

بررسی دلایل کشیدن دندان های دایمی در سال ۱۳۹۲ شهر شیراز

احسان علی آبادی^۱، اسماعیل مویدی^۲، جمشید جمالی^۳

- ۱- استادیار، گروه جراحی فک و صورت، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران.
۲- دانشجوی دکتری عمومی دندانپزشکی، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران.
۳- دانشجوی دکتری تخصصی آمار زیستی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران.

تاریخ پذیرش: ۹۲/۱۱/۳۰

تاریخ دریافت: ۹۲/۸/۱

چکیده

مقدمه و هدف:

کشیدن دندان ها به هر دلیلی که باشد تأثیرات منفی در روح و روان انسان می گذارد. به علاوه اختلالاتی در جویدن غذا، شکل ظاهری و تکلم بوجود می آورد. هدف از این مطالعه تعیین ارتباط فراوانی بیرون آوردن دندان های دائمی در دانشکده دندانپزشکی و درمانگاه های سطح شهر شیراز در سال ۱۳۹۲ با دلایل کشیدن دندان است.

مواد و روش ها:

این پژوهش مقطعی، بر روی ۸۰۰ بیمار و روش نمونه گیری تصادفی از میان مراجعه کنندگان به درمانگاه های دندانپزشکی شهر شیراز، انجام گرفت. اطلاعاتی همچون جنس، سن، میزان تحصیلات، علت اصلی در آوردن دندان (پوسیدگی، بیماری پریودنتال، پروتز، نهفتگی، ارتودنسی و خواست بیمار) و همچنین نوع دندان در برکه ای گردآوری شد. تجزیه و تحلیل داده ها توسط نرم افزار SPSS18 و با آزمون مجذور کای انجام گرفت.

نتایج:

پوسیدگی (۲۵٪)، ترکیب مشکل پریودنتال و پوسیدگی (۱۹/۸٪) و تقاضای مریض (۱۱/۲٪) شایعترین علل بیرون آوردن دندان بودند. آزمون کای دو نشان داد بطور کلی بین علت کشیدن دندان و جنسیت ارتباط معنی دار آماری وجود ندارد ($P=0/35$). نتایج نشان داد که علل کشیدن دندان با سطح تحصیلات بیماران ارتباط معنی دار آماری دارد.

نتیجه گیری:

نتایج بررسی صورت گرفته نشان داد که بیشتر دندان ها به دلیل پوسیدگی بیرون آورده شده اند که این امر نشان دهنده ی عدم برنامه های پیشگیری منظم و معاینه های دوره ای است.

کلیدواژه ها:

کشیدن دندان، پوسیدگی، شیوع، شیراز

مقدمه:

پوسیدگی در ایران نسبت به کل شاخص DMFT (دندان های دائمی) بالا است. این در حالی است که در کشورهای پیشرفته سهم MT بسیار پایین بوده و بخش اعظم شاخص DMFT را دندان های پر شده یعنی FT به خود اختصاص می دهد (۵-۶).

در اثر از دست دادن دندان های دائمی، زندگی افراد (گاهی در مواردی به صورت تدریجی و در مواردی به صورت ناگهانی) دستخوش تغییرات می گردد. از دست دادن دندان ها بر کیفیت زندگی متأثر از سلامت (Health-related quality of life) و به خصوص کیفیت زندگی متأثر از سلامت دهان و دندان (Oral health-related quality of life) و جهات مختلف آن تأثیرات منفی می گذارد (۷).

در تحقیقی که در آلمان توسط ریچ و هیلر انجام شد دیده شد که ۲۷/۳ درصد از دندان های کشیده شده به دلیل مشکل پریودنتال بوده

کشیدن دندانها به هر دلیلی که باشد تأثیرات منفی در روح و روان انسان می گذارد. به علاوه اختلالاتی در جویدن غذا، شکل ظاهری و تکلم بوجود می آورد. نگهداری دندانها تا بیشترین زمان ممکن می تواند سلامت دهان را تضمین کند. بنابراین بایستی از در آوردن دندان های دایمی تا حد امکان خودداری کرد (۱). علل کشیدن دندانها به دلایل مختلف فرهنگی-جغرافیایی در زمان های متفاوت بررسی، تفاوت دارد. پوسیدگی اصلی ترین علت کشیدن دندان ها در استرالیا و چین است (۲-۳). تحقیقی در اسکاتلند نشان داد، نسبت افراد بالغی که تعداد دندان های دایمی خود را از دست داده اند در سال های ۱۹۷۸، ۱۹۸۸ و ۱۹۹۸ به ترتیب برابر ۳۹٪، ۲۶٪ و ۱۸٪ بوده است (۴).

باید توجه داشت که سهم MT (دندان های کشیده شده به علت



توسط فرد گردآوری کننده از بیمار پرسیده و ثبت می گشت. جهت تجزیه و تحلیل داده ها، از نرم افزار آماری SPSS نسخه ۱۸ استفاده شد. علاوه بر استخراج آمار توصیفی شامل: فراوانی، درصد، رگرسیون لجستیک برای بررسی ارتباط همزمان سن، جنسیت، سطح تحصیلات، شماره دندان و فک مورد نظر بر علت بیرون آوردن دندان استفاده شد. در کلیه آزمون ها، ($P > 0.05$) به عنوان مرز معنی دار داده ها در نظر گرفته شد.

تعاریف علل بیرون آوردن دندان به این ترتیب هستند:

۱- پوسیدگی: وقتی که درمان ریشه انجام گرفته اما پوسیدگی باقی مانده به طوری که تاج دندان از دست رفته باشد.

۲- بیماری های پرپودنتال: دندان به علت پاکت های عمیق پرپودنتال و درد حاصل آن بیرون آورده شود.

۳- ترکیب پرپودنتال و پوسیدگی: دندان هایی که عمق پاکت آنها عمیق و دارای درد هستند و به علت عدم رعایت بهداشت یا عدم کیفیت پرشدگی یا درمان انجام شده به وجود آمده است.

۴- دلایل ارتودنسی: به منظور پیشگیری از مشکلات رویشی ناقص و بیش از حد دندان های نوجوانان و جوانان و بوجود آوردن اکلوژن نرمال بیرون آورده می شوند.

۵- تروما: دندان به دلیل شکستگی فک بیرون آورده می شود.

۶- نیمه نهفتگی دندان: رویش دندان بصورت ناکامل و نیمه نهفته که نیاز به جراحی نداشته باشد.

۷- خواست بیمار: بیمار با اینکه می تواند درمان های محافظه کارانه انجام دهد بعلت ترس یا عدم رغبت به درمان های دیگر، دندان خود را بیرون آورد.

۸- شکست ترمیم قبلی: درمان های ترمیمی محافظه کارانه بعلت های عدم کیفیت کار دندانپزشک و همچنین کیفیت مواد استفاده شده منجر به شکست درمان شود که دندان دیگر قابلیت ترمیم مجدد را نداشته باشد.

۹- مشکلات پیش پروتزی: دندان ها بیرون آورده می شود زیرا درمان های پروتزی بهتری برای آنها قائلیم.

۱۰- مشکلات اقتصادی: عدم توانایی بیمار در پرداخت هزینه درمان ریشه یا درمان های ترمیمی.

۱۱- ابسه پری اپیکال: با توجه به رادیوگرافی بیمار پی به وجود ضایعه اطراف ریشه ی دندان ببریم.

۱۲- پری کرونیته: التهاب و عفونت اطراف دندان مولارسوم که باید یک یا بیشتر دندان های مولار کشیده شود.

۱۳- زیبایی: بیمار در تصور خود دندان را بکشد و زیبایی به او برگردد.

معاینه کننده میبایستی اصلی ترین علت در آوردن دندان را مشخص می نمود دندان های شیری نیز از بررسی کنار گذاشته می شدند.

یافته ها:

۵۲٪ بیماران (۲۶۰ نفر) مذکر و ۴۸٪ (۲۴۰ نفر) مؤنث بودند. میانگین سن در بیماران مرد 36.77 ± 13.03 سال، در بیماران زن 37.53 ± 13.33 سال و در مجموع 37.14 ± 13.17 سال بود ($T=0.64; 0.51$).

در حالیکه پوسیدگی دلیل ۲۰ درصد کشیدنها بوده است^(۸). در بررسی دیگر در دوره ی ۲۰ ساله در نروژ که توسط کلاک و هاگوردن انجام شد، پوسیدگی از ۶۹ درصد در سال ۱۹۶۸ به ۳۵ درصد در سال ۱۹۸۸ رسیده بود^(۹).

باتوجه به اهمیت این موضوع و شمار محدود پژوهش در این زمینه در ایران و همچنین در شهر شیراز، نیاز به بررسی دلایل کشیدن دندان های دایمی بود. بنابراین ما بر آن شدیم تا مطالعه ای با هدف بررسی دلایل کشیدن دندان های دایمی در شهر شیراز انجام دهیم.

روش کار:

در يك مطالعه مقطعی، کلیه بیمارانی که از ابتدای سال ۱۳۹۲، در مدت زمان شش ماه برای کشیدن دندان به دانشکده دندانپزشکی و درمانگاه های سطح شهر شیراز مراجعه کردند مورد مطالعه قرار گرفتند. با استفاده از مطالعات مشابه داخلی و خارجی و مشاوره با متخصص آمار زیستی و با فرض این که درصد بالایی از نمونه های مورد مطالعه بیش از یک دندان خود را خواهند کشید، حجم نمونه ای معادل ۵۰۰ نفر مناسب تشخیص داده شد. در این بررسی بیماران مراجعه کننده به بخش جراحی دهان فک و صورت دانشکده دندانپزشکی شیراز و یک درمانگاه خصوصی و یک درمانگاه دولتی و یک مطب دندانپزشک عمومی مورد ارزیابی قرار گرفتند. در این مطالعه مقرر گردید افرادی که غیر ایرانی هستند یا دچار بیماری زمینه ای سیستمیک شامل بیماری دیابت، قلبی، پرفشاری خون و مشکلات انعقادی هستند از مطالعه خارج شوند. هیچ گونه مداخله ای در طرح درمان این افراد از سوی پژوهشگران صورت نگرفت. تنها در زمانی که طرح درمان کشیدن بین دندانپزشک معالج و بیمار به عنوان درمان حتمی مورد موافقت قرار گرفت، اطلاعات لازمه جمع آوری گردید. نام و اطلاعات شخصی بیماران در لیست جداگانه ای ثبت گردید و اطلاعات لازم در مورد دندان مورد درمان قرار گرفته و اطلاعات دموگرافیک افراد در فرم مخصوص جمع آوری داده ها و بدون ثبت نام و یا نام خانوادگی بیماران جمع آوری شد. بر روی فرم های مخصوص جمع آوری داده ها تنها به هر بیمار مورد مطالعه یک کد داده شد. با احتساب کشیدن به صورت متوسط ۲ تا ۳ دندان به ازای هر نفر (که باز هم با مراجعه به مطالعات قبلی به دست آمد) پیش بینی می شد تعداد ۱۶۰۰ تا ۲۴۰۰ دندان کشیده شده در طول زمان مطالعه مورد ارزیابی و بررسی قرار گیرد. جهت گردآوری اطلاعات مطالعه مذکور از چک لیستی شامل اطلاعات دموگرافیک (سن، جنس، سطح تحصیلات) بیماری زمینه ای (دیابت، قلبی، پرفشاری خون و مشکلات انعقادی و...) شماره دندان و فک مورد نظر و دلیل بیرون آوردن دندان با توجه به نظر دانشجوی سال آخر بوده است. در معاینه ی بیماران، عمق پاکت پرپودنتال دندان در سمت باکال در سه نقطه و در سمت لینگوآل یا پالاتال در يك نقطه توسط سند پروپ پرپودنتال بررسی شد که عمق پاکت بیشتر از ۳ میلی مترولقی دندان بیشتر از گریدا به عنوان بیماری پریو محسوب گردید. برای هر بیمار با توجه به رادیوگرافی بیمار، تشخیص دلایل کشیدن انجام گرفت. پس از توضیح در مورد بررسی یاد شده و کسب رضایت شفاهی از بیماران، اطلاعات فردی

بیماران با تحصیلات پایین تر بود. آزمون کای دو نشان داد علت کشیدن دندان با سطح تحصیلات بیماران ارتباط معنی دار آماری دارد ($P < 0.001$; $\chi^2 = 67.72$) جدول یک، اطلاعات تفصیلی در مورد علت کشیدن دندان بیماران به تفکیک سطح تحصیلات ارائه می‌کند.

نتایج حاصل از برازش رگرسیون لجستیک نشان داد با کنترل سایر متغیرها، شماره دندان بر علت مشکل پریدنتال، درمانهای ارتودنسی، نیمه نهفتگی دندان و تقاضای مریض موثر است. همچنین سن متغیر موثری در بیرون آوردن دندان به علت درمانهای ارتودنسی بود. جدول دو اطلاعات تفصیلی در مورد عوامل موثر (با کنترل سایر عوامل) بر هر یک از علت بیرون آوردن دندان ارائه می‌کند.

بحث:

جهت انجام مطالعه حاضر پژوهشگر با مراجعه به شمار تعیین شده ی مراکز درمانی مختلف اعم از درمانگاههای خصوصی، مطب های شخصی عمومی، علت بیرون آوردن دندان بررسی کرده است. از نظر بررسی تعداد مراکز درمانی بیشتر نسبت به بررسی در ژاپن که فقط یک کلینیک درمانی را بررسی کرده است، برتری دارد^(۱۱).

بر پایه ی بررسی کنونی علت بیرون آوردن دندان پس از پوسیدگی، ترکیب مشکل پریدنتال و پوسیدگی، خواست بیمار بوده است که با بررسی های دیگر که بیشتر پوسیدگی بوده متفاوت است^(۶،۵،۳).

در مطالعه حاضر مشخص شد که بیشترین گروه سنی مراجعه کننده جهت بیرون آوردن دندان کمتر از ۳۰ سال سن داشتند. و بین سن و مشکلات ارتودنسی ارتباط معنی داری دیده شد.

بیشترین طیف سنی در بررسی های Hull و همکاران، جهت بیرون آوردن دندان در گروههای سنی ۵۱ تا ۶۰ و سپس ۴۱ تا ۵۰ سال گزارش شده است^(۵). علت تفاوت گروه سنی در بررسی یاد شده با مطالعه حاضر ممکن است به علت تفاوت های اقتصادی، سطح اجتماعی و فرهنگی باشد. همچنین نشانگر این است که سیاست های اجرا شده در زمینه ی حفظ و نگهداری دندان ها موفقیت آمیز نبوده است.

بر پایه ی بررسی کنونی علت بیرون آوردن دندان پس از پوسیدگی، ترکیب مشکل پریدنتال و پوسیدگی، خواست بیمار بوده است. در بررسی که در کشور لهستان انجام گرفت شباهت هایی با نتایج بررسی مذکور داشت. بررسی Kabat نشان داد، شایعترین علت بیرون آوردن دندان، پوسیدگی و سپس خواست بیمار به دلایل اقتصادی بیماران بوده است^(۱۱). اما در مطالعات دیگرین وضعیت فقر در جامعه با بیرون آوردن دندان ارتباطی نشان داده نشده است^(۱۲-۱۳).

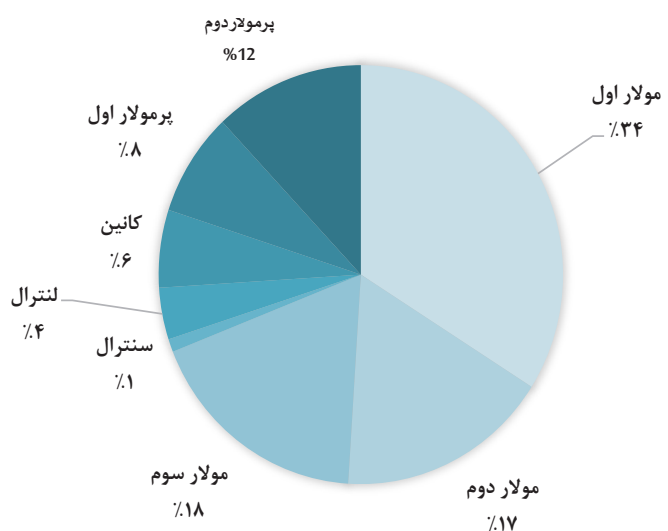
با توجه به نتایج بررسی های دیگر در سایر کشورها علت شایع بیرون آوردن دندان پس از پوسیدگی، بیماری پریدنتال بوده است^(۱۴-۱۵). همچنین بررسی در سنگاپور نشان داد که دو دلیل مذکور برای کشیدن جز مهمترین دلایل بررسی است^(۱۳). ولی در ژاپن دلیل اصلی کشیدن پوسیدگی بود^(۱۳). این تفاوت ها را می توان ناشی از شرایط فرهنگی و اقتصادی و اجتماعی و همچنین شرایط بهداشتی بیماران دانست.

طی بررسی صورت گرفته در رابطه با میزان تحصیلات افراد، پوسیدگی علت

۳۳/۴٪ بیماران (۱۶۷ مورد) کمتر از ۳۰ سال، ۳۰/۲٪ بیماران (۱۵۱ مورد) بین ۳۰ تا ۴۰ سال، ۱۷/۲٪ بیماران (۸۶ مورد) بین ۴۰ تا ۵۰ سال، ۱۱/۲٪ بیماران (۵۶ مورد) بین ۵۰ تا ۶۰ سال و ۸٪ بیماران (۴۰ مورد) بیش از ۶۰ سال سن داشتند.

۲۰۴ بیمار (۴۰/۸۰٪) تحصیلات زیر دیپلم، ۲۰۱ بیمار (۴۰/۲۰٪) دیپلم و ۹۵ بیمار (۱۹٪) تحصیلات دانشگاهی داشتند. ۵/۶۲٪ (تعداد ۵۰۰ نفر) بیماران هیچگونه پیشینه ی بیماری نداشتند و ۳۷/۵ درصد بیماران (۳۰۰ نفر) سابقه بیماری انعقادی (۶/۲۵٪)، پرفشاری خون (۴/۷۵٪)، دیابت (۱۰/۶۲۵٪)، بیماری قلبی (۷٪)، دندان شیر (۴/۵٪) و اتباع ایرانی نبودند (۱۰/۶۲٪) اختصاص داشت.

پوسیدگی (۲۵٪)، ترکیب مشکل پریدنتال و پوسیدگی (۱۹/۸٪) و تقاضای مریض (۱۱/۲٪) شایعترین علت بیرون آوردن دندان بودند. آزمون کای دو نشان داد بطور کلی بین علت کشیدن دندان و جنسیت ارتباط معنی دار آماری وجود ندارد ($P = 0.358$; $\chi^2 = 11.721$) جدول یک، اطلاعات تفصیلی در مورد علت کشیدن دندان بیماران ارائه می‌کند.



نمودار ۱: توزیع فراوانی نسبی دندان های شماره دندان های کشیده شده

۲۶۹ دندان (۵۳/۸٪) فک بالا و ۲۳۱ دندان (۴۶/۲٪) فک پایین بیماران بیرون آورده شد. پوسیدگی (۲۵/۷٪)، ترکیب مشکل پریدنتال و پوسیدگی (۲۲/۷٪) و تقاضای مریض (۱۲/۶٪) شایعترین علت بیرون آوردن دندان از فک بالا و پوسیدگی (۲۴/۲٪)، ترکیب مشکل پریدنتال و پوسیدگی (۱۶/۵٪) و نیمه نهفتگی دندان (۱۰/۸٪) شایعترین علت بیرون آوردن دندان از فک پایین بود. آزمون کای دو نشان داد علت کشیدن دندان در دو فک متفاوت است ($P = 0.005$). جدول یک، اطلاعات تفصیلی در مورد علت کشیدن دندان بیماران به تفکیک دو فک ارائه می‌کند.

۲۰۴ دندان (۴۰/۸٪) بیماران با تحصیلات زیر دیپلم، ۲۰۱ دندان (۴۰/۲٪) بیماران با تحصیلات دیپلم و ۹۵ دندان (۱۹/۰٪) بیماران با تحصیلات دانشگاهی، بیرون آورده شد. مشکل پریدنتال، درمانهای ارتودنسی و شکست ترمیم قبلی در بیماران با تحصیلات دانشگاهی کمتر از

جدول شماره ۱: توزیع فراوانی دندانهای کشیده شده به تفکیک جنسیت، فک و سطح تحصیلات

متغیر	جنسیت		فک		سطح تحصیلات			مجموع	علل کشیدن دندان
	مردان	زنان	آماره	فک بالا	فک	زیر	دیپلم	آماره	
	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	آزمون p- (value)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	آزمون p- (value)	تعداد (درصد)
مشکل	۱۱/۲	۹/۶	(۰/۵۶۵)	۱۰/۴	۱۰/۴	(۱۴/۲)	(۶/۵)	(۰/۰۳۸*)	(۱۰/۴)
پریودنتال	۲۹	۲۳	۰/۳۳۰	۲۸	۲۴	۲۹	۱۳	۶/۵۲۴	۵۲
پوسیدگی	۲۱/۵	۲۸/۸	(۰/۰۶۳)	۲۵/۷	۲۴/۲	(۰/۷۱۷)	(۲۲/۹)	(۰/۲۳۰)	(۲۵/۰)
	۵۶	۶۹	۳/۴۶۲	۶۹	۵۶	۵۹	۴۶	۲/۹۴۲	۱۲۵
ترکیب									
مشکل	۲۱/۵	۱۷/۹	(۰/۳۱۰)	۲۲/۷	۱۶/۵	(۰/۰۸۲)	(۲۲/۵)	(۰/۰۱۹*)	(۱۹/۸)
پریودنتال	۵۶	۴۳	۱/۰۳۱	۶۱	۳۸	۳/۰۳۴	۴۶	۷/۹۰۳	۹۹
وپوسیدگی									
درمانهای	۵/۴	۵/۰	(۰/۸۴۷)	۵/۹	۴/۳	(۰/۴۱۶)	۷ (۳/۴)	(۰/۰۰۱*)	(۵/۲)
ارتودنسی	۱۴	۱۲	۰/۰۳۷	۱۶	۱۰	۰/۶۶۱	۷	۱۳/۱۴۰	۲۶
تروما	۴/۲	۵ (۲/۱)	(۰/۱۷۳)	۹ (۳/۳)	۷ (۳/۰)	(۰/۸۴۲)	۶ (۲/۹)	(۰/۰۷۳)	(۳/۲)
	۱۱	۵	۱/۸۵۸	۹	۷	۰/۰۴۰	۱۰	۵/۲۲۹	۱۶
نیمه									
نهفتگی	۸/۱	۵/۴	(۰/۲۳۸)	۹ (۳/۳)	۱۰/۸	(۰/۰۰۱*)	۵ (۲/۵)	(۰/۰۰۱)	(۶/۸)
دندان	۲۱	۱۳	۱/۳۹۴	۲۵	۲۵	۱۰/۹۶۲	۱۶	۱۳/۶۱۹	۳۴
تقاضای	۱۱/۵	۱۰/۸	(۰/۸۰۳)	۱۲/۶	۹/۵	(۰/۲۷۱)	۸/۳	(۰/۰۹۴)	(۱۱/۲)
مريض	۳۰	۲۶	۰/۰۶۲	۳۴	۲۲	۱/۲۱۳	۱۷	۴/۷۳۸	۵۶
شکست									
ترمیم	۳/۸	۵/۰	(۰/۵۳۰)	۵/۶	۷ (۳/۰)	(۰/۱۶۶)	۳ (۱/۵)	(۰/۰۱۵*)	(۴/۴)
قبل	۱۰	۱۲	۰/۳۹۵	۱۵	۷	۱/۹۱۵	۱۱	۸/۳۶۳	۲۲
مشکلات									
پیش	۸ (۳/۱)	۷/۱	(۰/۰۴۰*)	۸ (۳/۰)	۷/۴	(۰/۰۲۵*)	۵/۹	(۰/۳۴۹)	(۵/۰)
پروتزی	۱۷	۱۷	۴/۲۱۷	۱۷	۱۷	۵/۰۳۲	۱۲	۲/۱۰۵	۲۵
مشکلات									
اقتصادی	۷/۳	۵/۸	(۰/۵۰۷)	۵/۶	۷/۸	(۰/۳۲۰)	۸/۳	(۰/۰۵۰)	(۶/۶)
	۱۹	۱۴	۰/۴۴۰	۱۵	۱۸	۰/۹۹۰	۱۷	۵/۹۷۹	۳۳
ابسه پری									
اپیکال	۴ (۱/۵)	۴ (۱/۷)	(۰/۹۰۹)	۵ (۱/۹)	۳ (۱/۳)	(۰/۶۱۹)	۲ (۱/۰)	(۰/۶۵۵)	۸ (۱/۶)
			۰/۰۱۳			۰/۲۴۸		۰/۸۴۶	
پری									
کرونیته	۲ (۰/۸)	۲ (۰/۸)	(۰/۹۳۶)	۰ (۰/۰)	۴ (۱/۷)	(۰/۰۳۰*)	۱ (۰/۵)	(۲/۵۱۸)	۴ (۰/۸)
			۰/۰۰۶			۴/۶۹۶		۰/۲۸۴	
زیبایی	۰ (۰/۰)	۰ (۰/۰)	-	۰ (۰/۰)	۰ (۰/۰)	-	۰ (۰/۰)	-	۰ (۰/۰)
جمع	۲۶۰	۲۴۰	-	۲۶۹	۲۳۱	-	۲۰۴	-	۵۰۰

جدول شماره ۲: نتایج حاصل از برازش رگرسیون لجستیک

شماره دندان	فک	سطح تحصیلات	جنس	سن	
۰/۰۰۳*	۰/۴۱۲	۰/۱۸۵	۰/۵۷۶	۰/۰۹۹	مشکل پرپودنتال
۰/۳۶۳	۰/۶۵۲	۰/۴۸۳	۰/۰۹۴	۰/۲۱۲	پوسیدگی
۰/۱۵۸	۰/۴۱۰	۰/۱۵۲	۰/۲۱۹	۰/۲۰۹	ترکیب مشکل پرپودنتال و پوسیدگی
≤۰۰۱*	۰/۸۱۹	۰/۰۶۷	۰/۷۹۶	≤۰۰۱*	درمانهای ارتودنسی
۰/۱۱۳	۰/۶۷۸	۰/۵۶۶	۰/۱۰۹	۰/۵۸۲	تروما
۰/۰۰۱*	۰/۱۲۶	۰/۴۵۰	۰/۸۱۸	۰/۰۵۷	نیمه نهفتگی دندان
۰/۰۰۹*	۰/۰۲۶*	۰/۵۱۰	۰/۷۳۶	۰/۶۶۵	تقاضای مریض
۰/۳۸۵	۰/۱۱۷	۰/۰۲۰*	۰/۶۸۶	۰/۹۵۱	شکست ترمیم قبلی
۰/۷۴۵	۰/۰۱۳*	۰/۵۸۱	۰/۱۱۱	۰/۰۵۱	مشکلات پیش پروتزی
۰/۷۲۰	۰/۱۲۸	۰/۰۶۳	۰/۳۱۷	۰/۰۶۷	مشکلات اقتصادی
۰/۹۶۱	۰/۵۳۱	۰/۷۱۷	۰/۸۷۹	۰/۸۰۵	ابسه پری اپیکال
≥۰/۹۹۹	۰/۹۹۴	۰/۸۱۹	۰/۷۴۰	۰/۶۳۳	پری کرونیته
-	-	-	-	-	زیبایی

* ارتباط معنادار

بیشتر به علت پروتزو بیماری پرپودنتال بیرون آورده شده اند که می تواند نشان دهنده ی استعداد ابتلا به بیماری های پرپودنتال و احتمال کمتر پوسیدگی در این دندانها باشد^(۱۴).

نتیجه گیری:

نتایج این بررسی نشان می دهد که بیشترین علل کشیدن دندان در شهر شیراز پوسیدگی و ترکیب مشکل پرپودنتال-پوسیدگی و اصرار بیمار با وجود قابل نگهداری بودن آن بوده است. با توجه به عدم بررسی گذشته در این شهر، فقط می توان آموزش بیشتر جهت نگهداری و حفظ دندانها را به مردم توصیه کرد و در نتیجه این امر لزوم تشویق به افزایش برنامه های پیشگیری و معاینه های دوره ای را بیشتر از پیش نشان می دهد.

اصلی بیرون آوردن دندان در افراد زیر دیپلم به گونه ی معنی دار از افراد دارای تحصیلات دانشگاهی بیشتر بوده است. در حالی که بیرون آوردن دندان به علت بیماری های پرپودنتال و پروتزی به گونه ی معنی دار در افراد زیر دیپلم بیشتر گزارش شد. همچنین سطح تحصیلات با شکست ترمیم قبلی نیز رابطه ی معنی دار دارد که در افراد با عدم تحصیلات دانشگاهی بیشتر مشهود است. همچنین در بررسی Fuss این موضوع که باعث شکست درمان اندو شده است که در نهایت منجر به کشیدن دندان مذکور شده است. نتایج به دست آمده نشان دهنده ی بالا رفتن آگاهی افراد، افرادی که تحصیلات دانشگاهی داشتند و به مساله ی بهداشت دهان و دندان و عادات مسواک زدن اهمیت بیشتری نسبت به افراد با تحصیلات پایین تری می دادند و همچنین توجه بیشتر افراد با تحصیلات دانشگاهی به کیفیت درمانهای انجام شده را نشان می دهد^(۱۷-۳۰،۱۶). بر اساس فک، فک با دلایل نیمه نهفتگی و مشکلات پیش پروتزی و پری کرونیته رابطه ی معنی داری دارد که این موضوعات در فک پایین بیشتر دیده شده است. همچنین فک در ارتباط با تقاضای مریض هم موثر بوده است. همچنین پوسیدگی در فک پایین شایعتر بود که با تحقیقی در سنگاپور شباهت دارد^(۱۳).

بر پایه ی شماره ی دندان، بیشتر دندانهای بیرون آورده شده مربوط به دندانهای مولر و پر مولر بوده است. شماره ی دندان با مشکلات ارتو، پرپودنتال، ارتودنسی، نیمه نهفتگی، تقاضای مریض موثر است. همچنین در بررسی سنگاپور و ژاپن بیشترین دندان کشیده شده مولر می باشد که نتیجه شیوع بالای در خطر بودن این دندان را به ما یادآوری می کند^(۱۲-۱۳).

در بررسی مذکور بیشترین علل بیرون آوردن دندانها پوسیدگی و ترکیب مشکل پرپودنتال-پوسیدگی سپس خواست بیمار بوده است. پژوهشهای پیشین علل شایع بیرون آوردن این دندانها را پوسیدگی گزارش کرده اند. در بررسی AI-Shammari و همکاران دندانهای پیشین فک پایین

References

1. Da'ameh D. Reasons for permanent tooth extraction in the North of Afghanistan. J Dent 2006; 34(1):48-51.
2. Johansen SB, Johansen JR. A survey of cause of permanent tooth extractions in South Australia. Aust Dent J 1977;22(4):238-42.
3. Luan WM, Baelum V, Chen X, et al. Tooth mortality and prosthetic treatment patterns in urban and rural Chinese aged 20-80 years. Community Dent Oral Epidemiol. 1989; 17(5): 221-6.
4. Todd, J.E. and Lader, D. Oral Health in the United Kingdom 1998. 1st ed :London :HMSO :2000:5-11.
5. Hull PS, Worthington HV, Clerehugh V, et al. The reasons for tooth extractions in adults and their validation. J Dent. 1997;25(3-4):233-7.
6. Hessari H. Oral health among young adults and the middle-aged in Iran. 1st ed: Tehran:Lambert Academic Publishing;2009:15-45.
7. Montazeri A. Road-traffic-related mortality in Iran: a descriptive study. Public health. 2004;118(2):110-3.
8. Reich E, Hiller K-A. Reasons for tooth extraction in the western states of Germany. community dent oral epidemiol 1993;21(6):379-83.
9. Klock KS, Haugejorden O. primary reasons for extraction of permanent teeth in Norway. changes from 1968 to 1988. community dent oral epidemiol. 1991;19(6):336-41.
10. Aida JI, Ando Y, Akhter R, et al. Reasons for permanent tooth extraction in Japan. Journal of Epidemiology 2006;16(5):214-219.
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(1): 127-135.
12. Ong G, Yeo J-F, Bhole S. A survey of reasons for extraction of permanent teeth in Singapore. Community Dent Oral Epidemiol 1996;24(2):124-7.
13. Morita M, Kimura T, Kanegae M, Ishi Kawa A, Watanabe T. Reasons for extraction of permanent teeth in Japan. Community Dent Oral Epidemiol 1994;22(5):303-6.
14. Al-Shammari KF, Al-Ansari JM, Al-Melh MA, Al-Khabbaz AK. Reasons for tooth extraction in Kuwait. Med Princ Pract 2006; 15(6):417-422.
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. KUMJ. 2009; 7(25):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 Periodontal 2008; 35(12):1059-1065.
17. Fuss Z, Lustig J, Tamse A. prevalence of vertical root fractures in extracted endodontic ally treated teeth. Int Endod J :32(4):283-286