

فهرست مطالب

فصل ۱ - درمان موضعی	۱۱
اصول اولیه درمان	۱۱
کورتیکواستروئیدهای موضعی	۱۵
فصل ۲ - آگزما	۲۳
التهاب آگزمایی حاد	۲۳
درماتیت ریواسی‌ها (پیچک سمی، بلوط سمی، سماق سمی)	۲۶
التهاب تحت حاد آگزمایی (آگزمای تحت حاد)	۳۰
التهاب آگزمایی مزمن	۳۶
لیکن سیمپلکس مزمن	۳۹
آگزمای دست	۴۴
آگزمای استئاتوتیک (غیرچرب)	۵۰
پای ترک خورده یا شقاق دار	۵۳
درماتیت تماسی آلرژیک	۵۶
درماتیت تماسی تحریکی	۵۲
آگزمای نوک انگشت	۶۶
کراتولیز اکسفولیاتیو	۶۸
آگزمای نومولر	۷۰
پمفولیکس	۷۳
پروریگو ندولاریس (بیماری ندول‌های خارش دار)	۷۵
درماتیت ناشی از استاز	۷۸
زخم‌های وریدی پا	۸۱
درماتیت آتوپیک	۸۴
ایکتیوز ولگاریس اتوزوم غالب	۹۰
کراتوز پیلاریس	۹۱
پیتیریازیس آلبا	۹۳
فصل ۳ - کهیر	۹۶
کهیر حاد	۹۶
کهیر مزمن	۹۸
کهیر فیزیکی	۱۰۰
آنژیوادم	۱۰۲
ماستوسیتوز (کهیر بیگمنتوزا)	۱۰۴
پاپول‌ها و پلاک‌های کهیری خارش دار	۱۰۸
بارداری	۱۰۸
فصل ۴ - آکنه، روزاسه و سایر اختلالات مشابه	۱۱۱
آکنه	۱۱۱
درماتیت دور دهان	۱۱۸
روزاسه (آکنه روزاسه)	۱۲۰
هیدرآدنیت چرکی	۱۲۴
هیپریدروز	۱۲۸
فصل ۵ - سوریازیس و سایر بیماری‌های	
پاپولواسکوام	۱۳۰
سوریازیس (بهداشتی)	۱۳۰
درماتیت سبورئیک	۱۴۱
بیماری ۴ام (درماتوز آکانتولیتیک گذرا)	۱۴۶
پیتیریازیس روزه	۱۴۷
لیکن	۱۵۰
آکنه اسکروزه	۱۵۸
پیتیریازیس لیکنوئید آبله‌گون حاد و پیتیریازیس لیکنوئید مزمن	۱۶۲
فصل ۶ - عفونت‌های باکتریایی	۱۶۵
زرد زخم	۱۶۵
سلولیت	۱۶۹
باد سرخ (اریزیپلاس)	۱۷۳
فولیکولیت	۱۷۷
سودوفولیکولیت ریش (موی به داخل خزیده، ناهمواری ریش)	۱۷۹
فرونکل و کاربانکل (کورک و کفگیرک)	۱۸۲
فولیکولیت سودومونایی	۱۸۵
اوتیت خارجی	۱۸۷
فصل ۷ - بیماری‌های منتقله از راه تماس جنسی	۱۹۲
سیفلیس	۱۹۲
شانکروئید	۱۹۸
زگیل تناسلی (کندیلوما آکومیناتا)	۲۰۰
هرپس سیمپلکس تناسلی	۲۰۴
شپش عانه	۲۱۱
مولوسکوم کانتازیوزوم	۲۱۳

فصل ۸ - عفونت‌های ویروسی

- زنگار (ویروس انگاریس)
- زنگار مستطاع
- زنگار گلابی
- میانسکوه کانتز ویروس
- هرس سیمیکس (اسخالی)
- آله مرغان (پاریسل)
- پاریسل پوست
- بیماری تنه با و دهان
- زنگار ویروس

فصل ۱۲ - آلودگی‌های انگلی و گزشها

- ۲۱۸ گال (حرب)
- ۲۲۵ شپش (پدیپکولور)
- ۲۲۶ میازیس
- ۲۲۸ گزش زنبورها
- ۲۳۲ گزش عنکبوت بیوه سیاه
- ۲۴۰ گزش عنکبوت قهوه‌ای گوشه گیر
- ۲۴۵ بیماری لایم
- ۲۴۹ تب منقوط کومهای راکی
- ۲۵۳ گزش کک (Flea)
- لارو مهاجر پوستی (شورات خزنده)
- گزش مرحله آتشین
- خارش سگوان
- گازگسی انسان و حیوان

فصل ۹ - عفونت‌های قارچی

- کاندیدا (موتیلار)
- کاندیدا آلتیسس
- درمانت دیپار کاندیدا
- کاندیدامایس جن‌های پوستی بزرگ (کاندیدا ایترتریگو)
- نیما ورسکالر
- فولیکولیت مالاسریا
- نیما ناخن (الیکومایکوزیس)
- انگولار چیلت (رحم گوشه لب - Perlèche)
- عفونت قارچی پوستی

فصل ۱۳ - بیماری‌های وزیکلر و ناولی

- ۲۵۵ درمانت هرپتی فرم
- ۲۶۶ پمفیگوس و لگاریس
- ۲۵۵ پمفیگوس فولیاسه
- ۲۵۷ پمفیگولید ناولی

فصل ۱۰ - اگزانتها و واکنش‌های دارویی

- ۲۹۵ شورات ویروسی غیراختصاصی
- ۲۹۵ رزولا انفانوم
- ۲۹۸ اریتم عظمی با بیماری پنجم
- ۳۰۰ بیماری کاپوازاکی
- ۳۰۳ واکنش‌های دارویی پوستی
- ۳۰۶ سندرم شوک توکسیک

فصل ۱۴ - بیماری‌های بافت همبند

- ۳۰۳ لوپوس اریتماتوز
- ۳۰۳ لوپوس اریتماتوز پوستی مزمن
- ۳۰۳ لوپوس اریتماتوز پوستی تحت حاد
- ۳۰۳ لوپوس نوزادی
- ۳۰۳ لوپوس اریتماتوز پوستی حاد
- ۳۰۶ درماتومیوزیت
- ۳۱۴ اسکلرودرمی
- مورفئا

فصل ۱۱ - سندرم‌های افزایش حساسیت و واسکولیتها

- ۳۱۸ اریتم موتیلی فرم
- ۳۱۸ سندرم استیوس - جاسون و مکرور
- ۳۲۱ توکسیک ایدرم
- ۳۲۱ اریتم موریوم
- ۳۲۲ واسکولیت پوستی عروق کوچک (واسکولیت افزایش حساسیت)
- ۳۲۲ واسکولیت (بثورات خونی حوض شوش لای)
- ۳۳۰ بیماری شامبرگ (بثورات خونی شامبرگ)
- ۳۳۲ سندرم موریت
- ۳۳۵ واسکولیت
- ۳۳۸

فصل ۱۵ - بیماری‌های مرتبط با نور و اعصاب

- ۳۳۸ **پیکمانتاسیون**
- تخریب پوستی ناشی از آفتاب. پیری ناشی از نور آفتاب
- شورات نوری پلی مورف
- بورفریا کوانتانا ناردا
- ویتیلیگو
- هیوملانوز فطرهای ایدئوپاتیک
- لنتیگو، لنتیگو جوانان، لنتیگو آفتابی
- ملاسما (کلوسما یا ماسک حاملگی)

فصل ۱۶ - تومورهای خوش خیم پوست

۴۲۶	کراتوز سبورئیک
۴۲۶	زوائد پوستی (اکروکوردون)
۴۳۶	درمانوفیبروم
۴۳۸	کلونید و اسکار هیپرتروفیک
۴۴۱	کراتوآکانتوم
۴۴۴	خال سباسبه
۴۴۸	کندرودرماتیت ندولر لاله گوش
۴۵۱	کیست ایدرمی
۴۵۳	کیست مویی
۴۵۷	هیپرپلازی سباسبه
۴۵۹	سیرنگوما
۴۶۱	

فصل ۱۷ - تومورهای پیش بدخیم و تومورهای بدخیم غیرملانومی پوست

۴۶۴	کارسینوم سلول بازال
۴۶۴	سندرم خال سلول بازال (سندرم Gorlin)
۴۷۰	کراتوز آفتابی (اکتینیک)
۴۷۳	کارسینوم سلول سنگفرشی
۴۸۰	بیماری باون
۴۸۵	لوکوبلاکی
۴۸۹	لنفوم سلول T پوستی
۴۹۱	بیماری بازه پستان
۴۹۶	بیماری بازه خارج پستانی
۴۹۸	مناسازهای پوستی

فصل ۱۸ - خالها و ملانوم بدخیم

۵۰۶	خال ملانوسیستی اکتسابی
۵۰۶	خال ملانوسیستیک آتیپیک (خال دیس پلاستیک)
۵۱۱	ملانوم
۵۱۸	خال ملانوسیستیک مادرزادی
۵۲۶	مرحله بندی ملانوم
۵۲۸	

فصل ۱۹ - تومورها و مالفورمسیونهای عروقی

۵۳۲	همانژیوم شیرخوارگی
۵۳۲	ناهنجاریهای عروقی
۵۳۶	آنژیوم آلبالویی
۵۳۹	آنژیوکرآتوم
۵۴۱	دریاچه وریدی
۵۴۵	گرانولوم پیوزنیک
۵۴۶	سارکوم کابوزی
۵۴۹	تلانژکتازی
۵۵۱	

آنژیوم عنکبوتی (خال عنکبوتی)

۵۵۶	
۵۵۹	فصل ۲۰ - بیماریهای ناخن و موی ریزش موی مردانه (الویسی اندروژنیک)
۵۵۹	طاسی اندروژنیک در زنان (ریزش مو با الگوی زنانه)
۵۶۲	تلوزن افلوویوم
۵۶۴	الویسی آرناتا
۵۶۷	تریکتیلومانیا
۵۷۱	بیماریهای ناخن
۵۷۳	انیکولیز
۵۷۴	دفورمیتة عادتی (تیک)
۵۷۶	پسوریازیس
۵۷۶	پارونیشی خاد
۵۷۸	پارونیشی مزمن
۵۷۹	عفونت با گونه های سودومونایی
۵۷۹	ریش شدن کناره ناخن
۵۸۰	ناخن فرورفته داخل گوشت
۵۸۰	هماتوم زیر ناخن
۵۸۱	هسته های ناخن
۵۸۲	نوارهای لکه های سفید
۵۸۲	ریش ورقه شدن دیستال ناخن (انیکوشیزیا)
۵۸۳	خلوط بو (Beau)
۵۸۳	کیست موکوسی انگشت
۵۸۳	خالها و ملانوم
۵۸۵	عفونت های قارچی ناخن
۵۸۶	

فصل ۲۱ - بیماریهای نوزادان

۵۹۱	اریتم توکسیکوم نوزادی
۵۹۱	پوست مرمرین
۵۹۱	میلیاریا
۵۹۲	

فصل ۲۲ - تظاهرات پوستی بیماریهای داخلی

۵۹۴	سندرمهای اکتسابی پارانتوپلاستیک
۵۹۴	پوستی
۵۹۴	خارش
۵۹۵	درماتومیوزیت
۵۹۶	سندرم سوئیت
۵۹۷	سندرم کارسینوئید
۵۹۸	سندرم گلوکاگونوما
۵۹۹	پمفیگوس پارانتوپلاستیک
۶۰۰	نشانه لسر - ترلا
۶۰۱	سندرمهای پارانتوپلاستیک ارثی
۶۰۲	

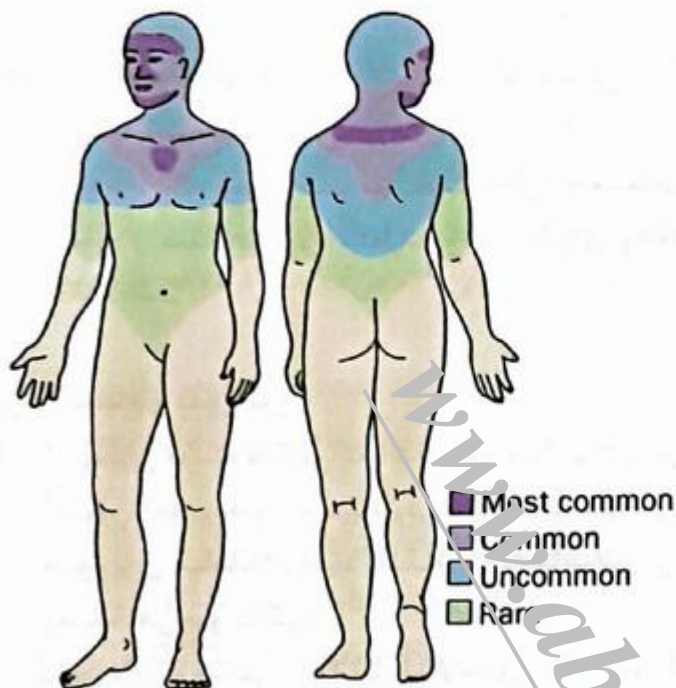
۶۰۳	فصل ۲۳ - لیزر در پوست	۶۰۳	سندرم کودن
۶۰۴	مقدمه	۶۰۴	سندرم گاردنر
۶۰۵	کاربرد لیزر در پوست	۶۰۵	سندرم مویر - نور
۶۰۷		۶۰۷	آکانتوز نیگریکانس
۶۰۹	فصل ۲۴ - ایشمانیا ریس	۶۰۹	نوروفیبروما نوز
۶۱۲	ایشمانیا ریس	۶۱۲	توبروس اسکروز
۶۱۶		۶۱۶	گرانولوم آنولر
۶۱۹	فصل ۲۵ - جذام (بیماری هانسن)	۶۱۹	نکروز بوزیس لیونیدیکا
۶۲۲	جذام	۶۲۲	پودرما کانگریوزوم

ضمیمه الف - مروری بر افلام دارویی مرجع

واژه‌ها

www.abadisteb.pub

James G. H. Dinulos



شکل ۳-۱. یاکرام توزیع آکنه.

بیماری‌های زمینه‌ای مثل هایپراندروژنیسم (هایپرپلازی مادرزادی آدرنال یا سندرم تخمدان پلی‌کیستیک) باید مدنظر قرار گیرد.

یافته‌های پوستی

- ضایعات آکنه به دو گروه التهابی و غیرالتهابی تقسیم می‌شوند.
- ضایعات غیرالتهابی شامل کومدون‌های باز (جوش سر سیاه) و کومدون‌های بسته (سر سفید) هستند.
- ضایعات التهابی به صورت پاپول، پوسچول، ندول و کیست‌های قرمز بروز می‌کنند.
- پارگی و ترمیم مکرر کیست‌ها، سینوس‌های اپیتلیالیزه شده‌ای را ایجاد می‌کند که اغلب با اسکارهای تغییر شکل دهنده، همراه خواهد بود.
- پاپول‌های زخمی شده در بیماری‌هایی که پاپول‌های آکنه را

آکنه

تعریف

■ آکنه یک ضایعه پاپولار یا پوسچولار است که صورت، قفسه سینه و پشت تنه را درگیر می‌کند.

شرح حال

- آکنه در سنین نوجوانی شایع است ولی می‌تواند تا دوران بزرگسالی نیز باقی بماند.
- ۲۰٪ از کسانی که دچار آکنه می‌شوند، فرم شدید آکنه را دارند که منجر به ایجاد اسکار می‌شود.
- آکنه می‌تواند خانوادگی باشد و افراد دارای سابقه خانوادگی آکنه اغلب در سنین پایین دچار آن می‌شوند.
- اگر هر دو والد آکنه داشته باشند، شانس ابتلای فرزند به آکنه ۷۵٪ خواهد بود.
- افزایش تولید سبوم، مسدود شدن انسداد فولیکول‌ها، التهاب و پروپیونی باکتریوم آکنس از عوامل ایجادکننده آکنه هستند.
- نقش تغذیه در ایجاد آکنه نامعلوم باقی مانده است، هر چند به مصرف لبنیات و قندهای ساده در برخی مطالعات اشاره شده است.
- انواع مختلفی از آکنه وجود دارد:
 - آکنه استروئیدی (آکنه پاپولار و پوسچولر که ۲ تا ۵ هفته پس از مصرف استروئید روی صورت و تنه ظاهر می‌شود).
 - آکنه نوزادی (کوچک‌تر از سن یک ماهگی)
 - آکنه شیرخواران (سنین یک ماهگی تا یک سالگی)
 - آکنه نکروتیک (آکنه اسکارگذار پوست سر)
 - آکنه conglobata (آکنه شدید، کیستیک و اسکارگذار در سینه، پشت و شانه‌ها)
 - آکنه اکسکوریه (خراشیده) ضایعات آکنه توسط بیمار دستکاری شده‌اند و زخم‌ها و اسکار به جا مانده است).

دستکاری می‌کنند دیده می‌شود (آکنه اکسکوریه یا دستکاری شده)

یافته‌های غیر پوستی

- افراد مبتلا به ازدیاد آندروژن‌ها، علایم ویریلیسم (کم پشت و نازک شدن موهای سر، هیرسوتیسم) و بلوغ زودرس پیدا می‌کنند.
- ندرتاً آکنه به همراه تب و علایم استخوانی مفصلی دیده می‌شود (آکنه فولمینانسی).
- به همراه آکنه ممکن است مشکلات روانی - اجتماعی مهمی از جمله افسردگی، اضطراب و اجتماع‌گریزی وجود داشته باشد.

آزمایشگاه و بیوپسی

- در بیماران مؤث، هنگامی که آکنه مقاوم و علایم افزایش آندروژن (مو در صورت، هیپرتروفی عضله، نامنظم شدن خونریزی ماهانه) وجود داشته باشد باید بررسی آزمایشگاهی صورت گیرد.
- آزمون‌های درخواستی باید شامل تستوسترون، LH، FSH و دهیدرواپی آندروسترون سولفات باشد.
- برای رد فولیکولیت عفونی می‌توان کشت باکتری در قارچ انجام داد.

تشخیص افتراقی

- روزاسه (کومدون ندارد ولی سمیت گزرگرفتگی و برافروختگی و پرخونی صورت وجه دارد)
- فولیکولیت باکتریایی (گرم مسی) و مخمری (معمولاً صورت را درگیر نمی‌کند).
- کراتوز پیلاریس (اغلب در سطح اکستنسور (extensor) بخش فوقانی بازو دیده می‌شود).
- درماتیت پری‌اورال (کومدون دیده نمی‌شود).

سیر و پیش‌آگهی

- بیماری در مردان شدیدتر است؛ مردان در مراحل دیررس‌تر بیماری به پزشک مراجعه خواهند کرد.
- آندروژن‌ها آکنه را بدتر می‌کنند. به ویژه در ورزشکاران استفاده از استروئیدهای آنابولیک باید بررسی شود.
- تشدید آکنه ممکن است در طی یک دوره استرس‌زا، قبل از

شروع خونریزی ماهیانه، به وسیله دارو کورتیکواستروئید، لیتیوم، ضد تشنج‌ها، داروهای ضد افسردگی (دیدها) روی دهد.

- استعداد تشکیل اسکار از فرد تا فردی دیگر متفاوت است
- ممکن است بی‌رنگ شدن قرمزی و پیگمانتاسیون معین آکنه، تا ماه‌ها پس از بهبودی آکنه طول بکشد
- بیماران اغلب ماکول‌های قرمز را با اسکار اشتباه می‌کنند (سودواسکار).
- آکنه در مناطقی از پوست که در معرض سایش مداوم هستند (زیر لبه کلاه، زیر بند چانه‌ای کلاه) تشدید می‌شود (مکانیکا)
- شدت آکنه همواره متغیر است. گاهی فقط کومدون‌ها دیده می‌شوند و در مواقع دیگر ضایعات التهابی شکل غشایی ساری هستند.

- شروع آکنه به طور معمول در سنین ۱۰ تا ۱۵ سالگی است و دوره بیماری ۵ تا ۱۰ سال طول می‌کشد
- بیمارانی که در خردسالی نیاز به دارو خوراکی پیدا می‌کنند معمولاً سیر بیماری شدیدتری را تجربه خواهند کرد
- زنان بالغ می‌توانند آکنه خفیف مزمن داشته باشند که درمان آنها ممکن است چالش‌برانگیز باشد.
- دخترانی که ضایعات آکنه (غیرالتهابی و/یا التهابی) متعدد در سن پایین دارند به احتمال زیاد دچار آکنه شدید خواهند شد

درمان

- درمان باید جنبه‌های پزشکی، اقتصادی و روانی - اجتماعی بیماری را دربر بگیرد.
- در صورت امکان ساده‌ترین درمان را انتخاب کنید کمترین مقدار داروی ممکن باید تجویز شود.
- شانس مقاومت به آنتی‌بیوتیک‌ها را با محدود کردن درمان آنتی‌بیوتیک خوراکی به ۳ ماه و ترکیب آنتی‌بیوتیک‌های خوراکی و موضعی با بنزوئیل پراکسید، کاهش دهید
- باید به بیمار توضیح داد که شروع اثر درمان‌های موضعی حدود ۲ ماه طول خواهد کشید و همکاری و حوصله او در درمان ضروری است.
- اغلب موارد درمان باید مداوم و درازمدت باشند چرا که نه‌نهایت تنها قادر به کنترل بیماری می‌شویم و نه درمان آن
- باید زمینه سرشتی در فرد از نظر تشکیل اسکار را در نظر گرفت؛ بیمارانی که شواهد تشکیل اسکار دارند باید صورت

سستمیک درمان شده و با دقت پیگیری گردند.

در صورتی که پس از ۳ ماه مصرف آنتی بیوتیک خوراکی
آکنه بهبود نیابد، باید ایزوترتینوئین تجویز شود. در بیمارانی
که با علائم ندولوکیستیک مراجعه می کنند می توان به
عنوان اولین درمان، ایزوترتینوئین را تجویز کرد.
در طول درمان آکنه باید حساسیت پوست وجود ضایعات
غیر التهابی و التهابی مدنظر قرار گیرد.

حساسیت پوست

پوست باید خیلی آرام به وسیله صابون ملایم و آب ولرم
تمیز شود.
بیماران باید از مالش شدید پوست خودداری کنند.
بہتر است که مصرف برس های deep cleaning مجزا از
مصرف داروهای خشک کننده لایه بردار (مثل سالیسیلیک
اسید، بنزوئیل پراکسید و رتینوئیدها) باشد.
قبل از مصرف مواد موضعی اجازه دهید پوست خشک شود.
مواد موضعی باید به صورت یک لایه نازک و با ماساژ ملایم
در مناطق وجود آکنه استفاده شود.
بیماران نباید داروها را در مناطقی که پوست نرمال دارد و
آکنه ایجاد نمی شود استفاده کنند.
در صورتی که پوست قرمز و خشک شود باید به این نکته
توجه کرد که داروهای استفاده شده بیش از حد نبوده است و
حامل مناسب براساس نوع پوست بیمار انتخاب شده باشد.
محلول ها و ژل جهت پوست های چرب مناسب هستند در
صورتی که کرم ها و لوسیون ها جهت پوست های خشک
مناسب می باشند.
داروهای با غلظت کم جهت بیمارانی که پوست حساسی
دارند مناسب است.

مصرف نرم کننده های مو و روغن ها ممنوع است.
در صورت مصرف مواد آرایشی، تنها انواع بدون روغن و
شامل پایه محلول در آب مجاز هستند.
بیمار نباید ضایعات پوستی را دستکاری کند.
برای پرهیز از فرمزدن و خشکی پوست، باید رتینوئیدها را
۲۰ دقیقه پس از شستشوی پوست استفاده کرد.

منافذ بسته غیر التهابی (کومدون های سر سفید و سر
سیاه)

داروهای که خیلی ملایم لایه بالایی پوست را برمی دارند و

حاوی مواد آنتی باکتریال هستند (مثل بنزوئیل پراکسید)
همراه با داروهای که مسدود شدن فولیکول ها را اصلاح
می کنند (مثل رتینوئین، آداپالن، تازاروتن) استفاده شوند.
یک دارو معمولاً صبح استفاده می شود و داروی دیگر عصر.
نسخه ها و محصولات بدون نیاز به تجویز پزشک که باعث
لایه براری می شوند حاوی سولفور، سالیسیلیک اسید،
رزورسینول و بنزوئیل پراکسید می باشند.

تعداد بسیاری محصول بنزوئیل پراکسید مثل زل، لوسیون و
کرم وجود دارد که از ۲/۵٪ تا ۱۰٪ می باشند و می توان
بدون نسخه تهیه کرد.

داروهای رتینوئید (رتینوئین، آداپالن و تازاروتن) ابتدا بر
اسناد فولیکولی تأثیر می گذارند و اثرات ضد التهابی خفیفی
نیز دارند.

بیماران باید در سب از رتینوئیدها استفاده کنند.

بیشترین رتینوئیدهای استفاده شده به قرار زیر هستند:

• ترتینوئین

ژل ۰.۰۱٪ - ۰.۰۲۵٪ (۰.۰۱٪)

کرم رتینوئین (۰.۰۱٪، ۰.۰۵٪، ۰.۰۲۵٪)

کرم ۸ میکرو (۰.۰۴٪، ۰.۰۸٪، ۰.۱۱٪)

ژل و کرم اویتا (۰.۰۲۵٪)

کرم رنوا (۰.۰۲٪)

ژل اترالین (۰.۰۵٪)

کرم ترتین - X (۰.۰۲۵٪، ۰.۰۳۷۵٪، ۰.۰۵٪، ۰.۰۷۵٪، ۰.۱۱٪)

ولتین، زیان (رتینوئین ۰.۰۲۵٪ ترکیب بگلیندا مایسین ۱/۲٪)

• آداپالن

ژل، کرم و لوسیون آداپالن (دیفرین) ۰.۱٪ و ژل ۰.۱۳٪

ژل ایدو (آداپالن - بنزوئیل پراکسید ۰.۱٪ - ۲/۵٪)

فورت ایدو (آداپالن - بنزوئیل پراکسید ۰.۱۳٪ - ۲/۵٪)

• تازاروتن

ژل تازاراک (۰.۰۵٪، ۰.۱٪) و کرم تازاراک (۰.۰۵٪، ۰.۱٪)

فوم فایور ۰.۱٪

آداپالن، رنوا و اترالین موجب خشکی و قرمزی کمتری
می شوند.

آداپالن کمترین حساسیت را به نور، در میان رتینوئیدهاست.

تازاروتن به صورت مؤثری کومدون ها را رفع می کند ولی

می تواند بسیار تحریک کننده باشد. استفاده از شکل کرم دارو

با فرمول ژل دارو و آموزش استفاده به این صورت که پس

از مالیدن ژل صورت را بشوید و به مرور فواصل مصرف



شکل ۲-۲ آکنه کومدون‌های متعدد سر باز در گوش بیمار دچار آکنه غیرالتهابی. گوش محل شایعی برای کومدون‌های سر باز است. می‌توان آنها را با استفاده از یک اکستراکتور کومدون و با فشار ملایمی خارج کرد.



شکل ۳-۴ آکنه کومدون‌های سر بسته متعدد در پیشانی بیمار متوسا تا شدید به آرامی به درمان جواب می‌دهد. ممکن است تازاروتین به همراه خارج کردن دستی مورد استفاده قرار گیرد.

- دارو تا شستشو را افزایش دهد (درمان با تماس کوتاه مدت دارو) می‌تواند خاصیت تحریک‌کنندگی را کاهش دهد.
- تازاروتین دارای اختطار طبقه‌بندی X بارداری می‌باشد.
- آزالتیک اسید (ازلکس) انسداد فولیکولی را رفع کرده و فعالیت آنتی‌میکروبی دارد.
- لایه بردارهای صورت (گلیکولیک اسید، سالیسیلیک اسید) به صورت مؤثری، منافذ دارای انسداد را باز می‌کنند. باید برای اکثر بیماران در نظر گرفته شوند.

- به نظر نمی‌رسد که آنتی‌بیوتیک‌های خوراکی، به ریفامپین، در کاهش اثر ضد بارداری داروهای ضد بارداری خوراکی نقشی داشته باشند.
- درمان فوتودینامیک و لیزر برای بهبود آکنه التهابی استفاده شده‌اند ولی کاربرد آنها به دلیل درد و قیمت بالا محدود است.

منافذ پوستی ملتهب (پاپول و پوسچول)

- آکنه التهابی با داروهای ضد میکروبی در ترکیب با رتینوئیدها و بنزوئیل پراکسید درمان می‌شود.
- ترکیبات آنتی‌میکروبیال موضعی شامل بنزوئیل پراکسید یا ترکیبات آنتی‌بیوتیکی بنزوئیل پراکسید (مثل Acanya, Benzacilin, Duac, Onexton) یا ترکیبات سولفور (مثل Aczone, Klaron) می‌باشند.
- شوینده‌های حاوی سولفاستامید و گوگرد (مثل AVAR, پلکسیون، روزانیل، کلنیا) نیز مناسب هستند.
- آنتی‌بیوتیک‌های خوراکی را باید با دوزهای بالاتر شروع کرد و برای به حداقل رساندن اثرات جانبی، باید آنها را به سرعت کاهش داد.
- دوز شروع آنتی‌بیوتیک خوراکی به این قرار است: داکسی‌سیکلین ۱۰۰ میلی‌گرم دو بار در روز، مینوسیکلین ۱۰۰ میلی‌گرم دو بار در روز.
- بیشینه اثر آنتی‌بیوتیک خوراکی پس از ۲ ماه حاصل می‌شود.

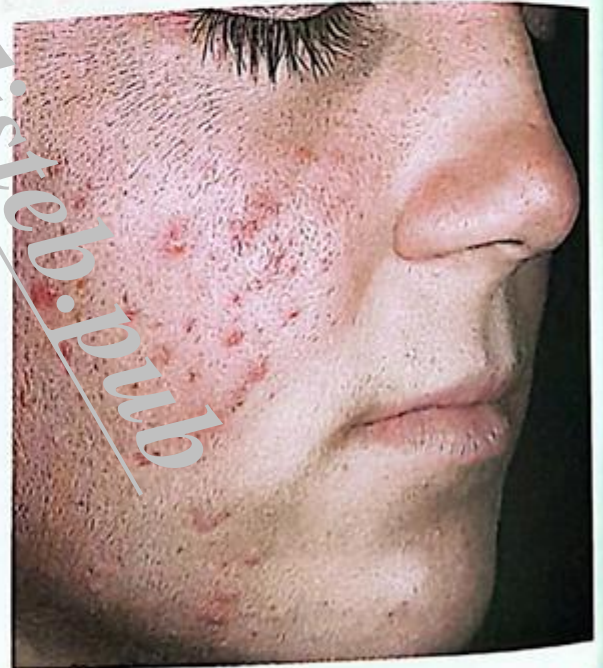
- ندول‌ها و کیست‌های ملتهب (آکنه ندولوکیستیک) اگر آکنه به درمان شدید با آنتی‌بیوتیک خوراکی رتینوئیدهای موضعی پاسخ ندهد، نیازمند درمان جایگزین می‌باشد.
- می‌توان داخل کیست‌ها مقدار کمی استروئید (تریامسینون) ۲/۵mg/mL تزریق کرد. با این درمان، خطر آتروفی پوست وجود دارد.
- دوره‌های کوتاه مدت کورتیکواستروئیدهای سیستمیک آکنه را بهتر می‌کنند ولی پس از درمان، آکنه تمایل به عود دارد. پردنیزون ۲۰ میلی‌گرم، دو بار در روز به مدت یک هفته می‌تواند به سرعت موارد آکنه کیستیک شعله‌ور شده را شدیداً کنترل کند.
- در بیماران خانم دچار آکنه، که خواستار ضد بارداری نیستند، داروهای ضد بارداری خوراکی (مثل Beyaz, Estrostep, Yaz, Tri-Cyclen) مؤثر هستند.
- اسپرونولاکتون با دوز ۲۵ تا ۱۰۰ میلی‌گرم دو بار در روز



شکل ۴-۲. آکنه التهابی خفیف. آکنه خفیف با پاپول، پوسچول و کرمدون‌ها.



شکل ۴-۶. آکنه. کیست‌ها و پوسچول‌های متعدد در آکنه التهابی.



شکل ۴-۵. آکنه ولگاریس. پاپول و پوسچول در آکنه ولگاریس التهابی متوسط.

بارداری جلوگیری کرد [به دلیل اثرات تراتوژنیک اسپرونولاکتون، م]

■ ایزوترتینوئین اصلی‌ترین و مؤثرترین درمان برای آکنه است. تقریباً در ۸۰ درصد از بیماران با تجویز دوز تجمعی ۱۲۰ تا ۱۵۰ mg/kg طی مدت ۴ تا ۵ ماه بهبود بالینی، حاصل می‌شود.

می‌تواند آکنه را در بسیاری از زنان بهبود بخشد. اسپرونولاکتون را می‌توان در کنار OCP مصرف کرد ولی به هر ترتیب در حین مصرف اسپرونولاکتون باید از