

بررسی علل بیرون آوردن دندان‌های دائمی در مردم شهر کرمان در سال ۱۳۸۸

شهلا کاکویی*، محمد فاطمیان**، علی اسکندری زاده***، مسعود پریخ****، علی‌اکبر حقدوست*****

* دانشیار گروه بیماری‌های دهان، عضو مرکز بیماری‌های دهان و دندان، دانشکده‌ی دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کرمان، کرمان، ایران
** دندانپزشک

*** دانشیار گروه ترمیمی، عضو مرکز بیماری‌های دهان و دندان، دانشکده‌ی دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کرمان، کرمان، ایران
**** استاد گروه اندودنتیکس، عضو مرکز تحقیقات علوم و اعصاب دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کرمان، کرمان، ایران

***** عضو مرکز تحقیقات مدلسازی در سلامت، دانشکده‌ی بهداشت دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کرمان، کرمان، ایران

چکیده

بیان مساله: هر روز تعدادی از مردم به علل مختلف دندان‌هایشان را از دست می‌دهند. دانستن علل کشیدن دندان می‌تواند به مقامات مسوول کمک کند تدابیری جهت حفظ این دندان‌ها بیاندیشند.

هدف: هدف از این پژوهش، بررسی علل بیرون آوردن دندان‌ها در درمانگاه‌های دندانپزشکی و برخی از مطب‌های دندانپزشکی شهر کرمان در سال ۱۳۸۸ بود.

مواد و روش: این پژوهش مقطعی، بر روی شمار ۲۰۷۶ دندان بیرون آورده شده از ۱۵۰۰ بیمار که به روش نمونه‌گیری آسان از میان مراجعه‌کنندگان به درمانگاه‌های دندانپزشکی شهر کرمان انتخاب شده بود، انجام گرفت. اطلاعاتی همچون جنس، سن، میزان تحصیلات، شغل، بعد خانوار، علت اصلی در آوردن دندان (پوسیدگی، بیماری پرودنتال، پروتز، نهفتگی، ارتودنسی و خواست بیمار) و همچنین نوع دندان در برگه‌ای گردآوری شد. واکاوی داده‌ها توسط نرم‌افزار SPSS ۱۱/۵ و با آزمون مجذور کای انجام گرفت.

یافته‌ها: شایع‌ترین علل اصلی در بیرون آوردن دندان به ترتیب، پوسیدگی (۴۳/۶ درصد) و خواست بیمار (۳۰/۶ درصد) بود. به گونه‌ی کلی، بیشترین دندان بیرون آورده شده دندان‌های مولر نخست و سوم فک پایین بودند. رابطه‌ی برخی از علل بیرون آوردن دندان همچون پوسیدگی و نیاز به ارتودنسی با جنس بیمار معنادار بود ($p < ۰/۰۰۰۱$). سن بیماران نیز با بیشتر علل بیرون آوردن دندان رابطه‌ی معنادار داشت ($p < ۰/۰۰۰۱$). در میزان تحصیلات با همه‌ی علل بیرون آوردن دندان جز با خواست بیمار رابطه‌ی معنادار دیده شد ($p < ۰/۰۰۰۱$).

نتیجه‌گیری: بر پایه‌ی نتایج این بررسی، بیشتر دندان‌ها به دلیل پوسیدگی و یا درخواست بیمار با وجود قابل نگهداری بودن آن بیرون آورده شده‌اند که این امر لزوم تشویق به افزایش برنامه‌های پیشگیری و معاینه‌های دوره‌ای را بیشتر از پیش نشان می‌دهد.

واژگان کلیدی: بیرون آوردن دندان، پوسیدگی، شیوع

تاریخ دریافت مقاله: ۹۰/۴/۱۲، تاریخ پذیرش مقاله: ۹۰/۱۲/۲، *J Dent Shiraz Univ Med Sci J 2012; Supplement: 429-437* مقاله‌ی پژوهشی اصیل

نویسنده‌ی مسوول مکاتبات: شهلا کاکویی. کرمان، بلوار جمهوری اسلامی، انتهای خیابان شفا، دانشکده‌ی دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کرمان، گروه بیماری‌های دهان تلفن: ۰۳۴۱ - ۲۱۱۹۰۲۴ دورنگار: ۰۳۴۱ - ۲۱۱۸۰۷۳ پست الکترونیک: s_kakooie@kmu.ac.ir

درآمد

دندان‌ها برای جویدن، لبخند زدن و صحبت کردن مهم هستند و نگهداری دندان‌ها تا بیشترین زمان ممکن می‌تواند سلامت دهان را تضمین کند. برعکس از دست دادن این دندان‌ها می‌تواند اثرات منفی بر کیفیت زندگی از لحاظ زیست‌شناختی، روانی و اجتماعی بگذارد. بنابراین بایستی از در آوردن دندان‌های دایمی به عنوان یک قسمت از طرح درمان، تا حد امکان خودداری کرد^(۱).

در کشورهای پیشرفته که افراد جامعه به درمانگاه‌های دندانپزشکی دسترسی دارند، بیشترین علت در آوردن دندان پوسیدگی و سپس بیماری پرپودنتال بوده است^(۲). همچنین بررسی‌هایی که در سال‌های ۱۹۸۶ تا ۱۹۸۸ در کشورهای در حال پیشرفت همچون 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 همه‌ی گروه‌های سنی است^(۳).

بررسی‌های گوناگون جهت تعیین علل بیرون آوردن دندان در جهان انجام پذیرفته است. در بیشتر بررسی‌ها شایع‌ترین علت در آوردن دندان پیش از سن ۴۰ سالگی پوسیدگی دندان‌ها است^(۴-۵)، ولی بیماری پرپودنتال در سنین بالای ۴۰ سال عامل مهمتری در بیرون آوردن دندان بوده است. در ضمن، جنس و درمان‌های دندانپزشکی و نیز مراجعه‌های منظم دندانپزشکی می‌تواند در این مهم دخیل باشند^(۶). از علل دیگر بیرون آوردن دندان، در آوردن دندان‌های نهفته به علت درمان‌های ارتودنسی، پروتزهای دندان^(۴)، ضربه، پری کرونیست و غیره است^(۵).

مک کایول (Mc Caul) و همکاران، با مقایسه‌ی بررسی‌هایی که در سال‌های ۱۹۸۴ و ۱۹۹۹ در اسکاتلند در مورد علل در آوردن دندان انجام گرفته بود، نشان دادند که شمار دندان‌های کشیده شده میان سال‌های ۱۹۸۴ تا ۱۹۹۹ کاهش یافته است. در ضمن، در بررسی تازه‌تر تا سن ۲۰ سالگی بیشترین علت در آمدن دندان در این کشور بر عکس بررسی‌های قدیمی‌تر که بیشترین بیرون آوردن دندان پوسیدگی بوده، ارتودنسی گزارش شده است^(۶). همچنین این پژوهشگران دریافتند که در همه‌ی انواع دندان‌ها علت اصلی بیرون آوردن آنها پوسیدگی بوده، به جز دندان‌های سانتال پایین که بیشترین علت در آوردن آنها بیماری پرپودنتال یاد شده است. در هر دو پژوهش (پژوهش سال‌های ۱۹۸۴ و

۱۹۹۹) پرمولر و مولرهای نخست و دوم بیشترین دندان‌های کشیده شده گزارش گردیدند^(۵).

در پژوهشی که در انگلستان انجام گرفت از ۳۸۹ دندان بیرون آورده شده بیشترین علت کشیده شدن دندان، پوسیدگی و سپس بیماری پرپودنتال بیان گردید^(۲).

پژوهشی در سال ۱۹۹۷ در سوئد در افراد بالای ۶۰ سال نشان داد که در طی پنج سال پیگیری بیماران شمار کمی دندان از دست داده اند و در ضمن به نظر می‌رسد پوسیدگی دندان‌ها هنوز یک مشکل جدی در میان افراد این گروه باشد^(۷).

بر خلاف نتایج بررسی یاد شده، در سال ۱۹۹۸ استابهلز (Stabholz) و همکاران، در یک بررسی گذشته‌نگر از گزارش‌ها و پرتونگاری‌های دندان بیماران میان ۶۵ تا ۹۵ ساله علل بیرون آوردن دندان را بررسی نموده و دریافتند که ۶۵ درصد دندان‌های کشیده شده به علت بیماری پرپودنتال و ۳۰ درصد به علت پوسیدگی و ۶/۴ درصد مربوط به علل دیگر بوده است. شایع‌ترین این دندان‌ها، دندان‌های پیشین و مولر (هر یک ۲۹ درصد) و سپس پرمولر (۲۶ درصد) و کانین (۱۷ درصد) گزارش شده است^(۸).

از آنجا که علل بیرون آوردن دندان در کشورهای مختلف و حتی نتیجه‌ی پژوهش‌ها در کشورهای پیشرفته نیز با هم متفاوت بوده، نیاز به بررسی در ایران احساس می‌شود. البته شمار محدودی پژوهش همانند در ایران انجام پذیرفته است برای نمونه، در بررسی اخلاقی در سال ۱۳۷۲ تا ۱۳۷۳ در ۵۹۱ بیمار مراجعه‌کننده به بخش جراحی دانشکده‌ی دندانپزشکی شهید بهشتی میان سنین ۱۲ تا ۷۵ نشان داد که پوسیدگی (۴۶/۱ درصد) و سپس بیماری پرپودنتال و پروتزهای دندان از علل عمده‌ی بیرون آوردن دندان‌ها بوده‌اند. همچنین، این بررسی نشان داد که در افراد بالای ۴۰ سال همچنان پوسیدگی در مقام نخست علل بیرون آوردن دندان (۳۹/۲ درصد) بوده است^(۹). در پژوهشی همانند در تبریز در سال ۱۳۸۷ نشان داده شد که دندان‌های پوسیده‌ی غیر قابل ترمیم (۴۰/۵ درصد)، مشکلات پروتز (۳۵/۶ درصد) و بیماری پرپودنتال (۱۵/۱ درصد) شایع‌ترین علل در آوردن دندان‌ها بوده است^(۱۰). همچنین در سال ۱۳۷۸ با بررسی دندان‌های کشیده شده در مراجعه‌کنندگان به دانشکده‌ی دندانپزشکی و مراکز درمانی خیریه‌ی کرمان نشان داده شد که پوسیدگی دندانها (۲۹ درصد)، خواست بیمار (۲۸/۳ درصد) و علل

دندانپزشک درمانگر را به عنوان علت یا علل اصلی در بیرون آوردن دندان می‌پرسید. همکار مسوول تکمیل برگه‌ها بایستی ایرادها و اشکال‌ها و ابهام‌ها را که در پر شدن برگه‌ها وجود داشت هر هفته به اطلاع مجری طرح می‌رساند و تصمیمات نهایی گرفته می‌شد. تعاریف علل بیرون آوردن دندان به این ترتیب هستند:

۱- پوسیدگی: می‌تواند به صورت پوسیدگی آغازین و ثانویه باشد. در ضمن در صورت پوسیدگی ثانویه، نوع پرکردگی آمالگام یا کامپوزیت و یا پانسمان و کیفیت ترمیم ثبت می‌گردد.

۲- بیماری‌های پریودنتال: دندان به علت پاکت‌های عمیق پریودنتال و از میان رفتن حمایت استخوانی که به لقی و جا به جایی دندان می‌انجامد بیرون آورده شود که توسط پروپ پریودنتال و معاینه‌ی دندان مشخص می‌گردد. دندان‌هایی که عمق پاکت آنها از ۳ میلی‌متر بیشتر یا دارای کمترین لقی بیشتر از ۱ برید ۱ باشند، مثبت به شمار می‌رفتند.

۳- درمان‌های پیش از پروتز: دندان‌هایی که به دلایل ساخت پروتز بهتر است بیرون آورده شوند.

۴- درمان‌های ارتودنسی: دندان‌ها به دلایل تصحیح یا پیشگیری از ناهنجاری در اکلوزن بیرون آورده می‌شوند.

۵- به علت ضربه یا تراما: دندان به دلیل نتیجه‌ی مستقیم ضربه بیرون آورده می‌شود.

۶- خواست بیمار: بیمار با وجود امکان درمان‌های دیگر جهت نگهداری دندان تصمیم به بیرون آوردن دندان خود می‌گیرد (۱ و ۴).

دیگر موارد شامل بیرون آوردن دندان به دلیل پری کرونیته، دندان‌های نهفته و نیمه نهفته بود.

به علت احتمال وجود دو علت یا بیشتر جهت در آوردن دندان، در انتهای برگه‌ای قسمتی طراحی شده بود که معاینه کننده میبایستی اصلی‌ترین علت در آوردن دندان را مشخص می‌نمود. در ضمن دندان‌های شیری یا اضافی از بررسی کنار گذاشته می‌شدند.

پس از گردآوری اطلاعات، فراوانی علل بیرون آوردن دندان، با بیان دقیق شمار و درصد، به تفکیک جنس، سن، میزان تحصیلات، گروه شغلی وارد نرم‌افزار گردید. واکاوی داده‌ها توسط نرم‌افزار آماری و SPSS V. ۱۱/۵ و با استفاده از نمایه‌های مرکزی، پراکندگی و آزمون مجذور کای انجام گرفت.

دیگر به ترتیب پروتز، بیماری‌های پریودنتال، نهفتگی، نبود اکلوزن و ارتودنسی علل بیرون آوردن دندان‌ها بودند. بیشترین دندان در آورده شده مولر نخست چپ پایین و کمترین مورد کانین چپ پایین گزارش گردید. در ضمن، در افرادی بالای ۴۰ سال بیشترین علل در آوردن دندان به ترتیب پروتز، بیماری پریودنتال، خواست بیمار و سپس پوسیدگی دندانی بود (۳). با توجه به شمار محدودی پژوهش در این زمینه در کشور ایران و نبودن بررسی‌های پی در پی، به دست آوردن اطلاعات بیشتری در مورد سطح سلامت دهان افراد جامعه ضروری به نظر می‌رسد. همچنین با توجه به بررسی پیش که حدود ۱۰ سال پیش در کرمان انجام پذیرفته است لازم دانسته شد که تغییر این روند در ۱۰ سال گذشته در کرمان و همچنین در ایران بررسی گردد.

مواد و روش

این پژوهش از گونه‌ی مقطعی (Cross Sectional) بوده و علل بیرون آوردن دندان‌ها در مردم شهر کرمان بررسی شد. حجم نمونه با $p = 0.05$ و $d = 0.01$ و سطح اطمینان ۹۵ درصد یا $\alpha = 0.05$ ، ۱۵۰۰ نفر در شهر کرمان تعیین گردید. در این بررسی، بیماران مراجعه کننده به بخش جراحی دهان فک و صورت دانشکده‌ی دندانپزشکی کرمان، دو درمانگاه خصوصی (یک درمانگاه خصوصی غیر شبانه‌روزی، درمانگاه خیریه و شبانه‌روزی)، یک مطب دندانپزشک عمومی و یک مطب دندانپزشک متخصص جراحی دهان فک و صورت بررسی در مدت سه ماه بررسی شدند. کد اخلاقی با شماره k/۸۸/۸۲ از دانشگاه علوم پزشکی کرمان کسب گردید. جهت گردآوری اطلاعات برگه‌ای شامل اطلاعات دموگرافیک (شامل سن، جنس، میزان تحصیلات) بیماری‌های زمینه‌ای (دیابت، بیماری‌های قلبی و پرفشاری خون و غیره)، شماره‌ی دندان بیرون آورده شده و علل بیرون آوردن آن بر پایه‌ی دندانپزشک درمانگر فراهم گردید. در معاینه‌ی بیماران، عمق پاکت پریودنتال دندان در سمت باکال در سه نقطه و در سمت لینگوال یا پالاتال در یک نقطه توسط سند پروپ پریودنتال بررسی شد که عمق پاکت بیشتر از ۳ میلی‌متر و لقی دندان بیشتر از ۱ برید ۱ به عنوان بیماری پریودنتال به شمار می‌رفت. فرد گردآوری کننده‌ی اطلاعات، دانشجوی سال آخر دندانپزشکی بود. پس از توضیح در مورد بررسی یاد شده و کسب رضایت شفاهی از بیماران، اطلاعات فردی بیمار توسط دانشجو از بیمار پرسیده و ثبت می‌گشت و نظر

یافته‌ها

در مجموع ۲۰۷۶ دندان از ۱۵۰۰ بیمار مراجعه کننده به درمانگاه‌های خصوصی، خیریه و مطب‌های خصوصی دندانپزشکی شهر کرمان در سال ۱۳۸۸ بیرون آورده شده که نتایج نشان داد ۴۸/۱ درصد بیماران مرد بودند و ۴۹/۸ درصد دندان‌های بیرون آورده شده متعلق به مردان بود. خانم‌ها ۵۱/۹ درصد از بیماران را در بر می‌گرفتند و ۵۰/۲ درصد از دندان‌های بیرون آورده شده متعلق به این گروه بود. بیشترین افراد شرکت کننده در بررسی در گروه سنی ۲۱ تا ۳۰ سال (۳۴/۳ درصد) و کمترین آن در گروه بالای ۶۰ سال (۳/۵ درصد) بود. میانگین (انحراف معیار \pm) سن بیماران مورد بررسی ۳۵/۰۹ ($\pm 12/13$) با حداقل ۹ و حداکثر ۸۴ سال گزارش شد. از نظر سطح تحصیلات بیشتر بیماران دارای مدرک دیپلم (۳۴/۱ درصد) بودند و کمترین درصد (۱/۳) تا سطح بالاتر از لیسانس تحصیل کرده بودند. از نظر شغل، بیشتر بیماران خانه‌دار بودند (۳۲/۳ درصد) و پس از آن شغل آزاد (۲۴/۱ درصد) و کارمند ساده (۲۴ درصد) قرار داشتند. در مورد شغل همسر نیز ۳۰/۵ درصد از بیماران که بیشترین درصد هم هستند (۳۰/۵ درصد) خانه‌دار بودند و پس از آن شغل آزاد (۱۷/۷ درصد) قرار داشتند. از نظر بعد خانوار، بیشتر بیماران در خانواده‌های ۴ تا ۶ نفره زندگی می‌کردند. میانگین (انحراف معیار \pm) بعد خانوار ۴/۷۵ ($\pm 1/78$) با حداقل ۱ و حداکثر ۱۳ بود.

۹۱ درصد بیماران یا به بیانی بیشترین آنها هیچگونه پیشینه‌ی بیماری نداشتند و تنها ۹ درصد به یک یا چند بیماری زمینه‌ای مبتلا بودند. بیشترین فراوانی بیماری (۲/۶ درصد) مربوط به دیابت بود.

در مجموع ۲۰۷۶ دندان از ۱۵۰۰ بیمار بیرون آورده شده که کمترین آن مربوط به دندان‌های سمت راست فک بالا (۲۱/۴۸ درصد) و بیشترین آنها مربوط به دندان‌های سمت چپ فک پایین (۲۸/۸ درصد) بود. در هر چهار نیم فک، بیشترین دندان‌های بیرون آورده شده دندان‌های ۶ و ۸ بودند.

میانگین شمار دندان‌های بیرون آورده شده در کل نمونه ۱/۳۸ و در مردان و زنان به ترتیب ۱/۴۳ و ۱/۳۴ بود.

به گونه‌ی کلی ۲۰۷۶ دندان از ۱۵۰۰ بیمار بیرون آورده شده بود که از این شمار دندان بیرون آورده شده، ۷۷/۶ درصد بیماران دارای پوسیدگی بودند و در ۳۱/۵ درصد موارد، خواست بیمار به بیرون آوردن دندان انجامیده بود. کمترین علت بیرون

آوردن دندان مربوط به پری کرونیست و ضربه بود که کمترین علت را تشکیل می‌دادند. بدون در نظر گرفتن اصلی‌ترین علت بیرون آوردن کردن دندان، بیشترین فراوانی مشکلات دندان‌های مربوط به پوسیدگی (۷۷/۶ درصد)، شکستگی دندان (۳۳ درصد) و خواست بیمار (۳۱/۵ درصد) بود. کمترین مشکلات دندان‌های، پری کرونیست و ضربه (هر کدام ۰/۴ درصد) گزارش شد. اصلی‌ترین علت بیرون آوردن دندان پوسیدگی (۴۳/۶ درصد) و پس از آن خواست بیمار (۳۰/۶ درصد) بود. پری کرونیست و ضربه به ترتیب با ۰/۳ و ۰/۱ درصد کمترین علت اصلی بیرون آوردن دندان بودند (جدول ۱).

جدول ۱ توزیع فراوانی مطلق و نسبی مشکلات دندان‌های بیماران مراجعه کننده به مراکز دندانپزشکی منتخب شهر کرمان در سال ۱۳۸۸

علل بیرون آوردن دندان	شمار (درصد)	اصلی‌ترین علت شمار (درصد)
پوسیدگی	۱۶۱۲(۷۷/۶)	۹۰۵(۴۳/۶)
خواست بیمار	۶۵۳(۳۱/۵)	۶۳۶(۳۰/۶)
پروتز	۴۲۶(۲۰/۵)	۱۷۹(۸/۶)
پریو	۱۵۴(۷/۴)	۱۴۷(۷/۱)
نهفتگی	۹۶(۴/۶)	۹۰(۴/۳)
ارتودنسی	۴۹(۲/۴)	۴۵(۲/۲)
شکستگی	۶۸۵(۳۳)	۴۱(۲)
شکست اندو	۷۸(۳/۸)	۲۳(۱/۱)
پری کرونیست	۸۰(۴)	۷(۰/۳)
ضربه	۸۰(۴)	۳(۰/۱)
کل		۲۰۷۶(۱۰۰)

از ۹۰۵ دندان که اصلی‌ترین علت بیرون آوردن آنها پوسیدگی گزارش شد، ۷۹۵ دندان (۸۷/۸ درصد) دارای پوسیدگی اولیه و ۱۱۰ دندان (۱۲/۲ درصد) دارای پوسیدگی ثانویه بودند. از میان دندان‌هایی که دارای پوسیدگی ثانویه بودند ۸۷ مورد (۷۹/۹ درصد) با آمالگام، ۱۰ مورد (۹/۱ درصد) با کامپوزیت و ۱۳ مورد (۱۱/۸ درصد) با دیگر مواد پر شده بود. کیفیت ترمیم در ۲۱ مورد (۱۹/۹ درصد) مناسب و بقیه نامناسب بود. در مجموع از ۹۰۵ دندان دارای پوسیدگی در ۸۶۵ دندان (۹۵/۶ درصد) امکان ترمیم دندان وجود نداشت. در مجموع از ۲۰۷۶ دندان بیرون آورده شده، ۱۳۵ مورد درمان ریشه شده بودند که در ۷۸ مورد آن شکست در درمان ریشه وجود داشته است. در این ۷۸ مورد شکست درمان ریشه، سینوس ترکت، وجود آیس، حساسیت در دق، حساسیت در لمس، به ترتیب در ۷۷، ۵، ۱۳، ۴۵ و ۶۰ دندان دیده شد. توزیع فراوانی علل اصلی بیرون آوردن دندان با توجه به

جدول ۲ توزیع فراوانی مطلق و نسبی و علل بیرون آوردن دندان بر پایه‌ی گونه و جای دندان در بیماران مراجعه کننده به مراکز دندانپزشکی منتخب شهر کرمان در سال ۱۳۸۸

علل	پوسیدگی		پریو		خواست بیمار		ارتودنسی		پروتز		نهفتگی		دیگر		کل		
	شمار	درصد	شمار	درصد	شمار	درصد	شمار	درصد	شمار	درصد	شمار	درصد	شمار	درصد	شمار	درصد	
فک بالا	انسیزور (۴)	۴۲	۳۶/۸	۱۶	۱۴	۲۶	۲۲/۸	۰	۰	۲۸	۲۴/۶	۰	۰	۲	۱/۸	۱۱۴	۱۰۰
	کانین (۲)	۲۱	۳۵/۶	۴	۶/۸	۱۵	۲۵/۴	۰	۰	۱۴	۲۳/۷	۴	۶/۸	۱	۱/۷	۵۹	۱۰۰
	پرمولر (۴)	۱۲۲	۴۴/۷	۱۳	۴/۸	۹۴	۳۴/۴	۲۴	۸/۸	۱۵	۵/۵	۱	-۴	۴	۱/۵	۲۷۳	۱۰۰
	مولر (۶)	۲۴۵	۵۰/۹	۲۶	۵/۴	۱۶۲	۳۳/۷	۰	۰	۱۱	۲/۳	۲۰	۴/۲	۱۷	۳/۵	۴۸۱	۱۰۰
فک پایین	انسیزور (۴)	۱۷	۱۴/۷	۴۱	۳۵/۳	۱۳	۱۱/۲	۱	۰/۹	۴۴	۳۷/۹	۰	۰	۰	۰	۱۱۶	۱۰۰
	کانین (۲)	۱۷	۲۴/۳	۶	۸/۶	۱۵	۲۱/۴	۰	۰	۲۹	۴۱/۴	۳	۴/۳	۰	۰	۷۰	۱۰۰
	پرمولر (۴)	۱۰۹	۴۱/۸	۱۶	۶/۱	۸۳	۳۱/۸	۲۰	۷/۷	۲۲	۸/۴	۳	۱/۱	۸	۳/۱	۲۶۱	۱۰۰
	مولر (۶)	۳۳۲	۴۷/۳	۲۵	۳/۶	۲۲۸	۳۲/۵	۰	۰	۱۶	۲/۳	۵۹	۸/۴	۴۲	۶	۷۰۲	۱۰۰
کل		۹۰۵	۴۳/۶	۱۴۷	۷/۱	۶۳۶	۳۰/۶	۴۵	۲/۲	۱۷۹	۸/۶	۹۰	۴/۳	۷۴	۳/۶	۲۰۷۶	۱۰۰

* اعداد درون پرانتز شمار دندان‌های مورد نظر است.

بوده است ($p = 0/0001$). بر پایه‌ی این بررسی بیشترین دندان بیرون آورده در بخش جراحی دانشکده‌ی دندانپزشکی مولر اول و دوم و پس از آنها پرمولر دوم بوده است. در حالی که در مطب دندانپزشک متخصص جراح بیشترین دندان بیرون آورده شده مولر سوم گزارش شده است. این اختلاف در مطب دندانپزشک متخصص نسبت به دیگر مراکز از لحاظ آماری تفاوت معنادار را نشان می‌دهد ($p = 0/0001$).

جهت تعیین دقت دندانپزشکان در خصوص علل اصلی بیرون آوردن دندان، شمار ۳۰ مورد پرتونگاری دریافت شده از دندان‌های بیرون آورده شده‌ی بیماران مراجعه کننده به درمانگاه‌های منتخب در سطح شهر کرمان توسط دندانپزشک متخصص همکار طرح مورد بررسی قرار گرفت و با علت بیرون آوردن دندان همخوانی داده شد که در ۸۰ درصد از این موارد تشخیص علت اصلی بیرون آوردن دندان با تشخیص دندانپزشک همخوانی داشت.

بحث

طراحی بررسی انجام شده‌ی کنونی به این گونه انجام گرفت که پژوهشگر با مراجعه به شمار تعیین شده‌ی مراکز درمانی مختلف اعم از درمانگاه‌های خصوصی و خیریه، مطب‌های شخصی عمومی و تخصصی، علل بیرون آوردن دندان را در گروه‌های مختلف اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی بررسی کرده است و این مساله نسبت به بررسی‌های پیشین که در مراکز محدود یا از دندانپزشکان جهت گردآوری اطلاعات انجام می‌شده است، برتری دارد. در برخی از بررسی‌های گذشته که دندانپزشکان

نوع و محل دندان بیرون آورده شده در جدول ۲ نشان داده شده است.

مقایسه‌ی هر یک از علل بیرون آوردن دندان در زنان و مردان در مورد پوسیدگی، پروتز، نهفتگی و ارتودنسی تفاوت معنادار را نشان می‌دهد ($p < 0/05$)، به گونه‌ای که علت بیرون آوردن دندان در مردان بیشتر به علت پوسیدگی و در زنان دندان بیشتر به علت پروتز، نهفتگی و ارتودنسی بود.

مقایسه‌ی هر یک از علل بیرون آوردن دندان با توجه به سطح سواد بیماران مورد بررسی جز خواست بیمار در دیگر موارد تفاوت معنادار را نشان می‌داد ($p < 0/05$)، به گونه‌ای که پوسیدگی در افراد دارای سطح سواد بالاتر از مدرک کارشناسی نسبت به دیگر موارد کمتر، پریو و پروتز در گروه بی‌سواد بیشتر، نهفتگی و ارتودنسی در گروه بالاتر از کارشناسی بیشتر و دیگر علل در گروه بی‌سواد و زیر دیپلم کمتر بود.

مقایسه‌ی هر یک از علل بیرون آوردن دندان بر پایه‌ی گروه‌های سنی در مورد همه‌ی علل به جز دیگر علل تفاوت معنادار را نشان می‌داد، به گونه‌ای که پوسیدگی در گروه سنی ۲۰ ≤ سال کمتر، پریو در گروه‌های سنی ۴۰ ≤ سال و پروتز در گروه‌های سنی ۵۰ ≤ سال کمتر، نهفتگی و ارتودنسی در گروه‌های سنی ۳۰ ≤ سال و خواست بیمار در گروه‌های سنی ۵۰ ≤ بیشتر بود.

با توجه به این پژوهش نشان داده شد که در همه‌ی درمانگاه‌ها به جز مطب دندانپزشک متخصص بیشترین علت بیرون آوردن دندان پوسیدگی بوده است. در مطب دندانپزشک متخصص جراح بیشترین علت، بیرون آوردن دندان‌های نهفته

بیمار به دلایل اقتصادی بیماران بوده ولی این همراهی با وضعیت فقر در جامعه ارتباطی نشان داده نشده است^(۱۱). در ضمن، در بررسی پیشین در شهر کرمان که حدود ۱۰ سال پیش انجام گرفت علل بیرون آوردن دندان در آغاز، پوسیدگی و سپس خواست بیمار بوده^(۳)، که نشان‌دهنده‌ی نبود تغییر در علت کشیدن دندان در این شهر است. با این حال با توجه به نتایج بررسی‌های دیگر در سایر کشورها علت شایع بیرون آوردن دندان پس از پوسیدگی، بیماری پریودنتال بوده است^{(۴) (۱۵-۱۲)}.

مقایسه‌ی علل بیرون آمدن دندان با گروه‌های سنی در پژوهش کنونی نشان داد که پوسیدگی در گروه سنی زیر ۲۱ سال و بیماری پریودنتال در سنین بالای ۴۰ سال بیشترین شیوع را نشان داد که با بررسی‌های دیگر همخوانی دارد^{(۳) (۶)}.

در بررسی استابهلز و همکاران، بر روی ۳۰۲ فرد بالای ۶۵ سال نشان داده شد که بیشترین علت بیرون آوردن دندان بیماری‌های پریودنتال بوده است. این تفاوت در نتیجه‌ی بررسی یاد شده و پژوهش کنونی می‌تواند نشان‌دهنده‌ی شیوع بالاتر بیماری‌های پریودنتال در افراد با سن بالا یا تفاوت در روش پژوهش، وضعیت اجتماعی، اقتصادی، فرهنگی یا رفتارهایی در جمعیت‌های خاص باشد^(۸). با این حال در بررسی استابهلز و همکاران، نشان داده شد که در افراد بالای ۶۵ سال شمار بسیاری از دندان‌های باقیمانده خالی از پوسیدگی و علت از دست دادن دندان‌ها در این افراد بیماری پریودنتال است^(۸). البته در این مورد فور (Furr) و همکاران، در پژوهشی بر روی افراد بالای ۶۰ سال نشان دادند که بیشترین علل بیرون آوردن دندان پوسیدگی بوده است^(۳).

مقایسه‌ی هر یک از علل بیرون آوردن دندان در زنان و مردان در مورد پوسیدگی، پروتز، نهفتگی و ارتودنسی تفاوت معنادار را نشان می‌دهد ($p < 0.05$)، به گونه‌ای که پوسیدگی به عنوان علت بیرون آوردن دندان در مردان و در زنان علت بیرون آوردن دندان بیشتر پروتز، نهفتگی و ارتودنسی بود ($p < 0.05$). در بررسی پیشین در همین زمینه در ۱۰ سال گذشته در شهر کرمان نشان داده شد که در هر دو جنس پوسیدگی و خواست بیمار، عمده‌ترین علل بیرون آوردن دندان هستند^(۳).

طی بررسی انجام شده در رابطه با میزان تحصیلات افراد، پوسیدگی علت اصلی بیرون آوردن دندان در افراد زیر کارشناسی به گونه‌ی معنادار از افراد بالای کارشناسی بیشتر بوده است در

نسبت به تکمیل برگه‌های بیماران مراجعه کننده جهت بیرون آوردن دندان، اقدام می‌کردند، این اشکال را به وجود می‌آورد که ممکن است دندانپزشک نسبت به ورود همه‌ی موارد اقدام ننموده و یا قشر خاصی به دندانپزشک مراجعه داشته باشند. در این بررسی، پژوهشگر پس از مصاحبه با بیمار و تکمیل برگه، نظر دندانپزشک درمانگر را به عنوان علت یا علل اصلی در بیرون آوردن دندان می‌پرسید. بر پایه‌ی نتایج بررسی کنونی بیشترین علت بیرون آوردن دندان در افراد مورد بررسی، پوسیدگی بوده است. بررسی کنونی در این مورد با نتایج بررسی‌های پیشین همخوانی دارد^{(۲) (۳) (۴) (۶)}.

بر پایه‌ی بررسی کنونی بیشترین گروه سنی مراجعه کننده جهت بیرون آوردن دندان سنین ۲۱ تا ۳۰ سال بوده است. این طیف سنی در بررسی‌های هول (Hull) و همکاران، بیشترین مراجعه کننده جهت بیرون آوردن دندان در گروه‌های سنی ۵۱ تا ۶۰ و سپس ۴۱ تا ۵۰ سال بوده گزارش شده است^(۷). ولی در پژوهشی در اردن نشان داده شده است که بیشترین میانگین سنی که جهت بیرون آوردن دندان مراجعه کرده‌اند، سنین میان ۲۰ تا ۲۹ سال بوده است^(۴).

نتیجه‌ی این بررسی با بررسی کنونی همخوانی دارد که علت تفاوت گروه سنی در مقایسه با دو بررسی یاد شده ممکن است به علت تفاوت‌های اقتصادی، سطح اجتماعی و فرهنگی باشد.

در ضمن مقایسه‌ی بررسی کنونی با پژوهش ۱۰ سال گذشته در شهر کرمان نشان می‌دهد که طیف سنی مراجعه کننده جهت بیرون آوردن دندان در آن بررسی، گروه سنی ۴۰ تا ۴۹ سال بوده است که به نظر می‌رسد طیف سنی مراجعه کننده جهت بیرون آوردن دندان طی ۱۰ سال گذشته پایین‌تر آمده است^(۳). این امر می‌تواند نشانگر آن باشد که سیاست‌های اجرا شده در زمینه‌ی حفظ و نگهداری دندان‌ها موفقیت آمیز نبوده است.

بر پایه‌ی بررسی کنونی عامل اصلی بیرون آوردن دندان پس از پوسیدگی، خواست بیمار بوده است. این علت به این منظور است که با توجه به قابلیت درمان‌های محافظه‌کارانه‌ی دیگر همچون درمان ریشه، پست و کور و غیره بیمار به علت مشکلات اقتصادی یا فرهنگی اقدام به بیرون آوردن دندان کرده است. این مورد با نتیجه‌ی بررسی کابات (Kabat) در کشور لهستان همخوانی داشته است. در بررسی کابات نشان داده شد که شایع‌ترین علت بیرون آوردن دندان، پوسیدگی و سپس خواست

دندان‌های نهفته عقل به متخصص جراح فک و صورت مراجعه می‌کنند و یا جراحان از بیرون آوردن دندان‌های معمولی دیگر چشم‌پوشی می‌کنند.

بر پایه‌ی بررسی کنونی بیشترین دندان بیرون آورده شده در درمانگاه‌های منتخب شهر کرمان، دندان‌های مولر بوده است. در حالی که در مطب دندانپزشک متخصص جراح بیشترین دندان بیرون آورده شد، مولر سوم بوده است. این امر نشان‌دهنده‌ی این مطلب است که در مطب‌های خصوصی متخصص جراح، جراحان بیشتر به بیرون آوردن دندان‌های مشکل و نهفته اقدام می‌کنند ولی به گونه‌ی کلی در مراکز دیگر دندانپزشکی مولرها بیشتر از دندان‌های پیشین بیرون آورده می‌شوند.

در بررسی نتایج مشخص شد که در ۸۰ درصد موارد نظر دندانپزشکی که دندان‌ها را بیرون آورده بود با نظر دندانپزشکان متخصصی که پس از آن پرتونگاری‌ها را مشاهده کرده بودند یکسان بود. دلایل متعددی برای همخوانی نداشتن صد در صد این نظرات وجود دارد. مهم‌ترین دلیل مشاهده نکردن وضعیت بالینی دندان در هنگام بیرون آوردن توسط دندانپزشکان متخصصی است که پس از آن پرتونگاری‌ها را بررسی کردند. پرتونگاری نگاره‌ی دو بعدی از دندان‌ی است که جسمی سه بعدی دارد. به همین خاطر در بررسی پرتونگاری بیماران از واژه‌ی تفسیر پرتونگاری استفاده می‌شود تا تشخیص بر مبنای پرتونگاری، حتی میان دندانپزشکان از نظر تفسیر پرتونگاری‌ها اختلاف نظر وجود دارد که در چند بررسی به این امر اشاره شده است (۱۶).

نتیجه‌گیری

نتایج این بررسی نشان می‌دهد که بیشترین علل کشیدن دندان در شهر کرمان پوسیدگی و یا اصرار بیمار با وجود قابل نگهداری بودن آن بوده است. مقایسه با بررسی همانند در ۱۰ سال گذشته در این شهر، نشان‌دهنده‌ی موفق نبودن سیاست‌گذاری‌ها در جهت نگهداری و حفظ دندانها بوده و در نتیجه این امر لزوم تشویق به افزایش برنامه‌های پیشگیری و معاینه‌های دوره‌ای را بیشتر از پیش نشان می‌دهد.

حالی که بیرون آوردن دندان به علت بیماری‌های پرئودنتال و پروتز به گونه‌ی معنادار در افراد بی‌سواد بیشتر گزارش گردید ($p < 0/05$). بیرون آوردن دندان به علت نهفتگی دندان به گونه‌ی معنادار در افراد بالاتر از مدرک کارشناسی دیده شد. نتایج به دست آمده نشان‌دهنده‌ی بالا رفتن آگاهی افراد با پیشرفت تحصیلی و اهمیت دادن افراد دانش‌آموخته به مساله‌ی بهداشت دهان و دندان و عادات مسواک زدن است. در مقایسه با بررسی پیشین نتیجه‌ی این قسمت از پژوهش همخوانی دارد (۳).

در بررسی وضعیت شغلی بیماران مراجعه کننده، افراد خانه‌دار بالاترین میزان بیرون آوردن خارج کردن دندان را نسبت به دیگر مشاغل به خود اختصاص دادند. با توجه به شمار بیشتر زن و طبقات متوسط تا پایین جامعه از لحاظ اقتصادی جهت بیرون آوردن دندان، می‌توان این مساله را با میزان آگاهی افراد این طیف از جامعه نسبت داد. در این مورد نیز، این بررسی با پژوهش پیشین همخوانی دارد (۳).

بر پایه‌ی گونه‌ی دندان، بیشتر دندان‌های بیرون آورده شده مربوط به دندان‌های مولر و پرمولر بوده است. نتیجه‌ی بررسی کنونی با پژوهش‌های پیشین در این زمینه همخوانی دارد و همچنین بیشترین علل بیرون آوردن دندان‌ها پوسیدگی و سپس خواست بیمار بوده است. پژوهش‌های پیشین علل شایع بیرون آوردن این دندان‌ها را پوسیدگی گزارش کرده‌اند (۳، ۴، ۱۲ و ۱۶).

در بررسی الشاماری (AI-Shammari) و همکاران، دندان‌های پیشین فک پایین بیشتر به علت پروتز و بیماری پرئودنتال بیرون آورده شده‌اند که می‌تواند نشان‌دهنده‌ی استعداد ابتلا به بیماری‌های پرئودنتال و احتمال کمتر پوسیدگی در این دندان‌ها باشد (۱۲).

در مراجعه‌ی بیماران جهت بیرون آوردن دندان به علت ارتودنسی تنها در دندان‌های پرمولر گزارش گردیده است، که این نتیجه با بررسی‌های پیشین همخوانی دارد (۱۲).

با توجه به نتایج این پژوهش نشان داده شد که در مطب دندانپزشک متخصص جراح بیشترین علت بیرون آوردن دندان نهفتگی بوده است که نشان می‌دهد بیماران جهت بیرون آوردن

References

1. Da'ameh D. Reasons for permanent tooth extraction in the North of Afghanistan. *J Dent* 2006; 34: 48-51.
2. 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.
3. 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.
4. Quteish Taani DS. Periodontal reasons for tooth extraction in an adult population in Jordan. *J Oral Rehabil* 2003; 30: 110-112.
5. McCaul LK, Jenkins WM, Kay EJ. The reasons for the extraction of various tooth types in Scotland: a 15-year follow up. *J Dent* 2001; 29: 401-407.
6. McCaul LK, Jenkins WM, Kay EJ. The reasons for extraction of permanent teeth in Scotland: a 15-year follow-up study. *Br Dent J* 2001; 90: 658-662.
7. Fure S, Zickert I. Incidence of tooth loss and dental caries in 60-,70-and 80-year-old Swedish individuals. *Community Dent Oral Epidemiol* 1997; 25: 137-142.
8. Stabholz A, Babayof I, Mersel A, Mann J. The reasons for tooth loss in geriatric patients attending two surgical clinics in Jerusalem, Israel. *Gerodontology* 1997; 14: 83-88.
9. Akhlaghi F. Evaluation of tooth extraction in surgery department in Shahid Beheshti dental Faculty between 1993-4. *J Shahid Beheshti Dent Sch* 1996; 25: 44-49.
10. Yazdani J, Khashabi E, Ghavimi M. Evaluation of the Reasons for the Extraction Among Patients Referred to the Oral Surgery Department, Faculty of Dentistry, Tabriz University of Medical Sciences between June and February 2005. *Tabriz Dent Sch J* 2008; 30: 139-142.
11. Kabat W. The reasons of tooth extraction taking into consideration the socio economical status during changes in the public health service in the West-Pomeranian voivodeship. *Ann Acad Med Stetin* 2008; 54: 127-135.
12. Al-Shammari KF, Al-Ansari JM, Al-Melh MA, Al-Khabbaz AK. Reasons for tooth extraction in Kuwait. *Med Princ Pract* 2006; 15: 417-422.
13. Richards W, Ameen J, Coll AM, Higgs G. Reasons for tooth extraction in four general dental practices in South Wales. *Br Dent J* 2005; 198: 275-278.
14. Lesolang RR, Motloba DP, Lalloo R. Patterns and reasons for tooth extraction at the Winter veldt Clinic 1998-2002. *SADJ* 2009; 64: 214-215, 218.
15. Upadhyaya C, Humagain M. The pattern of tooth loss due to dental caries and periodontal disease among patients attending dental department (OPD), Dhulikhel Hospital, Kathmandu University Teaching Hospital (KUTH), Nepal. *Kathmandu Univ Med J (KUMJ)* 2009; 7: 59-62.
16. Bahrami G, Vaeth M, Kirkevang LL, Wenzel A, Isidor F. Risk factors for tooth loss in an adult population: a radiographic study. *J Clin Periodontol* 2008; 35: 1059-1065.

کد بیمار:

اطلاعات دندانهای کشیده شده

جنس: ۱- مرد ۲- زن سن:سال
 کلینیک: ۱- دانشگاهی ۲- تامین اجتماعی ۳- خصوصی غیر شبانه روزی ۴- خصوصی شبانه روزی ۵- مطب دندانپزشک عمومی ۶- مطب دندانپزشک متخصص

میزان تحصیلات: ۱- بی سواد ۲- زیر دیپلم ۳- دیپلم ۴- فوق دیپلم ۵- کارشناسی ۶- بالاتر از کارشناسی

شغل ۱: ۱- شاغل ۲- غیر شاغل محل کار: ۱- دولتی ۲- غیر دولتی شغل ۲: ۱- کارمند/ساده ۲- کارمند/مدیر
 ۳- محصل ۴- بیکار ۵- خانه دار ۶- آزاد ۷- کارگر

شغل همسر: شغل ۱: ۱- شاغل ۲- غیر شاغل محل کار: ۱- دولتی ۲- غیر دولتی شغل ۲: ۱- کارمند/ساده ۲- کارمند/مدیر
 ۳- محصل ۴- بیکار ۵- خانه دار ۶- آزاد ۷- کارگر

بعد خانوار: تعداد..... وسیله نقلیه شخصی: دارد ندارد خانه شخصی: دارد ندارد

شماره دندان:

بیماریهای زمینه ای: (مثل دیابت، بیماری قلبی، میگرن).....

۸	۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸
۸	۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸

علل کشیدن دندان:

- پوسیدگی ۱- اولیه ۲- ثانویه با ترمیم: ۱- آمالگام ۲- کامپوزیت ۳- سایر موارد ۴- بدون ترمیم

کیفیت ترمیم: ۱- ترمیم مناسب ۲- ترمیم نامناسب

امکان ترمیم دندان: ۱- امکان پذیر بودن ترمیم تاج ۲- امکان پذیر نبودن ترمیم تاج

شکستگی دندان: ۱- در اثر تروما ۲- در اثر پوسیدگی زیاد ۳- شکستگی عمودی

- شکست در درمان اندودنتیکس: ۱- چه مدت از درمان ریشه دندان گذشته است؟

۲- وجود درد خودبخود ۳- وجود سینوس ترکت ۴- وجود آبسه ۵- حساسیت در دق ۶- حساسیت در لمس

-بیماری پرپودنتال: ۱- لقی دندان ۲- وجود پاکت

- سایر علل: ۱- خواست بیمار: ۲- ارتودنسی: ۳- پروتز: ۴- تروما:

۵- نهفتگی: ۶- پری کرونیٹ ۷- سایر موارد:.....

- اگر در معاینه متوجه بیش از یک علت در آوردن دندان شدید، اصلیتین علت را مشخص کنید.

۱- پوسیدگی ۲- پری ۳- شکستگی غیر قابل ترمیم تاج ۴- اندو ۵- خواست بیمار