مجله علمی سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران، دوره۲۶، شماره ۱،بهار ۱۳۸۷: ۱۱۲-۱۰۲

● **مقاله مروری** کد مقاله:۱٤۰۰

**بعد از مطالعه این مقاله خوانندگان محترم قادر خواهند بود:**

- پاتوفیزیولژی اریتم مولتی فرم را بشناسند.
- با اتیولژی و علل اریتم مولتی فرم آشنا گردند.
- علائم بالینی شایع و غیر شایع اریتم مولتی فرم را بشناسند.
- با تشخیص های افتراقی آن آشنا شوند.
- درمانهای رایج این بیماری را دریابند

# اریتم مولتی فرم

**دکترپرویز طوسی۱***
**دکتر رضا محمود رباطی۲**

۱.استاد پوست، مرکز تحقیقات پوست، دانشگاه پزشکی شهید بهشتی، بیمارستان شهدای تجریش
۲. استادیار پوست، مرکز تحقیقات پوست،دانشگاه پزشکی شهید بهشتی، بیمارستان شهدای تجریش

* ***نشانی نویسنده مسئول:*** تهران -خیابان شهرداری ، بیمارستان شهدای تجریش، مرکز تحقیقات پوست
تلفن: ۲۲۷٤٤۳۹۳ دورنگار:۲۲۷٤٤۳۹۳

## چکیده

***خلاصه:*** اریتم مولتی فرم یک یافته پوستی ناشی از واکنش افزایش حساسیت به داروها و عفونت ها می باشد. این حالت به صورت بثورات جلدی چند شکلی شامل ماکول ها، پاپول ها و ضایعات مشخص هدف مانند (target) با توزیع قرینه به ویژه در نواحی انتهایی اندام ها تظاهر می کند. معمولاً درگیری مخاطی همراه اندک می باشد. مداوای مرسوم شامل درمان عفونت زمینه ای موجود یا قطع مصرف داروی احتمالی موثر می باشد. موارد خفیف بدون هیچ عارضه ای بهبود یافته و نیاز به درمان ندارد. موارد راجعه را می توان با مصرف مداوم آسیکلوویر پیشگیری نمود. بیمارانی که به آسیکلوویر پاسخ نمی دهند، ممکن است با تجویز والاسیکلوویر به علت فراهمی زیستی بهتر، تناوب مصرف آسانتر کنترل گردند. بیماران با اریتم مولتی فرم راجعه علیرغم درمان ضد ویروسی سرکوبگر باید برای درمان بهینه به متخصص پوست ارجاع گردند.

(Am Fam physician 2006; 74: 1883-8)

***واژگان کلیدی:***ضایعات جلدی اریتم مینور- اریتم ماژور-HSV

*تاریخ دریافت مقاله:۸٦/۱۱/۱٤ تاریخ اصلاح نهایی: // تاریخ پذیرش مقاله:۸۷/۲/۳*

Archive of SID

[ Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-24 ]

www.SID.ir

## مقدمه

اریتم مولتی فرم یک یافته پوستی حاد، خود محدود شونده و گاهی عودکننده است که می تواند به عنوان یک واکنش افزایش حساسیت به برخی داروها یا عفونت ها در نظر گرفته شود (جدول ۱)(۱-۳). در گذشته، این حالت بخشی از طیف بالینی بیماری ها شامل اریتم مینور، اریتم ماژور (عمدتاً موسوم به سندرم استیونس جانسون (SJS) * و نکرولیز سمی اپیدرم (TEN) ** در نظر گرفته می شد(۴). براساس مطالعه ای در سال ۱۹۹۳، یک طبقه بندی مفید بالینی در مورد اریتم مولتی فرم، سندرم استیونس جانسون و نکرولیز سمی اپیدرم براساس الگوی ضایعات پوستی و میزان سطح جداشدگی اپیدرم از پوست به صورت تاول یا نواحی اروزیون در بدترین مرحله بیماری ارایه گردید. (جدول ۲)(۶-۱). اگرچه می توان SJS و TEN را به عنوان یک روند مشترک با درجه وخامت متفاوت در نظر گرفت (۶)، اریتم مولتی فرم به علت درگیری اندک مخاطی و جداشدگی اپیدرمی کمتر از ۱۰ درصد سطح بدن امروزه به عنوان یک یافته مجزا پذیرفته شده است.

## سبب شناسی و آسیب شناختی

اریتم مولتی فرم معمولاً در بالغین ۲۰ تا ۴۰ ساله روی می دهد (۶) اگرچه بروز آن در تمامی سنین مشاهده شده است (۱). ویروس هرپس سیمپلکس (HSV) شایعترین عامل سببی شناخته شده در بیش از ۵۰ درصد موارد است (۱۰-۷). مایکوپلاسما پنومونیه و عفونت های قارچی از عوامل مسبب دیگر بویژه در کودکان می باشند(۱۱،۱۲). داروهای موثر در ایجاد اریتم مولتی فرم شامل باربیتورات ها، هیدانتوئین ها، داروهای ضدالتهابی غیراستروئیدی، پنی سیلین، فنوتیازین ها و سولفانامیدها می باشند(۲).

علاوه بر این، بروز اریتم مولتی فرم همراه واکسن ها (دیفتری-کزاز(۱۳)، هپاتیت B (۱۴)، آبله مرغان (۱۵) )، سایر ویروسها (واریسلا-زوستر (۱۶)، هپاتیت C (۱۷)، سیتومگالوویروس (۱۸،۱۹)و ویروس نقص ایمنی اکتسابی (۲۰) (HIV) ) و برخی داروهای جدیدتر ( rofecoxib, candesartan cilexetil، متفورمین، adalimumab، پوپرویون و سیپروفلوکساسین) (۲۶-۲۱) گزارش شده است.

اریتم مولتی فرم راجعه اغلب ثانویه به فعال شدن مجدد HSV 1,2 می باشد گرچه ممکن است HSV از نظر بالینی خاموش باشد (۱۶). در یک مطالعه بر روی ۶۳ بیمار دچار اریتم مولتی فرم، HSV DNA با استفاده از واکنش زنجیره پلی مراز (PCR) بر روی نمونه بیوپسی پوست در ۶۰ درصد بیماران با تشخیص بالینی اریتم مولتی فرم راجعه مرتبط با ویروس و ۵۰ درصد بیماران با تشخیص اریتم مولتی فرم راجعه ایدیوپاتیک (بدون علایم بالینی تب خال یا مصرف دارو) یافت شد (۱۹). در مطالعه ای دیگر، ژنوتیپ HSV در ضایعات پوستی بیماران مبتلا به اریتم مولتی فرم بررسی شد. ۶۶/۷ درصد افراد دارای HSV1، ۲۷/۸ درصد HSV2 و ۵/۶ درصد عفونت همزمان 2 و HSV1 را نشان دادند (۲۷). با این وجود بسیاری از بیماران مبتلا به عفونت HSV دچار اریتم مولتی فرم نمی گردند. علاوه بر این بیماران مبتلا به اریتم مولتی فرم ممکن است دچار عود عفونت HSV بدون ایجاد اریتم مولتی فرم یا دچار اریتم مولتی فرم بدون بروز عفونت بارز HSV گردند(۲۸-۱۰) .

آسیب شناختی اریتم مولتی فرم به طور مشخص مورد مطالعه قرار گرفته و مطابق با یک واکنش افزایش حساسیت تأخیری می باشد (۲۹). بیماری با انتقال قطعات DNA ویروسی به مناطق دوردست پوست بوسیله سلول های تک هسته ای خون محیطی آغاز می شود. ژن های HSV در قطعات DNA بر روی کراتینوسیت ها بروز یافته و منجر به تجمع سلول های $CD_4^+$Th1 مختص به HSV می گردند که در ایمنی سلولی دخالت دارند. سلول های $CD_4^+$ با تولید اینترفرون گاما به آنتی ژن های ویروسی پاسخ می دهند که باعث شروع یک روند التهابی می گردد (۳). ضایعات اریتم مولتی فرم مرتبط با داروها دارای تست مثبت فاکتور نکروز تومور آلفا بوده و بر خلاف موارد مرتبط با تب خال اینترفرون گاما در آنها مثبت نمی باشد که این می تواند بیانگر مکانیسم متفاوت آنها باشد (۲۹).

## تظاهرات بالینی

اریتم مولتی فرم به صورت بثورات جلدی خود محدود شونده با علایم پیش زمینه ای اندک تظاهر می یابد. بیماران ممکن است احساس خارش یا سوزش را در محل ضایعات تجربه کنند.ضایعات منفرد به صورت ماکول های قرمز یا صورتی متعدد، با حاشیه مشخص به طور حاد شروع می شود و سپس تبدیل به ضایعات پاپولر می گردد. (شکل ۱) این پاپول ها ممکن است به تدریج بزرگ شود و تبدیل به پلاک هایی با قطر چندین سانتی متر گردد. قسمت مرکزی پاپول ها یا پلاک ها به آرامی به رنگ قرمز تیره،قهوه ای یا پورپوریک درمی آید و کراست یا تاول در مرکز ضایعات پدید می آید.

*(SJS):Stevens-Johnson Syndrome
**(TEN):Toxic epidermal necrolysis

Archive of SID

[ Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-24 ]

www.SID.ir

ضایعات هدف مانند (target) یا ایریس (iris) دارای نمای حلقوی منظم و سه منطقه مرکزگرا می باشد: یک ناحیه قرمز تیره مرکزی، ناحیه صورتی کمرنگ و ادماتو و یک حلقه قرمز محیطی. برخی ضایعات هدف تنها دارای دو ناحیه می باشند: ناحیه قرمز تیره مرکزی و یک حاشیه قرمز کمرنگ یا صورتی(۳۰). ضایعات هدف ممکن است تا چندین روز پس از بروز ضایعات بیماری نمایان گردد. به علت وجود ضایعات پوستی با نمای بالینی متفاوت در سیر بیماری، این حالت به اریتم مولتی فرم موسوم است (۱۰). ضایعات جلدی اریتم مولتی فرم معمولا به صورت قرینه در دیستال اندام ها نمایان گشته، به سمت پروگزیمال گسترش می یابد (۲). ضایعات سطح دور سال دست ها و سطوح اکستانسور اندام ها کاملا کاراکتریستیک می باشد (شکل ۲). کف دست و پا نیز ممکن است درگیر گردد (۸). ضایعات مخاطی نیز ممکن است روی دهد ولی معمولا محدود به حفره دهانی است (۱). اریتم مولتی فرم معمولا در طی سه تا پنج هفته بدون عارضه بهبود می یابد ولی امکان عود آن وجود دارد (۳). در موارد راجعه، امکان چندین نوبت عود در طی سال وجود دارد. در مطالعه بر روی ۶۲ بیمار دچار اریتم مولتی فرم راجعه، متوسط تعداد حملات برابر شش و دامنه آن از ۲ تا ۲۴ حمله در سال بود. متوسط مدت بیماری نیز ۹/۵ سال بود(۲۸).

**شکل ۱-** ضایعات هدف مانند متعدد (Target) در اریتم مولتی فرم در کف دست



نمونه هایی از ضایعات اریتم مولتی فرم با توزیع به سمت پروگزیمال اندام فوقانی



## تشخیص

تشخیص اریتم مولتی فرم بالینی است. در بیماران دارای ضایعات هدف و یک عفونت تب خالی قبلی یا همزمان تشخیص آسان می باشد (۳۰). بیوپسی پوستی در مواقعی که نمای بالینی مشخص است، لازم نمی باشد زیرا یافته های موجود برای اریتم مولتی فرم اختصاصی نمی باشد. در موارد نامشخص بیماری مانند تظاهرات غیرمعمول یا اریتم مولتی فرم راجعه بدون عفونت تب خالی تایید شده انجام بیوپسی پوست می تواند در کنار گذاشتن سایر تشخیص ها مفید باشد. ارزیابی آزمایشگاهی مانند ایمونوگلوبولین G و M بر ضد HSV۱و۲ می تواند سابقه مشکوک عفونت تب خالی را تایید کند ولی معمولا به انجام آنها نیازی نیست.

نتایج بیوپسی پوست بر حسب اشکال بالینی و مدت درمان ضایعات و ناحیه ای از ضایعه (مرکز یا حاشیه) که تحت تکه برداری قرار گرفته است، تغییر می کند. مرحله اولیه ماکول و پاپول های قرمز یک ارتشاح تک هسته ای دور عروقی را نشان می دهد. تکه برداری از ناحیه ادماتوی ضایعات هدف نمایانگر ادم واضح درم می باشد. کراتینوسیت های نکروتیک یا تغییرات اپیدرمی معمولا در مرکز ضایعات هدف روی می دهد(۳۰،۳۱) .

تشخیص افتراقی اریتم مولتی فرم شامل واکنش های دارویی، ضایعات نوری چند شکلی، کهیر، واسکولیت کهیری، اگزانتم های ویروسی و سایر واکنشهای افزایش حساسیت می باشد(۳۱). (جدول ۳) به دلیل شباهت اریتم مولتی فرم با کهیر در مراحل اولیه بیماری، افتراق بالینی آنها حایز اهمیت است. هر یک از ضایعات در اریتم مولتی فرم در موارد تیپیک حداقل به مدت یک هفته باقی مانده و در برخی موارد به ضایعات هدف تبدیل می شود (۳۲). در مقایسه، ضایعات کهیری در هر ناحیه به مدت کمتر از ۲۴ ساعت باقی مانده و مرکز ضایعات نمای طبیعی یا همرنگ حاشیه دارد (۶). ضایعات هدف با مرکز پورپوریک قرمز ممکن است با پیتیریازیس روزه آ ، لوپوس اریتماتو، واسکولیت یا اریتم فیگوریت اشتباه گردد (۳۱). در موارد وجود ضایعات تاولی باید اریتم مولتی فرم را از بیماری های تاولی اتوایمون افتراق داد(۳۰).

## درمان

مداوای اریتم مولتی فرم شامل تعیین عامل سببی در صورت امکان می باشد. قدم اول در این موارد ، درمان بیماری عفونی زمینه ای یا قطع داروی موثر است. موارد خفیف بیماری نیازی به درمان ندارد(۶). آنتی هیستامین های خوراکی و استروئید موضعی می تواند باعث بهبود علایم گردد(۸). در افراد مبتلا به عفونت همزمان یا اخیر HSV ، درمان زودرس با آسیکلوویر خوراکی ممکن است تعداد و مدت ضایعات جلدی را کم کند (۳۳). آسیکلوویر موضعی از بروز اریتم مولتی فرم پس از یک ضایعه تب خالی ممانعت نمی کند (۱۶). پردنیزولون خوراکی را می توان در بیمارانی با ضایعات متعدد با دوز ۸۰-۴۰ میلی گرم در روز به مدت یک تا دو هفته تجویز نمود و سریع آنرا کاهش داد (۶). به هر حال مصرف پردنیزولون در این بیماری



Archive of SID
www.SID.ir
[ Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-24 ]

مـورد توافـق نمـی باشـد (۲). تـاکنون مطالعات کنترل شده ای در مورد اثر بخـشی پردنیزولون در اریتم مولتی فرم وجود ندارد. از طرفی مصرف آن می تواند مقاومت بیمـاران به ویروس تـب خـال را کـم کـرده و باعـث افزایش عـود عفونـت HSV و متعاقـب آن اریتم مولتی فرم راجعه گردد(۱۶).

اریتم مولتی فرم را مـی تـوان بـا آسـیکلوویر خوراکی (۴۰۰ میلی گـرم دو بـار در روز) بـه صورت مداوم حتی در غیاب شـواهدی مبنـی بر نقش HSV درمان نمود (۶). آسـیکلوویر خوراکی در سرکوب اریتم مولتی فـرم راجعـه در مطالعات کنترل دار بـا دارونمـا و دوسـویه کور موثر بوده است (۳۴).

والاسیکلوویر (Valacyclovir ) (۵۰۰ تـا ۱۰۰۰ میلـــــــی گـــــــرم در روز) و فامـسیکلوویر(Famcyclovir ) (۱۲۵ تـا ۲۵۰ میلـی گـرم در روز) فراهمـی زیـستی بهتری نسبت به آسیکلوویر داشته، می توانند در بیماران مقاوم به آسیکلوویر تجویز گردنـد (۳۵). دوز داروی ضدویروسی را می توان در صورت فقدان عود به مدت چهار ماه، کاهش داد و در نهایت ممکن است دارو قطع گـردد. دوز دارو در بیماران دچار نارسایی کلیـه بایـد تنظیم گردد.

بیماران دچار اریتم مولتی فرم راجعه علیـرغم درمان ضدویروسی باید برای ادامه درمان بـه متخصص پوست ارجاع می گردند.

**جدول ۱-علل اریتم مولتی فرم**

***عفونت ها (به ترتیب شیوع)***

**ویروس تب خال ۱و۲**

**مایکوپلاسما پنومونیه**

**عفونت های قارچی**

***داروها***

**باربیتوراتها**

**هیدانتوئین ها**

**داروهای ضد التهاب غیر استروئیدی**

**پنی سیلین ها**

**فتوتیازین ها**

**سولفانامیدها**

[ Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-24 ]

www.SID.ir

| جدول ۲-افتراق اریتم مولتی فرم ، سندرم استیونس جانسون و نکرولیز سمی اپیدرم | | |
|---|---|---|
| حالت | الگوی بالینی | درصدجداشدگی اپیدرم از سطح بدن |
| اریتم مولتی فرم | ضایعات هدف مانند تیپیک، ضایعات هدف مانند برجسته آتیپیک، حداقل درگیری مخاطی | کمتر از ۱۰ درصد |
| SJS | فقدان ضایعات هدف مانند تیپیک، ضایعات هدف مانند آتیپیک صاف، ماکول های پورپوریک تجمع یافته روی صورت و تنه ، درگیری شدید یک یا بیشتر از سطوح مخاطی | کمتر از ۱۰درصد |
| همپوشانی TEN , SIS | فقدان ضایعات هدف مانند تیپیک ، ضایعات هدف مانند آتیپیک صاف | ۱۰ تا ۳۰ درصد |
| TEN | فقدان ضایعات هدف تیپیک ، ضایعات هدف مانند آتیپیک صاف ، شروع با درگیری شدید مخاطی و گسترش یابنده ، جداشدگی منتشر اپیدرم | بیش از ۳۰درصد |

| جدول ۳-تشخیص افتراقی اریتم مولتی فرم |
|---|
| بیماریهای اتوایمون تاولی |
| واکنش دارویی |
| اریتم فیگوریت |
| لوپوس اریتماتو |
| پیتیریازیس روزه |
| ضایعات نوری چند شکلی |
| سندرم استیونس – جانسون |
| نکرولیز سمی اپیدرم |
| کهیر |
| واسکولیت |
| اگزانتم ویروسی |
| سایر موارد واکنش های افزایش حساسیت |



www.SID.ir

[ Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-24 ]

## مراجع


1. *Ayangco L, Rogers RS III. Oral manifestations of erythema multiforme. Dermatol Clin 2003;21:195-205.*
2. *Volcheck GW. Clinical evaluation and management of drug hypersensitivity. Immunol Allergy Clin North Am 2004;24:357-71.*
3. *Aurelian L, Ono F, Burnett J. Herpes simplex virus (HSV)-associated erythema multiforme (HAEM): a viral disease with an autoimmune component. Dermatol Online J 2003;9:1.*
4. *Williams PM, Conklin RJ. Erythema multiforme: a review and contrast from Stevens-Johnson syndrome/toxic epidermal necrolysis. Dent Clin North Am 2005;49:67-76.*
5. *Bastuji-Garin S, Rzany B, Stern RS, Shear NH, Naldi L, Roujeau JC. Clinical classification of cases of toxic epidermal necrolysis, Stevens-Johnson syndrome, and erythema multiforme. Arch Dermatol 1993;129:92-6.*
6. *Habif TP. Hypersensitivity syndromes and vasculitis. In: Clinical Dermatology: A Color Guide to Diagnosis and Therapy. 4th ed. New York, N.Y.: Mosby, 2004: 626-34.*
7. *Auquier-Dunant A, Mockenhaupt M, Naldi L, Correia O, Schroder W, Roujeau JC, for the SCAR Study Group. Severe cutaneous adverse reactions. Correlations between clinical patterns and causes of erythema multiforme majus, Stevens-Johnson syndrome, and toxic epidermal necrolysis: results of an international prospective study. Arch Dermatol 2002;138:1019-24.*
8. *Shin HT, Chang MW. Drug eruptions in children. Curr Probl Pediatr 2001;31:207-34.*
9. *Leaute-Labreze C, Lamireau T, Chawki D, Maleville J, Taieb A. Diagnosis, classification, and management of erythema multiforme and Stevens-Johnson syndrome. Arch Dis Child 2000;83:347-52.*
10. *Huff JC. Erythema multiforme and latent herpes simplex infection. Semin Dermatol 1992;11:207-10.*
11. *Lam NS, Yang YH, Wang LC, Lin YT, Chiang BL. Clinical characteristics of childhood erythema multiforme, Stevens-Johnson syndrome and toxic epidermal necrolysis in Taiwanese children. J Microbiol Immunol Infect 2004;37:366-70.*
12. *Villiger RM, von Vigier RO, Ramelli GP, Hassink RI, Bianchetti MG. Precipitants in 42 cases of*
19. *Ng PP, Sun YJ, Tan HH, Tan SH. Detection of herpes simplex virus genomic DNA in various subsets of erythema multiforme by polymerase chain reaction. Dermatology 2003;207:349-53.*
20. *Schechner AJ, Pinson AG. Acute human immunodeficiency virus infection presenting with erythema multiforme. Am J Emerg Med 2004;22:330-1.*
21. *Ejaz AA, Walsh JS, Wasiluk A. Erythema multiforme associated with candesartan cilexetil. South Med J 2004;97:614-5.*
22. *Sarkar R, Kaur C, Kanwar AJ. Erythema multiforme due to rofecoxib. Dermatology 2002;204:304-5.*
23. *Burger DE, Goyal S. Erythema multiforme from metformin. Ann Pharmacother 2004;38:1537.*
24. *Beuthien W, Mellinghoff HU, von Kempis J. Skin reaction to adalimumab. Arthritis Rheum 2004;50:1690-2.*
25. *Lineberry TW, Peters GE Jr, Bostwick JM. Bupropion-induced erythema multiforme. Mayo Clin Proc 2001;76:664-6.*
26. *Hallgren J, Tengvall-Linder M, Persson M, Wahlgren CF. Stevens-Johnson syndrome associated with ciprofloxacin: a review of adverse cutaneous events reported in Sweden as associated with this drug. J Am Acad Dermatol 2003;49(5 suppl):S267-9.*
27. *Sun Y, Chan RK, Tan SH, Ng PP. Detection and genotyping of human herpes simplex viruses in cutaneous lesions of erythema multiforme by nested PCR. J Med Virol 2003;71:423-8.*
28. *Schofield JK, Tatnall FM, Leigh IM. Recurrent erythema multiforme: clinical features and treatment in a large series of patients. Br J Dermatol 1993;128:542-5.*
29. *Kokuba H, Aurelian L, Burnett J. Herpes simplex virus associated erythema multiforme (HAEM) is mechanistically distinct from drug-induced erythema multiforme: interferon-gamma is expressed in HAEM lesions and tumor necrosis factor-alpha in drug-induced erythema multiforme lesions. J Invest Dermatol 1999;113:808-15.*
30. *Erythema and urticaria. In: Odom RB, James WD, Berger TG, eds. Andrews' Diseases of the Skin: Clinical Dermatology. 9th ed. Philadelphia, Pa.: Saunders, 2000:146-51.*
31. *Freedberg IM, Eisen AZ, Wolff K, Austen KF,*


[ Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-24 ]

www.SID.ir

*erythema multiforme. Eur J Pediatr 1999;158:929-32.*

*13. Frederiksen MS, Brenoe E, Trier J. Erythema multiforme minor following vaccination with paediatric vaccines. Scand J Infect Dis 2004;36:154-5.*

*14. Loche F, Schwarze HP, Thedenat B, Carriere M, Bazex J. Erythema multiforme associated with hepatitis B immunization. Clin Exp Dermatol 2000;25:167-8.*

*15. Cono J, Casey CG, Bell DM, for the Centers for Disease Control and Prevention. Smallpox vaccination and adverse reactions. Guidance for clinicians. MMWR Recomm Rep 2003;52(RR-4):1-28.*

*16. Prais D, Grisuru-Soen G, Barzilai A, Amir J. Varicella zoster virus infection associated with erythema multiforme in children. Infection 2001;29:37-9.*

*17. Dumas V, Thieulent N, Souillet AL, Jullien D, Faure M, Claudy A. Recurrent erythema multiforme and chronic hepatitis C: efficacy of interferon alpha. Br J Dermatol 2000;142:1248-9.*

*18. Seishima M, Oyama Z, Yamamura M. Erythema multiforme associated with cytomegalovirus infection in nonimmunosuppressed patients. Dermatology 2001;203:299-302.*

*Goldsmith LA, Katz SI, eds. Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine. 6th ed. New York, N.Y.: McGraw-Hill, 2003:585-96.*

*32. Huff JC, Weston WL, Tonnesen MG. Erythema multiforme: a critical review of characteristics, diagnostic criteria, and causes. J Am Acad Dermatol 1983;8:763-75.*

*33. Lemak MA, Duvic M, Bean SF. Oral acyclovir for the prevention of herpes-associated erythema multiforme. J Am Acad Dermatol 1986;15:50-4.*

*34. Tatnall FM, Schofield JK, Leigh IM. A double-blind, placebo-controlled trial of continuous acyclovir therapy in recurrent erythema multiforme. Br J Dermatol 1995;132:267-70.*

*35. Kerob D, Assier-Bonnet H, Esnault-Gelly P, Blanc F, Saiag P. Recurrent erythema multiforme unresponsive to acyclovir prophylaxis and responsive to valacyclovir continuous therapy. Arch Dermatol 1998;134:876-7.*

Archive of SID

[ Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-24 ]



www.SID.ir

## آزمون

**۱- تمامی گزینه های زیر در مورد علل اریتم مولتی فرم صحیح است بجز:**

الف) شایعترین علت مشخص آن ویروس تب خال می باشد.

ب) مایکوپلاسما پنومونیه از علل شایع در کودکان است.

ج) عفونت های قارچی ازعوامل شایع به ویژه در بالغین هستند.

د) باربیتورات ها یکی از گروه های دارویی شایع سبب اریتم مولتی فرم می باشد.

**۲- بیماری دچار ضایعات هدف مانند آتیپیک صاف متعدد می باشد. در معاینه بالینی در حدود ۲۰ ٪ از سطح پوست، اپیدرم جدا شده است. کدام تشخیص بالینی بیشتر مطرح است ؟**

الف) اریتم مولتی فرم ب) سندرم استیونس جانسون

ج)نکرولیز سمی اپیدرم د) همپوشانی سندرم استیونس جانسون و نکرولیز سمی اپیدرم

**۳- الگوی اصلی آسیب شناختی اریتم مولتی فرم کدام نوع از واکنش های ایمونوژیک می باشد؟**

الف) افزایش حساسیت نوع ۱(IgE )

ب)افزایش حساسیت نوع۲(آنتی ژن- آنتی بادی)

ج) افزایش حساسیت ناشی از کمپلکس ایمنی

د) افزایش حساسیت تاخیری (ایمنی سلولی)

**٤- در نمونه بیوپسی پوست ضایعات اریتم مولتی فرم ناشی از دارو و ویروس به ترتیب کدامیک از بیومارکرهای زیر وجود دارد؟**

الف) اینتروفرون گاما، اینتروفرون گاما

ب) فاکتور نکروز تومورآلفا، اینتروفرون گاما

ج)اینتروفرون گاما، فاکتور نکروز تومورآلفا،

د)فاکتور نکروز تومورآلفا،فاکتور نکروز تومورآلفا

**۵- تمامی گزینه های زیر در مورد اریتم مولتی فرم صحیح است بجز:**

الف) در تمامی موارد اریتم مولتی فرم مراجعه شواهد بالینی عفونت HSV وجود دارد.

ب) واکسن هپاتیت B می تواند باعث بروز اریتم مولتی فرم گردد.

ج) سلولهای T از نوع +CD4 در بروز اریتم مولتی فرم نقش اساسی دارد.

د) مکانیسم بروز اریتم مولتی فرم ویروسی و دارویی متفاوت است.

**٦- تمامی گزینه های زیر در مورد تظاهرات بالینی اریتم مولتی فرم صحیح است بجز:**

الف) کاراکتریستیک ترین ضایعات در سطح اکستانسور اندام ها دیده می شود

ب) کف دست ها ممکن است درگیر شود.

ج) ضایعات مخاطی عمدتاً محدود به مخاط ملتحمه چشم می باشد

د) ضایعات معمولاً در طی سه تا پنج هفته بهبود می یابد.

**۷- در اریتم مولتی فرم میزان جداشدگی اپیدرم نسبت به سطح کل پوست بدن در چه حدود می باشد؟**

الف) کمتر از ۱۰درصد

ب) بین ۱۰ تا ۳۰ درصد

ج) بیش از ۳۰ درصد

د) کمتر از ۱ درصد

**۸- در تظاهرات بالینی اریتم مولتی فرم کدام مورد کمتر مشاهده می شود؟**

الف) ضایعات هدف مانند تیپیک

ب) ضایعات هدف مانند آتیپیک صاف

Archive of SID

[ Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-24 ]

www.SID.ir

ج) درگیری اندک مخاطی
د) ضایعات پاپولر

**۹- کدام گزینه در مورد اقدامات تشخیصی در اریتم مولتی فرم صحیح است؟**
الف) بیوپسی در اکثر موارد کمک کننده است
ب) سرولوژی HSV در بسیاری از موارد موردنیاز است.
ج) یافته های موجود در بیوپسی اختصاصی است
د) بیوپسی از ضایعات ماکولی در مراحل اولیه عمدتاً ارتشاح التهابی دور عروقی را نشان می دهد.

**۱۰- کدامیک از بیماری های زیر در تشخیص افتراقی اریتم مولتی فرم کمتر مطرح می شود؟**
الف) لیکن پلان ب) کهیر
ج) پمفیگوس د) لوپوس اریتماتو

**۱۱- تمامی گزینه های زیر در مورد درمان اریتم مولتی فرم صحیح است بجز:**
الف) قدم اول درمان، بررسی وجود عفونت زمینه ای است.
ب) در بسیاری از موارد بدون درمان بهبود می یابد.
ج) مصرف آسیکلوویر موضعی بر روی محل تب خال بروز اریتم مولتی فرم را کاهش می دهد.
د) فراهمی زیستی والاسیکلویر بهتر از آسیکلوویر است.

**۱۲- دوز داروی آسیکلوویر در درمان اریتم مولتی فرم در مبتلایان به نارسایی کدام ارگان باید تنظیم گردد؟**
الف) کبد ب) قلب
ج) کلیه د) عروق شریانی

**۱۳- بیماری مبتلا به اریتم مولتی فرم راجعه تحت درمان با آسیکلوویر خوراکی مداوم می باشد. در چه صورتی می توان دوز آسیکلوویر وی را کم و یا حتی دارو را قطع نمود؟**
الف) عدم عود در طی ٤ ماه ب) عدم عود در طی ٦ ماه
ج) عدم عود در طی یکسال د) عدم عود در طی ۱ ماه

**۱٤- تمامی گزینه های زیر در مورد درمان با اسیکلوویر در اریتم مولتی فرم صحیح است بجز:**
الف) آسیکلوویر خوراکی در درمان اریتم مولتی فرم راجعه حتی در غیاب عفونت HSV موثر است.
ب) در بیماری مقاوم به آسیکلوویر می توان از فامسیکلوویر استفاده کرد.
ج) مصرف همزمان پردنیزولون و آسیکلوویر خوراکی در درمان اریتم مولتی فرم راجعه مورد توافق است.
د) بسیاری از موارد خفیف اریتم مولتی فرم نیازی به درمان ندارد.

**در مورد سوالات ۱۵ تا ۲۰ در مورد هر یک گزینه درست یا نادرست را به کار ببرید گزینه الف درست و گزینه ب نادرست:**

**۱۵- ضایعات پوستی اریتم مولتی فرم به صورت قرینه بوده و از دیستال اندام ها شروع می شود.**

**۱٦- علایم پیش زمینه ای و مقدماتی در اریتم مولتی فرم شایع است.**

**۱۷- ضایعات هدفی شکل با نمای پورپوریک در اریتم مولتی فرم در تشخیص افتراقی پی تیریازیس روزه آ قرار می گیرد.**

**۱۸- در صورت بروز ضایعات تاولی، بیماری های اتوایمون تاولی در تشخیص افتراقی اریتم مولتی فرم مطرح است.**

**۱۹- در ضایعات حلقوی کهیری همانند ضایعات هدف اریتم مولتی فرم مرکز ضایعات قرمزتر از اطراف آن می باشد.**

**۲۰- در اریتم مولتی فرم راجعه ویروسی، سلول های $CD_4^+T$ با تولید فاکتور نکروز تومور آلفا به آنتی ژن ویروسی پاسخ دهند.**



Archive of SID
www.SID.ir
[ Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-24 ]

## قابل توجه شرکت کنندگان در برنامه خودآموزی

شرکت کنندگان در برنامه خودآموزی لازم است فرم ثبت نام را به طور کامل تکمیل و به مهر نظام پزشکی خود ممهور نمایند و پس از مطالعه مقاله خودآموزی بعد از پاسخگویی به سؤالات پرسشنامه و اعلام نظر خود در خصوص مقاله مطالعه شده در فرم نظرخواهی، نسبت به ارسال اصل هر سه فرم تکمیل شده حداکثر تا تاریخ ۱۳۸۸/٤/۱٦ به آدرس : تهران، خیابان کارگر شمالی، خ فرش مقدم (شانزدهم)، روبروی دانشکده کارآفرینی، پلاک ٦ و ۸ صندوق پستی۳۷۵۹ –۱۱۳٦۵، تلفن ۸۸۳۳۱۰۸۰ اقدام نمایند تا در صورت پاسخگویی صحیح به حداقل ۷۰٪ از سؤالات مقاله، گواهینامه شرکت در برنامه خودآموزی صادر و به آدرس مندرج در فرم ثبت نام ارسال گردد.

---

**وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی**

**معاونت آموزشی – اداره کل آموزش مداوم جامعه پزشکی**

**فرم ثبت نام در برنامه خودآموزی**

عنوان مقاله: **اریتم مولتی فرم** نام نشریه: **مجله علمی سازمان نظام پزشکی**

نام خانوادگی: ..... نام: ..... نام پدر: .....

شماره شناسنامه: ..... صادره از: ..... تاریخ تولد: .....

محل فعالیت: استان: ..... شهرستان: ..... بخش: ..... روستا: .....

نوع فعالیت: ☐ هیأت علمی ☐ آزاد ☐ رسمی ☐ پیمانی ☐ قراردادی ☐ طرح ☐ سایر

مقطع آخرین مدرک تحصیلی و سال اخذ مدرک: .....

رشته تحصیلی در مقاطع: لیسانس: ..... فوق لیسانس: ..... دکترا: .....

تخصص: ..... فوق تخصص: .....

آدرس دقیق پستی: ..... کدپستی: .....

شماره تلفن: ..... شماره نظام پزشکی: .....

امضاء، و مهر متقاضی: تاریخ تکمیل و ارسال فرم:

امضاء و مهر مسؤول ثبت نام

Archive of SID

[ Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-24 ]

www.SID.ir

شماره: ۶/۱۳۲۳٤٦/آ
تاریخ: ۱۳۸۷/٤/۱٦

باسمه تعالی

***وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی***

***معاونت آموزشی – اداره کل آموزش مداوم جامعه پزشکی***

***مجوز تخصیص امتیاز آموزش مداوم به شرکت‌کنندگان در برنامه‌های خودآموزی***

سلام علیکم

احتراماً، بازگشت به نامه شماره ۷/۱٦٤۳٥ مورخ ۱۳۸۷/۳/۲۷ در مورد تخصیص امتیاز به مقاله «**اریتم مولتی فرم**» به‌استحضار می‌رساند که اعطای ۱/۵ امتیاز آموزش مداوم به **پزشکان عمومی و متخصصین پوست** به عنوان شرکت در برنامه خودآموزی (موضوع نوع پنجم بند ۵ ماده ۳ ضوابط نحوه اجرای برنامه‌ها) مورد تأیید می‌باشد.

این مجوز از زمان صدور به مدت یک سال اعتبار دارد.

کد برنامه: ۵۱۰۰۰۳۷۸

کد سازمان برگزار کننده: ۱۱٦۲۰

---

**لطفاً با گذاردن علامت (×) در زیر گزینه صحیح به سؤالات پرسشنامه مقاله خودآموزی پاسخ دهید:**

| | الف | ب | ج | د | | الف | ب | ج | د |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ۱ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ۱٦ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| ۲ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ۱۷ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| ۳ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ۱۸ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| ٤ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ۱۹ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| ٥ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ۲۰ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| ٦ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ۲۱ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| ۷ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ۲۲ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| ۸ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ۲۳ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| ۹ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ۲٤ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| ۱۰ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ۲٥ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| ۱۱ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ۲٦ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| ۱۲ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ۲۷ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| ۱۳ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ۲۸ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| ۱٤ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ۲۹ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| ۱٥ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ۳۰ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |

**خواهشمند است نظر خود را با گذاردن علامت (×) در زیر گزینه مربوطه اعلام نمایید.**

| | کاملاً موافقم | تا حدی موافقم | تا حدی مخالفم | کاملاً مخالفم | نظری ندارم |
|---|---|---|---|---|---|
| ۱- محتوای مقاله براساس منابع جدید علمی ارائه شده است. | | | | | |
| ۲- محتوای مقاله با نیازهای حرفه‌ای من تناسب داشته است. | | | | | |
| ۳- محتوای مقاله در جهت تحقق اهداف آموزشی نوشته شده است. | | | | | |
| ٤- در محتوای مقاله شیوایی و سهولت بیان در انتقال مفاهیم رعایت شده است. | | | | | |

سه عنوان پیشنهادی خود را برای ارائه مقالات خودآموزی ذکر نمایید.

۱.

۲.

۳.

همکار گرامی لطفاً با ارائه نظرات و پیشنهادات خود در جهت توسعه کیفی مقالات خودآموزی، برنامه‌ریزان و مجریان برنامه‌های آموزش مداوم را یاری فرمایید.



[ Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-24 ]
www.SID.ir