

شیوع ضایعات زبانی در دانش آموزان شهر قزوین

دکتر کتابون برهان مجابی^۱ دکتر سولماز عراقی^{۲*} دکتر لادن جمشیدی^۳ دکتر فرید دستنبو^۴

۱- دانشیاربخش بیماری های دهان و دندان دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی قزوین

۲- دستیار تخصصی اندودونتیکس دانشگاه علوم پزشکی قزوین

۳- دندانپزشک

خلاصه:

سابقه و هدف: ضایعات زبان به عنوان قسمت مهمی از ضایعات مخاط دهان همواره مورد توجه می باشد. هدف از این مطالعه بررسی شیوع ضایعات زبانی در دانش آموزان مقطع دبیرستان شهر قزوین بود.

مواد و روش ها: این مطالعه در سال ۸۹-۱۳۸۸ بصورت توصیفی- مقطعی با تکنیک معاینه و مصاحبه بر روی ۲۰۰۰ دانش آموز دبیرستان شهر قزوین انجام شد. معاینات با آینه دندانپزشکی، پروب، چراغ قوه و آبسلاک با مشاهده مستقیم انجام گرفت. ضایعات زبانی (زبان شکافدار، زبان جغرافیایی، زبان مودار، انکیلوگلوسی، گلوستیت لوزی شکل میانی، میکرو و ماکروگلوسی) تشخیص داده شدند. فراوانی ضایعات با احتمال ۹۵ درصد در جمعیت مورد مطالعه ذکر شد و نقش عوامل مرتبط با آنها به وسیله آزمون آماری کای دو مورد بررسی قرار گرفت.

یافته ها: میزان شیوع ضایعات مورد بررسی به شرح زیر بود، زبان شیاردار ۱۱/۸ درصد بالاترین شیوع را به خود اختصاص داد و ضایعات بعدی به ترتیب شیوع، زبان جغرافیایی ۷/۴ درصد، ماکروگلوسی ۶/۲ درصد، انکیلوگلوسی ۴/۲ درصد، زبان مودار ۲ درصد، گلوستیت لوزی شکل میانی ۰/۸ درصد و میکروگلوسی با شیوع صفر درصد بود. تعداد کل افراد دارای ضایعه زبانی ۵۹۲ نفر (۳۰/۳ درصد) بود که ۵۴ درصد آن پسر و ۴۶ درصد دختر بودند و از لحاظ آماری این اختلاف معنی دار بود ($P < 0.05$).

نتیجه گیری: شیوع ضایعات زبانی در بین دانش آموزان شهر قزوین قابل توجه می باشد و این ضایعات در دانش آموزان پسر فراوانی بیشتری دارد.

کلید واژه ها: بیماری های زبان، گلوستیت خوش خیم مهاجر، ماکروگلوسی، میکروگلوسی، زبان مودار، زبان شکافدار، زبان جغرافیایی

وصول مقاله: ۹۰/۱۰/۵ اصلاح نهایی: ۹۰/۱۲/۶ پذیرش مقاله: ۹۱/۲/۲

مقدمه:

ممکن است بیمار را از نظر روانی، جسمی و رفتاری دچار مشکل کند. آگاهی دادن به بیمار در این رابطه اهمیت ویژه ای دارد. زبان به عنوان قسمت مهمی از حفره دهان همواره مورد توجه است.^(۱) مخاط اختصاصی پوشاننده زبان گاهی اوقات به عنوان پنجره ای بر روی اختلالات سیستمیک باز می شود.^(۲) مطالعات اپیدمیولوژی میزان شیوع متفاوتی از ضایعات زبانی را در جمعیت های مختلف جهان نشان می دهند.^(۳-۷) این تفاوتها به فاکتورهای نژادی، فرهنگی، جنس، سن، عادات تغذیه ای و

با توجه به پیشرفت روز افزون علوم و از جمله علم پزشکی، انسان همواره بدنبال راهی برای مقابله با مشکلات و ناهنجاریهای جسمی خود برآمده و زندگی بهتر و راحت تر را در رفع آنها دیده است. در این میان تعدادی از این ناهنجاری ها به عنوان تغییرات طبیعی نامیده می شوند و معمولاً بدون علامت هستند. البته گاهی با درد و سوزش بروز می کنند که

نویسنده مسئول مکاتبات: دکتر سولماز عراقی، دستیار تخصصی اندودونتیکس دانشگاه علوم پزشکی قزوین - بلوار باهنر بخش اندودونتیکس دانشکده دندانپزشکی علوم پزشکی

Email: solmaz8260@yahoo.com

تلفن: ۰۹۱۲۲۱۴۴۳۶۸

در این تحقیق آنومالی های زبان در ۲۰۰۰ دانش آموز در دو گروه دختر ۱۰۶۰ نفر (۵۳ درصد) و پسر ۹۴۰ نفر (۴۷ درصد) در دامنه سنی ۱۵-۱۸ سال مورد بررسی قرار گرفت. بررسی ها نشان داد که مجموعاً تعداد کل افرادی که دارای ضایعه بودند ۵۹۲ نفر (۳۰/۳ درصد) بودند که از این تعداد ۳۲۰ نفر (۵۴ درصد) پسر و ۲۷۲ نفر (۴۶ درصد) دختر بودند.

در بین ضایعات، زبان شیار دار با شیوع ۱۱/۸ درصد (در پسرها ۱۳/۶ درصد و در دخترها ۱۰/۱ درصد) بالاترین شیوع را به خود اختصاص داد و ضایعات بعدی به ترتیب، زبان جغرافیایی با شیوع ۷/۴ درصد (در پسرها ۷/۸ درصد و در دخترها ۷/۱ درصد)، ماکروگلووسی با شیوع ۶/۲ درصد (در پسرها ۵/۹ درصد و در دخترها ۶/۶ درصد)، زبان شیاردار همراه با زبان جغرافیایی با شیوع ۴/۳ درصد (در پسرها ۴/۷ درصد و در دخترها ۴ درصد)، انکیلوگلووسی با شیوع ۴/۲ درصد (در پسرها ۵/۷ درصد و در دخترها ۲/۷ درصد)، زبان مودار با شیوع ۲ درصد (در پسرها ۲/۲ درصد و در دخترها ۱/۸ درصد)، گلووسیت لوزی شکل میانی با شیوع ۰/۸ درصد (در پسرها ۱/۱ درصد و در دخترها ۰/۶ درصد) و میکروگلووسی با شیوع صفر درصد (در پسرها و در دخترها) بود. بطور کلی، شیوع ضایعات زبانی به تفکیک و در مجموع به طور معنی داری از لحاظ آماری در پسرها در مقایسه با دخترها بیشتر بود ($P < 0.05$). (جدول ۱) و (نمودار ۱)

جدول ۱- توزیع فراوانی نسبی انواع ضایعات زبانی به تفکیک جنسیت

نوع ضایعه	متغیر جنس		کل (درصد) تعداد
	مرد (درصد) تعداد	زن (درصد) تعداد	
زبان شیاردار	۱۲۸ (۱۳/۶)	۱۰۸ (۱۰/۱)	۲۳۶ (۱۱/۸)
زبان جغرافیایی	۷۳ (۷/۸)	۷۵ (۷/۱)	۱۴۸ (۷/۴)
ماکروگلووسی	۵۵ (۵/۹)	۷۰ (۶/۶)	۱۲۵ (۶/۲)
زبان شیار دار همراه با زبان جغرافیایی	۴۴ (۴/۷)	۴۲ (۴)	۸۶ (۴/۳)
انکیلوگلووسی	۵۴ (۵/۷)	۲۹ (۲/۷)	۸۳ (۴/۲)
زبان مودار	۲۱ (۲/۲)	۱۹ (۱/۸)	۴۰ (۰/۲)
گلووسیت لوزی شکل میانی	۱۰ (۱/۱)	۶ (۰/۶)	۱۶ (۰/۸)
میکروگلووسی	۰ (۰)	۰ (۰)	۰ (۰)

در کل وضعیت سلامت عمومی و معیارهای مورد بررسی بر می گردد. (۳،۴) با توجه به اهمیت ذکر شده علی رغم مطالعات جهانی راجع به شیوع ضایعات زبانی، مرور بر مقالات، کمبود این بررسی را در قسمت های مختلف کشور نشان می دهند. این مطالعه با هدف تعیین میزان شیوع ضایعات زبانی در دانش آموزان دبیرستانی، ارزیابی علایم و آگاه کردن آنها به ضایعات زبانی و مقایسه نتایج با مطالعات قبلی در شهر قزوین در سال ۸۹-۱۳۸۸ انجام گرفت.

مواد و روش ها:

این مطالعه بصورت توصیفی-مقطعی با تکنیک معاینه و مصاحبه و با هدف تعیین میزان شیوع ناهنجاری های زبان، در دانش آموزان دبیرستان های شهر قزوین انجام گرفت. با توجه به گزارشات موجود در مورد میزان شیوع ضایعاتی که در این مطالعه مورد ارزیابی قرار گرفتند و با توجه به فرمول محاسبه حجم نمونه و طبق نظر مشاور آمار تعداد نمونه جهت انجام این مطالعه شامل ۲۰۰۰ نفر بود که با روش نمونه گیری خوشه ای چند مرحله ای از بین دانش آموزان کلاس اول تا سوم دبیرستان انتخاب شدند. تمامی افراد از لحاظ تاریخچه پزشکی مورد مصاحبه قرار گرفتند و کسانی که از خشکی دهان شکایت داشتند، مصرف آنتی بیوتیک یا داروهای ضد قارچی در سه ماه گذشته یا هرگونه بیماری سیستمیک داشتند و یا دارویی مصرف می کردند که بر روی مخاط دهان موثر بود از مطالعه خارج شدند. تمامی معاینات بالینی توسط متخصص بیماری های دهان و دندان تأیید شد. معاینات مطابق با اصول معاینه Silverman با آینه دندانی، پروب، چراغ قوه و آبسلاک با مشاهده مستقیم انجام گرفت و ضایعات زبانی (زبان شکافدار، زبان جغرافیایی، زبان مودار، انکیلوگلووسی، گلووسیت لوزی شکل میانی، میکرو و ماکروگلووسی) طبق معیارهای کتب مرجع^(۸) تشخیص داده شدند. فراوانی ضایعات زبانی با حدود اطمینان ۹۵ درصد بیان شد و جهت بررسی عوامل مرتبط از آزمون آماری کای دو و نرم افزار SPSS استفاده شد.

با فراوانی ۱۵/۷ درصد Sedano تقریباً "نزدیک است"^(۱۰) اما با

شیوع گزارش شده ۲۱/۱ درصدی توسط-Kovac

Kovacic در اسلونی متفاوت و کمتر است.^(۱۱) در مقابل

میزان شیوع گزارش شده از میزان ۰/۸ درصد Sawyer، ۱/۰۸

درصد Redman، ۵ درصد Kulla-Mikkonen، ۵/۷۱

درصد Mathew و همکاران و ۰/۹ درصد Ugar-Cankal در

ترکیه بیشتر می باشد.^(۷،۱۲،۱۳،۱۴،۱۵) در مطالعه ما شیوع زبان

شیاردار در جنس مذکر بیشتر از جنس مونث بود که این

مطابق با یافته Mathew و همکاران در هند Darwazeh در

مصر و Koay CL درمالزی است.^(۴،۷،۱۶) اما شیوع بیشتر

ضایعات زبانی در مطالعه Ugar-Cankal در ترکیه ارتباط

معنی داری با جنس نشان نداد.^(۱۵) در مطالعه Sedano در

مکزیک و Kulla-Mikkonen در فنلاند ارتباط معنی داری

بین افزایش فراوانی زبان شیاردار با سن بدست آمد و الگوی

وراثت در این افراد مطرح شد.^(۱۰،۱۴) با توجه به عدم بررسی

گروه های سنی در مقاطع مختلف تحصیلی، در این مطالعه

ارتباط سن با ضایعات زبانی بررسی نشد. البته لازم به ذکر است

که اختلاف در یافته های محققین می تواند ناشی از اختلاف در

روش بررسی، جامعه مورد بررسی، خصوصیات نمونه ها و تعداد

نمونه ها باشد.

شیوع زبان جغرافیایی در مطالعه ما ۷/۴ درصد برآورد گردید

(۷/۸ درصد در پسرها و ۷/۱ درصد در دخترها) این شیوع

کمتر از یافته ۸/۵ درصد Axell در سوئد و بیشتر از ۲/۲ درصد

Koay CL در مالزی، ۱/۸ درصد Ugar-Cankal در ترکیه،

۰/۸۴ درصد Mathew و همکاران در هند، ۲/۲ درصد

Marija در اسلونی و ۴/۸ درصد Darwazeh

می باشد.^(۱،۷،۱۵،۱۶،۱۷) در مطالعه ما شیوع بیشتر این ضایعه در

پسرها دیده شد که مطابق با یافته Balog است.^(۹) اما در

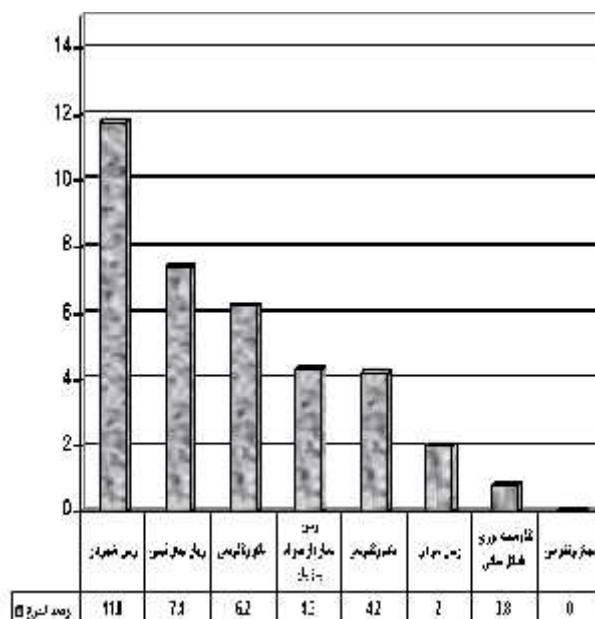
مطالعه Darwazeh و Jainkittivong این ضایعه در

دخترها بیشتر بود.^(۱۰،۱۸) ولی در بعضی مطالعات تفاوت

معنی داری بین این ضایعه و جنس گزارش نشد.^(۹،۱۱)

طبیعت گذرا و تفاوت های نژادی توضیح دهنده این اختلافات

می تواند باشد.



نمودار ۱- توزیع فراوانی نسبی انواع ضایعات زبانی در دانش آموزان دبیرستانی شهر قزوین در سال ۸۷-۱۳۸۶

بحث:

شیوع بیشتر ضایعات زبانی در اختلالات خونی، دیابت،

بیماری های پوستی و بسیاری از بیماری های گوارشی گزارش

شده است.^(۹) بنابراین برای جلوگیری از تأثیر بیماری های

سیستمیک، این مطالعه بر روی افراد سالم انجام گرفت. در این

مطالعه ضایعات زبانی در ۲۰۰۰ دانش آموز دبیرستانی شهر

قزوین مورد بررسی قرار گرفت. این جمعیت بدین علت انتخاب

شدند که به لحاظ سنی (۱۵-۱۸ سال) در دوره ای از بلوغ بودند

که آنومالی های رشدی تکاملی از لحاظ بالینی قابل مشاهده بود

و عوامل مداخله گر نیز کمتر در این افراد وجود داشت.

بررسی ها نشان داد که مجموعاً تعداد افرادی که دارای ضایعه

بودند ۵۹۲ نفر بود که از این تعداد ۵۴ درصد پسر و

۴۶ درصد دختر بودند که این اختلاف از لحاظ آماری معنی دار

بود ($P < 0.05$).

از میان ضایعات زبانی در افراد مورد مطالعه زبان شیاردار شیوع

بیشتری داشت. میزان فراوانی زبان شیاردار در مطالعه حاضر

۱۱/۸ درصد بود. این میزان با فراوانی ۱۱/۴ درصد گزارش شده

توسط Darwazeh در کشور مصر مشابه می باشد.^(۴) همچنین

مطالعات Sawyer در نیجریه، Salem در عربستان و Sedano در مکزیک هیچ موردی از این ضایعه را نشان نمی‌دهد.^(۱۰،۲۰،۲۱) این ضایعه نادر است اما از آنجایی که می‌تواند به علت عفونت کاندیدا یا یک آنومالی رشدی- تکاملی باشد^(۲۲)، دندانپزشک باید بتواند این ضایعه و علت بروز آن را تشخیص دهد و درمان مناسب را در صورت لزوم تجویز نماید. میکروگلوسی در این مطالعه یافت نشد، که مشابه با نتایج مطالعه Ugar-Cankal در ترکیه و مطالعه Holm بود^(۲۰،۱۵) Nevile به نقل از مقالات متعدد این ضایعه را بسیار نادر معرفی کرده است.^(۲۱)

نتیجه گیری:

شیوع ضایعات زبانی در بین دانش آموزان شهر قزوین قابل توجه است و دانش آموزان پسر در مواجهه بیشتری با این ضایعات هستند.

میزان فراوانی ماکروگلوسی در مطالعه ما ۶/۲ درصد بود که در پسرها ۵/۹ درصد و در دخترها ۶/۶ درصد تعیین شد. Sawyer هیچ مورد ماکروگلوسی را در میان دانش آموزان نیجریه ای (۱۹-۱۰ سال) مشاهده نکرد.^(۱۲) Salem و همکاران نیز هیچ مورد ماکروگلوسی را در میان دانش آموزان عربستانی (۱۲-۶ سال) گزارش نمودند.^(۲۰) علت این اختلاف را می‌توان عدم وجود معیار تشخیصی دقیق در مطالعات مختلف دانست.

در مطالعه ما شیوع انکیلوگلوسی ۴/۲ درصد گزارش گردید که در پسرها ۵/۷ درصد و در دخترها ۲/۷ درصد بود. در مطالعه Koay و همکاران در مالزی شیوع این ضایعه ۱/۷ درصد گزارش شد^(۱۶) و همکاران Salem ۰/۱ درصد در عربستان گزارش کردند^(۲۰)، در ترکیه نیز Ugar-Cankal ۱/۳ درصد گزارش کرد^(۱۵) این اختلاف در مطالعات عمدتاً "بدلیل تفاوت ملاک‌های تشخیصی و شدت ضایعه می‌باشد.

در مطالعه حاضر شیوع زبان مودار ۲ درصد، که در پسرها ۲/۲ درصد و در دخترها ۱/۸ درصد برآورد شد. در مطالعه Koay در مالزی شیوع این ضایعه ۱ درصد، در ترکیه Ugar-Cankal ۰/۲ درصد و در مطالعه Darwazeh ۴/۲ درصد گزارش شد که ارتباط معنی‌داری بین کشیدن سیگار و شیوع بالاتر زبان مودار یافت شد.^(۱۵،۱۶) نتایج بررسی ما مطابق با بعضی مطالعات بیانگر شیوع بیشتر این ضایعه در پسرها می‌باشد Nevile و همکاران شیوع زبان مودار را ۰/۵ درصد گزارش کردند.^(۲۱) بطور کلی در مطالعات مختلف، شیوع متفاوتی برای این ضایعه ذکر شده است که علاوه بر تفاوت‌های نژادی، ملاک‌های تشخیصی، مصرف داروهای خاص، وضعیت بهداشت و سلامت عمومی افراد نیز در این زمینه مؤثر می‌باشد.

در این مطالعه ۱۶ مورد گلووسیت لوزی شکل میانی با شیوع ۰/۸ درصد دیده شد که شیوع آن در پسرها ۱/۱ درصد و در دخترها ۰/۶ درصد بدست آمد. این شیوع قابل مقایسه با نتایج گزارش شده در مطالعات انجام گرفته در هند (۱/۵ درصد)، مالزی (۱/۳ درصد) و سودان (۱/۴ درصد) و اردن (۰/۵ درصد) است.^(۴،۷،۹،۱۶)

References:

- 1- Darwazeh AM, Almelaih AA. Tongue Lesions in a Jordanian Population. Prevalence, Symptoms, Subject's Knowledge and Treatment Provided. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2011 Sep 1;16 (6):e745-9.
- 2- George A. Zarb , Charles L. Bolender , Steven Eckert , Rhonda Jacob , Aaron Fenton , Regina Mericske-Stern , et al .Prosthodontic Treatment for Edentulous Patients Complete Dentures and Implant Supported Pprotheses. 12nd ed.USA: Mosby;2003 .p:85.
- 3- Bánóczy J, Rigó O, Albrecht M. Prevalence Study of Tongue Le-Sions in a Hungarian Population. *Community Dent Oral Epidemiol*.1993Aug;21(4):224-6.
- 4- Darwazeh AM, Pillai K.Prevalence of Tongue Lesions in 1013 Jordanian Dental Outpatients. *Community Dent Oral Epidemiol*. 1993Oct;21(5):323-4.
- 5- Cebeci AR, GülşahiA,Kamburoglu K, Orhan BK, Oztaş B. Pre-Valence and Distribution of Oral Mucosal Lesions in an Adult Turkish Population. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2009Jun;14(6):E272-7.
- 6- Motallebnejad M, Babaei N, Sakhdari S, TavasoliM.An Epide-Miologic Study of Tongue Lesions in 1901 Iranian Dental Outpatients. *J Contemp Dent Pract* .2008Nov1;9(7):73-80.
- 7- Mathew AL, Pai KM, Sholapurkar AA, Vengal M.The Prevalence of Oral Mucosal Lesions in Patients Visiting a Dental School in South-Ern India. *Indian J Dent Res* .2008Apr-Jon;19(2):99-103.
- 8- Silverman Sol, Eversole L, Edmon L .Essentials of Oral Medicine. London: BC Decker Inc Hamilton;2001:6-26
- 9- Vörös-Balog T, Dombi C, Vincze N, Bánóczy J. Epidemiologic Survey of Tongue Llesions and Analysis of The Etiologic Factors in-Volved. *FogorvSz*. 199May;92(5):157-63.
- 10-Sedano HO, CarreonFreyre I, Garza De la Garza ML, Gomar Franco CM, Grimaldo Hernandez C, Hernandez Montoya ME ,et al. Clinical Oral Dental Abnormalities in Mexican Children. *Oral Surg Oral Med Oral Patol*,1989 Sep;68(3):300-11.
- 11-Kovac-Kovacic M, SkalericU.The Pprevalence of Oral Mucosal Lesions in A Population in Ljubljana, Slovenia. *J Oral Pathol Med* .2000Aug;29(7):331-5
- 12- Sawyer DR,Taiwo EO, Mosadomi A.Oral Aanomalies in Nigerian Children. *Community Dent Oral Epidemoid*.1984 Aug; 12(4):269-73.
- 13-Redman RS. Prevelance of Geographic Tongue, Fissured Tongue, Median Rhomboid Glossitis and Hairy Tongue Among 3677 Minnesota Schoolchildren. *Oral Surg Oral Med Oral Patol*. 1970 Sep;30(3):390-5.
- 14-Kullaa-Mikkonen A, Mikkonen M, KotilainenR. Prevalence of Different Morphologic Forms of The Human Tongue in Young Finns.*OralSurg Oral Med Oral Pathol* .1982 Feb;53(2):152-6.
- 15-Ugar-Cankal D, Denizci S, Hocaoglu T.Prevalence of Tongue Lesions Among Turkish Schoolchildren.*Saudi Med J*. 2005 Dec;26(12):1962-7
- 16-Koay CL, Lim JA, Siar CH.The Prevalence of Tongue Lesions in Malaysian Dental Outpatients From the Klang Valley Area.*Oral Dis*. 2011 Mar;17(2):210-6.
- 17- Axell T. A Prevalence Sstudy of Oral Mucosal Lesions in an Adult Swedish Population. *Odontol Revy Suppl*. 1976;36:1-103.
- 18- Jainkittivong A, Aneksuk V, Langlais RP. Oral Mucosal Conditions in Elderly Ddental Patients. *Oral Dis*. 2002Jul;8(4):218-23.
- 19-Miloğlu O, Göregen M, Akgül HM, Acemoğlu H. The Prevalence and Risk Factors Associated With Benign Migratory Glossitis Lesions in 7619 Turkish Dental Outpatients. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral RadiolEndod*. 2009Feb;107(2):e29-33.
- 20-Salem G, Holm SA, Fattah R, Basset S, Nasser C. Developmental Oral Anomalies Among Schoolchildren in Gizan region, Saudi Arabia. *Community Dent Oral Epidemiol*1987 Jun;15(3):150-1.
- 21-Neville BW,DammD,AllenC,Bouquet. In *Developmental Defects of the Oral and Maxillofacial Region*. J Oral and Maxillofacial Pathology 3rd .USA :Saunders Elsevier P:9,13.
- 22-Reamy BV, Derby R, Bunt CW. Common Tongue Conditions in Primary care. *Am Fam Physician* .2010Mar;81(5):627-34.