

تعیین ارتباط بین سردردهای مزمن با ضایعات سرویکالی بدون پوسیدگی دندان ها

دکتر عبدالرحیم داوری*#، دکتر محمد حسن اسلامی**، دکتر علیرضا دانش کاظمی***، دکتر سیدمجید موسوی نسب****،

دکتر مجتبی صالحی****

* دانشیار گروه ترمیمی و زیبایی دانشکده دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد

** استادیار گروه مغز و اعصاب دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد

*** استادیار گروه ترمیمی و زیبایی دانشکده دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد

**** دندانپزشک

تاریخ ارائه مقاله: ۸۸/۲/۲۴ - تاریخ پذیرش: ۸۸/۱۰/۲۸

Determining the Correlation between Chronic Headache and Cervical Lesion of Teeth

Abdollah Davari*#, Mohammad Hasan Islami**, Ali Reza Danesh Kazemi***,
Sayed Majid Mousvinasah****, Mojtaba Salehi*****

* Associate Professor, Dept of Operative Dentistry, Dental School, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd, Iran.

** Assistant Professor, Dept of Neurology, Medical School, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd, Iran.

*** Assistant Professor, Dept of Operative Dentistry, Dental School, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd, Iran.

***** Dentist

Received: 14 May 2009; Accepted: 18 Jan 2010

Introduction: Many patients suffer from chronic headache that may last for years and exacerbate recurrently. In cervical lesion malocclusion, premature contacts and occlusal parafunctions may act as an etiological factor and cause chronic headache. To determine the correlation between chronic headaches and cervical lesions of teeth, this study was carried out.

Materials & Methods: In this case-control study, 120 patients were examined (60 case and 60 control). The case group (30 male and 30 female) had chronic headache and Control group (30 male and 30 female) were without any chronic headache. The cervical lesions of the teeth and the occlusion classification were recorded for all the patients. The patients were examined in two age range (22-39 years old and 40-56 years old). Data were analyzed using chi square and Fisher's exact tests.

Results: In case and control groups, headache was 60% and 23.3% frequent respectively. The difference was statistically significant ($P=0.0001$) but there was not any significant difference in headache frequency between males and females ($P=0.451$). In case group, the prevalence of class I, II and III occlusion was 38.3%, 40% and 21.7% respectively and in control group, the class I, II and II occlusion was 50%, 30%, 20% prevalent respectively. The difference was not significant ($P=0.402$). In case group, cervical lesion was more prevalent in upper jaw (16.7%) compared with lower jaw (8.3%). The difference was significant ($P=0.0001$).

Conclusion: More cervical lesions were observed in patients with chronic headache.

Key words: Chronic headache, cervical lesion, malocclusion.

Corresponding Author: rdavari2000@yahoo.com

J Mash Dent Sch 2010; 33(4): 301-10.

چکیده

مقدمه: بسیاری از مردم از سردردهای مزمن رنج می‌برند این سردردها ممکن است سال‌ها طول بکشد و مکرراً عود کنند. اکلوزن غیرطبیعی، تماس‌های پیش‌رس و پارافانکشن‌های اکلوزالی می‌توانند سبب ضایعات سرویکالی بدون پوسیدگی و همچنین سردردهای مزمن شوند. لذا هدف از این مطالعه بررسی ارتباط بین سردردهای مزمن و ضایعات سرویکالی بدون پوسیدگی دندان‌ها بود.

مولف مسؤول، آدرس: یزد، خیابان امام، ابتدای بلوار دهه فجر، دانشکده دندانپزشکی، گروه ترمیمی، ص.پ: ۸۹۱۹۵/۱۶۵، تلفن: ۰۲۵۱-۶۲۵۶۳۷۵

E-mail: rdavari2000@yahoo.com

مواد و روش‌ها: در این مطالعه مورد-شاهدی در مجموع تعداد ۱۲۰ نفر مورد بررسی قرار گرفتند. گروه مورد شامل ۶۰ بیمار مبتلا به سردرد مزمن (۳۰ مرد و ۳۰ زن) و گروه شاهد شامل ۶۰ بیمار (۳۰ مرد و ۳۰ زن) بدون سردرد مزمن بودند. بیماران در دو محدوده سنی (۲۹-۲۲ سال و ۵۶-۴۰ سال، بررسی شدند. سپس هر دو گروه از نظر وجود ضایعات سرویکالی بدون پوسیدگی و وضعیت اکلوژن مورد بررسی قرار گرفتند. داده‌ها بوسیله آزمون‌های آماری Chi-square و آزمون دقیق فیشر (Fishers' exact test) مورد آنالیز قرار گرفتند.

یافته‌ها: در گروه مورد ۶۰٪ افراد و در گروه شاهد ۲۳/۳٪، دارای ضایعات سرویکالی بودند ($P=0/0001$). در جنس مونث در ۴۵٪ و در جنس مذکر در ۳۸/۳٪ افراد ضایعه مشاهده شد که اختلاف معنی‌داری ($P=0/451$) وجود نداشت. از لحاظ وضعیت اکلوژن در گروه مورد، ۳۸/۳٪ اکلوژن کلاس I و ۴۰٪ اکلوژن کلاس II و ۲۱/۷٪ اکلوژن کلاس III داشتند و در گروه شاهد ۵۰٪ اکلوژن کلاس I و ۳۰٪ اکلوژن کلاس II و ۲۰٪ اکلوژن کلاس III داشتند که اختلاف معنی‌داری از این لحاظ بین دو گروه وجود نداشت ($P=0/402$). در گروه سردرد ضایعه سرویکالی به طور معنی‌داری در فک بالا بیشتر از فک پایین بود. این مقادیر در فک بالا ۱۶/۷٪ و در فک پایین ۸/۳٪ بود ($P=0/0001$).

نتیجه‌گیری: نتایج این مطالعه نشان داد که ضایعات سرویکالی در بیماران دارای سردرد مزمن بیشتر از بیماران بدون سردرد بود.

واژه‌های کلیدی: سردرد مزمن، ضایعات سرویکالی بدون پوسیدگی، مال اکلوژن.

مجله دانشکده دندانپزشکی مشهد / سال ۱۳۸۸ دوره ۳۳ / شماره ۴ : ۳۰۱-۱۰.

مقدمه

سردرد، یک شکایت شایع در اغلب مردم می‌باشد به طوری که بیش از ۹۰ درصد افراد در طول عمر خود سردرد را تجربه کرده‌اند. اکثر سردردها مدت زمان کوتاهی طول می‌کشد برای مثال سردردی که به علت یک بیماری عفونی ایجاد می‌گردد بعد از بهبود این بیماری، از بین خواهد رفت. این نوع سردردها چون علت آنها مشخص است، معمولاً باعث نگرانی نمی‌شوند، اما سردردهایی که چنین علت‌های مشخصی ندارند می‌توانند منجر به نگرانی و اضطراب گردند. سردرد می‌تواند ناشی از کشش، جابه‌جا شدن، التهاب، اسپاسم عروقی و یا اتساع ساختمان‌های حساس به درد در سر یا گردن باشد. سردردها به سه دسته تقسیم می‌شود:

- سردردهای حاد

- سردردهای تحت حاد

- سردردهای مزمن^(۱)

سردردهایی که به تازگی آغاز شده‌اند و واضحاً با سردردهای قبلی تفاوت دارند در بسیاری از موارد ناشی از بیماری‌های مهم هستند و به همین سبب باید به سرعت بررسی شوند. انواع سردردهای حاد شامل خونریزی ساب

آرکتوئید و دیگر اختلالات مغزی عروقی و مننژیت یا آنسفالیت می‌باشد.^(۱)

سردردهای تحت حاد طی دوره چند هفته‌ای تا چندماهه بروز می‌نماید. این سردردها نیز به خصوص در مواردی که درد پیشرونده بوده و یا در افراد مسن رخ داده باشد ممکن است ناشی از یک بیماری مهم باشند. سردردهایی که سال‌ها ادامه داشته‌اند (مانند میگرن یا سردردهای تنشی) علی‌رغم شدید بودن حاد معمولاً سیر خوش‌خیمی دارند.^(۲)

انواع سردردهای مزمن شامل میگرن، سردردهای خوشه‌ای، سردردهای تنشی و سردردهای چکشی می‌باشد.^(۳)

سردردهای میگرنی شامل درد ضرباندار و تپنده یک طرفه است و معمولاً با تهوع و استفراغ و فتوفوبی و احساس خستگی همراه است. سردردهای خوشه‌ای نسبت به میگرن در سنین بالاتر ایجاد می‌شود و در مردان شایع است. علائم آن به صورت دوره‌های سردرد غیرضربانی ثابت و بسیار شدید یک طرفه است و معمولاً در هر بیمار فقط در یک سمت بروز می‌کند. ویژگی دیگر اینکه، این سردردها معمولاً در شب بروز می‌نماید و سبب بیدار شدن

ضایعات فرسایشی در اثر سایش پارافانکشنال و فانکشنال دندانانی شامل جویدن نرمال و دندان قروچه ایجاد می‌شوند. اروژن از بین رفتن ساختمان دندان در اثر مواد شیمیایی و یا عوامل ایدیوپاتیک می‌باشد. اروژن‌های شیمیایی به طور معمول توسط اسیدهای با منبع رژیم غذایی، محیطی و معدنی ایجاد می‌شوند و اروژن‌های ایدیوپاتیک معمولاً ضایعات سرویکالی را ایجاد می‌نمایند. استرس کششی به عنوان عامل ایجاد اروژن‌های سرویکالی ایدیوپاتیک می‌باشد که این ضایعه برخلاف اروژن‌های ناشی از مواد و اسیدهای غذایی که باعث از بین رفتن ساختمان دندان در سطحی وسیعتر و بدون ایجاد زوایا و خطوط تیز می‌گردند، به صورت ضایعه‌ای گوه‌ای شکل است که محدود به مناطق سرویکالی دندان می‌باشد.

ویژگی‌های منحصر به فرد این ضایعات، شامل مورفولوژی گوه‌ای شکل تیز آنها و تکرار ایجاد آنها در ناحیه ساب ژینژیوال، در قالب هیچ یک از تقسیم‌بندی‌های ذکر شده نمی‌گنجد و ترومای اکلوزال نمی‌توانست به تنهایی توضیح دهنده ایجاد این ضایعات باشد، چراکه بسیاری از دندان‌هایی که در معرض ترومای اکلوزن هستند، فاقد ضایعات سرویکالی می‌باشند. تا سال ۱۹۷۰ هیچ توضیحی درباره این امر وجود نداشت. بعدها استرس کششی به عنوان اتیولوژی اولیه این ضایعات مطرح شد. این فرضیه بر پایه نیروهای اکلوزالی لترال که در حین جویدن و دندان قروچه انتشار می‌یابند، استوار بود. در نتیجه استرس کششی در سطوح سرویکال دندان تمرکز یافته و سبب تخریب باندهای شیمیایی ساختمان‌ها (کریستالین عاج و مینا) می‌شود. مولکول‌های کوچک می‌توانند وارد ترک‌های میکروسکوپی شده و از تشکیل مجدد باندهای شیمیایی جلوگیری کنند.^(۴)

در مطالعه‌ای که توسط Moss و همکاران در سال

بیمار از خواب می‌شود و بمدت چند هفته تا چند ماه در زمانی مشابه نمود می‌کند. سردردهای چکشی شامل دردهایی بسیار کوتاه، نافذ و شدید است که به پوست سر و خارج از محدوده عصب سه قلو کشیده می‌شود و به صورت واحد یا تکرارشونده و یا به صورت دوره‌ای در یک نقطه مشخص یا در نقاط مختلف پوست سر ایجاد می‌شود و در کمتر از یک ثانیه به حداکثر می‌رسند و سریعاً بهبود می‌یابد.

چگونگی ایجاد سردردهای تنشی نامشخص است و فشار عصبی-عضلانی اولیه در ایجاد آنها نقش دارد. همچنین انقباض عضلات گردنی و صورتی و سر به عنوان علت این سردرد مطرح شده است. سردرد تنشی معمولاً اختلالی مزمن است که پس از ۲۰ سالگی شروع می‌شود. مشخصه این سردرد حملات مکرر و اغلب به صورت روزانه است، سردردی غیرضربانی، دو طرفه و واقع در پس سر که با تهوع و استفراغ یا اختلالات اولیه بینایی همراه نمی‌باشد. درد گاهی به صورت نواری که به دور سر پیچیده شده توصیف می‌شود. زنان بیشتر از مردان به این سردرد مبتلا می‌شوند.

ضایعات سرویکالی یکی از مشکلات دندانانی می‌باشد؛ که در ناحیه طوق دندان ایجاد می‌شود و علل و تئوری‌های مختلف در بروز آن مطرح است. از طرفی افزایش روزافزون ضایعات سطوح سرویکالی دندان دانش بیشتر راجع به نحوه و دلایل ایجاد این ضایعات را می‌طلبد. ضایعات سرویکالی برخلاف سایر پوسیدگی‌های دندانانی می‌توانند بدون پوسیدگی (Noncaries) باشند و به سه دسته تقسیم می‌شوند:

- سایشی (Abrasion)
- فرسایشی (Attrition)
- خوردگی (Erosion)

دوم توسط یک دندانپزشک درمان شدند. در بیشتر بیمارانی که توسط دندانپزشک درمان شده بودند، کاهش شدت سردرد و نیز تغییر در تناوب سردرد گزارش شد، که این امر در واقع در اثر بهبود وضعیت سیستم جوئنده و عضلانی بیمار صورت گرفته بود.^(۷)

در این تحقیق، ضایعات سرویکالی بدون پوسیدگی دندانها در بیماران دارای سردردهای مزمن مورد بررسی قرار گرفت تا در صورت آشکار شدن وجود ارتباط بین آنها، با بهبود مشکلات اکلوزالی بیماران، بتوان گامی در جهت تسکین این سردردها برداشت.

مواد و روشها

در این مطالعه مورد-شاهدی، ۱۲۰ بیمار به دو گروه مساوی تقسیم شدند. گروه مورد (۳۰ نفر مرد و ۳۰ نفر زن) دارای سابقه سردرد مزمن بودند ولی هیچ سابقه ای از این نوع سردردها در گروه شاهد (۳۰ نفر مرد و ۳۰ نفر زن) گزارش نشده بود.

این سردردها شامل میگرن، سردردهای خوشه‌ای، سردردهای تنشی و سردردهای چکشی بود. صرفاً بیماران با علائم سردردهای مزمن که مورد تأیید نورولوژیست بودند، وارد مطالعه گردیدند. از سوی دیگر افرادی که سابقه جراحی اخیر دندان یا چشم، تشدید حاد سینوزیت مزمن، تب یونجه، عفونت ویروسی سیستمیک، تنش، فشارهای عاطفی و یا خستگی، قاعدگی، گرسنگی، مصرف بستنی و یا غذاهای حاوی نیتريت (هات داگ، سالامی، همبرگر و انواع سوسیس)، فنیل اتیل آمین (شکلات)، یا تترآمین (پنیر چدار) را ذکر می کردند و یا در معرض نورهای درخشنده قرار گرفته بودند، از مطالعه حذف شدند.

افراد گروه مورد که همگی دچار سردرد مزمن بودند، از میان بیماران کلینیک تخصصی مغز و اعصاب بیمارستان

۱۹۸۹ انجام شد، ۵ عادت دهانی از جمله دندان قروچه، جلو آوردن مندیبل، فشار آوردن به چانه با دست (Cupping theching) و استراحت کردن در سمت راست و چپ صورت روی دست، در سه گروه از افراد که شامل افراد دارای سردرد میگرنی، سردرد کششی (Tension-type) و یا افراد بدون سردرد بودند، مورد بررسی قرار گرفت. نتیجه این که عادات دهانی در گروه سردردهای میگرنی نسبت به گروه سردردهای تنشی بیشتر بود ولی در گروه کنترل یا آنهایی که سردرد نداشتند تفاوت معنی داری وجود نداشت.^(۵)

در مطالعه ای که توسط Melis و همکاران در سال ۲۰۰۶ انجام شد، به این مطلب اشاره شد که ممکن است رابطه ای بین میگرن و اکلوزن دندان و اعمال پارافانکشنال مثل Clenching دندانها وجود داشته باشد. در این مطالعه فرد بیماری با سردرد میگرن، همراه با علائم Urea (سرگیجه، حالت تهوع، تغییرات بینایی) که دچار اختلال مفصل تمپورومندیولار و درد عضله ماستر نیز بود، با استفاده از دستگاه دهانی بهبود یافت. بدین ترتیب به نظر می رسد سردرد با اکلوزن و پارافانکشن‌های دندان‌های رابطه داشته باشد و این مشکلات می توانند سردردهای اولیه میگرن را ایجاد کنند.^(۶)

در مطالعه Cooper و همکاران در سال ۲۰۰۸، نتیجه درمان سیستم جوئنده در بیماران دارای سردرد مزمن مورد بررسی قرار گرفت. مطالعه به این صورت بود که ۵۵ بیمار از ۱۰۰ بیماری که سردرد مزمن داشتند برای مشورت با نورولوژیست ارجاع داده شدند و در طی آزمایشات دردهای کرانیومندیولار آنها آشکار شد. این مطالعه پیشنهاد می کند رابطه ای بین سردرد و موقعیت عضلات جوئنده وجود دارد. بیماران به صورت اتفاقی به دو گروه تقسیم شدند. گروه اول توسط یک نورولوژیست و گروه

مقایسه وجود ضایعات سرویکالی در دو گروه در افراد کمتر از ۴۰ سال اختلاف معنی‌داری را نشان داد. افراد دارای سردرد ضایعات سرویکالی بیشتری داشتند ($P=۰/۰۰۷$).

مقایسه وجود ضایعات سرویکالی در دو گروه در افراد بیشتر از ۴۰ سال نیز اختلاف معنی‌داری را نشان داد افراد دچار سردرد، ضایعات سرویکالی بیشتری داشتند ($P=۰/۰۰۲$).

مقایسه فراوانی انواع اکلوزن در دو گروه اختلاف معنی‌داری را بین دو گروه نشان نداد ($P=۰/۴۰۲$) (جدول ۳).

بررسی فراوانی نوع اکلوزن در گروه دارای سردرد اختلاف معنی‌داری را بین افراد دارای ضایعه سرویکالی و بدون ضایعه نشان نداد ($P=۰/۳۳۹$).

بررسی فراوانی نوع اکلوزن در گروه بدون سردرد اختلاف معنی‌داری را بین افراد با ضایعه سرویکالی و بدون آن نشان نداد ($P=۰/۱۲۷$) (جدول ۴).

برای بررسی فراوانی وجود ضایعه سرویکالی در هر فک در دو گروه مورد بررسی از آزمون دقیق فیشر (Fishers' exact test) استفاده شد. وجود ضایعه سرویکالی در دندان‌های فک بالا در افراد دارای سردرد به طور معنی‌دار بیشتر از فک پایین آنها بود ($P=۰/۰۰۰۱$).

شهید صدوقی یزد و تحت نظر متخصص مغز و اعصاب انتخاب شدند. این افراد از لحاظ وجود ضایعه سرویکالی دندان با استفاده از سوند و آینه مورد معاینه قرار گرفتند و تعداد و نوع دندان‌های دارای ضایعه سرویکالی، یادداشت شد. همچنین سن، جنس، نوع سردرد و وضعیت اکلوزن این بیماران نیز ثبت گردید.

گروه کنترل نیز از لحاظ وجود ضایعه سرویکالی، تعداد و نوع دندان‌های دچار ضایعه و وضعیت اکلوزن مورد بررسی قرار گرفتند.

از نظر سنی افراد به دو گروه تقسیم شدند، افراد کمتر از ۴۰ سال (۲۲-۳۹ سال) و مساوی یا بیشتر از ۴۰ سال (۴۰-۵۶ سال)، به طوری که ۲۹ نفر زیر ۴۰ سال و ۳۱ نفر بالای ۴۰ سال داشتند. برای بررسی آماری داده‌های به دست آمده از آزمون Chi-square و آزمون دقیق فیشر (Fishers' exact test) استفاده شد.

یافته‌ها

فراوانی ضایعه سرویکالی در گروه مورد ۶۰٪ و در گروه شاهد ۲۳/۳٪ بود، که این اختلاف از نظر آماری معنی‌دار بود ($P=۰/۰۰۱$) (جدول و نمودار ۱). به بیان دیگر در افراد دارای سردرد، ضایعات سرویکالی به طور معنی‌داری بیشتر از افراد فاقد سردرد بود.

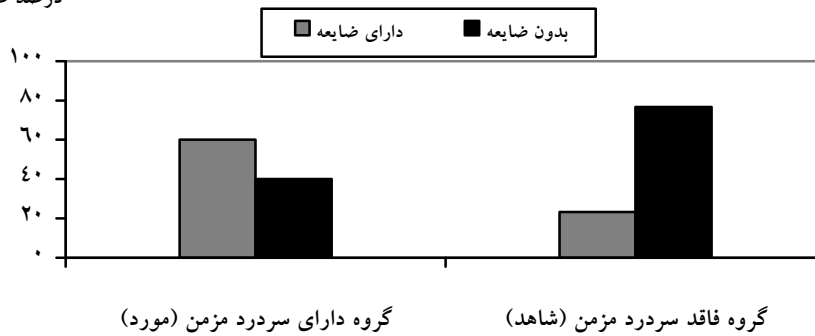
مقایسه وجود ضایعات سرویکالی در دو گروه در جنس مذکر اختلاف معنی‌داری را نشان داد ($P=۰/۰۰۳$) به طوری که افرادی که دچار سردرد بودند، به طور معنی‌دار ضایعات سرویکالی بیشتری نسبت به افراد بدون سردرد در جنس مذکر داشتند.

مقایسه وجود ضایعات سرویکالی در دو گروه در جنس مونث نیز اختلاف معنی‌داری داشت ($P=۰/۰۰۴$), به طوری که افراد دارای سردرد، ضایعات سرویکالی بیشتری نسبت به افراد بدون سردرد داشتند (جدول ۲).

جدول ۱: توزیع فراوانی وجود ضایعه سرویکالی در دو گروه مورد بررسی

P-value	گروه						ضایعه سرویکالی
	جمع		بدون سردرد		سردرد		
	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
	۵۸/۳	۷۰	۷۶/۷	۴۶	۴۰/۰	۲۴	ندارد
۰/۰۰۱	۴۱/۷	۵۰	۲۳/۳	۱۴	۶۰/۰	۳۶	دارد
	۱۰۰/۰	۱۲۰	۱۰۰/۰	۶۰	۱۰۰/۰	۶۰	جمع

درصد ضایعات سرویکالی



نمودار ۱: میانگین فراوانی ضایعه سرویکالی در گروه‌های مورد مطالعه

جدول ۲: توزیع فراوانی وجود ضایعه سرویکالی در دو گروه مورد بررسی بر حسب جنس

P-value	گروه						ضایعه سرویکالی	جنس
	جمع		بدون سردرد		سردرد			
	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد		
	۶۱/۷	۳۷	۸۰/۰	۲۴	۴۳/۳	۱۳	ندارد	مذکر
۰/۰۰۳	۳۸/۳	۲۳	۲۰/۰	۶	۵۶/۷	۱۷	دارد	
	۱۰۰/۰	۶۰	۱۰۰/۰	۳۰	۱۰۰/۰	۳۰	کل	
	۵۵/۰	۳۳	۷۳/۳	۲۲	۳۶/۷	۱۱	ندارد	مونث
۰/۰۰۴	۴۵/۰	۲۷	۲۶/۷	۸	۶۳/۳	۱۹	دارد	
	۱۰۰/۰	۶۰	۱۰۰/۰	۳۰	۱۰۰/۰	۳۰	کل	

جدول ۳: توزیع فراوانی انواع اکلوزن در دو گروه مورد بررسی

P-value	گروه						اکلوزن
	جمع		بدون سردرد		سردرد		
	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
۰/۴۰۲	۴۴/۲	۵۳	۵۰/۰	۳۰	۳۸/۳	۲۳	کلاس I
	۳۵/۰	۴۲	۳۰/۰	۱۸	۴۰/۰	۲۴	کلاس II
	۲۰/۸	۲۵	۲۰/۰	۱۲	۲۱/۷	۱۳	کلاس III
	۱۰۰	۱۲۰	۱۰۰	۶۰	۱۰۰	۶۰	کل

جدول ۴: توزیع فراوانی انواع اکلوزن بر حسب وجود ضایعه سرویکالی در دو گروه مورد بررسی

P-value	ضایعه سرویکالی						اکلوزن	گروه
	جمع		ندارد		دارد			
	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد		
۰/۳۳۹	۱۰۰/۰	۲۳	۴۷/۸	۱۱	۵۲/۲	۱۲	کلاس I	سردرد
	۱۰۰/۰	۲۴	۴۱/۷	۱۰	۵۸/۳	۱۴	کلاس II	
	۱۰۰/۰	۱۳	۲۳/۱	۳	۷۶/۹	۱۰	کلاس III	
	۱۰۰/۰	۶۰	۴۰/۰	۲۴	۶۰/۰	۳۶	کل	
۰/۱۲۷	۱۰۰/۰	۳۰	۸۶/۷	۲۶	۱۳/۳	۴	کلاس I	بدون سردرد
	۱۰۰/۰	۱۸	۷۲/۲	۱۳	۲۷/۸	۵	کلاس II	
	۱۰۰/۰	۱۲	۵۸/۳	۷	۴۱/۷	۵	کلاس III	
	۱۰۰/۰	۶۰	۷۶/۷	۴۶	۲۳/۳	۱۴	کل	

بحث

کشیدن دندان در اکلوزن تظاهر پیدا می کند، باعث دیسفانکشن و فشار عصبی - عضلانی (Tension) عضلات شده و به دنبال آن اعمال پارافانکشنال باعث ایجاد ضایعات سرویکالی می شوند.

درواقع علت واقعی سردردهای مزمن چه در نوع میگرنی و چه در نوع کششی، نوعی فشار عصبی عضلانی می باشد که می تواند با منشاء عروقی یا عضلانی باشد. این

در این مطالعه، ضایعات سرویکالی دندان در گروه دارای سردرد به طور معنی داری بیشتر از گروه بدون سردرد بود. همان طور که در مطالعه Salvarani و همکاران در سال ۲۰۰۸ بیان شده است،^(۳) می توان این طور استنباط کرد که وجود یک تماس زودرس و یا مشکل در جفت شدن دندانها و یا اختلالی که به دنبال

رسید.

نکته مهم در مورد نوع ضایعات سرویکالی این است که این نوع ضایعات ایجاد شده توسط تماس‌های نامطلوب اکلوژالی را باید از اروژن‌های شیمیایی و عوامل دیگر افتراق داد. این ضایعات، ضایعات گوه‌ای شکل با زاویه‌های تیز به نام Abfraction هستند و با اروژن‌های شیمیایی که حالت نعلبکی شکل و گوشه‌های گرد دارند، متفاوت است. ضایعات Abfraction سرویکالی که صرفاً توسط نیروهای اکلوژالی ایجاد می‌شوند به دنبال فشار عصبی عضلانی و دندان قروچه که نتیجه تماس زودرس و مشکل اکلوژنی هستند، ایجاد می‌شوند.^(۱۱) این امر مطابق با مطالعه Moss و همکاران در سال ۱۹۸۹ بود که شیوع دندان قروچه را در افراد دارای سردرد بیشتر گزارش کرده بود.^(۵) در مطالعه حاضر نیز ضایعات سرویکالی در افراد دارای سردرد شیوع بیشتری را نشان داد. در مطالعه حاضر وجود ضایعه سرویکالی در هر دو جنس رابطه معنی‌داری با سردرد داشت، در هر دو جنس افراد دارای سردرد، ضایعات سرویکالی بیشتری را دارا بودند. همچنین ضایعات سرویکالی بر حسب سن نیز رابطه معنی‌داری با سردرد داشتند، بدین صورت که در هر دو رده سنی ۲۲-۳۹ سال و ۴۰-۵۶ سال، ضایعات سرویکالی در گروه دارای سردرد بیشتر از گروه بدون سردرد بود. از طرف دیگر، مقایسه دو گروه سنی از نظر وجود ضایعات سرویکالی نشان داد که هر چند تعداد افراد دارای ضایعات سرویکالی در گروه سنی ۴۰-۵۶ سال بیشتر از گروه سنی ۲۲-۳۹ بود، اما رابطه فوق معنی‌دار نبود. این امر می‌تواند ناشی از این علت باشد که افراد با افزایش سن تعداد دندان‌های بیشتری را از دست

فشار عصبی عضلانی علاوه بر تغییرات فیزیولوژیک می‌تواند ناشی از اعمال پارافانکشنال باشد و بدین صورت می‌توان بیان کرد که اختلال در اکلوژن می‌تواند عامل سردرد باشد و با رفع این مشکل سردرد نیز برطرف می‌شود.

Lindsay در سال ۱۹۸۰ به نقش فشار عصبی عضلانی به عنوان مهمترین فاکتور اتیولوژیک سردرد تاکید کرد.^(۱۰) در نتیجه با برطرف کردن اختلالات و مشکلات اکلوژالی می‌توان فشار عصبی عضلانی را برطرف و سردرد را بهبود بخشید، همانطور که Schokker در سال ۱۹۹۰ و Melis در سال ۲۰۰۶ با این ایده سردرد را برطرف می‌ساختند.^(۶و۷)

مطالعه Canavan و همکاران نیز در سال ۲۰۰۴ نشان داد که سایش سطوح دندانی ارتباط معنی‌داری با ضایعات سرویکالی دارد.^(۸)

موارد گزارش شده Redh در سال ۱۹۶۹ نیز به نقش پراهمیت فشار عصبی عضلانی در ایجاد ضایعات سرویکالی سردردهای مزمن تاکید می‌کند. این موضوع با مطالعه Ohrbach و همکاران^(۹) و نیز با مطالعه Lindsay^(۱۰) همخوانی دارد. در مطالعه حاضر نیز فشار عصبی عضلانی نقش بااهمیتی را ایفا می‌کرد. همان طور که مشاهده شد شیوع ضایعات سرویکالی در افراد دارای سردرد بیشتر بود که این امر می‌تواند نشان‌دهنده بیشتر بودن فشار عصبی عضلانی در عضلات این بیماران نسبت به گروه بدون سردرد باشد. وجود ضایعات سرویکالی Wedge-shape (گوه‌ای شکل) در افراد دارای سردرد می‌تواند نشان‌دهنده مشکل در اکلوژن آنها باشد و به دنبال عدم پاسخ به درمان‌های معمول می‌توان با یقین بیشتری به این نتیجه

ضایعات سرویکالی ایجاد شده در گروه دارای سردرد در فک بالا نسبت به فک پایین شیوع بیشتری داشته و معنی دار می‌باشد. که این می‌تواند به دلیل ضربه‌پذیر بودن فک بالا (فک ثابت) و ضربه زننده بودن فک پایین (فک متحرک) باشد.

نتیجه گیری

بنابر یافته‌های این مطالعه ضایعات سرویکالی بطور معنی داری در افراد دارای سردرد بیشتر بود. لذا می‌توان افرادی را که دچار سردردهای مزمن هستند و در معاینات دندانپزشکی دارای ضایعات سرویکالی دندان‌ها می‌باشند، جهت بررسی اکلوزن دندانپزشکی به دندانپزشک ارجاع نمود. این امر می‌تواند در بهبود سردرد بیمارانی که به درمان دارویی پاسخ نداده اند بسیار کمک کننده باشد.

تشکر و قدردانی

بدینوسیله از شورای محترم پژوهشی دانشکده و حوزه معاونت محترم پژوهشی دانشگاه و پرسنل درمانگاه تخصصی بیمارستان شهید صدوقی یزد که در این تحقیق ما را یاری نمودند تقدیر و تشکر می‌گردد.

می‌دهند.

در این مطالعه رابطه معنی داری بین نوع اکلوزن و سردرد مشاهده نشد، ولی در افراد دارای سردرد شیوع اکلوزن کلاس II بیشتر بود در حالی که در افراد بدون سردرد اکلوزن کلاس I بیشتر بود. این مطلب می‌تواند نشان دهنده بهتر بودن این نوع اکلوزن باشد.

از طرف دیگر بررسی فراوانی نوع اکلوزن در دو گروه دارای سردرد و بدون سردرد، اختلاف معنی داری را بین افراد دارای ضایعات سرویکالی و بدون این ضایعات نشان داد. با وجود این که اکلوزن کلاس II در افراد دارای سردرد شیوع بیشتری داشت، اما وجود ضایعات سرویکالی در افراد کلاس III شایعتر بود. این موضوع احتمالاً نشان دهنده این نکته است که اکلوزن کلاس III در ایجاد ناهنجاری‌های اکلوزالی تاثیر بیشتری دارد و ضایعات سرویکالی بیشتری را ایجاد می‌کند.

بیشتر بودن اکلوزن کلاس II در افراد دارای سردرد نسبت به اکلوزن کلاس III می‌تواند صرفاً به دلیل شیوع بیشتر کلاس II باشد. در این مطالعه نشان داده شد که

منابع

1. Evers S, Wibbeke B, Reichelt D, Suhr B, Brilla R, Husstedt I. The impact of HIV infection on primary headache. Unexpected findings from retrospective, cross-sectional, and prospective analyses. Pain 2000; 85(1-2): 191-200.
2. Dimitrijevic I, Malmsjö M, Andersson C, Rissler P, Edvinsson L. Increased angiotensin II type 1 receptor expression in temporal arteries from patients with giant cell arteritis. Ophthalmology 2009; 116(5): 990-6.
3. Salvarani C, Cantini F, Hunder GG. Polymyalgia rheumatica and giant-cell arteritis. Lancet 2008; 372(9634): 234-45.
4. Swepston JH. Possible role of tensile stress in the etiology of cervical erosive lesions of the teeth. J Prosthet Dent 1985; 53(4): 600.
5. Moss RA, Lombardo TW, Hodgson JM, O'carroll K. Oral habits in common between tension headache and non-headache populations. J Oral Rehabil 1989; 16(1): 71-4.
6. Melis M, Secci S. Migraine with aura and dental occlusion: A case report. J Mass Dent Soc 2006; 54(4): 28-30.
7. Cooper BC, Kleinberg I. Establishment of a temporomandibular physiological state with neuromuscular orthosis treatment affects reduction of TMD symptoms in 313 patients. Cranio 2008; 26(2): 104-17.

8. Canavan D. A dental perspective on headache. J Ir Dent Assoc 2004; 50(4): 164-6.
9. Ohrbach R, Larsson P, List T. The jaw functional limitation scale: Development, reliability, and validity of 8-item and 20-item versions. J Orofac Pain 2008; 22(3): 219-30.
10. Lindsay B. Muscular contraction headache and dental imbalance. Aust Fam Physician 1980; 9(7): 513-22.
11. Litonjua LA, Andreana S, Bush PJ, Tobias TS, Cohen RE. Noncarious cervical lesions and abfractions: A re-evaluation. J Am Dent Assoc 2003; 134(7): 845-50.