پژوهنده (مجله پژوهشي دانشگاه علوم پزشكي شهيد بهشتي)
سال دوازدهم, شماره ۱, پي در پي۵۵ صفحات ۳۱ تا ۳۴
فروردين و ارديبهشت ۱۳۸۶

تاريخ دريافت مقاله ۸۵/٤/۷
تاريخ پذيرش مقاله ۸۵/۱۰/۱۵

بررسي فراواني شكاف لب و كام در ۲۰۰۰۰ نوزاد

دكتر محمدرضا فتح‌العلومي[۱*] , دكتر علي فتاحي بافقي[۲]، دكتر سعيداله نوحي[۲]، دكتر علي‌اكبر نصيري افشار [۲]،
دكترافسانه آقازاده نائيني[۳]

چكيده

سابقه و هدف: *ناهنجاري‌هاي مادرزادي سروگردن يكي از شايعترين آنومالي‌هاي مادرزادي در نوزادان مي‌باشد كه دراين ميان, شكاف لب و كام جزء شايعترين هاي آن ميباشد. شيوع اين شكافها در نژاد زرد بيشترين و در نژاد سياه كمترين است. هنوز علت ايجاد اين شكاف‌ها بطور كامل شناخته نشده است. مطالعه حاضر با هدف پي بردن به شيوع اين شكافهاي دهاني در كشورمان درسالهاي اخير و علل ايجاد آنها و قياس با آمارهاي قبلي در فاصله سالهاي ۱۳۸۰ تا ۱۳۸٤ صورت گرفت .*

مواد و روشها: *در اين مطالعه توصيفي كه بر اساس Existing data ميباشد، بيست هزار پرونده زايمان با نوزاد زنده متولد شده از بايگاني بيمارستان مهديه تهران وابسته به دانشگاه علوم پزشكي شهيد بهشتي مورد ارزيابي قرار گرفتند.*

يافته‌ها: *در بين ۲۰۰۰۰ نوزاد زنده بدنيا آمده ۲۸ نفر (شيوع ۱/٤ در ۱۰۰۰) آنومالي سروصورت داشتند كه شايعترين آنها آنومالي بيني و كمترين آنومالي, آترزي مري، كوان و شكاف‌لب بود. شيوع شكاف لب به طور مجزا ۰/۱۵ در ۱۰۰۰، شكاف كام به طور مجزا ۰/۲ در ۱۰۰۰ و شكاف لب وكام با هم ۰/۲۵ در۱۰۰ و شيوع كلي شكافهاي دهاني۰/٦ در ۱۰۰۰ متولد زنده بود. مجموعاً شيوع شكافي دهاني در دختران كمي شايعتر از پسران بود (۱/۱۲ به ۱).*

نتيجه‌گيري : *تحقيق حاضر بيانگر آن است كه در حال حاضر شكافهاي دهاني در كشور ما نسبت به كشورهاي ديگر شيوع بالايي نداشته و به شيوع اين شكاف‌ها در نژاد سياه نزديك ميباشد. در اين مطالعه ما شاهد كاهش شيوع شكافي دهاني ميباشيم كه مي‌تواند نشاندهنده نقش استرس رواني مادر در ايجاد اين شكاف‌ها در نوزاد باشد.*

كلمات كليدي : *شكاف لب , شكاف دهان , شكاف كام ، شيوع*

مقدمه

ناهنجاري‌هاي مادرزادي سر و گردن، يكي از شايعترين آنومالي ها در نوزادان مي‌باشد كه شيوع‌آن را ۱/٤ در ۱۰۰۰ گزارش كرده‌اند. در بين آنومالي‌هاي سروگردن، شكاف لب و كام (شكافهاي دهاني) شايعترين نوع مي‌باشد كه شيوعي بين ۲ تا ۰/۵ در ۱۰۰۰ دارد. علت شكاف لب، هيپوپلازي لايه مزانشيمال در دوران جنيني مي‌باشد كه باعث عدم تكميل فرآيند اتصال زاويه ماگزيلا و مديال نازال مي‌شود و علت شكاف كام نيز در واقع عدم ايجاد كامل ناودان كامي در دوران جنيني ميباشد (۱). ميزان وقوع ناهنجاري‌هاي مادرزادي همراه، در نوزادان با شكاف‌هاي دهاني افزايش مي‌يابد كه اين مسئله بخصوص در مورد شكاف كام به تنهايي مصداق بيشتري دارد (۲). شكافهاي صورتي‌ممكن است بصورت اسپورادیك يا جزئي از يك سندرم مثل سندرم Wander wood ديده شود (۳).

هر چند از تماس مادر حامله با دارو، دخانيات، استرس محيطي، ماه تولد نوزاد ، نژاد و ژنتيك نوزاد بعنوان علل احتمالي

۱ * . نويسنده مسؤول : استاديار گروه گوش و گلو وبيني و جراحي سر و گردن, دانشگاه علوم پزشكي شهيد بهشتي. آدرس براي مكاتبه: تهران ، بزرگراه شهيد چمران، اوين، بيمارستان طالقاني، بخش گوش و گلو و بيني و جراحي سروگردن. تلفن: ۸-۲۲٤۳۲۵٦۰ ، داخلي ٤۳۲ .
۲ . استاديار گروه گوش و گلو وبيني و جراحي سر و گردن, دانشگاه علوم پزشكي شهيد بهشتي
۳. دانشيار گروه زنان و زايمان دانشگاه علوم پزشكي شهيد بهشتي

[Downloaded from pajoohande.sbmu.ac.ir on 2026-10-05]

شكافهاي دهاني ياد ميشود، اما هنوز دليل قطعي براي ايجاد انواع غيرسندرميك (اسپورادیك) آنها مشخص نشده است . نكته مهم آنكه تناقضات زيادي در تحقيقات انجام شده در مورد علل ايجاد اين آنومالي‌ها وجود دارد. به طور مثال اگر چه اين شكافها در نژاد زرد شايعتر و در نژاد سياه شيوع كمتري دارد اما باز هم دليل خاصي از نظر نژادي براي ايجاد آنها مشخص نشده است.

مطالعه حاضر با هدف تعيين فراواني شكاف لب و كام در بيمارستان مهديه تهران وابسته به دانشگاه علوم پزشكي شهيد بهشتي صورت گرفت.

مواد و روشها

اين مطالعه به روش Existing data و با بررسي بيست هزار پرونده بايگاني نوزادان زنده متولد شده از فروردين ۱۳۸۰ تا آخر خرداد ۱۳۸٤ در بيمارستان مهديه تهران انجام گرديد كه پرونده‌هاي فوق الذكر توسط رزيدنتهاي زنان در طي سالهاي فوق تكميل شده بود. پس از بررسي اين پرونده ها، اطلاعات مربوط به سن مادران، داروهاي مصرفي توسط مادر، سابقه بيماري مادر، سابقه تولد نوزاد زنده با شكاف دهاني غيرسندرميك و آنومالي‌هاي ظاهري همراه با شكافهاي دهاني در نوزادان جمع آوري گرديد.

يافته‌ها

در بين ۲۰۰۰۰ نوزاد زنده بدنيا آمده ۹٤۰۵ دختر(٤۷%) و ۱۰۵۹۵ پسر (۵۳%) بودند. ۲۸ (۱/٤ در۱۰۰۰) نوزاد داراي آنومالي سروصورت غيرسندروميك بودند كه ۱۷ بيمار، دختر (۱/۸ در۱۰۰۰) و ۱۱ بيمار، پسر (۱/۳ در۱۰۰۰) بودند. در بين ناهنجاريهاي سروصورت، آنومالي‌هاي بيني با ۱٦ مورد بيشترين شيوع و آترزي مري و آترزي كوان و شكاف لب هر كدام با ۳ مورد كمترين شيوع را داشتند (نمودار ۱).

شكاف لب در ۳ مورد (۱ دختر و ۲ پسر) ديده شد كه در برگيرنده ۱۰/۷ درصد از كل آنومالي‌هاي سروگردن و شيوع ۰/۱۵ در هزار نوزاد زنده متولد را نشان مي‌داد. شكاف كام در ٤ نوزاد (۳ دختر و ۱ پسر) ديده شد كه ۱٤/۲ درصد از آنومالي‌هاي‌سروگردن را شامل شده و داراي شيوع ۰/۲ در هزار نوزاد زنده متولد شده بود. شكاف لب و كام با هم در۵ مورد (۲ دختر و ۳ پسر) ديده شد كه معادل ۱۷/۸ درصد از آنومالي‌هاي سروگردن و شيوع ۰/۲۵ در۱۰۰۰ نوزاد زنده متولد شده بود. مجموعاً شكافهاي دهاني، شيوع۰/٦ در هزار نوزاد زنده متولد شده و٤۲/۷ درصد آنومالي‌هاي سروگردن را تشكيل مي‌دادند. شيوع شكاف هاي دهاني در دختران كمي شايعتر از پسران (۱/۱۲ به ۱) بود.

دامنه سني‌مادران ۵۱-۱٤ سال با ميانگين۲۳/۵ سال بود و اين مقدار در مادران داراي نوزاد شكاف دهاني, ۳۵-۲۰ سال با ميانگين ۲۵/٤ سال بود كه از نظر آماري داراي اختلاف معني داري نبود (P = ۰/۸). مادران نوزادان داراي شكافهاي دهاني، سابقه تولد نوزاد ديگري را با شكاف صورتي نداشتند. مادر نوزادان در يك مورد (شكاف كام نوزاد) سابقه مصرف كلوميفن و در يك مورد (شكاف لب و كام با هم) استفاده از كنتراسپتيو در سه ماه اول بارداري را ذكركرده بودند. در يك نوزاد علاوه بر شكاف لب و كام Club foot نيز وجود داشت. در يك مورد نيز نوزاد مبتلا به شكاف كام داراي سابقه آنومالي‌اندامي در پدر و دائي خود داشت.

بحث

شكافهاي دهاني بدليل ايجاد نقص در زيبايي و اختلال درعملكرد تغذيه و تكلم، از اهميت بالايي برخوردارند. تحقيقات زيادي در مورد علت ايجاد اين شكاف‌ها با هدف جلوگيري از بروز آنها صورت گرفته و مي‌گيرد. اين تحقيقات اكثراً بر شيوع بيماري و بعضي عوامل خطر در مادر يا محيط تأكيد دارند. در مطالعه اي كه توسط Murray و همكاران بر روي ٤۷۹٦۹ پرونده زايمان در فيليپين صورت گرفت، ميزان شيوع شكاف‌هاي دهاني را ۱۹٤ در ۱۰۰۰ تولد زنده و شيوع شكاف لب با يا بدون شكاف كام را در كودك ديگر خانواده ۲۳ در۱۰۰۰ و براي شكاف كام به تنهايي ۱٤ در ۱۰۰۰گزارش كردند. شيوع ناهنجاريهاي ديگر همراه با شكافهاي‌صورتي ۲۱ درصد بود. بهرحال آنها نتوانستند علت خاصي را براي ميزان شيوع بالاي

[Downloaded from pajoohande.sbmu.ac.ir on 2026-10-05]

شكافهاي‌دهاني در فيليپين مشخص نمايند (٤). در مطالعه اي ديگر توسط Das و همكاران بر روي پرونده ٤٣٩٣٥٤ نوزاد زنده متولد سياه و سفيد در ايالت مي‌سي‌سي‌پي آمريكا بين سالهاي ۱۹۸۹-۱۹۸۰، شيوع‌شكافهاي صورتي۱/۳٦ درهزار براي سفيدپوستان و ۰/٥٤ در هزار براي سياه‌پوستان بود. هرچند آنها افزايش شيوع شكاف كام و لب را در هر دو نژاد نسبت به آمارهاي دهه‌گذشته گزارش دادند اما نتوانستند علت اين افزايش را مشخص كنند (٥). همچنين Amidei و همكاران‌در سال ۱۹۹٤ در ايالت كلرادو آمريكا با بررسي پرونده ۳۸۱۱۷۵ زايمان بين سالهاي۱۹۸۸-۱۹۸۲، ميزان شيوع شكافهاي دهاني را ۰/۸ در۱۰۰۰ اعلام كردند. در اين مطالعه ارتباط معني‌داري بين بروز اين بيماري و ماه تولد نوزاد، بومي يا مهاجر بودن مادر و وجود شكاف دهاني در كودك ديگرخانواده وجود نداشت (٦). در مطالعه اي توسط Kim و همكاران از جمهوري كره بر روي ۷۱۵۸۱۷ نوزاد زنده متولد شده از اول ژانويه۱۹۹۳ تا ۳۱ دسامبر ۱۹۹۳، ميزان شيوع شكافهاي دهاني۱/۸۱ در هزار بود. در اين مطالعه شيوع شكاف لب و شكاف لب و كام، در پسران به ترتيب ۲ و ۲/٥ برابر دختران بود. تنها شيوع شكاف كام در دختران مختصري بيشتر از پسران بود (۷).

Elahi و همكاران در پاكستان با گزارش ۱۱۷ مورد شكاف دهاني از بين پرونده ٦۱۱٥٦ نوزاد زنده متولد در جنوب پاكستان شيوع شكافهاي دهاني را ۱/۹۱ در۱۰۰۰ و شيوع شكاف لب (٤۲ درصد) را بيشتر از شكاف كام به تنهايي (۲٤ درصد) ذكر كردند. شكاف لب تنها يا به همراه شكاف كام در پسران بيشتر از دختران بود ولي در دختران، شكاف كام به تنهايي بيشتر از پسران وجود داشت. ۳۲ درصد والدين كودكان مبتلا داراي رابطه خويشاوندي بودند، در حاليكه اين مقدار در بين والدين كودكان بدون شكاف دهاني ۱۸ درصد بود. ۳۲ درصد مادران نوزادان با شكاف دهاني داراي مشاوره قبل از حاملگي، معاينه ماهانه و تستهاي آزمايشگاهي بودند. ۲۸ درصد مادران با نوزاد شكاف دهاني مكمل‌هاي غذايي و ويتاميني در دوران بارداري مصرف كرده بودند, درحاليكه در گروه شاهد اين ميزان ٥۹ درصد بود (۸). البوستان و همكاران در كويت با بررسي خويشاوندي و نژاد والدين در بين ۱۲۱ نوزادشكاف دهاني اعلام كردند كه نتايج معني‌داري بين خويشاوندي والدين و نژاد عرب و غيرعرب در ايجاد شكاف دهاني در نوزاد وجود ندارد (۹). در مطالعه اي ديگر توسط Calzolari و همكاران بر روي ٦ ميليون نوزاد زنده متولد در بين سالهاي ۱۹۹٦-۱۹۸۰ در اروپا، ۱۰٤٦ مورد شكاف لب (۰/۱۷ در هزار) با شيوع بيشتر در جنس مؤنث گزارش‌گرديد و آنها اختلاف ژني را درنژادهاي مختلف ساكن اروپا به عنوان عامل احتمالي ايجاد شكافهاي صورتي مطرح كردند (۱۰).

رجبيان و شركت, با بررسي پرونده ۱۹۳٦۹ نوزاد زنده متولد در بين سالهاي۱۳٦٤-۱۳٥٥ در جنوب كشورمان (شيراز)، شيوع شكافهاي صورتي ۱/۰۳ در ۱۰۰۰ (شكاف‌لب با يا بدون كام ۰/٦ در ۱۰۰۰ و شكاف كام به تنهايي ۰/٤ در۱۰۰۰ بود. شيوع شكاف لب در دختران كمي بيش از پسران بود و درصد خويشاوندي در والدين كودكان مبتلا به شكاف‌هاي صورتي نسبت به گروه شاهد داراي اختلاف معني‌دار بود. آنچه از نتيجه اين مطالعه بر مي آيد نشاندهنده نزديكي آمار ايران با اروپا نسبت به كشورهاي عرب‌آفريقايي و جنوب شرقي آسيا ميباشد (۱۱). در مطالعه اي ديگر توسط طاهر و همكاران بر روي پرونده ۲۱۱۳۸ نوزاد بدنيا آمده در بيمارستان نجميه تهران بين سالهاي ۱۳٦۷-۱۳٦۲، شيوع شكافهاي دهاني ۳/۷۲ در هزار(شكاف لب تنها ۰/۹۹ در۱۰۰۰، شكاف كام تنها ۰/٦٦ در۱۰۰۰ و شكاف لب و كام با هم ۲/۷۲ در۱۰۰۰) گزارش‌كردند (۱۲). در مطالعه رجبيان و آقايي با بررسي پرونده ۱٤۷٦۰۸ نوزاد زنده متولد در سه بيمارستان شهر شيراز در بين سالهاي ۱۳۸۲-۱۳۷۲، شيوع شكافهاي دهاني ۰/۸ در۱۰۰۰ بود كه شيوع بسيار بيشتر در پسران نسبت به دختران (۱۲٥/۱) داشت . آنها در نتيجه‌گيري شيوع اين بيماري را در ايران بيشتر نزديك به آمار كشورهاي آفريقايي عنوان كردند . (۱۳)

در بررسي ما نيز شيوع كلي شكافهاي دهاني ۰/٦ در۱۰۰۰ مي‌باشد كه با نژاد سياه (٥) بيشتر از ديگر نژادها همخواني دارد. در تحقيق ما اختلاف معني دار آماري بين مادران با و بدون فرزندان داراي شكاف لب و كام و سن، داروهاي مصرفي، سابقه بيماري،

[Downloaded from pajoohande.sbmu.ac.ir on 2026-10-05]

سابقه تولد نوزاد با شكاف دهاني داراي مادران با كودك سالم متولد، مانند اكثر مطالعات ديگر همكاران ديده نشد. مطالعه حاضر بيانگر روند رو به كاهش شيوع شكافهاي دهاني در ايران مي‌باشد. درصورتيكه تحقيقات ديگر همكاران در ايران (۱۳-۱۱) را با نتايج اين تحقيق مقايسه كنيم، شاهد افزايش چشمگير شيوع شكاف‌هاي دهاني بالاخص در دوران جنگ عراق با ايران (۳/۷۲ در۱۰۰۰) و در دوران انقلاب و شروع جنگ به ميزان ۱/۰۳ در۱۰۰۰ و كاهش چشمگير آن پس از جنگ عراق با ايران ابتدا به ۰/۸ در۱۰۰۰ و سپس به ۰/٦ در۱۰۰۰ مي باشيم كه شايد دليلي مبني بر رابطه ميزان استرس و اضطراب در خانم حامله و ايجاد شكاف دهاني در نوزادشان باشد. بهرحال براي اثبات اين نظريه, توصيه به انجام تحقيقات كاملتري بر روي حيوانات مي شود .

REFERENCES

1. Merritt L. Understanding the embryology and genetics of cleft lip and palate. Adv Neonatal Care 2005; 5(2): 64-71.
2. Arnold W, Nohadani N, Koch K. Morphology of the auditory tube and palatal muscles in a case of bilateral cleft palate. Cleft Palate Craniofac J.2005; 42(2): 197-200.
3. Stanier P, Moore G. Genetics of cleft lip and palate, syndromic genes contribute to the incidence of non-syndromic clefts. Hum Molgenet. 2004; 1(13): 73-81.
4. Murry JC, Daack-Hirsch S, Buetow KH, Munger R, Espina L, et al.Clinical and epidemiologic studies of cleft lip and palate in the Philippines. Cleft Palate Craniofac J. 1997; 34(1): 7-10.
5. Das SK, Runnels RS Jr, Smith JC, Cohly HH. Epidemiology of cleft lip and cleft palate in Mississippi. South Med J. 1995; 88(4): 437-42.
6. Amidei RL, Hamman RF, Kassebaum DK, Marshall JA. Birth prevalence of cleft lip and palate in Colorado by sex distribution,seasonality, race/ethnicity and geographic variation. Spec Care Dentist. 1994; 14(6): 233-40.
7. Kim S, Kim WJ, OH C,Kim JC. Cleft lip and palate incidence among the live births in the republic of Korea. Abstract. J Korean Med Sci. 2002; 17(1): 49-52.
8. Elahi MM, Jackson IT, Elahi O, Khan AH, Mubarak F, et al.Epidemiology of cleft lip and cleft palate in Pakistan. Plast Reconstr Surg. 2004; 113(6): 1548-55.
9. Al - Bustan SA, el-Zawahri MM, al-Adsani AM, Bang RL, GhunaimI, et al. Epidemiological and genetic study of 121 cases oral clefts in Kuwait. Orthod Craniofac Res. 2002;5(3):154-60.
10. Calzolar E, Bianch F, Rubini M, Ritvanen A, Neville A.Epidemiology of cleft palate in Europe. Cleft Palate Craniofacial J.2004; 41(3): 244-9.
11. Rajabian MH, Sherkat M. An epidemiologic study of oral clefts in Iran. Cleft Palate Craniofac J. 2000; 37:191-195.
12. Taher AA. Cleft lip and palate in Tehran. Cleft Palate Craniofac J.1992; 29:15-6.
13. Rajabian MH, Ayhaei. S. Cleft lip and palate in South Western Iran: An epidemiologic study of live births. Saudi Med. 2005;25(5): 385-8.

[Downloaded from pajoohande.sbmu.ac.ir on 2026-10-05]