

مجله‌ی علمی، پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی زنجان  
دوره‌ی ۲۵، شماره‌ی ۱۱۱، مهر و آبان ۱۳۹۶، صفحات ۱۱۵ تا ۱۲۷

## بررسی فراوانی ضایعات دهانی در ۲۴۶۵ بیمار دندانپزشکی در یک مطالعه‌ی مقطعی

دکتر مریم بهاروند<sup>۱</sup>، دکتر پریسا عباسی<sup>۲</sup>، دکتر مهدی یاسری<sup>۳</sup>، دکتر حامد مرتضوی<sup>۱</sup>

نویسنده‌ی مسئول: گروه بیماری‌های دهان، دانشکده‌ی دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران hamedmortazavi2013@gmail.com

دریافت: ۹۵/۲/۲۶ پذیرش: ۹۵/۸/۲۳

### چکیده

**زمینه و هدف:** مطالعات اپیدمیولوژیک طیف وسیعی از شیوع ضایعات مخاطی را در نقاط مختلف دنیا گزارش کرده‌اند. هدف از این مطالعه تعیین فراوانی ضایعات دهانی در بیماران مراجعه کننده به بخش بیماری‌های دهان دانشکده‌ی دندانپزشکی شهید بهشتی (تهران، ایران) طی سال ۱۳۹۴-۱۳۹۳ بود.

**روش بررسی:** این مطالعه‌ی مقطعی توصیفی بر روی ۲۴۶۵ بیمار انجام شد و فرم اطلاعاتی شامل مشخصات دموگرافیک، ویژگی‌های بالینی ضایعه و تاریخچه‌ی پزشکی تکمیل گردید. ضایعات در شش دسته طبقه‌بندی و بررسی بالینی با میکروسکوپی شدند. در این تحقیق تنوع‌های طبیعی در بررسی آماری وارد نگردید. مقایسه‌ی نتایج با استفاده از آزمون کای دو و آزمون دقیق فیشر انجام پذیرفت.

**یافته‌ها:** از مجموع ۲۴۶۵ بیمار، ۲۲۴ نفر (۹/۱ درصد) دارای ضایعه‌ی دهانی بودند. فراوانی ضایعات دهانی در زنان (۱۲۲ مورد، ۵۱/۳ درصد) به‌طور معناداری بیشتر از مردان (۱۱۶ مورد، ۴۸/۷ درصد) بود ( $P=0/009$ ). ضایعات سفید و قرمز به تعداد ۱۰۴ مورد (۴/۲۲ درصد) شایع‌ترین گروه ضایعات و زبان جغرافیایی به تعداد ۳۵ مورد (۱/۴۲ درصد) شایع‌ترین نوع ضایعه بود. بیشترین فراوانی ضایعات در محدوده سنی ۴۰ تا ۶۰ سال دیده شد. با این حال اختلاف معنی‌داری بین گروه‌های سنی مختلف از نظر ابتلا به ضایعات دهانی یافت نشد. شایع‌ترین محل درگیر ضایعات، مخاط لبیال بود.

**نتیجه‌گیری:** فراوانی ضایعات دهانی در مطالعه ما ۹/۱ درصد برآورد شد. شایع‌ترین گروه ضایعات دهانی مربوط به ضایعات سفید و قرمز و فراوان‌ترین نوع ضایعات، زبان جغرافیایی بود. همچنین بیشترین ضایعات مخاطی، در مخاط باکال مشاهده گردید.

**واژگان کلیدی:** ضایعات دهانی، فراوانی، اپیدمیولوژی، ایران

### مقدمه

مخاط دهان به‌طور محدودی در کشور ما توسط این مطالعات ارزیابی شده است. ضمن اینکه به علت فقدان سیستم اطلاعات بهداشتی کارآمد در ایران اطلاعات منطقه‌ای که شیوع بیماری‌های دهان را نشان

مطالعات اپیدمیولوژیک اطلاعات ارزنده‌ای درباره‌ی شیوع، گسترش و شدت بیماری‌های مختلف در جمعیت را فراهم می‌کند (۱). اگر چه مشکلات دندانی و پریودنتال در مطالعات مقطعی مورد توجه قرار گرفته است، اما ضایعات

۱- دکترای تخصصی بیماری‌های دهان و فک و صورت، دانشیار گروه بیماری‌های دهان، دانشکده‌ی دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران

۲- دندانپزشک عمومی، دانشکده‌ی دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران

۳- دکترای تخصصی اپیدمیولوژی بالینی، گروه اپیدمیولوژی بالینی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران

پزشکی شهید بهشتی طی سال ۱۳۹۴-۱۳۹۳ بررسی کنیم.

### روش بررسی

این تحقیق به صورت توصیفی مقطعی انجام شد. برای این منظور، تمامی بیمارانی که در نیم سال دوم تحصیلی ۱۳۹۴-۱۳۹۳ (به مدت یک ترم تحصیلی) به بخش بیماری‌های دهان دانشکده دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی (تهران، ایران) مراجعه کرده بودند، ارزیابی شدند. کلیه بیماران مراجعه کننده به این بخش طی یک ترم تحصیلی از لحاظ وجود یا عدم وجود ضایعات دهانی مورد بررسی قرار گرفتند. بدین صورت که ابتدا توسط دانشجوی سال آخر دندانپزشکی مورد معاینه دهانی قرار گرفتند و در صورت داشتن ضایعه پس از تایید متخصص بیماری‌های دهان برای این بیماران پرونده‌ی تخصصی تکمیل شد. چنانچه ضایعه صرفاً براساس نمای بالینی تشخیص داده نشده و نیاز به نمونه برداری وجود داشت، تشخیص نهایی براساس گزارش هیستوپاتولوژی انجام شد.

فرم اطلاعاتی شامل داده‌های دموگرافیک (سن / جنس)، ویژگی‌های بالینی (نام ضایعه و این که جزء کدام گروه از ضایعات می‌باشد)، موقعیت ضایعات، مصرف الکل، مصرف سیگار، استفاده از پروتز کامل یا پارشیل و همچنین وجود بیماری سیستمیک خاص و مصرف داروی خاص توسط بیمار بود. در این مطالعه ضایعات در شش دسته‌ی ضایعات زخمی تاوولی، ضایعات سفید و سفید قرمز، ضایعات پیگمانته، تومورهای خوش خیم، ضایعات بدخیم و ضایعات استخوانی قرارداد شده و بررسی شدند (۱۲).

جمع آوری اطلاعات و بررسی نمونه‌ها یک ترم به طول انجامید. در پایان هر روز، تعداد کل بیماران مراجعه کننده به بخش ثبت می‌شد تا تعداد کل افراد مراجعه کننده به بخش بیماری‌های دهان دانشکده‌ی دندانپزشکی شهید بهشتی در طول یک ترم به دست آمد. در پایان هر هفته فرم اطلاعاتی

دهد محدود می‌باشد. مطالعات اپیدمیولوژیک به‌ویژه در مورد شیوع کلی ضایعات در جمعیت‌های مشخص بسیار اندک یا با حجم نمونه‌ی پایین انجام شده است. مطالعات اپیدمیولوژیک طیف وسیعی از شیوع ضایعات مخاطی را در نقاط مختلف دنیا گزارش کرده‌اند که بین ۴/۱ تا ۵۲ درصد است که علت آن را می‌توان در تفاوت‌های نژادی و فرهنگی کشورهای مختلف و گوناگونی روش‌های نمونه‌گیری جستجو کرد (۵-۲). به‌طور مثال در اسپانیا زبان باردار (Coated Tongue) شایع‌ترین ضایعه‌ی مخاطی گزارش شده می‌باشد، درحالی که در بالغین آمریکایی عارضه‌ی ناشی از تنباکوی جویدنی شایع‌ترین ضایعه‌ی مخاطی دهان است. همچنین در برزیل هایپرپلازی موضعی اپی‌تلیال، در آفریقای جنوبی، آرژانتین و مکزیک پیت‌های لب (Labial Pits) و در ترکیه پیگمانتاسیون مخاطی به‌عنوان شایع‌ترین ضایعات مخاطی دهان گزارش شده است. یا به‌طور مثال شیوع ضایعات مخاطی دهان در ترکیه در مقایسه با آسیا بیشتر و از اروپا کمتر است (۵ و ۱). همچنین در یک مطالعه‌ی محدود که در مشهد انجام شده است ۷۵ درصد افراد مورد مطالعه ضایعه‌ی دهانی داشتند و زبان باردار و پتشی شایع‌ترین ضایعات دهانی گزارش شده در این مطالعه بودند (۶). بنابراین با توجه به اختلاف نژادی و فرهنگی کشور ما با سایر نقاط جهان نمی‌توانیم آمار ارائه شده در کتب مرجع را به جمعیت کشورمان تعمیم دهیم. در بررسی مقالات مختلف درباره شیوع ضایعات مخاطی دهان در ایران تحقیقات انجام شده، بر روی قشر خاصی از افراد جامعه از جمله سالمندان (۷)، سیگاری‌ها (۸)، گروه‌های سنی خاص (۹) و ضایعات خاص (۱۰ و ۱۱) انجام شده است.

از این رو در این مطالعه بر آن شدیم که میزان فراوانی ضایعات دهانی را در تمامی بیماران مراجعه کننده به بخش بیماری‌های دهان دانشکده‌ی دندانپزشکی دانشگاه علوم

در زنان (۵۱/۳ درصد) و ۱۱۶ ضایعه در مردان (۴۸/۷ درصد) بود. میانگین سنی در کل بیماران دارای ضایعه،  $13/3 \pm 42/2$  سال بود که از این میان، زنان دارای میانگین سنی  $13/4 \pm 41/7$  و مردان دارای میانگین سنی  $13/3 \pm 42/8$  سال بودند. در میان بیماران دارای ضایعه، کمترین سن ۱۴ سال و بیشترین سن ۸۵ سال بود. دامنه‌ی سنی زنان ۱۴ تا ۸۴ سال و در مردان ۱۷ تا ۸۵ سال بود.

در جدول ۱ فراوانی ضایعات دهانی مشاهده شده در بیماران مورد بررسی براساس طبقه بندی ضایعات و همچنین براساس نام ضایعات آورده شده است. براساس این جدول شایع‌ترین گروه ضایعات، ضایعات سفید و قرمز به تعداد ۱۰۴ مورد (۴/۲۲ درصد) و شایع‌ترین ضایعه زبان جغرافیایی به تعداد ۳۵ مورد (۱/۴۲ درصد) بود. جدول ۲ فراوانی ضایعات دهانی را به تفکیک جنس نشان می‌دهد. در میان زنان و مردان به ترتیب، فراوان‌ترین ضایعات، نوع سفید و قرمز به تعداد ۴۹ نفر (۴۰/۲ درصد) و ۵۵ نفر (۴۷/۴ درصد) بود. به‌طور کلی بین زنان و مردان از لحاظ ابتلا به گروه‌های مختلف ضایعات دهانی اختلاف معنی‌داری وجود داشت ( $P=0/009$  براساس آزمون کای دو).

جدول ۳، فراوانی ضایعات را در گروه‌های سنی مختلف نشان می‌دهد. براساس این جدول فراوان‌ترین گروه ضایعات یعنی ضایعات سفید و قرمز، به‌طور مساوی در گروه‌های سنی ۴۰ تا ۶۰ سال و کمتر از ۴۰ سال (۴۶ نفر) در هر گروه دیده شد. بیشترین فراوانی ضایعات دهانی در همه‌ی گروه‌ها در محدوده‌ی سنی ۴۰ تا ۶۰ سال دیده شد، به‌جز ضایعات پیگمانته و ضایعات اولسراتیو که بیشترین فراوانی آن به ترتیب در گروه سنی کمتر از ۴۰ سال با تعداد ۲۶ و ۱۷ نفر مشاهده شد. همچنین بیشترین فراوانی زبان جغرافیایی در محدوده سنی کمتر از ۴۰ سال دیده شد. جدول ۴ اختلاف معنی‌داری را بین گروه‌های سنی مختلف از نظر ابتلا به ضایعات دهانی نشان نمی‌دهد ( $P=0/266$ ، براساس تست دقیق فیشر). جدول

ثبت شده مخصوص بیماران که دارای ضایعه‌ی دهانی بودند، مورد بررسی قرار می‌گرفت و در صورت ناقص بودن اطلاعات، اطلاعات تکمیلی از پرونده‌ی بیماران موجود در بایگانی استخراج می‌شد تا اطلاعات نهایی بدون کاستی مورد بررسی قرار گیرد. در این تحقیق تنوعات طبیعی (Normal Variations) مانند گرانول‌های فورادیس، پیگمانتاسیون‌های فیزیولوژیک و لینا آلبا در بررسی آماری وارد نگردید اما زبان جغرافیایی، زبان شیار دار، زبان باردار و زبان مودار که در برخی کتب تحت عنوان ضایعات و در برخی دیگر تحت عنوان ساختار طبیعی تعریف شده‌اند جزء ضایعات، طبقه‌بندی گردیدند. همچنین آفت و هرپس عود کننده فقط در صورت وجود ضایعه حین معاینه (نه بر اساس سابقه‌ی بیماری) ثبت گردید (۵).

لازم به ذکر است به‌منظور رعایت اصول اخلاقی رضایت نامه آگاهانه از کلیه‌ی افراد شرکت کننده در این تحقیق اخذ گردید برای توصیف داده‌ها، از فراوانی و درصد، میانگین، انحراف معیار، میانه و دامنه استفاده شد. برای بیان میزان دقت برآوردها از فاصله اطمینان ۹۵ درصد استفاده شد. برای مقایسه‌ی نتایج از آزمون کای دو (که در جداول با  $\chi^2$  نمایش داده شده) و یا آزمون دقیق فیشر (که در جداول با  $\chi^2$  نمایش داده شده است) بسته به شرایط استفاده شد. برای نمایش داده‌ها از جداول استفاده گردید، تمامی آنالیزها نیز توسط نرم‌افزار آماری SPSS ۲۲ انجام پذیرفت.

### یافته‌ها

در این تحقیق ۲۴۶۵ بیمار مورد بررسی قرار گرفتند که از آن میان ۲۲۴ نفر دارای نوعی ضایعه‌ی دهانی بودند و در مجموع ۲۳۸ ضایعه مورد شناسایی قرار گرفت. فراوانی ضایعات دهانی در میان بیماران مراجعه کننده به بخش بیماری‌های دهان دانشکده‌ی دندانپزشکی شهید بهشتی ۹/۶ درصد برآورد شد. از مجموع کل ضایعات، ۱۲۲ ضایعه

سیگار با ۱۰ مورد (۱۰/۸ درصد) بود. براساس این جدول فراوانی هیچ کدام از گروه‌های ضایعات و انواع ضایعات در افراد سیگاری و غیر سیگاری اختلاف چشم گیری نداشت ( $P=0/524$ , براساس تست فیشر). همچنین در جدول ۵ فراوانی گروه‌های شش‌گانه ضایعات دهانی براساس محل بروز آنها در دهان نیز ارائه شده است که شایع‌ترین محل درگیر مخاط لبیال بوده است.

۴ نشان دهنده‌ی فراوانی گروه‌ها و انواع ضایعات دهانی در بیماران مورد بررسی برحسب مصرف دخانیات می‌باشد. براساس جدول بیشترین گروه ضایعات مشاهده شده در افراد سیگاری، ضایعات سفید و قرمز به تعداد ۴۵ مورد (۴۸/۴ درصد) و پس از آن ضایعات خوش خیم به تعداد ۱۷ مورد (۱۸/۳ درصد) بود. از طرف دیگر فراوان‌ترین ضایعات دهانی در افراد سیگاری، کراتوز ناشی از کشیدن

جدول ۱: فراوانی ضایعات دهانی در بیماران مراجعه کننده به دانشکده دندانپزشکی شهید بهشتی

تعداد	درصد	فاصله اطمینان ۹۵٪		نوع ضایعات
		حد پایین (%)	حد بالا (%)	
۱۰۴	۴/۲۲	۳/۴۳	۵/۰۱	گروه ضایعات سفید و قرمز
۵۵	۲/۲۳	۱/۶۵	۲/۸۱	پیگماتته
۳۹	۱/۵۴	۱/۰۶	۲/۰۳	تومورهای خوش خیم
۲۷	۱/۱	۰/۶۸	۱/۵۱	زخمی و تاولی
۱۱	۰/۴۹	۰/۲۱	۰/۷۶	استخوانی
۲	۰/۰۸	-۰/۰۳	۰/۱۹	بدخیم
<b>نوع ضایعات</b>				
۳۵	۱/۴۲	۰/۹۵	۱/۸۹	زبان جغرافیایی
۲۳	۰/۹۳	۰/۵۵	۱/۳۱	هیپرپلازی آماسی فیروز
۲۲	۰/۸۹	۰/۵۲	۱/۲۶	لیکن پلان
۱۹	۰/۷۷	۰/۴۳	۱/۱۲	خالکوبی آمالگام
۱۸	۰/۷۳	۰/۳۹	۱/۰۷	پیگماتتاسیون فیزیولوژیک
۱۵	۰/۶۱	۰/۳	۰/۹۲	استوماتیت ناشی از دندان مصنوعی
۸	۰/۳۲	۰/۱	۰/۵۵	عفونت ویروس هرپس سیمپلکس
۸	۰/۳۲	۰/۱	۰/۵۵	کراتوز ناشی از سیگار
۸	۰/۳۲	۰/۱	۰/۵۵	استوماتیت آفتی راجعه
۸	۰/۳۲	۰/۱	۰/۵۵	زبان مودار
۷	۰/۲۸	۰/۰۷	۰/۴۹	ملانوز ناشی از سیگار
۶	۰/۲۴	۰/۰۵	۰/۴۴	ماکول ملانوتیک
۵	۰/۲	۰/۰۳	۰/۳۸	زخم ناشی از تروما

۰/۳۸	۰/۰۳	۰/۲	۵	واکنش لیکنوئید تماسی
۰/۳۲	۰	۰/۱۶	۴	کاندیدیاز دهانی
۰/۳۲	۰	۰/۱۶	۴	گرانولوم پیوژنیک
۰/۳۲	۰	۰/۱۶	۴	کیست رادیکولار
۰/۲۶	۰	۰/۱۲	۳	پمفیگوس
۰/۲۶	۰	۰/۱۲	۳	اکیموز
۰/۲۶	۰	۰/۱۲	۳	فیروما
۰/۲۶	۰	۰/۱۲	۳	ضایعات عروقی
۰/۱۹	۰	۰/۰۸	۲	لکوپلاکیا و اریتروپلاکیا دهانی
۰/۱۹	۰	۰/۰۸	۲	جویدن عاداتی گونه و لب
۰/۱۹	۰	۰/۰۸	۲	اسکواموس سل کارسینوما
۰/۱۹	۰	۰/۰۸	۲	لییوما
۰/۱۹	۰	۰/۰۸	۲	کیست تروماتیک استخوانی
۰/۱۲	۰	۰/۰۴	۱	عفونت ویروس واریسلا زوستر
۰/۱۲	۰	۰/۰۴	۱	پمفیگوئید
۰/۱۲	۰	۰/۰۴	۱	کک و مک
۰/۱۲	۰	۰/۰۴	۱	پاپیلوما
۰/۱۲	۰	۰/۰۴	۱	آدنوماتوئید ادنتوژنیک تومور
۰/۱۲	۰	۰/۰۴	۱	خال آبی
۰/۱۲	۰	۰/۰۴	۱	اریتم مولتی فرم
۰/۱۲	۰	۰/۰۴	۱	فلورید سمنتو اسئوس دیسپلازی
۰/۱۲	۰	۰/۰۴	۱	لیپوفیبروم
۰/۱۲	۰	۰/۰۴	۱	ادنتوژنیک کراتو سیست
۰/۱۲	۰	۰/۰۴	۱	پری آپیکال سمنتو اسئوس
				دیسپلازی
۰/۱۲	۰	۰/۰۴	۱	جاینت سل گرانولوم محیطی
۰/۱۲	۰	۰/۰۴	۱	کیست رزیجوال
۰/۱۲	۰	۰/۰۴	۱	کیست احتباسی

جدول ۲: فراوانی ضایعات دهانی در بیماران مراجعه کننده به دانشکده دندانپزشکی شهید بهشتی به تفکیک جنس

P*	فاصله اطمینان %۹۵		درجه آزادی	جنس		
	حد بالا (%)	حد پایین (%)		مرد (%)	زن (%)	
۰/۰۰۹	۱۱/۸	-۲۶/۳	-۷/۲	(۴۷/۴)۵۵	(۴۰/۲)۴۹	گروه ضایعات سفید و قرمز
	۴۰/۵	-۴/۲	۱۸/۲	(۱۳/۸)۱۶	(۳۲)۳۹	پیگمانته
	۱۰/۷	-۳۵/۸	-۱۲/۶	(۲۲/۴)۲۶	(۹/۸)۱۳	تومورهای خوش خیم
	۲۴/۲	-۲۳/۷	۰/۳	۱۳	۱۴	زخمی و تاولی
	۲۶/۲	-۲۳/۳	۱/۴	(۴/۳)۵	(۵/۷)۶	استخوانی
	۲۵/۳	-۲۵/۴	۰	(۰/۹)۱	(۰/۸)۱	بدخیم
	۲۳/۶	-۲۳/۴	۰/۱	(۱۴/۷)۱۷	(۱۴/۸)۱۸	نوع ضایعات زبان جغرافیایی
	۱۹/۵	-۲۸/۸	-۴/۷	(۱۲/۱)۱۴	(۷/۴)۹	هیپرپلازی آماسی فیروز
	۳۳/۹	-۱۴/۶	۹/۶	(۴/۳)۵	(۱۳/۹)۱۷	لیکن پلان
	۳۶/۶	-۱۲/۲	۱۲/۲	(۱/۷)۲	(۱۳/۹)۱۷	خالکوبی آمالگام
	۳۰/۸	-۱۸/۱	۶/۳	(۴/۳)۵	(۱۰/۷)۱۳	پیگمانتاسیون فیزیولوژیک
	۲۳/۴	-۲۵/۸	-۱/۲	(۶/۹)۸	(۵/۷)۷	استوماتیت ناشی از دندان مصنوعی
	۲۸/۲	-۲۱/۸	۳/۲	(۱/۷)۲	(۴/۹)۶	عفونت ویروس هرپس سیمپلکس
	۲۴/۸	-۲۵/۲	-۰/۲	(۳/۴)۴	(۳/۳)۴	استوماتیت آفتی راجعه
	۱۷	-	-۷/۸	(۷/۹)۷	(۰/۸)۱	کراتوز ناشی از سیگار
	-	-	-۶/۹	(۶/۹)۸	(۰)۰	زبان مودار
	۲۰/۷	-۲۹/۴	-۴/۴	(۵/۲)۶	(۰/۸)۱	ملانوز ناشی از سیگار
	۲۵	-۲۵/۲	-۱/۰	(۲/۶)۳	(۲/۵)۳	ماکول ملانوتیک
	۲۲/۵	-۲۷/۸	-۲/۶	(۳/۴)۴	(۰/۸)۱	زخم ناشی از تروما
	-	-	۴/۱	۰	(۴/۱)۵	واکنش لیکنوئید تماسی
	۲۳/۴	-۲۷	-۱/۸	(۲/۶)۳	(۰/۸)۱	کاندیدیاز دهانی
	-	-	-	۲۵	۱۹	سایر موارد

\*آزمون مجذور کا

جدول ۳: فراوانی ضایعات دهانی در بیماران مراجعه کننده به دانشکده دندانپزشکی شهید بهشتی بر حسب سن

P**	سن			
	۶۰<	۶۰-۴۰	۴۰>	
۰/۲۶۶	(۵۰)۱۲	(۴۲/۶)۴۶	(۴۳/۴)۴۶	سفيد و قرمز
	(۲۵)۶	(۲۱/۳)۲۳	(۲۴/۵)۲۶	پیگمانته
	(۱۶/۷)۴	(۲۰/۴)۲۲	(۱۱/۳)۱۳	تومورهای خوش خیم
	(۴/۲)۱	(۸/۳)۹	(۱۶)۱۷	زخمی و تاولی
	۰	(۶/۵)۷	(۴/۷)۴	استخوانی
	(۴/۲)۱	(۰/۹)۱	۰	بدخیم
	۰	(۱۱/۱)۱۲	(۲۱/۷)۲۳	زبان جغرافیایی
	(۸/۳)۲	(۱۱/۱)۱۲	(۸/۵)۹	هیپرپلازی آماسی فیروز
	(۴/۲)۱	(۱۳)۱۴	(۶/۶)۷	لیکن پلان
	(۱۶/۷)۴	(۵/۶)۶	(۸/۵)۹	خالکوبی آمالگام
	(۴/۲)۱	(۴/۶)۵	(۱۱/۳)۱۲	پیگمانتاسیون فیزیولوژیک
	(۲۰/۸)۵	(۸/۳)۹	(۰/۹)۱	استوماتیت ناشی از دندان مصنوعی
	(۴/۲)۱	(۴/۱)۵	(۲/۴)۲	کراتوز ناشی از سیگار
	(۴/۲)۱	(۱/۹)۲	(۴/۷)۵	عفونت ویروس هرپس سیمپلکس
	۰	(۰/۹)۱	(۶/۶)۷	استوماتیت آفتی راجعه
	(۴/۲)۱	(۲/۸)۳	(۳/۸)۴	زبان مودار
	۰	(۴/۶)۵	(۱/۹)۲	ملانوز ناشی از سیگار
	۰	(۳/۷)۴	(۱/۹)۲	ماکول ملانوتیک
	۰	(۱/۹)۲	(۲/۸)۳	زخم ناشی از تروما
	(۴/۲)۱	(۰/۹)۱	(۲/۸)۳	واکنش لیکنوئید تماسی
	(۸/۳)۲	(۰/۹)۱	(۰/۹)۱	کاندیدیاز دهانی
	(۴/۲)۱	(۲/۸)۳	۰	گرانولوم پیوژنیک
	۴	۲۳	۱۳	سایر موارد

\*\* تست دقیق فیشر

جدول ۴: فراوانی ضایعات دهانی در بیماران مراجعه کننده به دانشکده دندانپزشکی شهید بهشتی بر حسب مصرف دخانیات

P**	فاصله اطمینان ۹۵٪		درجه آزادی	مصرف دخانیات (٪)		
	حد بالا	حد پایین		بله	خیر	
۰/۵۲۴	۱۱/۵	- ۲۶/۹	-۷/۷	(۴۸/۴)۴۵	(۴۰/۷)۵۹	سفيد و قرمز
	۳۲/۸	- ۱۳/۵	۹/۷	(۱۷/۲)۱۶	(۲۶/۹)۳۹	پیگمانته
	۲۰	-۲۷/۵	-۳/۸	(۱۸/۳)۱۷	(۱۴/۵)۲۲	تومورهای خوش خیم
	۲۵/۵	-۲۳/۶	۱	(۱۰/۸)۱۰	(۱۱/۷)۱۷	زخمی و تاولی
	۲۶/۶	- ۲۴/۲	۱/۲	(۴/۳)۴	(۵/۵)۷	استخوانی
	۲۵/۵	-۲۶/۳	-۰/۴	(۱/۱)۱	(۰/۷)۱	بدخیم
	۳۲/۶	-۱۶	۸/۳	(۹/۷)۹	(۱۷/۹)۲۶	زبان جغرافیایی
	۲۶/۵	-۲۳/۱	۱/۷	(۸/۶)۸	(۱۰/۳)۱۵	هیپرپلازی آماسی فیروز
	۲۹/۵	-۲۰/۴	۴/۶	(۶/۵)۶	(۱۱)۱۶	لیکن پلان
	۳۴/۸	-۱۵/۷	۹/۶	(۲/۲)۲	(۱۱/۷)۱۷	خالکوبی آمالگام
	۳۲/۴	-۱۸/۱	۷/۱	(۳/۲)۳	(۱۰/۳)۱۵	پیگمانتاسیون فیزیولوژیک
	۲۳/۱	-۲۷/۲	-۲	(۷/۵)۷	(۵/۵)۸	استوماتیت ناشی از دندان مصنوعی
	۲۷/۶	-۲۳/۷	۲	(۲/۲)۲	(۴/۱)۶	عفونت ویروس هرپس سیمپلکس
	۲۵/۸	-۲۵/۴	۰/۲	(۳/۲)۳	(۳/۴)۵	استوماتیت آفتی راجعه
	-	-	-۸/۶	(۸/۶)۸	(۰)۰	زبان مودار
	۱۵/۱	-	-	(۱۰/۸)۷	(۰/۷)۱	کراتوز ناشی از سیگار
	-	-	-۷/۵	(۷/۵)۷	(۰)۰	ملانوز ناشی از سیگار
	۲۲/۷	-۲۸/۵	-۲/۹	(۴/۳)۴	(۱/۴)۲	ماکول ملانوتیک
	۲۲	-۲۹/۳	-۳/۶	(۴/۳)۴	(۰/۷)۱	زخم ناشی از تروما
	-	-	۳/۴	(۰)۰	(۳/۴)۵	واکنش لیکنوئید تماسی
	-	-	-	۲۰	۲۸	سایر موارد

\*\* تست دقیق فیشر



جدول ۵: فراوانی گروه ضایعات دهانی در بیماران مراجعه کننده به دانشکده دندانپزشکی شهید بهشتی بر حسب محل ابتلا

فراوانی در محل (%)													
گروه ضایعات	لب و مخاط لب	مخاط گونه	مخاط وستیبول	کام سخت	کام نرم و زبان کوچک	سطح شکمی زبان	سطح پستی زبان	کناره های زبان	کف دهان	پرپودنشیوم	سر	فک پایین	فک بالا
زخمی تاولی	۱۵ (۵۵/۶)	۱۰ (۳۷)	۱ (۳/۷)	۵ (۱۸/۵)	۱ (۳/۷)	۲ (۷/۴)	۱ (۳/۷)	۱ (۳/۷)	۱ (۳/۷)	۴ (۱۴/۸)	۰	۰	۰
سفید و قرمز	۷ (۶/۷)	۳۱ (۲۹/۸)	۱ (۱)	۲۶ (۲۵)	۰	۴۲ (۴۰/۴)	۰	۱۸ (۱۷/۳)	۱ (۱)	۱۶ (۱۵/۴)	۰	۰	۰
پیگمانته	۱۴ (۲۵/۵)	۳۱ (۵۶/۴)	۱ (۱/۸)	۵ (۹/۱)	۱ (۱/۸)	۲ (۳/۶)	۱ (۱/۸)	۰	۲ (۳/۶)	۱۳ (۲۳/۶)	۲ (۳/۶)	۰	۰
تومورهای خوش خیم	۱۰ (۲۶/۳)	۱۰ (۲۶/۳)	۰	۱ (۲/۶)	۰	۱ (۲/۶)	۱ (۲/۶)	۶ (۱۵/۸)	۱ (۲/۶)	۱۰ (۲۶/۳)	۱ (۲/۶)	۰	۰
تومورهای بدخیم	۱ (۵/۰)	۲ (۱۰۰)	۱ (۵۰)	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰
استخوانی	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۸ (۶۶/۷)	۴ (۳۳/۳)
جمع	۴۷	۸۴	۴	۳۷	۲	۴۷	۳	۲۵	۵	۴۳	۳	۸	۴

## بحث

مطالعات و بررسی های ما از لحاظ ابتلا بیشتر زنان به ضایعات دهانی مشابه مطالعات فنگ، کوری، الموبریک، شولمان و موجیکا بود (۱۸ و ۱۶ و ۱۵ و ۱۳ و ۲) اما از این لحاظ با تحقیقات جهانبانی، قانعی، علی، بیاکودی و دو مغایرت داشت، به طوری که در مطالعات فوق مردان بیشتر از زنان به ضایعات دهانی مبتلا بودند (۱۹ و ۱۴ و ۹ و ۴ و ۳).

میانگین سنی بیماران ما در محدوده سنی ۴۲ سال قرار داشت و میانگین سنی مردان دارای ضایعه با اختلاف اندکی از میانگین سنی زنان دارای ضایعه بیشتر بود که مشابه نتایج قانعی بود (۴). در پژوهش ما شایع ترین گروه ضایعات دهانی، ضایعات سفید و قرمز و شایع ترین ضایعه مشاهده، زبان جغرافیایی بود. در مطالعه علی شایع ترین گروه ضایعات دهانی، ضایعات سفید و قرمز و شایع ترین ضایعات به ترتیب گرانول فوردایس و لوکوادم بود (۱۴). و در مطالعه شولمان شایع ترین گروه ضایعات دهانی، ضایعات وابسته به دنچر و شایع ترین ضایعات، Denture Stomatitis type 1,2 بود (۱۵). در سایر مطالعات نیز شایع ترین ضایعات مشاهده شده

در این تحقیق فراوانی ضایعات دهانی در بیماران مراجعه کننده به بخش بیماری های دهان دانشکده دندانپزشکی شهید بهشتی مورد بررسی قرار گرفت. مطالعه ای ما نشان داد که فراوانی ضایعات دهانی در بیماران مراجعه کننده به دانشکده دندانپزشکی ۹/۶ درصد بود که از این لحاظ تقریباً با نتایج مطالعه فنگ همخوانی داشت (۱۳). اما نتایج مطالعه ای ما از این نظر با برخی مطالعات مغایر بود (۱۵ و ۱۴ و ۲) به گونه ای که در مطالعات ذکر شده شیوع ضایعات بین ۱۵/۵ درصد تا ۵۸/۱ درصد برآورد شده بود. علت اختلاف نتایج با تحقیقات مذکور می تواند به دلیل تفاوت جامعه ای مورد بررسی، معیارهای شناسایی ضایعات و گروه سنی مورد بررسی باشد به عنوان مثال در تحقیق الموبریک، سبسی، جهانبانی و علی ساختارهای نرمال نیز به عنوان ضایعات دهانی مورد شناسایی قرار گرفتند که این مسئله می تواند باعث بالا رفتن فراوانی ضایعات دهانی شود (۱۷ و ۱۶ و ۱۴ و ۹). نتایج مطالعه ای ما نشان داد که با اختلاف اندکی تعداد ضایعات در زنان بیشتر از مردان بوده است.

به ترتیب زیر بود: در مطالعه جهانبانی به ترتیب گرانول فوردایس و زبان شیاردار (۹)، در مطالعه قانعی زبان شیاردار (۴)، در مطالعه فنگ زبان شیاردار و سپس آفت راجعه (۱۳)، در مطالعه کوری پیگمانتاسیون ملانوتیک و سپس زبان شیاردار (۲)، در مطالعه الموریک گرانول فوردایس و لوکودام (۱۶)، مطالعه بیاکودی زخم‌های آفتی (۱۹)، و در مطالعه بخشی التهاب گوشه‌ی لب و زخم آفتی (۲۰). علت تفاوت در شیوع گروه‌های مختلف و انواع ضایعات دهانی در تحقیق‌های مختلف می‌تواند تفاوت در جمعیت‌های مورد مطالعه و همچنین تفاوت در معیارهای مختلف تشخیصی باشد. در مطالعه ما فراوان‌ترین گروه ضایعات دهانی در میان مردان و زنان ضایعات سفید و قرمز و فراوان‌ترین ضایعه زبان جغرافیایی بود. طبق مطالعه فنگ فراوان‌ترین ضایعات در میان مردان و زنان، زبان شیاردار بود (۱۳). مطالعه جهانبانی نشان داد بیشترین شیوع ضایعات در میان مردان و زنان گرانول فوردایس بود (۹). با توجه به این که در مطالعه ما تنوع‌های طبیعی از جمله زبان شیاردار و دانه‌های فوردایس به عنوان ضایعه در نظر گرفته نشده، اختلاف مطالعه ما با مطالعه فنگ و جهانبانی توجیه می‌شود. طبق مطالعه الموریک شایع‌ترین ضایعات در میان مردان، Frictional Hyper Keratosis و در میان زنان گرانول فوردایس بود (۱۶). تحقیق ما نیز نشان داد که شایع‌ترین ضایعه در میان مردان ضایعه سفید و قرمز بود که از این لحاظ مشابه تحقیق الموریک بود. در تحقیقات بیاکودی شایع‌ترین ضایعه در میان مردان oral submucosal fibrosis و در میان زنان زخم‌های آفتی بود (۱۹). علت اختلاف در شایع‌ترین ضایعه میان زنان در تحقیق حاضر و با تحقیق بیاکودی احتمالاً تفاوت جامعه آماری و اختلاف سبک زندگی بوده است.

همچنین مطالعه ما نشان داد که بین زنان و مردان از لحاظ ابتلا به گروه‌های مختلف ضایعات دهانی، اختلاف معناداری وجود داشت که از این نظر با مطالعه جهانبانی یکسان بود اما با

مطالعات کوری، الموریک و علی مغایرت داشت به گونه‌ای که مطالعات فوق اختلاف معنی‌داری را بین زنان و مردان از لحاظ ابتلا به گروه‌های مختلف ضایعات دهانی نشان نداد (۱۶ و ۱۴ و ۹ و ۲). در بررسی‌های ما بیشترین گروه ضایعات مشاهده شده در افراد سیگاری ضایعات سفید و قرمز و بیشترین ضایعات دهانی در این افراد زبان جغرافیایی بود. در مطالعه احمدی شایع‌ترین ضایعه در میان سیگاری‌ها Gingivitis و Periodontitis و پس از آن Coated Tongue بود (۸). در مطالعه گونول، فراوان‌ترین ضایعه در میان سیگاری‌ها Fissured Tongue بود (۲۱).

مطالعه ما اختلاف معناداری را بین فراوانی ضایعات در میان افراد سیگاری و غیر سیگاری نشان نداد به طوری که از این نظر با مطالعه قانعی، کوری و الموریک مطابقت داشت (۱۶ و ۴ و ۲)، اما مطالعات جهانبانی، فنگ، علی، سبسی، احمدی و گونول نشان داد که فراوانی ضایعات در بین افراد سیگاری و غیر سیگاری اختلاف معنی‌داری داشت (۲۱ و ۱۷ و ۱۴ و ۱۳ و ۹ و ۸). اختلاف این مطالعه و مطالعات فوق می‌تواند به دلیل تفاوت جمعیت مورد بررسی و روش مطالعه باشد. در مطالعه حاضر بیشترین فراوانی ضایعات دهانی، به جز ضایعات پیگمانته که در محدوده‌ی سنی کمتر از ۴۰ سال بود، در طیف سنی ۴۰ تا ۶۰ سال دیده شد. همچنین فراوان‌ترین گروه ضایعات، یعنی ضایعات سفید و قرمز در محدوده‌ی سنی کمتر از ۶۰ سال قرار داشت.

براساس این مطالعه اختلاف معناداری بین گروه‌های سنی مختلف، از نظر ابتلا به ضایعات دهانی دیده نشد. در مطالعات فنگ، کوری، علی و گونول اختلاف معناداری بین سن و ابتلا به ضایعات دهانی دیده شد (۲۱ و ۱۴ و ۱۳ و ۲). علت این مغایرت می‌تواند به دلیل بالاتر بودن میانگین سنی و تفاوت در طراحی مطالعه باشد. در این مطالعه، شایع‌ترین مخاط درگیر، مخاط باکال بود. در مطالعه قانعی بیشترین محل ضایعات به ترتیب در زبان و لثه (۴) در مطالعه کوری در لثه

شد. شایع‌ترین گروه ضایعات دهانی مربوط به ضایعات سفید و قرمز و شایع‌ترین نوع ضایعات، زبان جغرافیایی بود. همچنین بیشترین ضایعات مخاطی، در مخاط باکال مشاهده گردید.

### تقدیر و تشکر

این مقاله بر اساس پایان نامه دندانپزشکی عمومی پریسا عباسی تحت راهنمایی دکتر مریم بهاروند استخراج گردیده است. این پایان نامه در دانشکده دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی در سال تحصیلی ۹۳-۹۴ انجام و دفاع شد. مولفین از کلیه اساتید و پرسنل بخش بیماری‌های دهان و بایگانی دانشکده دندانپزشکی شهید بهشتی برای کمک بی‌دریغشان کمال تشکر را دارند.

### References

- 1- 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: 81-7.
- 2- Cury PR, Porto LP, dos Santos JN, et al. Oral mucosal lesions in Indians from Northeast Brazil: cross-sectional study of prevalence and risk indicators. *Medicine (Baltimore)*. 2014; 93: e140.
- 3- Do LG, Spencer AJ, Dost F, Farah CS. Oral mucosal lesions: findings from the Australian National Survey of Adult Oral Health. *Aust Dent J*. 2014; 59: 114-20.
- 4- Mansour Ghanaei F, Joukar F, Rabiei M, Dadashzadeh A, Kord Valeshabad A. Prevalence of oral mucosal lesions in an adult Iranian population. *Iran Red Crescent Med J*. 2013; 15: 600-4.

(۲)، در مطالعه‌ی علی در مخاط با کال و لثه (۱۴) و در مطالعه شولمن ضایعات بیشتر در کام سخت و و لثه دیده شد (۱۵). علت اختلاف با تحقیقات دیگر به فراوان‌ترین ضایعه مشاهده شده در جمعیت‌های مورد مطالعه بر می‌گردد به طوری که در مطالعه کوری که فیستول شایع‌ترین ضایعه بوده است، لثه به عنوان فراوان‌ترین مخاط درگیر شناسایی شده است. (۲) بر طبق مطالعه‌ی ما بیشترین فراوانی ضایعات زخمی و تاوولی در لب و مخاط لبیال، ضایعات سفید و قرمز در سطح شکمی زبان و بیشترین شیوع ضایعات پیگمانته، در مخاط با کال به دست آمد.

### نتیجه گیری

شیوع ضایعات دهانی در مطالعه ما ۹/۶ درصد برآورد

- 5- Arbabi Kalati A, Alavi V. Frequency of oral mucosal disease in referral patients to dental faculty of Tabriz in 2007. *Iran J Epidemiol*. 2010; 6: 50-6.
- 6- Delavarian Z, Zavar S. Prevalance of oral lesions and awareness of their presence in patients attending to oral medicine center of Mashhad dental school. *J Dent Shail Beheshti Med Univ*. 2004; 22, 425-36.
- 7- Mozafari PM, Dalirsani Z, Delavarian Z, et al. Prevalence of oral mucosal lesions in institutionalized elderly people in Mashhad, Northeast Iran. *Gerodontology*. 2012; 29: e930-4.
- 8- Ahmadi-Motamayel F, Falsafi P, Hayati Z, Rezaei F, Poorolajal J. Prevalence of oral mucosal lesions in male smokers and nonsmokers. *Chonnam Med J*. 2013; 49:65-8.
- 9- Jahanbani J, Morse DE, Alinejad H. Prevalence

of oral lesions and normal variants of the oral mucosa in 12 to 15-year-old students in Tehran, Iran. *Arch Iran Med.* 2012; 15: 142-5

10- Khatibi M, Moshari AA, Jahromi ZM, Ramezankhani A. Prevalence of oral mucosal lesions and related factors in 200 HIV+/AIDS Iranian patients. *J Oral Pathol Med.* 2011; 40: 659-64.

11- Abdolsamadi HR, Abdollahzadeh S, Bakianian Vaziri P, Beheshti A, Shafigh E, Vahedi M. Epidemiology of pemphigus in Tehran, Iran: a 20-year retrospective study. *J Dent Res Dent Clin Dent Prospects.* 2007; 1: 108-13.

12- Glick M. *Burket's Oral Medicine.* Shelton: People's Medical Publishing House; 2015.

13- Feng J, Zhou Z, Shen X, et al. Prevalence and distribution of oral mucosal lesions: a cross-sectional study in Shanghai, China. *J Oral Pathol Med.* 2015; 44:490-4.

14- Ali M, Joseph B, Sundaram D. Prevalence of oral mucosal lesions in patients of the Kuwait university dental center. *Saudi Dent J.* 2013; 25: 111-8.

15- Shulman JD, Beach MM, Rivera-Hidalgo F. The prevalence of oral mucosal lesions in U.S. adults: data from the Third National Health and

Nutrition Examination Survey, 1988-1994. *J Am Dent Assoc.* 2004; 135: 1279-86.

16- Al-Mobeeriek A, AlDosari AM. Prevalence of oral lesions among Saudi dental patients. *Ann Saudi Med.* 2009; 29: 365-8.

17- Cebeci AR, Gülşahi A, Kamburoglu K, Orhan BK, Oztaş B. Prevalence and distribution of oral mucosal lesions in an adult Turkish population. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal.* 2009; 14: E272-7.

18- Mujica V, Rivera H, Carrero M. Prevalence of oral soft tissue lesions in an elderly venezuelan population. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal.* 2008; 13: E270-4.

19- Byakodi R, Shipurkar A, Byakodi S, Marathe K. Prevalence of oral soft tissue lesions in Sangli, India. *J Community Health.* 2011; 36: 756-9.

20- Bakhshi M, Hassani Z, Tofangchiha M, Baharvand M. *Biotech Health Sci.* 2015; 2: e25758.

21- Gönül M, Gül U, Kaya I, et al. Smoking, alcohol consumption and denture use in patients with oral mucosal lesions. *J Dermatol Case Rep.* 2011; 5: 64-8.

## Frequency of Oral Lesions in 2465 Dental Patients: A Cross-Sectional Study

Baharvand M<sup>1</sup>, Abbasi P<sup>2</sup>, Yaseri M<sup>3</sup>, Mortazavi H<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Dept. of Oral Medicine, Faculty of Dentistry, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

<sup>2</sup>Faculty of Dentistry, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

<sup>3</sup>Dept. of Clinical Epidemiology, Faculty of Medicine, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

**Corresponding Author:** Mortazavi H, Dept. of Oral Medicine, Faculty of Dentistry, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

**E-mail:** hamedmortazavi2013@gmail.com

**Received:** 15 May 2016      **Accepted:** 13 Nov 2016

**Background and Objective:** Epidemiologic studies have reported a wide range of prevalence rates for oral lesions across the world. This study aimed to determine the frequency of oral lesions among patients of the Department of Oral Medicine, Shahid Beheshti Dental School, Tehran, Iran in 2014-2015.

**Materials and Methods:** In this cross-sectional study, forms including demographical information, clinical features of lesions, and medical history were filled out by 2465 patients. Oral lesions were categorized into six groups and were studied clinically and or histopathologically. Anatomic normal variations were not included in the study. Chi-square and Fischer's exact tests were used to analyze the data.

**Results:** Out of a total of 2465 patients, 224(9.6%) presented with oral lesions. The frequency of oral lesions among women (122, 51.3%) was statistically higher than men (116, 48.7%) ( $p=0.009$ ). White-red lesions (104, 4.22%) were found to be the most frequent group of lesions while geographic tongue (35, 1.42%) was the most common type of lesion. Most oral lesions were found in the age range of 40-60 years. However, no significant difference was found among age groups in terms of presence of oral lesions. Most oral lesions were found in the labial mucosa.

**Conclusion:** An oral lesion frequency rate of 9.6% was found in our study, with white-red lesions being the most common group and geographic tongue being the most frequent type of lesion. The most common site of oral lesions was the labial mucosa.

**Keywords:** Oral lesions, Frequency, Epidemiology, Iran