

شیوع اختلالات ناخن در دبستانهای تهران

دکتر اطهر معین

استادیار دانشکده پزشکی دانشگاه شاهد، تهران

نادر فلاح

کارشناس ارشد آمار حیاتی، دانشکده پزشکی دانشگاه شاهد، تهران

بوسیله ترومای فیزیکی یا بیماری موضعی و سیستمیک آسیب بینند. رشد روزانه ناخن‌های دست $1\text{mm}/\text{day}$ و ناخن‌های پا $\frac{1}{3}\text{mm}/\text{day}$ آن می‌باشد. ضخامت ناخن‌های دست $0.5-0.75\text{mm}$ و ناخن‌های پا 1mm است. ناخن سالم صاف و شفاف است. در کودکی ناخن‌ها ععمولاً نازک و انعطاف‌پذیر است و اختلالات ناخن در بیچه‌ها غیر شایع است. اختلالات اکتسابی، ژنتیکی، ترومای و بیماری‌های پوستی و سیستمیک می‌توانند باعث تغییرات اجزای مختلف ناخن و تغییر شکل یا ساختمان آن بشوند. اختلالات ناخن مثل پوست به راحتی قابل بیوسی و تفسیر کردن نیست و از طرفی مقاومت بیمار و ریسک آسیب دائمی در اثر بیوسی باعث می‌شود متخصصین پوست کمتر به این کار پردازند (۲،۴). تشخیص تغییرات طبیعی ناخن برای افتراق از بیماری‌های آن مهم است. ناخن‌های متععری شکل (قاشقی) از بیماری‌های آن مهم است. ناخن طبیعی ممکن است تعداد کمی فروفرتگی‌های کوچک (Pitting) در صفحه خود داشته باشد. نقاط سفید پراکنده (لکونیشیا) در صفحه ناخن شایع بوده و خطوط طولی روی ناخن‌ها نیز از تغییرات شایع دیگر ناخن در دوران کودکی است (۵).

در این مطالعه هدف ما تعیین شیوع لکونیشیا، پیتینگ و ناخن قاشقی در دبستانهای تهران و مروری بر علل ایجاد کننده این تغییرات است. تغییرات دیگر ناخن مانند اونیکولیز، هیپرکراتوز زیر ناخن، لامار دیستروفی و... به علت کم بودن تعداد یا نبودن مورد بررسی قرار نگرفت.

مواد و روش‌ها:

برای این مطالعه در مناطق ۲۰ گانه آموزش و پرورش تهران به روش تصادفی منظم ۳۶ مدرسه از بین مناطق و مدارس موجود انتخاب گردید. تغییرات ناخن در دانشآموزان کلاس اول و پنجم توسط پزشک متخصص پوست مورد بررسی قرار گرفت.

تعاریف:

- لکونیشیا: سفیدی کامل یا ناقص ناخن (بخشی از ناخن سفید

ناخن پوشش حفاظتی، دفاعی و زیبایی انجشتان می‌باشد. بیماری‌های پوستی، سیستمیک و تroma می‌توانند باعث تغییرات ناخن شوند. شناخت تغییرات طبیعی ناخن برای افتراق از بیماری‌های آن مهم است. اطلاعات کمی در مورد شیوع اختلالات ناخن در کودکان وجود دارد. در این مطالعه هدف ما تعیین شیوع لکونیشیا، پیتینگ و ناخن قاشقی در دبستانهای تهران می‌باشد. ۱۹۰۲ دانش‌آموز مورد معاینه قرار گرفتند که 16.9% لکونیشیا، 2.1% پیتینگ و 1.8% ناخن قاشقی داشتند. در این اختلالات تفاوتی بین پسرها و دخترها وجود نداشت. لکونیشیا و پیتینگ در کلاس پنجمی‌ها بیشتر از کلاس اولی‌ها بود و از بین مناطق مختلف آموزش و پرورش شیوع لکونیشیا و پیتینگ در منطقه ۱۱ بیشتر بود. ارتباط معنی داری بین اختلالات ناخن و بیماری‌های پوستی و یا سیستمیک واضحی وجود نداشت و احتمالاً ترومای پیشترین نقش را در ایجاد این ضایعات دارد. با توجه به اهمیت تشخیص آن‌می‌فرآ آهن و کمبود سیستمیک پیشنهاد می‌شود تحقیقی در مورد ارتباط ناخن قاشقی با آن‌می‌فرآ آهن با کمبود سیستمی در کودکان دبستانی صورت گیرد.

واژه‌های کلیدی: لکونیشیا، پیتینگ، ناخن قاشقی

مقدمه:

ناخن یکی از ضمایم پوست و پوشش حفاظتی، دفاعی و زیبایی انجشتان است و در درک لمس طریف و گرفتن اشیاء کوچک نیز کمک می‌کند (۱، ۲، ۳). ناخن مشکل از ماتریکس، صفحه، بستر، ماهک، کوتیکول، چین‌ها و هیپونیکیوم است. ماتریکس ناخن صفحه ناخن را ایجاد می‌کند و صفحه ناخن مشکل از مواد شانخی است که دسکوآماسیون در آن صورت نمی‌گیرد. ناخن بطور مداوم رشد می‌کند مگر اینکه ماتریکس

- ناخن قاشقی :

۱/۸٪ کودکان (n = ۳۴) ناخن قاشقی داشتند. از نظر جنسی: ۲/۱٪ پسرها (n = ۲۱) و ۱/۴٪ دخترها (n = ۱۳) ناخن قاشقی داشتند (p=0.25). از نظر سنی: ۱/۸٪ کلاس اولی ها (n = ۱۸) و ۷/۱٪ کلاس پنجمی ها (n = ۱۶) ناخن قاشقی داشتند (p=0.8)، از بین مناطق مختلف در منطقه ۳: ۱/۵٪ (n = ۶) در منطقه ۷: ۷٪ (n = ۱۳)، در منطقه ۱۱: ۱/۳٪ (n = ۵)، در منطقه ۱۵: ۷٪ (n = ۷) و در منطقه ۱۹: ۰/۰٪ (n = ۳) ناخن قاشقی داشتند. از بین افرادی که ناخن قاشقی داشتند هیچ کدام درماتیت آتوپی نداشتند. از بین افرادی که ناخن قاشقی داشتند (اگزما) داشتند در حالی که افراد عادی ۲/۷٪ (n = ۱۳۴) درماتیت (اگزما) داشتند در میان افرادی که ناخن قاشقی داشتند در ۰/۶٪ (n = ۷) و افراد عادی در ۰/۲۶٪ (n = ۵۰۲) پوست خشک داشتند (p=0.41). (نمودار شماره ۱).

- بحث :

شایع ترین اختلال در ناخن کودکان دبستانی شهر تهران لکونیشیا بود که در پسرها بیشتر از دخترها بود اما اختلاف معنی دار نبود (p=0.18). در کلاس پنجمی ها شیوع بیشتری از کلاس اولی ها داشت (p=0.00) و از بین مناطق مختلف آموزش و پرورش در منطقه ۱۱ بیشترین شیوع را داشت (p=0.00). لکونیشیا به اسامی achromia, albugo, marble nail, anemic streak, white spot, canitis nail و unfukim ungium شناخته شده است (۶). لکونیشیا شایع ترین تغییر رنگ ناخن می باشد (۷، ۸) که به ۳ نوع تقسیم می شود:

۱ - لکونیشیای واقعی (true Leukonychia) که صفحه ناخن درگیر است.

۲ - لکونیشیای کاذب (Pseudo Leukonychia) که بستر ناخن درگیر می باشد و تغییرات بافت همبندی و عروق باعث سفیدی ناخن می شود.

۳ - لکونیشیای ظاهري یا صوري (Apparent Leukonychia) که بستر و صفحه ناخن طبیعی است و عوامل دیگری مانند اوئیکولیز باعث سفیدی ناخن می شود (۸، ۹).

۱ - لکونیشیای واقعی ناخن: در اثر اختلال کراتینیزاسیون ماتریکس ایجاد می شود، فیبرهای کراتین تغییر کرده و به

باشد یا نقاط و خطوط سفید روی ناخن دیده شود).

- پیشینگ: فرورفتگی های نقطه ای شکل روی ناخن

- ناخن قاشقی: مقعر شدن صفحه ناخن

- نتایج :

- لکونیشیا :

۱۹۰۲ دانش آموز معاينه شدند که ۱۶/۹٪ آنها (n = ۳۲۱) نفر لکونیشیا داشتند. از نظر جنسی: ۱۸٪ پسرها (n = ۱۷۸) و ۱۵/۷٪ دخترها (n = ۱۲۲) لکونیشیا داشتند (p=0.18). از نظر سنی: ۱۱/۲٪ کلاس اولی ها (n = ۱۱۰) و ۰/۲۳٪ کلاس پنجمی ها (n = ۲۱۱) نفر لکونیشیا داشتند (p=0.00). از بین مناطق مختلف آموزش و پرورش در منطقه ۳: دانش آموزان در ۰/۱۷٪ موارد (n = ۶۸)، منطقه ۷: ۰/۱۸٪ (n = ۷۱)، منطقه ۱۱: ۰/۱۵٪ (n = ۴۴)، منطقه ۱۵: ۰/۱۱٪ (n = ۴۴)، منطقه ۱۹: ۰/۱۱٪ (n = ۴۴)، نفر لکونیشیا داشتند (p=0.00). افرادی که لکونیشیا داشتند در ۰/۳۰٪ (n = ۹۸) مورد و افراد عادی در ۰/۰/۲۶٪ (n = ۴۱۱) مورد پوست خشک داشتند (p=0.09). افرادی که لکونیشیا داشتند ۰/۱/۶٪ (n = ۵) و افراد عادی ۰/۱/۴٪ (n = ۲۲) درماتیت آتوپی داشتند (p=0.08). افرادی که لکونیشیا داشتند ۰/۷/۵٪ (n = ۲۴) و افراد عادی ۰/۷٪ (n = ۱۱۱) درماتیت (اگزما) داشتند (p=0.77).

- پیتینگ :

از بین دانش آموزان ۰/۲/۲٪ (n = ۴۱) پیتینگ داشتند که در ۰/۱/۲٪ مورد (n = ۲۳) ۱-۱۰ عدد پیت، ۰/۰/۴٪ (n = ۸) عدد پیت، ۰/۰/۱٪ (n = ۲) عدد پیت و ۰/۰/۳٪ (n = ۵) پیت داشتند. از نظر جنسی: ۰/۱/۷٪ پسرها (n = ۱۷) و ۰/۲/۶٪ دخترها (n = ۲۴) پیت داشتند (p=0.1). از نظر سنی: ۰/۱/۴٪ کلاس اولی ها (n = ۱۴) و ۰/۲/۹٪ کلاس پنجمی ها (n = ۲۷) پیت داشتند (p=0.02). از بین مناطق مختلف در منطقه ۳: ۰/۱/۳٪ (n = ۵)، در منطقه ۷: ۰/۲/۴٪ (n = ۹)، در منطقه ۱۱: ۰/۱/۵٪ (n = ۱۵)، در منطقه ۱۵: ۰/۱/۵٪ (n = ۲) و در منطقه ۱۹: ۰/۲/۷٪ (n = ۱۵) پیت داشتند (p=0.01). از افرادی که پیت داشتند ۰/۲/۴٪ (n = ۱) و افراد عادی ۰/۱/۴٪ (n = ۲۵) درماتیت آتوپی داشتند (p=0.5). از افرادی که پیت داشتند ۰/۷/۹٪ (n = ۴) و افراد عادی ۰/۷٪ (n = ۱۳) درماتیت (اگزما) داشتند (p=0.5). از افرادی که پیت داشتند ۰/۲۶/۸٪ (n = ۴۹۸) پوست خشک داشتند (p=0.99).

می شود ممکن است قدری نقش داشته باشد (۱، ۲، ۸). علل ایجاد کننده لکونیشیا ممکن است مادرزادی و ارثی و یا اکتسابی باشد. فرم ارثی و مادرزادی بصورت اتوزومال غالب انتقال می یابد (۱۰، ۱) و بصورت کامل یا ناقص می باشد و پندرت نقطه‌ای یا خطی است. در یک فامیل سیاه پوست در سه نسل پی در پی بدون اختلالات دیگر سفیدی ناخن دیده شد. در گزارش دیگری سفیدی کامل ناخن در یک مادر و فرم خطی بصورت باندهای دختر او ایجاد شده بود و بالاخره فرم خطی بصورت باندهای عرضی در یک مادر و فرزندش گزارش شده است. لکونیشیایی مادرزادی گاهی به تنها یی و گاهی همراه سندرم‌های مختلفی گزارش شده است مثل؛ پیلی تورتی، کراتودرم، سندرم لثوباره. فرم اکتسابی لکونیشیا می تواند علت اگزورژن یا آندورژن داشته باشد. از علل خارجی لکونیشیا می توان مانیکور کردن رانام برد که باعث لکونیشیایی نقطه‌ای یا عرضی می شود. فرم عرضی با علت خارجی کمتر از فرم داخلی یکنواخت هستند. از علل خارجی دیگر می توان عوامل شغلی رانام برد (۱۱، ۱۲). لکونیشیایی اکتسابی با علل داخلی بعد از پذیرده‌های فیزیولوژیک مثل تولد، استرس شدید، بیماری‌های حاد مثل انفارکتوس میوکارد، بیماری‌های دستگاه گوارش مثل کولیت اولسرو، اریتم مولتنی فرم، بیماری‌های کلیوی، شوک، شکستگی‌ها، جراحی، بیماری‌های عفونی مثل زونا، سرخک، TB، سیفلیس، حصبه، عفونت‌های قارچی و انگلی، بیماری‌های مزمن مثل بیماری‌های اتوایمون، گلومرولونفریت، ویتلیگو، شوپلازی، هوچکین، کموتراپی، اختلالات متابولیک، هیپوآلبومینمی شدید، نوروپاتی محیطی و نارسایی کلیه می باشد. Dennis و Hudson بیان می کنند که اندازه باندها بیانگر شدت بیماری است. بدنیال مسمومیت با تالیوم، آرسنیک، سرب و سولفات‌امید نیز گزارش شده است. در مسمومیت حاد آرسنیک خطوط Mee's بصورت خطوط عرضی کوچک سفید در همان محل در هر ناخن ایجاد می شوند و در فرم مزمن مسمومیت آرسنیک خطوط سورب سفید در همان محل در هر ناخن ایجاد می شوند که به همان اندازه کاراکتریستیک است (۱۳، ۱۴).

۲ - لکونیشیایی کاذب : سفیدی ناخن ثانوی به پاتولوژی بستر ناخن است. مثل بیماری کاوازاكی، هیپوآلبومینمی، کمبود روحی، کموتراپی، هوچکین، لپر و خطوط تری (بیشتر از $\frac{2}{3}$ ابتدای ناخن سفید بمنظور می رسد که این حالت در سیروز کبدی دیده می شود) (۱۱، ۱۲).

علت پاراکراتوز صفحه ناخن مات به نظر می رسد. لکونیشیایی واقعی ممکن است کامل، ناقص، عرضی، طولی و یا نقطه‌ای باشد. لکونیشیایی کامل؛ نادر بوده و ناخن‌ها به رنگ شیری، گچی یا عاجی بنظر می رسد.

لکونیشیایی ناقص؛ که یک قوس صورتی حدود ۲-۴mm در قسمت انتهایی ناحیه سفید دیده می شود، سلول‌های هسته‌دار در نواحی انتهایی بالغ شده و گرانول‌های کراتوهیالن خود را از دست داده و بعد کراتین سالم ایجاد می کنند. احتمال دارد که سلول‌های پاراکراتوتیک در تمام طول ناخن وجود داشته اما تعداد اینها وقتی به انتهای می رساند کم شده و تولید رنگ طبیعی صورتی تا نقطه جدا شدن از بستر ناخن می کند. گفته شده است که لکونیشیایی ناقص می تواند فازی از فرم کامل باشد.

- لکونیشیایی عرضی؛ که یک یا چند نا از ناخن‌ها باند عرضی ۱-۲mm داشته و اغلب در همان ناحیه در هر ناخن ایجاد می شود برای مثال در اثر مسمومیت با آرسنیک حاد (Mee's lines)، ترومما یا میکروتروومای تکراری، پلاگر، سو، تغذیه، حصبه، نارسایی کلیه و انفارکتوس میوکارد دیده می شود (۱، ۲، ۹).

- لکونیشیایی طولی؛ که مثالی از متاپلازی موضعی است و خطوط سفید خاکستری طولی دائمی با عرض ۱mm روی ناخن ایجاد می شود. ممکن است در یک ناخن دو خط ایجاد شود گاهی دو سه تا از ناخن‌ها گرفتار شوند. ممکن است سفیدی طولی ناخن مربوط به تغییرات خالی (Nevic) باشد و می تواند نشان‌دهنده بیماری داریه باشد. گاهی مراحل ابتدایی خطوط طولی ناخن (ridge) به صورت خطوط سفید بمنظور می رسد.

- لکونیشیایی نقطه‌ای؛ نقاط سفید ۱-۳mm منفرد یا گروهی ایجاد می شوند که به علت تروماهای کوچک تکراری به ماتریکس یا خود بخود ایجاد می شود. تکامل تدریجی نقاط متعدد است. بطور معمول در نزدیکی کوتیکول ایجاد می شوند و به طرف انتهای رشد می کنند اما حدود $\frac{1}{2}$ آنها در دوره مهاجرت به طرف لبه ناخن ناپدید می شوند که این ثابت می کند سلول‌های پاراکراتوتیک قادر به بالغ شدن و از دست دادن گرانول‌های کراتوهیالن برای تولید کراتین هستند. نقص موضعی یا عمومی در کراتینیزاسیون تنها علت سفیدی نقطه‌ای ناخن نیست بلکه انفیلتراسیون هوا که در پاراکراتوز پوستی ایجاد

ناخن‌ها ممکن است گرفتار شوند (۲). پیت علل مختلفی دارد. ۵۰٪ بجههایی که آلوپسی آرآتا دارند پیتینگ نیز دارند (۵). در یک مطالعه در بیمارستان رازی تهران ۲۷/۵٪ کودکان و نوجوانانی که آلوپسی آرآتا داشتند پیتینگ روی ناخن داشتند (۱۷). بجههایی که پسوریاژیس دارند در ۱۵٪ موارد پیت دارند (۵). بطور کلی در پسوریاژیس شایع‌ترین و مهمترین تغییر ناخن پیتینگ است. پیت‌ها در پسوریاژیس معمولاً عمیق بوده و اندازه آن کوچکتر از ۱mm است اما گاهی پیت بزرگتر و حتی منگنهای شکل نیز دیده می‌شود (۱۸). پیت‌های کم عمق در آلوپسی آرآتا، درماتیت و ترومای شغلی ایجاد می‌شود (۲). پیت در پسوریاژیس و آلوپسی آرآتا معمولاً منظم هستند (۱۹). بیماری‌های دیگری مثل پارونیشیایی مژمن، لیکن پلان، رایستر، SLE، درماتومیوزیت، سارکوئیدوز و پمفیگوس هم می‌توانند جزء علل ایجاد‌کننده پیت در ناخن‌ها باشند. در بیماری سیفلیس نیز ممکن است پیت‌های بزرگ در ماهک ناخن ایجاد شوند. در بعضی موارد پیت ممکن است اساس ژنتیک داشته باشد و چند نفر از افراد خانواده بدون همراهی با بیماری دیگر روی ناخن‌ها پیت داشته باشند (۲، ۸) و بالاخره مواردی نیز علت مشخصی نمی‌توان برای ایجاد پیت پیدا کرد (۲). در مطالعه ما از بین کودکانی که پیتینگ ناخن داشتند ۴ نفر درماتیت (اگرما) و یک نفر درماتیت آتوپی داشتند که نسبت به افراد عادی این بیماری‌ها بیشتر بوده اما اختلاف از نظر آماری معنی‌دار نبود. بنابراین در دانش‌آموzan مورد مطالعه ما احتمالاً عواملی مثل ترومای ژنتیک و یا بدون علت مطرح می‌باشد. مواردی که پیت در قسمت انتهایی ناخن وجود دارد زمان کافی گذشته و ضایعه ایجاد‌کننده آن ممکن است تا پیدید شده و بیمار به یاد نیاورد که هرگز اختلالی در آن ناحیه بوده است (۲). پیتینگ ممکن است پتدربیخ خودبخود خوب شود اما بیشتر اوقات دائمی است. در مواردی با در نظر گرفتن علت با تزییق ترموماسینولون استوناید ممکن است بهبودی ایجاد شود اگر چه پاک شدن ممکن است موقعی باشد و درمان بايستی در مقابل عوارضی مثل آتروفی در نظر گرفته شود (۸).

آخرین اختلال مورد بررسی ناخن قاشقی بود که ۱/۸ دانش‌آموzan (n = ۳۴) ناخن قاشقی داشتند. در پسرها بیشتر از دخترها ناخن قاشقی وجود داشت اما اختلاف از نظر آماری معنی‌دار نبود. شیوع ناخن قاشقی بین کلاس اولی‌ها و پنجمی‌ها و یا مناطق مختلف آموزش و پرورش تفاوت معنی‌داری از نظر آماری نداشت. ناخن قاشقی به حالتی گفته می‌شود که انحنای

۳ - لکونیشیای ظاهری یا صوری: بستر و صفحه ناخن سالم است و علل دیگری مثل اونیکولیزو ہیپوکراتوز زیر ناخن باعث می‌شود ناخن سفید بنتظر برسد. در بیماری‌های پسوریاژیس، SLE، کانسربونش، ریسند، ترومای، عفونت‌ها، بیماری‌های تیروئید، داروهایی مثل تیازیدها و واکنش نسبت به موادی مثل فرمالدئید این نوع لکونیشیا دیده می‌شود (۶).

در بین دانش‌آموzan مورد مطالعه دبستان‌های تهران به جز یک مورد که لکونیشیای عرضی بود بقیه موارد لکونیشیا بصورت نقطه‌ای وجود داشت و شایع‌ترین علت لکونیشیای نقطه‌ای نیز ترومای می‌باشد. تعدادی از افرادی که لکونیشیا داشتند درماتیت، درماتیت آتوپی و خشکی پوست داشتند که این اختلالات در افرادی که لکونیشیا نداشتند نیز دیده شد و اختلاف بین اینها از نظر آماری معنی‌دار نبود و بنظر می‌رسد این نقاط خودبخودی یا در اثر ترومای ایجاد شده باشد.

تغییر بعدی مورد بررسی پیتینگ بود که ۲/۱٪ دانش‌آموzan (n = ۴۱) روی ناخن‌ها پیتینگ داشتند که در بیشتر موارد تعداد پیت‌ها بین ۱-۱۰ عدد بود. پیتینگ در دخترها بیشتر از پسرها بود اما اختلاف از نظر آماری معنی‌دار نبود (p=0.1). کلاس پنجمی‌ها بیشتر از کلاس اولی‌ها پیتینگ روی ناخن داشتند (p=0.02) و از بین مناطق مختلف آموزش و پرورش در منطقه ۱۱ پیتینگ شیوع بیشتری نسبت به مناطق دیگر داشت (p=0.01). پیت از ماتریکس ابتدایی ناخن منشا می‌گیرد آسیب‌های متناوب سرسوزنی به ماتریکس ابتدایی باعث می‌شود که پرسه طبیعی دیفرانسیالیسیون در ماتریکس ناخن خراب شود و اونیکروسیت‌های نابالغ که اتصال شل به صفحه ناخن دارند از صفحه خلفی ناخن جابجا شده و منجر به ایجاد پیت در صفحه ناخن شوند (۱۵، ۸، ۴). این پیت‌ها در اندازه، تعداد، عمق و شکل متفاوت بوده و همه براساس درجه تغییرات ماتریکس ابتدایی است (۱۵، ۸). عمق پهناهی حفرات در ارتباط با وسعت درگیری ماتریکس بوده و طول آن با مدت زمان آسیب ماتریکس بستگی دارد (۱۶، ۱). اگر پیت‌ها به سرعت ایجاد شوند بدنبال هم فرار می‌گیرند و ایجاد خطوط طولی (ridging) در ناخن می‌کنند و گاهی حالت موج دار (Rippling) به ناخن می‌دهند (شکل ۱). پیت شدید می‌تواند آنچنان سطح ناخن را خشن کند که ناخن ظاهر صفحه سنباده پیدا کند (۱۵، ۱). پیت‌ها معمولاً در اوایل زندگی ظاهر می‌شوند اما بعضی موارد سال‌ها بعد تظاهر می‌کنند و یکی یا تعدادی از

می توان نام برد. در فقر آهن ممکن است حتی قبل از علایم بالینی و آزمایشگاهی خود را به صورت ناخن قاشقی نشان دهد (۱). نقص سیستمی، هموگلوبینوپاتی ها، پلی سیتومی و را و بیماری های کروزر از موارد دیگر است. از علل عفونی سیفلیس و قارچ ها را می توان نام برد. از علل متابولیک آکرومگالی، هیپوتیروئیدی، تیرو توکسیکوز، پورفیری کوتانه تاراد، سوء تغذیه، پلاگر و هموکروماتوز است. ترومما و علل شغلی از عوامل دیگر است. افرادی که با محصولات پترولاتوم، اسیدویاز، تیوگلیکولات (آرایشگرها) و حلال ها سروکار دارند و بخاری پاک کن ها، خانه دارها و افرادی که مرتب دست ها را در آب فرو می برند مستعد ایجاد ناخن قاشقی هستند. افرادی که عادت به جویدن ناخن دارند یا بر هنره راه می روند نیز ناخن قاشقی در شان دیده می شود. از علل دیگر پسوریاژیس، لیکن پلان، آکانتوزنیگریکانس، ریستود، کاشکسی، اسکلرودrama، هیپوویتمینوز B₂ و بخصوص بیماری داریه، الکریپسی آراتا و پیوندکلیه می باشد (۲۴، ۲۳، ۱۸، ۱۷، ۶، ۲). در یک مطالعه از ۹۲۲ کودک ۵۵ کودک از ۱۷ کودک روتاستیک در مقایسه با ۱۷ کودک شهربی ناخن قاشقی داشتند که احتمالاً ترومما عامل مهم است و در بعضی افراد نیز بدون علت زمینه ای و ایدیوپاتیک می باشد (۲۵). در مطالعه ما ناخن قاشقی ارتباطی با درماتیت آتوپی، درماتیت (اگزما) و خشکی پوست نداشت و همراه آن بیماری پوستی دیگری نیز وجود نداشت و به توجه با اهمیت تشخیص آنمی فقر آهن و کمبود سیستمی پیشنهاد می شود مطالعه ای برای بررسی آنمی فقر آهن و کمبود سیستمی با ناخن قاشقی در دبستان ها صورت گیرد.

تقدیر و تشکر

در تهیه و تنظیم این تحقیق و مقاله از ارائه مشورت ها و مساعدت های آقایان دکتر دولتی، دکتر فیروز و دکتر باباییم تقدیر و تشکر می نمایم.

طبیعی ناخن از بین رفته و صاف و پهن یا مقعر شده باشد. مرحله اولیه ناخن قاشقی ناخن پتالوئید یا گلبرگی است که با پهن شدن ناخن همراه است (۲۰، ۲) و در موارد شدید یک یا دو قطره مایع را در خود نگه می دارد (۹). این حالت معکوس کلابینگ است و موقعی که ناخن از کنار دیده می شود مشخص تر می باشد. علت دقیق ایجاد آن مشخص نیست اما فرضیه هایی برای ایجاد آن داده شده است. Stone زاویه دار شدن ماتریکس ناخن ثانویه به تغییات بافت همبند را علت می داند و ناخن قاشقی موقعی ایجاد می شود که ماتریکس انتهایی نسبت به ماتریکس ابتدایی کم است و عکس این حالت در کلابینگ ایجاد می شود. Jalili و Al-Kassof دریافتند که محتوى سیستمی در ناخن های بیماران آنمیک قدری پایین است و موقعی که ناخن قاشقی وجود دارد خیلی پایین است. آنها نتیجه گرفتند که نقص اسید آمینه های حاوی سولفور در پاتوژن ناخن قاشقی نقش داشته و ممکن است بیانگر سوء تغذیه باشد (۲). ناخن قاشقی باشه شایعی در شیرخواران است اما بزودی کو دکان نیز ممکن است ناخن قاشقی داشته و در مواردی حتی تا بزرگسالی تداوم داشته باشد (۱۸، ۱۹)، در افراد مسن نیز ناخن قاشقی همراه تازک شدن ناخن دیگر می شود اما ممکن است تمام انگشتان گرفتار شوند (۱). از نظر علت ناخن قاشقی به ۳ دسته تقسیم می شود:

- ۱- ایدیوپاتیک
- ۲- ارثی و مادرزادی
- ۳- اکتسابی

نوع اکتسابی بزرگترین گروه است. ترومما، بیماری های درماتولوژیک شبیه پسوریاژیس، قارچ و ایسکمی شانویه به رینود شایع ترین علل هستند. فرم ایدیوپاتیک دومین گروه بزرگ است و بچه ها بیشتر از بالغین در این گروه هستند. ترومای کفش و مکیدن انگشت قبل از قراردادن در این دسته بایستی رد شود (۲)، موارد فامیلی از ناخن قاشقی گزارش شده که وراثت آن اتورومال غالب بوده است (۲۲). بعضی موارد نژادی نیز گزارش شده است. در موارد دیگر ناخن قاشقی همراه با نواقص اکتودرمال دیگر است و همراه مونیلی تریکس، سندروم لکوپارد، گوترون، اکتودرمال دیسپلازی، کراتسودرمی پالموبلانتار، سندروم گولنر و استئاتوسیستو مامولتی پلکس گزارش شده است.

از علل اکتسابی اختلالات هماتوژیک و قلبی عروقی را

منابع:

- 1 - Baran R, Dawber R P N. Disease of the nails and their management. London: Black well, 1994; 39-140.
- 2 - Scher & Daniel. Nails Therapy, Diagnosis, Surgery. Philadelphia: Saunders, 1997; 210-229.
- 3 - Demis J. Clinical dermatology, 1996, Philadelphia: Lippincott-Raven, Vol. 3:101.
- 4 - Moshella and Hurley. Dermatology. Philadelphia: Saunders, 1992:79.
- 5 - Weston W, Lane A, Morelli J. Color text book of pediatric dermatology. Boston: Mosby, 1996: 243-257.
- 6 - Grossman M, Scher R. Leukonychia: Review and classification. Int J Dermatol, 1990; 29: 535-540.
- 7 - Bodman MA. Miscellaneous nail presentations. Clin Podiatr Med Surg, 1995; 12: 328-460.
- 8 - Arndt, Leboit, Robinson, Wintroub. (eds) Cutaneous Medicine and surgery. Philadelphia: Saunders, 1996: 1298-1303.
- 9 - Daniel CR III, Zaias N. Pigmentary abnormalities of the nails with emphasis on systemic diseases. Dermatol Clin 1988; 6: 305-13.
- 10 - Stevens K, Leis P, et al. Congenital Leukonychia. J Am Acad Dermatol, 1998; 39: 509-512.
- 11 - Sams M, Lynch P. Principles and Practice of Dermatology. New York: Churchill Livingstone, 1990: 755-756.
- 12 - Hepburn MJ, English JC, Meffert JJ. Mee's lines in a patient with multiple parasitic infections. Cutis, 1997; 59(6): 321-3.
- 13 - Van - Gelderen DKA, Borges Sk, Duran EL. Etiology and clinical characteristics of mycotic leukonychia, Mycopathologia. 1996; 136(1): 9-15.
- 14 - Jemec G B, Kollerup G, Jensen L, et al. Nail abnormalities in nondermatologic patients: Prevalence and Possible role as diagnostic aids. J Am Acad Dermatol, 1995; 32: 977-81.
- 15 - Fitzpatrick T. Dermatology in general Medicine. New York: Mc Graw - Hill, 1993: 696-707.
- 16 - Dotz WL, Lievber CD, Vogt. Leuchonychia punctata and pitted nails in alopecia areata. Arch Dermatol, 1985; 121(11): 1452-4.
- 17 - عابدیان، حمیدرضا. بررسی و تعیین فراوانی انواع تغییرات ناخنی بیماران اطفال و بزرگسال مبتلا به آلوپسی آرانا مراجعه کننده به درمانگاههای بیمارستان رازی در یک دوره یکساله ۷۵-۷۶ و مقایسه آنها با یکدیگر. پایان نامه تحصیلی پوست. سال تحصیلی ۷۵-۷۶. دانشگاه علوم پزشکی تهران.
- 18 - Hurwitz. Clinical Pediatric dermatology. Philadelphia: Saunders, 1993: 108-111, 508-510.
- 19 - Rook, Wilkinson, Ebling. Text book of dermatology. Oxford: Blakwell, 1992:2531.
- 20 - Samman PD, Fenton DA The nails in disease. London: William Heinemann, 1986:51-3, 92-4, 102-103, 184-6.
- 21 - Maldonado - Ruiz, Parish, Beare. Text book of pediatric dermatology. Philadelphia: Harcourt Brace Jovanovich, 1989: 198-199.
- 22 - Crosby DL, Petersen MJ. Familial koilonychia, Cutis, 1989; 44(3): 209-10.
- 23 - Meyer HS, Qadripur SA. Occupational koilonychia. Hautarzt, 1983; 34(11): 577-9.
- 24 - Ancona AA. Occupational koilonychia from organic solvents. Contact Dermatitis, 1975; (6):367-9.
- 25 - Yinnon AM, Matalon A. Koilonychia of toenails in children. Int J Dermatol, 1998; 27 (10): 685-7.