

مقایسه و بررسی تاثیر درمان های هورمونی در زنان نابارور بر شاخص های پریدنتال ۸۵ - ۱۳۸۴

دکتر فریده حقیقتی^۱ - دکتر سولماز شریعت^۲ - دکتر عاطفه مستوفی^۳

تاریخ دریافت ۸۶/۲/۲۰، تاریخ پذیرش ۸۶/۶/۵

چکیده

مقدمه: ژنویوت و پریدنتیت از بیماری های شایع دهان و دندان می باشند. عامل اولیه و فاکتور اصلی بیماری وجود پلاک باکتریال بر روی سطح دندان بر اثر عدم رعایت بهداشت صحیح دهان و دندان می باشد. یکی از عوامل ثانویه آن بهم خوردن بالانس هورمونی در خون است، که موجب پیشرفت التهابات و ناراحتی پریدنتال در اشخاصی که زمینه مساعد دارند می شود. با توجه به شیوع چشمگیر بیماری های پریدنتال و مشکلاتی که این بیماری برای افراد جامعه ایجاد می کند، باید به دنبال راهکارهایی بود تا بتوان بیماری را کنترل و از بروز آن پیشگیری نمود. هدف از این مطالعه تعیین میزان و نوع تغییرات پریدنتال و ایندکس های آن به دنبال مصرف درمان های هورمونی جهت پیشگیری سریع تر و مطمئن تر از بیماری های پریدنتال می باشد.

مواد و روش ها: در این مطالعه از روش هم گروهی کوهورت و روش نمونه گیری غیراحتمالی و مبتنی بر هدف با استفاده از پرسشنامه و چک لیست و با انجام معاینه کلینیکی بر روی ۷۲ بیمار شامل ۴۲ نفر گروه تست و ۳۰ نفر گروه کنترل انجام گرفته است. شرط ورود افراد در این مطالعه وجود ناباروری و بیماری پریدنتال در گروه تست همراه با مصرف داروهای هورمونی، ولی در گروه کنترل با عدم مصرف دارو بوده است. پرسشنامه طبق ایندکس های مربوطه توسط پژوهشگران تهیه و تنظیم گردید و بعد از سنجش اعتبار و اعتماد علمی جهت تکمیل به نمونه ها ارائه گردید. پس از سه ماه در مرحله اول و پس از ۶ ماه در مرحله دوم بیماران گروه تست و کنترل مورد معاینه مجدد کلینیکی قرار گرفتند و شاخص های اولیه دوباره اندازه گیری و ثبت گردید. کلیه داده ها از طریق نرم افزار آماری SPSS و آنالیز کای اسکور مورد بررسی قرار گرفتند.

یافته ها: براساس ایندکس پریدنتال رمفورد بر روی گروه تست پس از گذشت سه ماه ارتباط معنی داری بین پیشرفت بیماری پریدنتال و مصرف دارو جهت درمان ناباروری مشاهده شد $P = 0/003$. اما در گروه کنترل تفاوتی در ایندکس های پریدنتال مشاهده نشد.

بحث و نتیجه گیری: با توجه به شیوع چشمگیر بیماری های پریدنتال در جامعه و مشکلاتی که این بیماری برای افراد جامعه ایجاد می کند و با توجه به نتایج این مطالعه و ارتباط معنی دار بین پیشرفت بیماری پریدنتال و مصرف داروهای هورمونی می بایست قبل از شروع این گونه درمان ها بیماران جهت پیشگیری از ایجاد یا پیشرفت بیماری پریدنتال تحت کنترل پلاک و آموزش بهداشت قرار بگیرند.

کلید واژه ها: بیماری های پریدنتال، ناباروری، ایندکس پریدنتال رامفورد، درمان های هورمونی

فصلنامه دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، دوره پنجم، شماره سوم، ص ۱۱۱-۱۰۵، پاییز ۱۳۸۶

آدرس مکاتبه: تهران- دانشکده دندانپزشکی دانشگاه تهران- بخش پریدنتولوژی- دکتر فریده حقیقتی

۱ - دانشیار گروه دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران

۲- دستیار دندانپزشکی رشته پریدنتولوژی دانشگاه علوم پزشکی تهران

۳- دندانپزشک عمومی

مقدمه

ژنژیویت (التهاب لثه) و پریودنتیت (التهاب نسوج دور دهان) از جمله لثه، الیاف پریودنتال، استخوان آلوئول، سمان از بیماری های شایع دهان و دندان می باشند که در صورت عدم درمان مشکلات فراوانی برای بیمار ایجاد می نمایند و می توان گفت یکی از مشکلات عمومی در جامعه می باشد به طوری که بیشتر افراد در طول دوران زندگی خود به نوعی از این بیماری ها رنج می برند (۱). عامل اولیه و فاکتور اصلی بیماری وجود پلاک باکتریال بر روی سطح دندان بر اثر عدم رعایت صحیح بهداشت دهان و دندان می باشد. یکی از عوامل ثانویه آن تغییرات هورمونی در بدن می باشد که در زمان های مختلف عمر در زنان ایجاد می شود از جمله این تغییرات مصرف داروهای هورمونی توسط زنان به علل مختلف مانند درمان ناباروری یا جلوگیری از بارداری می باشد. هورمون های مرتبط با فرآیند باروری سبب بهم خوردگی تعادل هورمونی در خون شده و موجب پیشرفت التهاب لثه و تشدید ضایعات پریودنتال بویژه در اشخاصی می شود که زمینه مساعد این بیماری را دارند (۲ و ۱).

با توجه به اینکه رابطه بین پیشرفت بیماری پریودنتال و تغییرات هورمونال ناشی از مصرف داروهای ضد ناباروری هنوز به درستی مشخص نیست، لذا جهت دسترسی به اطلاعات بیشتر به بررسی ارتباط بیماری های پریودنتال براساس ایندکس بیماری پریودنتال (PDI) و مصرف اینگونه داروها اقدام گردید. با داشتن اطلاعاتی در این زمینه و ارائه آن به دانشجویان، دندانپزشکان و هم چنین پزشکان می توان آن ها را در معاینه، تشخیص، طرح درمان و پیشگیری از این بیماری ها یاری نمود از آن جایی که اصولاً پیشگیری ضرورت بیشتری نسبت به درمان دارد و با توجه به اینکه درمان های دندانپزشکی هزینه های سنگینی را می طلبد باید برای پیشگیری از بیماری های پریودنتال در زنانی که دچار ناباروری بوده و مایل به بچه دار شدن هستند، هم چنین زنانی که در آستانه شروع هورمون درمانی می باشند اقدام کرد (۳ و ۲).

از علل ناباروری اشکالات اوولاسیون (تخمک گذاری)، ضایعات مربوط به رحم، سرویکسی و یا فاکتورهای لوله ای می باشد. تحقیقاتی که در زمینه زنان و زایمان و نازایی صورت گرفته نشان داده است که اشکالاتی مربوط به اوولاسیون مهم ترین فاکتور ایجاد نازایی می باشد (۶ و ۴). از جمله داروهای هورمونی که جهت رفع مشکلات اوولاسیون مصرف می شود هورمون یائسگی (H. M. G)^۱ می باشد که به عنوان روش استاندارد جهت تحریک تخمدان معرفی شده است (۵). از اثرات مهم (H. M. G)

بالا بردن واسکولاریته تخمدان و تحریک ساخت تخمک می باشد. تجویز (H. M. G) به عنوان یک داروی منفرد در بیشتر بیمارانی که به گنادوتروپین درمانی احتیاج دارند موثر بوده و بخصوص در درمان های طولانی مدت اثرات بسیار مطلوبی دارد (۸ و ۵). میزان موفقیت تخمک گذاری و حاملگی پس از درمان با (H. M. G) بسیار زیاد است (۵۰٪) و میزان سقط خود بخودی مشابه با گروه های طبیعی گزارش شده است و افزایش خطر بروز آنومالی های مادرزادی وجود ندارد (۱۰ و ۹). پس از ۱۲ ماه فعالیت جنسی طبیعی و بدون هیچ گونه وسیله ی پیشگیری زوج باید به عنوان نابارور در نظر گرفته شوند که حدود ۲۵ تا ۳۰٪ زوج ها را شامل می شود. طبق مطالعات احتمال بروز افسردگی و بیماری های افسرده کننده در زنان درگیر با مسأله ناباروری بیش از مردان بوده و در طی پیشرفت مراحل درمانی افزایش شدت افسردگی نیز گزارش شده است (۱۲). مشکل افسردگی در این زنان باعث بی توجهی به بهداشت فردی و به ویژه بهداشت دهان و دندان می شود که می تواند در مسیر پیشرفت بیماری های پریودنتال تاثیر بگذارد (۱۳). در این مطالعه به بررسی رابطه بین مصرف داروهای هورمونی (H.M. G) جهت درمان ناباروری با پیشرفت بیماری های پریودنتال در زنان نابارور می پردازیم تا با بررسی اثر و میزان تغییرات و با آموزش صحیح بتوان از بروز و یا پیشرفت بیماری پریودنتال در این افراد جلوگیری نمود.

مواد و روش ها

این مطالعه به صورت هم گروهی و روش نمونه گیری غیراحتمالی و مبتنی بر هدف با استفاده از پرسشنامه و چک لیست صورت گرفت. از مراجعه کنندگان به مراکز تخصصی، دولتی و خصوصی زنان جهت درمان نازایی مورد بررسی قرار گرفته ، پس از معاینه دهان و لثه ها، در افرادی که شاخص پریودنتال آن ها ($PDI \geq 3$)^۲ مساوی یا بالاتر از ۳ تعیین گردید، میزان خونریزی لثه حین پرب کردن (B.O.p)^۳ و میزان جرم و تحلیل لثه (GR)^۴ براساس شدت آن (بین صفر تا ۳) که داده شد و در مورد پلاک ایندکس (PI)^۵ براساس درصد میزان پلاک میکربی نمونه ها انتخاب گردیدند. سن بیماران انتخابی در هر دو گروه بین ۴۵ – ۲۰ سال بوده است و پس از تکمیل پرسشنامه شامل نام، مشخصات فردی، میزان تحصیلات، وضعیت بهداشت دهان، ایندکس پلاک و استفاده از مسواک و نخ دندان، اطلاعات ثبت

2. Periodontal Index

3. Bleeding of Prep

4. Gingival Regeneration

5. Plough Index

1. Human Menopausul Gonadotropin

گردید. از بین افراد واجد شرایط بر طبق معیارهای ورود به مطالعه فقط بانوانی که برای اولین بار تحت درمان هورمونی (H. M. G) جهت نازائی قرار گرفتند، به عنوان گروه تست (۴۲ نفر) و افرادی که بنا به توصیه و نظر پزشک متخصص نازائی ضرورت مصرف هورمون برای آن ها وجود نداشت به عنوان گروه کنترل انتخاب شدند (۳۰ نفر). معیارهای خروج از مطالعه مصرف سیگار، بیماری- های سیستمیک تضعیف کننده و مصرف آنتی بیوتیک در یک ماه گذشته تعریف گردید.

به هر دو گروه زنان مورد مطالعه آموزش های لازم بهداشت دهان و دندان شامل روش صحیح مسواک زدن، استفاده از نخ دندان، دهان شویه مرتب و رعایت بهداشت فردی داده شد. این بیماران به دلیل مشکل نازائی بطور ماهانه به مرکز نازائی مراجعه می نمودند. و درمان هورمونی آن ها ادامه می یافت. پس از سه ماه در مرحله اول و پس از گذشت ۶ ماه در مرحله دوم بیماران گروه تست و کنترل مورد معاینه کلینیکی دهان قرار گرفتند و شاخص های اولیه دوباره اندازه گیری و ثبت گردید. کلیه داده ها از طریق نرم افزار آماری S PSS مورد بررسی و پردازش قرار گرفت و از تست کای اسکور برای مقایسه متغیرهای کیفی و کمی استفاده شد این مطالعه به روش کوهورت و به منظور بررسی رابطه و تاثیر درمان- های هورمونی بر بیماری پریدونتال انجام گردید.

یافته ها

توزیع فراوانی نمونه های مورد مطالعه شامل ۴۲ نفر ۵۸/۳٪ و گروه کنترل شامل ۳۰ نفر ۴۱/۷٪ بوده اند.

تعداد افراد بی سواد در گروه تست بیشتر بود (۴/۸٪) در ردیف زیر دیپلم نیز تعداد افراد در گروه کنترل بیشتر بوده (۳۸/۱٪) و در ردیف لیسانس و بالاتر تعداد افراد گروه تست بیشتر (۱۶/۷٪) در برابر (۱۳/۳٪) در گروه کنترل بوده است.

در توزیع فراوانی استفاده از نخ دندان و معاینه دوباره پس از سه ماه، تعداد افرادی که در گروه تست از نخ دندان استفاده می کردند بیشتر از افراد گروه کنترل بود (۴۵/۲٪) در مقابل (۴۳/۳٪) ولی استفاده از نخ دندان پس از سه ماه در هر دو گروه افزایش یافته است.

توزیع فراوانی استفاده از مسواک در گروه تست (۸۳/۳٪) در مقابل گروه کنترل (۹۳/۳٪) بوده است که این میزان استفاده از مسواک پس از طی ۳ ماه در هر دو گروه افزایش یافته است.

توزیع فراوانی استفاده از دهان شویه در گروه تست (۳۱٪) در مقابل (۴۳/۳٪) در گروه کنترل بوده است و در هر دو گروه میزان استفاده از دهان شویه پس از سه ماه افزایش یافته است. این افزایش در انجام رفتارهای بهداشتی احتمالاً ناشی از معاینه آن ها توسط دندانپزشک در کلینیک تخصصی زنان و زایمان و تشویق و آموزش بیماران جهت بالا بردن بهداشت دهان و دندان بوده است.

در جدول شماره ۱ توزیع میزان خونریزی لثه حین پرب کردن براساس ۴ ایندکس ۱: عدم وجود خونریزی ۲: خونریزی خفیف ۳: خونریزی متوسط ۴: خونریزی شدید، درجه بندی شده است.

طبق جدول شماره (۱) در گروه تست پس از گذشت سه ماه و استفاده از دارو، (BOP) صفر در هیچ یک از نمونه ها دیده نشد، در حالی که در گروه کنترل پس از گذشت سه ماه تنها میزان (BOP) در گروه خفیف افزایش یافته بود و در گروه های بدون خونریزی و شدید کاهش را نشان می داد، که احتمالاً علت افزایش آن استفاده از دهان شویه و نخ دندان می باشد (جدول شماره ۱).

جدول شماره ۱- توزیع فراوانی وجود خونریزی لثه حین پرب کردن در نمونه ها و معاینه دوباره نمونه ها پس از ۳ ماه

نمونه	فرآوانی		۰		۱		۲		۳		کل	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
تست	۲۱	۵۰/۰	۱۰	۲۳/۸	۱۰	۲۳/۸	۱	۲۳/۸	۲/۴	۴۲	۱۰۰/۰	درصد
تست (F)	۰/۰	۰/۰	۱۹	۴۵/۲	۱۵	۳۵/۷	۸	۱۹/۰	۱۹/۰	۴۲	۱۰۰/۰	درصد
کنترل	۱۰	۳۳/۳	۷	۲۳/۳	۱۱	۳۶/۷	۲	۶/۷	۶/۷	۳۰	۱۰۰/۰	درصد
کنترل (F)	۹	۳۰/۰	۱۲	۴۰/۰	۷	۲۳/۳	۲	۶/۷	۶/۷	۳۰	۱۰۰/۰	درصد

میزان فراوانی کلکولوس در جدول شماره ۲ در نمونه ها و معاینه دوباره براساس ۴ ایندکس « ۰: بدون کلکولوس ۱: خفیف ۲: متوسط ۳: شدید» بیان شده است. طبق جدول شماره (۲) میزان کلکولوس براساس ۴ ایندکس بیان شده است که پس از گذشت سه ماه تعداد افراد در گروه تست در رتبه ۱ و ۲ افزایش یافته، اما در رتبه صفر و ۳ کاهش دیده شده است. اما در گروه کنترل پس از سه ماه در رتبه ۲ و ۳ افزایش مشاهده گردیده است (جدول شماره ۲).

جدول شماره ۲- فراوانی میزان کلکولوس نمونه های مورد مطالعه و معاینه دوباره پس از ۳ ماه

نمونه	۰		۱		۲		۳		کل
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد
تست	۱۶	۳۸/۱	۱۲	۲۸/۶	۹	۲۱/۴	۵	۱۱/۹	۴۲
تست (F)	۸	۱۹/۰	۱۸	۴۲/۹	۱۲	۲۸/۶	۴	۹/۵	۴۲
کنترل	۸	۲۶/۷	۱۷	۵۶/۷	۳	۱۰/۰	۲	۶/۷	۳۰
کنترل (F)	۷	۲۳/۳	۱۴	۴۶/۷	۵	۱۶/۷	۴	۱۳/۳	۳۰

طبق جدول شماره ۳ بیشترین میزان در گروه تست مربوط به ایندکس ۴ می شود (۰/۸۸/۰۹) و تنها (۰/۱۱/۹) آن مربوط به ایندکس ۵ می باشد که پس از گذشت سه ماه و مصرف دارو ایندکس ۴ (۰/۵۷/۱۴) کاهش یافته ولی ایندکس ۵ (۰/۴۲/۸۵) افزایش داشته است. اما در گروه کنترل ۹۰٪ ایندکس ۴ و ۱۰٪ ایندکس ۵ بوده است که در معاینه دوباره پس از سه ماه نیز همین مقدار ثابت مانده است (جدول شماره ۳).

جدول شماره ۳- توزیع فراوانی ایندکس پرپودنتال در نمونه های مورد مطالعه و معاینه دوباره پس از سه ماه

نمونه	فراوانی		G ۴		G ۵		کل	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
تست	۳۷	۸۸/۰۹	۵	۱۱/۹	۴۲	۱۰۰/۰	۴۲	۱۰۰/۰
تست (F)	۲۴	۵۷/۱۴	۱۸	۴۲/۸۵	۴۲	۱۰۰/۰	۴۲	۱۰۰/۰
کنترل	۲۷	۹۰/۰	۳	۱۰/۰	۳۰	۱۰۰/۰	۳۰	۱۰۰/۰
کنترل (F)	۲۷	۹۰/۰	۳	۱۰/۰	۳۰	۱۰۰/۰	۳۰	۱۰۰/۰

ایندکس G0 تا G3: هنوز بیماری در مرحله ژنژیویت است و تبدیل به پرپودنیت نشده است.

G4: هنگامی که اپی تلیوم چسبنده حدود ۳ میلی متر پایین تر از ناحیه اتصال سمان و مینا قرار دارد.

G5: هنگامی که اپی تلیوم چسبنده بیش از ۳ میلی متر و کمتر از ۶ میلی متر از ناحیه اتصال سمان و مینا پایین تر است.

به منظور دستیابی به اثر دارو در افزایش ایندکس پرپودنتال آزمون غیرپارامتری ویل کاکسون بین نمونه های تست و کنترل به عمل آمد. با توجه به Pvalue اختلاف معنی داری بین ایندکس پرپودنتال در نمونه های مورد و کنترل وجود ندارد اما در معاینه دوباره با توجه به $Pvalue = ۰/۰۰۳$ اختلاف معنی داری بین ایندکس پرپودنتال گروه تست و کنترل بوجود آمده است (جدول ۴).

جدول شماره ۴- شاخص های پرپودنتال در نمونه های مورد مطالعه در ابتدا و پس از معاینه بعد از گذشت سه ماه

شاخص / نمونه	X میانگین	S.D انحراف معیار	R دامنه تغییر	فاصله اطمینان میانگین
تست	۴/۱۱	۰/۳۲۷	۱	۴/۱۱ + ۰/۰۹۸
تست (F)	۴/۴۲	۰/۵۰۰	۱	۴/۴۲ + ۰/۱۵۱
کنترل	۴/۱	۰/۳۰۵	۱	۴/۱ + ۰/۱۱
کنترل (F)	۴/۱	۰/۳۰	۱	۱/۴ + ۰/۱۰۸

جدول شماره ۵ وضعیت شاخص های (PPD)¹ در نمونه های مورد مطالعه به تفکیک گروه تست و کنترل به ترتیب میانگین ۲/۷۶ و ۲/۸۶ و انحراف معیار ۰/۷۵۹٪ و ۰/۷۹۱٪ و دامنه تغییرات ۳ و ۲ و فاصله اطمینان صفر را نشان می دهد (جدول شماره ۶ و ۵).

جدول شماره ۵- جدول شاخص ها بر حسب نمونه ها در شاخص عمق شیار بین لثه و دندان (PPD) در ابتدا و پس از معاینه بعد از سه ماه

شاخص / نمونه	X میانگین	S.D انحراف معیار	R دامنه تغییر	فاصله اطمینان میانگین
تست	۲/۷۶	۰/۷۵۹	۳	۲/۷۶ + ۰/۲۲۹
تست (F)	۳/۰۹	۰/۷۲	۳	۳/۰۹ + ۰/۲۱۷
کنترل	۲/۸۳	۰/۷۹۱	۲	۲/۸۳ + ۰/۲۸۷
کنترل (F)	۲/۷۶	۰/۷۲	۲	۲/۷۶ + ۰/۲۶۱

جدول شماره ۶ وضعیت شاخص های GR در نمونه های مورد مطالعه در ابتدا و پس از معاینه بعد از سه ماه را نشان می دهد.

جدول شماره ۶ - شاخص ها بر حسب نمونه ها در شاخص GR (تحلیل لثه)

شاخص / نمونه	X میانگین	S.D انحراف معیار	R دامنه تغییر	فاصله اطمینان میانگین
تست	۰/۴۲۸	۰/۵۹	۲	۰/۴۲۸ + ۰/۱۷۸
تست (F)	۰/۸۸	۰/۶۷	۳	۰/۸۸ + ۰/۲۰۲
کنترل	۰/۲۶	۰/۵۸	۲	۰/۲۶ + ۰/۲۱
کنترل (F)	۰/۸	۰/۷۶	۲	۰/۸ + ۰/۲۷۵

جدول شماره ۷ وضعیت شاخص های Plaque Index را در نمونه های مورد مطالعه به تفکیک گروه تست و کنترل در ابتدا و در معاینه دوباره بعد از سه ماه نشان می دهد.

جدول شماره ۷- شاخص های PI به تفکیک نمونه ها (Plaque Index)

شاخص / نمونه	X میانگین	S.D انحراف معیار	R دامنه تغییر	فاصله اطمینان
تست	۶۷/۲	۱۸/۸۸	۸۰	۶۷/۲ + ۵/۷۱
تست (F)	۷۳/۳	۱۸/۲۷	۷۵	۷۱/۸۳ + ۵/۵۲۶
کنترل	۷۱/۸۳	۱۵/۲۸	۶۰	۷۱/۸۳ + ۵/۵۴۶
کنترل (F)	۷۰/۳	۱۳/۳۸	۴۶	۷۰/۳ + ۴/۸۵۶

1. Periodontal Packet Depth (PPD)

بحث و نتیجه گیری

با توجه به نتایج به دست آمده از این مطالعه و سایر مطالعات مشابه می توان چنین اظهارنظر کرد که تغییرات ایجاد شده در تعادل هورمونی بیماران می تواند موجب التهاب لثه و یا پیشرفت بیماری های پریدونتال شود.

در پژوهشی که توسط آقای آ. تیلاکارانتیه و همکارانشان^۱ در سال ۲۰۰۰ صورت گرفته ۳۷ بیمار که به مدت ۲ تا ۴ سال از کنتراسپتیوهای خوراکی استفاده کرده بودند و ۳۹ نفر نیز اصلاً از کنتراسپتیوهای خوراکی استفاده نکرده بودند در نظر گرفته شدند. همگی این افراد از سطح بهداشت یکسانی برخوردار بودند و میزان پلاک مشابهی داشتند. نتیجه این تحقیق حاکی از این بود که تمامی استفاده کنندگان از کنتراسپتیوهای خوراکی، التهاب لثه و لقی دندان شدیدتری نسبت به گروه کنترل که اصلاً از کنتراسپتیوهای خوراکی استفاده نمی کردند را نشان دادند که این نتیجه مشابه نتیجه کسب شده در تحقیق حاضر است (۶).

در تحقیق کلینگر^۲ که در سال ۱۹۷۹ روی ۱۰۰ زن حامله و ۱۰۰ زن مصرف کننده کنتراسپتیوهای خوراکی و ۱۰۰ زن بدون مصرف کنتراسپتیوهای خوراکی انجام داد بیماری پریدونتال و میزان لقی نمونه ها را مورد بررسی قرار داد شاهد افزایش قابل ملاحظه ای در میزان بیماری پریدونتال و لقی در مصرف کنندگان کنتراسپتیوهای خوراکی نسبت به دو گروه دیگر بود. در تحقیق ما نیز در افزایش ۰/۲۳٪ میانگین عمق پاکت حاکی از همین موضوع است (۱۳).

در تحقیقی دیگر که مشابه نتایج مطالعه حاضر بود توسط ف. یالکین و همکارانش^۳ در سال ۲۰۰۲ روی ۶۱ زن باردار در سه ماه اول، دوم و سوم صورت گرفت در این تحقیق پلاک ایندکس، پریدونتال ایندکس و عمق پاکت در این سه دوره اندازه گیری شد. نتیجه به این صورت بود که با وجود آموزش بهداشت به این زنان پلاک ایندکس، پریدونتال ایندکس و عمق پاکت به تدریج در سه ماهه اول، دوم و سوم افزایش داشته است (۷).

در تحقیقات مشابهی که آمرس^۴ در سال ۱۹۹۴ و میازوکی^۵ در سال ۱۹۹۱ انجام دادند نیز به نتیجه ی مشابهی که شامل افزایش

۱۰۰٪ - ۳۵٪ ژنژیویت حاملگی در زنان باردار بود رسیدند (۱۵و ۱۴).

اما در تحقیق دیگری که تیلاکارانتیه در سال ۲۰۰۰ انجام داد به این نتیجه رسید که هورمون های حاملگی تنها بر روی لثه موثر است و تاثیری بر اتصالات پریدونتال ندارد (۸).

در پژوهش ما نیز پس از سه ماه مصرف دارو در گروه تست افزایش(۶/۱٪) میانگین پلاک ایندکس و عمق پاکت نتیجه ی مشابهی را گواهی می کند.

در تحقیق ماچوکو^۶ که در سال ۱۹۹۹ بر روی زنان حامله انجام شد علاوه بر ژنژیوال ایندکس و میزان خونریزی حین پرب و پلاک ایندکس عواملی نظیر تحصیلات و اشتغال و سکونت شهری و یا غیرشهری را نیز مورد بررسی قرار داد. در این تحقیق نیز مشابه تحقیق آقای یالکین افزایش میزان خونریزی حین پرب و ژنژیوال ایندکس و پلاک ایندکس دیده شد اما این افزایش با بالا رفتن میزان تحصیلات و سکونت شهری و استفاده از امکانات بهداشتی بیشتر روند کندتری را طی کرد اما در تحقیق ما رابطه معنی داری بین میزان تحصیلات فرد با افزایش شدت بیماری پریدونتال وی دیده نشد (۹).

در بررسی ایندکس پریدونتال (رمفورد)، در تحقیق حاضر در بیماران گروه تست قبل از مصرف دارو ۳۷ نفر (۸۸/۰۹٪) ایندکس ۴ و ۵ نفر (۱۱/۹٪) ایندکس ۵ را نشان دادند. در جلسه پی گیری^۷ شاهد کاهش ایندکس ۴ به ۲۴ نفر (۵۷/۱۴٪) و افزایش ایندکس ۵ به ۱۸ نفر (۴۲/۸۵٪) بوده ایم.

اما در گروه کنترل که در ابتدا ۲۷ نفر (۹۰٪)، ایندکس ۴ و ۳ نفر (۱۰٪) ایندکس ۵ را نشان دادند پس از ۳ ماه و معاینه دوباره هیچگونه تغییری در این ایندکس ها مشاهده نشد.

در مقایسه گروه تست و کنترل در معاینه های اولیه و دوباره پس از ۳ ماه، با توجه به (P = ۰/۰۰۳)، شاهد ارتباط معنی داری بین پیشرفت بیماری پریدونتال و استفاده از داروی هورمونی جهت باروری می باشیم از این رو باید با ایجاد انگیزه و زمینه هایی برای افزایش سطح آگاهی بیماران در جهت حفظ بهداشت دهان و دندان خود تلاش نمود.

6. G. Machucu

7. Follow up

1. A. Tila karante & etal

2 . Klinger

3. F. Yalcin & etal

4 .Amars

5. Miyazuki

منابع

- 9-Machucu G, Khoshfeiz O, Lacallj R. The influence of general health and sociocultural variable on the periodontal conditions of pregnant women. J. periodontal 1999. Jul, 70 (7). PP: 779 – 85
- 10-Dickey RP, Nicholes JE, Cove B, Croim J. Hormone has effective to follitropin, Beta (Follistim) in infertile women under going invitro fertilization. Reprod Biol Endocrinal. 2003, Oct (1) pp:63– 5
- 11-Williams RS, Vonsel T, Sistrom C, L. Doty K. Pregnancy Rates in Voring aye groups after invitro pertilization, A comparisom of follitropin alfa (G onal F) and folli tropin Beta (Follistim). An J obstet Gunecol 2003. Aug 189 (2). PP: 342 – 6
- 12-Zachariasen RD. the effect of elevated Ovarian hormones on periodontal. Health: oral contraceptives and pregnancy. Women Health. 1993: 20 (2). PP: 21 – 30
- 13-Klinger G, Eicks p, fister W, Grasert, Moore C, Octtel M. Influence of hormonal contraceptives on Microbial Flora of gingival sulcus. Contraception. 1998, Jun: 57 (6). PP: 381– 4
- 14-Amar S, Chung K M. Influence of hormonal variation on the periodontium in women. Periodontal 2000, 1994, 6.PP: 79 – 87
- 15-Miyaki H, yamashita, shimada N. periodontal condition of pregnant women assessed by GPITN. J clin periodontal 1991: 18. PP: 751 – 754
- 1-Carranza FA, Neuman M, Tukei H H. Clinical Periodontology. 9th ed. W B . Saunders co. U.S. A. (2002): pp. 513 – 25
- ۲-کنت جی ر، برکرنیز ر اس، باربیری ر ال. اصول بیماری های کیستتر، ترجمه سینا ش، رحیم زاده پ، پورصمیمی پ. چاپ اول. تهران، سمات، ۱۳۷۸، صفحات ۴۴۶ – ۳۴۹
- 3-Bassil S, Magritter JP, ROTH J. Uterine Vascularity during Stimulatin and it'S Correlation with implantation in invitro fertilization. Hum Reprod 1995 Jun, 10 (6). pp: 1497 – 507
- 4-Bassil S, Wyns C, Nisolle M. Thove relationship between arian vasularity and the duratic Stimulation in invitro Fertilization Hum Roprod 1997: 12 (6). pp: 1240 – 5
- 5-Minoura H, Takeuchi S, Shen X. GnRH agomist increasing the pregnancy rate after combined treatment with hMG/hCG and direct intraperitoneal insemination. J. Ropot Med 1999. Jan: 44 (1). pp: 18 – 22
- 6-Tilakaratne A, soorj M, Ranasinghe AW. Rcoreu SM. Effects of Hormonul contraceptives on the periodontium in a population of rural srilanka Women J. chin peridental 2000.oct: 27(10) pp:753– 7
- 7-Yalcin F, Eskinazi, Seydine M. the effects of sociocultural stutas on periodontal condition in pregnanacy. J. periodontal 2002. Feb: 73 (2). PP: 178 – 82
- 8-Tilakarante A, Soory M, Ranasinghe AW. Periodomtal disease status during pregnancy and 3 month post partum in rural population of sri lanka women. J. clin periodontal 2000, 27. pp:787 – 92