

Comparing Oral Health Related Quality of Life Between Patients with Thyroid Disorders and Healthy Individuals

Maede Salehi^{1,2},
Hodis Ehsani^{3,2},
Mahmood Moosazadeh⁴,
Zahra Kashi⁵,
Mana Fardadami⁶,
Mehdi Aryana⁷,
Tahereh Molania^{8,2}

¹ Assistant Professor, Department of Oral Medicine, Dental Research Center, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran

² Faculty of Dentistry, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran

³ Assistant Professor, Department of Periodontology, Dental Research Center, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran

⁴ Associate Professor, Gastrointestinal Cancer Research Center, Non-communicable Disease Institute, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran

⁵ Professor, Department of Internal Medicine, Faculty of Medicine, Diabetes Research Center, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran

⁶ Dentist, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran

⁷ Dentistry Student, Student Research Committee, Faculty of Dentistry, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran

⁸ Associate Professor, Department of Oral Medicine, Dental Research Center, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran

(Received April 13, 2022 ; Accepted August 28, 2022)

Abstract

Background and purpose: Thyroid gland disorders are the second most common disorders of the endocrine system which can affect oral health and patients' health-related quality of life. The aim of this study was to evaluate the oral health-related quality of life (OHRQOL) in patients with thyroid disorders.

Materials and methods: In this case-control study, 43 patients and 43 healthy people were asked questions about demographic information, systemic conflicts, alcohol consumption, oral dryness, OHRQOL, years of illness, and medication (in case group). Then, patients were clinically evaluated and oral health indicators such as gingival index, plaque index, bleeding from gingival salicylate, and DMFT were assessed on Ramford teeth. Unstimulated salivary samples were taken in both groups and weight measurement was performed. Data analysis was performed in SPSS V24 applying independent T-test and Mann-Whitney U test.

Results: Significant differences were found between the two groups in quality of life related to oral health ADD-OHIP-14 ($P=0.015$) and unstimulated saliva flow rate, GI, SBI, and DMFT ($P<0.05$). Among quantitative variables, only DMFT in case group was found to have a significant positive correlation with OHRQOL ($r=0.318$, $P=0.038$).

Conclusion: Lower quality of life linked to oral health in patients with thyroid disorders requires more attention and follow-up programs in order to solve their periodontal and dental problems.

Keywords: thyroid disorders, unstimulated saliva flow rate, quality of life

J Mazandaran Univ Med Sci 2022; 32 (213): 114-126 (Persian).

Corresponding Author: Tahereh Molania - Faculty of Dentistry, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran.
(E-mail: t_molania117@yahoo.com)

مقایسه کیفیت زندگی مرتبط با سلامت دهان در بیماران مبتلا به اختلالات تیروئید با افراد سالم

مآئده صالحی^۱
حدیث احسانی^۲
محمود موسی زاده^۴
زهرا کاشی^۵
مانا فرداد امینی^۶
مهدی آریانا^۷
طاہرہ ملانیا^۸

چکیده

سابقه و هدف: اختلالات غده تیروئید، دومین اختلالات شایع سیستم اندوکرین هستند که می‌توانند بر روی سلامت دهان و کیفیت زندگی وابسته به سلامت بیماران تاثیر بگذارند. هدف این مطالعه ارزیابی کیفیت زندگی مرتبط با سلامت دهان در بیماران مبتلا به اختلالات تیروئیدی می‌باشد.

مواد و روش‌ها: در این مطالعه مورد-شاهدی از ۴۳ شرکت کننده مبتلا به اختلالات تیروئیدی و ۴۳ فرد سالم سوالاتی مربوط به اطلاعات دموگرافیک، درگیری‌های سیستمیک، مصرف الکل، خشکی دهان، کیفیت زندگی وابسته به سلامت دهان، سال‌های ابتلا به بیماری و داروی مصرفی (از گروه مورد) پرسیده شد. سپس بیماران از نظر بالینی مورد معاینه قرار گرفتند و شاخص‌های سلامت دهان از جمله GI و PI و SBI و DMFT بر روی دندان‌های رمفورد ارزیابی شدند. نمونه بزاق غیر تحریکی هر دو گروه جمع‌آوری شد و وزن‌سنجی انجام گرفت. داده‌ها به وسیله نرم‌افزار SPSS 24 پردازش شدند. مقایسه متغیرهای کمی بین گروه‌های مورد و شاهد با آزمون تی مستقل یا معادل ناپارامتریک آن (من-ویتنی) صورت گرفت.

یافته‌ها: مقایسه بین متغیرهای کمی، تفاوت آماری معنی‌داری را بین کیفیت زندگی مرتبط با سلامت دهان و دندان ADD-OHIP-14 ($P=0/015$) و میزان جریان بزاق تحریک نشده، GI، SBI، DMFT ($P<0/05$) در دو گروه نشان داد. در بین متغیرهای کمی، تنها شاخص DMFT در گروه مورد با کیفیت زندگی مرتبط با سلامت دهان (OHRQOL) ارتباط آماری معنی‌دار و همبستگی مثبت داشت ($r=0/318$ و $P=0/038$).

استنتاج: کیفیت زندگی پایین‌تر مرتبط با سلامت دهان در بیماران مبتلا به اختلالات تیروئیدی، توجه و پیگیری بیش‌تری را در جهت رفع مشکلات پرودنتال و دندان‌های ایشان می‌طلبد.

واژه‌های کلیدی: اختلالات تیروئیدی، جریان بزاق غیر تحریکی، کیفیت زندگی

مقدمه

اختلالات تیروئیدی دومین اختلال شایع در سیستم اندوکرین به خصوص در زنان هستند که بر روی دیگر سیستم‌های بدن تاثیر می‌گذارند (۱، ۲). به‌طور مثال میزان شیوع اختلال کم‌کاری تیروئید در جوامع مختلف ۲ الی

E-mail: t_molania117@yahoo.com

مؤلف مسئول: طاہرہ ملانیا - ساری: دانشگاه علوم پزشکی مازندران، دانشکده دندانپزشکی

۱. استادیار، گروه بیماری‌های دهان و فک و صورت، مرکز تحقیقات دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران

۲. دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران

۳. استادیار، گروه پرودنتیکس، مرکز تحقیقات دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران

۴. دانشیار، مرکز تحقیقات سرطان دستگاه گوارش، موسسه بیماری‌های غیرواگیر، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران

۵. استاد، گروه داخلی، مرکز تحقیقات دیابت، بیمارستان دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران

۶. دندانپزشک، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران

۷. دانشجوی دندانپزشکی، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران

۸. دانشیار، گروه بیماری‌های دهان و فک و صورت، مرکز تحقیقات دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۱/۲۴ تاریخ ارجاع جهت اصلاحات: ۱۴۰۱/۲/۶ تاریخ تصویب: ۱۴۰۱/۶/۶

۱۰ درصد گزارش شده است (۴،۳). اختلال تیروئید یک واژه عمومی است که چندین بیماری مختلف درگیر کننده غده تیروئید را در بر می گیرد. این اختلال به دو زیرگروه هایپر تیروئیدیسم و هایپو تیروئیدیسم تقسیم می شود. این تقسیم بندی بر اساس سطح سرمی هورمون های T_3 ، T_4 ، TSH می باشد (۵).

مطالعات نشان داده اند که شیوع پوسیدگی دندان و شدت بیماری های پریدنتال در بیماران مبتلا به اختلالات تیروئیدی نسبت به افراد سالم افزایش بیش تر است (۶،۲). هم چنین اختلالات تیروئیدی با تاثیر گذاری بر محتوا و میزان بزاق می تواند روی سلامت دهان نیز تاثیر بگذارند (۷). چرا که بزاق نقش مهمی در هموستاز، فعالیت آنتی میکروبیال و کنترل رمینرالیزاسیون و دمنیرالیزاسیون دارد. کاهش میزان بزاق می تواند موجب زروستومیا، دیسفاژیا و بالا رفتن احتمال عفونت های فرصت طلب گردد (۸،۹).

اختلالات تیروئیدی می توانند با عوارضی مانند خستگی، اضطراب، افسردگی و تظاهرات سیستمیک، بر کیفیت زندگی مرتبط با سلامت عمومی تاثیر بگذارند (۹،۱۰). کیفیت زندگی مفهومی چندبعدی و وسیع می باشد؛ به معنای درک فرد از وضعیت زندگی خود با توجه به فرهنگ و نظام های ارزشی، انتظارات، استانداردها و تجربیات زندگی که بر وضعیت سلامت فیزیکی، روانی، ارتباطات اجتماعی و عقاید شخصی فرد تاثیر می گذارد. در چندین مطالعه گزارش شده که کیفیت زندگی به طور معنی داری تحت تاثیر اختلالات تیروئید قرار می گیرد (۱۴-۱۲). کیفیت زندگی مرتبط با سلامت دهان (Oral Health-Related Quality of Life=OHRQOL) شامل بخشی از کیفیت زندگی است که به طور خاص تحت تاثیر سلامت دهان فرد قرار می گیرد (۱۵).

یک رویکرد جامع برای اندازه گیری کیفیت زندگی مرتبط با سلامت دهان (OHRQOL)، ترکیبی از استفاده از معیارهای عمومی، مخصوصا دهان و شرایط خاص است (۱۶،۱۷). OHIP در حال حاضر یکی از جامع ترین معیارهای اندازه گیری تاثیر گذاری وضعیت

دهان بر کیفیت زندگی مرتبط با سلامت است (۱۸،۱۹). Slade در سال ۱۹۹۷ یک فرم کوتاه پرسشنامه زندگی را با ۱۴ سوال به نام OHIP-14 توسعه داد که قابلیت اطمینان، دقت و اعتبار خوبی دارد. این ۱۴ مورد از OHIP به هفت حوزه تقسیم می شود: محدودیت های عملکردی، ناراحتی فیزیکی، ناراحتی روانی، ناتوانی جسمی، ناتوانی روانی، ناتوانی اجتماعی و معلولیت (۲۰-۲۲). لذا با توجه به اثرات قابل توجه اختلالات تیروئید بر سلامت عمومی و سلامت دهان و نبود مطالعه مشابه در این مورد در ایران و همچنین جهت اندازه گیری برخی از متغیرها که تاکنون مورد بررسی قرار نگرفته اند، این پژوهش به بررسی کیفیت زندگی مرتبط با سلامت دهان بیماران مبتلا به اختلالات تیروئیدی مراجعه کننده به درمانگاه طبوبی شهرستان ساری در سال ۱۳۹۹ پرداخت.

مواد و روش ها

مطالعه حاضر یک مطالعه مورد شاهدهی در بین بیماران مراجعه کننده به کلینیک طبوبی ساری در سال ۱۳۹۹ بود.

معیارهای ورود به مطالعه شامل افراد مبتلا به بیماری اختلالات تیروئیدی تایید شده با توجه به معیارهای American Association of Clinical Endocrinology و American Thyroid Association با بازه سنی ۳۰ تا ۶۰ سال که حداقل ۲۰ دندان در دهان داشته باشند و سابقه درمان پریدنتال در ۳ ماه گذشته نداشته باشند (۲۳). معیارهای خروج از مطالعه نیز عبارت است از افراد بی سواد، آنهایی که قادر به پرکردن پرسشنامه نمی باشند، افراد مبتلا به بیماری های مزمن گوارشی، پیوند عضو، بیماری های سیستمیک دیگر یا اختلالات اندوکراین بالاخص دیابت، بیمارانی که در ۳ ماه گذشته آنتی بیوتیک تراپی انجام داده اند، زنان شیرده، بیمارانی که کورتیکواستروئید دریافت می کنند، افراد smoker و کسانی که مکمل هایی مثل ویتامین D و کلسیم را به مدت طولانی دریافت کرده اند (۲۴).

گروه شاهد از بیماران مراجعه کننده به بخش تشخیص دانشکده دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی مازندران و به صورت تصادفی انتخاب شدند؛ به گونه ای که علاوه بر معیارهای ورود و خروج ذکر شده، از لحاظ سن و جنس نیز با گروه مورد متناسب باشند. از همه افراد تست دیابت گرفته شد تا افراد مبتلا به دیابت وارد مطالعه نشوند. عدم بیماری تیروئید نیز در این گروه تایید شد.

حجم نمونه با استفاده از نتایج مطالعه Rahangdale و همکاران برآورد شد (۲۴). در مطالعه مذکور میانگین و انحراف معیار عمق پاکت در گروه مورد به ترتیب ۱/۹۷ و ۰/۸۳ و در گروه شاهد ۱/۶۱ و ۰/۴۳ بوده است. با لحاظ نمودن نتایج و سطح اطمینان ۹۵ درصد و توان آزمون ۸۰ درصد و جهت یک دامنه آزمون و با استفاده از فرمول مقایسه بین میانگین ها و با بهره گیری از نرم افزار G-power حجم نمونه برابر ۸۶ نفر (۴۳ نفر مورد و ۴۳ نفر شاهد) برآورد شد.

پس از تصویب کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه علوم پزشکی مازندران (کد اخلاق: IR.MAZUMS.REC.1399.678)، مطالعه آغاز شد. در ابتدا هدف از انجام مطالعه و مراحل آن برای تمام شرکت کنندگان توضیح داده شد و پس از اخذ رضایت آگاهانه کتبی، به بیماران اطمینان داده شد که اطلاعات آن ها به صورت محرمانه نزد پژوهشگر باقی خواهد ماند. روش گردآوری اطلاعات در این مطالعه به صورت پرسش و پاسخ، پرسشنامه و استخراج اطلاعات از پرونده بیماران بود. در نهایت نیز معاینه بالینی دهان توسط دانشجوی سال آخر که توسط متخصص لثه آموزش دیده بود، انجام گرفت. اطلاعات دموگرافیک بیماران (سن، جنس) و اطلاعات مرتبط با بیمار (طول مدت بیماری، داروهای مصرفی) در پرونده بیماران ثبت شد. برای تعیین وجود خشکی دهان از بیماران ۹ سوال توسط دانشجو پرسیده شد و اگر بیماران از ۹ سوال به ۵ سوال پاسخ مثبت می دادند، خشکی دهان در بیماران مورد تایید قرار می گرفت.

از افراد تقاضا شد که ۳۰ الی ۶۰ دقیقه قبل از جمع آوری بزاق غیرتحریکی، از خوردن و آشامیدن و سیگار کشیدن پرهیز کنند. در طول مدت جمع آوری بزاق غیرتحریکی توسط دانشجو، از افراد خواسته شد که بنشینند و حرکت دهان خود را کم کرده و عمل بلع یا مکیدن را انجام ندهند و به مدت ۶۰ ثانیه بزاق را در کف دهانشان جمع کنند و سپس آن را به درون یک لوله که از قبل وزن شده تف کنند. این کار به مدت ۵ دقیقه پشت سر هم انجام گرفت. نمونه بزاق درون فریزر در دمای ۷۰- درجه سانتی گراد تا زمان سنجش آن نگه داری شد. میزان جریان بزاق غیرتحریکی با استفاده از روش وزن سنجی مورد بررسی قرار گرفت و بر حسب میلی لیتر بر دقیقه بیان شد. مقدار $USFR < 0.1 \text{ ml/min}$ به عنوان هایپوسالیوشن در نظر گرفته شد (۲۵).

به منظور ارزیابی کیفیت زندگی وابسته به سلامت دهان در این مطالعه پرسشنامه OHIP-14 استفاده شد که روایی و پایایی نسخه فارسی آن تایید شده است (۲۶). این پرسشنامه شامل ۷ زیرگروه محدودیت عملکردی، درد فیزیکی، ناراحتی روانی، ناتوانی فیزیکی، ناتوانی روانی، ناتوانی اجتماعی و معلولیت می باشد و هر زیرگروه شامل ۲ سوال است. برای ارزیابی پاسخ ها دو روش در نظر گرفته شد. روش additive (ADD) که در آن گزینه های آزمون به صورت هیچوقت = ۰، به ندرت = ۱، گاهی = ۲، اغلب = ۳، همیشه = ۴ امتیازدهی می شود. امتیاز OHIP-14 بین ۰ تا ۵۶ می باشد. در روش دیگر ارزیابی که Simple Count (SC) نامیده می شود برای گزینه های هیچوقت و به ندرت امتیاز صفر و گزینه های گاهی، اغلب و همیشه امتیاز یک در نظر گرفته می شود. این روش برای آن دسته از افراد در نظر گرفته می شود که ممکن است تفاوت واقعی بین گزینه های پرسشنامه را درک نکرده باشند. امتیاز OHIP-14 با این روش صفر تا ۱۴ خواهد بود. در هر دو روش ارزیابی، امتیاز کمتر نشان دهنده کیفیت زندگی بهتر در بیماران خواهد بود (۲۶). در نهایت بیماران از نظر بالینی مورد

معاینه قرار گرفتند و شاخص DMFT در دهان و Plaque Index (PI)، Gingival Index (۴) براساس روش Loe & Silness و Sulcus Bleeding Index (SBI) بر روی دندان‌های رمفورد (دندان‌های شماره ۳، ۹، ۱۲، ۱۹، ۲۵، ۲۸ انجام گرفت و در صورتی که یکی از دندان‌ها غایب بودند از دندان مجاور استفاده شد (۲۷).

به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها ابتدا کلیه اطلاعات وارد نرم‌افزار SPSS 24 گردید. توصیف متغیرها با استفاده از میانگین، انحراف معیار، حداقل و حداکثر و درصد فراوانی انجام گرفت. بدین ترتیب متغیرهای نرمال با روش‌های آزمون پارامتریک مانند آزمونهای مقایسه‌ای آزمون تی مستقل (t-test) و همچنین پارامترهای غیرنرمال با استفاده از آزمون مقایسه‌ای نان پارامتریک (من-ویتنی) انجام شد. جهت بررسی روابط همبستگی نیز داده‌های نرمال به روش همبستگی پیرسون و داده‌های غیرنرمال از روش اسپیرمن استفاده گردید. در نهایت به منظور رتبه‌بندی و تعیین اولویت داده‌های غیر نرمال نیز از روش رتبه‌بندی فریدمن بهره گرفته شد. ملاک قضاوت در همه موارد به جز بررسی نرمالیتی و برابری واریانس، سطح معنی‌داری کم‌تر از ۰/۰۵ بود.

یافته‌ها

در گروه مورد ۴۰ نفر (۹۳ درصد) مبتلا به هایپرتیروئیدیسم و ۳ نفر (۶ درصد) مبتلا به هایپرتیروئیدیسم بوده‌اند. در هر دو گروه ۳۴ زن (۷۹ درصد) و ۹ مرد (۲۱ درصد) حضور داشتند که توزیع آن‌ها مشابه بوده و از نظر آماری نیز اختلاف معنی‌داری نداشته است ($P=0/853$). میانگین سنی در افراد مبتلا به هایپرتیروئیدیسم $41/28 \pm 7/34$ سال و در افراد مبتلا به هایپرتیروئیدیسم $37/67 \pm 9/86$ سال بود که بر اساس آزمون مقایسه‌ای نان پارامتریک (Mann-Whitney) دارای اختلاف آماری معنی‌دار نبوده است ($P=0/451$). طول مدت بیماری در گروه مورد از ۲ تا ۲۴ سال متغیر بود که رابطه معنی‌داری با سن بیمار داشت ($P=0/001$).

همچنین در بررسی پرسشنامه ۹ سوالی مربوط به خشکی دهان مشخص شد که ۱۲ نفر (۲۷/۹ درصد) در گروه مورد (۱۱ نفر از افراد هایپرتیروئیدیسم و ۱ نفر هایپرتیروئیدیسم) و تنها ۱ نفر (۲/۳ درصد) در گروه شاهد مبتلا به خشکی دهان بودند. مدت زمان ابتلا به بیماری با زروستومیا رابطه مستقیم ($P=0/032$) داشت. لازم به ذکر است که در گروه مورد ۶ نفر (۱۳/۸ درصد) (۵ نفر از افراد هایپرتیروئیدیسم و ۱ نفر از افراد هایپرتیروئیدیسم) و در گروه شاهد ۲ نفر (۴/۶ درصد) مبتلا به هایپوسالیویشن بودند. تجزیه و تحلیل متغیرهای کمی نشان داد که میانگین شاخص پلاک (PI) بین دو گروه مورد و شاهد، تفاوت آماری معنی‌داری نداشت. اما تفاوت میانگین‌های DMFT، شاخص لثه‌ای (GI) و شاخص خونریزی از سالکوس لثه (SBI) در دو گروه از لحاظ آماری معنی‌دار بودند. تجزیه و تحلیل نمونه‌های بزاقی جمع‌آوری شده از دو گروه پس از وزن‌سنجی نشان داد که میانگین جریان بزاق غیرتحریکی در دقیقه (USFR) در دو گروه مورد و شاهد نیز دارای اختلاف آماری معنی‌داری بودند (جدول شماره ۱).

جدول شماره ۱: مقایسه آماری میانگین متغیرهای کمی در دو گروه

متغیرهای کمی	گروه مورد (تعداد=۴۳)		گروه شاهد (تعداد=۴۳)		سطح معنی‌داری
	دانه	انحراف معیار $\pm$ میانگین	دانه	انحراف معیار $\pm$ میانگین	
ADD-OHIP-14	۱۵/۵۱ $\pm$ ۷/۹۶	۰-۵۰	۱۱/۹۸ $\pm$ ۶/۲۰	۰-۴۲	۰/۰۱۵*
SC-OHIP-14	۴/۹۳ $\pm$ ۳/۳۴	۰-۱۴	۳/۶۰ $\pm$ ۲/۶۹	۰-۱۳	۰/۰۴۱*
سن	۴۱/۰۱ $\pm$ ۷/۴۵	۳۰-۵۵	۴۱/۲۱ $\pm$ ۷/۳۳	۳۰-۵۵	۰/۸۵۳
PI	۱/۳۷ $\pm$ ۳/۱۱	۰-۳	۱/۳۰ $\pm$ ۲/۶	۰-۳	۰/۵۶۸
GI	۱/۴۸ $\pm$ ۰/۳۲	۰-۳	۱/۰۸ $\pm$ ۰/۲۸	۰-۳	۰/۰۰۱**
SBI	۰/۳۷ $\pm$ ۰/۱۷	۰-۱	۰/۲۷ $\pm$ ۰/۱۴	۰-۱	۰/۰۰۹**
DMFT	۱۳/۹۳ $\pm$ ۵/۰۲	۴-۲۳	۱۰/۷۰ $\pm$ ۳/۹۴	۳-۱۸	۰/۰۰۲**
USFR	۰/۱۹ $\pm$ ۰/۰۹	۰/۰۷-۰/۴۹	۰/۳۷ $\pm$ ۰/۱۴	۰/۰۸-۰/۸۳	۰/۰۰۱**

*: $P < 0/05$ ، **: $P < 0/01$

در جدول شماره ۲ نتایج بررسی روابط همبستگی متغیرهای کمی بیماران مورد بررسی، خلاصه شده است. این نتایج نشان می‌دهد که در گروه مورد همبستگی معنی‌داری بین شاخص PI با GI، SBI و USFR و شاخص DMFT با USFR وجود دارد. همچنین همبستگی قوی‌تر و مثبتی بین شاخص‌های GI با SBI و DMFT برقرار

می‌باشد. بررسی روابط همبستگی پیرسون در گروه شاهد نیز نشان داد که سن بیمار با DMFT و شاخص PI با GI همبستگی معنی‌داری دارند.

در بررسی کیفیت زندگی مرتبط با سلامت دهان به عنوان یک متغیر وابسته در ارتباط با متغیرهای کمی مستقل موجود در مطالعه با استفاده از آنالیز ضریب همبستگی پیرسون، مشاهده شد که ADD-OHIP-14 در گروه مورد با DMFT همبستگی مثبت و معنی‌داری دارد. در گروه شاهد SC-OHIP-14 همبستگی معنی‌داری با PI دارد. همچنین یک همبستگی منفی بین هر دو شاخص ADD-OHIP-14 و SC-OHIP-14 با USFR وجود دارد. سایر متغیرهای کمی مورد بررسی مانند GI، SBI و DMFT رابطه معنی‌داری را با متغیرهای کیفیت زندگی مربوط به دهان و دندان نشان ندادند (جدول شماره ۳). نتایج تجزیه و تحلیل آماری شاخص‌های کمی مورد بررسی بیماران تیرویدی و افراد سالم بر اساس جنسیت، به ترتیب در جدول شماره ۴ آمده است. این

نتایج نشان داد که شاخص‌های GI و SBI در گروه مورد، اختلاف آماری معنی‌داری در بین دو جنس داشتند. همچنین در گروه شاهد، متغیرهای ADD-OHIP-14 و SC-OHIP-14 و DMFT اختلاف آماری معنی‌داری را بین دو جنس نشان دادند.

به منظور بررسی ارتباط متغیر وابسته خشکی دهان با متغیرهای کمی مطالعه از آزمون آماری من-ویتنی استفاده گردید (جدول شماره ۵). PI، GI و SBI همگی در گروه مبتلا به خشکی دهان میانگین بالاتری داشتند ولی این تفاوت معنادار نبود. میانگین شاخص USFR در گروه مبتلا به خشکی دهان کم‌تر از افراد فاقد خشکی دهان بود که این اختلاف از لحاظ آماری معنادار بود. بررسی روابط همبستگی بین متغیرهای کمی مورد بررسی با مدت زمان ابتلاء به بیماری در جدول شماره ۶ نیز نشان می‌دهد که تنها سن بیمار و امتیاز خشکی دهان (xerostomia score) با مدت زمان ابتلا به بیماری، همبستگی دارند.

جدول شماره ۲: بررسی روابط همبستگی متغیرهای کمی در دو گروه مورد و شاهد

متغیرهای کمی	شاخص آماری	گروه مورد (تعداد=۴۳)					گروه شاهد (تعداد=۴۳)				
		USFR	DMFT	SBI	GI	PI	USFR	DMFT	SBI	GI	PI
سن بیمار	ضریب همبستگی (r)	-۰/۱۷۴	-۰/۲۱۸	-۰/۱۳۵	-۰/۰۱۲	-۰/۰۰۶	-۰/۰۸۲	-۰/۴۵۱**	-۰/۲۶۸	-۰/۰۱۳	-۰/۱۵۹
PI	سطح معنی داری	۰/۲۶۴	۰/۱۶۱	۰/۳۸۹	۰/۹۴۱	۰/۹۷۱	۰/۶۰۱	۰/۰۰۲**	۰/۰۸۳	۰/۹۳۴	۰/۳۰۸
	ضریب همبستگی (r)	-۰/۳۰۸*	-۰/۰۲۶	۰/۳۶۳*	۰/۳۶۴*	۰/۰۱۶*	-۰/۱۶۹	۰/۰۶۵	۰/۱۵۸	۰/۴۱۲**	۰/۰۰۶**
GI	سطح معنی داری	۰/۰۴۴*	۰/۸۶۹	۰/۰۱۷*	۰/۶۰۰**	۰/۳۳۳*	۰/۲۷۹	۰/۶۷۷	۰/۳۱۳	۰/۰۲۴	۰/۰۸۷۷
	ضریب همبستگی (r)	۰/۰۸۵	۰/۳۳۳*	۰/۰۱۷*	۰/۰۰۱**	۰/۰۲۴*	-۰/۲۱۰	۰/۴۰۷	۰/۱۲۹	۰/۱۲۹	۰/۴۱۲
SBI	سطح معنی داری	۰/۵۸۸	۰/۲۴۴*	۰/۰۰۱**	۰/۰۰۱**	۰/۰۲۴*	۰/۱۷۷	۰/۷۲۴	۰/۰۵۵	۰/۱۲۹	۰/۴۱۲
	ضریب همبستگی (r)	۰/۰۲۵	۰/۱۴۹	۰/۳۴۱	۰/۸۷۳	۰/۳۱۳*	-۰/۰۹۹	۰/۷۲۴	۰/۰۵۵	۰/۱۲۹	۰/۴۱۲
DMFT	سطح معنی داری	۰/۸۷۳	۰/۳۴۱	۰/۳۱۳*	۰/۳۱۳*	۰/۳۱۳*	-۰/۰۹۹	۰/۷۲۴	۰/۰۵۵	۰/۱۲۹	۰/۴۱۲
	ضریب همبستگی (r)	۰/۴۱۱*	۰/۴۱۱*	۰/۴۱۱*	۰/۴۱۱*	۰/۴۱۱*	۰/۵۲۶	۰/۵۲۶	۰/۵۲۶	۰/۵۲۶	۰/۵۲۶

*: $P < 0.05$ ، **: $P < 0.01$

جدول شماره ۳: ارتباط بین کیفیت زندگی مرتبط با سلامت دهان با متغیرهای کمی مطالعه

متغیرهای کمی	گروه مورد (تعداد=۴۳)				گروه شاهد (تعداد=۴۳)			
	ADD-OHIP-14		SC-OHIP-14		ADD-OHIP-14		SC-OHIP-14	
سن	ضریب همبستگی (r)	۰/۱۰۵	ضریب همبستگی (r)	۰/۱۰۵	ضریب همبستگی (r)	۰/۱۰۵	ضریب همبستگی (r)	۰/۱۰۵
	سطح معنی داری	۰/۵۰۵	سطح معنی داری	۰/۵۰۵	سطح معنی داری	۰/۵۰۵	سطح معنی داری	۰/۵۰۵
PI	ضریب همبستگی (r)	۰/۰۹۹	ضریب همبستگی (r)	۰/۰۹۹	ضریب همبستگی (r)	۰/۰۹۹	ضریب همبستگی (r)	۰/۰۹۹
	سطح معنی داری	۰/۵۲۶	سطح معنی داری	۰/۵۲۶	سطح معنی داری	۰/۵۲۶	سطح معنی داری	۰/۵۲۶
GI	ضریب همبستگی (r)	۰/۰۵۷	ضریب همبستگی (r)	۰/۰۵۷	ضریب همبستگی (r)	۰/۰۵۷	ضریب همبستگی (r)	۰/۰۵۷
	سطح معنی داری	۰/۷۱۸	سطح معنی داری	۰/۷۱۸	سطح معنی داری	۰/۷۱۸	سطح معنی داری	۰/۷۱۸
SBI	ضریب همبستگی (r)	۰/۰۴۵	ضریب همبستگی (r)	۰/۰۴۵	ضریب همبستگی (r)	۰/۰۴۵	ضریب همبستگی (r)	۰/۰۴۵
	سطح معنی داری	۰/۷۷۵	سطح معنی داری	۰/۷۷۵	سطح معنی داری	۰/۷۷۵	سطح معنی داری	۰/۷۷۵
DMFT	ضریب همبستگی (r)	۰/۳۱۸	ضریب همبستگی (r)	۰/۳۱۸	ضریب همبستگی (r)	۰/۳۱۸	ضریب همبستگی (r)	۰/۳۱۸
	سطح معنی داری	۰/۰۳۳	سطح معنی داری	۰/۰۳۳	سطح معنی داری	۰/۰۳۳	سطح معنی داری	۰/۰۳۳
USFR	ضریب همبستگی (r)	-۰/۰۲۳	ضریب همبستگی (r)	-۰/۰۲۳	ضریب همبستگی (r)	-۰/۰۲۳	ضریب همبستگی (r)	-۰/۰۲۳
	سطح معنی داری	۰/۸۳۲	سطح معنی داری	۰/۸۳۲	سطح معنی داری	۰/۸۳۲	سطح معنی داری	۰/۸۳۲
ADD-OHIP-14	ضریب همبستگی (r)	-	ضریب همبستگی (r)	-	ضریب همبستگی (r)	-	ضریب همبستگی (r)	-
	سطح معنی داری	-	سطح معنی داری	-	سطح معنی داری	-	سطح معنی داری	-
SC-OHIP-14	ضریب همبستگی (r)	۰/۹۵۱**	ضریب همبستگی (r)	۰/۹۵۱**	ضریب همبستگی (r)	۰/۹۵۱**	ضریب همبستگی (r)	۰/۹۵۱**
	سطح معنی داری	۰/۰۰۱**	سطح معنی داری	۰/۰۰۱**	سطح معنی داری	۰/۰۰۱**	سطح معنی داری	۰/۰۰۱**

*: $P < 0.05$ ، **: $P < 0.01$

جدول شماره ۴: مقایسه میانگین شاخص‌های کمی مورد ارزیابی بر

اساس جنسیت

متغیرهای کمی	گروه	زنان (نماد=۳۴)		مردان (نماد=۹)		سطح معنی‌داری
		دامنه	انحراف معیار ± میانگین	دامنه	انحراف معیار ± میانگین	
ADD-OHIP-14	مورد	۱۵/۲۹±۸/۰۶	۳-۴۰	۱۶/۳۳±۷/۱۲	۴-۲۸	۰/۷۱۴
	شاهد	۱۳/۲۹±۷/۰۶	۳-۳۲	۷±۲/۲۹	۴-۱۱	۰/۰۰۱*
SC-OHIP-14	مورد	۴/۸۸±۳/۴۰۹	۰-۱۳	۵/۱۱±۳/۲۹۶	۰-۱۰	۰/۸۸۰
	شاهد	۴/۱۲±۷/۱۵	۰-۱۲	۱/۶±۱/۲۲	۰-۴	۰/۰۰۵*
سن	مورد	۴۱/۹۱±۷/۶۸	۳۰-۵۵	۳۷/۶۷±۵/۶۳	۳۲-۵۰	۰/۱۵۹
	شاهد	۴۱/۸۵±۷/۲۶	۳۰-۵۵	۳۸/۷۸±۶/۴۱	۳۲-۵۰	۰/۲۶۸
PI	مورد	۱/۳۴±۰/۳۱۸	۰/۸۳-۲/۳	۱/۵۱±۰/۲۵۳	۱/۲-۱/۸۳	۰/۰۷۰
	شاهد	۱/۳۱±۰/۲۵	۰/۸۳-۱/۸	۱/۲۷±۰/۳۲	۰/۸۵-۱/۶۶	۰/۹۹۸
GI	مورد	۱/۴۰±۰/۲۶۴	۰/۸۳-۲/۰۴	۱/۷۷±۰/۱۷۳	۱/۴۱-۲/۵	۰/۰۰۳*
	شاهد	۱/۵۵±۰/۲۹	۰/۶-۱/۸۱	۱/۲۰±۰/۱۹	۱-۱/۵۴	۰/۱۱۱
SBI	مورد	۰/۳۳±۰/۱۴۸	۰/۱۶-۰/۶۶	۰/۵۱±۰/۱۹۴	۰/۳۳-۰/۸۳	۰/۰۱۳*
	شاهد	۰/۲۷±۰/۱۴	۰-۰/۵	۰/۲۵±۰/۱۴	۰-۰/۵	۰/۳۳۶
DMFT	مورد	۱۳/۳۵±۵/۰۲	۴-۲۳	۱۶/۱۱±۶/۶۴	۹-۲۳	۰/۱۴۱
	شاهد	۱۱/۶±۶/۶۹	۳-۱۸	۷±۲/۵	۴-۱۲	۰/۰۰۱*
USFR	مورد	۰/۲۰۳±۰/۱۰۹	۰/۰۷۳-۰/۴۹	۰/۱۸۵±۰/۰۵۰	۰/۰۹۴-۰/۲۷۴	۰/۸۷۲
	شاهد	۰/۳۷±۰/۱۶	۰/۰۸۷-۰/۲۳۶	۰/۳۸±۰/۰۸	۰/۲۶۴-۰/۵۰۸	۰/۷۳۶

* P<۰/۰۵ ، ** P<۰/۰۱

جدول شماره ۵: مقایسه میانگین شاخص‌های کمی مورد ارزیابی در

گروه مبتلا و فاقد خشکی دهان در بیماران تیروئیدی

متغیرهای کمی	گروه	افراد مبتلا به خشکی دهان (نماد=۱۲)		افراد فاقد خشکی دهان (نماد=۳۱)		سطح معنی‌داری
		دامنه	انحراف معیار ± میانگین	دامنه	انحراف معیار ± میانگین	
ADD-OHIP-14	مورد	۱۵/۹۱±۹/۷۴	۳-۴۰	۱۵/۳۵±۷/۳۴	۳-۳۰	۰/۷۳۸
	شاهد	۵/۶۷±۴/۲۵	۰-۱۳	۴/۶۵±۲/۹۶	۰-۱۲	۰/۴۶۵
سن	مورد	۳۹/۵۸±۷/۱۷	۳۰-۵۵	۴۱/۵۵±۷/۵۹	۳۲-۵۰	۰/۴۴۶
	شاهد	۱/۵۳±۰/۳۵	۰/۸۳-۱/۸	۱/۳۱±۰/۲۷	۰/۸۳-۲/۰۴	۰/۰۸۱
PI	مورد	۱/۶±۰/۴۲	۱/۰۸-۲/۵	۱/۳۱±۰/۲۷	۰/۸۳-۲/۰۴	۰/۳۸۴
	شاهد	۰/۳۹±۰/۳۳	۰/۱۶-۰/۸۳	۰/۳۶±۰/۱۴	۰/۱۶-۰/۶۶	۰/۹۶۸
GI	مورد	۱۱/۷۵±۵/۳۳	۴-۱۹	۱۴/۷۷±۶/۷	۶-۲۳	۰/۱۴۹
	شاهد	۰/۱۵±۰/۰۷	۰/۰۷۳-۰/۲۸۶	۰/۲۱±۰/۱۰	۰/۷۶-۰/۴۹۰	۰/۰۴۹*

* P<۰/۰۵ ، ** P<۰/۰۱

جدول شماره ۶: بررسی روابط همبستگی (اسپیرمن) مدت زمان ابتلا

به اختلالات تیروئیدی و متغیرهای کمی مورد بررسی

ردیف	متغیرهای کمی	مدت زمان ابتلا به تیروئید (نماد=۴۳)	
		ضریب همبستگی	سطح معنی‌داری
۱	ADD-OHIP-14	۰/۲۲۱	۰/۱۵۴
۲	SC-OHIP-14	۰/۲۴۵	۰/۱۱۴
۳	سن	۰/۶۳۷*	۰/۰۰۱*
۴	PI	۰/۱۸۹	۰/۲۲۵
۵	GI	۰/۰۸۸	۰/۵۷۶
۶	SBI	۰/۰۵۹	۰/۷۰۵
۷	DMFT	۰/۰۷۴	۰/۶۳۷
۸	USFR	-۰/۰۵۷	۰/۷۰۸
۹	Xerostomia score	۰/۳۲۸	۰/۰۳۳*

* P<۰/۰۵ ، ** P<۰/۰۱

افراد سالم پرداخت. براساس نتایج حاصل از این مطالعه، در شاخص‌های GI، SBI، DMFT و USFR، بین دو گروه مورد و شاهد تفاوت آماری معنی‌داری وجود داشت (P<۰/۰۵).

Naik و Vassandacoumara در مطالعه خود بیان کردند که میزان جریان بزاق غیرتحریکی و ظرفیت بافری آن در بیماران تیروئیدی نسبت به افراد سالم کم‌تر بوده و این تفاوت از لحاظ آماری معنی‌دار می‌باشد (۲۸). دو مطالعه دیگر نشان دادند که در بیماران مبتلا به تیروئیدیت هاشیموتو و تیروئیدیت مزمن، عملکرد غدد بزاقی کاهش یافته و این عملکرد در بین افراد بیمار و سالم، تفاوت آماری معنی‌داری دارد (۲۹، ۳۰). در مطالعه آفاحسینی و همکاران هم تفاوت آماری معنی‌داری بین میزان جریان بزاق غیرتحریکی افراد مبتلا به تیروئیدیت هاشیموتو و افراد سالم به دست آمد. میزان جریان بزاق تحریکی در گروه مورد نسبت به گروه شاهد کم‌تر گزارش شد ولی این تفاوت از لحاظ آماری معنادار نبود (۳۱). نتایج نهایی در مطالعه Pauravi و همکاران نشان داد که میزان جریان بزاق تحریکی غده پاروتید در بین افراد سالم، افراد مبتلا به هایپوتیروئیدسم دریافت‌کننده دارو و افراد مبتلا به هایپوتیروئیدسم بدون مصرف دارو، تفاوت آماری معنی‌داری وجود ندارد (۳۲). کم شدن میزان جریان بزاق در بیماران تیروئیدی می‌تواند ناشی از تغییرات هیستولوژیک در غدد بزاقی، آتروفی سلول‌های سروزی و کاهش قطر مجرایهای بزاقی ناشی از این اختلال باشد (۳۳، ۳۴). همچنین اضطراب، افسردگی و وضعیت ذهنی می‌تواند با اثرگذاری روی غدد بزاقی فرعی منجر به خشکی دهان گردند (۳۵، ۳۶). به نظر می‌رسد که معنادار بودن نتایج مربوط به خشکی دهان و هایپوسالیویشن در دو گروه مورد و شاهد در مطالعه ما نیز می‌تواند به دلیل موارد ذکر شده در مطالعات پیشین باشد.

بسیاری از مطالعات اختلالات تیروئیدی را با وضعیت پریدنتال ضعیف مرتبط می‌دانستند (۲، ۴۲-۳۷). براساس برخی مطالعات، شاخص‌های پلاک و ژنژیوال

بحث

مطالعه حاضر به بررسی کیفیت زندگی مرتبط با سلامت دهان در بیماران مبتلا به اختلالات تیروئیدی با

و شاخص BOP در گروه بیماران تیروئیدی بالاتر از جمعیت سالم بود (۴۳،۲۴). در یک مطالعه مروری از بین ۲۹ مطالعه، ۴ مطالعه واجد معیارهای ورود به بررسی سیستماتیک بوده که همگی وجود رابطه مثبت بین هایپوتیروئیدیسم و پریودنتیت را تایید می کردند (۴۳). در مطالعه Feitosa و همکاران در سال ۲۰۰۹ عنوان شد که کاهش سطح سرمی هورمون های تیروئیدی می تواند منجر به درگیری پریودنتال به صورت تحلیل استخوان به دلیل افزایش فعالیت سلول های استئوکلاست و کاهش خونرسانی در لیگامان پریودنتال گردد که در نتیجه باعث تشکیل پکت پریودنتال و تحلیل استخوان آلولار در بیماران مبتلا به هایپوتیروئیدیسم می گردد (۶). Rahangdale و Galgali در مطالعه خود به این نتیجه دست یافتند که بین میزان عمق پکت و Clinical Attachment Loss در دو گروه مبتلا به هایپوتیروئیدیسم و افراد سالم، تفاوت آماری معنی داری وجود دارد (۲۴). در مطالعه Yerke و همکاران ارتباط بین هایپوتیروئیدیسم و شدت درگیری پریودنتال در میان ۵۳۸ بیمار بررسی شد. شدت درگیری پریودنتال با محاسبه درصد دندان هایی که عمق پکت بیش تر از ۵ الی ۶ میلی متر داشتند، اندازه گیری شد. نتایج نشان داد که تعداد دندان ها با عمق پکت بالاتر در گروه مورد، تفاوت آماری معناداری با گروه شاهد داشت (۴۴).

IL-6 و TNF- α دو سایتوکاین پیش التهابی مهم هستند که در وضعیت های پاتولوژیک نظیر اختلالات تیروئیدی در بافت های مختلف دیده می شوند. این فاکتورها که به طور موضعی در بافت ها تولید و وارد جریان خون سیستمیک می شوند و در سراسر بدن و هم چنین بافت های پریودنتال گسترش می یابند. این سایتوکاین ها سلول های بافت پریودنتال را وادار به تولید متالوپروتئین های می کنند که منجر به تخریب بافت های همبندی شده و تمایز و فعالیت استئوکلاست ها را تحت تأثیر قرار می دهند (۴۵).

مطالعه Shcherba و همکاران بر روی سه گروه از موش های آزمایشگاهی سالم (گروه ۱)، مبتلا به پریودنتیت (گروه ۲) و مبتلا به پریودنتیت و اختلالات

تیروئیدی (گروه ۳) انجام شد. با بررسی نمونه های سرم خونی در سه گروه و اندازه گیری میزان فعالیت کلاژنولیتیک و گلوکز آمینوگلیکان ها، نشان داده شد که این فعالیت ها در سرم خونی گروه ۲ بیشتر از ۱ و در گروه ۳ بیش از دو گروه دیگر بوده و اختلاف آماری معناداری با آن دو گروه داشته است (۴۶).

از دیگر نتایج حاصل از مطالعه حاضر، تفاوت آماری معنی دار شاخص DMFT در گروه مورد با شاهد بود ($P=0/002$). مطالعات اندکی به بررسی شاخص DMFT در بیماران مبتلا به اختلالات تیروئیدی پرداختند. در سال ۲۰۱۶، Patel و Babu در مقایسه وضعیت سلامت دهانی کودکان مبتلا به اختلالات تیروئیدی با کودکان سالم گزارش کردند که GI و PI به طور معنی داری در گروه مورد بالاتر از گروه شاهد بود. DMFT نیز در گروه مورد بیش تر بود ولی این تفاوت از لحاظ آماری معنی دار نبود (۳۸). از طرفی دو مطالعه دیگر نشان دادند که شاخص DMFT در بیماران مبتلا به اختلالات تیروئیدی بیش تر از افراد سالم بوده و این تفاوت از لحاظ آماری معنی دار می باشد (۴۳،۴۰). در برخی مقالات بیان شده است که بالاتر بودن شاخص DMFT می تواند به دلیل خشکی دهان و یا کاهش ظرفیت بافری و افزایش اسیدیته بزاق در بیماران با اختلالات تیروئیدی باشد (۴۸،۴۷). مطالعات دیگری بیان کردند که این شاخص با افزایش سال های ابتلا به بیماری نیز افزایش می یابد. علت این امر می تواند بدلیل مصرف داروها در طولانی مدت، سهل انگاری در رعایت بهداشت دهان و دندان با بالا رفتن سن و یا کاهش بزاق مرتبط با افزایش سن باشد (۵۰،۴۹).

در مطالعه حاضر میانگین کیفیت زندگی وابسته به سلامت دهان در بیماران تیروئیدی تفاوت آماری معناداری با گروه شاهد داشت ($P<0/05$). افراد شرکت کننده در مطالعه در سه زیرگروه (محدودیت عملکرد، ناراحتی روانی و ناتوانی اجتماعی) تفاوت آماری معنی داری را با گروه کنترل نشان دادند ($P<0/05$). در مقالات، کیفیت

زندگی ضعیف تر در بیماران مبتلا به اختلالات تیروئیدی نسبت به افراد سالم جامعه، به خصوص محدودیت در عملکردهای فیزیکی و ذهنی بیماران گزارش شده است (۵۳-۵۱). در مطالعه رخشان و همکاران در سال ۲۰۱۶ کیفیت زندگی و سلامت ذهنی بین بیماران مبتلا به هایپوتیروئید و افراد سالم مقایسه شد. نتایج نشان داد که کیفیت زندگی در بعد فیزیکی در دو گروه مورد و شاهد تفاوت معنی داری نداشت؛ ولی شاخص‌های علائم فیزیکی، اضطراب و افسردگی در بعد سلامت ذهنی، افزایش آماری معنی داری را در گروه مورد نشان دادند (۱۲). Vita و همکاران در یک مطالعه مروری به این نتیجه دست یافتند که بیماران مبتلا به هایپرتیروئیدسم کیفیت زندگی بدتری نسبت به افراد سالم دارند. درمان‌های دارویی یا جراحی اگرچه سطح هورمون‌های تیروئیدی را به حالت نرمال برمی گردانند ولی با توجه به دائمی بودن تأثیرات مغزی، این درمان‌ها تأثیر چندانی در بهبود کیفیت زندگی نداشتند (۵۴).

در مطالعه حاضر در بررسی سلامت دهان مرتبط با کیفیت زندگی به عنوان یک متغیر وابسته در ارتباط با متغیرهای کمی مورد مطالعه شامل PI، GI، SBI، DMFT و USFR، تنها شاخص DMFT در گروه مورد ارتباط آماری معنی دار و همبستگی مثبتی با OHRQOL داشت ($P=0/038$). بنابراین تمرکز بر روی جنبه‌های سلامت دهان نظیر رعایت و آموزش بهداشت دهان و دندان، درمان پوسیدگی‌ها و درگیری‌های پرودنتال در بیماران مبتلا به اختلالات تیروئیدی به منظور بهبود سلامت سیستمیک و کیفیت زندگی در آنان اکیدا توصیه می گردد. مطالعه حاضر نخستین مطالعه موجود در رابطه با کیفیت زندگی مرتبط با سلامت دهان در بیماران مبتلا به اختلالات تیروئیدی می باشد و یکی از محدودیت‌های

آن، کم بودن پژوهش‌های پیشین در بررسی شاخص‌هایی نظیر DMFT و هایپوسالیویشن در ارتباط با اختلالات تیروئیدی بود. لذا به منظور بررسی دقیق تر اثر متغیرهای کمی مستقل موجود در مطالعه، نیاز به انجام مطالعات بیش تر با حجم نمونه بالاتر در آینده احساس می شود.

بین کیفیت زندگی مرتبط با سلامت دهان بین گروه بیماران مبتلا به اختلالات تیروئیدی با افراد سالم ارتباط آماری معنی داری وجود داشت. هم چنین میزان جریان بزاق غیرتحریکی و شاخص‌های PI، GI و DMFT در این گروه اختلاف آماری چشمگیری را نشان دادند. کاهش میزان بزاق غیرتحریکی نشان‌دهنده اثر و اهمیت هایپوسالیویشن ناشی از اختلالات تیروئیدی بر روی کیفیت زندگی این بیماران می باشد. مطالعه حاضر اولین مطالعه موجود در رابطه با کیفیت زندگی وابسته به سلامت دهان در بیماران مبتلا به اختلالات تیروئیدی می باشد و پیشنهاد می شود تا در آینده مطالعات بیش تری با حجم نمونه بالاتر صورت گیرد و توصیه می شود بیماران هایپوتیروئیدسم و هایپرتیروئیدسم در گروه‌های جداگانه با افراد سالم مقایسه شوند. به نظر می رسد که مطالعات بیش تری با هدف ارزیابی کیفیت زندگی وابسته به سلامت دهان در بیماران تیروئیدی لازم است تا نتایج از دقت بالاتری برخوردار باشد. به این ترتیب پیشگیری و یا برطرف ساختن مشکلات دهانی جهت بهبود کیفیت زندگی در این بیماران توجه می گردد.

سپاسگزاری

این مقاله حاصل پایان‌نامه دانشجویی مصوب با کد ۳۸۲۹ از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مازندران می باشد. بدین وسیله از همه کسانی که به نحوی در انجام این تحقیق با ما همکاری کردند، تشکر می کنیم.

References

- Chandna S, Bathla M. Oral manifestations of thyroid disorders and its management. Indian J Endocrinol Metab 2011;15 (Suppl2): S113-S116.

2. Poupmpros E, Loberg E, Engström C. Thyroid function and root resorption. *Angle Orthod* 1994; 64(5): 389-393.
3. Cooper DS, Halpern R, Wood LC, Levin AA, Ridgway EC. L-thyroxine therapy in subclinical hypothyroidism: a double-blind, placebo-controlled trial. *Ann Intern Med* 1984; 101(1): 18-24.
4. Garber JR, Cobin RH, Gharib H, Hennessey JV, Klein I, Mechanick JI, et al. Clinical practice guidelines for hypothyroidism in adults: cosponsored by the American Association of Clinical Endocrinologists and the American Thyroid Association. *Thyroid* 2012; 22(12): 1200-1235.
5. Taylor PN, Albrecht D, Scholz A, Gutierrez-Buey G, Lazarus JH, Dayan CM, et al. Global epidemiology of hyperthyroidism and hypothyroidism. *Nat Rev Endocrinol* 2018; 14(5): 301-316.
6. Feitosa D, Marques M, Casati M, Sallum E, Nociti Jr F, De Toledo S. The influence of thyroid hormones on periodontitis-related bone loss and tooth-supporting alveolar bone: A histological study in rats. *J Periodontal Res* 2009; 44(4): 472-478.
7. Muralidharan D, Fareed N, Pradeep P, Margabandhu S, Ramalingam K, Kumar BA. Qualitative and quantitative changes in saliva among patients with thyroid dysfunction prior to and following the treatment of the dysfunction. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol* 2013; 115(5): 617-623.
8. Hicks J, Garcia-Godoy F, Flaitz C. Biological factors in dental caries: role of saliva and dental plaque in the dynamic process of demineralization and remineralization (part 1). *J Clin Pediatr Dent* 2004; 28(1): 47-52.
9. Molania T, Janbabaei G, Esmaeili P, Moosazadeh M, Aryana M, Salehi M. Effect of Xerostomia and Hyposalivation on Quality of Life in Patients Receiving Chemotherapy. *J Mazandaran Univ Med Sci* 2021; 30(194): 108-114 (Persian).
10. Klaver EI, van Loon HC, Stienstra R, Links TP, Keers JC, Kema IP, et al. Thyroid hormone status and health-related quality of life in the LifeLines Cohort Study. *Thyroid* 2013; 23(9): 1066-1073.
11. Gulseren S, Gulseren L, Hekimsoy Z, Cetinay P, Ozen C, Tokatlioglu B. Depression, anxiety, health-related quality of life, and disability in patients with overt and subclinical thyroid dysfunction. *Arch Med Res* 2006; 37(1): 133-139.
12. Rakhshan M, Ghanbari A, Rahimi A, Mostafavi I. A comparison between the quality of life and mental health of patients with hypothyroidism and normal people referred to Motahari Clinic of Shiraz University of Medical Sciences. *Int J Community Based Nurs Midwifery* 2017; 5(1): 30-37.
13. Shivaprasad C, Rakesh B, Anish K, Annie P, Amit G, Dwarakanath C. Impairment of health-related quality of life among Indian patients with hypothyroidism. *Indian J Endocrinol Metab* 2018; 22: 335.
14. Ehsani H, Salehi M, Yazdani Charati J, Niksolat F, Soltantouyeh A, Aryana M, et al. Comparison of oral health-related quality of life among patients with osteoporosis and healthy individuals. *Koomesh* 2022; 24(4): 469-76 (Persian).
15. Reissmann DR, John MT, Schierz O, Kriston L, Hinz A. Association between perceived oral and general health. *J Dent* 2013; 41(7): 581-589.
16. Cunningham SJ, Garratt AM, Hunt NP. Development of a condition-specific quality of life measure for patients with dentofacial

- deformity: II. Validity and responsiveness testing. *Community Dent Oral Epidemiol* 2002; 30(2): 81-90.
17. Fletcher A, Gore S, Jones D, Fitzpatrick R, Spiegelhalter D, Cox D. Quality of life measures in health care. II: Design, analysis, and interpretation. *BMJ* 1992; 305(6862): 1145-1148.
 18. Allen PF, McMillan AS. The impact of tooth loss in a denture wearing population: an assessment using the Oral Health Impact Profile. *Community Dent Health* 1999; 16(3): 176-180.
 19. Slade GD, Spencer AJ. Development and evaluation of the oral health impact profile. *Community Dent Health* 1994; 11(1): 3-11.
 20. Slade GD. Derivation and validation of a short-form oral health impact profile. *Community Dent Oral Epidemiol* 1997; 25(4): 284-290.
 21. Allen PF. Assessment of oral health related quality of life. *Health Qual Life Outcomes* 2003; 1: 40
 22. John M, Hujoel P, Miglioretti DL, LeResche L, Koepsell T, Micheelis W. Dimensions of oral-health-related quality of life. *J Dent Res* 2004; 83(12): 956-960.
 23. Gershengorn M, Weintraub B. Thyrotropin-induced hyperthyroidism caused by selective pituitary resistance to thyroid hormone. A new syndrome of. *J Clin Invest* 1975; 56(3): 633-642.
 24. Rahangdale SI, Galgali SR. Periodontal status of hypothyroid patients on thyroxine replacement therapy: A comparative cross-sectional study. *J Indian Soc Periodontol* 2018; 22(6): 535-540.
 25. Agha-Hosseini F, Parsapour Moghadam P, Mirzaei Dizgah I. Stimulated Whole Saliva Composition in Dental Healthy Students and Menopausal Woman in 2004. *Journal of Dental School (JDS)* 2007; 25(1): 6-11.
 26. Motalebnejad M, Hadian H, Mehdizadeh S, Hajiahmadi M. Validity and reliability of the Persian version of the oral health impact profile (OHIP)-14. *Caspian J Intern Med* 2011; 2(4): 314-320.
 27. Löe H. The gingival index, the plaque index and the retention index systems. *J Periodontol* 1967; 38(6): 610-616.
 28. Naik MM, Vassandacoumara V. Qualitative and quantitative salivary changes and subjective oral dryness among patients with thyroid dysfunction. *Indian J Dent Res* 2018; 29(1): 16-21.
 29. Chang CP, Shiau YC, Wang JJ, Ho ST, Kao CH. Decreased salivary gland function in patients with autoimmune thyroiditis. *Head Neck* 2003; 25(2): 132-137.
 30. Changlai S, Chen W, Chung C, Chiou S-M. Objective evidence of decreased salivary function in patients with autoimmune thyroiditis (chronic thyroiditis, Hashimoto's thyroiditis). *Nucl Med Commun* 2002; 23(10): 1029-1033.
 31. Agha-Hosseini F, Shirzad N, Moosavi M-S. Evaluation of Xerostomia and salivary flow rate in Hashimoto's Thyroiditis. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2016; 21(1): e1-e5.
 32. Dixit PS, Ghezzi EM, Wagner-Lange LA, Ship JA. The influence of hypothyroidism and thyroid replacement therapy on stimulated parotid flow rates. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 1999; 87(1): 55-60.
 33. Hayat HN, Tahir TM, Munir MB, Sami SW. Effect of methimazole-induced hypothyroidism on histological characteristics of parotid gland of albino rat. *J Ayub Med Coll Abbottabad* 2010; 22(3): 22-27.
 34. Hayat NQ. Histological Characteristics of Submandibular Gland after Induction of Hypothyroidism in Adult Albino Rat. *J Rawalpindi Med Coll* 2016; 20(1): 41-47.

35. Bergdahl M, Bergdahl J. Low unstimulated salivary flow and subjective oral dryness: association with medication, anxiety, depression, and stress J Dent Res 2000; 79(9): 1652-1658.
36. Noble P, Lader M. Salivary secretion and depressive illness: a physiological and psychometric study1. Psychol Med 1971; 1(5): 372-376.
37. Albandar JM, Susin C, Hughes FJ. Manifestations of systemic diseases and conditions that affect the periodontal attachment apparatus: Case definitions and diagnostic considerations. J Clin Periodontol 2018; 45: S171-S189.
38. Babu NS, Patel P. Oral health status of children suffering from thyroid disorders. J Indian Soc Pedod Prev Dent 2016; 34(2): 139-144
39. Beriashvili S, Nikolaishvili M, Mantskava M, Momtsemlidze N, Franchuk K. Changes in tooth hard tissue mineralization and blood rheology in healthy adolescents and those with thyroid dysfunction. Georgian Med News 2016; (Issue): 28-34.
40. Kshirsagar MM, Dodamani AS, Karibasappa GN, Vishwakarma PY, Vathar JB, Sonawane KR. Assessment of oral health status and treatment needs among individuals with thyroid dysfunction in Nashik city (Maharashtra): A cross-sectional study. Contemp Clin Dent 2018; 9(4): 619-624.
41. Shcherba V, Machogan V, Luchynskyi V, Korda M, Delibashvili D, Svanishvili N. Correlation between Connective Tissue Metabolism and Thyroid Dysfunction in Rats with Periodontitis. Georgian Med News 2019; (297): 145-149.
42. Zahid TM, Wang B-Y, Cohen RE. The effects of thyroid hormone abnormalities on periodontal disease status. J Med Life 2011; 13(2): 80-85.
43. Aldulaijan HA, Cohen RE, Stellrecht EM, Levine MJ, Yerke LM. Relationship between hypothyroidism and periodontitis: A scoping review. Clin Exp Dent Res 2020; 6(1): 147-157.
44. Yerke L, Levine M, Cohen R. MON-616 Potential Relationship between Hypothyroidism and Periodontal Disease Severity. J Endocr Soc 2019; 3(Suppl): MON-616.
45. Kanatani M, Sugimoto T, Sowa H, Kobayashi T, Kanzawa M, Chihara K. Thyroid hormone stimulates osteoclast differentiation by a mechanism independent of RANKL–RANK interaction. J Cell Physiol 2004; 201(1): 17-25.
46. Shcherba V, Kyryliv M, Bekus I, Krynytska I, Marushchak M, Korda M. A Comparative Study of Connective Tissue Metabolism Indices in Experimental Comorbidity-Free Periodontitis and Periodontitis Combined with Thyroid Dysfunction. J Med Life 2020; 13(2): 219-224.
47. Ryberg M, Johansson I, Ericson T, Mörnstad H, Henriksson R, Jönsson G, et al. Effects of chronic stimulation of salivary gland β -adrenoceptors on saliva composition and caries development in the rat. J Oral Pathol Med 1989; 18(9): 529-532.
48. Suddick R, Hyde RJ, Feller RP. Salivary water and electrolytes and oral health. In: Menaker L (ed) The biologic basis of dental caries. Hagerstown: Harper & Row; 1980. p. 132-147.
49. Johnson D, Alvares O, Etzel K, Kalu D. Regulation of salivary proteins. J Dent Res 1987; 66(2): 576-582.
50. Sagulin G-B, Roomans G. Effects of thyroxine and dexamethasone on rat submandibular glands. J Dent Res 1989; 68(8): 1247-1251.

51. Kelderman-Bolk N, Visser TJ, Tijssen JP, Berghout A. Quality of life in patients with primary hypothyroidism related to BMI. *Eur J Endocrinol* 2015; 173(4): 507-515.
52. Morón-Díaz M, Saavedra P, Alberiche-Ruano MP, Rodríguez-Pérez CA, López-Plasencia Y, Marrero-Arencibia D, et al. Correlation between TSH levels and quality of life among subjects with well-controlled primary hypothyroidism. *Endocrine* 2021; 72(1): 190-197.
53. Wekking EM, Appelhof BC, Fliers E, Schene AH, Huyser J, Tijssen JG, et al. Cognitive functioning and well-being in euthyroid patients on thyroxine replacement therapy for primary hypothyroidism. *Eur J Endocrinol* 2005; 153(6): 747-753.
54. Vita R, Caputo A, Quattropiani MC, Watt T, Feldt-Rasmussen U, Puleio P, et al. Quality of Life in Patients with Hyperthyroidism: Where do we stand? *MJCP* 2020; 8(2): 1-28.