

بررسی آگاهی پدران و مادران از وضعیت سلامت دندان‌های و خطر اندوکاردیت در کودکان مبتلا به بیماری‌های قلبی (بابل-۱۳۸۳)

مریم قاسمیپور*، عبدالرحیم قاسمی**، نرجس مرادخانی***

* استادیار گروه آموزشی کودکان دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی بابل

** فوق تخصص قلب کودکان، استادیار دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی بابل

*** دندانپزشک

چکیده

بیان مسأله: بیماری‌های مادر زادی قلب شایع‌ترین عامل مستعد کننده کودکان به اندوکاردیت عفونی است. از آنجا که، بیماران قلبی، افرادی پر خطر از نظر ابتلا به پوسیدگی دندان‌های هستند و بیشتر ریزجانداران (میکروارگان‌های) ایجاد کننده اندوکاردیت، استرپتوکوک‌ها (عامل ایجاد پوسیدگی دندان‌های) هستند، رعایت بهداشت دهان و دندان و ایجاد محیط سالم دندان‌های در این افراد اهمیتی ویژه دارد. هدف از این پژوهش، بررسی میزان آگاهی پدران و مادران کودکان با بیماری قلبی مستعد به اندوکاردیت درباره‌ی نیاز و اهمیت به پروفیلاکسی پادزیست پیش از آغاز کار و وضعیت سلامت دندان‌های این کودکان بود.

مواد و روش: این بررسی از گونه‌ی توصیفی تحلیلی و به صورت مقطعی بود، که در آن، نتایج از معاینه‌های بالینی ۸۴ نفر با دامنه‌ی سنی ۲ تا ۱۷ سال مراجعه کننده به بیمارستان‌های امیرکلاو شهید بهشتی بابل و تکمیل پرسشنامه از سوی پدران و مادران این افراد به دست آمده است. نتایج به وسیله‌ی نرم افزار SPSS و آزمون مجذور کای واکاوی شدند.

یافته‌ها: درصد پدران و مادرانی، که معنای عفونت قلبی (اندوکاردیت) را می‌دانستند، ۴۲/۹ درصد، درصد پدران و مادرانی، که درباره‌ی رخدادهای اندوکاردیت پس از اعمال دندانپزشکی آگاه بودند، ۵۷/۱ درصد و درصد پدران و مادرانی، که درباره‌ی اهمیت پوشش پادزیست پیش از اعمال خاص دندانپزشکی آگاه بودند، ۱۶/۷ درصد و درصد پدران و مادرانی، که درباره‌ی ارتباط بهداشت دهان و دندان و بروز اندوکاردیت آگاهی داشتند، ۶۰/۷ درصد بوده است. ۵۱/۲ درصد از کودکان، دست کم یک بار در روز مسواک می‌زدند و ۴۸/۸ درصد اصلاً مسواک نمی‌زدند و یا به گونه‌ای نامنظم مسواک می‌زدند. دو و چهاردهم درصد از کودکان، هر شش ماه یک بار به دندانپزشکی مراجعه می‌کردند، ۵۳/۶ درصد مراجعه موقع درد داشتند و ۴۴ درصد، تاکنون به دندانپزشکی مراجعه نکرده‌اند. درصد افراد بی‌پوسیدگی دندان ۲۶/۱ درصد بوده است. در این کودکان $DMFT=2/23 \pm 2/97$ و $dmft=1/86 \pm 2/47$ بود.

نتیجه‌گیری: آگاهی پدران و مادران کودکان قلبی مستعد به اندوکاردیت درباره‌ی اهمیت سلامت دندان‌های و نقش آن در پیشگیری از اندوکاردیت عفونی پایین است. درصد افراد بی‌پوسیدگی در این کودکان ناچیز است و همین امر می‌تواند این افراد را در برابر اندوکاردیت قرار دهد.

واژگان کلیدی: DMFT, dmft, اندوکاردیت عفونی، بیماری مادر زادی قلب

تاریخ پذیرش مقاله: ۸۴/۱۱/۱۸

تاریخ دریافت مقاله: ۸۴/۶/۳

مجله دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی شیراز. سال ششم؛ شماره ۱ و ۲، ۱۳۸۴ صفحه ۹۶ تا ۱۰۳

* نویسنده مسوول: مریم قاسمیپور. بابل - دانشکده دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی بابل - گروه آموزشی کودکان

Email: ma_ghass_56088@yahoo.com

تلفن: ۰۱۱۱-۲۲۹۱۴۰۸-۹

مقدمه

گرچه اندوکاردیت عفونی یک موقعیت کمیاب در جامعه است، اما در بیماران قلبی مستعد می‌تواند مشکلات جدی را ایجاد کند. اندوکاردیت عفونی، عفونت میکروبی اندوتلیوم قلب است و شایع‌ترین جای درگیری، دریچه‌ی مصنوعی قلب است. عامل اصلی اندوکاردیت، در بسیاری از موارد، استرپتوکک آلفا همولیتیک و پس از آن، استافیلوکک‌ها (استاف اورئوس و استافیلوکک‌های کواگولاز منفی) هستند^(۱). PS, MR, MS, AR, AS, MVP, PDA, VSD, ASD و PI جزو نارسایی‌های قلبی هستند، که از نظر ایجاد اندوکاردیت در خطر متوسط و تترالوزی فالوت از این نظر در خطر بالا قرار دارد^(۲).

میزان باکتری‌های ایجاد شده بر پایه‌ی گونه‌ی عمل دندانپزشکی، که انجام می‌شود و وضعیت سلامت کلی حفره‌ی دهان، متفاوت است. در کارهای غیر تهاجمی شیوعی کمتر از باکتری‌های وجود دارد. در حالی که کارهای تهاجمی، که در دهانی ناسالم انجام می‌شود، شیوع باکتری‌های بالاتر است. اعمال پرودنتال شامل جراحی، جرم‌گیری، Root planning، پروب زدن و دیدارهای نگهدارنده، قرار دادن ایمپلنت و ری پلنت دندان در آمده (Avulsed) است. اینسترومنت کردن در اندو، جراحی انتهای آپکس، قرار دادن نخ زیر لثه، قرار دادن بندهای ارتودنسی، بی‌حسی اینترالیگامان، تمیز کردن پروفیلاکتیک دندان‌ها، اگر همراه با خونریزی باشد، به پروفیلاکسی اندوکاردیت نیاز دارند. مسواک زدن، نخ دندان کشیدن و جویدن هم، ممکن است ایجاد باکتری‌های کنند. میزان تکرر باکتری‌های مرتبط با مسواک زدن، نخ کشیدن و جویدن، بسته به سلامت کلی بافت‌های لثه‌ای حمایت کننده، متفاوت است^(۳). بررسی‌های در دسترس‌ناچیز درباره‌ی وضعیت سلامت دندان‌های در بیماران مادرزادی قلبی انجام گرفته است. برخی بررسی‌ها نشان دادند، که این بیماران، در مقایسه با گروه شاهد سلامت دندان‌های پایین‌تر داشتند و دلایل زیر را مطرح می‌کنند:

- ۱- مصرف بلند مدت داروهای دارای مواد قندی
- ۲- افزایش استعداد به نارسایی‌های تکاملی مینایی

۳- مصرف بیشتر مواد شیرین

۴- غفلت از بهداشت دهان به علت بیماری قلبی داسیلوا (DA Silva) و همکاران، با بررسی بر روی ۱۰۴ کودک ۲ تا ۱۷ ساله‌ی مستعد اندوکاردیت، dmft و DMFT را، به ترتیب ۲/۶۲ و ۳/۹۷ گزارش کردند. میزان ۹/۶ درصد از پدران و مادران معنای عفونت قلب را می‌دانستند، ۶۰/۶ درصد درباره‌ی خطر ایجاد اندوکاردیت پس از اعمال دندانپزشکی آگاهی داشتند، ۷۲/۱ درصد از آنها از نیاز به پادزیست پیش از اعمال دندانپزشکی آگاهی داشتند و ۴۱/۳ درصد درباره‌ی اهمیت بهداشت دهانی برای جلوگیری از اندوکاردیت آگاه بودند^(۴).

هدف از این بررسی، تعیین وضعیت سلامت دندان‌های کودکان مبتلا به بیماری قلبی در خطر اندوکاردیت و تعیین آگاهی پدران و مادران این کودکان درباره‌ی اندوکاردیت و اهمیت تجویز پادزیست پیش از اعمال دندانپزشکی و رعایت بهداشت دهان و دندان در جلوگیری از اندوکاردیت است.

مواد و روش

این بررسی توصیفی تحلیلی، به صورت مقطعی است، که با معاینه‌ی بالینی، همراه با مصاحبه و تکمیل پرسشنامه است.

جامعه‌ی نمونه، شامل کودکان مبتلا به بیماری قلبی مراجعه کننده به درمانگاه قلب بیمارستان امیرکلا و اتاق اکوی بیمارستان شهید بهشتی بابل بود، که به اندوکاردیت مستعد بودند (شامل بیماران با VSD, ASD, MR, PDA, PS, MVP, AS و TF) و نمونه‌گیری آسان و غیر تصادفی بوده است. حجم نمونه، با در نظر گرفتن $p=0/4$ و $p=0/1$ و $a=0/5$ ۸۴ نفر، تعیین شد.

هشتاد و چهار پرسشنامه در مدت شش ماه تکمیل گردید. گروه سنی مورد بررسی، افراد ۲ تا ۱۷ ساله بودند، که در سه گروه ۲ تا ۶ سال، ۷ تا ۱۲ سال، ۱۳ تا ۱۷ سال بخش شدند. ابزارهای مورد استفاده برای معاینه، شامل آینه‌ی مسطح دندانپزشکی، سوند داسی شکل، دستکش یکبار مصرف و میکروتون برای سترون کردن وسایل بود. برای تشخیص پوسیدگی از

پادزیست پیش از اعمال دندانپزشکی آگاهی داشتند ۱۴ نفر (۱۶/۷ درصد) و آنهایی، که درباره اهمیت بهداشت دهان در جلوگیری از ایجاد اندوکاردیت آگاهی داشتند ۵۱ نفر (۶۰/۷ درصد) بوده است. شمار ۱۱ نفر (۱۳/۱ درصد) از کل افراد، دو تا سه بار در روز و ۳۲ نفر (۳۸/۱ درصد) یک بار در روز مسواک می زدند. شمار ۲۸ نفر (۳۳/۳ درصد) به طور نامنظم مسواک می زدند و ۱۳ نفر (۱۵/۵ درصد) اصلاً مسواک نمی زدند. از میان کل افراد مورد بررسی، دو نفر (۲/۴ درصد) به طور منظم هر شش ماه به دندانپزشکی مراجعه می کردند. شمار ۴۵ نفر (۵۳/۶ درصد) هنگام درد مراجعه می کردند و ۳۷ نفر (۴۴ درصد) تاکنون دیدار دندانپزشکی نداشتند. شمار ۲۲ نفر (۲۶/۱ درصد) بی پوسیدگی دندان بودند. در جدول ۱، میزان DMFT/dmft در گروه های سنی ۲ تا ۶ سال، ۷ تا ۱۲ سال و ۱۳ تا ۱۷ سال و در جدول ۲، این شاخص به تفکیک D(d)، M(m)، F(f) نشان داده شده است.

تعریف سازمان بهداشت جهانی استفاده شد^(۵). پس از تکمیل پرسشنامه و معاینات افراد مورد بررسی، داده ها به فرم های ویژه ای اطلاعات رایانه ای وارد شده و با استفاده از نرم افزار SPSS و آزمون مجذور کای واکاوی گردیدند. سپس، نتایج به صورت جدول های توزیع فراوانی و تعیین شاخص های توصیفی به دست آمدند.

یافته ها

میانگین سنی افراد بررسی، $6/91 \pm 4/09$ سال بود. شمار ۴۶ نفر (۵۴/۷ درصد)، دختر و ۳۸ نفر (۴۵/۳ درصد) پسر بودند. شمار ۷۴ نفر (۸۸/۱ درصد) در خطر متوسط و ۱۰ نفر (۱۱/۹ درصد) در خطر بالای اندوکاردیت عفونی قرار داشتند.

شمار پدران و مادرانی، که درباره ی معنای عفونت قلبی آگاهی داشتند ۳۶ نفر (۴۲/۹٪)، شمار آنهایی، که درباره ی خطر اندوکاردیت در اعمال دندانپزشکی آگاهی داشتند ۴۸ نفر (۵۷/۱ درصد)، شمار پدران و مادرانی، که درباره ی اهمیت پوشش

جدول ۱: میزان DMFT/dmft در بیماران قلبی مستعد اندوکاردیت به تفکیک گروه سنی - بابل ۱۳۸۳

سن (سال)	(%) شمار	انحراف معیار \pm میانگین	شمار	انحراف معیار \pm میانگین	شمار	انحراف معیار \pm میانگین
۶ تا ۲	۴۵ (۵۳/۵)	$3/67 \pm 1/13$	۴۵	$2/15 \pm 2/59$	۰	۰
۷ تا ۱۲	۲۹ (۳۴/۵)	$9/29 \pm 1/83$	۲۹	$1/31 \pm 2/18$	۲۹	$1/34 \pm 1/49$
۱۳ تا ۱۷	۱۰ (۱۲)	$14/6 \pm 1/68$	۰	۰	۱۰	$4/5 \pm 4/58$
جمع	۸۴ (۱۰۰)	$6/91 \pm 4/09$	۷۴	$1/86 \pm 2/47$	۳۹	$2/23 \pm 2/97$

جدول ۲: میزان پوسیدگی D(d)، کشیدن M(m)، پرکردگی F(f) به تفکیک گروه سنی در افراد مستعد به اندوکاردیت بابل ۱۳۸۳

سن (سال)	D d	M m	F f	DMFT dmft
۶ تا ۲	D=۰ d=۰	M=۰ m=۰	F=۰ f=۰	DMFT=۰ dmft=۰
۷ تا ۱۲	D=۰/۹ d=۱/۲	M=۰/۳ m=۰/۰	F=۰/۱ f=۰/۰	DMFT=۱/۳ dmft=۱/۳
۱۳ تا ۱۷	D=۳/۵ d=۰	M=۱ m=۰	F=۰ f=۰	DMFT=۴/۵ dmft=۰
جمع	D=۱/۶ d=۱/۶	M=۰/۵ m=۰/۱	F=۰/۱ f=۰/۱	DMFT=۲/۲ dmft=۱/۸

بحث

در بررسی کنونی، وضعیت سلامت دندان‌های کودکان قلبی در برابر اندوکاردیت بررسی شد. شاخص‌های سلامت دندان‌ها، یعنی DMFT و dmft، به ترتیب $2/23 \pm 2/97$ و $1/86 \pm 2/47$ به دست آمد، در حالی که، در پژوهشی، که در سال ۲۰۰۲ در برزیل بر روی ۱۰۴ کودک ۲ تا ۱۷ ساله مبتلا به بیماری قلبی انجام شد، این اندازه، به ترتیب $2/62$ و $3/97$ گزارش شد^(۴). در پژوهشی همانند، که به وسیله‌ی فرانکو (Franco) و همکارانش، انجام گرفت، اعداد $3/9$ و $2/7$ گزارش شد^(۶). اعداد به دست آمده، در مقایسه با افراد سالم هم سن در بررسی‌های دیگر، پایین‌تر است. به گونه‌ای، که میزان dmft در کودکان ۲ تا ۶ ساله‌ی مورد بررسی کنونی، $2/15 \pm 2/59$ بود، در حالی که، در بررسی نوزاد، که بر روی کودکان ۵ تا ۶ ساله‌ی آملی انجام شد، $dmft=5/8$ گزارش شد^(۷). DMFT، در افراد ۷ تا ۱۲ ساله مورد بررسی کنونی، $1/34 \pm 2/18$ بود، در حالی که، در بررسی جابر انصاری، که بر روی کودکان ۷ تا ۱۲ ساله‌ی مازندرانی انجام شد، $DMFT=1/8$ گزارش گردید^(۸). پایین‌تر بودن dmft و DMFT، ممکن است به دلیل یکسان نبودن گروه سنی باشد و یا این که، این کودکان برای درمان مشکلات قلبی، اغلب از داروهای تزریقی و قرص به جای شربت (که دارای مواد شیرین است) استفاده می‌کنند. همچنین، افراد مورد بررسی کنونی، اغلب از نظر اقتصادی در سطح پایین جامعه بودند و احتمالاً مصرف شیرینی و شکلات در آنها کمتر از دیگر افراد جامعه است، به همین دلیل، وضعیت سلامت دندان‌ها در آنها بهتر است.

در بررسی کنونی، از میان کودکان ۲ تا ۶ ساله، به طور میانگین هر کودک $2/1$ دندان‌های شیری پوسیده، از میان افراد ۷ تا ۱۲ ساله، به طور میانگین یک دندان شیری پوسیده و $0/9$ دندان‌های دائمی پوسیده و از میان افراد ۱۳ تا ۱۷ ساله، $3/5$ دندان‌های دائمی پوسیده داشتند. به سخنی دیگر، در بررسی کنونی، $73/9$ درصد افراد دندان‌های پوسیده‌ی درمان‌شده و یا نشده داشتند و $26/1$ درصد افراد بی‌پوسیدگی بودند

(جدول ۲). در حالی که در یک بررسی، که به وسیله‌ی بالمر (Balmer) و همکارانش در اکتبر سال ۲۰۰۳ انجام گرفت، آشکار شد که، ۵۸ درصد افراد مورد بررسی، پوسیدگی یا شواهدی از درمان آن را در دندان‌هایشان داشتند^(۹). در بررسی همانند دیگر، که به وسیله‌ی بولات (Bulat) انجام گرفت، ۲۷ درصد کودکانی، که به پروفیلاکسی پادزیست نیاز داشتند، به درمان روت کانال، کشیدن دندان یا التهاب لثه نیاز داشتند^(۱۰). درصد افراد بی‌پوسیدگی در بررسی هالات (Hallat)، $30/7$ درصد و در بررسی همانند دیگر، که بر روی ۱۰۰ کودک بیمار مستعد به اندوکاردیت ۲ تا ۱۶ ساله انجام گرفت، ۳۵ درصد بود^(۱۱ و ۱۲). بر پایه‌ی هدف‌های سازمان بهداشت جهانی، تا سال ۲۰۱۰، کاهش تا ۴۲ درصد پوسیدگی در کودکانی، که شواهدی از پیشینه‌ی پوسیدگی دندان‌ها در دندان‌های شیری یا دایم خود داشته‌اند، بیان شده است^(۱۳)، در صورتی که، درصد افراد بی‌پوسیدگی در این بررسی، $26/1$ درصد است. از آنجا که، درصد افراد بی‌پوسیدگی، شاخصی مهم در ارتباط با سلامت دندان‌ها است، به نظر می‌رسد، که دادن آموزش‌های لازم برای رعایت بهداشت در کودکان دارای بیماری قلبی و داشتن عادت تغذیه‌ای مناسب و مراجعه به دندانپزشکی، نقشی مهم در پیشگیری از مشکلات بعدی در این افراد خواهد داشت.

در زمینه‌ی آگاهی پدران و مادران درباره‌ی معنای عفونت قلبی، $42/9$ درصد از آنها پاسخ مثبت دادند، در حالی که، در بررسی‌های همانند دیگر، میزان آگاهی بالاتر از بررسی کنونی بود. در بررسی بولات (Bulat)، که در سال ۲۰۰۳ در کانادا انجام گرفت، ۴۷ درصد افراد در این باره آگاهی داشتند^(۱۰). در بررسی دیگر، که در همان سال، به وسیله‌ی استوکی (Stucki) انجام گرفت، ۴۵ درصد افراد می‌توانستند به درستی اندوکاردیت را تعریف کنند^(۱۴). در این بررسی، $16/7$ درصد افراد درباره‌ی نیاز پروفیلاکسی پادزیست پیش از اعمال دندانپزشکی خاص، آگاهی داشتند. در بررسی‌هایی، که به وسیله‌ی کوپر (Cowper) در سال ۱۹۹۶ و دافین (Duffin)

درباره ی اهمیت سلامت دندان‌ی و نقش آن در سلامت عمومی کودک و لزوم انجام روش‌های گوناگون رعایت بهداشت دهان و دندان برای پیشگیری از اندوکاردیت آموزش‌های بیشتر داد تا میزان آگاهی افزایش یابد^(۱۸). غفلت پدران و مادران در این باره، ممکن است به دلیل نگرانی آنها برای بیماری قلبی کودک باشد، به گونه‌ای، که از سلامت دندان‌ی و اهمیت آن غافل شده‌اند. در زمینه‌ی شمار دفعات مسواک زدن در روز در این بررسی، ۱۳/۱ درصد دو تا سه بار، ۵۱ درصد از کل افراد، دست کم یک بار در روز مسواک می‌زدند و ۱۵/۵ درصد، اصلاً مسواک نمی‌زدند، در حالی که، این اندازه‌ها در بررسی داسیلوا^(۵) متفاوت بود (۴۸/۱ درصد سه بار در روز و ۵/۸ درصد مسواک نمی‌زدند). در بررسی باریرا، ۹۲ درصد از کودکان، دست کم یک بار در روز مسواک می‌زدند^(۱۷)، که این میزان بالا، نشان می‌دهد، که این کودکان آموزش لازم را درباره‌ی نقش بهداشت دهان در جلوگیری از بدتر شدن بیماری قلبی دیده‌اند. بهتر است این آگاهی و آموزش‌های لازم به همه‌ی کودکان قلبی و پدران و مادران‌شان داده شود. در زمینه‌ی شمار دفعات مراجعه به دندانپزشکی در بررسی کنونی، ۹۷/۶ درصد افراد مراجعه به دندانپزشکی نداشتند یا به هنگام درد مراجعه می‌کردند. در حالیکه، در پژوهشی، که به وسیله‌ی ساندرز و همکارانش انجام گرفت، ۱۸ درصد کودکان با ناراحتی قلبی تاکنون دیدار دندانپزشکی نداشتند^(۱۹). در بررسی فرانکو و همکارانش، این میزان، ۱۹ درصد بود^(۶). این رقم بالا را می‌توان به ناآگاهی یا بی‌توجهی پدران و مادران به سلامت دندان‌ی کودک نسبت داد. به این ترتیب، این کودکان مراقبت‌های اولیه‌ی دندانپزشکی یا درمان‌های ترمیمی را در زمان‌های نیاز دریافت نکرده‌اند، که این سهل‌انگاری می‌تواند سلامت عمومی کودک را در برابر خطر قرار دهد. زیرا، عفونت دندان‌ی می‌تواند به عنوان یک منبع ایجاد باکتری عمل کند^(۲۰، ۲۱ و ۲۲).

نتیجه‌گیری

یافته‌های این بررسی نشان داد، که آگاهی پدران و مادران در رابطه با اهمیت نگهداری سلامت

در سال ۱۹۹۲ بر روی بزرگسالان در خطر اندوکاردیت انجام گرفت، آشکار شد، که آگاهی ناچیزی در این باره وجود دارد^(۱۵ و ۱۶). در بررسی داسیلوا (DA silva)، ۷۲/۱ درصد از ۱۰۴ بیمار با دندان‌ی درباره‌ی نیاز به پوشش پادزیست پیش از برخی اعمال دندانپزشکی آگاهی داشتند^(۵). در یک بررسی دیگر، که به وسیله‌ی استوکی در سال ۲۰۰۳ بر روی ۱۲۳ کودک با بیماری قلبی انجام گرفت، آشکار شد که ۵۵ درصد افراد درباره‌ی نیاز به پروفیلاکسی پادزیست پیش از اعمال دندانپزشکی آگاه بودند^(۱۴). میزان آگاهی بسیار پایین، که در بررسی کنونی مشاهده شده، نشان دهنده‌ی اطلاعات ناکافی پدر و مادر بیمار درباره‌ی اهمیت پوشش پادزیست در این بیماران است.

درباره‌ی آگاهی خطر ایجاد اندوکاردیت پس از اعمال دندانپزشکی، ۵۷/۱ درصد پدران و مادران مورد بررسی کنونی پاسخ مثبت دادند. اما در مطالعات داسیلوا^(۵) و باریرا (Barreira)^(۱۷) و همکارانش، میزان‌های ۶۰/۶ درصد و ۳۵ درصد مشاهده شد. آگاهی پدران و مادران از این نکته، که ریزجانداران رایج ایجاد کننده‌ی عفونت‌های دهانی و دندان‌ی با ریزجانداران ایجاد کننده‌ی اندوکاردیت همانندی زیاد دارد، اهمیتی ویژه دارد، باین ترتیب آنها لزوم انجام پروفیلاکسی قبل از اعمال دندانپزشکی و رعایت بهداشت دهانی در سطح بالا را درک خواهند کرد.

در بررسی کنونی، بیشتر از نیمی از بیماران درباره‌ی اهمیت بهداشت دهانی خوب برای جلوگیری از اندوکاردیت آگاهی داشتند (۶۰/۷ درصد)، که این میزان در بررسی داسیلوا، ۴۱/۳ درصد بود^(۵). در پژوهشی، که به وسیله‌ی حالات و همکارانش انجام شد، ۳۱ درصد از پاسخ دهندگان در این باره پاسخ مثبت دادند^(۱۱). در بررسی همانند دیگر، که به وسیله‌ی بالمر برای بررسی سلامت دندان‌ی و مراقبت‌های دندانپزشکی کودکان مبتلا به اندوکاردیت انجام گرفت، معلوم شد، که ۶۴ درصد از پدران و مادران درباره‌ی ارتباط میان سلامت دندان‌ی و ایجاد اندوکاردیت در کودکان آگاهی داشتند^(۹). به این ترتیب باید به کودکان مبتلا به بیماری قلبی و پدران و مادران آنها

مشکلات و محدودیت ها

طولانی شدن زمان بررسی، که به علت محدود بودن فعالیت درمانگاه‌های فوق تخصصی قلب کودکان بوده است.

پیشنهادها

۱- افزایش آگاهی پدران و مادران کودکان مستعد اندوکاردیت درباره ی نقش رعایت نکردن بهداشت دهان و دندان و درمان نکردن پوسیدگی‌های دندانی در ایجاد اندوکاردیت.

۲- وجود مراکز تخصصی تشخیص و درمان پوسیدگی‌های دندانی افراد مبتلا به بیماری‌های قلبی.

سپاسگزاری

از کارکنان محترم درمانگاه قلب بیمارستان های امیرکلا و شهید بهشتی بابل سپاسگزاری می گردد.

دندانی برای جلوگیری از آندوکاردیت مناسب نیست و این پدران و مادران، شناخت کافی در رابطه با پیشگیری از پوسیدگی ندارد. در صورت وجود این آگاهی، میزان دیدارهای منظم دندانپزشکی افزایش خواهد یافت. رعایت این اصل می‌تواند این بیماران را در خطری بسیار کمتر از اندوکاردیت قرار دهد. زیرا، باعث می‌شود این افراد مراقبت‌های دندانپزشکی یا درمان‌های ترمیمی را در مراحل آغازین، که تهاجم کمتری دارد، دریافت کنند.

بیشتر پدران و مادران درباره ی اهمیت مصرف پادزیست پیش از اعمال خاص دندانپزشکی آگاهی ندارند. بسیاری از پدران و مادران درباره ی خطر ایجاد اندوکاردیت پس از اعمال دندانپزشکی آگاهی ندارند.

میزان dmft و DMFT در افراد مورد بررسی نسبت به افراد سالم همسن در بررسی‌های دیگر، کمتر است. اما درصد افراد بی پوسیدگی، که معیاری مهم در سلامت دندانی است، در این گروه از افراد بالا است.

References

- Moss A. Heart disease in infants, children & adolescents. 6 th ed., 2000; 65: pp. 1297-1307.
- بروجردی و همکاران. مبانی طب داخلی سسیل ۲۰۰۱. ویرایش دکتر بهرام قاضی جهانی - انتشارات گلبان - چاپ دوم ۱۳۸۰. ۴۹-۶۲.
- Garson AJ, Bricker JT. The science and practice of pediatric cardiology volume III. Timothy Bricker J 1990; 140: 2350-2353.
- DA Silva DB, Sousa IRB, Cunha MCSA. Pediatric Dentistry Department and pediatric cardiology service. Knowledge, attitudes and status of oral health in children at risk for infective endocarditis. Int J Pediatr Dent 2002; 12: 124-131.
- مهرداد ک. میزان پوسیدگی دندان (DMF) در ایران و سایر کشورهای جهان. مجله دانشکده دندانپزشکی شهید بهشتی ۱۳۷۴؛ ۲۲: صفحه ۲۱-۱۲.
- Franco E, et al. Dental diseases, carries related microflora and salivary IgA of children with severe congenital cardiac diseases: An epidemiological and oral microbial survey. Pediatr Dent 1996; 18: 228-235.
- نورزاد ه. بررسی وضعیت سلامتی دندانهای شیری dmft کودکان ۶-۵ ساله مدارس آمادگی شهر آمل. ۱۳۷۸-۷۹؛ پایان نامه شماره ۶۴.
- جابر انصاری ز. مروری بر میزان DMF گزارش شده در ایران در سالهای ۷۱-۱۳۶۹. مجله دانشکده دندانپزشکی شهید بهشتی ۱۳۷۸؛ شماره ۱۷(۴): صفحه ۲۵.
- Balmer R, Bullock FA. The experiences with oral health and dental prevention of children with congenital heart disease. Isr Med Assoc 2003 Oct; 13(5): 439-43.

10. Bulat DC, Kantoch MJ. How much do patients know about their children's heart condition and prophylaxis against endocarditis? *Can J Cardiol* 2003; 19(5): 501-506.
11. Hallat KB, Radford DJ, Seow WK. Oral health of children with congenital cardiac diseases: A controlled study. *Pediatr Dent* 1992; 14: 224-230.
12. Hupp JR. Changing methods of preventing infective endocarditis following dental procedure: 1943-93. *J Oral Maxillofac Surg* 1993; 51: 616-623.
- ۱۳- مک دونالد. دندانپزشکی کودکان و نوجوانان. مترجم: دکتر قاسم میقانی. اداره انتشارات و چاپ دانشگاه علوم پزشکی تهران ۱۳۸۰، چاپ اول: صفحه ی ۸۹۸ تا ۹۰۳.
14. Stucki C, Mury R, Bertel O. Insufficient awareness of endocarditis prophylaxis in patient's risk. *Int Dent J* 2003; 133 (9-10): 155-190.
15. Cowper TR. Pharmacologic management of the patient with disorders of the cardiovascular system. *Dental Clin North Am* 1996; 40: 611-647.
16. Duffin PR, et al. Dental care of patients susceptible to infective endocarditis. *Brit Dent J* 1992; 173: 169-172.
17. Barreira JL, Baptista MJ, Moreira J, Azevedo A, Areias JC. Understanding of endocarditis risk improves compliance with prophylaxis. *Rev Port Cardiol* 2002; (9): 939-951.
18. Jahn MR, Jahn RS. Fique atento: Cranca tambem tem gingivite. *Revista Da Associacao Panlista Decirurgives Dentistas* 1997; 51: 335-358 .
19. Saunders CP, Roberts GJ. Dental attitudes, knowledge and health practices of parents of children with congenital heart disease. *Arch Dis Child* 1997; 76(6): 539-540.
20. Dajani AS, et al. Prevention of bacterial endocarditis-recommendations by the American Heart Association. *J Am Dent Assoc* 1997; 277: 1794-1801.
21. Carneiro RD, Couto AA, Goncalves AJR. Endocarditic infection. 1st ed., *Heart*. 1983; 1: 346-352.
22. Sconyers JR, Crawford JJ, Moriarty JD. Relationship of bacteremia to tooth brushing in patients with periodontitis. *J Am Dent Assoc* 1973; 87: 616-622.

Abstract

Knowledge of Parents and Status of Dental Health in Children at Risk of Infective Endocarditis**Ghasempour M.* - Ghasemi A.** - Moradkhani N.*****

* Assistant Professor, Department of Pediatric Dentistry, School of Dentistry, Babol University of Medical Sciences

** Assistant Professor, Department of Pediatric, Babol University of Medical Sciences

*** Dentist

Statement of Problem: Congenital heart disease is the most common disposing factor to bacterial endocarditis. Since the people with cardiac disease are in high risk of caries and some microorganisms of endocarditis are due to streptococci (caries initiation), good dental and oral health in these people are very important.

Purpose: The purpose of this study was to determine the parent's knowledge about antibiotic prophylaxis before dental procedure and dental health (dmft/DMFT) of the children at risk of endocarditis.

Materials and Methods: This is a cross-sectional descriptive analytical study performed on 84 people subjects (38 M, 46 F) being 2-17 years old and at risk of endocarditis in Amirkola and Shahid Beheshti Hospital in Babol. After clinical examination of the patients and completing of the questionnaires, findings were analyzed according to SPSS program and Chi-Square test.

Results: The percentage of parents who understood the meaning of 'heart infection' was 42.9% those, who knew the possibility of endocarditis occurrence to be caused by a dental procedure was 57.1%, those who understood the requirement for antibiotic cover before dental treatment was 16.7%, and those who understood the importance of a good oral health to prevent infective endocarditis was 60.7%.

Regarding oral health behaviour, 51.2% of children brushed their teeth at least once a day and 48.8% did not brush their teeth or brushed irregularly. Only 2.4% of children referred a dentist every six months and 44% had never visited a dentist before. 26.1% of subjects were free of caries and the mean of dmft was 1.86 ± 2.47 and for DMFT was 2.23 ± 2.97 .

Conclusion: The parents' knowledge about the importance of dental health and its role in prevention of endocarditis was low. Absence of caries in these children was low making them susceptible to bacterial endocarditis.

Key words: DMFT, dmft, Infective Endocarditis, CHD

Shiraz Univ. Dent. J. 2005; 6(1,2): 96-103
