

عنوان: گزارش یک مورد سندروم سولفون به دنبال تجویز داپسون در درمان پسوریازیس.

نویسنده‌گان: مرضیه احمدی، فروغ کرمی (دانشجویان پرستاری دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوارسگان)
استاد راهنما: فروزنده دشتی (عضو هیئت علمی گروه مامایی دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوارسگان)

چکیده: پسوریازیس یک بیماری پوستی مزمن، عود کننده با ضایعات هم شکل به صورت پلاک (لکه) های گرد یا بیضی با حدود کاملاً مشخص است که سطح پلاک‌ها با پوسته‌های خشک لایه به لایه به رنگ سفید نقره‌ای پوشیده شده است. این بیماری حداقل ۱۰ شکل بالینی دارد از جمله پسوریازیس اریترودرمیک Erythrodermic که بیش از ۹۰٪ پوست دچار قرمزی و پوسته ریزی است و علائم سیستمیک مانند تب، اختلالات آب و الکتروولیت و نارسایی قلبی تنفسی نیز ممکن است همراه باشد. درمان به علت درگیری وسیع پوست، سیستمیک و مراقبت‌های تخصصی می‌باشد. استاندارد طایبی درمان این بیماری، متورکسات است.

معرفی مورد: دختر ۱۵ ساله، اهل جنوب با سابقه ۷ ساله ابتلاء به پسوریازیس اریترودرمیک با علائم قرمزی و پوسته ریزی منتشر پوست به پزشک مراجعه و برای او داپسون تجویز شده و به دنبال مصرف این دارو دچار تب و لرز شدید، تهوع و استفراغ، رال ریه، سرفه، سیانوز، تاکیکاردنی، کاهش شنوازی و بینایی هیپو ناترمی، هیپو کالمی و همولیز شده است (سندروم سولفون) و با حال عمومی بد در بیمارستان بستری گردیده است.

نتیجه گیری: آغاز پسوریازیس در کودکی به ویژه در دختران به سبب تاثیر در ظاهر استرس زا و استرس و تغییرات هورمونی (بلوغ) جزو عوامل تشدید کننده بیماری است. سولفون‌های صناعی از جمله داپسون در درمان بیماری مناسب نیست و بدون بهبودی با عوارض جانبی دارویی همراه با علائم سیستمیک بیماری سبب بستره شدن طولانی مدت بیمار مبگردد، افرادی که دارای بیماریهای مزمنی می‌باشند که در جامعه چندان شناخته شده نمی‌باشد بهتر است یک کارت شناسایی بیماری همراه داشته باشند تا در صورت عود علائم، کادر درمان دچار تشخیص اشتباه و تجویز داروی نامناسب نشوند و بیماران نیز آگاهی کافی در باره بیماری داشته باشند.

کلمات کلیدی: پسوریازیس اریترودرمیک، درمان، داپسون

مقدمه: پسوریازیس یک بیماری شایع پوستی است همراه با لکه‌های قرمز و پوسته‌های نقره‌ای که در ۱۰ شکل بالینی گزارش شده است و مشخصه آن دوره‌های مکرر فروکش و عود می‌باشد و مسری نیست. بیماری احتمالاً اتوایمیون است که تولید سلولهای جدید پوست افزایش می‌یابد ولی سلولهای قدیمی در حد طبیعی باقی می‌مانند، این باعث می‌شود چندین لایه سلول مرده در سطح پوست تجمع پیدا کند و به صورت پوسته خود را شان دهد. شیوع این بیماری در جهان ۱٪ (حدود ۷۰ میلیون مبتلا) و در ایران نا مشخص است، نسبت جنسی یکسان، و سن آغاز ۳۰-۱۰ سالگی است، عامل بیماری مولتی فاکتوریال است از جمله ارث، استرس، عفونت، صدمات فیزیکی، مصرف دارو، عوا مل هورمونی، تغییرات آب و هوا و شدت بیماری بستگی به درگیری درصد سطح پوست دارد، تشخیص از راه بالین یا بیوپسی پوستی و بررسی زیر میکروسکوپ است. درمان قطعی و پیشگیری ندارد و اصول درمان‌های نگهدارنده شامل آهسته کردن فعالیت میتوزی پوست و حفظ هیدراسیون پوست جهت رفع التهاب و کاهش پوسته ریزی پوست است. درمان به دو صورت موضعی و سیستمیک می‌باشد. درمان موضعی شامل کورتیکوستروئیدها، کراتولیتیک‌ها مانند قطران زغال سنگ و ویتامین A و D است و داروهای سیستمیک شامل متوتروکسات، سیلوسپورین و هیدروکسی اوره است، آنتی هیستامین برای خارش نیز کاربرد دارد. درمانهای تخصصی تر مانند PUVA (صرف P سولوالن سیستمیک و مواجهه با اشعه مأوازه بنفش UV) می‌باشد. جدیدترین دارو‌ها از نوع بیو تکنولوژی می‌باشد که بسیار گران قیمت است و جنبه تحقیقاتی دارد. رژیم غذایی کاهش گوشت قرمز، الکل و سیگار و افزایش مصرف روغن ماهی است. در پسوریازیس اریترودرمیک بیش از ۹۰٪ پوست دچار قرمزی همراه با پوسته ریزی می‌شند و علائم سیستمیک نظری تب، اختلالات آب و الکتروولیت و نارسایی قلبی وجود دارد و جزو نوع خطرناک این بیماری پوستی می‌باشد.

داپسون جزو داروهای سولفونامید و اولین بار به عنوان داروی ضد باکتری معرفی شد و در حال حاضر داروی اصلی جذام است و در برخی بیماریهای نادر پوستی استفاده می‌شود. شکل دارو قرص mg ۵۰-۱۰، جذب کامل از طریق گوارش، اوج اثردارو ۲-۸ ساعت، و بالغله

بالا در کلیه ، کبد ، پوست ، عضلات دیده می شود . نیمه عمردارو ۳۰-۲۰ ساعت است . ۷۰٪-۸۵٪ دارو از راه ادرار و باقیمانده از راه مدفعه دفع می شود ، اثر درمانی مهار سنتز اسید فولیک توسط ارگانیسم حساس است و در حساسیت به سولفون (سندرو م سولفون) منع مصرف دارد .

علائم این سندروم تب ، ناخوشی ، تاکی کاردی ، استفراغ ، همولیز ، آنمی و افزایش بیلیروبین ، هایپو ناترمی ، تاری دید ، وزوز گوش ، سیانوز ، نوروپاتی محیطی که به صورت ضعف عضلانی ناحیه خاص پایه شست دست مشخص می شود و بیمار از مشکل نوشتن شاکی است . هنگام مصرف داپسون CBC وسطخ خونی داپسون جهت پیشگیری از سندروم سولفون به طور سریال باید اندازه گیری شود . افت ۱-۲ g/dl سطح هموگلوبین جزو عوارض دارو است .

معرفی بیمار : بیمار دختر ۱۵ ساله ، اهل اینده (جنوب کشور) ، وزن ۴۸ kg ، قد ۱۵۳ cm در تاریخ آبان ۸۸ به علت بد حالی (تب و لرز) و قرمزی پوست به اورژانس بیمارستان الزهرا اعزام می شود و بستری می شود . در شرح حال بیمار سابقه پسوریازیس از ۷ سال پیش وجود دارد و در سایر اعضای خانواده این بیماری وجود ندارد و در شهریور سال گذشته (۸۷) به علت شدت علائم پوستی و پوستول (چركی) شدن ضایعات ۵۰ روز در بیمارستان اهواز بستری و متواتر و کسات مصرف نموده است . در اوآخر مهر ماه ۸۸ با علائم شناخته شده پسوریازیس اریترودرمیک مانند خشکی ، قرمزی ، پوسته ریزی و خارش در کل بدن و شوره سر به پزشک مراجعه کرده و مصرف روزانه نصف قرص داپسون ۵۰ mg داشته و علائم در حال بهبودی بوده که پزشک دوز دارو را به روزانه یک قرص می رساند و بعداز ۱۰ روز مصرف ، بیمار دچار تب و لرز شدید ، سرفه ، کاهش اشتها ، تهوع و استفراغ و تشدید علائم پوستی همراه با کبودی انگشتان می شود و به علت بد حالی به بیمارستان الزهرا اعزام می شود . در معاینه تب و لرز و سرفه شدید ، پوسته ریزی و قرمزی شدید پوست ، انگشتان دست سیانوزه ، رال ریه ، تاکی کاردی مشاهده می شود . بیمار از کاهش شنوایی ، تاری دید به ویژه در سمت چپ شاکی است .

آزمایشات بدو بستری ، خون : هموگلوبین ۷/۸ (آنمی شدید) - ۲/۹۴ RBC (پایین) - MCV&MCH بالا - MCHC پایین - سیانوز روبین توتال ۲ (بالا) - ESR54 (بالا) - Na130 (پایین) - ۳/۸k - WBC112 (پایین) - ۰۰ LDH7470 (بالا) .

ادرار : WBC زیاد - سلولهای اپی تلیال زیاد ، رشد Ecoli زیاد - هماچوری مشتبث .

در CT ریه پنومونی آسپراسیون مشاهده می شود و در ABG ، Po2:44/5 (پایین) می باشد .

تشخیص قطعی سندروم سولفون (حساسیت به داپسون) است .

درمان : سرم ۲/۳-۱/۳ وصل ، قرص داپسون قطع ، اوسرین ، گلیسیرین و اوره روزی ۲ بار به پوست مالیده شود ، استامینوفن جهت کاهش تب ورزیم پر پروتئین و پر پتاسیم - VitB12 - آنتی بیوتیک سفتازیدیم ، کلیندماکسین ، آزیتروماکسین ، محلول KCl و بیکربات سدیم به سرم اضافه ، قطره اشک مصنوعی در چشم و فنیکه در گوش چکانده شود ، قرص هیدروکسی زین ولوسیون بتا متازون به پوست و مو مالیده شود . بیمار بعد از ۱۰ روز بستری باحال عمومی خوب و طبیعی شدن نسی آرامایشات ترخیص می گردد .

بحث و نتیجه گیری : پسوریازیس یک بیماری چند عاملی ، مزمن و احتمالاً اتوایمون میباشد ، در مورد معرفی شده ، آغاز بیماری از ۸ سالگی میتواند به علت تغییرات هورمونی ناشی از بلوغ باشد (با توجه به اینکه سن بلوغ در مناطق گرم‌سیری پایین تر است) نوجوان در سن بلوغ به ظاهر اهمیت میدهد و ظاهر ناخوشایند این بیماری سبب استرس و ایجاد سیکل معیوب (استرس-بیماری - استرس) می نماید . در مورد ذکر شده عامل ژنتیک متفاوت است چون هیچ مورد از این بیماری در خانواده ذکر نشده ، نور خورشید هم درمان و هم تشدید کننده میتواند باشد و در مورد بیمار آب و هوای گرم جنوب مناسب نیست . در شرح حال بدتر شدن بیماری در پاییز مشاهده می شود ثابت شده که آب و هوای سرد بیماری را بدتر میکند . برای حفظ رطوبت پوست حمام روزانه و کاهش تحریک پوست مانند عدم استفاده از کیسه و لیف و سفیداب و استفاده از شوینده های ملایم و ویژه و استفاده مکرر از دستکش هنگام کار به ویژه با پاک کننده ها توصیه می شود ولی این آموزش به این دختر نوجوان داده نشده است . بیماری این نوجوان مزمن و ناتوان کننده و استرس زالت و بهتر است حداقل یک پرونده پزشکی مختصر و مفید به صورت کارت همیشه در دسترس داشته باشد تا در صورت عود علائم ، با تجویز داروی نامناسب مشکلات جسمی و روحی او افزایش پیدا نکند . امروزه داپسون داروی اصلی جذام می باشد و مناسب درمان پسوریازیس نیست .

مجموعه مقالات پژوهشی سینار تازه های پرستاری و مامایی

۱۹، ۱۸ آذمه ۸۸ - دانشکده پرستاری و مامایی



استاندارد طلایی درمان پسوریازیس ، متوتر و کسات است که بیمار سال گذشته به دنبال عود عالم بیماری پس از سرد شدن هوا و بستری در بیمارستان بدون عارضه مصرف نموده است . با مشاهده پرونده بیمار تقریباً "تمامی عالم سندروم سولفون در وی دیده میشود و استفراغ مکرر و بدحالی او منجر به آسپیراسیون و پنومونی نیز گردیده است. علت سیانوز انگشتان علاوه بر هایپوکسی به علت مت هموگلوبینمی (از عوارض سندروم سولفون) می باشد. به نظر می رسد وجود کارگاه های آموزشی برای بیماران مزمن جهت افزایش کیفیت زندگی ضروری است بنیاد پسوریازیس یک انجمن جهانی جهت حمایت از این بیماران با هدف ارتقاء آگاهی و کمک به درمان و تحقیقات در این زمینه می باشد.

آدرس سایت : www.psoriasis.org

تشکر و قدر دانی :

در پایان از همکاری صمیمانه پرسنل محترم بخش پوست بیمارستان الزهرا در تهیه این مقاله تشکر و قدر دانی می شود .

منابع :

- 1 - ممیشی، نینا گیوی، مروت . داروهای ژنریک ایران با اقدامات پرستاری . انتشارات بشری ، سال ۱۳۸۶.
 - 2 - نظر پور ، سیما و همکاران . درسنامه کامل پرستاری . انتشارات گلبان چاپ ۱۳۸۷.
 - 3 - فهرست داروهای ایران ، وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی، ۱۳۸۶
 - 4 - باقری نیا ، فریبا . راهنمای درمانی در بیماری های شایع پوست و مو . نشر جامعه نگر.. ۱۳۸۴.
- 5- Habit T.P : clinical Dermatology ,Acolor guide to diagnosis & therapy, 2004
- 6- Isselbachel et al .Harrison's, Principles of Internal Medical,16 edit.2007.
- 7- www.iranderma.com
- 8- www.psoriasis.org
- 9- <http://database.irandoc.ac.ir>
- 10-Kalb,RE.Strober,b.Weinstein,g.Lebwohl,m. Methotrexate and psoriasis .National psoriasis foundation consensus conference, JAAD .Vol 60,Issue5, page 824-837, May 2009.
- 11-Melville ,na. What's old is new : Topical formulation brings Dapsone into safer territory, Dermatology times ,May 2009.
- 12-Sulfone syndrome ,Information including symptoms, diagnosis, misdiagnosis ,treatment.www.wrongdiagnosis.com/sulfon_syndrom/.