

راهنمای سریع درمانی بیماری‌های پوست

راهنمای سریع درمانی های پوست

تألیف

آلن فریسیچر، استیون فلدمن، چریتی مکونل، مارکو پترزولی

ترجمه

دکتر پدram نورمحمد پور

استادیار گروه پوست - دانشگاه علوم پزشکی تهران

دکتر امیر هوشنگ احسانی

دانشیار گروه پوست - دانشگاه علوم پزشکی تهران

دکتر نفیسه اسماعیلی

دانشیار گروه پوست - دانشگاه علوم پزشکی تهران

دکتر فاطمه غلامعلی

دستیار گروه بیماری های پوست - دانشگاه علوم پزشکی تهران

دکتر پردیس نورمحمد پور

دستیار گروه طب ورزشی - دانشگاه علوم پزشکی تهران

با همکاری

دکتر مائده رعیتی

دکتر حمیدرضا محمودی

دکتر زینب آریانیان

دکتر پژمان مباشر

دکتر وحید ظفرمند صدیق

دکتر فرزاد نصیری



انتشارات ارجمند



انتشارات ارجمند

<p>عنوان و نام پدیدآور: راهنمای سریع درمانی بیماری‌های پوست / نویسنده آلن فریسنجر... [و دیگران]; مترجم پدram نورمحمدپور... [و دیگران]; با همکاری پژمان مباشر... [و دیگران].</p> <p>مشخصات نشر: تهران: کتاب ارجمند، ۱۳۹۱.</p> <p>مشخصات ظاهری: ۳۶۸ ص، قطع: وزیری</p> <p>شابک ۵-۲۱۰-۲۰۰-۶۰۰-۹۷۸</p> <p>وضعیت فهرست‌نویسی: فیپا</p> <p>یادداشت: عنوان اصلی: Title Emergency dermatology: a rapid treatment guide, c2002</p> <p>موضوع: پوست -- بیماری‌ها -- تشخیص -- دستنامه‌ها، پوست -- بیماری‌ها -- درمان -- دستنامه‌ها، پوست‌شناسی -- دستنامه‌ها، اورژانس -- دستنامه‌ها</p> <p>شناسه افزوده: فلیشر، آلن، Fleischer, Alan B.</p> <p>نورمحمدپور، پدram، ۱۳۵۵- مترجم، مباشر، پژمان</p> <p>رده‌بندی کنگره: RLV۴/ر۲ ۱۳۹۱</p> <p>رده‌بندی دیویی: ۶۱۶/۵</p> <p>شماره کتابشناسی ملی: ۲۸۶۸۵۰۶</p>	<p>راهنمای سریع درمانی بیماری‌های پوست</p> <p>آلن فریسنجر، استیون فلدمن، چریتی مکونل، مارکو پترزولی</p> <p>مترجمان: دکتر پدram نورمحمد پور، دکتر امیر هوشنگ احسانی، دکتر نفیسه اسماعیلی، دکتر فاطمه غلامعلی، دکتر پردیس نورمحمدپور</p> <p>فروست: ۲۶۹</p> <p>ناشر: انتشارات کتاب ارجمند</p> <p>حروفچین و صفحه‌آرا: حسین اینانلو</p> <p>طراحی متن: پرستو قدیم‌خانی</p> <p>طراح جلد: احسان ارجمند</p> <p>چاپ: سامان، صحافی: روشنگ</p> <p>چاپ اول، ۱۳۹۱، ۱۱۰۰ نسخه</p> <p>شابک ۵-۲۱۰-۲۰۰-۶۰۰-۹۷۸</p> <p>www.arjman dpub.com</p> <p>این اثر، مشمول قانون حمایت از مؤلفان و مصنفان و هنرمندان مصوب ۱۳۴۸ است، هرکس تمام یا قسمتی از این اثر را بدون اجازه مؤلف (ناشر) نشر یا پخش یا عرضه کند مورد پیگرد قانونی قرار خواهد گرفت.</p>
---	--

مرکز پخش: انتشارات ارجمند

- دفتر مرکزی: تهران بلوار کشاورز، بین خیابان کارگر و ۱۶ آذر، پلاک ۲۹۲، تلفن ۸۸۹۸۲۰
- شعبه اصفهان: دروازه شیراز، خیابان چهارباغ بالا، پاساژ هزارگریب تلفن ۶۲۸۱۵۷۴-۰۳۱۱
- شعبه مشهد: ابتدای احمدآباد، پاساژ امیر، طبقه پایین، انتشارات مجد دانش تلفن: ۸۴۴۱۰۱۶-۰۵۱۱
- شعبه بابل: خیابان گنج افروز، پاساژ گنج افروز تلفن ۲۲۲۷۷۶۴-۰۱۱۱
- شعبه رشت: خیابان نامجو، رویروی ورزشگاه عضدی تلفن ۳۲۳۲۸۷۶-۰۳۱۱
- شعبه ساری: بیمارستان امام، رویروی ریاست تلفن: ۰۹۱۱۸۰۲۰۰۹۰

بها: ۱۴۰۰۰ تومان

فهرست

۹	.....	سیاه زخم جلدی
۱۲	.....	فصل ۱ خراشیدگی‌ها
۱۴	.....	فصل ۲ آبسه، فورونکل و کاریانکل
۱۶	.....	فصل ۳ آکنه معمولی (ولگاریس)
۱۹	.....	فصل ۴ آکانتوز نیگریکانس اکتسابی
۲۲	.....	فصل ۵ کراتودرمای اکتسابی
۲۴	.....	فصل ۶ کراتوز اکتینیک
۲۷	.....	فصل ۷ آلویسی آره‌آتا
۳۰	.....	فصل ۸ آفت مکرر دهان
۳۳	.....	فصل ۹ آفت ولو
۳۵	.....	فصل ۱۰ گزش و نیش حشرات
۳۹	.....	فصل ۱۱ درماتیت استاتوتیک (Eczema craquele)
۴۱	.....	فصل ۱۲ درماتیت اتوپیک
۴۶	.....	فصل ۱۳ کارسینوم سلول بازال (قاعده‌ای)
۴۸	.....	فصل ۱۴ بولوس پمفیگوئید
۵۱	.....	فصل ۱۵ کلسیفیلاکسیس
۵۳	.....	فصل ۱۶ پینه
۵۵	.....	فصل ۱۷ کاندیدیازیس
۵۹	.....	فصل ۱۸ همانژیوم کاپیلری کودکی
۶۲	.....	فصل ۱۹ سلولیت و باد سرخ
۶۶	.....	فصل ۲۰ شانکروئید
۶۹	.....	فصل ۲۱ زخم مزمن پا
۷۴	.....	فصل ۲۲ زگیل تناسلی
۷۸	.....	فصل ۲۳ درماتیت تماسی
۸۳	.....	فصل ۲۴ میخچه‌ها
۸۵	.....	فصل ۲۵ درماتومیوزیت
۸۷	.....	فصل ۲۶ درماتیت قنناق
۸۹	.....	فصل ۲۷ عفونت گونوکوکی منتشر
۹۱	.....	فصل ۲۸ DIC
۹۳	.....	فصل ۲۹ ضایعات پوستی حاصل از مصرف دارو
۹۷	.....	فصل ۳۰ درماتیت دیس‌هیدروتیک
۱۰۰	.....	فصل ۳۱ اکتیما
۱۰۲	.....	فصل ۳۲ اکزما هرپتیکوم
۱۰۴	.....	فصل ۳۳ کیست اپیدرمال انکلوزیونی
۱۰۷	.....	فصل ۳۴ گزانتوم ارپتیو
۱۰۹	.....	فصل ۳۵ اریتم مولتی‌فرم و سندرم استیونس - جانسون
۱۱۲	.....	فصل ۳۶ اریتم ندوزوم
۱۱۴	.....	فصل ۳۷ اریتراسما

۱۱۵	ایترودرمی اکسفولیاتیو	فصل ۳۸
۱۲۱	بیماری پنجم (اریتماینفکتیوزوم)	فصل ۳۹
۱۲۳	فولیکولیت	فصل ۴۰
۱۲۷	آنولار گرانولوما (گرانولومای حلقه‌ای)	فصل ۴۱
۱۳۰	بیماری دست-پا-و دهان	فصل ۴۲
۱۳۲	Herpes Gestationis (Pemphigoid Gestationis)	فصل ۴۳
۱۳۴	ویروس تب‌خال	فصل ۴۴
۱۴۱	زونا (Shingles) (Herpes Zoster)	فصل ۴۵
۱۴۸	هیدرادنیت چرکی	فصل ۴۶
۱۵۱	واسکولیت ناشی از افزایش حساسیت (واسکولیت لوکوسیتوکلآسیک)	فصل ۴۷
۱۵۳	زرد زخم	فصل ۴۸
۱۵۷	ناخن برگشته درون گوشتی	فصل ۴۹
۱۵۸	بیماری کاوازاکی	فصل ۵۰
۱۶۳	اسکار کلویید	فصل ۵۱
۱۶۶	کراتوآکانتوما	فصل ۵۲
۱۶۸	لیکن نیئیدوس (Lichen Nitidus)	فصل ۵۳
۱۷۱	لیکن پلان	فصل ۵۴
۱۷۴	لیکن اسکروز	فصل ۵۵
۱۷۷	Lichen Simplex Chronicus (نورودرماتیت)	فصل ۵۶
۱۸۰	لوپوس	فصل ۵۷
۱۸۷	ملانومای بدخیم	فصل ۵۸
۱۹۰	مننگوکوسمی حاد (عفونت نیسریا منتریتیدیس)	فصل ۵۹
۱۹۳	مولوسکوم کونتاجیوزوم	فصل ۶۰
۱۹۴	مورفه‌آ (اسکلرودرمی موضعی)	فصل ۶۱
۱۹۸	Necrobiosis Lipoidica Diabetocum	فصل ۶۲
۲۰۱	Neurotic Excoriations	فصل ۶۳
۲۰۴	آگزمای سکه‌ای	فصل ۶۴
۲۰۷	آبله‌گوسفندی (ORF)	فصل ۶۵
۲۱۰	پارایسوریازیس	فصل ۶۶
۲۱۳	پدیکولوزیس (شپش)	فصل ۶۷
۲۱۸	پمفیگوس ولگاریس و پمفیگوس فولیاسه	فصل ۶۸
۲۲۲	درماتیت اطراف دهان	فصل ۶۹
۲۲۵	فیتوفوتودرماتیت	فصل ۷۰
۲۲۷	بثورات پورپوریک پیگمانته	فصل ۷۱
۲۲۹	Pitted Keratolysis	فصل ۷۲
۲۳۰	Pityriasis Rosea	فصل ۷۳
۲۳۴	Pityriasis Rubra Pilaris	فصل ۷۴
۲۳۷	بثورات چند شکلی ناشی از حاملگی	فصل ۷۵
۲۳۹	بثورات چند شکلی حاصل از نور	فصل ۷۶
۲۴۲	Porphyria Cutanea Tarda	فصل ۷۷
۲۴۵	زخم فشاری	فصل ۷۸
۲۴۸	عرق سوز	فصل ۷۹

۲۵۰	پروریگو ندولاریس	فصل ۸۰
۲۵۲	خارش ناحیه مقعد	فصل ۸۱
۲۵۵	پسوریازیس	فصل ۸۲
۲۶۰	پیودرما گانگرو نوزوم	فصل ۸۳
۲۶۳	گرانولومای پیوژنیک	فصل ۸۴
۲۶۵	بیماری و فنومن رینود	فصل ۸۵
۲۶۷	Rocky Mountain Spotted Fever	فصل ۸۶
۲۶۹	روزاسه (Rosacea)	فصل ۸۷
۲۷۲	روزئولا اینفانتوم	فصل ۸۸
۲۷۴	سرخچه (سرخک آلمانی)	فصل ۸۹
۲۷۶	سرخک	فصل ۹۰
۲۷۹	سارکوئیدوز	فصل ۹۱
۲۸۲	گال	فصل ۹۲
۲۸۵	مخملک (Scarlatina)	فصل ۹۳
۲۸۸	اسکلرودرما	فصل ۹۴
۲۹۲	درماتیت سبورئیک	فصل ۹۵
۲۹۵	درماتیت سبوره نوزادی (Cradle cap)	فصل ۹۶
۲۹۷	سبورئیک کراتوز	فصل ۹۷
۳۰۰	کارسینومای سلول اسکواموس	فصل ۹۸
۳۰۳	سندرم پوست ورقه شونده استافیلوکوکی (Ritter's disease)	فصل ۹۹
۳۰۶	Stasis Ulcer	فصل ۱۰۰
۳۰۹	Striae Atrophicae (Striae Disease) (Stretch Marks)	فصل ۱۰۱
۳۱۰	آفتاب سوختگی	فصل ۱۰۲
۳۱۲	سندرم سوئیت (Sweet's)	فصل ۱۰۳
۳۱۴	سیفلیس اولیه و ثانویه	فصل ۱۰۴
۳۱۹	Telogen Effluvium	فصل ۱۰۵
۳۲۱	پورپورای ترمبوسیتوپنیک ترومبوتیک	فصل ۱۰۶
۳۲۳	کچلی سر (Tinea Capitis)	فصل ۱۰۷
۳۲۷	عفونت قارچی بدن (Tinea Corporis)	فصل ۱۰۸
۳۲۹	کچلی ران (Tinea Cruris)	فصل ۱۰۹
۳۳۱	قارچ پا (Tinea Pedis)	فصل ۱۱۰
۳۳۴	Tinea Versicolor (پتیریازیس ورسیکالر)	فصل ۱۱۱
۳۳۶	(Toxic Epidermal necrolysis) [TEN]	فصل ۱۱۲
۳۴۰	سندرم شوک سمی	فصل ۱۱۳
۳۴۲	کهیر (Urticaria)	فصل ۱۱۴
۳۴۴	کهیر واسکولیتی	فصل ۱۱۵
۳۴۶	آبله مرغان	فصل ۱۱۶
۳۵۰	زگیل های ویروسی رایج	فصل ۱۱۷
۳۵۳	اگزاتم ویروسی	فصل ۱۱۸
۳۵۷	ویتیلیگو (Vitiligo)	فصل ۱۱۹
۳۶۱	گرانولوماتوزیس وگنر	فصل ۱۲۰

مقدمه

امروزه پزشکان اورژانس و دیگر افراد ارائه دهنده خدمات اورژانس پزشکی با حجم افزایش یافته‌ای از بیماران اورژانس داخلی و همچنین غیر اورژانس مواجه‌اند.

بیماری‌های پوستی سهم زیادی از مراجعان سرپایی را تشکیل می‌دهند که این مسأله در طب اورژانس تأثیرگذار بوده است.

در این کتاب توضیح زیادی در مورد پاتوفیزیولوژی و هیستوپاتولوژی بیماری‌ها و همچنین بیماری‌های نادر داده نشده است و بیماری‌های انتخاب شده با جزو موارد شایع بیماری‌های پوستی و یا جزو موارد اورژانس می‌باشند.

این کتاب یک پروژه گروهی است که توسط جمعی از اعضای هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی تهران جمع‌آوری شده است و ما امید داریم که این متن یک راهنمای سریع و فوری در جهت تشخیص و درمان بهتر و مناسب‌تر برای پزشکان باشد. ما امیدواریم که این مجموعه با ارائه مراقبت بهتر برای بیماران شما که مبتلا به بیماری پوستی هستند کمک کند. در انتها ذکر این نکته ضروری است که مسئولیت درمان هر بیمار در زمان درمان با پزشک معالج اوست و توصیه‌های ذکر شده در اینجا صرفاً برای کمک به انتخاب درمان مناسب‌تر در شرایط ویژه ارائه شده‌اند. نویسندگان این مجموعه هر گونه مسئولیت در خصوص درمان بیماران را از خود ساقط می‌دانند.

- ایجاد می‌شود (شکل ۱ و ۲).
- گاهی در کناره‌های بخش بافت نکروتیک و زیکول مشاهده می‌شود.
 - ادم ممکن است روی سر و گردن شدید باشد.
 - لنفادنوپاتی منطقه‌ای نیز متداول است.

تشخیص

- در هر بیمار مستعد، تشخیص بیماری باید مطرح شود و ارزیابی‌های تأییدی باید برای تشخیص قطعی انجام شود.
- پزشک باید سه بیوسی پوست شامل موارد زیر تهیه نماید:
 - یک بیوپسی پوست برای هیستوپاتولوژی معمول (که در فرمالین نگهداری می‌شود).
 - دو نمونه بیوپسی از پوست در ظرف استریل (فاقد میکروارگانیسم‌های زنده). اولی برای رنگ‌آمیزی گرم و کشت و دومی برای PCR. کشت و رنگ‌آمیزی ایمونوهیستوشیمی در مرکز کنترل و پیشگیری بیماری‌ها (CDC).
 - تست ELISA برای باسیلوس آنتراسیس^(۲) حاد در صورتی که بیماری زیر ۵ روز باشد و تست بهبودی در روزهای ۱۴ تا ۲۱ می‌تواند انجام شود.
 - کشت خون، رنگ‌آمیزی گرم خون و نمونه خون جهت PCR نیز باید درخواست گردد.

تشخیص افتراقی

- گزش حشرات: پاپول قرمز اولیه از واکنش به گزش بندپایان ممکن است قابل افتراق نباشد و

1- Bacillus anthracis

2- Bacillus anthracis

سیاه زخم جلدی

شرح حال

- این عفونت در اثر تماس یک خراش یا پارگی پوستی با خاک یا مواد حاوی ارگانیزم گرم مثبت باسیلوس آنتراسیس^(۱) که یک باسیل کپسول‌دار غیر متحرک و غیر همولیتیک است، بوجود می‌آید.
- اگرچه از نظر تاریخی تماس با پشم، پوست خام، چرم یا محصولات موی (بویژه موی بز) آلوده حیوانات مبتلا به بیماری جزو علل عفونت و آلودگی به شمار می‌روند، اخیراً فعالیت‌های تروریستی (بیوتروریسم) طیف این خطر را به طور کلی تغییر داده است به طوری که مرسوله‌های پستی هم‌اکنون به عنوان یک عامل خطر در نظر گرفته می‌شود.
- بیماران ممکن است سه تا هفت روز پس از تماس (بین یک تا پانزده روز)، با سابقه‌ای از یک پاپول بدون درد ولی خارش‌دار با رشد سریع مراجعه کنند.
 - بعد از اینکه پاپول بوجود آمد، در ظرف ۲۴ تا ۳۶ ساعت و زیکول و سپس نکروز مرکزی و اسکار سیاه تشکیل می‌شود.
 - بیماران ممکن است سابقه‌ای از تب، کسالت و یا سردرد داشته باشند.

معاینه فیزیکی

- پوسچول بدخیم: یک پاپول کاملاً مشخص و با رشد سریع است که به سرعت به پاپولی به اندازه ۱-۳ سانتی متر با نکروز مرکزی تبدیل شده اغلب اطراف آن ادم اریتماتو غیر گوده گذار گوشت‌آلود



شکل ۱: سیاه زخم پوستی با پوسچول مالیگنانت

منطقه‌ای در محل تلقیح ارگانیسم همزمان با شروع علائم سیستماتیک (تب، سردرد، لرز، زکام) ظاهر شده و پوسچولر گشته، بعد از چند روز از ظاهر شدن تبدیل به زخم دردناک می‌شود. ممکن است لنفادنوپاتی نیز بروز کند.

● **ORF**: این عفونت ویروسی توسط ویروس Parapox بوجود می‌آید و از طریق تلقیح بر اثر تماس با گوسفندان یا بزهای آلوده سرایت می‌کند. بعد از تلقیح، عموماً روی دست و ساعد، بیماران دچار یک پاپول کوچک، سفت، حساس و قرمز شده که بعداً به پوسچول یا تاوولی پهن و کمی خونی تا اندازه ۵ سانتی‌متر تبدیل می‌شود.

● **Rickettsial pox**: یک بیماری باکتریایی است که توسط ریکتزیا آکاری^(۳) بوجود می‌آید. نوعی باکتری که از طریق کنه‌های موش از موش‌ها به انسان منتقل می‌شود و در آن بیماران دچار پاپول بدون دردی می‌شوند که متعاقباً زخم می‌شود و

پوسچول بدخیم با ظاهر نکروتیک می‌تواند واکنش نکروز دهند و گزش عنکبوت را تقلید کند.

● **پیودرماگانگرونوزوم**: این بیماری بیشتر در بیماران مبتلا به بیماری التهاب روده یا بیماری‌های اتوایمون دیگر مشاهده می‌شود، و به صورت یک پاپول قرمز تا بنفش رنگ بروز می‌کند، که در طول هفته‌ها مرکز آنها ممکن است زخمی شود. علائم سیستمیک مثل تب تقریباً هیچ وقت وجود ندارد.

● **اکتیما گانگرونوزوم**: این عفونت با سودوموناس آئروژینوزا^(۱) اغلب در بیماران مبتلا به ضعف سیستم ایمنی رخ می‌دهد و می‌توان یک پاپول اریتماتو، کاملاً محدود و قرمز را مشاهده نمود که به سرعت هموراژیک شده و به تشکیل تاوول و دلمه منتهی می‌شود. این فرایند پلاک‌های قرمز تا اسکار نکروتیک ممکن است ظرف ۱۲ ساعت رخ دهند، و اکثر بیماران علائم سیستمیک بارزی دارند.

● **تولارمی**: در تولارمی اولسرو-گلاندولار، که از تماس با یک لاشه مردار آلوده یا پس از گزیدگی عفونی آرتروپود بوجود می‌آید، یک پاپول جلدی

1- Pseudomonas aeruginosa

2- Rickettsia akari



شکل ۲: سیاه زخم پوستی با پوسچول مالیگنانت

- وزن بالای ۴۵ کیلوگرم: ۱۰۰ mg، PO، BID، برای ۶۰ روز
- وزن کمتر از ۴۵ کیلوگرم: ۲/۵ mg/kg، PO، برای ۶۰ روز
- سیپروفلوکساسین: ۲۰ تا ۳۰ mg/kg، PO، برای ۶۰ روز
- اگرچه تأثیر آنها نامشخص است، آنتی بیوتیک‌های احتمالاً مؤثر دیگر نیز می‌توانند شامل این موارد باشند: Clindamycin، Chloramphenicol، Rifampin، Vancomycin، Clarithromycin

کنترل و پیگیری

- پیگیری در همان روز اول با بستری در بیمارستان باید مد نظر باشد.

اسکاری به قطر ۰/۵-۳/۰ cm را بوجود می‌آورند. سه تا هفت روز بعد، ممکن است بیمار تب و علائم سیستمیک حقیقی را تجربه کند و نیز ممکن است دچار اگزانتم ژنرالیزه شود.

درمان

- درمان سیاه زخم جلدی یک اورژانس است.
 - میزان مرگ و میر برای بیماران درمان نشده تقریباً ۲۰٪ است اما برای بیماران درمان شده، کمتر از ۱ درصد است.
 - مشاوره با یک متخصص بیماری‌های عفونی و یا مرکز کنترل بیماری‌های وزارت بهداشت الزامی است.
 - داکسی‌سیکلین:

ضایعات باز می‌توان دید.

تشخیص

- معمولاً به صورت بالینی بر اساس شرح حال و معاینه فیزیکی صورت می‌گیرد.
- به علت اینکه شرح حال و معاینه فیزیکی معمولاً تشخیصی هستند، تشخیص افتراقی دیگری مطرح نمی‌شود.

درمان

- هدف اصلی درمان، اطمینان از این امر است که تمیز کردن برای خارج نمودن اجسام خارجی مشهود کفایت می‌کند.
- متعاقباً، برای سرعت بخشیدن به بهبود و جلوگیری از عفونت از یک پماد ساده (مثل وازلین) با آنتی‌بیوتیک موضعی (Polysporin) استفاده می‌شود.
- مرطوب نگه داشتن و پوشاندن زخم به التیام سریع‌تر آن کمک می‌کند.
- برای زخم‌های عمیق‌تر آنتی‌بیوتیک‌های خوراکی تجویز می‌شوند تا از عفونت جلوگیری شود.
- انتخاب آنتی‌بیوتیک باید بر اساس محیطی باشد که در آن زخم بوجود آمده است.

کنترل و پیگیری

- هیچ‌گونه پیگیری خاصی لازم نیست.

ICD-9-CM Code

022.0

CPT Code:

Skin biopsy 11100, subsequent skin biopsy 11101.

Figure 1: Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine, fifth edition, figure 200-1, p.2258.

Figure 2: enclosed as a slide

Special source: Ray TL: Cutaneous Anthrax, A Primer for Dermatologists. Internet site accessed 11/05/01 < <http://tray.dermatology.uiowa.edu/BT/sld001.htm>>

Figure 2 courtesy of Drs. James and Gloria Graham

فصل ۱

خراشیدگی‌ها^(۱)

شرح حال

- بیماران اغلب با زخم و سابقه‌ای از آسیب خفیف در پوست مراجعه می‌کنند.

معاینه فیزیکی

- ساییدگی سطحی^(۲) با اشکال نامنظم (که بیانگر علت خارجی است) که به عنوان از بین رفتن نسبی یا کامل اپیدرم تعریف می‌شود (شکل ۱-۱).
- در بعضی موارد، یک زخم بسیار کم‌عمق که تا بخش سطحی درم امتداد می‌یابد نیز رخ می‌دهد.
- وجود اجسام خارجی، مثل کثیفی، را در سطح

1- Abrasions

2- Erosion



شکل ۱-۱: خراش (بریدگی)

	ICD-9-CM Code
914.0 Abrasion without infection of hands(s) except finger(s) alone	910.0 Abrasion without infection of face, neck, and scalp except eye
914.1 Infected abrasion of hand(s) except finger(s) alone	910.1 Infected abrasion of face, neck, and scalp except eye
915.0 Abrasion without infection of finger(s)	911.0 Abrasion without infection of trunk
915.1 Infected abrasion of finger(s)	911.1 Infected abrasion of trunk
916.0 Abrasion without infection of hip, thigh, leg, and ankle	912.0 Abrasion without infection of shoulder and upper arm
916.1 Infected abrasion of hip, thigh, leg, and ankle	912.1 Infected abrasion of shoulder and upper arm
917.0 Infected abrasion of foot and toe(s)	913.0 Abrasion without infection of elbow, forearm, and wrist
917.1 Infected abrasion of foot and toe(s)	913.1 Infected abrasion of elbow, forearm, and wrist
918.0 Abrasion of eyelids and periocular area	
919.0 Abrasion without infection of other, multiple, and unspecified sites	

○ با تشکیل آبسه در زیر ندول‌ها، آنها به صورت موج درمی‌آیند.

● کریانکل

○ شامل چندین فورونکل با هم آمیخته شده است (شکل ۲-۳)

○ باعث تشکیل آبسه‌های حفره‌دار، توده‌های نکروتیک و پوستول‌های سطحی می‌شود.

تشخیص

● اغلب توسط استافیلوکوک اورئوس^(۱) بوجود می‌آید.

● تشخیص بر اساس یافته‌های بالینی است که توسط رنگ‌آمیزی گرم و کشت می‌توان آن را تأیید کرد.

تشخیص افتراقی

● کیست اپیدرمال پاره شده (سباسه): به صورت پلاک‌های ملتهب، سفت و حساس با ترشحات چرکی بدبو.

● بیماران ممکن است شرح حالی از کیست‌های عود کننده، حساس و به تدریج بزرگ شونده داشته باشند.

● **Pseudofolliculitis barbae** و آکنه کلونیداليس نوکه^(۲): پاپول‌ها و پوسچول‌ها و کلونیدهای متعدد که به ترتیب در محل ریش و نواحی خلف اسکالپ ایجاد می‌شود؛ به طور عمده در مردان آمریکایی - آفریقایی مشاهده می‌شوند.

● **هیدرادنیت چرکی**: مجاری سینوسی ترشح‌دار به همراه زخم در محل‌های ریش

1- Staphylococcus aureus

2- Acne keloidalis nuchae

919.1 Infected abrasion of other, multiple, and unspecified sites

CPT Code:

هیچ

فصل ۲

آبسه، فورونکل و کریانکل

شرح حال

● پاپول، پوسچول و ندول‌های دردناک و حساس که در هر بخش از پوست ممکن است ایجاد شوند، به ویژه در محل‌های رویش مو.

● معمولاً در ظرف مدت چند روز ظاهر می‌شوند.

● چرک بدبو از آنها ترشح می‌شود.

● گهگاه با تب خفیف و کسالت همراه هستند.

معاینه فیزیکی

● آبسه:

○ می‌تواند در هر ناحیه از پوست بوجود آید (شکل ۱-۲)

○ در ابتدا به صورت یک ندول حساس ظاهر شده، که تموج پیدا کرده و در ظرف چند روز تا چند هفته یک بخش مرکزی پوسچولار روی آن ایجاد می‌شود.

● فورونکل:

○ معمولاً در نقاط رویش مو (مثل ریش، پشت سر) به صورت ندول‌های حساس و سفت بوجود می‌آیند که دارای یک توده نکروتیکی مرکزی هستند.



شکل ۲-۱: آبسه استافیلوکوکوس اورثوس



شکل ۲-۲: فرونگل لب فوقانی

مو بوجود می آیند.

- دی کلوگزاسیلین: تجویز ۵۰۰ mg، bid، برای ۱۰ روز (بزرگسالان)، ۲۵-۱۲/۵ mg/kg/day در روز (کودکان > ۴۰ kg)

- سفالکسین (Keflex): تجویز ۵۰۰ mg، qid، برای ۱۰ روز (بزرگسالان)، ۲۵-۵۰ mg/kg/day

درمان

- ایجاد شکاف و تخلیه به همراه درمان آنتی بیوتیکی سیستمیک مناسب برای پوشش استافیلوکوکوس^(۱).

1- Staphylococcus



شکل ۳-۲: کاربانکل

متخصص پوست معاینه شوند.

ICD-9 Codes

682.9 Abscess

680.9 Furuncle, carbuncle

CPT Code

10060 Incision & drainage cyst or abscess

فصل ۳

آکنه معمولی (ولگاریس)

شرح حال

- مردان و زنان نوجوان و بالغ با ضایعات پوستی التهابی مزمن و عودکننده روی صورت و تنه.
 - این ضایعات ممکن است دردناک باشد اما معمولاً بدون علامت هستند.
 - مردان نسبت به زنان درگیری شدیدتری دارند.

(کودکان)

○ افراد حساس به پنی‌سیلین: اریترومايسين، تجویز BID ۵۰۰mg برای ۱۰ روز (بزرگسالان)، ۴۰mg/kg/day برای ۱۰ روز (کودکان).

• استفاده از کمپرس گرم روی زخم‌ها اغلب به تخلیه ترشحات کمک می‌کند. ۲ تا ۳ بار در روز هر بار برای ۱۰ دقیقه از کمپرس حوله مرطوب و گرم استفاده شود.

• فورونکولوز راجعه: شستشو با پراکسید بنزوئیل برای پیشگیری؛ مانند محلول ۵٪ Benzac AC و ۴٪ Brevoxyl محلول شوینده.

کنترل و پیگیری

- بیمارانی که ضایعات منفرد دارند می‌توانند توسط پزشکان عمومی یا در موارد نیاز متخصص پوست پیگیری شوند.
- آن دسته از بیمارانی که ضایعات عودکننده دارند باید هر ۳ تا ۴ ماه توسط پزشک عمومی با یک



شکل ۱-۳: آکنه ولگاریس

- عوامل تشدید کننده شامل استفاده سیستمیک از کورتیکواستروئید، استروئیدهای آندروژنیک یا لیتیوم هستند و همچنین قرار گرفتن پوست در معرض ترکیبات خاص صنعتی است مثل مشتقات قطران زغال سنگ روغن‌های برش، هیدروکربن‌های کلرینه.
- زنانی که علائم دیگری از ویریلیزاسیون (موهای زائد، صداهای کلفت، افزایش حجم عضلات، قاعدگی نامنظم و غیره) دارند باید از لحاظ هیپراندرورژنیسم بررسی شوند.
- آکنه برق‌آسا (فولمینانت) یک آکنه نادر تبار و اولسراتیو است که به شدت التهابی است. این بیماری منحصراً در مردان جوان ایجاد می‌شود.
 - شروع ناگهانی تب، کسالت، ندول‌های حساس جلدی و کیست و پلی‌آرتراژی.

تشخیص

- با معاینه بالینی مسجل می‌شود.

تشخیص افتراقی

- فولیکولیت: التهاب فولیکول و آکنه معمولی می‌توانند مورفولوژی یا ریخت‌شناسی مشابهی داشته باشند. اما فولیکولیت کمتر روی صورت، بالای سینه و بالای پشت بوجود می‌آید و معمولاً از نظر ظاهری یک شکل هستند. وجود کومدون

معاینه فیزیکی

- درگیری صورت، گردن و گاهی بدن با ضایعات مشخصه بیماری.



شکل ۲-۳: آکنه کیستیک

یک یافته تشخیصی خوب به نفع آکنه معمول به شمار می‌رود.

- روزانه: به طور کلی تقریباً همیشه روی بخش مرکزی صورت و بینی ایجاد می‌شود و علاوه بر پاپول و پوستول، اریتم قابل توجه نیز دارد.
- درماتیت اطراف دهان^(۱): در این بیماری اغلب در اطراف دهان پاپول‌های اریتماتو و روشن وجود دارد.

درمان

- درمان آکنه اورژانسی نیست.
- درمان بستگی به نوع ضایعات دارد. روش‌های متعدد درمانی اغلب مورد نیاز هستند.
- الف) کومدون‌ها:
 - کرم ترتینوئین (Retin A) یا اداپالین موضعی
 - Differin هر شب تا حد تحمل
 - فرآورده‌های اسید گلیکولیک و اسید سالیسیلیک یک یا دو بار در روز تا حد

تحمل

- ب) پاپول و پوستول‌های التهابی سطحی:
 - آنتی‌بیوتیک‌های موضعی مثل کلیندامایسین ۱٪ یا اریترومایسین Emgel دو بار در روز (Ery-lic)
 - بنزوئیل پراکسید موضعی (Clindets)، Cleucin ۴ تا ۱۰ درصد به صورت ژل یا شستشو دو بار در روز. Benzae & Brevoxyl
- ج) پاپول و ندول‌های عمیق و متعدد:
 - تتراسیکلین یا اریترومایسین ۲۵۰ تا ۵۰۰ mg دو بار در روز
 - مینوسیکلین یا داکسی‌سیکلین ۵۰ تا ۱۰۰ mg دو بار در روز
 - ترکیبات ضد بارداری خوراکی مثل تری‌سیکلین^(۲) یا یاسمین^(۳) دارای تأثیر متوسطی هستند.

1- Peri-oral dermatitis 2- Tricyclin
3- Yasmin

معاینه فیزیکی

- پلاک‌های مخملی هیپرپیگمانته اغلب روی گردن و زیر بغل، چین‌های دیگر بدن نیز ممکن است درگیر شوند.
- سطح ضایعه زبر و خشن می‌شود. در داخل پلاک‌ها ممکن است Skin tag ایجاد شود.
- غشاهای مخاطی نیز ممکن است درگیر شوند. در این صورت ضایعه بیشتر هیپرتروفیک است تا پیگمانته.

تشخیص

- معاینه پزشکی، تشخیص را تأیید می‌کند، بیوپسی ندرتاً لازم می‌شود.
- شایع‌ترین علت چاقی است؛ با این حال، عوامل ذکر شده دیگری نیز ممکن است با توجه به شرح حال بیمار و معاینه فیزیکی مطرح شوند.
 - آکانتوزیس نیگریکانس خوش‌خیم ارثی: هیچ‌گونه علت زمینه‌ای ندارد.
 - اندوکروینوپاتی: شامل انواع اختلالات مختلف مربوط به مقاومت به انسولین، مثل مرض قند، اکرومگالی و بیماری آدیسون و بیماری کوشینگ.
 - بدخیمی: آکانتوزیس نیگریکانس در این حالت گسترده‌تر بوده و سطوح مخاطی و کف دست‌ها (Tripe palms) را نیز درگیر می‌کند؛ بدخیمی‌های بسیار شایع مربوط، شامل آدنوکارسینومای گوارشی بخصوص معده است.
 - داروها: اسید نیکوتینیک، دی‌اتیل

- برای بیماری مقاوم در برابر درمان، ایزوتروتینوین ۰/۵ تا ۱/۰ mg/kg/day تا ۱۵-۲۰ هفته

- در هنگام مصرف آکوتان باید در زنان سن باروری حداقل از دو روش جلوگیری از بارداری استفاده شود. در ضمن باید مشاوره حاملگی و عوارض جنین و همچنین مشاوره از لحاظ افسردگی و همچنین آزمایشات خونی در ابتدا و در حین مصرف دارو درخواست گردد.

مدیریت پیگیری

- بیماران باید تحت نظر پزشک مراقبت‌های اولیه یا متخصص پوست خود باشند.

ICD-9 Code

706.1

فصل ۴

آکانتوز نیگریکانس اکتسابی^(۱)

شرح حال

- گسترش موضعی پوست هیپرپیگمانته و مخملی
- بیماران آن را به عنوان داشتن ظاهری «کثیف» توصیف می‌کنند.
- ممکن است افزایش وزن را گزارش دهند.
- می‌توانند تاریخچه چاقی، دیابت یا بدخیمی داشته باشند.
- بررسی داخلی از لحاظ آکانتوزیس نیگریکانس ناشی از بدخیمی و سابقه دارویی برای رد کردن آکانتوز نیگریکانس حاصل از دارو ضروری است.

1- Acquired acantosis nigricans



شکل ۱-۴: آکانتوزیس نیگریکانس آگزیلا



شکل ۲-۴: آکانتوزیس نیگریکانس گردن

تشخیص‌های افتراقی

- پاپیلوماتوز رتیکوله و همزمان: در این بیماری نادر،

استیل‌بسترول^(۱)، داروهای ضد بارداری خوراکی، گلوکوکورتیکوئید و برخی موارد دیگر.

1- Diethyl stilbestrol



شکل ۳-۴: آکانتوزیس نیگریکانس ناف

رقیق (حداکثر ۱۰٪) ۱ تا ۲ بار در روز می‌تواند مؤثر باشد.
○ از قبل باید به بیماران هشدار داده شود که این مواد شیمیایی پوست را تحریک می‌کنند.

بیماران پلاک‌های مخملی قهوه‌ای به صورت شبکه‌ای در روی سینه و پشت دارند. (بیماری گوژرو-کارتیه)

درمان

کنترل و پیگیری

- در مواردی که احتیاج به اقدام تشخیصی یا درمان خاصی باشد (با توجه به اتیولوژی زمینه‌ای) لازم است که بیماران توسط پزشک عمومی یا خانواده معاینه شوند.
- پیگیری برای ضایعات پوستی لازم است.

- درمان آکانتوزیس نیگریکانس اورژانسی نیست.
- اگر عامل زمینه‌ای وجود داشته باشد باید تشخیص داده شده و درمان شود.
 - کاهش وزن در بیماران چاق می‌تواند باعث بهبودی ضایعات پوستی گردد.
 - آکانتوزیس نیگریکانس مربوط به بدخیمی، متعاقب درمان‌های مؤثر سرطان می‌تواند سیر پسروی داشته باشد.
- اسید لاکتیک موضعی یا اسید گلیکولیک موضعی

ICD-9 Code

701.2

• برخورد اولیه با بیمار باید بر تعیین این امر متمرکز باشد که آیا کراتودرما بخشی از یک بیماری جنرالیزه (مانند پسوریازیس) یا بخشی از یک بیماری داخلی (بدخیمی، دیابت) و یا یک واکنش ثانویه به نیروهای خارجی (پینه بستن) به شمار می‌رود.

- اگر مشخص شود که کراتودرما مربوط به یک بیماری جنرالیزه پوستی است، به نمونه‌برداری از بافت پوست نیاز خواهد بود تا تشخیص اولیه تأیید شود.
- اگر کراتودرما یک علامت از بیماری داخلی تشخیص داده شود، شرح حال و معاینه فیزیکی برای انجام آزمایشات بعدی کمک کننده است.

تشخیص‌های افتراقی

- کراتودرما همراه یک بیماری ژنرالیزه می‌تواند به صورت فوکال یا منتشر خود را نشان دهد.
 - پسوریازیس: معمولاً پسوریازیس اریتم قابل ملاحظه‌ای دارد و بیماری (پلاک) پسوریاتیک ممکن است در محل‌های مشخصی مثل آرنج‌ها، زانوان، سر و جاهای دیگر ظاهر شوند.
 - پیتیریازیس روپرا پیلاریس^(۱): شروع سریع اریترودرما تقریباً کل بدن با کف دستان و پاها با ظاهری شبیه پوست مومی دارد.
 - سندرم رایتر^(۲): به صورت پاپول‌ها و پوسچول‌ها و وزیکول‌های قرمز تا قهوه‌ای با پوسته حاشیه‌ای، و اروزیون مرکزی است که روی کف دستان و پاها رخ می‌دهد.
 - سیفیلیس مرحله دوم (ثانویه): ضایعات

1- Pityriasis rubra pilaris

2- Keratoderma bleunorrhagicum

فصل ۵

کراتودرمای اکتسابی

شرح حال

- ضخیم شدن پوست در سراسر کف دست‌ها یا کف پاها که از هنگام تولد یا اوایل نوزادی وجود نداشته است.
- ضخیم شدن پوست ممکن است با اختلالات دیگر پوستی همراه باشد یا نباشد.

معاینه فیزیکی

- ضخیم شدن پوست روی کف دستان و پاها مشاهده می‌شود.
- یکی از سه ویژگی ظاهری متمایز زیر وجود دارد:
 - فرم منتشر: هیپرکراتوز متقارن و یکنواخت در سراسر کف دستان و پاها
 - کانونی: توده ضخیم ماده شاخی در مناطقی از پوست که تحت فشار یا سایش مداوم هستند.
 - نقطه‌ای: نواحی کراتوتیک به شکل قطره باران در سراسر کف دستان و پاها
- یافته‌های دیگر پوستی نیز ممکن است بر حسب علت کراتودرما وجود داشته باشند.

تشخیص

- تشخیص کراتودرمای اکتسابی معمولاً از طریق شرح حال و معاینه فیزیکی انجام می‌شود؛ با این حال چندین عامل شناخته شده برای کراتودرمای اکتسابی وجود دارند که باید در این بیماران بررسی شوند.



شکل ۵-۱: کراتودرما

درمان

- درمان کراتودرمای اکتسابی اورژانسی نیست.
- درمان هر یک از عوامل ذکر شده باعث بهبود کراتودرما می‌شود.
- درمان موضعی:
 - مرطوب کردن پوست توسط مرطوب کننده‌های فاقد مواد معطر یکی از اجزای مهم درمانی است.
 - نرم کننده‌های بی‌بو مثل Eucerin ، Cetaphil ، Lubriderm ، Moisturel ، Vaseline).
 - استفاده زیاد از مرطوب کننده‌ها باید به صورت روزانه صورت بگیرد.
 - عوامل کراتولیتیک:
 - مواد کراتولیتیک موضعی را برای کاهش

- پوسته‌دار گرد و بیضی در کف دست و پا و بشورات پوسته‌دار روی تنه مشاهده می‌شود.
- کراتودرما به عنوان یک نشانه بیماری داخلی: اغلب به صورت یک کراتودرمای منتشر است (مرض قند، سندرم اکتسابی نقص سیستم ایمنی (AIDS) و بدخیمی) و میگذرد.
- میکزادام کراتودرما: به عنوان یک روند واکنشی.
 - کالوس (پینه): پوست ضخیم شده غیر التهابی عمدتاً در نواحی بیشترین ضربه دیده می‌شود.
 - علل متفرقه کراتودرما شامل:
 - کراتودرما کلیماکتریکوم: این کراتودرما به صورت پلاک‌های هیپرکراتوتیک روی کف دست‌ها و پاها در زنان یائسه و اغلب در بخش‌های تحت فشار بوجود می‌آید.

احتمالی دیگر و ادامه درمان باشد.

ICD-9 Code

701.1

فصل ۶ کراتوز آکتینیک

شرح حال

- این عارضه اغلب در سفیدپوستان میانسال تا مسن رخ می‌دهد که رنگ پوست‌شان روشن است و به تدریج ضایعات پوسته‌دار روی پوست‌شان که در معرض آفتاب قرار گرفته است بوجود می‌آید.
- معمولاً این بیماران سابقه‌ای از تماس مداوم با نور آفتاب به علل شغلی یا تفریحی دارند.
- این ضایعات ممکن است برای ماه‌ها یا سال‌ها باقی بمانند و ممکن است حساس بوده و یا فاقد نشانه بالینی باشند.
- بهبود خود به خودی در مواردی دیده شده است همچنان که درصد کمی از موارد ممکن است به SCC (اسکواموس سل کارسینوما) تبدیل شوند.
- افراد مبتلا به نقص سیستم ایمنی مثل دریافت کنندگان پیوند اعضا، بیماران ایدز و افراد مبتلا به آل‌بینیسم در خطر بالایی هستند.

معاینه فیزیکی

- اغلب بیماران یک یا بیش از یک ضایعه جلدی به صورت ماکول یا پاپول رنگ پوست تا قهوه‌ای متمایل به قرمز یا مایل به زرد دارند که مشخصه آنها پوسته خشک به هم چسبیده است که روی

ضخامت پوست می‌توانیم استفاده کنیم.
- به بیماران می‌توانیم بگوییم که نواحی دچار مشکل را قبل از به‌کار بردن دارو مدتی در آب فرو ببرند تا نفوذ ترکیب را افزایش دهند.

- همچنین بیماران باید مطلع شوند که این مواد در پوست‌های نرمال ممکن است ایجاد حساسیت و خارش و حتی سوختگی کند و فقط باید در نواحی ضخیم شده به‌کار برده شوند.

این مواد عبارتند از: اسید سالیسیک، Keralyt gel، ointment Sal acid یا solution، اسید لاکتیک، کرم یا لوسیون ۱۲٪ Lac-Hydrin و اوره به صورت کرم با غلظت بیش از ۱۰٪ تا ۴۰٪ (غلظت کمتر از ۱۰٪ بیشتر مرطوب‌کننده است).

- درمان سیستمیک برای موارد شدید و گسترده:
 - رتینوئید خوراکی مثل آسیترتین، که می‌تواند نقش به‌سزایی در درمان کراتودرمای مقاوم داشته باشد.
 - عوامل ایمنوساپرسنت مانند متوترکسات، با موفقیت نسبی در برخی موارد کراتودرمای مقاوم به‌کار رفته است.
 - در هنگام مصرف داروهای سیستمیک باید بیمار حتماً از لحاظ آزمایشگاهی کنترل شده و اطلاعات لازم به وی داده شود همچنین باید بیمار مرتباً پیگیری گردد.
 - تجویز داروها می‌تواند به صورت سرپایی و بدون نیاز به بستری انجام شود.

کنترل و پیگیری

- هر بیماری که مبتلا به کراتودرمای اکتسابی است باید تحت درمان و معاینه یک پزشک عمومی یا یک متخصص پوست برای بررسی عوامل



شکل ۱-۶: اکتینیک کراتوزیس دست.

- برای افتراق از SCC مهاجم گاهی بیوپسی لازم می‌شود.

تشخیص افتراقی

- SCC مهاجم: این ضایعات در هنگام لمس کردن سفت (ایندوره) به نظر می‌رسند. ممکن است زخمی یا غیرزخمی باشند و به طور کلی بزرگ‌تر از کراتوز آکتینیک هستند.
- لوپوس اریتماتو پوستی مزمن: بیماران پلاک‌های سفت مجزا به همراه آتروفی، اریتم و تلانژکتازی در پوست در معرض آفتاب دارند.
- سبورئیک کراتوز: این ضایعات خوش‌خیم که شایع نیز می‌باشند ظاهر زبر خشن و پوسته‌دار دارند.
- لنتیگو: این ماکول‌های هیپرپیگمانته پوسته واضح ندارد و اصلاً قابل لمس نیستند و در محل‌های پوست آسیب‌دیده از آفتاب دیده می‌شوند.

- پوست دستان، صورت، سر و قسمت بالای سینه که در معرض آفتاب قرار گرفته‌اند واقع می‌باشند.
- اندازه ضایعات از یک میلی‌متر تا چند سانتی‌متر متفاوت است.
- تشخیص ضایعه از طریق لمس و احساس زبری ضایعه بهتر از مشاهده است.
- ضایعات ممکن است هیپرتروفیک باشند با یک برآمدگی شاخ مانند که شاخ پوستی نامیده می‌شود.
- گاهی اکتینیک کراتوز پیگمانته است.
- عارضه ممکن است لب پایینی را در اکتینیک Cheilitis درگیر کند و گاهی در ارتباط با لکوپلاکی‌های دهانی است.

تشخیص

- معاینه بالینی معمولاً کافی است.



شکل ۲-۶: اکتینیک کراتوزیس

درمان

- شناخته شده است.
 - الکتروسیکاسیون و کورتاژ.
 - درم ابریژن برای کراتوزهای اکتینیکی گسترده.
 - پیلینگ شیمیایی با اسیدهای آلفا هیدروکسی، محلول Jessner و اسید تری‌کلرواستیک اسید ۳۵ درصد همگی با موفقیت به کار رفته‌اند.
 - در موارد اکتینیک کراتوز وسیع می‌توان از لیزر CO₂ استفاده کرد.
 - Isotretinoin رتینوئیدهای خوراکی نیز ممکن است در بیمارانی که کراتوز اکتینیک بسیار منتشر دارند استفاده شود.
-
- تمام درمان‌ها غیر اورژانسی هستند.
 - کرایوتراپی توسط نیتروژن مایع یک روش متداول برای ضایعات محدود است.
 - شیمی‌درمانی موضعی
 - کرم یا لوسیون 5-Fluorouracil روزی ۲ بار برای ۳ هفته برای ضایعات سر و گردن و ۴ تا ۶ هفته برای سایر محل‌ها مانند ساعد.
 - Tretinoin، Imiquimod نیز به شکل کرم ممکن است استفاده شوند.
 - درمان‌های دیگری که ممکن است استفاده شوند شامل:
 - درمان فتودینامیک با به کار بردن موضعی اسید آمینولولینیک ۲۰ درصد که پس از آن پوست را در معرض اشعه قرمز قرار می‌دهند درمانی
-
- ### کنترل و پیگیری
- کلاه‌ها، لباس‌های محافظ و کرم‌های ضد آفتاب نقش پیشگیری دارند.

- ممکن است سابقه خانوادگی با یک سابقه فردی از بیماری‌های خودایمنی دیگر وجود داشته باشد.
- الگوی شایع ریزش مو، پچ‌های گرد یا بیضی شکل کاملاً مشخص است، اما گاهی ریزش مو ممکن است منتشر باشد.
- آلوپسی توتالیس: ریزش کامل موهای سر است.
- آلوپسی یونیورسالیس: ریزش کامل موهای سر و بدن است.
- معاینه پوست سر بافتی نرمال بدون اریتم، پوسته، اسکار یا آتروفی را نشان می‌دهد.
- موهای «علامت تعجبی»، موهای کوتاه، شکسته با قسمت انتهایی دیستال پهن‌تر از انتهای پروگزیمال در حاشیه ضایعه آلوپسی دیده می‌شوند.
- Pitting در ناخن‌های دست (فرورفتگی‌های کوچک در ناخن) یا هرگونه تغییرات دیگر در ناخن می‌تواند دیده شود.

تشخیص

- موهای «علامت تعجبی» برای بیماری پاتوگنومونیک هستند.
- تست کشیدن^(۱) بر حسب فعالیت بیماری ممکن است مثبت باشد.
- به ندرت به نمونه‌برداری پوست نیاز است.

تشخیص افتراقی

- کچلی سر: معمولاً یک ناحیه منفرد از آلوپسی همراه با پوسته‌ریزی و قرمزی پوست سر است. برای تشخیص به خصوص در کودکان از محلول KOH کمک گرفته می‌شود.

1- Pull test

- بیماران مبتلا به کراتوز آکتینیک در خطر فزاینده‌ای برای ایجاد سرطان‌های پوستی هستند و معاینه مرتب پوست در اینها لازم است.
- این‌گونه برآورد شده است که در یک دوره ۱۰ ساله، شانس تبدیل یک ضایعه منفرد آکتینیک کراتوز به اسکواموس سل کارسینوما ۱۰ درصد می‌باشد.

ICD-9-CM Code

702.0

CPT Codes

17000 Destruction of one actinic keratosis

17003 Destruction of each additional actinic keratosis up to 13

17004 Destruction of 15 or more actinic keratoses

فصل ۷

آلوپسی آره آتا

شرح حال

- از دست رفتن مو به صورت تکه‌ای یا منتشر روی پوست سر، صورت، یا بدن به تدریج طی هفته‌ها یا ماه‌ها.
- ممکن است درحالی که ضایعات آلوپسی در حال خوب شدن می‌باشند ضایعات جدید ایجاد شوند.
- درد - خارش و سوزش ندارند.
- ممکن است شرح حالی از ریختن مو در گذشته وجود داشته باشد که به طور خودبه‌خود بهبود یافته یا بهبود نیافته است.



شکل ۷-۱: الف) آلوپسی آرئاتای پچی گسترده



ب) الگوی آفیازیس آلوپسی آرئاتا



ج) الگوی منتشر کاهش مو در آلوپسی آرئاتا

استروئیدهای با توان متوسط: پماد یا کرم ۰/۱ درصدی Triamcinolone acetonide و پردنی‌کاربات^(۱) (۰/۱ درصد) پماد یا کرم استروئیدهای با توان بالا: کرم ۰/۰۵ درصدی Fluocinonide: پماد یا کرم ۰/۰۵ درصدی کلوبتازول پروپیونات^(۲) و پماد بهینه‌سازی شده ۰/۰۵ درصدی دیپروپیونات بتامتازون^(۳)، کرم یا پماد ۰/۰۵٪ هالوبتازول.

- بر اثرات جانبی مصرف طولانی مدت کورتیکواستروئیدهای موضعی که شامل آتروفی پوست است، تأکید کنید.

- پماد موضعی ۰/۱ درصدی Tacrolimus برای دوره‌های طولانی مدت خطر آتروفی پوست را ندارد.

● درمان سیستمیک کورتیکواستروئیدها:

○ به طور کلی برای بیمارانی که در مدت کمتر از ۶ ماه ریزش موی شدید دارند یا ریزش موی شدید مقاوم به درمان موضعی دارند، استفاده می‌شود.

○ ممکن است باعث رشد مجدد مو شود اما خطر اثرات جانبی در اثر مصرف درازمدت مصرف آن را محدود می‌کند.

○ بر اساس سن و وزن، در عرض ۴ تا ۶ هفته دوز Taper می‌گردد. دوز شروع دارو ۱-۰/۹ mg/kg/day می‌باشد.

● سایر درمان‌های سیستمیک موجود برای بیمارانی مقاوم شامل تحریک‌کننده‌ها و ایمونوتراپی موضعی است.

کنترل و پیگیری

● لازم است بیمارانی در طی ۲ هفته از شروع آلویسی

- آناژن افلوویوم: ریزش موی منتشر و یا ژنرالیزه مثل آنچه که در روند شیمی‌درمانی بوجود می‌آید.
- تلوزن افلوویوم: ریزش موی منتشر و ژنرالیزه روی سر، ۲ تا ۳ ماه بعد از «تنش فیزیولوژیکی» به بدن.
- تریکوتیلومانی: موهای کوتاه، با اشکال متفاوت در بیمارانی که موهای خود را می‌کشند یا آنها را می‌پیچانند.
- سیفیلیس مرحله دوم: ریزش موی «بید خورده» روی سر و ریش.

درمان

- درمان آلویسی آره آتا اورژانسی نیست.
- درمان موضعی

○ کورتیکواستروئیدهای درون ضایعه‌ای:

- تریامسینولون استوناید با غلظت ۲/۵ تا ۵ میلی‌گرم در سی‌سی برای درمان مناطق کوچک آلویسی استفاده می‌شود.

- تزریق در حاشیه و مرکز ضایعه، به مقدار ۰/۱ cc در هر تزریق.

- نواحی که تست کشش (Pull test) مثبت دارند نیز باید درمان شوند.

○ کورتیکواستروئیدهای موضعی:

- به صورت لوسیون، کرم، محلول، پماد، ژل، کف یا روغن موجود می‌باشند. برای نواحی که کمی مو در آنجا رشد می‌کند، محلول مناسب‌ترین گزینه می‌باشد. برای نواحی که آلویسی کامل دارد پمادها بهترین گزینه هستند.

- باید از کورتیکواستروئید موضعی با قدرت متوسط تا بالا، دو بار در روز تا ۴ هفته روی ناحیه آلویسی استفاده کرد. در این زمان بیمار باید تحت مراقبت پزشک عمومی یا یک متخصص پوست باشد.

1- Prednicarbate 2- Clobetasol propionate
3- Betamethasone dipropionate



شکل ۷-۲: موهای به شکل علامت تعجب در آلوپسی آره‌آتا

دارد که به طور خود به خود ظرف دو هفته بهبود می‌یابند.

- عود مجدد زخم مکن است مرتبط با عوامل تشدیدکننده، مثل قاعدگی، استرس و تروما باشد.

معاینه فیزیکی

- زخم‌های سطحی با علت مشخص دارای قاعده فیبرینی سفید یا خاکستری و یک دیواره اریتماتو روی مخاط پوشاننده حفره دهان در بیماری که به ظاهر سالم است.
- زخم‌ها معمولاً به صورت منفرد و مجزا هستند، اگرچه ممکن است تعداد زیادی از آنها همزمان دیده شوند.

تشخیص

- تشخیص به صورت بالینی است، اما پزشک باید با دقت تشخیص‌های دیگر را نیز بعنوان تشخیص افتراقی در نظر بگیرد.

و یا ۴ هفته پس از شروع درمان حتماً توسط پزشک عمومی و یا متخصص پوست معاینه شوند.

ICD-9 Code

704.01

CPT Code

11900 Intralesional injection ± 7 sites

فصل ۸

آفت مکرر دهان

شرح حال

- بیماران ممکن است ظاهر شدن ناگهانی یک یا بیش از یک زخم دهانی دردناک را گزارش دهند.
- مصرف غذاهای اسیدی یا تند، شدت درد را تشدید می‌کند.
- اغلب سابقه‌ای از زخم‌های دهانی راجعه وجود



شکل ۸-۱: آفت مخاط دهان



شکل ۸-۲: اولسر آفتوس زبانی

علائم عمومی مثل تب و بی حالی دارد.
○ در HSV دهانی عود کننده، ضایعات معمولاً به صورت گروهی رخ می دهند و تقریباً همیشه فقط ورمیلیون لب را درگیر می کنند تا نواحی

تشخیص افتراقی

- تبخال اولیه یا عود کننده:
○ در تبخال نوع اولیه بیمار بدحال بوده و