



١٨٠٢٢٧

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی، درمانی استان مرکزی
دانشکده پزشکی

بایان نامه جهت دریافت درجه دکترای پزشکی

عنوان:

بررسی میزان شیوع زگیل معمولی (COMMON WARTS)

در کودکان دبستانی شهر اراک

استاد راهنما:

جناب آقای دکتر ذبیح اله شاهمرادی

متخصص پوست

نگارش:

رضا اسدی



IRANDOC

وزارت علوم، تحقیقات و فناوری
پژوهشگاه علوم و فناوری اطلاعات ایران
مرکز اطلاعات و مدارک علمی ایران

اسفند ۱۳۷۶

۳۸۹/۱۰/۲۰

۱۵۰۳۳۸

به نام ایزد منان

هستی بخش جان

و شفابخش جسم و روان

خدایا از اینکه در تمامی دوران پر نشیب و فراز درس، تنها تکیه گاه من
بودی و هرگاه که تو را خواندم و به درگاہت التماس کردم تاب دیدن اشکهایم
را نداشتی و اجابت کردی و لحظه ای مرا به خود وام گذاشتی، از تو ممنون
هستم و تو را سپاسگزارم.

تقديم به :

أئمة معصومين

تقدیم به :

استاد گرانقدر جناب آقای دکتر ذبیح اله شاهمرادی که روشنگر

راه علمی من بوده است.

تقدیم به :

پدر و مادر دلسوز و مهربانم آن دو روح بزرگ که معنای زندگی
را به من آموختند و در تمام مراحل زندگی یار و پشتیبان من
بودند.

تقدیم به :

روان پاک خواهر عزیزم نیلوفر
که همچون گل در عنفوان جوانی پرپر شد.

تقدیم به :

برادران عزیزم، که در راه تحصیل علم و دانش
همواره مشوق من بوده‌اند.

تقدیم به :

همسر صبورم، که همواره با فداکاریها، از خود گذشتگیها و
محبت‌های بی‌پایانش یار و یاورم بوده و جوانه‌های امید و
پیروزی را در وجودم پرورانده است. از خود گذشتگیها و
محبت‌های بی‌ریایش را هیچگاه از یاد نخواهم برد.

تقدیم به :

فرزندان عزیزم محمد و مهدی که سرور و نشاط زندگیمان
از وجود آنهاست.

فهرست مطالب

صفحه	عنوان
۲	مقدمه
فصل اول	
۳	۱-۱- کلیات
۳	۱-۱-۱- بافت شناسی پوست
۹	۱-۱-۲- زگیل <i>Warts</i> یا <i>Verruca</i>
۹	۱-۱-۳- زگیل معمولی <i>Common warts</i>
۱۰	۱-۱-۴- تظاهرات بالینی
۱۱	۱-۱-۵- اتیولوژی
۱۲	۱-۱-۶- اپیدمیولوژی
۱۲	۱-۱-۷- دوره نهفتگی یا <i>Incubation period</i>
۱۲	۱-۱-۸- میزان آلوده کنندگی یا <i>Infectivity</i>
۱۲	۱-۱-۹- نحوه انتقال یا <i>Transmision</i>
۱۳	۱-۱-۱۰- هیستوپاتولوژی
۱۳	۱-۱-۱۱- ایمنولوژی
۱۳	۱-۱-۱۲- زگیل معمولی در موارد بخصوص
۱۴	۱-۱-۱۳- رابطه زگیل معمولی با بدخیمی

فهرست مطالب

صفحه	عنوان
۱۴	۱۴-۱-۱- تشخیص
۱۴	۱۴-۱-۱-۱۵- تشخیص افتراقی
۱۵	۱۵-۱-۱-۱۶- پیشگیری (Prevention)
۱۵	۱۵-۱-۱-۱۷- تدابیر درمانی
۱۶	۱۶-۱-۱-۱۸- درمان
۲۲	۲-۱- بیان مسئله
۲۳	۳-۱- اهداف بررسی
۲۳	۳-۱-۱- هدف اصلی
۲۳	۳-۱-۲- اهداف ویژه
۲۳	۴-۱- تعریف واژه‌ها و اصطلاحات کلیدی

فصل دوم

۲۵	۲) مروری بر مطالعات گذشته
----	---------------------------

فصل سوم

۳۰	۳-۱- سئوالات و فرضیات
۳۰	۳-۲- جامعه مور مطالعه

فهرست مطالب

صفحه	عنوان
۳۱	۳-۳- نوع مطالعه
۳۱	۳-۴- حجم و روش نمونه برداری
۳۲	۳-۵- متغیرها
۳۲	۳-۶- روش کار
۳۳	۳-۷- روش تجزیه و تحلیل اطلاعات
۳۳	۳-۸- ملاحظات اخلاقی و مشکلات و محدودیتها

فصل چهارم

۳۵	۴-۱- یافته‌های پژوهش
۳۹	۴-۲- جداول
۴۵	۴-۳- نمودارها

فصل پنجم

۵۳	۵-۱- بحث
۵۴	۵-۲- نتیجه‌گیری
۵۵	۵-۳- پیشنهادات
۵۷	۶-۱- خلاصه فارسی
۵۹	۶-۲- خلاصه انگلیسی

فهرست جداول

عنوان	صفحه
جدول شماره (۱) توزیع فراوانی سنی و جنسی بیماران مبتلا به زگیل معمولی در کودکان دبستانی شهر اراک در پائیز ۱۳۷۶.....	۳۹
جدول شماره (۲) توزیع فراوانی رفتاری دست به تفکیک سن و جنس در مبتلایان به زگیل معمولی در کودکان دبستانی شهر اراک در پائیز ۱۳۷۶.....	۳۹
جدول شماره (۳) توزیع فراوانی رفتاری صورت به تفکیک سن و جنس در مبتلایان به زگیل معمولی در کودکان دبستانی شهر اراک در پائیز ۱۳۷۶.....	۴۰
جدول شماره (۴) توزیع فراوانی رفتاری پا به تفکیک سن و جنس در مبتلایان به زگیل معمولی در کودکان دبستانی شهر اراک در پائیز ۱۳۷۶.....	۴۰
جدول شماره (۵) توزیع فراوانی وجود درد در محل زگیل به تفکیک سن و جنس در مبتلایان به زگیل معمولی در کودکان دبستانی شهر اراک در پائیز ۱۳۷۶.....	۴۱
جدول شماره (۶) توزیع فراوانی اولسر بر روی زگیل به تفکیک سن و جنس در مبتلایان به زگیل معمولی در کودکان دبستانی شهر اراک در پائیز ۱۳۷۶.....	۴۱
جدول شماره (۷) توزیع فراوانی عفونت ثانویه زگیل به تفکیک سن و جنس در مبتلایان به زگیل معمولی در کودکان دبستانی شهر اراک در پائیز ۱۳۷۶.....	۴۲
جدول شماره (۸) توزیع فراوانی وجود خارش زگیل به تفکیک سن و جنس در مبتلایان به زگیل معمولی در کودکان دبستانی شهر اراک در پائیز ۱۳۷۶.....	۴۲

فهرست جداول

صفحه	عنوان
۴۳	جدول شماره (۹) توزیع فراوانی سوزش زگیل به تفکیک سن و جنس در مبتلایان به زگیل معمولی در کودکان دبستانی شهر اراک در پائیز ۱۳۷۶
۴۳	جدول شماره (۱۰) توزیع فراوانی وجود پدیده کوینر به تفکیک سن و جنس در مبتلایان به زگیل معمولی در کودکان دبستانی شهر اراک در پائیز ۱۳۷۶
۴۴	جدول شماره (۱۱) توزیع فراوانی وجود سابقه خانوادگی مثبت به تفکیک سن و جنس در مبتلایان به زگیل معمولی در کودکان دبستانی شهر اراک در پائیز ۱۳۷۶

فهرست نمودارها

صفحه	عنوان
شهر اراک در پائیز ۱۳۷۶ ۴۵	نمودار (۱) توزیع فراوانی سنی و جنسی بیماران مبتلا به زگیل معمولی در کودکان دبستانی
معمولی در کودکان دبستانی شهر اراک در پائیز ۱۳۷۶ ۴۵	نمودار شماره (۲) توزیع فراوانی رفتاری دست به تفکیک سن و جنس در مبتلایان به زگیل
معمولی در کودکان دبستانی شهر اراک در پائیز ۱۳۷۶ ۴۶	نمودار شماره (۳) توزیع فراوانی رفتاری صورت به تفکیک سن و جنس در مبتلایان به زگیل
معمولی در کودکان دبستانی شهر اراک در پائیز ۱۳۷۶ ۴۶	نمودار شماره (۴) توزیع فراوانی رفتاری پا به تفکیک سن و جنس در مبتلایان به زگیل
به زگیل معمولی در کودکان دبستانی شهر اراک در پائیز ۱۳۷۶ ۴۷	نمودار شماره (۵) توزیع فراوانی وجود درد در محل زگیل به تفکیک سن و جنس در مبتلایان
زگیل معمولی در کودکان دبستانی شهر اراک در پائیز ۱۳۷۶ ۴۷	نمودار شماره (۶) توزیع فراوانی اولسر بر روی زگیل به تفکیک سن و جنس در مبتلایان به
زگیل معمولی در کودکان دبستانی شهر اراک در پائیز ۱۳۷۶ ۴۸	نمودار شماره (۷) توزیع فراوانی عفونت ثانویه زگیل به تفکیک سن و جنس در مبتلایان به
زگیل معمولی در کودکان دبستانی شهر اراک در پائیز ۱۳۷۶ ۴۸	نمودار شماره (۸) توزیع فراوانی وجود خارش زگیل به تفکیک سن و جنس در مبتلایان به

فهرست نمودارها

عنوان	صفحه
نمودار شماره (۹) توزیع فراوانی سوزش زگیل به تفکیک سن و جنس در مبتلایان به زگیل معمولی در کودکان دبستانی شهر اراک در پائیز ۱۳۷۶.....	۴۹
نمودار شماره (۱۰) توزیع فراوانی وجود پدیده کوبنر به تفکیک سن و جنس در مبتلایان به زگیل معمولی در کودکان دبستانی شهر اراک در پائیز ۱۳۷۶.....	۴۹
نمودار شماره (۱۱) توزیع فراوانی وجود سابقه خانوادگی مثبت به تفکیک سن و جنس در مبتلایان به زگیل معمولی در کودکان دبستانی شهر اراک در پائیز ۱۳۷۶.....	۵۰
نمودار شماره (۱۲) میزان شیوع کلی زگیل معمولی در کودکان دبستانی شهر اراک در پائیز ۱۳۷۶.....	۵۰
نمودار شماره (۱۳) توزیع فراوانی محل ظهور زگیل معمولی به تفکیک جنس در کودکان دبستانی شهر اراک در پائیز ۱۳۷۶.....	۵۱
نمودار شماره (۱۴) توزیع فراوانی علائم همراه با زگیل معمولی به تفکیک جنس در کودکان دبستانی شهر اراک در پائیز ۱۳۷۶.....	۵۱

فصل اول

کلیات

بیان مسئله

اهداف بررسی

تعریف واژه‌ها و اصطلاحات کلیدی

مقدمه

تحقیق و پژوهش زیربنای هر پیشرفت است و علوم براساس آن بنا شده‌اند. پیشرفت سریعی که در علوم پزشکی دیده می‌شود ناشی از پژوهش‌های وسیع، بنیادی، و کاربردی در جای جای این کره خاکی است. اروپا که زمانی را در قرون وسطی طی میکرد و امروزه بعنوان سمبل پیشرفت از آن یاد می‌کنند به کمک پژوهش توانسته‌است رشد کند.

اساس انجام هر تحقیق، دانش پیرامون وضعیت حال هر مشکل است، در این میان زگیل معمولی بعنوان یکی از بیماریهای شایع و در عین حال خوش خیم در تعداد زیادی از کودکان دیده می‌شود که علاوه بر سهولت درمان بسادگی قابل پیشگیری و کنترل است. هر چند از آن بعنوان پرولیفراسیون سلولهای سنگفرشی اپیتلیال پوست یاد می‌کنند و عامل آن را ویروس (*Human Papilloma Virus*) *H.P.V* میدانند ولی گاهی بعنوان توموری که عامل ویرال دارد مطرح می‌شود.

از آنجائیکه این بیماری اغلب خود محدود شونده است و بدون درمان و عارضه بهبود می‌یابد، با انجام این بررسی سعی در معرفی بیماری به بیماران و خانواده‌ها و جامعه می‌توان تا حدود زیادی بینش عمومی را نسبت به این بیماری بیشتر کرده و از نگرانی‌های جامعه و دستکاری‌های احتمالی که منجر به بروز پدیده کوبنر و همچنین ایجاد اسکار می‌گردد، کاست.

۱-۱- کلیات

۱-۱-۱- بافت شناسی پوست

پوست سنگین ترین عضو منفرد بدن است که حدود ۱۶ درصد وزن بدن را تشکیل می دهد و از ۳

قسمت تشکیل شده است ۱- اپی درم ۲- درم ۳- هیپودرم

۱) اپی درم:

اپی درم اساساً از اپی تلیوم شاخی سنگفرشی مطابق تشکیل یافته است، ولی شامل ۳ نوع سلول با

فراوانی کمتر نیز می باشد. ملانوسیت ها - سلولهای لانگرهانس و سلولهای مرکل. سلولهای اپی درمی

در حال شاخی شدن را کراتینوسیت می نامند.

از درم به سمت بیرون اپی درم شامل ۵ لایه به قرار زیر است:

الف) طبقه بازال یا طبقه زایا (*Stratum basal or stratum germinatum*) از سلولهای استوانه ای

یا مکعبی بازوفیل تشکیل شده که بر غشاء بازال موجود در محل اتصال درم و اپی درم، که اپی درم را از

درم جدا می کند قرار دارند. محور طولی این سلولها عمود بر غشاء بازال است. سلولهای طبقه بازال

بوسیله اتصالات دسموزومی و همی دسموزومی به هم متصلند. طبقه بازال براساس فعالیت میتوزی

شدید آن مشخصی می شود و همراه با قسمت ابتدایی لایه بعدی مسئول تجدید و نوسازی دائم

سلولهای اپی درم است

اپی درم انسان در حدود هر ۱۵ تا ۳۰ روز یکبار برحسب محل آن در بدن، سن، و سایر عوامل

تجدید می شود.

ب) طبقه خاردار (*Stratum spinosum or prickle cell layer*) که از سلولهای مکعبی، چند

وجهی، یا کمی پهن با یک هسته مرکزی تشکیل شده است. سلولهای این لایه بطور محکم توسط

خارهای سیتوپلاسمی مملو از فیلامان و دسموزمهایی که سطح سلول را سوراخ سوراخ کرده و در میکروسکوپ نوری منظره‌ای از سوزنهای فرورفته به آن می‌دهند، به یکدیگر متصل شده‌اند.

تمامی میتوزها منحصر به قسمتی از اپی‌درم موسوم به لایه مالپیگی (*Malpighian layer*) است که از مجموع طبقه بازال و طبقه خاردار تشکیل شده است.

ج) طبقه دانه‌دار (*Stratum granulosum*) با ۳ تا ۵ لایه از سلولهای چندوجهی پهن دارای هسته‌هایی مرکزی و سیتوپلاسم مملو از دانه‌های بازوفیل خشن موسوم به گرانولهای کراتوهایالن مشخص می‌شود. در داخل این سلولها گرانولهای غشاءدار دیگری وجود دارد که محتوی گلیکوزآمینوگلیکان و فسفولیپیدند. نقش این مواد که به خارج دفع میشوند مشابه نقش مواد سیمانی بین سلولی است که بعنوان سدی در مقابل نفوذ مواد خارجی عمل کرده و اثر چسبندگی بسیار مهمی در پوست بوجود می‌آورند.

د) طبقه شفاف یا لوسیدوم (*Stratum lucidum*) که در پوست ضخیم واضح‌تر بوده، نسبت به نور شفاف است و از یک لایه نازک سلولهای انوزینوفیل بسیار پهن تشکیل یافته است. ارگانها و هسته‌ها، دیگر در این طبقه قابل رویت نیستند.

ه) طبقه شاخی (*Stratum corneum*) حاوی سلولهای شاخی (کراتینیزه) بدون هسته و پهنی است که سیتوپلاسم آنها مملو از یک اسکالروپروتئین فیلامانی با انکسار مضاعف موسوم به کراتین می‌باشد.

پس از شاخی شدن، سلولها فقط حاوی پروتئینهای فیبریلر و بی‌شکل و غشاهای پلاسمایی ضخیم شده هستند و به همین جهت سلولهای شاخی (*horny cells*) نامیده میشوند. آنزیمهای هیدرولیزکننده لیزوزومی در محو ارگانهای سیتوپلاسمی نقش دارند. در سطح طبقه شاخی، سلولها

بطور مداوم در حال ریزش هستند.

اینگونه توصیف از اپی‌درم مطابق با پیچیده‌ترین ساختمان اپی‌درم بدن است. مثل کف دست و پا که اپی‌درم خیلی ضخیم است. در پوست نازک طبقه دانه‌دار و طبقه لوسیدوم غالباً به میزان کمتری تکامل یافته‌اند و طبقه شاخی ممکن است بسیار ظریف باشد.

ملانوسیت‌ها

رنگ پوست ناشی از چند عامل است. اما مهمترین این عوامل محتوای ملانین و کاروتن پوست، تعداد رگهای خونی موجود در درم، و رنگ خون جریان یافته در آنهاست.

ملانین یک رنگدانه قهوه‌ای پررنگ است که توسط سلولهای تخصص عمل یافته اپی‌درم یعنی ملانوسیت‌ها، که معمولاً در زیر و بین سلولهای طبقه بازال و در فولیکولهای مو یافت می‌شوند، تولید می‌گردد.

ملانوسیت‌ها از سلولهای ستیغ عصبی مشتق می‌شوند. استطاله‌های نامنظم طولی در داخل اپی‌درم منشعب می‌شوند و بین سلولهای طبقات زایا و خاردار پیشروی می‌کنند. دانه‌های ملانین اصولاً طی فرآیندی موسوم به ترشح-سیتوکترین به داخل سلولهای پوششی دیگر توسط این استطاله‌ها تزریق می‌شوند. دانه‌های ملانین به محض ورود به داخل کراتینوسیتها در ناحیه فوق هسته‌ای سیتوپلاسم انباشته می‌شوند و بدین ترتیب هسته سلولهای در حال تقسیم را از اثرات مضر آفتاب محفوظ نگه می‌دارند. (اثرات مضر آفتاب ناشی از اشعه ماوراء بنفش (UV)^(۱) آن میباشد).

در افراد و نژادهای مختلف (سیاه و سفید) تعداد ملانوسیتها تقریباً یکسان بوده و آنچه که موجب

اختلاف رنگ پوست آنها میشود میزان سنتز ملانین است. با افزایش سن، تعداد و فعالیت ملانوسیتها کاهش می یابد و پس از سی سالگی درصد کاهش آن از ۸٪ در هر دهه به ۲۰٪ در هر دهه از عمر میرد و این مسئله احتمالاً یکی از علل افزایش سرطان *B.C.C*^(۱) پس از میانسالگی است.

سلولهای لانگرهانس

این سلولهای ستاره‌ای شکل عمدتاً در طبقه خاردار اپی‌درم یافت می‌شوند. نشان داده شده که سلولهای لانگرهانس از پیش‌سازهایی در مغز استخوان مشتق می‌شوند و معمولاً جزء دستگاه بیگانه‌خوار تک‌هسته‌ای محسوب می‌گردند.

سلولهای مرکل (Merkel Cells)

لابه‌لای سلولهای پایه‌ای بویژه در پوستهای ضخیم کف دست و پا (و همچنین در اپی‌تلیوم دهان) سلولهای حساسه‌ای (*Sensory*) وجود دارند که بنام سلول مرکل موسومند. انتهای اعصاب آزاد بصورت دیسکی به قاعده این سلولها ختم می‌شوند. در سیتوپلاسم سلول مرکل دانه‌های کوچک و متراکمی دیده می‌شود. فعلاً معتقدند:

- ۱- سلول مرکل عمل مکانورسپتور دارد
- ۲- ممکنست فعالیت شبیه سلولهای *APUD* داشته باشد.

