

مرکز اطلاعات و کتابخانه ملی ایران  
تاسیس ۱۳۶۸

۱۳۷۷ / ۹ / ۲۵

۸۸۸۰



**بررسی تظاهرات اختلالات پوستی در افراد دیابتی**

**شهرستان زاهدان دی ماه ۱۳۷۶ تا خرداد ماه ۱۳۷۷**

**استاد راهنما: خانم دکتر مهناز بنی هاشمی**

**متخصص پوست و مو؛ عضو هیئت علمی دانشگاه**

**نگارش و گردآوری: کاظم جهانی**

**شماره پایان نامه: ۳۸۶**

۲۱۷۶۴ ح

## به نام آفریدگاری همتا

### پیشگفتار

در گذر تاریخ بشر همیشه دچار مشکلات بسیاری بوده که در طی دوران گوناگون توانسته بر بسیاری از آنها پیروز گردد. و از جمله آنها، بیماریهای فراوانی بوده که با دانش اندوزی و رنج بسیار و گذران سالهای دراز هر چند بسیاری از این امراض را توانسته که درمان نماید و یا راه حل مناسبی برای برطرف کردن آن تدارک دیده است. اما همچنان درگیر مشکلات بیشمار دیگری نیز هست و راه خویش را در حل آنها ادامه می دهد.

از جمله این مشکلات، بیماریهای پوستی است که گوناگونی فراوانی نیز دارد.

مجموعه ای که با عنوان پایان نامه در اختیار دارید، بررسی اختلالات پوستی در بیماران دیابتی می باشد.

که این بیماری با عوارض و اختلالات نسبتاً زیاد، درصد بالایی از افراد را درگیر می کند. بدین منظور بررسی اختلالات مرتبط با آن نیز اهمیت خواهد داشت.

در آغاز بحث خلاصه فارسی پایان نامه آورده شده است.

پس از آن بیماری دیابت از دیدگاه داخلی توضیح داده شده است. سپس بیماریهای پوستی که در دیابت ایجاد می شود بیان شده است. در هر دو مورد کتابهای رفرانس (مرجع) با ذکر شماره در بالای هر قسمت مشخص شده است که در پایان رفرانسها بر اساس شماره های یاد شده، آورده شده است. پس از آن به شیوه انجام کار پرداخته شده است. و به دنبال آن آمار بدست آمده آورده شده است.

(یکی)

۳۱۷۶۴

نتیجه گیری کلی و سپس نتیجه گیری نهایی پس از موضوعات یاد شده گفته شده اند. گزیده انگلیسی و در نهایت نمونه فرم بیماران و نیز نمودارها در آخر پایان نامه دیده می شود.

در پایان لازم می دانم که از خانم دکتر بنی هاشمی استاد گرانقدر و متخصص پوست که در انجام این کار گام به گام مرا یاری نموده و در تمام قسمتها همواره از هیچ کمکی دریغ ننموده و بیش از من در این زمینه زحمت کشیدند، سپاسگزاری فراوان نمایم.

همچنین از جناب آقای دکتر فرید فتاحی فوق تخصص غده که در زمان مراجعه به کلینیک دیابت مرا یاری دادند و نیز آقایان دکتر قربانعلی رضایی و دکتر منوچهر خوشکار آقای نوری و خانم نیکبخت تشکر می نمایم. از زحمات خانم شعله روزبخشیان که در چاپ کامپیوتری مجموعه را به عهده داشتند و نیز در مورد صحافی پایان نامه نیز قدر دانی می کنم.

امید که این اثر کوچک بتواند کمکی هر چند ناچیز، در پیشبرد دانش پزشکی در کشور در جهت درمان بیماران عزیز نماید.

کاظم جهانی

خرداد ماه ۱۳۷۷

این اثر کوچک پیشکش می شود.....

به :

## پدر بزرگوار و مهربانم

که آموزنده رسم مردانگی و مشوق دانش اندوزی زندگی ام و غمخوار فراز و نشیبهای زندگی من از

آغاز تولد تا به کنون بوده و از این پس می باشد

به:

## مادر عزیز و گرانقدرم

که مهربانی و از خودگذشتگی را به من آموخت نوازش و دست پر از محبت او همیشه بر سر من حس

می شود.

به :

## خانواده‌ارجمند و محبوبم

مهرتان پاینده باد

امید که لیاقت عطا فتان را داشته باشم

به :

استاد ارجمند، فاضل و گران مایه :

**خانم دکتر مهناز بنی هاشمی**

که در به یادگار گذراندن این امر مراسم نمود و مرار هین منت خویش ساخت ؛  
باشد که شایسته و قدردان محبت‌های فراوانش باشم .

به :

همه دوستان و آموزگاران زندگیم ،  
که درس زندگی را از ایشان آموختم

## فهرست مطالب

صفحه	عنوان
۱-۲	گزیده فارسی
۳-۵	دیباچه
۵-۷	عوارض
۸-۱۶	نماهای پوستی
۱۷	شیوه انجام کار
۱۸-۲۳	آمارگیری
۲۳-۲۸	نتیجه گیری
۲۹	برآورد پایانی
۳۰	نمونه فرم
۳۱	نمودارها
۳۲-۳۳	خلاصه انگلیسی
۳۴	منابع مورد استفاده

## گزیده فارسی

دیابت ملیتوس بعنوان یکی بیماری مزمن است که به وسیله بالا رفتن میزان قند خون شناخته می‌شود. دیابت ممکن است به علل متفاوتی روی دهد که از جمله آنها وراثت و هورمونها می‌باشند اینها شامل چند دسته‌اند: تیپ I یا دیابت وابسته به انسولین، تیپ II یا دیابت غیر وابسته به انسولین و دستجات بسیار نادر دیگری که در ارتباط با سایر بیماریهای ارثی هستند.

تیپ I: این شکل دیابت در کودکان و نوجوانان شایعتر است. ویژگی آن وجود پرنوشی، پرادراری و پرخوری است. اغلب مواقع کاهش وزن بدن دارند در این نمونه فقدان انسولین ممکنست باعث کمبود سلولهای  $\beta$  در پانکراس و گاهی اوقات افزایش گلوکاکنی و تخریب پلی پپتید پانکراسی نیز باشد.

تیپ II: این تیپ دیابت در افراد سالخورده و گاهی در جوانان دیده می‌شود تشخیص آن بوسیله سنجش قند موجود در ادرار فرد می‌باشد. اغلب چاق هستند مطالعات نشان می‌دهد انسولین در بیشتر مواقع وجود دارد اما کمتر از حد عادی می‌باشد.

آثار جانبی دیابت بسیار گوناگون می‌باشند برای مثال: کتواسیدوز دیابتی، سندرم هیپراسمولار غیرکتونی، آنژیوپاتی و نوروپاتی و درموپاتی. درموپاتی همانند آنژیوپاتی و نوروپاتی به شکل‌های مختلف بروز می‌کند.

اختلافات دیابت شامل: درموپاتی دیابتی، بولهای دیابتی، نکروزیس فاشیتیس NLD، انگشتان قلوه سنگی، پوست زرد، پای دیابتی، روتوزیس، اریتم شبیه اریزیپل، گازگانگرن، کاندیدا، آکانتوز نیگریکاس، گرانولوم آنولر، خارش، ویتیلیگو، لیکن پلان، اسکروز انگستان، Skin



**tag**، واکنش به تزریق انسولین، تخریب در اثر انسولین و فولیکولیت می باشد.

پس از بررسی نتایج زیر بدست آمد:

نتایج نشان می دهد که بالا بودن میزان اختلافات پوستی، بالا بودن سن افراد و درگیر و گوناگون

بودن محل درگیری نشان دهنده اهمیت اختلال پوستی در افراد دیابتی می باشد.

**NLDDM** اغلب بیش از **IDDM** دیده می شود. عوارض شایع شامل درموپاتی دیابتی، خارش،

**cherry angioma, Skin tag** و عفونتهای درماتولژیک (بویژه قارچها) می باشند. اندام

تحتانی در معاینه اهمیت ویژه ای دارد چون شایعترین مکان بروز عوارض است. در طول دیابت

می توان انتظار داشت که تظاهرات گوناگونی بروز کند. عوارض اغلب بین ۱-۲ سال پس از دیابت

دیده می شوند.

اختلالاتی چون: **Skin tag**، خارش، **cherry angioma**، **shin spots** می توانند به عنوان

نشانه های تشخیصی در دیابت باشند نیز ظهور خارش، درموپاتی دیابتی، **skin tag**، **cherry**،

**angioma** می توانند بیانگر آغاز دیابت بوده و به پیش آگهی دیابت به ماکمک کنند.

درمان در اختلالات دیابتی موفقیت آمیز بوده و پیگیری نیز ضرورت دارد عود و عوارض در

درمان نادر است و بدون درمان بهبودی به ندرت روی می دهد.

## دیباچه

دیابت قندی (**Diabet Melitus**):\* از بیماریهای شایع در کشورهای گوناگون می باشد. که در ایالات متحده آمریکا شیوع ۲ تا ۴ درصد دارد. اهمیت این بیماری به خاطر عوارض مهمی است که دنبال خود دارد و به این دلیل در خور نگرش می باشد. برای نمونه اینکه مسئول ایجاد بیش از ۵۰٪ همه قطع عضو در اندام تحتانی است و فراوانترین دلیل کوری نیز می باشد.

تشخیص: بر پایه موارد زیر می باشد:

۱- داشتن علائم کلاسیک شامل: پرادراری، پرنوشی، وجود کتون در ادرار و کاهش سریع وزن همراه با بالا رفتن قند پلاسما.

۲- بالا بودن قند ناشتا در بیش از یک آزمون در نمونه سیاهرگی (بالای  $140 \frac{mg}{dl}$ )

۳- آزمون پایداری قند (**Glucose tolerance test**): در این آزمون به فرد مورد آزمایش به میزان ۷۵gr قند در حالیکه برای مدت ۱۰ ساعت ناشتا بوده است خورانده می شود. سپس نمونه خون بیمار در فاصله زمانی ۳۰، ۶۰، ۹۰ دقیقه و نیز ۲ ساعت پس از آن اندازه گرفته می شود اگر تا ۹۰ دقیقه، میزان قند خون بیش از  $200 \frac{ng}{dl}$  و پس از ۲ ساعت بین ۱۴۰ تا  $200 \frac{ng}{dl}$  بماند؛ آزمون مثبت تلقی می شود. دسته بندی دیابت: سه دسته کلی دارد که به نامهای وابسته به انسولین، غیر وابسته به انسولین و دیابت ثانویه می باشد.

گونه نخست؛ دیابت وابسته به انسولین (**Insulin Dependent Diabet Melitus**): ویژگی این

نمونه آنست که ترشح و تولید انسولین در پایینترین اندازه است و یا اینکه تولید و ترشح نمی‌شود. دلیل ایجاد (اتیولوژی): هنوز ناشناخته است. از دیدگاه‌های بیان شده در این زمینه اینست که بیماری ویروسی (یا دلیل ناشناخته دیگری) سبب آسیب دیدن سلولهای بتا پانکراس شده و این سلولها به دلیل واکنش خود ایمن به آرامی از بین می‌روند.

- نشانه‌ها و علائم: اوج بروز این بیماری در ۱۱ تا ۱۳ سالگی می‌باشد و بیشتر همزمان با بلوغ است ولی در هر سنی می‌تواند بروز کند. بیشتر بیماران به خاطر عوارضی مانند پرنوشی، پرادراری، پر خوری و کتواسیدوز مراجعه می‌کنند. از دید ظاهر: لاغر و یا در وزن طبیعی می‌باشند. ممکنست بیماری اتوایمون در اینها دیده می‌شود.

آزمایشگاه و پاراکلینیک: ارزیابی، بیشتر بر اساس میزان قند خون ناشتا و G.T.T می‌باشد که توضیح داده شد.

سبب شناسی: در این افراد پادتن ضد سلولهای جزیره‌ای بتا بالا می‌رود. که در ۹۰٪ افراد دیده می‌شود که با گذشت زمان کاهش می‌یابد. فنوتیپ خاص DR3,4 نیز در اینها بیش از سایر افراد وجود دارد خطر ابتلا به ژنهای HLA ویژه که ژنهای کنترل کننده ایمنی در کنار این HLA و در کرموزم ۶ وجود دارد نیز قابل بیان است.

درمان: این دسته همواره نیازمند انسولین می‌باشد و تزریق انسولین پایه درمان آنهاست.

گونه دوم: دیابت غیر وابسته به انسولین (Non Insuline Dependent DiabetMelitus) شایع‌تر از

دسته نخست می باشد. در این گروه انسولین نسبتاً کم می باشد؛ اما به شدت دسته اول نیست .  
اتیولژی: مانند دسته اول، غیر آشکار است. آنچه دریافته شده اینست که در کنار اشکال در تولید  
انسولین و ترشح آن، پایداری برابر آن نیز وجود دارد.  
سبب شناسی: بدرستی روشن نیست. شاید پایداری برابر انسولین به دلیل کاهش اتصال انسولین به  
گیرنده باشد که آنرا به وجود عوامل ایمنی و نیز کمبود ساختاری در گیرنده نسبت می دهند.  
نشانه ها و علائم: شاید علائم کلاسیک گفته شده در دیابت (پرنوشی، پرادراری و...) وجود داشته  
باشد؛ اما نسبت به دسته اول کمتر است. بین ۵۰ تا ۹۰٪ بیماران این گروه چاق هستند. شیوع سنی بالایی  
دارند که معمولاً بیش از ۴۰ سال است. بیماری خود ایمن ویژه ای در این گروه دیده نمی شود. عوامل  
ژنتیک نقش مهمتری در ایجاد آن دارند .

آزمایشگاه و پاراکلینیک: همانند دسته اول می باشد (سنجش قند خون و G.T.T) (البته لازم به گفتن  
است که پادتن ضد جزیره ای در اینها باعث می شود و HLA ویژه ای نیز دیده نشده است )  
درمان: مهمترین نقش را کنترل غذایی به عهده دارد و در درمان دارویی از قرصهای کاهش دهنده قند  
خون مانند گلی بن کلامید (از گروه سولفونیل اوره) بهره می گیرند .  
دیابت ثانویه :

این دسته، به دلیل یک بیماری و یا علت دیگر، که روی پانکراس تاثیر می گذارد؛ تشکیل می گردد. مانند  
پانکراتیت که باعث از بین رفتن سلولهای بتا و ایجاد دیابت می گردد. نادر می باشد و می توان آنها را در  
دسته بندی کلی وابسته به انسولین آورد .

## عوارض

بسیار فراوان هستند که در اینجا عوارض مهم دیابت به اختصار و در پایان، عارضه های پوستی که

مورد اصلی بحث می باشد، بطور کامل بیان خواهد شد.

\*

## عوارض حاد:

کتواسیدوز دیابتی: ویژگی این عارضه هیپرگلیسمی اسیدز (PH کمتر از ۷/۲ و HCO<sub>3</sub> کمتر از ۱۵ میلی

اکی والان در لیتر) و بالا بودن کتون پلاسما می باشد. در بیماران مبتلا به این عارضه، تاکی پنه و کم آبی

دیده می شود و از دهان ایشان بوی استون استشمام می شود. اینها دچار تیرگی

شعور (با شکلها و سطوح گوناگون) می باشند.

و درمان باید با دقت از مایعات و انسولین و نیز الکترولیتها به ویژه پتاسیم بهره گرفت.

سندروم هیپر اسمولارکتونی: بیشتر در دسته دوم دیده می شود و با کم آبی، کمی حجم خون و تیرگی

شعور (از حالت لتارژیک تا اغما) مراجعه می کنند. در درمان باید همانند کتواسیدوز به مایعات،

انسولین و پتاسیم تجویز گردد.

\*\*

## عوارض مزمن:

سه دسته کلی می باشند که عبارتند از:

۱- میکرو آنژیوپاتی: (بیماری عروق ریز): که ویژه دیابت می باشد و در کلیه و چشم دیده می شود در

چشم رتینوپاتی ایجاد می کند که دو فرم دارد. نوع غیرتزایدی (non proliferative): اختلال بینایی

ندارد، اما باید معاینه مرتب چشم انجام شود نوع تزایدی (proliferative): عروق جدیدی ایجاد

می شود که منجر به خونریزی زجاجیه و کندگی شبکیه می شود و بنابراین نابینایی بروز می کند .  
بیماری کلیوی: ۵۰٪ موارد در افراد NIDDM نفروپاتی دیابتی داریم و در IDDM کمتر می باشد.  
نفروپاتی می تواند فرد را به نارسایی کلیه بکشاند .

۲- بیماری عروق بزرگ: باعث درگیری در رگهای بزرگ خون می شود و به صورت بیماری عروق  
کرونر، مغز و محیطی است. از جمله آرتریواسکلروز که شایع بوده و در سنین پایین آغاز می گردد و  
باید قاطعانه درمان گردد.

۳- نفروپاتی که به صورت درگیری اعصاب حرکتی، حسی، جمجمه‌ای (عصب ۳ و ۴) و خودکار  
می باشد.

می توان زمینه ایجاد زخمهای کف پا و ضایعات پوستی شود (به ویژه در ساق پا که در درموپاتی دیابتی  
و **Necrobiosis Lipoidica** باشد.

اکنون به بیان بیماریهای پوستی که زمینه دیابت ایجاد می شود می پردازیم .

## نماهای پوستی در بیماران دیابتی:

۱- در موباتی دیابتی (shin spots): (۱) در گزارشهای بررسی شده نشانه وجود این ضایعه در ۲۹٪ زنان و ۶۵٪ مردان بالای ۳۰ سال بوده است. شیوع این عارضه را بین ۴۶٪ تا ۵۰٪ در آمارهای گوناگون آورده‌اند. در بررسی‌ها، نشان داده شده که این تغییرات می‌تواند نشان دهنده یک آنژیوپاتی باشد اگرچه برخی نیز نشان داده‌اند که این دگرگونیها ارتباطی با اختلالات عروقی ندارد. (۲) بطور کلی نسبت شیوع این بیماری در مرد به زن ۲ می‌باشد در اتیولوژی ایجاد آن از تروما نام برده شده است و نیز عفونت موضعی (فوکال) شاید در پدید آوردن آن نقش داشته باشد.

## تشخیص کلینیکی:

با پدید آمدن scarهای فرورفته pigmented در ناحیه ساق پا (shine) که با patchهای گرد، قهوه‌ای و کوچک و تحلیل رفته در اندام تحتانی. تشخیص داده می‌شود. ممکنست به تنهایی و یا بصورت گروهی باشد و نیز ممکنست بصورت Maculeها کوچک قرمز رنگ یافت شود. شکل‌های نهایی این در موباتی به شکل plaqueهای کوچک، به رنگ قرمز ملایم، گرد یا بیضی شکل. باقی می‌ماند. زخم‌ها به گونه منفرد پیشرفت نموده و در یک بستره اپی درمی ایجاد Crust (دلمه) می‌کند. سپس اسکارهای هیپر پیگمانته فرو رفته ای ظاهر می‌شود (همچنین ممکنست پلاکهای پوسته ریزاریتماتو که ایجاد پیگمان کم رنگ و به حالت محو می‌شود، ظاهر شود)