

بررسی سلامت دهان و دندان در بیماران کانون هموفیلی خراسان در سال ۱۳۸۳

دکتر عباس مکارم*#، دکتر مریم طالبی**، دکتر فاطمه مظهري**، دکتر نیما کیانوش***

* استناد گروه دندانپزشکی کودکان دانشکده دندانپزشکی و مرکز تحقیقات دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد
 ** استادیار گروه دندانپزشکی کودکان دانشکده دندانپزشکی و مرکز تحقیقات دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد
 *** دندانپزشک

تاریخ ارائه مقاله: ۸۶/۲/۲۵ - تاریخ پذیرش: ۸۶/۹/۲۵

Title: Evaluation of Oral and Dental Health Status of Khorasan Province Hemophilic Patients in 2004

Authors: Makarem A*#, Talebi M**, Mazhari F**, Kiyanosh N***

* Professor, Dept of Pediatric Dentistry, School of Dentistry and Dental Research Center of Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran.

** Assistant Professor, Dept of Pediatric Dentistry, School of Dentistry and Dental Research Center of Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran.

*** Dentist

Introduction: Hemophilic patients need special care and attention in dentistry. The purpose of this study was to evaluate the oral and dental health of hemophilic patients in Khorasan Province in 2003.

Materials & Methods: This descriptive analytical study was performed on 42 hemophilic patients (7-34 years old) in Khorasan Hemophilia Center in 2003 during the past six months. Demographic characteristics and a history of coagulation problems and the related treatments were filled for patients. DMFT and modified gingival index (MGI) were recorded for them. Data were analyzed using Mann Whitney, Fisher's exact and Kruskal Wallis tests.

Results: Common age for the first manifestations was between 6-12 months (81%). Familial involvement was reported in 47.6% of patients. The most common dental problem was bleeding during eruption or exfoliation of deciduous teeth (31%). Viral infection with HBV or HCV was reported in 40% of cases. DMFT Index significantly increased by age in this study (6.2 ± 2.5 in 7-12 year old and 13.1 ± 3.2 in ≥ 25 year old patients). DMFT index was over 10 in 42% of patients. MGI index had a significant increase by age ($P=0.01$). 66.7% of 25 year and above patients had third grade gingival inflammation.

Conclusion: Regarding the unsatisfactory oral health status in these patients, dental health care and prevention seems necessary and can be effective in prevention of dental problems and the consequent bleedings and the complex treatments.

Key words: Hemophilia, MGI index, DMFT index.

Corresponding Author: makarema@mums.ac.ir

Journal of Mashhad Dental School 2008; 32(2): 161-8.

چکیده

مقدمه: بیماران هموفیلی در اعمال مختلف دندانپزشکی، نیازمند توجه و مراقبت های خاص می باشند. هدف از این مطالعه بررسی وضعیت سلامت دهان و دندان در بیماران مبتلا به هموفیلی کانون هموفیلی خراسان در سال ۱۳۸۳ بود.

مواد و روش ها: این مطالعه توصیفی تحلیلی بر روی کلیه ۴۲ بیمار هموفیل (رده سنی ۷ تا ۳۴ ساله) مراجعه کننده به کانون هموفیلی خراسان در سال ۱۳۸۳ (در طی ۶ ماه) صورت گرفت. پرسشنامه ای حاوی مشخصات بیمار، تاریخچه مشکلات انعقادی و درمان صورت گرفته ثبت شد. شاخص های Modified gingival index (MGI) و DMFT در این بیماران تعیین گردید. در نهایت داده ها توسط تست های آماری من ویتنی، فیشر و کروسکال والیس مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته ها: سن شایع ظهور اولین علائم بیماری هموفیلی در افراد این مطالعه بین ۶ تا ۱۲ ماهگی ذکر شد (۸۱٪)، در ۴۷/۶٪ بیماران مورد مطالعه سابقه ابتلا فامیلی عنوان گردید. شایع ترین علت مراجعه به پزشک به علت خونریزی در حین رویش یا از دست رفتن اولین دندان شیری بوده (۳۱٪). ۴۰٪ افراد مورد مطالعه مبتلا به عفونت ویرال HBV یا HCV بودند. شاخص سلامت دندانها (DMFT) در افراد هموفیل مورد مطالعه بطور مشخص با افزایش سن رقم بالاتری را نشان داد (6.2 ± 2.5 در ۷-۱۲ ساله ها و 13.1 ± 3.2 در ۲۵ ساله و بزرگتر) و ۴۲٪ افراد مورد مطالعه دارای DMFT بالاتر از ۱۰ بودند و شاخص التهاب لثه (MGI) با بالا رفتن سن افزایش معنی داری را نشان داد ($P=0.01$), به نحوی که در افراد ۲۵ سال و بیشتر ۶۶/۷٪ التهاب درجه ۳ در ناحیه لثه داشتند.

نتیجه گیری: با توجه به نامطلوب بودن شاخص های سلامت دندان و لثه ای در افراد مبتلا توجه به امر بهداشت دهان و دندان، پیشگیری و کنترل های مکرر خصوصاً در این افراد امری ضروری است و می تواند در جلوگیری از بروز مشکلات دندان و خونریزی های متعاقب آن و درمانهای پیچیده نقش بسزایی داشته باشد.

واژه های کلیدی: هموفیلی، شاخص التهاب لثه (MGI)، شاخص سلامت دندانها (DMFT).

مجله دانشکده دندانپزشکی مشهد / سال ۱۳۸۷ دوره ۳۲ / شماره ۲: ۸-۱۶۱.

مقدمه

بیماران هموفیلیک در دسته بیماران با نقائص انعقادی بوده که با توجه به اهمیت و نقش حیاتی انعقاد در اعمال مختلف دندانپزشکی نیازمند توجه و مراقبت های خاص می باشند. آگاهی کافی و مهارت دندانپزشک در این زمینه می تواند در درمان موفقیت آمیز بیماران موثر باشد. در انواع هموفیلی اختلال در روند بند آمدن خون در نتیجه نقص در یک پیش ساز انعقادی مطرح می باشد. شایع ترین انواع هموفیلی، انواع A و سپس B می باشند هر دو وابسته به کروموزوم X مغلوب بوده و لذا در جنس مذکر بروز می کند و در جنس مونث بصورت ناقل منتقل می شود. شایع ترین یافته های بالینی در این بیماران بصورت هموراژی در مفاصل و عضلات، کبودی، خونریزی های وسیع بدنبال جراحی و تروما می باشد.^(۱،۲)

تظاهرات دهانی در بیماران هموفیلی به صور مختلف بروز می نماید. خونریزی از نقاط مختلف حفره دهان و خونریزی لثه ای ممکن است بسیار پر حجم و طولانی باشد. حتی مراحل فیزیولوژیک رویش و افتادن دندان می تواند با خونریزی طولانی همراه باشد. تومور کاذب هموفیلی در مندیبول عارضه ای است که بدنبال خونریزی مکرر زیر پریوستی رخ می دهد. سایر یافته های دهانی از قبیل میزان بالای پوسیدگی، و بیماری های وسیع پریودنتال به نظر می رسد بیشتر ناشی از عدم رعایت بهداشت و رژیم غذایی بیمار باشد تا مربوط به بیماری هموفیلی.^(۳)

در مورد بیمار هموفیل همواره باید به یکسری نکات توجه نمود. یک بیمار هموفیلی سریعتر از شخص عادی خونریزی نمی نماید بلکه مدت زمان بیشتری خونریزی او ادامه می یابد. آشنائی با نوع و شدت هموفیلی بیمار قبل از هر گونه درمان لازم می باشد. بی حسی موضعی باید کاملاً با احتیاط صورت گیرد بخصوص خطر هماتوم در بی حسی تنه ای مطرح است. برای این افراد ترکیبات حاوی آسپرین عدم تجویز دارد.

هچنین تزریق داخل عضلانی در بیماران مجاز نیست.^(۱،۲) در مورد انتقال عفونت های ویرال (HIV و HBV, HCV) همواره این بیماران مشکوک محسوب می شوند. مرکز هموفیلی انگلستان در سال ۲۰۰۵ اعلام نمود علیرغم توجه زیاد و خالص سازی پلاسما قابل تزریق و بخصوص در کشورهای در حال رشد هنوز پلاسما و سایر فرآورده های خونی را نمی توان عاری از هر گونه آلودگی ویرال تلقی نمود.^(۴)

مراقبت جامع هموفیلی شامل کلیه سرویس های پزشکی از جمله دندانپزشکی می باشد. دندانپزشک مسئول فراهم کردن مراقبت های دندان، (درمانهای پیشگیری، ترمیمی، پروتز، ارتودنسی و ...) همکاری با هماتولوژیست جهت جلوگیری از خونریزی در حین اعمال دندانپزشکی، آموزش بیمار و خانواده در مورد مراقبت های دهان و دندان در منزل می باشد.^(۵)

پیشگیری از مشکلات دندان از اساسی در مراقبت های دهان است و می تواند از بروز شرایط اورژانس جلوگیری نماید. از جمله این مراقبتها به مسواک زدن با خمیر دندان فلوراید، استفاده از مسواک با موی نرم یا متوسط، فلاس دندان، مکمل های فلوراید، محدود کردن مصرف مواد قندی، استفاده از قندهای غیر پوسیدگی زا و مراجعه مرتب حداقل هر ۶ ماه یکبار به دندانپزشک (جهت کنترل، فلوراید تراپی و سیلانت تراپی در صورت لزوم) می توان اشاره نمود. از طرفی سلامت بافتهای پریودنتال جهت پیشگیری از خونریزی و از دست رفتن دندانها ضروری است و خطر خونریزی بدنبال درمانهای پریودنتال می تواند مشکل ساز باشد.^(۵) لذا در این تحقیق سعی شده تا وضعیت سلامت دندانها (DMFT) و نیز التهاب لثه (با استفاده از اندکس MGI که نیازی به پروب کردن لثه وجود ندارد) در این بیماران ثبت گردد.

هدف از این مطالعه بررسی سلامت دهان و دندان بیماران هموفیلی بوده است تا هر چه بهتر بتوان در جهت ارائه خدمات و بالا بردن سطح آگاهی در زمینه پیشگیری اقدام نمود.

مواد و روش ها

در این مطالعه توصیفی تحلیلی همه ۴۲ فرد مبتلا به هموفیلی که تحت پوشش کانون هموفیلی خراسان بودند مورد مطالعه قرار گرفتند. افراد مورد مطالعه در رده سنی ۷ تا ۳۴ ساله (کل افراد مراجعه کننده به مرکز هموفیلی در طی مدت ۶ ماه) همه مذکر بودند در فرم پرسش نامه مشخصات بیمار، ابتلاء فامیلی، ابتلاء به عفونت های ویرال (HCV, HBV و HIV)، (براساس مستندات موجود در مرکز یاد شده)، تاریخچه مشکل انعقادی و شروع درمان ثبت گردید. همچنین پس از معاینه دقیق افراد مورد مطالعه تورم مفاصل و ناحیه تورم نیز ثبت شد. معاینه دهان و دندان توسط سوند، پنس و آینه دندانپزشکی صورت گرفت. بیمار در مقابل نور چراغ قوه روی صندلی نشسته و معاینه دهان و دندان انجام شد. از شاخص های DMFT جهت تعیین سلامت دندانها و (MGI) Modified gingival index توصیف شده توسط Loe و Silness جهت اندازه گیری التهاب لثه استفاده گردید.^(۶) اندکس MGI خصوصاً در مواردی که امکان پروب کردن لثه وجود ندارد بکار می رود. در این اندکس ۵ دسته تعریف شده به قرار زیر تقسیم بندی می شود:

عدم التهاب لثه (درجه ۰)، التهاب خفیف: با تغییرات مختصر در رنگ و قوام لثه در هر قسمت لثه اما نه در کل مارجین و پاپی های بین دندانی (درجه ۱)، التهاب خفیف: مشابه مورد یک ولی با درگیری کل مارجین ها و پاپی ها (درجه ۲)، التهاب متوسط: بصورت براق شدن، قرمزی و ادم یا هیپرتروفی قسمت های مارجینال و یا پاپی های بین دندانی (درجه ۳)، التهاب شدید: قرمزی مشخص، ادم و هیپرتروفی قسمت های مارجینال و پاپی های بین دندانی همراه با خونریزی خودبخودی، احتقان و یا زخم (درجه ۴).

مورد بعدی استفاده از مسواک و نخ دندان بود. تعداد دفعات مسواک زدن به صورت زیر ثبت گردید: ۱- مرتباً: بیمار بطور منظم و مداوم از مسواک استفاده می کند. ۲- یکبار در روز: بیمار تنها یک بار در طول روز مسواک می زند. ۳- فقط چند بار در هفته: بیمار نه به شکل منظم مسواک می زند و نه این عادت را حذف می کند و تعداد دفعات

مسواک زدن وی حداکثر ۵ بار در هفته می باشد. ۴- هرگز: بدین معنی که بیمار به هیچ وجه از مسواک استفاده نمی کند. لازم به ذکر است هیچ یک از بیماران از نخ دندان استفاده نمی کردند.

کلیه افراد توسط یک نفر معاینه شده و شاخص های فوق برای آنها تعیین و ثبت گردید.

در این مطالعه توصیفی، تحلیلی از آزمون های فیشر، کروسکال والیس و من ویتنی جهت تحلیل داده ها استفاده گردید.

یافته ها

نتایج شاخص سلامت دندانها (DMFT) در افراد هموفیل مورد مطالعه نشان داد که افزایش مشخص این شاخص با بالا رفتن سن مشاهده می شود. به نحوی که از $6/2 \pm 2/5$ در ۱۲-۷ ساله ها به $13/1 \pm 3/2$ در گروه ۲۵ سال و بزرگتر افزایش می یابد و این اختلاف طبق آزمون واریانس تفاوت معنی داری را نشان داد ($P=0/004$ ، نمودار ۱). بیش از ۴۲٪ افراد مورد مطالعه DMFT بالاتر از ۱۰ را نشان دادند (جدول ۱). التهاب لثه (اندکس MGI) با بالا رفتن سن بصورت معنی داری افزایش نشان داد به نحوی که $66/7\%$ از افراد ۲۵ ساله و بزرگتر التهاب درجه ۳ را نشان دادند ($P=0/01$ ، جدول ۲). رابطه شاخص التهاب لثه (MGI) با سابقه فامیلی ابتلاء به هموفیلی نشان داد درجه التهاب لثه در افرادی با سابقه فامیلی، کمتر از سایر بیماران بوده و البته این رابطه معنی دار نبود (نمودار ۲). از طرفی میانگین DMFT در افرادی با سابقه فامیلی در مقایسه با بقیه بیماران کمتر بود ولی از نظر آماری معنی دار نبود ($P=0/20$).

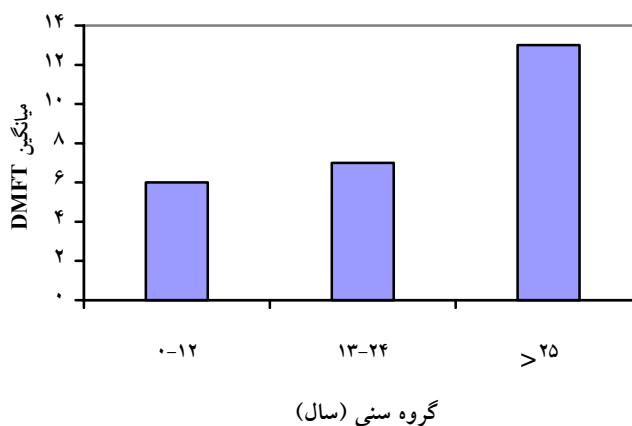
مقایسه میانگین DMFT برحسب وضعیت مسواک زدن نشان داد، در افرادی که مرتب مسواک می زدند ($9/6 \pm 2/5$) با افرادی که فقط چند بار در هفته مسواک می زدند ($9/2 \pm 4/9$) شاخص DMFT تفاوت معنی داری را نشان نداد ($P=0/20$). همچنین بین عادت مسواک زدن و شدت بیماری لثه (MGI) در افراد بیمار رابطه ای مشاهده نشد (جدول ۳). در ضمن هیچ یک از افراد هموفیل مورد مطالعه از نخ دندان استفاده نمی کردند.

بیش از ۴۰٪ افراد مورد مطالعه مبتلا به عفونت ویرال HBV یا HCV بودند، ولی هیچکدام از آنان از وجود ابتلاء به عفونت HIV در خود اطلاع نداشتند و ۵/۵۹٪ ابتلا به این دو عارضه را نشان ندادند. این اطلاعات بر مبنای آنچه در پرونده بیمار ثبت شده بود در تحقیق ذکر شده است.

سن شایع ظهور اولین علائم بیماری هموفیلی و مراجعه به پزشک بین ۶ تا ۱۲ ماهگی (۸۱٪) بود و از نظر سابقه فامیلی ۴۷/۶٪ بیماران سابقه ابتلاء فامیلی را ذکر نمودند. شایع ترین علت مراجعه به پزشک به خاطر عارضه هموفیلی رویش یا از دست رفتن اولین دندان های شیری آنها (۳۱٪) عنوان شد. شایع ترین مفصل مبتلا به همارتروز مفصل زانو (۳۴/۵٪) بود.

جدول ۱: توزیع فراوانی افراد تحت مطالعه بر حسب میزان DMFT

فراوانی DMFT	تعداد	درصد
۰	۱	۲/۴
۱-۵	۸	۱۹/۰
۶-۱۰	۱۴	۳۳/۴
۱۱-۱۵	۱۶	۳۸/۱
۱۶ و بیشتر	۳	۷/۱۰
کل	۴۲	۱۰۰



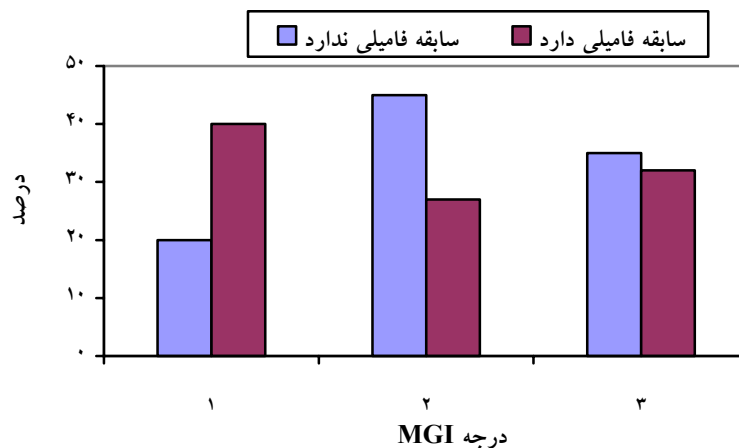
نمودار ۱: مقایسه DMFT بر حسب گروه سنی

جدول ۲: توزیع فراوانی درجه MGI بر حسب گروه سنی

گروه سنی						MGI
۲۵ و بیشتر		۱۳-۲۴		۷-۱۲		
تعداد	درصد	تعداد	تعداد	درصد	تعداد	
۰/۰	۰	۲۸/۶	۸	۶۲/۵	۵	درجه ۱
۳۳/۳	۲	۳۵/۷	۱۰	۳۷/۵	۳	درجه ۲
۶۶/۷	۴	۳۵/۷	۱۰	۰/۰	۰	درجه ۳
۱۰۰/۰	۶	۱۰۰/۰	۲۸	۱۰۰/۰	۸	کل

Kruskal-Wallis: $\chi^2=۸/۲$ P-value=۰/۰۱

نتیجه آزمون



نمودار ۲: توزیع فراوانی افراد تحت مطالعه بر حسب سابقه فامیلی ابتلاء به هموفیلی و درجه MGI

جدول ۳: توزیع فراوانی افراد تحت مطالعه بر حسب عادت مسواک زدن و درجه MGI

درجه MGI	عادت مسواک زدن							
	هرگز		چند بار در هفته		یک بار در روز		مرتباً	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
۱	۴	۸۰/۰	۵	۲۶/۳	۴	۲۶/۷	۰	۰/۰
۲	۰	۰/۰	۵	۲۶/۳	۷	۴۶/۷	۳	۱۰۰/۰
۳	۱	۲۰/۰	۹	۴۷/۳	۴	۲۶/۷	۰	۰/۰
کل	۵	۱۰۰/۰	۱۹	۱۰۰/۰	۱۵	۱۰۰/۰	۳	۱۰۰/۰

Kruskal-Wallis: $\chi^2=3/9$ P-value = ۰/۲۶ نتیجه آزمون

بحث

اکثر مطالعات انجام شده بر روی بیماران هموفیلی در مورد جنبه های پزشکی چون تعیین دوزاژ دارو و شیوه های مختلف ژن درمانی و جراحی متمرکز است و مطالعه مشابهی در زمینه تعیین شاخص های پوسیدگی و لته ای مشاهده نشده است.

در این مطالعه تمام بیماران مبتلا به هموفیلی مذکر بودند. این یافته ها با توجه به شیوع بالای هموفیلی A و سپس هموفیلی B در بین انواع آن و بروز موارد بیشتر در مردان

طبیعی است.^(۷) از جهت سابقه فامیلی، ۴۸/۶٪ بیماران مورد مطالعه دارای سابقه فامیلی بودند. ژن معیوب هموفیلی همیشه بر روی کروموزوم X و وابسته به جنس مغلوب می باشد. اما تخمین زده شده که ۳۰٪ موارد هموفیلی بدون سابقه خانوادگی و در نتیجه جهش ژنی می تواند بروز نماید لذا هموفیلی هر فردی از هر خانواده ای را می تواند تحت تاثیر قرار دهد.^(۷)

سن ظهور اولین علائم و مراجعه به پزشک در ۸۱٪ موارد ۶ تا ۱۲ ماهگی و شایع ترین علت مراجعه خونریزی در حین

دهان و دندان در این افراد غفلت شده است. شاخص DMFT در مبتلایان با سابقه خانوادگی رقم پائین تری را نسبت به سایر بیماران نشان داد که این امر احتمالاً مربوط به شیوه زندگی و رعایت بهداشت و تغذیه در این افراد بوده است. در واقع کنترل مصرف مواد قندی در این افراد حائز اهمیت است. زیرا در حالت بروز پوسیدگی شدید و غیر قابل ترمیم بودن، دندانها نیاز به کشیدن دارند و بخصوص اگر جایگزینی فاکتور مقدور نباشد، این امر بصورت فاجعه‌ای برای آنان بروز می‌کند.^(۱۲) این بیماران ترجیح می‌دهند از غذاهای نرم و مایعات استفاده کنند تا شانس زخمی شدن مخاط دهان کاهش یابد اما این نکته باید مورد توجه قرار گیرد که مخاط این افراد شکننده نیست و فقط استعداد به خونریزی دارند، لذا بهترین رژیم پیشنهادی در این بیماران غذاهای نرم کم حجم و پرکالری و مصرف کم مواد قندی می‌باشد.^(۱۲)

با توجه به شاخص لثه ای MGI بدست آمده در افراد مورد مطالعه، مشاهده گردید با افزایش سن شدت بیماری لثه ای بطور معنی داری ($P=0/01$) افزایش یافته است و زمانی که سابقه فامیلی در افراد مطرح بوده شاخص التهاب لثه کمتر افزایش یافته است ولی از لحاظ آماری این اختلاف معنی دار نبوده است. در مطالعه بر روی افراد سالم ۱۸-۵ ساله نیز اندکس‌های لثه ای و پرپودنتال (GI, PI) با افزایش سن تفاوت معنی داری را نشان داد ولی تفاوت مشخصی بین گروه سالم و بیمار مشاهده نشد.^(۱۱) در زمینه استعداد به بیماری لثه در افراد هموفیلی فقط پیشرفت بیماری سریعتر بوده و تحلیل لثه چسبنده و از دست دادن حمایت استخوان نگهدارنده دندان مشاهده می‌شود، لذا مراقبت‌های بهداشتی بالا در این افراد می‌تواند موجب کاهش از دست رفتن لثه چسبنده شود.^(۱۲) توصیه‌های مکرر دندانپزشک در مورد استفاده از مسواک، نخ دندان و ترکیبات فلوراید توام با رژیم غذایی مناسب و معاینات دندان بصورت مرتب و دوره‌ای در جهت رفع مشکلات دندان و لثه در این افراد بسیار حائز اهمیت است.^(۱) بهترین زمان اولین مراجعه به دندانپزشک سنین ۱۲ تا ۱۸

رویش یا از دست رفتن اولین دندانهای شیری (۳۱٪) بوده است. در بسیاری از موارد کیبودی‌های مکرر در دست و پای کودک خردسال با آغاز حرکت روی دست و پاها بروز می‌کند که می‌تواند علت مراجعه به پزشک باشد. خونریزی از دهان در بسیاری از موارد به عنوان یک یافته اولیه مطرح است که باید دندانپزشک هوشیار را به سمت تشخیص صحیح سوق دهد. کودکانی که دارای دندانهای تیز هستند و گونه خود را گاز می‌گیرند می‌توانند دچار خونریزی شوند.^(۸)

در ضمن در مطالعه حاضر بصورت حاشیه‌ای مشخص گردید شایع‌ترین مفصل مبتلا به هماتروز مفصل زانو (۳۴/۵٪) بوده است. هماتروز بخصوص هنگامی دیده می‌شود که کودک شروع به راه رفتن می‌کند و اگر این مفصل مبتلا درمان نشود محدودیت شدید حرکتی عارض می‌شود.^(۲) در این مطالعه بیش از ۴۰٪ افراد مبتلا به عفونت ویرال HBV و HCV بودند ولی از ابتلاء HIV در خود اطلاع نداشتند. در طی مطالعه انجام شده در هلند در طی سالهای ۲۰۰۱-۱۹۹۲ شایع‌ترین علت مرگ این بیماران ابتلا به AIDS و سپس هیپاتیت ویرال بوده است.^(۹) طبق اظهار نظر مرکز هموفیلی انگلستان در سال ۲۰۰۵ علی‌رغم همه تلاش‌ها هنوز هم بخصوص در کشورهای در حال رشد فراوده‌های خونی را نمی‌توان عاری از هر گونه آلودگی ویرال تلقی نمود.^(۴)

براساس مطالعه حاضر میانگین DMFT با بالا رفتن سن، افزایش معنی داری را نشان داد. در بررسی گروههای ۱۹-۱۵ ساله سالم در استان خراسان در سال ۸۲-۸۱، DMFT از ۶/۰۲ در ۱۵ ساله‌ها به ۶/۸۴ در ۱۹ ساله‌ها افزایش نشان داد که این افزایش از لحاظ آماری معنی دار نبود.^(۱۰)

در مطالعه مشابه بر روی گروه سالم در رده سنی ۱۸-۵ سال نشان داده شد DMFT بطور متوسط ۵/۷ می‌باشد.^(۱۱)

در مقایسه DMFT گروه سالم با افراد مبتلا به هموفیلی این تحقیق، مشخص می‌گردد که این شاخص در افراد هموفیلی بالاتر می‌باشد که احتمالاً این امر به علت مشکلات انعقادی افراد مبتلا به هموفیلی می‌باشد که در اثر آن از مسائل سلامت

نتیجه گیری

شاخص های التهاب لثه و DMFT در افراد هموفیل مورد مطالعه تفاوت آماری مشخصی نسبت به افراد سالم نداشت. بهر حال با توجه به مشکلات انعقادی و خطر خونریزی در حین کشیدن و ترمیم دندان ها توجه خاص در این بیماران ضروری است. لذا آموزش های لازم در زمینه بهداشت دهان و دندان همراه با یادآوری و کنترل های مکرر می تواند در پیشگیری از بروز این مشکلات و پیچیدگی درمان ها بسیار موثر باشد و خطر خونریزی بدنبال از دست رفتن دندانها یا مشکلات پرودنتال را تا حد امکان مرتفع سازد.

ماهگی می باشد. و در هر جلسه مراجعه باید به والدین فرد آموزش های لازم در امر سلامت دهان و دندان را یادآوری نمود.^(۱۳)

بی توجهی به این امر مهم منجر به ناراحتی لثه ای پرودنتال شدید و کشیدن دندانها می شود که با جراحی و مشکلات پیچیده قبل و بعد از عمل همراه بوده و هزینه درمانی بالائی را بدنبال دارد. در کنار توجه خاص به امر سلامت دهان و دندان بهتر است درمان های دندانپزشکی لازم بخصوص اگر توام با خونریزی باشد توسط دندانپزشک با آشنائی کامل با این اختلال انعقادی و در بیمارستانی مجهز به سرویس دهی جهت بیماران هموفیلی و کلینیک دندانپزشکی صورت گیرد.

منابع

1. Sanders B, Shapiro A, Hock R, Weddell J, Belcher C. Management of the medically compromised patient. In: McDonald R, Avery D, Dean J. Dentistry for the child and adolescent. 8th ed. India: Mosby Co; 2004. P. 559.
2. Fonseca M, Oral and dental care of local and systemic disease. In: Pinkham J, Casamassimo P, Mctigue D, Fields H, Nowak A. Pediatric dentistry. 4th ed. China: Elsevier Saunders; 2005. P. 78.
3. Shafer W, Hine M, Levy B, Tomich C. A textbook of Oral Pathology. 4th ed. Philadelphia: W.B. Saunders Co; 1983. P. 753.
4. Yee T, Lee CA. Transfusion-transmitted infection in hemophilia in developing countries. J Semin Thromb Hemost 2005; 31(5): 527-37.
5. Brewer A, Correa M. Guidelines for dental treatment of patients with inherited bleeding disorders. World federation of hemophilia dental committee 2006; 40(2): 1-8.
6. Chandra S, Chandra Sh. Textbook of community Dentistry. 1st ed. India: Jaypee; 2000. P. 138.
7. Peyvandi F, Jayandharan G, Chandy M, Srivastava A, Nakaya S, Goodeve A, et al. Genetic diagnosis of Hemophilia and other inherited bleeding disorders. Hemophilia 2006; 12(3): 82-9.
8. Gilliland B. Relapsing polychondritis and other arthritides. In: Braunwald E, Hauser S, Fauci A, Longo D, Kasper D, Jameson J. Harrison's principles of internal medicine. 15th ed. New York: McGraw-Hill; 2001. P. 2014.
9. Plug I, Van Der Bom J, Peters M, Bunschotsen E, De Goedo-Bolder A, Heijnen L. Mortality and causes of death in patients with hemophilia. J Thromb Haemost 2006; 4(3): 510-6.
10. Mogharrebi M. Dental health evaluation in two groups aging 15-19 and 35-44 in khorasan province. [Dissertation]. Mashhad University of Medical Sciences, School of Dentistry; 2002.

11. Toutouni H. Assessment of oral health status and determination of prevalence of periodontal diseases in diabetic children registered in Khorasan diabetes research center in 2002-3. [Dissertation]. Mashhad University of Medical Sciences, School of Dentistry; 2002
12. Harrington B. Primary dental care of patients with hemophilia. Treatment of hemophilia Montreal, Canada: World federation of Hemophilia, Monograph Series, 2004.
13. Patton L. Bleeding and clotting disorders. In: Greenberg M, Glick M, Burket's Oral Medicine. 10th ed. Spain: Bc Decker; 2003. P. 463.