

بیماریهای آلرژی و آستنی

دکتر محمد بهشتی - دکتر محمد طواف - دکتر مجید کیمیائی*

مجله نظام پرشکی

سال سوم، شماره ۵، صفحه ۳۹۴-۱۳۵۲

کسانیکه در دوران آستنی آسمان شدت پیدا کرده بیمارانی بوده اند که قبل از آستنی مبتلا ب نوع شدید آسم بوده اند. از نوادو چهار بیمار که قبل از آستنی دچار آسم متوسط بوده اند فقط ۹ تن در دوران آستنی به آسم شدید مبتلا شده اند.

در ۲۳ بیمار که در دوران آستنی بعلت شدت یافتن آسم در بیمارستان بستری شده اند، ۸۳ درصد آنان قبل از آستنی گرفتار نوع شدید بیماری بوده اند. تغییراتی که در سیز بیماری آسم در آستنی حاصل میشود محتملاً مر بوط به تغییراتی است که در تراش غده های درون ریز در این دوران اتفاق می افتد.

انگیزه اساسی تشید آسم در دوران آستنی عفونت های بینی و راه های تنفس و در مرتبه بعد استرس (Stress) است.

درمان بیماریهای آلرژی در دوره آستنی

مسئله درمان بیماریهای آلرژی در دوران آستنی همواره مورد توجه متخصصان زنان و زایمان بوده است.

آیا تست های آلرژی و درمان های آلرژی، از جمله این می درمانی یا رفع حساسیت بوسیله تزریق عصاره آلرژن، در زمان آستنی مجاز است؟ و یا با استفاده یک مورد که بوسیله فرانسیس Francis در ۱۹۴۱ گزارش داده شده است که زنی که تحت تزریق گردد - های چمن (Grass) و گرده های واپسیه به آن بوده و سقط کرده و سقط را ناشی از این درمان دانسته است، شروع یا ادامه درمان آلرژی در زن آستن ممنوع میباشد؟ (۱)

بنظر عموم متخصصان آلرژی، انجام تست های آلرژی و شروع یا ادامه درمان آلرژی بوسیله این می درمانی، در دوران آستنی مجاز است. گزارشی که از ۲۰ زن آستن مبتلای به آلرژی در ۱۹۴۱ تهیه شده، نشان میدهد که جملگی در دوران آستنی تحت درمان آلرژی و رفع حساسیت بوده اند و یا آنکه یازده مورد در خلال درمان واکنش

بیماریهای آلرژی در دوران آستنی محتملاً تحت تأثیر ترشحات غده های درون ریز دستخوش تغییراتی قرار میگیرد، بطوریکه در عده ای تخفیف کلی و در گروهی شدت می یابد. تست مثبت توبر کولین بطور تقریب در یک چهارم از زنان آستن ضعیفتر میشود.

در دوران آستنی میزان هیستامیناز (Histaminase) اکثر بمقدار قابل توجهی افزایش پیدا میکند، گرچه اهمیت بالینی این افزایش بخوبی روشن نشده است.

در دوران آستنی گاه یک نوع دینتیت واژوموتور عارض میشود که علت آن بدرستی معلوم نیست. این عارضه چند روز یا چند هفته پس از ذایمان بهبود پیدا میکند.

آسم و آستنی

بسیار اتفاق می افتد که آسم در دوران آستنی بهبود می یابد و یا ازشدت حمله های آن کاسته میشود ولی چند روز یا چند هفته پس از ذایمان بازمیگردد. درقلیلی اذمارات شدت پیدا میکند. موارد نادری گزارش داده شده است که آسم فقط در دوران آستنی پدید آمده و پس از ذایمان بهبود یافته است.

در گزارشی نوشته اند که لوثیئن و عصاره قدامی هیپوفیز در درمان آسم در زمان آستنی نتایج خوب داشته است. گوکذی Goczy معتقد است که اگر آسم در دوران آستنی بسیار شدید شود باید سقط جنین را مورد بررسی قرارداد (۱). برخی از متخصصان آلرژی در رایفانند که شدت آسم در زنان چندزا به جنس جنین بستگی دارد (۲) در کلینیک آسم کاردیف انگلستان حد مورد آستنی و آسم را تاماً نفهم تحت مطالعه قرارداده و چنین نتیجه گرفته اند (۳) ۴۲ درصد بهبود نسبی، ۳۴ درصد بدون تغییر و ۲۴ درصد آسم شدت یافته است.

*کلینیک آلرژی تهران - خیابان تخت جمشید.

۱۰- شروع درمان آلرژی بوسیله تزریق عصاره در دوران آبستنی مجاز است اما اگر آلرژی، شدید و مزاحم نباشد بهتر است تا پایان آبستنی درمان را با تأخیر اندازند بخصوص که ارزش یابی نتایج رفع حساسیت در دوره آبستنی دشوار است (۲).

استروئیدها و آبستنی

درمان بیماریهای آلرژی در آبستنی بوسیله استروئیدها خالی از ترس و احتیاط است.

۱۲- بیماریکه قبل از آبستنی و در دوره آبستنی تحت درمان استروئیدها بوده‌اند فقط در یک مورد جنین مرده بدنیا آمده است و مسلم نیست که علت این حادثه بکار بردن استروئیدها بوده باشد. در چهار مورد دیگر که در تمام مدت آبستنی استروئید مصرف کرده‌اند زایمان در هر چهار مورد در آخر ترم صورت گرفته است و نوزادان همه سالم و رشد طبیعی داشته‌اند. درین این نوزادان لب شکری یا نقص‌های دیگر مادرزادی وجود نداشته است (۵).

در ۲۴ مادر که ۳۳ آبستنی داشته‌اند واز آغاز آبستنی استروئید صرف میکرده‌اند فقط یک نوزاد با اسپینا بیفیدا (Spina bifida) متولد شده است ولی نوزاد بعدی همین مادر سالم بدنیا آمده در حالی که همچنان استروئید مصرف می‌کرده است.

در ۲۶ مورد آبستنی که در سراسر دوره آبستنی استفاده از استروئیدها ضرور بوده و همچنین در درمان چند مورد Status Asthmaticus که مقادیر خیلی زیاد استروئید بکار برده شده است نه در آبستنی و نه در زایمان آثار بدی بیار نیاورده است (۶).

تأثیر آلرژی مادر بر جنین

مادران مبتلا به آلرژی احتمالاً نوزادان آلرژیک بدنیا می‌آورند و حتی اتفاق می‌افتد که نوزاد در دوران زندگی جنینی حساسیت پیدا میکند. آلرژن‌های مهم این دوران، مواد غذایی است لذا بچنین مادران توصیه میشود که در دوره آبستنی تخم‌مرغ، ماهی، آجیل وادیه به حداقل مصرف کنند واز خوردن غذای هوسانه و غیر ضرور مانند شوکولات خودداری کنند، بیش از نیم لیتر شیر نخورند و آنرا هم ده دقیقه بجوشانند. این محدودیت‌های غذایی بخاطر اینست که از پیدایش حساسیت درون رحمی جنین نسبت به مواد نامیزد جلوگیری شود.

عده‌ای از آلرژن‌های غذایی داروها از راه شیر مادر بین نوزاد راه می‌یابند و باعث بروز تظاهرات آلرژی در نوزاد می‌شوند (۶). واکنش‌های شدید آلرژی در نوزادان پس از اولین تماس با مواد غذایی دیده شده است. برخی از متخصصان بروزاین قبیل واکنش‌های شدید را در نوزاد ناشی از حساسیت دوران زندگی داخل رحمی میدانند.

هر دارویی که زن باردار مصرف کند احتمال عبورش از جفت هست.

عمومی شدید پیدا کردن در هیچ‌جیک از موارد سقط جنین دیده نشده است (۶). نتیجه آنکه درمان آلرژی در آبستنی همانند زمان غیر آبستنی است و تفاوتی ندارد و میتوان با تجویز داروهای عالمی و تزریق عصاره آلرژن به نظر در رفع حساسیت درمان را ادامه داد به این شرط که در مقدار داروهای عصاره‌ها مراقبت بیشتری معمول داشت. این بیماران باید تحت نظر متخصص آلرژی و متخصص زایمان باشند. ما نیز در کلینیک آلرژی تهران بهمین طریق عمل میکنیم و در طی دو سال و نیم که از شروع کار کلینیک میگذرد حادثه‌ای ندیده‌ایم. زنان مبتلا به آسم که از اول آبستنی تحت درمان قرار نگیرند در ماهه آخر آبستنی ممکن است آسمان خیلی شدید شود.

پطور خلاصه:

۱- میزان سقط‌جنین وزایمان پیش از هنگام در زنان آبستن مبتلا به آلرژی که تحت درمان آلرژی هستند بیش از غیر آلرژیک‌ها نیست.

۲- اگر رفع حساسیت بدقت صورت گیرد از لحاظ آبستنی اشکالی بوجود نمی‌آید. گاه واکنش‌های شدید عمومی پیش می‌آید ولی کمتر به خونروری یا زایمان پیش از هنگام منجر می‌شود.

۳- استفاده از استروئیدها در دوران آبستنی در ۱۲ مورد که تحت نظر بوده‌اند نه در جنین و نه در مادر اثر سوء نداشته است.

۴- درمان‌های عالمی جاری را باید با مقادیر (Dose) کمتر دارو ادامه داد بجز (ید) که کاهش مقدار آن ممکن است باعث پیدایش گواتر مادرزادی در جنین بشود.

۵- در زنان آبستن که بدرمان‌های عادی جواب نمیدهند باید در بیمارستان بستری شوند و تحت درمان‌های شدید قرار گیرند تا از استاتوس آسماتیکوس (Status Asthmaticus) جلوگیری شود.

۶- شرح حال و گزارش حال زن آبستنی که دچار آلرژی و تحت درمان است، بخصوص اگر تحت درمان (ید) و استروئیدها باشد، باید به اطلاع پزشک متخصص کودکان که نوزاد را زیر نظر میگیرد برسد.

۷- بهتر است زن آبستن، مبتلا به آلرژی برضابله و افلوانزا مایه کوبی نشود. تراسیمکلین و دیگر داروهایی که ممکن است بر رشد جنین تأثیر داشته باشد داده نشود (۵).

۸- در آبستنی، آستانه تحمل نسبت به عصاره آلرژنها تغییر میکند بنابراین حتی در زنانی که قبل از آبستنی تحت درمان بوده و به تزریق مقدار نگاهدار نده عصاره عادت کرده‌اند توصیه میشود که آن مقدار را در آبستنی به نصف کاهش دهند.

۹- پس از زایمان نیز ممکن است در تحمل بیمار نسبت به عصاره آلرژنها تغییراتی روی دهد، لذا در این دوره هم بهتر است که از مقدار عصاره بکاهند.

در تست های مکرر پوستی در چهار ماهگی و ده ماهگی واکنش نسبت بموی گربه بشدت مثبت و نسبت بسایر آلرژنها با شدت کمتری مثبت بود.

تا ده ماهگی حمله های آسم خیلی شدید بود و درماتیت را ناگزیر با استر وئیده ای موضعی درمان می کردند.

پس از یکسالگی تماس پرشک تهیه کننده این شرح حال با بیمار قطع می شود.

نتیجه: نظر به اختلافهای میکوکه بین واکنش های پوستی نوزاد و مادر وجود داشت غیر محتمل است که رآژین های نوزاد از مادر منتقل شده باشند ولی ممکن است که جفت منبع تر کیب ایمونو گلوبولین باشد. پیدایش نوزاد و شدید ظاهر بالینی اتوپی در این نوزاد وجود رآژین در این دوره از ذندگی دلیل بر اینستکه دستگاه ایمنی او زودتر و رساتر از معمول با ساختن پادتن شروع کرده است.

توجیه آلرژیک مواردی از سقط جنین و نازائی

بدن در مقابل بافت های خود پادتن نمی سازد. این اصل کلی گاهی نقض میگردد و در مقابل «خود پادتها» Autoantigens پادتن های خلطی و بافتی ساخته می شود و همین مسئله است که پیدایش بیماریهای خود ایمنی (Autoimmune) را توجیه میکند. هر گاه سلولهای از بافت ها تماس پرا بطه خود را با بدنه ازدست بدده و مجزا و مجرد گردد بدنه از چنین سلولها بچشم خودی نمی نگردد و در مقابل آنها پادتن می سازد. این پادتن ها مینوانند نسبت به آنتی زنهای سالم بدنه و واکنش متقابل نشان دهند. (Cross reaction)

پس از توجه باین اصل کلی می بینیم که آبستنی در حقیقت یک Allograft یا Homograft است. وجود جنین در رحم به تعبیری پیوندی است میان اندامهای که از لحاظ ظرفیک مختلف ولی از حيث نوع (Species) یا (Espèce) یکسانند و این چیزی جز Allograft نیست. پس چگونه است که این پیوند دفع نمی شود. توجیه این مسئله از راه isoimmunization تزوییزی رویانی و جنبی بگردش خون مادر راه می بایند و در اکثر مواقع موجب پیدایش مصونیت مادر میگردد و بدنه میتواند این پیوند آلو گرافت Allograft را تحمل کند و نگاهدارد.

تجربه ای که در جانوران آزمایشگاهی بعمل آمده ثابت میکند که حیوان آبستن در مقابل آنتی زنهای جنبی واکشن نشان میدهد. این واکنش ها بر اساس پیدایش مصونیت و حصول تحمل جنین است و گاه بذریت موجب حساسیت مادر و سقط جنین می شود (۸). اگر مادر پادتن هایی از نوع IgG بسازد برای جنین خطر ناک میباشد زیرا که این پادتن ها میتوانند از جفت بگذرند. بنابراین در عزل سقطهای مکرر جنین و در نازائی ها این مسئله را نمیتوان نادیده گرفت.

داروهایی که از جفت میگذرد و نوع اثر سوء ممکن است داشته باشد، یکی آثار سمی که در رشد جنین مؤثر می افتد و دیگر آثار آلرژی زا که میتواند پلاکت های جنین را حساس و بالنتیجه ایجاد خونری کند.

استعداد ابتلا به آلرژی در نوزادانیکه پدر یا مادر و یا هر دو چهار آلرژی هستند از طریق زنها صورت میگیرد لکن بطوریکه گفته شد این امکان نیز هست که آلرژنها از طریق بند جفت بجنین برسد و جنین درقبال آلرژنها پادتن بسازد و بدین طریق نوزاد حساس بدنی آید، با توجه به اینکه جنین از بیست و چهار میلیون هفته حیات قدرت ساختن پادتن پیدا میکند.

واما انتقال رآژین های مادر به جنین از راه جفت تا کنون گزارش داده نشده است ولی در گزارش جالبی که بطور خلاصه نقل میشود و شاید نخستین گزارش در این باب باشد شرح حال نوزادی است که تست های مثبت پوستی داشته و هم در بند جفت او رآژین یافته اند.

در مطالعه ای که در ۹۲ نوزادیکه از پدر و مادر آلرژیک بدنیا آمده بودند تنها یک نوزاد بود که هنگام تولد تست خراشی مثبت پوستی و واکنش مثبت تست غیر مستقیم Praufnitz Küstner (P-K) داشت. مادر این نوزاد مبتلا برینیت آلرژیک و آسم بود و یک ماه قبل از زایمان تست پوستی او نسبت به چمن (Mixed Grass) و موی گربه و موی گاو مثبت بود. در خانه گربه ای داشتند.

پنج ساعت پس از تولد نوزاد و قبل از نخستین شیر خوردنش تست های خراشی در او انجام و در پنج دقیقه آزمایش خراشی نسبت به چمن (Mixed Grass) مثبت شد و بتدریج تا حدود چهار بعلاءه پیشرفت کرد، همچنین نسبت به گندم و شیر گاو. سایر تست ها و نیز تست شاهد سرم فیزیولوژی منفی بوده تست انتقالی یا تست غیر مستقیم Passive Transfertest با سرم بند جفت انجام شد نسبت به چمن و گندم مثبت بود.

سرم بندناف را ۵۶ درجه سانتی گراد بمدت چهار ساعت حرارت دادند واکنش P-K منفی شد.

میزان ایمونو گلوبولین بندناف هنگام تولد باین قرار بود: ۱/۶۰۰ Ig G میلی گرم درصد و ۷۱ Ig M و O و Ig E میلی گرم درصد و ۱۱۰ Ig A میلی گرم درصد و ۱۱۰ سیزده از شیر مادر تغذیه شد در هفتمین هفته تولد مبتلا به درماتیت اتوپیک گونه ها و بازوها شد.

از هفدهمین هفته تولد حمله های مقنایب آسم شروع شد بی آنکه علت روشنی برای آن شناخته شود. در زمان تولد فصل پولن افشاری چمن در اوج خود بود و تا چهار ماه بعد ادامه داشت.

خلاصه

مشی بیماریهای آرژی در جریان آبستنی دچار تغییراتی میشود که احتمالاً بیش بعلت تأثیر غدهای درون ریز است. بعلاوه دگرگونی‌های آنزیمی در این مورد نیز نقش مهمی بعده دارد. لهذا نشانه‌های آرژی در برخی کاهش و در بعضی افزایش می‌یابد و این بخصوص در آسم مشهود است. در مطالعه‌ای در کلینیک آسم کار دیف انگلستان 42% زنان باردار کاهش علائم آسم و 24% درصد افزایش نشانه‌ها دیده شده است و در 34% تغییری حاصل نشده است.

دو عامل مهم عفونت مخصوصاً در دستگاه فوکانی تنفس و استرس Stress میتواند سبب تشید آسم در زنان آبستن شود. از نظر درمانی: تست‌های آرژی و اجرای برنامه کاهش حساسیت با آرژنها را میتوان در زنان باردار تجویز کرد و یا برنامه آنها را ادامه داد ولی باید توجه کافی به کاهش مقدار عصاره و دوز نگاهدار نمود.

بطور کلی توصیه میشود برنامه تقلیل حساسیت در موادی شروع شود که بیماری آرژی در زن آبستن شدید باشد. از قدر داروهای علامتی تجویز داروهای گشاد کننده برنشهای (Bronchodilators)

و آنتی هیستامینیک‌ها بی ضر راست. تاکنون ثابت نشده است که درمان باکورتیکو استروئیدها در زنان باردار عوارضی در جنین ایجاد نماید. در مصرف دودارو یکی تر کیبات ید بعلت اثری که در رغده تیروئید جنین دارد و دیگری تراسیکلین که در عوارض عفونی آسم در زنان باردار بکار می‌رود، باید احتیاط کامل کرد. آرژی مادر نمیتواند بطور مستقیم روی جنین اثر نماید زیرا آژین که آنتی کرحساس کننده است از جفت نمیگذرد ولی خود آرژن میتواند از جفت بگذرد و دستگاه آنتی کورسازی جنین را که در بعضی موارد آماده تحریک است و ادار به آنتی کورسازی کند. بطوریکه در یک مورد دیده شده است که تست‌های پوستی در نوزاد در همان روزهای اول تولد نسبت به چند نوع آرژن جواب مثبت داده و خون بند ناف حاوی آژین بوده است. اصولاً جنین در رحم، یک نوع آلوگرافت برای مادر محسوب میشود و در آلوگرافت میدانیم که در غالب موارد یک نوع تحمل نسبت بآن ایجاد میشود ولی بندرت امکان رد یا دفع بافت آلوگرافت هست و شاید اذاین راه بتوان برخی از سقطهای مکرر و بدون علت را توجیه کرد.

REFERENCES :

- 1- Leon Unger: Bronchial Asthma. 1st Edition, Charles C. Thomas Publishers, Springfield, Ill. 1946.
- 2- Sheldon et al: A Manual of Clinical Allergy. V. B. Saunders, Philadelphia. 1966.
- 3- D. A. Williams: Asthma and Pregnancy. Acta Allergo., 22: 311, 1967.
- 4- Salmon R. Halpern: Pre-natal and Neonatal Aspects of Prophylaxis of Allergic Diseases in Children. Annals of Allergy, 24: 273, 1966.
- 5- Bernard T. Fein et al: Management of allergy in Pregnancy. Annals of Allergy, 22: 341, 1964.
- 6- Fredric Speer: The Allergic Child. Hoeber, New York, 1966.
- 7- Kaufman H. S.: Allergy in New Born. Clin. Allergy 1:363, 1971.
- 8- Avery G. B. et al: Maternal Sensitization after Pregnancy in Mice. Fertil. and Steril. 19: 826, 1968.