

بررسی نیازهای درمانی دهان و دندان مبتلایان به سوء مصرف مواد مخدر

مجید اکبری*، مرتضی فغانی**، علی کاظمیان***، رضا افشاری****، علی تقیان*****، آنوسا طالبی*****#

* دانشیار دندانپزشکی ترمیمی و زیبایی، قطب تکنولوژی آموزشی در پزشکی کشور، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، ایران.

** دندانپزشک. دانشگاه علوم پزشکی مشهد، ایران.

*** استادیار گروه سلامت دهان و دندانپزشکی اجتماعی، مرکز تحقیقات بیماری‌های دهان، فک و صورت، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، ایران.

**** دانشیار سم شناسی بالینی، مرکز تحقیقات اعتیاد، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، ایران.

***** پزشک، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، ایران.

*****# دستیار تخصصی دندانپزشکی ترمیمی و زیبایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، ایران.

تاریخ ارائه مقاله: ۹۳/۱۱/۱۳ - تاریخ پذیرش: ۹۴/۵/۳

Evaluation of Oral Health Status and Dental Need Assessment in Narcotic Drug Abusers

Majid Akbari*, Morteza Faghani**, Ali Kazemian***, Reza Afshari****, Ali Taghian*****,
Atoosa Talebi*****#

* Associate Professor of Restorative Dentistry, Center of Excellence in Medical Education Technology, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

** Dentist, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

*** Assistant Professor of Community Oral Health, Oral & Maxillofacial Diseases Research Center, School of Dentistry, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

**** Associate Professor of Clinical Toxicology, Medical Toxicology Research Centre, Mashhad University of Medical Science, Mashhad, Iran

***** Practitioner, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

*****# Postgraduate Student, Dept of Restorative Dentistry, School of Dentistry, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

Received: 2 February 2015 ; Accepted: 25 July 2015

Introduction: Extensive oral and dental problems in narcotic drug abusers can lead to isolation and unsuccessful addiction treatment. The aim of this study was to assess dental needs in narcotic drug abuse population in the addiction treatment centers or Drug damages reduction centers.

Materials and Methods: This ecological, descriptive and cross-sectional study has been done in 4 addiction treatment centers located in different parts of city of Mashhad and selected by random cluster sampling method. A total of 200 samples were examined in this study. Statistical analyses were performed using the SPSS 11.5 software package and Pearson test.

Results: The subjects were 197 men and 3 women. The longest elapsed time from the onset of addiction until referring to addiction treatment center, were between 21 and 25 years and the most common were between 6 to 10 years. Xerostomia was diagnosed in 75% of patients and 98.5% of patients required restorative treatment. The most common range of DMFT was 16-20 (relative frequency: 34.5%). There was a statistically significant correlation between DMFT and the duration of addiction ($P < 0.001$).

Conclusion: Oral and dental health indicators of addicted persons were significantly low and wide, therefore there is a need to plan dental treatment for individuals participating in drug abuse treatment.

Key words: Drug abuse, oral and dental health indicators, dental needs assessment.

Corresponding Author: talebia911@mums.ac.ir

J Mash Dent Sch 2015; 39(3): 191-200 .

چکیده

مقدمه: اعتیاد یکی از مهمترین مشکلات اجتماعی در جامعه است که با مسایل زیادی در حوزه‌های پزشکی، روانپزشکی، خانوادگی، شغلی، قانونی، مالی و معنوی همراه است. مشکلات گسترده دهان و دندان مبتلایان به سوء مصرف مواد می‌تواند موجب انزوا و عدم موفقیت درمان ترک اعتیاد گردد. هدف از این مطالعه نیازسنجی خدمات دندانپزشکی در جمعیت مبتلا به سوء مصرف مواد مخدر در مراکز ترک اعتیاد یا کاهش آسیب در مشهد می‌باشد.

مواد و روش‌ها: در این مطالعه بوم‌شناختی، توصیفی و مقطعی با استفاده از نمونه‌گیری خوشه‌ای به ۴ مرکز ترک اعتیاد در نقاط مختلف شهرستان مشهد مراجعه شد و در مجموع ۲۰۰ معناد با استفاده از فرم تغییر یافته سلامت دهان سازمان بهداشت جهانی مورد معاینه قرار گرفتند. داده‌ها به وسیله آمار توصیفی در قالب جداول و نمودارها و آزمون همبستگی پیرسون و با نسخه ۱۱/۵ برنامه آماری SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: افراد مورد مطالعه شامل ۱۹۷ مرد و ۳ زن بودند. در زمینه مدت زمان سپری شده از شروع اعتیاد تا مراجعه جهت ترک، طولانی‌ترین زمان ۲۵-۲۱ سال و شایع‌ترین زمان ۱۰-۶ سال گزارش شد. ۷۵ درصد از افراد مورد مطالعه با مشکل خشکی دهان روبرو بودند. ۹۸/۵ درصد افراد نیاز به درمان ترمیمی داشتند. شایع‌ترین محدوده شاخص DMFT در بیماران مورد مطالعه ۲۰-۱۶ بود (با فراوانی نسبی ۳۴/۵ درصد). همبستگی میان DMFT و مدت اعتیاد به لحاظ آماری معنی‌دار بود ($P < 0.001$).

نتیجه‌گیری: نیازهای درمانی دهان و دندان جمعیت معتادین در حال ترک گسترده و وسیع است و متعاقب آن نیاز مبرم به برنامه ریزی درمان‌های دندانپزشکی در این جمعیت در زمان ترک وجود دارد.

واژه‌های کلیدی: سوء مصرف مواد مخدر، شاخص‌های سلامت دهان و دندان، نیازهای دندانپزشکی.

مجله دانشکده دندانپزشکی مشهد / سال ۱۳۹۴ دوره ۳۹ / شماره ۳: ۲۰۰-۱۹۱.

مقدمه

شایع‌ترین مورد سوء مصرف و وابستگی‌ها در ایران

اوپیوئیدها هستند. اوپیوئیدهای رایج در ایران، شامل تریاک، شیره، هروئین و کدئین می‌باشند که به صورت خوراکی، استنشاقی و تزریقی استفاده می‌شوند. از دیگر مواد مورد استفاده در ایران می‌توان به حشیش (از گروه کانابیس)، متیل فنیدیت (با نام تجاری ریتالین از گروه آمفتامین‌ها)، اکستازی (از گروه آمفتامین‌ها) کوکائین‌ها و LSD^۱ (از گروه توهم زا) اشاره نمود.^(۳)

عواملی که باعث افزایش احتمال سوء مصرف و وابستگی به مواد مخدر می‌شوند عبارتند از: عوامل بیولوژیکی، ویژگی‌های فردی، عوامل خانوادگی و عوامل اجتماعی.^(۴)

اعتیاد به مواد مخدر موجب کاهش انگیزه و اعتماد به نفس می‌شود، در نتیجه میزان رعایت بهداشت دهان و میزان مراجعات منظم به دندانپزشکی به شدت کاهش

مفهوم اعتیاد از چهار عنصر تشکیل شده است: پیشروی، اشتغال ذهنی، فقدان کنترل تصور شده و پایداری^(۱) علی‌رغم عواقب منفی درازمدت کشور ما سال‌هاست که با بلای خانمان سوز اعتیاد دست و پنجه نرم می‌کند. همجواری با بزرگ‌ترین کشور تولیدکننده مواد مخدر یعنی افغانستان، قرار گرفتن در مسیر ترانزیت مواد مخدر و وجود شبکه‌های سازمان یافته قاچاق مواد مخدر در منطقه، سبب شده، جمعیت قابل توجهی در کشور، مصرف‌کننده مواد افیونی باشند، به طوری که آمار معتادان کشور بین ۸۰۰ هزار تا یک میلیون و ۷۰۰ هزار نفر و میانگین سنی آنها ۳۲ سال تخمین زده شده است. همچنین به نظر می‌رسد هزینه مستقیم اعتیاد در کشور نزدیک به ۳ میلیارد دلار؛ معادل ۱۵ درصد درآمد نفتی کشور در شرایط عادی و البته ۴۵ برابر بودجه ستاد مبارزه با مواد مخدر باشد.^(۲)

1. d-Lysergic Acid Diethylamide (LSD)

می‌گردد^(۹)، به نظر می‌رسد مداخله و یا نظارت دندانپزشکی در تیم ترک اعتیاد موثر باشد.

گام اول برای تدوین یک راهنمای بالینی و پروتکل درمانی، نیازسنجی است تا به دنبال آن مداخلات لازم پیش‌بینی گردد. هدف از این مطالعه نیازسنجی خدمات دندانپزشکی در جمعیت مبتلا به سوء مصرف مواد مخدر در مراکز ترک اعتیاد یا کاهش آسیب در شهرستان مشهد بود.

مواد و روش‌ها

مطالعه حاضر یک مطالعه بوم شناختی، توصیفی و مقطعی می‌باشد. برای اجرای این طرح به ۴ مرکز ترک اعتیاد در نقاط مختلف شهرستان مشهد با نمونه‌گیری خوشه‌ای مراجعه شد و کلیه افرادی که در یک هفته برای ترک اعتیاد به این مراکز مراجعه کردند معاینه شدند. (۲۰۰ نفر)

برای معاینه بیماران از فرم تغییر یافته بررسی سلامت دهانی سازمان بهداشت جهانی (WHO) استفاده شد. (پیوست ۱) جهت معاینه افراد ابتدا با ریاست مرکز مربوطه هماهنگی لازم به عمل آمد، و افرادی که به مرکز مراجعه می‌کردند (جهت دریافت متادون و یا معاینه توسط پزشک مرکز) و یا در مرکز مقیم بودند، با استفاده از چراغ قوه و آبسلاک؛ بعد از تمیز کردن دندان‌ها با مسواک؛ معاینه شدند.

مزایای اجرای این طرح برای مسئول مراکز و افراد معاینه شونده شرح داده می‌شد و حضور ایشان در مطالعه اختیاری بود. بیماران در صورت صلاحدید و یا وجود ضایعات مشکوک و نیازمند توجه؛ به دانشکده دندانپزشکی جهت درمان ارجاع داده می‌شدند.

اطلاعات ثبت شده به وسیله نسخه ۱۱/۵ از برنامه آماری SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. توصیف

می‌یابد. مصرف مواد مخدر باعث خشکی دهان یا زروستومیا می‌شود که این عارضه خود موجب کاهش PH بزاق و افزایش تشکیل پلاک و جرم‌دندانی می‌شود. تمام این عوامل منجر به افزایش بروز پوسیدگی دندان‌ها و بیماری‌های پریدونتال می‌شود. از سوی دیگر اعتیاد به مواد مخدر می‌تواند موجب افزایش تمایل به مصرف قندهای ساده شود که خود عاملی برای ایجاد پوسیدگی است. همچنین اعتیاد به مواد مخدر می‌تواند موجب بروز براکسیسم، افزایش حساسیت دندانی و ژنژیویت نکروزان شود. بین مصرف تنباکو و ضایعات لکوپلاکیا، زبان باردار، زبان مودار و هیپرپیگمانتاسیون مخاط دهان ارتباط مستقیم وجود دارد. استفاده توأم تنباکو و الکل منجر به افزایش ریسک ایجاد سرطان حلق و کام نرم می‌شود.^(۱)

یکی از مهم‌ترین هزینه‌هایی که معنادین بر اجتماع وارد می‌کنند، هزینه‌های درمانی و بازتوانی آنهاست و در این بین عوارض دهان و دندانی که به صورت مستقیم و غیرمستقیم به مصرف مواد مخدر مرتبط است یکی از مهم‌ترین مشکلات بهداشتی این افراد است و مقالات متعدد به این مسئله اشاره داشته‌اند^(۷،۸)، ولی با توجه به این که مصرف مواد مخدر در کشورهای مختلف شکل‌ها و به تبع آن عوارض مختلف دارد، و با توجه به تاکید نقشه جامع علمی سلامت کشور بر تدوین راهنمای بالینی بومی در کشور برای سال ۱۴۰۴ و نیاز به کاهش عوارض دندانی در جمعیت در حال ترک اعتیاد برای تسهیل بازگشت این افراد به جامعه، نیاز به تدوین راهکار و به کارگیری آن به صورت دستورالعمل بالینی احساس می‌شود.

علاوه بر این با توجه به این که مشکلات دندانی ظاهری و عملکردی، در جمعیت در حال ترک اعتیاد منجر به افزایش انزوا و مشکلات روانی و جسمی این جمعیت

آماري داده‌ها در قالب جداول ارائه گردید و تست پیرسون برای بررسی همبستگی احتمالی میان داده‌ها مورد استفاده قرار گرفت.

یافته‌ها

بیشتر مراجعین در محدوده سنی ۳۰ تا ۴۰ سال بودند و میانگین سنی ایشان $40/48 \pm 5/6$ سال بود. ۱۹۷ نفر از نمونه‌ها (۹۸/۵ درصد) مرد و ۳ نفر آنها (۱/۵ درصد) زن بودند (جدول ۱).

در زمینه مدت زمان سپری شده از شروع اعتیاد تا مراجعه جهت ترک، طولانی‌ترین زمان ۲۵-۲۱ سال و شایع‌ترین زمان ۱۰-۶ سال گزارش شد. در زمینه مصرف متادون، نیمی از افراد تحت مطالعه متادون مصرف نمی‌کردند و ۵۰ درصد دیگر مصرف‌کننده متادون بودند. میانگین مدت زمان مصرف متادون در گروه مصرف‌کننده آن $1/8 \pm 1/6$ سال بود. بیشترین مدت مصرف متادون ۵ سال گزارش شد.

جدول ۱: توزیع فراوانی معنادین برحسب جنس، سن، محل زندگی، وضعیت تاهل، شغل و تحصیلات

تعداد	درصد	میانگین DMFT	مقدار P در مقایسه DMFT بین گروه‌ها
گروه سنی (سال)	۲۰-۳۰	۱۲/۴+۴/۶	۰/۰۲
	۳۱-۴۰	۱۳/۶+۶/۱	
	۴۱-۵۰	۱۸/۳+۳/۳	
	۵۱-۶۰	۲۱/۸+۴/۱	
	۶۱-۷۰	۲۷/۳+۲/۸	
جنس	مرد	۱۷/۵+۲/۸	۰/۳۲
	زن	۲۱/۸+۴/۱	
محل زندگی	شهر	۱۶/۵+۵/۸	۰/۰۸
	حاشیه شهر	۱۸/۵+۷/۹	
	روستا	۲۲/۰+۴/۸	
وضعیت تاهل	متاهل	۱۷/۸+۵/۵	۰/۰۸
	مجرد	۱۶/۸+۶/۸	
	مطلقه	۱۸/۹+۵/۸	
شغل	کارمند	۱۶/۵+۴/۳	۰/۰۶
	شغل آزاد	۱۷/۸+۶/۴	
	بیکار	۱۹/۴+۴/۸	
تحصیلات	بیسواد	۱۹/۹+۵/۷	۰/۰۷
	سیکل	۱۹/۴+۶/۶	
	دیپلم	۱۶/۵+۴/۵	
	کاردانی و کارشناسی	۱۷/۷+۶/۴	
	ارشد و بالاتر	۱۶/۶+۸/۴	

لحاظ آماری معنی‌دار بود ($P < 0/001$). ۹۶/۵ درصد افراد بیماری‌های لته داشتند.

کلیه افراد تحت مطالعه، سابقه مصرف سیگار و ۹۰ درصد افراد، سابقه مصرف تریاک داشتند. سابقه مصرف کانابیس (حشیش) در ۱۶۶ نفر (۸۳ درصد)، الکل در ۱۵۰ نفر (۷۵ درصد)، کراک ایرانی در ۱۱۳ نفر (۵۶/۵ درصد)، هروئین در ۱۰۹ نفر (۵۴/۵ درصد) و آمفتامین در ۶۴ نفر (۳۲ درصد)، دیده شد.

۱۵۰ نفر (۷۵ درصد) از افراد مورد مطالعه با مشکل خشکی دهان روبرو بودند و سایر افراد از این لحاظ شکایتی نداشتند. (جدول ۲ و ۳). داده‌های مرتبط با شاخص DMFT در افراد مورد معاینه در جدول ۴ آورده شده است. بر این اساس شایع‌ترین محدوده DMFT ۲۰-۱۶ بود (فراوانی نسبی ۳۴/۵ درصد). ضریب همبستگی پیرسون میان DMFT و مدت اعتیاد ۰/۴۰۹ بوده و این همبستگی به

جدول ۲: توزیع فراوانی معنادین بر حسب زخم‌های خارج دهانی، تورم گره‌های لنفی، تورم در ناحیه سر و گردن، وضعیت غیرنرمال لب‌ها،

بدخیمی در ناحیه سر و صورت و اختلالات مفصل TMJ

درصد	تعداد		
۹۲/۵	۱۸۵	عدم وجود زخم	زخم‌های خارج دهانی
۴/۵	۹	لب بالا	
۱/۵	۳	لب پایین	
۰/۵	۱	گونه	
۰/۵	۱	چانه	
۰/۵	۱	گوش	
۵/۰	۱۰	مثبت	تورم غدد لنفاوی
۹۵/۰	۱۹۰	منفی	
۳/۰	۶	مثبت	تورم در ناحیه سر و گردن
۹۷/۰	۱۹۴	منفی	
۱/۵	۳	مثبت	وضعیت غیرنرمال لب‌ها
۹۸/۵	۱۹۷	منفی	
۰/۵	۱	مثبت	بدخیمی
۹۹/۵	۱۹۹	منفی	
۳۶/۵	۷۳	مثبت	اختلالات مفصل TMJ
۶۳/۵	۱۲۷	منفی	

جدول ۳: توزیع فراوانی معتادین برحسب وضعیت دندانی (نیاز به پروتز)، پیگمانتاسیون داخل دهانی، لکوپلاکیا، لیکن پلان، کاندیدیازیس، زخم، آبسه، فیستول، وضعیت لثه، نیاز به درمان ریشه و نیاز به درمان ترمیمی*

وضعیت دندانی	تعداد	درصد	تعداد	درصد
وضعیت دندانی	۷	۳/۵	۳	۱/۵
عدم نیاز به درمان پروتزی	۴۰	۲۰	۶	۳/۰
نیاز به پروتز ثابت	۱۱۰	۵۵	۱	۰/۵
نیاز به پروتز پارسیل	۱۴	۷	۲	۱/۰
نیاز به دنچر کامل	۳	۱/۵	۳	۱/۵
دارا بودن پروتز ثابت	۱۲	۶	۳	۱/۵
دارا بودن پروتز پارسیل	۱۴	۷	۳	۱/۵
دارا بودن پروتز کامل	۶۹	۳۴/۵	۱	۰/۵
مثبت	۱۳۱	۶۵/۵	۲	۱/۰
منفی	۳	۱/۵	۳	۱/۵
سطح پستی زبان	۳	۱/۵	۹	۴/۵
سطح شکمی زبان	۲	۱	۱۹۱	۹۵/۵
گونه	۱۹۲	۹۶	۲۴	۱۲/۰
فاقد لکوپلاکیا	۱	۰/۵	۸	۴/۰
لب بالا	۳	۱/۵	۱۱۹	۵۹/۵
لب پایین	۶	۳	۴۲	۲۱/۰
سطح پستی زبان	۱	۰/۵	۷	۳/۵
سطح شکمی زبان	۹	۴/۵	۱۶۶	۸۳/۰
گونه	۱۸۰	۹۰	۳۴	۱۷/۰
هیچکدام	۱۹۷	۳	۸۷	۴۳/۵
دارای کاندیدیازیس	۳	۱/۵	۱۱۳	۵۶/۵
فاقد کاندیدیازیس	۱۸۲	۹۱	۳	۱/۵
عدم وجود زخم	۱۰	۵	۱۹۷	۹۸/۵
آفتوز	۱	۰/۵		
هرپتیک	۷	۳/۵		
تروماتیک				

*موارد ذکر شده در شرایط معاینه ذکر شده تشخیص اولیه داده شده و بدون آزمایشات پاراکلینیکی بوده است.

جدول ۴: توزیع فراوانی معتادین برحسب DMFT

DMFT	تعداد	درصد	DMFT	تعداد	درصد
۰-۵ (ناچیز)	۸	۴/۰	۲۰-۱۶ (زیاد)	۶۹	۳۴/۵
۶-۱۰ (کم)	۲۶	۱۳/۰	۲۵-۲۱ (خیلی زیاد)	۲۳	۱۱/۵
۱۱-۱۵ (متوسط)	۵۲	۲۶/۰	۳۰-۲۶ (خیلی خیلی زیاد)	۲۲	۱۱/۰

بحث

طبق مطالعه حاضر، میانگین سنی جمعیت مورد مطالعه ۴۰/۴۸ سال گزارش شد و دهه سنی ۴۰-۳۱ سال بیشترین سهم را در جمعیت مورد مطالعه دارا بودند. محدوده سنی افراد مورد مطالعه ۶۵-۲۲ سال بود. در مطالعه‌ای که O'Sullivan^(۱۰) در ایرلند انجام داد، محدوده سنی افراد مطالعه ۷۳-۱۸ سال بود و حدود ۵۹ درصد آنها کمتر از ۴۰ سال داشتند، که مشابه مطالعه حال حاضر است. طبق مطالعه‌ای که در الیگودرز و اردبیل روی معتادین خود معرف انجام شد، میانگین سنی افراد مراجعه‌کننده به ترتیب ۳۴/۵ و ۳۶/۳ سال گزارش شد.^{(۱۱) و (۱۲)} همانطور که مشاهده می‌شود اغلب معتادین خود معرف در محدوده سنی ۳۰ تا ۴۰ سال هستند سنی که افراد باید در حداکثر بازدهی برای اجتماع باشند. از طرف دیگر در این سن افراد اهمیت ویژه‌ای برای ظاهر خود قائلند و شاید به این دلیل احتمال مراجعه این گروه از معتادان به مجموعه‌های ترک اعتیاد افزایش می‌یابد.

متأسفانه عوارض جسمی و به ویژه عوارض دهانی سوء مصرف مواد مخدر، بازدهی فردی و اجتماعی فرد را به علت ظاهر ناخوشایند تحت الشعاع قرار می‌دهد. این ظاهر ناخوشایند خود بر حس انزوای معتادین می‌افزاید و متعاقب تشدید این حس، شدت اعتیاد افزایش و احتمال ترک اعتیاد توسط فرد کاهش می‌یابد (بین حس انزوای طلبی و شدت اعتیاد ارتباط معنی‌دار وجود دارد).^(۱۳) این موضوع لزوم توجه بیشتر به رفع مشکلات دهان و دندان این افراد را به همراه مدیریت اعتیاد به مواد مخدر نشان می‌دهد.

در زمینه تحصیلات، مدرک سیکل (تحصیلات راهنمایی) بیشترین سهم (۴۷ درصد) را در میان افراد تحت مطالعه داشت، مطالعات نشان داده‌اند میزان

تحصیلات دانشگاهی در افراد غیرمعتاد بیشتر از افراد معتاد است.^(۱۴)

با توجه به وجود همبستگی مثبت بین مدت زمان اعتیاد و میزان DMFT، مشاهده می‌شود که هرچه مدت اعتیاد بیشتر باشد وضعیت سلامت دهان و دندان این افراد بدتر و نیاز آنها به دریافت درمان‌های دندانپزشکی بالاتر خواهد بود. این ارتباط نشانگر تاثیر مخرب اعتیاد بوده و نیاز به توجه ویژه به حیطه سلامت دهان و دندان برای متقاضیان ترک اعتیاد را نشان می‌دهد و لزوم ورود این درمان‌ها به پروتکل ترک را خاطر نشان می‌سازد. شایع‌ترین محدوده DMFT گزارش شده در مطالعه ما ۲۰-۱۶ بود با فراوانی نسبی (۳۴/۵ درصد). در مطالعه O'Sullivan^(۸) در ایرلند، میانگین DMFT، ۱۴/۴ گزارش شد.

شیوع خشکی دهان در این مطالعه ۷۵ درصد گزارش شد. در مطالعه‌ای که بهرام آیرملو و همکاران انجام دادند، این پدیده در ۵۰ درصد افراد گزارش شد.^(۱۸) به نظر می‌رسد افزایش خشکی دهان که در دوران ترک با متادون هم می‌تواند باقی بماند؛ به عنوان یکی از عوامل موثر در افزایش مشکلات دهان و دندان مطرح باشد.^(۷) یکی از مواردی که می‌تواند در دوران ترک مدنظر باشد توجه به خشکی ایجاد شده در دهان است که می‌تواند از نظر گروه پزشکی دور مانده باشد. ریسک پوسیدگی، از دست دادن دندان، مشکلات پرپودنتال و TMD به دلیل خشکی دهان افزایش می‌یابد.^(۱۵)

علت خشکی دهان به دلیل استفاده از مواد مخدر ناشناخته است. در موارد استفاده از متامفتامین، فرض می‌شود که فعال شدن رسپتورهای آلفا آدرنژیک در عروق غدد بزاقی باعث تنگی عروق و کاهش جریان بزاق می‌شود. فرضیه دیگر اثر تحریکی متامفتامین روی آدنورسپتورهای مهاری آلفا ۲ در غدد بزاقی و کاهش

در این مطالعه ۴ درصد افراد لکوپلاکیا و ۱۰ درصد افراد لیکن پلان داشتند. در مطالعه Sujutha^(۲۲)، ۱۴ درصد افراد لکوپلاکیا و در مطالعه Patil^(۲۳)، ۸/۲ درصد افراد لکوپلاکیا و ۰/۹ درصد افراد لیکن پلان داشتند.

تماس مستقیم ماده مخدر با لثه منجر به التهاب و خونریزی لثه و دسکواماسیون اپی تلیوم می شود و اپی تلیوم را به عوامل کارسینوژن مستعد می سازد.^(۱۵)

از محدودیت های این مطالعه این است که نیاز درمانی شاخص عمومی در دندانپزشکی ندارد؛ می توان این نیاز درمانی را در بیماری های لثه یا پوسیدگی ها و یا ارتودنسی تعریف کرد ولی با توجه به اینکه در حالت کلی به صورت یک عدد جمع شده نیست و به صورت تفکیک شده ارائه می گردد؛ می توان در هر قسمت موارد ذکر شده را به صورت توصیفی لحاظ کرد.

با توجه به یافته های ذکر شده به نظر می رسد توجه به مقوله سلامت دهان و دندان متقاضیان ترک اعتیاد اهمیت ویژه داشته و وارد کردن مداخلاتی که منجر به ارتقا سلامت در این حیطة می شوند، ضروری به نظر می رسد. با وجود محدودیت های این مطالعه در بررسی و ثبت دقیق مشکلات دندان و استفاده از امکانات پاراکلینیکی و مخصوصاً بررسی دقیق تر وضعیت پرئودونتال و بافت نرم؛ وجود مشکلات دهان و دندان در این گروه مشخص می باشد و پیشنهاد می شود که مطالعات مشابه و هم راستا جهت تدوین مداخلاتی که بیشترین نسبت فایده به هزینه را برای کاهش مشکلات دهان و دندان معتادین در زمان ترک ایجاد کند، انجام گیرد.

نتیجه گیری

نیازهای درمانی دهان و دندان جمعیت معتادین در حال ترک گسترده و وسیع است. با افزایش زمان مصرف مواد مخدر؛ شاخص های سلامت دهانی به شدت کاهش

میزان جریان بزاق می باشد. همچنین فرض می شود که استفاده از بعضی از مواد مخدر، ترکیب بزاق را تغییر داده و منجر به خشکی دهان می شود. دهیدراتاسیون ناشی از اعتیاد به مواد مخدر، متابولیسم را افزایش داده و افزایش فعالیت فیزیکی منجر به خشکی دهان می شود.^(۱۵)

بهداشت دهانی ضعیف، جذب مواد قندی زیاد، تغذیه نامناسب، ترس از دندانپزشکی و خوددرمانی از دلایل دیگر مشکلات دهان و دندان افراد معتاد می باشد.^(۱۶،۱۷)

تورم غدد لنفاوی (لنفادنوپاتی) در ۵ درصد افراد تحت مطالعه، مشاهده شد. در مطالعه ای که O'Sullivan^(۸) انجام داد، نیز شیوع لنفادنوپاتی ۲/۹ درصد گزارش شد.

شیوع TMD (صدای مفصل، حساسیت مفصل و عضلات جوونده به لمس، سایش دندان) در این مطالعه، ۳۶/۵ درصد گزارش شد. در مطالعه ای که Almas و همکاران^(۱۹) انجام دادند، شیوع TMD، ۴۱ درصد گزارش شد. در مطالعه Shetty و همکاران^(۲۰) شیوع TMD با فراوانی نسبی ۲۲/۳ درصد گزارش شد. علت TMD می تواند به خاطر مصرف انرژی بیش از حد معتادان و فعالیت نوروماسکولار آنان باشد که باعث پارافانکشن می گردد.^(۱۵)

پیگمانتاسیون دهانی در ۳۴/۵ درصد افراد تحت مطالعه ما مشاهده شد. این عارضه در مطالعه مشابهی که شیرازی انجام داد، ۳۰/۸ درصد و به عنوان شایع ترین عارضه گزارش شد.^(۲۱)

در ۹ درصد از افراد تحت مطالعه ما زخم های داخل دهانی دیده شد که شایع ترین آن ها زخم های تروماتیک بود. بیشترین مکانی که آن زخم دیده شد، لب پایین بود. در مطالعه O'Sullivan^(۸) شیوع زخم های دهانی ۲۰ درصد گزارش شد.

دانشکده دندانپزشکی مشهد به ثبت رسیده، می‌باشد.
بدینوسیله از حمایت مالی معاونت پژوهشی دانشگاه علوم
پزشکی مشهد کمال امتنان را داریم.

می‌یابد. لذا این افراد نیاز به آموزش بهداشت دهان و
جرمگیری و مداخلات پیشگیرانه دارند.

تشکر و قدردانی

این مقاله منتج از پایان نامه به شماره ۲۶۶۸ که در

منابع

1. Walters G. The Addiction Concept: Working Hypothesis or Self-fulfilling Prophecy? 1st ed. Germany: Allyn & Bacon Publisher; 1999. P. 1-11.
2. Rafee H. The latest statistics of Iranian drug abusers published. 2013. Available at: URL: <http://www.farsnews.com/newstext.php?nn=8611010314>. Accessed October 01, 2013.
3. Mokri A. Brief overview of the status of drug abuse in Iran. Arch Iran Med 2002; 5: 184-90.
4. Rosenzweig M, Leiman AL, Breedlore M. Biological Psychology. 2nd ed. Sinauer Associates, Sunderland, MA, USA: 1999. P. 98-104.
5. Naimah Z. Adolescent substance abuse, a review of past 10 years. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1998; 37(3): 252-61.
6. Terry D. Oral effect of drug abuse. Crit Rev Oral Biol Med 1992; 3(3): 163-84.
7. Heymann H, Swift E, Ritter A. Sturdevant's Art and Science of Operative Dentistry. 6th ed. St Louis: Elsevier; 2013. P. 65-72.
8. O'Sullivan EM. Prevalence of oral mucosal abnormalities in addiction treatment centre residents in Southern Ireland. Oral Oncol 2011; 47(5): 395-9.
9. Akbari M, Afshari R, Sharif M, Hashemy S, Majidinia S. Evaluation of the effect of diacetyl morphine on salivary factors and their changes after methadone therapy. J Contemp Dent Pract 2013; 15(6): 730-4.
10. O'Sullivan EM. Dental health of Irish alcohol/drug abuse treatment centre residents. Community Dent Health 2012; 29(4): 263-7.
11. Foroughi S. Aligoudarz township self - introduced addicts, characteristics. Yafteh 2004; 5 (1): 57-61. (Persian)
12. Amani F, Sadeghie S, Salamati P. Characterization of narcotic drug abusers visited in Ardebil self referred centers. Payesh 1994; 4(1): 55-9. (Persian)
13. Bagheri M, Nabavi A, Moltafet H, Naghipour F. The study of effective factors on addiction phenomenon in the city of Ahwaz. J Appl Sociol 2010; 21(2): 119-36. (Persian)
14. Mosavi Sh. Comparison between the self protective skills of normal individuals and narcotic drug abuse individuals referred to polyclinics of 5-azar educative hospital in Gorgan during 2005. [Medical Doctor Thesis]. Iran. Medical School Golestan University of Medical Sciences; 2006. (Persian)
15. Solomons Y, Moipolai P. Substance abuse: Case management and dental treatment. Clinical review. J Dent Assoc S Afr 2014; 69(7): 298, 300-15.
16. Shekarchizadeh H, Khami MR, Mohebbi SZ, Ekhtiari H, Virtanen JI. Oral health of drug abusers: A review of health effects and care. Iran J Pub Health 2013; 42(9): 929-40.
17. Shekarchizadeh H, Khami MR, Mohebbi SZ, Virtanen JI. Oral health behavior of drug addicts in withdrawal treatment. BMC Oral Health 2013; 13(1): 11.
18. Ayramloo B, Fathieh A, Kamel H. The Effect of The use of psychedelic substances on incidence and intensity of periodontitis and dental caries, J Dent Sch Shahid Beheshti Univ Med Sci 2001; 19(1): 12-6. (Persian)
19. Almas K, Al Wazzan K, Al Hussain I, Al-Ahdal KY, Khan NB. Temporomandibular joint status, occlusal attrition, cervical erosion and facial pain among substance abusers. Odontostomatol Trop 2007; 30(117): 27-33.
20. Shetty V, Mooney LJ, Zigler CM, Belin TR, Murphy D, Rawson R. The relationship between methamphetamine use and increased dental disease. J Am Dent Assoc 2010; 141(3): 307-18.
21. Shirzaei M. Oral changes associated with tobacco and opioids consumption in patients referred to Zahedan Dental School. J Qazvin Univ Med Sci 2011; 15(3): 62-8. (Persian)
22. Sujatha D, Hebbar PB, Pai A. Prevalence and correlation of oral lesions among tobacco smokers, tobacco chewers, areca nut and alcohol users. Asian Pac J Cancer Prev 2012; 13(4): 1633-7.
23. Patil PB, Bathi R, Chaudhari S. Prevalence of oral mucosal lesions in dental patients with tobacco smoking, chewing, and mixed habits: A cross-sectional study in South India. J Family Community Med 2013; 20(2): 130.

فرم معاینه بیماران تحت درمان در مراکز ترک اعتیاد..... مقدس

شماره			
تاریخ تولد	وضعیت تاهل	محدوده محل زندگی	شغل:
مدت اعتیاد:	ماده مصرفی:	نوع مصرف:	ترک مدت:
مدت مصرف متادون:		آیا احساس خشکی دهان دارید؟	

معاینات خارج دهانی	بلی	خیر
وجود زخمی مرتبط با مواد و محل آن		
آیا بزرگی غدد لنفاوی سر و گردن مشاهده می شود؟		
آیا تورمی در صورت و فکین مشاهده می شود؟		
آیا ابنورمالیتی در لبها دیده می شود؟		
آیا علائمی از سرطان دهان دیده می شود؟		
آیا اختلال مفصل تمپورومندیولار مشاهده می شود؟		
کدام اختلال مفصل تمپورومندیولار دیده می شود؟		
Clicking_tenderness_reduce maximum opening		
معاینات داخل دهانی		
وضعیت نرمال است؟		
بدخیمی و محل آن؟		
لکوپلاکیا و محل آن		
لیکن پلان و محل آن؟		
زخمهای آفتوز یا هرپتیک یا تروماتیک؟		
کاندیدیازیس و محل آن؟		
آبسه و محل آن؟		
سایر موارد؟		
وضعیت سلامت پریدنشیوم؟		
مال اکلوزن؟		
نیاز به درمان اورژانس؟		

آرایش غیر معمول دندانی؟

۱۸	۱۷	۱۶	۱۵	۱۴	۱۳	۱۲	۱۱	۲۱	۲۲	۲۳	۲۴	۲۵	۲۶	۲۷	۲۸
۳۸	۳۷	۳۶	۳۵	۳۴	۳۳	۳۲	۳۱	۴۱	۴۲	۴۳	۴۴	۴۵	۴۶	۴۷	۴۸

دندانهای پوسیده (نیازمند ترمیم): D	دندان نیازمند کراون: C	دندان نیازمند درمان ریشه: R	درمانهای پروتزی لازم:
دندانهای دارای ترمیم: F	دندان کشیده شده: E	دندان کشیدنی: H	DMF: