

# بررسی مقایسه‌ای سن دریافت خدمات درمانی مختلف در بیماران مراجعه کننده به تیم شکاف کام اصفهان

فاطمه درخشنده<sup>۱</sup>، هدیه هاشمی\*، مهرداد معمارزاده<sup>۲</sup>

## چکیده

**مقدمه:** به علت مشکلات متعدد بیماران مبتلا به انواع شکاف کام و لب، مدیریت درمانی آن‌ها کار تیمی و میان رشته‌ای را می‌طلبد. مطالعه حاضر با هدف، بررسی مقایسه‌ای سن شروع گفتاردرمانی، جراحی ثانویه کام، پیوند استخوان آلوئول و ارتودنسی در دو گروه مراجعان زود هنگام و مراجعان دیر هنگام به تیم شکاف کام صورت پذیرفت.

**مواد و روش‌ها:** در این بررسی ۲۶۰ پرونده از بیماران مبتلا به انواع شکاف‌های کام و لب بر اساس سن ورود به تیم شکاف کام به دو گروه مراجعان زود هنگام و مراجعان دیر هنگام تقسیم شدند و از نظر چهار متغیر میانگین سن شروع گفتاردرمانی، میانگین سن جراحی‌های ثانویه و جراحی آلوئول و سن شروع خدمات ارتودنسی از طریق آزمون t-test مورد بررسی و مقایسه قرار گرفتند.

**یافته‌ها:** بر اساس نتایج حاصل از این پژوهش، از میان ۱۳۴ نفری که به گفتاردرمانی مراجعه کرده بودند، میانگین سن شروع گفتاردرمانی در مراجعه کنندگان زود هنگام ۳/۳ سال و در گروه مراجعه کنندگان دیر هنگام ۹ سال بود. از مجموع ۴۷ نفری که جراحی ثانویه داشته‌اند، میانگین سن انجام جراحی در مراجعین زود هنگام ۳/۸۸ و در گروه دوم ۱۵/۷ سال بود. از مجموع ۱۷ نفری که جراحی پیوند استخوان آلوئول داشته‌اند، میانگین سن انجام جراحی در گروه اول ۹ سال و در گروه دوم ۱۶/۶۹ سال و از ۲۴ نفری که خدمات ارتودنسی دریافت کرده بودند، میانگین سن شروع ارتودنسی در مراجعین زود هنگام ۷/۶۶ و در گروه دیگر ۱۷/۰۵ سال بود.

**نتیجه‌گیری:** یافته‌های به دست آمده حاکی از آن است که سن انجام جراحی‌های ثانویه و آلوئول و سن شروع خدمات گفتاردرمانی و ارتودنسی در مبتلایان به شکاف لب و کام در دو گروه مراجعه کنندگان زود هنگام و دیر هنگام به تیم، تفاوت معنی‌داری دارند.

**کلید واژه‌ها:** شکاف کام، جراحی ثانویه، گفتاردرمانی، مداخله زود هنگام

تاریخ دریافت: ۹۰/۱/۲۲

تاریخ پذیرش: ۹۰/۷/۱۱

## مقدمه

را تجربه می‌کنند، از جمله این مشکلات می‌توان به انحرافات شدید در گفتار و زبان، مشکلات اجتماعی- روانی، انسداد راه هوایی فوقانی، ناهنجاری‌های فکی و دندانی، مشکلات قبل و بعد از جراحی‌ها مثل خونریزی‌ها و... اشاره کرد. روشن است که این مشکلات عدیده فقط با درمان انفرادی حل نمی‌شود و مدیریت تیمی و میان رشته‌ای را می‌طلبد که علاوه بر ارایه

شکاف لب و کام شایع‌ترین ناهنجاری مادرزادی فک و صورت و چهارمین نقص مادرزادی زمان تولد به شمار می‌رود. شیوع این اختلال ۱ نفر در هر ۶۵۰ تولد زنده می‌باشد که آمار آن بیشتر از اختلالاتی همچون نقایص لوله عصبی و حتی سندرم داون است (۱). این کودکان در طی دوره رشد مشکلات زیادی

\* دانشجوی کارشناسی ارشد، گروه گفتاردرمانی، دانشکده علوم توانبخشی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

Email: hashemihedieh@yahoo.com

۱- دانشجوی دکتری، گروه گفتاردرمانی، دانشکده علوم توانبخشی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

۲- دانشیار، فوق تخصص جراحی اطفال، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.

واجی آن‌ها و نیز کاهش تعداد خطاهای جبرانی در تولید اشاره شد.

در مورد زمان مناسب برای جراحی‌های ثانویه نیز نظرات متفاوتی مطرح است، برخی از منابع مناسب‌ترین سن برای انجام جراحی ثانویه را بلافاصله بعد از تشخیص قطعی بی‌کفایتی دریچه Velopharynx (VP) دانسته‌اند (۴). در حقیقت سنی که کودک شروع به تکلم به صورت گفتار پیوسته می‌کند و به خوبی قادر است در روند تشخیص با درمانگر همکاری کند را زمان مناسبی برای تشخیص بی‌کفایتی دریچه VP می‌دانند (۶). بهترین سن برای انجام جراحی‌های ثانویه ۳/۵-۵ سال است که شانس موفقیت آن ۹۰ درصد می‌باشد و هر چه این سن افزایش یابد و خطاهای تولید جبرانی مزمن‌تر شود، احتمال موفقیت جراحی نیز کاهش خواهد داشت (۵). البته این نکته قابل ذکر است که امکان جراحی‌های ثانویه در بزرگسالان نیز وجود دارد، اما میزان موفقیت آن بسیار کم‌تر است. آمارها نشان می‌دهند چنان چه سن جراحی ثانویه تا سنین نوجوانی یا اواخر کودکی به تعویق افتد، شانس موفقیت آن از ۹۰ درصد به ۵۰ درصد کاهش خواهد یافت (۵).

در مطالعه‌ای پژوهشگران به بررسی تأثیرات زود هنگام جراحی‌های ثانویه در سنین ۴-۵ سالگی پرداختند و کمتر بودن میزان نیزالیتی، خطاهای تولیدی محدودتر و قابلیت وضوح بیشتر گفتار را نسبت به جراحی‌های با تأخیر گزارش نمودند (۱۱).

در مورد سن انجام پیوند استخوان آلوئول نیز نظرات متعددی مطرح است. تعدادی از متخصصین به انجام این جراحی در زمان جراحی کام یعنی قبل از رویش دندان‌ها حدود ۲۴-۱۵ ماهگی (۱۲، ۵) و تعدادی نیز به انجام جراحی با تأخیر و در زمان رویش دندان‌های دایمی (Mixed dentition) اشاره می‌کنند (۱۳، ۱۲، ۵) که به طور میانگین این سن نزد جراحان فک و صورت بین ۹-۶ سالگی می‌باشد (۱۴). عواقب ناگوار انجام دیر هنگام این نوع جراحی شامل به تأخیر افتادن مداخلات دیگر همچون گفتاردرمانی و ارتودنسی، بی‌نظمی دندان‌ها و بدشکلی چهره و در نتیجه کاهش اعتماد به نفس،

بهترین خدمات در زمان مناسب و کاهش هزینه‌ها، موجب افزایش حمایت عاطفی و روانی از خانواده‌ها نیز می‌گردد (۲).

به علاوه مداخلات درمانی مربوط به هر یک از مشکلات این گروه از بیماران اعم از مشکلات گفتاری، تغذیه‌ای، دندان‌ی و شنوایی بایستی در سنین مناسب ارایه گردند تا ضمن پیش‌گیری از اختلالات بعدی، بیش‌ترین اثرات درمانی را نیز داشته باشند؛ چرا که مداخلات دیر هنگام، گاه پیامدهای منفی بسیاری به دنبال دارد و گاهی نیز کاملاً بی‌اثر هستند.

به عنوان مثال در مورد سن مناسب برای شروع گفتار درمانی در این گروه از کودکان، منابع متعددی آن را بین ۳-۲/۵ سالگی ذکر کرده‌اند (۷-۳)، و نیز اظهار داشته‌اند که حدود ۹۵ درصد از کودکانی که با شکاف کام و لب به دنیا می‌آیند، می‌توانند با مدیریت درمانی بهینه تا سن ۶-۵ سالگی به گفتار و زبانی مطابق با همسالان طبیعی خود دست یابند (۸). در مقابل شروع دیر هنگام خدمات گفتاردرمانی، پیامدهای منفی زیادی به همراه دارد که برخی از آن‌ها شامل تثبیت خطاهای تولیدی در گفتار به صورت عادات تولیدی و در نتیجه مقاومت به درمان، تأثیرات نامناسب روحی-روانی-اجتماعی بر کودک در سنین مدرسه، انجام جراحی‌های ثانویه غیر ضروری به منظور اصلاح گفتار و یا از دست دادن فرصت‌ها برای مداخلات درمانی دیگر، صرف هزینه و وقت بیشتر برای جلسات گفتار درمانی در سنین بالاتر و تأثیرات منفی آن بر تحصیل فرد می‌باشند (۸).

در مطالعه‌ای که توسط Hardin-Jones و Chapman، برای تعیین تأثیر مداخله زود هنگام روی رشد گفتاری و واژگانی ۱۰ کودک ۲/۵ ساله انجام شد، مشخص گردید که کودکانی که خدمات گفتاردرمانی زود هنگام دریافت کرده بودند نسبت به آن‌هایی که این خدمات را دریافت نکرده یا دیر هنگام دریافت کرده بودند، در تولید صداهای روان عملکرد بهتری داشتند (۹).

در مطالعه دیگری که توسط Kaiser و Scherer (۲) و Scherer و همکاران (۱۰) روی این کودکان انجام شد، به تأثیر مثبت مداخله گفتاری زود هنگام در رشد واژگانی، افزایش خزانه

زود هنگام و دیر هنگام در مراجعین خود پرداخته‌اند، وجود دارد که از آن جمله می‌توان به مطالعه‌های Vlastos و همکاران (۱۶) و Austin و همکاران (۱۷) اشاره نمود.

در مطالعه‌ای که توسط Vlastos و همکاران برای ثبت اطلاعات درمانی ۵۳۰ کودک مراجعه کننده به مرکز درمانی ناهنجاری‌های کرانیوفاشیال بیمارستان آتس، بین سال‌های ۱۹۹۵ و ۲۰۰۷ انجام شد، پروتکل‌هایی برای ایجاد زمان‌بندی‌ها و ارایه به موقع و مناسب خدمات به بیماران فراهم گردید (۱۶). در این مطالعه سن ۴ سالگی برای شروع گفتاردرمانی و گزارش اطلاعات واجی کودکان، مناسب در نظر گرفته شد. ۳۲ درصد از کودکان ۱۲-۷ ساله نیز برای دریافت خدمات ارتودنسی مورد ارزیابی و درمان قرار گرفتند. ۹/۵ درصد نیاز به جراحی‌های Maxillofacial و ۹/۵ درصد نیز به گرافت‌های استخوانی نیاز داشتند که طبق معیار ارزیابی‌ها در ۵ سالگی برای آن برنامه‌ریزی شده بود (۱۶).

در مطالعه دیگری که توسط Austin و همکاران انجام گرفت، تأثیر درمان‌های انفرادی در بیماران مبتلا به شکاف کام با درمان‌های حاصل از تیم درمانی مقایسه گردید. در این مطالعه ۲۵۳ کودک مبتلا به شکاف کام و لب که بین سال‌های ۲۰۰۳-۱۹۹۸ متولد شده بودند، بررسی شدند. از این تعداد، ۸۶ درصد از خدمات تیمی استفاده کرده بودند و ۲۴ درصد درمان انفرادی داشتند. در گروهی که از خدمات تیم بی‌بهره بودند، تعداد جراحی‌ها به جز جراحی میرینگوتومی از گروه دیگر کمتر بود. در مورد خدمات دیگر مثل گفتاردرمانی، تست‌های شنوایی، خدمات دندان‌پزشکی و ارایه مشاورات ژنتیک، گروهی که از خدمات تیمی استفاده کرده بودند نسبت به گروه دیگر خدمات را زودتر و در زمان مناسب دریافت نموده بودند (۱۷).

با توجه به این که تاکنون در کشور ما پژوهشی در زمینه بررسی خدمات تیمی در بیماران مبتلا به شکاف کام و لب انجام نشده است و اهمیت کار تیم بین رشته‌ای و در نتیجه ارایه خدمات درمانی بهینه در سن مناسب در مدیریت درمانی این بیماران ناشناخته مانده است و نیز چون دریافت دیر هنگام

ایجاد مشکلات گفتاری ثانویه مربوط به اختلالات دندانی، ورود غذا و مایعات از محل شکاف آلوئول به بینی و ایجاد عفونت و بوی بد تنفس می‌باشند.

Enemark و Sindet-Pedersen در مطالعه‌ای به مقایسه جراحی‌های زود هنگام پیوند استخوان با جراحی‌های دیر هنگام پرداختند و به این نتیجه رسیدند که انجام پیوند استخوان در گروه کودکان کوچک‌تر و قبل از رویش دندان‌های نیش در ناحیه دارای شکاف از میزان موفقیت بیش‌تری برخوردار است (۱۵).

ناهنجاری‌های دندانی و فکی در میان مبتلایان به شکاف‌های یک‌طرفه و دوطرفه کام و دیگر ناهنجاری‌های کرانیوفاشیال بسیار شایع هستند. این ناهنجاری‌ها شامل از دست دادن دندان‌ها، زیاد شدن تعداد دندان‌ها، چرخش دندان‌ها، کراس‌بایت، اوپن‌بایت، پره ماکزیلاری جلو آمده و مال اکلوژن‌های class III می‌باشند که به واسطه مداخله در عملکرد نوک زبان و لب‌ها، گفتار را تحت تأثیر قرار می‌دهند.

اصلاح این مشکلات دندانی باید بر اساس مراحل طبیعی رویش دندان‌ها انجام گیرد. گروهی از مداخلات باید به طور همزمان با رشد ناگهانی دندان‌ها انجام شوند (مانند درمان در فاز Mixed dentition)، و گروهی نیز باید تا زمان کامل شدن رشد به تعویق بیفتند (مانند مداخلات ارتودنسی و جراحی‌های ارتوگناتیک).

ارتودنسی در مبتلایان به شکاف در دو مرحله انجام می‌گیرد. در مرحله اول یا Mixed dentition زود هنگام که در سن ۶-۹ سالگی شاهد آن هستیم، مبتلایان به شکاف‌های یک‌طرفه و دوطرفه کام، دچار مال اکلوژن‌های شدیدی می‌شوند و برای رفع کراس‌بایت‌ها نیاز به درمان ارتودنسی دارند که باید قبل از پیوند استخوان آلوئول انجام گردد (۷). مرحله دوم قبل یا بعد از رویش دندان‌های دایمی یعنی پس از انجام جراحی آلوئول آغاز می‌شود که سن مطلوب آن حدود ۹ سالگی است ولی تا ۱۲ سالگی هم می‌تواند به تعویق بیفتد (۴). پیامدهای انجام ارتودنسی در زمان نامناسب نیز تقریباً مشابه با پیامدهای جراحی دیر هنگام استخوان آلوئول می‌باشد.

با وجود بودن تیم‌های متعدد شکاف کام در سراسر دنیا، مطالعات بسیار اندکی که در آن به حوزه مقایسه خدمات

تیم قبل و بعد از ۴ سالگی در نظر گرفته شد (با توجه به آن چه که در مقدمه ذکر شد)، یعنی بیمارانی که در سن ۴ سالگی و قبل از آن به تیم مراجعه کرده بودند جزء گروه مراجعان زودهنگام و گروهی که سن اولین مراجعه آن‌ها به تیم بعد از ۴ سالگی بود، جزء گروه مراجعان دیرهنگام جای گرفتند. سپس میانگین سن شروع گفتاردرمانی در این دو گروه محاسبه گردید و با آزمون آماری Independent t-test مورد مقایسه قرار گرفت.

در بیماران دسته ب، معیار تمایز دو گروه سن ورود به تیم قبل و بعد از ۶ سالگی در نظر گرفته شد، به این معنی که بیمارانی که در سن ۶ سالگی و قبل از آن به تیم مراجعه کرده بودند جزء گروه مراجعان زودهنگام و گروهی که سن اولین مراجعه آن‌ها به تیم بعد از ۶ سالگی بود، جزء گروه مراجعان دیرهنگام جای گرفتند. در این بخش از بررسی نیز میانگین سن انجام جراحی ثانویه در دو گروه محاسبه شد و با آزمون آماری Independent t-test مورد مقایسه قرار گرفت.

در بیماران دسته ج معیار تمایز دو گروه، سن ورود به تیم قبل و بعد از ۹ سالگی در نظر گرفته شد. به این معنی که بیمارانی که در سن ۹ سالگی و قبل از آن به تیم مراجعه کرده بودند جزء گروه مراجعان زودهنگام و گروهی که سن اولین مراجعه آن‌ها به تیم بعد از ۹ سالگی بود، جزء گروه مراجعان دیرهنگام جای گرفتند. در این جا نیز میانگین سن انجام جراحی پیوند استخوان آلوئول در دو گروه محاسبه و با آزمون آماری Independent t-test مورد مقایسه قرار گرفت.

در بیماران دسته د نیز معیار تمایز دو گروه، سن ورود به تیم قبل و بعد از ۹ سالگی در نظر گرفته شد. به این معنی که بیمارانی که در سن ۹ سالگی و قبل از آن به تیم مراجعه کرده بودند جزء گروه مراجعان زود هنگام و گروهی که سن اولین مراجعه‌شان به تیم بعد از ۹ سالگی بود، جزء گروه مراجعان دیرهنگام جای گرفتند. سپس میانگین سن انجام ارتودنسی در دو گروه محاسبه و با آزمون آماری Independent t-test مورد مقایسه قرار گرفت.

خدمات درمانی اغلب منجر به شکست درمان می‌شود، مطالعه حاضر با هدف مقایسه بیمارانی که در سنین پایین‌تر به تیم درمانی مراجعه کرده‌اند با بیمارانی که در سنین بالاتر و خارج از سنین استاندارد (معیار جهانی) به تیم مراجعه کرده‌اند از نظر دریافت خدمات مختلف درمانی در حیطه‌هایی نظیر سن شروع گفتار درمانی، سن جراحی ثانویه، سن جراحی پیوند استخوان آلوئول و سن شروع ارتودنسی طراحی و اجرا گردید.

### مواد و روش‌ها

این مطالعه گذشته‌نگر به صورت مشاهده‌ای-تحلیلی، بر روی ۲۶۰ پرونده موجود از بیماران مبتلا به انواع شکاف‌های کام و لب، که بین سال‌های ۱۳۸۷-۱۳۸۴ به تیم شکاف کام دانشگاه علوم پزشکی اصفهان مراجعه کرده بودند و با تشخیص انواع شکاف کام و لب خدمات لازم را دریافت کرده بودند، انجام گرفت. به این منظور ابتدا کلیه ۲۶۰ پرونده با مراجعان دارای میانگین سنی بین ۳ ماه تا ۳۵ سال بررسی شدند و سپس بیماران دارای Velopharyngeal insufficiency (VPI) بدون سابقه شکاف لب و کام و نیز کودکان زیر یک سال از مطالعه خارج گردیدند (زیرا آن‌ها نیازی به جراحی پیوند استخوان آلوئول، گفتاردرمانی و ارتودنسی نداشتند که تعداد آن‌ها به ۳۸ نفر می‌رسید). بعد از بررسی پرونده‌ها، ویژگی‌های دموگرافیک بقیه بیماران (۲۲۲ بیمار)، وسعت شکاف در آن‌ها، ناهنجاری‌های همراه و دیگر اطلاعات پزشکی لازم از پرونده‌ها استخراج گردید. سپس کلیه بیماران بر اساس دریافت خدمات مختلف به چهار دسته تقسیم شدند. بیمارانی که خدمات گفتاردرمانی دریافت کرده بودند در دسته الف، بیمارانی که جراحی ثانویه کام انجام داده بودند در دسته ب، کسانی که جراحی پیوند آلوئول انجام داده بودند در دسته ج و کسانی که ارتودنسی دریافت کرده بودند در دسته د قرار گرفتند. سپس بیماران هر دسته بر اساس سن اولین مراجعه به تیم شکاف کام به دو گروه مراجعان زودهنگام و مراجعان دیرهنگام تقسیم شدند، به این صورت که در بیماران دسته الف معیار تمایز دو گروه مراجعان زودهنگام و مراجعان دیرهنگام و سن ورود به

## یافته‌ها

بر اساس جدول ۱ از ۲۶۰ پرونده موجود، ۵۶ درصد از نمونه‌ها پسر و ۴۴ درصد دختر بودند. شکاف یک‌طرفه لب و کام با ۳۹/۲ درصد، بیشترین فراوانی و شکاف زیر مخاط با ۳/۸ درصد، کمترین فراوانی را در بین انواع شکاف داشته است. در ضمن ۹۰ درصد از شکاف‌های زیر مخاط در دختران و تنها ۱۰ درصد در پسران بوده است. در مقابل شکاف دوطرفه لب و کام در پسران شیوع بیشتری (۷۶/۷ درصد) نسبت به گروه دختران (۲۳/۳ درصد) دارا بود.

از میان ۲۲۲ پرونده بررسی شده، ۱۳۴ نفر به گفتاردرمانی مراجعه کرده بودند (بیماران دسته الف). بقیه نمونه‌ها نیز به دلایل مختلفی همچون عدم مراجعه به گفتاردرمانی، عدم نیاز به خدمات گفتاردرمانی و یا پایین بودن سن، وارد این بخش از بررسی نشدند. بر اساس داده‌های جدول ۲ از این ۱۳۴ نفر، ۷۵ نفر (۵۶ درصد) مراجعه زود هنگام (قبل از ۴ سالگی) و ۵۹ نفر (۴۴ درصد) مراجعه دیر هنگام (بعد از ۴ سالگی) داشتند. میانگین سن شروع گفتاردرمانی در گروه مراجعان زود هنگام ۳/۳ سال و در گروه مراجعان دیر هنگام ۹ سال بوده است. با توجه به اندازه‌گیری‌هایی که توسط آزمون t مستقل انجام شد، میانگین سن شروع گفتار درمانی در دو گروه تفاوت معنی‌داری داشت ( $P < 0/05$ ). به این معنی که این بررسی نشان داد، مراجعه زود هنگام به تیم می‌تواند موجب پایین آمدن سن شروع

گفتاردرمانی در مراجعه کنندگان شود.

کل بیمارانی که جراحی ثانویه به منظور رفع هایپرنزیالیتی و بهبود کیفیت گفتار انجام داده بودند، ۴۷ نفر بودند که از این تعداد ۵۳ درصد در گروه مراجعان زود هنگام و ۴۷ درصد در گروه مراجعان دیر هنگام قرار گرفتند. میانگین سن جراحی ثانویه در مراجعین زود هنگام و دیر هنگام در جدول ۲ آمده است. میانگین سن انجام این مداخله در دو گروه بر اساس آزمون t مستقل تفاوت معنی‌داری داشت ( $P < 0/05$ ). یعنی مراجعه به تیم در سنین پایین‌تر سبب انجام زودتر جراحی ثانویه در مراجعان می‌شود. از مجموع ۱۷ نفری که جراحی پیوند استخوان آلوئول انجام داده بودند، ۲۳/۵ درصد مراجعه زود هنگام و ۷۶/۵ درصد مراجعه دیر هنگام داشتند. میانگین سن جراحی آلوئول در مراجعین زود هنگام و دیر هنگام در جدول ۲ آمده است و تفاوت میانگین این دو گروه نیز معنی‌دار شد ( $P < 0/05$ ) و نشان داد که مراجعه زودتر به تیم منجر به انجام زودتر جراحی آلوئول می‌شود.

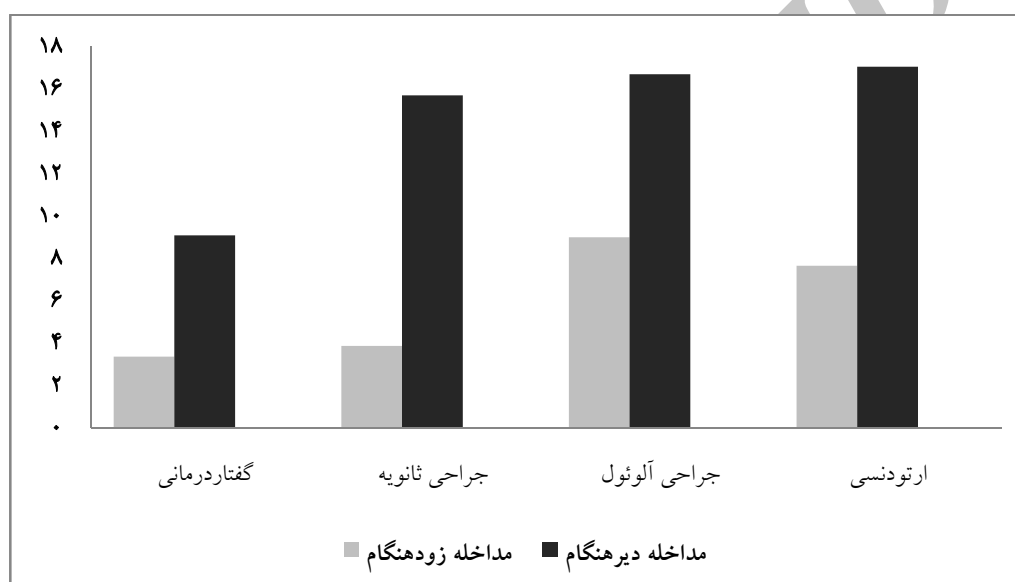
۲۴ نفر از کل نمونه‌ها از خدمات ارتودنسی استفاده کرده بودند که از این تعداد، ۲۵ درصد در گروه مراجعان زود هنگام و ۷۵ درصد در گروه مراجعان دیر هنگام قرار گرفتند. میانگین سن شروع ارتودنسی در گروه اول، ۷/۶۶ سال و در گروه مراجعین دیر هنگام ۱۷/۰۵ سال می‌باشد که در این‌ها نیز تفاوت دو گروه طبق محاسبات آماری معنی‌دار شد (جدول ۲).

جدول ۱. توزیع فراوانی انواع شکاف لب و کام به تفکیک جنس

نوع شکاف	دختر		پسر		کل	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
شکاف یک‌طرفه لب و کام	۴۰	۳۹/۲	۶۲	۶۰/۸	۱۰۲	۳۹/۲
شکاف دوطرفه لب و کام	۱۰	۲۳/۳	۳۳	۷۶/۷	۴۳	۱۶/۵
شکاف کام به تنهایی	۲۲	۵۱/۲	۲۱	۴۸/۸	۴۳	۱۶/۵
شکاف لب و آلوئول	۸	۵۷/۱	۶	۴۲/۹	۱۴	۵/۵
شکاف نرم کام	۲۵	۵۲/۱	۲۳	۴۷/۹	۴۸	۱۸/۵
شکاف زیر مخاط	۹	۹۰	۱	۱۰	۱۰	۳/۸
کل	۱۱۴	۴۴	۱۴۶	۵۶	۲۶۰	۱۰۰

جدول ۲. درصد فراوانی و میانگین سن ارایه خدمات در دو گروه مراجعان زودهنگام و دیرهنگام

میزان P	کل مراجعان در هر گروه	مراجعه دیرهنگام			مراجعه زودهنگام			نوع خدمات
		تعداد مراجعان	میانگین سنی	انحراف معیار	تعداد مراجعان	میانگین سنی	انحراف معیار	
۰/۰۰۱	۱۳۴	۵۹	۹/۰۹	۵/۶	۷۵	۳/۳۷	۰/۷۳	گفتاردرمانی
۰/۰۰۱	۴۷	۲۲	۱۵/۷۰	۶/۷	۲۵	۳/۸۸	۱/۱۲	جراحی ثانویه
۰/۰۰۶	۱۷	۱۳	۱۶/۶۹	۴/۶۴	۴	۹	۲/۰۰	جراحی آلوتول
۰/۰۰۸	۲۴	۱۸	۱۷/۰۵	۳/۵	۶	۷/۶۶	۱/۳۶	ارتودنسی



نمودار ۱. میانگین سن ارایه خدمات در دو گروه مراجعین زودهنگام و مراجعین دیرهنگام به تیم شکاف کام اصفهان

معنی‌داری دارند. در واقع مراجعه زودهنگام به تیم درمانی منجر به اقدامات درمانی به موقع و نیز ارزیابی زودهنگام تمام مشکلات بیمار و بررسی همه جانبه اختلال می‌شود.

طبق نتایج به دست آمده، میانگین سن شروع گفتاردرمانی در دو گروه مراجعین زودهنگام و دیرهنگام تفاوت معنی‌داری داشت. به این معنی که بیماران که مراجعه زودتری به تیم داشتند، نسبت به مراجعان دیرهنگام، گفتاردرمانی را زودتر و تقریباً در سن مناسب و مطابق با استانداردهای جهانی (با توجه به آن چه در مقدمه

همان طور که در نمودار ۱ نیز مشاهده می‌شود، سن انجام مداخلات مورد بررسی یعنی گفتاردرمانی، جراحی ثانویه، جراحی آلوتول و ارتودنسی در مراجعان زودهنگام نسبت به مراجعان دیرهنگام پایین‌تر می‌باشد.

### بحث

این بررسی نشان داد که سن انجام جراحی ثانویه، جراحی پیوند استخوان آلوتول، سن شروع گفتاردرمانی و ارتودنسی در دو گروه مراجعه کنندگان زودهنگام و دیرهنگام به تیم، تفاوت

مدت گفتاردرمانی توسط آسیب‌شناسان گفتار و زبان باشد که با امید به بهبود وضعیت گفتاری بیمار، موضوع عدم نیاز به جراحی را برای خانواده‌ها مطرح می‌کنند. در مورد میانگین سن انجام جراحی پیوند استخوان آلوئول و سن شروع ارتودنسی نیز همان طور که نتایج نشان می‌دهند، تفاوت معنی‌داری بین دو گروه مراجعین زود هنگام و دیر هنگام وجود دارد که نشان می‌دهد در گروه اول این اقدامات درمانی به موقع صورت گرفته است، در حالی که در گروه دوم تا سنین بالا به تعویق افتاده است. از علل مهم تأخیر در این جراحی و انجام خدمات ارتودنسی می‌توان به هزینه‌های بالای خدمات دندان‌پزشکی در کشور و عدم پوشش بیمه برای این نوع خدمات اشاره نمود که دیگر والدین برای انجام جراحی‌های ترمیمی و نیز زیبایی فرزندان هم از نظر روحی- روانی و هم از بعد اقتصادی توان لازم را نداشته، بنابراین یا آن را انجام نمی‌دهند و یا در آن تأخیر می‌اندازند. در واقع همان طور که نتایج مطالعات Austin و همکاران نشان می‌دهد از جمله خدماتی که مداخله زود هنگام می‌تواند در انجام به موقع و مؤثر آن دخیل باشد، خدمات دندان‌پزشکی و به ویژه ارتودنسی است (۱۷).

### نتیجه‌گیری

در پاسخ به این سؤال که چه فاکتورهایی در تیم درمان موجب کاهش سن مراجعه و انجام مداخلات درمانی به موقع برای مراجعان شده است، به این نکات می‌توان اشاره کرد که مراجعه به موقع به تیم موجب افزایش آگاهی خانواده‌ها از پروسه درمان می‌شود و از جراحی‌های غیر ضروری و مراجعه به گفتاردرمانی به ویژه در مشکلات ساختاری جلوگیری می‌کند، همچنین به والدین در مورد سن مناسب جراحی‌ها و عوارض آن‌ها اطلاعاتی ارائه می‌کند، ضمن این که متخصصان تیم همگی از افراد باتجربه در این زمینه هستند و این موضوع مانع از ارجاع بیماران به مراکز دیگر و سردرگمی و صرف هزینه‌های بی‌بهره می‌شود. عدم وجود یک تیم هماهنگ و منسجم در سال‌های گذشته در اکثر نقاط کشور و در استان اصفهان موجب شده

ذکر شد، سن مناسب برای شروع گفتاردرمانی در این کودکان ۳-۲/۵ سالگی می‌باشد) شروع کرده بودند که این خود نشان دهنده تأثیرات مراجعه زود هنگام بیماران به تیم درمانی است. در حالی که میانگین سن ارایه این مداخله در گروه مراجعین دیر هنگام تا ۹ سالگی به تعویق افتاده است و بیماران این گروه شاید از پیامدهای منفی دریافت دیر هنگام خدمات گفتاردرمانی بی‌نصیب نمانده‌اند. این نتایج با یافته‌های پژوهش Austin و همکاران همخوانی دارد مبنی بر این که ارایه خدماتی همچون گفتاردرمانی در مراجعان زود هنگام نسبت به آن‌هایی که مراجعه نکرده یا دیر مراجعه کرده‌اند، دارای کیفیت بالاتری می‌باشد (۱۷).

در کل به نظر می‌رسد که علاوه بر مراجعه دیر هنگام به تیم درمانی، دیگر دلایل افزایش میانگین سن شروع گفتاردرمانی در گروه دوم، عدم ارجاع به موقع بیماران توسط جراح، عدم آگاهی والدین از لزوم مراجعه به گفتاردرمانی پس از جراحی‌های اولیه و ثانویه کام، درگیر شدن والدین در عوارض ناشی از جراحی‌ها مثل خونریزی، عفونت، آسیب‌های روحی- روانی کودک و مشکلات اقتصادی آن‌ها باشد.

در مورد سن انجام جراحی ثانویه نیز همان طور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود و آزمون‌های آماری نیز نشان داده‌اند، میانگین سن در دو گروه مراجعه کنندگان زود هنگام و دیر هنگام تفاوت معنی‌داری دارند. این عدد در گروه اول یعنی مراجعین زود هنگام، مطابق با استانداردهای جهانی است، ولی در گروه دوم با تأخیر زیادی نسبت به سن مناسب انجام شده است که احتمال موفقیت آن را تا حدود زیادی کاهش می‌دهد. علت افزایش میانگین سن جراحی‌های ثانویه در گروه دوم علاوه بر مراجعه دیر هنگام به تیم می‌تواند عواملی مثل ترس زیاد والدین از انجام جراحی‌های متعدد بر روی کودک و ناامیدی آن‌ها از بهبود کیفیت گفتاری کودک باشد؛ چرا که انجام جراحی‌های ثانویه اغلب با شکست‌هایی همراه است که اکثر خانواده‌ها را از انجام آن باز می‌دارد. علت دیگر افزایش سن این جراحی‌ها در کودکان در برخی از موارد می‌تواند ارایه جلسات غیر ضروری، نامناسب و دراز

ارایه نمایند.

است که بسیاری از این بیماران تحت درمان‌های انفرادی قرار گیرند و ارایه برخی خدمات برای آن‌ها به تعویق بیفتد. امید است که این مطالعه بتواند این امکان را به وجود آورد که سایر مراکز پزشکی در سراسر کشور نیز از تأثیرات رویکرد تیمی در درمان افراد مبتلا به شکاف کام و لب مطلع شوند و خدمات درمانی خود را به صورت تیمی به بیماران

### تشکر و قدردانی

به این وسیله از سرکار خانم لیلا قلیچی، خانم مرضیه پورجوادی و آقای امین مدرس‌زاده که ما را در اصلاح این مقاله یاری کردند، صمیمانه قدردانی می‌گردد.

### References

1. Semb G, Brattstrom V, Molsted K, Prah-Andersen B, Rumsey N, Shaw W. The Eurocleft Study: Intercenter Study of Treatment Outcome in Patients with Complete Cleft Lip and Palate. Part 1: Introduction and Treatment Experience. *The Cleft Palate-Craniofacial Journal* 2005; 42(1): 64-8.
2. Scherer NJ, Kaiser AP. Early Intervention for Children with Cleft Palate. *Infants & Young Children* 2007; 20(4): 355-66.
3. Sell DA, Grunwell P. Speech results following late palatal surgery in previously unoperated Sri Lankan adolescents with cleft palate. *Cleft Palate J* 1990; 27(2): 162-8.
4. Derakhshandeh F, Rezaei P, Gholmanipur M. Speech in cleft lip and palate (pathology, assessment and intervention). 1<sup>st</sup> ed. Isfahan: University of medical sciences publishers; 2005.
5. Kummer AW. Cleft Palate & Craniofacial Anomalies: Effects on Speech and Resonance. 2<sup>ed</sup> ed. Delmar Cengage Learning; 2007.
6. Shprintzen RJ, Bardach J. Cleft Palate Speech Management: A Multidisciplinary Approach. 1<sup>st</sup> ed. Mosby; 1995.
7. Golding- Kushner KJ. Therapy Techniques for Cleft Palate Speech and Related Disorders. 1<sup>st</sup> ed. Singular; 2000.
8. Peterson-Falzone SJ, Hardin-Jones MA, Karnell MP. Cleft Palate Speech. 4<sup>th</sup> ed. Mosby; 2009.
9. Hardin-Jones M, Chapman KL. The impact of early intervention on speech and lexical development for toddlers with cleft palate: a retrospective look at outcome. *Lang Speech Hear Serv Sch* 2008; 39(1): 89-96.
10. Scherer NJ, D'Antonio LL, McGahey H. Early intervention for speech impairment in children with cleft palate. *Cleft Palate Craniofac J* 2008; 45(1): 18-31.
11. Tabor L. Speech and Language Intervention for Children with Single-Stage Early Cleft Lip and Palate Closure. In: Department of Speech Pathology and Audiology, editor. *Speech Pathology & Audiology Capstone Anthology*. Morgantown, WV: College of Human Resources & Education West Virginia University; 2009. p. 221-8.
12. Cabete HF, Gomide MR, Costa B. Evaluation of primary dentition in cleft lip and palate children with and without natal/neonatal teeth. *Cleft Palate Craniofac J* 2000; 37(4): 406-9.
13. Tsai TP, Huang CS, Huang CC, See LC. Distribution patterns of primary and permanent dentition in children with unilateral complete cleft lip and palate. *Cleft Palate Craniofac J* 1998; 35(2): 154-60.
14. Brattström V, Mølsted K, Prah-Andersen B, Semb G, Shaw WC. The Eurocleft Study: Intercenter Study of Treatment Outcome in Patients with Complete Cleft Lip and Palate. Part 2: Craniofacial Form and Nasolabial Appearance. *The Cleft Palate-Craniofacial Journal* 2005; 42(1): 69-77.
15. Sindet-Pedersen S, Enemark H. Comparative study of secondary and late secondary bone-grafting in patients with residual cleft defects. Short-term evaluation. *International Journal of Oral Surgery* 1985; 14(5): 389-98.
16. Vlastos IM, Koudoumnakis E, Houlakis M, Nasika M, Griva M, Stylogianni E. Cleft lip and palate treatment of 530 children over a decade in a single centre. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 2009; 73(7): 993-7.
17. Austin AA, Druschel CM, Tyler MC, Romitti PA, West II, Damiano PC, et al. Interdisciplinary craniofacial teams compared with individual providers: is orofacial cleft care more comprehensive and do parents perceive better outcomes? *Cleft Palate Craniofac J* 2010; 47(1): 1-8.



## Comparative study of the age of receiving therapeutic services in clients referred to Isfahan Cleft Care Team

*Fatemeh Derakhshandeh<sup>1</sup>, Hedieh Hashemi<sup>\*</sup>, Mehrdad Meemarzadeh<sup>2</sup>*

Received date: 11/04/2011

Accept date: 03/10/2011

### Abstract

**Introduction:** Due to numerous difficulties of patients suffering from various types of cleft lip and/or palate, their therapeutic management involves an interdisciplinary teamwork. The aim of present study was to compare the mean age of receiving teamwork intervention including speech therapy, secondary surgery, alveolar bone grafting and orthodontics among early-referred and late-referred patients visited at Isfahan Cleft Palate Team.

**Materials and Methods:** In this study, we first reviewed 260 charts of patients with cleft lip and palate and then, based on their age at the time of entrance to cleft care team, divided them into two groups the early references and late references. These two groups were compared on four variables: the mean age of beginning speech therapy, the mean age of palate secondary surgery, alveolar bone grafting and the average age of receiving orthodontics. All data of interest were statistically analyzed through t test.

**Results:** The main results of the present study are as follows: (1) For 134 patients, who were referred to speech therapy, the mean age of initiating speech therapy in early- and late-referred clients was 3.3 and 9 years respectively. (2) For 47 patients, who underwent secondary surgery, the mean age of conducting early surgery was 3.88 years compared to late-referred group who had had this kind of intervention at 15.7 years of age on average. (3) 9 and 16.69 years were the respective mean age of early and late referral to alveolar bone grafting in 17 patients who had received this intervention and (4) for 24 patients who had received orthodontic services, the mean age of early-referred clients was 7.66 years compared to 17.05 years which was the mean age of referral in second group.

**Conclusion:** The results suggest that there is a significant difference between early and late referrals with regard to the mean age of receiving secondary surgery, alveolar bone grafting, speech therapy and orthodontic services.

**Keywords:** Cleft palate, Secondary surgery, Speech therapy, Early intervention

\* MSc Student in Speech and Language Pathology, School of Rehabilitation, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran  
Email: hashemihedieh@yahoo.com

1. PhD Student, Department of Speech Therapy, School of Rehabilitation, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

2. Associate Professor, Pediatric Surgery, Department of Internal Medicine, School of Medicine, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran