

فراوانی ضایعات مخاطی دهان در بیماران بستری در بیمارستان شهید صدوقی یزد در سال ۱۳۹۷

فاطمه اولیاء^۱، سیدحسین طباطبایی^۲، محمد نیما مطلایی^{۳*}، رضا آیت‌اللهی^۴

مقاله پژوهشی

مقدمه: از مهم‌ترین نشانه‌های سلامت عمومی، سلامت دهان است. بسیاری از بیماری‌های سیستمیک تظاهرات دهانی دارند که می‌تواند اولین بار در حفره دهان تظاهر یابد، لذا با توجه به اهمیت تشخیص و درمان به موقع ضایعات دهانی این مطالعه با هدف بررسی شیوع ضایعات مخاط دهانی در بیماران بستری در بیمارستان شهید صدوقی یزد انجام شد.

روش بررسی: در این مطالعه توصیفی مقطعی ۴۴۳ بیمار بستری در بیمارستان شهید صدوقی از نظر وجود ضایعات مخاطی دهان ارزیابی شدند. هرگونه تغییرات غیرطبیعی در مخاط دهان در این بیماران، اطلاعات دموگرافیک، نوع و محل ضایعه دهانی، وجود دنچر و مصرف سیگار ثبت شد. داده‌های به‌دست آمده پس از ورود به نرم‌افزار SPSS Inc., Chicago, IL; Version 19 با استفاده از آزمون‌های کای‌اسکوئر و تست دقیق فیشر تجزیه و تحلیل شد.

نتایج: ضایعات دهانی در ۳۷/۷ درصد بیماران مشاهده شد. بیش‌ترین فراوانی از مجموع ضایعات مشاهده شده مربوط به ضایعات سفید قرمز بود که در ۱۹/۱ درصد بیماران مشاهده شد. کام محل شایعی برای ضایعات سفید قرمز بود. بیش‌ترین ضایعات زخمی تاولی به‌ترتیب در کام سخت و زبان مشاهده شد. با بالارفتن سن میزان ضایعات افزایش می‌یافت. از میان ضایعات تنها ضایعات پیگمانته در مردان به طور معنی‌داری بیش‌تر بودند (P-value=۰/۰۲۱).

نتیجه‌گیری: ضایعات مخاطی دهان در بیماران بستری شیوع بالایی داشتند و با بالارفتن سن میزان این ضایعات افزایش یافتند.

واژه‌های کلیدی: تظاهرات دهانی، پزشکی بیمارستانی، دنچر، سیگار کشیدن

ارجاع: اولیاء فاطمه، طباطبایی سیدحسین، مطلایی محمدنیما، آیت‌اللهی رضا. فراوانی ضایعات مخاطی دهان در بیماران بستری در بیمارستان شهید صدوقی یزد در سال ۱۳۹۷. مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد ۱۳۹۸؛ ۲۷ (۸): ۳۴-۱۸۲۶.

- ۱- گروه بیماری‌های دهان فک و صورت، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید صدوقی، یزد، ایران
 - ۲- گروه پاتولوژی دهان، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید صدوقی، یزد، ایران
 - ۳- دانشجوی دندانپزشکی، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید صدوقی، یزد، ایران
 - ۴- دانشجوی دندانپزشکی، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید صدوقی، یزد، ایران
- (نویسنده مسئول): تلفن: ۰۹۱۲۰۶۲۰۷۷۹، پست الکترونیکی: Nimamotallaei@gmail.com، کدپستی: ۱۴۶۵۷۹۵۳۱۴

آن‌ها زخم‌های آفتی راجعه، زبان باردار (coated tongue)، ضایعات هرپس سیمپلکس و SCC بودند. ۱۰ مرد و ۶ زن هیچ ضایعه دهانی نداشتند. شیوع بالای ضایعات دهانی در بیماران بستری بر لزوم اجرای برنامه‌های مراقبت دندانپزشکی در این بیماران تاکید کرد (۵).

بسیاری از بیماری‌های سیستمیک با تغییراتی که در شرایط بدن ایجاد می‌کنند قادر به ایجاد ضایعات دهانی هستند. بیماری‌های اتوایمیون، بیماری‌هایی که با ضعف سیستم ایمنی همراهند مثل دیابت، بیماران کلیوی، بیماران آنمیک و بیماران عفونی و بیماری‌های کبدی و ... با توجه به شیوع بالای ضایعات دهانی در مطالعات قبلی (۸-۱۱) و اهمیت تشخیص و درمان به موقع آن و با توجه به عوارض و مشکلات بسیاری که این ضایعات برای بیماران ایجاد می‌کنند این مطالعه با هدف بررسی فراوانی ضایعات دهانی در بیماران بستری در برخی از بخش‌های بیمارستان شهید صدوقی یزد انجام شد.

روش بررسی

در این مطالعه توصیفی مقطعی ۴۴۳ بیمار بستری در بخش‌های ارتوپدی، جراحی، چشم، قلب، مغز و اعصاب و گوش و حلق و بینی بیمارستان شهید صدوقی یزد در طول سال تحصیلی ۹۷-۱۳۹۶ از نظر وجود ضایعات دهانی ارزیابی شدند. نمونه‌ها به روش نمونه‌گیری تصادفی از جامعه مورد بررسی انتخاب می‌شوند؛ بدین نحو که هر بخش به عنوان یک طبقه در نظر گرفته و در آن بخش به صورت تصادفی، بیمارانی که بستری شده‌اند مورد بررسی قرار می‌گیرند. با توجه به حداقل تعداد بیمار بستری در هر بخش طبق نظر متخصص آمار و مطالعات مشابه تعداد حداقل ۵۵ بیمار در هر بخش مورد نیاز بود که بسته به معیارهای ورود در برخی بخش‌ها تعداد بیش‌تری مورد سنجش قرار گرفتند. از تمامی بیماران یا والدین آن‌ها در صورتی که سن آن‌ها زیر سن قانونی بود فرم رضایت‌نامه کتبی گرفته شد (۱، ۱۲). معاینه دهان این بیماران توسط دانشجوی دندانپزشکی سال آخر که آموزش‌ها تکمیلی را پیرامون ضایعات مخاطی دهان دیده بود صورت گرفت و هرگونه تغییرات غیرطبیعی در بافت دهان در پرسش‌نامه‌ای که از قبل بر اساس مطالعات مشابه تنظیم شده بود ثبت شد (۴).

مقدمه

سلامت دهان دارای مفهوم گسترده‌ای از جلوگیری و حذف پوسیدگی‌ها دهانی و بیماری‌های پریدونتال تا پیشگیری از ضایعات دهانی را شامل می‌شود. یکی از مهم‌ترین اقدامات در راستای ارتقا سلامت دهان و پیشگیری و درمان بیماری‌ها آن، تعیین شیوع بیماری‌ها در جوامع مختلف است (۱). تخمین دقیق اپیدمیولوژی ضایعات دهانی و شناخت بهتر فاکتورها مرتبط با وقوع آن‌ها برای اقدامات پیشگیرانه و ارتقا سلامت ضروری بوده و توسط سازمان جهانی بهداشت توصیه شده است (۲، ۱). شرایط جغرافیایی، اجتماعی، فرهنگی و سبک زندگی افراد هر جامعه در اپیدمیولوژی بیماری‌ها آن‌ها موثر است. از آنجایی که انجام این قبیل مطالعات در کل جامعه دارای محدودیت‌ها و مشکلات بسیاری است می‌توان این قبیل مطالعات را در جوامع محدودتر مثل بخش‌های بیمارستانی انجام داد (۱). برخی از ضایعات دهانی به خاطر التهاب و دردی که ایجاد می‌کنند، موجب اختلال در بلع و غذاخوردن می‌شوند و با ایجاد اشکال در تغذیه بیماران، سلامت دهان و شرایط عمومی آن‌ها را دشوار می‌کنند (۴-۲). بیماران بستری به دلیل مشکلات ناشی از بیماری و درد و استرس و محدودیت‌ها فیزیکی که دارند عمدتاً از بهداشت دهانی مناسبی برخوردار نیستند که این امر زمینه را برای تکثیر میکروارگانیسم‌ها فراهم می‌کند (۶، ۵).

در مطالعه‌ای که توسط صدری و همکاران در سال ۲۰۰۷ انجام گرفت فراوانی ضایعات دهانی و عوامل مرتبط با آن در بیماران پیوند کلیه در بیمارستان لبافی‌نژاد تهران بررسی شد. ۲۵۰ نفر وارد مطالعه شدند که ۱۵۹ نفر از آنان ضایعه دهانی داشتند. افزایش حجم لثه، زبان باردار، تحلیل لثه، ژنژیویت و بوی بد دهان به ترتیب فراوان‌ترین ضایعات بودند (۷). هم‌چنین در مطالعه‌ای که توسط Gemaque و همکاران در سال ۲۰۱۴ صورت گرفت شیوع ضایعات دهانی در بیماران عفونی بستری در بیمارستان فدرال دانشگاه پارا در شمال برزیل بررسی شد ۱۰۷ بیمار به طور کلینیکی برای ضایعات دهانی معاینه شدند. از ضایعات دهانی بیماری‌های پریدونتال و کاندیدیازیس شایع‌ترین بیماری‌ها در دو جنس بودند، بعد از

ضایعات مشاهده شده به ترتیب ضایعات سفید قرمز (۱۹/۱ درصد بیماران)، ضایعات پیگمانته (۱۳/۹ درصد بیماران)، ضایعات زخمی تاولی (۷/۶ درصد بیماران) و ضایعات برجسته (۲/۹ درصد بیماران) بودند. بیشترین تعداد انواع ضایعات در بخش ENT دیده شد (جدول ۱). شایعترین مکان ضایعات زخمی تاولی کام سخت و سطح طرفی زبان بودند. بیشترین ضایعات سفید قرمز در مخاط آلوئول و کام سخت مشاهده شد؛ و بیشترین تعداد ضایعات پیگمانته و برجسته به ترتیب در لثه و مخاط آلوئول مشاهده گردید. در این مطالعه ضایعات پیگمانته در مردان به طور معنی‌داری بیش‌تر بود ($P=0/021$ value=). در مورد سایر ضایعات اختلاف بین دو جنس به لحاظ آماری معنی‌دار نبود ($P\text{-value}>0/05$) در معاینه افراد مشخص شد که ۳۲۲ نفر بدون دنچر، ۲۱ دارای دنچر پارسیل و ۱۰۰ نفر دارای دنچر کامل بودند.

فراوانی ضایعات سفید قرمز به طور معنی‌داری در استفاده‌کنندگان از دنچر بالاتر بود ($P\text{-value}<0/0001$) (جدول ۲). مشخص شد که ۳۵۴ نفر غیرسیگاری، ۷۱ نفر با مصرف کمتر از ۱۰ نخ سیگار در روز و ۱۸ نفر با مصرف بیش از ۱۰ نخ در روز بودند. ضایعات پیگمانته به طور معنی‌داری در مصرف‌کنندگان سیگار بالاتر بود ($P\text{-value}<0/0001$) (جدول ۳). بیماران به چهار بازه سنی تقسیم شدند تا ارتباط سن با انواع ضایعات بررسی شود؛ ۱۳۲ نفر در بازه ۷-۳۴ سال، ۹۸ نفر در بازه ۳۵-۴۹ سال، ۹۶ نفر در بازه ۵۰-۶۴ سال و ۱۱۳ نفر در بازه ۶۵-۹۷ سال قرار داشتند. فراوانی ضایعات سفید قرمز ($P\text{-value}<0/0001$)، ضایعات پیگمانته ($P\text{-value}=0/027$) و ضایعات برجسته ($P\text{-value}=0/046$) به‌طور معنی‌داری با افزایش سن افزایش یافتند (جدول ۴). به‌طوری که درصد فراوانی ضایعات در گروه سنی ۶۵-۹۷ سال از همه گروه‌ها بیش‌تر بود. در اظهارات بیماران در مورد بهداشت دهانی خود، ۳۵ بیمار دارای بهداشت دهانی خوب، ۳۲۱ بیمار بهداشت دهانی متوسط و ۸۳ بیمار بهداشت دهانی ضعیف داشتند. فراوانی هر چهار دسته ضایعات در افراد با بهداشت دهانی متوسط و ضعیف به‌طور معنی‌داری بیش از افراد با بهداشت دهانی خوب بود (جدول ۳).

اطلاعات مربوط به سن، جنس، طول دوره بیماری، نوع بیماری، نوع و محل ضایعه دهانی، وجود دنچر و مدت زمان بستری و وضعیت بهداشت دهان ثبت شد (۴). معیارهای ورود شامل همه بیماران بستری که تمایل، توانایی و سواد کافی برای درک و پاسخ دادن به سوالات پرسش‌نامه را داشتند بود (۵). معیارهای خروج عدم توانایی یا تمایل به همکاری بود. بیمارانی که به علت شرایط خاص مشکل در تکلم داشتند، وارد مطالعه نشدند. ضایعات مخاط دهان براساس طبقه‌بندی کلاسیک ضایعات دهانی (۱۳) در چهار دسته زخمی تاولی، سفید قرمز، پیگمانته و برجسته ارزیابی شدند. البته بدیهی است که تغییرات نرمال مخاط دهان مانند زبان شیاردار، زبان باردار، واریس‌ها، پیگمانتاسیون فیزیولوژیک، گرانول‌های فوردایس، لکودام، آگزوستوزها، توروها، لینه‌آلبا، زبان مودار به عنوان ضایعه محاسبه نشدند تا به ضایعاتی که در ارتباط با بیماری هستند پرداخته شود. وضعیت بهداشت دهان بیماران براساس اظهارات آن‌ها در مورد استفاده از مسواک و نخ دندان به سه دسته خوب (حداقل دوبر مسواک و نخ دندان در روز)، متوسط (مصرف یک بار مسواک یا نخ دندان در روز) و ضعیف (عدم استفاده از وسایل بهداشتی) طبقه‌بندی شد (۱۴). قابل ذکر است بیمارانی که بیش از یک ضایعه داشتند برای دقت مطالعه در هر دو گروه قرار گرفتند.

تجزیه و تحلیل آماری

داده‌های به‌دست آمده پس از ورود به نرم‌افزار SPSS 19 Inc., Chicago, IL; با استفاده از شاخص‌های آماری توصیفی میانگین و انحراف معیار توصیف و با استفاده از آزمون‌های کای‌اسکوئر و تست دقیق فیشر تجزیه و تحلیل شد. سطح معنی‌داری اختلاف‌ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

ملاحظات اخلاقی

پروپوزال این تحقیق توسط دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید صدوقی یزد تایید شده است (کد اخلاق IR.SSU. REC. 1396.26).

نتایج

از ۴۴۳ بیمار بستری در بخش‌های مختلف، ۲۳۳ مرد و ۲۱۰ زن بودند. میانگین سنی بیماران $20/64 \pm 48/08$ سال بود. در بین ۴۴۳ بیمار ۱۶۷ ضایعه (۳۷/۷٪) وجود داشت. شایع‌ترین

جدول ۱: توزیع فراوانی انواع ضایعات مخاط دهانی در بیماران بستری در بیمارستان شهید صدوقی یزد در سال ۱۳۹۷

بخش بستری	تعداد افراد معاینه شده (درصد)	تعداد ضایعات زخمی تاوولی (درصد)	تعداد ضایعات سفیدقرمز (درصد)	تعداد ضایعات پیگمانته (درصد)	تعداد ضایعات برجسته (درصد)
ENT	۹۶ (۲۱/۶٪)	۱۹ (۵۵/۸٪)	۲۴ (۲۸/۲٪)	۱۲ (۳۴/۳٪)	۷ (۵۳/۸٪)
جراحی	۹۱ (۲۰/۵٪)	۱ (۲/۹٪)	۱۹ (۲۲/۳٪)	۷ (۲۰٪)	۰ (۰٪)
مغز و اعصاب	۸۲ (۱۸/۵٪)	۴ (۱۱/۷٪)	۱۶ (۱۸/۸٪)	۶ (۱۷/۱٪)	۰ (۰٪)
چشم	۶۰ (۱۳/۵٪)	۶ (۱۷/۶٪)	۱۴ (۱۶/۴٪)	۳ (۸/۵٪)	۳ (۲۳/۱٪)
قلب	۲۱ (۴/۷٪)	۳ (۸/۸٪)	۴ (۴/۷٪)	۲ (۵/۷٪)	۳ (۲۳/۱٪)
ارتوپدی	۹۳ (۲۰/۸٪)	۱ (۲/۹٪)	۸ (۹/۴٪)	۵ (۱۴/۲٪)	۰ (۰٪)
مجموع	۴۴۳ (۱۰۰٪)	۳۴ (۱۰۰٪)	۸۵ (۱۰۰٪)	۳۵ (۱۰۰٪)	۱۳ (۱۰۰٪)

جدول ۲: فراوانی انواع ضایعات مخاط دهانی در بیماران بستری در بیمارستان شهید صدوقی یزد در سال ۱۳۹۷ بر اساس وجود دنچر

گروه‌ها	تعداد ضایعات زخمی تاوولی (درصد)	تعداد ضایعات سفیدقرمز (درصد)	تعداد ضایعات پیگمانته (درصد)	تعداد ضایعات برجسته (درصد)
بدون دنچر	۲۴ (۷۰/۵٪)	۲۱ (۲۴/۷٪)	۲۴ (۶۸/۶٪)	۸ (۶۱/۵٪)
پارسیل	۴ (۱۱/۷٪)	۹ (۱۰/۵٪)	۲ (۵/۷٪)	۰ (۰٪)
کامل	۶ (۱۷/۶٪)	۵۵ (۶۴/۷٪)	۹ (۲۵/۷٪)	۵ (۳۸/۵٪)
مجموع	۳۴ (۱۰۰٪)	۸۵ (۱۰۰٪)	۳۵ (۱۰۰٪)	۱۳ (۱۰۰٪)
P-value	۰/۱۱۹	<۰/۰۰۰۱	۰/۸۴۸	۰/۳۰۷

Test* Chi-Square

جدول ۳: فراوانی انواع ضایعات مخاط دهانی در بیماران بستری در بیمارستان شهید صدوقی یزد در سال ۱۳۹۷ بر اساس مصرف سیگار و بهداشت دهانی

گروه‌ها	تعداد ضایعات زخمی تاوولی (درصد)	تعداد ضایعات سفیدقرمز (درصد)	تعداد ضایعات پیگمانته (درصد)	تعداد ضایعات برجسته (درصد)
غیرسیگاری	۲۵ (۷۳/۵٪)	۶۶ (۷۷/۶٪)	۱۲ (۳۴/۲٪)	۱۲ (۹۲/۳٪)
کمتر از ۱۰ نخ	۸ (۲۳/۵٪)	۱۱ (۱۲/۹٪)	۱۱ (۳۱/۴٪)	۰ (۰٪)
بیش از ۱۰ نخ	۱ (۲/۹٪)	۸ (۹/۴٪)	۱۲ (۳۴/۲٪)	۱ (۷/۷٪)
مجموع	۳۴ (۱۰۰٪)	۸۵ (۱۰۰٪)	۳۵ (۱۰۰٪)	۱۳ (۱۰۰٪)
P-value	۰/۴۵۰	۰/۲۲۹	<۰/۰۰۰۱	۰/۲۴۲
بهداشت دهانی خوب	۰ (۰٪)	۰ (۰٪)	۲ (۵/۷٪)	۰ (۰٪)
بهداشت دهانی متوسط	۱۸ (۵۲/۹٪)	۴۸ (۵۶/۵٪)	۱۸ (۵۱/۴٪)	۷ (۵۳/۹٪)
بهداشت دهانی ضعیف	۱۶ (۴۷/۱٪)	۳۷ (۴۳/۵٪)	۱۵ (۴۲/۹٪)	۶ (۴۶/۱٪)
مجموع	۳۴ (۱۰۰٪)	۸۵ (۱۰۰٪)	۳۵ (۱۰۰٪)	۱۳ (۱۰۰٪)
P-value	<۰/۰۰۰۱	<۰/۰۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۳۰

Chi-Square test

جدول ۴: فراوانی انواع ضایعات مخاط دهانی در بیماران بستری در بیمارستان شهید صدوقی یزد در سال ۱۳۹۷ بر اساس اطلاعات دموگرافیک

گروه‌ها	تعداد ضایعات زخمی تاوولی (درصد)	تعداد ضایعات سفیدقرمز (درصد)	تعداد ضایعات پیگمانته (درصد)	تعداد ضایعات برجسته (درصد)
مرد	۱۵ (۴۴/۱٪)	۴۲ (۴۹/۴٪)	۲۵ (۷۱/۴٪)	۵ (۳۸/۵٪)
زن	۱۹ (۵۵/۹٪)	۴۳ (۵۰/۶٪)	۱۰ (۲۸/۶٪)	۸ (۶۱/۵٪)
مجموع	۳۴ (۱۰۰٪)	۸۵ (۱۰۰٪)	۳۵ (۱۰۰٪)	۱۳ (۱۰۰٪)
P-value	۰/۳۷۳	۰/۸۰۹	۰/۰۲۱	۰/۴۰۱
۷-۳۴ سال	۱۰ (۲۹/۴٪)	۵ (۵/۸٪)	۳ (۸/۵٪)	۱ (۷/۷٪)
۳۵-۴۹ سال	۵ (۱۴/۷٪)	۸ (۹/۴٪)	۱۱ (۳۱/۴٪)	۴ (۳۰/۷٪)
۵۰-۶۴ سال	۱۱ (۳۲/۳٪)	۱۸ (۲۱/۱٪)	۸ (۲۲/۸٪)	۱۱ (۷/۷٪)
۶۵-۹۷ سال	۸ (۲۳/۵٪)	۵۴ (۶۳/۵٪)	۱۳ (۳۷/۱٪)	۷ (۵۳/۹٪)
مجموع	۳۴ (۱۰۰٪)	۸۵ (۱۰۰٪)	۳۵ (۱۰۰٪)	۱۳ (۱۰۰٪)
P-value	۰/۴۱۰	<۰/۰۰۰۱	۰/۰۲۷	۰/۰۴۶

بحث

در این مطالعه توصیفی مقطعی ۴۴۳ بیمار بستری در بخش‌های ارتوپدی، جراحی، چشم، قلب، مغز و اعصاب و گوش و حلق و بینی بیمارستان ... در طول سال تحصیلی ۹۶-۹۷ از نظر وجود ضایعات دهانی ارزیابی شدند؛ که از نظر تعداد نسبت به مطالعات مشابه بیشتر بود (۱۶، ۱۵، ۱۲، ۷، ۵، ۴، ۲). با توجه به این‌که در این مطالعه بخش‌های بیش‌تری نسبت به مطالعات مشابه (۱۲، ۷، ۲، ۱) بررسی شدند، تعداد نمونه در این مطالعه بیشتر بود. ضایعات بر اساس طبقه‌بندی پذیرفته شده در کتاب مرجع بیماری‌های دهان (۱۳) در چهار گروه ضایعات زخمی تاولی، سفید قرمز، پیگمانته، برجسته ارزیابی شدند. بیش‌ترین فراوانی از مجموع ضایعات مشاهده شده مربوط به ضایعات سفید قرمز بود که در ۱۹/۱ درصد بیماران مشاهده شد. مطالعه فلکی بر اساس پرونده ۳۴۹۷ بیمار انجام شد که گرچه تعداد بیش‌تری نسبت به این مطالعه داشت و در مطالعه مهدیان ۸۰ بیمار توسط اینترن پزشکی ارزیابی شدند اما از آن‌جا که این مطالعه با مشاهده مستقیم یک دانشجوی سال آخر دندانپزشکی که دید بهتری به مسایل دهان دارد انجام شد لذا این مطالعه به مطالعه فلکی و مهدیان برتری داشت (۴، ۱). در این مطالعه صرفاً ضایعات مخاطی دهان مورد ارزیابی قرار گرفت و ضایعات دندانی و استخوانی بررسی نشد. علت این مسئله این بود که ضایعات دندانی عمدتاً در ارتباط با رعایت بهداشت دهان هستند و اکثر ضایعات مخاطی ارتباط چندانی با رعایت بهداشت دهان و DMFt ندارند، لذا این ضایعات مورد بررسی قرار نگرفتند (۱۳). بررسی ضایعات استخوانی هم به علت نیاز به تهیه رادیوگرافی از لحاظ اخلاقی برای بیمار بستری امکان پذیر نبود.

طبقه‌بندی چهارگانه ایی که در این مطالعه استفاده شد نسبت به سایر مطالعات مشابه ارجح بود. در مطالعه Greenberg (۱۷) تنها ضایعات هرپس سیمپلکس مورد ارزیابی قرار گرفتند و در مطالعه Gabler (۱۸) تنها کاندیدیازیس بررسی شد. در مطالعات Fayle، صدری، حسینی‌پور، مهدیان (۱۲، ۷، ۴، ۲) چنین طبقه‌بندی وجود نداشت. در مطالعه حاضر ضایعات به تفکیک در محل‌های کف دهان، مخاط باکال،

کام سخت، کام نرم، لوزه‌ها، لب، قدام زبان، سطح شکمی زبان، خلف زبان، برادر طرفی زبان، مخاط آلوتول و لثه دسته‌بندی شدند؛ حتی زبان به چهار بخش قدام زبان، خلف زبان، برادر طرفی زبان و سطح شکمی زبان تقسیم شد. چنین طبقه‌بندی از لحاظ محل ضایعات در مطالعات مشابه وجود نداشت (۱۶، ۷، ۴، ۲، ۱). بیش‌ترین ضایعات زخمی تاولی به‌ترتیب در کام سخت و لبه طرفی زبان و خلف زبان مشاهده شد که با توجه به اینکه کام سخت و زبان مخاطها کراتینیزه‌ای هستند که اولین محل تماس با مواد غذایی هستند احتمالاً بیش‌ترین آسیب را داشته و در بیماران مستعد مکان شایعی برای این دسته از ضایعات می‌باشند. کام محل شایعی برای ضایعات سفید قرمز بود، از آن‌جایی که خیلی از ضایعات ناشی از تروما بودند این ضایعات در محل‌های در معرض تروما بیش‌تر وجود داشت. رخداد بیش‌تر ضایعات سفید قرمز در کام نرم می‌توانست به علت ضایعات کاندیدا باشد که با توجه به وضعیت سیستم ایمنی بیماران بستری قابل توجه بود.

در این مطالعه زبان به عنوان محلی شایع برای رخداد ضایعات زخمی شناخته شد. با توجه به این‌که ضایعات زبان مخصوصاً کناره‌ها طرفی زبان و سطح شکمی زبان به عنوان محل‌هایی با ریسک بالا برای سرطان سلول‌های سنگفرشی دهان می‌باشد، معاینه زبان توسط پزشکان و پرستاران به دلیل اهمیت آن توصیه می‌شود. در این مطالعه به برخی فاکتورها مهم برای ضایعات مخاطی از جمله دنچر و سیگار که امکان همسان‌سازی و حذف آن‌ها در نمونه‌ها وجود نداشت نیز توجه شد. دنچر به‌عنوان یک عامل محرک موضعی می‌باشد، لذا بدیهی است که شیوع ضایعات تحریکی التهابی و ضایعات زخمی تاولی که به‌عنوان سردسته ضایعات تروماتیک شناخته می‌شوند در افراد دارای دنچر بالاتر باشد ولی این اختلاف بین بیماران از لحاظ آماری معنی‌دار نبود (P-value=۰/۱۱۹). با توجه به این‌که اکثر افرادی که دنچر استفاده می‌کردند سن بالایی داشتند و این ضایعات توانایی تبدیل به ضایعات پیش بدخیم را دارند و عدم خارج کردن دنچر از دهان بیماران می‌تواند موجب ضایعات التهابی شود ضایعات برجسته در این بیماران بیش‌تر بود.

مثل فیبروم تحریکی بود ($P\text{-value}=0/046$). شیوع ضایعات سفید قرمز با افزایش سن بیش‌تر شد که دلایلی مثل فقدان دندان‌ها و حضور کراتوز اصطکاکی در ریج بی‌دندانی، ضایعات کاندیدا ناشی از دنچر و خشکی دهان از جمله دلایل آن بودند ($P\text{-value}<0/0001$). از طرفی به‌علت مصرف بیش‌تر داروها در این سن ضایعات مرتبط با دارو که عمدتاً از نوع سفید قرمز و لیکنویید هستند فراوانی بیش‌تری دارند. همچنین ضایعات پیگمانته در سنین بالا به‌دلایلی از جمله پیگمانتاسیون بعد از التهاب، تاثیرات داروها و سیگار افزایش داشت ($P\text{-value}=0/027$). در این مطالعه ضایعات پیگمانته در مردان به‌طور معنی‌داری بیش‌تر بود ($P\text{-value}=0/021$). بالاتر بودن ضایعات پیگمانته را به مصرف سیگار در مردان و بیش‌تر بودن فعالیت سلولهای ملانوسیت در آن‌ها در نژاد ایرانی می‌توان نسبت داد. از طرفی بالاتر بودن میزان ضایعات زخمی و برجسته در زنان را میتوان عمدتاً به علت ضعف مخاطی موجود در خانم‌ها خصوصاً در سن باروری نسبت داد که البته این تفاوت از لحاظ آماری معنی‌دار نبود.

محدودیت‌ها

به‌دلیل این‌که در یزد یک بیمارستان تخصصی قلب وجود دارد و بیمارستان مورد بررسی ما یک بیمارستان عمومی به حساب می‌آید لذا دسترسی بالا به بیماران قلبی واجد شرایط در گروه مورد مطالعه وجود نداشت و تعداد بیماران این گروه نسبت به سایر گروه‌ها کمتر بود.

نتیجه‌گیری

یافته‌های حاصل از این مطالعه نشان داد که ضایعات مخاطی دهان در بیماران بستری شیوع بالایی داشتند و با بالا رفتن سن میزان این ضایعات افزایش یافتند. پیشنهاد می‌شود مطالعات وسیع‌تری با حجم نمونه بیش‌تر و در تمام بخش‌های بیمارستانی انجام گیرد.

سپاس‌گزاری

بدین‌وسیله از معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی یزد بابت تصویب این طرح تحقیقاتی به شماره ۵۱۰۹ سپاس‌گزاری می‌شود. از حامی مالی این طرح دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد قدردانی می‌گردد.

تعارض در منافع: وجود ندارد.

وجود دنچر در سه دسته بدون دنچر، دنچر پارسیل و دنچر کامل ثبت شد که این کار در مطالعات مشابه انجام نگرفته بود (۱، ۲، ۴، ۵، ۷، ۱۲، ۱۵، ۱۶). ضایعات برجسته و سفید قرمز در افراد استفاده‌کننده از دنچر فراوانی بالاتری نسبت به افراد بدون دنچر داشت که مهم‌ترین علل آن گیر نامناسب دنچر، عدم‌رعایت بهداشت و نداشتن آگاهی کافی در خصوص بهداشت دنچر بود برخی از بیماران با ضایعات برجسته به علت احتمال رخداد دیسپلازی حائز اهمیت بودند که برای ارزیابی و درمان مناسب به دانشکده دندانپزشکی ارجاع شدند. در این مطالعه ضایعات سفید قرمز در ۵۵ درصد افراد با پروتز کامل و ۴۲/۸ درصد افراد با پروتز پارسیل وجود داشت و این ضایعات در افراد دارای دنچر به طور معناداری بیش‌تر بود ($P\text{-value}<0/0001$). در مطالعه اولیا و همکاران (۱۹) ۴۸/۸ درصد افراد دارای دنچر دارای ضایعات دهانی بودند و بیش‌تر این ضایعات سفید قرمز بودند، در مطالعه آن‌ها صرفاً افراد مسن ساکن در خانه سالمندان ارزیابی شدند در حالی که در این مطالعه کلیه افراد بستری در بخش‌ها مورد بررسی ارزیابی شدند؛ با توجه به تعداد بیش‌تر نمونه در مطالعه حاضر، نتایج آن از قوت بیش‌تری برای استناد برخوردار است. در اکثر مطالعات طبقه‌بندی برای افراد سیگاری به‌صورت زیر ۲۰ نخ در روز و بالای ۲۰ نخ در روز بود. با توجه به داده‌های حاصل از مطالعه پایلوت بر روی جمعیت مورد مطالعه مشخص شد که تعداد مصرف‌کنندگان بیش‌تر از ۲۰ نخ سیگار در روز ناچیز است لذا تعداد ۱۰ نخ سیگار در روز به‌عنوان مرز طبقه‌بندی در نظر گرفته شد. در بسیاری از مطالعات مشابه تنها مصرف سیگار به‌صورت بلی خیر محاسبه شده بود (۷، ۱۹)، اما در این مطالعه مصرف سیگار در بیماران در سه گروه عدم مصرف، زیر ۱۰ نخ در روز و بالای ۱۰ نخ در روز (۲۰) ارزیابی شد. ضایعات پیگمانته در بیماران سیگاری به دلایلی مثل تاثیر ترکیبات تنباکو و حرارت ناشی از سیگار بر روند پیگمانتاسیون بیش‌تر بود ($P\text{-value}<0/0001$). در این مطالعه بیماران در چهار رده سنی ۷-۳۴ و ۳۹-۳۵ و ۶۴-۵۰ و ۹۷-۶۵ ارزیابی شدند. حضور بیش‌تر ضایعات برجسته در بیماران مسن‌تر به دلایلی مثل حضور دنچرهایی با تطابق نامناسب، اثر تجمعی تحریکات موضعی دهان در بروز ضایعاتی

References:

- 1-Falaki F, Javadzade A, Latifian B, Naghibzade M. *A Three Year Retrospective Study of Prevalence of Patients with Oral Lesions Hospitalized in ENT Ward of Qaem Hospital*. Ann Mil Health Sci Res 2009; 7(2): 81-8. [Persian]
- 2-Fayle SA, Curzon ME. *Oral Complications in Pediatric Oncology Patients*. Pediatr Dent 1991; 13(5): 289-95.
- 3-Carrilho Neto A, De Paula Ramos S, Sant'ana AC, Passanezi E. *Oral Health Status among Hospitalized Patients*. Int J Dent Hyg 2011; 9(1): 21-9.
- 4-Mahdian M, Davoodi P, Sami L. *Prevalence of Oral Manifestations in Patients with Neutropenia, a Study in West of Iran*. J Appl Environ Biol Sci 2014; 10(4): 85-9.
- 5-Gemaque K, Giacomelli Nascimento G, Cintra Junqueira JL, Cavalcanti de Araujo V, Furuse C. *Prevalence of Oral Lesions in Hospitalized Patients with Infectious Diseases in Northern Brazil*. The Scientific World J 2014; 2014.
- 6-Sousa LL, e Silva Filho WL, Mendes RF, Moita Neto JM, Prado Junior RR. *Oral Health of Patients under Short Hospitalization Period: Observational Study*. J Clin Periodontol 2014; 41(6): 558-63.
- 7-Sadri D, Nafar M, Piroozmand P. *The Prevalence of Oral Lesions and Its Related Factors in Renal Transplant Patients of Labbafinejad Hospital, Tehran, 2009*. J Res Dent Sci 2009; 7(1): 82-90. [Persian]
- 8-Guggenheimer J, Moore PA, Rossie K, Myers D, Mongelluzzo MB, Block HM, et al. *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 Endod 2000; 89(5): 570-6.
- 9-Khozeimeh F, Mohseni GH. *Oral Appearances in Patients with Diabetic Type I*. J Isfahan Dent Sch 2006; 1(2): 1-7. [Persian]
- 10- Mohsin SF, Ahmed SA, Fawwad A, Basit A. *Prevalence of Oral Mucosal Alterations in Type 2 Diabetes Mellitus Patients Attending a Diabetic Center*. Pak J Med Sci 2014; 30(4): 716-9.
- 11- Plauth M, Jenss H, Meyle J. *Oral Manifestations of Crohn's Disease. An analysis of 79 cases*. J clin gastroenterol 1991; 13(1): 29-37.
- 12- Hoseinpour J, Mottaghi-Moghaddam H. *Oral Manifestations of Patients with Congenital Heart Disease*. J Mashad Dent Sch 2007; 31(1): 25-30. [Persian]
- 13- Glick M. *Burket's Oral Medicine*. 12th ed. Shelton: PMPH-USA; 2015.
- 14- Medicine Io. *Advancing Oral Health in America*. Washington, DC: The National Academies Press; 2011: 266.
- 15- Amadeu JK, Schussel JL, Piazzetta CM, Torres-Pereira CC, Amenábar JM. *Oral and Maxillofacial Complex Lesions In Adolescents: A Retrospective Study of 20 Years*. Int J Odontostomatol 2015; 9(1): 113-8.
- 16- Ghapanchi J, Rezaee M, Kamali F, Lavaee F, Shakib E. *Prevalence of Oral and Craniofacial Manifestations of Hematological Dyscrasias at Shiraz Nemazee Hospital*. Middle East J Cancer 2014; 5(3): 145-9.
- 17- Greenberg MS, Cohen SG, Boosz B, Friedman H. *Oral Herpes Simplex Infections in Patients with Leukemia*. J Am Dent Assoc 1987; 114(4): 483-6.

- 18- Gabler IG, Barbosa AC, Velela RR, Lyon S, Rosa CA. *Incidence and Anatomic Localization of Oral Candidiasis in Patients with AIDS Hospitalized in a Public Hospital in Belo Horizonte, MG, Brazil.* J Appl Oral Sci 2008; 16(4): 247-50.
- 19- Owlia F, Ahadian H, Rustaei zadeh Z, L B. *The Prevalence of Oral Lesion among Elderly in Yazd Province Nursing Homes in 2014.* J Health 2017; 8(3): 321-7. [Persian]
- 20- Windham GC, Elkin E, Swan S, Waller K, Fenster L. *Cigarette Smoking and Effects on Menstrual Function.* Obstet Gynecol 1999; 93(1): 59-65.

Prevalence of Oral Mucosal Lesions in Admitted Patients in Yazd Shahid Sadoughi Hospital in 2018

Fatemeh Owlia¹, Hossein Tabatabaei², Mohammad Nima Motallaei^{*3}, Reza Ayatollahy⁴

Original Article

Introduction: One of the most important signs of general health is oral health. Many systemic diseases have oral manifestations that could be appeared in the oral cavity at first. Therefore, considering the importance of timely diagnosis and treatment of oral lesions. This study was conducted to determine the prevalence of oral lesions in the patients admitted to Yazd ShahidSadoughi Hospital.

Methods: In this cross sectional study, 443 hospitalized patients were clinically evaluated for oral mucosal lesions. All of the abnormal variations in oral mucosa in these patients, demographic data, type & location of oral lesion, existence of denture & smoking were documented. Data were analyzed by SPSS Inc., Chicago, IL; Version 19 was analyzed using Chi-square and Fisher exact tests.

Results: Oral lesions were observed in 37.7% of patients. The most common type of lesion was related to red and white lesions, which was seen in 19.1% of patients. Palate was the common location for red and white lesions. Most of vesiculobolous lesions were observed in the hard palate and tongue. The lesions rate increased with aging. Among the lesions, only pigmented lesions were significantly higher in males.

Conclusion: Regarding the high prevalence of oral mucosal lesions in admitted patients, the importance of more attention to oral cavity for timely diagnosis and referral in the routine examination is emphasized.

Keywords: Oral manifestations, Hospital medicine, Dentures, Smoking

Citation: OwliaF, Tabatabaei H, MotallaeiM N, Ayatollahy R. **Prevalence of oral mucosal lesions in admitted patients in Yazd Shahid Sadoughi Hospital in 2018.** J Shahid Sadoughi Uni Med Sci 2019; 27(8): 1826-34.

¹Department of Oral and Maxillofacial Medicine, Faculty of Dentistry, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd, Iran.

²Department of Oral Pathology, Faculty of Dentistry, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd, Iran.

³Faculty of Dentistry, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd, Iran.

⁴Faculty of Dentistry, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd, Iran.

*Corresponding author: Tel:09120620779 Email: Nimamotallaei@gmail.com