

**راهکار طبابت بالینی**  
**تدبیر درمانی آکنه و لگاریس**

### □ همه‌گیرشناسی

آکنه یکی از شایعترین اختلالات پوستی است. شیوع آکنه به حدی است که برخی افراد آنرا نوعی حالت فیزیولوژیک در دوران نوجوانی و بلوغ نامیده‌اند. این بیماری احتمالاً به دلیل پایین تر بودن سن بلوغ، در دخترها زودتر از پسرها بروز می‌کند. آکنه در ۴۰٪ دختران ۱۷ ساله و ۲۵٪ پسران ۱۸ ساله دیده می‌شود. پس از این سن، درصد شیوع آن کاهش یافته، بیماری بطرف بهبود پیش می‌رود ولی معمولاً تا سن ۲۵ سالگی ادامه دارد ولی در برخی افراد و بخصوص در برخی خانمها ممکن است تا ۴۴ سالگی نیز دیده شود. بطور کلی آکنه حدود ۸۵ درصد از افراد بین ۱۲ تا ۲۴ سال را گرفتار می‌کند. ولی تعداد افرادی که آکنه پایدار یا آکنه دیررس دارند، در حال افزایش است. آکنه در تمامی نژادها دیده می‌شود. آثار روانی اجتماعی آکنه غیرقابل انکار است و بطور شایعی باعث کاهش اعتمادبه نفس و انزوای اجتماعی در افراد مبتلا می‌شود.

### □ تعاریف

آکنه یک اختلال مزمن در فولیکولهای مو و غدد چربی است که با شیوع کومدونهای باز، کومدونهای بسته، ضایعه های پاپولی و جوشهای چرکی (ضایعه های پوسچولر)، کیست، آبه های عفونی و گاهی به جا گذاشتن اسکار مشخص می‌شود. شایعترین محل ظاهر شدن آکنه بر روی صورت است ولی میتواند بر روی گردن، تنه، پشت، شانه ها و قسمت فوقانی بازوها نیز ظاهر شود. آکنه در نوجوانان شایع تر است ولی در بزرگسالان نیز دیده میشود. علاوه بر ضایعات پوستی معمول، در افراد با رنگ پوست تیره، هیپرپیگمانتاسیون نیز ممکن است دیده شود. موارد شدید آکنه میتوانند اسکار به جا بگذارند.

### توصیه ها

این راهکار طبابت بالینی مطابق با جدیدترین یافته های علمی و پژوهشی است؛ با این حال، تمامی روشهای درمانی موجود را در بر نمی گیرد و نیز رد کننده ی سایر روشهای درمانی نیست. توصیه های موجود به منظور ایجاد چارچوبی یکپارچه در بررسی و درمان بیماران فراهم آورده شده است و قضاوت نهایی در مورد فرایندهای تشخیصی و درمانی باید با توجه به شرایط ویژه هر بیمار توسط پزشک اتخاذ شود.

### اقدامات و بررسیهای تشخیصی

تشخیص آکنه بالینی است اما در موارد مشکوک ممکن است نیاز به آزمایشات بیوشیمیایی پیدا شود، در این زمینه آنچه که اهمیت دارد تشخیص موارد ثانویه به اختلالات هورمونی، خصوصاً افزایش آندروژنهای سرم است و بهتر است در موارد بروز آکنه در سنین بالا (به شرط اینکه سایر علل شناخته شده در کار نباشد) وجود سایر علائم افزایش آندروژنها (مانند هیرسوتیسم، طاسی، اختلال قاعدگی و...) آزمایشات حالات بوجود آورنده آندروژنیسم (اندازه گیری تستوسترون آزاد و د هیدرو اپی آندروسترون سولفات<sup>۱</sup>) انجام شود. برای تصمیم گیری در مورد درمان مناسب، یک شرح حال کامل طبی و خانوادگی باید از بیمار بدست آید. طول مدت بیماری، پاسخ به درمان در گذشته و حال، و نوع پوست عواملی هستند که برنامه درمانی را مشخص می‌کنند. سپس شدت آکنه باید با توجه به شدیدترین ضایعات موجود تعیین گردد ( به الگوریتم مراجعه کنید).

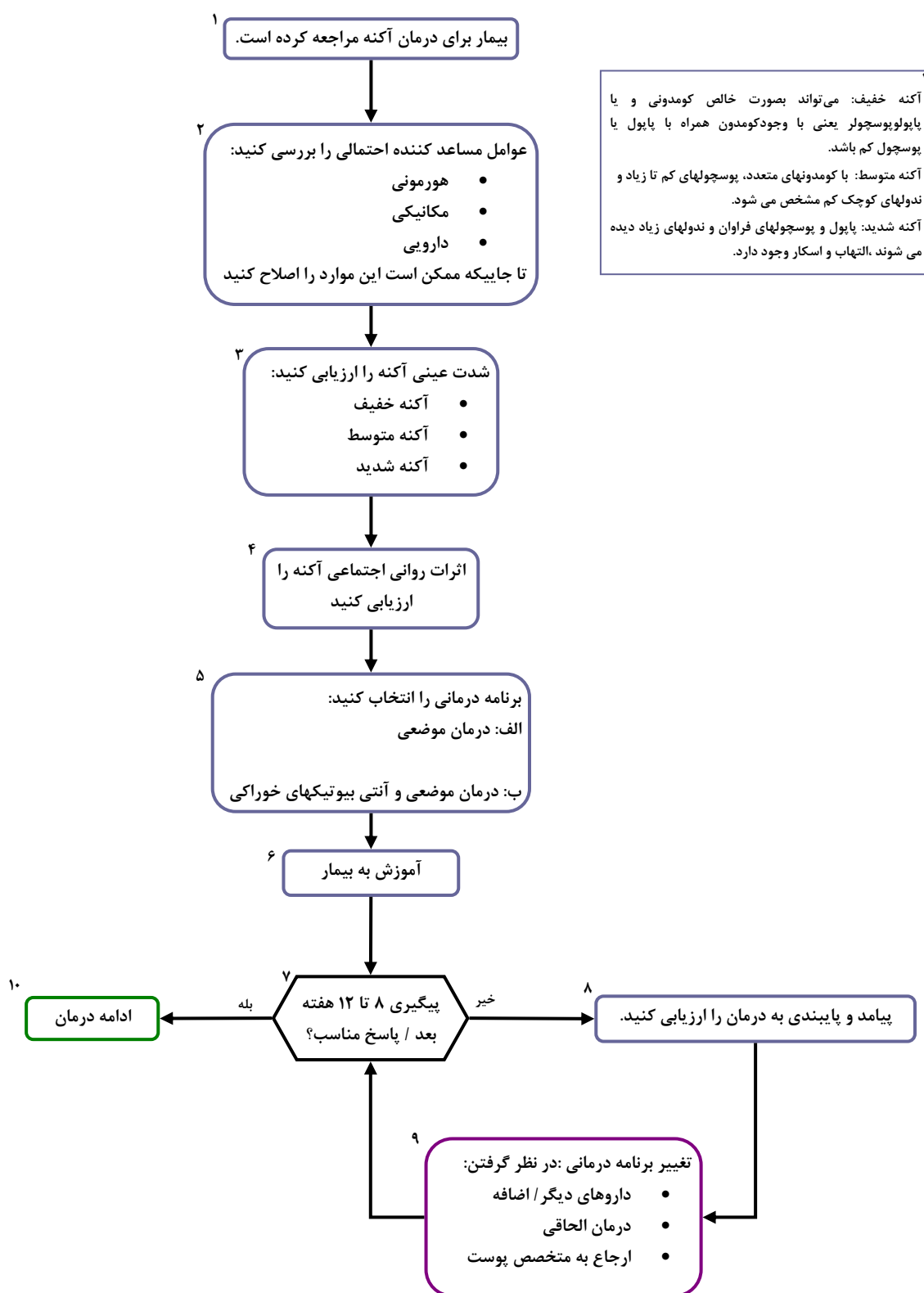
### درمان و مدیریت

#### نکات بالینی ضروری:

۱. درک بیمار از بهبود آکنه، بهترین ملاک موفقیت درمان است.
۲. اگرچه آکنه یک بیماری تهدید کننده حیات نیست، پزشک باید از اثرات ناتوان کننده روانی اجتماعی آن آگاه باشد.
۳. درمان همزمان با یک رتینوئید موضعی و یک آنتی بیوتیک موضعی، اثربخشی خوبی دارد.
۴. برنامه درمانی برای بیمار در نظر بگیرید که وی بتواند براساس نیازها و شرایط خود آنرا پیگیری کند.
۵. بیمار باید بداند که آکنه قبل از بهبود، ممکن است بدتر شود. بطور معمول حدود ۸ هفته درمان لازم است تا پاسخ درمانی مشاهده شود.

<sup>۱</sup> DHEAS

۶. بیمارانی را که آکنه شدید دارند برای درمان به متخصص پوست ارجاع دهید



## ۱. بیمار برای درمان آکنه مراجعه

آکنه شامل:

- آکنه کمدونیک ( comedonic acne )
- آکنه ولگاریس ( acne vulgaris )

## ۲. بررسی عوامل مساعد کننده احتمالی

### • هورمونی

- علایم ازدیاد آندروژن شامل:
  - بلوغ زودرس
- دلایل احتمالی ازدیاد آندروژن شامل این موارد هستند:
  - بیماری تخمدان پلی کیستیک
  - تومور آدرنال
  - هیپرسوتیسم
  - تومور تخمدان
  - تومور هیپوفیز

### • مکانیکی

در موارد نادری انسداد فیزیکی میتواند منجر به آکنه شود.

به عنوان مثال: ماسکهای هاک، مواد آرایشی برپایه روغن (امروزه اکثر مواد آرایشی برپایه آب هستند).

### • دارویی

داروهای بسیاری هستند که می توانند باعث ایجاد آکنه شوند. علاوه بر درمان آکنه، شاید قطع این داروها هم با نظر پزشک مربوط لازم باشد. از شایع ترین داروهای این گروه می توان آندروژنها، کورتیکواستروئیدها، ایزونیازید، لیتیموم و فنی تویین را نام برد.

ACTH	CIPROFLOXACIN	ETHAMBUTOL	ISONIAZID	PHENOBARBITAL
ACTINOMYCIN D	CLOMIPHENE	FAMOTIDINE	LAMOTRIGINE	PHENYTOINE
ACYCLOVIR	CLOMIPRAMINE	FEXOFENADINE	LEVOTHYROXINE	POTASSIUM IODIDE
ALPRAZOLAM	CORTICOSTEROIDS	FLUCONAZOLE	LITHIUM	PREDNISONE
ANDROSTENDIONE	CREATINE	FLUOXETINE	MAPROTILINE	PRIMIDONE
ATORVASTATIN	CYANOCOBALAMIN	FLUVOXAMINE	MEDROXY PROGESTRONE	PROGESTINS
AZATHIOPRINE	CYCLOSPORINE	FOLIC ACID	METHOTREXATE	PROPAPENONE
BASILIXIMAB	DACTINOMYCIN	EPOETIN ALFA	METHOXASALEN	PROPRANOLOL
BETAXOLOL	DANAZOL	GABAPENTIN	METHYLTESTOSTERON	PROPYLTHIO_URACIL
BUPROPION	DANTROLENE	GOLD and GOLD COMPOUNDS	MINOXIDIL	PYRAZINAMIDE
BUSPIRON	DEFEROXAMINE	GRANULOCYTE COLONY STIMULATINGFACTOR (GSCF)	MYCOPHENOLATE	PYRIDOXINE
CABERGOLINE	DESIPRAMINE	HALOPERIDOL	NALTREXONE	QUINIDINE
CARBAMAZEPINE	DIAZEPAM	HALOTHANE	NIMODIPINE	QUININE
CEFTAZIDIME	DISULFIRAM	HEROIN	NORTRIPTYLINE	RIFAMPICIN
CLORAL HYDRATE	DILTIAZEM	IMIPRAMINE	PANTOPRAZOLE	RISPERIDONE
CIMETIDINE	ESMOLOL	INTERFERONS, ALFA2	PAROXETINE	SAQUINAVIR
SERTRALINE	TACRINE	TOPIRAMATE	VINBLASTIN	ZIDOVUDINE
SMALLPOX VACCINE	TESTOSTERONE	VERAPAMIL	VITAMIN B12	

### ۳. ارزیابی شدت عینی آکنه

ارزیابی شدت آکنه مهمترین وسیله جهت تعیین تدبیر درمانی آن می باشد. برای سهولت، آکنه از نظر شدت به سه گروه تقسیم می شود: خفیف، متوسط و شدید. این طبقه بندی برای ضایعات صورت در نظر گرفته شده است، ولی برای طبقه بندی آکنه روی تنه نیز قابل اجرا است.

- آکنه خفیف

آکنه خفیف میتواند بصورت خالص کومدونی باشد و یا بصورت پاپولوپوسچولر یعنی با وجود کومدون همراه با پاپول یا پوسچول کم باشد.

- آکنه متوسط

آکنه متوسط: با کومدونهای متعدد، پوسچولهای کم تا زیاد و ندولهای کوچک کم مشخص می شود.

- آکنه شدید

در آکنه شدید پاپول و پوسچولهای فراوان و ندولهای زیاد دیده می شوند، التهاب و اسکار نیز وجود دارد.

- کمدون بسته (سرسفید): حفره فولیکولی غیر ملتهب (غیر قرمز) حاوی مواد کراتوتیک با یک غشاً اپیدرمی پوشاننده
- کمدون باز (سرسیاه): حفره فولیکولی غیر ملتهب (غیر قرمز) حاوی مواد کراتوتیک که سیاه بنظر می رسد
- پاپول: برآمدگی کوچک گرد تا بیضی شکل پوست (۱ تا ۵ میلی متر)
- پوسچول: مشابه پاپول است با این تفاوت که درون آن چرک وجود دارد.
- ندول/کیست: توده ۰/۲ تا ۳ سانتیمتری سفت شده با حاشیه نامشخص، که قرمز، حساس و گاهی سر باز می باشد.

### ۴. آثار روانی اجتماعی آکنه را بررسی کنید.

ارزیابی آثار روانی- اجتماعی آکنه اهمیت بسیاری دارد. آکنه می تواند بر کیفیت زندگی فرد تاثیر بگذارد و باعث اضطراب، افسردگی، کاهش اعتماد به نفس، عدم پذیرش در اجتماع و کاهش استخدام پذیری در فرد شود. شدت بالینی آکنه، همیشه شدت آثار روانی اجتماعی آنرا تعیین نمی کند. درمان موثر آکنه باعث کاهش این اثرهای منفی می شود. اگر آثار روانی اجتماعی واضحی وجود دارد، درمان اولیه شدیدتری از آنچه که فقط به دلیل شدت علائم لازم است در نظر بگیرید. برداشت بیمار از بهبود، بهترین سنجش برای درمان موفق است.

### ۵. برنامه درمانی را انتخاب کنید.

روشهای درمانی گوناگونی در درمان آکنه موثر هستند. هنگام شروع درمان توجه به اهداف درمان حایز اهمیت است.

اهداف درمان

- از بین بردن آکنه
- جلوگیری از بجا گذاشتن اسکار
- یادگیری برای مقابله با استرس روانی ناشی از آکنه

قبل از انتخاب درمان به این نکات توجه کنید:

- داروهای مصرفی بیمار را کنترل کنید؛ شاید علت آکنه آن داروها باشد.
- نوع پوست بیمار ( خشک یا چرب )
  - برای پوستهای چرب، یک ژل یا محلول در نظر بگیرید.
  - برای پوستهای خشک، از لوسیون یا کرم استفاده کنید.
- اگر بیش از یک داروی موضعی استفاده می شود ( بعنوان مثال یک آنتی بیوتیک موضعی و یک رتینوئید) به بیمار بگویید تا یکی را صبح استفاده کند و یکی را شب.

- اگر عوامل دارویی متعددی استفاده می شوند، باید از کلاسهای دارویی مختلفی باشند. برای مثال یک بنزویل پراکساید و یک آنتی بیوتیک موضعی
- برای افزایش موفقیت درمان روش درمانی را با توجه به تواناییهای بیمار انتخاب کنید. برای مثال آیا بیمار می تواند برای استفاده از دارو به پشتش دسترسی پیدا کند؟ اهمیت خودداری از مصرف محصولات غذایی و بویژه فراورده های لبنی را ۱ ساعت قبل از مصرف و ۲ ساعت پس از استفاده از تتراسایکلین را گوشزد کنید.

### □ الف: درمان آکنه خفیف

- آکنه خفیف کومدونی:

درمان با رتینوئید موضعی درمان انتخابی برای آکنه خفیف کومدونی است. رتینوئیدهای موضعی که در حال حاضر موجود هستند شامل این داروها می شوند: ترتینوئین، ایزوترتینوئین، رتینوئید موضعی واگردش<sup>۱</sup> سلولهای اپیتلیالی فولیکولر را افزایش می دهد، تخلیه کومدونها را بهبود می بخشد و از به وجود آمدن کومدونهای جدید پیشگیری می کند (تشکیل جوشهای سرسیاه و سر سفید). رتینوئیدهای موضعی را نباید در زمان حاملگی استفاده کرد. سالیسیلیک اسید را هم می توان به عنوان داروی مکمل یا خط دوم تجویز کرد.

#### رتینوئین (Tretinoin):

رتینوئین بصورت ژل ۰.۰۲۵٪/۰.۰۵٪، کرم ۰.۰۵٪ و لوسیون ۰.۰۵٪ موجود می باشد. به بیماران باید بگویید که در آغاز درمان ممکن است خارش و شعله ور شدن پوست و پوسچولی بوجود آید. ترتینوئین در برابر نور تجزیه می شود و می تواند باعث حساسیت به نور در بیمار شود، بنابراین باید شبها قبل از خواب مصرف شود. در افرادی که پوست حساسی دارند بهتر است که از ایزوترتینوئین استفاده شود.

#### ایزوترتینوئین (Isotretinoin):

ایزوترتینوئین بصورت ژل ۰.۰۵٪ موجود است. کارآمدی آن مانند ترتینوئین است و بر خلاف نوع ایزوترتینوئین خوراکی، مسمومیت سیستمیک ایجاد نمی کند. داروهای فوق در ابتدا تحریک کننده پوست هستند، درمان را با غلظتهای کم شروع کنید و به بیمار توصیه کنید محل استعمال دارو را پس از چند ساعت بشوید. با گذشت زمان تحمل پوست زیاد می شود.

**سالیسیلیک اسید (salicylic acid):** با غلظت های ۱٪ تا ۵٪ بعنوان درمان مکمل همراه رتینوئیدهای موضعی برای درمان آکنه خفیف کومدونی استفاده می شود.

- آکنه خفیف پاپولوپوسچولر:

برای درمان آکنه خفیف پاپولوپوسچولر باید از رتینوئید موضعی و آنتی باکتریال موضعی، دو بار در روز استفاده کرد. شایع ترین عوامل آنتی باکتریال موضعی مورد استفاده بنزویل پراکساید، آزلائیک اسید، و آنتی بیوتیکهای موضعی مانند کلیندامایسین و اریترومایسین هستند.

#### بنزویل پراکساید:

بنزویل پراکساید بصورت ژل ۵٪ و ۱۰٪ و لوسیون ۱۰٪ موجود می باشد. معایب عمده آن تحریک، سوزش پوست و پوسته ریزی می باشد بنابراین توصیه می شود درمان با یک بار استعمال مقدار کمی از آن شروع شود تا واکنش بیمار به دارو شناخته شود. بنزویل پراکساید باعث بیرنگ شدن مو و لباس می شود و ممکن است آلرژی تماسی بوجود آورد. بنابراین توصیه می گردد که تجویز آن با احتیاط صورت بگیرد. مقدار مصرف آن بصورت روزانه یک یا دو بار از ژل یا یک تا چهار بار از لوسیون است.

#### آنتی بیوتیکهای موضعی:

کلیندامایسین بصورت ژل ۱٪ و محلول ۱۰ mg/ml موجود می باشد، اریترومایسین نیز بصورت ژل و محلول ۲٪ وجود دارد. هنگام مصرف همزمان با رتینوئید موضعی، آنتی بیوتیکهای موضعی را باید به محض برطرف شدن ضایعات التهابی قطع کرد؛ اگر این کار ممکن نباشد باید آن را

<sup>۱</sup> turnover

با بنزویل پراکساید یا ترکیب آنتی بیوتیک موضعی با بنزویل پراکساید عوض کرد. در صورت ترکیب با بنزویل پراکساید، اثربخشی آنها بدلیل کاهش مقاومت دارویی افزایش می یابد.

### □ ب: درمان آکنه متوسط

درمان دارویی سیستمیک، جزء لاینفکی از درمان آکنه متوسط است. درمان سیستمیک باید برای درمان بیماری که تمایل دارد اسکار یا هیپر پیگمانتاسیون پس التهابی بجای بگذارد، عارضه روانی داشته باشد، بیماری گسترده ای که شانه ها، پشت و تنه را درگیر کرده باشد، و بیماری که پس از ۲ تا ۳ ماه به درمان موضعی پاسخ نداده باشد؛ استفاده شود. داروهایی که به این منظور استفاده می شوند شامل آنتی بیوتیکهای خوراکی، داروهای درمان هورمونی، و رتینوئید خوراکی می شوند که رتینوئید خوراکی تنها باید توسط متخصص پوست تجویز گردد.

### آنتی بیوتیکهای خوراکی:

آنتی بیوتیکهای خوراکی مورد استفاده برای درمان آکنه متوسط؛ اریترومايسين، تتراسایکلینها (تتراسایکلین، داکسی سیکلین)، بعنوان داروهای خط اول و کلیندامایسین بعنوان داروی خط دوم هستند.

**اریترومايسين:** اریترومايسين بهتر است که همراه با غذا استفاده شود زیرا می تواند عوارض گوارشی داشته باشد که در این صورت باید از آنتی بیوتیکهای دیگر استفاده کرد.

**تتراسایکلین:** با دوز ۱ گرم در روز تجویز می گردد و هنگامی که بهبودی قابل ملاحظه بوجود آمد، به ۵۰۰ میلی گرم در روز کاهش می یابد. به بیمار باید گفت که دارو را یک ساعت قبل از صرف غذا و بدون شیر مصرف کند تا جذب آن مختل نشود.

**داکسی سیکلین:** با دوز 100\_200 mg/day شروع می شود و با دیدن بهبود، به 50 mg/day کاهش می یابد. داکسی سیکلین باید همراه غذا مصرف شود که اگر چه جذب آن مختصری کاهش می یابد ولی پایداری بیمار به درمان را زیاد می کند.

آنتی بیوتیکهای خوراکی باید حداقل به مدت ۶ تا ۸ هفته استفاده شوند و حداکثر مدت استفاده آن در بیمارانی که پاسخ خوبی به یک دارو داده اند و داروهای دیگر را تحمل نمی کنند ۴ ماه یا کمی بیشتر است؛ در غیر اینصورت مقاومت باکتریایی ایجاد خواهد شد. آنتی بیوتیکهای خوراکی همیشه باید با داروهای موضعی مانند رتینوئید های موضعی استفاده شوند و در صورتی که بیشتر از ۲ ماه مصرف شوند، برای جلوگیری از مقاومت باکتریایی بنزویل پراکساید باید اضافه گردد. از جویز آنتی بیوتیکهای موضعی و خوراکی غیر مشابه اجتناب کنید. در صورت عود پس از درمان موفق، همان آنتی بیوتیک قبلی باید تجویز گردد. اگر آکنه بیمار علیرغم درمان با آنتی بیوتیک خوراکی بدتر شود، وی را به متخصص پوست ارجاع دهید.

### □ ج: درمان آکنه شدید

بیمار با آکنه شدید را به متخصص پوست ارجاع دهید.

### □ درمان آکنه در زمان حاملگی:

باید توجه کنید که در افراد حامله از همه این داروها و بخصوص از رتینوئیدهای موضعی و تتراسایکلین نمی توانید استفاده کنید. برای بیماران حامله، اریترومايسين موضعی یا خوراکی و بنزویل پراکساید، ایمن ترین انتخابهای ممکن هستند.

## ۶. آموزش بیماران

درمان موفق آکنه وابسته به همکاری مناسب گروه پزشکی و بیمار است. عدم اجرای توصیه ها یکی از دلایل عمده شکست درمان است. عدم رعایت دستورات یکی از عمده ترین دلایل شکست درمان است. برای رسیدن به بهترین پیامد ممکن، باید به بیماران راهکارهای شفافی در مورد درمان، اثرات جانبی احتمالی و توقعات واقع گرایانه از پیامدهای درمان به بیمار ارائه شود. آموزش مداوم بیماران، پیگیری، تشویق به ادامه درمان و حفظ یک رویکرد مثبت ضروری هستند. بدلیل اینکه آکنه می تواند اثرات مخربی در بسیاری از افراد داشته باشد، مداخله زودرس با یک برنامه درمانی فعال می تواند از برخی عواقب طولانی مدت جسمی و روانی اجتماعی آکنه پیشگیری کند.

### واقعیات و شایعات:

یک جزء ضروری در پیشگیری و درمان آکنه، آموزش به بیماران در مورد حقایق و پخش شایعات است.

**شایعه:** همه داروهای آکنه فوری عمل می کنند.

**واقعیت:** برای اینکه بیمار هر گونه بهبودی را ببیند ممکن است حداقل هشت هفته از شروع برنامه درمانی گذشته باشد. حتی ممکن است آکنه قبل از بهتر شدن بدتر شود.



**شایعه:** آکنه ناشی از بهداشت ضعیف است.

**واقعیت:** در نتیجه این شایعه ممکن است مردم پوست خود را بیش از حد بشویند و اغلب با شوینده های ساینده پوست خود را بسایند. تمیز کردن بیش از حد پوست می تواند باعث بدتر شدن آکنه شود. صورت خود را دو بار در روز با یک صابون ملایم بشوید، به آهستگی خشک کنید و از داروی مناسب آکنه استفاده کنید. کثیف و چرب بودن صورت باعث پیدایش آکنه نمی شود.

**شایعه:** زیاد شستن پوست در هر روز می تواند آکنه را از بین ببرد.

**واقعیت:** در حالات طبیعی پوست دچار آکنه را بیشتر از دو بار در روز و با آب ولرم (نه با آب سرد، نه با آب گرم) نشوید. در شستن فشار زیادی وارد نکنید و پوست خود را نسابید. شستن با نرمی نوک انگشتان و خشک کردن با حوله نرم بهترین راه است.

**شایعه:** دستکاری و کندن آکنه می تواند آنرا از بین ببرد.

**واقعیت:** این کار بر روی پوست اسکار به جا می گذارد. ضایعات آکنه را دستکاری نکنید.

**شایعه:** هنگامی که آکنه از پوست محو شد، برای همیشه از بین رفته است.

**واقعیت:** اگر درمان را قطع کنید، آکنه ممکن است برگردد. آکنه یک بیماری مزمن است و ممکن است سالها طول بکشد. دوره درمان را کامل کنید و برای قطع داروها با پزشکتان مشورت کنید.

**شایعه:** استرس باعث آکنه می شود.

**واقعیت:** استرس به تنهایی باعث آکنه نمی شود ولی می تواند باعث شدیدتر شدن واکنشهای روانی به آکنه شود.

### ۷. پیگیری

شواهد روشنی برای توصیه طول مدت مشخص درمان وجود ندارد، ولی طبق پیشنهاد کارآزماییهای بالینی، حداقل یک دوره درمان ۸ تا ۱۲ هفته ای قبل از ذکر هرگونه بهبود در بیماران لازم است.

### ۸. پایبندی به درمان و پیامد درمان را ارزیابی کنید.

پرسیدن سوالات باز و آرامش دهنده هنگام مصاحبه با بیمار می تواند یک روش موثر برای ارزیابی پایبندی بیمار به درمان باشد. در مصاحبه باید در مورد عواملی که منجر به عدم پایبندی به درمان می شوند مانند عوارض جانبی، درک نادرست دلیل درمان بیماری مزمن یا بدون علامت، افسردگی، اختلالات شناختی، رژیم های دارویی پیچیده و محدودیتهای اقتصادی سوال کرد.

• الف: آگاهی بیمار از وضعیت طبی و داروهایش را ارزیابی کنید.

- می توانید بگویید که چرا باید این داروها را مصرف کنید؟

- چگونه داروهایتان را مصرف می کنید (با غذا یا با شکم خالی، شب یا صبح)؟

• ب: روند مصرف دارو را ارزیابی کنید.

- بسیاری از بیماران در به یادآوری مصرف دارو مشکل دارند، آیا هیچوقت شما هم در به یادآوری مصرف دارویتان مشکل داشته اید؟

- چگونه به یاد می آورید که روز داروهایتان را مصرف کنید؟ آیا از یک وسیله به یادآورنده یا زنگ ساعت استفاده می کنید؟

• ج: موانع بیمار در پایبندی به مصرف داروها را ارزیابی کنید.

ار بیمار برسید:

- مهمترین مشکل شما در رسیدن به اهداف درمان چیست؟

- آیا در پیگیری برنامه درمانی که برای شما گذاشته ایم راحت هستید؟

- آیا علایم غیرطبیعی داشته اید که می ترسید ناشی از داروهایتان باشد؟

- آیا هزینه داروها برای شما سنگین است؟

### ۹. تغییر برنامه درمانی

#### □ داروهای دیگر/اضافی را در نظر بگیرید.

ممکن است لازم باشد که از گروه متفاوتی از داروهای موضعی استفاده شود. بعنوان مثال اگر بیمار به درمان با بنزویل پراکساید یا یک داروی موضعی پاسخ نداد، برنامه درمان را به مصرف رتینوئید و آنتی بیوتیک موضعی یکبار در روز تغییر دهید. در مورد آکنه های متوسط ، یک آنتی بیوتیک خوراکی اضافه کنید یا آنتی بیوتیک خوراکی فعلی را تغییر دهید.

#### □ درمان الحاقی<sup>۱</sup> را شروع کنید.

##### • قرصهای ضد بارداری خوراکی

افزافه کردن قرصهای ضد بارداری ترکیبی در درمان آکنه موثر است. قرصهای ضد بارداری ترکیبی (استروژن + پروژسترون) جایگزینی برای درمان آکنه در زنانی است که به درمانهای معمول پاسخ نداده اند. قرصهای ضد بارداری فقط پروژسترونی موثر نیستند و ممکن است آکنه را بدتر کنند. پاسخ ممکن است تا ۳ الی ۶ ماه دیده نشود. برای حصول اطمینان از پایداری به درمان، بهترین قرص آنست که کمترین عوارض جانبی را برای فرد داشته باشد. سیپروترون استات داروی ضد آندروژنی مناسبی به این منظور است.

##### • اسپرینولاکتون

اسپرینولاکتون دارویی است که به طور اولیه در درمان پرفشاری خون مورد استفاده قرار می گیرد، ولی به دلیل اثرات ضد آندروژنی، برای درمان آکنه با شروع در بزرگسالی در زنان که داروهای دیگر در آنها موثر نبوده است نیز استفاده می شود. دوز مطلوب بین ۵۰ تا ۲۰۰ میلی گرم در روز متغیر است و پاسخ به درمان ممکن است ۲ تا ۳ ماه طول بکشد. این دارو در زمان حاملگی نباید استفاده شود.

اگر بیمار با داروهای موضعی در وضعیت پایداری باشد، درمان را بصورت نامحدود ادامه دهید. در صورت ثابت ماندن وضعیت بیمار با داروهای موضعی و آنتی بیوتیکهای سیستمیک، پس از پاک شدن آکنه بمدت ۱ تا ۳ ماه، آنتی بیوتیک خوراکی را کم کم کاهش دهید و داروی موضعی را بصورت نامحدود ادامه دهید.

### موارد ارجاع

اگرچه آکنه در اکثر موارد توسط مراقبت اولیه درمان می شود ولی در موارد زیر بیماران را باید به متخصص پوست ارجاع دهید:

- بیماری که آکنه شدید دارد.
- بیماری که مشکلات شدید روانی یا اجتماعی ، مانند ترس شدید از دفورمیتی ، دارد.
- بیماری که علیرغم درمان اولیه، در حال بجا گذاشتن اسکار یا در معرض آن است.
- بیماری با آکنه متوسط که به درمانی که شامل دو دوره درمان با آنتی بیوتیک خوراکی حداقل به مدت ۳ ماه بوده است، پاسخ نداده است.
- بد تر شدن آکنه در هنگام مصرف آنتی بیوتیکهای خوراکی
- بیماری که آکنه اش پس از ۲ یا ۳ بار پاسخ خوب به درمان سریعاً عود کند.
- بیماری که مشکوک به داشتن یک عامل زمینه ای غدد درون ریز برای آکنه (مانند سندرم تخمدان پلی کیستیک) است.

<sup>1</sup> Adjunctive therapy

توضیحات	عوارض جانبی	موارد منع مصرف	شکل دارویی	راه مصرف	دارو
شبهها قبل از خواب استفاده شوند. قبل از مصرف، صورت با یک صابون ملایم شسته شود و پس از ۲۰، ۳۰ دقیقه دارو استفاده شود. از تماس با زخمها، چشم و دهان اجتناب شود.	واکنش های التهابی موضعی، قرمزی، گرما، پوسته ریزی، اریتم شدید، تاول زدن، خارش، خشکی پوست، هیپو پیگمانتاسیون و هیپر پیگمانتاسیون، شعله ور شدن آکنه در ابتدای مصرف	حساسیت به ترتینوین، آفتاب سوختگی، اگرما، حاملگی	٪۰/۰۵ و ٪۰/۰۲۵ ٪۰/۰۵ ٪۰/۰۵	ژل کرم لوسیون	<b>Tretinoin</b>
مانند ترتینوین	مانند ترتینوین	مانند ترتینوین	٪۰/۰۵	ژل	<b>(Topical) Isotretinoin</b>
از تماس با چشمها و مخاطات اجتناب شود	سوزش و خارش در پوست سالم، پوسته ریزی		٪۵ تا ٪۱	محلول	<b>Salicylic acid</b>
باعث سفید شدن موبصورت موضعی می شود	خارش، اریتم، خشکی، درماتیت تماسی، پوسته ریزی		٪۱ و ٪۰/۵ ٪۱۰	ژل لوسیون	<b>Benzoyl peroxide</b>
۱ یا ۲ بار در روز	سوزش، خارش، خشکی، پوسته ریزی، اریتم، چرب شدن پوست	سابقه کولیت سودوممبرانو	٪۱ ۱۰ mg/ml	ژل محلول	<b>Clindamycin</b>
۱ یا ۲ بار در دوز	اریتم، پوسته پوسته شدن، خشکی، سوزش	حساسیت به اریتروماکسیسین	٪۲ ٪۲	ژل محلول	<b>(topical) Erythromycin</b>
۲ بار در دوز	مشکلات گوارشی	بیماری کبدی	۲۰۰ mg و ۴۰۰ mg	قرص	<b>Erythromycin</b>
ابتدا ۱ g/day تقسیم شده به ۲ بار در دوز، سپس دوز نگهدارنده ۵۰۰ mg/day	سردرد، مشکلات گوارشی، درماتیت، آلرژی، ....	حاملگی، کودکان زیر ۱۲ سال، زنان شیرده	۲۵۰ mg	کپسول	<b>Tetracycline</b>
شروع با ۱۰۰ تا ۲۰۰ mg/day کاهش به ۵۰ mg/day با دیدن بهبود	بی اشتها، تهوع، استفراغ، اسهال، آلرژی	حاملگی، زنان شیرده، اختلال شدید کبدی	۱۰۰ mg	قرص، کپسول	<b>Doxycycline</b>

**BIBLIOGRAPHY**

1. Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI). Acne management. Bloomington (MN): Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI); 2003 sep. 32 p.
2. Katsambas AD, Stefanaki C, Cunliffe WJ. Guidelines for Treating Acne. *Clinics in Dermatology* 2004; 22:439-444.
3. Lauharanta J. Acne. In: EBM Guidelines. Evidence-Based Medicine [CD-ROM]. Helsinki, Finland: Duodecim Medical Publications Ltd.; 2004 Aug 13
4. Werner Sinclair, H Francois Jordaan. Acne Guideline 2005 Update. *S Afr Med J* 2005;95:883\_892
5. Gollnik H, Cunliffe W. Management of acne. A report of the global alliance to improve outcomes in acne. *J Am Acad Dermatol* 2003;49:31-38.
6. Webster GF. Acne vulgaris. Clinical review. *BMJ* 2002; 325:475-8.
7. Leyden JJ. A review of the use of combination therapies for the treatment of acne vulgaris. *J Am Acad Dermatol* 2003; 49:200-10.
8. Cunliffe WJ, Holland DB, Clark SM, et al. Comedogenesis: some aetiological, clinical and therapeutic strategies. *Dermatology* 2003; 206:11-16.
9. Stathakis, V, Kilkenny, M, Marks, R. Descriptive epidemiology of acne vulgaris in the community. *Australas J Dermatol* 1997; 38:115.
10. Cotterill, JA, Cunliffe, WJ. Suicide in dermatological patients. *Br J Dermatol* 1997; 137:246.
11. Newton, JN, Mallon, E, Klassen, A, et al. The effectiveness of acne treatment: an assessment by patients of the outcome of therapy. *Br J Dermatol* 1997; 137:563.
12. NICE (2001) Referral advice - a guide to appropriate referral from general to specialist services. National Institute for Clinical Excellence. [www.nice.org.uk](http://www.nice.org.uk)
13. Agency for Health Care Research and Quality (2001) Management of acne. Evidence Report/Technology Assessment no. 17. Agency for Health Care Research and Quality. [www.ahrq.gov](http://www.ahrq.gov)
14. Thiboutot, D. New treatments and therapeutic strategies for acne. *Archives of Family Medicine* 2000; 9(2): 179-187.
15. Kellett SC, Gawkrödger DJ. The psychological and emotional impact of acne and the effect of treatment with isotretinoin. *Br J Dermatol* 1999; 140:273-82.
16. Bershad SV. The modern age of acne therapy: a review of current treatment options. *Mount S/na/ J Med* 68:279-86, 2001.
17. Leyden JJ. Current issues in antimicrobial therapy for the treatment of acne. *JEADV* 15:51-55, 2001.
18. [www.fdo.ir](http://www.fdo.ir) ; the official website of Food and Drug Organization of the Iranian Ministry of Health and Medical Education.