



آگاهی دندانپزشکان استان بوشهر از پیشگیری از اندوکاردیت عفونی - سال ۱۳۹۰

کامران میرزایی^۱، ثریا زحمتکش^{۲*}

^۱ گروه پزشکی اجتماعی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی بوشهر

^۲ گروه بهداشت عمومی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی بوشهر

(دریافت مقاله: ۹۱/۲/۲۳ - پذیرش مقاله: ۹۱/۶/۲۵)

چکیده

زمینه: اندوکاردیت عفونی (IE) به عنوان یک بیماری تهدیدکننده زندگی محسوب می شود و باکتری می ایجاد شده به دنبال اقدامات دندانپزشکی همواره به عنوان یک علت عمده آن محسوب می گردد. لذا پیشگیری از ابتلا به IE با استفاده از آنتی بیوتیک به صورت وسیع توصیه شده است. دستورالعمل ۲۰۰۷ AHA برای پیشگیری و درمان این بیماران به خوبی شناخته شده است. هدف از این مطالعه بررسی آگاهی دندانپزشکان استان بوشهر در خصوص اندوکاردیت عفونی بود.

مواد و روش ها: در یک مطالعه مقطعی و با استفاده از پرسشنامه ای خود ایفا که بر اساس دستورالعمل 2007AHA تهیه شده بود، داده ها از تمامی دندانپزشکان شاغل در بخش دولتی و خصوصی در استان بوشهر جمع آوری شد. نتایج با استفاده از آزمون های تست T مستقل، مجذور کای و ضریب همبستگی پیرسون توسط نرم افزار SPSS ویرایش ۱۶ و در سطح معنی دار ۰/۰۵ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته ها: از مجموع ۷۲ پرسشنامه توزیع شده در بین تمامی دندانپزشکان شاغل در استان بوشهر، ۵۹ پرسشنامه تکمیل شد (درصد پاسخ دهندگان در این مطالعه ۸۱/۹۴ درصد بود). نزدیک به ۴۸ درصد دندانپزشکان تعداد بیماران در معرض خطر اندوکاردیت عفونی ویزیت شده در سال اندک اعلام کردند و فقط ۶۰/۴ درصد از پاسخ دهندگان از دستورالعمل های پیشگیری آن اطلاع داشتند. فراوانی پاسخ صحیح در هیچ یک از موارد بیماری قلبی نیازمند آنتی بیوتیک پیشگیرانه از ۴۳ درصد بالاتر نبود. نوع و روش استفاده، زمان تجویز و مقدار آنتی بیوتیک تجویزی در تمامی موارد با دستورالعمل AHA-2007 مطابقت داشت. در مجموع، سطح آگاهی دندانپزشکان در خصوص نیاز به آنتی بیوتیک پیشگیرانه از اندوکاردیت عفونی ضعیف ارزیابی شد و فراوانی پاسخ های صحیح به بیماری های قلبی نیازمند آنتی بیوتیک پیشگیرانه از اندوکاردیت عفونی در هیچ یک از موارد از ۴۳ درصد بیشتر نبود.

نتیجه گیری: یافته ها بیانگر اهمیت نیاز به ارتقاء آگاهی دندانپزشکان برای پیشگیری از ابتلا به IE می باشد اگر چه فراوانی تعداد بیمارانی در معرض خطر IE ویزیت شده توسط دندانپزشکان بسیار پائین است.

واژگان کلیدی: اندوکاردیت عفونی، پیشگیری اندوکاردیت، آنتی بیوتیک پیشگیرانه، آگاهی دندانپزشکان

* بوشهر، خیابان سلمان فارسی، دانشگاه علوم پزشکی بوشهر، دانشکده بهداشت، گروه بهداشت عمومی

مقدمه

اندوکاردیت عفونی^۱ یک بیماری میکروبی غیرشایع اما تهدید کننده زندگی در بیماران با دریچه‌های قلبی دارای اختلال (مادرزادی یا اکتسابی) یا اندوکاردیوم قلب است. در مطالعه مروری انجام شده بر پایه مطالعات انجام شده در حد فاصل سال‌های ۱۹۹۳ لغایت ۲۰۰۳ میلادی، متوسط بروز آن ۳/۶ نفر به ازاء هر یکصد هزار نفر در جمعیت عمومی در سال و متوسط میزان مرگ و میر درون بیمارستانی ۱۶ درصد برآورد کردند (۱).

این عفونت قبل از کشف آنتی‌بیوتیک‌ها صد در صد کشنده بود و امروزه نیز علیرغم پیشرفت در درمان‌های ضد میکروبی، پیشرفت‌های درمانی و کشف آنتی‌بیوتیک‌های جدید نیز احتمال مرگ و میر و ناتوانی ۸۰-۱۰ درصد بوده و حتی در صورت درمان سبب ناتوانی بیمار تا پایان عمر می‌گردد. بنابراین پیشگیری اولیه از عدم بروز اندوکاردیت بسیار مهم می‌باشد (۲). در سال ۱۹۰۹ رابطه بین سلامت دندان و اندوکاردیت عفونی شناخته شد و اولین مورد اندوکاردیت ناشی از کارهای دندانپزشکی در این سال گزارش گردید (۳). احتمالاً خطر ابتلاء به اندوکاردیت در بیمارانی که تحت درمان‌های دندانپزشکی قرار می‌گیرند هنوز مشخص نمی‌باشد، اما بین صفر تا یک در هر ۵۳۳ نفر تخمین زده می‌شود (۴).

گزارشات قبلی نشان می‌دهند که باکتری‌های موجود در دهان در ۲۰-۱۴ درصد موارد به‌عنوان مسبب اندوکاردیت باکتریال شناخته شده‌اند.

همچنین به‌نظر می‌رسد که بین ۱۰-۸ درصد از اندوکاردیت وابسته به عفونت‌های دندانانی بدون خون‌ریزی دهانی است و یک اثر هم‌افزایی بین شدت

بیماری‌های پریودنتال^۲، پریاپیکال^۳ و این بیماری وجود دارد حتی مسواک زدن، جویدن ناخودآگاه بافت‌های دهانی، زخم لثه و زخم در اثر خوردن غذا نیز منجر به باکتری می‌شود. جریان خون گردابی حاصل از گونه‌های خاص بیماری‌های مادرزادی یا اکتسابی قلبی باعث صدمه به اندوتلیوم قلب و به‌دنبال آن رسوب پلاکت و فیبرین بر روی سطح صدمه دیده اندوکاردیوم می‌شود. این مسئله منجر به ایجاد جوانه‌های برجسته^۴ استریل به‌نام اندوکاردیت ترومبوتیک غیرباکتریایی^۵ می‌شود. به‌دنبال تهاجم میکروب‌ها از طریق جریان خون و کولونیزه شدن آنها بر روی ناحیه صدمه دیده، اندوکاردیت عفونی ایجاد می‌شود (۲).

در سطح مخاط دهان بیش از ۳۰۰ گونه میکروبی به‌صورت فلور طبیعی وجود دارد (۵). صدمات وارده به این سطوح به‌دنبال اقدامات تشخیصی-درمانی دندانانی، خصوصاً لثه اطراف دندان‌ها منجر به آزاد شدن موقت باکتری‌ها در جریان خون و ایجاد باکتری می‌شود.

شایع‌ترین ارگانیزم‌های دخیل در ایجاد اندوکاردیت عفونی، عبارتند از *Staphylococcus aureus*، *viridansstreptococci* خصوصاً گونه‌های *Str. Mutans* و *Str. Mitior*، *Str. Sanguis* به‌عنوان شایع‌ترین ارگانیزم‌ها (بیش از ۶۰ درصد موارد)، *Streptococcus bovis* و *enterococci* می‌باشند. باکتری‌های گرم منفی و بی‌هوازی‌ها نیز به‌صورت نادر گاهی در ایجاد اندوکاردیت عفونی دخیلند (۶).

² periodental

³ periapical

⁴ vegetation

⁵ non bacterial Thrombotic Endocarditis

¹ infective endocarditis

بروز باکتری می به دنبال فعالیت های معمول دندانپزشکی را کاهش دهد که در مقایسه با آنتی بیوتیک پروفیلاکسی تجویزی در پیشگیری از بروز اندوکاردیت عفونی مؤثرتر باشد. لذا دستورالعمل فوق طی سال های مختلف و بر پایه نتایج مطالعات مختلف به روز رسانی و مورد تجدید نظر قرار گرفت (۸).

در آخرین دستورالعمل AHA در سال ۲۰۰۷، به این نکته اشاره شده است که باکتری می ناشی از فعالیت های روزانه بهداشت دهان و دندان در ایجاد اندوکاردیت عفونی نسبت به باکتری می ایجاد شده به دنبال اقدامات تشخیصی - درمانی دندانپزشکی مؤثر می باشد. لذا در این دستورالعمل استفاده از آنتی بیوتیک پروفیلاکسی برای پیشگیری از اندوکاردیت عفونی به دنبال اقدامات دندانپزشکی فقط برای بیماران با وضعیت بیماری های قلبی همراه با بالاترین خطر بروز اندوکاردیت عفونی توصیه شده است و استفاده در سایر بیماری های قلبی مادرزادی ضرورتی ندارد.

این بیماری های قلبی عبارتند از دریچه های مصنوعی قلبی، وجود سابقه ابتلا قلبی به اندوکاردیت عفونی، بیماری های قلبی مادرزادی شامل بیماری های سیانوتیک قلبی مادرزادی درمان نشده، در طی شش ماه اول بعد از درمان بیماری های سیانوتیک قلبی مادرزادی درمان شده با مواد یا وسایل مصنوعی به روش جراحی یا از طریق کاتتریزاسیون، بیماری های قلبی مادرزادی ترمیم شده همراه با وجود ضایعات در محل ترمیم یا قرار دادن پروتز به گونه ای که مانع از اندوتلیزاسیون محل ضایعه شده باشد و اعمال پیوند قلب که منجر به اختلالات دریچه ای شده باشد. این دستورالعمل استفاده از آنتی بیوتیک را در بیماران فوق الذکر در کلیه اقداماتی که بافت لته و نواحی تاج دندان و نیز سوراخ کننده مخاط دهان است توصیه

اندوکاردیت عفونی در بیماران مذکر و نیز افراد بالای ۴۰ سال (میان سن ۵۰ سال) شایع تر است. علائم این بیماری متعدد و غیر اختصاصی بوده و تشخیص بیماری به علت غیر اختصاصی بودن علائم عمدتاً بر پایه شک بالینی نسبت به این بیماری و مجموعه ای (Duke criteriamajor and minor criteria) می باشد (۷).

در سال ۱۹۹۷، انجمن قلب آمریکا (AHA) دستورالعمل تجویز آنتی بیوتیک پروفیلاکسی را به منظور پیشگیری از اندوکاردیت عفونی در بیماران تحت درمان اقدامات تشخیصی - درمانی دندانی که مبتلا به بیماری های قلب همراه با احتمال باکتری می هستند را منتشر نمود. از آن زمان تاکنون این دستورالعمل بر اساس نتایج حاصل از تحقیقات گوناگون، مورد بازنگری و تغییر قرار گرفته است (۸).

اگر چه به نظر می رسد نزدیک به ۲۵ درصد موارد اندوکاردیت عفونی ایجاد شده ناشی از Streptococci های دهانی است اما نقش اقدامات تشخیصی - درمانی دندانی در ایجاد اندوکاردیت عفونی از اوایل قرن جدید مورد اختلاف نظر قرار گرفت. باکتری می می تواند در بسیاری از اقدامات معمول بهداشتی دهان و دندان مانند مسواک زدن نیز رخ دهد. از سویی دیگر علیرغم ضرورت انجام اقدامات پروفیلاکسی و مؤثر بودن آن در پیشگیری از بروز اندوکاردیت عفونی، استفاده نابجا از آنتی بیوتیک ها نیز خطراتی را به دنبال دارد. پنی سیلین باعث واکنش های آلرژیک در میان ۱۰-۱ درصد بیماران می شود. خطر مرگ ناشی از واکنش های آنافیلاکسی ۵ برابر بیشتر از درمان اندوکاردیت عفونی است. حفظ بهداشت و سلامت معمول دهان می تواند

⁶ American Heart Association

شده است (۹).

امروزه آموزش دستورالعمل آنتی‌بیوتیک پروفیلاکسی در پیشگیری از ابتلا بیمار تحت اقدامات تشخیصی - درمانی دندانپزشکی بر اساس آخرین پروتکل (2007) AHA به‌عنوان بخش ضروری از آموزش‌های دوره دندانپزشکی در کوریکولوم آموزشی این رشته در کلیه کشورها منظور شده است. لیکن مطالعات مختلف انجام شده در ایران (۱۳-۱۰) و سایر کشورها مبین عدم اطلاع کافی یا به روزرسانی این اطلاعات در گروهی از دندانپزشکان مشغول فعالیت می‌باشد (۱۴) و (۱۵). لذا هدف از این مطالعه بررسی سطح آگاهی دندانپزشکان استان بوشهر در خصوص دستورالعمل اجرایی آنتی‌بیوتیک پروفیلاکسی در پیشگیری از اندوکاردیت عفونی به‌منظور برنامه ریزی‌های آموزشی و بازآموزی مناسب با هدف کاهش بروز اندوکاردیت عفونی و عوارض آن در بیماران با مشکلات قلبی نیازمند دریافت خدمات دندانپزشکی بود.

مواد و روش‌ها

در یک مطالعه توصیفی - تحلیلی که به‌صورت مقطعی طی نیمه دوم سال ۱۳۹۰ انجام شد کلیه دندانپزشکان استان بوشهر شاغل به فعالیت در دو بخش دولتی و خصوصی مورد مطالعه قرار گرفتند. نمونه‌گیری به‌روش سرشماری و بر اساس لیست اسامی دندانپزشکان ثبت شده در سازمان نظام پزشکی و معاونت‌های دانشگاه علوم پزشکی بوشهر انجام شد.

جهت جمع‌آوری اطلاعات از پرسشنامه خود ایفا‌ی بدون نام استفاده شد. پرسشنامه به همراهی پاکتی حاوی توضیحاتی در خصوص اهمیت مطالعه فوق و محرمانه بودن اطلاعات توسط مصاحبه‌گران آموزش دیده در محل کار دندانپزشکان توزیع و پس از

تکمیل، جمع‌آوری شد. دندانپزشکان جهت شرکت در مطالعه آزاد بوده و در صورت تمایل به اطلاع یافتن از نتایج پرسشنامه خود می‌توانستند آدرس الکترونیکی خود را در پایان پرسشنامه قید نمایند. پرسشنامه حاوی اطلاعات دموگرافیک و حرفه‌ای دندانپزشکان (سن، جنس، سابقه کار، نوع مدرک تحصیلی، محل فعالیت، متوسط تعداد ساعات کار در هفته و متوسط تعداد بیماران ویزیت شده در هفته)، سئوالاتی در خصوص تعداد بیمار در معرض خطر اندوکاردیت عفونی مراجعه کننده به دندانپزشکان، نظر دندانپزشکان در خصوص درمان بیماران در معرض خطر، نحوه تشخیص بیماران در معرض خطر، بیماری‌های قلبی نیازمند دریافت پروفیلاکسی و نوع، دوز، روش تجویز و زمان تجویز آنتی‌بیوتیک پیشنهادی دندانپزشکان جهت پیشگیری از بروز اندوکاردیت عفونی است. پرسشنامه توسط تیمی متشکل از متخصص عفونی، متخصص پزشکی اجتماعی و فرد صاحب نظر در زمینه کنترل عفونت بیمارستانی و اساتید دندانپزشکی بر اساس آخرین دستورالعمل پیشگیری از اندوکاردیت عفونی پیشنهادی 2007AHA در دندانپزشکان طراحی شده است.

سپس پرسشنامه، به‌منظور تعیین روایی و پایایی محتوایی، بر روی یک نمونه تصادفی ده نفره از دندانپزشکان مورد بررسی قرار گرفت. پایایی پرسشنامه برای سئوالات (تست کودر - ریچاردسون) عدد ۰/۷۸۲ محاسبه گردید.

داده‌ها پس از جمع‌آوری با استفاده از آماره‌های توصیفی و تحلیلی (آزمون تی مستقل Independent t test و مجذور کای-Chi و با استفاده از نرم‌افزار SPSS (USA, Il, Chicago, Inc) ویرایش ۱۶ در سطح معنی‌داری ۰/۰۵ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

درصد پاسخ دهندگان در این مطالعه ۸۱/۹۴ درصد بود (۵۹) پاسخ دریافت شده در مقابل ۷۲ پرسشنامه توزیع شده). میانگین (انحراف معیار) سن شرکت کنندگان در مطالعه (۳۶/۳۴±۶/۲۹) سال با حداقل سن ۲۵ سال و حداکثر سن ۴۸ سال بود. پاسخ دهندگان شامل ۴۱ نفر مرد (۶۹/۵ درصد) و ۱۸ نفر زن (۳۰/۵ درصد) بودند. ۴۹ نفر (۸۳/۱ درصد) از شرکت کنندگان در مطالعه دارای مدرک تحصیلی دندانپزشک عمومی و ۱۰ نفر (۱۶/۹ درصد) متخصص بودند. میانگین (انحراف معیار) سابقه کار دندانپزشکان شرکت کننده در مطالعه ۱۰/۰۳±۷/۴۶ سال (با دامنه ۲ تا ۲۵ سال)، ساعات فعالیت دندانپزشکان در حرفه دندانپزشکی

در هفته ۲۹/۰۸±۱۹/۴۸ ساعت (با دامنه حداقل ۱۴ تا ۷۰ ساعت) و تعداد بیمارانی که توسط دندانپزشکان در هفته مورد معاینه و درمان قرار می‌گیرند ۴۱/۲۳±۱۹/۵۱ بیمار (با دامنه ۱۰ تا ۸۰ بیمار) بود. از میان شرکت کنندگان در مطالعه ۳ نفر ۵/۱ درصد در مراکز دولتی و ۴۱ نفر ۶۹/۵ درصد در بخش خصوصی و ۱۵ نفر ۲۵/۴ درصد در هر دو بخش دولتی و خصوصی مشغول به فعالیت بودند. جدول ۱ فراوانی پاسخ به سئوالات مربوط به متغیرهای مورد مطالعه به تفکیک فراوانی پاسخ دندانپزشکان نشان می‌دهد. در این مطالعه تنها ۶۰/۴ درصد دندانپزشکان از آخرین دستورالعمل پیشگیری از اندوکاردیت عفونی اطلاع داشتند و منبع کسب این اطلاع در اکثریت دندانپزشکان، مطالعات شخصی بود (جدول ۱)

جدول ۱) فراوانی پاسخ به سئوالات مربوط به متغیرهای مورد مطالعه به تفکیک فراوانی پاسخ دندانپزشکان ۱۳۹۰

متغیر	تعداد	فراوانی (%)
هرگز	۴	۷/۱
چند بیمار در سال	۲۷	۴۸/۲
چند بیمار در ماه	۱۷	۳۰/۴
چند بیمار در هفته	۸	۱۴/۳
روزانه	۰	۰/۰
بله	۲۴	۴۵/۳
خیر	۱۳	۲۴/۵
گاهی بلی، گاهی خیر	۱۶	۳۰/۲
بله	۳۲	۶۰/۴
خیر	۲۱	۳۹/۶
آموزش‌های حین تحصیل	۱۲	۳۷/۵
برنامه‌های بازآموزی	۱	۳/۱
مطالعه شخصی	۱۹	۵۹/۴
بلی همیشه	۴۸	۸۵/۷
گاه‌گاهی	۵	۸/۹
هرگز	۳	۵/۴
بر اساس اخذ شرح حال از بیمار	۴۸	۸۵/۷
بر اساس توصیه‌های پزشک ارجاع دهنده	۲	۳/۶
بر اساس توصیه بیمار	۶	۱۰/۷
بلی، قطعا	۴۹	۸۷/۵
گاهی اوقات، بر اساس درصد احتمال خطر در بیمار مستعد	۷	۱۲/۵
خیر	۰	۰/۰

فراوانی پاسخ صحیح دندانپزشکان به بیماری‌های قلبی جهت دریافت خدمات تشخیصی - درمانی نیازمند دریافت آنتی‌بیوتیک پروفیلاکسی مراجعه کننده دندانپزشکی در جدول ۲ نشان داده شده است.

جدول ۲) فراوانی پاسخ صحیح به تجویز آنتی‌بیوتیک پروفیلاکسی جهت پیشگیری از اندوکاردیت عفونی در بیماری‌های قلبی متفاوت توسط دندانپزشکان شرکت کننده در مطالعه ۱۳۹۰

پاسخ نادرست		پاسخ صحیح		بیماری قلبی
تعداد	فراوانی (%)	تعداد	فراوانی (%)	
۵۹/۳	۳۵	۴۰/۷	۲۴	دریچه‌های مصنوعی قلبی*
۷۲/۹	۴۳	۲۷/۱	۱۶	بازبودن دریچه شریانی
۷۲/۹	۴۳	۲۷/۱	۱۶	سوفل‌های قلبی فیزیولوژیک
۷۴/۶	۴۴	۲۵/۴	۱۵	پرولاپس دریچه میترال بدون نارسایی دریچه‌ای
۹۴/۹	۵۶	۵/۱	۳	پرولاپس دریچه میترال همراه با نارسایی دریچه‌ای
۸۱/۴	۴۸	۱۸/۶	۱۱	انفارکتوس قلبی در شش ماه گذشته
۸۸/۱	۵۲	۱۱/۹	۷	عمل جراحی قلبی بی پاس عروق کرونر
۶۷/۸	۴۰	۳۲/۲	۱۹	کاردیومیوپاتی هیپرتروفیک
۷۲/۹	۴۳	۲۷/۱	۱۶	ضربان‌ساز داخل قلبی
۵۷/۶	۳۴	۴۲/۴	۲۵	سابقه قلبی بیماری اندوکاردیت عفونی*
۹۱/۵	۵۴	۸/۵	۵	تنگی دریچه میترال
۹۸/۳	۵۸	۱/۷	۱	نارسایی دریچه میترال
۹۳/۲	۵۵	۶/۸	۴	نارسایی احتقانی قلبی

* موارد نیازمند به دریافت آنتی‌بیوتیک پروفیلاکسی بر اساس دستورالعمل AHA 2007

که قبل از اقدامات تشخیصی - درمانی خود از بیماران شرح حال اخذ می‌نمودند ($P=0/000$)، لیکن بین متوسط ساعات فعالیت دندانپزشکان در هفته، محل فعالیت آن‌ها، تعداد بیماران ویزیت شده در معرض خطر اندوکاردیت عفونی و آگاهی دندانپزشکان از آخرین دستورالعمل‌های توصیه شده جهت پیشگیری از اندوکاردیت عفونی و تجویز صحیح آنتی‌بیوتیک پروفیلاکسی در بیماران قلبی مشاهده نشد ($P>0/05$).

بحث

پیشگیری از بروز عفونت و شناخت شرایطی که با وجود نبود عفونت در دهان به دنبال انجام درمان‌های دندانپزشکی امکان بروز عفونت‌های پر عارضه را در بردارند، از وظایف همه دندانپزشکان و پرسنلی است

همان گونه که مشاهده می‌گردد فراوانی پاسخ صحیح در هیچ یک از موارد بیماری اعلام شده از ۴۳ درصد بالاتر نبود. اولین انتخاب آنتی‌بیوتیک تجویزی در موارد پیشگیری از اندوکاردیت عفونی در تمامی دندانپزشکان آموکسی‌سیلین (۱۰۰ درصد) و پس از آن کلیندامایسین (۴۵ درصد) بود. روش استفاده، زمان تجویز و مقدار آنتی‌بیوتیک تجویزی در تمامی موارد با دستورالعمل AHA-2007 مطابقت داشت.

تجزیه و تحلیل داده‌ها مبین تجویز مناسب‌تر آنتی‌بیوتیک پیشگیرانه از سوی دندانپزشکان مذکور ($P=0/017$)، دندانپزشکان جوان‌تر ($P=0/004$)، دندانپزشکان متخصص ($P=0/006$)، با سابقه کمتر در حرفه دندانپزشکی ($P=0/012$)، تعداد کمتر بیماران ویزیت شده در هفته ($P=0/000$) و دندانپزشکانی بود

اطلاعات و ضعیف بودن سطح آگاهی دندانپزشکان از آخرین دستورالعمل پیشگیری از اندوکاردیت عفونی در بیماران در معرض خطر باشد. همچنین نتایج مطالعه نشان داد که ۲۴/۵ درصد از دندانپزشکان استان بوشهر ترجیح می‌دهند برای ارائه خدمات تشخیصی و درمانی دندانپزشکی، بیماران در معرض خطر اندوکاردیت عفونی خود را به سایر دندانپزشکان ارجاع دهند. مطالعه مشابه در دندانپزشکان ژاپنی نیز بیانگر چنین تمایلی در ۷ درصد دندانپزشکان بود (۱۴).

در این مطالعه مشاهده شد که تنها کمی بیش از ۶۰ درصد از دندانپزشکان از آخرین دستورالعمل ارائه شده جهت پیشگیری از اندوکاردیت عفونی در اقدامات تشخیصی-درمانی دندانپزشکی آگاهی دارند.

وجود رابطه بین سن دندانپزشکان و نیز سابقه فعالیت دندانپزشکان و آگاهی از دستورالعمل‌های فوق مؤید آن است که متأسفانه آموزش‌های لازم در این زمینه در برنامه آموزشی ارائه شده پس از فارغ التحصیلی دندانپزشکان یا برنامه‌های بازآموزی آنان دارای خلاء بوده و طراحان و برنامه‌ریزان برنامه‌های آموزشی و بازآموزی می‌بایستی علاوه بر ارائه مطالب نوین و آخرین دستاوردهای آموزشی و تغییرات انجام گرفته در پروتکل‌های تشخیصی-درمانی، بخشی از مطالب آموزشی خود را مبتنی بر نیازسنجی و بر اساس نتایج مطالعاتی انجام شده و بخشی را نیز بر بازآموزی و یادآوری نکات مهم آموزشی فراگیران قبل از فارغ التحصیلی اختصاص دهند (۱۷). وجود رابطه معنی‌دار معکوس بین سابقه فعالیت حرفه‌ای دندانپزشکان و سطح آگاهی آنان در خصوص اندوکاردیت عفونی و موارد بیماری‌های قلبی نیازمند دریافت آنتی‌بیوتیک پروفیلاکسی در دندانپزشکان تبریزی نیز بر این یافته تأکید می‌کند (۱۱).

که دست‌اندرکار حرفه‌ی دندانپزشکی هستند با تجویز آنتی‌بیوتیک به منظور پیشگیری می‌توان از بروز آن‌ها جلوگیری نمود و یا احتمال وقوع آن‌ها را به کمترین اندازه رساند. از سویی دیگر، تجویز نابجای آنتی‌بیوتیک تحمیل عوارض ناخواسته‌ی آن همچون بروز مقاومت دارویی نسبت به عوامل بیماری‌زا و بروز واکنش‌های گوناگون همچون انواع واکنش‌های ازدیاد حساسیت را به همراه خواهد داشت. بنابراین نکته‌ی اصلی شناسایی و درک موارد تجویز پروفیلاکسی با آنتی‌بیوتیک در دندانپزشکی است (۱۶). نتایج مطالعه ما به‌طور کلی بیانگر ضعیف بودن سطح آگاهی دندانپزشکان استان بوشهر از دستورالعمل‌های ارائه شده جهت پیشگیری از ابتلا بیماران در معرض خطر اندوکاردیت عفونی بود. نتایج مطالعه بیانگر آن بود که تقریباً نزدیک به نیمی از دندانپزشکان تعداد اندکی از بیمار در معرض خطر اندوکاردیت عفونی را در سال در مطب یا محل فعالیت بالینی خود تحت مراقبت‌های دندانپزشکی قرار می‌دهند و این در حالی است که ۷/۴ درصد از دندانپزشکان طی دوره فعالیت شغلی خود هرگز بیمار در معرض خطر اندوکاردیت عفونی را مورد معاینه و درمان قرار نداده بودند. مطالعات مشابه انجام شده در دندانپزشکان ژاپنی بیانگر آن بود که در حدود دو سوم دندانپزشکان اعلام نموده بودند که سالیانه تنها تعداد بسیار محدودی از بیماران در معرض خطر اندوکاردیت عفونی را مورد معاینه و درمان قرار داده و ۲۹/۶ درصد نیز هرگز بیمار مبتلا به اندوکاردیت عفونی را تاکنون در مطب‌های خود تحت معاینه و درمان قرار نداده‌اند (۱۴).

این فراوانی اندک بیماران در معرض خطر ابتلا به اندوکاردیت عفونی ویزیت شده توسط دندانپزشکان می‌تواند یکی از علل بیان‌کننده چرایی ناکافی بودن

و پروپس دریچه میترال با بازگشت خون بود. همچنین در این بررسی در حدود نیمی از شرکت کنندگان تجویز آنتی‌بیوتیک را برای مواردی همچون تب رماتیسمی و پروپس میترال بدون بازگشت خون مجاز می‌دانستند (۱۳). نتایج مطالعه احمدی متمایل (Ahmadi-Motamayel) نیز بیانگر بیشتر پاسخ صحیح به وجود سابقه قلبی اندوکاردیت عفونی (۱۰۰ درصد)، دریچه‌های مصنوعی قلبی (۹۶/۸ درصد) بود (۱۰). در مطالعه ویل (Vuille)، شایع‌ترین اقداماتی که به‌نظر دندانپزشکان نیاز به تجویز آنتی‌بیوتیک داشت شامل روماتیسم قلبی، تاریخچه قلبی از اندوکاردیت و بیماری‌های مادرزادی قلب بودند (۱۸). همچنین مطالعه بنیس (Bennis) و همکاران نشان داد که دندانپزشکان در ۸۴ درصد موارد برای دریچه قلب مصنوعی و در ۸۷ درصد موارد برای بیماری‌های دریچه قلب آنتی‌بیوتیک تجویز می‌کنند (۱۹).

اگر چه در مطالعه انجام شده توسط سرلتی (Cerletti) و همکاران ۷۰ درصد دندانپزشکان آنتی‌بیوتیک‌ها را برای بایپاس تجویز می‌کردند (۲۰) و بررسی انجام شده توسط پالمز (Palmez) و همکاران نشان داد که ۴۰ درصد از دندانپزشکان عمومی آنتی‌بیوتیک را به‌صورت پروفیلاکسی برای بیمارانی با هیچ‌گونه تاریخچه پزشکی تجویز می‌کنند (۲۱). مشاهده تشابه در نتایج حاصل از بیماری‌های قلبی نیازمند دریافت آنتی‌بیوتیک پروفیلاکسی قبل از اقدامات تشخیصی - درمانی دندانپزشکی در مطالعات ذکر شده بیانگر آشنایی نسبی دندانپزشکان با مکانسیم‌های ایجاد کننده اندوکاردیت عفونی به‌دنبال بیماری‌های قلبی می‌باشد (۱۴).

به‌طور کلی، آگاهی کم دندانپزشکان از آخرین پروتکل‌های تجویز آنتی‌بیوتیک پیشگیرانه از بروز

علیرغم آنکه کمی بیش از ۶۰ درصد از دندانپزشکان آگاهی خود را از آخرین دستورالعمل ارائه شده جهت پیشگیری از ابتلا به اندوکاردیت عفونی در اقدامات تشخیصی - درمانی دندانپزشکی اعلام نمودند، لیکن بررسی نتایج پاسخ‌های صحیح به بیماری‌های زمینه‌ای قلبی نیازمند دریافت یا عدم دریافت آنتی‌بیوتیک پروفیلاکسی بیانگر ضعف فراوان دندانپزشکان در این خصوص بود به گونه‌ای که حداکثر پاسخ صحیح به بیماری‌های زمینه‌ای قلبی مستعد کننده بیماران به اندوکاردیت عفونی در ۴۲/۴ درصد دندانپزشکان مشاهده شد. نتایج مطالعه اسکندری و همکاران سطح بالاتری از پاسخ صحیح دندانپزشکان به موارد بیماری قلبی نیازمند دریافت آنتی‌بیوتیک پروفیلاکسی را نشان می‌داد (۱۱). لیکن مطالعات مشابه انجام گرفته در این زمینه در دیگر کشورها نیز نتایج مشابه‌ای با نتایج مطالعه ما را به‌دنبال داشت (۱۴ و ۱۵).

در این مطالعه مشاهده شد که شایع‌ترین بیماری قلبی نیازمند تجویز آنتی‌بیوتیک پروفیلاکسی به نظر دندانپزشکان تاریخچه قلبی اندوکاردیت و دریچه‌های مصنوعی قلبی بود. بیش از ۴۰ درصد دندانپزشکان عمومی انتخاب نادرستی از بیماری‌های قلبی که نیازی به دریافت آنتی‌بیوتیک پروفیلاکسی ندارند، داده بودند که در رأس نارسایی دریچه میترال و نارسایی احتقانی قلبی بود. مطالعه زارعی و همکاران نیز نتایج مشابه‌ای را به‌همراه داشت (۱۲). در حالی که ۱۰۰ درصد دندانپزشکان متخصص معتقد به نیاز به تجویز آنتی‌بیوتیک پروفیلاکسی برای نارسایی دریچه میترال و نیز پروپس دریچه میترال همراه با نارسایی آن بودند. در مطالعه هاشمی‌پور شایع‌ترین عللی که به‌نظر دندانپزشکان نیاز به تجویز آنتی‌بیوتیک داشت به‌ترتیب شامل دریچه مصنوعی قلب، تاریخچه قلبی اندوکاردیت

بیماری اندوکاردیت عفونی در بیماران در معرض خطر علی‌رغم غیر شایع بودن بیماری، لیکن به‌عنوان یک بیماری تهدید کننده حیات بیماران، تجویز نابجای و عدم توانایی شناسایی بیماری‌های زمینه‌ای قلبی مستعد کننده بیماران به اندوکاردیت عفونی از سوی دندانپزشکان، لزوم بازنگری و اتخاذ استراتژی مناسب و مبتنی بر نیاز جهت آموزش و بازآموزی دندانپزشکان، خصوصا دندانپزشکان قدیمی‌تر را بیان می‌کند. انجام برنامه‌های بازآموزی در این خصوص می‌تواند علاوه بر کاهش موارد اندوکاردیت عفونی (علی‌رغم وجود اختلاف نظرهای فراوان در خصوص اهمیت اقدامات درمانی دندانپزشکی در ایجاد اندوکاردیت عفونی)، از تحمیل هزینه‌های درمانی بیشتر و نیز پیشگیری از عوارض استفاده نابجا از آنتی‌بیوتیک‌ها و مقاومت میکروبی به این

آنتی‌بیوتیک‌ها بکااهد.

مطالعه ما با محدودیت‌هایی همراه بود که از جمله آن می‌توان به تعداد کم دندانپزشکان و خصوصا دندانپزشکان متخصص شاغل در استان بوشهر، عدم شرکت نزدیک به ۲۰ درصد از دندانپزشکان استان در مطالعه و عدم امکان مقایسه بین خصوصیات دموگرافیک شرکت کنندگان و امتناع کنندگان در مطالعه اشاره کرد.

سپاس و قدردانی

در پایان نویسندگان مقاله از همکاری و راهنمایی‌های آقای دکتر احسان مستغنی ریاست محترم دانشکده دندانپزشکی بوشهر در طراحی و اجرای مطالعه فوق کمال تشکر و قدردانی را دارند.

References:

1. Moreillon P, Que YA. Infective endocarditis. *Lancet* 2004; 363: 139-49.
2. Tong DC, Rothwell BR. Antibiotic prophylaxis in dentistry: A review and practice recommendations. *J Am Dent Assoc* 2000; 131: 366-74.
3. Titsas A, Ferguson MM. Concepts for the prophylaxis of infective endocarditis in dentistry. *Aus Dent J* 2001; 46: 220-5.
4. Andres Blanco Corrión D. Profilaxis de la endocarditis bacteriana. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2004; 9: S37-51.
5. Lockhart PB. The risk for endocarditis in dental practice. *Periodontol* 2000; 23: 127-35.
6. Carmona T, Dis Dios P, Limeres Posse J, et al. An update on infective endocarditis of dental origin. *J Dent* 2002; 30: 37-40.
7. Lam DK, Jan A, Sandor GK, et al. Prevention of Infective Endocarditis: Revised Guidelines from the American Heart Association and the Implications for Dentists. *J Can Dent Assoc* 2008; 74: 449-53.
8. Delahaye F, Harbaoui B, Cart-Regal V, et al. Recommendations on prophylaxis for infective endocarditis: Dramatic changes over the past seven years. *Arc Cardiovasc Dis* 2009; 102: 233-45.
9. Wilson W, Taubert KA, Gewitz M, et al. Prevention of infective endocarditis: guidelines from the American Heart Association: a guideline from the American Heart Association Rheumatic Fever, Endocarditis, and Kawasaki Disease Committee, Council on Cardiovascular Disease in the Young, and the Council on Clinical Cardiology, Council on Cardiovascular Surgery and Anesthesia, and the Quality of Care and Outcomes Research Interdisciplinary Working Group. *Circulation* 2007; 116: 1736-54.
10. Ahmadi-Motamayel F, Vaziri S, Roshanaei G. Knowledge of General Dentists and Senior Dental Students in Iran about Prevention of Infective Endocarditis. *Chonnam Med J* 2012; 48: 15-20.
11. Eskandari A, Abolfazli N, Lafzi A. Endocarditis Prophylaxis in Cardiac Patients: Knowledge among General Dental Practitioners in Tabriz. *J Dent Res Dent Clin Dent Prospects* 2008; 2: 15-9.
12. Zarei MR, Navabie N, Chamani G. Assessment of awareness of recommendations

- for prevention of bacterial endocarditis among a group of 136 Iranian dental and medical students. *Acta Medica Iranica* 2008; 46: 51-8.
13. Hashemipour M, Korke MR. Antibiotic prophylaxis for bacterial endocarditis: A study of knowledge of guidelines among dentists participated in the 47th international congress of dentistry. *Dent J TUMS* 2009; 21: 210-8.
14. Nakano K, Ooshima T. Common knowledge regarding prevention of infective endocarditis among general dentists in Japan. *J Cardiol* 2011; 57: 123-30.
15. Adeyemo WL, Oderinu OH, Olojede AC, et al. Nigerian dentists' knowledge of the current guidelines for preventing infective endocarditis. *Community Dent Health* 2011; 28: 178-81.
16. Javadzadeh Bolouri A, Pakfetrat A, Tonkaboni A. An update review of prophylactic antibiotic in dentistry. *J Dent* 2011; 12: 156-69.
17. Mirzaei K, Zahmatkesh S. A survey on the Knowledge, Attitude and Practices of dentists in Bushehr Province about HIV/AIDS. *ISMJ* 2007; 10: 67-74.
18. Vuille C, Bloch A. Do dentists enforce correctly the recommendations for prophylaxis of bacterial endocarditis? *Arch Mal Coeur Vaiss* 1992; 85: 227-32.
19. Bennis A, Soulamy S, Khadir R, et al. Survey on the practice of antibiotic prophylaxis of infective endocarditis by dentists. *Arch Mal Coeur Vaiss* 1996; 89: 713-8.
20. Cerletti-Knusel DC, Hoffmann A, Lambrecht JT, et al. Knowledge and re-evaluation of preventive of endocarditis in dentistry. *Schweiz Monatsschr Zahnmed* 2005; 115: 404-8.
21. Palmer NA, Pealing R, Ireland RS, et al. A study of prophylactic antibiotic prescribing in National Health Service general dental practice in England. *Br Dent J* 2000; 189: 43-6.

Original Article

Knowledge regarding prevention of infective endocarditis among dentists in Bushehr Province-1390

K. Mirzaie¹, S.Zahmatkesh^{2*}

¹Department of Community Medicine, School of Medicine, Bushehr University of Medical Sciences, Bushehr, IRAN

²Department of Public Health, Faculty of Health, Bushehr University of Medical Sciences, Bushehr, IRAN

(Received 12 May, 2012 Accepted 15 Sep, 2012)

Abstract

Background: Infective endocarditis (IE) is known as a life-threatening disease, with bacteremia inducing dental procedures considered to be one of the major factors. Thus, prevention of IE onset with antibiotics is widely recommended. AHA 2007 Guidelines for prevention and treatment are well known. The aim this study was assessment of knowledge regarding prevention of infective endocarditis among dentist in Bushehr Province.

Material and Methods: In a cross sectional study, data was collected by using Self-administered Questionnaires which obtain according AHA 2007 guideline were distributed to dentists who occupied governmental or private clinic in Bushehr Province. Data was analyzed by Independent t test, Chi-Square by using SPSS software at level of significancy, 0.05.

Results: From 72 questionnaires were distributed between all dentists who worked in Bushehr Province, 59 questionnaires were completed. (Response rate: 81.9%). Approximately 48% reported encountering fewer than several patients at risk for IE per year and only 60.4% of the respondents were aware of the guidelines for its prevention. Frequency of correct answer toward cardiac conditions which needed antibiotic prophylaxis weren't higher than 43%. In all, kind, route, dosage and time of antibiotics administration were according to AHA 2007 guidelines. Generally, the level of knowledge of dentists toward antibiotic prophylaxis to prevention infective endocarditis was poor and the frequency of correct answer toward cardiac conditions that need antibiotic prophylaxis is less than 43%.

Conclusion: These findings suggest that promotion of knowledge of dentists for prevention of IE is important, although the frequency of cases encountered by dentists is extremely low.

Keywords: Infective endocarditis, prophylaxis of endocarditis, antibiotic prophylaxis, knowledge of dentists

*Address for correspondence: Department of Public Health, Faculty of Health, Bushehr University of Medical Sciences, Bushehr, IRAN; E-mail: s.zahmatkesh@bpums.ac.ir