

نیازهای درمانی دندانپزشکی جانبازان شیمیایی با گاز خردل، خراسان رضوی، مشهد، ایران

جواد سرابادانی^۱، مهدی بلالی مود^۲، حسن حسین پور جاجرم^۳، اتس سا پاک فطرت^{۴*}، سعیده خواجه احمدی^۵،
منصور ناصری^۶

استادیار بیماری‌های دهان و تشخیص، مرکز تحقیقات بیماری‌های دهان و فک و صورت، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد،
استاد سم‌شناسی بالینی و پزشکی، رییس مرکز تحقیقات سم‌شناسی پزشکی دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، استاد بیماری‌های
دهان، مرکز تحقیقات بیماری‌های دهان فک و صورت، دانشکده دندانپزشکی مشهد، دانشیار بیماری‌های دهان و مرکز تحقیقات بیماری‌های دهان
و فک و صورت، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، استادیار پاتولوژی دهان و فک و صورت، مرکز تحقیقات علوم دندانپزشکی،
دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، دندانپزشک

*نویسنده پاسخگو: Email: pakfetrata@mums.ac.ir

چکیده

زمینه: گاز خردل یا سولفور مستنارد (SM) یکی از مهم‌ترین عوامل الکیله‌کننده‌ای است که به طور گسترده در جنگ جهانی اول و جنگ
تحمیلی عراق علیه ایران مورد استفاده قرار گرفت. این عامل الکیله‌کننده دارای اثرات دراز مدت سمی بر روی پوست، چشم، دستگاه
تنفسی، استخوان بافت مغز و سلول‌های مخاط دستگاه گوارش که سبب عوارض کوتاه مدت و دراز مدت بر روی سلامت انسان می‌باشد که
بسیاری از آن‌ها از لحاظ بالینی یا پاتولوژیکی قابل تشخیص نمی‌باشند. با توجه به این واقعیت که هیچ مطالعه‌ای بر روی نیازهای درمان‌های
دندانپزشکی این بیماران، در ایران انجام نشده است، این مطالعه به منظور تعیین فراوانی نیازهای درمان‌های دندانپزشکی جانبازان شیمیایی
مسموم شده با گاز خردل مراجعه‌کننده به مرکز تحقیقات سم‌شناسی پزشکی بیمارستان امام رضا (ع) در بخش بیماری‌های دهان دانشکده
دندانپزشکی مشهد انجام شد.

هدف: هدف از این مطالعه تعیین شیوع نیازهای درمانی در جانبازان شیمیایی مسموم شده با گاز خردل ارجاعی به بخش بیماری‌های دهان
دانشکده دندانپزشکی مشهد در سال ۱۳۸۸ بود.

مواد و روش‌ها: این مطالعه از نوع مقطعی بوده که به صورت توصیفی اجرا گردید و روش نمونه‌گیری به صورت آسان و در دسترس
انجام شده و بیماران توسط مرکز تحقیقات سم‌شناسی پزشکی بیمارستان امام رضا (ع) و با هماهنگی بنیاد جانبازان ارجاع شدند. تمامی
بیماران ارجاعی به دانشکده دندانپزشکی مشهد در سال ۱۳۸۸ با استفاده از آینه دندانپزشکی و سایر وسایل مورد نیاز توسط متخصص
بیماری‌های دهان معاینه و نتیجه معاینات در فرم‌های پرسشنامه از قبل تهیه شده (فرم استاندارد WHO، ۲۰۰۷) ثبت گردید. در فرم
پرسشنامه تهیه شده اطلاعات مربوط به مشخصات فردی بیمار و نیازهای درمانی و داروها و نیاز به پیگیری ثبت شد. در آخر کلیه اطلاعات
بدست آمده در فرم‌ها گردآوری گردید و طبق برنامه آماری SPSS مورد ارزیابی و آنالیز آماری قرار گرفت.

یافته‌ها: این مطالعه روی ۴۰ نفر جانباز ارجاعی از مرکز تحقیقات سم‌شناسی پزشکی بیمارستان امام رضا (ع) با میانگین سنی ۵۰٫۷
(حداکثر سن ۷۱ و حداقل ۳۹ سال) انجام پذیرفت.

۷۵٪ افراد نیاز به درمان دندانپزشکی شامل، آموزش بهداشت ۶۰٪، درمان پروتز فیکس ۴۰٪، درمان ریشه ۱۵٪، کشیدن دندان ۱۲٫۵٪،
ترمیم دندان‌ها ۵٫۲۲٪ و پیگیری جهت تصحیح دنچر ۵٪ بود. که در این میان نیاز به آموزش بهداشت دهان و پروتز پارسیل (ثابت یا
متحرک) بیشترین نیاز بود.

نتیجه‌گیری: تعداد زیادی از مراجعه‌کنندگان نیازمند درمان‌های دندانپزشکی هستند که بعضی از افراد از نیاز به درمان خود بی‌خبر بودند و
بعضی دیگر هم بعقل مختلف نسبت به درمان خود بی‌توجه می‌باشند که این مسئله لزوم تاکید بر معاینات دوره‌ای و درمان توسط
متخصصین امور دندانپزشکی را ایجاب می‌نماید.

کلید واژه: جانبازان شیمیایی، نیاز درمانی دندانپزشکی، ضایعات دهانی، آموزش بهداشت دهان.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۰/۷/۸

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۰/۱۱/۲۳

^۱ این مقاله برگرفته از پایان‌نامه دانشجویی منصور ناصری (دانشکده دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد) با شماره ۲۴۰۸ به راهنمایی دکتر جواد سرابادانی،
دکتر مهدی بلالی مود، دکتر حسن حسین پور جاجرم، اساتید مشاور دکتر اتس سا پاک فطرت و دکتر معین تقوی می‌باشد.

مقدمه

سمت ادم و کنژکتیویت حاد پیشرفت می‌کنند. ۲ تا ۶ ساعت بعد از تماس، بیماران از درد شدید چشمی، اشکریزش، فتوفوبی و حتی کوری موقت شکایت می‌کنند. یافته‌های فیزیکی عبارتند از: بلفارواسپاسم، ادم دور چشم، پرخونی ملتحمه و التهاب اتافک قدامی چشم. بعد از چند ساعت اپیتلیوم قرنیه شروع به تاول زدن و کنده شدن می‌کند و حدت بینایی کاهش می‌یابد. در دوزهای بالاتر، اولسراسیون قرنیه و احتمال کوری دائمی اتفاق می‌افتد (۲).

ضایعه تیپیک پوستی به دنبال تماس با خردل گوگردی، اریتم و تاول متعاقب آن است. اریتم معمولاً ۲ تا ۲۴ ساعت بعد از تماس با گاز ایجاد می‌شود و با خارش بسیار شدید همراه است که همزمان با بروز تاول‌ها کاهش می‌یابد. تاول‌های تیپیک ابتدا به صورت وزیکول‌های کوچکی در ناحیه اریتم ظرف ۱۸ ساعت پس از تماس با عامل ایجاد می‌شوند. وزیکول‌ها بتدریج به هم می‌پیوندند تا تاول‌های بزرگ حاوی مقادیر زیاد مایع زیاد رنگ را تشکیل دهند. تاول‌ها به خودی خود دردناک نیستند و می‌توانند باعث ایجاد ناراحتی و احساس فشار شوند. ضایعات تاولی بخصوص مستعد ایجاد در نواحی گرم و مرطوب بدن مانند ژنیتال، آگزایلا و جاهایی که لباس‌های تنگ پوشیده می‌شود، هستند.

۴۸ ساعت پس از تماس، تاول‌ها شدت می‌یابند و دسته‌های جدیدی از تاول‌ها ظاهر می‌شوند. تاول‌های بزرگ معمولاً پاره می‌شود و سبب آروزیون و فقدان تمام ضخامت پوست و اولسراسیون می‌شوند. در این محل‌ها ممکن است نکروز اتفاق بیافتد که با تولید اسکار ظرف ۷۲ ساعت پس از تماس همراه است. اسکار معمولاً ظرف ۴ تا ۶ روز کنده می‌شود. اسکار هیپرپیگمانته‌ای را تا روز ۱۹ از خود بر جای می‌گذارد. افزایش تیرگی پوست که ناشی از افزایش ملانوزم می‌باشد، به طور تیپیک در پوست نواحی آسیب‌دیده و همچنین در نواحی اطراف تاول‌های ناشی از خردل دیده می‌شود (۲).

هر چند خردل گوگردی بعنوان کارسینوژن و یا موتاژن شناخته شده است ولی بیشتر چنین مطالعاتی گذشته‌نگر و به دنبال تماس‌های مکرر شغلی بوده و به علت عدم امکان کنترل سایر عوامل کارسینوژن نمی‌توان ارتباط دقیقی بین این ماده و بروز بدخیمی در جانبازان جنگی پیدا نمود. در افرادی که مواجهه کوتاه مدت با

طی جنگ تحمیلی عراق بارها از عوامل شیمیایی به خصوص خردل گوگردی (سولفور موستارد) علیه نیروهای ایران استفاده نمود. اثرات گاز روی بافت‌های در معرض تماس (پوست، چشم، راه‌های هوایی) به مقدار سم و مدت تماس بستگی دارد و برخی مناطق آناتومیک مانند چین‌ها و بخش‌هایی که اپیدرم نازک دارند به گاز حساس ترند (۱). عراق علاوه بر خردل گوگردی، از سایر مواد شیمیایی نظیر گازهای اعصاب به تنهایی یا به صورت مخلوط با گاز خردل بارها استفاده نموده ولی بیشترین تظاهرات پوستی همراه با گاز خردل گزارش شده است (۲).

خردل گوگردی در سال ۱۸۴۵ سنتز شد ولی تا سال ۱۸۸۷ از خواص تاول‌زایی آن اطلاعی نداشتند. خردل گوگردی مایعی روغنی است که به آرامی در آب و هوای معتدل تبخیر می‌گردد (۳ و ۴) نام شیمیایی آن di-chloroethyl sulfides می‌باشد (۲).

سولفور موستاد بعنوان عامل الکیله‌کننده‌ای عمل می‌کند که درهم گسیختگی پروتئین‌ها و اسیدهای نوکلئیک را القاء و باعث آسیب به DNA سلول‌ها شده، هموستاز سلولی را تخریب و باعث مرگ سلولی می‌شود (۵-۲). تاثیر آن روی بافت‌های مواجهه‌یافته (نظیر پوست، چشم، مجاری هوایی) به مقدار و طول مدت تماس بستگی دارد (۱). حداقل دوز ایجادکننده اریتم غلظت ۰.۱ تا ۱ میلی‌گرم بر سانتی‌مترمربع گاز خردل می‌باشد. تاول و سوختگی در غلظت ۱ تا ۴ میلی‌گرم بر سانتی‌مترمربع گاز خردل ایجاد می‌شود، بدین صورت که بعد از طی دوره تأخیری، اریتم، خارش و سوزش شروع می‌شود و سپس وزیکول و تاول در سطح مناطق اریتماتو ایجاد می‌شود. به صوت تأخیری بعد از ترمیم با توجه به شدت و محل تماس، اختلال رنگدانه‌ای و یا تغییرات عروقی، آتروفیک و اسکروتیک ایجاد می‌شود (۶) و عمدتاً بافت‌هایی را مبتلا می‌کند که چرخه سلولی سریعی داشته‌باشند، نظیر مخاط دستگاه گوارش، سلول‌های لنفوئیدی و مغز استخوان (۲). اثرات کلینیکی آن شامل سوختگی، مشکلات تنفسی، چشمی، گوارشی و خونی می‌باشد (۷).

اولین نشانه بالینی در چشم معمولاً یک ساعت پس از تماس به صورت احساس شن‌ریزه، درد پیشرونده و ظاهر پر خون چشم بروز می‌کند. این علائم سپس به

اطلاعات بدست آمده در پرسشنامه استاندارد WHO (که در سایت www.whoindia.org قابل دسترسی می‌باشد)، ثبت گردید. برای بررسی مشکلات مفصلی گیجگاهی فکی، بیماران از نظر نشانگان (Symptoms) و علائم (Sings) بررسی شدند. در مورد نشانه‌ها بیمار با بیان درد موقع جویدن و جابجایی فک و بیان احساس صداهای مفصلی حین جویدن مشکل را بیان، و ثبت گردید. اختلالات مفصلی بر اساس معاینه کلینیکی و لمس در ناحیه مفصل گیجگاهی فکی هنگام حرکات فکی ثبت شد. بررسی خشکی دهان بر اساس یافته‌های کلینیکی و پرسش از بیمار و داشتن شکایات دهانی دال بر خشکی دهان (به صورت subjective)، نیز در فرم پرسشنامه ثبت و سپس کدگذاری‌های لازم انجام شد. اطلاعات وارد رایانه شد و بعد از اطمینان از صحت داده‌های ورودی جدول توزیع فراوانی و شاخص‌های آماری شامل میانگین و انحراف معیار با استفاده از نرم‌افزار SPSS 11.5 Version and address محاسبه گردید.

یافته‌ها

در کل ۴۰ نفر مورد پژوهش، واقع شدند که میانگین سنی آنان 33.9 ± 5.0 سال (حداقل ۳۹ و حداکثر ۷۱ سال) و میانگین جانبازی 12.7 ± 7.56 درصد بود. ۷۵٪ افراد مورد مطالعه نیاز به اقدامات دندانپزشکی داشتند و ۲۵٪ باقی‌مانده در گذشته اقدام به درمان کرده بودند و نیاز به پیگیری دارند. درمان‌های دندانپزشکی مورد نیاز در جانبازان مورد پژوهش به ترتیب شیوع شامل، نیاز به آموزش بهداشت (۶۰٪)، درمان پروتز فیکس (۴۰٪)، درمان ریشه (۱۵٪)، نیاز به کشیدن دندان (۱۲.۵٪)، ترمیم دندان‌ها (۵.۲۲٪) و پیگیری جهت چک دنچر (۵٪) بود. که در این میان نیاز به آموزش بهداشت دهان و پروتز پارسیل (ثابت یا متحرک) بیشترین نیاز بود. ۲۵٪ افراد پروتز کامل استفاده می‌کردند. ۲۰٪ افراد دارای پروتز کامل نیاز به پیگیری برای اصلاح پروتز موجود و در صورت عدم اصلاح تعویض پروتز داشتند. (نمودار ۱)

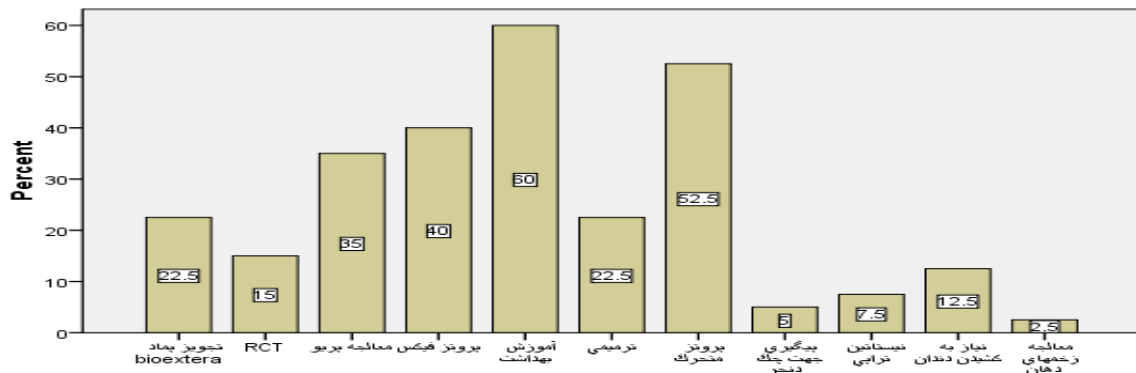
سولفور خردل داشته‌اند، بجز در نواحی اسکارهای پوستی، ارتباطی با سرطان‌های پوست و ریه یافت نشده است. هر چند مواجهه دراز مدت تواند بر میزان بروز بدخیمی‌های پوستی و ریوی بیفزاید (۲). ترکیبات موستارد در حیوانات آزمایشگاهی ایجاد سرطان می‌کند، در انسان نیز افزایش معنی‌دار ابتلا به تومورهای بدخیم به خصوص سرطان ریه، سرطان مثانه، لوسمی، سرطان حنجره و سرطان معده نیز گزارش شده است (۵).

نظر به لزوم اهمیت بررسی ضایعات دهانی جانبازان شیمیایی و پیگیری درمان این ضایعات و تشابه مخاط غیر کراتیزه حنجره با بعضی نواحی مانند کام نرم و کف دهان (۱۰-۸) و با توجه به این که تا کنون پژوهشی در مورد نیازهای درمانی دندانپزشکی جانبازان شیمیایی با گاز خردل صورت نگرفته است، این پژوهش به منظور بررسی وضعیت دهان و دندان و در نتیجه نیازهای درمانی دندانپزشکی در مجروحان شیمیایی طراحی شد، تا تا گامی کوچک در این راستا برداریم.

مواد و روش‌ها

در این پژوهش توصیفی مقطعی، کلیه جانبازان شیمیایی ارجاع شده از مرکز تحقیقات سم‌شناسی پزشکی دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد با هماهنگی بنیاد جانبازان که دارای مدارک و مستندات تایید شده بنیاد جانبازان و سابقه پزشکی دال بر مواجهه با گاز خردل (منظور از مواجهه برخورد حداقل یک بار با دوز بالای خردل که منجر به مصدومیت دائم یا گذرا شده باشد، است) پس از اخذ رضایت نامه کتبی انجام شد. اطلاعات مربوط به ویژگی‌های فردی و درصد مسمومیت از پرونده پزشکی بیمار استخراج شد. این جانبازان دارای بیش از ۲۵٪ از کار افتادگی بعلت عوارض مسمومیت با خردل گوگردی داشتند و در سال ۱۳۸۸ مورد معاینه دندان‌ی زیر نور یونیت توسط متخصص بیماری‌های دهان قرار گرفتند. برای بررسی وضعیت دهان و دندان‌ها و تعیین نیازهای درمانی، بوسیله آینه و سوند دندانپزشکی، از یافته‌های کلینیکی و در مواقع مورد نیاز جهت بررسی وضعیت و معالجه عصب دندان‌ها از رادیوگرافی استفاده شد. سپس

نیازهای درمانی



نمودار ۱: درصد نیازهای درمانی جانبازان شیمیایی

در جمعیت مورد مطالعه ۲۷.۵٪ درصد افراد دارای نشانگان اختلالات مفصل گیجگاهی فکی و ۵۲.۵٪ آن‌ها دارای علامت مشخص در رابطه مفصل گیجگاهی فکی بودند.

خشکی دهان در این بیماران یک مورد بسیار آزاردهنده بوده که در ۵۵٪ این افراد مشاهده شد. ۲۲.۵٪ افراد که از خشکی دهان خشکی دهان رنج می‌بردند نیاز به استفاده از بزاق مصنوعی داشتند. اما ارتباط معنی‌داری بین درصد جانبازی و خشکی دهان مشاهده نگردید ($p > 0.05$).

بحث

اطلاع از میزان درمان‌های دندانپزشکی مورد نیاز در این پژوهش می‌تواند الزامات درمانی جانبازان شیمیایی را نشان دهد. در پژوهش‌های گذشته، عوارض دهانی گازهای شیمیایی مورد بررسی قرار گرفته اند، اما تا به حال در مورد درمان‌های دندانپزشکی این گروه از افراد تحقیقی صورت نگرفته است. بنابر این مقایسه اطلاعات بدست‌آمده از پژوهش حاضر با دیگر مطالعات مشکل است.

بنابراین ما دو مطالعه‌ای را که بر روی شیوع ضایعات بافت نرم دهان در جانبازان شیمیایی صورت گرفته است و شامل تحقیق سرآبادانی و همکارش که به بررسی فراوانی ضایعات بافت نرم دهان در جانبازان شیمیایی مراجعه‌کننده به مرکز دندانپزشکی جامعه‌نگر دانشکده دندانپزشکی زاهدان پرداخته بود و مطالعه کاکوئی و همکاران که فراوانی ضایعات بافت نرم در جانبازان شیمیایی شهر کرمان را بررسی کرده بودند، به تفکیک

مورد بحث قرار می‌دهیم. میزان شیوع کلی ضایعات بافت نرم دهانی: در مطالعه سرآبادانی و همکارش از ۷۰ جانباز شیمیایی مراجعه‌کننده به بخش جامعه‌نگر زاهدان ۵۲ نفر (۷۴٪) دارای ضایعات دهانی و ۱۸ نفر (۲۶٪) فاقد ضایعه بوده‌اند (۱۱). در مطالعه کاکوئی و همکاران ۷۳٪ دارای ضایعات دهانی و ۲۷٪ فاقد ضایعات دهانی بودند (۱۲).

محل ضایعه: در مطالعه سرآبادانی و همکارش بیشترین محل ضایعات لثه ۵۰٪ زبان ۲۷٪ لب ۲۰٪ مخاط گونه ۱۵٪ بالا بوده است (۱۱). در مطالعه کاکوئی و همکارانش بیشترین محل ضایعات مخاط باکال گونه (۳۵٪) و زبان (۲۵٪) است (۱۲). بنابراین تاکید در بررسی و درمان ضایعه مخاط باکال و زبان است.

میزان فراوانی ضایعات: در مطالعه سرآبادانی و همکارش از بین افراد ۴۲.۸٪ دارای زخم و ۲۸.۵٪ دارای ضایعات سفید غیرپاک شونده بودند و همچنین ۵۲.۸٪ پیگمانتاسیون و ۳۴.۲٪ افزایش حجم و خونریزی لثه داشتند (۱۱). در مطالعه کاکوئی و همکارانش زخم‌ها ۲۶.۸٪ ضایعات و ضایعات سفید ۴.۳٪ ضایعات را شامل می‌شد (۱۲). بنابراین زخم‌ها و ضایعات سفید در درمان باید مورد توجه بیشتر قرار گیرند.

درگیری‌های سایر ارگان‌ها: در مطالعه کاکوئی و همکارانش این درصد به ترتیب زیر می‌باشد: درگیری‌های ریه ۸۰٪، پوست ۶۳٪، درگیری‌های چشم‌ها ۲۵.۷٪، کلیه ۱۸.۶٪، مشکلات خونی ۱۱.۴٪ و کبد ۴.۳٪ است (۱۲).

که مقایسه این دو مطالعه بیشترین درگیری را در ریه نشان می‌دهد.

نیازهای درمانی: در تحقیق انجام شده سه چهارم افراد

شکایت بیمار و غیرعینی (Subjective) ثبت گردید. خشکی دهان سبب افزایش میزان پوسیدگی می‌شود و نیاز به ترمیم دندان‌ها را در افراد بالا می‌برد. خشکی دهان یک مورد بسیار آزاردهنده است که در ۵۵٪ افراد تحقیق حاضر مشاهده شد. اختلاف معنی‌داری بین درصد جانبازی و خشکی دهان پیدانشد ($P > 0.05$) ضمناً ۲۲.۵٪ این افراد به علت خشکی دهان نیاز به استفاده از بزاق مصنوعی داشتند. شیوع خشکی دهان در جانبازان شیمیایی در تحقیقات مشابه مورد بررسی قرار نگرفته است. از این مطالعه می‌توان نتیجه گرفت که با درمان به موقع خشکی دهان در این افراد می‌توان از پوسیدگی دندان‌ها جلوگیری کرد.

نتیجه‌گیری

جانبازان شیمیایی علاوه بر درگیری ارگان‌هایی نظیر ریه، پوست، چشم و قلب دارای ضایعات دهانی مختلف و نیازمند معالجات دندانپزشکی هستند که در بحث توضیح داده شده است. با توجه به این که تعداد زیادی از جانبازان شیمیایی نسبت به ضایعات دهانی و نیازمندی‌های درمانی خود بی‌توجه هستند و نیازهای درمانی قابل‌توجهی دارند، این مسئله لزوم تاکید بر معاینات دوره‌ای و درمان توسط متخصصین امور دندانپزشکی را ایجاد می‌کند.

تقدیر و تشکر

ضمن سپاس فراوان از رزمندگان راه اسلام و با قدردانی از استاد دکتر مهدی بلالی مود، ریاست محترم مرکز تحقیقات سم‌شناسی پزشکی بیمارستان امام رضا (ع) و معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مشهد آقای دکتر توکلی افشار که ما را در انجام این تحقیق یاری فرموده‌اند.

نیازمند دریافت درمان‌های دندانپزشکی بودند و یک چهارم باقی‌مانده اقدام به درمان کرده بودند و نیاز به پیگیری داشتند و این مسئله بیانگر ضرورت انجام این تحقیق است. با توجه به اینکه آموزش بهداشت و کنترل بهداشت دهان جزء نیازهای درمانی محسوب شده حدود ۶۰٪ این افراد نیاز به آموزش بهداشت و پیگیری داشتند.

پس از آن به ترتیب شیوع، درمان پروتز فیکس، درمان ریشه (نیاز به کشیدن دندان، ترمیم دندان‌ها و پیگیری جهت چک دنچر قرار می‌گرفتند. در مطالعه حاضر ۱۰ نفر یعنی ۲۵٪ این افراد دارای پروتز کامل می‌باشند. ۵٪ کل افراد یا ۲۰٪ افراد دارای پروتز کامل نیاز به بررسی و پیگیری پروتز کامل دارند. این یافته‌ها بیانگر نقش مهم درمان‌های دندانپزشکی و پیگیری آن‌ها در جانبازان شیمیایی مسموم‌شده با گاز خردل می‌باشد. در مطالعه کاکویی و همکارانش در مجموع افراد مورد پژوهش ۲۳٪ از پروتز استفاده می‌کنند ولی نیاز به بررسی مجدد در این تحقیق نیامده است (۱۲).

اختلالات مفصل گیجگاهی فکی: در مطالعه حاضر بررسی مفصل با توجه به شکایات و معاینه استاندارد و چک لیست سازمان بهداشت جهانی صورت گرفت و هدف طبقه‌بندی اختلالات نبوده است و در نتیجه ۲۷.۵٪ از افراد دارای نشانه‌های اختلالات مفصلی مثل درد و ناراحتی در جویدن بوده و تقریباً نیمی از بیماران دارای علامت مشخص در معاینه و لمس مفصل گیجگاهی فکی بودند. با توجه به اینکه ۵۲٪ افراد مورد مطالعه نیاز به پروتز متحرک (کامل یا پارسیل) داشتند، می‌توان نتیجه گرفت که یک عامل اصلی در ایجاد اختلالات مفصل گیجگاهی فکی از دست‌دادن دندان‌ها و عدم جایگزینی بوده است. در نتیجه با درمان‌های مناسب دندانپزشکی می‌توان از اختلالات مفصلی پیشگیری نمود.

خشکی دهان: خشکی دهان در این تحقیق بر اساس

منابع

1. Mousavi Z, Ibrahimi A, Mirian M. (2001). Evaluation effects of long-term skin contact with mustard gas veterans, 19-10 years after the war ended, Journal of Ahwaz Medical Sciences. 19-20.
2. Balali-Mood M, Hefazi M. (2004). Acute

intoxication with sulfur mustard gas, war, Journal of Birjand Medical Sciences; 11(2).

3. Mousavi ZB, Ebrahimi A, Mirian M (2001). Long-term effects of Sulfur Mustard gas exposure on the skin of Iranian combaters. Skin Dis seasonal J; 5(1): 9-19.

4. Fekri AR, Janghorbani M (1995). Late cutaneous complications in chemical warfare victims in Kerman province. *Journal of Kerman University of Medical Sciences*; 2(3): 108-19.
5. Balali – Mood M, Hafezi M(2005). The pharmacology, toxicology, and medical Treatment of sulphur mustard poisoning. *Medical Toxicology center Imam Reza hospital, Medical school, Mashhad university of Medical science, Mashhad 91735-348, Islamic of Iran*: 19: 297-315.
6. Mortazavi H, Reziei M, Emadi SN, Nakhaei MJ, Soroush MR, Noor Mohammadpour P, et al(2005). Lesions in 800 Iranian victims of Mustard gas, 14-20 years after exposure. *Skin Dis seasonal J*; 8 (31): 177-89.
7. Fekri A, Janghorbani M. (1995). Evaluation effects of long-term skin contact with mustard gas veterans in Iranian toxic veterans of Kerman. *Journal of Kerman Medical Sciences*; 3: 108-119.
8. Soroush MR, Magdi Nasab M (2006). Proceedings of the Tenth and Eleventh Congress of the consequences of the use of chemical weapons in July 1383, Tehran, Publications of the victims of chemical weapons. Pages 2-10.
9. Emad A, Rezaian C (1998). "The Drsersity of the Effects of Sulfur Mustard gas in Halation 10 years After a Single Heavy Exposure chest; 112 (3): 734-8.
10. .10.Khodadadi K (1375). Frequency distribution of toxic veterans according to mental and physical disorders.
11. Srabadani J., Salari sedigh S. The frequency of oral soft tissue lesions in Iranian toxic veterans referred to community Dentistry Center of Zahedan Dental Faculty. *Emerging Health Threats Journal* (In Press).
12. Kakvyvyy Shahla, M. Rad, Zia Nasibeh(1388).The frequency of oral soft tissue lesions in Iranian toxic veterans of Kerman" *Journal of Isfahan Dental School*;5(3).