

## ارزیابی بیماران مبتلا به کهیر مزمن در مراجعه‌کنندگان به درمانگاه آلرژی بیمارستان ولیعصر زنجان

عاکفه احمدی افشار<sup>۱</sup>، بنفشه پرویزی<sup>۲</sup>، نورالدین موسوی نسب<sup>۳</sup>

نویسنده‌ی مسئول: زنجان، دانشگاه علوم پزشکی زنجان، مرکز تحقیقات متابولیک akefeh45@zums.ac.ir

### چکیده

**زمینه و هدف:** کهیر یکی از مشکلاتی است که شیوع بالایی دارد. در صورتی که بیش از ۶ هفته تداوم یابد کهیر مزمن نامیده می‌شود. عوامل مختلفی در ایجاد آن دخالت دارد و نقش این عوامل در مطالعات مختلف متفاوت است. هدف از این مطالعه بررسی نقش عوامل شناخته شده و میزان پاسخ به درمان در بیماران دچار کهیر مزمن می‌باشد.

**روش بررسی:** در این مطالعه کلیه بیماران مبتلا به کهیر مزمن مراجعه‌کننده به درمانگاه آلرژی بیمارستان ولیعصر شهر زنجان طی سالهای ۱۳۸۳-۸۶ مورد بررسی قرار گرفتند. همراه با گرفتن شرح حال دقیق و معاینه کامل، آزمایشات معمول شامل اندازه‌گیری آنزیم‌های کبدی، هورمون‌های تیروئیدی، Ige سرمی، اندازه‌گیری کمپلمان، بیماری‌های بافت همبند، آزمایش مدفوع در سه نوبت، آنالیز ادرار و در موارد شدید آزمایش تکمیلی تر و نمونه برداری از ضایعات انجام شد. میزان پاسخ به درمان در طی ۲ هفته و ۲ ماه بعد از درمان ارزیابی شد. یافته‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS و با استفاده از آزمون کای دو مورد ارزیابی قرار گرفت.

**یافته‌ها:** از ۱۶۰ بیمار مورد بررسی (۱۰۸ زن و ۵۲ مرد در سنین ۷۰-۴ سال)، ۷۵ نفر (۴۶/۸۷۵٪) کهیر ایدیوپاتیک، ۲۵ نفر (۱۹/۹٪) آتوپی و ۲۵ نفر (۱۵/۶۲۵٪) کهیر فیزیکی داشتند. میزان پاسخ به درمان متداول با آنتی‌هیستامین‌ها در بیش از ۸۰ درصد بیماران مشاهده شد.

**نتیجه‌گیری:** در این مطالعه همانند سایر مطالعات کهیر ایدیوپاتیک شایع‌ترین شکل بیماری را تشکیل می‌دهد. هر چند در مقایسه با مطالعات دیگر شیوع کمتری دارد. ارتباط واضحی بین غذاها و داروها نیز با بیماری یافت نشد. میزان پاسخ به درمان با آنتی‌هیستامین‌های جدید بسیار بالا بود.

**واژگان کلیدی:** کهیر مزمن، کهیر ایدیوپاتیک، کهیر فیزیکی

### مقدمه

بررسی‌های صورت گرفته نشان داده که ۱۵ تا ۲۳ درصد جمعیت عمومی، دست کم یک بار کهیر حاد را در طول زندگی خود تجربه می‌کنند (۲). با این وجود، شیوع کهیر مزمن در حدود ۱ درصد است (۳). کهیر مزمن می‌تواند موجب کاهش کیفیت زندگی و اختلال در فعالیت روزمره

کهیر، راش‌های اریتماتو و برجسته‌ی خارش داری است که معمولاً کمتر از ۲۴ ساعت باقی می‌ماند. در صورتی که این ضایعات بیش از ۲ بار در هفته ایجاد و بیش از ۶ هفته ادامه یابد کهیر مزمن نامیده می‌شود (۱).

۱- فوق تخصص ایمونولوژی آلرژی، مرکز تحقیقات بیماری متابولیک، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی زنجان

۲- دستیار نورولوژی، دانشگاه علوم پزشکی تهران

۳- دکترای آمار حیاتی، دانشیار دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی زنجان

### روش بررسی

این مطالعه یک مطالعه توصیفی از نوع مقطعی است. این مطالعه در بیماران مبتلا به کهیر مزمن که به طور سریال در طی سال‌های ۸۶-۱۳۸۳ به درمانگاه آلرژی بیمارستان ولی عصر شهر زنجان مراجعه نموده بودند، انجام شد. بیماران مورد بررسی شامل تمام مراجعه کنندگان مبتلا به کهیر مزمن، از هر گروه سنی و جنسی بود و پس از معاینه و تشکیل پرونده، آزمایشات روتین مربوط به کهیر مزمن برای همه بیماران درخواست گردیده و نتیجه آزمایشات، نوع درمان و نحوه پاسخ به درمان در فواصل ۲ و ۸ هفته بعد از درمان با معاینه بیماران همراه با گرفتن شرح حال از آنان مورد ارزیابی مجدد قرار گرفتند.

آزمایشات روتین برای کهیر مزمن شامل اندازه‌گیری آنزیم‌های کبدی، هورمون‌های تیروئیدی، پروتئین‌های فاز حاد، آزمایش مدفوع در سه نوبت، آزمایش ادرار و اندازه‌گیری میزان آنتی بادی Ige سرمی بود. در صورت وجود آنژیوادم شدید و عدم پاسخ به درمان متداول، تست‌های کمپلمان و فاکتور روماتوئید و آزمایش ANA (آنتی نوکلئار آنتی بادی) درخواست گردیده و بررسی‌های بیشتر و بیوپسی نیز انجام گردید. بیمارانی که پیگیری منظم نداشتند و داروی تجویزی را مطابق دستور مصرف ننموده بودند، از مطالعه خارج شدند. اطلاعات جمع آوری شده با استفاده از نرم افزار آماری SPSS و با استفاده از آزمون کای دو و با تهیه جداول توزیع فراوانی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

### یافته ها

در این مطالعه در مجموع تعداد ۱۶۰ بیمار که تشخیص کهیر مزمن برای آنها مطرح شده بود، ارزیابی شدند. ۱۰۸ نفر (۶۷/۵ درصد) این بیماران را زنان و ۵۲ نفر (۳۲/۵ درصد) را مردان تشکیل می دادند.

بیماران نیز گردد (۴). اگر چه در کهیر حاد اغلب علت مشخصی وجود دارد، ولی در نوع مزمن به ندرت می توان علت واضحی پیدا نمود و تقریباً در ۷۵-۸۵ درصد موارد نمی توان علتی برای آن پیدا کرد (۲).

عفونت‌های مزمن موضعی به عنوان عامل موثر در کهیر مزمن در نظر گرفته شده‌اند. گاهی کهیر الگوی فصلی دارد. بنابراین، کهیر می تواند به عنوان تظاهراتی از آلرژی فصلی باشد (۲). در کهیر فیزیکی ایجاد کهیر از طریق محرک‌های فیزیکی می باشد (۵،۶).

کهیر می‌تواند به عنوان علامت مرتبط با یک بیماری سیستمیک زمینه‌ای باشد. بنابراین امکان بیماری کلاژن واسکولار مثل لوپوس و بدخیمی‌ها را در بالغین می‌توان در نظر داشت (۷). بروز بالای کهیر در ارتباط با بیماری تیروئید توسط محققان بسیاری مورد توجه قرار گرفته است. پلی سایتمی ورا نیز با کهیر مزمن مرتبط است (۸-۱۲). فراوانی ابتلا و نقش عوامل مختلف در مطالعات و جوامع گزارش گردیده است. در مطالعه‌ای در کشور ترکیه کهیر مزمن در یک سوم بیماران مبتلا به کهیر گزارش شده است (۱۳).

در بررسی علل ایجاد کهیر مزمن در کودکان، کشور یونان در ۲۰ درصد بیماران، علت ایجاد کننده کهیر مزمن مشخص گردید. این علل شامل فاکتورهای فیزیکی، عفونت‌ها، آلرژن‌های موجود در هوا، غذاها، افزودنی‌های غذایی و داروها بودند (۱۴).

در مطالعه‌ای که در نواحی شهری کشور مکزیک صورت گرفت، میزان شیوع کهیر مزمن ۴/۸ درصد بود (۱۵).

با توجه به شیوع بالای بیماری، آشنایی با عوامل تأثیر گذار در روند ایجاد کهیر در یک محیط جغرافیایی خاص می‌تواند در روند درمان بیماران بسیار مؤثر باشد.

این مطالعه به منظور بررسی نقش عوامل شناخته شده کهیر مزمن و ارزیابی درمان‌های انجام شده، در بیماران استان زنجان پایه ریزی شده است.

جدول ۱: توزیع فراوانی هر یک از علل کهیر مزمن، در بیماران مراجعه کننده مبتلا به کهیر مزمن بر حسب سن

سن علت کهیر مزمن	زیر ۲۰ سال تعداد (درصد)	۲۰-۲۹ سال تعداد (درصد)	۳۰-۳۹ سال تعداد (درصد)	۴۰ سال و بالا تر تعداد (درصد)	جمع کل تعداد (درصد)
ایدیوپاتیک	۱۲(۸/۲)	۲۹(۱۹/۹)	۱۹(۱۳)	۱۵(۱۰/۳)	۷۵(۴۶/۸۷۵)
فیزیکی	۶(۴/۱)	۷(۴/۸)	۴(۲/۷)	۸(۵/۵)	۲۵(۱۵/۶۲۵)
اختلال تیروئیدی	۱(۰/۸)	۰	۳(۲)	۶(۴)	۱۰(۶/۲۵)
عفونت موضعی	۲(۱/۳)	۳(۲/۰۴)	۳(۲/۰۴)	۳(۲/۰۴)	۱۱(۶/۸۷۵)
بیماری کلاژن	۱(۰/۷)	۱(۰/۷)	۲(۱/۳)	۱(۰/۷)	۵(۳/۱۲۵)
اختلال کبدی	۰	۱(۰/۷)	۱(۰/۷)	۰	۲(۱/۲۵)
اتوبی	۹(۶)	۸(۵/۳)	۹(۶)	۶(۳/۹)	۳۲(۲۰)
عوامل متعدد	۳۱	۴۹	۴۱	۳۹	۱۶۰

اتوبی در ۳۲ نفر (۲۰ درصد) و کهیر ایدیوپاتیک در ۷۵ نفر (۴۶/۸۷۵ درصد) دیده شد.

با بررسی میزان پاسخ به درمان در پایان هفته دوم پس از شروع درمان، در ۸۶ نفر (۵۳/۷۵ درصد) گرفتاری متوسط و خفیف داشتند یعنی درجه ابتلاء کمتر از ۳ (بر اساس راهنمای انجمن آلرژی و ایمونولوژی اروپا) و ۶۲ نفر (۴۱/۸۱ درصد) از بیماران مبتلا به کهیر منتشر همراه با آنژیوادم و شدت گرفتاری بیشتری داشتند (درجه گرفتاری ۳-۶) (۱۶). در گروه اول فقط گروه جدید آنتی هیستامین تجویز شده بود. داروهای تجویزی به ترتیب فراوانی مصرف شامل لوراتادین، ستریزین و کتوتیفن بودند (جدول ۳). ۹ نفر از بیماران فوق هیچ پاسخی به درمان ندادند. در بیمارانی که پاسخ به درمان ندادند، هیدروکسی زین همراه با رانیتیدین به درمان اضافه شد و در مراجعات مجدد، در ۴ نفر باز هم بهبودی مشاهده نشد.

میانگین سن این بیماران، ۳۰/۶۹ سال بود که سن کوچکترین آنها ۴ سال و بزرگترین آنها ۷۱ سال بود. کهیر مزمن در مردان، در گروه سنی زیر ۲۰ سال شایع تر بود (۳۲/۶ درصد) در حالی که در زنان در سنین ۲۰ سال و بالاتر، شیوع بیشتری داشت و بیشترین شیوع آن در زنان در گروه سنی ۲۰-۲۹ سال بود (۳۶ درصد).

هیچ ارتباطی بین هر یک از علل کهیر مزمن و سن ابتلای افراد یافت نشد (جدول ۱).

در این مطالعه اختلالات همراه با کهیر مزمن در زنان شایع تر بود. به جز اینکه عفونت انگلی روده فقط در مردان و اختلال کبدی بطور مساوی در زن و مرد دیده شد. بیماری‌های کلاژن واسکولار فقط در زنان یافت شد. از لحاظ آماری این اختلافات معنادار نمی باشند (جدول ۲).

در مطالعه حاضر، کهیر فیزیکی در ۲۵ نفر (۱۵/۶۲۵ درصد)،

جدول ۲: توزیع فراوانی هر یک از علل کهیر مزمن، در بیماران مبتلا به کهیر به تفکیک جنس.

p-value	جمع کل تعداد (درصد)	جنس		علت ایجاد کننده
		زن تعداد (درصد)	مرد تعداد (درصد)	
۰/۶۳۱	۷۵(۵۱/۴)	۴۹(۳۳/۵)	۲۶(۱۷/۹)	ایدیوپاتیک
۰/۳۱۵	۲۵(۱۷/۱)	۱۵(۱۰/۳)	۱۰(۶/۸)	فیزیکی
۰/۵۷۱	۲(۱/۴)	۱(۰/۷)	۱(۰/۷)	اختلال کبدی
۰/۱۲۹	۱۰(۶/۸)	۹(۶/۱)	۱(۰/۷)	اختلال تیروئیدی
۰/۴۱۷	۱۱(۷/۴)	۸(۵/۴)	۳(۲)	عفونت موضعی
۰/۱۲۳	۵(۳/۴)	۵(۳/۴)	۰(۰)	بیماری کلاژن
۰/۴۱۲	۳۲(۲۱/۲)	۲۱(۱۳/۹)	۱۱(۷/۳)	اتوپی
۰/۶۳۱	۷۵(۵۱/۴)	۴۹(۳۳/۵)	۲۶(۱۷/۹)	عوامل متعدد

جدول ۳: میزان پاسخ به درمان بعد از ۲ هفته و نوع درمان انجام شده در بیماران

کل بیماران	پاسخ به درمان		نوع دارو
	عدم پاسخ تعداد (درصد)	بهبودی تعداد (درصد)	
۴۴	۴(۹/۸)	۴۰ (۹۰/۰۹)	لوراتادین
۳۲	۳(۹/۳۷)	۲۹(۹۰/۶۲)	ستریزین
۱۰	۲(۲۰)	۸(۸۰)	کتوتیفن
۲۲	۳(۱۷/۳۱)	۱۹(۸۲/۶)	لوراتادین + هیدروکسی زین و رانیتیدین
۲۰	۲(۱۰)	۱۸(۹۰)	ستریزین + هیدروکسی زین و رانیتیدین
۸	۱(۱۲/۵)	۸(۸۷/۵)	کتوتیفن + هیدروکسی زین و رانیتیدین
۸	-	۸(۱۰۰)	داکسیپن

در گروه دوم نیز علاوه بر استفاده از گروه جدید آنتی هیستامین‌ها، تجویز همزمان هیدروکسی‌زین و رانیتیدین صورت گرفته بود و در ۸ نفر نیز از داکسپین استفاده شد. در پیگیری ۲ تا ۸ هفته پس از درمان، در ۶ نفر (۴/۱ درصد) پاسخ درمانی مشاهده نشد.

۱۰ بیمار (۱۰/۴ درصد) مقاوم به درمان‌های فوق، تحت درمان با کورتیکواستروئید خوراکی قرار گرفتند. در طی درمان و تحت درمان نگهدارنده در پیگیری‌های بعدی، ۲ مورد (۱/۳۸ درصد) به این درمان نیز مقاوم بودند و تحت درمان با سایر داروها قرار گرفتند. در بیوپسی پوست و بررسی‌های تکمیلی بیماران مقاوم به درمان، واسکولیت عروق محیطی گزارش گردید.

**بحث و نتیجه گیری**

در مطالعه حاضر کهیر ایدیوپاتیک شایع‌ترین علت کهیر مزمن در بیماران مورد مطالعه بوده و شیوع کهیر مزمن در زنان بیشتر از مردان می‌باشد.

بنابراین، شیوع سنی و جنسی مطالعه ما، مشابه سایر مطالعات می‌باشد. اگر چه شایع‌ترین علت در این مطالعه نوع ایدیوپاتیک بود (۴۶/۸۷۵ درصد)، با این وجود در مقایسه با مطالعات مشابه شیوع کمتری داشت (۲، ۱۵، ۱۱، ۱۷). این امر می‌تواند به علت بالا بودن میزان سایر علل تأثیر گذار باشد.

آتوپی و کهیر فیزیکی در بیش از یک سوم بیماران مورد مطالعه وجود داشت. در مطالعه‌ای که در کشور یونان به منظور بررسی علل ایجاد کهیر مزمن در کودکان ۱ تا ۱۴ ساله انجام شد نتایج مطالعه نشان داد که تنها در ۲۰ درصد بیماران، علت ایجاد کننده کهیر مشخص می‌باشد و علت کهیر مزمن در ۷۸/۸ درصد بیماران، ایدیوپاتیک است. علل ایجاد کننده کهیر مزمن در این مطالعه شامل فاکتورهای فیزیکی (۶/۲ درصد)، عفونت‌ها (۴/۴ درصد)، آلرژن‌های موجود در هوا

(۲/۲ درصد)، غذاها (۴ درصد)، افزودنی‌های غذایی (۶/۶ درصد) و داروها (۱/۸ درصد) بودند (۱۱). در مطالعه اشکال مختلف کهیر بر روی ۵۴ کودک ۱ تا ۱۹ ساله، نتایج نشان داد که فاکتورهای فیزیکی شایع‌ترین علت ایجاد کننده کهیر مزمن در این گروه از بیماران می‌باشند. همچنین پژوهشگران به این نتیجه دست یافتند که عفونت، ارتباط زیادی با کهیر دارد و شایع‌ترین عفونت گزارش شده در این بیماران، عفونت دستگاه ادراری بود (۱۰). با وجود آنکه در مطالعه ما بیشترین عفونت یافت شده، عفونت ادراری (۴/۸ درصد) بود، ولی ارتباط بارزی بین علل عفونی و کهیر مزمن یافت نشد (۱۰). در کشور تایلند نیز در سال‌های ۲۰۰۴-۲۰۰۰، تعداد ۴۵۰ بیمار مبتلا به کهیر مزمن مورد مطالعه قرار گرفتند. ۳۳۷ بیمار (۷۵ درصد) کهیر ایدیوپاتیک، ۴۳ بیمار (۹/۵ درصد) کهیر فیزیکی، ۱۷ بیمار (۳/۸ درصد) علل عفونی داشتند. سایر علل ممکن در ایجاد کهیر: غذاها، بیماری‌های تیروئیدی، اتوپی، داروها، دیس پیسی و بیماری‌های کلاژن واسکولار بودند (۱۸). در مطالعه ما نیز اختلال تیروئید و بیماری‌های بافت همبند و عفونت‌ها با شیوع کمتری وجود داشت.

نتایج مطالعه دیگر، در ۱۴۷ بیمار مبتلا به کهیر مزمن در مکزیک نشان داد که داروها (۱۸/۳۶ درصد) و غذاها (۴/۰۸ درصد)، فاکتورهای بالقوه ایجاد کننده کهیر مزمن در این بیماران بودند (۱۳). در مطالعه ما، غذاها و داروها نقش موثری در ایجاد کهیر مزمن نداشتند.

در بررسی میزان پاسخ به درمان پس از هفته اول در بیماران مورد مطالعه ما، بیشترین داروی تجویز شده، لوراتادین بود و کمترین داروهای تجویزی کتوتیفن و داکسپین بود و در ۸۰ تا ۹۰ درصد موارد، پاسخ درمانی مشاهده شد.

در مطالعه انجام شده در کشور فرانسه، مشخص شد که دس

این داروها در بیماران مبتلا به کهیر شدید سبب بهبودی در بیش از ۸۰٪ آنها گردید. استفاده از مهار کننده‌های لکوترین نیز همراه با آنتی هیستامین‌ها در درمان بیماران توصیه شده است (۲۶،۲۷). ولی در بیماران ما داروی فوق تجویز نشده بود.

در مطالعه ما تجویز همزمان کورتون‌ها و آنتی هیستامین‌ها در ۸۰ درصد موارد سبب بهبودی کامل بیماران مقاوم به درمان شد. در پژوهشی، تأثیر این درمان ترکیبی را در ۱۰۰ درصد موارد ذکر کرده است اما، عمده این بیماران در طی ۳ روز بعد از قطع درمان مجدداً به کهیر مبتلا شدند (۲۸).

بنابراین نتیجه می‌گیریم که کهیر مزمن شیوع نسبتاً بالایی داشته و می‌تواند در کارایی و کیفیت زندگی بیماران تأثیر گذار باشد. شایع‌ترین عامل کهیر مزمن در مطالعه ما ایدیوپاتیک است، با این حال جستجوی عوامل دیگر و مطالعه تأثیر همزمان سایر داروها در بررسی‌های بعدی توصیه می‌گردد.

### تشکر و قدردانی

این مقاله بر گرفته از پایان نامه دکترای تخصصی بنفشه پرویزی می‌باشد. آزمایشات درخواستی زیر نظر آقای دکتر کلاتری و دکتر امیر مقدم انجام شده است. بدینوسیله از زحمات ایشان قدردانی می‌شود.

لوراتادین در مقایسه با پلاسبو سبب کاهش سریع اندازه التهاب و درجه رنگ بنفش آنها در روز یکم بعد از شروع درمان می‌شود (۱۹). در پژوهشی که به منظور بررسی تأثیر لوراتادین در اروپا انجام شد این نتیجه حاصل شد که لوراتادین، سبب بهبود کیفیت زندگی در روز هفتم پس از شروع درمان در ۶۰ درصد از بیماران می‌شود (۲۰). در بررسی بیماران مبتلا به کهیر مزمن در کشور اسپانیا، اثر درمانی کتوتیفن در حد ۸۰/۸ درصد بود (۲۱).

در مطالعه‌ای که به منظور مقایسه اثرات لووستریزین و پلاسبو، در بهبود کیفیت زندگی بیماران در کشور آلمان صورت گرفت، مشخص نمود که یک هفته پس از شروع درمان، اثرات درمانی لووستریزین نسبت به پلاسبو به طور برجسته‌ای بیشتر است (۲۲).

نتایج پژوهشی در کالج پزشکی میلواکی، تأثیر داروهای آنتی هیستامین غیر خواب آور شامل لوراتادین و ستریزین را در درمان، تقریباً یکسان می‌داند (۲۳).

بررسی اثرات آنتی هیستامین‌ها بر روی ۲۰ بیمار در آلمان، نشان داد که درمان ترکیبی آنتی هیستامین‌های H1, H2 در مقایسه با درمان H1 به تنهایی، بسیار موثرتر است و اضافه نمودن سایمتیدین (داروی H2) به داروهای قدیمی غیر موثر، توصیه شده است (۲۴). در مطالعه دیگری نیز استفاده همزمان آنتی هیستامین‌های H1, H2 به عنوان اساس درمان بیماری شناخته شده است (۲۵). در مطالعه حاضر نیز تجویز همزمان

### منابع

- 1- Grattan CEH, Sabroe RA, Greaves MW. Chronic urticaria. *J Am Acad Dermatol.* 2002; 46(5): 645-57.
- 2- Leung DY, Sampson HA, Geha RS, and et al. Pediatric Allergy Principles and Practice. In: Zuraw BL, editor. *Urticaria and Angioedema.* 2003; 547-583.
- 3- Jurakic TR, Lipozencic J, Marinovac B. Treatment of chronic urticaria. *Acta Dermatovenerol Croat.* 2009; 17(4): 305-22.
- 4- O'donnell BF, Lawlor F, Simpson J, Morgn M, Greaves MW. The impact of chronic urticaria on the quality of life. *British J of Dermatology.* 2010; 136(2): 197-201.
- 5- Salgado Gama JL, Barrera Perigault P, Becerril Angeles M. Chronic Urticaria: Clinical Characteristics of Patients of Vera Cruz, Mexico. *Rev Alerg mex.* 2005; 52(5): 200-205.
- 6- Motala C. *Allergy Clin Immunol Int-J World Allergy Organization.* 2005; 17: 137-144.

- 7- Soter NA, Austen KF, Gigli I. The Complement System in Necrotizing Angiitis of the Skin: Analysis of Complement Component Activities in Serum of Patients with Concomitant Collagen-Vascular Diseases. *J Invest Dermatol.* 1974; 63: 219.
- 8- Pace JL, Garretts M: Urticaria and Hyperthyroidism. *Br J Dermatol.* 1975; 93: 97.
- 9- Isaacs NJ, Ertel NJ. Urticaria and Pruritus: Uncommon Manifestations of Hyperthyroidism. *J Allergy Clin Immunol.* 1971; 48: 73.
- 10- Leznoff A, Josse RG, Denburg g, et al. Association of Chronic Urticaria and Angioedema with Thyroid Autoimmunity. *Arch Dermatol.* 1983; 119: 636.
- 11- Zauli D, Deleonardi G, Foderaro S, Grassi A, Bortolotti R, Ballardini G, Bianchi FB. Thyroid Autoimmunity in Chronic Urticaria. *Allergy Asthma Proc.* 2005; 22(2): 93-95.
- 12- Small P, Lerman S. Hyperthyroidism and Polycythemia Vera with Chronic Urticaria and Angioedema. *Ann Allergy.* 1981; 46(5): 256-259.
- 13- Sackesen C, Sekerel BE, Orhan F and et al. The Etiology of Different forms of Urticaria in Childhood. *Pediatr Dermatol.* 2004; 21(2): 102-108.
- 14- Volonakis M, Katsari A, Stratigos J. Etiologic Factors in Childhood Chronic Urticaria. *Ann Allergy.* 1999; 69(1): 67-63.
- 15- Vazquez Nava F, Almedica Arcizu VM, San Chez Nuncio HR and et al. Prevalence and Potential Triggering Factors of Chronic Urticaria and Angioedema in an Urban Area of North Eastern Mexico. *Rev Allerg Mex.* 2004; 51(5): 181-188.
- 16- Zuberbier T, Asero R, Binslevjensen C et al. EAACI/GA<sup>2</sup> LEN/EDF/WAO guideline: definition, classification and diagnosis of chronic urticaria. *Allergy.* 2009; 64: 1417-26.
- 17- Kulthanan K, Jiamton S, Thumpimukvatan N, Pinkaew S. Chronic Idiopathic Urticaria: Prevalence and Clinical Course. *J Dermatol.* 2007; 34(5): 294-301.
- 18- Kulthanan K, Jiamton S, Thumpimukvatan N, Pinkaew S. Chronic Idiopathic Urticaria: Prevalence and Clinical Course. *J Dermatol.* 2007; 34(5): 294-301.
- 19- Ortonne JP, Grob JJ, Auquier p, Dreyfus I. Efficacy and Safety of Desloratadine in Adults with Chronic Idiopathic Urticaria: A Randomized, Double-blind, Placebo-controlled, Multicenter Trial. *Am J Clin Dermatol.* 2007; 8(1): 37-42.
- 20- Lachapelle JM, Decroix J, Henrijean A, Roquet-Gravy PP, De Swerd A, Boonen H. Desloratadin 5mg Once Daily Improve the Quality of Life of patients with Chronic Idiopathic Urticaria. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2006; 20(3): 288-920.
- 21- Pinol J, Carapeto FJ. Ketotifen in the treatment of Chronic Urticaria and Angioneurotic edema. *Allergy Immunopathol.* 1984; 12(1): 19-27.
- 22- Kapp A, Pichler WJ. Levocetirizine is an Effective Treatment in Patient Suffering from Chronic Idiopathic Urticaria: A Randomized, Double-blind, placebo-controlled, parallel, Multicenter Study. *Int J Dermatol.* 2006; 45(4): 469-474.
- 23- Monroe EW. The role of antihistamines in the treatment of Chronic Urticaria. *J Allergy Clin Immunol.* 1990; 86(4): 662-665.
- 24- Wozel G, Sahre EM, Barth J. Effectiveness of combination treatment with H1-and H2 Antagonists in Chronic/Chronically-recurrent Urticaria. *Dermatol Monatsschr.* 1990; 176(11): 653-659.
- 25- Fernando S, Broadfoot A. Chronic urticaria-assessment and treatment. *Aust Fam Physician.* 2010; 39(3): 135-8.
- 26- Ferrer M, Jaurequi I, Bartra J. Chronic urticaria: do urticaria nonexperts implement treatment guidelines? A survey of adherence to published guidelines by nonexperts. *Br J Dermatol.* 2009; 160(4): 823-7.
- 27- Zuberbier T, Asero R, Binslevjensen C. EAACI/GA<sup>2</sup> LEN/EDF/WAO guideline: management of urticaria. *Allergy.* 2009; 64: 1427-43.
- Kumar R, Verma KK, Pasricha JS. Efficacy of H1-Antihistamins, Corticosteroids and Cyclophosphamide in the Treatment of Chronic Dermographitic Urticaria. *Indian J dermayol Venereol Leprol.* 2002; 68(2): 88-91.

## *Assessment of Chronic Urticaria in Outpatients of Allergy Clinic of Vali-Asr Hospital in Zanzan*

Ahmadiafshar A<sup>1</sup>, Parvizy B<sup>2</sup>, Mousavinasab N<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Associate professor, Metabolic Research Center, Zanzan University of Medical Sciences, Zanzan, Iran.

<sup>2</sup> Resident of Neurology, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

**Corresponding Author:** Associate professor, Metabolic Research Center, , Zanzan University of Medical Sciences.  
Zanzan, Iran.

**Email:** akefeh45@zums.ac.ir

**Background and Objectives:** The incidence and etiologic factors of chronic urticaria, a common disease, was varied in different studies. The purpose of this study was to determine some causes of chronic urticaria and response to treatment in the patients suffering from chronic urticaria in allergy clinic of Vali-Asr Hospital in Zanzan during May 2004 to September 2007.

**Material and Methods:** In this study, after taking thorough history and examining patients, laboratory test including atopy, thyroid disorders, collagen vascular, liver disorders and stool examination for parasitic infestation were taken. Data were analyzed using the SPSS.

**Results:** One hundred forty six patients had chronic urticaria (100 females and 46 males, mean age: 30.69 years); 75 patients (51.4%) had idiopathic urticaria. From all, 42 patients (28.8%) had atopy; and 25 patients (17%) had physical urtiaria. Response to treatment was seen in more than 80% of the patients.

**Conclusion:** In our study, idiopathic urtiaria was the most common one; however, the incidence was low in comparison with the other studies. We could not find any association between the consumption specific food and drugs with the urticaria. The response to treatment using the anti-histamines was very good.

**Keywords:** *chronic urticaria, idiopathic urticaria, autoimmune disorders*

---

**Please cite this article as follows:**

Ahmadiafshar A, Parvizy B, Mousavinasab N. Assessment of Chronic Urticaria in Outpatients of Allergy Clinic of Vali-Asr Hospital in Zanzan. Nursing and Midwifery Care Journal (NMCJ); 2012; 1(2): 9-15.

---