

ریزش مو

دکتر عباس پوستی - دکتر مجید رهگذر
گروه فارماکولوژی دانشگاه علوم پزشکی تهران

خلاصه

تشخیص ریزش مو بر اساس شرح حال و معاینه بیمار است و بررسی‌های آزمایشگاهی اغلب لازم است. شرح حال باید شامل طول دوره بیماری، وجود یا عدم ریزش واقعی، سابقه فامیلی، نحوه آرایش و بهداشت موها می‌باشد. معاینه پوست باید بر شناخت الگوی ریزش و شواهد التهاب و اسکار متمرکز گردد. انواع شایع ریزش مو مواردی نظیر طاسی آندروژنیک، منطقه‌ای (A. Areata)، افلوویوم، تریکوتیلومانیا، کچلی سر و آلوپسی اسکاری است.

زندگی آنها به سه دوره تقسیم می‌شود. دوره رشد فعال که به آن آناتژن می‌گویند و ۸۵ درصد موها در این دوره قرار دارند. تولید و رشد موها در این دوره اتفاق می‌افتد. سپس یک دوره کوتاه فرار می‌رسد که طی آن رشد متوقف شده و به آن کاتاژن می‌گویند (۲-۳ هفته). پس از خاتمه رشد دوره استراحت یا تلوزن فرا می‌رسد که مو شکل جماعی یافته و دیگر رشد نمی‌نماید.

ریزش مو را می‌توان به دو دسته اصلی طبقه بندی کرد. آلوپسی‌های اسکار گذار که در آنها دهانه فولیکول مو مسدود شده و طاسی دائمی است. از انواع آلوپسی اسکار گذار می‌توان به ریزش موی ناشی از لوپوس جلدی، لیکن پلان، اسکلرودرما و سارکوییدوز اشاره کرد. گروه دوم طاسی‌های غیر اسکار گذار هستند که سوراخ

برای ریزش مو احتمالات تشخیصی کمی وجود دارد. بیشتر بیماری‌هایی که از این عارضه رنج می‌برند درست است که تنها با چند تشخیص محدود روبرو هستند اما این مساله همچنان برای پزشکان گیج کننده است. این مقاله شاید کمک کند تا با افراد دچار ریزش مو برخورد، بررسی و درمان بهتری انجام گیرد. موها را بر اساس اندازه به سه گروه تقسیم می‌کنند. موهای ترمینال (پایانه) که دارای قطر زیاد و فولیکول‌هایی هستند که تا لایه چربی زیر جلدی امتداد یافته‌اند. موهای ولوس (Vellus) که قطر، عمق و رنگدانه کمتری نسبت به موهای ترمینال دارند. دسته سوم موهای حد واسط می‌باشند که از نظر اندازه، قطر و عمق بین دو گروه فوق می‌باشند (۱، ۲). رشد متوسط طولی موها روزانه ۰/۲۵ میلی‌متر است و چرخه

فولیکول‌های مو باز بوده و حداقل به لحاظ نظری برگشت‌پذیر هستند. از این گروه می‌توان به طاسی ناشی از داروها، آندروژنیک، کچلی سر، لوپوس اریتماتوز سیستمیک، کم‌کاری و پرکاری تیروئید و کمبود موادی چون روی، آهن و بیوتین اشاره کرد (۲).

ارزیابی عمومی بیماران دارای ریزش مو

مهمترین بخش ارزیابی شرح حال بیمار است که نکات اساسی آن عبارت از روشن ساختن ریزش حقیقی یا نازک شدن موها، طول مدت ریزش، شرح حال فامیلی، نحوه آرایش و بهداشت موها، درمان‌های دارویی و سؤال در مورد سایر بیماری‌های اساسی است. باید به دقت روشن ساخت که آیا موها می‌ریزند و یا تنها در اثر نازک شدن آنها پوست سر نمایان شده است. ریزش مو خود ممکن است در اثر شکستن تنه مو و یا خروج آن از ریشه باشد. پرسش در مورد این که موهای شما از چه زمانی غیر طبیعی شده درست‌تر از آن است که مشکل شما از کجا شروع گردیده است. شرح حال خانوادگی نیز مهم می‌باشد، زیرا برخی از بیماری‌های تنه مو و همچنین طاسی آندروژنیک خانوادگی هستند. شرح حال باید وابستگان پدری و مادری را نیز در برگیرد. هرگاه شک به زمینه خانوادگی وجود دارد نحوه آرایش و بهداشت موها باید مورد سؤال قرار گیرد. مواد شیمیایی نظیر نرم‌کننده‌های مو، فردهنده‌ها و سفیدکننده‌ها می‌توانند واقعاً مخرب باشند. رنگ دائمی خطر کمتری دارد مگر آن که قبلاً از مواد

سفیدکننده استفاده شده باشد. یکی از اختلالات تنه مو که به آن موی حبابی (Bubble Hair) گفته می‌شود و به صورت شکنندگی نمایان می‌گردد در اثر استفاده از سشوارهایی پدید می‌آید که موها را با حرارت بالا خشک می‌کنند. استفاده از مواد شیمیایی برای صاف کردن موهای مجعد نیز از علل بیماری‌های مو می‌باشد. دقت در الگوی ریزش موها به هنگام معاینه ضروری است. الگوی ریزش می‌تواند منطقه‌ای منتشر و یا توأم باشد. در نوع منطقه‌ای قسمت محدودی از پوست سر گرفتار شده است. در نوع منتشر همه پوست سر به یک نسبت گرفتار است. طاسی معمولاً همه سر را نگیرد و نواحی پیشانی و فرق سر بیشتر و ناحیه پس سری کمتر گرفتار می‌گردد. بنابراین طاسی سر به طور معمول یک ریزش منطقه‌ای قرینه است. شکنندگی مو را با ماساژ آنها در بین یک لایه باند یا گاز جراحی می‌توان بررسی نمود که باقی ماندن موها در بین آن نشانه ریزش موها متعاقب شکنندگی است. موهای ناحیه گرفتار را می‌توان با یک قیچی از نزدیک پوست سر جدا کرده و مورد مطالعات میکروسکوپی قرار داد.

در تمامی موارد، معاینه پوست سر باید صورت پذیرد. توجه به نکاتی نظیر قرمزی، خیز، پوسته ریزی، پوستول، ایجاد سینوس (Sinus Tract) و انسداد مجرای فولیکول را باید در نظر داشت. برخی از انواع ریزش مو بدون اثر بر پوست سر بسیار شدید هستند و گاه برعکس، مثلاً در پسوریازیس تغییرات شدید پوستی باعث

می‌شود. این آزمایش باید در تمامی افراد دارای ریزش مو باعث تشخیص انجام گیرد. آزمایش KOH برای بیماری‌های قارچی و بررسی پوست برای اسپور قارچها نیز لازم است (۱).

انواع شایع ریزش موی غیر اسکارگذار آلوپسی آندروژنیک

این اختلال را تحت عنوان طاسی شایع یا طاسی با الگوی مردانه نیز نام می‌برند. اکثر بیماران از نازکی موها رنج می‌برند تا ریزش و از آنجا که زمینه ارثی در این بیماری مهم است شرح حال خانوادگی بسیار کمک کننده می‌باشد. شرح حال خانوادگی منفی احتمال این نوع ریزش را کم می‌کند اما منتفی نمی‌سازد. زنان دارای استعداد ژنتیکی برای ریزش مو، این حالت را در حول و حوش دوران یائسگی تجربه می‌کنند. در پاره‌ای از زنان ریزش مو نشانه هیپرآندروژنیسم است که در این صورت هیرسوتیسم، آکنه، ناباروری و بی‌نظمی عادت ماهیانه را باید در نظر داشت. الگوی ریزش موی مردانه و زنانه هر دو ممکن است مشاهده شوند. در مردان نیازی به بررسی‌های آزمایشگاهی نیست اما در زنان یک بحث جدی مطرح می‌شود. اگر ریزش مو با بی‌نظمی عادت ماهیانه و ناباروری همراه باشد آزمایشات غدد درون ریز لازم است و در غیر این صورت هیچ آزمایشی لازم نیست. اندازه‌گیری تستوسترون سرمی و دی‌هیدروآپسی آندروسترون (DHEAS) و معاینه ژینکولوژیک باید انجام گردد. انتخاب‌های درمانی در این

ریزش موها نمی‌گردد. بنابراین، تغییرات پوست سر ممکن است با ریزش مو ارتباط داشته و یا نداشته باشد. بیوپسی پوست گرچه جایگزینی برای شرح حال و معاینه نیست، فوق‌العاده کمک کننده است. با بی‌حسی موضعی یک نمونه از پوست سر با قطر ۴ میلی‌متر برداشته می‌شود. یک نمونه کنترل نیز باید از پوست ناحیه پس سری سالم برداشته شود. پس از بخیه کردن پوست باید محل ضد عفونی گردد. پس از ۲۴ ساعت استحمام بلا مانع است. آزمایش‌های کشیدن و کندن موها نیز کمک کننده‌اند.

آلوپسی آندروژنیک را تحت عنوان طاسی شایع یا طاسی با الگوی مردانه نیز نام می‌برند.

در آزمایش کشیدن موها، دسته‌ای از آنها را بین انگشت شست و سبابه قرار داده و به آرامی کشیده می‌شوند تا دو انگشت به منتهای موها برسند. موهایی که در اثر این عمل کنده شده‌اند مورد آزمایش میکروسکوپی قرار می‌گیرند. در حالت طبیعی تنها موهای تلوزن کنده می‌شوند. در آزمایش کشیدن موها، پنجاه رشته مو را از یک سانتی‌متری پوست با یک بند بسته و با سرعت کنده می‌شوند. نسبت بین موهای تلوزن و کل آنها با آزمایش میکروسکوپی مشخص می‌شود. بررسی‌های آزمایشگاهی محدودی گاه بر اساس نتایج و شرح حال لازم می‌شوند. آزمایش سرمی سیفیلیس بسیار مهم بوده و اغلب فراموش

وجود ندارد (۱).

ریزش مو در اثر بیماری‌های شدید، استرس و داروها (Telogen Effluvium)

در این اختلال تعداد زیادی از موهای آناتون به تلوزن تبدیل می‌شوند و اختلال ناشی از فولیکولها است. علل این اختلال را به دو گروه فیزیولوژیک و استرسی یا در اثر ضایعه تقسیم می‌کنند. ریزش موی نوزادان پس از زایمان و مراحل اولیه طاسی آندروژنیک از جمله موارد فیزیولوژیک هستند. از جمله ضایعات و استرس‌هایی که باعث تلوزن افلوویوم می‌شوند می‌توان به تب بالا، عفونت شدید، استرس روانی شدید، جراحی‌های بزرگ، کم‌کاری و پرکاری تیروئید و سایر آندوکرینوپاتی‌ها، زیر آوارماندن، داروهای ضد کراتین، ضد انعقاد (هپارین)، ضد تیروئید، ضد تشنج، هورمون‌ها و فلزات سنگین اشاره نمود (۲). بدون در نظر گرفتن علت، ۳ تا ۴ ماه پس از آن ریزش شروع می‌شود (زمان لازم برای تبدیل آناتون به تلوزن).

ابتدا مشکل تنها به صورت ریزش است اما نازک شدن و کم پشت بودن نیز بدان افزوده می‌گردد. ریزش در این بیماری شبیه افراد مسن و از نوع منتشر است و علاوه بر پوست سر، زیر بغل و ناحیه عانه را نیز در بر می‌گیرد (۱).

این عارضه التهابی نیست و از این رو پوست سر طبیعی به نظر می‌رسد. در این بیماری آزمایش کشیدن مو در تمام نقاط پوست سر مثبت است. پیاز مو حالت طبیعی تلوزن (چماقی) داشته و تنه

بیماری محدود است. محلول موضعی مینوکسیدیل ۵ درصد اینک به فهرست داروهای ایران افزوده شده است اما عوارض قلبی-عروقی آن بیشتر است. از جمله داروهای خوراکی فیناستراید با دوز روزانه یک میلی‌گرم بهترین پاسخ را داشته است. مصرف این میزان دارو پس از سه ماه با رویش موهای ولوس شروع شده و سپس به ضخامت و رنگدانه آنها افزوده می‌گردد. مصرف این دارو حداقل یک سال باید ادامه یابد (۳). این دارو در فهرست داروهای ایران وجود ندارد. برای درمان طاسی آندروژنیک روش‌های جراحی ترمیمی نیز مطرح شده است اما این درمان‌ها نمی‌توانند اختلال زمینه‌ای ریزش موها را دگرگون سازند.

ریزش مو در اثر کهولت سن (Senile Alopecia)

در این نوع از ریزش مو، الگوی ریزش به صورت آهسته و منتشر بوده و از حدود ۵۰ سالگی شروع می‌شود. در خانم‌ها در صورتی که ریزش مو از حد انتظار یا شکی بیشتر باشد باید دخالت یک جزء آندروژنیک را در نظر داشت. نازک شدن موها علت اصلی این اختلال بوده و این درست بر عکس اختلال تلوزن افلوویوم است (نوعی ریزش مو که در اثر بیماری‌های شدید، جراحی‌های بزرگ، شیمی درمانی سرطان و مصرف برخی از داروها پدید می‌آید) که در آن ریزش شدید متعاقب آزمایش کشیدن مو ایجاد می‌گردد. درمان خاصی برای این نوع ریزش



داشته‌اند بدتر است. شروع بیماری در سنین قبل از بلوغ، طول کشیدن بیماری بیش از یک سال، سابقه خانوادگی، حساسیت‌های آلرژیک، بیماری شدید و سندرم داون (تری زومی ۲۱) از عوامل پیش آگهی بدتر هستند. گاه این بیماری به همراه برص (ویتیلگو) و بیماری‌های تیروئید مشاهده می‌شود. آلوپسی منطقه‌ای به صورت لکه‌های بیضوی، متعدد، حاشیه دار و یا منتشر بروز می‌کند. الگوی ریزش را نمی‌توان به سادگی از تلوزن افلوویوم افتراق داد. در ریزش موی تمام سر و بدن ممکن است دستجات محدود مو به صورت دوره‌ای شروع به رشد نمایند. پوست ناحیه گرفتار ممکن است طبیعی و یا مختصر قرمز و خیزدار باشد.

بسیاری از موهای ترمینال به اندازه کافی کراتینیزه نشده و از نقطه نازکی می‌شکنند اما موی داخل فولیکول آناتژن است.

موها به طور نابالغ وارد فاز کاتژن یا تلوزن شده و در آزمایش کردن موها، نسبت تلوزنها افزایش می‌یابد. در صورتی که بیمار مشکل دیگری نداشته باشد نیازی به بررسی‌های آزمایشگاهی دیگر نیست. در اکثر مواقع در آلوپسی منطقه‌ای کوچک، بیمار تقاضای درمان دارد. در موارد آلوپسی محدود (کمتر از ۱۰٪) تزریق کورتیکواستروئید به داخل ضایعه، با کاهش التهاب اطراف فولیکولها و افزایش درصد موهای آناتژن همراه می‌باشد. در بیشتر موارد خفیف، رویش موهای نازک و بی‌رنگ (ولوس) پس از چند ماه شروع می‌شود. درمان موارد شدید

موها طبیعی است. آزمایش کردن موها روشی مناسب برای شناسایی این بیماری است که نسبت تلوزن بالا رفته است. درصد تلوزن نباید از ۵۰ درصد بیشتر باشد و در صورت رسیدن به ۷۰ تا ۸۰ درصد با یک افلوویوم طبیعی مواجه نبوده و شبیه موارد ناشی از شیمی درمانی سرطانها است (۱).

در ریزش موی منطقه‌ای، ریزش مو به صورت لکه‌هایی با حاشیه مشخص می‌باشد که ممکن است تمام سر و یا تمام بدن را فرا گیرد.

اگر فردی تلوزن افلوویوم دارد و در معاینه و شرح حال او نکته خاصی یافت نمی‌شود باید به دنبال عوامل مخفی گشت. آزمایش سیفیلیس، شمارش سلول‌های خونی، آزمایش‌های تیروئید و بیوشیمی خون مناسب هستند. به بیماران باید اطمینان داد که در اکثر موارد خودبه خود و یا پس از درمان بیماری زمینه‌ای، ریزش موها اصلاح می‌گردد (۱).

ریزش موی منطقه‌ای (Alopecia Areata)
ریزش مو به صورت لکه‌هایی با حاشیه مشخص می‌باشد که ممکن است تمام سر و یا تمام بدن را فرا گیرد. موها مجدداً رشد می‌نمایند و دوره‌های ریزش و رشد مجدد تکرار می‌گردند. پیش آگهی کسانی که ریزش شدید و بهبود ناقص



و گرفتاری تمام سر آسان و بی خطر نیست و ملاقات با یک متخصص پوست را ضروری می‌سازد (۱، ۲).

آلوپسی سیفیلیتیک

در هر بیمار که علت ریزش مو ناشناخته مانده باید به فکر سیفیلیس بود. ریزش مو به صورت لکه‌ای یا منتشر همراه با ضایعه پاپولواسکوامو ثانویه را در پوست سر و سایر نواحی می‌توان مشاهده نمود. ریزش موها ممکن است سریع، آهسته و یا تدریجی باشد. گرچه گرفتاری پوست سر زیاد است، پوست سایر نواحی نیز می‌تواند درگیر باشد. آلوپسی سیفیلیسی یک بیماری غیر التهابی و غیر اسکارگذار است. اریتم، پوسته ریزی و برجستگی پوست وجود نداشته و مجرای فولیکول باز است. در صورت مثبت شدن آزمایش سرولوژیک، درمان آنتی بیوتیکی بیماری سیفیلیس باید شروع شود و با تکمیل آن رویش مجدد موها شروع خواهد شد (۱).

تریکوتیلومانیا

در این اختلال، فرد موهای خود را می‌کند. بیشتر در دختران نوجوان مشاهده می‌شود اما هر دو جنس و در تمام سنین ممکن است دیده شود. بیماران ممکن است دستکاری موهای خود را انکار نمایند. اکثر آنها دارای مشکلات هیجانی عاطفی، اضطراب و سایکوز هستند. الگوی ریزش به صورت یک یا چند منطقه و با اشکال نامنظم است. اندازه این مناطق متغیر بوده و ممکن است تمام

سر را بگیرد. موهای ترمینال کوچک در تمام این ناحیه وجود دارد. در اطراف فولیکول‌ها اریتم و پوستول دیده می‌شود اما اسکار وجود ندارد (۱، ۲). مهمترین تشخیص افتراقی تریکوتیلومانیا با سیفیلیس است (۲). درمان مناسب سایکوز، اضطراب و استرس زمینه‌ای ضروری می‌باشد (۱).

آلوپسی کششی

کسانی که برای حالت دادن به موها آنها را کشیده و می‌بندند دچار ریزش مو در حاشیه پوست سر می‌شوند. این پدیده قبل از بلوغ شدیدتر است اما پس از آن نیز دیده می‌شود. این مشکل به خصوص در خانمهای دارای موهای مجعد بیشتر است و به دو گروه تقسیم می‌شود. در مواردی که از بروز عارضه مدت کمی (چند ماه یا یک سال) بگذرد که در این صورت برگشت پذیر است (۲) اما در مواردی که کشش چند سال ادامه داشته است رویش مجدداً اتفاق نمی‌افتد. در بیماری مذکور ریزش مو بیشتر در ناحیه گیجگاهی، اطراف گوش و پیشانی است. گرچه اکثراً موهای ترمینال می‌ریزند، ریزش موهای ولوس نیز مشاهده می‌شود. پوست سر طبیعی است. برای موارد پیشرفته، درمانی غیر از روش‌های ترمیم مو وجود ندارد (۱).

کچلی سر

این بیماری در اثر درماتوفیت‌ها پدید می‌آید و تنه موها را تخریب کرده و ایجاد واکنش التهابی در



بافت‌های اطراف می‌نماید. بروز یک ناحیه گرد ریزش مو همراه با پوسته ریزی در افرادی (کودکان) که بهداشت مناسبی ندارند را باید کچلی فرض نمود مگر آنکه خلاف آن ثابت شود. همبازی و همکلاسان او نیز باید معاینه شوند. کشت یا لام مستقیم پوسته‌های سر با KOH از حاشیه ضایعه کمک کننده است. گریزئوفولوین با دوز ۱۵-۲۰ میلی‌گرم به ازای هر کیلوگرم روزانه برای مدت شش هفته لازم است. برای بهبود جذب دارو، خوردن یک وعده غذای چرب مفید است (۱، ۲). علاوه بر درمان سیستمیک استفاده از پمادهای موضعی ضد قارچ کچلی نیز کمک کننده می‌باشد (۱).

کچلی سر در اثر درماتوفیت‌ها پدید می‌آید و تنه موها را تخریب کرده و ایجاد واکنش التهابی در بافت‌های اطراف می‌نماید.

بافت‌های اطراف می‌نماید. بروز یک ناحیه گرد ریزش مو همراه با پوسته ریزی در افرادی (کودکان) که بهداشت مناسبی ندارند را باید کچلی فرض نمود مگر آنکه خلاف آن ثابت شود. همبازی و همکلاسان او نیز باید معاینه شوند. کشت یا لام مستقیم پوسته‌های سر با KOH از حاشیه ضایعه کمک کننده است. گریزئوفولوین با دوز ۱۵-۲۰ میلی‌گرم به ازای هر کیلوگرم روزانه برای مدت شش هفته لازم است. برای بهبود جذب دارو، خوردن یک وعده غذای چرب مفید است (۱، ۲). علاوه بر درمان سیستمیک استفاده از پمادهای موضعی ضد قارچ کچلی نیز کمک کننده می‌باشد (۱).

کچلی سر در اثر درماتوفیت‌ها پدید می‌آید و تنه موها را تخریب کرده و ایجاد واکنش التهابی در بافت‌های اطراف می‌نماید.

ریزش موی اسکارگذار

این اصطلاح به گروه هتروژنی از بیماری‌ها اطلاق می‌شود که وجه مشترک آنها تخریب موها حتی در انواع خفیف و مراحل اولیه بیماری است؛ در نوع غیر اسکارگذار احتمال رویش مجدد مو وجود دارد اما در این نوع ریزش موها دائمی است (۱). پا پولهای اریتماتو، پوستول، پوسته ریزی اطراف فولیکول وانسداد فولیکول از علایم آن است. یک علامت دیگر خروج چند رشته مو از یک فولیکول می‌باشد که به آن پلی تریشیا

منابع:

1. Sperling LC. Mezebish DS. Hair diseases. Med Clin N Am. 1998; 82 (5): 1155 - 1169.
2. Bolagnia JL. Braverman IM. Cardinal manifestations and presentation of disease. In : Harrison's Principles of internal medicine. 14th ed. New york: Mc Graw-Hill; 1998: 312 - 313.
3. Wolsh P. Dun CL. James WD. Improvement in androgenetic alopecia using topical minoxidil in a retinoid vehicle and finasteride. Arch Dermatol. 1995; 131: 1373 - 1375.