

بررسی علل کشیدن دندان‌ها در بیماران ۱۴ تا ۶۰ ساله مراجعه کننده به بخش جراحی دانشکده دندانپزشکی دانشگاه جندی شاپور اهواز در سال ۱۳۹۵

لیلا رجایی^۱، کاظم صحرائی^{۲*}، مهدی پرچمی قهفرخی^۲

چکیده

۱- استادیار گروه بیماری های دهان و دندان.

۲- دانشجوی دندان پزشکی.

زمینه و هدف: به تعویق انداختن شروع بی‌دندانی هدف نهایی مراقبت های دندانپزشکی است. شناخت دلایل از دست رفتن دندانها می‌تواند در تعیین برنامه های پیشگیری مناسب کمک کننده باشد. مطالعه حاضر به منظور بررسی دلایل خارج کردن دندانهای دائمی و فاکتورهای دموگرافیک (سن، جنس، میزان تحصیلات) مرتبط با از دست رفتن دندانها است.

۱- گروه بیماری های دهان و دندان، دانشکده دندان

پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز، اهواز، ایران.

۲- دانشکده دندان پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی

جندی شاپور اهواز، اهواز، ایران.

روش بررسی: در این مطالعه دلایل خارج کردن دندانهای دائمی در ۳۸۴ بیمار که در سال ۱۳۹۵ به دانشکده دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی اهواز مراجعه کرده بودند بررسی گردید. روش مطالعه توصیفی - کاربردی بود و داده ها توسط پرسشنامه و معاینه کلینیکی بیماران بدست می آمد. نتایج توسط نرم افزار SPSS بررسی شد.

یافته ها: در مجموع از ۳۸۴ دندان خارج شده از ۸۳۴ نفر نتایج نشان می داد که پوسیدگی (۵۳/۶٪) و بیماری پرپودنتال (۲۰/۹٪) دلایل اصلی خارج کردن دندانها بودند. بیشترین دندان خارج شده دندان مولر اول فک پایین بود (۲۸/۶٪). فراوانی دندانهای خارج شده با افزایش میزان تحصیلات رابطه معکوسی را نشان داد ($P \leq 0.05$).

*نویسنده مسؤول:

نتیجه گیری: بیشترین دندانها بر اثر پوسیدگی و بیماری پرپودنتال خارج شده اند. پیشگیری از پوسیدگی و بیماری پرپودنتال در همه سنین لازم و ضروری است. همچنین به منظور رعایت بهداشت دهان و بهبود زندگی روزانه باید به بیماران اطلاعات بیشتر در مورد بهداشت دهان و انجام ملاقات های منظم دندانپزشکی داده شود.

کاظم صحرائی؛ گروه بیماری های دهان و دندان،

دانشکده دندان پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی

جندی شاپور اهواز، اهواز، ایران.

تلفن: ۰۰۹۸۹۱۲۷۰۳۳۴۰۱

Email: kazem620@yahoo.com

واژگان کلیدی: اندیکاسیون، کشیدن، جراحی.

اعلام قبولی: ۱۳۹۷/۱۲/۲۵

دریافت مقاله اصلاح شده: ۱۳۹۷/۱۲/۱۴

دریافت مقاله: ۱۳۹۷/۲/۲۵

مقدمه

می‌گیرند و همچنین دندان‌های شکسته و ترک دار و آنهایی که کانون عفونت هستند.

۶- دلایل دیگر، از جمله درخواست بیمار که یکی از دلایل غیر علمی است و آمار نسبتاً بالایی را در برخی از مطالعات به خود اختصاص داده و بیشتر به علت مشکلات اقتصادی است.

علل کشیدن دندان‌ها به دلایل مختلف فرهنگی-جغرافیایی در زمان‌های متفاوت بررسی، تفاوت دارد. در کشورهای پیشرفته که افراد جامعه به درمانگاه‌های دندانپزشکی دسترسی دارند، بیشترین علت درآوردن دندان پوسیدگی و سپس بیماری پریدنتال بوده است (۳).

پوسیدگی اصلی‌ترین علت کشیدن دندان‌ها در استرالیا و چین است (۴ و ۵). تحقیقی در اسکاتلند نشان داد، نسبت افراد بالغی که تعداد دندان‌های دایمی خود را از دست داده اند در سال‌های ۱۹۷۸، ۱۹۸۸ و ۱۹۹۸ به ترتیب برابر ۳۹٪، ۲۶٪ و ۱۸٪ بوده است (۶). همچنین بررسی‌هایی که در سال‌های ۱۹۸۶ تا ۱۹۸۸ در کشورهای در حال پیشرفت هم چون کنیا، تانزانیا و چین که افراد جامعه محدودیت دسترسی به درمانگاه‌های دندانپزشکی دارند انجام گرفته، نشان می‌دهد که پوسیدگی دندان‌های شایع‌ترین علت از دست دادن دندان‌ها در همه گروه‌های سنی است (۳).

بررسی‌های گوناگون جهت تعیین علل بیرون آوردن دندان در جهان انجام پذیرفته است. در بیشتر بررسی‌ها شایع‌ترین علت درآوردن دندان پیش از سن ۴۰ سالگی پوسیدگی دندان‌های (۷)، ولی بیماری پریدنتال در سنین بالای ۴۰ سال مهم‌ترین عامل در بیرون آوردن دندان بوده است (۸ و ۹). باید توجه داشت که سهم دندان‌های کشیده شده به علت پوسیدگی در ایران نسبت به کل شاخص دندان‌های دائمی (DMFT) بالا است. این درحالی است که در کشورهای پیشرفته سهم پوسیدگی بسیار پایین بوده و بخش اعظم شاخص DMFT را دندان‌های پر شده یعنی FT به خود اختصاص می‌دهد (۳ و ۱۰).

دندان‌ها برای جویدن، لبخند زدن و صحبت کردن مهم هستند و نگهداری دندان‌ها تا بیشترین زمان ممکن می‌تواند سلامت دهان را تضمین کند. کشیدن دندان‌ها به هر دلیلی که باشد تأثیرات منفی بر کیفیت زندگی از لحاظ زیست‌شناختی، روح و روان و اجتماعی در انسان می‌گذارد. بعلاوه اختلالاتی در جویدن غذا، شکل ظاهری و تکلم بوجود می‌آورد. نگهداری دندان‌ها تا بیشترین زمان ممکن می‌تواند سلامت دهان را تضمین کند. بنابراین بایستی از درآوردن دندان‌های دایمی به عنوان یک قسمت از طرح درمان، تا حد امکان خودداری کرد (۱).

امروزه با پیشرفت‌های چشمگیر علم دندان پزشکی و با در نظر گرفتن نقش حیاتی دندان در زیبایی و مضع حفظ دندان‌ها حتی تا کهنسالی ضروری و ممکن می‌باشد. بطور کلی کشیدن دندان غیر نهفته در بزرگسالان از دید علمی به علل زیر می‌باشد (۲).

۱- بیماری‌های پریدنتال که در طی آن دندان‌ها به عللی مانند تحلیل یا پاکت‌های عفونی، لق و کشیده می‌شود.

۲- پوسیدگی‌های شدید که در آن بازسازی دندان امکان پذیر نباشد.

۳- ملاحظات پروتزی که در شرایطی دندان‌ها به علت پیچیده نمودن طرح درمان و یا بعلاوه چرخش مانع ثبات یا گیر پروتز شده و کشیدن دندان باعث ارائه بهتر درمان پروتزی می‌شود.

۴- ملاحظات ارتودنسی، بیشتر به درخواست متخصصان ارتودنسی برای ایجاد فضا در رفع مشکل کمبود فضا، یا نابجایی دندان‌ها که از طریق درمان ارتودنسی نمی‌توان آن را برطرف کرد.

۵- به دلایل پاتولوژیک مانند دندان‌هایی که در خط شکستگی قرار داشته و مانع ترمیم شکستگی هستند یا دندان‌های درگیر در ضایعات پاتولوژیک و یا دندان‌هایی که در محل استقرار آنها بعداً در معرض پرتو درمانی قرار

دانشکده دندانپزشکی دانشگاه جندی شاپور اهواز در سال ۱۳۹۵ می باشد.

روش بررسی

در این مطالعه توصیفی مقطعی، کلیه بیمارانی که از نیمه دوم سال ۱۳۹۵، برای کشیدن دندان به دانشکده دندانپزشکی اهواز مراجعه کرده بودند مورد مطالعه قرار گرفتند. با استفاده از مطالعات مشابه داخلی و خارجی و مشاوره با متخصص آمار زیستی حجم نمونه ای معادل ۳۸۴ نفر با سن بین ۱۴ تا ۶۰ سال مناسب تشخیص داده شد و مورد بررسی قرار گرفت.

در این بررسی بیماران مراجعه کننده به بخش جراحی دهان فک و صورت دانشکده دندانپزشکی اهواز مورد ارزیابی قرار گرفتند. در این مطالعه مقرر گردید افرادی که غیر ایرانی هستند یا دچار بیماری زمینه ای سیستمیک شامل مشکلات انعقادی هستند از مطالعه خارج شوند. هیچگونه مداخله ای در طرح درمان این افراد از سوی پژوهشگران صورت نگرفت. تنها در زمانی که طرح درمان کشیدن بین دندانپزشک معالج و بیمار به عنوان درمان حتمی مورد موافقت قرار گرفت، اطلاعات لازم جمع آوری گردید.

نام و اطلاعات شخصی بیماران در لیست جداگانه ای ثبت گردید و اطلاعات لازم در مورد دندان مورد درمان قرار گرفته و اطلاعات دموگرافیک افراد در فرم مخصوص جمع آوری داده ها و بدون ثبت نام و یا نام خانوادگی بیماران جمع آوری شد. بر روی فرم های مخصوص جمع آوری داده ها تنها به هر بیمار مورد مطالعه یک کد داده شد.

جهت گرد آوری اطلاعات مطالعه مذکور از چک لیستی شامل اطلاعات دموگرافی (سن، جنس، سطح تحصیلات)، بیماری زمینه ای (دیابت، قلبی، پرفشاری خون و مشکلات انعقادی و...) شماره دندان و فک مورد نظر و دلیل بیرون آوردن دندان با توجه به نظر دندانپزشک معالج بر اساس معیارهای زیر بود؛

در اثر از دست دادن دندان های دائمی، زندگی افراد (گاهی در مواردی به صورت تدریجی و در مواردی به صورت ناگهانی) دستخوش تغییرات می گردد. از دست دادن دندان ها بر کیفیت زندگی متاثر از سلامت (-Health related quality of life) و به خصوص کیفیت زندگی متاثر از سلامت دهان و دندان (Oral health-related quality of life) و جهات مختلف آن تاثیرات منفی می گذارد (۱۱).

در تحقیقی که در آلمان توسط Hiller و Reich در سال ۱۹۹۳ انجام شد دیده شد که ۲۷/۳ درصد از دندان های کشیده شده به دلیل مشکل پریدنتال بوده در حالی که پوسیدگی دلیل ۲۰ درصد کشیدن ها بوده است (۱۲). در بررسی دیگر در دوره ۲۰ ساله در نروژ که توسط Klock و Haugejorden انجام شد، پوسیدگی از ۶۹ درصد در سال ۱۹۶۸ به ۳۵ درصد در سال ۱۹۸۸ رسیده بود (۱۳).

در ضمن، جنس و درمان های دندانپزشکی و نیز مراجعه های منظم دندانپزشکی می تواند در این مهم دخیل باشند (۱۴). از علل دیگر بیرون آوردن دندان، درآوردن دندان های نهفته به علت درمان های ارتودنسی، پروتزهای دندانی (۸)، ضربه، پریکرونیست و ... است (۹).

کشیدن دندان تنها زمانی مجاز است که دلیل علمی داشته باشد و همیشه به عنوان آخرین راه درمانی انتخاب می شود. با این همه، در کشورهای فقیر (از نظر اقتصادی) یا در کشورهایی که مردم تحت پوشش بیمه درمانی نیستند، آمار بالای خارج کردن دندان به خصوص دندان هایی که قابل درمان هستند، موجب تأسف است (۱۵). تحقیقات در مورد علت خارج کردن دندان به منظور جمع آوری اطلاعات در مورد شیوع بیماری های دهان و دندان، دسترسی به سرویس های مراقبت دندانی و کاهش خارج کردن دندان در آینده بسیار کمک کننده است (۱۶). با توجه به اهمیت این موضوع در سطح جهان و ایران و همچنین در شهر اهواز، نیاز به بررسی دلایل کشیدن دندان ها بود. بنابراین هدف از این تحقیق بررسی علل کشیدن دندان ها در بیماران ۱۴ تا ۶۰ ساله مراجعه کننده به بخش جراحی

۲۱ سال، ۴۰-۳۱ سال، ۵۰-۴۱ سال و ۶۰-۵۱ سال تقسیم شدند که به نتایج آن اشاره می‌شود.

در بررسی علل خارج کردن دندانها بین گروه های سنی مختلف شایع ترین دلیل خارج کردن دندان ها در هر گروه سنی به این صورت است:

۲۰-۱۴ سال پوسیدگی (۵/۹ درصد)، ۲۱-۳۰ سال پوسیدگی (۱۱/۱ درصد)، ۳۱-۴۰ سال پوسیدگی (۱۴/۵ درصد)، ۴۱-۵۰ سال پوسیدگی (۱۵/۱ درصد) و ۶۰-۵۱ سال بیماری پریودنتال (۹/۸ درصد). بیشترین فراوانی خارج کردن دندان ها به ترتیب در گروه های سنی ۵۰-۴۱، ۴۰-۳۱ و ۶۰-۵۱ قرار داشت.

بیماری پریودنتال با افزایش سن روند صعودی پیدا می کند که در این میان از ۴۰ سالگی به بالا این روند صعودی افزایش قابل توجهی می یابد. در حالی که در مورد پوسیدگی این روند از ۵۰ سالگی به بالا کاهش چشمگیری نشان می دهد.

در بررسی ارتباط فراوانی خارج کردن دندان ها با تحصیلات بیماران، در افراد با مدرک تحصیلی کمتر از دیپلم ۷۴/۷ درصد و با افراد با تحصیلات دیپلم و بالاتر ۲۵/۶ درصد را به خود اختصاص دادند. پوسیدگی، بیماری پریودنتال و خواست بیمار به ترتیب شایع ترین دلایل خارج کردن دندانها در افراد با تحصیلات کمتر از دیپلم بود. در افراد با تحصیلات دیپلم و بالاتر به ترتیب پوسیدگی، بیماری پریودنتال و دلایل پروتزی دلایل اصلی خارج کردن دندان ها بودند.

در مطالعه توزیع فراوانی نوع دندان خارج شده بر حسب علت خارج کردن دندان، مولرها بیشترین دندان های خارج شده بودند. از ۱۹۶ دندان مولر خارج شده پوسیدگی با ۱۲۰ مورد و بیماری پریودنتال با ۲۶ مورد بیشترین علل خارج کردن مولرها بودند. در پرمولرها از ۱۰۳ پرمولر خارج شده پوسیدگی با ۶۴ مورد و بیماری پریودنتال با ۱۴ مورد عوامل اصلی خارج کردن پرمولرها بودند. از ۲۲ دندان کانین خارج شده پوسیدگی با ۹ مورد و بیماری پریودنتال با ۵ مورد عامل خارج کردن دندان بودند. در

۱-پوسیدگی؛ وقتی که درمان ریشه انجام گرفته اما پوسیدگی باقیمانده به طوری که تاج دندان از دست رفته باشد.

۲-بیماری های پریودنتال؛ دندان به علت پاکت های عمیق پریودنتال و درد حاصل از آن بیرون آورده شود.

۳-ترکیب پریودنتال و پوسیدگی؛ دندان هایی که عمق پاکت آنها عمیق و دارای درد هستند و به علت عدم رعایت بهداشت یا عدم کیفیت پرشدگی یا درمان انجام شده به وجود آمده است.

۴-تروما؛ دندان به دلیل شکستگی فک بیرون آورده می شود.

۵-خواست بیمار؛ بیمار با اینکه می تواند درمان های محافظه کارانه انجام دهد بعلت ترس یا عدم رغبت به درمان های دیگر، دندان خود را بیرون آورد.

۶-شکست ترمیم قبلی؛ درمان های ترمیمی محافظه کارانه بعلت های عدم کیفیت کار دندانپزشک و همچنین کیفیت مواد استفاده شده منجر به شکست درمان شود که دندان دیگر قابلیت ترمیم مجدد را نداشته باشد.

در معاینه ی بیماران، عمق پاکت پریودنتال دندان در سمت باکال در سه نقطه و در سمت لینگوال یا پالاتال در یک نقطه توسط سوند پروپ پریودنتال بررسی شد که عمق پاکت بیشتر از ۳ میلیمتر و لقی دندان بیشتر از ۱ (حرکت باکولینگوالی دندان کمتر از ۱ میلیمتر) به عنوان بیماری پریو محسوب گردید. برای هر بیمار با توجه به رادیوگرافی پانورامیک بیمار، مشاوره های بین بخشی و معاینات بالینی تشخیص دلایل کشیدن انجام گرفت. پس از توضیح در مورد بررسی یاد شده وکسب رضایت شفاهی از بیماران، اطلاعات فردی توسط فرد گردآوری کننده از بیمار پرسیده و ثبت گردید.

یافته ها

برای بررسی ارتباط علل خارج کردن دندانها با متغیر سن، بیماران به ۵ گروه سنی جداگانه ۲۰-۱۴ سال، ۳۰-

بودند؛ در حالی که بیشترین دندان های خارج شده به علت پوسیدگی به ترتیب مولرها، پرمولرها و دندان های قدامی بودند. مولر اول بیشترین دندان خارج شده بر اثر پوسیدگی و دندانهای ثنایا بیشترین دندانهای خارج شده بر اثر بیماری پریودنتال بودند. در بررسی علل خارج کردن دندانها از لحاظ شماره دندان، بیشترین دندان های خارج شده به علت پوسیدگی مولر اول مندیبل و بیشترین دندانهای خارج شده به علت بیماری پریودنتال انسیزورهای مندیبل بودند. در مورد دندان هایی که به علت پوسیدگی خارج شده بودند به ترتیب مولرها، پرمولرها و دندان های قدامی بیشترین فراوانی را داشتند و این ترتیب در بین تمام گروه های سنی حفظ شد.

دندان های ثنایا از ۵۳ دندان خارج شده بیماری پریودنتال با ۳۶ مورد و پوسیدگی با ۱۳ مورد به ترتیب اولین و دومین دلیل شایع خارج کردن دندان در ثنایاها بودند. در بررسی جداگانه هر کدام از دندانها، بیشترین دندانهای خارج شده به علت پوسیدگی مولرها و بیشترین دندانهای خارج شده به علت بیماری پریودنتال ثنایاها بودند.

اختلاف معنی داری از لحاظ آماری بین علت خارج کردن دندانها در کوادرنان های چپ و راست فکین و همچنین بین دندان های فک بالا با فک پایین مشاهده نشد ($P \leq 0.05$).

بیشترین دندان های خارج شده به علت بیماری پریودنتال به ترتیب دندان های قدامی، مولرها و پرمولرها

جدول ۱: توزیع فراوانی بیماران مراجعه کننده بر حسب سن و جنس

جمع	جنس		گروه سنی	
	زن	مرد	تعداد	
۵۵	۲۳	۲۲	تعداد	
% ۱۰۰	% ۶۰	% ۴۰	درصد در گروه سنی	۲۰-۱۴
% ۱۱/۶	% ۵/۹	% ۵/۷	درصد در کل جمعیت	
۷۳	۳۴	۳۹	تعداد	
% ۱۰۰	% ۴۶/۶	% ۵۳/۴	درصد در گروه سنی	۳۰-۲۱
% ۱۸/۹	% ۸/۸	% ۱۰/۱	درصد در کل جمعیت	
۹۷	۵۱	۴۶	تعداد	
% ۱۰۰	% ۵۲/۶	% ۴۷/۴	درصد در گروه سنی	۴۰-۳۱
% ۲۵/۱	% ۱۳/۲	% ۱۱/۹	درصد در کل جمعیت	
۹۳	۴۴	۴۹	تعداد	
% ۱۰۰	% ۴۷/۴	% ۵۲/۶	درصد در گروه سنی	۵۰-۴۱
% ۲۴/۱	% ۱۱/۴	% ۱۲/۷	درصد در کل جمعیت	
۷۶	۴۰	۳۶	تعداد	
% ۱۰۰	% ۵۲/۷	% ۴۷/۳	درصد در گروه سنی	۶۰-۵۱
% ۱۹/۷	% ۱۰/۴	% ۹/۳	درصد در کل جمعیت	

جدول ۲: توزیع فراوانی علل خارج کردن دندان‌ها به تفکیک فک

شکست	پوسیدگی	درمان اندو	پریدنتال	خواست بیمار	ارتودنسی	پروتز	تروما	نهفتگی	سایر موارد	جمع		
	۷	۰	۱۷	۲	۰	۴	۱	۰	۱	۳۲	ثنايا	
	٪ ۱/۸	٪ ۰	٪ ۴/۴	٪ ۰/۵	٪ ۰	٪ ۱	٪ ۰/۲۶	٪ ۰	٪ ۰/۲۶	٪ ۸/۳		
	۳۴	۲	۸	۴	۱	۶	۰	۰	۰	۵۵	پرمولر	
	٪ ۸/۸	٪ ۰/۵	٪ ۲	٪ ۱	٪ ۰/۲۶	٪ ۱/۵	٪ ۰	٪ ۰	٪ ۰	٪ ۲۱/۱		
	۵۳	۰	۱۶	۶	۰	۴	۰	۶	۱	۸۶	مولر	ماگزیلا
	٪ ۱۳/۸	٪ ۰	٪ ۴/۱	٪ ۱/۵	٪ ۰	٪ ۱	٪ ۰	٪ ۱/۵	٪ ۰/۲۶	٪ ۲۲/۳		
	۷	۰	۲	۱	۰	۳	۰	۱	۰	۱۴	کانين	
	٪ ۱/۸	٪ ۰	٪ ۰/۵	٪ ۰/۲۶	٪ ۰	٪ ۰/۷	٪ ۰	٪ ۰/۲۶	٪ ۰	٪ ۳/۶		
	۱۰۱	۲	۴۳	۱۳	۱	۱۷	۱	۷	۲	۱۸۷	جمع	
	٪ ۲۶/۳	٪ ۰/۵	٪ ۱۱/۱	٪ ۳/۳	٪ ۰/۲۶	٪ ۴/۴	٪ ۰/۲۶	٪ ۱/۸	٪ ۰/۵	٪ ۴۸/۶		
	۶	۰	۱۹	۱	۰	۴	۱	۰	۰	۳۱	ثنايا	
	٪ ۱/۵	٪ ۰	٪ ۴/۹	٪ ۰/۲۶	٪ ۰	٪ ۱	٪ ۰/۲۶	٪ ۰	٪ ۰	٪ ۸		
	۳۰	۱	۶	۶	۱	۳	۰	۱	۰	۴۸	پرمولر	
	٪ ۷/۸	٪ ۰/۲۶	٪ ۱/۵	٪ ۱/۵	٪ ۰/۲۶	٪ ۰/۷	٪ ۰	٪ ۰/۲۶	٪ ۰	٪ ۱۲/۵		
	۶۷	۱	۱۰	۱۰	۰	۷	۰	۱۵	۰	۱۱۰	مولر	منديبيل
	٪ ۱۷/۴	٪ ۰/۲۶	٪ ۲/۶	٪ ۲/۶	٪ ۰	٪ ۱/۸	٪ ۰	٪ ۳/۹	٪ ۰	٪ ۲۸/۶		
	۲	۰	۳	۱	۰	۱	۰	۱	۰	۸	کانين	
	٪ ۰/۵	٪ ۰	٪ ۰/۷	٪ ۰/۲۶	٪ ۰	٪ ۰/۲۶	٪ ۰	٪ ۰/۲۶	٪ ۰	٪ ۲/۳		
	۱۰۵	۲	۳۸	۱۸	۱	۱۵	۱	۱۷	۰	۱۹۷	جمع	
	٪ ۲۷/۳	٪ ۰/۵	٪ ۹/۸	٪ ۴/۶	٪ ۰/۲۶	٪ ۳/۹	٪ ۰/۲۶	٪ ۴/۴	٪ ۰	٪ ۵۱/۴		

جدول ۳: توزیع فراوانی علل کشیدن دندان به تفکیک گروه سنی

جمع	سن					علت خارج کردن دندان
	۶۰-۵۱	۵۰-۴۱	۴۰-۳۱	۳۰-۲۱	۲۰-۱۴	
۲۰۶	۲۶	۵۸	۵۶	۴۳	۲۳	پوسیدگی
٪۵۳/۶	٪۶/۷	٪۱۵/۱	٪۱۴/۵	٪۱۱/۱	٪۵/۹	
۴	۰	۰	۳	۱	۰	شکست درمان اندو
٪۱	٪۰	٪۰	٪۰/۷۵	٪۰/۲۵	٪۰	
۸۱	۳۸	۲۱	۱۳	۸	۱	بیماری پریدنتال
٪۲۱	٪۹/۸	٪۵/۴	٪۳/۳	٪۲	٪۰/۲۵	
۳۱	۴	۱۱	۱۰	۴	۲	خواست بیمار
٪۸	٪۱	٪۲/۹۵	٪۲/۶	٪۱	٪۰/۵	
۲	۰	۰	۰	۱	۱	ارتودنسی
٪۰/۵	٪۰	٪۰	٪۰	٪۰/۲۵	٪۰/۲۵	
۳۲	۱۶	۱۱	۱	۱	۳	دلایل پروتزی
٪۸/۳	٪۴/۱	٪۲/۹۵	٪۰/۲۵	٪۰/۲۵	٪۰/۷۵	
۲	۰	۰	۰	۰	۲	تروما
٪۰/۵	٪۰	٪۰	٪۰	٪۰	٪۰/۵	
۲۴	۰	۱	۰	۱۰	۱۳	نهفتگی
٪۶/۲۵	٪۰	٪۰/۲۵	٪۰	٪۲/۶	٪۳/۳	
۲	۰	۰	۱	۱	۰	سایر
٪۰/۵	٪۰	٪۰	٪۰/۲۵	٪۰/۲۵	٪۰	
۳۸۴	۸۴	۱۰۲	۸۴	۶۹	۴۵	جمع
٪۱۰۰	٪۲۱/۸	٪۲۶/۵	٪۲۱/۸	٪۱۷/۹	٪۱۱/۷	

بحث

یافته در تحقیقات قبلی در این زمینه نیز دیده می شود (۳۵) - (۳۸).

در مطالعه ی حاضر در سنین ۵۰ و کمتر از آن به ترتیب پوسیدگی و بیماری پریدنتال علل اصلی خارج کردن دندان هستند و در سنین بالاتر از ۵۰، بیماری پریدنتال به شایعترین علت خاج کردن دندانها تبدیل می شود. این نتیجه مشابه با تعدادی از تحقیقات است (۲۵) و ۲۶ و ۲۸ و ۳۹ و ۳۸). در صورتی که در تحقیقات انجام شده دیگر، بیماری پریدنتال در سنین ۴۰ سال به بالا به عنوان علت اصلی خارج کردن دندان ها تبدیل می شود (۳۲) و ۳۴ و ۳۷ و ۳۹). این تفاوت می تواند به علت تفاوت

نتایج این مطالعه نشان می دهد که پوسیدگی و بیماری پریدنتال، مهمترین دلایل خارج کردن دندانها هستند که در تطابق با مطالعات انجام شده در ایران و کشورهای دیگر است. این مطالعه نشان می دهد که در مجموع پوسیدگی مهمترین علت خارج کردن دندانهاست و بیماری پریدنتال دومین علت شایع خارج کردن دندان است، که با اکثر مطالعات انجام شده در این زمینه تطابق دارد (۱۴) و (۳۴-۲۵).

همچنین بیماری پریدنتال با افزایش سن روند صعودی پیدا می کند که در این میان از سن ۴۰ سالگی به بالا این سیر صعودی افزایش چشمگیری پیدا می کند این

دومین علت اصلی خارج کردن دندان هاست که با تحقیق حاضر مغایرات دارد. تعریف تحقیق از متغیر دلایل پروتزی شامل موارد خارج کردن دندان های سالم یا قابل ترمیم به علت طرح درمان پروتزی می باشد. این روش مشابه با روش تحقیق انجام گرفته در فرانسه توسط Cahen و همکاران (۲۵) و تحقیق انجام گرفته در فنلاند توسط Ainamo در سال ۱۹۸۴ (۴۸) می باشد. در صورتی که در تحقیق انجام شده در کرمان توسط رضانیان و همکاران این متغیر شامل تمام موارد خارج کردن دندان ها (دندانهای سالم، قابل ترمیم و غیرقابل ترمیم) قبل از درمان پروتزی است که مشابه با روش انجام گرفته در تحقیق Corbert و Davis در هنگ کنگ (۳۰) و Bilinkhorn در سال ۱۹۸۴ در اسکاتلند (۴۹) می باشد.

در مطالعه ی انجام شده در هنگ کنگ توسط Corbert و Davis (۲۸) نتایج به دست آمده شامل پوسیدگی ۶۰ درصد و بیماری پرودنتال ۲۷/۹ درصد بود و در بالاتر از ۴۰ سالگی میزان بیماری پرودنتال در بین علل خارج کردن دندانها افزایش قابل توجهی داشت که این نتایج با نتایج تحقیق حاضر مشابه است؛ اما در سنین بالای ۶۰ سال نیز همچنان عامل پوسیدگی به عنوان شایع ترین علت خارج کردن دندانها باقی مانده است. این نتیجه به دست آمده با توجه به اینکه جمعیت مورد مطالعه در هنگ کنگ از آب آشامیدنی فلورایددار استفاده می کنند می تواند قابل انتظار باشد، زیرا افزودن فلوراید به سیستم آب آشامیدنی در افزایش مقاومت دندانها در برابر پوسیدگی و در نتیجه حفظ طولانی تر این دندانها در محیط دهان تا سنین بالاتر و از دست رفتن دیرتر آنها بر اثر پوسیدگی مؤثر است. به طور کلی مقایسه نتایج تحقیقات در مورد علل خارج کردن دندانهای دائمی در کشورهای مختلف باید با دقت و محتاطانه و بررسی کلیه جوانب صورت گیرد و همیشه این کار با مشکلاتی در یافتن تفاوت ها روبرو است (۲۴ و ۲۸ و ۳۹).

در مطالعه فعلی مولرها شایعترین دندانهای خارج شده به علت پوسیدگی بودند و دندانهای قدامی بیشترین

در روش های اجرایی طرح و تفاوت در متودولوژی تحقیق و همچنین میزان تمایل دندانپزشک و بیمار به سمت نگهداری دندانها باشد (۳۲ و ۴۰). همچنین می تواند به علت تفاوت در استعداد ابتلا به بیماری پرودنتال باشد. همانگونه که مطالعات نشان می دهد که نوع مخرب بیماری پرودنتال در گروه های نژادی خاصی افزایش نشان می دهد (۴۱ و ۴۲). تفاوت های نژادی در استعداد ابتلا به بیماری پرودنتال و پیشرفت این بیماری نیز می تواند در نتایج به دست آمده تأثیرگذار باشد (۴۳ و ۴۴ و ۴۵). فراوانی موارد استعمال سیگار توسط بیماران انتخاب شده نیز در میزان بروز بیماری پرودنتال مؤثر است (۴۶ و ۴۷). تفاوت در متودولوژی اجرای طرح می تواند در نتایجی که به دست می آید تأثیرگذار باشد. به عنوان مثال در مطالعه ی حاضر دلایل پروتزی یکی از علل خارج کردن دندان ها در نظر گرفته شده است؛ در صورتی که در مطالعه انجام شده در کویت توسط Al-Shammmary و همکاران در سال ۲۰۰۴ (۳۲) این متغیر لحاظ نشده است و موارد مربوط به آن در متغیرهای دیگر به خصوص متغیر بیماری های پرودنتال افزوده شده است. علاوه بر این موارد خارج کردن دندان به علت شکست درمان اندودنتیک به موارد مربوط به بیماری های پرودنتال افزوده شده است. در مطالعه ی انجام شده در کشور نپال (۳۴) ۸۰ درصد دندان های خارج شده در گروه های سنی زیر ۴۰ سال قرار دارند. همچنین در این مطالعه مواردی از خارج کردن دندان ها که به علتی غیر از پوسیدگی و بیماری پرودنتال بوده است از مطالعه حذف شده اند که این مورد در درصدهای به دست آمده برای بیماری پرودنتال و پوسیدگی مؤثر است. در مطالعه ی انجام شده در آلمان توسط Reich و Hiller (۲۷) متغیر خارج کردن دندان عقل و متغیر درد در مجموع ۶۱/۹ درصد از موارد خارج کردن دندانها را به خود اختصاص می دهند؛ در صورتی که در این مطالعه متغیر درد وجود نداشت.

در مطالعه ی انجام شده در کرمان در سال ۱۳۷۷ توسط رضانیان و همکاران (۳۷) دلایل پروتزی به عنوان

که موافق با تحقیقات انجام شده در این زمینه است (۳۲) و ۳۳ و ۳۵ و ۴۳ و ۴۶ و ۴۷ و ۵۵).

نتیجه گیری

از این مطالعه نتیجه گیری می‌شود که پوسیدگی علت شایع برای خارج کردن دندانها در سنین کمتر از ۵۰ سالگی بوده، در حالی که برای سنین بالای ۵۰ سال بیماری پریدونتال شایعترین علت خارج کردن دندانهاست. همچنین بین میزان تحصیلات با میزان خارج کردن دندانها رابطه معنی داری وجود دارد، به طوری که در افراد دارای میزان تحصیلات بالاتر میزان خارج کردن دندان کمتر است. دندان های مولر اول بیشترین دندانهای از دست رفته به خاطر پوسیدگی بودند؛ در حالی که دندانهای قدامی شایعترین دندانهای خارج شده به علت بیماری پریدونتال بودند.

دندانهای خارج شده بر اثر بیماری پریدونتال بودند. در مطالعات انجام گرفته قبلی نیز این نتایج به دست آمده است (۲۸ و ۳۲ و ۳۴ و ۳۵ و ۵۰). یک توضیح می‌تواند این باشد که دندان های قدامی مندیل کمتر مستعد ابتلا به پوسیدگی نسبت به دندانهای دیگر می‌باشند. لذا این دندانها بیشتر در سیستم دندانی افراد باقی می‌مانند و در سنین بالاتر که بیماری پریدونتال تبدیل به عامل مؤثرتری در از دست رفتن دندانها می‌شود این دندانها توسط این بیماری از سیستم دندانی فرد حذف می‌شوند (۳۲ و ۵۱ و ۵۲). همچنین دندان مولر اول مندیل بیشترین دندان خارج شده به علت پوسیدگی می‌باشد. این علت می‌تواند به علت مورفولوژی خاص این دندان و همچنین رویش زود هنگام این دندان در محیط دهان می‌باشد که لزوم مراقبت بیشتر از آن را نشان می‌دهد (۳۴ و ۳۵ و ۵۳ و ۵۴).

نتایج این تحقیق بالا بودن میزان موارد خارج کردن دندان به علت بیماری پریدونتال در مردان را نشان می‌دهد

منابع

- 1-Da'ameh D. Reasons for permanent tooth extraction in the North of Afghanistan. JDent 2006; 34(1): 48-51.
- 2-Yazdani J ,Khashabi E ,Ghavimi M.A Evaluation of the reasons for the teeth extraction in patients referred to surgical Department of dental school of Tabriz . Medical Journal of Tabriz University of Medical Science. 2003; 30: 110-112.
- 3-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: 233-237.
- 4-Johansen SB, Johansen JR. A survey of cause of permanent tooth extractions in South Australia. Aust Dent J 1999; 40(1): 139-142.
- 5-Luan WM, Baelum V, Chen X, et al. Tooth mortality and prosthetic treatment patterns in urban and rural Chinese aged 20-80 years. Community Dent Oral Epidemiol .1989;17(5); 221-6.
- 6-Todd, J.E. and Lader, D. Oral Health in the United Kingdom 1998. 1st ed : London:HMSO :2000:5-11.
- 7-Eskandari Zadeh A, Tajadod B, Adhami Sh. Indications for permanent tooth extraction in patients referred to Kerman Dental School, 1999. J Shahid Beheshti Dent Sch 2002; 20: 143-154.
- 8-Quteish Taani DS. Periodontal reasons for tooth extraction in an adult population in Jordan. J Oral Rehabil 2003; 30: 110-112.
- 9-McCaul LK, Jenkins WM, Kay EJ. The reasons for the extraction of various tooth types in Scotland: a 15-year follow up. JDent 2001; 29: 401-407.
- 10-Hessari H. Oral health among young adults and the middle-aged in Iran. 1st ed: Tehran: Lambert Academic Publishing; 2009:15-45.
- 11-Montazeri A. Road-traffic-related mortality in Iran: a descriptive study. Publichealth. 2004;118(2):110-3.
- 12-Reich E, Hiller K-A. Reasons for tooth extraction in the western states of Germany. community dent oral epidemiol 1993;21(6):379-83.
- 13-Klock KS, Haugejorden O. primary reasons for extraction of permanent teeth in Norway. changes from 1968 to 1988. community dent oral epidemiol. 1991;19(6):336-41.
- 14-McCaul LK, Jenkins WM, Kay EJ. The reasons for extraction of permanent teeth in Scotland: a 15-year follow-up study. BrDent J 2001; 90: 658-662.

- 15-Ramezani M, Alizade A. Evaluation of the reasons for the extraction among patients referred to the Oral Surgery Department, Faculty of Dentistry, Tehran University of medical Sciences. *Dentistry Tehran* 2004; 7(1): 86-90. [Farsi]
- 16-Hamasha AA, Al Qudah MA, Bataineh AB, Safadi RA. Reasons for third molar teeth extraction in Jordanian adults. *Contemp Dent Pract* 2006; 7(5):45-54.
- 17-Hupp JR, Tucker MR, Ellis III E. Contemporary oral and maxillofacial surgery: Elsevier Health Sciences; 2013:96-127.
- 18-Aliabadi E, Moayedi E, Jamali J. Reasons for Tooth Extraction in Shiraz university in 1392. *J Neyshabur Univ Med Sci* 2013; 2(2); 50-55.
- 19-Kakuei SH, Fatemian M, Eskandarizadeh A, Parirokh F, Haghdoost A.A. Reasons for Tooth Extraction in Kerman university in 1388. *Journal of Kerman University of Medical Sciences*.
- 20-Peimani A, Bakhshi H. Assessment of the Reasons for Tooth Extraction Among Patients Referred to the Rafsanjan Dental School (2008). *Rafsanjan Univ Med Sci* 2011; 10(2): 94-102.
- 21-Oginni FO. Tooth loss in a sub-urban Nigerian population: causes and pattern of mortality revisited. *Int Dent J* 2005; 55(1); 17-23.
- 22-Jovino-Silveria RC. Primary reason for tooth extraction in a Brazilian adult population. *Oral Health Prev Dent* 2005; 3(3): 151-7.
- 23-Qutesh Tanni DS. Periodontal reasons in teeth extraction. *J Oral Rehabil* 2003; 30(1): 110-12.
- 24-Chestnutt IG, Blinnie VI, Taylor MM. Reasons for teeth extraction in Scotland. *J Dent* 2000 May; 28 (4): 295-97.
- 25-Cahen PM, Frank RM, Turlot JC: survey of reasons for tooth extraction in France. *J Dent Res* 1985; 64:1087-93.
- 26-Abdul Razak I, Jaffar N, Mat Nor G. The causes of tooth mortality of permanent teeth in a Malaysian population. *J Ir Dent Assoc* 1989; 35(1):39-41
- 27-Reich E Hiller KA. Reasons for tooth extraction in the western states of Germany *Dental Oral Epidemiol* 1993; 21:379-83.
- 28-Agerholm D. Reasons for tooth extraction by dental practitioners in England and Wales: a comparison with 1986 and variations between regions. *J Dent* 2001; 29:237-41.
- 29- 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.
- 30-Corbet EF, Davies WI: Reasons given for tooth extraction in Hong Kong. *Community Dent Health* 1991; 8: 121-130.
- 31-Barzegari H. Study of the causes of permanent teeth removal in Yazd [PhD thesis], Shahid Sadoughi University of Medical Sciences and Health Services, 1999.
- 32-Al Shammary KF, Al Ansari JM, al Melh MA, Al Khabbaz AK. Reason for tooth extraction in Kuwait. *Med Princ Pract* 2006; 15:417-22.
- 33-Aida J, Ando Y, Akhter R et al. Reasons for permanent tooth extractions in Japan. *J Epidemiol*. 2006; 16(5):214-19.
- 34-Upadhaya C, Humagain M. The patterns of tooth loss due to dental caries and periodontal disease among patients attending dental department (OPD), Dhulihkel Hospital, Kathmandu University Teaching Hospital (JUTH), Nepal. *Kathmandu University Med J* 2009; 7:59-62.
- 35-Eskandarizade A, Bayandar T, Adhami Sh. Causes of removing permanent teeth in patients referring to Dental School and Kerman Health Care Centers, *Journal of Dental School, Shahid Beheshti University of Medical Sciences*, 2002; 20(2): 9-15.
- 36- Ayoubi B. Study of the causes of permanent teeth removal in Babol [PhD thesis], Babol University of Medical Sciences, 1999-2000.
- 37-Ramezani M, Alizade A. Evaluation of the reasons for extraction among patients referred to the oral Surgery Department, Faculty of Dentistry, Tehran University of Medical Sciences. *Journal of Dental Medicine*, 2004; 17(1): 86-90.
- 38-Abu Al Mehl M, Al Ansari J, Al Shammari K. Reasons for tooth loss in Kuwait. Available at net www.idar.confex.com.
- 39-Quteish Taani DS: Periodontal reasons for tooth extraction in adult population in Jordan. *J Oral Rehabil* 2003; 30: 110-112.
- 40-Murray H, Clarke M, Locker D, Kay EJ: Reasons for tooth extraction in dental practices in Ontario, Canada according to tooth type. *Int Dent J* 1997; 47: 3-8.
- 41-Kornman KS, Crane A, Wang HY, di Giovine FS, Newman MG, Pirk FW, Wilson TG Jr, Higginbottom FL, Duff GW: The interleukin-1 genotype as a severity factor in adult periodontal disease. *J Clin Periodontol* 1997; 3-4: 72-77.
- 42-Greenstein G, Hart TC: A critical assessment of interleukin-1 genotyping when used in a genetic susceptibility test for severe chronic periodontitis. *J periodontal* 2002; 73: 231-247.

- 43-Elamin AM, Skaug N, Ali RW et al. Ethnic disparities in the prevalence of periodontitis among high school students in Sudan. *J Periodontol*. 2010; 81(6): 891-6.
- 44-Kornman KS, Crane A, Wang HY, di Giovine FS, Newman MG, Pirk FW, Wilson TG Jr, Higginbottom FL, Duff GW: The interleukin-1 genotype as a severity factor in adult periodontal disease. *J Clin Periodontol* 1997; 3-24: 72-77.
- 45-Drozdzik A, Kurzawski M, Safronow K, Branach J. Polymorphisms in interleukin-1 gene and the risk of periodontitis in a Polish population. *Advances in Medical sciences*, 2006; 51: 13-17.
- 46- Meisel P, K Raue T, Cascorbi I et al. Gender and smoking-related risk reduction of periodontal disease with variant myeloperoxidase alleles. *Genes and Immunity*, 2003; 3: 102-06.
- 47-Sanei AS, Nasrabadi AN. Periodontal health status and treatment need in Iranian adolescent population. *Arch Iranian Med* 2005; 8(4): 290-94.
- 48-Blinkhorn AS, Kay EJ. The reasons for the extraction of various tooth types in Scotland. *Journal of Dentistry*, 1987; 15: 30-33.
- 49-Ainamo J, Sarkki L, Kuhalampi ML, Palolmpil, Piirto O: The frequency of periodontal extractions in Finland. *Community Dent Health* 1984; 1: 165-172.
- 50-Morita M, Kimura T, Kanegae M, Ishikawa A, Watanabe T: Reasons for the extraction of permanent teeth in Japan. *Community Dent Oral Epidemiol* 1994; 22: 303-306.
- 51-K Rassin NR, Boehmer U, Nunn ME, Spiro A, 3rd: Increased preventive practices lead to greater tooth retention. *J Dent Res* 2003; 82: 223-227.
- 52-Lysell L, Rohlin M: A study of indications used for removal of mandibular third molar. *Int J Oral Maxillofac Surg* 1988; 17: 161-164.
- 53-Andlaw RJ, Rock WP: A manual of pediatric dentistry. Churchill Livingstone; 4th ed, 1996: 132.
- 54-McDonlar RE, Avery DR, Dentistry for child and adolescent 6th ed. Mosby company, St Louis 1994, 190.
- 55-Grossi SG, Genco RJ, Machtei EE, Ho AW, Koch G, Dunford R, Zambon JJ, Hausmann E: Assessment of risk for periodontal disease. Risk indicators for alveolar bone loss. *J Periodontal* 1995; 66: 23-29.

Investigation of Tooth Extraction Reasons in Patients Aged 14-60 Years Old Referred to Surgery Department of Ahvaz Jundishapur University of Medical Sciences in 2016

Leila Rajayi¹, Kazem Sahrai^{2*}, Mehdi Parchami²

1-Assistant Professor of Oral and Dental Medicine.

2-Dentistry Student.

1-Department of Oral and Dental Medicine, Faculty of Dentistry, Ahvaz Jundishapur University of Medical Sciences, Ahvaz, Iran.

2-Faculty of Dentistry, Ahvaz Jundishapur University of Medical Sciences, Ahvaz, Iran.

*Corresponding author:

Kazem Sahrai; Department of Oral and Dental Medicine, Faculty of Dentistry, Ahvaz Jundishapur University of Medical Sciences, Ahvaz, Iran.

Tel: +989127033401

Email: kazem620@yahoo.com

Abstract

Background and Objective: The prevention of tooth loss is the ultimate goal of dental care. Identification of reasons for tooth loss should help in establishment of adequate preventive programs. The present study was aimed to survey the reasons for permanent tooth extraction and to examine the demographic factors (age-gender-educational status) associated with tooth loss.

Subjects and Methods: In this study reasons for tooth extraction in 384 patients referred to dental faculty of Ahvaz university of medical sciences during year of 2016-2017 was surveyed. Collection of data was made by questionnaire's and clinical examination of patients. Data were analyzed by SPSS software.

Results: The results showed that caries (53.6 %) and periodontal disease (20.9 %) were the main reasons for tooth extractions. The most extracted tooth was lower first molar (28.6 %). The number of extraction was related inversely with the improvement of educational status of the patients ($P \leq 0.05$).

Conclusion: The most of the permanent teeth were extracted due to caries and periodontal disease. Prevention and care for dental caries and periodontal disease for all age groups is required. For the purpose of oral health and improvement everyday life quality, patients should be better informed and advised to maintain an adequate oral hygiene and pay regular visits to dentist.

Keyword: Indication, Extraction, Surgery.

Please cite this paper as:

Rajayi L, Sahrai K, Parchami M. Investigation of Tooth Extraction Reasons in Patients Aged 14-60 Years Old Referred to Surgery Department of Ahvaz Jundishapur University of Medical Sciences in 2016. *Jundishapur Sci Med J* 2019; 17(6): 665-676.

Received: May 15, 2018

Revised: Mar 5, 2019

Accepted: Mar 16, 2019