



کتاب‌های دوست‌داشتنی

آزمون‌های تمرینی

Question Bank

سطر به سطر میکرو طبقه بندی شده

ویرایش جدید

پوست

۵۷۵ سؤال شناسنامه دار با پاسخ تشریحی

سوالات دستگیری و پرانترنی تمام قطب‌های کشوری تا اسفند ۹۹

گردآورنده: دکتر کامران احمدی

سرشناسه	:	احمدی، کامران - ، گردآورنده
عنوان و نام پدیدآور	:	سطر به سطر میکروطبقه بندی شده پوست: ۵۶۱ سؤال شناسنامه دار گردآورنده کامران احمدی.
مشخصات نشر	:	تهران: فرهنگ فردا، ۱۳۹۷.
مشخصات ظاهری	:	۲۰۳ ص.: مصور(رنگی)، جدول(رنگی)، نمودار(رنگی).
فروست	:	آزمون های تمرینی = Question Bank.
شابک	:	۱۳۵۰۰۰ ریال: ۵-۱۹-۸۵۴۹-۹۶۴-۹۷۸
وضعیت فهرست نویسی	:	فیبیا
موضوع	:	پوست -- بیماری ها -- آزمون ها و تمرین ها (عالی)
موضوع	:	Medicine -- Examinations, questions, etc
موضوع	:	پزشکی -- آزمون ها و تمرین ها
موضوع	:	(Higher)
رده بندی کنگره	:	۱۳۹۷ س ۳ الف ۲/۷۴ RL
رده بندی دیویی	:	۶۱۶/۵۰۰۷۶
شماره کتابشناسی ملی	:	۵۳۶۶۰۷۹



www.kaci.ir

عنوان: سطر به سطر میکروطبقه بندی شده پوست

گردآورنده: دکتر کامران احمدی

ناشر: فرهنگ فردا

حروفچینی: فرهنگ فردا

صفحه آرای: فرهنگ فردا

لبتوگرافی: منصور

چاپ و صحافی: منصور

نوبت چاپ: سوم - بهار ۱۴۰۰

تیراژ: ۲۰۰۰ جلد

بهاء: ۱۳۵۰۰۰ تومان

شابک: ۵-۱۹-۸۵۴۹-۹۶۴-۹۷۸

نشانی: خیابان سه‌رودی شمالی - بالاتراز چهارراه مطهری - کوچه تهمت - پلاک ۷

انتشارات فرهنگ فردا

تلفن: ۸۸۷۵۴۳۱۹ - ۸۸۷۵۹۲۷۷ - ۸۸۵۴۳۶۳۸ - ۸۸۵۳۰۱۲۴

- هرگونه برداشت از مطالب این کتاب منوط به اجازه رسمی از دکتر کامران احمدی می‌باشد.
- لازم به ذکر است انتشارات فرهنگ فردا در هیچ نقطه‌ای از تهران و ایران نماینده‌ای ندارد.
- کلیه حقوق مادی و معنوی این کتاب منحصراً متعلق به دکتر کامران احمدی است؛ لذا هرگونه کپی، تکثیر و استفاده از این کتاب به غیر از فقط یک نفر خریدار علاوه بر پیگرد قانونی، از نظر شرعی نیز با عدم رضایت مؤلف همراه می‌باشد.

فهرست

۱۳

ایدز..... ۱۱۶

۱۴

سل پوستی و جذام..... ۱۲۰

۱۵

لیشمانیوز (سالک)..... ۱۲۹

۱۶

گال و شپش..... ۱۳۶

۱۷

بیماری‌های مو و ناخن..... ۱۴۵

۱۸

سندرم‌های افزایش حساسیت..... ۱۵۷

۱۹

واکنش‌های دارویی..... ۱۶۶

۲۰

ویتلیگو..... ۱۷۰

۲۱

بیماری‌های بافت همبند..... ۱۷۳

۲۲

تومورهای پوست..... ۱۷۹

۲۳

خال‌ها و ملانوم بدخیم..... ۱۹۱

۱

آناتومی و عملکرد پوست..... ۱

۲

خارش..... ۵

۳

درمان‌های موضعی و مراقبت از پوست..... ۹

۴

درماتیت و اگزما..... ۱۳

۵

آکنه و روزاسه..... ۳۱

۶

بیماری‌های اریتماتواسکواموس..... ۴۰

۷

بیماری‌های وزیکولی و تاولی..... ۵۳

۸

کهیر و آنژیوادم..... ۶۵

۹

عفونت‌های قارچی پوست..... ۷۱

۱۰

عفونت‌های باکتریایی..... ۸۶

۱۱

بیماری‌های ویروسی پوست..... ۹۶

۱۲

سیفلیس..... ۱۱۲

Preview

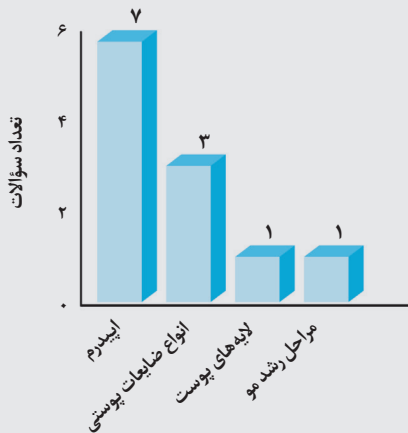
نمودار کلی سؤالات پوست بر اساس اهمیت هر فصل

تعداد کل سؤالات: ۵۷۵



آناتومی و عملکرد پوست

Preview



تعداد سؤالات: ۱۲

است که درم روی آن قرار گرفته است و از سلول‌های چربی (لیپوسیت) تشکیل شده است. بیشترین ضخامت چربی زیرجلدی در شکم و باسن و کمترین مقدار آن در بینی و استرنوم می‌باشد.

الف) ب) ج) د)

لایه‌های پوست

۱- ضخیم‌ترین اپیدرم و درم به ترتیب در کدامیک از بخش‌های بدن دیده می‌شوند؟

(پراترنی اسفند ۹۳ - قطب ۵ کشوری [دانشگاه شیراز])

الف) پوست سر - ران ب) کف دست و پا - پشت

ج) باسن - صورت د) گردن - پوست سر

پوست از سه لایه ساخته شده است: اپیدرم، درم و بافت

زیرجلدی (پانیکول)

۱- اپیدرم: بیرونی‌ترین لایه پوست است که از کراتینوسیت‌های زنده تشکیل شده است. بیشترین ضخامت اپیدرم در کف دست و پا (حدود ۱/۵ میلی‌متر) و کمترین ضخامت آن در پلک (کمتر از ۰/۱ میلی‌متر) است.

۲- درم: لایه میانی پوست است که جزء اصلی آن کلاژن می‌باشد. بیشترین ضخامت درم در ناحیه پشت تنه می‌باشد.

۳- بافت زیرجلدی یا چربی زیرجلدی (پانیکول): لایه‌ای

اپیدرم

۲- **Stratum Lucidum** در کدامیک از بخش‌های بدن

در پوست دیده می‌شود؟

(پراترنی شهریور ۹۴ - قطب ۵ کشوری [دانشگاه شیراز])

الف) کف دست و پا ب) کمر

ج) وسط قفسه سینه د) باسن (Buttock)

لایه شفاف (Stratum lucidum)

Stratum lucidum (لایه شفاف) یکی از لایه‌های اپیدرم است. لایه شفاف حاوی سلول‌های در حال مرگ و سلول‌های

- (الف) در حفظ رطوبت پوست نقش دارند.
- (ب) ارائه‌کننده آنتی‌ژن‌ها به لنفوسیت‌ها هستند.
- (ج) منشاء آن‌ها از نورال کرست می‌باشد.
- (د) تولید فیلامان‌های کراتین از عملکرد آنهاست.

مرده است و فقط در کف دست و پا که لایه شاخی ضخیمی دارند، قابل مشاهده است. (گایدلاین پوست - صفحه ۱)

الف ب ج د

۳- کدامیک از سلول‌های زیر در اپیدرم وجود ندارد؟

(پراترنی شهرپور ۹۴ - دانشگاه آزاد اسلامی)

□ **سلول‌های لانگرهانس:** منشاء آنها از مغز استخوان است. در بین کراتینوسیت‌های لایه خاردار وجود دارند. اتصالی به کراتینوسیت‌های اطراف ندارد (مثل ملانوسیت‌ها). وظیفه اصلی آنها شناسایی و ارائه آنتی‌ژن‌ها به لنفوسیت‌های T حساس شده است؛ لذا نقش مهمی در القاء حساسیت تأخیری دارند. برای شناسایی نیاز به رنگ‌آمیزی با کلرید طلا (Gold choride) دارند. سلول‌های لانگرهانس حاوی گرانول‌های راکتی شکل (Birbeck granules) هستند که با میکروسکوپ الکترونی قابل مشاهده هستند.

- (الف) کراتینوسیت‌ها
- (ب) ملانوسیت‌ها
- (ج) سلول‌های لانگرهانس
- (د) سلول Cuboidal غدد اکراین

سلول‌های اپیدرم عبارتند از: کراتینوسیت‌ها (اصلی‌ترین سلول‌های اپیدرم)، دندریتیک سل، سلول‌های لانگرهانس، ملانوسیت‌ها و سلول‌های مرکل (گایدلاین پوست - صفحه ۱)

الف ب ج د

۴- اختلاف رنگ پوست در نژادهای مختلف به کدام عامل بستگی دارد؟

(دستیاری - اسفند ۸۷)

□ **یادآوری:** سلول‌های لانگرهانس در شناسایی، گرفتن و تغییر دادن آنتی‌ژن‌ها و ارائه دادن آن به لنفوسیت‌های T نقش دارند. (گایدلاین پوست - صفحه ۱)

- (الف) اندازه ملانوزوم‌ها
- (ب) تعداد ملانوسیت‌ها
- (ج) نسبت ملانوسیت به کراتینوسیت
- (د) نسبت هسته به سیتوپلاسم در ملانوسیت

الف ب ج د

۶- در القای واکنش‌های حساسیت تأخیری، "سلول‌های لانگرهانس" تمام نقش‌های زیر را برعهده دارند، بجز:

(پراترنی اسفند ۹۷ - قطب ۴ کشوری [دانشگاه اهواز])

- (الف) شناسایی آنتی‌ژن
- (ب) تغییر آنتی‌ژن
- (ج) ارائه به لنفوسیت‌های T
- (د) ترشح سیتوکین

به پاسخ سؤال ۵ مراجعه شود

الف ب ج د

۷- سلول‌های لانگرهانس در کدام قسمت پوست قرار دارند؟

(پراترنی - اسفند ۹۹)

- (الف) بین کراتینوسیت‌های طبقه خاردار
- (ب) بین کراتینوسیت‌های طبقه بازال
- (ج) بین بافت کلاژن و الاستین درم
- (د) بین سلول‌های چربی در هیپودرم

به پاسخ سؤال ۵ مراجعه شود

الف ب ج د

۵- کدام گزینه در مورد سلول‌های لانگرهانس صحیح است؟

(پراترنی اسفند ۹۵ - قطب ۲ کشوری [دانشگاه تبریز])

● **پیچ (لکه):** اگر ماکول قطری بیشتر از 0.5 cm داشته باشد، به آن پیچ گفته می‌شود.

● **پاپول:** ضایعه‌ای است قابل لمس با تغییر رنگ متغیر که اندازه آن کمتر از 0.5 cm می‌باشد. با به هم پیوستن پاپول‌ها، پلاک ایجاد می‌گردد.

● **پلاک:** ضایعه‌ای است قابل لمس با حاشیه واضح و قطر بزرگتر از 0.5 cm که از به هم پیوستن پاپول‌ها ایجاد می‌شود.

● **ندول:** ضایعه‌ای است با اندازه محدود، مدور و توپر که قطر آن بیشتر از 0.5 cm می‌باشد. به ندول بزرگ **تومور** گفته می‌شود.

● **پوستول:** تجمع لکوسیت‌ها و مایع آزاد با حدود مشخص و اندازه متغیر می‌باشد.

● **وزیکول:** تجمع محدود مایع آزاد با قطر کمتر از 0.5 cm

● **تاول (Bulla):** تجمع محدود مایع آزاد با قطر بیشتر از 0.5 cm

● **کھین:** پاپول یا پلاک سفت ادماتو که به علت انفیلتراسیون مایع در درم، پدید می‌آید. کھیرها گذرا هستند و فقط تا چند ساعت دوام دارند.

▣ ضایعات ثانویه

انواع ضایعات ثانویه به شرح زیر می‌باشند:

● **پوسته (Scales):** به افزایش بیش از حد سلول‌های مرده اپیدرم که متعاقب کراتینیزاسیون غیرطبیعی پوست و ریزش سلول‌ها ایجاد می‌شود، پوسته گفته می‌شود.

● **کراست:** تجمع بقایای سلولی و سرم خشک شده، کراست را ایجاد می‌کند.

● **خراشیدگی (Excoriation):** ضایعه‌ای است که متعاقب خاراندن ایجاد می‌شود و غالباً خطی است.

● **اروزیون:** از بین رفتن یک ناحیه از اپیدرم به صورت موضعی است و نمی‌تواند به زیر پیوستگاه درم و اپیدرم، نفوذ کند. بنابراین در موقع بهبودی اسکار به جای نمی‌گذارد.

● **اولسن:** از بین رفتن یک ناحیه از درم و اپیدرم به صورت موضعی است و بعد از بهبودی اسکار به جای می‌گذارد.

● **فیشرن:** به از بین رفتن درم و اپیدرم به صورت خطی و با دیواره‌های عمودی و مشخص، فیشر گفته می‌شود.

● **آتروفی:** فرورفتگی پوست است که به دنبال نازک‌شدگی اپیدرم یا درم پدید می‌آید.

● **اسکار:** ایجاد یافت همبند غیرطبیعی که به دنبال آسیب درم می‌باشد. اسکار در ابتدا صورتی رنگ و ضخیم می‌باشد و به مرور زمان آتروفیه و سفیدرنگ خواهد شد.

▣ مراحل رشد مو

۸- اکثر غالب موهای سر انسان در کدام فاز رشد مو

(پراترنی - شهریور ۱۹)

(الف) آناتژن

(ب) کاتازن

(ج) تلوزن

(د) کاتازن و تلوزن

▣ **مراحل رشد مو:** فولیکول مو سه مرحله رشدی

آناتژن، کاتازن و تلوزن را طی می‌کند.

۱- آناتژن فاز رشد فعال مو است و تقریباً ۳ سال ادامه می‌یابد. ۸۴٪ موهای ناحیه سر در فاز آناتژن هستند.

۲- کاتازن ۳ هفته طول می‌کشد. ۲٪ موها در فاز کاتازن قرار دارند.

۳- تلوزن یا فاز استراحت و انتهایی حدود ۳ ماه ادامه می‌یابد. ۱۴٪ موها در فاز تلوزن قرار دارند. متوسط رشد روزانه موی سر حدود 0.4 میلی‌متر است.

(گایدلاین پوست - صفحه ۳)

(الف) ب ج د

▣ انواع ضایعات پوستی

۹- در شناخت مورفولوژی ضایعات پوستی، ضایعات اولیه، ثانویه و اختصاصی به ترتیب عبارتند از:

(پراترنی اسفند ۹۵ - دانشگاه آزاد اسلامی)

(الف) پاپول، پوسته، ویل (کھیر)

(ب) بول (تاول)، اسکار، نقب (بارو)

(ج) ندول، زخم، پلاک

(د) ماکول، سائیدگی (اروزیون)، لکه (پیچ)

▣ انواع ضایعات پوستی

به ضایعات پایه‌ای بیماری‌های پوستی، ضایعات اولیه گفته می‌شود و به ضایعاتی که در طی سیر بیماری در اثر خاراندن ایجاد شوند، ضایعات ثانویه می‌گویند.

▣ ضایعات اولیه

ضایعات اولیه شامل موارد زیر می‌باشند:

● **ماکول:** تغییر رنگ مسطح پوست که گرد و با حاشیه واضح باشد اگر قطری برابر 0.5 cm یا کمتر داشته باشد، ماکول نامیده می‌شود. رنگ آن ممکن است از قرمز تا آبی متغیر باشد.

▣ ضایعات پوستی اختصاصی

● **کومدون:** توپی حاوی مواد کراتینی و سباسبه است که در منفذ فولیکول موقرار گرفته است. اگر منفذ فولیکول متسع باشد، کومدون سرسپاه و اگر باریک باشد کومدون سرسفید یا بسته نام می‌گیرد.

● **میلیا:** کیست سطحی و کوچک کراتینی است که دارای هیچ منفذ قابل رؤیتی نمی‌باشد.

● **نقب (بارو):** یک مجرای برآمده و باریک و پریپیچ و تاب است که به وسیله نوعی انگل ایجاد می‌شود (به ویژه در گال).

● **لیکنیفیکاسیون (چرمی شدن):** ضخیم شدن اپیدرم که در اثر خرااندن پدید می‌آید و با تشدید خطوط پوستی همراه است.

● **تلائنکتازی:** به متسع شدن عروق خونی سطحی گفته می‌شود.

● **پنتشی:** رسوب خون با حاشیه واضح و قطر کمتر از ۰/۵ cm می‌باشد.

● **پورپورا:** رسوب خون با حاشیه واضح و قطر بیشتر از ۰/۵ cm می‌باشد. (گایدلاین پوست - صفحه ۴)

۱۲- بیماری ۲۰ ساله با ضایعات خارش دار ژنرالیزه از روز گذشته مراجعه کرده است. در معاینه، ضایعات ادماتوی قرمز و سفیدرنگ متعدد با سائزهای مختلف مشاهده می‌شود. ضایعات به گفته بیمار گذرا بوده و در یک محل طی چند ساعت برطرف شده و در محل دیگری از پوست ایجاد می‌شود. نام ضایعات فوق کدام است؟ (پرانترنی میان دوره - دی ۹۹)

- الف) بول (ب) پوستول
ج) ویل (د) پلاک

▣ **کهپیر (Weal):** پاپول یا پلاک سفت ادماتو که به علت انفیلتراسیون مایع در درم، پدید می‌آید. کهپیرها گذرا هستند و فقط تا چند ساعت دوام دارند. ویژگی‌های های کهپیر یا Weal عبارتند از:

۱- بشورات قرمز رنگ موقتی با حاشیه مشخص و هاله قرمز رنگ در اطراف

۲- کهپیر، درم سطحی را گرفتار می‌کند.

۳- ضایعات کهپیری، خارش دار هستند.

(گایدلاین پوست - صفحه ۴)

- الف) ب) ج) د)

- الف) ب) ج) د)

Follow up

- ۱ بیشترین ضخامت اپیدرم در کف دست و پا و کمترین ضخامت آن در پلک است.
- ۲ بیشترین ضخامت درم در ناحیه پشت تنه است. جزء اصلی درم، کلاژن است.
- ۳ لایه شفاف (Stratum lucidum) فقط در کف دست و پا وجود دارد.
- ۴ اختلاف رنگ پوست در نژادهای مختلف به تعداد، اندازه و انتشار ملانوزومها بستگی دارد.
- ۵ ۸۴٪ موهای ناحیه سر در فاز آناتژن قرار دارند.
- ۶ ضخامت درم در پلک، کمترین (۰/۳ mm) و در پشت تنه، بیشترین (۳ mm) می‌باشد.
- ۷ سلول‌های لانگرناس مسئول شناسایی، تغییر و ارائه آنتی‌ژن‌ها به لنفوسیت‌های T حساس شده هستند؛ لذا نقش مهمی در القاء حساسیت تاخیری دارند.

۱۰- کدامیک از ضایعات پوستی زیر جزء ضایعات ثانویه پوستی نمی‌باشد؟ (پرانترنی شهریور ۹۷ - دانشگاه آزاد اسلامی)

- الف) ویل، کهپیر (Wheal)
ب) پوسته (Scale)
ج) دلمه، کبره (Crust)
د) ترک (Fissure)

به پاسخ سؤال ۹ مراجعه شود.

- الف) ب) ج) د)

۱۱- کدامیک از ضایعات پوستی زیر جزء ضایعات اختصاصی تشخیصی محسوب می‌شود؟ (پرانترنی شهریور ۹۸ - دانشگاه آزاد اسلامی)

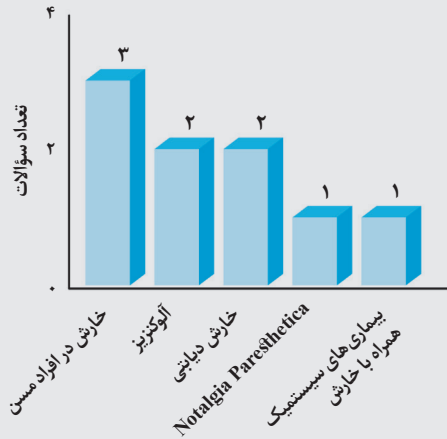
- الف) تلانژکتازی (ب) زخم (Ulcer)
ج) ویل، کهپیر (Hive) (د) پوسته (Scale)

به پاسخ سؤال ۹ مراجعه شود.

- الف) ب) ج) د)

Preview

تعداد سؤالات: ۹



است. تماس با الیاف پشمی و یا تعریق، خارش را تشدید می‌کنند.
(گایدلاین پوست - صفحه ۶)

الف ب ج د

۲- بیماری از رخداد حملات شدید خارش به دنبال تماس پوست با الیاف پشمی لباس‌ها، حین درآوردن و پوشیدن لباس‌ها و هنگام تعریق شاکی است. کدام بیماری زیر این یافته را توجه می‌کند؟

(پراترنی شهرریور ۹۶ - قطب ۹ کشوری [دانشگاه مشهد])

الف) درماتیت آتوپیک

ب) پسوریازیس

ج) آنمی شدید

د) نارسایی کلیه

به پاسخ سؤال ۱ مراجعه شود.

الف ب ج د

آلوکنزیس

۱- پدیده آلوکنزیس (Alloknesis) در خارش، در کدامیک از بیماری‌های زیر دیده می‌شود؟

(پراترنی اسفند ۹۶ - قطب ۲ کشوری [دانشگاه تبریز])

الف) اسکروز مولتیپل

ب) بیماری نارسایی مزمن کلیوی

ج) درماتیت آتوپیک

د) نارسایی مزمن کبدی

□ آلوکنزیس (Alloknesis): این نوع خارش به دلیل

افزایش حساسیت مراکز عصبی مرکزی رخ می‌دهد و در آن رسپتورهای مکانیکی و رشته‌های عصبی C اوران هر دو تحریک می‌گردند؛ به همین علت بیمار حتی با محرک‌های بسیار ملایم نظیر قلم مو نیز دچار خارش می‌شود. این حالت در مبتلایان به درماتیت آتوپیک مزمن شایع

Notalgia paresthetica



۳- خانمی ۳۰ ساله با خارش مزمن لوکالیزه و قدری سوزش در فضای بین دو کتف به خصوص در ماتوم‌های T2-T6 مراجعه نموده است. در معاینه پوست این ناحیه، قدری سایش پوست مشاهده می‌گردد. کدامیک از تشخیص‌های ذیل برای وی مطرح است؟
(پراترنی اسفند ۹۶ - قطب ۱۰ کشوری [دانشگاه تهران])

الف) Aloknesis

ب) Notalgia paresthetica

ج) Prurigo nodularis

د) Brachioradial pruritus

Notalgia paresthetica

علت این بیماری فشرده شدن اعصاب حین عبور از عضلات آگزپال ناحیه کمری می‌باشد. معمولاً در ماتوم‌های T2 تا T6 درگیر می‌شوند و باعث ایجاد خارش موضعی در بین دو کتف (Meidal Scapular Borders) می‌گردد. خارش می‌تواند گسترش یافته و شانه، پشت و بالای قفسه سینه را نیز درگیر کند. در این بیماران سوزش نیز به همراه خارش وجود دارد. معمولاً هیچ ضایعه پوستی اولیه در این بیماران مشاهده نمی‌شود. در اسمیر پوستی تهیه شده از این بیماران رسوب ماده آمیلوئید گزارش می‌گردد. (گایدلاین پوست - صفحه ۸)

الف) ب) ج) د)

خارش دیابتی



۴- در مرد ۵۰ ساله دیابتی احتمال بروز کدامیک از انواع خارش بیشتر است؟
(دستیاری - اردیبهشت ۹۶)

الف) ژنرالیزه

ب) تناسلی

ج) براکیورادیال

د) آکوژنیک

دیابت: خارش ژنرالیزه در بیماران دیابتی مانند افراد غیردیابتی است. ولی خارش ژنیتالیا شیوع بیشتری دارد و به عفونت کاندیدایی منجر می‌شود. گاهی ایجاد نوروپاتی دیابتی خود را به صورت لیکن سیمپلکس مزمن با خارش موضعی سرو اندام تحتانی نشان می‌دهد. گرم

کاپساسین در بهبود علائم این بیماران موثر است.

(گایدلاین پوست - صفحه ۸)

الف) ب) ج) د)

۵- در خانم ۵۰ ساله مبتلا به دیابت ملیتوس از سال‌ها قبل، بروز کدامیک از موارد زیر ارتباط کمتری با بیماری زمینه‌ای وی دارد؟

(پراترنی شهریور ۹۸ - قطب ۱۰ کشوری [دانشگاه تهران])

الف) خارش لوکالیزه سر

ب) خارش ناحیه تناسلی

ج) خارش اندام تحتانی

د) خارش ژنرالیزه

خارش ژنرالیزه در بیماران دیابتی مانند افراد غیردیابتی است. همچنین به پاسخ سؤال ۴ مراجعه شود.

الف) ب) ج) د)

خارش در افراد مُسن



۶- شایع‌ترین علت خارش در افراد مُسن چیست؟

(پراترنی اسفند ۹۵ - قطب ۱۰ کشوری [دانشگاه تهران])

الف) خشکی پوست

ب) سایکوزنیک

ج) بدخیمی

د) فارماکولوژیک

خارش در افراد مُسن

شایع‌ترین علامت پوستی در سنین بالای ۶۵ سالگی، خارش پوستی است. تقریباً نیمی از افراد ۷۰ سال به بالا از خارش شدید شکایت دارند.

• **اتیولوژی:** مهم‌ترین علت خارش پوست در افراد سالخورده، خشکی پوست می‌باشد. سایر علل خارش در این افراد در جدول آورده شده است.

اتیولوژی خارش پوست در افراد سالخورده

- خشکی پوست: مهم‌ترین اتیولوژی
- بیماری‌های سیستمیک: نارسای کلیه، کلستاز
- بیماری‌های التهابی پوست: گال، اگزما
- دارویی: مهارکننده‌های ACE، اپیوئیدها
- خارش پوست بدون خشکی پوست: کاهش چربی پوست، تغییر در رشته‌های عصبی و اختلال در لایه کراتینه پوست

(گایدلاین پوست - صفحه ۹ و ۱۰)

الف) ب) ج) د)

کارگذاری فیستول خارش ایجاد می‌شود. این بیماران معمولاً پوست خشکی دارند.

● **درمان:** مرطوب کننده‌ها تاثیری بر خارش بیمار ندارند. پاراتیروئیدکتومی و آگونیست‌های اختصاصی اپیوئیدها در کاهش خارش موثرند؛ ولی درمان اصلی پیوند کلیه می‌باشد.

● **کلستانز:** در این بیماران، خارش مداوم و ژنرالیزه می‌باشد که در کف دست و پا شدت بیشتری دارد. املاح صفراوی در مبتلایان به خارش کلستانتیک بالا می‌روند و بین میزان املاح صفراوی و شدت خارش ارتباط مشخصی وجود دارد. کلستیرامین موجب کاهش خارش می‌گردد. در این بیماران پپتیدهای اپیوئیدی نیز بالا رفته‌اند و با مصرف نالوکسان، نالتروکسان و بوتوفنول خارش تسکین می‌یابد (نکته سؤال).

● **اختلالات تیروئیدی:** خارش در هیپرتیروئیدی بیشتر از هیپوتیروئیدی مشاهده می‌شود. اکثر بیماران مبتلا به هیپرتیروئیدی، خارش ژنرالیزه دارند که گاهی اولین تظاهر بیماری است. در هیپوتیروئیدی اغلب خارش موضعی وجود دارد.

● **دیابت:** خارش ژنرالیزه در بیماران دیابتی مانند افراد غیردیابتی است. ولی خارش ژنیتالیا شیوع بیشتری دارد و به عفونت کاندیدیایی منجر می‌شود. گاهی ایجاد نوروپاتی دیابتی خود را به صورت لیکن سیمپلکس مزمن با خارش موضعی سرو اندام تحتانی نشان می‌دهد. کرم کاپسازین در بهبود علائم این بیماران مؤثر است.

● **بیماری‌های هماتولوژیک:** در سندرم‌های میلودیسپلاستیک و پلی‌سیتمی ورا (شیوع ۵۰-۳۰٪)، خارش شایع می‌باشد. گاهی در پلی‌سیتمی ورا، خارش آکواژنیک (خارش ناشی از تماس با آب یا بعد از حمام) مدت‌ها قبل از بروز بیماری وجود دارد. در تمامی بیماران با خارش بررسی از نظر وجود پلی‌سیتمی ورا الزامی است.

● **آنمی فقر آهن:** در این بیماران خارش می‌تواند به شکل موضعی یا ژنرالیزه باشد و شایعترین منطقه گرفتار، ژنیتالیا است. در این بیماران بررسی از نظر خونریزی گوارشی اهمیت دارد. (گایدلاین پوست - صفحه ۸)

الف ب ج د

۷- مهم‌ترین عامل ایجاد خارش در افراد مسن کدام است؟ (پراترنی شهریور ۹۷- قطب ۵ کشوری [دانشگاه شیراز])

- الف) درماتیت اتوپیک
ب) خشکی پوست
ج) خارش فارماکولوژیک
د) دیابت قندی

به پاسخ سؤال ۶ مراجعه شود.

الف ب ج د

۸- در فرد مسنی که با خارش جنرالیزه بدون ضایعه پوستی مراجعه کرده است؛ اخذ شرح حال از مصرف کدام دارو می‌تواند کمک‌کننده باشد؟

(پراترنی میاندره - آذر ۹۷)

- الف) Anti Coagulant
ب) Anti convulsant
ج) ACE-inhibitor
د) β -Blocker

به پاسخ سؤال ۶ مراجعه شود.

الف ب ج د

بیماری‌های سیستمیک همراه با خارش

۹- بیمار میانسالی با خارش گسترده در بدن با ارجحیت در ناحیه کف دست و پا مراجعه نموده است. خارش با مصرف داروی نالوکسان تسکین می‌یابد. همراهی با کدامیک از بیماری‌های سیستمیک زیر بیشتر مطرح می‌شود؟

(پراترنی شهریور ۹۸ - قطب ۱ کشوری [دانشگاه گیلان و مازندران])

- الف) نارسایی مزمن کلیه ب) کلستانز
ج) خارش دیابتیک د) پلی‌سیتمی ورا

بیماری‌های سیستمیک همراه با خارش

● **نارسایی مزمن کلیه (CRF):** نیمی از مبتلایان به نارسایی کلیه به ویژه افرادی که دیالیز می‌شوند از خارش شکایت دارند. در این بیماران لیکنیفیکاسیون و پروریگو ندولاریس نیز ممکن است ایجاد شود. ناحیه کمر و پشتی همیشه گرفتار هستند. در برخی از بیماران در محل

Follow up

- ۱ در مبتلایان به درماتیت آتوپیک، خارش به دلیل تماس‌های مکانیکی با لباس‌های پشمی رخ می‌دهد. آلونکیز کارا کتربستیک درماتیت آتوپیک است. در درماتیت آتوپیک، تعریق، تغییر ناگهانی دما، پوشیدن و درآوردن لباس و تماس با لباس‌های پشمی موجب حملات شدید و غیرقابل تحمل خارش می‌شود. خارش شبانه یکی از مشکلات مهم درماتیت آتوپیک است.
- ۲ به خارش موضعی در بین دو کتف (درماتوم‌های T2 تا T6) اختلال Notalgia Parästhetica اطلاق می‌شود.
- ۳ به خارش موضعی و مداوم در ناحیه خارجی بازو و آرنج، خارش براکیورادیال اطلاق می‌گردد.
- ۴ بیماری‌های سیستمیکی که موجب خارش می‌شوند، عبارتند از: نارسایی مزمن کلیه، کلستاز، اختلالات تیروئیدی (به ویژه هیپرتیروئیدی)، دیابت، سندرم‌های میلودیسه‌پلاستیک، پلی‌سیتمی ورا و آنمی فقر آهن.

- ۵ مناطق خارش در بیماری‌های سیستمیک به قرار زیر است: الف) دیابت: خارش ناحیه ژنیتالیا، ب) هیپرتیروئیدی: خارش ژنرالیزه، ج) کلستاز: خارش کف دست و پا، د) نارسایی مزمن کلیه: بیشتر در کمرو پشت، هم آنمی فقر آهن: بیشتر ژنرالیزه و ناحیه ژنیتالیا
- ۶ در پلی‌سیتمی ورا، خارش آکواژنیک است (خارش بعد از تماس با آب یا حمام کردن). در هر بیمار مبتلا به خارش باید پلی‌سیتمی ورا Rule out شود.
- ۷ خارش در لنفوم نان‌هوچکین شیوع کمتری نسبت به هوچکین دارد.
- ۸ بیشترین لوسمی که موجب خارش می‌شود، CLL است.
- ۹ در مبتلایان به ایدز، خارش ممکن است اولین علامت بیماری باشد. خارش در این بیماران معمولاً شدید و مقاوم به درمان است.
- ۱۰ شایع‌ترین علامت پوستی در سنین بالای ۶۵ سالگی، خارش است. شایع‌ترین علت خارش پوست در افراد سالخورده، خشکی پوست است.

دانلود کتاب‌های صوتی و الکترونیکی (PDF)

قابلیت دانلود از طریق اپلیکیشن طاقچه

خدمت‌های دیگر

نسخه الکترونیکی (PDF) مجموعه کتب مؤسسه فرهنگی انتشاراتی دکتر کامران احمدی و کتاب‌های صوتی در **سایت طاقچه** عرضه گردیده است. افرادی که تمایل دارند نسخه الکترونیکی (PDF) کتاب‌های مؤسسه را با قیمت مناسب‌تری نسبت به نسخه چاپی و کتاب‌های صوتی را با ۳۰٪ تخفیف بیشتر دریافت نمایند از طریق لینک زیر اقدام نمایند.



برای دریافت اپلیکیشن
لطفاً بارکد را اسکن کنید

