

مطالعه ارتباط بین محل های مبتلا و شدت بیماری در بیماران مبتلا به آکنه ولگاریس با مصرف سیگار

دکتر حمیده عظیمی: استادیار پوست، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز: نویسنده رابط

E-mail: Hamideh_Azimi@Yahoo. Com

دکتر فریده گلروشان: استادیار پوست، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز
دکتر حمیده هریرچی قدیم: استادیار پوست، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز
دکتر محمد رضا رنجکش: استادیار پوست، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز
دکتر مریم پائیزی: پزشک عمومی
رضا ریخته گری: دانشجوی پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تبریز
هادی صدقی اصل: دانشجوی پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تبریز

دریافت: ۸۵/۱۲/۱۰، پذیرش: ۸۶/۸/۲

چکیده

زمینه و اهداف: آکنه ولگاریس یک بیماری خود محدود شونده پوستی است که در سن بلوغ ایجاد شده و واحد های پیلوسباسه را مبتلا می کند. عوامل متعددی شامل داروها، شرایط جغرافیایی، استرس، رژیم غذایی، قاعدگی، جنسیت و ژنتیک بر شدت آن تاثیر دارند. گزارشات ضد و نقیضی در مورد ارتباط بین آکنه و مصرف سیگار وجود دارد. هدف از این مطالعه تعیین ارتباط بین شدت و محل های ابتلا در بیماران مبتلا به آکنه ولگاریس با مصرف سیگار می باشد.

روش بررسی: این مطالعه به صورت مقطعی و بر روی ۱۱۰ بیمار مبتلا به آکنه ولگاریس سیگاری و ۱۱۰ بیمار مبتلا به آکنه ولگاریس غیر سیگاری که به درمانگاه پوست بیمارستان سینا در مدت یکسال مراجعه کرده بودند انجام گرفت. اطلاعات شامل سن، جنس، سن شروع آکنه، شدت آکنه در محل های مبتلا، تعداد سیگار روزانه در پرسشنامه هایی که از قبل تنظیم شده بود، درج گردیده و داده های گردآوری شده با استفاده از نرم افزار آماری SPSS ویرایش ۱۳ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته ها: گروه سیگاری ۱۰۶ مرد (۹۶/۴٪) و ۴ نفر زن (۳/۶٪) و گروه غیر سیگاری ۱۰۵ مرد (۹۵/۵٪) و ۵ نفر زن (۴/۵٪) را شامل میشد. متوسط سن شروع آکنه در گروه سیگاری $23 \pm 16/11$ و در گروه غیر سیگاری $23 \pm 16/44$ و میانگین سنی در گروه سیگاری $4/59 \pm 22/89$ و در گروه غیر سیگاری $6/72 \pm 24/47$ بود. از نظر شدت آکنه تفاوت معنی داری بین دو گروه وجود نداشت. در گروه سیگاری رابطه معنی داری بین تعداد مصرف سیگار و محل های مبتلا وجود نداشت. در گروه سیگاری، فرمهای شدید آکنه در افرادی که بیش از ده نخ سیگار در روز می کشیدند، شایع تر بود ($P=0/028$).
نتیجه گیری: ارتباط معنی داری بین شدت آکنه و تعداد سیگار روزانه وجود داشته، مصرف بیش از ده نخ سیگار در روز باعث تشدید آکنه می شود.

کلید واژه ها: آکنه ولگاریس، محل های مبتلا، شدت، سیگار کشیدن

مقدمه

ها و کیست های التهابی می باشد. محل های ابتلا شامل صورت، گردن، سینه و پشت بوده و گاه در حالت های شدید باعث ایجاد اسکار و بد شکلی شدید در افراد مبتلا می شود (۳ و ۲). عوامل ایجاد آن شامل سیبوم، باکتری و هورمونهای اندروژن می باشد. این بیماری در اثر عوامل متعددی مثل مواد محرک پوستی،

آکنه یک بیماری التهابی مزمن واحد های پیلوسباسه در سنین بلوغ است که شیوع آن در افراد بالغ ۹۵-۴۰٪ با ارجحیت ابتلا در مردان گزارش شده است (۱).
علائم پوستی آن به صورت کومدونهای سر سیاه و سر سفید پاپول ها و پوستول های التهابی و در حالت های خیلی شدید ندول

تقسیم شد (۷). تجزیه و تحلیل آماری با استفاده از آزمونهای t- student و Chi-Square، با دقت فیشر با قبول مرز معنی داری $P > 0.05$ انجام گرفت.

یافته ها

میانگین سن گروه سیگاری $4/59 \pm 22/89$ سال و گروه غیر سیگاری $6/72 \pm 24/47$ سال بود. تفاوت دو گروه از نظر سنی معنی دار نمی باشد ($P = 0.053$). در گروه سیگاری ۱۰۶ نفر (۹۶/۴٪) مرد و ۴ نفر (۳/۶٪) زن می باشند. در گروه غیر سیگاری ۱۰۵ نفر (۹۵/۵٪) مرد و ۵ نفر (۴/۵٪) زن می باشند. تفاوت دو گروه از نظر جنسی معنی دار نمی باشد ($P = 0.734$).

میانگین سنی شروع آکنه در گروه سیگاری $2/30 \pm 16/11$ سالگی و در گروه غیر سیگاری $2/31 \pm 16/44$ سالگی می باشد. تفاوت دو گروه از نظر سن شروع آکنه معنی دار نمی باشد ($P = 0.294$). ارتباط معنی داری بین شدت آکنه در دو گروه سیگاری و غیر سیگاری وجود نداشت ($P = 0.706$) همچنین رابطه معنی داری بین محل های مبتلا و مصرف یا عدم مصرف سیگار وجود نداشت ($P = 0.222$) (جدول شماره ۱).

در گروه سیگاری ارتباط بین شدت آکنه با تعداد مصرف سیگار روزانه وجود داشته، فرم های شدید آکنه در بیمارانی که بیش از ده نخ سیگار در روز می کشیدند، شایع تر بود ($P = 0.028$) (جدول شماره ۲).

هیدروکورتونهای آروماتیک هالورژنه مواد آرایشی، اصطکاک، تعریق و اشعه ماوراء بنفش ممکن است تشدید یابد (۴). نقش سیگار در ایجاد یا تشدید آکنه از سالها پیش مورد بحث بوده و گزارشات متناقضی در این رابطه وجود دارد (۵و۶). براساس تجربیات کلینیکی همراهی بین سیگار و آکنه وجود دارد ولی شواهد اثبات شده علمی وجود ندارد. آگاهی از نقش سیگار در آکنه براساس شواهد علمی معتبری می تواند جهت راهنمایی بیماران در کنترل عوامل تاثیر گذار آکنه، موثر باشد. هدف از این مطالعه تعیین ارتباط بین شدت بیماری و محل های مبتلا در بیماران مبتلا به آکنه و لگاریس با مصرف سیگار می باشد.

مواد و روش ها

در این مطالعه مقطعی و توصیفی تحلیلی، تعداد ۱۱۰ بیمار با تشخیص های بالینی آکنه و لگاریس که سیگار نمی کشیدند و تعداد ۱۱۰ بیمار مبتلا به آکنه و لگاریس سیگاری که از تاریخ ۸۴/۸/۱ لغایت ۸۵/۸/۱ به درمانگاه پوست بیمارستان سینا مراجعه کرده بودند، از لحاظ سن، جنس، سن شروع آکنه، شدت آکنه و محل های مبتلا و تعداد مصرف روزانه سیگار مورد مطالعه قرار گرفتند. در گروه سیگاری، عادت سیگار کشیدن حداقل یکسال بعد از ایجاد آکنه شروع شده بود. موارد مذکور براساس مصاحبه و مشاهده در پرسشنامه های مربوطه ثبت گردید. به علت عدم مصرف سیگار توسط خانم ها در جامعه مورد مطالعه حاضر، اغلب بیماران هر دو گروه مورد مطالعه مردان بودند. شدت بیماری براساس معیارهای قراردادی به انواع ضعیف، متوسط و شدید

جدول شماره ۱: توزیع شدت آکنه و محل های مبتلا براساس مصرف سیگار در بیماران مبتلا به آکنه و لگاریس

P	وضعیت مصرف سیگار		شدت و محل های مبتلا
	غیر سیگاری تعداد (%)	سیگاری تعداد (%)	
0.706	شدت آکنه		
	۶۰ (۵۴/۵)	۶۶ (۶۰)	خفیف
	۳۶ (۳۲/۷)	۳۱ (۲۸/۲)	متوسط
	۱۴ (۱۲/۷)	۱۳ (۱۱/۸)	شدید
0.222	محل های مبتلا		
	۹۵ (۵۰/۸)	۹۲ (۴۹/۲)	صورت
	۵۲ (۴۹/۵)	۴۷ (۴۷/۵)	پشت
	۳۸ (۶۱/۳)	۲۴ (۳۸/۷)	سینه
	۳۰ (۵۶/۶)	۲۳ (۴۳/۴)	بازو

جدول شماره ۲: توزیع شدت آکنه براساس تعداد مصرف سیگار روزانه در گروه سیگاری

P	تعداد سیگار روزانه			شدت آکنه
	۱-۱۰ تعداد (%)	۱۱-۲۰ تعداد (%)	> ۲۰ تعداد (%)	
0.028	۳۳ (۵۰/۰)	۳۰ (۴۵/۵)	۳ (۴/۵)	خفیف
	۱۶ (۵۱/۶)	۱۰ (۳۲/۳)	۵ (۱۶/۱)	متوسط
	۳ (۲۳/۱)	۶ (۴۶/۲)	۴ (۳۰/۸)	شدید

بحث

در مطالعه آقای دکتر فیروز که روی ۳۵۰ بیمار مبتلا به آکنه ولگاریس انجام گرفته است تنها ۱۲ بیمار در این گروه مورد مطالعه سیگاری بوده اند و در مقایسه با گروه کنترل هیچ ارتباطی بین آکنه و سیگار وجود نداشته است (۴).

در مطالعه حاضر که به صورت مورد-شاهدی روی ۲۲۰ بیمار مبتلا به آکنه ولگاریس صورت گرفت، هر دو گروه از نظر سنی و جنسی مشابه بود و اختلاف معنی داری نداشتند. سن شروع آکنه در هر دو گروه سیگاری و غیر سیگاری مشابه بوده و اختلاف معنی داری وجود نداشت.

شیوع آکنه های خفیف، متوسط، شدید، در هر دو گروه کاملاً مشابه بود. ولی در گروه سیگاری ارتباطی معنی دار بین تعداد مصرف سیگار روزانه و شدت آکنه مشاهده گردید. در بیمارانی که بیش از ده نخ سیگار در روز می کشیدند فرم های شدید آکنه شایع تر بود (جدول ۲).

سیگار اثرات متفاوتی روی پوست دارد. نیکوتین موجود در سیگار علاوه بر اثرات پیش التهابی که ممکن است سبب ایجاد آکنه شود، گاه اثرات ضد التهابی نیز دارد. بعنوان مثال در پیشگیری از ایجاد درماتیت های پوست و بیماری التهابی روده موثر است. مطالعه مشابه مطالعه حاضر که تاثیر سیگار روی محل های ابتلا و شدت آکنه را نشان دهد صورت نگرفته است. به این منظور مطالعات دیگری با حجم نمونه های بیشتر لازم است انجام پذیرند. ولی در کل به علت عارضه پیری زود رس پوست در اثر مصرف سیگار، عوارض ناشی از آکنه مثل اسکار در بیماران سیگاری به مراتب باعث بدتر شدن ظاهر پوست شده و مصرف سیگار توصیه نمیشود.

نتیجه گیری

تاکید روی عوارض سوء سیگار روی پوست بسیار مهم می باشد. متخصصین پوست می توانند با ارائه مشاهدات عینی و تجربی خود و آموزش مردم، نقش موثری در کمک به ترک سیگار توسط افراد جامعه داشته باشند. در مطالعه حاضر سیگار روی شیوع آکنه تاثیر نداشته ولی بر شدت ونحوه انتشار ضایعات آکنه موثر بوده است.

آکنه یک بیماری شایع با ابتلای حدود ۹۰٪ افراد در سن بلوغ بوده، بیشترین عامل موریدیتی در سنین ۲۴-۱۰ سال می باشد (۸). تاثیر ژنتیک و هورمونها (بخصوص هورمونهای آندروژن) در ایجاد این بیماری به خوبی اثبات شده ولی نقش عوامل دیگر مثل تغذیه و سیگار کشیدن به خوبی شناخته نشده است (۹ و ۱۰). سیگار علاوه بر نقشی که در ایجاد بیماریهای قلبی و عروقی، بیماریهای ریوی و بدخیمی ها دارد، باعث ایجاد طیف وسیعی از تغییرات پوستی می شود. این تغییرات شامل تاخیر در بهبود زخم های پوستی، تشکیل اسکار، چروک ها و پیری زود رس پوست می باشند. همچنین سیگار در تشدید پسوریازیس و هیدرآدنیت سوپراتیو، ریزش مو، اسکواموس سل کارسینوم پوستی و بدخیمی های دهان نقش دارد (۱۰).

نیکوتین موجود در سیگار یک منقبض کننده قوی عروقی بوده و نیز باعث افزایش چسبندگی پلاکت ها، کاهش جریان خون، افزایش تولید ماکروفاژها و فیبروبلاست ها می شود. انقباض طول کشیده عروقی و ایسکمی بافتی که در موارد اعتیاد طول کشیده مشاهده می گردد، باعث ایجاد ایسکمی و افزایش رشد باکتریها و تشدید آکنه می شود (۱). براساس نتایج یک مطالعه که توسط Schafer و همکاران صورت گرفته است شیوع آکنه در بیماران سیگاری بیشتر از افراد غیر سیگاری بوده است (۵). حتی رابطه خطی نسبی بین شدت آکنه و تعداد مصرف سیگار روزانه وجود داشته است. این مطالعه روی تمام افراد ساکن یک منطقه مشخص انجام شده بود. بنابراین در انتخاب نمونه ها عامل مخدوش کننده وجود داشته و قابل تعمیم به تمام جامعه مورد نظر نمی توانست باشد. در مطالعه دیگری که توسط Klaz و همکاران در مورد ارتباط بین آکنه شدید و ابتلا به سیگار در مردان جوان انجام گرفت، فرم های شدید آکنه بصورت معنی داری در افراد سیگاری کمتر از افراد غیر سیگاری بود ($P=0.078$) (۱۱). در این مطالعه نسبت معکوس بین تعداد سیگار روزانه و شدت آکنه وجود داشت. در مطالعه دیگر سیگار تاثیر مستقیمی در آکنه ولگاریس نداشت، بلکه پیری زودرس حاصل از سیگار کشیدن باعث بدتر شدن ظاهر پوستی در افراد مبتلا به آکنه بوده است (۱۲). مطالعه آقای Wolf و همکاران نشان داد که سیگار تاثیر خوبی در آکنه داشته، باعث کاهش شیوع و شدت آکنه می شود (۱۳).

References

1. Cochran Skin group. Tobacco Smoking Cessation for treating acne, 2006. http://www.nottingham.ac.uk/CSg/Protocols/proto_87_Tobaccocessn_Acne.dwt (Accessed August 2006)
2. Simpson NB, Cunliffe WJ. Disorders of Sebaceous glands. In: Burns T, Breathnach S, Cox N & Griffiths C. *Rook's Textbook of Dermatology*. 7th ed. UK; Blackwell Science 2004; PP: 43.1-75

3. Thiboutot DM, Strauss JS. Disease of the Sebaceous glands. In: Freedberg IM, Eisen AZ, Wolff K, Austen KF, Goldsmith LA& Katz SI. *Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine*. 6th ed. USA; McGraw- Hill 2003; PP: 672-86
4. Firooz A, Sarhangnejad R, Davoudi SM, Nassiri-Kashani M. Acne and Smoking: is there a relationship? *BMC Dermatology* 2005; **5**(2):1-9
5. Schafer T, Nienhaus A, Vieluf D, Berger J, Ring J. Epidemiology of acne in general population: the risk of smoking. *Br J Dermatology* 2001; **145**: 100-104
6. Loskak D. Have oral contraceptives Reduce the prevalence of acne? A population – Based study of acne vulgaris, Tobacco smoking and oral contraceptives. *Dermatology* 2002; **204**(3): 179-184
7. Habif TP. *Clinical Dermatology*. 4th ed. Philadelphia ; Mosby, 2004; PP: 165
8. Amado JM, Matos ME, Abreu AM, Loureiro L , Oliveira J, Verde A et al . The Prevalence of acne in the north of portugal. *J Eu Acad Dermatol Venereol* 2006; **20**(10): 1287-95
9. Rzany B, Kahl C. Epidemiology of acne Vulgaris. *J Dtsch Dermatol Ges* 2006 Jan; **4**(1) : 8-9
10. Freiman A, Bird G, Metelitsa AI, Barankin B, Lauzon GJ. Cutaneous effects of smoking. *J cutan Med Surg* 2004, **8**(6):415-23
11. Klaz I, Kochba I, Shohat T, Zarka S, Brenner S. Sever acne Vulgaris and Tobacco Smoking in Young men . *J invest Dermatol* 2006; **126**(8): 1749-52
12. Zen MED. Acne Treatment Tips, Smoking and Acne. <http://acne – treatment. Zenmedonline .com/acnenet- tips/ smoking.htm> (Accessed May 2004)
13. Wolf R, Orion E, Matz H, Mairtra S, Rowland – Payne C. Smoking can be goodfor You. *J cosmet Dermatol* 2004 ; **3**(2): 107-11

Archive of SID