ORIGINAL ARTICLE

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

Maede Salehi[1],
Ziaeddin Oladi[2],
Sara Ahangari[3],
Abolfazl Hosseinnataj[4],
Fatemeh Zabihi[5],
Maryam Zamanzadeh[6]

[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)

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-23]

پژوهشی

مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران
دوره سی و پنجم شماره ۲۵۲ دی سال ۱۴۰۴ (۷۷-۶۸)

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

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

چکیده

سابقه و هدف: کولیت اولسراتیو یکی از شایع‌ترین انواع بیماری‌های التهابی روده است که علاوه بر درگیری دستگاه گوارش، با تظاهرات خارج روده‌ای متعددی همراه می‌باشد. حفره دهان به‌عنوان بخشی از دستگاه گوارش، به‌طور شایع درگیر شده و ضایعات دهانی می‌توانند همزمان با فعالیت بیماری ظاهر، و یا شدت یابند. از آن‌جا که سلامت دهان به‌عنوان شاخصی از سلامت عمومی و ابزاری بالقوه برای تشخیص زودهنگام بیماری‌های سیستمیک شناخته می‌شود، 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 به‌صورت 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 Rachmilewitz (CAI) به دو گروه بیماری فعال و غیرفعال تقسیم شدند و شدت بیماری طبق طبقه‌بندی Truelove و Witts تعیین گردید. معاینه دهان توسط دندان پزشک آموزش دیده انجام و ضایعات دهانی بر اساس ابزار استاندارد Thamson Murray ثبت شد. داده‌ها با آزمون کای‌دو در SPSS 22 تحلیل و سطح معنی‌داری P <۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها: 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) شایع‌ترین یافته بود که شیوع آن ارتباط معناداری با شدت و وضعیت فعالیت بیماری نشان داد (P<۰/۰۵). سایر ضایعات شامل زخم‌های مخاطی و اریتم نیز مشاهده شد.

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

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

مولف مسئول: مریم زمان زاده– ساری، میدان خزر، دانشکد دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی مازندران **E-mail:** zamanzadehmaryam@gmail.com
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 : ۱۴۰۴/۱۰/۹

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-23]

مقدمه

بیمـــاری التهـــابی روده (IBD– inflammatory bowel disease) بـا دوره هـای مکـرر التهـابی شـناخته می‌شود که لوله گوارش را تحت تاثیر قرار داده و ناشـی از تعاملات میکروبی میزبان در فرد مستعد ژنتیکی است. این بیماری با التهاب روده کوچک و بـزرگ مشـخص می شود و عناصر دستگاه گـوارش مـورد حملـه سیسـتم ایمنی بدن قرار می گیرند. این بیماری شامل دو گروه از بیماری های ایـدیوپاتیک روده ای اسـت کـه بـر اسـاس محل درگیری و عمـق درگیـر دیـواره روده افتـراق داده می شوند. این دو گروه شامل بیمـاری کـرون و کولیـت اولسراتیو می‌باشند(۱، ۲).

کولیت اولسراتیو شـایع تـرین فـرم بیمـاری التهـابی روده به شمار می‌رود که منجر به درگیری مخاط و زیـر مخاط روده بزرگ شده و در نتیجه به شکنندگی منتشـر و فرسـایش سـطحی دیـواره روده بـزرگ همـراه بـا خـونریزی منجـر مـی شـود. علـت خـاص ایـن بیمـاری مشخص نیست، اما به نظر می رسد عوامل ژنتیکی نقـش پررنگـــی در آن داشـــته باشـــند(۳). گـــزارش هـــای اپیـدمیولوژیک اخیـر نشـان می‌دهنـد کـه بـروز سـالانه کولیت اولسراتیو در مناطق مختلف جهان متفاوت است؛ به گونه‌ای‌که این میزان در اروپـا در بـازه ۰/۳ تـا ۲۳/۳۶ مـورد در هـر ۱۰۰،۰۰۰ نفـر در سـال و در اقیانوسـیه در محدوده ۷/۳۳ تـا ۱۷/۲۵ مـورد در هـر ۱۰۰/۰۰۰ نفـر در سال گزارش شده است. هم‌چنین، شـیوع بـالای کولیـت اولسراتیو در آمریکای شمالی، با بـیش از ۲۰۰ مـورد در هر ۱۰۰،۰۰۰ نفـر، تاکیـد بـر بـار بـالای ایـن بیمـاری در کشورهای صنعتی دارد(۴).

کولیت اولسراتیو بر اساس ترکیبی از تظاهرات بـالینی، یافتـه‌هـای آندوسـکوپی، بافـت شناسـی و عـدم وجـود تشخیص‌های جایگزین تشـخیص داده مـی‌شـود. تظـاهرات کلاسیک آن شامل اسهال خونی با یا بدون مخاط، فوریـت رکتوم، تنسموس و درجـات متغیـر درد شـکمی اسـت کـه اغلب با اجابت مزاج برطرف می‌شود(۵، ۶).

حفره دهان به عنـوان بخشـی از دسـتگاه گـوارش در ایـن بیمـاری درگیـر شـده و بـه عنـوان تظـاهرات خـارج روده‌ای این بیماری شناخته شده است و با تغییر در شـدت بیمـاری، پسـرفت یـا پیشـرفت مـی‌کنـد. Pyostomatitis vegetans به عنوان یک شاخص دهانی خاص کولیت در نظر گرفته می‌شـود و سـایر تظـاهرات ماننـد زخـم آفتـی، ضایعه لیکنوئید، هالیتوز، دیسژئوزی، خشکی دهان، زبـان روکش دار، التهاب لثه و پریودنتیـت بـه عنـوان تظـاهرات غیر اختصاصی دهان در نظر گرفته می‌شود(۷). در رابطه بـا ضایعات دهانی مرتبط با کولیت اولسراتیو مطالعه ای نشان داد که افراد مبتلا نسبت بـه افـراد سـالم تظـاهرات دهـانی بـیش‌تـری داشـته و ایـن تظـاهرات شـامل زبـان بـاردار، هالیتوزیس و زخم‌های دهانی بود(۸).

سلامت دهان به عنوان شاخصه ای از سلامت بـدن بـه شمار می‌رود و بررسی تغییرات آن به عنوان فاکتور کلیـدی در تشـخیص بـه موقـع و درمـان زود هنگـام بیمـاری‌هـای سیستمیک حائز اهمیت می باشد(۹). اهمیت معاینـه و پـایش ضایعات دهانی نـه‌تنها در بیماری‌هـای التهـابی سیسـتمیک، بلکه در شناسایی زود هنگام ضایعات پیش بدخیم و بـدخیم حفره دهان نیز مورد تاکیـد قـرار گرفتـه اسـت(۱۰). تخمـین اپیدمیولوژی ضایعات دهانی و شناخت فاکتور هـای مـرتبط با وقوع آن‌هـا جهـت اقـدامات پیشـگیرانه و ارتقـا سـلامت ضروری بوده است و توصـیه شـده توسـط سـازمان جهـانی بهداشـت مـی‌باشـد(۱۱). داده‌هـای حاصـل از بررسـی هـای بهداشت دهان در تصمیم‌گیری‌های سیاسـت‌هـای دولـت و توسعه برنامه‌های پیشگیرانه کمک کننده است. هم‌چنـین بـا بهبـود آگـاهی بیمـار، ترکیـب تغییـرات سـبک زنـدگی و تمرکز بر سلامت دهان می‌توان الگو هـای بیمـاری را تغییـر داد. بنابراین این مطالعـه بـا هـدف بررسـی شـیوع ضـایعات دهانی در بیماران مبتلا به کولیت اولسراتیو انجام شده است.

مواد و روش‌ها

این مطالعه یک مطالعه توصیفی- تحلیلی مقطعی، با کـــد اخـــلاق IR.MAZUMS.REC.1403.321 در

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-23]

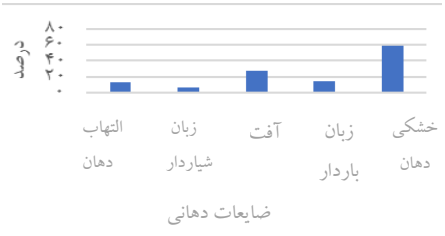
دانشگاه علوم پزشکی مازندران، بوده است که بر روی ۸۲ بیمار مبتلا به کولیت اولسراتیو، که بدون مشکلات سیستمیک دیگر به بیمارستان امام خمینی ساری در سال ۱۴۰۳ مراجعه کرده بودند، انجام شد. در انتخاب نمونه‌ها، بیمارانی که داروهایی از قبیل ضد افسردگی‌ها، داروهای ضد فشارخون، ضد تشنج، آنتی‌هیستامین‌ها، داروهای مربوط 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 ۸/۱۸±۴۴/۹۹ 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

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-23]

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 سوالات پرسشنامه خشکی دهان به تعداد موارد مثبت

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

برای تحلیل بیش‌تر، میزان شیوع ضایعات دهانی در بیماران بر اساس جنس، رده سنی و محل زندگی مقایسه و با استفاده از آزمون کایقق دو (Chi-square) ارزیابی شد. همان طور 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 >۰/۰۵).

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

ضایعات دهانی		زن	مرد	سطح معنی داری
		تعداد(درصد)	تعداد(درصد)	
التهاب گوشه دهان	خیر	۳۶(۸۵/۷)	۳۶(۹۰/۰)	۵۵۳/۰
	بله	۶(۱۴/۳)	۴(۱۰/۰)	
زبان شیار دار	خیر	۳۸(۹۰/۵)	۳۹(۹۷/۵)	۳۶۰/۰
	بله	۴(۹/۵)	۱(۲/۵)	
آفت	خیر	۳۴(۸۱/۰)	۲۶(۶۵/۰)	۱۰۳/۰
	بله	۸(۱۹/۰)	۱۴(۳۵/۰)	
زبان باردار	خیر	۳۶(۸۵/۷)	۳۵(۸۷/۵)	۸۱۳/۰
	بله	۶(۱۴/۳)	۵(۱۲/۵)	
خشکی دهان	خیر	۲۱(۰/۵۰)	۱۳(۳۲/۵)	۱۰۸/۰
	بله	۲۱(۰/۵۰)	۲۷(۶۷/۵)	
ضایعه کلی	خیر	۱۹(۴۵/۲)	۱۶(۴۰/۰)	۶۳۲.۰
	بله	۲۳(۵۴/۸)	۲۴(۶۰/۰)	

هم‌چنین، هیچ ارتباط معنی داری بین سه رده سنی مختلف و محل زندگی با شیوع ضایعات دهانی مشاهده نشد (P >۰/۰۵)جدول شماره ۳ و جدول شماره ۴).

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

ضایعات دهانی		۲۰-۲۹	۳۰-۴۹	≥۵۰	سطح معنی داری
		تعداد(درصد)	تعداد(درصد)	تعداد(درصد)	
التهاب	خیر	۴(۱۰۰/۰)	۵۴(۸۸/۵)	۱۴(۸۲/۴)	۸۱۳/۰
دهان	بله	۰(۰)	۷(۱۱/۵)	۳(۱۷/۶)	
زبان	خیر	۴(۱۰۰/۰)	۵۸(۹۵/۱)	۱۵(۸۸/۲)	۴۵۷/۰
شیار	بله	۰(۰)	۳(۴/۹)	۲(۱/۸)	
دار					
آفت	خیر	۴(۱۰۰/۰)	۴۴(۷۲/۱)	۱۲(۷۰/۶)	۶۶۲/۰
	بله	۰(۰)	۱۷(۲۷/۹)	۵(۲۹/۴)	
زبان	خیر	۴(۱۰۰/۰)	۵۱(۸۳/۶)	۱۶(۹۴/۱)	۵۷۴/۰
باردار	بله	۰(۰)	۱۰(۱۶/۴)	۱(۵/۹)	
خشکی	خیر	۲(۵۰/۰)	۲۵(۴۱/۰)	۷(۴۱/۲)	۹۹۹/۰
	بله	۲(۵۰/۰)	۳۶(۵۹/۰)	۱۰(۵۸/۸)	
ضایعه	خیر	۴(۱۰۰/۰)	۲۵(۴۱/۰)	۶(۳۵/۳)	۶۰/۰
کلی	بله	۰(۰)	۳۶(۵۹/۰)	۱۱(۶۴/۷)	

جدول شماره ٤: مقایسه میزان شیوع ضایعات دهانی در بیماران براساس وضعیت کولیت

ضایعات		خیر	بله	سطح معنی داری
دهانی		تعداد(درصد)	تعداد(درصد)	
التهاب دهان	خیر	۸(۷۲/۷)	۶۴(۹۰/۱)	۱۰۱/۰
	بله	۳(۲۷/۳)	۷(۹/۹)	
زبان شیار دار	خیر	۱۱(۱۰۰/۰)	۶۶(۹۳/۰)	۰/۹۹
	بله	۰(۰)	۵(۷/۰)	
آفت	خیر	۹(۸۱/۸)	۵۱(۷۱/۸)	۰/۴۸۷
	بله	۲(۱۸/۲)	۲۰(۲۸/۲)	
زبان باردار	خیر	۱۰(۹۰/۹)	۶۱(۸۵/۹)	۰/۶۵۱
	بله	۱(۹/۱)	۱۰(۱۴/۱)	
خشکی	خیر	۹(۸۱/۸)	۲۵(۳۵/۲)	۰/۰۰۴
	بله	۲(۱۸/۲)	۴۶(۶۴/۸)	
ضایعه کلی	خیر	۵(۴۵/۵)	۳۰(۴۲/۳)	۰/۸۴۲
	بله	۶(۵۴/۵)	۴۱(۵۷/۷)	

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 =۰/۰۰۴) و در بیماران با شدت بالاتر کولیت، خشکی دهان شایع‌تر بود (P =۰/۰۰۷). 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 =۰/۰۰۴) و در بیماران با شدت بالاتر کولیت، خشکی دهان شایع‌تر بود (P =۰/۰۰۷).

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-23]

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	(۹۱/۲)۳۱	(۸۶/۵)۳۲	(۸۱/۸)۹	۰/۶۵۱
	بله	(۸/۸)۳	(۱۳/۵)۵	(۱۸/۲)۲	
زبان شیار دار	خیر	(۹۷/۱)۳۳	(۹۴/۶)۳۵	(۸۱/۸)۹	۰/۲۰۳
	بله	(۲/۹)۱	(۵/۴)۲	(۱۸/۲)۲	
آفت	خیر	(۷۰/۶)۲۴	(۷۰/۳)۲۶	(۹۰/۹)۱۰	۰/۳۶۱
	بله	(۲۹/۴)۱۰	(۲۹/۷)۱۱	(۹/۱)۱	
زبان باردار	خیر	(۹۱/۲)۳۱	(۸۶/۵)۳۲	(۷۲/۷)۸	۰/۲۶۳
	بله	(۸/۸)۳	(۱۳/۵)۵	(۲۷/۳)۳	
خشکی	خیر	(۶۱/۸)۲۱	(۲۷/۰)۱۰	(۲۷/۳)۳	۰/۰۰۷
	بله	(۳۸/۲)۱۳	(۷۳/۰)۲۷	(۷۲/۷)۸	
ضایعه کلی	خیر	(۵۰/۰)۱۷	(۳۷/۸)۱۴	(۳۶/۴)۴	۰/۵۲۸
	بله	(۵۰/۰)۱۷	(۶۲/۲)۲۳	(۶۳/۶)۷	

بحث

بیماری‌های التهابی روده (IBD) شامل کولیت اولسراتیو و بیماری کرون هستند که با التهاب مزمن دستگاه گوارش مشخص می‌شوند(۱۸). کولیت اولسراتیو به‌عنوان شایع‌ترین 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 نه‌تنها به‌عنوان یک فاکتور، بلکه به‌عنوان شاخصی از سلامت عمومی بیماران مبتلا به کولیت اولسراتیو اهمیت بالینی ویژه‌ای دارد(۱۹).

در مطالعه حاضر، خشکی دهان با شیوع ۵۸/۵ درصد شایع‌ترین 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 نه‌تنها یک علامت شایع، بلکه می‌تواند شاخصی عملکردی از فعالیت بیماری باشد. اهمیت این موضوع زمانی برجسته‌تر می‌شود که بدانیم علائم عملکردی دهان می‌توانند پیش از بروز ضایعات بالینی واضح ظاهر شده و بر کیفیت زندگی بیماران تأثیر قابل‌توجهی 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 شایع‌تر 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 شایع‌ترین تظاهر دهانی (آفت در مطالعه Lourençoدر مقابل خشکی دهان در مطالعه حاضر) احتمالاً ناشی از تفاوت در ابزارهای ارزیابی است؛ به‌طوری که در مطالعه حاضر استفاده از پرسشنامه Thomson–Murray موجب شناسایی حساس‌تر علائم ذهنی شده است.

مطالعاتی مانند پژوهش Sbeit و همکاران و Tan و همکاران نیز بر شیوع کم‌تر ضایعات دهانی در بیماران UC نسبت به کرون تأکید کرده‌اند، اما دامنه گزارش‌شده 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 خشک‌تر) و روش‌های ارزیابی حساس‌تر علائم عملکردی است. این ناهمگونی میان مطالعات نشان می‌دهد که تعریف عملیاتی «تظاهرات دهانی» نقش تعیین‌کننده‌ای در برآورد شیوع آن‌ها دارد.

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

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-23]

کودکان ۷ تا ۲۳ درصد گزارش کرده است در حالی‌که در مطالعه حاضر میزان آن به ۵۷/۳ درصد رسید(۲۵). این اختلاف می تواند ناشی از تفاوت‌های جغرافیایی، تفاوت در روش‌شناسی و شدت التهاب سیستمیک بیماران باشد. به‌ویژه، استفاده از پرسشنامه‌ی Thamson-Murray در این پژوهش احتمالاً باعث شناسایی حساس‌تر علائم خفیف یا زیرآستانه‌ای شده است. با وجود تفاوت ها، نتایج هر دو مطالعه بر ضرورت پیگیری و مدیریت منظم ضایعات دهانی تاکید دارد.

خشکی دهان به‌عنوان یکی از بارزترین علائم عملکردی در بیماران UC، جایگاه ویژه‌ای 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 می‌دهد که اختلال در ادراک بزاق و تغییر آستانه‌های حسی می‌تواند نقش مهم‌تری نسبت به کاهش واقعی ترشح بزاق داشته باشد(۲۶). این موضوع بیانگر پیچیدگی مکانیسم‌های زمینه‌ای خشکی دهان درUC است که صرفاً به کاهش جریان بزاق محدود نمی‌شود. یافته‌های Li و همکاران و Tabarsi و همکاران نیز شیوع بالای خشکی دهان در بیماران UC را تأیید کرده‌اند(۲۷، ۲۸). همگرایی نتایج این مطالعات با یافته‌های پژوهش حاضر نشان می‌دهد که خشکی دهان می‌تواند به‌عنوان 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 به‌دلیل کاهش ترشح بزاق ناشی از التهاب سیستمیک، آسیب به غدد بزاقی یا استفاده از داروهای سرکوب کننده ایمنی باشد. هم‌چنین بررسی پاسخ‌های بیماران در مطالعه حاضر نشان داد که ۸۵/۴ درصد آن‌ها به‌طور مداوم احساس خشکی دهان داشتند که نشان دهنده تأثیرات منفی این علامت بر کیفیت زندگی بیماران می‌باشد.

در کنار علائم عملکردی مانند خشکی دهان، ضایعات اختصاصی دهانی هم‌چون آفت نیز اهمیت بالینی دارند(۲۹). مطالعه‌ی Kumar و همکاران نقش علائم دهانی را به‌عنوان شاخص‌هایی برای پیش‌بینی عود یا بهبود UC بررسی کردند و آفت دهانی را به‌عنوان 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 زخم‌های آفتی نشان دادند(۲۷). شیوع RAU در بیماران UC در این مطالعه بین ۱۸/۱ تا ۴۶ درصد متغیر بود و این ضایعات به‌طور قابل توجهی با فعالیت بیماری همسو بودند؛ به‌طوری که شیوع RAU در بیماران باUC شدید ۴۶ درصد، و در بیماران با UC متوسط و خفیف به‌ترتیب 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 روش‌های ارزیابی، ویژگی‌های جمعیتی، توزیع شدت بیماری و تعریف عملیاتی تظاهرات دهانی باشد. هم‌چنین شیوع بالاتر خشکی دهان نیز ممکن است منعکس کننده‌ی استفاده از ابزارهای حساس تر برای ارزیابی علایم ذهنی نیز باشد.

اگرچه تغییر طعم در مطالعه حاضر به‌طور مستقیم بررسی نشده است، یافته‌های Li و همکاران نشان می‌دهد که تغییر طعم ۴۰ درصد بیماران UC ممکن است تحت تأثیر کمبودهای تغذیه‌ای یا داروهای سرکوب‌کننده ایمنی باشد(۲۷). مطالعات آینده می‌توانند با استفاده از ابزارهای استاندارد، این جنبه را به‌طور دقیق‌تر ارزیابی کنند.

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

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-23]

این بیماران مشکلات بهداشت دهان بیش‌تری دارند و میزان پریودنتیت در آن ها بالاتر است(۱۹). یافته‌های مطالعه حاضر با این نتایج همسو بوده و بیان می کند که ارزیابی منظم سلامت دهان باید به عنوان بخشی جدایی ناپذیر 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 دندان پزشک 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 Laranjeiraو 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 می‌توانند نقش قابل توجهی در بروز علائم دهانی داشته باشند.

با وجود نتایج ارزشمند به‌دست 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 وسیله‌ی 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 نمونه گیری 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، می باشد. از همکاری معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مازندران در حمایت از این طرح تشکر می گردد.

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, Mooranian A. Inflammatory bowel disease: clinical aspects and treatments. J Inflammat 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.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-23]

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 Tuğce 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

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-23]

(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 oro-dental 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.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-23]