

Assessment of the Prevalence of Oral Lesions in Patients with Ulcerative Colitis: A Cross-Sectional Study

Maede Salehi¹,
Ziaeddin Oladi²,
Sara Ahangari³,
Abolfazl Hosseinnataj⁴,
Fatemeh Zabihi⁵,
Maryam Zamanzadeh⁶

¹ Associate Professor, Department of Oral Medicine, Dental Research Center, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran

² Assistant Professor, Department of Internal Medicine, Faculty of Medicine, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran

³ Dentistry Student, Student Research Committee, School of Dentistry, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran

⁴ Assistant Professor, Department of Biostatistics and Epidemiology, School of Health, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran

⁵ Dentistry Student, Student Research Committee, School of Dentistry, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran

⁶ Associate Professor, Department of Oral and Maxillofacial Pathology, School of Dentistry, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran

(Received July 2, 2025; Accepted December 30, 2025)

Abstract

Background and purpose: Ulcerative colitis (UC) is one of the most common types of inflammatory bowel disease, affecting the gastrointestinal tract and often presenting with extraintestinal manifestations. The oral cavity is commonly involved, and oral lesions may appear or worsen alongside the activity of the disease. Since oral health serves as an indicator of general health and a potential tool for the early detection of systemic conditions, understanding the pattern of oral manifestations in UC patients is clinically and preventively important.

Materials and methods: This cross-sectional descriptive-analytical study was conducted on 82 UC patients who visited Imam Khomeini Hospital in Sari in 2024. Patients were classified into active and inactive disease groups based on the Rachmilewitz Clinical Activity Index (CAI), and disease severity was determined according to Truelove and Witts criteria. Oral examinations were performed by a trained dentist, and lesions were recorded using the standardized Thomson–Murray questionnaire. Data were analyzed using the Chi-square test in SPSS version 22, with a significance level set at $p < 0.05$.

Results: The mean age of participants was 44.99 ± 8.18 years. At least one oral lesion was observed in 57.3% of patients. Xerostomia (58.5%) was the most prevalent manifestation, showing a significant association with disease severity and activity ($p < 0.05$). Other lesions included mucosal ulcers and erythema.

Conclusion: Oral lesions, particularly dry mouth, are common in UC patients. Regular assessment of oral manifestations should be considered part of patient monitoring and management, potentially aiding in the early detection of active disease periods.

Keywords: Ulcerative colitis, Oral lesions, Inflammatory bowel disease, Xerostomia, Oral manifestations, Oral health

J Mazandaran Univ Med Sci 2026; 35 (252): 68-77 (Persian).

Corresponding Author: Maryam Zamanzadeh - School of Dentistry, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran
(E-mail: zamanzadehmaryam@gmail.com)

ارزیابی شیوع ضایعات دهانی در بیماران مبتلا به کولیت اولسراتیو؛ یک مطالعه ی مقطعی

مآنده صالحی^۱ضیا الدین اولادی^۲سارا آهنگری^۳ابوالفضل حسین نتاج^۴فاطمه ذبیحی^۵مریم زمان زاده^۶

چکیده

سابقه و هدف: کولیت اولسراتیو یکی از شایع ترین انواع بیماری های التهابی روده است که علاوه بر درگیری دستگاه گوارش، با تظاهرات خارج روده ای متعددی همراه می باشد. حفره دهان به عنوان بخشی از دستگاه گوارش، به طور شایع در گیر شده و ضایعات دهانی می توانند همزمان با فعالیت بیماری ظاهر، و یا شدت یابند. از آن جا که سلامت دهان به عنوان شاخصی از سلامت عمومی و ابزاری بالقوه برای تشخیص زودهنگام بیماری های سیستمیک شناخته می شود، شناخت الگوی ضایعات دهانی در این بیماران از اهمیت بالینی و پیشگیرانه برخوردار است. مطالعه حاضر با هدف ارزیابی شیوع ضایعات دهانی در بیماران مبتلا به کولیت اولسراتیو، انجام پذیرفت.

مواد و روش ها: این مطالعه به صورت توصیفی-تحلیلی مقطعی، بر روی ۸۲ بیمار مبتلا به کولیت اولسراتیو مراجعه کننده به بیمارستان امام خمینی ساری در سال ۱۴۰۳ انجام شد. بیماران بر اساس شاخص فعالیت بالینی (CAI) Rachmilewitz به دو گروه بیماری فعال و غیرفعال تقسیم شدند و شدت بیماری طبق طبقه بندی Truelove و Witts تعیین گردید. معاینه دهان توسط دندان پزشک آموزش دیده انجام و ضایعات دهانی بر اساس ابزار استاندارد Thamson Murray ثبت شد. داده ها با آزمون کای دو در SPSS 22 تحلیل و سطح معنی داری $P < 0/05$ در نظر گرفته شد.

یافته ها: میانگین سنی بیماران ۴۴/۹۹ سال با انحراف معیار ۸/۱۸ بود. ۵۷/۳ درصد بیماران حداقل یک نوع ضایعه دهانی داشتند. خشکی دهان (۵۸/۵ درصد) شایع ترین یافته بود که شیوع آن ارتباط معناداری با شدت و وضعیت فعالیت بیماری نشان داد ($P < 0/05$). سایر ضایعات شامل زخم های مخاطی و اریتم نیز مشاهده شد.

استنتاج: ضایعات دهانی، به ویژه خشکی دهان، در بیماران مبتلا به کولیت اولسراتیو شیوع بالایی دارد. بررسی منظم تظاهرات دهانی می تواند به عنوان بخشی از روند پایش و مدیریت این بیماران در نظر گرفته شود و ممکن است به تشخیص زود هنگام دوره های فعال بیماری کمک کند.

واژه های کلیدی: کولیت اولسراتیو، ضایعات دهانی، بیماری التهابی روده، خشکی دهان، تظاهرات دهانی، سلامت دهان

E-mail: zamanzadehmaryam@gmail.com

مؤلف مسئول: مریم زمان زاده- ساری، میدان خزر، دانشکده دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی مازندران

۱. دانشیار، گروه بیماری های دهان فک و صورت، مرکز تحقیقات دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران

۲. استادیار، گروه داخلی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران

۳. دانشجوی دندانپزشکی، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران

۴. استادیار، گروه آمار زیستی و اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران

۵. دانشجوی دندانپزشکی، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران

۶. دانشیار، گروه آسیب شناسی دهان و فک و صورت، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران

تاریخ دریافت: ۱۴۰۴/۴/۱۱ تاریخ ارجاع جهت اصلاحات: ۱۴۰۴/۴/۲۲ تاریخ تصویب: ۱۴۰۴/۱۰/۰۹

مقدمه

بیماری التهابی روده (IBD - inflammatory bowel disease) با دوره های مکرر التهابی شناخته می شود که لوله گوارش را تحت تاثیر قرار داده و ناشی از تعاملات میکروبی میزبان در فرد مستعد ژنتیکی است. این بیماری با التهاب روده کوچک و بزرگ مشخص می شود و عناصر دستگاه گوارش مورد حمله سیستم ایمنی بدن قرار می گیرند. این بیماری شامل دو گروه از بیماری های ایدیوپاتییک روده ای است که بر اساس محل درگیری و عمق درگیر دیواره روده افتراق داده می شوند. این دو گروه شامل بیماری کرون و کولیت اولسراتیو می باشند (۱، ۲).

کولیت اولسراتیو شایع ترین فرم بیماری التهابی روده به شمار می رود که منجر به درگیری مخاط و زیر مخاط روده بزرگ شده و در نتیجه به شکندگی منتشر و فرسایش سطحی دیواره روده بزرگ همراه با خونریزی منجر می شود. علت خاص این بیماری مشخص نیست، اما به نظر می رسد عوامل ژنتیکی نقش پررنگی در آن داشته باشند (۳). گزارش های اپیدمیولوژیک اخیر نشان می دهند که بروز سالانه کولیت اولسراتیو در مناطق مختلف جهان متفاوت است؛ به گونه ای که این میزان در اروپا در بازه ۰/۳ تا ۲۳/۳۶ مورد در هر ۱۰۰،۰۰۰ نفر در سال و در اقیانوسیه در محدوده ۷/۳۳ تا ۱۷/۲۵ مورد در هر ۱۰۰/۰۰۰ نفر در سال گزارش شده است. هم چنین، شیوع بالای کولیت اولسراتیو در آمریکای شمالی، با بیش از ۲۰۰ مورد در هر ۱۰۰،۰۰۰ نفر، تاکید بر بار بالای این بیماری در کشورهای صنعتی دارد (۴).

کولیت اولسراتیو بر اساس ترکیبی از تظاهرات بالینی، یافته های آندوسکوپی، بافت شناسی و عدم وجود تشخیص های جایگزین تشخیص داده می شود. تظاهرات کلاسیک آن شامل اسهال خونی با یا بدون مخاط، فوریت رکتوم، تنموس و درجات متغیر درد شکمی است که اغلب با اجابت مزاج برطرف می شود (۵، ۶).

حفره دهان به عنوان بخشی از دستگاه گوارش در این بیماری درگیر شده و به عنوان تظاهرات خارج روده ای این بیماری شناخته شده است و با تغییر در شدت بیماری، پسرفت یا پیشرفت می کند. Pyostomatitis vegetans به عنوان یک شاخص دهانی خاص کولیت در نظر گرفته می شود و سایر تظاهرات مانند زخم آفتی، ضایعه لیکنوئید، هالیتوز، دیسژنوزی، خشکی دهان، زبان روکش دار، التهاب لثه و پریدنتیت به عنوان تظاهرات غیر اختصاصی دهان در نظر گرفته می شود (۷). در رابطه با ضایعات دهانی مرتبط با کولیت اولسراتیو مطالعه ای نشان داد که افراد مبتلا نسبت به افراد سالم تظاهرات دهانی بیش تری داشته و این تظاهرات شامل زبان باردار، هالیتوزیس و زخم های دهانی بود (۸).

سلامت دهان به عنوان شاخصه ای از سلامت بدن به شمار می رود و بررسی تغییرات آن به عنوان فاکتور کلیدی در تشخیص به موقع و درمان زود هنگام بیماری های سیستمیک حائز اهمیت می باشد (۹). اهمیت معاینه و پایش ضایعات دهانی نه تنها در بیماری های التهابی سیستمیک، بلکه در شناسایی زود هنگام ضایعات پیش بدخیم و بدخیم حفره دهان نیز مورد تاکید قرار گرفته است (۱۰). تخمین اپیدمیولوژی ضایعات دهانی و شناخت فاکتور های مرتبط با وقوع آن ها جهت اقدامات پیشگیرانه و ارتقا سلامت ضروری بوده است و توصیه شده توسط سازمان جهانی بهداشت می باشد (۱۱). داده های حاصل از بررسی های بهداشت دهان در تصمیم گیری های سیاست های دولت و توسعه برنامه های پیشگیرانه کمک کننده است. هم چنین با بهبود آگاهی بیمار، ترکیب تغییرات سبک زندگی و تمرکز بر سلامت دهان می توان الگو های بیماری را تغییر داد. بنابراین این مطالعه با هدف بررسی شیوع ضایعات دهانی در بیماران مبتلا به کولیت اولسراتیو انجام شده است.

مواد و روش ها

این مطالعه یک مطالعه توصیفی - تحلیلی مقطعی، با کد اخلاق IR.MAZUMS.REC.1403.321 در

دانشگاه علوم پزشکی مازندران، بوده است که بر روی ۸۲ بیمار مبتلا به کولیت اولسراتیو، که بدون مشکلات سیستمیک دیگر به بیمارستان امام خمینی ساری در سال ۱۴۰۳ مراجعه کرده بودند، انجام شد. در انتخاب نمونه‌ها، بیمارانی که داروهایی از قبیل ضد افسردگی‌ها، داروهای ضد فشارخون، ضد تشنج، آنتی‌هیستامین‌ها، داروهای مربوط به آسم، آلرژی، ریفلاکس معده به مری، کم‌خونی و آرتریت روماتوئید مصرف می‌کردند و همچنین بیمارانی با شرایط سیستمیک و یا سابقه عادات پارافانکشن، تنفس دهانی، بارداری، اعتیاد، استفاده از دنچر نامناسب، سابقه رادیوتراپی سر و گردن، شیمی درمانی، جراحی ضایعات مخاطی و برداشت غدد بزاقی از مطالعه خارج شدند (۱۲، ۱۳). بیماران بیماران مبتلا بر اساس سابقه پزشکی، معاینه فیزیکی و کولونوسکوپی ارزیابی شدند. برای تشخیص فعالیت بیماری از شاخص فعالیت بالینی Rachmilewitz (Clinical Activity Index; CAI) استفاده شد، به نحوی که $CAI > 4$ نشان دهنده کولیت فعال و $CAI < 4$ نشان‌دهنده بیماری غیرفعال بود (۱۴). شدت بیماری نیز با استفاده از طبقه‌بندی Truelove و Witts به سه دسته خفیف، متوسط و شدید تقسیم شد (۱۵، ۱۶).

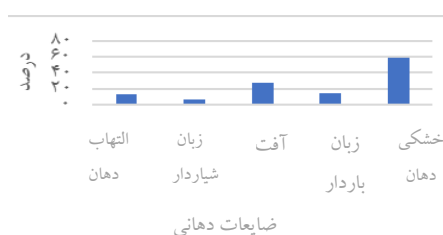
در این مطالعه، بیماران با بیماری خفیف بهبود یافتند، در حالی که بیماران با بیماری متوسط و شدید هم‌چنان فعال بودند. در این تحقیق، رضایت شفاهی شرکت‌کنندگان اخذ شد و اطلاعات دموگرافیک آن‌ها ثبت گردید. معاینه بالینی ضایعات دهانی توسط دانشجوی دندان پزشکی تحت نظارت متخصص صورت گرفت و در صورت نیاز، موارد مشکوک با عکس برداری تأیید و به متخصصان ارجاع داده شد. معاینه دهان زیر نور مصنوعی و با استفاده از آینه برای بررسی تغییرات غیرطبیعی مخاط انجام شد.

تشخیص کاندیدیازیس دهانی از طریق استفاده از گاز استریل و بررسی خونریزی در کام و زبان صورت گرفت. علاوه بر این، از بیماران در مورد خشکی دهان و

درد مزمن دهان سؤال شد و تشخیص خشکی دهان بر اساس پرسش‌نامه Thamson Murray انجام شد (۱۷). در این روش، پاسخ مثبت به ۵ سؤال از ۹ سؤال خشکی دهان را تأیید می‌کرد. سؤالات شامل احساس خشکی دهان، مشکل در جویدن، بلع، صحبت کردن و کاهش بزاق بود. انواع ضایعات دهانی نظیر التهاب گوشه دهان، زبان شیاردار، افزایش حجم لثه، کاندیدیازیس، آفت، هایپرکراتوزیس و لیکن پلان نیز با استفاده از چک لیست بررسی شدند. در قسمت توصیفی این مطالعه، متغیرها با استفاده از آماره‌های میانگین، انحراف معیار، میانه، فراوانی و درصد توصیف شدند. برای استنباط آماری، آزمون کای دو مورد استفاده قرار گرفت. تمامی تحلیل‌ها با نرم‌افزار SPSS ۲۲ انجام شد و سطح معنی‌داری کمتر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

در این مطالعه، ۸۲ بیمار مبتلا به کولیت اولسراتیو با میانگین سن $44/99 \pm 8/18$ سال شرکت کردند که اکثر آن‌ها در رده سنی ۳۰ تا ۴۹ سال قرار داشتند. از این تعداد، ۵۱/۲ درصد زن و ۶۹/۵ درصد ساکن ساری بودند. هم‌چنین، ۸۶/۶ درصد از بیماران دارای کولیت فعال بودند و بیش‌تر آن‌ها در سطح متوسط شدت بیماری قرار داشتند. بیش‌ترین شیوع در ضایعات دهانی، مربوط به خشکی دهان با ۵۸/۵ درصد بود، در حالی که کم‌ترین شیوع مربوط به زبان شیار دار با ۶/۱ درصد بود. در مجموع، ۵۷/۳ درصد از بیماران حداقل یکی از ضایعات دهانی را تجربه کرده بودند. در نمودار شماره ۱، میزان شیوع ضایعات دهانی در بیماران گزارش شده است.



نمودار شماره ۱: بررسی میزان شیوع ضایعات دهانی در بیماران

در مورد خشکی دهان، طبق داده‌های پرسشنامه، بیش‌ترین فراوانی مربوط به سؤال “آیا همواره احساس خشکی دهان دارید؟” بود، در حالی که کم‌ترین فراوانی به سؤال “آیا بزاق شما چسبناک است؟” اختصاص داشت. اطلاعات توصیفی پاسخ‌ها به تفکیک سؤال‌ها در جدول شماره ۱، گزارش شده است.

جدول شماره ۱: اطلاعات توصیفی سؤالات پرسشنامه خشکی دهان به تعداد موارد مثبت

سوال	پاسخ مثبت تعداد(درصد)
آیا همواره احساس خشکی دهان دارید؟	(۸۵/۴)۷۰
آیا برای جویدن غذاهای خشک از مایعات کمک می‌گیرید؟	(۵۸/۵)۴۸
آیا در بلعیدن غذاهای مختلف مشکل دارید؟	(۳۲/۹)۲۷
آیا هنگام خوردن غذا احساس خشکی دهان دارید؟	(۴۳/۹)۳۶
آیا در حین صحبت کردن احساس چسبندگی در دهان خود و مشکل در صحبت کردن دارید؟	(۴۳/۹)۳۶
آیا در احساس مزه غذاها دچار مشکل می‌شوید؟	(۵۴/۹)۴۵
آیا لپهای شما معمولاً خشک هستند؟	(۴/۶)۵۳
آیا میزان بزاق دهان شما خیلی کم است؟	(۵۲/۴)۴۳
آیا بزاق شما چسبناک است؟	(۱۸/۳)۱۵

برای تحلیل بیش‌تر، میزان شیوع ضایعات دهانی در بیماران بر اساس جنس، رده سنی و محل زندگی مقایسه و با استفاده از آزمون کای‌سکوار (Chi-square) ارزیابی شد. همان‌طور که در جدول شماره ۲، مشاهده می‌شود، نتایج حاصل نشان داد که هیچ‌گونه تفاوت معنی‌داری بین مردان و زنان در شیوع ضایعات دهانی وجود ندارد ($P > 0.05$).

جدول شماره ۲: مقایسه میزان شیوع ضایعات دهانی در بیماران بر اساس جنس

ضایعات دهانی		جنس	
		زن تعداد(درصد)	مرد تعداد(درصد)
التهاب گوشه دهان	خیر	(۸۵/۷)۳۶	(۹۰/۰)۳۶
	بله	(۱۴/۳)۶	(۱۰/۰)۴
زبان شیار دار	خیر	(۹۰/۵)۳۸	(۹۷/۵)۳۹
	بله	(۹/۵)۴	(۲/۵)۱
آفت	خیر	(۸۱/۰)۳۴	(۶۵/۰)۲۶
	بله	(۱۹/۰)۸	(۳۵/۰)۱۴
زبان باردار	خیر	(۸۵/۷)۳۶	(۸۷/۵)۳۵
	بله	(۱۴/۳)۶	(۱۲/۵)۵
خشکی دهان	خیر	(۰/۵)۲۱	(۳۳/۵)۱۳
	بله	(۰/۵)۲۱	(۶۷/۵)۲۷
ضایعه کلی	خیر	(۴۵/۲)۱۹	(۴۰/۰)۱۶
	بله	(۵۴/۸)۲۳	(۶۰/۰)۲۴

هم‌چنین، هیچ ارتباط معنی‌داری بین سه رده سنی مختلف و محل زندگی با شیوع ضایعات دهانی مشاهده نشد ($P > 0.05$) جدول شماره ۳ و جدول شماره ۴).

جدول شماره ۳: مقایسه میزان شیوع ضایعات دهانی در بیماران بر اساس سن

ضایعات دهانی		سن		
		۲۰-۲۹ تعداد(درصد)	۳۰-۴۹ تعداد(درصد)	≥۵۰ تعداد(درصد)
التهاب	خیر	(۱۰۰/۰)۴	(۸۸/۵)۵۴	(۸۲/۴)۴۴
	بله	(۰)۰	(۱۱/۵)۷	(۱۷/۶)۳
زبان	خیر	(۱۰۰/۰)۴	(۹۵/۱)۵۸	(۸۸/۲)۱۵
	بله	(۰)۰	(۴/۹)۳	(۱/۸)۲
آفت	خیر	(۱۰۰/۰)۴	(۷۲/۱)۴۴	(۷۰/۶)۱۲
	بله	(۰)۰	(۲۷/۹)۱۷	(۲۹/۴)۵
زبان	خیر	(۱۰۰/۰)۴	(۸۳/۶)۵۱	(۹۴/۱)۱۶
	بله	(۰)۰	(۱۶/۴)۱۰	(۵/۹)۱
خشکی	خیر	(۵۰/۰)۲	(۴۱/۰)۲۵	(۴۱/۲)۷
	بله	(۵۰/۰)۲	(۵۹/۰)۳۶	(۵۸/۸)۱۰
ضایعه کلی	خیر	(۱۰۰/۰)۴	(۴۱/۰)۲۵	(۳۵/۳)۶
	بله	(۰)۰	(۵۹/۰)۳۶	(۶۴/۷)۱۱

جدول شماره ۴: مقایسه میزان شیوع ضایعات دهانی در بیماران بر اساس وضعیت کولیت

ضایعات دهانی		وضعیت کولیت	
		خیر تعداد(درصد)	بله تعداد(درصد)
التهاب دهان	خیر	(۷۲/۷)۸	(۹۰/۱)۶۴
	بله	(۲۷/۳)۳	(۹/۹)۷
زبان شیار دار	خیر	(۱۰۰/۰)۱۱	(۹۳/۰)۶۶
	بله	(۰)۰	(۷/۰)۵
آفت	خیر	(۸۱/۸)۹	(۷۱/۸)۵۱
	بله	(۱۸/۲)۲	(۳۸/۲)۲۰
زبان باردار	خیر	(۹۰/۹)۱۰	(۸۵/۹)۶۱
	بله	(۹/۱)۱	(۱۴/۱)۱۰
خشکی	خیر	(۸۱/۸)۹	(۳۵/۲)۲۵
	بله	(۱۸/۲)۲	(۶۴/۸)۴۶
ضایعه کلی	خیر	(۴۵/۵)۵	(۴۲/۳)۳۰
	بله	(۵۴/۵)۶	(۵۷/۷)۴۱

لازم به ذکر است که وضعیت کولیت و شدت بیماری نیز با خشکی دهان ارتباط معنی‌داری داشت. بیماران مبتلا به کولیت فعال شیوع بیش‌تری از خشکی دهان داشتند ($P = 0.004$) و در بیماران با شدت بالاتر کولیت، خشکی دهان شایع‌تر بود ($P = 0.007$). این ارتباط در جداول شماره ۴ و ۵، نشان داده شده است.

هم‌چنین، وضعیت کولیت و شدت بیماری با خشکی دهان ارتباط معناداری داشت. بیماران مبتلا به کولیت فعال شیوع بیش‌تری از خشکی دهان داشتند ($P = 0.004$) و در بیماران با شدت بالاتر کولیت، خشکی دهان شایع‌تر بود ($P = 0.007$).

جدول شماره ۵: مقایسه میزان شیوع ضایعات دهانی در بیماران

براساس شدت کولیت

ضایعات دهانی	ضعیف	متوسط	شدید	سطح معنی داری
	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	
التهاب دهان	خیر (۹۱/۲۳۱)	تعداد (۸۶/۵۳۲)	تعداد (۸۱/۸۸۹)	۰/۶۵۱
بله	(۸/۸۳)	(۱۳/۵۵)	(۱۸/۲۲)	
زبان شیار دار	خیر (۹۷/۱۳۳)	تعداد (۹۴/۶۳۵)	تعداد (۸۱/۸۸۹)	۰/۲۰۳
بله	(۲/۹۱)	(۵/۴۲)	(۱۸/۲۲)	
آفت	خیر (۷۰/۶۲۴)	تعداد (۷۰/۳۲۶)	تعداد (۹۰/۹۱۰)	۰/۳۶۱
بله	(۲۹/۴۱۰)	(۲۹/۷۱۱)	(۹/۱۱)	
زبان باردار	خیر (۹۱/۲۳۱)	تعداد (۸۶/۵۳۲)	تعداد (۷۲/۷۱۸)	۰/۲۶۳
بله	(۸/۸۳)	(۱۳/۵۵)	(۲۷/۳۳)	
خشکی	خیر (۶۱/۸۲۱)	تعداد (۲۷/۰۱۰)	تعداد (۲۷/۳۳)	۰/۰۰۷
بله	(۳۸/۲۱۳)	(۷۳/۰۲۷)	(۷۲/۷۱۸)	
ضایعه کلی	خیر (۵۰/۰۱۷)	تعداد (۳۷/۸۱۴)	تعداد (۳۶/۴۴)	۰/۵۲۸
بله	(۵۰/۰۱۷)	(۶۲/۲۲۳)	(۶۳/۶۷)	

بحث

بیماری‌های التهابی روده (IBD) شامل کولیت اولسراتیو و بیماری کرون هستند که با التهاب مزمن دستگاه گوارش مشخص می‌شوند (۱۸). کولیت اولسراتیو به عنوان شایع ترین نوع IBD، عمدتاً کولون را درگیر کرده و می‌تواند با تظاهرات خارج رودهای متعددی همراه باشد (۱۹). از جمله این تظاهرات، ضایعات و علائم دهانی مانند آفت، خشکی دهان و زبان باردار هستند که می‌توانند بازتابی از وضعیت التهابی سیستمیک بیمار باشند (۱۸، ۲۰). بر همین اساس، سلامت دهان نه تنها به عنوان یک فاکتور، بلکه به عنوان شاخصی از سلامت عمومی بیماران مبتلا به کولیت اولسراتیو اهمیت بالینی ویژه‌ای دارد (۱۹).

در مطالعه حاضر، خشکی دهان با شیوع ۵۸/۵ درصد شایع ترین تظاهر دهانی در بیماران مبتلا به کولیت اولسراتیو بود و ارتباط معناداری با شدت و فعالیت بیماری نشان داد. این یافته نشان می‌دهد که خشکی دهان نه تنها یک علامت شایع، بلکه می‌تواند شاخصی عملکردی از فعالیت بیماری باشد. اهمیت این موضوع زمانی برجسته تر می‌شود که بدانیم علائم عملکردی دهان می‌تواند پیش از بروز ضایعات بالینی واضح ظاهر شده و بر کیفیت زندگی بیماران تأثیر قابل توجهی بگذارند.

طبقه‌بندی کلاسیک Katsanos و همکاران ضایعات دهانی در بیماران IBD را به سه گروه ضایعات اختصاصی، مشکوک و غیراختصاصی تقسیم می‌کند و نشان می‌دهد که این ضایعات در بیماری کرون شایع تر از کولیت اولسراتیو هستند. با این حال، تمرکز این طبقه‌بندی عمدتاً بر ضایعات مورفولوژیک است (۲۱). در مقابل، رویکرد مطالعه حاضر مبتنی بر ارزیابی علائم عملکردی و ذهنی بود. این تفاوت روش شناختی می‌تواند توضیح دهنده شیوع بالاتر خشکی دهان در مطالعه کنونی باشد، زیرا علائم عملکردی لزوماً همزمان با تغییرات ساختاری قابل مشاهده بروز نمی‌کنند و ممکن است زودتر نمایان شوند. یافته‌های مطالعه حاضر با نتایج Lourenço و همکاران همسو است که نشان دادند علائم دهانی می‌توانند پیش از بروز علائم گوارشی یا همزمان با آن ظاهر شوند و شدت آن‌ها غالباً با فعالیت بیماری ارتباط دارد (۲۲). در هر دو مطالعه، همسویی بین شدت بیماری و شدت علائم دهانی مشاهده شد. با این حال، تفاوت در شایع ترین تظاهر دهانی (آفت در مطالعه Lourenço در مقابل خشکی دهان در مطالعه حاضر) احتمالاً ناشی از تفاوت در ابزارهای ارزیابی است؛ به طوری که در مطالعه حاضر استفاده از پرسشنامه Thomson-Murray موجب شناسایی حساس تر علائم ذهنی شده است.

مطالعاتی مانند پژوهش Sbeit و همکاران و Tan و همکاران نیز بر شیوع کم تر ضایعات دهانی در بیماران UC نسبت به کرون تأکید کرده‌اند، اما دامنه گزارش شده شیوع ضایعات دهانی در UC بسیار متغیر است (۲ تا ۳۴ درصد) (۲۳، ۲۴). شیوع بالاتر مشاهده شده در مطالعه حاضر (۵۷/۳ درصد) احتمالاً حاصل ترکیبی از عوامل شامل تفاوت‌های جغرافیایی، شدت بیماری، شرایط محیطی (نظیر اقلیم خشک تر) و روش‌های ارزیابی حساس تر علائم عملکردی است. این ناهمگونی میان مطالعات نشان می‌دهد که تعریف عملیاتی «تظاهرات دهانی» نقش تعیین کننده‌ای در برآورد شیوع آن‌ها دارد.

هم چنین، مطالعه Lauritano و همکاران نیز شیوع ضایعات دهانی را در بزرگسالان ۰/۷ تا ۳۷ درصد و در

کودکان ۷ تا ۲۳ درصد گزارش کرده است در حالی که در مطالعه حاضر میزان آن به ۵۷/۳ درصد رسید (۲۵). این اختلاف می تواند ناشی از تفاوت های جغرافیایی، تفاوت در روش شناسی و شدت التهاب سیستمیک بیماران باشد. به ویژه، استفاده از پرسشنامه ی Thamson-Murray در این پژوهش احتمالاً باعث شناسایی حساس تر علائم خفیف یا زیر آستانه ای شده است. با وجود تفاوت ها، نتایج هر دو مطالعه بر ضرورت پیگیری و مدیریت منظم ضایعات دهانی تاکید دارد.

خشکی دهان به عنوان یکی از بارزترین علائم عملکردی در بیماران UC، جایگاه ویژه ای در تفسیر نتایج این مطالعه دارد (۲۶). تفاوت چشمگیر بین شیوع بالای احساس ذهنی خشکی دهان در مطالعه حاضر (۸۵/۴ درصد) و میزان نسبتاً پایین هیپوسالیواسیون (۱۵/۷ درصد) در حالت استراحت و ۲۴ درصد در شرایط تحریک شده) گزارش شده در مطالعه Goldinova و همکاران نشان می دهد که اختلال در ادراک بزاق و تغییر آستانه های حسی می تواند نقش مهم تری نسبت به کاهش واقعی ترشح بزاق داشته باشد (۲۶). این موضوع بیانگر پیچیدگی مکانیسم های زمینه ای خشکی دهان در UC است که صرفاً به کاهش جریان بزاق محدود نمی شود. یافته های Li و همکاران و Tabarsi و همکاران نیز شیوع بالای خشکی دهان در بیماران UC را تأیید کرده اند (۲۷، ۲۸). همگرایی نتایج این مطالعات با یافته های پژوهش حاضر نشان می دهد که خشکی دهان می تواند به عنوان یک نشانگر عملکردی مرتبط با فعالیت بیماری در نظر گرفته شود، حتی در مواردی که کاهش عینی ترشح بزاق از نظر آماری معنادار نباشد. این علائم ممکن است به دلیل کاهش ترشح بزاق ناشی از التهاب سیستمیک، آسیب به غدد بزاقی یا استفاده از داروهای سرکوب کننده ایمنی باشد. هم چنین بررسی پاسخ های بیماران در مطالعه حاضر نشان داد که ۸۵/۴ درصد آن ها به طور مداوم احساس خشکی دهان داشتند که نشان دهنده تأثیرات منفی این علامت بر کیفیت زندگی بیماران می باشد.

در کنار علائم عملکردی مانند خشکی دهان، ضایعات اختصاصی دهانی هم چون آفت نیز اهمیت بالینی دارند (۲۹). مطالعه ی Kumar و همکاران نقش علائم دهانی را به عنوان شاخص هایی برای پیش بینی عود یا بهبود UC بررسی کردند و آفت دهانی را به عنوان یک نشانگر معنادار برای عود بیماری شناسایی شد (۳۰). اگرچه در مطالعه حاضر ارتباط مستقیمی بین شدت بیماری و بروز زخم های آفتی (RAU) مشاهده نشد، نتایج مطالعه Li و همکاران ارتباطی بین شدت بیماری و بروز زخم های آفتی نشان دادند (۲۷). شیوع RAU در بیماران UC در این مطالعه بین ۱۸/۱ تا ۴۶ درصد متغیر بود و این ضایعات به طور قابل توجهی با فعالیت بیماری همسو بودند؛ به طوری که شیوع RAU در بیماران با UC شدید ۴۶ درصد، و در بیماران با UC متوسط و خفیف به ترتیب ۱۸ و ۵ درصد بود.

به طور کلی در مطالعات قبلی شیوع متغیری از تظاهرات دهانی در UC را نشان داده اند. یافته های پژوهش حال حاضر در محدوده میانی قرار دارد و این تفاوت ممکن است ناشی از چهار عامل روش های ارزیابی، ویژگی های جمعیتی، توزیع شدت بیماری و تعریف عملیاتی تظاهرات دهانی باشد. هم چنین شیوع بالاتر خشکی دهان نیز ممکن است منعکس کننده ی استفاده از ابزارهای حساس تر برای ارزیابی علائم ذهنی نیز باشد.

اگرچه تغییر طعم در مطالعه حاضر به طور مستقیم بررسی نشده است، یافته های Li و همکاران نشان می دهد که تغییر طعم ۴۰ درصد بیماران UC ممکن است تحت تأثیر کمبودهای تغذیه ای یا داروهای سرکوب کننده ایمنی باشد (۲۷). مطالعات آینده می توانند با استفاده از ابزارهای استاندارد، این جنبه را به طور دقیق تر ارزیابی کنند.

در کنار علائم دهانی مانند آفت و تغییر طعم، سلامت بافت های پشتیبان دندانی نقش مهمی در کیفیت زندگی بیماران دارد. Bertl و همکاران نشان دادند که

می‌توانند نقش قابل توجهی در بروز علائم دهانی داشته باشند.

با وجود نتایج ارزشمند به دست آمده، باید به محدودیت‌های این مطالعه نیز اشاره کرد. یکی از محدودیت‌های اصلی این مطالعه، ارزیابی خشکی دهان بدون اندازه‌گیری مستقیم جریان بزاق تنها به وسیله پرسشنامه Thamson Murray می‌باشد. این امر مانع از تمایز بین احساس ذهنی خشکی و کاهش واقعی ترشح بزاق شد و ممکن است منجر به برآورد بیش از حد شیوع اختلالات بزاقی شده باشد. مطالعات آینده نیز باید هم ارزیابی ذهنی و هم عینی جریان بزاق را شامل شوند. علاوه بر این نمونه‌گیری از یک مرکز و حجم نمونه ممکن است تعمیم نتایج را محدود سازد. بنابراین، مطالعات طولی و چند مرکزی با نمونه بزرگ‌تر برای بررسی دقیق‌تر توصیه می‌شود.

سپاسگزاری

مقاله حاضر مستخرج از پایان نامه دکتری خانم فاطمه ذبیحی با شماره طرح ۲۲۳۶۵، می‌باشد. از همکاری معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مازندران در حمایت از این طرح تشکر می‌گردد.

این بیماران مشکلات بهداشت دهان بیش‌تری دارند و میزان پرودنتیت در آن‌ها بالاتر است (۱۹). یافته‌های مطالعه حاضر با این نتایج همسو بوده و بیان می‌کند که ارزیابی منظم سلامت دهان باید به عنوان بخشی جدایی‌ناپذیر از مراقبت جامع بیماران UC در نظر گرفته شود. ارتباط معنادار بین خشکی دهان و شدت بیماری نشان می‌دهد که این علامت می‌تواند به عنوان یک نشانگر غیرتهاجمی برای پایش فعالیت بیماری استفاده شود. به این سبب پزشکان باید بیماران را درمورد اهمیت بهداشت دهان آموزش داده و در صورت لزوم به دندان‌پزشک ارجاع دهند.

پس از بررسی ضایعات دهانی مرتبط با شدت بیماری، لازم است نقش داروها در تظاهرات دهانی بیماران UC نیز مورد توجه قرار گیرد (۳۱). مطالعه Laranjeira و همکاران نشان داد که ضایعات دهانی در بیماران UC با شدت بیماری و مصرف داروهای کورتیکواستروئید و سرکوب‌کننده‌های ایمنی مرتبط هستند (۳۲). یافته‌های مطالعه حاضر با این نتایج همسو است؛ خشکی دهان در بیماران با شدت بالاتر UC شایع‌تر بود. این همخوانی نشان می‌دهد که علاوه بر فعالیت بیماری، درمان‌های دارویی سرکوب‌کننده ایمنی

References

1. Abozeid F. Serum Neutrophil Gelatinase Associated Lipocalin (NGAL) As A Marker of Activity in Inflammatory Bowel Disease. Clin Res Stud 2023; 2(3): 01-06. PMID: 39555459.
2. Fakhoury M, Al-Salami H, Negrulj R, Moorianian A. Inflammatory bowel disease: clinical aspects and treatments. J Inflamm Res 2014; 113. PMID: 25075198.
3. Gill G, Blair J, Litinsky S. Evaluating the Performance of ChatGPT 3.5 and 4.0 on StatPearls Oculoplastic Surgery Text- and Image-Based Exam Questions. Cureus 2024. PMID: 39691123.
4. Caron B, Honap S, Peyrin-Biroulet L. Epidemiology of Inflammatory Bowel Disease across the Ages in the Era of Advanced Therapies. J Crohn S Colitis 2024; 18(Supplement_2): ii3-ii15. PMID: 39475082.
5. Gajendran M, Loganathan P, Jimenez G, Catinella A, Ng N, Umapathy C, et al. A comprehensive review and update on ulcerative colitis. Disease Month 2019; 65(12): 100851. PMID: 30837080.

6. Molania T, Malekzadeh Shafaroudi A, Taghavi M, Ehsani H, Moosazadeh M, Haddadi A, et al. Oral health-related quality of life (OHRQoL) in cardiovascular patients referring to Fatima Zahra Hospital in Sari, Iran. *Bmc Oral Health* 2021; 21(1):. PMID: 34380490.
7. Kumar K, Nachiammai N, Madhushankari G. Association of oral manifestations in ulcerative colitis: A pilot study. *J Oral Maxillofacial Pathology* 2018; 22(2): 199-203. PMID: 30158772.
8. Wood N. Could oral Janus kinase inhibitor be a new drug treatment for active ulcerative colitis?. *Nature Rev Gastroenterology Amp Hepatology* 2012; 9(10): 557-557. PMID: 22945442.
9. Owlia F, Tabatabaei H, Motallaei M, Ayatollahy R. Prevalence of Oral Mucosal Lesions in Admitted Patients in Yazd Shahid Sadoughi Hospital in 2018. *J Shahid Sadoughi University Med Sciences* 2019.
10. Hoshyari N, Mesgarani A, , Moosazadeh M, et al. Evaluation of Dentists' Knowledge and Attitude towards COVID-19 in Sari in 2021. *Tabari Biomed Student Res J* 2023; 0(0): 0-0.
11. Owlia F, Tabatabaei H, Motallaei M, Ayatollahy R. Prevalence of Oral Mucosal Lesions in Admitted Patients in Yazd Shahid Sadoughi Hospital in 2018. *J Shahid Sadoughi University Med Sciences* 2019.
12. Esquivel-pedraza l, fernández-cuevas l, delgado-martínez i, cicero-casarrubias a, milke-garcía m, chang-bool e, et al. Oral mucosal findings in ambulatory patients with inflammatory bowel disease. *Brazilian Oral Res* 2025; 39:.. PMID: 40960756.
13. Mirzaie Gobaran Z, Khashabi E, Taram S, Zangbar F. The prevalence of oral lesions among patients with type 1 and type 2 diabetes mellitus referred to internal ward of imam khomeini hospital and alborz dentistry clinic in 2020: A cross-sectional survey. *Stud Med Sci* 2021; 32 (4) :262-272
14. Burri E, Beglinger C, von Felten S, Lehmann F. Fecal Calprotectin and the Clinical Activity Index Are Both Useful to Monitor Medical Treatment in Patients with Ulcerative Colitis. *Digestive Dis Sciences* 2015; 60(2): 485-491. PMID: 25344905.
15. Truelove S, Witts L. Cortisone in Ulcerative Colitis. *Bmj* 1955; 2(4947): 1041-1048. PMID: 13260656.
16. Liu X, Tian Z, Zhang L, Liu A, Zhang X, Wu J, et al. Clinical value of the Toronto inflammatory bowel disease global endoscopic reporting score in ulcerative colitis. *World J Gastroenterolog* 2023; 29(48): 6208-6221. PMID: 38186862.
17. Sezin Yüce Sarı , Melek Tuğçe Yılmaz , Ayşenur Elmalı , Levent Kılıç , Deniz Yüce , Gökhan Özyiğit , et al. Turkish translation and validation of the Xerostomia Inventory. *Arch Rheumatolog* 2022; 37(3): 351-360. PMID: 36589609.
18. Pereira M, Munerato M. Oral Manifestations of Inflammatory Bowel Diseases: Two Case Reports. *Clin Med Amp Res* 2016; 14(1): 46-52. PMID: 26864508.
19. Bertl K, Burisch J, Pandis N, Klinge B, Stavropoulos A. Patients with inflammatory bowel disease have more oral health problems and higher costs of professional dental care than healthy controls: The Periodontitis Prevalence in ulcerative Colitis and Crohn disease

- (PPCC) case- control study. J Periodontolog 2024; 95(2): 159-174. PMID: 37469002.
20. Ozayzan F, Albishri A, Dallak A, Al-Qahtani A, Mushtaq M, Dallak O, et al. Periodontitis and Inflammatory Bowel Disease: A Review. Cureus 2024. PMID: 38523972.
 21. Katsanos K, Torres J, Roda G, Brygo A, Delaporte E, Colombel J. Review article: non- malignant oral manifestations in inflammatory bowel diseases. Aliment Pharmacolog Amp Therapeutics 2015; 42(1): 40-60. PMID: 25917394.
 22. Lourenço S, Hussein T, Bologna S, Sipahi A, Nico M. Oral manifestations of inflammatory bowel disease: a review based on the observation of six cases. J European Acad Dermatolog Venereolog 2010; 24(2): 204-207. PMID: 19552719.
 23. Sbeit W, Kadah A, Mahamid M, Karayanni H, Mari A, Tali S, et al. Oral manifestations of inflammatory bowel disease: the neglected piece of the puzzle. European J Gastroenterolog Amp Hepatolog 2020; 32(11): 1422-1431. PMID: 32925508.
 24. Tan C, Brand H, de Boer N, Forouzanfar T. Gastrointestinal diseases and their orodental manifestations: Part 2: Ulcerative colitis. British Dental J 2017; 222(1): 53-57. PMID: 28084352.
 25. Lauritano D, Boccalari E, Di Stasio D, Della Vella F, Carinci F, Lucchese A, et al. Prevalence of Oral Lesions and Correlation with Intestinal Symptoms of Inflammatory Bowel Disease: A Systematic Review. Diagnostics 2019; 9(3): 77. PMID: 31311171.
 26. Goldinova A, Tan C, Bouma G, Duijvestein M, Brand H, de Boer N. Oral health and salivary function in ulcerative colitis patients. United European Gastroenterolog J 2020; 8(9): 1067-1075. PMID: 32878578.
 27. Li C, Wu Y, Xie Y, Zhang Y, Jiang S, Wang J, et al. Oral manifestations serve as potential signs of ulcerative colitis: A review. Front Immun 2022; 13:. PMID: 36248861.
 28. Tabarsi N, Mortazavi N, Norouzi A, Besharat S, Behnampour N, Asgari N. Association of oral manifestations with severity of the disease in ulcerative colitis patients. BMC Gastroenterolog 2024; 24(1):. PMID: 39448908.
 29. Sun K, Xia R. Oral epithelial dysplasia and aphthous ulceration in a patient with ulcerative colitis: a case report. BMC Oral Health 2023; 23(1):. PMID: 36906558.
 30. Kumar K, Nachiammai N, Madhushankari G. Association of oral manifestations in ulcerative colitis: A pilot study. J Oral Maxillofacial Patholog 2018; 22(2): 199-203. PMID: 30158772.
 31. Kucharski R, Sobocki B, Stachowska E, Bulman N, Kalinowski L, Kaźmierczak-Siedlecka K. Dental problems and oral microbiome alterations in ulcerative colitis. Frontiers Immunol 2025; 16:. PMID: 39975550.
 32. Laranjeira n, fonseca j, meira t, freitas j, valido s, leitão j. Oral mucosa lesions and oral symptoms in inflammatory bowel disease patients. Arquivos De Gastroenterologia 2015; 52(2): 105-110. PMID: 26039827.