بررسي عوامل مرتبط با استوماتيت آفتي عود كننده

* دكتر معصومه شيرزايي(DDS) [1]- دكتر زهرا مؤمني (DDS) [1]

*نويسنده مسئول: زاهدان، خيابان آزادگان، دانشكده دندانپزشكي، بخش بيماري‌هاي دهان

پست الكترونيک:shirzaiy@ gmail.com

تاريخ دريافت مقاله: ۸۸/۳/۲٤ تاريخ پذيرش: ۸۸/۸/۲۳

چكيده

مقدمه: استوماتيت آفتي عودكننده RAS (Recurrent Aphthous Stomatitis) يكي از شايع‌ترين زخم‌هاي دهاني است كه ۲۰% جمعيت را مبتلا مي‌كند. اين ضايعه براساس نماي كلينيكي به آفت مينور، ماژور و هرپتيك تقسيم مي‌شود. اتيولوژي آن ناشناخته است و به نظر مي رسد، معلول چندين مكانيسم مختلف باشد.

هدف: تعيين عوامل مرتبط با استوماتيت آفتي عود كننده.

مواد و روش‌ها: در اين مطالعه توصيفي-تحليلي و مقطعي ،۱۱۰۵ نفر از بيماران مراجعه كننده به مراكز بهداشتي درماني زاهدان كه با روش نمونه برداري تصادفي چند مرحله‌اي انتخاب شدند، جهت تعيين عوامل مرتبط با استوماتيت آفتي عود كننده بررسي شدند.

اطلاعات به صورت يك مرحله‌اي و با مصاحبه ،تكميل پرسشنامه و معاينه باليني جمع‌آوري و مورد ارزيابي قرار گرفت. تشخيص آفت بر اساس نماي باليني صورت گرفت. در آفت مينور، زخم‌ها با قطر كمتر از ۱ سانتي‌متر، مدور، با حاشيه مشخص و اريتماتوز مي‌باشد. در آفت ماژور قطر زخم‌هاي دردناک بيش از ۱ سانتي‌متر بوده و چند هفته باقي مانده و با اسكار بهبود مي‌يابد و در آفت هرپتي فرم (فرم نادر بيماري)، زخم‌هاي خوشه‌اي نقطه‌اي به زخم‌هاي نامنظم و بزرگ تبديل شده و ۱۰-۷ روز باقي مي‌ماند. در نهايت، تمامي اطلاعات بدست آمده، از پرسشنامه استخراج و با نرم افزار Spss و روش آماري Chi- square آناليز گرديد

نتايج: از ۱۱۰۵ فرد معاينه شده(۴۷۶ مرد و٦۲۹ زن) ، ۱۹۹ نفر (۱۸%)مبتلا به آفت بودند كه از اين ميان، ۱٦۸ مورد (۸٤/٤ درصد) آفت مينور، ۲٦ مورد (۱۳/۱ درصد) آفت ماژور و ۵ مورد(۲/۵درصد) زخم هرپتي فرم داشتند. ارتباط فراواني آفت با سن($P<0.001$)، تحصيلات ($P<0.001$)، شغل ($P=0.002$)، سابقه قبلي آفت ($P<0.001$)،تاريخچه فاميلي($P<0.001$) و استفاده از مسواک ($P<0.001$) از نظر آماري معني دار بود. ارتباط معني داري بين فراواني آفت و متغير هاي جنس،استفاده از ناس، استعمال دخانيات و استفاده از دهانشويه يافت نشد.

نتيجه‌گيري: آفت يك ضايعه چندعاملي بوده و عواملي همچون سن،گروه‌هاي شغلي پراسترس، تحصيلات بالا (كه تعيين كننده ميزان استرس شخص مي‌باشد) و تروما، عوامل مستعدكننده بروز آفت در مطالعه ما بود. مصرف تنباكو ارتباطي با وقوع آفت نداشت.

كليد واژه‌ها: آفت دهان/ زخم

مجله دانشگاه علوم پزشكي گيلان، دوره نوزدهم شماره ۷۳، صفحات:۸۹-۸۰

مقدمه

استوماتيت آفتي عودكننده(RAS) شايع‌ترين زخم مخاط دهان است كه با زخم‌هاي دردناك و عود كننده، بدون هيچ علامتي از بيماري ديگر تشخيص داده مي‌شود و به علت درد شديدي كه ايجاد مي‌كند باعث مراجعه بيمار به دندانپزشك مي‌شود(۳-۱). شيوع اين عارضه در اكثر نقاط جهان ۱۵ تا ۲۰ درصد است. البته هنگامي‌كه در بين نژادها و گروه‌هاي اقتصادي- اجتماعي خاص بررسي شود، شيوعي بين ۵ تا ۵۰ درصد خواهد داشت(۱).

در مطالعه Zain در مالزي، شيوع آفت در زمان معاينه ۰/۵% و در بررسي Axell و همكاران در سوئد اين ميزان ۲% گزارش شد(۴و۵).

در مطالعه Cicek (۲۰۰۴) شيوع آفت در۱۱۳٦۰ نفر، ۲/۷% بود. اين ضايعه در زنان، افراد بين ۳۰-۱۰ سال و غيرسيگاري‌ها شايع‌تر بود(۶).

در تحقيق Rivera (۲۰۰۴)شيوع آفت در افراد زير ۴۰ سال ۲ برابر شايع‌تر بود(۲۲/۵۴% در مقابل۱۳/۴۲%). مردان و سفيدپوستان بيشتر دچار آفت شده‌بودند(۷).Davatchi (۲۰۰۸) شيوع آفت را در ۱۰۲۹۱ فرد تهراني، ۲۵/۲% (۸) و Parlak(۲۰۰۶) ۳/۶% برآورد نمودند(۹). بيشترين محل شيوع آفت، مخاط غيركراتينيزه بوده و در سه نماي باليني مينور- ماژور وهرپتي فرم بروز مي‌كند(۹-۱).

شيوع آفت در مطالعه McCullough (۲۰۰۷)، ۳۹/۶% بود. ۱۹۲ نفر (۸۷/۱%) آفت مينور، ۱۸ نفر (۸/۶%) آفت ماژور و ۹ نفر (۴/۳%) آفت هرپتي فرم داشتند. محل شايع آفت به‌ترتيب مخاط لبيال (۳۹%)، باكال (۳۰%) و وستيبول (۲۹%) بود. در اين تحقيق بين آفت، استرس و تروما رابطه

۱. زاهدان، خيابان آزادگان، دانشكده دندانپزشكي، بخش بيماري‌هاي دهان

مستقيمي وجود داشت(۱۰).

آفت يك ضايعه مولتي فاكتوريال(چند عاملي) بوده وعلت واقعي بروز آن ناشناخته است(۱، ۲، ۱۱و ۱۲).

در اتيولوژي اين بيماري عفونت باكتريايي، اختلالات ايمونولوژي و افزايش ويسكوزيته ماتريكس خارج سلولي زيرمخاطي مطرح است. عوامل رواني، تغييرات هورموني، تروما، آلرژي، تاريخچه خانوادگي، اختلالات خوني، استعداد ژنتيكي و كمبودهاي تغذيه‌اي به عنوان عوامل مستعدكننده بروزآفت در منابع مختلف ذكرشده‌است(۱۳).

استعداد فاميلي عامل مستعدكننده مهمي براي ابتلا به آفت محسوب مي‌شود. با اينكه تاريخچه فاميلي مثبت در ٤٥% بيماران يافت مي‌شود، الگو و طرح وراثت آن مشخص نشده‌است. بيش از ۸۰ درصد بيماران مبتلا، يك يا چند فرد از اعضاي فاميلشان سابقه آفت دارند(۱).

۵۰ درصد وابستگان درجه اول بيماران داراي RAS نيز به اين عارضه مبتلا مي‌شوند. فرزنداني كه هر دو والد آنها دچار آفت شده‌باشند در مقايسه با سايرين حدود ۲۰ درصد بيشتر، دچار اين عارضه مي‌شوند(١٤).

Miller و همكارانش ۱۳۰۳ كودك از ۵۳۰ خانواده را بررسي نمودند. در اين مطالعه، RAS در ميان كودكاني كه والدين آنها از نظر اين بيماري داراي تاريخچه مثبت بودند بيشتر مشاهده شد(۱۵).

اگر يكي از دوقلوهاي همسان دچار آفت شود، احتمال بروز آفت در ديگري حدود ۹۰ درصد است. اين نسبت در دو قلوهاي غيرهمسان ۵۷ درصد است(١٦).

بسياري از بيماران تصور مي‌كنند، زخم‌هاي آفتي به‌دنبال تروما بروز مي‌كند. برخي از آنها علائمي شامل ذق‌ذق‌كردن مخاط طي مسواك زدن دارند(۱۷).

بر اساس منابع متعدد، تروماهاي ناشي از تزريق داروهاي بي‌حس‌كننده،استفاده از مسواك‌زبر، تروماي ناشي ازاعمال دندانپزشكي و گاز گرفتگي‌هاي ناخودآگاه به عنوان عامل مستعدكننده آفت شناخته‌شده‌است(۱۸). ضربه‌هاي‌موضعي عامل مستعدكننده در۷۵% بيماران مبتلا به RASاست(۱۹).

در مطالعـــات متعدد ارتباط مشخصي ميان كاهش ويتامين B_{12}، اسيد فوليك و آهن سرم، كاهش ظرفيت باند آهن و در مقابل افزايش بروز آفت، گزارش شده‌است(۱۲).

Nolan به بررسي كمبود ويتامين B_1، B_2 يا B_6 يا تركيبات آن در ٦۰ بيمار مبتلا به زخم‌هاي دهاني پرداخت، ۲۸/۲% بيماران مبتلا به RAS، كمبود يك يا همه ويتامين‌هاي گروه B را نشان دادند. همچنين آنها از كمبود آهن، اسيدفوليك، روي و ويتامين B_{12} رنج مي‌بردند. درمان جايگزيني مناسب در بيماران با نقص ويتامين B باعث كاهش‌تكرارزخم‌ها و كاهش دوره‌التيام زخم مي‌شود(۲۰).

عوامل روحي- رواني و استرس عامل تسريع‌كننده بروز آفت است ولي عامل اصلي ايجاد آن نيست. Gallo نيز طي يك بررسي نشان داد، سطح استرس و اضطراب در افراد مبتلا به آفت بيشتر از افراد سالم است(۲). در مطالعه Ship، ۵۵ درصد دانشجويان در ايام امتحان دچار آفت شده‌بودند. در مشاغل پرمسئوليت، ۵۰ درصد بانوان و ۳۳ درصد آقايان دچار آفت مي‌شوند(۲۱).

حملات عود كننده آفت در ايام قبل از قاعدگي ، اين فرضيه را ايجاد كرده‌است كه كمبود هورمون استروژن كه به‌طور طبيعي در اين دوره وجود دارد به نحوي باعث ايجاد آفت مي‌شود.

تشكيل زخم‌هاي جديد طي هفت روز پس از تخمك‌گذاري، شيوع بيشتري دارد و اين مسأله با افزايش سطح پروژسترون و كاهش سطح استروژن مرتبط است. ضمناً نشان داده شده كه ميزان شاخي شدن مخاط در فاز پيش از قاعدگي كه سطح استروژن پايين است، كاهش مي‌يابد و اين امر ممكن است، مخاط را نسبت به تروما و ايجاد زخم مستعد نمايد(۱۸).

مصرف دخانيات مي‌تواند موجب كاهش بروز آفت شود. ترك سيگار به عنوان عامل تسريع‌كننده زخم آفتي در بعضي بيماران ذكر شده است. تنباكو كراتينيزاسيون مخاط را افزايش داده كه اين امر موجب مي‌شود مخاط كمتر مستعد ايجاد زخم باشد. استعمال مجدد دخانيات پس از يك دوره عدم استعمـــال، باعث التيـــام زخم‌هاي قديمي، ظرف مدت چند روز مي‌شود(۲۲).

درمان آفت معمولاً رضايت‌بخش نيست و عوامل زمينه‌ساز در صورت امكان بايد شناسايي و حذف شوند.
درمان آفت علامتي بوده و موارد زير پيشنهاد شده‌اند: كورتيكواستروئيدها، بي‌حس‌كننده‌هاي موضعي و مسكن‌هاي سيستميك، كلشي‌سين, آزلاستين, داپسون، لوااميزول، كلرهگزيدين, اينترفرون آلفا، مكمل‌هاي ويتامين و روي(۲و۲۳).
مطالعات اپيدميولوژي يكي از پيش شرط‌هاي لازم براي فهم دقيق ومنسجم شرايط بهداشتي، فرهنگي و يكي از راه‌هاي بررسي كيفيت ارايه خدمات سرويس‌دهنده بهداشتي- درماني است. بي‌گمان اطلاع از يافته‌هاي مطالعات توصيفي در يك منطقه اقليمي خاص، مي‌تواند راهنماي مؤثري در جهت دادن تلاش‌هاي تحقيقاتي بعدي در هر دو زمينه مطالعات بنيادي و كاربردي باشد.
اين مطالعه به منظور بررسي عوامل مرتبط با استوماتيت آفتي عودكننده صورت گرفت. در صورت به دست آوردن يك رابطه منطقي، اين تحقيق به نوبه خود مي‌تواند، راه‌گشايي در تشخيص صحيح علت بروز RAS و ناراحتي بيماران بوده و كمكي در انجام درمان مناسب توسط پزشكان و دندان پزشكان باشد و از درمان‌هاي غيرضروري جلوگيري نمايد.

مواد و روش‌ها

در اين مطالعه مشاهده از نوع توصيفي- تحليلي بود و در يك مقطع زماني شش ماهه انجام گرفت، ۱۱۰۵ نفر از مراجعه‌كنندگان به مراكز بهداشتي- درماني شهر زاهدان در فاصله زماني خرداد تا آبان ماه سال ۱۳۸۵ (حجم نمونه با در نظر گرفتن شيوع ۲۰- ۱۵ درصد آفت(۲) و با احتساب ضريب اطمينان ۹۵% و خطاي۵% محاسبه شده است) از نظر ابتلا به آفت بررسي شدند.
در اين مطالعه با استفاده از روش نمونه‌گيري تصادفي، ابتدا از بين مراكز بهداشتي- درماني شهر زاهدان، ۵ مركز در ۵ نقطه جغرافيايي شهر (شمال و جنوب و شرق و غرب و مركز) انتخاب شد. سپس در فاصله زماني خرداد تا آبان ماه۱۳۸۵، از مراجعه كنندگان به مراكز فوق تا رسيدن به حجم نمونه مورد نظر و از هر مركز تقريبا ۲۲۰ نفر، انتخاب شدند.
اطلاعات مربوط به متغيرهاي مورد مطالعه از طريق مشاهده، مصاحبه حضوري و معاينه باليني (توسط متخصص بيماري‌هاي دهان) پس از كدبندي اطلاعاتي و ثبت آنها در فرم اطلاعاتي (پرسشنامه) به دست آمد.
طراحي پرسشنامه بر اساس طرحي كه سازمان بهداشت جهاني (world health organization(WHO) براي بررسي اپيدميولوژي و تشخيص بيماري‌هاي مخاط دهان ارايه نموده، صورت گرفته است(۲٤).
پرسشنامه طرح پژوهشي مشتمل بر سه بخش بود: در بخش اول و دوم بيوگرافي به همراه تاريخچه پزشكي فرد درج مي‌شد. بخش سوم، شامل اطلاعاتي مربوط به معاينات دهاني و ضايعه موجود در مخاط دهان بيمار بود. در اين قسمت اطلاعات مربوط به محل آفت (مخاط لب، گونه زبان، كام و...)، اندازه ضايعه(‹ 10 mm و‹10 mm)، تعداد ضايعات(كمتر از ۱۰ عدد، بيشتر از ۱۰ عدد) و نوع ضايعه (مينور، ماژور، هرپتي فرم) براي بررسي فراواني بيماري و فراواني اين موارد قرارداده شده بود.
متغيرهاي مورد بررسي شامل سابقه ابتلا به آفت، سن، جنس، ميزان تحصيلات فرد، استعمال دخانيات (سيگار، چپق، قليان، تنباكو)، مصرف ناس، شغل، تعداد دفعات مسواك‌زدن(نمي‌زند، گاهي مي‌زند، ا بار، دو بار يا بيشتر) و استفاده از دهانشويه بود.
نحوه معاينه بيماران و تكميل پرسشنامه: تشخيص باليني ضايعه بر اساس شاخص‌هاي WHO صورت گرفت و قسمت‌هايي از مخاط دهان كه وقوع آفت در آنها بيشتر بود، در پرسشنامه مشخص شده بود.
معاينه در هر مركز، هفته‌اي يك روز از ساعت ۸/۵ الي ۱۲ صبح يا ١٦ الي۲۰ بعدازظهر توسط متخصص بيماري‌هاي دهان صورت گرفت و اطلاعات مربوط به آنها، دقيقاً در پرسشنامه درج شد(لازم به ذكر است كه قبل از تكميل پرسشنامه، پژوهشگر توضيحاتي پيرامون هدف طرح به

افراد ارائه داده و پس از جلب مشاركت و اعتماد آنها براي همكاري، تكميل پرسشنامه انجام شد).
پس از درج اطلاعات فردي بيمار، معاينه باليني با پوشيدن دستكش لاتكس (Latex) و با استفاده از آينه يكبار مصرف دندانپزشكي و نور چراغ قوه انجام گرفت. براي كاهش خطاي مطالعه، معاينه تمامي افراد توسط يك نفر متخصص بيماري‌هاي دهان انجام گرفت. RAS يك ضايعه عودكننده بوده و بسياري از افراد ممكن است در زمان معاينه زخم آفتي در دهان نداشته باشند وتنها سابقه آفت را ذكر كنند. براي كاهش خطاي مطالعه تنها مواردي كه در زمان معاينه زخم آفتي در دهان داشتند، در پرسشنامه قيد شد زيرا بيماران قادر نيستند دقيقاً آفت را تشخيص داده و ممكن است زخم‌هاي ديگري را به عنوان آفت تلقي كنند.

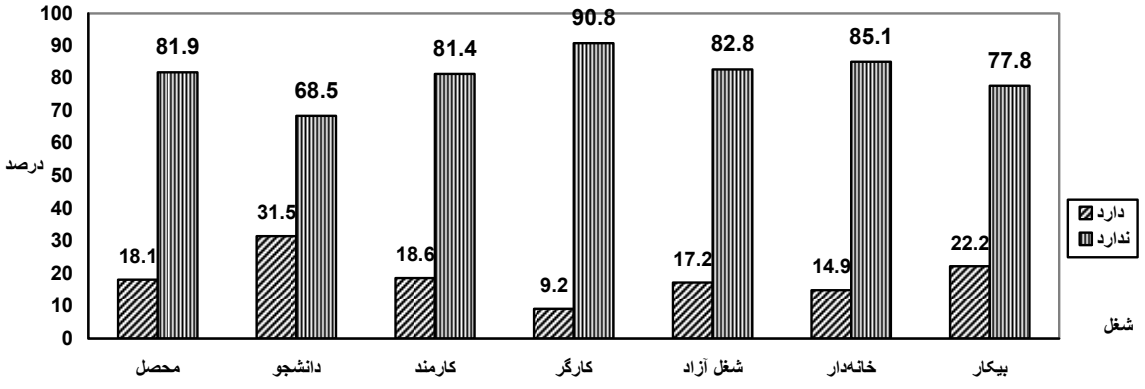
پس از جمع‌آوري داده‌ها، اطلاعات كدگذاري و وارد نرم‌افزار كامپيوتري شد، و با استفاده از نرم‌افزار آماري SPSS نتايج استخراج شد. در اين مطالعه براي توصيف داده‌ها از جداول توزيع فراواني و نمودارها و براي تحليل داده‌ها از آزمون آماري Chi- square استفاده شد. در همه موارد P< 0.05 معني‌دار در نظر گرفته شد.

نتايج

جامعه مورد بررسي شامل ۱۱۰۵ نفر با ميانگين سني ۱۵/۸۵±۳۰/٤۳ سال و شامل ٦۲۹نفر (٥٦/۹%) زن و ٤۷٦ نفر (٤۳/۱) مرد بود. از مجموع ۱۱۰۵ نفر، ۱۹۹ نفر مبتلا به آفت بودند؛ بنابراين فراواني كل ضايعه ۱۸% برآورد شد. سهم بيماران زن در ابتلا به اين بيماري بيشتر بود، اما اين اختلاف از نظر آماري معني‌دار نبود(جدول ۱).

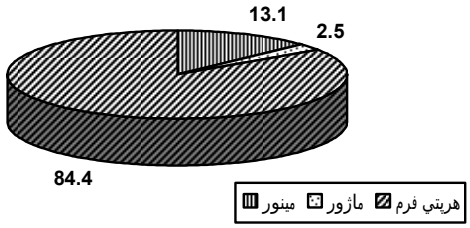
جدول۱: فراواني آفت در افراد مورد مطالعه بر حسب متغيرهاي سن،جنس،مصرف دخانيات ناس،تحصيلات و شغل

آفت	دارد		ندارد		df	p-value
	مطلق	نسبي	مطلق	نسبي		
مصرف ناس						
دارد	۱	۵	۱۹	۹۵	۱	> 0/05
ندارد	۱۹۸	۱۸/۲	۸۸۷	۸۱/۸		
جنس						
زن	۱۲۱	۱۹/۲	۵۰۸	۸۰/۸	۱	> 0/05
مرد	۷۸	۱٦/٤	۳۹۸	۸۳/٦		
تحصيلات						
بي‌سواد	۳۲	۱۰	۲۸۹	۹۰	۴	<0/001
سواد غير رسمي	٤۹	۲۰/٤	۱۹۱	۷۹/٦		
سواد رسمي پايين(تادیپلم)	۲۱	۱۱	۱۷۰	۸۹		
سواد رسمي متوسط(تا فوق ديپلم)	۵۷	۲۷/۵	۱۵۰	۷۲/۵		
سواد رسمي عالي(فوق ديپلم به بالا)	٤۰	۲۷/ ٤	۱۰٦	۷۲/٦		



نمودار۱:توزيع فراواني آفت بر حسب شغل در افراد مورد مطالعه

در اين مطالعه، ۱٦۸ مورد (۸٤/٤ درصد) آفت مينور، ۲٦ مورد (۱۳/۱ درصد) آفت ماژور و ۵ مورد (۲/۵ درصد) زخم هرپتي فرم داشتند(نمودار۲).



نمودار ۲: فراواني نوع ضايعه در افراد مورد مطالعه

بيشترين ميزان آفت درگروه سني ۲۹-۱۵ سال (۹۰/۳ درصد) مشاهده شد و قله(Pick) سني بروز ضايعه در حدود ۱۹-۱۵ سال (۳۵/۸ درصد) بود و گروه سني ۳٤-۲۰ سال از لحاظ فراواني آفت در رتبه بعدي قرار داشت(۲۹/۹ درصد). در اين بررسي شيوع آفت در گروه سني ۱٤-۷ سال تا گروه سني ۲٤-۲۰سال ،روند صعودي و از سن ۲۵ سال به بالا به تدريج روند نزولي داشت. طي اين طرح در هيچ‌يک از افراد گروه سني زير ۵ سال (٤۷ نفر) آفت مشاهده نشد.

بر اساس نتايج حاصل از تحقيق بين سطح تحصيلات و فراواني آفت رابطه معني‌داري وجود داشت($P < 0.001$). بدين ترتيـــب كه بيشترين فراواني با اختلاف ناچيزي در سطح تحصيلات رسمي متوسط (۲۷/۵ درصد) و رسمي بالا (۲۷/٤ درصد) و كمترين فراواني در گروه بي‌سواد (۱۰ درصد) و غير رسمي (۱۱ درصد) مشاهده شد.

بين فراواني آفت و گروه شغلي رابطه معني‌داري وجود داشت ($P = 0.002$). بيشترين فراواني در بين دانش‌آموزان (۳۱/۵ درصد)، سپس بيكاران (۲۲/۲ درصد) و در رتبه بعدي در بين دانشجويان (۱۸/٦ درصد) مشاهده شد و كمترين فراواني آفت در كارگران (۹/۲ درصد) مشاهده شد.

اين مطالعه بين سابقه فاميلي و فراواني آفت رابطه معني‌داري را نشان داد($P<0.001$). به اين ترتيب كه از ۱۹۹ فرد مبتلا به آفت، ٤۵ نفر (٤۳/۷%) سابقه فاميلي را مثبت ذكر كردند و ۱۵٤ فرد ديگر (۱۵/٤%) وجود سابقه فاميلي را منفي عنوان كردند. از ۹۰٦ فرد معاينه شده، باقيمانده كه مبتلا به آفت نبودند، ۵۸ تن به اين سئوال پاسخ مثبت دادند.

از بين افراد معاينه شده، ۲۰نفر (۱/۸ درصد) ناس مصرف مي‌كردند از اين تعداد يك نفر مبتلا به آفت بود (۵ درصد) و اختلاف آماري معني‌داري بين دو گروه مصرف‌كننده ناس و غير مصرف‌كننده ناس مشاهده نشد.

از نظر مصرف دخانيات نيز نتايج حاصل از اين تحقيق نشان مي‌دهد، گرچه فراواني آفت در گروه مصرف‌كننده دخانيات(۱۳/۲ درصد) كمتر از گروهي بود كه دخانيات مصرف نمي‌كرد(۱۸/٤ درصد) ولي اين اختلاف از لحاظ

آماري معني‌دار نبود.

بررسي استفاده از مسواك نشان داد كه ٤٩ نفر (١١/١ درصد) از بيماران مبتلا به آفت اصلاً مسواك نمي‌زدند، ٩٣ نفر(٢٢/٧درصد) گاهي مسواك مي‌زدند، ٤٧ نفر (٢٤/٤ درصد) روزانه يك بار مسواك مي زدند و ١٠نفر (١٦/٩ درصد) نيز از چوب مسواك استفاده مي‌كردند. اين ارتباط از نظر آماري معني‌دار بود($P<0.001$) و با افزايش دفعات استفاده از مسواك، فراواني آفت افزايش يافته بود.

٢٣ نفر (٢/١ درصد) از اشخاص معاينه شده، دهانشويه استفاده مي‌كردند. ١٦ نفر از آب نمك به عنوان دهانشويه و ٧ نفراز دهانشويه متيل پيريديوم استفاده مي‌كردند. از اين تعداد ٧ نفر (٣٠/٤ درصد) داراي ضايعه آفتي بودند، در مقابل ١٦ نفر(٦٩/٦ درصد) مبتلا به آفت نبودند. اين اختلاف از نظر آماري معني‌دار نبود.

از ١٩٩ فرد مبتلا به آفت، ٩٩ نفر (٩٥/٢ درصد) سابقه قبلي بيماري را مثبت ذكر كردند و اين اختلاف معني‌دار بود($P<0.001$).

محل بروزضايعه درافرادمورد مطالعه در جدول٢آمده‌ست.

اكثر بيماران از درد (٩٦ درصد) و سوزش (٩٥/٥ درصد) ناشي از ضايعه آفت اظهار ناراحتي مي كردند.

جدول ٢: فراواني ضايعه بر حسب محل آن در مخاط دهان

فراواني / محل ضايعه	تعداد	درصد
باكال	٧٤	٣٧/٢
مخاط لب	١٠٠	٥٠/٢
كف دهان	٢٢	١١/١
زبان	٢٦	١٤/٦
كام نرم	١٠	٥
حلق دهاني	٦	٣
وستيبول	٦	٣

بحث و نتيجه‌گيري

آفت بيماري نسبتاً شايعي است و شيوع آن در اكثر منابع و تحقيقات حدود٢٥-١٥ درصد گزارش شده‌است(١و٢). شيوع آفت در جامعه مورد بررسي اين تحقيق ١٨% بود.در جوامع مختلف درصدهاي متفاوتي بين ٦٦-٢% گزارش شده‌است. شيوع آفت در مطالعه Davatchi (٢٠٠٨)، ٢٥/٢%(٨) و در اصفهان(١٣٧٦)، ٢١/١% برآورد شده‌است (٢٥) در مطالعه‌اي كه محمدرضا زارعي در سال ٧٩ در كرمان روي ٣٩٩ دانش‌آموز پسر و ٣٩٩ دانش‌آموز دختر سال آخر دبيرستان انجام داد، شيوع آفت به ترتيب ٣٠/٣% و ٣٦/٨% به‌دست آمد(٢٦و٢٧). شيوع آفت در بررسي Parlak (٢٠٠٦) كه بر روي ٩٩٣ دانش‌آموز ١٣ تا ١٦ ساله تركيه‌اي انجام شد، ٣/٦% برآورد شد(٩).

با توجه به اين كه عوامل متعددي مي‌تواند روي شيوع آفت تأثير گذار باشد، علت اين اختلاف، مي‌تواند نژاد و اقوام مختلف مورد مطالعه باشد، چرا كه در مطالعات قبلي مشخص شده كه وراثت و نژاد در ميزان وقوع ضايعه مؤثر است(مطالعات Rivera (٢٠٠٤) (٧)، Zain (٢٠٠٠) (٤) و Miller , Ganfunkel (٢٠٠٢)(١٥)). همچنين رژيم‌هاي غذايي خاص هر منطقه، تفاوت در جامعه آماري و حجم نمونه مي‌تواند بر ميزان شيوع تأثير بگذارد(جامعه آماري در مطالعه Cicek و همكاران(٦) ١١٣٦٠ نفر بود).

همچنين تفاوت در شيوه مطالعه مي‌تواند عامل اختلاف نتايج باشد. نكته قابل توجه اين است كه شيوع آفت در مطالعه حاضر تقريباً مشابه نتايج به‌دست آمده در ديگر نقاط ايران از جمله تهران و اصفهان است.

قله(Pick) سني بروز آفت دهه دوم زندگي مي‌باشد، اگرچه اين ضايعه در سنين ديگر و حتي زير ٧ سال نيز ديده شده است(١٤و١٨). علت شروع ضايعه در دهه‌هاي دوم و سوم را شروع مسئوليت ها ي زندگي و به دنبال آن افزايش استرس مي دانند(١و١٤).

در مطالعه حاضر قله (Pick) سني بروز ضايعه ١٥ تا ١٩ سال بود(٩٠/٣%) كه با نتايج ساير تحقيقات مطابقت دارد، كوچكتـــرين فرد مبتلا به آفت در افراد معاينه شده اين طرح، ٦ سال (١نفر) و بالاترين سن ملاحظه شده ٧٣ سال ١نفر) بود. در مطالعه Rivera, Cicek نيز شيوع عارضه در افراد ٣٠-١٠ سال بيشتر بود(٦و٧) علت بروز ضايعه در دهه دوم زندگي مي‌تواند ناشي از تغييرات هورموني در

دوره بلوغ يا استرس باشد. آفت به‌ندرت پس از ۵۰ سالگي ايجاد مي‌شود. دراين مطالعه نيز كمترين ميزان آفت در گروه سني بالاي ٤٥ سال مشاهده شد كه علت آن را مي‌توان به كاهش استرس پس از اين سنين يا افزايش مقاومت و تحمل در برابر استرس نسبت داد(۱، ٦و۷).

در مطالعه حاضر شيوع آفت در زنان بيشتر از مردان بود كه با نتايج ساير تحقيقات مطابقت دارد(۱، ٦، ۸و۱۱). ميزان بروز آفت در زنان ۱/۳۸ برابر مردان است(١٤) علت تفاوت مي‌تواند ناشي از تغييرات هورموني در افراد مونث باشد. محققين اعلام كرده‌اند بين بروز RAS و استروژن پلاسما نسبت معكوس وجود دارد. ميزان آفت قبل از قاعدگي و در دوران يائسگي، كه ميزان استروژن خون پايين است، افزايش يافته و در دوران بارداري كه ميزان استروژن خون بالا است، بيماري وارد فاز غير فعال مي‌شود. در اين تحقيق ۱۰ نفر (۲۲/۷ درصد) در دوره قاعدگي دچار آفت شده بودند. همچنين ۹ نفر (۳٦%) از زنان باردار مبتلا به آفت بودند. نواقص تغذيه‌اي مربوط به دوره بارداري و استرس‌هاي روحي (با وجود ميزان بالاي استروژن خون) مي‌تواند علت اين امر باشد(۱۸).

افرادي كه تحت فشارهاي فكري و رواني هستند بيشتر دچار آفت مي‌شوند. Ship گزارش كرده‌است ۵۵% دانشجويان تحت نظر او در ايام امتحانات دچار آفت شده‌اند(۲۱). در مطالعه حاضر در بين گروه‌هاي شغلي، بيشترين فراواني آفت به‌ترتيب در ميان دانش‌آموزان (۳۱/۵ درصد)، بيكاران(۲۲/۲ درصد) سپس دانشجويان (۱۸/٦درصد) و كمترين فراواني در بين كارگران (۹/۲ درصد) مشاهده شد. افزايش ميزان آفت در بين دانش‌آموزان مي‌تواند به دليل فشارهاي روحي و استرسهاي درسي و نيز قرارگيري اين افراد در سن بلوغ و تأثيرات هورموني اين دوره بر بروز آفت باشد. مشغله فكري افراد بيكار و استرس ناشي از جستجوي كار مي‌تواند علت افزايش آفت در اين قشر باشد.

بيشترين ميزان آفت در گروه تحصيلات رسمي متوسط (فوق ديپلم) (۲۷/۵ درصد) و رسمي بالا (۲۷/٤ درصد) و كمترين فراواني در بيسوادان(۱۰درصد)و سطح تحصيلات غير رسمي (۱۱درصد) مشاهده شد. اين امر نيز مي‌تواند ناشي از افزايش استرس‌هاي روحي در قشر تحصيلكرده نسبت به سايرين باشد.

RAS در افرادي كه هر دو والد آنها دچار آفت شده‌باشند در مقايسه با افراد طبيعي حدود ۲۰ درصد بيشتر بروز مي‌كند و احتمال ابتلاي فرزندان به RAS، در صورت ابتلاي والدين ۸۰ درصد است(١٤). در مطالعه ما نيز ٤٥ فرد مبتلا (٤۳/۷%) تاريخچه فاميلي آفت را مثبت ذكر كردند. بنابراين، نقش عوامل فاميلي را نمي‌توان ناديده گرفت. با اين وجود از لحاظ قوانين توارث اين مطلب ثابت نشده‌است، شايد بتوان گفت افراد يك خانواده تحت تأثير عوامل محيطي مشترك هستند و به همين دليل دچار اين ضايعه مي شوند .

چندين گزارش، عدم ارتباط بين دخانيات و وقوع RAS را اثبات كرده‌اند. طي يك مطالعه اپيدميولوژي، تمام گروه‌هاي استفاده كننده از انواع تنباكو نسبت به افراد غيرسيگاري، شيوع كمتري از RAS را نشان داده‌اند (٦و۷). نتايج مطالعه حاضر نشان مي‌دهد كه فراواني آفت در مصرف كنندگان دخانيات (۱۳/۲%) كمتر از افرادي مي‌باشد كه دخانيات مصرف نمي‌كنند(۱۸/٤%). ولي اين اختلاف از نظر آماري معني‌دار نيست. در افراد مصرف‌كننده ناس (۲۰نفر) تنها يك نفر مبتلا به آفت بود و نتايج نشان داد كه افراد مصرف كننده ناس (۵%) كمتر از افرادي غيرمصرف كننده (۱۸/۲%) دچار آفت مي‌شوند.

نتايج حاصل از اين تحقيق رابطه معني‌داري بين فراواني آفت و استفاده از مسواك بيان مي‌دارد($P<0.001$). به اين‌صورت كه با افزايش دفعات مسواك‌زدن، ميزان آفت افزايش يافته بود. از آنجا كه تروما به عنوان يك عامل مستعدكننده آفت شناخته شده‌است(۱۳) و با وجود اينكه تحريك‌هاي مكانيكي ممكن است تشكيل برخي از زخم‌ها را تسريع و محل بروز آنها را تحت تأثير قرار دهد،ولي‌نقش اساسي در اتيولوژي RAS ايفا نمي‌كند(۲۱).

طبق نتايج حاصل از تحقيقات گذشته، ۸۰ درصد موارد آفت را، آفت مينور، ۱۰ درصد آفت ماژور و ۱۰ درصد، زخم هرپتي فرم تشكيل مي‌دهند(٦و٧). در مطالعه حاضر ١٦٨ مورد (٨٤/٤%) آفت مينور، ٢٦ مورد(١٣/١%) آفت ماژور و ۵ مورد (۲/۵%) زخم هرپتي فرم مشاهده شد كه تقريباً مشابه نتايج ساير تحقيقات است(۱، ۲و۱۲).

در مجموع بيماري آفت، بيماري به نسبت شايع، چندعلتي و پيچيده‌اي است كه براي روشن شدن جنبه‌هاي مختلف آن بايد تحقيقات بيشتري صورت بگيرد.

فراواني آفت در جامعه مورد بررسي به‌نسبت بالا بود و اين زخم دهاني دردناك، در زنان، افراد با تاريخچه خانوادگي مثبت، افراد با سابقه آفت، غيرسيگاري‌ها و تحصيل‌كرده شايع‌تر بود. عوامل مؤثر در ايجاد آفت در اين مطالعه شامل سن، ميزان تحصيلات، شغل، دفعات مسواك‌زدن، تاريخچه خانوادگي و سابقه ابتلا به آفت بود.

تشكر و قدرداني: از معاونت پژوهشي محترم دانشگاه علوم پزشكي زاهدان كه هزينه هاي اين طرح پژوهشي را تقبل نموده‌اند، كمال سپاسگزاري و قدرداني را دارند.

منابع

1. Greenberg MS, Click M. Burkets Oral Medicine Diagnosis and Treatment. 11 th ed. New Jersey; BC Decker, 2008: 20-84.

2.Gallo Cde B, Mimura MA, Sugaya NN. Psychological Stress and Recurrent Aphthous Stomatitis. Clinics (Sao Paulo) 2009; 64(7):645-8.

3. Neville BW, Damen DD,Allen CM,Boquuot JE. Oral and Maxillofacial Pathology.8 th ed. Philadelphia, WB Saunders Co, 2009: 236-450.

4. Zain RB. Oral Recurrent Aphthous Ulcers/Stomatitis: Prevalence in Malaysia and an Epidemiological Update. J Oral Sci 2000; 42(1): 15–19.

5. Axéll T. A Prevalence Study of Oral Mucosal Lesions in an Adult Swedish Population. Odontol Revy Suppl 1976 ;36: 1–103.

6. Cicek Y, Canakci I, Ozgoz M, Ertas U, Canakci E. Prevalence and Handedness Correlates of Recurrent Aphthous Stomatitis In The Turkish Population. J Public Health Dent 2004; 64 (3): 151-6.

7. Rivera- Hidalgo F, Shulman JD, Beach MM. The Association of Tobacco and Other Factors with Recurrent Aphthous Stomatitis In An US Adult Population. Oral Dis 2004; 10(6): 335-45.

8. Davatchi F. Tehrani-Banihashemi A, Jamshidi AR, Chams-Davatchi C, Gholami J, Moradi M, Akhlaghi M. The Prevalence of Oral Aphthosis in a Normal Population in Iran: Awho-Ilar Copcord Study. Iranian Medicine 2008; 11(2): 207-20.

9. Parlak AH. Koybasi S,Yavuz T,Yesildal N,Anul H,Aydogan I, et al . Prevalence of Oral Lesion in 13 to 16 Year-Old Students in Duzce, Turkey. Oral Dis 2006; 12(6): 553-8.

10. Mccullough MJ, Abdel-Hafeth S, Scully C. Recurrent Aphthous Stomatitis Revisited; Clinical Features, Associations, And New Association With Infant Feeding Practices? J Oral Pathol Med 2007; 36(10):615-20.

11. Chattopadhyay A, Chatterjee S. Risk Indicators for Recurrent Aphthous Ulcers among Adults in the US. Community Dent Oral Epidmiol 2007; 35: 152- 9.

12. Ilia V, Inna R, Tamar F, Gabriel S, Sody N, Roni P, et al. Effectiveness Of Vitamin B_{12} In Treating Recurrent Aphthous Stomatitis: A Randomized, Double-Blind, Placebo-Controlled Trial. J Am Board Fam Med 2009; 22(1):9-16.

13. Field EA, Allan RB. Review Article: Oral Ulceration–Aetiopathogenesis, Clinical Diagnosis and Management in the Gastrointestinal Clinic. Aliment Pharmacol Ther 2003; 18(10):949-62.

14. Jurge S,Kuffer R,Scully C,Porter SR. Mucosal Disease Series Number VI Recurrent Aphthous Stomatitis .Oral Dis 2006;12:1-21.

15. Miller M.F, Garfunkel A.A, Ram C.A, Ship II. The Inheritance of Recurrent Aphthous Stomatitis. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 2001; 49(5):409-412.

16. Porter SR,Scully C. Oral Mucosal Disease: Recurrent Aphthous Stomatitis. British J Oral Maxillofacial Surg 2007; 46:198-206.

17. Scully C,Gorsky M,Lozada-Nur F.The Diagnosis and Management Of Recurrent Aphthous Stomatitis: A Consencus Approach .J Am Dent Assoc 2003; 134(12):200-7.

18. Ship JA. Recurrent Aphthous Stomatitis: An Update. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 1996; 81 (2):141-7.

19. Shafer WG, Hine MK, Levy BM. A Textbook of Oral Pathology. 4 th ed. Philadelphia; WB Saunders Company, 1985: 368-78 .

20. Nollan A, Mclntosh WB, Allam BF, et al. Recurrent Aphthous Ulceration : Vitamin B1, B2 and B6 Status And Response To Replacement Therapy. J Oral Pathol Med 1991; 20(8): 389- 91.

21. Aboians V,Ghaem Maghami A. Oral Mocusal Lesions.Tehran; Jahad Daneshgahi , 1991:223 .

22. Ussher M, West R, Steptoe A. Increase In Common Cold Symptoms and Mouth Ulcers Following Smoking Cessation. Tob Control 2003; 12: 86–88.

23. Ludow JB,Kutcher MJ ,Samuelson A. Intraoral Digital Imaging Documenting Recurrent Aphthous Ulcer Healing In 2 –Octyl Cyanoacrylate Versus Sham-Treated Lesions.Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 2000; 89(4): 425-31.

24. World Health Organization.Guide To Epidemiology And Diagnosis Of Oral Mucosal Disease Conditons.Community Dent Oral Epidemiology 1980;8:1-26.

25. Jafarin M.[Evaluation prevalence recurrent aphthous stomatitis. Dissertation of General Dentistry of Dental University of Medical Sciences of Isfahan, 1997.

26. Mazarei SA .Evaluation Prevalence Recurrent Aphthous Stomatitis In Last Year High School Boys Students Of Kerman City 2000. Dissertation of General Dentistry of Dental University of Medical Sciences of Kerman, 2000.

27. Shahakbari H. Evaluation Prevalence Recurrent Aphthous Stomatitis In Last Year High School Girls Students Of Kerman City 2000 Dissertation of General Dentistry of Dental University of Medical Sciences of Kerman 2000.

Evaluation the Associated Factors with Recurrent Aphthous Stomatitis

*Shirzayi M.(DDS)[1]- Momeni Z. (DDS)[1]

***Corresponding Address:** Department of Oral Disease, Faculty of Dentistry, Azadegan St, Zahedan, IRAN

E-mail: shirzaiy@gmail.com

Received: 14/Jun/2009 Accepted: 14/Nov/2009

Abstract

Introduction: Recurrent Aphthous Stomatitis (RAS) is one of the most common oral ulcerative diseases. This lesion affects 20%of general population. Clinical features of these lesions are as minor, major and herpetiform ulcers. Etiology is unknown. It seems that RAS to be multifactorial.

Objective: Evaluarte the associated factors with recurrent aphthous stomatitis.

Materials and Methods: In this descriptive –analytical and cross sectional study, 1105 persons attending to health-therapeutic centers in Zahedan were selected in a multi-stage random manner; they were assessed for associated factors to development of RAS. Data gathered as single stage and by interview, filling questionnaire and clinical exam. Diagnosis was performed at base of clinical feature, in this type, in minor aphthea, the ulcers are less than 1cm in diameter, round, clearly defined and erythematic ulcers. In major RAS, painful lesions are more than 1cm in diameter which may last for several weeks, and usually heal with scar formation. The herpetiform aphthous stomatitis, the least common type, presents itself as multiple clusters of pinpoint lesions that may give rise to large irregular ulcers lasting 7 to 10 days.

Finally all of data were extracted from the questionnaire and statistically analyzed by SPSS and chi-square manner.

Results: Among 1105 examined person (476males and 629 females), 199 persons(18%)were affected to aphthea that among them, 168 cases(84.4%) minor aphthea,26 cases(13.1%) major and 5 cases(2.5%)had herpetiform. There were significant statistically correlation between the abundance of RAS and age ($P<0.001$), education ($P<0.001$), job ($P=0.002$), history of aphtea ($P<0.001$), family history ($P<0.001$) and brushing ($P<0.001$). There were significant statiscally correlation between the abundance of RAS and sex, using snuff, using tobacco and using mouthwash.

Conclusion: RAS is multifactorial lesion and factors such as age, high stress job groups, high education were associated with occurrence of the aphthea in this study. Tobacco had no correlation with occurrence of RAS.

Key word: Stomatitis, Aphthous/ Ulcer

Journal of Guilan University of Medical Sciences, No: 73, Pages: 80-89

1. Department of Oral Disease, Faculty of Dentistry, Azadegan St, Zahedan, IRAN