

Evaluation of CPITN Index in Hemodialytic Patients in Yazd City in Order to Promote Health Care Needs

Farahani MH¹, Heidary R², Ghasemi Barghi V², Haerian Ardakani A³

1. Dentistry Student, Ardabil University of Medical Science, faculty of Dentistry, Ardabil, Iran

2. Assistant Professor of Periodontology, Ardabil University of Medical Science, Faculty of Dentistry, Periodontologist, Ardabil, Iran

3. Associate Professor of Periodontology, Shahid Sadoghi University of Medical Science, Faculty of Dentistry, Periodontologist, Yazd, Iran

* *Corresponding author.* Tel: +989124624655 Fax: +984533512014 E-mail: r.heidary@arums.ac.ir

Received: Sep 25, 2014 Accepted: Jan 22, 2015

ABSTRACT

Background & Objectives: Epidemiological data are needed because of the importance of health system planning, implementation and evaluation of periodontal status and treatment needs of patients undergoing hemodialysis. This study was conducted in Yazd using CPITN index. The aim of the present study was to determine the periodontal treatment needs of hemodialytic patients in Yazd and provide information of certain diseases and health promotion to practitioners and healthcare providers.

Methods: In this descriptive study, 100 persons in two groups of 50 hemodialytic patients and 50 healthy subjects were selected. Two groups were matched for age and sex and also provided with necessary training and asked for cooperation. Questionnaires prepared for this purpose were completed for each participant. CPITN index using WHO probe were assessed in patients.

Results: Findings showed significant relationship between periodontal status, age and education factors.

Conclusions: The present study indicates that gingival disease is very common in the dialysis population. Therefore, special considerations in periodontal therapy are needed and these people should take regular examinations for their treatment plan.

Keywords: Hemodialysis; CPITN; Gingival Health.

تعیین میزان نیازهای درمانی پرودنتال بیماران همودیالیزی شهر یزد به منظور ارتقاء سلامت بیماران خاص

محمدحسین فراهانی^۱، رسول حیدری پستکان^{۲*}، ودود قاسمی برقی^۲، احمد حائریان اردکانی^۳

۱. دانشجوی دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اردبیل ۲. استادیار پرودنتیکس، دانشگاه علوم پزشکی اردبیل، دانشکده دندانپزشکی

۳. دانشیار پرودنتیکس، دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد، دانشکده دندانپزشکی

* نویسنده مسئول. تلفن: ۰۹۱۲۴۶۲۴۶۵۵ فکس: ۰۴۵۳۳۵۱۲۰۱۴ ایمیل: r.heidary@arums.ac.ir

چکیده

زمینه و هدف: با توجه به اهمیت اطلاعات اپیدمیولوژیک که مورد نیاز هر سیستم بهداشتی درمانی جهت برنامه‌ریزی، اجرا و ارزیابی وضعیت پرودنتال و نیازهای درمانی بیماران تحت درمان همودیالیز می‌باشد، این تحقیق در شهر یزد با استفاده از شاخص CPITN انجام شد. هدف از مطالعه حاضر تعیین میزان نیازهای درمانی پرودنتال بیماران همودیالیزی شهر یزد به منظور ارائه به دست اندرکاران و مسئولین بهداشت و ارتقاء سلامت بیماران خاص بود.

روش کار: در این مطالعه توصیفی، ۱۰۰ نفر در دو گروه ۵۰ نفری شامل افراد تحت درمان همودیالیز و افراد سالم انتخاب شدند، این افراد از لحاظ سن و جنس یکسان سازی شده و پس از ارائه آموزش‌های لازم و جلب همکاری، پرسشنامه‌ای که به این منظور تهیه شده بود، تکمیل گردید. شاخص CPITN با پروب مخصوص WHO در بیماران مورد بررسی قرار گرفت

یافته‌ها: یافته‌های پژوهش در بررسی‌های آماری بین وضعیت پرودنتال و عوامل سن و میزان تحصیلات رابطه معنی‌داری نشان داد.

نتیجه‌گیری: مطالعه موجود بیانگر این امر است که بیماری‌های لثه‌ای در جمعیت دیالیزی بسیار شایع می‌باشد. لذا بایستی ملاحظات ویژه درمانی پرودنتال در این بیماران انجام شود.

واژه‌های کلیدی: همودیالیز، شاخص CPITN، سلامت لثه

دریافت: ۹۳/۷/۳ پذیرش: ۹۳/۱۲/۱۲

مقدمه

محیط دهان محل بروز بسیاری از بیماری‌های سیستمیک است و تنها راه برطرف کردن این تظاهرات دهانی، درمان بیماری سیستمیک زمینه‌ای می‌باشد. یکی از این بیماری‌های سیستمیک که دندانپزشکان با آن مواجهند، نارسایی مزمن کلیه (CRF) می‌باشد (۱). دانشمندان حدود یک و نیم قرن پیش تظاهرات دهانی اورمی را توصیف کردند (۱). مطالعات اخیر بیانگر آن است که بیش از ۹۰ درصد بیماران کلیوی تظاهرات دهانی را نشان می‌دهند (۱) و بیش از ۳۰ علامت و نشانه درباره آن گزارش شده است. بعضی از تظاهرات دهانی آن

عبارتند از: بو و مزه آمونیاکی دردهان، استوماتیت، ژینژیویت و کاهش جریان بزاق در مراحل پیشرفته بیماری (۲). سایر علائم شامل پوشش زبانی، التهاب مخاطی، پتشی مخاطی، اکیموز، زخم‌های دهانی و هیپوپلازی مینایی می‌باشد. بروز ژینژیویت و پرودنتیت و پوسیدگی در بیماران اورمیک گزارش شده‌اند (۵، ۶). همودیالیز یکی از رایج‌ترین درمان‌های این بیماری است و عبارت است از یک شیوه مصنوعی حذف مواد نیتروژنی و سایر مواد توکسیک خون به وسیله دستگاه دیالیز خون که در آن مواد سمی اورمیک پلاسمای بیمار در تبادل با دستگاه دیالیز از یک غشای نیمه‌تراوا خارج می‌شود،

آن به مسئولین بهداشت و درمان کشور جهت آگاهی از وضعیت پریدنتال این دسته از بیماران، بتواند آنها را در اتخاذ راهکارهای لازم جهت رفع مشکلات دهانی این گروه از بیماران خاص یاری دهد.

روش کار

این مطالعه از نوع توصیفی-تحلیلی بود که به روش مورد-شاهد^۳ انجام شد. جامعه مورد مطالعه شامل یک گروه از بیماران همودیالیزشونده در بیمارستان شهید رهنمون یزد در پاییز ۱۳۹۰ (تحت درمان همودیالیز) و گروه دوم (شاهد) افرادی که در همان شرایط از همراهان بیمار بوده یا افراد مراجعه کننده به دانشکده دندانپزشکی که بیماری کلیه و دیالیز نداشتند. در این مطالعه توصیفی ۱۰۰ نفر در دو گروه ۵۰ نفری شامل افراد تحت درمان همودیالیز (گروه مورد) و افراد سالم (گروه شاهد) انتخاب گردید. ۵۰ نفر دیالیز با استفاد از لیست موجود در بیمارستان به روش تصادفی با استفاده از جداول اعداد تصادفی تعیین گردید. معیارهای ورود شامل تحت درمان همودیالیز بودن؛ داشتن حداقل دو دندان فانکشنال در یک سکستانت بوده؛ و معیارهای خروج از مطالعه شامل ابتلا به هپاتیت B، C، و ویروس HIV بود.

روش انجام پژوهش

- گروه افراد تحت درمان همودیالیز: بیماران تحت دیالیز مورد معاینه عمومی و اولیه قرار می گرفتند و پس از ارائه آموزش های لازم و جلب همکاری بیماران از میان آنها نمونه های واجد شرایط انتخاب می گردید. برای این دسته از بیماران پرسشنامه ای که به این منظور تهیه شده بود، تکمیل می گردید و با استفاده از وسایل حفاظت شخصی ایندکس CPITN با پروب پریدنتال WHO ثبت می گردید و پس از بررسی وضعیت دهان و دندان آنها بر حسب مورد برای هر یک به طور جداگانه آموزش بهداشت دهان

در حالی که پروتئین های خون حفظ می شود. دیالیز یک مداخله در بیماری است که باعث کاهش میزان مورتالیتی نارسایی کلیه شده است (۷). عوارض همودیالیز عبارتند از: عفونت، ترومبوز و تشکیل آنوریسم در فیستول های شریانی- وریدی (خصوصاً انواع مصنوعی آنها)، همراه با عفونت شنت و فیستول، میزان نسبتاً بالایی از سپتی سمی و آمبولی های عفونی نیز وجود دارد که در موارد فوق شایع ترین میکروب استافیلوکوک طلائی است. افسردگی و تغییر در خودپنداری شایع ترین عوارض روانی همودیالیز می باشد (۸). در این بیماران همچنین استعداد ابتلا به بیماری های عفونی افزایش یافته و لذا تظاهرات دهانی و مشکلات پریدنتال این بیماران بیشتر می باشد (۹،۱۰). در این بیماران روش های درمانی خاصی مورد نیاز است. زیرا وضعیت کلینیکی پیچیده ای دارد. تمایل به خونریزی زیاد، فشار خون بالا، کم خونی، عدم تحمل دارو و یا تشدید اثر دارویی از جمله مشکلات این گونه بیماران است (۱۱).

امروزه از شاخص CPITN^۱ برای بررسی وضعیت پریدنتال و نیازهای درمانی پریدنتال توسط سازمان بهداشت جهانی به طور گسترده ای استفاده می شود (۱۲). در این ایندکس (CPITN) هر فک به ۶ سکستانت^۲ تقسیم می شود. در هر سکستانت با استفاده از پروب عمق پاکت ها ثبت و نتایج با توجه به بدترین وضعیت در جدولی ثبت می شود. کدها از صفر تا چهار است، کد (صفر) = لثه سالم (۱۳).

با توجه به اینکه تاکنون مطالعات کمی بر روی بیماران خاص خصوصاً بیماران دیالیزی در کشور انجام شده است، لذا این مطالعه ایندکس CPITN را در بیماران همودیالیزشونده در شهر یزد مورد بررسی قرار داد به این امید که ارائه نتایج حاصل از

^۱ Community Periodontal Index of Treatment Needs

^۲ Sextant

^۳ Case-Control

افراد غیردیالیزی (شاهد): ۴/۱ درصد نیاز به آموزش بهداشت و ۶/۳۷ درصد نیاز به جرم‌گیری و ۳/۳ درصد نیاز به درمان‌های پیشرفته داشته و ۷/۱۷ درصد نیاز درمانی نداشتند.

با توجه به داده‌های بدست آمده ملاحظه می‌شود که کدهای ۰ و ۱ که بیانگر وضعیت بهتر پریدنتال می‌باشد، در گروه کنترل درصد بالاتری را به خود اختصاص می‌دهد و کدهای ۲ و ۳ و ۴ که نشان‌دهنده وضعیت نامناسب‌تر پریدنتال می‌باشد، در گروه دیالیزی فراوانی بیشتری دارند. این ارتباط به وسیله تست کای اسکوئر^۱ آزمون گردید و با $(p = ۰/۰۰۱)$ معنی‌دار می‌باشد.

فراوانی کدهای ۰ و ۱ در مردان گروه کنترل و فراوانی کدهای ۲ و ۳ و ۴ در مردان گروه دیالیزی بیشتر است. این ارتباط به وسیله تست کای اسکوئر آزمون گردید و با $(p = ۰/۰۰۱)$ معنی‌دار است. به عبارتی وضعیت پریدنتال مردان دیالیزی بدتر از مردان غیردیالیزی است. مطالب فوق در گروه زنان نیز صادق می‌باشد و ارتباط بین وضعیت CPITN در گروه دیالیزی و غیردیالیزی با $p = ۰/۰۰۸$ معنی‌دار می‌باشد.

افراد مورد مطالعه در دو گروه سنی ۲۰-۴۴ و ۶۰-۸۵ سال قرار گرفتند. در گروه سنی ۲۰-۴۴ کدهای ۰ و ۱ در گروه غیردیالیزی (شاهد) و کدهای ۲ و ۳ و ۴ در گروه دیالیزی فراوانی بیشتری داشت. این ارتباط به وسیله آزمون کای اسکوئر آزمون گردید و با $p = ۰/۰۰۱$ رابطه معنی‌داری را نشان می‌دهد. این موضوع در گروه سنی بالاتر ۶۴-۸۵ سال صادق نمی‌باشد ($p = ۰/۴۴۳$).

همچنین مشاهده شد که افراد گروه بی‌سواد در مقایسه با زیر دیپلم ($p = ۰/۷۰۲$) و دیپلم ($p = ۰/۱۳۳$) رابطه معنی‌داری را نشان نداده است ولی در تحصیلات بالای دیپلم ($p = ۰/۰۰۱$) رابطه معنی‌داری را نشان داده و کدهای ۰ و ۱ در افراد غیردیالیزی و

و دندان داده می‌شد و درمان‌های پریدنتال مورد نیاز شرح داده می‌شد.

- گروه شاهد: نمونه‌های این گروه پس از یکسان‌سازی از لحاظ سن و جنس با گروه مورد، از همراهان بیماران و یا مراجعه‌کنندگان به بخش تشخیص بیماری‌های دهان و دندان دانشکده دندانپزشکی شهید صدوقی یزد انتخاب می‌گردیدند و شاخص CPITN همانند گروه مورد، بررسی می‌شد.

یافته‌ها

در این تحقیق ۵۰ بیمار دیالیزی و ۵۰ بیمار غیردیالیزی (شاهد) مورد بررسی قرار گرفت که از نظر جنسیت به دو گروه ۲۵ نفری مرد و زن تقسیم گردیدند. میانگین سنی $۱۲/۱ \pm ۴۱/۷۸$ سال برای نمونه‌ها به دست آمد. دامنه تغییرات سن از ۲۰ تا ۶۵ سال بود. این میانگین در گروه دیالیزی $۱۲/۲ \pm ۴۱/۶۸$ و در گروه غیردیالیزی $۱۲/۱ \pm ۴۱/۸۸$ سال به دست آمد، که به دو گروه سنی ۲۰-۴۴ و ۴۵-۶۵ ساله تقسیم شد. در گروه ۲۰-۴۴ سال بین بیماری دیالیز و تخریب پریدنتال رابطه معنی‌داری مشاهده شد ولی در گروه ۶۵-۸۵ ساله $(p = ۰/۴۴۳)$ معنی‌دار نبود.

- با توجه به شاخص CPITN

در افراد دیالیزی: کد صفر = ۲/۶ - کد (۱) = ۴/۳۴ - کد (۲) = ۷/۳۱ - کد (۳) = ۳/۲۰ و کد (۴) = ۱/۷
در افراد غیردیالیزی: کد صفر = ۷/۱۷ - کد (۱) = ۳/۴۱ - کد (۲) = ۳/۲۷ - کد (۳) = ۷/۱۰ - کد (۴) = ۳/۳

- با توجه به نیازهای درمانی

افراد دیالیزی: ۴/۰ درصد نیاز به آموزش بهداشت و ۲/۵ درصد نیاز به جرم‌گیری و ۷/۷ درصد نیاز به دریافت درمان‌های پیشرفته داشتند و فقط ۳/۶ درصد از افراد نیاز درمانی نداشتند.

¹ Chi-Square

دیالیز و شاخص CPITN رابطه معنی‌داری مشاهده نمی‌شود ($p = 0/05$).

کدهای ۲ و ۳ و ۴ در افراد دیالیزی فراوانی بیشتری داشتند. اگرچه کدهای بالاتر CPITN در افراد با سابقه دیالیز بالای دو سال بیشتر است، ولی بین مدت

جدول ۱. توزیع فراوانی شاخص CPITN بر حسب سکستانت در دو گروه مورد بررسی به تفکیک سن

سن	گروه	CPITN					
		۰	۱	۲	۳	۴	جمع
۲۰-۴۴	تعداد	۱۶	۷۰	۳۸	۲۴	۸	۱۵۶
	درصد	۱۰/۳	۴۴/۹	۲۴/۴	۱۵/۴	۵/۱	۱۰۰/۰
	تعداد	۴۹	۸۱	۲۳	۳	۰	۱۵۶
	درصد	۳۱/۴	۵۱/۹	۱۴/۷	۱/۹	۰	۱۰۰/۰
۴۵-۶۴	تعداد	۶۵	۱۵۱	۶۱	۲۷	۸	۳۱۲
	درصد	۲۰/۸	۴۸/۴	۱۹/۶	۸/۷	۲/۶	۱۰۰/۰
	تعداد	۳	۳۲	۵۷	۳۷	۱۵	۱۴۴
	درصد	۲/۱	۲۲/۲	۳۹/۶	۲۵/۷	۱۰/۴	۱۰۰/۰
۶۵-۷۴	تعداد	۴	۴۳	۵۸	۲۹	۱۰	۱۴۴
	درصد	۲/۸	۲۹/۹	۴۰/۳	۲۰/۱	۶/۹	۱۰۰/۰
	تعداد	۷	۷۵	۱۱۵	۶۶	۲۵	۲۸۸
	درصد	۲/۴	۲۶/۰	۳۹/۹	۲۲/۹	۸/۷	۱۰۰/۰

جدول ۲. توزیع شاخص فراوانی CPITN به تفکیک نیازهای درمانی در دو گروه مورد بررسی

گروه	نیازهای درمانی	نیاز به آموزش			نیاز به	
		بهداشت	جرم‌گیری	نیاز به	نیاز به درمان‌های پیشرونده	جمع
دیالیزی	تعداد	۱۰۲	۱۵۶	۱۹	۲۳	۳۰۰
	درصد	۳۴/۵	۵۲/۰	۶/۳	۷/۷	۱۰۰/۰
غیردیالیزی	تعداد	۱۲۴	۱۱۳	۵۳	۱۵	۳۰۰
	درصد	۴۱/۳	۳۷/۶	۱۷/۷	۳/۳	۱۰۰/۰
جمع	تعداد	۲۲۶	۲۶۹	۷۲	۳۸	۶۰۰
	درصد	۳۷/۶	۴۴/۸	۱۲/۰	۶/۳	۱۰۰/۰

اطلاعات اپیدمیولوژیک برای استفاده در طرح‌ریزی برنامه‌های بهداشتی- درمانی برای بیماران دیالیزی انجام گرفت. با توجه به اطلاعات فراهم شده می‌توان با در نظر گرفتن وضعیت پریدنتال و نیازهای درمانی اقدام به برنامه‌ریزی برای رفع مشکلات این بیماران نمود و از آنجایی که این دسته از بیماران در اثر دیالیز به طور معمول دچار عوارض ناخواسته‌ای از جمله مشکلات پریدنتال، کم شدن فضای پالپ، از دست دادن زود هنگام دندان‌ها و خشک شدن دهان،

با توجه به جدول ۲ در افراد غیردیالیزی عدم نیاز به درمان ۱۷/۷ درصد و نیاز به آموزش بهداشت ۴۱/۳ درصد، و در افراد دیالیزی نیاز به جرم‌گیری ۵۲/۵ درصد و نیاز به درمان‌های پیشرفته ۷/۷ درصد بیشترین فراوانی را نشان داده است.

بحث

تحقیق حاضر با هدف گام برداشتن در مسیر طب پیشگیری و جامعه‌نگر و در جهت کمک به افزایش

سلیمانی و همکاران (۸) در مطالعه خود گزارش کردند که شاخص CPITN در افراد دیالیزی با جنسیت و میزان تحصیلات و مدت دیالیز متفاوت، تغییر خاصی نکرده است. بدین معنی که بین درجات CPITN و سه عامل جنس، تحصیلات و مدت دیالیز رابطه معنی‌داری را به دست نیاوردند. بدیهی است که چنین نتیجه‌ای را به دلیل کمی تعداد نمونه‌ها و همچنین محدودیت نمونه‌گیری که فقط در افراد همودیالیزی انجام شد، نمی‌توان به کل جامعه تعمیم داد، چرا که به نظر می‌رسد افراد دیالیزی در هر جنس و سواد به دلیل وضعیت خاص جسمانی و شرایط روانی خود همگی در سطحی مشترک به بهداشت دهان و دندان خود اهمیت می‌دهند و هرچه از مدت دیالیزشان بگذرد، آگاهی آنها نسبت به بیماری خود بالا رفته و به تبع آن به بهداشت و پیشگیری در زمینه‌های مختلف اهمیت بیشتری می‌دهند.

با توجه به اطلاعات فراهم شده ملاحظه می‌شود وضعیت لثه مردان دیالیزی ($p=0/001$) بدتر از مردان غیردیالیزی است و مطالب فوق در گروه زنان نیز صادق بوده و ارتباط بین وضعیت CPITN در دو گروه دیالیزی و غیردیالیزی با $p=0/008$ معنی‌دار می‌باشد. همچنین در خصوص میزان تحصیلات نمونه‌ها به سه گروه بی سواد، زیر دیپلم، بالای دیپلم تقسیم بندی شدند که با توجه به نتایج حاصله مشاهده شد که در گروه بی سواد ($p=0/702$) زیر دیپلم، ($p=0/133$) رابطه معنی‌داری دیده نشد ولی در گروه بالای دیپلم ($p<0/001$) رابطه معنی‌داری ملاحظه گردید که می‌تواند نشان‌دهنده تاثیر مثبت تحصیلات عالی بر رعایت بهداشت دهان و دندان باشد و تفاوت مشاهده شده مربوط به بیماری کلیوی (افراد تحت درمان دیالیز) است که باعث می‌شود وضعیت لثه این بیماران بدتر شود. به عبارت دیگر می‌توان گفت شدت بیشتر تخریب لثه در گروه‌های بی سواد و کم سواد نسبت

می‌گردند (۱۲) که این مشکلات ممکن است به دلیل عوامل مختلفی مانند شرایط نسبی کاهش ایمنی، داروهای مصرفی، تخریب استخوان و محدودیت مصرف مایعات در این افراد باشد (۱۰).

در گروه ۴۴-۲۰ سال بین بیماری دیالیز و تخریب پرپودنتال رابطه معنی‌داری مشاهده شد ولی در گروه ۶۵-۴۵ سال ($p=0/443$) معنی‌دار نمی‌باشد. این یافته می‌تواند ناشی از ماهیت تجمعی بیماری پرپودنتال باشد که در نتیجه تخریب پرپودنتال با افزایش سن افزایش می‌یابد. کدهای صفر و ۱ که بیانگر وضعیت بهتر لثه می‌باشد، در گروه کنترل بیشتر دیده می‌شود و کدهای ۲ و ۳ در گروه دیالیزی فراوانی بیشتری دارند.

کارل^۱ (۱۴) و کوچت^۲ (۱۵) نیز در مطالعات جداگانه، شدت بیشتری از بیماری پرپودنتال را در گروه مورد خود مشاهده کردند و این احتمال را دادند که این مشاهدات در ارتباط با کاهش کارایی گلبول‌های سفید در این بیماران باشد.

با این وجود اوشرین^۳ و همکاران (۱۶) تفاوت معنی‌داری را در پارامترهای پرپودنتال بین گروه دیالیزی و افراد سالم مشاهده نکردند و همچنین بیان کردند که کاهش سطح ایمنی در نمای کلینیکی پرپودنتال تاثیر گذار نمی‌باشد. این محققان هیچ اشاره‌ای به یکسان‌سازی اولیه گروه‌ها نکرده بودند. در این مطالعه برای تشخیص بیماران پرپودنتال صرفاً از PDI^۴ استفاده شد، در حالی که در مطالعه اخیر از شاخص CPITN استفاده گردیده است.

بر پایه نتایج مطالعه می‌توان گفت که شاخص CPITN در افراد دیالیزی، با سن و میزان تحصیلات ارتباط داشته است. یعنی این تحقیق بین درجات CPITN و عوامل سن و تحصیلات، رابطه معنی‌داری را به دست آورده است.

¹ Carl

² Khocht

³ Oshrain

⁴ Pocket Depth Index

ریشه‌بودن دندان‌های خلفی می‌تواند بر تخریب پریدنتال اثر منفی داشته باشد. از محدودیت‌های این تحقیق می‌توان به مشکلات در جلب همکاری بیماران به علت خستگی ناشی از بیماری‌های کلیوی و طولانی بودن همودیالیز اشاره کرد.

نتیجه گیری

مطالعه موجود بیانگر این امر است که شدت بیماری‌های لثه‌ای در جمعیت دیالیزی شایع‌تر از افراد غیردیالیزی (سالم) می‌باشد. لذا ایجاد انگیزه در جامعه دندانپزشکی در خصوص این بیماران باید تقویت گردد. مشکلات دندانپزشکی این افراد می‌تواند شرایط سیستمیک و کنترل این شرایط و در نهایت کیفیت زندگی آنان را تحت‌الشعاع قرار دهد. در این خصوص معاینات متناوب و دقیق بهداشت دهان جهت ارتقای بهداشت دهان و دندان بیمار، مراقبت‌های دندان‌پزشکی و جلوگیری از پیشرفت بیماری‌های پریدنتال موثر می‌باشد.

تشکر و قدردانی

این مقاله برگرفته از پایان نامه شماره ۵۱۴ دانشکده دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد می‌باشد. از تمامی عزیزانی که در انجام پژوهش محققین را یاری نمودند، قدردانی می‌گردد.

به گروه با سواد ناشی از تأثیر شرایط اجتماعی (سواد) بر بهداشت دهان و دندان بوده است. در حالی که مشکلات کلیوی در هر سه گروه تأثیر مشترکی گذاشته است.

از دیگر نتایج اینکه شدت تخریب پریدنتال در افراد دیالیزی که کمتر از دو سال تحت دیالیز بودند، بیشتر از افرادی بود که بیش از دو سال تحت دیالیز بودند. اگرچه این اختلاف به جهت آماری معنی‌دار نبوده است. انتظار می‌رود چنانچه حجم نمونه بیشتر باشد، افراد با سابقه بیشتر مدت دیالیز از وضعیت پریدنتال بدتری برخوردار باشند. درصد کد ۱ در گروه کمتر از دو سال دیالیز از کدهای دیگر بیشتر است.

در مورد تفاوت ایندکس CPITN در سکستانتهای مختلف باید گفت اولاً میزان این ایندکس در فکین بالا و پایین با هم تفاوت محسوسی ندارد، ثانیاً بین سکستانتهای خلفی و قدامی تفاوت دیده می‌شود، که شاخص CPITN در سکستانتهای قدامی فک بالا نسبت به دیگر سکستانتهای تمایل بیشتری به کد صفر و ۱ دارد و این می‌تواند نشانگر اهمیت بیشتر افراد به رعایت بهداشت در این سکستانتهای باشد که از نظر زیبایی از اهمیت بیشتری برخوردار است، همچنین به سبب خودبه‌خود تمیز شدن ناحیه توسط لب و زبان در سکستانتهای قدامی بوده، سهولت بیشتر برای تمیز کردن دندان‌های قدامی و همچنین چند

References

- 1- Carvalho AA, Farsura PP, Bastos MG, Vilela EM. Influence of non-surgical periodontal treatment on hematological and biochemical parameters of patients with chronic renal failure in pre-dialysis. *Periodontia*. 2011; 21: 27-33.
- 2- Lingam A, Reddy S, Tatapudi R, Reddy L, Nimma V, Partha k, Koppolu P. Oral Health Status in Haemodialysis Patients. *J Clin Diagn Res*. 2013; 7(9): 2047-2050.
- 3- Singh G. Renal disease. *Med Clin North Am*. 2005;89:240.
- 4- Fauci AS, Braunwald E, Kasper DL, Hauser SL, Longo DL, Jameson JL, Lascenzo J. *Harrison's Principles of Internal Medicine*. 7th edition. McGraw-Hill Access Medicine. 2008: 271-83.
- 5- Proctor R, Kumar N, Stein A, Moles D, Porter S. Oral Dental aspects of chronic renal failure. *J Dent Res*. 2005; 84 (3): 199-208.
- 6- Klassen JT, Krasko BM. The Dental Health Status of Dialysis Patients. *J Can Dent Assoc*. 2002; 68 (1):34-8.

- 7- Greenberg MS, Glick M. Burket's Oral Medicine- Diagnosis and Treatment. 12th ed. BC Decker Inc; 2008: 428-432.
- 8- Soleimani Shayeste. Y, Ghanbari A. An evaluation on CPITN index in hemodialytic patients in Tehran. jdm. 2004; 17 (3) :28-35
- 9- Al-Wahadni A., Al-Omari MA., Dental disease in a Jordanian population on renal dialysis. Quintessence Int. 2003; 34 (5): 343-347
- 10- Klassen JT, Krasko BM. The dental health status of dialysis patients. J Can Dent Assoc. 2002; 68 (1): 34-38.
- 11- Carranza FA, Newman MG. Clinical Periodontology. 8th ed. Philadelphia: Saunders: 1996: 70-71:538.
- 12- Lindhe J, Karring T, Long P. Clinical periodontology and Implant Dentistry. 3rd ed. Copenhagen: Munksgaard; 1997: 350-51.
- 13- 3-Fauci As Hauser sl. Harrison,s Principle of internal Medicine. 14thed. New York:McGraw - Hill;1998: 1495-1524.
- 14- Carl W. Chronic renal disease and hyperparathyroidism: Dental manifestations and management. Compendium1987; 8 (9):697-699.
- 15- KhochtA. Periodontitis associated with chronic renal failure case report. J periodontal. 1996 Nov;67 (11):1206-1209.-Cohen SG, Lynch MA, Brightman VJ, Greenberg MS, Eds. Burker's oral medicine. 9th ed. Philadelphia: Lippincott; 194:487-509.
- 16- Oshrain HI, MendreS, Mandel ID. Periodontal status of patients with reduced immunocapacity. J Periodontol 1979; 50 (4):185-188