

بررسی شاخص‌های سلامت دهان و دندان در جانبازان اعصاب و روان

دکتر سعید نصوحیان^۱، دکتر منصور ریسمانچیان^۲، دکتر محمد شاه ابوئی^{*}، دکتر عباس عطاری^۳،
مطهره محنتی^۴، حمید بدریان^۴، حسین گروهی^۴

چکیده

مقدمه: جانبازان اعصاب و روان به دلایلی مانند مصرف داروهای روان گردان، روحیات خاص و بعضاً بی توجهی به وضعیت ظاهری و بهداشت، و عوامل متعدد دیگر مشکلات دهانی-دندانی بیشتری دارند. هدف این مطالعه مقایسه سلامت دهان و دندان این گروه از جانبازان با یک گروه کنترل از میان خود آنان بود.

مواد و روش‌ها: این مطالعه توصیفی مقطعی، روی ۱۱۰ نفر از جانبازان اعصاب و روان مراجعه کننده به بیمارستان حضرت امیرالمؤمنین (ع) اصفهان که در حال درمان با داروهای روانگردان بودند، و ۱۱۰ نفر از جانبازانی که دارو مصرف نمی‌کردند انجام گرفت. برای هر دو گروه بیماران شاخص‌های pH، DMFT، بزاق، CPITN و پلاک ایندکس ثبت شد. اطلاعات با آزمون‌های t، من ویتنی و کای اسکور در سطح اطمینان ۹۵٪ آنالیز شد.

یافته‌ها: میانگین سن جانبازان گروه‌های مورد و شاهد به ترتیب ۴۴/۵ و ۴۱ سال بود. میانگین DMFT در گروه مورد ۱۷/۰۲ و در گروه کنترل ۱۰/۵ به دست آمد. (p value < ۰/۰۰۱) میانگین شاخص پلاک در گروه مورد ۱/۲۵ و در گروه کنترل ۱/۰۹ به دست آمد. (p = ۰/۰۵) در مورد CPITN تعداد سکستانها با score ۱۰ در گروه کنترل و score ۲، ۳، ۴ در گروه مورد مطالعه بیشتر به دست آمد که در مورد scoreهای ۳، ۲، ۱، ۰ (به ترتیب ۰/۰۴۷، ۰/۰۳، ۰/۰۵، ۰/۰۱۶) بین دو گروه تفاوت معنی‌دار وجود داشت. میانگین pH بزاق در گروه مورد مطالعه ۶/۱۱ و در گروه کنترل ۶/۳۴ بود (p value < ۰/۰۰۱).

نتیجه‌گیری: با توجه به محدودیت‌های این مطالعه جانبازان اعصاب و روان از نظر شیوع مشکلات دهانی دندانی گروهی پرخطر می‌باشند. توجه ویژه به وضعیت سلامت دهان و دندان در این بیماران ضروری به نظر می‌رسد.

کلید واژه‌ها: شاخص DMFT، شاخص CPITN، پلاک، پوسیدگی دندان، خشکی دهان، بیماران اعصاب و روان.

* استادیار گروه پرودنتیکس، دانشکده دندانپزشکی و عضو مرکز تحقیقات پروفیسور ترابی نژاد، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.
shahaboeei@dnt.mui.ac.ir

۱: استادیار گروه پروتزهای دندانی، دانشکده دندانپزشکی و عضو مرکز تحقیقات پروفیسور ترابی نژاد، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.

۲: دانشیار گروه پروتزهای دندانی، دانشکده دندانپزشکی و عضو مرکز تحقیقات پروفیسور ترابی نژاد، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.

۳: استاد گروه روانپزشکی کودکان و نوجوانان، مرکز تحقیقات علوم رفتاری، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.

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

این مقاله حاصل پایان‌نامه دوره دکتری حرفه‌ای در دانشگاه علوم پزشکی اصفهان می‌باشد.

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) ۷۴۲ تا ۷۴۹

مقدمه

پوسیدگی دندان و بیماری‌های لثه همچنان به صورت مشکل عمده‌ای در دندان‌پزشکی باقیمانده است و نه تنها از دیدگاه درمانی، بلکه اقدامات پیشگیرانه باید به طوری طرح ریزی شوند تا موجبات کاهش این مشکل را فراهم سازند و از طرفی بیماران زیادی هستند که حملات پوسیدگی و بیماری‌های لثه را بیشتر تجربه می‌کنند.

جانبازان اعصاب و روان که به دلیل عوارض ناشی از جنگ به اختلال PTSD (Post Traumatic Stress Disorder) مبتلا شده‌اند، به دلایل مختلف مانند مصرف داروهای روانگردان و سایکولوژیک، روحیات خاص و بی‌توجهی آنان به وضعیت ظاهری و بهداشت، وجود براکسیرم و عوامل متعدد دیگر پس از مجروحین فک و صورت بیشترین مشکلات دهانی دندان را در بین تمام جانبازان دارند [۱].

این گروه جانبازان، از بیمارانی هستند که برای کاهش علائم بیماری خود ملزم به مصرف داروهای سایکولوژیک برای دوره‌های طولانی مدت می‌شوند. از جمله داروهایی که برای درمان این گروه از بیماران به کار گرفته می‌شود، می‌توان به ضد افسردگی‌ها، ضد اضطراب‌ها، ضد تشنج‌ها، داروهای متعادل کننده خلق و... اشاره نمود [۱].

بیماران مبتلا به ناراحتی‌های پزشکی باید از نظر تغییر در شاخص پلاک، میزان جریان بزاق، مخاط دهان، لثه و دندان‌ها مورد ارزیابی قرار گیرند چرا که در خلال بیماری‌های سیستمیک حاد و مزمن، کاهش جریان بزاق بسیار رایج بوده و مسئول افزایش نگران کننده پلاک و کاهش اثر بافری بزاق همین کاهش جریان بزاق می‌باشد [۲].

در مطالعه‌ی Sjogren و همکاران [۳]. از شایع‌ترین عوارض جانبی داروهای اعصاب و روان به خشکی دهان اشاره شده است که این عامل خود می‌تواند سلامت دهان را تحت تأثیر قرار داده و خطر پوسیدگی‌های دهانی، بیماری‌های لثه و عفونت‌های دهانی را افزایش دهد. در تحقیقی که توسط Oraad و همکاران [۴] صورت گرفت علل اصلی فعالیت پوسیدگی بالا در بیماران اعصاب و روان را عادات غذایی نامناسب، بهداشت ضعیف دهانی و خشکی دهان عنوان کرده است.

Kumar و همکاران [۵] نیز عوامل مختلفی را در بهداشت ضعیف دهانی در بیماران اعصاب و روان عنوان نمود که می‌توان به رژیم غذایی نامناسب، داروها (که در کاهش جریان بزاق نقش مؤثری دارد) و بی‌تفاوتی این گروه بیماران نسبت به بهداشت دهان و دندان خود، اشاره نمود. در مطالعه Stiefel [۶] نیز به طور مشخصی خشکی دهان و وجود پلاک و جرم در گروه مورد مطالعه بیشتر بود.

Syegh و همکاران در مطالعه‌ای به بررسی نیازهای درمانی دندانپزشکی بیماران اعصاب و روان پرداخته و بیان نمودند که تعداد دندان پوسیده و از دست رفته در گروه مورد مطالعه بیشتر بود در حالیکه دندان‌های پر شده‌ی بیشتری در گروه کنترل گزارش گردید و در رابطه با شاخص CPITN، تعداد قسمت‌ها با نمره صفر و یک در گروه کنترل بیشتر بود. در حالیکه قسمت‌های با نمره ۲، ۳ و ۴ در گروه مورد مطالعه بیشتر بود.

Angelillo [۸] نیز در ایتالیا، DMFT بیماران اعصاب و روان را ۱۵/۵ و KENKRE [۹] در هند DMFT را برای این بیماران ۱۲/۸ و Lewis [۱۰] در انگلستان DMFT این بیماران را ۱۹/۱ و Pekha [۱۱] در شهر بنگال برای این بیماران DMFT را ۶/۱ عنوان کرد. در مطالعه Pekha [۱۱] نشان داده شد با افزایش سن و همچنین با افزایش مدت زمان بیماری بیماران اعصاب و روان، DMFT افزایش پیدا خواهد کرد.

در مطالعه Urek [۱۲] نشان داده شد هر چند تفاوت مشخصی در DMFT دو گروه وجود ندارد ولی در بیماران اعصاب و روان (PTSD) دندان‌های پوسیده و از دست رفته بیشتر و دندان‌های پر شده کمتری وجود دارد.

Anegelillo [۸] گزارش داد که فقط ۰/۹٪ از بیماران لثه‌ی سالم دارند، خونریزی موقع پروب در ۴/۶٪، وجود جرم در ۱۰/۱٪، پاکت کم عمق در ۱۹/۶٪ و پاکت عمیق در ۶۴/۸٪ از قسمت‌های مورد بررسی گزارش شد.

در مطالعه Velasco [۱۳] ۸/۵٪ از بیماران لثه سالم داشتند، خونریزی موقع پروب در ۱۴/۲٪، وجود جرم در ۴۳/۸٪، پاکت کم عمق در ۲۴/۶٪، و پاکت عمیق در ۸/۹٪ از

بیماران گزارش گردید. همچنین در این مطالعه بیان شد که این بیماران نیاز شدیدی به درمان‌های پیشگیرانه دارند.

مواد و روش‌ها

این مطالعه‌ی مشاهده‌ای مقطعی و گذشته‌نگر، بر روی ۱۱۰ نفر از جانبازان اعصاب و روان مراجعه کننده به درمانگاه اعصاب و روان بیمارستان امیرالمؤمنین (ع) اصفهان که به روش نمونه‌گیری آسان انتخاب شدند، صورت گرفت. پزشک متخصص اعصاب و روان جانبازان مرد با محدوده سنی ۳۰ تا ۶۰ سال را که حداقل به مدت ۲ سال تحت درمان دارویی بودند و فاقد بیماری‌های سیستمیک دیگر اثر گذار بر افزایش پوسیدگی دندان‌ها بودند که همکاری مناسب نیز جهت جمع‌آوری اطلاعات را داشتند، به واحد دندان‌پزشکی معرفی می‌کردند. برای گروه کنترل نیز ۱۱۰ نفر از جانبازان مراجعه کننده به همان مرکز در محدوده سنی ۳۰ تا ۶۰ سال که هیچ دارویی مصرف نمی‌کردند و به واحد دندان‌پزشکی مراجعه می‌کردند، به روش نمونه‌گیری آسان انتخاب شده و مورد معاینه قرار گرفتند.

معاینات به صورت پرسشنامه‌ای جهت هر بیمار آماده شده که پس از تکمیل قسمت مشخصات پرسشنامه معاینات کلینیکی نیز به شرح ذیل انجام شده و برای هر بیمار شاخص CPITN، DMFT، PI PH، بزاق محاسبه و در پرسشنامه‌ها ثبت گردید.

برای تعیین DMFT، از سوند و آینه استفاده شد. این شاخص دندان‌های پوسیده، کشیده شده و پر شده را بیان می‌کند. وقتی داخل نقطه‌ها، شیارها و یا سطوح صاف دندان‌های ضایعه‌ای نرم دیده می‌شد، این دندان پوسیده محسوب می‌شد. دندان‌های که یک یا چند سطح آن پرکردگی دائمی داشت و یا دندان‌های که به خاطر پوسیدگی و پرکردگی قبلی روکش شده بود، جزء دندان‌های پرکرده و دندان‌هایی که یا به علت پوسیدگی و یا به علت بیماری‌های لثه از دست رفته بودند را جزء دندان‌های کشیده شده محسوب می‌شدند [۱۴].

به این صورت شاخص DMFT برای هر بیمار محاسبه و در پرسشنامه یاد داشت می‌گردید.

در مرحله بعد برای تعیین PH بزاق بیماران، از دستگاه PH متر قلمی استفاده کردیم. این دستگاه در ابتدا به وسیله محلول‌های استاندارد تنظیم می‌گردید و سپس سر پروب آن به مدت چند ثانیه در داخل بزاق افراد داخل دهان قرار داده می‌شد و عدد PH بزاق هر بیمار در پرسشنامه ثبت می‌گردید.

برای تعیین CPITN از پروب پرپودنتال ویلیامز و آینه دندان‌پزشکی استفاده کردیم. برای انجام پروبینگ با نیروی مناسب (۷۵/۱۰ نیوتن)، پروب را موازی محور طولی دندان وارد شیار لثه کرده و به صورت حرکت Walking دور تا دور دندان حرکت می‌دهیم. [۱۵]. به این صورت دندان‌های $\frac{67}{76}$ | 1 | $\frac{67}{76}$ رادر ۶ نقطه مزیوباکال، میدباکال و دیستوباکال و مزولیونگوال، مید لینگوال و دیستولیونگوال مورد بررسی قرار دادیم. به این صورت که اگر لثه‌ای آن ناحیه سالم بود Score 0، اگر موقع پروب کردن خونریزی مشاهده می‌شد Score 1، اگر جرم فوق لثه‌ای یا زیر لثه‌ای مشاهده می‌گردید Score 2، اگر پاکت کم عمق (تا ۵ میلی‌متر) وجود داشت، Score 3 و اگر پاکت عمیق (بیش از ۵/۵ میلی‌متر) وجود داشت Score 4 داده می‌شد. بعد از آن بزرگترین عدد در هر سکستانت را به عنوان نمره نهایی آن سکستانت در برگه پرسشنامه‌ی هر بیمار ثبت نمودیم [۱۵].

۷. برای تعیین پلاک ایندکس قرص آشکار ساز را به هر بیمار دادیم و از او خواستیم قرص را کامل بجود و در تمام دهان پخش کند و بعد آب دهان خود را خارج کند. سپس ۶ دندان $\frac{1}{6}$ | 4 | $\frac{1}{6}$ را در چهار نقطه مزیوباکال، میدباکال و دیستوباکال و میدلیونگوال مورد بررسی قرار داده و بر اساس روش لثو وسیلنس به هر نقطه نمره‌ای اختصاص داده می‌شود به این صورت که اگر آن قسمت رنگی نشده بود. نمره صفر، اگر میزان رنگ کم بود نمره یک، اگر تجمع پلاک و میزان رنگ کمی بیشتر از قبلی بود نمره دو، و اگر آن قسمت به طور رنگی شده بود نمره سه می‌دادیم و به این ترتیب برای هر دندان ۴ عدد بدست آمد. میانگین این چهار عدد را به عنوان نمره پلاک ایندکس هر دندان، ثبت می‌گردید.

پس از تکمیل پرسشنامه‌ها اطلاعات با استفاده از آزمون‌های t-test من ویتنی و کای اسکور مورد آنالیز آماری قرار گرفت.

یافته‌ها

میانگین سال‌هایی که جانبازان اعصاب و روان مورد مطالعه تحت نظر پزشک متخصص بودند در این مطالعه ۱۳/۸ سال و میانگین تعداد مصرف دارو (تعداد قرص‌ها)، ۸/۶ بود. میانگین DMFT در گروه مورد مطالعه ۱۷/۰۲ و در گروه کنترل ۱۰/۵ به دست آمد. ($p \text{ value} < ۰/۰۰۱$) جدول شماره ۱ جزئیات این شاخص را به تفکیک در گروه مورد مطالعه و کنترل نشان می‌دهد.

میانگین نمره پلاک ایندکس در گروه مورد مطالعه ۱/۲۵ و میانگین آن در گروه کنترل ۱/۰۹ به دست آمد که آزمون آماری t-test نشان داد بین میانگین نمره PI در ۶ سکستانت در ۲ گروه تفاوت معنی‌دار وجود دارد ($p \text{ value} = ۰/۰۵$) جدول شماره ۲ جزئیات این شاخص را به تفکیک در گروه مورد مطالعه نشان می‌دهد. جداول شماره ۳ و ۴ نتایج مربوط به شاخص CPITN را در گروه مورد مطالعه و کنترل به تفکیک نشان می‌دهد.

جدول ۱: میانگین و انحراف معیار تعداد دندان پوسیده، کشیده شده و پر شده در دو گروه مورد مطالعه و کنترل

گروه	شاخص آماری	میانگین	انحراف معیار	P value
D	مورد مطالعه	۳/۱	۲/۶	۰/۴۷
	کنترل	۲/۸	۲/۵	
M	مورد مطالعه	۹/۵	۶/۳	$P < ۰/۰۰۱$
	کنترل	۳/۷	۴/۱	
F	مورد مطالعه	۴/۳	۴/۷	۰/۴۴
	کنترل	۳/۹	۲/۹	

جدول ۲: مقایسه نمره های پلاک ایندکس در دو گروه

P value	تعداد و درصد نمره پلاک ایندکس دندان‌های مورد آزمون		Plaque Index
	گروه کنترل	گروه مورد مطالعه	
۰/۴۰۳	۶۱ (۹/۶٪)	۴۷ (۸/۲٪)	PI0
۰/۰۶۹	۲۹۱ (۴۵/۷٪)	۲۳۲ (۴۰/۵٪)	PI1
۰/۰۲۷	۲۳۳ (۳۶/۶٪)	۱۷۵ (۳۰/۵٪)	PI2
$< ۰/۰۰۱$	۵۲ (۸/۲٪)	۱۱۹ (۲۰/۸٪)	PI3
	۶۳۷ (۱۰۰٪)	۵۷۳ (۱۰۰٪)	مجموع سطوح

جدول ۳: مقایسه تعداد، میانگین و انحراف معیار سکستانت‌ها با نمره (score) ۰، ۱، ۲، ۳، ۴ در دو گروه مورد مطالعه و کنترل

P value	گروه کنترل ۱۱۰ نفر			گروه مورد مطالعه ۱۱۰ نفر			CPITN
	انحراف معیار	میانگین	تعداد و درصد سکستانت‌ها	انحراف معیار	میانگین	تعداد و درصد سکستانت‌ها	
۰/۰۱۶	۲	۲/۲	۲۴۷ (۳۸/۸٪)	۱/۱	۰/۹	۹۷ (۱۶/۴٪)	CPITN0
۰/۰۰۵	۱/۳۶	۱/۷	۱۹۹ (۳۱/۲٪)	۱/۳۷	۱/۳	۱۶۱ (۲۷/۲٪)	CPITN1
۰/۰۰۳	۰/۷۹	۰/۶	۷۷ (۱۲/۱٪)	۱/۸	۱/۵	۱۷۰ (۲۸/۷٪)	CPITN2
۰/۰۴۷	۲/۴۴	۰/۹۶	۹۴ (۱۴/۸٪)	۱/۴۳	۱/۱	۱۳۳ (۲۲/۵٪)	CPITN3
۰/۰۳۵	۰/۶	۰/۱۹	۲۰ (۳/۱٪)	۰/۸	۰/۲۸	۳۱ (۵/۲٪)	CPITN4
		۶۳۷			۵۹۲		Total sextant examined

جدول ۴: مقایسه تعداد و درصد افراد برحسب بزرگترین کد CPITN تعلق گرفته به آن‌ها در دو گروه مورد مطالعه و کنترل

درمان مورد نیاز	بدون نیاز به درمان	رعایت بیشتر بهداشت	جرم‌گیری	طرح درمان	طرح درمان	مجموع
-----------------	--------------------	--------------------	----------	-----------	-----------	-------

	CPITN4 (پاکت عمیق)	CPITN3 (پاکت کم عمق)	CPITN2 (وجود جرم)	CPITN1 (فقط خونریزی لثه)	CPITNO (فاقد بیماری پریودنتال)	بزرگترین کد تعلق گرفته به هر فرد گروه
۱۱۰ نفر	۱۸(۱۶/۴٪)	۴۸(۴۳/۶٪)	۳۰(۲۷/۳٪)	۱۰(۹/۱٪)	۴(۳/۶٪)	مورد مطالعه
۱۱۰ نفر	۱۳(۱۱/۸٪)	۳۷(۳۳/۶٪)	۳۰(۲۷/۳٪)	۲۰(۱۸/۲٪)	۱۰(۹/۱٪)	کنترل
	۰/۳۳۳	۰/۱۲۸	۱	۰/۰۴۹	۰/۰۹۷	P value

میانگین PH بزاق در گروه مورد مطالعه ۶/۱۱ و در گروه کنترل ۶/۳۴ به دست آمد که با آزمون آماری t نشان داده شد در میانگین PH بزاق دو گروه تفاوت معنی دار وجود دارد ($P < 0.001$).

بحث

در رابطه با شاخص DMFT در این پژوهش، تعداد دندان پوسیده، کشیده شده و پر شده در گروه مورد مطالعه بیشتر از گروه کنترل بدست آمد ولی فقط در مورد تعداد دندان کشیده شده بین دو گروه، تفاوت معنی دار وجود داشت. در پژوهش‌هایی که توسط [۱۷] Urek، [۱۷] Zehrani، [۱۸] Ramon، [۷] Sayegh، صورت گرفته است، نتایج بدست آمده نشان داد تعداد دندان پوسیده و کشیده شده در گروه مورد مطالعه و دندان‌های پر شده در گروه کنترل بیشتر است. که این یافته‌ها نشان می‌دهد بیماران گروه کنترل در این مطالعات نسبت به بیماران اعصاب و روان به وضعیت بهداشت دهانی توجه بیشتری کرده اند و اقدام به پر کردن دندان‌های پوسیده نموده اند. علت اینکه میانگین تعداد دندان پر شده در گروه مورد مطالعه در این پژوهش بیشتر از گروه کنترل بدست آمد (هر چند از لحاظ آماری تفاوت معنی داری نداشت) احتمالاً به خاطر توجه بیشتری است که در سال‌های اخیر به این بیماران شده است و اکثر این بیماران وقتی با مشکل دندانی (مثل نیاز به ترمیم و عصب کشی) رو به رو می‌شدند احتمالاً به دلیل کم حوصلگی و مشکلات اقتصادی اقدام به کشیدن دندان می‌کردند که کشیدن دندان، برای بیمار مشکلات جدیدی بوجود

می‌آورد و هزینه‌هایی چون گذاشتن پروتز و اختصاص دادن وقت بیشتر برای چنین درمان‌هایی در پی داشت. بنابراین با توجه به این مشکلات، به مرور زمان این بیماران به جای کشیدن دندان اقدام به پر کردن و ترمیم آن می‌کردند. زیاد بودن تعداد دندان‌های پوسیده در گروه مورد مطالعه نسبت به گروه کنترل هم شاید به خاطر سهل‌انگاری این بیماران نسبت به بهداشت دهان خود، رژیم غذایی نامناسب و خشکی دهان ناشی از مصرف داروها باشد. در مطالعه ی [۷] Sayegh، شاخص پلاک بیماران اندازه‌گیری شده و نشان داده شد پلاک ایندکس با Score ۲،۱۰، در گروه کنترل بیشتر از گروه مورد مطالعه می‌باشد و PI۳ در گروه مورد مطالعه بیشتر از گروه کنترل می‌باشد که نتایج بدست آمده در این پایان‌نامه با نتایج بدست آمده در مطالعه فوق مشابه است. در مورد CPITN در گروه مورد مطالعه CPITN 2 و در گروه کنترل CPITN 0 بیشتر از بقیه Score‌ها بدست آمد. در مطالعات [۵] Kumar، [۱۳] Velasco، [۱۱] Pekha، [۷] Sayegh، نیز CPITN 2 در بیماران اعصاب و روان بیشتر بود (البته در این کشورها مطالعه به صورت ase-control انجام نشده بود ولی در مطالعه ی [۸] Anegellilo وجود پاکت عمیق در بیماران اعصاب و روان بیشتر از بقیه گزارش شد که شاید علت آن میانگین سنی بالای این بیماران باشد که ۵۵ سال گزارش شده است البته در مطالعه Lewis [۱۰]، CPITN1 بیشتر از بقیه Score‌ها بدست آمد هر چند میانگین سن بیماران حدود ۷۰ سال گزارش شده است که شاید علت آن توجه خاصی باشد که به بیماران در همان مراحل اولیه بیماری می‌شود تا از بروز بیماری‌های دهانی دندانی شدید تر جلوگیری شود. افزایش سن بیماران و

بیماران، مصرف انواع داروهای سایکولوژیک و عوارض آن‌ها که مهم‌ترین آن ایجاد خشکی دهان در این بیماران است، عدم آگاهی آن‌ها از عواقب عدم رعایت بهداشت دهان و دندان، وجود حالات افسردگی و کم‌حوصلگی و عدم وجود انگیزه در این بیماران جهت رعایت بهداشت دهان و دندان، به طور احتمال عدم وجود حمایت‌های اقتصادی کافی از طرف مسئولین جهت رسیدگی به وضعیت بیماری‌های دهانی دندان‌ها در این بیماران با توجه به وضعیت اقتصادی نامناسب بیشتر آن‌ها، عدم وجود آموزش‌های بهداشتی دهانی دندان‌ها ویژه این بیماران، وجود براکسیرم و عادات نامناسب دهانی و دندان‌ها، مصرف دخانیات، رژیم غذایی نامناسب، عدم وجود آموزش‌هایی مخصوص خانواده این بیماران و عوامل متعدد دیگر.

همچنین زیاد شدن طول مدت بستری بیماران اعصاب و روان و به طور کلی، طولانی بودن مدت بیماری، وجود استرس و افسردگی و مصرف دارو در این دوران در بیماران اعصاب و روان، از عوامل مهم و تاثیر گذار در بهداشت ضعیف دهانی این بیماران و به دنبال آن شیوع بیماری‌های پریودنتال در این گروه از بیماران است [۱۸].

نتیجه‌گیری

به طور کلی وضعیت بهداشت دهان و دندان در میان جانبازان اعصاب و روان نسبت به گروه کنترل نامناسب‌تر به نظر می‌رسد. عوامل زیادی را می‌توان در این امر دخیل دانست از جمله: عدم رعایت مناسب بهداشت دهان و دندان در این

References

1. Mirzaei J, Karami GH, Nuorbala A. Manual of post traumatic stress disorders. 1st ed. Tehran: Janbazan Medical and Engineer Research Center; 2007. p. 2-4, 106, 768-804.
2. Roberson TM, Heymann H, Swift EJ. Sturdevant's art and science of operative dentistry. 5th ed. St Louis: Mosby; 2006. p. 67-132.
3. Sjogren R, Nordstrom G. Oral health status of psychiatric patients. J Clin Nurs 2000; 9(4): 632-8.
4. Ogaard B, Koxvig IJ. Cariological conditions in patients in a psychiatric hospital in Norway. Nor Tannlaegeforen Tid 1991; 101(5): 144-7.
5. Kumar M, Chandu GN, Shafiulla MD. Oral health status and treatment needs in institutionalized psychiatric patients: one year descriptive cross sectional study. Indian J Dent Res 2006; 17(4): 171-7.
6. Stiefel DJ, Truelove EL, Menard TW, Anderson VK, Doyle PE, Mandel LS. A comparison of the oral health of persons with and without chronic mental illness in community settings. Spec Care Dentist 1990; 10(1): 6-12.
7. Sayegh F, Dababneh R, Rodan R. Oral health status and dental treatment needs among non- institutionalized psychiatric patients. JRMS 2006; 13(1): 27-31.
8. Angelillo IF, Nobile CG, Pavia M, De Fazio P, Puca M, Amati A. Dental health and treatment needs in institutionalized psychiatric patients in Italy. Community Dent Oral Epidemiol 1995; 23(6): 360-4.
9. Kenkre AM, Spadigam AE. Oral health and treatment needs in institutionalized psychiatric patients in India. Indian J Dent Res 2000; 11(1): 5-11.
10. Lewis S, Jagger RG, Treasure E. The oral health of psychiatric in-patients in South Wales. Spec Care Dentist 2001; 21(5): 182-6.
11. Rekha R, Hiremath SS, Bharath S. Oral health status and treatment requirements of hospitalized psychiatric patients in Bangalore city: a comparative study. J Indian Soc Pedod Prev Dent 2002; 20(2): 63-7.
12. Muhvic-Urek M, Uhac I, Vuksic-Mihaljevic Z, Leovic D, Bleic N, Kovac Z. Oral health status in war veterans with post-traumatic stress disorder. J Oral Rehabil 2007; 34(1): 1-8.
13. Velasco E, Bullon P. Periodontal status and treatment needs among Spanish hospitalized psychiatric patients. Spec Care Dentist 1999; 19(6): 254-8.
14. Kazem M. Epidemiological indices in dentistry research. Tehran: Shahid Beheshti Iranian Academic Center for Education Culture and Research; 1987. p. 7, 29-45.
15. Newman MG, Takei HH, Carranza FA, Klokkevold PR. Carranza's clinical periodontology. 10th ed. St. Louis: Saunders Elsevier; 2006. p. 70-90.
16. Chandra S. Textbook of operative dentistry: with MCQs. 1st ed. New Delhi: Jaypee Brothers Publishers; 2007. p. 156-82.
17. Zahrani AA. Dental health status of institutionalized Saudi male chronic drug abusers. The Saudi Dental Journal 2006; 18(1): 25-31.

18. Ramon T, Grinshpoon A, Zusman SP, Weizman A. Oral health and treatment needs of institutionalized chronic psychiatric patients in Israel. *Eur Psychiatry* 2003; 18(3): 101-5.

Archive of SID

Evaluation of oral health indexes in neurotic war veterans

Saeid Nosouhian, Mansour Rismanchian, Mohammad Shahabouei*, Abbas Attari, Motahareh Mehnati, Hamid Badrian, Hossein Goroohi

Abstract

Introduction: Neurotic war veterans have numerous oro-dental problems because of several factors, including the use of psychotropic drugs, peculiar mood, lack of attention to appearance and various other reasons. The aim of this study was to compare the oro-dental health in these veterans with a group among themselves.

Materials and Methods: This cross-sectional retrospective study was carried out on 110 neurotic war veterans referring to Amir-Al-Momenin Hospital in Isfahan, who were on psychotropic drugs and 110 veterans who did not take psychotropic drugs. For both groups DMFT, plaque index, CPITN and saliva pH were recorded. Data was analyzed by t-test and Mann-Whitney and chi-squared tests at 95% confidence interval.

Results: The mean age of the subjects in the case and control groups were 44.5 and 41 years, respectively. DMFT means in the case and control groups were 11.02 and 10.1, respectively (p value < 0.001). Means of plaque index in the case and control groups were 1.25 and 1.09, respectively (p value = 0.005). In relation to CPITN the number of sextants with scores 0 and 1 were higher in the control group and scores 2, 3, and 4 were more numerous in the study group; regarding scores 0, 1, 2, and 3 a significant difference was observed between the groups (p values of 0.16, 0.05, 0.03, 0.047, respectively). Means of saliva pH were 6.11 and 6.34 in the case and control groups, respectively (p value < 0.001).

Conclusion: Neurotic war veterans are high risk patients for oral and dental complications. Therefore, more attention should be paid to their oro-dental health.

Key words: CPITN Index, Dental caries, DMFT index, Plaque, Psychiatric patients, Xerostomia.

Received: 2 Dec, 2009 **Accepted:** 6 Jul, 2010

Address: Assistant Professor, Department of Periodontics, School of Dentistry and Torabinejad Dental Research Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.

Email: shahabooui@dnt.mui.ac.ir

Journal of Isfahan Dental School 2011; 6(6): 742-749.