

چکیده

مقدمه

هیرسوتیسم رویش موهای ثانویه جنسی با تیپ مردانه در بدن زنان است که ۱۵-۵ درصد زنان را گرفتار می کند و از نظر احتمال همراهی با سایر بیماریها، قدرت باروری و حفظ زیبایی اهمیت دارد. هدف ما در این مطالعه تعیین فراوانی و الگوی رویش مو در دانشجویان دختر دانشگاه علوم پزشکی کاشان در نیمسال اول ۱۳۸۷-۸۸ است.

روش کار

این مطالعه توصیفی به روش مقطعی با استفاده از پرسشنامه انجام شد. ابزار کار پرسشنامه ای با استفاده از درجه بندی فریمن- گالوی برای هیرسوتیسم بود. رشد موها در نه ناحیه بدن مطابق مقیاس لیکرت درجه بندی شد و در مجموع بین صفر تا ۳۶ امتیاز به آن تعلق گرفت. اطلاعات پس از کدبندی وارد کامپیوتر شد و با استفاده از نرم افزار Spss.16 مورد توصیف و تحلیل آماری قرار گرفت.

یافته‌ها

از مجموع ۲۸۱ نفر دانشجوی دختر که در مطالعه وارد شدند ۲۷ نفر از آنان (۹.۶ درصد) امتیاز مساوی یا بالاتر از ۸ گرفتند و هیرسوت در نظر گرفته شدند. میانگین امتیاز پرمویی در بین افراد پرمو $(\pm 8/1)$ بود. تمامی افرادی که از پرمویی شکایت داشتند واقعا پرمو بودند. شایعترین مناطق رویش مو در افراد هیرسوت به ترتیب چانه ۲۸/۸ درصد، استرنوم ۲۴/۹ درصد، پوبیس ۲۳/۱ درصد، پشت لب ۲۳/۳ درصد،

بررسی فراوانی هیرسوتیسم و الگوی رویش مو در دانشجویان دختر دانشگاه علوم پزشکی کاشان در نیمسال اول ۱۳۸۷-۸۸

- محبوبه کفایی عطریان^۱
- فاطمه عباس زاده^۲
- زهرا کریمیان طاهری^۳
- فاطمه ایزدی اونجی^۴
- محمد اصغری جعفرآبادی^۵

^۱. کارشناس ارشد مامایی، دانشکده پرستاری مامایی، گروه مامایی، دانشگاه علوم پزشکی کاشان، کاشان، ایران
^۲. کارشناس ارشد مامایی، دانشکده پرستاری مامایی، گروه مامایی، دانشگاه علوم پزشکی کاشان، کاشان، ایران
^۳. کارشناس ارشد مامایی، دانشکده پرستاری مامایی، گروه مامایی، دانشگاه علوم پزشکی کاشان، کاشان، ایران
^۴. کارشناس ارشد پرستاری، دانشکده پرستاری مامایی، گروه مامایی، دانشگاه علوم پزشکی کاشان، کاشان، ایران
^۵. دکترای آمار زیستی، مرکز ملی مدیریت سلامت (NPMC) و گروه آمار و اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت و تغذیه، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران

بررسی ما با بسیاری مناطق جهان مشابهت دارد. شایعترین مناطق رویش مو چانه و سینه بود.

کلید واژه ها

دانشجو، مو، هیرسوتیسم.

Prevalence of hirsutism and hair growth pattern in female students in Kashan in 2007: A cross sectional study

Mahboobeh Kafei Atrian¹
Fatemeh Abbaszadeh²
Zahra Karimian Taheri³
Fatemeh Sadat Izadi Avanj⁴
Mohammad Asghari Jafarabadi⁵

Abstract

Introduction

Hirsutism is a facial and body terminal hair growth in a male-like pattern in women that affects 5-15% of women. It is largely women's concern in terms of menstrual dysfunction, diminished fertility and cosmetic distress. This study is conducted in order to determine the prevalence of hirsutism and hair growth pattern in female students in Kashan during 2007.

Methods

This is a cross-sectional epidemiologic study. Ferryman-Galloway hirsutism scoring tool was used to collect necessary data regarding hair growth in nine

1Master of science (Msc), Nursing Midwifery Faculty, Kashan university of medical science, Kashan, Iran

2Master of science (Msc), Nursing Midwifery Faculty, Kashan university of medical science, Kashan, Iran abbaszadehs@yahoo.com

3Master of science (Msc), Nursing Midwifery Faculty, Kashan university of medical science, Kashan, Iran

4Master of science (Msc), Nursing Midwifery Faculty, Kashan university of medical science, Kashan, Iran

5 PhD, assistant professor of biostatistics, Tabriz health services management research center, department of

شکم ۱۹/۲ درصد، سطح خارجی بازو ۱۴/۲ درصد، پشت ۱۳/۵ درصد و کمر ۱۳/۱ درصد بود.

نتیجه گیری

فراوانی ابتلا به هیرسوتیسم در دانشجویان مورد parts of the body. Using Likert rating scales the growth of hair was evaluated for each part. The minimum and maximum scores were zero and 36, respectively. SPSS version 16 was used to analyze data.

Results

A prevalence of 9.6% (27 female students) was found to be hirsute out of 281 medical students. Mean score of hirsutism was 15.8(±8.1). Those who complained of hirsutism were really hirsute. The most common sites affected by hirsutism were chin (%28.8), sternum (%24.9), pubis (%23.1), on the upper lip (%20.3), abdomen (%19.2), arm (%14.2), backside (%13.5) and loin (13.1%).

Conclusion

Our data indicate that the prevalence and degree of facial and body terminal hair growth, as assessed by the Ferryman-Galloway hirsutism scoring system, is similar to other parts of the world.

Key words

hair growth pattern, hirsutism, student

شایعترین علامت افزایش آندروژن در بدن زنان هیرسوتیسم است که به صورت افزایش رویش موهای ترمینال با تیپ مردانه تعریف می شود (۱).

بر طبق نظام درجه بندی Galloway, Ferryman، نه ناحیه رویش موی وابسته به آندروژن شامل پشت لب، چانه، جلوی سینه، شکم، ناحیه پوییس، بازو، سطح داخلی ران، پشت و ناحیه کفل می باشد (۲) و درجه هیرسوتیسم از حاصل جمع ۹ نقطه بدن بدست می آید. یک زن با امتیاز بیش از ۸ هیرسوت گفته می شود (۳).

دختران و زنان پر مو نگران افزایش فزاینده موهای بدن و قدرت باروری هستند (۲). هیرسوتیسم همچنین اغلب از جنبه زیبایی حائز اهمیت است (۴) و زنان اغلب زمان زیادی را صرف از بین بردن موهای زائد می کنند (۵). طرح رویش مو وابسته به سن است و به شدت تحت تأثیر عوامل ژنتیک و نژاد قرار دارد (۲). تشخیص اتیولوژی هیرسوتیسم بیماران در معرض خطر نازایی، دیابت (۶)، بیماریهای قلبی عروقی (۶، ۷) و کانسر (۶، ۸) را شناسایی می کند.

در مطالعه Drosdzol و همکاران کیفیت زندگی و اعتماد به نفس، سلامت عمومی و عملکرد فیزیکی و اجتماعی در مبتلایان به هیرسوتیسم پایین تر از افراد غیر هیرسوت است (۲). همچنین مطالعات موجود افزایش ابتلا به آلویسی (۳، ۹-۱۲)، آکنه (۹، ۱۲-۱۴) و بی نظمی های قاعدگی (۷، ۹، ۱۱، ۱۲، ۱۴) را در مبتلایان به هیرسوتیسم گزارش می کنند.

در جهان هیرسوتیسم ۱۵-۵ درصد زنان را گرفتار می کند (۴، ۱۱، ۱۵). در آمریکا شیوع آن ۸ درصد گزارش شده است (۱۶). ولی علیرغم

مطالعات زیاد جهانی در مورد شیوع هیرسوتیسم در این مطالعات در ایران اندک و ناقص است. در مطالعات انجام شده در ایران هیرسوتیسم در بابل ۳۱/۶ درصد (۱۲)، در تهران ۲۲/۸ درصد (۱۷) و در کرمان ۳۰/۲ درصد (۳) گزارش شد که این ارقام با آمار جهانی تفاوت دارد.

با در نظر گرفتن تأثیر سن، عوامل ژنتیک و نژاد (۲) بر شیوع هیرسوتیسم، این مطالعه با هدف بررسی الگوی رویش موهای اضافه در دانشجویان دختر دانشگاه علوم پزشکی کاشان در نیمسال اول ۸۸-۱۳۸۷ انجام شد.

روش پژوهش

این مطالعه از نوع توصیفی-مقطعی بود. ابزار گردآوری داده از دو قسمت تشکیل شده بود. پرسشنامه پژوهشگر ساخته که شامل سئوالات دموگرافیک، سئوالاتی در مورد وضعیت قاعدگی، بیماری های همراه و مصرف داروها بود و مقیاس بررسی هیرسوتیسم که شامل تصاویری از نظام درجه بندی فریمن-گالوی در مورد هیرسوتیسم بود که با مقیاس لیکرت درجه بندی شده بود.

روایی محتوایی این پرسشنامه توسط ارزیابی نظر پانل خبرگان و پایایی آن با استفاده از ضریب α کورنباخ (۰/۹) تأیید شد. با در نظر گرفتن فراوانی ۲۲/۸ درصد برای هیرسوتیسم و ضریب خطای ۵ درصد تعداد نمونه برابر ۲۶۸ نفر تعیین شد (۱۷). با در نظر گرفتن احتمال عدم پاسخ تعدادی از نمونه ها به پرسش نامه ها از ۵۰۰ دانشجوی موجود در خوابگاه دختران تعداد ۳۰۰ دانشجو با استفاده از جدول اعداد تصادفی انتخاب شده و پرسشنامه دریافت کردند. از این تعداد ۲۸۱ دانشجو به پرسشنامه ها پاسخ دادند (نرخ پاسخگویی ۹۳/۷ درصد بود). از دانشجویان خواسته شده بود وضعیت رشد موهای خود را روی تصاویر علامت بزنند و این تصاویر رشد موها را در نه ناحیه پشت لب فوقانی، چانه، سینه، شکم، پوییس، بازو، ران، قسمت فوقانی پشت و

باتکس نشان می داد که با مقیاس لیکرت درجه بندی شده بود و در مجموع ۳۶ امتیاز به آن تعلق می گرفت. افرادی که امتیاز مساوی یا بیشتر از ۸ داشتند به عنوان هیرسوت در نظر گرفته شدند (۲). در ابتدای پرسشنامه به دانشجویان توضیح داده شد که اطلاعات این تحقیق محرمانه باقی خواهد ماند و از آن به طور کلی استفاده می شود. همچنین چون معاینه کلیه افراد به دلیل عدم رضایت کلی آنها با مسائل اخلاقی مواجه بود، ثبت اطلاعات تنها با آموزش دانشجویان و علامت زدن تصاویر توسط خود آنها انجام پذیرفت. کدهای اخلاقی ۱، ۳، ۵، ۸، ۱۰، ۱۷ و ۲۰ نیز رعایت شد.

داده‌ها به صورت فراوانی (درصد) برای متغیرهای کیفی و میانگین (± انحراف معیار) برای متغیرهای کمی ارائه شدند. برای بررسی همسانی داروهای مؤثر بر رویش مو در دو گروه از افراد دارا و فاقد هیرسوتیسم و همچنین برای مقایسه اختلافات همراه در افراد دارا و فاقد هیرسوتیسم از آزمون کای دو استفاده شد. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها نرم افزار SPSS.16 به کار رفت و مقادیر $p < 0.05$ معنی دار در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

از کل ۲۸۱ نفر دانشجوی مورد بررسی ۲۷ نفر (۹/۶ درصد) از آنان هیرسوتیسم داشتند (امتیاز مساوی یا بالاتر از ۸) و ۲۵۴ نفر به پرمویی مبتلا نداشتند. میانگین اسکور پرمویی در بین افراد پرمویی مو (±۸/۱) بود. تمامی افرادی که از پرمویی شاکمی بودند امتیاز ۸ و بالاتر گرفتند. سن دانشجویان بین ۱۸ تا ۲۷ سال با میانگین سنی (±۱/۷) ۲۰/۹ سال بود. سن شروع قاعدگی بین ۹ تا ۱۹ سال با میانگین (±۱/۸) ۱۳/۵ بود. بین سن شروع قاعدگی و وجود هیرسوتیسم ارتباط معنی دار آماری بدست نیامد ($p < 0.001$). ۱۸۹ نفر (۶۹/۵ درصد) قاعدگی منظم و ۸۳ نفر (۳۰/۵

درصد) قاعدگی نامنظم داشتند. مقدار خونریزی ۱۷ نفر (۶/۰ درصد) کم و ۳۷ نفر (۱۳/۲ درصد) زیاد بود. اکثریت افراد از نظر مقدار خونریزی وضعیت متوسط (۲۱۷ نفر ۷۶/۹ درصد) داشتند. طول مدت خونریزی بین ۳ تا ۱۱ روز با میانگین (±۱/۳) ۶/۷ روز متغیر بود. شایعترین وضعیت طول مدت خونریزی ۷ روز (۱۳۳ نفر ۴۷/۳ درصد) بود. بین طول مدت خونریزی (۰/۵۳۳ < p) با هیرسوتیسم ارتباط معنی داری به دست نیامد. مقدار خونریزی در افراد مبتلا به هیرسوتیسم کمتر از غیر مبتلایان بود اما این اختلاف از نظر آماری معنی دار نبود (۰/۰۵۲ < p). فواصل قاعدگی در جامعه مورد مطالعه بطور میانگین (±۵/۵) ۲۶/۷ روز و شایعترین وضعیت طول مدت قاعدگی ۲۸ روز بود.

سابقه خانوادگی هیرسوتیسم مجموعاً در ۲۱ نفر (۷/۴ درصد) وجود داشت که در مبتلایان بیش از افراد غیر مبتلا بود اما این اختلاف از نظر آماری معنی دار نبود (۰/۱۲۷ < p). ۱۸ نفر از این افراد (۶/۴ درصد) در فامیل درجه ۱ و ۳ نفر (۱/۱ درصد) در فامیل درجه ۲ سابقه هیرسوتیسم داشتند.

جدول شماره ۱ فراوانی رویش مو در مناطق نه گانه را نشان می دهد. در این جدول ستون صفر مربوط به مواردی است که موهای ترمینال وجود ندارد. بقیه ستون ها به ترتیب فراوانی شدت رویش موهای ترمینال را از یک تا چهار نشان می دهد. آخرین ستون مربوط به جمع افرادی است که رویش موها را به هر درجه ای در هر کدام از مناطق بدن داشته اند. طبق اطلاعات این جدول بیشترین فراوانی رویش مو از نظر مناطق بدن چانه (۲۸/۸ درصد) و کمترین آن ناحیه باتکس (۱۳/۱ درصد) است.

جدول ۱- توزیع فراوانی شدت پر مویی در نواحی نه گانه بدن طبق نظام درجه بندی Ferryman و Galway در دانشجویان دختر دانشگاه علوم پزشکی کاشان در نیمه اول سال تحصیلی ۱۳۸۷-۸۸

درجه پرمویی					پرمویی ندارد	درجه و شدت رویش موهای ترمینال
جمع ۱-۴ درصد	چهار درصد	سه درصد	دو درصد	یک درصد	صفر درصد	نواحی بدن
۵۷ (۲۰.۳)	۸ (۲.۸)	۸ (۲.۸)	۱۵ (۵.۳)	۲۶ (۹.۲)	۲۲۴ (۷۹.۷)	پشت لب
۸۱ (۲۸.۸)	۱۵ (۵.۳)	۹ (۳.۲)	۱۱ (۳.۹)	۴۶ (۱۶.۴)	۲۰۰ (۷۱.۲)	چانه
۷۰ (۲۴.۹)	۵ (۱.۸)	۸ (۲.۸)	۹ (۳.۲)	۴۸ (۱۷.۱)	۲۱۱ (۷۵.۱)	جلوی سینه
۵۴ (۱۹.۲)	۶ (۲.۱)	۱۷ (۶)	۹ (۳.۲)	۲۳ (۸.۲)	۲۲۸ (۸۱.۱)	شکم
۶۵ (۲۳.۱)	۹ (۳.۲)	۹ (۳.۲)	۱۵ (۵.۳)	۳۲ (۱۱.۴)	۲۱۶ (۷۶.۹)	ناحیه زهار
۴۰ (۱۴.۲)	۵ (۱.۷)	۶ (۲.۱)	۱۰ (۳.۵)	۱۹ (۶.۷)	۲۴۱ (۸۵.۷)	سطح خارجی بازو
۵۸ (۲۰.۶)	۷ (۲.۴)	۸ (۲.۸)	۱۳ (۴.۶)	۳۰ (۱۰.۶)	۲۲۳ (۷۹.۳)	سطح داخلی ران
۳۸ (۱۳.۵)	۹ (۳.۲)	۲ (۰.۷)	۲ (۰.۷)	۲۵ (۸.۹)	۲۴۳ (۸۶.۵)	پشت
۳۷ (۱۳.۱)	۵ (۱.۷)	۳ (۱.۰۶)	۸ (۲.۸)	۲۱ (۷.۵)	۲۴۴ (۸۶.۸)	ناحیه باتکس

معنی دار نبود. شایعترین اختلال همراه در بین مبتلایان به هیرسوتیسم ابتدا آکنه (۳۷/۰ درصد) و سپس اختلالات قاعدگی (۲۵/۹ درصد) بود و در افراد غیر مبتلا به هیرسوتیسم آکنه (۲۳/۶ درصد) و اختلالات قاعدگی (۲۱/۶ درصد) بوده است.

جدول ۲ نشان می دهد که در مطالعه حاضر شیوع آکنه، اختلالات قاعدگی، سابقه خانوادگی هیرسوتیسم، بیماری های تیروئید، گالاکتوره و آلوپسی در بین مبتلایان به هیرسوتیسم بیشتر از افراد عادی بود، اما این اختلاف از نظر آماری

جدول ۲- توزیع فراوانی اختلالات همراه با هیرسوتیسم در دانشجویان دختر دانشگاه علوم پزشکی کاشان در نیمسال اول ۱۳۸۷-۸۸.

وضعیت ابتلا اختلالات همراه	هیرسوت		غیر هیرسوت		کل
	تعداد (درصد) در بین مبتلایان	تعداد (درصد) در بین غیرمبتلایان	تعداد درصد	P	
بیماریهای تیروئید	۱ (۳.۷)	۳ (۱.۱)	۴ (۱.۴۲)	۰.۲۹۳	
گالاکتوره	۱ (۳.۷)	۰ (۰.۰)	۱ (۰.۴)	—	
اختلالات قاعدگی	۷ (۲۵.۹)	۵۵ (۲۱.۶)	۶۲ (۲۲.۶)	۰.۶۱۱	
آکنه	۱۰ (۳۷.۰)	۶۰ (۲۳.۶)	۷۰ (۹.۲۴)	۰.۱۲۵	
آلویسی	۳ (۱۱.۱)	۲۲ (۸.۶)	۲۵ (۸.۹)	۰.۶۷۱	
سابقه خانوادگی هیرسوتیسم	۴ (۱۴.۸)	۱۷ (۶.۶)	۲۱ (۷.۴)	۰.۱۲۷	

بحث و نتیجه گیری

در مطالعه حاضر فراوانی دانشجویانی که امتیاز مساوی یا بالاتر از ۸ داشتند و هیرسوت تلقی شدند با بعضی گزارشات جهانی شباهت دارد. آنچنان که در آمار جهانی ذکر می شود هیرسوتیسم ۱۵-۵ درصد زنان را گرفتار می سازد (۴, ۱۵). فراوانی هیرسوتیسم در مناطق مختلف به تبع عواملی متفاوت است. چنانچه در مطالعه Deugarte و همکاران (۲۰۰۶) در زنان سفید و سیاه پوست آمریکا با استفاده از امتیاز تعدیل شده فریمن و گالوی، ۵/۴ درصد (۱۵ نفر از ۲۷۸ نفر) از سفید پوستان و ۴/۳ درصد (۱۵ نفر از ۳۴۹ نفر) از سیاهپوستان اسکور بالاتر از ۸ دریافت کردند (۱۸) که پایینتر از مطالعه ما است. همچنین در مطالعه Api و همکاران در ترکیه ۶۸ درصد افراد اسکور مساوی یا زیر ۸ دریافت کردند و به طور غیر مستقیم فراوانی هیرسوتیسم را ۳۲ درصد ذکر میکند (۱۹) که بالاتر از مطالعه ما است. در مطالعه Cuskun و همکاران نیز که در زنان مبتلا به PCO در ترکیه انجام شد فراوانی هیرسوتیسم در گروه کنترل ۱۸ درصد به دست آمد. او چنین بیان می کند که فراوانی بالاتر هیرسوتیسم در مطالعه او و Api به این دلیل است که در نواحی مدیترانه ای احتمالاً رویش موها تراکم بیشتری دارند (۲۰). این مطلب نشان دهنده تفاوت منطقه ای در فراوانی هیرسوتیسم است. از طرف دیگر در مطالعات انجام شده در ایران اغلب آمار بالاتری ذکر شده است. در مطالعه تیرگر طبری و همکارانش در دانشجویان بابل ۳۱/۶ درصد دانشجویان دچار هیرسوتیسم بودند (۱۲). مطالعه شمسی میمندی و همکارانش در دانشجویان کرمان شیوع هیرسوتیسم را در دانشجویان دختر ۳۰/۲ درصد نشان داد (۳). این فراوانی بالا می تواند به دلیل

بالاتر بودن فراوانی پرمویی و لزوم تعیین Cut off (نقطه برش) متفاوت در ایران باشد. این مطلب در مطالعات دیگر نیز تاکید شده که تعیین هیرسوتیسم در هر منطقه نیاز به Cut off متفاوت دارد (۱۹).

در مطالعه حاضر میانگین امتیاز ابتلا به هیرسوتیسم در میان مبتلایان، به مطالعه Espinose (۲۰۱۰) و همکاران در زنان مبتلا به PCO اسپانیا (۱۵/۱±۶/۸) بسیار نزدیک است. همچنین در مطالعه آنها ذکر می شود که وقتی شرکت کنندگان خود امتیاز هیرسوتیسم را گزارش می کنند عدد به دست آمده بیش از وقتی است که پزشک آنها را معاینه می کند (به ترتیب ۱۵/۱±۶/۸ در مقابل ۱۲/۰±۴/۴) (۲۱). در مطالعه sharma و همکاران در زنان هیرسوت هندی میانگین اسکور ابتلا به هیرسوتیسم در میان مبتلایان ۱۰/۳ درصد بود (۱۴).

در این مطالعه تمامی دانشجویانی که از پرمویی شکایت داشتند واقعاً پر مو بودند و امتیاز ۸ و بالاتر دریافت کردند. این بالاتر از آن چیزی است که Deugarte ذکر می کند. در مطالعه او ۷۰ درصد افراد پر مو که اسکور بالای ۸ داشتند و در مقایسه با آنها ۸/۱۵ درصد از افرادی که پر مو نبودند از پرمویی شکایت داشتند (۱۸).

در این مطالعه سابقه خانوادگی هیرسوتیسم در افراد مبتلا به هیرسوتیسم بیش از افراد غیر مبتلا بود، اما این اختلاف از نظر آماری معنی دار نبود. چنانکه در مطالعه سیمین شمسی میمندی سابقه خانوادگی ابتلا به هیرسوتیسم در بین افراد مبتلا به هیرسوتیسم ۳۶ درصد بود که با افراد غیر هیرسوت تفاوت معنی دار داشت (۳). همچنین در مطالعه sharma سابقه خانوادگی هیرسوتیسم در ۱۸ درصد از مبتلایان به هیرسوتیسم وجود داشت (۱۴). سابقه خانوادگی ابتلا به هیرسوتیسم در این مطالعات بالاتر از مطالعه ما بوده است.

در این مطالعه میانگین وزن در افراد هیرسوت با دیگران اختلاف معنی دار نداشت. در مطالعه

Al-Ruhaily و همکارانش در عربستان سعودی ۵۱ درصد از نمونه ها چاق بودند که این شیوع بالاتر از شیوع چاقی در جامعه عادی (۴۴ درصد) بود (۲۲). در مطالعه Ansarin و همکاران در تهران ۶/۵ درصد افراد هیرسوت چاق بودند (۹).

در مطالعه حاضر دانشجویان بین ۱۸-۲۷ سال (با میانگین ۲۱ سال و انحراف معیار ۱/۷ سال) سن داشتند. در مطالعه محمد حسن هدایتی امامی و همکاران (۲) در گیلان میانگین سنی افراد مورد بررسی (۲±۲۲ سال با دامنه سنی ۱۸-۲۲ سال بود. در مطالعه تیرگر طبری محدوده سنی افراد مورد مطالعه ۲۰-۲۳ سال بود (۱۲). در مطالعه Knochenhauer و همکاران هیرسوتیسم در زنان جوانتر بیشتر بود (۲۳).

سن شروع قاعدگی در این مطالعه (۶±۱۳) سالگی بود. در مطالعه محمد حسن هدایتی امامی و همکاران سن شروع قاعدگی (۶±۱۳/۳) سالگی بود (۲).

در مطالعه حاضر افراد هیرسوت با افراد عادی از نظر بی نظمی قاعدگی و طول مدت خونریزی تفاوت معنی دار نداشتند. در مطالعه Ansarin و همکاران بی نظمی قاعدگی در ۳۸/۶ درصد افراد پرمو وجود داشت (۹). در مطالعه Sharma بی نظمی قاعدگی با هیرسوتیسم ارتباط نشان داد (۱۴). در مطالعه تیرگر طبری اختلال قاعدگی در افراد هیرسوت ۳۸ درصد و در افراد غیر هیرسوت ۱۵ درصد است که اختلاف معنی دار آماری دارد (۱۲). در مطالعه Souter و همکاران، ۲۹ درصد از مبتلایان به هیرسوتیسم خفیف کاهش تخمک گذاری داشتند و ۶۵ درصد افرادی که بی نظمی قاعدگی داشتند در مقایسه با ۲۲ درصد از کسانی که قاعدگی منظم داشتند مبتلا به افزایش اندروژن بودند وی نتیجه می گیرد که در مبتلایان به هیرسوتیسم تخمک گذاری باید مورد ارزیابی قرار گیرد (۷). همچنین در مطالعه Karrer در سوئیتزرلند اولیگومنوره

در ۴۴/۳ درصد بیماران مبتلا به هیرسوتیسم و هیرپاندروژن وجود داشت (۱۱). طول مدت دوره های قاعدگی در مطالعه هدایتی امامی و همکاران ۲۹/۴ (۴±۶) روز و طول مدت خونریزی ۶/۵ (۴±۱) روز بود (۲).

در مطالعه حاضر فراوانی آکنه در افراد هیرسوت به طور غیر معنی داری بالاتر از افراد عادی بود. در مطالعه Amado Jm و همکاران در پرتقال فراوانی آکنه در اثر هیرپاندروژنیسم، که با پرمویی در پشت لب و کناره های صورت مشخص می شد، دو برابر افزایش می یافت (۱۳). در مطالعه شمسی میمندی شایع ترین علامت همراه هیرسوتیسم آکنه (۴۰/۴ درصد) بود که از نظر آماری با هیرسوتیسم ارتباط معنی دار داشت (۳). در مطالعه Ansarin و همکاران آکنه در ۷۰ درصد افراد هیرسوت مشاهده شد (۹). همچنین مطالعه Sharma (۱۴) در هند و Yildiz (۱۵) در ترکیه نیز مؤید این ارتباط است. در مطالعه حاضر ریزش منطقه ای موی سر در افراد هیرسوت بیشتر از افراد عادی وجود داشت ولی این اختلاف از نظر آماری معنی دار نبود. در مطالعه شمسی میمندی (۳) آلپوسی در ۱۲/۴ درصد افراد مبتلا و ۱ درصد غیر مبتلا دیده شد که از نظر آماری با هیرسوتیسم ارتباط معنی دار داشت. در مطالعه Camacho-Martinez (۱۰) در اسپانیا و Karrer - voegeli آلپوسی می تواند با هیرپاندروژنیسم همراه باشد (۱۱). مطالعه Yildiz نیز مؤید این مطلب است (۱۵).

در مطالعه حاضر شایعترین محل پرمویی به ترتیب چانه جلوی سینه و ناحیه زهار و ران بود. در مطالعه شمسی میمندی شایعترین محل به ترتیب چانه (۶۸/۵ درصد) آرئول پستان (۶۶/۳ درصد) شکم (۵۱/۷ درصد)، کنار داخلی ران (۲۹/۲ درصد)، حاشیه لب فوقانی (۲۵/۸ درصد)، استرنوم (۱۵/۵ درصد)، پایین گونه (۱۴/۶ درصد) و کمر (۱۱/۲ درصد) بود (۳). در مطالعه شهری و

تحقیق میتواند به تعداد کم مبتلایان به هیرسوتیسم مربوط باشد.

نتیجه گیری

فراوانی ابتلا به هیرسوتیسم در دانشجویان مورد بررسی ما با بسیاری مناطق جهان مشابهت دارد. شایعترین مناطق رویش مو چانه و سینه است.

همکاران (۱۳۸۵) از تعداد ۹۰ نفر بیمار مبتلا به هیرسوتیسم، ۷۱ نفر (۹۲/۲ درصد) در صورت، ۴۴ نفر (۵۷/۱ درصد) در گردن، ۱۰ نفر (۱۳ درصد) در قفسه سینه و ۱۴ نفر (۱۸/۲ درصد) بر روی شکم رویش موهای اضافه داشتند (۲۴) که ترتیب شیوع مناطق رویش مو به مطالعه ما نزدیک است. به طور کلی عدم وجود ارتباط معنی دار بین عوامل ذکر شده با هیرسوتیسم در نتایج این

References

1. Berek J S, Berek & Novak's Gynecology. 14 ed. 2007: Lippincott Williams & Wilkins. 1070.
2. Hedayati omami M, Saddadi F, Assadian rad M, Prevalance of Hirsutism and hair Growth pattern in female students. Journal of Guilan university of medical sciences., 2001. 37-38(10): p. 53-57.
3. Shamsi-Meymandi S, Bahrampour A, Gedri F, The prevalence of hirsutism and associated features in 295 female medical students in kerman. . Journal of Yasuj university of medical sciences, 1997. 7-8(2): p. 33-24.
4. Yildiz B O, Bolour S, Woods K, Moore A, Azziz R, Visually scoring hirsutism. Hum Reprod Update, 2010. 16(1): p. 51-64.
5. Yazdabadi A, Sinclair R, Hirsutism: from Brazil to a place near you. Expert Opin Pharmacother, 2010. 11(2): p. 177-83.
6. Somani N, Harrison S, Bergfeld W F, The clinical evaluation of hirsutism. Dermatol Ther, 2008. 21(5): p. 376-91.
7. Souter I, Sanchez L A, Perez M, Bartolucci A, Azziz R, The prevalence of androgen excess among patients with minimal unwanted hair growth. Am J Obstet Gynecol, 2004. 191(6): p. 1914-20.
8. Brodell L A, Mercurio M G, Hirsutism: Diagnosis and management. Gend Med, 2010. 7(2): p. 79-87.
9. Ansarin H, Aziz-Jalali M H, Rasi A, Soltani-Arabshahi R, Clinical presentation and etiologic factors of hirsutism in premenopausal Iranian women. Arch Iran Med, 2007. 10(1): p. 7-13.
10. Camacho-Martinez F M, Hair loss in women. Semin Cutan Med Surg, 2009. 28(1): p. 19-32.
11. Karrer-Voegeli S, Rey F, Reymond M J, Meuwly J Y, Gaillard R C, Gomez F, Androgen dependence of hirsutism, acne, and alopecia in women: retrospective analysis of 228 patients investigated for hyperandrogenism. Medicine (Baltimore), 2009. 88(1): p. 32-45.
12. Tirgar Tabari S, Haji Ahmadi M, Gholi Nejad N, Frequency of Hirsutism among females students in Babol university of medical sciences 1999. Journal of Babol university of medical sciences, 2002. 13(4): p. 24-20.
13. Amado J M, Matos M E, Abreu A M, Loureiro L, Oliveira J, Verde A, et al., The prevalence of acne in the north of Portugal. J Eur Acad Dermatol Venereol, 2006. 20(10): p. 1287-95.
14. Sharma N L, Mahajan V K, Jindal R, Gupta M, Lath A, Hirsutism: clinico-investigative profile of 50 Indian patients. Indian J Dermatol, 2008. 53(3): p. 111-4.
15. Yildiz B O, Diagnosis of hyperandrogenism: clinical criteria. Best Pract Res Clin

- Endocrinol Metab, 2006. 20(2): p. 167-76.
16. Al Robaee A, Al-Zolibani A, Al Shobaili H AAslam M, Update on hirsutism. Acta Dermatovenerol Alp Panonica Adriat, 2008. 17(3): p. 103-19.
 17. Akhyani M, Danesh Pazhooh M, Barzegari M, Ghandi N, Ghiasi M, Chenari Z, et al., Frequency of Hirsutism in medical students in Tehran. Iranian Journal of Dermatology, 2006. 9(37): p. 249-242.
 18. DeUgarte C M, Woods K S, Bartolucci A AAzziz R, Degree of facial and body terminal hair growth in unselected black and white women: toward a populational definition of hirsutism. J Clin Endocrinol Metab, 2006. 91(4): p. 1345-50.
 19. Api M, Badoglu B, Akca A, Api O, Gorgen HCetin A, Interobserver variability of modified Ferriman-Gallwey hirsutism score in a Turkish population. Arch Gynecol Obstet, 2009. 279(4): p. 473-9.
 20. Coskun A, Ercan O, Arikan D C, Ozer A, Kilinc M, Kiran G, et al., Modified Ferriman-Gallwey hirsutism score and androgen levels in Turkish women. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol, 2010. 154(2): p. 167-71.
 21. Espinos J J, Calaf J, Estadella JCheca M A, Hirsutism scoring in polycystic ovary syndrome: concordance between clinicians' and patients' self-scoring. Fertil Steril, 2010. 94(7): p. 2815-6.
 22. Al-Ruhaily A D, Malabu U HSulimani R A, Hirsutism in Saudi females of reproductive age: a hospital-based study. Ann Saudi Med, 2008. 28(1): p. 28-32.
 23. Knochenhauer E S, Hines G, Conway-Myers B AAzziz R, Examination of the chin or lower abdomen only for the prediction of hirsutism. Fertil Steril, 2000. 74(5): p. 980-3.
 24. Shohrati M, Davoudi M, Sadr B, Jahandideh HSaburi Yazdi

S, Formulation of Spironolactone Cream and Comparative Evaluation of Oral and Local Spironolactone Efficacy in Management of Hirsutism Kowsar Medical Journal 2006. 11(3): p. 235-240.