



الجمهورية العربية السورية
جامعة دمشق
كلية الطب البشري
قسم الأمراض الجلدية والزهريّة

نوعية الحياة لدى المرضى المصابين بالتهاب الجلد التأتبي
ذات الفئة العمرية المتراوحة من 1-12 سنة وعائلاتهم

*The quality of life in patients with atopic dermatitis aged
between 1-12 years and their families*

بحث علمي أعد لنيل شهادة الدراسات العليا (الماجستير)
في الأمراض الجلدية والزهريّة

إعداد

الدكتورة رشا حمد الموعد

إشراف الأستاذ المساعد
الدكتورة لينا الحاج إبراهيم

برئاسة الأستاذ المساعد
الدكتور فايز الدغلاوي

1435هـ/2014م

لهو هدرى

- إلى النبع الذي لا حدود لعطائه...

أمي

- إلى من كان لي مثلاً عظيماً في الجد والإخلاص والقيم العليا ...

أبي

- إلى رفيق دربي وأعلى ما أملك ...

زوجي

- إلى أعلى ما منحني الله ...

أولادي

- إلى من ملؤوا حياتي بالتفاؤل والمرح ...

إخوتي

كلمة شكر

يطيب لي أن أتقدم بجزيل الشكر والتقدير لكل من علمني حرفاً ... لكل أستاذ ومشرف ولكل زميل وزميلة في قسم الجلدية ... تعلمت منهم خلال السنوات الأربع الماضية ...

أخص بالشكر والتقدير المدرس الدكتور فايز دغلاوي الذي كان معنا خلال السنوات الأربعة معلماً فاضلاً ...

كل الشكر والاحترام إلى جميع أعضاء الهيئة التدريسية الكرام.

وأخص بالشكر الدكتورة لنا الحاج إبراهيم لتفضلها بالإشراف على هذا البحث...

والشكر العميق للأستاذة أعضاء لجنة الحكم لتفضلهم بمراجعة ومناقشة البحث...

رشا

مخطط البحث

رقم الصفحة	فهرس المحتويات
4	القسم النظري
5	مقدمة ولمحة تاريخية
6	الوبائيات
8	السببية الإراضية
12	منبهات التهاب الجلد التأتبي
13	المظاهر السريرية
15	المظاهر والاختلاطات المرافقة
16	تشخيص التهاب الجلد التأتبي
19	التشريح المرضي
20	الموجودات المخبرية
20	التشخيص التفريقي
21	الوقاية والعلاج
28	نوعية الحياة
31	طرق قياس أو تقييم نوعية الحياة
32	نوعية الحياة عند مرضى التهاب الجلد التأتبي
34	تأثير التهاب الجلد التأتبي على نوعية حياة الأهل
36	القسم العملي
37	هدف الدراسة
37	العينة وطرق الدراسة
54	نتائج الدراسة العملية
55	المناقشة
57	المقارنة مع الدراسات العالمية
58	التوصيات
64	ملحق الاستمارات
65	استمارة الموافقة المستنيرة
66	استمارة مريض التهاب الجلد التأتبي
67	مؤشر شدة التهاب الجلد التأتبي
68	مقياس نوعية الحياة عند الأطفال الرضع المصابين بالتهاب الجلد التأتبي
70	مقياس نوعية الحياة عن الأطفال المصابين بالتهاب الجلد التأتبي
74	مقياس نوعية الحياة عند ذوي الأطفال المصابين بالتهاب الجلد التأتبي

القسم النظري

مقدمة ولمحة تاريخية

- التهاب الجلد التأتبي هو مرض مزمن ناكس يحدث غالباً خلال فترة الطفولة، قد يصاحبه ارتفاع غلوبولين المصل *IgE*، وقصة شخصية وعائلية للداء والتهاب أنف تحسسي مع أو بدون قصة ربو.
- لا توجد سمة مميزة مفردة لتشخيص الداء وإنما يعتمد على عدة موجودات سريرية.
- وصف المرض للمرة الأولى عام 1882 من قبل العالم *Bensier* وعرف في أوروبا بـ *Bensier Prurigo*⁽¹⁾.
- في عام 1923 أدخل *Coca* ورفاقه مصطلح التأتب *Atopy*⁽²⁾ وهو يعني غير ملائم ليميز الميل الوراثي لتطور الأرج تجاه الأطعمة والمواد المستنشقة حيث تتظاهر كأكزيما، ربو، التهاب أنف تحسسي.
- استخدم *Sulzberger* و *Wise* عام 1933 مصطلح (*A topic Dermatitis*) لوصف مجموعة من التغيرات الشكلية المميزة⁽³⁾.
- قام *Hill & Sulzberger* عام 1935 بالتوصيف السريري الدقيق للاكزيما البنيوية⁽⁴⁾.

تعريف التهاب الجلد التأتبي *Definition of Atopic Dermatitis*⁽⁵⁾:

هو حالة من التهاب الجلد المزمن الناكس، تتصف فيها الاندفاعات الجلدية بكونها حطاطات (أحياناً حويصلات عند الأطفال) حاكة تصبح متسحجة ومتحززة فيما بعد، لها توزع نموذجي تبعاً للعمر غالباً ما يكون في الثنيات.

تترافق هذه الاندفاعات غالباً مع حالات تأتبية أخرى سواء لدى الشخص المصاب نفسه أو لدى أحد أفراد العائلة.

تظهر 70% من حالات التهاب الجلد التأتبي في الطفولة تحت عمر 5 سنوات.

الوبائيات Epidemiology

- يصعب تحديد نسبة حدوث وانتشار التهاب الجلد التأتبي بشكل دقيق، لأن العديد من الحالات المتوسطة لا يتم تشخيصها.
- بالاعتماد على الوسائل التشخيصية المتاحة، فإن من الواضح أن هناك تزايداً كبيراً في عدد حالات AD في دول العالم.
- قدرت الدراسات التي أجريت عام 1960 نسبة انتشار الـ AD بحوالي (1,4-3,1)% (6-7-8).
- ارتفعت هذه النسبة مجدداً بعد عام 1970 لتصل إلى (9,15)% (9-10-11).
- أظهرت معظم الدراسات التي أجريت مؤخراً أن نسبة انتشار الـ AD قد بلغت (20)% في معظم دول العالم، بما فيها دول أوروبا والولايات المتحدة الأمريكية. (12-13-14).
- لدى التقصي عن نسبة انتشار AD عند البالغين، فقد لوحظ تدني هذه النسبة مقارنة مع الأطفال، حيث بلغت أعلى نسبة انتشار الـ AD لدى البالغين في النرويج (15).
- في مرحلة الطفولة وفي البالغين، يصيب المرض الإناث أكثر من الذكور بمعدل (3,1 إلى 1,0) (9-10-11).
- أثبتت الدراسات أن هناك اختلافاً في نسبة انتشار AD بين الدول وضمن الدولة نفسها (16).
- AD شائع لدى القوقازيين مقارنة بباقي الأعراق (17).
- تنخفض نسبة الحدوث في الدول النامية، بينما تزداد هذه النسبة في الدول الصناعية (18).

- أظهرت الدراسات ارتفاعاً في نسبة الإصابة بـAD عند أطفال المهاجرين للمدن الصناعية مقارنة بنسبة إصابة أقرانهم في وطنهم الأصلي (19-20-21).
- ترتفع الإصابة بـAD بين طبقات المجتمع الراقية (22).
- التهاب الجلد التأتبي حالة شائعة، وهي تخلق أعباء اقتصادية كبيرة على المريض، وعائلته وعلى أنظمة الرعاية الصحية حول العالم (23).
- أظهر تقرير نشر في الولايات المتحدة الأمريكية أن 364 مليون دولار تنفق سنوياً للعناية بالأطفال المصابين بـAD في أمريكا (24).
- أما في بريطانيا فيبلغ الإنفاق السنوي 463 مليون دولار سنوياً (25).

دور الوراثة:

- غالباً ما توجد قصة قوية للأمراض التأتبية في عائلات المرضى المصابين بـAD.
- لم يتم تحديد نمط الوراثة بشكل نهائي، لكن يبدو أنه متعدد المورثات (26).
- يبدو أن المرضى المصابين بـAD، لديهم أقارب مصابون بـAD (27).
- أظهرت إحدى الدراسات بأنه على الرغم من كون الـAD والربو قد يورثان سوياً، إلا أنه لكل منهما الطريق المورثي المستقل (28).
- إذا كان أحد الأبوين تأتبيةً، فإن أكثر من 50% من الأطفال ستظهر لديهم أعراض تحسسية بعمر السنتين، ويرتفع هذا المعدل إلى 79% إذا كان كلا الوالدين تأتبيةً.
- أظهرت إحدى الدراسات أن خطر وراثة الـAD يكون أكبر إذا كانت الأم مصابة أكثر مما إذا كان الوالد مصاب (30).
- يصاب التوأم إحدادي الزيجوت بـAD بشكل متوافق بنسبة 75%، بينما يصاب التوأم ثنائي الزيجوت بـAD بشكل متوافق بنسبة 15% (31).
- إن الدور الذي يلعبه نمط الـHLA في الإصابة بـAD هو مثار للجدل (32).

السببية الإراضية Etiology

1-العامل الوراثي:

- توجد القصة العائلية في حوالي 70% من مجمل الحالات⁽²⁶⁾.
- أشارت بعض الدراسات إلى توضع مورثة التأتب على الصبغي 11Q13، دون تأكيد ذلك⁽³¹⁾.

2-الاضطرابات المناعية⁽³³⁻³⁴⁾:

- في مرضى AD: توجد هناك سيطرة لخلايا Th₂ التي تؤدي إلى زيادة إنتاج IgE
- Th بواسطة اللقفاويات B، ويفضل فعلها المثبط لخلايا Th₁، تقلل من الاستجابة المناعية الخلوية.
- يوجد لدى مرضى AD ميل وراثي لإنتاج مستويات مرتفعة من IgE، وكاستجابة للعوامل المحسنة المختلفة.
- تسبب التفاعلات الأرجية المتوسطة بواسطة IgE تحرراً للوسائط الكيميائية من الخلايا البدينة (Mast cell)، وتكون هذه التفاعلات ثنائية الطور: نمط تفاعل عاجل مسؤول عن الأحمار والحكة ونمط تفاعل آجل يسبب التهاباً مزمنياً.
- تملك خلايا لانغرهانس في مرضى AD مستويات مرتفعة من مستقبلات IgE، التي تقوم بالتقاط المؤرجات النوعية بشراسة، ومن ثم تقدمها إلى الخلايا Th-2 بشكل أكثر فعالية.
- إن الإفراز الزائد لـ PGE-2 من قبل الخلايا الوحيدة في مرضى AD، يثبط إنتاج الـ (INF γ)، مما يؤدي بدوره إلى تثبيط خلايا (Th-1).

• يزداد نشاط (Cyclic AMP-phosphodiesterase enzyme) في الخلايا الوحيدة لمرضى الـAD، مما يؤدي لزيادة اصطناع الـIgE من قبل اللمفاويات B وتحرر الهيستامين من الخلايا البدنية.

• قد تقوم الخلايا الكيراتينية المتأذية بفعل التخريش بإفراز الـ(Cytokines) التي تساعد في هجرة الـTh₂ الـالـجلد.

3- الاضطرابات الوعائية⁽³⁶⁻³⁵⁾:

تبدى الأوعية الدموية الصغيرة لدى مرضى الـAD ميلاً لحدوث التضيق الوعائي الذي يتظاهر بشحوب الجلد، برودة الأصابع، تقبض وعائي لدى التعرض للبرد، كتوبية بيضاء، رد فعل غير طبيعي تجاه الهيستامين في الجلد المصاب.

4-العوامل المناخية⁽³⁷⁾:

- ينتشر الـAD بشكل خاص في المناطق الحارّة، ويتفاقم في فصلي الخريف والربيع.
- يزيد المناخ البارد والجاف من جفاف الجلد، في حين يؤدي المناخ الحار والرطب لحدوث التعرق وتهيج الجلد.
- إن التعرض بشكل عقلائي لأشعة الشمس يحسن من الأعراض.

5-المؤرجات:

أ-الطعام⁽³⁹⁻³⁸⁾:

- تفاقم بعض أنواع الأطعمة أعراض الـAD بشكل واضح وخاصة عند الأطفال.
- إن اختبار وخز الجلد، واختبارات RASTs مفيدة لاستثناء المؤرجات الغذائية.

- هناك (6) أنواع من الأطعمة مسؤولة عن 90% من الحوادث الأرجية الغذائية وهي (البيض، الحليب، السمك، الفول السوداني، القمح، فول الصويا).

ب-المؤرجات الهوائية Aeroallergens : (41-40)

- في حين تعتبر الأرجية الغذائية أكثر مشاهدة لدى الأطفال صغار السن والرضع تبدو المؤرجات الهوائية عاملاً مهماً لمفاومة الAD لدى البالغين وكبار الأطفال.
- إن سوس نجار المنزل، وغبار الطلع، ووبر الحيوانات هي المؤرجات الهوائية الأكثر أهمية والتي يجب على مريض AD تجنبها.

ج - المنتجات الجرثومية Microbial Products : (43-42)

- تنتزع المكورات العنقودية على جلد مريض الAD بصورة أكثر من أقرانهم غير المصابين بالAD.
- تلعب ذيفانات المكورات العنقودية دور مستضد سطحي وتحرض التفاعلات الأرجية.
- يمكن لانتانات الجلدية الأخرى كالفطور الجلدية وخاصة الوبغاء البيضوية أن تقوم بفعل المؤرجات وتحرض التفاعلات الأرجية.

6-العوامل النفسية (45-44) :

* تتسم ملامح الشخصية التأتبية بما يلي:

- هدوء خارجي
- نوب من الهياج والاكتئاب
- قلق
- أرق
- شعور بالإحباط

• شعور بعدم الأمان

• أنانية

• عدوانية

* قد تصبح الحكمة منعكساً شرطياً، بحيث يبادر الطفل إلى الحكاك بمجرد ملامسته لجلد أي

شخص كان وليس جلده فقط.

7-التغير البشري Epidermal chang⁽⁴⁶⁾:

• يتعزز عبور المؤرجات بسبب الشذوذات التي تصيب الوظيفة الحاجزية عند المرضى التأتبيين.

• يكون الجلد جافاً وتنقصه الطبقة الهيدروليبيدية الطبيعية الواقية التي تحد من التماس المباشر بين

الجزئيات المحيطة والطبقة المتقرنة.

• هناك شذوذات في تماسك الخلايا المتقرنة تقاوم من هذا العجز في الحاجز الجلدي.

منبهات التهاب الجلد التأتبي

Trigger of Atopic Dermatitis

<p>1- مذيبات الشحوم (الصوابين) المواد المنظفة. 2- مطهرات (كلور ضمن أحواض السباحة). 3- المخرشات المهنية.</p>	<p>*معرضات الجفاف Xerosis irritants</p>
<p>1- سوس الغبار 2- غبار الطلع 3- العفن 4- قشرة الرأس.</p>	<p>*المؤرجات التماسية والمحمولة بالهواء Contact and air borne allergens</p>
<p>1- إنتانات فيروسية (خصوصاً التي تصيب الطرق التنفسية العلوية). 2- عنقوديات م ذهبية 3- عفن البويغاء 4- المبيضات 5- الفطور الجلدية</p>	<p>*عوامل جرثومية Microbial agents</p>
<p>1- الأطعمة 2- العوامل النفسية 3- المناخ 4- الهرمونات.</p>	<p>*عوامل أخرى Others</p>

المظاهر السريرية Clinical Features

تتضمن المظاهر السريرية للAD⁽⁵⁾:

- 1- حكة
 - 2- حمامى بقعية، حطاطات، حطاطات حويصيلية.
 - 3- تحزز وتسحج.
 - 4- جفاف في الجلد.
 - 5- إنتان ثانوي.
- ميّز Hill & Sulzberger بين ثلاث مراحل للAD حيث تتغير الاندفاعات من حيث (الشكل والتوزيع)⁽⁴⁷⁾ تبعاً للعمر.

A topic Dermatitis Phase

I-مرحلة الرضع Infantile phase:

- تمتد من عمر 2 شهر إلى عمر 2 سنة.
- غالباً ما تبدأ الاندفاعات بالظهور على الوجه والفروة.
- تستثنى منطقة الحفاض من الإصابة غالباً.
- تصاب الركبتان غالباً عند بدء الطفل بالحبو.
- تتكون الاندفاعات من حمامى، حطاطات وذمية متجمعة أو متفرقة، حاكة بشدة، قد تصبح نازة ومتجلدة نتيجة للحك.
- الإصابة بإنتان ثانوي واعتلال العقد اللمفية شائعة الحدوث.
- يعتبر جفاف الجلد المعمم بما فيه جلد الفروة وشعر الرأس من العلامات الهامة للتشخيص.
- يسير المرض سيراً مزمناً ومتقلباً بين هجوع، وسورات عقب الإنتانات أو تغيرات المناخ.

II-مرحلة الطفولة Childhood phase

- تمتد من عمر 2 سنة، حتى عمر البلوغ.
- المناطق الأكثر إصابة هي المرفقين والمنبضين، العنق، الكاحلين والمعصمين.
- تميل الاندفاعات الحطاطية الحمامية الوذمية لأن تصبح حزازانية.
- قد تظهر اندفاعات أكزيمائية حويصلية.
- إصابة اليدين وتغيرات الأظافر شائعة.
- يجب تفريق الآفات الحويصلية الموضعة أو المعممة عن الانتانات الثانوية.

III-مرحلة البلوغ Adult Pasa

- يستمر الوبع بإصابة الثنيات في هذه المرحلة.
- تسيطر اللويحات الحزازية أو المتأكزمية على اللوحة السريرية غالباً.
- تميل الحطاطات والعقيدات الحاكة بشدة للظهور، في هذه المرحلة.
- تبدي الحالات المعندة جفافاً شديداً، وحكة تظهر لدى التعرق أو التعرض لأي عامل محرض آخر.
- تعتبر أكزيما اليدين المزمنة، مظهراً شائعاً لمرضى AD في هذه المرحلة.

A associated Features & Complications

***الجلدية Cutaneous:**

أحمرية جلدية، نخالية بيضاء، فرط الخطوط الراحية، سماك شائع، تفران شعري، التهاب الشفة، شرى، أكزيما الحلمة، حاصة بقعية، خفة الجزء الوحشي من الحاجبين، شحوب حول الحجاج وحول الأنف، كتوبية الجلد البيضاء.

***العينية Ocular :**

أكزيما الأجزاء، التهاب أجزان مزمن، التهاب ملتحمة ناكس، ثنية تحت الحجاج، قرنية مخروطية، سواد حول العينين، ساد تحت المحفظة أمامي، انفصال الشبكية.

***الانتانات Infections :**

(1) الانتانات بالعنقوديات

(2) الانتان بالحلا البسيط (قد يصيب مختلف الأعمار ويسبب الاندفاع حماقي الشكل لكابوزي أو الأكزيما الحثئية).

(3) الملسياء السارية.

(4) التآليل الشائعة.

(5) الفطور الجلدية.

***الاضطرابات التأتبية المرافقة :**

1- التهاب أنف تحسسي (حمى القش) (Hay Ferer).

2- الربو القصبي.

*تأخر في النمو.

*تأثيرات نفسية(90) .

1- قلق.

2- اكتئاب.

3- إحباط.

4- ضعف العلاقات العائلية والاجتماعية.

تشخيص التهاب الجلد التأتبي

وصفت عدة معايير في مختلف المراحل العمرية لتشخيص التهاب الجلد التأتبي كان أشهرها

عام 1980

(Criteria of Hanifen and Rajka)

وهو التصنيف العالمي المعتمد من قبل منظمة الصحة العالمية والتي تضم (4) معايير

كبرى يشترط فيها توفر (3) أو أكثر لتشخيص التهاب الجلد التأتبي + معايير صغرى (24)

معيار يكفي وجود (3) أو أكثر بالإضافة إلى المعايير الكبرى⁽⁴⁹⁻⁵⁰⁾.

Hanifin and Rajka Criteria For the diagnosis of AD

<p>1- الحكة.</p> <p>2- توزع ومظهر سريري نموذجي.</p> <p>3- التهاب جلد مزمن أو ناكس بشكل مزمن.</p> <p>4- قصة شخصية أو عائلية لمرض تأتبي.</p>	<p><u>المعايير الكبرى :</u></p>
<p>1- الجفاف.</p> <p>2- سماك /فرط وضوح بالخطوط الراحية/ تفران شعري.</p> <p>3- اختبار التحسس الجلدي المباشر نمط I.</p> <p>4- ارتفاع IgE المصل.</p> <p>5- بداية مبكرة للظهور.</p> <p>6- الميل للإصابة بالأخماج الجلدية.</p> <p>7- الميل لالتهاب جلد لا نوعي (اليدين - القدم).</p> <p>8- اكزيما الحلمة.</p> <p>9- التهاب شفة.</p> <p>10- التهاب ملتحمه متكرر ناكس.</p> <p>11- ثنية (Dennie-Morgan) تحت الحاجاج.</p> <p>12- قرينة مخروطية.</p> <p>13- ساد تحت المحفظة أمامي.</p> <p>14- السواد حول العينين.</p> <p>15- شحوب وجهي / حمامي وجهية.</p> <p>16- نخالية وجه بيضاء.</p> <p>17- طيات عنق أمامية.</p> <p>18- حكة عند التعرق.</p> <p>19- عدم تحمل للصوف ومذيبيات الشحوم.</p> <p>20- تبارز حول الجريبات.</p> <p>21- عدم تحمل لأنواع من الأطعمة.</p> <p>22- تأثر سير المرض بعوامل نفسية أو بيئية.</p> <p>23- كتوبية جلد بيضاء.</p>	<p><u>المعايير الصغرى:</u></p>

ثم تعديل هذه المعايير فأصبحت أكثر مصداقية وأبسط تماشياً مع السريريات فكان التعديل البريطاني على معايير Hanifen, Rajka التشخيصية لالتهاب الجلد التأتبي (بعد نفي الجرب)

UK Refinement of the Hnifen and Rajka diagnostic Criteria for atopic dermatitis (51)

ينص على:

- A-حكة بالجلد خلال ألاثني عشر شهراً الماضية + 3 أو أكثر مما يلي:
- 1- بدء حدوث قبل سن الثانية (لا يستخدم عند الأطفال بعمر أكثر من 4 سنوات).
 - 2- قصة لإصابة التئيات بما فيها الخدود عند الأطفال دون سن العاشرة.
 - 3- قصة جفاف جلد معمم.
 - 4- قصة شخصية لمرض آخر (أو قصة أي مرض تأتبي عند أحد أقارب الدرجة الأولى عند الأطفال دون سن الرابعة).
 - 5- التهاب جلد واضح مزمن أو ناكس في التئيات أو التهاب جلد الوجنتين والجبهة والأطراف عند الأطفال دون سن الرابعة.

التشريح المرضي Histology (52-53)

إن المعطيات النسيجية في AD غير نوعية وغير مشخصة.

تتصف الـAD الحادة بما يلي:

← تبدي الطبقة المتقرنة فرط تقرن من نوع خطل التقرن، كما أنها تحوي تجمعا للبلاσμα المتخثرة التي

تتظاهر سريريا على شكل قشور.

← سفاج (Spogosis)

← حوصلات ضمن بشروية قد تتخللها اللمفاويات T والعدلات.

← تبدي الأدمة العلوية توسعا وعائيا، وذمة، وارتشاحا خلويا وعائيا بالخلايا وحيدة النوى.

← تتواجد العدلات والحمضات والأسسات بأعداد طبيعية في الأدمة.

تتصف الـAD المزمنة بما يلي :

← فرط تقرن من نوع خطل التقرن

← شواك

← سفاج خفيف

← تزداد أعداد خلايا لانغرهانس في البشرة

← تسيطر البالعات على الرشاحة الخلوية وجيدة النوى في الأدمة.

← هناك تزايد بأعداد الخلايا البدنية.

← قد تتزايد أعداد الحمضات.

← قد تتزايد أعداد الأوعية الدموية وتزداد ثخانة جدرانها.

الموجودات المخبرية (54-55):

- لا توجد فحوص مخبرية نوعية لتشخيص الAD.
- يحدث ارتفاع في مستويات IgE المصل والايوزينات في الدم المحيطي لدى معظم الأشخاص المصابين بالAD، وهذه الموجدات قد تكون مفيدة لإثبات الطبيعة التأئية لدى الأشخاص المشكوك بإصابتهم.
- هناك 20% من مرضى AD لديهم مستوى IgE طبيعي وفي المقابل هناك 15% من الأشخاص السليمين يكون لديهم ارتفاع في مستوى IgE المصل.

التشخيص التفريقي (56)

Different Diagnosis

عند الأطفال :	عند البالغين :
- متلازمة ويسكيت - أدريش.	- التهاب الجلد التماسي الأرجي.
- متلازمة فرط الغلوبولين المناعي IgE.	- التهاب الجلد التماسي التخريشي.
- الهزع أو رنج توسع الشعريات.	- التهاب الجلد المثي.
- فقر الدم بالغاما غلوبولين.	- اللمفوما الجلدية تائية الخلايا.
- متلازمة هارتنب.	- اندفاعات صدافية الشكل.
- اعتلال جلد النهايات معوي المنشأ.	- النخالية الحمراء الشعرية.
- الجرب.	- الجرب.
- التهاب الجلد المثي.	- متلازمة فرط الغلوكوغونوما.
- ببيلة الفينيل كيتون.	- البلاغرا.

الوقاية والعلاج

I-إجراءات عامة General Measure (57-58-59-60):

- تقديم الدعم النفسي والاجتماعي.
- تجنب العوامل التي تسبب الجفاف والحكة والالتهاب.
- تجنب التماس مع المخرشات الموضعية مثل (الثياب الصوفية)، يفضل استخدام الثياب القطنية الناعمة.
- يجب العناية بنظافة الأظافر، وتقليمها باستمرار.
- تجنب التماس مع الحيوانات، الغبار، العطور.
- تجنب الاستحمام الزائد.
- تعتبر الحمامات الدافئة لمدة (20-30) دقيقة من الإجراءات المثالية.
- يجب استخدام المطريات بعد الاستحمام.
- يجب أن يكون الصابون المستخدم لطيف أو غير مخرش.
- تجنب الأطعمة التي يعتقد أنها تحرض AD.
- الرضاعة الطبيعية لدى الأطفال.
- تجنب الحليب، الصويا، البيض والقمح لدى الأطفال.
- تجنب التعرض للحرارة والرطوبة الزائدة.
- تجنب النشاطات التي تؤدي للتعرق الزائد.
- يمكن لتقنيات الإلهاء (Distraction techniques) أن تفيد في نسيان المريض للحكة، كأن نطلب من المريض أن يمسك قبضتيه بإحكام لمدة 30 ثانية ويسترخي بعدها.

II-العلاجات النوعية Specific Treatments :

A-العلاج الموضعي Topical therapy :

1-المطريات Emollients⁽⁶¹⁾:

- يفضل تطبيق المطريات بعد 2-3 دقائق من حمام دافئ.
- هناك العديد من المطريات التي يمكن استخدامها لترطيب الجلد الجاف عند مرضى الاكزيمة البنيوية، لكن تفضل المطريات بصورة مرهم أو كريم على المطريات بصورة سائل.
- تعتبر المطريات الحاوية على اليوريا (urea) وعلى أحماض الألفاهيدروكسي فعالة جداً، ولكنها يمكن أن تسبب بحس حرقة ووخز خاصة في المناطق الالتهابية.
- يفضل استعمال المطريات الخاملة مثل الفازلين الأبيض لدى الأطفال الذين يتطور لديهم حسن وخنز.
- يجب تطبيق المطريات 2 - 3 مرات يومياً على جلد رطب.

2-الستيروئيدات الموضعية (T.S) Topical steroids⁽⁶²⁻⁶³⁻⁶⁴⁾ :

- تعتبر الستيروئيدات الموضعية العلاج الأساسي للAD.
- يجب علاج المناطق الالتهابية من AD بجرعة هجومية من (T.S) (2-3 مرات/يومياً) إلى أن تتحسن، ثم نبدأ بالتخفيف التدريجي من ال(T.S)، ويتم استبدالها بالمطريات حتى الوصول إلى جرعة الصيانة (مرتين أسبوعياً).
- إن الوقت المثالي لتطبيق الستيروئيدات الموضعية هو 2-3 دقائق بعد الاستحمام، حيث يزداد امتصاصها في الجلد الرطب.

- إن القواعد العامة لوصف الستيروئيدات الموضعية مطبقة أيضاً في التهاب الجلد التأتبي فالمستحضرات ذات النفوذية أو القدرة الأضعف هي التي يجب استخدامها على الوجه، المغبن أو الإبطين وذلك للإقلال من الآثار الجانبية الموضعية مثل العد، الفرز، توسع الشعريات والضمور.
- أيضاً يفضل استخدام المستحضرات ذات القدرة الأقل لعلاج الرضع وذلك لأن لديهم نسبة أعلى من مساحة سطح الجلد إلى كتلة الجسم من الأكبر سناً، وبسبب زيادة قابلية الامتصاص الجهازي لهذه الأدوية.
- تكون المراهم Ointments عادة أكثر قدرة من الكريمات (Creams) لكن لها منظر دهنياً ويجب تجنبها على الآفات النازة أو المكشوفة وفي أماكن الطيات.
- من الممكن أن تحوي الكريمات على مواد حافظة قد تسبب التهاب جلد بالتماس بينما تكون الدهون (Lotions) أقل قدرة على الترطيب اللازم للعلاج.
- أظهرت التجارب السريرية أن الستيروئيدات الموضعية آمنة وفعالة لعلاج هجمات التهاب الجلد التأتبي إذ استخدمت لـ4 أسابيع، رغم أن العديد من الحالات يمكن السيطرة عليها بمدة علاجية أقل.
- بعد شفاء هجمة التهاب الجلد التأتبي يجب إتباع الطرق والخطط الوقائية للسيطرة على المرض، فاستخدام الستيروئيدات الموضعية يصاحبه آثار جانبية موضعية وجهازية قد تؤدي إلى الإقلال من استخدام هذه المواد الفعالة، ومن هذه الآثار خطوط ضمورية Stria atrophicans، فرفريات، توسعات شعرية، ضمور في الجلد، تقاوم العد.
- ومن الآثار الجانبية للستيروئيدات أيضاً تثبيط المحور الوطائي النخامي الكظري إلا أنه من الصعب تقييم الآثار الجانبية الجهازية للستيروئيدات الموضعية بالاعتماد على الأدب الطبي

الحالي لكن لا يوجد دليل قاطع على أن للستيروئيدات الموضعية المستخدمة بطريقة صحيحة آثاراً جانبية جهازية واضحة.

3-المعدلات المناعية Immunomodulators⁽⁶⁷⁻⁶⁶⁻⁶⁵⁾:

- إن مضادات الكالسيتورين (Tacrolimus) (Pimecrolimus) هي مثبطات مناعة طورت بالأصل للإعطاء الجهازى لمنع رفض الطعوم المزروعة.
- هذه الأدوية تثبط Calcineurin في الجلد مما يمنع تفعيل الخلايا التائية T cell activation وإفراز السيتوكينات، وهي أدوية فعالة حسب دراسات كثيرة.
- من الآثار الجانبية لها الأدوية حس حرقه بالجلد وتخريش ويجب أن يؤخذ بعين الاعتبار احتمال تطور خبائثات جلدية موضوعة أو بأمكان بعيدة عن مكان تطبيقها ، لذا يجب تثقيف المرضى وأهاليهم بضرورة الامتناع عن التعرض لأشعة الشمس أثناء فترة العلاج واستخدام واقيات شمسية.
- تستخدم كخط علاج ثانى للAD الشديد والمتوسط.
- لا يسمح باستعماله للأطفال بعمر أقل من 2 سنة.

4-قطران الفحم Cool Tar⁽⁶⁸⁾:

- استخدم قطران الفحم والمستحضرات الحاوية على القطران لعدة سنوات كعلاج للAD.
- يفيد القطران في التخفيف من الحكة والالتهاب التي قد تكون مفيدة في إنقاص استخدام الستيروئيدات القوية الموضعية المستخدمة في الحالات المزمنة.
- لم يعد يستعمل حالياً، لظهور أدوية أكثر فعالية وبسبب مشاكله التجميلية.

B-العلاج الجهازى Systemic Therapy:

1-الستىروئيدات الجهازية⁽⁶⁹⁾:

قد نلجأ إلى برنامج علاجى قصير الأمد من الستيروئيدات الجهازية فى الحالات المعندة الشديدة من التهاب الجلد التأتبى.

- يجب تحديد استخدامها لفترة قصيرة.
- تتحسن الأعراض بشكل سريع خلال الأيام القليلة الأولى من بدء العلاج.
- الستيروئيد الأكثر استخداماً هو Prednisone 1-2ملغ/كغ/يوم/7 أيام.
- يجب الانتباه إلى تأثير الستيروئيدات على العين من حيث تسببها فى الساد والزرق والتهابات القرنية والملتحة الجرثومية والفطرية والفيروسية.

2-مضادات الهستامين⁽⁷⁰⁻⁷¹⁾:

- تستعمل مضادات الهستامين لتسكين الحكمة (العرض الأساسى) لدى مرضى الAD.
- تتفاوت فعالية مضادات الهستامين، باعتبار أن الهستامين ليس الوسيط الوحيد للحكمة لدى مرضى التأتب.
- يمكن استعمال مضادات الهستامين غير المركنة مثل (Ceterizine Loratdine).
- تعتبر مضادات الهستامين المركنة (Diphenhydramine Hydroxyzine) مضادات الهستامين المتلى لمرضى الAD بسبب فعلها المسكن والمركن.

3-مضادات الأحياء الدقيقة Anti microbials :

(a) **Antibiotics** ⁽⁷²⁾: الصادات الحيوية

تستخدم الصادات الحيوية (Cloxacillne - Erythromycine-Cephalasporins) بالجرعات المعتادة لعلاج الإنتان الثانوي لدى مرضى الـAD والذي غالباً ما تسببه العقنوديات المذهبة.

(b) **Anti virals** ⁽⁵⁴⁾: المضادات الفيروسية

يعتبر الـ(Acyclovir) المضاد الفيروسي الأكثر استخداماً لدى مرضى الـAD يستحسن استعماله خلال الـ24 ساعة الأولى من بدء ظهور الاندفاعات الجلدية فيروسية المنشأ.

(c) **Antifungal** ⁽⁷³⁾: المضادات الفطرية

يستحسن تطبيقها موضعياً، ويستعمل (Ketoconazol) جهازياً في الحالات الشديدة فقط.

4-المعدلات المناعية : Immunomodulators :

أ-السيكلوسبورين Cyclosporine ⁽⁷⁴⁾:

يستخدم لدى البالغين فقط بجرعة 2 ملغ/كغ/يوم فمويًا، مقسمة على جرعتين لعلاج الحالات الشديدة والمعدنة.

ب-الميتوتركسات Methotrexate ⁽⁷⁵⁾:

يستخدم لدى البالغين فقط في الحالات الشديدة والمعدنة ويعطي النتائج الجيدة بعد 3 إلى 6 أسابيع من استعماله.

الجرعة لدى البالغين 10-25 ملغ/أسبوع/عضلياً.

أو 2,5 - 7,5 ملغ / 12 ساعة / 3 جرعات / أسبوع/فمويًا.

C-الأزاثيوبرين Azothioprine⁽⁷⁶⁾:

يستخدم فقط لدى البالغين في الحالات الشديدة بجرعة: 0,1 ملغ/كغ/يوم/6 أسابيع فمويًا.

d-ميكوفينولات موفيتيل Mycophenolate Mofetil⁽⁷⁷⁾:

يستخدم في الحالات الشديدة والمتوسطة من الـAD غير المستجيبة على العلاجات التقليدية بجرعة

1غ/مرتان/يوم/4أسابيع/فمويًا.

5-العلاج الضوئي Photo therapy:⁽⁷⁹⁻⁷⁸⁾

- يمكن للعلاج الضوئي أن يخفف من شدة الحكة والالتهاب لدى مرضى الـAD.
- يستخدم UVB لوحده أو بالمشاركة مع UVA في العلاج لبعض حالات الـAD.
- 1- يستخدم الحزمة الضيقة من UVB (311 nm) كعلاج ضوئي فعال.
- 2- أعطى استخدام الـPUVA نتائج جيدة لدى المرضى البالغين المصابين بالـAD.

6-علاجات أخرى:

- مثبطات اللوكوترين: دورها في علاج الـAD لا يزال قيد الدراسة
- الحقن الوريدي للغوبولينات المناعية: لا تزال الفائدة من حقنها وريدياً بجرعات كبيرة لعلاج الـAD قيد الدراسة.

نوعية الحياة

(QOL) Quality Of Life

إن نوعية الحياة هي درجة المتعة أو الرضا التي يشعر بها الشخص في كل يوم من حياته⁽⁸⁰⁾.

العديد من الدراسات استخدمت مقاييس ذات مصداقية إما عامة تقيس نوعية الحياة بشكل عام أو خاصة بالأمراض الجلدية.

إن المقاييس العامة مفيدة لأنها تسمح بالمقارنة المباشرة مع جمهرة أخرى من المرضى، لكن ينقصها النوعية تجاه المرضى وكونها مطولة بشكل كبير وهذا ما يؤدي للعديد من الصعوبات في تفسير النتائج. أما المقاييس الخاصة بالمرض والنوعية للأمراض الجلدية فهي أكثر حساسية، ولكنها لا تسمح لنا بالمقارنة مع مجموعة من المرضى غير الجلديين.

إن نوعية الحياة (QOL) Quality of life هي مفهوم متعدد الأبعاد من الصعب تعريفه أو قياسه.

قامت منظمة الصحة العالمية (1995) بوضع تعريف لنوعية الحياة على أنها: إدراك الفرد لوضعه في الحياة في سياق الثقافة والقيم التي يعيش بها ومدى تطابق أو عدم تطابق ذلك: مع أهدافه، توقعاته، قيمه، واهتماماته المتعلقة بصحته البدنية، وحالته النفسية، مستوى استقلاليته، علاقاته الاجتماعية، اعتقاداته الشخصية وعلاقته بالبيئة بصفة عامة⁽⁸¹⁾.

وأيضاً قام كل من Gillam و Feinstein بتعريف نوعية الحياة بأنها المواقف التي يتحسس بها المريض ويرتكس أو يتفاعل مع حالته الصحية وكذلك مع الآخرين.

وتبعاً لها التعريف فإن العوامل التي تكون من نوعية الحياة تتألف من مكونات جسدية، وظيفية، انفعالية، وذكائية وبرغم التعاريف الكثيرة لنوعية الحياة فإن الغالبية العظمى من الباحثين يتفقون بأن العوامل التي

تؤثر على نوعية الحياة يجب أن تقسم إلى مجموعتين⁽⁸²⁾:

عوامل شخصية وعوامل موضوعية Subjective and objective :

تتضمن العوامل الشخصية : التقييم الشخصي للحالة الجسدية (مثلاً الفعالية العامة، اللياقة)، الحالة النفسية (القلق، الاكتئاب، تقييم الذات وصورة الذات)، العوامل الاجتماعية (الرضا عن العمل والكسب المادي وأوقات الفراغ)، العلاقات مع الأشخاص الآخرين (شبكة العلاقات الاجتماعية والتفاعل مع الأشخاص الآخرين).

أما العوامل الموضوعية Objective فإنها تشير إلى التشخيص الطبي أو النفسي، النتائج المخبرية، المؤشرات على الحالة الاقتصادية والاجتماعية (متوسط دخل الفرد لدى الأسرة في المجتمع ككل). مما سبق يتبين بأن الحالات الصحية سواء كانت جسدية أم نفسية تشكل جزءاً مهماً من تقييم نوعية الحياة.

إن نظرة الذات يمكن أن تؤدي إلى مشاعر وانفعالات إيجابية في حال كانت سوية أو تؤدي إلى قلق وخوف واضطرابات تأقلمية في حال كانت غير سوية⁽⁸³⁾.

وبالتالي فإن نظرة الذات بتأثيرها على الحالة العقلية، فإنها تؤثر بشكل لا مباشر على نوعية الحياة. إنه من المهم التأكيد على أن صورة الذات ذات أهمية قصوى في الأمراض التي تغير مظهر المريض. وبما أن الأمراض الجلدية تؤثر على المناطق المكشوفة فإنها تؤثر على صورة الذات وتؤثر بشكل غير مباشر على نوعية الحياة⁽⁸⁴⁾.

إن تغير مظهر الجلد الخارجي يسبب للمريض الإحباط، القلق، الاكتئاب والغضب، وبالتالي يؤثر بشكل مهم على الحالة النفسية للمريض وعلى قبوله لذاته وعلى طبيعته الاجتماعية وتأقلمه مع الآخرين.

لِمَ نحتاج لقياس نوعية الحياة عند مرضى الجلد :

- توجد أسباب عديدة تبرهن أن من النافع لأطباء الجلد أن يستطيعوا قياس تأثير المرض الجلدي على حياة مرضاهم، ومن المهم أيضاً أن يعلموا أن مرضاهم يمكن لهم أن يتأثروا بعمق المرض الجلدي تأثيراً مساوياً أو أكبر من تأثير بعض الأمراض الجهازية.
- هذا الدليل مهم واستخدم لدعم وتقوية مناقشات فيما يخص تطوير الخدمات الجلدية⁽⁸⁵⁾.
- الإجراءات التقليدية المتبعة في الأبحاث السريرية، مثل قياس مساحة أو توسف المرض الجلدي لا تأخذ بالحسبان وجهة نظر المريض، وإن قياس نوعية حياة المريض بالإضافة إلى قياس العلامات السريرية تعطي رسم منظوري شامل لتقييم المريض وتحديد علاجات جديدة، والأبحاث الحديثة تبدي اهتماماً أكبر بمثل هذه الإجراءات الجديدة الإضافية.
- في الوقت الحاضر القليل جداً من الأطباء يقيمون جودة حياة مرضاهم مع ذلك أكثر الأطباء يأخذون بعين الاعتبار تصوراتهم لجودة حياة مرضاهم عند أخذ قرارات مصيرية سريرية مثلاً: بدء دواء مثل رتينويد جهازي عند مرضى العد أو ميتوتركسات عند مرضى الصدف⁽⁸⁶⁾.
- ولسوء الحظ فإن الأطباء ليسوا جيدين كفاية في تقدير جودة الحياة مثلما يظنون.
- إن استخدام معلومات مستقاة من قياس لجودة الحياة بسيط ولكنه معتمد يساعد الطبيب أكثر في اتخاذ قراراته، وقد تكون ذات فائدة أو نفع إضافي في توثيق استجابات وأدلة كاملة لاستخدام أو تقييم دواء معين قد يكون غالي الثمن أو له خطورة مرافقة⁽⁸⁷⁾.

طرق قياس أو تقييم نوعية الحياة

طرق أو أساليب استبائية عامة:

- استبيانات عامة مثل (النمط القصير - 36) (Short Form-36) أو صيغة تأثير المرض (Sickness impact profile) .

- وهذه الاستبيانات مصممة كي تستخدم في كل الأمراض الجلدية، ولذلك فإن المعلومات التي يحصل عليها من هذه الاستبيانات مهمة لأنها تسمح بمقارنة تأثير المرض الجلدي بغير المرض الجلدي.

- فمثلاً (Sf-36) استخدم لإثبات أن بعض الأمراض الجلدية مثل الصداف تسبب إعاقة مماثلة لأمراض كبير أخرى مع حدوث نقص في القدرة العقلية والفيزيائية والجسمية للشخص، مثلاً كما هو الحال في التهاب المفاصل، فرط التوتر الشرياني، السكري⁽⁸⁸⁾.

استبيانات خاصة بالمرض الجلدي مثل:

- منسب العجز الصدافي (PDI (Psoriasis disability index)
- منسب كارديف للعجز بسبب العد (Cardiff once disability).
- استبيان جودة الحياة النوعي للعد (The once specific quality of life questionnaire)
- منسب العجز بسبب الاكزيما (Eczeme disability index)
- تقييم فويبورج لجودة الحياة (Freiburg quality of life assessment)
- استبيان جودة الحياة عند مرضى الحلا التتاسلي الناكس (recurrent genital herpes quality life questionnaire)

نوعية الحياة عند مرضى التهاب الجلد التأتبي :

- إن انتشار الجلد التأتبي قد ازداد خلال العقود الثلاث الماضية، لكن قياس نوعية الحياة وعلاقتها بشدة المرض لم تأخذ بشكل جدي وتعتمد إلا في الـ15 سنة الماضية.
- إن التهاب الجلد التأتبي مرض مزمن ناكس وله تأثير واضح على الأشخاص المصابين به، فهو يؤدي إلى إعاقة شديدة وتحدد قدرة واضحة عن الأطفال، فقد يؤثر على نشاطاتهم اليومية وتطورهم الطبيعي وتصرفاتهم⁽⁸⁹⁾، وتأثيره على الكبار واضح وملموس أيضاً فقد أظهرت الدراسات مشاكل لدى المصابين به مثل الشعور بالخجل والإحراج والقلق، قلة الثقة بالنفس، ومشاكل على صعيد العلاقات الشخصية والاجتماعية والمتعلقة بالعمل⁽⁹⁰⁾.
- لوحظ أن لدى الكبار ميل أكبر للقلق وداء المراق hypochondriac، الشعور بالدونية، والخجل وعدم تقبل الآخرين له والتقليل من النشاطات الاجتماعية والهوايات.
- وجد Stangier أن مرضى التهاب الجلد التأتبي لديهم درجات أعلى من القلق والاكتئاب من مرضى اكزيما المتماس والصداف، العد ومرضى انحلالات البشرة.
- كما لوحظ أن المرضى الذين لديهم درجات معينة من القلق أو الاكتئاب يكون التزامهم بالعلاج ضعيفاً، هؤلاء المرضى قد يستفيدون من إحالتهم إلى علاج أو استشارة نفسية بالإضافة إلى العلاج الجلدي.
- أظهرت دراسة فرنسية تناقص في الرغبة الجنسية لدى مرضى التهاب الجلد التأتبي بنسبة 57,5% و 36,5% من شركائهم الجنسيين ذكروا أن مظهر الأكزيما كان له أثر سلبي على حياتهم الجنسية⁽⁹²⁾.
- في دراسة أجريت في مصر عام 2010 تبين أن كل الأطفال والبالغين الذين يعانون من التهاب جلد تأتبي لديهم مستوى أعلى للقلق ونوعية حياة أقل بالمقارنة مع مجموعة شاهد⁽⁹³⁾.

- في بريطانيا مثلاً التهاب الجلد التأتبي شائع جداً يصيب حوالي 15% من تعداد السكان، 70% منهم يشاهدون قبل عمر السنتين، وبذلك يكون حوالي 4200000 شخص يعانون من الأكزيما خلال فترة الطفولة و92% منهم لديه تأثير سلبي على نوعية الحياة والتطور الروحي⁽⁹⁴⁾.

- كما أظهرت دراسة بريطانية عام 2011 أن أعراض الحكّة والألم تسبب حرماناً من النوم عند 60% من الأشخاص مما يؤدي إلى تعب، تغيرات في المزاج واضطراباً في الأداء النفسي الاجتماعي لدى الطفل والعائلة، خاصة في العمل والمدرسة، عدا عن الإحراج والتعليقات والانتقادات التي قد تؤدي إلى الاكتئاب أو تجنب المدرسة⁽⁹⁵⁾.

- وقد أظهر LE WIS-JONES, FINLAY أنه من بين كل الحالات الجلدية عند الأطفال، فإن التهاب الجلد التأتبي يتميز بأنه له أكبر الآثار وأعظمها على نوعية حياة الطفل مؤثراً على العلاقات العائلية الاجتماعية، وامتدخلاً بالنشاطات اليومية والتطور الطبيعي للطفل، وتقبل المعلمين في المدرسة الذي يتأثر بمظهر الطفل والقلق من احتمال العدوى.

- هذه المشاكل قد تؤدي إلى حرمان عاطفي اجتماعي بيئي والذي يؤثر سلباً في سير المرض.

- وقد وضعت عدة طرق لقياس جودة الحياة عند مرضى التأتب ومنها طرق عامة مثل النمط

القصير SF⁻³⁶ وطرق أخرى خاصة مثل:

- منسب جودة الحياة الجلدي لدى العائلة (DLQI)
- منسب جودة الحياة الجلدي عند الأطفال (CDLQI)
- منسب جودة الحياة الجلدي عند الرضع (IDQOL).

تأثير التهاب الجلد التأتبي على نوعية حياة الأهل :

رغم أن التهاب الجلد التأتبي يبدأ بشكل وصفي في الطفولة، فالقليل من الانتباه والاهتمام يوجه إلى الحالة العاطفية والنفسية للأهل والمزيد من الدراسات والأدلة تدل على أن التهاب الجلد التأتبي قد يسبب مشاكل عدة لدى الأهل ويؤثر على حياتهم في المجالات التالية :

- 1- الاهتمام العملي مثل تنظيف المنزل، الغسيل أو إعداد الطعام.
- 2- الضغوط النفسية مثل الشعور بالذنب، الإرهاق، الشعور بالضيق أو العجز.
- 3- نمط حياة العائلة (مثل أن بعض العائلات تذكر قيوداً بالنسبة لذهابهم للمطاعم أو الاستمتاع بالعطل).
- 4- اضطراب في النوم عند الأطفال وأهاليهم وإخوتهم.
- 5- قلق لدى الأهل بسبب المشاكل التي يعانيها أبنائهم في المدرسة مثل السخرية منهم أو المضايقات.
- 6- مشاكل تربية في تصرفات الأطفال والتعامل معهم مثل أن يكونوا سريع الغضب والانفعال وسيئي المزاج.
- 7- مشاكل اقتصادية بسبب الغسيل الزائد أو اختيارات أطعمة معينة وغيرها⁽⁹⁶⁾.
- 8- مشاكل شخصية بين الأفراد وبين الأهل والمريض بسبب كونهم مفرضي الحماية.
- لكن ليس كل الأهل لديهم قيود في كل المجالات، ولكن مشاكل العناية العملية، والجودة الشخصية العاطفية النفسية كانت من أبرز ما يقلق الأهل بنسبة حوالي 74%، كما ذكر في دراسة Elliot, Luker عام 2003⁽⁹⁷⁾.
- وفي دراسة بريطانية عام 2009 أظهرت 22% من الأمهات لديهن سلوك عدواني تجاه حكة أطفالهن وكانت 21% من الأمهات لديهن سلوكيات حماية مفرطة لأطفالهن وشعرت 21% من الأمهات بإحباط بسبب مشكلة أبنائهن⁽⁹⁶⁾.
- كما لوحظ بمقارنة الحالة مع أهالي لديهم طفل سكري وكذلك مجموعة شاهد أصحاء، أن أهالي مرضى التهاب الجلد التأتبي لديهم درجات أعلى في الاستبيانات المتعلقة بنوعية الحياة وبالتالي تأثر حياتهم سلباً كان أكبر كلما كانت زادت شدة المرض.
- استخدمت عدة استبيانات معتمدة لقياس جودة حياة أهالي مرضى التأتبيين ومنها:

SF-36, SF-12, Dermatitis Family Impact Questionnaire, (FDLQI)

القسم العملي

مقدمة

يعتبر التهاب الجلد التأتبي مرضاً شائعاً في الطفولة والكهولة، وهو مرض ناكس يتطلب وقتاً طويلاً من العلاج والكثير من الأدوية والاهتمام مما يسبب الإرباك والإزعاج للمريض وأهله. كانت الدراسات السابقة تهتم بالتقييم السريري للمرض وتأثير العلاجات وتفضل الجانب المتعلق بالمريض وعائلته، ومن هنا كان اهتمامنا بدراسة نوعية الحياة عند مرضى التهاب الجلد التأتبي وذويهم.

هدف الدراسة :

دراسة نوعية الحياة لدى الأطفال المصابين بالتهاب الجلد التأتبي ذات الفئة العمرية المتراوحة من 1-12 سنة وعائلا تهم.

العينة وطرق الدراسة :

- درستنا هي دراسة مقطعية عرضية (Cross - Sectional) حيث شملت الدراسة جميع مرضى التهاب الجلد التأتبي الذين تتراوح أعمارهم بين (1-12) سنة والذين شخص لديهم لتهاب الجلد التأتبي سريريا وفق معايير التشخيصي المذكورة سابقاً في القسم النظري(99).
- تمت الدراسة في مشفى الأمراض الجلدية والزهرية الجامعي بدمشق بين شهر تشرين الثاني 2012 وحتى تشرين الأول 2013.
- تضمنت الدراسة 60 مريض مصاب بالتهاب الجلد التأتبي.
- تم أخذ قصة سريرية مفصلة وتسجيل المعلومات المتعلقة بكل مريض في استمارة خاصة وقد أخذت موافقة المرضى لدخول الدراسة.

تم فحص المرضى وتقدير شدة التهاب الجلد التأتبي حسب منسب قياس التهاب الجلد التأتبي (100)

Severty Scoring A topic Dermatitis Index (SCORAD)

- تم انشاؤه في 20 أيلول عام 1990 في Bordeaux من قبل فرقة العمل الأوروبي نشرت في طب الأمراض الجلدية في عام 1993 وأصبحت أداة مرجعية لمتابعة وتقييم شدة التهاب الجلد التأتبي يتم ملؤه من قبل الطبيب في كل زيارة. ويستخدم هذا المؤشر قبل وبعد العلاج لتحديد ما اذا العلاج فعال .
- وهو منسب يعتمد على 5 علامات سريرية لقياس شدة المرض وهي:

الحمامي / الوذمة أو الحطاطات / النز أو الجلبيات / التسحج / التحرز أو الجفاف

تعطى كل من هذه العلامات درجات تتراوح بين 0-3 بحيث :

0 : لا شيء

1 : خفيف

2 : متوسط

3 : شديد

- تم حساب مساحة سطح الجسم المصاب بواسطة قانون التبعات المعتمد في الجراحة والحروق.
- يحدد المريض أو أحد أقاربه مدى شدة الحكه التي يعاني منها أو الأرق بسبب المشكلة الجلدية ويعطى علامة من 20.

$$SCORAD = A/5 + 7 \cdot B/2 + C$$

A : العلامات السريرية.

B : مساحة سطح الجسم المصاب.

C : الحكه.

وإذا حذفت أعراض المريض نحصل على objective SCORAD وتكون

العلامة النهائية من 0-83 بحيث يكون التصنيف (101):

- التهاب جلد تأتبي خفيف > 15

- التهاب جلد تأتبي متوسط 15-40

- التهاب جلد تأتبي شديد < 40

● تم تقسيم المرضى إلى 3 فئات عمرية (102-103) :

الفئة الأولى : 1-4 سنوات

الفئة الثانية : 5-7 سنوات

الفئة الثالثة : 8-12 سنة

● تم اعتماد استبيان نوعية الحياة عند مرضى التهاب الجلد التأتبي حسب العمر

وهي استمارة بسيطة تتألف من 10 أسئلة، تقيس مدى تأثير المشكلة الجلدية

على حياة الطفل خلال السبعة أيام الماضية.

معلومات عن مقياس نوعية الحياة عند مرضى التهاب الجلد التأتبي

الكتاب: أستاذ A Y Finlay الدكتور لويس جونز (Professor A Y Finlay and Lewis-jones) ماي عام 1993 ولا يمكن النسخ من دون الحصول على اذن المؤلفين وذلك بالاتصال مباشرة مع الاستاذ Andrew Y Finlay لأخذ الموافقة بينما في حال استخدامها من قبل طلاب الطب او الدراسات العليا فهي ليس بحاجة لموافقة مسبقة . وهو أول أداة لقياس نوعية الحياة عند مرضى التهاب الجلد التأتبي استخدم بأكثر من 80 بلدا و متاحة بأكثر من 90 لغة.

وقد استخدمت في أكثر من 1000 من الدراسات المنشورة عالمياً ومختلف الجنسيات.. في حال الترجمة لأي لغة كان ذلك بالاعتماد على مترجمين مستقلين ثم تتم المقارنة بينهما وعند وجود اختلاف يتم الاعتماد على مترجم ثالث وممكن مترجم رابع مستقل وحقوق التأليف والنشر لأي نسخة مترجمة تكون محفوظة فقط للمؤلف الاصيلي .

*الأطفال بين 1-4 سنوات تم اعتماد مقياس:

(104) INFANT'S DERMATITIS QUALITY OF LIFE (IDQOL)

وهو مقياس لنوعية الحياة يستخدم لدى الأطفال المصابين بالتهاب الجلد التأتبي من عمر 0-4 سنوات، ويتألف من 10 أسئلة كل سؤال يأخذ علامة دنيا هي الصفر وعلامة قصوى هي 3 حيث يكون مجموع النقاط (0-30) ويتم ملؤه من قبل ذوي الطفل أو مقدم الرعاية ويمكن أن يكمل في غضون 2-3 دقائق.

(105) **CHILDREN'S DERMATOLOGY LIFE QUALITY INDEX
(CDLQI)**

هو مقياس لنوعية الحياة عند الأطفال المصابين بالتهاب الجلد التأتبي ما بين (5-
16) سنة.

ويتألف من 10 أسئلة تتركز على الوظائف الفيزيائية والاجتماعية مجموعة نقاط (0-
30) بحيث تمثل أعلى درجات الجودة الأكثر فقراً في نوعية الحياة.

(106) **DERMATITIS FAMILY IMPACT QUESTIONNAIR
(DFI)**

هو استبيان لنوعية الحياة عند ذوي الأطفال المصابون بمرض التهاب الجلد التأتبي
بين 6 أشهر - 12 سنة، يتألف من 10 أسئلة لكل سؤال علامة دنيا هي الصفر
وعلامة قصوى 3 .

وتحسب العلامة النهائية لكل استبيان تجمع علامات جميع الأسئلة وهذا يؤدي إلى
علامة إجمالية دنيا هي الصفر وقصوى هي 30، وكلما كانت العلامة المحققة أعلى
كلما كان تدهور نوعية الحياة لدى ذوي المريض أكبر.

تفسير درجات نسب نوعية الحياة :

- من 0 ← 1 ← ليس له تأثير على الإطلاق على حياة المريض.
- من 2 إلى 5 ← تأثير صغير على حياة المريض.
- من 6 إلى 10 ← تأثير معتدل على حياة المريض.
- من 11 إلى 20 ← تأثير كبير جداً على حياة المريض.
- من 21 إلى 30 ← تأثير كبير للغاية على حياة المريض.

جمع النتائج وتحليلها :

- بعد الانتهاء من جمع المعطيات أدخلت إلى الحاسوب، باستخدام برنامج Excel ومن ثم نقلت إلى برنامج SPSS النسخة 21 بهدف تحليلها بعد أن تم التأكد من صحة الإدخال ودقته.
- تم استخدام طرائق الإحصاء الوصفي من جداول عشوائية وتكرارية ومخططات بيانية مع حساب النسب والمتوسطات والانحرافات المعيارية.
- وبعدها أجري التحليل الإحصائي باعتماد مستوى الدلالة $P=0,05$
- حيث طبق اختبار t -student لحساب قيمة P الموافقة عند مقارنة المتوسطات الحسابية لنتائج الاختبارات.
- بالإضافة إلى تحليل التباين الأحادي (One way ANOVA) لمقارنة أكثر من متوسطين واختبار بيرسون (Person) للارتباط.
- اعتمدت قيمة $P = 0.05$ قيمة مهمة إحصائياً، وهي القيمة المعتمدة عالمياً في تقييم الدراسات، ولذلك فإن أي قيمة لـ P أعلى من 0,05 يعتبر الفرق المشاهد من أجلها غير مهم إحصائياً والعكس بالعكس فأأي قيمة لـ P أقل من 0,05 لا يعتبر الفرق المشاهد من أجلها محض الصدفة بل هو فرق حقيقي أي هناك فرق إحصائي بالمجموعات المدروسة.

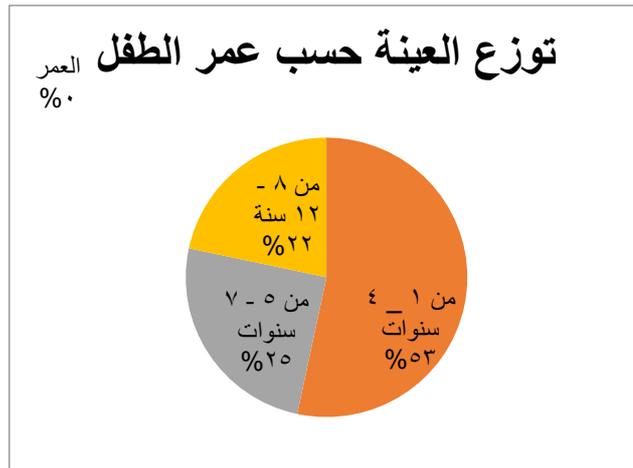
النتائج

1-توزيع الأطفال حسب العمر :

- من 1 ← سنوات 32 طفل
- من 5 ← 7 سنوات 15 طفل
- من 8 ← 12 13 طفل

جدول رقم (1) يبين توزيع الأطفال حسب العمر

الفئة العمرية	العدد	النسبة المئوية
1-4 سنوات	32	53,33%
5-7 سنوات	15	25%
8-12 سنة	13	21,67%



مخطط رقم (1) يبين توزيع العينة حسب عمر الطفل

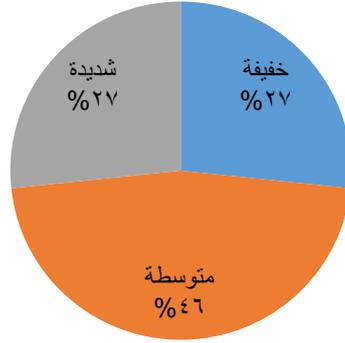
2-توزيع الأطفال حسب شدة الإصابة.

- عدد الأطفال الذين قيمت إصابتهم عند الاستجواب حسب SCORAD الهدف > 10 أنها خفيفة 16 طفل.
- عدد الأطفال الذين قيمت إصابتهم عند الاستجواب حسب SCORAD الهدف (بين 15-40) متوسطة 28 طفل.
- عدد الأطفال الذين قيمت إصابتهم عند الاستجواب حسب SCORAD الهدف (< 40) شديدة 16 طفل.

جدول رقم (2) توزيع الأطفال حسب شدة الإصابة

شدة الإصابة	العدد	النسبة المئوية
خفيفة	16	26,7%
متوسطة	28	16,7%
شديدة	16	26,7%

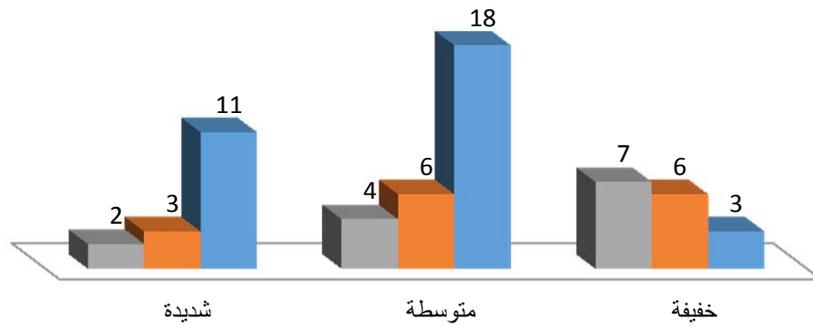
توزع العينة حسب شدة الإصابة



مخطط بياني رقم (2) توزع العينة حسب شدة الإصابة

توزع العينة حسب عمر الطفل وشدة الإصابة

■ من ١ - ٤ سنوات ■ من ٥ - ٧ سنوات ■ من ٨ - ١٢ سنة



مخطط بياني رقم (3)

3-توزع الأطفال حسب الجنس :

- بلغ عدد الأطفال المرضى الذكور 34 طفلاً.
- بلغ عدد الأطفال المرضى الإناث 26 طفلة.

جدول رقم (3)

النسبة المئوية	العدد	الجنس
56,7%	34	ذكر
43,3%	26	أنثى

توزع العينة حسب نسبة الجنس



مخطط بياني رقم (4) توزع العينة حسب الجنس

4-التوزع حسب مكان الإقامة :

بلغ عدد المرضى القاطنين في دمشق 28 مريض.

بلغ عدد المرضى القاطنين في ريف دمشق 20 مريض.

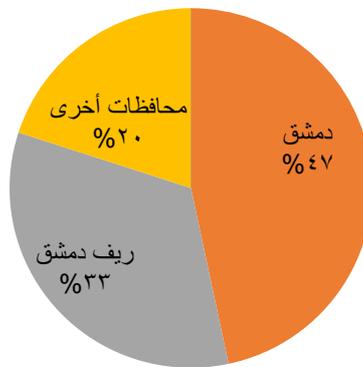
بلغ عدد المرضى القاطنين في محافظات أخرى 12 مريض.

جدول رقم (4)

النسبة المئوية	العدد	مكان السكن
46,7%	28	دمشق
33,3%	20	ريف دمشق
20%	12	محافظات أخرى

توزع العينة حسب مكان الإقامة

مكان الإقامة %



مخطط بياني رقم (4)

5-التوزع حسب أماكن توضع الاندفاعات :

جدول رقم (5)

النسبة المئوية	الفئة العمرية III	النسبة المئوية	الفئة العمرية II	النسبة المئوية	الفئة العمرية I	أماكن التوضع
%58,3	7	%66,6	10	%48,4	16	السطوح الباسطة للأطراف
%33,3	4	%20	3	%30,3	15	الثنيات
%8,3	1	%33,4	2	%12,1	4	الوجه والفروة
				%01,9	3	معمم

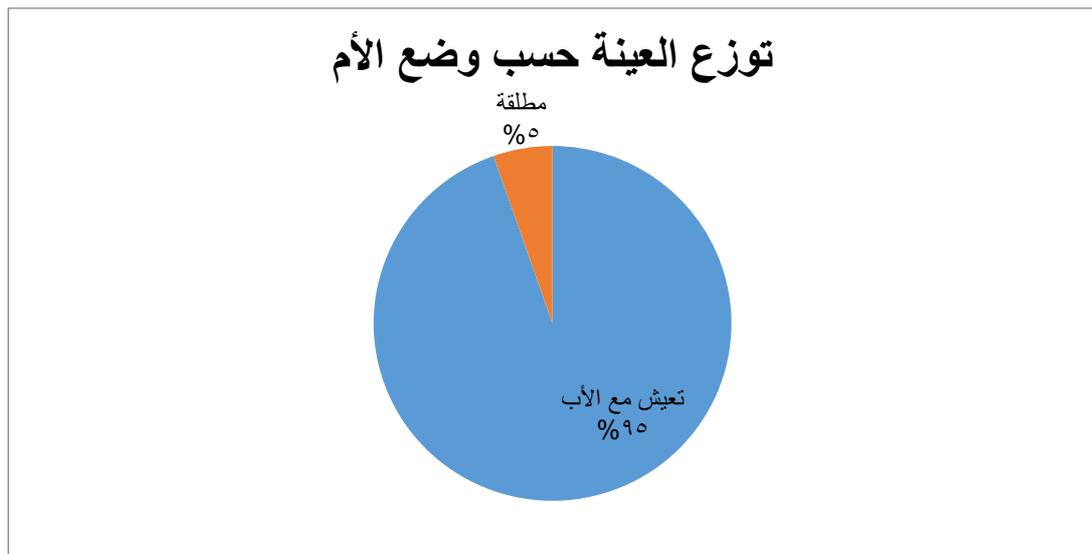
6-التوزع حسب الحالة الاجتماعية للأم:

53 مريض ← الأم تعيش مع زوجها

7 مرضى ← الأم مطلقة

جدول رقم (6)

النسبة المئوية	العدد	الحالة الاجتماعية
%88,3	53	الأم متزوجة
%11,7	7	الأم مطلقة



مخطط بياني رقم (6)

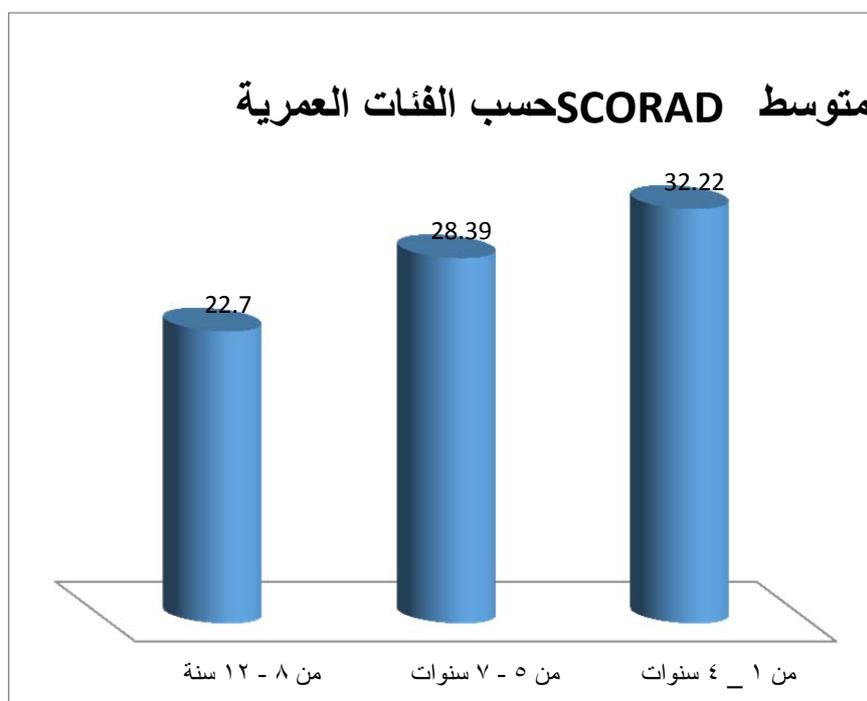
- باستخدام اختبار ANOVA لدلالة الفروق بين متوسطات SCORAD الهدف للمرضى الموزعين حسب الفئات العمرية.

جدول رقم (7)

P.Valus	مجال الثقة	الحد الأدنى الحد الأعلى	المتوسط \pm الانحراف المعياري	فئات العمر
0,106	16,6-27,8	50,8-10	12,26 \pm 32,22	4-1
	37,6-19,2	57,2-11	16,59 \pm 28,39	7-5
	30,2-15,18	44,2-11,2	12,44 \pm 22,7	12-8
	32,7-25,63	57,2-10	13,8 \pm 29,2	الإجمالي

نلاحظ من الجدول السابق أن قيمة P. Value البالغة 0,106 أكبر من مستوى الدلالة 0.05 المعتمد في البحث فلك إن

قيمة P. Value غير دالة إحصائياً، أي لا توجد فروق بين درجات SCORAD الهدف حسب الفئات العمرية.



مخطط بياني رقم (7)

باستخدام اختبار ANOVA لدلالة الفروق بين متوسطات CDLQI/IDQOL حسب الفئات العمرية.

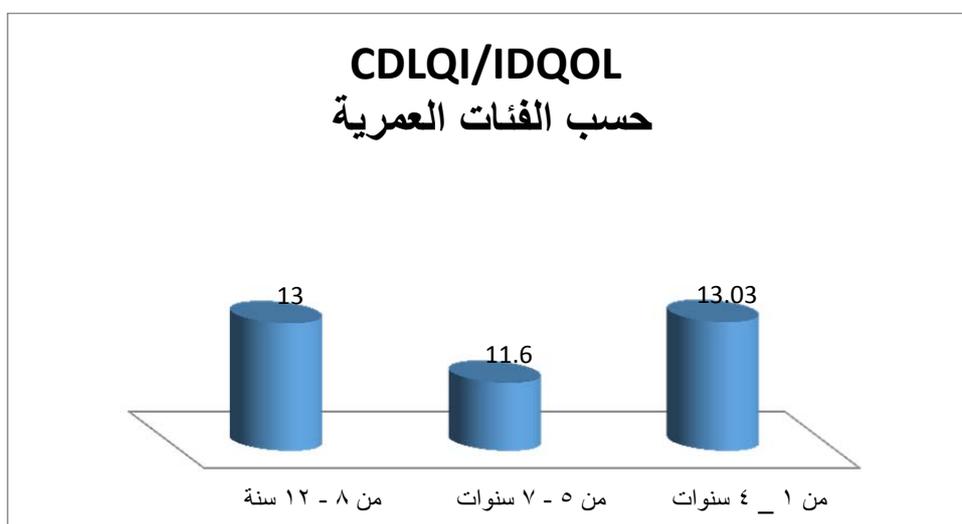
درجات CDLQI/IDQOL حسب الفئات العمرية.

جدول رقم (8)

P.Valus	مجال الثقة	الحد الأدنى الحد الأعلى	المتوسط \pm الانحراف المعياري	فئات العمر
0,57	14,62 - 11,43	20-5	4,42 \pm 13,03	4-1
	8,86 - 14,33	20-4	4,94 \pm 11,6	7-5
	10,55-15,44	20-8	4,04 \pm 13	12-8
	13,82-11,54	20-4	4,45 \pm 12,67	إجمالي

نلاحظ أن قيمة P. Value البالغة 0.57 أكبر من مستوى الدلالة المعتمد في البحث 0,05 فذلك قيمة P.V غير دالة إحصائياً.

لا يوجد فروق CDLQI/IDQOL جوهرية في نوعية الحياة عند المرضى بين الفئات العمرية.



مخطط بياني رقم (8)

● باستخدام اختبار ANOVA لدلالة الفروق بين متوسطات درجات DFI حسب الفئات العمرية:

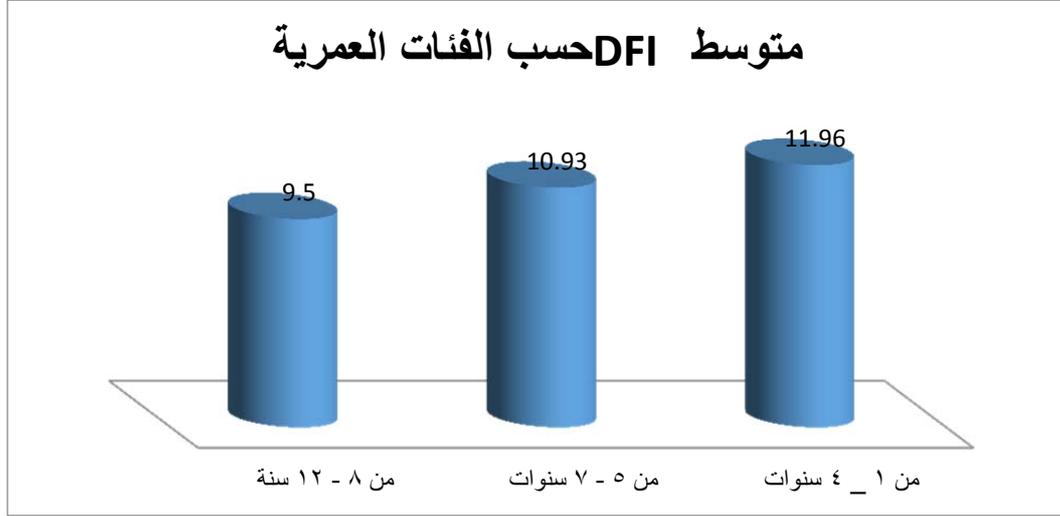
درجات DFI حسب الفئات العمرية

جدول رقم (9)

P.Valus	مجال الثقة	الحد الأدنى الحد الأعلى	المتوسط \pm الانحراف المعياري	فئات العمر
0,51	13,67-10,26	21-3	4,74 \pm 11,97	4-1
	13,98-7,89	18-3	5,5 \pm 10,93	7-5
	15,64-3,35	18-3	5,85 \pm 9,5	12-8
	12,79-10	21-3	5,05 \pm 11,39	إجمالي

نلاحظ أن قيمة P. Value لغة 0,51 غير دالة إحصائياً.

لا يوجد فروق جوهرية في نوعية الحياة لدى ذوي مرضى التهاب الجلد التأتبي الموزعين حسب الفئات العمرية.



مخطط بياني رقم (9)

- باستخدام اختبار ANOVA لدلالة الفروق بين متوسطات درجات CDLQI/IDOL حسب شدة الإصابة .

درجات CDLQI/IDQL حسب شدة الإصابة .

جدول رقم (11)

P.Valus	مجال الثقة	الحد الأدنى الحد الأعلى	المتوسط \pm الانحراف المعياري	شدة الإصابة
0,0005	9,98-7,64	13-5	2,19 \pm 8,81	خفيفة
	13,21-10,42	20-4	3,59 \pm 11,82	متوسطة
	18,8-17,19	20-15	1,5 \pm 18	شديدة
	13,81-11,51	20-4	4,44 \pm 12,67	الإجمالي

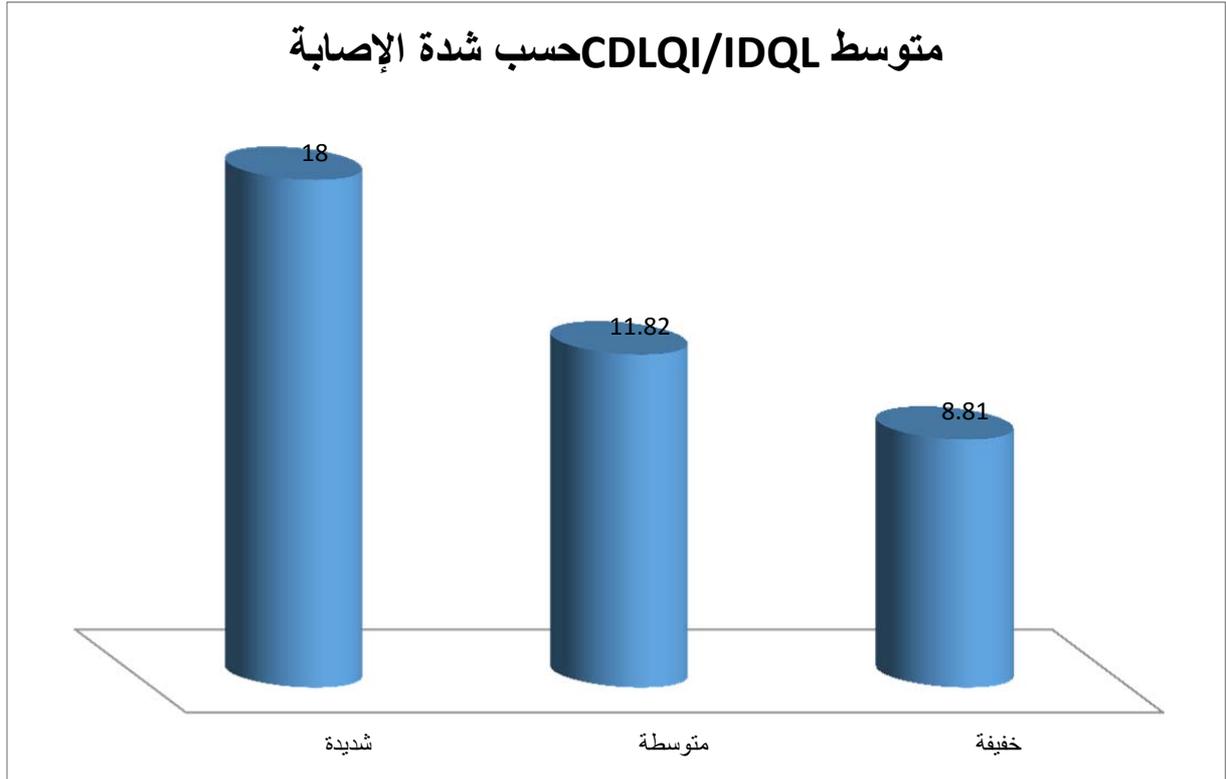
نلاحظ أن قيمة P. Value = 0,005 وهي أصغر من مستوى الدلالة المعتمد في البحث أي توجد فروق دالة إحصائياً.

ويحسب قيمة Tukey لمعرفة أصغر فروق دالة تبين أن الدلالة بين الإصابات الخفيفة والمتوسطة أصغر من 0,003 وبين

المتوسطة والشديدة والخفيفة أصغر من 0,005 وتزداد الدرجات مع شدة الإصابة.

أي توجد علاقة بين نوعية الحياة لدى الأطفال المصابين بالتهاب الجلد التأتبي وشدة الإصابة، إذ تزداد نوعية الحياة سوءاً كلما زادت

شدة الإصابة.



مخطط بياني رقم (10)

*وباستخدام اختبار ANOVA لدلالة الفروق بين متوسطات درجات DFI حسب شدة الإصابة.

درجات DFI حسب شدة الإصابة

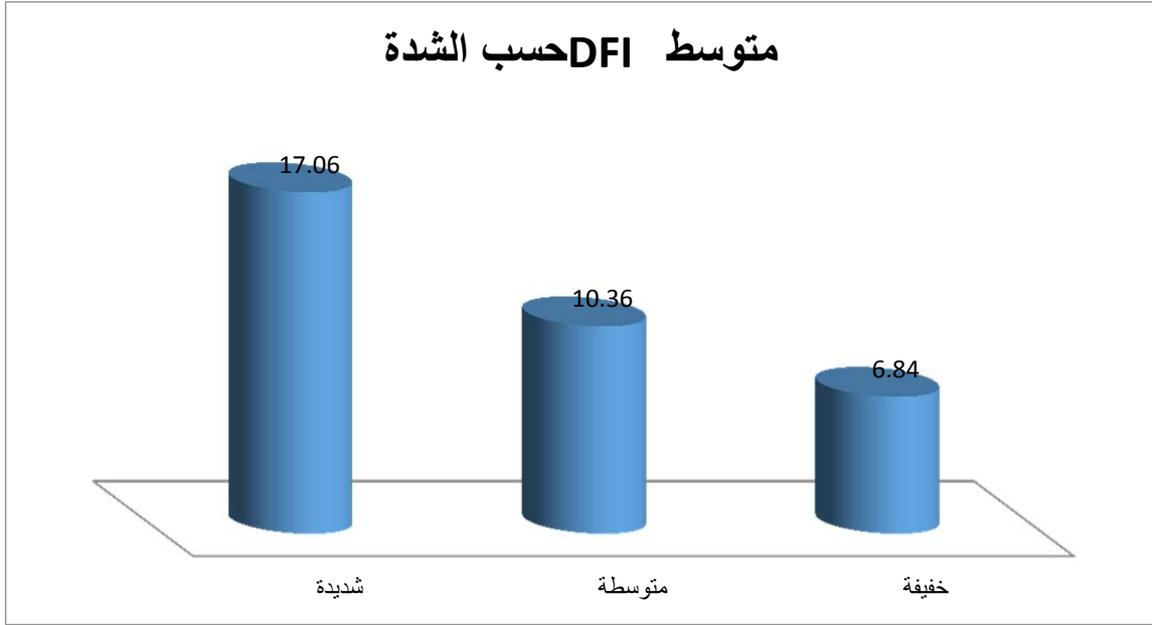
جدول رقم (12)

P.Valus	حد الثقة	الحد الأدنى الحد الأعلى	المتوسط \pm الانحراف المعياري	شدة الإصابة
0,0005	1,9-5,8	9-3	1,72 \pm 6,84	خفيفة
	12,15-8.56	18-3	4,35 \pm 10,36	متوسطة
	18,18-15,94	21-14	2,01 \pm 17,06	شديدة
	12,78-10	21-3	5,05 \pm 11,39	الإجمالي

نلاحظ من الجدول السابق أن قيمة $P = 0,0005$ وهي دالة إحصائياً.

وعند حساب Tukey تبين أن الفروق دالة عند مستوى $P < 0,009$ بين الحالات الخفيفة والمتوسطة وعند $P < 0,005$ بين

المتوسطة والشديدة، وبالتالي ترتفع درجات DFI مع شدة الإصابة، إذ أن نوعية الحياة لدى العائلة تصبح أكثر سوءاً كلما زادت شدة الإصابة لدى الأطفال.



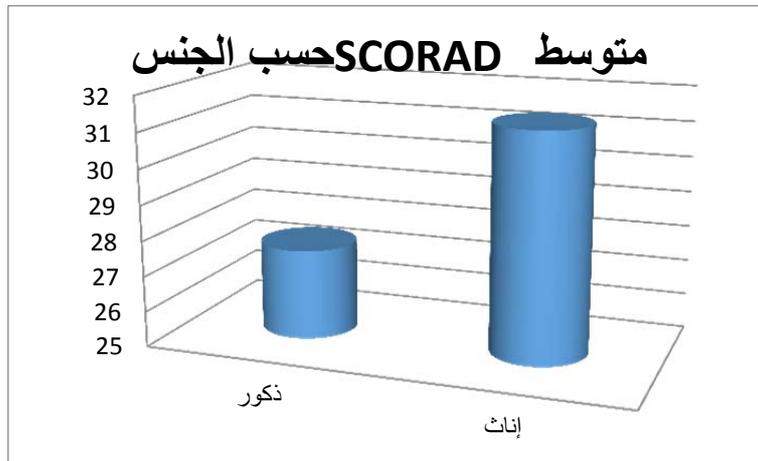
مخطط بياني رقم (11)

*نتائج اختبار t-student لدلالة الفروق بين متوسطي درجات SCORA الهدف حسب الجنس:

جدول رقم (13)

P.V	T المحسوبة	المتوسط \pm الانحراف المعياري	الجنس
0,292	1,06	14,53 \pm 27,54	ذكور
		14,72 \pm 31,36	إناث

نلاحظ من الجدول السابق أن قيمة $P.value = 0,292$ وهي غير دالة إحصائياً أي لا يوجد فروق بين SCORAD حسب الجنس.



مخطط بياني رقم (12)

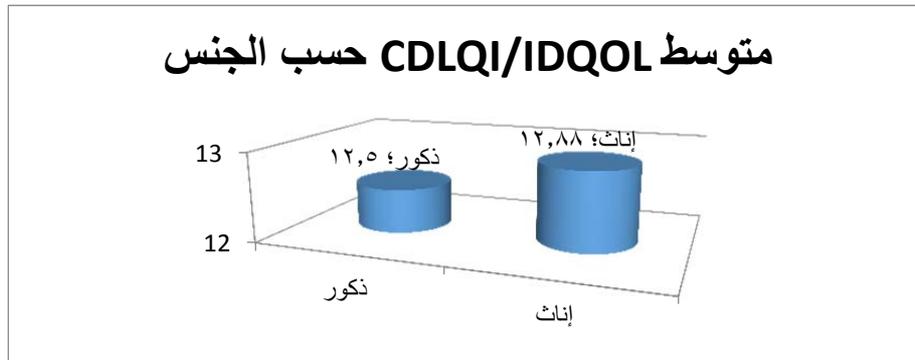
* باستخدام اختبار t.Sudent للمقارنة بين متوسطي درجات CDLQI/IDQOL الموزعين حسب الجنس.

فرق درجات CDLQI/IDQOL حسب الجنس

جدول رقم (14)

الجنس	المتوسط \pm	الانحراف المعياري	T المحسوبة	P.V
ذكور	$12,5 \pm$	4,44	0,329	0,743
إناث	$12,88 \pm$	4,52		

لاحظنا أن قيمة $P.V = 0,743$ وغير دالة إحصائياً، أي لا يوجد وجود فروق في نوعية الحياة لدى المرضى حسب الجنس.



مخطط بياني رقم (13)

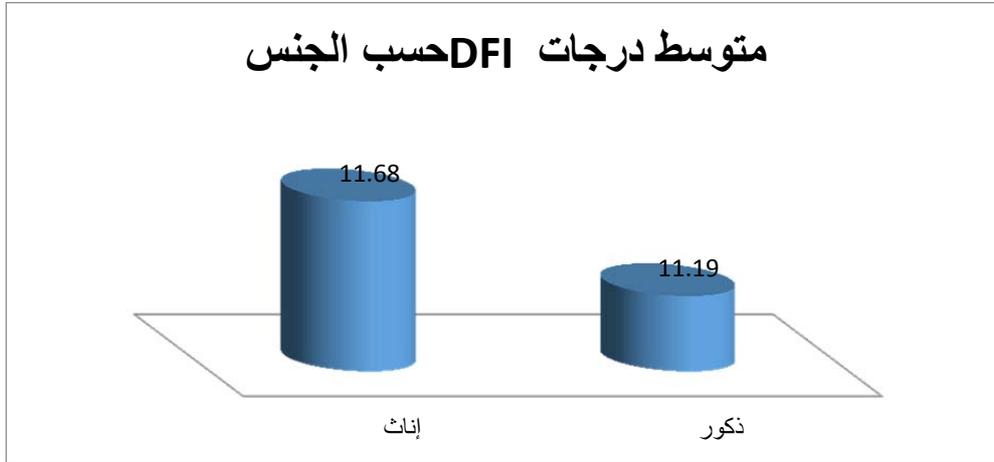
* باستخدام اختبار t.sudent للمقارنة بين متوسطي درجات DFI الموزعين حسب الجنس.

فروق درجات DIF حسب الجنس

جدول رقم (15)

الجنس	المتوسط \pm الانحراف المعياري	T المحسوبة	P.V
ذكور	$12,5 \pm 0,16$	0,344	0.486
إناث	$77,88 \pm 4,98$		

لاحظنا أن قيمة $P.V = 0,486$ أي غير دالة إحصائية.
لا يوجد فروق في نوعية عند ذوي مرضى التهاب الجلد التأتبي حسب الجنس.



مخطط بياني رقم (14)

* باستخدام اختبار t.sudent للمقارنة بين متوسطي درجات SCORAD حسب الحالة الاجتماعية للأم.

فروق درجات SCORAD حسب وضع الأم (الحالة الاجتماعية)

جدول رقم (16)

P.V	t المحسوبة	المتوسط \pm الانحراف المعياري	الحالة الاجتماعية للأم
0,007	2,869	13,36 \pm 27,48	متزوجة
		9,98 \pm 42,225	مطلقة

نلاحظ من الجدول السابق أن قيمة $PV = 0,007$ وهي دالة إحصائية.

إذاً ترتفع درجات SCORAD حسب الحالة الاجتماعية للأم وهي أكبر عند الأطفال من أمهات مطلقات بفروق دالة

إحصائياً عند $P < 0,007$

فروق درجات CDLQI/IDQOL حسب الحالة الاجتماعية للأم.

جدول رقم (17)

P.V	t النسبة	المتوسط \pm الانحراف المعياري	الحالة الاجتماعية للأم
0,027	2,277	4,39 \pm 12,2	متزوجة
		3,38 \pm 16,14	مطلقة

* باستخدام اختبار t-Student للمقارنة بين متوسطي درجات CDLQI/IDQOL حسب الحالة الاجتماعية للأم نلاحظ أن قيمة P من الجدول السابق 0,027 وهي دالة إحصائياً أي أن درجات نوعية الحياة تزداد عند الأطفال لأمهات مطلقات.

فروق درجات DFI حسب الحالة الاجتماعية للأم

جدول رقم (18)

P.V	tالنسبة	المتوسط ± الانحراف المعياري	الحالة الاجتماعية للأم
0,004	3,046	4,39 ± 10,63	متزوجة
		2,63 ± 16,14	مطلقة

نلاحظ أن قيمة P.V من الجدول السابق = 0,004 وهي دالة إحصائياً.

أي ترتفع درجات DFI عند ذوي المرضى لأمهات مطلقات.

باستخدام اختبار كاي مربع (Chi-square) تم دراسة العلاقة بين:

1-الجنس وشدة الإصابة:

بلغت قيمة كاي مربع المحسوبة 3,386 وقيمة P = 0,184 وهي غير دالة إحصائياً.

لا علاقة للجنس بشدة الإصابة.

2-علاقة شدة الإصابة بمكان الإقامة:

بلغت قيمة كاي مربع المحسوبة 7,582 وقيمة P = 0,108 وهي غير دالة إحصائياً.

لا علاقة لشدة الإصابة بمكان الإقامة.

3- علاقة وضع الأم (الحالة الاجتماعية) بشدة الإصابة:

بلغت قيمة كاي مربع المحسوبة 8,623 وقيمة $P=0,013$

وهي دالة إحصائية عند $P > 0,013$ وبالتالي فإن وضع الأم المطلقة أم متزوجة له علاقة بشدة الإصابة عند الطفل إذ تزداد شدة الإصابة عند الأطفال للأمهات المطلقات أكثر من عند الأمهات اللواتي يعيشون مع الأزواج.

4- علاقة شدة الإصابة بعمر الطفل:

بلغت قيمة كاي مربع المحسوبة 11,249 وقيمة $P=0,024$ وهي دالة إحصائياً.

أي أن الإصابة لها علاقة بعمر الطفل وهي مرتفعة عند الأطفال أقل من 3 سنوات قياساً ببقية الأعمار.

*بلغ معامل الارتباط بيرسون (Person) بين نوعية الحياة لدى ذوي مرضى التهاب الجلد التأتبي DFI ونوعية الحياة لدى الأطفال المصابون بالتهاب الجلد التأتبي CDLQI/IDQOL 0,931 وهو دال إحصائياً عند قيمة $P=0,007$.

أي يوجد علاقة قوية بين نوعية الحياة عند الأطفال المصابين بالتهاب الجلد التأتبي ونوعية الحياة عند الأهل.

*بلغ معامل الارتباط بيرسون بين نوعية الحياة لدى ذوي مرضى التهاب الجلد التأتبي DFI مع عمر الطفل -0,257 وهو دال إحصائياً عند $P=0,0043$ أي أن نوعية الحياة لدى العائلة ترتبط سلباً بعمر الطفل أي كلما صغر عمر الطفل كلما تأثرت نوعية الحياة لدى العائلة أكثر.

*بلغ معامل الارتباط بيرسون بين نوعية الحياة لدى مرضى التهاب الجلد التأتبي CDLQI/IDQOL مع عمر الطفل -0,257 عند $P=0,263$ أي غير دالة إحصائياً أي لا علاقة لنوعية الحياة لدى المرضى المصابين بالتهاب الجلد التأتبي بالعمر.

المناقشة

1- لا يوجد فروق في شدة التهاب الجلد التأتبي المقاسة حسب Objective SCORAD لدى الأطفال الموزعين حسب الفئات العمرية.

2- لا يوجد فروق في متوسط درجات الحياة لدى الأطفال المصابين بالتهاب الجلد التأتبي والمقاسة حسب منسب جودة الحياة عند الأطفال المصابين بالتهاب جلد تأتبي CDLQI/IDQOL حسب الفئات العمرية.

3- لا يوجد فروق في متوسط درجات نوعية الحياة عند ذوي المرضى المصابين بالتهاب الجلد التأتبي والمقاسة حسب منسب نوعية الحياة لدى ذوي الأطفال المصابين بالتهاب جلد تأتبي DFI حسب الفئات العمرية.

4- تأثرت نوعية الحياة لدى الأطفال المصابين بالتهاب الجلد التأتبي والمقاسة حسب منسب نوعية الحياة عند الأطفال المصابين بالتهاب لجد تأتبي CDLQI/IDQOL بشدة الإصابة وكان الفارق هام إحصائياً وهذا يدل على أن نوعية الحياة لدى الأطفال المصابين بالتهاب الجلد التأتبي تسوء كلما زادت شدة الإصابة.

5- تأثرت نوعية الحياة لدى ذوي الأطفال المصابين بالتهاب الجلد التأتبي والمقاسة حسب منسب نوعية الحياة لدى ذوي الأطفال المصابين بالتهاب الجلد التأتبي بشدة الإصابة وكان الفارق هام إحصائياً وهذا يدل على أن نوعية الحياة لدى الأطفال المصابين بالتهاب الجلد التأتبي تسوء كلما زادت شدة الإصابة.

6- لم تتأثر نوعية الحياة لدى الأطفال المصابين بالتهاب الجلد التأتبي وذويهم بجنس الطفل إذ أن الفروق لم تكن دالة إحصائياً.

7- ترتفع درجات objective SCORAD حسب الوضع الاجتماعي للأم ولوحظ أنها أعلى

لدى الاطفال المصابين من أمهات مطلقات بفروق دالة إحصائياً.

8- تأثرت نوعية الحياة لدى الأطفال المصابين بالتهاب الجلد التأتبي والمقاسة حسب منسب نوعية

الحياة لدى الأطفال المصابين بالتهاب جلد التأتبي CDLQI/IDQOL حسب الحالة

الاجتماعية للأم بفروق دالة إحصائياً.

إذ ترتفع درجات وتزداد نوعية الحياة سوءاً عند الولدان من أمهات مطلقات.

9- تأثرت نوعية الحياة لدى ذوي الأطفال المصابين بالتهاب الجلد التأتبي حسب الحالة الاجتماعية

للأم بفروق دالة إحصائياً، إذ تزداد نوعية الحياة سوءاً لدى عائلة الأطفال في حال كانت الأم

مطلقة.

10- يوجد علاقة قوية وثيقة بين نوعية الحياة لدى الأطفال المصابين بالتهاب الجلد التأتبي وبين

نوعية الحياة لدى ذويهم إذ بلغ معامل الارتباط 0,931 وهو دال إحصائياً عند $P =$

0,0007

11- ترتبط نوعية الحياة لدى ذوي الأطفال المصابين بالتهاب الجلد التأتبي (DFI) سلباً مع عمر

الطفل إذا بلغ معامل الارتباط -0,257 وهو دال إحصائياً عند $P = 0,043$.

المقارنة مع الدراسات العالمية.

- 1- في الدراسة التي أجراها فيالي بيرتي⁽¹⁰⁷⁾ في مشفى M.Bufalini في إيطاليا عام 2001 والتي أجريت على 60 مريض مصاب بالتهاب الجلد التأتبي وقامت باستخدام CDLQI-IDQOL لقياس نوعية الحياة عند المرضى الأطفال حسب العمر، DFI لقياس نوعية الحياة عند ذوي المرضى.
- كان هناك علاقة قوية بين نوعية الحياة لدى الأطفال وذويهم وبين شدة الإصابة، فكلما زادت شدة الإصابة بالتهاب الجلد التأتبي كلما تأثرت نوعية الحياة أكثر ($P = 0,006$).
 - DFI ترتبط عكساً مع عمر الطفل ($P = 0,046, r = 0,119$).
 - يوجد ارتباط قوي بين نوعية الحياة لدى العائلة مع نوعية الحياة لدى الأطفال المصابون بالتهاب الجلد التأتبي ($P > 0,001$).
 - لا يوجد اختلاف في نوعية الحياة عند الأطفال المصابين بالتهاب الجلد التأتبي وذويهم حسب جنس المريض.
 - لم تتطرق هذه الدراسة لدراسة العلاقة بين نوعية الحياة لدى المرضى وذويهم حسب الوضع الاجتماعي للأم.
- 2- في الدراسة التي أجراها (AIROBEA)⁽¹⁰⁸⁾ وزملائه في مشفى القسم في السعودية عام 2010 أجريت هذه الدراسة على 774 مريض مصاب بالتهاب الجلد التأتبي.
- تم تحديد شدة الإصابة حسب منسب شدة التهاب الجلد التأتبي واعتمد objective SCORAD لتحديد شدة الإصابة (خفيفة - متوسطة - شديدة).
- تم اعتماد مقياس نوعية الحياة DFI من قبل ذوي المرضى المصابين بالتهاب الجلد التأتبي كانت درجات DFI عند ذوي الأطفال الذين يعانون من التهاب جلد تأتبي شديد أعلى بكثير بالمقارنة مع الحالات المتوسطة الخفيفة $P > 0.001$
- نوعية الحياة لدى العائلة ترتبط بشدة التهاب الجلد التأتبي.

التوصيات:

1. ضرورة تقييم نوعية الحياة عند مرضى التهاب الجلد التأتبي وذويهم باستخدام مقاييس معتمدة وموثوقة لمعرفة تأثير التهاب الجلد التأتبي على المرضى من كل النواحي وليس فقط من الناحية السريرية.
2. باعتبار أن نوعية الحياة تتأثر أكثر عند المرضى الأصغر سناً يجب العلاج باكراً ما أمكن لتجنب وتخفيف التأثيرات السلبية النفسية للمرض.
3. إجراءات دراسات مستقبلية حول تأثير العلاج على نوعية الحياة ومدى تحسن نوعية فعالية العلاجات المختلفة وتأثيرها مع نوعية حياة المرضى.
4. الاهتمام بنوعية الحياة عند انتقاء الخطة العلاجية للمريض.
5. ضرورة إدخال نوعية الحياة في متابعة التحسن لدى المرضى.
6. تقديم الدعم النفسي والتشجيع للمرضى المعالجين لفترات طويلة مع تحسن غير مرضي والبحث عن علاجات أخرى.
7. تطوير نظام تثقيفي للمرضى وذويهم وتقديم المشورة والنصح لهم لتصحيح مفاهيمهم وعدم تقبلهم للمرض.

REFERENCES

- 1- Besnir E (1892) Premiere note Ct observation preliminaries pour server d'introduction a l'etude des pruriguos diathesiques, Ann de Dermat et syph iii: 634-648.
- 2- Coca AF, Coca RA. On the classification of the phenomena of hyper sensitiveness. J Immunol 1923; 8:163-182.
- 3- Wise F, Sulzberger MB. Ed, torial remarks. In: Year Book of Dermatology and syphiology. Chicago Year Book Medical publishers 1933; 59.
- 4- Hill LW, Sulzberger MB. Evolution of atopic dermatitis. Arch Derm syphilol 1935; 21: 451-463.
- 5- Holden CA, Parish WE. Atiopic dermatitis. Text Book of Dermatology 1998; chapter (19): 681-708.
- 6- Erik soon-hihrz. Special features in allergy in children. Acta Allergol 1955; 8:289-313.
- 7- Brereton EM, CarPenter RG, Rook AJ, Tyser PA. the prevalence and prognosis of eczema and asthma in Cambridge shire school children.
- 8- Freeman (IL, Johnsons Allergic disease in adolescents. Description of survery, prevalence of allergy. Am J Disc hid 1964; 107-549.
- 9- Fergysson DM, Horwood U, Shannon FT. Risk factor in child hood eczema. JE pidermoil Community Health 1982; 36: 118-122.
- 10- Schultz Larsen F, Hoim NV, Hennigsen. Atopic dermatitis. A genet. C-epidemio logic study in a population-pased with sample. J Am Acad Dermatol 1986; 15-487-494.
- 11- Storm K, Haler J, Kjell man N-Im, Osterballe. The occurrence of asthma and allergic rhinitis, atopic dermatitis and urticaria in Danish children born in one year. Ugesker Laey 1986; 148: 3295.
- 12- Schultz – Larsen F, Diepgen T, Svens son A. The occurrence of atopc dermatitis in NorthEurope: an international questionnaire study. J Am Acad Dermatol 1996: 760-764.
- 13- Laughter D, I stvan JA, Tofte, Hanifin Jm. The prevelance of atopic dermatitis in Orgon shool children. JAmAcadDermatol 2000; 43: 649-655.
- 14- The Odense Adolescent Cohort study on Atopic Disease and Dermatitis (TGACS) Br. J Dermatol 2001; 144: 523-532.
- 15- Smith – Sivertsen T, Dotterud LK, Lund E. Nickel allergy and its relationship with local pollution, ear piercing, and atopic dermatitis: a population – based study from Norway. J Am Acad Demerol 1990: 40:726-735.
- 16- Do Herud UK, Kvammen B, Lund E, etal – prevalence and some clinical aspects of atopic eczema in the community of sor-varanger. Actal Dermatol Venereal(Stochh) 1995: 745: 50-53.
- 17- Rajka G. Some aectiological data on atopic dermatitis, Presented, Norway 1994.
- 18- Von Mutius E, Fritzs, Weiland SK eta! Prevalence of asthma and allergic disorders among children in Germany: a descriptor comparison. BMJ 1992; 305: 1395-1390.
- 19- Leung R,HD P. Asthma, allergy, and atopy in three south-east Asian populations. Thorax 1994: 94: 1295-1310.
- 20- Mc Nally, phitips DR. willimas HC. The problem of atopic eczema: aetological clues from the environment and life styles. Soc Sci Med 1998; 46: 729-741.
- 21- Burrel-Morris CE, La Grenadel, Williams HC, et al. The prevalence of atopic dermatitis in black Caribbean children in London andkingston, Jamaica.br JDermatol 1997; 137: 22.
- 22- Heinrich I, Popesu Ma.wjst M etal. Atopy in children and paraental social class. Am J puplic Health 1998; 88: 139-1324.
- 23- Lapidus SC. Role of social Factor in atopic dermatitis: The US perspective. J Am Acad Dermatol 2001; 541-543.
- 24- Lapidus SC, Schwarz DF, Homg P. Atopic dermatitis in children: who cares? Who pays? J Am Acad Dermatol 1995; 28: 699-703.
- 25- Herd RM. Tidman Mprescolt Rjetal, the cost of AD, British Journal of dermatology. 1996. 135; 20-30.
- 26- Cookson WOCM-Atopy: a complex genetic disease. Ann Med 1994; 26: 351-353.

- 27- Dold S, Wjst M, Von Mutius, et al. Genetic risk for asthma, allergic rhinitis, and atopic dermatitis. *Arch Dis child* 1992; 67:10-1022.
- 28- Fegussun DM, Horwood U, Shannon FT. parentl eczema , parental asthma, and eczema in early childhood. *J Chronic Dis* 1983: 36-517-524.
- 29- Suhultz Larsen F. Atopic dermatitis: A genetic – epidernologic study in a population – based twin sample. *J Am Acad Dermatol* 1993; 28: 719-723.
- 30- Ruiz RGG, Kemeny DM, Price JF. Higher risk of in fantile atopic dermatitis from maternal atopy than from paternal atopy. *Clin EXP allergy* 1992; 22: 762-766.
- 31- Schultz Larsen F (1991). Genetic aspedcts of atopic eczema. In; *Hand Book of Atopic Eczema*, Ruzicka, T, Ring J, eds. Berlin: springer, PP. 15-26.
- 32- Folster – Holstn R, Moises HW, Yang L, Ctal. Linkage between atopy and IgE high – affinity receptor gene at 119/13 in atopic dermatitis families. *Hum Genet* 1998; 102: 236-239.
- 33- Leung DYM, Boguniewicz M, Howell MD, I chiro N, Hamid QA. New insights into atopic dermatitis. *J clin – Invest.* 2004; 113: 651-657.
- 34- Leung DYM. Pathogenesis of atopic dermatitis – *J allergy clin Immunol* 1999; 599-5108.
- 35- Hanifin JM. Atopic dermatitis = *J Am AcadDermatol* 1982; 6:1-13.
- 36- Grosshans E, Woehi M. Troubles vasomoteures, sudoraux Ct sàbace's deeczema constitutioime. *Ann Dermatol vénerél* 1982; 109: 151-162.
- 37- Willams HC. Is the prevalence of atopic dermatitis increasing? *Clin Exp Dermatol* 1992; 17: 385-91.
- 38- Sampson HA, Mallory SB, Williams LWetal. Atopic dermatitis: clinical relevance of food hypersensitivity reation. *J PEDIATER* 1988; 447-451.
- 39- Burks AW, McCASKJLL CC. Food hyper sensitivity and atopic dermatitis. *J PEDIATER* 19*85; 107: 669-675.
- 40- Tan BB, Weald D, Strickland I et al. Double blind controlled trial effed of house dust mite allergen avoidance in atopic dermatitis. *Lancet* 1996; 347: 15-18.
- 41- Werfel 1, Kapp A, Environmental and other provocation factors in atopic dermatitis. *Allergy* 1998;53: 731-739.
- 42- Taskapam NO, Kumar P. Role of Staphflo coccal syperntigenes in atopic dermatitis. *Ann Allergy Asthma Immunol* 2000; 84: 3-12.
- 43- Broberg AW. Faegemann J, Johansson S et al. pityrosporum ovdle and and atopic dermatitis in children and young adults. *Acta Dermatol Venereol (Stoch)* 1992; 72: 187-192.
- 44- Whitlock FA. *Psychophysiological aspects of skin disease*. London: WB Saunder S, 1976.
- 45- Crossen JR. Psychological assessment of Patients with atopic dermatitis. *Dermatologic Therapy* 1996; 94-103.
- 46- Taieb A. Hypothesis – from epidermal barrier to atopic disorders. *Contact Dermatitis* 2007; 177-180.
- 47- Hill LW, Sulzberger MB. Evolution of atopic dermatitis. *Arch Derm Syphilol* 1935;32:451-463.
- 48- Bandyopadhyay D. *Dermatology Lecture notes: Atopic Dermatitis-Feb* 2003.
- 49- Hanifen JM rajka G, Dignostic features of AD, *acta Dermatovenereology (Stockholm)*, 1980, Supplement 92: 44-47.
- 50- Rother MJ, Grant Kels JM, Dignostic Criteria for AD, *lancet*, 1996, 342: 769-770.
- 51- Williams HC, Burney PGJ, Pembroke AC, Hay RJ. The UK working party's diagnostic citeria for AD, independent hospital validation. *BrJ dermatology* 1994 131: 406-416.
- 52- Cheng JF, Ott NL, Peterson EA, etal, Dermal eosinophils in atopic dermatitis undergo cytolytic degeneration. *J Allergy Clin Immunol* 1997; 99: 683-692.
- 53- Mihm MC, Soter NA, Dvorak HF et al. Thestructure of normal skin and the morphology of atopic eczema. *Dermatol* 1976; 67:305-312.
- 54- Spagnola C. Atopic Dermatitis. *eMedicine* 2004.

- 55- Juline L, Johansson, Bennick H et al Immunoglobulin E in dermatoses. Arch Dermatol 1999; 100:12-17.
- 56- Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine, Atopic dermatitis, 2008, Section 21 Page 143.
- 57- Tan BB, Weald D, Strickland allergen avoidance on atopic dermatitis. Lancet. 199*69; 437(8993): 15-18.
- 58- Chandra RK, Hamed A. Cumulative incidence of atopic disorders in high risk infants fed whey hydrolysate, soy, and conventional cow milk formulas. Ann Allergy. 1994; 67(spt 1): 129-132.
- 59- Saarinen UM, Kajosaari T. Breastfeeding as prophylaxis against atopic disease: prospective follow up study until 17 years old.
- 60- Long CC, Mills CM, Finlay AY. A practical guide to topical therapy in children. Br J Dermatol 1998; 138: 293-296.
- 61- Chamlin SL, Frieden IJ, Fowler A, et al. ceramide-dominant, barrier-repair lipids improve Childhood atopic dermatitis. Arch Dermatol. 2007; 137 (8): 1110-1112.
- 62- Hanifin JM, Hebert AA, Mays, SR et al. effects of a low-potency corticosteroid lotion moisturizing regimen in the treatment of atopic dermatitis. Curr Ther Res Clin Exp. 1998; 59 (4): 227-233.
- 63- Charman CR, Morris AD, Willims HC. Topical corticosteroid phobia in patients with atopic eczema. Br J Dermatol 2007; 152 (6): 931-936.
- 64- Aineley – Walker PF, Patel L, David TJ. Side to side comparison of topical treatment. Arch Dis Child. 2006; 79 (2): 149-152.
- 65- Rétamo S, Rustin M, Ruzicka T, et al. Efficacy and safety of tacrolimus ointment compared with that of hydrocortisone butyrate ointment in adult patients with atopic dermatitis. J Allergy Clin Immunol. 2002; 109 (3): 457-555.
- 66- Reitamo S, Van Leent EJM, HOV, et al. Efficacy and safety of tacrolimus ointment compared with that of hydrocortisone acetate ointment in children with atopic dermatitis. J Allergy Clin Immunol. 2002; 109(3): 539-546.
- 67- Wahn U, Bos ID, Goodfield M, Caputo R et al. Efficacy and safety of pimecrolimus cream in the long-term management of atopic dermatitis in children. Pediatrics 2004;110.
- 68- Munkvad M. A Comparative trial of clintar versus hydrocortisone cream in the treatment of atopic eczema. Br J Dermatol. 1989; 121 (6): 763-766.
- 69- Sudbury R, Dermatol. 2000; 25 (7): 55—566.
- 70- Wahlgren CF, Hagermark, Bergstrom R. The antipruritic effect of a sedative and non sedative antihistamine in atopic dermatitis. Br J Dermatol 1998; 122 (4): 545-561.
- 71- Monre EW. Relative efficacy and safety of loratadine, hydroxyzine, and placebo in chronic atopic dermatitis. Clin Ther. 1992; 14 (1): 17-21.
- 72- Leung DYM. Role of staphylococcus aureus in atopic dermatitis. Ed. Bieber T, Leung DYM. Marcel Dekker NHY. 2002: chapter 19; 401-418.
- 73- Kolmer HL, Taketomj EA, Hazen KC, al.. Effect of combined antibacterial and anti fungal treatment in severe atopic dermatitis. J Allergy Clin Immunol. 1996; 98 (3): 702-707.
- 74- Sowden JM, Berth-Jones J, Ross JS, et al. double blind, controlled, crossover study of cyclosporine in adults with severe refractory atopic dermatitis. Lancet. 199*8; 338 (8760): 137-140.
- 75- Krafchik BR. Atopic Dermatitis. eMedicine 2004.
- 76- Meggyitt SJ, Reynolds NJ. Azathioprine for atopic dermatitis. Clin Exp Dermatol. Clin Exp Dermatol-2001; 26 (5): 369-375.
- 77- Grundmann-Kollmann M, Podda M, Ochsendorf F, et al. mycophenolate mofetil is effective in the treatment of atopic dermatitis. Arch Dermatol. 2007; 137 (7): 870-873.
- 78- Morris AD, Saihan EM, Maintenance psoralen plus ultra violet A therapy: Br J Dermatol-2006; 146 (4) 705-707.

- 79- Reynolds NJ, Franidin V. Gray JC, et al. Narrow-band ultraviolet B and broad-band ultraviolet A phototherapy in adult atopic eczema: a randomized controlled trial. *Lancet* 2001; 357 (4): 2012-2010.
- 80- Haliouab, Beumont MG Lunel F. Quality of life in Dermatology. *Int J Dermatol* 2000; 39: 801-6.
- 81- Finlay Ay. Quality of life measurement in dermatology. A practical guide. *Br J Dermatol* 1997; 136: 305-14.
- 82- carr AJ, Gibson B, Robinson PG. Measuring quality of life determined by expectations or experience? *Br Med J* 2001; 322: 1240-3.
- 83- Finlay AY, Khan GK. Dermatology life quality index (DLQI) a sample practical measure for routine clinical use. *Clin Exp Dermatol* 1994; 19: 210-6.
- 84- Ba sra MK, Edmunds O, Salek MS, Finally AY. Measurement of family impact skin disease. Further validation of the family Dermatology life quality Index (FDLQI). *J Eur Acad Dermatol Verierol* 2008; 22: 813-21.
- 85- All party parliament Tarry group on skin, report on the enquiry into the impact of skin disease on people's lives-London July 2006.
- 86- Hermansen SE, Holland CA, Finlay AY. Patients and doctors assessment of skin diseases handicap-clinical experimental dermatology 2002, 27: 249-50.
- 87- Finlay Andrew Y, Quality of life indices. Department of dermatology university of Wales college of medicine, Cardiff Wales United Kingdom, *Indian Journal of dermatology and venereology*, 2004, 70: 143-8.
- 88- Rapp SR, Feldman SR, Exam ML, Flinchler AB JR, Reboussin DM, psoriasis causes as much disability as other major medical diseases. *Journal of American academy of dermatology* 2006, 41: 407-7.
- 89- MA. BEN. Gashin P Tseed. QoL and disease severity are correlated in children with AD-British journal of dermatology . 2006; 150: 284-290.
- 90- D.W halley. Sp. McKenna, Al Dewar. A new instrument of assessing quality of life in atopic dermatitis. *British journal of dermatology* 2004; 150: 274-283.
- 91- E.A holm HC Wolf: H. Stegmemun. Life quality assessment among Patient with atopic dermatitis. *British Journal of dermatology* 2008, 154 (4); 819-825.
- 92- L. Misery, Finlay, N. Martin, Atopic dermatitis impact on the quality of life of patient and their partners. *Dermatology* 2007, 215: 123-129.
- 93- Shaymaa El-Magy, atopic dermatitis, relation between disease severity, anxiety and QoL in children and adult. Department of dermatology, venereology, Mansoura university, *Egyptian dermatology online* 2(1): June 2009.
- 94- D.W Halley, Sp. Mck, Al, Dewar, a new instrument of assessing quality of life in atopic dermatitis. *British journal of dermatology* 2008; 163: 263-269.
- 95- S. Lewis Jones (2006) Quality of life in childhood Atopic dermatitis. *International journal of clinical practice* 60; 984-992.
- 96- P. Warshburger, H. TB. Buchrolx, department of psychology, university of past dam, Germany, psychological in parents of young children with AD. *British J of dermatology* 2004; 150: 304-311.
- 97- Elliot BE, Luker K. The experience of mother caring for child with severe atopic eczema – *Journal of clinical nursing* 2007; 6: 241-7.
- 98- Sujc, Kemp As, Valigas GA. Atopic eczema its impact on the family cost, *Arch dis child* 2001; 76: 150-63.
- 99- Quality of life measure in Italian children with atopic dermatitis and their families. *Ital J pediatr.* 2011; 37-59 (pubmed).
- 100- European Task Force on Atopic Dermatitis. Severity scoring of atopic Dermatitis. Severity scoring of atopic dermatitis, the SCORAD index: consensus report of the European Task Force of Atopic Dermatitis. *Dermatology.* 1993; 186: 23-31. (pubMed).

- 101- Granje AP, Glazenburg Ej, Wolker strofer et al. practice issues on interprcation of scoring atopic dermatitis. The SCORAD index objective SCORAD and trhe three-item severity score. Br AJ Dermatol. 2007; 157 (suppl. 4): 654-648 (PubMed).
- 102- Brazelton TB, Green span SI. The irreducible Needs of children: what Every child must have to grow, learn, and Fluorish: persens Books; 2000.
- 103- Shapiro T, Perryp, Latency revised. Psychoanalytic study child. 1976; 79-105-105- Lewis-Jones MS,
- 104- Lews-Jones MS, Finlay, Dykes PJ. The infan's Dermatitis Quality of life index. BrJ Dermatol-2001; 104-110 (PubMed).
- 105- Lews-Jones MS, Finlay, AY. The children's Dermatology life Quality index (CDLQI), init5ial validation and practical use. Br J Dermatol. 1995; 132: 942-949 (PubMed).
- 106- Lewis – jones MS, Finaly, Reid P. Owens RG. The family impact of chi8ldhood atopic dermatitis. The Dermatitis Family impact questionnaire. Br J Dermatol. 1998; 138: 107-113 (PubMed).
- 107- Firoell amonti Franceca Gobb: et al! Quality of life measures in Italian children with atopic dermatitis and their families: Ital J Dermatol 2011;37: 59 (PubMed).
- 108- Al Robaee shahzad M: impairment Quality of life in familes of children with atopic dermatitis: Acta Dermatol. 2010: 18 (4): 243-7.

ملحق الاستثمارات

استمارة الموافقة على المشاركة في بحث بعد تفهم فحواه

عنوان البحث: نوعية الحياة لدى المرضى الأطفال المصابين بالتهاب الجلد التأتبي ذات الفئة العمرية من 1-12 سنة وعائلاتهم

وصف البحث:

هدف البحث:

شروط المشاركة في البحث:

1. المشاركة في البحث طوعية لا إكراه فيها.
2. لن تتأثر رعاية المريض الصحية إن اعتذر عن المشاركة في البحث أو انسحب من الدراسة.
3. لا يترتب على المشارك في البحث أي تكاليف.
4. سيتم فحص المشارك فحصاً "سريرياً" مع جمع المعلومات المتعلقة باستمارة البحث.
5. تبقى هوية المشارك في البحث ومعلوماته الشخصية طبي السّر والكتمان.

يُملأ من قبل المشارك في البحث

اسم المشارك

أقر بأنني قرأت/قُرئت علي هذه المعلومات الواردة أعلاه، وشرحت لي بلغة مفهومة، وفهمتها وقد أُتيح لي أن أسأل جميع الأسئلة المتعلقة بموضوع الدراسة، وتلقيتُ إجابات شافية، وعليه أتطوع بكامل إرادتي وأهليتي للمشاركة في هذا البحث الذي تجريه الطيبية رشا الموعد في مشفى الأمراض الجلدية والزهرية وأوافق على إعطاء المعلومات المطلوبة لأغراض البحث.

دمشق في/...../..... توقيع المشارك:

.....

يُملأ من قبل الباحث

أقر بأنني شرحت للمشارك/لأهله هذه المعلومات الواردة أعلاه بلغة مفهومة، وقد رحبت بتلقي أي أسئلة تتعلق بموضوع الدراسة، وقدمت إجابات شافية عن جميع الأسئلة المطروحة بهذا الخصوص.

دمشق في/...../..... توقيع الباحث

.....

استمارة مريض التهاب الجلد التأتبي

الاسم:

العمر:

الجنس:

رقم الهاتف:

مكان الولادة:

مكان الإقامة الحالي والسابق:

السكن: منزل عربي طابقي

درجة 3 لا توجد قرابة واضحة

قرابة بين الأبوين: درجة 2

الشكاية الحالية:

قصة بدء المرض:

علاجات سابقة:

هجوع المرض:

أمراض مرافقة أو سوابق مرضية أو جراحية:

القصة العائلية:

عدد الإخوة: 1-2 3-5 <5

الحمل والإرضاع:

عمل الأم والأب

مستوى الدخل لدى الأهل: منخفض متوسط فوق المتوسط

التدخين في المنزل:

تأثير العوامل التالية على شدة المرض:

الصيف الشتاء الحيوانات

الغبار العطور الصوف

السجاد المنظفات أطعمة معينة

أدوية: القلق

تاريخ ملء الاستمارة / / 2013/

مؤشر شدة التهاب الجلد التأتبي
(severity Scoring of Atopic Dermatitis)

SCROAD

A- مساحة سطح الجسم المصاب:

- الطرف العلوي الأيمن
- الطرف العلوي الأيسر.
- الطرف السفلي الأيمن
- الطرف السفلي الأيسر.
- البطن الصدر.
- الظهر.
- المنطقة المغنبية.
- الرأس والعنق.
- المساحة النهائية: $\overline{100}$

B- حساب شدة الإصابة:

- الحمامى
- الوذمة أو الحطاطات
- النز أو الجلبيات
- التسحج
- التحزز
- الجفاف
- المجموع النهائي : $\overline{18}$

C- الأعراض الشخصية (الحكة أو الأرق) $\overline{20}$

$$\text{SCORAD} = A/5 + 7B/2 + C$$

مؤشر جودة الحياة في الحساسية الجلدية (الإكزيما) لدى الأطفال

مجموع النقاط

التاريخ:

الاسم:

العنوان:

إن هدف هذا الإستبيان هو تسجيل حدة الحساسية الجلدية (الإكزيما) لدى طفلك.

كل سؤال يتعلق بالإسبوع الأخير فقط. رجاء الاجابه عن كل سؤال.

شدة الحساسية الجلدية		
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	شديد جداً شديد متوسط معدوم	خلال الأسبوع الماضي ما اعتقادك مدى شدة الحساسية الجلدية لدى طفلك؟ بمعنى كيف كانت كمية الإحمرار ، القشر ، التهاب وما مدى انتشاره ؟
مؤشر جودة الحياة		
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	كل الوقت كثيراً قليلاً معدوم	1. خلال الأسبوع الماضي ما مقدار معاناة طفلك من الحكّة و الخدش (الهرش)؟
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	دائم البكاء وصعب التعامل كثير العصبيّة قليل العصبيّة سعيد	2. خلال الأسبوع الماضي كيف كان مزاج طفلك؟
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	أكثر من ساعتين 2-1 ساعة 15 دقيقة-1 ساعة صفر إلى 15 دقيقة	3. خلال الأسبوع الماضي ما هو متوسط الوقت تقريبا الذي يستلزمه طفلك ليُدخل في النوم كل ليلة؟
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	5 ساعات، أو أكثر 4-3 ساعات 2-1 ساعة أقل من ساعة	4. خلال الأسبوع الماضي ما مقدار الوقت الكلي الذي حدث فيه ازعاج لنوم طفلك في المتوسط كل ليلة ؟
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	كثيراً جداً كثيراً قليلاً لا مطلقاً	5. خلال الأسبوع الماضي هل تعارضت الحساسية الجلدية (الإكزيما) لدي طفلك مع ممارسة اللعب أو السباحة؟
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	كثيراً جداً كثيراً قليلاً لا مطلقاً	6. خلال الأسبوع الماضي هل تعارضت الحساسية الجلدية (الإكزيما) لدي طفلك مع المشاركة ، أو التمتع بالنشاطات العائلية الأخرى؟
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	كثيراً جداً كثيراً قليلاً لا مطلقاً	7. خلال الأسبوع الماضي هل كانت هناك مشاكل مع طفلك أثناء أوقات تناول الطعام بسبب الحساسية الجلدية (الإكزيما) ؟
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	كثيراً جداً كثيراً قليلاً لا مطلقاً	8. خلال الأسبوع الماضي هل سبق أن كان هناك مشاكل مع طفلك نتيجة العلاج ؟
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	كثيراً جداً كثيراً قليلاً لا مطلقاً	9. خلال الأسبوع الماضي هل أدت الحساسية الجلدية (الإكزيما) في طفلك إلى أن يكون إرتداء و خلع الملابس غير مريح له؟
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	كثيراً جداً كثيراً قليلاً لا مطلقاً	10. خلال الأسبوع الماضي ما مقدار المشكلة لطفلك المصاب بالحساسية (الإكزيما) عند الإستحمام؟

حقوق الطبع محفوظة لـ إم. إس. لويس-جونز و أ. واي. فينالي يناير 2000

رجاء التأكد من الإجابة على جميع الأسئلة

© Copyright: M.S.Lewis-Jones, A.Y.Finlay , Jan 2000

INFANTS' DERMATITIS QUALITY OF LIFE INDEX (IDQOL)

Draft 7

Name:
Address:

Date:

IDQOL
SCORE

Dermatitis Severity

Over the last week, **how severe** do you think your child's dermatitis has been?; i.e. how red, scaly, inflamed or widespread.

- Extremely severe
- Severe
- Average
- Fairly good
- None

Life Quality Index

1. Over the last week, how much has your child been **itching and scratching**?

- All the time
- A lot
- A little
- None

2. Over the last week, what has your child's **mood** been?

- Always crying, extremely difficult
- Very fretful
- Slightly fretful
- Happy

3. Over the last week approximately how much **time** on average has it taken to

- More than 2 hrs
- 1 - 2 hrs

get your child off to sleep each night?

- 15mins - 1 hr
- 0-15mins

4. Over the last week, what was the **total time** that your child's **sleep was disturbed** on average each night?

- 5 hrs or more
- 3 - 4 hrs
- 1 - 2 hrs
- Less than 1 hour

5. Over the last week, has your child's eczema interfered with **playing or swimming**?

- Very much
- A lot
- A little
- Not at all

6. Over the last week, has your child's eczema interfered with your child **taking part in or enjoying other family activities**?

- Very much
- A lot
- A little
- Not at all

7. Over the last week, have there been problems with your child at **mealtimes** because of the eczema?

- Very much
- A lot
- A little
- None

8. Over the last week, have there been problems with your child caused by the **treatment**?

- Very much
- A lot
- A little
- None

9. Over the last week, has your child's eczema meant that **dressing and undressing** the child has been **uncomfortable**?

- Very much
- A lot
- A little
- None

10. Over the last week how much has your child having eczema been a problem at **bathtime**?

- Very much
- A lot
- A little
- None

Please can you check that you have answered every question.

© M.S. Lewis-Jones, A.Y. Finlay Jan 2000

CDLQI مؤشر نوعية الحياة لدى الأطفال المصابين بمرض جلدي

رقم المستشفى:

الاسم:

العمر:

العنوان:

التشخيص:

التاريخ:

النتيجة:

- الهدف من هذا الاستبيان هو معرفة مدى تأثير مرضك الجلدي عليك خلال الأسبوع الماضي. الرجاء وضع علامة في خانة واحدة لكل سؤال.
1. خلال الأسبوع الماضي، إلى أي مدى كان جلديك متهيجا أو مثيرا للحكة أو مؤلما؟
2. خلال الأسبوع الماضي، ما مدى شعورك بالإحراج أو الخجل أو الانزعاج أو الحزن بسبب جلديك؟
3. ما مدى تأثير جلديك على علاقاتك بأصدقائك خلال الأسبوع الماضي؟
4. كيف كانت وتيرة تغييرك أو ارتدائك لملابس أو أحذية مختلفة أو خاصة بسبب مرضك الجلدي خلال الأسبوع الماضي؟
5. ما مدى تأثير مرضك الجلدي على خروجك أو لعبك أو ممارستك لهواياتك خلال الأسبوع الماضي؟
6. كيف كانت وتيرة امتناعك عن السباحة أو ممارسة رياضات أخرى بسبب مرضك الجلدي خلال الأسبوع الماضي؟
7. هل كان الأسبوع الماضي إذا كان أسبوعا دراسيا: ما مدى تأثير مرضك الجلدي على أدائك لواجباتك الدراسية خلال الأسبوع الماضي؟
- أم عطله مدرسية؟ إذا كان عطلة مدرسية: ما مدى تأثير مرضك الجلدي على استمتاعك بعطلتك خلال الأسبوع الماضي؟
8. خلال الأسبوع الماضي، ما مدى تسبب مرضك الجلدي لك بمشاكل مع الناس، كنعتهم لك بألقاب سيئة أو مشاكستك أو مضايقتك أو طرح أسئلة كثيرة عليك أو تجنبهم لك؟
9. ما مدى تأثر نومك بمرضك الجلدي خلال الأسبوع الماضي؟
10. ما مدى تسبب علاجك الجلدي لك بمشاكل خلال الأسبوع الماضي؟
- كثيرا جدا
كثيرا
قليلا فقط
لا أبدا
كثيرا جدا
كثيرا
قليلا فقط
لا أبدا

الرجاء التأكد من أنك أجبت على جميع الأسئلة. شكرا!

©م. س. لويس جونز، إي. واي. فينلاي، ماي 1993، يمنع نسخ هذا الاستبيان بدون إذن من المؤلفين
Final Arabic for Morocco CDLQI, 3 March 2010

Trouble with Skin

The aim of the questionnaire is to measure how much your skin problem has affected you OVER THE LAST WEEK. Please tick ✓ one box for each question.

OVER THE LAST WEEK

Very much

Quite a lot

A little

Not at all



How itchy, 'scratchy', sore or painful has your skin been ?

OVER THE LAST WEEK

Very much

Quite a lot

A little

Not at all



How upset or embarrassed, self conscious or sad have you been because of your skin?

Very much

Quite a lot

A little

Not at all



How much has your skin affected your friendships?

Very much

Quite a lot

A little

Not at all



How much have you changed or worn different or special clothes/shoes because of your skin?

Very much

Quite a lot

A little

Not at all



How much has your skin trouble affected going out, playing or doing hobbies?

Very much

Quite a lot

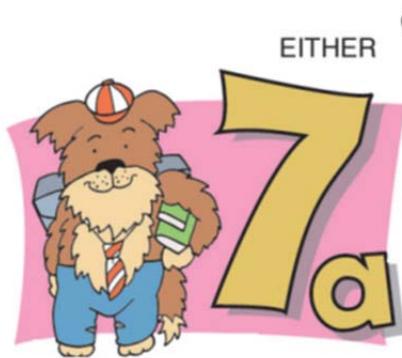
A little

Not at all



How much have you avoided swimming or other sports because of your skin trouble?

Children's Dermatology Life Quality Index



If **school time**: How much did your skin affect your **school work**?

OVER THE LAST WEEK

- Very much
- Quite a lot
- A little
- Not at all



If **holiday time**: How has your skin problem interfered with your **holiday plans**?

OVER THE LAST WEEK

- Very much
- Quite a lot
- A little
- Not at all



How much trouble have you had because of your skin with other people **calling you names, teasing, bullying, asking questions or avoiding you**?

OVER THE LAST WEEK

- Very much
- Quite a lot
- A little
- Not at all



How much has your **sleep** been affected by your skin problem ?

Hospital No.:
 Name :
 Age:
 Address:

Diagnosis:
 Date:
 CDLQI SCORE:

CDLQI ©M.S. Lewis-Jones, A.Y. Finlay, June 1993
 Illustrations ©Media Resources Centre, UWCM, Dec 1996



- Very much
- Quite a lot
- A little
- Not at all

How much of a problem has the **treatment** for your skin been ?

Please check that you have answered EVERY question. Thank you.

“Dermatitis Family Impact Questionnaire”

Child’s Name: _____ **Mother/Father/Carer** _____ **Date:** _____ **Score**

The aim of this questionnaire is to measure how much your child’s skin problem has affected you and your family OVER THE LAST WEEK. Please tick one box for each question.

- | | | | |
|-----|---|--|--|
| 1. | Over the <u>last week</u> , how much effect has your child having eczema had on housework , e.g. washing, cleaning. | Very much
A lot
A little
Not at all | <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> |
| 2. | Over the <u>last week</u> , how much effect has your child having eczema had on food preparation and feeding . | Very much
A lot
A little
Not at all | <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> |
| 3. | Over the <u>last week</u> , how much effect has your child having eczema had on the sleep of others in family . | Very much
A lot
A little
Not at all | <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> |
| 4. | Over the <u>last week</u> , how much effect has your child having eczema had on family leisure activities , eg swimming. | Very much
A lot
A little
Not at all | <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> |
| 5. | Over the <u>last week</u> , how much effect has your child having eczema had on time spent on shopping for the family . | Very much
A lot
A little
Not at all | <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> |
| 6. | Over the <u>last week</u> , how much effect has your child having eczema had on your expenditure , eg costs related to treatment, clothes, etc. | Very much
A lot
A little
Not at all | <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> |
| 7. | Over the <u>last week</u> , how much effect has your child having eczema had on causing tiredness or exhaustion in your child’s parents/carers. | Very much
A lot
A little
Not at all | <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> |
| 8. | Over the <u>last week</u> , how much effect has your child having eczema had on causing emotional distress such as depression, frustration or guilt in your child’s parents/carers. | Very much
A lot
A little
Not at all | <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> |
| 9. | Over the <u>last week</u> , how much effect has your child having eczema had on relationships between the main carer and partner or between the main carer and other children in the family. | Very much
A lot
A little
Not at all | <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> |
| 10. | Over the <u>last week</u> , how much effect has helping with your child’s treatment had on the main carer’s life. | Very much
A lot
A little
Not at all | <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> |

Please check you have answered EVERY question. Thank you

© M.S. Lewis-Jones, A.Y. Finlay 1995

استبيان لمعرفة تأثير الحساسية الجلدية على أسرة المريض

اسم الطفل: _____ الأم/الأب/ولي الأمر: _____ التاريخ: _____ مجموع النقاط:

يهدف هذا الاستبيان الى قياس مدى تأثير إصابة طفلك الجلدية عليك وعلى عائلتك خلال الأسبوع الماضي، الرجاء اختيار إجابة واحدة لكل سؤال مما يلي :

<input type="checkbox"/> كثير جدا <input type="checkbox"/> كثير <input type="checkbox"/> قليل <input type="checkbox"/> معدوم	1- خلال الأسبوع الماضي ما مدى تأثير إصابة طفلك بالحساسية الجلدية على أعمالكم المنزلية (كالغسيل، النظافة، إلخ) .
<input type="checkbox"/> كثير جدا <input type="checkbox"/> كثير <input type="checkbox"/> قليل <input type="checkbox"/> معدوم	2- خلال الأسبوع الماضي ما مدى تأثير إصابة طفلك بالحساسية الجلدية على طريقة تحضير الطعام والتغذية .
<input type="checkbox"/> كثير جدا <input type="checkbox"/> كثير <input type="checkbox"/> قليل <input type="checkbox"/> معدوم	3- خلال الأسبوع الماضي ما مدى تأثير إصابة طفلك بالحساسية الجلدية على نوم أفراد العائلة الآخرين.
<input type="checkbox"/> كثير جدا <input type="checkbox"/> كثير <input type="checkbox"/> قليل <input type="checkbox"/> معدوم	4- خلال الأسبوع الماضي ما مدى تأثير إصابة طفلك بالحساسية الجلدية على طريقة قضاء أوقات الفراغ للعائلة (كالسباحة مثلا)
<input type="checkbox"/> كثير جدا <input type="checkbox"/> كثير <input type="checkbox"/> قليل <input type="checkbox"/> معدوم	5- خلال الأسبوع الماضي ما مدى تأثير إصابة طفلك بالحساسية الجلدية على الوقت اللازم للتسوق للعائلة.
<input type="checkbox"/> كثير جدا <input type="checkbox"/> كثير <input type="checkbox"/> قليل <input type="checkbox"/> معدوم	6- خلال الأسبوع الماضي ما مدى تأثير إصابة طفلك بالحساسية الجلدية على معدل إنفاقك (قيمة الأدوية، الملابس الخاصة، إلخ)
<input type="checkbox"/> كثير جدا <input type="checkbox"/> كثير <input type="checkbox"/> قليل <input type="checkbox"/> معدوم	7- خلال الأسبوع الماضي ما مدى تأثير إصابة طفلك بالحساسية الجلدية على إصابة الوالدين أو من يعتني بالطفل بالإجهاد والتعب.
<input type="checkbox"/> كثير جدا <input type="checkbox"/> كثير <input type="checkbox"/> قليل <input type="checkbox"/> معدوم	8- خلال الأسبوع الماضي ما مدى تأثير إصابة طفلك بالحساسية الجلدية على إصابة الوالدين أو من يعتني بالطفل بالضغوط النفسي أو العاطفي مثل الشعور بالاكتئاب أو الإحباط أو الشعور بالذنب.
<input type="checkbox"/> كثير جدا <input type="checkbox"/> كثير <input type="checkbox"/> قليل <input type="checkbox"/> معدوم	9- خلال الأسبوع الماضي ما مدى تأثير إصابة طفلك بالحساسية الجلدية على العلاقات العائلية بين من يعتني بالطفل والوالدين أو بين من يعتني بالطفل والأطفال الآخرين في العائلة.
<input type="checkbox"/> كثير جدا <input type="checkbox"/> كثير <input type="checkbox"/> قليل <input type="checkbox"/> معدوم	10- خلال الأسبوع الماضي ما مدى تأثير إصابة طفلك بالحساسية الجلدية على الحياة العامة لمن يعتني بالطفل.

الرجاء التأكد من الإجابة على جميع الأسئلة، وشكرا لك.

M.S. Lewis-Jones, A.Y. Finlay 1995

© حقوق الطبع محفوظة ل