

بررسی شیوع و علل انواع ضایعات غیر پوسیده‌ی طوق دندان در بیماران مراجعه کننده به دانشکده‌ی دندان پزشکی در سال ۱۳۸۵

دکتر عطیه فیض^{*}، سجاد قربانی زاده^۱

مقدمه: ضایعات غیر پوسیده‌ی طوق دندان به سه شکل ابریژن، اروژن و ابرکشن بروز می‌کنند. هدف از این تحقیق بررسی شیوع و علل انواع ضایعات غیر پوسیده‌ی طوق دندان در بیماران مراجعه کننده به دانشکده‌ی دندان پزشکی در سال ۸۵ بود.

مواد و روش‌ها: در این مطالعه‌ی مقطعی، توصیفی و گذشته‌نگر تعداد ۱۲۰ دندان در ۴۱ بیمار بررسی شد. در ۳۶ بیمار فرمی حاوی اطلاعات کلینیکی و تاریخیچه‌ای مرتبط با نوع ضایعات بیماری پر گردید و بر حسب مندرجات آن تشخیص صورت گرفت و شیوع انواع و علل ضایعات غیره پوسیده‌ی طوق دندان بررسی شد. داده‌ها با کمک آنالیزهای توصیفی آماری بررسی شد. ($\alpha=0/05$)

یافته‌ها: ۷۵/۷ درصد از افراد مورد مطالعه دارای ابریژن بودند که در اثر روش‌های نادرست مسواک زدن، استفاده از مسواک غیراستاندارد یا کاربرد خمیردندان غیراستاندارد ایجاد شده بود. همچنین، ۵۰/۷ درصد از افراد مورد مطالعه، دچار ابرکشن بودند که در نتیجه‌ی از دست رفتن دندان‌ها، عادات پارافانکشنال، تماس‌های زودرس و تیلتهای دندانی به وجود آمده بود. به علاوه، ۲۸/۲ درصد از بیماران دارای اروژن بودند که به دلیل مشکلات معدی-روده‌ای، استفاده از داروهای کاهنده‌ی بزاق و استعمال دخانیات ایجاد شده بود.

نتیجه‌گیری: با توجه به محدودیتهای این مطالعه، در جامعه‌ی آماری ما ترتیب شیوع ضایعات غیره پوسیده‌ی طوق دندان به صورت ابریژن، ابرکشن و اروژن بود.
کلید واژه‌ها: ابریژن، اروژن، ابرکشن، ضایعات غیر پوسیده‌ی طوق دندان، شیوع.

* استادیار، بخش ترمیمی دانشکده دندان پزشکی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران. (مؤلف مسؤول)
feiz@dut.mui.ac.ir

۱: دانشجوی دندان پزشکی، دانشکده دندان پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.

این مقاله حاصل پایان‌نامه دانشجویی در دانشگاه علوم پزشکی اصفهان می‌باشد

این مقاله در تاریخ ۸۹/۵/۱ به دفتر مجله رسیده، در تاریخ ۸۹/۷/۲۸ اصلاح شده و در تاریخ ۸۹/۱۰/۲۵ تأیید گردیده است.

مجله دانشکده دندان پزشکی اصفهان
۵۳۳، (۵) ۶ تا ۵۴۲

مقدمه

دندان پزشکی به عنوان علمی که در قیاس با مادر خود پزشکی، عمر چندانی ندارد، مواجه با مسایل و موارد بغرنج عدیده‌ای است، که از آن جمله می‌توان به ضایعات غیر پوسیده‌ی طوق دندان اشاره نمود. این ضایعات چه از نظر اتیولوژی بروز، چه به لحاظ شیوع انواع و علل ایجادگر و چه از حیث درمان مناسب سال‌هاست که محل بحث اصحاب علم و نظر در این رشته است. امروزه غالب منابع سه نوع کلی را برای این ضایعات متصورند: ابریژن، اروژن و ابفرکشن (۱-۶). باید خاطر نشان کرد که عده‌ای نیز انواع دیگری برای این ضایعات برشمرده‌اند (۴-۶) که به اجمال به توضیح آن‌ها می‌پردازیم:

اروژن شامل از دست دادن نسج دندان در اثر فعالیت‌های شیمیایی غیر مرتبط با باکتری‌ها گفته می‌باشد (۶-۷). عوامل بروز آن دو دسته می‌باشد: داخلی و خارجی (۵-۷). اسید معده مهم‌ترین دلیل داخلی اروژن است (۷). این ماده در حالاتی نظیر تهوع، استفراغ، ... وارد محیط دهان می‌شود. عوامل خارجی آن آب میوه و انواع نوشابه‌ها و ... است. آزاد شدن برخی اسیدها در صنایع الکتریکی و استخرها نیز از عوامل دیگر آن است (۱۸، ۴، ۷). در کلینیک ضایعه به شکل فرورفتگی‌های عریض کم عمق و بشقاب شکل دیده می‌شود که فاقد بریدگی سطحی هستند (۵-۷، ۲). بیرون زدگی ترمیم‌های آمالگام نسبت به دندان، عدم وجود پوسیدگی و پلاک در محل ضایعه و حضور مینای دست نخورده در خط سرویکال دندان به دلیل محافظت توسط مایع شیار لثه‌ای از موارد قابل مشاهده در اروژن می‌باشند (۷).

ابریژن عبارت است از دست دادن پاتولوژیک نسج دندان در اثر تماس با یک شیء خارجی یا از دست دادن نسج دندان تحت اثر نیروهای بیومکانیکی (۱-۲). روش غلط مسواک زدن، قدرت، زمان و نوع مسواک کردن و نوع خمیر دندان، وجود تحلیل لثه، خوردن مواد زبر، ناخن خوردن و ... و حتی حضور کلاسه‌های پروتز پارسیل ریسک فاکتورهای ابریژن هستند (۲، ۴، ۶، ۷، ۹، ۱۰). در کلینیک ضایعه شیارهای کوچک و افقی در طول سطح فاشیال نزدیک به CEJ، به چشم می‌خورد. حضور دیواره‌هایی با زاویه‌ی تند، حالت بریدگی واضح و دیچینگ در زیر مینا دیده می‌شود (۹). این ضایعات بیشتر در دندان‌های برجسته‌ی فکین بروز می‌کنند و

منتشر نیستند (۲).

ابفرکشن شامل از دست دادن نسج دندان در اثر نیروهای کششی و فشاری در امتداد محور طولی خمشی دندان می‌باشد (۷، ۱). عوامل آن نیروهای کششی نامناسب ناشی از اکلوژن و تداخلات اکلوژالی می‌باشد (۷، ۴، ۲). در ظاهر ضایعه درگیری بیشتر سطح لینگوال، حالت وج شکل، درگیری بیش از دو دندان، هایپرتروپی ماهیچه‌های صورت، کنگره‌ای شدن زبان و ... به چشم می‌خورد (۷).

مطالعات انجام شده در کشورهای مختلف دنیا نتایج گوناگونی را نشان داده است. مطالعاتی که بر روی اروژن صورت گرفته است، حاکی از آن است که در بالغین با افزایش سن درصد بروز این ضایعه افزایش یافته و رژیم غذایی نقش بسیار مهمی در ایجاد این ضایعات داشته است (۱۱، ۷). موادی مانند فلوراید عامل مهمی در کاهش و ملایم نمودن شدت ضایعه بوده است (۱۱). در کودکان اروژن بیشتر در اثر مصرف بالای نوشیدنی‌های اسیدی ایجاد می‌شود (۲).

مطالعاتی که در رابطه با ابریژن انجام شده است نشان می‌دهد که در کشوری مثل آمریکا علت اصلی ایجاد این ضایعه در ایالت ایندیاناپولیس نوع مسواک و روش استفاده از آن بوده است (۲). در مطالعه‌ای دیگر که در سوئد انجام شده است، دفعات مسواک زدن و قدرت مسواک زدن بسیار مهم‌تر از جنس مسواک و خمیردندان مصرفی در بروز ابریژن بوده است (۱۳).

در رابطه با ابفرکشن هم در مطالعه‌ای مروری نشان داده شده بود که درست برخلاف نظر پژوهش‌های قبلی، نقش نیروهای اکلوژالی در بروز ضایعات غیره پوسیده‌ی طوق دندان آن گونه که توسط برخی داده‌های کلینیکی هم تصدیق شده بود، نبوده و به نظر می‌رسد به عنوان بخشی از یک پدیده‌ی چند عاملی باشد که لزوماً در قالب مکانیسم ابفرکشن خلاصه نمی‌شود، لذا شواهد کمی وجود دارد که دلایل بروز ابفرکشن را به تنهایی به عنوان عامل اولیه ایجاد ضایعات غیره پوسیده‌ی طوق دندان معرفی نماید (۳).

با توجه به شیوع بالای این ضایعات در جامعه (۳-۴) و اینکه اطلاعات کافی در مورد وضعیت ضایعات در جامعه‌ی ایرانی وجود ندارد و از طرفی بستگی تام شیوع و وضعیت انواع مختلف این ضایعات به جغرافیای زیستی فرد و عادات و سبک زندگی ناحیه‌ی

این بررسی به صورت پر کردن فرمی که حاوی دو دسته اطلاعات بود انجام می‌شد: اطلاعات مربوط به مشخصات کلینیکی، داده‌های مربوط به تاریخچه‌ی بالینی مرتبط با آن که از این طریق امکان تشخیص نوع ضایعه فراهم می‌آمد. در پایان داده‌ها با نسبت‌ها و روابط ساده‌ی آماری به صورت درصد بیان شد.

یافته‌ها

در این مطالعه ۱۲۰ دندان واجد ضایعه در ۳۱ نفر با میانگین سنی ۳۶ سال که جوان‌ترین آن‌ها ۲۲ سال و پیرترین آن‌ها ۶۰ سال داشت مورد بررسی قرار گرفت که نتایج آن‌ها در جداول ۱ تا ۵ آمده است.

نتایج مطالعه‌ی حاضر نشان داد که شایع‌ترین ریسک فاکتور بروز ابریژن با شیوع ۵-۹۶٪ مربوط به نحوه غیراستاندارد مسواک زدن می‌باشد و بعد از آن شایع‌ترین ریسک فاکتور مسواک غیر استاندارد می‌باشد.

در مورد ریسک فاکتورهای بروز اروژن، شایع‌ترین علت شامل مشکلات معدی-روده‌ای بود. در میان انواع ضایعات دندان‌ی ابریژن، با شیوع ۸/۳۰٪ شایع‌ترین نوع ضایعات بود.

او که سبب عدم امکان تعمیم دادن نتایج مطالعات سایر کشورها به جامعه ما می‌باشد (۷) مطالعه‌ی حاضر طراحی گردید. از آن‌جا که به رغم مشکلات درمان، کنترل این ضایعات معمولاً موفقیت‌آمیز بوده و به تصریح بسیاری از منابع شناخت عوامل منطقه‌ای و بومی بروز این ضایعات و درصد دخالت آن‌ها در بروز ضایعه می‌تواند کمک شایانی در جهت پیشگیری و کنترل ضایعه نماید (۵-۴، ۲-۱) و به نظر می‌رسد بتواند در نهایت پروتکل درمانی را به نوع مناسب تغییر دهد (۳-۱).

مواد و روش‌ها

مطالعه‌ی ما از نوع توصیفی، مقطعی و گذشته‌نگر می‌باشد. جامعه‌ی مورد مطالعه ما بیماران مراجعه‌کننده به دانشکده‌ی دندان‌پزشکی و جمعیت هدف ما بیماران مبتلا به ضایعات مذکور بودند. روش نمونه‌گیری تصادفی آسان و نمونه‌ی مورد مطالعه شامل ۱۲۰ دندان واجد ضایعه بود، به این شکل که در صورت حضور بیش از یک دندان، این دندان‌ها در یک فک نباشند، اگر بودند در یک نیم فک نباشند، اگر بودند از یک نوع نباشند و اگر بودند ضایعات در دو سطح غیر یکسان از دندان قرار گرفته باشند.

جدول ۱: درصد فراوانی ریسک فاکتورهای بروز ابریژن

ریسک فاکتور	کلاسپ پارسیل	روش مسواک زدن غیراستاندارد	مسواک غیراستاندارد	خمیردندان غیراستاندارد	تحلیل لثه
درصد فراوانی	۵/۸٪	۹۶/۵٪	۷۸/۶٪	۶۷٪	۴۷/۵٪

جدول ۲: درصد فراوانی ریسک فاکتورهای بروز اروژن

ریسک فاکتور	نوشابه‌های اسیدی	مشکلات معدوی روده‌ای	خشکی دهان	داروهای ضد بزاق	مصرف دخانیات
درصد فراوانی	۳/۵٪	۲۸/۵٪	۷٪	۱۷/۷۵٪	۱۴/۲۸٪

جدول ۳: درصد فراوانی ریسک فاکتورهای ابریژن

ریسک فاکتور	اکلوژن گروپ فانکشن	وجود سایش اکلوژالی	عادات پارافانکشن	براکت‌های ارتودنسی	تماس‌های پیشگرای	تماس‌های زودرس طرفی	تماس‌های زودرس مرکزی	تیلت دندان‌ی
درصد فراوانی	۲۳٪	۲۹/۱٪	۳۲/۱۴٪	۱/۶٪	۳۶٪	۳۰/۸٪	۱۴٪	۱۶/۶٪

جدول ۴: توزیع فراوانی علل ضایعات غیر پوسیده‌ی طوق دندان

ضایعه	اروژن، ابریژن، ابفرکشن	اروژن، ابفرکشن	ابریژن، ابریژن، ابفرکشن	اروژن، ابفرکشن	ابریژن، ابریژن، ابفرکشن	اروژن	ابریژن
درصد فراوانی	۴/۱٪	۵/۸٪	۳۵٪	۵/۸٪	۵/۸٪	۱۲/۵٪	۳۰/۸٪

جدول ۵: توزیع فراوانی دندان‌های مبتلا به ضایعات غیر پوسیده‌ی طوق دندان

دندان درگیر	کانین‌های پایین	سانترال‌های پایین	پره‌مولرهای پایین	سانترال‌های بالا	پره‌مولرهای بالا	کانین‌های بالا	مولرهای پایین	مولرهای بالا
درصد فراوانی	۳۰٪	۱۷٪	۱۵٪	۱۵٪	۱۳٪	۱۲٪	۱۱٪	۷٪

بحث

در خصوص ابریژن مشخص شد که در جامعه‌ی آماری ما ۹۶/۵ درصد از افراد، درست مسواک نمی‌زنند. ۷۸/۶ درصد از مسواک غیراستاندارد استفاده می‌کنند و خمیر دندان مورد استفاده در ۶۷ درصد آن‌ها استاندارد نیست. این موارد باعث شده است تا ابریژن چه به تنهایی و چه در تعامل با سایر انواع ضایعات، به عنوان مهم‌ترین نوع ضایعات غیر پوسیده‌ی طوق دندان در ایران مطرح باشد. روش مسواک زدن اشتباه خصوصاً نوع افقی یا اسکراب که در میان دو ثلث از جامعه‌ی آماری ما مشاهده شد می‌تواند موجب بروز ابریژن به دو صورت متفاوت شود. یکی تأثیر مستقیم آن در بروز ابریژن و دیگری ایجاد تحلیل لثه که سبب قرار گرفتن سمان نرم در معرض عوامل فرساینده می‌شود و پیشرفت این ضایعه را تسریع می‌کند (۷).

این نتیجه گرچه از حیث کلیت با مطالعات انجام شده در کشورهای دیگر تطابق دارد (۲)، اما نکته‌ی قابل تأمل این است که درصدی از افراد جامعه‌ی ما که درست مسواک نمی‌زنند بالاست. این موضوع نشان دهنده‌ی اهمیت توجه به بحث‌های اولیه بهداشت دهان و دندان می‌باشد. متأسفانه بخش عمده‌ای از توان اجرایی خدمات ارایه شده در حیطه‌ی دهان و دندان تنها معطوف به بخش درمان که در حقیقت آخرین سطح ارایه خدمات سلامتی است، گردیده و از سطوح اولیه‌ی درمان و پیشگیری که هم به لحاظ اجتماعی برای عموم قابل استفاده‌تر است فارغ گردیده است. به نظر می‌رسد بهتر باشد، در این زمینه دیدگاه سلامت محور جایگزین دیدگاه درمان محور گردد. شاید یکی از علل این موضوع عدم وجود منبع منسجم

آموزش بهداشت دهان و دندان در دوران تحصیل و دلیل دیگر آن عدم وجود تعرفه‌ی مشخص و مناسب برای آموزش دهان و دندان در برنامه‌ی هزینه‌های دریافتی مطب می‌باشد. به نظر می‌رسد اگرچه ۵/۸ درصد از دندان‌های جامعه‌ی آماری ما دارای کلاسپهای پروتز پارسیل بود، اما همین تعداد دارای ضایعات ابریژن نیز بودند. این موضوع خلاف اصول ساخت پارسیل است که باید به گونه‌ای ساخته شود که تنها زمان نشست و برخاست بر دندان نیرو وارد کند (۴).

در مورد اروژن و ریسک فاکتورهای آن بنا بر یافته‌های پژوهش مشخص گردید که اروژن کم‌ترین فراوانی را در بین انواع مختلف ضایعات غیرپوسیده‌ی طوق دندان دارد. آن‌چه جالب توجه است، این است که این یافته بر خلاف بسیاری تحقیقات انجام گرفته در این مورد می‌باشد، زیرا در این تحقیقات معمولاً اروژن علت اول بروز ضایعات مذکور می‌باشد (۶-۷). دلیل این یافته با نگاهی گذرا به آمار جامعه‌ی ما و جوامع مورد تحقیق این احتمال را مطرح می‌سازد که در جامعه‌ی ما مصرف مواد و نوشیدنی‌های اسیدی، بالخصوص انواع نوشابه‌ها چنانکه باید باب نشده است و مصرف آب میوه و سرکه نیز خیلی اوقات از حد بحرانی تجاوز نمی‌کند. بدین جهت اروژن در جامعه‌ی ما پایین است. می‌توان با دادن اطلاعات مناسب به جامعه، سهم این ریسک فاکتور را همچنان پایین نگه داشت. در مطالعه‌ی ما مهم‌ترین عامل بروز اروژن مشکلات معدوی روده‌ای ۲۸/۵ درصد بود. آنچه در مورد این افراد باید توجه قرار گیرد، این است که بعد از حمله‌ی اسیدی به هیچ وجه به مسواک زدن روی نیاورند و به همان غرغره کردن آب در دهان بسنده کنند تا از

دندان‌های دارای این ضایعه سایش اکلوژالی دارند، نشان می‌دهد که بی‌نظمی حرکات اکلوژن در یک گروه دندان‌ی می‌تواند یک یا چند دندان را در وضعیت استعداد به بروز ضایعه قرار دهد، هرچند خود دندان دچار فرسایش اکلوژالی نباشد. پیشنهاد می‌شود دندان‌پزشک به محض برخورد با شرایط تماس‌های زودرس و موقعیت‌های اکلوژنی نامتوازن ابتدا به تنظیم اکلوژن از طریق قالب‌گیری و مانت مجدد کست‌ها بر روی آرتیکولاتور بپردازد (۱) و یا اینکه در صورت حضور عادات پارافانکشنال با استفاده از تمرینات راحت‌سازی ماهیچه‌ای و محافظ شبانه نسبت به رفع آن اقدام و سپس به درمان خود ضایعه بپردازد (۳، ۱).

بیشترین دندان‌های درگیر در این مطالعه نیش‌های پایین بودند که شاید به این دلیل بود که دندان‌هایی بودند که در زاویه‌ی قوس فکی قرار داشتند و بیشتر در معرض نیروهای سایشی ناشی از مسواک زدن غلط و نیروهای خارج از مرکزی قرار داشتند (۲).

مهم‌ترین ضایعات غیر پوسیده‌ی طوق دندان در جامعه‌ی ما ابریژن بود، که به علت روش غلط مسواک زدن، مسواک غیراستاندارد و خمیر دندان غیراستاندارد ایجاد شده بود. بعد از ابریژن، ابفرکشن آن هم در اثر تماس‌های زودرس و عادات پارافانکشنال ناشی از غیبت زود هنگام دندان به وجود آمده و در نهایت اروژن قرار داشت که بیشتر در اثر مشکلات معدی-روده‌ای، استفاده از داروهای کاهنده بزاق و استعمال دخانیات حاصل شده بود. اغلب ضایعات چند عاملی بودند و بیشترین دندان‌های درگیر نیش‌های پایین بود.

سایش فزاینده‌ی نسج دندان جلوگیری نمایند (۷-۶). مهم‌ترین دفاع سطح دندان در قبال اروژن، محتوای فلوراید دندان است (۷)، لذا فرهنگ‌سازی مصرف فلوراید خصوصاً در جامعه‌ی ما که آب فلوراید نمی‌باشد، حتی بعد از سنین دندان‌های مختلط، خالی از لطف نیست. در جامعه‌ی ما داروهای مصرفی کاهنده‌ی بزاق و دخانیات عوامل بعدی کاهش بزاق و به طور ثانویه اروژن هستند. در این مورد، استفاده از تحریک کننده‌های غیر قندی بزاق بالخصوص انواع آدامس‌ها و آب نبات‌ها بسیار مناسب و مفید است (۷).

در مورد ابفرکشن به صورت انفرادی تنها در ۵/۸ درصد از نمونه‌ها موجود بود و در همراهی با بقیه‌ی انواع در ۴۴/۹ درصد از ضایعات دیده می‌شد که این مطلب نقش شروع کنندگی را که در برخی منابع برای این ضایعه در نظر گرفته شده است را زیر سؤال برده و نقض می‌کند (۳). کاهش تعداد دندان‌ها و عدم جایگزینی دندان‌های از دست رفته، به نوبه خود سبب بروز ناهنجاری‌های اکلوژنی، تقسیم نامتناسب نیروها، ایجاد سنتریک اکلوژن جدید و گاه بروز عادات پارافانکشنال می‌شود (۳-۱، ۷). این موارد دندان‌ها را مستعد ابفرکشن می‌نماید که در جامعه‌ی آماری ما به خوبی مشهود می‌باشد. درصد بالای تداخلات اکلوژالی در حرکات پیشگرایی (۳۶ درصد) و حرکات طرفینی (۳۰/۸ درصد) و نسبت بالای دندان‌هایی که دچار تیلت شده بودند، همه مشاهداتی بر تائید این موضوع است.

این مطلب که در ۴۶/۶ درصد از افراد دارای ابفرکشن سایش‌های اکلوژالی منتشر دیده می‌شود، اما تنها ۲۹/۱ درصد از

References

1. Aw TC, LePe X, Johnson GH, Mancl L. Characteristics of noncarious cervical lesions. JADA 2002;133(6): 725-32.
2. Piotrowski BT, Gillette WB, Hancock EB. Examining the prevalence & characteristics of abfractionlike cervical lesions in population of U.S.A veterans. JADA 2001; 132(12): 1694-1701.
3. Litonjua LA, Andreana S, Bush PJ, Tobias TS, Cohen RE. Noncarious cervical lesion & abfractions. JADA 2003; 134(7): 845-50.
4. Giripppo JO, Simring M, Schreiner S. Attrition, abrasion, corrosion and abfraction revisited. JADA 2004; 135(8):1109-18.
5. Yip KH, Smales RJ, Kaidonis JA. The diagnosis and control of extrinsic acid erosion of tooth substance. Gen Dent 2003; 51(4): 354.
6. Moss SJ. Dental erosion. Int Dent J 1998; 48(6): 529-39.
7. Gandara BK, Truelove EL. Diagnosis & management of dental erosion. Contemp Dent Prac 1999; 1(1): 16-23.
8. Starr C. class 5 restorative. In: Summitt J, Robbins J, Schwartz R. fundamental of operative dentistry 2th Ed. Singapore: Quintessence books, 2001; ch14: 386-89.

9. Carranza F. clinical diagnosis. In: Bewman M, Takei H, Carranza F. clinical periodontology. 9th Ed. St. louis: Mosby. 2002; ch30: 437-8.
10. Borcic J, Anic I, Smojver I, Catic I, Miletic I, Ribaric SP. 3D finite element model and cervical lesion formation in normal occlusion and in malocclusion. J Oral Rehabil 2005; 32(7): 504-10.
11. Addy M, Embry G, edgar W, Orchardson R. tooth wear & Sensivity. 1th Ed. USA: Mosby, 2000, chapter 6: 97-98.
12. Bergstrom J, Lavstedt S. An epidemiologic approach to toothbrushing and dental abrasion. Community Dent Oral Epidemiol 1979; 7(1): 57-64.

پرسشنامه

فرم شماره یک

فرم ارزیابی اتیولوژیک ضایعات غیر پوسیده طوق دندان از طریق مشاهده بالینی و گرفتن تاریخچه

نام و نام خانوادگی: جنس: سن:

شغل: تاریخ:

نوع و تعداد دندان‌های درگیر

۸۷۶۵۴۳۲۱	۱۲۳۴۵۶۷۸
۸۷۶۵۴۳۲۱	۱۲۳۴۵۶۷۸

دندان یا دندان‌های انتخابی برای مطالعه و نحوه و موقعیت قرار گرفتن آن‌ها در فک؟ (از نظر تیلت و تمایل)

اکلوژن فرد؟ کلاس I ☐ II ☐ III ☐

☐ Canine guidance ☐ Group function

- آیا در دهان فرد مناطق منتشر دارای Facet وجود دارد؟

- آیا وجود پلاک منتشر در نواحی سرویکال دندان‌های فرد به چشم می‌خورد؟

- آیا فرد دارای تحلیل لثه جنرالیزه می‌باشد؟

- فرد چه عاداتی در ارتباط با دهان دارد؟

ناخن جویدن ☐ خودکار یا مداد خوردن ☐

سوزن ته گرد به دهان گرفتن ☐ عادات دیگر ☐

نوع مسواک مورد استفاده فرد و نام آن؟

روش مسواک زدن فرد؟

تعداد دفعات مسواک زدن و مدت هر کدام از دفعات؟

نوع خمیر دندان مصرفی فرد و نام آن؟

روش‌های جنبی بهداشت دهان اعم از خلال، نخ دندان و دهان‌شویه مورد استفاده و نحوه استفاده از آن؟

فرد چپ دست است یا راست دست می‌باشد؟

آیا تا به حال اطرافیان فرد از صدای دندان‌های وی - دندان قروچه - در خواب اطلاع داده‌اند؟

آیا تا به حال پس از بیداری احساس خستگی در ماهیچه‌های صورت کرده است؟ چند وقت یک بار؟

آیا لمس ماهیچه‌های جویدنی فرد با درد همراه است؟

آیا ماهیچه‌های هاپرتروفیک جویدن به‌خصوص مستر قابل دید است؟

آیا مناطق منتشر سایش‌های براق و درخشان آمالگام در دهان فرد دیده می‌شود؟

آیا شکستگی و ترک‌های منتشر در دهان فرد دیده می‌شود؟

میزان استفاده از آب میوه در روز چقدر است؟ ۲ بار ☐ بیشتر از ۲ بار ☐

میزان استفاده از نوشابه‌های اسیدی در هفته چقدر است؟

کمتر از ۴-۶ بار ☐ بیشتر از ۴-۶ بار ☐

- زمان و نحوه خوردن نوشیدنی‌ها یا آب میوه به چه نحو است؟

- آیا عادت به مصرف ویتامین C به صورت قرص جوشان یا جویدنی دارد؟

- آیا درگیر مشکلات معدی روده‌ای است؟

- نشانه‌ها: احساس مزه اسیدی در دهان ☐ سرفه دائمی ☐ تهوع ☐ درد معده ☐ درد گلو ☐ تغییر صدا ☐

- آیا زیاد دچار تهوع و استفراغ می‌شود؟

کمتر از یک‌بار در هفته ☐ بیشتر از یک‌بار در هفته ☐

- آیا دچار سندرم شوگرن می‌باشد؟

- آیا تا به حال تحت درمان رایوترپی سر و صورت قرار گرفته است؟

- آیا دارای خشکی چشم و دهان است؟

- چه نوع دارویی را مدام مصرف می‌کند؟

آمفتامین ☐ ساپروانت ها ☐ دیورتیک ها ☐ داروهای ضد افسردگی ☐ آسپرین ☐ استامینوفن ☐

- آیا فرد دارای بزرگ شدگی پارتید است؟
- آیا فرد Under Weight است؟
- آیا فرد علائم کاهش فعالیت غدد بزاقی دارد؟
- نشانه‌ها:
- وجود التهاب مخاط دهان ☐
- خشکی مخاط دهان ☐
- عدم خروج بزاق در مجاری در اثر بسته شدن و انسداد آن‌ها ☐
- چه دارویی مصرف می‌کند؟
- آیا سرکه مصرف می‌کند؟
- یک‌بار در روز ☐ بیش از یک‌بار در روز ☐
- آیا سیگار می‌کشد؟
- تا چه حد به دخانیات علاقه دارد و چه زمانی استفاده می‌کند؟
- آیا تا به حال bleacling انجام داده است؟

فرم شماره ۲

فرم ارزیابی ضایعات غیره پوسیده طوق دندان در دندان انتخابی بیمار برای مطالعه مطالب اختصاصی خود دندان: نوع دندان مورد مطالعه؟

نحوه قرارگیری دندان در فک از نظر تیلت مزیالی دیستالی یا تمایل با کالی لینگوی؟ سطح درگیر دندان؟

شکل ضایعه: نعلیکی شکل ☐ و ج شکل ☐

آیا در لمس ضایعه با سوند بین ناحیه ضایعه و محیط سالم پیرامون اختلاف سطح مشخص (Interruption) احساس می شود؟ ابعاد ضایعه:

- بعد باکولینگوالی mm ؟

- بعد اکلوژو جینیووالی mm ؟

- بعد مزیدیستالی mm ؟

آیا دندان حساس است؟ (تست پوار هوا)

آیا دندان در ناحیه ضایعه دچار اسکروز شده است؟

- بله سطح دندان زرد یا قهوه ای و زبر می باشد ☐

- خیر سطح ضایعه درخشان و شیشه ای و صاف است ☐

- اکلوژن: آیا دندان در حرکات پیش رونده دارای Premature contact است؟

آیا دندان در حرکات طرفی دارای تماس زودرس است؟

آیا دندان در اکلوژن بالانس دارای تماس زودرس است؟

آیا سطح اکلوژال دندان دارای facet می باشد؟

آیا سطح ضایعه دارای پلاک می باشد؟

آیا بر روی دندان واجد ضایعه رست یا کلاسپ دیده می شود؟ آیا روی سطح دندان بندهای ارتودنسی و یا روکش دندان دیده می شود یا خیر؟

آیا دندان لق است؟ در چه درجه ای از لق قرار دارد؟

آیا در ناحیه دندان مورد نظر تحلیل لثه دارد؟

Evaluation of the prevalence and etiology of noncarious cervical lesions in Dental Faculty patients of Isfahan Medical Sciences University in 2007

Atiyeh Feiz^{*}, Sajad Ghorbanizadeh

Abstract

Introduction: Noncarious cervical lesions appear in 3 forms: abrasion, erosion and abfraction. The aim of this study was to evaluate the prevalence and etiology of noncarious cervical lesions in Dental Faculty patients of Isfahan Medical Sciences University in 2007.

Materials and Methods: In this retrospective, descriptive, cross-sectional study a total of 120 teeth in 41 patients were evaluated. Special forms were filled out in 36 patients, which contained the clinical characteristics of the lesions and medical history of the patients. The diagnosis was based on the information in the forms and the etiology and prevalence of these noncarious cervical lesions were evaluated. Data was analyzed with descriptive tests ($\alpha = 0.05$).

Results: The results showed that 75.7% of the subjects had abrasion lesions as a result of incorrect methods of brushing, use of non-standard toothbrushes or the application of non-standard toothpastes or dentifrices. A total of 50.7% of the subjects had abfraction lesions. The major etiologic factors for this lesion were missing of teeth, parafunctional habits, premature contacts and dental tilting. Finally, 28.2% of the subjects had dental erosions. The main causes of these lesions were gastrointestinal problems, consumption of saliva-reducing medications and smoking.

Conclusion: Under the limitations of the present study it was concluded that the prevalence of noncarious cervical lesions in our subjects were, in descending order, abrasion, abfraction and erosion, respectively.

Key words: Abfraction, abrasion, cervical lesions, erosion, noncarious.

Received: 20 Jan, 2010

Accepted: 23 Dec, 2010

Address: Assistant Professor, Department of Operative Dentistry, School of Dentistry & Torabinejad Dental Research Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.

Email: feiz@dnt.mui.ac.ir

Journal of Isfahan Dental School 2011; 6(5): 533-542.