

شیوع پرموئی و الگوی رویش مو در دختران و زنان دانشجو

دکتر محمد حسن هدایتی امامی* - دکتر فرشته سدادی** - دکتر محمد اسدیان راد***
* استاد پار بیماری‌های داخلی - دانشگاه علوم پزشکی گیلان
** متخصص بیماری‌های داخلی
*** پزشک عمومی

چکیده

پرموئی (هیرسوتیسم) هم برای بیمار و هم برای پزشک مشکل بزرگی است، زیرا در باره تعریف پرموئی اتفاق نظر وجود ندارد و معلوم نیست که تا چه مقدار و چه وسعت و درجه‌ای از پرموئی را باید غیر طبیعی تلقی کرد. تحت تاثیر عوامل ژنتیک و نژاد، تنوع عمده‌ای در طرح رویش مو در دختران و زنان سالم وجود دارد. برای تعیین شیوع هیرسوتیسم و الگوی رویش مو در دختران و زنان دانشجوی سالم این بررسی انجام شد.

دویست و پنجاه و شش (۲۵۶) نفر از دانشجویان دختر و زن دانشگاه علوم پزشکی گیلان به صورت اتفاقی نمونه برداری شدند. این افراد سابقه اختلال قاعدگی، بیماری تیروئید و گالاکتوره نداشتند و داروهایی که بر رویش مو تاثیر دارد، مصرف نکرده بودند. براساس هر دو "نظام درجه بندی"، درجه Ferriman و Gallwey، و "نظام درجه بندی تعدیل شده Ferriman و Gallwey" موی هر یک از نواحی نه‌گانه و ناحیه بناگوش تعیین شد.

میانگین سن (یک انحراف معیار \pm سن) افراد مورد مطالعه $22 \pm 2/5$ سال (دامنه سنی بین ۱۸ تا ۳۱ سال) بود. نود درصد، مجرد بودند. سن شروع قاعدگی (یک انحراف معیار \pm سن) $13/3 \pm 3/6$ سالگی بود. طول دوره قاعدگی آنان (یک انحراف معیار \pm روز) $29/4 \pm 4/6$ روز و مدت خونریزی هر دوره قاعدگی (یک انحراف معیار \pm روز) $5/6 \pm 1/4$ روز بود.

تنها در نه نفر، شدت رویش مو در هر یک از نواحی نه‌گانه، صفر بود. بر مبنای "نظام درجه بندی Ferriman و Gallwey"، همه دختران و زنان مورد مطالعه مبتلا به هیرسوتیسم به حساب می‌آمدند.

براساس "نظام درجه بندی تعدیل شده Ferriman و Gallwey"، تنها در ۵۲ دانشجو (۲۰٪ دانشجویان) مورد مطالعه درجه مو در هر چهار ناحیه کمتر از ۲ بود. بر اساس "نظام درجه بندی تعدیل شده Ferriman و Gallwey" نیز نزدیک به ۸۰ درصد موارد پرمو به حساب می‌آیند.

نتیجه آن که مطالعه حاضر نشان می‌دهد که در نمونه‌ای از دختران و زنان ایرانی سالم، پرموئی شدید فراوان است. براساس هر دو "نظام درجه بندی Ferriman و Gallwey"، و "نظام درجه بندی تعدیل شده Ferriman و Gallwey"، اکثریت آنان پرمو به حساب می‌آیند.

کلید واژه‌ها: پرموئی / مو

مقدمه

دختران و زنان از پرموئی ناراحتند. دختران و زنان پرمو، نگران افزایش فزاینده موی بدن، تغییر وضعیت جنسی و قدرت باروری خود هستند. پزشک هم در برخورد با دختر یا

پرموئی (هیرسوتیسم) عبارتست از افزایش موی ترمینال در نواحی وابسته به آندروژن در دختران و زنان (۴-۶). پرموئی برای بیمار و پزشک مشکل بزرگی است.

زن مبتلا به پرموئی دچار مشکل است، زیرا در باره معیارهای تشخیص پرموئی اتفاق نظر وجود ندارد و معلوم نیست که تا چه مقدار و چه وسعت و درجه‌ای از پرموئی را باید غیر طبیعی تلقی کرد (۴ و ۵).

تنوع عمده‌ای در طرح رویش مو در دختران و زنان سالم وجود دارد. طرح رویش مو وابسته به سن است و به شدت تحت تاثیر عوامل ژنتیک و نژاد قرار دارد. بنابراین لازم است مرز سلامت و بیماری معلوم شود تا براساس آن بتوان افراد پرمو را از افراد طبیعی تمیز داد (۴ و ۱۲).

در سال ۱۹۶۱، Ferriman, D و Gallwey, JD نظامی نیمه کمی برای ارزیابی بالینی هیرسوتیسم ارائه کردند (۷)، که هنوز رایج‌ترین نظام برای ارزیابی پرموئی در زنان و دختران است. به خاطر اشکالاتی که در نظام درجه‌بندی آنان وجود داشت، محققین دیگر با تغییری در پیشنهادات آنان، نظام درجه بندی دیگری پیشنهاد کرده‌اند.

این بررسی برای تعیین شیوع هیرسوتیسم و الگوی رویش مو در دختران و زنان دانشجوی سالم انجام شد.

مواد و روش‌ها

دویست و شصت و هفت (۲۶۷) نفر از دانشجویان دختر و زن دانشگاه علوم پزشکی گیلان به صورت اتفاقی نمونه برداری شدند. از روی فهرست اسامی دانشجویان پزشکی، مامائی، و پرستاری دانشگاه علوم پزشکی گیلان از هر دو دختر یا زن یک نفر به عنوان نمونه وارد مطالعه شدند. هر فردی که حاضر به شرکت در این بررسی نشد، نفر بعدی آن فهرست انتخاب گردید. بیش از ۹۵ درصد افراد منتخب اول در مطالعه شرکت کردند. به همه افراد پرسشنامه‌ای داده شد که در آن از سابقه بیماری یا مصرف داروهای موثر بر رویش مو سوال شده بود. تمام کسانی که بیماری شناخته شده از جمله دچار اختلال قاعدگی، بیماری تیروئید و گالاکتوره داشتند و یا در شش ماه اخیر قرص جلوگیری از آبستنی، فنی توئین، کورتیکواستروئید، آندروژن، اسپیرینولاکتون، ایزونیاژید، سیمتیدین، فنوتیازین، ایمپیرامین، رزپین، متیل دوپا، یا دیازپام مصرف کرده بودند، از مطالعه حذف شدند. در ۲۵۶ نفر باقیمانده، براساس هر دو "نظام درجه بندی Ferriman و Gallwey" و "نظام درجه بندی تعدیل شده Ferriman و Gallwey"، درجه موی هر یک از نواحی مذکور تعیین شد. این دو دانشمند، نه ناحیه وابسته به آندروژن را در بدن مشخص کردند: پشت لب، چانه، جلوی

سینه، شکم، ناحیه زهار، سطح خارجی بازو، سطح داخلی ران، پشت، و ناحیه کفل. در نموداری، شدت پرموئی هر ناحیه را با نمره صفر (بدون مو) تا چهار مشخص کردند. طبق تعریف آنان، دختر یا زنی پرمو به حساب می‌آید که مجموع نمرات وی هشت یا بیشتر از هشت (≥ 8) باشد. محققین دیگر با تعدیل در نظام درجه بندی Ferriman و Gallwey، چهار ناحیه (۱) - چهره (بناگوش، پشت لب، و چانه)، (۲) - جلوی سینه، (۳) - بالا و پائین شکم، و (۴) - ران را در بدن منظور کردند و به هر ناحیه نمره صفر (بدون مو) تا چهار دادند و دختر یا زنی را پرمو بحساب آوردند که لااقل در دو ناحیه از نواحی چهارگانه مذکور، نمره پرموئی دو یا بیشتر از دو باشد (۱۳ و ۱۴).

معاینه تمام افراد و تعیین نمره شدت رویش موی هر ناحیه طبق نمودار پیشنهادی Ferriman و Gallwey (۷)، و معاینه ناحیه بناگوش و تعیین شدت رویش موی آن بر مقیاسی مشابه دو ناحیه دیگر چهره، توسط یک دستیار زن سال آخر تخصص بیماری‌های داخلی انجام شد.

نتایج

میانگین سن (یک انحراف معیار \pm سن) افراد مورد مطالعه $24/5 \pm 22/09$ سال (دامنه سنی بین ۱۸ تا ۳۱ سال) بود. نود درصد، مجرد و ۱۰٪ آنان متاهل بودند. سن شروع قاعدگی (یک انحراف معیار \pm سن) $13/35 \pm 3/59$ سالگی بود. طول دوره قاعدگی آنان (یک انحراف معیار \pm روز) $29/39 \pm 4/64$ روز و مدت خونریزی هر دوره قاعدگی (یک انحراف معیار \pm روز) $5/63 \pm 1/45$ روز بود. تنها در نه نفر، نمره شدت رویش موی آنان در هر یک از نواحی نه‌گانه، کمتر از یک بود (جدول ۱). برمبنای "نظام درجه‌بندی Ferriman و Gallwey"، در همه افراد مورد مطالعه، مجموع نمره نواحی نه‌گانه، بیش از هشت بود. بدین ترتیب طبق این نظام درجه بندی، همه دختران و زنان مورد مطالعه را باید مبتلا به هیرسوتیسم به حساب آورد. براساس "نظام درجه بندی تعدیل شده Ferriman و Gallwey" درجه موی ۲ در چهره، جلوی سینه، شکم و ران به ترتیب در ۶۷، ۲۵، ۵۰ و ۴۸ درصد افراد مورد مطالعه دیده شد (جدول ۲). تنها در ۵۲ دانشجوی مورد مطالعه، درجه مو در هر چهار ناحیه کمتر از ۲ بود. بر اساس "نظام درجه بندی تعدیل شده Ferriman و Gallwey" نیز نزدیک به ۸۰ درصد موارد پرمو به حساب می‌آیند.

جدول ۱- توزیع فراوانی شدت پرموئی در نواحی نه‌گانه بدن در دختران و زنان مورد مطالعه، طبق "نظام درجه‌بندی Ferriman و Gallwey".

نمره شدت رویش مو ناحیه	صفر	یک	دو	سه	چهار	جمع
پشت لب	۱	۱۳۳	۱۰۲	۱۹	۱	۲۵۶
چانه	۱	۱۹۱	۲۲	۱۹	۳	۲۵۶
جلوی سینه	۱	۲۳۱	۲۰	۴	۰	۲۵۶
شکم	۱	۱۹۹	۵۱	۵	۰	۲۵۶
ناحیه زهار	۱	۱۲۴	۸۷	۴۳	۱	۲۵۶
سطح خارجی بازو	۱	۲۰۶	۲۹	۰	۰	۲۵۶
سطح داخلی ران	۱	۱۳۱	۷۳	۴۸	۳۲	۲۵۶
پشت	۱	۲۴۶	۵	۴	۰	۲۵۶
ناحیه کفلی	۱	۱۸۹	۵۸	۸	۰	۲۵۶

جدول ۲- توزیع فراوانی شدت پرموئی در نواحی چهارگانه بدن در دختران و زنان مورد مطالعه، طبق "نظام درجه‌بندی تعدیل شده Ferriman و Gallwey".

نمره شدت رویش مو ناحیه	صفر	یک	دو	سه	چهار	جمع
چهره	۱	۸۲	۱۳۶	۳۳	۴	۲۵۶
جلوی سینه	۱	۲۳۰	۲۱	۴	۰	۲۵۶
شکم	۰	۱۲۶	۸۶	۴۳	۱	۲۵۶
ران	۰	۱۳۲	۷۳	۴۸	۳	۲۵۶

بحث و نتیجه گیری

هیرسوتیسم عبارتست از رویش موی ترمینال با طرحی مردانه در بدن زنان (۵، ۸). در کارهای بالینی، هیرسوتیسم شکایتی ذهنی است و به نظر و خواسته‌های دختران و زنان وابسته است. دختر یا زنی از رویش چند تار مو در چهره شکایت می‌کند و دختر و زنی دیگر ممکن است به پرموئی شدید اهمیتی ندهد. در یک مطالعه تنها نیمی از زنان اروپایی که میدانستند پرموهستند، برای چاره جوئی به پزشک مراجعه کرده بودند (۱۱). همین امر یکی از مشکلاتی است که بر تصمیم‌گیری پزشک موثر است.

طرح رویش موی در دختران و زنان نقاط مختلف جهان با هم فرق دارد (۴ و ۵). عوامل نژادی و خانوادگی از علل اصلی تنوع طرح رویش مو در بدن است (۴، ۵، ۹ و ۱۰). تنوع طرح و شدت رویش مو بین نژادها و در هر نژاد، بین خانواده‌ها آن چنان زیاد است که ارزیابی و تعیین مرز سلامت و بیماری دشوار می‌شود (۴، ۱۲ و ۱۴). عوامل فرهنگی هم

برخورد با این مسئله را دشوارتر می‌کند (۱۱ و ۱۲). ایرانیان از اقوام پرموی جهان به حساب می‌آیند (۱۲). بسیاری از دختران و زنان به خاطر پرموئی به پزشک مراجعه می‌کنند یا در هنگام مراجعه به عللی دیگر، پزشک متوجه پرموئی آنان هم می‌شود. در این صورت بررسی بیمار از نظر پرموئی لازم می‌شود.

چند مطالعه‌ای که در ایران انجام شده (۱ - ۳) روی دختران و زنانی بوده که به خاطر پرموئی به پزشک مراجعه کرده‌اند. بررسی‌های آزمایشگاهی و تصویربرداری در اکثریت موارد در حد طبیعی بوده است. تنها تعداد انگشت شماری از آنان دچار نئوپلاسم آدرنال یا تخمدان، هیپرپلازی مادرزادی آدرنال، و درصد کمی از آنان دچار "سندرم تخمدان چند کیستی" بوده‌اند.

در موارد پرموئی دختران و زنان ایرانی، معیار درستی برای قضاوت بالینی در دست نیست تا براساس آن بتوان مرز سلامت و بیماری را مشخص کرد. فقدان این معیار از علل انجام بررسی‌های نالازم و پرهزینه است. در این گونه موارد از معیارها و تعاریف پرموئی در نژاد "قفقازی" که کم مو هستند، استفاده می‌شود.

نتیجه آن که مطالعه حاضر نشان می‌دهد که در نمونه‌ای از دختران و زنان ایرانی سالم، پرموئی شدید فراوان است. براساس هر دو "نظام درجه بندی"، Ferriman و Gallwey، و "نظام درجه بندی تعدیل شده Ferriman و Gallwey" اکثریت آنان پرمو به حساب می‌آیند.

برای آگاهی بر طرح رویش مو در دختران و زنان ایرانی، که از نژادها و قوم‌های مختلف هستند، بررسی وسیع‌تر در همه مناطق ایران لازم است، تا براساس نتایج حاصله بتوان در هر دختر یا زنی که برای پرموئی مراجعه می‌کند، مناسبترین و با صرفه‌ترین اقدام تشخیصی را به عمل آورد.

منابع

1. عزیز جلالی، میرهادی: بررسی هیرسوتیسم در ۱۰۷ بیمار. مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی گیلان، ۱۳۷۱، سال اول شماره ۱، ص: ۱۱.
2. عزیزی، فریدون: بررسی ۱۰۵۸ خانم با زیادی مو: یافته‌های بالینی و آزمایشگاهی و نتایج آن. مجموعه خلاصه مقالات چهارمین کنگره جامعه پزشکان متخصص داخلی ایران، ۱۳۷۲، صص: ۳۵-۴۰.
3. نیرومنش، شیرین؛ حیدری، معصومه؛ حاجی زاده، ابراهیم؛ شکیبازاده، الهام؛ اپیدمیولوژی مبتلایان به هیرسوتیسم در مراجعین به درمانگاه تخصصی هیرسوتیسم دانشگاه تربیت مدرس طی سال ۱۳۷۲. پژوهنده: ۱۳۷۷، شماره هشتم، صص: ۵۱-۵۸.
4. Barth JH. How hairy are hirsute Women?. Clin Endocrinol Metab 1997: 47:255.
5. Dawber RPR, de Berker D, Wojnarowska FH. Disorders of Hair. In: Champion RH, Burton JL, Burns DA, Breathnach Sm (eds). Textbook of Dermatology. 6th ed. Oxford: Blackwell, 1998: 2869-73.
6. Ehrmann DA, Rosenfield RL. Hirsutism Beyond the Steroidogenic Block. New Engl J Med 1990: 323:909.
7. Ferriman D, Gallwey JD. Clinical Assessment of Body Hair in Women. J Clin Endocrinol Metab 1961: 24:1440.
8. Goldfien A, Monroe SE. Hirsutism. In: Greenspan FS, Strewler GJ (eds). Basic and Clinical Endocrinology. 5th ed. Stamford: Printice-Hall, 1997: 463-9.
9. Lorenzo EM. Familial Study of Hirsutism. J Clin Endocrinol Metab 1970: 31:556-64.
10. Lunde O, Grottum P. Body Hair Growth in Women: Normal or Hirsute. Am J Phys Anthropol 1984: 64:304-13.
11. McKnight E. The Prevalence of "hirsutism" in Young Women. Lancet 1964: i, 410-413.
12. Rook A, Dawber R. Hair Patterns: Baldness and Hirsutism. In: Rook A, Dawber R (eds). Diseases of the Hair and Scalp. Oxford: Blakwel, 1982: 78.
13. Siegel SF, Finegold DN, Lanes R, Lee PA. ACTH Stimulation Tests and Plasma Dehydroepiandrosterone Sulfate Levels in Women with Hirsutism. New Engl J Med 1990: 323:849.
14. Shah P. Human Body Hair- a Quantitative Study. Am J Obs & Gynec 1957: 73: 1253-65.

Prevalance of Hirsutism and Hair Growth Pattern in Female Students

Hedayati Omami M H., Saddadi F., Assadian rad M.

ABSTRACT

Hirsutism is a difficult problem for both to the patients and the physicians. Its definition is subjective and the severity of hirsutism and the degree of acceptance are dependent on racial, cultural and social factors. The hair growth pattern, under the influences of genetic and ethnic factors, has significant variations among normal females. In order to determine the prevalence of hirsutism and the hair growth pattern in normal female students, this study is conducted.

We studied 256 randomly selected normal female students of Guilan University of Medical Sciences. All students with menstrual abnormality, thyroid disease, galactorrhea and history of medication affecting hair growth were excluded. The "Ferriman-Gallwey scoring system" and the "modified Ferriman-Gallwey scoring system" for body hair were used.

The age (mean \pm 1 STD) of the students was 22 ± 2.5 years; age range was 18 -31 years. ninety percent of them were single. Age at menarche (mean \pm 1 STD) was $13.3 \pm 3/6$ years. Their menstrual period (mean \pm 1 STD) was 29.4 ± 4.6 and bleeding period (mean \pm 1 STD) was 5.6 ± 1.4 days. Only in nine students the score of hair growth in any of the nine areas was zero. On the basis of the "Ferriman-Gallwey scoring system" all the students were considered hirsute, and on basis of the "modified Ferriman-Gallwey scoring system", only in 52 (20%) of students the hair growth score of all the four areas was less than 2. On the basis of the "modified Ferriman-Gallwey scoring system" for body hair, near 80% of the students were considered hirsute, too.

In conclusion, in a sample of normal Iranian females, hirsutism is common and on the basis of both the "Ferriman-Gallwey scoring system" and the "modified Ferriman-Gallwey scoring system" for body hair, most of them were hirsute.

Keywords: Hair/ Hirsutism