

درمان ریزش مو (قسمت دوم)



ریزش مو آلوپسیا آرهاتا که اصطلاحاً به نام ریزش مو سکه‌ای معروف است یکی دیگر از انواع ریزش مو می باشد که به علت اینکه فولیکول مو آسیب پایدار نمی‌بیند برگشت پذیر می باشد. این ریزش مو منشأ ایمونولوژیک داشته و به علت عملکرد غیر طبیعی سلول های ایمنی ایجاد می شود. معمولاً در این ریزش مو محل های ریزش مو به شکل مشخص و دایره ای شکل از دیگر مناطق جدا می شود به طوری که در آن ناحیه درگیر، ریزش کامل مو اتفاق می افتد. در آلوپسیا آرهاتا محل های دچار ریزش مو به شکل منفرد و یا به صورت پیچ پیچ در مناطق مختلف کف سر مشاهده می شود .

این ریزش مو علاوه بر سر می تواند در مناطق دیگر دارای رشد مو همانند ناحیه صورت در آقایان نیز بروز پیدا کند. ریزش موی سکه ای در اغلب موارد خود به خود بر طرف می شود اما استفاده از مداخلات درمانی در تسریع روند بهبودی تاثیر قابل توجهی دارد.



خط اول درمان این نوع ریزش مو تزریق داخل ضایعه کورتیکواستروئیدها می باشد که معمولاً از تریامسینولون استوناید استفاده می شود . دوز دارو معمولاً بسته به وسعت ناحیه درگیر مشخص می شود اما معمولاً از دوز ۲۰ میلی گرم یا کمتر از آن در هر بار تزریق بسته به وسعت ناحیه درگیر شده استفاده می شود. معمولاً ۴ تا ۶ هفته پس از تزریق رشد مجدد مو اتفاق می افتد. اما در برخی موارد ممکن است نیاز به تزریق های بیشتر که معمولاً هر ۴ تا ۶ هفته انجام می شود می باشد . اگر پس از ۶ ماه پاسخی مشاهده نشود لازم است از روش های درمانی جایگزین استفاده شود . می توان از ترکیبات کورتیکواستروئید موضعی قوی همچون کلوبتازول، فلوسینولون و بتامتازون نیز به جای تزریق داخل ضایعه هورمون استفاده نمود که در این صورت این فرآورده ها روزی دوبار استفاده می شوند .

در بیماران با درگیری وسیعتر ناحیه سر و بیماران با عود مکرر ضایعات روش ایمونوتراپی موضعی روش موثرتری می باشد. در روش ایمونوتراپی موضعی به صورت هفتگی از یک آلرژن موضعی در ناحیه درگیر استفاده می شود . این آلرژن موضعی در واقع باعث یک تحریک موضعی

و یک پاسخ التهابی نسبتاً خفیف می شود که باعث رشد مجدد مو می شود. معمولاً در این روش شروع رشد مجدد مو پس از ۳ ماه درمان مشاهده می شود.

از روشهای جایگزین دیگر استفاده از پسرالین موضعی به همراه اشعه ی UV ، آنترالین موضعی و ماینوکسیدیل موضعی می توان نام برد. در موارد شدید و مقاوم به درمان با وسعت درگیری بالا از کورتیکواستروئید های خوراکی نیز ممکن است استفاده شود. معمولاً از پردنیزولون با دوز ۴۰-۶۰ میلی گرم روزانه استفاده می شود که در طی ۴ تا ۶ هفته به تدریج قطع می شود. از داروهای سیستمیک دیگر نیز که اثر تعدیل کننده بر روی فعالیت سیستم ایمنی دارند نیز در موارد مقاوم ممکن است استفاده شود .

گردآوری مطالب:

پرناز ابوالفتحی (دانشجوی داروسازی دانشگاه علوم پزشکی همدان)

ویرایش علمی:

دکتر مریم مهرپویا (متخصص داروسازی بالینی ، عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی همدان)