

بررسی عوامل مرتبط با استوماتیت آفتی عود کننده

* دکتر معصومه شیرزایی (DDS)^۱ - دکتر زهرا مؤمنی (DDS)^۱

*نویسنده مسئول: زاهدان، خیابان آزادگان، دانشکده دندانپزشکی، بخش بیماری‌های دهان

پست الکترونیک: shirzaiy@gmail.com

تاریخ دریافت مقاله: ۸۸/۳/۲۴ تاریخ پذیرش: ۸۸/۸/۲۳

چکیده

مقدمه: استوماتیت آفتی عودکننده (RAS) (Recurrent Aphthous Stomatitis) یکی از شایع‌ترین زخم‌های دهانی است که ۲۰٪ جمعیت را مبتلا می‌کند. این ضایعه براساس نمای کلینیکی به آفت مینور، ماژور و هرپتیک تقسیم می‌شود. اتیولوژی آن ناشناخته است و به نظر می‌رسد، معلول چندین مکانیسم مختلف باشد.

هدف: تعیین عوامل مرتبط با استوماتیت آفتی عود کننده.

مواد و روش‌ها: در این مطالعه توصیفی-تحلیلی و مقطعی، ۱۱۰۵ نفر از بیماران مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی زاهدان که با روش نمونه برداری تصادفی چند مرحله‌ای انتخاب شدند، جهت تعیین عوامل مرتبط با استوماتیت آفتی عود کننده بررسی شدند.

اطلاعات به صورت یک مرحله‌ای و با مصاحبه، تکمیل پرسشنامه و معاینه بالینی جمع آوری و مورد ارزیابی قرار گرفت. تشخیص آفت بر اساس نمای بالینی صورت گرفت. در آفت مینور، زخم‌ها با قطر کمتر از ۱ سانتی‌متر، مدور، با حاشیه مشخص و اریتماتوز می‌باشد. در آفت ماژور قطر زخم‌های دردناک بیش از ۱ سانتی‌متر بوده و چند هفته باقی مانده و با اسکار بهبود می‌یابد و در آفت هرپتی فرم (فرم نادر بیماری)، زخم‌های خوشه‌ای نقطه‌ای به زخم‌های نامنظم و بزرگ تبدیل شده و ۷-۱۰ روز باقی می‌ماند. در نهایت، تمامی اطلاعات بدست آمده، از پرسشنامه استخراج و با نرم افزار Spss و روش آماری Chi-square آنالیز گردید

نتایج: از ۱۱۰۵ فرد معاینه شده (۷۶ مرد و ۶۲۹ زن)، ۱۹۹ نفر (۱۸٪) مبتلا به آفت بودند که از این میان، ۱۶۸ مورد (۸۴/۴ درصد) آفت مینور، ۲۶ مورد (۱۳/۱ درصد) آفت ماژور و ۵ مورد (۲/۵ درصد) زخم هرپتی فرم داشتند. ارتباط فراوانی آفت با سن ($P < 0.001$)، تحصیلات ($P < 0.001$)، شغل ($P = 0.002$)، سابقه قبلی آفت ($P < 0.001$)، تاریخچه فامیلی ($P < 0.001$) و استفاده از مسواک ($P < 0.001$) از نظر آماری معنی دار بود. ارتباط معنی داری بین فراوانی آفت و متغیرهای جنس، استفاده از ناس، استعمال دخانیات و استفاده از دهانشویه یافت نشد.

نتیجه گیری: آفت یک ضایعه چندعاملی بوده و عواملی همچون سن، گروه‌های شغلی پراسترس، تحصیلات بالا (که تعیین کننده میزان استرس شخص می‌باشد) و تروما، عوامل مستعد کننده بروز آفت در مطالعه ما بود. مصرف تنباکو ارتباطی با وقوع آفت نداشت.

کلید واژه‌ها: آفت دهان/ زخم

مجله دانشگاه علوم پزشکی گیلان، دوره نوزدهم شماره ۳، صفحات: ۸۹-۸۰

مقدمه

غیرسیگاری‌ها شایع‌تر بود (۶). در تحقیق Rivera (۲۰۰۴) شیوع آفت در افراد زیر ۴۰ سال ۲ برابر شایع‌تر بود (۲۲/۵۴٪ در مقابل ۱۳/۴۲٪). مردان و سفیدپوستان بیشتر دچار آفت شده بودند (Davatchi، ۲۰۰۸). شیوع آفت را در ۱۰۲۹۱ فرد تهرانی، ۲/۲۵٪ (۸) و Parlak (۲۰۰۶) ۳/۶٪ برآورد نمودند (۹). بیشترین محل شیوع آفت، مخاط غیرکراتینیزه بوده و در سه نمای بالینی مینور- ماژور و هرپتی فرم بروز می‌کند (۹-۱).

شیوع آفت در مطالعه McAllough (۲۰۰۷)، ۳۹/۶٪ بود. ۱۹۲ نفر (۸۷/۱٪) آفت مینور، ۱۸ نفر (۸/۶٪) آفت ماژور و ۹ نفر (۴/۳٪) آفت هرپتی فرم داشتند. محل شایع آفت به ترتیب مخاط لبیال (۳۹٪)، باکال (۳۰٪) و وستیبول (۲۹٪) بود. در این تحقیق بین آفت، استرس و تروما رابطه

استوماتیت آفتی عودکننده (RAS) شایع‌ترین زخم مخاط دهان است که با زخم‌های دردناک و عود کننده، بدون هیچ علامتی از بیماری دیگر تشخیص داده می‌شود و به علت درد شدیدی که ایجاد می‌کند باعث مراجعه بیمار به دندانپزشک می‌شود (۳-۱). شیوع این عارضه در اکثر نقاط جهان ۱۵ تا ۲۰ درصد است. البته هنگامی که در بین نژادها و گروه‌های اقتصادی- اجتماعی خاص بررسی شود، شیوعی بین ۵ تا ۵۰ درصد خواهد داشت (۱).

در مطالعه Zain در مالزی، شیوع آفت در زمان معاینه ۰/۵٪ و در بررسی Axell و همکاران در سوئد این میزان ۲٪ گزارش شد (۵ و ۴).

در مطالعه Cicek (۲۰۰۴) شیوع آفت در ۱۱۳۶۰ نفر، ۲/۷٪ بود. این ضایعه در زنان، افراد بین ۳۰-۱۰ سال و

B₁₂، اسید فولیک و آهن سرم، کاهش ظرفیت باند آهن و در مقابل افزایش بروز آفت، گزارش شده است (۱۲). Nolan به بررسی کمبود ویتامین B₁، B₂ یا B₆ یا ترکیبات آن در ۶۰ بیمار مبتلا به زخم‌های دهانی پرداخت، ۲۸/۲٪ بیماران مبتلا به RAS، کمبود یک یا همه ویتامین‌های گروه B را نشان دادند. همچنین آنها از کمبود آهن، اسیدفولیک، روی و ویتامین B₁₂ رنج می‌بردند. درمان جایگزینی مناسب در بیماران با نقص ویتامین B باعث کاهش تکرار زخم‌ها و کاهش دوره التیام زخم می‌شود (۲۰). عوامل روحی- روانی و استرس عامل تسریع‌کننده بروز آفت است ولی عامل اصلی ایجاد آن نیست. Gallo نیز طی یک بررسی نشان داد، سطح استرس و اضطراب در افراد مبتلا به آفت بیشتر از افراد سالم است (۲). در مطالعه Ship، ۵۵ درصد دانشجویان در ایام امتحان دچار آفت شده بودند. در مشاغل پر مسئولیت، ۵۰ درصد بانوان و ۳۳ درصد آقایان دچار آفت می‌شوند (۲۱).

حملات عود کننده آفت در ایام قبل از قاعدگی، این فرضیه را ایجاد کرده است که کمبود هورمون استروژن که به‌طور طبیعی در این دوره وجود دارد به نحوی باعث ایجاد آفت می‌شود.

تشکیل زخم‌های جدید طی هفت روز پس از تخمک‌گذاری، شیوع بیشتری دارد و این مسأله با افزایش سطح پروژسترون و کاهش سطح استروژن مرتبط است. ضمناً نشان داده شده که میزان شاخی شدن مخاط در فاز پیش از قاعدگی که سطح استروژن پایین است، کاهش می‌یابد و این امر ممکن است، مخاط را نسبت به تروما و ایجاد زخم مستعد نماید (۱۸).

مصرف دخانیات می‌تواند موجب کاهش بروز آفت شود. ترک سیگار به عنوان عامل تسریع‌کننده زخم آفتی در بعضی بیماران ذکر شده است. تنباکو کراتینیزاسیون مخاط را افزایش داده که این امر موجب می‌شود مخاط کمتر مستعد ایجاد زخم باشد. استعمال مجدد دخانیات پس از یک دوره عدم استعمال، باعث التیام زخم‌های قدیمی، ظرف مدت چند روز می‌شود (۲۲).

مستقیمی وجود داشت (۱۰). آفت یک ضایعه مولتی فاکتوریال (چند عاملی) بوده و علت واقعی بروز آن ناشناخته است (۱، ۲، ۱۱ و ۱۲). در اتیولوژی این بیماری عفونت باکتریایی، اختلالات ایمنولوژی و افزایش ویسکوزیته ماتریکس خارج سلولی زیرمخاطی مطرح است. عوامل روانی، تغییرات هورمونی، تروما، آلرژی، تاریخچه خانوادگی، اختلالات خونی، استعداد ژنتیکی و کمبودهای تغذیه‌ای به عنوان عوامل مستعدکننده بروز آفت در منابع مختلف ذکر شده است (۱۳). استعداد فامیلی عامل مستعدکننده مهمی برای ابتلا به آفت محسوب می‌شود. با اینکه تاریخچه فامیلی مثبت در ۴۵٪ بیماران یافت می‌شود، الگو و طرح وراثت آن مشخص نشده است. بیش از ۸۰ درصد بیماران مبتلا، یک یا چند فرد از اعضای فامیلشان سابقه آفت دارند (۱).

۵۰ درصد وابستگان درجه اول بیماران دارای RAS نیز به این عارضه مبتلا می‌شوند. فرزندان که هر دو والد آنها دچار آفت شده باشند در مقایسه با سایرین حدود ۲۰ درصد بیشتر، دچار این عارضه می‌شوند (۱۴).

Miller و همکارانش ۱۳۰۳ کودک از ۵۳۰ خانواده را بررسی نمودند. در این مطالعه، RAS در میان کودکانی که والدین آنها از نظر این بیماری دارای تاریخچه مثبت بودند بیشتر مشاهده شد (۱۵).

اگر یکی از دوقلوهای همسان دچار آفت شود، احتمال بروز آفت در دیگری حدود ۹۰ درصد است. این نسبت در دوقلوهای غیرهمسان ۵۷ درصد است (۱۶).

بسیاری از بیماران تصور می‌کنند، زخم‌های آفتی به دنبال تروما بروز می‌کند. برخی از آنها علائمی شامل ذوق‌کردن مخاط طی مسواک زدن دارند (۱۷).

بر اساس منابع متعدد، تروماهای ناشی از تزریق داروهای بی‌حس‌کننده، استفاده از مسواک‌زیر، ترومای ناشی از اعمال دندانپزشکی و گاز گرفتگی‌های ناخودآگاه به عنوان عامل مستعدکننده آفت شناخته شده است (۱۸). ضربه‌های موضعی عامل مستعدکننده در ۷۵٪ بیماران مبتلا به RAS است (۱۹). در مطالعات متعدد ارتباط مشخصی میان کاهش ویتامین

تا آبان ماه ۱۳۸۵، از مراجعه کنندگان به مراکز فوق تا رسیدن به حجم نمونه مورد نظر و از هر مرکز تقریباً ۲۲۰ نفر، انتخاب شدند.

اطلاعات مربوط به متغیرهای مورد مطالعه از طریق مشاهده، مصاحبه حضوری و معاینه بالینی (توسط متخصص بیماری‌های دهان) پس از کدبندی اطلاعاتی و ثبت آنها در فرم اطلاعاتی (پرسشنامه) به دست آمد.

طراحی پرسشنامه بر اساس طرحی که سازمان بهداشت جهانی (WHO) world health organization برای بررسی اپیدمیولوژی و تشخیص بیماری‌های مخاط دهان ارائه نموده، صورت گرفته است (۲۴).

پرسشنامه طرح پژوهشی مشتمل بر سه بخش بود: در بخش اول و دوم بیوگرافی به همراه تاریخچه پزشکی فرد درج می‌شد. بخش سوم، شامل اطلاعاتی مربوط به معاینات دهانی و ضایعه موجود در مخاط دهان بیمار بود. در این قسمت اطلاعات مربوط به محل آفت (مخاط لب، گونه زبان، کام و...)، اندازه ضایعه ($10\text{ mm} > 10\text{ mm}$)، تعداد ضایعات (کمتر از ۱۰ عدد، بیشتر از ۱۰ عدد) و نوع ضایعه (مینور، ماژور، هرپتی فرم) برای بررسی فراوانی بیماری و فراوانی این موارد قرارداد شده بود.

متغیرهای مورد بررسی شامل سابقه ابتلا به آفت، سن، جنس، میزان تحصیلات فرد، استعمال دخانیات (سیگار، چاق، قلیان، تنباکو)، مصرف ناس، شغل، تعداد دفعات مسواک زدن (نمی‌زند، گاهی می‌زند، بار، دو بار یا بیشتر) و استفاده از دهانشویه بود.

نحوه معاینه بیماران و تکمیل پرسشنامه: تشخیص بالینی ضایعه بر اساس شاخص‌های WHO صورت گرفت و قسمت‌هایی از مخاط دهان که وقوع آفت در آنها بیشتر بود، در پرسشنامه مشخص شده بود.

معاینه در هر مرکز، هفته‌ای یک روز از ساعت ۸/۵ الی ۱۲ صبح یا ۱۶ الی ۲۰ بعد از ظهر توسط متخصص بیماری‌های دهان صورت گرفت و اطلاعات مربوط به آنها، دقیقاً در پرسشنامه درج شد (لازم به ذکر است که قبل از تکمیل پرسشنامه، پژوهشگر توضیحاتی پیرامون هدف طرح به

درمان آفت معمولاً رضایت‌بخش نیست و عوامل زمینه‌ساز در صورت امکان باید شناسایی و حذف شوند.

درمان آفت علامتی بوده و موارد زیر پیشنهاد شده‌اند: کورتیکواستروئیدها، بی‌حس‌کننده‌های موضعی و مسکن‌های سیستمیک، کلشی‌سین، آزلاستین، داپسون، لوامیزول، کلرگزیدین، اینترفرون آلفا، مکمل‌های ویتامین و روی (۲ و ۲۳).

مطالعات اپیدمیولوژی یکی از پیش شرط‌های لازم برای فهم دقیق و منسجم شرایط بهداشتی، فرهنگی و یکی از راه‌های بررسی کیفیت ارائه خدمات سرویس‌دهنده بهداشتی- درمانی است. بی‌گمان اطلاع از یافته‌های مطالعات توصیفی در یک منطقه اقلیمی خاص، می‌تواند راهنمای مؤثری در جهت دادن تلاش‌های تحقیقاتی بعدی در هر دو زمینه مطالعات بنیادی و کاربردی باشد.

این مطالعه به منظور بررسی عوامل مرتبط با استوماتیت آفتی عودکننده صورت گرفت. در صورت به دست آوردن یک رابطه منطقی، این تحقیق به نوبه خود می‌تواند راه‌گشایی در تشخیص صحیح علت بروز RAS و ناراحتی بیماران بوده و کمکی در انجام درمان مناسب توسط پزشکان و دندان پزشکان باشد و از درمان‌های غیرضروری جلوگیری نماید.

مواد و روش‌ها

در این مطالعه مشاهده از نوع توصیفی- تحلیلی بود و در یک مقطع زمانی شش ماهه انجام گرفت، ۱۱۰۵ نفر از مراجعه‌کنندگان به مراکز بهداشتی- درمانی شهر زاهدان در فاصله زمانی خرداد تا آبان ماه سال ۱۳۸۵ (حجم نمونه با در نظر گرفتن شیوع ۲۰- ۱۵ درصد آفت (۲) و با احتساب ضریب اطمینان ۹۵٪ و خطای ۵٪ محاسبه شده است) از نظر ابتلا به آفت بررسی شدند.

در این مطالعه با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی، ابتدا از بین مراکز بهداشتی- درمانی شهر زاهدان، ۵ مرکز در ۵ نقطه جغرافیایی شهر (شمال و جنوب و شرق و غرب و مرکز) انتخاب شد. سپس در فاصله زمانی خرداد

پس از جمع‌آوری داده‌ها، اطلاعات کدگذاری و وارد نرم‌افزار کامپیوتری شد، و با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS نتایج استخراج شد. در این مطالعه برای توصیف داده‌ها از جداول توزیع فراوانی و نمودارها و برای تحلیل داده‌ها از آزمون آماری Chi-square استفاده شد. در همه موارد $P < 0.05$ معنی‌دار در نظر گرفته شد.

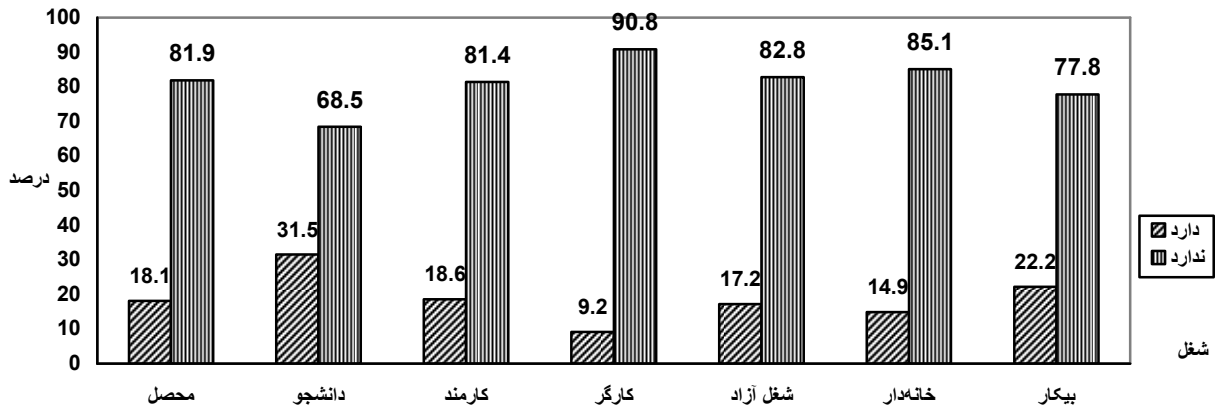
نتایج

جامعه مورد بررسی شامل ۱۱۰۵ نفر با میانگین سنی $۳۰/۴۳ \pm ۱۵/۸۵$ سال و شامل ۶۲۹ نفر (۵۶/۹٪) زن و ۴۷۶ نفر (۴۳/۱٪) مرد بود. از مجموع ۱۱۰۵ نفر، ۱۹۹ نفر مبتلا به آفت بودند؛ بنابراین فراوانی کل ضایعه ۱۸٪ برآورد شد. سهم بیماران زن در ابتلا به این بیماری بیشتر بود، اما این اختلاف از نظر آماری معنی‌دار نبود (جدول ۱).

افراد ارائه داده و پس از جلب مشارکت و اعتماد آنها برای همکاری، تکمیل پرسشنامه انجام شد. پس از درج اطلاعات فردی بیمار، معاینه بالینی با پوشیدن دستکش لاتکس (Latex) و با استفاده از آینه یکبار مصرف دندانپزشکی و نور چراغ قوه انجام گرفت. برای کاهش خطای مطالعه، معاینه تمامی افراد توسط یک نفر متخصص بیماری‌های دهان انجام گرفت. RAS یک ضایعه عودکننده بوده و بسیاری از افراد ممکن است در زمان معاینه زخم آفتی در دهان نداشته باشند و تنها سابقه آفت را ذکر کنند. برای کاهش خطای مطالعه تنها مواردی که در زمان معاینه زخم آفتی در دهان داشتند، در پرسشنامه قید شد زیرا بیماران قادر نیستند دقیقاً آفت را تشخیص داده و ممکن است زخم‌های دیگری را به عنوان آفت تلقی کنند.

جدول ۱: فراوانی آفت در افراد مورد مطالعه بر حسب متغیرهای سن، جنس، مصرف دخانیات ناس، تحصیلات و شغل

p-value	df	ندارد		دارد		آفت
		نسبی	مطلق	نسبی	مطلق	
$> 0/05$	۱	۹۵	۱۹	۵	۱	دارد
		۸۱/۸	۸۸۷	۱۸/۲	۱۹۸	ندارد
$> 0/05$	۱	۸۰/۸	۵۰۸	۱۹/۲	۱۲۱	زن
		۸۳/۶	۳۹۸	۱۶/۴	۷۸	مرد
$< 0/001$	۴	۹۰	۲۸۹	۱۰	۳۲	بی‌سواد
		۷۹/۶	۱۹۱	۲۰/۴	۴۹	سواد غیر رسمی
		۸۹	۱۷۰	۱۱	۲۱	سواد رسمی پایین (تادپلم)
		۷۲/۵	۱۵۰	۲۷/۵	۵۷	سواد رسمی متوسط (تا فوق دیپلم)
		۷۲/۶	۱۰۶	۲۷/۴	۴۰	سواد رسمی عالی (فوق دیپلم به بالا)



نمودار ۱: توزیع فراوانی آفت بر حسب شغل در افراد مورد مطالعه

سطح تحصیلات رسمی متوسط (۲۷/۵ درصد) و رسمی بالا (۲۷/۴ درصد) و کمترین فراوانی در گروه بی‌سواد (۱۰ درصد) و غیر رسمی (۱۱ درصد) مشاهده شد.

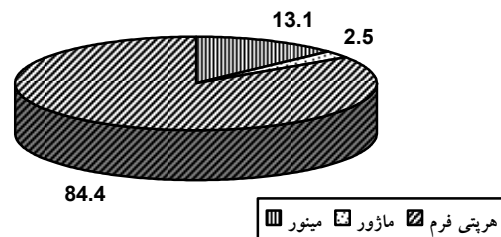
بین فراوانی آفت و گروه شغلی رابطه معنی‌داری وجود داشت ($P=0.002$). بیشترین فراوانی در بین دانش‌آموزان (۳۱/۵ درصد)، سپس بیکاران (۲۲/۲ درصد) و در رتبه بعدی در بین دانشجویان (۱۸/۶ درصد) مشاهده شد و کمترین فراوانی آفت در کارگران (۹/۲ درصد) مشاهده شد.

این مطالعه بین سابقه فامیلی و فراوانی آفت رابطه معنی‌داری را نشان داد ($P<0.001$). به این ترتیب که از ۱۹۹ فرد مبتلا به آفت، ۴۵ نفر (۲۳/۷٪) سابقه فامیلی را مثبت ذکر کردند و ۱۵۴ فرد دیگر (۷۷/۳٪) وجود سابقه فامیلی را منفی عنوان کردند. از ۹۰۶ فرد معاینه شده، باقیمانده که مبتلا به آفت نبودند، ۵۸ تن به این سؤال پاسخ مثبت دادند.

از بین افراد معاینه شده، ۲۰ نفر (۱/۸ درصد) ناس مصرف می‌کردند از این تعداد یک نفر مبتلا به آفت بود (۵ درصد) و اختلاف آماری معنی‌داری بین دو گروه مصرف‌کننده ناس و غیر مصرف‌کننده ناس مشاهده نشد.

از نظر مصرف دخانیات نیز نتایج حاصل از این تحقیق نشان می‌دهد، گرچه فراوانی آفت در گروه مصرف‌کننده

در این مطالعه، ۱۶۸ مورد (۸۴/۴ درصد) آفت مینور، ۲۶ مورد (۱۳/۱ درصد) آفت مازور و ۵ مورد (۲/۵ درصد) زخم هرپتی فرم داشتند (نمودار ۲).



نمودار ۲: فراوانی نوع ضایعه در افراد مورد مطالعه

بیشترین میزان آفت در گروه سنی ۲۹-۱۵ سال (۹۰/۳ درصد) مشاهده شد و قله (Pick) سنی بروز ضایعه در حدود ۱۹-۱۵ سال (۳۵/۸ درصد) بود و گروه سنی ۲۰-۳۴ سال از لحاظ فراوانی آفت در رتبه بعدی قرار داشت (۲۹/۹ درصد). در این بررسی شیوع آفت در گروه سنی ۱۴-۷ سال تا گروه سنی ۲۴-۲۰ سال، روند صعودی و از سن ۲۵ سال به بالا به تدریج روند نزولی داشت. طی این طرح در هیچ‌یک از افراد گروه سنی زیر ۵ سال (۴۷ نفر) آفت مشاهده نشد.

بر اساس نتایج حاصل از تحقیق بین سطح تحصیلات و فراوانی آفت رابطه معنی‌داری وجود داشت ($P < 0.001$). بدین ترتیب که بیشترین فراوانی با اختلاف ناچیزی در

بحث و نتیجه گیری

آفت بیماری نسبتاً شایعی است و شیوع آن در اکثر منابع و تحقیقات حدود ۲۵-۱۵ درصد گزارش شده است (۲۰۱۸). شیوع آفت در جامعه مورد بررسی این تحقیق ۱۸٪ بود. در جوامع مختلف درصدهای متفاوتی بین ۶۶-۲٪ گزارش شده است. شیوع آفت در مطالعه Davatchi (۲۰۰۸)، ۲۵/۲٪ (۸) و در اصفهان (۱۳۷۶)، ۲۱/۱٪ برآورد شده است (۲۵) در مطالعه‌ای که محمدرضا زارعی در سال ۷۹ در کرمان روی ۳۹۹ دانش‌آموز پسر و ۳۹۹ دانش‌آموز دختر سال آخر دبیرستان انجام داد، شیوع آفت به ترتیب ۳۰/۳٪ و ۳۶/۸٪ به دست آمد (۲۶ و ۲۷). شیوع آفت در بررسی Parlak (۲۰۰۶) که بر روی ۹۹۳ دانش‌آموز ۱۳ تا ۱۶ ساله ترکیه‌ای انجام شد، ۳/۶٪ برآورد شد (۹).

با توجه به این که عوامل متعددی می‌تواند روی شیوع آفت تأثیر گذار باشد، علت این اختلاف، می‌تواند نژاد و اقوام مختلف مورد مطالعه باشد، چرا که در مطالعات قبلی مشخص شده که وراثت و نژاد در میزان وقوع ضایعه مؤثر است (مطالعات Rivera (۲۰۰۴) (۷)، Zain (۲۰۰۰) (۴) و Miller, Ganfunkel (۲۰۰۲) (۱۵)). همچنین رژیم‌های غذایی خاص هر منطقه، تفاوت در جامعه آماری و حجم نمونه می‌تواند بر میزان شیوع تأثیر بگذارد (جامعه آماری در مطالعه Cicek و همکاران (۶) ۱۱۳۶۰ نفر بود).

همچنین تفاوت در شیوه مطالعه می‌تواند عامل اختلاف نتایج باشد. نکته قابل توجه این است که شیوع آفت در مطالعه حاضر تقریباً مشابه نتایج به دست آمده در دیگر نقاط ایران از جمله تهران و اصفهان است.

قله (Pick) سنی بروز آفت دهه دوم زندگی می‌باشد، اگرچه این ضایعه در سنین دیگر و حتی زیر ۷ سال نیز دیده شده است (۱۴ و ۱۸). علت شروع ضایعه در دهه‌های دوم و سوم را شروع مسئولیت‌های زندگی و به دنبال آن افزایش استرس می‌دانند (۱ و ۱۴).

در مطالعه حاضر قله (Pick) سنی بروز ضایعه ۱۵ تا ۱۹ سال بود (۳/۹۰٪) که با نتایج سایر تحقیقات مطابقت دارد، کوچکترین فرد مبتلا به آفت در افراد معاینه شده این

دخانیات (۲/۱۳ درصد) کمتر از گروهی بود که دخانیات مصرف نمی‌کرد (۴/۱۸ درصد) ولی این اختلاف از لحاظ آماری معنی‌دار نبود.

بررسی استفاده از مسواک نشان داد که ۴۹ نفر (۱۱/۱ درصد) از بیماران مبتلا به آفت اصلاً مسواک نمی‌زدند، ۹۳ نفر (۲۲/۷ درصد) گاهی مسواک می‌زدند، ۴۷ نفر (۴/۲۴ درصد) روزانه یک بار مسواک می‌زدند و ۱۰ نفر (۹/۱۶ درصد) نیز از چوب مسواک استفاده می‌کردند. این ارتباط از نظر آماری معنی‌دار بود ($P < 0.001$) و با افزایش دفعات استفاده از مسواک، فراوانی آفت افزایش یافته بود. ۲۳ نفر (۱/۲ درصد) از اشخاص معاینه شده، دهانشویه استفاده می‌کردند. ۱۶ نفر از آب نمک به عنوان دهانشویه و ۷ نفر از دهانشویه متیل پیریدیم استفاده می‌کردند. از این تعداد ۷ نفر (۴/۳۰ درصد) دارای ضایعه آفتی بودند، در مقابل ۱۶ نفر (۶/۶۹ درصد) مبتلا به آفت نبودند. این اختلاف از نظر آماری معنی‌دار نبود.

از ۱۹۹ فرد مبتلا به آفت، ۹۹ نفر (۲/۹۵ درصد) سابقه قبلی بیماری را مثبت ذکر کردند و این اختلاف معنی‌دار بود ($P < 0.001$).

محل بروز ضایعه در افراد مورد مطالعه در جدول ۲ آمده است. اکثر بیماران از درد (۹۶ درصد) و سوزش (۵/۹۵ درصد) ناشی از ضایعه آفت اظهار ناراحتی می‌کردند.

جدول ۲: فراوانی ضایعه بر حسب محل آن در مخاط دهان

محل ضایعه	فراوانی	تعداد	درصد
پاکال	۷۴	۳۷/۲	
مخاط لب	۱۰۰	۵۰/۲	
کف دهان	۲۲	۱۱/۱	
زبان	۲۶	۱۴/۶	
کام نرم	۱۰	۵	
حلق دهانی	۶	۳	
وستیبول	۶	۳	

تأثیرات هورمونی این دوره بر بروز آفت باشد. مشغله فکری افراد بیکار و استرس ناشی از جستجوی کار می‌تواند علت افزایش آفت در این قشر باشد.

بیشترین میزان آفت در گروه تحصیلات رسمی متوسط (فوق دیپلم) (۲۷/۵ درصد) و رسمی بالا (۲۷/۴ درصد) و کمترین فراوانی در بیسوادان (۱۰ درصد) و سطح تحصیلات غیر رسمی (۱۱ درصد) مشاهده شد. این امر نیز می‌تواند ناشی از افزایش استرس‌های روحی در قشر تحصیلکرده نسبت به سایرین باشد.

RAS در افرادی که هر دو والد آنها دچار آفت شده باشند در مقایسه با افراد طبیعی حدود ۲۰ درصد بیشتر بروز می‌کند و احتمال ابتلای فرزندان به RAS، در صورت ابتلای والدین ۸۰ درصد است (۱۴). در مطالعه ما نیز ۴۵ فرد مبتلا (۴۳/۷٪) تاریخچه فامیلی آفت را مثبت ذکر کردند. بنابراین، نقش عوامل فامیلی را نمی‌توان نادیده گرفت. با این وجود از لحاظ قوانین توارث این مطلب ثابت نشده است، شاید بتوان گفت افراد یک خانواده تحت تأثیر عوامل محیطی مشترک هستند و به همین دلیل دچار این ضایعه می‌شوند.

چندین گزارش، عدم ارتباط بین دخانیات و وقوع RAS را اثبات کرده‌اند. طی یک مطالعه اپیدمیولوژی، تمام گروه‌های استفاده کننده از انواع تنباکو نسبت به افراد غیرسیگاری، شیوع کمتری از RAS را نشان داده‌اند (۷ و ۶). نتایج مطالعه حاضر نشان می‌دهد که فراوانی آفت در مصرف کنندگان دخانیات (۱۳/۲٪) کمتر از افرادی می‌باشد که دخانیات مصرف نمی‌کنند (۱۸/۴٪). ولی این اختلاف از نظر آماری معنی‌دار نیست. در افراد مصرف‌کننده ناس (۲۰ نفر) تنها یک نفر مبتلا به آفت بود و نتایج نشان داد که افراد مصرف‌کننده ناس (۵٪) کمتر از افرادی غیرمصرف‌کننده (۱۸/۲٪) دچار آفت می‌شوند. نتایج حاصل از این تحقیق رابطه معنی‌داری بین فراوانی آفت و استفاده از مسواک بیان می‌دارد ($P < 0.001$). به این صورت که با افزایش دفعات مسواک‌زدن، میزان آفت افزایش یافته بود. از آنجا که تروما به عنوان یک عامل

طرح، ۶ سال (انفر) و بالاترین سن ملاحظه شده ۷۳ سال (انفر) بود. در مطالعه Rivera, Cicek نیز شیوع عارضه در افراد ۱۰-۳۰ سال بیشتر بود (۷ و ۶) علت بروز ضایعه در دهه دوم زندگی می‌تواند ناشی از تغییرات هورمونی در دوره بلوغ یا استرس باشد. آفت به ندرت پس از ۵۰ سالگی ایجاد می‌شود. در این مطالعه نیز کمترین میزان آفت در گروه سنی بالای ۴۵ سال مشاهده شد که علت آن را می‌توان به کاهش استرس پس از این سنین یا افزایش مقاومت و تحمل در برابر استرس نسبت داد (۱، ۷ و ۶).

در مطالعه حاضر شیوع آفت در زنان بیشتر از مردان بود که با نتایج سایر تحقیقات مطابقت دارد (۱، ۶، ۸ و ۱۱). میزان بروز آفت در زنان ۱/۳۸ برابر مردان است (۱۴) علت تفاوت می‌تواند ناشی از تغییرات هورمونی در افراد مونث باشد. محققین اعلام کرده‌اند بین بروز RAS و استروژن پلازما نسبت معکوس وجود دارد. میزان آفت قبل از قاعدگی و در دوران یائسگی، که میزان استروژن خون پایین است، افزایش یافته و در دوران بارداری که میزان استروژن خون بالا است، بیماری وارد فاز غیر فعال می‌شود. در این تحقیق ۱۰ نفر (۲۲/۷ درصد) در دوره قاعدگی دچار آفت شده بودند. همچنین ۹ نفر (۳۶٪) از زنان باردار مبتلا به آفت بودند. نواقص تغذیه‌ای مربوط به دوره بارداری و استرس‌های روحی (با وجود میزان بالای استروژن خون) می‌تواند علت این امر باشد (۱۸).

افرادی که تحت فشارهای فکری و روانی هستند بیشتر دچار آفت می‌شوند. Ship گزارش کرده است ۵۵٪ دانشجویان تحت نظر او در ایام امتحانات دچار آفت شده‌اند (۲۱). در مطالعه حاضر در بین گروه‌های شغلی، بیشترین فراوانی آفت به ترتیب در میان دانش‌آموزان (۳۱/۵ درصد)، بیکاران (۲۲/۲ درصد) سپس دانشجویان (۱۸/۶ درصد) و کمترین فراوانی در بین کارگران (۹/۲ درصد) مشاهده شد. افزایش میزان آفت در بین دانش‌آموزان می‌تواند به دلیل فشارهای روحی و استرس‌های درسی و نیز قرارگیری این افراد در سن بلوغ و

آن باید تحقیقات بیشتری صورت بگیرد. فراوانی آفت در جامعه مورد بررسی به نسبت بالا بود و این زخم دهانی دردناک، در زنان، افراد با تاریخچه خانوادگی مثبت، افراد با سابقه آفت، غیرسیگاری ها و تحصیل کرده شایع تر بود. عوامل مؤثر در ایجاد آفت در این مطالعه شامل سن، میزان تحصیلات، شغل، دفعات مسواک زدن، تاریخچه خانوادگی و سابقه ابتلا به آفت بود. **تشکر و قدردانی:** از معاونت پژوهشی محترم دانشگاه علوم پزشکی زاهدان که هزینه های این طرح پژوهشی را تقبل نموده اند، کمال سپاسگزاری و قدردانی را دارند.

مستعدکننده آفت شناخته شده است (۱۳) و با وجود اینکه تحریک های مکانیکی ممکن است تشکیل برخی از زخم ها را تسریع و محل بروز آنها را تحت تأثیر قرار دهد، ولی نقش اساسی در اتیولوژی RAS ایفا نمی کند (۲۱). طبق نتایج حاصل از تحقیقات گذشته، ۸۰ درصد موارد آفت را، آفت مینور، ۱۰ درصد آفت ماژور و ۱۰ درصد، زخم هرپتی فرم تشکیل می دهند (۶ و ۷). در مطالعه حاضر ۱۶۸ مورد (۸۴/۴٪) آفت مینور، ۲۶ مورد (۱۳/۱٪) آفت ماژور و ۵ مورد (۲/۵٪) زخم هرپتی فرم مشاهده شد که تقریباً مشابه نتایج سایر تحقیقات است (۱، ۲ و ۳). در مجموع بیماری آفت، بیماری به نسبت شایع، چندعلتی و پیچیده ای است که برای روشن شدن جنبه های مختلف

منابع

- Greenberg MS, Click M. *Burkets Oral Medicine Diagnosis and Treatment*. 11 th ed. New Jersey; BC Decker, 2008: 2084.
- Gallo Cde B, Mimura MA, Sugaya NN. Psychological Stress and Recurrent Aphthous Stomatitis. *Clinics (Sao Paulo)* 2009; 64(7):645-8.
- Neville BW, Damen DD, Allen CM, Boququot JE. *Oral and Maxillofacial Pathology*. 8 th ed. Philadelphia, WB Saunders Co, 2009: 236-450.
- Zain RB. Oral Recurrent Aphthous Ulcers/Stomatitis: Prevalence in Malaysia and an Epidemiological Update. *J Oral Sci* 2000; 42(1): 15-19
- Axéll T. A Prevalence Study of Oral Mucosal Lesions in an Adult Swedish Population. *Odontol Revy Suppl* 1976; 36: 1-103.
- 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.
- 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.
- 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-Illar Copcord Study. *Iranian Medicine* 2008; 11(2): 207-20.
- 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.
- 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.
- Chattopadhyay A, Chatterjee S. Risk Indicators for Recurrent Aphthous Ulcers among Adults in the US. *Community Dent Oral Epidemiol* 2007; 35: 152-9.
- Ilia V, Inna R, Tamar F, Gabriel S, Sody N, Roni P, et al. Effectiveness Of Vitamin B₁₂ In Treating Recurrent Aphthous Stomatitis: A Randomized, Double-Blind, Placebo-Controlled Trial. *J Am Board Fam Med* 2009; 22(1): 9-16.
- 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.
- Jurge S, Kuffer R, Scully C, Porter SR. Mucosal Disease Series Number VI Recurrent Aphthous Stomatitis. *Oral Dis* 2006; 12: 1-21.
- Miller M.F, Garfunkel A.A, Ram C.A, Ship II. The Inheritance of Recurrent Aphthous Stomatitis. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 2001; 40(5): 409-412.
- 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 Consensus Approach. *J Am Dent Assoc* 2003; 134(1): 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, McIntosh WB, Allam BF, et al. Recurrent Aphthous Ulceration : Vitamin B1, B2 and B6 Status And Response To Replacement Therapy. *J Oral Pathol Med* 1991; 2(8): 389- 91.
21. Aboians V, Ghaem Maghami A. Oral Mucosal 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 Conditions. *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. (DD§)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: Evaluate 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 (476 males 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 apthea ($P < 0.001$), family history ($P < 0.001$) and brushing ($P < 0.001$). There were significant statistically 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