



二十周年紀念文集

過敏睇真D



書 名：二十周年紀念文集《過敏睇真D》

出 版 社：香港過敏科醫學會

地 址：(秘書處) 香港灣仔告士打道160號海外信託銀行大廈27樓

電 郵：(秘書處) meeting.hk@mims.com

出版日期：2016年10月

圖書分類：醫學

國際書號：978-988-77054-2-0

部份文集內容為英文原稿的中文譯本並獲得版權持有人的書面同意刊登及修改。

目錄

序 李德康醫生	1
編輯的話 鄺國柱醫生	2
概論	
香港缺乏過敏科醫生 李德康醫生	3
認識過敏 鄺揚源醫生	4
過敏症有得醫？有得防？ 陳偉明醫生	7
過敏性疾病	
過敏性疾病在香港有多普遍呢？ 梁廷勳教授及黃永堅教授	9
哮喘	
如何處理難於控制的哮喘？ 陳莉醫生及陳偉文醫生	12
英國全國性哮喘死亡稽核回顧：對香港有何警示 何學工醫生	14
鼻炎	
鼻涕倒流的煩惱 盧佩儀醫生	17
濕疹的預防和治療	
濕疹之「心病還需心藥醫」 韓錦倫教授	19
「約法三章」治療濕疹 陳曦齡醫生	21
合生元對濕疹的預防和治療 陳俊彥醫生	22
空氣污染	
空氣污染對健康的影響 譚一翔醫生、陳真光醫生、古惠珊醫生及鄺國柱醫生	23
食物過敏	
預防花生過敏症：吃與不吃的疑惑 何學工醫生	26
牛奶過敏的治療 陳勁芝小姐	29
我是否真的「海鮮過敏」呢？ 李德康醫生及陳勁芝小姐	32
「風癩」何來？ 陳勁芝小姐	34
嚴重過敏性反應	
過敏性休克的診斷及治療 鄺揚源醫生	35

過敏睇真D


序

香港過敏科醫學會成立至今已二十年，學會一直致力推廣與過敏症有關之教育、臨床診治及研究。為慶祝本會二十周年，本人懷著雀躍的心情推薦這本香港過敏科醫學會二十周年紀念文集——《過敏睇真D》。

《過敏睇真D》收錄了一系列由本會成員所撰寫的文章，極具教育及趣味性，並曾於本會網頁或其他媒體刊登。現將文章之精萃翻譯成中文，冀能促進市民大眾對過敏症的認識，而醫護人員亦會發現此紀念文集趣味盎然。

本人非常感謝鄺國柱醫生擔任《過敏睇真D》一書之義務總編輯，為文集作準確又詳細的編撰。同時亦感謝所有文章的原作者、譯者及MIMS的代表為文集作出的努力。

祝願大家享受閱讀本會之紀念文集——《過敏睇真D》！



李德康醫生
香港過敏科醫學會會長

編輯的話

《過敏睇真D》的誕生源於慶祝香港過敏科醫學會成立二十周年，會長李德康醫生親自構思及督印。文章由本會會員撰寫，作者皆是業界翹楚，學術水平實在不容置疑。由於文章的第一稿大多以英文撰寫，而本文集的對象為廣大市民，故此李會長誠邀陳偉文醫生、莫慕賢醫生及陳偉明醫生執筆翻譯。本人獲邀為文集之總編輯，深感榮幸。

籌備出版本文集時，我們遇到四大難題：第一、如何恰當地翻譯那些醫學專有名詞；第二、如何以淺白的文字向市民講解艱深的醫學知識；第三、如何在眾多過敏性疾病中選取最常見及最重要的；第四、如何將十多篇文章的精萃濃縮為三十六頁的文集，成為重中之重。憑着會員群策群力地參與和貢獻，難題最終迎刃而解；當大家細閱本文集時，定會發現箇中端倪。

深願《過敏睇真D》在香港健康教育及推廣上作出一點貢獻！



鄺國柱醫生

香港過敏科醫學會
《過敏睇真D》總編輯

香港缺乏過敏科醫生

李德康醫生

免疫及過敏病科專科醫生

在香港，兒童患上各種過敏症甚為普遍，而且近年個案數字還有上升的趨勢。儘管不少都屬於較為輕微的病例，但數字顯示在每十萬個十四歲以下的兒童裡面，患有潛在致命危險的嚴重過敏性休克可達七百人。另一方面，由於只有少數兒童在長大後可以從過敏症中「斷尾」，所以有很多人會終生被過敏症困擾。

不幸的是，本港平均每一百五十萬人口裡面只有一個過敏科醫生，數字遠低於國際水平。另外，成年人口擁有過敏科醫生的比例 (1:2,800,000) 比起兒科人口還要低 (1:460,000)，而且暫時還未有過敏科專科醫生在公立醫院服務。由於缺乏合資格的過敏病專科培訓，自一九九八年起本地已沒有醫生加入過敏科培訓為成年的病人服務。

香港是否需要過敏科醫生呢？答案是「肯定」的。首先，很多病人的過敏症都會影響身體多個器官，例如一個患有食物過敏的兒童，可以同時患上哮喘、鼻炎、濕疹、腹痛和過敏性休克等疾病。如果由過敏病專科醫生去照顧這個病童的話，便可以更集中地給予診治；除了方便病人之外，亦可更合乎成本效益。此外，過敏科醫生可讓本地病人更容易得到先進、正確的診斷和治療方法，從而減低一些沒有醫學實証的「另類」治療在市面出現。最後，缺乏合專業資格的醫生會嚴重影響本地過敏症的專科培訓，亦會因過量的臨床工作而無法分身於持續進修和學術研究方面，從而使本地治療及護理過敏症的水平停滯不前。

香港過敏科醫學會建議香港應該盡快改善現時過敏症服務和過敏科醫生培訓嚴重不足的情況。本會曾經建議醫管局考慮在本地公立醫院成立兩個過敏症治療中心為病人提供服務，但公共醫療資源分配是一個重大的障礙。令人鼓舞的是，最近瑪麗醫院已再次設立成人免疫及過敏科專科的培訓機會，希望可以為本地的過敏專科開展新的一頁。

註：原文於2016年5月25日在信報醫療版發表

認識過敏

鄔揚源醫生

免疫及過敏病科專科醫生

我有過敏嗎？

許多人可能有各式各樣的過敏徵狀而不自知；例如當天氣轉變時，便覺得鼻癢、打噴嚏或吃了某些食物後，全身痕癢、出現紅疹及腹瀉等等。

過敏症是一組非常普遍的慢性疾病，包括鼻敏感、過敏性皮膚炎、哮喘、食物及昆蟲叮咬後過敏症等等。其實，你身邊任何的事物都有可能誘發過敏症。

過敏性疾病是如何形成的？

在一般情況下，當我們被病毒、細菌或寄生蟲入侵時，身體就會向免疫系統發出危險訊號，我們的免疫系統不單會作出適時的應對，亦能從中辨認出那些病原是有害的。將來我們若再遇到同一入侵者時，就能快速產生抗體或其他方式抵禦。相反，過敏反應是自身的免疫系統對無害的物質作出不恰當的反應或攻擊。

我們的免疫系統一般都會視花粉、塵蟎及大多數食物為無害物質，因此，會產生出另一類抗體及週邊反應來抑制自家免疫系統，我們的身體就不會對那些物質有不良反應。但如果那免疫耐受機制一旦失效，免疫系統就會對它們作出攻擊，造成過敏；能引起過敏的物質，都被稱為過敏原。

影響過敏性疾病發展的因素

1) 遺傳因素 (Genetic factors)

過敏性疾病都是由遺傳而來的。當嬰孩出世後，她的免疫系統在最初幾個月還未發展成熟，研究發現，那些長大後有過敏性疾病的兒童與其他同齡兒童有所不同，她們的免疫系統發展特別緩慢，造就了更多

機遇讓過敏形成。某些嬰孩由於皮膚功能失調，以致過敏原有機會透過接觸患者的皮膚引起更多過敏。

2) 環境因素 (Environmental factors)

嬰孩和兒童接觸過的環境都可能影響過敏性疾病的形成。研究發現兒童若在早期曾患過某些感染，她們日後會較少機會患上過敏性疾病，原因是那些感染不單加速了患者免疫系統更成熟，另一面亦加強了患者抵禦過敏的能力。隨著各國社區衛生程度大幅改善，傳染病病發率亦隨之下降；此消彼長下，過敏性疾病相反大大增多。

3) 接觸過敏原 (Allergen exposure)

在不同的群組或社區會出現不同的過敏性致敏模式 (Pattern of allergic sensitizations)。例如居住在溫帶氣候的人，較容易對花粉過敏，而居住在熱帶的人，則較多對塵蟎過敏。食物過敏的情況也類似，與個別地方的飲食文化息息相關。在英、美兩國，民眾對花生敏感是十分普遍；相反，花生敏感症在泰國和以色列是罕有的。

甚麼是過敏反應？

患者每當遇上某些過敏原，他們就會有過敏反應。大致上可將過敏性反應分成兩大類：抗體介導的過敏反應和細胞介導的過敏反應。

1) 抗體介導的過敏反應 (Antibody-mediated allergic reactions)

抗體介導的過敏反應亦稱為第一類 (Type I) 或即時 (Immediate type) 過敏反應。當免疫系統辨別了過敏原後，就會產生一種針對那過敏原的 IgE 抗體。獨特的 IgE 抗體會稍後與肥大細胞 (mast cell) 及嗜鹼性粒細胞 (basophils) 匯合。再進一步釋放出各類型的炎症介質 (inflammatory mediators)，那些物質會引致血管腫漏及氣管收窄。患者可能在接觸

過敏原後數分鐘內爆發不良的反應。鼻敏感、哮喘、風疹、食物過敏、昆蟲叮咬過敏及個別藥物過敏症同屬此類病症。

2) 細胞介導的過敏反應 (Cell-mediated allergic reactions)

細胞介導的過敏反應亦稱為第四類過敏反應 (type-IV hypersensitivity reactions or delayed-type allergic reactions)。T 淋巴細胞在接觸過敏原後24至48小時內，可能會釋放出各類型的炎症介質。過敏性皮炎、個別食物和藥物過敏同屬此類病症。

評估患上過敏的風險

由於過敏疾病受遺傳的影響甚大，因此患有鼻敏感、哮喘、濕疹及食物過敏的父母，他們的下一代有較高風險患上同類疾病。舉例說，如只有單親 (父或母) 患上過敏疾病，下一代會有20-30%的風險患上過敏疾病；如雙親都患上過敏疾病，那麼風險會上升至50-60%；若果雙親患上同一過敏疾病，那麼風險會高達70%。

由於過敏疾病的遺傳關係非常複雜，所以暫時還未有測試能準確預測個別人士患上過敏疾病的機會率。近年發現臍帶血中的IgE水平提供了有用的線索：那些長大後出現過敏疾病的嬰孩，她們臍帶血中都有較高水平的IgE。

由此看來，結合家族史和臍帶血中的IgE水平，就可能幫助我們預測誰會患上過敏疾病；若能在高危人士的兒童時期介入治療，或許能減少她們將來發病的機會。

《節錄及翻譯：鄺國柱醫生》

註：原文“Understanding Allergy”於香港過敏科醫學會網頁發表 (www.allergy.org.hk/allergy.html)

過敏症有得醫？有得防？

陳偉明醫生

兒童免疫及傳染病科專科醫生

經常有病人說：「鼻敏感已經很多年，都慣了！」其實很多患有皮膚敏感、氣管過敏或食物敏感的病人，都有類似的想法。綜合來說，很多病人對於過敏症有以下幾個普遍想法：

「病情反反覆覆，嚴重時才要食藥或找醫生。」

「等遲一些自然會好。」

「小心戒口就無問題。」

「食藥食得多會食到純咗。」

「又要用類固醇？」

「怎麼醫都不能根治！」

其實近數十年來，過敏症在香港、中國及全世界都不斷增加，造成沉重的負擔。其中以發達國家及大城市的增加尤為顯著，所以過敏疾病的防治在近年的國際研究中受到重視，並且在多方面有突破性的發展！舉一個實例：有很多鼻敏感個案其實是因為某種致敏原引起的（如塵埃蟎），如果傳統治療的效果欠佳，現在已經可以針對病因，使用嶄新的脫敏治療為病人醫治。研究顯示，脫敏治療能有效根治某些常見致敏原引起的鼻敏感，達到治標的效果，很多患有這類過敏症的病人可以受惠。

此外，大家可能以為戒口就可以減少過敏症。但是近代研究卻顯示「越戒口、越過敏」！近年英國一項針對花生過敏的臨床研究確認：一班花生過敏的高危嬰幼兒，在四至十一個月大開始持續進食含有花生成份的食物，遠較一歲後才開始的同齡幼童可以減少五倍機會在日後出現花生過敏症。所以，多個國家的最新防敏指引已經作出了相關的建議：屬於花生過敏的高危嬰幼兒應該由四至六個月大開始，便按照醫生指示循序漸進地開始進食含有花生的食物，而一般嬰幼兒由四至六個月大開始亦都可以考慮將花生成份循序漸進地加入半固體食物之中。而且在一歲之前，應該盡量吃更多元化的食物，因這樣做反而有助減低長遠的過敏風險。

為了幫助大家更全面地防治過敏疾病，香港過敏科醫學會近來便推出了香港預防過敏指引，詳細內容已經輯錄在<香港醫學雜誌>之內供業界參考，並且綜合近年世界上眾多重要的過敏醫學研究成果，歸納出防敏十二式供大眾參考：

預防過敏十二式



*1) 「過敏風險高的嬰幼兒」指有過敏家族病史或有各項高危因素的嬰幼兒，如母乳餵哺少於六個月、母親在懷孕期間吸煙或吸入二手煙、透過剖宮生產的嬰幼兒等

2) 深度水解酪蛋白配方奶粉或適度水解乳清蛋白配方奶粉

註：原文“Guidelines for Allergy Prevention in Hong Kong”於香港過敏科醫學會網頁發表 ([www.allergy.org.hk/HKIA%20-%20Guidelines%20for%20Allergy%20Prevention%20in%20Hong%20Kong%20\(Final\).pdf](http://www.allergy.org.hk/HKIA%20-%20Guidelines%20for%20Allergy%20Prevention%20in%20Hong%20Kong%20(Final).pdf))

過敏性疾病在香港有多普遍呢？

梁廷勳教授及黃永堅教授

兒科專科醫生

過敏性疾病是影響成人及兒童最普遍的長期病患之一，要斷定過敏性疾病患者的確實數字是很複雜的。世界各地做了許多研究，大部分採用簡單的問卷調查，可是不適當的測量工具會引起誤差，難以正確估計各種過敏性疾病的患病率。在過去二十年，香港進行了許多流行病學研究。由於相對容易在兒童中隨機抽樣收集數據，大多數研究對象都是兒童。當中有很多是針對哮喘的流行率及風險，亦有一些有關過敏性鼻炎和食物過敏的研究。

國際性兒童哮喘及過敏症研究 (The International Study of Asthma and Allergies in Childhood (ISAAC)) 是最大型的兒童過敏性疾病流行病學研究。ISAAC使用標準及精確的問卷來測量兒童哮喘，過敏性鼻炎和皮膚炎的流行率。ISAAC的研究一共分為三個階段。第一階段取得流行率的基礎數據用以隨後比較。第二階段深入研究哮喘的主要風險因素。第三階段重複第一階段以評估哮喘及相關過敏性疾病流行率的變化趨勢。第一和第三階段的研究隨機招募年齡在6至7歲和13至14歲的學童參與。

第一階段於1995在香港進行。在13至14歲的兒童當中，經醫生診斷為曾有哮喘的有11%，在過去12個月內有鼻炎、眼角膜炎症狀的為26%，而關節隙出現濕疹為3.1%。第三階段在2002年進行，結果顯示哮喘患病率為10.2%，與第一階段並無顯著差異。令人欣慰的是，在2002年診斷為哮喘患者的症狀嚴重程度比1995年低。

第二階段的研究對象是9至11歲的兒童。被醫生診斷曾有哮喘的患病率為9.6%，在過去12個月內有鼻炎、眼角膜炎症狀的為16.8%，而關節隙出現濕疹為5.3%。另一項在2至6歲兒童的哮喘及過敏研究是在2006年進行的。經醫生診斷患有哮喘，有鼻炎症狀及關節隙出現濕疹的患病率分別為4.9%、11.8%和5.6%，顯示這些過敏性疾病都很普遍，每三個兒童中有一個患有至少一種過敏性疾病。然而，患病率在過去的10年間，似乎有緩和下來的跡象。

香港亦有進行食物過敏患病率的研究。相比哮喘，要確診食物過敏的流行率更困難。很多人會誤報一些疑似食物過敏引起的徵狀，但經客觀檢測如食物激發測試後，並沒有證實食物過敏。在2009年，一個針對2至7歲兒童的問卷調查發現，8.1%家長表示其子女於進食某些食物後曾出現不適反應，最常見的致敏原分別為原貝類，牛奶和雞蛋。另一個問卷研究則顯示，剛出生到14歲的兒童當中有4.8%有食物過敏。Europrevall項目從許多歐洲國家、中國、印度和俄羅斯中招募7至10歲的兒童作研究，採用標準方法及客觀測試，如皮膚點刺測試和量度血清特異性 (IgE) 水平及詳細的食物反應作評估。在香港招募的兒童當中，被發現2.8%可能有「食物過敏」。「食物過敏」是指於進食某種食物後兩小時內出現不良反應以及對該食物的致敏測試呈陽性反應。有明顯誘發因素引起過敏性休克入急診室的成人和兒童當中，有49.6%是由食物導致。由此可見食物過敏和食物的過敏性休克是嚴重的問題。食物過敏在未來10年至20年間，相信會成為第二波過敏性疾病上升的趨勢。

為了找出中國人患有哮喘及其他相關過敏症的誘因，香港和中國大陸不同地區合作做了不少研究，對受試者採用同樣的方法作評估。在內地出生後移居香港的兒童有較低的哮喘和過敏患病率。第二階段ISAAC顯示，出生和成長在香港的兒童經醫生診斷為哮喘的佔8.6%，而在內地出生後移居香港的只有2.1%。此外，42.9%的土生土長香港學童對普遍的食物過敏原過敏，相比在內地出生的兒童只有22%。數據指出環境及飲食因素與預防哮喘及過敏症的引發有關，我們需要更多的研究來評估這些因素與哮喘的關係。

總括來說，全港每三個兒童中有一個受至少一種過敏症狀影響，最常見的是哮喘和過敏性鼻炎。兒童哮喘的情況似乎已漸趨穩定，反之食物過敏的個案則在增加。與此同時，我們需要更多研究以確定成人過敏的情

況趨勢。鑑於兒童和成人過敏性疾病對醫療系統帶來的負擔，有關當局有必要培育更多臨床免疫學家和調整資源分配，以支援這些有致命風險的過敏性疾病。

《翻譯：莫慕賢醫生》

註：原文 “How Common are Allergies in Hong Kong” 於香港醫訊 (2015年第20期) 發表

如何處理難於控制的哮喘？

陳莉醫生及陳偉文醫生

呼吸系統科專科醫生

呼吸系統科專科門診經常接到一些哮喘病的轉介個案：儘管病人已經採用多種哮喘藥物，但他們的病情仍然未能受到適當控制。究竟醫生還有什麼錦囊妙計可用呢？

首先，釐清病人是否真的患有哮喘是十分重要的。氣促、喘鳴和咳嗽等病徵，除了在哮喘外，還可以發生在很多其他常見疾病（例如慢阻肺病、支氣管擴張、心臟衰竭等）。此外，類似哮喘的病徵亦可以在某些較為罕有的疾病如「過敏性肉芽腫血管炎」和「過敏性支氣管肺麴菌病」出現。故此，重新為病人評估診斷，可能有意外的收穫。另一方面，由於鼻敏感、鼻竇炎、胃酸倒流等常見疾病也會令哮喘惡化及難於控制，能及早診斷和治療這些併存疾病會對控制哮喘有所幫助。心理和情緒因素也可能大大影響個別患者的病徵、診斷和治療。

要完全避免存在於周遭環境的致敏原或誘發哮喘的因素是十分困難。然而，如果可以成功尋找到這些線索，對日後擬定治理病人的方案是十分有用的。如果病人能盡量避開令他/她過敏的物質（例如塵蟎、寵物毛、霉菌、蟑螂等），或可令其病情有所改善。同樣，病人若能遠離一些可誘發哮喘的因素，如二手煙、污濁空氣、濃烈氣味、飲料中的亞流酸鹽添加劑等，亦可減少急性病發的次數。病人每年接種流感疫苗及經常注意個人衛生亦可減低由病毒引起的上呼吸道感染，從而減少由此產生的哮喘發作。運動前適當的熱身和在運動前服用快速舒緩藥物，能避免運動成為一個誘發因素，亦能使病人可以享受正常人的生活。

哮喘藥物一般可分為快速舒緩藥和長期控制藥物。快速舒緩藥主要是吸入式的短效氣管擴張舒張劑，病人在病發時使用，能迅速擴張支氣管及舒緩氣喘。由於這些藥物沒有抗炎作用，故此病人不應過份依賴。如患者每週需要使用短效氣管舒張劑達3次或以上，這表示哮喘可能不受控制，他應盡快約見醫生。

由於哮喘是一個慢性的氣管發炎症，病人使用長期控制藥物可以控制氣管腫脹和發炎，減少哮喘病發作的風險。吸入式類固醇噴劑則是控制藥物的首選。有些人一聽到「類固醇」就十分擔心，生怕副作用而不肯接受，結果病情受到延誤，引致氣管結構和肺功能受到永久傷害。其實比起口服類固醇，吸入式有更強的局部抗發炎作用、更少的全身性副作用，即使長期使用，也無需擔心。病人使用含有類固醇的噴劑後，應用清水漱口，減少口腔潰爛、咽喉疼痛、病菌增生等問題。如果病人的病情仍然未能受控，醫生會考慮轉用類固醇和長效氣管擴張劑的混合噴劑，相信應能更有效地消除哮喘的病徵，保持良好的日常活動和晚間睡眠。此外，白三烯素受體對抗劑是一種口服非類固醇的控制藥物，針對因運動或過敏而引發的哮喘甚有幫助。病人就算沒有病徵，亦應該每天遵照指示持續使用哮喘控制藥物。醫生會根據病人的情況，定期調整哮喘藥物的劑量，以最低的劑量達至最理想的療效。

大部分的哮喘藥物都是吸入式，大致可分為定量噴霧劑和乾粉劑兩大類別。定量噴霧劑將藥水霧化成細小的顆粒，被吸入後會沉澱在下呼吸道。病人使用噴霧劑時須手口協調，故幼兒以及年老病人可能需要同時使用輔助器去協助吸入藥物。乾粉劑藥物是以乾粉形式儲存在藥瓶或獨立膠囊中，藥物經患者的吸入氣流將藥粉帶入氣道，操作相對簡單。無論使用那種裝置，病人都必須聽取醫務人員的指導，才能更有效地發揮藥物的成效。

從上文可見，鼓勵病人依時用藥及定期覆檢病人服藥情況是十分重要的，而教育病人有關哮喘的病理及其治療方針亦能改善病人對藥物的誤解。近年來治療哮喘的藥物已有很大的改善，只要能依照醫生的指導使用藥物，大部分病人的病情都能有效地受到控制。

註：1) 原文「哮喘「失控」？」於2016年6月22日在信報醫療版發表
2) 原文「治療哮喘 用藥精明「貼士」」於2016年8月10日在信報醫療版發表

英國全國性哮喘死亡稽核回顧：對香港有何警示

何學工醫生

兒童免疫及傳染病科專科醫生

英國估計每年大概有1,200國民人死於哮喘病。它雖擁有一系列針對哮喘病的治療方案，但這數據仍高居不下。有研究指出百份之七十五的哮喘死亡個案是可以預防或避免的。此項全國性稽核回顧目的是探究導致哮喘死亡背後的成因和狀況，從而作出實質的改善建議。

此稽核項目歷時三年，覆蓋了不同年齡、性別、階別和地區。由英國皇家內科醫學院統籌策劃，輔以醫護專家團隊，病人支援組織和倡議哮喘病人健康之不同持份者的參與，更得到了英倫三島主要醫療機構，例如衛生局、社會福利部門、質素安全管理機構等全力配合，成功剖析了2012 - 13年度195死亡案例。在前綫護理人員及家庭成員緊密接觸互動下，做出了專業和多角度的分析，思考病人曾接受的治療、隨訪、監查和家庭社會背景、環境、社交行為等因素之間的相互關係。研究稽核在全保密的原則下進行，非針對個人或機構之責任做出評論。

稽核回顧發現，竟然有多達百分之五十的死者並沒有接受適當哮喘治療。大多數死者在死之前一年並沒有接受過敏呼吸病專科醫護人員的治療、隨訪和監測。少於一半是在第二級或第三級的醫療體系裏被照顧。總結，若患者曾有機會接受警惕和適當哮喘治療，可能有一半悲劇是可以避免。

此稽核進一步瞭解死亡的起因和早期徵兆，鞏固了科學性的理論辯證。改善建議大致針對四個方向：機構組織及其服務模式；臨床人員的隨訪機制；藥物處方、分發和應用；以及病者自理教育及警覺性的工作。

改善方案重點如下：

1. 每一醫療機構都應有指定人員照顧哮喘病人。並注重人材培訓去處理急性哮喘病發作。

2. 最少每年一次對病人作系統性評估。應給予高危病人更密切的評估。每次覆診都要評估病人最近的哮喘控制。如發現控制不理想，應馬上採取行動。包括調高藥物應用，提升病者教育和照顧者責任感，安排更緊密的覆診。
3. 推廣教育從而去提升對哮喘失控的認知。對象包括醫生、護士、病人和照顧者，令他們更清楚認識哮喘可致命的科學基礎。
4. 提供哮喘患者一份個人治療行動計劃⁴。內容包括用藥資訊、留意事項和緊急指示。

這些建議，不只向醫護人員發出，同時也旨在喚醒管理人員和政府政策關鍵人物等，才能為病人作出有實效的改善工程。

這些建議對我們有何警示？香港每年有近一百位市民因哮喘病離世。四分之一正值青壯年，令人惋惜。和先進國家相比較，哮喘死亡率大致相若，甚至比英國還要好一些。但我們實在沒有理由自滿放鬆。香港有其獨特社會風貌和文化背景，盲目跟從英國的建議則有商榷餘地。因此，我們有需要做自己的研究稽核項目去印證，才能提出更具本地化的建議。

香港過敏科醫學會作為全港最具代表性的過敏專業團體責無旁貸。首先，要凝聚共識和力量，發揮領導作用，開展教育工作。全方位發放最新研究訊息，包括此重要研究。另外，接觸面要廣，不但是專業人員，還要去面對大眾媒體，病人自助組織等。

接著，要和不同持份者溝通。遊說政府食衛局的支持和配合，仿效英國進行全港性專業主導，獨立保密的哮喘死亡稽核調查。唯有達到高度認受性，才有機會成功和對長遠政策起推動效果。

最後，和不同持份者緊密合作，建立一個資訊平台或名冊，更有效地收集，統計和總結香港嚴重哮喘病情況。利用數據去作出科學性的分析和辨證，提升臨床研究水平和病人服務質素，創造互利共贏局面。

*** 按：哮喘個人治療行動計劃**

是一份手寫或筆記形式的計劃，由病人和醫生共同擬定，幫助好好管理病情。計劃書列明平日用藥指示，並告知緊急處理的用藥指示，在什麼情況下去急症室。指示長遠控制目標和提醒控制不善之危險性。計劃書應該跟所有照顧者分享，希望一同管理，達到減低風險的目標。

註：原文“UK Nation-wide Audit to Find Out why Asthma still Kills – Does it Matter to Hong Kong?” 於香港過敏科醫學會會員通訊 (2015年4月) 發表

鼻涕倒流的煩惱

盧佩儀醫生

耳鼻喉專科醫生

天氣變冷，小孩子常常打噴嚏、流鼻水和咳嗽。為他們檢查時，發現鼻涕不斷從鼻腔倒流到喉嚨，這就是引致他們的哮喘變差和持續咳嗽的元兇。

過敏性鼻炎的病人在冬季容易發作，鼻膜分泌增加和變得黏稠，在晚上睡覺時會因地心吸力的牽引而倒流在咽喉上，令患者不斷咳嗽，哮喘病情更難控制。加上他們的鼻膜腫脹，鼻涕不容易從前面排出。其他病徵包括喉嚨癢、聲沙和不斷吞口水，導致慢性咽喉炎。如果患者罹患上呼吸道感染、鼻竇炎或鼻息肉，情況會更加嚴重。鼻涕倒流是慢性咳嗽最常見的病因，其次是胃酸倒流和哮喘。

鼻腔黏膜每天會分泌大約1,000毫升的黏液，它們會隨着纖毛的擺動，往後推到鼻咽，然後流入喉嚨。在正常的情況下，大部份人是不會察覺到的。但當分泌增加和變得黏稠時，加上鼻腔黏膜腫脹，鼻涕倒流便會刺激喉嚨。

為了對症下藥，病者需接受內規鏡檢查，看看鼻涕倒流的原因，如鼻竇炎，鼻息肉或腫瘤。在特殊情況下，醫生會建議作進一步的檢查，如安排作X光照片或電腦掃描。

過敏性鼻炎的主要致敏原是塵蟎，患者可用阻隔塵蟎的牀單、枕頭套和被袋，以減低敏感發作。另外患者可用溫和的生理鹽水清洗鼻腔來減少鼻涕分泌物和致敏原。藥物治療方面，包括口服抗組織胺或含類固醇的鼻腔噴劑，以減低分泌和黏膜腫脹，發炎時更需服用抗生素。在特殊情況下，嚴重患者需接受手術治療，如下鼻甲減容術，將腫脹的鼻黏膜切除以減輕鼻塞的程度；或鼻和鼻竇內規鏡手術，將鼻息肉和炎症清走，改善鼻涕倒流的情況。

對於嚴重過敏性鼻炎的病患者來說，一般藥物難以控制病情，可考慮免疫治療法，它是唯一治本的藥物。首先患者通過皮膚點刺測試，尋找致

敏源頭。在香港，塵蟎是最常見的致敏原，牠們是一種微小的蛛形綱節肢動物，其排泄物和屍體是引發我們過敏症狀的元兇，牠們無處不在，人類和動物脫落的皮屑是牠們的主要食糧，防治牠們能減少病徵出現。除一般避免措施如冷凍和高溫法、保持家居清潔和用防塵蟎的寢具外，患者可透過傳統的皮下注射，或現時暫新的口服舌下脫敏治療，患者將含有致敏原的藥物含在舌下，並將其濃度逐漸增加，籍此令病者的免疫系統產生忍耐反應，減少敏感徵狀。舌下脫敏治療在九十年代推出，有液體或藥丸配方，它比較安全和方便，一般而言，併發症較少，療程長達三年，停藥後藥效仍持續，適合嚴重鼻敏感、過敏性哮喘或濕疹病人服用。



硬性內窺鏡用作鼻腔檢查



左邊鼻竇炎的電腦掃描



註：文章第一稿於2016年7月20日在信報醫療版發表

濕疹之「心病還需心藥醫」

韓錦倫教授

兒科專科醫生

濕疹，或稱為過敏性濕疹。濕疹的特徵，包括皮膚乾燥瘙癢，特別是肘前或者褶位，通常有家人或個人過敏史。

過敏性濕疹是一種慢性復發性疾病，患有濕疹的人，皮膚欠缺了一種油脂性保護物，令皮膚較易流失水分，因此天氣乾燥時，一定要用潤膚品保濕，不過最好選擇不含添加劑、成藥、香料和顏料的潤膚用品，若適合，就可以持續使用，不用經常轉換牌子。主要的問題是不使用的 (Non-adherence) 和藉口 (Excuse)，而不是哪個品牌。

要明白，濕疹是不能「立刻治癒」的疾病，但會隨着孩子長大而有所改善。一般在急性發作時，使用類固醇是非常有用的藥物，經醫生處方的皮質類固醇是非常安全的類固醇藥物，但家長反而要注意的是，坊間那些沒有醫生處方的「另類療法」藥物，可能含有非常強力的類固醇，是極不安全的。也有不少聲稱安全，可以「固本培元」的藥物，內裏也可能含有類固醇，家長若胡亂使用，自己濫用了類固醇也懵然不知，可能會弄巧反拙。

濕疹的發病原因通常不會單一出現，而是由內外因素互相誘發所致。外在因素包括氣候轉變、皮膚接觸到刺激性或致敏性物質，如過敏原、天氣變化、溫度、濕度、香水、清潔劑、動物毛髮、塵埃等；內在因素包括受損的皮膚屏障功能、壓力，或對某些食物、成藥、補品引起的敏感反應，都可能令身體的免疫系統產生反應，導致病發。濕疹不是因為「身體弱」，而是不適當強烈的免疫反應。

濕疹也是一種壓力、心理病，處理的主要問題是謬誤 (Fallacies) 和否定疾病 (Denial)，所謂「心病還需心藥醫」，西醫談處理 (Therapeutics)，中醫論調理 (Immunomodulation)，家長講斷尾 (Cure)，各說各法，因此療效並不好，全方位綜合支援的方式 (Holistic approach) 才會成功。

濕疹絕對有得醫，但正如傷風感冒，醫好了，都有可能復發，因此我們不應存有即時「斷尾」的觀念。

註：原文於2016年7月6日在信報醫療版發表

「約法三章」治癒濕疹

陳曦齡醫生

兒科專科醫生

前陣子，在美國念大學的小康回港，到診所來看我。小康剪了森美式的髮型，身著短袖T恤、短褲，充分展露出他帥氣的臉龐、光潔的肌膚，活脫脫一個英俊少年。

然而，小康第一次來我的診所，卻是一副「不露廬山真面目」的模樣：長袖衫、長褲，將自己包得嚴嚴實實；頭髮也長得似女仔，遮住了整個面部，劉海蓋住了雙眼。在媽媽的要求下，他才很不情願地脫衣讓我診看。而一看之下，我不覺心裡一痛：小康全身幾乎沒有一寸好皮膚，身上、臉上像給灼傷了一樣，都是抓痕和血斑。我問他痛嗎？他搖頭；問他癢嗎？他大力地點頭！

我告訴他，這是特異性皮炎，也叫濕疹；雖有遺傳的因素，但只要他和我合作，一定能控制好，直至回復正常。小康懷疑地望著我，他媽媽一臉抱歉地解釋，小康已經在不同地方求診過，效果不彰，以致不太相信醫生。我跟小康說，如果他和「約法三章」，答應我幾個條件，我們就可以開始治療：一是要根據皮膚測試確定的過敏源，戒食某些他最愛吃的食物、戒用和戒碰某些他最愛的物品；二是要嚴格按我的醫囑，每天洗澡、保濕、防曬；三是要堅持用藥和定期覆診，即使治療過程中出現暫時的反復也不能氣餒。小康很用心地聽完，大力地點頭，跟我握手「訂約」。

小康很「守約」。一個月後回來覆診時，他剪掉了長髮，不再遮擋面容；抓痕少多了，舊傷都結了疤，部分已經癒合，雖然還說不上皮光肉滑，但已開始恢復正常。小康的自信亦隨病情好轉而恢復，脾氣也溫和很多。最令人欣慰的是，之前他晚上睡不好，日間又痕癢，沒精神學習，導致成績下滑；自從皮膚轉好，他心情好，睡眠好，學習也有心有力，成績更是猛進。最終，小康成功考取了美國的大學。

看著今天的帥哥小康，我心裡湧起的不再是痛惜，而滿是喜悅與驕傲！

註：原文於2016年9月21日在信報醫療版發表

合生元對濕疹的預防和治療

陳俊彥醫生

皮膚科專科醫生

濕疹 (學名：異位性皮膚炎) 是一種常見的過敏性疾病，在發達國家的患病率達15 - 20%。濕疹的發病率在全球各地均呈現上升趨勢。現代飲食習慣所引起腸道微生物叢的改變，有可能造成一個特殊的免疫微環境，促進過敏性疾病的發展。有研究顯示濕疹患者的腸道微生物叢比一般人獨特，由此可見，改變腸道微生物叢可能有助預防過敏性疾病的發生。

合生元是什麼？

合生元是益生菌和益生源的混合物。益生菌是一些活菌或酵母，有調節腸道微生物叢的功能，可促進人體健康。益生源包含不能被消化的纖維，發酵後能激發腸道內某些細菌 (包括益生菌) 的生長。益生菌和益生源的結合，對恢復腸道微生物叢的健康，有明顯的效用。

合生元對濕疹的預防和治療有何效果？

薈萃分析 (Meta-analysis) 評估了兩個預防性研究和六個治療性研究。研究結果支持益生源在濕疹的治療功效，可是益生源在濕疹的預防作用仍不能確定。而含多種細菌的合生元可能是更好的選擇，在一歲或以上年齡的患者，可觀察到顯著的治療效果。

《節錄及翻譯：莫慕賢醫生》

註：原文“Synbiotics for Prevention and Treatment of Atopic Dermatitis”於香港過敏科醫學會會員通訊 (2016年5月) 發表

空氣污染對健康的影響

譚一翔醫生

兒科專科醫生

陳真光醫生、古惠珊醫生及鄺國柱醫生

呼吸系統科專科醫生

市民近年已關注到污濁的空氣影響健康，而且引致嚴重的心肺疾病，本文嘗試從不同的角度，探討空氣污染對我們身體的影響。

空氣污染與兒童健康

近幾十年來，文獻都指出空氣污染影響兒童的健康。由於他們身體尚未發展成熟，更易受到污濁的空氣引致喉嚨痛、咳嗽、痰多、喘鳴及哮喘，居住在嚴重空氣污染地方的兒童，會有較多上述病徵。因呼吸系統疾病而求診的人數，亦與他們居住地區空氣污染物 (NO₂, O₃, PM₁₀, SO₂) 的濃度成正比。污染的空氣除了令兒童的肺功能 (FEV₁, FVC, FEF₂₅₋₇₅) 減低，亦使他們有較高的支氣管高反應性 (Bronchial hyperreactivity)。政府嚴格監管車輛汽油中的硫 (Sulphur) 成份後，空氣中的二氧化硫 (SO₂) 濃度大幅下降，受影響人士的病徵及支氣管高反應性，亦得到改善。那重大的醫學發現，有助世界衛生組織 (WHO) 制定空氣質素的指引。空氣污染不單令人心肺功能指數 (VO₂max) 較常人低，人在空氣受污染的環境下做運動，亦得不到應有的好處。空氣污染可能令人更容易患上流行性感冒，而且需要入院治療的機會也相對較高。

多項歐洲及美國研究發現，兒童及青少年自少居住在繁忙街道 (方圓50米範圍以內) 或可吸入顆粒物PM_{2.5}嚴重污染的地區內，當他們大約六至八歲時，會有較高機會患上哮喘或花粉過敏 (Hay fever)。由車輛引致的空氣污染，大多源於汽車排出的廢氣。大部份研究指出，空氣污染程度、哮喘發作及其相關問題引致入院治療，三者有密切的關係。當空氣中每立方厘米 (Cubic centimeter) 的二氧化氮 (NO₂)、臭氧 (O₃)、可吸入顆粒物PM_{2.5}、PM₁₀及二氧化硫 (SO₂) 每增加10微克 (mcg)，令患者因哮喘發作而入院的比率會上升1.9 - 8%。

家長應常常留意政府公佈的空氣質素健康指數 (The Air Quality Health Index)，遠離嚴重污染的地區。由於空氣污染令兒童更易感染疾病，家長應考慮為子女適時注射疫苗。鼻過敏 (Nasal allergy) 問題亦不容忽視，小心處理，盡量減少過敏原進入細支氣管造成致敏 (Sensitization)。選擇在室外清新空氣或空氣質素良好的環境下做運動；最後，大家需要致力達到無煙或無香煙的生活環境。

空氣污染對哮喘及慢性阻塞性肺病的影響

室外空氣污濁會引發哮喘病急性發作，那是常見的現象。2013年有1,500,000位哮喘病人參與一項加拿大研究，研究人員發現空氣質素的健康指數值 (The Air Quality Health Index; AQHI) 與哮喘病病情有莫大關係，最明顯的是空氣污染指數極高當日及隨後兩日。當AQHI值上升一個單位，因哮喘病發到門診人次多了5.6%、到急症室求助人次多1.3%及需要入院亦多2.1%。另一方面，中國上海的科研人員亦同樣發現，空氣中的污染物 (可吸入顆粒物PM₁₀、二氧化硫 (SO₂)、黑炭 (Black Carbon) 及二氧化氮 (NO₂)) 大大影響哮喘病而引致入院治療，最污濁的空氣，令病人住院的比率由1.82%升至8.26%不等。究竟室外空氣污染是否會導致哮喘病在成年時才首次病發 (Adult onset asthma) 呢？歐洲醫學專家雖然經過薈萃分析 (Meta-analysis)，仍未能下定論。英國進行多方研究後，在2012年發表報告，認同室外空氣污染 (如住所就近繁忙街道) 可能令那些本身有潛在風險的人出現哮喘病。

慢性阻塞性肺病 (慢阻肺病) 在香港是非常普遍，其最主要的病因是吸煙；而生物質燃料燃燒 (Biomass fuel combustion) 在某些國家也是非常重要的病因。雖然，現在沒有證據顯示空氣污染直接導致慢阻肺病，但污濁空氣會對慢阻肺病患者的肺功能有不良的影響。每當空氣中污染物的濃度上升；慢阻肺病患者到門診次數、急症室求助次數、入院人次或

死亡率都同時上升。本地研究特別指出，當空氣中二氧化氮 (NO₂)、臭氧 (O₃)、可吸入顆粒物 (PM_{2.5}, PM₁₀) 及二氧化硫 (SO₂) 的濃度上升時，慢阻肺病人入院人次也上升。挪威的研究更發現，二氧化氮和可吸入顆粒物 (PM_{2.5}, PM₁₀) 的濃度與慢阻肺病患者的死亡率成正比。為甚麼空氣污染會導致慢阻肺病患者病發甚至死亡呢？原因是空氣中的污染物誘發氣管出現更嚴重的發炎，甚或誘發患者併發整體發炎 (Systemic inflammation)。

總括來說，空氣中的污染物 (Ozone, NO₂, PM_{2.5}, PM₁₀) 可導致哮喘病。吸煙和處身生物質燃料燃燒附近可導致慢阻肺病，但暫時未有證據指出污濁空氣直接導致慢阻肺病。不過，空氣污染確實會誘發哮喘病及慢阻肺病急性發作。由此可見空氣污染對長期患有氣管毛病的人，構成不少的風險。

室內空氣質素不容忽視

香港彈丸之地，活動場地大多極為狹窄，不少甚至是密封式的；粗略估計我們有七成以上的時間留在家中、辦公室或處身不同的室內環境。若室內空氣質素欠佳，可導致身體不適 (例如頭痛、眼睛痕癢、呼吸困難、皮膚過敏、疲勞或嘔吐等)。較為人所熟識的是病態建築症候群 (Sick building syndrome)，那是指室內的人因處於建築物內而引起的急性不適症狀。該不適症狀沒有明確診斷，或病因不明，最多發生於那些使用中央冷氣系統的商廈。而香港大多數住宅都興建得密密麻麻，而且貼近繁忙的馬路旁；如果大廈還管理不善，引致環境衛生惡劣及空氣混濁，就算裝置空氣清新機，也不能徹底解決室內空氣問題。

《節錄及翻譯：鄺國柱醫生》

- 註：1) 原文 “Air Pollution and Child Health” 於香港醫訊 (2015年第20期) 發表
2) 原文 “Air Pollution: Its Impact on Adult Patients with Respiratory Conditions” 於香港醫訊 (2015年第20期) 發表
3) 原文「室內空氣質素不容忽視」於2016年6月8日在信報醫療版發表

預防花生過敏症：吃與不吃的疑惑

何學工醫生

兒童免疫及傳染病科專科醫生

近年來，花生過敏症日益威脅着孩子們的健康，當患有潛在花生過敏症兒童第一次接觸到花生時，可能會發生一種具有潛在致命的反應，稱為過敏休克反應 (Anaphylaxis)，其表現為：瘙癢、舌頭和咽喉腫漲、氣道收縮、血壓驟降、心率加快、昏厥、惡心、嘔吐等。

當一個孩子對花生過敏時，無論家裏家外，他的家人必須密切監控他放進嘴裏的任何東西。此外，過敏科醫生建議，每一位花生過敏症患者都應隨身攜帶救命針 (預裝腎上腺素的自動注射器)，以備在必要時進行急救。

目前尚沒有辦法可以徹底治療花生過敏，但若干研究發現採用免疫療法或可緩和患者對花生的反應。患者從口或舌下接觸微量花生蛋白開始，隨後在嚴格的醫療監控下逐步加量。現在尚不清楚在中止免疫療法後這種保護作用還可以持續多久，因此研究人員警告說：「任何人都不應擅自進行此類嘗試。」

過敏症專科醫生希望能將花生過敏症扼殺在搖籃裏。專家們一度認為，其方法之一是嚴格限制妊娠期及哺乳期婦女對花生食品的攝取，從而避免胎兒和母乳餵養期的嬰兒接觸到花生蛋白。也有研究表示，具有過敏傾向的嬰兒過早接觸到花生蛋白很可能會引起致敏。1998年和2000年美國兒科專案指引建議：孕婦和哺乳期婦女應避免食用花生，尤其是對於具有過敏性病史的家庭。並且告誡新媽媽們，在幼兒年滿三歲，消化系統充分發育前，不要給他們吃花生。

但這些建議絲毫未能遏制花生過敏症病穩步攀升的趨勢，因此這些指引在2008年被撤銷。今天，人們對付過敏症的思路與之前的完全背道而馳，人們不再嚴格限制未出生或哺乳期的嬰兒接觸花生蛋白。相反，人們認為當孕婦或哺乳期的婦女食用花生時，進入嬰兒血液循環裏的微量花生蛋白將誘導免疫耐受，而不是致敏。

英國帝皇學院首先報導，擁有以色列血統的英國孩子患花生過敏症的機會高出在以色列的同齡孩子十倍，他們發現嬰孩期的飲食習慣對其有著莫大的關係。在英國，嬰孩絕大多數不會被餵食含有花生成分的食品，但以色列在幼兒出生7個月就開始經常性地進食花生小吃。基於這觀察，他們開始了為期五年的試驗性雙對照研究。在2015年他們的成果在《新英倫醫學雜誌》發佈。研究人員邀請了五百多位具有花生過敏高危因素，年齡從4個月到11個月大的嬰幼兒參加。這群孩子有嚴重的濕疹和雞蛋食物過敏病症，他們先經過皮膚點刺測試後被隨機安排在早吃花生組或戒食花生組並接受定期評估。在5歲前，早吃的一組會每星期吃大約含6克花生的食物。測試結果是早吃花生組有百分之八十有保護作用或減低患症風險。

同一組研究人員在2016年再次在《新英倫醫學雜誌》發表LEAP的連續篇或下集 LEAP-ON。早吃花生組和戒食組同樣停吃一年花生後，通過口服花生食物抗戰測試，再次評估花生過敏情況。結果證實5歲前早吃花生組的保護性依然持續，另外，血液測試發現早吃花生組有某些保護性抗體，而戒食組有很多花生過敏抗體。這提供了另一層證據，在高危嬰幼兒未發生花生過敏前，早吃花生能有重要的預防作用。當然長遠的效果仍是未知數。

怎樣把這些研究成果真正應用在平時過敏臨床診療中，並不是想象的那麼簡單。首先我們需要一再重申，家長不應隨便給高危一族吃花生。在LEAP Study已指出主要高危因素是孩子已有比較嚴重的濕疹和雞蛋過敏。香港過敏科醫學會擬定了自己的指引。提出怎麼挑選合適的孩子去在4個月到1歲前開始吃花生，從而達到預防的效果。基本上，高危孩子還是要先做皮膚點刺測試。嬰幼兒在4 - 6個月有濕疹或雞蛋過敏的話應尋求過敏科或有這方面訓練和經驗的醫生協助，平均每星期要吃約

6到8克的花生。我們本地指引中也加入了營養師的詳細意見，例如吃什麼含有花生的食物比較合適。

對於預防花生過敏症，吃與不吃花生的疑惑已大致解開了。結論是要吃，並且要早吃。怎樣吃得安全，吃多少，也大概有了一套規則。假如有疑難，還是盡早和醫生商量一下吧！

註：原文“International & Local Consensus on Early Peanut Introduction and Prevention of Peanut Allergy in High-risk Infants”於香港過敏科醫學會會員通訊(2015年10月)發表

牛奶過敏的治療

陳勁芝小姐

註冊營養師

牛奶過敏是常見的食物過敏之一，在全球各國的發病率為1.9至2.8%，而香港早前研究指約有0.5%人口患有牛奶過敏。牛奶過敏是指對牛奶的蛋白質過敏，可分為免疫球蛋白E主導 (IgE-mediated) 或非免疫球蛋白E主導 (Non-IgE-mediated) 兩種。前者的過敏反應較快，一般在進食牛奶後兩小時內產生，而後者的反應則會較遲緩，可在數天，甚至數星期後才出現。要確診 IgE-mediated 的牛奶過敏，病人須對牛奶有過敏傾向 (Sensitization)，及曾出現相關過敏病徵。至於 Non-IgE-mediated 牛奶過敏，則要經過戒食牛奶及再次進食並觀察其反應才可確診。

一旦確診牛奶過敏，患者必需徹底戒吃所有含有牛奶蛋白的食物。日常的牛奶，一般牛奶嬰兒配方奶粉，低乳糖配方，適度水解牛奶配方及羊奶均不適合牛奶過敏症患者。為攝取足夠鈣質，適當選擇奶類替代品對兒童非常重要，而醫護人員必須考慮患者年齡，牛奶過敏的程度，及對不同治療配方奶粉的接受度來決定。此外，建議由註冊營養師為患者提供營養評估及相關教育。

如母親仍可以用全母乳餵哺時，應選擇以全母乳餵哺。如嬰兒在全母乳餵哺時仍出現過敏症狀，母親需避免進食所有奶類食物。如嬰兒屬6個月大或以上，及大部分時間以母乳喂哺時，嬰兒則需要進食維他命D補充劑。

臨床研究指九成以上的牛奶過敏嬰兒可耐受深度水解配方奶粉，這是0-6個月大的過敏嬰兒，及致命性過敏反應風險較低的嬰兒首個治療選擇，但不適合於全母乳餵哺時仍出現過敏症狀的嬰兒。

患有嚴重牛奶過敏的兒童，例如有致命性過敏反應，嗜酸性白血球食道炎或腸道炎，食物蛋白質引起的腸炎綜合徵 (FPIES)，或於進食深度水解配方奶粉時仍出現過敏症狀，則須選用胺基酸配方奶粉。

大豆配方常被用作治療牛奶過敏，但約有百分之十至十四的牛奶過敏嬰兒同時對大豆有過敏傾向，此外，大豆蛋白亦與胃腸道的嗜酸性症狀關係密切。故此，大部分指引都不建議於0-6個月大的嬰兒以大豆奶粉配方代替牛奶。於6個月大或以上及沒有大豆過敏的患者，可考慮選用大豆配方奶粉。

市面上有多種非奶類的高鈣飲品，包括大豆奶、杏仁奶及米奶。這些飲品均不含牛奶蛋白，但營養成分一般會較嬰兒配方奶粉及牛奶少，故不適合患牛奶過敏的嬰兒選用。於患牛奶過敏的兒童及成人，可選用上述飲品，但需配合營養評估及監察。

牛奶過敏者必須完全避免進食牛奶才可持久地避免過敏反應。無奈很多食物都含有牛奶蛋白，包括零食及西餅等，故避免牛奶並非易事，所以閱讀食物標籤亦尤其重要。此外，患者亦需要從非奶類食物中攝取足夠鈣質。營養師可助患者在日常生活中挑選食物及確保患者吸收足夠營養。

口服免疫治療 (Oral immunotherapy) 是一個嶄新治療方法，主要透過進食微量的致敏原，如牛奶蛋白，然後逐漸增加，以提升患者對致敏原的耐受程度。近年科研指接受口服免疫治療的兒童對牛奶蛋白的耐受程度會較好，為完全避免牛奶的患者高5至10倍。由於口服免疫治療仍存在出現過敏反應的風險，故大部分醫學指引均不建議作日常臨牀用途。

患有牛奶過敏的嬰兒及兒童應於每兩至四星期評估他們對治療配方奶粉的耐受程度，並於每6-12個月重新評估他們對牛奶蛋白的耐受程度。如發現兒童對牛奶蛋白耐受，可考慮重新進食牛奶及有關食物。

研究指烘焙過程會減低牛奶蛋白的致敏度，而有百份之十五對牛奶過敏的兒童可耐受經過烘焙的牛奶製品。故此，重新進食牛奶時應從經過烘焙的牛奶製品開始，如麵包及餅乾；然後可以試一些含較多牛奶的烘焙食物，再試經過烹煮的奶製品，最後才試熱牛奶及鮮奶。營養師可在這方面為兒童及家長提供設身的建議。

註：原文“Cow's Milk Allergy”於香港醫訊 (2015年第20期) 發表

我是否真的「海鮮過敏」呢？

李德康醫生

免疫及過敏病科專科醫生

陳勁芝小姐

註冊營養師

海鮮過敏症一般是指對貝殼類海產過敏，在香港十分常見；早前有調查發現，它約佔所有食物過敏症三分之一，而另有調查亦發現受訪學生中有大概百分之三至六患有海鮮過敏。然而，這些「過敏」病人的病徵可以有很大的差異，包括皮膚痕癢、起「風癩」、嘴唇腫、肚瀉、甚至嚴重到喉嚨腫脹、呼吸困難和休克等；而進食的份量、進食時間與病徵出現所相隔的時間亦可以大不同。那麼究竟那些人才是真正對海鮮過敏呢？

其實，進食海鮮後出現身體不適，未必一定是過敏反應。由過敏而引起的病徵，通常會在進食後兩小時內出現；如果病者在進食後一天以上，又或者要食用大量的海鮮才出現不適，那麼病者可能是對海鮮不耐 (Intolerance) 而不是過敏 (Allergy)。當病人對某種物質過敏時，身體就會製造一系列的化學物質作對抗，當中包括組織胺 (Histamine)，因而帶來各種的不適反應。由於海鮮本身含有很多組織胺，因此個別人士在大量進食海鮮後亦可出現不良反應，但一般會在稍後時間才出現。這些均是海鮮不耐的表現，如最常見的是皮膚痕癢、蕁麻疹和腹瀉等。

海鮮過敏症大致可分為兩大類，對甲殼類 (如蝦和蟹) 和軟體類 (如蠔和蜆) 兩種過敏，患者如對一種海鮮過敏，就可能對同一類型的多種海鮮食物有不良反應，但也有個別患者只對單一種海鮮過敏。此外，香港有百分之七十五對塵蟎 (House dust mite) 過敏的人同時都對海鮮過敏，這是由於它們同含有一類名叫原肌球蛋白 (Tropomyosin) 的蛋白質，故此有很多對海鮮過敏的病人，亦同時對塵蟎過敏；情況類似對雞蛋過敏的人，有部份也會對雞肉過敏一樣。

要診斷病人是否患有海鮮過敏，醫護人員會為病人進行皮膚點刺測試 (Skin prick test) 或測試血液中的相關免疫球蛋白 (IgE)；如測試呈陽性，即代表身體對測試物質 (如某一種海鮮) 有過敏反應。

處理這類過敏症其實與其他食物過敏的情況相若，一旦診斷出是對那種海鮮過敏，就要儘量避免進食。患者亦要小心一些含海產原料的食物包括蠔油、XO醬、楊州炒飯、蝦條和某些廣東點心。此外，還要留意食物在生產和處理過程中有否沾染到海鮮成份，例如對蝦蟹過敏的人，可能會因為進食了曾與蝦蟹接觸的魚類而引起過敏反應。最後，很多天然營養補充劑如葡萄糖胺、甲殼素和鈣片等都可能含有海鮮成份，因此有海鮮過敏症的人在服用這類食品前要提高警覺。

《翻譯：陳偉文醫生》

註：原文於2016年9月7日在信報醫療版發表

「風癩」何來？

陳勁芝小姐

註冊營養師

昨晚與一班朋友到酒吧聊天，其中一位朋友說：「我不喝酒了，我對酒精有敏感。」我問他喝酒後會有什麼症狀，他說最近每次喝酒後都會瞬間出現很多「風癩」，紅紅腫腫像被蚊子叮般，而且非常痕癢，要服抗過敏藥症狀才會減退。此時，另一位朋友說：「我也有這問題！不過是在吃大量海鮮的時候，但只要我不吃太多便沒有這問題了。」

我說：「你倆的未必是過敏，因為食物過敏是無論吃多或吃少也會出現症狀的。你們的可能是組織胺不耐。」組織胺不耐與食物過敏有別，症狀一般時有時無，及於進食較大量問題食物才出現。它會導致皮膚痕癢、蕁麻疹（風癩）、打噴嚏、眼部及咀部腫脹等症狀。一般情況下，醫生會處方抗組織胺藥物如來舒緩症狀。

某些食物的組織胺含量相對較高，如過量進食容易影響體內組織胺存量，而誘發上述症狀。高組織胺食物一般是長時間處理或發酵的食物如芝士、紅酒、泡菜、風乾火腿及皮蛋；某些食物本身也含較多組織胺，例如所有貝殼類海產；部分魚類如三文魚、吞拿魚、鯖魚及沙甸魚，以及某些蔬果如蕃茄、菠菜、草莓及菠蘿等。

如有這情況，則必須要戒吃高組織胺食物，並多喝水以便身體有效排出組織胺。一般戒口4至12星期後情況會改善，那時才可開始吃少量高組織胺食物，並逐步增加，以測試自己對組織胺的耐受程度。

最後我對朋友說：「你還是不要喝酒吧！」

註：原文於2016年8月24日在信報醫療版發表

過敏性休克的診斷及治療

鄔揚源醫生

免疫及過敏病科專科醫生

過敏性休克是一種發病迅速及可以引致即時死亡的嚴重反應，最常見的原因是致敏原誘發白血球即時釋放大量介質，引起嚴重的過敏症狀。

有百分之八十的過敏性休克病人會出現皮膚症狀（如蕁麻疹和水腫），其他症狀包括瘙癢、皮疹、紅腫、暈厥、腹瀉、呼吸困難、喘鳴、心肌缺血梗塞甚至死亡。病人接觸致敏原後，通常在數分鐘至兩小時內便會出現症狀。

找出過敏性休克的致病原因是十分重要的。所以應詳細記錄相關食品、藥品和昆蟲叮咬的病歷，工作環境和藥物也是引發過敏性休克的常見主因。而運動、飲酒、酷熱環境和非類固醇消炎藥物也可能會加重過敏反應。

病人的病歷對診斷非常有幫助，下一步是通過臨床測試以確定影響病人的主要致敏原。皮膚測試是確定致敏原的可靠方法，但在過敏性休克出現後，須要等待三至四個星期才可以進行測試。此外，獲得美國食品及藥品監督管理局 (FDA) 認證的E免疫球蛋白血液測試也可以使用。激發試驗是過敏診斷的終極標準，最常用於診斷物理刺激所引發的過敏反應，漸進口服激發試驗有時亦會用於診斷藥物和食物過敏。

治療方面，所有過敏性休克風險高的病人都需要攜帶腎上腺素自動注射器。抗組胺藥和類固醇藥物對於急救過敏性休克只有次要作用。

避免接觸致敏原是預防過敏性休克最重要的一環。然而，一些致敏原卻不可能完全避免，如昆蟲叮咬、膠乳和環境致敏原等。在這些情況下，患者應進行致敏原脫敏療法。臨床實證已經確立脫敏療法可以防止昆蟲叮咬所引發的過敏症，而且幾乎達到百分之百的療效，並提供終身長久保護。脫敏治療也可以醫治食物和藥物敏感。

認識過敏性休克對防治病情是十分重要，患者及其照顧者應學會如何避免接觸致敏原，迅速察覺過敏性反應的症狀，及了解食品混入相關致敏原的風險等等。他們不單必須熟悉如何應付緊急情況，亦應該通知學校等相關組織該病人的致敏原因及防治方法。

總括來說，過敏性休克主要由個別相關的敏感原所引發，有潛在的致命風險。臨床病史是診斷的重要工具，再通過皮膚和實驗室測試確定致敏原因，而治療的首要步驟是給予病人及時和適量的腎上腺素。在許多情況下，唯一防止復發的有效措施是避免接觸到相關的致敏原，所以患者對此病症的認識非常重要。某些難以完全避免的致敏原如常見的食物、昆蟲叮咬、乳膠、環境致敏原和某些藥物等，則可以使用脫敏免疫療法來醫治。

《節錄及翻譯：陳偉明醫生》

註：原文“Investigation and Management of Anaphylaxis”於香港醫訊(2015年第20期)發表



秘書處

地址: 香港灣仔告士打道160號海外信託銀行大廈27樓

電話: (852) 2155 8557

傳真: (852) 2559 6910

電郵: meeting.hk@mims.com

