DIAGNOSIS AND TREATMENT GUIDELINES FOR ALLERGIC RHINITIS IN TAIWAN

Updated 2011

台灣過敏性鼻炎診療指引 2011年版

台灣兒童過敏氣喘免疫及風濕病醫學會

Taiwan Academy of Pediatric Allergy Asthma and Immunology

理事長兼發行人

徐世達

總編輯

王志堯

編輯諮詢委員

牛震廣　王弘傑　王志祿　江伯倫　吳維峰　呂克桓

周正成　林應然　黃立心　黃璟隆　姚宗杰　洪志興

陳力振　陳五常　陳志鑫　陳武元　傅令嫻　湯仁彬

黃永豐　楊曜旭　楊崑德　溫港生　葉國偉　歐良修

謝奇璋　顏大欽　羅少甫

gsk GlaxoSmithKline

荷商葛蘭素史克藥廠(股)公司台灣分公司

台北市忠孝西路一段66號24樓 電話:02-2381-8866 傳真:02-23120812 網址:www.gsk.tw

前言

- 過敏性鼻炎的臨床定義為一有鼻部症狀的疾病，它是因為暴露在過敏原之下，由免疫球蛋白 IgE 媒介所引發之鼻黏膜炎症反應。
- 過敏性鼻炎是一個全球性健康的問題，它是屬於全球性的疾病，影響至少10-15%的人口而且盛行率持續增加中。民國91年與民國96年調查大台北地區與台北市國小學童過敏性鼻炎罹病率已經增加到將近50%(民國91年為47.8%；民國96年為49.39%)。過敏性鼻炎雖然不是很嚴重的疾病，但卻對病人的社交活動、學校學習和工作效率造成影響，並且造成經濟上的沉重負擔。
- 氣喘和鼻炎常合併存在，因此建議需視為 “同一呼吸道、同一種疾病”。
- 現在對呼吸道過敏發炎反應致病機轉，已經很清楚而且有很好治療策略。新的給藥途徑、劑量、步驟已經研究很清楚且經美國食品藥物管理局(FDA)的認證。
- 世界衛生組織召開關於過敏性鼻炎的處理及預防工作會議，同時出版了“過敏性鼻炎的處理及其對氣喘影響”的手冊。此手冊近年來陸續更新，提供醫療人員參考。主要目的在於
  1. 使臨床醫師能獲得關於過敏性鼻炎的最新資訊。
  2. 強調過敏性鼻炎對氣喘的影響。
  3. 提供具實證醫學的診斷。
  4. 提供具實證醫學的治療。
  5. 提供對過敏性鼻炎患者的階梯式治療方法。

目錄

推薦要點 4
過敏性鼻炎的分類 5
過敏性鼻炎的誘發因素 6
過敏性鼻炎的致病機轉 7
合併症 8
過敏性鼻炎的症狀 9
過敏性鼻炎的診斷 10
過敏性鼻炎診斷指標(作為完整病史與身體檢查外的輔助) 12
過敏性鼻炎治療 13
避免接觸過敏原 15
藥物選擇 16
考慮免疫治療 20
過敏性鼻炎的階梯式治療方式 21
同時患有鼻炎和氣喘的治療方針 22
兒科方面 23
特殊狀況的考慮 24

台灣過敏性鼻炎診療指引

目錄

圖1 過敏性鼻炎的分類 5
圖2 鼻炎的臨床評估和分類 9
圖3 治療時考慮事項 13
圖4 過敏性鼻炎的階梯式治療方式 21

表一 過敏性鼻炎問卷 11
表二 過敏性鼻炎診斷指標 12
表三 過敏性鼻炎的治療推薦 14
表四 過敏性鼻炎的藥物治療 17
表五 鼻炎用藥一覽表 18

推薦要點

1. 過敏性鼻炎被歸入於主要慢性呼吸道疾病的原因有：
   高盛行率
   影響病患生活品質
   影響病患工作/學習效率和生產力
   經濟負擔
   與氣喘有關
   與鼻竇炎及其他伴隨的疾病如結膜炎有關
2. 與其他已知的危險因子一樣，過敏性鼻炎也是氣喘的危險因子之一
3. 新的過敏性鼻炎分類：
   間歇型
   持續型
4. 根據症狀的嚴重程度及對生活品質的影響情況，過敏性鼻炎可區分為“輕度”和“中/重度”
5. 根據過敏性鼻炎的類別及嚴重程度，提出階梯式的治療方法
6. 過敏性鼻炎的治療應包括：
   避免過敏原的接觸(如果有可能)
   藥物治療
   免疫療法
7. 改善自然環境及社會環境因子，使患者能正常生活
8. 對於持續型過敏性鼻炎的患者應根據病史，胸部檢查結果，確定有無併發氣喘，如有可能，應測定吸入支氣管擴張劑前後的氣流阻塞情況
9. 有氣喘的患者也應該注意是否有過敏性鼻炎(病史及理學檢查)
10. 對於同時患有上下呼吸道疾病的病人，應根據療效及安全性，採用綜合的治療方式

過敏性鼻炎的分類

- 過敏性鼻炎的臨床定義為：鼻黏膜接觸過敏原後，由IgE媒介產生的發炎反應所引起的一系列鼻部症狀
- 過敏性鼻炎的症狀包括：
  流鼻涕
  鼻塞
  鼻子癢
  打噴嚏
  這些症狀可自行或經治療後消失
- 以前是根據接觸過敏原的時間，將過敏性鼻炎區分為季節性，經年性和職業性，但這種分法並不令人十分滿意
- 新的過敏性鼻炎分類法
  - 結合過敏性鼻炎的症狀及對生活品質的影響
  - 根據病程，分為“間歇型”和“持續型”兩類
  - 根據病情嚴重度，即症狀及對生活品質的影響，進一步分為“輕度”和“中/重度”

圖1 過敏性鼻炎的分類

間歇型	持續型
症狀發生天數	症狀發生天數
<4天/週	>4天/週
或病程<4週	和病程>4週
輕度	**中/重度(有下列一項或多項)**
睡眠正常	不能正常睡眠
日常活動，運動和休閒娛樂正常	日常活動，運動和休閒娛樂受影響
工作和學習正常	不能正常工作或學習
無令人困擾的症狀	有令人困擾的症狀

過敏性鼻炎的誘發因素

- 過敏原
  - 過敏性鼻炎常與吸入性過敏原有關。
    - 室內過敏原的增加是導致過敏性鼻炎、氣喘和過敏疾病增加的原因之一。
    - 室內過敏原主要是塵蟎、寵物皮屑、昆蟲或是植物。
    - 常見的室外過敏原包括花粉和黴菌。
  - 職業性鼻炎和職業性氣喘相比，研究較少，但同一病患常同時有鼻炎及下呼吸道的症狀
  - 乳膠過敏已引起病人及醫護人員的注意，醫護人員應明瞭此問題的重要並制定有效的治療和預防措施。
- 污染物
  - 流行病學的資料顯示，污染物可以誘發或加重鼻炎的症狀。
  - 對於污染物可以誘發或加重鼻炎症狀的機制目前已經比較明瞭。
  - 室內空氣污染對鼻炎的發生有很大的影響，因為工業化國家的人民在室內度過的時間超過80%以上，室內污染物包括室內過敏原及室內氣體污染物，其中香菸是主要的污染源。
  - 在很多國家，城市型污染主要來自於汽車，主要的氣體污染物包括臭氧、氮氧化物、二氧化硫。這些物質可能和過敏性鼻炎與非過敏性鼻炎的症狀惡化有關。
- 阿斯匹靈

  阿斯匹靈和其他的非類固醇止痛藥常誘發鼻炎與氣喘。

過敏性鼻炎的致病機轉

- 傳統上認為過敏反應是一種由 IgE媒介的鼻黏膜炎症反應
- 過敏性鼻炎的特徵為在鼻黏膜組織中，由不同細胞產生的炎症浸潤.這些細胞反應包括
  1. 細胞的趨化、選擇性聚集和穿透內皮細胞層移行。
  2. 細胞因子及趨化因子的釋放。
  3. 不同類型細胞如嗜酸性細胞、T 細胞、肥大細胞和上皮細胞的激活及分化。
  4. 延長以上細胞的存活。
  5. 以上細胞激活後會釋放介質，其中主要有組織胺、半胱氨白三烯。
  6. 與免疫系統及骨髓相互關聯。
- 非特異性鼻黏膜過敏反應，是過敏性鼻炎的重要特徵，即鼻黏膜對正常刺激反應增加，引起噴嚏、鼻黏膜充血合併、或分泌增加。
- 間歇型鼻炎與花粉過敏原鼻激發試驗所產生的現象很相似，其產生鼻黏膜炎症反應多在反應後期。
- 在持續型過敏型鼻炎患者中，過敏原與已經發生炎症反應的鼻黏膜相互作用，而產生症狀。
- “極輕度但持續存在的過敏性炎症反應(minimum persistent inflammation)”是一個非常重要的新概念，這句話的意思就是指持續型過敏性鼻炎患者，在一年中所接觸過敏原濃度可能在不同範圍內忽高忽低，但是即使在此時沒有臨床過敏症狀發生，其鼻黏膜炎症反應仍然持續存在。
- 隨著對過敏性疾病發病機轉的了解，我們對過敏性鼻炎的治療原則是對其根本的原因加以治療。也就是說對過敏性鼻炎的治療，針對其鼻黏膜炎症反應的抗發炎療法會比針對臨床症狀治療還重要。

合併症

過敏性鼻炎的發炎反應並不是只侷限在鼻腔，多種合併症與過敏性鼻炎有關。

氣喘

- 鼻腔和下呼吸道黏膜在結構上有很多相似之處。
- 許多流行病學研究資料顯示：氣喘和鼻炎常發生於同一患者：
  - 大部份的過敏性和非過敏性氣喘患者同時患有鼻炎。
  - 很多鼻炎患者同時患有氣喘。
  - 過敏性鼻炎不但與氣喘有關，也是氣喘的一個危險因素
  - 很多過敏性鼻炎患者有非特異性支氣管反應性增高的現象。
- 病理生理學研究顯示鼻炎和氣喘關係密切，雖然鼻炎與氣喘不同，一般認為上、下呼吸道很可能同時受到共同炎症過程的影響。通過相互聯繫的機制，這種炎症反應可持續存在或發展。
- 過敏性疾病可能是系統性的疾病，下呼吸道激發試驗（支氣管激發試驗）可引起鼻黏膜炎症，鼻激發試驗同樣引起下呼吸道炎症。
- 在考慮鼻炎或氣喘診斷時，對上、下呼吸道均應進行檢查評估。

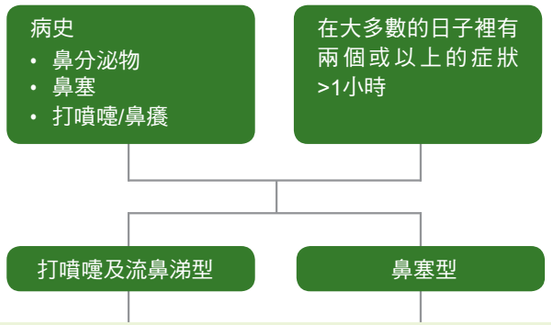
其他合併症

- 包括鼻竇炎和結膜炎。
- 過敏性鼻炎、鼻息肉和中耳炎。
- 牙齒咬合不正、注意力不集中與過動、睡眠障礙等。

過敏性鼻炎的症狀

- 詳細的病史對鼻炎的正確診斷、嚴重程度的確定及治療預期效果的評估非常重要
- 對輕度間歇型過敏性鼻炎，可以考慮進行鼻部檢查。但對持續型過敏性鼻炎患者，鼻部檢查是必不可少的。使用前鼻鏡檢查，對診斷價值有限。經由專科醫師所做的鼻腔內視鏡檢查的價值較大。

圖2　鼻炎的臨床評估和分類



打噴嚏	特別是陣發性	很少或是沒有
鼻涕	水性 經前鼻腔及後鼻腔	黏稠 後鼻腔較多
鼻子癢	有	無
鼻塞	不定	較嚴重
日夜規律性	日間較差 夜間較好	日間和夜間是持續的， 有時夜間較嚴重
結膜炎	經常存在	

Lund, V. J. , et al. , International Consensus Report on the Diagnosis and Management of Rhinitis. International Rhinitis Management Working Group. Allergy, 1994; 49 (Suppl 19): 1-34

過敏性鼻炎的診斷

✦ 過敏性鼻炎的診斷是依據表一過敏性鼻炎問卷篩選與表二過敏性鼻炎診斷指標確診：

- 一個典型的過敏症狀病史。
- 過敏症狀的主要表現可分為「噴嚏型」和「鼻塞型」，但這些症狀並不一定就是過敏。
- 診斷性檢查
  - 過敏性疾病的體外和體內檢查方法主要是檢測游離的及與細胞結合的IgE抗體。由於過敏原的標準化，為多數吸入性過敏原提供了令人滿意的診斷性試劑，使診斷過敏效果大為提高。
  - 立即型過敏反應的皮膚試驗被廣泛用於檢測IgE介質的過敏反應，這些代表過敏領域中的一種主要診斷工具。若操作適當，它對診斷特定過敏的價值很高。但由於操作方法和結果的評估較複雜，故應由經過專門訓練的醫療專業人員來施行。
  - 血清過敏原特異性IgE抗體測定也很重要，而診斷價值與皮膚檢驗很相似。
  - 過敏原鼻腔激發試驗常用於臨床研究，較少用於臨床診斷，它可能對職業性鼻炎的診斷有一定的價值。
  - 影像學檢查通常不必要。

表一 過敏性鼻炎問卷

過敏性鼻炎問卷

問　題	回答選擇
1. 你是否有下列任何一種症狀	
• 只在單側鼻腔有症狀	是　否
• 鼻子有綠色或黃色膿鼻涕	是　否
• 黏稠鼻涕倒流(倒流到喉嚨)和/或無鼻涕前流	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)	
• 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

附註：

a. 在問題1.的各項回答裡若有任一回答為是，則必須考慮過敏性鼻炎以外的診斷和/或轉診給過敏專科醫師。

b. 鼻子有綠色或黃色膿鼻涕、鼻涕倒流、顏面疼痛以及嗅覺喪失為鼻竇炎的常見症狀。因為大多數鼻竇炎病人同時有鼻炎(過敏或非過敏)因此醫師須同時評估病人合併過敏性鼻炎的可能性。

c. 當病人流水樣鼻涕外，同時有問題2.的其他各項回答中任一回答為是，則必須考慮過敏性鼻炎的診斷，並且須同時進行過敏性鼻炎的進一步評估與診斷。(圖4)

d. 當病人只呈現流水樣鼻涕症狀，就表示病人可能有過敏性鼻炎的診斷(有些過敏性鼻炎病人則以鼻塞為主要症狀)。

e. 如果病人只有打噴嚏、鼻子癢和/或結膜炎而沒有流水樣鼻涕，則須考慮過敏性鼻炎以外的診斷和/或轉診給過敏專科醫師。

f. 如果成人有晚發性鼻炎，須考慮職業性病因。職業性過敏性鼻炎經常會伴隨或先行產生於職業性氣喘的發作。當病人懷疑有職業性過敏病時，應轉診給過敏專科醫師進行過敏性鼻炎的進一步客觀評估與診斷。

表二 過敏性鼻炎診斷指標

過敏性鼻炎診斷指標(作為完整病史與身體檢查外的輔助)

診斷工具	支持過敏性鼻炎診斷的發現
身體檢查	鼻樑橫紋、黑眼圈、過敏儀式
持續型過敏性鼻炎 • 前鼻鏡檢查可提供有限但經常有價值的病情 • 鼻腔內視鏡可能須要用來排除其他原因的鼻炎鼻息肉和解剖學異常	排除其他病因
嘗試治療	使用抗組織胺或鼻內類固醇可改善病情
皮膚過敏原測試或血清過敏原特異性免疫球蛋白E檢查(當症狀為持續型和/或中重度或生活品質受影響)	確定存在異位性體質 確定特異性誘發因素
鼻腔激發試驗(如果懷疑職業性鼻炎)	確定對某特異性誘發因素敏感

- 氣喘的診斷
  - 由於該病發作的短暫性和氣流阻塞的可逆性(自發性或經治療後)，確定診斷是否同時患有氣喘可能比較困難
  - 如何鑑別和診斷氣喘的指南已由全球氣喘創議組織(GINA)出版，ARIA也推薦使用此指南
  - 診斷是否併發氣喘時，必須檢測肺功能並確定氣流阻塞的可逆性

過敏性鼻炎治療

- 過敏性鼻炎的最新處置建議(圖3)-階梯式治療方式(圖4)
  鼻腔黏膜和支氣管黏膜在結構上有很多相似之處。隨著對過敏性疾病發病機轉的了解，我們對過敏性鼻炎的治療原則與氣喘治療相似都是對其根本的原因加以治療。也就是說對過敏性鼻炎的治療，針對其鼻黏膜炎症反應的抗發炎療法會比針對臨床症狀治療還重要。而且兩者皆採用階梯式治療方式來治療。
- 過敏性鼻炎的治療原則包括：
  - 過敏性鼻炎衛教
  - 避免接觸過敏原
  - 藥物治療
  - 特異性免疫治療
  - 外科手術對極少數依病情嚴重度須要的患者可作為輔助治療
- 這些建議提供了一種高度安全，並綜合上、下呼吸道疾病的策略
- 對持續型鼻炎和重度間歇型鼻炎患者必須進行追蹤訪視

圖3 治療時考慮事項

以證據作為基礎的推薦(表三)

✦ 以證據作為基礎的推薦

依據隨機對照臨床試驗(RCT)，這些研究結果是在以往鼻炎的分類基礎上完成的，包括：

- 季節型過敏性鼻炎(SAR)
- 常年型過敏性鼻炎(PAR)
- 持續型過敏性鼻炎(PER)

✦ 推薦的效力是依照：

- A：RCT或Meta分析
- B：依據至少一個(RCT)的證據
- C：依據非經驗性、描述性的實驗
- D：專家的臨床經驗

表三 過敏性鼻炎的治療推薦

治療	季節性		經年性		持續型
	成人	兒童	成人	兒童	
口服H1-抗組織胺藥	A	A	A	A	A
鼻內H1-抗組織胺藥	A	A	A	A	A**
鼻內類固醇	A	A	A	A	A**
鼻內咽達永樂	A	A	A	A	
抗白三烯調節劑	A	A(>6 yrs)	A		A**
皮下SIT	A	A	A	A	A**
舌下SIT	A	A	A	B	A**
鼻內SIT	A	A	A	B	A**
避免接觸過敏原	D	D	A*	B*	

* 對一般民眾無效

** 由季節型過敏性鼻炎(SAR)與常年型過敏性鼻炎(PAR)研究結果推定

SIT：特異性免疫治療

經舌下和鼻內SIT，只限於非常大的劑量治療

避免接觸過敏原

在避免接觸過敏原方面，最新2010年九月發表的ARIA過敏性鼻炎診療指引內建議分為：

一、預防過敏：包括不管有無過敏家族史所有嬰兒至少餵食母乳三個月；懷孕或哺乳婦女不須食用低過敏原食物；兒童與懷孕婦女完全避免環境中二手菸；嬰兒與學齡前兒童徹底且完全的居家環境塵蟎過敏原防治措施；嬰兒與學齡前兒童居家不須避免接觸寵物。

二、過敏性鼻炎病人的居家環境過敏原與空氣污染防治：包括徹底且完全的居家環境塵蟎過敏原防治措施；對黴菌過敏病人居家避免接觸黴菌過敏原；對寵物過敏病人居家避免接觸貓狗有毛寵物過敏原或是大幅減少貓狗有毛寵物過敏原濃度；居家避免接觸空氣污染物(尤其是香菸尼古丁)。

藥物選擇

在過敏性鼻炎的藥物治療方面隨著對過敏性疾病發病機轉的了解，我們對過敏性鼻炎的治療原則是對其根本的原因加以治療。(表四)也就是說對過敏性鼻炎的治療，針對其鼻黏膜炎症反應的抗發炎療法會比針對臨床症狀治療還重要。最新2010年九月發表的ARIA過敏性鼻炎診療指引內建議包括應該處方予第二代口服H1抗組織胺；鼻內H1抗組織胺噴劑只用於季節性過敏性鼻炎；白三烯調節劑用於季節性過敏性鼻炎與學齡前孩童持續型過敏性鼻炎；鼻內類固醇噴劑為最有效的藥物治療選擇；短期口服類固醇可用於嚴重病人其他治療效果不佳時；禁用肌肉及鼻內注射類固醇；鼻內咽達永樂(Cromoglycate)噴劑可以使用但須每天多次使用會造成病人不便；鼻內抗膽鹼藥物噴劑只用於流鼻水症狀；鼻內抗充血噴劑不用於孩童，且成人不可長期規則使用；口服抗鼻充血劑必要時使用，不可長期規則使用；口服H1抗組織胺併抗鼻充血劑必要時使用，不可長期規則使用；合併過敏性結膜炎的病人可使用眼內H1抗組織胺滴劑，或眼內咽達永樂滴劑。持續型鼻炎患者需要長期維持用藥，以鼻內類固醇效果最佳。不同鼻內類固醇的選擇，主要須選用全身生體可用率較低的第三代與第四代類固醇為主。正確噴鼻式類固醇使用方法是非常重要的，噴鼻式類固醇的使用方向須由鼻腔口朝向同側耳朵上方噴霧。尤其要確記噴嘴須要於鼻腔口不可深入鼻腔，且須向外噴向鼻甲黏膜。由於噴鼻式類固醇所噴出的粒子大小是遠大於吸入式類固醇所噴出的粒子大小，故理論上連大氣道(包括氣管)皆無法進入，故不可用來同時治療氣喘病。肌肉注射類固醇可能產生全身性副作用，而鼻內注射類固醇可能產生嚴重副作用，故通常不推薦使用。(表五)

至於其他療法(如傳統療法、中藥治療、針灸等)目前尚缺乏科學的臨床證據，故不作任何推薦。

表四 過敏性鼻炎的藥物治療

藥物治療對減緩鼻炎症狀的效果

	噴嚏	鼻漏	鼻塞	鼻癢	眼部症狀
H1-抗組織胺					
口服	++	++	+	+++	++
鼻內	++	++	+	++	0
眼內	0	0	0	0	+++
類固醇					
鼻內	+++	+++	+++	++	++
咽達永樂					
鼻內	+	+	+	+	0
眼內	0	0	0	0	++
去鼻充血劑					
鼻內	0	0	++++	0	0
口服	0	0	+	0	0
抗膽鹼藥物	0	++	0	0	0
抗白三烯調節劑	0	+	++	0	++

摘自 Allergy, 2000 ; 55(2): 116-34,作者：van Cauwenberge, P. 等人

表五 鼻炎用藥一覽表

藥物類別	學名	作用機轉	副作用	附加說明
口服H1-抗組織胺	第二代 Cetirizine Ebastine Fexofenadine Loratadine Mizolastine Acrivastine Azelastine Mequitazine 新藥 Desloratadine Levocetirizine Rupatadine	• 阻斷H1受體 • 某些藥物具抗過敏活性 • 新一代藥物可一天使用一次且不產生快速減敏作用	第二代 • 多數無鎮靜作用 • 無抗膽鹼效果 • 無心臟毒性 • Acrivastine有鎮靜作用 • 口服Azelastine可能產生鎮靜作用及苦味	• 除了中重度持續型過敏性鼻炎治療以外的第一線用藥 • 第二代口服H1-抗組織胺由於其藥效/安全性比值高及其藥物動力學的特性較佳，建議使用 • 對鼻、眼症狀藥效快(一小時內) • 對減輕鼻塞症狀有中等效果
局部H1-抗組織胺(鼻內、眼內)	Azelastine Levocabastine Olopatadine	• 阻斷H1受體 • Azelastine具有一些抗過敏活性	• 局部副作用輕微 • Azelastine在部份患者產生苦味	• 對鼻、眼症狀藥效迅速(30分鐘內)
鼻內類固醇	Beclomethasone dipropionate Budesonide Ciclesonide Flunisolide Fluticasone propionate Fluticasone furoate Mometasone furoate Triamcinolone acetonide	• 明顯減低鼻內發炎反應 • 減低鼻子過度敏感反應	• 局部副作用輕微 • 很少產生全身性副作用 • 只有Beclomethasone dipropionate的使用與生長有關 • 對年幼病童應考慮合併鼻內及吸入藥物的使用	• 為最有效治療過敏性鼻炎的藥物 • 為中重度持續型過敏性鼻炎的第一線治療用藥 • 對鼻充血有效 • 對嗅覺恢復有效 • 使用後6至12小時生效，但最大療效在數天後產生 • 正確噴鼻式類固醇使用方向須由鼻腔口朝向同側耳朵上方噴霧，且須向外噴向鼻甲黏膜
類固醇(口服/肌肉注射)	Dexamethasone Hydrocortisone Methylprednisolone Prednisolone Presnisone Triamcinolone Betamethasone Deflazacort	• 明顯減低鼻內發炎反應 • 減低鼻子過度敏感反應	• 肌肉注射較常見全身性副作用 • 長效類固醇注射可引起局部組織萎縮	• 最好以鼻內類固醇代替口服/肌肉注射類固醇 • 但若症狀嚴重，可能需短期使用口服類固醇

藥物類別	學名	作用機轉	副作用	附加說明
局部Cromone(鼻內.眼內)	Cromoglycate (咽達永樂) Nedocromil Naaga	機轉不明	有輕微局部副作用	眼內chromones效果非常好 鼻內chromones效果較差，藥效持續時間短 總體來說安全性好
口服去充血劑	Ephedrine Phenylephrine Phenyl-propanolamine Pseudoephedrine 口服H1-抗組織胺與去充血劑合併藥物	擬交感神經藥物減輕鼻充血症狀	高血壓 心悸 煩躁不安 焦慮 震顫 失眠 頭痛 黏膜乾燥 尿液滯留 青光眼加重 甲狀腺亢進加重	心臟病患者須謹慎使用口服去充血劑 口服H1抗組織胺和去充血劑合併藥物可能優於單獨使用但副作用也增加
鼻內去充血劑	Oxymethazoline Others	擬交感神經藥物減輕鼻充血症狀	副作用與口服藥相同但程度較輕 藥物性鼻炎(使用十天以上產生的反彈現象)	作用比口服藥效更快作用更強 使用的療程限制在十天以內以避免發生藥物性鼻炎
鼻內抗膽鹼藥物	Ipratropium	抗膽鹼的作用幾乎可完全抑制鼻漏症狀	輕微局部副作用 幾乎無全身抗膽鹼的作用	對過敏性與非過敏性流鼻涕均有效
抗白三烯調節劑	Montelukast Pranlukast Zafirlukast	阻斷半胱氨酸白三烯接受體	耐受性好	對過敏性鼻炎同時合併氣喘有效 對過敏性鼻炎所有症狀與結膜炎症狀有效

考慮免疫治療

- 當適當使用情況下，特異性免疫治療是有效的若有可能的話，標準化治療疫苗是首選
- 皮下免疫治療的療效和安全性仍存在爭議，因此，疫苗的適當劑量的使用應該以生物單位或主要過敏原的質量來標示。大多數過敏原疫苗的最佳劑量為5到20 ug
- 皮下免疫治療可改變過敏性疾病的自然病程
- 皮下免疫治療應該由訓練過的醫護人員來進行，注射後患者需觀察20分鐘

皮下特異性免疫治療可以適用於下列患者

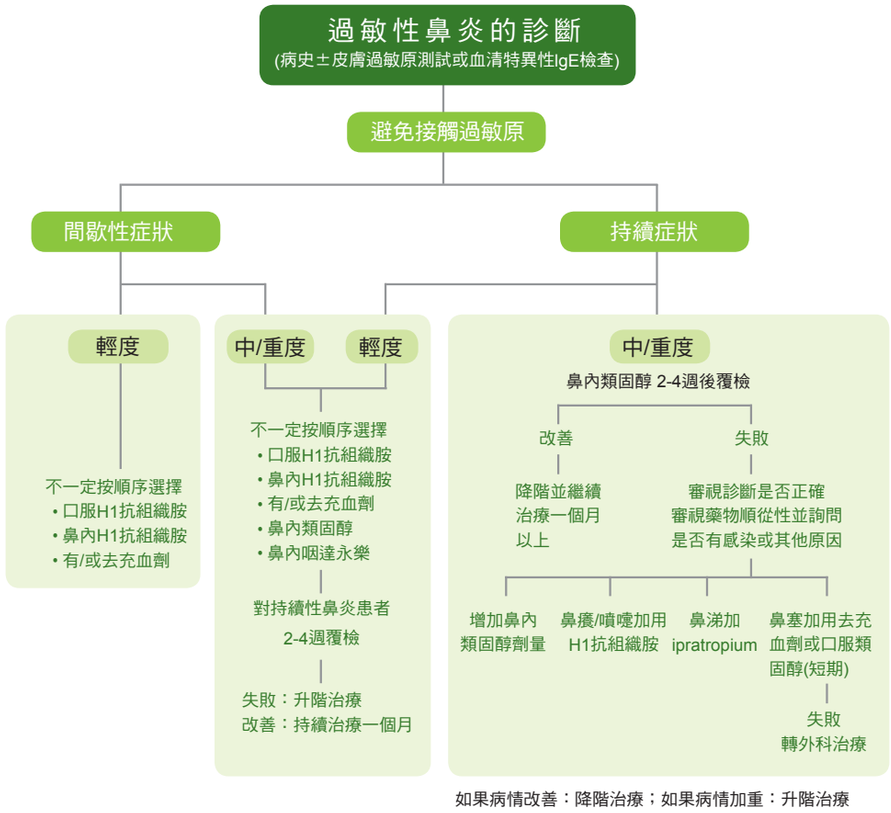
- 常規藥物治療但效果不佳
- 口服H1抗組織胺和鼻內藥物治療未能有效控制症狀
- 患者不希望用藥物治療
- 患者藥物治療出現不良反應
- 患者不願意接受長期藥物治療

高劑量鼻內和舌下－吞服特異性免疫治療

- 可以使用比皮下免疫治療的劑量高出至少50至100倍
- 患者皮下免疫治療出現副作用或拒絕皮下免疫治療
- 其它適合治療的適應狀況與皮下注射免疫治療相同
- 在孩童，特異性免疫治療是有效果的。 然而對於5歲以下孩童不建議使用特異性免疫治療

圖4 過敏性鼻炎的階梯式治療方式

階梯式治療方式(青年人和成人)



同時患有鼻炎和氣喘的治療方針

- 治療氣喘的方法遵照GINA的建議指南進行
- 一些藥物對鼻炎和氣喘的治療均有效(如類固醇和抗白三烯調節劑)
- 但有些藥物只對鼻炎或氣喘有效(如α和β腎上腺素受體興奮劑分別適用於鼻炎和氣喘)
- 某些藥物治療鼻炎效果優於氣喘(如H1-抗組織胺藥物)
- 將鼻炎適當處理好則有利於改善其共存的氣喘症狀
- 以口服方式投予藥物可以同時改善鼻腔和下呼吸道的症狀
- 經由鼻內給予類固醇的方式其安全性甚佳，但大劑量地吸入類固醇(經由支氣管吸入)可能會產生副作用。同時經由兩種途徑給予類固醇藥物須慎重考慮可能使副作用增加
- 有人認為預防或早期治療過敏性鼻炎有助於避免氣喘的發生或減輕下呼吸道症狀的嚴重程度，但需要進一步資料來証明

兒科方面

- 在兒童時期，過敏性鼻炎是“過敏進展病程”中的一部份，間歇型過敏性鼻炎在2歲以前少見，但在學齡兒童最多
- 在任何年齡，過敏原的測試均可進行，並可提供重要的訊息
- 兒童過敏性鼻炎的治療原則與成人相同，但必須注意應避免在此年齡層常會出現的副作用
- 在某些特殊情況下，藥物劑量必須做適當地調整。針對2歲以下的兒童很少有做過臨床藥物的評估
- 兒童過敏性鼻炎會影響在學校的學習能力與表現，這些現象又可因使用具有鎮靜作用的口服H1-抗組織胺藥物而加重
- 對年幼兒童，應避免使用口服和肌肉注射類固醇去治療鼻炎
- 鼻內給予類固醇治療過敏性鼻炎效果很好，但某些藥物對兒童的生長發育有影響，所以鼻內給予類固醇時應慎重考慮。有証據顯示應用建議劑量的鼻內fluticasone或mometasone對過敏性鼻炎與眼結膜炎患兒的生長發育無影響
- 由於咽達永樂安全性好，常用於治療過敏性眼結膜炎

特殊狀況的考慮

懷孕

- 由於鼻塞可能因懷孕而加重，故鼻炎可能是婦女懷孕期間的一個問題
- 在妊娠期多數藥物能通過胎盤，所以在選擇藥物時應予重視
- 對多數藥物而言，在臨床研究資料中，這方面的報告甚少，且通常是小規模研究，尤其缺乏長期追蹤的資料分析

老年的特殊考慮

- 隨著年齡增加，鼻腔內的結締組織和血管組織所發生的各種生理變化，容易造成慢性鼻炎的發生
- 在年齡超過65歲的人，過敏通常不是持續型鼻炎的致病原因
  - 萎縮性鼻炎是常見且難以控制
  - 使用抗膽鹼藥物可控制鼻漏
  - 某些藥物如〔樂血平(reserpine)、內施寧糖衣錠(Guanethidine)、芬妥胺(Phentolamine)、甲基多巴(methyldopa)、脈寧平(prazosin)、chloropromazine、血管收縮素轉化抑制劑(ACE inhibitor)〕能夠引起鼻炎
- 某些藥物在年齡較大者則可引起特殊副作用
  - 在前列腺肥大患者，使用血管收縮劑及抗膽鹼藥物則會引起尿滯留
  - 具有鎮靜作用的藥物，其副作用可能會更明顯