

مجله پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تبریز
دوره ۳۴ شماره ۲ خرداد و تیر ۱۳۹۱ صفحات ۱۵-۱۲

فراوانی کم خونی فقر آهن، کمبود فولات و ویتامین B12 در بیماران ملاسمایی

شهلا بابائی نژاد: گروه پوست، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران، نویسنده رابط:

E-mail: drshbabaie@yahoo.com

عفت خدائیان: گروه پوست، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران
حمیده هریزچی قدیم: گروه پوست، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران
پانته آ محرابی: دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز

دریافت: ۹۰/۷/۱۸ پذیرش: ۹۰/۱۱/۲۷

چکیده

زمینه و اهداف: ملاسما یک هیپریگماتاسیون قهوه ای رنگ است که در صورت و گردن زنان دیده می شود. هدف از این مطالعه بررسی آنمی فقر آهن و کمبود فولات و ویتامین B12 در این بیماران می باشد.

مواد و روش ها: در یک مطالعه توصیفی- مقطعی تعداد ۷۰ خانم دارای لک صورت با تشخیص ملاسما تحت بررسی خونی از نظر هموگلوبین، هماتوکریت و سطح آهن و فریتین، فولات و ویتامین B12 سرم قرار گرفتند. وضعیت آهن و فولات و ویتامین B12 قرار گرفتند. داده های بدست آمده با استفاده از نرم افزار آماري SPSS-۱۶ مورد بررسی قرار گرفت.

یافته ها: میانگین سن بیماران در این مطالعه $35 \pm 7/33$ سال به دست آمد. در ۳۰٪ بیماران سابقه فامیلی مثبت و خونریزی غیرطبیعی رحمی (AUB) در ۴۰٪ بیماران مثبت گزارش شده بود اما ۶۰٪ بیماران دارای عادت ماهیانه طبیعی بودند. از نظر محل ضایعه درگیری بیش از یک ناحیه از نواحی صورت در ۷۲/۹٪ بیماران مشاهده گردید.

میانگین هموگلوبین بیماران در این مطالعه $11/63 \pm 1/2$ به دست آمد. در افراد مورد مطالعه ۱۴/۳٪ موارد دارای آهن غیرطبیعی بودند و فریتین غیرطبیعی در ۸/۶٪ مشاهده شد. فولات و ویتامین B12 بترتیب در ۳ بیمار و ۱ بیمار مشاهده گردید.

نتیجه گیری: این مطالعه ارتباطی را بین شدت آنمی و شدت ملاسما نشان میدهد ولی مطالعات بیشتری با گروههای کنترل ضروری می باشد.

کلید واژه ها: ملاسما، کم خونی، فقر آهن

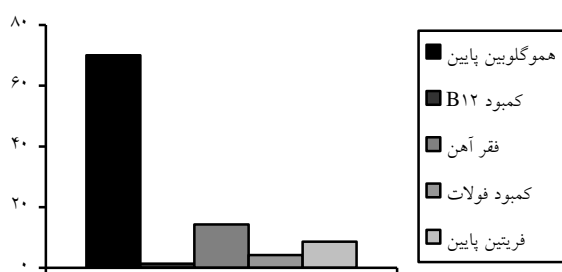
مقدمه

کنند پدید می آید. در تقریباً ۷۰٪ زنان حامله روی می دهد، شدت آن الزاماً متناسب با ملانوزهای داخلی نیست. ملاسما (کلوآسما) اغلب در زنانی که داروهای ضد بارداری خوراکی مصرف می کنند دیده می شود. هیچ یک از این داروها به نظر نمی رسد به عنوان عامل پیگماتاسیون در مورد افزایش دادن استعداد ابتلا به ملاسما

ملاسما نوعی هیپریگماتاسیون قهوه ای رنگ اکتسابی است که در صورت و گردن زنانی که واجد زمینه ژنتیکی هستند دیده می شود. این پیگماتاسیون به آهستگی و بدون وجود علائمی از التهاب شکل می گیرد و می تواند کمرنگ یا پررنگ باشد. ملاسما در عده ای از زنانی که از قرص های ضد حاملگی استفاده می

یافته ها

میانگین سن بیماران در این مطالعه $35/7 \pm 33/42$ سال به دست آمد. $61/4\%$ بیماران خانه دار بودند. $32/9\%$ درصد نیز شغل اداری (کارمند، معلم یا دانشجو) و $5/7\%$ نیز شغل آزاد داشتند. در هیچ مورد از افراد بارداری گزارش نگردید. استفاده از داروی سیستمیک در $8/6\%$ بیماران گزارش گردید که شامل داروهای NSAID می شد. اما $91/4\%$ افراد داروی سیستمیک مصرف نمی کردند. از سوی دیگر مصرف داروی موضعی (ضد آفتاب) در $18/6\%$ بیماران مثبت بود. 69 بیمار در این مطالعه بیماری دیگری را ذکر نمی کردند. تنها یک مورد ابتلا به MS وجود داشت. در 30% بیماران سابقه فامیلی مثبت و در 70% آنان منفی بود. خونریزی غیرطبیعی رحمی (AUB) در 40% بیماران مثبت گزارش شده بود اما 60% بیماران دارای عادت ماهیانه طبیعی بودند. از نظر محل ضایعه مشخص شد که در $3/4\%$ بیماران ضایعه فقط در ناحیه پیشانی وجود داشت. در $18/6\%$ افراد فقط گونه بیمار درگیر بود. چانه در $4/3\%$ موارد درگیر بود. اما درگیری بیش از یک ناحیه از نواحی فوق در $72/9\%$ بیماران مشاهده گردید. از نظر شدت بیماری، $5/7\%$ موارد خفیف بودند. $64/3\%$ موارد متوسط بودند که بیشترین درصد بیماران را به خود اختصاص داده بودند. نهایتاً درگیری شدید در 30% بیماران مشاهده گردید. میانگین هموگلوبین بیماران در این مطالعه $11/2 \pm 1/63$ به دست آمد. میانگین هماتوکریت نیز $36/55 \pm 4/16$ بود. 70% بیماران دارای هموگلوبین کمتر از طبیعی بودند اما در 30% بیماران میزان هموگلوبین در حد طبیعی بود. در افراد مورد مطالعه $14/3\%$ موارد دارای آهن غیرطبیعی بودند و فریتین غیرطبیعی در $8/6\%$ مشاهده شد. TIBC در $13/1\%$ افراد تحت مطالعه غیرطبیعی بود. فولات غیرطبیعی در 3 مورد از بیماران مشاهده گردید اما ویتامین B12 در یک مورد از بیماران غیرطبیعی بود (نمودار ۱). در بیماران دچار آنمی (هموگلوبین پایین) $6/1\%$ موارد شدت بیماری خفیف $57/1\%$ متوسط و $36/7\%$ شدید بود (نمودار ۲).



نمودار ۱: میانگین تست های آزمایشگاهی در بیماران مبتلا به ملاسما

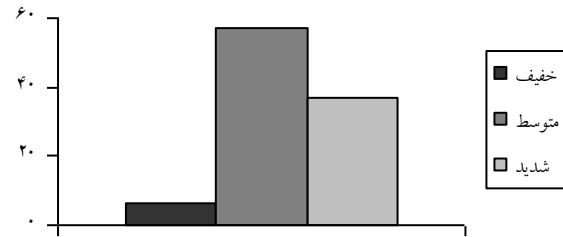
قابل اطمینان تر از سایرین باشد. هیپرملانوزیس با قرار گرفتن در معرض خورشید بیشتر ظاهر می شود. در این بیماران هم چنین همان پیگمانتاسیونها را موقعی که حامله می شوند، توسعه می یابد. پیگمانتاسیون بعد از قطع مصرف داروی خوراکی و یا بعد از حاملگی زمان طولانی می برد تا به تدریج کمرنگ شود و ممکن است هرگز به طور کامل رفع نشود. آنمی یعنی کاهش توده گلوبول های قرمز و از علل مهم آن می توان به کمبود آهن، فولات و ویتامین B12 اشاره کرد. با توجه به اینکه موارد متعددی از همراهی این دو بیماری رویت شده، بنابراین بر آن شدید تا مطالعه ای تحت عنوان فراوانی کم خونی فقر آهن، کمبود فولات و ویتامین B12 (مگالوبلاستیک) در بیماران ملاسمایی در جمعیت مراجعه کننده به درمانگاه پوست در طی سال ۱۳۸۸ انجام دهیم.

موادروش ها

در یک مطالعه توصیفی - مقطعی، ۷۰ نفر از خانمهای در سنین دوره فعال قاعدگی دارای لک صورت که وجود بیماری ملاسما در آنها به اثبات رسیده بود در سال ۱۳۸۹ در درمانگاه پوست مرکز آموزشی-درمانی سینا دانشگاه علوم پزشکی تبریز بررسی شدند. روش اجرا به این صورت بود که چک لیستی تدوین گردیده و در اختیار بیماران قرار داده شد. چک لیست شامل سن، شغل، زمان شروع ضایعات پوستی، وضعیت حاملگی، مصرف قرص ضد بارداری، وجود بیماریهای زمینه ای همراه با ملاسما، سابقه فامیلی از چنین ضایعات پوستی، سابقه خونریزی ها و خونریزی شدید در زمان قاعدگی بود. محل ضایعات در صورت و شامل پیشانی، گونه ها، لب فوقانی، چانه و گردن بررسی شده و شدت آن ارزیابی گردید. همچنین آزمایشات درخواستی شامل هموگلوبین، هماتوکریت، Fe ، ferritin، TIBC، اسید فولیک و ویتامین B12 بود. میزان هموگلوبین کمتر از 12 ، هماتوکریت کمتر از 35.4 ، Fe کمتر از 41 ، ferritin کمتر از 10 ، TIBC بالای 360 ، اسید فولیک کمتر از $5/4$ و ویتامین B12 کمتر از 206 واحد غیرطبیعی در نظر گرفته شد. داده های بدست آمده با استفاده از نرم افزار آماری SPSS-16 مورد بررسی آماری قرار گرفت. برای توصیف داده های کمی از میانگین \pm انحراف معیار و برای داده های کیفی از فراوانی و درصد فراوانی استفاده شده است. با توجه به نوع مطالعه و نظر به اینکه در این مطالعه اسرار و نام بیماران محفوظ بوده و هیچگونه مداخله ای روی افراد صورت نگرفته و درمان آنها به شکل رایج انجام می شد و فقط نتایج آزمایشات و برخی از متغیرهای دموگرافیک ثبت گردیدند و هزینه ای بر دوش بیمار گذاشته نشد لذا ملاحظات اخلاقی خاصی وجود نداشت. با این وجود از کلیه بیماران رضایت کتبی جهت مطالعه اخذ گردید. داده های بدست آمده با استفاده از نرم افزار آماری SPSS16 مورد بررسی قرار گرفت.

ارتباط بین آنمی فقر آهن و کمبود آهن با روش جلوگیری از بارداری ارتباط معنی داری مشاهده گردید ($p=0/02$). به طور کلی شیوع آنمی فقر آهن در جامعه مورد مطالعه فوق کمتر از آمار جهانی بود (۳). در یک مطالعه از نوع توصیفی - تحلیلی که در طی یک دوره ۴ ماهه در سال ۸۰-۷۹ در بندرعباس روی تعداد ۴۰۱ زن باردار انجام گرفت، بطور تصادفی انتخاب و مورد بررسی قرار گرفتند. آنمی فقر آهن بر اساس سطح سرمی آهن کمتر از ۶۰ میکروگرم در دسی لیتر، سطح سرمی فریتین کمتر از ۱۰ میکروگرم در دسی لیتر، ظرفیت کلی آهن اتصال یافته بالاتر از ۴۱۰ میکروگرم، هموگلوبین کمتر از ۱۱ گرم در دسی لیتر و تغییرات مرفولوژی سلولهای قرمز شامل هیپوکروم و آنیزوسیتوز تشخیص داده شد. یافته های بدست آمده نشان داد که ۱۷/۵٪ از جمعیت مورد بررسی دچار آنمی و ۱۳٪ دارای آنمی فقر آهن بودند. این نتیجه با پژوهشی که در بیمارستانهای دانشگاهی شهر تهران انجام شد و شیوع آنمی را ۱۷/۵٪ گزارش نمودند و تحقیقی که در شهر کرمانشاه انجام شد و شیوع آنمی را ۱۷/۲٪ اعلام نمودند همخوانی دارد. همچنین نتیجه بررسی شیوع آنمی در سه ماهه سوم بارداری در شهر سمنان ۱۶/۹٪ بود که نزدیک به یافته پژوهش فوق بود. نتایج بررسی شیوع آنمی فقر آهن در دهلی ۷۸/۸٪، در مناطق روستایی کشور مالاوی ۳۸/۶٪، زیمبابوه ۳۳٪ و شمال شرقی ایران ۳۶/۵۸٪ و شهر سبزوار ۱۵/۹٪ اعلام شده است. نتایج بررسی شیوع آنمی فقر آهن در خانمهای باردار در برزیل ۱۴/۲٪ اعلام شد (۴) و نتایج شیوع آنمی فقر آهن در چین ۱۱٪ (۵) و سوئیس ۳٪ (۶) گزارش شده است. تفاوت شیوع کم خونی فقر آهن در زنان می تواند به دلیل خصوصیات جغرافیایی، عادات غذایی، وضعیت اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی باشد. در بررسی شیوع کم خونی فقر آهن در زنان باردار شهر کرمانشاه بین متغیرهای سن، شغل، تحصیلات، تعداد زایمان، مصرف آهن تکمیلی و کم خونی ارتباط معنی داری مشاهده نشد. با توجه به اینکه مصرف آهن تکمیلی در پیشگیری و درمان کم خونی فقر آهن نقش مهمی دارد، می توان چنین استنباط نمود که عدم مشاهده ارتباط معنی دار بین دریافت آهن و کم خونی فقر آهن می تواند با کمبود ذخیره قبلی آهن، تغذیه نامناسب، عادات بد غذایی و مصرف نادرست قرص آهن در ارتباط باشد. بین تعداد روزهای خونریزی قاعدگی با آنمی فقر آهن و پیکا با آنمی فقر آهن ارتباط معنی داری وجود دارد که مثال مورد اول پژوهش در شمال شرق ایران و مورد دوم نتیجه تحقیقی که در نامیبیا انجام شد و پژوهشی در سبزوار است.

به منظور تعیین شیوع کمخونی و کم خونی میکروسیتیک در جمعیت تحت پوشش مرکز بهداشتی و درمانی اسدآبادی تبریز، در یک مطالعه به روش مقطعی - تحلیلی (Cross-sectional) میزان هموگلوبین، حجم متوسط سلولی (MCV) و در صورت وجود کم خونی آزمایش های تکمیلی شامل آهن سرم، فریتین، Total TIBC (iron binding capacity)، الکتروفورز هموگلوبین و



نمودار ۲: شدت درگیری ضایعات در بیماران مبتلا به آنمی (هموگلوبین پایین) در بیماران ملامسای

بحث

ملاسما یا هیپریگمانتاسیون پوستی بخصوص در صورت خانم ها یک مشکل شایع با فاکتورهای مساعد کننده مختلف می باشد که در این مطالعه به بررسی احتمال کم خونی بعنوان یک فاکتور زمینه ساز آن پرداخته است. میانگین هموگلوبین بیماران در مطالعه ما $11/2 \pm 1/63$ به دست آمد. میانگین هماتوکریت نیز $36/55 \pm 4/16$ بود. ۷۰٪ بیماران دارای هموگلوبین کمتر از طبیعی بودند اما در ۳۰٪ بیماران میزان هموگلوبین در حد طبیعی بود. در افراد مورد مطالعه ۱۴/۳٪ موارد دارای آهن غیرطبیعی بودند و فریتین غیرطبیعی در ۸/۶٪ مشاهده شد. شیوع آنمی فقر آهن در جمعیتها و سنین مختلف در کشور ما متفاوت است. در یک مطالعه توصیفی (Descriptive) که بر روی ۳۳۵ کودک ۳-۶ ماهه مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی کاشان صورت پذیرفت و در آن هموگلوبین کمتر از ۱۰/۵ گرم درصد و فریتین سرم کمتر از ۱۲ میکروگرم درصد به عنوان فرد مبتلا به فقر آهن مورد بررسی قرار گرفت. این بررسی نشان داد فراوانی آنمی، فقر آهن، آنمی فقر آهن به ترتیب برابر ۲۲.۴٪ و ۴۳.۵٪ و ۵۷.۳٪ می باشد. در ضمن ۷۷.۳٪ آنمی ها به علت فقر آهن بودند. بیشترین فراوانی فقر آهن در گروه سنی ۲۴-۹ ماه می باشد (۱).

در بررسی شیوع کم خونی فقر آهن در زنان باردار مراجعه کننده به مراکز بهداشتی-درمانی زاهدان در قالب پژوهش توصیفی-تحلیلی، ۲۸۷ زن باردار از ۵ مرکز بهداشتی-درمانی که در ماه نهم بارداری بودند، شرکت داشتند. نتایج نشان داد که ۱۲/۹٪ زنان مورد مطالعه با شاخص هموگلوبین کمتر از ۱۰/۵ میلیگرم و با شاخص فریتین کمتر از ۱۲ میکروگرم در لیتر، از کم خونی فقر آهن رنج می بردند. همچنین بین میزان فریتین و مصرف آهن در دوران بارداری ارتباط معنی دار آماری وجود داشت ($p=0/001$) (۲).

در یک مطالعه به منظور تعیین شیوع آنمی فقر آهن در زنان ۱۵ تا ۴۵ ساله شهر قزوین مشاهده گردید ۱۴ درصد زنان مبتلا به آنمی فقر آهن و ۴۳/۶ درصد مبتلا به کمبود آهن بودند ولی ارتباط بین کمبود آهن با تعداد حاملگی معنی دار بود ($p=0/03$). در بررسی

تواند در پی افزایش نیاز به آن نیز ایجاد شود (مثل حاملگی، همولیز و درماتیت اکسفولیاتیو). سوءجذب فولات و افزایش دفع آن که طی دیالیز اتفاق می افتد نیز می تواند به کمبود فولات منجر شود. در مجموع با توجه به مطالعات انجام شده در جمعیت های ایرانی نظیر مطالعه قزوین که میزان شیوع آنمی را ۱۴٪ گزارش کرده است، مطالعه در سطح شهر تهران که ۱۷/۵٪ گزارش کرده اند و مطالعه دکتر کلاهی و همکاران که میزان شیوع آنمی در بین زنان شهر تبریز را ۹/۷٪ گزارش کرده اند به نظر می رسد شیوع آنمی با هر علت هم که باشد در بیماران ملاسمایی که وارد مطالعه ما گردیدند بیشتر از جمعیت عادی است. البته برخی نکات مانند روش های نمونه گیری و تحقیق را نباید از نظر دور داشت اما به هر حال نتایج مطالعه ما با مطالعات فوق و بویژه مطالعه دکتر کلاهی و همکاران لزوم تمرکز و تحقیق بیشتر را تاکید می نماید.

نتیجه گیری

اگر چه درصد فراوانی مبتلایان به کم خونی در مطالعه ما ۷۰٪ می باشد و هر چند که در مواردی کمبود آهن فریتین مشاهده شد بهتر است برای رسیدن به نتایج دقیق تر مطالعات آماری تحلیلی با انتخاب حجم نمونه بالاتر در آینده انجام گیرد. در مطالعه ما ۳ مورد کمبود فولات و یک مورد کمبود ویتامین B12 مشاهده گردید. این تعداد همانند کمبود آهن موجب قضاوت صحیح در رابطه با موضوع تحقیق نمی شود و مطالعات بیشتری را می طلبد.

شمارش رتیکولوسیت بررسی شد. شیوع کم خونی ۹/۷ درصد بود که ۷۵/۳ درصد موارد را کم خونی فقر آهن و ۱۱/۴ درصد موارد را تالاسمی مینور تشکیل می داد. میزان شیوع کم خونی فقر آهن و تالاسمی مینور در کل افراد جامعه مورد بررسی بترتیب ۱/۱۷/۳ و ۱/۱۷/۳ درصد بود.

یافته های این مطالعه حاکی از خفیف بودن مشکل کم خونی بر اساس طبقه بندی WHO در منطقه بود و کم خونی فقر آهن بیشترین علت کم خونی را به خود اختصاص می داد (۷). رابطه آنمی فقر آهن با بسیاری از بیماریها حتی بیماریهای روانپزشکی ثابت شده است و علاوه بر علائم و نشانه های جسمی با شیوع بالایی از علائم روانپزشکی نیز همراه می باشد (۸).

در تحقیقی که در هندوستان انجام شده است شیوع آنمی مگالوبلاستیک به علت کمبود ویتامین B12 حدود ۶۵٪ و در زمینه کمبود فولات در ۶٪ و در زمینه کمبود همزمان هر دوی VB12 و فولات در ۱۲٪ افراد گزارش شده است. ۴۸٪ افراد تحت مطالعه در سنین ۳۰-۱۰ قرار داشتند و از مجموع افراد تحت مطالعه ۸۷٪ گیاهخوار بودند (۹). فولات در بسیاری از غذاها وجود دارد، سبزی های برگ دار، میوه ها و پروتئین های حیوانی همه حاوی این ماده مغذی هستند، اما چون پختن طولانی مواد غذا آن را از بین می برد، مطمئن ترین منابع غذایی برای تأمین اسید فولیک مورد نیاز بدن میوه و سبزی های تازه هستند. با توجه به آنچه ذکر شد، کمبود تغذیه ای آن در افراد سوءتغذیه ای که میوه و سبزی تازه کمی مصرف می کنند خیلی شایع است. کمبود فولات می

References

- Karimi Z, Zahraei F, Ahmadi HR. Epidemiology of IDA in Kashan. *I J Epydem* 1996; **5**: 14-19.
- Navidian A, Ebrahimi E, Sariani H. Prevalence of iron deficiency anemia in pregnant women of Zahedan. *J Fertility* 2006; **8**: 132-138.
- Kabiri A, Sheykh H. Anemia in women referred to Ghazvin University clinicals. *GHUMC J* 1999; **9**: 36-38.
- Mehrabi P, Saadat M. Prevalence of iron deficiency anemia in pregnant women of Bandar- Abbas. *HMJ* 2002; **8**: 27-31.
- O' donoghue JL. Hydroquinone and its analogues in dermatology: a risk- benefit viewpoint. *J Cosmet Dermatol* 2006; **5**: 196-231.
- Mahe A, Perret JL, Ly F. The cosmetic use of skin-lightening products during pregnancy in Dakar, Senegal: a common and potentially hazardous practice. *Trans R Soc Trop Med Hyg* 2007; **101**: 183.
- Kolahi S, Kolahi AA, Tehrani S. Prevalence of anemia and microcytic anemia in women of the north- western area of Tabriz. *Iranian EP* 2008; **4**(1): 43-46.
- Bakhtiari R. Prevalence of anemia in psychiatry. *ISMU J* 2003; **49**: 572.
- Khanduri U, Sharma A. Megaloblastic anemia: prevalence and causative factors. *Natl Med J India* 2007; **20**(4): 172-175.
- Plam G, Karpenter E. *Cecil Essentials of internal medicine*. 14th ed. New York, Saunders, 2007; PP: 447-480.