



# عفونت‌های شایع جلدی و درمان آنها

دکتر عباس پوستی

گروه فارماکولوژی دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران

ارگان‌نیسم‌های بیماری‌زا دارد. می‌تواند پوست را در مقابل عفونت‌های جلدی حمایت کند. گاهی عفونت‌های جلدی را با علل مختلفی که در ایجاد آن عفونت دخالت دارند نامگذاری می‌کنند مثل عفونت غدد چربی پوست (فولیکولیت) و عفونت غدد سطحی پوست (پوستول) و عفونت عمقی پوست (فورنکل). طریقه انتشار از این مکانها به نسوج اطراف نسبت به نوع ارگان‌نیسم مولد عفونت فرق میکند مثلاً عفونت‌های مربوط به استافیلوکوک طلائی بطور مستقیم و موضعی

مقدمه - عفونت‌های جلدی می‌تواند علل متعددی داشته باشد مانند پارگی طبقه شاخی که ممکن است موجب عفونت استافیلوکوک طلائی شود. چنانچه سایر مکانیسم‌های دفاعی و حفاظتی پوست مانند لیپدهای سطح پوست، pH، تولید و انهدام سریع سلول‌های سطحی پوست دچار آسیب شوند بیمار را برای ابتلاء به عفونت‌های جلدی مستعد می‌سازند. فلور طبیعی پوست از راه ساختن موادی مثل باکتریوسین‌ها، کمپلکس آنتی‌بیوتیک-پروتئین که اثر آنتاگونیستیک روی

سایر مواد و وسائل لازم برای درمان عفونتهای جلدی در دسترس است. چون اغلب این بیماریها بطور بالینی تشخیص داده میشوند لذا قبل از بدست آمدن نتایج آزمایشگاهی میتوان درمان را شروع کرد. (۴)

مواردی که در این مقاله بحث میشود مربوط به عفونتهای ناشی از ارگانسیمهای باکتریال، قارچی و ویروسی می باشد. معمولاً شناخت عامل بیماری کمک به پیش بینی سیر بیماری و درمان مؤثر مینماید.

**❖ سلولیت یک عفونت باکتریال حاد است که معمولاً درم و اپیدرم را فرا میگیرد و با سفتی، اریتم و کشیدگی پوست همراه است.**

استرپتوکوکهای پیوژن از دسته لانسفیلد گروه A بیشترین سهم را در ایجاد عفونتهای انسانی دارد. با وجودیکه این ارگانسیم همه جا حاضر مسئول یک رده وسیع از بیماریهای شناخته شده است. ولی در این مورد توجه بیشتر بطرف ورم حاد حلق و حنجره معطوف گشته است زیرا در بسیاری موارد پتانسیل آن انگیزه ای برای ایجاد تب روماتیسمی حاد بوده است. عفونتهای استرپتوکوکی گروه A مهاجم می توانند موجب عفونتهای متنوع پوست و نسوج نرم شده که گاهی خیلی شدید و تهدید کننده حیات است که مهمترین آنها عبارتند:

توسعه یافته و ایجاد آبسه های متعدد موضعی (کفگیرک) مینماید. عفونتهای استرپتوکوکی بتاهمولیتیک گروه A تمایل به انتشار به کانالهای داخل سلولی (سلولیت، باد سرخ) دارد و گاهی اوقات به عروق لنفاتیک سرایت کرده (لنفانژیت) و عفونتهای ناحیه ای گرهای لنفاتیک (لنفادنیت) را تولید می کنند. (۵). تظاهرات دیگر بیماریهای جلدی ممکن است با واسطه سموم میکروبی بوده و اثراتی روی نسوج و اعضاء نزدیک یا دور از محل عفونت بر جای گذارند و یا توسط هجوم مستقیم ارگانسیم بداخل جریان خون با توسعه محل های متاستاتیک، در سایر جاهای بدن عفونت ایجاد کند. نتایج این اثرات زیانبار با نوع ارگانسیم مولد عفونت، شدت بیماریزایی و سازگاری مکانسیم های دفاعی بدن میزبان فرق میکند.

**❖ ضایعات جلدی را معمولاً از روی منظره بالینی آنها می توان تشخیص داد، ولی گاهی اوقات ممکن است برای تأیید تشخیص بیماری به امتحانات آزمایشگاهی و بالینی نیاز پیدا شود.**

ضایعات جلدی را معمولاً از روی منظره بالینی آنها میتوان تشخیص داد ولی گاهی اوقات ممکن است برای تأیید تشخیص بیماری به امتحانات آزمایشگاهی و بالینی نیاز پیدا شود. خوشبختانه تعداد زیادی مواد ضد میکروبی و

**66 عفونتهای نسوج مجاور ناخن یکی از عفونتهای فراوان ناخن است که می‌تواند فوق‌العاده ناراحت‌کننده باشد و خیلی کم به درمان جواب دهد. این عارضه خیلی تمایل به عود دارد و در خانم‌ها و کارگرانی که با دستهای بسیار مرطوب کار می‌کنند دیده می‌شود. 99**

خوب می‌شوند اما شدیداً واگیر و عفونی بوده و بسرعت منتشر می‌شوند و به اعضاء دیگر بدن ممکن است سرایت کنند.

**66 تشخیص عفونتهای درماتوفیت از راه امتحان میکروسکوپی مو و پوست است که منظره هاگ قارچ را نمایان می‌سازد. کشت قارچ به تشخیص نوع ارگانسیم کمک می‌کند. 99**

عوارض آن که ناشی از اگزوتوکسین اپیدرمولیتیک استافیلوکوکسی است ممکن است در منطقه وسیعی از ناحیه سطحی پوست بصورت پوست‌اندازی ظاهر شود (سندرم پوسه پوسه شدن پوست). پوست تمایل به سفت شدن دارد که شدیدتر از سندرم اسیتون‌جانسون است. در نوزادان شکل بیماری بصورت بیماری ریتر ( Ritter's Dis ) طبقه‌بندی می‌شود. سستی سمی استا فیلوکوکسی نیز ممکن است اتفاق افتد که در نتیجه در ناخن‌ها و پوست خونریزی دیده می‌شود. نادراً در بعضی مناطق کانگرن هم بوجود می‌آید. انواع استرپتوکوکهای تولیدکننده

**عفونتهای چرکی پوست با عامل استرپتوکوک**

**زردخیم یا پیودرمی (Impetigo):**

- یک عفونت چرکی موضعی و سطحی پوست است که بسیار مسری و عفونی است و شیوع آن در کودکان قبل از دبستان و بخصوص در مناطق گرم و مرطوب بیشتر است. اغلب تعداد زیادی ضایعات بصورت وزیکول شروع شده و به سرعت به شکل چرکی درآمده و سپس ترکیده ضخیم می‌گردد و بعد رنگ عسلی بخود گرفته دلمه می‌بندد. عامل بیماری در نوع غیرتاوولی ممکن است مخلوطی از استافیلوکوک و استرپتوکوک یا استافیلوکوک به تنهایی باشد و چون این ارگانسیم‌ها میتوانند پنی‌سیلیناز تولید کنند لذا درمان این نوع عفونتها بایستی با پنی‌سیلین‌های مقاوم به پنی‌سیلیناز انجام گیرد که بسیار مؤثر است.

نوع تاوولی آن همراه با اریتم و تاولهای پر از مایع روشن بوده که سپس طبقه چرکی دیده می‌شود، بعداً تاولها ترکیده و قسمت مرکزی آن تمیز می‌گردد. این شکل بیشتر در ناحیه ساق پا و سرین دیده می‌شود و عموماً عامل آن استافیلوکوک به تنهایی می‌باشد و ضایعات اغلب بخودی خود

و یا در مواقعی که کشت خون کمک می‌کند در سایر موارد عامل سلولیت را نمیتوان پیدا کرد و تکنیکهای معمولی میکروبیولوژی هم در این مورد موفقیتی بدست نمی‌دهند و حتی گاهی از آنتی‌بادیهای سرم ممکن است برای تشخیص استفاده کرد. بهرحال در مواردی که عامل بیماری نامعلوم است بایستی آنتی‌بیوتیکهایی به کار برد که بتوانند روی هر نوع ارگانسیم استافیلوکوک و استرپتوکوک مؤثر باشند. (۱).  
درمان در جدول ۱ آمده است

**باد سرخ** - یک عفونت استرپتوکوکی حاد با تظاهر موضعی است که معمولاً لایه سطحی پوست و لنفاتیک جلدی را گرفتار میسازد، در حالیکه سلولیت بطور عمیق‌تر نسوج زیر جلد را آسیب میرساند. این بیماری اغلب در یک بیمار مسن با سابقه قبلی یک عفونت راه تنفسی فوقانی دیده می‌شود. عفونت ممکن است عود کند خصوصاً اگر در ناحیه صورت باشد. گاهی عفونت از یک تب مخرمکی و بطور غیرشایع از اریتم نودوزوم نتیجه می‌شود.  
معمولاً عامل بیماری بیشتر استرپتوکوک از گروه A می‌باشد و استرپتوکوکسی گروه C و B نیز این عفونت را باعث شده‌اند و نادراً استافیلوکوکها دخالت داشته‌اند (۱). معمولاً استرپتوکوکها از پوست ضایعه دیده وارد می‌شوند و محل عفونت در پوست و نسوج زیرجلدی است که ۸۵٪ موارد در چهره اتفاق می‌افتد ولی در ساق و پاها نیز دیده شده است.

نفریت هم ممکن است در کار باشد که در کلیه‌ها ایجاد التهاب نمایند.

عفونت ممکن است از حامل‌های انسانی یا هر ماده‌ای که بتواند باعث انتقال بیماری شود مثل آب استخرهایی که بصورت ناکامل استریل شده باشند سرایت کند. (۵)

**سلولیت** - یک عفونت باکتریال حاد است که معمولاً درم و اپیدرم را فرا می‌گیرد و با سفتی، اریتم و کشیدگی پوست همراه است. حدود آن کمتر مشخص است. ضایعه ممکن است چرکی بوده و یا با گانگرن موضعی همراه باشد. جائیکه این عارضه در تعقیب یک زخم عفونی پیش می‌آید معمولاً استرپتوکوکها را مسؤل ضایعه میدانند ولی با وجود استافیلوکوک طلائی، پسودومونا آئروژینوزا و هموفیلوس انفلوانزائیز ممکن است در کشت بدست آیند. دو نوع سلولیت ممکن است دیده شود: الف - سلولیت در ناحیه صورت که عموماً عامل آن هموفیلوس انفلوانزا و استرپتوکوک پنومونیا است. ناحیه مبتلا به رنگ مایل به آبی و اریتماتوز در می‌آید. ب - سلولیت استرپتوکوکی که بصورت درماتیت دور مقعدی دیده می‌شود و حاشیه واضح دارد. نسج آن ناحیه سفت و اریتماتوز است و در کودکان کمتر از ۱۰ سال دیده می‌شود که موقع اجابت مزاج درد دارند. اغلب به درمان مقاومند و حداقل به دو هفته درمان نیاز دارند.

در مواردی بغیر از ترشحات چرکی که با رنگ گرم و کشت عامل بیماری مشخص می‌شود



ضایعه بصورت یک ناحیه اریتماتوز با حدود مشخص درآمده و بسرعت منتشر می‌شود. بیمار ناراحت و تب‌دار است. ناحیه آسیب دیده متورم، بادکرده و سریعاً حدودش از بین می‌رود و بجای آن تاو لهائی ظاهر می‌شود که می‌ترکند. التهاب مداوم منجر به انهدام قسمت لنفی شده و بطور ثانوی باعث اسکار (باقی ماندن جای زخم) و لنف آدنوما می‌شود. عفونتهای تازه دیگر جواب به بیماری را تشدید می‌کنند. سطح پایین بهداشت عمومی حساسیت آن را زیادتر می‌کند. چنانچه درمان انجام نگیرد نفريت، سپتی سمی و گانگرن ممکن است اتفاق افتد. درمان این ضایعه در جدول ۱ آمده است.

**فولیکولیت** - این عفونت سطحی جلد که عامل آن استافیلوکوک است به اشکال مختلف ظاهر میشود و بدنبال آنتی بیوتیک درمانی در چهره و در محلهای دیگر مثل محاسن، فرق سر و یا ساق پا دیده می‌شود. عفونت اغلب توسط اشعه، در طول یک درماتیت یا درمان بسته‌ای با استروئیدهای موضعی تشدید می‌شود. ارگانسیم‌های گرم منفی، استافیلوکوک طلائی و پی‌تی روسپورم را مسئول بیماری می‌دانند.

**لنفانژیت** - یک عفونت عروق لنفاوی است که معمولاً یک انتهای بدن را می‌گیرد و بیشترین عامل آن استرپتوکوک همولیتیک گروه A و استافیلوکوک طلائی است. گره‌های لنفاوی نزدیک به ضایعه متورم و بزرگ می‌شوند. تب و

افزایش گلبولهای سفید حضور دارند. تشخیص توسط علائم بالینی و کشت خون داده می‌شود. آنتی بیوتیک درمانی روی ارگانسیم‌های حساس مؤثر است.

**دمل و کورک** - گره‌های التهابی در ناحیه عمیق‌تر فولیکول مو بوده و بسیار حساس می‌باشند. ضمناً بطور واضح سفت و متورم می‌گردند. عامل آن استافیلوکوک طلائی است. ضایعه از نوک وسعت یافته و بطرف نکروز پیش می‌رود و بالاخره در نسوج مجاور تخلیه شده و بنوبه خود عفونی می‌شود و ممکن است منجر به ضایعات متعدد گردد (کفگیرک). معمولاً علت آن مشخص نیست ولی گاهی ممکن است مالش کمر بند و یقه در انتشار آن دخالت داشته باشد. استافیلوکوک اغلب در چین‌های پوست و یا سوراخ بینی وجود دارد و حمله‌های دمل (فورونکلوز) ممکن است وجود داشته باشد و برای چند ماه ادامه یابد.

**بثورات چرکی (Ecthyma)** - بصورت تاو لهای کوچک فراوان در ساق پا دیده می‌شود که معمولاً عامل آن استافیلوکوک یا استرپتوکوک می‌باشد. ضایعه عمیق، سفت و با سوراخ زخمی نمایان می‌شود و در نتیجه روی آن دلمه می‌بندد و ناحیه اطراف آن ملتهب می‌گردد. این ضایعات بیشتر در افراد ضعیف مثل الکلیک‌های بیماران در مرحله آخر زندگی دیده می‌شود. (۴)



جدول (۱) آنتی بیوتیکها برای درمان عفونتهای باکتریال جلدی

نوع عفونت	آنتی بیوتیکها و مقدار آن
زرد زخم: عفونت خفیف عفونت شدید	درمان موضعی با موپیروسین بمدت ۵ روز کلوکساسیلین خوراکی ۵۰۰ میلی گرم هر ۶ ساعت یا اریتروماسین هر ۱۲ ساعت بمدت ۱۰ روز. اگر مقاومت یا آلرژی وجود دارد از سفالکسین یا وانکومایسین استفاده می شود
سلولیت یا باد سرخ	۱- استرپتوکوکسی و عفونت شدید بنزیل پنی سیلین ۱/۲ گرم داخل وریدی هر ۴ ساعت در عفونت خفیف تر: فنوکسی متیل پنی سیلین خوراکی ۵۰۰ میلی گرم هر ۶ ساعت یا پروکائین پنی سیلین ۱ گرم داخل عضلانی هر ۱۲ ساعت ۲- استافیلوکوکسی:
	عفونت خفیف: کلوکساسیلین ۵۰۰ میلی گرم هر ۶ ساعت از راه خوراکی (۲ گرم وریدی هر ۴-۶ ساعت در عفونت شدید). یا اریتروماسین خوراکی ۵۰۰ میلی گرم هر ۱۲ ساعت یا سفالکسین خوراکی ۵۰۰ میلی گرم هر ۶ ساعت. اگر ارگانیزم گرم منفی باشد سفالکسین خوراکی یا وریدی یا ژنتامایسین وریدی یا عضلانی. برای سلولیت عودکننده و پروفیلاکسی، بطور طولانی مدت ممکن است به آنتی بیوتیکها نیاز باشد.

می شود. عامل آن دیفتروئید کورین باکتریوم مینوتی سیموم است. محلهای مشخص این ضایعه کشاله ران، شکاف لب، زیربغل، انحاء

اریتراسما - یک عفونت مزمن ناحیه انحنای و چینهای بدن است که با حدود معین، سطحی بودن، رنگین و ورقه ورقه شدن مشخص



زیر پستان خانم‌ها است. ورقه‌ورقه شدن به توسط خراش دادن آن محل مشخص می‌شود. آزمایشات نشان می‌دهد که پورفیرینها در موضع وجود دارند. این اختلال جلدی به آسانی توسط مواد کراتولیتیک موضعی و اریتروماپسین از راه عمومی به مدت یک هفته قابل معالجه است. (۵)

**درمان عفونت‌های باکتریال جلدی - اگر ضایعه کوچک و موضعی باشد ممکن است با آنتی‌بیوتیک‌های موضعی و حمام آنتی‌بیوتیک‌هایی مثل کلرگزیدین آنرا معالجه کرد. اگر ضایعه وسیع و شدید باشد به تجویز آنتی‌بیوتیک سیستمیک نیاز است (جدول ۱). در هر مورد از وسائل موضعی مانند درناژ زخم، برداشتن علت اصطکاک، تا تعویض لباس بیمار به دفعات لازم است. حساسیت باکتری به آنتی‌بیوتیک نیز باید مشخص شود زیرا در بعضی مناطق استافیلوکوک طلائی به اریتروماپسین مقاومت نشان می‌دهد.**

در بیمارانی که به پنی‌سیلین آلرژی دارند اریتروماپسین هنوز مؤثر است و اگر به این دارو مقاومت نشان دادند از پنی‌سیلین‌های مقاوم به پنی‌سیلیناز مثل دی‌کلوکساسیلین می‌توان کمک گرفت. بیماری‌های جلدی یا اگزما همراه با این ضایعات را نیز باید درمان کرد. در مورد عفونت‌های استرپتوکوکی، تست ادراری و خونی برای کار کلیه لازم است. بیماران حامل باکتریها نیز باید مشخص و معالجه شوند. لازم است

بیمار از سایرین جدا شود تا موقعی که عفونت بهبود یابد.

باید اضافه کرد که، ماکرولیدهای جدید مثل آزیترومایسین و کلاریترومایسین نیز در مقابل پاتوژن‌های پوست و نسوج نرم فعال بوده و انتظار می‌رود در عفونت‌های جلدی و ساختمان‌های وابسته مفید و مؤثر واقع شوند. این دو ترکیب جدید با سفالوسپورین‌های نسل اول در درمان عفونت‌های جلدی در مراکز مختلف درمانی مقایسه شده‌اند. مصرف ۵ روز آزیترومایسین معادل ۱۰ روز سفالکسین در عفونت‌های جلدی مؤثر است. پاتوژن‌های اصلی در هر دو گروه درمانی استافیلوکوک طلائی و استرپتوکوک پیورن بوده است. البته باید توجه داشت که آزیترومایسین در ریشه‌کن کردن پاتوژن‌های گرم منفی مانند، ایشریشیاکولی و کلبسیلاپنومونیا به اندازه سفالکسین تأثیر داشته است. با مصرف کلاریترومایسین و سفادروکسیل جهت عفونت‌های جلدی و ساختمان‌های وابسته به مدت ۱۰-۱۴ روز اثر مساوی بدست آورده‌اند و پاتوژن‌های جدا شده شامل استافیلوکوک طلائی، استافیلوکوک اپیدرمیدیس و استرپتوکوک پیورن بوده‌اند (۶).

آموکسی‌سیلین / کلانولانیک اسید، سیپروفلوکساسین، اوفلوکساسین هر کدام بر ضد بسیاری از باکتری‌های مولد عفونت‌های پوست و ساختمان‌های وابسته بآن مؤثرند.



حاملگی یا در چاقی، استعمال آنتی بیوتیک‌ها و یا در دیابتیک‌ها تشدید می‌شود. ضایعات در نواحی چین‌ها و خمیدگی‌های بدن مثل زیر بغل، کشاله ران، زیر پستان و اطراف دهان زیاد دیده می‌شوند. معمولاً این نوع آسیب‌ها دارای یک مرکز اریتماتوز و سفیدرنگ و لبه مرطوب می‌باشند.

درمان - ناحیه آلوده باید خشک نگاه داشته شود. مالیدن نیستاتین موضعی یا کرم ایمیدازول مفید است. درمان سیستمیک بصورت تجویز نیستاتین، کتوکونازول ممکن است لازم باشد. ضمناً هر نوع ضایعه همراه را باید درمان کرد.

**تینئاورسیکولور - عفونت شایع پوستی**  
است که عامل آن قارچ مالاسزیا فورفور می‌باشد. ضایعات بصورت ناحیه رنگین در روی پوست با زمینه رنگ پریده یا منطقه‌ای سفید روی پوست رنگین است. ناحیه آسیب‌دیده در مقابل نور خورشید بیشتر واضح شده و یک قسمت پوسه‌پوسه را ارائه می‌دهد که بتوسط خراش آن بیشتر آشکار می‌شود. اصولاً این عفونت در زیبایی شخص تأثیر می‌گذارد زیرا گردن، تنه و انتهای ساق را گرفتار می‌سازد. بثورات بیشتر بصورت ماکولار است که اگر فولیکولها را هم گرفتار سازد بصورت پاپولار در می‌آید.

درمان: از مواد کراتولیتیک ساده مثل اسیدسالیسیلیک ۴٪ همراه با پماد موضعی

آموکسی سیلین / کلانولانیک اسید دارای قدرت زیادی بر ضد ارگانسیم‌های استتافیلوکوک، اسپریتوکوک (شامل آنتروکوکسی) و غیر هوازیاها می‌باشد. البته عوارض گوارشی آنها قابل ملاحظه است. کینولونهای مثل سپیروفلوکساسین و اوفلوکساسین بر ضد استتافیلوکوکسی، آنتروباکتریاسه و پسودومونا آئروژینوزا مؤثر بوده و سمیت کمی را هم ارائه می‌دهند. این مواد را در بسیاری از عفونتهای مشکل و پیچیده نسوج مثل زخمهای عفونی مزمن دیابتیک‌ها مصرف کرده‌اند (۳). چنانچه آنتی بیوتیک‌های خوراکی بر مبنای حساسیت و کشت میکروبی همراه با جراحی و برداشتن دلمه از محل عفونت جلدی و کنترل بهداشت فردی و موضعی جلد مصرف شوند ممکن است در بسیاری از عفونتهای مسئله‌ساز جلدی و ساختمانهای وابسته به جلد مؤثرتر از مصرف آنتی بیوتیک از راه تزریقی باشند. ضمناً آنتی بیوتیک‌های سیستمیک و موضعی در جدول ۲ آمده است.

### عفونتهای قارچی پوست برفک

عفونت موضعی قارچ کاندیدا آلبیکانس ضایعه شایعی است که میتواند سراسر بدن را فراگیرد که در این مورد اختلال ایمنی ممکن است در کار باشد. این نوع ضایعات قارچی تا ۳۰٪ موارد می‌تواند در دهان ظاهر شود. این آسیبها معمولاً توسط عرق کردن، رطوبت مثلاً در





تیوسولفات سدیم ۲۰٪ یا سلنیوم سولفید ۲/۵٪ هر ۲ روز یکبار بمدت ۲-۳ هفته استفاده می‌شود که باعث بهبودی می‌گردد. مصرف کتوکونازول با یک دوز واحد ۴۰۰ میلی‌گرم موفقیت‌آمیز بوده است. چنانچه آن ناحیه در مجاورت نور خورشید قرار گیرد. دوباره رنگ طبیعی خود را به دست می‌آورد که البته چند ماه این عمل باید ادامه یابد. عود بیماری زیاد دیده می‌شود که از درمان موضعی بطور موقت میتوان استفاده برد.

**عفونتهای درماتوفیت - کچلی در روی**  
سطح پوست بصورت بثورات قرمز، خارش دار و پوسه‌پوسه‌ای دیده می‌شود و اگر با پماد موضعی کورتیکوسترئوئید درمان شود ممکن است بصورت آتئیک در آید. ضایعات کچلی کشاله ران اغلب همراه با کچلی پا می‌باشد. این بیماری اغلب توسط حمامها و استخرهای عمومی یا فرد دیگری به شخص سرایت می‌کند و یا ممکن است از حیوان به انسان انتقال یابد. عفونت ممکن است یک طرفه در دست و پا شامل دیستروفی ناخن باشد. بیشترین ارگانیزم‌های مسئول تریکوفیتون روبروم، میکروسپوروم و اپیدرموفیتون فلوکوزوم می‌باشند. قارچ ممکن است به فولیکولها حمله کرده و ضایعات فولیکولار و پوستولار (چرکی) بخصوص در نواحی پر مو را باعث شود و اگر ضایعات شدید باشد منجر به التهاب شدید همراه با سینوسهای فولیکولار و منظره سوراخ سوراخ پیدا می‌کند.

تشخیص از راه امتحان میکروسکوپی مو و پوست است که منظره هاگ قارچ را نمایان می‌سازد. کشت قارچ به تشخیص نوع ارگانیزم کمک می‌کند.

**درمان - درمان موضعی با مواد**  
کراتولیتیک یا ایمیدازول و یا هر دو ممکن است لازم شود. اگر ضایعات وسیع باشد داروهای ضد قارچ سیستمیک بکار می‌رود. گریزئوفلوئین داروی انتخابی است که بمدت ۲-۴ ماه از راه خوراکی مصرف می‌شود. اشکال مقاوم به این دارو احتمالاً به کتوکونازول پاسخ می‌دهد. گریزئوفلوئین را بطور پروفیلاکسی هم میتوان مصرف کرد تا از شیوع بیماری جلوگیری شود. افزایش غلظت گریزئوفلوئین را میتوان بتوسط پمپ تعریق بدست آورد تا این ماده در ناحیه استراتوم کورنئوم بیشتر وارد شده و حداکثر غلظت خونی را پیدا کند.

#### **ضایعات باکتریال - قارچی پوست**

**عفونتهای نسوج مجاور ناخن**  
(Paronychia). یکی از عفونتهای فراوان ناخن است که میتواند فوق‌العاده ناراحت کننده باشد و خیلی کم به درمان جواب دهد. این عارضه خیلی تمایل به عود دارد و در خانمها و کارگرانی که با دستهای بسیار مرطوب کار می‌کنند دیده می‌شود.

عامل مولد این عفونت اغلب مخلوطی از باکتری‌ها (استافیلوکوک و استرپتوکوک) و

محل ضایعه را خشک نگه داشت. آنتی بیوتیکهای موضعی و مواد ضدقارچ لازم است. درمان سیستمیک با آنتی بیوتیک‌هایی مثل اریترومایسین، فلوکلوکسا سیلین و داروهای ضد قارچ بعمل می‌آید. کشت چرک برای باکتریها و عوامل قارچی باید انجام شود. پارونی چپای قارچی مزمن گاهی ممکن است نشانه یک مسئله بیماریهای داخلی باشد. گریزئوفولوین در این مورد هیچگونه اثری ندارد زیرا کانیدیدآ آلبیکانس به این دارو حساس نیست.

قارچها (کانیدیدآ آلبیکانس) می‌باشد. تغییر رنگ ناخن به قهوه‌ای - سبز اغلب مشخص حضور پسودومونا آئروژینوزا است ولی ممکن است این نوع ضایعه بدون تغییر رنگ مشاهده گردد.

رطوبت خیلی زیاد و انسداد اغلب فاکتور تحریک کننده است. آرایش ناخن بطور طولانی و لاک‌زدن ناخن مسئله را مشکلتر می‌کند. از مصرف مواد پاک‌کننده باید اجتناب کرد. درمان - بایستی از وسائلی مانند دستکش

جدول (۲) آنتی بیوتیکهای سیستمیک و موضعی مورد استعمال در عفونتهای جلدی (۴)

مقدار	نوع دارو
۲۰-۴۰ میلی‌گرم / کیلو در روز (تقسیم شده به ۲ بار) بمدت ۷-۱۰ روز ۱۵ میلی‌گرم / کیلو در روز (تقسیم شده به ۴ بار) بمدت ۷-۱۲ روز ۵۰ میلی‌گرم / کیلو در روز (تقسیم شده به ۲ بار) بمدت ۷-۱۰ روز ۵۰۰ میلی‌گرم یکبار در روز سپس ۲۵۰ میلی‌گرم ۴ بار در روز بمدت ۴ روز ۵۰۰-۷۵۰ میلی‌گرم ۲ بار در روز بمدت ۷-۱۰ روز ۵۰۰ میلی‌گرم سه بار در روز بمدت ۷-۱۰ روز	آنتی‌بیوتیک سیستمیک: اریترومایسین اتیل سوکسینات دی‌کلوکساسیلین سدیم سفالکسین سدیم مونوهیدرات آزیترومایسین سیپروفلوکسامین آموکسی‌سیلین و پتاسیم کلواتانات
۲-۳ بار در روز بمدت ۲-۳ هفته یا تا یک هفته بعد از بهبودی ۲ بار در روز بمدت ۲-۳ هفته یا تا یک هفته بعد از بهبودی ۲-۳ بار در روز بمدت ۲-۳ هفته یا تا یک هفته بعد از بهبودی	آنتی بیوتیک‌های موضعی: پماد موپیروسین محلول اریترومایسین ۲٪ پماد باسیتراسین، نفومایسین پولی میکسین B، پولیسپورین فوزیدیک اسید

### عفونتهای ویروسی پوست

**تب خال ساده** - این عفونت ویروسی DNA از نظر بالینی به سادگی قابل تشخیص است و اغلب احتیاج به تشخیص آزمایشگاهی ندارد. منطقه کوچکی از جلد حساس و دچار اریتم شده و آسیب اغلب عود کننده بوده و بثورات جلدی در همان محل یا نزدیک آن مجدداً بروز می‌کند. این ضایعات توسط نور خورشید، عفونتهای راه تنفسی، سیکل هورمونال و یا استرس تشدید می‌شوند. اگر حملات شدید باشد بیماریهای سیستم ایمنی ممکن است در کار باشد. امکان دارد گرههای لنفی حساس و دردناک شوند. با این وجود در عرض ۱-۲ هفته ضایعات بدون اینکه اثری بر جای گذارند بهبود می‌یابند. بیشتر عفونتهای اولیه خفیف هستند ولی برخی موارد بخصوص در افراد با اختلال سیستم ایمنی یا زمینه آلرژی این ضایعات ممکن است شدت یافته و در نتیجه منجر به اگزماهرپتی فورم شود بدین معنی که ضایعات ویروسی عمومیت پیدا می‌کند.

زخمهای دهانی ناشی از تب خال سفت بوده تمایل به عفونت نیمه قدامی مخاط دهان و زبان دارند.

دو نوع اصلی ویروس تب خال وجود دارد: نوع ۱ - که غیر تناسلی است و در لب و دهان و غیره بروز می‌کند نوع ۲ - که تناسلی است و در افراد با فعالیت جنسی و فور آن خیلی زیاد است ولی در عمل بعلت عوامل گوناگون ممکن است هر دو نوع در قسمتهای مختلف بدن دیده

شوند. عفونت تب خال در کودکان زیاد دیده نمی‌شود. در خانمهای باردار مبتلا به ضایعات اولیه تب خال تناسلی ممکن است احتیاج به عمل سزارین پیدا کنند تا عفونت به نوزاد سرایت نکند زیرا در صورت ابتلاء نوزاد احتمال مرگ وجود دارد. تشخیص توسط گرفتن نمونه از محل ضایعه و کشت آن یا توسط تست‌های آنتی بادی فلورسانت، نوع ویروس را ممکن است تشخیص داد.

**درمان** - شستشو، حمام با محلول نمکی، پراکسید، ترکیبات ید و مصرف موضعی کرم آسایکلویر و در موارد شدید مصرف سیستمیک آسایکلویر مورد استعمال پیدا میکند. اجتناب از عوامل محرک و جلوگیری از سرایت به دیگران اهمیت زیادی دارد. بیمار مبتلا به اگزمای فعال بایستی از تماس مستقیم با افراد با ضایعات تب خالی پرهیز کند.

### مولوسکوم کونتاژیوم - یک عفونت شایع

ویروسی است که عامل آن ویروسهای گروه پوکسی ویروس است. انتقال اغلب از راه مستقیم یا لباسهای آلوده مشترک است. دوره نهفتگی بیماری ۲-۳ ماه است. ضایعات بصورت پاپولهای زرد مایل به سفید بوده که دارای یک قسمت ناف مرکزی است. خارش نواحی آسیب دیده موجب پخش و انتشار عفونت می‌شود. این عارضه در نواحی اگزمایی بیشتر

**پی‌تی‌ریازیس روزآ - ضایعه بصورت**  
بثورات جلدی تظاهر می‌کند که فکر می‌شود عامل آن ویروسی است. بیشتر اوقات در بهار و پائیز بروز می‌کند. نشانه‌های بیماری بصورت ضایعات حلقوی ۲-۴ سانتیمتری، اریتماتوز و با مرکز پوسه‌پوسه‌ای عارض می‌شود. ضایعه ابتدائی یک هفته قبل از بثورات عمومی نمایان می‌گردد. آسیبهای ایجاد شده عموماً به رنگ قهوه‌ای است. برعکس ضایعات پسوریازیس اینها تمایل دارند که مرکز آنها پاک شده و عاری از پوسه پوسه شود. بسیاری از مناظر بالینی آن شبیه سیفیلیس ثانوی است ولی در پی‌تی‌ریازیس روزآ کف دست و پا نادراً مبتلا می‌شود. ضایعات با خارش خفیف همراه بوده و ۲-۸ هفته بطول می‌انجامد.

**درمان - جهت تسکین خارش از**  
آنتی‌هیستامینهای خوراکی یا گلوکوکورتیکوستروئیدهای موضعی استفاده می‌شود و یا گاهی از اشعه ماوراء بنفش بصورت فوتوتراپی و در موارد شدید از استروئیدهای سیستمیک (بتامتازون و یا تری‌آمسینولون) تزریقی کمک گرفته می‌شود.

**زگیل‌ها -** اکنون بیش از ۵۰ نوع زیر گروه پاپیلوما ویروس انسانی شناسائی شده است. دوره نهانی آنها ممکن است ۶ ماه یا بیشتر باشد. در حرارت‌های خیلی بالا ممکن است از بین بروند ولی اغلب مقاومت قابل ملاحظه‌ای

دیده می‌شود و به آسانی بصورت پرولیفراسیون توسعه می‌یابد بخصوص در نواحی چینهای بدن.

**درمان -** درمان خاصی وجود ندارد. اگر ضایعات مختصر باشد برداشتن بتوسط کورتاژ کافی است.

**بیماری ORF -** ویروس این ضایعه از نوع پاراپوکسی ویروس است. بیماری از گوسفند به انسان سرایت می‌کند و ممکن است باعث درماتیت چرکی مسری شود. علائم بصورت التهاب و ورم دهان، چشم و بینی تظاهر می‌کند. وزیکولهای بصورت واحد یا متعدد و دردناک توسعه می‌یابد و با آدنوپاتی همراه است و در عرض چند هفته بهبود می‌یابد (۲).

**ندولهای شیردوشان -** یک عفونت ویروسی است که عامل آن از نوع پاراواکسینا است. این عارضه در نوک پستان گاو یا قسمتهای دیگر آن دیده می‌شود که ممکن است موجب سوءتغذیه و مرگ حیوان شود. عفونت از راه تماس با پستان گاو یا نوک آن به انسان سرایت می‌کند و بصورت ندولهای قرمز رنگ بوده که رفته رفته به شکل پاپولهای ارغوانی در می‌آید و معمولاً بدون درد است و در عرض ۴-۶ هفته از بین می‌رود (۲).

داخل ضایعه رخ دهد ممکن است بطور حاد دردناک شوند. زگیلها ممکن است خودبخود از بین بروند. تشخیص افتراقی آنها بخصوص در پا شامل اجسام شاخی، مواد خارجی، کراتوز نوکدار، خونریزی ضربه‌ای و تومورهای گوناگون می‌شود.

**کنترل و درمان - درمان بایستی بر مبنای برداشتن ضایعه از راهی که اثری بر جای نگذارد انجام شود.** درمان موضعی شامل اسید سالیسیلیک در کلودیون، اسید سالیسیلیک ۴۰٪ در پارافین مایع، که روزانه در محل مالیده شود و روی آن بسته گردد. منجمد کردن آن با مایع نیتروژن، کورت‌کشییدن، و یا توسط الکتروکوتر، اشعه لیزر می‌باشد. درمان با عمل جراحی مناسب نیست زیرا میزان عود آن خیلی زیاد است. در ضایعات زگیلی چهره درمان باید به حداقل برسد زیرا در آنجا زگیلها خیلی نازک یا پهن هستند که در این حال برداشتن ضایعات از راه کوترویاکورت امکان پذیر است.

نشان می‌دهند. بعلت تنوع آنها محل بروز ضایعه ناشی از آنها نیز با انواع آنها قابل تطبیق است. مثلاً انواع ۲ و ۴ همراه با زگیل‌های کف پا و انواع ۲، ۴، ۷ همراه زگیل‌های عادی و نوع ۱۶ و ۱۸ با سرطان گردن رحم همراه است و نوع ۱۶ آن با کارسینومای اسکواموز دور ناخن دیده می‌شود. این ویروس ممکن است نقشی در توسعه و انتشار سرطان پوست به غیر از ناحیه تناسلی داشته باشد.

در خانمهای مبتلا به زگیل بایستی امتحان اسمیرپاپانیکولاو انجام شود و طرف جنسی آنها نیز مورد معاینه قرار گیرد، اگر کوچکترین شکی بوجود آید غلظت‌هایی از سرکه ضعیف به ناحیه تناسلی مالیده شود پس از ۵ دقیقه بیشتر زگیل‌ها نشان داده خواهد شد.

زگیلها اغلب متعدد بوده و در ناحیه مالش یا ضربه خفیف دیده می‌شوند. این ضایعات ممکن است در سطوح نزدیک پوست مثل انگشت پا یا زیر ناخن روی پوست نیز ظاهر شوند. زگیلها عموماً بدون درد می‌باشند ولی اگر خونریزی به

#### منابع :

1. Bisno AC. Streptococcal infections of skin and soft tissues. The New Engl J Med. 1996; 336:240 - 245
2. Fridman HM. Smalpox, vaccina and other poxyvirus in: Harrison, s Principles of Internal Medicine (Wilson JD. et al) 12th ed. Volume I, New York Mc Graw-Hill Inc, 1991 pp 712
3. Gentry LO. Therapy with newer  $\beta$  - lactam and quinolone agents for infections of the skin and skin structures. A review. Clin Inf Dis. 1992; 14:285-297
4. Hacker SM. Common infections of the skin. Postgrad Med. 1994; 96:43-52
5. Sippe JRA. Common skin infections. Austral Fam Phys. 1991; 20:783-791
6. Stein GE. and Havlichek DH. The new macrolide antibiotics. Postgrad Med. 1992; 92:269-280