

پیشگیری و درمان عوارض ناشی از
پسیدن دندان
دکتر مهدی حمدری زاده

پیشگیری از عوارض جراحی :

- ارزیابی کامل قبل از عمل
- ارائه طرح درمان جامع
- اجرای دقیق آن طی عمل جراحی

در مواردی که دندانپزشک به دقت برنامه ریزی کرده باشد: عارضه اغلب قابل پیش بینی و درمان است.

مثلا در هنگام کشیدن دندان پرمولر بالا، از آن جا که ریشه های باکال آن نازک و بلند بوده باید نیروی بیشتری به سمت باکال وارد کرد چون در صورت شکستگی ریشه، خارج کردن ریشه باکال ساده تر است.

یکی از راه های اولیه پیشگیری از عوارض، تصویربرداری های کافی و مرور دقیق آن هاست.
رادیوگرافی باید این موارد را پوشش دهد:

- اپکس ریشه دندان های کاندید خارج ساختن
 - ساختمان های آناتومیک ناحیه ای و موضعی از جمله سینوس فک بالا و کانال آلئولار تحتانی
- جراح باید به وجود مورفولوژی غیرطبیعی ریشه یا علائم انکلیوز بودن دندان توجه کند

پس ارزیابی های صورت گرفته ممکن است طرح درمان از روش کشیدن بسته به روش های جراحی (باز) تغییر کند

جراح باید برنامه ای جهت مدیریت درد، نگرانی بیمار و بهبودی وی پس از عمل داشته باشد.
جهت پیشگیری یا محدود ساختن عوارض پس از عمل ارائه دستورات و توضیحات دقیق قبل از عمل به بیمار الزامی است.

جراح باید همواره از اصول پایه جراحی پیروی کند:

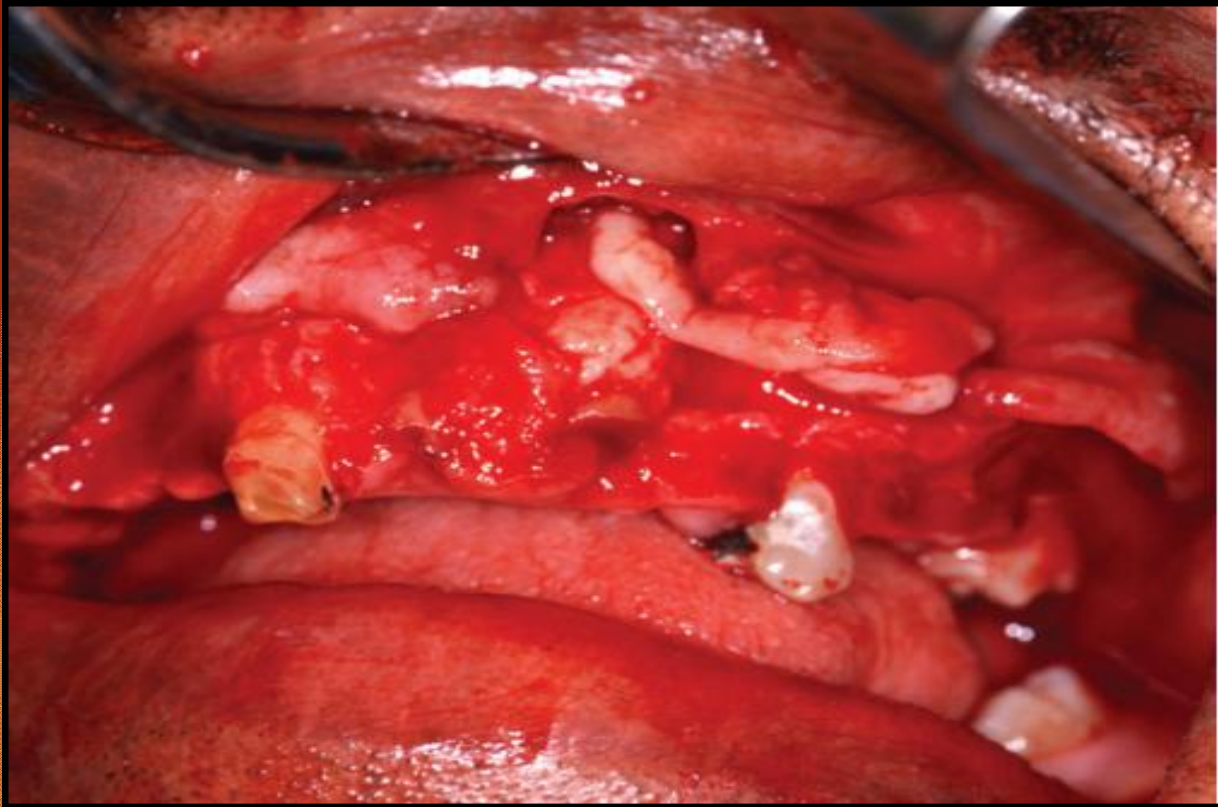
- دید و دسترسی کامل به ناحیه عمل
- نیاز به نور کافی
- کنار زدن کافی بافت نرم
- ساکشن کافی
- دندان های کاندید خارج شدن باید مسیری بدون مانع جهت بیرون آمدن داشته باشند
- به کارگیری نیروهای کنترل شده
- رعایت اصول کنترل عفونت
- دستکاری بدون ترومای بافت ها
- هموستاز و دبریدمان کامل زخم پس از عمل جراحی

آسیب به بافت نرم

پارگی فلپ مخاطی

- Ø شایع ترین آسیب بافت نرم هنگام جراحی دهان
- Ø در نتیجه اندازه ناکافی فلپ پاکتی

* به دلیل تلاش جراح برای افزایش دسترسی، بافت بیش از قابلیت کششی اش کنار زده شده است



نحوه پیشگیری:

1. ایجاد فلپ با اندازه کافی برای جلوگیری از کشش بیش از حد فلپ
2. اعمال نیروی کنار زننده کمتر به فلپ
3. ایجاد برش های آزادکننده در صورت لزوم

در صورت وقوع پارگی

Ø اگر پس از جراحی اتفاق افتاد، فلپ باید به دقت دوباره در محل قرار داده شود
Ø اگر حین جراحی رخ داد،
توقف جراحی بافت سخت، برش های وسعت داده می شوند یا برش آزادکننده ایجاد می شود

Ø در اکثر بیماران، بخیه زدن دقیق پارگی :
ترمیم مناسب ولی تاخیری

Ø اگر پارگی دنداندار باشد:
جراح ممکن است جهت ایجاد لبه های صاف برای بستن فلپ، لبه های قسمت پاره شده را برش دهد
در این مرحله باید احتیاط کرد: چراکه برش مقادیر زیاد بافت، سبب بستن زخم تحت کشش و ایجاد شکاف یا بازشدن احتمالی زخم می شود

سوراخ شدن بافت نرم:

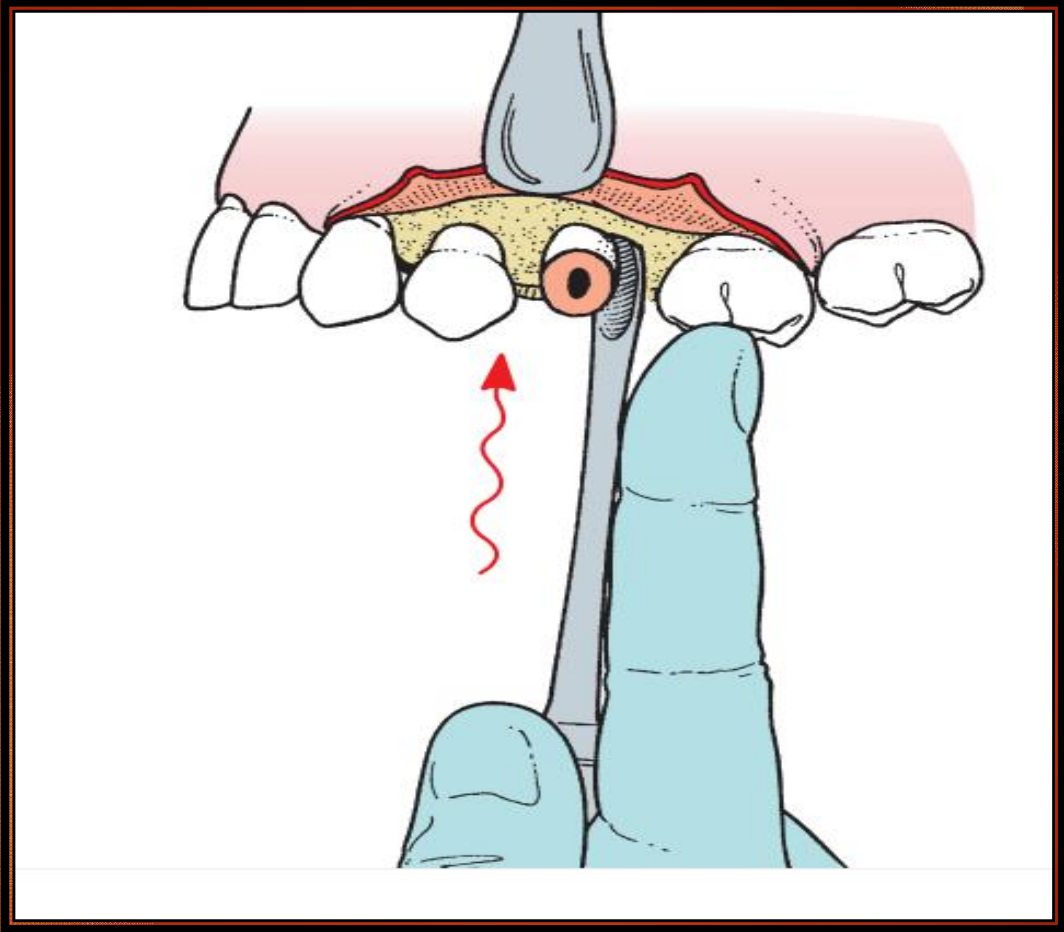
- دومین آسیب شایع بافت نرم
- ابزاری نظیر الواتور مستقیم یا پریوست ممکن است از محدوده جراحی لیز بخورد و بافت نرم مجاور را پاره یا سوراخ کنند

پیشگیری:

با استفاده از نیروی کنترل شده، به کمک تکیه گاه انگشتان و یا حمایت توسط دست مقابل

درمان:

پیشگیری از عفونت و فراهم آوردن امکان وقوع ترمیم در صورت خونریزی بیش از حد زخم: کنترل با فشار مستقیم روی بافت نرم
حصول هموستاز: زخم معمولاً باز گذاشته می شود و بخیه زده نمی شود تا در صورت وقوع عفونت، راه کافی برای درناژ وجود داشته باشد.



آسیب های کششی یا سایشی

ü سایش یا سوختگی لب ها، گوشه های دهان و فلپ ها

ü معمولاً در نتیجه تماس شنک در حال چرخش فرز با بافت نرم، تماس رترکتور فلزی با بافت نرم

درمان:

درمان خاص دیگری به جز تمیز نگه داشتن محل دهان شویه های معمول دهانی ممکن نیست.

§ اغلب این زخم ها طی مدت 4-7 روز بدون اسکار ترمیم می شوند

§ در صورتی که سوختگی یا سایش روی پوست، باید به بیمار توصیه کرد که ناحیه را با پماد آنتی بیوتیک بپوشاند - طی 5-10 روز بهبود می یابد

§ بیمار باید طی دوره ترمیم محل را با پماد مرطوب نگه دارد - برای جلوگیری از تشکیل اسکار و تاخیر در ترمیم



عوارض مربوط به دندان کاندید خارج شدن

شکستگی ریشه

- شایعترین عارضه مربوط به دندان خارج شده
- ریشه های متباعد، بلند و انحنادار که در استخوان متراکم قرار دارند، احتمال بیشتری برای شکستن
- روش اصلی برای جلوگیری:
اکسترکت به روش جراحی و برداشت استخوان برای کاهش مقدار نیروی لازم جهت خارج کردن دندان

جابجایی ریشه

معمولا ریشه مولر فک بالاست که توسط یک الواتور مستقیم و فشار زیاد اپیکالی به سینوس فک بالا وارد شده و در آن گم می شود.

جراح باید چند نکته را ارزیابی کند

1. اندازه ریشه گم شده درون سینوس را تشخیص دهد
2. بررسی وجود عفونت دندان یا بافت های پری اپیکال
3. بررسی وضعیت پیش از عمل سینوس فک بالا
وجود سینوسی که به طور مزمن عفونی است درمان را دشوار می کند.



اگر قطعه جابجا شده دندان یک نوک ریشه کوچک (2-3 میلیمتری) بود و دندان و سینوس عفونی نبودند:

جراح باید برای در آوردن ریشه تلاش مختصری کند.

پس از تهیه رادیوگرافی، جراح باید از طریق یک بازشدگی کوچک در ناحیه اپیکال، حفره دندان را شستشو دهد و سپس محلول شستشو دهنده را از طریق حفره دندان ساکشن کند.

این اقدام گاهی اپکس ریشه را از طریق حفره دندان از سینوس بیرون می راند.

اگر این اقدام موفقیت آمیز نبود، هیچ روش جراحی دیگری نباید از طریق حفره دندان انجام شود و ریشه در سینوس باقی می ماند.

ü نوک ریشه غیر عفونی، باید در محل جا گذاشته شود چراکه ایجاد هرگونه عارضه مشکل ساز غیرمتحمل است.

ü جراحی اضافی در این مورد، عوارض بیشتری در مقایسه با حفظ نوک ریشه در سینوس دارد

اگر قطعه بزرگی از ریشه یا کل دندان به داخل سینوس رانده شود، باید آنرا خارج کرد.

روش معمول: وارد شدن به سینوس فک بالا در ناحیه کانین با روش CALDWELL-LUC و سپس درآوردن دندان است.

اگر چنین اتفاقی افتاد

- به بیمار اطلاع می دهیم که دندان جابجا شده و بعد خارج می شود
- تجویز آنتی بیوتیک با هدف کاهش احتمال عفونت
- طی زمان بهبودی اولیه: ترمیم توسط بافت فیبروز رخ می دهد و دندان در موقعیت محکم تری تثبیت می شود.
- پس از شناسایی دقیق موقعیت دندان توسط رادیوگرافی، جراح فک و صورت آن را خارج خواهد کرد

استخوان کورتیکال لینگوالی روی ریشه های مولرها به سمت خلف نازک می شود
به طور مثال، در مولرهای سوم فک پایین اغلب شکافی در استخوان لینگوالی پوشاننده وجود دارد.
ریشه شکسته مولرهای فک پایین ممکن است با اعمال نیروهای نامناسب از طریق صفحه کورتیکال
لینگوالی به داخل فضای ساب مندیبولار جابجا شود
نباید حین خارج کردن ریشه های فک پایین از فشارهای اپیکالی استفاده کرد.

در صورتی ناپدید شدن ریشه حین خارج کردن آن:

دندانپزشک باید انگشت نشانه دست چپ خود را روی قسمت لینگوالی کف دهان قرار داده شود تا به سمت لینگوالی فک پایین فشار وارد شود و ریشه به داخل حفره دندان رانده شود.

اگر موفقیت آمیز نبود ارجاع به جراح فک و صورت

روش:

کنار زدن فلپ بافت نرم در سمت لینگوالی فک پایین و برش آرام موکوپریوست پوشاننده تا کشف نوک ریشه

اگر قطعه ریشه کوچک باشد و قبل از عمل عفونی نباشد باقی نگه داشتن آن در محل ارجح است؛ چراکه یافتن ریشه از طریق جراحی یک عمل وسیع است و ممکن است به عصب لینگوال آسیب وارد کند.

افتادن دندان به داخل حلق

در این شرایط بیمار باید به طرف جراح چرخیده و تا آنجایی که ممکن است طوری قرار بگیرد که دهان وی به سمت زمین باشد. از بیمار خواسته شود که سرفه و تف کند. از ساکشن نیز می توان استفاده کرد.

علی رغم این تلاش ها گاهی ممکن است دندان بلعیده یا آسپیره شود، اگر بیمار مشکل تنفسی نداشته باشد و سرفه نکند دندان به معده نفوذ می کند
اگر بیمار تنگی نفس داشته باشد و مدام سرفه کند، به ریه آسپیره می شود.

در هر دو صورت بیمار باید به اورژانس منتقل شده و برای تعیین موقعیت دقیق دندان، باید رادیوگرافی سینه و شکم تهیه شود.

اگر دندان آسپیره شده باشد، باید مشاوره لازم در مورد احتمال خارج کردن دندان با برونکوسکوپ انجام شود.

درمان فوری آسپیراسیون:

بازنگه داشتن راه هوایی بیمار، برقراری تنفس، در صورت لزوم دادن اکسیژن

اگر دندان بلعیده شود، به احتمال زیاد طی 2-4 روز از طریق لوله گوارش دفع می گردد.

آسیب های وارده به دندان مجاور

شکستگی یا خارج شدن ترمیم مجاور:

- شایعترین آسیب حین خارج کردن یک دندان، شکستگی و یا خارج شدن سهوی ترمیم یا آسیب به یک دندان شدیداً پوسیده است

پیشگیری:

1. تشخیص احتمال بالقوه شکستگی ترمیم های بزرگ
2. هشدار به بیمار پیش از عمل
3. استفاده صحیح از الواتورها

در صورت جابجا شدن یا شکستگی ترمیم، جراح باید اطمینان حاصل کند که ترمیم جابجاشده از دهان خارج شده و به داخل حفره خالی دندان نیفتاده باشد.

ممکن است دندان های قوس مقابل هم آسیب ببینند

این عارضه در صورت لقی ناکافی دندان توسط نیروهای باکولینگوال، کاربرد نیروهای کششی بیش از حد و یا هر دو رخ می دهد

در این حالت دندان به طور ناگهانی از حفره خارج می شود و فورسپس به دندان های فک مقابل برخورد می کند و به آن آسیب می زند.

این حالت بیشتر در دندان های پایین رخ می دهد چراکه برای خارج شدن نیاز به نیروی عمودی بیشتری دارند

لق شدن دندان مجاور

در اثر استفاده نادرست از وسایل خارج کردن
پیشگیری: اعمال منطقی نیرو توسط الواتور و فورسپس

در حالت کراودینگ یا اورلپ دندان های مجاور: استفاده از فورسپس های باریک و نازک مثل فورسپس
شماره 286

در صورت وقوع چنین اتفاقی:

دندان باید در حفره قرار داده شود و به همان صورت باقی گذارده شود و سپس اکلوزن کنترل می شود تا
بلند و تراماتیک نباشد.

اگر دندان لق شده متحرک بود، باید دندان توسط فیکساسیون نیمه سخت تثبیت شود.



استفاده از فورسپس شماره 151 بر روی مولر که بزرگ به نظر می‌رسد
فورسپس ریشه فک بالا که بر اثر خارج کردن دندان مناسب

خارج کردن اشتباهی دندان

- معمولا شایعترین علت شکایت های قانونی سوءمعالجه علیه دندانپزشکان است

دلایل شایع:

1. دندانپزشک دندان را بنا به نظر دندانپزشک دیگری خارج می کند و به دلیل استفاده از سیستم های شماره گذاری مختلف و یا تفاوت در نحوه قراردعی فیلم های رادیوگرافی ممکن است دندانپزشک دچار گمراهی شود.
2. زمانی که دندان به منظور درمان های ارتودنسی باید خارج شود به ویژه در دوره میکس دنتیشن.

اگر دندان نادرست خارج شود و دندانپزشک فوراً متوجه شود، دندان باید بلافاصله در حفره قرار داده شود.

اگر با هدف ارتودنسی باشد، باید با ارتودنسیست مشورت کرد که آیا این دندان خارج شده می‌تواند جایگزین دندانی که باید خارج می‌شد شود یا خیر.

اگر ارتودنسیست بگوید که باید دندان اصلی خارج شود، برای خارج کردن آن باید 4-5 هفته صبر کرد تا سرنوشت دندان خارج شده ارزیابی شود.

- اگر دندانپزشک فوراً متوجه نشود، اقدامات اندکی می‌توان انجام داد.
- کاشت مجدد موفقیت آمیز دندان خارج شده پس از خشک شدن آن قابل انجام نیست.

آسیب به ساختمان های استخوانی

شکستگی زائده آلوئولار

به منظور ایجاد یک مسیر بدون مانع برای خارج شدن دندان، نیاز است که استخوان اکسپند شود اما گاهی می شکند و همراه با دندان خارج می شود.

مهم ترین علت شکست :

اعمال نیروی بیش از حد توسط فورسپس است که صفحه کورتیکالی را می شکند.

اگر دندانپزشک تشخیص دهد که اکسترکت دندان نیاز به نیروی زیادی دارد، می تواند با کنار زدن فلپ بافت نرم، مقادیر کنترل شده ای از استخوان را بردارد و یا اگر دندان چند ریشه باشد، قسمت کردن آن را تسهیل کند.

بیشترین احتمال شکستگی در :

§ صفحه کورتیکالی باکالی روی کانین بالا

§ صفحه کورتیکالی باکالی روی مولرهای بالا (به خصوص مولر اول)

§ قسمت هایی از کف سینوس فک بالا مرتبط با مولرهای فک بالا

§ توبروزیته فک بالا

§ استخوان لبیالی روی ثنایاهای فک پایین



برای پیشگیری:

• معاینه دقیق زائده آلوئولار پیش از عمل به صورت کلینیکی و رادیوگرافی

• بررسی شکل ریشه های دندان مورد نظر و مجاورت آن با سینوس فک بالا

• ارزیابی ضخامت صفحه کورتیکال باکالی که دندان مورد نظر را می پوشاند

• بررسی سن بیمار

بیمار مسن تر و باجته بزرگتر، الاستیسیته استخوانی کمتری دارند و احتمال شکست استخوان بیشتر از احتمال انبساط آن است

در صورت تباعد بیش از حد ریشه ها یا قرارگیری آن ها در نزدیکی سینوس یا وجود استخوان کورتیکالی باکالی ضخیم، جراح باید از روش هایی استفاده کند تا از شکستن استخوان جلوگیری کنند.

اگر جراح احتمال بالایی از شکست استخوان تشخیص داد، بهتر است از روش های جراحی با برداشت مقادیر کنترل شده استخوان و قطعه کردن دندان های چند ریشه استفاده کند.



درمان شکستگی استخوان آلوئولار:

بسته به نوع و شدت شکستگی چندین روش وجود دارد.

در صورت خارج شدن کامل استخوان به همراه دندان از حفره:

ü این قطعه نباید دوباره در محل قرار گیرد

ü جراح باید به بهترین نحو بافت نرم را مجدداً بر استخوان باقیمانده قرار دهد تا از تاخیر در ترمیم جلوگیری شود

ü جراح باید لبه های تیز حاصل از شکستگی را با فایل استخوان یا رانژور پرداخت کند

اگر هنگام کشیدن، استخوان به همراه پریوست خارج شد:

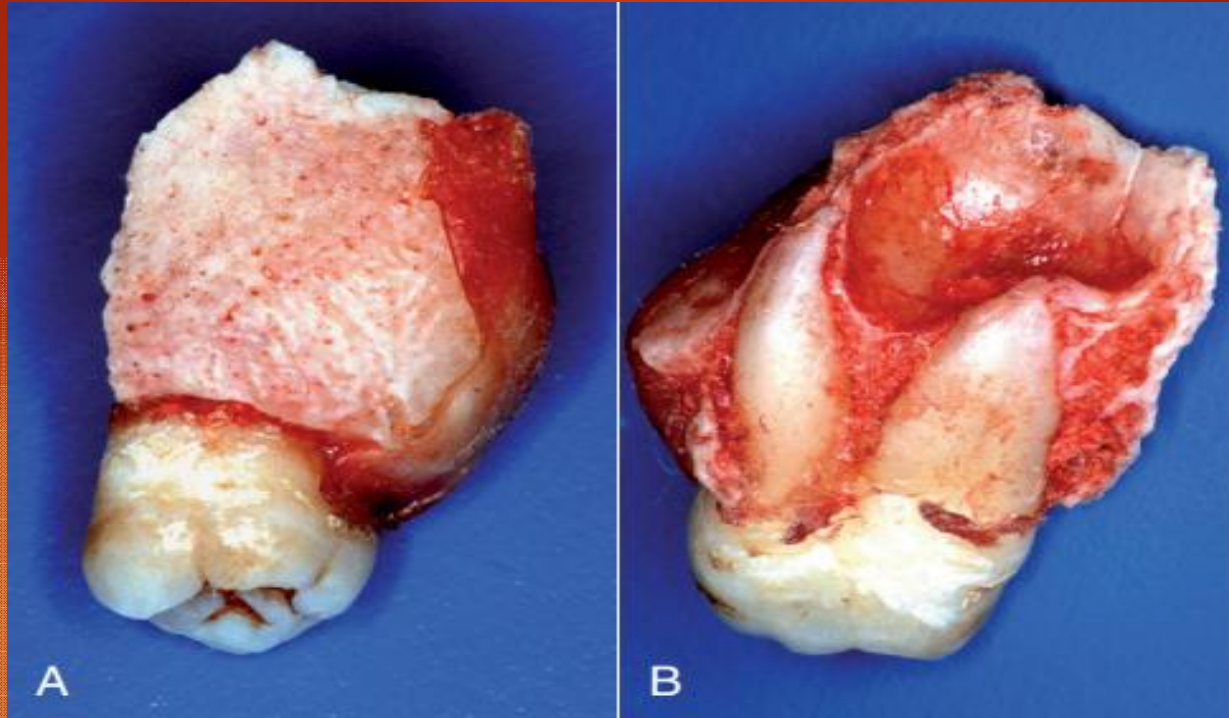
۱ جراح باید به دقت استخوان و بافت نرم مربوط را از دندان جدا کند.

۲ پس از کنار زدن استخوان و بافت نرم (ترجیحا به وسیله الواتور پریوست شماره 9)، فلپ بافت نرم و استخوان دوباره در محل قرار گرفته و با بخیه تثبیت می شود.

۳ در این حالت، احتمال بیشتری برای ترمیم استخوان به شکل ریجی مناسب برای ساخت پروتز وجود دارد.

شکستگی توبروزیته فک بالا:

- ✓ توبروزیته برای ساخت پروتزی گیردار و باثبات اهمیت ویژه ای دارد.
- ✓ اگر بخش بزرگی از این توبروزیته به همراه دندان خارج شود، ثبات پروتز به خطر افتاده و بازشدگی به داخل سینوس اتفاق می افتد.
- ✓ معمولا شکستگی توبروزیته فک بالا در نتیجه خارج کردن یک مولر سوم رویش یافته فک بالا یا مولر دوم (اگر آخرین دندان در قوس باشد) رخ می دهد



درمان

اگر پریوست به استخوان متصل باقی مانده باشد، باید اقداماتی را جهت حفظ قطعه استخوانی پیش گرفت.

اگر توپروزیته بیش از حد متحرک باشد که نتوان آن را از دندان جدا کرد، جراح دو روش دارد:

1. اسپلینت دندان کشیده شده به دندان های مجاور و تاخیر در کشیدن دندان به مدت 6-8 هفته (در این مدت استخوان ترمیم می شود) و سپس خارج کردن دندان به روش جراحی
2. جدا کردن تاج دندان از ریشه ها و فرصت دادن برای ترمیم توپروزیته و قطعه ریشه دندان (6-8 هفته بعد جراح می تواند ریشه ها را به طریق معمول خارج کند)

آسیب به ساختمان های مجاور

آسیب به اعصاب ناحیه

محتمل ترین آسیب دیدگی اعصاب مجاور حین خارج کردن دندان، آسیب به شاخه های عصب پنجم مغزی است.

شایعترین شاخه های درگیر:

- عصب منتال
- عصب لینگوال
- عصب long buccal
- عصب نازوپالاتین

عصب لانگ باکال و نازوپالاتین طی ایجاد فلپ برای خارج سازی دندان های نهفته پاره می شوند اما از آن جا که ناحیه کوچکی را عصب دهی می کنند، عصب دهی به آن ناحیه مجددا برقرار می شود.

بنابراین آسیب به این دو عصب، بدون ایجاد عوارض طولانی مدت و یا ایجاد پریشانی برای بیمار قابل جبران است.

آسیب به عصب منتال:

خارج ساختن ریشه های پرمولر پایین به روش جراحی یا پرمولرهای نهفته پایین و جراحی های پری اپیکال در ناحیه عصب منتال ممکن است منجر به آسیب عصب منتال شود که در نتیجه آن بیمار دچار آنستزی یا پاراستزی لب و چانه خواهد شد. پس رعایت جانب احتیاط در این موارد ضروری است.

❌ اگر آسیب، در نتیجه کنار زدن فلپ یا دستکار ساده باشد، حس طبیعی معمولاً طی چند هفته یا چند ماه باز خواهد گشت.

❌ اگر عصب منتال، حین خروج از فورامن منتال یا در مسیرش قطع شود، احتمال دارد که عملکردش مختل شده و بیمار یک حالت آنستزی دائمی داشته باشد.

آسیب به عصب لینگوال:

عصب لینگوال در سمت لینگوال فک پایین و در ناحیه رترومولارپد واقع شده است. در صورت آسیب شدید، به ندرت این عصب رژنره می شود.

پیشگیری:

- Ø برش ها در سمت ناحیه رترومولارپد به گونه ای انجام شود که از نزدیک شدن به این عصب پرهیز شود.
- Ø بنابراین برش ها در سمت باکال صورت گیرند.

آسیب به عصب آلوئولار :

شایعترین محل آسیب آن، ناحیه مولر سوم پایین است. خارج کردن مولر سوم مندیبل، می تواند در داخل کانال استخوانی به عصب ضربه وارد کند، آن را له کند و به شدت به آن آسیب وارد کند.

آسیب به TMJ

حین خارج سازی دندان در فک پایین TMJ ممکن است تروماتیزه شود و در این ناحیه درد ایجاد شود.

پیشگیری:

- حمایت از فک بیمار برای خنثی سازی نیروها طی اکسترکت دندان
- اعمال نیروهای کنترل شده
- استفاده از یک بایت بلاک می تواند توازن نیروها را در دو سمت فک تامین کند

درمان

در صورت که پس از عمل بیمار از درد در ناحیه TMJ شکایت کند:

بیمار باید به فک خود استراحت دهد و از رژیم غذایی نرم استفاده کند 🍴

تجویز 800-600 میلی گرم ایبوپروفن هر 4 ساعت یک بار یا 500-1000 میلی گرم استامینوفن

ارتباطات سینوس دهانی:

خارج کردن مولرهای فک بالا می تواند سبب ارتباط بین حفره دهان و سینوس ماگزیلا شود.

چه طور؟

- اگر استخوانی بین ریشه های دندانها و سینوس فک بالا وجود نداشته باشد یا اندک باشد
 - اگر ریشه های دندان دارای تباعد زیادی باشد
- در چنین شرایطی به سمت جراحی باز حرکت می کنیم

دو عارضه بسیار مهم در صورت وقوع چنین اتفاقی:

1. سینوزیت ماگزیلاری پس از عمل
2. تشکیل فیستول مزمن سینوسی دهانی

تشخیص ارتباط سینوس دهانی:

1. ارزیابی دندان پس از خارج کردن آن در صورت وجود قطعه استخوان که به انتهای ریشه چسبیده باشد، می توان فرض را بر این گذاشت که ارتباط بین سینوس و حفره دهان وجود دارد
2. انجام تست دمیدن در بینی در این تست بینی بیمار با فشردن سوراخ های آن توسط دندانپزشک مسدود می شود، در حالی که دندانپزشک ناحیه دندان کشیده شده را نگاه می کند به بیمار میگوید که در بینی خود بدمد. در صورت وجود ارتباط، عبور هوا از حفره دندان و تشکیل حباب های هوا در خون داخل حفره دیده می شود. البته دمیدن در این حالت خطر وجود چنین ارتباطی را بالاتر می برد بنابراین بسیاری پیشنهاد نمی کنند.

در صورت وجود ارتباط:

• جراح باید اندازه تقریبی ارتباط را معین کند

• پروب کردن یک ناحیه بازشدگی می تواند منجر به گسترش آن شده و موجب ورود اجسام خارجی از جمله باکتری به داخل سینوس شود.

• اگر هیچ استخوانی به همراه دندان خارج نشود، اندازه ارتباط 2 میلی متر یا کمتر است. اما اگر مقدار قابل توجهی استخوان خارج شود اندازه بازشدگی قابل ملاحظه خواهد بود.

اگر ارتباط کوچک باشد (2 میلی متر یا کمتر):

- هیچ درمان جراحی اضافه ای نیاز نیست.
- جراح باید برای تشکیل لخته خونی با کیفیت در ناحیه تلاش کند.
- در این حالت، بیمار باید یک سری ملاحظات را رعایت کند :
- از دمیدن در بینی، عطسه شدید، مکیدن نی و سیگار کشیدن اجتناب کند

اگر بازشدگی اندازه متوسط 2-6 میلی متری داشته باشد، اقدامات دیگری باید در پیش گرفته شود.

§ برای ابقا لخته خون در محل یک بخیه Figure of eight قرار داده می شود

§ برخی جراحان پیش از بخیه زدن، مواد تحریک کننده تشکیل لخته ای چون اسفنج ژلاتینی در محل قرار می دهند

§ برای جلوگیری از ایجاد سینوزیت ماگزیلاری، یک سری داروها تجویز می شود:
- آموکسی سیلین، سفالکسین یا کلیندامایسین به مدت پنج روز باید تجویز شود
- اسپری ضد احتقان بینی به منظور انقباض مخاط بینی

اگر بازشدگی سینوس بزرگ است (7 میلی متر یا بیشتر) باید بستن ارتباط سینوس به روش فلپ مد نظر قرار گیرد.

۱۱ شایع ترین فلپ مورد استفاده، فلپ باکالی است

۱۲ با این هدف که یک بافت نرم باکالی متحرک ایجاد شود تا بازشدگی را بپوشاند و یک انسداد اولیه تامین کند.

۱۳ همان احتیاطات قبلی باید مورد توجه قرار گرفته شود

تاخیر در ترمیم و عفونت

عفونت:

• شایع ترین علت تاخیر در ترمیم زخم

• ضد عفونی کردن دقیق و دبریدمان کامل زخم پس از جراحی می تواند از بروز عفونت پس از جراحی های فلپ دار پیشگیری کند

• ناحیه برداشت استخوان در زیر فلپ باید به خوبی توسط شستشو تحت فشار با سالین تمیز شود

• تمام دبری های خارجی قابل مشاهده توسط کورت خارج شوند

دهی سنس (جدا شدن لبه های) زخم

ü یکی از مشکلات دیگر در ترمیم زخم

ü علت ها:

- اگر فلپ بدون پایه استخوان کافی بخیه شود، فلپ بافت نرم بدون پشتیبانی کافی، فرورفته می شود و در امتداد خط برش از هم جدا می شود

- بخیه زدن تحت کشش، زمانی که جراح برای بخیه کردن لبه های زخم را به طرف یکدیگر بکشد

ü اگر فلپ بافت نرم تحت کشش بخیه شود، ایسکمی لبه های فلپ و به دنبال آن نکروز بافتی رخ می دهد. در نتیجه بخیه از میان لبه فلپ کنده می شود و بازشدگی زخم ایجاد می شود

ü پس بخیه باید آن قدر شل گره زده شود که مانع از سفید شدن بافت شود

درای ساکت (آلوئولار اوستئیت)

- نوعی تاخیر در ترمیم زخم است که با عفونت مرتبط نیست
- این عارضه باعث ایجاد دردهای متوسط تا شدید شده که ماهیت ضربان دار دارند و اغلب به گوش بیمار می زند. درد در روز سوم پس از اکسترکت دندان زیاد می شود.
- علائم مرتبط با عفونت مثل تب و قرمزی و تورم دیده نمی شود

• در معاینات

- حفره دندان خالی به نظر می رسد
- لخته خون کاملاً یا جزئی از بین رفته
- بخشی از سطح استخوان حفره قابل مشاهده است
- استخوان اکسپوز شده بسیار حساس بوده و منشا درد است.
- ناحیه حفره دارای بوی بد است و بیمار اغلب از مزه بد در دهان خود شکایت دارد

دلیل ایجاد؟

- دقیقا مشخص نیست ولی برخی آن را به فعالیت بالای فیبرینولیتیک درون و اطراف حفره دندان کشیده شده ربط می دهند
- این نوع فعالیت، باعث لیز لخته های خون و پس از آن اکسپوز شدن استخوان می شود

کجا رخ می دهد؟

- § پس از کشیدن مولر سوم نهفته فک پایین و سایر مولرهای فک پایین نسبتا شایع است (20 درصد از موارد اکس)
- § در سایر دندان ها نادر است (2 درصد از موارد اکس)

پیشگیری:

• به حداقل رساندن تروما و آلودگی باکتریایی در ناحیه عمل

• محل زخم، باید با مقادیر زیادی محلول سالین تحت فشار شستشو داده شود

• قرار دادن مقدار کمی آنتی بیوتیک (مثل تتراسایکلین) به تنهایی یا با اسفنج ژلاتینی ممکن است موثر باشد

• می توان با شستشوی دهان با دهانشویه های آنتی میکروبیال مثل کلروهگزیدین قبل و بعد از عمل از این موارد پیشگیری کرد

درمان:

§ درمان توسط هدف درمانی که همان تخفیف درد است هدایت می شود

§ ابتدا حفره دندان به وسیله سالین استریل شستشو داده می شود

§ قراردادن گاز باریک نواری که با دارو اشباع شده است درون حفره

§ ترکیب دارویی شامل اجزای :

- اژنول : درد بافت استخوان را از بین می برد

- بی حسی موضعی مانند بنزوکائین

§ پس از قرار دادن گاز، درد مریض معمولا پس از 5 دقیقه تسکین می یابد

§ بسته به شدت درد، پانسمان یک روز در میان و به مدت 3-6 روز تعویض می شود

§ هنگامی که درد مریض کاهش یافت، دیگر نباید از پانسمان استفاده کرد چراکه ترمیم زخم را طولانی تر می کند.

خونریزی پس از عمل

دلایل:

1. بافت های دهان و فکین دارای عروق فراوانی هستند
2. خارج کردن دندان، زخم بازی را به جای می گذارد که بافت نرم و استخوان را باز نگه می دارد و موجب خونریزی می شود
3. اغلب اوقات نمی توان یک پانسمان فشاری خوب روی ناحیه قرار داد
4. بیماران تمایل دارند با زبان خود با ناحیه جراحی شده بازی کنند، در این صورت لخته خونی کنده شده و موجب خونریزی ثانویه می شود
5. آنزیم های بزاق ممکن است لخته خون را لیز کنند

یک فاکتور مهم برای پیشگیری از خونریزی، تهیه یک تاریخچه کامل از بیمار در ارتباط با وجود هر گونه مشکل انعقادی است.

§ ابتدا باید پرسیده شود که آیا بیمار در گذشته سابقه خونریزی داشته یا نه

§ در مورد تاریخچه خانوادگی خونریزی از بیمار پرسیده شود

§ در مورد مصرف داروهایی که با انعقاد خون تداخل دارند از بیمار پرسیده شود (داروهای انتی کواگولانت و ضد سرطان)

§ در مواردی بیمار داروهای ضد انعقاد مصرف می کند، وضعیت انعقادی بیمار توسط INR ارزیابی می شود.

- در اغلب موارد INR بین 2 تا 3 تنظیم می شود

- می توان در INR 2.5 یا کمتر بدون کاهش دوز دارو اکسترکت دندان را انجام داد

- در INR 3 جراحی های مینور قابل انجام است.

- در INR بالاتر از 3 باید با پزشک بیمار مشورت شود

§ یک قطعه گاز مرطوب روی ساکت در حال خونریزی قرار داده می شود و بیمار به مدت حداقل 30 دقیقه روی آن فشار اعمال می کند.

§ پس از این مرحله مجددا جراح ناحیه را بررسی می کند، اگر خونریزی متوقف شده باشد یک گاز مرطوب جدید روی ناحیه قرار داده می شود و بیمار را ترخیص کرده و از او درخواست می شود 30 دقیقه گاز جدید را فشار دهد.

§ اگر پس از برداشت گاز اول، دندانپزشک تشخیص دهد که منشا خونریزی شریانی نبوده، باید اقدامات دیگری را برای ایجاد هموستاز در پیش گیرد

موادی هستند که با قرار گرفتن درون ساکت هموستاز ایجاد می کنند

۱۱ اسفنج ژلاتینی قابل جذب (Gelofoam) که درون ساکت قرار می گیرد و یک بخیه figure of eight روی آن زده می شود. سپس یک گاز روی آن فشار داده می شود. این ماده مثل داربست برای تشکیل لخته عمل می کند.

۱۲ ماده بعدی، سلولز دژنره اکسید شده (Surgicel) نام دارد. این ماده بهتر انعقاد را تحریک می کند.

* اسفنج ژلاتینی را نمی توان به داخل ساکت خونریزی دهنده پک کرد چراکه در تماس با رطوبت شکننده می شود، اما می توان از سرجیسل در خونریزی های مداوم استفاده کرد.

۱۳ آخرین ماده کلاژن است که با تشدید تجمع پلاکتی انعقاد خون را تسریع می کند.



خونریزی ثانویه:

گاهی اوقات پس از هموستاز اولیه، خونریزی مجدداً آغاز می شود که به آن خونریزی ثانویه گفته می شود. علت آن معمولاً مکش ناحیه یا تف کردن است.

راه حل:

۱ بیمار باید دهان خود را به آرامی با آب سرد شستشو دهد و یک قطعه گاز روی ناحیه قرار دهد و به حالت 30 دقیقه در وضعیت کاملاً نشسته قرار بگیرد و در طول این مدت گاز را فشار دهد.

۲ اگر متوقف نشد، بار دیگر با آب سرد دهانشویه کند و این بار یک چای کیسه ای مرطوب را روی ناحیه فشار دهد.

*تائین موجود در چای معمولاً خونریزی را متوقف می کند.

اگر موثر واقع نشد:

- Ø بیمار باید به دندانپزشک مراجعه کند. در داخل دهان این بیماران اغلب لخته های خونی بزرگ (liver clots) مشاهده می شود که بایستی خارج شود.
- Ø اگر نشت جنرالیزه خون وجود داشته باشد، آن ناحیه با یک گاز مرطوب و تاخوردۀ پوشانده می شود و جراح با انگشت به مدت حداقل 5 دقیقه گاز را فشار می دهد.
- Ø اگر متوقف نشد، برای درمان های تهاجمی تر، بی حسی تزریق می شود. باید بلاک باشد چراکه انفیلتراسیون به دلیل داشتن اپی نفرین، باعث کنترل موقت خونریزی می شوند و جراح را به اشتباه می اندازند.
- Ø پس از ایجاد بی حسی، ساکت به آرامی کورت کشیده می شود و تمام لخته های قدیمی ساکشن می شود.
- Ø سپس جراح در مورد استفاده از مواد هموستاتیک تصمیم گیری می کند. لازم است بیمار قبل از ترخیص حداقل 30 دقیقه تحت نظر باشد.

پایان