

در این شماره می خوانیم:

- علائم گوارشی در درگیری Covid-19
- درگیری بافت میوکارد در بیماری Covid-19
- تظاهرات هماتولوژیک در مبتلایان Covid-19 به
- سرفه های آلرژیک و جایگاه شربت های سرفه گیاهی در درمان سرفه
- انواع روش های کنترل علائم منوپوز (پائستگی)
- دوز پیشگیری IDA در کودکان
- نوشیدنی برای میان وعده کودکان بد غذا
- عوامل تشدید کننده بیماری پسوریازیس
- Vitamin D Levels and COVID-19 Susceptibility: Is there any Correlation?
- پسوریازیس ناخن
- کنترل و بهبود علائم در دوران منوپوز
- اسکالپ پسوریازیس



علائم گوارشی در درگیری Covid-19

دکتر محمود حقیقت

فوق تخصص گوارش و کبد کودکان
استاد تمام دانشگاه علوم پزشکی شیراز



بیماران مبتلا به Covid-19 به دو گروه علامت دار و فاقد علامت تقسیم می شوند.

گروه علامت دار نیز به دو گروه تقسیم می شوند:

(۱) Typical: افراد دارای علائم ریوی و تنفسی

(۲) Atypical: افراد دارای علائم خارج ریوی

کودکانی که دچار بیماری های مزمن کبدی و همچنین مشکلات مزمن گوارشی از جمله IBD و Celiac هستند جزو گروه های پرخطر در ابتلا به بیماری Covid-19 هستند.

بیماری Covid-19 و درگیری دستگاه گوارش

Gastroenteritis: اسهال در افراد مبتلا به Covid-19 دقیقاً مشابه با یک بیماری ویروسی یا باکتریایی است و تنها نکته ای که کمک می کند به تشخیص عدم ابتلا به این بیماری اسهال خونی در فرد است. اسهال در فرد مبتلا به Covid-19 مثل سایر بیماری های باکتریایی و ویروسی می تواند شدید، آبکی، همراه تب، استفراغ و dehydration باشد و به مدت ۲ هفته به طول انجامد. خوشبختانه افراد مبتلا به Covid-19 که دارای چنین علائمی هستند در اکثر

اوقات علائم خفیف بیماری Covid-19 را تجربه می کنند. تحقیقات نشان داده است که دوره viral Shedding و ویروس SARS Covid2 در دستگاه گوارش خیلی طولانی تر از دستگاه تنفس بوده و افراد گاهی حتی تا یک ماه این ویروس را در مدفوع خود دفع می کنند و نکته بسیار مهم که در رابطه با چنین افرادی اینست که اگر تشخیص داده نشوند می توانند در این مدت طولانی افراد زیادی را آلوده کنند. بنابراین از این پس تمام کودکانی که با اسهال شدید مراجعه می کنند، در صورتی که اسهال خونی نباشد باید فرض را

درگیری پانکراس خیلی کم اتفاق می افتد و حتی در صورت درگیری این ارگان، درگیری خفیف بوده و سبب نگرانی نخواهد بود.

بیماری Covid-19 و Acute abdomen pain

در تعدادی از مقالات که به صورت Case report منتشر شده اند، گزارش شده است مواردی از کودکان که با درد شکم یا بدون تب و علائم تنفسی مراجعه کرده اند و در بررسی ها ابتلا به بیماری Covid-19 تایید شده است. بنابراین در بحث acute abdomen pain باید توجه شود که در چنین مواردی ابتلا به بیماری Covid-19 نیز باید به تشخیص های احتمالی اضافه گردد.

بر بیماری Covid-19 گذاشت زیرا از نظر این علامت هیچ وجه افتراقی بین بیماری Covid-19 با سایر بیماری های ویروسی و باکتریایی وجود ندارد. همچنین باید دقت شود که ممکن است اولین و تنها علامت بیماری Covid-19 در فردی تنها علائم گوارشی باشند و فرد مبتلا هیچگونه علائم تنفسی نداشته باشد.

بیماری Covid-19 و درگیری کبد

خوشبختانه از نظر کلینیکی تعداد افرادی که دچار درگیری کبد می شوند بسیار کم است. درگیری کبد بیشتر در افراد مبتلا به بیماری شدید و یا افراد بستری در بیمارستان که مراحل critical بیماری را طی می کنند دیده می شود. درگیری کبد خوشبختانه فقط در سطح تغییرات آنزیمی است و تعداد افرادی که دچار درگیری پیشرفته کبد و hepatic failure می شوند خیلی کم است. در مقایسه با دستگاه گوارش درصد افرادی که دچار liver damage می شوند شاید بیشتر باشد اما در سطح پاراکلینیک. بنابراین اگر فردی در شرایط عادی با بیماری Covid-19 درگیر شود شدت درگیری کبدی در این فرد خفیف تر از آنست که نگران کننده باشد. همچنین مطالعات وسیع در کودکان و بزرگسالانی که liver transplant در آن ها انجام شده حاکی از آنست که اگرچه خطر ابتلا به Covid-19 در این افراد بیشتر است اما از نظر شدت بیماری خوشبختانه تفاوتی با افراد عادی ندارند. همچنین نتایج این تحقیقات بیان می کند اگر بیماری احتیاج به پیوند کبد و یا پیوند سایر اعضا دارد و این امر برای او life saving است، شیوع بیماری Covid-19 دلیلی برای به تاخیر انداختن چنین درمانی در کودکان نخواهد بود.

بیماری Covid-19 و درگیری پانکراس

مطالعات متعدد حاکی از آنست که درگیری شدید در پانکراس طی ابتلا به بیماری Covid-19 را اصلا نخواهیم داشت مگر در بیمارانی که دچار مراحل critical بیماری هستند. بنابراین

درگیری بافت میوکارد در بیماری Covid-19

دکتر حمید محمدی

فوق تخصص بیماری های قلبی در کودکان
استادیار دانشگاه علوم پزشکی شیراز



در مطالعات اولیه در چین درگیری های قلبی در بیماری Covid-19 در ابتدا ۷ تا ۱۲ و سپس تا ۱۶ درصد گزارش شد. اما مطالعات اخیر که در آلمان و بر روی ۳۹ مرگ ناشی از Covid-19 انجام شد، نتایج کالبد شکافی نشان داد در ۴۱ درصد از این افراد ویروس SARS Covid2 در داخل قلب وجود داشته است و این امر نشان دهنده حمله مستقیم ویروس به ماهیچه های درون قلب است. نکته مهم اینست که هیچ یک از این افراد به دلیل heart failure دچار مرگ نشده بودند و از نظر کلینیکی در هیچ یک از این افراد myocarditis شدید، Ischemia یا Coronary Involvement مشخصی نداشتند و موضوع خطرناک متاسفانه همین موضوع است و ما باید long term consequence مرتبط با Cardiac Infection را انتظار داشته باشیم. همچنین در



**مهمترین علائم کلینیکی درگیری قلبی
در بیماری Covid-19:**

Chest pain \ abdominal pain
Transient valvular regurgitation
Pericarditis and PE
Heart failure
MIS-C
Coronary artery involvement

برای بیماران OPD با توجه به اطلاعاتی که در حال حاضر داریم احتیاج به انجام فعالیت خاصی در زمینه Cardiac treatment وجود ندارد. در بیماران moderate نیاز به ارزیابی کامل توسط بیومارکرها، ECG و اکوکاردیوگرافی وجود دارد. و در موارد حاد ممکن است نیاز به ICU Care باشد.

مطالعه دیگری که در آلمان انجام شد، ۱۰۰ مورد فردی که اخیراً از بیماری Covid-19 به طور کامل بهبود یافته بودند؛ ۶۴ تا ۹۲ روز بعد از بهبود از آن‌ها MRI انجام دادند. ۷۸ درصد از این افراد در cardiac MRI خود، cardiac involvement ناشی از Covid-19 را نشان دادند. همچنین در حدود ۶۰ درصد از این افراد التهاب هنوز به طور معنی داری باقی بود. نکته خطرناکی که در این مطالعه نشان داده شد اینست که حتی در افرادی که بیماری Covid-19 در آن‌ها خفیف و یا بدون علامت بود ۲ ماه بعد از بهبود، علائم التهاب در MRI قلبی آن‌ها دیده شده است. براساس این مطالعات به نظر می‌رسد که قلب اگر نه دومین ارگان که حداقل سومین ارگانی است که در Covid-19 دچار درگیری طولانی مدت می‌شود و متأسفانه یکی از کشنده‌ترین درگیری ارگان‌ها مربوط به قلب است. در حقیقت یکی از follow up های اصلی برای بیماران Covid-19 در مورد قلب است و این موضوع اهمیت بسیار زیادی دارد.

در مطالعات مختلف نرخ درگیری قلب بسته به نوع بیمار متفاوت است. این نرخ در بیماران OPD خیلی کمتر و بین ۲۰-۶ درصد و هرچه به سمت بستری در بیمارستان پیش برویم این درگیری بیشتر و در انواع شدید Covid-19 مثل MIS نرخ درگیری قلبی تا ۱۰۰ درصد افزایش می‌یابد.

تظاهرات هماتولوژیک در مبتلایان به Covid-19

دکتر مهران کریمی

فوق تخصص بیماری‌های خونی و هماتولوژی در کودکان
استاد دانشگاه علوم پزشکی شیراز



دیده شده که با کاهش مورتالیتی همراه است. خیلی مهم است که بدانیم ترومبوز با افزایش mortality و morbidity همراه است. همچنین توصیه می‌شود بین ۲ تا ۶ هفته پس از ترخیص بیماران از بیمارستان برای آن‌ها ضدانعقاد تجویز شود. در بیماران Covid-19 بستری در بیمارستان، وارفارین اصلاً توصیه نمی‌شود.

در کودکان نیز شایع‌ترین تظاهر هماتولوژیک Covid-19 همان ترومبوز است اگر چه گفته شده نسبت به بزرگسالان شیوع کمتری دارد.

در افراد زیر ۱۸ سال مبتلا به Covid-19 اگر بستری نمی‌شوند به هیچ‌وجه داروی ضدانعقاد تجویز نمی‌گردد. در مواردی که بیماری Covid-19 متوسط تا شدید است و نیاز به بستری وجود دارد استفاده از Thromboprophylaxis انجام می‌شود. تمام موارد CBC، Bun، PT/PTT، D-dimer، fibrinogen، AT³ و AntiXa باید به صورت روزانه و یا یک روز در میان چک شود. استفاده از ضدانعقادها به عنوان پروفیلاکسی در کودکان حداقل دوهفته توصیه می‌شود. همچنین در صورتی که MI و یا stroke وجود داشته باشد از آسپرین استفاده می‌شود.

CDC آمریکا توصیه کرده که از بین رفتن حس چشایی و بویایی و ترومبوسیس به عنوان دو عاملی که در بیماری Covid-19 دیده شده‌است می‌تواند به عنوان وجه افتراق این بیماری با سایر آنفلوآنزاهای فصلی استفاده شود.

اولین بیمار دارای تظاهرات هماتولوژیک در آمریکا گزارش شد. خانمی ۴۰ ساله و سالم همراه با علائم آنفلوآنزا شامل تب و علائم تنفسی همراه با تست مثبت Covid-19 به بیمارستان مراجعه کرد. نکته قابل توجه در رابطه با این فرد این بود که در CBC بیمار یک leukoerythroblastic reaction مشاهده شد. این موضوع در واقع به معنای افزایش رده‌های نارس گلبول‌های قرمز و سفید در خون محیطی است. معمولاً چنین حالتی ما را به سمت بیماری‌های مغزاستخوان پیش می‌برد. اما این بیمار یک فرد سالم با بیماری Covid-19 بود. بنابراین این مورد نشان داد که می‌توان چنین حالتی را در افراد مبتلا به Covid-19 مشاهده کرد و اگر فردی با علائم تنفسی و همچنین leukoerythroblastic reaction مراجعه می‌کند به جای پیگیری بیماری‌های مغزاستخوان، ابتدا تست Covid-19 گرفته شود.

تظاهر اصلی هماتولوژی در مبتلایان به Covid-19 در واقع Thrombosis است. در رابطه با اینکه چرا لخته در اثر این بیماری ایجاد می‌شود فرضیه‌های مختلفی وجود دارد. اما آنچه که تا امروز گفته می‌شود اینست که این ویروس پس از ورود به بدن سلول‌های monocyte را درگیر می‌کند. همچنین سبب تحریک سلول‌های نوتروفیل، پلاکت و لنفوسیت‌ها و مرگ آن‌ها می‌گردد سپس یک سری مواد biochemical آزاد می‌شود که DAMP (damage-associated molecular pattern) نام دارد. DAMP و خود ویروس روی سلول‌های monocyte اثر گذاشته و باعث آزاد شدن Tissue factor و Phosphatidylserine در سطح سلول‌ها شده و ازین طریق coagulation آغاز می‌شود. از طرف دیگر در سلول‌های سالم endothelial رشته‌های glyco-lyx وجود دارد که توسط باندهای پروتئینی به نام antithrombin به هم متصل هستند. با حمله ویروس به بدن سلول‌های اندوتلیال دچار آسیب شده و رشته‌های glyco-lyx از بین می‌روند، با از بین رفتن این رشته‌ها سلول‌های اندوتلیال کارایی خود را از دست می‌دهند.

ترومبوسیس هم به صورت microvascular و هم به صورت macrovascular ممکن است ایجاد شود و بیشتر در مبتلایان Covid-19 که در حالت‌های severe و critical در بیمارستان بستری هستند رخ می‌دهد. همچنین ترومبوز وریدی بیشتر از ترومبوز شریانی دیده می‌شود.

فاکتورهای التهابی که می‌توانند منجر به پیش‌بینی ترومبوسیس در بیماران Covid-19 شوند عبارتند از:

- D-dimer >2500 ng/ml
- Platelet >450×10⁹/L
- CRP elevation >mg/dL

در مورد تمام بیماران Covid-19 که بستری هستند در صورتی که منع مصرف خاصی وجود نداشته باشد استفاده از داروهای ضد انعقاد توصیه می‌شود. مهمترین منع مصرف برای داروهای ضد انعقاد نیز خون‌ریزی و پلاکت پایین تر از ۲۰۰۰۰ است. هپارین معمولاً ارجح‌تر است و

سرفه‌های آلرژیک

و جایگاه شربت‌های سرفه گیاهی در درمان سرفه

آقای دکتر علیرضا خیاط زاده

متخصص اطفال

فوق تخصص آسم و آلرژی و ایمونولوژی بالینی



عمیق آغاز می‌شود و بعد از جمع شدن هوا در ریه با انقباضی که در عضلات تنفسی و دیافراگم ایجاد می‌شود هوا به صورت انفجاری از ریه خارج شده و با این کار مجاری تنفسی پاکسازی می‌شود.

در بزرگسالان سرفه‌ها بر اساس مدت زمانشان به سه دسته حاد، تحت حاد و مزمن تقسیم می‌شود:

• **سرفه‌های حاد (کوتاه مدت):** کمتر

از سه هفته ادامه دارند که شایع‌ترین آن سرفه‌های ناشی از سرماخوردگی است که به علت احتقان و تجمع ترشحات پشت حلق و همچنین تحریک گیرنده‌های شیمیایی سرفه ناشی از التهاب و یا عوامل ویروسی و میکروبی می‌باشد ایجاد می‌شوند. معمولاً این نوع سرفه‌ها بخصوص اگر آزار دهنده نباشند نیاز به مداخله درمانی ندارند و خودبخود بهبود می‌یابند.

• **سرفه‌های تحت حاد:** بین ۳ تا ۸

هفته ادامه دارند این سرفه‌ها علل مختلفی دارند ولی یکی از شایع‌ترین علل آن باز هم سرفه‌های طول کشیده بعد از سرماخوردگی و عفونت‌های تنفسی می‌باشد.

۲: سرفه‌های مزمن: به سرفه‌هایی که در بزرگسالان بیش از ۸ هفته و در کودکان کمتر از ۱۵ سال بیش از ۴ هفته ادامه داشته باشد سرفه مزمن اطلاق می‌شود. در بررسی علت سرفه مزمن اولین سوالی که از بیمار پرسیده می‌شود، سابقه مصرف سیگار و دخانیات و همچنین سابقه مصرف دارو است چون هم

سرفه نوعی واکنش دفاعی بدن برای محافظت از دستگاه تنفس است، به طوریکه با سرفه ترشحات و سایر عوامل مضر از ریه خارج شده و مجاری هوایی پاکسازی می‌شود. سرفه بصورت غیر ارادی و رفلکسی با تحریک رسیپتورهایی که در نواحی داخلی دستگاه تنفس شامل حنجره، حلق، ناحیه برونشیا، ناحیه تراشه و بافت اصلی ریه و گاهی در نواحی خارج از دستگاه تنفس مانند سطح دیافراگم، سطح پریکارد و یا حتی داخل کانال گوش خارجی وجود دارند، ایجاد می‌شود. البته سرفه با کنترل قشر مغز و به صورت ارادی نیز قابل انجام است.

گیرنده‌ها و رسیپتورهای سرفه ممکن است مکانیکی یا شیمیایی و حسی باشند، به عبارتی عوامل محرک فیزیکی و یا شیمیایی ممکن است باعث تحریک گیرنده و شروع رفلکس سرفه گردند. این محرک‌ها می‌تواند توسط جسم خارجی و یا ترشحات و تجمع خلط باعث تحریک گیرنده‌های فیزیکی شوند و یا محرک‌های شیمیایی و حسی مانند اسید، سرما و یا عوامل شیمیایی و نوروترانسمیترهای آزاد شده در اثر التهاب و عفونت با تحریک گیرنده‌های شیمیایی سبب آغاز رفلکس سرفه گردند.

با تحریک رسیپتورهای سرفه پیامی از طریق اعصاب آوران که در اینجا عصب واگ می‌باشد به مرکز سرفه در بصل النخاع ارسال می‌شود و سپس از مرکز سرفه یکسری پیام‌های حرکتی از طریق اعصاب و ابران مانند عصب واگ، عصب دیافراگمی و اعصاب حرکتی عضلات تنفسی به قسمت‌های مختلف دستگاه تنفس و دیافراگم و حنجره ارسال می‌شود و سپس با تغییرات که در دم و بازدم ایجاد می‌شود سرفه اتفاق می‌افتد، سرفه ابتدا با یک دم



درمان آسم

بطور کلی آسم و سایر بیماریهای آلرژیک قابل کنترل می‌باشند ولی با درمان از بین نمی‌روند یعنی با رعایت نکات محافظتی و پیشگیرانه و مصرف منظم داروها علائم تسکین می‌یابد، ولی با قطع داروها و عدم رعایت نکات پیشگیرانه ممکن است علائم آلرژی و آسم عود نماید. بنابراین لازم است بیماران تحت نظر مستمر پزشک باشند تا آلرژی و آسم به خوبی کنترل شود.

عوامل محرک تنفسی به دو گروه اصلی تقسیم می‌شوند:

۱: مواد محرک in-door و یا داخل خانه مانند:

الف) دود سیگار و قلیان و سایر مواد دخانی، بوهای تحریکی مانند دود اسفند، عود، ادکلن، دود حاصل از پخت و پز، بوی مواد ضدعفونی کننده و وایتکس و جوهر نمک.
ب) وجود حیوانات خانگی مانند سگ و گربه و پرندگان و ...
ج) مایت گرد و غبار: مایت یا هیبه موجودی میکروسکوپی از خانواده بندپایان است که در گرد و خاک وجود دارد و در مناطقی که گرد غبار بیشتر است و در محیط تاریک و مرطوب رشد می‌نماید مانند فرش، موکت، بالش و پتو و ملحفه و همچنین عروسکهای پولیشی. افرادی که به مایت حساسیت دارند با استنشاق مایتی که در هوا وجود دارد دچار تشدید علائم آسم و آلرژی بینی می‌شوند، بین لحاف‌ها، پرده، بالش، فرش و ... رشد می‌کند نیز می‌تواند از محرکات داخل خانه‌ای محسوب شود.

دخانیات و هم برخی داروهای پرفشاری خون مانند مهارکننده‌های مسیر آنژیوتانسین مانند انالاپریل و کاپتوپریل می‌توانند باعث سرفه شوند و قطع سیگار و دخانیات و تغییر داروهای فشار خون در اغلب موارد باعث برطرف شدن سرفه می‌شود.

ولی بطور کلی شایع‌ترین علت سرفه‌های مزمن عبارتند از:

- سرفه‌های ناشی از عوامل محرک قسمت‌های فوقانی دستگاه تنفس. (upper airway cough syndrome) مانند سرفه‌های ناشی از ترشحات پشت حلق به علت رینیت‌های آلرژیک و غیر آلرژیک، سینوزیت حاد، سرماخوردگی و یا برونشیت حاد و همچنین سایر علل تحریکی مناطق فوقانی دستگاه تنفس.
- ریفلاکس گاسترواؤفاژیال یا برگشت محتویات معده به مری: برگشت اسید معده و محتویات آن از معده به مری و قسمت‌های حنجره و حتی برونش منجر به تحریک گیرنده‌های سرفه در مری و حلق و ریه شده و سبب سرفه می‌گردد. گاهی ریفلاکس بالاتر آمده و گیرنده‌های سرفه ناحیه حلق را تحریک می‌کند و گاهی به صورت آسپیراسیون وارد تراشه شده و سبب سرفه می‌شود.
- آسم

شایع‌ترین علت سرفه مزمن در کودکان و یکی از شایع‌ترین علل سرفه در بزرگسالان بیماری "آسم" است. آسم یک بیماری مزمن التهابی راههای تنفسی است که باعث انسداد قابل برگشت مجاری تنفس می‌شود. در بروز آسم تداخل ژنتیک و محیط نقش به سزایی دارد. به عبارتی در فردی که استعداد ژنتیکی آسم را دارد اگر در معرض عوامل محرک محیطی در دوران جنینی و یا در حین رشد قرار گیرد در آن فرد آسم نمایان می‌شود. برخی عوامل محرک محیطی که می‌توانند در بروز و نمایان شدن آسم نقش داشته باشند، عبارتند از مصرف سیگار و تغذیه ناسالم و داشتن استرس مادر در دوران جنینی، و همچنین در دوران شیرخوارگی و رشد قرار گرفتن کودک در معرض دود سیگار و آلودگی هوا، و عدم استفاده از شیر مادر و مصرف غذاهای فست فود و همچنین داشتن اضطراب و استرس.

شایع‌ترین علائم آسم عبارتند از سرفه، تنگی نفس، خس خس سینه و احساس فشار در قفسه سینه. سرفه‌های آسم معمولا خشک و گاهی همراه خلط سفید و کف مانند است. سرفه‌ها اغلب در اوایل صبح و هنگام خواب و یا با تماس با عوامل محرک تنفسی مانند دود سیگار، بوهای تحریکی و یا سرماخوردگی و ویروسی و همچنین ورزش و فعالیت بدنی تشدید می‌شود. تشخیص آسم بالینی و کلینیکی است یعنی با توجه به شرح حال و معاینه فیزیکی و سوابق فAMILIARY انجام می‌شود. در افراد بالای ۶ سال که همکاری لازم را دارند با استفاده از تست‌های تنفسی یا اسپیرومتری می‌توان تشخیص آسم را تایید کرد. همچنین بررسی پاسخ به درمان با داروهای ضدآسم نیز یکی از راههای رسیدن به تشخیص آسم است. معمولا برای تشخیص آسم نیاز به تصویر برداری و انجام گرافی ریه و یا سی تی اسکن نیست، مگر اینکه به بیماریهای دیگر شک داشته باشیم و یا عفونت ریه و یا عوارض آسم مانند پنوموتوراکس مطرح باشد. در جوامع مختلف آسم شیوع متفاوتی دارد ولی بطور کلی شیوع آسم حدود ۸ تا ۱۳ درصد می‌باشد ولی در مناطق آلوده مانند شهرهای شلوغ و صنعتی این آمار بیشتر است. متأسفانه به علت صنعتی شدن و آلودگی‌های محیطی و تغذیه نامناسب و استرس شیوع آسم در جهان رو به فزونی است.

در بسیاری از موارد به خصوص سرفه‌های حادی که ناشی از سرماخوردگی است درمان خاصی نیاز نیست و سرفه معمولا بعد از سپری شدن سیر بیماری خودبخود برطرف می‌شود ولی در مواردی که سرفه آزاردهنده است می‌توان از اقدامات حمایتی برای تسکین سرفه استفاده کرد مانند مصرف مایعات فراوان بخصوص مایعات گرم همراه با عسل و آلبیمو جهت تسکین سرفه و رقیق کردن ترشحات پشت حلق، غرغره با سرم شستشوی نرمال سالین یا آب نمک، و یا استفاده از ترکیبات گیاهی مثل برگ نعناع و آویشن در تسکین سرفه کمک کننده است. یکی از گیاهان موثر در تسکین سرفه برگ گیاه پیچک می‌باشد، حدود ۱۵۰ گونه گیاه پیچک در طبیعت وجود دارد گونه خاصی از این گیاه که بصورت عصاره خشک شده در شربت گیاهی ضد سرفه استفاده شده است یکی از انواع شربت‌های با محتوای عصاره برگ پیچک با ماده موثره هدراهلیکس که در بازار دارویی ایران نیز وجود دارد **شربت پروسپان است که ساخت کمپانی Engelhard است.** این دارو از طریق اثر بر روی گیرنده‌های بتا آدرنرژیک در سطح مجاری و سلول‌های تنفسی با دو مکانیسم secretolytic با رقیق کردن خلط و افزای ترشح سورفاکتانت منجر به خروج راحتتر خلط می‌شود و همچنین اثر Bronchodilator باعث کاهش اسپاسم برونش‌ها می‌شود و از این طریق می‌تواند تسکین دهنده سرفه باشد. از مزیت‌های پروسپان می‌توان به استفاده آن در گروه سنی اطفال اشاره کرد.

د) کپکها و قارچ‌های محیطی: در محیط‌های مرطوب داخل خانه امکان رشد کپک و قارچ وجود که پخش هاگ مشتقات کپک در هوا باعث تشدید آلرژی می‌شود.

۲: مواد محرک out-door یا خارج خانه شامل:

الف) گرده‌های انواع گیاهان، مانند رده درختان، چمنها، علفها.

ب) دود ناشی خودروها و ذرات معلق ناشی از آلودگی هوا و کارخانجات صنعتی

ج) کپک و قارچ در محیط‌های مرطوب

د) سیگار و سایر بوهای محرک

جهت درمان آسم ابتدا باید اقدامات پیشگیرانه و راهکارهای مناسبی برای کاهش برخورد با عوامل محرک داخل و خارج خانه بکار برد. بدین منظور توصیه می‌شود از برخورد با دود سیگار و سایر عوامل محرک تنفسی اجتناب کرد و همچنین برای کاهش مایت در خانه بطور منظم گردگیری و تمیز کردن خانه انجام شود و حتی المقدور اتاق خواب خلوت باشد و وسایلی مانند فرش، موکت و لوازم تزئینی و عروسکهای پولیشی از اتاق خواب برداشته شود. بالش پر و پشم نباشد و ملحفه‌ها هر ۱۰ روز یکبار با آب ۶۰ درجه شسته شود. از نگهداری حیوانات در خانه اجتناب شود و رطوبت خانه کمتر از ۵۵ درصد باشد.

پس از توصیه به پیشگیری از برخورد با عوامل محرک و تشدید کننده آسم اگر علائم همچنان پابرجا باشد، پزشک معالج اقدام به مداخله درمانی می‌کند.

داروهای آسم شامل دو گروه اصلی هستند:

۱. داروهای تسکین دهنده و با اثر فوری مانند اسپری سالبوتامول که بصورت سریع و کوتاه اثر علائم را برطرف می‌کنند.

۲. داروهای کنترلی و نگه دارنده مانند اسپری‌های کورتون دار که باید بطور روزانه و منظم استفاده شوند. تا اثر درمانی ظاهر شود. اغلب داروهای آسم بصورت استنشاقی هستند که یا به صورت پودری و یا بصورت اسپری موجود می‌باشد. اسپری‌ها برای اینکه بهتر به ریه برسند و عوارض موضعی کمتری داشته باشند لازم است حتما با استفاده از محافظه آسان نفس و یا آسم یار استفاده شوند و حتما بعد از استفاده از اسپریهای کورتون دار دهان و گلو شسته و غرغره شود. در مورد استفاده از اسپری‌های کورتون دار شایان ذکر است که اگر طبق دستور پزشک و با دوز مناسب تجویز شوند عارضه سیستمیک و شدید و طولانی مدتی ایجاد نمی‌کنند و ترس از اینگونه اسپری‌ها بی دلیل است.

در درمان آسم حتما لازم است داروها طبق تجویز پزشک و با دوز مناسب و بطور منظم استفاده شوند و دوره درمان حتما کامل شده و سرخود داروها قطع نشود.

سایر علل سرفه مزمن عبارتند از جسم خارجی، عفونت‌های مزمن ریه و یا برونشیت مزمن، بیماری سیستمیک فایبروزیس، سرطان‌های ریه و برونش، عوامل فشاری بر روی مری و نای مثل تومورها و لنفادنوپاتیها، اختلالات آناتومیک مجاری تنفسی، بیماری‌های خارج از دستگاه تنفس مثل بیماری‌های قلبی و نارسایی قلب و آسم قلبی و سایر عللی که با شیوع کمتر سبب سرفه مزمن می‌شوند.

با توجه به توضیحات فوق درمان و تسکین سرفه بسیار با علت و عامل ایجاد کننده سرفه مرتبط است و برای هر بیمار نمی‌توان نسخه واحدی تجویز کرد و به خصوص در مواردی که سرفه عامل جدی و خطرناکی دارد استفاده بکار بردن داروهای و شربت‌های ضدسرفه بدون توجه به عامل بیماری نادرست و گاه خطرناک است.

PROSPAN®
Cough Syrup



شربت سرفه گیاهی

حاوی عصاره خشک گیاه پیچک

- رقیق کننده مخاط و فروج آسان تر فلط
- تنفس آسان و راحت تر
- کاهش دهنده و تسکین دهنده سرفه
- برطرف کننده اسپاسم مجاری تنفسی





کنترل علائم فیزیولوژیک

هورمون درمانی

طبق کلینیکال پراکتیس گایدلاین انجمن غدد درون ریز و متابولیسم (Endocrine Society Clinical Practice Guideline) که توسط انجمن منوپوز استرالیا، انجمن منوپوز بریتانیا، انجمن منوپوز و آندروپوز اروپا، انجمن غدد اروپا و انجمن بین المللی منوپوز نیز مورد بازبینی قرار گرفته است: هورمون درمانی موثرترین روش، برای درمان علائم وازوموتور و بقیه علائم کلیماکتریک (علائم گذر از پیش یائسگی به یائسگی) می باشد. مزایای این روش درمانی ممکن است برای بیشتر خانمها در فاز پس از یائسگی، کمتر از خطرات احتمالی آن باشد. البته در اینجا اشاره به خانمهایی است که کمتر از ۶۰ سال سن دارند یا کمتر از ۱۰ سال از شروع یائسگی آنها می گذرد. تمامی خانمها می بایست قبل از شروع هورمون درمانی از نظر ریسک بیماریهای قلبی و سرطان سینه مورد بررسی قرار گیرند و مناسبترین روش درمانی با در نظر گرفتن مزایا/خطرات احتمالی برای آنها در نظر گرفته شود. همچنین استفاده از استروژن واژینال با دوز

انواع روش های کنترل

علائم منوپوز (یائسگی)

تهیه شده توسط تیم لوکال شرکت بهستان بهداشت

یائسگی به عنوان پایان عمر تولید مثل خانمها قلمداد می شود که عموماً با توقف دائمی دوره خونریزی آنها مشخص می گردد. دوره گذار یائسگی و تغییرات مرتبط با آن بسیار وسیع است. ۵۰/۳ تا ۸۲/۱ درصد از خانمهای یائسه علائم گرگرفتگی و تعریق شبانه را گزارش داده اند. درمان های دارویی که برای این علائم در دسترس هستند شامل روش های هورمون درمانی جایگزینی (HRT) است اما این روش به طور مشخص تاثیراتی منفی در زمینه سلامت قلبی عروقی و ابتلا به سرطان سینه دارد، به طوریکه ۴۰ تا ۵۰ درصد خانمها در کشورهای غربی ترجیح می دهند از روش مکمل مانند درمان های گیاه-محور استفاده کنند.

در زمینه درمان های دارویی غیر هورمونی نیز طیف گسترده ای از درمان های گیاه-محور وجود دارد که ممکن است منجر به بهبودی علائم یائسگی گردد. این درمان ها شامل استفاده خوراکی از فیتواستروژن ها از جمله رژیم غذایی بر مبنای ایزوفلاون های سویا، عصاره سویا و درمان های گیاهی از جمله شبدر قرمز، کوهوش سیاه، گیاهان دارویی چینی و سایر گیاهان دارویی است.

کنترل علائم سایکولوژیک

در رابطه با افسردگی درمان خط اول عمدتاً ممکن است شامل روان درمانی، داروهای ضدافسردگی یا ترکیبی از آن باشد. درمان معمولاً متناسب با ترجیح بیمار و شدت افسردگی انجام می شود. مهارکننده های انتخابی بازجذب سروتونین، داروهای خط اول در درمان دارویی افسردگی هستند که شامل فلوکستین، سیتالوپرام، ایستالوپرام، سرتالین و پاروکستین است.



مکمل های حاوی سویا تاثیر نامطلوبی بر پیش آگهی سرطان سینه ندارند. در نهایت توصیه می شود تمامی خانمها در دوران پس از یائسگی، سبک زندگی مناسب با این دوران را در پیش بگیرند.

1. Beral V; MillionWomen Study Collaborators. Breast cancer and hormone-replacement therapy in the MillionWomen Study. Lancet. 2003;362(9382):419-427.
2. Hsu CC, Kuo HC, Chang SY, Wu TC, Huang KE. The assessment of efficacy of *Dioscorea alata* for menopausal symptom treatment in Taiwanese women. Climacteric. 2011;14(1):132-139.
3. Franco, O. H., Chowdhury, R., Troup, J., Voortman, T., Kunutsor, S., Kavousi, M., Oliver-Williams, C. and Muka, T., 2016. Use of Plant-Based Therapies and Menopausal Symptoms A Systematic Review and Meta-analysis. Journal of American Medical Association. 315(23):2554-2563.
4. Cynthia A. Stuenkel, Susan R. Davis, Anne Gompel, Mary Ann Lumsden, M. Hassan Murad, JoAnn V. Pinkerton, and Richard J. Santen. 2015. Treatment of Symptoms of the Menopause: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline. J Clin Endocrinol Metab: 100(11):397.

برای مطالعه کامل مقاله و دریافت منابع به لینک زیر مراجعه کنید:

<http://behestan-chc>

بخش دانستنی های بیماران / زنان

پایین و اسپمیفن (Ospemifene) روش های درمانی موثری برای سندروم تناسلی-ادراری یائسگی هستند. همچنین برای کسانی که ترجیح می دهند هورمون درمانی انجام ندهند، ژلهای روان کننده و مرطوب کننده های واژینال در دسترس هستند.

به علاوه در Endocrine Society Clinical Practice Guideline آورده شده است که در خانمهایی که علائم گرگرفتگی تحمل پذیر دارند، روش های درمانی غیر دارویی مانند کاهش دمای محیط، عدم مصرف الکل و غذاهای پرادویه و کاهش وزن و دروری از استرس پیشنهاد گردد. در حالی که در بیماران تحت درمان دارویی علائم وازوموتور متوسط تا شدید، هورمون درمانی گزینه مناسبی نیست، داروهای مهار کننده های انتخابی باز جذب سروتونین و داروهای مهار کننده انتخابی باز جذب سروتونین و اپی نفرین یا گاباپنتن یا پرگابالین، می توان استفاده نمود. برای بیمارانی که به درمان های مذکور پاسخ مناسب نمی دهند می توان استفاده از کلونیدین را مورد نظر قرار داد.

همچنین موارد منع مصرف مطلق روش های درمان هورمونی شامل مبتلایان به سرطان پستان و سرطان آندومتر، بیماری های قلبی عروقی، بیماری فعال کبدی و خونریزی واژن است. انجمن یائسگی در آمریکایی شمالی یک برنامه رایگان موبایل به نام MenoPro ارائه می دهد. این برنامه دسترسی افراد به مشاوره، جهت ارزیابی خطرات احتمالی هورمون درمانی در یائسگی را تسهیل می کند. این ابزار تصمیم گیری که دارای یک حالت برای پزشکان و حالت دیگری برای بیماران است، گزینه های غیر هورمونی برای مدیریت علائم یائسگی را نیز به افراد ارائه می دهد. پزشکانی که در مورد درمان های هورمونی و غیر هورمونی آگاهی کامل دارند، می توانند با کمک به خانمها در انتخاب آگاهانه روش درمانی مناسب، به کنترل علائم یائسگی در آن ها کمک نمایند.

روش های دارویی غیرهورمونی در کنترل علائم یائسگی

Endocrine Society Clinical Practice Guideline در مورد داروهای بدون نسخه و روش های درمانی جایگزین غیر هورمونی برای کنترل علائم وازوموتور توصیه هایی بدین شرح ارائه می دهد: به بیمارانی که برای بهبود علائم وازوموتور از داروهای بدون نسخه و مکمل های درمانی استفاده می نمایند توصیه می گردد پیش از مصرف داروهای گیاهی، کوهوش سیاه، اسیدهای چرب امگا ۳، شبدر قرمز و ویتامین ای و همچنین قبل از استفاده از روش های کنترل اضطراب، طب سوزنی، تکنیک تنفس و هیپنوتیزم با پزشک معالج خود مشورت نمایند. مطالعات بالینی انجام شده بر روی موارد مذکور نشان از تاثیرات متناقض آن ها در مقایسه با دارونما دارد، اما همچنان ممکن است تجربه ی استفاده از آن ها برای برخی از بیماران سودمند واقع شود. استفاده از استروژن های گیاهی (فیتواستروژن ها) باید با احتیاط همراه باشد چرا که بعضی از انواع آن ها که به صورت مکمل استفاده می شوند تاثیراتی مشابه استروژن دارند و این موضوع باید در مبتلایان به سرطان سینه مورد نظر قرار گیرد. هر چند به نظر می رسد مصرف



دوز پیشگیری IDA در کودکان

براساس توصیه سازمان جهانی بهداشت و مقالات معتبر علمی

تهیه شده توسط تیم اطفال شرکت بهستان بهداشت

خود در سال ۲۰۱۶ مصرف مکمل آهن به عنوان یک مداخله بهداشت عمومی در نوزادان و خردسالان در سنین ۲۳-۶ ماهه که در محیط‌هایی با شیوع بالای فقر آهن و کم خونی فقر آهن قرار دارند جهت پیشگیری به شرح زیر می‌باشد. (جدول شماره ۱)

همچنین دوز توصیه شده در کودکان سنین ۲۴-۵۹ ماه در مکان‌هایی که شیوع فقر آهن و یا کم خونی فقر آهن در آنجا بالا است جهت افزایش میزان هموگلوبین و بهبود وضعیت میزان آهن با توصیه جدی و شواهد با کیفیت متوسط توسط سازمان جهانی بهداشت به شرح زیر می‌باشد. (جدول شماره ۲)

آکادمی اطفال امریکا، سازمان جهانی بهداشت و سایر سازمان‌های مشهور اطفال توصیه‌های زیادی را برای پیشگیری از کمبود آهن ارائه داده‌اند که متداول‌ترین آنها مربوط به کمبود تغذیه‌ای در کل دنیا است. این توصیه‌ها شامل غنی سازی مواد غذایی با آهن، دادن فرمول‌های غنی از آهن در زمانی که شیر مادر کافی نمی‌باشد، اجتناب از شیر گاو در سال اول زندگی، غربالگری نوزادان در ۹-۱۲ ماهگی از لحاظ کمبود آهن و استفاده از دوز پیشگیری آهن در دوران نوزادی است که هر یک از این روش‌ها بحث برانگیز است. بر اساس توصیه سازمان جهانی بهداشت در آخرین به روز رسانی

گروه هدف	نوزادان بین ۲۴ الی ۵۹ ماه
فرمول مکمل	۳۰ میلی گرم آهن قابل جذب
فرم مکمل	قطره یا شربت
فرکانس	روزانه
مدت زمان	سه ماه متوالی در سال
ملاحظات	جایی که شیوع کم خونی %۴۰ و یا بیشتر است

گروه هدف	نوزادان بین ۶ الی ۲۳ ماه
فرمول مکمل	۱۰ الی ۱۲٫۵ میلی گرم آهن قابل جذب
فرم مکمل	قطره یا شربت
فرکانس	روزانه
مدت زمان	سه ماه متوالی در سال
ملاحظات	جایی که شیوع کم خونی %۴۰ و یا بیشتر است

جدول شماره ۲: ۳۰ میلی گرم آهن المنتال برابر با ۱۵۰ میلی گرم فرسولفات هپتاهیدرات، ۹۰ میلی گرم فرس فومارات، ۲۵۰ میلی گرم فرس گلوکونات می‌باشد.

جدول شماره ۱: ۱۰-۱۲٫۵ میلی گرم آهن المنتال برابر با ۵۰-۶۲٫۵ میلی گرم فرسولفات هپتاهیدرات، ۳۰-۳۷٫۵ میلی گرم فرس فومارات، ۱۰۴٫۲-۸۳٫۳ میلی گرم فرس گلوکونات می‌باشد.



نوشیدنی برای میان وعده کودکان بدغذا

موز خرد شده ۱ عدد کوچک

خرمای تازه خرد شده بی هسته ۲ عدد

پودر کاکائو ۱ قاشق چایخوری

بستنی وانیلی ۱ قاشق غذاخوری سر پر

شیر با چربی متوسط ۳/۴ لیوان

۴ مغز خام (پسته و بادام و فندق و گردو) آسیاب شده ۱ قاشق چایخوری

موز خرد شده، خرما، پودر کاکائو، بستنی و در صورت تمایل آجیل را به همراه نصف شیر داخل مخلوط کن بریزید. مواد را با یکدیگر خوب مخلوط کنید. سپس بقیه شیر را اضافه نموده و هم بزنید تا مواد خوب با هم مخلوط شود.

نوشیدنی خنک را در لیوان ریخته و روی آن را با گرانول‌های رنگی تزیین کنید.

می‌توانید با تغییر در ترکیبات مثلاً استفاده از بستنی میوه‌ای به جای بستنی وانیلی یا استفاده از انبه/طالبی به جای موز، تنوع طعم ایجاد کرده تا کودک تشویق به خوردن شود.

توصیه سازمان جهانی بهداشت در کودکانی که سن آنها ۶۰ ماه و بالاتر هستند به شرح ذیل می‌باشد (جدول شماره ۳):

گروه هدف	نوزادان بین ۵ الی ۱۲ سال
فرمول مکمل	۳۰ الی ۶۰ میلی گرم آهن قابل جذب
فرم مکمل	قطره یا شربت
فرکانس	روزانه
مدت زمان	سه ماه متوالی در سال
ملاحظات	جایی که شیوع کم خونی ۴۰٪ و یا بیشتر است

جدول شماره ۳: ۶۰-۳۰ میلی‌گرم آهن المنتال برابر با ۳۰۰-۱۵۰ میلی‌گرم فرسولفات هپتاهیدرات، ۱۸۰-۹۰ میلی‌گرم فرس فومارات، ۵۰۰-۲۵۰ میلی‌گرم فرس گلوکونات می‌باشد.

مصرف مکمل آهن در این مطالعه در شیرخواران از ۴ ماهگی لحاظ شده است بطوریکه مطرح می‌کند در شیرخواران فول ترم مصرف مکمل آهن از ۴ ماهگی با میزان ۱ میلی‌گرم آهن المنتال به ازاء هر کیلوگرم وزن حداکثر تا ۱۵ میلی‌گرم توصیه می‌شود. بطوریکه این مصرف تا زمانی ادامه داده شود که مقادیر کافی آهن از غذای غنی از آهن تامین شود. همچنین در نوزادان نارس نیز از ۴ ماهگی ۲ الی ۴ میلی‌گرم به ازاء هر کیلوگرم وزن حداکثر تا ۱۵ میلی‌گرم آهن المنتال توصیه شده است.

همچنین طبق آخرین مطالعات در آخرین نسخه آیتودیت در سال ۲۰۲۰، Jacquelyn M و همکارانش در مطالعه‌ای تحت عنوان فقر آهن در نوزادان و کودکان کمتر از ۱۲ سال بیان شد که مصرف توصیه شده با توجه به رژیم غذایی (RDA) براساس نیاز برای جذب آهن متناسب است با آهن قابل جذب موجود در رژیم غذایی و تخمین از دست دادن آهن به علت‌هایی نظیر از دست دادن خون و ... به شرح ذیل می‌باشد. (جدول شماره ۴)

ماکزیمم: ۱۵ میلی‌گرم	۲-۴ mg/Kg/day	نوزاد نابالغ
ماکزیمم: ۱۵ میلی‌گرم	۱ mg/Kg/day	نوزاد فول ترم

جدول شماره ۴: میزان دوز تجویز آهن جهت پیشگیری از فقر آهن در نوزادان

منابع:

1. Organization, W.H., Guideline daily iron supplementation in infants and children. 2016: World Health
2. Powers, J.M., et al., Iron deficiency in infants and children < 12 years: Screening, prevention, clinical manifestations, and diagnosis. Hoppin AG (ur.). Up-to-date. Waltham, MA: Up-to-date Inc. Dostupno na: <https://www.Up-to-date.Co/m/contents/irondeficiencyininfantsandchildrenl>. Pristupno na: 2018. 2

FeraMAX[®]
Powder

پودر آهن فرامکس

مکمل آهن شماره ۱ کشور کانادا

فرامکس
طعمی خوشایند و
ماندگار در خاطر
کودکان



طعم لذت بخش
تمشک و انگور



BioSyent

عوامل تشدید کننده بیماری پسوریازیس

دکتر پروین منصوری

متخصص پوست، مو، زیبایی و لیزر
استاد دانشگاه علوم پزشکی تهران
عضو انجمن پوست و لیزر امریکا و اروپا
معاون پژوهشی مرکز تحقیقات پوست و سلول های بنیادی



و اسید اوریک بالا، و همراهی با دیگر بیماری های خود ایمنی متعدد دیگر نظیر بیماری های التهابی روده (IBD) یا بیماری کرون، افسردگی شدید، اختلالات روحی و روانی هستند.

» زندگی سالم منجر

به پاسخ بهتر به درمان و کاهش عوارض درمان و بیماری می شود.

همواره دقت داشته باشد

پسوریازیس با توجه به اینکه

یک بیماری سیستمیک است،

نباید توسط بیمار فراموش شود

و این بیماران همواره باید از

نظر مشکلات همراه تحت نظر

پزشک باشند.

همان طور که گفته شد علت بیماری پسوریازیس نامعلوم می باشد. تفکر قبلی بر این بود که علت این بیماری تغییرات و تکثیر سلول های سازنده لایه سطحی پوست، یعنی کراتینوسیت ها می باشند که رشد سریعتری پیدا می کنند. ولی امروزه شناخته شده که پسوریازیس یک بیماری وابسته به سلول های ایمنی بدن از نوع سلول های T است که مواد التهابی و تغییراتی که این سلول ها ایجاد می کنند، باعث التهاب منتشر در پوست و به دنبال آن در مفاصل، ناخن ها و بالاخره در جدار عروق و کل بدن می شود. به طوری که پسوریازیس را صرفاً یک بیماری پوستی نمی شناسند، بلکه یک بیماری منتشر داخلی و سیستمیک است. چرا که با بیماری های متفاوت و تظاهرات مختلف همراه است.

برای کنترل بیماری پسوریازیس تغییر در روند زندگی از جمله کاهش وزن، ورزش و تغذیه مناسب نقش بسیار مهمی دارد.

افرادی که به بیماری پسوریازیس مبتلا هستند، بیشتر در معرض چاقی قرار دارند. چاقی خود یک بیماری التهابی است و به دنبال آن در بدن واسطه های التهابی آزاد شده و منجر به ایجاد التهاب در جدار رگ، کبد، کلیه و غیره می شود.

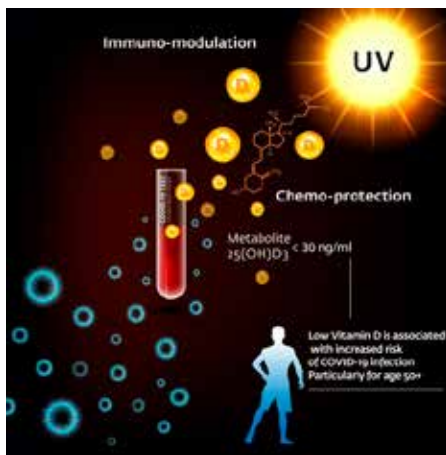
بیماران مبتلا به پسوریازیس بیشتر مستعد به بیماری های قلبی عروقی، عروقی مغز، کبد چرب، درگیری های کلیوی، افزایش در چربی های خون، دیابت، فشار خون





Vitamin D Levels and COVID-19 Susceptibility: Is there any Correlation?

Medicine in Drug Discovery journal 7 (2020)



Short Communication

Vitamin D Levels and COVID-19 Susceptibility: Is there any Correlation?

Karan Razdan^a, Kuldeep Singh^b, Dilpreet Singh^{c,*}

^a University Institute of Pharmaceutical Sciences, Punjab University, Chandigarh, India

^b Department of Pharmaceutical Sciences and Drug Research, Punjab University Patiala, India

^c Department of Pharmaceutical Sciences, Guru Nanak Dev University, Amritsar, India

ARTICLE INFO

Article history:
Received 3 May 2020
Received in revised form 26 May 2020
Accepted 26 May 2020
Available online 2 June 2020

Keywords:
COVID-19
Vitamin D
RTI
Dose

ABSTRACT

Coronavirus disease (COVID-19) is a major pandemic and now a leading cause of death worldwide. Currently, no drugs/vaccine is available for the treatment of this disease. Forceful preventions and social distancing are the only ways to prevent this disease from community transmission. Vitamin D is an important micronutrient and has been reported to improve immunity and protect against respiratory illness. This short review highlights the important scientific link between Vitamin D levels and susceptibility to COVID-19 in patients. This review also discusses recommendations for Vitamin D dose required for healthy as well as COVID-19 susceptible patients for protection and prevention.

شیوع بیماری COVID-19، یک بحران بهداشت جهانی ایجاد کرده است. گرچه اطلاعات کمی در ارتباط با عوامل محافظ کننده این عفونت در دست است اما اجرای اقدامات پیشگیرانه بهداشتی می تواند خطر بروز، پیشرفت و شدت عفونت را کاهش دهند. نقش احتمالی ویتامین D در کاهش خطر ابتلا به COVID-19 و سایر عفونت ها و شدت دستگاه تنفسی حاد چیست؟ کمبود ویتامین D یک مشکل بهداشتی جهانی است که در همه گروه های سنی دیده می شود. با توجه به تابش های ناچیز UV-B در طول زمستان ها در عرض های جغرافیایی بیشتر از ۴۰ درجه، خطر کمبود ویتامین D در طول زمستان افزایش می یابد. شواهد اپیدمیولوژی نشان می دهد که عفونت آنفلوآنزا در ماه اول زمستان، در سطح جهانی به میزان حداقل در بدن وجود دارد. مطالعات نشان داده اند که سطح کافی ویتامین D می تواند سبب محافظت از بدن بر علیه آنفلوآنزا و ویروس انسدادی تنفسی (RSV) گردد. سطح سرمی ۲۵ هیدروکسی ویتامین D با افزایش سن کاهش می یابد. توجه به سطح ویتامین D سرمی در افراد مسن مبتلا به COVID-19 که با افزایش میزان مرگ و میر (Case-Fatality Rates (CFRs) مواجه هستند، قابل توجه است. برگمن و همکارانش درماتآنالیز (RCT) جهت نشان دادن نقش پیشگیری کننده ویتامین D از عفونت دستگاه تنفسی

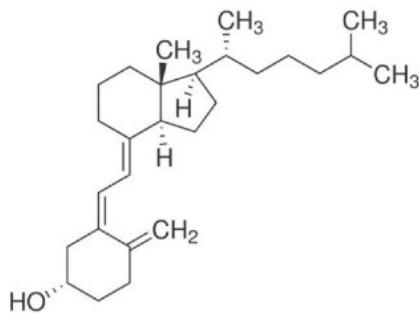
Respiratory tract infection (RTI) انجام دادند و نتایج نشان داد که تجویز دوز پیشگیری ویتامین D سبب کاهش خطر بروز عفونت در دستگاه تنفسی می گردد. همچنین در مطالعه ای که دانشخواه و همکاران انجام دادند مشخص گردید که در افراد با نقص شدید ویتامین D و شرایط خاص سنی و مبتلا به COVID-19 خصوصا در کشورهایی مثل ایتالیا، اسپانیا و فرانسه کمترین میزان غلظت ویتامین D ($25\text{OH}D < 0.25 \text{ ng / L}$) را در مقایسه با سایر کشورها داشتند. در افراد مسن، فعالیت بیش از حد سیستم ایمنی اکتسابی منجر به کمبود سلول های B خاطره و پاسخ نابجای ایمنی ذاتی

ارزیابی تاثیر مکمل ویتامین D و تعیین دوز مناسب آن باید انجام شود. بررسی‌های انجام شده نشان می‌دهد که همبستگی بین سطح ویتامین D و حساسیت ابتلا به COVID-19 می‌تواند یک عنصر اساسی در مبارزه ما بر علیه COVID-19 باشد.

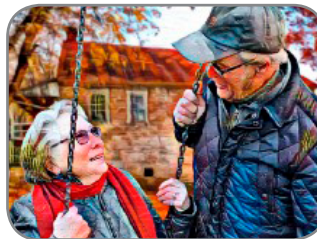
Alipio M. Vitamin D Supplementation Could Possibly Improve Clinical Outcomes of Patients Infected with Coronavirus-2019 (COVID-19) Available at SSRN 3571484; 2020.

و ایجاد طوفان سیتوکین می‌شود همانطور که در بیماران COVID-19 مشاهده می‌شود. در مطالعه و همکاران سطح OHD25 را در بیست مورد بیماران COVID-19 بستری در بخش مراقبت‌های ویژه (ICU) ارزیابی کردند که ۱۱ نفر Vit D (VID) Insufficiency داشتند و تمام بیماران کمتر از ۷۵ سال سن داشتند و VDI بودند. در این میان، غلظت OHD25 در ۷ بیمار کمتر از ۲۰ ng / mL و در سه بیمار کمتر از ۱۰ ng / mL گزارش گردید. این مطالعه نشان داد که در افراد VDI شدت بیماری COVID-19 افزایش می‌یابد.

عدم درمان COVID-19 چاره‌ای جز اقدامات احتیاطی و پیشگیری کننده در جهت شانس بیشتر در این مبارزه باقی نگذاشته است. از این رو، حفظ سطح کافی ویتامین D برای جلوگیری از ابتلا به عفونت و یا آلودگی بدون مرگ و میر، مهم است. آزمایشات بالینی بیشتری مرتبط با COVID-19 برای



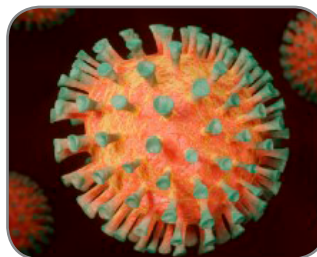
Vitamin D₃
(Cholecalciferol)



**Vitamin D₃
Putative Role**

Elderly:

Typically low normal to deficient



COVID-19:

Pro-immune function;
Anti-cytokine storm



Parkinson's disease:

Support innate and adaptive immunity;
Anti-inflammatory

پسوریازیس ناخن

دکتر حمیدرضا محمودی

متخصص پوست و مو

استاد دانشگاه علوم پزشکی تهران



درمان‌های موضعی اکثر مواقع خط اول درمان هستند و مشکل اصلی آن‌ها ضخامت زیاد صفحه ناخن است که مانع نفوذ کامل دارو به قسمت‌های عمقی‌تر می‌شود. برای افزایش نفوذ پذیری دارو، گرفتن ناخن‌ها در محل ضایعه و استفاده از سمباده و لیزر پیشنهاد می‌شود. درمان‌های تاپیکال مثل کورتیکواستروئیدها، آنالوگ ویتامین D3، مهارکننده‌های کلسی نورین‌ها، تازاروتن، ۵ فلوتورواوراسیل و فتوتراپی می‌باشد.

داروهای سیستمیک شامل سیکلوسپورین‌ها، متوترکسایت و نهایتاً درمان‌های بیولوژیک می‌باشد.

در مورد کورتیکو استروئیدهای موضعی، اساساً high potency corticosteroid ها مثل کلوبتازول یا بتامتازون معمولاً روزی دوبار استفاده می‌شوند که هم روی تغییرات ماتریکس و هم Nail bed می‌تواند موثر باشد ولی با توجه به عوارض بیشتر از یک ماه مصرف توصیه نمی‌شود.

درمان‌های دیگر آنالوگ‌های ویتامین D هستند که برخلاف استروئیدهای تاپیکال بیشتر روی تغییرات Nail bed موثر است.

Topical Tazarotene خصوصاً اگر به صورت پانسمان بسته استفاده شود، درمان مناسبی خصوصاً برای Onycholysis می‌تواند باشد.

درمان بعدی 5-Fluorouracil می‌باشد که به صورت ۱٪ در اوره ۲۰٪ برای افزایش نفوذ استفاده شده و دیده شده که درمان مناسبی خصوصاً برای تغییرات Nail bed می‌باشد.

درگیری ناخن مشکلی شایع در بیماری پسوریازیس است که حدوداً در ۸۰ درصد موارد مشاهده می‌شود. اگرچه درگیری ناخن می‌تواند قبل یا حین درگیری پوستی ایجاد شود، این درگیری اغلب بعد از شروع پسوریازیس پوستی اتفاق می‌افتد و به شدت کیفیت زندگی بیمار را تحت تاثیر قرار می‌دهد.

پاتوژنز اصلی بسیار به پسوریازیس پوستی شباهت دارد، بعلاوه ترومایی زمینه ایجاد بیماری است و سبب پاسخ ایمنی می‌شود. نقش قارچ‌ها مخصوصاً کاندیدیازیس در ایجاد و تشدید بیماری بسیار شایع است. در واقع علاوه بر نقش اتوایمیونیتی با توجه به همراهی زیادی که درگیری ناخن با مفصل دارد بعضی این فرضیه را مطرح کردند که شاید یک پاسخ نامناسب یا در واقع کنترل نشده به استرس‌های بافتی در آن ناحیه بین ناخن و مفصل است که می‌تواند سبب تغییرات ناخنی شود. نکته مورد توجه مخصوصاً در مقالات وجود لکه‌های قرمز رنگ در لیونالا (lunula) که در فاز اکتیو بیماری دیده شده است. اساساً برای تشخیص پسوریازیس ناخن مشکل خاصی وجود ندارد. ابزاری که به صورت روزانه در تشخیص Nail psoriasis کارآمد است Dermoscope می‌باشد که هم به صورت Dry و هم همراه با ژل می‌باشد.

جهت تشخیص Pitting و Diffuse scales معمولاً از Dry Dermoscope استفاده می‌کنیم و در مواقعی که به تغییرات Nail bed شک داریم از Ultrasound gel در کنار Dermoscope استفاده می‌کنیم. وجود انیکولایزیز (onycholysis) با حاشیه اریتماتوز (erythematous) در انگشتان دست یک یافته اختصاصی برای پسوریازیس ناخن است. در مطالعاتی بیان شده که شایع‌ترین یافته در دست pitting و به دنبال آن یافته‌های دیگر مثل انیکولایزیز دیده می‌شود.

درمان‌های موجود برای پسوریازیس ناخن

درمان‌ها بسته به شرایط بیمار، کیفیت زندگی و شرایط زندگی فرق می‌کند. نکته مهم این است که با توجه به سرعت رشد کم ناخن‌ها، به درمان باید ۳ تا ۶ ماه فرصت دهیم تا نتایج را ببینیم، در ضمن گرفتن تصاویر قبل و حین درمان بسیار کمک کننده است.



مرحله بعدی درمان‌ها، درمان‌های تزریقی هستند که Intralesional Corticosteroid ها با دوز ۵mg/ml جزو درمان‌های قدیمی می‌باشد و پاسخ خوبی برای تغییرات ماتریکس داده است. معمولاً اگر بین ۳ تا ۶ ماه درمان پاسخی از این درمان دیده نشود از درمان نا امید می‌شوند. شایع‌ترین عارضه این درمان شامل درد، هماتوم و دفرمه شدن ناخن است و عوارض جدی‌تر و نادرتر مانند تخریب بند دیستال انگشت و ... نیز دارد که استفاده از این دارو را محدودتر می‌کند.

درمان‌های سیستمیک مثل Acitretin که سال‌ها مورد استفاده قرار گرفته معمولاً با دوز کمتر 0.2-0.3mg/kg/day برای بیمار شروع می‌شود.

سیکلوسپورین‌ها که یکی از درمان‌های خوب برای این بیماری می‌باشد، ولی مشکل آن محدودیت در زمان مصرف است و بیشتر از یک سال نمی‌توان استفاده کرد. دیده شده سیکلوسپورین‌ها تا حد درمان‌های بیولوژیک می‌تواند موثر باشد.

Methotrexate هم به صورت Intralesional و هم به صورت خوراکی قابل استفاده است و اغلب زمانی مورد استفاده قرار می‌گیرد که هم درگیری پوستی داریم و هم درگیری ناخن.

TNF α Inhibitor: Infliximab اولین TNF α Inhibitor بود که مورد استفاده قرار گرفت و سریع‌ترین پاسخ‌ها را در این دسته با Infliximab داریم. باقی TNF α Inhibitor ها مثل Adalimumab حدود ۵۰ درصد پاسخ به درمان دارد. دیده شده با ترکیبی از Cyclosporin و Adalimumab همه بیماران به NPSI100 رسیده بودند.

Ustekinumab: آنتی بادی منوکلونال بر ضد زیر واحد P40 اینترلوکین ۱۲ و ۲۳ که حدوداً ۹۰ درصد بهبودی بعد از ۴۰ هفته درمان مشاهده شده است.

Ixekizumab: مهارکننده IL-17A که سریع‌الاثربترین درمان پسوریازیس است. Secukinumab: آنتی اینترلوکین ۱۷ دیگری که مورد استفاده قرار می‌گیرد. بیشترین پاسخ به درمان در هفته ۱۶ در مقایسه با سایر درمان‌ها با این درمان بوده، با دوز ۳۰۰mg حدود ۶۳٪ و با دوز ۱۵۰mg حدود ۵۲٪ پاسخ به درمان در هفته ۳۲ داشته است و حتی بهبودی و این پاسخ به درمان تا هفته ۸۰ ادامه داشته است.

در مورد نوردرمانی دیده شده که با توجه به محدودیت نفوذ پاسخ به درمان خوبی ندارد. اساساً زمانی که NPSI کمتر از ۱۶ باشد یا درگیری کمتر از ۳ ناخن باشد Topical corticosteroid یا تزریق استروئید خط اول درمان است و در صورت عدم پاسخ از داروهای تزریقی یا MTX را پیشنهاد می‌کنند. اگر مجدداً پاسخ به درمان نداشته باشیم یا درگیری و NPSI بیشتر از ۶ باشد خط اول درمان استفاده از درمان‌های Conventional است و اگر مجدداً پاسخ به درمان نداشته باشیم درمان‌های Biological خصوصاً آنتی TNF α خط بعدی درمان است.



صفحه اینستاگرام و کانال تلگرام بهستان بهداشت جهت ارتقا سلامت جامعه و اطلاع رسانی به افراد در حرفه‌ها و گروه‌های پزشکی و بیماران با رویکرد بیمار محوری که از ارزش‌های اصلی بهستان بهداشت است، ایجاد شده است. از شما دعوت می‌شود در صفحه اینستاگرام و کانال تلگرام **#بهستان_بهداشت** با ما همراه باشید.



 **behestan_chc**

 **@behestanchc**

کنترل و بهبود علائم در دوران منوپوز

دکتر مهتاب مرجانی

متخصص زنان، زایمان و زیبایی



منوپوز زودرس ممکن است تحت تاثیر عواملی مانند سیگار، شیمی درمانی، بعضی بیماری‌های ویروسی، سابقه منوپوز زودرس در خانواده و بیماری‌های خود ایمنی در سنین کمتر از ۴۰ سال اتفاق بیفتد.

هر خانمی باید از ۴۰ تا ۵۰ سالگی یکبار در سال تست ماموگرافی بدهد و پس از آن دو سال یکبار این تست تکرار شود. البته برای هر فرد، پزشک براساس خود فرد، بدنش و سابقه خانوادگی وی برایش درمان خاصی را برنامه‌ریزی می‌کند.

یکی از موارد در دوران منوپوز پوکی استخوان است. پوکی استخوان را باید از سنین بلوغ پیشگیری کرد و در کنار ورزش از کلسیم، ویتامین دی، منیزیم و روی استفاده کرد. یک خانم در سن منوپوز باید روزانه ۲ گرم کلسیم استفاده کند و این مقدار عملاً از طریق غذا و لبنیات تامین نمی‌شود، بنابراین باید در کنار غذای مناسب با نظر پزشک از مکمل کلسیم مناسب استفاده نمود.

از جمله مواردی هستند که پزشکان با استفاده از فیتواستروژن‌ها و گیاهان دارویی آنها را درمان می‌کنند. اگر بخواهیم از طریق شیمیایی با این موارد مواجه شویم، یکی از راهها هورمون است و روش دیگر داروهای اعصاب مانند فلوکستین، دولوکستین یا کلونیدین است که حتما باید زیر نظر پزشک استفاده شوند. راههای سنتی و قدیمی دیگری مانند استفاده از گیاه پنج انگشت و سویا نیز برای درمان منوپوز وجود دارد که هم اکنون به شکل دارو توسط پزشکان تجویز می‌شود. در استفاده از این داروهای گیاهی، مشکلات HRT و داروهای اعصاب وجود ندارد و مصرف آنها تقریباً نامحدود است و بسیاری از نشانه‌های منوپوز را تا حدود زیادی بهبود می‌بخشد. نکته‌ای که در استفاده از این داروها وجود دارد، این است که فرد حتماً باید ۲ هفته قبل از عمل جراحی این داروها را قطع نماید و پزشک باید به این نکته توجه داشته باشد که بیمار به دارو آلرژی نداشته باشد، از طرفی در مواردی که فرد بیماری خود ایمنی دارد باید با نظر پزشک از این داروها استفاده کند. در افراد دیابتیک هم باید با نظر پزشک، دارو یا هورمون تجویز شود.

دوران منوپوز و مواجه با آن بسیار مهم است. این دوران، دورانی است که جریان خونریزی قاعدگی در فرد متوقف شده است و فرزندآوری با تخمدان‌های وی به اتمام رسیده است. بین سن ۴۵ تا ۵۵ سالگی انتظار می‌رود خانم‌ها منوپوز شوند، در نتیجه خانم‌ها زمان زیادی از زندگی خود را این دوران به سر می‌برند. در این دوران ما باید فاکتورهای متفاوتی را در نظر بگیریم و در نهایت لایف استایل فرد را بهبود ببخشیم.

یکی از روشهای درمان منوپوز هورمون درمانی است. تصور غلطی که در جامعه وجود دارد این است که هورمون درمانی روش بدی است، اما باید این نکته را در نظر گرفت که HRT برای فرد چه مزیت‌ها و مضراتی دارد و با بررسی شرایط، پزشک در این موضوع تصمیم‌گیرنده خواهد بود. در بعضی موارد فرد نمی‌خواهد یا نمی‌تواند از هورمون استفاده کند که اخیراً در این موارد داروهای گیاهی مثل استروژن‌های گیاهی که حداقل عوارض را دارند، بسیار مطرح شده‌اند. عمده‌تاً در دوران منوپوز علائمی مانند گرگرفتگی، تعریق شبانه، احساس خشکی اندام‌ها از جمله واژن و دهان رخ می‌دهد که این علائم



**Gen
EstroG-100®**
Natural Menopause Relief

منوپوزیک دوره طبیعی
در زندگی بانوان است.



- مدیریت صحیح
- درمان طبیعی
- زندگی نرمال و لذت بخش



اسکالپ پسوریازیس

دکتر زهرا فاضل

درماتولوژیست، رییس انجمن متخصصین پوست شاخه خراسان



وجود دارند. در صورتی که در seborrhe-ic dermatitis طرح شاخه‌ای اینرمال عروق مشاهده می‌شود و بین آن‌ها ممکن است قسمت‌هایی این طرح مشاهده نگردد.

با وجود این که اسکالپ پسوریازیس و psoriasisform alopecia بیماری مهمی است، در مقالات زیاد به آن توجه نشده است.

چند سوال در اینجا مطرح می‌شود که هنوز پاسخی برای آن پیدا نشده است:

۱. چرا در پلاک‌های پسوریازیس، آتروفی غدد سباسه دیده می‌شود؟

۲. چرا در بعضی اسکالپ پسوریازیس‌ها ریزش موی موقتی وجود دارد که برگشت پذیر است اما در بعضی دیگر cicatricial alopecia ایجاد می‌شود؟

۳. آیا واقعا می‌شود بین اسکالپ پسوریازیس و psoriasisform alopecia که در اثر درمان

با seborrheic dermatitis, tinea capitis و psoriasiform like eruptions که به علت درمان TNF α inhibitor پیدا می‌شود، نیاز به تشخیص افتراقی داشته باشد. تشخیص افتراقی آن از tinea capitis ساده است و با آزمایش کاملا مشخص می‌شود. اما تشخیص افتراقی آن از seborrheic dermatitis کمی مشکل است مخصوصا اگر اسکالپ پسوریازیس اولین یا تنها تظاهر بیماری پسوریازیس باشد و جای دیگری از بدن نشانی از پسوریازیس نباشد. حتی گاهی اوقات پاتولوژی و هیستوپاتولوژی نیز اورلپ دارد و مانع تشخیص صحیح می‌شود. در این مواقع درماتوسکوپ به کمک پزشک می‌آید. در درماتوسکوپی می‌بینیم که در اسکالپ پسوریازیس نقاط کروی شکل قرمز رنگ، لوپ‌های پیچ خورده قرمز رنگ، خطوط قرمز رنگ و عروق گلوبولار و همچنین عروقی با شکل علامت سوال

پسوریازیس یک بیماری التهابی مزمن، پلی سیستمیک، اتوایمیون است که گاهی در نواحی خاصی از بدن مانند: اسکالپ، ناخن و کف دست و پا دیده می‌شود که وجود این ضایعه خاص در منطقه خاص، درمان آن را با مشکلات و چالش‌هایی روبرو می‌سازد. اغلب اوقات اسکالپ پسوریازیس اولین تظاهر پسوریازیس است که بروز می‌کند. اسکالپ پسوریازیس به دلیل وجود پلاک‌های قرمز پوسته دارخارش دار همراه با ریزش مو، نه تنها برای بیمار مشکل فیزیکی ایجاد می‌نماید، بلکه مشکلات سوشیال و سایکولوژیکال زیادی را نیز به بیمار تحمیل می‌نماید. فراوانی پسوریازیس در منابع مختلف بین ۲ تا ۵ درصد کل جمعیت ذکر می‌شود و ۸۰ درصد از بیماران مبتلا به پسوریازیس، تجربه اسکالپ پسوریازیس را دارند.

اسکالپ پسوریازیس ممکن است



صورت و قسمت‌های دیگر بدن نیز ممکن است بروز نماید. استفاده از سیگار ریسک پیدایش این پلاک‌ها را تا ۸۰ درصد افزایش می‌دهد. حمله شروع این پلاک‌ها ممکن است زود هنگام و طی چند هفته بعد از شروع درمان اتفاق بیفتد یا ممکن است حتی تا چند سال بعد از درمان به تاخیر بیفتد. روش درمانی این پلاک‌ها به شدت فعالیت *underlying disease*، محل آناتومیک و وسعت ضایعه ایجاد شده و سن و جنس بیمار بستگی دارد. البته یک درمان درست و به موقع و کافی می‌تواند از بسیاری از عوارض اسکالپ پسوریازیس جلوگیری نماید.

درمان اسکالپ پسوریازیس به چند دلیل بسیار چالش برانگیز می‌باشد. اول اینکه ناحیه مورد نظر پوشیده از مو می‌باشد و حضور مو مانع از رسیدن و جذب درست درمان‌های موضعی روی ضایعه مورد نظر می‌شود. علاوه بر آن، پوسته‌ها روی هم انباشته شده و پلاک‌های ضخیمی را تشکیل می‌دهد. دوم این که ممکن است ناحیه دقیق ضایعات توسط خود بیمار قابل رویت نباشد و برای انجام درمان موضعی نیاز به کمک شخص سوم وجود دارد. سوم اینکه به علت مجاورت اسکالپ با پوست صورت، ضایعات ممکن است به سمت صورت گسترش یابد که عوارض درمان‌ها بر روی پوست صورت متفاوت است.

first line therapy در اینجا درمان‌های موضعی هستند. *second line therapy*، فوتوتراپی و درمان سیستمیک است و در نهایت می‌توان از *alternative treatment* استفاده کرد. قبل از شروع هرگونه درمان، استفاده از امولینت‌ها پوست خشک و پوسته دار اسکالپ را برای درمان آماده می‌کند. به عنوان مثال روغن زیتون و روغن نارگیل همراه با ۱۰ درصد

می‌افتد. بنابراین *cicatricial alopecia* بیشتر به دلیل شدت بیماری و طول مدت بیماری ایجاد می‌شود و نه به دلیل التهاب خود بخودی بیماری. نقش غدد سباسه در اینجا بسیار پررنگ است. گفته می‌شود که غدد سباسه در پلاک‌های پسوریازیس کم می‌شود و در ۸۰ درصد موارد ممکن است هیپوپلازی و آتروفی غدد سباسه مشاهده گردد که ابتدا کوچک شده و سپس کم می‌شوند. نقش $(TGF-\beta)$ نیز در این مورد بسیار مهم است. این آنزیم باعث کوچک شدن و آتروفی غدد سباسه می‌شود. از طرفی اگر این حقیقت را بپذیریم که سبوم نقش آنتی باکتریالی در پوست دارد کمبود سبوم به مدت طولانی باعث می‌شود که ریسک عفونت افزایش پیدا کند که این عفونت‌ها و *superinfections* دلیلی برای ایجاد *cicatricial alopecia* هستند. به طور خلاصه می‌توان گفت *cicatricial alopecia* که در بیماری پسوریازیس مشاهده می‌شود به دلیل شدت بیماری و طول مدت بیماری ایجاد می‌شود. بنابراین یک درمان درست و به موقع و کافی می‌تواند از این عارضه جلوگیری نماید یا شدت آن را کاهش دهد.

این روزها هم در بالغین و هم در اطفال، *psoriasiform like eruptions* ناشی از درمان *TNF α blocker*، بیشتر قابل مشاهده است. در افرادی که به دلیل بیماری‌هایی مثل *inflammatory bowel disease* و برخی بیماری‌های روماتیسمی، تحت درمان *TNF α blocker* هستند، پلاک‌های پسوریازیس رویت گردیده است. این افراد فاقد سابقه فامیلی یا شخصی از ابتلا به پسوریازیس بودند. میزان شیوع این پلاک‌ها ۵ درصد گزارش شده است و نه تنها در اسکالپ بلکه در ناخن، نواحی چین‌ها،



TNF α inhibitor پیدا می‌شود، تشخیص افتراقی گذاشت یا خیر؟ ریزش مو یکی از موارد مهم است که گاهی ممکن است به صورت *patchy diffuse telogen effluvium* و *scarring alopecia* باشد. ۵۰ درصد از بیماران پسوریازیس تجربه حاد ریزش مو را دارند در صورتی که ۱۰ درصد آن‌ها ریزش موی مزمن *reversible* دارند. در درمان‌های موضعی که منجر به پوسته ریزی می‌شود شاهد ریزش موی تلوزن نیز هستیم. علاوه بر این فرکشن و دستکاری که با درمان‌های موضعی انجام می‌شود موجب ریزش موی تلوزن می‌شود. این موضوع را نباید با *telogen effluvium* واقعی که در درمان سیستمیک پسوریازیس با متوترکسات و آسیترتین ایجاد می‌شود، اشتباه گرفت. علاوه بر این *alopecia* در *postular psoriasis* و *erythrodermic psoriasis* به طور شایعی مشاهده می‌شود. همچنین گزارش‌هایی از *alopecia universalis* همراه با *generalized pustular psoriasis* وجود دارد که تصور می‌شود *underlying overlap* از دو کمپلکس ایمونولوژیک باشد که دو بیماری اورلپ پیدا کرده‌اند. همراه بودن *alopecia areata* با پسوریازیس گزارش شده است. همچنین مشاهده شده است که در پلاک‌های پسوریازیس گاهی *alopecia areata* بهبود پیدا کرده است که *renbok phenomenon* را به خاطر می‌آورد که می‌گوید با بروز بیماری جدید، بیماری دیگر بهبود می‌یابد. *cicatricial alopecia* که در اسکالپ پسوریازیس مشاهده می‌شود در ۱۲ درصد موارد گزارش شده است. مکانیسم دقیق *cicatricial alopecia* شناخته شده نیست و به نظر نمی‌رسد که مربوط به *inflammation* اصلی بیماری و خودبخودی باشد زیرا التهاب و *inflammation* که در اسکالپ پسوریازیس هست در اطراف *infundibulum* مشاهده می‌شود بر خلاف *lichen planopilaris* که این التهاب در قسمت‌های قابل ارزش ایسمیک اتفاق

مناسب است. گزارش های متعددی وجود دارد که نشان می دهد می توان از تاکرولیموس ۰/۱ و کرم پیمکرولیموس ۱ درصد در درمان پسوریازیس صورت و چین ها به مدت طولانی تر از ۴ هفته نیز استفاده نمود. برای کودکان بین ۲ تا ۱۳ سال استفاده از تاکرولیموس ۰/۰۳ و کرم پیمکرولیموس توصیه می شود. البته off label تاکرولیموس ۰/۱ برای کودکان بین ۲ تا ۱۳ سال و همچنین off label تاکرولیموس ۰/۰۳ و پیمکرولیموس برای کودکان زیر ۲ سال نیز استفاده شده است. البته بیشتر از تاکرولیموس و پیمکرولیموس در درمان atopic dermatitis استفاده می شود اما همان گونه که ذکر شد در کنترل پسوریازیس نیز نتایج درمانی مثبتی نشان داده است. گزارش های off label از همراه کردن تاکرولیموس و اسید سالیسیلیک ۶ درصد وجود دارد که نتیجه مطلوبی را ارائه می دهد. توجه داشته باشید که استفاده از تاکرولیموس در بارداری توصیه نمی شود.

سومین دسته داروهای موضعی vitamin D analogues هستند. این داروها به vitamin D receptors متصل می شوند در نتیجه از Keratinocyte proliferation جلوگیری نموده و Keratinocyte differentiation را افزایش می دهند. همچنین T helper 1, T helper 2 را regulate می نمایند و در درمان پسوریازیس بسیار استفاده می شوند. استفاده ۸ هفته ای از فوم کلسی پوتریول نتیجه خوبی داشته است. همراه کردن کلسی پوترول با بتامتازون همانگونه که در فرمولاسیون اختصاصی ژل دایوبت وجود دارد، در مطالعه های ۴ تا ۱۲ هفته ای نسبت به placebo نتایج درمانی بسیار خوبی را برای بیمار به همراه دارد. نتایج درمان با vitamin D analogue معمولاً طی ۸ هفته ظاهر می شود که باید

سالیسیلیک اسید یا ۱۰ درصد اوره می تواند ترکیب خوبی برای آماده سازی پوست باشد. حتی برخی گزارش ها حاکی از این است که همین درمان می تواند برای کنترل mild psoriasis کافی باشد. خط اول درمان های موضعی topical corticosteroids هستند که تاثیرات anti-inflammatory, anti-proliferative, immunosuppressive, vasoconstrictive دارند و از نظر potency به ۷ گروه تقسیم می شوند. انتخاب potency و vehicle مناسب بر اساس شدت بیماری، وسعت ضایعه و ترجیح و سن بیمار متفاوت است. بهترین vehicle در درمان اسکالپ پسوریازیس فوم است. استفاده از فوم آسان بوده و معمولاً بیماران آن را ترجیح می دهند و در مطالعات معمولاً شکل فوم نسبت به لوسیون ارجحیت دارد. شامپو کلوتازول ۰/۰۵ برای maintenance درمان، خوب است. اما متاسفانه در ایران فقط سه شکل لوسیون (ژل)، پماد و کرم موجود است و در ایران بهترین انتخاب لوسیون (ژل) است. در RCT های مختلف و systemic reviews میزان safety efficacy در topical corticosteroids بین ۳ تا ۱۲ هفته برای اسکالپ پسوریازیس گزارش شده است. دوره درمان به potency corticosteroids، شدت بیماری، محل آناتومیک بیماری و سن بیمار بستگی دارد. راه دیگر تزریق مستقیم corticosteroid در پلاک های ضخیم و مقاوم در اسکالپ و کف دست و پا است. در سال ۲۰۰۹ Psoriasis National Foundation of USA تزریق داخل ضایعه corticosteroid در پلاک های ضخیم و مقاوم به درمان های موضعی را توصیه نمود. triamcinolone acetonide درمان انتخابی است که تا ۲۰ mg/cc به فاصله هر ۳ تا ۴ هفته می توان از آن استفاده نمود و مقدار آن به وسعت ضایعه بستگی دارد.

مزایا و معایب درمان با topical corticosteroids : گزارش های بسیار محدودی از skin atrophy در اسکالپ بر اثر استفاده ultrapotent topical steroids برای دوبار در روز وجود دارد. ریسک HPA axis suppression در استفاده از topical corticosteroids در potency های مختلف هم بسیار کم گزارش شده است. همچنین نتیجه ACTH stimulation test همیشه، حتی ۶ تا ۱۲ ماه بعد از مصرف topical corticosteroids، نرمال بوده است. در نتیجه استفاده از topical corticosteroids به صورت دوبار در روز برای ۴ هفته، استفاده ای درست و به موقع است و بیشتر از آن نباید استفاده گردد. در مواقع عود می توان دوباره از دارو استفاده نمود و باید به آهستگی مصرف آن را کاهش داد و سپس قطع نمود. برای tapering دستورالعمل خاصی وجود ندارد. می توان هم تعداد دفعات مصرف را کاهش داد و هم potency آن را کم نمود.

به این دلیل که با قطع کورتن معمولاً پسوریازیس اسکالپ و سایر نقاط بدن عود می کند بهتر است vitamin D analogue را به درمان اضافه نمود. به عنوان مثال وقتی با حمله اسکالپ پسوریازیس روبرو هستیم به مدت ۴ هفته دوبار در روز از potency corticosteroids high استفاده نمود بعد آن را تبدیل به vitamin D analogue نمود که در طول هفته دوبار در روز استفاده شود و در دو روز آخر هفته high potency corticosteroids را استفاده نمود. استراتژی دیگر برای جلوگیری از عود بیماری، proactive treatment است. به این معنی که پلاک هایی که در حال حاضر ضایعه ندارند اما همیشه در عود بروز می نمایند را دوبار در هفته درمان نمود. tachyphylaxis همراه با درمان طولانی مدت corticosteroids (بیش از ۱۲ هفته) گزارش شده است. البته باید توجه داشت که آیا واقعا effectiveness دارو کاهش پیدا کرده است یا بیمار دارو را درست استفاده نکرده است.

دومین داروی موضعی که در درمان اسکالپ پسوریازیس استفاده می شود calcineurin inhibitors هستند. calcineurin باید می شوند و phosphorylation را بلاک می کنند و در نتیجه از فعالیت T Cell جلوگیری می کنند و همچنین از سنتز pro-inflammatory cytokines که در pathogenesis پسوریازیس نقش عمده ای دارند، جلوگیری می نمایند. این دارو مخصوصاً برای درمان قسمت های نازک پوست مثل صورت و چین ها بسیار

ممکن است ایجاد phototoxicity نماید. دارو بدبو است و رنگ می دهد و پذیرش بیمار نسبت به آن پایین است اما اثرات درمانی بسیار مطلوبی دارد.

شش‌مین داروی موضعی anthralin (dithranol) یک داروی قدیمی است که مکانیسم اثر دقیق آن ناشناخته است. گفته می شود باعث از بین رفتن رادیکال های آزاد می گردد و فعالیت فاکتورهای که در pathogenesis پسوریازیس موثر است را متوقف می نماید. تاثیر آن بر روی پلاک های پسوریازیس ضخیم و مقاوم به درمان های دیگر بسیار خوب است. بین ۸ تا ۱۲ هفته تجویز می شود و غلظت آن از ۰/۱ درصد شروع شده و نسبت به تحمل بیمار و تاثیر آن در کنترل بیماری تا ۲ الی ۳ درصد افزایش پیدا می کند. بهترین روش آن short contact است. یعنی dithranol را استفاده نمایند. بعد از دو ساعت آن را شسته و از topical corticosteroid در محل استفاده نمایند. dithranol ممکن است ایجاد perilesional erythema نماید و همچنین روی پوست ایجاد لک نماید. همراه کردن dithranol با excimer laser از روش های خوب کنترل بیماری است و نتیجه آن برابر با استفاده از excimer laser همراه با vita-min D analogues می باشد.

آیا می توان درمان های سیستمیک را با درمان های موضعی ترکیب نمود: top-ical corticosteroid را می توان چه به صورت تنها و چه به صورت ترکیبی با vitamin D analogues همراه با درمان های سیستمیک کلاسیک مثل methotrexate و

مدت زمان را به بیمار گوشزد نمود. ترکیب vitamin D analogue با topical corticosteroids برای ۳ تا ۵۲ هفته بسیار موثرتر از استفاده هر کدام از این ترکیبات به تنهایی می باشد. به چند صورت می توان این combination therapy را انجام داد: در اولین حالت می توان از ژل دایویت که ترکیب کلسی پوتریول و ویتامین D می باشد یک بار در روز استفاده نمود. در حالت دوم می توان طی روزهای هفته دو بار در روز vitamin D analogue و در ۲ روز آخر هفته high potency corticosteroids را تجویز نمود و یا در حالت سوم می توان صبح topical corticosteroid و شب vitamin D analogue را برای بیمار تجویز نمود.

مزایا و معایب درمان با vitamin D analogue:

هیچ clinical experience از tachyphylaxis گزارش نشده است. اما در حدود ۳۵ درصد بیماران عوارض موضعی دیگری مثل edema، erythema، peeling، ra، هم در lesional و هم در perilesional تجربه می کنند. البته در صورت ادامه درمان عوارض کم شده و گاهی اوقات از بین می روند. عوارض سیستمیک آن مثل hypercalcemia و parathyroid hormone suppression بسیار نادر است مگر در مواردی که بیش از ۳۰ درصد کل بدن با این ترکیب درمان شود و یا بیشتر از دوز توصیه شده از دارو استفاده شود و یا بیمار دچار underlying renal disease یا نقص متابولیسم کلسیم باشد. بهتر است مقدار مصرفی vitamin D analogue از ۱۰۰ گرم در هفته تجاوز نکند و در دوران بارداری و شیردهی می توان با در نظر گرفتن منافع و مضرات، با احتیاط از دارو استفاده نمود.

پیشنهادات عمومی:

می دانیم که ultraviolet A باعث کاهش activation و غلظت vitamin D analogue می شود و از طرف دیگر اگر لایه ای از vitamin D analogue روی پوست باشد، جذب ultraviolet B را کاهش می دهد. در نتیجه minimal erythema dose افزایش پیدا می کند. پس باید درمان با فتوتراپی و vitamin D analogue را به صورت جدا از هم انجام داد. از طرفی vitamin D analogue نباید با salicylic acid ترکیب شود زیرا اسیدیته آن vitamin D analogue را خنثی می نماید.

چهارمین داروی موضعی salicylic acid است. salicylic acid یک topical keratolytic است که اتصالات بین سلولهای کراتینوسیت را کم می کند در نتیجه پوسته ریزی پلاک های پسوریازیس را کم می کند، آن ها را نرم می کند و برای جذب داروی اصلی آماده می نماید. مشاهده شده است اگر salicylic acid ۱۰ تا ۱۶ هفته برای بیمار تجویز شود، در درمان پسوریازیس موثر است. مشاهده شده است که تجویز توأماً آن با topical corticosteroids یا topical calcineurin inhibitors نتیجه بهتری نسبت به تجویز هر کدام از این سه ترکیب به تنهایی دارد.

مزایا و معایب درمان با salicylic acid: جذب سیستمیک salicylic acid و salicylate toxicity در بیمارانی که بیشتر از ۲۰ درصد سطح بدن را با آن کاور می نمایند و در کسانی که بیماری زمینه ای کلیوی یا کبدی دارند بالا می رود. جذب ultraviolet B را کاهش می دهد، در نتیجه قبل فتوتراپی نباید از salicylic acid استفاده نمود. برای استفاده در دوران بارداری شواهد محدودی وجود دارد در نتیجه توصیه می شود در صورت لزوم فقط در پلاک های محدودی استفاده گردد.

پنجمین داروی موضعی coal tar است که دارویی قدیمی است و بیش از صد سال است که در درمان پسوریازیس استفاده می شود. دارویی ارزان، در دسترس و بنابر نظر شخصی نگارنده safe است. سنتز DNA را مهار می کند و در نتیجه anti proliferative و anti inflammatory است و نقص Keratinization را از بین می برد و داروی خوبی در کنترل اسکالپ پسوریازیس همراه با خارش و پسوریازیس های ضخیم کف دست و پا که با پوسته ریزی و خارش همراه است، می باشد. گزارشی مبنی بر بالا رفتن ریسک ابتلا به سرطان در افرادی که از coal tar استفاده می کنند، وجود ندارد. از نظر عوارض ممکن است در محل ایجاد تحریک و حساسیت نماید و با نور ultraviolet A و نور مرئی

ernative therapy

درمان با مکمل هاست.
همان طور که می دانید
طب چینی و محصولات
هربال تایید شده نیستند.
در میان مکمل ها
fish/omega 3 oil
به عنوان مکمل قابل
استفاده است اما در
درمان تاثیری ندارد.



چینی و محصولات هربال تایید شده نیستند. در میان مکمل ها fish/omega 3 oil به عنوان مکمل قابل استفاده است اما در درمان تاثیری ندارد. Vitamin D supplement حتی به عنوان مکمل در درمان پسوریازیس چندان تایید شده نیست. زردچوبه مدتی های و هویی به راه انداخت و گفته می شود فعالیت 22 T helper type را modulate می نماید اما شواهد تایید کننده چندان یافت نشد و می توان تمام این موارد را به عنوان درمان همراه استفاده نمود. Zinc نیز استفاده شده است که چندان توصیه نمی شود. گفته می شود بین ۴ تا ۱۴ درصد بیماران مبتلا به psoriasis celiac disease ممکن است همزمان مبتلا به celiac disease باشند که لازم است علائم گوارشی توسط پزشک کنترل شود و در صورت ابتلا به celiac disease رژیم gluten free می تواند موثر واقع شود اما درغیراین صورت بی تاثیر خواهد بود. در نهایت استفاده از هیپنوتیزم و روشهای کنترل استرس و ریلکسیشن نیز می تواند بسیار در کنترل بیماری پسوریازیس موثر واقع شود.

cyclosporine و همچنین همراه با تمام بیولوژیک ها به طور همزمان تجویز نمود. مشاهده شده است استفاده کلسی پوتریول همراه با methotrexate دوزتجمعی methotrexate را کم کرده و دوره بهبود بیمار را افزایش می بخشد. همراه کردن کلسی پوتریول با cyclosporine و acitretin اثر بخشی آنها را افزایش می دهد.

روش درمانی بعدی Antifungals Therapy است: در این درمان ketoconazole و itraconazole استفاده می شود که متاسفانه عوارض کبدی دارد و در گایدلاین های مختلف چندان به درمان پسوریازیس با antifungals توصیه نمی شود مگر در مواردی که کلونیزاسیون pityrosporum یا malassezia زیاد باشد، مثل سپوریزیس یا در کسانی که immunosuppressive هستند. استفاده از شامپوی ketoconazole یا لوسیون clotrimazole به صورت موضعی ممکن است موثر باشد اما استفاده سیستمیک آن در هیچ گایدلاینی توصیه نشده است.

روش درمانی دیگر phototherapy است: RCT پیدا نشد که نشان دهد در اسکالپ پسوریازیس specific phototherapy انجام شود. تنها شانه های لیزری و excimer laser استفاده می شود. استفاده از systemic agents نیز در درمان پسوریازیس رایج است که به صورت داروهای کلاسیک مثل methotrexate و cyclosporine و بیولوژیک ها موجود است.

بر اساس Guidelines on Psoriasis Biologic Therapy from the British Association of Dermatologists در هنگام سیستمیک تراپی زمانی باید استفاده از بیولوژیک ها به مریض پیشنهاد شود که methotrexate و cyclosporine یا fail شده باشد یا عوارض ایجاد شده باشد و یا عدم تحمل ایجاد کرده باشند. همچنین زمانی که بیماری تاثیر زیادی بر روی عملکرد جسمی، روحی و اجتماعی فرد دارد، یا اگر سطح بیماری بسیار وسیع است یا در مناطق خاصی لوکالیزه شده است که بسیار بیمار را از نظر روحی رنج می دهد.

آخرین روش درمانی alternative therapy درمان با مکمل هاست. همان طور که می دانید طب



Stratamed®

ژل سلیکونی استراتامد:

جهت استفاده بر روی زخم‌های غیره اپی تلیزه،
جلوگیری از بروز زخم‌های آنرمال بلافاصله بعد
از جراحی یا آسیب‌های پوستی
زمان استفاده: بلافاصله بعد از ترخیص از
بیمارستان به مدت ۳۰ الی ۹۰ روز

Strataderm®

ژل سلیکونی استراتادرم:

برای درمان و پیشگیری از اسکارهای
غیرمعمول، اسکارهای هیپرتروفیک و
کلوئیدی قدیمی و جدید
زمان استفاده: ۳۰ روز بعد از جراحی به
مدت ۶۰ تا ۹۰ روز

ژلهای استراتامد و استراتادرم:

* ترمیم و مدیریت حفره ای اسکارهای قدیمی و جدید
* بهبود سریع زخم و تسریع زمان ریکاوی