

بررسی شیوع DMF و ارزیابی OHI-S در بیماران تالاسمی ۱۲ ساله به بالا مراجعه کننده به مرکز تالاسمی اهواز بیمارستان شفاء در سال ۱۳۸۱

لیلا بصیر^{۱*}، خدامراد زندیان^{۲*}، روزبه زندیان^{۳***}

چکیده

هدف: با توجه به شیوع بالای تالاسمی در استان و فراوانی مشکلات دهان و دندان در این افراد این مطالعه با هدف بررسی وضعیت پوسیدگی دندان و سطح بهداشت دهان و دندان در بیماران تالاسمی در مرکز تالاسمی اهواز، بیمارستان شفاء انجام گرفت.

روش بررسی: این مطالعه به روش توصیفی مقطعی و جمع آوری اطلاعات با استفاده از پرسشنامه و مشاهده مستقیم بر روی ۱۹۵ نفر (کل جمعیت بیماران تالاسمی) ۱۲ سال به بالا (۳۶-۱۲ سال) مراجعه کننده به مرکز تالاسمی اهواز صورت گرفت. ۱۶۶ نفر (۸۰ پسر و ۸۶ دختر) از کل بیماران تالاسمی ماژور داوطلبانه در این تحقیق شرکت داشتند. داده ها از طریق معاینه و مصاحبه در پرسشنامه هایی جهت دستیابی به میزان DMF^۱ و OHI-S^۲ وارد گردید. سپس داده ها از طریق آزمونهای T، همبستگی، و آنالیز واریانس مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفتند.

یافته‌ها: میانگین DMF در کل ۱۶۶ نفر ۹/۵، دندانهای پوسیده (D) ۸/۷۴، دندانهای پر شده (F) ۰/۳۳ و دندانهای از دست رفته یا ظاهر نشده (M) ۰/۵۴ بود. میانگین شاخص OHI-S ۲/۷۲، دبری نرم^۳ (DI) ۱/۲۰ و دبری سخت^۴ (CI) ۱/۵۴ بود. اکلوزن برحسب طبقه بندی انگل شامل کلاس I ۲۲/۸ درصد، کلاس II ۵۵/۱ درصد و کلاس III ۲۱/۶ درصد بدست آمد. رابطه عادت مسواک زدن با DMF معنی دار نبود اما این رابطه با وضعیت بهداشت دهان و دندان (OHI-S) از طریق آزمون T معنی دار بدست آمد ($p < ۰/۰۰۱$). مراجعه به دندانپزشک با OHI-S ارتباط معنی داری نشان ندارد، اما با DMF ارتباط معنی دار داشت ($p < ۰/۰۰۱$). ۹۵/۸ درصد کل افراد پیگماتاسیون لثه داشتند. از نظر وضعیت لثه ۶/۴ درصد طبیعی، ۵۲/۱ درصد التهاب خفیف، ۳۶/۵ درصد متوسط و ۶ درصد التهاب شدید داشتند. در مورد آگاهی از بهداشت دهان و دندان ۲/۴ درصد افراد خوب، ۴/۲ درصد متوسط و ۸/۸ درصد ضعیف بودند.

نتیجه گیری: این تحقیق نشان میدهد که بیماران تالاسمی ماژور نیاز به آموزش بهداشت دهان دارند زیرا شاخص DMF و دبری در آن ها بالا و OHI-S متوسط بوده و ۸۸ درصد افراد آگاهی از روشهای صحیح بهداشت دهان ندارند. هم چنین بیش از نیمی از این افراد دارای، مال اکلوزن کلاس II می باشند و احتمالاً ظاهر ناخوشایند آنها یکی از دلایل ترک تحصیل در آنها بوده است. به نظر می رسد با بهبود ظاهر و افزایش امید به زندگی در این بیماران می توان به مقدار زیادی سطح بهداشت و DMF را در آنان بهبود بخشید.

کلید واژه‌گان: DMF، OHI-S، بیماران تالاسمی ماژور

- 1-Decayed Missed Filled
- 2-Oral Hygiene Index Score
- 3- Debris Index
- 4-Calculus Index

*استادیار، مدیر گروه دندانپزشکی کودکان دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز

**استاد، گروه خون و سرطان کودکان مرکز تحقیقات تالاسمی و هموگلوبینوپاتی دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز

***دندانپزشک

۱- نویسنده مسؤل

دریافت مقاله: ۱۳۸۳/۱۱/۱۷ دریافت مقاله اصلاح شده: ۱۳۸۵/۵/۱۰ اعلام قبولی: ۱۳۸۵/۹/۵

مقدمه

شایعترین بیماری گریبانگیر جوامع بشری پوسیدگی دندان است که با وجود پیشرفت روز افزون علم دندانپزشکی هنوز اطلاعات کامل و جامعی در مورد عوامل ایجاد کننده آن به دست نیامده است. (۱) تالاسمی نیز شایعترین بیماری تک ژنی انسان است. کشور ما ایران به علت شرایط خاص جغرافیایی (قرار گرفتن روی کمربند تالاسمی دنیا) از کانونهای داغ انتشار این بیماری در جهان محسوب می شود. توزیع فراوانی تالاسمی در ایران ۵ تا ۱۰ درصد است. (۲ و ۳) توزیع و انتشار بیماری تالاسمی در شمال و جنوب ایران وقتیکه به حاشیه دریاها می رسیم بیشتر و در مرکز کمتر است. استان خوزستان جزء دومین منطقه شایع ایران است (استان مازندران در مکان اول قرار دارد). این بیماران دچار کم خونی مزمن مادرزادی هستند که غالباً از سن ۶-۳ ماهگی ظاهری گردد و برای تمام عمر باقی می ماند. (۴) چون مغز استخوان طبیعی به علت نقص ژنتیکی قادر نیست به اندازه کافی خونسازی کند، در نتیجه مغز استخوانهای پهن و سایر دستگاههای خون ساز،طحال و کبد بتدریج توسعه می یابند (۲)، و استخوانهای پهن بدن از جمله استخوانهای سروفاک و صورت حجیم شده، فک بالا بطرف پائین، استخوان گونه به طرف جلو، فک پائین به طرف پائین رشد می کند که سبب تغییر قیافه، بی نظمی و شلوغی دندانها در دهان می گردد. (۵ و ۶) کم خونی مزمن زودرس ترین عامل توقف رشد در دوران رشد سریع بدن در سال اول شیرخوارگی است، مگر اینکه بیمار تحت تزریق خون باندازه مناسب قرار گیرد. درمان با تزریق خون مکرر اگرچه ابتدا سبب افزایش رشد و نمو طبیعی می شود، اما بتدریج قبل و بعد از سن بلوغ بعلت افزایش قابل توجه آهن اضافی که از طریق تزریق خون وارد بدن می گردد (۷) و در اندامهای مختلف بدن نظیر قلب، کبد، غدد مترشحه داخلی رسوب می کند (۸)، سبب اختلال در کار این دستگاهها می گردد. وجود آهن اضافی یک درمان

جدید دیگر که تزریق طولانی مدت و سفراول برای خروج آهن اضافی است را برای بیمار الزامی می کند. اختلالات غددی، کاردیومیوپاتی، نارسایی قلبی و سیروز کبد از جمله عوارض آهن اضافی است. آهن اضافی هم چنین به شکل یک نوار رنگی کبود در حاشیه تحتانی لثه و در پوست نیز رسوب می کند. احتمال ابتلا به بیماریهای ویروسی مثل هپاتیت B، C و ایدز و سایر بیماریهای ویروسی از مشکلات عمده این بیماران است. (۹ و ۷). طبق آمار موجود شیوع هپاتیت C ۳۰ درصد (۱۰) و هپاتیت B ۲ تا ۳ درصد (۱۱) است. پوسیدگی دندانانی نیز در این بیماران نسبت به افراد طبیعی بیشتر است و قسمت اعظم این افراد از بهداشت دهان خوبی برخوردار نیستند. (۱۲) در بدلیل وجود مشکلات فراوان و درمانهای اولیه بسیار زیاد بیماران تالاسمی، درمان مشکلات دندانانی که ظاهراً در آنان نسبت به سایر درمانها یک درمان ثانویه تلقی می شود، می تواند عاملی پایدار در تغذیه بیماران و ایجاد امید به زندگی، خوشنودی و سلامت روانی و وادار کردن آنان برای ورود به عرصه های زندگی از طریق بهبود ظاهر باشد. (۱۳). لذا این تحقیق با هدف تعیین DMF و OHI-S در بیماران تالاسمی ماژور ۱۲ ساله به بالا در شهر اهواز صورت گرفت تا وضعیت پوسیدگی دندانانی و سطح بهداشت دهان و دندان در این بیماران جهت برنامه ریزی و اطلاع مراجع ذی صلاح مشخص گردد. از این رو ۱۶۶ نفر بیمار تالاسمی مورد معاینه و مصاحبه و آموزش بهداشت قرار گرفتند و نتایج مورد ارزیابی قرار گرفت.

روش بررسی

این مطالعه به روش توصیفی مقطعی و جمع آوری اطلاعات با استفاده از پرسشنامه و مشاهده مستقیم صورت گرفت. ۱۶۶ نفر از بیماران تالاسمی ماژور که برای خونگیری ماهانه به بیمارستان شفاء مراجعه می نمودند با آگاهی و رضایت کامل در این بررسی

می‌شود در غیر اینصورت اگر شکی وجود داشته باشد آن را سالم به حساب می‌آوریم.

Missed به دندان‌های اطلاق می‌شود که به علت پوسیدگی کشیده شده باشد.

Filled به دندان‌های اطلاق می‌شود که به دلیل پوسیدگی ترمیم شده باشد (۱)

ایندکس ساده شده بهداشت دهان (OHI-S) (۱) این روش بوسیله **Green** و **Vermilion** بیان گردیده است و به منظور تعیین یک شاخص ساده بهداشت دهان در مطالعات اپیدمیولوژیک بکار برده می‌شود. در این روش ۶ سطح از ۶ دندان مورد معاینه قرار می‌گیرد. این ایندکس بر اساس بررسی وجود جرم و دبری و عدم آن در سطح باکال دندان‌های ۳، ۸، ۱۴، ۲۴ بالا و پایین و سطح لینگوال دو دندان ۱۹ و ۳۰ مورد استفاده قرار می‌گیرد. الف - ایندکس ساده شده دبری (DI-S)

معیارهای زیر جهت تعیین میزان دبری هر سطح مورد استفاده قرار می‌گیرد. هر دندان به سه سطح لثه ای، میانی و انسیزالی تقسیم می‌شود. با قرار دادن یک سوند در ۱/۳ انسیزالی و حرکت آن به طرف ۱/۳ لثه ای درجه هر دندان تعیین و نمرات زیر داده می‌شود: ۰ = عدم وجود دبری
۱ = وجود دبری بر روی کمتر از ۱/۳ سطح دندان = ۲
وجود دبری بر روی بیش از ۱/۳ و کمتر از ۲/۳ سطح دندان = ۳
وجود دبری بر روی ۲/۳ یا بیش از ۲/۳ سطح دندان شاخص **DI - S** در هر شاخص بوسیله جمع زدن شاخص دبری هر سطح دندان‌های و تقسیم آن بر تعداد سطوح مورد معاینه بدست می‌آید.

ب - ایندکس ساده شده جرم (CI-S)^۲ توسط قرار دادن آرام یک سوند در داخل شیار لثه ای و کشیدن آن به سمت زیر لثه ای از ناحیه تماس دیستالی به طرف ناحیه میال انجام می‌گیرد. معیارهای زیر جهت درجه بندی هر دندان از نظر **CI-S** استفاده می‌گردد:

۰ = عدم وجود جرم = وجود کالکولوس فوق لثه ای بر روی کمتر از ۱/۳ سطح دندان = ۲
وجود جرم فوق لثه ای بر روی بیش از ۱/۳ و کمتر از ۲/۳ دندان و وجود جرم زیر

شرکت کردند. کل بیماران تالاسمی ۱۹۵ نفر است که ۲۹ نفر حاضر به مصاحبه و معاینه نشدند که علت عدم همکاری را ترس از دندانپزشکی و یا ترس از آلوده شدن به ویروس ایدز و هپاتیت بیان می‌نمودند معاینات در اطاق با استفاده از نور چراغ مطالعه بازو دار مهندسی و استفاده از آینه و سوند یکبار مصرف صورت گرفت. در برگه های معاینه شاخصهای **DMF (۱)** و وضعیت بهداشت دهان (OHI-S) (۱) بر اساس تعاریف سازمان بهداشت جهانی^۱ ثبت شد و پرسشنامه‌های تهیه شده حاوی اطلاعات لازم نیز تکمیل گردید. در پایان معاینات، آموزش بهداشت دهان و دندان و طریقه صحیح مسواک زدن برای بیماران تشریح گردید و نهایتاً علاوه بر توضیحات شفاهی یک بروشور (پمفلت) حاوی اطلاعات لازم در مورد بهداشت دهان مسواک زدن و بکاربردن نخ دندان به روش صحیح به بیماران تحویل گردید و افرادی که نیاز به درمانهای دندانپزشکی داشتند به دانشکده دندانپزشکی یا مراکز مناسب دیگر معرفی شدند. اطلاعات موجود در پرسشنامه ها از طریق آزمونهای آماری T، همبستگی و آنالیز واریانس مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت

- تعریف شاخص های بررسی شده در معاینه حضوری برای تشخیص پوسیدگی از تعریف سازمان بهداشت جهانی استفاده شده است. بر این اساس شاخص **DMFT** بدین صورت تعریف می‌شود.

Decayed هرگاه در سطوح صاف دندان‌های و یا در داخل نقطه ها و شیارها ضایعه ای دیده شود که زیر مینا خالی شده باشد یا کف و اطراف آن ضایعه نرم باشد، به عنوان دندان پوسیده محسوب می‌شود، همچنین هر دندان‌های که با یکی از مواد پرکردگی موقتی پانسمان شده باشد پوسیده به حساب می‌آید. چنانچه دندان پر شده ای باز هم پوسیدگی داشته باشد جزو دندان پوسیده آورده می‌شود. در مورد سطوح پروگزیمال نیز اگر در استفاده از سوند، نوک سوند وارد حفره شود تشخیص پوسیدگی داده

یافته ها

مقیاس OHI-S در هر شخص عبارتند از جمع مقیاسهای OHI-S = DI- و CI-S در همان شخص
 S+CI-S سطوح کلی بهداشت دهانی در رابطه با DI-S ،
 CI-S در هر شخص به قرار زیر است:
 ۰/۶ - ۰ = خوب ۱/۸ - ۰/۷ = متوسط ۳ - ۱/۹ = ضعیف
 سطوح کلی بهداشت دهانی در رابطه با OHI-S در هر شخص به قرار زیر است:
 ۱/۲ - ۰ = خوب ۳ - ۱/۳ = متوسط ۶ - ۳/۱ = ضعیف

- 1- Debrri IndexScore
- 2- Calculus IndexScore
- 3-World Health Organization

لته ای به مقدار کم ۳ = وجود جرم فوق لته ای به روی $\frac{2}{3}$ یابیش از $\frac{2}{3}$ سطح دندان و وجود جرم زیر لته ای به مقدار نسبتاً زیاد مقیاس CI-S در هر شخص توسط جمع مقیاسهای کالکولوس در هر سطح دندانی و تقسیم آن به تعداد سطوح مورد معاینه بدست می آید.

جدول ۱: فراوانی OHI-S ، CI ، DI ، DMF ، F ، M ، D در جمعیت بتاتالاسمی ۱۲ ساله به بالا شهر اهواز

OHI-S	CI	DI	DMF	F	M	D	
۱۶۶	۱۶۶	۱۶۶	۱۶۶	۱۶۶	۱۶۶	۱۶۶	فراوانی
۲/۷۲	۱/۵۴	۱/۲۰	۹/۵۱	۰/۳۳	۰/۵۴	۸/۷۴	میانگین
۰/۱۳۱	۰/۷۴	۰/۵۷	۵/۵۳	۱/۲۰۳	۱/۴۶	۴/۹۵	انحراف معیار

فراوانی افراد Caries free در این جمعیت ۲ نفر (۱۲ درصد) و DMF مساوی صفر ۱ نفر (۶ درصد) می باشد.

جدول ۲: ارتباط جنس با OHI-S و DMF در جمعیت بتاتالاسمی ۱۲ ساله به بالا

انحراف معیار	میانگین	فراوانی	جنس	
۵/۷۸۶۹	۹/۳۵۴۴	۷۹	مذکر	DMF
۵/۳۲۶۳	۹/۶۵۵۲	۸۷	مؤنث	
۱/۱۸۱۳	۲/۴۸۳۸	۷۹	مذکر	OHI-S
۱/۰۰۴۴	۳/۲۰۲۹	۸۷	مؤنث	

با استفاده از آزمون (T) مشخص گردید که مقدار OHI-S بین پسران و دختران اختلاف معنی دار نشان می دهد. (p < 0/001)

جدول ۳: ارتباط مسواک زدن با OHI-S و DMF در جمعیت بتاتالاسمی مازور ۱۲ ساله به بالا

انحراف معیار	میانگین	فراوانی	مسواک زدن	
۵/۶۱۳۷	۹/۵۸۲۲	۱۶۴	می زند	DMF
۴/۹۵۵۹	۹/۶۸۴۲	۱۹	نمی زند	
۱/۰۸۱۳	۲/۵۷۵۱	۱۶۴	می زند	OHI-S
۱/۷۰۷۳	۳/۹۲۴۲	۱۹	نمی زند	

با استفاده از آزمون (T) مقدار OHI-S اختلاف معنی دار نشان می دهد. (p < ۰/۰۰۱)

جدول ۴: ارتباط سطح تحصیلات با DMF و OHI-S در جمعیت بتاتالاسمی ماژور ۱۲ ساله به بالا

انحراف معیار	میانگین	فراوانی	سواد و تحصیلات	
۴/۶۶۱۵	۸/۲۰۷۲	۱۱۱	ترک تحصیل نکرده	DMF
۶/۲۲۸۲	۱۲/۱۴۵۵	۵۵	ترک تحصیل کرده	
۱/۰۸۵۸	۲/۴۸۳۸	۱۱۱	ترک تحصیل نکرده	OHI-S
۱/۰۷۴۸	۳/۲۰۲۹	۵۵	ترک تحصیل کرده	

با استفاده از آزمون (T) اختلاف در DMF معنی دار بود. ($p < 0/001$) و مقدار OHI-S نیز در ترک تحصیل کرده‌ها بالاتر است ($p < 0/002$)

جدول ۵: توزیع فراوانی سلامت لثه در جمعیت بتاتالاسمی ماژور ۱۲ ساله به بالا

درصد	فراوانی	سلامت لثه
۳/۶	۶	لثه طبیعی
۵۲/۱	۸۷	التهاب خفیف
۳۶/۵	۶۱	تورم و قرمزی
۶	۱۰	التهاب شدید
۹۸/۲	۱۶۴	جمع

جدول ۶: آگاهی از روش صحیح بهداشت دهان و دندان در جمعیت بتاتالاسمی ۱۲ ساله به بالا

درصد	فراوانی	آگاهی از روش بهداشت دهان و دندان
۲/۴	۴	خوب
۴/۲	۷	متوسط
۸۸	۱۴۷	ضعیف
۹۴/۶	۱۵۸	جمع
۶/۴	۹	پرسشنامه های حذف شده
۱۰۰ درصد	۱۶۷	جمع کل

جدول ۷: ضریب همبستگی بین سن با OHI-S ، CI ، DI ، DMF ، F ، M ، D در جمعیت بتاتالاسمی ماژور ۱۲ ساله به بالا

OHI-S	CI	DI	DMF	F	M	D	
-	+	-	+	-	+	+	سن
$r = 0/101$	$r = 0/177$	$r = 0/048$	$r = 0/480$	$r = 0/122$	$r = 0/509$	$r = 0/353$	
$P < 0/192$	$P < 0/02$	$P < 0/544$	$P < 0/001$	$P < 0/118$	$P < 0/001$	$P < 0/001$	P
N=۱۶۶	N=۱۶۴	N=۱۶۵	N=۱۶۶	N=۱۶۶	N=۱۶۶	N=۱۶۶	فراوانی N

بین سن افراد تالاسمیک با CI ، DMF ، M ، D همبستگی معنی دار وجود دارد.

-اما بین سن بتاتالاسمی ماژور و OHI-S ، DI ، F همبستگی معنی دار موجود نیست.

بحث

اگر تالاسمی را بعنوان یک گروه بیماری در نظر بگیریم که شایعترین اختلال یک ژن شناخته شده در انسان است، بنابراین لازم است که با بررسیهای مختلف دانستنی‌های خود را در مورد تغییرات دندانی و مخاطی ناشی از بیماری تالاسمی تکمیل کنیم تا بر اساس آن به پیشگیری و درمان بپردازیم. لازمه اقدامات پیشگیری از بیماری دهان و دندان در هر منطقه شناخت وضعیت و زمینه‌های موجود در آن منطقه می باشد و برای دسترسی به این منظور لاجرم باید به بررسی‌های آماری دقیق در جهت ثبت وضعیت و امکانات موجود بطور مستند و مستدل پرداخت و از این رو بدست آوردن شاخص DMF و OHI-S در جمعیت تالاسمی، مورد نظر و لازم است.

جامعه مورد بررسی در این تحقیق کل جمعیت بتاتالاسمی ماژور ۱۲ ساله به بالا مراجعه کننده به مرکز تالاسمی اهواز بیمارستان شفاء بود. میانگین DMF در ۱۶۶ نفر $5/5 \pm 9/5$ و OHI-S $0/13 \pm 2/72$ بدست آمد (جدول ۱).

DMF بین دختران و پسران اختلاف معنی دار نداشت اما OHI-S در دختران بالاتر از پسران بود ($p=0/001$) (جدول ۲). در این مقادیر MF, OHIS در گروههای خونی مختلف با یکدیگر اختلاف معنی دار نداشتند. در سال ۱۹۹۰ Leonardی (۱۴) نشان داد که میزان پوسیدگی در دختران و پسران تالاسمیک یکسان بوده ولی D Demattia (۱۵) و DMF پسران را بیشتر گزارش کرد. دکتر جابر انصاری (۱۶) در مروری بر DMF گزارش شده در ایران. محدوده سنی ۳۹-۱۵ سال، میانگین DMF را از حداکثر $0/5 \pm 9/8$ در استان زنجان تا حداقل $3/9 \pm 5$ در استان خوزستان اعلام کرد. و میانگین DMF در کشور $5/3 \pm 7/8$ بدست آمد با توجه به این آمار DMF افراد تالاسمیک اهواز ($5/5 \pm 9/5$) تقریباً ۲ برابر افراد سالم خوزستانی و ۱/۵ برابر

DMF کلی در کشور است. Siamopoulo (۱۷) در سال ۱۹۹۲ نشان داد که میانگین DMFT در بیماران تالاسمی ۲ برابر گروه شاهد است. آقای حسینی و شنبیدی (۱۸) در گزارش از ۹۸ بیمار تالاسمی از بیمارستان حضرت علی اصفهر DMFT را $3/72$ گزارش کردند که طیف سنی آنها ۱۹ سال برای پسران و ۱۵ سال برای دختران است اما در تحقیق تالاسمی اهواز طیف سنی ۱۲ تا ۳۶ سال است که تقریباً ۲ برابر سن بیماران تالاسمی مرکز علی اصفهر تهران می باشد و دلیل افزایش زیاد DMF در تحقیق حاضر مربوط به افزایش محدوده سنی جمعیت شرکت کننده می باشد. ضریب همبستگی (r) بین سن تالاسمی ماژور با CI, DI, DMF, F, M, D, CI, DI, DMF, F, M, D, OHI-S با استفاده از آزمون T و آنالیز واریانس نیز مؤید همین مطلب است به این ترتیب که مقادیر M, D, DMF و CI با افزایش سن همبستگی نشان می دهند (جدول ۷) از نظر قومیت‌های مختلف در استان مختلف در استان خوزستان قوم عرب زبان با فراوانی ۶۵ نفر از نظر DMF با غیر عرب زبان اختلاف معنی دار نداشت منتهی مقدار OHI-S در قوم عرب زبان بیشتر بود. ($p < 0/001$) از نظر سطح تحصیلات همانگونه که در جدول ۴ مشهود می باشد DMF و OHI-S افراد ترک تحصیل کرده (۵۵ نفر) با افراد ترک تحصیل نکرده (۱۱۱ نفر) اختلاف معنی دار دارد ($P < 0/001$) همانگونه که از آمار متوجه می شویم نیمی از افراد تالاسمیک به خاطر ایجاد تغییرات شدید در چهره و فقدان انگیزه جهت ادامه زندگی اجتماعی، ترک تحصیل کرده و از کار و فعالیتهای اجتماعی خودداری نموده و یا محروم می شوند و این گوشه گیری و عدم حضور در اجتماع و ناامیدی سبب دور ماندن این افراد از وسایل ارتباطی شده و با عدم رعایت مسائل بهداشتی سبب تشدید مشکلات دهان و دندان و بخصوص وضعیت بهداشتی بسیار پائین

ژنتیکی کم خونی مزمن، رشد غیر معمول استخوانهای فک و صورت و التهاب لثه و پوسیدگی دندان در آنان بالاتر از افراد طبیعی است. لذا موارد زیر جهت رفع این مشکلات پیشنهاد می گردد:

۱- آموزش بهداشت دهان و دندان به این افراد از طریق ایجاد واحدهای بهداشت دهان در مراکز درمانی که این افراد جهت خونگیری و معاینات ماهانه باید به طور منظم مراجعه داشته باشند.

۲- گذاشتن کلاسهای آموزش پیشگیری برای این افراد و قرار دادن امکانات پیشگیری در مراکز درمانی مربوطه
۳- افزایش امید به زندگی و ایجاد اعتماد به نفس در این بیماران از طریق مشاوره های بهداشتی و روانی که سبب می شود این افراد نکات بهداشتی را بیشتر پیگیری و رعایت نمایند.

با تشکر از مرکز تالاسمی بیمارستان شفاء که در انجام معاینات و در اختیار قرار دادن پرونده های بیماران نهایت همکاری را نمودند.

یادبود

در خاتمه گرامی میداریم یاد و خاطره همکار عزیزمان آقای دکتر روزبه زندیان را که در مراحل مختلف این مطالعه زحمات فراوانی کشید و خدمات ارزشمندی را به این گروه بیماران ارائه نمود.

روحش شاد و قرین رحمت الهی و یادش جاودان باد

در این افراد می گردد. بالا بودن شاخص OHIS و DMF در افراد ترک تحصیل کرده تالاسمیک مؤید همین مطلب است. همینطور با توجه به جدول ۵ بیش از ۵۰ درصد این افراد التهاب خفیف و قسمت اعظم آنها تورم، قرمزی و التهاب شدید در نسوج لثه دارند. آگاهی از روشهای صحیح رعایت بهداشت دهان و دندان در ۸۸ درصد موارد ضعیف می باشد و این امر نشان دهنده لزوم اطلاع رسانی به این قشر می باشد که در همین راستا در این مطالعه پس از معاینه هر بیمار آموزش بهداشت دهان و دندان بطور عملی به افراد داده می شد و یک پمفیل حاوی کلیه نکات ضروری بهداشت دهان و دندان به هر یک از افراد داده می شد. از نظر وضعیت اسکلتی فکین، بیش از نیمی از این افراد دارای مال اکلوزن کلاس II انگل می باشند و از انواع ناهنجاریها Over jet (۵۳/۳ درصد) و Open bite (۵۷/۵ درصد) بیشتر از سایر موارد دیده می شود. هم چنین لثه پیگمانته ناشی از رسوب آهن اضافی نیز در ۹۵/۸ درصد موارد در این افراد دیده شد.

نتیجه گیری

بدیهی است پیشگیری و آموزش بهداشت نقش بالایی در ارتقاء جامعه و توسعه سلامت دارد. با آموزش بهداشت و بکارگیری اصول پیشگیری می توان با هزینه های به مراتب کمتر از پیدایش مشکلات متعدد بیماریها و مصرف هزینه های گزاف درمانی پیشگیری کرد. در این بررسی مشاهده گردید که اطلاعات بیماران در ارتباط با مسائل بهداشت دهان و دندان بسیار کم است و به دلیل اختلال

منابع

۱-مهرداد ک: پوسیدگی دندان و پیشگیری، انتشارات دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی - ۱۳۷۶، ۵۴

2-Galanello R, Eleftheriou A, Synodionos Jt, " prevention of thalasse mias and other Haemoglobin disorders . Thalassaemia international fedration publication (3) Nicosia , cypras 2003 .

3-Beris pnotis , Regis D, philippe E. (1995) prevention of beta thalassaemia major and Hb Bart,s hydrops fetalis syndrom : Seminars in hematology 32.4 , 244-261 .

4-Habibzadeh F, Yadollahi M, Merat A, Haghshenas M, Thalassemia in Iran an over view, Archives Medicine 1998 vol -No I.

۵-حق شناس-م، زمانی-ج. کتاب تالاسمی انتشارات دانشگاه شیراز ۱۳۷۶ شماره ۱۷ صفحه ۲۲۷.

6-Zandian kh; Thirty years analysis of sol referral cases registered at Ahwaz thalassemia center, Th IEA Eastern Mediterranean Regional scientific meeting Dec 9-11 2003 Ahwaz Iran.

۷-زندیان -خ، بررسی رشد و نمو جسمی در ۳۲۴ بیمار مبتلا به تالاسمی ماژور اهواز. فصلنامه تالاسمی شماره ۱۳ سال ۱۳۷۷ صفحه ۴۷-۲۷.

۸-کلانتر هرمزی -ع، بازسازی صورت در بیماران بتاتالاسمی ماژور فصلنامه تالاسمی شماره ۱۲ - پائیز ۱۳۷۶ صفحه ۳۲-۲۸.

9-Weatherall D, clegg J. The thalassemia syndrom. Block well science 2001 pp 3-6.

۱۰-آذر کیوان -آ: هپاتیت در تالاسمی ماژور. فصلنامه تالاسمی شماره ۱۳ زمستان ۱۳۷۷.

۱۱-حسینی -م، منتظری -م، حجاری زاده -ب، علویان -س م: بررسی شیوع هپاتیت C,B در بیماران تالاسمی ماژور در استان سمنان. نشریه خون. مرداد ۱۳۸۲ صفحه ۲۲۶ - ۲۱۹.

12-Hettab FN, Hazzan OM, al - Rimawi HS: Carries risk in patient with thalassemia major. Int. Dental J. 2001, Feb 51 (1) 32-8.

13- Jurkiewicz MJ, pearson HA, Furlos LT, Surgical reconstruction of the maxilla in sever thalassemia. Plastic and reconstructive surgery. May 1969.

14- Leonardi R, Verzip C; Epidemiological survey of prevalence of dental caries in young thalassemia palients. Article in Italian 1990 Apr - Jun 10(2), 133-6.

15- De Mattia D, pettini PL, Sabato V, Rubini G; Oromaxill ofacial changes in thalassemia major minerva pediatri 1996, 48: 11-20.

۱۶-جابر انصاری -ز: مروری بر میزان DMF گزارش شده در سالهای ۷۱-۱۳۶۹. مجله دانشکده دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی سال ۱۳۷۸ جلد ۱۷ شماره ۴ صفحه ۲۵۴ - ۲۴۶.

17-Siamopoulua Mavridon A, Marvidis N, Galanakis E, Vasakos S: Flow rate and chemistry of parotid saliva related to dental caries and gingirits in patient with thalassemia major. Int J pediatric Dent 1992, 2: 93 - 97.

۱۸-آقا حسینی -ف، شنبیدی -م: اثر تالاسمی بر تغییرات دندانانی و DMF و تغییرات مخاطی و (GI) Gingival index. مجله دانشکده دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی سال ۱۳۷۹ جلد ۱۸ شماره ۳ صفحه ۱۹۲ - ۱۸۵.