

درماتیت آتوپیک— (اگزما) در شیرخواران و کودکان

نویسندگان:

دکتر پریچهر بحرینی، دکتر پروین منصور، دکتر زهرا پورپاک



کرسی یونسکو در آموزش سلامت
مرکز تحقیقات ایمونولوژی، آسم و آلرژی
دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی تهران



مرکز تحقیقات پوست و سلول های
بنیادی دانشگاه علوم پزشکی تهران



دانشگاه علوم پزشکی
و خدمات بهداشتی درمانی تهران



مرکز تحقیقات ایمونولوژی، آسم و آلرژی
دانشگاه علوم پزشکی تهران

دکتر پریچهر بحرینی: دکتر داروساز

دکتر پروین منصوری: پزشک متخصص پوست، مو و زیبایی (استاد دانشگاه علوم پزشکی تهران)

دکتر زهرا پورپاک: پزشک ایمونولوژیست (استاد دانشگاه علوم پزشکی تهران)

سرشناسه: بحرینی، پریچهر، ۱۳۷۰-

منصور، پروین، ۱۳۳۳-

عنوان و نام پدیدآور: درمانیت آتوپیک (اگزما) در شیرخواران و کودکان/نویسندگان پریچهر بحرینی، پروین منصور، زهرا پورپاک؛ [برای] مرکز تحقیقات ایمونولوژی، آسم و آلرژی دانشگاه علوم پزشکی تهران... [و دیگران].

مشخصات نشر: تهران: نقطه طلایی، ۱۳۹۹.

مشخصات ظاهری: ۴۰ص: مصور(رنگ).

شابک: ۰-۲۲۷-۹۶۰۶۲۲-۹۷۸: ۳۰۰۰۰۰۰ ریال

وضعیت فهرست نویسی: فیبا

یادداشت: [برای] مرکز تحقیقات ایمونولوژی، آسم و آلرژی دانشگاه علوم پزشکی تهران، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران، مرکز تحقیقات پوست و سلول‌های بنیادی دانشگاه علوم پزشکی تهران، کرسی یونسکو در آموزش سلامت مرکز تحقیقات ایمونولوژی، آسم و آلرژی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی

- درمانی تهران.

یادداشت: کتابنامه.

موضوع: اگزما در کودکان

Eczema in children: موضوع

موضوع: کودکان - بیماری‌های پوستی

Pediatric dermatology: موضوع

موضوع: کودکان - بیماری‌های پوستی - درمان

Pediatric dermatology - Treatment: موضوع

شناسه افزوده: پورپاک، زهرا، ۱۳۳۹ -

شناسه افزوده: دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران. مرکز تحقیقات ایمونولوژی، آسم و آلرژی

رده بندی کنگره: RJ۵۱۶

رده بندی دیویی: ۶۱۸/۹۲۵۲۱

شماره کتابشناسی ملی: ۷۴۳۷۸۸۴

وضعیت رکورد: فیبا

نام کتاب: درمانیت آتوپیک (اگزما) در شیرخواران و کودکان

نویسندگان: دکتر پریچهر بحرینی، دکتر پروین منصور، دکتر زهرا پورپاک

نظارت اجرایی: زهرا آریج

ناشر: انتشارات نقطه طلایی

نوبت چاپ: زمستان ۱۳۹۹

چاپ و صحافی: چاپ مبینا

شمارگان: ۱۰۰۰ جلد

قیمت: ۳۰۰۰۰۰ ریال

شابک: ۰-۲۲۷-۹۶۰۶۲۲-۹۷۸

مرکز تحقیقات ایمونولوژی، آسم و آلرژی

تهران، انتهای خیابان بهشتی، تقاطع خیابان ولی‌عصر

خیابان عبادی، نعیمی غربی، پلاک ۲۷، واحد ۳

کدپستی: ۱۵۹۵۷۱۶۹۵۶



فهرست:

۶	درماتیت
۷	پوست و ساختمان آن
۸	درماتیت آتوپیک در شیرخواران و کودکان
۱۰	شیوع درماتیت آتوپیک
۱۰	ریسک فاکتورها و ژنتیک
۱۱	عوامل موثر بر بروز درماتیت آتوپیک
۱۲	علائم و نشانه‌های درماتیت آتوپیک
۱۳	تشخیص
۱۴	سرایت بیماری
۱۴	تظاهرات درماتیت آتوپیک در سنین مختلف
۱۷	آلرژن‌ها و عوامل محرک بیماری
۱۸	کنترل بیماری
۱۹	درمان‌های غیردارویی
۲۲	در استحمام به چه نکاتی توجه کنیم؟
۲۳	روش‌های استحمام توصیه شده به افراد مبتلا به آگزا
۲۳	درمان‌های دارویی
۲۶	سایر درمان‌ها
۲۸	کنترل عفونت
۲۹	تاثیر شیردهی مادر بر درماتیت آتوپیک
۲۹	شروع تغذیه کمکی در کودکان مبتلا به درماتیت آتوپیک
۳۰	آلرژی غذایی و ارتباط آن با درماتیت آتوپیک
۳۱	چگونگی شست‌وشوی لباس کودک مبتلا به درماتیت آتوپیک
۳۱	توصیه‌ها جهت بهبود خواب کودک مبتلا به درماتیت آتوپیک
۳۲	توصیه‌ها جهت کنترل درماتیت آتوپیک در مهدکودک و مدرسه
۳۳	توصیه‌ها جهت پیشگیری از بروز درماتیت آتوپیک و بهبود آن
۳۶	پیش آگهی بیماری
۳۶	چه زمانی به پزشک مراجعه کنیم؟
۳۸	منابع

به نام او که جان را حکمت آموخت

هدف از تالیف این کتاب کمک به بهبود روند درمان و کنترل علائم کودکان مبتلا به درماتیت آتوپیک و افزایش کیفیت زندگی آن‌ها و خانواده‌ها می‌باشد. این کتاب برای بیماران و خانواده‌شان، پرستاران و سایر همکاران کادر درمان و همچنین مربیان و معلمان بیماران به نگرش در آمده است.

اگرچه درماتیت آتوپیک بیماری خطرناکی نیست اما از آنجا که اغلب ظاهر کودک تحت تاثیر این بیماری قرار می‌گیرد، والدین نگران روند کنترل و درمان بیماری فرزند خود هستند. بی‌قراری کودک به دنبال خارش در دوره‌های شعله‌ور شدن بیماری و بی‌خوابی‌های شبانه موجب کاهش کیفیت زندگی بیماران و خانواده‌ها می‌شود.

از آنجا که سبک زندگی، رعایت نکات و توصیه‌های غیر دارویی در روند پیشگیری، کنترل و درمان بیماری بسیار حائز اهمیت می‌باشد، در این کتاب سعی شده است نکات و توصیه‌های ضروری به زبان ساده ذکر شوند. امیدواریم مطالعه این کتاب در جهت آگاهی بخشی به خوانندگان، گامی موثر باشد تا با رعایت توصیه‌ها و همکاری بهتر با پزشک معالج، بیماران زندگی با کیفیت و فعالی داشته باشند.

در پایان از سرکار خانم دکتر لیلا مرادی و سرکار خانم دکتر ناهید نیک خواه که در ویرایش این کتاب به ما کمک کرده‌اند، کمال تشکر و قدردانی را داریم.

مولفین

زمستان ۱۳۹۹

درماتیت

درماتیت به معنی التهاب پوست است که اغلب با قرمزی و خارش همراه می‌باشد. واژه‌های درماتیت و اگزما معمولا به یک مفهوم اشاره دارند. درماتیت علل مختلفی دارد و به اشکال



گوناگونی بروز می‌نماید. درماتیت آتوپیک^۱ شایع‌ترین نوع درماتیت در کودکان است که در این کتاب توضیح داده می‌شود. آتویی^۲ یعنی وجود استعداد ژنتیکی برای بروز واکنش‌های حساسیتی به محرک آلرژی‌زا در محیط و علت بروز درماتیت آتوپیک نیز وجود چنین زمینه ژنتیکی برای بروز واکنش‌های حساسیتی در پوست در مواجهه با آلرژن‌های محیطی است.

شکل ۱: خشکی پوست در بیمار مبتلا به درماتیت آتوپیک^۳

در ادامه به منظور درک بهتر این بیماری به توضیح مختصری درباره ساختمان پوست می‌پردازیم.



شکل ۲: التهاب و قرمزی گونه‌ها در کودک مبتلا به درماتیت آتوپیک^۴

^۱ Atopic Dermatitis

^۲ Atopy

^{۳,۴} <https://www.fondation-dermatite-atopique.org/en>

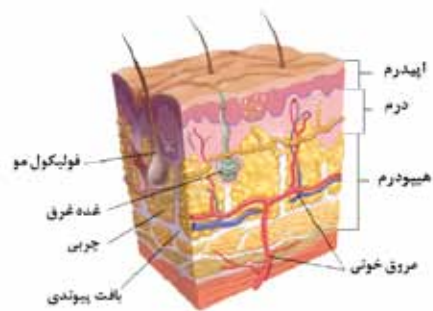
پوست و ساختمان آن



شکل ۳: اگزما و خارش شدید در کودک مبتلا به درماتیت آتوپیک^۱

پوست یکی از ارگان‌های حیاتی انسان است که از بدن درمقابل آسیب‌های محیطی محافظت می‌نماید و از نفوذ مواد شیمیایی، میکروب‌ها و سایر میکرو ارگانیسم‌ها به داخل بدن جلوگیری می‌کند. پوست بعنوان یک عضو لامسه خارجی، پیام‌های حسی را از طریق اعصاب به مغز و مراکز عصبی منتقل می‌کند. برخی از مواد مضر حاصل از فعالیت‌های متابولیسمی به دنبال تعریق از طریق پوست از بدن دفع می‌شوند. پوست به تنظیم دمای بدن کمک کرده و مانع از تبخیر آب بدن می‌شود. همچنین پوست نقش مهمی در تولید ویتامین D دارد. پوست از لایه‌های مختلف تشکیل شده است: اپیدرم، درم و هیپودرم. اپیدرم سطحی‌ترین لایه پوست و

اولین سد دفاعی در برابر هجوم میکروب‌ها و سایر عوامل خارجی است. سلول‌های ایمنی، سلول‌های رنگدانه‌ساز پوست و سلول‌های سازنده کراتین در این لایه قرار گرفته‌اند. اپیدرم خود از لایه‌های مختلفی تشکیل شده است. سلول‌ها در عمقی‌ترین لایه اپیدرم (لایه بازال) تولید شده، تکامل می‌یابند و به سطح می‌رسند و به تدریج ریزش پیدا می‌کنند. در اپیدرم فاکتورهای مرطوب‌کننده طبیعی وجود



شکل ۴ ساختمان پوست

¹ Fitzpatrick, TB, Johnson, RA, Wolff, K, et al (Eds). Color Atlas and Synopsis of Clinical Dermatology, 3rd ed, McGraw-Hill, New York, 1997. Copyright © McGraw-Hill.

دارد که در اثر تماس طولانی مدت با مواد شوینده و پاک‌کننده قوی و همچنین تغییرات آب و هوایی کاهش پیدا می‌کند و به دنبال آن پوست خشک و شکننده می‌شود. محصولات بهداشتی نظیر مرطوب‌کننده‌ها بر این لایه اثر می‌گذارند. در بیماران مبتلا به درماتیت آتوپیک نیز به دلیل کمبود بعضی از فاکتورهایی که بصورت طبیعی باعث حفظ رطوبت پوست می‌شوند، پوست خشک و آسیب‌پذیر می‌شود.

لایه درم در زیر لایه اپیدرم قرار گرفته است. فولیکول‌های مو، رگ‌های خونی و غدد عرق در این لایه قرار دارند. وظیفه اصلی این لایه حفظ استحکام و ارتجاع پوست و تغذیه اپیدرم توسط مویرگ‌های خونی می‌باشد.

هیپودرم سومین و آخرین لایه می‌باشد که پوست را به بافت‌های ماهیچه‌ای زیرین متصل می‌کند.

درماتیت آتوپیک در شیرخواران و کودکان



شکل ۵، درگیری گونه‌ها و چانه در کودک مبتلا به درماتیت آتوپیک^۱

درماتیت آتوپیک بیماری التهابی، خارش دار و مزمن پوستی می‌باشد که در همه سنین دیده می‌شود اما شیوع بیشتری در شیرخواران و کودکان دارد. درماتیت آتوپیک در شیرخواران از ماه‌های اول بعد از تولد اغلب با قرمزی و التهاب گونه‌ها شروع می‌شود و سپس ممکن است دست‌ها و پاها نیز درگیر شوند و حتی به تمام بدن نیز گسترش یابد و منجر به بی‌قراری کودک به دلیل خارش شدید شود. ضایعات التهابی اغلب حدود مشخصی ندارند.

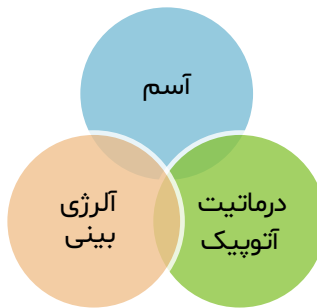
یکی از ویژگی‌های درماتیت آتوپیک مزمن بودن آن است. درماتیت اغلب با دوره‌هایی از عود و شعله‌ور شدن و به دنبال آن فروکش علائم همراه است.

توجه نمایید در بیمار دارای ضایعات اگزما در ناحیه گونه‌ها، اغلب دور چشم‌ها، بینی و دهان کودک سفید می‌باشد. (شکل شماره ۵)

همان‌طور که اشاره شد عبارت آتوپیک در پزشکی اغلب برای توصیف مستعد بودن فرد جهت

¹ Habif Clinical Dermatology

ابتلا به بیماری‌های آلرژیک مورد استفاده قرار می‌گیرد و به معنای داشتن زمینه خانوادگی آلرژی است که در مورد وضعیت‌های حساسیتی مثل آسم آلرژیک، رینیت آلرژیک یا آلرژی بینی (تب یونجه)^۱ نیز به کار می‌رود.



شکل ۶: بیماری‌های آلرژی آتوپیک



شکل ۷: اشکال متفاوت درماتیت آتوپیک در ناحیه گونه، دور لب‌ها و ساعد^۲

^۱ Allergic Rhinitis

^۲ <https://www.webmd.com/skin-problems-and-treatments/eczema/ss/slideshow-eczema-overview>

شیوع درماتیت آتوپیک

به نظر می‌رسد که شیوع این بیماری در سال‌های اخیر رو به افزایش بوده است. این بیماری در مناطق شهری و کشورهای صنعتی فراوانی بیشتری دارد. شیوع درماتیت آتوپیک در کودکان نسبت به بالغین بیشتر است و بر اساس گزارش‌ها و مطالعات مختلف در ۲۰-۵٪ از جمعیت کودکان دیده می‌شود. این در حالی است که این بیماری فقط در ۳٪ جمعیت بالغین گزارش شده است. آمارها نشان می‌دهد ۶۰٪ موارد ابتدا در سال اول زندگی اتفاق می‌افتد اما به طور کلی در هر سنی ممکن است آگزا ظاهر شود.

طبق مطالعات اخیر صورت گرفته در ایران، ۳۵٪ از مردم تهران مبتلا به بیماری‌های آتوپیک (آسم آلرژیک، رینیت آلرژیک، آگزا، کونژکتیویت آلرژیک^۱) هستند و شیوع درماتیت آتوپیک در بالغین در تهران ۳/۹٪ گزارش شده است.

آگزا در همه نژادها و مناطق جغرافیایی دیده می‌شود. این بیماری غالباً در کودکانی که در خانواده خود سابقه بیماری‌های آلرژیک نظیر آسم آلرژیک، رینیت آلرژیک و آلرژی غذایی دارند، بیشتر دیده می‌شود. مطالعات نشان می‌دهد که شیوع این بیماری در جنس مونث بیشتر از مذکر است. با این وجود برخی منابع هم شیوع برابر در هر دو جنس را گزارش می‌کنند.

ریسک فاکتورها و ژنتیک



سابقه خانوادگی بیماری‌های آتوپیک و نقص در پروتئینی خاص^۲ که در اپیدرم یا همان لایه سطحی پوست نقش مهمی در حفظ رطوبت ایفا می‌کند، از اصلی‌ترین ریسک فاکتورهای ابتلا به درماتیت آتوپیک می‌باشند. هفتاد درصد بیماران مبتلا به آگزا سابقه خانوادگی مثبت آتوپیک را گزارش می‌کنند. کودکانی که یکی از والدین آن‌ها مبتلا به بیماری‌های

آتوپیک می‌باشد، ۲-۳ برابر بیشتر در خطر ابتلا به درماتیت آتوپیک قرار دارند، این در حالی است که در صورت ابتلا هر دو والد احتمال خطر ۵-۳ برابر بیشتر گزارش می‌شود.

^۱ Allergic Conjunctivitis

^۲ Filaggrin

در سال‌های اخیر شیوع بیماری‌های آلرژیک افزایش چشم‌گیری نسبت به سال‌های گذشته داشته است که از دلایل آن می‌توان به ارتقا وضعیت بهداشت، واکسیناسیون، مصرف گسترده آنتی‌بیوتیک‌ها و به دنبال آن ابتلا کمتر به عفونت‌ها خصوصاً عفونت‌های ویروسی را نام برد که باعث عدم تکامل سیستم ایمنی (کاهش فعالیت سلول‌های TH₁ و افزایش فعالیت سلول‌های TH₂)^۱ می‌شوند.

جایگزین کردن شیرخشک به جای شیر مادر نیز از دیگر عواملی است که احتمال ابتلا کودک به بیماری‌های آلرژیک را افزایش می‌دهد.

به نظر می‌رسد کم جمعیت بودن خانواده، مهاجرت از مناطق روستایی به شهرها و بالا بودن سطح تحصیلات والدین از عواملی هستند که شانس ابتلا به درماتیت آتوپیک و سایر بیماری‌های آلرژیک در کودک را افزایش می‌دهد و همانطور که اشاره شد احتمالاً دلیل آن مواجهه کمتر با میکروب‌ها و ویروس‌ها و ابتلا کمتر به عفونت‌ها می‌باشد. در مورد تماس با حیوانات خانگی و احتمال ابتلا به درماتیت آتوپیک هنوز به قطعیت نمی‌توان نظر داد و اطلاعات در این خصوص تناقض دارند. اما در صورتی که با انجام آزمون‌های مخصوص، پزشک حساسیت به آلرژن‌های حیوانات را تایید نماید، پرهیز از مواجهه با آلرژن مذکور توصیه می‌شود.

همچنین گاهی کودک نسبت به پشم و پر حیوانات حساس می‌باشد که در این مورد با تغییر بالش و یا فرش اتاق کودک و کاهش مواجهه با آلرژن‌های مذکور علائم کودک کاهش می‌یابد.

از طرف دیگر گفته می‌شود مایت^۲ها ممکن است باعث بروز واکنش‌های آلرژیک شوند. مایت‌ها موجودات میکروسکوپی هستند که در فضای خانه خصوصاً بر روی مبل‌مان، فرش‌ها و رختخواب زندگی می‌کنند و از پوسته‌های مرده جدا شده از سطح بدن انسان تغذیه می‌کنند. مایت‌ها معمولاً در گرد و خاک نیز وجود دارند و در صورتی که پزشک با انجام آزمایش، حساسیت نسبت به مایت را تشخیص دهد، این افراد باید در رعایت نظافت محل زندگی و پرهیز از مواجهه با مایت‌های موجود در گرد و خاک نسبت به سایر افراد دقت بیشتری داشته باشند.

عوامل موثر بر بروز درماتیت آتوپیک

نقش ژنتیک، عدم تعادل سیستم ایمنی و عوامل محیطی در بروز و پیشرفت درماتیت آتوپیک ثابت شده است. به طور کلی سد پوستی آسیب دیده، کاهش پاسخ ایمنی ذاتی پوست و پاسخ ایمنی بیش از حد به آلرژن‌های محیطی منجر به التهاب مزمن پوست می‌شود.

^۱ T Helper
^۲ Mite

همانطور که اشاره شد اپیدرم سطحی‌ترین لایه پوست و اولین سد دفاعی در برابر هجوم میکروب‌ها و عوامل خارجی است. زمانی که اپیدرم آسیب می‌بیند و عملکرد مناسب خود را ندارد، پوست رطوبت خود را از دست می‌دهد و عوامل محرک محیطی و میکروب‌ها نیز می‌توانند به آسانی وارد پوست شوند.

علائم و نشانه‌های درماتیت آتوپیک

علائم بیماری ممکن است از فردی به فرد دیگر و در طول زمان نیز متفاوت باشد، اما می‌توان گفت مهم‌ترین علامت خشکی بیش از حد پوست و خارش مہار ناپذیر است. خارش در هفته‌های اول زندگی ممکن است قابل تشخیص نبوده و تنها علامت آن، بی‌قراری شیرخوار باشد. شیرخوار غالباً سعی می‌کند خارش پوست را با ساییدن ناحیه درگیر به بدن والدین، بالش یا هر وسیله دیگری که در دسترس دارد، بهبود دهد. خاراندن ضایعات تسکین موقتی می‌باشد که در نهایت باعث احساس خارش بیشتر و خراشیده شدن پوست می‌شود که به عنوان چرخه خارش - خراش^۱ شناخته می‌شود. والدین در حوالی ۳ ماهگی از این چرخه مطلع می‌شوند. خارش، قرمزی، پوسته پوسته شدن و برجستگی‌های کوچک روی پوست از نشانه‌های معمول آگزاما آتوپیک هستند. خراشیدن پوست اغلب سبب تشدید التهاب و به دنبال آن تشدید خارش می‌شود. خارش اغلب در طول شب بیشتر است.



شکل ۸: چرخه خارش - خراش

^۱ Itch-Scratch Cycle

درماتیت آتوپیک اغلب نقاط مشخصی را درگیر می‌کند اما در موارد شدید می‌تواند در هر قسمتی از بدن ظاهر شود. در سنین مختلف الگوی بیماری از نظر محل درگیری متفاوت است که در ادامه توضیح داده می‌شود.

گاهی خارش مکرر سبب ضخیم شدن و تیره شدن پوست شده که به این حالت اصطلاحاً چرمی شدن^۱ پوست گفته می‌شود. همچنین در بعضی افراد ممکن است اگزما تاوبلی و ترشح دهنده شود.

تشخیص

از آنجا که آزمون تشخیصی اختصاصی و قطعی برای درماتیت آتوپیک در دسترس نیست، تشخیص ممکن است چالش برانگیز باشد. سابقه پزشکی مشروح و معاینه فیزیکی ارزشمندترین وسیله تشخیصی برای پزشک می‌باشند. پزشک شکل و محل ضایعات را بررسی می‌کند، درباره طول مدت بیماری سوال می‌کند. خارش طولانی مدت و مکرر، سابقه شخصی و خانوادگی آلرژی، شروع علائم در سنین پایین و همراه بودن درماتیت با سایر بیماری‌های آلرژیک معمولاً نشانه‌های مهمی هستند. لازم است پزشک با رد کردن سایر بیماری‌هایی که باعث تحریک پوست می‌شود، به تشخیص قطعی برسد. کودک ممکن است به چندین بار ویزیت قبل از تشخیص نهایی نیاز داشته باشد و این امر همکاری والدین را می‌طلبد.

همچنین از آنجا که ممکن است بثورات پوستی به علت واکنش آلرژیک نسبت به یک ماده خاص باشد، پزشک ممکن است آزمون‌های تشخیص آلرژی شامل آزمایش خون، آزمون پوستی به روش پریک^۲ (قرار دادن آلرژن‌های مشکوک روی پوست و تحریک پوست با سوزن مخصوص) را برای بیمار در نظر بگیرد.

ممکن است برای یافتن ماده‌ای که باعث بروز آلرژی شده است، پزشک از شما بخواهد ماده خاصی را از رژیم غذایی کودکتان حذف کنید، شوینده و یا صابون کودک را تغییر دهید و نتیجه را بررسی کند تا تشخیص بیماری و شیوه درمان قطعی شود.

به طور کلی در تشخیص درماتیت آتوپیک معیارهای زیر در نظر گرفته می‌شوند^۳:

۱. خارش شدید پوست

۲. داشتن ۳ تا یا بیشتر از علائم زیر:



شکل ۹: تست پوستی به روش پریک

^۱ Lichenification

^۲ Skin Prick Test

^۳ U.K. Working Party's Diagnostic Criteria

- الف) سابقه درگیری چین‌های پوستی مانند سطح داخلی آرنج‌ها، گودی پشت زانوها، گردن، اطراف چشم‌ها و مچ پاها
- ب) سابقه شخصی آسم یا تب یونجه (آلرژی بینی)^۱ یا سابقه بیماری‌هایی با زمینه حساسیتی در بین اقوام درجه اول در بیماران با سن کمتر از ۴ سال
- ج) سابقه پوست خشک به صورت مستمر در یک سال گذشته
- د) درگیری سطوح داخلی اندام‌ها به صورت قابل مشاهده (یا درماتیت درگیرکننده گونه‌ها یا پیشانی یا سطوح خارجی اندام‌ها در کودکان کمتر از ۴ سال)
- ه) شروع بیماری در سن کمتر از دو سال (اگر کودک کمتر از ۴ سال داشت این معیار به کار نمی‌رود).

سرایت بیماری



درماتیت آتوپیک در کودکان و بزرگسالان مسری نیست. بنابراین نوزاد یا کودک مبتلا به این بیماری می‌تواند به مهدکودک یا مدرسه برود و با سایر کودکان همبازی شود. بزرگسالان نیز می‌توانند ارتباطات معمول خود را داشته باشند.

تظاهرات درماتیت آتوپیک در سنین مختلف

سه فاز مرتبط با سن برای این بیماری در نظر گرفته شده است: شیرخواران، کودکان و بالغین. اگرچه فازها با یکدیگر همپوشانی دارند اما محل درگیری و شکل ضایعات در دوره‌های مختلف متفاوت است. فاز شیرخواران ممکن است تا ۳ سالگی طول بکشد. فاز دوره کودکی از ۲ سالگی تا بلوغ و بالغین از دوره بلوغ به بعد در نظر گرفته می‌شود.

۱. شیرخواران (تولد تا حدود ۲ سالگی)

کودک اغلب با درماتیت آتوپیک متولد نمی‌شود و اولین علائم بیماری در ماه‌های اول بعد از تولد شروع می‌شود و در سن حدوداً ۶-۳ ماهگی به تشخیص قطعی می‌رسد. گونه‌ها معمولاً از اولین محل‌های درگیری می‌باشند. کف سر، پیشانی، اطراف بینی، دهان و گوش‌ها ممکن است قرمز، خشک و پوسته پوسته شوند. این مناطق اغلب در فصل زمستان نیز در مواجهه با سرما

^۱ Allergic Rhinitis

قرمز می‌شوند. پوست چانه نیز به دلیل تماس با بزاق و شست و شوی مکرر ممکن است درگیر می‌شوند. با گذشت زمان سطوح خارجی^۱ اندامها (آرنجها و زانوها) و سطح خارجی بازوها و پاها نیز درگیر می‌شوند. در حالیکه ضایعات در تنه هم ممکن است مشاهده شود ناحیه پوشک اغلب درگیر نمی‌شود. در این فاز ضایعات به صورت پلاک‌های قرمز، پوسته دهنده و اغلب قرینه می‌باشند. (شکل ۱۱ الگو شماره ۱) گاهی ضایعات حاد ترشح‌دار می‌شوند.

تحت تاثیر دندان درآوردن، عفونت‌های تنفسی و شرایط عاطفی کودک ممکن است الگو و شدت بیماری تغییر کند. اگرچه بیماری ماهیت مزمن و عودکننده دارد اما نیمی از کودکان تا ۱۸ ماهگی بهبود می‌یابند.

۲. کودکان (حدود ۲ سالگی تا بلوغ)

در این دوره سنی ضایعات اغلب در چین‌های پوستی، سطوح داخلی / خمشی^۲ اندامها (گودی پشت زانوها و گودی داخل آرنجها)، گردن، مچ دست و قوزک پا، دست‌ها و پاها دیده می‌شود. (شکل ۱۱ الگو شماره ۲) در صورت شدید بودن بیماری، تمام بدن ممکن است درگیر شود. ضایعات اغلب پوسته دهنده به شکل پچ و پلاک‌های قرمز می‌باشند. در این دوره ممکن است تغییرات رنگدانه‌ای نیز در پوست دیده شود.



شکل ۱۰: درماتیت آتوپیک در اطراف دهان^۳

^۱ Extensor

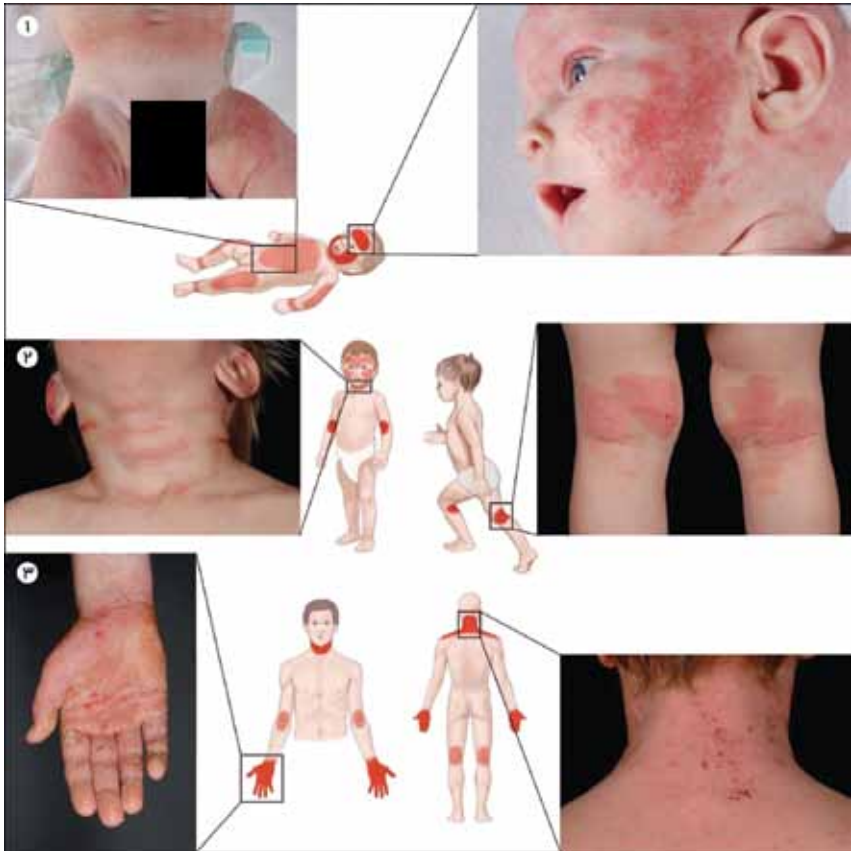
^۲ Flexure

^۳ <https://www.healthnavigator.org.nz/health-a-z/e/eczema/>

۳. بالغین

درماتیت آتوپیک ممکن است حوالی سن بلوغ اتفاق بیفتد و دلیل شعله‌ور شدن آن می‌تواند تغییرات هورمونی و یا استرس این دوران باشد. بالغین ممکن است سابقه قبلی درماتیت را گزارش نکنند و یا به یاد نیاورند.

در بالغین معمولاً پشت دست‌ها، انگشتان، چین‌های بدن (گردن، زیر بغل و ناحیه تناسلی)، سطوح داخلی/خمش‌های اندام‌ها (گودی داخل آرنج‌ها، گودی پشت زانو‌ها، مچ دست و پاها)، هم‌چنین صورت و سطوح فوقانی بازوها درگیر می‌شوند. دست‌ها از شایع‌ترین محل‌های درگیری در بالغین می‌باشد. (شکل ۱۱ الگو شماره ۳) خاراندن مکرر و خراشیدن ضایعات ممکن است باعث چرمی شدن و ضخیم شدن پوست شود.



شکل ۱۱: الگوی درماتیت آتوپیک در سنین مختلف

- پشم و پلی استر
- لاتکس
- گرد و خاک
- نیش حشرات
- گرما یا سرما شدید
- تغییرات سریع آب و هوایی
- رطوبت بسیار کم یا زیاد محیط
- تعریق
- استرس، فشارهای روانی، اضطراب و مشکلات عاطفی
- خراشیدن و خاراندن پوست
- بیماری‌های همزمان دیگر
- اختلالات خواب
- عفونت پوست
- هورمون‌ها
- برخی داروها
- دود سیگار
- فلزات مانند طلا و نیکل
- برخی مواد شیمیایی مانند فرمالدهید، پارابن، بنزوفنون‌ها، لانولین و ...

کنترل بیماری

با وجود مطالعات فراوان برای درمان‌های آتوپیک درمان قطعی نداریم. و در اکثر موارد مداخلات درمانی به کنترل علائم بیماری می‌پردازد. با توجه به ماهیت مزمن بیماری اغلب درمان طولانی مدت جهت کنترل علائم نیاز می‌باشد. شناخت عوامل محرک و دوری از آن‌ها، مرطوب نگه داشتن (هیدراسیون^۱) پوست، مصرف داروهای تجویز شده توسط پزشک، آموزش و به روز نمودن اطلاعات بیمار و خانواده وی در مورد روش‌های مراقبت از پوست و همکاری با کادر درمان به روند کنترل بیماری کمک می‌کند. در ادامه به بررسی روش‌های کنترل آگزما می‌پردازیم.

^۱ Hydration

درمان‌های غیر دارویی



شکل ۱۲: درماتیت آتوپیک در ناحیه صورت^۱

۱. اجتناب از مواجهه با آلرژن‌ها و عوامل محرک

پیشتر به معرفی آلرژن‌های شایع و عوامل محرک پرداختیم. شناخت این عوامل و پرهیز از مواجهه با آنها از ارکان اصلی کنترل اگزما محسوب می‌شود. حساس بودن نسبت به آلرژن‌ها و عوامل محرک در افراد مختلف متفاوت است. بیمار و والدین کودک باید جهت شناسایی این عوامل هوشیار باشند. لازم به ذکر است پرهیز از آلرژن‌ها فقط با توصیه پزشک انجام خواهد شد و همچنین در خصوص آلرژن‌های غذایی به بیماران توصیه می‌شود از پرهیزهای غذایی بدون مشورت با پزشک با توجه به اینکه کودک هنوز در فاز رشد است، خودداری کنند.

توصیه‌ها جهت اجتناب از عوامل محرک:

- درجه حرارت و رطوبت محیط متعادل باشد.
- لباس‌های نخی، گشاد و آزاد به کودک بپوشانید و برچسب‌های آزاردهنده داخل لباس را جدا کنید. اگر درز لباس‌ها سبب خارش می‌شود در منزل لباس‌ها را پشت و رو بپوشانید.
- مصرف ضد آفتاب را فراموش نکنید. برای کودکان از ضد آفتاب‌های مخصوص کودکان استفاده

^۱ <https://www.webmd.com/skin-problems-and-treatments/eczema/ss/slideshow-eczema-overview>

- کنید. اگر یک نوع از کرم‌ها تحریک‌کننده بود از محصولات کمپانی دیگری استفاده کنید.
- مراقبت‌های بهداشتی جهت پیشگیری از عفونت را رعایت نمایید و در صورت مشاهده علائم عفونت سریعاً با پزشک تماس حاصل نمایید و توصیه‌ها جهت درمان عفونت را جدی بگیرید.
 - قبل از شنا پوست را با کرم مرطوب‌کننده بپوشانید تا در اثر تماس با مواد ضدعفونی‌کننده آب تحریک نشود و پس از شنا نیز جهت پاک کردن مواد شیمیایی باقی مانده روی پوست، دوش بگیرید و قبل از پوشیدن لباس از مرطوب‌کننده استفاده کنید.
 - در صورت نیاز به استفاده از دستکش هنگام کار از دستکش‌های وینیل^۱ یا نیتریل که حساسیت‌زایی کمتری دارند، استفاده کنید.
 - از بالش و وسایل خواب پر و پشم و یا زبر استفاده نکنید.
 - با گرد و خاک تماس نداشته باشید.
 - از پزشک درباره کنترل استرس و احساسات کمک بگیرید.

۲. کنترل خارش

- یکی از مهم‌ترین روش‌های کنترل آگزاما جلوگیری از خراشیدن (خاراندن) پوست می‌باشد. راهکارهای زیر جهت جلوگیری از خراشیدن پوست کمک‌کننده می‌باشند:
- ناخن‌ها را کوتاه، صاف و تمیز نگه دارید تا از آسیب‌های ناشی از خاراندن و خراشیدن جلوگیری شود. خراشیدن یا ساییدن پوست سبب خارش بیشتر می‌شود. به این حالت چرخه خارش - خراش می‌گویند.
 - پوشاندن لباس مناسب جهت در دسترس نبودن ضایعات باعث کاهش خراشیدن پوست توسط کودک می‌شود. لباس کودک بهتر است گشاد و نخی باشد. لباس‌های پشمی و برخی الیاف مصنوعی ممکن است پوست را تحریک کنند.
 - پوشاندن دستکش نخی مانع خاراندن پوست توسط کودک می‌شود.
 - استفاده از کمپرس سرد به کاهش خارش کمک می‌کند. برای این کار یک حوله تمیز و یا پارچه نخی تمیز را در آب سرد غوطه‌ور کنید، سپس آب اضافی آن را بگیرید و روی ضایعات خارش‌دار قرار دهید. بعد از برداشتن کمپرس، پوست کودک را مرطوب کنید.
 - استرس باعث تشدید خارش می‌شود. استرس والدین و اطرافیان به کودک نیز منتقل می‌شود.
 - تذکرات متعدد والدین به کودک و یادآوری مکرر اینکه کودک پوستش را نخاراند اغلب کارآمد نیست و باعث استرس کودک می‌شود. با انجام فعالیت‌های مورد علاقه کودک (بازی، دادن خوراکی

^۱ Vinyl

مورد علاقه کودک به او و تعریف داستان) ذهن او را نسبت به خاراندن پوست منحرف کنید.
• از مصرف خودسرانه فرآورده‌های موضعی ضد خارش خودداری کنید، زیرا ممکن است ترکیبات این فرآورده‌ها باعث شعله‌ور شدن اگزما شود.

۳. چرب و مرطوب نگه داشتن پوست

۱. استفاده از مرطوب‌کننده‌ها

مرطوب کننده‌ها^۱ محصولات هستند که باعث حفظ رطوبت پوست و رفع خشکی آن می‌شوند و از ارکان اصلی درمان و پیشگیری از درماتیت آتوپیک محسوب می‌شوند و همچنین نیاز به مداخلات دارویی را کاهش می‌دهند. این محصولات به شکل کرم، پماد و لوسیون در دسترس می‌باشند. توصیه می‌شود در طی روز حداقل دو بار یا بیشتر و همچنین بلافاصله پس از استحمام از یک چرب‌کننده یا مرطوب‌کننده مناسب فاقد عطر و اسانس (مانند وازلین یا اوسرین) استفاده شود تا از تبخیر آب پوست و خشک شدن آن جلوگیری به عمل آید. بهترین زمان مصرف بلافاصله و یا ظرف مدت کوتاهی بعد از استحمام و قبل از خشک شدن پوست می‌باشد. مصرف مرطوب‌کننده‌ها را در صورت بهبودی نیز به عنوان درمان نگه‌دارنده ادامه دهید.



هرچه شدت خشکی پوست بیشتر باشد، مرطوب‌کننده با پایه چرب‌تر و غلیظ‌تر مناسب می‌باشد. برخی افراد ممکن است به بعضی از مرطوب‌کننده‌ها نیز حساس باشند که در این صورت باید با همکاری پزشک و یا دکتر داروساز انواع دیگر را امتحان کنند. با دستان تمیز و ناخن‌های کوتاه، مرطوب‌کننده را به پوست کودک به آرامی بمالید. انگشتر، ساعت و ... را از دستان خود خارج کنید تا آسیبی به پوست کودک وارد نشود.

اگر کودک خارش شدید دارد، می‌توانید با **مشورت پزشک معالج** بعد از استفاده از مرطوب‌کننده از پانسمان مرطوب^۲ (که در ادامه توضیح داده خواهد شد) استفاده کنید، اینکار باعث کاهش التهاب می‌شود و مانعی در برابر خارش پوست ایجاد می‌کند.

^۱ Moisturizers
^۲ Wet Wrap Therapy

۲. استحمام

نظرات در مورد نقش استحمام در کنترل آگزمای متفاوت می‌باشد اما به طور کلی استحمام کوتاه مدت روزانه با آب ولرم باعث احساس خنکی و آبرسانی پوست و رهایی موقت از خارش می‌شود. به یاد داشته باشید شامپو و شوینده فقط در موارد ضروری استفاده شود. استحمام با آب داغ و بیش از ۱۵-۱۰ دقیقه به دلیل تشدید خشکی پوست توصیه نمی‌شود. علت خشکی پوست عدم توانایی پوست در نگهداری رطوبت می‌باشد. توجه کنید که مصرف شوینده‌های قوی و شست و شوی مداوم بدن و دست‌ها بدون استفاده از مرطوب‌کننده باعث ایجاد و تشدید آگزمای می‌شود. همانطور که اشاره شد موثرترین روش درمان خشکی پوست، بازگرداندن رطوبت به پوست می‌باشد. به نظر می‌رسد یکی از راه‌های رطوبت رسانی استحمام صحیح خصوصا هنگام شب و مصرف مرطوب‌کننده بلافاصله بعد از استحمام می‌باشد. این کار باعث حفظ رطوبت پوست می‌شود.

در استحمام به چه نکاتی توجه کنیم؟

- از آب ولرم جهت استحمام استفاده کنید.
- مدت زمان مناسب جهت استحمام ۵-۱۰ دقیقه می‌باشد.
- از شوینده‌های غیر صابونی نظیر پن‌ها^۱ (شوینده‌های خنثی که باعث اسیدی یا قلیایی شدن پوست نمی‌شوند) و فرآورده‌های فاقد سدیم لوریل سولفات^۲ (SLS) استفاده کنید. (SLS ماده‌ای شیمیایی است که باعث کف کردن صابون می‌شود). pH (میزان اسیدی و قلیایی بودن) پوست نرمال بین ۴-۵ می‌باشد. pH صابون‌ها بین ۹-۱۰ می‌باشد، به دلیل این اختلاف، مصرف صابون باعث افزایش pH (قلیایی شدن) پوست می‌شود که همین امر می‌تواند باعث بدتر شدن آگزمای شود.
- از شوینده‌های فاقد عطر و اسانس استفاده کنید.
- در زمان عود آگزمای مصرف شوینده‌ها را محدود کنید.
- در زمان استحمام از وسیله‌هایی که باعث خراش پوست می‌شوند مانند لیف‌ها و اسفنج‌های زبر استفاده نکنید.
- از محصولات حباب ساز^۳ (که جهت بازی و سرگرمی کودک در زمان استحمام ممکن است مورد مصرف قرار گیرد) استفاده نکنید.
- هنگام خشک کردن بدن، حوله را روی پوست نکشید و پوست را به صورت ضربه‌ای و خیلی آرام

^۱ Syndet Bar

^۲ Sodium Lauryl Sulfate

^۳ Bubble Bath

خشک کنید.

- حداکثر تا ۳ دقیقه پس از استحمام از مرطوب‌کننده استفاده کنید تا رطوبتی که در اثر استحمام وارد پوست شده است در پوست باقی بماند.

روش‌های استحمام توصیه شده به افراد مبتلا به اگزما:

قرار گرفتن در وان^۱

۱. استحمام در وان با آب ولرم به مدت ۵-۱۰ دقیقه و در صورت استفاده از شوینده، محصولی ملایم و فاقد عطر و اسانس را انتخاب نمایید. در این مرحله می‌توان به آب داخل وان، روغن‌های مخصوص استحمام به مقدار توصیه شده بر روی بسته‌بندی محصول اضافه نمود.
 ۲. به آرامی بدن را با حوله خشک کنید. اجازه دهید مقداری رطوبت روی بدن باقی بماند و بدن را کاملا خشک نکنید. توجه نمایید که حوله را محکم روی پوست نکشید.
 ۳. در صورتی که پزشک معالج داروهای موضعی نظیر کورتیکواستروئید را تجویز کرده است، در این مرحله به پوست نواحی دچار اگزما بمالید.
 ۴. مرطوب‌کننده را به کل بدن بمالید.
 ۵. چند دقیقه صبر کنید تا مرطوب‌کننده جذب شود، سپس لباس کودک را بپوشانید و یا از پانسمان مرطوب استفاده نمایید.
- به نظر می‌رسد قرار گرفتن در وان حاوی آب ولرم به جذب بهتر مرطوب‌کننده‌ها که پس از استحمام مصرف می‌شوند، کمک می‌کند.
 - برخی منابع توصیه به اضافه کردن ترکیباتی نظیر جوش شیرین، جو دوسر، نمک و سرکه به آب داخل وان می‌کنند اما انجمن پوست آمریکا به دلیل عدم شواهد کافی در خصوص سودمند بودن این روش، آن را توصیه نمی‌کند.

درمان‌های دارویی

۱. کورتیکواستروئیدهای موضعی

کورتیکواستروئیدهای موضعی^۲ اغلب توسط پزشکان برای درمان درماتیت آتوپیک تجویز می‌شود. این فرآورده‌ها باعث کاهش التهاب و بهبود بثورات پوستی می‌شوند. هیدروکورتیزون، تریامسینولون، بتامتازون، فلوتوسینولون و ... مثال‌هایی از کورتیکواستروئیدهای موضعی

^۱ Soak and Seal
^۲ Topical Corticosteroid

هستند. این داروها به فرم کرم، پماد، ژل، لوسیون، شامپو، اسپری و فوم در دسترس می‌باشند. گاهی پزشک، دارو ترکیبی (ساختنی) حاوی استروئید را تجویز می‌کند، که در این حالت استروئید اغلب در پایه یک ترکیب دیگر نظیر مرطوب‌کننده رقیق می‌شود و توسط دکتر داروساز در داروخانه تهیه می‌شود. استروئیدها معمولاً روزانه ۱-۲ بار مصرف می‌شوند. مقدار مصرف صحیح این فرآورده‌ها جهت پیشگیری از عوارض جانبی حائز اهمیت است. به همین دلیل، تعیین نوع استروئید موضعی، قدرت، مقدار و مدت مصرف آن به عهده پزشک معالج می‌باشد. این نکته مهم را به یاد داشته باشید که از مصرف خودسرانه این داروها و همچنین ادامه دادن درمان پس از اتمام دوره درمانی که پزشک در نظر گرفته است، جدا خودداری نمایید.



شکل ۱۳: یک واحد بند انگشت

به منظور استعمال مقدار صحیح فرآورده‌های موضعی قانون "واحد بند انگشت"^۱ تعریف شده است. یک واحد بند انگشت، مقدار پماد یا هر فرمولاسیون نیمه جامد موضعی دیگری است که

پشت و باسن	سینه و شکم	ساق و پا	بازو و دست	صورت و گردن	
۱/۵ بند انگشت 	۱ بند انگشت 	۱/۵ بند انگشت 	۱ بند انگشت 	۱ بند انگشت 	ماه ۳-۱۲
۳ بند انگشت 	۲ بند انگشت 	۲ بند انگشت 	۱/۵ بند انگشت 	۱/۵ بند انگشت 	سال ۱-۳
۳/۵ بند انگشت 	۳ بند انگشت 	۳ بند انگشت 	۲ بند انگشت 	۱/۵ بند انگشت 	سال ۳-۶
۵ بند انگشت 	۳/۵ بند انگشت 	۴/۵ بند انگشت 	۲/۵ بند انگشت 	۲ بند انگشت 	سال ۶-۱۰
۷ بند انگشت 	۷ بند انگشت 	۸ بند انگشت 	۴ بند انگشت 	۲/۵ بند انگشت 	بالا و بالغین ۱۰ سال به

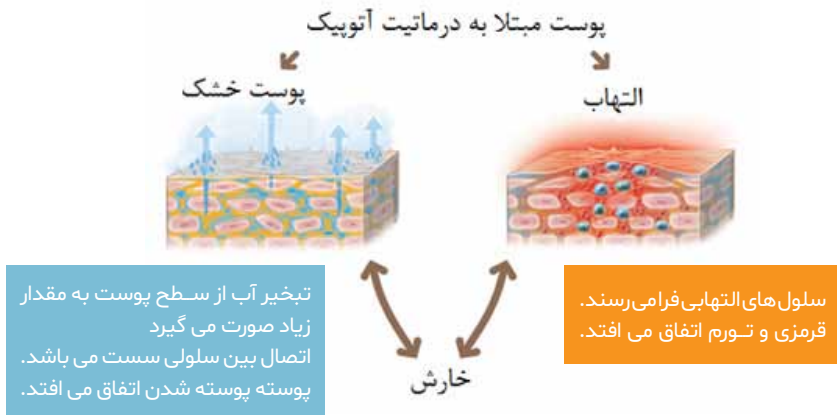
جدول ۱. مقدار مصرف استروئید موضعی برای سنین و مناطق مختلف بدن^۲

^۱ FTU: Fingertip Unit
^۲ National Eczema Association

از یک تیوب با قطر دهانه خروجی ۵ میلی‌متر (حالت استاندارد تولید شده توسط کارخانه) خارج شود و روی بند اول انگشت اشاره یک فرد بالغ قرار بگیرد. این مقدار تقریباً برابر با ۵۰۰ میلی‌گرم از فرآورده موضعی می‌باشد. این واحد اندازه‌گیری کمک به مصرف مقدار صحیح و پیشگیری از عوارض احتمالی مصرف نادرست کورتیکواستروئیدها می‌کند. جدول شماره ۱ مقدار مناسب استروئید موضعی برای قسمت‌های مختلف بدن در سنین مشخص شده را نشان می‌دهد.

در مصرف کورتیکواستروئیدها به چه نکاتی توجه کنیم؟

- قبل از استفاده از هرگونه کرم یا پماد دست‌ها را شسته و ناخن‌ها را کوتاه نگه دارید.
- کورتیکواستروئیدها را روی پوست تمیز استعمال نمایید.
- یک لایه نازک از پماد و یا کرم را روی پوست بمالید و به آرامی با حرکات دایره‌ای و به ملایمت ماساژ دهید.
- استروئیدها را فقط در قسمت‌هایی که دچار اگزما هست، مصرف کنید.
- از استعمال کورتیکواستروئید در قسمت‌هایی که پوست حساس دارد مانند پوست پلک و نواحی ژنیتال (تناسلی) بدون تجویز پزشک خودداری کنید.
- در صورت نیاز به مصرف همزمان استروئید و مرطوب‌کننده، ابتدا استروئید و سپس مرطوب‌کننده را استفاده نمایید.
- استفاده زیاد از کرم و پمادها به معنی درمان موثرتر نیست و ممکن است وضعیت را بدتر نماید.
- از مصرف طولانی مدت کورتیکواستروئیدها خودداری کنید.
- از قطع ناگهانی مصرف کورتیکواستروئیدها پرهیز کنید. قطع مصرف این فرآورده‌ها طبق نظر پزشک و اغلب به آهستگی صورت می‌گیرد.



شکل ۱۴: پوست خشک و ملتهب

۲. تنظیم‌کننده‌های موضعی سیستم ایمنی

تنظیم‌کننده‌های موضعی سیستم ایمنی یک گروه نسبتاً جدید درمانی می‌باشند. پماد تاکرولیموس با نام تجاری پروتوپیک^۱ و کریم پیمکرولیموس با نام تجاری الیدل^۲ برای موارد خفیف تا متوسط درماتیت آتوپیک در صورت عدم کارایی و محدودیت‌های تجویز داروهای خط اول، توسط پزشک تجویز می‌شود. همانند کورتیکواستروئیدها فقط در صورت تجویز توسط پزشک اقدام به مصرف این گروه دارویی نمایید. استفاده از این داروها سبب کاهش نیاز به درمان طولانی مدت با کورتیکواستروئیدها شده و از عوارض مصرف آن‌ها جلوگیری می‌کند.

۳. محصولات حاوی تار

داروهای موضعی حاوی تار^۳ سال‌هاست که جهت درمان بیماری‌های پوستی به کار می‌روند. قبل از معرفی استروئیدهای موضعی، به طور گسترده مصرف می‌شدند ولی امروزه کمتر به کار می‌روند. از مصرف محصولات حاوی تار بدون مشورت با پزشک خودداری نمایید.

۴. آنتی هیستامین های خوراکی

آنتی هیستامین‌ها و یا اصطلاحاً ضد حساسیت‌ها در کنترل خارش موثر هستند. انتخاب آنتی هیستامین مناسب، مقدار و مدت مصرف آن بر اساس سن، وزن و شرایط کودک توسط پزشک صورت می‌گیرد.

آنتی هیستامین‌ها ممکن است باعث خواب آلودگی کودک شوند، از طرفی اگر شب‌ها مصرف شوند به بهبود خواب کودک کمک می‌کنند. آنتی هیستامین‌های نسل جدید مانند ستیریزین و لوراتادین به بهبود خارش کمک می‌کنند و اثرات خواب‌آوری بسیار کمی دارند. از مصرف خودسرانه آنتی هیستامین‌ها خصوصاً در کودکان زیر ۲ سال خودداری کنید.

۵. سایر داروها

کورتیکواستروئیدهای خوراکی، داروهای خوراکی تنظیم‌کننده سیستم ایمنی و داروهای بیولوژیک تزریقی ممکن است توسط پزشک برای بیمار تجویز شوند.

سایر درمان ها

۱. نور درمانی (فوتوتراپی)^۴

درمان با اشعه ماورا بنفش^۵ (UV) بعد از شکست درمان با مرطوب‌کننده‌ها، استروئیدها و

^۱ Protopic®

^۴ Phototherapy

^۲ Elidel®

^۵ Ultraviolet

^۳ Coal tar

تنظیم‌کننده‌های موضعی سیستم ایمنی ممکن است تجویز شود. هم چنین فوتوتراپی به عنوان درمان نگه‌دارنده در اگزما مزمن کاربرد دارد.

بیمار باید توانایی همکاری و ایستادن در اتاقک نور ماورا بنفش در حالیکه از عینک محافظ استفاده می‌کند را داشته باشد. این روش در نوزادان و اطفال با سنین پایین توصیه نمی‌شود.

۲. پانسمنان مرطوب^۱



شکل ۱۵ پانسمنان مرطوب

پانسمنان مرطوب به حفظ رطوبت، احساس نرمی و خنکی پوست و جذب بهتر داروها کمک می‌کند. همچنین پانسمنان مرطوب با ایجاد سد فیزیکی مانع خاراندن پوست می‌شود. اغلب مطالعات این روش را برای کودکان با درماتیت آتوپیک شدید که سطح زیادی از بدنشان درگیر شده است، توصیه می‌کنند. **قبل از به کارگیری این روش حتماً با پزشک معالج مشورت نمایید و خودسرانه اقدام به پانسمنان نکنید.**

این نکته را نیز به یاد داشته باشید که در زمان عفونت پوست نباید از پانسمنان مرطوب استفاده کنید.

مراحل انجام پانسمنان:



شکل ۱۶ پانسمنان مرطوب آرنج

۱. استحمام و استفاده از داروهای موضعی طبق روش‌های توصیه شده

۲. استعمال مرطوب‌کننده به کل نواحی که قرار است پانسمنان شود. جهت پیشگیری از فولیکولیت^۲ (التهاب فولیکول‌های مو) مرطوب‌کننده را در جهت رویش مو بمالید.

۳. پارچه نخی تمیز و یا گاز مناسب پانسمنان را با آب گرم مرطوب کنید. (در بعضی کشورها پانسمنان آماده به شکل لباس در دسترس می‌باشد و در صورتی که درماتیت سطح زیادی از بدن را درگیر کرده باشد مورد استفاده قرار می‌گیرد.)

۴. محل مورد نظر را با پانسمنان ببندید.

۵. پانسمنان خشک دیگری را روی پانسمنان مرطوب ببندید.

(پانسمنان خشک به دلیل کند کردن سرعت تبخیر آب پانسمنان اول و همچنین احساس راحتی

^۱ Wet Wrap Therapy
^۲ Folliculite

بیمار استفاده می‌شود).

لباس خواب و یا لباس مناسب را بپوشید.

۶. پانسمان لازم است ۲ ساعت و یا بیشتر در محل باقی بماند. در صورت تحمل، با توصیه پزشک پانسمان ممکن است در طول شب استفاده شود.

۷. پانسمان مدت زمان کوتاه‌تر مثلا ۳۰-۱۵ دقیقه، ۲ تا ۳ بار در روز قابل استفاده است. اما به طور کلی طول دوره درمان را پزشک معالج تعیین می‌کند.

عوارض جانبی احتمالی پانسمان مرطوب:

احتمالا این روش در مدت زمان توصیه شده ایمن و بدون عوارض جانبی است. به دلیل افزایش جذب کورتیکواستروئیدهای موضعی در این روش، توصیه می‌شود مصرف کورتیکواستروئیدها به یک بار در روز محدود شود. تنها عارضه جدی در مطالعات کاهش گذرای سطح کورتیزول سرم ناشنا صبحگاهی خون به دلیل جذب سیستمیک کورتیکواستروئیدها است. سایر عوارض احساس ناراحتی، لرز، فولیکولیت به دلیل انسداد فولیکول‌ها با پماد و کرم‌های مصرفی و عفونت‌های پوستی می‌باشد. مواردی از شیوع آگزما در نواحی که پانسمان نشده‌اند نیز گزارش شده است.

بیماران و خانواده آن‌ها باید بدانند که اثرات سودمند روش‌های کمک درمانی دیگر نظیر هومئوپاتی^۱، گیاهان دارویی و نقش مکمل‌های غذایی در درماتیت آتوپیک هنوز به قطعیت در مطالعات علمی به اثبات نرسیده‌اند و بیماران بدون مشورت با پزشک معالج نباید از این درمان‌ها استفاده کنند.

کنترل عفونت

بیماران مبتلا به آگزما به دلایل متعددی در خطر ابتلا به عفونت‌های پوستی باکتریایی، ویروسی و قارچی قرار دارند. ارگانیزم‌هایی که باعث عفونت می‌شوند معمولا به تعداد فراوان روی پوست وجود دارند و پوستی که خراشیده می‌شود یا بثورات پوستی دارد در مقایسه با پوست سالم سریع‌تر آلوده می‌شود. از علائم اولیه عفونت می‌توان به ضایعات دردناک که گاهی ترشحات چرکی دارند، اشاره کرد. ضایعات عفونی باید سریعاً درمان شوند. در صورت مشاهده علائم عفونت ضایعات، سریعاً به پزشک مراجعه نمایید. پزشک ممکن است برای بیمار آنتی بیوتیک موضعی، خوراکی و یا در موارد شدیدتر آنتی بیوتیک تزریقی و یا داروهای ضدقارچ و ضد ویروس تجویز نماید. جهت پیشگیری از بروز عفونت، فرد مبتلا به آگزما باید از تماس با افرادی که زگیل، تبخال،

¹ Homeopathy

آبله‌مرغان و سایر عفونت‌های ویروسی دارند، پرهیز کند. پدر و مادر مبتلا به تبخال (ویروس هرپس) باید از بوسیدن کودک مبتلا به درماتیت آتوپیک خودداری کنند.



شکل ۱۷: درماتیت آتوپیک عفونی شده^۱

تاثیر شیردهی مادر بر درماتیت آتوپیک

تغذیه انحصاری با شیر مادر در سه ماه اول زندگی کودک نقش پیشگیرانه در برابر درماتیت آتوپیک و به طور کلی سایر بیماری‌های آلرژیک خصوصاً در کودک با سابقه خانوادگی مثبت آتوپیک دارد. از این رو تغذیه طولانی مدت با شیر مادر در این کودکان توصیه می‌شود. آنتی ژن‌های غذایی می‌توانند در شیر مادر ترشح شوند. مادرانی که کودک مبتلا به آلرژی غذایی (کودکانی که مشخص شده است درماتیت آنها با مصرف ماده غذایی خاصی مرتبط است) را شیر می‌دهند لازم است رژیم غذایی پیشنهادی پزشک را به خوبی رعایت کنند.

شروع تغذیه کمکی در کودکان مبتلا به درماتیت آتوپیک

سن شروع مصرف غذاهای کمکی (مواد غذایی جامد و مایعات به جز شیر مادر و شیر خشک) در طول سال اول زندگی در زمان‌ها و فرهنگ‌های مختلف متفاوت است. سازمان بهداشت جهانی و آکادمی کودکان آمریکا توصیه می‌کنند مصرف غذاهای کمکی از حدود ۶ ماهگی آغاز شود. شروع تغذیه کمکی فقط با سن کودک مرتبط نیست و به فاکتورهای دیگری مانند توانایی کودک در نشستن، کنترل سر و گردن، توانایی بلع و ... نیز بستگی دارد. هنوز مطالعه‌ای جهت معرفی ایمن‌ترین روش شروع مصرف غذاهایی که ریسک بالای آلرژی‌زایی دارند، صورت نگرفته است. واکنش‌های آلرژیک ممکن است در اولین مواجهه کودک با غذایی که به آن حساس است اتفاق

^۱ National Eczema Association

بیفتد. توصیه می‌شود شروع مصرف غذاهای کمکی در مقادیر کم و با احتیاط صورت بگیرد و در صورت عدم حساسیت به تدریج افزایش یابد. به‌نظر می‌رسد تاخیر در مصرف غذاهای جامد احتمالاً خطر بروز درماتیت آتوپیک را کاهش دهد.

آلرژی غذایی و ارتباط آن با درماتیت آتوپیک

آلرژی غذایی در بیماران مبتلا به درماتیت آتوپیک شایع است و می‌تواند سبب تشدید علائم بالینی بیماری شود. در طول دو سال اول زندگی، در $\frac{2}{3}$ شیرخواران مبتلا به درماتیت آتوپیک متوسط تا شدید، حساسیت به آلرژن‌های غذایی گزارش می‌شود.

معمولاً حساسیت نسبت به مواد غذایی به یک یا دو آنتی ژن (ماده حساسیت‌زا) محدود می‌شود و ممکن است بعد از چند سال از بین برود. بیش‌تر واکنش‌های غذایی در کودکان با شیر گاو، تخم مرغ، سویا و گندم گزارش شده است. همان‌طور که اشاره شد پزشک ممکن است جهت تشخیص آلرژی غذایی، آزمون‌های پوستی یا خونی را توصیه کند. یکی دیگر از روش‌های تشخیص حساسیت به مواد غذایی، چالش رژیم حذفی است. در این چالش غذاهای محدودی که معمولاً سبب واکنش حساسیتی نمی‌شوند به کودک داده می‌شود سپس یک غذای جدید که احتمال حساسیت با آن را می‌دهیم را به رژیم غذایی اضافه می‌کنیم تا ببینیم آیا سبب بروز واکنش‌های حساسیتی می‌شود یا خیر و غذاهای دیگر را به تدریج اضافه می‌کنیم. چالش باید تحت نظارت پزشک (اغلب در بیمارستان) و با دادن مقادیر خیلی کم از ماده غذایی مشکوک صورت گیرد. بعد از مشخص شدن مواد حساسیت‌زا پزشک یک رژیم حذفی درمانی شامل اجتناب از غذای آلرژی‌زا متهم تنظیم می‌کند، که این رژیم باید اشتهاآور و مغذی بوده و مواد غذایی جایگزین غذای حذف شده را نیز دارا باشد تا کودک دچار فقر غذایی نشود.

این نکته را به یاد داشته باشید که اگر به عنوان مثال کودک به تخم مرغ حساسیت دارد باید از مصرف همه ترکیباتی که حاوی تخم‌مرغ هستند، مانند کیک، کرم، بیسکویت و ... پرهیز کند. لازم به ذکر است برخی مواد غذایی صنعتی، حاوی ترکیباتی مانند کارزین یا لسیتین می‌باشند که در واقع به ترتیب پروتئین‌های شیر و تخم مرغ هستند و والدین باید آموزش کافی ببینند و حتماً برچسب مواد غذایی را با دقت بخوانند و در صورت حساسیت نسبت به مواد ذکر شده از مصرف آنها برای کودک خودداری شود.

از آنجا که رژیم غذایی در رشد و تکامل کودک تاثیر مهمی دارد، تصمیم‌گیری در مورد حذف یک ماده غذایی با ارزش و تعیین جایگزین مناسب آن حائز اهمیت است و این کار توسط کادر درمان صورت می‌گیرد. در کودکان بزرگتر و بالغین حساسیت‌های غذایی اهمیت کمتری دارند و

محدودیت‌های غذایی کمتر کارآمد می‌باشد. حساسیت به شیر، تخم مرغ و گندم اغلب با ورود شیرخوار به دوره کودکی برطرف می‌شود ولی برخی حساسیت‌ها نیز ممکن است ادامه یابد به عنوان مثال حساسیت به ماهی نسبت به سایر آلرژن‌های غذایی ماندگارتر است و ممکن است در بالغین این حساسیت از دوران کودکی ادامه پیدا کند.

چگونگی شست و شوی لباس کودک مبتلا به درماتیت آتوپیک

- برای شست و شوی لباس کودک از مایع شوینده مخصوص پوست‌های حساس که فاقد عطر و اسانس می‌باشد، استفاده نمایید. از پودر شوینده و یا صابون استفاده نکنید.
- از شوینده بیش از مقدار توصیه شده استفاده نکنید.
- پس از شست و شو، لباس‌ها را به خوبی و یا دو بار آبکشی نمایید تا اطمینان حاصل شود مواد شوینده به طور کامل از لباس پاک شده‌اند.
- لباس‌های جدید کودک را قبل از استفاده بشویید. این کار باعث از بین رفتن رنگ‌ها و مواد شیمیایی باقیمانده از مراحل تولید لباس می‌شود.
- در فصل گرده افشانی گیاهان، لباس و ملحفه کودک را جهت خشک کردن پس از شست و شو در فضای باز قرار ندهید.

توصیه‌ها جهت بهبود خواب کودک مبتلا به درماتیت آتوپیک

- از مشکلات شایع کودکان مبتلا به اگزما خصوصا در دوره شعله‌ور شدن بیماری، مشکل در به خواب رفتن و همچنین استمرار خواب می‌باشد. احساس ناراحتی و خارش علل اصلی این مشکل می‌باشد. از آنجا که خواب کافی و با کیفیت نقش مهمی در رشد، یادگیری و سلامت کودک دارد، راهکارهای زیر جهت بهبود خواب کودکان توسط متخصصین توصیه شده است:
- ساعت خواب و بیداری کودک مشخص و ثابت باشد.
 - نور محیط را دو ساعت قبل از خواب کودک کم کنید.
 - کودک را در حالت بیداری در تخت بگذارید تا خود به خواب رود. استفاده از موزیک و تماس با کودک توصیه نمی‌شود. (از روش‌هایی که ممکن است ادامه آنها در دراز مدت مقدور نباشد، پرهیز کنید. برای مثال کودکانی که عادت کرده‌اند هنگام شیر خوردن در آغوش مادر به خواب روند، بعد از هر بار بیدار شدن در طول شب، مجدداً به همین روش به خواب می‌روند.)
 - اگر کودک ضایعات را می‌خاراند، به او دستکش نخی مناسب بپوشانید.
 - اتاق خواب کودک ساکت و تاریک باشد.

- حیوانات خانگی را از اتاق کودک خارج کنید.
- تلویزیون، بازی‌های ویدئویی، کامپیوتر و تلفن همراه را در اتاق کودک قرار ندهید.
- در طول خواب به صدای تنفس کودک توجه کنید. خر و پف و هر گونه صدای غیر عادی هنگام تنفس را به پزشک اطلاع دهید.
- صبح‌ها به محض بیدار شدن کودک، او را در معرض نور و فعالیت قرار دهید. (تماشا تلویزیون تا دو ساعت بعد از بیدار شدن توصیه نمی‌شود).
- نوشیدنی حاوی کافئین (چای، قهوه و ...) از ظهر به بعد مصرف نشود.
- استحمام هنگام غروب به کنترل خارش و آرام شدن کودک و خواب بهتر وی کمک می‌کند.
- داروهای تجویز شده توسط پزشک که به خواب کودک کمک می‌کنند را در صورت بی‌قراری و بی‌خوابی به کودک بخورانید.

توصیه‌ها جهت کنترل درماتیت آتوپیک در مهدکودک و مدرسه

- در شروع سال تحصیلی شرایط کودک را با معلم و یا مربی او در میان بگذارید. دانستن این موضوع می‌تواند به بهبود روند درمان و کنترل مسائل عاطفی کودک کمک کند.
- در مورد داروها، طریقه مصرف آنها و مواد غذایی که لازم است کودک از آنها پرهیز کند، با مربی کودک صحبت کنید. او می‌تواند زمان مصرف داروها را به کودک یادآوری کند و او را در مصرف صحیح آنها راهنمایی کند.
- کودکان مبتلا به درماتیت آتوپیک ممکن است برخی اوقات خواب راحت، کامل و مستمری نداشته باشند که این امر سبب تحریک‌پذیری، بی‌توجهی و اختلالات خلقی در طول روز بعد می‌شود. همچنین ممکن است منجر به غیبت کودک و خواب‌آلودگی او در کلاس شود.
- در مورد تکنیک‌هایی که می‌تواند حواس کودک را نسبت به خارش ضایعات پرت کند، با مربی او صحبت کنید. از او بخواهید مستقیماً به کودک نگوید که "ضایعات را نخاران!"
- به مربی کودک بگویید که استفاده از کمپرس سرد، استعمال مرطوب‌کننده و یا نوشیدن یک لیوان آب خنک می‌تواند باعث کاهش خارش کودک شود.
- آماده کردن یک بسته با موارد مورد نیاز کودک در مدرسه شامل دستکش، کرم یا پماد مرطوب‌کننده، شوینده یا صابون ملایم، ضدعفونی‌کننده فاقد الکل، بانداز و گاز، پارچه یا حوله تمیز جهت کمپرس، یادداشتی حاوی داروها و روش مصرف آنها، عوامل یا فعالیت‌هایی که باعث تشدید آگزما کودک می‌شوند، کمک‌کننده است.
- در نهایت دانستن مشکل و همدردی مربی با کودک می‌تواند سبب کاهش فشارهای عاطفی و روانی کودک شود.

توصیه‌ها جهت پیشگیری از بروز درماتیت آتوپیک و بهبود آن

۱. از محرک‌های شناخته شده اجتناب کرده و تماس با مواد محرک پوست را کم کنید. گرما و سرما، تعریق، هوای خشک، برخی صابون‌ها و شوینده‌ها، دود سیگار و ... باعث بدتر شدن بیماری می‌شوند. اگر دستانتان اگزما دارد، فقط زمانی که ضروری است آن‌ها را بشویید زیرا صابون سبب تحریک پوست دستانتان می‌شود. دستانتان را بعد از شست و شو کاملاً خشک کنید و بلافاصله آنها را چرب نمایید.
۲. از مواجهه با گرده گیاهان خودداری کنید. در فصول اوج گرده افشانی گیاهان خصوصاً زمانی که هوا گرم و مرطوب است پنجره‌ها را باز نکنید. در فضایی که چمن زنی می‌کنند قرار نگیرید. به یاد داشته باشید لباس‌ها و حیوانات خانگی می‌توانند آلرژن‌های استنشاقی نظیر گرده گیاهان را در خود نگه دارند و به فضای اطراف پراکنده کنند.
۳. خانه و اتاق خواب را از مایت و گرد و غبار خالی کنید. مایت‌ها موجودات میکروسکوپی هستند که در گرد و خاک خانه وجود دارند. مایت‌ها می‌توانند باعث بروز آلرژی شوند. لذا برای حفظ سلامتی افراد خانواده باید تعداد مایت‌ها را کاهش داد. مایت‌ها در رختخواب، مبلمان و به طور کلی در گرد و خاک روی وسایل خانه به میزان زیادی وجود دارند. توصیه می‌شود به منظور حذف مایت‌ها، گرد و خاک سطوح را با اسفنج مرطوب پاک کنید و فرش‌ها و سایر سطوح خانه را به فواصل کوتاه جارو کنید. اسباب‌بازی‌های نرم به جز آنهایی که قابل شست و شو هستند را روی تختخواب و یا گهواره کودک قرار ندهید. توصیه می‌شود ملحفه‌ها را در دمای بالای ۵۵ درجه سانتیگراد به فواصل کوتاه بشویید.
۴. جهت محافظت از پوست دستانتان دستکش بپوشید. از تماس زیاد دست‌ها با آب خودداری کنید و برای انجام کارهایی که نیاز به تماس با آب دارند از دستکش‌های وینیل^۱ استفاده کنید. هر زمان که احتمال دارد دستانتان در معرض مواد محرک قرار بگیرد، دستکش بپوشید. هر چند وقت یکبار به دستانتان فرصت تنفس دهید و دستکش‌ها را خارج کنید تا تعریق اتفاق نیفتد. همچنین در فصل زمستان هنگامی که در معرض هوای سرد قرار می‌گیرید دستکش مناسب بپوشید زیرا هوای سرد و خشک باعث بدتر شدن اگزما می‌شود.
۵. پوستتان را چرب و مرطوب نگه دارید.

^۱ Vinyl

بعد از استحمام و یا هر بار تماس با آب، بدن را با مرطوب‌کننده مناسب چرب کنید.

۶. لباس‌های نخی بپوشید.

از لباس‌ها و ملحفه‌های پشمی و الیاف مصنوعی استفاده نکنید زیرا ممکن است پوست را تحریک کنند. از پوشاندن لباس‌های گرم و تنگ که باعث تعریق کودک می‌شوند، خودداری کنید.

۷. مراقبت از پوست در زمان استحمام

از استحمام طولانی با آب داغ و شوینده‌های قوی خودداری کنید. استحمام ۵-۱۰ دقیقه با آب ولرم و فقط در صورت ضرورت استفاده از شوینده ملایم و ضد حساسیت توصیه می‌شود. بلافاصله بعد از استحمام پوست را چرب کنید.

۸. از مصرف فرآورده‌های پوستی حاوی الکل خودداری کنید.

مصرف فرآورده‌های حاوی الکل ممکن است پوست را خشک‌تر کند.

۹. از خراشیدن و خاراندن ناحیه خارش دار اجتناب کنید.

سعی کنید منطقه تحریک شده را حتی اگر خارش دارد، نخراشید. خاراندن و خراشیدن باعث بدتر شدن ضایعات می‌شود و احتمال عفونت را بالا می‌برد.

۱۰. از تعریق و گرمای شدید پرهیز کنید.

در تمام فصول، تهویه مناسب خانه و اتاق کودک را در نظر بگیرید. از روانداها و پتوهای گرم در موارد غیرضروری خودداری کنید و دمای اتاق کودک را متعادل و در فصول گرم خنک نگه دارید. بازی در ساحل و در معرض آفتاب بودن کودک مشکلی ایجاد نمی‌کند و حتی می‌تواند سودمند نیز باشد. در صورت تعریق، ورزش و شنا کردن کودک، توصیه به استحمام و مصرف مرطوب‌کننده می‌شود. سفرهای تابستانی با رعایت موارد ذکر شده مشکلی برای کودک ایجاد نمی‌کند.

۱۱. رعایت رژیم غذایی

پرهیزهای غذایی و رژیم‌های توصیه شده توسط پزشک معالج را به خوبی رعایت کنید.

۱۲. استرس را در زندگی‌تان کنترل کنید.

آگزمای ممکن است تحت شرایط استرس، هیجان‌نا و فشارهای روانی بدتر شود. تکنیک‌های کاهش استرس ممکن است کمک‌کننده باشد. والدین می‌توانند با شناخت موقعیت‌های استرس‌زا (مانند زمان امتحانات و یا رقابت‌های ورزشی) و چگونگی غلبه بر آنها





مثل تنفس عمیق، تمرکز بر فعالیت‌های نیرو بخش یا یک زنگ تفریح اضافه به فرزند خود کمک کنند.

۱۳. از داروهایی که پزشک برای شما تجویز کرده است، استفاده کنید.

داروهای تجویز شده را طبق دستور پزشک مصرف کنید. اگر علائم درماتیت بعد از ۴ هفته پس از شروع مصرف دارو بهتر نشد، با پزشک خود مشورت کنید.

۱۴. واکسیناسیون کودک را انجام دهید.

واکسیناسیون رایج دوران کودکی باید به طور منظم انجام شود. اگر هرگونه نگرانی درباره واکسیناسیون دارید با پزشک خود مشورت نمایید.

۱۵. مراقب وضعیت عاطفی کودک خود باشید.

درماتیت آتوپیک برای بسیاری از کودکان یک وضعیت ناراحت‌کننده و دشوار می‌باشد. حمایت‌های عاطفی خانواده به روند درمان و کنترل استرس کمک می‌کند.

۱۶. شغل مناسب انتخاب کنید.

بالغین جوان مبتلا به درماتیت آتوپیک باید شغلی را انتخاب کنند که در کمترین حد ممکن در معرض مواد شیمیایی تحریک‌کننده قرار گیرند. دستکش‌های محافظت‌کننده با روکش داخلی نخی به جلوگیری از تحریک پوست کمک می‌کند.

۱۷. مراقبت از پوست را بعد از بهبودی نیز ادامه دهید.

مناطق از بدن که قبلاً درگیر اگزما بوده، ممکن است دوباره به آسانی تحریک شوند در نتیجه نیاز به مراقبت‌های خاص دارند. از این رو توصیه می‌شود مصرف مرطوب‌کننده را ادامه دهید.



پیش آگهی بیماری

درماتیت آتوپیک با دوره‌های شعله‌ور شدن و به دنبال آن فروکش علائم مشخص می‌شود. با گذشت زمان دوره‌های شعله‌ور شدن بیماری به تدریج کاهش می‌یابد. شیرخواران مبتلا به درماتیت آتوپیک احتمال بیشتری برای ابتلا به آسم و رینیت آلرژیک در دوران کودکی و نوجوانی نسبت به سایر کودکان دارند. اگرچه این امر نیاز به کنترل مرتب بیمار توسط پزشک دارد ولی نباید موجب نگرانی والدین شود چرا که با رعایت توصیه‌ها و مراقبت‌های لازم این احتمال کاهش می‌یابد. اگرچه بیماری مزمن است، والدین باید اطمینان داشته باشند که به تدریج از شدت علائم کاسته خواهد شد و بیشتر کودکان کاملاً بهبود می‌یابند.

چه زمانی به پزشک مراجعه کنم؟

- در صورتی که آگزما با راهکارهای غیر دارویی کنترل نمی‌شود.
- علائم بیماری در حال بدتر شدن باشند و درمان‌ها کارآمد نباشند.
- مشاهده علائم عفونت مانند تب، قرمزی، گرمی، تاول‌های چرکی یا تب خال

و در پایان ...

گاهی درماتیت آتوپیک سبب بروز مشکلات روحی برای کودک و خانواده وی می‌شود و کیفیت زندگی آنها را به شدت کاهش می‌دهد. از آنجا که ظاهر کودک تحت تاثیر قرار می‌گیرد، کودک و والدین اغلب خشمگین می‌شوند. خارش بی وقفه کودک را به خصوص هنگام خواب آزار می‌دهد و باعث مختل شدن خواب او می‌شود.

والدین با شناخت عوامل محرکی که باعث شروع و یا تشدید اگزما کودک می‌شوند، داشتن برنامه منظم جهت استحمام و مرطوب کردن پوست او و مصرف صحیح داروها، بیماری کودک خود را کنترل می‌کنند، اما با توجه به ماهیت عودکننده این بیماری گاهی اگزما کنترل نمی‌شود و با وجود رعایت دقیق همه موارد شعله‌ور می‌شود. با ظهور اولین علائم عود بیماری به پزشک متخصص مراجعه کنید.

توصیه می‌شود والدین هر روز با نگرانی پوست کودک را جهت پیدا کردن ضایعات جدید بررسی نکنند و دائما در حضور کودک در مورد بیماری او صحبت نکنند. کنترل این بیماری به پایش روند درمان توسط پزشک و همراهی کودک و خانواده وی نیاز دارد. در صورتی که کودک به مهد و یا مدرسه می‌رود، مربی و معلم او را نسبت به شرایط کودک آگاه نمایید. این کار باعث می‌شود آنها در اجتناب از مواجهه با آلرژن‌ها و عوامل محرک به کودک کمک کنند. مانند هر بیماری مزمن دیگر والدین باید تحت حمایت قرار گیرند، به پزشک متخصص به راحتی دسترسی داشته باشند و به راحتی بتوانند درباره مشکلات مختلفی که آنها را درباره بیماری و روند درمان نگران ساخته است صحبت کنند. از آنجا که شیوه زندگی و درمان‌های غیر دارویی در کنترل درماتیت آتوپیک موثر هستند، والدین می‌توانند با مطالعه و به روز نمودن اطلاعات خود از منابع معتبر نقش مهمی در روند درمان کودک داشته باشند.



References

1. Nelson Textbook of Pediatrics 20th edition
2. Habif Clinical Dermatology 6th edition
3. Applied Therapeutics 11th edition
4. National Eczema Association. <https://nationaleczema.org>
5. Neonatal and Infant Dermatology 3rd edition
6. American Academy of Dermatology. <https://www.aad.org>
7. American Academy of Allergy Asthma & Immunology. <https://www.aaaai.org>
8. Atopic eczema Fondation Dermatite Atopique Research & Education. <https://www.fondation-dermatite-atopique.org>
9. American Family Physician. Atopic Dermatitis: An Overview. <https://www.aafp.org>
10. Eichenfield LF, Tom WL, Chamlin SL, Feldman SR, Hanifin JM, Simpson EL, et al. Guidelines of care for the management of atopic dermatitis: section 1. Diagnosis and assessment of atopic dermatitis. *J Am Acad Dermatol.* 2014 Feb; 70(2):338-51.
11. Uptodate
12. Eichenfield LF, Tom WL, Berger TG, Krol A, Paller AS, Schwarzenberger K, et al. Guidelines of care for the management of atopic dermatitis: section 2. Management and treatment of atopic dermatitis with topical therapies. *J Am Acad Dermatol.* 2014 Jul; 71(1):116-32.
13. Sidbury R, Davis DM, Cohen DE, Cordoro KM, Berger TG, Bergman JN, et al. Guidelines of care for the management of atopic dermatitis: section 3. Management and treatment with phototherapy and systemic agents. *J Am Acad Dermatol.* 2014 Aug; 71(2):327-49.
14. Sidbury R, Tom WL, Bergman JN, Cooper KD, Silverman RA, Berger TG, et al. Guidelines of care for the management of atopic dermatitis: Section 4. Prevention of disease flares and use of adjunctive therapies and approaches. *J Am Acad Dermatol.* 2014 Dec; 71(6):1218-33.

15. Sidbury R, Kodama S. Atopic dermatitis guidelines: Diagnosis, systemic therapy, and adjunctive care. *Clinics in Dermatology*. 2018;36(5):648-52.
16. SHOKOUHI SHOORMASTI R, POURPAK Z, FAZLOLLAHI MR, KAZEMNEJAD A, NADALIF, EBADI Z, TAYEBI B, MOSLEMI M, KARIMI A, VALMOHAMMADIS, NAZEMI AM, MARI A, MOIN M. The Prevalence of Allergic Rhinitis, Allergic Conjunctivitis, Atopic Dermatitis and Asthma among Adults of Tehran. *IJPH*. 47(11):1749-55.
17. Devillers AC, Oranje AP. Wet-wrap treatment in children with atopic dermatitis: a practical guideline. *Pediatric dermatology*. 2012;29(1):24-7.
18. Clinical Overview Atopic dermatitis/eczema Elsevier Point of Care Updated July 27, 2018
19. Weidinger S, Novak N. Atopic dermatitis. *Lancet (London, England)*. 2016;387(10023):1109-22.

Atopic Dermatitis (Eczema) In Infants and Children

Written by:

Dr.Parichehr Bahraini, Dr.Parvin Mansouri, Dr.Zahra Pourpak



UNESCO chair in Health Education
Immunology, Asthma and Allergy Research Institute
Tehran University of Medical Sciences and Health Service



SSRC
Skin & Stem Cell
Research Center



Tehran University
of Medical Sciences



Immunology
Asthma & Allergy Institute
