

Dental Treatment Needs in Thalassemia Major Patients, Sari, Iran

Atena Shiva¹,
Moein Kalavi²,
Amirhossein Pakravan³,
Jamshid Yazdani Charati⁴,
Hossein Karami⁵,
Maryam Zamanzadeh⁶

¹ Associate Professor, Department of Oral and Maxillofacial Pathology, Faculty of Dentistry, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran

² Dentist, Sari, Iran

³ Assistant Professor, Department of Oral and Maxillofacial Surgery, Faculty of Dentistry, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran

⁴ Associate Professor, Department of Biostatistics, Faculty of Health, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran

⁵ Associate Professor, Department of Pediatrics Hematology and Oncology, Thalassemia Research Center, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran

⁶ Assistant Professor, Department of Oral and Maxillofacial Pathology, Faculty of Dentistry, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran

(Received December 28, 2019 ; Accepted October 21, 2019)

Abstract

Background and purpose: Patients with thalassemia major need more dental care because of their special health conditions. The purpose of this study was to evaluate dental health and therapeutic needs of these patients in Sari, Iran 2018.

Materials and methods: A descriptive cross-sectional study was done using a researcher-made form and direct observation in 144 cases attending Sari Thalassemia Center. The subjects included thalassemia patients (41 males and 34 females) and 69 individuals as the control group. The needs for dental treatment and prevalence of dental problems were recorded using Decayed, Missing, and Filled Teeth (DMFT) index. Data analysis was done in SPSS V24.

Results: There were significant differences between the two groups in DMFT index ($P < 0.001$), decayed teeth ($P = 0.004$), and missing teeth ($P = 0.001$). In fact, the values except the mean number of filled teeth were higher in thalassemia patients ($P = 0.150$). Pulp therapy was the most common treatment needed in thalassemia patients while dental filling was more needed in control group.

Conclusion: High prevalence of dental caries in patients with thalassemia major highlights the need for effective preventive measures, appropriate health trainings, and dental treatments in this group.

Keywords: thalassemia major, DMFT index, dental caries

J Mazandaran Univ Med Sci 2019; 29 (179): 126-133 (Persian).

* Corresponding Author: Maryam Zamanzadeh - Faculty of Dentistry, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran (E-mail: zamanzadehmaryam@gmail.com)

ارزیابی نیاز به درمان های دندانپزشکی در مبتلایان به تالاسمی ماژور در شهر ساری

آتنا شیوا^۱

معین کلوی^۲

امیرحسین پاکروان^۳

جمشید یزدانی چراتی^۴

حسین کرمی^۵

مریم زمان زاده^۶

چکیده

سابقه و هدف: بیماران مبتلا به تالاسمی ماژور با توجه به شرایط خاص سلامتی به مراقبت های دندانپزشکی بیش تری نیاز دارند. هدف از این مطالعه بررسی سطح سلامت دندانی و سپس ارزیابی نیازهای درمانی این بیماران در شهر ساری در سال ۹۷ بود.

مواد و روش ها: این مطالعه به روش توصیفی مقطعی و جمع آوری اطلاعات با استفاده از یک فرم محقق ساخته و مشاهده مستقیم بر روی ۱۴۴ نفر مراجعه کننده به مرکز تالاسمی ساری صورت گرفت. ۷۵ نفر از کل بیماران تالاسمی ماژور به عنوان گروه مطالعه و ۶۹ نفر گروه کنترل در نظر گرفته شدند. داده های مطالعه جهت دستیابی به میزان شاخص DMFT (Decay, Missing, Filled Teeth) ثبت شد. سپس داده ها از طریق SPSS 24 مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفتند.

یافته ها: بین دو گروه از نظر میانگین DMFT ($P < 0/001$)، DT (Decay Teeth) ($P = 0/004$) و MT (Missing Teeth) ($P = 0/001$) اختلاف معنی داری مشاهده شد و بیماران تالاسمی میانگین DMFT، DT و MT بالاتری نسبت به گروه کنترل داشتند. اما بین دو گروه از نظر میانگین FT (Filled Teeth) اختلاف معنی داری مشاهده نشد ($P = 0/150$). همچنین در بیماران مبتلا به تالاسمی، بیشترین نیاز درمانی مربوط به درمان پالپ و در گروه کنترل، مربوط به ترمیم دندان بود.

استنتاج: با توجه به شیوع بالاتر پوسیدگی دندان در مبتلایان به تالاسمی ماژور، اقدامات پیشگیری، آموزش بهداشت و درمان های دندانپزشکی جهت این افراد مورد نیاز است.

واژه های کلیدی: تالاسمی ماژور، DMFT، پوسیدگی دندان

مقدمه

و برای دسترسی به این منظور باید به بررسی آماری
دقیق، جهت ثبت وضعیت و امکانات موجود پرداخت.

برای اقدامات پیشگیری و درمانی بیماری های
دهان و دندان، نیاز به شناخت وضعیت موجود می باشد

E-mail: zamanzadehmaryam@gmail.com

مؤلف مسئول: مریم زمان زاده - ساری: بلوار خزر، دانشکده دندانپزشکی

۱. دانشیار، گروه آسیب شناسی دهان، فک و صورت، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران

۲. دندانپزشک، ساری، ایران

۳. استادیار، گروه جراحی دهان، فک و صورت، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران

۴. دانشیار، گروه آمار زیستی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران

۵. دانشیار، گروه هماتولوژی و انکولوژی اطفال، مرکز تحقیقات تالاسمی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران

۶. استادیار، گروه آسیب شناسی دهان، فک و صورت، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران

تاریخ دریافت: ۱۳۹۷/۱۰/۱۵ تاریخ ارجاع جهت اصلاحات: ۱۳۹۷/۱۰/۲۲ تاریخ تصویب: ۱۳۹۸/۰۷/۲۹

امروزه دسترسی بیماران خاص به مراقبت های دهان و دندان، یکی از نگرانی های حرفه دندانپزشکی است. بخش های زیادی از این جمعیت دسترسی کمی به مراقبت های دندانپزشکی دارند که از جمله این افراد، بیماران مبتلا به تالاسمی ماژور می باشند (۱). تالاسمی شایع ترین ناهنجاری تک ژنی شناخته شده است. این بیماری در مناطق مدیترانه ای، بخش هایی از شمال و غرب آفریقا، خاورمیانه، شبه جزیره هند و آسیای جنوب شرقی شایع تر است که اصطلاحاً به عنوان کمربند تالاسمی معروف می باشد. کشور ما ایران نیز جزئی از این کمربند تالاسمی است و در استان های شمالی (گلستان و مازندران) و سواحل جنوبی (هرمزگان و خوزستان) بیماری تالاسمی شایع تر می باشد (۲).

این بیماری برای اولین بار در سال ۱۹۲۵ توسط Lee و Cooley با تظاهرات آنمی همراه با اسپلنومگالی و تغییرات استخوانی در سنین اولیه زندگی توصیف شد. نوزاد مبتلا در ابتدای تولد سالم است و تغییرات عمدتاً از ۴ تا ۶ ماهگی رخ می دهند. رنگ زرد، سر نسبتاً بزرگ، لب کوچک، پرسیون پل بینی، پره ماگزویلی بزرگ، برجستگی فرونتال، اسپلنومگالی، خونریزی مخاطی سطحی، پتشی، پورپورا و استعداد به عفونت از مشخصات بیماری می باشد. این بیماران همچنین مشخصات دهانی - صورتی خاصی نظیر استخوان های گونه برجسته، رشد بیش از حد دو فک و مال اکلوزن شدید، بیرون زدگی انسیزورهای ماگزویلا، رنگ پریدگی مخاط و اوپن بایت قدامی را دارند (۳، ۴). افراد مبتلا به علت نارسایی در ساختار هموگلوبین دچار کم خونی می شوند که از جمله عوارض آن آسیب های استخوانی به دنبال تلاش بدن جهت ساخت گلوبول قرمز است. عوارض ناشی از تزریق خونی که در این بیماران انجام می شود شامل تجمع آهن در بدن، نقص اندوکراین، بیماری قلبی، فیروز کبدی و خطر ابتلا به عفونت های ویروسی است (۴).

ملاحظات خاص دندانپزشکی در این افراد به علت استعداد زیاد به عفونت و کاهش هموگلوبین اهمیت

ویژه ای دارد. اما در این میان مسأله ای که کم تر به آن پرداخته شده است ارزیابی نیازهای درمانی این گروه از افراد جامعه است. در درمان این بیماران باید مشکلات نارسایی کبد، قلب و احتمال ابتلا به بیماری های ویروسی را در نظر گرفت، با کنترل این شرایط، اغلب این افراد را می توان تحت بی حسی موضعی درمان کرد اما تجربه بالینی نشان می دهد بسیاری از دندانپزشکان از درمان این افراد اجتناب می کنند. همه مسایل گفته شده اهمیت بالابردن و حفظ کیفیت زندگی در این افراد را گوشزد می کند. متأسفانه، به نظر می رسد که مشکلات دهانی این بیماران به دلیل مشکلات درمانی خاصشان به فراموشی سپرده شده است (۵)، به ویژه در کشورهای مانند کشور ما، که امکانات کافی برای درمان اولیه و ضروری این بیماران کافی نیست، این امر آشکارتر است. لذا با توجه به اهمیت موضوع و همچنین عدم انجام تحقیق بر روی این بیماران در شهر ساری، در این مطالعه به بررسی سطح سلامت دندان و نیاز به درمان های دندانپزشکی در مبتلایان به تالاسمی ماژور در شهرستان ساری پرداختیم.

مواد و روش ها

این پژوهش، یک مطالعه توصیفی - مقطعی است که بر روی بیماران مبتلا به تالاسمی ماژور مراجعه کننده به بیمارستان بوعلی شهرستان ساری در سال ۱۳۹۷ صورت گرفت. حجم نمونه با توجه به مطالعه هنرمند و همکاران ۱۴۴ نفر محاسبه شد (۵). نمونه گیری بر روی ۷۵ نفر از بیماران تالاسمی که مبتلا به سایر بیماری های سیستمیک نبودند و ۶۹ فرد سالم از میان اقوام، آشنایان و یا همراهان بیماران به عنوان گروه کنترل انجام شد. برای انتخاب افراد گروه تالاسمی لیست مبتلایان از بیمارستان مذکور دریافت و پس از شماره گذاری مجدد از طریق جدول اعداد تصادفی تعداد افراد مورد نیاز انتخاب شدند. پس از صحبت در مورد طرح با بیماران و جلب رضایت آن ها جهت شرکت

اساس آزمون کای دو در رابطه با تحصیلات پدران در سه رده تحصیلی بین دو گروه تالاسمی و کنترل اختلاف معنی دار دیده شد و پدران بیماران تالاسمی تحصیلات بالاتری داشتند ($P < 0/001$)، هرچند در مورد تحصیلات مادران برطبق آزمون فیشر اختلاف معنی داری مشاهده نشد.

جدول شماره ۱: بررسی متغیرهای جمعیت شناختی در دو گروه مورد مطالعه

متغیر	گروه تالاسمی		گروه کنترل		سطح معنی داری
	تعداد(درصد)	تعداد(درصد)	تعداد(درصد)	تعداد(درصد)	
جنس	زن	۲۵۳/۳۳	۵۳۶/۳۷	۴۹۳/۳۷	۰/۴۰۴
	مرد	۵۴۷/۴۱	۴۶۴/۳۲	۵۰۷/۳۳	
گروه سنی	زیر ۱۲ سال	۴۶۷/۳۵	۵۰۷/۳۵	۴۸۶/۳۰	۰/۵۳۸
	۱۲ تا ۱۷ سال	۳۷۳/۲۸	۲۹/۲۰	۳۳۳/۴۸	
	بالای ۱۷ سال	۱۶/۱۲	۲۰/۳/۱۴	۱۸۱/۲۶	
تحصیلات افراد مورد مطالعه	زیر دیپلم	۷۰/۷/۵۳	۳۳۹/۵۱	۷۲/۲/۱۰۴	۰/۰۰۸
	دیپلم	۲۹۳/۱۲	۱۷۴/۱۲	۲۳۶/۳۴	
تحصیلات پدر	زیر دیپلم	۶۷/۱۵	۱۳۹	۹۸/۱۴	< ۰/۰۰۱
	دیپلم	۲۲۸/۱۷	۵۸۴/۰	۳۹۶/۵۷	
تحصیلات مادر	زیر دیپلم	۶۷/۱۵	۲۸/۲	۴۹/۷	۰/۵۱۳
	دیپلم	۵۸۷/۴۴	۵۶/۵/۳۹	۵۷۶/۳۳	
مصرف دخانیات	غیرسیگاری	۹۰/۷/۶۸	۸۲/۶/۵۷	۸۶۸/۱۲۵	۰/۲۱۸
	سیگاری	۹/۳/۷	۷/۱۴/۱۲	۱۳۲/۱۹	

جدول شماره ۲ به بررسی متغیرهای پوسیدگی زا و پیشگیری کننده در دو گروه با استفاده از آزمون من ویتنی می پردازد. در گروه تالاسمی میزان مصرف مواد پوسیدگی زا بیش تر و دفعات نخ دندان کشیدن کم تر از گروه کنترل بود ($P < 0/001$)، ولی طبق آزمون من ویتنی بین دو گروه از نظر میانگین تعداد دفعات مسواک زدن در روز اختلاف معنی داری مشاهده نشد ($P = 0/708$).

جدول شماره ۲: مقایسه متغیرهای پوسیدگی زا و پیشگیری کننده در دو گروه

متغیر	انحراف معیار ± میانگین	انحراف معیار ± میانگین	سطح معنی داری
تعداد دفعات نخ دندان	۰/۳۳ ± ۰/۵۵	۱ ± ۰/۵۱	< ۰/۰۰۱
تعداد دفعات مسواک زدن	۱/۲۵ ± ۰/۵۷	۱/۲۹ ± ۰/۵۵	۰/۷۰۸
مصرف نقرات پوسیدگی زا	۳/۱۵ ± ۰/۱۵	۲/۳۰ ± ۰/۱۸	< ۰/۰۰۱

مطابق جدول شماره ۳ و با استفاده از آزمون من ویتنی، بین دو گروه از نظر میانگین DMFT،

در مطالعه، با استفاده از یک فرم محقق ساخته جنس، سن، سطح تحصیلات افراد و والدینشان، تعداد دفعات استفاده از مسواک، نخ دندان، مصرف مواد پوسیدگی زا و همچنین مصرف دخانیات ثبت شد. معاینه کلینیکی با استفاده از آینه تخت دندانپزشکی سوند شماره ۳ و زیر نور چراغ انجام شده و میزان پوسیدگی دندان و نیازهای درمانی (ترمیم، درمان پالپ و بیرون آوردن دندان) تعیین شد. وضعیت سلامت دهان براساس شاخص دندان های پوسیده، از دست رفته و پر شده یا همان DMFT (Decay, Missing, Filled Teeth) تعیین شد. تشخیص درگیری پالپ دندان و نیاز به عصب کشی با گرفتن تاریخچه افراد و بررسی علائم کلینیکی شامل پوسیدگی وسیع همراه با سابقه درد خودبخود و یا درد شبانه انجام شد، همچنین دندان های غیر قابل نگهداری توسط معیارهای کلینیکی مانند تخریب شدید و غیر قابل ترمیم بودن تاج دندان و لقی شدید تشخیص داده شد. در چند مورد مشکوک که تشخیص قطعی با معاینه کلینیکی میسر نبوده و حتماً نیازمند کلیشه رادیوگرافی بود، رادیوگرافی دندان با رضایت بیمار انجام شد. برای تجزیه و تحلیل داده ها ابتدا با استفاده از روش های مبتنی بر آمار توصیفی شامل میانگین و انحراف معیار توصیف انجام شد و برای مقایسه میانگین های دو جامعه از تی تست، کای دو و من ویتنی استفاده شد. برای انجام این کار از نرم افزار SPSS24 در سطح معنی داری ۰/۰۵ استفاده گردید.

یافته ها

در این مطالعه ۱۴۴ نفر مورد بررسی قرار گرفتند که ۷۵ نفر مبتلا به تالاسمی و ۶۹ نفر در گروه کنترل قرار داشتند. جدول شماره ۱ به بررسی متغیرهای جمعیت شناختی مطالعه می پردازد، بر اساس این جدول اختلاف معنی داری از نظر جنسیت و میانگین سنی بین دو گروه وجود نداشت و مطابق آزمون فیشر افراد گروه کنترل تحصیلات بالاتری داشتند ($P = 0/008$). همچنین بر

بحث

در مطالعه حاضر ۱۴۴ نفر مورد بررسی قرار گرفتند که ۷۵ نفر مبتلا به تالاسمی و ۶۹ نفر در گروه کنترل قرار داشتند.

میانگین DMFT، DT و MT در بیماران تالاسمی به صورت معنی داری بالاتر از گروه کنترل بود ولی بین دو گروه از نظر میانگین FT اختلاف معنی داری مشاهده نشد. در مطالعات هنرمند و همکاران در شهر زاهدان (۵) و مطلب نژاد و همکاران در شهر بابل (۶) نیز میزان DMFT در افراد تالاسمی بالاتر از افراد گروه کنترل گزارش شد. همچنین در مطالعه انجام شده در مشهد نیز شاخص DMFT در بیماران تالاسمی به طرز معنی داری بالاتر بود (۷). در مطالعه Al-Raeesi و همکاران در کشور امارات به بررسی افراد ۴ تا ۱۸ ساله تالاسمیک پرداخته شد؛ در این مطالعه نیز میانگین DMFT بالاتر از گروه کنترل بود، هر چند که از نظر میانگین dmft اختلاف معنی داری بین دو گروه مشاهده نشد (۸).

در مطالعه کلباسی و همکاران نیز میانگین DMFT به طرز محسوسی در بیماران تالاسمیک بالاتر از گروه کنترل ($P < 0/01$) و همچنین بالاتر از بیماران مبتلا به آنمی سایکل سل ($P < 0/05$) بود (۹). هر چند در مطالعه Kularatne و همکاران که بر روی بیماران مبتلا به تالاسمی در سریلانکا انجام شد میزان DMFT در گروه کنترل بالاتر بود (۱۰).

در مطالعه Al-Wahadni نیز که بر روی ۵۰ کودک مبتلا به تالاسمی انجام گرفت، افزایش تجربه پوسیدگی در این کودکان گزارش شد. وی علت آن را بهداشت دهانی ضعیف، نقص عملکرد اندوکراین و آگاهی ناکافی از مراقبت های دندانپزشکی دانست (۱۱). هم چنین Luglie و همکارانش به بررسی ارتباط ترکیبات موجود در بزاق و پوسیدگی در مبتلایان به تالاسمی پرداختند و شیوع بیش تر پوسیدگی در این بیماران را به دلیل کم تر بودن اوره و بیش تر بودن استرپتوکوکوس موتانس موجود در بزاق این بیماران دانستند (۱۲).

در مطالعه حاضر، تحصیلات موارد تالاسمیک و

DT (Decay Teeth) و MT (Missing Teeth) اختلاف معنی داری مشاهده شده و بیماران تالاسمی میانگین بالاتری از این متغیرها را نسبت به گروه کنترل داشتند؛ اما از نظر میانگین FT (Filled Teeth) اختلاف معنی داری بین دو گروه مشاهده نشد ($P = 0/150$). همچنین مطابق جدول شماره ۴ و براساس آزمون کای بین دو گروه اختلاف معنی داری از نظر نیازهای درمانی مشاهده می شود ($P < 0/001$).

جدول شماره ۳: مقایسه میانگین DMFT، DT، MT و FT بین دو

متغیر	گروه تالاسمی	گروه کنترل	سطح معنی داری
DMFT	۴/۶۷ ± ۰/۲۳۴	۳/۳۰ ± ۰/۱۲۲	< ۰/۰۰۱
DT	۲/۳۳ ± ۰/۱۶۵	۲/۰۱ ± ۰/۱۳۶	۰/۰۰۴
MT	۰/۷۷ ± ۰/۰۷۷	۰/۴۲ ± ۰/۰۷۸	۰/۰۰۱
FT	۱/۱۶ ± ۰/۱۲۳	۰/۸۷ ± ۰/۰۹۹	۰/۱۵۰

جدول شماره ۴: مقایسه نیازهای درمانی در دو گروه مورد مطالعه

متغیر	گروه تالاسمی	گروه کنترل	سطح معنی داری
تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	سطح معنی داری
دندان سالم	۱۱ (۱۳)	۴ (۵/۸)	
ترمیم	۱۶ (۲۱/۳)	۴۷ (۶۸/۱)	< ۰/۰۰۱
کشیدن دندان	۱۸ (۲۴)	۶ (۸/۷)	
درمان پالپ	۴۰ (۵۳/۳)	۱۲ (۱۷/۴)	

برای بررسی تاثیر رابطه متغیرهای بالا بر DMFT از رگرسیون خطی چند متغیره استفاده شد که نتایج حاصل از آن به شرح زیر می باشد:

۱- در افراد غیر تالاسمی مقدار DMFT به طور متوسط ۰/۵۲ کم تر از افراد تالاسمی می باشد ($P < 0/001$).
 ۲- به ازای هر یک سال افزایش سن به طور متوسط مقدار DMFT، ۰/۱۳ افزایش می یابد ($P = 0/01$).
 ۳- به ازای هر یک رده تحصیلی به طور متوسط مقدار DMFT، ۰/۴۳ کاهش می یابد ($P < 0/001$). همچنین برای تعیین عوامل مؤثر بر نیاز به درمان از رگرسیون لجستیک چند متغیره استفاده شد که نتایج زیر حاصل شد:

۱- با افزایش تعداد دفعات نخ دندان، به طور متوسط ۰/۳ نیاز به درمان کاهش می یابد ($P = 0/02$).
 ۲- شانس نیاز به درمان در بیماران تالاسمی نسبت به غیر تالاسمی به طور متوسط ۲/۱۶ افزایش می یابد ($P < 0/001$).

گروه کنترل با یکدیگر اختلاف معنی داری داشتند، به این ترتیب که در رده تحصیلات زیر دیپلم و دیپلم، درصد بیش تری از افراد متعلق به گروه تالاسمی بودند، حال آنکه در رده دانشگاهی هیچ موردی از افراد تالاسمیک دیده نمی شد. در مطالعه هنرمند و همکاران، ۴۰ درصد از افراد تالاسمیک بی سواد یا ترک تحصیل کرده بودند که در مطالعه آن‌ها، علل احتمالی نظیر تغییر تدریجی در چهره، افزایش مشکلات سیستمیک و فقدان انگیزه برای ادامه زندگی اجتماعی جهت این مشکل ذکر شده بود (۵). از پیامدهای این مسئله گوشه گیری و عدم حضور در اجتماع می باشد که این مسئله لزوم حضور روانپزشک در مراکز تالاسمی را نشان می دهد (۵).

در مطالعه حاضر، در مورد تحصیلات پدران در سه رده تحصیلی بین دو گروه مورد و شاهد تفاوت وجود داشت بطوریکه پدران افراد تالاسمیک سطح تحصیلات بالاتری داشتند اما در مورد مادران اختلاف معنی داری در سه رده تحصیلی مشاهده نشد ($P=0/513$)، که از این نظر با سایر مطالعاتی که در آن‌ها والدین کودکان تالاسمی تحصیلات پایین تری را نسبت به گروه کنترل داشتند متفاوت است.

در مطالعه Kularatne و همکاران، تحصیلات والدین بیماران تالاسمیک به طرز معنی داری پائین تر بوده و ۹۷ درصد پدران و ۹۸ درصد مادران آن‌ها فقط در حد پنج کلاس تحصیلات داشتند، همچنین به طرز معنی داری این افراد از نظر موقعیت اجتماعی - اقتصادی در سطح پائین تری نسبت به گروه کنترل قرار داشتند (۱۰). در مطالعه هنرمند و همکاران (۵) نیز ۳۲ درصد پدران و ۵۴/۷ درصد مادران بی سواد بودند که از این نظر سطح تحصیلات والدین افراد مورد مطالعه ما بالاتر می باشد.

در مطالعه حاضر به بررسی متغیرهای پوسیدگی زا (مصرف تنقلات پوسیدگی زا) و پیشگیری کننده (نظیر استفاده از مسواک و نخ دندان) در دو گروه پرداخته شد که از نظر میانگین تعداد دفعات استفاده از نخ دندان در روز و میانگین تعداد دفعات مصرف تنقلات

پوسیدگی زا اختلاف معنی داری دیده شد ($P<0/001$)؛ به طوری که در گروه تالاسمی میزان مصرف مواد پوسیدگی زا بیش تر و دفعات نخ دندان کشیدن کم تر از گروه کنترل بود. اما طبق آزمون من ویتنی از نظر میانگین تعداد دفعات مسواک زدن در روز اختلاف معنی داری بین دو گروه مشاهده نشد ($P=0/708$). از آنجایی که این متغیرها در سایر مطالعات بررسی نشده بودند، امکان مقایسه آن با سایر مطالعات وجود نداشت. در مطالعه ما، بیش ترین درمان‌های مورد نیاز بیماران تالاسمیک، کشیدن و درمان پالپ دندان بود. درصد بالای دندان‌های پوسیده و درمان نشده در اکثر مطالعات، بحث عدم تامین نیازهای درمانی بیماران تالاسمیک را مطرح می کند.

در مطالعه Hattab تنها ۱/۴ درصد دندان‌های معاینه شده، ترمیم شده بودند (۱۳). در مطالعه De Mattia نیز اکثر بیماران تالاسمی هرگز به دندانپزشک مراجعه نکرده بودند (۱۴).

در مطالعه هنرمند و همکاران نیز میزان بالای نیاز به درمان‌های پیچیده از جمله درمان پالپ و کشیدن دندان در میان بیماران تالاسمیک مشاهده شد (۵). توجه به این نکته ضروری است که بیماران تالاسمی نیاز به برنامه‌های پیشگیری و جلسات مکرر معاینات دندانپزشکی دارند تا نیاز به درمان‌های تهاجمی در آن‌ها کم تر شود. این بیماران ریسک بالایی از نظر هپاتیت ویروسی دارند بنابراین تیم دندانپزشکی باید در هنگام درمان این بیماران احتیاط لازم را رعایت نمایند. همچنین باید توجه داشت که بیهوشی عمومی به دلیل هیپوکسی آنمیک در این افراد خطرناک است و درمان‌های محافظه کارانه پوسیدگی نسبت به درمان‌های پالپ یا کشیدن دندان مورد قبول تر می باشد (۴).

در نهایت آنچه از این مطالعه نتیجه گیری می شود این است که اختلال در سلامت دهان و دندان بیماران تالاسمیک مازور بطور محسوسی مشاهده می شود. آموزش‌های خاص بهداشت دهانی جهت مقابله با شیوع

بیمارستان بوعلی ساری که ما را در انجام این طرح یاری رساندند، صمیمانه تشکر می شود. این مقاله حاصل پایان نامه دوره دکترای عمومی به شماره ۱۵۸۴ و با کد اخلاق IR.MAZUMS.REC.1397.2715 مصوب دانشکده دندانپزشکی و معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی مازندران بود که بدین وسیله از همکاری تمامی عوامل، سپاسگزاری می گردد.

بالا تر پوسیدگی دندانانی در مبتلایان به تالاسمی و پیشگیری از بیماری های دندانانی و پیشرفت بیماری ضروری است. آن ها همچنین باید مراقبت های پیگیری مرتب و درمان های ترمیمی دندانپزشکی لازم را دریافت کنند.

سپاسگزاری

بدین وسیله از همکاری مسئولین و همچنین بیماران

References

- McDonald R, Avery D, Dean J. Dentistry for the child and adolescent. 8th Ed. Missouri: Mosby. 2004.
- Sedighiani S, Farshidfar G. Attitude, awareness & functioning couple marriage about thalassemia in Hormozgan. Hormozgan Med J 2001; 5(3) 30-34 (Persian).
- Braunwald E, Harrison TR, Fauci AS, Loscalzo J, Longo DL, Hauser S, et al. Harrison's principles of internal medicine. 17th ed. New York City: McGraw-Hill Professional; 2001.
- Greenberg M, Glick M, Ship JA. Burket's Oral Medicine, diagnosis and treatment. 11th ed. Missouri, Mosby. 2008.
- Honarmand M, Amiri-Tehranizade N, Farhad-Mollashahi L. Dental health and dental treatment needs in patients with thalassemia major. Zahedan J of Res in Med Sci 2010; 12(3): 34-38 (Persian).
- Motallebnejad M, Noghani A, Tamaddoni A, Khafri S. Assessment of oral health status and oral health-related quality of life in thalassemia major patients. J Mazandaran Univ Med Sci 2014; 24(119): 94-83 (Persian).
- Ajami B, Talebi M, Ebrahimi M. Evaluation of oral and dental health status in major thalassemia patients referred to Dr. Sheikh Hospital in Mashhad in 2002. J of Dent. Mashhad Uni of Med Sci. 2006; 30(1-2): 99-108 (Persian).
- Al-Raeesi S, Kowash M, Hassan A, Al-Halabi M. Oral manifestations and dentofacial anomalies in β -thalassemia major children in Dubai (UAE). Spec Care Dentist 2018; 38(1): 25-30.
- Kalbassi S, Younesi MR, Asgary V. Comparative evaluation of oral and dento-maxillofacial manifestation of patients with sickle cell diseases and beta thalassemia major. Hematology 2017; 23(6): 373-378.
- Kularatne WN, Jayasinghe RM, Diyunugala MC, Bandara D, Abeyesundara S, Perera I. Sociodemographic profile and oral health status of thalassaemic patients attending the National Thalassaemia Centre, Kurunegala, Sri Lanka. J Investig Clin Dent 2018; 9(2): e12293.
- Al-Wahadni AM, Taani DQ, Al-Omari M. Dental diseases in subjects with β -thalassemia major. Community Dent Oral Epidemiol 2002; 30(6): 418-422.
- Luglie P, Campus G, Deiola C, Mela M, Gallisai D. Oral condition, chemistry of saliva, and salivary levels of Streptococcus mutans in thalassaemic patients. Clin Oral Investig 2002; 6(4): 223-226.

13. Hattab FN, Hazza'a AM, Yassin OM, Al Rimawi HS. Caries risk in patients with thalassaemia major. *Inter Dent J* 2001; 51(1): 35-38.
14. De Mattia D, Pettini P, Sabato V, Rubini G, Laforgia A, Schettini F. Oromaxillofacial changes in thalassemia major. *Minerva Pediatr* 1996; 48(1-2): 11-20.