فراوانی شکاف لب و کام در متولدین سال‌های ۷۸-۱۳۷۴ بیمارستان یحیی نژاد بابل

دکتر مریم قاسمپور:* استادیار، گروه دندانپزشکی کودکان، دانشکده دندانپزشکی بابل
دکتر کبری کشوری: دندانپزشک

فصلنامه پایش
سال دوم شماره سوم تابستان ۱۳۸۲ صص ۱۸۱-۱۷۵
تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۸۲/۱/۲۰

چکیده

شایع‌ترین نقص ارثی تکاملی در ناحیه دهانی- صورتی شکاف‌ها هستند که نیاز به توجه خاص دارند. فراوانی این ناهنجاری در جوامع مختلف، متفاوت است. هدف از این تحقیق بررسی فراوانی شکاف لب و کام در متولدین سال‌های ۷۸-۱۲۷۴ بیمارستان یحیی‌نژاد بابل بود تا با داشتن اطلاعات کافی بتوان برنامه‌ریزی‌های مناسب جهت درمان اینگونه بیماران ارایه نمود.

مطالعه حاضر از نوع توصیفی بوده و طی آن پرونده ۱۴۰۳۶ مورد از کودکان متولد شده در بیمارستان یحیی نژاد بابل در سال‌های ۷۸-۱۳۷۴ تحت مطالعه قرار گرفت.

تعداد یازده نوزاد با شکاف لب و کام متولد شده بودند که فراوانی ناهنجاری ۰/۷۸ مورد در هر هزار تولد یا به‌عبارت دیکر از هر ۱۲۷۶ زایمان یک نوزاد مبتلا به شکاف بوده است. نتایج نشانگر آن است که تفاوت آماری معنی‌داری از نظر جنس نوزاد، سن مادر، سن حاملگی، نوع شکاف (غیر از شکاف کام منفرد) وجود نداشته است ($P>0/05$).

با توجه به یافته‌های مطالعه حاضر جامعه مورد مطالعه از نظر شکاف لب و کام جزو جوامع با فراوانی پایین محسوب می‌شود.

کلیدواژه‌ها: شکاف لب، شکاف کام، شکاف لب و کام

*نویسنده اصلی: بابل، نبش فرمانداری، خیابان فلسطین، دانشکده دندانپزشکی بابل
تلفن : ۹-۲۲۹۱۴۰۸-۰۱۱۱ نمابر : ۲۲۹۱۰۹۳-۰۱۱۱

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-01]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1382.2.3.2.5]

مقدمه

منظور از شکاف لب و کام وجود فضای غیر طبیعی در لب بالا، آلوئول یا کام است[۱]. عوامل مؤثر در ایجاد شکاف لب و کام عبارتند از:

الف- ارث: در ۳۶ –۳۳ درصد موارد رابطه مثبتی بین شکاف و ارث وجود دارد[۲]. اگر فردی با شکاف دهانی- صورتی متولد شود، شانس ابتلا برای بچه بعدی اضافه می‌شود (۵ درصد) و اگر یکی از والدین و یک کودک مبتلا به شکاف باشند شانس ابتلا برای کودک بعدی بیشتر می‌شود (۱۵ درصد)[۱].

ب- عوامل محیطی: ۱- بیماری‌های عفونی مادر، ۲- اختلال هورمونال از جمله هیپوتیروئیدیسم، دیابت و درمان با داروهای کورتونی، ۳- داروها: مصرف داروهای آرام‌بخش، ضد تشنج و ضد صرع احتمال وقوع شکاف لب را تا ۱۰ برابر افزایش می‌دهد، ۴- ویتامین‌ها: کمبود ریبوفلاوین، اسید فولیک، ویتامین B6، ویتامین A و حتی در بعضی موارد مقادیر بیش از حد ویتامین A منجر به بروز شکاف می‌شود. این در حالی است که استفاده از اسید فولیک در چهار ماهه اول حاملگی اثرمحافظتی علیه شکاف دارد[۳، ۴]، ۵- هیپوکسی: سیگار کشیدن مادر در دوران بارداری منجر به هیپوکسی در کودک شده که متعاقباً وقوع شکاف کام را افزایش می‌دهد[۵، ۶] و ۶- عوامل روانی و هیجانی: طبق گزارش Stream وPeter این عوامل با ایجاد تنش‌های ضربه زننده ممکن است در اتیولوژی شکاف در انسان نقش مهمی داشته باشند[۲، ۷ و ۸].

علاوه بر موارد ذکر شده، سندرم‌های شناخته شده متعددی وجود دارد که در آنها شکاف لب و کام یافته شایعی است. در اینجا به چند مورد اشاره می‌شود: ۱- سندرم Teacher-collins، ۲- سندرم Wander-woude و ۳- سندرم Pierre-robin. همچنین در تریزومی ۱۳ و ۸ نیز مواردی از شکاف لب و کام دیده شده است[۲، ۵ و ۷].

اما در مورد مشکلات افراد مبتلا به شکاف لبی- صورتی نیز ذکر مواردی ضروری به نظر می‌رسد:

۱- مشکلات مربوط به دندان‌ها: شایع‌ترین مشکل، فقدان مادرزادی و یا وجود دندان‌های لترال شیری اضافه در منطقه شکاف است (به ترتیب ۱۴ و ۳۷ درصد موارد). فقدان دندان‌های لترال دایمی نیز در ۳۹ درصد موارد گزارش شده است. همچنین در این بیماران متوسط اندازه دندان‌های دایمی نسبت به افراد بدون شکاف، کمتر بوده و رویش تمام دندان‌های دایمی در شکاف لب و کام نسبت به افراد کنترل تأخیر دارد که متوسط این تأخیر با شدت شکاف اضافه می‌شود. وقتی هیپودونشیا (کم بودن تعداد دندان‌ها) وجود دارد تأخیر مشخص‌تر است ولی تأخیر در هر دو جنس مشابه است. فقدان مادرزادی دندان‌ها و وجود دندان‌های فیوز شده (دندان‌های متصل به هم با پالپ مشترک) و نیز دندان میخی شکل، چهار برابر افراد بدون شکاف است، در حالی که این رابطه در مورد دندان‌های اضافه و Geminated (دندان‌های متصل به هم با پالپ جداگانه) وجود ندارد[۹].

۲- مال اکلوژن (بدی روابط دندان‌ها): عدم تناسب بین اندازه، شکل و موقعیت فک ها در افراد دارای شکاف لب و کام دیده می‌شود[۱] ولی تحقیقات منجر شدن به بیماری مفصل گیجگاهی- فکی را نشان نداده‌اند[۱۰، ۱۱].

۳- ناهنجاری بینی، ۴- مشکلات تغذیه‌ای، ۵- مشکلات گوشی و ۶- اشکال درتکلم[۱].

وضعیت سلامت دهان و دندان در کودکان مبتلا به شکاف لب و کام:

مطالعات متعددی بر روی شیوع پوسیدگی دندانی و سلامتی پریودونتال بیماران دارای شکاف انجام گرفته است و در بیشتر مطالعات، پوسیدگی هم در دندان‌های شیری و هم در دندان‌های دایمی در کودکان مبتلا به شکاف از شیوع بیشتری برخوردار بوده است[۱۲، ۱۳]. همچنین مطالعات نشان دادند که میزان سلامتی دهانی افراد بزرگسال دارای شکاف پایین بوده و اغلب دچار التهاب لثه هستند. اما تا کنون شواهد لازم در مورد بالا بودن خطر ابتلا به بیماری‌های پیشرفته پریودونتال یافت نشده است. از طرفی تفاوت معنی‌داری بین کودکان دارای شکاف و بدون آن از نظر ابتلا به التهاب لثه وجود دارد و این امر به‌خصوص در مورد دندان‌های قدامی بالا مشهود است [۱۴، ۱۵ و ۱۶].

اپیدمیولوژی شکاف لب و کام :

شیوع این ناهنجاری طبق گفته Robertson، ۱/۶-۰/۸ در هر هزار تولد است[۱]. شکاف لب به تنهایی در ۲۱ درصد جمعیت تحت تأثیر اتفاق می‌افتد در حالی که ۴۶ درصد شامل

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-01]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1382.2.3.2.5]

لب و کام و ۳۳ درصد از نوع شکاف کام است. افزایش سن والدین و به‌ویژه پدر یک عامل خطر محسوب می‌شود و وقتی که پدر و مادر هر دو سن بالای ۳۰ سال داشته باشند، شکاف لب نیز در سمت چپ و در پسرها بیشتر دیده شده است[۲]. طی یک مطالعه که در کالیفرنیا بین متولدین سال‌های ۱۹۹۲- ۱۹۸۳ انجام گرفت فراوانی شکاف لب با یا بدون شکاف کام در نژاد آفریقایی- آمریکایی، کمتر از نژاد سفید، در آمریکایی‌ها بیشتر و بین چینی‌ها و ژاپنی‌ها یکسان بود که این تغییر در تنوع ممکن است نشان دهنده تفاوت در عوامل محیطی و ژنتیک باشد[۱۷]. همچنین در مطالعه بررسی فراوانی شکاف لب و کام در تهران در بین گروه‌های خونیA، B و O در گروه خونی A ناهنجاری بیشتر از سایر گروه‌ها دیده شده است[۱۸، ۱۹].

اصولاً نتایج مطالعات اپیدمیولوژیک نشان می‌دهد که شکاف لب و کام در کشورهای پیشرفته در حال افزایش است، به‌طوری که در مطالعه‌ای که از سال ۱۹۶۵ -۱۹۵۱ در جامعه لهستان انجام گرفته بود میزان شیوع، ۱/۷ مورد در هر هزار تولد بوده است و مطالعه اپیدمیولوژیک دیگری درهمین جامعه طی سال‌های ۹۵-۱۹۸۱ میزان شیوع را دو مورد در هر هزار تولد گزارش کرده است[۲۰، ۲۱]. هر چند این افزایش درمیزان شیوع می‌تواند به دلیل عدم تشخیص صحیح و یا عدم ثبت برخی از بیماران دارای شکاف‌های جزیی در سال‌های قبل باشد ولی از آنجایی که این افزایش را نمی‌توان منحصراً به این دو عامل مرتبط دانست، می‌توان به موارد زیر نیز به عنوان عوامل احتمالی اشاره کرد: ۱- کاهش درمیزان مرگ و میر نوزادان، ۲- کاهش در مرگ ومیر ناشی از جراحی بیماران دارای شکاف، ۳- افزایش ازدواج‌های فامیلی، ۴- بهبود نتایج درمانی که این امر منجر به جلوگیری از اثر گزینش طبیعت شده و با ازدواج، انتقال ارثی آن میسر می‌گردد. بنابراین افزایش میزان شکاف لب و کام درطی سال‌های آینده نیز ناگزیر تداوم خواهد یافت و ۵- افزایش عوامل محیطی از جمله مصرف بعضی از داروها.

تشخیص قبل از تولد شکاف لب و کام (مشاوره ژنتیک):

با انجام غربالگری با استفاده از اولترا سونوگرافی بین هفته‌های ۲۰ -۱۸ حاملگی می‌توان این ناهنجاری را ردیابی نمود. از طرفی چون بیش از ۸ درصد شکاف‌ها با ناهنجاری‌های کروموزومی مرتبط شناخته شده است، بنابراین درتمام جنین‌های تحت تأثیر، انجام آزمایش کاریوتایپ ضروری است [۲۲].

درمان: درمان شامل تصحیح ظاهر، صحبت کردن، محافظت از شنوایی، جویدن و بلع است. بهترین زمان برای بستن شکاف در مورد کام نرم ۲۴-۱۸ ماهگی و در مورد کام سخت ۵-۴ سالگی (سن قبل از مدرسه) است[۱]. درمان‌های ارتودنسی نیز در دو دوره انجام می گیرد: ۱- در اوایل دوره دندانی مختلط جهت تصحیح بی‌نظمی‌های شدید که سبب مشکلات عملکردی در روابط دندانی می‌گردند. ۲- در دوره دندانی دایمی جهت تصحیح بدی روابط دندان‌ها[۱، ۲۳ و ۲۴].

مواد و روش کار

این مطالعه از نوع توصیفی و گذشته نگر بوده است که بر روی پرونده‌های متولدین سال‌های ۷۴ لغایت ۷۸ بیمارستان یحیی نژاد بابل که در مجموع ۱۴۰۳۶ مورد هستند انجام شده است. متغیرهای مورد مطالعه شامل جنس کودک، سن مادر، سن حاملگی، نوع شکاف (شکاف لب، شکاف کام یا نوع توأم)، سایر ناهنجاری‌های همراه با شکاف، سطح تحصیلات و شغل والدین و نیز وقایع مخاطره آمیز دوران حاملگی (داروهای استفاده شده، بیماری مادر و ضربات وارد شده احتمالی) بوده‌اند. در نهایت اطلاعات حاصل از پرسشنامه‌ها مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفتند و البته قابل ذکر است سعی بر این بود که زایمان‌های طبیعی همراه با جراحی مورد بررسی قرار گیرد ولی متأسفانه به علت کامل نبودن پرونده زایمان‌های همراه با جراحی طی سال‌های ۷۸-۷۴ این تعداد پرونده کاملاً از مطالعات ما حذف گردید.

یافته‌ها

نتایج حاصل از بررسی آماری بر روی ۱۴۰۳۶ پرونده در زایشگاه بیمارستان یحیی‌نژاد بابل طی سال‌های ۷۸-۷۴ برای تعیین فراوانی شکاف لب و کام در جدول صفحه بعد آورده شده است.

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-01]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1382.2.3.2.5]

توزیع فراوانی شکاف لب و کام به تفکیک سال، جنس نوزاد و نوع شکاف درمتولدین سال‌های ۷۸ – ۷۴ بیمارستان یحیی نژاد بابل

	جنس نوزادان		مجموع	تعداد کل تولد	سال
	دختر	پسر			
شکاف لب	۰	×	۱	۲۳۶۹	۱۳۷۴
-	۰	۰		۲۴۵۲	۱۳۷۵
شکاف لب	×	۰	۲	۲۳۰۲	۱۳۷۶
شکاف لب و کام (توأم)	×	۰		۰	
شکاف لب	×	۰	۳	۲۱۱۱	۱۳۷۷
شکاف لب و کام (توأم)	×	۰		۰	
شکاف لب و کام (توأم)	۰	×		۰	
شکاف لب و کام (توأم)	×	۰	۵	۳۸۰۲	۱۳۷۸
شکاف لب و کام (توأم)	۰	×		۰	
شکاف لب	۰	×		۰	
شکاف لب	۰	×		۰	
شکاف کام	۰	×		۰	

همانگونه که در جدول دیده می‌شود، میزان فراوانی ناهنجاری بدون در نظر گرفتن نوع آن ۰/۷۸ در هر هزار تولد بوده است. به‌عبارت دیگر از هر ۱۲۷۶ زایمان یک نوزاد با شکاف کام، لب و یا نوع توأم متولد شده است.

از مجموع یازده نوزاد مبتلا به شکاف شش نوزاد مؤنث و پنج نوزاد مذکر بوده‌اند. همچنین شکاف کام فقط در یک نوزاد دختر، شکاف لب در سه دختر و دو مورد پسر و شکاف لب و کام توأم در دو مورد نوزاد دختر و سه مورد نوزاد پسر دیده شده است (P=۰/۷۶۳). از طرفی بیشترین میزان توزیع شکاف لب و کام در گروه سنی مادران ۲۵-۲۰ سال وجود داشته است (۴۵/۶ درصد). در حالی که این ناهنجاری تنها در ۱۸/۲ درصد از گروه‌های سنی کمتر از ۲۰ سال (۳۰-۲۶ و ۳۵-۳۱ سال) مشاهده شده است. بیشترین میزان توزیع شکاف لب و کام در سن حاملگی ۳۱-۳۰ و ۳۹ – ۳۸ هفته (۲۷/۳ درصد) بوده است. از مجموع یازده مورد مبتلا به شکاف، پنج مورد شکاف لب و کام (۴۵/۴ درصد)، پنج مورد شکاف لب (۴۵/۴ درصد) و یک مورد شکاف کام ۹/۰۹ درصد بوده‌اند. همچنین شش نوزاد دارای ناهنجاری‌های دیگر بوده‌اند (از آن جمله: یک نوزاد دختر دارای ناهنجاری چشم، یک نوزاد پسر دارای میکروسفالی، یک نوزاد دیگر دچار آسیت و هیدروسفالی بودند) و مرده به دنیا آمده‌اند. یک نوزاد دختر نیز نقص درعضو حرکتی پا داشت. در ضمن از بین ۱۱ نوزاد مذکور ۲ نوزاد دختر مرده به‌دنیا آمده بودند، بنابراین ۴۵/۵ درصد مبتلایان به شکاف لب و کام دارای ناهنجاری‌های همراه دیگری نیز بوده‌اند.

در بررسی پرونده‌های بیمارستانی مادرانی که نوزادان با شکاف لب و کام به‌دنیا آورده بودند در مورد وقایع دوران حاملگی اطلاعات کاملی به‌دست نیامد. فقط دو مورد از مادران دارای فشار خون بالا بوده‌اند و اطلاعات دقیق‌تری در دسترس نیست و یک مورد مصرف آنتی بیوتیک در سه ماهه اول حاملگی داشته است که نوع دارو در پرونده ثبت نشده است. یک مورد از مادران نیز در دو ماهه اول حاملگی قرص ایبوپروفن مصرف کرده بودند. بنابراین ارتباط مشخصی را در این مورد نمی توان بیان نمود.

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج حاصل از مطالعه آماری ۱۴۰۳۶ پرونده بیمارستانی متولدین ۷۸-۱۳۷۴ بیمارستان یحیی نژاد بابل نشان می‌دهد که این جامعه از نظر شکاف لب و کام جزو جوامع با فراوانی پایین است. مطالعه حاضر نشان می‌دهد که در هر هزار تولد ۰/۷۸ مورد شکاف لب و کام دیده می‌شود. این در حالی است که در جوامعی مثل لهستان و آلمان به‌ترتیب میزان فراوانی

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-01]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1382.2.3.2.5]

شکافت لب و کام در هر هزار تولد ۱/۸۵ و ۲ است[۲۰، ۲۱ و ۲۵]. در مطالعه مشابهی که در زایشگاه‌های تهران انجام گرفته بود فراوانی نزدیک به دو برابر میزان حاصل در جامعه مورد مطالعه ما گزارش شده است[۱۸، ۱۹]. به عنوان مثال Fogh-Anderson بروز ۱/۳۳ مورد در هر ۱۰۰۰ تولد را در جمعیت هوموجنوس اسکاندویناوی، Ivy بروز ۱/۳۱ مورد در هر ۱۰۰۰ تولد را در نژاد هوموجنوس پنسیلوانیا و Burdiو Habib نیز به ترتیب ۲/۱ مورد در هر ۱۰۰۰ تولد را در آسیا و در نژادcaucasians و ۴/۱ در هر ۱۰۰۰ تولد را در نژاد آفریقایی- آمریکایی گزارش کردند[۲]. در مطالعه دیگری فراوانی شکاف در متولدین ۹۴-۱۹۷۵ کودکان مناطق مختلف برزیل ۰/۱۹ در هر هزار تولد محاسبه شده و افزایش فراوانی نیز درهر ۵ سال مشاهده شده است[۲۶]. در تحقیق دیگری در Chile Maternity Hospital طی سال‌های ۹۹-۱۹۹۱ فراوانی ۱/۷۸ در هر ۱۰۰۰ تولد ذکر شده است[۲۷].

در مورد تفاوت‌های جنسی شیوع شکاف لب و کام نتایج حاصل نشان می‌دهد که از نظر آماری تفاوت معنی‌داری بین دو جنس دیده نمی‌شود (P=./۷۶۳) اصولاً تفاوت‌های جنسی در میزان شیوع شکاف‌ها وجود دارد ولی این تفاوت‌ها در میان نژادهای مختلف به‌خصوص زمانی که از نظر وسعت و شدت شکاف در نظر گرفته شود یکسان نیست. به‌نحوی که به نظر می‌رسد شکاف لب و کام توأم بیشتر درجنس مذکر و شکاف کام منفرد غالباً در جنس مؤنث دیده می‌شود. همچنین شکاف لب در نژاد سفید بیشتر در میان جنس مذکر و در نژادهای سیاه و ژاپنی بیشتر در میان جنس مؤنث دیده می شود. در حالی که شکاف کام تنها درنژادهای ژاپنی سفید و در جنس مؤنث بیشتر دیده می‌شود. ولی در نژاد سیاه پوست تفاوتی دردو جنس مشاهده نمی‌شود. از طرفی معلوم شده است که طاقچه‌های کامی در جنس مؤنث تقریباً یک هفته دیرتر از جنس مذکر به هم می‌چسبند و این مسأله می‌تواند توجیهی برای شیوع بیشتر شکاف کام منفرد در جنس مؤنث باشد [۱، ۲]. در مطالعه‌ای که در جمعیت متولدین زایشگاه‌های تهران انجام گرفته است ۶۶/۱ درصد مبتلایان به شکاف کام منفرد مؤنث و ۳۳/۹۰ درصد مذکر بودند و در مورد شکاف لب منفرد ۶۵/۶ درصد مذکر و نیز ۳۴/۸ درصد مبتلایان به شکاف کام و لب توأم مذکر و ۲۸/۶ درصد مبتلایان مؤنث بودند [۱۸، ۱۹]. در مطالعه دیگری نسبت شیوع پسر به دختر ۳ به ۲ گزارش شده است[۱].

در مطالعه حاضر نتایج حاصل از نظر توزیع شکاف برحسب نوع آن نشان می‌دهد که میزان فراوانی شکاف کام منفرد پایین‌تر از نوع توأم و لب منفرد است که این امر دراغلب گزارشات نیز ارایه شده است، به‌طوری که درمطالعه‌ای که در ایالت کالیفرنیا انجام گرفته بود میزان فراوانی شکاف لب و کام توأم در هر هزار تولد ۰/۴۸ مورد، شکاف لب منفرد ۰/۲۹ مورد و شکاف کام تنها ۰/۳۱ مورد گزارش شده است[۲۸]. همچنین در مطالعه دیگری که در زایشگاه‌های تهران انجام گرفت ۵۷/۶ درصد موارد شکاف از نوع توأم، ۲/۳/ درصد از نوع کام منفرد و ۲۲/۱ درصد از نوع شکاف لب منفرد بوده است[۱۸، ۱۹]. در مطالعه دیگری شکاف لب در ۲۱ درصد جمعیت تحت تأثیر اتفاق افتاده است، در حالی که ۴۶ درصد شامل لب و کام و ۳۳ درصد نوع ایزوله شکاف کام بوده است[۲]. نتایج مطالعه حاضر نیز نشان می‌دهد که میزان فراوانی شکاف لب و کام توأم ۰/۳۵ در هر هزار تولد، شکاف لب منفرد ۰/۳۵ و شکاف کام منفرد ۰/۰۷ مورد بوده است. به‌عبارت دیگر ۴۵/۴۵ درصد شکاف‌ها از نوع توأم، ۴۵/۴۵ درصد لب منفرد و ۹/۱ درصد شکاف کام منفرد است. به هر حال آنچه در مقایسه مطالعات مشهود است این که در تمام گزارشات، شکاف کام منفرد پایین‌تر از نوع توأم و لب منفرد بوده است و مطالعه ما نیز از آن مستثنی نیست. ولی در این مطالعه بر خلاف گزارشات قبلی که فراوانی شکاف لب و کام توأم بیشتر از شکاف لب منفرد گزارش شده‌اند تفاوتی بین شکاف توأم لب و کام با شکاف لب منفرد دیده نمی‌شود.

نتایج توزیع شکاف برحسب گروه سنی مادر نشان می‌دهد که بالاترین گروه سنی مادرانی که فرزندان دارای شکاف داشته‌اند گروه سنی ۲۵-۲۰ سال بوده است (۴۵/۶ درصد) که البته توزیع بالا در این گروه سنی را نمی توان به‌طور مستقیم به عامل سن مرتبط دانست، زیرا علت این امر احتمالاً می‌تواند به دلیل تعداد بالای زایمان‌ها دراین گروه سنی باشد ولی در گزارشات دیگر ارایه‌شده در همین مورد نتایج متفاوتی عنوان شده و از جمله می توان به گزارش Fogh- Anderson که احتمال ارتباط بین سن بالای مادر و شیوع بالای شکاف را

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-01]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1382.2.3.2.5]

مـردود ندانـستند اشاره نمود و یا در مواردی افزایش سن پدر و مخـصوصاً وقتـی پـدر و مـادر هر دو سن بالای ۳۰ سال داشته باشند به‌عنوان عامل خطر بیان شده است[۲]. همچنین مطالعه شـیوع شـکاف بـه تفکـیک سـن حاملگی در این تحقیق نشان مـی‌دهـد کـه بالاتـرین فراوانـی شکاف درسن حاملگی ۳۱-۳۰ هفـته و ۳۹-۳۸ هفـته بـوده اسـت کـه البـته در مطالعـات کـتابخانه‌ای گـزارش مـشابهی جهـت مقایـسه این متغیر یافت نشده است.

بررسـی وجود سایر ناهنجاری‌های همراه با شکاف نیز نشان مـی‌دهـد کـه در جامعـه مـورد مطالعـه شـیوع بالاتـری از ناهـنجاری‌هـای همـراه، نـسبت بـه مطالعـات قبلی وجود دارد، بـه‌طـوری کـه در غالـب گزارشات ۲۱-۲۰ درصد نوزادان دارای شـکاف، ناهـنجاری‌هـای دیگـر از جمله بیماری‌های مادر زادی قلـــب، Polydactilism، Syndactilism، هیدروســـفالی، میکروسـفالی، ناهـنجاری‌هـای سیـستم حرکتی، گوش اضافی، Hypospadias، Hypotelorism و عقـــب‌ماندگـــی ذهنـــی داشـته‌اند. در مطالعه حاضر ۵۴/۵ درصد کودکان دارای شکاف، ضـایعاتی شـامل آسیت، هیدروسفالی، انحراف چشم و مشکلات اعـضای حرکتـی داشته‌اند و دو نوزاد نیز مرده به دنیا آمدند که احتمالاً به دلیل عدم تشخیص علت دقیق فوت و ناهنجاری‌های احتمالـی ثبت آنها در پرونده بیماران انجام نگرفته است. ارتباط شـغل مادر و سطح تحصیلات والدین با شیوع شکاف لب و کام نیـز در پـرونده‌هـا بـه‌طور دقیق ثبت نشده بود. بنابراین ارتباط مشخـصی را نمی‌توان متذکر شد که البته دراین زمینه اظهارات قبلـی محققـین نیـز عدم وجود ارتباط خاصی را نشان می‌دهد. همچنـین ۱۸/۲ درصـد مـوارد شـکاف لـب و کـام سابقه وجود چنین ضایعه‌ای را در بستگان درجه دوم خود داشته‌اند که البته الگـوی توارث خاصی در آنها مشاهده نگردید ولی محتمل است کـه زمیـنه ژنتیکی درایجاد آن نقش دارد. این موضوع زمینه‌ای جهـت مطالعات بیشتر دراین خانواده‌ها محسوب می‌شود که در تحقیقات بعدی می توان چنین پدیده‌ای را بررسی نمود.

منابع

1- Peterson E, Hupp T. Contemporary Oral & Maxillofacial Surgery. 3th Edition, Mosby: USA, 1998
2- Bruce AE, Eriksson G. Plastic Surgery.1st Edition, Mosby: USA, 2000
3- Itikala PR, Watkins ML, Mulinare J, Moore CA, Liu Y. Maternal multivitamin use and orofacial clefts in offspring. Teratology 2001; 63: 79-86
4- Loffredo LC, Souza JM, Freitas JA, Mossey PA. Oral clefts and vitamin supplementation , The Cleft Palate- Craniofacial Journal 2001;38: 76-83
5- Mc C. Plastic Surgery. 1st Edition, Saunders: Philadelphia, 1990
6- Wyszynski Df, Duffy Dl. Maternal Cigarette Smoking And Oral Clefts: A Meta analysis. The Cleft Palate- Craniofacial Journal 1997; 34: 206-10
7- Sadler TW. Langman's Medical Embryology. 6th Edition, Williams & Wilkins: England, 1990
8- Shafer HL. A Text Book of Oral Pathology. 4th Edition, Saunders. USA, 1983
9- Samuel B. Cleft Lip And Palate.1st Edition, Singular Publishing Group Inc, Sandiego, 1995
10- Marcusson A. Adult patients with treated complete cleft lip and palate: methodolgical and clinical studies. Swedis Dental Journal Supplement 2001; 145: 1-57
11- Marcusson A. Adult patients with treated complete cleft lip and palate: methodolgical and clinical studies. Swedis Dental Journal Supplement 2001; 145: 1-57
12- Budai M, Kocsis SG, Kokai E, Sagi I, Mari A. Gingivitis and dental abnormalities in patients with cleft Lip and palate. Fogorv- SZ 2001; 94: 197-9
13- Bian Z, Du M, Bedi R, Holt R, Jin H, Fan M. Caries experience and oral health behavior in chinese children With cleft lip and/or palate. International Journal of Pediatric Dentistry 2001; 23: 413-14
14- Wong FW, King NM. The oral health of children with clefts: a Review. Cleft- Palate Craniofacial Journal 1998; 3: 248-54
15- Paul T, Brandt RS. Oral and dental health status of children with cleft lip and/or palate. The Cleft Palate- Craniofacial Journal 1998; 35: 329-32

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-01]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1382.2.3.2.5]

16- Chapple JR, Nunn JH.The oral health of children with clefts of the lip, palate, or both. The Cleft Palate- Craniofacial Journal 2001; 38: 525-8
17- Croen La, Shaw GM, Wasserman CR, Tolarova MM. Racial and ethnic variations in the prevalence of orofacial clefts in California (1983-1992). American Journal of Medical Genetic 1998; 79: 42-7
۱۸- بلوری صدیقه، بررسی آماری لب شکری، پایان نامه شماره ۱۷۲۱، دانشگاه تهران، ۱۳۵۵
۱۹- حلـی سـعیده، بررسی آماری شکاف کام، پایان نامه شماره ۱۷۲۲، دانشگاه تهران، ۱۳۵۵
20- Antoszewski B, Kruk J. Epidemiology of cleft lip and palate in Lodz, Poland in the year (1981-1995): Acta Chirurgiae Plasticae 1997; 34: 109-12
21- Antoszewsk KJ. The incidence of cleft lip and (or) palate in children of lodz in the year (1982-1991). Pol Merkureiusz- Lek 1997; 3: 2-10
22- Hruskova H, Calda P, Zizka Z, Krofta L. Cleft lip and palate: prenatal diagnosis and counseling. Ceska Gynekology 1998; 5: 382-7
23- Tenconei R, Clementi M. Inheritance of cleft palate in Italy evidence for a major autosomal recessive locus. Human Genetics 1997; 100: 204-9
24- Mackdonald RE, Avery DR. Dentistry for the child and adolscent. 7th Edition, Mosby: USA, 2000
25- Rosche C, Steir BV, Rose I. Incidence of facial clefts in the megdebury region. Mund- Kiefer- Und Gesichts-chirurgie 1998; 21: 5-10
26- DeCastro Monteiro Loffredo L, Freitas JA, Grigolli AA. Prevalence of oral clefts from 1975 to 1994. Brazil Revista de Saude Publica 2001; 35: 571-5
27- Nazer J, Hbner ME, Catalan J, Cifuentes L. Incidence of the cleft lip and palate in the University of Chile Maternity Hospital and in Maternity Chilean Participating in the Latin American Collaborative Study of Congenital Malformations (ECLAMC). Revista Mica de Chile 2001; 129؛ 285-93
28- Tolarova MM, Cervenka J. Classification and birth prevalence of orofacial clefts. American Journal of Medical Genetic 1998; 13: 126-30

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-01]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1382.2.3.2.5]