

بررسی مقایسه‌ای شدت پریدونتیت در بیماران با و بدون اختلالات خواب

جابر یقینی^۱، نرگس نقش^{۱*}، ریحانه نقدی بادی^۲

مقاله پژوهشی

مقدمه: اختلالات خواب می‌تواند روی ارگان‌های مختلفی اثر گذارد و احتمال ابتلا به بیماری‌های قلبی عروقی، دیابت، افسردگی و اختلالات ایمنی را بالا برده و نیز سبب کاهش دانسیته استخوانی گردد. پریدونتیت شامل التهاب بافت‌های پریدونتال است که پاسخ کاهش یا افزایش یافته میزبان به فاکتورهای مستعدکننده التهاب (می‌تواند در حضور بیماری سیستمیک زمینه‌ای باشد) باعث این بیماری می‌شود. در این مطالعه سعی بر این است که رابطه بین اختلالات خواب و بیماری‌های پریدونتال بررسی شود.

روش بررسی: در این مطالعه مقطعی-تحلیلی، ۶۰ نفر نمونه سالم بدون بیماری‌های سیستمیک، مراجعه کننده به بخش پریدونتانس دندانپزشکی اصفهان در سال تحصیلی ۹۸-۱۳۹۷ به دو گروه دارای اختلال خواب و فاقد اختلال خواب تقسیم شدند (با استفاده از پرسش‌نامه PSQI) و از لحاظ شدت پریدونتیت مزمن ارزیابی شدند. در این مطالعه شاخص پلاک silness and loe، شاخص لثه‌ای Loe and Sillness و شاخص جرم بررسی شدند. هم‌چنین فاکتورهای دموگرافیک، رفتارهای بهداشتی فرد و ارتباط بین شدت پریدونتیت و اختلال خواب مورد بررسی قرار گرفت. داده‌های به‌دست آمده، با آزمون t مستقل، پی‌رسون، من‌ویتنی و رگرسیون چندگانه با استفاده از نرم‌افزار SPSS version 16 تجزیه و تحلیل و $\alpha=0.05$ به عنوان سطح معناداری در نظر گرفته شد.

نتایج: شدت پریدونتیت با سن، BMI (Body Mass Index)، شاخص جرم، دفعات استفاده از مسواک و نخ دندان و نمره حاصل از پرسش‌نامه PSQI رابطه معنی‌داری داشت ($P>0.05$). با کنترل سن، جنس و شاخص جرم و پلاک، در افراد با پریدونتیت متوسط ($P>0.001$) و شدید ($P=0.006$) ارتباط معنی‌داری بین اختلال خواب و شدت بیماری پریدونتال وجود داشت، اما در مورد پریدونتیت ملایم ارتباط نزدیک به سطح معنی‌دار بود ($P=0.087$).

نتیجه‌گیری: به نظر می‌رسد اختلالات خواب با شدت پریدونتیت ارتباط دارد، بنابراین ممکن است بهداشت خواب در کنترل بیماری پریدونتال کمک کننده باشد. با این حال مطالعات بیشتری در این خصوص توصیه می‌شود.

واژه‌های کلیدی: بیماری‌های پریدونتال، اختلالات خواب، التهاب

ارجاع: یقینی جابر، نقش نرگس، نقدی بادی ریحانه. بررسی مقایسه‌ای شدت پریدونتیت در بیماران با و بدون اختلالات خواب. مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد ۱۴۰۳؛ ۳۲ (۵): ۴۶-۷۸۳۶.

۱- مرکز تحقیقات ایمپلنت دندان، گروه پریدونتولوژی، پژوهشکده تحقیقات دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.

۲- کمیته پژوهش‌های دانشجویی، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.

* (نویسنده مسئول): تلفن: ۰۹۱۳۱۱۰۵۱۲۱، پست الکترونیکی: N_Naghsh@dnt.mui.ac.ir، صندوق پستی: ۸۱۷۴۶۷۳۴۶۱

که ارتباط آماری مشخص و واضحی بین طول مدت خواب و پریشودنتیت وجود ندارد (۱۳). در سال ۲۰۱۸ مطالعه دیگری با عنوان "یافتن ارتباط بین محرومیت از خواب و پریشودنتیت مزمن؛ مطالعه آزمایشی" توسط Vishakaha Grover و همکارانش منتشر گردید. در این مطالعه سه گروه ۲۰ نفری (سالم، مبتلا به ژینژیویت و مبتلا به پریشودنتیت) انتخاب شدند و برای هر فرد شاخص لثه‌ای و عمق پروب تعیین و در نهایت با استفاده از شاخص (The Pittsburgh Sleep Quality PSQI Index) وضعیت خواب هر فرد مشخص شد. در انتها مشاهده شد که شاخص PSQI در افراد دارای پریشودنتیت بالاتر بود (۱). مطالعه‌ای با عنوان "ارزیابی ارتباط بین دوره خواب طولانی و بیماری پریشودنتال میان مردان و زنان" توسط Kyungdo Han در ژورنال Cross mark در سال ۲۰۱۷ به انتشار رسید. این مطالعه یک مطالعه مقطعی بود که بر روی ۱۴۶۵۷ نفر (بالای ۱۹ سال) با تحلیل اطلاعات حاصل از مطالعات تغذیه و سلامت ملی کره از سال ۲۰۱۲ تا ۲۰۱۴ انجام شد. نتایج نشان داد که احتمال پریشودنتیت در زنانی که ساعت خواب بالاتری دارند، نسبت به آنهایی که ۵ ساعت یا کمتر می‌خوابند، بیشتر است. ولی رابطه مشخصی میان خواب و پریشودنتیت در مردان مشاهده نشد (۱۴). مطالعه‌ای دیگر در سال ۲۰۱۵ توسط Masahiro Tsuchiya و همکارانش در مطبوعات پزشکی دانشگاه توکیو منتشر شد. مقیاس بی‌خوابی آتن (Athens) جهت ارزیابی شدت بی‌خوابی به کار برده شد که دارای ۸ قسمت بود. پنج قسمت اول آن مربوط به خواب شبانه و سه عدد دیگر مربوط به اختلال عملکرد طی روز می‌باشد و هر قسمت از ۰ تا ۳ درجه‌بندی می‌شود و نهایتاً با هم این اعداد جمع شده و وضعیت خواب افراد مشخص می‌گردد. نتیجه نهایی بدین صورت بود که رابطه قوی میان بی‌خوابی و مشکلات لثه‌ای یافت شد (۱۵). مطالعه‌ای با عنوان "ارتباط دوطرفه پریشودنتیت و آپنه خواب انسدادی: یک مرور سیستماتیک و متاآنالیز" در سال ۲۰۱۵ انجام شد. منابع اطلاعاتی در PubMed/CINAHL/Cochrane/scopus/Embas تا اکتبر ۲۰۱۴ جمع‌آوری و استخراج گردیدند. هم‌چنین به صورت

مطالعات جمعیت‌شناسی، رابطه‌ای در خصوص ارتباط میزان خواب روی سلامت جسم را نشان داده‌اند (۱). اختلال خواب می‌تواند بر سیستم قلبی عروقی اثر گذارد. بین میزان خواب و دیابت ملیتوس رابطه‌ای وجود دارد که در مقایسه با خواب نرمال هفت ساعته، در خواب کوتاه و طولانی ریسک ابتلا به دیابت نوع دو را خواهیم داشت (۲،۳). بی‌خوابی، ریسک ابتلا به اختلالات التهابی و افسردگی شدید را بالا می‌برد (۴-۲). با کم‌خوابی، فعالیت مونوسیت‌ها و در نتیجه فعالیت فیزیولوژیک سلول‌های ایمنی تغییر خواهد کرد (۵،۶). کم‌خوابی باعث کاهش تولید استخوان با کم شدن ۲۵- هیدروکسی ویتامین D و کاهش دانسیته استخوانی می‌گردد (۷). مطالعات نشان داده که از اوایل سال ۱۹۷۰، متوسط ساعات خواب افراد به کمتر از ۷ ساعت رسیده است (۸). پریشودنتیت عبارتست از التهاب بافت لثه‌ای، کاهش اتصال کلینیکی لیگامان‌های پریشودنتال و کاهش ساپورت استخوانی آلوئول که ممکن است باعث از دست دادن دندان شود (۹). پریشودنتیت می‌تواند با بسیاری از بیماری‌های سیستمیک و التهابی و بیماری‌های قلبی عروقی، دیابت ملیتوس، استیوپوروز، بیماری‌های تنفسی، آرتریتر روماتوئید و تولد نوزادان نارس و کم وزن مرتبط باشد (۱۰). از جمله عوامل ایجاد بیماری‌های التهابی لثه می‌توان به وجود پلاک و فاکتورهای موضعی مسبب تجمع پلاک، پاسخ ناکافی میزبان، مصرف سیگار و دخانیات و دیابت اشاره کرد (۱۱،۱۲). بنابراین به دلیل منشا التهابی پریشودنتیت و تغییر فعالیت سیستم التهابی بدن در اثر اختلالات خواب (۱۰، ۲-۶)، در این مطالعه به بررسی ارتباط بین پریشودنتیت و اختلالات خواب پرداخته شد.

مطالعه‌ای با عنوان "رابطه میان طول مدت ناکافی خواب عادی و پریشودنتیت" در سال ۲۰۱۶ به‌وسیله R.Constance Wiener در ژورنال Hindawi چاپ گردید. تعداد ۳۷۴۰ نفر با میانگین سی سال و بالاتر در این مطالعه شرکت داده شدند و اطلاعات از مطالعات تغذیه و سلامت ملی در سال‌های ۲۰۰۹ - ۲۰۱۰ و ۲۰۱۱-۲۰۱۲ استخراج شد. آن‌ها در نهایت دریافتند

دستی تحقیقی در افرادی که آپنه انسدادی خواب و پریدنتیت داشتند، انجام شد. نتیجه بدین صورت بود که ۶ مطالعه رابطه بین آپنه انسدادی خواب و پریدنتیت و کارایی مداخلات پریدنتال روی شیوع و بروز آپنه انسدادی خواب را بررسی کردند، که از بین آن‌ها ۴ مطالعه رابطه مهمی از لحاظ آماری بین آپنه انسدادی خواب و پریدنتیت آشکار کردند. ولی اطلاعات کافی راجع به کارایی مداخلات پریدنتال وجود نداشت (۱۶). با توجه به نتایج متناقضی که در این زمینه وجود دارد، در این تحقیق بر آن شدیم تا طی یک مطالعه مورد شاهدی ارتباط بین بیماری‌های پریدنتال و اختلالات خواب را بررسی کنیم. فرضیه مطالعه حاضر این است که بین شدت بیماری‌های پریدنتال در بیماران با و بدون اختلال خواب مراجعه کننده به بخش پریو دانشکده دندانپزشکی اصفهان رابطه‌ای وجود ندارد.

روش بررسی

در این مطالعه مقطعی - تحلیلی، ۶۰ نفر مراجعه کننده به بخش پریو دانشکده دندانپزشکی اصفهان و سالم از لحاظ سیستمیک، با روش نمونه‌گیری آسان انتخاب شدند و در دو گروه با و بدون اختلال خواب بر اساس نمره پرسش‌نامه PSQI (بالا و زیر نمره ۶) قرار گرفتند.

با استفاده از فرمول زیر برای تعیین حجم نمونه، با تعداد ۳۰ نمونه در هر گروه (جمعا ۶۰ نفر)، ۹۵ درصد احتمال دارد که تفاوتی معادل $d=0/18$ در سطح $\alpha=0/05$ معنی دار گردد.

$$(1-3)N=30=\frac{(0.25^2+0.25^2)(1.96+0.84)^2}{0.18^2}=\frac{(\delta_2^2+\delta_1^2)\left(z_{1-\frac{\alpha}{2}}+z_{1-\beta}\right)^2}{d^2}$$

$$z_{1-\frac{\alpha}{2}}=1/96 z_{1-\beta}=0/84 \quad 1-\beta=0/80 \quad d=0/18 \quad \delta_1 \delta_2=0/25 \quad \alpha=0/05$$

بیماران کاملاً در جریان شرایط مطالعه قرار گرفتند و با آگاهی کامل و رضایت وارد مطالعه شده و فرم رضایت‌نامه را امضا کردند و در صورت عدم تمایل بیماران، می‌توانستند از تکمیل پرسش‌نامه و همکاری سر باز زنند. معیارهای ورود به مطالعه شامل موارد زیر بود: عدم بی‌دندانی کامل، عدم حاملگی و شیردهی، عدم ابتلا به بیماری‌های سیستمیک که بر روی ترمیم پریدنتیوم اثر می‌گذارند (استئوپوروز، دیابت کنترل نشده،

بیماری‌های نقص ایمنی اکتسابی و وراثتی، لوسمی و بیماری‌های خونی)، افرادی که طی ۶ ماه گذشته درمان‌های پریدنتال دریافت کرده بودند، عدم مصرف داروهایی مانند آنتی‌بیوتیک و NSAID در سه ماه گذشته، عدم مصرف الکل و سیگار، عدم ابتلا به افسردگی شدید (مصرف داروهای ضدافسردگی با دوز بالا)، تنفس دهانی و استرس‌های عاطفی که توسط فرد گزارش می‌شود (۱۷)، عدم ناتوانی فیزیکی فرد، سن زیر ۷۵ سال. عدم همکاری بیماران برای شرکت در مطالعه، وجود اپلاینس‌های ارتودنسی و پروتز پارسیل متحرک موجب خروج افراد از این مطالعه شد. ابتدا توسط پژوهشگر اول، با دادن پرسش‌نامه (Pittsburgh Sleep Quality Index) وضعیت خواب افراد مشخص شد به طوری که نمره بالاتر از ۶ به معنی وجود اختلال خواب و نمره ۶ و کمتر به معنی فقدان اختلال خواب است (۱۸). این پرسش‌نامه دارای پایایی و روایی است. (۱۹) دارای ۱۹ پرسش در ۷ قسمت می‌باشد که تمام جنبه‌های کیفی و کمی خواب را در برمی‌گیرد. هر قسمت از پرسش‌نامه دارای امتیاز ۰ تا ۳ است که امتیاز ۰ نشان دهنده وضعیت بدون مشکل فرد، و امتیاز ۳، به معنی مشکل شدید فرد در آن قسمت می‌باشد. در نهایت جمع امتیازات هفت قسمت برای هر فرد گزارش می‌شود که نمره اختلال خواب را مشخص می‌کند. بعد از مشخص شدن گروه بیماران، ارزیابی‌های پریدنتال توسط پژوهشگر اول زیر نظر یک پریدنتیست، انجام گردید و شاخص پلاک (PI, Plaque Index) (۲۰)، شاخص جرم (CI, Calculus Index) (۲۱) و شاخص لتهای (loe and Probing) (GI, Gingival Index) (۲۲)، عمق پروب (PD, Depth) به وسیله پروب William's (ساخت شرکت Falcon کشور پاکستان) از مارژین لتهای تا انتهای سالکوس (۱) و میزان اتچمنت لاس پریدنتال (AL, Attachment Loss) از محل CEJ (CementoEnamel Junction) تا انتهای شیار لتهای به موازات محور طولی دندان در ناحیه میدباکال دندان به وسیله پروب William's (۲۳)، ثبت و نوع بیماری پریدنتال برای هر فرد مشخص شد. پروب William's دارای درجه‌بندی ۱، ۲، ۳، ۴، ۵، ۷، ۹ و ۱۰ میلی‌متر می‌باشد. سپس در فرم جمع‌آوری اطلاعات، سن، جنس، قد و وزن و میزان بهداشت دهانی فرد (دفعات استفاده از

نتایج

نمونه شامل ۶۰ فرد سالم از لحاظ سیستمیک (۳۵ درصد مرد و ۶۵ درصد زن) در بازه سنی ۱۷ تا ۶۹ سال با میانگین $12/1 \pm 38/6$ بود که در سال تحصیلی ۹۸-۱۳۹۷، به بخش پریو دانشکده دندانپزشکی اصفهان مراجعه کردند (جدول ۱). در این بین، ۷۳/۴٪ دارای پریودنتیت بودند. میانگین نمره خواب در گروه فاقد اختلال خواب و دارای اختلال خواب به ترتیب ۴/۶۳ و ۹/۰۷ بود. در جدول ۲ به مقایسه بهداشت دهانی در دو گروه با و بدون اختلال خواب پرداخته شده است. مطالعه حاضر نشان داد که میانگین (GI) Gingival Index) در در افراد با و بدون اختلال خواب به ترتیب $1/9 \pm 0/54$ و $1/8 \pm 0/55$ ، میانگین (PD) Probing Depth) به ترتیب $3/06 \pm 0/82$ و $2/1 \pm 0/88$ میلی‌متر و میانگین (AL) Attachment Loss) به ترتیب $1/15 \pm 2/66$ و $1/35 \pm 1/4$ میلی‌متر بود (جدول ۳). جدول ۴، فراوانی مراتب مختلف PI، CI و GI در دو گروه با و بدون اختلال خواب نشان می‌دهد. مطابق جدول ۵، شدت پریودنتیت با سن، BMI (Body Mass Index)، CI (Calculus Index)، دفعات استفاده از نخ دندان و نمره PSQI رابطه معنی‌داری داشت (P) به ترتیب ۰/۰۰۳، ۰/۰۰۴، ۰/۰۰۱، ۰/۰۰۱ و کمتر از ۰/۰۰۱) اما با دفعات مسواک زدن و (PI) Plaque Index) رابطه‌ای یافت نشد (P) به ترتیب ۰/۲۱۱ و ۰/۱۶). با استفاده از رگرسیون لجستیک چندگانه و کنترل متغیرهای زمینه‌ای مانند سن، جنس، شاخص جرم و پلاک، رابطه بین نمره خواب و شدت بیماری‌های پریودنتال بررسی گردید و مشاهده شد که در مورد بیماری‌های پریودنتیت متوسط ($p < 0/001$) و پریودنتیت شدید ($p = 0/006$)، رابطه معنی‌داری با نمره خواب وجود دارد اما در مورد بیماری پریودنتیت ملایم، این ارتباط غیر معنی‌دار اما نزدیک به سطح معنی‌دار بود ($p = 0/087$).

مسواک و نخ دندان) ثبت گردید و نمره شاخص توده بدنی (BMI) (Body Mass Index) برای هر فرد نیز محاسبه شد. در شاخص پلاک (sillness and loe) (۲۰) نمره پلاک دندان‌های کلی از ۰ تا ۱۲ متغیر بود. این شاخص در سطوح دیستال، مزیال، ژینژیوال و اینسایزال سنجیده شد. برای هر میزان پلاک در هر یک از سطوح، کدبندی مقابل وجود داشت که در نهایت نمره پلاک هر یک از چهار سطح باکال، لینگوال، مزیال و دیستال باهم جمع شدند: ۰. عدم وجود پلاک/۱. پلاک قابل برداشت/۲. پلاک قابل مشاهده و ۳. پلاک سنگین.

شاخص جرم بدین شکل محاسبه شد که:

۰. هیچ‌گونه جرمی وجود نداشت. ۱. فقط جرم بالای لته‌ای وجود داشت ۲. فقط جرم زیرلته‌ای یا جرم زیرلته‌ای و بالای لته‌ای باهم وجود داشت. شاخص لته‌ای (Loe & Sillness) بدین شکل می‌باشد که در آن:

۰. لته سالم بود. ۱. تغییر رنگ ملایم، ادم کم و عدم خونریزی هنگام پروب وجود داشت. ۲. ادم با قرمزی ملایم و خونریزی هنگام پروب وجود داشت. ۳. ادم شدید، قرمزی، حضور زخم با تمایل به خونریزی خودبه‌خود حضور داشت.

بیماری‌های پریودنتال به دو دسته اصلی ژینژیویت و پریودنتیت تقسیم می‌شود. در ژینژیویت تنها تظاهرات التهابی لته بدون از دست دادن اتصالات پریودنتال وجود دارد اما در پریودنتیت در عین وجود علایم التهابی، از دست دادن اتصالات پریودنتال هم وجود دارد. سپس افراد مبتلا به پریودنتیت مزمن، بر اساس شدت میزان اتچمنت لاس به سه شدت زیر تقسیم شدند (۲۱):

ملایم: اتچمنت لاس بین ۱ و ۲ میلی‌متر، متوسط: اتچمنت لاس بین ۳ و ۴ میلی‌متر، شدید: اتچمنت لاس بزرگتر و مساوی ۵ میلی‌متر.

تجزیه و تحلیل آماری

نهایتاً ارتباط بین اختلالات خواب و شدت بیماری پریودنتال، با آزمون t مستقل، پیرسون، من‌ویتنی و رگرسیون چندگانه با استفاده از نرم‌افزار SPSS version 16 بررسی شد.

جدول ۱: مقایسه BMI، سن و جنس در دو گروه با و بدون اختلال خواب (میانگین و انحراف معیار)

گروه ها	BMI		سن		جنس
	انحراف معیار ± میانگین		انحراف معیار ± میانگین		
گروه با اختلال خواب	۲۷/۳۹ ± ۲/۸۲		۴۳ ± ۹/۰۹		مرد ۱۱ (%۵۲)
گروه بدون اختلال خواب	۲۳/۲۶ ± ۳/۴۷		۳۴ ± ۱۳/۱۳		زن ۲۰ (%۴۸)
P	۰/۰۰۴		۰/۰۰۳		۰/۷۸۷
	mann-whitney test		t-test		chi-square test

BMI: Body mass index

جدول ۲: مقایسه شاخص‌های رعایت بهداشت دهانی (تعداد دفعات مسواک و نخ دندان) در دو گروه با و بدون اختلال خواب

گروه ها	دفعات مسواک زدن				دفعات استفاده از نخ دندان			
	هیچ بار	دو بار در هفته	سه بار در هفته	هر شب	هیچ بار	دو بار در هفته	سه بار در هفته	هر شب
گروه با اختلال خواب	٪۱۰	٪۲۶/۷	٪۱۰	٪۴۳/۳	٪۴۶/۷	٪۲۶/۷	٪۳/۳	٪۱۶/۷
گروه بدون اختلال خواب	٪۱۳/۳	٪۳۰	٪۶/۷	٪۳۰	٪۵۶/۷	٪۲۰	٪۳/۳	٪۲۰
P	۰/۹۹۴				۰/۴۴۴			
	mann-whitney test				mann-whitney test			

mann-whitney test

جدول ۳: مقایسه PD و AL و GI در دو گروه با و بدون اختلال خواب (انحراف معیار ± میانگین)

گروه‌ها	PD	AL	GI
گروه با اختلال خواب	۳/۰۶ ± ۰/۸۲	۲/۶۶ ± ۱/۱۵	۱/۹ ± ۰/۵۴
گروه بدون اختلال خواب	۲/۱ ± ۰/۸۸	۱/۴ ± ۱/۳۵	۱/۸ ± ۰/۵۴
P	< ۰/۰۰۱	< ۰/۰۰۱	۰/۴۸
	t-test	t-test	mann-whitney test

PD: Probing depth- AL: Attachment loss- GI: Gingival index

جدول ۴: فراوانی مراتب مختلف PI، CI و GI در دو گروه با و بدون اختلال خواب

نمره گروه	شاخص جرم				شاخص پلاک								شاخص لتهای			
	۰	۱	۲	۰	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۰	۱	۲	۳
با اختلال خواب	۶۶/۶	۳۳/۳	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۱۳/۳	۳/۳	۳/۳	۰	۰	۰
بدون اختلال خواب	۸۰	۱۳/۳	۶/۶	۰	۳/۳	۳/۳	۰	۰	۰	۰	۱۶/۷	۳/۳	۰	۳/۳	۰	۰
P	۰/۳۷۷				۰/۴۴۱								۰/۴۸			
	mann-whitney test				mann-whitney test								mann-whitney test			

mann-whitney test- PI: Plaque index- CI: Calculus index- GI: Gingival index

جدول ۵: بررسی ارتباط شدت بیماری پریدونتال با سن، BMI، CI، PI، دفعات مسواک زدن و استفاده از نخ دندان و PSQI (pearson test)

سن	BMI	CI	PI	دفعات مسواک زدن	دفعات استفاده از نخ دندان	PSQI
۰/۵۲۲	۰/۶۱۹	۰/۴۲۴	۰/۱۸۴	-۰/۱۶۴	-۰/۴۲۳	۰/۵۲۵
<۰/۰۰۱	<۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۱۶	۰/۳۱۱	۰/۰۰۱	<۰/۰۰۱

ضریب همبستگی P

BMI: Body mass index- CI: Calculus index- PI: Plaque index- PSQI: Pittsburgh Sleep Quality Index

بحث

فرضیه صفر مطالعه حاضر این بود که بین شدت بیماری‌های پریدونتال در بیماران با و بدون اختلال خواب مراجعه‌کننده به بخش پریو دانشکده دندانپزشکی اصفهان رابطه‌ای وجود ندارد که این فرضیه در مورد پریدونتیت متوسط و شدید رد شد. این مطالعه بر آن بود که رابطه میان اختلال خواب با استفاده از پرسش‌نامه PSQI و شدت بیماری‌های پریدونتال را بسنجد. زیرا شیوع اختلال خواب در جوامع افزایش یافته است که باعث اختلال در سیستم ایمنی و التهابی بدن می‌گردد. از آنجایی که در اتیولوژی، بیماری پریدونتال نیز نوعی بیماری التهابی است، با این مطالعه می‌خواستیم رابطه بین آن دو را بیابیم. یافته‌های مطالعه حاضر نشان داد که در مورد پریدونتیت متوسط و شدید، ارتباط معناداری بین نمره خواب و شدت بیماری پریدونتال وجود دارد اما در مورد پریدونتیت ملایم این ارتباط نزدیک به سطح معنی‌دار بود. Tsuchiya M و همکارانش (۱۵) و V.Grover (۱) و همکاران نیز دریافتند که مشکلات پریدونتال در افرادی که اختلال خواب دارند، بالاتر است. اما در مطالعه Tsuchiya M و همکاران، افراد زلزله‌زده شرق ژاپن دچار استرس روحی بزرگ شده بودند که خود می‌تواند هم روی خواب و هم روی بیماری‌های پریدونتال اثر گذارد. بنابراین در مطالعه ما افراد با سابقه استرس‌های عاطفی وارد مطالعه نشدند. در مطالعه حاضر با مقایسه دو شاخص AL، PD بین دو گروه دارای اختلال خواب و فاقد اختلال خواب، می‌توان ارتباط مثبتی میان اختلال خواب و شدت بیماری

پریدونتال پیدا کرد اما در مورد GI چنین نبود. گرچه مطالعه V.Grover و همکاران روشی عکس مطالعه ما داشته ولی در نهایت بدین نتیجه رسیدند که میان هر سه شاخص AL، PD و GI، با نمره خواب ارتباط وجود دارد. در مطالعه Han K و دیگر (۱۴) مشاهده شد که تمایل به پریدونتیت در زنانی که ساعت خواب بالاتری دارند، بیشتر است ولی در مردان واضح نبود؛ زیرا در زنان چرخه قاعدگی، حاملگی و یائسگی روی خواب اثر می‌گذارد و می‌توان چنین دلیلی ذکر کرد که بزاق کاهش یافته در طی خواب طولانی‌مدت احتمال ابتلا به بیماری‌های پریدونتال را افزایش می‌دهد. نکته دیگر در این مطالعه آن است که افرادی که دچار افسردگی بودند و داروهای ضدافسردگی مصرف می‌کردند از مطالعه حذف نشدند اما در مطالعه حاضر یکی از معیارهای ورود به مطالعه عدم ابتلای فرد به افسردگی بود؛ زیرا این اختلال روحی روی خواب تاثیرگذار است. Wiener RC و همکاران نتوانستند ارتباط آماری واضحی بین اختلال خواب و پریدونتیت بیابند (۱۳) البته در این مطالعه تنها میزان ساعات خواب در شبانه‌روز مورد بررسی قرار گرفت اما پرسش‌نامه PSQI که در مطالعه ما استفاده شد، تمام جنبه‌های کیفی و کمی خواب را مورد بررسی قرار داد. همچنین در مطالعه حاضر بین نمره شاخص پلاک و شدت بیماری رابطه‌ای وجود نداشت؛ اما شاخص جرم با شدت بیماری رابطه معنی‌داری دیده شد. البته اصلی‌ترین دلیل پاسخ متفاوت سیستم ایمنی افراد به عوامل موضعی است که تعیین کننده شدت بیماری و میزان اتچمنت لاس است (۱۲). می‌توان چنین توجیه کرد که جرم باعث تجمع پلاک باکتریایی در زیر آن و تجمع باکتری‌های بی‌هوازی و پاسخ بیشتر بافت‌های نگهدارنده

زدن هم در این مطالعه بررسی می‌شد؛ زیرا روش غلط مسواک زدن خود سبب تحلیل لثه و از دست رفتن اتصالات کلینیکی می‌گردد، بنابراین به مطالعات بیشتری در این مورد نیاز است. اکثر مطالعات نشان داده‌اند که بهداشت دهانی مناسب می‌تواند در کاهش پلاک و میزان از دست رفتن اتصالات کلینیکی و عمق پروب موثر باشد (۳۲-۲۹، ۲۴). هم‌چنین در مطالعه Han K و دیگران (۱۴)، نیز بهداشت دهانی بررسی شده بود. از جمله: دفعات مسواک زدن در روز، نخ دندان کشیدن، مسواک‌های بین‌دندانی، دهان‌شویه، مسواک برقی و سایر محصولات. نهایتاً دریافتند که استفاده از تمامی آن‌ها به جز دهان‌شویه و سایر محصولات در زنان با بیماری پریدونتال رابطه معنی‌داری داشت اما در مردان، تنها استفاده از مسواک و نخ دندان، رابطه معنی‌داری با بیماری پریدونتال مشاهده گردید. در نهایت باید گفت که اگر چه هرکدام از این اختلالات اتیولوژی شناخته شده خود را دارد و در قالب یک مطالعه مورد شاهدهی نمی‌توان بین آن‌ها رابطه علت و معلول برقرار کرد، اما شیوع بیشتر اختلال خواب در بیماران دچار پریدونتیت این فرضیه را مطرح می‌سازد که شاید اختلال خواب به واسطه تغییر در مدیاتورهای التهابی و مکانیسم‌های دفاعی میزبان در ایجاد بیماری‌های پریدونتال تاثیرگذار باشد. کاملاً بدیهی است که بررسی این دو فرضیه نیاز به انجام مطالعات تحلیلی مانند cohort است.

نتیجه‌گیری

با وجود محدودیت‌های این مطالعه به نظر می‌رسد، ارتباطی بین شدت پریدونتیت و اختلالات خواب با توجه به منشا التهابی آن دو وجود دارد؛ به‌طوری که با افزایش نمره PSQI شدت پریدونتیت هم بیشتر شد. بررسی بیشتر ارتباط بین آن‌ها، با اجرای مطالعات متمرکز، به طراحی تدابیر مداخلات در سبک زندگی و خواب افراد کمک می‌کند و در صورت وجود اختلالات خواب، باید بیمار را به پزشک ارجاع داد. پیشنهاد می‌شود پژوهشگران علاقه‌مند، مطالعات وسیع‌تری و با حجم نمونه بالا در این رابطه انجام دهند و بهتر است برای سهولت و

دندان می‌گردد. در مطالعه Matthew S.Hopcraft و همکاران که بر روی ساکنان دارای دندان مرکز نگهداری Victorian انجام شد، به بررسی رابطه بین بهداشت دهانی و بیماری پریدونتال پرداخته شد. در این مطالعه برای افرادی که ریسک اندوکاردیت باکتریال داشتند، قبل از پروب کردن پروفیلاکسی آنتی‌بیوتیکی انجام شد و افرادی که بیماری‌های سیستمیک مزمن داشتند و دارو مصرف می‌کردند هم بر خلاف مطالعه ما وارد مطالعه شدند. در نهایت دریافتند که بیماری پریدونتال با شاخص‌های جرم و پلاک رابطه معنی‌داری دارد (۲۴). البته به مطالعات جامع‌تر در مورد ارتباط بین نمره شاخص جرم و پلاک با شدت بیماری‌های پریدونتال نیاز است. شیوع بی‌خوابی در افراد مسن به دلایل بیولوژیکی و روانی مختلف بالاتر است (۱۳). هم‌چنین مطالعات جمعیت‌شناسی نشان داده‌اند که با افزایش سن احتمال ابتلا به بیماری‌های پریدونتال بیشتر می‌شود (۲۵)، زیرا تخریب بافت‌ها در طول زمان تجمع پیدا می‌کند. ما در این مطالعه به این دست یافتیم با افزایش سن شیوع بیماری پریدونتال و اختلال خواب زیادتر شد بنابراین شاید سن و بی‌خوابی هر دو باهم باعث تشدید بیماری پریدونتال در افراد مسن می‌گردد. در این مطالعه اختلال خواب با جنسیت ارتباطی نداشت. اما در برخی مطالعات زنان (۱۵) و برخی مردان (۱۳) میزان خواب کمتری داشتند. چاقی و نمره BMI بالا، باعث مقاومت به انسولین و افزایش ریسک عفونت مزمن گردد. پس با توجه به مطالعات انجام شده در این زمینه می‌توان گفت که چاقی باعث افزایش ریسک ابتلا به بیماری‌های پریدونتال می‌گردد (۲۶، ۲۷). هم‌چنین ارتباط مثبتی بین چاقی و اختلال خواب یافت شد. شاید این موضوع به علت تجمع توده چربی بالا در اطراف گردن و سختی تنفس هنگام خواب و کاهش کیفیت خواب باشد (۲۸). پس می‌توان گفت ریسک ابتلا به بیماری پریدونتال و اختلالات خواب در افراد چاق بالاتر است. در این مطالعه بین دفعات مسواک زدن و شدت بیماری‌های پریدونتال رابطه معنی‌داری یافت نشد. گرچه با دفعات نخ دندان کشیدن ارتباط داشت، البته بهتر بود روش مسواک

مشارکت نویسندگان

آقای دکتر جابر یقینی در ارائه ایده، خانم دکتر نرگس نقش در طراحی مطالعه، خانم دکتر ریحانه نقدی بادی در جمع‌آوری داده‌ها، خانم دکتر نرگس نقش در تجزیه و تحلیل داده‌ها مشارکت داشته و همه نویسندگان در تدوین، ویرایش اولیه و نهایی مقاله و پاسخگویی به سوالات مرتبط با مقاله سهیم هستند.

دقت در یافتن بیماران دارای اختلال خواب به کلینیک‌های روانپزشکی خواب مراجعه کنند.

سیاس‌گذاری

این مطالعه در قالب پایان‌نامه دوره عمومی دندانپزشکی به اجرا رسید.

ملاحظات اخلاقی

پروپوزال این مطالعه، توسط کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی اصفهان مورد تایید قرار گرفته است (کد اخلاق: IR.MUI.RESEARCH.REC.1398.081).

References:

- 1-Grover V, Malhotra R, Kaur H. *Exploring Association between Sleep Deprivation and Chronic Periodontitis: A Pilot Study*. J Indian Soc Periodontol 2015; 19(3): 304-7.
- 2-Cappuccio FP, Cooper D, D'Elia L, Strazzullo P, Miller MA. *Sleep Duration Predicts Cardiovascular Outcomes: A Systematic Review and Meta-Analysis of Prospective Studies*. Eur Heart J 2011; 32(12): 1484-92.
- 3-Cappuccio FP, D'Elia L, Strazzullo P, Miller MA. *Quantity and Quality of Sleep and Incidence of Type 2diabetes: A Systematic Review and Meta-Analysis*. Diabetes Care 2010; 33(2): 414-20.
- 4-Irwin MR, Opp MR. *Sleep Health: Reciprocal Regulation of Sleep and Innate Immunity*. europsychopharmacology 2017; 42(1): 129-55.
- 5-Irwin MR, Wang M, Campomayor CO, Collado-Hidalgo A, Cole S. *Sleep Deprivation and Activation of Morning Levels of Cellular and Genomic Markers of Inflammation*. Arch Intern Med Res 2006; 166(16): 1756-62.
- 6-Frey DJ, Fleshner M, Wright KP Jr. *The Effects of 40 Hours of Total Sleep Deprivation on Inflammatory Markers in Healthy Young Adults*. Brain Behav Immun 2007; 21(8): 1050-7.
- 7-Xu X, Wang L, Chen L, Su T, Wang T, Ma W, et al. *Effects of Chronic Sleep Deprivation on Bone Mass and Bone Metabolism in Rats*. J Orthop Surg Res 2016; 11: 1-9.
- 8-AlDabal L, BaHammam AS. *Metabolic, Endocrine, and Immune Consequences of Sleep Deprivation*. The Open J Respir Med 2011; 5: 31.
- 9-Preshaw PM, Alba AL, Herrera D, Jepsen S, Konstantinidis A, Makrilakis K, Taylor R. *Periodontitis and Diabetes: A Two-Way Relationship*. Diabetologia 2012; 55(1): 21-31.
- 10-Otomo-Corgel J, Pucher JJ, Rethman MP, Reynolds MA. *State of the Science: Chronic Periodontitis and*

- Systemic Health*. J Evid Based Dent Pract 2012; 12(3 Suppl): 20-8.
- 11- Hoare A, Soto C, Rojas-Celis V, Bravo D. *Chronic Inflammation as a Link between Periodontitis and Carcinogenesis*. Mediators Inflamm 2019; 2019: 1029857.
- 12- Pollanen MT, Salonen JI, Uitto VJ. *Structure and Function of the Tooth-Epithelial Interface in Health and Disease*. Periodontol 2000. 2003; 31: 12-31.
- 13- Wiener RC. *Relationship of Routine Inadequate Sleep Duration and Periodontitis in a Nationally Representative Sample*. Sleep Disord 2016; 2016: 9158195.
- 14- Han K, Park YM, Park JB. *Evaluation of an Association between Long Sleep Duration and Periodontal Disease among Men and Women Using Nationally Representative Data*. Gac sanitaria 2018; 32(2): 143-50.
- 15- Tsuchiya M, Aida J, Hagiwara Y, Sugawara Y, Tomata Y, Sato M, et al. *Periodontal Disease is Associated with Insomnia among Victims of The Great East Japan Earthquake: A Panel Study Initiated Three Months after the Disaster*. Tohoku J Exp Med 2015; 237(2): 83-90.
- 16- Ibarra-Coronado EG, Pantaleón-Martínez AM, Velazquéz-Moctezuma J, Prospéro-García O, Méndez-Díaz M, Pérez-Tapia M, et al. *The Bidirectional Relationship Between Sleep And Immunity Against Infections*. J Immunol Res 2015; 2015: 678164.
- 17- Corridore D, Saccucci M, Zumbo G, Fontana E, Lamazza L, Stamegna C, Di Carlo G, et al. *Impact of Stress on Periodontal Health: Literature Revision*. Healthcare (Basel) 2023; 11(10): 1516.
- 18- Malik AA, Bakarman MA, Butt NS. *Construct Validity and Factor Structure of the Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) Among Physicians in Jeddah, Kingdom of Saudi Arabia*. Pakistan Journal of Statistics and Operation Research 2018; 14(4): 935-43.
- 19- Takács J, Bódizs R, Ujma PP, Horváth K, Rajna P, Harmat L. *Reliability and Validity of the Hungarian Version of the Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI-HUN): Comparing Psychiatric Patients with Control Subjects*. Sleep Breath 2016; 20(3): 1045-51.
- 20- Zarabadipour M, Makhlooghi Sari M, Moghadam A, Kazemi B, Mirzadeh M. *Effects of Educational Intervention on Dental Plaque Index in 9-Year-Old Children*. Int J Dent 2022; 2022: 7339243.
- 21- Wu T, Trevisan M, Genco RJ, Falkner KL, Dorn JP, Sempos CT. *Examination of the Relation between Periodontal Health Status and Cardiovascular Risk Factors: Serum Total and High Density Lipoprotein Cholesterol, C-Reactive Protein, and Plasma Fibrinogen*. Epidemiol Rev 2000; 151(3): 273-82.
- 22- Ayan G, Dayi B. *Evaluation of Plaque Index, Gingival Index and Oral Health-Related Quality of Life in Obese Patients*. Odovtos-Int J Dent Sci 2023; 25(1): 166-78.
- 23- Highfield J. *Diagnosis and Classification of Periodontal Disease*. Aust Dent Pract 2009; 54: S11-26.
- 24- Hopcraft MS, Morgan MV, Satur JG, Wright FC, Darby IB. *Oral Hygiene and Periodontal Disease in Victorian Nursing Homes*. Gerodontology 2012; 29(2): e220-8.
- 25- Nazir M, Al-Ansari A, Al-Khalifa K, Alhareky M, Gaffar B, Almas K. *Global Prevalence of*

- Periodontal Disease and Lack of Its Surveillance.* Scientific World Journal 2020; 2020: 2146160.
- 26- Gangwisch JE. *Epidemiological Evidence for the Links between Sleep, Circadian Rhythms and Metabolism.* Obesity reviews 2009; 10 Suppl 2: 37-45.
- 27- Martinez-Herrera M, Silvestre-Rangil J, Silvestre FJ. *Association between Obesity and Periodontal Disease. A Systematic Review of Epidemiological Studies and Controlled Clinical Trials.* Med Oral Patol Oral Cir Bucal 2017; 22(6): e708-e715.
- 28- Rác B, Dušková M, Stárka L, Hainer V, Kunešová M. *Links between the Circadian Rhythm, Obesity and the Microbiome.* J Physiol Res 2018; 67(Suppl 3): S409-S420.
- 29- Van der Weijden GA, Hioe KP. *A Systematic Review of the Effectiveness of Self-Performed Mechanical Plaque Removal in Adults with Gingivitis Using a Manual Toothbrush.* J Clin Periodontol 2005; 32: 214-28.
- 30- Van Der Weijden F, Slot DE. *Oral Hygiene in the Prevention of Periodontal Diseases: The Evidence.* Periodontol 2000 2011; 55(1): 104-23.
- 31- Rosing CK, Daut FA, Festugatto FE, Oppermann RV. *Efficacy of Interdental Plaque Control Aids in Periodontal Maintenance Patients: A Comparative Study.* Oral Health Prev Dent 2006; 4(2): 99-103.
- 32- Jönsson B, Lindberg P, Oscarson N, Öhrn K. *Improved Compliance and Self-Care in Patients with Periodontitis—A Randomized Control Trial.* Int J Dent Hyg 2006; 4(2): 77-83.

Comparative Evaluation of Severity of Periodontitis in Patients with and without Dyssomnias

Jaber Yaghini¹, Narges Naghsh^{*1}, Reyhane Naghdi Badi²

Original Article

Introduction: Sleep disorders can affect on different organs and increase the risk of cardiovascular disease, diabetes, depression, immunity disorders and decrease the bone density. Periodontitis includes inflammation of periodontium because of increased or decreased response of the host immunity to predisposing factors (it can be in presence of systemic diseases). The aim of this study was to evaluate the relationship between sleep disorders and periodontal diseases.

Methods: In this analytic-cross sectional study, 60 individuals clinically healthy that referring to Department of Periodontology of Isfahan Dental School at year 2018-19 categorized into 2 groups: with or without dyssomnias (with PSQI questionnaire). In this study, Sillness and Loe plaque index, Loe and Sillness gingival index and calculus index were investigated. Similarly assessed demographic factors, personal health behaviors and relation between the severity of periodontitis and dyssomnia and were assessed. Data analyzed by SPSS statistics 16 software using independent T-test, Mann-Whitney, Pearson and multinominal regression.

Results: Severity of periodontitis had a significant relationship with age, BMI (Body Mass Index), calculus index, frequency of flossing and brushing as well as score of PSQI questionnaire ($p < 0.5$). By controlling age, gender, mass and plaque index, there was a significant relationship between dyssomnias and severity of periodontal disease in the patients with moderate periodontitis ($P > 0.001$) and severe periodontitis ($P = 0.006$), but in the case of mild periodontitis, the relationship was close to the significant level ($p = 0.087$).

Conclusion: It seems that dyssomnias is in relation to severity of periodontitis; therefore sleep hygiene may help controlling periodontal diseases. However more studies are needed in this field.

Keywords: Dyssomnias, Periodontal diseases, Inflammation.

Citation: Yaghini J, Naghsh N, Naghdi Badi NB. **Comparative Evaluation of Severity of Periodontitis in Patients with and without dyssomnias.** J Shahid Sadoughi Uni Med Sci 2024; 32(5): 7836-46.

¹Department of Periodontology, Dental Research Institute, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.

²Student Research Committee, School of Dentistry, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.

*Corresponding author: Tel: 09131105121, email: N_Naghsh@dnt.mui.ac.ir