活中做好預防工作，就可以大大減少鼻炎發作的機會，並且配合適度的藥物輔助，讓過敏性鼻炎患者不用再「一把鼻涕、一把眼淚」地過日子。

參考資料

1. Hwang CY et al. Prevalence of atopic dermatitis, allergic rhinitis and asthma in Taiwan: a national study 2000 to 2007. *Acta Derm Venereol.* 2010 Nov;90(6):589-94.
2. US Department of Health and Human Services. Agency for Healthcare Research and Quality. Management of allergic and nonallergic rhinitis. May 2002. AHQR publication 02:E023, Boston, MA. Summary, Evidence Report/Technology Assessment: No 54.
3. Singh K, Axelrod S et al. The epidemiology of ocular and nasal allergy in the United States, 1988-1994. *J Allergy Clin Immunol.* 2010;126(4):778.
4. Soni A. Allergic rhinitis: trends in use and expenditures, 2000 to 2005. Statistical Brief #204, Agency for Healthcare Research and Quality; Bethesda, MD 2008.
5. Richard D deShazo, Stephen F Kemp. Pathogenesis of allergic rhinitis (rhinosinusitis). Uptodate. Jul 31, 2014.
6. 王志堯. 台灣過敏性鼻炎診療指引. 台灣兒童過敏氣喘免疫及風溼病學會. 2011.
7. Weiner JM et al. Intranasal corticosteroids versus oral H1 receptor antagonists in allergic rhinitis: systematic review of randomised controlled trials. *BMJ.* 1998;317(7173):1624.



鄭博仁 醫師

學歷

國立陽明大學醫學系畢業

經歷

台北榮民總醫院 實習醫師

台北馬偕紀念醫院 一般不分科住院醫師

台北榮民總醫院 家庭醫學部 住院醫師