

## مقدمه

بنا بر تعریف، درماتولوژی شاخه‌ای تخصصی از رشته پزشکی است که به تشخیص و درمان بیماری‌های پوست، مو، ناخن، مخاط و همچنین بیماری‌های آمیزشی می‌پردازد. از این نظر این رشته، هم یک رشته طبی (medical) و هم یک رشته جراحی (surgical) می‌باشد.

وسعت پوست بدن یک فرد بالغ حدوداً  $1/7$  مترمربع است و در این وسعت، با توجه به تنوع ژنتیکی و نژادی، ضایعت بسیار متنوعی را می‌توان مشاهده نمود که خود آنها می‌توانند واریاسیون‌های نرمال و یا ضایعات غیر طبیعی و نوعی بیماری باشند و از این نظر تنوع ضایعات در این رشته بی‌نظیر است. روش‌های تشخیص و درمانی این رشته در سال‌های اخیر دچار تحول عظیمی شده است و به‌خصوص با پیدایش درمان‌های بیولوژیک، چشم‌انداز بسیار روشنی برای درمان بیماری‌های مزمن و صعب‌العلاج پوست مانند پمفیگوس و لگاریس و پسوریازیس و... پیدا شده است.

بیماری‌های پوست گرچه ظاهراً برای افرادی که اطلاع کافی از این رشته ندارند ممکن است بیماری‌های ساده و بی‌اهمیتی جلوه کنند ولی شامل بیماری‌های بسیار خطرناک و حتی کشنده‌ای مانند بیماری‌های اتوایمیون تاولی پوست و مخاط، اریترودرمی در اثر علل مختلف، انواع سرطان‌های پوست و عفونت‌های پوستی می‌شود. بیماری‌های پوست از آنجا که قابل رؤیت هستند، زندگی شخصی و اجتماعی بیمار را دچار مشکلات فراوان می‌کنند و از این رو بیماران بی‌مهری‌های خانوادگی و اجتماعی فراوانی را تحمل می‌کنند. بهبودی یک بیماری پوستی فقط بهبودی یک بیماری نیست بلکه بازگرداندن فرد به خانواده و جامعه و ایجاد مقبولیت برای پذیرش اجتماعی نیز می‌باشد.

همچنین پوست آینه‌ای از بیماری‌های داخلی می‌باشد و بسیاری از بیماری‌های روماتولوژیک مانند لوپوس اریتماتوس سیستمیک، بیماری‌های عفونی مانند عفونت HIV و بیماری‌های متابولیک مانند هیپرلیپیدمی‌ها و... علائم پوستی مخاطی دارند و حتی این علائم می‌توانند اولین علائم بیماری باشند. همچنین این رشته در سال‌های اخیر شاهد پیشرفت عظیمی در Procedures (تکنیک‌های جراحی پوست) بوده است و با استفاده از تکنیک‌های مختلف جراحی در زمینه‌های گوناگون اعم از بیماری‌ها (جراحی خال‌ها و

سرطان‌های پوست) و زیبایی (cosmetic) توانسته است جایگاه ویژه‌ای در بین رشته‌های پزشکی پیدا کند. استفاده از تکنولوژی لیزر نیز در درمان ضایعات مختلف و نیز طب زیبایی بسیار چشمگیر بوده است. هر پزشکی باید اطلاعات پایه‌ای از فیزیولوژی و بیماری‌های پوست داشته باشد.

کتاب هیف راه دشوار شفافیت بیماری‌های پوست را بر دانش پژوهان جوان ساده می‌سازد و با زبانی ساده و کارآمد به آنان دید خوب و مهارت‌های مناسب می‌بخشد. وظیفه خود می‌دانم از جناب آقای محمود خدادادگی و سرکار خانم دکتر شبنم پورحمیدی که همکاری در زنده‌ای در ترجمه این کتاب داشته‌اند سپاسگزاری کنم.

در ویرایش چهارم کلیه مطالب روزآمد شده‌اند و تصاویر جدیدی افزوده شده است. انتشار ترجمه این کتاب می‌تواند گام مؤثری در جهت آموزش پزشکان عمومی باشد و تا حدودی نیاز آنان را به کتابی که هم اطلس درماتولوژی بوده و هم به‌طور سریع و سریع در تشخیص و درمان بیماری‌های پوستی آنان را یاری می‌بخشد، برطرف سازد.

از انتشارات محترم ارجمند و جناب آقای دکتر محسن ارجمند که به چاپ این ترجمه اهتمام ورزیدند، نهایت سپاسگزاری را دارم.

دکتر کامران بلیغی

بیمارستان رازی، تهران

۱۳۹۷

## مقدمه استاد دکتر هبیب بر ترجمه فارسی



DEPARTMENT OF SURGERY

Dartmouth-Hitchcock Medical Center

1 Medical Center Drive  
Lebanon, NH 03756-0001

Phone (603) 650-7412

Fax (603) 650-6061

dhmc.org

Dear Elsevier and Arjmand Publishers,

RE: Skin Disease Third Edition – Habif, Campbell Jr, Dinulos, Zug and Chapman.

I am writing to support your work in the translation of *Skin Disease Third Edition* into the Farsi language.

I hope the book is a success and well received with your discerning readers.

Sincerely,

  
Thomas P. Habif, MD

Adjunct Professor (Dermatology)  
Department of Surgery  
Dartmouth Medical School and Dartmouth-Hitchcock Medical Center  
Hanover and Lebanon, New Hampshire, USA



## فهرست

<b>فصل ۱ درمان موضعی..... ۱۱</b>	<b>۳ کهیر..... ۱۰۰</b>
حفظ سد پوستی..... ۱۲	کهیر حاد..... ۱۰۰
کورتیکواستروئیدهای موضعی..... ۱۵	کهیر مزمن..... ۱۰۲
<b>فصل ۲ آگزما..... ۲۳</b>	کهیر فیزیکی..... ۱۰۴
التهاب آگزمایی حاد..... ۲۳	آنژیوادم..... ۱۰۶
درماتیت Rhus (پیچک سمی، بلوط سمی،..... ۲۶	ماستوسیتوز (کهیر پیگمانتوزا)..... ۱۰۹
سماق سمی)..... ۲۶	پاپولها و پلاکهای کهیری خارش دار حاملگی..... ۱۱۲
التهاب آگزمایی تحت حاد (آگزمای تحت حاد)..... ۳۱	
التهاب آگزمایی مزمن..... ۳۷	<b>۴ آکنه، روزاسه و اختلالات وابسته..... ۱۱۶</b>
لیکن سیمپلکس مزمن..... ۴۰	آکنه..... ۱۱۶
آگزمای دست..... ۴۵	درماتیت اطراف دهان..... ۱۲۴
آگزمای آستانوتیک..... ۵۱	روزاسه (آکنه روزاسه)..... ۱۲۶
پاهای ترک خورده و چاک چاک (شقاق دار)..... ۵۵	هیدرآدنیت چرکی..... ۱۲۹
درماتیت تماسی آلرژیک..... ۵۷	هیپر هیدروز..... ۱۳۳
درماتیت تماسی تحریکی..... ۶۵	<b>۵ پسوریازیس و سایر بیماریهای پاپولواسکواموس .. ۱۳۶</b>
آگزمای نوک انگشت..... ۶۹	پسوریازیس..... ۱۳۶
کراتولیز اکسفولیاتیو..... ۷۲	درماتیت سبورئیک..... ۱۴۶
آگزمای سکه ای..... ۷۴	بیماری گراور..... ۱۵۳
پمفولیکس..... ۷۷	(درماتوز آکانتولیتیک گذرا)..... ۱۵۳
پروریگو ندولاریس..... ۷۹	پیتیریازیس روزه..... ۱۵۴
درماتیت ایستایی (استاز)..... ۸۲	لیکن پلان..... ۱۵۷
زخمهای وریدی ساق..... ۸۵	لیکن اسکروز..... ۱۶۵
درماتیت آتوپیک..... ۸۸	پیتیریازیس لیکنوئید و واریولفورمیس..... ۱۶۸
ایکتیوز ولگاریس اتوزوم غالب..... ۹۴	آکوتا پیتیریازیس لیکنوئید مزمن..... ۱۶۸
کراتوز پیلار..... ۹۶	
پیتیریازیس آلبا (pityriasis alba)..... ۹۷	

تینه آورسیکالر ..... ۲۷۶  
 فولیکولیت پیتیروسپوروم (مالاسزیا) ..... ۲۷۸  
 تینه‌آی ناخن‌ها (اونیکومیکوز) ..... ۲۸۰  
 شقاق گوشه لب ..... ۲۸۴  
 عفونت‌های فارچی جلدی ..... ۲۸۵

**۱۰ اگزانتیم و واکنش‌های دارویی ..... ۳۰۸**

بثورات ویروسی غیراختصاصی ..... ۳۰۸  
 روزنول شیرخواران ..... ۳۱۱  
 اریتم عفونی (بیماری پنجم) ..... ۳۱۳  
 بیماری کاوازاکی ..... ۳۱۶  
 واکنش‌های جلدی نسبت به داروها ..... ۳۲۰  
 سندرم شوک توکسیک ..... ۳۲۹

**۱۱ سندرم‌های افزایش حساسیت و واسکولیت‌ها .. ۳۳۳**

اریتم مولتی فورم ..... ۳۳۳  
 سندرم استیونس - جانسون و نکرولیز سمی ..... ۳۳۷  
 اپیدرم ..... ۳۳۷  
 اریتم گرهی (اریتم ندوزوم) ..... ۳۴۰  
 واسکولیت جلدی رگ‌های کوچک ..... ۳۴۲  
 (واسکولیت ناشی از افزایش حساسیت) ..... ۳۴۲  
 پورپورای هنوخ - شوئن لاین ..... ۳۴۶  
 بیماری شامبرگ ..... ۳۴۸  
 (پورپورای شامبرگ) ..... ۳۴۸  
 سندرم سوئیت ..... ۳۵۲  
 پانیکولیت ..... ۳۵۵

**۱۲ آلودگی‌های انگلی و گزش‌ها ..... ۳۵۷**

گال (جرب) ..... ۳۵۷  
 شپش (پدیکولوز) ..... ۳۶۲  
 میازیس Botfly ..... ۳۶۶  
 گزش زنبور عسل و زنبور معمولی ..... ۳۶۸  
 گزش عنکبوت بیوه سیاه ..... ۳۷۰  
 گزش عنکبوت گوشه‌گیر قهوه‌ای ..... ۳۷۲  
 بیماری لایم ..... ۳۷۴  
 تب منقوط کوه‌های راکی ..... ۳۷۸  
 گزش کک ..... ۳۸۰

**۶ عفونت‌های باکتریایی ..... ۱۷۲**

زردزخم ..... ۱۷۲  
 سلولیت ..... ۱۷۶  
 بادسرخ ..... ۱۸۰  
 فولیکولیت ..... ۱۸۴  
 فولیکولیت کاذب ریش ..... ۱۸۶  
 (ورم ریش تراش، موهای زیرپوستی) ..... ۱۸۶  
 فورونکول (کورک) و کاربونکول (کفگیرک) ..... ۱۸۹  
 فولیکولیت پسودومونا ..... ۱۹۳  
 اوتیت خارجی ..... ۱۹۵

**۷ عفونت‌های منتقله از راه جنسی ..... ۱۹۹**

سیفیلیس ..... ۱۹۹  
 شانکروید ..... ۲۰۵  
 زگیل‌های تناسلی (کوندیلوما آکومیناتا) ..... ۲۰۷  
 یا زگیل‌های مقاربتی) ..... ۲۰۷  
 هریس سیمپلکس تناسلی ..... ۲۱۲  
 شپش عانه (پدیکولوز پوییس) ..... ۲۲۰  
 مولوسکوم کنتاژیوزوم ..... ۲۲۲

**۸ عفونت‌های ویروسی ..... ۲۲۷**

زگیل (وروکا و لگاریس) ..... ۲۲۷  
 زگیل‌های مسطح ..... ۲۳۴  
 زگیل‌های کف‌پایی ..... ۲۳۵  
 مولوسکوم کنتاژیوزوم ..... ۲۳۸  
 هریس سیمپلکس (تیخال) ..... ۲۴۳  
 واریسلا (آبله‌مرغان) ..... ۲۴۸  
 هریس زوستر (زونا) ..... ۲۵۵  
 بیماری دست، پا، و دهان ..... ۲۶۰  
 زیکاوایروس ..... ۲۶۴

**۹ عفونت‌های فارچی ..... ۲۶۷**

کاندیدیاز (مونیلیاز) ..... ۲۶۷  
 بلانیت کاندیدیایی ..... ۲۶۷  
 کاندیدیاز (درماتیت ناحیه پوشک) ..... ۲۶۹  
 کاندیدیاز چین‌های پوستی بزرگ ..... ۲۷۲  
 (اینترتریگوی کاندیدیایی) ..... ۲۷۲

۴۷۲ ..... خال سباسبه  
 ۴۷۵ ..... کندرودرماتیت ندولر (گرهی) حلزونی  
 ۴۷۸ ..... کیست اپیدرمی  
 ۴۸۲ ..... کیست پیلار  
 ۴۸۴ ..... هیپرپلازی سباسبه  
 ۴۸۶ ..... سیرنگوما

**۱۷ تومورهای پوستی پیش بدخیم و بدخیم**

**۴۸۹ غیرملانومی**

۴۸۹ ..... کارسینوم سلول قاعده‌ای (بازال)  
 ۴۹۶ ..... سندرم خال سلول قاعده‌ای (سندرم گورلین)  
 ۴۹۹ ..... کراتوز اکتینیک  
 ۵۰۷ ..... کارسینوم سلول سنگفرشی  
 ۵۱۲ ..... بیماری باون  
 ۵۱۶ ..... لکوپلاکی  
 ۵۱۸ ..... لنفوم جلدی سلول T  
 ۵۲۳ ..... بیماری پاژه پستان  
 ۵۲۵ ..... بیماری پاژه خارج پستانی  
 ۵۲۸ ..... متاستاز جلدی

**۱۸ نئوپلاسم‌های ملانوسیتی و ملانوم خوش خیم ... ۵۳۴**

۵۳۴ ..... خال‌های ملانوسیتی اکتسابی  
 ۵۳۴ ..... (خال‌های گوشتی)  
 ..... خال ملانوسیتی آتیپیک (خال دیس‌پلاستیک)  
 ۵۳۹ .....  
 ۵۴۶ ..... ملانوم  
 ۵۵۵ ..... خال‌های ملانوسیتی مادرزادی

**۱۹ تومورها و مالفورم‌های عروقی ... ۵۶۱**

۵۶۱ ..... همانژیوم‌های دوران شیرخوارگی  
 ۵۶۵ ..... مالفورم‌های عروقی  
 ۵۶۹ ..... آنژیوم گیلاسی  
 ۵۷۱ ..... آنژیوکراتوم  
 ۵۷۵ ..... دریاچه وریدی  
 ۵۷۶ ..... گرانولوم پیوژنیک  
 ۵۷۹ ..... سارکوم کاپوزی  
 ۵۸۱ ..... تلانژکتازی

۳۸۲ ..... لارو مهاجر جلدی (بثورات خزننده)  
 ۳۸۵ ..... گزش مورچه آتشین  
 ۳۸۷ ..... خارش شناگران  
 ۳۸۸ ..... گازگرفتگی توسط حیوانات و انسان

**۱۳ بیماری‌های وزیکولی و تاولی ... ۳۹۲**

۳۹۲ ..... درماتیت هریتی‌فورم  
 ۳۹۶ ..... پمفیگوس ولگاریس  
 ۳۹۹ ..... پمفیگوس فولیاسه  
 ۴۰۰ ..... بولوس پمفیگوئید

**۱۴ بیماری‌های بافت همبند ... ۴۰۵**

۴۰۵ ..... لوپوس اریتماتو  
 ۴۰۸ ..... لوپوس جلدی مزمن  
 ۴۱۰ ..... لوپوس اریتماتوی جلدی تحت حاد  
 ۴۱۲ ..... لوپوس اریتماتوی جلدی حاد  
 ۴۱۵ ..... درماتومیوزیت  
 ۴۲۰ ..... اسکلرودرمی  
 ۴۲۴ ..... مورفه‌آ

**۱۵ بیماری‌های مرتبط با نور و اختلالات رنگدانه‌ای**

**(پیگمانتاسیون) ... ۴۲۷**

۴۲۷ ..... آسیب پوستی ناشی از آفتاب، آسیب پوستی  
 ۴۲۷ ..... اکتینیک، پیری ناشی از نور  
 ۴۳۱ ..... بثورات نوری چند شکل (پلی‌مورف)  
 ۴۳۴ ..... پورفیری جلدی تأخیری  
 ۴۳۷ ..... ویتیلیگو  
 ۴۴۱ ..... هیپوملانوز قطره‌ای ایدیوپاتیک  
 ۴۴۳ ..... لنتیگو، لنتیگوی جوانی، لنتیگوی آفتابی  
 ۴۴۷ ..... ملاسما (کلوا‌سما، ماسک حاملگی)

**۱۶ تومورهای خوش خیم پوست ... ۴۴۹**

۴۴۹ ..... کراتوز سبورئیک  
 ۴۵۹ ..... منگوله‌های پوستی  
 ۴۶۱ ..... درماتوفیبروم  
 ۴۶۴ ..... کلونیدها و اسکارهای هیپرتروفیک  
 ۴۶۸ ..... کراتوآکانتوما

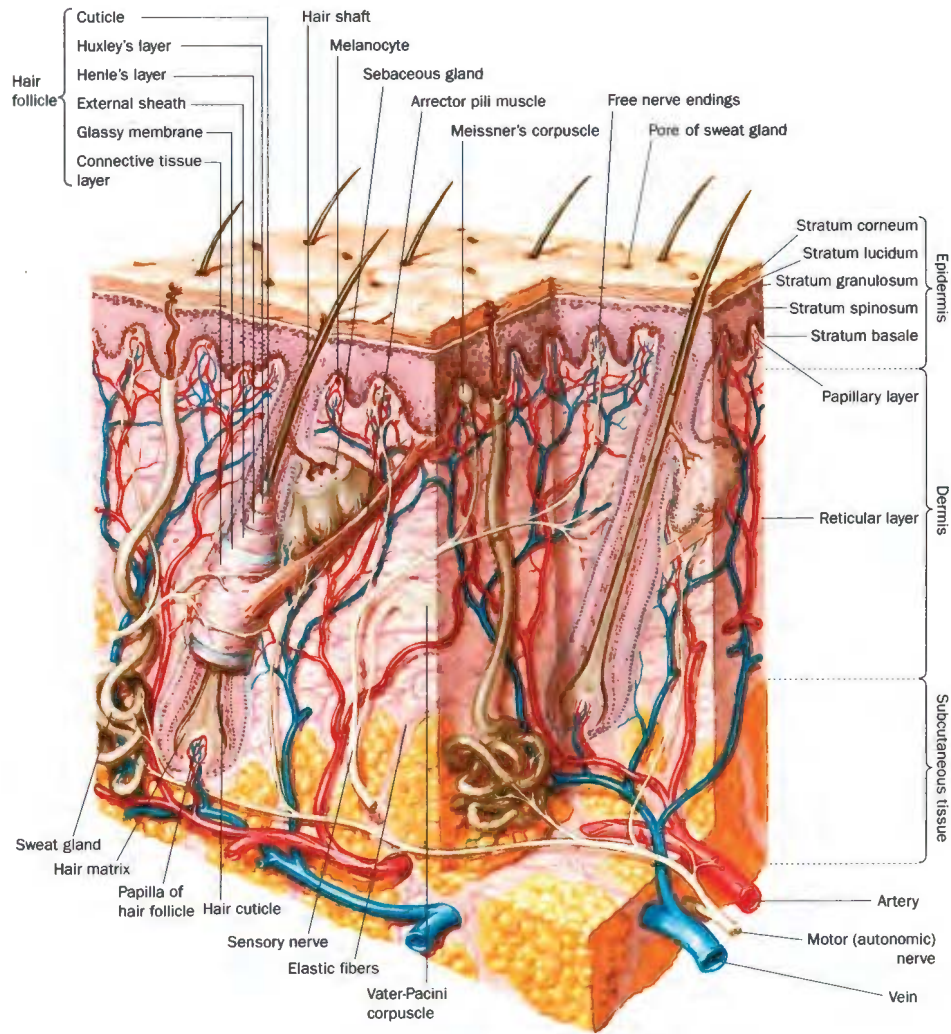
- ۶۲۶ سندرم‌های پارائتوپلاستیک جلدی اکتسابی .  
 ۶۲۶ خارش .....  
 ۶۲۷ درماتومیوزیت .....  
 ۶۲۹ سندرم سوییت .....  
 ۶۳۱ سندرم کارسینوئید .....  
 ۶۳۱ سندرم گلوکاکانوما .....  
 ۶۳۲ پمفیگوس پارائتوپلاستیک .....  
 ۶۳۳ نشانه لیزر - ترلا .....  
 ۶۳۴ سندرم‌های پارائتوپلاستیک جلدی ارثی .....  
 ۶۳۵ سندرم کاودن .....  
 ۶۳۶ سندرم گاردنر .....  
 ۶۳۷ سندرم مویر - تور .....  
 ۶۳۹ آکانتوز نیگریکانس .....  
 ۶۴۱ نوروفیبروماتوز .....  
 ۶۴۴ توبروس اسکروز .....  
 ۶۴۸ گرانولوم حلقوی (آنولر) .....  
 ۶۵۲ نکروبیوز لیپوئیدیک .....  
 ۶۵۵ پیودرما گانگرنوزوم .....  
 ۵۸۶ آنژیوم عنکبوتی (خال تار عنکبوتی) .....  
**۲۰ بیماری‌های مو و ناخن ..... ۵۸۹**  
 ۵۸۹ طاسی آندروژنیک .....  
 ۵۸۹ (طاسی با الگوی مردانه) .....  
 ۵۹۲ طاسی آندروژنتیک در زنان .....  
 ۵۹۲ (ریزش مو با الگوی زنانه) .....  
 ۵۹۵ تلوزن افلوویوم .....  
 ۵۹۷ طاسی ناحیه‌ای .....  
 ۶۰۱ تریکوتیلومانیا (وسواس کندن مو) .....  
 ۶۰۴ بیماری‌های ناخن .....  
 ۶۰۵ اونیکولیز .....  
 ۶۰۶ بدشکلی عاداتی - تیک .....  
 ۶۰۶ پسوریازیس .....  
 ۶۰۷ پارونیشیای حاد .....  
 ۶۰۹ پارونیشیای مزمن .....  
 ۶۱۰ عفونت با گونه‌های پسودوموناس .....  
 ۶۱۱ ریش‌ریش ناخن (hangnail) .....  
 ۶۱۱ فرورفتن ناخن در گوشت .....  
 ۶۱۱ هماتوم زیرناخن (subungual hematoma) .....  
 ۶۱۳ هیپرتروفی ناخن .....  
 ۶۱۳ لکه‌ها یا نوارهای سفیدرنگ .....  
 ۶۱۴ شکافته شدن قسمت دیستال صفحه ناخن .....  
 ۶۱۴ خطوط بو .....  
 ۶۱۴ کیست‌های موکوسی انگشت .....  
 ۶۱۶ خال‌ها و ملانوم .....  
 ۶۱۷ عفونت‌های قارچی ناخن .....  
**۲۱ بیماری‌های نوزادان ..... ۶۲۲**  
 ۶۲۲ اریتم توکسیک نوزادان .....  
 ۶۲۲ پوست مرمری .....  
 ۶۲۳ میلیاریا .....  
**۲۲ تظاهرات پوستی بیماری‌های داخلی ..... ۶۲۶**  
**۲۳ کاربردهای لیزر در درماتولوژی ..... ۶۶۰**  
 ۶۶۰ معرفی .....  
 ۶۶۰ کاربردهای لیزر در درماتولوژی .....  
 ۶۶۱ طول موج‌ها .....  
 ۶۶۱ عوارض و محدودیت‌ها .....  
**۲۴ لیشمانیاز ..... ۶۶۴**  
**۲۵ جذام (بیماری هانسن) ..... ۶۷۰**  
**ضمیمه الف مقدار گرم مورد نیاز برای تهیه و ..... ۶۷۵**  
**استعمال ..... ۶۷۵**  
**نمایه ..... ۶۸۵**



# درمان موضعی

James G. H. Dinulos

## اصول پایه درمان



شکل ۱-۱ آناتومی پوست

### حفظ سد پوستی

پوست به هومئوستاز مایعات کمک می‌کند و بدن را در مقابل عفونت‌ها، سموم و اثرات زیانبار پرتوهای فرابنفش محافظت می‌نماید.

بیرونی‌ترین لایه اپیدرم، لایه شاخی<sup>۱</sup> است که به واسطه سد غیرقابل نفوذ ساخته شده از اسیدهای چرب، کلاسترول و سرامیدها که مثل سیمان بین سلول‌های شاخی غنی از پروتئین و محکم به هم چسبیده قرار گرفته است، اثر حفاظتی مذکور را ایجاد می‌کند.

کراتینوسیت‌ها در عملکردهای سد پوستی نقش دارند. این سلول‌ها از طریق شرکت در سد فیزیکی و نیز شرکت در دفاع ایمنی ذاتی (به عنوان مثال از طریق تولید پپتیدهای ضد میکروبی و سیتوکین‌ها) و پاسخ‌های ایمنی اکتسابی پوست در این زمینه ایفای نقش می‌کنند.

یکی از اهداف درمان پوستی موضعی یا سیستمیک، برقراری و حفظ عملکردهای اساسی این سد پوستی است.

### تمیز نگه داشتن پوست

در مورد اکثر افراد، استحمام کامل و هر روزه در صورت برخورداری از پوست سالم ضرورت ندارد.

بیماران باید از صابون‌های ملایم و پاک‌کننده‌هایی نظیر ستافیل<sup>۲</sup>، داو<sup>۳</sup>، کیری<sup>۴</sup> یا CeraVe و Oil of Olay استفاده کنند و از استفاده بیش از حد از اسکراب‌های اکسfolیاتیو، شوینده‌های لباس و برس زدن، خودداری نمایند.

صابون‌های حاوی مواد معطر و عوامل ضدباکتری می‌توانند تحریک‌کننده باشند.

بیماران باید از شستشو با آب خیلی داغ خودداری کنند و با آب ولرم دوش بگیرند.

### خیساندن و شستشوی پوست

استحمام در وان‌های روشن‌کننده پوست (یک‌چهارم تا نیم استکان مواد روشن‌کننده یا سفیدکننده در یک وان پر از آب بزرگسالی) می‌تواند اثر ضد میکروبی و ضد التهابی داشته و برای بیماران با ضایعات عفونی مثل درماتیت آتوپیک و درماتیت ایستایی<sup>۵</sup> مفید می‌باشد. استحمام به مدت ۱۰ تا ۲۰ دقیقه دوبار در هفته تا روزانه صورت گرفته و پوست پس از استحمام مرطوب نگه داشته شود.

محلول‌های آلومینیوم استات (مثل Dumboro) و

کمپرس‌های سرکه می‌تواند به التیام پوست در آگزمای حاد و درماتیت آلرژیک تماسی کمک کند.

از استحمام با آب جوش یا روغن‌های حمام معطر خودداری کنید زیرا باعث تحریک و القای حساسیت پوستی می‌شوند.

در زمان استحمام کودکان در انتهای کار از صابون‌ها و شامپوها استفاده کنید تا خشکی پوست به حداقل برسد.

از مرطوب‌کننده‌ها بلافاصله پس از استحمام و خشک کردن استفاده کنید تا رطوبت را محفوظ نگه دارید.

### حفظ رطوبت پوست

یک مرطوب‌کننده، ترکیبی است که دارای پنج عملکرد اصلی است: ترمیم سد پوستی، حفظ یکپارچگی و ظاهر پوست، کاهش هدر رفت آب از خلال پوست، بازگرداندن قابلیت سد لپیدی در نگهداری و باز توزیع آب و کاهش التهاب پوست.

مرطوب‌کننده‌های انسدادی (مانند وازلین) عملکرد خود را از طریق جلوگیری از هدر رفت آب از پوست انجام می‌دهند.

لانولین، روغن معدنی و سیلیکون‌ها (مانند دیمتیکون) از جمله دیگر مرطوب‌کننده‌های انسدادی هستند.

جذب‌کننده‌های رطوبت مانند گلیسرین و هیالورونیک اسید از طریق افزایش جذب آب از هوا به اپیدرم عمل می‌کنند.

کرم‌ها و لوسیون‌های ملین (emollient) پوست را نرم و صاف کرده و به این ترتیب باعث بهبود ظاهر پوست می‌گردند.

بلافاصله پس از شستشو، باید پوست را با ملایمت خشک کرد و با یک ماده مرطوب‌کننده، مرطوب ساخت.

وازلین خالص کمترین اثر تحریک‌کنندگی را در میان مواد مرطوب‌کننده دارد.

ملین‌های غلیظ نظیر وازلین، احساس «چرب بودن» ایجاد می‌کنند و می‌توانند منافذ غدد اکرین و فولیکولی را مسدود نموده و در موارد نادر منجر به بروز آکنه و میلیاریا شوند.

لوسیون‌ها به سادگی روی پوست انتشار پیدا می‌کنند، اما به خوبی وازلین و کرم‌های غلیظ‌تر نمی‌توانند رطوبت پوست را حفظ کنند و از آن محافظت نمایند.

1- stratum corneum	2- cetaphil
3- dove	4- keri
5- stasis dermatitis	

نوعی التهاب پوستی در اثر جریان خون اندک می‌باشد که معمولاً در اندام تحتانی رخ می‌دهد - مترجم.

فرآورده‌های مؤثر دیگر نیز وجود دارند.

#### کرم‌ها و پمادهای غلیظ‌تر

کرم اوسرین <sup>۱۶</sup>	نوتروژنا <sup>۱۵</sup>
پماد آکوافور <sup>۱۸</sup>	تراپلکس <sup>۱۷</sup>
هیدرولاتوم	موستلا <sup>۱۹</sup>
	ژل وازلین <sup>۲۰</sup>

#### کرم‌های سبک‌تر

	اسید مانتل <sup>۲۱</sup>
	کرم نوتراپلاس <sup>۲۲</sup> (فرمولاسیون‌های مختلف)
کرم ترمیمی <sup>۲۳</sup>	کرم DML
کرم CeraVe	کرم مويسچرل <sup>۲۴</sup>
کرم پوستی <sup>۲۵</sup>	کرم ستافیل

#### لوسیون‌های سبک‌تر

لوسیون کیورل <sup>۲۶</sup>	لوسیون ستافیل
لوسیون آوینو <sup>۲۷</sup>	لوسیون DML
لوسیون CeraVe	لوسیون نوترادرم <sup>۲۸</sup>
	لوسیون Vanicream Lite

#### فرآورده‌های موضعی

اثر بخشی داروهای موضعی وابسته به دو عامل اصلی است:

1- isothiazolinone	2- sarna
3- pramosone	4- pramoxine
5- Atopiclair	6- Glycyrrhethinic acid
7- Shea butter	8- Mimyx
9- N-Palmitoylethanolamine	
10- EpiCeram	11- Eletonc
12- Promiseb	13- Loutrex
14- labricating	
15- Neutrogena Norwegian Hand Formula	
16- eucerin	17- Theraplex Eczema therapy
18- aquaphor	
19- Mustela Lipid-Replenishing Balm	
20- vaseline	21- acid mantle
22- nutraplus	23- Aveeno Eczema therapy
24- moisturel	25- Vanicream Moisturizing
26- curel	27- aveeno
28- nutraderm	

در بعضی از بیماران، مواد نگهدارنده (مثل ایزوتیازولینون<sup>۱</sup>) موجود در کرم‌ها و لوسیون‌ها سبب تحریک پوست و بروز درماتیت تماسی آلرژیک می‌شوند.

بیمارانی که پوست حساسی دارند باید از لوسیون‌های عاری از مواد معطر و رنگ استفاده کنند.

صابون‌ها و مرطوب‌کننده‌های بدون بو ممکن است حاوی رایحه‌های پوششی باشند که می‌تواند منجر به حساسیت پوستی شود.

بسیاری از کرم‌ها و لوسیون‌ها دارای افزودنی‌های «ضدپیری» نظیر ویتامین‌های A، C و E هستند، ولی کارایی آنها اثبات نشده است.

ضدآفتاب‌ها به بسیاری از کرم‌ها و لوسیون‌ها اضافه می‌شود تا روند پیری پوست را کند سازد.

از استفاده از مرطوب‌کننده‌های حاوی ضد آفتاب در شب خودداری کنید.

ملین‌های کراتولیتیک حاوی اسیدهای گلیکولیک (اسید لاکتیک، اسید سالیسیلیک) و اوره، برای پوسته‌برداری ملایم از پوست مناسب‌اند.

لوسیون سارنا<sup>۲</sup> (کافور و متول) و پراموزون<sup>۳</sup> (پراموکسین<sup>۴</sup> و هیدروکورتیزون) نمونه‌هایی از لوسیون‌هایی هستند که برای کم‌کردن خارش، موادی به آنها اضافه شده است.

مرطوب‌کننده‌ها از طریق خصوصیات بهبوددهنده سد پوستی، به کاهش التهاب پوست کمک می‌کنند.

آتوپیک لیر<sup>۵</sup> (۲٪ گلیسی‌رتینیک اسید<sup>۶</sup> و کره‌شی<sup>۷</sup>)، میمیکس<sup>۸</sup> (ان-پالمیتواتانولامین<sup>۹</sup>) و اپی‌سرام<sup>۱۰</sup> (با نسبت ۱:۱:۳:۳ سرامید، کلسترول و اسید چرب‌های آزاد) کرم‌های غیراستروئیدی هستند که به بهبود شرایط التهابی پوست (مثل درماتیت آتوپیک) کمک می‌کنند.

التون<sup>۱۱</sup> محصولی با نسبت ۷۰٪ چربی در ۳۰٪ آب است که با تکنولوژی امولسیون وارونه تولید شده، مزایای فیزیولوژیک یک پماد را در غلظت کرم ارائه می‌دهد.

پرومیسب<sup>۱۲</sup> و لوترکس<sup>۱۳</sup> مرطوب‌کننده‌هایی با خصوصیات ضدالتهابی و ضد قارچی هستند که نشان داده شده منجر به بهبود شرایط التهابی مثل درماتیت سبورئیک می‌شوند.

بیماران باید در مورد توصیه‌های خاص مربوط به مراقبت از پوست، با پزشک خود مشورت نمایند.

نمونه‌هایی از کرم‌ها و لوسیون‌های روان‌کننده<sup>۱۴</sup> علاوه بر مواردی که در اینجا نام برده شده‌اند، بسیاری از

خنک کند و به شکل مؤثری پوسته‌ها را جدا کرده و برای درمان طیف وسیعی از بیماری‌های پوستی مؤثر واقع شود (مثل: حمام جو<sup>۵</sup>، حمام قطران<sup>۶</sup>)

#### استعمال موضعی و مقدار مصرف

داروها را باید به آرامی و به صورت یک لایه نازک روی پوست مالید. مالیدن داروها در لایه‌های ضخیم‌تر سبب افزایش نفوذ آنها به پوست نمی‌شود. یک گرم کرم، ناحیه‌ای به مساحت ۱۰×۱۰ cm را می‌پوشاند و پماد اندکی بیش از این سطح را می‌پوشاند.

واحد نوک انگشت (FTU)<sup>۷</sup> روش دیگری برای ارزیابی مقدار کرمی است که باید از ظرف آن خارج و استعمال شود. یک واحد نوک انگشت برابر است با مقدار پماد خارج شده از لوله‌ای با قطر دهانه ۵mm و از شیار پوستی دیستال تا نوک انگشت سیابه. در یک فرد بزرگسال، وزن یک واحد نوک انگشت تقریباً ۰/۵g است. تعداد واحدهای نوک انگشت لازم برای پوشاندن نواحی خاصی از بدن در ضمیمه A نشان داده شده است.

تناوب و دفعات مصرف داروهای مختلف یکسان نیست، لکن اکثر داروهای پوستی ۱ تا ۲ بار در روز استعمال می‌شوند.

توانایی داروها در نفوذ به پوست برحسب محل آناتومیک متفاوت است (غشاهای مخاطی < اسکروتوم < پلک‌ها < صورت < تنه < انتهاها < کف دست‌ها و پاها).

بیماری‌هایی که سبب شکستن و گسستگی پوست می‌شوند امکان نفوذ بیشتر دارو را فراهم می‌کنند. به تدریج که عملکرد سد اپیدرمی بهبود پیدا می‌کند، جذب کمتری از راه پوست رخ می‌دهد.

داروهایی که در زیر پانسمان‌های مسدودکننده یا لباس قرار می‌گیرند با سهولت بیشتری جذب پوست می‌شوند.

#### پانسمان‌های مرطوب<sup>۸</sup>

پانسمان‌های مرطوب یا کمپرس‌ها، روش کمکی با ارزشی برای درمان بیماری‌های پوستی اگزوداتیو (مرطوب) به شمار می‌روند.

داروی فعال و حامل<sup>۱</sup> یا سیستم تحویل دارو. برای اینکه هر داروی موضعی مؤثر واقع شود، باید با غلظت کافی تجویز گردد و حامل دارو بتواند به نحو مؤثری ماده فعال را به پوست برساند.

حامل‌ها نه فقط به رساندن دارو به محل موردنظر کمک می‌کنند، بلکه ویژگی‌های درمانی نیز دارند.

پمادها، امولسیون‌هایی چرب با ترکیب آب در چربی هستند (۷۰٪ چربی و ۳۰٪ آب) و برای رساندن داروها به پوست خشک مفیداند. در مقایسه با فرآورده‌هایی که به شکل کرم هستند، پمادها توان ترکیبات دارویی را افزایش می‌دهند (مثلاً پماد ایلوکون<sup>۲</sup> پرتوان‌تر از کرم الوکون است).

کرم‌ها، امولسیون‌هایی با ترکیب چربی در آب هستند (۵۰٪ چربی در ۵۰٪ آب). آنها می‌توانند اثر خنک‌کنندگی داشته باشند و به اندازه پمادها مسدودکننده نیستند.

خمیرها<sup>۳</sup>، پمادهایی حاوی ۵۰-۲۰٪ پودر هستند (اکسید روی، نشاسته) مانند کرم کالامین *Obtundia*. خمیرها بیشتر از پمادها خشک‌کننده و کمتر چرب‌کننده هستند. این ترکیبات به خشک شدن تاول‌های مرطوب (مثلاً تاول‌های ناشی از پیچک سمی) کمک می‌کنند.

محلول‌ها و لوسیون‌ها، مایعات سفید شفاف یا شیری رنگی هستند که روی پوست تبخیر می‌شوند و لذا می‌توانند خشک‌کننده باشند. آنها در رساندن داروها به نواحی مودار، مثل پوست سر، دست‌ها و پاها، مؤثراند. استفاده از این مواد در نواحی مرطوب و باز یا روی غشاهای مخاطی می‌تواند احساس گزش و سوزش ایجاد کند.

ژل‌ها شفاف و بدون چربی هستند. پس از تماس با پوست خشک می‌شوند و لایه نازکی از آنها برجا می‌ماند. ژل‌ها برای آکنه و بیماری پوستی در نواحی مودار مؤثراند. کف‌ها<sup>۴</sup> نیز فاقد چربی هستند.

کف‌ها (مثل کف Olux) به وسیله محصور شدن حباب‌های گاز در یک مایع یا جامد به وجود می‌آیند و برای رساندن دارو به نواحی مودار مفیداند.

نوارها (مانند نوار Cordan) را می‌توان با دارو آغشته کرد. این محصولات در درمان مشکلات لوکالیزه (مانند پسوریازیس یا زگیل) مفید می‌باشند.

پودرها خشک‌کننده هستند و در نواحی بین چین‌های پوستی مرطوب مؤثراند. آنها حامل‌هایی برای بسیاری از عوامل ضدقارچی هستند.

آب می‌تواند مشابه پودر، بثورات پوستی تراوش‌کننده را

1- vehicle	2- eloclon
3- pastes	4- foams
5- oatmeal bath	6- tar bath
7- fingertip unit	8- wet dressings

می‌شود.

### ملاحظات مربوط به کودکان



- در شیرخواران نسبت سطح بدن به جرم بدن<sup>۱</sup> بسیار بیشتر است و این، آنها را در معرض خطر عوارض جانبی سیستمیک و سمیت ناشی از داروهای موضعی قرار می‌دهد.
- در نوزادان نارس، نفوذپذیری سدهای اپیدرمی مختل و تکامل نیافته است و لذا امکان جذب از راه پوست و ایجاد سمیت سیستمیک ناشی از داروها و حتی مواد بی‌ضرری مثل صابون‌ها و محلول‌های شوینده وجود دارد.
- شیرخوارانی که در زیر چراغ‌های گرم‌کننده قرار داده می‌شوند و همچنین نوزادان بیش‌رس<sup>۲</sup> اغلب پوست خشک و پوسته‌دهنده همراه با شقاق دارند و لذا استعمال پمادها و کرم‌های ملایم برای آنها مفید است.
- کودکانی که در سنین مدرسه می‌باشند اغلب پشت دست‌های خود را بیش از حد تمیز می‌کنند که این امر باعث ایجاد پوستی خشک و ترک‌خورده می‌شود.

## کورتیکواستروئیدهای موضعی

### توضیح

هیدروکورتیزون اولین بار در سال ۱۹۵۲ معرفی شد و از آن زمان تاکنون کورتیکواستروئیدهای موضعی به داروهای اصلی مورد استفاده برای درمان درماتوزهای التهابی مبدل شده‌اند. با گذشت زمان، بی‌خطر و مؤثر بودن این داروها، در صورتی که به درستی مورد استفاده قرار گیرند، اثبات شده است. در درماتولوژی، کورتیکواستروئیدهای موضعی را برای ویژگی‌های ضدالتهابی آنها مورد استفاده قرار می‌دهند.

### اسامی ژنریک و تجاری

تعداد زیادی از فرآورده‌های ژنریک کورتیکواستروئید موضعی وجود دارند و استفاده از آنها صرفه اقتصادی قابل ملاحظه‌ای برای بیماران به همراه دارد. به رغم این صرفه‌جویی، ممکن است از نظر توان ضد

۱. پارچه تمیز و نرمی مثل ملافه یا پارچه لباس تهیه کنید. لازم نیست این پارچه نو یا سترون باشد.
۲. پارچه مذکور را به گونه‌ای تا بزنید و برش دهید که اندازه‌اش اندکی بزرگتر از سطح محل درمان باشد.
۳. پارچه‌های تاخورده را در محلول غوطه‌ور کنید و سپس آنها را در آورده و بچلانید تا کاملاً خیس شوند (در حدی که نه از آنها چکه کند و نه اینکه فقط مرطوب شده باشند).
۴. پانسمان‌های مرطوب را روی سطح مبتلا قرار دهید. از ریختن محلول روی پانسمان برای خیساندن آن خودداری کنید چون این کار سبب افزایش غلظت محلول می‌شود و ممکن است ایجاد تحریک کند. پانسمان را بردارید و پانسمان جدیدی به جای آن قرار دهید.
۵. پانسمان را به مدت ۳۰ دقیقه در محل خود باقی بگذارید. این پانسمان را می‌توان ۲ تا ۴ بار در روز انجام داد و یا به صورت مداوم از آن استفاده کرد. پس از خشک شدن پوست، استفاده از پانسمان مرطوب را متوقف کنید. خشک شدن بیش‌ازحد سبب ترک خوردن و ایجاد شقاق می‌گردد.

اگر اثر ضدالتهابی مدنظر است، دمای محلول کمپرس باید سرد باشد و اگر هدف این است که یک ضایعه عفونی و دلمه بسته برداشته شود باید محلول کمپرس ولرم و نیم‌گرم باشد.

پانسمان مرطوب را نباید با حوله یا پلاستیک پوشاند. این کار از تبخیر جلوگیری می‌کند، خیس خوردگی و ماسیدگی را بیشتر می‌کند و دمای پوست را بالا می‌برد و در نتیجه رشد باکتری‌ها تسهیل می‌شود.

### فواید پانسمان‌های مرطوب

سرکوب التهاب — اثر خنک‌کنندگی تبخیر سبب انقباض عروق سطحی می‌شود و به این ترتیب میزان آریتم و تولیدسرم را کاهش می‌دهد. پانسمان مرطوب، فرآیندهای التهابی حاد نظیر پیچک سمی حاد را تسکین می‌دهد. دبریدمان زخم — پانسمان سبب خیس خوردگی و زیکول‌ها و دلمه‌ها می‌شود و لذا وقتی پانسمان برداشته می‌شود به برداشتن و دبریدمان این ضایعات کمک می‌کند. خشک‌کردن — دوره‌های مکرر خیساندن و خشک کردن سبب تسریع در خشکاندن ضایعات مرطوب و تراوش دار

1- body mass

2- post-mature

- تعدادی از عوامل ضروری که باید در نظر گرفته شوند عبارت‌اند از تشخیص، محل، سن و منابع مالی بیمار.
- برخی از بفورات خاص نظیر اگزمای سکه‌ای و لوپوس اریتماتوی دیسکوئید برای کنترل کافی به کورتیکواستروئیدهای گروه I یا II احتیاج دارند. درمانیت سیورثیک به کورتیکواستروئیدهای گروه‌های V تا VII بسیار عالی پاسخ می‌دهد.
- درمانیت پلک‌ها را باید با کورتیکواستروئیدهای گروه V-VII درمان کرد. برای کف دست‌ها و کف پاها باید از کورتیکواستروئیدهای گروه I-III استفاده کرد، چون پوست ضخیم این ناحیه نفوذ دارو را کم کرده و کارایی داروهای مذکور را کاهش می‌دهد.
- بیمارانی که پس از ۲ هفته درمان پاسخ کافی نشان نمی‌دهند باید مجدداً ارزیابی شوند.
- طبق قرارداد کورتیکواستروئیدهای موضعی را روزی ۲ بار به آرامی روی پوست می‌مالند؛ با این حال برخی ترکیبات تنها نیاز به یک بار استفاده در روز دارند.
- غلظت‌های ذکر شده نشان‌دهنده قدرت نسبی یک کورتیکواستروئید خاص هستند (مثل تریامسینولون ۰/۰۲۵٪، ۰/۰۵٪، ۰/۱٪) و نمی‌توان از آنها برای مقایسه میان قدرت کورتیکواستروئیدهای مختلف استفاده کرد. برای مثال، کلوتازول پروپیونات ۰/۰۵٪ بسیار پرتوان‌تر از هیدروکورتیزون ۱٪ است.
- بعضی از کورتیکواستروئیدها را «فلورینه» می‌نامند چون یک اتم فلورین برای بالابردن توان به آنها اضافه شده است.

#### تجویز کورتیکواستروئیدهای موضعی زمان و مقدار مصرف

- نکاتی که در اینجا ذکر شده‌اند رهنمودهای کلی هستند؛ دستورالعمل‌ها و محدودیت‌های خاص برای هر بیمار باید جداگانه ارائه شوند.
- کورتیکواستروئیدهای موضعی فوق قوی (گروه I) بیماران نباید بیش از ۶۰g-۴۵ از کرم یا پماد این داروها را در هر هفته استفاده کنند.
- استفاده دورهای، مثلاً استعمال کورتیکواستروئید به مدت ۲ هفته و سپس یک هفته استراحت، می‌تواند عوارض جانبی



شکل ۱-۲ بهره‌گیری از کمپرس‌های مرطوب باعث تسکین پوست شده و در درمان راش‌های التهابی مرطوب بسیار موثر است.

التهابی و محتوای مواد نگهدارنده، تفاوت‌های قابل ملاحظه‌ای میان فرآورده‌های ژنریک و داروهای تجاری متناظر آنها وجود داشته باشد.

#### توان کورتیکواستروئیدی<sup>۱</sup>: گروه‌های I الی VII

- کورتیکواستروئیدهای موضعی، براساس فعالیت ضدالتهابی آنها، در هفت گروه طبقه‌بندی می‌شوند (گروه I قوی‌ترین این داروها را شامل می‌شود؛ گروه VII شامل ضعیف‌ترین آنها است).
- در سراسر این کتاب، کورتیکواستروئیدهای موضعی همراه با شماره گروه آنها مورد اشاره قرار می‌گیرند.

#### انتخاب قدرت مناسب

- موفقیت یا شکست درمان تا حدود زیادی به انتخاب یک کورتیکواستروئید موضعی با قدرت مناسب بستگی دارد.

1- corticosteroid potency

روش بسته<sup>۱</sup>

پانسمان بسته (مثل لفاف ساران<sup>۲</sup>) لایه شاخی را مرطوب می‌کند و جذب کورتیکواستروئید را تقویت می‌نماید و به این ترتیب می‌توان از کورتیکواستروئیدهایی با قدرت کمتر استفاده کرد.

استعمال طولانی مدت پانسمان بسته می‌تواند عفونت سطحی پوست ایجاد کند (معمولاً با استافیلوکوک طلائی) و / یا سبب التهاب فولیکول‌های مو شود. در صورت بروز پوستول، باید از آنتی‌بیوتیک‌های ضد استافیلوکوک به صورت موضعی (مویروسین یا رتاپامولین<sup>۳</sup>) یا سیستمیک (سفالکسین، تری‌متوپریم سولفامتوکسازول) استفاده نمود.

پانسمان بسته را می‌توان در طول روز به دوره‌هایی با مدت حداکثر ۲ ساعت و یا در حین خواب به مدت ۸ ساعت به کار برد. استعمال ساده را می‌توان به صورت متناوب با استعمال به کمک پانسمان بسته جایگزین کرد.

## روش پانسمان بسته

محل مورد نظر را باید با صابون ملایم و آب تمیز کرد. استفاده از صابون‌های آنتی‌باکتریایی ضروری نیست.

کورتیکواستروئید موضعی به ملایمت روی ضایعات مالیده می‌شود و سپس کل ناحیه را با پلاستیک می‌پوشانند (مثل لفاف ساران، هندی - رپ<sup>۴</sup>، کیسه پلاستیکی یا دستکش وینیل یا لباس‌های ورزشی وینیل).

پانسمان را با استفاده از نوارچسب به گونه‌ای محکم می‌کنند که نزدیک پوست باقی بماند و انتهای آن مسدود و غیرقابل نفوذ باشد. استفاده از پانسمانی که به هوا غیرقابل نفوذ و کاملاً بدون منفذ باشد ضرورتی ندارد. پوشش پلاستیکی را می‌توان با استفاده از بانداژ آس یا با پوشاندن جوراب در محل خود ثابت کرد.

بهترین نتایج در صورتی حاصل می‌شوند که پانسمان لااقل تا ۲ ساعت باقی بماند. بسیاری از بیماران در می‌یابند که حین خواب راحت‌ترین زمان برای پوشیدن پانسمان بسته است.

مدت کوتاهی پس از برداشتن پانسمان و در حالی که پوست هنوز مرطوب است، داروی بیشتری استعمال می‌شود.

لباس‌های ورزشی وینیل برای ایجاد پانسمان بسته در سطوح بزرگی از بدن مناسب‌اند.

1- occlusive

2- saran wrap

3- Retapamulin

4- handi-wrap

را محدود کند.

مقدار تجویز کورتیکواستروئیدهای فوق قوی باید محدود باشد و بیماران باید تحت نظارت دقیق باشند.

بیماری‌های التهابی که به سختی درمان می‌شوند، نظیر پلاک پسوریازیس و اگزمای دست، در صورتی مؤثرترین پاسخ را به درمان نشان خواهند داد که یک کورتیکواستروئید موضعی گروه I، ۲ بار در روز و به مدت ۲ هفته به کار رود و سپس یک هفته مصرف آن قطع شود. این برنامه تا وقتی که بیماری به خوبی تحت کنترل در آید تکرار می‌شود.

## کورتیکواستروئیدهای موضعی گروه‌های II-VII

کورتیکواستروئیدهای موضعی گروه‌های II-VII باید هر روز ۲ بار مصرف شوند.

پاسخ کافی به درمان می‌بایست ظرف ۶-۲ هفته مشاهده شود.

تجویز یک کورتیکواستروئید موضعی ضعیف از گروه VII (هیدروکورتیزون) برای یک بیماری التهابی شدید، یک اشتباه رایج است.

## روش‌های استعمال (ساده و بسته)

## ساده

استعمال ساده عبارت است از مالیدن لایه نازکی از کورتیکواستروئید موضعی روی پوست بدون استفاده از پانسمان بسته.

شستشو قبل از هر بار استعمال دارو لازم نیست.

نواحی مختلف پوست از نظر توانایی جذب کورتیکواستروئیدهای موضعی با یکدیگر متفاوت‌اند.

درماتیت پلک به سرعت به استروئیدهای گروه VI یا VII پاسخ می‌دهد. از استعمال کورتیکواستروئیدهای با توان بالاتر در این ناحیه باید خودداری کرد.

پوست کف دست‌ها و کف پاها ضخیم است و به کورتیکواستروئیدهای گروه I-III احتیاج دارد.

نواحی بین چین‌های پوستی (مثل زیربغل، کشاله ران، میاندوره و ناحیه زیر پستان‌ها) به سرعت به کورتیکواستروئیدهای گروه‌های V-VII پاسخ می‌دهد، چون رطوبت و بسته بودن این نواحی، جذب از راه پوست را افزایش می‌دهد.

کورتیکواستروئیدهای موضعی در پوست ملتهب به سادگی جذب می‌شوند و لذا پاسخ اولیه به سرعت مشاهده می‌شود.



**شکل ۴-۱** بانسمان بسته ساعد. یک لایه پلاستیکی (مثل لفاف ساران) به دور اندام پیچیده شده و دو انتهای آن با نوارچسب بسته شده است. می‌توان از یک کیسه پلاستیکی که ته آن بریده شده است به صورت آستین استفاده کرد و با استفاده از نوارچسب یا بانداژ آس<sup>۱</sup>، آن را در محل خود ثابت نمود.



**شکل ۳-۱** بانسمان بسته دست. یک کیسه پلاستیکی روی دست کشیده شده و آن را به پوست فشار می‌دهند تا هوای داخلش خارج شود. نوار چسب به صورت شل و بدون کشش زیاد به دور کیسه پیچیده شده است.

#### جذب سیستمیک

- در صورت استفاده صحیح از کورتیکواستروئیدها، اثرات سیستمیک نادر خواهند بود.
- مصرف مداوم و بدون نظارت کورتیکواستروئیدهای موضعی در سطوح بزرگی از بدن، می‌تواند منجر به جذب سیستمیک قابل ملاحظه‌ای شود.

#### مخلوط‌های استروئید - آنتی بیوتیک

- بعضی از فرآورده‌ها حاوی ترکیبی از آنتی بیوتیک‌ها و کورتیکواستروئیدها هستند.
- اکثر بیماری‌های پوستی را که به کورتیکواستروئیدها پاسخ می‌دهند می‌توان با موفقیت و بدون استفاده از آنتی بیوتیک‌های موضعی کنترل کرد و لذا استفاده از فرآورده‌های ترکیبی فوق‌الذکر ضرورتی نخواهد داشت.
- نئومايسين یکی از علل شایع درمانیت تماسی آلرژیک است

و باید از آن اجتناب کرد.

- ترکیبات ضد قارچ - کورتیکواستروئید (Mycolog، Lotrisone) گران قیمت‌اند و کاربردهای محدودی دارند. کورتیکواستروئید موضعی بتامتازون دی‌پروپیونات که در لوتریزون وجود دارد، برای نواحی چین‌دار پوست بسیار قوی است و می‌تواند استریاهای دائمی ایجاد کند.

#### عوارض نامطلوب

- عوارض جانبی بالقوه کورتیکواستروئیدهای موضعی عبارت‌اند از:
  - درمانیت تماسی آلرژیک

1- ace bandage



- سوزش، خارش، تحریک، خشکی (عمدتاً ناشی از اثر حامل)
- هیپرتریکوز
- هیپوپیگمانتاسیون
- میلیاریا و فولیکولیت
- تخریب و گسستگی پوست
- گلوکوم، کاتاراکت
- پدیده واجهشی<sup>۱</sup> (مثل وخیم ترشدن پسوریازیس پس از توقف درمان)
- روزاسه، درماتیت اطراف دهان، آکنه
- آتروفی پوست همراه با تالانژکتازی، اسکارهای کاذب ستاره‌ای (بازوها)، پورپورا، استریا
- سفیدشدن پوست به دلیل انقباض عروقی حاد
- جذب سیستمیک
- کچلی (تینه‌آ) ناشناس (*tinea incognita*), زردخیم ناشناس (*impetigo incognita*), گال ناشناس (*scabies incognita*)



شکل ۵-۱ لباس سونا ممکن است به مرطوب شدن پوست و افزایش کارایی کورتیکواستروئیدهای موضعی کمک کند. این لباس را می‌توان از فروشگاه‌های والمارت تهیه نمود.

ملاحظات مربوط به کودکان



- کورتیکواستروئیدهای موضعی به‌مدت بیش از ۴۰ سال است که برای کودکان به کار رفته‌اند و ایمنی و بی‌خطر بودن آنها را (در صورتی که به‌درستی مصرف



شکل ۷-۱ استریا. استفاده درازمدت از یک استروئید موضعی گروه ۷ در ناحیه زیربغل سبب تشکیل استریا شده است. این عارضه جانبی برگشت‌ناپذیر است.



شکل ۶-۱ آتروفی استروئید. استفاده طولانی‌مدت از کلوبتازول - یک استروئید موضعی گروه I - سبب آتروفی درم و شکنندگی پوست شده است. خونریزی و چاک خوردن پوست در اثر ترومای بسیار جزئی رخ داده است.

1- rebound phenomenon



شکل ۹-۱ آتروفی و تلانژکتازی پس از مصرف مدام یک استروئید موضعی گروه II به مدت ۶ ماه. پس از قطع مصرف استروئید موضعی ممکن است آتروفی بهبود پیدا کند، ولی تلانژکتازی اغلب پایدار می‌ماند.



شکل ۸-۱ روزاسه استروئید. شمار زیادی از پاپول‌ها و پوسچول‌های روی صورت که پس از توقف استعمال یک استروئید موضعی گروه II نمایان شده‌اند. این استروئید موضعی به مدت ۱۲ هفته هر روز استعمال شده است.



شکل ۱۰-۱ آتروفی استروئید. آتروفی ممکن است در اثر استفاده طولانی مدت از استروئیدهای موضعی فوق قوی روی کف دست و پاها ایجاد شود. به آتروفی سفید چینی مانند کف پا که پس از ۳ ماه استفاده از کلوتازول ایجاد شده، توجه کنید.

- شوند) می‌توان براساس سوابق مستند اثبات کرد.
- بسیاری از والدین از کاربرد استروئیدهای موضعی ابراز نگرانی می‌کنند. والدین باید درباره عوارض جانبی احتمالی استروئیدهای موضعی آموزش ببینند و باید نحوه صحیح استعمال این داروها را به آنها نشان داد.
  - شیرخواران نسبت به عوارض جانبی سیستمیک آسیب‌پذیری بیشتری دارند چون نسبت سطح به وزن بدن آنها بیشتر است. عوارض جانبی سیستمیک نظیر سرکوب محور هیپوتالاموس - هیپوفیز ممکن است به دنبال مصرف درازمدت این داروها یا هنگامی که سد پوستی دچار اختلال شده است (درماتیت حاد، نوزادان نارس) رخ دهند.