

## بررسی شیوع اختلالات زبان در دانش آموزان دبستان‌های تهران

نویسنده: دکتر اطر مهر معین<sup>۱\*</sup>

۱. استادیار بیماری‌های پوست دانشکده پزشکی دانشگاه شاهد

Email: sj812003@yahoo.com

\* نویسنده مسئول: دکتر اطر مهر معین

### چکیده

مقدمه: زبان، عضو چشایی است و به صحبت کردن، جویدن و بلع کمک می‌کند. اختلالات رشدی، التهاب، عفونت‌ها و نئوپلاسم‌ها می‌توانند باعث تغییر شکل زبان، سوزش و درد آن شده، منجر به نگرانی بیمار، اشکال در صحبت کردن، مشکلات تغذیه‌ای و روحی، و بوی بد دهان شوند. شیوع اختلالات زبان در کودکان کشور ما ناشناخته است.

هدف: در این مطالعه، هدف ما تعیین شیوع و بررسی دموگرافیک زبان جغرافیایی، زبان‌شیردار، زبان رومیوئید میانی، زبان مویی سیاه و انکیلوگلوسی در دانش‌آموزان دبستان‌های تهران بوده است. سپس ارتباط این اختلالات را با یکدیگر و با بعضی از بیماری‌های پوستی، مانند درماتیت آتوپی و پسوریازیس بررسی می‌کنیم.

روش بررسی: برای این مطالعه از بین مناطق ۲۰ گانه آموزش و پرورش تهران ۳۶ مدرسه به روش تصادفی منظم انتخاب شدند و دانش‌آموزان کلاس اول و پنجم مورد بررسی قرار گرفتند.

یافته‌ها: ۱۹۰۲ دانش‌آموز معاینه شدند که ۱/۸ درصد آن‌ها زبان جغرافیایی، ۱/۶ درصد زبان شیردار و ۰/۰۵ درصد انکیلوگلوسی داشتند. زبان مویی سیاه و زبان رومیوئید میانی مشاهده نشد. تفاوت سنی و جنسی معناداری از نظر آماری بین این اختلالات وجود نداشت. فقط زبان شیردار در کلاس پنجمی‌ها بیشتر از کلاس اولی‌ها بود. همراهی زبان جغرافیایی با زبان شیردار وجود داشت، اما ارتباطی بین زبان جغرافیایی یا زبان شیردار و درماتیت آتوپی یا پسوریازیس مشاهده نشد.

بحث و نتیجه‌گیری: زبان جغرافیایی و زبان اسکروتال، شایع‌ترین اختلالات زبان در دبستان‌های تهران بود و در بیشتر موارد، افراد احتیاج به درمانی غیر از اطمینان دادن از نظر بی‌خطر بودن این ضایعات ندارند.

واژه‌های کلیدی: شیوع، اختلالات، زبان

دو ماهنامه علمی - پژوهشی  
دانشگاه شاهد  
سال چهاردهم - شماره ۶۷  
اسفند ۸۵

وصول: ۸۴/۷/۲۶

ارسال اصلاحات: ۸۵/۱/۲۳

دریافت اصلاحات: ۸۵/۲/۵

پذیرش: ۸۵/۲/۱۹

## مقدمه

وسط پشت زبان در قدام سولکوس ترمینال که روی آن پایپلاهای زبان وجود ندارد.

- زبان مویی سیاه: هیپرتروفی و طویل شدن پایپلاهای فیلیفرم زبان که به رنگ‌های متنوع، مثل سیاه یا قهوه‌ای ممکن است دیده شود.

## نتایج

۱۹۰۲ دانش‌آموز مورد بررسی قرار گرفت که ۱/۸ درصد (۳۳ نفر) زبان جغرافیایی و ۱/۶ درصد (۳۱ نفر) زبان اسکروتال داشتند. مشخصات دموگرافیک دانش‌آموزان و شیوع زبان جغرافیایی و زبان اسکروتال بر حسب کلاس و جنس در جدول ۱ نشان داده شده است. تفاوت آماری معناداری بین شیوع زبان جغرافیایی در دانش‌آموزان کلاس اول و پنجم ( $P=0/5$ ) و بین دانش‌آموزان دختر و پسر وجود نداشت ( $P=0/77$ ). شیوع زبان اسکروتال در دانش‌آموزان کلاس پنجم بیش‌تر از کلاس اول بود ( $P=0/0002$ ). ولی بین دانش‌آموزان دختر و پسر تفاوت آماری معناداری وجود نداشت ( $P=0/1$ ). از بین دانش‌آموزانی که زبان جغرافیایی داشتند ۶/۱ درصد (۲ نفر) زبان شیاردار داشتند و از بین کودکانی که زبانشان شیاردار بود ۶/۵ درصد (۲ نفر) زبان جغرافیایی داشتند ( $P=0/04$ ).

۰/۰۵ درصد (۱ نفر) دانش‌آموزان، آنکیلوگلووسی داشتند. زبان مویی سیاه رنگ و زبان رومبوتید میانی مشاهده نشد. ۱/۵ درصد (۲۷ نفر) دانش‌آموزان درماتیت آتوپی داشتند که از این تعداد، هیچ‌کدام اختلال زبان نداشتند و پسوریازیس در بین کودکان مشاهده نشد.

زبان، عضو چشایی است و در صحبت کردن، جویدن و بلع کمک می‌کند. اختلالات رشدی، التهاب، عفونت‌ها، نتوپلاسم‌ها و تروما می‌توانند باعث تغییر شکل زبان، سوزش و درد آن شده، منجر به نگرانی بیمار و خانواده‌اش، اشکال در صحبت کردن، مشکلات تغذیه‌ای و روحی، و بوی بد دهان شوند [۱،۲]. شیوع اختلالات زبان در کودکان کشور ما ناشناخته است. در این مطالعه، هدف ما تعیین شیوع و بررسی دموگرافیک زبان جغرافیایی، زبان شیاردار، زبان رومبوتید میانی، زبان مویی سیاه و آنکیلوگلووسی بوده و ارتباط این اختلالات را با یکدیگر و با بعضی از بیماری‌های پوستی مانند درماتیت آتوپی و پسوریازیس بررسی می‌کنیم.

## مواد و روش‌ها

برای این مطالعه از بین مناطق ۲۰ گانه آموزش و پرورش تهران به روش تصادفی منظم ۳۶ مدرسه انتخاب گردید و دانش‌آموزان کلاس اول و پنجم با فرستادن پرسشنامه برای خانواده‌ها و کسب رضایت والدین و معاینه توسط پزشک متخصص پوست مورد بررسی قرار گرفتند. نتایج به دست آمده توسط آزمون کای دو مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت.

تعریف اختلالات مورد نظر به شرح ذیل است:

- زبان جغرافیایی: لکه‌هایی روی زبان که فاقد پایپلاهای فیلیفرم است و گاهی یک خط سفید برجسته یا یک ناحیه اریتماتو اطراف آن وجود دارد.

- زبان شیاردار: حالتی که پشت زبان به چین‌های متعدد یا شیارهای عمقی تقسیم می‌شود.

- آنکیلوگلووسی: حالتی که فرنوم زبان کوتاه است یا فرنوم به نوک زبان اتصال دارد و باعث محدودیت حرکت زبان می‌شود.

- زبان رومبوتید میانی: یک ناحیه قرمز یا صورتی صاف یا بعضی اوقات لوبوله به شکل لوزی در خط

جدول ۱ مشخصات دموگرافیک دانش‌آموزان و شیوع زبان جغرافیایی و اسکروتال بر حسب کلاس و جنس

مشخصات دموگرافیک	زبان جغرافیایی	زبان اسکروتال
کلاس		
اول (۹۸۳) (%۵۱/۸)	۱۹ (%۱/۹)	۶ (%۰/۶)
پنجم (۹۱۵) (%۴۸/۲)	۱۴ (%۱/۵)	۲۵ (%۲/۷)
جنس		
پسر (۹۸۸) (%۵۲)	۱۸ (%۱/۸)	۲۰ (%۲)
دختر (۹۱۱) (%۴۸)	۱۵ (%۱/۶)	۱۱ (%۱/۲)

### بحث

زبان جغرافیایی (geographic tongue) یک اختلال التهابی خوش خیم زبان است (شکل ۱) که معمولاً علامتی ندارد، اما ممکن است درد، سوزش و یا حساسیت به بعضی از مواد غذایی مانند غذاهای ادویه‌دار وجود داشته باشد. این حالت جغرافیایی، غیر از زبان ممکن است در کف دهان، مخاط لب، کام نرم و نواحی دیگر نیز وجود داشته باشد که به آن، استوماتیت جغرافیایی گفته می‌شود. شیوع زبان جغرافیایی در بیش‌تر متون ۳-۱ درصد ذکر شده است [۲،۳]. در مطالعه ما، شیوع آن ۱/۷ درصد بود. شیوع پایین‌تر و بالاتر نیز در مقالات مختلف ذکر شده است. در یک مطالعه در گیزان (Gizan) عربستان از ۱۹۳۲ کودک ۱۲-۶ ساله ۰/۲ درصد، زبان جغرافیایی داشتند [۴]. در مطالعه دیگری در عراق از بین ۶۰۵۹ دانش‌آموز ۴/۳ درصد و از بین ۱۰۱۷ کودک در هانگاری بوداپست ۵/۷ درصد زبان جغرافیایی داشتند [۶]. در مطالعه‌ای بر روی کودکان مدرسه‌ای آرژانتین شیوع آن ۱/۵ درصد و در بین کودکان و جوانان آمریکایی ۱/۰۵ درصد بود [۷،۸]. مطالعات عمومی‌تر در سنین مختلف نیز صورت گرفته است. شیوع زبان جغرافیایی در یک مطالعه در بوداپست در بین ۷۸۲۰ نفر از جمعیت عمومی ۳ درصد [۸]، در مطالعه دیگری در سوئد (۱۰) در یک جمعیت عمومی ۸/۴۵ درصد و در ترکیه در بالغین ۱ درصد بود [۹،۱۱]. در یک کلینیک دندان پزشکی دانشگاه جوردن ۶/۸ درصد مراجعین زبان

جغرافیایی داشتند [۱۲]. بالاخره در یک مطالعه در بیمارستان رازی تهران از بین ۱۱۶۰ نفر مراجعه کننده ۶/۲ درصد زبان جغرافیایی داشتند [۱۳]. زبان جغرافیایی معمولاً بین ۱۲-۶ ماهگی ایجاد می‌شود [۲] و بیش‌تر در بچه‌های زیر ۴ سال دیده می‌شود [۱۴]، اما در بعضی متون، شیوع آن را بیش‌تر در جوانان یا بالغین با سن متوسط ذکر می‌کنند [۳]. در مطالعه ما، شیوع زبان جغرافیایی در بین کلاس اولی‌ها و پنجمی‌ها اختلاف معناداری نداشت. از نظر شیوع جنسی، بعضی متون، شیوع آن را در خانم‌ها بیش‌تر از آقایان ذکر کرده‌اند [۱،۳] و بعضی دیگر، ارجحیت جنسی را ذکر نکرده‌اند [۱۵،۱۶]. در مطالعه ما نیز شیوع بین دخترها و پسرها از نظر آماری اختلاف معناداری نداشت.

علت ایجاد زبان جغرافیایی ناشناخته است. بعضی استرس را در ایجاد یا تشدید ضایعات دخیل دانسته‌اند. در بعضی افراد با زبان جغرافیایی DR7 و B15 و DRW6 و HIA-BR5 بیش‌تر و DR2 کم‌تر از موارد طبیعی دیده شده و عوامل ژنتیکی را در ایجاد آن دخیل دانسته‌اند. شاید تفاوت شیوع در کشورهای مختلف در مقالات ذکر شده، بیانگر اختلاف ژنتیکی باشد. موارد فامیلی بیماری نیز ذکر شده است [۳،۴]. بعضی متون، عوامل قارچی، باکتریایی و بیماری‌هایی مثل پسوریازیس، سندرم رایتز، درماتیت اتوپی و دیابت جوانان را در ارتباط با آن یا در همراهی با آن ذکر کرده‌اند [۱،۳].

پسوریازیس بستری در بخش بیمارستان رازی ۱۹ درصد زبان اسکروتال داشتند [۲۰]. علت ایجاد زبان اسکروتال ناشناخته است [۲۱]. اما بعضی، نقص تغذیه‌ای، تروما، عفونت‌ها و کاهش سطح ویتامین‌ها را در ایجاد آن دخیل دانسته‌اند [۱۸]. موارد فامیلیال و مادرزادی آن گزارش شده‌است [۲۲]. در سندرم ملکرسون روزنتال، سندرم دان و سندرم‌های مادرزادی ارثی نیز دیده می‌شود [۱۶، ۲۲]. فراوانی آن در بیماران با عقب افتادگی ذهنی و افراد سایکوتیک ۵-۴ برابر است [۱۷]. همراهی آن با پسوریازیس نیز ذکر شده‌است [۱۷]. در مطالعه‌ای در بیمارستان رازی، شیوع آن در بیماران پسوریازیس ۴۹ درصد و در بیماران درماتیت آتوپی در ۴۱ درصد موارد بود [۱۵]. در یک بررسی یک ساله روی بیماران پسوریازیس بستری در بخش بیمارستان رازی، شیوع زبان اسکروتال ۱۹ درصد بود [۲۰]. در مطالعه ما در دبستان‌های تهران زبان اسکروتال، همراهی با درماتیت آتوپی یا پسوریازیس نداشت و فقط در ۶/۵ درصد موارد همراهی با زبان جغرافیایی داشت. شیوع زبان شیاردار با افزایش سن، افزایش می‌یابد و در ۱ درصد شیرخواران، ۲/۵ درصد بچه‌ها و ۴ درصد بالغین دیده می‌شود. در مطالعه ما ۰/۶ درصد کلاس اولی‌ها و ۲/۷ درصد کلاس پنجمی‌ها زبان شیاردار داشتند که این اختلاف از نظر آماری معنادار بود. فاکتورهای همراه با افزایش شیوع و درجه زبان فیسوره با افزایش سن شامل کم‌کاری بزاقی، احتمالاً کمبود ویتامین B، کاندیدیازیس و ضایعات لیکنوئید مزمن گفته شده‌است [۲۳]. از نظر جنسی، شیوع زبان اسکروتال در بعضی مطالعات فرقی ندارد [۱]. اما بعضی دیگر شیوع آن را در پسرها بیش‌تر دانسته‌اند [۲]. در مطالعه ما، شیوع آن در پسرها کمی بیش‌تر از دخترها بود، اما اختلاف از نظر آماری معنادار نبود [۱۸].

آنکیلوگلوسی (ankyloglossia) در موقع تولد وجود دارد (شکل ۳). شیوع آن در یک مطالعه بر روی کودکان دبستانی گیزان (Gizan) عربستان ۰/۱ درصد [۴] و در

سرانجام این که بعضی، ایجاد یا تشدید ضایعات را در ارتباط با مواد غذایی مثل ادویه‌جات یا پنیر دانسته‌اند (۱۷). در مطالعه‌ای در بیمارستان رازی از بین افرادی که برای بیماری‌های پوستی به درمانگاه مراجعه کرده و زبان جغرافیایی داشتند، ۴/۱ درصد درماتیت آتوپی، ۵/۱۶ درصد پسوریازیس، ۵/۶ درصد کهیر و ۹/۷ درصد آکنه و لگاریس داشتند. در مطالعه دیگری در بیماران پسوریازیس در بخش ۱۰ درصد زبان جغرافیایی نیز داشتند [۱۸]. در مطالعه ما در مدارس ۱/۵ درصد درماتیت آتوپی داشتند؛ اما بین زبان جغرافیایی و درماتیت آتوپی ارتباطی مشاهده نشد. هیچ‌کدام از کودکان پسوریازیس نداشتند تا بتوان ارتباط آن را با زبان جغرافیایی بررسی کنیم. در مطالعه ما، زبان جغرافیایی فقط با زبان شیاردار ارتباط معناداری داشت که همراهی این دو در مطالعات دیگر نیز ذکر شده‌است [۱۷، ۱۸].

زبان شیاردار (fissured tongue or scrotal tongue) یک یافته بالینی شایع است (شکل ۲) که معمولاً علامتی ندارد، اما گاهی ذرات غذایی و مواد مختلف در شیارها جمع شده، باعث رشد باکتری، قارچ و ایجاد تحریک، التهاب، درد و یا بوی بد دهان (هالیتوزیس) می‌شود [۲، ۱۸]. شیوع آن در بچه‌های زیر ۱۸ سال ۱ درصد ذکر شده‌است [۱۶]. در مطالعه ما در دبستان‌های تهران، شیوع آن ۱/۶ درصد بود. در یک مطالعه بر روی ۶۰۹۰ کودک مدرسه‌ای در عراق، شیوع آن ۲/۶ درصد بود [۵] و در مطالعه‌ای دیگر در عربستان در بین ۱۹۳۲ کودک، شیوع آن ۰/۸ درصد بود [۴]. در یک مطالعه در بوداپست در یک جمعیت عمومی شیوع زبان شیاردار ۸/۸ درصد و در اسپانیا ۲۳-۱/۴۹ درصد بود [۹، ۱۹]. در یک مطالعه روی ۱۰۱۳ بیمار مراجعه‌کننده به دندان پزشکی ۱۱/۴ درصد زبان شیاردار داشتند [۱۲]. در مطالعه دیگری در بیمارستان رازی تهران ۲۴ درصد بیماران مراجعه‌کننده و ۱۱ درصد افراد غیر بیمار، زبان شیاردار داشتند [۱۵]. در بررسی دیگری روی بیماران



شکل ۳ آنکیلوگلوسی

### نتیجه‌گیری

بعضی از اختلالات زبان، مثل زبان مویی سیاه، زبان رومبویید میانی و آنکیلوگلوسی در کودکان بسیار نادر است و بررسی دقیق‌تر شیوع آن، احتیاج به تعداد نمونه بیش‌تری دارد. بعضی از اختلالات دیگر، مثل زبان جغرافیایی و زبان شیاردار نسبتاً شایع است، ولی ندرتاً اهمیت ویژه دارند. و باید به والدین اطمینان داده شود که ضایعات خطری برای کودک ندارد. بین زبان جغرافیایی و زبان شیاردار ارتباط وجود دارد و تعیین دقیق‌تر ارتباط زبان جغرافیایی و زبان شیاردار با بیماری‌هایی مثل درماتیت آتوپی یا پسوریازیس، احتیاج به مطالعات وسیع‌تر، طولانی مدت‌تر و آینده‌نگر با پی‌گیری مداوم دارد.

### منابع

1. McNally. M.A, Langlais. R: Conditions Peculiar to the tongue, Dermatologic clinics 1996.;V.14, N.2; P.257-272.
2. Grinspan. D: Oral lesions on pediatric dermatology. Text book of Pediatric dermatology; 1st ed, Philadelphia, Harcourt Brace Jovanovich 1989: P.767-770.
3. Wood. N, Goaz. P: Differential diagnosis of oral and Maxillofacial lesions, 5th ed, Boston, Mosby 1997: P.90-92.
4. Salem. G, Holm. S, Fattah. R, Basset S, Nasser C: Developmental oral anomalies among schoolchildren in Gizan region, saudi Arabi, Community. Dent. oral Epidemiol, 1987, 15(3); PP.150-1.
5. Ghose. LJ, Baghady. VS: Prevalence of Geographic and plicated tongue in 6090 Iraqi schoolchildren , community. Dent. oral. Epidemiol 1982: 10(4); P.214-6.

مطالعه‌ای دیگر در مورد بچه‌های آرژانتینی ۰/۱ درصد بود [۶]. در مطالعه ما، شیوع آنکیلوگلوسی ۰/۰۵ درصد بود. آنکیلوگلوسی به ندرت مشکلی برای صحبت کردن و یا بلع ایجاد می‌کند. در صورتی که مکیدن و جویدن ضعیف باشد یا نقایص صحبت کردن وجود داشته باشد و با صحبت درمانی بهبود نیابد می‌توان از عمل جراحی استفاده کرد [۲۳].

التهاب لوزی شکل میانی زبان یا گلوپیت رومبویید میانی (central papillary atrophy of the tongue) در مطالعه ما مشاهده نشد. موارد مادرزادی آن و زیر ۱۲ سالگی نادر است [۲]. طیف سنی آن ۸۴-۱۵ سالگی گزارش شده [۳] و در یک جمعیت عمومی، شیوع آن ۰/۷۴ درصد بود [۲].

زبان مویی سیاه (black hairy tongue) نیز در مطالعه ما مشاهده نشد و جزء اختلالات نادر زبان است در یک مطالعه در جمعیت عمومی شیوع آن ۰/۵ درصد بود، اما در افراد مسن، شیوع آن کمی افزایش داشته، در حدود ۰/۷۲ درصد است [۳].



شکل ۱ زبان جغرافیایی



شکل ۲ زبان شیاردار

15. Abedi. F, Mansoori. P: The scrotal tongue an epidemiologic study in Razi hospital and review of the literature, Thesis 1995: P.12-21.
16. Pinkham. JR: Pediatric dentistry; 3rd ed, Philadelphia, Saunders 1998: P.23-25.
17. Rook, Wilkinson, Ebling: Text book of Dermatology, 6th ed, Oxford Blakwell 1988: V.3; P.67.
18. Rogers. R, Mehregan. D: Disorders of the oral cavity, Moschella and Hurley, 3rd ed, Philadelphia, saunders 1992: P.2091-2094.
19. Rioboo-Crespomdel R, Planells-del Pozo P, Rioboo-Garcia R: Epidemiology of the most common oral mucosal diseases in children, Med oral patol oral cir Bucal 2005: 10(5):376-87.
20. دکتر فرنیقی. ف، دکتر معین. ا: بررسی یکساله بیماران پسوریازیس بستری در بخش پوست بیمارستان رازی، مجله دانشکده پزشکی ۱۳۷۷: شماره ۲ - ص: ۸۸-۸۳.
21. Demis.,J: Clinical dermatology. 9th ed, Philadelphia, Lippincott-Raven 1996: Vol.4; P.28-1.
22. Arnold. H, Odom. R, James. W.J: Andrew's Disease of the skin; 8th ed, Philadelphia, Saunders 1990: P.929-931.
23. Hynch. M.A, Brigman. V, Greenberg. M: Burket's oral Medicine 9th ed, Philadelphia, Lippincott Company 1994: P.258-262.
6. Voros-Balog T, Vincze N, Banoczy J: Prevalence of tongue lesions in Hungarian Children, oral Dis. 2003: 9(2); 84-7.
7. edano.HO: Congenital oral anomalies in argentinian children, community. Dent. oral. Epidemiol 1975: 3(2); P.61-3.
8. Shulman JD: Prevalence of oral mucosal lesions in children and youths in the USA, Int J paediatr Dent 2005: 15(2):89-97.
9. Banoczy. J, Rigo. O, Albrecht. M: Prevalence study of tongue lesions in a Hungarian population,community. Dent.oral. Epidemiol 1993: 21(4); P.224-6.
10. Axell. T: A Prevalence study of oral mucosal lesions in an adult swedish population, odontol. Revy 1976: 27(36); P.1-103.
11. Mumcu G, Cimilli H, Sur H, Hayran O, Atalay T: Prevalence and distribution of oral lesions: a cross sectional study in turkey, oral Dis 2005: 11(2):81-7.
12. Darwazeh. AM, Pillai.K: Prevalence of tongue lesions in 1013 Jordanian dental outpatients,community. Dent. oral, Epidemiol 1993; 21(5); P.323-4.
۱۳. فریور. ل، علیمردانی. ا: بررسی زبان جغرافیایی و عوامل مؤثر بر آن در بیماران سرپایی مراجعه کننده به یکی از درمانگاههای پوست بیمارستان رازی در اسفند ماه ۱۳۷۵: پایان نامه ۷۶-۷۷.
14. Weston. W, Lane. A, Morelli. J. Color text book of pediatric dermatology. 2nd ed. Boston: Mosby; 1996: P.180-181.

Archive of SID