

بررسی وضعیت شاخص های بالینی پریدنتال در بیماران مبتلا به انفارکتوس میوکارد بستری در بیمارستان اکباتان همدان

دکتر ژانت مرادی حق گو*، دکتر فرزانه رسولی**

دریافت: ۸۶/۳/۲۴، پذیرش: ۸۶/۱۰/۴

چکیده:

مقدمه و هدف: بیماری پریدنتال یک بیماری عفونی است که از جمله بیماریهای شایع انسان می باشد. اگر چه بیماریهای سیستمیک خاصی ممکن است بر شروع و پیشرفت آن تاثیر بگذارند ولی شواهد اخیر تاثیر بیماری پریدنتال بر بیماریهای سیستمیک را ثابت کرده اند. از جمله این بیماریها، انفارکتوس حاد میوکارد (MI) است. هدف این مطالعه بررسی وضعیت شاخصهای بالینی پریدنتال در بیماران MI و تعیین میزان شیوع بیماری پریدنتال در این افراد می باشد.

روش کار: ۱۲۵ بیمار MI ۳۹ تا ۷۰ ساله (۲۵ زن ۱۰۰ مرد) بستری در بیمارستان اکباتان همدان در سال ۱۳۸۴ از نظر وضعیت پریدنتالی مورد معاینه قرار گرفته و شاخص های کلینیکی (شاخص خونریزی لثه، عمق پاکت و حد چسبندگی) در آنها اندازه گیری شد. تعداد دندانهای باقیمانده، سن و جنس بیماران در فرم اطلاعاتی ثبت گردید. سپس بیمارانی که شاخص خونریزی در آنها مثبت بود یا از دست رفتن چسبندگی ۱ میلی متر یا بیشتر داشتند به عنوان مبتلایان به بیماری پریدنتال محاسبه شدند.

نتایج: در این مطالعه میانگین سنی بیماران $۵۶/۳۲ \pm ۶/۷۷$ سال بود. میانگین عمق پروب $۳/۳۸ \pm ۰/۳۵$ mm، میانگین حد چسبندگی $۳/۵۵ \pm ۰/۴$ mm، میانگین شاخص خونریزی $۷۲/۸ \pm ۲۰/۴۶$ درصد و میانگین تعداد دندانهای باقیمانده $۱۸/۳۳ \pm ۵/۵۵$ دندان بدست آمد.

نتیجه نهایی: نتایج حاصل از این بررسی نشان داد که $۸۹/۶\%$ از بیماران مورد مطالعه به بیماری پریدنتال مبتلا بوده و از این نظر در وضعیت مناسب قرار ندارند.

کلید واژه ها: انفارکتوس میوکارد / بیماری پریدنتال

مقدمه:

عفونتهای پریدنتال بر روی آن ثابت شده است، بیماریهای قلبی - عروقی (CHD) و عوارض ناشی از بیماری عروق کرونر قلب از قبیل آنژین صدری و سکته قلبی می باشد. بیماریهای پریدنتال از طریق مکانیسم های مختلف روی سکته حاد قلبی آترواسکلروز تجمع پلاکت و ایجاد ترومبوز تاثیر گذاشته، سبب بستن عروق و ایجاد ایسکمی و عوارضی نظیر آنژین صدری یا سکته حاد قلبی می گردد(۱).

بیماری عروق کرونری قلب سردسته علل مرگ و میر در بیشتر کشورها می باشد و سکته قلبی در انتهای طیف

بیماری پریدنتال یک بیماری عفونی شایع در انسان می باشد که عامل اصلی آن پلاک میکروبی بوده و عوامل مختلفی نیز ممکن است بر تظاهرات بیماری تاثیر گذاشته یا آن را تغییر دهند(۱).

اگر چه تاثیر بالقوه اختلالات سیستمیک بر روی پریدنتال مثبت شده است، شواهد اخیر نشان می دهند که عفونت پریدنتال ممکن است احتمال بروز پاره ای از اختلالات سیستمیک را افزایش دهد یا باعث تغییر در روند طبیعی آنها گردد. از جمله مواردی که تاثیر

* استادیار گروه پریدنتیکس دانشکده دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی همدان (Janet_haghgoo@yahoo.com)

** دکتری حرفه ای دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی همدان

نام و نام خانوادگی، سن، جنس، تاریخ بستری و نشانی آنان در پرسشنامه ثبت گردید.

سپس توسط آینه یکبار مصرف و پروب ویلیامز و منبع نور پرتابل (چراغ مطالعه و چراغ باطری دار) شاخصهای کلینیکی که شامل حد چسبندگی، عمق پاکت و خونریزی لثه بود اندازه گیری شد و در پرسشنامه ثبت گردید.

برای اندازه گیری عمق پاکت، پروب ویلیامز موازی محور طولی دندان در سرتاسر لبه لثه حرکت داده شد، عمیق ترین نقاط ورود پروب در شش ناحیه مزیا، میانی و دیستال سطوح باکال و لینگوال ثبت گردید.

جهت تعیین حد چسبندگی نیز اطراف هر دندان به طور کامل با پروب ویلیامز پروب شد و فاصله عمق پاکت از Cervical Enamel Junction که رفرنس انتخابی این مطالعه بود در ۶ ناحیه مشابه عمق پاکت اندازه گیری و ثبت گردید.

برای شاخص خونریزی از لثه از روش Ainamo و Bay استفاده شد به این ترتیب که پروب به طور کامل در سرتاسر لبه لثه حرکت داده شده و تظاهر خونی پس از ۱۰ ثانیه به عنوان نمره مثبت ثبت گردید. (شاخص خونریزی از لثه هر فرد نسبت به لبه لثه های خونریزی دهنده به کل لبه های مورد معاینه است).

در فرم اطلاعاتی تعداد دندانهای باقی مانده هر فرد ثبت گردید. سپس افرادی که در آنها خونریزی از لثه مثبت بود، یا از بین رفتن چسبندگی ۱ میلی متر و بیشتر داشتند، مبتلا به بیماری پریدونتال محسوب گردیدند.

با استفاده از نرم افزار آماری SPSS و آنالیزهای آمار توصیفی، میانگین شاخص های مورد مطالعه، میانگین سن و تعداد دندانهای باقیمانده، درصد توزیع جنسی بیماران و میزان شیوع بیماریهای پریدونتال محاسبه گردید.

نتایج:

از میان ۱۲۵ نفر بیمار سکتة قلبی معاینه شده ۱۰۰ مرد و ۲۵ زن از سن ۳۹ تا ۷۰ سال با میانگین سنی ۵۶/۳ ± ۶/۷۷ سال بودند. شیوع بیماری پریدونتال در بیماران سکتة قلبی ۸۹/۶ درصد بود. سایر نتایج بدست آمده از این مطالعه جدول ۱ نشان داده شده است.

سندرم های بیماری عروق کرونر قلب قرار داشته، و به دلیل داشتن مرگ و میر بالا (۳۰٪)، ناتوانی و هزینه های بالای مراقبتهای بهداشتی حائز اهمیت است (۲،۳).

در بسیاری از موارد سکتة قلبی، عوامل خطرزای تابع توجیه کننده بیماری نیستند، در این افراد عفونتهای موضعی به عنوان توجیهی جهت مکانیسم بیماری پیشنهاد شده اند (۱).

هر چند بیماری های پریدونتال و بیماری های قلبی - عروقی عوامل خطر ساز مشترکی نظیر استعمال دخانیات، بیماری قند و استرس دارند، مطالعات بسیاری تاثیر عفونتهای پریدونتال بر بیماری های قلبی - عروقی را به اثبات رسانده و این نظریه را که بیماری پریدونتال یک عامل خطر ساز برای بیماری عروق کرونر قلب بوده و مستقل از سایر عوامل خطر ساز کلاسیک می باشد، تایید می کنند (۱).

در مطالعات گذشته میزان شیوع بیماری های پریدونتال در بیماران سکتة قلبی از ۴۸ تا ۱۰۰٪ گزارش شده است (۴-۶).

با توجه به شیوع بالای بیماری های پریدونتال در جوامع جهان سوم و با توجه به اینکه بیماری پریدونتال فقط به صورت یک عامل موضعی بر روی دندانها و ساختمان نگهدارنده اثر نمی گذارد و به عنوان عامل خطر ساز مستقل برای بیماری های سیستمیک عمل می کند پیشگیری، شناسایی و درمان زودهنگام آن جهت پیشگیری از بیماری های سیستمیک ناشی از آن می تواند کمک کننده باشد (۱).

در این مطالعه سعی شده است تا با بررسی شاخص های بالینی پریدونتال شامل خونریزی هنگام پروب کردن (که نشان دهنده آماس و التهاب لثه) و عمق (Probing) و حد چسبندگی (که نمایانگر از دست رفتن اتصالات لثه ای می باشند) وضعیت پریدونتالی بیماران سکتة قلبی بررسی شده و میزان شیوع بیماری های پریدونتال در این بیماران مشخص گردد.

روش کار:

این مطالعه از نوع توصیفی - مقطعی می باشد که در آن ۱۲۵ بیمار سکتة قلبی بستری در بخش قلب بیمارستان اکباتان همدان در پاییز و زمستان سال ۱۳۸۴ از نظر وضعیت پریدونتالی مورد معاینه قرار گرفته اند. ابتدا بیماران گرفتار سکتة حاد قلبی مشخص و سپس

به از دست رفتن و ایجاد اتصال دلالت داشته باشد بنابراین در این مطالعه از شاخص از بین رفتن چسبندگی برای بررسی وجود بیماریهای پرپودنتال استفاده شد و از تفاضل حد چسبندگی و عمق پروبینگ میزان تحلیل آشکار لثه بیماران محاسبه گردید (۱).

میانگین شاخص خونریزی لثه بیماران مشابه مطالعه چرنیک و همکارانش بود که در آن میانگین شاخص خونریزی لثه ۰/۸۰٪ گزارش شده بود (۶).

میانگین تعداد دندانهای باقیمانده بیماران نیز مشابه مطالعات بوهلین و همکاران، گرتس و همکاران بود که در هر دو مطالعه ۱۸ عدد گزارش شده بود (۹،۱۰).

نتیجه نهایی:

یافته های این مطالعه مشخص ساخت که بیماران MI از نظر وضعیت پرپودنتالی در وضعیت نامناسبی قرار داشته و ۸۹/۶٪ از آنان مبتلا به بیماری پرپودنتیت بودند. در درصد بالایی از بیماران MI شاخص خونریزی لثه مثبت بود و میانگین سنی پایین بیماران نسبت به اکثر مطالعات انجام شده بیانگر سن پایین بی دندان در گروه مورد مطالعه بود.

منابع:

1. Newman MG, Taki HH, Caranza FA. Caranza's Clinical Periodontology. 9th ed. Philadelphia: W.B. Saunders, 2002: 80-88.
2. Anderoil TE, Carpenter CS, Griggs RC, Loscalzo J. Cecile essentials of medicine. 5th ed. Philadelphia: W.B. Saunders, 2001: 79-90.
3. Eugene B, Fauci AS, Kasper DL, Hauser SL, Longo DL, Jameson J. Harrison's principles of internal medicine. 15th ed. Vol 2. New York; McGraw-Hill, 2001: 1399-400
4. Marron I, Deliarhyris EN, Madianos PN, Kadoma W, Smith SC Jr, Beck JD, et al. Periodontal disease in patients with acute myocardial infarction: prevalence and contribution to elevated C-reactive protein levels. Am Heart J 2004; 147 (6): 1005-9.
5. Czerniuk MR, Gorska R, Filipak KJ, Opolski G. Inflammatory response to acute coronary syndrome in patients with coexistent periodontal disease. J Periodontal 2004; 75(7): 1020-6.
6. Lim S J, Perez PL, Guarda SE, Fajuri NA, Marchant DM, Martinez SA, et al. Periodontal disease among patients with acute coronary syndrom. Rev Med Chile 2005; 133(2): 183-189.
7. Rynkiewicz A, Sobiczewski W, Tyrzyk S,

جدول ۱: میانگین شاخص های کلینیکی پرپودنتال در بیماران سکنه قلبی مورد مطالعه

شاخص کلینیکی	میانگین \pm انحراف معیار	واحد اندازه گیری
* عمق پروب (PD)	۳/۳۸ \pm ۰/۳۵	میلی متر (mm)
** حد چسبندگی (CAL)	۳/۵۵ \pm ۰/۴	میلی متر (mm)
شاخص خونریزی لثه	۷۲/۸۰ \pm ۲۰/۴۶	درصد
دندانهای باقیمانده	۱۸/۳۳ \pm ۵/۵۵	عدد

* عمق پروب عبارت است فاصله لبه لثه تا کف پاکت پرپودنتال

** حد چسبندگی عبارت است از فاصله CEJ تا کف پاکت پرپودنتال

از کل بیماران ۱۰۵ نفر معادل ۸۴٪ از بین رفتن چسبندگی ۱mm و بیشتر را نشان می دادند و از مقایسه دو شاخص در جدول ۱ میانگین میزان تحلیل آشکار لثه در بیماران ۱/۷mm به دست آمد.

بحث:

یافته های حاصل از معاینه بیماران بیانگر میزان بالای شیوع بیماری پرپودنتال، میزان بالای خونریزی لثه (Probing)، سن پایین بی دندان در گروه مورد مطالعه و میزان بالای بیماری سکنه قلبی در مردان نسبت به زنان می باشد.

میانگین سنی بیماران در این مطالعه نسبت به مطالعات قلبی غیر از مطالعه مارون و همکارانش پایین تر بوده و بیانگر سن پایین بی دندان در گروه مورد مطالعه می باشد (۴).

درصد بیماران زن و مرد مشابه اکثر مطالعات قلبی می باشد و درصد بالای بیماران مرد در این مطالعه و مطالعات مشابه قلبی با توجه به این نکته که جنسیت مذکر فاکتور خطر ساز CHD است، توجیه می گردد (۲،۴،۵،۶).

یافته های حاصل از میزان شیوع بیماری های پرپودنتال با هیچ یک از مطالعات انجام گرفته مطابقت نداشت. میزان شیوع بیماری های پرپودنتال در این مطالعه نسبت به مطالعات مارون و راین کیویچ بالاتر و از مطالعات لیم و چرنیک و همکارانش پایین تر بود (۴-۷).

میانگین عمق پروبینگ در مطالعه حاضر مشابه عمق پروبینگ در مطالعه وایلر شوسن و همکارانش بود که عمق پروبینگ در آن ۳/۴ \pm ۱/۱mm ذکر شده بود (۸).

البته به دلیل تغییر موقعیت مارژین لثه در طی این زمان، عمق پاکت ممکن است اصلا ارتباطی با میزان چسبندگی موجود دندان نداشته باشد و تغییرات در حد چسبندگی

- Sadlak- Nowicka J, Bochniak M, Periodontal and dental state of patients with coronary heart disease. *Ptzegl1 Lek* 2004;61(9): 901-3.
8. Willershausen B, Krahwinkel T, Valentinis L, Todt M. Correlation between inflammatory periodontal disease and cardiovascular disease. *Eur J Med Res* 2003; 8(11): 499-504.
 9. Buhlin K, Gustafsson A, Ahnve S, Janszky I, Tabrizi F, Klinge B. Oral health in women with coronary heart disease. *J Periodontal* 2005; 76(4): 544-50.
 10. Geerts SO, Legrand V, Charpentier J, Albert A, Rompen EH. Further evidence of the association between periodontal condition and coronary artery disease. *J Periodontal* 2004; 75(9): 1274-80.