

شیوع شکاف لب و کام در بیمارستان امام خمینی شهر تهران در طی سالهای ۱۳۸۳-۱۳۷۸

دکتر آلتوش بابایان***

دکتر فاطمه نیری**

دکتر عبد الرضا جمیلیان#

خلاصه:

سابقه و هدف: یکی از مشکلات موجود عدم آگاهی از میزان شکاف لب و کام می باشد. با توجه به نبود آمار شیوع شکاف لب و کام در سالهای اخیر در ایران، بدست آوردن آن می تواند پایه دقیقی برای برنامه ریزی های کلان وزارت بهداشت و درمان بیماران باشد. این مطالعه با هدف تعیین شیوع شکاف لب و کام در بیمارستان امام خمینی طی سالهای ۱۳۷۸-۱۳۸۳ و همچنین تعیین عوامل مرتبطه انجام شد. مواد و روشها: این مطالعه به روش جمع آوری داده های موجود (*Existing Data*) انجام شد. در این تحقیق، نوزادان متولد شده در بیمارستان امام خمینی در بین سالهای ۱۳۷۸-۱۳۸۳ بر اساس وجود یا نبود شکاف لب و کام طبقه بندی شدند. سپس یک پرونده بالتر و یک پرونده پایینتر به عنوان گروهی که شکاف نداشتند، در نظر گرفته شدند و عواملی مثل تاریخ تولد نوزاد، جنس نوزاد، محل سکونت والدین، وزن نوزاد، سن مادر، پاریتی مادر، وجود ازدواج فامیلی، وجود بیماری همراه نوزاد، وجود بیماری همراه مادر وجود و نوع شکاف لب و کام بررسی گردیدند. یافته ها با استفاده از آزمون آماری *chi-square* مقایسه شدند.

یافته ها: در این تحقیق از ۱۱۶۵۱ نوزاد زنده متولد شده، ۲۵ نوزاد همراه با شکاف لب و کام بودند، که شیوعی برابر با ۲/۱۴ در ۱۰۰۰ تولد زنده را نشان می دهد. در این تحقیق ۵۲ درصد بیماران دارای شکاف لب و کام و ۳۶ درصد شکاف کام و ۱۲ درصد شکاف لب داشتند. نیمی از نوزادانی دارای شکاف با وزن کمتر از ۲۵۰۰ گرم بدنیا آمده بودند. ۶۰ درصد نوزادان همراه شکاف بیماری زمینه ای دیگری نیز داشته اند. ۳۱/۸٪ از نوزادان مبتلا حاصل ازدواج فامیلی بودند.

نتیجه گیری: این تحقیق نشان داد که شیوع شکاف لب و کام ۲/۱۴ در ۱۰۰۰ تولد زنده بوده است، و نسبت به جوامع دیگر هنوز در مقام بالاتری قرار دارد. در ضمن در نوزادان متولد شده با وزن کم و نوزادانی که بیماری همراه دیگری نیز دارند و نوزادان حاصل از ازدواج فامیلی شکاف بیشتر دیده شد.

کلید واژه ها: شیوع، شکاف لب، شکاف کام

E mail : info@Jamilian.net

مقدمه:

می شود. در حال حاضر در کشور ایران اطلاع دقیقی از میزان شکاف لب و کام موجود نیست و آنچه موجود است مربوط به گذشته است و آمار مختلف دارای اختلافات وسیع با همدیگر می باشد. بطوریکه این شیوع در تهران ۳/۷۳ از هر ۱۰۰۰ تولد (۵) تا به میزان ۱/۰۳ در ۱۰۰۰ تولد گزارش شده است (۶). عدم وجود آمار دقیق از وضعیت کنونی بیماران شکاف لب و کام می تواند در برنامه ریزی های کلان وزارت بهداشت و درمان ایجاد اختلال کند. هدف از این تحقیق تعیین شیوع شکاف لب و کام روی نوزادان زنده متولد شده و بررسی عوامل مرتبطه در نوزادان در بیمارستان امام خمینی شهر تهران در طی سالهای ۱۳۸۳-۱۳۷۸ بود.

مواد و روشها:

این مطالعه به صورت توصیفی و به روش جمع آوری داده ها انجام گرفت. ابزار آن شامل بررسی پرونده ها و تکمیل فرم اطلاعاتی بود. پرونده ها در هر کدام از سالهای مورد نظر بررسی شدند و بر اساس وجود یا نبود شکاف لب و کام طبقه بندی

یکی از مشکلات موجود نداشتن آمار دقیق از میزان شکاف لب و کام می باشد. در بین ناهنجاریهای مادرزادی و دفورمیتی های اسکلتی بدن میزان وقوع شکاف لب و کام در رتبه دوم در سطح جهان قرار گرفته است (۱،۲). طبق آمار در آمریکا از هر ۷۰۰ تولد یک نوزاد دچار این ناهنجاری است و سالانه ۵۰۰۰ کودک مبتلا به شکاف لب و کام دیده به جهان می گشایند (۱،۲). این به معنای آن است که هر دو دقیقه یک کودک با شکاف لب و کام دیده به جهان می گشاید (۳). کودکانی که با شکاف لب و کام متولد می شوند مشکلات فراوانی دارند که جهت درمان موفق باید نسبت به رفع آنها اقدام نمود، پیچیدگی این مشکل همکاری پزشکان متعددی را با دانش و مهارت های لازم برای تأمین درمان جامع می طلبد (۴). عدم برخورد با این مشکل باعث اختلالات زیادی در کودک از جمله ناتوانی در خوردن و آشامیدن و مشکلات تنفسی، عدم تکامل دندانی به نحو صحیح، مشکلات زیبایی صورت، عوارض روحی روانی، عوارض شنوایی و گفتاری و در صورت عدم درمان حتی باعث مرگ نوزاد

یافته ها:

این تحقیق بر روی پرونده ۱۱۶۵۱ نوزاد زنده متولد شده در بیمارستان امام خمینی در بین سالهای ۱۳۸۳-۱۳۷۸ انجام شده است که از بین این تعداد تولد زنده ۲۵ نوزاد همراه با شکاف لب و کام ثبت شده اند، که شیوعی برابر با ۲/۱۴ در ۱۰۰۰ تولد زنده را نشان می دهد. با توجه به این شیوع در نمونه های مورد بررسی شیوع شکاف با احتمال ۹۵ درصد از حداقل ۱/۹ تا ۲/۳۴ در ۱۰۰۰ تولد زنده بوده است.

محل سکونت تمام متولدین، هم گروهی که شکاف داشتند و هم گروهی که سالم بودند، در بین سالهای ۱۳۸۳-۱۳۷۸ در محدوده تهران بود. طبقه بندی نوزادان بر مبنای نوع شکاف در جدول شماره ۱ نشان می دهد که بیشترین شیوع به میزان ۵۲ درصد در بیماران دارای شکاف لب و کام و کمترین شیوع با میزان ۱۲ درصد در بیماران دارای فقط شکاف لب مشاهده می شود. توزیع نوزادان زنده متولد شده دارای شکاف بر حسب جنس در جدول شماره ۲ دیده می شود و نشان می دهد که ۴۸ درصد از بیماران پسر و ۵۲ درصد دختر بوده اند. توزیع نوزادان دارای شکاف لب و کام و گروه بدون شکاف بر حسب عوامل مرتبط در جدول شماره ۳ دیده می شود.

جدول شماره ۱: توزیع نوزادان دارای شکاف لب و کام بر حسب نوع

شکافها در متولدین زنده بیمارستان امام خمینی در بین سالهای ۱۳۸۳-۱۳۷۸

فرآوانی نوع شکاف لب و کام	مطلق	درصد	Birth Prevalence (در 1000 تولد)
شکاف لب	3	12	0/26
شکاف لب و کام	13	52	1/11
شکاف کام	9	36	0/77
جمع	25	100	2/14

جدول شماره ۲: توزیع نوزادان زنده متولد شده دارای شکاف بر حسب جنس

در بیمارستان امام خمینی در بین سالهای ۱۳۸۳-۱۳۷۸

جنس نوع شکاف	دختر (درصد)	پسر (درصد)	جمع (درصد)
شکاف لب	2 (8%)	1 (4%)	3 (12%)
شکاف لب و کام	7 (28%)	6 (24%)	13 (52%)
شکاف کام	4 (16%)	5 (20%)	9 (36%)
جمع	13 (52%)	12 (48%)	25 (100%)

شدند. این شکاف معمولاً از لب بالا شروع می شود و بعد از گذشتن از استخوان آلوئول تا کام سخت و گاهی نرم گشیده می شود. نوزادانی که دارای شکاف لب و کام بودند به سه گروه شکاف لب به تنهایی، شکاف لب و کام و شکاف کام به تنهایی طبقه بندی شدند. مقرر گردید بیمارانی که دارای هر نوع شکاف فوق باشند، به عنوان گروهی که دارای شکاف لب و کام است، ارزیابی شوند و یک پرونده بالاتر و یک پرونده پایینتر از هر کدام از نوزادان مورد نظر به عنوان گروهی که شکاف ندارند، انتخاب گردد. به منظور بررسی عوامل مرتبط در ایجاد شکاف لب و کام موارد زیر از هر دو گروه استخراج گردید. تاریخ تولد نوزادان ثبت شد این تاریخ شامل روز، ماه و سال تولد بود. نوزادان از نظر جنس نیز به دو گروه پسر و دختر طبقه بندی شدند. نوزادان از نظر وزنی نیز بررسی شدند که در یکی از سه گروه (۱- زیر ۲۵۰۰ گرم ۲- ۲۵۰۰ تا ۴۰۰۰ گرم ۳- بالای ۴۰۰۰ گرم) قرار گرفتند. مادران نوزادان از نظر سنی در زمان زایمان نیز بررسی شدند و در چهار گروه، که عبارتند از ۱- زیر ۲۰ سال ۲- بین ۲۰ تا ۲۵ سال ۳- بین ۲۵ تا ۳۰ سال ۴- مادران بالای ۳۰ سال قرار گرفتند. برخی از نوزادان علاوه بر شکاف لب و کام دارای بیماری دیگری نیز بودند در این مرحله نوزادان به دو گروه کاملاً سالم و دارای بیماری تقسیم بندی شدند. نوزادان بیمار کسانی بودند که علاوه بر شکاف لب و کام دارای سندرم یا مشکلات کرانیوفاشیال و یا مشکلات سیستمیک بودند. مادران نوزادان از نظر دارا بودن بیماری بررسی شدند و به دو گروه سالم و دارای بیماری طبقه بندی گردیدند در گروه دوم هر نوع بیماری چه در دوران حاملگی و چه بیماری که همواره مادر با آن درگیر بوده است، در نظر گرفته شد. نوزادان از نظر چندمین پاریتی مادر بودن (پاریتی مادر به معنی این است که نوزاد، چندمین زایمان مادر بوده است)، به سه گروه ۱- اولین پاریتی ۲- دومین پاریتی ۳- سومین پاریتی و بیشتر، طبقه بندی شدند. وجود ازدواج فامیلی (روابط خانوادگی نزدیک مثل دختر عمو و پسر عمو، دختر خاله و پسر خاله، جزء...) یا نبودن آن، از پرونده های نوزادان استخراج شد. محل سکونت والدین نوزادان نیز به دو گروه کسانی که در شهر تهران زندگی می کنند و کسانی که خارج از تهران زندگی می کنند، طبقه بندی گردید. این اطلاعات در فرمهای اطلاعاتی و در جداول آماری طبقه بندی شدند. عوامل مرتبط ذکر شده در گروهی که دارای شکاف بودند با گروهی که شکاف نداشتند توسط آزمون آماری *chi-square* مقایسه گردیدند.

جدول شماره ۳: توزیع نوزادان دارای شکاف لب و کام و گروه بدون شکاف بر حسب عوامل مرتبط، در نوزادان زنده متولد شده در بیمارستان امام

خمینی در بین سالهای ۱۳۸۳-۱۳۷۸

شکاف عوامل مرتبط	ندارد $n = 50$	دارد $n = 25$	آزمون <i>Chi-square</i>	OR در نمونه	OR در جامعه
جنس دختر پسر	21(42%) 29(58%)	13(52%) 12(48%)	0/5	-	-
سن مادر کمتر از 30 سال 30 سال و بیشتر	39(78%) 11(22%)	15(60%) 10(40%)	0/1	-	-
پاریتی 1 و 2 3 <=	37(74%) 13(26%)	19(79/2%) 5(20/8%)	0/7	-	-
بیماری مادرزادی نوزاد ندارد دارد	47(94%) 3(6%)	10(40%) 15(60%)	0/001	17/2	4/7-63/2
ازدواج فامیلی خیر بله	46(92%) 4(8%)	15(68/2%) 7(31/8%)	0/01	5/36	1/38-20/9
بیماری زمینه ای مادر ندارد دارد	34(68%) 16(32%)	21(84%) 4(16%)	0/2	-	-
فصل بهار تابستان پاییز زمستان	18(36%) 2(4%) 16(32%) 14(28%)	8(32%) 1(4%) 8(32%) 8(32%)	0/4	-	-
وزن نوزاد بیشتر از 2500 گرم کمتر از 2500 گرم	41(82%) 9(18%)	12(50%) 12(50%)	0/004	4/56	1/5-13/4

بحث:

نقش عوامل مرتبط با داشتن شکاف لب و کام به ترتیب عوامل مرتبط در جدول شماره ۳ ارائه شده است و نشان می دهد که جنس، سن مادر، پاریتی، بیماری زمینه ای و فصل زایمان نقشی با بروز شکاف لب و کام نداشته است ولی بیماری مادرزادی نوزاد، ازدواج فامیلی، نوزادان کم وزن هنگام تولد، با شکاف لب و کام همخوان بوده اند به طوریکه نوزادانی که دارای شکاف لب بوده اند ۶۰٪ دارای بیماری مادرزادی بوده اند و نوزادان فاقد شکاف فقط ۶٪ بیماری مادرزادی داشته اند $p < 0/001$ و

این تحقیق نشان داد که شیوع شکاف لب و کام در نوزادان زنده متولد شده برابر ۲/۱۴ در ۱۰۰۰ تولد زنده است. بیشترین میزان شکاف، در بیماران شکاف لب و کام با ۵۲٪ مشاهده شد. سپس ۳۶٪ از بیماران دارای شکاف کام و فقط ۱۲٪ دارای شکاف لب بودند با توجه به جدول شماره ۲ می توان نتیجه گرفت در این تحقیق میزان جنس نوزاد در بروز شکاف نقشی نداشته است به طوریکه از کل بیماران دارای شکاف ۵۲٪ دختر و ۴۸٪ پسر بوده اند.

شکاف لب و کام در بین سالهای ۱۹۹۰-۱۹۸۰ برابر ۱/۲۸ در ۱۰۰۰ تولد زنده توسط *Gragg* و همکارانش بدست آمده است (۱۲) *Amaratunga* و همکارانش در سریلانکا در سال ۱۹۸۹ شیوع شکافها را ۱/۰۲ در ۱۰۰۰ تولد بدست آورد (۱۳) در کشورهای ذکر شده میزان شیوع نسبت به تحقیق اخیر کمتر است. که دلایل مختلفی می تواند در آن نقش داشته باشد مثل متفاوت بودن نژاد و جغرافیای ساکنان این کشورها و ایران، در نظر گرفته شدن بیش از یک بیمارستان و منطقه در تحقیق های مختلف، تأثیر روش زندگی در کشورهای فوق الذکر و کشور ایران، شیوع ازدواج فامیلی در کشورهای مختلف، وجود استرس، نحوه تغذیه مادر، بیماریهای زمینه ای مادرکه اینها همه می توانند جزء عامل موثر به حساب بیایند که قابل تحقیق است.

طاهر در تهران شیوع شکاف لب و کام را در بین سالهای ۱۹۸۳ تا ۱۹۸۸ بدست آورد که شیوعی برابر با ۳/۷۳ در ۱۰۰۰ تولد بدست آورد که بیشتر از دیگر مقالات بوده است که علت آن را وجود گاز شیمیایی خردل ناشی از جنگ ایران و عراق گزارش کرده است (۵).

در مقاله مربوط به کرواسی که توسط *Magdalenic* و همکارانش انجام شد، بین شکافهای صورت، شکاف لب و کام (۴۳/۹ درصد) بیشترین جمعیت را در بر گرفته و سپس شکاف کام (۳۸/۲ درصد) و شکاف لب (۱۷/۲ درصد) بوده است (۳)، که مشابه تحقیق حاضر می باشد. در مطالعه ای که در سال ۲۰۰۰ رجیبیان و شرکت در ایران انجام داده بودند، نتایج مشابه تحقیق حاضر بوده است. به طوریکه شکاف لب و کام بیشترین درصد (۴۷/۷ درصد) و بعد شکاف لب (۳۴/۹ درصد) و سپس شکاف کام (۱۷/۴ درصد) بوده است (۶). در تحقیق مربوط به طاهر که در تهران انجام شده است شیوع شکاف لب و کام بیشترین درصد (۵۶/۹۶ درصد) و بعد شکاف لب (۲۶/۵۸ درصد) سپس شکاف کام (۱۶/۴۵ درصد) گزارش شده است (۵). در تحقیق مربوط به *Bolivia* که توسط *MC Leod* انجام شد ۵۴ درصد از بیماران دارای شکاف لب و کام و ۴۳ درصد دارای

نوزادان دارای شکاف لب و کام ۱۷ برابر بیشتر از کودکان فاقد شکاف لب و کام در مواجهه با بیماری زمینه ای نوزاد بوده اند. نوزادان دارای شکاف لب و کام ۳۱/۸٪ محصول ازدواج فامیلی بوده اند و عامل ازدواج فامیلی در ۸٪ نوزادان فاقد شکاف لب و کام مشاهده شد $p < 0/01$. نوزادان دارای شکاف لب و کام حداقل ۵ برابر بیشتر از گروه فاقد شکاف لب و کام در مواجهه با ازدواج فامیلی بوده اند و بالاخره در ۵۰٪ نوزادان دارای شکاف لب و کام وزن کمتر از ۲۵۰۰ گرم مشاهده شد و در ۱۸٪ بیماران فاقد شکاف لب و کام وزن کمتر از ۲۵۰۰ گرم مشاهده شد $p < 0/004$. نوزادان دارای شکاف لب و کام ۴ برابر بیشتر از نوزادان فاقد شکاف در مواجهه با وزن کم بوده اند، یا به تعبیر دیگر، بیماری مادرزادی نوزاد، ازدواج فامیلی و نیز وزن کم نوزاد با بروز شکاف نقش داشتند.

شیوع شکاف لب و کام در استکهلم سوئد در بین سالهای ۱۹۹۱ تا ۱۹۹۵ توسط *Hagberg* و همکارانش ۲/۰ در ۱۰۰۰ تولد بدست آمده است (۷) که تقریباً مشابه تحقیق بیمارستان امام خمینی می باشد *Magdalenic* و همکارانش در بین سالهای ۱۹۹۸-۱۹۸۸ شیوع شکاف لب و کام را در کرواسی ۱/۷۱۷ در ۱۰۰۰ تولد زنده بدست آوردند (۳). رجیبیان و شرکت در بین سالهای ۱۹۹۱-۱۹۷۶ شیوع شکاف لب و کام را در ایران ۱/۰۳ در ۱۰۰۰ تولد بدست آوردند (۶). در مطالعه بولیوی که توسط *McLeod* و همکارانش در سال ۲۰۰۴ انجام شد شیوعی برابر با ۱/۲۳ در ۱۰۰۰ تولد گزارش شده است (۸). در مطالعه جمعیت جمهوری کره توسط *Sukwha Kim* و همکارانش شیوع شکاف لب و کام بین سالهای ۱۹۹۳ تا ۱۹۹۵، ۱/۸۱ در ۱۰۰۰ تولد زنده اعلام شده است (۹). شیوع شکاف لب و کام در ایرلند غربی ۱/۱۴ در ۱۰۰۰ تولد توسط *Hewson* و همکارانش در بین سالهای ۱۹۹۶-۱۹۸۰ اعلام شده است (۱۰). شیوع شکافها در جنوب شرقی اسکاتلند ۱/۴ در ۱۰۰۰ تولد در بین سالهای ۱۹۷۱ تا ۱۹۹۰ توسط *Bellis* و همکارانش گزارش شده است (۱۱). در ایرلند شمالی شیوع

در اکثر گزارشات شکاف لب بیشتر در مردان دیده شده است (۸،۹). شکاف منحصر به کام نادر تر از شکاف لب و کام است. شکاف کام به تنهایی اغلب زنان را بیشتر از مردان درگیر می کند و نسبت آن ۲ به ۱ است (۱۴). در تحقیق حاضر در مورد فصل تولد در سه فصل بهار، پاییز و زمستان میزان شیوع شکاف لب و کام برابر و ۳۲ درصد بوده است اما در تابستان این میزان به شدت کاهش و به ۴ درصد رسیده است که میزان چشمگیری می باشد، اما مقایسه این مورد با گروهی که شکاف نداشت، تفاوت معنی داری نداشته است. در مطالعه مربوط به ظاهر گزارش شده که در جامعه ایرانی به نظر می رسد که رابطه ای بین فصل و افزایش شیوع باشد که به این صورت است که در ماههای اول تابستان شیوع افزایش و در ماههای اول زمستان کاهش می یابد (۵) که نتایج بر عکس تحقیق حاضر می باشد. تعداد زیادی از

محققین از جمله *Hag, Wehrug* در سال ۱۹۷۰ و *Edwards* در سال ۱۹۶۱، بر تنوع فصلی در فراوانی وقوع تأکید داشتند (۱۴). ولی در مورد اینکه در کدام فصل این مشکل شایع تر می باشد نیاز به مطالعه و بررسی بیشتری دارد. در مورد سن مادران نوزادان متولد شده در بیمارستان امام خمینی بیشترین شیوع در بین سن های ۲۵-۲۰ سال و ۳۰ سال و بالاتر دیده شد، که اختلاف معنی داری با گروهی که شکاف لب و کام نداشتند، نداشت. در تحقیق مربوط به ایران که توسط رجیبیان و شرکت در بین سالهای ۱۹۸۵-۱۹۷۶ انجام شد نیز در بین گروه دارای شکاف و گروه بدون شکاف اختلاف معنی داری وجود نداشت (۶).

در مطالعه مربوط به جنوب ایران که در بین سالهای ۱۹۹۱-۱۹۷۶ توسط رجیبیان و شرکت انجام شد، در مورد ازدواج فامیلی از بین ۱۶۶۹ بیمار (۴۵/۸٪) دارای پدر و مادر فامیل بودند. این مورد در گروه کنترل ۴۳/۱٪ بوده است. (۶).

در بین کودکانی که واجد مالفورماسیون های مادرزادی دیگری نیز هستند، شکاف کام بیشتر دیده می شود و آنومالیهای وابسته

شکاف لب به تنهایی و ۱۴ درصد دارای شکاف کام به تنهایی بودند (۸). در تحقیق مربوط به جمهوری کره که توسط *Sukwha Kim* انجام شد بیشترین درصد شیوع مربوط به شکاف کام ۳۵/۸ درصد و سپس شکاف لب ۳۴/۱ درصد و سپس شکاف لب و کام ۳۰/۱ درصد بوده است.

در مورد تحقیق حاضر از تعداد ۲۵ نفر مبتلا به شکاف لب و کام که از ۱۱۶۵۱ نفر تولد زنده بدست آمده است، نسبت مرد به زن ۱ به ۱/۱ بوده است. این مورد در گروهی که شکاف نداشتند، ۱ به ۰/۷۲ بوده است که اختلاف معنی داری با هم ندارند. در مورد شکاف کام که در اکثر مقالات و مراجع در زنها بیشتر است، در این تحقیق در مردان بیشتر از زنان (۵ به ۴) دیده شده است. در مورد شکاف لب و شکاف لب و کام هر دو در این تحقیق بیشتر در خانمها دیده شده است.

در مطالعه مربوط به رجیبیان و شرکت، شیوع شکافها در مردان بالاتر از زنان بوده است. ولی شیوع شکاف لب در زنها بیشتر از مردان دیده شده است که مشابه تحقیق اخیر بیمارستان امام خمینی است، اما با مقالات سایر کشورها متفاوت می باشد (۶). در مطالعه مربوط به کرواسی که توسط *Magdanelic* و همکارانش انجام شده، نسبت مرد به زن ۹ به ۱ بوده است. در مورد شکاف کام مطابق با مقالات و مراجع قبلی، نسبت زن به مرد بیشتر و ۴ به ۱ بوده است (۳). در مقاله مربوط به *Bolivia* که توسط *MC Leod* انجام شد در هر سه مورد شکاف لب، شکاف لب و کام و شکاف کام در مردان بیشتر از زنان دیده شده است (۸). در مقاله مربوط به جمهوری کره که توسط *Sukwha Kim* و همکارانش انجام شد، شیوع شکاف لب، شکاف لب و کام در مردان بیشتر از زنان و شیوع شکاف کام در زنان بیشتر از مردان دیده شده است (۹). در تحقیق *Hewson* و همکارانش در ایرلند انجام شد، شیوع شکاف لب در هر دو جنس بطور یکسان دیده شده، شیوع شکاف کام در زنان بیشتر بوده و شکاف لب و کام در مردان بیشتر دیده شده است (۱۰).

کشورهای مختلف، نحوه تغذیه مادر، بیماریهای زمینه ای مادر و یا وجود استرس همچنان بالا در اجتماع امروز باشد. با توجه به اینکه این مطالعه بخشی از جمعیت تهران را شامل گردید، لذا به انجام مطالعه در سایر نقاط کشور بمنظور مقایسه آمار و علل مرتبط از جمله ازدواج فامیلی، بیماری نوزاد، استفاده از دارو در هنگام حاملگی توصیه می شود.

دیگر نیز در بیماران مبتلا به شکاف نسبت به جوامع طبیعی شایعتر است.

در تحقیق حاضر در مورد بیماری مادر در زمان بارداری (بیماری زمینه ای مادر)، در نوزادانی که مادر بیمار داشته اند ۱۶ درصد و در نوزادانی که مادر سالم داشته اند ۸۴ درصد شکاف لب و کام دیده شده است که در مقایسه با گروهی که شکاف نداشتند، اختلاف معنی داری وجود نداشت.

به دلیل اینکه در ایران تمام مادران حامله به معاینات دوره ای بطور مرتب نمی روند شاید مادرانی که در پرونده سالم گزارش شده اند دارای بیماری نهفته باشند یا اینکه به دلایل مختلف در دوران حاملگی از دارو استفاده کرده باشند که به یاد نداشته و در پرونده ذکر نشده است، یا اینکه در ماههای اول حاملگی از حامله بودن خود آگاهی نداشته و از دارو استفاده کرده باشند یا در معرض اشعه X قرار گرفته باشند. تمام اینها قابل تحقیق است اما به دلیل *Existing Data* بودن این تحقیق از، بررسی دور مانده اند.

در جمع بندی به نظر می رسد که میزان شیوع شکاف لب و کام بیش از میزان معمول است و این میزان نسبت به جوامع و کشورهای دیگر خیلی بالاتر است، بنابراین لازم است عوامل اتیولوژیک بیشتر مورد بررسی واقع شود، شاید استرس بالا ناشی از جنگ و یا آثار گازهای شیمیایی در جنگ هشت ساله ایران و عراق از عوامل میزان بالاتر بودن شیوع شکاف لب و کام باشد. با توجه به جدول شماره ۳ نوزادان مبتلا به شکاف لب و کام در مواجهه بیشتر با جنس خاص، سن مادر، پاریتی مادر، بیماری زمینه ای مادر، نوع فصلی که بیمار متولد شده است، نبوده است. این تحقیق نشان داد که نوزادان دارای شکاف لب و کام بیشتر در مواجهه با بیماری مادرزادی نوزاد، ازدواج فامیلی، وزن کم هنگام تولد (کمتر از ۲۵۰۰ گرم) بوده اند. بطور کلی میزان شیوع شکاف در ایران نسبت به بسیاری از جوامع همچنان بالا می باشد. عامل این افزایش می تواند تفاوت نژادی، تأثیر روش زندگی در کشورهای فوق الذکر و کشور ایران، شیوع ازدواج فامیلی در

References:

- 1) Peterson L, Ellis E, Hupp JR, Tucker MR. Contemporary Oral and Maxillofacial Surgery, third edition. United States of America: Mosby; 1992, 538-55.
- 2) Bellis TH, Wohlgam B. The Incident of Cleft Lip and Palate Deformities in United State. J. Orthod 2000; 26: 121-125.
- 3) Magdalenic M, Bagatin M. An Epidemiological study of Orofacial Clefts in Croatia 1988-1998. J Craniomaxillofac Surg 2005; 33(2): 85-90
- 4) MC Donald RE, Avery DR. Dentistry for the Child and Adolescent, Seventh edition. St. Louis Missouri: Mosby; 2000, 742-73.
- 5) Taher A. Cleft /lip and Palate in Tehran. Cleft Palate Craniofacial J. 1992; 29(1): 15-16.
- 6) Rajabian MH, Sherkat M. An epidemiologic study of Oral Clefts in Iran : analyses of 1669 cases. Cleft Palate Craniofac J. 2000 ; 37(2) : 191-6.
- 7) Hangberg C, Larson O, Milerad J. Incidence of Cleft Lip and Palate and Risks of additional malformations. Cleft Palate Craniofac J. 1998; 35(4): 40-45.
- 8) McLeod NM, Urioste ML, Saeed NR. Birth prevalence of Cleft Lip and Palate in Sucre Bolivia. Cleft Palate Craniofac J. 2004; 41(2): 195-8.
- 9) Sukwha Kim, Woo Jung Kim, Changhyun Oh, et al . Cleft Lip and Palate Incidence Among the live Births in the Republic of Korea. J. Korean Med Sci 2002; 17: 49-52.
- 10) Hewson AR, Mcnamara CM. Cleft Lip and / or Palate in the west Ireland 1980-1996. Spec Care Dentist 2000; 20 (4): 143-6.
- 11) Bellis TH. The Incidence of Cleft Lip and Palate Deformities in the South-East of Scotland (1971-1990). British Journal of Orthodontics 1999; 26: 121-125.
- 12) Gregg T, Boyd D, Richardson A. The Incidence of Cleft Lip and Palate in Northern Ireland from 1980-1990. Br J Orthod. 1994; 21(4): 387-92.
- 13) Amaratunga AN, Chandraskera A. , Incidence of Cleft Lip and Palate in Sri Lanka. J Oral maxillofac Surg 1989; 46(6): 559-61.