

اسکن شد

تاریخ:

ایران:

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

۴۲ نوامبر ۱۳۵۹

۱۵۰۳۵۹



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی، درمانی استان مرکزی

دانشکده علوم پزشکی

پایان نامه جهت دریافت درجه دکتری در رشته پزشکی

موضوع:

بررسی بیماریهای درماتوفیتی در بیماران
مراجعه کننده به درمانگاه شماره ۲ دانشگاه
علوم پزشکی اراک از آبان ماه ۱۳۷۶ الی
خرداد ماه ۱۳۷۷

استاد راهنما:

آقای دکتر ذبیح‌اله شاهمرادی

متخصص پوست

نگارش:

یداله صفریان



وزارت علوم، تحقیقات و فناوری

پژوهشگاه علوم و فناوری اطلاعات ایران

مرکز اطلاعات و مدارک علمی ایران

سال تحصیلی ۷۷-۷۶

۲۰ / ۱۰ / ۱۳۷۹

۱۵۰۳۵۹

تقديم به :

ارواح طيبة شهيدان مظلوم انقلاب

و جنگ تحمیلی

تقدیم به :

روح پاک برادرم، شهید محمدرضا
صفریان که با شهادت خود به من
راه و رسم آزادگی آموخت.

تقدیم به :

□ پدرم، شمع هستی‌ام، شکوه زندگی‌ام

□ مادرم، فروغ دیدگانم، امید زندگی‌ام

□ برادرانم، یاوران گام‌هایم، مشوقان راهم

□ خواهرانم، غمخواران دردهایم، محرمان رازهایم

با سپاس بیکران از:

استاد گرامی جناب آقای دکتر ذبیح‌الله شاهمرادی
که تهیه این مجموعه را سراسر به ایشان مدیونم.

فصل اول: مقدمه و کلیات

۲	۱-۱- مقدمه
۲	۱-۲- بیان مسئله
۳	۱-۳- اهداف مطالعه
۴	۱-۴- پوست
۴	۱-۴-۱- ساختمان پوست
۶	۱-۴-۲- ضمایم پوست
۸	۱-۴-۳- ضایعات پوستی و اصطلاحات آن
۹	۱-۴-۴- اصطلاحات رایج بالینی و پاتولوژیک در پوست
۱۰	۱-۵- تعریف
۱۰	۱-۶- تاریخچه
۱۱	۱-۷- شیوع و انتشار درماتوفیت‌ها
۱۳	۱-۸- اپیدمیولوژی درماتوفیت‌ها در جهان
۱۴	۱-۹- منابع عفونت
۱۵	۱-۱۰- پاتوژنز و هیستوپاتولوژی
۱۶	۱-۱۱- تقسیم‌بندی درماتوفیت‌ها
۱۸	۱-۱۲- اشکال بالینی درماتوفیت‌ها
۱۹	۱-۱۲-۱- کچلی پا
۲۱	۱-۱۲-۲- کچلی کشاله‌ران

۲۲	..... کچلی بدن و صورت	۱-۱۲-۳
۲۵	..... کچلی دست	۱-۱۲-۴
۲۵	..... کچلی ناشناخته	۱-۱۲-۵
۲۶	..... کچلی سر	۱-۱۲-۶
۳۰	..... کچلی ریش	۱-۱۲-۷
۳۰	..... کچلی ناخن	۱-۱۲-۸
۳۱	..... تشخیص آزمایشگاهی بیماریهای درماتوفیتی	۱-۱۳
۳۲	..... درمان عفونتهای درماتوفیتی	۱-۱۴

فصل دوم: بررسی پژوهش‌های انجام شده

۳۷ بررسی پژوهش‌های انجام شده
----	---------------------------------

فصل سوم: متدولوژی و روش تحقیق

۴۰	..... نوع مطالعه	۳-۱
۴۰	..... جمعیت مورد مطالعه	۳-۲
۴۰	..... زمان انجام مطالعه	۳-۳
۴۰	..... حجم نمونه	۳-۴
۴۰	..... روش نمونه برداری	۳-۵
۴۰	..... روش جمع‌آوری اطلاعات	۳-۶

فصل چهارم: نتایج آماری و جداول و نمودارها

- ۴-۱- اطلاعات آماری در مورد توزیع بیماریهای درماتوفیتی برحسب اشکال بالینی ۴۴
- ۴-۲- اطلاعات آماری در مورد توزیع جنسی اشکال بالینی بیماریهای درماتوفیتی ۴۴
- ۴-۳- اطلاعات آماری در مورد توزیع اشکال بالینی بیماریهای درماتوفیتی بر حسب محل زندگی ۴۴
- ۴-۴- اطلاعات آماری در مورد توزیع سنی اشکال بالینی بیماریهای درماتوفیتی ۴۵
- ۴-۵- اطلاعات آماری در مورد توزیع شغلی اشکال بالینی بیماریهای درماتوفیتی ۴۵
- ۴-۶- اطلاعات آماری در مورد توزیع درمانهای قبلی ۴۶
- ۴-۷- جداول و نمودارها ۴۷

فصل پنجم: بحث و نتیجه گیری

- ۵-۱- تفسیر نتایج بررسی توزیع بیماریهای درماتوفیتی برحسب اشکال بالینی ۶۰
- ۵-۲- تفسیر نتایج بررسی توزیع جنسی بیماریهای درماتوفیتی ۶۰
- ۵-۳- تفسیر نتایج بررسی توزیع اشکال بالینی بیماریهای درماتوفیتی برحسب محل زندگی ۶۰
- ۵-۴- تفسیر نتایج بررسی توزیع سنی اشکال بالینی بیماریهای درماتوفیتی ۶۱
- ۵-۵- تفسیر نتایج بررسی توزیع شغلی بیماریهای درماتوفیتی ۶۲
- ۵-۶- تفسیر نتایج بررسی توزیع درمانهای قبلی ۶۳

فصل ششم: خلاصه تحقیق

۶۵ ۱-۶- خلاصه فارسی

۶۷ ۲-۶- خلاصه انگلیسی

فصل هفتم: منابع

۷۰ ۱-۷- منابع انگلیسی

۷۱ ۲-۷- منابع فارسی

۷۲ ضمیمه پرسشنامه

- جدول شماره ۱: توزیع بیماریهای درماتوفیتی برحسب اشکال بالینی ۴۷
- جدول شماره ۲: توزیع جنسی اشکال بالینی بیماریهای درماتوفیتی ۴۹
- جدول شماره ۳: توزیع اشکال بالینی بیماریهای درماتوفیتی برحسب محل زندگی .. ۵۱
- جدول شماره ۴: توزیع سنی اشکال بالینی بیماریهای درماتوفیتی ۵۳
- جدول شماره ۵: توزیع شغلی اشکال بالینی بیماریهای درماتوفیتی ۵۵
- جدول شماره ۶: توزیع درمانهای قبلی، پاسخ به درمان، گسترش ضایعه متعاقب درمان و واکنش آلرژیک به درمان ۵۷
- نمودار شماره ۱: توزیع بیماریهای درماتوفیتی برحسب اشکال بالینی ۴۸
- نمودار شماره ۲: توزیع جنسی اشکال بالینی بیماریهای درماتوفیتی ۵۰
- نمودار شماره ۳: توزیع اشکال بالینی بیماریهای درماتوفیتی برحسب محل زندگی .. ۵۲
- نمودار شماره ۴: توزیع سنی اشکال بالینی بیماریهای درماتوفیتی ۵۴
- نمودار شماره ۵: توزیع شغلی اشکال بالینی بیماریهای درماتوفیتی ۵۶
- نمودار شماره ۶: توزیع درمانهای قبلی، پاسخ به درمان، گسترش ضایعه متعاقب درمان و واکنش آلرژیک به درمان ۵۸

فصل اول

مقدمه و کلیات

۱-۱- مقدمه

بیماریهای پوست از جمله بیماریهایی هستند که برای انسان همواره آزار دهنده بوده و حتی گاهی ممکن است خطرآفرین باشند. از جمله بیماریهای پوست، عفونتهای قارچی سطحی پوست می‌باشند که تحت عنوان بیماریهای درماتوفیتی نامیده می‌شوند. درماتوفیت‌ها شامل گروهی از قارچ‌ها هستند که در اکثر مواقع فقط توانایی درگیری کراتین مرده را دارند که لایه فوقانی پوست، مو و ناخن است. درماتوفیت‌ها توانایی زندگی بر روی لایه‌های مخاطی مانند دهان را ندارند چون در آنجا لایه کراتین نمی‌تواند تشکیل شود. درماتوفیت‌ها بندرت مهاجم عمقی و احشایی دارند که این مورد در مصرف داروهای کاهنده ایمنی دیده می‌شود.

درماتوفیت‌ها مسئول اکثریت عفونت‌های قارچی پوست، مو و ناخن هستند. ضایعات گوناگون از نظر ظاهری شبیه بیماریهای دیگر هستند بنابراین تأیید آزمایشگاهی تشخیص آن را کامل می‌کند. واضح است که استعداد ژنتیکی ممکن است بیمار را برای عفونت درماتوفیتی آماده کند.

۱-۲- بیان مسئله

بیماریهای درماتوفیتی بطور شایعی در مراجعین به درمانگاهها دیده می‌شوند. در عفونتهای قارچی سطحی پوست که تحت عنوان بیماریهای درماتوفیتی نامیده می‌شوند شکل

بالینی بیماران مبتلا از لحاظ محل درگیری به چند شکل مختلف است از جمله: کچلی دست، کچلی تنه، کچلی کشاله ران، کچلی ناخن، کچلی پا، کچلی ریش، کچلی صورت و کچلی سر که مورد اخیر شایعترین علت ریزش موی منطقه‌ای در کودکان می‌باشد. اطلاع از میزان توزیع این بیماریها باعث خواهد شد که مراکز بهداشتی درمانی بیشتر به فکر این مسئله بوده و پزشکان این تشخیص را همواره مد نظر داشته باشند. چون بسیاری از این بیماران به پزشکان عمومی یا سایر متخصصان بجز پوست مراجعه می‌کنند چنانچه این پزشکان از اطلاعات کافی برخوردار نباشند و میزان اهمیت آن برایشان معلوم نباشد ممکن است در اثر سهل‌انگاری و عدم دقت کافی بیماران را تحت درمانهای غلط و بی‌نتیجه قرار دهند که این امر باعث می‌شود نه تنها بیمار بهبود نیابد بلکه دچار عوارض ناخوشایند نیز بشود. برای مثال اگر برای یک بیمار درماتوفیتی اشتباهاً تشخیص اگرما گذاشته شود و برای درمان آن کورتن تجویز شود باعث تشدید و گسترش بیماری می‌شود. اطلاعات بررسی شده در این پایان‌نامه باعث می‌شود که پزشک در مواردی که لازم است دقت بیشتری بعمل آورد. مثلاً چنانچه یک بیمار روستایی که در سنین کودکی مراجعه کرده و گرفتاری در ناحیه پوست سر دارد با توجه به اینکه کچلی سر در کودکان شایع‌تر است، پزشک باید این تشخیص را در نظر داشته باشد.

۳-۱- اهداف مطالعه

هدف اصلی:

هدف اصلی از این مطالعه بررسی میزان توزیع بیماریهای درماتوفیتی در قسمت‌های مختلف بدن یا به عبارتی شکل بالینی این بیماریها است.

اهداف فرعی:

اول: بررسی میزان توزیع بیماریهای درماتوفیتی در گروههای گوناگون جامعه است. بدین

معنی که آیا این بیماریها در سن یا جنس خاصی بیشتر دیده می شود و آیا شغل و محل زندگی یعنی شهری یا روستایی بودن تأثیری در بروز بیماری دارد؟

دوم: بررسی میزان توزیع جداگانه هر یک از اشکال بالینی بیماریهای درماتوفیتی در گروههای گوناگون جامعه است.

سوم: بررسی میزان اشتباهات تشخیصی درمانی در مراجعه قبلی این بیماران به پزشک که منجر به مراجعه مجدد آنها شده است.

۴-۱- پوست

پوست که سطح خارجی بدن را می پوشاند سنگین ترین عضو منفرد بدن است و حدود ۱۶ درصد وزن بدن را تشکیل می دهد.

پوست در نژادهای مختلف رنگش متفاوت است و در یک فرد انسان هم از نظر مو و ضخامت متغیر می باشد. (۱۰ و ۳ و ۶)

۴-۱-۱- ساختمان پوست:

از خارج به داخل شامل سه طبقه روپوست، میان پوست و زیرپوست می باشد. (۱۰ و ۳ و ۶)

الف) روپوست (Epidermis):

خارجی ترین لایه پوست است و عبارتست از یک اپی تلیوم سنگفرشی مطبق شاخی شده که پوشش رطوبت ناپذیری برای بدن ایجاد می کند. در زیر اپی تلیوم نامبرده غشاء پایه چین داری وجود دارد و سلولهایی که بر روی این غشاء ملاحظه می شوند از عمق به سطح شامل طبقات زیر می باشند:

- ۱- طبقه پایه‌ای (*Stratum Basal*): یک ردیف سلول منشوری با حدود نامشخص و هسته دوکی واضح که عمود بر قاعده می‌باشد.
- ذرات رنگدانه ملانین در این طبقه دیده می‌شود که حاصل تراوش ملانوسیت‌ها می‌باشند.
- ۲- طبقه خاردار (*Stratum Spinosum*): طبقه‌ای است به ضخامت تعدادی سلول چند سطحی که از هم فاصله دارند. در حد فاصل بین سلولها زوائد سیتوپلاسمی آنها بوسیله دسموزوم به یکدیگر متصل شده است.
- ۳- طبقه دانه‌دار (*Stratum granulosum*): دو تا چهار لایه سلول لوزی شکل موازی با سطح بر روی هم قرار گرفته است و سیتوپلاسم آنها محتوی دانه‌های بنفش کراتوهیالین می‌باشد.
- ۴- طبقه شفاف (*Stratum lucidum*): لایه نازکی مرکب از سیتوپلاسم سلولهای مرده محتوی الئیدین به رنگ قرمز شفاف دیده می‌شود که هسته ندارند.
- ۵- طبقه شاخی (*Stratum corneum*): خارجی‌ترین لایه اپیدرم است. سلولهای طبقه قبلی تدریجاً بطرف سطح آمده به یکدیگر متصل می‌شوند و در سیتوپلاسم آنها الئیدین مبدل به ماده شاخی (*Keratin*) شده است. (۱۰ و ۶ و ۳)

ب) میان پوست (*Dermis*):

بافت همبندی است که بلافاصله در زیر غشاء پایه اپیدرم قرار گرفته است و خود شامل دو قسمت می‌باشد:

- ۱- طبقه پاپیلر (*Papillary layer*): مرکب از بافت همبندی است محتوی رگهای فراوان که در زیر غشاء پایه اپیدرم بصورت انگشتان دست برجستگی داشته و بنام پاپیلا یا ستیغ موسوم است.
- ۲- طبقه درهم (*Reticular layer*): بافت همبند متراکمی است با رشته‌های متقاطع و درهم که

بلافاصله در زیر طبقه پاپیلر قرار گرفته است. ضمام پوستی یعنی غدد چربی، غدد عرق، مو و عضله راست کننده مو در این طبقه دیده می شوند. (۱۰ و ۶ و ۳)

ج) زیر پوست (Hypodermis):

عبارت از بافت همبندی چربی است که رگها از آن گذشته به درم وارد می شوند. بافت چربی در این منطقه زیاد است بدین جهت پوست براحتی می تواند بر روی بافت های زیرین خود لغزش داشته باشد. (۱۰ و ۶ و ۳)

۲-۴-۱- ضمام پوست:

الف) مو:

در پوست بیشتر نقاط بدن طبقه زاینده از اپیدرم به عمق درم فرو رفته غده عرق، غده چربی و فولیکول مو را تشکیل می دهد. از تزايد سلولهای زاینده پاپیلا که در سطح قرار دارند مو بوجود می آید. بتدریج که این سلولهای زاینده تزايد حاصل می کنند، سلولهای بالایی شاخی شده قشر (Cortex) مو را ایجاد می نمایند.

رنگ مو به خاطر وجود یا عدم وجود ملانین در سلولهای طبقه قشری است. سلولهایی که سطح قشر را می پوشانند پوسته مو را تشکیل داده و حاوی کراتین سخت می باشند. سلولهایی که در قسمت مرکز مو قرار دارند مغز مو (Medulla) را تشکیل می دهند که معمولاً کراتین نرم دارند. فولیکول مو مرکب از دو پرده است. پرده خارجی بافت همبندی است و پرده داخلی مشابه سلولهای اپیدرم است که به عمق فرو رفته و سلولهای سطحی آن طبقه مجاور مو را تشکیل می دهد. (۱۰ و ۶ و ۳)

ب) ناخن:

ناخن از تغییر شکل اپیدرم حاصل می شود بطوریکه سلولهای اپیدرم بسرعت تقسیم شده

بصورت شیاری به عمق درم فرو می‌روند. بستر ناخن که در زیر آن است اپیدرم نازکی است که فاقد طبقه شفاف و شاخی می‌باشد. جسم ناخن در لبه آزاد مرکب از چند لایه سلول پهن شفاف محتوی کراتین سخت می‌باشد. لبه متصل ناخن ریشه ناخن نام دارد که از پوست بوسیله ناودان ناخنی کمی فاصله دارد. در عقب ناخن قوس سفید رنگی بنام ماهک (*Lunula*) دیده می‌شود.

(۱۰ و ۳ و ۶)

ج) غدد سبابه (*Sebaceous Glands*):

این غدد بجز در کف دست و پا، در پوست سایر مناطق بدن وجود داشته و در ناحیه درم مجاور قسمت سطحی مو (تنگه) قرار داشته و مجرای ترشحات آن به داخل منفذ مو باز می‌شود. این غدد مسئول ترشح یک ماده چرب موسوم به سیوم بوده و حاوی اسیدهای چرب آزاد، کلسترول‌های استریفیه شده، استرول فسفولیپید و استرهای مومی و برخی مواد دیگر است.

(۱۱ و ۱۰ و ۳ و ۶)

د) غدد عرق (*Eccrine Glands*):

این غدد بجز در نواحی ورمیلون لب‌ها، گلنس پنیس و سطح داخل پره‌پوس، در پوست سایر مناطق بدن (در ناحیه رتیکولر درم) وجود داشته و از طریق مجاری مارپیچی به سطح پوست ارتباط یافته و ترشحات خود را که یک مایع هیپوتونیک حاوی کلر، پتاسیم، اوره و بیکربنات است به سطح پوست تخلیه می‌کنند. این غدد در تنظیم درجه حرارت بدن نقش بسیار مهمی دارند.

(۱۱ و ۱۰ و ۳ و ۶)

ه) غدد آپوکرین (*Apocrine Glands*):

این غدد در زیر بغل و ناحیه آنورثیتال وجود داشته و همانند غدد سبابه ترشحات خود را به ناحیه اینفندیبولوم مو می‌ریزند. عمل این غدد بخوبی شناخته نشده است. ترشحات آنها توسط باکتریهای ساکن در پوست تخمیر و تجزیه شده و تولید بوی خاصی می‌کند. (۱۱ و ۱۰ و ۳ و ۶)

۳-۴-۱ - ضایعات پوستی و اصطلاحات:

ضایعات اولیه (*Primary Lesions*):

ماکول (*Macule*): نقاط کوچک تغییر رنگ یافته پوست با اندازه‌های مختلف (ولی کمتر از ۱-۱/۵ سانتیمتر) بدون برآمدگی و فرورفتگی و غیرقابل لمس را گویند.

لکه (*Patch*): همان ماکول با ابعاد بزرگتر از ۱-۱/۵ سانتیمتر را گویند.

پاپول (*Papule*): ضایعه نسبتاً سفت و قابل لمس با یا بدون برجستگی و کوچکتر از ۱-۰/۵ سانتیمتر را گویند.

پلاک (*Plaque*): پاپول مسطح بزرگتر از ۰/۵ تا ۱ سانتیمتر محدود به اپیدرم و درم را گویند.

ندول (*Nodule*): به پاپول بزرگتر از ۱-۰/۵ سانتیمتر در هر سه بعد عرض، طول و عمق گفته می‌شود.

تومور (*Tumor*): ندول بزرگتر از ۲ سانتیمتر را گویند.

کهیر (*Wheal*): یک ضایعه برآمده و گذرا در اثر ادم موضعی را گویند.

وزیکول (*Vesicle*): یک ضایعه برآمده با حاشیه مشخص و حاوی مایع سرروز با قطر کوچکتر از ۰/۵ سانتیمتر می‌باشد.

تاول (*Bulla* یا *Blister*): وزیکول بزرگتر از ۰/۵ سانتیمتر را گویند.

پوستول (*Pustule*): یک ضایعه سطحی، برآمده و حاوی چرک را گویند. (۱۱)

ضایعات ثانویه (*Secondary Lesions*):

پوسته (*Scale*): افزایش سلولهای مرده اپیدرم (لایه شاخی) است.

دلمه یا کبره (*Crust*): تجمع سیرم، خون یا چرک خشک شده و بقایای سلولی روی ضایعه

را گویند.

خراش یا زخم سطحی (*Erosion*): تخریب و از بین رفتن قسمتی و یا تمام اپیدرم بوده اما به محل اتصال درم و اپیدرم نمی‌رسد و در نتیجه اسکار برجانه نمی‌گذارد.

زخم (*Ulcer*): تخریب و از بین رفتن موضعی اپیدرم و درم را گویند.

آتروفی (*Atrophy*): نازک شدن اپیدرم و یا درم را گویند.

جوشگاه (*Scar*): به محل و اثر باقیمانده از ترمیم ضایعات درم در اثر تجمع بیش از حد بافت همبند گفته می‌شود. (۱۱)

۴-۴-۱ - اصطلاحات رایج بالینی و پاتولوژیک در پوست

خراشیدگی (*Excoriation*): مناطق (یا آروزیون‌های) کبره بسته یا توخالی خطی شکل که در اثر خارانندن بوجود می‌آید.

کومدون (*Comedone*): توده‌ای متشکل از سبسه و بقایای کراتینوسیت‌ها در منفذ رویش موها که در صورت سیاه بودن، کومدون سر سیاه و در صورت سفید بودن کومدون سر سفید یا بسته اطلاق می‌شود.

میلیا (*Milia*): کیست کراتینی کوچک و بدون منفذ می‌باشد.

چرمی شدن (*Lichenification*): ضخیم شدن اپیدرم (آکانتوز) و درم که منجر به تشدید و بارزتر شدن خطوط طبیعی پوست می‌شود و در اثر خارانندن یا مالش طولانی مدت و یا اختلالات کراتینیزاسیون ایجاد می‌شود.

پتشی (*Petechia*): خونریزیهای زیرجلدی کوچکتر از ۰/۵ سانتیمتر را گویند.

پورپورا (*Purpura*): خونریزیهای زیرجلدی بزرگتر از ۰/۵ سانتیمتر را گویند.

کبود شدن یا اکیموز (*Echymosis*): خونریزیهای زیرجلدی بزرگتر از ۲ سانتیمتر را گویند.

آکانتوز (*Acanthosis*): ضخیم شدن اپیدرم در اثر افزایش تعداد سلولهای لایه خاردار نظیر آگزمای مزمن را گویند.