

بررسی شیوع ضایعات مخاطی، سوزش و خشکی دهان در بیماران دیابتی شهر رشت ۱۳۸۴

دکتر مریم ریبعی^۱، دکتر زهرا محتشم امیری^۲، دکتر سعید کلانتری^۳، دکتر حسین حسن نیا^۴

چکیده

مقدمه: دیابت از بیماریهای است که سیستم‌های مختلف بدن، از جمله مخاط دهان را در گیر می‌کند. در رابطه با شیوع انواع ضایعات مخاطی دهان در بیماران مبتلا به دیابت، توافق نظر وجود ندارد. لذا بر آن شدید تا بروزی بیشتری در این زمینه انجام دهیم. هدف از این مطالعه بررسی ضایعات پاتولوژیک بافت نرم در دهان بیماران دیابتی و همچنین بررسی سوزش و خشکی در دهان این بیماران به تفکیک نوع دیابت و وضعیت کنترل دیابت می‌باشد.

روش بررسی: این مطالعه به روش توصیفی تحلیلی با معاینه دهان ۴۶۸ بیمار دیابتیک شناخته شده مراجعه کننده به درمانگاه غدد در تابستان سال ۱۳۸۴ صورت گرفت. اطلاعات دموگرافیک بیماران به همراه اطلاعاتی از بیماریهای سیستمیک همراه، میزان HbA_{1C} و طول مدت ابتلا در پرسشنامه از پیش تهیه شده ثبت گردید. با انجام معاینات بالینی ضایعات بافت نرم و انواع ضایعات قارچی مشخص گردید. جهت اندازه گیری سوزش دهان در افراد شاکی از روش VAS استفاده شد و خشکی دهان آنها به صورت ساختکنی توسط سؤالات از پیش استاندارد شده بررسی شد. اطلاعات آماری توسط نرم افزار SPSS Ver10 و با استفاده از آزمون مجدور کای و Logistic Regression test انجام شد.

نتایج: ۳۴ بیمار مبتلا به دیابت نوع I و ۴۳۴ بیمار مبتلا به دیابت نوع II بودند، (میانگین سنی ۴۷/۸۴±۹/۷۷ سال). فراوانی کل ضایعات کاندیدایی در این بیماران ۱۵/۴٪ بود که به ترتیب: استوماتیت ناشی از دنچر ۰/۵٪، انگولارکیلیتیس ۱/۴٪، مدیان رومبوئید گلوسیتیس ۰/۱٪ آتروفی پاپی های زبان ۰/۴۵٪ بوده است. فراوانی کلی ضایعات غیر وابسته به کاندیدا ۰/۰۱٪ بود که شامل زبان شیاردار ۰/۱٪، زبان جغرا فایی ۰/۷٪ لیکن پلان ۰/۱٪ بود. از بیماران از سوزش دهان شکایت داشتند. که میانگین سوزش اندازه گیری شده ترک گوشه لب و آتروفی پایی زبان و سطح HbA_{1C} بر روی ترک گوشه لب، سوزش و خشکی دهان و همچنین طول مدت بیماری بر روی سوزش و خشکی مؤثر بوده است ($P<0.05$).

نتیجه گیری: کلیه ضایعات به طور مشخص در افراد دیابتی نوع I بیش از نوع II بود. کنترل دیابت نقش مؤثر در بروز ضایعات دهانی دارد و تغییر در وضعیت کنترل دیابت می‌تواند باعث ایجاد ناراحتی در دهان بیماران شود که زنگ خطری برای بیماران جهت حفظ بهتر بهداشت دهان و کنترل منظم قند خون آنها محسوب می‌شود.

واژه های کلیدی: ضایعات دهان، دیابت واپسیه به انسولین، دیابت غیر وابسته به انسولین، سوزش دهان، خشکی دهان

مقدمه

بر اساس برآورد سازمان بهداشت جهانی ۱۷۱ میلیون نفر در سال ۲۰۰۰ مبتلا به دیابت بودند که این میزان به دو برابر آن در سال ۲۰۳۰ خواهد رسید. هر سال ۳/۲ میلیون نفر بر اثر دیابت

*-نویسنده مسئول: استادیار بیماریهای دهان-تلفن همراه: ۰۹۱۱۱۳۱۸۴۱۱
E mail: Rabie@gums.ac.ir

-۱-استادیار گروه پزشکی اجتماعی
-۲-دانشیار گروه بیماریهای داخلی- فوق تحصیل غدد
-۳-داندایپرژک عمومی
-۴-دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی گیلان
-۵-دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی گیلان
تاریخ دریافت: ۱۳۸۵/۶/۱۲
تاریخ پذیرش: ۱۳۸۶/۲/۶

کاندیدا در دهان شامل (Median Rhomboid Glossitis) MRG^(۲۷)، گلوسیت آتروفیک (آتروفی کل زبان)، استوماتیت دندانی، کاندیدیازیسیا غشاء کاذب (برفک) و آنگولار کیلیتیس می باشد.

هدف از این مطالعه بررسی شیوع پاتولوژیک بافت نرم در دهان بیماران دیابتیک و همچنین بررسی سوزش و خشکی در دهان این بیماران به تفکیک نوع دیابت و ارتباط آنها با وضعیت کنترل دیابت و طول مدت آن می باشد.

روش بررسی

این مطالعه از نوع توصیفی - تحلیلی با تکنیک مشاهده و معاینه و با استفاده از فرم اطلاعاتی در واحد دیابت درمانگاه رازی شهر رشت صورت گرفت. پس از تعیین حجم نمونه ۴۶۸ نفر بیمار دیابتی مراجعه کننده به آن مرکز، به صورت نمونه گیری مستمر تا تکمیل حجم نمونه در سال ۱۳۸۴ صورت گرفت. بیماران پس از بررسی پرونده و جدیدترین آزمایش توسط متخصص بیماریهای دهان و دندانپزشک که از قبل برای این تحقیق آموزش داده شده بود معاینه‌ی دهانی شدند.

معاینه‌ی دهانی آنها در محل، توسط نور طبیعی و کنار زدن لب و گونه با جستجو در تمام نواحی دهان صورت گرفت. تشخیص ضایعات با نمای بالینی آن مطرح گردید و در موارد مشکوک با متخصص پوست مشاوره شد. اطلاعات دموگرافیک بیماران به همراه اطلاعات مندرج از پرونده‌ی بیماران از قبیل نوع دیابت، طول مدت آن و آخرین آزمایش از میزان HbA_{1C} در پرسشنامه‌ی از پیش تهیه شده ثبت گردید. در مواردی که بیمار ابراز سوزش در دهان می کرد میزان آن توسط روش خط ۱۰ سانتیمتری که یک سوی آن عدم وجود درد (به متزله صفر) و سوی دیگر عدم امکان تحمل درد (به متزله ۱۰) بود استفاده شد که پرسش شونده با نشانه گذاری میزان درد خود را بیان می کرد برای ثبت علامت خشکی دهان از سؤالات استانداردی که برای آن وجود دارد استفاده شد که این سؤالات شامل موارد زیر می باشد^(۲۹).

آیا هنگام خوردن غذا احساس خشکی در دهان می کنید؟

فوت می کنند که تقریباً معادل ۶ نفر در هر دقیقه می باشد. ۱۰ کشور سرآمد این بیماری شامل هند، چین، آمریکا، اندونزی، ژاپن، روسیه، برباد، ایتالیا و بنگلادش می باشند. در کشورهای در حال توسعه، افزایش شیوع دیابت به دنبال رشد جمعیت، سن، غذایی ناسالم، چاقی و نحوه زندگی بدون حرکت می باشد که در صد آن نیز دیابت نوع II می باشد. در کشورهای پیشرفته افراد مبتلا به دیابت نوع II در سنین بالای بازنشستگی اند در حالی که در کشورهای در حال توسعه در سنین متوسط و درآمدزا بین ۳۵ تا ۶۴ سال می باشند. عمدۀ ترین مشکلات به دنبال دیابت بیماری‌های قلبی - عروقی، دیابت نوروپاتیک، رتینوپاتی و نارسایی کلیه می باشد^(۱). شرایط دهانی که در بیماران دیابتی دیده می شود، می تواند شامل سوزش دهان، افزایش وقوع عفونت‌ها و خشکی دهان باشد.

نوروپاتی احشایی در دیابت با درگیر کردن سیستم پاراسمپاتیک میزان ترشح بزاق را تغییر داده و باعث خشکی دهان می شود و پل اوری در این بیماران باعث تشدید این مسئله می شود. سطح خشک مخاط می تواند به راحتی در معرض قرار گرفته و سبب تشدید سوزش دهانی شود و یا ایجاد کننده محیط مناسب برای ارگانیسم‌های قارچی گردد^(۲،۳). اطلاعات کمی درباره تظاهرات دهانی نوروپاتی دیابتیک وجود دارد. در حقیقت معتقدند که نوروپاتی محیطی باعث درد، dyesthesia و از بین رفتن حس می شود در حالیکه نوروپاتی اتونومیک باعث نقص در میزان جریان بزاق در دهان می شود^(۴).

در مطالعات گذشته سندرم سوزش دهان در ۱۸٪ بیماران نوع II دیابت دیده شد در حالیکه این میزان در غیر دیابتی ها ۷-۲۶٪ در صد می باشد^(۴). سوزش دهان در خانمهای در جمعیت عادی ۷ برابر بیشتر از آقایان می باشد و بیشتر در زنان یائسه ۱۲-۳ سال پس از قاعدگی بیشتر دیده می شود.

دیابت ملیتوس مستعد کننده بیماریهای مخاط دهان از قبیل افزایش وقوع عفونتها، اختلال در ترمیم زخم، گلوسیت با غشا کاذب، واکنشهای لیکنوئید، سندرم سوزش دهان یا glossodynbia می باشد^(۲،۳،۶).

در واقع بیماران با دیابت ملیتوس بیشتر مستعد عفونتها قارچی به خصوص کاندیدا آلیکانس می باشند. عفونتهای دهانی توسط

در مرتبه بعدی بیماریهای قلب و عروقی قرارداشتند. پاتولوژی بافت نرم در دهان این افراد به واسطه عفونتهای کاندیدایی در کل $15/4\%$ بود که از این میان به ترتیب فراوانی مدیان رومبوئید گلوسیتیس $1/5\%$, استوماتیت دنچری $5/3\%$, انگولارکلیتیس $4/1\%$ و آتروفی پاپی های زبان $4/5\%$ بود (جدول ۱). از جمله بیماریهای غیر وابسته به کاندیدا لیکن پلان با فراوانی $1/7\%$, زبان شیاردار $5/10\%$ و زبان جغرافیایی $9/7\%$ بود. $6/2\%$ بیماران دیابتیک از سوزش در داخل دهان خود شکایت داشتند که این تعداد در خانمهای طور معنی داری بیش از آقایان بوده است (نمودار ۱). اندازه گیری این سوزش توسط VAS میزان درد را بـاعـد $3/84 \pm 1/98$ از 10 مشخص می کرد (نمودار ۲).

جدول (۱): بررسی ریسک شانس متغیرها در ضایعات مورد مطالعه

Pvalue	CI	Odd's Ratio	متغیر	نوع ضایعه
<0.0001	۴-۱۵	$4/6$ ۱	استوماتیت	دیابت نوع I
			دنچری	دیابت نوع II
<0.003	۱/۱-۷	$3/6$ ۱	آنگولارکلیتیس	دیابت نوع I
			دیابت نوع II	دیابت نوع II
<0.001	-۳/۸۹ ۱/۳	$7/2$ ۱	HbA1>7	HbA1>7
			HbA1<7	HbA1<7
<0.02	-۱۱ ۱/۱	$3/4$ ۱	آتروفی پاپیلا	دیابت نوع I
			دیابت نوع II	دیابت نوع II
<0.04	۱/۳-۳/۷	$3/3$ ۱	زنان	زنان
			مردان	مردان
<0.01	۱/۶-۳۵/۷	$7/7$ ۱	سوزش دهان	HbA1<7
			HbA1>7	HbA1>7
<0.01	۱/۵-۷/۵	$3/4$ ۱	طول مدت	بیماری
			>۵ سال	<۵ سال
<0.05	-۵/۶ ۱/۹	$3/3$ ۱	خشکی دهان	>۵ سال
			<۵ سال	بیماری
<0.001	-۳۴/۲ ۲/۱	$8/6$ ۱	لیکن پلان	HbA1>7
			HbA1<7	HbA1<7
<0.03	۱۷-۲۲	$19/9$ ۱	زبان شیاردار	دیابت نوع I
			دیابت نوع II	دیابت نوع II
<0.05	-۳/۲ ۱/۷	$2/5$ ۱	دیانت	زن
			مرد	مرد

آیا هنگام خوردن غذاهای خشک احساس مشکل می کنید؟

آیا هنگام بلع غذا نیاز به خوردن مایعات دارید؟

آیا به طور معمول در دهان احساس خشکی دارید؟

آیا میزان بزاق دهان شما خیلی کم است؟^(۴)

یافته های پاتولوژیک بافت نرم در داخل دهان بیماران به صورت ضایعات وابسته به کاندیدایزیس شامل استوماتیت دنچری، آنگولارکلیتیس مدیان رومبوئید گلوسیتیس و آتروفی کامل پاپی های زبان بود.

ضایعات غیر کاندیدایی آن شامل لیکن پلان، زبان جغرافیایی و زبان شیاردار بود که تشخیص ضایعات با توجه به نمای بالینی مطرح شد و در موارد مشکوک توسط متخصص بیماری های دهان راهنمایی شد. بیماری های سیستمیک همراه شامل بیماری های تیروئید، چربی خون، قلب و فشار خون، ناراحتی کلیوی، ناراحتی چشمی و سایر بیماریها در پرسشنامه ثبت و مواردی که باعث ظاهرات دهانی می گردید حذف شدند. در نهایت داده های پژوهش توسط نرم افزار آماری SPSS ارزیابی و از آزمون های مجذور کای Logistic Regression test استفاده شد.

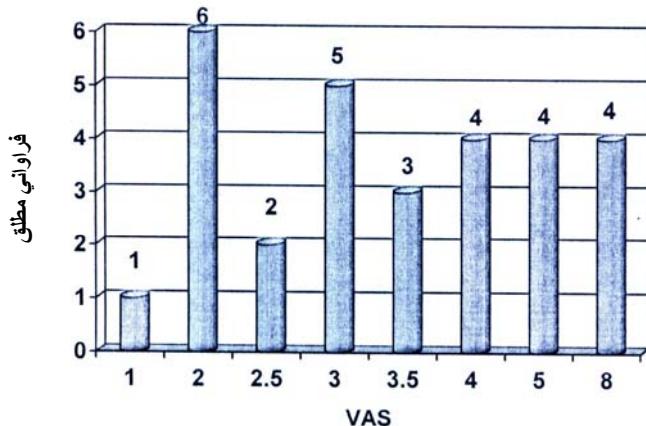
نتایج

در این مطالعه از ۴۶۸ فرد دیابتیک شناخته شده تعداد ۱۸۵ نفر ($39/5\%$) مرد و ۲۸۳ نفر ($60/5\%$) زن با میانگین سنی $47/84 \pm 9/77$ و دامنه سنی ۲۱ تا ۸۰ سال بودند. از کل این تعداد ۴۳۴ نفر مبتلا به دیابت نوع دوم و ۳۴ نفر دیابت نوع اول بودند. میانگین سنی افراد مبتلا به دیابت نوع I $43/3 \pm 12/3$ بود در حالیکه این میزان در افراد نوع II $48/3 \pm 9/6$ بوده که به طور معنی داری سن گروه دوم از نوع I بیشتر بود ($P<0.05$).

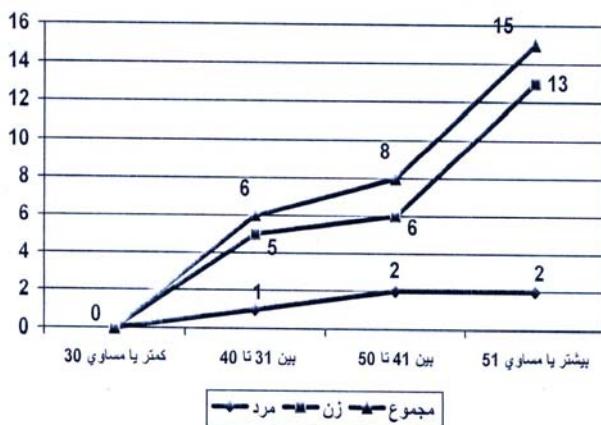
۳۴۳ نفر از کل جمعیت در زمانی کوتاه تر از ۵ سال به دیابت مبتلا بوده اند در حالیکه ۱۲۳ نفر مبتلا یان بیش از ۵ سال از زمان تشخیص بیماری شان می گذشت که $76/5\%$ افراد مبتلا به نوع I بیماری، بیش از ۵ سال سابقه ابتلا به دیابت داشتند در حالی که $22/4\%$ افراد مبتلا به نوع II بیش از ۵ سال سابقه ای ابتلا به دیابت داشتند ($P<0.0001$).

دیس لیپیدمی در ۷۶ نفر از کل جمعیت مورد مطالعه دیده شد که

نمودار ۱: توزیع فراوانی VAS در بیماران مورد مطالعه



نمودار ۲: میزان فراوانی سندروم سوزش دهانی در گروه های مختلف سنی بر حسب جنس



بحث

همانند اکثر مطالعات تعداد بیماران دیابتیک نوع II بسیار بیشتر از بیماران نوع I می باشد^(۲). با توجه به یافته های تحقیق علیرغم تعداد زیاد مبتلایان به دیابت نوع II ضایعات دهانی به طور چشمگیری در مبتلایان دیابت نوع I بیش از مبتلایان به نوع II بوده است^(۲).

همواره در کتب مرجع و تحقیقات گذشته به این نکته مهم اشاره شده است که دیابت یکی از عوامل مستعد کننده کاندیدیازیس در دهان می باشد به خصوص در مواردی که از ابزارهای متحرک پروتزی استفاده می شود^(۴). با توجه به یافته های حاضر فراوانی ضایعات وابسته به کاندیدا ۱۵/۴٪ در کل بیماران بوده است که مشابه سایر مطالعات بوده است^(۶). مهمترین ضایعه کاندیدایی که در این بررسی یافت شد استوماتیت ناشی از دنچر بود(۰/۵/۳٪)،

نشانه‌ی دیگر داخل دهانی بیماران، خشکی دهان بود که در مجموع ۱۵/۶٪ از آن رنج می برند و حدود ۴/۲٪ آنها از خشکی شدید دهان که با پاسخگویی به مجموع سؤالات مشخص می شود، شکایت داشتند که این شکایت مستقیماً با سن ارتباط معنی داری پیدا می کرد (P<0.003).

در نهایت پس از انجام آزمون رگرسیون لجستیک در رابطه با بیماریهای وابسته و غیر وابسته به کاندیدیازیس با همسان سازی عوامل مؤثر هر کدام از بیماریها نتایج زیر حاصل گشت.

استوماتیت دنچری با نوع دیابت ارتباط دارد و در دیابت نوع I ۴/۶ برابر بیشتر از نوع II بوده است (P<0.0001, CI 95%: 4-15) در افرادی که HbA_{1c} بیشتر از ۷ داشتند میزان بیماری ۷/۲ برابر بیشتر از سایر افراد بوده، (P<0.001, CI 95%: 1/3-3/89) از نظر نوع دیابت در گروه نوع I بیماری ۳/۶ برابر نوع II بوده است (P<0.003).

آتروفی پاپیلا در دیابت نوع I، ۳/۴ برابر نوع II بوده است (P<0.02, CI 95%: 1/1-11) سوزش دهان با جنس ارتباط داشته و در زنان ۳/۳ برابر بیشتر از مردان است (P<0.04, CI 95%: 1/3-3/7) همچنین با سطح HbA_{1c} ارتباط دارد که ۷/۷ برابر بیشتر از گروه غیر کنترل می باشد (P<0.01, CI 95%: 1/6-35/7) و با طول مدت بیماری ارتباط مشخصی دارد به طوری که در گروه بالای ۵ سال ۳/۴ برابر بیشتر از گروه زیر ۵ سال است (P<0.01, CI 95%: 1/5-7/5).

خشکی دهان با طول مدت بیماری ارتباط دارد به طوری که در گروه بالای ۵ سال ۳/۳ برابر بیشتر از گروه زیر ۵ سال ایجاد شده است (P=0.05), CI 95%: 1/9-5/6) دیگر، خشکی دهان با سطح HbA_{1c} نیز مستقیماً مرتبط می باشد به طوریکه در مواردی که کنترل ضعیف بود و HbA_{1c} آنها بالای ۷ بود به میزان ۸/۶ برابر احتمال ایجادش نسبت به گروه دیگر که HbA_{1c} کمتر از ۷ داشتند، بود (P<0.001, CI 95%: 2/1-34/3) لیکن پلان نیز با سطح HbA_{1c} مرتبط بوده و در گروه دیابت نوع I ۱۹/۹ برابر بیشتر از دیابت نوع II بود (P<0.03, CI 95%: 1/7-22) زیان شیاردار در زنان ۲/۵ برابر بیشتر از مردان بود (P<0.05).

دیابتیک نوع II ریسک ضایعات کاندیدایی را در این میان کم کرده است ولی در بین مبتلایان به نوع I عدم کنترل دیابت با از دست دادن دندانها و ضایعه‌ی ناشی از دنچر ارتباط معنی‌داری دارد در حالی که با سایر ضایعات کاندیدایی مانند آتروفی پایپیها و مديان رومبوبئید گلوسیتیس ارتباط چندانی نداشته است. در پاره‌ای از مطالعات گذشته، MRG در مبتلایان به دیابت نوع I تقریباً ۴ برابر بیشتر از دیابت نوع II بوده است و در مطالعه حاضر نیز MRG در گروه نوع I بیش از نوع II می‌باشد^(۱۲).

فراوانی ضایعات غیر وابسته به کاندیدا در این مطالعه ۲۰/۱٪ بود که به ترتیب فراوانی زبان شیاردار ۱۰/۵٪ و زبان جغرافیایی ۷/۹٪ می‌باشد در حالی که شیوع لیکن‌پلان تنها ۱/۷٪ بود. فراوانی دو ضایعه‌ی اول در جمعیت دیابتیک تحت مطالعه بیشتر از سایر مطالعات انجام شده در جمعیت عادی منطقه‌ی گیلان می‌باشد (زبان شیاردار ۴٪ و زبان جغرافیایی ۷٪) و باید به این نکته اشاره کرد که در گیلان و حتی در ایران فراوانی دو ضایعه‌ی فوق همواره بیش از بسیاری از نواحی دیگر دنیا می‌باشد^(۱۳).

مطالعه دیگری که در بیماران مبتلا به دیابت نوع I انجام شود فراوانی زبان جغرافیایی و شیاردار هر کدام ۵/۴٪ بوده که در آنجا نیز این مقدار بیشتر از جمعیت افراد عادی آن جامعه می‌باشد^(۶). در یک مطالعه همراهی زبان جغرافیایی را در افراد دیابتی که HLAB15 دارند چهار برابر بیشتر از گروه عادی جامعه اعلام کرده‌اند. نکته‌ی مهم اشاره به فراوانی بیشتر ضایعات غیر وابسته به کاندیدا در این تحقیق در مبتلایان به دیابت نوع I در مقایسه با افراد عادی جامعه می‌باشد^(۱۴).

لیکن‌پلان بیماری پوستی مخاطی وابسته به اینمی سلولی می‌باشد، که در دهان به صورت ضایعات سفید به شکل خطوط سفید رتیکولر (فرم کراتونیک)، فرم ضایعات بولوز و ضایعات اروزیو و آتروفیک بچشم می‌خورد^(۲).

همراهی لیکن‌پلان با دیابت ملیتوس در پاره‌ای از مطالعات تأیید شد. اما در مطالعات دیگر ارتباط مشخص بین دو بیماری و دیابت و لیکن‌پلان دهانی یافت نشد^(۳،۴،۱۵). بالاترین شیوع لیکن‌پلان در دیابت نوع I در مقایسه با نوع II آن در برخی مطالعات مطرح شده است و محققین چنین مطرح می‌کنند که نوع I دیابت و

که فرم اختصاصی کاندیدیازیس مزمن می‌باشد. به دنبال از دست دادن دندانها و استفاده از پروتز، تحلیل ریجه‌ای آلوئل، کاهش ارتفاع عمودی صورت و در نتیجه چین خوردگی گوشه‌ی لبها(انگولار کلیتیس) رخ می‌دهد(۴/۱٪) که محل مناسبی جهت تکثیر قارچ بوده و این ضایعه مشخصه‌ی کاندیدیازیس مزمن می‌باشد که شیوع هر دو این ضایعات تقریباً در محدوده مطالعات گذشته بوده‌اند^(۶). آتروفی پایپیای ناحیه‌ی مرکزی زبان یا مديان رومبوبئید گلوسیتیس (که مرکز تجمع قارچ در شرایط نرمال نیز می‌باشد) ضایعه‌ی وابسته به کاندیدا می‌باشد و در موارد طول کشنه‌ای کاندیدیازیس مشاهده می‌شود. آتروفی ژنرالیزه پایپیای زبان که اغلب پژوهشگران آنرا جزء ضایعات کاندیدیازیس دسته بنده می‌کنند در ناحیه قدامی زبان روی می‌دهد در اکثر موارد به نظر شیوه گلوسیتهای اختصاصی تا کاندیدیازیس آتروفیک (اریتماتوئز) ۴/۵٪ و در این مورد تفاوت آرا در بین محققین وجود دارد(۴/۵٪).

مهمنترین نکته‌ی قابل بحث در این مطالعه بیشتر بودن ضایعات کاندیدایی و حتی غیر وابسته به کاندیدا در دیابتی‌های نوع I می‌باشد. این نکته نیز تأیید شده است که در ۳/۲٪ افراد مبتلا به دیابت وابسته به انسولین و در موارد کنترل ضعیف قند خون تعداد کاندیدا در دهان افزایش و ضایعات ناشی از آن در دهان بیش از گروه کنترل می‌باشد^(۳،۷). در مطالعه مشابه که در بیماران مبتلا به دیابت نوع I صورت گرفته بود، سه ضایعه‌ی استوماتیت دنچری، مديان رومبوبئید گلوسیتیس و آتروفی پایپیای طور معنی‌داری در افراد دیابتیک بیش از گروه سالم جامعه می‌باشد^(۱۱،۳۷). با توجه به یافته‌ها می‌توان به نوع دیابت (وابسته به انسولین)، عدم کنترل دیابت و طول مدت ابتلا به دیابت را که در این گروه طولانی‌تر بوده تأکید بیشتری داشت. در حقیقت اگرچه میانگین سن در مبتلایان به دیابت نوع I کمتر است ولی می‌توان چنین برداشت کرد که سن تأثیری کمرنگ‌تر از نوع دیابت و کنترل دیابت دارد در حالیکه مشخصاً از دست دادن بیشتر دندانها را می‌توان با طولانی‌تر شدن مدت دیابت و آثار تخریب دندانها و از بین رفتان آنها به دنبال عدم کفایت سیستم اینمی و بیماریهای پریودنتال ناشی از آن لحاظ کرد. همچنین کنترل بهتر دیابت در افراد

طیف ۱ تا ۸ که به نظر می‌رسد بتوان با کنترل بهتر قند خون این شکایت بیماران را نیز کنترل نمود^(۸).

شکایت خشکی دهان از مواردی است که باید آن را از کاهش عینی میزان جریان بزاق جدا نمود. کاهش میزان جریان بزاق به دنبال نوروپاتی اتونومیک به خصوص نوروپاتی پاراسیمپاتیک حادث می‌شود. در حالیکه شکایت خشکی دهان در بیماران دیابت نوع I در مقایسه به طور معنی‌داری بیشتر از دیابت نوع II می‌باشد. که هیپرگلیسمی را عامل نوروپاتی اتونومیک می‌دانند. در عین حال احساس خشکی دهان در مطالعه‌ی گذشته نیز با اندازه‌گیری جریان بزاق ۵۶/۶٪ گزارش شده است در حالیکه در این بررسی ۱۵/۵٪ از کل افراد دیابتیک از خشکی دهان شکایت داشتند و میزان کمتری از این افراد به هر ۴ سوال پاسخ دادند که نهایتاً بتوان آنها را در دسته فرم شدید خشکی دهان دسته‌بندی کرد. این شکایت مشخصاً با کنترل قند خون ارتباط دارد و چنانچه بتوان قند خون بیماران را تنظیم نمود باید انتظار داشت علایم و نشانه‌های دهانی در بیماران دیابتیک کاهش یابد و به خصوص با بهداشت دهان مناسب به ویژه در بیماران نوع I بتوان از شدت مشکلات دهانی بیماران کاست^(۹).

نتیجه‌گیری

با توجه به نتایج مطالعه‌ی حاضر میزان ضایعات بافت نرم و مشکلات سوزش و خشکی در دهان بیماران مبتلا به دیابت بالا است به خصوص در افراد مبتلا به دیابت نوع I که شاید یکی از علل عمدۀ آن کنترل نامناسب قند خون می‌باشد. بنابراین می‌توان جهت افرادی که مبتلا به این بیماری می‌شوند کنترل هر چه بیشتر قند خون و رعایت مسایل بهداشتی دهان همراه با معاینات مکرر و دوره‌ای را بیش از افراد عادی جامعه توصیه کرد و به دنبال آن تأکید کرد که وجود هر کدام از علایم و نشانه‌ها می‌تواند زنگ خطری برای تغییر میزان قند خون آنها باشد که نیاز به پی‌گیری دارد.

لیکن پلان هر دو با پدیده‌ی اتوایمیون و پاسخهای اینمی واپسیه به سلول‌های T مشخص می‌شوند و پیشنهاد می‌کند که سیستم اینمی می‌تواند نقش بحرانی اساسی در تظاهر لیکن‌پلان دهانی در بیماران دیابت نوع I داشته باشد^(۱۰).

همچنین در مطالعه انجام شده در مجارستان، میزان لیکن‌پلان در مبتلایان به دیابت نوع I در کشور مجارستان بیشتر از افراد عادی جامعه بوده است^(۱۷).

با توجه به یافته‌های بررسی حاضر، میزان لیکن‌پلان در آقایان بیشتر از خانمها است (در اکثر موارد گزارش شده در خانمها بیشتر از آقایان بوده است). فراوانی لیکن‌پلان ۱/۷٪ تعیین شده که در محدوده مطالعات گذشته بوده است^(۱۵-۱۶).

سوزش دهان در مطالعات متعدد به دنبال نوروپاتی در بیماران مبتلا به دیابت نوع II مطرح شده است. در سایر مطالعات اپیدمیولوژیک سوزش دهان، دیابت به عنوان یکی از عوامل ایتیولوژیک آن مطرح می‌شود. فراوانی این مشکل در بررسی‌های گذشته بین ۱۴ درصد تا ۱۸ درصد گزارش شده است. همچنین بروز سوزش دهان در خانم‌ها و با افزایش سن به طور معنی‌داری بیشتر به چشم می‌خورد. مشخصاً در موارد طول کشندۀ و زمانیکه دیابت کنترل نشده باشد به طور معنی‌داری خود را بروز خواهد داد. البته از عمدۀ موارد ایتیولوژیک سوزش دهان می‌توان به کاندیدیازیس و یا افسردگی نیز اشاره کرد^(۱۹-۲۲).

آن طور که از یافته‌ها استنباط می‌شود با بالا رفتن سن و از دست دادن دندانها، استفاده بیشتر از پروتزهای متحرک و افزایش میزان HbAIC کاندیدیازیس که خود همراه با عدم کنترل دیابت و می‌باشد سوزش دهان نیز تشدید می‌شود همچنین با همراه شدن بیماری طول کشندۀ دیابت در بیماران افسردگی نیز بیشتر می‌شود و نهایتاً نوروپاتی دیابتیک در بیماران دیابتیک نوع II خود را به شکل سوزش دهان نشان می‌دهد. در مطالعه‌ی گذشته طی اندازه‌گیری این سوزش میزان آن (۴/۶٪) با طیف ۲ تا ۹ به دست آمد در عین حال در این بررسی نیز این میزان نزدیک به ۴ بوده با

References

- 1- <http://www.WHO.Int>. *Diet physical activity*. Publications facts diabetes en index. HTML.
- 2- Greenberg MS, Glick M. *Burket's Oral Medicin*, Diagnosis and treatment, 10 th ed. Spain: BC Decker Inc. 2003, 570-575.
- 3- Lalla RV, O`Ambrosio JA. *Dental management considerations for the patient with diabetes mellitus*. JADA, Vol 132, October 2001; 1425-1432.
- 4- Collin HI, Niskanen L, Vusitupa M. *Oral symptoms and signs in elderly patient with type 2 diabetes mellitus: a focus on diabetic neuropathy*. Oral surg Oral Med Oral path Oral Radio Endod 2000; 90: 299-305.
- 5- Carrington J, Getter L, Brown RS. *Diabetic neuropathy masquerading as glossidinia*: JADA November 2001, Vol 32;1549-1551.
- 6- Guggenheimer J, Moore PA, Rossie K. *Insulin-dependent diabetes mellitus and oral soft tissue pathologies, I: prevalence and characteristics of non-Candidal lesions*. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol endod, 2000; 89: 563-9.
- 7- Guggenheimer J, Moore PA, Rossie K. *Insulin-dependent diabetes mellitus and oral soft tissue pathologies, II: Prevalence and characteristics of Candida and candidal lesions*. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol, 2000; 89: 570-6.
- 8- Bergdal M, Bergdal J: *Burning mouth syndrome: prevalence and associated factors*. J Oral Pathol Med, 1999; 28: 350-4.
- 9- Chavez EM, Taylor GW, Borrell LN, Shop JA, Mich AA. *Salivary function and glycemic control in older person with diabetes*. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 2000; 89: 305-11.
- 10- Dorocka-Bobkowska B, Budtz-Jorgensen E, Wloch S. *Non-insulin-dependent diabetes mellitus as a risk factor for denture stomatitis*, J Oral pathol Med. 1996; 25(8): 411-5.
- 11- Forman AG. *Atrophic lesions of the tongue: a prevalence study among 175 diabetic patients*. J Oral Pathol. 1976 Sep; 5(5): 255-64.
- 12- قائم مقامی - احمد، ملکی - زیبا، حاجی فتاحی - فرناز. بررسی رابطه‌ی بیماری دیابت *Median Rhomboid Glossitis* مجله دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، سال ۱۳۸۰؛ جلد ۱۹ (۱) صفحه ۷۵ تا ۸۰
- 13- ریبعی - مریم، محتشم امیری - زهرا، آمیغ - سعید و همکاران. بررسی شیوع آنومالیهای زبان در مقاطع سه گانه مدارس شهر رشت در سال ۱۳۸۲ مجله جامعه اسلامی دندانپزشکان، بهار ۱۳۸۵، دوره ۱۸ شماره ۱ صفحه ۳۷ تا ۴۰.
- 14- Wysocki GP, Daley TD. *Benign migratory glossitis in patients with juvenile diabetes*. Oral Surg Oral Med Oral Pathol. 1987; 63(1): 68-70.
- 15- زارعی - محمد رضا، شیری - رویا. بررسی شیوع لیکن پلان دهانی در مبتلایان به دیابت ملیتوس. مجله دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، سال ۱۳۷۹؛ جلد ۱۸ (۱) صفحه ۲۵-۳۹.
- 16- Petrou- Amerikanou C, markopolulos AK, Belazi M, Karamitso D, Papanayotou P. *Prevalence of oral lichen planus in diabetes mellitus according to the type of diabetes*. Oral Dis 1988; 4: 37-40.
- 17- Albrecht M, Banoczy J, Dinya E, Tamas G Jr. *Occurrence of oral leukoplakia and lichen planus in diabetes mellitus*. J oral Path Med 1992; 21: 364-6.
- 18- Van Dis ML, Parks ET. *Prevalence of oral lichen planus in patients with diabetes mellitus*. Oral surg oral Med oral path oral Radiol Endod 1995; 79: 696-700.
- 19- Gibson J, Lomey PJ, Lewis M, Frier B. *Oral manifestations of previously undiagnosed non-insulin dependent diabetes mellitus*. J Oral Pathol Med. 1990Jul; 19(6): 284-7.
- 20- Zegarelli DJ. *Burning mouth: An analysis of 57 patients*. Oral surg. 1984;58: 34-38.
- 21- Grushka M, *Clinical features of burning mouth syndrome*. J Oral Surg, Oral Med, Oral pathol. 1987; 63: 30-6.
- 22- Bergdahl J, Anneroth G. *Burning mouth syndrome: Literature review and model for research and management*. J oral Pathol Med 1993; 22; 433.