● مجلهٔ دانشگاه علوم پزشکی بابل، دوره نهم، شمارهٔ ۵، آذر – دی ۱۳۸٦، صفحه ٤٥-٤٩
دریافت: ۸۵/۱۱/۱٤، ارسال جهت اصلاح: ۸٦/۲/۲٦، پذیرش: ۸٦/۸/۲

تاثیر مصرف سیگار بر ابتلا به زبان باردار و مودار

ندا بابایی [*۱]، مینا مطلب نژاد[۱]، مائده قربانپور[۲]

۱- استادیار گروه بیماریهای دهان و دندان دانشکده دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی بابل ۲- دندانپزشک عمومی

سابقه و هدف: استفاده از دخانیات یکی از مشکلاتی است که جوامع امروزی با آن مواجه می باشند، مخاط دهان و زبان نیز در معرض مواد حاصل از دخانیات و دود آن هستند که این مواد باعث ضایعاتی چون زبان باردار و مودار می شوند. هدف از این مطالعه تاثیر میزان مصرف سیگار بر ابتلا به زبان باردار و مودار می باشد.

مواد و روشها: مطالعه به صورت مقطعی بر روی ٥۳٤ نفر (۲٦۲ فرد غیرسیگاری، ۱۳٦ فرد سیگاری و ۱۳٦ فرد سیگاری حرفه ای) از بین بیماران مذکر مراجعه کننده به بخش بیماری های دهان دانشکده دندانپزشکی بابل در طی سال های ۱۳۸٤ و ۱۳۸٥ انجام شد. نمونه ها به صورت تصادفی غیرآسان انتخاب شدند. بیمارانی که قهوه و الکل، آنتی بیوتیک و دهان شویه های اکسید کننده مصرف می کردند و یا سابقه مصرف آنتی اسید در یک ماه گذشته و یا دارای پروتز متحرک و بیماری سیستمیک بودند وارد مطالعه نشدند. بیماران در سه گروه مورد مطالعه قرار گرفتند و مبنای گروه بندی نیز براساس میزان مصرف سیگار بود.

یافته ها: فراوانی زبان باردار در سه گروه غیرسیگاری، سیگاری و سیگاری حرفه ای به ترتیب ۲٦(۹/۹٪)، ٥۰ (۳٦/۸٪)، ۷۰ (٥۱/٥٪) گزارش شد. فراوانی زبان مودار نیز به ترتیب ۱ (۰/٤٪)، ٥ (۳/۷٪) و ۳۲ (۲۳/٥٪) بود. همچنین توزیع فراوانی زبان باردار و زبان مودار به طور معنی داری در افراد سیگاری حرفه ای بیشتر از افراد سیگاری بود ($p=۰/۰۱$ و $p<۰/۰۰۰۱$). هم چنین این درصد در افراد سیگاری هم به طور معنی داری بیشتر از افراد غیرسیگاری بود ($p<۰/۰۰۰۱$).

بحث و نتیجه‌گیری: نتایج این مطالعه حاکی از آن است که میزان مصرف سیگار تاثیر مستقیمی بر احتمال ابتلا به زبان باردار و مودار دارد. لذا لزوم آموزش های مداوم در این خصوص ضروری است.

واژه های کلیدی: *زبان باردار، زبان مودار، سیگارکشیدن، چای، ایندکس ساده شده بهداشت دهان.*

مجلهٔ دانشگاه علوم پزشکی بابل، دوره نهم، شماره ۵، آذر – دی ۱۳۸۶، صفحه ۴۵-۴۹

مقدمه

استفاده از دخانیات از جمله مشکلاتی است که امروزه در جوامع بشری شیوع چشمگیری داشته و سلامت انسانها را با خطرات جدی مواجه ساخته است (۱). سیگار علاوه بر ایجاد اثرات سوء بر روی سیستم های دیگر بدن، در دهان وزبان هم عوارضی بر جا می گذارد. از شایع ترین بیماری های دهانی که در اثر مصرف سیگار ایجاد می شوند می توان از: Smoker's Melanosis، استوماتیت نیکوتینی، بیماری های پریودنتال، زبان باردار، زبان سیاه مودار، ابرژن دندانها، تحلیل لثه و سرطان دهان نام برد (۲). زبان مودار (Hairy tongue) یک ظاهر مو مانند است که بر روی سطح دورسال زبان در قدام پاپی های جامی شکل رخ می دهد. این نمای مودار در اثر افزایش طول پاپی های نخی شکل(Filliform) زبان رخ می دهد و بسته به اتیولوژی آن و فاکتورهای ثانویه می تواند به رنگ های مختلف دیده شود (۳). علت اصلی این بیماری ناشناخته است اما عوامل مختلفی از جمله مصرف سیگار، بعضی از داروها به ویژه آنتی بیوتیک های وسیع الطیف، رادیوتراپی ناحیه سر و گردن، بهداشت ضعیف دهان، مصرف آنتی اسیدها و دهان شویه های اکسید کننده، مصرف الکل، کاهش حرکات زبان و ... در ارتباط با این بیماری هستند (۴-۶). زبان باردار (Coated tongue) یک

[DOR: 20.1001.1.15614107.1386.9.5.8.7]

مشکل شایع به ویژه در افراد بالغ است که به دلیل تجمع دبری های غذایی، میکروبی و سلولهای اپی تلیالی در بین پاپی های زبان رخ می دهد (۷). این ضایعه هم اتیولوژی ناشناخته دارد اما تعدادی عوامل آغاز کننده یا تسریع کننده برای آن مطرح شده است (۶و۷). Mumcu و همکاران در ترکیه گزارش کردند که میزان زیاد دود کردن سیگار یک عامل خطر برای زبان مودار است (۸). Andersson و همکاران در سوئد دریافتند که یکی از ضایعات شایع در افراد سیگاری زبان مودار است، به طوری که با افزایش مصرف سیگار، شیوع زبان مودار افزایش می یابد (۹).

Ahlberq و همکاران با مطالعه ای بر روی کارگران کارخانه ای در جنوب فنلاند دریافتند که سیگار کشیدن ارتباط معنی داری با زبان باردار دارد (۱۰). اما مطلب نژاد، با بررسی بر روی ۲۰۶ زندانی مرد ندامتگاه های ساری، قائمشهر و بابل نتیجه گرفت که زبان باردار با میزان مصرف سیگار در ارتباط است امازبان مودار ارتباطی با مصرف سیگار نداشت (۱۱). همچنین در مطالعه Vallejo و همکاران بر روی جمعیت اسپانیا هم ارتباطی بین زبان مودار و مصرف تنباکو ندیدند (۱۲). مطالعه حاضر به منظور تعیین تاثیر میزان مصرف سیگار بر ابتلا به دو ضایعه زبان یعنی زبان باردار و مودار انجام شد.

مواد و روشها

مطالعه به صورت مقطعی بر روی ۵۳۴ نفر از بیماران مرد مراجعه کننده به بخش بیماری های دهان دانشکده دندانپزشکی بابل و درمانگاه های شهر بابل در سال های ۱۳۸۴ و ۱۳۸۵ به صورت غیر تصادفی آسان انجام شد. از ۵۳۴ فرد مورد بررسی ۲۷۲ نفر در گروه سیگاری (۱۳۶ نفر سیگاری و ۱۳۶ نفر سیگاری حرفه ای) و ۲۶۲ نفر در گروه غیرسیگاری قرار گرفتند. ابتدا برای هر بیمار پرسشنامه ای تهیه شد.

بیمارانی که الکل، قهوه، آنتی بیوتیک، دهان شویه های اکسید کننده مصرف می کردند و یا دارای سابقه مصرف آنتی اسیدها در طی یک ماه گذشته و بیماری سیستمیک بودند و یا پروتز متحرک اعم از پارسیل یا کامل داشتند وارد مطالعه نشدند. بیماران در سه گروه مورد مطالعه قرار گرفتند که مبنای گروه بندی بر اساس میزان مصرف سیگار بود. این سه گروه شامل افراد غیر سیگاری (افرادی که اصلا سیگار نمی کشند)، سیگاری (افرادی که کمتر از ۲۰نخ (یعنی یک پاکت) در روز سیگار می کشند، همچنین افرادی که در روز یک پاکت یا بیشتر در طی کمتر از یک سال سیگار می کشند و سیگاری حرفه ای (افرادی که ۲۰ نخ (یعنی یک پاکت) یا بیشتر از ۲۰ نخ سیگار در روز در طی حداقل یک سال می کشند، را گویند) (۱۳). از نظر سن بیماران بالای ۱۲ سال مورد مطالعه قرار گرفتند. از لحاظ میزان مصرف چای هم افرادی که یک تا ده فنجان چای در روز مصرف می کردند (Drinker) و افرادی که بیشتر از ۱۰ فنجان چای در روز مصرف می کردند (Heavy drinker) در نظر گرفته شدند (۱۳).

وضعیت بهداشت دهان بیماران هم با توجه به ایندکس بهداشت دهان (OHI = oral hygiene index) Greene and Vermillion تعیین شد که شامل دو جزء DIS (ایندکس ساده شده دبری) و CIS (ایندکس ساده شده کالکولوس) بود که OHI-S از مجموع این دو جزء بدست می آید (۱۴). بر این اساس سطوح بالینی بهداشت دهان به سه دسته تقسیم می شد: بهداشت خوب (Good): ۰–۱/۲، بهداشت متوسط(Fair): ۱/۳–۳ و بهداشت ضعیف(Poor): ۳/۱–۶. همچنین بیماران از نظر وجود زبان باردار و مودار هم معاینه شدند (زبان باردار زمانی که اندازه پاپیلاهای نخی بین ۱ تا ۳ میلیمتر باشد و زبان مودار زمانی که اندازه پاپیلاهای نخی بیشتر از ۳ میلیمتر باشد) (۱۳). برای جلوگیری از وجود عوامل مخدوش کننده مطالعه، سه گروه مورد مطالعه از نظر میانگین سنی، میانگین مصرف چای و میانگین OHI-S، همسان شدند. سپس داده ها با استفاده از نرم افزار آماری SPSS، و آزمون های Chi–square و fisher's exact، مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت و p<۰/۰۵ معنی دار تلقی گردید.

یافته ها

میانگین سنی افراد در سه گروه غیر سیگاری، سیگاری و سیگاری حرفه ای به ترتیب ۱۲/۸±۲۸/۵، ۹/۷±۲۹ و ۹/۸±۲۹/۵ بود. در این مطالعه توزیع فراوانی زبان باردار در سه گروه غیرسیگاری، سیگاری و سیگاری حرفه ای به ترتیب: ۲۶(۹/۹٪)، ۵۰ (۳۶/۸٪)، ۷۰(۵۱/۵٪) بدست آمد. فراوانی زبان باردار بطور معناداری در افراد سیگاری حرفه ای بیشتر از افراد سیگاری (p=۰/۰۱) (OR=۱/۸ ،CI=٪۹۵: ۱/۱–۲/۹) و در افراد سیگاری نیز بیشتر از افراد غیرسیگاری گزارش شد (p<۰/۰۰۰۱) (CI= ٪۹۵: ۴/۴–۱۱/۴)،

[DOR: 20.1001.1.15614107.1386.9.5.8.7]

(OR=۷/۱) (جدول ۱).

فراوانی زبان مودار در افراد غیرسیگاری، سیگاری و سیگاری حرفه ای به ترتیب ۱ (۰/۴٪)، ۵ (۳/۷٪) و ۳۲ (۲۳/۵٪) بدست آمد. فراوانی زبان مودار در افراد سیگاری حرفه ای به طور معنی داری بیشتر از افراد سیگاری(p<۰/۰۰۰۱) (OR=۸،CI= ٪۹۵: ۳-۲۱/۴) عنوان شد و در افراد سیگاری نیز به طور معنی داری بیشتر از افراد غیر سیگاری بود (P<۰/۰۰۰۱)(OR=۴۱ ،CI= ٪۹۵: ۵/۱-۳۰۱) (جدول ۲). از لحاظ میزان مصرف چای هم در سه گروه اختلاف معنی داری مشاهده نشد. میانگین و انحراف معیار OHI-S در سه گروه غیرسیگاری، سیگاری و سیگاری حرفه ای به ترتیب ۱/۱۹±۲/۲۶، ۱/۱۱±۲/۲ و ۱/۲۸±۲/۵۵ بود که اختلاف در این سه گروه معنی دار بود (p=۰/۰۵).

جدول ۱. توزیع فراوانی و فراوانی نسبی زبان باردار در افراد سیگاری و غیرسیگاری مورد مطالعه

زبان باردار	گروه	سیگاری			غیرسیگاری
		سیگاری حرفه ای	سیگاری	جمع	تعداد(٪)
		تعداد(٪)	تعداد(٪)	تعداد(٪)	
ندارد		(۴۸/۵)۶۶	(۶۳/۲)۸۶	(۵۵/۹)۱۵۲	(۹۰/۱)۲۳۶
دارد		(۵۱/۵)۷۰	(۳۶/۸)۵۰	(۴۴/۱)۱۲۰	(۹/۹)۲۶
جمع		(۱۰۰)۱۳۶	(۱۰۰)۱۳۶	(۱۰۰)۲۷۲	(۱۰۰)۲۶۲

p=۰/۰۱ و p<۰/۰۰۰۱

جدول ۲. توزیع فراوانی و فراوانی نسبی زبان مودار در افراد سیگاری و غیرسیگاری مورد مطالعه

زبان مودار	گروه	سیگاری			غیر سیگاری
		سیگاری حرفه ای	سیگاری	جمع	تعداد(٪)
		تعداد(٪)	تعداد(٪)	تعداد(٪)	
ندارد		(۷۶/۵)۱۰۴	(۹۶/۳)۱۳۱	(۸۶/۴)۲۳۵	(۹۹/۶)۲۶۱
دارد		(۲۳/۵)۳۲	(۳/۷)۵	(۱۳/۶)۳۷	(۰/۴)۱
جمع		(۱۰۰)۱۳۶	(۱۰۰)۱۳۶	(۱۰۰)۲۷۲	(۱۰۰)۲۶۲

p<۰/۰۰۰۱

بحث و نتیجه گیری

در این تحقیق رابطه مستقیمی بین میزان مصرف سیگار با احتمال ابتلا به زبان باردار و مودار مشاهده شد. نتایج مطالعه Avcu و همکاران، Mumcu و همکاران در ترکیه، Lin و همکاران در چین، Andersson و همکاران در سوئد، Darwazeh و همکاران در اردن، Campisi و همکاران در ایتالیا و Ahlberq و همکاران هم مشابه این مطالعه می باشد (۸-۱۰و ۱۳و۱۵-۱۷). اما مطلب نژاد، با بررسی بر روی ۲۰۶ زندانی مرد ندامتگاه های ساری، قائمشهر و بابل نتیجه گرفت که زبان باردار با میزان مصرف سیگار در ارتباط است اما زبان مودار ارتباطی با مصرف سیگار ندارد که شاید علت آن را بتوان به تفاوت در تعداد نمونه، تفاوت روش مطالعه، انتخاب زندانیان از نظر موقعیت اجتماعی، تغذیه ای و بهداشتی با مطالعه ما دانست (۱۱). همچنین Garcia Pola Vallejo و همکاران با مطالعه بر روی جمعیت اسپانیا در رابطه با عوامل خطر مرتبط با ضایعات بافت نرم دهان عنوان کردند که قادر به اثبات این مسئله که آیا کشیدن سیگار کشیدن باعث تسهیل رشد پاپی های نخی

[DOR: 20.1001.1.15614107.1386.9.5.8.7]

زبان می شود نمی باشند. لذا ارتباطی بین زبان مودار و مصرف تنباکو مشاهده نکردند که از مهم ترین علل آن می توان به تاثیر فاکتور سن، جنس و سایر عوامل خطر چون مصرف الکل اشاره کرد (۱۲). Avcu و همکاران با بررسی بر روی ۵۱۵۰ نفر مرد و زن گزارش کردند که فراوانی زبان باردار در افراد غیرسیگاری بیشتر از افراد سیگاری و سیگاری حرفه ای بود. که این مغایر یافته های بعمل آمده از این مطالعه است. هم چنین با مطالعه بر روی زبان مودار نیز نشان دادند که در کل فراوانی زبان مودار در هر سه گروه مورد بررسی بیشتر بود (۱۳). دلایل تفاوت نتیجه این مطالعه با مطالعه حاضر می تواند تفاوت در تعداد نمونه، روش مطالعه، فاکتور سن، وضعیت بهداشت دهان و گاهی اوقات به دلیل وجود جنس مونث در مطالعه باشد. با توجه به یافته های بدست از مطالعه حاضر می توان نتیجه گرفت که ارتباط قوی بین میزان مصرف سیگار با احتمال ابتلا به زبان باردار و مودار وجود دارد. لذا لزوم آموزش های مداوم در خصوص این معضل اجتماعی بسیار ضروری است.

تقدیر و تشکر

بدینوسیله از همکاری کارکنان بخش بیماریهای دهان دانشکده دندانپزشکی بابل و از آقای دکتر رضا علیزاده تشکر و قدردانی می گردد.

****

منابع

۱. صفوی س د، رحمتی میاندهی س، فرهادی ح. بررسی اثر مصرف توام تریاک وسیگار بر روی وضعیت بیماریهای پریودنتال در مراجعین به مرکز پزشکی خیریه غیاثی در سال ۱۳۸۲. مجله دانشکده دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی ۱۳۸٤؛ ٤(۳): ٤٥٩-٦٠.

2. Taybos G. Oral changes associated with tobacco use. Am J Med Sci 2003; 326(4): 179-82.

3. Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquot JE. Oral and maxillofacial pathology, 2nd ed, Philadelphia, W.B Saunders Co 2002; pp: 13, 14, 357.

4. Greenberg MS, Glick M. Burket's oral medicine. Diagnosis and treatment, 10th ed, Hamilton, BC Decker 2003; pp: 116-17, 135, 194- 5.

5. Ibsen OAC, Phelan JA. Oral pathology for the dental hygienist, 4th ed, Philadelphia, W.B Saunders Co 2004; pp: 28.

6. Lynch MA, Brightman VJ, Greenberg MS. Burket's oral medicine, 9th ed, Philadelphia, Lippincott Raven 2003; pp: 135-6.

7. Scully C. Handbook of oral disease. Diagnosis and management, Revised Edition, London, Martin Dunitz 2001; pp: 360, 362, 364, 365.

8. Mumcu G, Cimilli H, Sur H, Hayran O, Atalay T. Prevalence and distribution of oral lesions: a cross-sectional study in Turkey. Oral Dis 2005; 11(2): 81-7.

9. Andersson G, Vala EK, Curvall M. The influence of cigarette consumption and smoking machine yields of tar and nicotine on the nicotine uptake and oral mucosal lesions in smokers. J Oral Pathol Med 1997; 26(3): 117-23.

10. Ahlberq J, Tuominen R, Murtomaa H. Oral mucosal changes and associated factors among male industrial workers with or without access to subsidized dental care. J Acta Dontol Scand 1996; 54(4): 217-22.

۱۱. مطلب نژاد م. رابطه مصرف سیگار با ضایعات مخاطی دهان. مجله دانشگاه علوم پزشکی بابل ۱۳۷۸؛ ۱(٤): ۱٤-۱۸ .

12. Garcia Pola Vallejo MJ, Martine Diaz Canel AI, Garcia Martin JM, Gonzalez Garcia M. Risk factors for oral soft tissue lesions in an adult Spanish population. Community Dent Oral Epidemiol 2002; 30(4): 277-85.

[DOR: 20.1001.1.15614107.1386.9.5.8.7]

13. Avcu N, Kanli A. The prevalence of tongue lesions in 5150 Turkish dental outpatients. Oral Dis 2003; 9(4): 188-95.

14. Carranza FA, Newman MG. Clinical periodontology, 8th ed, Philadelphia, W.B Saunders Co 1996; pp: 67-8.

15. Lin HC, Corbet EF, Lo ECM. Oral mucosal lesions in adult Chinese. J Dent Res 2001; 80(5): 1486-90.

16. Darwazeh AM, Pillai K. Prevalence of tongue lesions in 1013 Jordanian dental outpatients. Community Dent Oral Epidemiol 1993; 21(5): 323-4.

17. Campisi G, Margiotta V. Oral mucosal lesions and risk habits among men in an Italian study population. J Oral Pathol Med 2001; 30(1): 22-8.

* آدرس نویسنده مسئول: بابل، دانشکده دندانپزشکی، گروه تشخیص بیماریهای دهان، تلفن: ۹-۲۲۹۱۴۰۸-۰۱۱۱.

dr_nedababaee@yahoo.com

[DOR: 20.1001.1.15614107.1386.9.5.8.7]