Review

A review of recent treatment of urticarial in children and adults

Javad Ghaffari [1 *]

1. Professor of Mazandaran University of medical Sciences, Sari, Iran.
*. Corresponding Author: E-mail: javadneg@yahoo.com

(Received 7 December 2018; Accepted 18 April 2019)

Abstract

The prevalence of allergic disorders, such as urticaria or hives, has increased over the decades. The exact etiology of allergic diseases is unknown, but genetic and environmental factors contribute to it. Allergic diseases carry a lot of financial burden on the family and society. Urticaria, especially the chronic type, has a significant effect on the quality of life of patients. We searched on various sites such as Google, pubmed, uptodate and Scopus. The search was carried out with keywords including urticaria, chronic urticaria, treatment and guidelines. The basis of treating each illness is to recognize its cause and resolve it. This is a fact that antihistamines in most cases improve the symptoms of urticaria in children and adults and have few complications; they're considered by all guidelines as the first line of treatment. Second-generation antihistamines are preferred. In most cases, patients respond to first-line or second-line drugs (antihistamines), and the need for third- and fourth-line drugs is very little (anti leukotrienes, Omalizumab and immunosuppressives).

Keywords:Urticaria, Treatment, Guidelines, Antihistamines.

Clin Exc 2019; 8(1-8) (Persian).

[Downloaded from ce.mazums.ac.ir on 2025-11-06]

مروری کوتاه بر تازه‌های درمان کهیر در کودکان و بزرگ‌سالان

جواد غفاری[۱*]

چکیده

شیوع اختلالات آلرژیک، مانند کهیر، طی دهه‌ها افزایش‌یافته است. علت دقیق بیماری‌های آلرژیک ناشناخته است، اما عوامل ژنتیکی و محیطی در ایجاد آن‌ها نقش دارند. بیماری‌های آلرژیک هزینه‌های مالی زیادی بر خانواده و جامعه تحمیل می‌کنند. بیماری کهیر، به‌خصوص نوع مزمن آن، تأثیر منفی قابل‌توجهی بر کیفیت زندگی بیماران می‌گذارد. براین اساس مطالعه ای مروری بر مبنای بررسی متون در منابع اینترنتی و پایگاه‌های اطلاعاتی در دسترس مانند؛ Pubmed، Scopus، Google Scholar، Up To Date با کلیدواژه‌های فارسی شامل؛ کهیر حاد، کهیر مزمن، درمان و راهنمای درمان جستجو انجام شد. اساس درمان و مراقبت هر بیماری، شناسایی علت یا علل آن و اجتناب از آن علت یا علل می‌باشد. آنتی‌هیستامین‌ها در درمان کهیر حاد و مزمن در کودکان و بزرگ‌سالان، در تمام دستورالعمل‌ها به‌عنوان اولین خط درمانی در نظر گرفته می‌شوند. این داروها در اکثر موارد سبب بهبود علائم کهیر می‌شوند. آنتی‌هیستامین‌های نسل دوم ترجیح داده می‌شوند. در اغلب موارد، بیماران به داروهای خط اول و دوم(آنتی‌هیستامین با دوز معمول و یا دو تا چهار برابر دوز اولیه) پاسخ می‌دهند و نیاز به داروهای خط سوم به بعد(آنتی‌لوکوترین‌ها، اومالیزوماب و آنتی‌ساپرسورها) کمتر است.

واژه‌های کلیدی: کهیر، درمان، راهنمای بالینی، آنتی‌هیستامین‌ها.

مقدمه

شیوع اختلالات آلرژیک از جمله کهیر از دهه‌ها پیش رو به افزایش می‌باشد. اتیولوژی دقیق بیماری‌های آلرژیک ناشناخته است، اما عوامل ژنتیکی و محیطی در به وجود آمدن آن نقش دارند(۱). عوامل محیطی همانند آلرژن‌های هوایی(که به آلرژن‌های فضای بسته و باز تقسیم‌بندی می‌گردند) و یا آلرژن‌های غذایی می‌توانند در بروز و تشدید علائم بیماری‌های آلرژیک نقش بسزایی داشته باشند. شیوع و بروز آن در مناطق مختلف دنیا متفاوت می‌باشد(۴-۲). شیوع و تأثیرگذاری این آلرژن‌ها نیز در نقاط مختلف تفاوت دارد که بستگی به شرایطی همانند آب‌وهوا دارد. کهیر دارای شیوع حدود ۲۵-۱۰ درصد دارد اما کهیر مزمن(که بیش از ۶ هفته ادامه دارد) حدود ۳-۱ درصد شیوع دارد(۵). بیماری‌های آلرژیک بار مالی فراوانی بر خانواده و جامعه وارد می‌کنند(۶). اما خوشبختانه این بیماری‌ها اثرات منفی جدی بر روی ضریب‌هوشی بیماران ندارند(۷). کهیر بخصوص نوع مزمن آن بر روی کیفیت زندگی بیماران تأثیر بسزایی دارد و هر چه بیماری طولانی‌تر و شدیدتر باشد کیفیت زندگی آن‌ها بدتر می‌گردد(۷). علت بروز کهیر مزمن در ۹۰-۸۰ درصد موارد ناشناخته می‌باشد. علل مطرح‌شده شامل؛ اختلالات تیروئید، التهاب معده به دنبال هلیکوباکتر پیلوری، انگل‌ها، عفونت‌ها و تومورها هستند(۱۰-۸).

۱. استاد، فوق تخصص آلرژی و ایمونولوژی بالینی دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران.
* نویسنده مسئول: مازندران، ساری، بیمارستان بوعلی، گروه آموزشی کودکان
E-mail: javadneg@yahoo.com

تاریخ دریافت:۱۳۹۷/۹/۱۶ تاریخ ارجاع جهت اصلاحات: ۱۳۹۸/۱/۲۰ تاریخ پذیرش:۱۳۹۸/۱/۲۹

[Downloaded from ce.mazums.ac.ir on 2025-11-06]

تشخیص کهیر اساساً بر مبنای بررسی شرح‌حال و انجام معاینه بالینی می‌باشد. در موارد تشخیص کهیر مزمن تست‌های اولیه توصیه می‌گردد. بنابراین بایستی از انجام آزمایش‌ها اضافی خودداری شود(۱۲-۱۱).

درمان‌های مختلف و متعددی در کهیر حاد و مزمن مورداستفاده قرار می‌گیرند که پایه و اساس آن‌ها آنتی‌هیستامین‌ها قرار دارند ضمن اینکه داروهای دیگر(همانند اوملیزوماب) نیز مورد استفاده می‌باشند. برای شناخت بیشتر داروها جهت درمان و پیشگیری از بروز علائم بعدی در کهیرهای حاد و مزمن بایستی از رویکردهای صحیح و موثر بهره برد، براین اساس مطالعه حاضر با هدف مروری ساده و کوتاه در راستای بررسی آخرین درمان‌های کهیر در راستای بهره‌گیری از راهنماهای موجود در دنیا صورت گرفته است.

روش کار

پژوهش حاضر از نوع مروری است که با بررسی متون در منابع اینترنتی و پایگاه‌های اطلاعاتی در دسترس مانند؛ Pubmed، Scopus، Google Scholar، Up To Date با کلیدواژه‌های فارسی شامل؛ کهیر حاد، کهیر مزمن، درمان و راهنمای درمان جستجو انجام شد. هدف جستجو، آخرین درمان‌های کهیر توسط انجمن‌ها، کمیته‌ها، آکادمی‌ها که از سال ۲۰۱۴ به بعد بوده‌اند می‌باشند. تعداد ۸ مقاله در این زمینه به دست آمد که مورداستفاده قرار گرفتند. معیار ورود راهنمای درمان کهیر از انجمن‌های علمی معتبر آمریکا، اروپا و آسیا بوده‌اند. معیار خروج عدم وجود راهنما در مقالات بوده است.

یافته‌ها

با توجه به شیوع بالای بیماری‌های آلرژیک از جمله کهیر(۲۰-۱۰ درصد از جمعیت) نیاز به دانستن آخرین درمان‌های موجود که شناخت آن برای کارکنان بهداشتی همانند پزشکان از اهمیت بالای برخوردار است احساس می‌شود. تنوع درمانی با توجه به منابع متعدد مثل سایت‌ها، کتاب‌ها و مجلات در این مورد ممکن است سبب سردرگمی همکاران شود. در این مقاله از منابعی استفاده‌شده است(راهنمای انجمن‌های آلرژی و ایمونولوژی آمریکا، اروپا و آسیا) که براساس پزشکی مبتنی شواهد از اعتبار و کیفیت بالایی برخوردار می‌باشند. این راهنماهایی که در این مقاله مورداشاره قرار می‌گیرند اصولاً برای کهیر مزمن بکار می‌روند زیرا کهیر حاد به مواردی کمتر از ۶ هفته گفته می‌شود که معمولاً به خط سوم درمان نمی‌رسند(۱۳،۵). کهیر حاد اصولاً خود محدود شونده می‌باشد و در اغلب موارد با اجتناب از عامل محرک و آنتی‌هیستامین‌ها برطرف می‌شود. بهترین درمان برای کهیرهای فیزیکی اجتناب از عامل(فیزیکی) می‌باشد گرچه آنتی‌هیستامین نیز تجویز می گردد(۵، ۱۴-۱۳).

پایه و اساس درمان هر بیماری شناخت عامل آن و برطرف کردن آن عامل می‌باشد. بنابراین در مواردی که علت کهیر شناخته‌شده است درمان بیماری زمینه‌ای همانند اختلال تیروئید و یا عفونت‌ها اساس درمان را تشکیل می‌دهد. اجتناب از عوامل محرک نیز در کنترل کهیر تأثیر بسزایی دارد(۱۲).

در مطالعه مروری توسط گودزه خط اول درمان کهیر آنتی‌هیستامین‌های نسل دوم با دوز معمول می‌باشد زیرا اثرات خواب‌آلودگی و اختلالات شناختی ندارند. نسل اول به لحاظ عبور از سد مغزی و اثرات خواب‌آلودگی و اختلال در ریتم خواب و اختلال شناختی کمتر مورداستفاده قرار می‌گیرند. داروهای نسل دوم شامل؛ ستریزین(متابولیت هدروکسی‌زین)، لوراتادین، فکسوفنادین، آزلاستین، دس‌لوراتادین، اباستین، لووستیریزین، راپاتادین و بیلاستین می‌باشند. در صورت عدم پاسخ به درمان خط دوم افزایش دوز آنتی‌هیستامین به میزان ۴-۲ برابر می‌باشد. در مورد مصرف توأم آنتی‌هیستامین‌ها اطلاعات کافی در دست نیست و به نظر نمی‌رسد که اثر سینرژیسم داشته باشند. در صورت عدم پاسخ به درمان به آنتی‌هیستامین‌ها با دوز ۴ برابر اومالیزوماب و به‌عنوان خط سوم درمانی بکار می‌روند. آنتی‌هیستامین‌های بلوک‌کننده H_2 را توصیه نمی‌کند. در موارد نادر و مقاوم و برای کهیر واسکولیتی برای دوره

[Downloaded from ce.mazums.ac.ir on 2025-11-06]

کوتاه استروییید و متوترکسات توصیه شده است. درمان با سرم اتولوگوس توصیه نمیشود(۱۵).

در دستورالعمل آکادمی آلرژی و ایمونولوژی بالینی اروپا و سازمان آلرژی دنیا خط اول درمانی کهیر آنتی‌هیستامین نسل دوم با دوز روتین است و در صورت عدم پاسخ بعد از ۴-۲ هفته افزایش دوز آن تا ۴ برابر می‌باشد که خط دوم درمانی است. در خط سوم درمانی از اومالیزوماب استفاده می‌شود برای ۶ ماه که به داروهای اولیه اضافه می‌شود. اگر به این درمان‌ها جواب نداد از سیکلوسپورن استفاده می‌شود که خط چهارم درمانی می‌باشد. بر مبنای آکادمی آلرژی/آسم و ایمونولوژی امریکا و همچنین انجمن آلرژی/آسم و ایمونولوژی آمریکا خط اول درمانی آنتی‌هیستامین نسل دوم با دوز روتین است. در صورت عدم پاسخ خط دوم درمانی انجام یکی از موارد زیر می‌باشد.

۱- افزایش دوز آنتی‌هیستامین تا ۴ برابر
۲- افزودن آنتی‌هیستامین نسل دوم دیگر
۳- افزودن H_2 بلاکر
۴- افزودن آنتی‌لوکوترین
۵- افزودن آنتی‌هیستامین نسل اول در موقع خواب.

در مرحله بعد در خط سوم درمانی می‌توان از آنتی‌هیستامین‌های دیگر و افزایش دوز آن‌ها همانند هیدروکسی‌زین و دوکسپین می‌باشد. در مرحله چهارم می‌توان داروهای دیگر را به داروهای قبلی اضافه کرد همانند اومالیزوماب یا سیکلوسپورین یا ضدالتهاب دیگر یا ایمونوساپرسیوها و یا داروهای بیولوژیک. داروهای ایمونوساپرسیو همانند؛ متوترکسات، مایکوفنولات-مافیتیل، سیکلوفسفومايد، ریتوکسیماب و داروهای ایمونومدولاتور همانند ایمونوگلوبولین وریدی، پلاسمافورزیس علاوه بر اینکه در کهیرهای مزمن با علت ناشناخته و یا کهیرهای فیزیکی در خط‌های سوم و یا چهارم بکار می‌روند ولی بیشتر کاربرد آن‌ها در کهیر مزمن اتوایمون و یا با واسطه آنتی‌بادی بکار می‌روند. این پروتکل درمانی برای کودکان و بزرگ‌سالان قابل‌استفاده می‌باشد. در دوران بارداری آنتی‌هیستامین-های نسل دوم همانند لوراتادین و ستیریزین قابل‌استفاده هستند(۱۳، ۱۷-۱۶).

روشی که توسط آکادمی آلرژی/آسم و امریکا بیان کرده تائید سازمان غذا و داروی امریکا را دارد. استفاده از استروییید به لحاظ عوارض بالای آن باید با احتیاط صورت گیرد و برای مدت کوتاه باشد. بنابراین از استفاده طولانی‌مدت آن جدا خودداری گردد. اومالیزوماب با دوز ۳۰۰-۱۵۰ میلی‌گرم برای افراد بالای ۱۲ سال توسط سازمان غذا و دارو تائید شده است. داروهایی مثل سولفاسالازین، هیدروکسی کلروکین، کلشی سین ارزش محدودی در درمان کهیر دارند و اصولاً در شرایط خاصی کاربرد پیدا می‌کنند(۱۷).

براساس مقاله کولتنان و همکاران اگر علتی برای کهیر یافت شود باید برطرف گردد. خط اول درمانی آنتی‌هیستامین‌های نسل دوم می‌باشند. در صورت عدم پاسخ افزایش دوز تا ۴ برابر برای داروهای لووستیریزین، دس‌لوراتادین، راپاتادین و بیلاستین مورد تائید می‌باشد. اما برای فکسوفنادین شواهد قوی ارائه نشده است. آنتی‌هیستامین‌های نسل اول در مواقعی که نسل اول در دسترس نباشند بکار می‌روند. نسل اول در موارد بزرگی پروستات ـ گلوکوم و آسم منع مصرف دارند. استروییید سیستمیک در موارد کهیر حاد شدید(سرم سیکنس شدید) کهیر واسکولیتی و کهیر فشاری تاخیری که به درمان‌های اولیه پاسخ ندهند بکار می‌رود. البته باید کوتاه‌مدت باشد. در کهیر مزمن نیز اگر به درمان‌های دیگر پاسخ ندهد برای کوتاه‌مدت مصرف می‌شود. شواهد قوی برای مصرف توأم آنتی‌هیستامین‌های بلوک‌کننده H_1 و H_2 وجود ندارد.

گرچه بعضی از پزشکان باتجربه آن‌ها را با هم تجویز می‌نمایند. اگر تأثیر این ترکیب بعد از ۴-۲ هفته آشکار نشد. آنتی‌هیستامین H_2 بلوکر را قطع کنید. آنتی‌لوکوترین بعد از خط اول درمانی و یا در موارد کهیر ناشی از آسپیرین بکار می‌رود. اگر بعد از ۴-۲ هفته اثرات درمانی آشکار نشد آنتی‌لوکوترین قطع شود. در موارد

[Downloaded from ce.mazums.ac.ir on 2025-11-06]

مقاوم گاهی اوقات سیکلوسپورین با دوز ۵-۲/۵ میلی‌گرم به ازای کیلوگرم داده می‌شود ولی بیش از ۶-۳ ماه بکار نرود. برای مصرف آن زیر ۱۸ سال مدارک قوی وجود ندارد(۱۸).

بر اساس یافته‌های مقالات در پایگاه Up To Date اساس درمان، اجتناب از عوامل محرک می‌باشد. از نظر دارویی خط اول درمان استفاده از آنتی‌هیستامین‌های نسل دوم می‌باشد، مثل؛ ستیریزین، لووستیریزین، فکسوفنادین، لوراتادین و دس‌لوراتادین می‌باشند. حدود نیمی از بیماران به دوز استاندارد آنتی‌هیستامین پاسخ مناسبی نمی‌دهند. اگر هیچیک از داروها تأثیر نداشت بهتر است مصرف دارو قطع شود تا اثر تجمعی داروها اتفاق نیافتد. در صورت عدم پاسخ برای ۲-۱ هفته دوز بعضی از آنتی‌هیستامین‌ها مثل دس‌لوراتادین و لووستیریزین را تا ۴ برابر می‌توان افزایش داد. البته افزایش دوز بیشتر مواقع سبب کاهش خارش می‌شود تا کم کردن تعداد کهیرها. در این مرحله، اگر در مدت چند هفته پاسخی درمانی مطلوب رخ نداد اومالیزوماب به‌عنوان مرحله بعدی تجویز دارو، اضافه می‌شود. در همین مرحله، می‌توان آنتی‌هیستامین نسل دوم دیگری به آنتی‌هیستامین اولیه اضافه کرد. یا آنتی‌هیستامین H_2 بلوکر اضافه کرد و یا آنتی‌لوکوترین اضافه کرد و یا آنتی‌هیستامین نسل اول در هنگام خواب اضافه کرد. در مرحله سوم می‌توان افزایش دوز آنتی‌هیستامین نسل اول را انجام داد. توصیه می‌شود داروهای مرحله دوم را که تأثیری نداشته‌اند را قطع نمایید. ضمناً داروهای آنتی‌هیستامین نسل اول را برای کودکان و افراد مسن بکار تجویز نشود چون اثرات دمانس و آنتی‌کولینرژیک دارند. در مرحله چهارم می‌توان از اومالیزوماب، سیکلوسپورین، ضدالتهابی و ایمونوساپرسیو استفاده کرد(۱۴).

در مقاله کانادایی خط اول درمانی آنتی‌هیستامین نسل دوم با دوز معمول می‌باشد. اگر بعد از دو هفته اثر نداشت دوز دارو را تا ۲ برابر می‌توان افزایش داد و اگر باز هم تا ۴ هفته مؤثر نبود داروی ضد لوکوترین اضافه می‌گردد. در موارد شدید می‌توان از استروییید خوراکی کوتاه‌مدت استفاده کرد. در خط سوم درمانی می‌توان اومالیزوماب، سیکلوسپورین آ استفاده کرد و یا به یک آلرژیست ارجاع داد. در موارد شدید می‌توان از استروییید خوراکی کوتاه‌مدت استفاده کرد. دوز استروییید را ۰/۵-۰/۳ میلی‌گرم به ازای هر کیلوگرم حساب کرده و هر ۷-۳ روز دوز نصف شده و حداکثر برای ۴-۲ هفته می‌توان تجویز کرد. دوز سیکلوسپورین ۵-۳ میلی‌گرم به ازای هر کیلوگرم حساب می‌شود(۱۹).

براساس دستورالعمل پزشک خانواده آمریکا خط اول درمانی کهیر آنتی‌هیستامین‌های نسل اول می‌باشند. در مواردی که آنتی‌هیستامین‌های نسل اول مؤثر نباشد در خط دوم درمانی می‌توان یکی از موارد زیر را انجام داد: دوز دارو را می‌توان ۴-۲ برابر کرد. می‌توان آنتی‌هیستامین نسل اول یا H_2 بلوکر یا یک آنتی‌هیستامین نسل دوم دیگر و یا ضد بلوکر لوکوترین به آنتی‌هیستامین نسل اول اضافه کرد. در صورت عدم پاسخ در خط سوم می‌توان هیدروکسی‌زین و یا دوکسپین اضافه کرد. در صورت عدم پاسخ می‌توان از اومالیزوماب یا سیکلوسپورین استفاده کرد. در موارد خیلی شدید می‌توان از استروییید سیستمیک استفاده کرد. دوز استروییید برای پردنیزولون خوراکی نیم تا یک میلی‌گرم به ازای هر کیلوگرم در روز می‌باشد که برای ۱۰-۳ روز توصیه می‌شود(۲۰).

براساس پیشنهاد انجمن آلرژی و ایمونولوژی بالینی انگلستان خط اول درمانی آنتی‌هیستامین‌های نسل دوم می‌باشند. اگر پاسخ مناسبی نداشتیم دوز دارو ۴-۲ برابر می‌شود. در هر مرحله‌ای در موارد شدید می‌توان از استروییید سیستمیک خوراکی نیم تا ۱ میلی‌گرم به ازای هر کیلو در روز(حداکثر ۴۰ میلی‌گرم در روز) برای ۷-۵ روز استفاده کرد. در خط دوم درمانی می‌توان از آنتی‌هیستامین نسل اول استفاده کرد. در خط سوم می‌توان از آنتی لوکوترین استفاده کرد و در خط چهارم از اومالیزوماب و یا سیکلوسپورین استفاده کرد(۲۱).

براساس مرور گایدلاین‌های فوق، تجربه نویسنده و با توجه به شرایط و موقعیت ایران مراحل درمان کهیر مزمن در جدول شماره یک ذکر گردیده است. دوز داروهای

[Downloaded from ce.mazums.ac.ir on 2025-11-06]

مختلفی که در درمان کهیر بخصوص نوع مزمن آن مورد استفاده قرار می‌گیرند در جدول‌های ۲ و ۳ آورده شده‌اند.

جدول شماره ۱: جمع‌بندی نویسنده جهت درمان کهیر مزمن در ایران	
درمان اساسی	اجتناب از عامل یا عوامل محرک
مرحله اول	آنتی‌هیستامین نسل دوم (یک دارو): در صورت عدم پاسخ به مرحله دوم درمان رجوع نمایید.
مرحله دوم	یکی یا بیشتر از یکی از موارد زیر را در نظر داشته باشید: - افزایش دوز آنتی‌هیستامین نسل دوم - اضافه کردن آنتی‌هیستامین نسل دوم دیگر - اضافه کردن آنتی‌هیستامین H_2 بلوکر - اضافه کردن آنتی‌لوکوترین - اضافه کردن آنتی‌هیستامین نسل اول در موقع خواب: در صورت عدم پاسخ به مرحله سوم بروید.
مرحله سوم	استفاده از دوز افزایشی آنتی‌هیستامین‌های قوی مثل؛ هیدروکسی‌زین یا دوکسپین در صورت تحمل: در صورت عدم پاسخ به مرحله چهارم رجوع نمایید.
مرحله چهارم	اضافه کردن اومالیزوماب؛ در صورت عدم پاسخ برای مدت ۶ ماه یا زودتر به مرحله پنجم بروید.
مرحله پنجم	اضافه کردن داروهای ذیل؛ - سیکلوسپورین - داروهای ضد التهابی - ایمنوساپرسور یا بیولوژیک‌ها

درمان کهیر در دوران بارداری

تاکنون بروز نقص مادرزادی با استفاده از آنتی‌هیستامین‌های نسل دوم در بارداری گزارش نشده است. آنتی‌هیستامین‌های نسل دوم همانند؛ لوراتادین(۱۰ میلی‌گرم روزانه، ستیریزین(۱۰ میلی‌گرم روزانه)، لووستریزین(۵ میلی‌گرم روزانه) و دس‌لوراتادین(۵ میلی‌گرم روزانه) از داروهای انتخابی بوده و ارجح می‌باشند و غالباً دوز معمول یا اولیه را توصیه می‌کنند و افزایش دوز آن‌ها جهت درمان هنوز نیاز به انجام مطالعات بیشتری دارد. مصرف آنتی‌هیستامین‌های نسل اول توصیه نمی‌شود به‌جز کلرفنیرامین با دوز ۴ میلی‌گرم هر ۶-۴ ساعت یک عدد(حداکثر ۲۴ میلی‌گرم در روز). مصرف اومالیزوماب در بارداری منعی ندارد اگر از قبل دارو را دریافت می‌کرده است و شیوع درمان به قبل از بارداری می‌رسد. برای شروع اومالیزوماب در زمان بارداری مطالعات اندکی وجود دارد. داروهای ایمونوساپرسیو با توجه به عوارض بیشتر باید با احتیاط و مورد به مورد تجویز گردند. در موارد شدید می‌توان از استروئید خوراکی(پردنیزولون) به مدت کوتاه استفاده کرد و ترجیحاً در ۳ ماه اول بارداری بکار نرود(۱۴-۱۳). یادآوری می‌گردد که اومالیزوماب توسط آژانس دارویی اروپا و سازمان غذا و داروی آمریکا برای سنین بالای ۶ سال در موارد آسم شدید مقاوم آلرژیک که به درمان‌های معمول پاسخ نمی‌دهند و در افراد بالای ۱۲ سال که دارای کهیر مزمن مقاوم به درمان خط اول و دوم درمانی نمی‌باشند تائید شده است(۲۲).

دوز اولیه داروهای مختلفی که برای درمان کهیر مزمن در بزرگ‌سالان استفاده می‌شوند در ذیل آورده شده است(۱۸):

جدول شماره ۲: لیست داروها برای درمان کهیر در بزرگ‌سالان	
1	Cetirizine, 10 mg once daily
2	Fexofenadine, 180 mg once daily
3	Desloratadine, 5 mg once daily
4	Levocetirizine, 5 mg once daily
5	Loratadine, 10 mg once daily
6	Ranitidine, 150 mg twice daily
7	Cimetidine, 400 mg twice daily
8	Zafirlukast, 20 mg twice daily
9	Famotidine, 20 mg twice daily
10	Montelukast, 10 mg once daily

دوز داروهای مختلفی که در درمان کهیر مزمن در کودکان مورداستفاده قرار می‌گیرند در جدول شماره ۳ آورده شده است(۱۸).

[Downloaded from ce.mazums.ac.ir on 2025-11-06]

نتیجه‌گیری

به دلیل اینکه آنتی‌هیستامین‌ها در اکثر موارد سبب بهبود کهیر در کودکان و بزرگ‌سالان می‌شوند و عوارض اندکی دارند در تمام دستورالعمل‌ها به‌عنوان خط اول درمانی در نظر گرفته‌شده‌اند، آنتی‌هیستامین‌های نسل دوم ارجح می‌باشند. در مواردی که بیماران به داروهای خط اول تا دوم پاسخ ندهند، نیاز به داروهای خط سوم تا پنجم می‌باشد علی‌رغم اینکه این داروها هزینه بالایی دارند و یا با عوارض بیشتری همراه هستند.

Drug	Dose
Cetirizine	6 -12 Months;2.5 mg once daily
	12- 60 Months; 2.5-5 mg once daily
	≥6 years; 10 mg once daily
Fexofenadine	6- 24 Months; 15 mg twice daily
	2-11 Years; 30 mg twice daily
	≥12 Years; 180 mg once daily
Desloratadine	6-11 Months: 1 mg once daily
	12 – 60 Months; 1.25 mg once daily
	6-11 Years; 2.5 mg once daily
	≥12 Years; 5 mg once daily
Ranitidine	1 Months - 16 Years ; 5-10 mg once daily
Cimetidine	Infants; 10-20 mg once daily
	Children; 20-40 mg once daily
Zafirlukast	5-11 Years; 10 mg/day
Levocetirizine	Infants≥6 Months: 1.25 mg once daily
	Children≤ 5 Years: 1.25 mg once daily
	Children 6-11 Years: 2.5 mg once daily
	Children 6-11 Years: 5 mg once daily
	Adolescents:5 mg once daily
Loratadine	2-5 Years, 5 mg once daily
	≥6 Years; 10 mg once daily
Famotidine	3-12 Months; 1 mg once daily
	1-16 Years; 1-2 mg once daily
Montelukast	1-5 Years; 4 mg once daily
	6-14 Years;5 mg once daily
	>14 Years;10 mg once daily
Cyclosporine	4-6 mg once daily

References

1. Mohammadzadeh I, Jafarian A, Ghaffari J, Alizadeh-navaei R. The prevalence of allergy sysmptoms in students in rural area. Caspian J Pediatr 2014;1(2):35-38.
2. Ghaffari J, Mohammadzadeh E, Mahdavi M. Skin Prick Test with Aeroallergens in Patients with Chronic Urticaria. JBUMS. 2012; 14 (2) :66-72.
3. Ghaffari J. Prevalence of aeroallergens in skin test of asthma, allergic rhinitis, eczema and chronic urticaria patients in Iran . Journal of Mazandaran University of Medical Sciences. 2012;22(87):139-151.
4. Ghaffari J, Khademloo M, Saffar MJ, Rafiei A, Masiha F.Hypersensitivity to house dust mite and corockach is the most

[Downloaded from ce.mazums.ac.ir on 2025-11-06]

common allergy in north of iran. Iran J Immunol. 2010;7(4):234-239.
5. Ghaffari J, Farid Hossaini R, Rafatpanah H, Jabbari Azad F, Shahmohammadi S. Chronic urticaria in children: Etiologies, Clinical Manifestations, Diagnosis and Treatment. J. Pediatr. Rev. 2013; 1 (2) :55-68
6. Ghaffari J, Hadian A, Daneshpoor SMM, Khademloo M. Asthma Burden in the Hospitalized Patients in North of Iran. Int J Pediatr. 2014;2(4.1):257-66.
7. Ghaffari j, Abbaskhanian A, Jalili M. Evaluation of Intelligence quotient of children with moderate asthma compared to healthy children in 2011: Sari-Iran. Medical Journal of Mashhad University of Medical Sciences 2014;57(20):505-511.
8. Ghafari J, Kosarian M, Nazari Z, Nabavi M. Relation between chronic urticaria and thyroid autoimmunity. J Mazandaran Univ Med Sci. 2008; 18 (63) :66-72
9. Ghaffari j, Farid R, Nazari Z, Jabbari Azad F.Helico bacter Pylori (HP) infection and chronic urticarial. November 2007 World Allergy Organization Journal
10. Hosseini Farahabadi S, Tavakkol-Afshari J, Ganjali R, Rafatpanah H, Ghaffari J, Farid-Hosseini R.Association between the polymorphism of TGF-beta1 gene promoter (-509C>T) and idiopathic chronic urticaria. Iran J Allergy Asthma Immunol. 2006;5(3):109-113.
11. Ghaffari J, Khademloo M, Mohammadzadeh I, Golpoor M. Chronic urticaria: the necessity of laboratory examination. Zahedan J Res Med Sci (ZJRMS) 2013; 15(4): 66-68.
12. Ghaffari J. Acute chronic urticarial: review of etiology, pathogenesis, manifestation and treatment. Clin Exc . 2013; 1 (1) :83-102.
13. Zuberbier T, Aberer W, Asero R, Abdul Latiff AH, Baker D, Ballmer-Weber B, et al. The guideline for the definition, classification, diagnosis and management of urticaria. Allergy. 2018;73(7):1393-1414.
14. Khan AD, Saini S, Callen J.Chronic spontaneous urticaria: Standard management and patient education.This topic last updated, 2018.
15. Godse K, De A, Zawar V, Shah B,Girdhar M, Rajagopalan m, et al. Consensus Statement for the Diagnosis and Treatment of Urticaria: A 2017 Update. Indian J Dermatol. 2018;63(1):2–15.
16. Zuberbier T, Bernstein JA.A Comparison of the United States and International Perspective on Chronic Urticaria Guidelines. J Allergy Clin Immunol Pract. 2018;6(4):1144-1151.
17. Fine LM, Bernstein JA.Urticaria Guidelines: Consensus and Controversies in the European and American Guidelines. Curr Allergy Asthma Rep. 2015;15(6):30.
18. Kulthanan K, Tuchinda P, Chularojanamontri L, Chanyachailert P, Korkij W, Chunharas A, et al.Clinical practice guideline for diagnosis and management of urticaria. Asian Pac J Allergy Immunol. 2016 Sep;34(3):190-200.
19. Sussman G, Hébert J, Gulliver W, Lynde C, Waserman S, Kanani A .Insights and advances in chronic urticaria: a Canadian perspective. Allergy Asthma Clin Immunol. 2015 Feb 11;11(1):7.
20. Schaefer P.Acute and Chronic Urticaria: Evaluation and Treatment.Am Fam Physician. 2017 Jun 1;95(11):717-724.
21. Powell R.J , BSACI guideline for the management of chronic urticaria and angioedema , Clinical and experimental allergy journal.2015;45:547-565.
22. Crisafulli G, Caminiti L, Chiera F, Arasi S, Salzano G, Panasiti I, et al.Omalizumab in children with severe allergic disease: a case series. Ital J Pediatr. 2019 14;45(1):13.

[Downloaded from ce.mazums.ac.ir on 2025-11-06]