

## مشکلات درمانی آکنه

دکتر پاشا محققى \*

### مقدمه

درمان جوش‌غرور در واقع کاری سهل و ممتنع است. اشکالی بسادگی درمان میشوند و انواعی با هیچ تدبیری خوب نمیشوند. رویهمرفته چون بیمار احساس کسالت نمیکند و پزشک هم حوصله زیاد بخرج نمیدهد، لذا درمان آکنه بدست افراد شیاد و غیروارد میافتد و بیمار خسته و دل‌سرد میشود. ولی درماتولگ و رزیده کسی است که بتواند بهر تقدیر برای آکنه چاره جوئی کند.

### اتیوپاتولوژی

برای روشن شدن راه درمان آکنه بایستی موازین و شرایط بروز آکنه را بیان کرد.

در باب اتیوپاتولوژی آکنه بایستی گفت که جوش‌غرور آزاری پلی‌اتیولوژیک است لذا در بالین بیمار بصورت گوناگون بمانند آکنه سبورئیک، آکنه زکروتیک، آکنه داروئی، آکنه شغلی، آکنه الرژیک، آکنه بیلیر، آکنه کلوییدین، آکنه تروماتیک، و آکنه رزاسه که خود بازگویی پدیده ویژه‌ای است خودنمایی میکنند.

خود آکنه سبورئیک ممکن است پلی‌مرف باشد با پاپول و پوستول و کم‌دون و احیاناً توأم با فولیکولیت استافیلوکوکسی بشکل نودول تومی. احتمالاً آکنه، با آبه سرد درموهیپودرمیک، کوکون سبورئیک، فلگمون، سیکوزیس، پوستول سطحی، توپر کولو-پوستول، کیست سباسه، توأم میشود و متورم میگردد.

نوع سبورئیک رویهمرفته از اشکال دیگر جدا است زیرا بقیه آکنه‌ها را میتوان با اتیولوژی نسبتاً ویژه‌ای شناخت.

آکنه معمولاً در نتیجه وجود چربی زائد پوست بروز میکند. سبوره خود یک انگیزه خانوادگی است که روشن کننده جوش‌غرور جوانی است. عموماً در حدود سالهای بلوغ بروز و شدت میکند لذا پدیده‌های غده‌ترشحه داخلی در بروز کاملاً مؤثرند. سیستم عصبی مرکزی (دیانسفال) و محیطی Vagosympatique

مجله علمی نظام پزشکی

شماره ۳، صفحه ۱۸۵، ۱۳۴۹

گاهی در بروز وزمانی در شدت آکنه اثر دارند. مثلاً در بیماری پارکینسون، حمله صرع، انسفالیت، سندرمهای تلامیک زونا. درواگوئونها گاهی آکنه بروز میکنند. در اعمال جراحی که بر هسته‌های مغزی و یا در مسیر عصبی حسی و یا بر روی اعصاب سمپاتیک انجام میشود و حتی بطور آزمایشی سبوره‌های هیجانی مشاهده میگردد، بطوریکه سبوره و آکنه سبورئیک وارد در گروه بیماری‌های پسیکوسوماتیک میشوند. ندرتاً آکنه الرژیک در نتیجه وجود کانونهای عفونی پنهانی (توکس‌آلبومین میکربی) و یا مواد الرژن گیاهی، حیوانی، غذائی هاضمه‌ای دیده شده است. وجود باسیل کخ در درون آکنه‌های سرکش گزارش شده بطوریکه در جریان حمله آکنه باسیل اوری دیده شده و حتی با تلقیح ادرار به کوبی نتیجه مثبت بدست آمده است ولی آیا باسیل کخ موجب این نوع آکنه است و یا بطور فرعی دخالت دارد مورد بحث است.

قلیائی بودن پوست، عفونت‌های اضافی میکربی، قارچی، مواد خارجی، روغن‌های معدنی (آکنه کادیک) مواد آرایشی (در نتیجه تغییر P.H پوست و یا بشکل جسم خارجی) به نسبت زیادی در شدت و ضعف آکنه اثر دارند.

ترشحات غددی تناسلی مستقیماً و یا زمانی بطور غیر مستقیم از راه ترشحات گونادهای هیپوفیزر در بروز و تغییرات آکنه مؤثراند. بطوریکه در جوش‌غرور اقلای Cetosteroides - 17 ادرار بالاست، این افزایش در مردها بیش از آنها است.

هیپوتیرئوئیدی در آکنه دیده میشود ولی ندرتاً هیپرتیرئوئیدی ذکر شده است. هیپرفولیکولین‌امی در زنها کاملاً کلاسیک است (شدت آکنه در شروع دوران قاعدگی را همه می‌شناسند) ولی در هیپو-فولیکولین‌امی هم دیده میشود بطوریکه در جریان درمان آکنه مقادیر جزئی فولیکولین داده میشود. در هیپرکستروئول‌امی و انمی‌هیپوکروم، آکنه بروز و یا شدت می‌نماید.

\* بیمارستان رازی - دانشکده پزشکی دانشگاه تهران

اصلاح و صاف کردن بعکس هیچوقت فولیکولیت و یا آکنه را نباید دستکاری کرد درحالیکه اکثر افراد ناوارد چنین میکنند. در اشکال لجوج و سخت بایستی داروهای کراتولیتیک و Exfoliant از نوع ترکیبات سالیسیله و رزرسین مصرف کرد ولی با احتیاط. ماساژ پوست چرب خوب است اما تحریک موقت میکند و بیمار حوصله ندارد.

درمان با برف کر بنیک خوب است ولی جلسات متعدد بیمار را خسته میکند. معالجه با پرتو Ultraviolet و بانورخورشید بسیار نافع است بویژه اگر با پوسته گذاری توأم گردد ولی تیره شدن صورت مطرح است و بایستی تحت نظر پزشک ورزیده انجام شود. رادیوتراپی سطحی اثر خوبی دارد و در اکثر کشورهای متمدن معمول است، و پس از انجام رادیوتراپی حمام آفتاب و گرم‌های Exfoliant تجویز میشود و ظاهراً نتیجه درمان رضایت بخش است. ولی در کشور آفتابی ایران این طریق معالجه مقرون بصالح نیست. سوزاندن آکنه با نوک الکترونیکی کار عبثی است.

**درمان عمومی:** برای معالجه عمومی بایستی حتماً رژیم غذایی و نحوه تغذیه را توجه کرد - حذف مواد روغنی، شیرینی جات و آجیل لازم است. احتمالاً درمان آشفتگی‌های هاضمه و تغذیه بموقع و استراحت لازمه درمان است. خوردن مخمر آجوجو بمدت طولانی و تجویز ترکیبات آهن خیلی خوب اند. مخلوط فولیکولین و پروسترون نافع اند ولی حوادث درمانی زیادی دارند. ترکیب فولیکولین بمقدار کم در نزد مرد و اندروژن در نزد زن اثرات خوبی دارند ولی مشکلات اجتماعی و اخلاقی در بردارد. تزریق گوناها از نوع سرب و کوریونیک، عصاره تیروئیدین بمقادیر کم، و یتامین‌های گروه ب و اکثر اوقات ویتامین A و زمانی D<sub>2</sub> موثر اند. داروهای آرام بخش عصبی و موقتاً داروهای آنتی-بیوتیک و سولفامیدها تامدتی مؤثر است. بعکس واکسیناها و اتوهومو-تراپی و امثالهم جزء سرگرمی پزشکی محسوب میشود، تزریق ترکیبات بیسموت خیلی مؤثر است ولی داروهای نسبتاً خشن برای آکنه بشمار میروند. باید توجه داشت که تجویز استروئیدها حتی به بیماران مستعد به سبوره کاملاً روش غلطی است و متأسفانه بعضی ندانسته آنرا مصرف میکنند و ذخیره چربی و شیرینی در پوست بالا میرود و آکنه شدت میکند.

در آکنه میلیبر معمولاً آسیب فولیکولر نیست و بشکل دانه‌های سرب در صورت زنان اکثراً بروز میکند و در طی مدت چند هفته خاموش میشود لذا بایستی آنرا دست کاری کرد و بهترین درمان

تغذیه بد و غلط، تندخوری، پر خوری، خوردن چربی زیاد و شیرینی و آجیل سوخته و شور در شدت آکنه اثر دارند. کمبود ویتامین B کمپلکس B<sub>2</sub>, B<sub>6</sub>, H, B<sub>12</sub> کاملاً در افزایش آکنه مشهود است. (موضوع کارگزاران کارخانجات آججوسازی در آلمان را که همه روزه آججوجو میخوردند و هیچوقت آکنه ندارند همه میدانند و لازم به توضیح نیست).

از پاداندروژن در مردها، چربی پوست را زیادتر میکنند ولی تجویز در زنها بمقدار کم بسیار مفید است همینطور مقادیر کم فولیکولین در نزد مردها خوب است. به تجربه در نزد موشهای نر که تستو-سترون و یا پروسترون تجویز گردید، پوستشان چرب شد. کسانی که خواجه هستند و یا آکتویی بیضه دارند اگر از تستوسترون بعنوان درمان استفاده کنند گرفتار آکنه میشوند. در جریبان درمان با کورتیزون، در نتیجه ذخیره چربی و مواد قندی در پوست نواحی سبورئیک، آکنه بروز و یا شدت میکند.

#### درمان آکنه

بایان و تشریح جزئیات ایتوپاتوژنی آکنه اکنون میتوان بدرمان درست آکنه نزدیک شد، طبیعی است که درمان آکنه مشتمل بر- معالجات موضعی و عمومی و دقت در رژیم غذایی و از بین بردن عفونت اضافی است و بعداً پس از بهبود ظاهری، حفاظت و بهداشت پوست لازم است تا جوش غرور برگشت نکند.

**درمان موضعی:** درمان موضعی عباتست از: تغییر موقت پی در پی P.H پوست با شستشوی آن بوسیله صابونهای باصطلاح باواکنش اسیدی روزی ۱-۳ بار بر حسب وضع بیمار، کم کردن چربی پوست بوسیله استعمال گرم‌های اسیدی، تجویز آنتی بیوتیک برای چند روزی که فقط عفونت اضافی بر طرف گردد. سولفامیدها را میتوان تامدتی بصورت خوراکی داد. داروهای ضد سبوره حتماً لازم است و بهترین آنها ترکیبات گوگردی است که شاید در روی پوست ایجاد SH<sub>2</sub> کرده بر مقاومت سطحی پوست میافزاید و اکسیداسیون بهتر صورت میگیرد. باید توجه داشت که در پوست‌های سفید ممکن است ایجاد عدم تحمل نماید. ولی تقریباً میتوان گفت اگر درست استعمال شود هیچوقت تحریک نمیکند. امریکائیا حتی گوگرد نفوذ پذیر مانند Dermacneyl مصرف میکنند. این ترکیب در پوست اروپائی شدیداً واکنش تولید میکند. برنده‌های چربی پوست بصورت صابون و لوسیون و گرم اسیدی لازم اند. کمپرس با آب گرم روزانه سه بار چربی زائد پوست را دفع میکند با احتیاط Comedon ها را باید در آورد و کیست‌ها را سوزانید و تالانژیکتازی را با دستگاه

آن تجویز ویتامین A خوراکی است.  
آکنه کلوئیدین و آکنه رزاسه بنام آکنه گفته میشوند ولی چنانکه  
میدانیم مکانیسم و روند بیماری و روش درمانی ویژه دارند که  
جداگانه بحث میشود .

## REFERENCES

- 1 - A. C. Allen: Clinicopathological Traitise Second edition 1967. Grune and Stratton, N.Y., P. 735- 739.
- 2 - B. Duperrat: Precis de dermatologie 1959. Masson et Cie Paris. P. 899 - 917.
- 3 - E. Sidi : Dermatologie Corrective Masson et Cie 1952 - P. 117 - 192.
- 4 - J. Civatte: Histopathologie Cutanée Edi. Flammarion 1967. P. 146.
- 5 - H. Montgomery: Dermatology I. 1967. P. 479 - 491.
- 6 - R. Degos: Precis de dermatologie E. Flammarion 1968 (Mis à Jour) P. 481 - 495.
- 7 - W F. Lever: Histopathology of the skin 1961. P. 153.