

## متخصص پوست در تنگنای تشخیص و درمان:

### چه کنیم وقتی نمی‌دانیم چه باید کرد؟

دکتر سعدا... شمس‌الدینی

دانشیار، گروه پوست، دانشگاه علوم پزشکی کرمان

نه درمانی برای آن می‌شناسیم، چه روش علمی را باید بکار گیریم؟ پیشنهادات و نکات ذیل برای رهایی متخصص پوست سردرگم کمک‌کننده خواهند بود.

واژه‌های کلیدی: تشخیص، درمان، بیماری پوستی، تاریخچه

وقتی بزرگترین و آخرین تیر ترکش را برای تشخیص و بهبودی بیمارمان رها کردیم ولی نتیجه‌ای عاید نگردید، چه اقدام دیگری باید انجام دهیم؟ برعکس هنگامی که تشخیص بیماری کلاً راهی به درمان قطعی و اختصاصی نمی‌برد، چه کار باید کرد؟ زمانی که نه به تشخیص دست یافته‌ایم و

پایه تاریخچه‌گیری از بیمارمان را در شرح حال گسترش دهیم.

برای حصول به این هدف اقدامات ذیل کمک‌کننده است.

۱- از بیمارمان شرح حال دانشجویی بگیریم. معمولاً این نوع شرح حال بدون توجه و تمرکز بیشتر به عضو مبتلا و بیماری ظاهری بیمار گرفته می‌شود. در صورتی که در شرح حال‌های تخصصی، نظر پزشک معالج بیشتر متوجه عضو آزرده و مبتلا بوده و بیشتر روی علائم شناخته شده‌ای متمرکز می‌گردد که معمولاً در این بیمارمان به طور شایع و فراوان دیده می‌شود.

۲- با بیمار ارتباط عمیق و نزدیکی برقرار کنیم. همان‌طوری که بیماری و کسالت‌های مزمن با مریض ما خیلی نزدیک شده‌اند، ضرورت دارد ما به بیمار نزدیک‌تر شویم تا بیماری از بیمار جدا و شناخته شود. ما باید طوری با بیمار ارتباط برقرار کنیم و به او نزدیک شویم که جایگاه بیماری را در خاطره و کالبد وی پر نمایم.

۳- نادانی، سادگی و ساده‌اندیشی بیمار روستائی، نباید ما را وادار نماید که با بی‌اهمیتی و بی‌تفاوتی به پندارهای موجود در مغز او گوش فرا دهیم، و یا حتی

صحت‌های او را به عنوان سرگرمی بپنداریم. بارها دیده شده که این پندارها با واقعیت‌ها نه تنها بی‌ارتباط نیستند، بلکه گاهی کلیدی برای تشخیص به حساب می‌آیند.

۴- گستردگی اندیشه داشته باشیم. باید بخاطر داشت که بیمار ممکن است پاسخ‌هایی در ارتباط با سؤالات ما در مغزش داشته باشد که هیچگاه نتوانیم آنها را در کتب کلاسیک و یا مقالات روز پزشکی پیدا کنیم.

۵- در لیست داروهائی که بیمار مصرف کرده دقت و تجدیدنظر کنیم. توجه داشته باشیم که بثورات دارویی می‌توانند گاهی به شکل یک مقلد بزرگ (great imitator) عمل کنند، بنحوی که بعضی اوقات افتراق آنها از بیماری‌های اصلی غیرممکن باشد. دو شرح حال ذیل بر همین موضوع تأکید می‌نمایند:

دو بیمار چندین بار برای سردرد مزمن خود به پزشک مراجعه می‌نمایند. علائم افزایش فشار داخل جمجمه در هر دو مشهود بوده ولی چون علتی برای سردرد شدید و ممتد آنها پیدا نمی‌شد، پس از بررسی‌های بالینی و آزمایشگاهی مجبور می‌شوند آنها را تحت عمل جراحی جمجمه (Craniotomy) قرار دهند. ولی بعد از اینکه در جراحی هم چیزی یافت نمی‌کنند، با اخذ شرح حال دانشجویی مشخص می‌شود که افزایش فشار داخل جمجمه صرفاً به علت مصرف طولی‌المدت روزانه

مؤلف مسئول: دکتر سعدا... شمس‌الدینی کرمان، بیمارستان کرمان  
درمان، بخش پوست

ویتامین A بوده است. اگر چه مصرف آن روزانه و به میزان معمولی بوده، ولی آنها از گفتن این موضوع به پزشک خودداری کرده بودند. یکی از بیماران این طور بیان داشته که او ویتامین A را اصلاً دارو به حساب نمی آورده و مدتها خودش برای خشکی پوست و دید چشمش آنرا مصرف می کرده است. دیگری کارگر کارخانه داروسازی (قدیم) بوده که قطره ویتامین A می ساخته و در حین کار روزانه چند قاشقی از این دارو می خورده است.

بیمار دیگری پنج بار متوالی به علت ابتلای به بیماری اریتم مولتیفرمیس در بخش پوست بیمارستان بستری می شود. عامل ایجادکننده این بیماری در همه این پنج بار بستری صرفاً خوردن مِلینی بوده که بیمار خودش گاهگاهی مصرف می کرده است. بیمار تا هنگام آخرین بستری شدنش فراموش کرده بود که در شرح حالش مصرف آن را به عنوان یک دارو به پزشک معالج گوشزد نماید. جالب است که این بیمار دادن اطلاعات راجع به کارکردن شکم خود را به پزشک صحبت غیرمودبانه می دانست. این موضوعات فقط بعد از گرفتن شرح حال دانشجویی از بیمار مشخص گردیدند.

۶ - راجع به حیوانات بومی و دست آموز که در ارتباط با فرد بیمار می باشند، بیماری های آنها و حشرات که احتمالاً در اطراف آن حیوان در حرکت یا رفت و آمد هستند بیشتر بررسی و دقت نمائیم. مواردی گزارش شده که بیماری صرفاً در ارتباط مستقیم با مگس یا حشراتی بوده که در اطراف آن حیوان دست آموز زندگی می کرده و یا همزیستی مسالمت آمیزی با او داشته اند.

۷ - با نظرخواهی از بیمار راجع به داروهائی که تا به حال مصرف کرده است، بهترین و بدترین اثر درمانی آن داروها پرسیده شود. اطلاعات و تجربیات درمانی بیمار از داروهائی که تا به حال توسط وی مصرف شده، گاهی می توانند خیلی کمک کننده باشد.

۸ - از بستگان، همسایگان و دیگر افراد فامیل که مطلع و وابسته به بیمار می باشند، کمک بگیریم. برخی اطلاعات را از همسایگان فرد بهتر می توان کسب کرد تا پدر و مادر و بستگان نزدیک وی.

۹ - شغل و سرگرمی های متفرقه و حین فراقت بیمار را موردبررسی دوباره قرار دهیم. گاهی اطلاع داشتن از

این گونه سرگرمی ها می توانند در رسیدن به تشخیص، کمک بسزائی داشته باشند. ۳ شرح حال ذیل در این مورد مصداق دارد:

بیماری بوده که از خارش مزمن بدن شکایت داشته و درمان های رایج و معمولی نیز خارش او را برطرف نمی نموده است. در بررسی بیشتر از سرگرمی های روزانه اش، معلوم شد که به طور پراکنده در محفل های کشیدن تریاک شرکت می کرده است. اگر چه او تریاک مصرف نمی کرده ولی مشارکت ممتد وی در این محفل ها عامل خارش مزمن بدن او بوده است.

مورد دیگر دختر چهار ساله ای را گزارش کرده اند که به علت بثورات اریتماتو و پوسته دار در ناحیه صورت به پزشک مراجعه می نماید. با توجه به سن و محل زندگی (که در کشورهای اروپائی بوده) تشخیص درماتیت سبورئیک برای وی گذاشته می شود، ولی اجرای درمان های دارویی استروئیدی وضع بیمار را روزبروز بدتر می کند و ضایعه با درمان گسترده تر می شود. تنها سر نخ که از شرح حال مجددش به دست آمد و به تشخیص کمک کرد، این بود که پدرش گاهی با فرزند ۴ ساله اش اسب سواری می کند. در نتیجه با تشخیص قارچ صورت مورد آزمایش دقیق قرار می گیرد و پس از تأیید تشخیص بیمار تحت درمان قرار گرفته و مداوا می گردد.

یک مورد دیگر ابتلای به درماتیت تماسی گزارش شده که هر ساله و در فصل زمستان (دی ماه) به طور مرموزی عود داشته است. شرح حال دقیق معلوم کرد که علت آن تماس با گرده میوه های کاج بوده که از آنها برای عروسک های مراسم جشن عید کریسمس استفاده می کرده اند و تکرار آن هر سال و همزمان با اجرای این مراسم بوده است.

۱۰ - همیشه خود را در حال کاوش و گیرندگی نگه داریم. برای رسیدن به تشخیص باید رابطه ما با بیمارمان به عنوان یک پزشک شیفته کمک به بیمار، همیشه باز و نه بسته باشد.

در ویژگی های بعدی نیز پوست بیمار را دقیقاً مورد معاینه قرار دهیم.

در همین راستا رعایت این نکات کمک کننده خواهد بود:

۱ - هرگز از قارچ پا غافل نشویم، حتی اگر بیمار اطمینان دهد که از ناحیه پاهایش ناراحتی ندارد. اغلب اینگونه بیماران پوسته ریزی مختصر موجودی در پایشان را که می‌تواند به علت قارچ پا باشد بیماری برای خود به حساب نمی‌آورند.

۲ - بیماران معاینه تدریجی و قسمت به قسمت پوست را بیشتر از یک معاینه کلی و یک مرتبه قبول دارند. با معاینه دقیق هر قسمت می‌توانیم بیمار را تشویق کنیم که هر جای دیگری از پوستش را که آزرده‌گی دارد و یا مشکوک است، به ما نشان بدهد. اصولاً در همه جای دنیا و در هر فرهنگی برای بیماران بخصوص خانم‌های جوان خوش‌آیند نیست که یک مرتبه و بطور کامل خود را در مقابل چشمان پزشک لخت نمایند.

۳ - در صورت لزوم و نیاز بیمار را در دسترس خود نگه داریم. اهمیت این موضوع در بیماری‌هایی که دارای دوره‌های شدت و ضعف می‌باشد، و باید بتوانیم در مواقع بروز ضایعات جدید و یا احتمالاً تشدید ضایعات قبلی، آنها را مشاهده و یا مورد نمونه‌برداری قرار دهیم، بیشتر می‌شود. گاهی این امر تنها راه رسیدن به تشخیص می‌باشد. شرح حال ذیل موضوع بالا را تأیید می‌کند.

بیماری بوده که برای رسیدن به تشخیص قطعی مجبور شده‌اند به مدت پنج‌ماه صبر کنند و در انتظار بمانند تا شاهد بروز یک ضایعه جدید جهت تشخیص بیماری باشند. بعداً معلوم شد که او مبتلا به پمفیگوئید طاولی بوده است. باید متوجه بود که این بیماری و هر بیماری مزمن، در شروع ممکن است نمایی این‌گونه داشته باشد. به عبارت دیگر بیمارها کتب مرجع را مطالعه نکرده‌اند که در یک لحظه بطور تمام عیار آشکار شوند، مثلاً بیماری لوپوس هر ۱۱ شاخص تشخیصی را در یک روز بروز دهد.

درخواست انجام آزمایشات را گسترش دهیم.

۱ - آزمایشاتی را که برای رسیدن به تشخیص و عامل ایجادکننده بیماری در مغزمان خطور می‌کند، برای بیمار درخواست کنیم. بعضی از این آزمایشات شامل موارد زیر می‌باشند:

RPR, ANA, ASO, CEA, IgE, blood chemistry profile, T3, T4, serum iron, zinc, serum protein electrophoresis.

آزمایش‌های جدید پوستی را برای بیمار انجام دهیم.

این آزمایشات شامل اقدامات ذیل است:

۱ - بیوپسی و رنگ‌آمیزی هماتوکسیلین - ائوزین، انجام ایمونوفلورسانس، Polymerase Chain Reaction (PCR)، ایمونوپراکسیداز، میکروسکپ الکترونی، کشت.

۲ - انجام آزمایش KOH از پوسته‌های سطح ضایعه و کشت پوسته‌ها در محیط مخصوص.

۳ - پیچ تست پوستی (Patch test) از ترکیباتی که به نحوی در تماس با پوست بیمار هستند: مواد معطر، لباس، لوازم پیشاهنگی، جاکفشی، کفش پاک‌کن‌ها.

۴ - آزمایشات داخل پوستی مانند باکتریها، لارو حشرات، کک‌ها، مگس، قارچ‌های تریکو فیتون و کاندیدا، تست توپرکولین.

از خانه مسکونی و محل کار بیمار دیدن کنیم.

معاینه محل زندگی یا محل کار بیمار اهمیت دارد و شاید خنده‌دار هم باشد. در مقاله آئین معاینه بیمار پوستی گفته شد که به استقبال بیمار نروید. ولی مشاهده محل زندگی و کار بیماری که ما را در تنگنای تشخیص قرار داده است، ارزشمند است. در مشاهده مستقیم منزل بیماری که برای بار دوم به علت درماتیت تماسی شدید در بیمارستان بستری شده بود و تمام تست‌ها منفی بودند، مشخص شد که همه وسایل آن Stainless steel بودند. درمان قطعی هنگامی بوقوع پیوست که تمام ظروفی که دارای Stainless steel polish بودند، از دسترس وی خارج شدند.

در بیمار دیگری کهیر مزمن و شدید به همراه تب فقط به علت پوشش ابریشمی بود که وی بر تن می‌کرد. این موضوع هیچگاه به فکر بیمار نرسیده بود و تنها در مشاهده نزدیک محیط بیمار بود که مشخص گردید. در هر صورت معاینه محل و محیط اطراف بیمار ضریب شک پزشک را بیشتر برمی‌انگیزاند.

از کمک همکاران مشاور استفاده کنیم.

کسب نظر سایر همکاران به عنوان مشاوره پزشکی، کمکی در درمان بیماری می‌تواند باشد، بخصوص اگر بیماری در دامنه بیماری‌های عروقی، جراحی پلاستیک،

غدد و سیستم گوارش باشد. با افراد خیره و پیش‌کسوتان رشته مربوطه صحبت و مذاکره کنیم و از نظرهای آنها که مملو از تجربه‌های ذی‌قیمت می‌باشد، استفاده نماییم.

خودمان را به کتابخانه بکشانیم.

یک کاوش اختصاصی در رتوس مقالات تشخیصی در سه ساله اخیر را شروع کنیم. هرگز از مقالات مجله‌های خارجی ترسیم. معمولاً اکثر مقالات با زبان بیگانه یک خلاصه به زبان انگلیسی نیز دارند. بررسی این مجموعه مقالات می‌تواند همانند شرکت در یک سمپوزیوم جهانی، گستردگی اطلاعات نوین درمانی ما را ضمانت نماید.

هوش و ضمیر لایشر خود را بکار گیریم.

برای یافتن راه‌حلی برای این مشکل هر چه بیشتر و عمیق‌تر اندیشه خود را درگیر نمائیم.

۱ - بیاندیشیم! بیاندیشیم! دیده شده است که تعدادی از بهترین افکار موقعی به سراغ ما می‌آید که برای اندیشیدن و فکر کردن در مورد آنها انرژی بکار ببریم. هرگز درماتولوژی بدون مغز (Decerebrate) را قبول نداشته باشیم و سعی کنیم آن را بکار نگیریم و تمرین نکنیم. سعی کنیم زیربنا و ساختار درمان بیماری را خارج از این اندیشه پی‌ریزیم.

۲ - ضمیر ناخودآگاه نیز می‌تواند به اندازه ضمیر آگاه از طریق الهام دادن به ما مفید واقع شود. گاهی این ضمیر ناخودآگاه سبب می‌شود که به‌طور جهشی به درمان جدیدی دست یابیم. البته گاهی مشکل بیمار آنقدر زیاد است که کمک گرفتن از ضمیر ناخودآگاه بی‌مورد می‌نماید، چون از ما تقاضای معجزه نمی‌توان داشت.

عاقلاًنه است که بیشتر روی تشخیص تأکید داشته باشیم.

برای رسیدن به تشخیص بهتر است که فرمان را بر روی چهار سوال اصلی ذیل متمرکز کنیم.

۱ - آیا عامل حقیقی بیماری عفونی است؟ در کدام محل؟ در این صورت باید به کانون‌های معمول و مخفی

نگاه بکنیم که اهم آنها شامل ایت، فارنژیت، سینوزیت، آبسه دندانی، کله سیستیت، سیستیت، و واژینیت می‌باشد. اگر به یافته‌ای و یا به سرنخی دست نیافتیم، جای دارد که به‌طور تجربی و نه علمی بیمار را روی درمان‌های دو هفته‌ای داروهای ذیل قرار دهیم: اریترومايسين، تتراسایکلین، کوتریموکسازول، کلیندامایسین، مترونیدازول، داپسون، گریزئوفلوین و کتوکانازول. به علاوه سیستم ایمنی بیمار را با تجویز سایمتیدین، روی و آهن تحریک و افزایش دهیم.

۲ - آیا عامل آن آلرژی است؟ باید کوشش شود تمام داروها از بیمار جدا شوند. این داروها شامل قطره‌های سرماخوردگی، اسپری‌های بینی، ملین‌ها، آرام‌بخش‌ها و هر داروی دیگری می‌شود. اصرار و تأکید کنیم که بیمارمان به زندگی رهبانی پردازد و از تماس با حیوان، پشم، گردوغبار، سیگار، الکل یا هر نوع ماده مشابه دیگر اجتناب نماید. کوشش شود بیمار از کارکردن، تفریح و هواخوری خودداری کرده و در مرخصی بسر برد.

۳ - آیا بیمارمان دچار بیماری‌های متابولیک یا سیستمیک است؟ بیمار را خوب و ارسی بکنیم تا از وجود بیماری زمینه‌ای مطمئن شویم. از صحت تست‌های خونی، سدیمان، CEA، ANA، CRP و الکتروفورز پروتئین‌های سرم بیمار به‌طور کامل اطمینان پیدا کنیم. در صورت لزوم به انجام مطالعات رادیوگرافیک قفسه سینه و سیستم گوارش، اسکن کبد و طحال، CAT، اسکن، اولتراسوند، PET، NMR، مبادرت ورزیم.

۴ - گمراهی‌های تشخیصی بیشتر در بیماری‌های ذیل دیده می‌شود: سارکوئیدوزیس، لوپوس اریتماتوزوس، سیفلیس، جذام، بثورات دارویی و درماتیت ساختگی یا factitial dermatitis.

در نهایت باید کمی هم جسور باشیم و از مخاطره‌جویی نهراسیم.

گزارش‌های علمی نوین را بکار گیریم. شانس با درماتولوژیست‌هائی هست که کاری می‌کنند، چون اندک بهتر از هیچ است.

- 1 - In: Shelley W B, Shelley E D (eds). What to do when you don't know what to do. Advanced Dermatologic Therapy. Philadelphia: W.B. Saunders 1987: 10-15.
- 2 - Berger SA. The use of antimicrobial agents for non infectious diseases. Rev Infect Disease 1985; 7:357-67.
- 3 - Brody H. The lie that heals: The ethics of giving placebos, Ann Intern Med 1982; 97:112-18.
- 4 - Chow AW, Jewesson PJ. Pharmacokinetics and safety of antimicrobial agents during pregnancy. Rev Infect Disease 1985; 7:287-313.
- 5 - Tkch JR. My quick route to a tough diagnosis. Medical Economics, 1985; July 8:101-07.
- 6 - In: Kronick DA (ed). The literature of the life sciences reading, writing, research. Philadelphia: ISI Press, 1985:219.
- 7 - In : Cunliffe WJ, Miller AJ (eds). Retinoid therapy. Boston: MTP Press, 1983.