مجله دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی – درمانی شهید صدوقی یزد
دوره چهاردهم ، شماره سوم ، پاییز ۱۳۸۵، صفحات ٤٤-۳۸

بررسی میزان شیوع بیماری درماتیت آتوپیک در بین دانش آموزان دختر و پسر۷ تا ۱۱ ساله مقطع ابتدایی در شهر اهواز

دکتر زهرا بیگم موسوی*[1]، دکتر داور صمدزاده [2]

چکیده

مقدمه: درماتیت آتوپیک یک بیماری التهابی و مزمن پوستی مولتی فاکتوریال است که در تمام دنیا دیده می شود. اما مطالعات اپیدمیولوژی اندکی در کودکان مبتلای آسیایی انجام شده و اغلب بررسی ها در اروپا و آمریکا بوده است. هدف از انجام این مطالعه اپیدمیولوژیک، بررسی بیماری درماتیت آتوپیک در شهر اهواز در کودکان ۱۱-۷ ساله بوده است که تاکنون چنین مطالعه ای در این منطقه انجام نشده است.

روش بررسی: این مطالعه به صورت توصیفی و پیمایشی روی کودکان ۷ تا ۱۱ ساله دختر و پسر مقطع ابتدایی شهر اهواز با روش نمونه گیری خوشه ای انجام شد. ۱۲۵۰ پسر و ۱۲۵۰ دختر دانش آموز براساس کرایتریای هانیفن و راجکا مورد بررسی قرار گرفتند. سپس اطلاعات جمع آوری شده به منظور تعیین فراوانی درماتیت آتوپیک، کرایترهای ماژور و مینور هانیفن و راجکا به تفکیک سن و جنس بررسی شدند.

نتایج: شیوع کلی درماتیت آتوپیک در جمعیت مورد مطالعه ما ۳/۹٪ بود. دختران ۴/۳٪ و پسرها ۳/۴٪ را تشکیل می دادند. متغیرهای ماژور، خارش و درماتیت مزمن عودکننده در ۱۰۰٪ دانش آموزان مبتلا مشاهده شد و فراوانی درماتیت نواحی فلکسورال و سابقه خانوادگی آتوپی با بالا رفتن سن افزایش نشان می داد.

نتیجه گیری: با توجه به شیوع درماتیت آتوپیک در کودکان شهر اهواز، انجام تمهیداتی که بتوانند در کاهش محرکهای محیطی آتوپی نقش داشته باشد و همچنین برنامه ریزیهای آموزشی برای خانواده های کودکان مبتلا در بهبود وضعیت زندگی کنونی و آینده این کودکان مؤثر خواهد بود.

واژه های کلیدی: درماتیت آتوپی ، مقطع ابتدایی، اهواز

مقدمه

درماتیت آتوپیک Atopic Dermatitis (AD) یک بیماری مزمن پوستی است که اغلب در زمان شیرخوارگی و معمولاً در اولین سال تولد شروع می گردد. این بیماری که با خارش شدید پوست مشخص می گردد می تواند باعث اختلال در خواب، آشفتگی فرد و اختلال در وضعیت آموزشی و اجتماعی بیمار گردد[۱،۲،۳،۴]. فشارهای جسمی و روانی و زیانهای ناشی از این بیماری علاوه بر خود بیمار روی خانواده و افراد مرتبط با او تأثیر می گذارد[۵،۶]. هر چند شدت بیماری در اواخر کودکی کمتر گشته و ضایعات پوستی ممکن است فروکش کنند، در بسیاری از موارد خشکی مزمن، خارش و درماتیت شغلی دستها باقی می ماند[۷]. این تظاهرات ماندگار می تواند روی شیوه ی زندگی بیمار و روش ارتباطات وی تأثیر بگذارد[۸].

*۱- نوسندهٔ مسئول: استادیار بخش بیماریهای پوست، اهواز- بیمارستان امام خمینی (ره) ، تلفن : ۲۲۲۲۱۱٤ -۰٦۱۱ ، تلفن همراه : ۰۹۱٦۱۱۱٤٤۸۹،
Email :moosavi _ z @ hotmail. Com
۲- متخصص بیماریهای پوست
دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی اهواز
تاریخ دریافت : ۱۳۸٤/٥/٦ تاریخ پذیرش: ۱۳۸٥/٤/۲۸

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2024-04-25]

طبق مطالعات اخیر زیانهای اقتصادی مستقیم AD در انگلستان، استرالیا و آمریکا بسیار بالا می باشد. طی یک بررسی در هلند و مقایسه آن با برخی کشورهای اروپایی هزینه های گزاف اجتماعی بالا در حالی که هزینه های مراقبت فردی ناچیز به دست آمده است[۹،۱۰]. اطلاعات به دست آمده از قسمتهای مختلف جهان بیانگر افزایش شیوع AD پس از جنگ جهانی دوم می باشد. عموماً تصور می شود این افزایش به علت تغییرات در محیط زندگی ما باشد. هر چند از جهت کلینیکی، تظاهرات پوستی AD به سه فاز شیرخوارگی، کودکی و بزرگسالی تقسیم می شوند و هر فازی حدود سنی و تظاهرات خاص خود را دارد. اما شروع بیماری در هر سنی ممکن است اتفاق افتد. با این حال بیش از دو سوم موارد شروع بیماری در اولین سال عمر می باشد و ضایعات در ۸۵٪ موارد تا سن ۵ سالگی ایجاد می شود[۱۱]. تا به امروز اپیدمیولوژی AD کاملاً شناخته نشده است و بیماری هیچ گونه شاخص آزمایشگاهی و فیزیکی ندارد و همین امر بررسی ها را مبهم و غیردقیق ساخته است. تشخیص عمدتاً براساس نماهای مورفولوژیک خاص و شرح حال استوار می باشد[۱۲]. اخیراً فعالیت هایی در جهت استاندارد کردن درجه بندی تشخیص و اعتبار دادن به آنها در حال انجام می باشد که می تواند اپیدمیولوژی بیماری AD را واضح تر گرداند[۱۳]. بیماران AD ۲۰-۱۰ درصد موارد ارجاع به درماتولوژیستها را تشکیل می دهد شیوع AD را در بررسی گوناگون بین (۲۵-۷٪) درصد گزارش کرده اند. در مناطق صنعتی و کشورهای پیشرفته شیوع بیماری بالاتر است[۱۴]. اغلب مطالعات اپیدمیولوژیک در کشورهای غربی انجام شده است. با توجه به اینکه تاکنون بررسی اپیدمیولوژیکی روی میزان شیوع AD در استان خوزستان انجام نگرفته است، بر آن شدیم تا شیوع این بیماری را در گروه سنی دانش آموزان ۱۱-۷ ساله در این منطقه صنعتی بررسی نماییم. در این مطالعه معیارهای هانیفن و راجکا به عنوان معیارهای تشخیصی استفاده شده است.

روش بررسی

این بررسی از نوع توصیفی و به روش پیمایشی شامل مشاهده، مصاحبه، گردآوری داده ها و تحلیل آنها صورت گرفت. جمعیت مورد مطالعه، دانش آموزان پسر و دختر مقطع ابتدایی شهر اهواز در گروههای سنی ۷ تا ۱۱ ساله بوده اند. زمان مطالعه سالهای تحصیلی ۷۹-۱۳۷۸ و ۸۰-۱۳۷۹ بوده است. برای کاهش تأثیر فصل سعی شد در مقاطع زمانی روی تعداد مساوی دانش آموز از ۵ گروه سنی مطالعه صورت گیرد. روش نمونه گیری خوشه ای تصادفی بوده است. با توجه به اینکه وضعیت اقتصادی، فرهنگی و نژادی ممکن است در مطالعه تأثیر بگذارد. سعی شد که با توجه به این ویژگیها، از مناطق مختلف به صورت تصادفی به تفکیک جنس، دبستانهای مورد مطالعه انتخاب گردند و از این دبستانها، کلاسهایی به طور تصادفی انتخاب تا دانش آموزان آن کلاسها مورد بررسی قرار گیرند، نهایتاً با این روش ۱۶ دبستان انتخاب گردید که به تفکیک جنسیت ۸ دبستان دخترانه و ۸ دبستان پسرانه بودند. حجم نمونه براساس فرمول $\frac{t^2 - p(1-p)}{d^2} =$ جمعیت نمونه، محاسبه شد. تعداد انتخاب شده، ۲۵۰نفر بود. درجه اطمینان ۹۵٪ در نظر گرفته شده و میزان شیوع احتمالی ۱۳٪ محاسبه گردید. از میان ۲۵۰۰ نفر به روش نمونه گیری تصادفی ساده، ۱۲۵۰ نفر پسر و ۱۲۵۰ دختر دانش آموز در ۵ گروه سنی ۷ تا ۱۱ ساله انتخاب شدند. یعنی از هر گروه سنی به تعداد مساوی ۲۵۰ نفر انتخاب گردیده و مورد مطالعه قرار گرفتند. مصاحبه و معاینه توسط متخصص پوست انجام شده و در پرسشنامه ای که براساس معیارهای ماژور و مینور هاینفن و راجکا تنظیم یافته بود مثبت شد. طی مطالعه از وجود مربی بهداشت و پرونده ها ی بهداشتی دانش آموزان نیز استفاده شد. متغیرهای مورد مطالعه ما علاوه بر کرایتریاهای ماژور و مینور هانیفن و راجکا، سن و تیپ پوستی دانش آموز را نیز شامل می شد.

بعضی از متغیرها مانند خارش مزمن و عودکننده، درماتیت راجعه، سابقه خانوادگی آتوپی، کونژکتیویت راجعه، عدم تحمل به لباس پشمی و شوینده ها، ایجاد خارش با تعریق، عدم تحمل غذاهای خاص و تشدید بیماری با فاکتورهای محیطی یا استرس براساس شرح حال دقیق فردی و خانوادگی و سایر متغیرها براساس معاینات بالینی مشخص می گردد. در مواردی اطلاعات به صورت غیرمستقیم جمع آوری می گردید. مثلاً با توجه به اثرات خارش روی بدن و ناخن های براق به خارش و محل آن می توانستیم پی ببریم. روش غیر مستقیم به خصوص در سالهای اولیه دورهٔ ابتدایی نقش

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2024-04-25]

مهمتری بازی می کرد. بررسی برخی از متغیرها نیز به دلیل گرانی و یا معذوریتهای فرهنگی حذف گردید که شامل اندازه گیری IgE سرمی، کاتاراکت و کراتوکونوس، اختلال سیستم ایمنی سلولی، واکنش پوستی تیپ I، اگزمای نوک پستان بودند در صورتی که در اطلاعات جمع آوری شده حداقل ۳ کرایتریای مینور و یا یک ماژور وجود داشت. مادر دانش آموز به مدرسه دعوت شده و شرح حال دقیق تر فردی و خانوادگی گرفته می شد.

نتایج

در این مطالعه شیوع کلی AD در دانش آموزان ۷ تا ۱۱ ساله مقطع ابتدایی در شهر اهواز ۳/۹٪ به دست آمد. این شیوع در دخترها ۴/۳٪ و پسرها ۳/۴ درصد بود (جدول ۱). بیشترین درصد مبتلایان به آتوپی به تفکیک سن، در دو گروه پسر و دختر متعلق به گروه سنی ۸ ساله بوده و به ترتیب ۵/۲٪ و ۵/۶٪ به دست آمد. توزیع فراوانی مبتلایان به AD به تفکیک سن و توزیع فراوانی کرایتریاهای ماژور و مینور در جداول ۲ تا ۴ آمده است. بیشترین فراوانی AD در ارتباط با تیپ پوستی، برای تیپ های ۳ و۴ و (۵۴/۷٪ و ۴۸/۷٪) و (۴۱/۵ و ۴۳/۵) درصد به ترتیب در دختران و پسران به دست آمد. فراوانی عفونت های پوستی و انواع آن نیز بررسی و نتایج در جدول (۵) آمده است.

جدول ۱- توزیع فراوانی بیماری AD در جمعیت نمونه به طور کلی و به تفکیک جنسیت در اهواز

جنس–فراوانی / دانش آموزان مورد مطالعه	تعداد جمعیت	فراوانی مطلق	درصد
کل دانش آموزان	۲۵۰۰	۹۷	٪۳/۹
دانش آموزان دختر	۱۲۵۰	۵۴	٪۴/۳
دانش آموزان پسر	۱۲۵۰	۴۳	٪۳/۴

جدول ۲-توزیع فراوانی بیماری AD در بین دانش آموزان دروهٔ ابتدایی به تفکیک سن در شهر اهواز

فراوانی / سن	جمعیت نمونه	فراوانی مطلق	درصد
دانش آموزان ۷ ساله	۵۰۰	۲۵	٪۵
دانش آموزان ۸ ساله	۵۰۰	۲۷	٪۵/۴
دانش آموزان ۹ساله	۵۰۰	۱۳	٪۲/۶
دانش آموزان ۱۰ ساله	۵۰۰	۱۹	٪۳/۸
دانش آموزان ۱۱ ساله	۵۰۰	۱۳	٪۲/۶

۳- توزیع فراوانی کرایترهای ماژور در بین دانش آموزان ابتدایی پسر و دختر مبتلا به AD در شهر اهواز

جنس - فراوانی / کرایتریاهای ماژر	تعداد کل ۹۷		دختر تعداد کل ۴۳ نفر		پسر تعداد کل ۵۴ نفر	
	فراوانی مطلق	فراوانی نسبی	فراوانی مطلق	فراوانی نسبی	فراوانی مطلق	فراوانی نسبی
خارش	۹۷	۱۰۰	۵۴	۱۰۰	۴۳	۱۰۰
درماتیت نواحی فلکسورال	۸۴	۸۳/۵	۴۹	۹۰/۷	۳۵	۸۱/۳
درماتیت مزمن و عود کننده	۹۷	۱۰۰	۵۴	۱۰۰	۴۳	۸۱/۳
سابقهٔ خانودگی کلی آتوپی	۵۴	۵۵/۶	۳۱	۵۷/۴	۲۳	۵۳/۴
سابقهٔ خانوادگی آسم	۱۳	۱۳/۴	۸	۱۴/۸	۶	۱۳/۹
سابقهٔ خانوادگی رینیت آلرژیک	۳۳	۳۴	۱۷	۳۱/۴	۱۶	۳۷/۲
سابقهٔ خانوادگی AD	۴۱	۴۲/۲	۲۲	۴۰/۷	۱۹	۴۴/۱

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2024-04-25]

جدول٤-توزیع فراوانی کرایتریاهای مینور در بین دانش آموزان ابتدایی مبتلا به AD به تفکیک جنس در شهر اهواز

جنس – فراوانی / کرایتریاهای مینور	کل بیماران تعداد کل ۹۷ نفر		دختر تعداد کل ۵۴ نفر		پسر تعداد کل ۴۳ نفر	
	فراوانی مطلق	فراوانی نسبی	فراوانی مطلق	فراوانی نسبی	فراوانی مطلق	فراوانی نسبی
خشکی پوست	۹۲	۹۴/۸	۵۳	۹۸/۱	۳۹	۹۰/۶
ایکتیوز ولگاریس	۲۴	۲۴/۷	۱۳	۲۴	۱۱	۲۵/۵
کراتوزپیلاریس	۲۱	۲۱/۶	۱۲	۲۲/۲	۹	۲۰
پیتیر یازیس آلبا	۷۰	۷۲/۱	۳۶	۶۶/۶	۳۴	۷۹
چینهای قدامی گردن	۲۸	۲۸/۸	۱۷	۳۱/۴	۱۱	۲۵/۵
چین دنی مورگان	۶۴	۶۵/۹	۳۵	۶۴/۸	۲۹	۶۷/۴
تیرگی اطراف چشم	۳۷	۳۸/۱	۲۱	۳۸/۸	۱۶	۳۷/۲
کونژنکتیویت راجعه	۱۱	۱۱/۴۳	۸	۱۴/۸	۳	۶/۹
افزایش خطوط کف دستها	۲۹	۲۹/۸	۱۸	۳۳/۳	۱۱	۲۵/۵
درماتیت دست	۱۹	۱۹/۵	۷	۱۲/۹	۱۲	۲۷/۹
درماتیت پا	۱۰	۱۰/۳	۶	۱۱/۱	۴	۹/۳
اریتم صورت	۲۱	۲۱/۶	۱۴	۲۵/۸	۷	۱۶/۲
Pallor صورت	۱۵	۱۵/۴	۱۱	۲۰/۳	۴	۹/۳
استعداد به عفونتهای پوستی	۳۶	۳۷/۱	۲۵	۴۶/۲	۱۱	۲۵/۵
درماتوگرافیسم سفید	۱۶	۱۶/۴	۱۱	۲۰/۳	۵	۱۱/۶
درماتیت لبها	۲۷	۲۷/۸	۲۰	۳۷	۷	۱۶/۲
عدم تحمل لباس پشمی و پلاستیکی	۷۹	۸۱/۴	۴۴	۸۱/۴	۳۵	۸۱/۳
عدم تحمل حلالها و شوینده ها	۳۸	۳۹/۱	۲۲	۴۰/۷	۱۶	۳۷/۲
افزایش خارش با تعریق	۸۷	۸۹/۶	۴۷	۸۷	۴۰	۹۳
تشدید بیماری با محرکهای محیطی	۶۱	۶۲/۸	۴۰	۷۴	۲۱	۴۸/۸
تشدید بیماری با غذاها	۴۳	۴۴/۳	۲۷	۵۰	۱۶	۳۷/۲
تشدید بیماری با استرس	۳۵	۳۶	۲۳	۴۲/۵	۱۲	۲۷/۹

جدول ٥- توزیع فراوانی عفونتهای پوستی در بین دانش آموزان ابتدایی مبتلا به AD به طور کلی و به تفکیک جنس درشهر اهواز

جنس - فراوانی / عفونتهای پوستی	تعداد کل ۳۶نفر		دختر تعداد کل ۲۵ نفر		پسر تعداد کل ۱۱ نفر	
	فراوانی مطلق	فراوانی نسبی	فراوانی مطلق	فراوانی نسبی	فراوانی مطلق	فراوانی نسبی
زگیل	۹	۲۵	۶	۲۴	۳	۲۷/۲
تب خال	۱۰	۲۷/۷	۷	۲۸	۳	۲۷/۲
مولوسکوم	۳	۸/۳	۲	۸	۱	۹
آبله مرغان	۲	۵/۵	۲	۸	۰	۰
زرد زخم	۵	۱۳/۸	۱	۴	۳	۲۷/۲
فولکلولیت سطحی	۷	۱۹/۴	۵	۲۰	۲	۱۸/۱
عفونت درماتوفیتی	۱	۲/۷	۰	۰	۱	۹
تیناورسی کالر	۱	۲/۷	۰	۰	۱	۹
پارونیکیا	۳	۸/۳	۲	۸	۱	۹
پدیکولوز	۱۵	۴۱/۶	۱۵	۶۰	۰	۰

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2024-04-25]

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2024-04-25]

بحث

کرایتریای ماژور هانیفن و راجکا به طور ثابت در AD وجود دارند اما کرایتریاهای مینور در جمعیت کنترل نیز کراراً مشاهده می شوند[۱۴]. علاوه بر کرایتریاهای مینور هانیفن و راجکا، کرایتریاهای مینور دیگری نیز در مقالات گوناگون آمده است [۱۵،۱۶،۱۷،۱۸،۱۹،۲۰]. مطالعات مختلف کلینیکی براساس کرایتریاهای تشخیصی AD اختلافات زیادی را نشان می دهند. کرایتریاهای ماژور عموماً به سن وابسته هستند [۱،۹]. اما کرایتریاهای مینور به وضعیت نژادی و زمینهٔ ژنتیکی فرد بستگی دارند که ممکن است این امر باعث وجود تفاوت در مطالعات مختلف باشد. اغلب بررسی ها روی معیارهای مینور AD در نژاد قفقازی انجام گرفته و اطلاعات کمی در تفاوتهای کلینیکی در نژادهای آسیایی وجود دارد[۲۱]. به دلایل فوق و به علت غیراختصاصی بودن، کرایتریاهای مینور همواره مورد انتقاد بوده اند[۲۲]. مثلاً خط دنی مورگان در میان کودکان بدون بیماری AD نیز دیده می شود.

Wiliams و همکاران او تلاش کردند که کرایتریاهای هانیفن و راجکا را به مجموعه ای از کرایتریاهای معتبر و قابل تکرار یعنی U.K WP (U.K.working party) تبدیل کنند[۱۶،۲۳] که ساده تر از کرایتریاهای هانیفن و راجکاست، لیست کوتاهی دارد و یک برخورد استاندارد را برای تشخیص AD پیشنهاد می کند به صورتیکه امکان مقایسه مطالعات در کشورهای مختلف جهان را می دهد. لیست U.K WP شامل شش پارامتر است که کافی و ضروری برای تشخیص می باشند. اما فقط یکی از آنها یعنی درماتیت فلکسورال قابل دید هستند و سایر اجزا از طریق شرح حال بررسی می گردند. این کرایتریا در مقایسه با معیار هانیفن و راجکا سادگی بیشتر و قابلیت تکرار شدن خوبی دارد و مطالعات جمعیتی به طور وسیعی اعتبار پیدا کرده است. اگر چه نیاز به اعتبار بخشیدن بیشتری در شیرخواران و بالغین احساس می شود. حساسیت کرایتریایU.K WP ۸۷/۹ و اختصاصی بودن آن ۹۲/۸ درصد است. اما استفاده از آن (در ۴ جز در ۵ کرایتریا) مستلزم ارتباط با والدین کودکان و اطمینان از پاسخ آنها در صورت برقراری ارتباط می باشد. با توجه به وضعیت اقتصادی و فرهنگی جامعه مورد مطالعه ما کرایتریای U.K WP روش مناسبی برای تحقیق نبود. شیوع کلی AD در جمعیت مورد بررسی ما ۳/۹٪ بوده است. دختران ۴/۳٪ و پسران ۳/۴٪، شیوع AD در دخترها ۱/۲ برابر پسرها بود. در مقایسه با دو مطالعه ای که در شهر تهران روی دانش آموزان با گروه سنی مشابه، به ترتیب براساس معیارهای U.K WP و هانیفن و راجکا انجام شده است. شیوع بیماری را ۱/۶ درصد و ۰/۸ درصد گزارش کرده اند[۲۴]. شیوع کل بیماری بین دانش آموزان ابتدایی شهر اهواز بالاتر بوده است. ظهور AD منتج از دخالت عوامل مختلف مانند استعداد ژنتیکی، اختلال ایمنی، ناکارایی باریری پوست، عوامل سایکوفیزیولوژیک، و عوامل محیطی می باشد[۱۵]. هر چند در مناطق مختلف جغرافیایی، آلرژن های متفاوتی ممکن است محرک ظهور AD باشند و مقایسه کمی و کیفی این آلرژن های گیاهی موجود در هوا، پالاینده های ناشی از سوخت نفت چاهها و آب آلوده به مواد شیمیایی و صنعتی، در تحریک ظهور این بیماری مؤثر باشند، به علاوه زمینه های ژنتیکی به علت رایج نبودن ازدواج های فامیلی نیز تقویت می گردند. مطالعاتی که در سایر مناطق جهان از جمله دانمارک، آلمان و سوئد در گروه سنی مشابه براساس کرایتریاهای U.K WP صورت گرفته است شیوع AD به ترتیب ۱۰،۲۵، ۱۵ درصد ذکر شده است[۲۵].

در نروژ نیز براساس کرایتریای هانیفن و راجکا شیوع AD بین کودکان ۱۲-۷ ساله ۲۳ درصد گزارش شد[۲۱]. در گزارشی توسط آقای Lee و همکارانش درماتیت آتوپی در ردیف شایع ترین بیماری ها در افراد آسیایی مطرح شده است. شیوع بالاتر بیماری در میان دخترها نسبت به پسرها با اغلب آمارهای جهان مطابقت دارد و کاهش فراوانی دانش آموزان مبتلا به AD با افزایش سن با سیر طبیعی بیماری AD مطابقت دارد[۹،۲۱]. دراین سیر نزولی بین پسرها و دخترها تفاوت قابل ملاحظه ای وجود ندارد. در بین کرایترهای ماژور متغیر خارش و درماتیت مزمن و عودکننده در ۱۰۰ درصد دانش آموزان مبتلا به AD مثبت بوده است. بعد از این دو به ترتیب درماتیت نواحی فلکسورال و سابقه خانوادگی آتوپی قرار دارند. از نظر حالت آتوپی، سابقه

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2024-04-25]

خـانوادگی AD بیـشترین درصـد (۴۰٪) و پـس از آن رینیـت آلرژیـک و آسـم بـه ترتیـب قـرار گرفتـه انـد. از نظـر فراوانـی کرایتریاهای ماژور بین دو جنس تفاوت بارزی ملاحظه نـشد. امـا فراوانـی درماتیـت نـواحی فلکـسورال بـا افـزایش سـن بـا مـسیر تظـاهرات مورفولوژیـک بیمـاری AD مطابقـت دارد. افـزایش فراوانی تظاهرات آتوپی را شاید بتوان بـه عوامـل محیطـی تـسریع کننده بیماری از قبیل آلرژنهای موجود در هوا و تمـاس مـزمن بـا عوامل آلرژن محیطی نـسبت داد. در میـان کرایتریاهـای مینـور در اکثر بیماران خشکی پوست وجود داشت و با افزایش سن فراوانی بیشتری می یافت. از دیگـر معیارهـای مینـور کـه در ایـن بررسـی درصدهای بالاتر رابه ترتیب بـه خـود اختـصاص داده انـد، ایجـاد خـارش بـا تعریـق، عـدم تحمـل بـه لبـاس پـشمی و پلاسـتیکی، پیتیریازیس آلبا، چین دنـی مورگـان و تـشدید بیمـاری بـا عوامـل محیطی قابل تخمین، مـی باشـند. فراوانـی کونژکتیویـت راجعـه و Pallor صـورت و تـشدید بیمـاری بـا مـواد غـذایی بـه طـور قابـل ملاحظه ای در بین دخترها نسبت به پسرها بیـشتر بـود و درماتیـت دست به طور بارز در پسرها فراوانتر مشاهد شد. در بقیه کرایتریاها تفاوت چشمگیری وجود ندارد. در مورد تیپ پوستی افراد که در مطالعه ما مورد بررسی قرار گرفت با اطمینان نمی تـوان بـین آن و ظهور AD ارتباطی قائل شد چرا که بالا بـودن AD در تیـپ هـای پوستی ۳ و ۴ می تواند به دلیل فراوانی این فنوتیپ در ایـن منطقـه جغرافیـایی در جمعیـت کـل باشـد. بـرای مقایـسه اپیـدمیولوژیک وسیع تر نتوانستیم بررسیهای متعدد و کافی از نقاط مختلف ایـران و یا کشورهای منطقه در گروههای سنی مشابه به دست آوریم.

نتیجه گیری

هـر چنـد آمـار مـا نـسبت بـه مطالعـات مـشابه در برخـی کشورهای اروپایی شیوع کمتری را نشان می داد امـا بـا توجـه بـه میزان شیوع AD در جمعیت مورد مطالعـه و سـیر صـعودی شـیوع آتوپی با افزایش سن جا دارد تـا بـا برنامـه ریـزی هـای اساسـی و درازمـدت تـدابیری جهـت کمرنـگ کـردن نقـش محرکهـای محیطی، صنعتی و غیره در برانگیختن بیماری انجام داد و از طرف دیگـر طـی برنامـه هـای هماهنـگ از کمـک مراقبـان بهداشـتی مـدارس، در ایجـاد ارتبـاط مناسـب و مـؤثر بـا والـدین و ارایـه آموزشهای لازم به آنها به خصوص درمورد نحوه لباس پوشیدن و جنس آن، استحمام تماس با مواد دترژان و یا مواد شیمیایی دیگر، و انتخاب شغل آینده کودکان استفاده نمود. شاید با این اقـدامات زمینهٔ تألمات جسمی وروحی آنان بهبود یافته و اثرات مضر ناشـی از این تألمات کاهش یابند.

References

1- Laughter D, Istvam JA, Toplso. ***Prevalence of atopic dermatitis in organ school children.*** J Am Acad Dermatol. 2000;43:649-55.

2- Qeille – Roussel C, Raynaud F, Saurat JH. ***Apropective computerized study of 500 cases of atopic dermatitis in childhood. Acta Derm***.Veneral Suppl. 1980;92:44-7.

3- Hanifin JM, Rogge JL. ***Sta phylococcal infectiojion in patient with atopic dermatitis.*** Arch Dermatol. 1997;113:1384-6.

4- Crossen JR**.** ***Psychological assessment and treatment of patient with atopic dermatitis.*** Dermatol Ther.1996;1:94-103.

5- Lapidus CS, Schwarz DF, Honig PJ**.** ***Atopic***

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2024-04-25]

dermatitis in children: who care? Who pay? J.Am – Acad-Dermatol.1993 ; 28:699-703.

6- Herd RM, Tidman MJ, Prescott RJ. ***The cost of atopic dermatitis***.BR. J. Dermatol. 1996; 135: 20-3.

7- Roth HL, Kierland RR. ***The natural history of atopic dermatitis.*** Arch Dermatol 1964;89:209-14.

8-Simpson E, Hanifin J. ***Atopic Dermatitis***. J Am Acad Dermatol 2005;115-118.

9- Williams H. ***C Epidemiobgy of atopic dermatitis.*** Clinical and Exp. Dermatol. 2000; 25: 522-529.

10- Wallach D, Coste J, Tillers G, Taieb A. ***The first images of atopic dermatitis: An attempt at retrospective diagnosis in dermatology.*** Am Acad Dermatol 2005;53: 684- 689.

11- Ennech H,Folster K***. Atopic dermatitis Versus infantile eczema.*** J Am Acad Dermatol. 2001; 45: 52- 54.

12- Hanifin JM, Rajka G. ***Diagnostic features of atopic dermatitis.*** Acad Derm vererol. 1980; 92: 44-7.

13- Firooz A, Davoudi SM, Farhmand AN. ***Validation of the diagnostic criteria for atopic dermatitis.*** Arch –Dermatol 1999 ;135:514-6.

14- Friedman PS, Holden. CA. ***Atopic Dermatitis.In: Burn ST, Breathnach S, COXN, Griffiths CH.*** Rookś Textbook of Dermatology eds. UK. Blackwell Suence Ltd, 2004:18. 1-18. 20.

15- Harari M, Shani J, Seidl V. ***Climatotherapy of atopic dermatitis at the Dead Sea.*** Jnt J Dermatol 2000; 39:59-69.

16- Marks R, Simons Mj**. *Geographic tongue;a manifestation of A topy.***Br J Dermatol 1979; 101:159-162.

17- Kang K, Tian R. ***Atopic dermatitis: an evaluation of clinical and laboratory finding.*** Int J Dermatol 1987; 26: 27-32.

18- Shegal VN, Jain S**. *Atopic dermatitis; clinical criteria.*** Int J Dermatol 1993;32:628-637.

19- Colver GB, Mortimer PS, Millard PR. ***The dirty neck- a reticulate pigmentation in topics.*** Clinical ExP Dermatol 1987;12:1-4.

20- Jeonalee S, Hyan Cho, Jun Ha. ***Minor cutaneous features of atopic dermatitis in Sout Korea.*** Int J of Dermatol.2000;39: 337-342.

21- Bohme M, Svensson A, Kull J, ET AL**. *Hanifin and Rajka s minor criteria for atopic dermatitis***. J Am Acad Dermatol 2000;43:785-92.

22- The strup, K**. *Clinical aspect x of atopic dermatitis.*** Clin and Exp Dermatol 2000; 25: 535- 543.

۲۳ – دکتر معین – اطهر. ***مقایسه روشهای تشخیص درماتیت آتوپیک در مطالعات اپیدمیولوژی.*** فصلنامه بیماریهای پوست، ۱۳۷۷;۵: ۱۵–۱۳

24- Schultz F, Diepgents,Sevensson A. ***The occurrence of atopic dermatitis in north Europe***. JAm Acad Dermatol 1996; 34: 760-4.

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2024-04-25]