

فهرست مطالب

<p>۹۴..... انسداد حنجره.....</p> <p>۹۵..... سرطان حنجره.....</p> <p>۱۰۱..... فرآیند پرستاری: بیمار دارای لارنژکتومی.....</p> <p>۱۰۱..... بررسی.....</p> <p>۱۰۱..... تشخیص ها.....</p> <p>۱۰۱..... تشخیص های پرستاری.....</p> <p>۱۰۲..... عوارض احتمالی / مشکلات همراه.....</p> <p>۱۰۲..... برنامه ریزی و اهداف.....</p> <p>۱۰۲..... مداخلات پرستاری.....</p> <p>۱۰۲..... ارائه آموزش قبل از عمل جراحی.....</p> <p>۱۰۲..... کاهش اضطراب.....</p> <p>۱۰۳..... باز نگهداشتن راه هوایی.....</p> <p>۱۰۴..... بهبود روش های جایگزین برقراری ارتباط.....</p> <p>۱۰۵..... بهبود تغذیه ی کافی و دریافت مایعات.....</p> <p>۱۰۵..... بهبود تصویر ذهنی مثبت و اعتماد به نفس.....</p> <p>۱۰۵..... ارتقای مدیریت مؤثر سلامتی.....</p> <p>۱۰۶..... پیش و مدیریت عوارض احتمالی.....</p> <p>۱۰۷..... ارتقای مراقبت در منزل، مبتنی بر جامعه و انتقالی.....</p> <p>۱۱۱..... ارزشیابی.....</p> <p>۱۱۲..... مراجع.....</p>	<p>۱۷..... ۳..... بررسی کارکرد تنفسی.....</p> <p>۴..... ۴..... مروری بر آناتومی و فیزیولوژی.....</p> <p>۱۸..... ۱۸..... بررسی.....</p> <p>۴۴..... ۴۴..... ارزشیابی تشخیصی.....</p> <p>۵۶..... ۵۶..... مراجع.....</p>
<h3 style="margin: 0;">مدیریت بیماران مبتلا به اختلالات تنفسی فوقانی</h3>	
<p>۱۹..... ۵۹..... مدیریت بیماران مبتلا به اختلالات تنفسی فوقانی.....</p> <p>۶۰..... ۶۰..... عفونت های راه هوایی فوقانی.....</p> <p>۶۱..... ۶۱..... رینیت.....</p> <p>۶۴..... ۶۴..... رینیت ویروسی (سرماخوردگی).....</p> <p>۶۷..... ۶۷..... رینوسینوزیت.....</p> <p>۷۵..... ۷۵..... فارنژیت.....</p> <p>۷۹..... ۷۹..... التهاب لوزه ها و لوزه ی سوم.....</p> <p>۸۱..... ۸۱..... آبسه ی اطراف لوزم.....</p> <p>۸۲..... ۸۲..... لارنژیت.....</p> <p>۸۴..... ۸۴..... فرآیند پرستاری: بیمار مبتلا به عفونت راه هوایی فوقانی.....</p> <p>۸۴..... ۸۴..... بررسی.....</p> <p>۸۴..... ۸۴..... تشخیص.....</p> <p>۸۴..... ۸۴..... تشخیص های پرستاری.....</p> <p>۸۴..... ۸۴..... مشکلات همراه / عوارض احتمالی.....</p> <p>۸۴..... ۸۴..... برنامه ریزی و اهداف.....</p> <p>۸۴..... ۸۴..... مداخلات پرستاری.....</p> <p>۸۴..... ۸۴..... باز نگه داشتن راه هوایی.....</p> <p>۸۵..... ۸۵..... تأمین آسایش بیمار.....</p> <p>۸۵..... ۸۵..... بهبود برقراری ارتباط.....</p> <p>۸۵..... ۸۵..... تسویق بیمار به دریافت مایعات.....</p> <p>۸۵..... ۸۵..... ارتقای مراقبت در منزل، مبتنی بر جامعه و انتقالی.....</p> <p>۸۶..... ۸۶..... کنترل و درمان عوارض احتمالی.....</p> <p>۸۷..... ۸۷..... ارزشیابی.....</p> <p>۸۷..... ۸۷..... انسداد و صدمات راه های هوایی فوقانی.....</p> <p>۸۷..... ۸۷..... آپنه انسدادی حین خواب.....</p> <p>۹۰..... ۹۰..... خونریزی بینی.....</p> <p>۹۲..... ۹۲..... انسداد بینی.....</p> <p>۹۳..... ۹۳..... شکستگی های بینی.....</p>	<p>۱۸..... ۱۸..... مدیریت بیماران مبتلا به اختلالات تنفسی فوقانی.....</p> <p>۵۹..... ۵۹..... مدیریت بیماران مبتلا به اختلالات تنفسی فوقانی.....</p> <p>۶۰..... ۶۰..... عفونت های راه هوایی فوقانی.....</p> <p>۶۱..... ۶۱..... رینیت.....</p> <p>۶۴..... ۶۴..... رینیت ویروسی (سرماخوردگی).....</p> <p>۶۷..... ۶۷..... رینوسینوزیت.....</p> <p>۷۵..... ۷۵..... فارنژیت.....</p> <p>۷۹..... ۷۹..... التهاب لوزه ها و لوزه ی سوم.....</p> <p>۸۱..... ۸۱..... آبسه ی اطراف لوزم.....</p> <p>۸۲..... ۸۲..... لارنژیت.....</p> <p>۸۴..... ۸۴..... فرآیند پرستاری: بیمار مبتلا به عفونت راه هوایی فوقانی.....</p> <p>۸۴..... ۸۴..... بررسی.....</p> <p>۸۴..... ۸۴..... تشخیص.....</p> <p>۸۴..... ۸۴..... تشخیص های پرستاری.....</p> <p>۸۴..... ۸۴..... مشکلات همراه / عوارض احتمالی.....</p> <p>۸۴..... ۸۴..... برنامه ریزی و اهداف.....</p> <p>۸۴..... ۸۴..... مداخلات پرستاری.....</p> <p>۸۴..... ۸۴..... باز نگه داشتن راه هوایی.....</p> <p>۸۵..... ۸۵..... تأمین آسایش بیمار.....</p> <p>۸۵..... ۸۵..... بهبود برقراری ارتباط.....</p> <p>۸۵..... ۸۵..... تسویق بیمار به دریافت مایعات.....</p> <p>۸۵..... ۸۵..... ارتقای مراقبت در منزل، مبتنی بر جامعه و انتقالی.....</p> <p>۸۶..... ۸۶..... کنترل و درمان عوارض احتمالی.....</p> <p>۸۷..... ۸۷..... ارزشیابی.....</p> <p>۸۷..... ۸۷..... انسداد و صدمات راه های هوایی فوقانی.....</p> <p>۸۷..... ۸۷..... آپنه انسدادی حین خواب.....</p> <p>۹۰..... ۹۰..... خونریزی بینی.....</p> <p>۹۲..... ۹۲..... انسداد بینی.....</p> <p>۹۳..... ۹۳..... شکستگی های بینی.....</p>
<h3 style="margin: 0;">مدیریت بیماران مبتلا به اختلالات قفسه سینه و راه های تنفسی تحتانی</h3>	
<p>۱۹..... ۱۱۵..... قفسه سینه و راه های تنفسی تحتانی.....</p> <p>۱۱۸..... ۱۱۸..... اختلالات التهابی و عفونی ریوی.....</p> <p>۱۱۸..... ۱۱۸..... آنلکتازی.....</p> <p>۱۲۲..... ۱۲۲..... التهاب حاد تراشه و برونش ها.....</p> <p>۱۲۳..... ۱۲۳..... پنومونی.....</p> <p>۱۴۵..... ۱۴۵..... فرآیند پرستاری: بیمار مبتلا به پنومونی باکتریایی.....</p> <p>۱۴۵..... ۱۴۵..... بررسی.....</p> <p>۱۴۵..... ۱۴۵..... تشخیص.....</p> <p>۱۴۵..... ۱۴۵..... تشخیص های پرستاری.....</p> <p>۱۴۶..... ۱۴۶..... مشکلات همراه / عوارض احتمالی.....</p> <p>۱۴۶..... ۱۴۶..... برنامه ریزی و اهداف.....</p> <p>۱۴۶..... ۱۴۶..... مداخلات پرستاری.....</p> <p>۱۴۶..... ۱۴۶..... بهبود باز بودن راه هوایی.....</p>	<p>۱۹..... ۱۱۵..... قفسه سینه و راه های تنفسی تحتانی.....</p> <p>۱۱۸..... ۱۱۸..... اختلالات التهابی و عفونی ریوی.....</p> <p>۱۱۸..... ۱۱۸..... آنلکتازی.....</p> <p>۱۲۲..... ۱۲۲..... التهاب حاد تراشه و برونش ها.....</p> <p>۱۲۳..... ۱۲۳..... پنومونی.....</p> <p>۱۴۵..... ۱۴۵..... فرآیند پرستاری: بیمار مبتلا به پنومونی باکتریایی.....</p> <p>۱۴۵..... ۱۴۵..... بررسی.....</p> <p>۱۴۵..... ۱۴۵..... تشخیص.....</p> <p>۱۴۵..... ۱۴۵..... تشخیص های پرستاری.....</p> <p>۱۴۶..... ۱۴۶..... مشکلات همراه / عوارض احتمالی.....</p> <p>۱۴۶..... ۱۴۶..... برنامه ریزی و اهداف.....</p> <p>۱۴۶..... ۱۴۶..... مداخلات پرستاری.....</p> <p>۱۴۶..... ۱۴۶..... بهبود باز بودن راه هوایی.....</p>

فهرست مطالب

ارزقای مراقبت در منزل، مبتنی بر جامعه و انتقالی
ارزشیابی.....

سندرم دیسترس حاد تنفسی.....

اختلالات عروقی ریوی.....

ادم ریوی (غیر قلبی).....

فشار خون شریان ریوی.....

امبولی ریه.....

بیماری های شغلی ریه: پنومو کونیوز.....

ملاحظات بهنه سربازان.....

تومور های قفسه ی سینه.....

سرطان ریه (کارسینوما ی برونکوژنیک).....

تومور های مדיاستن.....

بدهات قفسه ی سینه.....

صدمه نافذ.....

صدمه نافذ ریه.....

پنوموتوراکس.....

تامپوناد قلبی.....

امفیزم زیرجلدی.....

مراجع.....

مدیریت بیماران مبتلا به بیماری

۲۰

مزمّن ریوی.....

بیماری مزمّن انسدادی ریه.....

برونشکتازی.....

آسم.....

آسم مقاوم.....

فیروز کیستیک.....

مراجع.....

نمایه.....

تأمین استراحت و ذخیره ی انرژی..... ۱۴۷

افزایش دریافت مایعات..... ۱۴۷

تأمین تغذیه..... ۱۴۷

افزایش آگاهی بیمار..... ۱۴۷

پایش و مدیریت عوارض احتمالی..... ۱۴۷

ارزقای مراقبت در منزل، مبتنی بر جامعه، و انتقالی..... ۱۴۸

ارزشیابی..... ۱۴۹

آسیراسیون..... ۱۵۰

سل ریوی..... ۱۵۲

آبسه ی ریه..... ۱۶۱

سارکوئیدوز..... ۱۶۴

بیماری های پرده ی جنب..... ۱۶۵

پلورزی..... ۱۶۵

افیوزن پلور..... ۱۶۶

امپیم..... ۱۶۸

نارسایی حاد تنفسی..... ۱۶۸

فرآیند پرستاری: بیمار تحت تهویه مکانیکی..... ۱۸۱

بررسی..... ۱۸۲

تشخیص..... ۱۸۳

تشخیص های پرستاری..... ۱۸۳

مشکلات همراه/ عوارض احتمالی..... ۱۸۳

برنامه ریزی و اهداف..... ۱۸۳

مداخلات پرستاری..... ۱۸۳

بهبود تبادل گاز..... ۱۸۳

بهبود پاکسازی مؤثر راه هوا..... ۱۸۵

پیشگیری از صدمه و عفونت..... ۱۸۵

بهبود سطح مطلوب تحرک..... ۱۸۶

بهبود ارتباط مطلوب..... ۱۸۶

بهبود توانایی تطابق..... ۱۸۷

پایش و مدیریت عوارض احتمالی..... ۱۸۷

ترجمه‌ی دکتر مجتبی سنمار

نتایج یادگیری

پس از تکمیل مطالعه‌ی این فصل، انتظار می‌رود فراگیر قادر باشد:

۱. تدابیر پرستاری بیماران مبتلا به اختلالات راه هوایی فوقانی و بیماران دچار خونریزی از بینی را شرح دهد.
۲. عفونت‌های دستگاه تنفس فوقانی را از نظر علت، میزان بروز، تظاهرات بالینی، مدیریت و اهمیت مراقبت سلامت پیشگیرانه مقایسه و مقابله کند.
۳. از فرآیند پرستاری به عنوان چارچوبی برای مراقبت از بیماران مبتلا به عفونت راه هوایی فوقانی و بیماران تحت جراحی برداشتن حنجره (لارنژکتومی) استفاده کند.

مفاهیم پرستاری

- عفونت
- اکسیژن‌رسانی

واژه‌نامه

- اپیستاکسی (epistaxis):** خونریزی از بینی، ناشی از پارگی مویرگ‌های نازک متورم در غشای مخاطی بینی.
- ارتباط از راهی غیر از حنجره (alaryngeal communication):** روش‌های جایگزین صحبت کردن، که در آن بیمار از طریق حنجره‌ی طبیعی صحبت نمی‌کند. این روش توسط بیمارانی که حنجره آن‌ها با جراحی خارج شده استفاده می‌شود.
- آپنه (apnea):** قطع تنفس.
- بی‌صدایی (aphonia):** اختلال توانایی برای استفاده از صدا، ناشی از بیماری یا آسیب حنجره.
- تبخال (herpes simplex):** عفونت پوستی ویروسی که در آن، وزیکول‌ها و ضایعات دردناک روی نواحی زبان، کام، مخاط دهان، لثه‌ها یا لب‌ها ایجاد می‌شود (مترادف: زخم سرد).
- التهاب لوزه‌ها (tonsillitis):** التهاب لوزه‌ها.
- دیس‌فازی (dysphagia):** سختی در بلع.
- رینوسینوزیت (rhinosinusitis):** التهاب حفره‌های بینی و سینوس‌های اطراف بینی، از جمله سینوس‌های پیشانی، اتموئید، ماگزیلاری و اسفنوئید؛ این واژه جایگزین سینوزیت شده است.

واژه‌نامه (ادامه)

رینوره (rhinorrhea): خروج مایع زیاد از بینی.
 رینیت (rhinitis): التهاب غشای مخاطی بینی.
 رینیت دارویی (rhinitis medicamentosa): احتقان عودکننده بینی است که معمولاً با مصرف بیش از حد ضداحتقان‌های بینی بدون نسخه همراه است.
 زرواستومی (xerostomia): خشکی دهان.

سفتی کردن (nuchal rigidity): سفتی کردن یا عدم توانایی در خم کردن آن.
 فارنژیت (pharyngitis): التهاب گلو.
 لارنژکتومی (laryngectomy): خارج کردن قسمتی از همه‌ی حنجره به انضمام بافت اطراف.
 لارنژیت (laryngitis): التهاب حنجره؛ که به علت استفاده غیر اصولی از صدا، مواجهه با میکروارگانیزم‌های عفونی و مواد تحریک‌کننده ایجاد می‌شود.

اختلالات سیستم تنفسی فوقانی، آنهایی هستند که بینی، سینوس‌های اطراف بینی، حلق، حنجره، نای و برونش‌ها را درگیر می‌کنند. بسیاری از این بیماری‌ها نسبتاً خفیف هستند و عوارض و ناراحتی خفیف و موقتی برای بیمار ایجاد می‌کنند، در حالی که بعضی از این بیماری‌ها، حاد، شدید و تهدیدکننده‌ی حیات هستند و در تنفس و ساجیت کردن، تغییرات دائمی ایجاد می‌کنند. بنابراین، پرستار باید مهارت‌های بررسی تخصصی، درک از اختلالات متنوع تأثیرگذار بر راه هوایی فوقانی، و دانش کافی درباره اثر این تغییرات بر بیماران را داشته باشد. از آنجا که بسیاری از این اختلالات خارج از محیط بیمارستان در منزل توسط خود بیماران درمان می‌شوند، لذا آموزش به بیمار، جنبه مهمی از مراقبت پرستاری است. پرستار باید هنگام مراقبت از بیمار مبتلا به اختلالات حاد و تهدیدکننده زندگی، مهارت‌های بررسی، و مدیریت بالینی را هم‌راستا با تمرکز بر روی نیازهای توانبخشی توسعه دهد.

عفونت‌های راه هوایی فوقانی

عفونت‌های راه هوایی فوقانی (که تحت عنوان عفونت‌های سیستم تنفسی فوقانی یا [URIs] نیز شناخته می‌شوند)، شایع‌ترین علل بیماری هستند که اغلب افراد را گاهی مبتلا می‌کنند. بعضی انواع عفونت‌ها، حاد و دارای علائمی هستند که چند روز طول می‌کشد. سایر عفونت‌ها، مزمن

استند و علائمی دارند که برای هفته‌ها یا ماه‌ها طول می‌کشند و یا عود می‌کنند. عفونت‌های سیستم تنفسی فوقانی اغلب به عنوان عفونت غشاهای مخاطی بینی سینوس‌ها، حلق، نای فوقانی و حنجره تعریف می‌شود. سرماخوردگی شایع‌ترین مثال URI است. زمان‌ی اتفاق می‌افتد که میکروارگانیزم‌های همانند ویروس‌ها و باکتری‌ها، استنشاق می‌شوند از گتیس‌هایی ایجادکننده‌ی این اختلال، فراوان بوده و افراد در تمام طول عمر مستعد ابتلا به آن‌ها هستند. ویروس‌ها که رایج‌ترین علت URIs هستند، بر مسیرهای تنفسی فوقانی تأثیر گذاشته و باعث التهاب غشای مخاطی در آن‌ها می‌شوند. این عفونت‌ها جزء شایع‌ترین علل جستجوی مراقبت سلامت بوده و منجر به غیبت‌های متعدد از مدرسه و محیط کار می‌شوند.

URIs بر حفره‌ی بینی، سلول‌های هوایی آتموئیدی سینوس‌های اسفنوئیدی، ماگزیلاری و فرونتال اثر گذاشته و حنجره، حلق و قسمت فوقانی تارانه را نیز درگیر می‌کند. به طور متوسط، افراد بزرگسال دو تا چهار بار در سال، به علت وجود انواع مختلفی از ویروس‌ها در جامعه به URIs مبتلا می‌شوند. اگرچه بیماران برای درمان URIs به ندرت نیازمند بستری شدن هستند اما پرستاران در جامعه یا مراکز مراقبتی طولانی‌مدت، با بیماران مبتلا به این عفونت‌ها مواجه می‌شوند. تشخیص علائم و نشانه‌های URIs و ارائه مراقبت‌های مناسب برای پرستاران ضروری است. پرستاران در این محیط‌ها

پایین می‌افتد این مسأله می‌تواند باعث محدود شدن جریان هوا شده و بیمار سالمند را مستعد رینیت سالمندی کند که با افزایش ترشحات آبکی و رقیق در سینوس‌ها مشخص می‌شود. هم‌چنین این تغییرات ساختمانی می‌توانند اثر سوء بر احساس بو داشته باشند.

• لارنژیت در سالمندان متداول است و بیشتر ناشی از بیماری رفلکس رفلاکس گوارشی است (GERD). در سالمندان اغلب حرکت دودی مری آسیب دیده و عضلات اسفنکتر مری ضعیف‌تر می‌شود. اقدامات درمانی شامل خوابیدن همراه با بالا بردن سر تخت و استفاده از داروهای مانند بلوک‌کننده‌های گیرنده‌ی H_2 (مانند فاموتیدین) یا مهارکننده‌ی پمپ پروتون (مانند امپرازول) خواهد بود.

• از دست رفتن توده عضلانی مربوط به افزایش سن و نازک شدن غشاهای مخاطی می‌توانند باعث تغییرات ساختمانی در حنجره شوند که ویژگی‌های صدا را تغییر خواهد داد. معمولاً تون صدا در مردان سالمند بالا رفته و در زنان پایین‌تر می‌آید. هم‌چنین صدا نازک (کاهش پژواک) شده و احتمالاً لرزش داشته باشد. این تغییرات را باید از علائم مربوط به وضعیت‌های پاتولوژیک افتراق داد.

• عفونت‌های سیستم تنفسی فوقانی در سالمندان عواقب جدی‌تری دارند، به‌خصوص اگر هم‌زمان با سایر مشکلات طبی اتفاق بیافتند که سیستم تنفسی یا ایمنی را درگیر می‌کنند.

• انفلوانزا باعث تشدید بیماری مزمن انسدادی ریه شده و عملکرد ریوی را کاهش می‌دهد.

• آنتی‌هیستامین‌ها و ضد احتقان‌ها که برای درمان مشکلات سیستم تنفسی فوقانی به کار می‌روند، به دلیل اثرات جانبی‌شان و تداخل بالقوه با سایر داروهای مصرفی باید در افراد سالمند با احتیاط استفاده شوند.

• شیوع رینوسینوزیت غیر آلرژیک در میان سالمندان بیشتر از سایر گروه‌های سنی است. رینوسینوزیت ششمن بیماری مزمن شایع در میان سالمندان است. با پیش‌بینی افزایش جمعیت سالمندان در آینده، نیاز به جراحی اندوسکوپي سینوس افزایش می‌یابد. بیماران سالمند مبتلا به رینوسینوزیت غیر آلرژیک علائم مشابهی با افراد جوان‌تر دارند و میزان بهبود و کیفیت زندگی مشابهی را پس از عمل جراحی اندوسکوپي سینوس تجربه می‌کنند.

• با افزایش سن، ساختمان بینی تغییر می‌کند. مدلیت از بین رفتن غضروف، طویل‌تر شده و نوک بینی به

جمعیت جهان را مبتلا می‌کند. رینیت ویروسی، به‌ویژه سرماخوردگی، سالیانه حدود یک میلیارد نفر را مبتلا می‌کند. رینیت حاد یا مزمن، و آلرژیک یا غیرآلرژیک است. رینیت آلرژیک، به رینیت فصلی یا رینیت دائمی^۲ طبقه‌بندی می‌شود و به مواجهه با ذرات موجود در هوا مانند گرد و خاک، دوده یا گرده‌های گیاهان که افراد نسبت به آن‌ها آلرژی دارند، ارتباط می‌یابند. رینیت فصلی در طی دوره‌ی گرده‌ریزی گیاهان، و رینیت دائمی در کل سال ایجاد می‌شود. توصیف جزئیات مربوط به اختلالات آلرژیک به خصوص رینیت آلرژیک در فصل ۳۳ آمده است.

مراقبتی باید پیامدهای مربوط به بیماری را از طریق آموزش به بیمار ارتقا بخشند. ملاحظات خاص مربوط به URIs در افراد سالمند در نمای ۱-۱۸ خلاصه شده‌اند.

رینیت

رینیت^۱ گروهی از اختلالات است که با التهاب و تحریک غشای مخاطی بینی مشخص می‌شوند. این وضعیت می‌تواند تأثیرات قابل توجهی بر کیفیت زندگی گذاشته و باعث مشکلاتی در سینوس‌ها، گوش، خواب و اختلال در یادگیری شود. رینیت معمولاً با اختلالات تنفسی دیگری همچون آسم همراه می‌شود و سالیانه بین ۳۰٪-۱۰٪

پاتوفیزیولوژی

رینیت به واسطه‌ی عوامل مختلفی، از جمله تغییرات درجه‌ی حرارت یا رطوبت، بوها، عفونت، سن، بیماری سیستمی، مصرف ضداحتقان‌های بینی بدون نسخه (OTC) و با نسخه، و یا وجود جسم خارجی ایجاد می‌شود. رینیت آلرژیک در اثر تماس با مواد آلرژیک، نظیر غذاها (از جمله کره‌ی بادام زمینی، گردو، مغزهای برزیلی، گندم، سویا، غذاهای دریایی، شیر گاو و تخم‌مرغ)، داروها (مانند پنی‌سیلین^۱، داروهای سولفا، یا اسپیرین) و ذرات موجود در محیط داخل و خارج از خانه پدید می‌آید (نمای ۲-۱۸). شایع‌ترین علت رینیت غیر آلرژیک، سرماخوردگی است.

رینیت به‌وجود آمده توسط دارو، در اثر مصرف داروهای ضد فشار خون مثل مهارکننده‌های آنزیم مبدل آنژیوتنژین (ACE) و بتابلوکرها؛ انواع فرآورده‌های "استاتین" مثل اتوروستاتین^۲ و سیموستاتین^۳؛ داروهای ضد افسردگی ضد جنون مثل رسپریدون^۴؛ اسپیرین^۵؛ و برخی داروهای ضد اضطراب به وجود می‌آید. تصویر ۱-۱۸ فرآیندهای پاتولوژیک رینیت و رینوسینوزیت را نشان داده است. سایر علل رینوویروس در جدول ۱-۱۸ تعیین شده‌اند.

تظاهرات بالینی

علائم و نشانه‌های رینیت شامل رینوره^۶ (افزایش میزان ترشحات بینی، آبریزش بینی)، احتقان بینی، ترشحات بینی (که در رینیت باکتریال، چرکی است)، عطسه، و همچنین خارش مخاط بینی، قف‌دهان، گلو، چشم‌ها و گوش‌ها است. سردرد، به‌ویژه همراه با رینوسینوزیت، وجود دارد (بحث بعدی در مورد رینوسینوزیت را مشاهده نمایید). رینیت غیر آلرژیک می‌تواند در تمام طول سال ایجاد شود.

تدابیر پزشکی

درمان رینیت بستگی به علت آن دارد که با گذر تاریخچه و معاینه فیزیکی بیمار شناسایی می‌شود. پوست از بیمار در مورد علائم اخیر، هم‌چنین قرار گرفتن معرض آلرژن‌ها در منزل، محیط و یا محل کار، سؤال می‌کند. چنانچه علت ویروس باشد، داروهایی برای تسکین علائم به بیمار داده می‌شود. در رینیت آلرژیک، تسکین به منظور شناسایی نوع آلرژن انجام می‌شود. بستن شدت آلرژی، از واکسن‌های ضد حساسیت و کوتریکو استروئیدها استفاده می‌شود (جهت اطلاعات بیشتر، فصل ۳۳ را ببینید). چنانچه علائم نشان‌دهنده‌ی نوعی عفونت باکتریایی باشد، داروی ضدباکتریایی تجویز می‌شود. بیمارانی که مبتلا به انحراف تیغه‌ی بینی یا پولیپ هستند باید به متخصص گوش، حلق و بینی ارجاع داده شوند.

نمای ۲-۱۸ مثال‌هایی از مواد آلرژیک شایع داخل و خارج خانه

مواد آلرژیک شایع داخل خانه

- مدفوع کنه‌های^۷ موجود در گرد و غبار
- کرک و موی سگ
- کرک و موی گربه
- ترشحات سوسک
- کپک‌ها

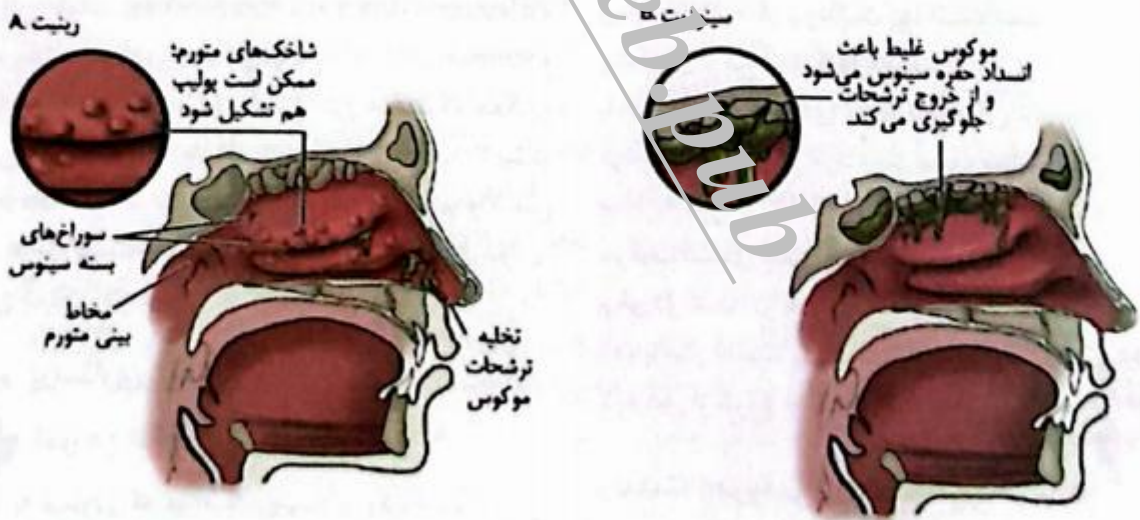
مواد آلرژیک شایع خارج خانه

- درخت‌ها (مثل بلوط، سنجد، سرو قرمز غربی)
- درخت توس، زبان‌گنجشک، افرای چناری، افرای گردو، سرو)
- علف‌ها (ابروسیا، تاج خروس، خاکشیر، علف خوک علف هرز، خار روسی)
- چمن‌ها (مثل تیموتی، اورگارد، سونیتورنال، برمودا، ردتاپ، سورداک، بلوگرس^۸)
- قارچ‌ها یا کپک‌ها (آلترناریا، کلادوسپوریوم، اسپرژیلوس^۹)

1. Penicillin
2. Atorvastatin
3. Simvastatin
4. Risperidone
5. Aspirin
6. Rhinorrhea

7. Mize
8. Timothy, Orchard, Sweet vernal, Bermuda, Sour
9. Alternaria, Cladosporium, Aspergillus

طبقه‌بندی	علل	علل رینوسینوزیت
واروموتور	ناشناخته استعمال نابه‌جای ضد احتقان‌های بینی (برای درمان رینیت) محرک‌های روانی (عصبانیت، تحریک جنسی) محرک‌ها (سیگار، دود آگزوز، گازهای موجود در محیط، کواکسین)	
مکانیکی	تومورها پوسته شدن جسم خارجی	انحراف بینی هیپرتروفی شاخک‌های بینی نشت مایع مغزی‌نخاعی
التهاب مزمن	پولیپ‌ها (در کیست فیبروتیک) سارکونیدوز گرانولومای وگنر گرانولومای خط میانی	
عفونت‌ها	عفونت حاد ویروسی رینوسینوزیت مزمن یا حاد عفونت‌های کمیاب بینی (سیفلیس، سل)	
هورمونی	بارداری استفاده از داروهای ضد بارداری، حورسین هیپوتیروئیدی	



تصویر ۱۸-۱. فرایندهای پاتوفیزیولوژی رینیت و رینوسینوزیت. اگرچه فرایندهای پاتوفیزیولوژی در رینیت و رینوسینوزیت کمابیش مشابه هستند اما ساختارهای مختلفی را درگیر می‌کنند. A در رینیت غشاهای موکوسی پوشاننده بینی ملتهب، محتقن و متورم می‌شوند. مخروط‌های متورم بینی، باعث انسداد روزنه‌های سینوس‌ها می‌شود و غشای موکوسی شروع به ترشح از مخاط بینی می‌کند. B رینوسینوزیت نیز با علامت التهاب و احتقان مشخص می‌شود که با ترشحات غلیظ موکوسی موجود در حفره‌های سینوس و انسداد سوراخ‌های سینوس همراه است.