

بررسی علایم دهانی دندان‌دانی در بیماران با رفلاکس گوارشی

حکیمه احدیان^{*}، محمد حسن اخوان کرباسی^{*}، حسن سلمان روغنی^{**}، هادی سلیمی منشادی^{***}

^{*} استادیار گروه بیماری های دهان، دانشکده ی دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد

^{**} استادیار گروه بیماری های داخلی (فوق تخصص بیماری های گوارشی) دانشکده ی پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد

^{***} دندانپزشک

چکیده

بیان مساله: بیماری رفلاکس گوارشی (GERD) به علت ناکارایی اسفنکتر پایینی مری پدید می آید و قرار گرفتن دهان به اسید معده می تواند دارای اثر زیاد و متفاوت باشد.

هدف: هدف از این بررسی ارزیابی علایم دهانی دندان‌دانی افراد دارای رفلاکس گوارشی و مقایسه آن با افراد سالم بود.
مواد و روش: در این پژوهش تحلیلی مقطعی 80 بیمار دارای رفلاکس گوارشی تایید شده از سوی متخصص گوارش و 80 فرد سالم بررسی شدند. افراد در هر دو گروه به یک پرسشنامه درباره ی نام، سن، مصرف دارو، ابتلا به هر گونه بیماری، احساس مزه ی بد، حساس شدن دندان ها، استعمال دخانیات، براکسیسم و حساسیت پاسخ دادند. سپس، افراد از نظر دندان‌های از دست رفته، سایش دندان‌ی و آتروفی مخاط زبان، شکایت از حساس شدن دندان‌ها و احساس مزه ی بد بررسی شدند. داده ها با کمک نرم افزار آماری Spss- 11.5 و آزمون مجذور کای و مان ویتنی واکاوی شد.
یافته‌ها: از نظر فراوانی و شدت سایش (Erosion) دندان‌ی از نوع S₂ تفاوت آماری معنادار در میان دو گروه وجود داشت (به ترتیب Pv=0/045 و Pv (S₂)=0/012). هیچ رابطه‌ای میان رفلاکس گوارشی و تغییرات دهانی، چون دندان‌های از دست رفته، حساس شدن دندان‌ها، احساس مزه‌ی بد، آتروفی مخاط زبان و شدت سایش دندان‌ی از نوع S₁ و S₃ دیده نشد.

نتیجه گیری: سایش دندان‌ی با میانگین شدت متوسط، یکی از یافته‌های دهانی رایج در بیماران دارای رفلاکس گوارشی است و باید در تظاهرات دهانی، به این بیماری توجه گردد.
واژگان کلیدی: رفلاکس گوارشی، سایش دندان‌ی، تظاهرات دهانی

تاریخ پذیرش مقاله: 86/10/5

تاریخ دریافت مقاله: 86/1/25

مجله دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی شیراز 1387؛ دوره نهم، شماره ی یک: صفحه‌ی 58 تا 65

نویسنده‌ی مسوول مکاتبات: حکیمه احدیان. یزد- دانشکده دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد- گروه بیماری‌های

پست الکترونیک: dr_ahadian@yahoo.com

دهان - تلفن: 0351-6212222

درآمد

بیماری رفلاکس گوارشی، دامنه‌ای گسترده از تظاهرات بالینی را در بر می‌گیرد، که از بازگشت محتویات معده و دوازدهه به مری سرچشمه می‌گیرد (1، 2، 3). سوزش سردل، شایع‌ترین علامت آن است و شکایت‌های همراه با آن عبارت هستند از: اشکال در بلع، درد به هنگام بلع، بازگشت محتویات معده به دهان، پرشدگی دهان از آب و آروغ زدن (4).

رفلاکس دهانی باعث حساس شدن دندان‌ها، ناخوشایندی مزه، سایش دندان‌ی، قرمزی و آتروفی مخاط و التهاب پالپ دندان می‌شود (2، 5، 6). سایش (Erosion) یا از دست رفتن ساختار دندان به علت فرایندهای شیمیایی بی‌دخال باکتری هاست (7، 8، 9) و سایش ناشی از قرار گرفتن در برابر دندان‌ها با ترشحات معده پرمولیسسیس (Permolysis) نامیده می‌شود و نمای بالینی آن به گونه‌های زیر نمایان می‌گردد: سطح گسترده‌ی مقعر در میان سطوح صاف مینا، فنجان‌ی شکل شدن سطوح اکلوزال و شیار دار شدن سطوح انسیزال، سایش در سطوح غیر اکلوزالی، بالا قرار گرفتن ترمیم‌های آمالگام نسبت به سطح دندان، تمیز و بی‌تاریخ بودن نمای آمالگام و افزایش حساسیت دندان‌ی و نمایان شدن پالپ دندان‌های شیری (10). همخوانی در میزان شیوع سایش دندان‌ی در افراد مبتلا به رفلاکس گوارشی وجود ندارد.

مورامان (Meurman) و همکاران، وجود سایش دندان‌ی را در 28 بیمار از 170 بیمار مبتلا به رفلاکس گوارشی گزارش کردند (11). مانوز (Munoz) و همکاران (12)، در پژوهشی 181 بیمار با رفلاکس گوارشی و 72 داوطلب سایش دندان‌ی با استفاده از مقیاس اکلس و جنکینز (Eccles and Jenkins) بررسی کردند. نتایج نشان دادند، که درصد سایش دندان‌ی در افراد دارای رفلاکس گوارشی نسبت به گروه شاهد بالاتر بود. سن رابطه‌ی با شدت سایش دندان‌ی نداشت (12).

اوسالیوان (O'Sullivan) و همکاران (10)، 53 کودک تا 2 تا 16 ساله‌ی دارای رفلاکس گوارشی متوسط

تا شدید را بررسی کردند. نتایج نشان داد، که تنها 17 درصد از کودکان علایم سایش داشتند و تنها در یک مورد سایش، عاج در گیر شده بود (10).

در بررسی انجام شده به وسیله‌ی گرگوری (Gregory) و همکاران، 21 فرد بالغ دارای سایش دندان‌ی به وسیله‌ی اندوسکوپی، مانومتري 24 ساعته‌ی pH و نمایه‌ی تعیین درجه‌ی سایش ارزیابی شدند، که 10 مورد رفلاکس گوارشی داشتند و در این افراد درجه‌ی سایش بالاتر بود (13).

سیلوا (Silva) و همکاران در پژوهشی، 31 بیمار دارای رفلاکس گوارشی و 50 فرد سالم را، به عنوان گروه شاهد برگزیدند و معاینه‌ی درون دهانی، آزمون‌های بزاقی و نمونه برداری مخاط کام انجام شد و نتایج نشان دادند، که رابطه‌ی میان رفلاکس گوارشی و تغییرات مخاط کام دیده نشد و تنها در واکاوی مورفومتريک، اپی تلیوم کام اختلافی چشمگیر در این گروه بیماران نسبت به گروه شاهد نشان داد (14).

در پژوهش لینت (Linnett) و همکاران، 52 کودک دارای پیشینه‌ی تایید شده‌ی رفلاکس گوارشی بررسی شدند. در این بررسی، که دندان‌ها از نظر سایش، پوسیدگی و هیپوپلازی مینا معاینه شدند، نتایج نشان دادند، که شیوع و شدت سایش دندان‌ی و پوسیدگی، به گونه‌ای چشمگیر در افراد دارای رفلاکس گوارشی نسبت به گروه شاهد بیشتر بود (15).

سایش دندان‌ی، یکی از شایع‌ترین تظاهرات دهانی رفلاکس گوارشی است و درمان آن، شامل رویکردهایی گوناگون است، که دندانپزشک عمومی، ارتودنتیست، متخصصان پروتز دندان‌ی و متخصص گوارش را برای درمان درگیر می‌کند و بیشترین شمار بیماران با سایش دندان‌ی، که در حال درمان هستند، به وسیله‌ی پزشک عمومی ارجاع داده نشده‌اند، بلکه دندانپزشک آنها را ارجاع داده است. بنابراین، می‌توان گفت، که دندانپزشکان، معمولاً نخستین کسانی هستند، که رفلاکس گوارشی را به دلیل تظاهرات دهانی آن تشخیص می‌دهند (16).

دیگر معیارهای مورد نظر بود.

متغیرهای مورد بررسی، عبارت بودند از: سن، جنس، وجود سایش دندانی و شدت آن، آتروفی مخاط زبان، دندان‌های از دست رفته و حساس شدن دندان‌ها و احساس مزه‌ی بد. ابزار گردآوری داده‌ها، پرسشنامه‌ای بود، که از سوی پژوهشگر پس از معاینه‌ی کامل تکمیل می‌شد. پرسشنامه، درباره‌ی پرسش‌های زمینه‌ای (نام، نام خانوادگی، جنس، گروه سنی در دامنه‌ی 20 تا 55 سال) معیارهای کنارگذاری افراد مورد بررسی و علائم دهانی بیماری رفلکس گوارشی بود.

آتروفی مخاط زبان: از دست رفتن پرزهای نخعی شکل زبان است، که به صورت موضعی یا منتشر در سطح بافتی زبان بروز می‌کنند. معاینه‌گر، پس از معاینه‌ی دقیق سطح پشتی زبان، وجود آن را ثبت می‌کرد⁽²⁾. همچنین، پژوهنده، به کمک علائم بالینی و پیشینه، عوامل مداخله‌گر را در بروز آتروفی زبان رد می‌کرد.

دندان‌های از دست رفته: دندان‌های از دست رفته به وسیله‌ی معاینه‌گر در پرونده ثبت می‌گردید. وجود سایش دندانی و شدت آن در دندان‌های دارای سایش به وسیله‌ی معاینه‌گر شناسایی و ثبت می‌گردید. شدت سایش دندانی بر پایه‌ی نمایه‌ی اکلس و جنکینز^(9 و 19) به صورت S_1 ، S_2 و S_3 مشخص می‌شد، به این ترتیب، که S_1 به درگیری مینای دندان بی‌درگیری عاج، S_2 به آشکاری عاج کمتر از یک سوم سطح دندان و S_3 به نمایانی عاج در اندازه‌ی یک سوم یا بیشتر سطح دندان نسبت داده شد.

پس از گردآوری، داده‌ها با استفاده از نرم افزار آماری Spss-11.5 و به کمک آزمون‌های مجذور کای و مان ویتنی واکاوی گردید.

آزمون مجذور برای مقایسه‌ی فراوانی احساس مزه‌ی بد دهانی، حساس شدن دندان‌ها، آتروفی مخاط زبان و نیز، فراوانی سایش دندانی در دو گروه مورد بررسی استفاده شده است. آزمون مان-ویتنی برای مقایسه‌ی میانگین شمار دندان‌های از دست رفته

گفتنی است، که وجود سایش دندانی در افراد مبتلا به رفلکسی گوارشی نشانه‌ی اسیدی شدن حفره‌ی دهان این افراد است، که زمینه‌ای برای رشد هلیکوباکتر پیلوری بر روی پلاک دندانی این افراد است^(17 و 18). همین امر، لزوم اجرای این بررسی را برای برآورد شیوع این امر و پیشنهاد برای بررسی و کشت هلیکوباکتر از پلاک‌های دندانی مبتلا به سایش در افراد دارای رفلکس گوارشی را نشان می‌دهد. همچنین، همین امر در صورت اثبات امکان شناسایی یک بیماری سیستمیک بسیار مهم و شایع را از سوی دندانپزشک نشان می‌دهد.

با توجه به این که در ایران پژوهشی در این زمینه انجام نگرفته است، این پژوهش برای بررسی علائم دهانی رفلکس گوارشی انجام گرفت تا راهگشایی برای توجه بیشتر دندانپزشکان به این رویکرد باشد.

مواد و روش

این بررسی تحلیلی مقطعی بر روی 160 نفر (80 نفر گروه شاهد و 80 نفر گروه آزمون) انجام گرفت. گروه آزمون، از افراد بالای 20 سال مراجعه کننده به بخش آندوسکوپی بیمارستان شهید صدوقی یزد، که رفلکس گوارشی داشتند و گروه شاهد، از افراد مراجعه کننده به بخش بیماری‌های دهان دانشکده‌ی دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد از آبان 1383 تا اردیبهشت 1384 انتخاب شدند.

نمونه‌گیری به روش آسان انجام گردید و به این گونه، که هر فرد مراجعه کننده، که معیارهای کنار گذاشتن از پژوهش را نداشت، بررسی می‌گردید. معیارهای کنارگذاری از بررسی برای هر دو گروه، عبارت بودند از: مصرف دارو و داشتن بیماری‌های سیستمیک در گروه شاهد و هر بیماری، بجز رفلکس گوارشی در گروه آزمون. همچنین پیشینه‌ی وجود براکسیسم، استعمال دخانیات و حساسیت در فرد، عادات گوناگون بیماران، مانند استفاده‌ی نامناسب از وسایل، گونه‌ی تغذیه، در هر دو گروه مورد بررسی از

استفاده شده است.

برپایه ی نتیجه ی آزمون مجذور کای، گروه آزمون و شاهد تفاوتی چشمگیر را در داشتن آتروفی مخاط زبان نشان ندادند ($p=0/703$).

یافته ها

در این پژوهش، 160 نفر، شامل 80 نفر در گروه آزمون (38 مرد و 42 زن) و 80 نفر در گروه شاهد (36 مرد و 44 زن) شرکت داشتند. گروه سنی افراد مورد بررسی، 20 تا 55 سال بود، که در سه گروه سنی 20 تا 34 سال، 35 تا 44 سال و 45 تا 54 سال جا گرفتند. در گروه سنی 20 تا 34 سال 89 نفر، در گروه سنی 35 تا 44 سال 49 نفر و در گروه سنی 45 تا 54 سال، 22 نفر بودند. در این بررسی، دو گروه شاهد و آزمون از لحاظ متغیرهای سن و جنس تفاوتی معنادار نداشتند (Pv به ترتیب 0/114 و 0/883) آزمون مجذور کای اختلاف آماری معنادار را در میان دو گروه از لحاظ احساس مزه ی بد در دهان نشان نداد ($p=0/731$) (جدول 1). همچنین دو گروه مورد بررسی، تفاوتی معنادار از نظر حساس شدن دندان ها نداشتند ($p=0/104$) (جدول 2).

میانگین دندان های از دست رفته در گروه آزمون، $2/81 \pm 2/92$ و در گروه شاهد، $2/4 \pm 2/68$ بود. که برپایه ی واکاوی انجام شده با آزمون مان-ویتنی اختلاف آماری معنادار میان دو گروه به دست نیامد ($p=0/388$).

سیزده نفر (3/16 درصد) در گروه آزمون و پنج نفر (3/6 درصد) در گروه شاهد دارای سایش دندان بودند و آزمون مجذور کای اختلاف آماری معنادار را در فراوانی سایش دندان‌ی در دو گروه نشان داد ($p=0/045$) (جدول 3).

مقایسه ی میانگین شدت سایش دندان‌ی در دو گروه (جدول 4) در شدت سایش S_2 اختلاف معنادار را در دو گروه نشان داد ($p=0/012$)، ولی درباره ی شدت سایش S_1 و S_3 ، اختلاف معنادار در دو گروه یافت نشد ($p(S_3 0/276$ و $S_1 0/151)$).

جدول 1: مقایسه ی فراوانی وجود احساس مزه ی بد دهانی در دو گروه مورد بررسی

احساس مزه ی بد	گروه		شاهد		جمع کل	
	شمار	درصد	شمار	درصد	شمار	درصد
مثبت	13	16/5	15	18/5	28	17/5
منفی	67	83/5	65	81/5	132	82/5
جمع کل	80	100	80	100	160	100

Pv= 0/731 Chi-Square= 0/118

جدول 2: مقایسه ی فراوانی وجود حساس شدن دندان ها در دو گروه مورد بررسی

حساس شدن دندان‌ها	گروه		شاهد		جمع کل	
	شمار	درصد	شمار	درصد	شمار	درصد
مثبت	8	10/1	7	8/6	15	9/4
منفی	72	89/9	73	91/4	145	90/6
جمع کل	80	100	80	100	160	100

Pv= 0/104 Chi-Square= 0/747

جدول 3: مقایسه‌ی وجود سایش دندان‌ی در دو گروه مورد بررسی

سایش دندان‌ی	گروه		آزمون		شاهد		جمع کل	
	شمار	درصد	شمار	درصد	شمار	درصد	شمار	درصد
مثبت	13	16/2	5	6/2	18	11/2		
منفی	67	83/8	75	93/8	142	88/8		
جمع کل	80	100	80	100	160	100		

$$P_v=0/045 \text{ Chi-Square}= 4/006$$

جدول 4: مقایسه‌ی میانگین شدت سایش دندان‌ی در دو گروه مورد بررسی

گروه	میانگین			انحراف معیار			شمار
	S ₁	S ₂	S ₃	S ₁	S ₂	S ₃	
آزمون	0/15	0/22	0/025	0/45	0/57	0/15	80
شاهد	0/11	0/49	0	0/44	0/26	0	80
جمع کل	0/13	0/13	0/012	0/45	0/45	0/11	160

$$P_v(S_1)= 0/276$$

$$P_v(S_2)=0/012$$

$$P_v(S_3)= 0/151$$

بحث

سایش دندان‌ی از نمایه‌ی اکلس و جنکینز استفاده گردید. نتایج نشان داد، که افراد دارای رفلاکس گوارشی نسبت به افراد گروه شاهد سایش دندان‌ی بیشتر داشتند ($p<0/001$). این بررسی از لحاظ روش اندازه‌گیری سایش و نتیجه، همانند بررسی کنونی است. در بررسی انجام شده از سوی لینت و همکاران⁽¹⁵⁾، 31 پسر و 21 دختر با پیشینه‌ی رفلاکس گوارشی بررسی شدند و فراوانی سایش دندان‌ی در افراد دارای این عارضه، نسبت به گروه شاهد بیشتر بود ($p<0/05$). در بررسی‌های گوناگون، شیوع سایش در افراد مبتلا به رفلاکس گوارشی در افراد بالغ 5 تا 16 درصد گزارش شده است⁽¹⁶⁾. در بررسی کنونی، 16/2 درصد افراد گروه آزمون و 6/2 درصد در گروه شاهد سایش دندان‌ی داشتند (جدول 3). در این بررسی، تفاوتی ناچیز از لحاظ فراوانی سایش دندان‌ی در افراد مورد بررسی با دیگر بررسی‌ها وجود دارد، که می‌تواند به علت شناسایی نشدن سایش‌های نخستین باشد، که به سختی در درمانگاه قابل دیدن هستند.

در این بررسی، اختلافی معنادار درباره‌ی شدت سایش S₂ در میان دو گروه وجود داشت، ولی در زمینه‌ی

رفلاکس گوارشی به علت ورود محتویات معده به مری در صورت ناکارایی اسفنکتر پایینی مری رخ می‌دهد⁽¹³⁾. بازگشت ماده‌ی ترش به دهان و سوزش سردل، از ویژگی‌های اصلی آن است⁽⁴⁾. رفلاکس گوارشی در دهان باعث حساس شدن دندان‌ها، ناهنجاری در حس چشایی و سایش دندان‌ی می‌شود⁽²⁾ و سایش دندان‌ی، یکی از شایع‌ترین تظاهرات دهانی آن است، که در بیشتر موارد سبب می‌شود تا دندانپزشکان، نخستین افرادی باشند، که رفلاکس گوارشی را شناسایی می‌کنند. در این بررسی، علایم دهانی 80 نفر از افراد مبتلا به این عارضه با 80 فرد سالم مقایسه گردیدند. در این بررسی، اختلاف آماری معنادار در فراوانی سایش دندان‌ی دو گروه به دست آمد ($p=0/045$)، که همانند بررسی مانوز (Munoz)⁽¹²⁾ و لینت (Linnett)⁽¹⁵⁾ است. مانوز و همکاران⁽¹²⁾، 181 بیمار با رفلاکس گوارشی و 72 فرد داوطلب سالم را از آوریل 1998 تا مه 2000 بررسی کردند. آنها سایش دندان‌ی، وضعیت دندان‌ی، شاخص پلاک، نمایه‌ی خونریزی لثه و تحلیل لثه را بررسی کردند. در این پژوهش، برای بررسی شدت

آتروفی مخاط زبان در میان دو گروه به دست نیامد ($p=0/703$). این پدیده را می‌توان چنین توجیه کرد، که رفلاکس گوارشی می‌تواند باعث تغییرات مخاطی شود، که میکروسکوپی است و در معاینه‌های بالینی و بی‌چشم مسلح قابل دیدن نیست⁽¹⁴⁾. نتیجه‌ی بررسی مورمان (Meurman) و همکاران⁽¹¹⁾، که بر روی 170 بیمار دارای رفلاکس گوارشی انجام گرفت نیز، تایید کننده‌ی این مطلب است. زیرا، در بررسی وی نیز، هیچ گونه تغییر مخاطی چشمگیر در ارتباط با رفلاکس گوارشی دیده نشد⁽¹¹⁾. همچنین بررسی انجام شده از سوی سیلوا و همکاران⁽¹⁴⁾ این یافته را تایید می‌کند.

بیماری رفلاکس گوارشی می‌تواند به حساس شدن دندان‌ها منجر شود، که در این بررسی، بیماران مبتلا به آن، به لحاظ آماری تفاوتی معنادار در حساس شدن دندان‌ها نسبت به گروه شاهد نشان ندادند ($p=0/104$). احتمالاً، علت آن درک نادرست افراد از مفهوم حساس شدن دندان‌ها در افراد گوناگون است که باعث ایجاد نمونه‌های منفی و مثبت کاذب می‌گردد. همچنین پرکردگی‌های گسترده‌ی دندان‌ی، تحلیل لثه، پوسیدگی دندان‌ی و انواع گوناگون سایش در ایجاد حساس شدن دندان‌ها دخالت دارد. در این باره، پژوهشی همانند برای مقایسه یافت نشد.

واکاوای آماری، تفاوتی را در احساس مزه‌ی بد در دو گروه مورد بررسی نشان نداد ($p=0/731$). زیرا، عواملی گوناگون، مانند عفونت موضعی، آبسه‌های گوش، حلق و بینی موارد تحت حاد برخی بیماری‌ها و یا خوردن برخی غذاها، افزون بر رفلاکس گوارشی در احساس مزه‌ی بد در دهان دخالت دارند.

شایسته است، که پزشکان و متخصصان گوارش درباره‌ی احتمال بروز سایش مینا و راه‌های پیشگیری از آن سفارش‌های لازم را به عمل آورند. این سفارش‌ها، شامل محدود کردن دفعات مسواک زدن، استفاده از وارنیش، دهانشویه‌ها یا خمیر دندان‌های دارای کلرور استرنسیوم و استانوس فلوراید است.

شدت سایش‌های S_1 و S_3 ، اختلافی معنادار به دست نیامد. گرچه S_1 و S_3 در گروه آزمون بیشتر از گروه شاهد بود و میانگین S_3 در گروه شاهد صفر گزارش شد. در بررسی لینت و همکاران⁽¹⁵⁾، بر روی 31 پسر و 21 دختر با پیشینه‌ی رفلاکس گوارشی، شدت سایش در افراد دارای این بیماری بیشتر بود ($p<0/001$). برای درجه‌ی سوم سایش و $p=0/05$ برای درجه‌ی یکم و دوم سایش). تفاوت دو بررسی را می‌توان به تفاوت در سن افراد مورد بررسی در دو پژوهش و نیز تفاوت در حجم نمونه‌ها نسبت داد. علاوه بر آن در این بررسی، از نمایه‌ای متفاوت با عنوان Ain et al modified index برای اندازه‌گیری شدت سایش دندان‌ی استفاده شده است، در حالی که، در بررسی کنونی شاخص اکلس و جنکینز به کار رفت. البته، در بررسی کنونی، عوامل مخدوش کننده، چون پیشینه‌ی براکسیسم و حساسیت در افراد مورد بررسی و گونه‌ی تغذیه‌ی مستعد کننده و عادات حذف گردید، در حالی که، در بررسی لینت و همکاران⁽¹⁵⁾، این عوامل حذف نشده بودند.

اسالیوان (O'Sullivan) و همکاران (1998)، 53 کودک 2-16 سال دارای رفلاکس گوارشی را بررسی کردند و نشان دادند، که 17 درصد آنها سایش داشتند و تنها در یک مورد، عاج درگیر شده بود⁽¹⁰⁾، که همانند بررسی کنونی است.

در این بررسی، میانگین دندان‌های از دست رفته در دو گروه تفاوتی معنادار نداشت ($p=0/388$)، که ممکن است به دلیل اثر عوامل گوناگون در از دست رفتن دندان‌ها در افراد باشد. پوسیدگی، بیماری‌های لثه‌ای، دلایل ارتودنسی و وضعیت نامطلوب بهداشت دهان و دندان، از عواملی هستند، که افزون بر رفلاکس گوارشی، سبب از دست رفتن دندان‌ها می‌گردند. در این بررسی، بیماری رفلاکس گوارشی نتوانسته است در از دست رفتن دندان‌ها اثری چشمگیر بگذارد و تأکیدی بر این است، که سایش به ندرت مسوول از دست رفتن دندان است⁽⁷⁾.

در بررسی کنونی تفاوت آماری معنادار از لحاظ

نتیجه گیری

در این بررسی، یافته‌ها نشان دادند، که فراوانی و شدت سایش دندانی از نوع S_2 (درگیری کمتر از یک سوم عاج دندان) در افراد مبتلا به رفلکس گوارشی نسبت به افراد سالم بیشتر است. سایش دندانی، یکی از عمومی ترین یافته‌ها در این بیماران است و باید مورد توجه دندانپزشکان قرار گیرد. در مورد شدت سایش دندانی از گونه‌ی S_1 ، S_3 ، احساس مزه ی بد، شمار دندان‌های از دست رفته، تغییرات آتروفی در زبان و حساس شدن دندان‌ها، تفاوتی میان بیماران دارای

رفلاکس گوارشی و افراد سالم به دست نیامد.

سپاسگزاری

این بررسی با همکاری بی دریغ کارکنان محترم بخش گوارش بیمارستان شهید صدوقی یزد انجام گردید، که به این وسیله، مراتب سپاسگزاری خود را از همه ی عزیزان اعلام می داریم. همچنین از جناب آقای دکتر محمد حسین فلاح زاده به دلیل همکاری در سرپرستی کارهای آماری، سپاسگزاری می گردد.

References

1. Lee Goldman, Dennis A. Cecil textbook of medicine. 22th ed, Philadelphia: W.B Saunders; 2004. p. 814-817.
2. Siegel MA, Jacobson JJ, Braun RJ. Diseases of the gastrointestinal tract, in: Greenberg MS, Glick M Burket's oral medicine. 10th ed, Hamilton: BC Decker Inc; 2003. p. 390-392.
3. Kumar P, Clark M: Clinical medicine. 5th ed, Philadelphia: W.B Saunders; 2002. p. 263-267.
4. Eugene B, Anthon S, Dennis L: Harison's principles of internal medicine. 15th ed, New York: MC Graw-Hill; 2001. p. 1645-1647.
5. Lazarchik DA, Filler SJ. Effects of gastroesophageal reflux on the oral cavity. Am J Med 1997; 103: 107S-113S.
6. Romanowski M, Wierzbicka-Ferszt A, Grzegorzczuk K, Chojnacki J. Dental mask of gastroesophageal reflux disease. Pol Merkur Lekarski 2002; 12: 81-83.
7. Nevill BW, Damm DD, Allen CM, Bouquot JE. Abnormalities of teeth, in: oral and maxillofacial pathology. 2th ed, Philadelphia: WB Saunders; 2002. p. 55-58.
8. Yip KH, Smales RJ, Kaidonis JA. The diagnosis and control of extrinsic acid erosion of tooth substance. Gen Dent 2003; 51: 350-353.
9. Gandara BK, Truelove EL. Diagnosis and management of dental erosion. J Contemp Dent Pract 1999; 1: 16-23.
10. O'Sullivan EA, Curzon ME, Roberts GJ, Milla PJ, Stringer MD. Gastroesophageal reflux in children and its relationship to erosion of primary and permanent teeth. Eur J Oral Sci 1998; 106: 765-769.

11. Meurman JH, Toskala J, Nuutinen P, Klemetti E. Oral and dental manifestations in gastroesophageal reflux disease. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1994; 78: 583-589.
12. Muñoz JV, Herreros B, Sanchiz V, Amoros C, Hernandez V, Pascual I, et al. Dental and periodontal lesions in patients with gastro-oesophageal reflux disease. *Dig Liver Dis* 2003; 35: 461-467.
13. Gregory-Head BL, Curtis DA, Kim L, Cello J. Evaluation of dental erosion in patients with gastroesophageal reflux disease. *J Prosthet Dent* 2000; 83: 675-680.
14. Silva MA, Damante JH, Stipp AC, Tolentino MM, Carlotto PR, Fleury RN. Gastroesophageal reflux disease: New oral findings. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2001; 91: 301-310.
15. Linnett V, Seow WK, Connor F, Shepherd R. Oral health of children with gastro-esophageal reflux disease: a controlled study. *Aust Dent J* 2002; 47: 156-162.
16. Barron RP, Carmichael RP, Marcon MA, Sàndor GK. Dental erosion in gastroesophageal reflux disease. *J Can Dent Assoc* 2003; 69: 84-89.
17. Chitsazi MT, Fattahi E, Farahani RM, Fattahi S. *Helicobacter pylori* in the dental plaque: is it of diagnostic value for gastric infection? *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2006; 11: E325-328.
18. Mattana CM, Vega AE, Flores G, de Domeniconi AG, de Centorbi ON. Isolation of *Helicobacter pylori* from dental plaque. *Rev Argent Microbiol* 1998; 30: 93-95.
19. Eccles JD, Jenkins WG. Dental erosion and diet. *J Dent* 1974; 2: 153-159.