فراوانی پوسیدگی دندان و بیماری‌های لثه در بیماران دیالیزی کلینیک تخصصی دندانپزشکی و دیالیز مجتمع دارویی و درمان هلال ایران

حامد فرساد[1]، خدیجه حیدری[2]، نادر اویسی[3]، سمیرا طبیبان[4]، سید صمد آقامیری[5]، نفیسه معمار کرمانی[6]

۱- نویسنده مسئول: *MD*، معاون پژوهش مؤسسه آموزش عالی علمی ـ کاربردی هلال ایران

Email: hfar48@ yahoo.com

۲- پژوهشگر جمعیت هلال احمر

۳- کارشناس ارشد، مدیر امور پژوهشی مؤسسه آموزش عالی علمی کاربردی هلال ایران

٤- پژوهشگر جمعیت هلال احمر، فوق تخصص بیماری کلیه و فشارخون

٥- *MD*، رئیس مؤسسه آموزش عالی علمی ـ کاربردی هلال ایران

٦- *MD*، متخصص دندانپزشکی- کلینیک تخصصی دندانپزشکی مجتمع داروئی و درمان هلال ایران

تاریخ وصول: ۹۰/۱۲/۱۵ تاریخ پذیرش: ۹۱/٤/۱۰

چکیده

مقدمه: با توجه به اهمیت بهداشت دهان و دندان در ارتقای سلامت بیماران دریافت کنندهٔ دیالیز و لزوم توجه بیشتر دندانپزشکان و مسئولان وزارت بهداشت در تصمیم‌گیری‌ها و برنامه‌ریزی برای این قشر خاص، در این مطالعه فراوانی و وضعیت پوسیدگی لثه و دندان در بیماران دیالیزی مرکز هلال‌احمر تهرانپارس بررسی شد.

روش‌ها: این مطالعه مقطعی درسال ۱۳۸٤ در ٦۹ بیمار همودیالیزی مرکز هلال‌احمر تهرانپارس به روش نمونه‌گیری سرشماری انجام شد. روش جمع‌آوری اطلاعات به‌صورت مشاهده، معاینه و مصاحبه بود. علاوه بر اطلاعات دموگرافیک و بالینی بیمار وضعیت دهان و دندان نیز بررسی شد.

یافته‌ها: میانگین (انحراف معیار) DMF در کل افراد ۹/۹± ۱۷/۲و در افراد دارای دندان ۲/٦± ۱۱/٤٤ بود. میانگین (انحراف معیار) NIDCR ۳٤/٥±۲٥/٤ بود. ٤٥/۸٪ بیماران بدون دندان استفاده شبانه از پروتز داشتند. ٥٤/۲٪ از بیماران بدون دندان لقی پروتز فک پایین داشتند. ۳۷/٥٪ از بیماران بدون دندان دارای ضایعات دنچر استوماتیت در فک بالا بودند. از نظر درگیری فوکا در دندان‌های مورد نظر ٤۱/٥ درصد درگیری فورکا درجهٔ یک و ۲٦/۸ درصد فورکا درجهٔ دو داشتند. ٥۱/۲ درصد افراد مشکلی از نظر درگیری فورکا نداشتند. از لحاظ آماری بین درگیری فورکا و مدت دیالیز ارتباط معنی‌داری مشاهده نشد (P=0.654). از نظر جرم فقط ۱۱/۱ درصد از افراد جرم نداشتند و ۸۸/۹ درصد دارای جرم زیر لثه‌ای و٦۲/۲ درصد فقط دارای جرم بالای لثه بودند. از لحاظ دفعات مسواک زدن حدود یک سوم افراد مسواک نمی‌زدند یا گاهی اوقات مسواک می‌زدند. از نظر روش مسواک زدن نیمی‌از افراد روش افقی را برای مسواک زدن به‌کار می‌بردند. ارتباط معنی‌داری بین DS در فک بالا و استفادهٔ شبانه از پروتز یافت نشد.

نتیجه‌گیری: بیماری کلیه و دیالیز اثری در پوسیدگی دندان ندارد و باعث تشدید آن نمی‌شود که احتمالاً به‌دلیل خاصیت آنتی باکتریال اوره بزاق در این افراد می‌باشد. در این خصوص لزوم مطالعات بیشتر در سطح جامع و گسترده‌تر و با توجه به رژیم‌های غذایی و دارویی ضروری به‌نظر می‌رسد.

کلمات کلیدی: پوسیدگی، بیماری‌های لثه، بیماران دیالیزی.

مقدمه

بیماری‌هایی کلیوی از لحاظ تعداد بیماران مبتلا در ردهٔ چهارم امراض بشری قرار دارند و سالیانه ۱۰ تا ۱۵ درصد بر تعداد بیماران دیالیزی افزوده می‌گردد. تظاهرات این بیماری می‌تواند در سیستم‌های قلب و عروق، گوارش، سیستم عصبی عضلانی، خون و پوست مشاهده شود. این اثرات شامل فشار خون بالا، بی‌اشتهایی، التهاب گسترده سیستم گوارشی، زخم اثنی‌عشر و التهاب مخاط دهان می‌باشد(۱).

در بیماران دیالیزی عفونت‌های دهانی می‌تواند منجر به سپتی سمی، اندوکاریت یا اندارتریت فیستول دیالیزی یا کاتتر پریتونئال شود. به‌علاوه این بیماران مستعد برخی از مشکلات دهانی– دندانی مانند بیماری پریودنتال، باریک شدن پالپ چمبر، از دست رفتن لامینا دور، اختلالات مینای دندان‌ها، از دست دادن زودرس دندان‌ها و خشکی دهان می‌باشند. همچنین بیماری که قصد پیوند کلیه دارد مصرف داروهای ایمنو ساپرسیو ممکن است وی را مستعد انتشار عفونت از طریق دهان کند(۲و۳).

با توجه به اهمیت بهداشت دهان و دندان در ارتقای سلامت بیماران دیالیزی و لزوم توجه بیشتر دندانپزشکان و مسئولان در تصمیم‌گیری‌ها و برنامه‌ریزی برای این قشر خاص، در این مطالعه فراوانی و وضعیت پوسیدگی لثه و دندان در بیماران دیالیزی مرکز هلال‌احمر تهرانپارس بررسی شد.

روش‌ها

این مطالعه توصیفی مقطعی درسال ۱۳۸٤ در ٦۹ بیمار همودیالیزی مرکز هلال‌احمر تهرانپارس به روش نمونه‌گیری سرشماری انجام شد. انتخاب این مرکز به دلیل مجاورت کلینیک دیالیز و کلینیک دندانپزشکی مرکز هلال‌احمر تهرانپارس و تعداد نسبتاً بالای مراجعین دیالیزی به بخش دندانپزشکی نسبت به دیگر مراکز موجود در کشور بود. تمامی افرادی که در این مرکز تحت درمان با دیالیز بودند وارد این تحقیق شدند. اهداف و ضرورت‌های انجام این طرح برای بیماران مطرح و از همهٔ بیماران رضایت‌نامهٔ کتبی برای شرکت در مطالعه اخذ شد.

اطلاعات دموگرافیک (شامل سن، جنس و تحصیلات) و اطلاعات بالینی بیمار (شامل مدت درمان دیالیز، سابقهٔ پیوند کلیه، بیماری‌های سیستمیک، داروهای مصرفی و علت بیماری کلیوی) را یک پرستار ثبت کرد. بررسی وضعیت دهان و دندان بیماران و تمامی معاینات با استفاده از وسایل استریل روی یونیت دندانپزشکی با نور کافی و با استفاده از پروب پریو دونتال هوفردی و آینهٔ دندانپزشکی انجام شد. همچنین موارد زیر بررسی و توسط دستیار ثبت گردید.

همهٔ دندان‌ها بجز دندان عقل از لحاظ پوسیدگی دندانی (D)، فقدان دندانی (M) و پرکردگی (F) بررسی شدند و برای هر دندان یک عدد منظور گردید. دندانی که نیاز به کشیدن داشت نیز در گروه M قرار داده شد. همهٔ اعداد با هم جمع شد و عدد بدست آمده به‌عنوان شاخص DMFT در نظر گرفته شد.

برای بررسی خونریزی لثه از شاخص انستیتوی ملی تحقیقات دندانپزشکی و کرانیوفاشیال استفاده شد(٤). ارزیابی بیماری پریودنتال توسط شاخص انستیتوی ملی تحقیقات دندانپزشکی و کرانیوفاشیال دارای سه قسمت بررسی ارزیابی تخریب پریودنتال، ارزیابی لثه‌ای و ارزیابی جرم می‌باشد. بررسی تخریب پریودنتال شامل ارزیابی از دست رفتن چسبندگی پریودنتال و درگیری ناحیهٔ فوکا می‌باشد. در ارزیابی لثه‌ای سطوح فاسیالی و میو فاسیالی دندان‌ها در دو نیمهٔ فکی به‌صورت تصادفی انتخاب و یکی از دو فک

بالا و نیز یکی از دو فک پایین برای خونریزی بررسی شدند. در صورت وجود جرم بالای لثه‌ای و زیر لثه‌ای با هم عدد ۲ و درصورت وجود جرم فوق لثه‌ای عدد یک و در صورت نداشتن جرم عدد صفر در نظر گرفته شد.

برای بررسی وضعیت سلامت لثه نیز از شاخص GI[1] استفاده شد. در این شاخص لثهٔ نرمال عدد صفر، التهاب ملایم (تغییر مختصر در رنگ و ادم و نداشتن خونریزی هنگام پروب) عدد یک، التهاب متوسط (قرمزی، ادم، براق شدن لثه، خونریزی به هنگام پروب) عدد دو، التهاب شدید (قرمزی کاملاً مشخص، ادم، زخمی شدن، تمایل به خونریزی خودبه‌خودی) عدد سه تعلق می‌گیرد. سپس اعداد به‌دست آمدهٔ همهٔ دندان‌ها با یکدیگر جمع و بر تعداد دندان‌ها تقسیم می‌گردد. اگر عدد به‌دست آمده بین ۰/۱ تا ۱ باشد التهاب خفیف، اگر بین ۱/۱ تا ۲ باشد التهاب متوسط و اگر بین ۲/۱ تا ۳ باشد التهاب شدید است(٤).

PAL[2] در محل‌های فاسیال و مزیوفاسیال دندان‌ها در دوکوادرانت ماگزیلا و مندیبل به‌طور تصادفی انتخاب شد و با استفاده از روش محاسبهٔ غیر مستقیم رمفورد اندازه‌گیری و بر حسب میلی‌متر بیان شد. درگیری فورکا نیز در ۱۰ دندان بررسی شد که مولرهای اول و دوم ماگزیلا و مندیبل و پر مولرهای اول ماگزیلا را شامل می‌شد. این بررسی نیازمند استفاده از سوند شمارهٔ ۱۷ برای دندان‌های ماگزیلا و سوند Cowhorn شمارهٔ ۳ برای دندان‌های مندیبل بود. میزان درگیری فوکا در مزیال، فاسیال و دیستال مولرهای ماگزیلا، مزیال و دیستال پرمولرها و فاسیال و لینگوال مولرهای مندیبل بررسی شد. درجهٔ صفر در صورت عدم درگیری فورکا، درجهٔ یک در صورت وجود درگیری نسبی فورکا اما عدم امکان عبور پروب از فورکیشن و درجهٔ دو درگیری فورکا در صورتی‌که امکان عبور سوند از بین ریشه‌ها و از میان درگیری در نظر گرفته می‌شد. در مورد افراد بدون دندان وجود ضایعهٔ دنچر استوماتیت در فک بالا و لقی پروتز فک پایین بررسی شد.

همچنین بیماران نحوهٔ مسواک زدن خود را بر روی مدل نشان می‌دادند و بر اساس آن در یکی از سه گروه رول، افقی و سایر طرق قرار داده می‌شدند. پس از تکمیل فرم، روش صحیح مسواک زدن به بیماران آموزش داده شد. درارتباط با دفعات مسواک زدن بیمار و همچنین سایر روش‌های رعایت بهداشت با استفاده از نخ دندان و خلال نیز از بیماران سؤال شد. از بیماران بدون دندان در مورد استفادهٔ شبانه از پروتز سؤال شد.

آنالیز آماری با استفاده از نرم افزار SPSS 13 انجام شد. تست آماری t مستقل و ANOVA و ضریب همبستگی پیرسون و اسپیرمن برای مقایسه و بررسی روابط استفاده شد. $P<0.05$ به‌عنوان سطح معنی‌داری تلقی گردید.

یافته‌ها

از ۷۸ بیمار معرفی شده از بخش دیالیز، ٦ بیمار به علت تمایل نداشتن به همکاری از مطالعه خارج شدند و در نتیجه ٦٩ بیمار (۲۵ زن و ٤٤ مرد) با میانگین (انحراف معیار) سنی ۱۷/۱± ۵۳/۲ سال در این مطالعه شرکت کردند. ٤٥ نفر (٦٥/۲٪) دارای دندان بودند. ۱۸ نفر (٢٦٪) تحصیلات دیپلم و بالاتر از دیپلم داشتند. ٦٤ نفر (۹۲/۸٪) از روش همودیالیز فیستول، ٤ نفر (۵/۸٪) از روش گرافت و ۱ نفر (۱/٤٪) از روش کاتتر پریتونئال استفاده می‌کردند. مدت دیالیز، سابقهٔ پیوند،

[1] Gingival Index
[2] Periodontal Loss of attachment

علتESRD، بیماری‌های سیستمیک و داروهای مصرفی در جدول شمارهٔ ۱ ذکر شده است.

میانگین (انحراف معیار) DMFT در کل افراد ۹/۹± ۱۷/۲ و افراد دارای دندان ۲/٦± ۱۱/٤٤ بود. میانگین شاخص DMFT به تفکیک تحصیلات، جنس و مدت دیالیز در جدول شمارهٔ ۲ ذکر شده است. همان‌طور که در جدول شمارهٔ ۲ ملاحظه می‌شود در افراد دارای دندان، میانگین شاخص DMFT زنان بیشتر از مردان بود و همچنین از لحاظ آماری ارتباط معنی‌داری بین DMFT و میزان تحصیلات به‌دست آمد (ANOVA، P =۰/۰۰۲). بین میانگینDMFT در دو جنس(P=0.553) و مدت زمان دیالیز(P=0.555) ارتباط معنی‌داری یافت نشد.

میانگین (انحراف معیار) شاخص NIDCR ۲۵/٤±۳٤/٥ بود و از لحاظ آماری بین شاخص NIDCR در دو جنس (P=0.504) و مدت دیالیز(P=0.333)ارتباط آماری معنی داری مشاهده نشد. میانگین (انحراف معیار) Gingival index ۰/۳٦±۱/۳٥ بود. ۸۲/۲٪ بیماران دارای التهاب متوسط لثه و ۱۷/۸٪ نیز دارای التهاب خفیف لثه بودند.

در بررسی شاخص PAL هشتاد درصد افراد attachment loss کمتر سه میلی‌متر و٦۸/۹ درصد بیشتر از ٤ میلی‌متر و ۳۱/۱ بیشتر از ۷ میلی‌متر داشتند. از لحاظ آماری بین PAL و میزان تحصیلات ارتباط آماری معنی‌داری مشاهده شد(P=0.008).

٤٥/۸٪ بیماران بدون دندان استفادهٔ شبانه از پروتز را ذکر کردند. همچنین ٥٤/۲٪ بیماران بدون لقی پروتز فک پایین و ۳۷/٥٪ از بیماران بدون دندان نیز دارای ضایعات دنچر استوماتیت در فک بالا بودند.

از نظر درگیری فورکا در دندان‌های مورد نظر ٤۱/٥٪ درگیری فورکا درجه یک و ۲٦/۸٪ درگیری فورکا درجه دو داشتند و ٥۱/۲٪ افراد نیز درگیری فورکا نداشتند (درجه صفر). از لحاظ آماری بین درگیری فورکا و مدت دیالیز ارتباط معنی‌داری مشاهده نشد (P =۰/٦٥٤). از نظر جرم ۱۱/۱٪ از افراد جرم نداشتند، ۸۸/۹٪ دارای جرم زیر لثه و جرم بالای لثه بودند. ارتباط آماری معنی‌داری بین شاخص جرم و مدت دیالیز یافت نشد (P =۰/۸۲۷). ٥ نفر (۰/۸٪) مسواک نمی‌زدند و ۲٤ نفر (۳٦٪) روش مسواک زدن افقی را انجام می‌دادند. میزان خونریزی پس از پروب در این مطالعه ۱۰۰ درصد بود.

بحث

میانگین پوسیدگی دندانی (D) در تحقیق حاضر به نتایج طرح ادارهٔ سلامت دهان و دندان در کل کشور (D =۳/۲) نزدیک است(٥). از نظر دندان‌های پر شده نیز این نزدیکی مشاهده می‌شود. لذا به‌نظر می‌رسد میزان پوسیدگی در بیماران دیالیزی به حدی که انتظار می‌رود بالاتر از میانگین پوسیدگی دندانی در کل کشور نیست (٥). در مطالعهٔ حاضر، میزان دندان‌های کشیده شده در گروه ٤٤-۳٥ ساله کمتر از کل کشور بود؛ در حالی‌که از نظر دندان‌های پرشده نیز مشابه تحقیق ادارهٔ سلامت دهان و دندان در کل کشور می‌باشد.

در مطالعه‌ای که توسط Judith و همکارانش در مورد ۱٤۷ بیمار همودیالیزی انجام شد، میزان دندان‌های پوسیده بسیار پایین گزارش شده است (۲). همچنین شاخص DMFT به‌دست آمده در تحقیقی در بیماران دیالیزی در ٥ بیمارستان تهران نزدیک به تحقیق حاضر گزارش شده است (٦). همچنین میانگین شاخص DMFT در بیماران دیالیزی اردنی ۸/٥ گزارش شده است که از نتایج مطالعهٔ حاضر کمتر

است و این در حالی است که سن افراد در این مطالعه کمتر از افراد مطالعهٔ حاضر بود (۷).

بر اساس نتایج مطالعهٔ حاضر، بیماری کلیه و دیالیز اثری در پوسیدگی دندان ندارد و باعث تشدید آن نمی‌شود که احتمالاً به‌دلیل خاصیت آنتی باکتریال اوره بزاق در این افراد می‌باشد (۲). همچنین تفاوت نتایج مطالعهٔ حاضر با تحقیقات انجام شده در کشورهای دیگر را می‌توان به دلیل تفاوت وضعیت بهداشتی- تغذیه‌ای، بیماری‌های سیستمیک و خصوصیات دموگرافیک این گروه بیماران دانست (۸). همچنین بالا بودن شاخص DMFT در مطالعهٔ حاضر به علت بالا بودن درصد افراد بدون دندان (۳٤/۷۸٪) در این مطالعه بود و علت افزایش میانگین DMFT در افراد دارای دندان نیز بالا بودن میزان دندان‌های کشیده شده یا از دست رفته بود.

در تحقیقی در بیماران دیالیزی ۹۹٪ بیماران ژنژیویت را گزارش کرده بودند که مشابه نتایج مطالعهٔ حاضر است، به‌طوری که از نظر ایندکس خونریزی لثه همهٔ بیماران حداقل در یک یا چند نقطه خونریزی داشتند و جرم زیر لثه‌ای در ۸۸/۹ درصد از افراد یافت شد (۲).

در مطالعهٔ حاضر بیشتر افراد روش افقی را برای مسواک زدن بکار می‌برند که از لحاظ پریودنتال یک روش مخرب محسوب می‌گردد. همچنین میزان خونریزی پس از پروب در این مطالعه ۱۰۰ درصد بود که علت آن را می‌توان به میزان بالای داروهای مصرفی ضد انعقاد در بیماران دیالیزی مرتبط دانست (۲).

در تحقیق حاضر بین مدت دیالیز و وضعیت پریودنتال رابطه‌ای مشاهده نشد که مشابه چند تحقیق انجام شده در سایر کشورها بود. این یافته‌ها نشان می‌دهد که با وجود وضعیت اورمیک در این بیماران که منجر به ضعف سیستم ایمنی ناشی از افزایش توکسین‌ها می‌گردد، میزبان هنوز قادر است به تغییرات باکتریایی پاسخ دهد (۲ و ۵ و ۸).

با توجه به وضعیت پریودنتیت و ژنژیویت بالا در این افراد و رعایت نکردن بهداشت و اینکه احتمال پیوند کلیه در این بیماران وجود دارد توصیه می‌شود علاوه بر آموزش‌های بهداشتی در دوران نسبتاً طولانی همودیالیز، بیماران به‌صورت مداوم تحت درمان‌های پریودنتال و پوسیدگی‌های دندانی نیز قرار گیرند. همچنین دندانپزشکان باید مجموعه‌ای از مشکلات از قبیل دیابت، فشار خون بالا، استئو دیستروفی کلیوی، ضعف سیستم ایمنی، وجود پروتز غیر دندانی در بدن، مصرف داروهای ضد فشار خون، ضد انعقاد و ضد پلاکت و نیز محدودیت در مصرف مایعات در رژیم غذایی را نیز در درمان بیماران دیالیزی مد نظر گیرد.

نتیجه‌گیری

بیماری کلیه و دیالیز اثری در پوسیدگی دندان ندارد و باعث تشدید آن نمی‌شود که احتمالاً به‌دلیل خاصیت آنتی‌باکتریال اوره بزاق در این افراد می‌باشد. در این خصوص لزوم مطالعات بیشتر در سطح جامع وگسترده‌تر و با توجه به رژیم‌های غذایی و دارویی ضروری به‌نظر می‌رسد.

جدول شمارهٔ ۱- خصوصیات بالینی بیماران

خصوصیات	فراوانی (٪)
مدت دیالیز	
کمتر از ۱ سال	۹ (۱۳/۰)
۳-۱ سال	۳۱ (٤٤/۹)
بیشتر از ۳ سال	۲۹ (٤۲/۰)
سابقه پیوند	۱۱ (۱۵/۹)
علت ESRD	
دیابت	۲٤ (۳٤/۸)
فشار خون بالا	۳۲ (٤٦/٤)
کلیه پلی سیستیک	۷ (۱۰/۱)
مادر زادی	۱ (۱/٤)
سندروم نفروتیک	٤ (۵/۸)
ناشناخته یا سایر عامل	۱۸ (۲۲/۰)
بیماری‌هایی سیستمیک	
گواتر	۱(۱/٤)
فشار خون بالا	۲۰(۲۹/۰)
بیماری‌های ریوی	٤(۵/۸)
بیماری‌های قلبی	٤(۵/۸)
پاراتیروئیدیسم	۲(۲/۹)
سایر بیماری‌ها	۲۲(۳۱/۹)
داروهای مصرفی	
Rocatrol	۷(۱۰/۰)
Heparin	٦۹(۱۰۰/۰)
Cap caco3	٦۸(۹۸/٦)
NSAIDS	۵(۷/۲)
Predinsolon	۱(۱/٤)

جدول شمارهٔ ۲- میانگین شاخص DMFT در بیماران

خصوصیات	میانگین شاخص DMFT
زنان	۱۸/۲
مردان	۱٦/٦
زنان دارای دندان	۱۲/٦۹
مردان دارای دندان	۱۰/۷٦
بیماران سنین ٤٤-۳۵ سال	۱۱/۵۷
مدت دیالیز کمتر از ۱ سال	۱۸/۳۳
مدت دیالیز ۳-۱ سال	۱۸/٤۲
مدت دیالیز بیشتر از ۳ سال	۱۵/۸٦

References

1. *Bennett JC & Plum F (eds), Cecil's Textbook of Medicine, 20th ed, London, Saunders; 1996: Part X:511-50*

2. *Judith T, Klassen Bsc, Brenda M, Krasko, The dental health status of dialysis patients. J Can Dens Assoc 2002; 68(1):34-8*

3. *Atassi F, AL-Shammery RA, AL-Ghamdis, Gingival health among individual on hemodialysis in Saudi population, Saudi Dental j 2001; 13(2):82-86*

4. *Newman M, Takie H, Carranza F. Carranzas Clinical Periodontalogy, 9th ed. London, Sounders, 2000, pp: 80-85*

5. *National research plan of studying the dental health in the age group of 15-19 & 35-44 years old, Department of Oral Health and Center for Dental Research-School of dentistry Shahid Beheshti university, 2001-09-01*

6. *Sahebjamee M, Babak F, Dental Considerations in patients with renal failure in dentistry before and after kidney transplantation, Faculty of Dentistry of Tehran University, 3608 thesis, 1997*

7. *Al-wahdani A, Al-Omari MA, Dental disease in a Jordanian population on renal dialysis. Quintessence int. 2003 may; 34(5)*

8. *Tohidast Z, Shakouri M.R, Dental considerations in patients with chronic renal failure, Thesis No. 1034, Faculty of Dentistry, Tehran University of Medical Sciences*

The prevalence of tooth decay and gum diseases in dialysis patients in dental & dialysis clinic of Helal Complex drug therapy Crescent

***Corresponding author: Hamed Farsad**, MD-MPH, Research Deputy of Iran Helal Institute of Applied Science & Technology, Iran* ***Email**: hfar٤٨@yahoo.com*

***Khadijeh Heidari**, Researcher of Red Crescent society, Iran*
***Nader Oveisi**, MA in Environment, Director of research affairs in Iran Helal Institute of Applied Science & Technology, Iran*
***Samira Tabiban**, Researcher of Red Crescent society, Specialist in Nephrology and Hypertension, Iran*
***Seyyed Samad Aghamiri**, MD, Head of Iran Helal Institute of Applied Science & Technology, Iran*
***Nafiseh Memar Kermani**, Dental specialists, dental clinic of Helal Complex drug therapy Crescent, Iran*

Received: *٢٠١٢-٠٣-٠٦* ***Accepted:*** *٢٠١٢-٠٦-٣٠*

Abstract

Introduction:

Considering the importance of dental health of patients' receiving dialysis and necessity of dentists and health officials' more attention to decisions and planning for such patients, this study aims to investigate the prevalence and status of tooth decay and gum diseases in dialysis patients in Red Crescent Center of Tehranpars.

Methods:

In this cross-sectional study, a total of ٦٩ adult HD patients were evaluated in Red Crescent Center of Tehranpars by sampling in ٢٠٠٦. Data was collected through observation; interview and examination. The dental health status of patients was undertaken, in addition to their clinical and demographic characteristic.

Findings:

According to the results, the mean (SD) of DMF was ١٧/٢ ± ٩/٩ in all cases and were ١١/٤٤ ± ٢/٦ in dentate ones; the mean of NIDCR was ٣٤/٥ ± ٢٥/٤; also ٪٤٥/٨ of edentulous patients used of prosthetic devices at night; ٥٤/٢٪ of edentulous patients had mobility prosthesis in the lower jaw; ٣٧/٥٪ of the edentulous patients were with denture stomatitis lesions in the upper jaw. Regarding the furcation-involved teeth ٤١/٥٪ and ٢٦/٨٪ of respondents had grade I and II respectively. Statistically, there was no significant correlation between furcation-involvement and duration of dialysis (P= ٠,٦٥٤). Given the dental plaque, ١١/١٪ of patients had no calculus, ٨٨/٩٪ and ٦٢/٢٪ of participants had sub gingival calculus and supra gingival calculus respectively. About a third, brush their teeth sometimes or infrequently; and a half of the respondents brush their teeth horizontally. At the end, no significant correlation was observed between DS in upper jaw and using of prosthetic devices at night.

Conclusion:

Due to antibacterial properties of saliva urea in these patients, kidney disease and dialysis has no effect on tooth decay and will not exacerbate the disease. Therefore, it is necessary to do further studies comprehensively regarding dietary and drug regimens.

***Keywords**: tooth decay, gum diseases, dialysis patients*