ORIGINAL ARTICLE

Dental Treatment Needs in Thalassemia Major Patients, Sari, Iran

Atena Shiva[1],
Moein Kalavi[2],
Amirhossein Pakravan[3],
Jamshid Yazdani Charati[4],
Hossein Karami[5],
Maryam Zamanzadeh[6]

[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)

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-12]

پژوهشی

مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران
دوره بیست و نهم شماره ۱۷۹ آذر سال ۱۳۹۸ (۱۳۳-۱۲۶)

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 روش‌ها: این مطالعه به روش توصیفی مقطعی و جمع آوری اطلاعات با استفاده از یک فرم محقق ساخته و مشاهدهٔ 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. داده‌های 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.

یافته‌ها: بین دو گروه از نظر میانگین DMFT (P<۰/۰۰۱)، DT (Decay Teeth) (P=۰/۰۰۴) و MT (Missing Teeth) (P= ۰/۰۰۱) اختلاف معنی‌داری 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 معنی‌داری مشاهده نشد (P=۰/۱۵۰). 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 درمان‌های دندانپزشکی جهت این افراد مورد نیاز است.

واژه های کلیدی: تالاسمی ماژور، DMFT، پوسیدگی دندان

مقدمه

برای اقدامات پیشگیری و درمانی بیماری‌های دهان و دندان، نیاز به شناخت وضعیت موجود می‌باشد و برای دسترسی به این منظور باید به بررسی آماری دقیق، جهت ثبت وضعیت و امکانات موجود پرداخت.

مولف مسئول: مریم زمان زاده- ساری: بلوار خزر، دانشکده دندانپزشکی E-mail: zamanzadehmaryam@gmail.com
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 : ۱۳۹۸/۷/۲۹

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-12]

امروزه دسترسی بیماران خاص به مراقبت‌های دهان و دندان، یکی از نگرانی‌های حرفه دندانپزشکی است. بخش‌های زیادی از این جمعیت دسترسی کمی به مراقبت‌های دندانپزشکی دارند که از جمله این افراد، بیماران مبتلا به تالاسمی ماژور می‌باشند(۱). تالاسمی شایع‌ترین ناهنجاری تک ژنی شناخته شده است. این بیماری در مناطق مدیترانه‌ای، بخش‌هایی از شمال و غرب آفریقا، خاورمیانه، شبه جزیره هند و آسیای جنوب شرقی شایع‌تر است که اصطلاحا به عنوان کمربند تالاسمی معروف می‌باشد. کشور ما ایران نیز جزیی از این کمربند تالاسمی است و در استان‌های شمالی (گلستان و مازندران) و سواحل جنوبی (هرمزگان و خوزستان) بیماری تالاسمی شایع‌تر می‌باشد(۲).

این بیماری برای اولین بار در سال ۱۹۲۵توسط Cooley و Lee با تظاهرات آنمی همراه با اسپلنومگالی و تغییرات استخوانی در سنین اولیه زندگی توصیف شد. نوزاد مبتلا در ابتدای تولد سالم است و تغییرات عمدتا از ۴ تا ۶ ماهگی رخ می‌دهند. رنگ زرد، سر نسبتا بزرگ، لب کوچک، پرسیون پل بینی، پره ماگزیلای بزرگ، برجستگی فرونتال، اسپلنومگالی، خونریزی مخاطی سطحی، پتشی، پورپورا و استعداد به عفونت از مشخصات بیماری می‌باشد. این بیماران همچنین مشخصات دهانی–صورتی خاصی نظیر استخوان‌های گونه برجسته، رشد بیش از حد دو فک و مال اکلوژن شدید، بیرون زدگی انسیزورهای ماگزیلا، رنگ پریدگی مخاط و اوپن بایت قدامی را دارند(۴،۳). افراد مبتلا به علت نارسایی در ساختار هموگلوبین دچار کم خونی می‌شوند که از جمله عوارض آن آسیب‌های استخوانی به دنبال تلاش بدن جهت ساخت گلبول قرمز است. عوارض ناشی ازتزریق خونی که در این بیماران انجام می‌شود شامل تجمع آهن در بدن، نقص اندوکرین، بیماری قلبی، فیبروز کبدی و خطر ابتلا به عفونت‌های 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 مساله‌ای که کم‌تر 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 بیماری‌های ویروسی را در نظرگرفت، با کنترل این شرایط، اغلب این افراد را می‌توان تحت بی‌حسی موضعی درمان کرد اما تجربه بالینی نشان می‌دهد بسیاری از دندانپزشکان از درمان این افراد اجتناب می‌کنند. همه مسایل گفته شده اهمیت بالابردن و حفظ کیفیت زندگی در این افراد را گوشزد می‌کند. متاسفانه، به نظر می‌رسد که مشکلات دهانی این بیماران به دلیل مشکلات درمانی خاصشان به فراموشی سپرده شده است(۵)، به ویژه در کشورهایی مانند کشور ما، که امکانات کافی برای درمان اولیه و ضروری این بیماران کافی نیست، این امر آشکارتر است. لذا باتوجه به اهمیت موضوع و همچنین عدم انجام تحقیق بر روی این بیماران در شهر ساری، در این مطالعه به بررسی سطح سلامت دندانی ونیاز به درمان‌های دندانپزشکی در مبتلایان به تالاسمی ماژور در شهرستان ساری پرداختیم.

مواد وروش ها

این پژوهش، یک مطالعه توصیفی- مقطعی است که بر روی بیماران مبتلا به تالاسمی ماژور مراجعه‌کننده به بیمارستان بوعلی شهرستان ساری در سال ۱۳۹۷ صورت گرفت. حجم نمونه با توجه به مطالعه هنرمند و همکاران ۱۴۴ نفر محاسبه شد(۵). نمونه‌گیری 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 شماره‌گذاری مجدد از طریق جدول اعداد تصادفی تعداد افراد مورد نیاز انتخاب شدند. پس از صحبت در مورد طرح با بیماران و جلب رضایت آن‌ها جهت شرکت

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-12]

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 پوسیدگی‌زا و همچنین مصرف دخانیات ثبت شد. معاینه کلینیکی با استفاده آینه تخت دندانپزشکی سوند شماره ۳ و زیر نور چراغ انجام شده و میزان پوسیدگی دندانی و نیازهای درمانی (ترمیم، درمان پالپ و بیرون آوردن دندان) تعیین شد. وضعیت سلامت دهان براساس شاخص دندان‌های پوسیده، از دست رفته و پر شده یا همان DMFT (Decay, Missing, Filled Teeth) تعیین شد. تشخیص درگیری پالپ دندان و نیاز به عصب‌کشی با گرفتن تاریخچه افراد و بررسی علایم کلینیکی شامل پوسیدگی وسیع همراه با سابقه درد خودبخود و یا درد شبانه انجام شد، همچنین دندان‌های غیر قابل نگهداری توسط معیارهای کلینیکی مانند تخریب شدید وغیر 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 دندانی با رضایت بیمار انجام شد. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها ابتدا با استفاده از روش‌های مبتنی بر آمار توصیفی شامل میانگین وانحراف معیار توصیف انجام شد و برای مقایسه میانگین‌های دو جامعه از تی‌تست، کای دو و من ویتنی استفاده شد. برای انجام این کار از نرم‌افزار SPSS24 در سطح معنی‌داری 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 معنی‌داری از نظر جنسیت و میانگین سنی بین دو گروه وجود نداشت و مطابق آزمون فیشر افراد گروه کنترل تحصیلات بالاتری داشتند (P= ۰/۰۰۸). همچنین بر اساس آزمون کای دو در رابطه با تحصیلات پدران در سه رده تحصیلی بین دوگروه تالاسمی وکنترل اختلاف معنی‌دار دیده شد و پدران بیماران تالاسمی تحصیلات بالاتری داشتند(P<۰/۰۰۱)، هرچند در مورد تحصیلات مادران برطبق آزمون فیشر اختلاف معنی‌داری مشاهده نشد.

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

متغیر		گروه تالاسمی تعداد(درصد)	گروه کنترل تعداد(درصد)	جمع تعداد(درصد)	سطح معنی داری
جنس	زن	(۴۵/۳)۳۴	(۵۳/۶)۳۷	(۴۹/۳)۷۱	۰/۴۰۴
	مرد	(۵۴/۷)۴۱	(۴۶/۴)۳۲	(۵۰/۷)۷۳	
گروه سنی	زیر ۱۲ سال	(۴۶/۷)۳۵	(۵۰/۷)۳۵	(۴۸/۶)۷۰	
	۱۲ تا ۱۷ سال	(۳۷/۳)۲۸	(۲۹/۰)۲۰	(۳۳/۳)۴۸	۰/۵۳۸
	بالای ۱۷ سال	(۱۶)۱۲	(۲۰/۳)۱۴	(۱۸/۱)۲۶	
تحصیلات افراد مورد مطالعه	زیر دیپلم	(۷۰/۷)۵۳	(۷۳/۹)۵۱	(۷۲/۲)۱۰۴	
	دیپلم	(۲۹/۳)۲۲	(۱۷/۴)۱۲	(۲۳/۶)۳۴	۰/۰۰۸
	دانشگاه	(۰)۰	(۸/۷)۶	(۴/۲)۶	
تحصیلات پدر	زیر دیپلم	(۶/۷)۵	(۱۳/۹	(۹/۷)۱۴	
	دیپلم	(۲۲/۷)۱۷	(۵۸)۴۰	(۳۹/۶)۵۷	<۰/۰۰۱
	دانشگاه	(۷۰/۷)۵۳	(۲۹/۰)۲۰	(۵۰/۷)۷۳	
تحصیلات مادر	زیر دیپلم	(۶/۷)۵	(۲/۹)۲	(۴/۹/۷	
	دیپلم	(۵۸/۷)۴۴	(۵۶/۵)۳۹	(۵۷/۶)۸۳	۰/۵۱۳
	دانشگاه	(۳۴/۷)۲۶	(۴۰/۶)۲۸	(۳۷/۵)۵۴	
مصرف دخانیات	غیرسیگاری	(۹۰/۷)۶۸	(۸۲/۶)۵۷	(۸۶/۸)۱۲۵	۰/۲۱۸
	سیگاری	(۹/۳)۷	(۷/۱۴)۱۲	(۱۳/۲)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<۰/۰۰۱)، ولی طبق آزمون من ویتنی بین دو گروه از نظر میانگین تعداد دفعات مسواک زدن در روز اختلاف معنی داری مشاهده نشد (P = ۰/۷۰۸).

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

متغیر	گروه تالاسمی انحراف معیار ±میانگین	گروه کنترل انحراف معیار ± میانگین	سطح معنی داری
تعداد دفعات نخ دندان	۰/۳۳±۰/۰۵۵	۱±۰/۰۵۱	<۰/۰۰۱
تعداد دفعات مسواک زدن	۱/۲۵ ±۰/۰۵۷	۱/۲۹±۰/۰۵۵	۰/۷۰۸
مصرف تنقلات پوسیدگی زا	۳/۱۵ ±۰/۱۵	۲/۳۰ ±۰/۰۱۸	<۰/۰۰۱

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

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-12]

DT (Decay Teeth) و MT (Missing Teeth) اختلاف معنی‌داری مشاهده شده و بیماران تالاسمی میانگین بالاتری از این متغیرها را نسبت به گروه کنترل داشتند؛ اما از نظر میانگین FT (Filled Teeth) اختلاف معنی‌داری بین دو گروه مشاهده نشد (P=۰/۱۵۰). همچنین مطابق جدول شماره ۴ و براساس آزمون کای بین دوگروه اختلاف معنی‌داری از نظر نیازهای درمانی مشاهده می‌شود(P<۰/۰۰۱).

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

متغیر	گروه تالاسمی انحراف معیار ± میانگین	گروه کنترل انحراف معیار ± میانگین	سطح معنی داری
DMFT	۴/۶۷±۰/۲۳۴	۳/۳۰ ±۰/۲۲	<۰/۰۰۱
DT	۲/۷۳ ± 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 تعداد(درصد)	گروه کنترل تعداد(درصد)	سطح معنی داری
دندان سالم	۱(۱/۳)	۴(۵/۸)	<۰/۰۰۱
ترمیم	۱۶(۲۱/۳)	۴۷(۶۸/۱)	
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 می‌باشد:

۱- در افراد غیر تالاسمی مقدار DMFT به طور متوسط ۰/۵۲ کم تر از افراد تالاسمی می‌باشد(P<۰/۰۰۱).

۲- به ازای هر یک سال افزایش سن به طور متوسط مقدار DMFT، ۰/۱۳ افزایش می‌یابد(P=۰/۰۱). ۳- به ازای هر یک رده تحصیلی به‌طور متوسط مقدار DMFT، ۰/۴۳ کاهش می‌یابد(P<۰/۰۰۱). 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 می‌یابد (P =۰/۰۲).

۲- شانس نیاز به درمان در بیماران تالاسمی نسبت به غیرتالاسمی به‌طور متوسط۲/۱۶ افزایش می‌یابد(P<۰/۰۰۱).

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 معنی‌داری بالاتر از گروه کنترل بود ولی بین دو گروه از نظر میانگین FT اختلاف معنی‌داری مشاهده نشد. در مطالعات هنرمند و همکاران در شهر زاهدان(۵) و مطلب‌نژاد 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 دربیماران تالاسمی به طرز معنی‌داری 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، هرچند که از نظر میانگین dmft اختلاف معنی‌داری 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<۰/۰۱) و همچنین بالاتر از بیماران مبتلا به آنمی سایکل سل(P<۰/۰۵) بود(۹). هرچند درمطالعه Kularatne وهمکاران‌که 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 اندوکرین و آگاهی ناکافی از مراقبت‌های دندانپزشکی دانست(۱۱). هم‌چنین Luglie و همکارانش به بررسی ارتباط ترکیبات موجود در بزاق و پوسیدگی در مبتلایان به تالاسمی پرداختند و شیوع بیش‌تر پوسیدگی در این بیماران را به دلیل کم‌تر بودن اوره و بیش‌تر بودن استرپتوکوکوس موتانس موجود در بزاق این بیماران دانستند(۱۲).

در مطالعه حاضر، تحصیلات موارد تالاسمیک و

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-12]

گروه کنترل با یکدیگر اختلاف معنی‌داری داشتند، به این ترتیب که در رده تحصیلات زیر دیپلم و دیپلم، درصد بیش‌تری از افراد متعلق به گروه تالاسمی بودند، حال آنکه در رده دانشگاهی هیچ موردی از افراد تالاسمیک دیده نمی‌شد. در مطالعه هنرمند و همکاران، ۴۰ درصد از افراد تالاسمیک بی‌سواد 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 گوشه‌گیری و عدم حضور در اجتماع می‌باشد که این مسئله لزوم حضور روانپزشک در مراکز تالاسمی را نشان می‌دهد(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 معنی‌داری در سه رده تحصیلی مشاهده نشد(P=۰/۵۱۳)، که از این نظر با سایر مطالعاتی که در آن‌ها والدین کودکان تالاسمی تحصیلات پایین‌تری را نسبت به گروه کنترل داشتند متفاوت است.

در مطالعه Kularatne و همکاران، تحصیلات والدین بیماران تالاسمیک به‌طرز معنی‌داری پائین‌تر بوده و ۹۷ درصد پدران و ۹۸ درصد مادران آن‌ها فقط در حد پنج کلاس تحصیلات داشتند، همچنین به طرز معنی‌داری این افراد از نظر موقعیت اجتماعی– اقتصادی در سطح پائین‌تری نسبت به گروه کنترل قرار داشتند(۱۰). در مطالعه هنرمند و همکاران(۵) نیز ۳۲ درصد پدران و ۵۴/۷ درصد مادران بی‌سواد بودند که از این نظر سطح تحصیلات والدین افراد مورد مطالعه ما بالاتر می‌باشد.

در مطالعه حاضر به بررسی متغیرهای پوسیدگی زا (مصرف تنقلات پوسیدگی‌زا) و پیشگیری‌کننده (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 پوسیدگی‌زا اختلاف معنی‌داری دیده شد(P<۰/۰۰۱)؛ به طوری که در گروه تالاسمی میزان مصرف مواد پوسیدگی زا بیش تر و دفعات نخ دندان کشیدن کم‌تر از گروه کنترل بود. اما طبق آزمون من ویتنی از نظر میانگین تعداد دفعات مسواک زدن در روز اختلاف معنی‌داری بین دو گروه مشاهده نشد(P = ۰/۷۰۸). از آن‌جایی‌که این متغیرها در سایر مطالعات بررسی نشده بودند، امکان مقایسه آن با سایر مطالعات وجود نداشت. در مطالعه ما، بیش‌ترین 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 می‌کند.

در مطالعه Hattab تنها ۱/۴ درصد دندان های 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 درمان های 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 درمان های 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 قبول‌تر می باشد(۴).

در نهایت آن‌چه از این مطالعه نتیجه‌گیری می‌شود این است که اختلال در سلامت دهان و دندان بیماران تالاسمیک ماژور بطور محسوسی مشاهده می‌شود. آموزش‌های خاص بهداشت دهانی جهت مقابله با شیوع

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-12]

بالاتر پوسیدگی دندانی در مبتلایان به تالاسمی و پیشگیری از بیماری‌های دندانی و پیشرفت بیماری ضروری است. آن‌ها همچنین باید مراقبت‌های پیگیری مرتب و درمان‌های ترمیمی دندانپزشکی لازم را دریافت کنند.

سپاسگزاری

بدینوسیله از همکاری مسئولین و همچنین بیماران بیمارستان بوعلی ساری که ما را در انجام این طرح یاری رساندند، صمیمانه تشکر می‌شود. 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 بدین‌وسیله از همکاری تمامی عوامل، سپاسگزاری می‌گردد.

References

1. McDonald R, Avery D, Dean J. Dentistry for the child and adolescent. 8th Ed. Missouri: Mosby. 2004.
2. Sedighiani S, Farshidfar G. Attitute, awareness & functioning couple marriage about thalassemia in Hormozgan. Hormozgan Med J 2001; 5(3) 30-34 (Persian).
3. 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.
4. Greenberg M, Glick M, Ship JA. Burket`s Oral Medicine, diagnosis and treatment. 11th ed. Missouri, Mosby. 2008.
5. 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).
6. 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).
7. 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).
8. 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.
9. 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.
10. Kularatne WN, Jayasinghe RM, Diyunugala MC, Bandara D, Abeysundara S, Perera I. Sociodemographic profile and oral health status of thalassemic patients attending the National Thalassaemia Centre, Kurunegala, Sri Lanka. J Investig Clin Dent 2018; 9(2): e12293.
11. 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.
12. Luglie P, Campus G, Deiola C, Mela M, Gallisai D. Oral condition, chemistry of saliva, and salivary levels of Streptococcus mutans in thalassemic patients. Clin Oral Investig 2002; 6(4): 223-226.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-12]

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.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-12]