

خارش

دکتر مریم باباخانی

سود جست ، مصرف مکرر مواد نرم کننده و عدم استفاده از صابون باعث بهبود طی ۴-۲ هفته می شود ، در غیر اینصورت بایستی عوامل دیگر را بررسی کرد .

■ کپیر : با بررسی دقیق و تستهای خراشی (Scartch Tests) می توان آن را تشخیص داد .

■ جرب : در ماتیت هرپتی فرم ، آلودگی به شپش

اگر علت خارش ، بیماری پوستی نبود ، بایستی با گرفتن تاریخچه بیماری به دنبال یکی از بیماریهای زیر گشت :

بیماری کبدی - خراشی که شدید است و اغلب بطور مشخص روی کف دست و پا را درگیر می سازد ، علامت انسداد کبدی می باشد ، خارش بویژه در سیروز کبدی یا کوله استاتیک ناشی از دارو یکی از تصویرهای بالینی است . خارش کوله استاتیک احتمالاً نتیجه افزایش نمک های صفراوی در پوست می باشد و با کلستیرامین تسکین می یابد . کلستیرامین در روده به نمک های صفراوی اتصال پیدا می کند و از جذب مجدد آنها جلوگیری می نماید .

داروهایی که باعث القای عملکرد میکروزومی کبد می شوند ، ممکنست کلیرانس

Pruritus یعنی « خارش » ، اما واژه « خارش عمومی » (Generalized Pruritus) هنگامی بکار میرود که هیچ بیماری اولیه پوستی دیده نشود . احتمالاً خارش عمومی در 50 - 10 درصد موارد با بیماری سیستمیک همراه می باشد .

● هیپوتیروئیدیسم ممکن است با خارش همراه باشد ، در اغلب موارد احتمالاً به دلیل پوست خشک است که در این بیماری شایع می باشد . ●

بیماریهای پوستی : در بررسی بیمار مبتلا به خارش عمومی ، اولین مرحله اثبات عدم وجود عوامل درماتولوژیک می باشد . بایستی به یادداشت که اثرات خاراندن روی پوست باعث اغتشاش در تشخیص این بیماریها می گردد .

بیماریهای پوستی که ممکنست مشخص نباشد اما می تواند باعث خاراندن گردند ، عبارتند از :

■ خارش پوست خشک ، که در بزرگسالان شایع است ، برای تشخیص می توان از پوسته ریزی مصنوعی که احتمالاً جزئی می باشد ،

نمک صفراوی توسط کبد را اصلاح کنند. در این مورد فنو باربیتون بطور گسترده استفاده گردیده است.

نارسایی مزمن کلیوی - خارش همراه با این بیماری به یکی از دلایل زیر می باشد:

■ خشکی پوست (که احتیاج به مواد نرم کننده دارد)

■ هیپرپاراتیروئیدیسم ثانویه (نیاز به پاراتیروئیدکتومی است)

■ عوامل نامشخص: در اینگونه موارد، برای درمان می توان از پرتو ماورابنفش (UVB)، کلستیرامین (که به غیر از نمک های صفراوی، دفع یونهای آلی را شدت می بخشد، اگر چه مکانیسم آن در خارش کلیوی مشخص نیست)، زغال فعال شده خوراکی، یا کاهش مصرف پروتئین استفاده کرد.

● **بندرت خارش یکی از تصاویر بالینی نئوپلاسم های دیگر است، اما اغلب در بیماران مبتلا به سرطان پیشرفته دیده می شود که علت آن مشخص نیست.**

دیابت ملیتوس - در کمتر از ۱٪ افراد دیابتی خارش دیده می شود و شدت آن ارتباط ضعیفی با دیابت دارد. علت آن مشخص نیست اما ممکنست خشکی غیر عادی پوست یا پاراستزی نورپاتی در آن نقش داشته باشد.

هیپرتیروئیدیسم - شاید با خارش همراه باشد که فقط درمان هیپرتیروئیدیسم باعث رفع آن می گردد، علت آن مشخص نیست.

هیپوتیروئیدیسم - ممکنست با خارش همراه باشد، در اغلب موارد احتمالاً به دلیل

پوست خشک است که در هیپوتیروئیدیسم شایع می باشد.

هیپوپاراتیروئیدیسم - احتمالاً خارش همراه با آن قابل انتساب به خشکی پوست است.

کمبود آهن: که با استفاده از جایگزینهای آهن، درمان می یابد.

پلی سیتمی ورا (اریتروسیتوز اولیه) - در اینگونه موارد خارش امری شایع است که گاهی اوقات محدود به سر، گردن و دست یا پا می باشد. بطور مشخص می توان گفت که خارش حادثه ای فرعی است و اغلب به علت سقوط ناگهانی دمای پوست بدن یا تماس با آب ایجاد می گردد. بنابراین گاهی اوقات، پلی سیتمی ورا باعث ایجاد خارش ناشی از آب می شود. داروهای مؤثر در اینگونه موارد عبارتند از: آسپیرین، کلستیرامین، پیزوتیفن (Pizotifen) و سایمتیدین. پلی سیتمی ورا ی ثانویه، خارش بوجود نمی آورد.

رتیکولوز - در بیماری هوچکین خارش شدید امری شایع است که در اثر افزایش تعداد یا Turnover سریع میانجی های التهابی آزاد شده از سلول ایجاد می گردد. استفاده از الکل در این مورد، باعث تشدید خارش می شود.

نئوپلاسم های دیگر - بندرت خارش یکی از تصاویر بالینی نئوپلاسم های دیگر است، اغلب در بیماران مبتلا به سرطان پیشرفته دیده می شود، علت آن مشخص نیست.

بارداری - در بارداری، خارش امری رایج است و ممکنست در سه ماهه اول دیده شود، اغلب می توان آن را در مراحل آخر بارداری مشاهده کرد. احتمالاً خارش محدود به ناحیه

شکم است اما بهنگام کوله استاتیک بصورت عمومی دیده می‌شود که معمولاً قابل انتساب به استروژنها می‌باشد.

● علت اختصاصی خارش بایستی بنحو مقتضی درمان گردد. اما درمان راضی کننده غیر اختصاصی برای خارش وجود ندارد. ۶۶

آلودگی انگلی - انگل‌های روده‌ای و نواحی گرمسیر شامل تریشینوزیس، انکوسرکیازیس و شیسیتوزومیازیس ممکنست خارش ایجاد کنند. این بیماران اغلب مبتلا به ائوزینوفیلی هستند.

داروها - در مورد کوله استاتیک قبلاً صحبت به میان آمد. گاهی اوقات خارش تنها شکل بروز حساسیت دارویی می‌باشد که اغلب در اثر مصرف داروهای مخدر و به ویژه سوء استفاده از کوکائین و داروهای مخدر دیده می‌شود. آلکالوئیدهای بلادونا، آنتی دپرسانت‌ها، محرک‌های CNS، نیاسین‌آمید، سایمتیدین، داروهای ضد مالاریا و درمان با پسرالان عوامل شایع ایجاد خارش هستند.

ایدز - خارش شدید شاید تنها نشانه این بیماری باشد اما معمولاً همراه با آسیب‌های قابل تشخیص مثل « فولیکولیت خارشی » می‌باشد.

بیماریهای خودایمن - گاهی اوقات، خارش شکل بروز بیماریهای زیر است:

- لوپوس اریتماتوز سیستمیک (SLE)
- اسکروزسیستمیک
- سندرم سیکا (Sicca Syndrome)

اختلالات عصبی - تحریک راه‌های عصبی باعث احساس خارش می‌گردد که گاهی اوقات در مولتیپل اسکلروزیس، هرپس زوستر، تابس خلفی و تومورهای مغزی دیده می‌شود.

اختلالات روانی - اختلالات احساسی ممکنست آستانه عمل برای خارش را کاهش دهد. از سوی دیگر خارش شدید و مداوم که اغلب باعث بد خوابی می‌گردد، بنوبه خود عامل ایجاد خستگی و افسردگی است. پایه مشخص روانی برای خارش وجود ندارد اما بایستی به مسواری چون هیپوکندری، وسواس، افسردگی، هیستری و تمارض توجه کرد.

درمان

علت اختصاصی خارش بایستی بنحو مقتضی درمان گردد، اما درمان راضی کننده غیر اختصاصی برای خارش وجود ندارد، از آنتی هیستامین‌ها استفاده چندانی نمی‌توان کرد. تا زمانی که پوست خشک است، مواد نرم کننده ارزش کمی دارند، با این وجود شاید خنک کردن باعث تسکین شود.

خارش‌های موضعی

لیخن سیمپلکس - لیخنیفیکاسیون شکلی از اگزما می‌باشد که در اثر خارش یا مالش مکرر بوجود می‌آید و با کلفت شدن اپیدرم و تشدید لکه‌های پوستی مشخص می‌گردد. اگر بیماری پوستی اولیه وجود نداشته باشد، به آن لیخن سیمپلکس گویند و برای درمان بایستی توضیحات کافی در زمینه نخاراندن موضع داده شود و در ضمن استفاده کوتاه مدت از کورتیکواستروئیدهای موضعی قوی و گاهی اوقات بستن روی موضع باعث بهبود می‌گردد.

کپیر

کپیر بطور عمده پوست را درگیر می‌سازد. نشانه‌های آن، که معمولاً دیده می‌شود، عبارتند از:

■ اریتم‌گذرا

■ ادم گذرا

■ خارش گذرا

اینها اثرات شناخته شده هیستامین می‌باشند، اما میانجی‌های دیگر هم می‌توانند آن‌ها را ایجاد کنند.

سبب شناسی - مکانیسم‌های آلرژیک (تیپ I) و غیر آلرژیک ممکنست زمینه‌ای برای شایعترین علل قابل تشخیص (غذا، دارو و ...) کپیر باشد و معمولاً با گرفتن تاریخچه‌ای از بیمار، علت آن مشخص می‌گردد.

تعداد زیادی از داروها به ویژه آنتی‌بیوتیک‌ها کپیر بوجود می‌آورند. آسپیرین و دیگر داروهای ضد التهاب غیر استروئیدی، مشهورترین داروهایی هستند که کپیر ایجاد می‌کنند. غذاهایی که باعث کپیر می‌گردند شامل تخم مرغ، آجیل، صدف، توت فرنگی و در نوزادان، شیر می‌باشند.

تعدادی از داروها به ویژه آنتی بیوتیک‌ها کپیر بوجود می‌آورند. آسپیرین و دیگر داروهای ضد التهاب غیر استروئیدی، مشهورترین داروهایی هستند که کپیر ایجاد می‌کنند. 66

بایستی عوامل عفونی را نیز بررسی کرد. آلودگی‌های کرمی و پروتوزوایی، باکتریایی و ویروسی گاهی اوقات باعث کپیر می‌گردند.

اما ایجاد کپیر اغلب اوقات بهنگام درمان این عفونت‌ها می‌باشد.

کپیری که بیش از ۲ ماه عود کند و باقی بماند، کپیر مزمن خوانده می‌شود و در اینگونه موارد بندرت میتوان یک علت تنها برای آن پیدا کرد.

درمان: بیشتر اوقات عدم مصرف مواد آلرژن و مصرف منظم آنتی هیستامین خوراکی باعث بهبود می‌گردد.

آنتی هیستامین‌های جدید که خواب آلودگی ایجاد نمیکنند (ترفنادین 60 - 120 mg دوبار در روز) ارجحیت دارند، در صورت عدم پاسخ بیمار، بایستی مقدار مصرف دارو افزایش پیدا نماید. به هنگام حملات حاد کپیری، استفاده کوتاه مدت از کورتیکواستروئیدهای خوراکی ضروری می‌باشد.

تقریباً ۳۰٪ موارد مزمن با حذف رنگ‌های آرزو و محافظهای بنزواتی از رژیم غذایی، بهبود حاصل می‌کنند. اثر ترکیبی از آنتاگونیست‌های رسپتور H₂ با آنتاگونیست‌های رسپتور H₁ قابل پیش بینی نیست. اما تعداد کمی از موارد مزمن و البته سخت با این نوع معالجه بهبود می‌یابند.

برای درمان آنژیوادم و شوک آنافیلاکتیک که از فوریت‌های پزشکی محسوب می‌گردند، به روش زیر عمل می‌گردد:

■ ۱/۵ - ۰/۵ ml از محلول استاندارد ۱:۱۰۰۰ آدرنالین بصورت داخل عضلانی یا زیر جلدی (ممکنست در موارد شدید هر ۳۰ - ۲۰ دقیقه ۰.۵ ml دوباره تزریق شود)

■ ۱۰۰ - ۵۰ mg هیدروکورتیزون بصورت داخل

وریدی یا داخل عضلانی (در صورت لزوم هر ۶ ساعت مقدار ۵۰ mg دوباره تزریق می‌گردد).

■ استفاده از آنتی هیستامین مثلاً ۲۰-۱۰ میلی گرم کلرفنیرامین بصورت داخل عضلانی یا زیر جلدی، اثرات کامل این دوز اولیه برای مدت ۲-۳ ساعت خود را نمایان نمی‌سازد.

گزش حشرات

واکنش پوستی به گزش حشرات (بغیر از آنافیلاکسی) یک پاپول خارش دار قرمز است که در مدت ۱۰-۲۰ روز بر طرف میشود. هم واکنش حساسیت فوری و هم نوع تأخیری در این حالت دخیلند. صدمات ممکنست تنها، یا گروهی در دسته های نامنظم، یا گسترده باشند. صدمات اولیه ممکنست متورم یا سرخ گردند. کبره های خونی یا سروزی ممکنست دال بر محل گزش باشند.

خارش پوست در اثر خارش و عفونت باکتریایی در اینگونه موارد شایع است. گاهی اوقات تاول نیز دیده می‌شود (مخصوصاً روی قسمت تحتانی پا).

درمان - آنتی هیستامین های خوراکی و کورتیکواستروئیدهای موضعی باعث تسکین جزئی می‌گردند، اما راه حل بهتر، راندن حشرات از محیط زندگی است (با استفاده از دی اتیل تولو آمید)

منابع:

جرب
عامل جرب که نوعی کنه است در اثر تماس پوست به پوست انتقال می‌یابد و ممکنست خارش شدیدی ایجاد کند. مچ و انگشتان دست بیشتر درگیر می‌شوند. مشخصه آسیب ها، سوراخهایی با حدود خاکستری و فلس دار در حدود ۵ mm می‌باشند.

درمان - حشره کش مناسب لیندان (بجز اطفال کوچک)، مالاتیون، منوسولفیرام و پیرتروئیدها هستند.

معالجه تمام سطح بدن از گردن به پایین اهمیت دارند. لوسیون با قلم مویا یک تکه پنبه به بدن کشیده می‌شود و قبل از پوشیدن لباس، بایستی صبر کرد تا خشک گردد و آنگاه به مدت ۲۴ ساعت روی سطح بدن بماند. یک بار استفاده برای درمان کفایت می‌کند اما توصیه میشود که طی مدت کمتر از یک هفته، بار دیگر از این لوسیون استفاده گردد. بعد از معالجه بایستی لباس ها و رختخواب ها بطور مرتب عوض شوند، اما ضد عفونی کردن سرتاسر منزل لازم نیست. کرم کروتامیتون فعالیت متوسط ضد اسکابی و اثر خفیف ضد خارش دارد و مصرف آن بعد از معالجه مفید می‌باشد و برای ناحیه سر و گردن توصیه می‌شود.

1. Greaves MW. Pathophysiology and clinical aspect of pruritus. In: Fitzpatrick TB, Eisen AZ, Wolf K. (Eds.) Dermatology in general medicine. 4th ed. vol 1. Newyork: Mc Graw. Hill; 1993: 413-421
2. Lerner FA. Chemical mediators of itching. In: Bernhard JO. (Ed.) Itch: mechanisms and management of pruritus. Newyork: Mc Graw. Hill;

1994: 23 - 35
3. Irani AM, Sampson HA, Schwartz LB. Mast cells in atopic dermatitis. Allergy. 1989; 44 (suppl 9): 31-34
4. Millikan LE. Treating pruritus. postgraduate Med. 1996; 99 (1) : 173 - 184