

پایان

طبابت هنر است،

هنر هماهنگی قلب و اندیشه.



سرشناسه	: وفایی، ایمان، ۱۳۶۵-
عنوان و نام پدیدآور	: پوست در کودکان: کتاب جامع آمادگی آزمون ارتقاء و بورد Nelson textbook of pediatrics 2020 ترجمه و تلخیص ایمان وفایی.
مشخصات نشر	: تهران: مهرداد، ۱۴۰۰.
مشخصات ظاهری	: ۳۱۴ ص.
شابک	: ۲,۶۹۰,۰۰۰ ریال: 4-50-7659-622-978
وضعیت فهرست نویسی	: فیبا
یادداشت	: کتاب حاضر ترجمه و تلخیص بخش‌هایی از کتاب "Nelson textbook of pediatrics, 21 st. ed, c2020" است.
موضوع	: مورفولوژی پوست
موضوع	: اصول درمان
موضوع	: نقایص پوستی
موضوع	: نوزاد -- بیماری‌ها -- تشخیص
موضوع	: Infants -- Diseases -- Diagnosis
موضوع	: پزشکی کودکان -- آزمون‌ها و تمرین‌ها
موضوع	: Pediatrics -- Examinations, questions, etc.
شناسه افزوده	: نلسون، والدو امرسون، ۱۸۹۸-۱۹۹۷ م. اصول طب کودکان
رده‌بندی کنگره	: HJ۹۲
رده‌بندی دیویی	: ۳۶/۶۶۵
شماره کتابشناسی ملی	: ۹۶۸۶۵۲۳

درسنامه: پوست در کودکان برگرفته از کتاب
"Nelson Text Book Of Pediatrics 2020(edition 21)" است.
ترجمه و تلخیص: دکتر ایمان وفایی
ناشر: انتشارات مهرداد
صفحه‌آرا: رزیدنت یار - زهرا علی‌زاده
طراح و گرافیک: رزیدنت یار - مهرداد فیضی

آدرس: تهران میدان انقلاب - کارگر جنوبی - خیابان روانمهر - بن بست دولتشاهی پلاک ۱ واحد ۱۸
شماره تماس: ۰۲۱ - ۶۶۴۱۹۵۲۰

هر گونه کپی‌برداری از این اثر پیگرد قانونی دارد.

پوست در کودکان

کتاب جامع آمادگی آزمون ارتقاء و بورده و فوق تخصص ۱۴۰۱

Nelson Text Book Of Pediatrics 2020

ترجمه و تلخیص

دکتر ایمان وفایی

بورده تخصصی کودکان، نوجوانان و تکامل

سخن ناشر:

سپاس و ستایش شایسته پروردگاری که کرامتش نامحدود و رحمتش بی‌پایان است. اوست که بشر را دانش بیاموخت و با قلم آشنا کرد. به انسان رخصت آن داد که علم را به خدمت گیرد و با قلم خود و رسم خطوط گویا آن را به دیگران نیز بیاموزد.

خدایا از شاگردان درگاهت و حقیقت‌جویان راهت قرارم ده و یاری‌ام کن تا در آموختن نلغزم و آنچه را آموختم، به شایستگی عرضه کنم.

رزیدنت‌یار، حامی و پیشرو در نظام کمک آموزشی پزشکی کشور به سبک نوین و مطابق با آخرین پیشرفت‌های آموزشی در حیطه پزشکی با کادری مجرب و آشنا طی ۱۲ سال گذشته از منظر متخصصین همواره بهترین محصولات را ارائه و در دسترس مخاطبین خود قرار داده است.

اثر پیش رو با توجه به محتوی بسیار غنی در مبحث کودکان گردآوری شده و با استفاده از مفهومی نمودن مباحث و روان‌سازی توسط مؤلف محترم از منابع و رفرنس بوده و در روال گذر از گروه کنترل کیفیت رزیدنت‌یار با جمعی از اساتید رتبه A را به خود اختصاص داده است، امید است با مطالعه تمام مباحث پیش رو با یاری خداوند متعال پیروز و پایدار باشید.

مدیرمسئول انتشارات

با ما در تماس باشید:

۰۲۱ - ۸۸ ۹۴۵ ۲۱۶ ۰۲۱ - ۸۸ ۹۴۵ ۲۰۸

آدرس الکترونیک مؤسسه رزیدنت‌یار:

www.residenttyar.com

info@residenttyar.com

در تلگرام با ما همراه باشید:

<https://t.me/residenttyar>

مقدمه مولف

با سلام و عرض ادب خدمت همکاران گرامی؛

از ابتدای ورود به عرصه مقدس پزشکی همواره سعی در نگارش کتب پزشکی جهت استفاده همکاران گرانقدرم داشته‌ام تا بتوانم قدم هر چند کوچک در عرصه پزشکی برداشته باشم.

همکاران گرامی بورد شهریور ۱۴۰۰ برای چندمین بار نشان داد که دیگر با خواندن چکیده و خلاصه نمی‌توان این آزمون سرنوشت‌ساز را با موفقیت گذراند، بنابراین بیش از پیش نیاز به مجموعه‌های کامل با مثال‌های فراوان و تصاویر کامل احساس می‌شود. کتاب حاضر گزیده‌ای از مطالب مهم در مبحث پوست نلسون ۲۰۲۰ می‌باشد. جهت مطالعه این کتاب، نکات ذیل را خدمت‌تان یادآور می‌شوم:

۱. نکاتی بصورت بیشتر بدانید در متن کتاب برای توضیح مطالب مطرح گردیده است.
۲. مواردی که در نلسون ۲۰۲۰ تغییر نموده یا اضافه شده است کاملاً مشخص گردیده است تا همکاران بتوانند نکات جدید را با دقت بیشتر مطالعه نمایند چرا که تجربه نشان داده است طراحان محترم سوال، نگاه ویژه‌ای به این مباحث دارند.
۳. همه سوالات ارتقا و بورد تا سال ۱۴۰۰ بدون حذف حتی یک مورد در پایان هر فصل به تفکیک پاسخ کاملاً تشریحی همراه با مشخص کردن کلیدهای تشخیصی برای هر سوال قرار داده شده است تا بی‌نیاز برای کتابهای تست گردید.
۴. از خدمات دیگری که برای شما عزیزان در این کتب انجام دادم آوردن سوالات فوق تخصص در متن کتاب برای تفهیم بیشتر مطالب می‌باشد.
۵. تصاویر مهم کتاب با توضیح کافی در هر مبحث گنجانده شده است تا با خواندن این مجموعه بتوانید برای آزمون بورد شفاهی (KFP) نیز همزمان آمادگی لازم را بیابید. همچنین برای مرور آسکی تصاویر مهم به صورت جداگانه در پایان کتاب چاپ شده است تا شب امتحان آسکی با ورق زدن کتاب به هدف مورد نظرتان دست یابید.

۶. از دیگر ویژگیهایی که برای این مجموعه می‌توان نام برد این است که در پایان هر مبحث نکاتی با نام افشره آورده شده است که بتوان جمع‌بندی کوتاهی در پایان هر فصل داشت.

۷. همکاران گرامی طبق اصول خلاصه نویسی بر این باورم که مطالب مشترک در کتب مختلف بهتر است در جایگاه خودشان عنوان گردد، زیرا که علاوه بر حافظه نوشتن و خواندن و شنیدن، حافظه تصویری مهمترین حافظه‌ای است که به کمک افراد می‌آید تا مطالب را فراگیرند.

۸. از نقاط قوت دیگر این مجموعه گنجاندن تصاویر خارج از کتاب برای سندرم‌های مهمی باشد که در کتاب نمونه مشابه نداشته که این امر منجر به یادگیری بسیار مفهومی مطالب خواهد شد.

همیشه بر این باور هستم که در ابتدای راه هستیم و برای رسیدن به قله موفقیت باید راههای طولانی طی کنیم. امیدوارم با مطالعه این مجموعه همکاران گرامی بتوانند بهترین نتیجه را در آزمونهای ارتقا و بورد بدست آورند.

در پایان از زحمات پدرم، دکتر باقر وفایی متخصص اعصاب و روان استاد دانشگاه و مادرم مربی دانشگاه علوم پزشکی نهایت قدردانی و تشکر دارم که همواره راهنما، همراه و کارگشایم بوده‌اند. همچنین از تمام همکاران خود در مجموعه رزیدنت‌یار بخصوص مدیر مسئول محترم آقای دکتر فیضی و آقای دکتر رسولی نهایت سپاس را دارم.

در صورت وجود هرگونه سوال می‌توانید سوالات خود را در اینستاگرام از طریق لینک زیر مطرح نمایید:

<https://instagram.com/dr.i.vafaei>

دکتر ایمان وفایی

متخصص کودکان، نوجوانان و تکامل

دارای بورد تخصصی



فهرست

- فصل ۶۶۳ و ۶۶۴- مورفولوژی پوست و ارزیابی بیمار.....
- فصل ۶۶۵- اصول درمان.....
- فصل ۶۶۶- بیماری‌های نوزادان.....
- سوالات و پاسخنامه فصل ۶۶۶.....
- فصل ۶۶۷- نقایص پوستی.....
- فصل ۶۶۸- دیس‌پلازی اکتودرمال.....
- سوالات و پاسخنامه فصل ۶۶۸.....
- فصل ۶۶۹- اختلالات عروقی.....
- سوالات و پاسخنامه فصل ۶۶۹.....
- فصل ۶۷۰- خال‌های پوستی.....
- فصل ۶۷۱- ضایعات هیپرپیگمانته.....
- سوالات و پاسخنامه فصل ۶۷۱.....
- فصل ۶۷۲- ضایعات هیپوپیگمانته.....
- سوالات و پاسخنامه فصل ۶۷۲.....
- فصل ۶۷۳- اختلالات وزیکولوبولوز.....
- سوالات و پاسخنامه فصل ۶۷۳.....
- فصل ۶۷۴- بیماری‌های اگزماتوز.....
- سوالات و پاسخنامه فصل ۶۷۴.....
- فصل ۶۷۵- حساسیت به نور.....
- سوالات و پاسخنامه فصل ۶۷۵.....
- فصل ۶۷۶- بیماری‌های اپی‌درم.....

.....	سوالات و پاسخنامه فصل ۶۷۶
.....	فصل ۶۷۷ - اختلالات کراتینیزاسیون
.....	فصل ۶۷۸ - بیماری‌های درم
.....	فصل ۶۷۹ - سندرم اهلرز دانلوس
.....	فصل ۶۸۰ - بیماری‌های بافت زیرجلدی
.....	فصل ۶۸۱ - اختلالات غدد عرق
.....	سوالات و پاسخنامه فصل ۶۸۱
.....	فصل ۶۸۲ - اختلالات مو
.....	سوالات و پاسخنامه فصل ۶۸۲
.....	فصل ۶۸۳ - اختلالات ناخن
.....	سوالات و پاسخنامه فصل ۶۸۳
.....	فصل ۶۸۴ - بیماری غشاهای مخاطی
.....	فصل ۶۸۵ - عفونت‌های پوستی باکتریال
.....	سوالات و پاسخنامه فصل ۶۸۵
.....	فصل ۶۸۶ - عفونت‌های قارچی
.....	سوالات و پاسخنامه فصل ۶۸۶
.....	فصل ۶۸۷ - عفونت‌های ویروسی
.....	سوالات و پاسخنامه فصل ۶۸۷
.....	فصل ۶۸۸ - گزش
.....	سوالات و پاسخنامه فصل ۶۸۸
.....	فصل ۶۸۹ - آکنه
.....	فصل ۶۹۰ - تومورهای پوستی
.....	سوالات و پاسخنامه فصل ۶۹۰
.....	فصل ۶۹۱ - درماتوزهای تغذیه‌ای
.....	سوالات و پاسخنامه فصل ۶۹۱
.....	اطلس آموزشی و مرور



مورفولوژی پوست و ارزیابی بیمار

فصل ۶۶۳ و ۶۶۴ Section 663, 664

۱) **ماکول:** لمس نمی‌شود کمتر از ۱ cm است. پیچ ماکولی است که بزرگتر از ۱ cm است.

راه: ماچ

ماکول پیچ

۲) **پاپول:** سفت و قابل لمس و به اندازه ۱ cm < است.

پلاک مثل پاپول است ولی بزرگتر است.

۳) **وزیکول:** ضایعات برجسته حاوی مایع است. > ۱ cm است.

تاول وزیکولی است که < ۱ cm است.

۴) **پوسچول:** حاوی چرک است.

۵) **کیست:** ضایعات با دیواره ضخیم است.

۶) **پورپورا:** خونریزی به پوست است و برجسته است.

۷) **پنتشی:** پورپورای کوچک < ۳-۲ mm

۸) **اروزیون:** از دست رفتن موضعی اپیدرم بدون بر جا گذاشتن اسکار است.

۹) **اولسر:** به درم گسترش می‌یابد و اسکار بر جا می‌گذارد.

۱۰) **فیشر:** ناشی از شکاف و شکستگی پوست است.

۱۱) **کراست:** تجمعات باقی مانده خون/ چربی و دبری‌های اپی‌تلیال است.

۱. لامپ وود:

• فلورسانس طلایی ← ماکول‌های تینئا ورسیکالر

• اریتراسما ← فلورسانس صورتی - نارنجی

• پسودومونا ← زرد - سبز

• تینئا کپتیس ← آبی - سبز





۲. اسمیر T-zank برای هرپس زوستر و واریسلا زوستر به کار می‌رود.
PCR و ایمونوفلورسانس مستقیم جایگزین T-zank شده است.

Table 664.1

Immunofluorescence Findings in Immune-Mediated Cutaneous Diseases

DISEASE	INVOLVED SKIN	UNINVOLVED SKIN	DIRECT IF FINDINGS	INDIRECT IF FINDINGS	CIRCULATING ANTIBODIES
Dermatitis herpetiformis	Negative	Positive	Granular IgA ± C in papillary dermis	None	IgA antiendomysial and transglutaminase antibodies
Bullous pemphigoid	Positive	Positive	Linear IgG and C band in BMZ, occasionally IgM, IgA, IgE	IgG to BMZ	IgG anti-BP180 and anti-BP230
Pemphigus (all variants)	Positive	Positive	IgG in intercellular spaces of epidermis between keratinocytes	IgG to intercellular spaces of epidermis between keratinocytes	IgG antidesmoglein 1 and 3 (pemphigus vulgaris and foliaceus). IgA antidesmocollin 1 (IgA pemphigus).
Linear IgA bullous dermatosis (chronic bullous dermatosis of childhood)	Positive	Positive	Linear IgA at BMZ, occasionally C	Low titer, rare IgA, anti-BP180	None
Discoid lupus erythematosus	Positive	Negative	Linear IgG, IgM, IgA, and C3 at BMZ (lupus band)	None	Usually ANA-negative
Systemic lupus erythematosus	Positive	Variable; 30–50% of sun-exposed skin; 10–30% of photoprotected skin	Linear IgG, IgM, IgA, and C3 at BMZ (lupus band)	None	ANA Anti-Ro (SSA), anti-La (SSB) Anti-RNP Anti-dsDNA Anti-Sm
Henoch-Schönlein purpura	Positive	Positive	IgA around vessel walls	None	None

ANA , Antinuclear antibody; BMZ , basement membrane zone at the dermal-epidermal junction; BP , bullous pemphigoid; C , complement; dsDNA , double-stranded deoxyribonucleic acid; IF , immunofluorescence; Ig , immunoglobulin; Sm , Smith; SSA/SSB , Sjögren syndrome A/B; RNP , ribonucleoprotein.





مورفولوژی پوست و ارزیابی بیمار

رژیدنت‌بار انتشارات و آموزش پزشکی

۳. تظاهرات پوستی بیماری‌های سیستمیک:

Table 664.2 Characteristics of Cutaneous Signs of Systemic Diseases—cont'd

DISEASE	AGE OF ONSET	SKIN LESIONS	DISTRIBUTION	DIAGNOSTIC EVALUATION(S) AND FINDINGS	ASSOCIATED SYMPTOMS/SIGNS	DIFFERENTIAL DIAGNOSIS
Kawasaki disease	Infancy, childhood	Erythematous maculopapular to urticarial plaques; acral edema, desquamation	Diffuse	Leukocytosis ESR C-reactive protein Thrombocytosis	Strawberry tongue Conjunctivitis Lymphadenopathy Cardiovascular complications	Viral syndrome Drug eruption Staphylococcal/streptococcal illness
Inflammatory bowel disease	Childhood and adolescence	Aphthae; erythema nodosum; pyoderma gangrenosum; lip swelling	Oral and perianal predominate	Skin biopsy	Abdominal pain Diarrhea Cramping Arthritis Conjunctivitis	Behçet syndrome Vasculitis Yersinia colitis
Sweet syndrome	Any	Infiltrated erythematous, edematous plaques	Head and neck predominate	Skin biopsy Leukocytosis ESR	Fever Flu-like illness Conjunctivitis	Infection Urticaria Erythema multiforme Urticarial vasculitis Systemic autoimmune/inflammatory diseases*
Graft versus host disease	Any	Acute: erythema, papules, vesicles, bullae	Diffuse with predilection for head/neck and palms/soles	Skin biopsy Liver function	Fever Mucositis Hepatitis	Drug eruption Infectious exanthem
Drug rash with eosinophilia and systemic symptoms (DRESS syndrome)	Any	Erythema, urticarial macules and plaques	Diffuse	Liver function Eosinophilia Atypical lymphocytosis	Facial edema Lymphadenopathy Fever Hepatitis	Stevens-Johnson syndrome Infectious exanthem
Serum sickness-like reaction (SSLR)	Any	Edematous, urticarial plaques	Diffuse	None	Fever Lymphadenopathy Arthritis, nephritis	Kawasaki disease Urticaria

ALT, Alanine aminotransferase; ANA, antinuclear antibodies; AST, aspartate aminotransferase; dsDNA, double-stranded deoxyribonucleic acid; ESR, erythrocyte sedimentation rate; SSA/SSB, Sjögren syndrome A/B; *NOMID, Neonatal onset multisystem inflammatory disease and other recurrent fever syndromes.





لوپوس:

چهار معیار از ۱۱ معیار باید \oplus باشد که ۳ مورد آن پوستی است.

(۱) مالار راش یا راش پروانه‌ای



FIG. 664.1 Malar rash of systemic lupus erythematosus.

(۲) ضایعات دیسکوئید

(۳) ضایعات حساس به نور



FIG. 664.2 Photosensitive rash of systemic lupus erythematosus.



FIG. 664.3 Annular plaque in neonatal lupus erythematosus.



FIG. 664.4 Erythematous scaly plaque of discoid lupus erythematosus

لوپوس نوزادی:

پلاک‌های آنولر/ اریتماتو/ پوسته‌دار می‌باشد.

تلانژکتازی شایع است. نور فرابنفش ضایعات پوستی را تشدید می‌کند.

anti La SSB /anti RO /SSA

باعث ضایعات پوستی موقت می‌شود.

- تست ANA مادری ضرورت دارد.



لوپوس اریتماتو دیسکوئید (DLE):

- در اواخر نوجوانی شایع است.
- پلاک مزمن / اریتماتو / پوسته‌دار / آتروفیک است.

درماتومیوزیت جوانان:

- ضایعات هلیوتروپ: اطراف چشم
- ظاهر چشمان راکون: درگیری پلک‌ها
- پاپول‌های گوترون: روی مفاصل است.



FIG. 664.5 Gottron papules in juvenile dermatomyositis.

- دست مکانیک ← هیپرکراتوز کف دست
- نشانه شال ← روی کمر بند شانه‌ای

۴. واسکولیت‌ها:

به واسطه ایمنی عروقی رخ می‌دهد.

هنوخ HSP:

ضایعات پورپورای برجسته بیشتر نواحی تحت جاذبه





FIG. 664.6 Purpura of the lower leg in Henoch-Schönlein purpura.

ادم حاد هموراژیک:

بیشتر صورت درگیر است و در سنین شیرخوارگی رخ می‌دهد.

تشخیص: بیوپسی پوستی و رسوب IgA در دیواره عروق

کاوازاکی:

- (۱) سن کمتر از ۵ سالگی + تب بالا
 - (۲) ابتدا به صورت اریتم و پوسته‌ریزی ناحیه پرینه را درگیر می‌کند.
 - (۳) پوسته‌ریزی سایر نواحی دیرتر رخ می‌دهد.
 - (۴) کونژنکتیویت غیرچرکی با عدم درگیری لیمپوس و پلاک زبانی
- درمان: آسپرین و IVIg

بیماری بهجت:

۱. ضایعات آفت مانند چشمی/دهانی/ژنیتال
۲. استئوماتیت آفتی راجعه
۳. زخم‌های ژنیتال
۴. زخم شدگی پری‌آنال
- ۵) بیماری‌های گوارشی:

IBD





کرون	UC
فیشر پری آنال زاویه پوستی آبسه / سینوس / فیستول	پیودرماگانگروونوزوم ترومبوفلبیت

درمان: آزاتیوپرین ← ↑ خطر بدخیمی پوستی

(۶) تظاهرات پوستی بدخیمی:

۱. سندرم سوئیت: درماتوز نوتروفیلیک تبار حاد است که با AML در ارتباط است. با تب/ آنمی/ لکوسیتوز همراه است.
✓ زخم‌های دهانی شایع است.



FIG. 664.7 Clinical picture of idiopathic Sweet syndrome.

درمان: کورتون

۲. اریتم مهاجر نکرولیتیک (سندرم گلوکاگونوما)

- ✓ اریتم مهاجم نکرولیتیک در زمینه بدخیمی‌های پانکراسی است. پیچ و پلاک چندوجهی است.
- ✓ ضایعات دردناک یا خارش‌دار هستند و به یکدیگر متصل می‌شوند و مرکز پاک همراه با وزیکول/ کراست و پوسته است.





بیوپسی: نکرولیز سطحی + ارتشاح

تشخیص: \uparrow سطح گلوکاگون / هیپرگلیسمی / هیپوآمینواسیدمی

درمان: اکثرئوتاید

(۷) واکنش‌های پوستی در زمینه سرکوب ایمنی:

GVHD:

بثورات موربیلی فرم ماکولوپاپولر که به طور تپیک ۱-۳ هفته پس از پیوند که ابتدا از نواحی فوقانی مثل سر و گردن شروع شده و به سمت اندام‌های تحتانی انتشار می‌یابد.



FIG. 664.8 Lichenoid eruption in chronic graft versus host disease.

پلاک‌های اسکروتیک، پویکیلودرمی پوسته ریزنده است.

درمان: سرکوب ایمنی مثل کورتون

محافظت از آفتاب

(۸) واکنش‌های چند سیستمی دارویی:

۱. DRESS: بثورات دارویی با ائوزینوفیلی و علائم سیستمیک ۲-۶ هفته پس از مواجهه با داروهایی مثل

فنوباربیتال / فنی‌توئین / لاموتریژین یا دیگر داروها مثل آلپورینول / مینوسیکلین و سولفونامیدها و ...

تب / بثورات / هپاتیت ← که با لنفادنوپاتی همراه است.

ائوزینوفیلی < 500 و لنفوسیتوز آتیپیک رخ می‌دهد.





FIG. 664.10 A 9 yr old boy with cerebral palsy and seizures treated with carbamazepine. Seventeen days after start of therapy he demonstrated fever, rash (exanthematous), lymphadenopathy, and nephritis, all part of a drug-induced hypersensitivity syndrome.

درمان:

- قطع دارو

- کورتون (ارتقاء)

۲. Serum sickness like syn:

پلاک مدور / کهیری با حاشیه مشخص و متصل شونده به هم / اریتم / ادم آکرال / آرتریت / آرترالژی /
لنفادنوپاتی و تب



FIG. 664.11 Serum sickness-like reaction is composed of urticarial plaques with an erythematous border and violaceous centers.



- ✓ برخلاف نوع تیپیک ← شواهد آزمایشگاهی وجود ندارد.
- ✓ به دنبال مواجهه با سفاکلرها و دیگر آنتی‌بیوتیک‌ها است.
- ✓ برخلاف DRESS، بیماری سرم به دنبال مواجهه مکرر دارویی رخ می‌دهد.

درمان:

- قطع دارو
- آنتی‌هیستامین خوراکی



FIG. 664.12 Urticaria. Transient well-circumscribed erythematous wheals occurred in this girl as a reaction to administration of cefixime. Note the edematous center and halo of erythema. Circling a lesion and noting whether it is clear 24 hours later facilitates diagnosis.



FIG. 664.13 Multiple fixed-drug eruption.

- ۳. پوسچولوز اگزانتمایی حاد ژنرالیزه:
چند ساعت تا چند روز پس از مواجهه روی می‌دهد.
با پوسچول‌های استریل متعدد غیرفولیکولی با ادم زمینه‌ای و اریتم همراه است و به صورت معمول روی صورت می‌باشد.
- ✓ تب + نوتروفیلی رخ می‌دهد.



- ✓ آئوزینوفیلی نسبت به DRESS کمتر شایع است.
 - ✓ اسمیر از پوسچول‌ها برای رد عفونت در زمینه لکوسیتوز، تب و بشورات پوسچولر لازم است.
- درمان: پانسمان مرطوب/امولینت/کورتون موضعی

Table 664.3
Drug Eruptions in Pediatric Patients

ERUPTION	KEY DRUGS	LESIONAL PATTERN	MUCOSAL CHANGES
Urticaria	Penicillins, cephalosporins, sulfonamides, aspirin/NSAIDs, radiocontrast media, TNF inhibitors	Pruritic erythematous wheals (Fig. 664.12)	None
Angioedema	Aspirin/NSAIDs, ACE inhibitors	Swelling of subcutaneous and deep dermal tissues	May be present
Serum sickness–like reaction	Cephalosporins, penicillins, minocycline, bupropion, sulfonamides	Annular urticarial plaques (Fig. 664.11)	None
Exanthematous	Any drug	Erythematous macules and/or papules	None
Drug rash with eosinophilia and systemic symptoms (DRESS syndrome)	Phenytoin, phenobarbital, carbamazepine, lamotrigine, allopurinol, sulfonamides, dapsone, minocycline	Edema; erythematous macules and/or papules; sometimes vesicles or bullae (Fig. 664.10)	May be present
Lichenoid	ACE inhibitors, β -blockers, gold salts, hydrochlorothiazide, hydroxychloroquine, penicillamine, griseofulvin, tetracycline, carbamazepine, phenytoin, NSAIDs	Discrete flat-topped, reddish purple papules and plaques	May be present
Fixed drug	Sulfonamides, ibuprofen, acetaminophen, tetracyclines, pseudoephedrine, barbiturates, lamotrigine, metronidazole, penicillin	Solitary to few erythematous, hyperpigmented plaques (Fig. 664.13)	Unusual
Pustular (acute generalized exanthematous pustulosis)	β -Lactam antibiotics, macrolides, clindamycin, terbinafine, calcium channel blockers, antimalarials	Generalized small pustules and papules (Fig. 664.14)	Unusual
Acneiform	Corticosteroids, androgens, lithium, iodides, phenytoin, isoniazid, tetracycline, B vitamins, azathioprine	Follicle-based inflammatory papules and pustules predominate	None
Pseudoporphyria	NSAIDs, cyclooxygenase-2 inhibitors, tetracyclines, furosemide	Photodistributed blistering and skin fragility	None
Vasculitis	Penicillins, NSAIDs, sulfonamides, cephalosporins	Purpuric papules, especially on the lower extremities; urticaria, hemorrhagic bullae, digital necrosis, pustules, ulcers	Rarely
Stevens-Johnson/toxic epidermal necrolysis	Sulfonamides, anticonvulsants, NSAIDs, allopurinol, dapsone	Target lesions, bullae, epidermal necrosis with detachment (see Figs. 673.3 and 673.4)	Present
Drug-induced lupus	Minocycline, procainamide, hydralazine, isoniazid, penicillamine, carbamazepine, chlorpromazine, infliximab	Rarely has skin manifestations but may be urticarial, vasculitic, erythematous	Rare

ACE , Angiotensin converting enzyme; NSAIDs , Nonsteroidal antiinflammatory drugs; TNF , tumor necrosis factor.





FIG. 664.14 Acute generalized exanthematous pustulosis is characterized by the acute onset of fever and generalized erythema with numerous, small, discrete, sterile, nonfollicular pustules. Pustules may appear in a few days after the drug therapy is started. Pustules resolve in <15 days, followed by desquamation.



اصول درمان

فصل ۶۶۵ Section 665

- (۱) ضایعات حاد مترشحه و مرطوب باید با پانسمان مرطوب و لوسیون یا کرم‌ها پانسمان گردند.
 - (۲) پوست خشک، ضخیم شده ← مثل آلرژی تماسی باید از پایه پماد استفاده کرد تا منافذ را مسدود کرده و رطوبت لازمه را ایجاد کند.
 - (۳) ژل‌ها و محلول‌ها برای ناحیه اسکالپ خوب است تا جذب مو گردد.
 - (۴) پمادها برای ایجاد سوزش کمتر خوب است.
 - (۵) لوسیون = آب + روغن که قابل افشاندن است.
 - (۶) کرم = امولوسیون آب + روغن است که غلیظ است.
 - روغن کرم نسبت به لوسیون بیشتر است.
 - (۷) پماد = روغن با مقداری آب است یا اصلاً آب ندارد.
 - ← کمترین غلظت از نظر مواد نگه دارنده دارند.
 - ← مؤثرترین نرم کننده است.
- پانسمان مرطوب:** با تبخیر، پوست را خنک نگه می‌دارد و با برداشتن زخم و آگزودا پوست را نرمال می‌کند.

برای مواردی مثل درماتیت مرطوب و مترشحه خوب است.

در درماتیت آتوپیک می‌توان از پانسمان مرطوب + کورتون استفاده کرد.

محلول Tar ← برای پسوریازیس و درماتیت آتوپیک کمک کننده است.

کلوئید ← خاصیت ضدخارش دارد.

پودرها ← عوامل جاذب در مناطقی که رطوبت زیاد است، به کار می‌رود.

← پودرها باعث ↓ اصطکاک دو سطح می‌شود، بنابراین بین چین‌های پوستی می‌دهند.





پودر در حامل پماد است.

خمیر

در نواحی درماتیت پوشک (diaper) باید از خمیر حاوی زینک استفاده کرد.

عوامل کراتولیتیک:

حاوی اوره هیدروفیلیک است ← طبقه شاخی را هیدراته می‌کند و پوست را منعطف می‌کند.
سالسیلیک اسید یک عامل کراتولیتیک مؤثر است ولی در شیرخواران نباید استفاده شود.
ترکیبات Tar ← از زغال سنگ استخراج می‌شود. برای بهبود کراتینیزاسیون به کار می‌رود. در آگزمای مزمن و پسوریازیس مفید است.

آنتی‌بیوتیک‌های موضعی:

- از استفاده موضعی AB‌هایی که به صورت Sys استفاده می‌شود باید اجتناب گردد چون باعث مقاومت دارویی می‌شود.
- پتانسیل حساسیت‌زایی در نئومایسین / نیتروفورازون باید در ذهن داشت.

کورتون‌های موضعی:

Table 665.1

Potency of Topical Glucocorticosteroids

Class 1—Superpotent

Betamethasone dipropionate, 0.05% gel, ointment
Clobetasol propionate cream, ointment, 0.05%
Halobetasol propionate cream, ointment, 0.05%

Class 2—Potent

Betamethasone dipropionate cream 0.05%
Desoximetasone cream, ointment, gel 0.05% and 0.25%
Fluocinonide cream, ointment, gel, 0.05%





اصول درمان

رژیم‌ت‌بار انتشارات و آموزش پزشکی

Class 3—Upper Mid-Strength

Betamethasone dipropionate cream, 0.05%
Betamethasone valerate ointment, 0.1%
Fluticasone propionate ointment, 0.005%
Mometasone furoate ointment, 0.1%
Triamcinolone acetonide cream, 0.5%

Class 4—Mid-Strength

Desoximetasone cream, 0.05%
Fluocinolone acetonide ointment, 0.025%
Triamcinolone acetonide ointment, 0.1%

Class 5—Lower Mid-Strength

Betamethasone valerate cream/lotion, 0.1%
Fluocinolone acetonide cream, 0.025%
Fluticasone propionate cream, 0.05%
Triamcinolone acetonide cream/lotion, 0.1%

Class 6—Mild Strength

Desonide cream, 0.05%

Class 7—Least Potent

Topicals with hydrocortisone, dexamethasone, flumethasone, methylprednisolone, and prednisolone

(۱) پر قدرت‌ترین: کلوبتازول / بتامتازون

(۲) ضعیف‌ترین: هیدروکورتیزون / دگزامتازون

جذب این موارد به صورت پماد یا ژل ↑ می‌یابد.

عوارض: آتروفی پوستی / استریا / تلانژکتازی / بثورات به صورت آکنه / پورپورا / هیپوپیگمانتاسیون / ↑ رشد مو
از عوارض سیستمیک می‌توان به اختلال رشد / کاتاراکت و سرکوب عملکرد آدرنال اشاره کرد.

استفاده از ضد آفتاب:

(۱) ضد آفتاب‌ها به واسطه SPF (فاکتور محافظت کننده آفتاب) سنجیده می‌شود.

که حداقل باید ۱۵ باشد و حداقل ۳۰ دقیقه قبل از مواجهه باید استفاده شود و هر یک ساعت پس از مواجهه با آفتاب تکرار شود.





بیماری‌های نوزادان

فصل ۶۶۶ Section 666

۱) هیپرپلازی سباسه: پاپول کوچک زرد - سفید روی پیشانی/ بینی/ لب بالای است.



FIG. 666.1 Sebaceous hyperplasia. Minute white-yellow papules on the nose of a newborn.

۲) میلیا: کیست‌های انکلیوزیونی اپیدرمی سطحی که حاوی مواد کراتینیزه ورقه ورقه شده است.

سفید/ شیری/ شبیه مروارید

روی صورت/ لثه/ روی خط وسط کام جایی که مروارید ایشتاین گویند.

۳) کوتیس مارموراتا (مرمری):

- زمانی که شیرخوار در معرض دمای پایین قرار گیرد حالت شبکه شبکه (تور مانند) - رتیکولر به

خود می‌گیرد.

- حالت گذرا است.

- واکنش واژوموتور به صورت فیزیولوژیک است.



FIG. 666.2 Newborn girl with reticulate erythema/livedo on legs, right arm, and cheeks.

۴) Harlequin color change (دلگکی):

- علت: عدم تعادل تنظیم عروقی اتونومیک
- از نظر ظاهری به دو نیم پرننگ پایینی و کمرنگ فوقانی است.
- این حالت چند دقیقه طول می کشد و گذرا است.
- با تغییر قرارگیری معکوس می شود.

۵) Salmon path (معمولاً دائمی هستند): (ارتقاء ۸۶)

لکه های سالمون ← ماکول های عروقی کوچک روی گلابلا/ پلک و لب فوقانی است. اتساع عروقی موضعی است. حین گریه کردن و تغییر دما تیره تر می شود.
✓ این ها دوطرفه هستند.

۶) Port wine stain ← خال های شرابی بزرگتر/ پرننگ تر/ یک طرفه هستند.

۷) Mongolian spot:

✓ ضایعات ماکولر آبی یا خاکستری در ناحیه ساکرال است.





FIG. 666.3 Extensive Mongolian spot on the back of a newborn.

- ✓ احتمال بدخیمی ندارد.
- ✓ به دلیل توقف مهاجرت ملانوسیت حاوی ملانین در ناحیه درم است.
- ✓ (۸) اریتم توکسیکوم ← خوش خیم/ خود محدود شونده و گذرا است.
- ✓ زرد رنگ تا سفید رنگ است با قوام سفت.



FIG. 666.4 Erythema toxicum on the trunk of a newborn infant.



- ✓ در سطح بدن پراکنده است ولی در کف دست و پا دیده نمی شود.
- ✓ حاوی ائوزینوفیل است.
- ✓ درمان نیاز نیست.

(۹) ملانوز پوسچولر: (ارتقا)

- ✓ خوش خیم و خود محدود شونده است. در نواحی گردن/ کمر/ اسکالپ/ اندامها و کف دست و پا دیده می شود.
- ✓ پوسچولها حاوی PMN هستند.

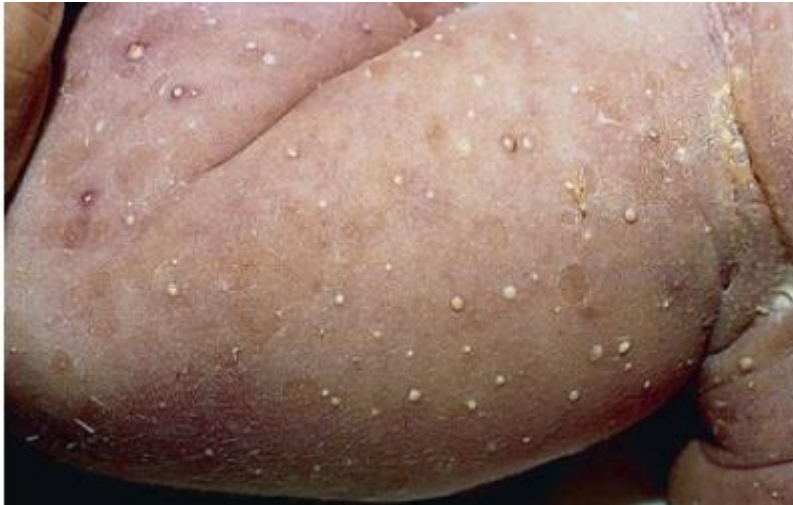


FIG. 666.5 Transient neonatal pustular melanosis. Multiple papules present at birth on the arm of an infant.

- ✓ در کف دست و پا دیده می شوند.
- درمان: نیاز نیست.

(۱۰) آکروپوسچولر شیرخوارگی:

- سن ۱۰-۲ ماهگی که ابتدا ضایعات به صورت پاپولر است. سپس به صورت وزیکولوپوسچولر دیده می شود.
- اسمیر حاوی PMN (نوتروفیل) است.



FIG. 666.6 Acropustulosis of infancy. Multiple tense erythematous papules and pustules on the palm of this 4 mo old girl.

درمان:

- ۱) کورتون موضعی
- ۲) آنتی‌هیستامین خوراکی
- ۳) دریافت دایسون



سوالات و پاسخنامه

فصل ۶۶۶

Section 666

۱. قدم اول درمانی در پوستولار ملانوزیس گذرای نوزادی چیست؟ (شهید بهشتی ۹۲)
- (الف) درمان آنتی‌بیوتیکی سیستمیک (ب) نیاز به درمان نمی‌باشد.
(ج) درمان آنتی‌بیوتیکی موضعی (د) درمان موضعی با کورتیکواستروئید

پاسخ: ب

ملانوز پوسچولر:

- ✓ خوش خیم و خود محدود شونده است. در نواحی گردن/ کمر/ اسکالپ/ اندامها و کف دست و پا دیده می‌شود.
✓ پوسچولها حاوی PMN هستند.
درمان: نیاز نیست.

۲. در معاینه نوزاد ترم متولد شده در بدو تولد ضایعات پوستی به شکل وزیکولوپوسچولر بر روی ناحیه چانه و گردن و پشت مشاهده می‌نمایید. در شرح حال مادر مشکل پرناتال وجود ندارد. محتمل‌ترین تشخیص کدام است؟ (مشهد ۹۲)

- (الف) هیپرپلازی غدد سبابه (ب) پوسچولار ملانوزیس
(ج) اریتم توکسیکوم (د) ضایعات قارچی

پاسخ: ب

ضایعات پوستی وزیکولوپوسچولر در نوزاد ترم به نفع ملانوزپوسچولر است.



