

مقاله علمی (تحقیقی)

ارزیابی و میزان CPITN در زنان باردار و شیرده
شهر ایلام سال ۱۳۷۵

دکتر مژگان پاک‌نژاد*

دکتر مریم قوام**

محمد خوشبر***

چکیده

التهاب لثه در دوران بارداری پدیده رایجی است که اغلب تا ایام شیردهی نیز ادامه دارد. هدف از این مطالعه مقطعی و توصیفی، ارزیابی اندکس CPITN در زنان باردار و شیرده و ارتباط آن با سن افراد در شهر ایلام در سال ۱۳۷۵ می‌باشد.

در همین ارتباط ۶۴ زن باردار و شیرده ۴۶-۱۴ ساله با استفاده از اندکس CPITN از نظر شیوع و نیازهای درمانی پیروئتال تحت معاینه قرار گرفتند.

نتایج درمان زنان باردار و شیرده به ترتیب به شرح زیر بود:

کد (صفر) لثه سالم، نیازی به درمان ندارد. ۵۲/۲۲٪ و ۶/۱۴٪.

کد (۱) لثه، همراه با خونریزی ولی فاقد جرم، عمق پاکت کمتر از ۳/۵ میلی‌متر است و نیاز به آموزش صحیح دارند. ۹۷/۴۲٪ و ۱۶/۴۵٪.

کد (۲) لثه همراه خونریزی و جرم و عمق پاکت بیش از ۳/۵ میلی‌متر است. نیاز به آموزش بهداشت و جرم‌گیری دارند. ۱۹/۲۰٪ و ۹۵/۲۶٪.

کد (۳) لثه می‌تواند با جرم و خونریزی باشد. عمق پاکت چهار تا پنج میلی‌متر و آموزش

* - استادیار گروه آموزشی پیروئتولوژی دانشکده دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران.

** - استادیار گروه آموزشی ترمیمی دانشکده دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران.

*** - دانشجوی دندانپزشکی دانشگاه شاهد.

بهداشت و جرم‌گیری کامل است. ۳/۴۴٪ و ۳/۸٪.

کد (۴) پاکت بیشتر یا مساوی شش میلی‌متر و نیاز به جراحی لثه است. ۵۸٪ و ۰/۳۲٪.

کد (۵) نشان دهنده از دست رفتن دندانهاست ۶/۲۶٪ و ۱۱/۳۹٪.

کد (۹) که موارد غیر قابل بررسی را در برمی‌گیرد ۰/۰۵٪ و ۰/۰۸٪.

دستاورد‌های این مطالعه نشان می‌دهد عمده‌تر زنان باردار و شیرده فقط نیازمند آموزش بهداشت هستند و فقط درصد ناچیزی باید تحت درمان جراحی لثه قرار بگیرند که با انجام جرم‌گیری می‌توان پاسخگوی نیاز درمانی اکثریت آنها بود.

کلید واژه‌ها: حاملگی - مادران شیرده - لثه - CPITN.

مقدمه

تأثیر حاملگی بر روی پریود نشیوم مدت زمان مدیدی است که شناخته شده است، تا آنجا که در سالهایی نه چندان دور، این عبارت که با هر حاملگی یک دندان از دست می‌رود، باوری انکارناپذیر بود. اما امروزه بسیاری از محققان معتقدند بارداری یا شیردهی، پدیده‌ای فیزیولوژیک بوده و هیچ نقشی در ایجاد پاکت، از دست رفتن چسبندگی و به طور کلی وقوع بیماری پریودنتال ندارد، اما همراهی آن با پلاک میکروبی شرایط را آماده‌تر ساخته و پیشرفت بیماری را سرعت می‌بخشد، در واقع حاملگی یا شیردهی یک عامل زمینه‌ساز می‌باشد نه یک عامل اتیولوژیک. در همین رابطه آماس لثه عمدتاً به صورت Marginal gingivitis و همراه با افزایش حجم لثه بین دندانی است. این وضعیت می‌تواند موضعی یا منتشر و با علائمی از قبیل خونریزی و لقی دندان توأم باشد (۱).

شیوع بیماری از ماه دوم حاملگی آغاز، در ماه هشتم به حداکثر رسیده و در آخرین ماه کاهش می‌یابد، به طوری که پس از وضع حمل و حداکثر تا دو ماه بعد از آن غالباً به شرایط مشابه دوران غیربارداری برمی‌گردد. اما گاه نیز در طول شیردهی پایدار می‌ماند (۲).

Malisa و همکارانش در سال ۱۹۹۳ مطالعه‌ای را بر روی یکصد زن باردار و یکصد زن زایمان کرده شیرده، (طیف سنی ۳۵ - ۱۸ سال) در کلینیک‌های سلامتی مادران و کودکان Tanga در کشور تانزانیا انجام دادند.

اکثریت زنانی که معاینه شدند خونریزی لثه همراه با پلاک میکروبی داشتند. تقریباً ۵۰٪ Sextant*ها در دوران حاملگی و شیردهی مبتلا بودند. زنان شیرده نسبت به زنان باردار گروه سنی ۳۴ - ۱۸ سال میزان بیشتری از پلاک، جرم و ژنژیویت داشتند. در همین گروه سنی زنان

* $\frac{1}{6}$ فک، واحد پایه در معاینات CPITN = Sextant.

واقع در سه ماهه سوم بارداری نیز نسبت به افراد سه ماهه دوم از میزان پلاک، جرم و خونریزی لثه بیشتری برخوردار بودند ($P < 0.05$).

اما زنان، زنان زایمان کرده در همه گروههای سنی دارای پاکت کم عمقتری بودند (۳). در مطالعه دیگری که توسط Miyazaki و همکارانش در سال ۱۹۹۱ در شهر Kitakyushu کشور ژاپن انجام شد، وضعیت پریدونتالی ۲۴۲۴ زن باردار و ۱۵۶۵ زن غیرباردار با استفاده از اندکس CPITN مورد ارزیابی قرار گرفت. نتایج نشان داد ۹۵٪ زنان باردار و ۹۶٪ افراد غیرباردار دارای علائمی از بیماریهای پریدونتال بودند. درصد زنان باردار واجد پاکتهای چهار تا پنج میلی‌متر به طور بارزی بیش از زنان غیرباردار بود. میزان این پاکتها با افزایش ماههای بارداری تا ۳۱٪ در ماه هشتم فزونی یافته بود اما در ماه نهم مجدداً کاهش داشته است. وی اظهار می‌دارد که شاید افزایش عمق پاکت در دوران بارداری بیشتر ناشی از افزایش حجم لثه باشد نه از دست رفتن چسبندگی Loss of attachment حاصل از بیماری پریدونتال (۴).

Offenbacher و همکارانش نیز در سال ۱۹۹۶ طی مطالعه‌ای، بیماری پریدونتال را به عنوان یک عامل خطرزا در بروز زایمانهای زودرس دانسته‌اند (۵).

همین محقق در سال ۱۹۹۸ نیز با بررسی پروستاگلاندین E2 در مایع شیار لثه مادران مبتلا به بیماری پریدونتال دریافت که افزایش این مدیاتور در ارتباط مستقیم با شدت بیماری پریو و کاهش وزن جنین در هنگام تولد است (۶).

در رابطه با علت این پدیده باید نگاهی به اثرات بارداری بر میکروارگانیسم‌های پلاک داشت. تحقیقات نشان داده که افزایش پروژسترون در طول حاملگی غلظت بی‌کربنات پلاسم را کاهش و به موازات آن بی‌کربنات و PH بزاق را نیز نقصان می‌دهد. به این ترتیب محیط مناسبی برای رشد و فعالیت میکروارگانیسم‌ها فراهم می‌گردد. از سویی دیگر هورمون‌های استروئیدی و از آن جمله جذب استروئید C14 توسط پلاک نیز موجب افزایش میکروارگانیسم تولید کننده پیگمان سیاه و بخصوص Prevotella intermedia می‌شود (۷)، لذا با توجه به اهمیت دوران بارداری و شیردهی در سلامت مادر و فرزند و تأثیر متقابل بیماریهای پریدونتال و بهداشت دهان در این فرآیند قرار شد تا با استفاده از شاخص Community periodontal index of treatment needs (CPITN) شرایط و نیاز درمان پریدونتالی این دسته از زنان را که از ساکنان شهر ایلام می‌باشند مورد ارزیابی قرار گیرد.

آنچه مسلم است وقوع تغییرات پریدونشیوم در این جمعیت از زنان امری بدیهی است و حتی اگر نقش عوامل هورموناال نادیده گرفته شود، تحولات روحی و متعاقب آن نیاز به بهداشت

و تغذیه کاملتر، از جمله عواملی هستند که این گروه از افراد جامعه را نسبت به تحریکات موضعی مثل جرم و پلاک آسیب‌پذیرتر می‌سازند. هدف کلی از این تحقیق بررسی شاخص CPITN در زنان باردار و شیرده شهر ایلام در سال ۱۳۷۵ و ارتباط آن با سن افراد بود.

روش بررسی

ایلام دارای ۱۲ مرکز بهداشتی درمانی است (جدول ۱) که طبق سرشماری سال ۱۳۷۵ جمعیت کشور ۱۲۶۰۵۷ نفر بود. از این تعداد شش هزار و چهارصد نفر جامعه مورد مطالعه حاضر یعنی مجموعه زنان باردار و شیرده را تشکیل می‌دادند. در این مطالعه برای تعیین حجم نمونه از فرمول نسبت استفاده نشد، بلکه با در نظر گرفتن سهمیه از مناطق جغرافیایی و با روش PPS* (بر اساس تقسیم‌بندی محله‌های مختلف شهر) نمونه‌ها بر پایه ۱۰٪ از حجم جامعه به تعداد ۶۴۱ نفر انتخاب شدند**. مطالعه اپیدمیولوژیک از نوع Cross Sectional می‌باشد. روش نمونه‌گیری به صورت چند مرحله‌ای و به شرح زیر انجام شد.

- ۱ - برآورد تعداد نمونه به نسبت کلیه زنان باردار و شیرده به نسبت ۱۰٪
- ۲ - تعیین حجم نمونه در دو گروه سنی (۲۰ - ۱۴) و (۴۵ - ۲۱) سال، Allocation size (با استفاده از جدول اعداد تصادفی).

بدین ترتیب ۶۴۱ نفر از درمانگاه‌های مناطق مختلف مورد معاینه و ارزیابی قرار گرفتند.

معیارهای ورود مطالعه عبارت بود از:

- ۱ - باردار بودن زنان شش تا نه ماه
- ۲ - شیردهی مادران (حداکثر دو ماه از زمان شیردهی‌شان گذشته باشد).

معیارهای خروج از مطالعه

- ۱ - وجود هر نوع بیماری سیستمیک که با بروز بیماری‌های لثه تداخل داشته باشد مثل دیابت، بیماری‌های قلبی، مصرف کورتون و...
- ۲ - استعمال سیگار.

* - Proportion Population Size.

** - شایان ذکر است که انتخاب نمونه‌ها به صورت سهمیه و غیراجتماعی بوده است و این درصد به گونه‌ای است که پهنه می‌باشد و مطابق تجربه می‌توان نتایج حاصله را به کل جامعه تعمیم داد.
درصد مذکور برای تحقیقات مشابه در مقالات خارجی بین ۱۰٪ - ۵٪ است و به ندرت بالاترین مقدار یعنی ۱۰٪ مدنظر می‌باشد.

روش بررسی

جمعیت مورد مطالعه خانم‌های باردار یا شیرده مراجعه‌کننده به بخش بهداشت مادران یا نوزادان درمانگاه‌های سطح شهر بودند که از بین آنها ۶۴۱ نفر انتخاب شده و CPITN این افراد در بخش دندانپزشکی درمانگاه‌های مذکور تعیین گردید. جهت تعیین این شاخص پژوهشگر (دانشجوی دندانپزشکی) با استفاده از آینه دهانی و پروب* WHO بر روی یونیت دندانپزشکی، افراد را مورد معاینه قرار داده و اطلاعات به دست آمده را در پرسشنامه مربوطه که توسط دفتر بهداشت و درمان وزارتخانه تهیه شده بود ثبت می‌کرد.

به منظور کاهش خطاهای احتمالی کلیه افراد توسط یک نفر و با استفاده از آینه دهانی و پروب WHO مورد معاینه قرار گرفتند. جهت ثبت اطلاعات از پرسشنامه‌ای که توسط دفتر بهداشت و درمان وزارتخانه تهیه شده بود استفاده گردید.

در این مطالعه سه علامت خونریزی لثه، وجود جرم‌های بالا و یا زیر لثه و نهایتاً عمق پاکت برای تعیین وضعیت پرپودنتالی در نظر گرفته شد. شماره کدهای CPITN به شرح زیر می‌باشد: کد (۰): به Sextant تعلق می‌گیرد که بافت پرپودنتال دندانهای آن ناحیه سالم است. کد (۱): وقتی خونریزی و یا اورهنگ مشاهده می‌شود. عمق پاکت کمتر از ۳/۵ میلی‌متر و فاقد جرم می‌باشد. در این مورد فقط آموزش بهداشت مناسب توصیه می‌شود.

کد (۲): جرم‌های فوق و زیر لثه و یا پرکردگی‌های نامناسب وجود دارد. خونریزی ممکن است مشاهده شود. عمق پاکت کمتر از ۳/۵ میلی‌متر است. در این حالت درمان محدود به آموزش بهداشت و جرم‌گیری است.

کد (۳): جرم و یا خونریزی وجود دارد. عمق پاکت چهار تا پنج میلی‌متر است. درمان شامل جرم‌گیری کامل (بالا و زیر لثه و Root planning) و آموزش بهداشت است.

کد (۴): عمق پاکت شش میلی‌متر یا بیشتر است. تمام منطقه رنگی پروب درون پاکت ملتهب ناپدید می‌شود. چنین بیماری باید به متخصص پریوارجاع داده شده و نیاز به جراحی دارد.

* پروب WHO یک پروب پرپودنتالی مخصوص است که جهت بررسی شاخص CPITN طراحی شده است. انتهای گرد این پروب به قطر ۰/۵ میلی‌متر می‌باشد که تشخیص جرم‌های زیر لثه‌ای را راحت‌تر کرده است و خطر خطای بیشتر نشان دادن عمق پاکت را از میزان واقعی، کاهش می‌دهد. منطقه رنگی پروب مشخص‌کننده محدود ۳/۵ تا ۵/۵ میلی‌متر است.

کد (۵): وقتی که در هر Sextant کمتر از دو دندان وجود داشته و یا دندانهای باقیمانده قابل نگهداری نبوده و یا کشیدنی باشند، آن ناحیه از بررسی حذف می‌شود.

کد (۹): وقتی بنا به دلایلی مثل جرم فراوان دندان قابل معاینه نباشد، در پرسشنامه شامل موارد غیر قابل بررسی می‌شود. ذکر این نکته ضروری است که برای ارائه طرح درمان جمع کردن شماره کدها جهت بدست آوردن میانگین برای اشخاص و یا گروههای جمعیتی مفهومی ندارد. بلکه بالاترین کد اندازه‌گیری شده به عنوان شاخص آن Sextant و یا فرد منظور می‌گردد. به تمامی بیماران آموزشهای بهداشتی لازم و در صورت نیاز به درمان، توضیحاتی راجع به وضعیت پرپودنتالی آنها داده شد و راهنماییهای مربوطه به عمل آمد.

جدول ۱: تعداد افراد مورد بررسی به نسبت جمعیت پوشش هر درمانگاه

نام درمانگاه	تعداد خانوار تحت پوشش	تعداد جمعیت تحت پوشش	تعداد افراد مورد بررسی
شماره یک	۳۶۶۸	۲۱۰۷۷	۱۰۸
شماره دو	۱۶۷۵	۹۵۰۴	۴۶
شماره سه	۱۰۳۸	۶۳۷۸	۳۳
شماره چهار	۱۸۲۱	۱۰۷۲۵	۵۵
شماره پنج	۲۲۵۰	۱۲۹۱۳	۶۶
شماره شش	۱۶۱۹	۹۸۸۴	۵۰
شماره هفت	۱۷۶۰	۱۱۳۰۰	۵۸
شماره هشت	۱۶۲۷	۹۱۳۸	۴۷
شماره نه	۱۸۴۴	۱۰۹۹۹	۵۶
شماره ده	۱۹۰۶	۱۰۲۸۹	۵۳
پایگاه شماره دو	۱۵۱۵	۹۱۹۰	۴۷
پایگاه جوار	۷۰۱	۴۶۶۰	۲۲
جمع	۲۱۴۲۴	۱۲۶۰۵۷	۶۴۱

یافته‌ها

پس از اتمام معاینات اطلاعات بدست آمده استخراج و به شرح زیر ارائه می‌گردد.

الف) میانگین CPITN در زنان باردار شیرده ۴۶-۱۴ ساله (جدول ۲)

جدول ۲- میزان کلسیم در زنان باردار و شیرده ۳۶-۱۴ ساله شهر ایلام بر حسب دندان شاخص

میانگین	۱۰		۹		۸		۷		۶		۵		۴		۳		۲		۱		کلاس	دندان شاخص
	A	B	A	B	A	B	A	B	A	B	A	B	A	B	A	B	A	B	A	B		
۱۱۴/۴۶	۱۳۳/۵۱	۷/۲	۱۶/۲	۸/۸	۱۶/۱	۷/۵	۱۷	۹/۲	۲/۱۴	۹/۵	۱۶/۸	۱۲	۲۱/۹	۸/۹	۱۹/۷	۱۲	۲۲/۴	۳۲/۲	۳۳/۸	۴۶/۳	۵/۱۹	۰
۲۴/۹۷	۲۵/۱۶	۵/۱	۵/۱	۵۵/۸	۵۵/۸	۴۹/۷	۵۷/۱	۵۲/۴	۵۵/۹	۲۰/۱	۲۵/۱	۲۰/۴	۳۷/۲	۳۳/۷	۳۶/۶	۴۰/۵	۴۱/۵	۴۸/۹	۳۷/۸	۳۶/۹	۳۹/۶	۱
۲۶/۹۵	۲۰/۹۹	۱۶/۴	۱۶/۴	۱۳/۲	۱۰/۴	۱۶/۲	۱۰/۴	۱۴/۷	۱۱/۸	۴۶/۶	۳۸/۹	۳۷/۸	۲۲/۱	۲۲/۳	۲۵/۵	۳۷/۴	۳۲/۱	۲۵/۲	۲۵/۲	۱۱/۷	۷/۲	۲
۳/۳۸	۳/۴۴	۴	۴/۶	۱/۸	۲/۴	۴/۷	۳/۳	۱/۸	۱/۵	۶	۴/۲	۲/۹	۴/۷	۷/۵	۴/۴	۳/۸	۲/۱	۲/۳	۱/۴	۱/۴	۱/۴	۳
۲/۳۲	۲/۵۸	۰/۶	۰/۶	-	-	-	۱/۱	-	-	۰/۸	۱/۱	۰/۳	۰/۸	۱/۱	۰/۵	۰/۵	۰/۲	۰/۵	-	-	۴	
۱۱/۳۹	۱۶/۲۷	۲۱/۸	۱۵/۶	۲۰/۴	۱۳/۳	۲۱/۸	۱۱	۲۰/۸	۱۰/۳	۷	۲/۸	۶/۵	۲/۳	۶/۱	۵/۶	۱/۸	۱/۴	۰/۵	۱/۴	۰/۹	۵	
۲/۱۰۸	۲/۱۰۵	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	۰/۵	۰/۳	-	-	۰/۲	-	۹	

خانم باردار = A

خانم شیرده = B

کد صفر: ۲۳/۵۲٪ جمعیت باردار و ۱۴/۶٪ زنان شیرده را در برمی‌گیرد که به هیچ درمانی نیاز ندارند.

کد ۱: ۴۵/۱۶٪ باردار و ۴۲/۹۷٪ شیرده را شامل می‌شود و نشان می‌دهد که این افراد تنها نیاز به آموزش بهداشت صحیح دارند.

کد ۲: در برگیرنده ۲۰/۹۹٪ مادران باردار و ۲۶/۹۵٪ شیرده می‌باشد که نیاز به جرم‌گیری و آموزش بهداشت صحیح دارند.

کد ۳: مشتمل بر ۳/۴۴٪ خانم‌های باردار و ۳/۸٪ شیرده که علاوه بر آموزش صحیح بهداشت نیاز به جرم‌گیری کامل بالا و زیر لثه و Root planning هم داشتند.

کد ۴: ۰/۵۸٪ باردار و ۰/۳۲٪ شیرده را شامل می‌شود که دچار بیماری پرپودنتال پیشرفته بوده و نیاز به جراحی لثه داشته و باید به متخصص ارجاع گردند.

کد ۵: ۶/۲۷٪ و ۱۱/۳۹٪ مادران را در برمی‌گیرد که نشان‌دهنده از دست رفتن دندانهاست. لکن این فقدان صرفاً به علت بیماری پرپودنتال رخ نداده است.

کد ۹: ۰/۰۵ و ۰/۰۸ است که موارد غیر قابل بررسی را شامل می‌شود.

ب) همچنین شاخص CPITN در گروه سنی ۲۰-۱۴ ساله ابتدا در زنان باردار و سپس شیرده به شرح زیر است.

کد (۰) - ۳۳/۴۶٪ باردار و ۲۸/۶۳٪ شیرده

کد (۱) - ۵۲/۲۵٪ باردار و ۵۱/۶۱٪ شیرده

کد (۲) - ۱۰/۸۱٪ باردار و ۱۶/۰۶٪ شیرده

کد (۳) - ۰/۴۸٪ باردار و ۲/۰۳٪ شیرده

کد (۴) - ۰٪ باردار و ۰٪ شیرده

کد (۵) - ۲/۹۶٪ باردار و ۱/۶۱٪ شیرده

کد (۹) - ۰٪ باردار و ۰٪ شیرده

جدول ۳- میزان کلی CPITN در زنان باردار و شیرده زیر بیست سال شهر ایلام بر حسب دندان شاخص

میانگین	۱۰		۹		۸		۷		۶		۵		۴		۳		۲		۱		دندان شاخص	کد
	A	B	A	B	A	B	A	B	A	B	A	B	A	B	A	B	A	B	A	B		
۷۱۸/۶۳	۷۳۳/۶۶	-	۷۷/۳	۱۴/۶	-	۱۴/۶	۲۶/۵	-	-	۲۵	۲۳/۵	-	-	۲۱/۵	۲۹/۴	۲۳/۳	۲۳/۳	۲۳/۳	۲۳/۳	۲۳/۳	۵۸/۸	۰
۷۵۱/۶۱	۷۵۲/۷۵	-	-	۷۳/۸	۶۱/۸	-	-	۵۰	۵۱/۸	-	-	-	-	۲۷/۵	۵۰	۲۶/۶	۵۲/۸	۳۱/۷	۲۵/۳	۲۵/۳	۳۱/۷	۱
۷۱۶/۶۶	۷۱۰/۸۱	-	-	۷/۸	۶/۸	-	-	۷/۳	۵/۸	-	-	-	-	۲۷/۵	۱۷/۶	۲۴/۴	۱۱/۸	۷/۳	۵/۸	۵/۸	۷/۳	۲
۷۲۰/۳	۷۰۲/۸	-	-	۲/۴	-	-	-	۲/۴	-	-	-	-	-	۲/۵	-	۲/۸	-	-	-	-	-	۳
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	۴
۷۱/۶۱	۷۲/۶۶	-	-	۷/۳	۶/۸	-	-	۲/۴	۵/۸	-	-	-	-	۲/۸	۲/۸	-	-	-	-	-	-	۵
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	۹

خانم باردار = A

خانم شیرده = B

تفکیک کدهای نامبرده بر حسب نوع دندان در جدول ۳ شرح داده شده است.
ج) و بالاخره شاخص CPITN در گروه سنی ۴۶ - ۲۱ ساله ابتدا در زنان باردار و سپس
شیرده از قرار زیر می باشد:

کد (۰) - ۲۳/۰۴ باردار A و ۱۳/۸۲٪ شیرده

کد (۱) - ۴۲/۹۹٪ باردار و ۴۲/۴۵٪ شیرده

کد (۲) - ۲۳/۷٪ باردار و ۲۷/۴۷٪ شیرده

کد (۳) - ۴/۲٪ باردار و ۳/۸۸٪ شیرده

کد (۴) - ۰/۶۵٪ باردار و ۰/۳۴٪ شیرده

کد (۵) - ۵/۳۶٪ باردار و ۱۱/۹۹٪ شیرده

کد (۹) - ۰/۰۶٪ باردار و ۰/۰۹٪ شیرده

تفکیک کدهای نامبرده بر حسب نوع دندان در جدول شماره ۴ شرح داده شده است.

جدول ۴- میزان کلسیم در فائون باردار و شیرده بیست ساله شهر ایلام بر حسب دندان شاخص

میانگین	۱۰		۹		۸		۷		۶		۵		۴		۳		۲		۱	
	A	B	A	B	A	B	A	B	A	B	A	B	A	B	A	B	A	B	A	B
۲۳۰۰۴	۷/۳	۱۵/۹	۸/۱	۱۴	۷/۶	۱۶/۸	۸/۶	۲۱/۱	۹/۶	۱۷	۱۰/۵	۲۱/۵	۹	۲۰	۱۰/۸	۲۱/۱	۲۲	۳۳/۵	۴۴/۷	۴۹/۵
۲۳۲۰۹	۵/۱	۵/۴	۵/۳	۵/۴	۴/۷	۵/۵	۵/۱	۴/۱	۳/۱	۳/۶	۳/۵	۳/۳	۳/۷	۳/۱	۳/۷	۳/۱	۳/۲	۳/۵	۳/۴	
۲۳۳۰۷	۱۶/۳	۱۱/۲	۱۴/۲	۱۱/۲	۱۶	۱۰/۶	۱۵/۶	۲۹/۲	۴۶/۴	۳۹/۶	۳۹/۲	۴۱/۱	۴۶/۱	۴۶/۲	۳۳/۱	۳۷/۷	۳۷/۷	۱۳/۱۳	۷/۴	
۲۳۴/۸	۲/۱	۲/۷	۱/۷	۲/۸	۲/۸	۳/۴	۱/۸	۶/۵	۶	۲/۴	۳/۲	۵	۷/۶	۴/۴	۴	۶/۵	۲/۷	۱/۶		
۲۰۳۲۲	۰/۳	۰/۶	-	-	-	۱/۱	-	۰/۵	۰/۸	۱/۱	۱/۱	۱/۱	۱/۱	۱/۱	۰/۶	۰/۵	۰/۳	-		
۲۱۱/۹۹	۲/۹	۱۵/۳	۲/۲	۱۴/۶	۲/۹	۱۰/۶	۱۳	۱/۶	۷/۱	۲/۳	۷/۳	۳/۳	۶/۳	۱/۷	۶/۲	۱/۶	۱/۵	۲/۷	۱/۱	
۲۰۰۰۹	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	۰/۳	۰/۶	۰/۳	-	-	۰/۳	-	

خانم باردار = A

خانم شیرده = B

بررسی توأم CPITN در زنان باردار و شیرده تابحال در هیچ یک از مناطق کشورمان انجام نشده و در مرور مقالات نیز فقط دو بار، یکی در سال ۱۹۹۱ در کشور ژاپن (۴) و دیگری در سال ۱۹۹۳ در کشور تانزانیا (۳) تحت مطالعه قرار گرفته است.

هدف از این تحقیق بررسی میزان ابتلا به بیماریهای پریدونتال این دسته از اقشار آسیب پذیر جامعه آنها در استان ایلام بود که از نظر امکانات بهداشتی و تخصصی دهان و دندان بخصوص پس از ایام جنگ تحمیلی، محروم تلقی می گردند.

همان طور که ملاحظه گردید اکثر زنان باردار (۴۵/۱۶٪) و شیرده (۴۲/۹۷٪) در (کد ۱) جای می گیرند یعنی فقط دچار خونریزی از لثه بوده و نیاز به آموزش صحیح بهداشت دارند. از طرف دیگر فقط درصد ناچیزی (۵۸٪) باردار و (۳۲٪) شیرده) احتیاج به جراحی پریدونتال داشتند.

بنابراین می توان نتیجه گرفت که مشکل پریدونتال اکثریت قریب به اتفاق بانوان مذکور با روشها و درمانهای ساده مثل آموزش صحیح بهداشت و جرمگیری برطرف می شود و نیازی به درمانهای پیچیده نظیر جراحی نمی باشد. از سوی دیگر ۶/۲۷٪ زنان باردار و ۱۱/۳۹٪ از زنان شیرده نیز در کد ۵ قرار دارند و این نشان می دهد که میزان کشیدن و یا از دست دادن دندانها به دلایل مختلف نسبتاً زیاد بوده است. مقایسه این نتایج با گزارش حاصل از مطالعه Miyazaki (۴) و همکارانش در سال ۱۹۹۱ در کشور ژاپن حاکی از آن است که میزان افراد دارای لثه سالم در زنان باردار شهر ایلام بسیار بیشتر از زنان باردار شهرهای ژاپنی مطالعه مذکور می باشد (۲۳/۵۲٪ در مقابل ۴٪). در ضمن بیشترین درصد زنان باردار ژاپنی در (کد ۲) جای می گیرند یعنی به جرمگیری معمولی و آموزش بهداشت نیاز دارند در حالی که این میزان در مورد زنان باردار ایلامی فقط ۲۰/۹۹٪ است. مطالب دیگر اینکه نیاز به جراحی پریدونتال در بانوان ژاپنی ۱۷٪ به مراتب بیش از مطالعه حاضر ۵۸٪ می باشد. علت این تفاوت را شاید بتوان در عواملی مثل اختلاف نژادی، موقعیت جغرافیایی، تفاوت آداب و رسوم فرهنگی و نوع رژیم غذایی جستجو کرد. در ضمن ماه بارداری زنان مورد مطالعه در هر دو تحقیق لحاظ نگردیده است. پس چه بسا اگر ماه بارداری، وضعیت فرهنگی، اقتصادی مثل تحصیلات و درآمد افراد هم مشخص می شد می توان دقیقتر استدلال کرد.

نیازهای درمانی این دو گروه تفاوت چندانی ندارد و فقط طبق (کد ۲) افراد نیازمند به آموزش بهداشت و جرم‌گیری معمولی در زنان شیرده ۲۳/۵۲٪ بیش از باردار ۱۴/۶٪ بوده است. همچنین نواحی حذف شده در بررسی که حاکی از کشیدن و یا از دست دادن دندانهاست (کد ۵)، باز هم در زنان شیرده بیشتر بود (۱۱/۳۹٪ در مقابل ۶/۲۷٪) و در همین راستا در زنان شیرده افراد دارای لثه سالم نسبت به بانوان باردار کمتر بودند. (۱۴/۶٪ در مقابل ۲۳/۵۲٪). لازم به ذکر است تعداد زنان شیرده بالای بیست سال (۳۷۸ نفر) در مقایسه با سایر گروههای سنی در هر دو دسته زنان باردار و شیرده بیشتر بوده است. این موضوع شاید ناشی از بالا رفتن سن و افزایش ریسک بروز بیماریهای پرئودنتال باشد.

بررسی CPITN بر حسب سن جمعیت باردار و شیرده (زیر و بالای بیست سال) نشان می‌دهد که در هر دو گروه، زنان زیر بیست سال از لثه سالمتری برخوردارند و نیاز آنها به درمانهای پیچیده مثل جراحی، جرم‌گیری کامل بسیار کمتر است. بدین ترتیب می‌توان دریافت که جواتر بودن مثل عوامل فرهنگی از قبیل تحصیلات بالاتر و شرایط اقتصادی بهتر منجر به کنترل صحیحتر بهداشت دهان می‌شود. و حال آنکه افزایش سن و تعداد فرزندان این مسئله تحت تأثیر قرار می‌دهد. همچنان که در افراد دچار بیماریهای خاص مثل دیابت نیز CPITN بالا می‌باشد(۸).

بنابر این اجرای برنامه‌های آموزش بهداشت برای زنان باردار و شیرده جهت پیشگیری از بروز بعدی بیماریهای پرئودنتال ضروری است. اجرای این برنامه با هزینه کم امکان‌پذیر بوده و به علت ادغام طرح بهداشت دهان و دندان در نظام شبکه‌های بهداشتی درمانی کشور، انجام این اولویت جدا از برنامه‌های عمومی پیشگیری برای همه افراد جامعه نمی‌باشد. در ضمن با انجام جرم‌گیری ساده می‌توان پاسخگوی نیاز درمانی اکثریت قریب به اتفاق آنان بود.

* * *

REFERENCES

1. Ziskin DE, Blackberg SM, Stout AP. The gingivitis during pregnancy. Surg Gynecol Obstet 1933; 57:719-722.
2. Maier AW, Orban B. Gingivitis in pregnancy. Oral Surg 1949; 2: 334-339.
3. Malisa JE, Mosha HJ, Masalu JR. Peiodontal status of pregnant and postpartum mothers aged 18-45 years attending MCH clinics in Tanga Municipality, Tanzania. East Afr Med J 1993; 70(12): 799-802.
4. Miyazaki H, Yamashita Y, Shirahama R, Goto Kimura K, Shimada N, Sogame A, Takehara T. Periodontal condition of pregnant women assessed by CPITN. J Clin Periodontal 1991; 18(10): 751-754.
5. Offenbacher S, Katz V, Fertik G, Collins J, Boyd D, Maynor G, Mckaig R, Beck J. Periodontal infection as a possible risk factor for preterm low birth weight. J Periodontal 1996; 67(10 Supp1): 1103-1113.
6. Offenbacher, J Periodontal 1996; 67: (10 Supplement) 1103-13.
7. Kornman KS, Loesche WJ. The subgingival microbial flora during pregnancy. J Periodontal Res 1980; 15(2): 111-122.
8. Bacic M, Plancak D, Granic M. CPITN assessment of Periodontal disease in diabetic patients. J Periodontal 1988; 59(12): 816-822.

* * *