

بررسی آگاهی پدران و مادران از وضعیت سلامت دندان‌های و خطر اندوکاردیت در کودکان مبتلا به بیماری‌های قلبی (بابل-۱۳۸۳)

مریم قاسمیپور*، عبدالرحیم قاسمی**، نرجس مرادخانی***

* استادیار گروه آموزشی کودکان دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی بابل

** فوق تخصص قلب کودکان، استادیار دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی بابل

*** دندانپزشک

چکیده

بیان مسأله: بیماری‌های مادر زادی قلب شایع‌ترین عامل مستعد کننده کودکان به اندوکاردیت عفونی است. از آنجا که، بیماران قلبی، افرادی پر خطر از نظر ابتلا به پوسیدگی دندان‌های هستند و بیشتر ریزجانداران (میکروارگان‌های) ایجاد کننده اندوکاردیت، استرپتوکوک‌ها (عامل ایجاد پوسیدگی دندان‌های) هستند، رعایت بهداشت دهان و دندان و ایجاد محیط سالم دندان‌های در این افراد اهمیتی ویژه دارد. هدف از این پژوهش، بررسی میزان آگاهی پدران و مادران کودکان با بیماری قلبی مستعد به اندوکاردیت درباره‌ی نیاز و اهمیت به پروفیلاکسی پادزیست پیش از آغاز کار و وضعیت سلامت دندان‌های این کودکان بود.

مواد و روش: این بررسی از گونه‌ی توصیفی تحلیلی و به صورت مقطعی بود، که در آن، نتایج از معاینه‌های بالینی ۸۴ نفر با دامنه‌ی سنی ۲ تا ۱۷ سال مراجعه کننده به بیمارستان‌های امیرکلاو شهید بهشتی بابل و تکمیل پرسشنامه از سوی پدران و مادران این افراد به دست آمده است. نتایج به وسیله‌ی نرم افزار SPSS و آزمون مجذور کای واکاوی شدند.

یافته‌ها: درصد پدران و مادرانی، که معنای عفونت قلبی (اندوکاردیت) را می‌دانستند، ۴۲/۹ درصد، درصد پدران و مادرانی، که درباره‌ی رخدادهای اندوکاردیت پس از اعمال دندانپزشکی آگاه بودند، ۵۷/۱ درصد و درصد پدران و مادرانی، که درباره‌ی اهمیت پوشش پادزیست پیش از اعمال خاص دندانپزشکی آگاه بودند، ۱۶/۷ درصد و درصد پدران و مادرانی، که درباره‌ی ارتباط بهداشت دهان و دندان و بروز اندوکاردیت آگاهی داشتند، ۶۰/۷ درصد بوده است. ۵۱/۲ درصد از کودکان، دست کم یک بار در روز مسواک می‌زدند و ۴۸/۸ درصد اصلاً مسواک نمی‌زدند و یا به گونه‌ای نامنظم مسواک می‌زدند. دو و چهاردهم درصد از کودکان، هر شش ماه یک بار به دندانپزشکی مراجعه می‌کردند، ۵۳/۶ درصد مراجعه موقع درد داشتند و ۴۴ درصد، تاکنون به دندانپزشکی مراجعه نکرده‌اند. درصد افراد بی‌پوسیدگی دندان ۲۶/۱ درصد بوده است. در این کودکان $DMFT=2/23 \pm 2/97$ و $dmft=1/86 \pm 2/47$ بود.

نتیجه‌گیری: آگاهی پدران و مادران کودکان قلبی مستعد به اندوکاردیت درباره‌ی اهمیت سلامت دندان‌های و نقش آن در پیشگیری از اندوکاردیت عفونی پایین است. درصد افراد بی‌پوسیدگی در این کودکان ناچیز است و همین امر می‌تواند این افراد را در برابر اندوکاردیت قرار دهد.

واژگان کلیدی: DMFT, dmft, اندوکاردیت عفونی، بیماری مادر زادی قلب

تاریخ پذیرش مقاله: ۸۴/۱۱/۱۸

تاریخ دریافت مقاله: ۸۴/۶/۳

مجله دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی شیراز. سال ششم؛ شماره ۱ و ۲، ۱۳۸۴ صفحه ۹۶ تا ۱۰۳

* نویسنده مسوول: مریم قاسمیپور. بابل - دانشکده دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی بابل - گروه آموزشی کودکان

Email: ma_ghass_56088@yahoo.com

تلفن: ۰۱۱۱-۲۲۹۱۴۰۸-۹

مقدمه

گرچه اندوکاردیت عفونی یک موقعیت کمیاب در جامعه است، اما در بیماران قلبی مستعد می‌تواند مشکلات جدی را ایجاد کند. اندوکاردیت عفونی، عفونت میکروبی اندوتلیوم قلب است و شایع‌ترین جای درگیری، دریچه‌ی مصنوعی قلب است. عامل اصلی اندوکاردیت، در بسیاری از موارد، استرپتوکوک آلفا همولیتیک و پس از آن، استافیلوکوک‌ها (استاف اورئوس و استافیلوکوک‌های کواگولاز منفی) هستند^(۱). PS, MR, MS, AR, AS, MVP, PDA, VSD, ASD و PI جزو نارسایی‌های قلبی هستند، که از نظر ایجاد اندوکاردیت در خطر متوسط و تترالوزی فالوت از این نظر در خطر بالا قرار دارد^(۲).

میزان باکتری‌های ایجاد شده بر پایه‌ی گونه‌ی عمل دندانپزشکی، که انجام می‌شود و وضعیت سلامت کلی حفره‌ی دهان، متفاوت است. در کارهای غیر تهاجمی شیوعی کمتر از باکتری‌های وجود دارد. در حالی که کارهای تهاجمی، که در دهانی ناسالم انجام می‌شود، شیوع باکتری‌های بالاتر است. اعمال پرودنتال شامل جراحی، جرم‌گیری، Root planning، پروب زدن و دیدارهای نگهدارنده، قرار دادن ایمپلنت و ری پلنت دندان در آمده (Avulsed) است. اینسترومنت کردن در اندو، جراحی انتهای آپکس، قرار دادن نخ زیر لثه، قرار دادن بندهای ارتودنسی، بی‌حسی اینترالیگامان، تمیز کردن پروفیلاکتیک دندان‌ها، اگر همراه با خونریزی باشد، به پروفیلاکسی اندوکاردیت نیاز دارند. مسواک زدن، نخ دندان کشیدن و جویدن هم، ممکن است ایجاد باکتری‌های کنند. میزان تکرر باکتری‌های مرتبط با مسواک زدن، نخ کشیدن و جویدن، بسته به سلامت کلی بافت‌های لثه‌ای حمایت کننده، متفاوت است^(۳). بررسی‌های در دسترس‌ناچیز درباره‌ی وضعیت سلامت دندان‌های در بیماران مادرزادی قلبی انجام گرفته است. برخی بررسی‌ها نشان دادند، که این بیماران، در مقایسه با گروه شاهد سلامت دندان‌های پایین‌تر داشتند و دلایل زیر را مطرح می‌کنند:

- ۱- مصرف بلند مدت داروهای دارای مواد قندی
- ۲- افزایش استعداد به نارسایی‌های تکاملی مینایی

۳- مصرف بیشتر مواد شیرین

۴- غفلت از بهداشت دهان به علت بیماری قلبی
داسیلوا (DA Silva) و همکاران، با بررسی بر روی ۱۰۴ کودک ۲ تا ۱۷ ساله‌ی مستعد اندوکاردیت، dmft و DMFT را، به ترتیب ۲/۶۲ و ۳/۹۷ گزارش کردند. میزان ۹/۶ درصد از پدران و مادران معنای عفونت قلب را می‌دانستند، ۶۰/۶ درصد درباره‌ی خطر ایجاد اندوکاردیت پس از اعمال دندانپزشکی آگاهی داشتند، ۷۲/۱ درصد از آنها از نیاز به پادزیست پیش از اعمال دندانپزشکی آگاهی داشتند و ۴۱/۳ درصد درباره‌ی اهمیت بهداشت دهانی برای جلوگیری از اندوکاردیت آگاه بودند^(۴).

هدف از این بررسی، تعیین وضعیت سلامت دندان‌های کودکان مبتلا به بیماری قلبی در خطر اندوکاردیت و تعیین آگاهی پدران و مادران این کودکان درباره‌ی اندوکاردیت و اهمیت تجویز پادزیست پیش از اعمال دندانپزشکی و رعایت بهداشت دهان و دندان در جلوگیری از اندوکاردیت است.

مواد و روش

این بررسی توصیفی تحلیلی، به صورت مقطعی است، که با معاینه‌ی بالینی، همراه با مصاحبه و تکمیل پرسشنامه است.

جامعه‌ی نمونه، شامل کودکان مبتلا به بیماری قلبی مراجعه کننده به درمانگاه قلب بیمارستان امیرکلا و اتاق اکوی بیمارستان شهید بهشتی بابل بود، که به اندوکاردیت مستعد بودند (شامل بیماران با ASD, VSD, MR, PDA, PS, MVP, AS و TF) و نمونه‌گیری آسان و غیر تصادفی بوده است. حجم نمونه، با در نظر گرفتن $p=0/4$ و $p=0/1$ و $a=0/5$ ۸۴ نفر، تعیین شد.

هشتاد و چهار پرسشنامه در مدت شش ماه تکمیل گردید. گروه سنی مورد بررسی، افراد ۲ تا ۱۷ ساله بودند، که در سه گروه ۲ تا ۶ سال، ۷ تا ۱۲ سال، ۱۳ تا ۱۷ سال بخش شدند. ابزارهای مورد استفاده برای معاینه، شامل آینه‌ی مسطح دندانپزشکی، سوند داسی شکل، دستکش یکبار مصرف و میکروتن برای سترون کردن وسایل بود. برای تشخیص پوسیدگی از

پادزیست پیش از اعمال دندانپزشکی آگاهی داشتند ۱۴ نفر (۱۶/۷ درصد) و آنهایی، که درباره ی اهمیت بهداشت دهان در جلوگیری از ایجاد اندوکاردیت آگاهی داشتند ۵۱ نفر (۶۰/۷ درصد) بوده است. شمار ۱۱ نفر (۱۳/۱ درصد) از کل افراد، دو تا سه بار در روز و ۳۲ نفر (۳۸/۱ درصد) یک بار در روز مسواک می زدند. شمار ۲۸ نفر (۳۳/۳ درصد) به طور نامنظم مسواک می زدند و ۱۳ نفر (۱۵/۵ درصد) اصلاً مسواک نمی زدند. از میان کل افراد مورد بررسی، دو نفر (۲/۴ درصد) به طور منظم هر شش ماه به دندانپزشکی مراجعه می کردند. شمار ۴۵ نفر (۵۳/۶ درصد) هنگام درد مراجعه می کردند و ۳۷ نفر (۴۴ درصد) تاکنون دیدار دندانپزشکی نداشتند. شمار ۲۲ نفر (۲۶/۱ درصد) بی پوسیدگی دندان بودند. در جدول ۱، میزان DMFT/dmft در گروه های سنی ۲ تا ۶ سال، ۷ تا ۱۲ سال و ۱۳ تا ۱۷ سال و در جدول ۲، این شاخص به تفکیک D(d)، M(m)، F(f) نشان داده شده است.

تعریف سازمان بهداشت جهانی استفاده شد^(۵). پس از تکمیل پرسشنامه و معاینات افراد مورد بررسی، داده ها به فرم های ویژه ی اطلاعات رایانه ای وارد شده و با استفاده از نرم افزار SPSS و آزمون مجذور کای واکاوی گردیدند. سپس، نتایج به صورت جدول های توزیع فراوانی و تعیین شاخص های توصیفی به دست آمدند.

یافته ها

میانگین سنی افراد بررسی، $6/91 \pm 4/09$ سال بود. شمار ۴۶ نفر (۵۴/۷ درصد)، دختر و ۳۸ نفر (۴۵/۳ درصد) پسر بودند. شمار ۷۴ نفر (۸۸/۱ درصد) در خطر متوسط و ۱۰ نفر (۱۱/۹ درصد) در خطر بالای اندوکاردیت عفونی قرار داشتند.

شمار پدران و مادرانی، که درباره ی معنای عفونت قلبی آگاهی داشتند ۳۶ نفر (۴۲/۹٪)، شمار آنهایی، که درباره ی خطر اندوکاردیت در اعمال دندانپزشکی آگاهی داشتند ۴۸ نفر (۵۷/۱ درصد)، شمار پدران و مادرانی، که درباره ی اهمیت پوشش

جدول ۱: میزان DMFT/dmft در بیماران قلبی مستعد اندوکاردیت به تفکیک گروه سنی - بابل ۱۳۸۳

سن (سال)	(%) شمار	انحراف معیار \pm میانگین	شمار	انحراف معیار \pm میانگین	شمار	انحراف معیار \pm میانگین
۶ تا ۲	۴۵ (۵۳/۵)	$3/67 \pm 1/13$	۴۵	$2/15 \pm 2/59$	۰	۰
۷ تا ۱۲	۲۹ (۳۴/۵)	$9/29 \pm 1/83$	۲۹	$1/31 \pm 2/18$	۲۹	$1/34 \pm 1/49$
۱۳ تا ۱۷	۱۰ (۱۲)	$14/6 \pm 1/68$	۰	۰	۱۰	$4/5 \pm 4/58$
جمع	۸۴ (۱۰۰)	$6/91 \pm 4/09$	۷۴	$1/86 \pm 2/47$	۳۹	$2/23 \pm 2/97$

جدول ۲: میزان پوسیدگی D(d)، کشیدن M(m)، پرکردگی F(f) به تفکیک گروه سنی در افراد مستعد به اندوکاردیت بابل ۱۳۸۳

سن (سال)	D d	M m	F f	DMFT dmft
۶ تا ۲	D=۰ d=۰	M=۰ m=۰	F=۰ f=۰	DMFT=۰ dmft=۰
۷ تا ۱۲	D=۰/۹ d=۱/۲	M=۰/۳ m=۰/۰	F=۰/۱ f=۰/۰	DMFT=۱/۳ dmft=۱/۳
۱۳ تا ۱۷	D=۳/۵ d=۰	M=۱ m=۰	F=۰ f=۰	DMFT=۴/۵ dmft=۰
جمع	D=۱/۶ d=۱/۶	M=۰/۵ m=۰/۱	F=۰/۱ f=۰/۱	DMFT=۲/۲ dmft=۱/۸

بحث

در بررسی کنونی، وضعیت سلامت دندانی کودکان قلبی در برابر اندوکاردیت بررسی شد. شاخص‌های سلامت دندانی، یعنی dmft و DMFT، به ترتیب $2/47 \pm 1/86$ و $2/23 \pm 2/97$ به دست آمد، در حالی که، در پژوهشی، که در سال ۲۰۰۲ در برزیل بر روی ۱۰۴ کودک ۲ تا ۱۷ ساله مبتلا به بیماری قلبی انجام شد، این اندازه، به ترتیب $2/62$ و $3/97$ گزارش شد^(۴). در پژوهشی همانند، که به وسیله ی فرانکو (Franco) و همکارانش، انجام گرفت، اعداد $3/9$ و $2/7$ گزارش شد^(۶). اعداد به دست آمده، در مقایسه با افراد سالم هم سن در بررسی های دیگر، پایین تر است. به گونه‌ای، که میزان dmft در کودکان ۲ تا ۶ ساله ی مورد بررسی کنونی، $2/15 \pm 2/59$ بود، در حالی که، در بررسی نورزاد، که بر روی کودکان ۵ تا ۶ ساله ی آملی انجام شد، $dmft=5/8$ گزارش شد^(۷). DMFT، در افراد ۷ تا ۱۲ ساله مورد بررسی کنونی، $1/34 \pm 2/18$ بود، در حالی که، در بررسی جابر انصاری، که بر روی کودکان ۷ تا ۱۲ ساله ی مازندرانی انجام شد، $DMFT=1/8$ گزارش گردید^(۸). پایین تر بودن dmft و DMFT، ممکن است به دلیل یکسان نبودن گروه سنی باشد و یا این که، این کودکان برای درمان مشکلات قلبی، اغلب از داروهای تزریقی و قرص به جای شربت (که دارای مواد شیرین است) استفاده می کنند. همچنین، افراد مورد بررسی کنونی، اغلب از نظر اقتصادی در سطح پایین جامعه بودند و احتمالاً مصرف شیرینی و شکلات در آنها کمتر از دیگر افراد جامعه است، به همین دلیل، وضعیت سلامت دندانی در آنها بهتر است.

در بررسی کنونی، از میان کودکان ۲ تا ۶ ساله، به طور میانگین هر کودک $2/1$ دندانی شیری پوسیده، از میان افراد ۷ تا ۱۲ ساله، به طور میانگین یک دندان شیری پوسیده و $0/9$ دندان دایمی پوسیده و از میان افراد ۱۳ تا ۱۷ ساله، $3/5$ دندان دایمی پوسیده داشتند. به سخنی دیگر، در بررسی کنونی، $73/9$ درصد افراد دندان پوسیده ی درمان شده و یا نشده داشتند و $26/1$ درصد افراد بی پوسیدگی بودند

(جدول ۲). در حالی که در یک بررسی، که به وسیله ی بالمر (Balmer) و همکارانش در اکتبر سال ۲۰۰۳ انجام گرفت، آشکار شد که، ۵۸ درصد افراد مورد بررسی، پوسیدگی یا شواهدی از درمان آن را در دندان هایشان داشتند^(۹). در بررسی همانند دیگر، که به وسیله ی بولات (Bulat) انجام گرفت، ۲۷ درصد کودکانی، که به پروفیلاکسی پادزیست نیاز داشتند، به درمان روت کانال، کشیدن دندان یا التهاب لثه نیاز داشتند^(۱۰). درصد افراد بی پوسیدگی در بررسی هالات (Hallat)، $30/7$ درصد و در بررسی همانند دیگر، که بر روی ۱۰۰ کودک بیمار مستعد به اندوکاردیت ۲ تا ۱۶ ساله انجام گرفت، ۳۵ درصد بود^(۱۱ و ۱۲). بر پایه ی هدف های سازمان بهداشت جهانی، تا سال ۲۰۱۰، کاهش تا ۴۲ درصد پوسیدگی در کودکانی، که شواهدی از پیشینه ی پوسیدگی دندانی در دندان های شیری یا دایم خود داشته اند، بیان شده است^(۱۳)، در صورتی که، درصد افراد بی پوسیدگی در این بررسی، $26/1$ درصد است. از آنجا که، درصد افراد بی پوسیدگی، شاخصی مهم در ارتباط با سلامت دندانی است، به نظر می رسد، که دادن آموزش های لازم برای رعایت بهداشت در کودکان دارای بیماری قلبی و داشتن عادت تغذیه ای مناسب و مراجعه به دندانپزشکی، نقشی مهم در پیشگیری از مشکلات بعدی در این افراد خواهد داشت.

در زمینه ی آگاهی پدران و مادران درباره ی معنای عفونت قلبی، $42/9$ درصد از آنها پاسخ مثبت دادند، در حالی که، در بررسی های همانند دیگر، میزان آگاهی بالاتر از بررسی کنونی بود. در بررسی بولات (Bulat)، که در سال ۲۰۰۳ در کانادا انجام گرفت، ۴۷ درصد افراد در این باره آگاهی داشتند^(۱۰). در بررسی دیگر، که در همان سال، به وسیله ی استوکی (Stucki) انجام گرفت، ۴۵ درصد افراد می توانستند به درستی اندوکاردیت را تعریف کنند^(۱۴). در این بررسی، $16/7$ درصد افراد درباره ی نیاز پروفیلاکسی پادزیست پیش از اعمال دندانپزشکی خاص، آگاهی داشتند. در بررسی هایی، که به وسیله ی کوپر (Cowper) در سال ۱۹۹۶ و دافین (Duffin)

در سال ۱۹۹۲ بر روی بزرگسالان در خطر اندوکاردیت انجام گرفت، آشکار شد، که آگاهی ناچیزی در این باره وجود دارد^(۱۵ و ۱۶). در بررسی داسیلوا (DA silva)، ۷۲/۱ درصد از ۱۰۴ بیمار با دندان درباره ی نیاز به پوشش پادزیست پیش از برخی اعمال دندانپزشکی آگاهی داشتند^(۵). در یک بررسی دیگر، که به وسیله ی استوکی در سال ۲۰۰۳ بر روی ۱۲۳ کودک با بیماری قلبی انجام گرفت، آشکار شد که ۵۵ درصد افراد درباره ی نیاز به پروفیلاکسی پادزیست پیش از اعمال دندانپزشکی آگاه بودند^(۱۴). میزان آگاهی بسیار پایین، که در بررسی کنونی مشاهده شده، نشان دهنده ی اطلاعات ناکافی پدر و مادر بیمار درباره ی اهمیت پوشش پادزیست در این بیماران است.

درباره ی آگاهی خطر ایجاد اندوکاردیت پس از اعمال دندانپزشکی، ۵۷/۱ درصد پدران و مادران مورد بررسی کنونی پاسخ مثبت دادند. اما در مطالعات داسیلوا^(۵) و باریرا (Barreira)^(۱۷) و همکارانش، میزان های ۶۰/۶ درصد و ۳۵ درصد مشاهده شد. آگاهی پدران و مادران از این نکته، که ریزجانداران رایج ایجاد کننده ی عفونت های دهانی و دندان با ریزجانداران ایجاد کننده ی اندوکاردیت همانندی زیاد دارد، اهمیتی ویژه دارد، باین ترتیب آنها لزوم انجام پروفیلاکسی قبل از اعمال دندانپزشکی و رعایت بهداشت دهانی در سطح بالا را درک خواهند کرد.

در بررسی کنونی، بیشتر از نیمی از بیماران درباره ی اهمیت بهداشت دهانی خوب برای جلوگیری از اندوکاردیت آگاهی داشتند (۶۰/۷ درصد)، که این میزان در بررسی داسیلوا، ۴۱/۳ درصد بود^(۵). در پژوهشی، که به وسیله ی حالات و همکارانش انجام شد، ۳۱ درصد از پاسخ دهندگان در این باره پاسخ مثبت دادند^(۱۱). در بررسی همانند دیگر، که به وسیله ی بالمر برای بررسی سلامت دندان و مراقبت های دندانپزشکی کودکان مبتلا به اندوکاردیت انجام گرفت، معلوم شد، که ۶۴ درصد از پدران و مادران درباره ی ارتباط میان سلامت دندان و ایجاد اندوکاردیت در کودکان آگاهی داشتند^(۹). به این ترتیب باید به کودکان مبتلا به بیماری قلبی و پدران و مادران آنها

درباره ی اهمیت سلامت دندان و نقش آن در سلامت عمومی کودک و لزوم انجام روش های گوناگون رعایت بهداشت دهان و دندان برای پیشگیری از اندوکاردیت آموزش های بیشتر داد تا میزان آگاهی افزایش یابد^(۱۸). غفلت پدران و مادران در این باره، ممکن است به دلیل نگرانی آنها برای بیماری قلبی کودک باشد، به گونه ای، که از سلامت دندان و اهمیت آن غافل شده اند. در زمینه ی شمار دفعات مسواک زدن در روز در این بررسی، ۱۳/۱ درصد دو تا سه بار، ۵۱ درصد از کل افراد، دست کم یک بار در روز مسواک می زدند و ۱۵/۵ درصد، اصلاً مسواک نمی زدند، در حالی که، این اندازه ها در بررسی داسیلوا^(۵) متفاوت بود (۴۸/۱ درصد سه بار در روز و ۵/۸ درصد مسواک نمی زدند). در بررسی باریرا، ۹۲ درصد از کودکان، دست کم یک بار در روز مسواک می زدند^(۱۷)، که این میزان بالا، نشان می دهد، که این کودکان آموزش لازم را درباره ی نقش بهداشت دهان در جلوگیری از بدتر شدن بیماری قلبی دیده اند. بهتر است این آگاهی و آموزش های لازم به همه ی کودکان قلبی و پدران و مادران شان داده شود. در زمینه ی شمار دفعات مراجعه به دندانپزشکی در بررسی کنونی، ۹۷/۶ درصد افراد مراجعه به دندانپزشکی نداشتند یا به هنگام درد مراجعه می کردند. در حالیکه، در پژوهشی، که به وسیله ی ساندرز و همکارانش انجام گرفت، ۱۸ درصد کودکان با ناراحتی قلبی تاکنون دیدار دندانپزشکی نداشتند^(۱۹). در بررسی فرانکو و همکارانش، این میزان، ۱۹ درصد بود^(۶). این رقم بالا را می توان به ناآگاهی یا بی توجهی پدران و مادران به سلامت دندان کودک نسبت داد. به این ترتیب، این کودکان مراقبت های اولیه ی دندانپزشکی یا درمان های ترمیمی را در زمان های نیاز دریافت نکرده اند، که این سهل انگاری می تواند سلامت عمومی کودک را در برابر خطر قرار دهد. زیرا، عفونت دندان می تواند به عنوان یک منبع ایجاد باکتری عمل کند^(۲۰، ۲۱ و ۲۲).

نتیجه گیری

یافته های این بررسی نشان داد، که آگاهی پدران و مادران در رابطه با اهمیت نگهداری سلامت

مشکلات و محدودیت ها

طولانی شدن زمان بررسی، که به علت محدود بودن فعالیت درمانگاه‌های فوق تخصصی قلب کودکان بوده است.

پیشنهادها

۱- افزایش آگاهی پدران و مادران کودکان مستعد اندوکاردیت درباره ی نقش رعایت نکردن بهداشت دهان و دندان و درمان نکردن پوسیدگی‌های دندانی در ایجاد اندوکاردیت.

۲- وجود مراکز تخصصی تشخیص و درمان پوسیدگی‌های دندانی افراد مبتلا به بیماری‌های قلبی.

سپاسگزاری

از کارکنان محترم درمانگاه قلب بیمارستان های امیرکلا و شهید بهشتی بابل سپاسگزاری می گردد.

دندانی برای جلوگیری از آندوکاردیت مناسب نیست و این پدران و مادران، شناخت کافی در رابطه با پیشگیری از پوسیدگی ندارد. در صورت وجود این آگاهی، میزان دیدارهای منظم دندانپزشکی افزایش خواهد یافت. رعایت این اصل می‌تواند این بیماران را در خطری بسیار کمتر از اندوکاردیت قرار دهد. زیرا، باعث می‌شود این افراد مراقبت‌های دندانپزشکی یا درمان‌های ترمیمی را در مراحل آغازین، که تهاجم کمتری دارد، دریافت کنند.

بیشتر پدران و مادران درباره ی اهمیت مصرف پادزیست پیش از اعمال خاص دندانپزشکی آگاهی ندارند. بسیاری از پدران و مادران درباره ی خطر ایجاد اندوکاردیت پس از اعمال دندانپزشکی آگاهی ندارند.

میزان dmft و DMFT در افراد مورد بررسی نسبت به افراد سالم همسن در بررسی‌های دیگر، کمتر است. اما درصد افراد بی پوسیدگی، که معیاری مهم در سلامت دندان است، در این گروه از افراد بالا است.

References

- Moss A. Heart disease in infants, children & adolescents. 6 th ed., 2000; 65: pp. 1297-1307.
- بروجردی و همکاران. مبانی طب داخلی سیسیل ۲۰۰۱. ویرایش دکتر بهرام قاضی جهانی - انتشارات گلبان - چاپ دوم ۱۳۸۰. ۴۹-۶۲.
- Garson AJ, Bricker JT. The science and practice of pediatric cardiology volume III. Timothy Bricker J 1990; 140: 2350-2353.
- DA Silva DB, Sousa IRB, Cunha MCSA. Pediatric Dentistry Department and pediatric cardiology service. Knowledge, attitudes and status of oral health in children at risk for infective endocarditis. Int J Pediatr Dent 2002; 12: 124-131.
- مهرداد ک. میزان پوسیدگی دندان (DMF) در ایران و سایر کشورهای جهان. مجله دانشکده دندانپزشکی شهید بهشتی ۱۳۷۴؛ ۲۲: صفحه ۲۱-۱۲.
- Franco E, et al. Dental diseases, carries related microflora and salivary IgA of children with severe congenital cardiac diseases: An epidemiological and oral microbial survey. Pediatr Dent 1996; 18: 228-235.
- نورزاد ه. بررسی وضعیت سلامتی دندانهای شیری dmft کودکان ۶-۵ ساله مدارس آمادگی شهر آمل. ۷۹-۱۳۷۸؛ پایان نامه شماره ۶۴.
- جابر انصاری ز. مروری بر میزان DMF گزارش شده در ایران در سالهای ۷۱-۱۳۶۹. مجله دانشکده دندانپزشکی شهید بهشتی ۱۳۷۸؛ شماره ۱۷(۴): صفحه ۲۵.
- Balmer R, Bullock FA. The experiences with oral health and dental prevention of children with congenital heart disease. Isr Med Assoc 2003 Oct; 13(5): 439-43.

10. Bulat DC, Kantoch MJ. How much do patients know about their children's heart condition and prophylaxis against endocarditis? *Can J Cardiol* 2003; 19(5): 501-506.
11. Hallat KB, Radford DJ, Seow WK. Oral health of children with congenital cardiac diseases: A controlled study. *Pediatr Dent* 1992; 14: 224-230.
12. Hupp JR. Changing methods of preventing infective endocarditis following dental procedure: 1943-93. *J Oral Maxillofac Surg* 1993; 51: 616-623.
- ۱۳- مک دونالد. دندانپزشکی کودکان و نوجوانان. مترجم: دکتر قاسم میقانی. اداره انتشارات و چاپ دانشگاه علوم پزشکی تهران ۱۳۸۰، چاپ اول: صفحه ی ۸۹۸ تا ۹۰۳.
14. Stucki C, Mury R, Bertel O. Insufficient awareness of endocarditis prophylaxis in patient's risk. *Int Dent J* 2003; 133 (9-10): 155-190.
15. Cowper TR. Pharmacologic management of the patient with disorders of the cardiovascular system. *Dental Clin North Am* 1996; 40: 611-647.
16. Duffin PR, et al. Dental care of patients susceptible to infective endocarditis. *Brit Dent J* 1992; 173: 169-172.
17. Barreira JL, Baptista MJ, Moreira J, Azevedo A, Areias JC. Understanding of endocarditis risk improves compliance with prophylaxis. *Rev Port Cardiol* 2002; (9): 939-951.
18. Jahn MR, Jahn RS. Fique atento: Cranca tambem tem gingivite. *Revista Da Associacao Panlista Decirurgives Dentistas* 1997; 51: 335-358 .
19. Saunders CP, Roberts GJ. Dental attitudes, knowledge and health practices of parents of children with congenital heart disease. *Arch Dis Child* 1997; 76(6): 539-540.
20. Dajani AS, et al. Prevention of bacterial endocarditis-recommendations by the American Heart Association. *J Am Dent Assoc* 1997; 277: 1794-1801.
21. Carneiro RD, Couto AA, Goncalves AJR. Endocarditic infection. 1st ed., *Heart*. 1983; 1: 346-352.
22. Sconyers JR, Crawford JJ, Moriarty JD. Relationship of bacteremia to tooth brushing in patients with periodontitis. *J Am Dent Assoc* 1973; 87: 616-622.

Abstract

Knowledge of Parents and Status of Dental Health in Children at Risk of Infective Endocarditis

Ghasempour M.* - Ghasemi A. - Moradkhani N.*****

* Assistant Professor, Department of Pediatric Dentistry, School of Dentistry, Babol University of Medical Sciences

** Assistant Professor, Department of Pediatric, Babol University of Medical Sciences

*** Dentist

Statement of Problem: Congenital heart disease is the most common disposing factor to bacterial endocarditis. Since the people with cardiac disease are in high risk of caries and some microorganisms of endocarditis are due to streptococci (caries initiation), good dental and oral health in these people are very important.

Purpose: The purpose of this study was to determine the parent's knowledge about antibiotic prophylaxis before dental procedure and dental health (dmft/DMFT) of the children at risk of endocarditis.

Materials and Methods: This is a cross-sectional descriptive analytical study performed on 84 people subjects (38 M, 46 F) being 2-17 years old and at risk of endocarditis in Amirkola and Shahid Beheshti Hospital in Babol. After clinical examination of the patients and completing of the questionnaires, findings were analyzed according to SPSS program and Chi-Square test.

Results: The percentage of parents who understood the meaning of 'heart infection' was 42.9% those, who knew the possibility of endocarditis occurrence to be caused by a dental procedure was 57.1%, those who understood the requirement for antibiotic cover before dental treatment was 16.7%, and those who understood the importance of a good oral health to prevent infective endocarditis was 60.7%.

Regarding oral health behaviour, 51.2% of children brushed their teeth at least once a day and 48.8% did not brush their teeth or brushed irregularly. Only 2.4% of children referred a dentist every six months and 44% had never visited a dentist before. 26.1% of subjects were free of caries and the mean of dmft was 1.86 ± 2.47 and for DMFT was 2.23 ± 2.97 .

Conclusion: The parents' knowledge about the importance of dental health and its role in prevention of endocarditis was low. Absence of caries in these children was low making them susceptible to bacterial endocarditis.

Key words: DMFT, dmft, Infective Endocarditis, CHD

Shiraz Univ. Dent. J. 2005; 6(1,2): 96-103
