

بررسی شیوع تبخال لبی عود کننده به تفکیک در کادر پروازی و اداری شرکت هواپیمایی در سال ۱۳۸۶

دکتر حیدر خادمی*، دکتر محمدرضا صالحی^۱، پیمان لاری زاده^۲

چکیده

مقدمه: بیماری تبخال به دلیل شیوع بالا در دندان پزشکی از ویژگی خاصی برخوردار است. ویروس تبخال به درمان حساس است و روش های کنترل عفونت به حفظ پرسنل دندان-پزشکی و بیمار کمک می نماید. با توجه به وجود استرس در بین کادر پروازی، در این پژوهش شیوع این عارضه در بین کارکنان یک شرکت هواپیمایی مورد بررسی قرار گرفت.

مواد و روش ها: مطالعه از نوع توصیفی تحلیلی مقطعی و بدون جهت بود و بر روی ۶۳ نفر از کارکنان مراجعه کننده به مرکز دندان پزشکی شرکت هواپیمایی در سال ۱۳۸۶ انجام شد. در این پژوهش فرم جمع آوری اطلاعات که شامل سن، جنس و سایر مشخصات دموگرافیک و بررسی کلینیکی بود، تهیه شد. اطلاعات لازم با پرسش حضوری جمع آوری و معاینه دهان انجام شد. در نهایت داده ها با آزمون آماری Chi-square و t-test آنالیز شدند. ($\alpha=0/05$)

یافته ها: شیوع کلی تبخال لبی عود کننده در دو گروه تحت مطالعه ۳۹/۶۸٪ بود. از میان ۶۳ پرسشنامه ۳۱ پرسشنامه از کادر اداری و ۳۲ پرسشنامه از کادر پروازی بود. بیشترین افرادی که سابقه ابتلا به تبخال لبی عود کننده را داشتند در کادر پروازی مشغول کار بودند (۶۸٪) و تنها ۳۲٪ این افراد در کادر اداری قرار داشتند. تفاوت معنی داری بین دو گروه وجود داشت ($P<0/05$). نتایج آزمون Chi-square نشان داد که در کادر پروازی که استرس بیشتری داشتند ابتلا تبخال لبی بالاتر بود.

نتیجه گیری: با توجه به محدودیت های این مطالعه، شیوع تبخال لبی در کادر پروازی هواپیمایی نسبت به کادر اداری بیشتر می باشد.

کلید واژه ها: تبخال لبی عود کننده، کادر پروازی، کادر اداری، شیوع.

* دانشیار گروه تشخیص بیماری های دهان و دندان، دانشکده دندان پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.
(مؤلف مسؤول)
h_khademi@dent.mui.ac.ir

۱: استادیار گروه تشخیص بیماری های دهان و دندان دانشکده دندان پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.

۲: دانشجوی دندان پزشکی، دانشکده دندان پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.

این مقاله حاصل پایان نامه دوره دکترای حرفه ای دندان پزشکی در دانشگاه علوم پزشکی اصفهان می باشد.

این مقاله در تاریخ ۸۸/۹/۱۱ به دفتر مجله رسیده، در تاریخ ۸۹/۳/۲۹ اصلاح شده و در تاریخ ۸۹/۴/۱۵ تأیید گردیده است.

مجله دانشکده دندان پزشکی اصفهان
۱۳۸۹: (۶) ۶ تا ۶۸۴

مقدمه

متأسفانه جمعیت کثیری از اجتماع آلوده به ویروس (HSV) هستند. بیماری تبخال در دندان پزشکی به دلیل آسانی سرایت آن و شیوع بالای بیماری از اهمیت خاصی برخوردار است. خوشبختانه ویروس تبخال HSV-1 به درمان حساس است و روش‌های کنترل عفونت به حفظ پرسنل دندان پزشکی و بیمار کمک می‌نماید. در گذشته هرپس لیبی عود کننده نگرانی چندانی برای جامعه پزشکی ایجاد نمی‌کرد و از این رو توجه چندانی به درمان و پیشگیری آن عمل نمی‌آمد. در ۳۰ سال گذشته علاقه زیادی به تحقیق بر روی این بیماری ایجاد شده است. در خون ۸۵٪ جمعیت ایالت متحده آمریکا آنتی بادی بر ضد (HSV) وجود دارد. نزدیک به ۹۵ میلیون آمریکایی (۴۵-۲۰٪ جمعیت) در سال حداقل یکبار تبخال می‌زنند (۱). تقریباً ۱/۴ کسانی که گرفتار ضایعه هستند ۳ تا ۴ مورد عود را در سال تجربه می‌کنند (۲). ۳۴/۷٪ از جمعیت استان تهران سابقه تبخال لیبی عود کننده دارند (۳). تبخال ثانویه بیماری ویروسی شایعی است که عامل آن ۹۰٪ موارد (HSV) از خانواده هرپس ویروس‌ها می‌باشد (۴).

HSV-1 هر دو جنس و تمام نژادها را به طور مساوی آلوده می‌سازد (۱). این ویروس متعاقب قاعدگی، نورآفتاب، وزش باد، استرس‌های روحی و تروما (صدمات ناشی از درمان‌های دندان پزشکی)، بی‌حسی، مسواک زدن، و ساییدگی لب‌ها فعال می‌شود و محیط دهان شایع‌ترین محل برای عفونت HSV می‌باشد. تناوب فعالیت بستگی به میزبان، سیستم ایمنی، نوع آنتی ژن، ویروس و محل نهفتگی دارد. علائم اولیه بیماری شامل درد، سوزش، خارش همراه با تورم در لب و اطراف حفرات بینی ظاهر می‌شود و پس از ترکیدن زخمی شده و طی ۱۰-۷ روز بعد بدون اسکار بهبود می‌یابد (۵). راه ورودی HSV به بدن معمولاً مخاط دهان، حلق و بینی، چشم، صورت و پوست است. طبق آمار ۵۰٪ موارد انتقال به بچه‌ها از طریق ترشحات آلوده بزاق در اثر تماس مستقیم صورت می‌گیرد (۷ و ۸) و عوارض این عفونت شامل ناراحتی بسیار، ایجاد بد شکلی ظاهری، انتقال بیماری به اطرافیان و دندان‌پزشک می‌باشد. در افراد با نقص ایمنی، بیماری شدیدتر و به صورت مزمن ایجاد می‌شود. گسترش ضایعه به نواحی دستگاه تنفس تحتانی در تنفس

اشکال ایجاد می‌کند که نیازمند درمان پزشکی است (۱۱ و ۱۰ و ۹ و ۸) همچنین عامل DRY SOCKET (۱۲) می‌باشد. با توجه به فقدان آماری معتبر در مورد تبخال در گروه‌های گوناگون و همچنین شیوع استرس در بین کادر پروازی این پژوهش شیوع این عارضه در کارکنان یک شرکت هواپیمایی را مورد بررسی قرار داد. پاره‌ای از مطالعات شیوع تبخال را به صورت تاریخچه کوتاه مدت (یک یا دو سال) و یا حتی به صورت موارد بالینی مشاهده شده در یک محدوده کوتاه زمانی برآورده کرده‌اند. گروهی از مطالعات از جمله مطالعه Young و همکاران (۱۵) معیارهای دقیق‌تری از جمله تیتراژ آنتی بادی ضد ویروس را هم به‌گزارش شخصی اضافه نموده‌اند، علیرغم چنین مطالعاتی، با توجه به افزایش چشمگیر هزینه مربوط به آزمایشات سرولوژیکی، انجام مطالعات مشابه در حجم نمونه مطلوب نیازمند صرف هزینه‌های بالایی است. مقایسه نتایج یافت شده در مطالعات صورت گرفته در نواحی جغرافیایی مختلف ممکن است از لحاظ علمی صحیح نباشد. در منابع علمی شیوع تبخال لیبی عود کننده از حدود ۵٪ تا ۴۵٪ ذکر شده است و نتایج مشخصاً دور از یکدیگر در مقالات علمی منتشر گشته است. در مطالعات مختلف با در نظر گرفتن خطای ۴٪ شیوع تبخال لیبی عود کننده ۳۴/۶ تا ۴۲/۶٪ بدست آمد. نتایج مطالعات صناعی و همکاران (۱۶) در ایران، Young و همکاران (۱۵) در ایالات متحده و Darwazeh و همکاران (۱۷) در اردن با این شیوع همخوانی دارد، در مقایسه با موارد بالا مطالعه Covak و همکاران در اسلوانی (۱۶٪)، Axell و همکاران (۱۸) در سوئد (۱۷/۴٪)، شیوع تبخال لیبی عود کننده را پایین‌تر از شیوع حقیقی آن نشان دادند. هدف از این مطالعه تعیین فراوانی تبخال لیبی عود کننده به تفکیک در کادر پروازی و اداری شرکت هواپیمایی در سال ۱۳۸۶ می‌باشد.

مواد و روش‌ها

مطالعه از نوع توصیفی تحلیلی مقطعی و بدون جهت بوه و مطالعه بر روی ۶۳ نفر از کارکنان مراجعه کننده به مرکز دندان پزشکی شرکت هواپیمایی در سال ۱۳۸۶ انجام شد. پس از هماهنگی و دریافت معرفی نامه جلب موافقت شرکت مذکور

شیوع تبخال لیبی عود کننده به تفکیک در کادر پروازی و اداری شرکت هواپیمایی

دکتر حیدر خادمی و همکاران

در رابطه با انجام پژوهش فرم جمع‌آوری اطلاعات که شامل سن، جنس، سایر مشخصات دموگرافیک و همچنین بررسی کلینیکی شامل معاینه کلینیکی و شرح حال سابقه بیماری است تهیه شد. سپس اطلاعات لازم با پرسش حضوری جمع‌آوری نمونه‌ها و معاینه دهان به صورت بررسی ضایعات و زیکولی برجسته که در اطراف دهان دیده می‌شد، تهیه گردید. در نهایت اطلاعات جمع‌آوری شده توسط آزمون‌های آماری Chi-square و T-test آنالیز شد.

یافته‌ها

از مجموع ۱۰۰ پرسش‌نامه‌ای که در اختیار گروه‌های جمع‌آوری اطلاعات قرار داده شد، ۶۳ پرسش‌نامه تکمیل شده و بازگردانده شد و مورد بررسی آماری قرار گرفت. از میان این ۶۳ پرسش‌نامه ۳۱ پرسش‌نامه از کادر اداری و ۳۲ پرسش‌نامه از کادر پروازی بود. نمونه جمعیتی مورد مطالعه به تفکیکسن و جنس از نظر آزمون chi-square تفاوت معنی‌داری نداشتند. در جمعیت مورد مطالعه ۶۷٪ افرادی که دارای تحصیلات فوق لیسانس و بالاتر بودند در کادر پروازی قرار داشتند در حالی که ۳۳٪ از این افراد در کادر اداری قرار داشتند. همچنین ۴۶/۷٪ افرادی که تحصیلات لیسانس داشته در کادر پروازی و مابقی آن‌ها یعنی ۵۳/۳٪ در کادر اداری قرار داشتند. جمعیت مورد مطالعه اکثراً از نظر اجتماعی-اقتصادی در حد متوسط بودند. توزیع فراوانی ابتلا به آفت عود کننده دهانی در دو گروه کادر اداری و پروازی بر اساس آزمون chi-square بین دو گروه تفاوت معنی‌دار وجود دارد ($p < 0.05$). در بین افرادی که سابقه آفت عود کننده دهانی داشته‌اند ۶۹٪ در کادر پروازی و تنها ۳۱٪ در کادر اداری قرار داشتند (شیوع بالای سابقه ابتلا به آفت عود کننده دهانی در کادر پروازی). جمعیت مورد مطالعه اکثراً سابقه شغل‌های مربوط به کار در محیط باز (در معرض آفتاب) را نداشتند. در ارتباط با فراوانی مصرف سیگار یا عدم مصرف سیگار در دو گروه کادر اداری و پروازی نتایج نشان داد، شیوع مصرف سیگار در کادر پروازی نسبت به کادر اداری بالاتر است ولی از آنجایی که تعداد پاسخ نمونه‌ها در ارتباط با این متغیر پایین تر بود از نظر آماری تفاوت معنی‌داری بین دو گروه وجود نداشت ($p > 0.05$). و

هیچ‌گونه رابطه همبستگی بین مصرف سیگار و سابقه ابتلا به تبخال و آفت عود کننده یافت نشد. در ارتباط با متغیر سابقه ابتلای اعضای خانواده از نظر آماری تفاوت معنی‌داری بین دو گروه تحت مطالعه وجود نداشت. از نظر متغیر تعداد مراجعات فرد به دندان‌پزشک در سال گذشته، بین دو گروه از نظر آماری تفاوت معنی‌دار وجود داشت ($p = 0.05$). مراجعات کادر پروازی بیشتر بود. در این مطالعه، افراد تحت مطالعه در هر دو گروه کادر اداری و پروازی اکثراً موافق این بودند که تغییر در نحوه کار (شغل) آن‌ها به آنها آرامش بیشتری می‌دهد. ولی بین دو گروه از نظر آماری، تفاوت معنی‌داری وجود نداشت. از نظر متغیر کار پر استرس، از نظر آماری تفاوت معنی‌داری بین دو گروه وجود داشت ($p < 0.05$) و بیشتر افراد در کادر پروازی نظرشان در مورد اینکه شغل آنها کار پر استرسی است نظر مثبتی داشتند که شاید بتوان ارتباط بین استرس بالاتر این گروه با شیوع بالاتر ابتلا به آفت عود کننده را نسبت به گروه کادر اداری توجیه کرد. ۶۹٪ از گروه کادر پروازی اعتقاد داشتند که شغل آن‌ها کار پراسترسی است که در مقابل ۳۱٪ افراد کادر اداری از نظر آماری تفاوت معنی‌داری بین دو گروه وجود داشت. توزیع فراوانی سابقه ابتلا به تبخال لیبی عود کننده از نظر آماری تفاوت معنی‌داری بین دو گروه کادر پروازی و اداری نشان دهد ($p < 0.05$) بیشترین افرادی که سابقه ابتلا به تبخال لیبی عود کننده را داشتند در کادر پروازی مشغول به کار بودند (۶۸٪) و تنها ۳۲٪ این افراد در کادر اداری قرار داشتند، همچنین شیوع کلی تبخال لیبی عود کننده در دو گروه تحت مطالعه ما ۳۹/۶۸٪ گزارش شد.

در ارتباط با نتایج حاصل از ابتلا به تبخال لیبی عود کننده در طی یکسال گذشته، بیشترین تعداد افراد مبتلا به کادر پروازی قرار داشتند (۶۹/۶٪) و تنها ۴-۳۰٪ افراد مبتلا در کادر اداری قرار داشتند (جدول ۱) و در این متغیر هم تفاوت معنی‌داری بین دو گروه کادر پروازی و اداری وجود داشت ($p < 0.05$). همچنین شیوع افراد مبتلا به تبخال لیبی عود کننده در سال گذشته ۳۶/۵٪ از کل جمعیت مورد مطالعه ما را به خود اختصاص می‌دهد. نتایج حاصل از آزمون Chi-square نشان داد که در کادر پروازی که استرس بیشتری داشتند ابتلا به آفت دهانی و تبخال لیبی بالاتر بود.

بحث

عفونت‌های ویروسی با ویروس‌های HSV, HSV-I در تمامی جوامع انسانی گسترش یافته است که ماهیت نهفته و مضر دارند. مطالعه حاضر اولین مطالعه‌ای است که به مقایسه شیوع تبخال لیبی عود کننده در بین کادر اداری و پروازی در یکی از آژانس‌های هواپیمایی پرداخت. اهداف این مطالعه مشخص کردن نقش تاریخچه فامیلی، سن، وضعیت ازدواج، سطح اجتماعی، اقتصادی به عنوان عوامل زمینه ساز بیماری و بررسی ارتباط ریسک فاکتورهای احتمالی نظیر استعمال دخانیات، تابش اشعه خورشیدی، ترومای دندان پزشکی و دیگر شرایط اطراف دهانی یا بیماری مربوط می‌باشد. علیرغم تمامی تلاشی که جهت انتخاب نمونه توصیف کننده جمعیت هدف صورت پذیرفته است به دلیل کوچکی نسبی حجم نمونه وعدم وجود تجربیات قبلی، تفسیر نتایج مطالعه اخیر باید با احتیاط صورت پذیرد. شیوع تبخال لیبی عود کننده در جمعیت مورد مطالعه ۳۹/۶۸٪ می‌باشد (با در نظر گرفتن خطی ۴٪ مطالعه، شیوع حقیقی در محدوده ۳۴/۶-۴۲/۶٪ قرار دارد) که بایافته صانعی و همکاران (۱۶) که در مورد جامعه شهری تهران به دست آورده- اند شباهت دارد. همچنین مطالعه انجام شده توسط Young و همکاران در ایالات متحده (۱۵)، Darvazah در کشور اردن (۱۷)، یافته‌های مطابق با آنچه در مطالعه حاضر به دست آمده را نشان می‌دهند. با این حال این درصد در مقایسه با موارد گزارش شده در اسلوونی (۱۶٪) (۲۰)، سوئد (۱۷/۴٪) (۱۸) به صورت مشخص بالاست. در ضمن به تفکیک گروه‌ها، افرادی که سابقه ابتلا به تبخال لیبی عود کننده داشتند ۶۸٪ در کادر پروازی و تنها ۳۲٪ در کادر اداری قرار داشتند.

در مطالعه حاضر شیوع تبخال عود کننده در جمعیت مورد بررسی به دو صورت برآورده گردید. پاره‌ای از مطالعات شیوع تبخال را به صورت تاریخچه کوتاه مدت (یک یا دو ساله) و یا حتی به صورت موارد بالینی مشاهده شده در یک محدوده کوتاه زمانی برآورده کرده‌اند ولی در مطالعه ما هم سابقه تبخال لیبی در تمام طول عمر وهم در یک سال گذشته مورد بررسی قرار گرفت. معیار ما برای قرار دادن فرد در گروه موارد مبتلا به RHL اعلام شخصی فرد مبنی بر ابتلا به ضایعات عود کننده (Self-Report) بود. گروهی از مطالعات از جمله مطالعه

Young و همکاران (۱۵) معیارهای دقیق‌تری از جمله تیتراژ آنتی بادی ضد ویروس را هم به گزارش شخصی اضافه نموده- اند، علیرغم دقت بالاتر چنین مطالعاتی، با توجه به افزایش چشمگیر هزینه مربوط به آزمایشات سرولوژیکی، انجام مطالعات مشابه در حجم نمونه مطلوب نیازمند صرف هزینه‌های بالایی است. مقایسه نتایج یافت شده در مطالعات صورت گرفته در نواحی جغرافیایی مختلف ممکن است از لحاظ علمی صحیح نباشد. در منابع علمی شیوع تبخال لیبی عود کننده از حدود ۵ تا ۴۵٪ ذکر شده است و نتایج مشخصاً دور از یکدیگر در مقالات علمی منتشر گشته است. دلیل چنین مساله‌ای چندگانه است. این موضوع کاملاً متحمل است که گروه‌های مختلف مردم در نواحی جغرافیایی مختلف، به صورت متفاوتی نسبت به تبخال لیبی عود کننده مستعد باشند. توضیح محتمل دیگر ممکن است وجود تفاوت در توزیع سنی جمعیت‌های مورد بررسی در مطالعات مختلف باشد. همانطور که قبلاً هم اشاره شد، تفاوت در طراحی مطالعات مختلف، در نظر گرفتن معیارهای متفاوت جهت تعیین فرد مبتلا به RHL هم در این اختلافات دخیل است. از آنجائی که بیماری تبخال سرایت کننده است بررسی‌های بیشتری در اینخصوص لازم است. ۳۶/۵٪ از افراد مورد بررسی در مطالعه در طول سال گذشته به تبخال مبتلا شده‌اند و در طبقه بندی موارد تبخال فعال قرار می‌گیرد که ۶۹/۶٪ از افراد مبتلا در سال گذشته در کادر پروازی و ۳۰/۴٪ در کادر اداری قرار داشتند. مطالعه‌ای که در فرانسه توسط Derno و همکاران (۱۹) انجام پذیرفته نشان دهنده اطلاعات ناچیز مردم در زمینه ماهیت بیماری تبخال لیبی و نحوه سرایت آن می‌باشد. هر چند ویروس‌های HSV فرصت طلب هستند و در فرد با صلاحیت ایمنیروز نمی‌یابند ولی ماهیت مسری و انتقال دهنده این ویروس‌ها در فاز بیماری حائز اهمیت است. گزارشهای مربوط به مطالعات انجام شده در کشور آلمان و آمریکا توجه به عوارض عفونت‌های تناسلی هرپس (آنسفالیت نوزادان کانسر رحم) و از آنجا که اکثریت جامعه از ماهیت انتقال یابنده جنسی ویروس تبخال اطلاع ندارند، آموزش اصول بهداشت و پیشگیری بیماری به افراد جامعه به خصوص زوج‌های جوان ضروری به نظر می‌رسد. مطالعه فعلی نشان داد که رابطه معنی‌داری بین جنسیت و ابتلا

جدول ۱: توزیع فراوانی ابتلا به تبخال لبی عود کننده در سال گذشته

مجموع	کادر پروازی	کادر اداری	گروه ها	سابقه ابتلا
۴۰	۱۶	۲۴	تعداد	مبتلا نشده اند
٪۱۰۰	٪۳۷/۸	٪۶۲/۲	درصد	
۲۳	۱۶	۷	تعداد	مبتلا نشده اند
۱۰۰/۵	٪۶۹/۶	٪۳۰/۴	درصد	
۶۳	۳۲	۳۱	تعداد	مجموع
٪۱۰۰	٪۵۰/۸	٪۴۹/۲	درصد	

می‌باشد. البته با توجه به اینکه در ۵۰٪ موارد شیوع ایجاد ضایعات عود کننده قبل از سن ۱۰ سالگی صورت می‌گیرد (۱۵)، سابقه قرار گرفتن در معرض اشعه خورشیدی بخصوص در دوران بلوغ تنها یک Crude risk factor به شماره می‌آید و نمی‌تواند نشان دهنده اکتیو شده اشعه قبل از شروع بیماری باشد. به هر حال چنین رابطه‌ای ممکن است مربوط به ترومای بافتی یا عصبی باشد که شروع کننده زنجیره عود ضایعه است.

نتیجه گیری

در مطالعه حاضر بررسی بر روی نمونه به دست آمده از جمعیت مورد مطالعه رابطه معنی‌داری بین شیوع RHL و سابقه اشتغال در محیط‌های باز به دست نیاوردیم. Young و همکارانش (۱۵) نشان داده‌اند که افراد مبتلا به تبخال نسبت به گروه کنترل بیشتر در معرض اشعه خورشید قرار گرفته‌اند. در سایر مطالعات ارتباط معنی‌داری بین پاره ای از ریسک فاکتورهای مربوط به اعمال دندان‌پزشکی نظیر سابقه مراجعه به دندان-پزشک، سابقه کشیدن دندان، سابقه ترومای دندان‌پزشکی و استفاده از پروتزهای دندانی متحرک و سابقه مثبت RHL وجود دارد ولی در مطالعه ما با توجه به حجم نمونه، بررسی کاملی در این رابطه صورت نرفت.

به تبخال وجود ندارد. از مطالعات مشابه، به یافته‌های Miller (۲۰) و نیز Darvazeh (۱۷) می‌توان اشاره کرد در حالی که مطالعه صانعی و همکاران (۱۶) عکس این نتایج را بیان کردند. این مطالعات همچنین لزوم بررسی جامع گرایانه تبخال عود کننده و آفت عود کننده را ضروری دانسته‌اند. به نظر می‌رسد که پروسه پاتولوژیکی زمینه‌ای مشابه با یک فاکتور شناخته نشده در ایجاد هر دو ضایعه RAU, RHL ارتباط دارد. سابقه اشتغال در محیط‌های سرباز با توجه به قرار دادن فرد در معرض اشعه ماوراء بنفش خورشید، گرد و غبار و جریانات هوا به عنوان یک RiskFactor احتمالی ایجاد ضایعات تبخال مطرح

References

1. Miller CS, Redding SW. Diagnosis and management of orofacial herpes simplex virus infections. Dent Clin North Am 1992; 36(4): 879-95.
2. Galasso GJ, Whitley RJ, Merigan TC. Antiviral agents and viral diseases of man. 3rd ed. New York: Raven Press; 1990. p. 305-84.
3. Sanei, Maleki F, Behfar P. Epidemiologic study of labial herpes in different age groups with in the population of Tehran province in 1374. Pulse magazine. 1378; (5) 8:6-3.
4. Baron S. Medical microbiology. 3rd ed. New York: Churchill Livingstone; 1991.
5. Adel S. Simple oral herpes. Journal of Medical Council 1364. Ninth Year Issue 5 Page 72 - 361.
6. Wood NK, Goaz PW. Differential diagnosis of oral lesions. 4th ed. St. Louis: Mosby; 1991. p. 675-6.
7. Vinters HV, Wang R, Wiley CA. Herpesviruses in chronic encephalitis associated with intractable childhood epilepsy Hum Pathol 1993; 24(8): 871-9.
8. Winston DJ. Prophylaxis and treatment of infection in the bone marrow transplant recipient. Curr Clin Top Infect Dis 1993; 13: 293-321.
9. Wat PJ, Strickler JG, Myers JL, Nordstrom MR. Herpes simplex infection causing acute necrotizing tonsillitis. Mayo Clin Proc 1994; 69(3): 269-71.
10. Vinters Hv, Wang R, Wiley CA. Herpes virus in chronic encephalitis associated with intractable childhood epilepsy. Hum-pathol, 1993; 24(8): 871-9.
11. Bond PA. A Role for herpes simplex virus in the ethology of chronic fatigue syndrome and related disorders. Med-Hypotheses 1998; 40(5): 301-8.
12. (Ghaemmaghami A, Eghbali E. Oral lesions. 2nd ed. Tehran: University Jahad, University of Medical Sciences Shahid Beheshti; 2001. p. 60-85.

13. Wat PJ, Strickler JG, Myers JL, Nordstrom MR. Herpes simplex infection causing acute necrotizing tonsillitis. *Mayo Clin Proc* 1994; 69(3): 269-71.
14. Lynch MA, Brightman VJ, Greenberg MS. *Burket's oral medicine: diagnosis and treatment*. 9th ed. Philadelphia: Lippincott; 1994.
15. Young TB, Rimm EB, D'Alessio DJ. Cross-sectional study of recurrent herpes labialis. Prevalence and risk factors. *Am J Epidemiol* 1988; 127(3): 612-25.
16. Sanei A, Maleki F, Behfar P. Epidemiology Labial herpes in different age groups Tehran, 1374. Faiz, 1375. Sixth year, the fifth number. P.8-3.
17. Darwazeh AM, Pillai K. Oral lesions in a Jordanian population. *Int Dent J* 1998; 48(2): 84-8.
18. Axell T, Liedholm R. Occurrence of recurrent herpes labialis in an adult Swedish population. *Acta Odontol Scand* 1990; 48(2): 119-23.
19. Dreno B, Ramel F, Aymard M, Braig S, Judlin P, Malkin JE, et al. Herpes as viewed by the French: result of a survey conducted on 10,000 persons. *Pathol Biol* 2002; 50(7): 436-9.
20. Miller CS, Redding SW. Diagnosis and management of orofacial herpes simplex virus infections. *Dent Clin North Am* 1992; 36(4): 879-95.

Prevalence of recurrent herpes labialis separately in the flight crew and office staff of an airline company in 2008

Heidar Khademi*, Mohammadreza Salehi, Peiman Larizadeh

Abstract

Introduction: *Herpes labialis is important in dentistry because of its high prevalence. Herpes simplex virus (HSV) is responsive to treatment and infection control methods help protect patients and dental personnel. Due to high levels of stress in the flight crew this study evaluated the prevalence of recurrent herpes labialis in the personnel of an airline company.*

Materials and Methods: *In this cross-sectional descriptive analytical study, 63 personnel of an airline company referring to the company's dental facility in 2008 were selected. Questionnaire forms containing demographic data (age, sex, etc) and clinical evaluations were arranged. Then the relevant data was gathered with the questionnaires and clinical examinations. Data was analyzed with chi-squared test and t-test ($\alpha=0.05$).*

Results: *Overall prevalence of recurrent herpes labialis was 39.68% in the two groups under study. Of 63 questionnaires filled out 31 were related to the office staff and 32 to the flight crew. The highest prevalence of recurrent herpes labialis was observed in the flight crew (68%). Only 32% of the office staff had recurrent herpes labialis. Therefore, there was a statistically significant relationship between the two groups (p value < 0.05). The results of the chi-squared test showed that the flight crew who had higher stress levels had higher prevalence rates of recurrent herpes labialis.*

Discussion: *Under the limits of this study, it was concluded that flight crew had higher prevalence rates of recurrent herpes labialis compared to the office staff.*

Key words: *Flight crew, Office staff, Prevalence, Recurrent herpes labialis.*

Received:

Accepted:

Address: Associate Professor, Department of Oral Medicine, School of Dentistry, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.

Email: h_khademi@dnt.mui.ac.ir

Journal of Isfahan Dental School 2011; 6(6): 684-690.