

بررسی ویژگی‌های بالینی کودکان مبتلا به درماتیت آتوپیک مراجعه‌کننده به کلینیک‌های آلرژی ارومیه

سیدرضا قائمی^۱، حمیدرضا هوشمند*^۲، علیرضا اسماعیلی روحی^۳

تاریخ دریافت ۱۴۰۱/۰۶/۲۸ تاریخ پذیرش ۱۴۰۱/۱۱/۰۸

چکیده

پیش‌زمینه و هدف: درماتیت آتوپیک شایع‌ترین بیماری التهابی ایدرم است. در این مطالعه فراوانی عوامل مؤثر بر بروز و تظاهرات بالینی درماتیت آتوپیک را بررسی کردیم.

مواد و روش کار: در این مطالعه توصیفی-تحلیلی کلیه کودکان زیر ۵ سال مراجعه‌کننده به کلینیک آلرژی بیمارستان مطهری ارومیه مورد بررسی قرار گرفتند. برای تشخیص بیماری از معیارهای استاندارد حنیفین راجکا در قالب پرسشنامه ۲۵ سؤالی استفاده شد. داده‌های بدست‌آمده با استفاده از نرم‌افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: در این مطالعه ۱۰۶ بیمار مبتلا به درماتیت آتوپیک (۶۹ مذکر و ۳۷ مؤنث) با میانگین سنی 14.13 ± 14.11 ماه بررسی شدند. ۴۹ بیمار (۴۶.۲ درصد) کمتر از یک سال و ۵۷ بیمار (۵۳.۸ درصد) بیش از یک سال سن داشتند. درگیری سطح فلکسور در بیماران مذکر به‌طور معنی‌داری بیشتر از بیماران مؤنث بود ($p=0.004$). درگیری سطوح فلکسور در بیماران بالای ۱ سال به‌طور معنی‌داری بیشتر از بیماران زیر ۱ سال بود ($p=0.006$). نمونه آتوپی شخصی یا خانوادگی در بیماران زیر ۱ سال به‌طور معنی‌داری بیشتر از بیماران بالای ۱ سال بود ($p=0.005$). خارش حین تعریق در بیماران مذکر به‌طور معنی‌داری بیشتر از بیماران مؤنث بود ($p=0.016$). لاین دنی مورگان در بیماران زیر ۱ سال به‌طور معنی‌داری بیشتر از بیماران بالای ۱ سال بود ($p=0.001$). عدم تحمل غذایی ($p=0.016$) عفونت‌های پوستی ($p=0.047$) در بیماران بالای ۱ سال به‌طور معنی‌داری بیشتر از بیماران زیر ۱ سال بود.

بحث و نتیجه‌گیری: از آنجایی که ما قادر به تغییر برخی از عوامل خطر مرتبط با پاتوژنز درماتیت آتوپیک نیستیم، بهتر است بر روی سایر عوامل خطر که قابل تغییر هستند تمرکز کنیم. این روش می‌تواند در پیشگیری از درماتیت آتوپیک مؤثر باشد.

کلیدواژه‌ها: درماتیت آتوپیک، کودکان، ویژگی‌های بالینی، شیوع

مجله مطالعات علوم پزشکی، دوره سی و سوم، شماره هفتم، ص ۵۱۰-۴۹۵، مهر ۱۴۰۱

آدرس مکاتبه: ارومیه، کیلومتر ۱۱ جاده سرو، پردیس نازلو، دانشکده پزشکی، تلفن: +۹۸۴۴۱۲۷۵۲۳۰۳

Email: Hamidreza.houshmd@gmail.com

مقدمه

بالینی و تاریخچه خاص است (۵). اخیراً فعالیت‌هایی برای استانداردسازی تشخیص و تأیید طبقه‌بندی انجام شده است که ممکن است اپیدمیولوژی بیماری AD را روشن کند (۶). شیوع AD در مطالعات مختلف بین ۷ تا ۲۵ درصد گزارش شده است که در صنایع صنعتی بیشتر است. شروع درماتیت آتوپیک معمولاً در دوران نوزادی است که با دوره‌های مکرر بثورات پوستی، خشکی و خارش مشخص می‌شود (۱). تظاهرات بالینی در ۴۵ درصد از بیماران در ۶ ماه اول زندگی رخ می‌دهد که بیش از ۹۰ درصد آن‌ها صورت و گردن را درگیر می‌کنند. نکته قابل توجه دیگر این است که ۶۰ درصد

درماتیت آتوپیک (AD) شایع‌ترین بیماری التهابی پوستی مزمن (۱۰ - ۳۰ درصد در کودکان) است. شیوع زیاد آن را به یک مشکل عمده بهداشت جهانی تبدیل کرده است (۱). شیوع درماتیت آتوپیک در کودکان در کشورهای توسعه‌یافته ۱۵ تا ۲۰ درصد در ۳۰ سال گذشته شیوع بیماری افزایش یافته است که دلیل خاصی برای آن توضیح داده نشده است (۲ و ۳). به‌طور کلی تصور می‌شود که به دلیل تغییرات در محیط زندگی باشد (۴). امروزه اپیدمیولوژی به‌طور کامل شناخته نشده است و تشخیص عمدتاً بر اساس تظاهرات

^۱ استادیار گروه کودکان دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران

^۲ استادیار گروه کودکان دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران (نویسنده مسئول)

^۳ دانشجوی دکتری عمومی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران

نوزادان و کودکان مبتلا به این بیماری تا سن ۱۲ سالگی بهبود می‌یابند و به‌ندرت این بیماری تا بزرگسالی ادامه می‌یابد (۸ و ۹). تظاهرات بالینی AD به سه مرحله تقسیم می‌شود: نوزادی، کودکی و بزرگسالی. هر مرحله سن و تظاهرات خاص خود را دارد. اما شروع بیماری ممکن است در هر سنی دیده شود. این در حالی است که بیش از دوسوم موارد در سال اول زندگی شروع می‌شود و در ۸۵ درصد موارد بیماری قبل از ۵ سالگی رخ می‌دهد (۴). درماتیت آتوپیک نمونه‌ای از یک اختلال ژنتیکی پیچیده است که اغلب با اختلالات باد مانند آسم، رینیت آلرژیک یا آلرژی‌های غذایی همراه است. این بیماری‌های مرتبط با ژنتیک بیشتر در نوزادان و کودکان خردسال (معمولاً ۳ تا ۷ سال) به‌عنوان درماتیت آتوپیک، در کودکان بزرگ‌تر (۷ تا ۱۲ سال) به‌عنوان آسم و در نوجوانان به‌عنوان آلرژی استنشاقی (رینیت آلرژیک) دیده می‌شود. مارش آتوپیک را نام‌گذاری کرده‌اند (۱۰، ۱۱). اصطلاح آتوپیک به معنای استعداد ژنتیکی برای اختلالات آلرژیک است که با اتوزینوفیلی در همه بیماران و افزایش سطح IgE سرم در اکثر بیماران (بین ۷۰ تا ۸۰ درصد) مشخص می‌شود (۱۲، ۱۳). از طرفی درماتیت آتوپیک به‌عنوان یک بیماری چندعاملی در نظر گرفته می‌شود، به‌طوری‌که علاوه بر عوامل ژنتیکی، عوامل محیطی متعددی نیز در بروز آن دخیل بوده است. مطالعات در آلمان نشان داده است که افزایش وزن هنگام تولد با افزایش بروز درماتیت آتوپیک مرتبط است (۱۴)، درحالی‌که مطالعات در انگلستان زایمان زودرس را به‌عنوان یک عامل خطر برای درماتیت ذکر کرده‌اند (۱۵). در مطالعات دیگر ارتباطی بین افزایش وزن هنگام تولد و بروز درماتیت آتوپیک گزارش نشده است (۱۶). تظاهرات بیماری و محل ضایعات در سنین مختلف متفاوت است. در دوران نوزادی و کودکی، صورت و نواحی بازکننده اندام‌ها درگیر می‌شوند. با افزایش سن ضایعه، سطوح خم‌کننده اندام تغییر می‌کند. التهاب پوست کاهش می‌یابد و لایه‌برداری غالب می‌شود (فاز مزمن) (۱۷، ۱۸). برای توضیح پاتوژنز درماتیت آتوپیک، عملکرد مانع پیشنهاده شده است. شواهد نشان می‌دهد که عملکرد مانع پوست بیماران مبتلا به درماتیت آتوپیک کاهش می‌یابد. همچنین در بیماران مبتلا به آگزام، دهیدراتاسیون از طریق اپیدرمی افزایش می‌یابد. اینکه آیا این پدیده اولیه است یا ثانویه نسبت به سایر رویدادها هنوز جای بحث دارد. با کشف اهمیت فیلاگرین، پروتئین مهم در ساختار اپیدرم، اکنون می‌دانیم که در بسیاری از موارد درماتیت آتوپیک، مشکل اصلی ارثی به‌احتمال زیاد مربوط به این پروتئین است. انسداد علاوه بر این، التهاب و پاسخ‌های سلولی در درماتیت آتوپیک به‌طور منفی بیان فیلاگرین و سایر پروتئین‌های کلیدی را تنظیم می‌کند. همه این عوامل در نهایت منجر به مشکلاتی در توانایی پوست برای تأثیرگذاری بر اختلال سد می‌شود (۱).

مواد و روش کار

در این توصیف تحلیلی کلیه کودکان ۵ ساله مراجعه‌کننده به کلینیک آلرژی بیمارستان مطهری تحت درمان قرار گرفتند. برای بیماران از معیارهای استاندارد HanfinVarajka استفاده می‌شود. معیارهای اصلی عبارتند از: خارش، سابقه شخصی یا خانوادگی اتوپیا، ثبت درماتیت مزمن یا عودکننده، شکل و توزیع معمولی در کودکان زیر ۵ سال، چین‌های فلکسور و غیره. ناحیه گردن و معیارهای جزئی عبارتند از: خشکی پوست، ایکتیوز، کراتوز، کف دست، خطوط، چین دنی مورگانی، سیاهی دور چشم، ناخنک آلبا، خارش در تعریق، عدم تحمل حلال‌های پشم و چربی، تشدید عدم تحمل فولیکولی، عدم تحمل است. تحمل رژیم غذایی با تغییرات محیطی و استرس تشدید شد (۱۳). در ابتدا در حین معاینه در صورت وجود حداقل دو مورد از معیارهای فوق، درماتیت آتوپیک و عوامل خطر آن، سابقه

سال به‌طور معنی‌داری بیشتر از بیماران بالای ۱ سال بود ($P=0/005$).

در نهایت، جدول ۴ بروز علائم درمانیت آتوپیک ماژور را در بیماران مورد مطالعه بر اساس وزن هنگام تولد نشان می‌دهد. همانطور که مشاهده می‌شود، بین میزان درگیری سطوح فلکسور ($P=0/006$) و سابقه شخصی یا خانوادگی آتویی ($P=0/004$) با وزن تولد رابطه معنی‌داری وجود داشت. بنابراین، بیماران با درگیری سطح فلکسور وزن تولد بیشتری نسبت به بیماران بدون درگیری سطح فلکسور داشتند و بیماران با سابقه شخصی یا خانوادگی آتوپیک وزن تولد کمتری نسبت به بیماران بدون سابقه شخصی یا خانوادگی آتوپیک داشتند. جدول ۵ بروز علائم جزئی درمانیت آتوپیک را در تمام بیماران مورد مطالعه نشان می‌دهد. همانطور که مشاهده می‌شود در ۱۰۵ بیمار (۹۹/۱ درصد) خشکی پوست مشاهده شد. کاتاراکت ساب کپسولار قدامی، درماتوگرافی سفید یا سفید شدن دیر هنگام پوست و تشدید اگزمای فولیکولار در هیچ یک از بیماران مشاهده نشد. جدول ۶ بروز علائم جزئی درمانیت آتوپیک را در بیماران مورد مطالعه بر اساس جنسیت نشان می‌دهد. همانطور که مشاهده می‌شود، خارش هنگام تعریق در مردان به‌طور معنی‌داری بیشتر از زنان بود ($P=0/016$). در بروز سایر علائم جزئی تفاوتی بین جنسیت وجود نداشت.

جدول ۷ بروز علائم جزئی درمانیت آتوپیک را در بیماران مورد مطالعه بر اساس محدوده سنی نشان می‌دهد. همانطور که مشاهده می‌شود، چانه دنی مورگان در بیماران زیر ۱ سال به‌طور معنی‌داری بیشتر از بیماران بالای ۱ سال بود ($P=0/001$). عدم تحمل غذایی ($P=0/016$) و عفونت‌های پوستی ($P=0/047$) نیز در بیماران بالای ۱ سال به‌طور قابل توجهی بیشتر از بیماران زیر ۱ سال بود. در نهایت، جدول ۸ بروز علائم جزئی درمانیت آتوپیک را در بیماران مورد مطالعه بر اساس وزن هنگام تولد نشان می‌دهد. همانطور که مشاهده می‌شود، بین عدم تحمل غذایی و وزن هنگام تولد رابطه معنی‌داری مشاهده شد ($P=0/022$). بنابراین، بیماران مبتلا به عدم تحمل غذایی وزن بیشتری نسبت به بیماران بدون عدم تحمل غذایی داشتند. جدول ۱۴ بروز علائم جزئی درمانیت آتوپیک را در بیماران مورد مطالعه بر اساس محدوده سنی نشان می‌دهد. همانطور که مشاهده می‌شود، چانه دنی مورگان در بیماران زیر ۱ سال به‌طور معنی‌داری بیشتر از بیماران بالای ۱ سال بود ($P=0/001$). عدم تحمل غذایی ($P=0/016$) و عفونت‌های پوستی ($P=0/047$) نیز در بیماران بالای ۱ سال به‌طور قابل توجهی بیشتر از بیماران زیر ۱ سال بود.

شخصی و خانوادگی کودک طبق معیارهای استاندارد ذکر شده توسط پزشک از والدین گرفته شد. برای تشخیص قطعی بیماری، وجود ۳ معیار ماژور و ۳ معیار مینور ضروری بود (جدول ۱-۳ و ۲). از بین کودکان مبتلا به درمانیت، ۱۰۶ نفر به‌صورت تصادفی به‌عنوان نمونه انتخاب شدند. برای ارزیابی عوامل خطر بیماری، پرسشنامه‌ای حاوی ۲۵ سؤال شامل: اطلاعات شخصی، سن، وزن هنگام تولد، سن والدین در زمان تولد کودک، محل سکونت، سطح تحصیلات و وضعیت شغلی مادر و سابقه خانوادگی. آتوپیا در اختیار والدین قرار گرفت و از آن‌ها خواسته شد با مطالعه دقیق پرسشنامه به مدت نیم ساعت به سؤالات پاسخ دهند.

یافته‌ها

در این مطالعه ۱۰۶ بیمار مورد مطالعه قرار گرفتند. از این ۱۰۶ بیمار، ۶۹ نفر (۶۵/۱ درصد) مرد و ۳۷ نفر (۳۴/۹ درصد) زن بودند. میانگین سنی همه بیماران $11/64 \pm 14/13$ ماه بود. همچنین میانگین سنی بیماران مرد $12/80 \pm 14/17$ ماه و میانگین سنی بیماران زن $9/27 \pm 14/05$ ماه بود. در این مطالعه ۴۹ بیمار (۴۶،۲ درصد) کمتر از یک سال و ۵۷ بیمار (۵۳/۸ درصد) بیش از یک سال داشتند. میانگین قد و وزن کل بیماران به ترتیب $75/35 \pm 11/58$ سانتی متر و $9/69 \pm 3/14$ کیلوگرم بود. محل تولد ۹۹ نفر (۹۳/۴ درصد) شهری و ۷ نفر (۶/۶ درصد) روستایی بوده است. علاوه بر این میانگین سن شروع و طول مدت علائم در بیماران به ترتیب $5/58 - 7/69$ و $8/01 \pm 8/63$ ماه بود.

جدول ۱ بروز علائم عمده درمانیت آتوپیک را در تمام بیماران مورد مطالعه نشان می‌دهد. همانطور که مشاهده می‌شود، خارش در ۱۰۲ بیمار (۹۶/۲ درصد)، درگیری صورت و اکستانسور در ۹۰ بیمار (۸۴/۹ درصد) درگیری فلکسور در ۲۶ بیمار (۲۴/۵ درصد)، درمانیت مزمن و عود کننده ۸۰ (۷۵/۵ درصد) و سابقه شخصی یا خانوادگی آتویی در ۶۷ نفر (۶۳/۲ درصد) از بیماران مشاهده شدند. جدول ۲ بروز علائم عمده درمانیت آتوپیک را در بیماران مورد مطالعه بر اساس جنسیت نشان می‌دهد. همانطور که مشاهده می‌شود، درگیری سطوح فلکسور در مردان به‌طور معنی‌داری بیشتر از زنان بود ($P=0/004$). در بروز سایر علائم عمده تفاوتی بین جنسیت وجود نداشت. جدول ۳ بروز علائم عمده درمانیت آتوپیک را در بیماران مورد مطالعه بر اساس محدوده سنی نشان می‌دهد. همانطور که مشاهده می‌شود درگیری سطوح فلکسور در بیماران بالای سن ۱ سالگی به‌طور معنی‌داری بیشتر از بیماران زیر ۱ سال بود ($P=0/006$) سابقه شخصی یا خانوادگی آتویی در بیماران زیر ۱

جدول (۱): علائم ماژور درماتیت آتوپیک در بیماران مورد مطالعه

علائم ماژور	توضیح علامت	تعداد	درصد
خارش	خفیف	۲۷	۲۵/۵
	متوسط	۴۸	۴۵/۳
	شدید	۲۷	۲۵/۵
درگیری صورت و سطوح اکستانسور	بدون خارش	۴	۳/۸
	دارد	۹۰	۸۴/۹
درگیری سطوح فلکسور	ندارد	۱۶	۱۵/۱
	دارد	۲۶	۲۴/۵
درماتیت مزمن و عود کننده	ندارد	۸۰	۷۵/۵
	دارد	۲۶	۲۴/۵
سابقه شخصی یا خانوادگی آتوپی	ندارد	۶۷	۶۳/۲
	دارد	۳۹	۳۶/۸

جدول (۲): علائم ماژور درماتیت آتوپیک در بیماران مورد مطالعه به تفکیک جنس

علائم ماژور	توضیح علامت	جنس	تعداد	درصد	P-value		
خارش	خفیف	مذکر	۱۶	۵۹/۳	۰/۳۵۷		
		مؤنث	۱۱	۴۰/۷			
	متوسط	مذکر	۳۳	۶۸/۸			
		مؤنث	۱۵	۳۱/۳			
	شدید	مذکر	۱۶	۵۹/۳			
		مؤنث	۱۱	۴۰/۷			
بدون خارش	بدون خارش	مذکر	۴	۱۰۰	۰		
		مؤنث	۰	۰			
	دارد	مذکر	۵۷	۶۳/۳			
		مؤنث	۳۳	۳۶/۷			
	سطوح اکستانسور	مذکر	۱۲	۷۵/۰			
		مؤنث	۴	۲۵/۰			
درگیری سطوح فلکسور	دارد	مذکر	۲۳	۸۸/۵	۰/۰۰۴*		
		مؤنث	۳	۱۱/۵			
	ندارد	مذکر	۴۶	۷۵/۵			
		مؤنث	۳۴	۴۲/۵			
	درماتیت مزمن و عود کننده	دارد	مذکر	۴۹		۶۱/۳	۰/۱۴۵
			مؤنث	۳۱		۳۸/۸	
ندارد		مذکر	۲۰	۷۶/۹			
		مؤنث	۶	۲۳/۱			
سابقه شخصی یا خانوادگی آتوپی		دارد	۴۳	۶۴/۲			
		مؤنث	۲۴	۳۵/۸			

۰/۷۹۶	۶۶/۷	۲۶	مذکر	ندارد
	۳۳/۳	۱۳	مؤنث	

جدول (۳): علائم ماژور درماتیت اتوپیک در بیماران مورد مطالعه به تفکیک بازه سنی

علامت ماژور	توضیح علامت	بازه سنی	تعداد	درصد	P-value	
خارش	خفیف	زیر ۱ سال	۱۳	۴۸/۱	۰/۱۳۲	
		بالای ۱ سال	۱۴	۵۱/۹		
	متوسط	زیر ۱ سال	۲۲	۴۵/۸		
		بالای ۱ سال	۲۶	۵۴/۲		
	شدید	زیر ۱ سال	۱۰	۳۷/۰		
		بالای ۱ سال	۱۷	۶۳/۰		
بدون خارش	بدون خارش	زیر ۱ سال	۴	۱۰۰	۰	
		بالای ۱ سال	۰	۰		
	دارد	زیر ۱ سال	۴۴	۴۸/۹		
		بالای ۱ سال	۴۶	۵۱/۱		
	ندارد	زیر ۱ سال	۵	۳۱/۳		
		بالای ۱ سال	۱۱	۶۸/۸		
درگیری صورت و سطوح اکستانسور	دارد	زیر ۱ سال	۶	۲۳/۱	۰/۰۰۶*	
		بالای ۱ سال	۲۰	۷۶/۹		
	ندارد	زیر ۱ سال	۴۳	۵۳/۸		
		بالای ۱ سال	۳۷	۴۶/۳		
	دارد	زیر ۱ سال	۳۸	۴۷/۵		
		بالای ۱ سال	۴۲	۵۲/۵		
درماتیت مزمن و عود کننده	دارد	زیر ۱ سال	۱۱	۴۲/۳	۰/۶۴۵	
		بالای ۱ سال	۱۵	۵۷/۷		
	ندارد	زیر ۱ سال	۳۸	۵۶/۷		
		بالای ۱ سال	۲۹	۴۳/۳		
	دارد	زیر ۱ سال	۱۱	۲۸/۲		۰/۰۰۵*
		بالای ۱ سال	۲۸	۷۱/۸		
ندارد	زیر ۱ سال	۳۲۱۵/۳۳	۴۸۸/۵۰			
	بالای ۱ سال	۳۲۷۱/۸۸	۵۳۴/۷۸			

جدول (۴): علائم ماژور درماتیت اتوپیک در بیماران مورد مطالعه به تفکیک وزن حین تولد

علامت ماژور	توضیح علامت	میانگین وزن حین تولد (گرم)	انحراف معیار	P-value
خارش	خفیف	۳۱۳۰/۷۴	۴۸۰/۰۸	۰/۷۵۷
	متوسط	۳۲۸۴/۳۸	۵۴۵/۱۱	
	شدید	۳۲۱۸/۵۲	۴۳۶/۳۶	
	بدون خارش	۳۱۶۲/۵۰	۲۸۰/۹۹	
درگیری صورت و سطوح اکستانسور	دارد	۳۲۱۵/۳۳	۴۸۸/۵۰	۰/۱۹۶
	ندارد	۳۲۷۱/۸۸	۵۳۴/۷۸	

۰/۰۰۶*	۴۵۳/۵۰	۳۴۶۱/۵۴	دارد	درگیری سطوح فلکسور
	۴۸۳/۷۱	۳۱۴۶/۶۳	ندارد	
۰/۶۴۸	۵۳۷/۰۶	۳۲۴۰/۳۸	دارد	درماتیت مزمن و عود کننده
	۳۲۸/۴۰	۳۱۷۳/۰۸	ندارد	
۰/۰۰۴*	۴۵۶/۹۴	۳۱۷۹/۸۵	دارد	سابقه شخصی یا خانوادگی آتوپیک
	۵۴۸/۶۴	۳۲۹۹/۴۹	ندارد	

جدول (۵): علائم مینور درماتیت آتوپیک در بیماران مورد مطالعه

درصد	تعداد	توضیح علامت	علامت مینور
۹۹/۱	۱۰۵	دارد	خشکی پوست
۰/۹	۱	ندارد	
۹۰/۶	۹۶	دارد	شروع سن پائین
۹/۴	۱۰	ندارد	
۵/۷	۶	دارد	افزایش ایمونوگلوبولین E
۹۴/۳	۱۰۰	ندارد	
۱۵/۱	۱۶	دارد	تست پوستی با پاسخ مثبت
۸۴/۹	۹۰	ندارد	
۲۸/۳	۳۰	دارد	افزایش خطوط کف دست و پا / ایکتیوز / کراتوز پیلار
۷۱/۷	۷۶	ندارد	
۴۰/۶	۴۳	دارد	چین دنی مورگان
۵۹/۴	۶۳	ندارد	
۸۲/۱	۸۷	دارد	اریتم یا رنگ پریدگی صورت
۱۷/۹	۱۹	ندارد	
۰/۹	۱	دارد	آگزمای نیپل
۹۹/۱	۱۰۵	ندارد	
۲۵/۵	۲۷	دارد	عدم تحمل پشم یا حلال چربی
۷۴/۵	۷۹	ندارد	
۶۷/۰	۷۱	دارد	عدم تحمل غذا
۳۳/۰	۳۵	ندارد	
۲۶/۴	۲۸	دارد	تأثیرپذیری از عوامل محیطی و روحی
۷۳/۶	۷۸	ندارد	
۰	۰	دارد	کاتاراکت ساب کپسولر قدامی
۱۰۰	۱۰۶	ندارد	
۵/۷	۶	دارد	التهاب گوشه لب
۹۴/۳	۱۰۰	ندارد	
۱/۹	۲	دارد	پیتیریازیس آلبا
۹۸/۱	۱۰۴	ندارد	
۲۴/۵	۲۶	دارد	خارش موقع تعریق
۷۵/۵	۸۰	ندارد	

۸/۵	۹	دارد	کونژنکتیویت عود کننده
۹۱/۵	۹۷	ندارد	
۷/۵	۸	دارد	عفونت‌های پوستی
۹۲/۵	۹۸	ندارد	
۴۶/۲	۴۹	دارد	کبودی دور چشم
۵۳/۸	۵۷	ندارد	
۰	۰	دارد	درماتوگرافیسیم سفید یا سفید شدن تاخیری
۱۰۰	۱۰۶	ندارد	
۰	۰	دارد	تشدید اطراف فولیکولی اگزما
۱۰۰	۱۰۶	ندارد	

جدول (۶): علائم مینور درماتیت آتوپیک در بیماران مورد مطالعه به تفکیک جنس

P-value	درصد	تعداد	جنس	توضیح علامت	علامت مینور
۰/۱۷۰	۶۵/۷	۶۹	مذکر	دارد	خشکی پوست
	۳۴/۳	۳۶	مؤنث		
	۰	۰	مذکر	ندارد	
	۱۰۰	۱	مؤنث		
۰/۲۹۳	۶۶/۷	۶۴	مذکر	دارد	شروع سن پائین
	۳۳/۳	۳۲	مؤنث		
	۵۰	۵	مذکر	ندارد	
	۵۰	۵	مؤنث		
۰/۹۳۴	۶۶/۷	۴	مذکر	دارد	افزایش ایمنوگلوبولین E
	۳۳/۳	۲	مؤنث		
	۶۵/۰	۶۵	مذکر	ندارد	
	۳۵/۰	۳۵	مؤنث		
۰/۸۱۳	۶۲/۵	۱۰	مذکر	دارد	تست پوستی با پاسخ مثبت
	۳۷/۵	۶	مؤنث		
	۶۵/۶	۵۹	مذکر	ندارد	
	۳۴/۴	۳۱	مؤنث		
۰/۲۵۳	۵۶/۷	۱۷	مذکر	دارد	افزایش خطوط کف دست و پا / ایکتیوز / کراتوز پیلار
	۴۳/۳	۱۳	مؤنث		
	۶۸/۴	۵۲	مذکر	ندارد	
	۳۱/۶	۲۴	مؤنث		
۰/۴۰۴	۶۹/۸	۳۰	مذکر	دارد	چین دنی مورگان
	۳۰/۲	۱۳	مؤنث		
	۶۱/۹	۳۹	مذکر	ندارد	
	۳۸/۱	۲۴	مؤنث		
۰/۷۳۷	۶۴/۴	۵۶	مذکر	دارد	اریتم یا رنگ پریدگی صورت
	۳۵/۶	۳۱	مؤنث		

	۶۸/۴	۱۳	مذکر	ندارد	
	۳۱/۶	۶	مؤنث		
	۱۰۰	۱	مذکر	دارد	
	۰	۰	مؤنث		
۰/۴۶۲	۶۴/۸	۶۸	مذکر	ندارد	اگزمای نیپیل
	۳۵/۲	۳۷	مؤنث		
	۵۵/۶	۱۵	مذکر	دارد	
	۴۴/۴	۱۲	مؤنث		
۰/۲۲۸	۶۸/۴	۵۴	مذکر	ندارد	عدم تحمل پشم یا حلال چربی
	۳۱/۶	۲۵	مؤنث		
	۶۰/۶	۴۳	مذکر	دارد	
	۳۹/۴	۲۸	مؤنث		
۰/۱۶۳	۷۴/۳	۲۶	مذکر	ندارد	عدم تحمل غذا
	۲۵/۷	۹	مؤنث		
	۵۳/۶	۱۵	مذکر	دارد	
	۴۶/۴	۱۳	مؤنث		
۰/۱۳۶	۶۹/۲	۵۴	مذکر	ندارد	تأثیرپذیری از عوامل محیطی و روحی
	۳۰/۸	۲۴	مؤنث		
	۰	۰	مذکر	دارد	
	۰	۰	مؤنث		
-	۶۵/۱	۶۹	مذکر	ندارد	کاتاراکت ساب کپسولر قدامی
	۳۴/۹	۳۷	مؤنث		
	۶۶/۷	۴	مذکر	دارد	
	۳۳/۳	۲	مؤنث		
۰/۹۳۴	۶۵/۰	۶۵	مذکر	ندارد	التهاب گوشه لب
	۳۵/۰	۳۵	مؤنث		
	۱۰۰	۲	مذکر	دارد	
	۰	۰	مؤنث		
۰/۲۹۶	۶۴/۴	۶۷	مذکر	ندارد	پیتیریازیس آلبا
	۳۵/۶	۳۷	مؤنث		
	۸۴/۶	۲۲	مذکر	دارد	
	۱۵/۴	۴	مؤنث		
۰/۰۱۶۰	۵۸/۸	۴۷	مذکر	ندارد	خارش موقع تعریق
	۴۱/۳	۳۳	مؤنث		
	۵۵/۶	۵	مذکر	دارد	
	۴۴/۴	۴	مؤنث		
۰/۵۳۰	۶۶/۰	۶۴	مذکر	ندارد	کونژنکتیویت عود کننده
	۳۴/۰	۳۳	مؤنث		
	۶۲/۵	۵	مذکر	دارد	عفونت‌های پوستی

۰/۸۷۳	۳۷/۵	۳	مؤنث	ندارد	
	۶۵/۳	۶۴	مذکر		
	۳۴/۷	۳۴	مؤنث		
۰/۴۳۸	۶۱/۲	۳۰	مذکر	دارد	کبودی دور چشم
	۳۸/۸	۱۹	مؤنث	ندارد	
	۶۸/۴	۳۹	مذکر		
	۳۱/۶	۱۸	مؤنث		
-	۰	۰	مذکر	دارد	درماتوگرافیسیم سفید یا سفید شدن تاخیری
	۰	۰	مؤنث	ندارد	
	۶۵/۱	۶۹	مذکر		
	۳۴/۹	۳۷	مؤنث		
-	۰	۰	مذکر	دارد	تشدید اطراف فولیکولی اگزما
	۰	۰	مؤنث	ندارد	
	۶۵/۱	۶۹	مذکر		
	۳۴/۹	۳۷	مؤنث		

جدول (۷): علائم مینور درماتیت آتوپیک در بیماران مورد مطالعه به تفکیک بازه سنی

علامت مینور	توضیح علامت	جنس	تعداد	درصد	P-value
خشکی پوست	دارد	زیر ۱ سال	۴۸	۴۵/۷	۰/۳۷۹
		بالای ۱ سال	۵۷	۵۴/۳	
	ندارد	زیر ۱ سال	۱	۱۰۰	
		بالای ۱ سال	۰	۰	
شروع سن پائین	دارد	زیر ۱ سال	۴۷	۴۹/۰	۰/۰۸۰
		بالای ۱ سال	۴۹	۵۱/۰	
	ندارد	زیر ۱ سال	۲	۲۰/۰	
		بالای ۱ سال	۸	۸۰/۰	
افزایش ایمونوگلوبولین E	دارد	زیر ۱ سال	۳	۵۰/۰	۰/۸۴۹
		بالای ۱ سال	۳	۵۰/۰	
	ندارد	زیر ۱ سال	۴۶	۴۶/۰	
		بالای ۱ سال	۵۴	۵۴/۰	
تست پوستی با پاسخ مثبت	دارد	زیر ۱ سال	۵	۳۱/۳	۰/۱۹۲
		بالای ۱ سال	۱۱	۶۸/۸	
	ندارد	زیر ۱ سال	۴۴	۴۸/۹	
		بالای ۱ سال	۴۶	۵۱/۱	
افزایش خطوط کف دست و پا / اکتیوز / کراتوز پیلار	دارد	زیر ۱ سال	۱۲	۴۰/۰	۰/۴۱۹
		بالای ۱ سال	۱۸	۶۰/۰	
	ندارد	زیر ۱ سال	۳۷	۴۸/۷	
		بالای ۱ سال	۳۹	۵۱/۳	
چین دنی مورگان	دارد	زیر ۱ سال	۲۸	۶۵/۱	

۰/۰۰۱*	۳۴/۹	۱۵	بالای ۱ سال	ندارد	
	۳۳/۳	۲۱	زیر ۱ سال		
	۶۶/۷	۴۲	بالای ۱ سال	دارد	اریتم یا رنگ پریدگی صورت
	۴۹/۴	۴۳	زیر ۱ سال		
۰/۱۵۸	۵۰/۶	۴۴	بالای ۱ سال	ندارد	
	۳۱/۶	۶	زیر ۱ سال		
	۶۸/۴	۱۳	بالای ۱ سال	دارد	اگزما نیپیل
	۱۰۰	۱	زیر ۱ سال		
۰/۲۷۹	۰	۰	بالای ۱ سال	ندارد	
	۴۵/۷	۴۸	زیر ۱ سال		
	۵۴/۳	۵۷	بالای ۱ سال	دارد	عدم تحمل پشم یا حلال چربی
	۴۸/۱	۱۳	زیر ۱ سال		
۰/۸۱۷	۵۱/۹	۱۴	بالای ۱ سال	ندارد	
	۴۵/۶	۳۶	زیر ۱ سال		
	۵۴/۴	۴۳	بالای ۱ سال	دارد	عدم تحمل غذا
	۲۸/۰	۲۷	زیر ۱ سال		
۰/۰۱۶*	۶۲/۰	۴۴	بالای ۱ سال	ندارد	
	۶۲/۹	۲۲	زیر ۱ سال		
	۳۷/۱	۱۳	بالای ۱ سال	دارد	تأثیرپذیری از عوامل محیطی و روحی
	۵۷/۱	۱۶	زیر ۱ سال		
۰/۱۷۷	۴۲/۹	۱۲	بالای ۱ سال	ندارد	
	۴۲/۳	۳۳	زیر ۱ سال		
	۵۷/۷	۴۵	بالای ۱ سال	دارد	کاتاراکت ساب کپسولر قدیمی
	۰	۰	زیر ۱ سال		
-	۰	۰	بالای ۱ سال	ندارد	
	۴۶/۲	۴۹	زیر ۱ سال		
	۵۳/۸	۵۷	بالای ۱ سال	دارد	التهاب گوشه لب
	۵۰/۰	۳	زیر ۱ سال		
۰/۸۴۹	۵۰/۰	۳	بالای ۱ سال	ندارد	
	۴۶/۰	۴۶	زیر ۱ سال		
	۵۴/۰	۵۴	بالای ۱ سال	دارد	پیتیریاژیس آلبا
	۰	۰	زیر ۱ سال		
۰/۱۸۶	۱۰۰	۲	بالای ۱ سال	ندارد	
	۴۷/۱	۴۹	زیر ۱ سال		
	۵۲/۹	۵۵	بالای ۱ سال	دارد	خارش موقع تعریق
	۶۱/۵	۱۶	زیر ۱ سال		
۰/۰۷۱	۳۸/۵	۱۰	بالای ۱ سال	ندارد	
	۴۱/۳	۳۳	زیر ۱ سال		
	۵۸/۸	۴۷	بالای ۱ سال	دارد	

۰/۴۱۷	۳۳/۳	۳	زیر ۱ سال	دارد	کونژنکتیویت عود کننده
	۶۶/۷	۶	بالای ۱ سال		
۰/۴۱۷	۴۷/۴	۴۶	زیر ۱ سال	ندارد	
	۵۲/۶	۵۱	بالای ۱ سال		
۰/۰۴۷*	۱۲/۵	۱	زیر ۱ سال	دارد	عفونت‌های پوستی
	۸۷/۵	۷	بالای ۱ سال		
۰/۱۵۴	۴۹/۰	۴۸	زیر ۱ سال	ندارد	
	۵۱/۰	۵۰	بالای ۱ سال		
۰/۱۵۴	۳۸/۸	۱۹	زیر ۱ سال	دارد	کبودی دور چشم
	۶۱/۲	۳۰	بالای ۱ سال		
۰/۱۵۴	۵۲/۶	۳۰	زیر ۱ سال	ندارد	
	۴۷/۴	۲۷	بالای ۱ سال		
-	۰	۰	زیر ۱ سال	دارد	درماتوگرافیسیم سفید یا سفید شدن تأخیری
	۰	۰	بالای ۱ سال		
-	۴۶/۲	۴۹	زیر ۱ سال	ندارد	
	۵۳/۸	۵۷	بالای ۱ سال		
-	۰	۰	زیر ۱ سال	دارد	تشدید اطراف فولیکولی اگزما
	۰	۰	بالای ۱ سال		
-	۴۶/۲	۴۹	زیر ۱ سال	ندارد	
	۵۳/۸	۵۷	بالای ۱ سال		

جدول (۸): علائم مینور درماتیت آتوپیک در بیماران مورد مطالعه به تفکیک وزن حین تولد

P-value	انحراف معیار	میانگین وزن حین تولد (گرم)	توضیح علامت	علامت مینور
۰/۲۰۶	۴۹۲/۰۴	۳۲۲۹/۸۱	دارد	خشکی پوست
	-	۲۶۰۰/۰۰	ندارد	
۰/۶۸۳	۴۹۷/۴۱	۳۲۱۷/۵۰	دارد	شروع سن پائین
	۴۷۴/۳۷	۳۲۸۵/۰۰	ندارد	
۰/۱۹۰	۳۹۹/۵۸	۲۹۶۶/۶۷	دارد	افزایش ایمونوگلوبولین E
	۴۹۵/۹۷	۳۲۳۹/۳۰	ندارد	
۰/۴۵۵	۵۰۰/۰۷	۳۳۰۹/۳۸	دارد	تست پوستی با پاسخ مثبت
	۴۹۳/۵۸	۳۲۰۸/۶۷	ندارد	
۰/۳۰۳	۴۳۶/۳۵	۳۱۴۵/۰۰	دارد	افزایش خطوط کف دست و پا / ایکتیوز / کراتوز پیلار
	۵۱۳/۶۷	۳۲۵۵/۰۰	ندارد	
۰/۷۱۹	۴۹۷/۷۴	۳۲۴۴/۸۸	دارد	چین دنی مورگان
	۴۹۴/۰۷	۳۲۰۹/۵۲	ندارد	
۰/۸۶۹	۵۲۱/۸۳	۳۲۲۷/۵۹	دارد	اریتم یا رنگ پریدگی صورت
	۳۴۵/۲۹	۳۲۰۶/۸۴	ندارد	
۰/۷۲۲	-	۳۴۰۰/۰۰	دارد	اگزمای نیپل
	۴۹۵/۵۶	۳۲۲۲/۱۹	ندارد	

۰/۰۸۵	۴۳۴/۱۱	۳۰۸۲/۵۹	دارد	عدم تحمل پشم یا حلال چربی
	۵۰۵/۷۲	۳۲۷۲/۱۵	ندارد	
۰/۰۲۳*	۴۷۷/۱۹	۳۱۴۷/۱۸	دارد	عدم تحمل غذا
	۴۹۶/۰۹	۳۳۷۹/۴۳	ندارد	
۰/۵۵۵	۴۹۸/۲۲	۳۲۷۱/۴۳	دارد	تأثیرپذیری از عوامل محیطی و روحی
	۴۹۳/۹۰	۳۲۰۶/۷۹	ندارد	
-	-	-	دارد	کاتاراکت ساب کپسولر قدامی
	۴۹۳/۵۰	۳۲۲۳/۸۷	ندارد	
۰/۴۲۴	۲۸۰/۴۸	۳۰۶۶/۶۷	دارد	التهاب گوشه لب
	۵۰۲/۷۳	۳۲۳۳/۳۰	ندارد	
۰/۴۸۸	۱۹۰/۹۲	۳۴۶۵/۰۰	دارد	پیتیریازیس آلبا
	۴۹۶/۷۵	۳۲۱۹/۲۳	ندارد	
۰/۰۷۰	۴۵۹/۰۳	۳۳۷۶/۱۵	دارد	خارش موقع تعریق
	۴۹۶/۸۹	۳۱۷۴/۳۸	ندارد	
۰/۸۴۲	۵۷۰/۸۸	۳۲۵۵/۵۶	دارد	کونژنکتیویت عود کننده
	۴۸۸/۹۹	۳۲۲۰/۹۳	ندارد	
۰/۲۸۵	۳۲۲/۳۱	۳۰۴۳/۷۵	دارد	عفونت‌های پوستی
	۵۰۳/۲۲	۳۲۳۸/۵۷	ندارد	
۰/۲۶۸	۵۶۰/۳۶	۳۱۶۶/۳۳	دارد	کیودی دور چشم
	۴۲۶/۷۴	۳۲۷۳/۳۳	ندارد	
-	-	-	دارد	درماتوگرافیسم سفید یا سفید شدن تاخیری
	۴۹۳/۵۰	۳۲۲۳/۸۷	ندارد	
-	-	-	دارد	تشدید اطراف فولیکولی اگزما
	۴۹۳/۵۰	۳۲۲۳/۸۷	ندارد	

بحث و نتیجه‌گیری

شیوع درماتیت آتوپیک در مناطق توسعه‌یافته و شهری بیشتر است. همچنین بررسی مهاجران از مناطق پست به مرتفع نشان‌دهنده افزایش درماتیت آتوپیک در جمعیت ساکن است که نقش عوامل محیطی را در بروز این بیماری نشان می‌دهد. افزایش بروز بیماری برخلاف سایر بیماری‌های مزمن با بالاترین طبقه اجتماعی مرتبط است. سابقه خانوادگی آتوپیک قوی‌ترین پیش‌بینی کننده ایجاد درماتیت آتوپیک است. تفاوت نژادی قوی در این بیماری وجود ندارد. همچنین در زنان شیوع درماتیت آتوپیک کمی بیشتر است. زندگی روستایی و خانواده بزرگ‌تر عوامل محافظتی در ایجاد درماتیت آتوپیک هستند. تماس اولیه میکروبی در دوران نوزادی می‌تواند مکانیسم زمینه‌ای برای این عوامل باشد (۲۹، ۳۳). تاکنون مطالعات متعددی در مورد شیوع درماتیت آتوپیک در ایران انجام شده است. به‌عنوان مثال در مطالعه‌ای که توسط افشاری و

همکاران انجام شد. (۲۹) در شهرکرد، شیوع کلی درماتیت آتوپیک در کودکان دبستانی را ۱/۲ درصد تخمین زدند. در مطالعه قادری و همکاران. (۲۷) که در سال ۱۳۸۷ بر روی کودکان ۲ تا ۵ ساله مهدکودک‌های بیرجند انجام شد، شیوع درماتیت آتوپیک ۱۴،۳ درصد (۱۵،۸) درصد در دختران و ۱۲،۸ درصد در پسران) بود. همچنین در مطالعه‌ای که توسط موسوی انجام شد، و همکاران (۲۸) در سال ۱۳۸۵ در بین دانش آموزان ۷ تا ۱۱ ساله مدارس ابتدایی اهواز، شیوع درماتیت آتوپیک ۳/۹ درصد با شیوع این بیماری در دختران برآورد شد. ۴/۳٪ و در پسران ۳/۴٪ بود. در این مطالعه، شیوع درماتیت آتوپیک در کودکان زیر ۵ سال مراجعه‌کننده به کلینیک آلرژی در یک دوره ۹ ماهه ۱،۴ درصد بود که با نتایج مطالعات افشاری و همکاران همخوانی داشت (۲۹). و موسوی و همکاران. (۲۸). جدول ۴-۱۴ بروز علائم جزئی درماتیت آتوپیک را در بیماران مورد مطالعه بر اساس محدوده سنی نشان می‌دهد.

سایر علائم جزئی مشاهده نشد. علاوه بر این، چینی دنی مورگان در بیماران زیر ۱ سال به طور قابل توجهی بالاتر از بیماران بالای ۱ سال بود. عدم تحمل غذایی و عفونت‌های پوستی نیز در بیماران بالای ۱ سال به طور قابل توجهی بیشتر از بیماران زیر ۱ سال بود. در نهایت بین عدم تحمل غذایی و وزن هنگام تولد رابطه معنی‌داری مشاهده شد. بنابراین، بیماران مبتلا به عدم تحمل غذایی وزن بیشتری نسبت به بیماران بدون عدم تحمل غذایی داشتند. نتایج مشابهی با مطالعه حاضر در مطالعات دیگر دیده شده است. به عنوان مثال، در مطالعه افشاری و همکاران (۲۹)، بین شیوع درمانیت آتوپیک و علائم آسم، رینیت آلرژیک، سابقه خانوادگی درمانیت آتوپیک و سابقه خانوادگی درمانیت آتوپیک رابطه معناداری مشاهده شد. همچنین در آن مطالعه بین درگیری چشمی و شیوع درمانیت رابطه معنی‌داری مشاهده شد که در مطالعه حاضر به مشکلات چشمی به عنوان یکی از تظاهرات درمانیت آتوپیک پرداخته نشد. علاوه بر موارد فوق، در مطالعه موسوی و همکاران (۲۸)، متغیرهای مازور، خارش و درمانیت مزمن راجعه در همه دانش آموزان مبتلا مشاهده شد.

۷۵ درصد بیماران مشاهده شدند و فراوانی درمانیت خمشی و سابقه خانوادگی آتویی با افزایش سن افزایش یافت. زیرا همانطور که گفته شد در مطالعه ما درمانیت خمشی در کودکان بالای ۱ سال به طور معنی‌داری بیشتر از کودکان زیر یک سال بود. اما از نظر سابقه خانوادگی آتویی، نتایج مطالعه حاضر با یافته‌های مطالعه موسوی و همکاران مغایرت دارد (۲۸)؛ زیرا در آن مطالعه سابقه خانوادگی آتویی با افزایش سن افزایش می‌یافت. در حالی که؛ در مطالعه ما، سابقه خانوادگی آتوپیا در کودکان زیر یک سال به طور معنی‌داری بیشتر از کودکان بالای یک سال بود. در مطالعه حاضر، تعداد بیماران مرد در دوره مورد مطالعه بیشتر از بیماران زن بود که برخلاف اکثر مطالعات انجام شده در ایران و سایر کشورها؛ برای مثال در مطالعه موسوی و همکاران (۲۸) در اهواز، شیوع درمانیت آتوپیک در دختران بیشتر از پسران بود. مطالعات ویلیامز و همکاران (۳۸) و بومه و همکاران (۳۶) همچنین دریافتند که شیوع درمانیت آتوپیک در دختران بیشتر است. این اختلاف بین مطالعه حاضر و سایر مطالعات ممکن است به دلیل حجم نمونه کمتر در مطالعه حاضر باشد. به منظور روشن شدن موضوع، توصیه می‌شود تعداد بیشتری از بیماران به صورت تصادفی انتخاب و در مطالعات آتی مورد ارزیابی قرار گیرند. با توجه به مطالب فوق می‌توان نتیجه گرفت که آگاهی بهتر از تظاهرات بالینی و فراوانی آن‌ها می‌تواند به تشخیص زودهنگام و پیشگیری از عوارض کمک کند. بیماری همچنین از آنجایی که امکان تغییر برخی عوامل مرتبط با درمانیت آتوپیک در کودکان وجود ندارد، کنترل عوامل خطر از بروز درمانیت آتوپیک در کودکان جلوگیری می‌کند.

همانطور که مشاهده می‌شود، چانه دنی مورگان در بیماران زیر ۱ سال به طور معنی‌داری بیشتر از بیماران بالای ۱ سال بود (۰/۰۱). $P = ۰/۰۱۶$ و عفونت‌های پوستی (۰/۴۷). $P = ۰/۰۱۶$ نیز در بیماران بالای ۱ سال به طور قابل توجهی بیشتر از بیماران زیر ۱ سال بود. علاوه بر ایران، در بسیاری از کشورهای جهان نیز شیوع و عوامل مؤثر در بروز درمانیت آتوپیک بررسی شده است. مطالعات انجام شده در کشورهایمانند دانمارک، آلمان و سوئد در گروه سنی مشابه مطالعات در ایران، شیوع درمانیت آتوپیک به ترتیب ۱۰، ۲۵ و ۱۵ درصد است. کارگروه یا U.K WP استفاده می‌شود (۳۴).

این معیارها مجموعه‌ای از معیارهای معتبر و قابل تکرار هستند که ساده‌تر از معیارهای هانیفن و راجکا هستند و می‌توان آن را یکی از دلایل شیوع بالای این مطالعات دانست. علاوه بر این کشورها، شیوع آتوپیا در نروژ بر اساس معیار Hanifen-Verajka در کودکان ۷ تا ۱۲ ساله مورد بررسی قرار گرفته است که ۲۳ درصد است (۳۶). همچنین در گزارشی که توسط لی و همکاران ارائه شده است (۳۷)، درمانیت آتوپیک از شایع‌ترین بیماری‌ها در مردم آسیایی است. در این مطالعه به بررسی ویژگی‌های بالینی ۱۰۶ کودک مبتلا به درمانیت آتوپیک در بیماران مراجعه‌کننده به بیمارستان شهید مطهری ارومیه پرداختیم. ۲/۶۳ درصد از بیماران سابقه خانوادگی آتویی داشتند که می‌تواند نشان‌دهنده تأثیر عوامل ژنتیکی بر بروز بیماری باشد. علائم عمده خارش ۲/۹۶ درصد، درگیری صورت و سطوح بازکننده ۹/۸۴ درصد و درمانیت مزمن عودکننده ۵/۷۵ درصد شایع‌ترین هستند. دقت در این علائم می‌تواند به تشخیص سریع و به موقع و عوارضی مانند تغییرات مزمن پوست کمک کند. جلوگیری از اختلالات خواب و عوارض عفونی و چشمی. همچنین در بررسی علائم جزئی خشکی پوست با ۹۹/۱ درصد، شروع سن جوانی با ۹۰/۶ درصد و اریتم یا رنگ پریدگی صورت با ۸۲/۱ درصد بیشترین فراوانی را داشتند. بر اساس نتایج این مطالعه، درگیری سطوح فلکسور در بیماران بالای ۱ سال سن به طور قابل توجهی بالاتر از بیماران زیر ۱ سال بود. سابقه شخصی یا خانوادگی آتویی در بیماران زیر ۱ سال به طور قابل توجهی بیشتر از بیماران بالای ۱ سال بود. همچنین میزان درگیری فلکسور در مردان به طور معنی‌داری بیشتر از زنان بود، اما در بروز سایر علائم عمده تفاوتی بین دو جنس وجود نداشت. بنابراین، بیماران با درگیری سطح فلکسور وزن تولد بیشتری نسبت به بیماران بدون درگیری سطح فلکسور داشتند و بیماران با سابقه شخصی یا خانوادگی آتوپیک وزن تولد کمتری نسبت به بیماران بدون سابقه شخصی یا خانوادگی آتوپیک داشتند. از بین علائم جزئی درمانیت آتوپیک، خارش هنگام تعریق در مردان به طور قابل توجهی بیشتر از زنان بود و تفاوتی بین دو جنس در بروز

تشکر و قدردانی

هیچکدام از نویسندگان این مقاله، افرادو یا دستگاه‌ها تعارض منافی برای انتشار این مقاله ندارند. از کلیه مراکزی که در جمع‌آوری اطلاعات به انجام مطالعه کمک کرده‌اند ولی رسماً و قانوناً سهمی درمنافع معنوی (انتشارات) مطالعه نداشته‌اند، تشکر و قدر دانی می‌شود.

پیشنهاد می‌شود در مطالعات آتی برای بررسی عوامل مؤثر و عوامل خطر درماتیت آتوپیک، مطالعات مورد شاهدهی با حجم نمونه بالا مؤثر واقع شود. همچنین یکی دیگر از محدودیت‌های مطالعه حاضر عدم بررسی عوامل سیگار و نگهداری از حیوان خانگی در محیط زندگی بیمار و همچنین سن شروع تغذیه با شیر و تخم گاو که توصیه می‌شود در مطالعات آتی به آن پرداخته شود.

References:

- Kim KH. Overview of atopic dermatitis. *Asia Pac Allergy* 2013;3:79-87.
- Kawashima M. Quality of life in patients with atopic dermatitis: impact of tacrolimus ointment. *Int J Dermatol* 2006;45:731-736.
- Harper J, Oranje A, Prose NS. *Textbook of Pediatric Dermatology: 2-Volume Set*: Wiley-Blackwell; 2006.
- Wallach D, Coste J, Tilles G, Taïeb A. The first images of atopic dermatitis: an attempt at retrospective diagnosis in dermatology. Elsevier; 2005.
- Christophers E, Fölster-Holst R. Atopic dermatitis versus infantile eczema. *J Am Acad Dermatol* 2001;45:S2-S3.
- Firooz A, Davoudi SM, Farahmand AN, Majdzadeh R, Kashani MN, Dowlati Y. Validation of the diagnostic criteria for atopic dermatitis. *Arch Dermatol* 1999;135:514-6.
- HCADIBS FP, Breathnach S, COXN GC. Rook's *Textbook of Dermatology* eds. UK. Blackwell Science Ltd. 2004;18:1-18.
- Illi S, von Mutius E, Lau S, Nickel R, Grüber C, Niggemann B, et al. The natural course of atopic dermatitis from birth to age 7 years and the association with asthma. *J Allergy Clin Immunol* 2004;113:925-31.
- Kamer B, Pasowska R, Dólka E, Blomberg A, Rotsztejn H. Prevalence of atopic dermatitis in infants during the first six months of life: authors' observations. *Postepy Dermatol Alergol* 2013;30:277-81.
- Yadav A, Naidu R. Clinical manifestation and sensitization of allergic children from Malaysia. *Asia Pac Allergy* 2015;5:78-83.
- Kelleher M, Dunn-Galvin A, Hourihane JOB, Murray D, Campbell LE, McLean WI, et al. Skin barrier dysfunction measured by transepidermal water loss at 2 days and 2 months predates and predicts atopic dermatitis at 1 year. *J Allergy Clin Immunol* 2015;135:930-5.
- Van Bever HP, Samuel ST, Lee BW. Halting the allergic march. *World Allergy Organ J* 2008;1:57-62.
- Hanifin JM. Evolving concepts of pathogenesis in atopic dermatitis and other eczemas. *J Invest Dermatol* 2009;129:320-2.
- Stabell Benn C, Wohlfahrt J, Aaby P, Westergaard T, Benfeldt E, Fleischer Michaelsen K, et al. Breastfeeding and risk of atopic dermatitis, by parental history of allergy, during the first 18 months of life. *Am J Epidemiol* 2004;160:217-23.
- Bührer C, Grimmer I, Niggemann B, Obladen M. Low 1-year prevalence of atopic eczema in very low birthweight infants. *Lancet* 1999;353:1674.
- Lucas A, Brooke O, Cole T, Morley R, Bamford M. Food and drug reactions, wheezing, and eczema in preterm infants. *Arch Dis Child* 1990;65:411-5.
- Thomsen SF. Atopic dermatitis: natural history, diagnosis, and treatment. *ISRN Allergy* 2014;2014:354250.
- Pugliarello S, Cozzi A, Gisondi P, Girolomoni G. Phenotypes of atopic dermatitis. *J Dtsch Dermatol Ges* 2011;9:12-20.

19. Rotsztejn H, Frankowska J, Kamer B, Trznadel-Grodzka E. Infection cases in infants and small children with atopic dermatitis-own observations. *Postepy Hig Med Dosw* 2012;66:96-103.
20. Bussmann C, Peng W-M, Bieber T, Novak N. Molecular pathogenesis and clinical implications of eczema herpeticum. *Expert Rev Mol Med* 2008;10:e21.
21. Qeille-Roussel C, Raynaud F, Saurat J. A prospective computerized study of 500 cases of atopic dermatitis in childhood. *Acta Derm Venereol Suppl* 1985;114:87-92.
22. Lapidus CS, Schwarz DF, Honig PJ. Atopic dermatitis in children: who cares? Who pays? *J Am Acad Dermatol* 1993;28:699-703.
23. Herd R, Tidman M, Prescott R, Hunter J. The cost of atopic eczema. *Br J Dermatol* 1996;135:20-3.
24. Fisher DA. Adverse effects of topical corticosteroid use. *West J Med* 1995;162:123.
25. Arellano FM, Wentworth CE, Arana A, Fernández C, Paul CF. Risk of lymphoma following exposure to calcineurin inhibitors and topical steroids in patients with atopic dermatitis. *J Invest Dermatol* 2007;127:808-16.
26. Ahanchian H, Jafari S, Jabbari F, Kianifar H, Karimi N, Khakshur A, et al. Evaluation of common allergens in children with atopic dermatitis by skin prick test. *J North Khorasan Uni Med Sci* 2013;5:551-5.
27. Ghaderi R, Tabiee S, Peyrovi S, Jafari Pour M. Prevalence of atopic dermatitis and its risk factors in 2-5 years old children at kindergartens of Birjand city (2008). *J Birjand Uni Med Sci* 2012;19:286-93.
28. Mousavi Z, Samadzadeh D. Evaluation of prevalence of atopic dermatitis among 7-11 year-old primary school boys and girls in Ahvaz. *J Yazd Shahid Sadoughi Uni Med Sci* 2006;14:38-44.
29. Afshari f, khadivi r, shirzad h. Risk factors of Atopic dermatitis in Shahrekord schoolchildren. *J Shahrekord Univ Med Sci* 2006;8:71-75.
30. Lai CK, Beasley R, Crane J, Foliaki S, Shah J, Weiland S, et al. Global variation in the prevalence and severity of asthma symptoms: phase three of the International Study of Asthma and Allergies in Childhood (ISAAC). *Thorax* 2009;64:476-483.
31. Ellwood P, Asher M, Beasley R, Clayton T, Stewart A, Committee IS. The International Study of Asthma and Allergies in Childhood (ISAAC): phase three rationale and methods [research methods]. *Int J Tuberc Lung Dis* 2005;9:10-6.
32. Munivrana H, Vorko-Jovic A, Munivrana S, Kursar M, Medlobi-Gluhak M, Vlahek P. The prevalence of allergic diseases among Croatian school children according to the ISAAC Phase One questionnaire. *Med Sci Monit* 2007;13:CR505-CR509.
33. Simpson EL, Hanifin JM. Atopic dermatitis. *J Am Acad Dermatol* 2005;53:115-28.
34. Larsen FS, Diepgen T, Svensson Å. The occurrence of atopic dermatitis in north Europe: an international questionnaire study. *J Am Acad Dermatol* 1996;34:760-4.
35. Marks R, Simons MJ. Geographic tongue—a manifestation of atopy. *Br J Dermatol* 1979;101:159-62.
36. Böhme M, Svensson Å, Kull I, Wahlgren C-F. Hanifin's and Rajka's minor criteria for atopic dermatitis: which do 2-year-olds exhibit? *J Am Acad Dermatol* 2000;43:785-92.
37. Lee HJ, Cho SH, Ha SJ, Ahn WK, Park YM, Byun DG, et al. Minor cutaneous features of atopic dermatitis in South Korea. *Int J Dermatol* 2000;39:337-42.
38. Williams HC. Epidemiology of atopic dermatitis. *Clin Exp Dermatol* 2000;25:522-9.

EVALUATION OF THE CLINICAL FEATURES OF CHILDREN WITH ATOPIC DERMATITIS REFERRED TO THE ALLERGIC CLINICS IN URMIA, IRAN

Seyed Reza Ghaemi¹, Hamidreza Houshmand^{2*}, Alireza Esmaili Rouhi³

Received: 19 September, 2022; Accepted: 28 January, 2023

Abstract

Background & Aims: Atopic dermatitis (AD) is the most common inflammatory disease of the epidermis. In this study, we examined the frequency of factors affecting the incidence and clinical manifestations of atopic dermatitis.

Materials & Methods: In this descriptive-analytic study, all children under 5 years old referred to the allergy clinic of Motahhari Hospital in Urmia were examined. To diagnose the disease, standard criteria of Hanifin-Rajka in the form of a 25-item questionnaire were used. The obtained data were analyzed by using (SPSS) software.

Results: In this study, 106 patients with atopic dermatitis (69 males and 37 females) with a mean age of 14.13 ± 11.64 months were studied. 49 patients (46.2%) were less and 57 patients (53.8%) are more than one-year-old. Countries of atopic dermatitis were 1.4%. Flexor surface involvement was significantly higher in males than females ($P=0.004$). Involvement of flexor levels in patients over 1 year of age was significantly higher than patients under 1 year of age ($P=0.006$). Personal or family atopy sample was significantly higher in the patients under 1 year of age than patients over 1 year of age ($P=0.005$). Itching during sweating was significantly higher in males than females ($P=0.016$). Danny Morgan line was significantly higher in patients under 1 year than patients over 1 year ($P=0.001$). Food intolerance ($P=0.016$) and skin infections ($P=0.047$) were significantly higher in patients over 1 year of age than patients under 1 year of age.

Conclusion: Since we are not able to change some of the risk factors related to the pathogenesis of atopic dermatitis, it is better to focus on other risk factors that are modifiable. This approach can be effective in preventing atopic dermatitis.

Keywords: Atopic dermatitis, Children, Clinical features, Prevalence

Address: Medicine Faculty, Campus Nazlu, 11 KM Road Seru, Urmia, West Azerbaijan, Iran. Postal Code: 575611-5111.

Tel: +989143433913

Email: Hamidreza.houshmd@gmail.com

SOURCE: STUD MED SCI 2022; 33(7): 510 ISSN: 2717-008X

Copyright © 2022 Studies in Medical Sciences

This is an open-access article distributed under the terms of the [Creative Commons Attribution-noncommercial 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/) which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, as long as the original work is properly cited.

¹ Assistant Professor, Department of Pediatrics, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran

² Assistant Professor, Department of Pediatrics, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran (Corresponding Author)

³ Medical student, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran