د.سليمان دوبا

المحاضرة الخامسة: تدبير المشاكل التنفسية في صيدلية المجتمع 2:

القسم الثاني: المشاكل الأنفية:

1. التهاب الجيوب الأنفية (Sinusitis)

التصنيف الزمني:

- حاد (أقل من 4 أسابيع)
- تحت الحاد (4-12 أسبوع)
- مزمن (أكثر من 12 أسبوع)

العلاج التحفظي:

- الغسول الأنفي الملحي: منتظم
- الكورتيكوستيروئيدات الأنفية: فلوتيكازون، موميتازون: في الالتهاب الحاد أو تحت الحاد: لعدة أسابيع حسب الحاجة. في المزمن: ممكن أشهر حسب وصف الطبيب، لأنها علاج طويل المدى.
- مضادات الاحتقان: فينيل ايفرين (بحذر) • بخّاخ أنفي: لا يتجاوز 3 أيام لتجنب حالة ارتدادية أسوأ. الأقراص الفموية: عادة من 3 - 7 أيام فقط، وبحذر عند مرضى الضغط والقلب.
- المضادات الحيوية (عند العدوى البكتيرية)

علامات ترجّح إن الالتهاب تحول الى بكتيري بدلا عن الفيروسي:
– أعراض أصبحت أسوأ بعد التحسّن خلال 5–7 أيام.
– حرارة عالية ثابتة (حوالي 39) مع إفرازات أنفية صديدية لأكثر من 3 أيام.
– استمرار الأعراض أكثر من 10 أيام دون أي تحسّن.
– ألم شديد بالوجه أو الأسنان العلوية بشكل واضح ومركز.

2. الحساسية الأنفية (Allergic Rhinitis)

الحساسية الأنفية (Allergic Rhinitis) تُعدّ من أكثر الاضطرابات التحسسية شيوعًا في الرعاية الأولية وصيدلة المجتمع، وتنتج عن استجابة مناعية مفرطة تجاه مواد بيئية غير ضارّة عادة، مثل غبار الطلع، العثّ المنزلي، وبر الحيوانات، أو العفن. الآلية الأساسية تقوم على ارتباط المُسبّب التحسسي بالأجسام المضادة من نوع IgE الموجودة على سطح الخلايا البدينة، مما يؤدي إلى إفراز الهيستامين ووسائط التهابية أخرى، فينشأ الاحتقان، والعطاس، والإفراز الأنفي، والحكة في الأنف والعينين.

يُقسَّم المرض سريريًا إلى نوعين رئيسيين: موسمي يرتبط بفترات انتشار غبار الطلع، ودائم مرتبط بمسبّبات موجودة طوال العام. قد يكون التصنيف أيضًا وفق شدة الأعراض إلى خفيف، أو متوسط إلى شديد، مع تقييم تأثيرها على النوم، والتركيز، والنشاط اليومي. معرفة هذا التصنيف ضرورية لأنها تحدد الخطة العلاجية المناسبة وحاجة المريض إلى المتابعة.

يتضمن التشخيص مزيجًا من التاريخ المرضي والفحص السريري، مع التركيز على نمط الأعراض وارتباطها بالمحفزات. الفحص قد يُظهر مخاطًا مائيًا، وتورّم القرينات الأنفية، وملامح تُسمّى "قناع الحساسية" لدى البعض مثل الهالات الداكنة تحت العينين. في الحالات التي تتطلب توكيدًا، تُستخدم اختبارات الحساسية الجلدية أو قياس IgE النوعي في الدم، مع الانتباه إلى أن نتائج المختبر لا تكفي دون السياق السريري.

العلاج يرتكز على ثلاثة محاور رئيسية:

- المحور الأول هو التخفيف من التعرّض للمحفزات، ويشمل تحسين تهوية المنزل، غسل أغطية السرير بالماء الساخن للتقليل من العثّ.
- المحور الثاني هو العلاج الدوائي:
  - الخط العلاجي الأول هي مضادات الهيستامين من الجيل الثاني (لوراتادين 10 مغ يومياً، سيتريزين 10 مغ يومياً، فيكسوفينادين 180 مغ يومياً) تُستخدم لتخفيف العطاس والحكة وسيلان الأنف، وتمتاز بغياب التأثيرات المركنة الشائعة في الجيل الأول.
  - الخط العلاجي الثاني تعتبر الكورتيكوستيرويدات الأنفية (بيكوناز، فليكسوناز، نازونكس) حجر الأساس بسبب فعاليتها العالية في السيطرة على الالتهاب الأنفي، مع أمان جيد عند الاستخدام الطويل.
  - يمكن اللجوء إلى مضادات الاحتقان لفترات قصيرة، مع تجنّب الاستخدام المديد للبخاخات بسبب خطر الاحتقان الارتدادي.
- المحور الثالث هو المعالجة المناعية، سواء كانت عبر الحقن أو عبر الأقراص تحت اللسان، وهي خيار فعّال للمرضى الذين لا يحققون سيطرة كافية بالأدوية أو لا يستطيعون تجنّب المحفّزات. تعمل هذه المعالجة على تعديل الاستجابة المناعية تدريجيًا وتُقلّل من الحاجة إلى الأدوية على المدى الطويل.

المعالجة المناعية للتحسّس الأنفي هي أسلوب علاجي يعرّض الجهاز المناعي لكميات صغيرة ومدروسة من المُحسِّس، بهدف "تعلّم" الجسم عدم المبالغة في ردّ الفعل. النتيجة تكون تخفيف الحساسية على المدى الطويل.

هناك شكلان رئيسيان:

1. العلاج المناعي بالحقن (Subcutaneous Immunotherapy – SCIT)

هذا هو الشكل الكلاسيكي. تُعطى الحقن في العيادة على مراحل:

مرحلة بناء الجرعة تدريجيًا، ثم مرحلة المحافظة (عادة كل 4–6 أسابيع).

الأمثلة تشمل:

– مستحضرات لقاح غبار الطلع.

– لقاحات عثّ الغبار المنزلي.

– لقاحات وبر الحيوانات.

2. العلاج المناعي تحت اللسان (Sublingual Immunotherapy – SLIT)

يؤخذ بشكل مضغوطات أو قطرات تُوضع تحت اللسان يوميًا. مناسب للمرضى الذين يريدون علاجًا منزليًا.

الأمثلة المتوفرة دوليًا وتشمل مواد مشرّعة علميًا:

– مضغوطات عثّ الغبار

– مضغوطات غبار الطلع

غالبًا ما يرتبط التهاب الأنف التحسسي باضطرابات أخرى مثل الربو والتهاب الملتحمة التحسسي، ولذلك يُنظَر إليه كجزء من "السلسلة التحسسية".

في سياق صيدلة المجتمع، يُعدّ التوعية بالاستخدام الصحيح لبخاخات الأنف، ومتابعة التزام المريض بالعلاج، والانتباه للتداخلات الدوائية المحتملة، من أهم عناصر الرعاية.

ملاحظة: معدِّلات الليكوترايين مثل مونتيلوكاست تلعب دورًا محدودًا لكن مفيدًا أحيانًا في التهاب الأنف التحسّسي. الليكوترايينات هي مواد التهابية تطلقها الخلايا المناعية وتساهم في الاحتقان والبلغم وتشنّج القصبات. مونتيلوكاست يثبّط مستقبلات الليكوترينات، فيُخفّف جزءًا من السلسلة الالتهابية. فعاليته في الحساسية الأنفية ليست بقوّة بخّاخات الكورتيكوستيرويد الأنفي، ولا تتفوّق على مضادات الهيستامين من الجيل الثاني. لكنه يصبح خيارًا معتبرًا عندما تجتمع الحساسية الأنفية مع الربو، لأن الربو يستجيب له بشكل أوضح. يُؤخذ عادة مرة واحدة يوميًا مساءً. الأمان الدوائي جيد، لكن توجد إشارات نادرة تتعلق بآثار نفسية عصبية عند بعض المرضى (مثل تغيّرات في المزاج أو النوم)، لذلك يُنصَح بمراقبة أي تبدّلات غير معتادة. وجوده ضمن الخطة العلاجية يعتمد على السياق: إذا كان المريض لا يستجيب لبخّاخ الكورتيزون وحده، أو عند وجود ربو مرافق، يصبح مونتيلوكاست دواء إضافي معقول في السيطرة على التحسّس.

القسم الثالث: أمراض البرد والزكام (Common Cold & Upper Respiratory Tract Infections)

أولاً: المقدمة

تُعد أمراض البرد والزكام من أكثر الحالات التي تواجه الصيدلي المجتمعي يومياً، وتشكل السبب الأول لاستخدام الأدوية دون وصفة طبية (OTC). ورغم كونها أمراضاً فيروسية ذاتية الشفاء في الغالب، إلا أن سوء فهم آليتها يؤدي إلى الاستخدام غير الرشيد للمضادات الحيوية، مما يسهم في تفاقم مشكلة المقاومة الجرثومية.

فهم الآليات المرضية (Pathophysiology) والمظاهر السريرية بدقة هو الأساس لاختيار العلاج المناسب وتقديم المشورة الصيدلانية السليمة.

ثانياً: التعريف والتمييز

البرد (Common Cold): عدوى فيروسية حادة تصيب الطرق التنفسية العليا (الأنف، البلعوم، الجيوب الأنفية)، ذات طبيعة خفيفة إلى متوسطة، تدوم عادة من 5 إلى 10 أيام.

الزكام (Rhinitis / Nasal Catarrh): هو أحد المظاهر الرئيسية للبرد، يتمثل باحتقان الأنف وسيلانه، وغالباً ما يكون ناجماً عن تفاعل التهابي في الأغشية المخاطية.

الإنفلونزا (Influenza): مرض فيروسي أشد حدة، يترافق مع حمى مرتفعة، آلام عضلية، وإرهاق شديد. يجب على الصيدلي تمييزها عن الزكام لأنها تحتاج لتدبير مختلف.

ثالثاً: المسببات (Etiology)

1. الفيروسات المسببة الشائعة:

Rhinoviruses (حوالي 50% من الحالات): أكثر المسببات شيوعاً، تنمو في درجات حرارة منخفضة نسبياً (33–35°C) كما في جو الأنف.

Coronaviruses: كانت من مسببات الزكام الشائعة قبل جائحة SARS-CoV-2.

Adenoviruses, Parainfluenza viruses, Respiratory Syncytial Virus (RSV).

2. آلية الانتقال:

- عبر القطيرات التنفسية الناتجة عن السعال أو العطاس.

- عبر الملامسة المباشرة للأسطح الملوثة ثم لمس الأنف أو الفم.
- الفيروسات غير مستقرة في الهواء، لكن يمكن أن تبقى على الأسطح لساعات.

رابعاً: الآلية المرضية (Pathophysiology)

- الطور الالتصاقي (Attachment phase): الفيروس يرتبط بالمستقبلات على الخلايا الظهارية الأنفية.
- الطور التكاثري (Replication): يحدث تدمير جزئي للخلايا المخاطية، مما يحرّض الاستجابة الالتهابية.
- الاستجابة المناعية: تنشيط إفراز السيتوكينات مثل IL-1، IL-6، TNF-α.
- زيادة نفوذية الأوعية الشعرية بالتالي احتقان الأنف.
- زيادة الإفراز المخاطي بالتالي سيلان الأنف.
- تحفيز النهايات العصبية بالتالي العطاس، الحكة الأنفية.

النتيجة النهائية: معظم الأعراض ليست بسبب الفيروس نفسه، بل نتيجة الاستجابة المناعية المحلية.

خامساً: المظاهر السريرية (Clinical Presentation)

تبدأ أعراض البرد عادةً بعد يوم إلى ثلاثة أيام من التعرض للفيروس، وتظهر تدريجياً. أول الأعراض غالباً هو التهاب الحلق، ويكون بسيطاً إلى متوسط الشدة، ناتجاً عن التهيج الموضعي للغشاء المخاطي في البلعوم نتيجة الاستجابة الالتهابية المبكرة. بعد ذلك يظهر العطاس المتكرر، وهو من السمات المميزة للبرد، وينجم عن تحفيز النهايات العصبية الحسية في الممرات الأنفية.

يتطور المرض لاحقاً إلى احتقان وسيلان في الأنف نتيجة توسع الأوعية الشعرية وزيادة الإفراز المخاطي في الأغشية الأنفية. في بعض الحالات، يشكو المريض من صداع خفيف أو إحساس بثقل في الرأس بسبب احتقان الجيوب الأنفية.

قد ترافق الأعراض آلام عضلية خفيفة أو تعب عام، وتكون الحمى نادرة عند البالغين لكنها أكثر شيوعاً عند الأطفال، وغالباً ما تكون منخفضة الدرجة.

في الأيام الأخيرة، يصبح السعال أكثر وضوحاً، وغالباً يكون جافاً في البداية ثم قد يتحول إلى سعال منتج نتيجة تهيج البلعوم أو زيادة الإفرازات المخاطية.

تبلغ الأعراض ذروتها عادة خلال اليومين الثاني إلى الرابع من المرض، ثم تبدأ بالتحسن التدريجي خلال أسبوع واحد تقريباً، مع عودة تدريجية لوظيفة الأنف والتنفس الطبيعي. معظم الحالات تشفى تلقائياً دون مضاعفات، ما لم تحدث عدوى بكتيرية ثانوية.

سادساً: التشخيص والتفريق بين أمراض البرد وغيرها

يعتمد تشخيص البرد والزكام في الممارسة الصيدلانية على الصورة السريرية فقط، إذ لا حاجة عادة إلى فحوص مخبرية. يتميز البرد ببدء تدريجي للأعراض مع احتقان وسيلان في الأنف وعطاس وسعال خفيف، وتستمر الأعراض عادة من خمسة إلى عشرة أيام دون حمى مرتفعة.

أما الإنفلونزا فتختلف بوضوح من حيث الحدة؛ فهي تبدأ فجأة وبصورة أشد، وترافق مع حمى مرتفعة وآلام عضلية شديدة وتعب عام واضح، بينما تكون أعراض الأنف أقل بروزاً.

وفي المقابل، يشير ألم الوجه مع إحساس بالامتلاء وضغط في الرأس إلى احتمال وجود التهاب في الجيوب الأنفية، خاصة إذا استمرت الأعراض أكثر من عشرة أيام أو ازدادت سوءاً بعد تحسن أولي.

أما التهاب الحلق الجرثومي (مثل التهاب اللوزتين بالعقديات) فيترافق عادة بارتفاع حرارة واضح وألم شديد عند البلع دون أعراض أنفية.

ويجب أيضاً تمييز البرد عن حساسية الأنف، التي تتصف بعطاس متكرر وشديد، وحكة في الأنف والعينين، مع غياب الحمى والتعب العام، وتكون عادة موسمية أو مرتبطة بالتعرض لمحفز محدد.

بناءً على هذا التقييم التفريقي، يستطيع الصيدلي تحديد ما إذا كانت الحالة فيروسية بسيطة يمكن تدبيرها دوائياً في الصيدلية، أو تتطلب إحالة الطبيب لتقييم أوسع أو معالجة نوعية.

سابعاً: التدبير الدوائي في صيدلية المجتمع

1. العلاج غير الدوائي (Nondrug Measures):

- الراحة وشرب السوائل الدافئة بكثرة.
- استخدام مرطبات الجو (Humidifiers).
- محاليل ملحية أنفية لتخفيف الاحتقان.
- الغرغرة بالماء الدافئ والملح لالتهاب الحلق.
- تجنب التدخين أو استنشاق الروائح القوية.

2. العلاج الدوائي (Pharmacological Management):

أ. مضادات الاحتقان (Decongestants):

*موضعية: أوكسي ميتازولين، فينيليفرين (بخاخ أنفي). تقلص الأوعية الدموية في الغشاء المخاطي وتخفف الاحتقان بسرعة.

⚠ يمنع استخدامها لأكثر من 3–5 أيام لتجنب الاحتقان الارتدادي (Rebound congestion).

*فموية: سودوإيفيدرين (سحب من السوق)، فينيل ايفرين. فعالة في تخفيف الاحتقان العام لكنها قد ترفع الضغط وتسبب أرقاً.

⚠ تُستخدم بحذر عند مرضى ارتفاع الضغط أو فرط نشاط الغدة الدرقية.

ب. مضادات الهيستامين (Antihistamines):

الجيل الأول مثل كلورفينيرامين، برومفينيرامين. تقلل سيلان الأنف والعطاس بفضل تأثيرها المضاد للهيستامين.

⚠ تسبب النعاس وجفاف الفم، ويُفضل تجنبها أثناء القيادة.

ج. المسكنات وخافضات الحرارة: باراسيتامول أو إيبوبروفين لتسكين الألم وخفض الحرارة.

د. مضادات السعال والطاردات (Cough preparations):

ديكستروميثورفان: لتسكين السعال الجاف.

غوايفينيزين: طارد للبلغم في السعال المنتج.

هـ. الفيتامينات والمقويات المناعية:

فيتامين C، الزنك، العسل، الإشنسيا (Echinacea) الأدلة العلمية متباينة، لكن بعض الدراسات تشير إلى تقليل شدة الأعراض أو مدتها.

و. المضادات الحيوية: ⚠ غير فعالة في حالات البرد الفيروسية، ولا تُستخدم إلا عند وجود عدوى جرثومية ثانوية (مثل التهاب جيوب أو أذن وسطى مثبت سريرياً).

ثامناً: متى يجب إحالة المريض للطبيب؟

حرارة أعلى من 38.5°C لأكثر من 3 أيام.

أعراض تدوم أكثر من 10 أيام دون تحسن.

ألم وجهي أو صداع شديد مستمر.

إفرازات أنفية كثيفة خضراء مع حمى.

سعال يستمر أكثر من 3 أسابيع.

وجود أمراض مزمنة (ربو، COPD، نقص مناعة).

الأطفال دون 3 أشهر أو كبار السن الضعفاء.

تاسعاً: دور الصيدلي المجتمعي

التقييم الأولي للأعراض: تحديد ما إذا كانت حالة فيروسية بسيطة أم تتطلب فحصاً طبياً.

اختيار الدواء المناسب: وفق عمر المريض وحالته العامة.

التوعية:

بعدم الإفراط في استخدام مزيلات الاحتقان.

بعدم طلب المضادات الحيوية دون داعٍ.

بضرورة شرب الماء والنوم الكافي.

المتابعة: سؤال المريض في الزيارة اللاحقة عن التحسن أو المضاعفات.

عاشراً: مرحلة التعافي

تتحسن معظم الحالات تلقائياً خلال أسبوع إلى عشرة أيام. يكتسب الجسم مناعة مؤقتة ضد الفيروس المسبب، لكن بسبب كثرة الأنماط الفيروسية، تكرار الإصابة أمر شائع.

inprotected.com