

تظاهرات دندانی در مصرف کنندگان هروئین - مطالعه مورد شاهدی

دکتر آرش قدوسی^۱، دکتر اسماعیل پورداور^{۲*}، دکتر مریم کرمی^۳، دکتر مهرشاد سلطانی^۴

۱- دانشیار، گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامائی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان ایران
۲- دستیار تخصصی، گروه رادیولوژی دهان، فک و صورت، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان (خوراسگان)
۳- استادیار، گروه دندانپزشکی کودکان، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران
۴- دندانپزشک

خلاصه:

سابقه و هدف: هروئین یک ماده مخدر، از گروه نیمه سنتتیک اپیوئیدها است. این ماده مخدر عوارض سیستمیک، سایکولوژیک و همچنین عوارض دهانی - دندانی را به دنبال دارد که از عوارض دهانی - دندانی آن می توان به افزایش ریسک پوسیدگی، پریودنتیت و براکسیسم اشاره کرد. هدف از این تحقیق بررسی عوارض دندانی در این افراد است.

مواد و روش ها: در این نوع مطالعه مورد-شاهدی تعداد ۳۰ نفر از وابستگان هروئین و ۳۰ نفر از مصرف کنندگان سیگار انتخاب شدند. دو گروه از لحاظ سن، جنس، موقعیت اجتماعی - اقتصادی و عدم مصرف ماده مخدر دیگر تطابق داده شدند. پس از معاینه دقیق این افراد و تهیه پرسشنامه داده ها با آزمون χ^2 test و MANN- U- WHITNEY، T-test و تجزیه و تحلیل شدند.

یافته ها: D (پوسیدگی) و DMF در افراد مصرف کننده هروئین به طور معنی داری بیشتر از افراد غیرمصرف کننده هروئین بود ($P < 0/01$) (F (ترمیم دندان) در افراد مصرف کننده هروئین به طور معناداری کمتر از افراد غیر مصرف کننده هروئین بود. M (از دست دادن دندان) در دو گروه تفاوت معناداری نداشت ($P = 0/86$). میانگین تعداد دندان های سایش یافته در افراد مصرف کننده هروئین بیشتر از گروه کنترل بود. خشکی دهان و وجود براکسیسم در گروه وابسته به هروئین بیشتر از گروه کنترل بود. استفاده از مسواک و نخ دندان در گروه مصرف کننده هروئین کمتر بوده است.

نتیجه گیری: مصرف هروئین باعث پوسیدگی های دندان و به طور غیر مستقیم موجب بیماری های دهان می شود.

واژگان کلیدی: هروئین، پوسیدگی دندان، ماده مخدر

وصول مقاله: ۹۴/۴/۲۶ اصلاح نهایی: ۹۴/۱۱/۱۲ پذیرش مقاله: ۹۴/۱۱/۱۵

مقدمه:

فقر بهداشت و خشکی دهان است و این بیماری شاید بواسطه اثر ساپرس کنندگی مواد اپیوئید و تغییرات پلاک در این افراد نیز شدیدتر شود.^(۶)

ضایعات دهانی مرتبط با مصرف هروئین شامل کاندیدیازیس، دیسپلازی مخاط و براکسیسم است. مورفین موجود در این مواد اثر مهاری بر عملکرد فاگوسیتوز ماکروفاژها دارد و همراهی آن با مشکل کمبود کارکرد غدد بزاقی احتمالاً عامل مستعد کننده برای این شرایط در این افراد است.^(۷)

مدیریت درمان های دندانپزشکی در افراد وابسته به هروئین اغلب مشکل است. نه تنها این گروه دچار انواع مختلفی از بیماری های دهان هستند بلکه تغییرات رفتاری نیز نشان

هروئین ماده افیونی و یک ماده مخدر نیمه سنتتیک است^(۱) که قابلیت انحلال و قدرت اثر آن بسیار زیاد است و به همین دلیل سریعتر از سد خونی - مغزی عبور می کند^(۲) و در کمتر از ۲۱ روز در ۹۷ درصد اشخاصی که آن را مورد مصرف قرار می دهند، اعتیاد به وجود می آورد.^(۳)

مصرف کنندگان هروئین استعداد ابتلا به انواع مختلف بیماری های دهان، پوسیدگی های دندانی و بیماریهای پریودنتال را دارند. پوسیدگی دندان با سرعت بالا و به صورت منتشر سطوح صاف دندان را درگیر می کند^(۴، ۵) و بیماری های پریودنتال این افراد بیشتر به صورت پریودنتیت مزمن و بیماری پریودنتال حاد نکروزه می باشد که دلیل آن تجمع پلاک زیاد در نتیجه

مورد مطالعه در مورد موضوع وهدف پژوهش توضیحاتی داده شد و سپس معاینات دندان ها و بافت نرم انجام گردید سپس سوالات مربوط به رعایت بهداشت پرسیده شد و نتایج مربوط ثبت گردید و برای اندازه گیری بزاق غیر تحریکی یک لوله آزمایش مدرج به بیماران داده شد که به مدت یک دقیقه بزاق خود را در آن جمع آوری کنند.

به منظور مقایسه میانگین DMF, M, F, D و دندان های سایش یافته از آزمون t مستقل و برای وضعیت مسواک زدن و استفاده از نخ دندان از آزمون MANN- U- WHITNEY استفاده شد. نتایج بدست آمده با استفاده از نرم افزار SPSS 18 مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت.

یافته ها:

بر اساس آزمون T مستقل، میانگین D (پوسیدگی) و DMF در افراد مصرف کننده هروئین به طور معنی داری بیشتر از افراد غیرمصرف کننده هروئین بود. ($P < 0/001$) میانگین F (پرکردگی) در افراد مصرف کننده هروئین به طور معناداری کمتر از افراد غیر مصرف کننده هروئین بود. میانگین M (دندان های از دست رفته) در دو گروه تفاوت معناداری نداشت ($P = 0/86$) (جدول ۱)

میانگین شاخص پلاک در افراد مصرف کننده هروئین $4/5 \pm 11/91$ و در افراد غیر مصرف کننده هروئین $3/5 \pm 10/94$ بود، که آزمون T مستقل این اختلاف را معنی دار نشان نداد. ($P = 0/32$)

میانگین تعداد دندان های سایش یافته در افراد مصرف کننده هروئین به طور معنی داری بیشتر از افراد غیرمصرف کننده هروئین بود. ($P < 0/001$) (جدول ۱).

می دهند که تاثیر زیادی روی درمان های دندانپزشکی آنها می گذارد. بنابراین دندانپزشک نیاز به آگاهی در مورد مشکلات دهانی، دندانی و رفتاری این افراد دارد تا به یک درمان موفق برسند.^(۸)

اعتیاد به هروئین یک بیماری مزمن عود کننده است که به عنوان یک معضل اجتماعی محسوب می گردد^(۹) که می تواند بهره وری اجتماعی- اقتصادی افراد را تحت تاثیر قرار دهد.^(۱۰) بنابراین تحقیقاتی که برای اتیولوژی سلامت دهانی در این افراد نیاز است، که موجب بهبود سلامت اجتماعی آنهاست.^(۱۱)

Preston و همکاران در تحقیق خود بیان کردند عوامل خشکی دهان، رژیم غذایی شیرین و بهداشت دهانی ضعیف، باعث بیماری های دهان در ارتباط با افراد معتاد به اپیوئیدها و خصوصاً هروئین می شود^(۱۲) در مطالعه دیگری نیز افزایش خطر پوسیدگی دندان، بیماری های پریدونتال و براکسیم را از اثرات دهانی هروئین برشمردند.^(۱)

در مورد نقش مصرف هروئین بر بیماری های دهانی مطالعه ای که به طور خاص بر روی این عامل تأکید داشته باشد بدست نیامد. لذا با توجه به مطالب فوق ضرورت مطالعه آثار دندانی در مصرف کنند گاه هروئین احساس می گردید.

مواد و روش ها:

این مطالعه مورد شاهدهی در استان اصفهان در مراکز ترک اعتیاد به انجام رسید. ۳۰ مرد وابسته به هروئین که توسط پزشک معالج مرکز تایید شدند به عنوان گروه نمونه و ۳۰ مرد مصرف کننده مزمن سیگار (حداقل به مدت یک سال) که از لحاظ سطح فرهنگی و اجتماعی اقتصادی (سطح تحصیلات و میزان در آمد) با گروه نمونه مشابهت داشتند به عنوان گروه شاهد انتخاب شدند.

در ابتدا گروههای مورد و شاهد از لحاظ سن، موقعیت فرهنگی و اجتماعی- اقتصادی (سطح تحصیلات و میزان در آمد) و عدم مصرف ماده مخدر دیگر و عدم حضور بیماریهای خاص مثل بیماریهای ارثی و مادرزادی، بیماری های سیستمیک، بیماری های اسکلتال و بیماری های بافت نرم که می تواند روی نتیجه، اثر منفی بگذارد، مشابهت داده شدند. ($P > 0/05$) به افراد

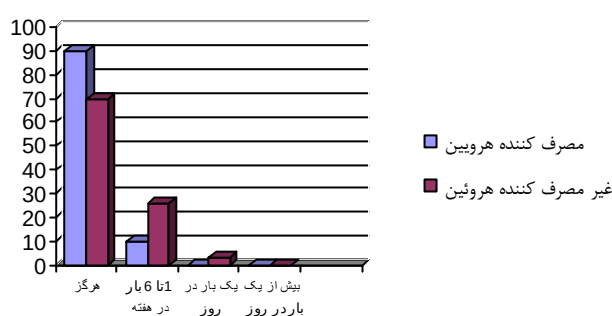
جدول ۱- میانگین D, F, M, DMF و تعداد دندان های سایش یافته در افراد مصرف کننده هروئین و غیرمصرف کننده هروئین

شاخص ها	D	M	F	D.M.F	دندان سایش یافته
غیرمصرف کننده هروئین (شاهد)	۳/۴±۲/۰۳	۲/۳±۱/۹	۲/۳۶±۱/۸	۸/۱۳±۲/۹	۱±۱/۵
مصرف کننده هروئین (مورد)	۹/۸±۶/۵	۲/۲±۲/۵	۰/۹±۲/۲	۱۲/۹۶±۷/۴	۳/۳±۲/۶۹
نتیجه آزمون	P<۰/۰۰۱	۰/۸	۰/۰۰۶	۰/۰۰۲	P<۰/۰۰۱

بر اساس آزمون مجذور فراوانی خشکی دهانی و دندان قروچه هر دو در افراد مصرف کننده هروئین به طور معنی داری بیشتر از افراد غیرمصرف کننده هروئین بود. (جدول ۲)

جدول ۲- توزیع فراوانی خشکی دهان و دندان قروچه در ۲ گروه

متغیر	گروه مصرف کننده هروئین	گروه غیرمصرف کننده هروئین	P-value
	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	
خشکی دهان	۲۵ (/۸۳/۳)	۹ (/۳۰)	< ۰/۰۰۱
دندان قروچه	۲۰ (/۶۱/۷)	۴ (/۱۳/۳)	< ۰/۰۰۱



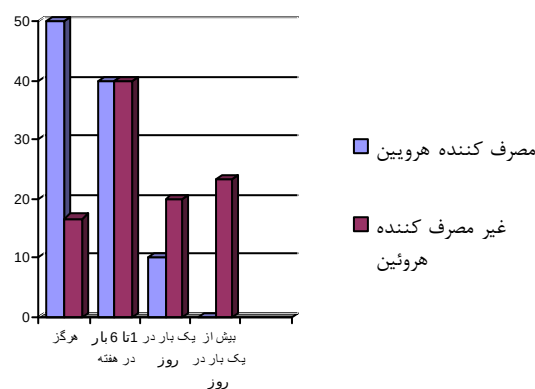
نمودار ۲- وضعیت استفاده از نخ دندان در ۲ گروه

بحث:

بر اساس نتایج مطالعه حاضر مجموع شاخص DMFT بین دو گروه مصرف کننده هروئین و گروه شاهد تفاوت معناداری نشان داد که بیانگر این نکته است که تعداد دندانهای تخریب شده به دلیل پوسیدگی در گروه مصرف کننده هروئین به طور معنادار بیشتر از گروه شاهد است. نسبت بالایی از بیماری های دهان در افراد معتاد به هروئین ظاهر می شود که به دلیل عوامل محیطی و ترکیب آن با تأثیرات سیستمیک هروئین است. (۱۳)

پوسیدگی های دندانی، بیماریهای پریدونتال و سایش های دندانی در این افراد شیوع بالایی دارد. نتیجه DMFT به دست آورده شده در تحقیق حاضر با نتایج Angelillo و همکاران^(۶)، Du و همکاران^(۱۴) و Preston و همکاران^(۱۲) مطابقت دارد. با مقایسه پژوهش حاصل با مطالعات دیگر می توان گفت که مصرف هروئین می تواند خطر ابتلا به پوسیدگی دندانی را افزایش دهد. اما همانطور که می دانیم دلایل مختلفی برای بوجود آمدن پوسیدگی دندانی وجود دارد که برای پی بردن به

بر اساس آزمون وضعیت مسواک زدن (تعداد بار مسواک زدن در شبانه روز) در افراد مصرف کننده هروئین به طور معنی داری کمتر از افراد غیرمصرف کننده هروئین بود و وضعیت استفاده از نخ دندان (تعداد بار) در افراد مصرف کننده هروئین به طور معنی داری کمتر از افراد غیرمصرف کننده هروئین بود. (P = ۰/۰۰۳) (نمودار ۱ و ۲)



نمودار ۱- وضعیت مسواک زدن در ۲ گروه

دلیل آن بایستی به عوامل مختلف توجه کنیم برای مثال: مقدار پلاک موجود روی دندان‌ها مستقیماً می‌تواند در ایجاد پوسیدگی مؤثر باشد. بنابراین در بررسی شاخص پلاک، مقدار پلاک دندانی در گروه مصرف‌کننده، اندکی بالاتر از گروه شاهد ارزیابی شد هر چند از لحاظ آماری تفاوت معناداری وجود نداشت، اما می‌توان گفت که در هر صورت مقدار پلاک در گروه مصرف‌کننده و شاهد هر دو، بالاتر از حد طبیعی بود که می‌تواند دلیل بر شیوع پوسیدگی باشد که با نتایج سایر مطالعات مطابقت دارد.^(۱۶) در مورد بهداشت دهان و تاثیر مصرف هروئین در چگونگی رعایت بهداشت دهان دو روش معمول رعایت بهداشت دهان، یعنی مسواک زدن و استفاده از نخ دندان در دو گروه، مورد بررسی قرار گرفت با بررسی و مقایسه تعداد دفعات استفاده از مسواک برای رعایت بهداشت دهان در گروه مصرف‌کننده هروئین و گروه شاهد نتیجه‌ی معناداری بدست آمد که این بدان معناست که مصرف‌کنندگان هروئین بسیار کمتر از گروه شاهد از مسواک برای رعایت بهداشت استفاده می‌کردند و نتیجه مشابه نیز در مقایسه تعداد دفعات استعمال نخ دندان در مقایسه دو گروه بدست آمد که این تفاوت معنادار می‌تواند از اثرات خود ماده مخدر بر روی شخصیت و سبک زندگی مصرف‌کننده ناشی شود زیرا مصرف هروئین عموماً فرد را از مسائل مربوط به رعایت بهداشت غافل می‌کند و همین غفلت می‌تواند عامل اصلی بالا رفتن پلاک و پوسیدگی دندانی باشد. یکی دیگر از جنبه‌های پذیرفته شده از علل ایجاد پوسیدگی دندان مسئله خشکی دهان می‌باشد. کاهش جریان بزاق به دلیل کاهش اثر شویندگی و کاهش اثر بافرینگ بزاق، محیط دهان را برای رشد پوسیدگی‌ها، و کاهش PH، زمینه را برای افزایش و دمی‌نرالیزه شدن دندان‌ها فراهم می‌آورد.^(۳) در مطالعه حاضر در نتیجه مقایسه خشکی دهان مصرف‌کنندگان هروئین با گروه شاهد معنادار شد هر چند که گروه شاهد سیگار مصرف می‌کردند - باز هم میزان خشکی در دهان مصرف‌کنندگان هروئین بیشتر بود. با توجه به این که بیماران مورد مطالعه از مصرف‌کنندگان در حال ترک بودند لذا اندازه‌گیری بزاق غیر تحریکی در آنها و مقایسه عددی آن با گروه شاهد امکان‌پذیر نبود. اما مقدار بزاق غیر تحریکی اندازه

گیری شده در مصرف‌کنندگان هروئین به مراتب بیشتر از مقدار طبیعی آن بود (بیش از ۵ میلی لیتر در دقیقه). بطور کلی به دلیل اثر تحریک‌کنندگی اعصاب سمپاتیک توسط ماده مخدر، دهان، خشک می‌شود و وقتی بیمار در حال ترک می‌باشد به دلیل اینکه این اثر وجود ندارد به صورت جبرانی بزاق بیشتر شده که گاهی از اطراف دهان خارج می‌گردد. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که مصرف‌کنندگان هروئین دارای دهانی خشک هستند که یکی از علل بسیار مهم ایجاد پوسیدگی می‌باشد.^(۸،۳) بر اساس نتایج مطالعه حاضر شدت سایش‌های دندانی در افراد مصرف‌کننده هروئین به طور معناداری بیشتر از گروه شاهد بود، مشابه سایر مطالعات بوده و نشان می‌دهد سایش‌های اکلوزال و شکستگی‌های دندان به طور واضح در این افراد مشاهده می‌شود.^(۱۵،۱۳) همچنین این افراد عموماً دارای براکسیسم هستند که خود باعث سایش دندانی می‌شود. با مقایسه نتایج این تحقیق و مقالات بالا به این نتیجه خواهیم رسید که شیوع سایش‌های دندانی در این افراد به دلیل دندان قروچه به مراتب بیشتر از افراد عادی است.

نتیجه‌گیری:

مصرف هروئین باعث پوسیدگی‌های دندان و به طور غیر مستقیم موجب بیماری‌های دهان می‌شود.

References:

1. Kaplan HI, Sadock BJ. Comprehensive glossary of psychiatry and psychology. Baltimore: Williams & Wilkins; 1991. P. 477-560
2. Ekhtiari H. Introduction to Main Addictive Drugs in Iran, Family Gide. Tehran: mehr o mah ;2009. P. 14-9
3. Rees TD. Oral effects of drug abuse. Crit Rev Oral Biol Med 1992;3(3):163-84
4. Rees TD. Oral effects of drug abuse. Crit Rev Oral Biol Med 1992;3(3):463-84.
5. Fazzi M, Vescovi P, Savi A, Msnfredi M, Peracchia M. The effects of drugs on the oral cavity. Minerva stmatol 1999; 48(10):485-92.
6. Angelillo IF, Grasso GM, Sagliocco G, Villari P, D'Errico MM. Dental health in a group of drug addicts in Italy. Community Dent Oral Epidemiol 1991; 19(1):36-37.
7. Szabo I, Rojavin M, Bussiere JL, Eisenstein TK, Adler MW, Rogers TJ. Suppression of peritoneal macrophage phagocytosis of candida albicans by opioids. J pharmacol EXP ther 1993;267(2): 703-6.
8. Titsas A, Ferguson MM. Impact of opioid use on dentistry. Aust Dent J 2002; 47(2):94-8.
9. Popova S, Rehm J, Fischer B. An overview of illegal opioid use and health services utilization in Canada. Public Health 2006; 120(4):320-8.
10. Manzoni P, Brochu S, Fischer B, Rehm J. Determinants of Property Crime Among iiiicit Opiate Users Outside of Treatment Across Canada. Deviant Behavior 2006; 27(3):351-76.
11. Laslett AM, Dietze P, Dwyer R. The oral health of street-recruited injecting drug users: prevalence and correlates of problems. Addiction 2008; 103(11):1821-5.
12. Preston A, Bennett G. The history of methadone and methadone prescribing. London: Independence, KY; 2003.
13. Shen EC, Fu E. Carious lesions in the heroin addicted patient. A case report. J periodontal 1998; 69(8): 938-40.
14. Du M, Bedi R, Guo L, Champion J, Fan M, Holt R. Oral health status of heroin users in a rehabilitation centre in Hubei province, china. Community Dent Health 2001;18(2):94-8.
15. Reece As. Dentition of oddiction in Queensland: poor dental status and major contribaling drugs. Aust Dent J 2007;52(2):144-9.