

## مقاله مروری Review article

### عادت‌های مضر دهانی

دکتر صغری یاسائی\*      دکتر حسین عقیلی\*

### Deleterious Oral habits

S Yassaei✉      H Aghihi

دریافت: ۸۴/۳/۳۰      پذیرش: ۸۵/۲/۲۰

#### \*Abstract

Oral habits are learned patterns of muscle contraction and have a very complex nature. They are associated with anger, hunger, sleep, tooth eruption, and fear. Some children even display oral habits for release of mental tension. These habits might be nonnutritive sucking (thumb, finger, pacifier and or tongue), lip biting, nail biting and bruxing events. As these habits can result in damage to dentoalveolar system, hence, dentists play a crucial role in giving necessary information to parents. This information includes relevant changes in the dentoalveolar system and the methods to stop oral habits. Also, a dentist is required to treat the ensuing malocclusion.

**Keywords:** Habits, Fingersucking, Nail Biting, Bruxism, Clenching

#### \* چکیده

عادت‌های دهانی الگوهای آموخته شده انقباض عضلانی هستند که ماهیت پیچیده‌ای دارند و در مواقع عصبانیت، گرسنگی، رویش دندان یا هنگام ترس بروز می‌کنند. برخی از کودکان به منظور کاهش فشارهای روانی خود به عادت‌های دهانی مانند مکیدن غیر تغذیه‌ای (شست، انگشت، پستانک یا زبان)، جویدن ناخن و رخدادهای بروکسینگ روی می‌آورند. از آنجا که این عادت‌ها موجب آسیب به سیستم دندانی-فکی می‌شود، دندان‌پزشکان باید اطلاعاتی را درباره تغییرات ایجاد شده در سیستم دندانی کودک و راه‌های ترک عادت در اختیار والدین قرار دهند و همچنین مشکلات ایجاد شده را درمان نمایند.

**کلیدواژه‌ها:** عادت‌ها، مکیدن انگشت، جویدن ناخن، بروکسیزم، دندان قروچه

\* استادیار ارتودنسی دانشکده دندان‌پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد  
آدرس مکاتبه: یزد، انتهای بلوار دهه فجر، دانشکده دندان‌پزشکی، بخش ارتودنسی، تلفن ۰۹۱۳۱۵۳۴۴۳۷

## \* مقدمه :

توجه قرار گیرند تا ثبات درمان افزایش یابد و برگشت مال اکلوژن به حداقل برسد.<sup>(۵)</sup>

با توجه به اهمیت عادت‌های مضر دهانی تعدادی از این عادت‌ها شامل مکیدن انگشت، جویدن ناخن، جویدن یا مکیدن لب، مکیدن زبان، فشردن دندان‌ها و دندان قروچه در این مقاله مورد بحث قرار می‌گیرند.

## \* مکیدن انگشت :

مکیدن انگشت (اعم از انگشت شست و سایر انگشتان) به عنوان شایع‌ترین عادت دهانی مطرح و میزان شیوع آن از ۱۳ تا ۱۰۰ درصد در بعضی جوامع در طول دوره نوزادی گزارش شده است. شیوع این عادت با افزایش سن کاهش می‌یابد و اغلب تا چهار سالگی ترک می‌شود.<sup>(۱)</sup>

اگر نوزاد در سال اول زندگی این عادت را انتخاب کند نباید بلا فاصله از آن گرفته شود بلکه والدین باید به آرامی دست کودک را به دور از دهان وی حرکت داده و توجه او را به طرف اسباب بازی مطلوب او سوق دهند. بعد از دو سالگی مکیدن انگشت کاهش می‌یابد و فقط در رختخواب یا زمانی که کودک تحت تنش و خستگی است، تظاهر می‌کند.<sup>(۱)</sup> تعدادی از کودکانی که این عادت را در چهار سالگی ترک نکرده‌اند با شروع رویش دندان‌های دائمی آن را ترک می‌کنند. البته ممکن است این عادت در سراسر دوران کودکی حفظ شود و حتی در بزرگسالی نیز ادامه یابد.<sup>(۶)</sup>

مداومت عادت دهانی به محرک‌های جسمانی و روحی فرد ارتباط دارد به طوری که کودکان خانواده‌های تحت تنش نظیر خانواده‌های آسیب دیدگان به عبارتی کودکانی که پدرانشان به یکی از گروه‌های آزادگان، جانبازان و شهدا تعلق دارند عادت دهانی را بیش‌تر از سایر کودکان نشان می‌دهند. البته کودکان خانواده جانبازان بیش‌تر از سایر ایثارگران به عادت دهانی روی می‌آورند.<sup>(۷)</sup>

مکیدن انگشت به دو صورت دیده می‌شود :

(۱) فعال : در حین مکیدن در این روش نیروی سنگینی توسط عضلات اعمال می‌شود و هنگامی که این عادت

عادت عملی تکراری است که به طور خود به خود انجام می‌شود و آمادگی قبلی برای انجام آن لازم نیست. رفتارهای کلیشه‌ای یا تکراری در دوران کودکی شایعند و عوامل زیست‌شناختی و محیطی در علت و حفظ این رفتارها بسیار اهمیت دارند. بیش‌تر آنها خود به خود شروع و برطرف می‌شوند. یکی از شایع‌ترین رفتارهای تکراری در دوران نوزادی مکیدن دست است.<sup>(۱)</sup> واکنش مکیدن حدود بیست و نهمین هفته زندگی جنینی پدیدار می‌شود و یکی از اولین الگوهای رفتاری پیچیده است که در نوزاد بروز می‌کند.<sup>(۲)</sup> مکیدن دست در ۸۹ درصد نوزادانی که به صورت طبیعی تکامل می‌یابند در ماه دوم و در ۱۰۰ درصد بچه‌ها در اولین سال زندگی دیده می‌شود.<sup>(۳)</sup>

از آنجایی که دهان ناحیه اولیه و دائمی در بروز احساسات محسوب می‌شود و در واقع یک منبع تسکین هیجان و اضطراب در کودکان و حتی بزرگسالان است. تحریک این ناحیه با زبان، انگشت، ناخن یا سیگار می‌تواند یک عمل تسکین دهنده عمومی محسوب شود و عادت دهانی ممکن است در هنگام خشم، گرسنگی، خواب، رویش دندان‌ها یا ترس بروز نماید.<sup>(۳)</sup>

عادت‌های دهانی‌رانی توان به دو گروه عمده تقسیم کرد :  
۱- عادت‌های دهانی اضطرابی شامل عادت‌هایی که در کودک تثبیت شده و زمانی که فشارهای روحی برای کودک غیر قابل تحمل می‌شود با انجام این عادت احساس امنیت می‌کند. این عادت‌ها برای کودک به عنوان پناهی در مقابل محیط اطراف بوده و هنگامی که برای ترک این عادت‌ها تلاش شود کودک دچار اضطراب و نگرانی می‌شود.<sup>(۴)</sup>

۲- عادت‌های دهانی اکتسابی شامل عادت‌هایی که جنبه یادگیری دارند و ترک آنها به آسانی صورت می‌گیرد و زمانی که کودک بزرگ‌تر می‌شود عادت را ترک کرده و به عادت دیگر که متناسب با سن و موقعیت وی باشد روی می‌آورد.<sup>(۴)</sup>

عادت‌های دهانی اثرات زیان‌باری بر تکامل دندان‌ها دارند؛ بنابراین باید قبل یا در طول درمان ارتودنسی مورد

که این باریکی قوس می‌تواند مشکلات عفونت‌های گوش و مشکلات تنفسی فرد را برجسته نماید.<sup>(۸-۱۴)</sup>

۵- تانگ تراست جبرانی: جهت تطابق با اوپن بایت قدامی تانگ تراست به وجود می‌آید.<sup>(۸-۱۴)</sup>

۶- کام عمیق<sup>(۹)</sup>

۷- نقایص گفتاری و به هم نرسیدن لب‌ها به هنگام استراحت.<sup>(۱۲)</sup>

۸- آسیب به انگشتان کودک شامل اگرما که به دلیل خشک شدن و مرطوب شدن مکرر انگشت اتفاق می‌افتد و حتی زوایه‌دار شدن انگشت نیز دیده می‌شود.<sup>(۱۳)</sup>

شدت تغییرات سیستم دندان‌ناشی از مکیدن انگشت به شدت، طول مدت و دفعات انجام عادت بستگی دارد. همچنین وضعیت قرار گرفتن انگشت در دهان، رابطه قوس‌های دندان‌ناشی و سلامت کودک در شدت تغییرات ایجاد شده مؤثر است.<sup>(۱)</sup> در طول رویش فعال، کودک در خطر زیادی برای انحراف‌های قوس آلوئولار دندان‌های دائمی وجود دارد.<sup>(۱)</sup> کودکانی که انگشت خود را شش ساعت یا بیش‌تر می‌کنند به خصوص در طول شب یا هنگام خوابیدن، ناهنجاری‌های شدیدی در سیستم دنتوآلوئولار خواهند داشت.<sup>(۹،۱۰)</sup> رابطه قوس‌های دندان‌ناشی نیز در شدت تغییرات سیستم دنتوآلوئولار مؤثر است؛ یعنی اگر در کودکی آسیاهای دوم شیری رابطه دیستالی داشته باشد با وجود عادت دهانی شدت مال اکلوزن ایجاد شده بیش‌تر است، ولی اگر رابطه مزایالی در آسیاهای دوم شیری وجود داشته باشد عادت دهانی اثر زیان‌آور کمتری خواهد داشت و درحقیقت برای سیستم دنتوآلوئولار مفید خواهد بود.<sup>(۱۲)</sup>

### درمان:

تغییرات دندان‌ناشی از مکیدن انگشت تا سن پنج سالگی نیاز به مداخله ندارد و با ترک عادت اکثر تغییرات دندان‌ناشی ایجاد شده خودبه‌خود برطرف می‌شوند.<sup>(۱۵،۱۴)</sup> زمانی که رویش دندان‌های پیشین دائمی نزدیک می‌شود می‌توان مراحل

برای دوره طولانی ادامه می‌یابد روی موقعیت دندان‌های دائمی و شکل فک اثر می‌گذارد.<sup>(۸)</sup>

۲) غیرفعال: در این روش کودک انگشت خود را در دهان قرار می‌دهد، ولی چون عمل مکیدن به صورت فعال نیست هیچ نیرویی به دندان‌ها و فکین اعمال نمی‌شود و این عادت همراه با تغییرات استخوانی نیست.<sup>(۸)</sup> اگر کودکی دارای عادت مکیدن انگشت به صورت فعال باشد برای ترک آن نباید سرزنش، تمسخر، توهین، تحقیر یا تنبیه شود؛ زیرا این روش‌ها اضطراب را افزوده و میزان بروز عادت را افزایش می‌دهد. همچنین با تذکر والدین کودک فکر می‌کند که مورد توجه بیش‌تر آنها قرار گرفته است و در نتیجه میل به انجام عادت در وی افزایش می‌یابد.<sup>(۶)</sup>

در دهه ۱۸۷۰ کمبل وچاندر برای اولین بار گزارش دادند که مکیدن طولانی مدت انگشت بر روی سیستم دندان‌ناشی اثرات زیان‌آوری دارد.<sup>(۸)</sup>

عوارض جانبی مکیدن انگشت عبارت‌اند از:

۱- اوپن بایت قدامی: در زمان مکیدن، انگشت روی دندان‌های قدامی قرار گرفته و در نتیجه از رویش طبیعی آنها جلوگیری می‌کند از طرفی دندان‌های خلفی بالا و پایین از هم فاصله گرفته و رویش اضافی می‌یابند و به ازای هر یک میلی‌متر رویش دندان‌های خلفی دو میلی‌متر بازشدگی بایت در قدام ایجاد خواهد شد.<sup>(۸-۱۱)</sup>

۲- افزایش اورجت

۳- شیب زبانی دندان پیشین پایین و شیب لبی دندان‌های پیشین بالا

۴- کراس بایت خلفی: در هنگام استراحت قسمت‌های طرفی زبان بر روی سطح زبانی دندان‌های خلفی بالا تکیه می‌کند و بین نیروهایی که از دو طرف گونه و زبان بر روی دندان‌های خلفی وارد می‌شود تعادل وجود دارد. حال آن‌که در هنگام مکیدن انگشت، انگشت در روی کام قرار می‌گیرد و تعادل بین نیروهای زبان و عضله بوکسیناتور را به هم می‌زند. این عمل باعث باریکی قوس فک فوقانی و در نتیجه کراس بایت خلفی می‌شود

یا بیمارانی که برای ترک عادت بی‌میل هستند، دستگاه داخل دهانی ثابت به عنوان موثرترین منع کننده عادت به کار می‌رود. البته این وسایل به منظور تنبیه کودک نیست و تنها لذت ناشی از مکیدن را کاهش می‌دهد. پس از استفاده از دستگاه ثابت یا متحرک باید به والدین آگاهی داد که حدود ۲۴ تا ۴۸ ساعت مشکلاتی در صحبت کردن یا غذا خوردن کودک به وجود می‌آید که طبیعی و گذرا هستند. بعد از حذف عادت، به طور معمول یک دوره اضافی سه تا شش ماهه دستگاه در دهان باقی می‌ماند تا شانس برگشت به رفتار قبلی به حداقل برسد.<sup>(۱)</sup>

### \* استفاده از پستانک :

استفاده از پستانک توسط کودکان شایع است و ترک آن توسط کودک راحت‌تر صورت می‌گیرد. کودکانی که پستانک استفاده می‌کنند کم‌تر به مکیدن انگشت روی می‌آورند.<sup>(۱)</sup>

اثرات جانبی استفاده از پستانک عبارت‌اند از :

- ۱- اوپن بایت قدیمی
- ۲- کاهش عمق کام
- ۳- افزایش عرض قوس فک پایین
- ۴- کراس بایت خلفی : در استفاده از پستانک افزایش عرض قوس فک فوقانی مندیولار سبب کراس بایت خلفی می‌شود. در حالی که در مکیدن انگشت باریک شدن قوس فک فوقانی سبب ایجاد کراس بایت خلفی می‌شود.<sup>(۱۵و۸)</sup>
- ۵- التهاب گوش میانی : استفاده از پستانک یک عامل خطر مهم برای ابتلا به التهاب گوش میانی کودکان است؛ از طرفی نشان داده شده که علت ایجاد التهاب گوش میانی به باکتری‌هایی که از طریق پستانک به دهان منتقل می‌شود، مربوط نیست.<sup>(۱۷و۱۶)</sup>
- ۶- کاهش خطر بروز نشانگان مرگ ناگهانی : مطالعه‌های همه‌گیرشناختی نشان می‌دهد که استفاده کودک از پستانک خطر بروز سندرم مرگ ناگهانی را کاهش می‌دهد.<sup>(۱۸)</sup> مرگ ناگهانی کودکان بدون علت

درمانی زیر را به کار برد. البته باید توجه داشت زمانی که خود فرد تمایل به توقف عادت دارد، بهترین زمان شروع درمان است و اگر کودک برای ترک عادت بی‌میل باشد، درمان سخت‌تر می‌شود و نیازمند صرف وقت بیشتری است و در این حالت تصمیم نهایی بر عهده والدین است.<sup>(۹)</sup>

۱- توضیح متناسب با سن کودک : ساده ترین روش درمانی است که به صورت مذاکره مستقیم بین دندان‌پزشک و کودک بدون حضور والدین صورت می‌گیرد. گاهی کودکان به خوبی می‌فهمند و می‌توانند به عکس‌العمل‌های بالقوه یک عادت دهانی حساسیت نشان دهند. عکس‌برداری‌های بالینی در طول این گفتگو مؤثر است. ترکیبی از این توضیحات و تظاهرات دندان‌پزشکی و عدم پذیرش اجتماعی ممکن است برای ترک عادت کودک کافی باشد.<sup>(۹و۱)</sup>

۲- تشویق کودک : گذاشتن یک تقویم روی درب یخچال یا جای قابل توجه دیگر که کودک روزهای بدون عادت را در آن ثبت نماید می‌تواند نشان دهنده کاهش دفعات عادت باشد و به کودک احساس غرور و اعتماد به نفس بیشتری بدهد.<sup>(۱۲و۱)</sup>

۳- پاداش یا جایزه دادن : برای پیشرفت کاهش عادت می‌توان از او تعریف و تمجید نمود یا در صورتی که عادت کنار گذاشته شود از سیستم جایزه دادن استفاده کرد.<sup>(۱)</sup>

۴- یادآورها: برخی کودکان علی‌رغم تمایل به ترک عادت، نیازمند کمک هستند و انگشت خود را ناخودآگاه در طول روز یا شب به دهان می‌برند. در این مورد گذاشتن یادآور روی انگشت مشکل‌دار کمک کننده است. این یادآور می‌تواند شامل گذاشتن بانداژ پلاستیکی، پماد یا مایعات بدطعم روی انگشتان باشد.<sup>(۹و۱)</sup>

۵- دستگاه ارتودنسی : مرحله نهایی درمان استفاده از دستگاه ارتودنسی ثابت یا متحرک است که کودک را از وجود عادت دهانی آگاه می‌کند و لذت ناشی از مکیدن انگشت را کاهش می‌دهد. برای عادت‌های طولانی مدت

مشخص طی یک هفته پس از تولد تا دو سالگی سندرم مرگ ناگهانی نامیده می‌شود. عواملی چون خواباندن کودک بر روی شکم، گرمای شدید و مصرف دخانیات توسط والدین خطر بروز این سندرم را افزایش می‌دهند.<sup>(۱۹)</sup> از آنجا که اثرات زبان‌آور مکیدن پستانک کم‌تر از انگشت است، پیشنهاد می‌شود در کودکانی که عادت مکیدن انگشت دارند پستانک جایگزین مکیدن انگشت شود.<sup>(۱۵)</sup>

### \* جویدن ناخن :

جویدن ناخن یک واکنش رهاسازی اضطراب است که در کودکان شایع است و برخی کودکان از مرحله مکیدن شست به طرف جویدن ناخن پیش می‌روند. از آنجا که نیروهای به کار رفته در این عادت مشابه نیروهایی است که در حین جویدن اعمال می‌شود، باعث مال اکلوژن شدید نمی‌شود.<sup>(۴)</sup> این عادت اغلب بعد از سن سه یا چهار سالگی شروع می‌شود و در ده سالگی به اوج خود می‌رسد.<sup>(۲۰،۲۱)</sup>

از عوارض ناشی از جویدن ناخن می‌توان به موارد زیر اشاره کرد :

۱. سایش لبه انسیزال دندان قدامی و تحلیل ریشه آنها
۲. جابه‌جایی دندان‌های درگیر
۳. صدمه به لثه به علت ورود قطعات ناخن به داخل سالکوس لثه که در نهایت باعث تشکیل آبسه می‌شود.<sup>(۲۰،۲۱)</sup>

به طور معمول این عادت در سنین بزرگسالی جای خود را به عادت‌هایی از قبیل گازگرفتن لب، جویدن آدامس یا مصرف دخانیات می‌دهد.<sup>(۴)</sup>

**درمان :** در افرادی که برای ترک عادت انگیزه دارند می‌توان از لاک ناخن و کاربرد مایعات بدطعم روی ناخن‌ها استفاده کرد.<sup>(۱۳،۲۲)</sup>

### \* جویدن یا مکیدن لب :

در عادت جویدن و مکیدن لب، تقریباً در تمام موارد لب پایین درگیر است. اما در بعضی موارد لب بالا نیز درگیر می‌شود.<sup>(۱۳)</sup> جویدن یا مکیدن لب پایین سبب حرکت لبی دندان‌های پیشین بالا، حرکت زبانی دندان‌های پیشین پایین و بروز اوپن بایت می‌شود.<sup>(۴)</sup> این عادت با خشکی و التهاب لب همراه است و در حالت‌های شدید در لبه ورمیلیون هیپرتروفی ایجاد شده و در بعضی بیماران تب‌خال مزمن و ترک خوردگی لب‌ها دیده می‌شود.<sup>(۲۱،۲۲)</sup> در زبان زدن به لب (lip licking) فرد به زبان زدن لب عادت دارد. افراد مبتلا به این عادت لب‌هایشان را گاهی تا هزار بار در روز زبان می‌زنند. در این افراد لب‌های قرمز و ترک خورده دیده شده که به صورت ترک‌های مرطوب و خشک بروز می‌کند.<sup>(۱۴)</sup>

### درمان :

در صورتی که عادت لبی با مال اکلوژن (افزایش اورجت) همراه باشد، با درمان مال اکلوژن عادت‌های لبی خودبه‌خود تصحیح می‌شوند. اما بیش‌فعالی عضله منتالیس باقی می‌ماند. دندان‌پزشک می‌تواند با پیشنهاد تمرین‌های ویژه از قبیل کشیدن لب بالا روی انسیزورهای بالا و قرار دادن محکم لب پایین روی لب بالا به اصلاح این حالت کمک کند. اگرچه این عادت در سنین مدرسه رخ می‌دهد همکاری و اراده مناسب کودک می‌تواند منجر به ترک عادت شود.<sup>(۲۱،۲۲)</sup>

### \* دندان قروچه :

فعالیت‌های سیستم جویده در دو گروه عمده قرار می‌گیرند؛ اعمال عملکردی شامل جویدن، تکلم و بلع بوده و اعمال فراعملکردی شامل فشردن دندان‌ها و دندان قروچه (ساییدن و فشردن دندان‌ها) که تحت عنوان بیش‌فعالی عضلات هم نام برده می‌شود. فعالیت‌های عملکردی از نوع قابل کنترل هستند و با فعالیت طبیعی عضلات در ارتباطند.<sup>(۲۲)</sup> فعالیت‌های فراعملکردی به سه

۵- بعضی از داروهای ضد افسردگی مثل فلوکستین، Sertaline، Paroxetine و Venlafaxine به عنوان عوامل ثانویه دندان قروچه معرفی شده‌اند.<sup>(۲۷)</sup>

۶- تنش و هیجان‌های زندگی: زمانی که کودک آگاهانه یا نا آگاهانه از مطلبی رنج می‌برد و دائم در جنگ و کشمکش درونی با خود است، ممکن است از روند درون فکنی جهت آزادسازی تنش استفاده کند و علائمی نظیر فشردن دندان‌ها یا دندان قروچه را نشان دهد.<sup>(۲۵،۲۳)</sup> کوکائین، آمفتامین و اکستازی به عنوان عامل فشردن دندان روزانه معرفی شده‌اند، ولی تأثیر آنها بر دندان قروچه ناشناخته است.<sup>(۲۷)</sup>

یافته‌های بالینی بیماران دارای دندان قروچه شبانه عبارت‌اند از:

۱- گزارش صدای ضربه‌ای یا سایش دندان‌ها توسط همراه بیمار که می‌تواند اولین علامت دندان قروچه شبانه باشد.

۲- سایش سطح اکلوژال دندان‌ها، شکستگی ترمیم‌های اکلوژالی

۳- هیپرتروفی عضله جونده در هنگام انقباض ارادی

۴- خستگی، سفتی و ناراحتی عضلات جونده در هنگام صبح که توسط بیمار گزارش می‌شود.

۵- حساسیت دندان‌ها به هوای سرد

۶- صدای مفصلی یا قفل شدن مفصل گیجگاهی فکی

۷- زبان یا گونه کنگره‌ای<sup>(۲۲-۲۹)</sup>

### درمان:

روش خاصی برای درمان دندان قروچه شبانه وجود ندارد. نقش اصلی دندان‌پزشکان کاهش درد و صداهای دندانی ایجاد شده و جلوگیری از آسیب‌های بعدی به ساختمان‌های دهانی- صورتی (سایش دندانی، شکستگی ترمیم‌ها) است. دستگاه‌های داخل دهانی، آگاهی دادن، رفتار درمانی و نیز رویکردهای دارویی در درمان بروکسيزم شبانه مؤثرند.<sup>(۲۳-۳۳)</sup>

صورت روزانه، شبانه و توأم دیده می‌شوند. اعمال فراعملکردی روزانه ممکن است آگاهانه یا نا آگاهانه بوده و به طور معمول بدون صدا است، در حالی که دندان قروچه شبانه ناخودآگاه صورت گرفته و اغلب همراه با تولید صداست.<sup>(۲۲،۱۱)</sup>

دندان قروچه شبانه در جوانان در مراحل اول و دوم خواب و گاهی در خواب Rapid eye movement اتفاق می‌افتد. این افراد از داشتن دندان قروچه شبانه هیچ‌گونه شکایتی ندارند و باعث کاهش کیفیت خواب آنان نمی‌شود، ولی در افراد مسن‌تر و افرادی که دارای وقفه تنفسی در هنگام خواب هستند دندان قروچه شبانه باعث کاهش کیفیت خواب می‌شود و نشاط و شادابی صبح را از فرد می‌گیرد.<sup>(۲۳)</sup>

دندان قروچه شبانه به دو صورت اولیه (ایدیوپاتیکی) و ثانویه (پاتروژنیک) مشاهده می‌شود؛ شکل اولیه دندان قروچه در نبود علت پزشکی اتفاق می‌افتد، ولی شکل ثانویه آن همراه با سایر اختلال‌های عصبی، خونی یا همراه با مصرف دارو یا قطع دارو است.<sup>(۲۳)</sup>

عوامل خطر دندان قروچه شبانه عبارت‌اند از:

۱- ژنتیک: ۲۰ تا ۵۰ درصد بیماران مبتلا به دندان قروچه شبانه دارای تاریخچه خانوادگی هستند و در دوقلوهای یک تخمی بیش‌تر از دوقلوهای دو تخمی مشاهده می‌شود. هر چند عامل ژنتیک به عنوان عامل مستعد کننده در فرد برای بروز این عادت است، عوامل محیطی نیز در ایجاد آن نقش دارند.<sup>(۲۵،۲۴)</sup>

۲- سن: دندان قروچه شبانه با افزایش سن کاهش می‌یابد؛ به طوری که در کودکان ۳ تا ۱۰ ساله ۱۹ درصد و در نوجوانان ۱۰ تا ۲۰ ساله ۱۳ درصد و در افراد بالای ۶۰ سال ۳ درصد گزارش شده است.<sup>(۲۶،۲۳)</sup>

۳- سیگار: شیوع دندان قروچه شبانه در افراد سیگاری ۱/۹ برابر بیش‌تر از افراد غیرسیگاری است، ولی هنوز ارتباط این افزایش شیوع با افزایش غلظت نیکوتین خون مشخص نیست.<sup>(۲۶،۲۳)</sup>

۴- مصرف الکل و کافئین<sup>(۲۶،۲۳)</sup>

رضایت‌بخش نیستند و برای استفاده طولانی مدت پیشنهاد نمی‌شوند. مصرف بنزودیازپین‌ها (دیازپام و کلونازپام) و شل‌کننده‌های مرکزی عضلات (متوکاربامول) قبل از خواب، فعالیت حرکتی عضلات دهان را طی خواب کاهش می‌دهد و سبب کاهش دندان قروچه می‌شود. کلونازپام اثر طولانی مدت بیش‌تر و عوارض جانبی کم‌تری دارد. مصرف این داروها برای دوره‌های کوتاه مدت کمک‌کننده است و درد ثانویه ناشی از دندان قروچه را بهبود می‌دهد. (۳۰ و ۳۳)

#### \* نتیجه‌گیری :

با توجه به اثرات زیان‌آور عادات‌های دهانی بر روی سیستم دنتوآلوئولار، وظیفه دندان‌پزشک تنها ترمیم دندان و اصلاح تغییرات فکی‌دندانی نیست، بلکه باید با کسب دانش کافی در زمینه دندان‌پزشکی پیشگیری و آشنایی با اختلال‌های ناشی از عادات‌های دهانی در رفع آنها بکوشد، به این ترتیب که ابتدا با دادن آگاهی و سپس با کمک والدین اقدام به رفع عادات دهانی کودک نماید. این نکته قابل توجه است که اکثر والدینی که بیش‌تر اوقات شبانه روز را با کودکشان می‌گذرانند درباره عادات‌های مضر دهانی و اثرات زیان‌آور آن آگاهی ندارند.

#### \* مراجع :

1. Maguire J A. The evaluation and treatment of pediatric oral habits. *Dental Clin North Am* 2000; 44(3): 659-69
2. Rani M S. Synopsis of orthodontics. 2<sup>nd</sup> ed, Dehli, All India publishers & Distributors 1998, 179-200
3. Bear P N, Lestor M. The thumb, the pacifier, the erupting tooth and a beautiful smile. *J Pedodontics* 1987; 11(2): 115-9
4. Finn, Sidney B. Clinical pedodontics. Philadelphia Saunders, 1998, 370-80

دستگاه‌های داخل دهانی: اسپلینت سخت و محافظ‌های دهانی نرم برای درمان دندان قروچه شبانه استفاده می‌شوند. البته محافظ‌های دهانی نرم بادوام نبوده و برای استفاده طولانی مدت مناسب نیستند، در حالی‌که اسپلینت‌های آکریلی سخت برای استفاده طولانی مدت مناسب‌ترند، دندان‌ها را در برابر آسیب‌های بعدی محافظت می‌کنند. البته اثر این دستگاه روی دندان قروچه نامشخص است. بعضی از مطالعه‌ها کاهش فعالیت الکترومیوگرافی عضلات جونده را طی خواب گزارش کرده‌اند. (۲۶-۳۰ و ۲۸)

البته دستگاه‌های فعال‌کننده عملکردی، بایونیتور و فرمند نیز نظیر اسپلینت عمل می‌کنند و برای درمان دندان قروچه مؤثر هستند. (۳۱ و ۳۲)

رفتاردرمانی: رفتاردرمانی شامل بیوفیدبک، آرام‌سازی و بهداشت خواب است. بیوفیدبک دندان قروچه را کاهش می‌دهد ولی این اثر دراز مدت نیست و بعد از کنار گذاشتن، اثر آن از بین می‌رود. در این رویکرد فرد را در حین انجام دندان قروچه بیدار می‌کنند و لازم است فرد همراه با بیدار شدن رفتار مثبتی نظیر شستن صورت یا مسواک زدن انجام دهد. (۲۳ و ۳۰)

شیوه دوم رفتاردرمانی، آرام‌سازی عضلات جونده است که در آن فرد تعلیم می‌بیند قبل از خواب به طور مکرر دندان‌هایش را بر روی یکدیگر فشار دهد تا احساس ناراحتی کرده و سپس شل نماید. این امر سبب کاهش فعالیت الکترومیوگرافی عضلات جونده طی خواب می‌شود. (۲۳ و ۳۰)

آموزش بهداشت خواب نیز یک رویکرد مفید برای درمان دندان قروچه شبانه است. این آموزش شامل اجتناب کردن از فعالیت جسمانی-روانی در بعد از ظهرها، خودداری از مصرف الکل، کافئین و تنباکو نزدیک زمان خواب و یک محیط مناسب و راحت مثل رختخواب راحت است. (۲۲ و ۳۰)

دارو درمانی: در کل درمان مؤثر دارویی برای دندان قروچه وجود نداشته و اثرات داروهای تجویز شده

17. Warren J J, Levy S M et al. Pacifier use and occurrence of otitis media in the first year of life. *Pediatr Dent* 2001; 23(2): 103-7
18. Fleming P J, Blaiv P S et al. Pacifier use and sudden infant death syndrome. *Arch Dis Children* 1999; 81(2): 112-6
19. Cullen A, Kiberd B et al. Sudden infant death syndrome, are parents getting the message? *Ir J Med Sci* 2000; 169(1): 40-3
20. Moyers R E. Handbook of orthodontics. 4<sup>th</sup> ed, Michigan Year book medical publishers, 1988, 152-6, 551
21. Dahan J S, Lelong B A et al. Oral perception in tongue thrust and other oral habits. *Am J Orthod Dentofacial Orthop* 2000; 118: 385-91
22. Okeson JP. Management of temporomandibular disorder and occlusion. 4<sup>th</sup> ed, USA Mosby, 1998, 349-80
23. Kato T, Thie N M R et al. Bruxism and orofacial movements during sleep. *Dent Clin North Am* 2001; 45(4): 651-76
24. Hublin C, Kaprio J et al. Sleep bruxism based on self - report in a nationwide twin cohort. *J Sleep Res* 1998; 7(1): 61
25. Ahmol R. Bruxism in children. *J Pedodontics* 1986; 10(2): 105-26
26. Ohayon M M, Guille minault C. Risk factors for sleep bruxism in the general population. *Chest* 2001; 119: 53-61
27. Brown E S, Hong S E. Antidepressant induced bruxism: successfully treated with gabapentin. *J Am Dent Assoc* 1999; 130: 1467-9
28. Laving GJ, Rompre P H, Montplaisir J Y. Sleep bruxism: validity of clinical research diagnostic criteria in a controlled polysomnographic study. *J Dent Res* 1996; 75(1): 546-7
29. Castelo P M, Gaviao M B, Pereira L R. Relationship between oral parafunctional /
5. Fletcher B. Etiology of finger sucking, review of literatures. *J Pediatr Health Care* 1988; 2(6): 322-3
6. Johnson E D, Larson B E. Thumb sucking classification and treatment. *J Orthodontics* 1993 Nov Dec; 322-98
7. Yassaei S, Rafieian M, Ghafari R. Abnormal oral habits in the children of war veterans. *J Clin Pediatric Dent* 2005; 29(3): 189-92
8. Gale E N, Ager W A. Thumb sucking revisited. *Am J Orthodontics* 1979; 55(2b): 167-70
9. Proffit W R, Fields H W. Contemporary orthodontics. 3<sup>rd</sup> ed, USA Mosby 2000, 129-35, 445-7
10. Larson E F. The prevalence and etiology of prolonged dummy and finger sucking habit. *Am J Orthodontics* 1985; 87(5): 172-4
11. Josell S D. Habits affecting dental and maxillofacial growth and development. *Dent Clin North Am* 1995; 39(4): 857-60
12. Bishara S E. Textbook of orthodontics. 1<sup>st</sup> ed, USA Saunders, 2001, 162, 250-1
13. Vogel L D. When children put their finger in their mouths, should parents and dentists care?. *J Dentistry* 1998; 64(2): 48-58
14. Warren J J, Bishara S E et al. Effects of oral habits duration on dental characteristics in the primary dentition. *J Am Dental Assoc* 2001; 132(12): 1685-93
15. Warren J J, Bishara S E et al. Duration of nutritive and nonnutritive sucking behavior and their effects on the dental arches in the primary dentition. *Am J Orthodontics* 2002; 121: 347-56
16. Niemela M, Pihakari O, Pokka T. Pacifier as a risk factor for acute otitis media: a randomized, controlled trial of parental counseling. *Pediatrics* 2000; 106(3): 483-8



۳۲. یاسائی ص. دستگاه‌های متحرک ارتودنسی. چاپ اول، یزد، انتشارات دانشگاه علوم پزشکی یزد، ۱۳۸۳، ۱۲۵-۳۹

33. Schenck C H, Mahowald M W. Longterm nightly benzodiazepine treatment of injurious parasomnias and other disorder of disrupted nocturnal sleep in 170 adults. *Am J Med* 1996; 100: 333-7

nutritive sucking habits and temporomandibular joint dysfunction in primary dentition. *Int J Pediatric Dent* 2005; 15(1): 29-36

30. Pierce C J, Gale E N. A comparison of different treatments for nocturnal bruxism. *J Dent Res* 1988; 67: 597-601

31. Graber T M, Rakosi T, Petrovic A G. *Dentofacial orthopedics with functional appliance*. 1<sup>st</sup> ed, USA Mosby, 1997, 473