

دراسة في معدل انتشار الأكزيمة البنيوية عند أطفال محافظة اللاذقية في سن المدرسة

الدكتور عبد الله الخير *
الدكتور محمود دلول **
أيهم بدران ***

(قبل للنشر في 2004/7/4)

□ الملخص □

سبب الدراسة: تظهر التقارير الواردة من أقسام مختلفة من العالم بأن انتشار الأكزيمة البنيوية عند أطفال المدارس قد ارتفع بشكل كبير في الأربعين سنة الماضية.

هدف الدراسة: التحقق من فائدة الاستبيان الأوروبي لتقييم انتشار الأكزيمة البنيوية عند أطفال محافظة اللاذقية في الريف والمدينة.

الطرق: التقييم الذاتي بالاستبيان الأوروبي المعبأ من قبل الأهل لأطفال تتراوح أعمارهم بين 5-12 سنة، من أربع مدارس ابتدائية في المدينة وثلاث مدارس ابتدائية في الريف.

النتائج: أظهرت الإحصائيات انتشاراً بنسبة 9%، باستخدام الاستبيان الأوروبي.

* أستاذ مساعد في قسم الأمراض الجلدية والزهرية - كلية الطب - جامعة تشرين - اللاذقية - سورية.
** أستاذ مساعد في قسم الأمراض الجلدية والزهرية - كلية الطب - جامعة تشرين - اللاذقية - سورية.
*** طالب دراسات عليا في قسم الأمراض الجلدية والزهرية - كلية الطب - جامعة تشرين - اللاذقية - سورية.

Study of the Prevalence of Atopic Dermatitis in Lattakia Schoolchildren

Dr. Abdullah Al-Khayer*
Dr. Mahmoud Dalloul**
Ayham Badran***

(Accepted 4/7/2004)

□ ABSTRACT □

Background: Surveys from many parts of the world have shown that the prevalence of atopic dermatitis in schoolchildren has increased greatly in the past 40 years.

Objective: Our objective was to investigate the utility of a European questionnaire to estimate the prevalence of atopic dermatitis in urban and rural Lattakia schoolchildren.

Methods: The self-administered European questionnaire was completed by the parents of 5- to 12-year-old schoolchildren from four urban and three rural elementary schools in Lattakia.

Results: Data showed a prevalence of 9% using the European questionnaire.

*Associate Professor, Department Of Dermatology, Faculty Of Medicine, Tishreen University, Lattakia, Syria.

** Associate Professor, Department Of Dermatology, Faculty Of Medicine, Tishreen University, Lattakia, Syria.

***Postgraduate, Department Of Dermatology, Faculty Of Medicine, Tishreen University, Lattakia, Syria.

مقدمة:

الأكزيمة البنيوية جلاد التهابي مزمن يؤدي لمشاكل مهمة على كل من المرضى المصابين وعائلاتهم ونظام العناية الصحية.

يبدأ المرض نموذجياً في الطفولة، عادة في السنة الأولى من الحياة. يتصف بحكة شديدة، جفاف تقويؤ ثانوي(1)، ويسبب قلة في النوم، ووهن، وضعف التوافق الاجتماعي للطفل(2). تقل شدة المرض عادة خلال الطفولة المتأخرة. على الرغم من أن الآفات قد تتراجع إلا أنه في معظم الحالات تبقى المشاكل قائمة. هذه المشاكل تتضمن الجفاف المزمن، والحكة الشيخية، وأكزيمة اليد العاملة. وهذه الأخيرة قد يكون لها تأثير اقتصادي هام كما أثبتت دراسة أظهرت التربة التأتبية في أكثر من 80% من العمال الذين تلقوا تعويضات لأسباب تتعلق بالجلد. اقترحت دراسات أجريت مؤخراً أن الحساسية الأرجبية عبر الجلد تعزز استجابة الأضداد، والتي تجعل بدورها المريض عرضة للإصابة بالربو المزمن والتهاب الأنف التحسسي، والتي غالباً ما تترافق مع الأكزيمة البنيوية(3). في الواقع تم جمع إثباتات من كل دول العالم حول تزايد انتشار كل من الربو والأكزيمة البنيوية كمرضين مترافقين(4).

أهمية البحث وأهدافه:

إن وبائيات الأكزيمة البنيوية غير مفهومة جيداً، حيث أن المرض ليس لديه علامات فيزيائية أو مخبرية نوعية، لذا فإن جميع التقارير حوله غير دقيقة بالضرورة. يعتمد التشخيص على مظاهر سريرية شكلية وعلى القصة المرضية(5).

قام كلٌ من Schultz-Larsen, Diepgen, and Svensson (6) مؤخراً بتطوير استبيان ذاتي يساعد في تشخيص الأكزيمة البنيوية عند الأطفال، عبر سؤال الآباء عن الموجودات الفيزيائية، والقصة المرضية. هذه الدراسات سجلت انتشار الأكزيمة البنيوية(المقاسة بواسطة هذا الاستبيان في أطفال المدارس بكلٍ من الدانمرك، وألمانيا، والسويد) بنسبة 15.6%، ولم يكن هناك تقارير من سورية حول انتشار هذا المرض.

لذا فإن أهمية الدراسة الحالية هي:

- 1- امتحان فائدة استبيان Schultz-Larsen, Diepgen, and Svensson المعدل والمترجم للتحقق عملياً من انتشار الأكزيمة البنيوية عند أطفال المدارس في محافظة اللاذقية.
 - 2- التعرف على واقع المرض في محافظة اللاذقية.
- أما هدف الدراسة الحالية هو:**
- 1- دراسة وبائية للأكزيمة البنيوية في محافظة اللاذقية.
 - 2- إيجاد معايير حقيقية لتشخيص الأكزيمة البنيوية في بلادنا.

العينة والطرائق:

أجري هذا البحث في الفترة الممتدة من 2003/9/1، ولغاية 2004/3/1. تألفت عينة البحث من تلاميذ، وتلميذات أربع مدارس ابتدائية رسمية في مدينة اللاذقية، وثلاث مدارس ابتدائية رسمية في ريفها. تم اختيارها بشكل عشوائي، وتم أخذ الموافقة من مديرية التربية في اللاذقية لإجراء الدراسة فيها.

تراوحت أعمار التلاميذ، والتلميذات بين 5-12 عاماً.

الطريقة التي اعتمدها في دراستنا هذه، كانت الاستبيان الذاتي المعبأ من قبل الأهل، حيث قمنا بوضع استمارة استبيان خاصة- الشكل (1)- وزعناها على التلاميذ، على أن يقوم والدي الطفل، أو من يقومون على رعايته بتعبئتها.

تضمنت الاستمارة ستة أسئلة أساسية، يتألف كل واحد منها من مجموعة من الخيارات الفرعية والتي تم فيها إعطاء العلامة وفقاً للإجابة كما هو موضح بالشكل (1).

لم توضع العلامات على الاستمارات التي وزعت على التلاميذ.

يمكن للشخص الواحد أن يحصل على 140 علامة كحد أقصى.

تم إضافة سؤالين دون علامات ولكن لهما دور في تشخيص الأكريمة البنيوية(7)، وهما:

1- هل أخبرك الطبيب يوماً ما أن طفلك لديه أكريمة؟

2- هل استعمل طفلك سابقاً مراهم كورتيذونية لأكثر من شهر؟

بدأنا بتوزيع الاستمارات على التلاميذ في بداية شهر تشرين الأول عام 2003 وتم جمعها خلال خمسة

عشر يوماً من جميع الصفوف.

وزعنا أربعة آلاف استمارة خاصة بالاستبيان، وطلبنا من التلاميذ إعطاءها لأهاليهم لتعبئتها، على أن يعودوا بها إلى المدرسة في اليوم التالي، أو الذي يليه. تم فرز الاستمارات التي جمعت، واستبعدنا من الدراسة الاستمارات التي لم تعبأ بشكل كامل، أو لم يحدد فيها جنس التلميذ بشكل واضح. وصنفت الاستمارات الصالحة للدراسة ضمن مجموعتين:

A. أطفال لديهم أكريمة بنيوية: مجموع العلامات التي حصلوا عليها في الاستبيان ≤ 50 .

B. أطفال ليس لديهم أكريمة بنيوية: مجموع العلامات التي حصلوا عليها في الاستبيان > 50 .

تم إجراء دراسة مقارنة بين علامات الاستبيان مع فحص جلدي مباشر، حيث تم إرسال الاستبيان إلى 50 طفل (عمر بين 5-12 عاماً) تم تشخيصهم بالأكريمة البنيوية من قبل اختصاصي بالأمراض الجلدية، كما تم إرساله إلى 50 طفل آخر (من نفس العمر) غير مصابين بالأكريمة البنيوية ومن نفس العيادة. تم تقييم فائدة الاستبيان الأوروبي لوضع التشخيص المناسب وذلك بالاعتماد على الإحصاءات الرسمية وفقاً لما يلي:

الحساسية (sensitivity): أطفال مصابون وفقاً للاستبيان / أطفال مصابون وفقاً للإحصاءات الرسمية.

النوعية (specificity): أطفال غير مصابين وفقاً للاستبيان / أطفال غير مصابين وفقاً للإحصاءات الرسمية.

القيمة التنبؤية الإيجابية: أطفال مصابون وفقاً للإحصاءات الرسمية/أطفال مصابون وفقاً للاستبيان.

(positive predictive value)

القيمة التنبؤية السلبية: أطفال غير مصابين وفقاً للإحصاءات الرسمية/ أطفال غير مصابين وفقاً للاستبيان.

(negative predictive value)

الدقة (accuracy): الأطفال المشخصون بشكل صحيح (مصابين أو غير مصابين) وفقاً للاستبيان والإحصاءات / جميع الأطفال الذين تم فحصهم.

من أجل التقويم الإحصائي للنتائج التي حصلنا عليها عند الأطفال المصابين بالأكزيمة البنيوية ومقارنتها بتلك المشاهدة عند أفراد المجموعة الضابطة، ولمعرفة ما إذا كانت الاختلافات بين القيم، هي اختلافات حقيقية، والفرق جوهرى لجأنا لاستخدام طريقة (كاي-مربع) (8)، والتي تعتمد على الاختلاف بين قيمة X^2 الفعلية المحسوبة، وقيمتها النظرية. إن قيمة X^2 من أجل احتمال خطأ يعادل 5 % تكون ($3.841 \leq X^2$) ويكون الفرق عندها جوهرياً. ومن أجل احتمال خطأ يعادل 1 % فقط تكون ($6.635 \leq X^2$) وعندها يكون لدينا درجة ثقة كبيرة تعادل 99 % والفرق جوهرى جداً.

الشكل (1) الاستمارة

العمر:	أنثى	ذكر:	الجنس: ذكر
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			1- هل شكا طفلك يوماً ما من اندفاعات جلدية حاكة؟. ضع دائرة حول الجواب الصحيح
لا أعرف	لا	نعم(15)	*في المرفقين(خلف الكوع) أو في المأبضين(خلف الركبة).
لا أعرف	لا	نعم(15)	*على الرسغين أو الكاحلين.
لا أعرف	لا	نعم(5)	*على الوجه أو العنق.
لا أعرف	لا	نعم(5)	*على اليدين، الساعدين أو الساقين.
لا أعرف	لا	نعم(5)	*على الجسم.
			في حال 2- بأي عمر ظهرت هذه الاندفاعات الحاكة لأول مرة؟ ظلل المربع الصحيح
			وجود
		20	<input type="checkbox"/> * أقل من عمر 2 سنة.
		10	<input type="checkbox"/> * بين عمر 2- 5 سنوات.
		5	<input type="checkbox"/> * أكثر من عمر 5 سنوات.
			في حال 3- لكم من الوقت استمرت هذه الاندفاعات الحاكة بالظهور؟ ظلل المربع الصحيح
			وجود
		0	<input type="checkbox"/> * أقل من نصف سنة.
		5	<input type="checkbox"/> * بين نصف سنة وستينين.
		10	<input type="checkbox"/> * بين ثلاث وخمس سنوات.
		20	<input type="checkbox"/> * أكثر من خمس سنوات.
			4- هل شكا طفلك سابقاً من أي مما يلي: ضع دائرة حول الجواب الصحيح
لا أعرف	لا	نعم(5)	*جلد جاف على غير العادة.
لا أعرف	لا	نعم(5)	*تخريش الجلد من ألبسة خشنة(صوف، ---).
لا أعرف	لا	نعم(5)	*حكة في الجلد عند التعرق.
لا أعرف	لا	نعم(5)	* (جفاف أو حكة) تتحسن أو تزداد سوءاً بتغيير الفصول.
لا أعرف	لا	نعم(5)	* (جفاف أو حكة) تزداد سوءاً بالانزعاج.
			5- هل يشكو طفلك من: ضع دائرة حول الجواب الصحيح
لا أعرف	لا	نعم(10)	*الربو.
لا أعرف	لا	نعم(10)	*حمى القش(التهاب أنف تحسسي من غبار الطلع والحيوانات الأليفة).
لا أعرف	لا	نعم	6- هل أخبرك الطبيب يوماً ما أن طفلك لديه اكزيمة؟
			7- هل لدى طفلك أخوة أو أخوات، أبوين، يشكون من أي مما يلي: ضع دائرة حول الجواب الصحيح
لا أعرف	لا	{نعم}	*أكزيمة.
لا أعرف	لا	{نعم(10)}	*ربو.
لا أعرف	لا	{نعم}	*حمى القش(التهاب أنف تحسسي).
لا أعرف	لا	نعم	8-هل استعمل طفلك سابقاً مراهم كورتيزونية لأكثر من شهر؟

النتائج:

من مجموع 4000 استمارة استبيان، وزعت على التلاميذ استرجع منها 3697 استمارة بنسبة استجابة 92%. وتبين لنا أن 3556 استمارة منها صالحة للدراسة. وبذلك بلغ مجموع أفراد عينة بحثنا هذا 3556 طفلاً (1774 صبياً، 1782 بنتاً) مواظبين على الدوام في المدارس الابتدائية الرسمية بمحافظة اللاذقية في العام الدراسي 2003-2004 تراوحت أعمارهم بين 5-12 عاماً.

بالاعتماد على نتائج الاستبيان، وبمقارنتها مع نتائج الإحصاءات الرسمية، تم تقدير الحساسية (Sensitivity)، والنوعية (Specificity)، والدقة (Accuracy) لهذه الدراسة، كما هو موضح في الجدول رقم (1).

إن توزع الأجوبة الإيجابية حول توضع الأكرزيمية، ومظاهر التأتب، والقصة الشخصية والعائلية للتأتب، وعمر أول هجمة، والفترة التي استمرت فيها ظهور هذه الأكرزيمية، وضحناها في الجداول رقم (3-4-5-6-7-8).

النتائج الأساسية لهذه الدراسة، موضحة في الجدول رقم (2). حيث تبين لنا أن معدل انتشار الأكرزيمية البنيوية عند أطفال محافظة اللاذقية في سن المدرسة (بمصر بين 5-12 عاماً) هو 9% (6.9%-9.6%). إن نسبة إصابة الإناث/الذكور كانت بمعدل (1.0:1.1).

المناقشة:

تظهر التقارير الواردة من أقسام مختلفة من العالم بأن انتشار الأكرزيمية البنيوية عند أطفال المدارس قد ارتفع بشكل كبير في الأربعين سنة الماضية. وللتعرف على واقع المرض في محافظة اللاذقية قمنا بإجراء دراسة ميدانية، واعتمدنا في هذه الدراسة على الاستبيان الأوروبي (6) الذي أجاب عليه الأهل دون أن يكون لنا دور في هذه الإجابات، ودون أن نتأكد من صحتها.

قمنا بتوزيع الاستمارات على أطفال أربع مدارس ابتدائية رسمية في مدينة اللاذقية، وثلاث مدارس ابتدائية رسمية في ريفها، تتراوح أعمارهم بين 5-12 عاماً. وبلغ عدد الاستمارات الموزعة 4000 استمارة. واستجاب لهذا الاستبيان حوالي 92% من أهالي طلاب المدارس الابتدائية، الذين خضعوا له. وتعتبر هذه النسبة مرتفعة وتدل على تزايد الوعي الصحي عند أهالي أطفالنا.

النتائج التي حصلنا عليها في دراستنا أشارت إلى نسبة انتشار (9%) بالاعتماد على الاستبيان الأوروبي، وبمجموع علامات ≤ 50 علامة، (مع وجود فروقات بين الريف والمدينة). وهذه النتائج تتسجم نسبياً مع الدراسات العالمية المجراة في نفس الإطار. حيث أظهرت دراسة أجريت على أطفال مدارس أوروبا الشمالية وبمصر 7 سنوات (6)، انتشاراً للأكرزيمية البنيوية بنسبة 15.6% بالاعتماد على الاستبيان الأوروبي المستخدم في دراستنا. كما أظهرت دراسة أجريت على أطفال مدارس ولاية أوريغون في الولايات المتحدة الأمريكية بمصر بين 5-9 عاماً (7)، انتشاراً للأكرزيمية البنيوية بنسبة 17.2% اعتماداً على الاستبيان الأوروبي المعدل. وعلى صعيد آخر وللمقارنة فإن دراسة أجريت مؤخراً على أطفال مدارس اليابان بمصر 5-9 عاماً (9) أظهرت انتشاراً بمعدل 21% بالاعتماد على الفحص السريري المباشر.

الجدول رقم (1). مقارنة الاستبيان مع الفحص السريري للأكرزيمية البنيوية.

العدد الكلي	ليست أكزيمة بنيوية (بالفحص الجلدي المباشر)	أكزيمة بنيوية (بالفحص الجلدي المباشر)	الإحصاءات
			الرسمية الاستبيان
56	11	45	أكزيمة بنيوية وفقاً للاستبيان (مجموع العلامات ≤ 50)
44	39	5	ليست أكزيمة بنيوية وفقاً للاستبيان (مجموع العلامات > 50)
100	50	50	العدد الكلي
الدقة: 84%، الحساسية: 90%، النوعية: 78%، القيمة التنبؤية الإيجابية: 80%، القيمة التنبؤية السلبية: 86%.			

لدى تحليلنا للاستمارات القابلة للدراسة حصلنا على النتائج التالية:

- ✓ كانت نسبة الانتشار للأكزيمة البنيوية بين أطفال مدينة اللاذقية 9.6% بينما كانت هذه النسبة في ريف اللاذقية 6.9%. مما ينسجم مع زيادة انتشار الأكزيمة البنيوية في المجتمعات الصناعية والمدن المتطورة.
- ✓ كانت نسبة انتشار الأكزيمة البنيوية عند الإناث أكثر منه عند الذكور وبمعدل (1.1:1.0).
- ✓ كان التوضع المفضل للأكزيمة في الثنيات وعلى الوجه والعنق.
- ✓ على الرغم من كون الربو أكثر شيوعاً عند الذكور، إلا أن الربو بدأ أكثر وضوحاً في القصة العائلية لدى الإناث المصابات.
- ✓ كانت الحساسية في هذه الدراسة 90%، والنوعية 78%، والدقة 84%.
- ✓ كان للسؤال الذي أضفناه دون علامات (هل أخبرك الطبيب يوماً ما أن طفلك لديه أكزيمة). قيمة تنبؤية عالية، مما يدعو لاعتماده لاحقاً كمعيار هام في تشخيص الأكزيمة البنيوية.

على كل حال، ولكون هذه الدراسة لا تعكس بشكل دقيق تماماً حجم انتشار الأكزيمة البنيوية، فإن نتائجنا هذه يمكن اعتبارها كجهد أولي ينبغي متابعته بفحوص مخبرية وفحوص سريرية من قبل جميع الجهات الرسمية المعنية وفي مختلف المحافظات للوصول إلى النسبة الحقيقية لانتشار الأكزيمة البنيوية في بلادنا.

الجدول رقم (2). انتشار الأكزيمة البنيوية عند أطفال محافظة اللاذقية (المدينة، والريف)، وتوزعه

بين الذكور والإناث في سن المدرسة.

الأكزيمة البنيوية (مجموع العلامات ≤ 50)		العدد	محافظة اللاذقية
%	n		
9.6	265	2769	المدينة
6.9	55	787	الريف
9	320	3556	المجموع
9.4	168	1782	الإناث
8.5	152	1774	الذكور
n = عدد المصابين بالأكزيمة البنيوية وفقاً للاستبيان			

الجدول رقم (3). توزع الأجوبة الإيجابية المتعلقة بعمر أول هجمة، والفترة التي استمرت فيها هذه الأكزيمة

العدد الكلي (العدد=3556)	إناث				ذكور				الأكزيمة البنيوية	
	مجموعة الأكزيمة البنيوية مجموع العلامات ≤ 50 (العدد=168)		المجموعة الضابطة مجموع العلامات > 50 (العدد=1614)		مجموعة الأكزيمة البنيوية مجموع العلامات ≤ 50 (العدد=152)		المجموعة الضابطة مجموع العلامات > 50 (العدد=1622)			
%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	
العمر في أول هجمة										
10.5	369	55	89	6.7	108	50	76	6	96	قبل عمر 2 سنة
7	246	23	38	5.2	85	28	43	5	80	بين 2-5 سنة
5	177	11	18	4.5	73	13	20	4	66	بعد عمر 5 سنة
فترة استمرار الأكزيمة										
10	365	37	62	8.3	135	39	56	7	112	أقل من 0.5 سنة
7.8	277	21	36	7	112	28	43	5.3	86	بين 0.5-2 سنة
5	178	16	28	4	69	16	25	3.5	56	بين 3-5 سنة
4	147	11	19	3.8	61	10	15	3.2	52	أكثر من 5 سنة
n = عدد الاستمارات التي كان الجواب فيها (نعم) لهذا السؤال.										

الجدول رقم(4). توزع الأجوبة الإيجابية المتعلقة بتوضع الأكرزيمية البنيوية، ومظاهر التأتب، والقصة الشخصية والعائلية للتأتب.

العدد الكلي (العدد=3556)	إناث					ذكور					أكرزيمية البنيوية
	مجموعة الأكرزيمية البنيوية مجموع العلامات ≤50 (العدد=168)		المجموعة الضابطة مجموع العلامات >50 (العدد=1614)		مجموعة الأكرزيمية البنيوية مجموع العلامات ≤50 (العدد=152)		المجموعة الضابطة مجموع العلامات >50 (العدد=1622)				
	%	n	%	n	%	n	%	n			
التوضع											
6	213	16.5	28	5.3	86	14	21	4.8	78	المرفقين/المأبضين	
4.5	160	7.7	13	4.5	72	6	9	4	66	الكاحلين/المعصمين	
7	248	17.8	30	6.3	102	14.5	22	5.6	94	الوجه/العنق	
4.4	156	6.5	11	3.7	60	9.8	15	4.3	70	الذراعين/الساقين	
5.7	203	7.7	13	5	80	9.8	15	5.8	95	الجسم	
مظاهر التأتب											
21.7	772	37	62	19	309	37.5	57	21	344	الجلد الجاف	
15.7	560	29	49	12.5	202	29	44	16.3	265	عدم تحمل الصوف	
4.8	171	6.5	11	4	66	7.2	11	5	83	حكة عند التعرق	
14	501	31.5	53	13.3	215	32.2	49	11.3	184	التغير الفصلي	
1.8	65	4.8	8	2.4	38	2.6	4	1	15	تسوء بالانفعال	
القصة الشخصية											
11	388	41	69	8	133	50.6	77	6.7	109	الربو	
11	390	40.5	68	9.4	152	34.2	52	7.2	118	حمى القش	
17.5	623	49	82	16	259	58	88	11.9	194	أكرزيمية مشخصة	
8.5	299	42.8	72	3.9	64	52.6	80	5	83	مراهم كورتيزونية	
القصة العائلية											
6.9	245	26	44	5	80	25	38	5	83	أكرزيمية	
14.8	528	37	62	13.3	215	33.5	51	12.3	200	ربو	
14.3	507	35	59	12.5	202	37.5	58	11.6	188	حمى القش	
n = عدد الاستمارات التي كان الجواب فيها (نعم) لهذا السؤال.											

الجدول رقم (5). مظاهر الأكزيمة البنيوية المشاهدة عند الأطفال المصابين بالأكزيمة البنيوية مقارنة مع أفراد المجموعة الضابطة.

الفرق	X ²	المجموعة الضابطة مجموع العلامات >50 (العدد=3236)		مجموعة الأكزيمة البنيوية مجموع العلامات ≤50 (العدد=320)		أكزيمة البنيوية
		%	n	%	n	
A- التوضع						
H.S	52.469	5	164	15	49	1- المرفقين/المأبضين
S	4.062	4.2	138	6.8	22	2- الكاحلين/المعصمين
H.S	45.077	6	196	16	52	3- الوجه/العنق
H.S	10.755	4	130	8.1	26	4- الذراعين/الساقين
S	5.437	5.4	175	8.7	28	5- الجسم
B- مظاهر التأتب						
H.S	55.152	19.3	625	37	119	1- الجلد الجاف
H.S	45.887	14.4	467	29	93	2- عدم تحمل الصوف
N.S	2.802	4.6	149	6.8	22	3- حكة عند التعرق
H.S	93.633	12.3	399	31.8	102	4- التغير الفصلي
S	6.110	1.6	53	3.7	12	5- تسوء بالانفعال
C- القصة الشخصية						
H.S	432.013	7.4	242	45.6	146	1- الربو
H.S	250.542	8.3	270	37.5	120	2- حمى القش
H.S	305.799	13.9	453	53	170	3- أكزيمة مشخصة
H.S	692.193	4.5	147	47.5	152	4- مراهم كورتيزونية
D- القصة العائلية						
H.S	189.210	5	163	25.6	82	1- أكزيمة
H.S	114.703	12.8	415	35.3	113	2- ربو
H.S	141.109	12	390	36.5	117	3- حمى القش
n = عدد الاستمارات التي كان الجواب فيها (نعم) لهذا السؤال.						
		N.S = الفرق ليس جوهرياً		H.S = الفرق جوهري جداً		S = الفرق جوهري

الجدول رقم (6). النسب المئوية لمظاهر الأكرزيمة البنيوية عند الذكور وعند الإناث في مجموعة الأكرزيمة البنيوية.

الفرق	X ²	الإناث (العدد=168)		الذكور (العدد=152)		أكرزيمة البنيوية
		%	n	%	n	
A- التوضع						
N.S	0.304	16.5	28	14	21	1- المرفقين/المأبضين
N.S	0.176	7.7	13	6	9	2- الكاحلين/المعصمين
N.S	0.445	17.8	30	14.5	22	3- الوجه/العنق
N.S	0.775	6.5	11	9.8	15	4- الذراعين/الساقين
N.S	0.226	7.7	13	9.8	15	5- الجسم
B- مظاهر التأتب						
N.S	0.0003	37	62	37.5	57	1- الجلد الجاف
N.S	0.006	29.1	49	28.9	44	2- عدم تحمل الصوف
N.S	0.0004	6.5	11	7.2	11	3- حكة عند التعرق
N.S	0.0001	31.5	53	32.2	49	4- التغير الفصلي
N.S	0.499	4.8	8	2.6	4	5- تسوء بالانفعال
C- القصة الشخصية						
N.S	2.582	41	69	50.6	77	1- الربو
N.S	1.082	40.5	68	34.2	52	2- حمى القش
N.S	2.292	49	82	58	88	3- أكرزيمة مشخصة
N.S	2.677	42.8	72	52.6	80	4- مراهم كورتيكوستيرويدية
D- القصة العائلية						
N.S	0.013	26	44	25	38	1- أكرزيمة
N.S	0.259	37	62	33.5	51	2- ربو
N.S	0.200	35	59	37.5	58	3- حمى القش
n = عدد الاستمارات التي كان الجواب فيها (نعم) لهذا السؤال.						
S = الفرق جوهري		H.S = الفرق جوهري جداً		N.S = الفرق ليس جوهرياً		

الجدول رقم (7). نسب وجود مظاهر الأكرزيمية البنيوية عند الذكور بمجموعة الأكرزيمية البنيوية مقارنة مع المجموعة الضابطة.

الفرق	X ²	ذكور مجموعة الأكرزيمية البنيوية مجموع العلامات ≤50 (العدد=152)		ذكور المجموعة الضابطة مجموع العلامات >50 (العدد=1622)		الأكرزيمية البنيوية
		%	n	%	n	
A- التوضع						
H.S	20.112	14	21	4.8	78	1- المرفقين/المأبضين
N.S	0.764	6	9	4	66	2- الكاحلين/المعصمين
H.S	15.736	14.5	22	5.6	94	3- الوجه/العنق
H.S	8.215	9.8	15	4.3	70	4- الذراعين/الساقين
S	3.186	9.8	15	5.8	95	5- الجسم
B- مظاهر التأتب						
H.S	20.163	37.5	57	21	344	1- الجلد الجاف
H.S	36.162	29	44	16.3	265	2- عدم تحمل الصوف
N.S	0.857	7.2	11	5	83	3- حكة عند التعرق
H.S	52.272	32.2	49	11.3	184	4- التغير الفصلي
N.S	2.379	2.6	4	1	15	5- تسوء بالانفعال
C- القصة الشخصية						
H.S	281.202	50.6	77	6.7	109	1- الربو
H.S	113.283	34.2	52	7.2	118	2- حمى القش
H.S	215.909	58	88	11.9	194	3- أكرزيمية مشخصة
H.S	370.351	52.6	80	5	83	4- مراهم كورتيزونية
D- القصة العائلية						
H.S	83.346	25	38	5	83	1- أكرزيمية
H.S	49.796	33.5	51	12.3	200	2- ربو
H.S	146.169	37.5	58	11.6	188	3- حمى القش
n = عدد الاستمارات التي كان الجواب فيها (نعم) لهذا السؤال.						
S = الفرق جوهري H.S = الفرق جوهري جداً N.S = الفرق ليس جوهرياً						

الجدول رقم (8). نسب وجود مظاهر الأكرزيمية البنيوية عند الذكور بمجموعة الأكرزيمية البنيوية مقارنة مع المجموعة الضابطة.

الفرق	X ²	إناث مجموعة الأكرزيمية البنيوية مجموع العلامات ≤50 (العدد=168)		إناث المجموعة الضابطة مجموع العلامات >50 (العدد=1614)		أكرزيمية البنيوية
		%	n	%	n	
A- التوضع						
H.S	30.801	16.5	28	5.3	86	1- المرفقين/المأبضين
N.S	2.912	7.7	13	4.5	72	2- الكاحلين/المعصمين
H.S	27.873	17.8	30	6.3	102	3- الوجه/العنق
N.S	2.489	6.5	11	3.7	60	4- الذراعين/الساقين
N.S	1.850	7.7	13	5	80	5- الجسم
B- مظاهر التأتب						
H.S	28.046	37	62	19	309	1- الجلد الجاف
H.S	33.500	29	49	12.5	202	2- عدم تحمل الصوف
N.S	1.669	6.5	11	4	66	3- حكة عند التعرق
H.S	38.148	31.5	53	13.3	215	4- التغير الفصلي
N.S	2.615	4.8	8	2.4	38	5- تسوء بالانفعال
C- القصة الشخصية						
H.S	159.935	41	69	8	133	1- الربو
H.S	246.267	40.5	68	9.4	152	2- حمى القش
H.S	103.442	49	82	16	259	3- أكرزيمية مشخصة
H.S	320.995	42.8	72	3.9	64	4- مراهم كورتيزونية
D- القصة العائلية						
H.S	102.712	26	44	5	80	1- أكرزيمية
H.S	62.682	37	62	13.3	215	2- ربو
H.S	60.752	35	59	12.5	202	3- حمى القش
n = عدد الاستمارات التي كان الجواب فيها (نعم) لهذا السؤال.						
S = الفرق جوهري H.S = الفرق جوهري جداً N.S = الفرق ليس جوهرياً						

المراجع :

.....

- 1) Hanifin JM, Rogge JL. Staphylococcal infections in patients with atopic dermatitis. *Arch Dermatol* 1977;113:1383-6.
- 2) Crossen JR. Psychological assessment and treatment of patients with atopic dermatitis. *Arch Dermatol Ther* 1996;1:94-103.
- 3) Herrick CA, MacLeod H, Glusac E, Tigelaar RE, Bottomly K. Th2 responses induced by epicutaneous or inhalational protein exposure are differently dependent on IL-4. *J Clin Invest* 2000;105:765-75
- 4) Burney PGJ, Chin NS, Rona RJ, ThHas the prevalence of asthma increased in children? Evidence from the National Study of Health and Growth. *Br Med J* 1990;300:1306-10.
- 5) Hanifin JM, Rajka G. Diagnostic features of atopic dermatitis. *Acta Derm Venerreol Suppl (Stockh)* 1980;92:44-7.
- 6) Schultz-Larsen F, Diepgen T, Svensson A. The occurrence of atopic dermatitis in North Europe: an international questionnaire study. *J Am Acad Dermatol* 1996;34:760-4.
- 7) Laughter D, Istvan JA, Tofte SJ, Hanifin JM. The prevalence of atopic dermatitis in Oregon schoolchildren. *J Am Acad Dermatol* 2000;43:649-55.
- 8) Bigby M, Gadenne A-S. Understanding and evaluating clinical trials. *J Am Acad Dermatol* 1996;34:555-590.
- 9) Sugiura H, Umemoto N, Deguchi H, Murata Y, Tanaka K, Sawai, et al. Prevalence of childhood and adolescent atopic dermatitis in a Japanese population: comparison with the disease frequency examined 20 years ago. *Acta Derm Venereol* 1998;78:293-4.