



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شیراز

دانشکده پزشکی بندرعباس

بررسی آگاهی از بیماری زگیل تناسلی در بین دانشجویان دانشگاه علوم

پزشکی بندرعباس در سال ۱۳۹۶-۱۳۹۷

پایان نامه برای دریافت درجه دکترای عمومی در رشته پزشکی

نام دانشجو

غلامرضا برفی

اساتید راهنما

دکتر صدیقه توکلی

استادیار گروه پوست

دکتر رضا آزادی

استادیار گروه پوست

استاد آمار

معصومه محمودی

شماره ثبت: ۹۵/۱۸-۹۰

شهریورماه ۱۳۹۷

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

**از خدمات واحد توسعه تحقیقات بالینی بیمارستان شهید محمدی
تقدیر و تشکر می شود**

ماحصل آموخته هایم را تقدیم می کنم به آنان که مهر آسمانی شان آرام بخش آلام زمینی ام است...
آن دو فرشته ای که از خواسته های شان گذشتند، سختی ها را به جان خریدند و خود را سپر بلای مشکلات و ناملایمات کردند تا
من به جایگاهی که اکنون در آن ایستاده ام برسم.

تقدیم به پدر بزرگوار و مادر مهربانم

عمری حسنی را به جان خریدید تا اکنون توانستید طعم خوش پیروزی را به من بچشانید.
هرچه آموختم در کتب عشق شما آموختم و هرچه بگو شتم قطره ای از دریای بی کران مهربانیتان را پاس توانم بگویم.
امروز هستی ام به امید شماست....

چکیده

مقدمه و هدف: زگیل‌ها یا وارت‌ها ضایعات ایجاد شده ناشی از عفونت‌های ویروسی پوست یا مخاط هستند که توسط ویروس‌های پاپیلوما‌ی انسانی ایجاد می‌شوند و بیش از ۱۵۰ نوع وارت وجود دارد. بیماری‌های مربوط به ویروس پاپیلوما را به دو دسته درمال (پوستی) و ژنیتال (اندام تناسلی) تقسیم بندی می‌کنند که برخی از انواع ژنیتال آن همراهی با کنسرهای آنونژنیتال دارند. از آنجایی که درمان قطعی برای این بیماری وجود ندارد، اقدامات پیشگیرانه از طریق افزایش آگاهی و دانش اقشار پرخطر بخصوص جوانان الزامیست. لذا بر آن شدیم تا مطالعه حاضر را با هدف بررسی آگاهی و شناخت از بیماری زگیل تناسلی در بین دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی بندرعباس در سال ۱۳۹۷ انجام دهیم.

روش کار: مطالعه حاضر به روش توصیفی مقطعی در سال ۱۳۹۶-۱۳۹۷ در سطح دانشجویان مقطع علوم پایه پزشکی، داروسازی و دندانپزشکی، دانشجویان پرستاری، مامایی و بهداشت انجام می‌گیرد. در این پژوهش ۳۸۴ نفر وارد مطالعه شدند و معیار خروج از مطالعه، شامل دانشجویان مقاطع بالاتر از علوم پایه رشته پزشکی و عدم تکمیل کامل پرسشنامه‌ها بود.

نتایج: تعداد ۳۸۴ دانشجو مورد بررسی قرار گرفتند که از این بین ۱۶۶ نفر مذکر (۴۳/۲٪) و ۲۱۸ نفر (۵۶/۸٪) مونث بودند و مقطع تحصیلی ۲۱۲ نفر (۵۵/۲٪) کارشناسی و ۱۷۲ نفر (۴۴/۸٪) دکتری بود. میانگین نمره بدست آمده در مورد آگاهی کلی دانشجویان $10/50 \pm 3/81$ بود. آنالیزهای آماری نشان داد که بین سطح آگاهی دانشجویان با جنسیت ($p = 0/344$) و همچنین وضعیت تاهل آن‌ها ارتباط معناداری وجود ندارد ($p = 0/259$)، در حالی که بین رشته‌های مختلف تحصیلی اختلاف معنادار بود و دانشجویان رشته‌های داروسازی و پزشکی بطور محسوس و معناداری آگاهی بهتری نسبت به سایر رشته‌های تحصیلی داشتند ($p < 0/001$). همچنین مشخص شد که میزان آگاهی و شناخت در دانشجویان مقطع دکتری به طور معناداری بیشتر مقطع کارشناسی است ($p < 0/001$).

نتیجه گیری: نتایج بدست آمده از این پژوهش نشان دهنده سطوح پایین آگاهی و شناخت دانشجویان رشته های پزشکی، دندانپزشکی، داروسازی، پیراپزشکی، مامایی و بهداشت نسبت به عفونت با HPV، بیماری های مرتبط، واکسیناسیون و روش های انتقال آن بود.

واژه های کلیدی: زگیل تناسلی، HPV، کنسر سرویکس

فهرست مطالب

فصل اول.....	۱
۱-۱-مقدمه.....	۲
۲-۱-مسئله تحقیق.....	۱۱
۳-۱-اهمیت و ضرورت تحقیق.....	۱۲
۴-۱-اهداف کلی و اختصاصی تحقیق.....	۱۳
۵-۱-هدف کاربردی و آرمانی تحقیق.....	۱۴
۶-۱-سؤالات تحقیق.....	۱۴
۷-۱-تعریف نظری و عملیاتی متغیرها.....	۱۴
۸-۱-خلاصه فصل‌ها.....	۱۵
فصل دوم.....	۱۶
۱-۲-مقدمه.....	ERROR! BOOKMARK NOT DEFINED.
۲-۲-تعاریف، اصول و مبانی نظری.....	ERROR! BOOKMARK NOT DEFINED.
۳-۲-مروری بر ادبیات موضوع.....	ERROR! BOOKMARK NOT DEFINED.
۴-۲-جمع بندی و نتیجه‌گیری.....	ERROR! BOOKMARK NOT DEFINED.
فصل سوم.....	ERROR! BOOKMARK NOT DEFINED.
۱-۳-مقدمه.....	ERROR! BOOKMARK NOT DEFINED.
۲-۳-جامعه و نمونه آماری تحقیق.....	ERROR! BOOKMARK NOT DEFINED.
۳-۳-روش نمونه گیری و جمع آوری داده ها.....	ERROR! BOOKMARK NOT DEFINED.
۴-۳-ابزار تحقیق.....	ERROR! BOOKMARK NOT DEFINED.
۵-۳-نوع مطالعه و روش تجزیه و تحلیل اطلاعات.....	ERROR! BOOKMARK NOT DEFINED.
فصل چهارم.....	ERROR! BOOKMARK NOT DEFINED.
۱-۴-مقدمه.....	ERROR! BOOKMARK NOT DEFINED.
۲-۴-یافته های جمعیت شناختی.....	ERROR! BOOKMARK NOT DEFINED.

ERROR! BOOKMARK NOT DEFINED.	۳-۴- یافته های اصلی
ERROR! BOOKMARK NOT DEFINED.	فصل پنجم
ERROR! BOOKMARK NOT DEFINED.	۵-۱- مقدمه
ERROR! BOOKMARK NOT DEFINED.	۵-۲- بحث
ERROR! BOOKMARK NOT DEFINED.	۵-۳- جمع بندی و نتیجه گیری
ERROR! BOOKMARK NOT DEFINED.	۵-۴- پیشنهادات
ERROR! BOOKMARK NOT DEFINED.	۵-۵- محدودیتها
ERROR! BOOKMARK NOT DEFINED.	مراجع
ERROR! BOOKMARK NOT DEFINED.	ABSTRACT

فهرست جداول

جدول ۴-۱. وضعیت کلی پاسخ دهی شرکت کنندگان به سوالات پرسشنامه.....
ERROR! BOOKMARK NOT DEFINED.

جدول ۴-۲. نمره آگاهی کل و ارتباط آماری آن با متغیر های مورد بررسی که از ۱۶ نمره می باشد
ERROR! BOOKMARK NOT DEFINED.

جدول ۴-۳. نمره آگاهی از نحوه انتقال و ارتباط آماری آن با متغیر های مورد بررسی که از ۴ نمره می
باشد.....
ERROR! BOOKMARK NOT DEFINED.

جدول ۴-۴. نمره آگاهی در مورد بیماری های مرتبط و ارتباط آماری آن با متغیر ها که از ۴ نمره می باشد
ERROR! BOOKMARK NOT DEFINED.

جدول ۴-۵. نمره آگاهی در مورد واکسیناسیون و ارتباط آماری آن با متغیر های مورد بررسی که از ۸
نمره می باشد.....
ERROR! BOOKMARK NOT DEFINED.

فصل اول

فصل ۱: مقدمه و کلیات

۱-۱- مقدمه

زگیل تناسلی

یکی از علل عمده مراجعه بیماران به درمانگاه‌های درماتولوژی، زگیل‌های تناسلی می‌باشند که در اثر ویروس پاپیلومای انسانی ایجاد می‌شود و یکی از شایع‌ترین بیماری‌های مقاربتی و ویروسی در آمریکا می‌باشد. مبتلایان به زگیل‌های تناسلی به علت توده و خارش و ناراحتی‌های روانی و جسمی حاصل از آن کیفیت زندگی کاهش یافته‌ای را تجربه می‌کنند. اما نکته مهم آلودگی همزمان سرویکس یا دهانه رحم به سوش‌های مولد سرطان است. بنابراین، آگاهی از روش‌های درمان آن‌ها و نیز جلوگیری از موارد عود و همچنین شناخت روش‌های پیشگیری از ابتلا به این ضایعه از اهمیت بسزایی برخوردار است (۱).

ضایعات زگیل‌های تناسلی ممکن است از فردی به فرد دیگر متفاوت باشد. این ضایعات معمولاً پاپول‌هایی به رنگ صورتی کم‌رنگ تا سفید، ناهموار و اندکی برآمده می‌باشند و بعضی از ضایعات ممکن است استتاله‌هایی روی یک قاعده وسیع داشته باشند. سطح ضایعات ممکن است صاف، نرم و مخملی و مرطوب باشد و هاپیرکراتوزی که در زگیل‌های سایر نقاط بدن دیده می‌شود در آن‌ها وجود ندارد. همچنین ضایعات در ناحیه رکتال یا اطراف مقعدی ممکن است در هم ادغام شوند و توده‌ای شبیه به گل کلم ایجاد نمایند (۲).

زگیل‌های تناسلی خارجی به شدت مسری هستند و بیش از ۷۵٪ از شرکای جنسی یک فرد آلوده پس از تماس دچار این تظاهر عفونت پاپیلومای انسانی می‌شوند. متوسط دوره کمون برای زگیل‌های قابل مشاهده

۳ هفته الی ۸ ماه و به طور متوسط تقریباً ۳ ماه است و عفونت زایی آن‌ها ممکن است تحت تاثیر تعداد و مدت زمان وجود ضایعات قرار داشته باشد. برای مثال آن دسته از زگیل‌های تناسلی که از مدت‌ها قبل وجود دارند، قدرت عفونت زایی کمتری خواهند داشت. همچنین بنا بر دلایل ناشناخته، اغلب در زمان بارداری بر تعداد و اندازه زگیل‌های تناسلی افزوده می‌شود به طوری که واژن را پر می‌کنند یا پرینه را می‌پوشانند که به این ترتیب انجام زایمان از طریق واژن و یا انجام اپیزیوتومی دشوار می‌شود که به همین دلیل سزارین الزامی می‌شود (۳).

زگیل‌های تناسلی به دلیل عفونت پوست ناحیه تناسلی یا مقعدی به وجود می‌آیند و بیشتر در مناطقی بروز می‌کنند که در حین نزدیکی جنسی بیشترین تماس مستقیم را دارند که شامل فورشت خلفی و نواحی جانبی ولو می‌باشد و به میزان کمتر این زگیل‌ها را می‌توان در سراسر ولو، داخل واژن و بر روی دهانه رحم دید. در واقع ترومای خفیفی که به هنگام مقاربت رخ می‌دهد می‌تواند سبب ایجاد ترک‌هایی بر پوست ولو بشود که این امر تماس مستقیم بین اجزای ویروسی از یک فرد آلوده و لایه بازال اپیدرم شریک جنسی‌اش را ممکن می‌سازد. ضایعات معمولاً به صورت مجزا رخ می‌دهند، اما در صورتی که نادیده گرفته شوند ممکن است به صورت ضایعات بزرگ به هم پیوسته در آیند (۴).

نیمی از بیمارانی که عفونت‌های متعدد و گسترده با ویروس پاپیلومای تناسلی انسانی دارند و از راه دهانی-تناسلی رابطه جنسی برقرار می‌کنند، دارای کوندیلوما اکومیناتای دهانی هستند. این ضایعات بدون علامتند و برای شناسایی ضایعات دهانی ممکن است بزرگنمایی آن‌ها لازم باشد. کندیلوما اکومیناتا از نظر ظاهری (ماکروسکوپی) یک ضایعه پولیپوئید است که از نظر میکروسکوپی با پاپیلوماتوزیس، آکانتوزیس، کویلویتوزیس و درجات متغیری از انفلتیراسیون التهاب در استروما مشخص می‌شود (۵).

ویروس پاپیلوما‌ی انسانی (HPV)

ویروس پاپیلوما‌ی انسانی ویروس DNA دار بدون پوشش هستند که به خانواده پاپیلوماویریده تعلق دارد و موجب زگیل می شوند و از زیر گروه های مختلفی تشکیل شده اند. DNA این ویروس به شکل حلقوی و دو رشته ای بوده و در حدود ۸ کیلو باز می باشد. ویروس پاپیلوما‌ی انسانی دارای بیش از ۱۰۰ سروتیپ است و بیش از ۴۰ نوع آن در ایجاد زگیل تناسلی نقش دارند، به گونه ای که این ویروس ها در بیش از ۹۰٪ از کارسینوما های بدخیم مجرای تناسلی یافت شده اند. هر زیرگروه نشان دهنده ویروسی است که شباهت توالی باز های DNA آن با انواع دیگر کمتر از ۵۰٪ است. همه تایپ های HPV به بافت اپی تلیال تمایل دارند و ممکن است در بافت مخاطی و یا پوست یافت شوند (۶).

هر گونه از ویروس ها تمایل به سطح اپی تلیالی معینی دارند. برای مثال HPV نوع ۱ در ایجاد زگیل های کف پا دخالت دارد در صورتی که ویروس HPV از نوع ۵ و ۱۴ در ایجاد بیماری های پوستی نادری به نام اپیدرمودیسپلازی زگیلی شکل دخالت دارند. HPV های نوع ۳۵، ۳۱، ۱۸، ۱۶، ۱۱، ۶ و بعضی انواع ۵۰ تا ۶۰ در سطوح اپیتلیالی دستگاه تناسلی یافت می شوند که HPV های تیپ ۶ و ۱۱ علت حدود ۸۰٪ زگیل های ژنیتال می باشد. در دستگاه تناسلی HPV را می توان به ۲ زیر گروه تقسیم کرد: آن هایی که دارای پتانسیل بدخیمی کمی هستند (HPV های نوع ۱۱، ۶ و ۳۵) و آن هایی که دارای پتانسیل بدخیمی بالایی هستند (انواع ۱۶، ۱۸، ۳۱ و بعضی انواع ۵۰ تا ۶۰) (۷).

HPV ها در یک دسته بندی دیگر در ۵ جنس دسته بندی می شوند: آلفا، بتا، گاما، مو و نو. جنس آلفا پاپیلوما ویروس حاوی همه HPV های مهم بالینی مرتبط با ضایعات تناسلی و مخاطی مانند HPV ۱۶ و ۱۸ است. در حالی که بتا پاپیلوما ویروس ها شامل همه تایپ های HPV پوستی درگیر در بدشکلی اپیدرمی زگیل مانند یا سرطان پوستی در افرادی است که از نظر ایمنی سرکوب شده اند. HPV ۵ از جمله بتاپاپیلوما ویروس ها می باشد. جنس گاما پاپیلوما ویروس ها شامل تایپ های HPV پوستی است که در آزمون های هیستولوژیکال به وسیله Inclusion body های داخل سیتوپلاسمی تشخیص داده می شوند (۸).

اپیدمیولوژی

تقریباً ۲۰-۵٪ مردم از گروه های سنی ۴۰-۱۵ ساله به ویروس HPV آلوده هستند و فقط درصد کمی از افراد آلوده شواهد بالینی ضایعه را دارند. در واقع اکثر بیماران آلوده به HPV بدون علامتند و تنها ۱٪ از بیماران مبتلا به آن دچار زگیل های قابل مشاهده می شوند و ۹۰٪ این ها هم سابقه ی زگیل های تناسلی را دارند. عفونت با ویروس پاپیلوما ی انسانی چه علامتدار، چه بدون علامت شایع است و یکی از مهمترین پیامد های عفونت با HPV نئوپلازی سرویکس، ولوو و واژن است. همانطور که اشاره شد، زگیل های مخاطی پوستی دستگاه تناسلی خارجی معمولاً در اثر انواع ۶ و ۱۱ HPV به وجود می آیند ولی ممکن است این ضایعات در اثر HPV های دیگر نیز به وجود بیاید (۹).

بالاترین میزان آلودگی HPV در زنان کمتر از ۲۵ سال که از نظر جنسی فعال هستند دیده می شود. هرچه تعداد شرکای جنسی بیمار و یا تعداد شرکای جنسی شریک جنسی بیمار بیشتر باشد، احتمال آلودگی به آن بیشتر است. عامل خطرزای دیگر سرکوب ایمنی است و بیماران مبتلا به نقایص ایمنی بیشتر از افرادی که از نظر ایمنی سالم هستند به HPV مبتلا می شوند (۱۰).

چرخه زندگی HPV

عفونت HPV در لایه سلولی پایه ی اپیتلیومی آغاز می شود، چرا که این سلول ها گیرنده خاصی را برای ورود ویروس بیان می کنند. از طرفی این سلول ها تنها سلول های اپی تلیومی هستند که قادر به تقسیم می باشند. به نظر می رسد که اتصال ویرون ها از طریق بر هم کنش پروتئین اصلی کپسیدی (L۱) به مولکول هایی مانند هیپاران سولفات و گلیکوزآمینوگلیکان در غشای پایه ی کراتینوسیت های انسانی میانجی گری می شود. هنگامی که ویروس به داخل سلول نفوذ می کند، جداسازی قطعات ذرات HPV در داخل وزیکول های سیتوپلاسمی رخ می دهد. بعد از آلوده سازی، ژنوم های HPV به هسته مهاجرت کرده و به صورت پلاسمید های خارج کروموزومی خود همانند ساز در آمده و ژن های E۶ و E۷ را به میزان کم بیان می

کنند. در حالی که سلول پایه آلوده شده به HPV به لایه های بالاتر مهاجرت می کند و تمایز می یابد، چرخه سلولی با بیان پروتئین های E1، E2، E4 و E5 و همانندسازی DNA ویروسی ادامه می یابد. یک ویژگی بخصوص در چرخه زندگی ویروس این است که آخرین مراحل چرخه زندگی ویروس در کراتینوسیت های کاملاً تمایز یافته رخ می دهد. در این مرحله بیان پروتئین های کپسید (L1 و L2) آغاز شده و در نتیجه ذرات ویروسی تولید می شوند (۱۱، ۱۲).

تشخیص

برای تشخیص عفونت HPV روش های متنوعی وجود دارد که در زیر به آن ها اشاره شده است (۱۳، ۱۴).

• روش سیتولوژی

آزمایش اسمیر یکی از آزمایش های غربالگری است که برای تشخیص سرطان یا عواملی که منجر به سرطان خواهند شد، در محل گردن رحم دستگاه تولید مثلی زنان انجام می گیرد. این روش به یاد جرجیوس پاپانیکلائو پاتولوژیست، به این نام خوانده می شود. پاپانیکلائو این روش را در سال ۱۹۴۹ و قبل از این که عامل سرطان رحم شناخته شود، معرفی کرده بود. در این آزمایش، با کمک وسیله ای به نام اسپکولوم، دهانه دستگاه تناسلی باز می شود و سپس با یک نمونه گیر و یک برس کوچک، سلول های گردن رحم جمع آوری می شود. آن گاه نمونه ها برای تشخیص سلول های ناهنجار زیر میکروسکوپ مشاهده می شوند.

• روش هیستوپاتولوژی

در این روش پس از بیوپسی از بافت مورد نظر، می توان از رنگ هایی که آنتی ژن های هسته ای HPV یا اسید های هسته ای را شناسایی می کنند استفاده کرد. آنتی ژن معمول در HPV که شناسایی می شود، یک اپی توپ خطی در وسط پروتئین کپسید اصلی است که به طور وسیعی در میان تیپ های متفاوت

HPV بیان می‌گردد. بررسی اتصال آنتی بادی از طریق رنگ آمیزی ایمنونوسیتوشیمی پراکسیداز-آنتی پراکسیداز صورت می‌گیرد و رنگ معمولاً به هسته‌ی سلول‌های آلوده شده محدود می‌شود.

- شناسایی اسید نوکلئیک ویروس با روش PCR

این روش نسبت به روش‌هایی که در بالا به آن‌ها اشاره شد دارای دقت بالاتری است. در حال حاضر روش‌هایی از PCR برای تشخیص عفونت‌های HPV تعریف شده‌اند که به وسیله آن‌ها می‌توان طیف وسیعی از HPV‌ها را شناسایی نمود.

- شناسایی اسید نوکلئیک ویروس با روش هیبریداسیون درجا

زمانی که از بافت مشکوک به عفونت HPV بیوپسی تهیه می‌شود، می‌توان به وسیله هیبریداسیون درجا DNA یا RNA ویروس پاپیلومای انسانی را شناسایی کرد. در این روش اسید نوکلئیک مورد نظر با استفاده از شناساگرهای نشان‌دار شده با رادیو ایزوتوپ‌ها یا لیگاند‌های واکنش‌گر شیمیایی به وسیله اتورادیوگرافی، فلورسنس و یا یک واکنش‌گر رنگی شناسایی می‌گردد.

درمان

تا به حال درمان قطعی برای HPV گزارش نشده است، اما اکثر عفونت‌های HPV (در حدود ۹۰٪ آن‌ها) خود به خود و با عملکرد سیستم ایمنی بدن در طی ۱۲ تا ۳۶ ماه برطرف شده و یا به اندازه‌ای ضعیف می‌شوند که بر بدن تأثیری نمی‌گذارند. اما همواره این امکان وجود دارد که عفونتی که فعال نمی‌باشد، به هنگامی که دستگاه ایمنی شخص به دلیل درمان بیماری‌های دیگر مانند سرطان ضعیف می‌شود، به صورت فعال درآید. در واقع عود بیماری بیشتر در نتیجه فعالیت مجدد یک عفونت فاقد تظاهرات بالینی می‌باشد تا اینکه آلوده شدن مجدد با یک شریک جنسی. علی‌رغم درمان ناپذیری قطعی عفونت HPV، معمولاً جراحی‌های داخل اپیتلیالی غیر مهاجم که تنها توسط میکروسکوپ شناسایی می‌شوند و هم‌چنین زگیل و ضایعات

پیش سرطانی با روش های برداشت سطحی مانند سرمادرمانی (درمان انجمادی) و لیزر درمانی تحت درمان قرار می گیرند. همچنین کاهش بافت آلوده به وسیله اشعه لیزر همانند روش سرمادرمانی نیز می تواند موثر باشد، اما روش گرانی محسوب می شود. درمان در بیمارانی که زگیل های کوچک داشته باشند و از بروز آن ها کمتر از یکسال گذشته باشد بیشترین موفقیت را دارد اما اینکه آیا بعد از درمان، انتقال HPV بطور محسوسی کاهش پیدا می کند یا خیر دقیقاً مشخص نشده است (۱۵).

از آنجایی که ریشه کن کردن عفونت ویروسی ممکن نمی باشد، هدف از درمان برداشتن زگیل ها می باشد. برای انتخاب یک روش درمانی مناسب عوامل زیادی باید مورد بررسی قرار بگیرند، از جمله محل آناتومیک ضایعات، اندازه و تعداد زگیل ها و همچنین کارایی، راحتی و عوارض جانبی آن روش درمانی. از میان روش های درمانی متعددی که برای درمان زگیل های تناسلی وجود دارند، چند نمونه از پر کاربردترین آن ها را در اینجا مورد بررسی قرار می دهیم:

۱. کرایوتراپی (سرما درمانی):

در روش سرما درمانی بافت غیر طبیعی و حدود ۵ میلی متر اطراف آن منجمد می شود. در این روش، تکرار درمان پس از ۲ تا ۳ هفته انجام می شود و درمانی دردناک است و احتمال دارد تاول هایی به وجود آورد (۱۶).

۲. الکتروکوتری و کورتاژ:

شامل تماس ملایم ضایعات با الکتروکوتری تک قطبی است. این روش برای درمان ضایعات مجزایی که تعدادشان کم باشد موثر است ولی احتمال اسکار وجود دارد (۱۶).

۳. پدوفیلوکس (ژل Condylox):

روی زگیل های تناسلی خارجی، ۲ بار در روز برای ۳ روز متوالی استعمال می شود و سپس ۴ روز بدون درمان سپری می شود. این چرخه به فواصل یک هفته ای و حداکثر تا ۴ هفته تکرار می شود. عوارض جانبی موضعی این دارو نظیر درد، سوزش، التهاب و آروزیون در بیش از ۵۰٪ از بیماران رخ می دهد (۱۷).

۴. کرم ایمی کیمود ۵٪:

تعدیل کننده پاسخ ایمنی است. این دارو یک شب در میان قبل از خواب استعمال می شود و ۸ تا ۱۲ ساعت روی زگیل ها باقی می ماند، این رژیم را تا هنگامی تکرار می کنند که این زگیل ها از بین بروند و معمولا ۲ تا ۳ ماه طول می کشد. اگر تحریک رخ دهد می توان درمان را موقتا متوقف کرد (۱۸).

۵. روش LEEP:

این روش که برش حلقوی و LLET₂ نیز نامیده می شود، از الکتروود های سیمی حلقوی و نازک با ولتاژ پایین و فرکانس بالا جهت برداشتن ضایعه سرویکال، برش ناحیه تغییر شکل و یا برش مخروطی سرویکس استفاده می کند.

برداشتن با حلقه الکتریکی (سوزاندن الکتریکی) نیز روش دیگری است که به منظور برداشتن سلول های بدخیم استفاده می شود. در این روش از جریان برق برای برداشتن بافت های غیر طبیعی استفاده می گردد. از این روش می توان به طور سرپایی نیز استفاده کرد و در صورتی که به درستی انجام شود، امکان برش را با حداقل خونریزی و کمترین انعقاد ایجاد شده در حاشیه های برش فراهم می آورد. اغلب موارد LEEP را می توان در مطب، تحت بی حسی موضعی با بلوک پاراسرویکال یا اینتراسرویکال انجام داد. سرطان های مهاجم با درجه پایین، با برداشت رحم یا بافت آسیب دیده ی مورد نظر و یا روش رادیوتراپی کنترل می گردند. هدف از استفاده از روش رادیوتراپی، تخریب سلول های بدخیم است. بر روی بیماران تحت این نوع درمان، به طور همزمان شیمی درمانی نیز صورت می گیرد. در سرطان های پیشرفته بر روی تومور اولیه و مکان هایی که امکان انتشار موضعی بدخیمی وجود دارد، رادیوتراپی انجام می گیرد. علاوه بر جراحی و روش

های مخرب بافت، چند عامل ضد ویروسی و تعدیل کننده ایمنی نیز به عنوان درمان برای جراحات آلوده به HPV مورد استفاده قرار می گیرند (۱۹).

سیدوفوویر یک مشتق آسیلیک نوکلئوزید فسفونات است که فعالیتی بر ضد DNA ویروس ها دارد. با استفاده از این ماده می توان از تکثیر سلولی ممانعت به عمل آورد. پدوفیلین یک عامل سیتوتوکسیک است که برای درمان زگیل های تناسلی تجویز می گردد و باعث توقف میتوز در مرحله متافاز می شود. پدوفیلین در ترکیب با ویدارابین نیز یک ممانعت کننده DNA پلیمرز بوده و بیان ژنی HPV و رشد سلولی در تیره های سلولی سرطانی دهانه رحم را متوقف می کند (۲۰).

پیشگیری

از جمله راه هایی که برای کم کردن خطر آلوده شدن به HPV وجود دارد، عدم مصرف دخانیات و مشروبات الکلی، عدم ارتباط جنسی بی ضابطه و واکسینه شدن در برابر این ویروس می باشد. امروزه برای پیشگیری از عفونت به HPV دو واکسن گارداسیل و سرواریکس با تایید FDA وجود دارند که در مرحله سوم آزمایشات اثر محافظتی نسبت به این نوع HPV ها را از خود نشان داده اند (۲۱). واکسن گارداسیل واکسنی ۴ ظرفیتی است که از کپسید HPV های تایپ ۶، ۱۱، ۱۶ و ۱۸ ساخته شده است و در حال حاضر برای استفاده در دختر ها و زنان ۹-۲۶ سال اندیکاسیون دارد. کمیته مشورتی مراکز کنترل و پیشگیری از بیماری ها (CDC) در زمینه روش های ایمن سازی (ACIP) توصیه می کند که تمامی دختر های ۱۱-۱۲ ساله، دختر ها و زنان ۱۳-۲۶ ساله که تابحال واکسینه نشده اند و دختر های ۹ ساله در صورت وجود اندیکاسیون بایستی واکسن ۴ ظرفیتی را دریافت کنند. این توصیه ها زمانی که دختر یا زنی در گروه سنی انتخابی یک تست پاپ اسمیر غیر طبیعی و یا تست HPV مثبت داشته باشد تغییری نمی کنند (۲۲).

این واکسن ۴ ظرفیتی در سال ۲۰۰۶ توسط سازمان غذا و داروی آمریکا (FDA) تایید شد و واکسن دو ظرفیتی سرواریکس نیز برای پیشگیری از آلوده شدن با تایپ های ۱۶ و ۱۸ تهیه شده و در سال ۲۰۰۹

تاییدیه خود را از FDA دریافت نمود. هر دوی این واکسن ها تنها از کپسید های ویروسی تایپ های ذکر شده ساخته شده اند و حاوی DNA ویروسی نمی باشند. برای تولید این واکسن ها ژن L1 با استفاده از روش DNA نو ترکیب به داخل ژنوم مخمر و یا حشره وارد می گردد. با رشد و تکثیر سلول های مخمر یا حشره در محیط کشت، پروتئین کپسیدی L1 نیز تولید می شود. این پروتئین دارای قابلیت سر هم بندی خود بخودی بوده و بنابراین اجسام شبه ویروسی را ایجاد می کند. در نهایت این اجسام خالص سازی شده و در تولید واکسن ها مورد استفاده قرار می گیرند (۲۳).

۱-۲- مسئله تحقیق

زگیل تناسلی یکی از شایع ترین عفونت های منتقله از طریق جنسی در جهان است که عامل آن ویروس پاپیلوما ی انسانی است که از طریق تماس های جنسی پر خطر و بدون محافظت کافی از فردی به فرد دیگر منتقل می شود. در مطالعات گوناگون شیوع جهانی عفونت HPV بین ۱۰-۲۴٪ گزارش و در ایران شیوع آن در حدود ۹/۴٪ گزارش شده است. همانند سایر بیماری های منتقله از طریق جنسی، پیشگیری بهترین راه کنترل بیماری های مرتبط با HPV است. مراکز کنترل و پیشگیری از بیماری می گویند استفاده از کاندوم مردانه ممکن است خطر ابتلا به عفونت HPV را کاهش دهد، اما در مقایسه با سایر بیماری های منتقله از طریق جنسی درجات کمتری از محافظت را ایجاد می کند، زیرا سایر نواحی که توسط کاندوم پوشیده نشده است مسئولیت انتقال ویروس را عهده می گیرند (۲۴).

در حال حاضر دو نوع واکسن HPV موجود است و چندین واکسن جدید نیز در حال تکامل و توسعه است. واکسن چهارگانه تایپ های ۶، ۱۱، ۱۶ و ۱۸ پاپیلوما ویروس را تحت پوشش قرار می دهد و واکسن دو ظرفیتی تایپ های ۱۶ و ۱۸ را پوشش می دهد. عفونت با تایپ های ۶ و ۱۱ عمدتاً باعث بروز زگیل تناسلی می شود که این بیماری کیفیت زندگی افراد را تحت تاثیر قرار می دهد و باعث تحمیل هزینه هایی به سیستم بهداشتی می شود. برای مثال در سال ۲۰۱۲، سیستم بهداشتی ایتالیا ۵۲۸ میلیون یورو صرف هزینه های بیماری های مرتبط با ویروس پاپیلوما ی انسانی کرده است (۲۵).

همانطور که اشاره شد برخی از انواع HPV مانند تایپ های ۱۶، ۱۸، ۳۱ و ۴۵ جز تایپ های با ریسک بالا هستند. عفونت مزمن با این تایپ ها با خطر ابتلا به سرطان های واژن، ولوو، دهانه رحم، آلت تناسلی مردانه و مقعد مرتبط است. در همین راستا تخمین زده می شود که در بیش از ۹۹٪ سرطان های دهانه رحم در جهان، رد پایی از HPV هایی با ریسک بالا دیده می شود. به همین دلیل کنترل و پیشگیری از عفونت با HPV بسیار اهمیت دارد. در بین افراد جوان جامعه همچون دانشجویان، شیوع بالاتری از عفونت با HPV وجود دارد که این به علت بیشتر بودن رفتار های پرخطر جنسی در این سنین و فقدان آگاهی و شناخت نسبت به عفونت HPV و بیماری های مرتبط با آن است (۲۶). بنابراین با توجه به اهمیت بالای این مسئله بر آن شدیم تا میزان آگاهی و نگرش دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی بندرعباس را در این مورد ارزیابی کنیم.

۱-۳- اهمیت و ضرورت تحقیق

مطالعات اپیدمیولوژیک نشان داده است که علاوه بر عوامل خطری همانند سیگار، استفاده از قرص های ضد بارداری، حاملگی های متعدد و نقص سیستم ایمنی در ایجاد سرطان دهانه رحم، ویروس های پاپیلومای انسانی تناسلی نیز با این نوع سرطان ارتباط قوی دارند. HPV های پرخطر با بیش از ۹۰٪ از سرطان های دهانه رحم مرتبط هستند. سرطان دهانه رحم پس از سرطان سینه، دومین عامل مرگ و میر زنان در جهان گزارش شده است. بنابراین پیشگیری از HPV های پرخطر یکی از اساسی ترین راهبردها برای مقابله با سرطان دهانه رحم محسوب می شود (۲۶).

در بین روش های پیشگیری موجود برای HPV، واکسیناسیون هزینه و اثربخشی بالایی دارد که در چندین کشور در دنیا انجام شده است. برای مثال در سال ۲۰۰۶ واکسن HPV برای اولین بار توسط سازمان غذا و داروی آمریکا مورد تایید قرار گرفت (۲۷). یکی از موانع اجرای برنامه های پیشگیرانه محدودیت آگاهی افراد جامعه درباره عفونت HPV و عوارض ناشی از آن است. در همین راستا، مطالعات

مختلفی در کشور های دیگر در زمینه ی میزان آگاهی گروه های مختلف جامعه در رابطه با این بیماری انجام شده و در اغلب موارد حاکی از سطح پایین آگاهی نسبت به عفونت HPV و عوارض ناشی از آن دارد (۲۸).

با توجه به اهمیت بیماری و عوارض ناشی از مزمن شدن آن و هزینه های بالای تشخیص و درمان و همچنین عدم وجود مطالعه مشابه در ایران و نیز اهمیت این مطالعات در سیاست گذاری آموزشی جامعه در جهت کنترل عوارض کوتاه مدت و بلندمدت این بیماری، ما بر آن شدیم تا مطالعه ای با عنوان بررسی آگاهی و شناخت از بیماری زگیل تناسلی در بین دانشجویان رشته های مختلف دانشگاه علوم پزشکی بندرعباس در سال ۱۳۹۶-۹۷ انجام دهیم.

۱-۴- اهداف کلی و اختصاصی تحقیق

هدف کلی: تعیین آگاهی و شناخت از بیماری زگیل تناسلی در بین دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی بندرعباس در سال ۱۳۹۶-۱۳۹۷

تعیین آگاهی و شناخت از بیماری زگیل تناسلی در بین دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی بر حسب سن

تعیین آگاهی و شناخت از بیماری زگیل تناسلی در بین دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی بر حسب جنس

تعیین آگاهی و شناخت از بیماری زگیل تناسلی در بین دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی رشته تحصیلی

تعیین آگاهی و شناخت از بیماری زگیل تناسلی در بین دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی بر حسب مقطع تحصیلی

تعیین آگاهی و شناخت از بیماری زگیل تناسلی در بین دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی بر حسب وضعیت تاهل

۱-۵-هدف کاربردی و آرمانی تحقیق

اعمال نتایج حاصل از پژوهش در سیاست آموزشی کشور

۱-۶-سؤالات تحقیق

میزان آگاهی از بیماری زگیل تناسلی در بین دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی بندرعباس بر حسب سن چگونه است؟

میزان آگاهی از بیماری زگیل تناسلی در بین دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی بندرعباس بر حسب جنس چگونه است؟

میزان آگاهی از بیماری زگیل تناسلی در بین دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی بندرعباس بر حسب رشته تحصیلی چگونه است؟

میزان آگاهی از بیماری زگیل تناسلی در بین دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی بندرعباس بر حسب مقطع تحصیلی چگونه است؟

میزان آگاهی از بیماری زگیل تناسلی در بین دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی بندرعباس بر حسب وضعیت تاهل چگونه است؟

۱-۷-تعریف نظری و عملیاتی متغیرها

HPV: Human papillomavirus

۱-۸- خلاصه فصل‌ها

در ادامه، در فصل دوم به بررسی پیشینه تحقیقاتی و مطالعات انجام شده در زمینه شیوع HPV می‌پردازیم و خلاصه‌ای از مطالعات مشابه انجام شده در این زمینه را ذکر می‌کنیم. در فصل سوم، روش مطالعه، چگونگی انتخاب بیماران و نحوه جمع‌آوری و آنالیز آماری اطلاعات را بیان خواهیم کرد. در فصل چهارم نیز به تفسیر نتایج بدست آمده از آنالیز آماری اطلاعات خواهیم پرداخت و نتیجه‌ای از تحقیق انجام شده را گزارش خواهیم کرد. نهایتاً در فصل پنجم، نتایج بدست آمده را با مطالعات مشابه در این زمینه مقایسه می‌کنیم و پس از اشاره به موارد همراستا و متناقض، به توضیح و تفسیر دلایل احتمالی آن‌ها می‌پردازیم و نتیجه‌گیری نهایی از این تحقیق به عمل خواهد آمد.

