

ارزیابی شاخص CPITN در بیماران همودیالیزی شهر تهران

دکتر یداله سلیمانی شایسته*[†] - دکتر علیرضا قنبری**

* استادیار گروه آموزشی پرودنتیکس دانشکده دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی، درمانی تهران
** دندانپزشک

Title: An evaluation on CPITN index in hemodialytic patients in Tehran

Authors: Soleimani shayeste. Y. Assistant Professor*, Ghanbari AR. Dentist

Address: *Department of Periodontics, Faculty of Dentistry, Tehran University of Medical Sciences

Statement of Problem: Hemodialytic patients may be exposed to periodontal diseases during treatment. No information of any kind is available regarding the periodontal treatment needs of such patients.

Purpose: The aim of the present study was to determine the periodontal treatment needs of hemodialytic patients, living in Tehran, to be presented to the public health system.

Materials and Methods: In this descriptive study using CPITN index 75 patients according to multi-stage sampling method and in proportion to the number of patients in Tehran were selected.

Following necessary training, qualified subjects were chosen and a special questionnaire was completed for each using personal protection, CPITN index, by WHO prob, was examined and numbered according to (0-4) codes.

Results: The findings showed that 10.6% of the patients had normal periodontal status (Code-0), 12% of the patients had bleeding upon probing (code-1), 21.4% had calculus (Code-2), 21% of the patients had shallow pockets (Code-3) and 24% had deep pockets. It was also shown that 89.4% of the patients needed oral hygiene instruction, 77.4% needed scaling and 24% required advanced periodontal treatments whereas only 10.6% did not need any treatment.

Conclusion: No statistically significant relationship was found between periodontal status and factors such as age, sex, the history of hemodialysis treatment and level of patients' education.

Key Words: Hemodialysis; CPITN; Periodontal disease

Journal of Dentistry. Tehran University of Medical Sciences (Vol. 17; No3; 2004)

چکیده

بیان مسأله: بیماران همودیالیز در طول مدت درمان در معرض ابتلا به بیماریهای پرودنتال می‌باشند، و در این زمینه هیچ‌گونه اطلاعاتی در مورد نیازهای درمانی پرودنتال این بیماران وجود ندارد.

هدف: مطالعه حاضر با هدف تعیین میزان نیازهای درمانی پرودنتال بیماران همودیالیزی شهر تهران به منظور ارائه به دست‌اندرکاران و مسؤولین بهداشت و سلامت بیماران خاص انجام شد.

روش بررسی: در این مطالعه توصیفی ۷۵ بیمار به وسیله نمونه‌گیری چند مرحله‌ای متناسب با حجم بیماران دیالیزی شهر تهران و با استفاده از شاخص CPITN انتخاب شدند. پس از ارائه آموزشهای لازم و جلب همکاری بیماران، از میان آنها افراد واجد شرایط فوق انتخاب شدند و برای آنها پرسشنامه‌ای که به این منظور تهیه شده بود، تکمیل گردید و با استفاده از وسایل حفاظت شخصی، شاخص

[†] مؤلف مسؤول: دکتر یداله سلیمانی شایسته؛ آدرس: تهران - خیابان انقلاب اسلامی - دانشگاه علوم پزشکی تهران - دانشکده دندانپزشکی - گروه آموزشی پرودنتیکس
تلفن: ۶۱۱۲۴۴۴

CPITN با پروب مخصوص WHO در بیماران مورد بررسی قرار گرفت و بر اساس کدهای صفر تا چهار تعیین شد. یافته‌ها: در افراد مورد مطالعه، میزان نسبی سلامت لثه (کد صفر) ۱۰/۶٪، خونریزی متعاقب پروب کردن (کد ۱) ۱۲٪، جرم دندانی (کد ۲) ۲۱/۴٪، پاکت کم عمق (کد ۳) ۳۲٪ و پاکت عمیق (کد ۴) ۲۴٪ بود؛ همچنین مشخص شد که ۸۹/۴٪ از افراد نیاز به آموزش بهداشت و ۷۷/۴٪ نیاز به جرمگیری و ۲۴٪ از آنها نیازمند دریافت درمانهای پیشرفته بودند و فقط ۱۰/۶٪ از افراد نیازی به درمان نداشتند. نتیجه گیری: در بررسیهای انجام شده بین وضعیت پریدنتال و عواملی نظیر سن، جنس، مدت دیالیز و میزان تحصیلات رابطه معنی داری مشاهده نشد.

کلید واژه‌ها: همودیالیز؛ CPITN؛ بیماری پریدنتال

مقدمه

عفونتهای اندامهای مختلف اشاره کرد (۸،۷،۶).

علائم دهانی در بیماران مبتلا به نارسایی کلیه و بیماران همودیالیزی عبارتند از (۱۰،۹): افزایش حجم غدد بزاقی، کاهش بزاق، خشکی دهان، بوی تنفس شبیه اوره، احساس طعم فلزی، افزایش جرم، التهاب لثه، خونریزی از لثه، عفونت کاندیدیایی، التهاب زبان، از دست رفتن تریاکولاسیون استخوان فکین، نمای Ground-Glass، فقدان لامینادورا، ضایعات ژانت سل، لقی دندان و تحلیل لثه با توجه به این که مطالعه مشخصی در مورد بیماران خاص بویژه بیماران همودیالیزی از بُعد تعداد و این که چه نیازهای درمانی دارند، تاکنون در کشور انجام نشده است، در این مطالعه با استفاده از شاخص CPITN این گروه از بیماران مورد مطالعه قرار گرفتند.

روش بررسی

در این مطالعه توصیفی-مقطعی، بیماران همودیالیزشونده در بیمارستانهای شهر تهران مورد مطالعه قرار گرفتند. پس از دریافت مجوز برای ورود به بخش و معاینه بیماران، ابتدا تمامی بیماران در حالی که دیالیز می شدند، مورد معاینه عمومی و اولیه قرار گرفتند. عدم ابتلا به هیپاتیت B، C، HIV و داشتن حداقل ۲ دندان فانکشنال در حداقل یک سکستان

سازمانهای مختلف بهداشتی، بخصوص سازمان بهداشت جهانی و فدراسیون بین المللی دندانپزشکان در سالهای اخیر به طور گسترده‌ای از شاخص CPITN برای بررسی وضعیت پریدنتال و نیازهای درمانی پریدنتال استفاده کرده‌اند و استفاده از آن را به همه کشورها بخصوص در تحقیقات اپیدمیولوژیک توصیه می کنند (۳،۲،۱). طبق آمار موجود، بیماریهای کلیوی از نظر شیوع بیماری، در رده چهارم بیماریها قرار دارد و تقسیم بندیهای مختلفی از لحاظ طبقه بندی آنان صورت گرفته است؛ در این خصوص گروهی از بیماران تحت عنوان نارسایی حاد و مزمن کلیوی طبقه بندی شده‌اند (۵،۴). بیماران مبتلا به آخرین مراحل نارسایی مزمن کلیه، معمولاً در نهایت به همودیالیز، دیالیز صفاقی و پیوند کلیه نیاز دارند. همودیالیز فرایندی است که در طی آن خون در طول غشایی نیمه تراوا انتشار می یابد و به منظور برداشت ترکیبات ناخواسته از خون و اضافه کردن مواد مورد نیاز به آن استفاده می شود (۶). اگر چه همودیالیز کمکهای شایانی به بیماران و حیات آنان می نماید، اما همچون سایر روشهای درمانی دارای عوارضی می باشد. از مهمترین عوارض همودیالیز می توان به سندرم عدم تعادل، آریتمی، کاهش فشار خون، جنون، استئومالاسی، افزایش شیوع هیپاتیت، خونریزی داخلی، سگته های قلبی و مغزی و افزایش احتمال ابتلا به انواع

که درجات CPITN در بین زنان و مردان از روند یکسانی برخوردار نمی‌باشد.

در بین مردان که مجموع سکستانتهای آنها ۲۴۰ سکستانته بود، بیشترین درصد مربوط به کد ۲ و در بین زنان که دارای ۲۱۰ سکستانته بودند، بیشترین درصد مربوط به کد صفر بود. به طور کلی بین بیماران دیالیزی بدون در نظر گرفتن جنس، کد صفر در رتبه اول و کد ۲ با اندکی اختلاف در رتبه دوم و کدهای ۱، ۳ و ۴ به ترتیب در رتبه‌های بعدی قرار داشتند (جدول ۴).

نکته قابل توجه این که کدهای CPITN در ارتباط با مدت دیالیز روند خاصی را نشان ندادند؛ به عبارت دیگر رابطه مشخصی بین آنها وجود نداشت؛ در افرادی که کمتر از ۶ ماه دیالیز شده بودند، کد ۱ بیشترین سکستانته را (۲۵ سکستانته) به خود اختصاص داد؛ بنابراین درصد و درصد خالص کد ۱ در گروه کمتر از ۶ ماه دیالیز از کدهای دیگر بیشتر است (جدول ۵).

جدول ۱ - توزیع افراد معاینه شده بر حسب کدهای CPITN به تفکیک جنس

جنس	CPITN					
	صفر	۱	۲	۳	۴	جمع
مرد	تعداد	۳	۵	۱۰	۱۱	۴۰
	درصد	۷/۵	۱۲/۵	۲۵	۲۷/۵	۲۷/۵
زن	تعداد	۵	۴	۶	۱۳	۳۵
	درصد	۱۴/۲۹	۱۱/۴۳	۱۷/۱۴	۳۷/۱۴	۲۰
جمع	تعداد	۸	۹	۱۶	۲۴	۷۵
	درصد	۱۰/۶۷	۱۲	۲۱/۳۳	۳۲	۲۴

جدول ۲ - توزیع افراد معاینه شده بر حسب نیازهای درمانی به تفکیک جنس

جنس	نیازهای درمانی				
	صفر	۱	۲	۳	جمع
مرد	تعداد	۳	۵	۲۱	۱۱
	درصد	۷/۵	۱۲/۵	۱۲/۵	۲۷/۵
زن	تعداد	۵	۴	۱۹	۷
	تعداد	۵	۴	۱۹	۷

(Sixtant*) از شرایط ورود به مطالعه بودند.

پس از ارائه آموزشهای لازم و جلب همکاری بیماران، از میان آنها افراد واجد شرایط فوق انتخاب شدند و برای آنها پرسشنامه‌ای که به این منظور تهیه شده بود، تکمیل گردید و با استفاده از وسایل حفاظت شخصی، شاخص CPITN با پروب مخصوص WHO در بیماران مورد بررسی قرار گرفت و بر اساس کدهای صفر تا چهار تعیین شد.

نمونه‌گیری چند مرحله‌ای شامل مراحل زیر بود:

- ۱- انتخاب نمونه با نسبت
- ۲- انتخاب بیمارستان با خوشه
- ۳- انتخاب متناسب با حجم بیمار دیالیزی با طبقه‌بندی

نیم

- ۴- انتخاب تصادفی از بین تعداد بیماران تعیین شده به همین دلیلی پنج بیمارستان که بیمار بیشتری داشتند، انتخاب شدند و با رعایت نسبت در هر بیمارستان تعداد مردان و زنان مورد مطالعه تعیین گردید (جدول ۱، ۲).

یافته‌ها

طبق نتایج این مطالعه، بیشترین درصد بیماران کلیوی چه در بین مردان و چه در بین زنان در گروه سنی میانسالان (۲۵-۴۴ سال) و به ترتیب ۵۲/۵٪ و ۴۲/۹٪ بود؛ به عبارت دیگر احتمال ابتلا به نارسایی مزمن کلیه در این گروه سنی بیشتر است (جدول ۳)؛ البته می‌توان این امر را به دو عامل نسبت داد:

- ۱- میانگین مدت عمر در بیماران کلیوی کوتاهتر از افراد سالم است.
- ۲- بیماران در سنین بالاتر بیشتر نیازمند استفاده از کلیه پیوندی هستند.

همچنین پس از بررسی نتایج به دست آمده مشخص شد

* Sixtant (سکستانته): تقسیم مجموع دندانهای دو فک به شش قسمت که به هر قسمت سکستانته گفته می‌شود.

حدود ۲۶٪ در گروه بی‌سوادان به حدود ۶۲٪ در گروه بالای دیپلم رسید (جدول ۶).

بحث و نتیجه‌گیری

تحقیق حاضر اصولاً با هدف گام برداشتن در مسیر طب پیشگیری و در جهت کمک به افزایش اطلاعات اپیدمیولوژیک برای استفاده در طرح‌ریزی در برنامه‌های بهداشتی، درمانی برای بیماران دیالیزی انجام شد. با توجه به اطلاعات به دست آمده، می‌توان با در نظر گرفتن یک شمای کلی از وضعیت پریدنتال و نیازهای درمانی نسبت به برنامه‌ریزی برای رفع مشکلات آنها اقدام نمود و از آنجا که این دسته از بیماران در اثر دیالیز و استفاده از داروهای ضد انعقاد خون و صدمه به پلاکت‌ها و همچنین به علت شرایط روحی نامناسب و عدم انجام بهداشت دهان دقیق به طور طبیعی دچار عوارض ناخواسته‌ای از جمله مشکلات پریدنتال می‌شوند (۱۱،۱) و نیز بیشتر بیماران متقاضی پیوند کلیه می‌باشند، لازم به نظر می‌رسد که در مورد مشکلات پریدنتال و نیازهای درمانی آنها تحقیق شود تا بتوان با آگاهی بیشتر و شناخت وضعیت پریدنتال آنها در جهت کاستن مشکلات این بیماران گامی برداشت.

جدول ۳- توزیع بیماران بر حسب گروه‌های سنی- اجتماعی و به تفکیک جنس

جنس	گروه‌های سنی- اجتماعی	
	مرد	زن
نوجوانان ۱۰-۱۴ سال	تعداد ۱	۱
	درصد ۲/۵	۱/۳۳
جوانان ۱۵-۲۴ سال	تعداد ۴	۴
	درصد ۱۰	۱۱/۴۳
میانسالان ۲۵-۴۴ سال	تعداد ۲۱	۱۵
	درصد ۵۲/۵	۴۲/۸۶
بزرگسالان ۴۵-۵۹ سال	تعداد ۸	۹
	درصد ۲۰	۲۵/۷۱
سالمدندان ۶۰ سال و بالاتر	تعداد ۶	۷
	درصد ۱۵	۲۰

درصد	۱۴/۲۹	۱۱/۴۳	۵۴/۲۸	۲۰	۱۰۰
تعداد	۸	۹	۴۰	۱۸	۷۵
درصد	۱۰/۶۷	۱۲	۵۳/۳۳	۲۴	۱۰۰

در گروهی که ۴-۱ سال دیالیز می‌شوند ملاحظه می‌گردد که بیشترین سکستانت (۱۵۰ مورد) و در واقع بیشترین بیمار را به خود اختصاص می‌دهد. در این گروه کد صفر دارای بیشترین مورد می‌باشد (۴۷ مورد) ضمن اینکه درصد و درصد خالص این کد از دیگر کدهای CPITN در این گروه بیشتر است.

در گروهی که ۹-۵ سال از مدت دیالیز آنها می‌گذرد کد ۲ بالاترین میزان را نشان می‌دهد (جدول ۵)؛ با توجه به جدول فوق و در این تفکیک که برای مدت دیالیز در نظر گرفته شد، ملاحظه می‌شود که بیشترین تعداد سکستانت مربوط به گروه ۴-۱ سال دیالیز و کمترین مورد مربوط به گروه بیش از ۱۰ سال دیالیز می‌باشد؛ همچنین در بین کدهای CPITN، کد صفر بالاترین میزان را نشان داد و با کمی اختلاف کد ۲ در رتبه دوم قرار داشت.

کد ۴ از CPITN (مواردی که در بیماران دیالیزی نیاز به درمان سریع و فوری دارند)، در گروهی که بیش از ۱۰ سال دیالیز شده بودند، کمتر از سایر گروهها بود و در گروههای دیگر روندی تقریباً مشابه داشت.

درصد سکستانت‌هایی که در آنها کمتر از دو دندان فانکشنال بود، در گروهی که ۱۱-۶ ماه از زمان دیالیز آنها می‌گذشت قابل توجه و در حدود یک‌سوم کل سکستانت‌های این گروه بود (جدول ۵).

در مطالعه حاضر سعی شد ارتباط شاخص CPITN و میزان تحصیلات بررسی شود (جدول ۶) و مشخص شد میزان تحصیلات با درجات CPITN از روند خاصی برخوردار نمی‌باشد و رابطه مشخصی بین این دو وجود ندارد.

همچنین مجموع درصد کدهای صفر و یک CPITN که از نظر پریدنتال آنها را می‌توان جزو گروههای مطلوب و نیمه مطلوب بهداشت دهان قرار داد، با افزایش میزان تحصیلات از

جمع	تعداد	۴۰	۳۵	۷۵
درصد		۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰

عین حال نمی‌توان نتیجه گرفت که شیوع دیالیز در گروه‌های سنی پایین‌تر بیشتر از دیگر گروه‌ها است؛ زیرا از آنجا که این مطالعه به صورت مقطعی انجام شد، بنابراین نشانگر میزان بروز موارد جدید نمی‌باشد و فقط تا حدی می‌تواند شیوع مقطعی را نشان دهد.

در این مطالعه افرادی که از دندان مصنوعی استفاده می‌کردند و عمدتاً در گروه‌های سنی بالاتر بودند، مورد بررسی قرار نگرفتند؛ با توجه به هرم سنی جمعیت و این که درصد کمتری از افراد جمعیت در گروه‌های سنی بالاتر قرار دارند، بخصوص در این گروه از بیماران خاص که میزان مرگ و میر در آنها بسیار بالاست کم‌بودن مطلق تعداد موارد دیالیزی در سنین بالا نشان‌دهنده شیوع کمتر آن در این سنین نیست؛ اما با توجه به نتایج به دست آمده نکته قابل توجه در بررسی توزیع سنی افراد، افزایش قابل توجه افراد دیالیزی در گروه سنی ۳۰-۳۹ سال نسبت به گروه‌های قبلی بخصوص در آقایان است (جدول ۳).

طبق نتایج مطالعه حاضر می‌توان اظهار داشت که شاخص CPITN در افراد دیالیزی با جنس، میزان تحصیلات و مدت دیالیز متفاوت، تغییر خاصی نمی‌کند.

از آنجا که هم اکنون شاخص CPITN تقریباً به عنوان شاخصی بین‌المللی شناخته شده است و در کشور خودمان و سایر کشورها جمعیت‌های مختلفی با استفاده از آن مورد بررسی قرار گرفته‌اند، در تحقیق حاضر این گروه از بیماران نیز با استفاده از این شاخص مورد بررسی قرار گرفتند تا بتوان علاوه بر بررسی وضعیت این گروه از بیماران، زمینه تحقیقات مقایسه‌ای بین جمعیت‌های مختلف نیز فراهم شود.

لازم به ذکر است که متأسفانه در بانک اطلاعاتی مدلاین و سایر پایگاه‌های مقالات پزشکی، هیچ‌گونه تحقیقی در مورد بررسی شاخص CPITN در بیماران همودیالیزی مشاهده نشد؛ تنها بررسی مشابه، تحقیق Al-Wahdani و Al-Omari در اردن (۱۲) و مقاله Rahman و همکاران (۱۳) در ترکیه باشد که به بررسی شرایط پریدنتال در بیماران همودیالیزی پرداخته شده اما بررسی آنها با استفاده از شاخص CPITN نبوده است.

با توجه به نتایج به دست آمده، بیشتر افراد دیالیزی شرکت‌کننده در این مطالعه در گروه سنی ۳۰-۴۹ سال قرار داشتند؛ این میزان با بالا رفتن سن کاهش پیدا می‌کرد ولی در

جدول ۴- توزیع سکستانتهای مشاهده شده بر حسب کدهای CPITN به تفکیک جنس

جمع	*	۴	۳	۲	۱	صفر	کدهای CPITN	
							جنس	
۲۴۰	۳۸	۲۱	۲۵	۶۴	۵۵	۳۷	تعداد	مرد
							درصد	
							درصدخالص	
۲۱۰	۴۵	۱۱	۲۶	۳۳	۳۳	۶۲	تعداد	زن
							درصد	
							درصدخالص	
۴۵۰	۸۳	۳۲	۵۱	۹۷	۸۸	۹۹	تعداد	جمع
							درصد	
							درصدخالص	

* تعداد سکستانتهایی که شرایط معاینه را نداشتند.

* گروه‌های سنی - اجتماعی مطابق مصوبات صندوق بین‌المللی جمعیت در تحقیقات

بدیهی است چنین نتیجه‌ای را به دلیل کمی تعداد درجه‌های CPITN تأثیرگذار نباشد، شاید بتوان چنین نمونه‌ها و نیز محدودیت نمونه‌گیری که فقط در افراد همودیالیزی انجام شد، نمی‌توان به کل جامعه تعمیم داد؛ زیرا به نظر می‌رسد افراد دیالیزی در هر جنس و سطح سواد به دلیل وضعیت خاص جسمانی و شرایط روانی خود همگی در سطحی مشترک به بهداشت دهان و دندان خود اهمیت می‌دهند و هر چه از مدت دیالیز آنها بگذرد، آگاهی آنها نسبت به بیماری خود افزایش می‌یابد و در نتیجه به بهداشت و پیشگیری در زمینه‌های مختلف اهمیت بیشتری می‌دهند و شرایطی پدید می‌آید که اثر تحصیلات و مدت دیالیز در کدهای CPITN محسوس نمی‌باشد.

البته شواهد ضعیفی درباره بهبود وضعیت پریدنشیوم در افراد با تحصیلات بالاتر وجود داشت؛ به طور مثال درصد موارد سکستانتهایی که به علت فقدان دندان فانکشنال شرایط معاینه را نداشتند و هیچ‌یک از کدهای CPITN به آنها تعلق نگرفت، با بالا رفتن میزان تحصیلات از آنجا که بعید به نظر می‌رسد متغیر تحصیلات در ایجاد کاهش یافت.

جدول ۵- توزیع سکستانتهای مشاهده شده بر حسب کدهای CPITN و به تفکیک مدت دیالیز

جمع	*	۴	۳	۲	۱	صفر	کدهای CPITN	
							مدت دیالیز	
۸۴	۶	۶	۹	۲۴	۲۵	۱۴	تعداد	کمتر از ۶ ماه
۱۰۰	۷/۱۴	۷/۱۴	۱۰/۷۲	۲۸/۵۷	۲۹/۷۶	۱۶/۶۷	درصد	
۱۰۰	-	۷/۷۰	۱۱/۵۳	۳۰/۷۷	۳۲/۰۵	۱۷/۹۵	درصدخالص	
۷۲	۲۲	۴	۹	۱۴	۱۴	۹	تعداد	۶-۱۱ ماه
۱۰۰	۳۰/۵۶	۵/۵۶	۱۲/۵	۱۹/۴۴	۱۹/۴۴	۱۲/۵	درصد	
۱۰۰	-	۸	۱۸	۲۸	۲۸	۱۸	درصدخالص	
۱۵۰	۳۱	۱۳	۱۴	۲۲	۲۳	۴۷	تعداد	۱-۴ سال
۱۰۰	۲۰/۶۷	۸/۶۷	۹/۳۳	۱۴/۶۷	۱۵/۳۳	۳۱/۳۳	درصد	
۱۰۰	-	۱۰/۹۲	۱۱/۷۷	۱۸/۴۹	۱۹/۳۲	۳۹/۵۰	درصدخالص	
۹۰	۱۴	۷	۱۰	۲۶	۱۴	۱۹	تعداد	۵-۹ سال
۱۰۰	۱۵/۵۶	۷/۷۷	۱۱/۱۱	۲۸/۸۹	۱۵/۵۶	۲۱/۱۱	درصد	
۱۰۰	-	۹/۲۱	۱۳/۱۶	۳۴/۲۱	۱۸/۴۲	۲۵	درصدخالص	
۵۴	۱۰	۲	۹	۱۱	۱۲	۱۰	تعداد	بیش از ۱۰ سال
۱۰۰	۱۸/۵۲	۳/۷۰	۱۶/۶۷	۲۰/۳۷	۲۲/۲۲	۱۸/۵۲	درصد	
۱۰۰	-	۴/۵۴	۲۰/۴۵	۲۵	۲۷/۲۸	۲۲/۷۳	درصدخالص	
۴۵۰	۸۳	۳۲	۵۱	۹۷	۸۸	۹۹	تعداد	جمع
۱۰۰	۱۸/۴۴	۷/۱۱	۱۱/۳۳	۲۱/۵۶	۱۹/۵۶	۲۲	درصد	
۱۰۰	-	۸/۷۲	۱۳/۹۰	۲۶/۴۳	۲۳/۹۸	۲۶/۹۷	درصدخالص	

* تعداد سکستان‌هایی که شرایط معاینه را نداشتند

دیگر سکستان‌ها تمایل بیشتری به کد صفر و یک دارد و این می‌تواند نشانگر اهمیت بیشتر افراد به رعایت بهداشت در این سکستان، که از نظر زیبایی از اهمیت بیشتری برخوردار است، باشد.

در نهایت با توجه به این که در بسیاری از بیمارها شاخص CPITN به صورت مستقل مورد مطالعه قرار گرفته است، پیشنهاد می‌گردد به منظور کسب آگاهی بیشتر از وضعیت پریدنتال بیماران مختلف، مطالعه‌ای به صورت مقایسه‌ای بین آنها انجام شود تا بتوان در تصمیم‌گیری، اولویتها را در نظر گرفت؛ همچنین پیشنهاد می‌شود این شاخص در جامعه بیماران کلیوی کشور با امکانات بیشتر بررسی گردد.

مطالعه حاضر نشان داد که با افزایش سن تمایل ضعیفی به تغییر شاخص از اعداد پایین‌تر به اعداد بالاتر در شاخص CPITN وجود دارد که ارتباط آن با تغییرات پریدنتیوم در اثر سن در وضعیت طبیعی باید مورد نظر قرار گیرد. از نکات مهم مربوط به سن می‌توان به عدم وجود کدهای صفر، ۱ و بخصوص چهار شاخص CPITN در گروه سنی ۷۹-۷۰ سال به بالا اشاره کرد که احتمالاً به دلیل کم بودن حجم نمونه در این گروه است.

در مورد تفاوت شاخص CPITN در سکستان‌های مختلف می‌توان به این مورد اشاره کرد که میزان این شاخص در فک بالا و پایین با هم تفاوت محسوسی ندارد؛ اگر چه شاخص CPITN در سکستان قدامی فک بالا نسبت به

جدول ۶- توزیع سکستان‌های مشاهده شده بر حسب کدهای CPITN براساس میزان تحصیلات

جمع	*	۴	۳	۲	۱	صفر	کدهای CPITN	
							میزان تحصیلات	
۱۱۴	۳۳	۱۰	۱۵	۲۶	۱۹	۱۱	تعداد	بی‌سواد
۱۰۰	۲۸/۹۵	۸/۷۷	۱۳/۱۵	۲۲/۸۱	۱۶/۶۷	۹/۶۵	درصد	
۱۰۰	-	۱۲/۳۴	۱۸/۵۲	۳۲/۱۰	۲۳/۴۶	۱۳/۵۸	درصدخالص	
۱۹۲	۳۷	۱۱	۲۷	۳۷	۲۸	۵۲	تعداد	زیر دیپلم
۱۰۰	۱۹/۲۷	۵/۷۳	۱۴/۰۶	۱۹/۲۷	۱۴/۵۸	۲۷/۰۹	درصد	
۱۰۰	-	۷/۱۰	۱۷/۴۲	۲۳/۸۷	۱۸/۰۶	۳۳/۵۵	درصدخالص	
۱۲۰	۱۳	۱۰	۸	۲۷	۳۱	۳۱	تعداد	دیپلم
۱۰۰	۱۰/۸۴	۸/۳۳	۶/۶۷	۲۲/۵۰	۲۵/۸۳	۲۵/۸۳	درصد	
۱۰۰	-	۹/۳۵	۷/۴۸	۲۵/۲۳	۲۸/۹۷	۲۸/۹۷	درصدخالص	
۲۴	-	۱	۱	۷	۱۰	۵	تعداد	بالای دیپلم
۱۰۰	-	۴/۱۶	۴/۱۶	۲۹/۱۷	۴۱/۶۷	۲۰/۸۴	درصد	
۱۰۰	-	۴/۱۶	۴/۱۶	۲۹/۱۷	۴۱/۶۷	۲۰/۸۴	درصدخالص	
۴۵۰	۸۳	۳۲	۵۱	۹۷	۸۸	۹۹	تعداد	جمع
۱۰۰	۱۸/۴۴	۷/۱۱	۱۱/۳۳	۲۱/۵۶	۱۹/۵۶	۲۲	درصد	
۱۰۰	-	۸/۷۲	۱۳/۹۰	۲۶/۴۳	۲۳/۹۸	۲۶/۹۷	درصدخالص	

* تعداد سکستان‌هایی که شرایط معاینه را نداشتند

منابع:

1- Carranza FA, Newman MG. Clinical Periodontology. 8th ed. Philadelphia: Saunders; 1996: 70-71, 538.

- 2- Lindhe J, Karrig T, Long P. *Clinical Periodontology and Implant Dentistry*. 3rd ed. Copenhagen: Munksgaard; 1997: 350-51.
- 3- Baelum V, Manji F, Fejer Skov O. Relationship between CPITN and periodontal attachment loss finding in an adult population. *J Clin Periodontol* 1995; 22-25.
- 4- Bennett JC, Plum F. *Cecil Text Book of Medicine* 20th ed. London: Saunders; 1996: 511-50.
- 5- Wngngaarden JB. *Cecil Text Book of Medicine*. 18th ed. Philadelphia: Saunders; 1989: 328-45.
- 6- Fauci AS Hauser SL. *Harrison's Principle of Internal Medicine*. 14th ed. New York: MC Graw-Hill; 1998: Part 10: 1495-1524.
- ۷- تهیدست، زهرا (استاد راهنما)؛ شکوری، محمدرضا. نارسایی مزمن کلیه و ملاحظات دندانپزشکی این بیماران. پایان نامه شماره ۳۰۱۴. دندانپزشکی. دانشکده دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران. سال تحصیلی ۷۳-۱۳۷۲.
- ۸- یغمایی، مسعود. جراحی دهان و فک و صورت. چاپ پنجم. قم: انتشارات باورداران. ۱۳۷۳.
- 9- De- Rossi SS, Glick M. Dental considerations for the renal disease patient receiving hemodialysis. *J Am Dent Assoc* 1996; 127(2): 211-19.
- 10- Ziccardi WB, Saini J, Demas PN, Braun TW. Management of oral and maxillofacial surgery patient with end-stage renal disease. *J Oral Maxillofac Surg* 1992; 50(11): 207-12.
- 11- Mealy BL. Periodontal Complications: Medically Compromised Patient. *Ann Periodontol* 1996; 1: 256.
- 12- Al-Wahadni A, Al-Omari MA. Dental diseases in a Jordanian population on renal dialysis. *Quintessence Int* 2003; 34(5): 343-7.
- 13- Rahman MM, Caglayan F, Rahman B. Periodontal health parameters in patients with chronic renal failure and renal transplants receiving immunosuppressive therapy. *J Nihon Univ Sch Dent* 1992; 34(4): 265-72.