شیوع ضایعات زبانی در دانش آموزان شهر قزوین

دکتر کتایون برهان مجابی[۱] دکتر سولماز عراقی[#۲] دکتر لادن جمشیدی[۳] دکتر فربد دستنبو[۳]

۱- دانشیاربخش بیماری های دهان و دندان دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی قزوین
۲- دستیار تخصصی اندودونتیکس دانشگاه علوم پزشکی قزوین
۳- دندانپزشک

خلاصه:

سابقه و هدف: ضایعات زبان به عنوان قسمت مهمی از ضایعات مخاط دهان همواره مورد توجه می‌باشد. هدف از این مطالعه بررسی شیوع ضایعات زبانی دردانش آموزان مقطع دبیرستان شهر قزوین بود.

مواد و روش ها: این مطالعه در سال۸۹-۱۳۸۸ بصورت توصیفی- مقطعی با تکنیک معاینه و مصاحبه بر روی ۲۰۰۰ دانش آموزدبیرستان شهر قزوین انجام شد. معاینات با آینه دندانی، پروب ،چراغ قوه و آبسلانک با مشاهده مستقیم انجام گرفت. ضایعات زبانی(زبان شکافدار، زبان جغرافیایی، زبان مودار،انکیلوگلوسی، گلوسیت لوزی شکل میانی، میکرو وماکروگلوسی) تشخیص داده شدند.فراوانی ضایعات با احتمال ۹۵ درصد در جمعیت مورد مطالعه ذکر شد و نقش عوامل مرتبط با آنها به وسیله آزمون آماری کای دو مورد بررسی قرار گرفت.

یافته‌ها: میزان شیوع ضایعات مورد بررسی به شرح زیر بود، زبان شیاردار۱۱/۸درصد بالاترین شیوع را به خود اختصاص داد و ضایعات بعدی به ترتیب شیوع، زبان جغرافیایی ۷/۴ درصد، ماکروگلوسی۶/۲ درصد، انکیلوگلوسی ۴/۲ درصد، زبان مودار۲ درصد، گلوسیت لوزی شکل میانی ۰/۸درصد و میکروگلوسی با شیوع صفر درصدبود. تعدادکل افراد دارای ضایعه زبانی ۵۹۲ نفر(۳۰/۳ درصد) بودکه ۵۴ درصدآن پسر و ۴۶ درصد دختر بودند و از لحاظ آماری این اختلاف معنی‌دار بود ($P<۰/۰۵$).

نتیجه گیری: شیوع ضایعات زبانی در بین دانش‌آموزان شهر قزوین قابل توجه می‌باشد و این ضایعات در دانش آموزان پسر فراوانی بیشتری دارد.

کلید واژه‌ها: بیماری‌های زبان، گلوسیت خوش خیم مهاجر، ماکروگلوسی، میکروگلوسی، زبان مودار، زبان شکافدار، زبان جغرافیایی

وصول مقاله: ۹۰/۱۰/۵ اصلاح نهایی: ۹۰/۱۲/۶ پذیرش مقاله: ۹۱/۲/۲

مقدمه:

با توجه به پیشرفت روز افزون علوم و از جمله علم پزشکی، انسان همواره بدنبال راهی برای مقابله با مشکلات و ناهنجاریهای جسمی خود برآمده و زندگی بهتر و راحت تر را در رفع آنها دیده است. در این میان تعدادی از این ناهنجاری ها به عنوان تغییرات طبیعی نامیده می‌شوند و معمولا بدون علامت هستند. البته گاهی با درد و سوزش بروز می‌کنند که ممکن است بیمار را از نظر روانی، جسمی و رفتاری دچار مشکل کند. آگاهی دادن به بیماردر این رابطه اهمیت ویژه‌ای دارد. زبان به عنوان قسمت مهمی از حفره دهان همواره مورد توجه است.[(۱)] مخاط اختصاصی پوشاننده زبان گاهی اوقات به عنوان پنجره ای بر روی اختلالات سیستمیک باز می‌شود.[(۲)] مطالعات اپیدمیولوژی میزان شیوع متفاوتی ازضایعات زبانی را در جمعیت‌های مختلف جهان نشان می‌دهند.[(۳-۷)] این تفاوتها به فاکتورهای نژادی، فرهنگی، جنس، سن، عادات تغذیه‌ای و

نویسنده مسئول مکاتبات: دکتر سولماز عراقی، دستیار تخصصی اندودونتیکس دانشگاه علوم پزشکی قزوین: قزوین -بلوار باهنر بخش اندودونتیکس دانشکده دندانپزشکی علوم پزشکی
تلفن: ۰۹۱۲۲۱۴۴۳۶۸ Email:solmaz8260@yahoo.com

[Downloaded from mail.jrds.ir on 2026-10-16]

[DOR: 20.1001.1.20084676.1391.9.2.10.8]

درکل وضعیت سلامت عمومی و معیارهای مورد بررسی بر می‌گردد.[۳،۴] باتوجه به اهمیت ذکر شده علی رغم مطالعات جهانی راجع به شیوع ضایعات زبانی، مرور بر مقالات، کمبود این بررسی را در قسمت‌های مختلف کشور نشان می‌دهند. این مطالعه با هدف تعیین میزان شیوع ضایعات زبانی در دانش آموزان دبیرستانی، ارزیابی علایم و آگاه کردن آنها به ضایعات زبانی و مقایسه نتایج با مطالعات قبلی در شهرقزوین در سال ۸۹-۱۳۸۸ انجام گرفت.

مواد و روش ها:

این مطالعه بصورت توصیفی-مقطعی با تکنیک معاینه و مصاحبه و با هدف تعیین میزان شیوع ناهنجاری‌های زبان، در دانش آموزان دبیرستان‌های شهر قزوین انجام گرفت. با توجه به گزارشات موجود در مورد میزان شیوع ضایعاتی که در این مطالعه مورد ارزیابی قرار گرفتند و با توجه به فرمول محاسبه حجم نمونه و طبق نظر مشاور آمار تعداد نمونه جهت انجام این مطالعه شامل ۲۰۰۰ نفر بود که با روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چند مرحله ای از بین دانش‌آموزان کلاس اول تا سوم دبیرستان انتخاب شدند. تمامی افراد از لحاظ تاریخچه پزشکی مورد مصاحبه قرار گرفتند و کسانی که از خشکی دهان شکایت داشتند، مصرف آنتی بیوتیک یا داروهای ضد قارچی در سه ماه گذشته یا هرگونه بیماری سیستمیک داشتند و یا دارویی مصرف می کردند که بر روی مخاط دهان موثر بود از مطالعه خارج شدند. تمامی معاینات بالینی توسط متخصص بیماری‌های دهان و دندان تائید شد. معاینات مطابق با اصول معاینه Silverman با آینه دندانی،پروب ،چراغ قوه و آبسلانک با مشاهده مستقیم انجام گرفت و ضایعات زبانی (زبان شکافدار، زبان جغرافیایی، زبان مودار،انکیلوگلوسی، گلوسیت لوزی شکل میانی، میکرو وماکروگلوسی) طبق معیارهای کتب مرجع [۸] تشخیص داده شدند. فراوانی ضایعات زبانی با حدود اطمینان ۹۵ درصد بیان شد و جهت بررسی عوامل مرتبط از آزمون آماری کای دو و نرم افزار SPSS استفاده شد.

در این تحقیق آنومالی های زبان در ۲۰۰۰ دانش آموز در دو گروه دختر ۱۰۶۰ نفر(۵۳درصد) و پسر ۹۴۰ نفر(۴۷درصد)در دامنه سنی ۱۸-۱۵ سال مورد بررسی قرارگرفت. بررسی‌ها نشان داد که مجموعا" تعدادکل افرادی که دارای ضایعه بودند۵۹۲نفر(۳۰/۳درصد) بودندکه از این تعداد۳۲۰ نفر (۵۴درصد)پسرو ۲۷۲نفر(۴۶درصد) دختر بودند.

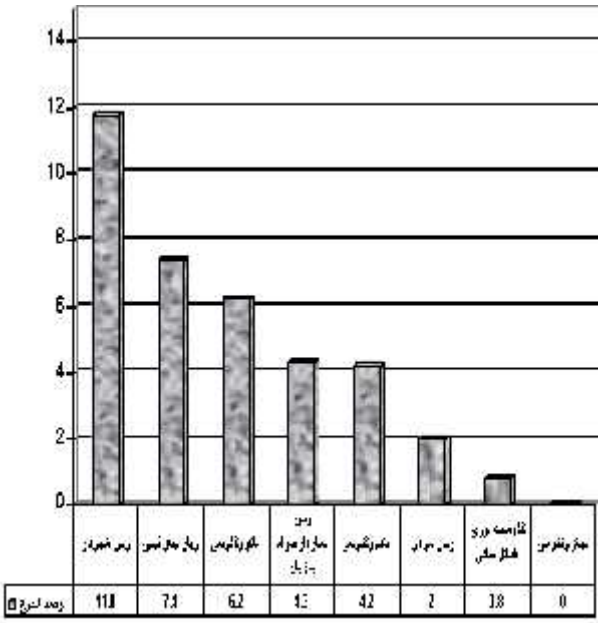
در بین ضایعات، زبان شیار دار با شیوع ۱۱/۸درصد (در پسرها ۱۳/۶درصد و در دخترها ۱۰/۱درصد) بالاترین شیوع را به خود اختصاص داد و ضایعات بعدی به ترتیب، زبان جغرافیایی با شیوع ۷/۴درصد (در پسرها ۷/۸درصد و در دخترها۷/۱درصد)،ماکروگلوسی با شیوع۶/۲درصد (در پسرها ۵/۹درصد و در دخترها ۶/۶درصد)، زبان شیاردار همراه با زبان جغرافیایی با شیوع۴/۳درصد(در پسرها۴/۷درصدو در دخترها ۴درصد)، انکیلوگلوسی با شیوع ۴/۲درصد (در پسرها ۵/۷درصد و در دخترها ۲/۷درصد)، زبان مودار با شیوع ۲درصد (در پسرها ۲/۲درصد و در دخترها ۱/۸درصد)،گلوسیت لوزی شکل میانی با شیوع ۰/۸درصد (در پسرها ۱/۱درصد و در دخترها ۰/۶درصد) و میکروگلوسی با شیوع صفر درصد (در پسرها و در دخترها) بود. بطور کلی، شیوع ضایعات زبانی به تفکیک و در مجموع به طور معنی‌داری از لحاظ آماری در پسرها در مقایسه با دخترها بیشتر بود ($P<۰/۰۵$). (جدول۱) و (نمودار ۱)

جدول۱- توزیع فراوانی نسبی انواع ضایعات زبانی به تفکیک جنسیت

متغیر	جنس		کل
نوع ضایعه	مرد (درصد) تعداد	زن (درصد) تعداد	(درصد) تعداد
زبان شیاردار	۱۲۸ (۱۳/۶)	۱۰۸ (۱۰/۱)	۲۳۶ (۱۱/۸)
زبان جغرافیایی	۷۳ (۷/۸)	۷۵ (۷/۱)	۱۴۸ (۷/۴)
ماکروگلوسی	۵۵ (۵/۹)	۷۰ (۶/۶)	۱۲۵ (۶/۲)
زبان شیار دار همراه با زبان جغرافیایی	۴۴ (۴/۷)	۴۲ (۴)	۸۶ (۴/۳)
انکیلوگلوسی	۵۴ (۵/۷)	۲۹ (۲/۷)	۸۳ (۴/۲)
زبان مودار	۲۱ (۲/۲)	۱۹ (۱/۸)	۴۰ (۰/۲)
گلوسیت لوزی شکل میانی	۱۰ (۱/۱)	۶ (۰/۶)	۱۶(۰/۸)
میکروگلوسی	۰(۰)	۰(۰)	۰(۰)

[Downloaded from mail.jrds.ir on 2026-10-16]

[DOR: 20.1001.1.20084676.1391.9.2.10.8]



نمودار۱- توزیع فراوانی نسبی انواع ضایعات زبانی در دانش آموزان دبیرستانی شهر قزوین در سال ۸۷-۱۳۸۶

بحث:

شیوع بیشتر ضایعات زبانی در اختلالات خونی، دیابت، بیماری‌های پوستی و بسیاری از بیماری‌های گوارشی گزارش شده است. [۹] بنابراین برای جلوگیری از تأثیر بیماری های سیستمیک، این مطالعه بر روی افراد سالم انجام گرفت. در این مطالعه ضایعات زبانی در ۲۰۰۰ دانش آموز دبیرستانی شهر قزوین مورد بررسی قرار گرفت. این جمعیت بدین علت انتخاب شدند که به لحاظ سنی(۱۸-۱۵ سال) در دوره ای از بلوغ بودند که آنومالی‌های رشدی تکاملی از لحاظ بالینی قابل مشاهده بود و عوامل مداخله گر نیز کمتر در این افراد وجود داشت.

بررسی ها نشان داد که مجموعا" تعداد افرادی که دارای ضایعه بودند ۵۹۲ نفر بود که از این تعداد ۵۴ درصد پسر و ۴۶درصددختر بودند که این اختلاف از لحاظ آماری معنی دار بود ($P<۰/۰۵$).

از میان ضایعات زبانی در افراد مورد مطالعه زبان شیاردار شیوع بیشتری داشت. میزان فراوانی زبان شیار دار در مطالعه حاضر ۱۱/۸ درصد بود. این میزان با فراوانی ۱۱/۴ درصد گزارش شده توسط Darwazeh در کشور مصر مشابه می‌باشد.[۴] همچنین با فراوانی ۱۵/۷ درصد Sedano تقریبا" نزدیک است[۱۰] اما با شیوع گزارش شده ۲۱/۱ درصدی توسط Kovac-Kovacicدر اسلوونی متفاوت و کمتر است.[۱۱] در مقابل میزان شیوع گزارش شده از میزان ۰/۸ درصدSawyer، ۱/۰۸ درصد Redman ، ۵ درصد Kulla-Mikkonnen، ۵/۷۱ درصد Mathew و همکاران و ۰/۹ درصد Ugar-Cankal در ترکیه بیشتر می باشد.[۷،۱۲،۱۳،۱۴،۱۵] در مطالعه ما شیوع زبان شیاردار در جنس مذکر بیشتر از جنس مونث بود که این مطابق با یافته Mathew و همکاران در هند Darwazeh در مصر و Koay CL درمالزی است[۴،۷،۱۶] اما شیوع بیشتر ضایعات زبانی در مطالعه Ugar-Cankalدر ترکیه ارتباط معنی‌داری با جنس نشان نداد. [۱۵] در مطالعه Sedano در مکزیک و Kulla-Mikkonnen در فنلاند ارتباط معنی‌داری بین افزایش فراوانی زبان شیاردار با سن بدست آمد و الگوی وراثت در این افراد مطرح شد. [۱۰،۱۴] با توجه به عدم بررسی گروه‌های سنی در مقاطع مختلف تحصیلی، در این مطالعه ارتباط سن با ضایعات زبانی بررسی نشد. البته لازم به ذکر است که اختلاف در یافته‌های محققین می‌تواند ناشی از اختلاف در روش بررسی، جامعه مورد بررسی، خصوصیات نمونه‌ها و تعداد نمونه ها باشد.

شیوع زبان جغرافیایی در مطالعه ما ۷/۴ درصد برآوردگردید (۷/۸ درصد در پسرها و ۷/۱ درصد در دخترها) این شیوع کمتر از یافته۸/۵ درصد Axellدر سوئد و بیشتر از ۲/۲ درصد Koay CLدر مالزی، ۱/۸ درصد Ugar-Cankal در ترکیه، ۰/۸۴ در صد Mathew و همکاران در هند، ۲/۲ درصد Marija در اسلووانی و۴/۸ درصد Darvwazeh می‌باشد[۱،۷،۱۵،۱۶،۱۷]. در مطالعه ما شیوع بیشتر این ضایعه در پسرها دیده شد که مطابق با یافته Balog است[۹] اما در مطالعه Darwazeh و Jainkittivong این ضایعه در دخترها بیشتر بود[۱،۱۸] ولی در بعضی مطالعات تفاوت معنی‌داری بین این ضایعه و جنس گزارش نشد[۱۹،۱] طبیعت گذرا و تفاوت‌های نژادی توضیح دهنده این اختلافات می‌تواند باشد.

[Downloaded from mail.jrds.ir on 2026-10-16]
[DOR: 20.1001.1.20084676.1391.9.2.10.8]

میزان فراوانی ماکروگلوسی در مطالعه ما ۶/۲ درصد بود که در پسرها ۵/۹ درصد و در دخترها ۶/۶ درصد تعیین شد. Sawyerهیچ مورد ماکروگلوسی را درمیان دانش آموزان نیجریه ای (۱۹-۱۰ سال) مشاهده نکرد.[۱۲] Salem و همکاران نیز هیچ مورد ماکروگلوسی را درمیان دانش آموزان عربستانی (۱۲-۶ سال) گزارش ننمودند.[۲۰] علت این اختلاف را می‌توان عدم وجود معیار تشخیصی دقیق در مطالعات مختلف دانست.

در مطالعه ما شیوع انکیلوگلوسی ۴/۲ درصد گزارش گردید که در پسرها ۵/۷ درصد و در دخترها ۲/۷ درصد بود.در مطالعه Koayو همکاران در مالزی شیوع این ضایعه ۱/۷ درصد گزارش شد[۱۶] Salem وهمکاران ۰/۱ درصد در عربستان گزارش کردند[۲۰]، در ترکیه نیز Ugar-Cankal ۱/۳درصد گزارش کرد[۱۵] این اختلاف در مطالعات عمدتا" بدلیل تفاوت ملاک‌های تشخیصی و شدت ضایعه می‌باشد.

در مطالعه حاضر شیوع زبان مودار ۲ درصد، که در پسرها ۲/۲ درصد و در دخترها ۱/۸ درصد برآورد شد. در مطالعه Koay در مالزی شیوع این ضایعه ۱ درصد، در ترکیه Ugar-Cankal ۰/۲ درصد ودر مطالعه Darwazeh ۴/۲درصد گزارش شد که ارتباط معنی‌داری بین کشیدن سیگار و شیوع بالاتر زبان مودار یافت شد. [۱،۱۵،۱۶] نتایج بررسی ما مطابق با بعضی مطالعات بیانگر شیوع بیشتر این ضایعه در پسر ها می‌باشد Nevile و همکاران شیوع زبان مودار را ۰/۵ درصد گزارش کردند. [۲۱] بطور کلی در مطالعات مختلف، شیوع متفاوتی برای این ضایعه ذکر شده است که علاوه بر تفاوت‌های نژادی، ملاک‌های تشخیصی، مصرف داروهای خاص، وضعیت بهداشت و سلامت عمومی افراد نیز در این زمینه مؤثر می‌باشد.

در این مطالعه ۱۶ موردگلوسیت لوزی شکل میانی با شیوع ۰/۸ درصد دیده شد که شیوع آن در پسرها ۱/۱ درصد و در دخترها ۰/۶ درصد بدست آمد. این شیوع قابل مقایسه با نتایج گزارش شده در مطالعات انجام گرفته در هند(۱/۵ درصد)، مالزی(۱/۳ درصد) و سودان(۱/۴درصد) و اردن (۰/۵ درصد) است[۴،۷،۹،۱۶]

مطالعاتSawyer در نیجریه، Salem در عربستان و Sedanoدر مکزیک هیچ موردی از این ضایعه را نشان نمی دهد.[۱۰،۲۰،۱۲] این ضایعه نادر است اما از آنجایی که می‌تواند به علت عفونت کاندیدا یا یک آنومالی رشدی- تکاملی باشد[۲۲]، دندانپزشک باید بتواند این ضایعه و علت بروز آن را تشخیص دهد و درمان مناسب را در صورت لزوم تجویز نماید.

میکروگلوسی در این مطالعه یافت نشد،که مشابه با نتایج مطالعه Ugar-Cankal در ترکیه و مطالعه Holm بود[۲،۱۵] Nevile به نقل از مقالات متعدد این ضایعه را بسیار نادر معرفی کرده است. [۲۱]

نتیجه گیری:

شیوع ضایعات زبانی در بین دانش آموزان شهر قزوین قابل توجه است و دانش آموزان پسر در مواجهه بیشتری با این ضایعات هستند.

[Downloaded from mail.jrds.ir on 2026-10-16]

[DOR: 20.1001.1.20084676.1391.9.2.10.8]

References:

1- Darwazeh AM, Almelaih AA. Tongue Lesions in a Jordanian Population. Prevalence, Symptoms, Subject's Knowledge and Treatment Provided. Med Oral Patol Oral Cir Bucal 2011 Sep 1;16 (6):e745-9.
2- George A. Zarb , Charles L. Bolender , Steven Eckert , Rhonda Jacob , Aaron Fenton , Regina Mericske-Stern , et al .Prosthodontic Treatment for Edentulous Patients Complete Dentures and Implant Supported Pprostheses. 12nd ed.USA:Mosby;2003.p:85.
3- Bánóczy J, Rigó O, Albrecht M. Prevalence Study of Tongue Le¬Sions in a Hungarian Population. Community Dent Oral Epidemiol.1993Aug;21(4):224-6.
4- Darwazeh AM, Pillai K.Prevalence of Tongue Lesions in 1013 Jordanian Dental Outpatients. Community Dent Oral Epidemiol. 1993Oct;21(5):323-4.
5- Cebeci AR, GülşahiA,Kamburoglu K, Orhan BK, Oztaş B. Pre-Valence and Distribution of Oral Mucosal Lesions in an Adult Turkish Population. Med Oral Patol Oral Cir Bucal. 2009Jun;14(6):E272-7.
6- Motallebnejad M, Babaee N, Sakhdari S, TavasoliM.An Epide¬Miologic Study of Tongue Lesions in 1901 Iranian Dental Outpatients. J Contemp Dent Pract .2008Nov1;9(7):73-80.
7- Mathew AL, Pai KM, Sholapurkar AA, Vengal M.The Prevalence of Oral Mucosal Lesions in Patients Visiting a Dental School in South¬Ern India. Indian J Dent Res .2008Apr-Jon;19(2):99-103.
8- Silverman Sol, Eversole L, Edmon L .Essentials of Oral Medicine. London: BC Decker Inc Hamilton;2001:6-26
9- Vörös-Balog T, Dombi C, Vincze N, Bánóczy J. Epidemiologic Survey of Tongue Llesions and Analysis of The Etiologic Factors in¬Volved. FogorvSz. 199May;92(5):157-63.
10-Sedano HO, CarreonFreyre I, Garza De la Garza ML, Gomar Franco CM, Grimaldo Hernandez C, Hernandez Montoya ME ,et al. Clinical Oral Dental Abnormalities in Mexican Children. Oral Surg Oral Med Oral Patol,1989 Sep;68(3):300-11.
11-Kovac-Kovacic M, SkalericU.The Pprevalence of Oral Mucosal Lesions in A Population in Ljubljana, Slovenia. J Oral Pathol Med .2000Aug;29(7):331-5
12- Sawyer DR,Taiwo EO, Mosadomi A.Oral Aanomalies in Nigerian Children. Community Dent Oral Epidemoid.1984 Aug; 12(4):269-73.
13-Redman RS. Prevelance of Geographic Tongue, Fissured Tongue, Median Rhomboid Glossitis and Hairy Tongue Among 3677 Minnesota Schoolchildren. Oral Surg Oral Med Oral Patol. 1970 Sep;30(3):390-5.
14-Kullaa-Mikkonen A, Mikkonen M, KotilainenR. Prevalence of Different Morphologic Forms of The Human Tongue in Young Finns.OralSurg Oral Med Oral Pathol .1982 Feb;53(2):152-6.
15-Ugar-Cankal D, Denizci S, Hocaoglu T.Prevalence of Tongue Lesions Among Turkish Schoolchildren.Saudi Med J. 2005 Dec;26(12):1962-7
16-Koay CL, Lim JA, Siar CH.The Prevalence of Tongue Lesions in Malaysian Dental Outpatients From the Klang Valley Area.Oral Dis. 2011 Mar;17(2):210-6.
17- Axell T. A Prevalence Sstudy of Oral Mucosal Lesions in an Adult Swedish Population. Odontol Revy Suppl. 1976;36:1-103.
18- Jainkittivong A, Aneksuk V, Langlais RP. Oral Mucosal Conditions in Elderly Ddental Patients. Oral Dis. 2002Jul;8(4):218-23.
19-Miloğlu O, Göregen M, Akgül HM, Acemoğlu H. The Prevalence and Risk Factors Associated With Benign Migratory Glossitis Lesions in 7619 Turkish Dental Outpatients. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral RadiolEndod. 2009Feb;107(2):e29-33.
20-Salem G, Holm SA, Fattah R, Basset S, Nasser C. Developmental Oral Anomalies Among Schoolchildren in Gizan region, Saudi Arabia. Community Dent Oral Epidemiol1987 Jun;15(3):150-1.
21-Neville BW,DammD,AllenC,Bouquet. In Developmental Defects of the Oral and Maxillofacial Region. J Oral and Maxillofacial Pathology 3rd .USA :Saunders Elsevier P:9,13.
22-Reamy BV, Derby R, Bunt CW. Common Tongue Conditions in Primary care. Am Fam Physician .2010Mar;81(5):627-34.

[Downloaded from mail.jrds.ir on 2026-10-16]

[DOR: 20.1001.1.20084676.1391.9.2.10.8]