

مقاله خودآموزی

براساس تصویب اداره کل آموزش مدامعه جامعه پزشکی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به پاسخ دهنده‌گان پرسش‌های مطرح شده در این مقاله ۱/۵ امتیاز بازآموزی به پزشکان عمومی، متخصصین داخلی، بیماریهای کودکان و زنان و زایمان تعلق می‌گیرد.

مروری بر کهیر و آنژیوادم

* دکتر پریچهر کفایی

بیماری‌های داخلی مثل انواع عفونت‌ها، لوپوس اریتماتو، عوامل هورمونی و حتی بدخیمی‌ها از جمله لنفوم را شامل می‌شود. مهمترین مسئله در تعیین علت ایجاد و عوامل تشدید کننده کهیر شرح حال دقیق و معاینه بالینی است و بررسی‌های پاراکلینیکی سهم کمی را در تعیین علت کهیر دارا هستند به خصوص در موارد کهیرهای حاد.

هدف از مطالعه حاضر شناخت انواع مختلف کهیر، علل ایجاد کننده و تشدید کننده آن و روش‌های درمانی این بیماری شایع می‌باشد.

kehier: عبارت لست از ادم واریتم موضعی در درم که همراه با خارش است. اندازه ضایعات از چند میلی متر تا چندین سانتیمتر متفاوت است و ضایعات کهیری پوسته یا تغییر رنگ پیگمانی ایجاد نمی‌کنند^(1,2,3). بثرات کهیری در عرض ۲۴ ساعت محو می‌شوند و این موضوع سبب افتراق آن از بیماری‌هایی می‌شود

که ضایعاتی شبیه به کهیر دارند و سه مشخصه اصلی کهیر شامل ادم + ارمیت + گذرابودن ضایعات است تنها نوع کهیری که بیش از ۲۴ ساعت طول می‌کشد و اسکولیت کهیری است. چنانچه از شروع حمله حاد ضایعه کمتر از ۶ هفته گذشته باشد، کهیر تحت عنوان حاد نامیده می‌شود و در مواردی که این فاصله از ۶ هفته

اهداف :

هدف از نگارش این مقاله آشنا نمودن بیشتر پزشکان با تشخیص و درمان کهیر و آنژیوادم و یادآوری این نکته است که کهیر و آنژیوادم می‌تواند ناشی از عوامل محیطی و درونی مختلف باشد.

این مقاله مروری جهت استفاده کلیه پزشکان به خصوص پزشکان عمومی و متخصصین پوست ارایه گردیده است به طوری که در پایان قادر به :

- ۱- تشخیص و افتراق کهیر و آنژیوادم از دیگر بیماریها
- ۲- تشخیص و حذف عوامل ایجاد کننده کهیر و آنژیوادم درمان مناسب و به موقع کهیر و آنژیوادم به خصوص در انواع حاد و شدید باشند.

خلاصه

کهیر از بیماری‌های شایع پوست است که با تورم خارش دار و گذرای پوست مشخص می‌شود. علل ایجاد کننده کهیر طیف وسیعی دارد و عوامل خارجی مثل غذا و دارو و

* استادیار گروه بیماریهای پوست

تلفن: ۰۳۵۱ ۶۲۴۵۴۹۳ Email: p.Kafai@yahoo.com

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی شهید صدوقی یزد

گاهی عوامل هیجانی و استرسها را در ایجاد کهیر م مؤثر می دانند ولی مکانیزم واقعی آن همچنان ناشناخته باقی مانده است به هر حال کهیر مزمن یک سندرم بالینی است که فاکتورهای مختلفی در ایجاد آن نقش داشته و شناسایی این عوامل در برخورد و درمان بیماران مبتلا بسیار مهم می باشد. با این حال متأسفانه عامل یا عواملی که مسئول ایجاد آن می باشد در کمتر از ۳۰% موارد مشخص می گردد^(4,20,5). تحقیقات انجام شده در سالهای اخیر، نقش بیماریهای سیستمیک و به خصوص اتوایمیون را در پاتوژنز بیماری مطرح کرده است^(3,6,7,30). علت ایجاد کهیر یا آنژیوادم مزمن در بیماری های اتوایمیون هنوز به درستی شناخته نشده ولی احتمالاً ناشی از تشکیل و ذخیره کمپلکس های ایمنی، فعال سازی و آزاد سازی مدیاتورهای پیش التهابی از سلولهای فعال شده می باشد. علاوه بر آن اتوآنتی بادی ها، احتمالاً سبب بادوام سازی تغییرات التهابی موجود در کهیر و آنژیوادم مزمن و القاء و آزاد سازی هیستامین از بازو فیلها و ماست سل های جلی می شود^(6,7). در میان بیماری های اتوایمیون، بیماری های اتوایمیون تیروئید جایگاه ویژه ای دارند^(8,9). در آنژیوادم ارشی معمولاً در ۸۰% بیماران سابقه فامیلی مثبت وجود دارد، و اختصاصی ترین تست اندازه گیری سطح مهار کننده C1 استرازسرم است. اگرچه ۱۵% بیماران آنژیوادم ارشی دچار نوع II بیماری هستند که سطح این آنژیم طبیعی است ولی فعالیت آن مختل شده و جهت تشخیص تایپ II بیماری، ارزیابی عملکرد آنژیم ضرورت دارد^(1,17,2).

علل و انواع کهیر و آنژیوادم

علل و انواع کهیر و آنژیوادم به طور خلاصه در جدول شماره (۱) آورده شده است.

کهیرهای فیزیکی

- کهیر کولینرژیک، نوعی واکنش ناشی از افزایش دمای پوست است و ضایعات معمولاً کوچک‌کند (۴-۲ میلی متر) و به صورت پایلهای خارش دار دیده می شوند. عواملی که سبب شعله ور شدن کهیر کولینرژیک می شوند شامل فعالیت بدنی، حمام آب گرم و استرس های هیجانی می باشند^(1,19,2).

تجاوز کند با نام مزمن شناخته خواهد شد^(1,2,4).

آنژیوادم نوع شدید و عمقی تر کهیر بوده و ادم در هیپو درم پوست و مخاطهای نیز ایجاد می شود و به خصوص پلکها، لبها، زبان، ناحیه تناسلی، دستها و پاها و به نسبت کمتر حنجره و دستگاه گوارش را در گیر می کند. در آنژیوادم حدود ضایعات نامشخص و به رنگ پوست می باشند و ممکن است این ضایعات مختصراً در دنک و یا خارش دار باشند. آنژیوادم به دو نوع ارشی و اکتسابی تقسیم می شود که از نظر کلینیکی آنژیوادم ارشی با تورم راجعه و در دنک پوست و مخاط تنفسی و گوارشی مشخص می شود ولی اغلب به دنبال تروما ایجاد می شود^(1,2,5).

اپیدمیولوژی: به طور کلی حدود ۱۵ تا ۲۰٪ افراد در مرحله‌ای از زندگی خود حداقل یکبار دچار حمله کهیر و یا آنژیوادم می شوند و در یک مطالعه انجام شده ببروی ۵۵۴ بیمار، حدود ۵۰٪ افراد دچار کهیر و آنژیوادم به طور توأم، ۴۰٪ فقط کهیر و ۱۰٪ نیز دچار آنژیوادم شده اند⁽²⁾.

اتیولوژی: در مطالعات صورت گرفته مشخص شده که ماستو سیت ها و مدل یا تورهای آنها نقش اصلی را در پاتوژنز اکثر موارد کهیر بر عهده دارند. ماستو سیت ها در شرایط طبیعی در پوست در اطراف مویر گها، لنفاتیک ها، ضمایم و اعصاب قرار دارند و مدیاتورهای زیلی تولید و در خود ذخیره می کنند و فعال شدن این سول ها چه به وسیله مکانیزم های ایمنی و چه غلیمنی منجر به ایجاد ضایعات کهیری می گردد و مدیاتورهای مهم ماستو سیت ها شامل هیستامین ها، هپارین، کموتاکیک فاکتور، تریپتاز، کیماز و فاکتور نکروز تومور آلفا (TNF) می باشند که از این میان هیستامین بیشترین نقش را در ایجاد کهیر دارد^(1,4,2).

کهیر ممکن است علت های ایمنولوژیک یا غیر ایمنولوژیک داشته باشد و بیشترین علت کهیر حاد، اتصال آنتی ژن به آنتی بادی IgE در سطح ماستو سیت است و اکثر آنتی ژنهای مولد، شامل غذا، دارو و عوامل عفونی می باشند و از علل غیر ایمنولوژیک برای مثال مواد حاصل از دیجیولوژی است و آسپرین و سایر مسکن های غیر استروئیدی هم که در ۳۰ تا ۵۰٪ موارد سبب تشدید کهیر مزمن می شوند احتمالاً با مکانیزم غیر ایمنی اثر می کنند^(1,10,2).

جدول ۱: علل و انواع کهیر و آژیوادم

غروه/ انواع	علل
غذاها	ماهی، صدف، تخم مرغ، شکلات، توت فرنگی، گوجه فرنگی، شیر گاو، پنیر، گوشت خام، گندم، خمیر ترش، گردو، فندق و موادافزودنی خوراکی اصولاً هر دارویی می‌تواند موجب کهیر شود
داروها	اما شایعترین آنها عبارتند از: پنی سیلین‌ها، آسپرین، سولفونامیدها و داروهای آزاد کننده هیستامین (نظیر مورفين، کدئین، پلی میکسین و کینین).
عفونتها	عفونتهای مزمز باکتریال (نظیر عفونت سینوسها، دندان، کیسهٔ صفراء، دستگاه ادراری) آنتریت کامپلوباکتیر، عفونتهای قارچی، عفونتهای ویروسی (مرحلهٔ پروردگاری هپاتیت B منوноکلوز عفونی، کوکساکی) و عفونتهای پروتزوثری و کرمها.
بیماریهای داخلی	بیماری سرمه، لوپوس اریتماتوی سیستمیک، هیپرتیروئیدی، بیماریهای اتوایمیون تیروئید، کارسینوم، لنفوم، بیماری استیل (آرتریت روماتوئید جوانان)، پلی سیتومی حقیقی، تب روماتیسمی، واکنش ناشی از ترانسفوزیون خون.
kehir fizyikي	در موگرافیسم، کهیر فشاری، کهیر کولیزیک، سندروم آنافیلاکتیک حاصل از ورزش، گرما، سرما، آب، ارتعاشات و نور خورشید.
kehir tamasi	رنگ موها، سفید کننده‌ها، موادشیمیایی مختلف، غذاها، پشم، مواد آرایشی.
aimonolozik	گیاهان (ظیر گزنه)، نیش حیوانات (نظیر عنکبوت، زنبور، ستاره دریایی)
غیر aimonolozik	kehir pikkamantora (ماستوستیتور)، درماتیت هربتی فرم، پمفيگوئید، آمیلوئیدوز.
بیماریهای پوستی	حامنگی، شعله‌ور شدن قبل از پریود آژیوادم ارشی، کهیر کولیزیک همراه با کری پیشرونده ارشی، آمیلوئیدوز کلیه، کهیر فامیلیال حاصل از سرما، کهیر ارتعاشی
هورمونی	- پاتولوژی: در بافت شناختی، اتساع عروق و ادم لایه درم و تاحدی های پو درم ارتشاع ناچیز لنفوسيت های T، ائوزینوفیل و مونوسیت‌ها در اطراف عروق دیده می‌شود. تعداد ماستوستیت‌های موجود در درم ممکن است در برخی از بیماران مبتلا به کهیر

- کهیر سرمایی‌غوطه ور شدن در آب سرد یا تماس با هوای سرد ممکن است سبب ایجاد کهیر گردد و ضایعات کهیر سرمایی معمولاً بعد از این که پوست در حال گرم شدن مجدد است، ایجاد می‌گرددند در این نوع کهیر خطر غرق شدن وجود دارد و دلیل آن آزاد شدن مقدار زیاد هیستامین است که سبب ایجاد شوک می‌گردد (1.25,24.2).

- کهیر فشاری: (در ماتوگرافیسم) به اریتم و کهیری اطلاق می‌شود که دقایقی بعد از مالش شدید یا خراش پوست بروز می‌کند و ۹۰٪ مردم دنیا ممکن است در ماتوگرافیسم داشته باشند (عده‌ای آنرا جدا از کهیر فشاری طبقه بنده می‌کند). در ماتوگرافیسم هم در بیماران بدون کهیر و هم در بیمارانی که کهیر حاد و مزمز دارند دیده می‌شوند. در ماتوگرافیسم می‌تواند به صورت فوری و تأخیری باشد. کهیر فشاری نیز ممکن است به صورت فوری یا تأخیری باشد. کهیر فشاری تأخیری شایعتر بوده و به طور عمده به استروتیڈسیستمیک پاسخ می‌دهد چون در اتیولوژی آن ماده C می‌بیشتر از هیستامین دخیل دانسته‌اند. ضایعات کهیر فشاری تأخیری اغلب به صورت ضایعات کهیری حساسی بروز می‌نمایند که در محل ضربه و فشار، مثلاً در دستها به علت محل کیف و در پاها به علت فشار کفش ایجاد می‌شوند (1.31).

- کهیر آفاتابی: این نوع بیماری نادری است که به علت تابش اشعه آفتاب بروز می‌کند و چند دقیقه تا چند ساعت بعد از تابش ایجاد کهیر می‌نماید (1.28).

- کهیر آبی (آکوازنیک): آب بدون توجه به درجه حرارت آن می‌تواند سبب ایجاد کهیر شود و چنانچه سطح پوست را به واژلین یا اسکوپولامین آغشته که یم از ایجاد کهیر جلوگیری می‌شود (1.29.2).

- کهیر تماسی: کهیر تماسی که معمولاً با ویل واریتم مشخص می‌شوند ولی گاه ممکن است فقط به صورت سوزش یا خراش تظاهر کند و علایم دیگر از جمله آسم، رینیت و ضایعات اگرمایی لاستیک و سینمات و آمونیوم سولفات را می‌توان نام برد (1.19.2).

افزودنی های غذایی تا حدود ۵۰% موارد کهیر مژمن ایدیوپاتیک را درمان کرده است.

۲- درمانهای موضعی

الف: کمپرس های آب سرد: در بسیاری موارد (به جز کهیر سرمایی) کمک کننده بوده است.

ب: لوسيون های ضد خارش از جمله متول و کالامین می توانند کمک کننده باشند.^(22,32,26)

۳- درمان های سیستمیک

الف: درمان با آنتی هیستامین های H1 هنوز نیز بهترین درمان است. هیدروکسی زین معمولاً بهترین درمان برای کهیر مژمن است و می تواند به تنها یا یا دیگر آنتی هیستامین ها به کار رود و ذوق مناسب بسته به شدت و تحمل بیمار متفاوت است.

اگر هیدروکسی زین م مؤثر نبود می توان از آنتی هیستامین های دیگر از جمله کلرفینیلمین یا سیپروھیپتادین استفاده کرد. دیفن هیدرامین ممکن است کمی از هیدروکسی اثرات آرام بخش بیشتری داشته باشد و هر دو این داروها یعنی هیدروکسی زین و دیفن هیدرامین ممکن است در بچه ها به جای

حالت آرام بخش باعث تحریک پذیری بیشتر کودک شود. داروهای جدیدتر و نسل جدید آنتی هیستامین های H1 ایجاد خواب آلودگی کمتر می کنند به علت کاهش نفوذشان به سد خونی مغزی رسپتورهای هیستامین را برای 24 ساعت بلوک می کنند. از جمله ستریزین (5-10mg/g.h) - لوراتادین (15mg/qd) داروهای ترفنادین و آستمیزول به خاطر واکنش های متقابل دارویی زیادی که ایجاد می کردنند و به خاطر عوارض قلبی در حال حاضر کمتر استفاده می شوند.

روش مؤثر دیگری که گاهی استفاده می شود استفاده از آنتی هیستامین هائنسل جدید در صبح و آنتی هیستامین های نسل قدیم که ایجاد خواب آلودگی می کنند در شب است.^(22,26,32)

ب: دو کسپین نیک آنتی دپرسانت سه حلقه ای است که اثرات آنتی هیستامین H1 و H2 نیز دارد و در موارد کهیر مژمن ایدیوپاتیک اثرات خوبی دارد ولی عوارض آنتی هیستامینهای دیگر از جمله خواب آلودگی و خشکی دهان در این دارو نیز

مژمن افزایش یابد.⁽¹⁾

- تشخیص: تشخیص کهیر و آنژیوادم معمولاً از روی معاينة فیزیکی است ولی گرفتن یک شرح حال کامل نه تنها جهت تشخیص ضروری است بلکه برای روشن کردن علل احتمالی لازم به نظر می رسد و در مورد کهیر مژمن بررسی های آزمایشگاهی گاهی کمک کننده هستند. از جمله ANA - LECELL - TSH- T4 - T3-LFT-BUN-ESR-CBC آنتی ژنهای سطحی و آنتی بادی مربوطه به هپاتیت B و C، آزمایش ادرار، آزمایش مدفوع و در نهایت در بعضی مواقع بیوپسی پوست^(1,12,17,21).

درمان

موارد حاد و شدید و درمان موارد آنافیلاکسی

۱- تزریق ۰/۳ mg تا ۰/۵ mg اپی نفرین ۱/۱۰۰۰ عضلاتی یا زیرجلدی و تکرار آن هر ۱۵ تا ۳۰ دقیقه در صورت لزوم در افراد پیر و افراد با مشکلات قلبی عروقی دوزهای کمتر به کار می رود.

۲- در صورت برونوکواسپاسم، آمینوفیلین وریدی و برونوکودیلاتورهای استنشاقی به کار می بریم. در مورد آمینوفیلین دوز اولیه ۰.۵mg/kg و تزریق ۳-۵mg/h بعدی است.

۳- استفاده از آنتی هیستامین های نیز به عنوان درمان کمکی برای اپی نفرین به کار می رود اما اثر آنها روی پوست و مخاط است و در صورت مشاهده برونوکواسپاسم کمکی نمی کنند و اثر آنها هم سریع نیست و می توان از دیفن هیدرامین ۵mg عضلاتی استفاده کرد.

۴- استروئیدها اثرات تأخیری دارند و در موارد حاد و شدید جزو اقدامات اولیه نیستند و برای پیشگیری از واکنش های بعدی و تأخیری کمک کننده هستند و شامل هیدروکور تیزون ۱۰۰mg/Q6h وریدی و سپس به پردنیزولون ۳۰mg/day تبدیل شده و در عرض ۷- ۳ روز taper می شوند.^(11,32)

کهیر مژمن

۱- تشخیص و درمان و حذف عامل ایجاد کننده مهمترین و بهترین درمان است و در مورد کهیر مژمن حذف آسپرین و

بیماری‌های اتوایمیون‌الزمی هستند و درمان‌های دیگر در این موارد شامل کلشی سین و داپسون می‌باشند^(16,22,23).

و: در مورد آنژیوادم ارشی استفاده از استروئیدهای آنابولیک (دانازول، استانازول) در کاهش حملات به کار رفته است^(14,22).

ز: دوزهای کم سیکلوسپورین (3mg/kg/day) در مورد کهیر مزمن آیدیوپاتیک و به خصوص در درمان کمکی برای استروئیدها گاهی به کار رفته است^(15,22).

ح: کوتیفن که در مهار مدیاتورهای ماست سل کمک کننده بوده است و در حقیقت ثابت کننده جداره ماست سل ها می‌باشد. نیز گاهی در درمان موارد مقاوم به کار می‌رود⁽²²⁾.

ط: و بالاخره از پلاسما فرز نیز گاهی در موارد کهیرهای مزمن و مقاوم استفاده می‌شود^(18,22).

شایع است^(22,32).

ج: استفاده توأم از آنتی‌هیستامین‌های H و H2 در خیلی از موارد اثرات بهتری دارد و بهترین آنها استفاده از سیمیتیدین و هیدروکسی زین توأم است ولی سیمیتیدین گاهی خودش در تشدید ضایعات کهیر نقش دارد. به خصوص اگر به تنها بی استفاده شود^(13,27).

دنسپیروهپتادین در مورد کهیر سرما بیشتر از سایر آنتی‌هیستامین‌ها کمک کننده است.

ه: استروئیدها: استروئیدها به ندرت در مورد کهیر مزمن کاربرد دارند ولی گاهی در مواردی که تمام درمان‌های دیگر بی‌نتیجه مانده‌اند یک دوره دو هفته‌ای از استروئیدها 40-60 mg پردنیزولون باعث خاموش شدن بیماری شده است. ولی استروئیدها در مورد کهیرهای واسکولیتی حتی در غیاب دیگر

References

- Odeom. R, Games wand Benger T. *Erythema and Urticaria in Andrew's Disease of the skin*. 9th ed. W.B Saunders Philadelphia, 2000, 146-171.
- Kennedy. *Urticaria and angioedema, and hereditary angioedema in: Roy Pattersoun*, Grammer, Green berger: Allergic Disease. Fifth ed. Lippincott Roven, 1997;266-85.
- Kaplan Ap. Chronic urticaria: *Pathogenesis and Treatment*. J Allergy Clin Immunol. 2004; 114: 465-74.
- Green GR. Koelsche GA, Keirland PR: *Etiology and pathogenesis of chronic urticaria*. Ann Allergy 1965;23:30.
- Kaplan Ap. Urticaria and angioedema. In: Middleton E, reed CE *Allergy principles and practice*. 5 th ed. 1998: 1104-1122.
- Greaves MW; *Chronic urticaria: current concepts*: N Eng J Med 1995;16: 289.
- Greaves M, Kint JP, Kaplan A; *Comparative studies of functional and binding assays for IgG* Allegy Clin Immunol 1989;101:672-6.
- Lezonoff A, Susman GL; *Syndrome of idiopathic chronic urticaria and angioedema with thyroid autoimmunity: A study of 90 patients*. J Allergy Clin Immunol 1989; 84:66.
- B Ryhal, ME Gershwin, Y Shoenfeld, JB Peter, Kaiser P, Roseville CA: *Are autoantibodies present in patients with subacute and chronic urticaria?* J Allergy Clin Immunol 2000 Jan., 105, S40.(115).
- Hide, M. *Autoantibodies against the high-affinity IgE receptor as a cause of histamine release in chronic urticaria*. N. Engl.J. Med. 328: 1599-1604, 1993.
- kemp, S.F. *Anaphylaxis. A review of 266 cases*. Arch. Intern. Med. 155:1749-1754,1995.
- Kozel, M.M.A. *The effectiveness of a history-based diagnostic approach in chronic urticaria and angioedema*. Arch. Dermatol. 134:1575-1580,1998.
- Simons, F.E.R. *Effect of the H2-antagonist cimetidine on the pharmacokinetics and pharmacodynamics of the H1-antagonists*

- hydroxyzine and cetirizine in patients with chronic urticaria.* J. Allergy Clin. Immunol. 95:685-693,1995.
14. Sheffer A.L., Fearon, D.T., AN Austen, K.F. *Clinical and biochemical effects of stanozolol therapy for hereditary angioedema.* J. Allergy Clin Immunol, 68:181-187, 1981.
15. Touibi, E. *Low-dose cyclosporine. A in the treatment of sever chronic idiopathic urticaria.* Allergy 52:312-316, 1997.
16. Rumbyrt, J.S., Katz, J.L., Schochet, A.L. *Resolution of chronic urticaria in patients with thyroid autoimmunity.* J. Allergy Clin. Immunol. 96:901-905, 1995.
17. Cooper, K.D. *Urticaria and angioedema: Diagnosis and evaluation.* J.Am. Acad. Dermatol. 25:166-174,1991.
18. gratton, C.E. *Plasmapheresis for sever, unremitting, chronic urticaria.* Lancet 338:1078-1080,1992.
19. Huston, D.P. Bressler , R.B. *Urticaria and angioedema.* Med. Clin. North Am. 76:805-840,1992.
20. Jordaan, H.F. Schneider, J. W. *Papular urticaria: a histopathologic study of 30 patients.* Am. J. Dermatopahol. 19:119-126,1997.
21. Kanazawa, K. *Hepatitis C virus infection in patients with urticaria.* J. AM. Acad. Dematol.35:195-198, 1996.
22. Kennard, C.D. Ellis, C.N. *Pharmacologic therapy for urticaria.* J. Am. Acad. Dermatol.25: 176-187,1991.
23. Mehregan, D.R., Hall, M.J. Gibson, L.E. *Urticular vasculitis: A histopathologic and clinical review of 72 cases .* J. Am. Acad. Dermatol. 26:441-448, 1992.
24. Moller, A. *Cold urticaria: epidemiology and clinical features (German).* Hautarzt 47:510-514, 1996.
25. Neittaanmaki, H. *Cold urticaria: Clinical findings in 220 patients.*J. Am. Acad. Dermatol. 13:636-644, 1985.
26. Pollack, C.V., Jr., and Romano, T.J. *Outpatient management of acute urticaria: the role of prednisone.* Ann. Emerge. Med. 26: 547-551, 1995.
27. Ring, J. Behrendt, H. *H1 and H2 antagonists in allergic and pseudoallergic diseases.* Clin. Exp. Allergy 20:43-49, 1990.
28. Ryckaert, S. Roelandts, R. *Solar urticaria: a report of 25 cases and difficulties in phototesting.* Arch. Dermato. 134:71-74, 1998.
29. Soter, N.A. *Acute an chronic urticaria and angioedema .* J. Am. Acad. Dermatol. 25:146-154, 1991.
30. Stafford, C.T. *Urticaria as a sign of systemic disease.* Ann. Allergy 64: 264-270, 1990.
31. Wong, R.C., Fairley, J.A. Ellis, C.N. *Dermographism: A review.* J. Am. Acad. Dermatol. 11: 643-652, 1984.
32. Zuberbier, T. *Acute urticaria : Clinical aspects and therapeutic responsiveness.* Acta. Derm. Venereol. 76: 295-297, 1996.

سؤالات خودآموزی کهیر و آنژیوادم

- 9- سالیسیلاتها و داروهای وابسته در چند درصد موارد سبب تشدید کهیرهای مزمن می‌شوند؟
 ب: 50 - 30 درصد الف: 20 - 10 درصد
 ج: 90 - 70 درصد
- 10- کدامیک از بیماریهای اتوایمیون ذیر ارتباط بیشتری با کهیر مزمن دارند؟
 ب: آلوپسی آراتا الف: وینتیگو
 ج: بیماریهای اتوایمیون تیروئید د: لوپوس اریتماتوس
- 11- کدامیک از آزمایشات ذیر جهت بررسی کهیر مزمن از اهمیت کمتری برخوردار است؟
 ب: کامل ادرار الف: بیوپسی پوست
 ج: تستهای کبدی د: تستهای عملکرد کلیوی
- 12- مرد جوانی با سابقه کهیر ناگهانی دچار تورم حنجره و لبها و تنگی نفس شدید شده است کدام اقدام درمانی برای وی مناسب تر است؟
 ب: هیدروکورتیزون وریدی الف: هیدروکورتیزون عضلانی
 ج: ترزیق آدرنالین زیرجلدی د: آنتی هیستامین عضلانی
- 13- کدامیک از انواع کهیر ممکن است بیش از 24 ساعت باقی بماند؟
 ب: کهیر کولینزریک الف: کهیر سرمایی
 ج: واسکولیت کهیری د: کهیر تماسی
- 14- کدامیک از داروهای ذیر اثرات آنتی هیستامینی خود را روی گیرندهای محیطی هیستامین اعمال نمی‌کند؟
 ب: لوراتادین الف: هیدروکسی زین
 ج: ترفنادین د: کوتوفین
- 15- مرد درمان کهیرهای مزمن و مقاو م از کدام مورد می‌توان استفاده کرد؟
 ب: پلاسمافورز الف: سیکلوسپورین
 ج: استروئیدهای سیستمیک د: تمام موارد
- 16- خانم 60 ساله‌ای با سابقه 6 ساله از ضایعات کهیری مراجعت نموده‌اند که در تاریخچه و معاینات بالینی نکته قابل توجهی پیدا نشده است به جز افسردگی خفیف بیمار آزمایشات بیمار همگی

- 1- کدامیک از خصوصیات زیر جزء خصوصیات اصلی کهیر نمی‌باشد؟
 ب: اریتم الف: ادم
 ج: خارش د: گذرابودن
- 2- در چند درصد موارد نمی‌توان علت مشخصی برای آنژیولوژی کهیر مزمن پیدا کرد؟
 ب: 10 درصد الف: 30 درصد
 ج: 50 درصد
- 3- کدامیک از مواد ذیر کمترین اثر را در ایجاد کهیر دارند؟
 ب: هیستامین الف: تریپتاز
 ج: پروستاگلندینها
- 4- اختصاصی ترین تست تشخیصی برای آنژیوادم ارثی نوع I کدام است؟
 الف: اندازه گیری سطح مهار کننده C1 استراز سرم
 ب: اندازه گیری سطح هیستامین در سرم
 ج: اندازه گیری فعالیت مهار کننده C1 استراز سرم
- 5- کوچکترین نوع کهیر معمولاً در چه نوع کهیری دیده می‌شود؟ (کهیرهای پاپولی)
 ب: کهیر سرمایی الف: کهیر آفتابی
 ج: کهیر کولینزریک
- 6- کدامیک از انواع کهیر زیر به آنتی هیستامینها پاسخ کمتری داده و به استروئیدها پاسخ می‌دهند.
 الف: کهیر سرمایی ب: کهیر فشاری
 ج: کهیر کولینزریک
- 7- کدامیک از آنتی هیستامینهای ذیر در کهیر سرمایی اثر بهتری دارد؟
 الف: هیدروکسی زین ب: سپروهپتادین
 ج: کلرفیرامین
- 8- عمدۀ تغییرات کهیر در کدامیک از نواحی ذیر است?
 ب: در درم و بافت زیرجلدی الف: منحصرًا اپiderم
 ج: درم و اپiderم

۱۹- دختر ۶ ساله‌ای را به درمانگاه اورژانس آورده‌اند که به دنبال نیش زنبور دچار ضایعات کهیری حاد شده است کدامیک از درمانهای زیر جزو قدمهای درمانی اولیه نمی‌باشد؟

الف: استفاده از آنتی هیستامینها
ب: در صورت برونشکو اسپاسم آمینوفیلین وریدی

ج: تزریق آدرنالین زیر جلدی

د: تزریق عضلانی یا وریدی استروئیدها

۲۰- بیمار کودک ۳ ساله‌ای است که به دلیل تورم صورت و پلک و لبها و مخاط دهان به درمانگاه اورده شده، بیمار دچار درد شکم شده است. برادر بیمار نیز سابقه چنین حملاتی را میدهد. آزمایشات U/A, ESR, CBC طبیعی می‌باشد ولی بعد از بهبودی ضایعات بعد از ۲۴ ساعت سطح C2 و C4 اندازه‌گیری شد که C2 طبیعی و سطح C4 پایین گزارش شده است. کدامیک از داروهای زیر در این بیمار نمی‌تواند کمک کننده باشد؟

الف: داناژول
ب) هیدروکسی زین

ج: استروئید سیستمیک
د: استانازول

نرمال گزارش شده است و در مدت بیماری به درمانهای معمول پاسخ مناسب و کافی دریافت نکرده‌اند. کدامیک از درمانهای زیر را برای ایشان توصیه می‌کنید؟

الف: هیدروکسی زین
ب: لوراتادین
ج: دوکسپین
د: کوتوفین

۱۷- مرد ۵۲ ساله‌ای با کهیر مزمن از حدود ۳ سال قبل مراجعه کرده است در تاریخچه، بیمار مصرف داروهای زیر را ذکر می‌کند. ایندرال، آسپرین، کلردیازپوکساید و مولتی ویتامین به نظر شما کدامیک از داروهای زیر بیشتر می‌تواند مورد ظن برای ایجاد کهیر باشد.

الف: ایندرال
ب: آسپرین
ج: کلردیازپوکساید
د: مولتی ویتامین

۱۸- پسر جوانی بعد از دوچرخه سواری دچار پاپلهای خارشدار کوچکی در سطح بدن خود می‌شود که بعد از حدود نیم ساعت ضایعات بهبود می‌یابد. کدامیک از انواع کهیر برای این بیمار مطرح می‌شود؟

الف: کهیر فشاری
ب: کهیر آفتایی
ج: کهیر سرمایی

پاسخنامه

الف	ب	ج	الف	ب	ج	الف	ب	ج	الف	ب	ج
۱	۱	۱	۱	۱	-۱۱	۱	۱	۱	۱	-۱	
۱	۱	۱	۱	-۱۲	۱	۱	۱	۱	-۲		
۱	۱	۱	۱	-۱۳	۱	۱	۱	۱	-۳		
۱	۱	۱	۱	-۱۴	۱	۱	۱	۱	-۴		
۱	۱	۱	۱	-۱۵	۱	۱	۱	۱	-۵		
۱	۱	۱	۱	-۱۶	۱	۱	۱	۱	-۶		
۱	۱	۱	۱	-۱۷	۱	۱	۱	۱	-۷		
۱	۱	۱	۱	-۱۸	۱	۱	۱	۱	-۸		
۱	۱	۱	۱	-۱۹	۱	۱	۱	۱	-۹		
۱	۱	۱	۱	-۲۰	۱	۱	۱	۱	-۱۰		

محل مهر نظام پزشکی مقاضی

شرایط دریافت گواهی شرکت در برنامه خودآموزی

- پاسخ صحیح به حداقل ۷۰ درصد از سوالات مربوطه
- تمکیل فرم ثبت نام به طور کامل و خوانا
- به ازای هر ۲ امتیاز خودآموزی مبلغ ۱۰۰۰۰ ریال برای پژوهشکان عمومی و ۲۰۰۰۰ ریال برای متخصصین در نظر گرفته شده است که پاسخ ۵۵ نتیجه می‌باشد مبلغ فوق را به حساب جاری ۹۰۰۹۲ بانک ملی شعبه بلوار شهید صدوqi یزد واریز نموده و فیش آنرا به همراه پاسخنامه و فرم ثبت نام به دفتر آموزش مداوم ارسال نمایند.

ضمناً خواهشمند است پاسخنامه را به همراه فرم ثبت نام حداقل تا تاریخ ۱۳۸۴/۱۲/۱۵ به آدرس یزد: میدان شهید باهنر- ساختمان شما ره ۲ دانشگاه، معاونت آموزشی دفتر آموزش مداوم ارسال فرماید.

بسمه تعالیٰ جمهوری اسلامی ایران وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی معاونت آموزشی - اداره کل آموزش مدام جامعه پزشکی درخواست ثبت نام

عنوان خودآموزی: مروری بر کهیر و آنژیوادم
 سازمان برگزار کننده: مجله دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید صدوqi یزد - پاییز ۱۳۸۴

۱۰- سال دریافت آخرین مدرک تحصیلی	۲- نام: ۴- صادره از: ۵- جنس: <input checked="" type="checkbox"/> مرد <input type="checkbox"/> زن	۱- نام خانوادگی: ۳- شماره شناسنامه: ۶- تاریخ تولد: ۷- شماره نظام پزشکی
۱۱- محل فعالیت: (الف) استان محل فعالیت: (ب) شهر محل فعالیت: (ج) محل فعالیت: روستا <input type="checkbox"/> شهر <input type="checkbox"/> بخش <input type="checkbox"/>		
۱۲- نوع فعالیت: (الف) هئیت علمی <input type="checkbox"/> (۵) قراردادی <input type="checkbox"/> (۶) آزاد <input type="checkbox"/> (۷) رسمی <input type="checkbox"/> (۸) پیمانی <input type="checkbox"/> (۹) طرح <input type="checkbox"/> (۱۰) پیام آور	۹- سال اخذ: لطفاً کلیه مدارک تحصیلی و سال اخذ آن را به ترتیب تکمیل نمایید.	۸- مدرک تحصیلی: (الف) لیسانس در رشته: (ب) فوق لیسانس در رشته: (ج) دکترا در رشته: (د) تخصص در رشته: (ه) فوق تخصص در رشته: (و) دکترا (Ph.D) در رشته: (ز) سایر مدارک:
۱۳- آدرس پستی: 		
۱۴- شماره تلفن: ۱۸- امضاء مسئول و مهر محل برگزاری:	۱۵- امضاء مقاضی ۱۶- تاریخ: ۱۷- مهر	

لطفاً در این قسمت چیزی ننویسید

کد سازمان برگزار کننده 	کد برنامه
تاریخ خاتمه تاریخ صدور	تاریخ شروع امتیاز شماره گواهینامه:

توجه مهم: خواهشمند است متقاضیان محترم فرم را به دقت و با خط خوانا تکمیل نمایند و حتماً از مهر استفاده نمایند.