Archive of SID

مجله پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تبریز
دوره ۳۰ شماره ۱ بهار ۱۳۸۷ صفحات ۱۴۲- ۱۳۹

بررسی علل کشیدن دندان دربیماران مراجعه کننده به بخش جراحی دهان و فک و صورت دانشکده دندانپزشکی تبریز

دکتر جواد یزدانی: استادیار جراحی دهان و فک و صورت، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز: نویسنده رابط
E-mail: ja_yazdani@yahoo.com
دکتر احسان خشابی: دندانپزشک
دکتر محمدعلی قویمی: دستیار جراحی فک و صورت، دا نشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز

دریافت: ۸۵/۲/۱۹، پذیرش: ۸۶/۱/۲۹

چکیده

زمینه و اهداف: حفظ دندانها و انساج حمایت کننده آنها تا سنین کهنسالی از یک طرف نشان از رعایت بالای بهداشت و از طرفی دیگر کارآمدی سیستم بهداشتی است. در مقابل، کشیدن دندان به علت تخریب بافتی به خصوص هنگامی که بیمار بنابر علل مالی قادر به حفظ آن نیست نشاندهنده عدم آگاهی بیماران و مشکلات سیستم بهداشتی بوده و موجب تاسف است. هدف از این مطالعه بررسی علل مختلف و میزان کشیدن دندان در دانشکده دندانپزشکی تبریز می باشد.

روش بررسی: در طی مطالعه توصیفی- مقطعی اطلاعات عمومی، علل کشیدن دندان و فراوانی آنها، وضعیت بهداشت دهان در بیماران مراجعه کننده به بخش جراحی دهان دانشکده دندانپزشکی تبریز از اسفند ۱۳۸۳ الی تیرماه ۱۳۸۴ در پرسشنامه ای ثبت گردید. بررسی رابطه میان علل کشیدن دندان با سایر متغیرهای مورد بررسی (مثل وضعیت سواد و...) توسط آزمون آماری Chi- Square در نرم افزار SPSS تحلیل شد.

یافته ها: از میان ۹۰۰ دندان کشیده شده، پوسیدگی با میزان ۴۰/۵٪، کشیدن دندان بعلت طرح درمان پروتزی با میزان ۳۵/۶٪ و بیماری پریودنتال با میزان ۱۵/۱٪ از علل عمده کشیده شدن دندانها و شایعترین دندان کشیده شده مولر اول مندیبل بود(۱۷/۵۲٪). میانگین تعداد دندانهای کشیده شده با سطح بهداشتی و تحصیلی آنها از لحاظ آماری رابطه معکوس و معنی داری داشت.

نتیجه گیری: پوسیدگی، طرح درمان پروتزی و مشکلات پریودنتال بیشترین علت کشیدن دندان بود. با توجه به نتایج به نظر می رسد که با افزایش بهداشت و پیشگیری اولیه می توان از شایعترین عوامل از دست دادن دندانها جلوگیری نمود.

کلید واژه ها: کشیدن دندان، پوسیدگی، بیماری پریودنتال

مقدمه

حفظ دندانها و انساج حمایت کننده آنها تا سنین کهنسالی از یک طرف نشان از رعایت بالای بهداشت و از طرفی دیگر کارآمدی سیستم بهداشتی است. یکی از مشکلات دهان و دندان در افراد جامعه، تخریب بافت دندان و یا انساج نگه دارنده آن می باشد که پیامد چنین تخریبی، صرف هزینه های زیادجهت دریافت خدمات درمانی پی در پی است که بخش عمده ای از طبقات اجتماعی از پرداخت آن ناتوان می باشند.

امروزه با پیشرفت های چشمگیر علم دندانپزشکی و با در نظر گرفتن نقش حیاتی دندان در زیبایی و مضغ حفظ دندانها حتی تا کهنسالی ضروری و ممکن می باشد. بطور کلی کشیدن دندان غیر نهفته در بزرگسالان از دید علمی به علل زیر می باشد:
- بیماریهای پریودنتال که در طی آن دندان به عللی مانند تحلیل یا پاکتهای عفونی، لق و کشیده می‌شود.

www.SID.ir

Archive of SID

– پوسیدگی های شدید که در آن بازسازی دندان امکان پذیر نباشد.
– ملاحظات پروتزی (Pre- prosthetic) که در شر ایطی دندان به علت پیچیده نمودن طرح درمان و یا بعلت چرخش مانع ثبات یا گیر پرو تز شده و کشیدن دندان باعث ارائه بهتر درمان پرو تزی می شود.
– ملاحظات ارتدنسی، بیشتر به درخواست متخصصان ارتدنسی برای ایجاد فضا در رفع مشکل کمبود فضا، یا نابجایی دندان که از طریق درمان ارتدنسی نمی توان آن را برطرف کرد.
به دلایل پاتولوژیک، (دندانهایی که در خط شکستگی قرار داشته و مانع ترمیم شکستگی هستند یا دندانهای درگیر در ضایعات پاتولوژیک و یا دندانهای که محل استقرار آنها بعداً در معرض پرتو درمانی قرار می گیرند و همچنین دندانهای شکسته و ترک دار و آنهایی که کانون عفونت هستند.
– دلایل دیگر، از جمله درخواست بیمار که یکی از دلایل غیر علمی است و آمار نسبتا بالایی را در برخی از مطالعات به خود اختصاص داده و بیشتر به علت مشکلات اقتصادی است.
– HULL و همکاران در گزارش خود علت کشیده شدن ۸۰ دندان را به ترتیب پوسیدگی (۳۷٪) و بیماران پریودنتال (۲۹٪) ذکر کردند، در مطالعه ایشان ۳۴٪ موارد به دلایل دیگری بوده است(۱).

Oginni در طی ۶ سال عامل کشیدن دندان را در نیجریه بررسی کرد و مشاهده کرد که بیشترین علت کشیدن دندان پوسیدگی و بیماری پریودنتال می باشد که به ترتیب حدود ۵۶و ۲۴ درصد از موارد را تشکیل می دادند(۲).

مطالعه Jovino- Silveira و همکاران در برزیل نتایج نشان داد علت کشیده شدن ۴۶۶ دندان به ترتیب پوسیدگی (۳۶/۳٪)، بیماریهای پریودنتال (۱۳/۱٪)، ارتدنسی (۱۲٪)، درخواست بیمار (۶/۹٪)، طرح درمان پروتزی(۳/۲٪)، پری کرونیت (۰/۹٪)، تروما (۰/۴٪) و سایر دلایل (۰/۲٪) بوده است(۳).

Cobert و Davis علت کشیده شدن ۸۵۱۶ دندان را در ۶۳۳۱ بیمار که نیمی از آنها مونث بوده اند، به ترتیب پوسیدگی (۶۰٪)، بیماریهای پریودنتال (۲۸٪) و دلایل دیگر (۱۲٪) گزارش کرده اند(۴).

Ong و همکاران در بررسی خود ۲۷۲ دندان کشیده شده را مورد مطالعه قرار دادند و پوسیدگی (۳۵/۸٪)، بیماریهای پریودنتال (۳۵/۴٪) ودلایل دیگر (۲۸/۸٪) را به عنوان عوامل کشیدن دندان گزارش کردند(۵).

Chestnutt و همکاران در مطالعه خود، علل کشیدن دندان را در طول یک هفته از ۱۳۹ دندان پزشک عمومی سوال کردند. نتایج نشان داد که علت کشیده شدن ۹۱۷ دندان به ترتیب پوسیدگی (۵۱٪)، بیماریهای پریودنتال (۲۱٪)، ارتدنسی (۱۱٪)، درخواست بیمار (۷/۵٪)، سایر دلایل (۵/۵٪) و شکست درمان اندو (۴٪) بوده است. نکته مهم دراین تحقیق در مقایسه با تحقیق مشابهی که بین سالهای ۱۹۸۴ تا ۱۹۹۴ در محل انجام این تحقیق (اسکاتلند) انجام شده بود، در مجموع نشانگر کاهش شدید موارد کشیدن دندان بود(۶). تا کنون مطالعه مشابهی در دانشکده دندانپزشکی تبریز صورت نگرفته بود لذا بر آن شدیم تا در یک مطالعه توصیفی اطلاعات لازم در این مورد را بدست آوریم.

مواد و روش ها

این مطالعه از نوع توصیفی می باشد که علل خارج کردن دندان را در بیماران مراجعه کننده به دانشکده دندان پزشکی به صورت مقطعی بررسی می کند. هدف کلی این تحقیق بررسی آماری علل کشیدن دندان در بیماران مراجعه کننده به دانشکده دندان پزشکی تبریز از اسفند ۱۳۸۳ تا تیر ماه ۱۳۸۴ (یک ترم تحصیلی) است. در طی مطالعه حاضر اطلاعات عمومی در مورد بهداشت دهان و دندان، علل کشیدن دندان و فراوانی آنها، وضعیت بهداشت دهان، شغل در بیماران مراجعه کننده بررسی گردید. اطلاعات مورد نیاز در این تحقیق از طریق مصاحبه، مشاهده و معاینه جمع آوری و در فرم های اطلاعاتی ثبت می شد. برای ثبت مشخصات فردی از خود بیمار سوال و هیچ گونه مدرکی جهت صحت گفته های بیمار درخواست نمی شد. بعد از معاینه کامل و مشاهده نگاره های رادیوگرافی موجود اتیولوژی دقیق خارج ساختن دندان برای هر مراجعه کننده ثبت می شد. برای این که معیارهای یک نواخت و مشترکی در تکمیل پرسش نامه وجود داشته باشد ابتدا توضیحات کامل راجع به تک تک سوالات مطرح شده در پرسش نامه داده می شد، و از آن جائی که این معیارها بر اساس معیارها و تعاریف مکتوب در پرسش نامه های سازمان جهانی بهداشت (WHO) که در مطالعات متعدد بررسی شده اند بدست آمده است(۱۰– ۷) لذا از اعمال سلیقه شخصی در تکمیل پرسش نامه جلوگیری می شد. کلیه بیمارانی که جهت خارج کردن یک یا چند دندان خود به دانشکده دندانپزشکی مراجعه نموده و بنا به تشخیص متخصص جراحی دهان و فک و صورت کشیدن دندان آن ها ضروری بود، مورد مطالعه قرار گرفته اند. نمونه گیری به روش ساده بوده است. بدین ترتیب که تمام بیمارانی که در زمان اجرای طرح مراجعه نموده و دارای شرایط لازم جهت ورود به مطالعه بودند مورد بررسی قرار گرفتند. اطلاعات بدست آمده در نرم افزار SPSS نسخه ۱۳ وارد و در نهایت، نتایج با استفاده از تست های توصیفی استخراج و جداول و نمودارهای فراوانی تنظیم شد. در مواردی که وجود اختلاف در گروه های مختلف با هم مقایسه شد از تست آماری Chi- Square استفاده گردید.

یافته ها

در کل تعداد ۳۵۰ بیمار جهت کشیدن دندان به این مرکز مراجعه و تعداد ۹۰۰ مورد کشیدن دندان‌های دائمی (۵۲۲ عدد در زنان ۳۷۸ عدد در مردان) صورت گرفت. از این تعداد ۱۷۸ نفر

www.SID.ir

Archive of SID

زن(۵۳/۴٪) و ۱۶۳ نفر مرد(۴۶/۶٪) بودند که اختلاف آماری در تعداد دندانهای کشیده شده بین دو جنس معنی دار نبود ($P> ۰/۰۵$).

ارتباط بین سن بیماران و تعداد دندانهای کشیده شده از لحاظ آماری معنی دار بود($P<۰/۰۵$).

بیشترین مراجعه کنندگان متعلق به رده سنی ۴۹- ۴۰ سال بوده و کمترین مراجعه کنندگان را افراد بالای ۶۰ سال تشکیل می داد.

بیش ترین شغل در مردان کارمندی ۳۰/۱٪ و در زنان خانه داری ۷۹/۷٪بود.حدود ۳۰/۲٪ از افراد مراجعه کننده بی سواد بوده و تنها ۱۰/۹ افراد تحصیلات عالی داشتند.

مولر اول پایین بیشترین و قدامی های پایین کمترین دندانهای کشیده شده بودند.

مطالعه نشان می دهد حدود ۵۸/۶٪ مراجعین (۲۰۲ نفر) از وضعیت بهداشت دهان و دندان ضعیف برخوردار بودند و تنها ۴/۳٪ افراد (۱۵ نفر) وضعیت بهداشت دهان و دندان خوب داشتند. ازلحاظ آماری اختلاف معنی داری میان وضعیت بهداشت دهان و دندان بین دو جنس مشاهده نشد.

علل کشیدن دندان در جدول ۱ آمده است.

بررسی فراوانی پوسیدگی غیرقابل ترمیم نشان می دهد که از بیماران مراجعه کننده به این علت ۴۳٪ زن و ۵۲٪ مرد بوده اند.

دندان های خارج شده به دلیل بیماریهای پریودنتال بیش تر دندان های قدامی بودند(۵۴/۹٪).

بررسی فراوانی علت عدم توانایی مالی نشان می دهد که از بیماران مراجعه کننده به این علت ۷٪ زن و ۳/۷٪ مرد بودند.

ارتباط معنی دار معکوسی بین میزان تحصیلات و وضعیت بهداشت دهان و عدم توانایی مالی با تعداد دندان های کشیده شده وجود دارد($P<۰/۰۵$).

میا نگین تعداد دندا نهای کشیده شده به ازاء هر فرد در حدود ۲/۶ دندان بود.

جدول ۱: توزیع فراوانی علل خارج نمودن دندان در بیماران مراجعه کننده به بخش جراحی دانشکده دندانپزشکی تبریز از اسفند ۸۳ الی تیر ۸۴ (برحسب تعداد بیماران)

علت خارج نمودن دندان	تعداد بیمار	درصد
پوسیدگی غیرقابل ترمیم	۱۶۴	۴۹/۷
به دلیل طرح درمان پروتزی	۸۰	۲۲/۹
بیماری پریودنتال پیشرفته	۴۲	۱۲
عدم توانایی مالی	۱۹	۵/۴
دندان نهفته یا اضافی در فک	۵	۱/۴
به دلیل ارتدنسی	۱	۰/۳
به دلیل زیبایی	۲	۱/۷
دندان درگیردر ضایعه پاتولوژیک از قبیل کیست یا تومور	۳	۰/۹
به دلیل پرتو درمانی	۵	۱/۴
قرارگیری دندان در خط شکستگی	۸	۲/۲۷
شکست عمودی دندان	۵	۲/۳
جمع	**۳۵۰**	**۱۰۰**

بحث

تحقیقات مشابهی در کشور ما در دانشکده های دندانپزشکی تهران، شهید بهشتی، مشهد و همدان و نیز طرح های مشابهی در کشورهای انگلستان، ایتالیا، کانادا، سنگاپور، ژاپن، آلمان، هنگ کنگ و تانزانیا طی ده سال گذشته انجام شده است.

لذا نیاز به انجام مطالعه در این زمینه از بین نرفته و انجام تحقیقات گسترده در دهه ی ۹۰ و حال حاضر دلیل بر اهمیت این مسئله است.

میزان مراجعه زنان نسبت به مردان بر خلاف مطالعه Hassan بیشتر بود(۱۱) می تواند بعلت حساسیت بیشتر آنها به زیبایی و مشغله کمتر آنها نسبت به مردان باشد. در ضمن بیشتر دندانهای کشیده شده همانند مطالعه Oginni مربوط به فک پایین بود(۲).

در تحقیق ما پوسیدگی بیش ترین علت کشیدن دندان بود که با تحقیقات Hull در منچستر (۱) و Angelillo در ایتالیا(۱۲) و Oginni در نیجریه (۲) همسان بود اما بر خلاف تحقیقات مذکور عامل پروتز بیش از بیماری های پریودنتال علت کشیدن دندان بود.

این امر می تواند به علت عدم آگاهی بیماران از مضرات و معایب استفاده از پرو تز و پایین بودن سطح بهداشت دهان و دندان وعدم توجه بیماران به حفظ و نگهداری دندان ها باشد. هم چنین عدم توانایی مالی در درمان دندانها، نقش مهمی را در تمایل بیماران به استفاده از پروتز نشان میدهد. بیشترین دندانهای کشیده شده در تحقیق حاضر مولرها بودند که این امر می تواند به علت نقش کلیدی و در نتیجه در معرض پوسیدگی بیشتر آنها باشد. از سوی دیگر کمترین میزان کشیدن دندان مربوط به ثنایای فکین بود که احتمالاً بیانگر تمایل افراد به حفظ دندانهای مذکور به دلایل زیبایی باشد هر چند که بار کمتر مضغی و موقعیت قرارگیری قدامی آنها باعث کاهش آسیب پذیری آنها به پوسیدگی میشود.

بیشترین رده سنی مراجعه کننده گان(۴۹- ۴۰) نشان دهنده سن پایین شروع بی دندانی در جمعیت مورد بررسی می باشد. همچنین در مطالعه ما افراد۱۹- ۱۰ ساله ۱۴ درصد مراجعه کنند گان را تشکیل میدادند که با توجه به فراوانی بسیار اندک کشیدن بعلت ارتودنسی نشاندهنده آغاز زود هنگام شروع بی دندانی خواهد بود.

در تحقیق ما نیز ارتباط بین سن بیماران و تعداد دندان های کشیده شده مثبت بود($P<۰/۰۵$). یعنی با افزایش سن تعداد دندانهای کشیده شده بیش تر می شد. و بیش تر دندانهای قدامی فک پایین و کانین ها به علت بیماری پریودنتال خارج می شدند که مشابه نتایج تحقیق Ong در سنگاپور بود(۵).

در مطالعه جالبی McCaul و همکاران در ۲۰۰۱ و در طی یک بررسی پانزده ساله در اسکاتلند اعلام کردند که دلایل ارتودنتیک در رده سنی ۰- ۲۰ سال و پوسیدگی در رده سنی بالای ۲۰ سال بیشترین علت کشیدن دندان بود و این بر خلاف مطالعه ای بود که در سال ۱۹۸۴ و در همان کشور انجام شده بود که در آن زمان به ترتیب پوسیدگی و بیماریهای پریودنتال در رده های سنی مذکور

www.SID.ir

Archive of SID

بیشترین علت کشیدن دندان بود(۱۳). به نظر می رسد که وضعیت کنونی ایران همانند برهه ۱۹۸۴ اسکاتلند باشد. یافته فوق نشاندهنده اهمیت آموزش در امر کنترل پوسیدگی و از دست دادن دندان متعاقب آن می باشد که می تواند بعنوان الگویی در کشورمان مطرح شود.

تحقیق حاضر کشیدن دندان به علت بیماری های سیستمیک، قرار داشتن دندان در خط شکستگی فکین و شکستگی تروماتیک (غیر قابل ترمیم) دندان نیز مشاهده شد ولی مراجعین به دلیل رادیوتراپی و درگیری پاتولوژیکی نیز بسیار کم بودند که این امر شایدبه علت مراجعه بیماران به مرکز تخصصی دیگر و نادر بودن علت های مذکور باشد.

نتیجه گیری

پوسیدگی، طرح درمان پروتزی و مشکلات پریودونتال بیشترین علت کشیدن دندان بود. به نظر می رسد که با افزایش بهداشت و پیشگیری اولیه می توان از کشیدن دندان جلو گیری نمود.

References

1. Hull PS, Worthington HV, Clerehugh V, Tsirba R, Davies RM, Clarkson JE.The reasons for tooth extractions in adults and their validation. *J Dent 1997*; **25**(3-4): 233-7.
2. Oginni FO.Tooth loss in a sub-urban Nigerian population: causes and pattern of mortality revisited. *Int Dent J* 2005; **55**(1): 17-23.
3. Jovino-Silveira RC. Primary reason for tooth extraction in a Brazilian adult population. *Oral Health Prev Dent* 2005; **3**(3): 151- 7.
4. Corbet EF, Davies WI. Reasons given for tooth extraction in Hong Kong. *Community Dent Health* 1991; **8**(2): 121-30.
5. Ong G, Yeo JF, Bhole S. A survey of reasons for extraction of permanent teeth in Singapore. *Community Dent Oral Epidemiol* 1996; **24**(2):124-7.
6. Chestnutt IG, Blnnie VI, Taylor MM. Reasons for teeth extraction in Scotland. *J Dent* 2000; **28**(4): 295-97.
7. Da'ameh D. Reasons for permanent tooth extraction in the North of Afghanistan. *J Dent* 2006**; 34**(1): 48-51.
8. Jun Aida, Yuichi Ando, Rahena Akhter, Hitoshi Aoyama, Mineo Masui and Manabu Morita. Reasons for Permanent Tooth Extractions in Japan. *J Epidemio* 2006; **16**: 214-219.
9. AI-Shammari KF, AI-Ansari JM, AI-Melh MA, AI-Khabbaz AK. Reasons for tooth extraction in Kuwait. *Med Princ Pract* 2006; **15**(6) :417-22.
10. Unluer S, Gokalp S, Dogan BG. Oral health status of the elderly in a residential home in Turkey. *Gerodontology* 2007; **24**(1): 22-9.
11. Angelillo IF, Nobile CG, Pavia M. Survey of reasons for extraction of permanent teeth in Italy. *Community Dent Oral Epidemiol* 1996; **24**(5): 336-40.
12. Hassan AK. Reasons for tooth extraction among patients in Sebha, Libyan Arab Jamahiriya: a pilot study. *Eastern Mediterranean Health Journal* 2000; **6**(1): 176-178.
13. McCaul LK, Jenkins WM, Kay EJ. The reasons for extraction of permanent teeth in Scotland: a 15-year follow-up study. *Br Dent J* 2001; **190**(12): 558-62.

www.SID.ir