



معرفی دوره آموزش بالینی پوست ویژه دانشجویان اکسترن

پیوستن شما را به برنامه اکسترنی تبریک و خیر مقدم عرض می نمائیم

تهیه و تنظیم: دفتر توسعه آموزش دانشکده پزشکی

و با همکاری: آقای دکتر علی اصیلیان

خانم دکتر فرمناز فاطمی

خانم دکتر گیتا فقیهی

آقای دکتر ذبیح ا... شاهمرادی

آقای دکتر امیر مسین سیادت

آقای دکتر فضل ا... شریعتی

خانم دکتر شهلا انشائیه

خانم دکتر فریبا ایرجی

شماره تلفن تماس:

دفتر EDO: ۷۹۲۲۵۱۴۴

اینک که شما در شرف آغاز این دوره می باشید متما سوال های زیادی در ذهن شما شکل گرفته است که به دنبال پاسخ آنها هستید. ما با ارائه این راهنما سعی خواهیم کرد که نکات مهم این برنامه را برای شما تا مدودی روشن کنیم.

در ادامه تغییرات دوره مقدمات پزشکی بالینی، در دانشکده پزشکی اصفهان و به منظور ارتقاء سطح توانمندی و نگرش دانشجویان دوره بالینی مورد بازنگری قرار گرفت و با هدف آماده سازی دانشجویان برای ورود به دوره کارورزی دوره کارآموزی بالینی به دو دوره دانشجویی (کارآموزی مقدماتی) و اکسترنی (کارآموزی پیشرفته) تقسیم شد. دوره دانشجویی به طور عمده شامل چرخش های اصلی (داخلی، جراحی، زنان و اطفال) بوده و نحوه ارائه آن شبیه دوره کارآموزی سابق بوده و تغییرات اندکی در آن اعمال شده است. دوره اکسترنی شامل یک دوره ۱۲ ماهه می باشد که در آن فراگیران با شرح وظایف مشخص آمادگی ورود به دوره کارورزی (اینترنی) را بدست می آورند. تعاریف زیر در آئین نامه مراحل بالینی دوره پزشکی عمومی مورد استفاده می باشد:

مرحله دانشجویی (کارآموزی مقدماتی):

فراگیر در این مرحله اجزاء اصلی یک محیط بالینی را می شناسد و از تجربه محض برای شناسایی جنبه های مختلف محیط بالینی استفاده می کند ولی در این شرایط نمی تواند اولویت ها را بشناسد و فقط الگو های عملکرد بالینی را نظاره گر است و می تواند وظایف خاصی را که به او محول شده بدون اطلاع از میزان اهمیت به انجام برساند و تمام هم و غم خود را برای بخاطر سپردن قوانین آموزش داده شده بکار می بندد. این مرحله ۱۰ ماه بطول انجامیده و مشتمل بر چرخش های اصلی (داخلی، جراحی، زنان و اطفال) می باشد.

مرحله اکسترنی (کارآموزی پیشرفته):

فراگیر در این سطح احساس راحتی بیشتری می کند و طرح آگاهانه و سنجیده ای را در برخورد با بیمار می ریزد که براساس کفایت و سازماندهی می باشد. فراگیر در این مرحله، سرعت عمل و قابلیت انعطاف کارورز را ندارد ولی بر کار خود تسلط داشته و چند کار مرتبط با هم را می تواند مدیریت کند. در این مرحله فراگیر تحت نظارت مستقیم پزشک معالج یا دستیار مسئول بیمار به اقدامات مراقبتی بیمار می پردازد.

مرحله اینترنی (کارورزی):

فراگیر در این مرحله بجای در نظر گرفتن جزء جزء یک موقعیت آنرا را بطور کلی در نظر دارد و عواقب دراز مدت آنرا مد نظر دارد. فرد ماهر از تجربیات خود در یک موقعیت خاص فرامی گیرد که چگونه باید طرح ریزی های قبلی در مواجهه با این موقعیت تعدیل شود. فرد ماهر نسبت به ارزیابی های خود در مواجهه با بیمار اطمینان دارد و می داند چه اقدامات لازمی را توصیه کند. در این سطح فراگیر تحت نظارت غیر مستقیم پزشک معالج یا رزیدنت به مراقبت از بیمار می پردازند.

طول مراحل کارآموزی بالینی (استیودنتی و اکسترنی) ۲۲ ماه می باشد و این مرحله شامل ۱۰ ماه استیودنتی و ۱۲ ماه اکسترنی می باشد. از دروس دوره اکسترنی، درس کارآموزی بخش پوست است که به شکل زیر ارائه می شود:

نام درس یا بخش	تعداد واحد	زمان
کارآموزی بخش پوست	۳/۵ واحد	۱ ماه

گروه آموزشی:

گروه آموزشی پوست

اعضای کمیته علمی:

آقای دکتر علی اصیلیان - استاد
آقای دکتر فضل ا... شریعتی - استادیار
خانم دکتر فریبا ایرجی - استاد
خانم دکتر شهلا انشائیه - استاد
خانم دکتر فرحناز فاطمی - دانشیار
خانم دکتر گیتا فقیهی - دانشیار
آقای دکتر ذبیح ا... شاهمرادی - استادیار
آقای دکتر امیر حسین سیادت - استادیار

نام مسئول اکسترنی:

خانم دکتر فرحناز فاطمی

آدرس دفتر:

بیمارستان الزهرا

تلفن و روزهای تماس:

بیمارستان الزهرا - داخلی ۱۵۶۳

هدف اصلی دوره:

در طی این ماه هدف ما این نیست که به شما بیاموزیم تا متخصص بیماریهای پوست شوید، حتی این هدف را تعقیب نمی کنیم تا شما هر آنچه در مورد بیماریهای پوست نیاز دارید تا به عنوان پزشک عمومی انجام وظیفه کنید، را به شما بیاموزیم بلکه هدف اصلی آن است که به شما مهارت ها و توانمندیهای لازم برای یک **یادگیری مادام العمر**^۱ را بیاموزیم.

¹ Self long learner

پیامدهای مورد انتظار از بفتش:

در میله دانش:

کارآموز باید دانش کافی در مورد اپیدمیولوژی، سبب شناسی، بیماری‌زایی، آسیب شناسی، تظاهرات بالینی، تاثیر عوامل بالقوه فیزیکی و روحی بر بیمار و موارد ارجاع در زمینه بیماری‌های شایع بومی مناطق مختلف کشور را دارا باشد.

در میله مهارت:

- ۱- کارآموز بخش پوست در پایان دوره آموزشی خود باید قادر باشد پس از اخذ شرح حال و معاینه دقیق بالینی، ضایعات پوستی را توصیف نماید و تشخیص‌های افتراقی مناسب را مطرح نماید.
- ۲- کارآموز باید بتواند با توجه به شکایات و نشانه‌های اصلی بیماری و بهره‌گیری از یافته‌های آزمایشگاهی رویکرد تشخیصی مناسب را ارائه نماید.
- ۳- کارآموز باید نحوه برخورد، تظاهرات شایع و اصول درمان بیماری‌های شایع پوستی را شرح دهد.
- ۴- کارآموز باید بتواند موارد اورژانس و ارجاع موارد خاص بیماری‌های پوستی را تشخیص دهد.

در میله نگرش:

- به منظور ارائه بهترین مراقبت‌های پزشکی، کارآموز پوست باید در پایان دوره بتواند ارتباطی مناسب، موثر و مشارکت جویانه با بیمار، خانواده و همراهان وی، سایر پزشکان و دست‌اندرکاران حرف پزشکی برقرار کند. ارتباط کارآموز با بیمار باید با رغبت، دلسوزانه، با احساس همدردی و روش مشارکت جویانه باشد تا بتواند اعتماد بیمار را جلب کند. بدین منظور:
- الف- کارآموز باید با دقت و حوصله و صرف وقت به صحبت‌های بیمار و همراهان وی گوش فرا داده و از این طریق علاوه بر ایجاد یک رابطه عاطفی انسانی با آنها، شرح حال و اطلاعات کشف شده مورد نیاز در جهت تشخیص و درمان بیمار را ثبت و تجزیه و تحلیل نماید. متقابلاً اطلاعات لازم را در مورد وضعیت بیمار، خطرات احتمالی روش‌های مختلف و دستورات پیشگیری لازم را به بیمار و همراهان وی بدهد.
- ب- کارآموز باید در نحوه برقراری ارتباط با بیمار و همراهان وی، تاثیر عواملی نظیر سن و جنس، میزان تحصیلات، زمینه‌های مذهبی- فرهنگی و اجتماعی - اقتصادی وی را مد نظر قرار داده و موقعیت بیمار را باتوجه به عوامل فوق درک نماید.
- ج- آشنائی با برقراری تعامل با سایر همکاران در حیطه پزشکی (اعم از پزشکان، پرستاران و غیر پزشکان)
- د- اهمیت پژوهش‌ها در زمینه بیماری‌های پوست را بداند، و روند برنامه ریزی برای یک کار تحقیقاتی، مراحل اجرایی آن و نحوه تجزیه و تحلیل نتایج به دست آمده را فرا گیرد، و به نوبه خود در پژوهش‌های بالینی و یا پایه شرکت نماید.

عناوینی که باید آموزش داده شود و فراگرفته شود تا پیامدهای فوق الذکر حاصل شوند:

ردیف	عنوان محتوا
۱	نشانه شناسی بیماریهای پوست، نحوه برخورد با تظاهرات بالینی موارد شایع پوستی
۲	مقدمه ای بر آناتومی و هیستوپاتولوژی پوست
۳	نحوه برخورد با بیماران مبتلا به درماتیت ها(شامل آتوپیک، سبوره ایک، تماسی، سکه ای، فوتودرماتیت، درماتیت کهنه شیر خوار
۴	نحوه برخورد با بیماریهای قارچی سطحی پوست (شامل درماتوفیتوز، کاندیدیازیس، پیتیریازیس ورسیکالر)
۵	نحوه برخورد با بیماریهای باکتریال پوست (شامل زردخیم، سلولیت، فولیکولیت، کورک، کفگیرک و اریترسما)
۶	نحوه برخورد با بیماریهای ویروسی پوست(شامل تب خال، زونا، آبله مرغان، زگیل، مولوسکوم کونتاژ یوزوم)
۷	نحوه برخورد با ریزش مو: فیزیولوژی رشد مو- اتیولوژی و انواع ریزش مو(ریزش موی منطقه ای، آندروژنیک، سیکاتریسیل) و موارد ارجاع
۸	نحوه برخورد با بیماریهای انگلی پوست(شامل گال- شپش-سالک)
۹	نحوه برخورد و ارجاع بیماریهای مایکوباکتریال پوستی(سل پوستی- جذام)
۱۰	نحوه برخورد با بیماریهای مقاربتی سیفلیس و ایدز
۱۱	نحوه برخورد با بیماریهای ایمنوبولوز پوستی و موارد ارجاع(پمفیگوس، بولوز پمفیگوئید و درماتیت هرپتیفرم)
۱۲	نحوه برخورد با بیماریهای اریتماتواسکواموی پوستی و موارد ارجاع(شامل پسوریازیس، لیکن پلان و پتیریازیس روزه آ)
۱۳	نحوه برخورد با اورژانس های پوستی و موارد ارجاع(کهیر-آنژیوادم- اریترودرمی و سندرم استیونس جانسون)
۱۴	نحوه برخورد با تومورهای پوستی و موارد ارجاع(Squamous cell carcinoma,Basal cell carcinoma,Malignant melanoma)
۱۵	نحوه برخورد با آکنه ولگاریس و موارد ارجاع
۱۶	نحوه برخورد با بیماری برص و موارد ارجاع
۱۷	نحوه برخورد با بیمار مبتلا به خارش ژنرالیزه
۱۸	بهداشت و پیشگیری از بیماریهای پوستی

جدول زمان بندی دوره:

برنامه کشیک:

منابع مطالعاتی:

Skin Disease Diagnosis and Treatment/Thomas P Habif MD/ 5 edition 2010

Andrews Disease of the skin(Clinical Dermatology) 10 edition/2006

آخرین چاپ کتاب درسنامه جامع پوست ایران تالیف گروه هیئت بود

منابع برای مطالعه بیشتر

Dermatology ,Bologna L.J, Jorizzo L.J, Rapini P.R. Mosby; 1 edition

Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine(2 Volumes), Wolff K

Goldsmith L, Katz S, Gilchrest B, Paller A, David Leffell (Author), McGraw-Hill; 7th edition:

October 17, 2007

Rook's Textbook of Dermatology

T: wiley-Blackwell; 8 edition (April 2010) Burns S, Breathnach N, Cox

نمونه ارزشیابی:

شرح وظایف اکسترنها:

اخذ شرح حال^۲ و انجام معاینه بالینی، تفسیر و پیگیری نتایج آزمایشات و بررسیهای پاراکلینیک، ارزیابی و بیان برنامه تشخیصی درمانی از کلیه بیماران بستری مربوط به خود در اوقات عادی و کشیک ویزیت روزانه بیماران بستری مربوط در بخش حتی الامکان به همراه کارورز قبل از ویزیت دستیار پزشک معالج و اطلاع از کلیات برنامه درمان نوشتن سیر بیماری و نوشتن یادداشتهای مخصوص آغاز و پایان هر دوره (on and off service note) پیگیری دریافت جواب آزمایشات و به شکل غیر حضوری مگر در موارد اورژانس و بررسی آخرین گزارشهای پاراکلینیکی بیمار نوشتن برگه های درخواست تصویربرداری از جمله CT scan, MRI, رادیوگرافی و سونوگرافی، آندوسکوپی، آنژیوگرافی حضور بر بالین بیمارانی که احیاء میشوند و انجام CPR تحت نظارت کارورز، دستیار یا پزشک معالج کنترل علائم حیاتی و مراقبت از بیماران پس از انجام اقدامات تشخیصی تهاجمی مانند بیوپسی کبد و کلیه بنا به نظر پزشک معالج یا دستیار مربوطه نوشتن آخرین دستورات روز قبل (order & reorder) همراهی بیمار پس از آموزش های لازم (بهمراهی اینترن) در صورت لزوم به صلاحدید استاد و رزیدنت

کلیه دستورات اکسترن با مهر و امضای اتند یا دستیار مربوطه قابل اجرا میباشد.

قوانین و مقررات بخش:

- ۱- حفظ و رعایت شئونات و اخلاق پزشکی در کلیه ساعات حضور در بیمارستان
- ۲- رعایت مقررات داخلی گروه یا بخش، بیمارستان، دانشکده و دانشگاه
- ۳- حضور در بخش از ساعت ۷/۵
- ۴- حضور در بخش با روپوش سفید تمیز و مرتب و با ظاهری آراسته در حد شئونات پزشکی
- ۵- نصب اتیکت در جائیکه کاملاً نام و رده تحصیلی فرد مشخص باشد
- ۶- حضور فعال در کلاسهای تئوری، جلسات گزارش صبحگاهی، ژورنال کلوب، گراند راند و درمانگاههای آموزشی
- ۷- ارائه کنفرانسهای علمی در صورت لزوم طبق برنامه تنظیمی توسط مسئول آموزش بخش یا دستیار ارشد
- ۸- قوانین حضور و غیاب به شرح زیر می باشد (برگرفته از آئین نامه دوره بالینی مصوب شورای آموزشی دانشگاه مورخ ۸۷/۸/۹)

^۲ گرفتن شرح حال و معاینه فیزیکی:

برای آموزش شرح حال و معاینه فیزیکی ابتدا توصیه می شود بخش های مربوطه از کتاب معاینه فیزیکی باربارا بیتز مطالعه شود و سپس با حضور بر بالین بیمار اقدام به اخذ شرح حال نمائید. بهتر است دفعات اول مراحل شرح حال را روی کاغذ کوچکی به همراه داشته باشید تا در صورت لزوم بتوانید به آن مراجعه نموده روش خود را تصحیح کنید. برای اخذ شرح حال قبلاً توصیه می شد شرح حال کامل طولانی اخذ شود تا کم کم بعد از مدتی یاد بگیرید چگونه باید شرح حال گرفت. در حالیکه توصیه های اخیر بر این اصل تاکید کرده که فراگیران تازه کار (Novice) نیز می توانند استدلال بالینی نمایند و از همان ابتدا باید هدفمند شرح حال بگیرند. به این معنی که حول و حوش شکایت اصلی بیمار و دیگر مشکلات وی به جمع آوری اطلاعات پرداخته و از همان ابتدا مسائل و مشکلات بیمار را به هم مرتبط سازند. در مواردی که خلا دانشی (knowledge gap) وجود دارد فراگیر باید به مراجعه به فرانس های موجود خلا مربوطه را رفع نماید تا بهتر بتواند یافته های بیمار را به هم مربوط ساخته نتیجه گیری کند.

ماده (۱۹) (ماده ۲۳ آئین نامه دوره دکترای عمومی مصوب شورای عالی برنامه ریزی): حضور دانشجو در تمامی جلسات مربوط به هر درس و دوره های کارآموزی و کارورزی الزامی است و عدم حضور دانشجو در هر یک از جلسات، غیبت محسوب می شود.

ماده (۲۰) (ماده ۲۴ آئین نامه دوره دکترای عمومی مصوب شورای عالی برنامه ریزی): ساعات غیبت دانشجو در هر درس نظری از ۴/۱۷، عملی و آزمایشگاهی از ۲/۱۷، کارآموزی و کارورزی از ۱/۱۰ مجموع ساعات آن بخش نباید تجاوز کند، در غیر اینصورت نمره دانشجو در آن درس یا بخش صفر محسوب می شود. تبصره ۱: غیبت تا سقف مشخص شده در ماده ۲۰، در صورتی مجاز خواهد بود که با ارائه مدارک مستند و تشخیص استاد موجه شناخته شود. نحوه برخورد با غیبت دانشجو (موجه یا غیر موجه) بر عهده استاد و با تایید دانشکده خواهد بود.

تبصره ۲: در صورتی که غیبت دانشجو در هر درس یا بخش، بیش از میزان تعیین شده در ماده ۲۰ باشد ولی غیبت او با تشخیص شورای آموزشی دانشگاه موجه تشخیص داده شود، آن درس حذف میگردد. در این حال رعایت حداقل ۱۲ واحد در هر نیمسال الزامی نیست، ولی نیمسال مذکور به عنوان یک نیمسال کامل جزو سنوات تحصیلی دانشجو محسوب می شود.

ماده (۲۱) (ماده ۲۵ آئین نامه دوره دکترای عمومی مصوب شورای عالی برنامه ریزی): غیبت غیر موجه در امتحان هر درس یا بخش به منزله گرفتن نمره صفر در آن درس یا بخش و غیبت موجه در امتحان هر درس یا بخش باعث حذف آن درس یا بخش می گردد. تشخیص موجه بودن غیبت در جلسه امتحان بر عهده شورای آموزشی دانشگاه است.

ماده (۲۳) در مورد نحوه برخورد با غیبت دانشجو در چرخشها و کارآموزی دوره های استیودنتی و اکسترنی و اینترنی تا سقف مشخص شده در ماده ۲۰ در صورتی که مجاز شناخته نشود به شرح ذیل اقدام میگردد:
الف - به ازاء هر یک روز غیبت غیر موجه تا سقف سه روز در ماه ۱ نمره برای هر یک روز غیبت دانشجو در کارآموزی مراحل استیودنتی و اکسترنی و کارورزی از نمره نهائی کسر می شود.
ب- به ازاء هر جلسه غیبت غیر موجه دانشجو در کلاسهای درس تئوری و واحدهای نظری بالینی براساس نظر گروه و با توجه به تعداد ساعات درس از نمره نهایی درس نظری کسر میشود.
تبصره ۱: بدیهی است در موارد (الف و ب) در صورتی که کسر نمره به علت غیبت غیر موجه باعث شود که نمره نهایی به کمتر از ۱۲ برسد دانشجو در آن بخش مردود خواهد شد.
تبصره ۲: محاسبه و کسر نمره به دلیل غیبت غیر موجه در موارد فوق صرفاً تا سقف ۱/۱۰ کارآموزی هر بخش و ۴/۱۷ دروس نظری امکان پذیر می باشد و غیبت دانشجو بیشتر از سقف مذکور به هر دلیل که باشد بایستی غایب گزارش شود و براساس مقررات با آن رفتار خواهد شد.

تبصره ۳: تشخیص موجه بودن غیبت دانشجو در موارد فوق مطابق تبصره (۱) ماده ۲۰ می باشد.

۹ - در کلاسهای تئوری تنها یک جلسه غیبت مجاز میباشد و از جلسه دوم به بعد به ازاء هر جلسه ۰/۵ نمره از نمره کتبی کسر خواهد شد.

۱۰- در صورت غیبت در کارآموزی بخش، درمانگاه و کشیک، اورژانس از ۵۰٪ نمره کارآموزی نهایی Sumative به ازاء هر غیبت یک نمره از ۲۰ کسر خواهد شد.

۱۱- جایجایی کشیک ها با هماهنگی مسئول اکسترنی باید انجام شود و چنانچه بدون هماهنگی اقدام به جایجایی کشیک شود کل دوره برای آن کارآموز تجدید خواهد شد.

معرفی پرسنل درمانی و آموزشی بخش:

بسیار خرسندیم که تمامی تیم خود را در این دوره آموزشی برای کمک به شما در اختیار داریم و همه افراد این تیم در ارائه این دوره سهیم اند. زمینه های تخصصی حرفه ای این افراد شاهی بر ماهیت چند تخصصی بودن پزشکی نوین می باشد که در این دوره مد نظر ما می باشد.

اتند بخش: اتندینگ محترم مسئول مستقیم آموزش شما می باشند و کلیه آموزش ها در ارتباط با توانمندیهای لازم برای تشخیص و مراقبت بیمار، اصول اخلاق پزشکی و برقراری ارتباط با بیمار به عهده آنها میباشد.

دستیار: دستیار در کنار اتندینگ مسئول آموزش شما می باشند و در صورت عدم حضور اتندینگ می توانید کلیه آموزش ها در ارتباط با توانمندیهای لازم برای تشخیص و مراقبت بیمار، اصول اخلاق پزشکی و برقراری ارتباط با بیمار را از وی دریافت نمایید. کارورز: کارورز میتواند برای انجام وظایف شما در دوره بعدی آموزش (کارورزی) الگوی مناسبی باشد و با مشاهده وی در حین انجام وظیفه نیازهای آموزشی خود را کشف کرده و به دنبال یادگیری آنها باشید. در کنار وی به یادگیری نیازهای آموزشی خود بپردازید و از تجارب آنها استفاده کنید.

سرپرستار بخش: همکاری جهت انجام اقدامات تشخیصی و درمانی و نظارت بر آموزش اکسترن توسط تیم پرستاری

منشی بخش: همکاری جهت پیگیری آزمایشات و مشاوره ها

پرستار شیفت: آموزش بخیه زدن و کشیدن بخیه و انواع تزریقات

عرصه های یادگیری:

درمانگاه الزهرا و درمانگاه صدیقه طاهره- بخش پوست بیمارستان الزهرا

مرجع رسیدگی به تملفات:

در صورتیکه اکسترن تخلفی از شرح وظایف ابلاغ شده داشته باشد مرجع رسیدگی به تملفات معاون آموزشی بیمارستان خواهد بود.

امید داریم که از این یک ماه لذت و بهره کافی را ببرید. شما دوره های سفت تری را نیز در پیش رو دارید اما در هر

لظه به یاد داشته باشید که شما در آینده نقش فطیر و ارزشمندی در جامعه فواید داشت و مداخله استفاده از

فرصت های یادگیری این دوره ها، لازمه ایفای نقش در این حرفه میباشد.

انواع ریزش مو و درمان های آن

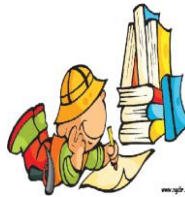
مروری بر عنوان درس :

ریزش مو یکی از شایعترین شکایتهای بیماران مراجعه کننده به درمانگاه های پوست می باشد. این بیماری می تواند به ۲ صورت ریزش موی منتشر یا ژنرالیزه و ریزش موی محدود یا لوکالیز باشد. از شایعترین علت های ریزش مو، ریزش موی آندروژنتیک، ریزش موی منطقه ای یا آلوپس آره آتا و ریزش تلوژن می باشد.

اهداف کلی :

دانشجو باید بتواند انواع شایع ریزش مو را تشخیص بدهد و درمان آنها را بداند.

اهداف اختصاصی :



دانشجوی گرامی در پایان این دوره از شما انتظار می رود بتوانید:

- مراحل تکامل فولیکول مو و فیزیولوژی واحدهای پیلوسباسه را شرح دهید.
- بتوانید دسته بندی انواع ریزش مو را نام ببرید.
- بتوانید انواع شایع ریزش مو را از هم افتراق دهید.
- سیر و پیش آگهی علل شایع ریزش مو را شرح بدهید.
- روشهای تشخیصی ریزش مو را نام ببرید.
- از روشهای حصول درمان آلوپسی آندروژنتیک، آلوپسی آره آتا و تلوژن افلوویوم آگاهی داشته باشید.
- بتوانید شرح حال کامل و صحیحی از بیماران مبتلا به ریزش مو اخذ کنید. (توجه به شرح حال بیماری های همراه، داروهای مورد استفاده، زمان شروع ریزش مو، شدت ریزش مو، علائم و نشانه های همراه با ریزش مو)
- بتوانید معاینه صحیحی از مبتلایان به ریزش مو داشته باشید. (توانایی انجام Hair pull test، توجه به پاترن داشتن یا نداشتن ریزش مو، توجه به نشانه های همراه)
- بتوانید بر اساس یافته های کلینیکی، شرح حال و امکانات آزمایشگاهی انواع شایع ریزش مو را تشخیص بدهید.

پیش نیاز درس:

آشنایی با هیستولوژی فولیکول مو و متابولیسم هورمونهای مردانه

توصیه های برای یادگیری بهتر:

● هر گاه بیماری با ریزش مو مراجعه کرد، ابتدا او را از لحاظ ابتلا به انواع منتشر و یا محدود ریزش مو معاینه کنید. سپس بر اساس اینکه بیمار مبتلا به چه نوع ریزش مو می باشد. معاینات خود را تکمیل کنید و در صورت نیاز از آزمایشهای پاراکلینیک و بیوپسی پوست استفاده کنید.

فرصت های یادگیری:



دانشجوی گرامی:

درمانگاه پوست (برای یادگیری **approach** تشخیص و درمانی موارد شایع ریزش مو). بخش پوست جهت یادگیری انواع نادر علل ریزش مو (مانند ریزش مو بدنبال کریون، لنفوم های پوستی و کانسرها)

نظرات شخصی مؤلف:

با توجه به شیوع ریزش مو، دانشجویان باید حداکثر تلاش خود را جهت یادگیری علل و انواع ریزش مو و درمان موارد شایع آن داشته باشند.

رفرنس:

& درسنامه جامع بیماری های پوست، تالیف گروه پوست دانشگاه علوم پزشکی اصفهان (۲۲۴-۲۴۴)

مروری بر مفاهیم اصولی درس:

آلوپس آندروژنتیک : به ریزش موها در بیماران دارای زمینه ی ژنتیک مناسب و بر اثر آندروژن ها اطلاق می شود.

آلوپسی آره آتا به صورت لکه هایی از ریزش مو است که ممکن است در هر قسمتی از بدن دیده شود. ممکن است وسعت ضایعه در حد گرفتاری تمام پوست سر باشد که به آن آلوپسی توتالیس گفته می شود و یا اینکه تمام بدن درگیر شود که به آن آلوپسی یونیورسالیس گفته می شود.

در زمان مراجعه بیمار با شکایت ریزش مو، پس از اخذ شرح حال دقیق از مدت زمان ریزش مو، علائم و نشانه های همراه و شرح حال دارویی و بیماریهای دیگر بیمار، بایستی معاینه دقیق جهت تأیید ریزش حقیقی مو انجام شود. توجه به اینکه آیا ریزش مو دارای الگو (Pattern) مردانه یا زنانه می باشد دارای اهمیت خاصی است که تشخیص را بیشتر به طرف ریزش موی آندروژنتیک سوق می دهد. اما اگر ریزش مو بصورت منطقه ای باشد، تشخیص بیشتر به طرف آلوپسی آره آتا سوق پیدا می کند. البته در منطقه آلوپسی آره آتا نباید التهاب شدید یا پوسته ریزی شدیدی وجود داشته باشد. در صورتی که ریزش مو بصورت منتشر باشد، تشخیص بیمار بیشتر با تلوزن افلوریوم یا ریزش های ناشی از کم کاری یا پرکاری تیروئید و یا فقر آهن هماهنگی دارد. انجام Hair Pull test می تواند در تأیید تشخیصی ریزش مو کمک کننده باشد. در صورت لزوم بایستی از محل ریزش مو آزمایش قارچ شناسی و یا بیوپسی انجام شود. در خانم های مبتلا به ریزش مو، بایستی بررسی آهن، تیروئید صورت گیرد و در صورت وجود علائم هیپرآندروژنیسم، بررسی تستوترون و DHEA-S ضروری می باشد.

متن ها یا مجلات برای مطالعات بیشتر:

کتاب  ۶۴-۱ → ۶۳-۱ Text Book of Dermatology (Rook)

کتاب  ۹۸۷-۱۰۰۷ Text Book of Dermatology (Bologna)

مثالهای کاربردی برای هر یک از اهداف درس:

Case ① :

بیماری ۳۰ ساله به علت ریزش مو بصورت لکه ای مراجعه کرده است. در محل ریزش مو هیچ گونه علامت دیگری ندارد. اندازه ضایعه حدود ۲cm × ۲cm می باشد.



به نظر شما بهترین روش درمان در این بیمار چگونه می باشد؟



با توجه به اینکه ریزش مو محدود بوده و هیچ گونه التهابی در محل ریزش مو وجود ندارد و اندازه منطقه کوچک می باشد و سن بیمار بالای ۱۰ سال می باشد، بهترین درمان استفاده از تزریق داخل ضایعه (IL) تریاسینولون می باشد.

Case ② :

خانمی ۳۵ ساله با نازک شدن منتشر قسمت جلوی اسکالپ همراه با کم شدن تراکم موها و طپش قلب و عدم تحمل به گرما مراجعه کرده است.

 سوال :

چه اقدامات تشخیصی یا درمانی برای بیمار انجام می دهید؟

 پاسخ:

با توجه به اینکه اختلالات تیروئید و فقر آهن می تواند آلپوسی آندروژنتیک در خانم ها را تقلید کند، بنابراین بررسی تیروئید و آهن در این بیمار جهت رد کردن عللی مانند پرکاری تیروئید ضروری می باشد.

Case ③ :

آقای ۲۵ ساله با سابقه فامیلی + آلپوس آندروژنتیک مراجعه کرده است. ریزش موی بیمار الگوی مردانه دارد و هیچ گونه علامت یا نشانه ای از بیماری سیستمیک ندارد.

 سوال :

به نظر شما، درمان مناسب برای این شخص استفاده از چه داروهایی می باشد؟

 پاسخ:

با توجه به شرح حال و معاینه، تشخیص بیمار آلپوسی آندروژنتیک است. بنابراین برای درمان وی از محلول مینوکسیدیل در صفر ۵٪ یا قرص فیناستواید ۱ mg/Day استفاده می شود.

Case ④ :

خانمی ۲۵ ساله به دنبال زایمان، دچار ریزش منتشر موها می شود. بیمار هیچ گونه علامتی دال بر بیماری سیستمیک ندارد.

 سوال :

چگونه او را درمان می کنید؟



با توجه به اینکه بیمار مبتلا به تلوزن افلوویوم بدنبال زایمان است، هیچ گونه احتیاجی به درمان نمی باشد و ریزش موی بیمار خودبخود متوقف می شود.

مروری بر عنوان درس :

پیدایش تاول بر روی سطح پوست یا مخاط دهان، یکی از علل مراجعه بیماران به پزشکان می باشد. بیماریهای تاولی پوست را بر اساس اتیولوژی می توان به شرح زیر تقسیم کرد.

- ۱ - بیماریهای تاولی که به علت ایمونولوژیک بوجود می آیند مانند پمفیگوس، پمفیگوئید و ...
- ۲ - مادرزادی مثل اپیدرمولیز، بیماری Hailey – Hailey
- ۳ - عفونت ها مثل 4S
- ۴ - ناشناخته مثل TEN

اهداف کلی :

دانشجو باید بتواند انواع شایع بیماریهای تاولی را تشخیص بدهد و از درمان های شایع آنها آگاهی داشته باشد.

اهداف اختصاصی :



دانشجوی گرامی در پایان این دوره از شما انتظار می رود بتوانید:

- انواع شایع بیماریهای تاولی را نام ببرید.
- پاتوژن و پیش آگهی بیماریهای تاولی شایع را شرح دهید.
- تابلوی بالینی بیماریهای تاولی را شرح بدهید.
- سیر و پیش آگهی بیماری های تاولی شایع را شرح دهید.
- درمان بیماریهای تاولی خفیف را شرح دهید.
- درمان بیماری های تاولی شدید را نام ببرید.
- از یک بیمار تاولی شرح حال بگیرید (توجه به سابقه مصرف دارویی، سابقه فامیلی، محل شروع ضایعات، تعداد ضایعات)
- یک بیمار مبتلا به بیماری تاولی را به صورت صحیح معاینه کنید.(توجه به سفت یا شل بودن تاول ها، محل تمایل بیشتر تاول ها، علائم سیستمیک، تست نیکولسکی و معاینه کامل دهان جهت بررسی وجود اروزیون)
- بیماریهای تاولی خفیف و کم اهمیت تاولی را از موارد شدید و خطرناک افتراق دهید و موارد خفیف را خودتان Manage کنید و موارد شدید را (مانند سندرم اسیتونس، جانسون یا TEN) به موقع و صحیح ارجاع نمایید.
- روش های تشخیصی بیماریهای تاولی را بصورت مختصر شرح بدهید.
- اهمیت درمان بیماریهای تاولی را به بیماران آموزش بدهید.

پیش نیاز درس:

ایمونولوژی، هیستولوژی، (از درسنامه جامع بیماریهای پوست مطالعه شود).

توصیه های برای یادگیری بهتر:

- بهتر است دانشجویان قبل از مطالعه این فصل، به دقت بافت شناسی پوست را مطالعه کنند تا بهتر بتوانند پاتوژنر بیماریهای تاولی را درک کنند (از درسنامه جامع بیماریهای پوست مطالعه شود). (صفحه ۱۲-۱)
- استفاده از کتب اطلسی درماتولوژی مانند کتاب Duvivier و سایت اینترنتی DOIA کمک کننده خواهد بود.

فرصت های یادگیری:



دانشجوی گرامی:

دانشجو می تواند در درمانگاه پوست بیشتر با روشهای درمانی و تشخیص در مورد بیماری های تاولی ضعیف آشنا شود و در بخش پوست با روشهای دقیق شرح حال گیری و درمان موارد شدید بیماریهای تاولی آشنا شود.

نظرات ششمی مؤلف:

با توجه به خطرناک بودن بیماریهایی مانند پمفیگوس ولگاریس و سندرم استیون - جانسون و نکرولیزسمی اپیدرم (TEN) بهتر است دانشجویان تلاش بیشتری برای فراگیری این مباحث از خود نشان دهند.

رفرنس:

& درسنامه جامع بیماریهای پوست، تألیف گروه پوست دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

مروری بر مفاهیم اصولی درس:

در برخورد با بیمار شاکی از ضایعات تاولی پوست، مهمترین نکته تأیید تشخیص وجود ضایعات تاولی حقیقی بر روی پوست یا مخاط است (با توجه به این نکته که بسیاری از بیماران، ضایعات کهیری را نوعی تاول در نظر

می گیرند) تاول ها، برآمدگیهای اپیدرمال حاوی مایع شفاف به قطر بیش از ۱ سانتی متر (مثل تاول سوختگیها) است. توجه به محل شایع تاول ها و مدت آنها کمک چشمگیری به تشخیص بیماری های تاولی می کند. بعنوان مثال اگر ابتدا تاول ها وارویون هایی در مخاط دهان وجود داشته باشد که سپس بر روی سطح پوست ایجاد شده باشد و قوام تاول ها شل باشد، محتملترین تشخیص برای بیمار، بیماری پمفیگوس ولگاریس است. یا اگر تاول ها بصورت سفت باشند و بیشتر بر روی محل های آکرال وجود داشته باشند و حالت هدف مانند (Target) باشند، محتملترین تشخیص، اریتم مولتی فرم است.

اگر بیمار بدنبال ۱ تا ۲ روز تب دچار ضایعات تاولی گسترده بر روی مخاط دهان و پوست شده باشد و بخصوص اگر شرح حال مثبت دارویی داشته باشد، محتملترین تشخیص برای بیمار سندروم استیون - جانسون است. بخصوص در مواردی که تاول ها حالت مزمن داشته باشد و بصورت مکرر عود کند، بایستی برای بیمار بیوپسی انجام داد و آن را برای پاتولوژیست جهت پاتولوژی و DIF ارسال نمود.

متن ها یا مجلات برای مطالعات بیشتر:

کتاب  ۴۲-۱ → ۴۱-۱ Rook Text Book of Dermatology

کتاب  ۴۷۰ - ۴۰۳ Text Book of Dermatology (Bologna)

مثالهای کاربردی برای هر یک از اهداف درس:

Case ① :

خانمی ۴۰ ساله با ضایعات زخمی شدید در ناحیه دهان از حدود ۲ ماه پیش مراجعه کرده است. اخیراً چند تاول شل بر روی پوست بیمار ایجاد شده است. تست نیکوسکی بیمار + است.

سؤال:

برای تشخیص بیماری قدم بعدی چه می باشد؟

پاسخ:

انجام بیوپسی و ارسال آن برای مطالعه بافت شناسی و DIF

Case ② :

شیرخوار ۴ ماهه با علائم تب، ضایعات آروزیو و تاول و کاهش اشتها مراجعه کرده است. ضایعات تاولی بیمار بصورت گسترده بر روی سطح بدن منتشر می باشد.

سوال :

اقدام شما پس از مراجعه با این بیمار چیست؟

پاسخ:

با توجه به شرح حال بیمار، محتملترین تشخیص برای بیمار 4-S است. لذا ارجاع فوری بیمار الزامی می باشد.

Case ③ :

مرد جوان ۳۰ ساله با ضایعات پاپولوویکول خارش دار در ناحیه آرنج و زانو مراجعه کرده است. در DIF رسوب گرانولر IgA مشاهده می شود.

سوال :

درمان انتخابی برای بیمار فوق چه می باشد؟

پاسخ:

درمان انتخابی واپسون است که سریعاً ابتدا موجب کنترل خارش و سپس به مرور زمان بهبود دیگر علائم و تظاهرات بیماری می شود.

Case ④ :

بیماری به دنبال مصرف قرص کوتتری مو کسازول دچار تب شدید، زخم های مخاطی و تاوولهای وسیع در سطح پوست می شود. کنده شدن اپیدرم بیش از ۴۰٪ سطح بدن را درگیر کرده است.

سوال :

به نظر شما، تشخیص بیماری چه می باشد و قدم بعدی شما چیست؟

پاسخ:

نکرولیزسمی اپیدرم، قطع داروی مسبب و ارجاع فوری بیماری به سطح بالاتر

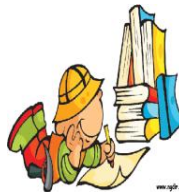
مروری بر عنوان درس :

آکنه بیماری التهابی واحد پیلوسباسه است که از مشخصات آن کومدون، پاپول، پوستول و به میزان کمتر ندول و کیست است که در صورت عدم درمان بموقع، ممکن است با برجای گذاردن اسکارهای اتروفیک یا هیپرتروفیک همراه شود.

اهداف کلی :

- انواع آکنه ها را بشناسد.
- تشخیص افتراقی آکنه ها را بداند.
- اندیکاسیون های درمانهای موضعی و سیستمیک را بداند.
- عوارض عدم درمان به موقع را بداند.

اهداف اختصاصی :



دانشجوی گرامی در پایان این دوره از شما انتظار می رود بتوانید:

- ۱ - انواع ضایعات آکنه را تشخیص دهید.
- ۲ - سن شیوع آن را در دختران و پسران و شیرخواران بدانید.
- ۳ - علل اصلی ایجاد آکنه را بدانید.
- ۴ - عوامل مؤثر بر شدت و شیوع آکنه را بدانید.
- ۵ - انواع خفیف، متوسط و شدید آکنه را تشخیص دهید.
- ۶ - مدت درمان در انواع آکنه ها را بدانید.
- ۷ - موارد شدید آکنه که عدم درمان بموقع موجب اینکار می شود را تشخیص و به پزشک متخصص ارجاع دهید.

پیش نیاز درس:

صفحات ۲۳۴-۲۴۴ از درسنامه جامع پوست

توصیه هایی برای یادگیری بهتر:

- با توجه به شیوع آکنه و مراجعه همه روزه از بیماران به درمانگاه ها، توجه به شدت، نوع ضایعات، توصیه ها به بیمار و ... در درمانگاه ها توصیه می شود.
- یکی از بیماریهای شایع درمانگاه های پوست محسوب می شود و تقریباً همه روزه مراجعه کننده به درمانگاه وجود دارد. همچنین در بخش پوست و در بیمارانی که تحت درمان با استروئیدسیستمیک هستند. (مثل پمفیگوس، پمفیگوئید و ...) آکنه ی استروئیدی به وفور دیده می شود.

فرصت های یادگیری:



دانشجوی گرامی:

درمانگاه

شیوع آکنه به حدی است که تقریباً همه روزه در درمانگاه های پوست یا اطرافیان قابل مشاهده است. توجه به معاینه و شرح حال از نظر مصرف داروهای خوراکی و موضعی که موجب تشدید آکنه می شوند، توصیه می گردد.

نظرات شخصی مؤلف:

عدم درمان به موقع آکنه، در سنین نوجوانی و جوانی گاهی موجب اسکارهایی می شود که مشکلات روحی و روانی را در افراد موجب خواهد شد. راهنمایی دقیق بیماران و درمان بموقع حائز اهمیت است.


رفرنس:

& درسنامه ی جامع بیماریهای پوست

مروری بر مفاهیم اصولی درس:

علل، عوامل تحریک کننده ی آکنه، درمانهای موضعی و سیستمیک، تخصصی، مشکلات عدم درمان بموقع و ... در درسنامه بطور کامل آمده است.

متن ها یا مجلات برای مطالعات بیشتر:

Hsbif : جداول درمانی و تقسیم بندی نوع آکنه بخوبی شرح داده شده. 

مثالهای کاربردی برای هر یک از اهداف درس:

① Case :

پسر ۱۸ ساله ای طی ۴ ماهه ی اخیر بعلت آکنه تحت درمان با تتراسیکلین خوراکی روزانه ۱g بوده است. علیرغم درمان، از چند روز قبل مجدداً ضایعات پوستولر فراوان در صورت و تنه پیدا کرده است.



سؤال:

چه درمانی برای وی پیشنهاد می کنید؟

الف) آمپی سیلین

ب) اریترومایسین

ج) واکسی سیلین

د) تتراسیکلین ۲g در روز



پاسخ :

الف) آمپی سیلین

بیمار مبتلا به فولیکولیت گرام منفی شده است. پس از قطع درمانهای معمول و استفاده از آنتی بیوتیک هایی که روی g^- ها اثر دارند مثل آمپی سیلین، کوتریموکسازول و در صورت عدم جوابدهی بهترین درمان کپسول ایزوترتینوئین خواهد بود.

② Case :

خانمی ۴۰ ساله با تورم و تلانژکتازی روی گونه ها مراجعه کرده است. قرمزی چشم ها نیز دارد. چندین عود ضایعات مربوط را ذکر می کند.



سؤال :

کدامیک از عناصر زیر در وی مشهود نخواهد بود؟

الف) پاپول

ب) پوستول

ج) کومدون

د) اریتم



پاسخ :

ج) کومدون

ضایعات مزبور : روزانه می باشد که فاقد کومدون، ندول و کیست است. اما از نظر درمان شباهت زیادی به آکنه دارد.

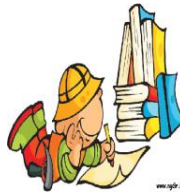
مروری بر عنوان درس :

سالک یک بیماری نسبتاً مزمن در اثر گزش پشه ی خاکی آلوده به انگل سالک است که موجب ضایعات پاپولر، ندولر یا پلاک های انفیلتره ی طولانی مدت شده و اغلب با برجای گذاشتن اسکارهای بدشکل بر طرف می شود.

اهداف کلی :

- ۱- بتواند سالک جلدی را تشخیص دهد.
- ۲- روش های تشخیص سالک (اسمیر، بیوپسی، تست لشمین) را بداند.
- ۳- درمان های موجود برای سالک را بداند.
- ۴- اندیکاسیون های درمان (موضعی و سیستمیک)، مواردی که بهتر است درمان انجام نگیرد تا موجب ایجاد ۹۰٪ مصونیت شود را بداند.

اهداف اختصاصی :



دانشجوی گرامی در پایان این دوره از شما انتظار می رود بتوانید:

- ۱ - مشخصات پشه ی خاکی (فلبوتوم) را بدانید.
- ۲ - مشخصات سالک نوع خشک و مربوط را بدانید.
- ۳ - نحوه ی انتقال و دوره ی کمون بیماری را بدانید.
- ۴ - تشخیص سالک از گزش های معمولی حشرات را بدانید (که معمولاً طی ۲-هفته بهبود یافته و خارش شدیدتری نسبت به سالک دارند)
- ۵ - عوارض درمان با گلوکانتیم را بدانید.
- ۶ - درمانهای موضعی و سیستمیک را بدانید.
- ۷ - با توجه به دوره ی کمون که معمولاً حدود ۲ماه است، در شرح حال، سابقه ی مسافرت یا حضور در مناطق اندمیک در چند ماه گذشته، مورد سوال واقع شوید.
- ۸ - در معاینه افزایش قوام (اندوراسیون) را متوجه گردید. این قوام علاوه بر تشخیص بالینی، در نیاز به تداوم درمان نیز مؤثر است.

پیش نیاز درس:

۱۳۲-۱۲۵ از درسنامه ی جامع بیماریهای پوست

توصیه هایی برای یادگیری بهتر:



فرصت های یادگیری:



دانشجوی گرامی:

- ۱) در درمانگاه پوست و سالک، نحوه ی گرفتن اسمیر، انجام تست یشمین، آشنایی با آمپول گلوکانتیم را آموزش ببیند.
- ۲) بخش : موارد اتیپیک، اسپوروتریکوئید یا فرم های مزمن یا مواردی که عفونت های ثانویه مانده سلولیت روی سالک اضافه شده باشد و یا مواردی که احتمال عوارض گلوکانتیم (مثلاً عوارض قلبی) وجود دارد بسته می شوند.

نظرات شخصی مؤلف:

در شمال و شرق استان اصفهان به وفور سالک دیده می شود. تشخیص سریع و درمان بموقع در کاهش عوارض جلدی و مشکلات روحی و روانی مؤثر خواهد بود.

رفرنس:

مروری بر مفاهیم اصولی درس:

- شناخت انگل لیشمن، ناقل (پشه های خاکی)، میزبانهای ذخیره، نوع زخم ها (خشک و مرطوب)، عوارض (اسپوروتریکوئید و لوپوئید)، درمانها
- بطور کلی در مناطق اندمیک (مثل شمال و شرق استان اصفهان) هر زخمی که با درمانهای معمول طی ۱-۲ ماه بهبود نیابد بایستی از نظر لیشمن بررسی گردد. البته اغلب موارد با معاینه و مشاهده و لمس قوام زخم و عدم خارش و ترشح زیاد شک به وجود سالک را افزایش می دهد. قوام سالک بعلت اینکه ایجاد گرانولوم در ناحیه ی درم می کند، سفت و در لمس به راحتی قابل اندازه گیری است. در پایان درمان، این قوام ضایعه از بین رفته و تقریباً شبیه پوست نرمال می شود.
- بهترین روش تشخیص : تهیه ی اسمیر از لبه های فعال زخم می باشد که از رنگ آمیزی اسمیر، جسم لیشمن در سلول های ماکروفاژ در زیر میکروسکوپ قابل مشاهده است. هر چه ضایعه مزمن تر شود، احتمال اسمیر مثبت کاهش می یابد و در این موارد انجام بیوپسی و دیدن گرانولوم ناشی از سالک

کمک کننده تر خواهد بود. درمان معمول سالک در مناطق اندمیک (در داروخانه ها و بخصوص مراکز بهداشت) وجود دارد. در مناطق دیگر بهتر است بیمار جهت دریافت درمان کافی به مراکز بهداشتی ارجاع گردد.

متن ها یا مجلات برای مطالعات بیشتر:



مثالهای کاربردی برای هر یک از اهداف درس:

Case ① :

مردی ۳۰ ساله با یک پاپول اریتماتو در ساعد مراجعه کرده. در اسمیر جسم لیثمن دیده می شود.



سؤال:

چه درمانی پیشنهاد می کنید؟

الف) گلوکانتیم موضعی

ج) کراپوترایی

ب) گلوکانتیم im

د) هیچکدام



پاسخ :

د) هیچکدام

با توجه به عدم ایجاد اسکار قابل توجه و اینکه یکبار ابتلا تقریباً مصونیت دائم می دهد، بهتر است این ضایعه را درمان نکنیم و تنها پیگیری ماهیانه از نظر احتمال افزایش ابعاد زخم توصیه می گردد.

Case ② :

بیماری بدنبال ابتلا به سالک روی دست، دچار ندولهایی زیر جلدی در مسیر لنفاتیک تا زیر بغل شده است.



سؤال :

کدام گزینه در مورد وی نادرست است؟

الف) سالک او از نوع مرطوب است.

ج) میزبان ذخیره ی آن موش ها هستند.

ب) نیاز به درمان سیستمیک دارد.

د) دوره ی کمون طولانی تر دارد.

پاسخ: 

(د) دوره ی کمون طولانی تر دارد.

Case ③ :

بیماری با تشخیص سالک جلدی روی گونه، تحت درمان قرار گرفته و با برجای گذاردن اسکار مختصر، بهبود یافته است. مجدداً چند ماه بعد با پاپولهایی در اطراف اسکار مراجعه می کند.

سوال : 

کدام گزینه در مورد وی صحیح است؟

الف) در سالک نوع خشک بیشتر دیده می شود.

ج) تست لیشمین منفی است.

ب) نیازی به درمان ندارد.

د) ضایعات جدید بعلت حساسیت به آمپول گلوکانتیم است.

پاسخ: 

الف) در سالک نوع خشک بیشتر دیده می شود.

ضایعات مزبور فرم لوپوئید لیشمانیوز است که در ۵٪ موارد سالک خشک بوجود می آید. فرم عود کننده یا لوپوئید (بعلت شباهت به سل پوستی) به آن گفته می شود.

گال (Scabies)

مروری بر عنوان درس :

گال یا جرب یک بیماری مسری پوست است که با خارش شدید شبانه، پاپوله‌های خارش دار، ندوله‌های التهابی و کانال‌های داخل اپیدرمی مشخص می‌شود.

اهداف کلی :

- ۱- مشخصات عامل ایجاد گال را بدانند.
- ۲- نحوه انتقال بیماری را بدانند.
- ۳- درمان گال را بدانند.

اهداف اختصاصی :



دانشجوی گرامی در پایان این دوره از شما انتظار می‌رود بتوانید:

- ۱ - زمان شروع خارش در گال را بدانید.
- ۲ - تغییرات سیستم ایمنی (واکنش‌های تیپ ۱ و ۴) در گال را بدانند.
- ۳ - گال نروژی (دلمه دار) را بشناسد.
- ۴ - تشخیص افتراقی گال را بدانند.
- ۵ - درمان در افراد در تماس با گال را بدانند.
- ۶ - علل شکست درمانی در گال را بدانند.

پیش نیاز درس:

۱۳۵-۱۳۲ از کتاب درسنامه ی جامع پوست

توصیه هایی برای یادگیری بهتر:



فرصت های یادگیری:




دانشجوی گرامی:


شرح حال و معاینه ی دقیق در بیماران مراجعه کننده به درمانگاه پوست توصیه می گردد. در بیمارانی که با زرد زخم در نواحی تناسلی مراجعه می کنند به فکر گال باشید.

نظرات شخصی مؤلف:

این بیماری گاهی مورد غفلت واقع شده و حتی از آن بعنوان خارش هفت ساله ذکر می شود. در حالیکه با یک درمان ساده ی تخصصی می توان آنرا درمان کرد. لذا آموزش دانشجویان در جهت یادگیری علائم گال ضروری است.

رفرنس:


۱۳۲-۱۳۵ درسنامه ی جامع بیماریهای پوست - تألیف گروه پوست اصفهان 

Text book of dermatology Habif 

مروری بر مفاهیم اصولی درس:

نحوه چرخش زندگی مایت سارکوپت اسکابیس، روش های انتقال، علائم بالینی، محل های درگیری

متن ها یا مجلات برای مطالعات بیشتر:

 Text book of dermatology Rook

 Skin disease Andrew's

مثالهای کاربردی برای هر یک از اهداف درس:

Case ① :

مردی مبتلا به گال، درمان شده اما از تداوم خارش در نواحی تناسلی شاکی است. در معاینه ندولهای روی پنیس و اسکروتوم دیده می شود.



سؤال:

چه درمانی توصیه می کنید؟

الف) کرم پرمترین

ج) قرص ایورمکتین

ب) محلول لیندان

د) استروئید موضعی



پاسخ:

د) استروئید موضعی

Case ② :

در مردی که به وجود گال مشکوک هستیم،



سؤال:

کدامیک از ضایعات زیر پاتوگنومونیک محسوب می شود؟

الف) خارش شدید شبانه

ج) ندولهای التهابی ژنیتال

ب) خارش که با گرما تشدید می یابد.

د) پاپولهای ژنرالیزه ی خارش دار



پاسخ:

ج) ندولهای التهابی ژنیتال

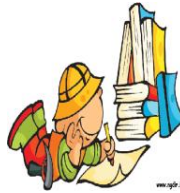
مروری بر عنوان درس :

واریسلا - زوستر (آبله مرغان- زونا) ۲ بیماری ویروسی پوست هستند که در اثر یک ویروس بوجود می آیند. اولین برخورد بدن با ویروس بصورت آبله مرغان و معمولاً در کودکان بروز می کند و پس از بهبودی ممکنست در برخوردهای بعدی شخصی که آبله مرغان گرفته مبتلا به زونا گردد.

اهداف کلی :

آشنایی فراگیران با بیماری آبله مرغان و زونا

اهداف اختصاصی :



دانشجوی گرامی در پایان این دوره از شما انتظار می رود بتوانید:

- ۱ - بتوانید آبله مرغان و زونا را تشخیص دهید.
- ۲ - پیش آگهی این دو بیماری را بدانید.
- ۳ - عوارض این دو بیماری را بدانید.
- ۴ - اصول درمان این دو بیماری را بدانید.

پیش نیاز درس:

ویروس شناسی، سمیولوژی پوست (از درسنامه این دو مبحث مطالعه شود).

توصیه هایی برای یادگیری بهتر:

🕒 مراجعه به اطلس های درماتولوژی

فرصت های یادگیری:



دانشجوی گرامی:

حضور مرتب در درمانگاه و بخش

نظرات ششمی مؤلف:

آبله مرغان و زونا از بیماریهای نسبتاً شایع پوستی هستند. گاه بدنبال بهبودی ضایعات آبله مرغان اسکاراتروفیک دائمی برای بیمار باقی می ماند. بنابراین دانشجوی باید راه های پیشگیری از ایجاد این اسکارها را بداند و زونا در بعضی افراد بخصوص سالخوردگان و در بعضی نواحی مثل سر، درد شدید به همراه دارد. بنابراین دانشجوی باید راه درمان این دردها را بداند و بتواند از دائمی شدن آن جلوگیری نماید.

رفرنس:


📖 درسنامه جامع بیماریهای پوست


مروری بر مفاهیم اصولی درس:


آبله مرغان معمولاً در فصل بهار در کودکان با علائم عمومی مشابه سایر بیماریهای ویروسی (که گاه ممکنست بسیار خفیف باشد و حتی مورد توجه قرار نگیرد). بروز می کند. ضایعات پوست بصورت وزیکولهای قطره مانند نافدار معمولاً از آکنه شروع می شوند، سپس تبدیل به پوستول و کرسست شده فرورفتگی مختصری باقی می گذارند که قابل برگشت است اما در مواردی که بیمار این ضایعات را بخاراند و عفونت ثانوی به آن اضافه شود این اسکارها باقی می مانند مهمترین تشخیص افتراقی آبله مرغان با امپتیگو است که وجود ضایعه مخاطی به نفع آبله مرغان است. با افزایش سن عوارض آبله مرغان (پنومونی، عوارض کلیوی، ...) شدیدتر می شود.

بعد از بهبودی ویروس در بدن بصورت نهفته باقی می ماند و بعدها ممکن است این شخص مبتلا به زونا گردد که وزیکولها در مسیر یک عصب (یک طرفه) و درد متغیر (با افزایش سن بیشتر می شود) که در صورت عدم درمان صحیح و به موقع این درد می تواند تبدیل به Post HERPetic NEORALGIA شود که بخصوص درمورد اعصاب کرانیال بسیار شدید و آزار دهنده است و نباید از مسکن های مخدر استفاده شود چون باعث اعتیاد می شود.

متن ها یا مجلات برای مطالعات بیشتر:

کتاب درماتولوژی Habif (بیشتر به تصاویر مربوط به این بیماریها مراجعه شود.) 

کتاب درماتولوژی ANDeRw's 

کتاب درماتولوژی FITZPATRICK 

مثالهای کاربردی برای هر یک از اهداف درس:

Case ① :

کودک ۵ ساله ای با ضایعات وزیکولر، پوستول و کرسر روی تنه و اندامها مراجعه نموده. حال عمومی خوبست ولی تب خفیف دارد.

 **سؤال:**

برای رسیدن به تشخیص چه معاینه ای انجام می دهید؟

 **پاسخ:**

معاینه مخاط دهان

Case ② :

خانم ۲۵ ساله ای بدنبال تب خفیف، احساس خستگی و سردرد بثورات وزیکولر پوستول و کرسر روی تنه، اندامها و صورت پیدا کرده است.

 **سؤال:**

چه عارضه ای او را تهدید میکند؟

 **پاسخ:**

پنومونی

Case ③ :

مرد ۷۵ ساله ای بدنبال تب، خستگی، درد عضلات و مفاصل احساس درد شدید در مسیر بین دنده ای طرف چپ پیدا کرده و در همین ناحیه TENDERNESS دارد.

 سوال :

احتمال بروز چه بیماری دارد؟

 پاسخ:

زونا

Case ④ :

بیمار مبتلا به زونا اوفتالمیک از سردرد بسیار شدید شکایت دارد.

 سوال :

کدام مسکن را برای او تجویز می کنید؟

 پاسخ:

انواع مسکن های غیرمخدر

:Thinking

" دانشموی گرامی شما در مواجهه با بیمار مبتلا به زونا چه موقع به ارجاع بیمار به متخصص پوست فکر می کنید؟ "

بیماریهای قارچی پوست (مخمرها)

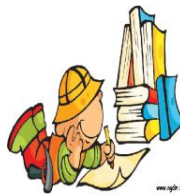
مروری بر عنوان درس :

مخمرها ارگانیسم های فرصت طلبی هستند که بصورت سایروفیت در بدن انسان زندگی می کنند و در شرایطی پاتوژن و بیماریزا می شوند.

اهداف کلی :

آشنایی فراگیران با مخمرهای پوست (کاندیدا، ورسیکالر)

اهداف اختصاصی :



دانشجوی گرامی در پایان این دوره از شما انتظار می رود بتوانید:

- ۱ - عفونت های مخمری پوست را بشناسد.
- ۲ - راه های تشخیص عفونت های مخمری پوست را بداند.
- ۳ - بتواند عفونت های مخمری پوست را درمان کند.
- ۴ - راه های انتقال و پیشگیری آنرا بداند.

پیش نیاز درس:

قارچ شناسی - سمیولوژی پوست (از درسنامه مطالعه شود).

توصیه هایی برای یادگیری بهتر:

استفاده از اطلس های درماتولوژی

فرصت های یادگیری:



دانشجوی گرامی:

حضور در درمانگاه

نظرات ششمی مؤلف:

مخمرهای پوستی در شرایط عادی بصورت ساپروفیت و بدون علامت هستند ولی در شرایط پاتوژن و بیماریزا شده علامت دار می شوند. از عفونت های نسبتاً شایع پوستی هستند و بدلیل اینکه می توانند به دیگران منتقل شوند، (بویژه در نواحی زندگی دسته جمعی مثل خوابگاه، پادگان و ...) لازمست دانشجویان با این بیماریها آشنایی کامل داشته باشند و راه های پیشگیری و درمان آنرا بدانند.


رفرنس:


درسنامه جامع بیماریهای پوست


مروری بر مفاهیم اصولی درس:

مخمرهای پوستی عبارتند از کاندیدا و ورسیکالر :
کاندیدا ساپروفیت مخاط گوارش است و روی پوست بصورت ساپروفیت پیدا نشده ولی در نوع پاتوژن در نواحی چین ها (بدلیل گرما و رطوبت) دیده می شود. از عواملی که باعث پاتوژن شدن کاندیدا می شود، می توان به کاهش ایمنی بدن (به هر دلیل) اشاره نمود. گرما و رطوبت از عوامل مساعد کننده رشد کاندیداست که ایندو عامل در ناحیه چین ها بخصوص در افراد چاق و دیابتی و یا افرادی که مدت طولانی از چکمه استفاده می کنند و یا دستشان در معرض رطوبت است وجود دارد.
ورسیکالر عامل مخمری دارد که بدلیل لیپوفیلیک بودن ساپروفیت نواحی سبوره است و در شرایط افزایش دمای محیط پاتوژن و تبدیل به سلنیوم و اسپور می شود و در نوع پاتوژن قابل انتقال به دیگران است و گاه بصورت اپیدمی در سربازخانه ها دیده می شود. در سر بصورت فشرده و در کناره های بینی بصورت فولیکولیت تظاهر می کند. بسیار سطحی و فقط در لایه های شاخی پوست است. بنابراین با استفاده از ترکیبات کراتولیتیک از بین می رود ولی عود در آن شایع است که عامل آن می تواند رعایت نکردن دمای محیط و یا انتقال از طریق لوازم شخصی باشد.

متن ها یا مجلات برای مطالعات بیشتر:

کتاب درماتولوژی Habif (تصاویر را مشاهده کنید.) 

کتاب درماتولوژی ANDERW'S 

کتاب درماتولوژی FITZPATRICK 

مثالهای کاربردی برای هر یک از اهداف درس:

Case ① :

کارمند پالایشگاه آبادان با ماکول های قهوه ای پوسته دار تنه و شوره سر مراجعه نموده که با استحمام بهتر و مجدداً پیدا می شود.

 **سؤال:**

چه درمانی توصیه می کنید.

 **پاسخ:**

استفاده از ترکیبات موضعی ضد قارچ

Case ② :

خانم ۸۵ کیلوئی دیابتی بدلیل MACERATION و خارش بین انگشتان پا مراجعه نموده.

 **سوال :**

محتمل ترین تشخیص کدام است؟

 **پاسخ:**

کاندیدا

درماتوفیتوزها

مروری بر عنوان درس :

درماتوفیتوزها یا ضایعات قارچ پوست انواع مختلفی دارند که می تواند از انسان، حیوان و یا خاک به انسان منتقل شوند. در پوست سر باعث کچلی می شوند ولی در سایر نواحی مثل صورت، بدن، ناخن ها نیز می توانند ایجاد ضایعه نمایند. این بیماریها مسری هستند و می توانند به خود شخص و یا دیگران انتقال پیدا کنند. بعضی انواع آن در صورت عدم درمان به موقع و صحیح می توانند باعث کچلی غیرقابل برگشت شوند.

اهداف کلی :

آشنایی فراگیران با انواع درماتوفیتوزها

اهداف اختصاصی :



دانشجوی گرامی در پایان این دوره از شما انتظار می رود بتوانید:

- ۵ - دانشجو بتواند انواع بیماریهای قارچی پوست را تشخیص دهد.
- ۶ - دانشجو باید راه های انتقال بیماریهای قارچی پوست را بداند.
- ۷ - دانشجو باید راه های تشخیص بیماریهای قارچی را بداند.
- ۸ - دانشجو باید درمان بیماریهای قارچی پوست را بداند.

پیش نیاز درس:

قارچ شناسی ، سمیولوژی پوست

توصیه هایی برای یادگیری بهتر:

مراجعه به اطلس های درماتولوژی

فرصت های یادگیری:



دانشجوی گرامی:

حضور در درمانگاه

نظرات ششمی مؤلف:

با بالا رفتن آگاهی جامعه و ارتقاء سطح بهداشت، عفونت های قارچی کاهش پیدا می کند. از طرف دیگر در جوامع روستائی و تماس با دام ها و در جوامع شهری نگهداری از حیوانات خانگی می تواند باعث انتقال بیماریهای قارچی شود که در صورت عدم درمان به موقع و صحیح ممکنست گسترش پیدا کند و بعضی از قارچها ممکن است منجر به ریزش دائمی موها شوند.


رفرنس:


📖 درسنامه جامع بیماریهای پوست


مروری بر مفاهیم اصولی درس:

درماتوفیت ها یا قارچ های سطحی انواع مختلفی دارند. این قارچها از کراتین تغذیه می کنند و غیر از کراتین سطح پوست بداخل فولیکول مو رفته در آنجا به تقسیم و تکثیر خود ادامه می دهند. انواع التهابی معمولاً از حیوانات به انسان منتقل می شوند و نیاز به استفاده از داروهای ضد التهاب و آنتی بیوتیک علاوه بر درمان ضد قارچ است تا رویش مجدد مو بصورت کامل انجام پذیرد. نوع خاصی از درماتوفیت ها بنام فاووس که بصورت میسلیموم داخل مو تکثیر پیدا می کنند نسبت به PH اسیدی سطح پوست مقاوم است و تا زمانی که درمان نشود باقی می ماند و منجر به اتروفی پوست و فولیکول مو و در نتیجه آلوپسی سیکاتریسیل می شود. غیر از پوست سر درماتوفیت ها روی بدن نیز می توانند ایجاد ضایعه نمایند که معمولاً ضایعات حلقوی با حاشیه منظم و همراه خارش و ریزش مو است. گرفتاری ناخن بوسیله درماتوفیت ها باعث ضخیم شدن و تغییر رنگ ناخن می شود راه های تشخیص درماتوفیت ها عبارتند از لامپ وود، آزمایش مستقیم و کشت که دقیق ترین آن کشت است.

متن ها یا مجلات برای مطالعات بیشتر:

کتاب درماتولوژی Habif 

کتاب درماتولوژی ANDERW'S 

کتاب درماتولوژی FITZPATRICK 

مثالهای کاربردی برای هر یک از اهداف درس:

Case ① :

مرد ۳۵ ساله مواد کار دچار ضایعات حلقوی خارش دار بدن شده موهای این نواحی از بین رفته است.

 **سؤال:**

تشخیص چیست؟

 **پاسخ:**

درماتوفیتوز

Case ② :

دختر بچه ۵ ساله ای دچار ریزش مو شده. ۲ ناحیه ۲ سانتیمتری متورم، قرمز، بدون مو در پوست سر او دیده می شود.

 **سؤال :**

به درمان اصلی چه داروهائی اضافه می کنید.

 **پاسخ:**

آنتی بیوتیک و داروی ضد التهاب

زگیل ها (Warts)

مروری بر عنوان درس :

زگیل ها از جمله بیماریهای ویروسی شایع پوست هستند که اشکال بالینی مختلفی دارند و نوع Common warts در حدود ۹۶٪ کودکان دبستانی دیده می شود. مسری است و انتقال آن از طریق خراشیدگی ها جزئی و کلی نامرئی پوست انجام می شود. بعضی انواع زگیل ها خودبخود با افزایش ایمنی بدن از بین می روند ولی بعضی انواع آن می توانند اونکوژن باشد. بنابراین نیاز به درمان قاطع و سریع دارد.

اهداف کلی :

آشنایی فراگیران با انواع بالینی زگیل ها

اهداف اختصاصی :



دانشجوی گرامی در پایان این دوره از شما انتظار می رود بتوانید:

- ۱ - دانشجو انواع زگیل را بتواند تشخیص دهد.
- ۲ - پیش آگهی انواع زگیل ها را بداند.
- ۳ - درمان زگیل های مختلف را بداند.
- ۴ - راه های انتقال و پیشگیری زگیل ها را بداند.

پیش نیاز درس:

ویروس شناسی ۱ : ساختمان ویروس، دفاع بدن با ویروس ۱، سمیولوژی پوست

توصیه هایی برای یادگیری بهتر:

➤ به اطلس های درماتولوژی مراجعه نماید تا انواع بالینی زگیل ها را بهتر تشخیص دهد.

فرصت های یادگیری:




دانشجوی گرامی:

حضور در درمانگاه و بخش

نظرات شخصی مؤلف:

با توجه به شیوع زگیل ها و بخصوص ارتباط بعضی از زگیل ها با کانسرها لازمست دانشجویان بطور کامل تمام اشکال بالینی زگیل ها و راه های درمانی آنها را فراگیرند چون بسیاری از بی توجهی های شخص درمانگر می تواند او را در معرض خطر ابتلا به بیماریهای خطرناک قرار دهد. بطور مثال الکتروکوتر زگیل هایی که ویروس اونکوژن دارند می تواند باعث ایجاد پاپیوم لارنکس و نهایتاً کانسر لارنکس در شخص درمانگر شود.




رفرنس:

درسنامه جامع بیماریهای پوست 

مروری بر مفاهیم اصولی درس:

زگیل ها بیماریهای ویروسی شایع پوست هستند. انواع بالینی مختلفی دارند که هر شکل بالینی در اثر یک ویروس ایجاد می شود. زگیل ها قابل انتقال به خود شخص مبتلا و دیگران هستند. شایعترین نوع زگیل ها عبارتند از Common warts که در حدود ۹۶٪ کودکان دبستانی، معمولاً روی دست ها ولی گاه صورت و حتی در مخاط دهان دیده می شوند. معمولاً بعد از ۲ سال خودبخود از بین می روند ولی در موارد کاهش ایمنی ممکنست به تعداد بسیار زیاد ایجاد شوند. مهمترین زگیل ها، زگیل های ناحیه آنونژنیال هستند که در رابطه با کانسرها گزارش شده اند و در صورت عدم درمان سریع و قاطع در آینده خطر بروز کانسر سرویکس و یا انتهای مسیر گوارش برای بیمار مطرح است و نیز برای شخص درمانگر اگر از درمانهایی مثل الکتروکوتر یا CO_2 LASER استفاده کند خطر ایجاد پاپیوم لارنکس و نهایتاً کانسر لارنکس را در بر دارد. چون دود حاصل از این درمان حاوی ذرات ویروسی است.

متن ها یا مجلات برای مطالعات بیشتر:

-  Habif Text book of Dermatology
-  ANDERW'S Text book of Dermatology
-  FITZPATRICK Text book of Dermatology

مثالهای کاربردی برای هر یک از اهداف درس:

Case ① :

کودک ۹ ساله با برآمدگی هایی بصورت پاپول های گل کلمی شکل در اطراف آنوس مراجعه نموده.

 سؤال:

بهترین راه تشخیص کدام است؟

 پاسخ:

گرفتن شرح حال از اطرافیان

Case ② :

کودک ۶ ساله ای با پاپوله های صورتی رنگ هم رنگ مخاط در داخل مخاط گونه و لب مراجعه نموده است.

 سوال :

ساده ترین اقدام تشخیصی کدام است؟

 پاسخ:

معاینه دست ها از لحاظ وجود زگیل

Case ③ :

خانم باردار ۸ ماهه با ضایعات وژتان در ناحیه پرینه مراجعه نموده.

 سؤال:

بهترین اقدام درمانی کدام است؟

پاسخ : 
کرایوتراپی

Case ④ :

کودک ۹ ساله ای با ضایعات گل کلمی شکل دست ها مراجعه نموده. درمانهای مختلفی از جمله داروهای موضعی دریافت نموده که بی نتیجه بوده است.

سوال : 

مؤثرترین راه درمان کدام است؟

پاسخ: 
الکتروکوتر

DRUG ERPTION

مروری بر عنوان درس :

واقعیتی که وجود دارد این است که داروها عوارض جانبی دارند و پزشک با توجه به عوارض، داروها را تجویز می نماید. اگر بخواهد از ترس عوارض جانبی آن احتیاط غیرمعقول و غیرعملی معمول دارد. اصولاً نباید حتی یک قلم دارو تجویز نماید.

اهداف کلی :

آشنایی فراگیران با مفهوم دارو و اهمیت و شیوع واکنش های مختلف دارویی و تظاهرات بالینی واکنش های ایجاد شده توسط دارو

اهداف اختصاصی :



دانشجوی گرامی در پایان این دوره از شما انتظار می رود بتوانید:

- ۱ - اهمیت واکنش های دارویی پوستی را توضیح دهید.
- ۲ - شیوع واکنش های دارویی پوستی را بیان کنید.
- ۳ - فیزیوپاتولوژی واکنش های دارویی پوستی را توضیح دهید.
- ۴ - تظاهرات بالینی مربوط به واکنش های دارویی را نام ببرید.
- ۵ - داروهائی که در درمان واکنش های دارویی مورد استفاده قرار می گیرد را نام ببرید.

پیش نیاز درس:

فارماکولوژی

توصیه هایی برای یادگیری بهتر:

☉ با توجه به اینکه دارو می تواند در یک بیمار باعث واکنش های متفاوت در زمانهای مختلف شود و همچنین یک دارو در افراد مختلف واکنش های متفاوتی را از خود نشان دهد، لذا شناخت اثرات فارماکولوژی

داروها از اهمیت ویژه ای برخوردار می باشد. همچنین شناخت تداخلات و اثر داروها بر یکدیگر از اهم موضوعات بروز واکنش های دارویی بحساب می آید.

🕒 برای مطالعه تظاهرات بالینی واکنش های دارویی به جدول ۲-۱۷ از فصل ۱۷ از درسنامه گروه پوست مراجعه کنید.

فرصت های یادگیری:



دانشجوی گرامی:

بهترین فرصت یادگیری برای فراگیران درمانگاه پوست و چون مواردی بطور اورژانس از مراکز دیگر در طی شبانه روز اعزام می گردند، اورژانس محل مناسب می باشد.

نظرات شخصی مؤلف:

همه پزشکان مایل هستند دارویی را تجویز نمایند که دارای حداقل عارضه باشد و در این رابطه تحقیقات و مطالعات در مراکز تحقیقی دنیا در حال انجام بوده و پیشرفت قابل ملاحظه ای داشته است ولی با تمام گزارشات اعلام شده به علت وسعت عوارض داروها هنوز هم در شناسایی کامل آن ناتوان هستیم. لذا توجه به شرح حال دقیق بیماران مبتلا و مراجعه به آخرین گزارشات بدست آمده از مجلات و یا اینترنت در مورد هر بیمار مشکوک به واکنش دارویی ضروری می باشد.

رفرنس:

📖 درسنامه جامع بیماریهای پوست: تألیف دکتر علی اصیلیان و همکاران فصل ۱۷ - صفحه ۲۷۵-۲۸۹

مروری بر مفاهیم اصولی درس:

کمترین اطلاعات مربوط به شیوع عوارض دارویی در بیماران سرپایی می باشد. در ۹۰ میلیون دوره زمانی که سالانه در آمریکا انجام می شود، گزارش شیوع ۴ الی ۳۰ درصد بوده است. جمع آوری اطلاعات از مأخذ مختلف شیوع کمتری را نشان می دهد، شیوع ۱ الی ۳ درصد بیشترین مقبولیت را در بین محافل علمی دارا می باشد. مکانیسم واکنشهای پوستی داروها به دو صورت کلی ۱ ایمنولوژیک ۲ غیرایمنولوژیک می باشد. در ۹۰٪ موارد از

نوع غیرایمنولوژیک می باشد که پیش آگهی بهتری نیز دارد و فقط ۶ تا ۱۰٪ موارد مربوط به فرم ایمنولوژیک می باشد.

در کل تظاهرات کلینیکی عوارض دارویی دارای دامنه وسعت گسترده ئی از بروز Maculo - Papular Eruption تا موارد تظاهرات جدی تر و شدیدتر که منجر به عوارض دائمی یا فوت بیمار می گردد. مثل Anaphylaxis یا TEN


Thinking:

آیا می دانید بثورات پوستی می تواند :
همراه با علائم سیستمیک مثل تب، لرز، نفریت، هپاتیت، لنفاد نوباتی باشد.

متن ها یا مجلات برای مطالعات بیشتر:

 ARCH DERMATOL (AAM)

 TEXT BOOK OF DERMATOLOGY, Rook's

 SOTER NA.URTICARIA d ANGIOEDEMA .IM : FREED BURG IM,
EISEN AZ.WOLFF, et Al . eds. FITZPATRICK'S DERMATOLOGY in Internal
MEDICINE. 5th ed.Newyork : MCGRAW – HiLL : 1999 : Chap 18

Thinking:

آیا می دانید احتمال پیشرفت علائم به طرف فرم های وفیم بیماری مثل TEN وجود دارد.
ریسک فاکتورهای آن کدامند؟

مثالهای کاربردی برای هر یک از اهداف درس:

Case ① :

آقای ۵۰ ساله مبتلا به CHF اخیراً مبتلا به کهیر گردیده است. بیمار سابقه مصرف داروهای قبلی و بعلت عفونت ریه تحت درمان با پنی سیلین می باشد سابقه Insectbite را چند روز قبل متذکر می باشد.

 سؤال:

کدامیک از گزینه های زیر در بروز کهیر بیمار مؤثر است؟

A)Penicillin B)insect Bite C)Infection D)Cheese E)All of the above

پاسخ : 

E)Alloftheabove

: Case②

بیمار مبتلا به کهیر که تحت درمان با داروهای مختلف قبل از بروز کهیر بوده است،



سوال :

(Histamin-RELEAsing

کدامیک از داروهای بیمار با آزادسازی هیستامین سبب بروز کهیر در وی گردیده است؟

Medications Include)

A)Penicilin

B)Sulfa

C)Hydrochlorothiazide

D)Aspirin

E)Hydroxyzine

پاسخ:



D)Aspirin

شپش Pediculosis

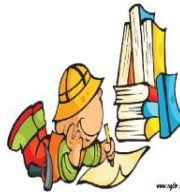
مروری بر عنوان درس :

یک بیماری مسری است که توسط حشرات ریزی بنام پدیکولوز، پوست یا موها آلوده شده و با خارش شدید در پوست سر، تنه یا نواحی تناسلی مشخص می شود.

اهداف کلی :

- ۱- انواع شپش ها و محل های ابتلا را بشناسد.
- ۲- روش های انتقال هر کدام را بداند.
- ۳- درمان انواع شپش ها را بداند.

اهداف اختصاصی :



دانشجوی گرامی در پایان این دوره از شما انتظار می رود بتوانید:

- ۷ - مشخصات شپش ها (سر، بدن، عانه) را بدانید.
- ۸ - روش تشخیص رشک (Nit) از شوره ی سر را بدانید.
- ۹ - روش های درمانی هر کدام از شپش ها را بدانید.
- ۱۰ - بیماریهایی که توسط شپش منتقل می شوند را بدانید.
- ۱۱ - اهمیت شپش عانه (از بیماریهای مقاربتی) را بدانید.
- ۱۲ - علل شکست درمانی را بدانید.

پیش نیاز درس:

ص ۱۳۵-۱۳۹ از درسنامه جامع پوست

توصیه هایی برای یادگیری بهتر:

🕒 بیماران در بسیاری از موارد، چندین مراجعه به پزشک داشته و اغلب بعنوان شوره ی سر درمانهایی دریافت کرده اند. معاینه ی دقیق و در صورت لزوم با ذره بین توصیه می شود.

فرصت های یادگیری:




دانشجوی گرامی:

عرصه یادگیری درمانگاه – هر از چند گاهی اپیدمیهای از انواع شپش بخصوص شپش سر در مهد کودک ها و دبستانها دیده می شود. معاینه ی تمام افرادی که با خارش شدید مراجعه می کنند، از نظر شپش توصیه می شود.

نظرات شخصی مؤلف:

با اینکه شپش بیشتر در مجامع شلوغ و کثیف دیده می شود، اما در استفاده از مسافرخانه ها و هتل ها و ...، گاهی در افرادی با سطح بالای زندگی نیز دیده می شود. در کودکان بخصوص دخترچه ها نیز خارش سر بخصوص اگر با زرد زخم همراه شود، بایستی بدقت از نظر شپش سر بررسی گردد.


رفرنس:

ص ۱۳۹-۱۳۵ از درسنامه جامع پوست 


مروری بر مفاهیم اصولی درس:

روش های انتقال پدیکولوز، انواع شپش، روش های تشخیص و درمان

متن ها یا مجلات برای مطالعات بیشتر:

 Dermatologic Atlas duvivier

مشاهده عکس های انواع شپش

 Skin disease (Andrew's) شرح داده شده

مثالهای کاربردی برای هر یک از اهداف درس:

Case ① :

مسری ترین بیماری مقابته کدام است؟

سؤال:

(۲) گال نروژی

(۱) پدیکولوز عانه

(۴) سیفلیس

(۳) سوزاک

پاسخ:

(۱) بدیکولوز عانه

شپش پوبیس (عانه) با یک بار تماس جنسی تا ۹۰٪ احتمال انتقال دارد که بیشتر از بقیه ی بیماریهای مقاربتی است و حداقل ۳۰٪ موارد با یک STD دیگر همراهی دارد که معاینه از نظر دیگر بیماریهای مقاربتی توصیه می شود.

Case ② :

دختری ۶ ساله با خارش شدید سر مراجعه کرده است. در معاینه دانه های سفید چسبیده به موها همراه با نقاط اکسکوریه مشهود است.

سوال:

کدام داروی خوراکی در درمان وی توصیه می گردد؟

(۲) کوتری موکسازول

(۱) تترا سایکلین

(۴) آزیترومایسین

(۳) اریترومایسین

پاسخ:

(۲) کوتری موکسازول

کودک مبتلا به شپش سر بوده و از بین داروهای خوراکی، قرص کوتری موکسازول با از بین بردن باکتری های مولد ویتامین B در روده ی شپش، قادر به بهبود شپش سر می باشد. دانه های سفید (Nit) بر خلاف شوره ی سر، محکم به موها می چسبد و علیرغم درمان موفق نیز ممکن است این چسبندگی حفظ شود.

مروری بر عنوان درس :

پسوریازیس: پلاکهای اریتماتو پوسته دار سفید رنگ که در سطوح اکستنستور اندامها بخصوص روی زانوها، سر آرنج ها و ناحیه لومبوساکرال و در روی سر دیده می شود و بیشتر عامل ژنتیک در یک زمینه اختلال ایمنولوژیک علت آن است.

اهداف کلی :

- آشنایی فراگیران با رویکرد (approach) به ضایعات پاپولواسکوامو پسوریازیس و نحوه تشخیص و انواع ضایعات پسوریازیسی و علل آن

اهداف اختصاصی :



دانشجوی گرامی در پایان این دوره از شما انتظار می رود بتوانید:

- ۱ - مشخصات بالینی پسوریازیس را بدانید.
- ۲ - اتیولوژی پسوریازیس را بدانید.
- ۳ - انواع ضایعات پسوریازیس را بدانید.
- ۴ - راه های تشخیصی پسوریازیس را از دیگران ضایعات پاپولواسکوامو را نام ببرید.
- ۵ - درمانهای رایج و انتخابی انواع پسوریازیس را نام ببرید.
- ۶ - عوارض داروهای ضد پسوریازیس و تشدید کننده ضایعات را نام ببرید.

پیش نیاز درس:

سمیولوژی پوست و مروری بر آناتومی و بافت شناسی پوست

توصیه هایی برای یادگیری بهتر:

• استفاده از اطلس های online و CD و حضور فعال در درمانگاه و معاینه بیماران با بثورات پاپولواسکوامو، آشنایی با انواع بالینی پسوریازیس و سیر آنها و توجه به بروز علائم تشدید یافته بیماری و تابلوی بالینی بثورات در هر مرحله

فرصت های یادگیری:



دانشجوی گرامی:

بهترین فرصت های یادگیری شرکت در جلسات آموزش و کلاس درس یا سمینارهای آموزشی.
حضور فعال در درمانگاه های سرپایی پوست در بیمارستان های آموزشی، حضور در گراند راند
..... ، سوالات از اساتید و رزیدنت های ارشد

نظرات شخصی مؤلف:

دانشجو باید بتواند پسوریازیس را از دیگر بیماریهای پاپولواسکوامو مثل اگزماها، لیکن پلان تشخیص دهد و علل تشدید کننده آن را بداند، اندیکاسیون بستری کردن بیمار پسوریازیس را بداند، با داروهای ضد پسوریازیس آشنا باشد.

رفرنس:



درسنامه جامع بیماریهای پوست تألیف اعضاء هیأت علمی پوست، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، فصل ۲

- صفحه ۲۳-۱۷

مروری بر مفاهیم اصولی درس:

پسوریازیس بیماری پاپولواسکوامو شایع (۱-۲٪ شیوع) است که سه اتیولوژی برای آن وجود دارد. ۱- ژنتیک ۲- اتیولوژیک ۳- اختلال در پرولیفراسیون کرانتیوسیت ها
راه تشخیصی آن کلینیک بیماران در موارد خاص نمونه برداری است.
داروها و عواملی باعث تشدید بیماری می شود. از نظر کلینیکی به چند زیر گروه تقسیم می شود مثل پسوریازیس پوستولار، اریتمودرمی، گوته، درمانهای آن به دو صورت موضعی و سیستمیک می باشد.
که درمانهای موضعی برای انواع خاص و با درگیری محدود بدن به کار می رود. درمانهای سیستمیک بیشتر برای و پوستولار پسوریازیس ژنرالیزه کاربرد دارد.

متن ها یا مجلات برای مطالعات بیشتر:



Bologna text book

تصاویر موجود پسوریازیس در فصل پسوریازیس ۱۳۷-۱۱۵

مثالهای کاربردی برای هر یک از اهداف درس:

Case ① :

خانمی ۳۰ ساله در ناحیه زانو و آرنج ها دچار بثورات پاپولواسکوامو با پوسته های نقره ای رنگ بدون خارش به درمانگاه مراجعه کرده است.



کدام تشخیص برای وی محتمل است ؟
کدام تست برای اثبات آن در درمانگاه قابل انجام است؟
(تشخیص از روی محل ضایعات و علائم کلینیکی ضایعه بوده است.)



- | | |
|---|-----|
| Psoriasis | (۱) |
| Auspitzithis test (این تست در درمانگاه قابل انجام است. بایک آپسلانگ نیز پوسته را برداشته و زیر آن نقاط خونریزی دهنده دیده می شوند.) | (۲) |

Case ② :

مردی ۲۶ ساله با پلاک های اریتماتو و پوسته دار روی سر که از خط تجاوز نکرده است بدون علائمی از ریزش مو به درمانگاه مراجعه کرده است.



تشخیص شما چیست و بهترین درمان کدام است؟



- | | |
|---|-----|
| Psoriasis | (۱) |
| درمانهای موضعی با کورتن به صورت لوسیون بتامتازون، کرم، تزریق داخل ضایعه | (۲) |

Case ③ :

مردی ۳۰ ساله با سابقه پلاکهای اریتماتو و پوسته دار بدون خارش در روی زانوها و آرنج ها با تشخیص اگزما توسط یک پزشک عمومی تحت درمان 20mg پردنیزلون قرار گرفته)
بیمار با ضایعات پوستولار منتشر در روی تنه و اندامها بعد از قطع درمان به درمانگاه مراجعه کرده است. این ضایعات به چه علت بوده است؟



سوال :

- الف) استفاده از کورتن سیستمیک و قطع درمان
- ب) ایجاد عفونت ویروسی هرپس
- ج) ایجاد Sepsis و عفونت خون
- د) ایجاد اگزما هرپتیکوم



پاسخ:

پاسخ الف --- به علت عوارض درمان کورتن سیستمیک در پسوریازیس

مروری بر عنوان درس :

هر گاه اروزيون پوستی، با ترشحات زرد رنگ گاهاً دلمه عسلی رنگ چسبنده پوشانده شود، تشخیص زرد زخم داده می شود.

اهداف کلی :

دانشجو در پایان دوره بایستی:

- ۱- بتواند زرد زخم را بشناسد.
- ۲- درمان زرد زخم را بداند.
- ۳- عوارض زرد زخم را بشناسد.

اهداف اختصاصی :



دانشجوی گرامی در پایان این دوره از شما انتظار می رود بتوانید:

- ۱۳- عامل ایجاد زرد زخم، محل های شایع آن و سن بروز آن را بداند.
- ۱۴- نحوه انتقال بیماری را بشناسد.
- ۱۵- انواع زرد زخم را بشناسد.
- ۱۶- اندیکاسیون های درمان سیستمیک در زرد زخم را بداند.
- ۱۷- علائم Post Streptococcal Glumerulonephritis را بشناسد.
- ۱۸- تست اسکرینینگ برای تشخیص PSGN را بداند.
- ۱۹- لزوم ارجاع بیمار مبتلا به PSGN به نفرولوژیست را بداند.

پیش نیاز درس:

مبحث باکتریولوژی عفونت های پوستی (به صفحه ۷۳ کتاب درسنامه جامع بیماریهای پوستی مراجعه گردد).

توصیه هایی برای یادگیری بهتر:

حضور فعال در درمانگاه و استفاده از اطلس های درماتولوژی

فرصت های یادگیری:




دانشجوی گرامی:


در بیماران درمانگاهی خصوصاً مبتلایان به اگزمای حاد، خارش پوستی، تبخال، ... می توانید ضایعات Impetiginized را ببینید.

نظرات شخصی مؤلف:

در هر بیماری که با یک درماتیت حاد خارش دار درمان نشده مراجعه می کند بدنبال Impetigo ثانوی روی محل های خراشهای پوستی بگردد.

رفرنس:

درسنامه جامع بیماریهای پوست تألیف گروه پوست دانشکده پزشکی اصفهان 

Habif textbook of dermatology 

مروری بر مفاهیم اصولی درس:

صفحه ۷۴ از شروع مبحث زرد زخم تا صفحه ۷۵ پایان مبحث (تا شروع مبحث Ictyoma) تایپ گردد.

متن ها یا مجلات برای مطالعات بیشتر:

I) Rook (Text book of dermatology) کتاب

II) Bologna textbook of dermatology

مثالهای کاربردی برای هر یک از اهداف درس:

Case ① :

کودکی ۶ ساله بدنبال ابتلا به هرپس labialis دچار ترشحات زرد رنگ بر روی ضایعات شده است.

سؤال:

در چه صورتی برای کودک شربت کلوگزاسیلین شروع خواهد شد؟

پاسخ:

- ۱ - در صورت بروز لنفادنوپاتی
- ۲ - در صورت انتشار ضایعات
- ۳ - در صورت نفریتوزنیک بودن سوش استرپ ایجاد کننده بیماری

Case ② :

در یک مهد کودک چند کودک به دنبال ابتلا به زرد زخم دچار ادم صورت و دستها شده اند. اخیراً چند کودک دیگر نیز به زرد زخم مبتلا شده اند.

سؤال:

چه اقدامی را در این Case های جدید پیشنهاد می کنید؟

پاسخ:

ارسال آزمایش کامل ادرار، دو هفته بعد از شروع عفونت استرپتوکوکی

مروری بر عنوان درس :

اریزیپلاس و سلولیت عبارتست از عفونت باکتریال درم و Subcutis که غالباً علت آن در افراد بالغ و سالم استرپ پیوژن و استاف آرئوس می باشد. سلولیت بصورت پلاکی با ۴ علامت التهاب (اریتم، ادم، گرمی و تندرئس) بر روی پوست تظاهر می یابد.

اهداف کلی :

دانشجو در پایان دوره بایستی:

- ۱- سلولیت را تشخیص دهد.
- ۲- موارد اورژانسی سلولیت را بشناسد.
- ۳- تشخیص های افتراقی سلولیت را بداند.
- ۴- درمان انواع سلولیت را بداند.
- ۵- عوارض سلولیت را بداند.

اهداف اختصاصی :



دانشجوی گرامی در پایان این دوره از شما انتظار می رود بتوانید:

- ۷ - علائم کلینیکی، محل‌های شایع، عوامل ایجاد کننده ی سلولیت را بدانید.
- ۸ - مواردی از سلولیت که اورژانسی بوده و نیاز به بستری کردن بیمار می باشد و درمان آنها را بدانید.
- ۹ - بتوانید با گرفتن شرح حال و معاینه کلینیکی سلولیت را از ترومیوز و ریدی عمقی و سطحی افتراق دهد و اقدامات پاراکلینیکی مورد نیاز در این زمینه را بدانید.
- ۱۰- اقدامات درمانی در انواع سلولیت ها را بشناسید.
- ۱۱- عوارض سلولیت را بدانید.
- ۱۲- مواردی از سلولیت های پیشرونده که نیاز به مشاوره و اقدامات جراحی دارد را بشناسید.

پیش نیاز درس:

مبحث میکروبیولوژی که در قسمت زرد زخم توضیح داده شد.

توصیه های برای یادگیری بهتر:

هر گاه پلاکی منفرد و متورم و اریتماتو بر روی پوست بیمار دیدید، با پشت دست پوست ضایعه را لمس کنید و با پوست اطراف از نظر گرمی مقایسه کنید و از بیمار راجع به تندرسن ضایعه سؤال نمایید. در صورت تندر و گرم بودن این پلاک و رد ترومبوز وریدی، تشخیص سلولیت به اثبات می رسد. (چون شایعترین محل بروز سلولیت ساق پاهاست، بعضی اوقات افتراق سلولیت با ترومبوز وریدی مطرح است).

برای رد ترومبوز وریدی به شرح حال بیمار دقت کنید. زن بودن، چاق بودن، مصرف **OCP**، حاملگی، سابقه واریس و ...) به نفع تشخیص ترومبوز وریدی است. در معاینه کلینیکی علامت هوفمن را امتحان کنید که مثبت بودن آن به نفع ترومبوز وریدی است.

در صورتیکه با توجه به شرح حال و معاینه کلینیکی بیمار به ترومبوز وریدی مشکوک باشیم می توان $0/3-0/5$ سی سی از محلول ادم را از عمق زیرجلدی قسمتی از ضایعه که بیشترین التهاب و تموج را دارد، آسپیره کنیم و غلظت پروتئین آنرا تعیین می کنیم. در ترومبوز وریدهای عمقی، غلظت متوسط پروتئین این مایع حدود g/l $5/5$ است. در صورتیکه در سلولیت بطور متوسط غلظت این مایع ادم حدود g/l $19/8$ می باشد و اگر غلظت پروتئین این مایع بالاتر از g/l 10 باشد. همیشه مؤید تشخیص سلولیت است. این روش تشخیصی یک روش سریع و ارزان برای افتراق ترومبوز وریدی از سلولیت است. سایر اقدامات تشخیصی که در این زمینه به ما کمک می کند شامل: فلیوگرافی، پلتیسموگرافی و داپلر می باشد.

فرصت های یادگیری:



دانشجوی گرامی:

بهترین فرصت یادگیری حضور در بخش و درمانگاه پوست می باشد.

رفرنس:




درسنامه جامع بیماریهای پوست تألیف گروه پوست دانشکده پزشکی اصفهان

مروری بر مفاهیم اصولی درس:

به درسنامه جامع بیماریهای پوست مراجعه شود. (صفحات ۷۸-۷۵)

متن ها یا مجلات برای مطالعات بیشتر:

 کتاب Rook (Text book of dermatology)

 Bologna textbook of dermatology

مثالهای کاربردی برای هر یک از اهداف درس:

Case ① :

مردی ۲۷ ساله از دو روز قبل بدنبال تروما به ساق پا دچار پلاکی متورم، قرمز و دردناک در ساق پا شده است. بیمار سابقه ضایعه مشابه یا سابقه هیچ بیماری خاصی را در گذشته متذکر نمی باشد.

 **سؤال:**

شما به عنوان پزشک چه اقدامی انجام می دهند؟

پاسخ :

ضایعه را با پشت دست لمس می کنیم اگر گرمتر از پوست اطراف بود، بدون نیاز به هیچ اقدام تشخیصی درمان با یک دوره سفاکلیسن یا گلوکز اسیلین خوراکی را شروع می کنیم.

Case ② :

شیرخواری ۹ ماهه با پلاکی متورم، قرمز، گرم و تندر بر روی گونه راست که از روز گذشته ایجاد شده، به درمانگاه آورده شده است.

 **سؤال :**

چه اقدامی انجام می دهید؟

پاسخ:

شیرخوار را بستری و تحت درمان یا سفالوسپورین نسل دو یا سه تزریقی قرار می دهیم. (چون این نوع سلولیت اورژانسی بوده و ممکن است عوارضی نظیر Sepsis، مننژیت انسداد راه هوایی در اثر ادم و ... بدنبال داشته باشد).

Case ③ :

خانمی ۴۲ ساله یا پلاکی متورم، اریتماتو، تندر و گرم در پلک تحتانی مراجعه نموده است. در معاینه بیمار حرکات چشم دردناک نمی باشد. بیمار سابقه بیماری خاص را متذکر نیست.

سؤال: 

چه اقدامی انجام می دهید:

پاسخ: 

بیمار را بستری و تحت درمان با نفسیلین وریدی قرار می دهیم. (چون خطر ترومبوز سنیوس کاورنوس وجود دارد).

Case ④ :

مردی ۲۲ ساله مبتلا به لوسمی با پلاکی متورم، دردناک و تندر و اریتماتو بر روی گونه راست مراجعه نموده است.

سؤال: 

چه اقدامی انجام می دهید؟

پاسخ: 

جهت پیدا کردن ارگانیسیم مقصر، از مخاط چشم، بینی، حلق، گوش نمونه جهت لام مستقیم و کشت و آنتی بیوگرام ارسال می کنیم.

(چون در افراد ایمونوساپرس ارگانیسیم های غیر شایع و حتی قارچ ها می توانند مولد سلولیت باشند در ضمن انجام آنتی بیوگرام هم ضروری می باشد چون رفتار ارگانیسیم ها در بدن افراد با نقص ایمنی، همانند افراد سالم نیست و ممکن است به بعضی آنتی بیوتیک ها مقاوم باشند.

فولیکولیت باکتریال

مروری بر عنوان درس :

فولیکولیت باکتریال بصورت پاپول و پوسچول های فولیکولار در محل های تروما مثل ناحیه ریش در آقایان، باسن و ... تظاهر پیدا می کند.

اهداف کلی :

در پایان دوره دانشجو بایستی:

- ۱- بتواند فولیکولیت را تشخیص دهد.
- ۲- درمان انواع فولیکولیت را بداند.
- ۳- بتواند فولیکولیت را از پاپوله های غیر فولیکولی افتراق دهد.

اهداف اختصاصی :



دانشجوی گرامی در پایان این دوره از شما انتظار می رود بتوانید:

- ۱ - علل فولیکولیت، محل های شایع و انواع آن را بدانید.
- ۲ - بتوانید فولیکولیت سطحی و عمقی را از هم تشخیص دهید.
- ۳ - تشخیص های افتراقی فولیکولیت را بدانید.
- ۴ - بتوانید فولیکولیت را از آکنه افتراق دهید.
- ۵ - درمان انواع فولیکولیت را بدانید.
- ۶ - انواع غیر باکتریال فولیکولیت را بشناسید.

پیش نیاز درس:

مبحث میکروبیولوژی که در قسمت زرد زخم توضیح داده شد.

توصیه هایی برای یادگیری بهتر:

در درمانگاه هنگام معاینه پوست بیماران، به پوست ناحیه ریش آقایان، نواحی **Shaving** در خانم ها و ناحیه ی باسن دقت کنید. معمولاً تعدادی فولیکولیت سطحی خواهید دید اما غالب بیماران شکایتی ندارند و به علت

مشکلات دیگر پوستی مراجعه می کنند. برای دیدن تصاویری از فولیکولیت های سطحی و عمقی به اطلس درماتولوژی **habifi** مراجعه نمائید.

فرصت های یادگیری:



دانشجوی گرامی:

بهترین فرصت یادگیری حضور فعال در بخش و درمانگاه پوست می باشد.

نظرات شخصی مؤلف:

در صورت دیدن پاپول یا پوسچول بر روی پوست بیمار، بایستی با لنز دستی ناحیه را مشاهده و مشخص کنید پاپولها و پوسچول ها فولیکولار هستند (در مرکز پاپول یا پوسچول، مو یا منفذ فولیکول مو مشاهده می گردد) یا غیر فولیکولار (ضایعه ارتباطی با دهانه فولیکول مو ندارد). در صورتیکه پاپول و پوسچول ها فولیکولار باشد :
(۱) اگر همراه این ضایعات کمدون هم دیده شود، خصوصاً اگر ضایعه در صورت و در یک فرد جوان باشد تشخیص آکنه مطرح است.

(۲) اگر کمدون مشاهده نگردد و ضایعات غالباً در محل تروما مثل باسن، ریش و ... باشد، تشخیص فولیکولیت مطرح است که البته فولیکولیت غالباً باکتریال است. اما می تواند علت آن پیتروسیپوروم و حتی درماتوفیتها باشند که در مورد فولیکولیت درماتوفیتی (Tinea) موهای ضایعه سست شده یا ریخته است اما در فولیکولیت باکتریال این علامت دیده نمی شود.

در صورتیکه پاپول و پوسچولها غیر فولیکولار باشند :

۱- در صورتیکه ضایعات التهابی (پاپولهای اریتماتو همراه یا بدون پوسچول) باشند، بیشتر تشخیص هایی مثل Miliaria (که مربوط به انسداد غدد عرق می باشد) مطرح است.

۲- در صورتیکه ضایعات فقط به شکل پاپول (همرنگ پوست) و غیر التهابی باشد :
الف) در صورتیکه تعداد آنها یک یا دو عدد باشد، بایستی به تومرهای ضمام و ... فکر کنیم و ضایعه بیوپسی گردد.

ب) در صورتیکه متعدد باشند، باید به فکر وارت، مولوسکوم (پاپولهای ناف دار) و ... باشیم.


رفرنس:

درسنامه جامع بیماریهای پوست

مروری بر مفاهیم اصولی درس:

برای توضیحات بیشتر به درسنامه جامع بیماریهای پوست صفحات ۷۸-۸۰ مراجعه شود.

متن ها یا مجلات برای مطالعات بیشتر:

 Rook's Text book of dermatology

 Bologna textbook of dermatology

مثالهای کاربردی برای هر یک از اهداف درس:

Case ①

خانمی ۲۳ ساله با پاپول و پوسچولهای متعدد بر روی پوست Back از ۲ هفته پیش مراجعه نموده است. بیمار هیچ مشکل پوستی دیگری ندارد.



مهمترین اقدام تشخیصی که انجام می دهید چیست؟



با معاینه با لنز دستی باید مشخص کنیم :

- ۱) آیا پاپول و پوسچول ها فولیکولار هستند یا نه؟
- ۲) آیا کمدون هم بر روی پوست Back دیده می شود یا نه ؟

Case ②

پسری ۱۶ ساله مبتلا به آکنه صورت، دچار پاپولهای متعدد ۱-۲mm بر روی سینه و پشت شده که در معاینه با لنز دستی پاپولها غیر فولیکولار و ناف دار هستند.



تشخیص شما چیست؟



- مولوسکوم کونتاژیوزوم (معمولاً در صورت دیدن پاپوله‌های ناف دار بر روی پوست دو تشخیص اصلی مطرح است :
- ۱) هیپرپلازی سباسه : که در سنین متوسط و بالاتر و بیشتر در صورت دیده می شود و پاپولها ته رنگ زرد دارند و در صورت خراش دادن سطح آنها با بسیتوری، هیچ ماده ای از آنها خارج نمی شود.
 - ۲) مولوسکوم کونتاژیوزوم: پاپوله‌های قرمز یا هم‌رنگ پوست و ناف دار که بیشتر در چپه‌ها دیده می شود و در صورت خراش سطح آنها با بسیتوری یک ماده سفید پنیری از آن خارج می گردد.

③ Case :

مردی ۴۵ ساله با پاپول و پوسچول های خارشدار متعدد بر روی پوست ناحیه ریش مراجعه نموده است. در معاینه دقیق ضایعات فولیکولار بوده و موهای ناحیه نیز ریخته است.



اولین اقدام شما چیست؟



ارسال لام مستقیم از ضایعات (چون تشخیص فولیکولیت است اما در فولیکولیت باکتریال موهای ضایعه نمی ریزد. لذا در این بیمار چون موهای ضایعه ریخته، بایستی از نظر رد Tinea، لام مستقیم از ضایعه ارسال گردد.

مروری بر عنوان درس :

از نظر تعریقی عبارتست از درماتیت (اریتم، خارش، پوسته ریزی و گاهی حتی وزیکول) در نواحی Sunexposed (که بطور کلاسیک شامل صورت و پشت دستها و ناحیه ی V Chest در آقایان می باشد).

اهداف کلی :

در پایان دوره دانشجو بایستی :

- ۱- بتواند فتودرماتوز را تشخیص دهد.
- ۲- علل اصلی فتودرماتوز را بداند.
- ۳- درمان انواع شایع فتودرماتوز را بداند.

اهداف اختصاصی :



دانشجوی گرامی در پایان این دوره از شما انتظار می رود بتوانید:

- ۶ - فتودرماتوز را تشخیص دهید.
- ۷ - تشخیص های افتراقی فتودرماتوز را بدانید.
- ۸ - علل اصلی و شایع فتودرماتوز و درمانهای آنها را بدانید.
- ۹ - اصول محافظت از آفتاب را بداند و بتواند برای بیمار توضیح دهید.
- ۱۰ - آزمایشات اسکرین بیمار مبتلا به فتودرماتوز که علتی برای آن یافت نشده، را از نظر ابتلا به Connective tissue disorders بدانید.
- ۱۱ - بتواند از بیمار شرح حال دقیقی از نظر علل ایجاد فتودرماتوز بگیرد.

پیش نیاز درس:

ICM

توصیه هایی برای یادگیری بهتر:

در صورت شک به فتودرماتیت، پلکها، مثلث زیر چانه، پشت لاله گوش و عمق چین های پوستی را معاینه کنید زیرا نور به این نواحی نمی تابد و در فتودرماتوز این نواحی Spare است.

در بیماری که با درماتیت در صورت و پشت دستها مراجعه می کند، باید به فکر air born allergy ها هم باشیم (آلرژی نسبت به مواد معلق در هوا)، اما در این مورد بر خلاف فتو درماتیت ها پلک ها شدیداً گرفتار است.

فرصت های یادگیری:



دانشجوی گرامی:

در بیماران بستری در بخش و در بیماران سرپایی در درمانگاه می توانیم مواردی از فتو درماتیت را ببینیم.

نظرات شفصی مؤلف:

کلاً تشخیص فتو درماتوز بسیار ساده و در عرض چند ثانیه داده می شود اما پیدا کردن علت آن احتیاج به گرفتن شرح حال دقیق و کامل و معاینه دقیق بیمار و حتی درخواست بعضی آزمایشات پاراکلینیکی دارد. غالباً علت فتو درماتوز، آگزوزن می باشد. لذا در شرح حال بیمار از مصرف دارو خصوصاً NSAID و آنتی بیوتیکها و تیاژیدها، مواد گیاهی، تماس با عطر و ادکلن، لوازم آرایشی و گل و گیاه ... سوال کنید. همچنین جهت رد سندرمهای ارثی، در مورد سن شروع علائم، وجود سابقه علائم مشابه در افراد خانواده، علائم همراه و ... بایستی سوال شود.

در نهایت اگر فردی بطور اکتسابی دچار حساسیت به نور شده و در شرح حال نکته مثبتی نداشته است، حتماً باید از نظر بیماریهای بافت همبند بررسی شود. خصوصاً اگر بیمار یک خانم جوان باشد، لذا لازمست آزمایشات زیر جهت Screening از نظر Connective tissue diseases انجام گردد:

- | | |
|-----|-----|
| CBC | (۱) |
| ESR | (۲) |
| ANA | (۳) |
| U/A | (۴) |

لازم به ذکر است، انجام این تستها در قدم اول لازم و کافی است، اما در صورتیکه اختلالی در هر کدام از این تستها مشاهده شد، تستهای اختصاصی تر درخواست می گردد.

(فرانس):



در سنانه جامع بیماریهای پوست صفحات ۵۹-۵۱



مروری بر مفاهیم اصولی درس:

در مورد تشخیص فتودرماتیت توضیح داده شد.

علل اصلی فتودرماتوز شامل :

- ۱) بیماریهای ژنتیکی : که در این بیماران DNA سلولی پس از آسیب در اثر نور، بطور طبیعی نمی تواند ترمیم شود و مثال آن بیماری گزرودرماپیگمنتوزا می باشد.
 - ۲) علل خارجی : که سردسته ی آنها داروها (NSAIDs ، سولفونامیدها، تتراسیکلین، تiazید گریزئوفلوین، کلرپرومازین، نالیدیکسیک اسید و ...) مواد شیمیایی (PABA و Dibenzoyl methan و Cinnamate در ضد آفتابها، ماده رنگی Eosin در لوازم آرایشی و ...) عطرها و ادکلن ها (انواع حاوی عصاره ی برگاموت) بعضی گیاهان (گیاهان حاوی فوروکومارین) و ... می باشند که از طریق واکنش فتوتوکسیک یا فتوالرژیک می توانند باعث حساسیت پوست به نور شوند.
 - ۳) بیماریهای متابولیک و ارثی نظیر انواع پورفیری های جلدی و سندرمهای ارثی نظیر سندرم هارت ناپ و پلاگر
 - ۴) انواعی از فتودرماتوزها تحت عنوان کلی Acquired photodermatitis With Possible Immunologic basis که شامل بیماریهای پلی مورفوس لایت اراپشن (PIE)، اکتینیک پروریگو، هیدروآ واکسینی فرم، کهیر آفتابی و Chronic actinic dermatitis (CAD) می باشد.
 - ۵) بیماریهایی که از علائم آنها حساسیت به نور است که سردسته آنها بیماریهای بافت همبند (شامل SLE و ...) می باشد.
- برای جزئیات بیشتر به درسنامه جامع بیماریهای پوست مراجعه گردد. (صفحات ۵۹-۵۱)

متن ها یا مجلات برای مطالعات بیشتر:

-  Rook's Textbook of dermatology
-  Bologna textbook of dermatology

مثالهای کاربردی برای هر یک از اهداف درس:

Case ① :

آقای ۴۷ ساله با خارش و قرمزی صورت و پشت دستها مراجعه نموده است.



مهمترین نکته در معاینه این بیمار کدامست؟

پاسخ: 

معاینه پلک، پشت گوش و زیر چانه ی بیمار

Case ②:

خانمی ۲۷ ساله با اگزمای مترشحه ورمیلیون لبها از دوهفته پیش مراجعه نموده که معتقد است بدنبال استفاده از یک رژ لب جدید اتفاق افتاده. بیمار متذکر است تابحال چندین بار این مشکل برای وی پیش آمده و با وجود عوض کردن نوع لوازم آرایش و هیپوآلرژیک بودن آن باز این مشکل تکرار شده است.

سوال: 

بنظر شما علت این مشکل بیمار چیست؟

پاسخ: 

فتوالرژي نسبت به ماده ی اتوزین که جزء اصلی رنگ قرمز لوازم آرایش است.

مروری بر عنوان درس :

وقتی بیماری با پاپولها و پلاکهای ارتیماتو و ادماتو خارش دار به شما مراجعه کند و این ضایعات گذرا و پویا باشند، تشخیص کهیر مطرح می گردد و اگر ادم نسوج نرم در اطراف پلکها، لبها، زبان و لارنکس باشد و خارش نداشته بلکه ممکنست دردناک باشند. تشخیص آنژیوادم مطرح می شود.

اهداف کلی :

- ۱- دانشجو بتواند علائم بالینی کهیر را بشناسد.
- ۲- دانشجو بتواند کهیر را از آنژیوادم افتراق دهد.

اهداف اختصاصی :



دانشجوی گرامی در پایان این دوره از شما انتظار می رود بتوانید:

- ۱ - انواع کهیر را از نظر بالینی نام ببرید.
- ۲ - تفاوت کهیر حاد و مزمن را بدانید.
- ۳ - عوامل دارویی و غیر دارویی مولد کهیر را نام ببرید.
- ۴ - انواع روشهای درمانی کهیر را بدانید.
- ۵ - مواردی از کهیر و آنژیوادم که نیاز به ارجاع دارند را بشناسید.

پیش نیاز درس:

آشنایی با آناتومی و فیزیولوژی پوست و ایمونولوژی

توصیه هایی برای یادگیری بهتر:

توجه به شرح حال - گذرا بودن المانها - علامت ویل و فلر

فرصت های یادگیری:




دانشجوی گرامی:


حضور در درمانگاه و معاینه بیماران مراجعه کننده
حضور در اورژانس و مشاهده موارد کهیر آنژیودرم حاد

نظرات شخصی مؤلف:

هر بیماری که با خارش، ایجاد پاپولها و پلاکهای اریتماتو و ادماتو مراجعه کند و باید به فکر کهیر بود. گاهی اوقات بیمار هنگام مراجعه علامت و نشانه ای ندارد. بلکه شما از روی شرح حال می توانید به این تشخیص برسید.

رفرنس:

درسنامه جامع بیماریهای پوست 

کتاب Habif روش نوین درمان بیماریهای پوست مؤلف دکتر اصیلیان و دکتر کیانی 

مروری بر مفاهیم اصولی درس:

تعریف کهیر

انواع کهیر

علل ایجاد کهیر

و درمان در کتاب درسنامه

متن ها یا مجلات برای مطالعات بیشتر:

 Bologna 2008 مبحث کهیر کتاب

مثالهای کاربردی برای هر یک از اهداف درس:

Case ① :

خانم ۳۵ ساله ای به علت پابولها و بلاکهای خاش دار و ادماتو که از ۲ هفته قبل شروع شده مراجعه کرده است. در هنگام مراجعه نشانه ای از بیماری روی پوست او نیست.

 **سؤال:**

محتملترین تشخیص شما کدام است؟

 **پاسخ:**

کهیر حاد

Case ② :

مرد ۲۵ ساله ای بدنبال تمرین بدنی دچار خارش پوست ناحیه سینه شده و پاپولهای قرمز و متورم و خارش دار روی پوست او ظاهر شده است.

 **سؤال:**

محتملترین تشخیص افتراقی مورد فوق کدام است؟

 **پاسخ:**

کهیر پاپولر کولینرژیک

Case ③ :

بیماری به علت ویلهای ادماتو روی بدن توام با ادم شدید لبها و چشمها مراجعه کرده است.

 **سؤال:**

چه اقدامی انجام می دهید؟

 **پاسخ:**

بیمار را تحت نظر گرفته و درمان آنژیوادم حاد با توجه به ABCD اورژانس انجام می دهیم.

Case ④ :

بیماری به علت پلاکها و ویلهای اریتماتو و ادماتوی روی پوست تنه و اندامها مراجعه کرده است که ویلهای بعضاً تا ماندگاری دارند.

سوال : 

اولین تشخیص که در ذهن تداعی می شود کدام است؟

پاسخ: 

واسکولیت کهیری

مروری بر عنوان درس :

اگزما عبارت است از بثورات پوستی که مشخصه ی آنها قرمزی، خارش، وزیکول و پوسته ریزی می باشد. واژه ی درماتیت اغلب مترادف اگزما در نظر گرفته می شود.

اهداف کلی :

آشنایی فراگیران با مفهوم کلی اگزما، اتیولوژی، پاتوژنز و روشهای تشخیصی انواع شایع اگزماها و اساس درمان آن ها.

اهداف اختصاصی :



دانشجوی گرامی در پایان این دوره از شما انتظار می رود بتوانید:

- ۱ - مشخصات کلینیکی انواع اگزماهای شایع را بدانید.
- ۲ - اتیولوژی و پاتوژنز و طبقه بندی اگزماهای شایع را بدانید.
- ۳ - روشهای تشخیصی و approach به بثورات اگزمایی را توضیح دهید.
- ۴ - درمانهای اصلی و رایج اگزما را بیان نمایید.

پیش نیاز درس:

آناتومی، بافت شناسی و سمیولوژی پوست (منبع : درسنامه جامع بیماریهای پوست، تألیف اعضاء هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان - صفحه ۱۲-۳)

توصیه هایی برای یادگیری بهتر:

حضور در درمانگاه های آموزشی و اخذ شرح حال بیماران و معاینه ی آنها با حضور دستیاران. استفاده از Photo-quizz های موجود "online" در وب سایت های مربوط به آموزش درماتولوژی Search در وب سایت های اینترنتی مربوط به **Medical student education** که با همین ۳ کلید واژه قابل

جستجو

می باشند.

و **search** در اطلس های **Online** که می توان مثال نمونه ای از آن را در سایت تحت نام

[Http://www.lumen.luc.edu/lumen/MedEd/medicine/dermatology/melton/atlas.htm](http://www.lumen.luc.edu/lumen/MedEd/medicine/dermatology/melton/atlas.htm)

یافت.

فرصت های یادگیری:



دانشجوی گرامی:

شرکت در کلاس های دروس تئوریک - سمینارهای بازآموزی مدون - حضور فعال بر بالین بیماران (بخش و درمانگاه سرپائی) - معاینه و اخذ شرح حال زیر نظر دستیاران و اتدینگ - Web sites search با focus شدن بر روی سایت های : نظیر ذیل :

<http://www.lumen.lumen.luc.edu/lumen/medEd/medicine/dermatologymelton/atlas.htm>

<http://telemedicin.org/stamford.htm>

<http://www.angelfire.com/md2/liaquation/dermatology/pdf>

نظرات شخصی مؤلف:

تشخیص اگزما بر مبنای جمع بندی علائم بالینی و تغییرات بافت شناسی می باشد. برای تعیین نوع و طبقه بندی اگزما علاوه بر اخذ شرح حال دقیق نیاز به برخی تست های پاراکلینیکی نظیر پاچ تست و تعیین سطح IgE سرم هست.

اگزماها تشخیص های افتراقی متنوعی نظیر پسوریازیس، گزش حشرات، پمفیگوئید و رآکسیون های دارویی دارند.

اگزماها در مراحل مختلف پاتوژنز (حاد، تحت حاد و مزمن) خصوصیات کلینیکوپاتوزیکال متمایزی دارند. به دانشجویان عزیز توصیه می گردد در شرح حال گرفتن از بیماری که با بثورات خارش دار به درمانگاه مراجعه نموده اگزما را در نظر داشته باشند و از علل تشدید کننده و تخفیف دهنده و سابقه ی Atopy (فامیلیال History) سؤال نمایند.

ضمناً در برخی موارد اگزماها منتشر گردیده و بالغ بر ۹۰ درصد سطح پوست بدن را درگیر نموده که به این نشانه " Erythroderma " اطلاق می گردد و وضعیتی اورژانس است و دانشجویان بایستی با اندیکاسیون بستری شدن در اگزماها که وضعیت اریترودرما می باشد و مخاطرات و عوارض آن دی هیدراتاسیون (هیدراتاسیون، Sepsis، شوک و ...) آشنا باشند.

رفرنس:

درسنامه جامع پوست اصفهان - تألیف دکتر اصیلیان و همکاران - انتشارات دانشگاه

علوم پزشکی اصفهان - صفحه ۲۹-۳۴

تشخیص و درمان بیماریهای پوست - توماس پی. هبیف - ترجمه دکتر کامران بلیغی و همکاران - تهران - ارجمند - ۱۳۸۶ - صفحه ۱۴ (مبحث اگزما)
تشخیص و درمان بیماریهای پوست - توماس پی. هبیف - ترجمه دکتر کامران بلیغی و همکاران - تهران - ارجمند - ۱۳۸۶ - صفحه ۱۷ (مبحث درمان موضعی)

مروری بر مفاهیم اصولی درس:


اگزماها بر دو طبقه کلی آندوزن و اگزوزن تقسیم می گردند. اگزماهای آندوزن منشاء درونی و اگزماهای اگزوزن منبع خارجی در سبب شناسی خویش دارند. شایعترین نوع اگزما؛ درماتیت تماسی تحریکی irritant contact Dermatitis از نوع اگزوزن است.

در تداوم یافتن اگزماها، مکانیسم جبرانی هیپرپلازی بافت های اپیدرم و درم فوقانی در اثر خارش و خاراندن رفلکسی پوست توسط فرد بیمار، ایجاد پلاک های Lichenification می نماید که در نوعی از اگزما به نام نورودرماتیت پاتوژنز اصلی، Lichenification یا پدیده ی "چرمی شدن" پوست روی خواهد داد.

اگزماها مجموعاً جزو بثورات بسیار شایع و طبق آمار جهانی یک پنجم مراجعات درماتولوژیک Clinics را به خود اختصاص می دهند، لذا یادگیری مفاهیم اگزماها جزو essential learning contents در علم درماتولوژی می باشد.

اگزماها بر مبنای مورفولوژی و شکل ظاهری بالینی نیز به ساب تایپهائی تقسیم بندی می گردند که ۵ تا از رایج ترین ها عبارتند از: درماتیت تماسی تحریکی - درماتیت تماسی آلرژیک - درماتیت اتوپیک - نورودرماتیت - اگزمای دیسکوئید و ... علیرغم آنکه پروتکل های درمانی اکثریت اگزماها مشترک و مشابه می باشند ولی فهم طبقه بندی مورفولوژیک اگزماها و تشخیص ساب تایپ های آنها می تواند در معیارهای پیشگیری نوتوانی و تعیین پروگنوستیک اگزما برای بیماران مفید باشد.

متن ها یا مجلات برای مطالعات بیشتر:

همان مطالب مربوط به متن ها یا مجلات برای مطالعات بیشتر است، منتها Search word عوض می شود.  Search word : eczema - dermatitis - treatment

مثالهای کاربردی برای هر یک از اهداف درس:

Case ① :

خانم جوانی یک روز پس از استفاده از دستبند خویش در ناحیه ی مچ دست دچار بثورات پاپولووزیکولار خارش دار بر روی زمینه ای قرمز رنگ گردیده است. این ضایعات ۳ روز تداوم داشته اند.

 سؤال:

کدام تشخیص برای وی محتمل می باشد؟ و کدام تست را برای اثبات تشخیص خود پیشنهاد می نمائید؟

 پاسخ :

آلرژیک کنتاکت درماتیت- تست Patch.

Case ② :

خانم خانه داری دچار پلاک های خارش دار و پوسته دار بر روی انگشتان و دست ها گردیده است. وی سابقه ی قبلی بیماری پوستی را نمی دهد و از لحاظ شرایط جسمانی و Lab.data در سلامت به سر می برد. بر روی پلاک ها، Crusts (دلمه هایی) به رنگ زرد روشن مشهود است. این ضایعات ۲ هفته ادامه داشته اند.

 سؤال :

- کدامیک از انواع آگزماها برای وی مطرح اند؟
- بهترین توصیه ی درمانی به او کدام است؟

 پاسخ:

درماتیت تماسی تحریکی تحت حاد - اجتناب از آب و مواد شوینده و مصرف کرم های مرطوب کننده "emollients"

Case ③ :

دختر ۱۲ ساله ای با پاپول ها و وزیکول های گروهی خارش دار بر روی زمینه ی اریتماتوس بر روی صورت مراجعه نموده است. شروع این ضایعات از ۴ روز پیش و بدنال مسافرت بوده است. سابقه ی فامیلی رینیت آلرژیک در پدر بیمار وجود دارد.

 سؤال:

۱ - کدام تشخیص برای وی مطرح است؟

۲ - درمان پیشنهادی کدام است؟

پاسخ : 

۱ - آگزمای آتوپیک (مرحله حاد)

۲ - پماد هیدروکورتیزون ۱٪، ۲ بار در روز بمدت ۱۰-۷ روز و اجتناب از مواد صابونی و شوینده ی قوی و کف زا و مصرف کرم های emollient (مرطوب کننده)

مروری بر عنوان درس :

عوامل ژنتیکی در بروز درماتیت آتوپیک نقش بسزائی دارند. آتوپی در مجموع زمینه ی ژنتیک بروز ازدیاد حساسیت پوستی و یا تنفسی به آنتی ژن های شایع محیط اطراف است. آتوپیک ها، پوستی تحریک پذیر با آستانه ی پایین بروز خارش دارند. خارش شایع ترین سمپتوم در درماتولوژی است و تعریف آن احساسی ناخوشایند در پوست که تمایل به خاراندن "Scratching" را برمی انگیزاند. واسطه های متفاوتی در ایجاد و تداوم حس خارش پوستی نقش دارند.

اهداف کلی :

- آشنایی با مفهوم Atopy و رویکرد به اگزمای آتوپیک
- آشنایی با پاتوژنز و مراحل ارزیابی بیماران دارای خارش منتشر

اهداف اختصاصی :



دانشجوی گرامی در پایان این دوره از شما انتظار می رود بتوانید:

- ۷ - نشانه های بالینی و معیارهای تشخیصی درماتیت آتوپیک را بدانید.
- ۸ - Staging و Approach تشخیصی درماتیت آتوپیک را توضیح دهید.
- ۹ - با شرح حال و معاینات لازم جهت تشخیص اگزمای Atopic آشنا گردید.
- ۱۰ - درمان های رایج اگزمای آتوپیک و عوامل تشدید کننده و تخفیف دهنده ی آن را توضیح دهید.
- ۱۱ - با پاتوژنز، فیزیولوژی و تقسیم بندی خارش آشنا گردید.
- ۱۲ - روشهای افتراق خارش با مبنای درماتولوژیک و خارش سیستمیک را بدانید.
- ۱۳ - بیماریهای سیستمیک عامل خارش جنرالیزه را بدانید و توضیح دهید.

پیش نیاز درس:

فیزیولوژی پوست، آناتومی و سمیولوژی پوست (منبع : درسنامه جامع بیماریهای پوست، تألیف اعضای هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان - صفحه ۱۲-۳)

توصیه هایی برای یادگیری بهتر:

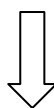
حضور فعال در درمانگاه پوست، تمرین گرفتن شرح حال از کودکان و بالغینی که با خارش و بثورات پاپولووزیکولار یا پلاکی مراجعه نموده اند.

مثال :

کودکی ۱/۵ ساله با پلاک های قرمز رنگ exudative و بیقراری شدید از ۳ روز قبل به درمانگاه آورده شده، در معاینه، ناحیه ی گونه ها درگیر است.

سمیولوژی پلاک ها، محل آناتومیک درگیری، سن بیمار، علائم بالینی همراه

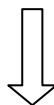
احتمالاً بثورات اگزمائی؟؟



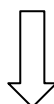
شرح حال کامل (پرسش از معیارهای ماینور و ماژور اتوپیک درماتیت ...) و معاینات پوست



علل تشدید کننده و تخفیف دهنده
(استرس، رویش دندانی، عفونت ویرال)



جمع بندی علائم با تأکید بر ۳ کرایتریای ماینور و ماژور



Diagnosis

روش صحیح گرفتن شرح حال کامل و تأکید بر علل تخفیف دهنده و تشدید کننده ی اگزماها و سابقه ی فامیلی Skin disorders برای دانشجویان الزامی و ضروری است. انجام معاینه دقیق پوست، مو و مخاطها و دقت به توزیع آناتومیک و الگوی قرارگیری بثورات پوستی می تواند راهنمای تشخیصی خوبی باشد. آشنایی فراگیران با تست های آزمایشگاهی رایج برای رویکرد تشخیصی خارش جنرالیزه در افرادی که بیماری پوستی خاصی ندارند الزامی است. این تست ها شامل CBC، Renal Function، Liver Function، ESR، UA می باشند.

فرصت های یادگیری:



دانشجوی گرامی:

حضور در درمانگاه سرپائی، حضور در گراند راند (بخش بستری)، شرکت در Case Reports هفتگی و سمینارهای بازآموزی، On-line search خصوصاً بر روی Case studies, Photo-quiz و ... از سایت های مورد استفاده و کاربردی

<http://www.medindia.net/medical-quiz>

<http://www.telemedicin.org/rdrugge.htm>

<http://www.Uihealthcare.com/topics/medicaldepartments/dermatology/index>

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez>

نظرات شخصی مؤلف:

سن بیماران در زمان تشخیص درماتوز برای رویکرد تشخیصی مهم است. مثال (Peak سنی آگزمای آتوپیک در شیرخوارگی است).

یافتن همراهی های (Association) آگزمای آتوپیک و خارش منتشر در تشخیص کمک شایانی می کند. مثال: حضور کارتوزپیلاریس، چین های Dennie-morgan و پیتریازیس Alba در کودکی که سابقه فامیلی آسم در وی هست توجه ما را به Atopic State جلب می نماید و با یافتن سایر معیارهای تشخیصی و جمع بندی علائم تشخیصی محرز می گردد.

خارش جنرالیزه در غیاب درماتوزهای اختصاصی، ظن و گمان قوی برای وجود بیماریهای زمینه ای احشایی که سر دسته شان اختلالات کلیوی، کبدی و هماتولوژیک است را برمی انگیزد.

رفرنس:

تشخیص و درمان بیماری های پوست، توماس. پی. هبیف- ترجمه دکتر کامران بلیغی و همکاران - تهران - ارجمند - ۱۳۸۶. صفحه ۹۵-۸۲ (مبحث آگزمای آتوپیک)

تشخیص و درمان بیماری های پوست، توماس. پی. هبیف- ترجمه دکتر کامران بلیغی و همکاران - تهران - ارجمند - ۱۳۸۶. صفحه ۱۷۹۵-۱۴ (مبحث درمان موضعی)

درسنامه جامع بیماریهای پوست، تألیف اعضای هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان - صفحه

مروری بر مفاهیم اصولی درس:

درماتیت آتوپیک، اگزمایی در زمینه آتوپي و همراهی با مجموعه ی علائم آتوپیک می باشد. این اگزما پاتوژنز و فیزیوپاتولوژی پیچیده و جالب توجهی از دیدگاه ایمونولوژیک دارد. سیستم ایمنی سلولی و مدیاتورهای مترشحه از لنفوسیت‌های T در ایجاد علائم درماتیت نقش دارند.

افراد آتوپیک ذاتاً و به لحاظ ژنتیکی نیز پوستی خشک و تحریک پذیر و با آستانه ی پائین خارش دارند.

سیر اگزمای آتوپیک مزمن، عود کننده و وابسته به عوامل محیطی (تخفیف دهنده و تشدید کننده) است.

خارش جنرالیزه و منتشر معمولاً دارای علل و بیماریهای زمینه ای احشایی نظیر نارسایی عملکرد کلیوی و یا کبدی، مصرف داروها، اختلالات هماتولوژیک و Malignancies می باشد. خارش لوکالیزه می تواند ناشی از بیماریهای درماتولوژیک و اختلالات سایکوسوماتیک و نوروزنیک باشد.

شرح حال و معاینات فیزیکی و مروری بر ارگانهای داخلی در یافتن اتیولوژی خارش منتشر و مزمن بسیار ارزشمند است.

متن ها یا مجلات برای مطالعات بیشتر:



<http://www.eblue.org/issues>

Journal of the American Academy of dermatology



<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez>

Search words : Atopic-Dermatitis-Pruritus...



<http://www.telemedicin.org/rdrugge.htm>



<http://www.telemedicin.org/stamford.htm>

مثالهای کاربردی برای هر یک از اهداف درس:

Case ① :

شیرخوار ۷ ماهه ای دچار پلاک های قرمز، مترشحه روی گونه ها گردیده است، وی شبها دچار بیقراری شدید می گردد، منحنی وزنی وی در ۲ ماه اخیر افزایش طبیعی نشان نمی دهد. این شیرخوار در حال رویش دندانهای تحتانی است.

 **سؤال:**

تشخیص شما چیست و ضمناً چه پیش آگهی برای وی انتظار دارید؟

 **پاسخ:**

درماتیت آتوپیک

تا سن ۱۸ ماهگی ۸۰٪ به رمیسیون می روند.

Case ② :

کودک ۱۲ ساله ای با پاچه‌های هیپوپیگمانته ی پوسته دار با حواشی نامشخص بر روی گونه ها از ۶ ماه قبل آورده شده است. در سوابق قبلی وی، رینیت آلرژیک و کنژنکتیویت فصلی بهاره دیده شده است. مادر وی ذکر می کند در زمان شیرخوارگی دچار پلاک های قرمز و خارش دار بر روی صورت و اندام ها بوده است و در سوابق وی سابقه ی مصرف طولانی پماد هیدروکورتیزون ۱٪ دیده شده است.

 **سؤال:**

نام ضایعات پوستی ناحیه گونه در این کودک کدام است؟

 **پاسخ:**

پیتریازیس Alba

Case ③ :

مرد ۵۷ ساله ای با $Cr=3.5$ $BUN=50$ و سابقه ی ۳ ماهه ی خارش غیر منتظره و excoriation خطی بر روی تنه مراجعه نموده است. وی سابقه ای از مصرف دارویی را نمی دهد و سابقه فامیلی Atopy در وی منفی است.

 **سؤال:**

کدام یک از اختلالات زیر در اتیولوژی خارش منتشر وی صحیح می باشد؟

پاسخ : 

خارش منتشر در زمینه ی Renal Failure

Case ④ :

خانم جوانی دچار بثورات خارش دار منتشره روی تنه و پروگزیمال اندام ها شده است. خارش وی بطور حاد آغاز گردیده و در روی پوست وی excoriation های تونل مانند و پاپول هایی قرمز رنگ در انتهای این ضایعات خطی مشهود است. یک ادنوپاتی دردناک در اگزیلای راست دارد.

سؤال: 

کدام بیماری در راستای علت خارش وی مطرح نیست؟

پاسخ : 

لنفوم هوچکین

توجه : در این Case حضور Burrows (یا تونل های خطی ناشی از خاراندن ضایعات) و پاپولهای قرمز رنگ در انتهای آنها و شروع حاد این نوع خارش، منشأ درماتولوژیکال برای این خارش مطرح می سازد. با توجه به اضافه شدن عفونت ثانویه بر روی excoriation های ثانوی موجود در پوست تنه و اندامها، آدنوپاتی دردناک Axillary نیز قابل توجه می باشد.

مروری بر عنوان درس :

پاپول های اریتماتو پنفس رنگ خارش دار چند زاویه ای مسطح در سطوح فلکسورال ساعد، مچ دست، مچ پا و ساق پا، ناحیه لومبوساکرال دیده می شود، بیشتر عامل ایمنولوژیک دارد.

اهداف کلی :

آشنایی فراگیران با رویکرد approach به ضایعات پاپول و پلاک لیکن پلان و نحوه ی تشخیص و انواع ضایعات لیکن پلان و علل آن

اهداف اختصاصی :



دانشجوی گرامی در پایان این دوره از شما انتظار می رود بتوانید:

- ۱ - مشخصات بالینی لیکن پلان را بدانید.
- ۲ - ایتولوژی لیکن پلان را بدانید.
- ۳ - انواع ضایعات لیکن پلان را بدانید.
- ۴ - راه های تشخیصی لیکن پلان را از دیگر ضایعات پاپولر را نام ببرید.
- ۵ - درمانهای رایج و انتخابی انواع لیکن پلان را نام ببرید.
- ۶ - عوارض داروهای ضد لیکن پلان و تشدید کننده ضایعات را نام ببرید.

پیش نیاز درس:

سمیولوژی پوست و مروری بر آناتومی و بافت شناسی پوست

توصیه هایی برای یادگیری بهتر:

استفاده از اطلس های Online و CD و حضور فعال در درمانگاه و معاینه بیماران با بشورات پاپول و پلاک، آشنایی با انواع بالینی لیکن پلان و سیر آنها و توجه به بروز علائم تشدید کننده بیماری و تابلوی بالینی بشورات

فرصت های یادگیری:



دانشجوی گرامی:

بهترین فرصت های یادگیری شرکت در جلسات آموزش و کلاس درس یا سمینارهای آموزشی حضور فعال در درمانگاه های سرپایی پوست در بیمارستان های آموزشی حضور در گراند راند سؤالات از اساتید و رزیدنت های ارشد

نظرات شخصی مؤلف:

دانشجو باید بتواند لیکن پلان را از دیگر بیماریهای پاپولر مثل اگزما، پسوریازیس تشخیص بدهد و علل تشدید کننده آن را بداند. اندیکاسیون بستری کردن بیمار و یا درمانهای سیستمیک را بداند با داروهای ضد لیکن پلان آشنا باشد.

رفرنس:



درسنامه جامع پوست - تألیف اعضاء هیأت علمی پوست دانشگاه علوم پزشکی اصفهان - فصل ۲

مروری بر مفاهیم اصولی درس:

لیکن پلان بیماری پاپولر خارش دار پوست و مخاط شایع (% ۱-۲ شیوع) است که اتیولوژی آن بیشتر اختلالات ایمنولوژیک است.

راه تشخیص آن کلینیک بیماران در موارد خاص نمونه برداری است.

داروها، استرس، دیابت باعث تشدید بیماری می شوند از نظر کلینیکی به چند زیر گروه تقسیم می شود. مثل

لیکن پلان هیپرتروفیک، آتروفیک، آنولار، اکتیئیک، بولوز، اولسرایتو

چون بیماری خودبخود خوب شونده می باشد در اکثر موارد درمان علامتی با آنتی هیستامین و ضد خارش


بیماری تسکین می یابد. در مواردی که ناخن ها گرفتاری شدید دارند یا ضایعات اولسرانیو دهانی که احتمال

بدخیمی SCO دارد وجود دارند و یا خارش غیرقابل تحمل بدون پاسخ به آنتی هیستامین بیمار داشته باشد

درمان با کورتن سیستمیک با دوز پایین شروع می شود.

متن ها یا مجلات برای مطالعات بیشتر:

تصاویر موجود لیکن پلان در فصل لیکن پلان Bolognia text book

Rook text book of Dermatology تصاویر و جداول و انواع درمانهای لیکن پلان 

Habif text book of Dermatology تصاویر و جداول مربوط به لیکن پلان 

مثالهای کاربردی برای هر یک از اهداف درس:

Case ① :

خانمی ۳۰ ساله در ناحیه مچ است و ساعد دچار پاپولهای بنفش رنگ خارش دار سطح چند زاویه ای شده است.

 **سؤال:**

کدام تشخیص برای وی محتمل است؟

کدام تست برای اثبات آن در درمانگاه قابل انجام است؟

(تشخیصی از روی محل ضایعات و علائم کلینیکی ضایعه بوده است.)

 **پاسخ:**

(۱) Lichen plane

(۲) ریختن یک قطره روغن روی پاپولهای خطوط سفید Wickham در آن دیده می شود و معاینه مخاط دهانی بیمار که در ۳۰-۷۰٪ موارد خطوط سفید مشبک در مخاط بوکال دیده می شود.

Case ② :

مردی ۴۰ ساله با پلاک هیپرتروفیک بنفش رنگ در ساق پا به درمانگاه مراجعه کرده است. در معاینه در اسکالپ بیمار پلاک آتروفیه بدون مو بنفش رنگ دیده می شود.

 **سؤال:**

سؤال تشخیصی شما چیست و بهترین درمان کدام است؟

 **پاسخ:**

(۱) Lichen plane

(۲) تزریق داخل ضایعه تریامسینوالون رقیق شده داخل ضایع سر و پلاک هیدتروفیه ساق پا

Case ③ :

زنی ۳۵ ساله با خطوط سفید مشبک در مخاط بوکال به درمانگاه مراجعه کرده است. در معاینه ناخن ها نیز میتلا می باشند. کدام ضایعه ناخنی در این بیماری شایع تر دیده می شود؟

سؤال: 

الف (نازکی صفحه ناخن

ج) خطوط طولی روی صفحه ناخن

ب) اونیکولیز

د) خطوط روی صفحه ناخن

پاسخ: 

الف _ در بیماری لیکن پلان ناخن ها نازک می شوند (بطور شایع)

مروری بر عنوان درس :

پتیریازیس روزه : این بیماری شامل دو مرحله است. مرحله اولیه یا لکه ی پیش‌آهنگ herald patch که یک پاج بزرگ بیضوی به قطر ۱۰-۲ cm در روی گردن و تنه و یا پروگزیمال اندامها (شانه ران) ایجاد می شود. بطور متوسط ۱-۲ هفته بعد در روی تنه و پروگزیمال اندامها شانه ها و ران ها ماکومهای بیضوی کوچک همراه با پوسته ریزی ظریف یقه مانند در اطراف ماکول ایجاد می شود. از روی توزیع ضایعات، بدون علامت بودن (خارش ندارند) می توان به تشخیصی بیماری رسید. بیشترین عامل این بیماری ویروس ها از نوع هرپس تیپ 7 می باشد.

اهداف کلی :

آشنایی فراگیران با رویکرد approach به ضایعات ماکولر پتیریازیس روزه و نحوه تشخیصی و انواع ضایعات آیتپیک پتیریازیس روزه و رد علل دارویی زیرا گاهاً بعضی داروها مثل کایتوپریل، ترونیدازول، کتوتیفن ... می تواند تیریازیس روزه ایجاد کنند.

اهداف اختصاصی :



دانشجوی گرامی در پایان این دوره از شما انتظار می رود بتوانید:

- ۱ - مشخصات بالینی تیریازیس روزه را بدانید.
- ۲ - اتیولوژی تیریازیس روزه را بدانید.
- ۳ - انواع ضایعات آیتپیک بیماری را بدانید.
- ۴ - راه های تشخیصی و تیریازیس روزه را از دیگر ضایعات ماکولر نام ببرید.
- ۵ - درمان های انتخابی تیریازیس روزه را نام ببرید.
- ۶ - عوامل تشدید کننده ضایعات را نام ببرید.

پیش نیاز درس:

سمیولوژی پوست و مروری بر آناتومی و بافت شناسی پوست

توصیه هایی برای یادگیری بهتر:

استفاده از اطلس های **Online** و **CD** و حضور فعال در درمانگاه و معاینه بیماران با بثورات ماکولر، آشنایی با انواع آتپیک و بیماری و سیر آنها

فرصت های یادگیری:




دانشجوی گرامی:

بهترین فرصت های یادگیری شرکت در جلسات آموزش و کلاس درس یا سمینارهای آموزشی حضور فعال در درمانگاه های سرپایی پوست در بیمارستان های آموزشی حضور در گراند راند، سؤال از اساتید

نظرات شخصی مؤلف:

دانشجو باید بتواند تیریزیس روزه را از دیگر بیماریهای ماکولوپاپولر مثل اگزما، پسوریازیس لیکن پلان تشخیص دهد. با راه های درمانی بیماری آشنا باشد.

رفرنس:




 درسنامه جامع پوست - تألیف اعضاء هیأت علمی پوست دانشگاه علوم پزشکی اصفهان - فصل ۲

مروری بر مفاهیم اصولی درس:

پتريزيس روزه بیماری خودبخود محدود شونده در سنینی جوانی ۳۵-۱۰ سالگی است که عامل آن را ویروس بخصوص هرپس تیپ ۷ می دانند. راه تشخیصی آن کلینک بیماران، توزیع دارو در موارد خاص برای رد بیمارهای دیگر، نمونه برداری است. انواع آتپیک و بیماری در بچه ها، شیرخواران، خانم های حامله و سیاه پوتان به صورت پاپولر، وزیکولر دیده می شود.

چون بیماری خودبخود خوب می شود، درمان علامتی است در صورت وجود خارش آنتی هیستامین داده می شود. در موارد خاص می توان از آسبکیویر خوراکی، آزیترومایسین، اشعه VVB و کورتن با دوز پائین استفاده نمود.

متن ها یا مجلات برای مطالعات بیشتر:

Bologna text book	تصاویر موجود پتریازیس روزه در فصل مربوطه	
Rook text book of Dermatology	تصاویر و جداول، انواع درمانها در فصل مربوطه	
Habif text book of Dermatology	تصاویر و جداول مربوط به تیریازیس روزه	

مثلهای کاربردی برای هر یک از اهداف درس:

Case ① :

خانمی ۲۵ ساله با یک لکه ی بزرگ بیضوی در روی گردن همراه با ماکولهای بیضوی کوچکتر در مسیر دنده ها در روی تنه بدون خارش به درمانگاه مراجعه کرده است.

 **سؤال:**

کدام تشخیص برای وی محتمل است؟

پاسخ:

پتریازیس روزه (تشخیص از روی محل ضایعات و علائم کلینیکی ضایعه بوده است).

Case ② :

مردی ۲۷ ساله با یک پاچ بیضوی در ناحیه گردن بدون خارش با پوسته های سفید رنگ که بصورت یقه لباس به پاچ چسبیده اند، به درمانگاه مراجعه کرده است.

 **سؤال:**

سؤال تشخیصی شما چیست و بهترین درمان کدام است؟

پاسخ:

پتریازیس روزه

درمان : اطمینان دادن به بیمار استفاده از UVB جهت درمان ضایعه

Case ③ :

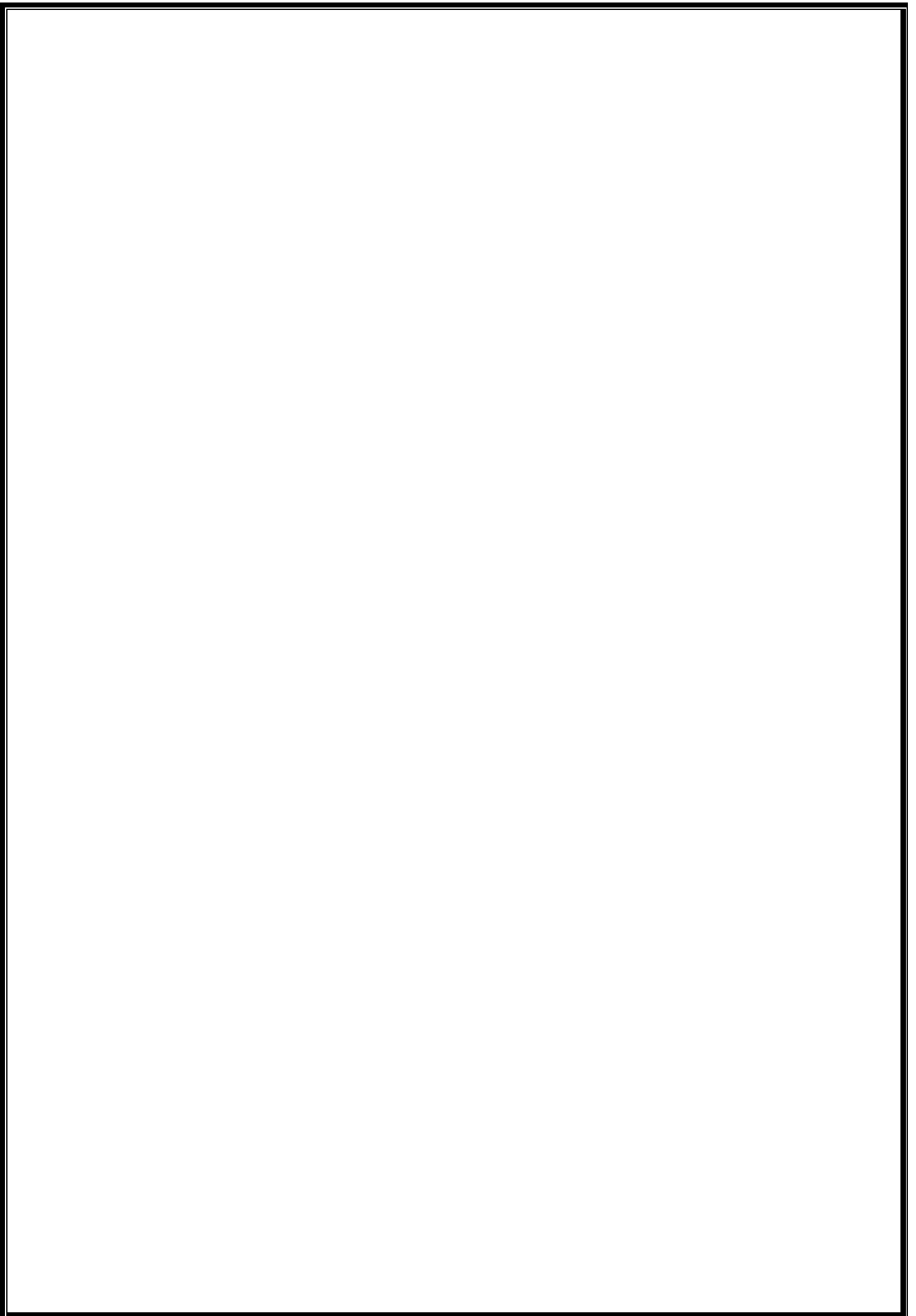
زنی ۲۸ ساله با ماکولهای صورتی رنگ همراه با پوسته های سفید رنگ در اطراف ضایعه بدون خارش در روی تنه و شانه، رانها به درمانگاه مراجعه کرده است.

سؤال:

این ضایعات به چه علت ایجاد شده است؟



بیشتر به علت ویروس بخصوص هرپس تیپ 7 گاهاً به علت مصرف بعضی داروها مثل ترونیدازول



مروری بر عنوان درس :

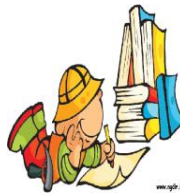
مشکلات پوستی جزء شایعترین دلیل مراجعه بیماران به پزشک است و ۵-۱۰٪ بیماران سرپایی مشکل پوستی دارند. پزشکان غیردرماتولوژیست بعضی از مسائل شایع پوستی را مداوا می کنند و پزشکان خانواده نیمی از بیماران با مشکلات پوستی را می بینند.

تومر خوشخیم (تگ پوستی، پینه، آنژیوم گیلای، همانژیوم، درماتوفیبروم، کیست اپیدرمال، خالها، گرانولوم بیوژنیک، هیپرپلازی سباسه، کراتوز سبورئیک، لنتیگو، و دریاچه وریدی و تومرهای بدخیم شامل بازال سل کارسینوما (BCC)، اسکواموسل کارسینوما (SCC)، ملانوما و لنفوما (مایکوزیس فانگوئید، آناپلاستیک لارج سل لنفوما)

اهداف کلی :

- ۱) اگر هر گونه شکی در مورد تشخیص ضایعه خوشخیم و بدخیم وجود دارد، باید بیوپسی گردد.
- ۲) تشخیص ریسک فاکتورها و عوامل پیشگیری کننده (تماس زیاد با نور آفتاب، پوست روشن، تماس با اشعه های یونیزان پیوند اعضا و درمان با کورتیکوستروئیدها)

اهداف اختصاصی :



دانشجوی گرامی در پایان این دوره از شما انتظار می رود بتوانید:

- ۱ - جمع آوری داده ها (ناحیه مبتلا را مشخص کرده، نوع بیمار و یافته های همراه، افتراق بین انواع ضایعات)
- ۲ - لیست کردن و ارزش گذاری یافته های بالینی و آزمایشگاهی و تشخیصی و تشخیص افتراقی
- ۳ - انتخاب بیماری که نیاز به سرویس های تخصصی و یا بررسی بیشتری دارند.
- ۴ - ارائه یک راهکار مؤثر برای اداره بیمارانی که تومر پوستی دارند.
- ۵ - انتخاب بیمارانی که نیاز به مراقبت توسط متخصص را دارند.

پیش نیاز درس:

آناتومی و فیزیولوژی پوست

توصیه هایی برای یادگیری بهتر:

- ۱- هر زخمی که بهبود نمی یابد یا در نواحی باز بدن قرار دارد و در افراد پرخطر (پوست روشن، تماس با نور زیاد) باید مشکوک تلقی شود.
- ۲- وجود ضایعات شفاف (Pearl) در حاشیه تومر توأم با تلانژکتاری نشانه خوب BCC است.
- ۳- عدم قرینگی، حاشیه نامنظم، اندازه بزرگتر از ۶ میلی متر، وجود سایه هایی از رنگ های مختلف، در یک ضایعه تیره، تشخیص ملانوم را مطرح می کند.

فرصت های یادگیری:



دانشجوی گرامی:


- ۱ - حضور در درمانگاه و فیلد و معاینه بیماران مبتلا
- ۲ - حضور در اتاق عمل سرپایی پوست و مشاهده انواع درمان این تومرها
- ۳ - حضور در بخش و درمانگاه و پیگیری بیماران


نظرات ششمنی مؤلف:

- ۱) BCC شایعترین نوع تومر بدخیم پوست در کشور ماست و درصد بالایی از بیماران ما را کسانی تشکیل می دهند که در کودکی به علت کچلی رادیوتراپی شده اند. این نوع بیشتر روی سر می باشد.
- ۲) ملانوم شایع در کشور ما بیشتر از نوع اکرال است. در حالیکه در غرب بیشتر در ناحیه کتف و گردن و بازو قرار دارد.
- ۳) جراحی موس میکروگرافیک (MMS) بالاترین اثر بخشی را در درمان تومرهای بدخیم پوستی دارند.

(فرنس):

Habif 

درسنامه جامع بیماریهای پوست 

روش نوین درمان بیماری پوست 


مروری بر مفاهیم اصولی درس:

پوست سفید، چشم آبی یا سبز، تابش بیش از حد نور آفتاب، سابقه فامیلی مثبت، دریافت داروهای تضعف ایمنی، سابقه رادیوتراپی قبلی، همگی فاکتورهای خطر محسوب می شوند. ضایعات بدخیم پوست بیشتر در افراد مسن و در نواحی باز (سر و صورت و دست ها) ایجاد می شوند. در مردان که بیشتر کارهای خارج از منزل را انجام می دهند، تومرهای پوست شایع تر از زنان است.

ملانوم بدخیم، گرچه نادر است ولی بدخیمی آن خیلی زیاد است و اگر زود تشخیص و درمان نشود، سبب مرگ بیمار می گردد. سرطان SCC علاوه بر پوست سالم ممکنست روی اسکارهای مزمن و محل فیستولها و استئومیلیت اضافه شود.

متن ها یا مجلات برای مطالعات بیشتر:

 James FitJPatrick

 Joseph G.morrelli . dermatology secret 2007

مثلهای کاربردی برای هر یک از اهداف درس:

Case ① :

مرد ۶۸ ساله ای به علت یک ضایعه ندولو اولسراتیو و تیره به قطر ۲/۵ cm روی پوست سر که از ۱/۵ سال قبل شروع شده مراجعه کرده. بیمار سابقه رادیوتراپی را در کودکی متذکر است. در حاشیه ضایعه، ندولهای شفاف و تلانژکتاری وجود دارد.

 **سؤال:**

درمان انتخابی کدامست؟

الف) MMS ب) کورتاژ و کوتر ج) رادیوتراپی د) کرایوسرجری

 **پاسخ:**

الف – MMS

Case ② :

بیمار ۶۳ ساله ای با یک ندول منفرد هیپرکراتوتیک که از ۷ ماه پیش در ناحیه پشت دست ایجاد شده مراجعه کرده است. پزشک به او گفته امکان متاستاز آن نومتر وجود دارد.

 **سؤال:**

محتملترین تشخیص شما کدام است؟

الف) SCC ب) BCC ج) ملانوما د) کراتوآکانتوما

 **پاسخ:**

الف) SCC

بخش سوه:

LOG BOOK

دانشجوی گرامی

در این بخش فرم هایی برای گزارش روزانه فعالیت های یادگیری که در طی دوره خواهید داشت، طراحی شده است. این فرم ها در جهت ارزیابی پیشرفت شما استفاده خواهد شد، خواهشمند است در نگهداری و تکمیل آنها نهایت دقت را داشته باشید. همچنین در این بخش شما با توانمندی هایی که باید در این بخش کسب کنید آشنا می شوید پس دقت کنید که از فرصت های یادگیری خود استفاده کامل داشته باشید.

دانشجوی گرامی برای رسیدن به مذاقل پیامدهای مورد انتظار از آموزش در بخش پوست ، باید

ممتوای ضروری زیر را در طی دوره ممتا آموخته باشید:

توانایی گرفتن شرح حال و انجام معاینه فیزیکی و گذاشتن Plan تشخیصی و اقدامات اولیه درمانی در بیمار مشکوک به بیماریهای زیر:

برای رسیدن به چنین پیامدهایی برای یک کارآموز، حداقل نیازهای آموزش بالینی توسط متخصصین این رشته تعیین شده است که در صورت پاسخگویی به آنها، دانشجوی پزشکی بتواند پس از فارغ التحصیلی از عهده وظایف محوله خویش بر آید. این نیازها در حیطه عملی به سه رتبه طبق بندی شده است و مبنای آن "حداقل تعداد مواردی است که دانشجوی پزشکی باید در مقطع تحصیلی مربوطه آن را تجربه نماید." این موارد شامل "مشاهده اداره بیمار توسط پزشک ارشد" (Observation) سپس "همکاری در اداره بیمار با پزشک ارشد" (Collaboration) و نهایتاً "اداره بیمار بطور مستقل" (Independent) می باشد.

به طور مثال برای ، به ترتیب تعداد لحاظ شده است، بدان معنی که یک دانشجوی پزشکی به منظور کسب مهارت لازم جهت انجام وظایف محوله در خصوص این بیماری ، باید در طول دوران اکسترنی حداقل مرتبه اداره یک بیمار مبتلا به را توسط پزشک ارشد، از نزدیک مشاهده نماید و همچنین حداقل ۳ مرتبه در درمانگاه با همکاری پزشک ارشد اداره بیماری را بعهده بگیرد و در نهایت در دوره اکسترنی؟؟؟بیمار را به تنهایی و بدون دخالت و همکاری پزشک ارشد اداره کرده باشد.

توجه کنید که در جدول زیر این حداقل نیازهای آموزش عملی مشخص شده است. با توجه به این جدول، برگه گزارش آموزشی عملی شما تکمیل خواهد شد. در ساعت های حضور در بخش ، درمانگاه و یا اورژانس، در مواجهه با هر کدام از بیماریهای فوق الذکر، موارد اداره بیمار زیر نظر پزشک ارشد را در ستونهای اطلاعات مربوط به بیمار تکمیل کرده و در همان روز به تایید پزشک ارشد برسانید.

جدول (۱) حداقل نیازهای آموزش بالینی

ردیف	عنوان بیماری	حداقل تعداد مشاهده بیماری	حداقل تعداد اداره بیماری زیر نظر پزشک ارشد	حداقل تعداد اداره بیماری بطور مستقل
۱	نشانه شناسی بیماریهای پوست، نحوه برخورد با تظاهرات بالینی موارد شایع پوستی			
۲	مقدمه ای بر آناتومی و هیستوپاتولوژی پوست			
۳	نحوه برخورد با بیماران مبتلا به درماتیت ها (شامل آتوپیک، سبوره ایک، تماسی، سکه ای، فوتودرماتیت، درماتیت کهنه شیر خوار			
۴	نحوه برخورد با بیماریهای قارچی سطحی پوست (شامل درماتوفیتوز، کاندیدیازیس، پیتیریازیس و رسیکالر)			
۵	نحوه برخورد با بیماریهای باکتریال پوست (شامل زرد زخم، سلولیت، فولیکولیت، کورک، کفگیرک و اریترسما)			
۶	نحوه برخورد با بیماریهای ویروسی پوست (شامل تب خال، زونا، آبله مرغان، زگیل، مولوسکوم کونتاژیوزوم)			
۷	نحوه برخورد با ریزش مو: فیزیولوژی رشد مو- اتیولوژی و انواع ریزش مو (ریزش موی منطقه ای، آندروژنیک، سیکاتریسیل) و موارد ارجاع			
۸	نحوه برخورد با بیماریهای انگلی پوست (شامل گال- شپش- سالک)			
۹	نحوه برخورد و ارجاع بیماریهای مایکوباکتریال پوستی (سل پوستی - جذام)			
۱۰	نحوه برخورد با بیماریهای مقاربتی سیفلیس و ایدز			
۱۱	نحوه برخورد با بیماریهای ایمونوبولوژ پوستی و موارد ارجاع (پمفیگوس، بولوز پمفیگوئید و درماتیت هرپتیفرم)			
۱۲	نحوه برخورد با بیماریهای اریتماتواسکواموی پوستی و موارد ارجاع (شامل پسوریازیس، لیکن پلان و پتیریازیس روزه آ)			
۱۳	نحوه برخورد با اورژانس های پوستی و موارد ارجاع (کهیر- آنژیوادم- اریترودرمی و سندرم استیونس جانسون)			
۱۴	نحوه برخورد با تومورهای پوستی و موارد ارجاع (Squamous cell carcinoma, Basal cell carcinoma, Malignant melanoma)			
۱۵	نحوه برخورد با آکنه و لگاریس و موارد ارجاع			

			نحوه برخورد با بیماری برص و موارد ارجاع	۱۶
			نحوه برخورد با بیمار مبتلا به خارش ژنرالیزه	۱۷
			بهداشت و پیشگیری از بیماریهای پوستی	۱۸

دستیار:

استاد:

نام و نام خانوادگی:

توضیح: در این برگه فقط یک مورد از موارد اداره بیماری زیر نظر پزشک ارشد و، مندرج در جدول حداقل نیازهای آموزش بالینی نوشته شود.

استاد گرامی لطفا بر اساس معیار های زیر، به دانشجو نمره داده شود:

عالی=۵۰-۴۵ خوب=۴۴-۴۰ متوسط=۳۹-۳۵ ضعیف=۳۴-۳۰ غیر قابل قبول=کمتر از ۳۰

نمره از ۵۰:

مهر و امضاء دستیار:

نمره از ۵۰:

مهر و امضاء استاد:

توجه: دانشجوی گرامی برگه فوق را روزانه تکمیل و در پایان دوره، نمره مربوطه باید ابتدا توسط رزیدنت و سپس توسط استاد تایید شود. پس از تایید، اصل فرم را به دفتر گروه پوست بیمارستان تحویل دهید و کپی آنرا جهت بایگانی اطلاعات مربوط به دوره آموزشی خود حفظ کنید. لازم به ذکر است که این فرم در ارزیابی نهایی شما منظور خواهد شد، پس در تکمیل آن دقت کامل داشته باشید.

فرم ارزیابی درون بخشی دانشجویان گروه پوست از تاریخ تا

نام و نام خانوادگی:

استاد:

دستیار:

نمره					عنوان مورد ارزیابی
۵	۴	۳	۲	۱	
					ارتباط با بیمار
					۱- دقت در انجام معاینات روزانه بیمار و ثبت در پرونده
					۲- رعایت اصول اخلاقی و عاطفی در برخورد با بیمار
					۳- مطالعه کافی در مورد بیماران خود
					ارتباط با بخش
					۱- دقت در رعایت مقررات بخش
					۲- حضور در ساعت مقرر و انجام وظایف محوله
					۳- شرکت منظم در راند ها و کنفرانس های بخش
					۴- ارزیابی شرح حال و معاینه بالینی مکتوب ارائه شده به استاد
					ارتباط با همکاران
					۱- شرکت در آموزش سایر دانشجویان و رعایت تواضع در برخورد با آنها
					۲- رعایت متانت در برخورد با پرستاران
					۳- رعایت ادب در برخورد با استادان و دستیاران

استادگرامی لطفا بر اساس معیار های زیر، در هر ستون نمره مربوط به هر عنوان ارزیابی دانشجو ذکر گردد.

عالی=۵ خوب=۴ متوسط=۳ ضعیف=۲ غیر قابل قبول=۱

نمره از ۵۰:

مهر و امضاء دستیار:

نمره از ۵۰:

مهر و امضاء استاد:

توجه: دانشجوی گرامی برگه فوق را تکمیل و در پایان دوره، نمره مربوطه باید ابتدا توسط رزیدنت و سپس توسط استاد تایید شود. پس از تایید، اصل فرم را به دفتر گروه پوست بیمارستان تحویل دهید و کپی آنرا جهت بایگانی اطلاعات مربوط به دوره آموزشی خود حفظ کنید. لازم به ذکر است که این فرم در ارزیابی نهایی شما منظور خواهد شد، پس در تکمیل آن دقت کامل داشته باشید

جدول (۲): مهارت ها و توانمندی‌هایی که دانشجوی باید در طی دوره اکسترنی در بخش پوست کسب کند

کند

ردیف	توانمندی‌های عمومی	بهترین عرصه برای آموزش در این دوره	فرد مسئول آموزش
1	گرفتن شرح حال کامل و معاینه فیزیکی دقیق	بخش، درمانگاه	اتند
۲	پرونده نویسی اعم از گزارش پیشرفت، خلاصه پرونده و دستورات پزشک	بخش	اتند و دستیار
۳	گرفتن صحیح علائم حیاتی	بخش، درمانگاه	پرستار
۴	نسخه نویسی	درمانگاه	اتند
۵	پانسمان های ساده	بخش، درمانگاه	دستیار و پرستار
۶	نحوه مؤثر Present کردن بیمار	بخش، درمانگاه	اتند و دستیار
۷	برقراری ارتباط مؤثر با بیمار و همراهان وی	بخش و درمانگاه	اتند و دستیار
۸	برقراری ارتباط و همکاری مؤثر با همکاران و اعضاء تیم بهداشتی درمانی	بخش و درمانگاه	اتند و دستیار
۹	برقراری IV Line و وصل کردن سرم	بخش و درمانگاه	اتند و دستیار
۱۰	نوشتن درخواست مشاوره	بخش و درمانگاه	اتند و دستیار
۱۱	استدلال بالینی	بخش و درمانگاه	اتند و دستیار
۱۲	توانایی کار تیمی	بخش-درمانگاه	اتند و دستیار
۱۳	بخیه زدن و کشیدن بخیه	بخش-درمانگاه	اتند و دستیار

مهارت ها و توانمندیهای اختصاصی که دانشجو باید در طی بخش پوست کسب کند

سطح شایستگی مورد انتظار			مهارت ها و توانمندیهای اختصاصی
انجام مستقل	انجام با کمک	مشاهده	
✓	✓	✓	گرفتن شرح حال اختصاصی بخش پوست
✓	✓	✓	معاینه فیزیکی ساده اختصاصی بخش پوست
✓	✓	✓	روش های پانسمان پوستی
✓	✓	✓	انجام بخیه و کشیدن آن
✓	✓	✓	تزریق داخل ضایعه و تزریق بی حسی موضعی
		✓	بیوپسی (انواع روش ها و محل های انجام آن)
		✓	اکسیژن خالها
		✓	برداشتن ضایعه با shave و قیچی
		✓	درناژهماتوم ها
		✓	جراحی های کوچک ناخن
		✓	تهیه نمونه لام مستقیم Tzank smear
		✓	کار لامپ wood
		✓	کار با درماتوسکوپ
✓	✓	✓	انجام کرایو
		✓	مشاهده کوتر و الکتروسرچری
		✓	مشاهده انواع پیلینگ و میکرودرم ابریشن

فرم گزارش انجام مهارت های عملی دانشجویان بخش پوست در ساعات صبح

نام و نام خانوادگی:

استاد:

دستیار:

ردیف	عنوان	مشاهده کرده ام تعداد	تحت نظارت انجام داده ام تعداد	به تنهایی انجام داده ام تعداد	نظریزشک ارشد				
					۱	۲	۳	۴	۵
۱	گرفتن شرح حال اختصاصی بخش پوست								
۲	معاینه فیزیکی ساده اختصاصی بخش پوست								
۳	روش های پانسمان پوستی								
۴	انجام بخیه و کشیدن آن								
۵	تزریق داخل ضایعه و تزریق بی حسی موضعی								
۶	اکسیژن خالها								
۷	برداشتن ضایعه با shave و قیچی								
۸	درناژهماتوم ها								
۹	جراحی های کوچک ناخن								
10	تهیه نمونه لام مستقیم Tzank smear								
۱۱	کار لامپ wood								
۱۲	کار با درماتوسکوپ								
۱۳	انجام کرایو								
۱۴	مشاهده کوتر و الکتروسرچری								
۱۵	مشاهده انواع پیلینینگ و میکرودرم ابریشن								

استاد گرامی لطفا بر اساس معیار های زیر، در هر ستون نمره مربوط به هر عنوان ارزیابی دانشجوی ذکر گردد.

عالی=۵ خوب=۴ متوسط=۳ ضعیف=۲ غیر قابل قبول=۱

مهر و امضاء دستیار:

نمره از ۵۰:

مهر و امضاء استاد :

نمره از ۵۰:

توجه: دانشجوی گرامی برگه فوق را روزانه تکمیل و در پایان دوره، نمره مربوطه باید ابتدا توسط رزیدنت و سپس توسط استاد تایید شود. پس از تایید، اصل فرم را به دفتر گروه پوست بیمارستان تحویل دهید و کپی آنرا جهت بایگانی اطلاعات مربوط به دوره آموزشی خود حفظ کنید.

کشیک اول

فرم ثبت تجربیات مربوط به یادگیری توانمندیها در کشیک دوره اکسترنی بخش پوست

نام و نام خانوادگی: تاریخ: بیمارستان: بخش اورژانس

چه کسی در یادگیری توانمندی به شما کمک کرد؟	به تنهایی انجام داده ام تعداد	تحت نظارت انجام داده ام تعداد	مشاهده کرده ام تعداد	عنوان

مواردی غیر از آنچه در جدول ذکر شده را با ذکر نام آن توانمندی توضیح دهید.

نام و نام خانوادگی (رزیدنت کشیک): شماره اکسترن از ۱۰-۰: مهر و امضاء:

کشیک دوه

فره ثبت تجربیات مربوط به یادگیری توانمندیها در کشیک دوره اکسترنی بفش پوست

نام و نام خانوادگی: تاریخ: بیمارستان: بفش اورژانس

عنوان	مشاهده کرده ام تعداد	تحت نظارت انجام داده ام تعداد	به تنهایی انجام داده ام تعداد	چه کسی در یادگیری توانمندی به شما کمک کرد؟

مواردی غیر از آنچه در جدول ذکر شده را با ذکر نام آن توانمندی توضیح دهید.

مهر و امضاء:

نمره اکسترن از ۱۰-۰ :

نام و نام خانوادگی رزیدنت کشیک:

کشیک سوہ

فرہ ثبت تجربیات مربوط به یادگیری توانمنديها در کشیک دوره اکسترنی بفش پوست

نام و نام خانوادگی: _____ تاریخ: _____ بیمارستان: _____ بفش اورژانس

عنوان	مشاهده کرده ام تعداد	تحت نظارت انجام داده ام تعداد	به تنهایی انجام داده ام تعداد	چه کسی در یادگیری توانمندی به شما کمک کرد؟

مواردی غیر از آنچه در جدول ذکر شده را با ذکر نام آن توانمندی توضیح دهید.

مهر و امضاء:

نمره اکسترن از ۱۰-۰ :

نام و نام خانوادگی رزیدنت کشیک:

کشیک چهارم

فرم ثبت تجربیات مربوط به یادگیری توانمندیها در کشیک دوره اکسترنی بفش پوست

اورژانس

بفش

بیمارستان:

تاریخ:

نام و نام خانوادگی:

عنوان	مشاهده کرده ام	تحت نظارت انجام داده ام	به تنهایی انجام داده ام	چه کسی در یادگیری توانمندی به شما کمک کرد؟
	تعداد	تعداد	تعداد	

مواردی غیر از آنچه در جدول ذکر شده را با ذکر نام آن توانمندی توضیح دهید.

مهر و امضاء:

نمبره اکسترن از ۱۰-۰۰ :

نام و نام خانوادگی رزیدنت کشیک:

کشیک پنجم

فرم ثبت تجربیات مربوط به یادگیری توانمندیها در کشیک دوره اکسترنی بفش پوست

اورژانس

بفش

بیمارستان:

تاریخ:

نام و نام خانوادگی:

عنوان	مشاهده کرده ام تعداد	تحت نظارت انجام داده ام تعداد	به تنهایی انجام داده ام تعداد	چه کسی در یادگیری توانمندی به شما کمک کرد؟

در مواجهه با مواردی غیر از آنچه در جدول ذکر شده را با ذکر نام آن توانمندی توضیح دهید.

مهر و امضاء:

نمره اکسترن از ۰-۱۰ :

نام و نام خانوادگی رزیدنت کشیک:

دانشجوی گرامی با ارائه نقطه نظرات خود در ارتباط با این راهنما ما را در بهبود کیفیت آن کمک کنید: