

## شیوع تغییرات مخاط دهان در دانش آموزان پسر مدارس راهنمایی ناحیه ۳ مشهد

دکتر عباس جوادزاده\*

استادیار گروه بیماریهای دهان دانشکده دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد

دکتر محمود روحانی

استاد گروه اپیدمیولوژی بیمارستان قائم (عج)

تاریخ ارائه مقاله: ۸۲/۹/۱۲ - تاریخ پذیرش: ۸۳/۴/۵

### چکیده

#### مقدمه:

هدف از این مطالعه اندازه گیری شیوع تغییرات فیزیولوژیک و پاتولوژیک مخاط دهان در دانش آموزان مدارس راهنمایی پسرانه مشهد بود.

#### مواد و روش ها:

برای تسهیل در به دست آوردن و ثبت اطلاعات پرسشنامه ای تهیه گردید و مجموعاً ۳۰۰ دانش آموز مدارس راهنمایی با محدوده سنی ۱۷-۱۰ سال به صورت تصادفی انتخاب و معاینه شدند. در این مطالعه شیوع تقریباً بیست تغییر مخاطی را اندازه گیری نمودیم.

#### یافته ها:

گرانولولهای فوردایس با شیوع ۵۰/۴ درصد، ضایعات قرمز تحریکی با شیوع ۱۸/۳ درصد و زبان جغرافیایی با شیوع ۱۳/۶ درصد به ترتیب شایعترین تغییرات فیزیولوژیک و پاتولوژیک مخاط دهان و زبان بودند.

#### نتیجه گیری:

در این مطالعه تغییرات فیزیولوژیک مخاط دهان در مقایسه با تغییرات پاتولوژیک از شیوع بالاتری برخوردار بودند ولی هیچکدام در زمان معاینه نیاز به درمان نداشتند و تنها مسأله مهم تشخیص افتراقی این تغییرات بود.

#### کلید واژه ها:

تغییرات مخاط دهان، شیوع، اپیدمیولوژی، دانش آموزان مدارس راهنمایی.



## Prevalence of Oral Physiologic and Pathologic Mucosal Changes in Junior High School Boys in Mashhad

*Javadzadeh A. \* DDS*

Associate Professor, Dept of Oral Medicine, School of Dentistry,  
Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

*Rouhani M.*

Professor, Dept of Epidemiology, Medical School, Mashhad University  
of Medical Sciences, Mashhad, Iran

### Abstract

#### **Introduction:**

The purpose of this study was to determine the prevalence of oral physiological and pathological changes of oral mucosa in Mashhad junior high school boys.

#### **Materials and Methods:**

We prepared a questionnaire to collect the data. Totally, 300 students with the age range of 10-17 were randomly selected and examined.

#### **Results:**

We determined the prevalence of about 20 mucosal changes. Fordyce granules (50.4%), traumatic red lesions (18.3%) and geographic tongue (13.6%) were the most common physiological & pathological oral mucosa and tongue changes respectively.

#### **Conclusion:**

In this study the prevalence of physiological and pathological changes was high. Although none of them needed to be treated, the differential diagnosis was very important.

#### **Key words:**

Oral mucosal changes, junior high school boys, Mashhad.

\* Corresponding Author



**مقدمه :**

با توجه به افزایش جمعیت و پراکندگی گسترده جوامع انسانی و به منظور طراحی هر چه مناسب تر و موثرتر برنامه پیشگیری و درمان در هر جامعه بشری، آگاهی از میزان نسبی شیوع و بروز بیماریهای اعضاء گوناگون بدن در آن جامعه انسانی لازم است.

هدف از این بررسی آگاهی از میزان شیوع و بروز بیماریها در جامعه است تا ضمن معرفی آنها به دندانپزشکان از مشاوره ها و هزینه ها و درمانهای غیرضروری همچون تجویز داروها و حتی بیوپسی و انجام تستها توسط دندانپزشکان نیز پیشگیری گردد.

بعلاوه شناخت ضایعات و تغییرات شایع مخاط دهان می تواند در تدوین برنامه ریزی های آموزشی دانشگاههای کشور نیز نقش تعیین کننده داشته باشد و برای ظهور عینی و اجرای مفاهیم پزشکی جامعه نگر کسب چنین اطلاعاتی می تواند بسیار مهم باشد، تا با توجه به محدودیت زمان کسب تجربه دانشجویان در دوره دکتری بتوانیم عناوین آموزشی را روی بیماریهای شایع تر متمرکز نمائیم و از بحث های طولانی روی بیماریهای کمیابی که به جوامع و نژادهای خاصی محدود می گردند جلوگیری گردد.

با توجه به هدف آماری از میزان شیوع و بروز بیماریهای مخاط دهان در جامعه در پی تعیین آماری از میزان شیوع ضایعات مخاط دهان در جامعه دانش آموزان مشهدی برآمدیم و پس از قرعه کشی از میان نواحی مختلف مدارس راهنمایی مشهد، ناحیه ۳ و از میان مدارس راهنمایی ناحیه ۳، سه مدرسه را بعنوان نمونه انتخاب نموده و از میان ۱۷۷۶ نفر دانش آموز این ۳ مدرسه راهنمایی انتخاب شده، مجموعاً ۳۰۰ دانش آموز را بر اساس نمونه برداری طبقاتی انتخاب و دهان آنها را مورد معاینه قرار دادیم.

**مواد و روش ها :**

جهت تشریح هر چه واضح تر روش بررسی آنرا در چهار قسمت شامل :

- ۱- انتخاب نمونه
  - ۲- تهیه پرسشنامه
  - ۳- روش معاینه
  - ۴- معیارهای تشخیص
- خلاصه می نمائیم.

۱- **انتخاب نمونه :** ابتدا بین نواحی شش گانه آموزش و پرورش شهر مشهد قرعه کشی انجام شد ناحیه ۳ به قید قرعه انتخاب گردید، سپس به اداره آموزش و پرورش ناحیه ۳ مراجعه گردید و لیست کامل مدارس راهنمایی پسرانه تهیه شد و از میان یازده مدرسه روزانه آن ناحیه، سه مدرسه راهنمایی شامل : ۱- شهید جوادزاده بلوری ۲- شهید عبدا... نژاد ۳- باباطاهر به قید قرعه انتخاب گردید که در این طرح به ترتیب به آنها کدهای I و II و III تعلق گرفت.

در مرحله بعد ۳۰۰ دانش آموز را بر اساس نمونه برداری طبقاتی انتخاب نمودیم، برای این منظور لیستی از اسامی دانش آموزان هر یک از سه مدرسه راهنمایی فوق الذکر تهیه کردیم و نمونه ها در هر سه مدرسه بصورت جداگانه بر حسب پایه تحصیلی به ترتیب از پایه اول تا سوم مرتب شدند و به هر نفر شماره خاصی داده شد و سپس با مراجعه به جدول اعداد تصادفی نمونه های مورد نیاز انتخاب شدند.

پس از آن طبق قرار قبلی و برنامه ای منظم و هماهنگ شده با مسئولین مدارس انتخابی، طی هر جلسه مراجعه به مدرسه مورد نظر لیست اسامی ۲۵ نفر از دانش آموزان انتخاب شده را به ناظم مدرسه اعلام کردیم و ایشان آنها را به اتاقی که برای این منظور تدارک دیده شده بود هدایت می کردند، تا مورد معاینه قرار گیرند و خلاصه معاینه آنان در پرسشنامه مربوط ثبت گردد.

۲- **تهیه پرسشنامه :** به منظور سهولت در ثبت تاریخچه و نتیجه معاینات، پرسشنامه ای مطابق نمونه تهیه کردیم که در آن انواع شایع تغییرات طبیعی و غیرطبیعی مخاط دهان فهرست شده و امکان ثبت اطلاعات شخصی شامل آدرس و تلفن، به

برجستگی جامی شکل گوشه لب (۴ درصد)، فرورفتگی گوشه لب (۳/۷ درصد)، زبان دوشاخه (یک درصد) بودند. پراکندگی تغییرات طبیعی را در جدول ۲ مشاهده می کنید. در مورد تغییرات پاتولوژیک مخاط دهان، این ضایعات به صورتهای سفید، قرمز، زخم و برجسته از سطح مخاط مشاهده گردیدند که نتایج بررسی را بر اساس گروه سنی در جدول ۳ و شیوع آنها را در جدول ۴ مشاهده می کنید. که در این میان ضایعات قرمز تحریکی (به صورت انواع قرمزی شامل اریتم، اروزیون و پتشی) شایعترین ضایعه پاتولوژیک دهان بود. از میان ضایعات سفید کراتوتیک لیکن پلانوس با شیوع ۱/۷ درصد و کراتوز تحریکی با شیوع ۴/۶ درصد شایعترین ضایعات سفید کراتوتیک دهان را تشکیل می دادند.

پراکندگی انواع زخمها با توجه به پایه تحصیلی را در جدول ۵ مشاهده می کنید که نظر به حضور اروزیون و قابلیت جدا شدن قسمتی از اپی تلیوم ناحیه مبتلا، جویدن عادت گونه را در طبقه بندی زخمها قرار داده ایم. سه ضایعه برجسته ای که در این بررسی مشاهده شد دو مورد فیروم در سطح پتشی زبان و یک مورد پارولیس ناشی از عفونت دندان مولر اول بود.

در میان بیماریها، تغییرات اختصاصی زبان بترتیب زبان جغرافیایی ۱۳/۶ درصد (شایعترین)، زبان شیاردار ۷/۳ درصد، گلوست لوزی شکل ۳/۶ درصد، چسبندگی نسبی زبان به کف دهان ۲/۳ درصد، زبان مودار ۰/۳ درصد و واریس زبان ۰/۳ درصد تغییرات اختصاصی زبان را تشکیل دادند.

پراکندگی بیماریها و تغییرات اختصاصی زبان را بر حسب گروه سنی در جدول ۶ مشاهده می کنید.

دیگر ضایعات پاتولوژیک که تحت عنوان دسته چهارم یا ضایعات متفرقه در این بررسی مشاهده شدند شامل ده مورد شقاق لب (۳/۳ درصد) یک مورد شکاف کام قبلاً جراحی شده (۰/۳ درصد)، یک مورد تغییر شکل زبان کوچک و نه مورد زبان کوچک دوشاخه (۰/۳ درصد)، یک مورد التهاب گوشه لب (۰/۳ درصد)، ود.

علاوه انواع شایع تغییرات طبیعی و پاتولوژیک دهان به راحتی امکان پذیر باشد.

**۳- روش معاینه :** جهت معاینه دانش آموزان برای هر جلسه ۲۵ بسته وسایل معاینه که هر بسته دارای سوند و آینه و مقداری گاز بود و به صورت جداگانه بسته بندی و استریل شده بود همراه می بردیم. علاوه بر آن دو عدد چراغ قوه بزرگ و تعدادی باتری و لامپ یدکی و چوب زبان هم برای موارد ضروری همراه داشتیم که تمامی آنها را در یک کیف دستی بزرگ حمل می کردیم.

**۴- معیارهای تشخیص :** در این بررسی معیارهای تشخیص برای تغییرات مشاهده شده در مخاط دهان و فک بر اساس گرفتن تاریخچه، نمای بالینی و در صورت لزوم تهیه رادیوگرافی و انجام آزمایشات لابراتواری و نمونه برداری بود، بدین معنا که چنانچه از طریق گرفتن تاریخچه و نمای بالینی ضایعات (معاینه فیزیکی) به تشخیص نمی رسیدیم از رادیوگرافی و آزمایشات لابراتواری و حتی نمونه برداری بهره می گرفتیم.

#### یافته ها :

از میان ۱۷۷۶ دانش آموز سه مدرسه راهنمایی پسرانه ناحیه ۳ مشهد تعداد ۳۰۰ نفر طی ماههای دی، بهمن و اسفند سال ۱۳۷۰ هجری شمسی مورد معاینه قرار گرفتند که توزیع فراوانی نمونه ها بر حسب پایه تحصیلی و گروه سنی به تفکیک مدرسه راهنمایی در جدول ۱ آمده است. بمنظور طبقه بندی و خلاصه کردن بیان نتایج آنها را به چهار گروه تقسیم نمودیم که شامل :  
 ۱- تغییرات مخاط دهان ۲- بیماریهای مخاط دهان ۳- تغییرات غیر طبیعی در زبان ۴- ضایعات پاتولوژیک متفرقه می باشند.  
 شایعترین تغییرات فیزیولوژیک مخاط دهان در این بررسی دانه های فوردایس (۵۰/۴ درصد) و پس از آن بترتیب پیگمانتاسیون فیزیولوژیک (۴۰/۴ درصد)، لکوداما (۱۹/۳ درصد)، بافت لنفاوی فرعی (۹/۷ درصد) که در این میان شایعترین محل وقوع بافت لنفاوی فرعی در کف دهان بود،

جدول ۱: توزیع فراوانی نمونه مورد مطالعه بر حسب گروه سنی به تفکیک در دانش آموزان مدارس راهنمایی ناحیه ۳ مشهد

ردیف	گروه سنی	راهنمایی		راهنمایی		راهنمایی		پایه تحصیلی	
		تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
۱	۱۰-۱۱	۱۹	۱۷/۶	۱۹	۱۹/۲	۱۷	۱۸/۳	۵۵	۱۸/۳
۲	۱۲-۱۳	۶۶	۶۱/۱	۵۴	۵۴/۶	۴۵	۴۸/۴	۱۶۵	۵۵
۳	۱۴-۱۵	۱۸	۱۶/۷	۲۳	۲۳/۲	۲۵	۲۶/۹	۶۶	۲۲
۴	۱۶-۱۷	۵	۴/۶	۳	۳	۶	۶/۴	۱۲	۴/۷
۵	جمع	۱۰۸	۱۰۰	۹۹	۱۰۰	۹۳	۱۰۰	۳۰۰	۱۰۰

جدول ۲: پراکندگی تغییرات طبیعی مخاط دهان بر حسب پایه تحصیلی در دانش آموزان مدارس راهنمایی ناحیه ۳ مشهد

ردیف	نوع تغییر	اول		دوم		سوم		جمع	
		تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
۱	LE	۱۴	۱۰/۷	۱۷	۱۲/۸	۲۷	۲۲/۳	۵۸	۱۵
۲	FG	۵۶	۴۲/۷	۵۴	۴۰/۶	۲۷	۲۲/۳	۱۵۱	۳۹/۲
۳	BU	۳	۲/۳	-	-	-	-	۳	۰/۸
۴	AC	۴	۳	۴	۳	۴	۳/۳	۱۲	۳/۲
۵	CP	۳	۲/۳	۴	۳	۴	۳/۳	۱۱	۲/۹
۶	ATT	۱۰	۷/۷	۱۱	۸/۳	۸	۶/۶	۲۹	۷/۵
۷	PP	۴۱	۳۱/۳	۴۳	۳۲/۳	۳۷	۳۰/۶	۱۲۱	۳۱/۴
۸	جمع	۱۳۱	۱۰۰	۱۳۳	۱۰۰	۱۲۱	۱۰۰	۳۸۵	۱۰۰

LE = لکودام ، FG = گرانول فوردایس ، BU = زبان کوچک دو شاخه ، AC = فرورفتگی گوشه لب

CP = فرورفتگی لب ، ATT = بافت لوزه ای فرعی ، PP = پیگمانتاسیون فیزیولوژیک

جدول ۳: نتایج حاصله از بررسی تغییرات پاتولوژیک بر حسب گروه سنی در دانش آموزان مدارس راهنمایی ناحیه ۳ مشهد

ردیف	نوع تغییر	۱۰-۱۱		۱۲-۱۳		۱۴-۱۵		۱۶-۱۷		جمع	
		تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
۱	ضایعه سفید کراتوتیک	۳	۱۷/۶	۱۱	۲۲/۵	۵	۲۲/۷	-	-	۱۹	۲۱/۱
۲	ضایعه قرمز	۱۱	۶۴/۷	۲۶	۵۳	۱۶	۷۲/۷	۲	۱۰۰	۵۵	۶۱/۱
۳	زخم	۲	۱۱/۸	۱۰	۲۰/۴	۱	۴/۶	-	-	۱۳	۱۴/۴
۴	ضایعه آگروفیتیک	۱	۵/۹	۲	۴/۱	-	-	-	-	۳	۳/۴
۵	جمع	۱۷	۱۰۰	۴۹	۱۰۰	۲۲	۱۰۰	۲	۱۰۰	۹۰	۱۰۰

جدول ۴: شیوع بیماریهای مخاط دهان در دانش آموزان مدارس راهنمایی ناحیه ۳ مشهد

ردیف	بیماری مخاط دهان	تعداد	درصد
۱	لیکن پلانوس	۵	۱/۷
۲	کراتوز تحریکی	۱۴	۴/۶
۳	قرمزی ناشی از تحریک	۵۵	۱۸/۳
۴	زخم ناشی از تحریک	۹	۳
۵	آفت	۲	۰/۷
۶	هریس عود کننده لب	۱	۰/۳
۷	جویدن عادی گونه توأم با اروزیون	۱	۰/۳
۸	پارولیس	۱	۰/۳
۹	فیروم	۲	۰/۷

جدول ۵: پراکندگی انواع زخمها با توجه به پایه تحصیلی در دانش آموزان مدارس راهنمایی ناحیه ۳ مشهد

ردیف	نوع زخم*	پایه تحصیلی		اول		دوم		سوم		جمع
		تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	
۱	TU	۴	۵۷/۲	۳	۷۵	۲	۱۰۰	۹	۶۹/۲	۱
۲	RAS	۱	۱۴/۳	۱	۲۵	-	-	۲	۱۵/۴	۲
۳	RHL	۱	۱۴/۳	-	-	-	-	۱	۷/۷	۳
۴	HCB	۱	۱۴/۳	-	-	-	-	۱	۷/۷	۴
۵	جمع	۷	۱۰۰	۴	۱۰۰	۲	۱۰۰	۱۳	۱۰۰	۵

\*TU= زخم تروماتیک ، RAS= استوماتی آفتی عود کننده ، RHL= هرپس لیالی عود کننده

HCB= گاز گرفتن عادی گونه

جدول ۶: نتایج حاصله از بررسی ضایعات اختصاصی زبان بر حسب گروه سنی در دانش آموزان مدارس راهنمایی ناحیه ۳ مشهد

ردیف	نوع ضایعه	گروه سنی		۱۰-۱۱		۱۲-۱۳		۱۴-۱۵		۱۶-۱۷		جمع
		تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	
۱	GT	۴	۵۷/۱	۲۳	۵۰	۱۴	۵۱/۹	-	-	۴۱	۴۹/۴	۱
۲	FT	۱	۱۴/۳	۱۱	۲۶	۹	۳۳/۳	۱	۳۳/۳	۲۲	۲۶/۵	۲
۳	MRG	۱	۱۴/۳	۶	۱۳	۳	۱۱/۱	۱	۳۳/۳	۱۱	۱۳/۳	۳
۴	MRG	-	-	۵	۱۰/۹	۱	۳/۷	۱	۳/۷	۷	۸/۴	۴
۵	PAG	-	-	۱	۲/۱	-	-	-	-	۱	۱/۲	۵
۶	H.T	۱	۱۴/۳	-	-	-	-	-	-	۱	۱/۲	۶
۷	V	۷	۱۰۰	۴۶	۱۰۰	۲۷	۱۰۰	۳	۱۰۰	۸۳	۱۰۰	۷
	جمع	۷	۱۰۰	۴۶	۱۰۰	۲۷	۱۰۰	۳	۱۰۰	۸۳	۱۰۰	

GT= زبان جغرافیایی ، FT= زبان شیاردار ، MRG= گلوپیت لوزی شکل خط وسط ،

PAG= چسبندگی نسبی زبان به کف دهان ، HT= زبان مودار یا باردار ، V= واریس زبان



**بحث:**

موارد معدودی از مشاوره هایی که با متخصصین بیماریهای دهان صورت می گیرد به تغییرات طبیعی مخاط دهان محدود می گردد، گرچه هدف اصلی این مطالعه توصیف این تغییرات در دهان نبوده است، به هر صورت گزارش شیوع تغییرات طبیعی و غیرطبیعی مخاط دهان در جامعه ای که دندانپزشکان در آن مشغول به ارائه خدمات درمانی هستند می تواند آنها را هوشیار سازد تا با مشاهده تغییراتی مشابه در دهان بیماران آنها را در تشخیص افتراقی خود قرار دهند و زودتر به تشخیص برسند و از مزایای آن هم خود و هم بیمار برخوردار گردند.

بعنوان مثال با توجه به شیوع بالای کراتوز تحریکی و لیکن پلان دهانی (OLP) در این بررسی همیشه بایستی این دو ضایعه سفید در تشخیص ضایعه پیش سرطانی مطرح گردند.

اگر چه شیوع ۱/۷٪ لیکن پلان دهان (OLP) در این بررسی با توجه به سن پائین نمونه ها و میانگین سنی ۳۰-۶۰ سالگی لیکن پلان دهانی<sup>(۲۹)</sup> بالا به نظر می رسد ولی شیوع لیکن پلانوس دهانی در بسیاری بررسی ها از ۰/۱ تا ۲/۲ درصد گزارش گردیده است<sup>(۳۰)</sup>، در بررسی Mehta (۱۹۷۱) روی روستائیان هندی و بررسی Rodriguez بر روی کارگران شهرهای هاوانای کوبا (۱۹۸۳) شیوع ۰/۱ درصد و در بررسی Bhonsle روی ۱۲۰۸۶ روستایی هندی شیوع ۱/۸ درصد گزارش گردیده است<sup>(۴)</sup> به هر صورت اکثر مطالعات شیوع معادل یا بسیار نزدیک به این رقم را نشان می دهند. از نظر شیوع تغییرات طبیعی مخاط دهان نیز شیوع بالای گرانول فوردایس، شیوع ۵۰/۴ درصد و شیوع ۱۹/۳ درصد لکودام را داشتیم که حتی در مقایسه با بعضی مطالعات که شیوع لکودام را بیش از ۹۰ درصد<sup>(۳)</sup> و شیوع گرانولهای فوردایس را بیش از ۸۰ درصد<sup>(۵)</sup> مطرح می کنند پایین است ولی شیوع خیلی پایین لکودام در بررسی Reichart در آلمان بر روی دو گروه افراد ۳۵-۴۴ ساله و ۶۵ تا ۷۷ ساله به ترتیب ۱ و ۰/۶ درصد گزارش شده است<sup>(۶)</sup> که شاید این کاهش بارز در ارتباط با افزایش را

به توان به نازک شدن مخاط در رابطه با افزایش سن و پیری که منجر به نازک شدن مخاط می گردد<sup>(۷)</sup> جستجو کرد زیرا از خصوصیات لکودام نیز همین است که با تحت کشش قرار دادن مخاط و کم شدن ضخامت آن موقتاً ناپدید می گردد<sup>(۸)</sup>.

شیوع زبان جغرافیایی نیز در مطالعه ما در مقایسه با بسیاری از بررسی های اپیدمیولوژیک جوامع دیگر بالا بود. (۱۳/۶ درصد). خصوصاً در مقایسه با بررسی قبل<sup>(۶)</sup> که شیوع ۱/۵٪ را در گروه سنی ۳۵-۴۴ و ۲ درصد را در گروه سنی ۴-۶۵ گزارش نمود<sup>(۶)</sup> و یا گزارش Sedano (۱۹۸۹) از مکزیکو که در ۳۲۰۲۲ بچه دبستانی شیوع ۲٪ و گزارش Sawyer (۱۹۸۴) از نیجریه روی ۲۲۰۳ بچه دبستانی شیوع ۰/۳٪ و گزارش Ghose و Baghdady (۱۹۸۲) روی ۶۰۹۰ بچه دبستانی شیوع ۴/۳٪ را داده اند<sup>(۹)</sup>. اگر چه زبان جغرافیایی در هر زمانی از زندگی وزود هنگام در سال دوم زندگی<sup>(۱۱)</sup> و حتی در نوزادان<sup>(۱۲)</sup> ممکن است مشاهده شود ولی اکثراً در میانسالی دیده می شود<sup>(۱۲)</sup> و ممکن است ۱۰ تا ۱۶ درصد مردم را مبتلا کند<sup>(۱۱)</sup>. مطالعاتی هم شیوع همزمان زبان جغرافیایی و زبان شیاردار را گزارش نموده اند<sup>(۱۳)</sup> ولی بطور کلی شیوع زبان جغرافیایی در سنین پائین تر بیشتر است و شیوع زبان شیاردار با افزایش سن بیشتر می شود. در بررسی Arendorf (۱۹۹۵) در آفریقای جنوبی بر روی ۱۰۵۱ کودک ۱۸ تا ۸۰ ماهه که در ۲۰ مهد کودک صورت گرفت شیوع زبان جغرافیایی ۱/۶٪ و شیوع زبان شیاردار ۰/۸٪<sup>(۱۴)</sup> و در بررسی Reichart شیوع زبان شیار دار در گروه سنی ۳۵-۴۴ ۳/۸٪ و در گروه سنی ۶۵-۷۴ مساوی ۱۹٪ بود<sup>(۶)</sup>. در بررسی ما شیوع زبان شیاردار ۷/۳ درصد بود.

با توجه به نقش اتوپی و زمینه ژنتیکی<sup>(۱۳)</sup> و پراکندگی سنی و نژادی گسترده زبان جغرافیایی بنظر میرسد احتمالاً شیوع بالای اتوپی در جامعه ما که در بررسی فرید حسینی در مشهد ۱۲٪ گزارش گردید<sup>(۱۵)</sup> می تواند توضیحی برای شیوع

مقایسه با افراد جوان بررسی ما (۱۷-۱۰ ساله) این اختلاف منطقی است.

### نتیجه گیری :

در این مطالعه تغییرات فیزیولوژیک مخاط دهان در مقایسه با تغییرات پاتولوژیک از شیوع بالاتری برخوردار بودند و هیچکدام از این تغییرات در زمان معاینه نیاز به درمان نداشتند اگر چه نظر به تغییرات بعدی که ممکن است لیکن پلانوس دهانی متحمل شود کنترل و پیگیری آنها ضروری است زیرا بعضی انواع لیکن پلانوس دهانی در صورتیکه درمان نشوند حتی ممکن است زمینه بروز کانسر دهان باشند.

**پیشنهادات:** با توجه به بالای تغییرات فیزیولوژیک و پاتولوژیک با یا بدون علامت مخاط دهان و امکان برخورد دندانپزشکان با آنها، آگاه کردن دندانپزشکان از شیوع آنها می تواند ذهن آنها را قبل از هر گونه اقدام درمانی یا تشخیصی از قبیل تجویز دارو، انجام تستها و بیوپسی متوجه این تغییرات نماید تا از صرف هزینه ها و ایجاد آسیبهای غیر ضروری جلوگیری بعمل آید.

بالای آن در جامعه ما باشد، اگر چه ارتباط با استرس را نیز بیان نموده اند<sup>(۱۶)</sup>.

شیوع زبان شیاردار در گزارش ابویانس و قائم مقامی بر روی ۴۰۰۹ ایرانی ۲/۵۶٪ بوده است<sup>(۱۷)</sup> و بعضی شیوع خیلی بالاتر و حتی ۷-۱۵٪ را همراه با زمینه ارثی اتوزوم مغلوب برای آن مطرح می نمایند<sup>(۱۸)</sup> که شاید متفاوت بودن شیوع آنرا در جوامع گوناگون مطرح نماید.

تفاوت معنی دار دیگری که در بررسی ما با دیگران وجود داشت شیوع ۰/۳ درصد التهاب گوشه لب در مقایسه با شیوع ۱۵/۱ درصد گزارش شده توسط Arendorf<sup>(۱۴)</sup> بود که تفسیر آن با توجه به چند عاملی بودن علت بروز التهاب گوشه لب که مساله عفونت کاندیدا، سوء تغذیه به ویژه کمبود اسیدفولیک، آهن و کمبود ویتامینهای B و زمینه آتوپی را مطرح می کنند<sup>(۱۹،۱۸)</sup> شاید شیوع بیشتر سوء تغذیه توضیحی برای این اختلالات باشد و یا شیوع بالای آن در بررسی روی افراد مسنی که در خانه سالمندان نگهداری می شوند (گزارش شیوع ۹/۳٪) بیشتر به مساله کاهش ارتفاع عمودی صورت در رابطه با از دست دادن دندانهای طبیعی نسبت داده شود که در

\*\*\*\*\*

### منابع :

1. Laskaris G. Color Atlas of oral Disease. 2<sup>nd</sup> ed. NewYork: Thieme Medical Publisher; 1994. P. 124.
2. Wood NK, Goaz PW. Differential diagnosis of oral and maxillofacial lesions. 5<sup>th</sup> ed. Newyork: Mosby; 1997. P. 106.
3. Neville, Damm, Allen, Bouquot. Oral & maxillofacial pathology. 2<sup>nd</sup> ed. Philadelphia: WB Saunders Co; 2002. P. 680,7.
4. Kleinmon, Swango, Niessen. Epidemiologic studies of oral mucosal conditions. J Community Dent & oral Epid 1991; 19: 129-40.
5. Regezi JJ, Sciubba JJ. Oral pathology, clinical pathologic correlations, 4<sup>th</sup> ed. London: WB Saunders Co; 2003. P. 106.
6. Reichart PA. Oral mucosal lesions in representaive cross sectional study of aging german. J Community Dent and Oral Epid 2000; 28 : 390-98.

7. Ferguson DB. Oral bioscience. 1<sup>st</sup> ed. Newyork: Churchil Livingstone; 1999. P. 296.
8. Greenberg M, Glick M. Burket's oral medicine. 10<sup>th</sup> ed. Philadelphia: BC Decker; 2003. P. 86.
9. Mikkonen K. Mikkonen A. Kotilainen M. Prevalence of different morphologic forms of the human tongue in young finns. J Oral Surg. 1982; 53: 152-6.
10. Mikkonen K. Familial study of fissured tongue. J Scand Dent Res 1988; 96: 366-75.
11. Silverman S, Eversole LR, Truelove E. Essentials of Oral Medicine 1<sup>st</sup> ed. Ontario: BC Decker; 2001. P. 254.
12. Cawson RA, Odell EW. Essentials of oral pathology and oral medicine. 7<sup>th</sup> ed. Edinburgh: Churchil Livingstone; 2002. P. 216.
13. Scully C. Oral disease diagnosis and management. Revised 1<sup>st</sup> ed. London: Marlin Dunitz; 2001. P. 372.
14. Arendorf TM, Vander R. Oral soft tissue Lesion in black preschool south african. J Community Dent & Oral Epid 1996; 24: 196-7.
۱۵. فرید حسینی، رضا. طرح سلامت و بیماری. نشریه بررسی سلامت و بیماری معاونت پژوهشی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تهران. ۱۳۷۰؛ شماره ۱۵.
16. Bricker SL, RP, Miller CS. Oral diagnosis oral medicine and treatment planning. 2<sup>nd</sup> ed. London: Lea & Febiger; 1994. P. 669.
17. Aboyans V, Ghaemmaghani A. The incidence of fissured tongue among 4009 Iranian dental outpatients. J Oral Surg 1973 36: 34-8.
18. Brok, Hoede, Korting, Burgdorf, young. Disease of the Oral mucosa and the lips. 2<sup>nd</sup> ed. London: W.B. Saunders Co; 1996. P.20, 154.
19. Wray DG, Ordon, Lowe, Dagg. Textbook of general and Oral medicine. 1<sup>st</sup> ed. Edinburgh: Churchil Livingstone: 1999. P. 266.