عوارض جراحی دندانهای نهفته

(ضمن و پس از عمل)

نگارش
دکتر حسن حسینی تودشکی

وضعیت دندانهای نهفته و ضرورت اقدام به جراحی و زمان عمل آنها پیوسته مورد بحث متخصصین بوده و جهت اخذ تصمیم منطقی و انجام یک عمل رضایت بخش، شناخت علل و بررسی کامل قبل از عمل و آشنایی با عوارضی که ضمن عمل و پس از آن ممکن است بوجود آید نهایت اهمیت را دارد. در این مجموعه سعی شده است موارد فوق در حد گنجایش این مقاله عرضه گردد.

مقاله علمی

محورهای بحث.

۱ ـ اهمیت موضوع و ضرورت یادگیری بنابر آمارها و تاثیر آن بر سیاست آموزشی بخشهای جراحی
۲ ـ به چه دلائلی دندانهای نهفته خارج می‌شود و در چه سنی بهتر است اقدام به جراحی نمود.
۳ ـ موارد منع عمل جراحی.
۴ ـ ارزیابی دقیق قبل از هر اقدامی
۵ ـ تهیه تاریخچه و توجیه بیمار در مورد عمل جراحی و اخذ رضایت‌نامه.
۶ ـ اقدامات موضعی قبل از عمل جراحی و ضرورت آنها.
۷ ـ پیش داروئی قبل از عمل و داروهائی که بیمار مصرف می‌کند.
۸ ـ مشکلات ضمن عمل جراحی
۹ ـ مشکلات پس از عمل

* عضو هیئت علمی بخش جراحی فک و صورت دانشکده دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران.

۱ـ اهمیت موضوع وضرورت یادگیری بنابر آمارها وسیاست‌های آموزشی

حدود $\frac{1}{3}$ از مراجعات ما در بخشهای سرپائی دندانهای نهفته است که از این میان حدود ۷۷٪ دندانهای عقل و ۶۲٪ مربوط به عقل پائین است . این آمار در مقایسه با کشورهای دیگر (نظیر آلمان و غیره) نیز از ضریب اطمینان حدود ۹۵٪ برخوردار بوده و برابری می‌کند . لذا اشاره ما بیشتر به عقل پائین بوده و اشاره‌ای گذرا به سایر موارد هم خواهیم داشت .

طبقه‌بندی Angulation دندانها مطابق آمار بدست آمده از بخش جراحی فک و صورت دانشگاه تهران نشان می‌دهد که حدود نیمی از دندانهای عقل موقعیت عمودی (Vertical) و نهفته در بافت نرم (Tissue Impacted) دارند . لذا محافظه‌کارترین دندانپزشکان با حداقلی از آموزش می‌توانند ۵۰٪ از این بار عظیم را بردارند زیرا در صورتی که جراحان فک و صورت اقدام به این عمل کنند لازمه آن وجود هزاران جراح می‌باشند که میسر نمی‌باشد لذا با توجه به رشد جمعیت و درصد نهفتگی دندانها بایستی توجه اساسی به آموزش این عمل مبذول گردد .

۲ـ به چه دلائلی و درچه سنی دندانهای نهفته خارج میشود

عمده ترین علل خارج کردن دندانهای نهفته عبارتند از : کراودینگ (Crowding) پریودنتیت ـ گیر کردن در یک فک بی‌دندان ـ پروتز ـ قرار گرفتن در خط شکستگی ـ دلائل پروفیلاکتیک ارتودنسی ـ بلااثر بودن ازنظر جویدن (Lack of Function) ناراحتی‌های مفصل T.M.J در ارتباط با دندانهای عقل .

سن مراجعه هنوز در کشورما وتقریبا" در اکثر کشورها (آمار بخش جراحی دانشگاه تهران) میانه سنی ۲۵ ـ ۲۲ سال را نشان می‌دهد و این درست زمانی است که دندانها ایجاد ناراحتی می‌کنند ولی زمانی ما موفق خواهیم بود ، که میانهٔ سنی را بسمت محور پروفیلاکتیک یعنی سن ۱۸ ـ ۱۲ سال تقلیل دهیم زیرا اولا" عمل جراحی بسیار کم عارضه است و راحت‌تر هم انجام می‌گیرد و دیگر اینکه از بروز ناهنجاریهای ارتودنتیک ناشی از دندانهای عقل کاسته‌ایم .

۳ـ کنتراندیکاسیونهای جراحی دندانهای نهفته

الف) اگر دندانی عمیقاً" نهفته بود (Deeply Embeded) و سن شخص بالا بود و مشکل خاصی هم نداشت توضیح اینکه در اشخاص مسن احتمال بروز عوارض از جمله پاراستزی از درصد بیشتری برخوردار است.

ب) در بیماری که یک ضایعه بدخیم دارد.

ج) دندان پوسیده‌ای که نیمه نهفته (Semi Impacted) بوده محتوی پوسیدگی و ذرات غذائی باشد.

د) وجود ضایعه پریودنتال و پری‌کروناریت (Pericoronarite)

هـ) وجود سیست Cyst یا تومورکه دراین موارد طرح درمان بایستی در ارتباط با درمان سیست یا تومور باشد

و) وقتی مولر دوم غیرقابل استفاده یا از دست رفته باشد. در این صورت بایستی حتی‌الامکان جهت Abutement پروتز دندان عقل حفظ گردد. البته این مورد در نهفتگی زیاد مطرح نیست.

ز) تشخیص‌های دیگر.

٤ـ ارزیابی دقیق قبل از هر اقدامی

در این ارتباط به دوازده مورد اشاره می‌شود.

۱ـ موقعیت و سطح رویش (Level) آیا دندان بصورت Partially Errupted است unerupted است بصورت Tissue Impacted یا Bony Impacted است و در صورت اخیر Partially Bony Impacted یا Completely Bony Impacted است؟

مرکز رشد فک اسفل ناحیه کوندیل و Ascending Ramus طبیعی است و اگر فاصله مرکز A.R تا دیستال دندان کرسی دوم حدود ۳۰ میلیمتر باشد باید توقع داشت که دندان رویش پیدا کند و موقعیت ۲۵ میلیمتر مرز اتخاذ تصمیم است.

۲ـ کلاس Angulation دندانها بسیار حائز اهمیت است که در مورد دندانهای عقل ممکن است بصورتهای Mesio Angular-Horizontal-Vertical

Lingo-Version-Buccoversion-Disto Angular باشد یا از موقعیتهای استثنائی دیگر برخوردار باشد.

۳ـ با یک رادیوگرافی که دو دندان اورلپ نباشد باید فهمید که نسبت به تاج دندان کرسی دوم چه رابطه‌ای دارد اگر این فاصله کم باشد (فاصله دیستال کرسی دوم تا راموس) باید پیش‌بینی کرد که عمل حتی در صورت Vertcal بودن دندان بدلیل مزاحمت External Oblique Ridge مشکل است و باید وسایل استئوتومی، کامل و آماده باشد.

۴ـ شکل و تعداد ریشه‌ها ـ انحناءها ـ آیا ریشه‌ها بهم چسبیده هستند ـ هیپرسمانتوز ارتباط ریشه با کانال ماندیبولر.

۵ـ اگر تحلیل داخل ریشه باشد خطر شکننده‌گی ضمن کار و انکلیلوز وجود دارد.

۶ـ وجود پری‌کرونیت باید ارزیابی و حتماً رد شود.

۷ـ استخوان بین دندان کرسی دوم و عقل در اثر ضایعات پر پوسیده و تحلیل رفته یا نه در صورت تحلیل ممکن است به کشیدن دندان کرسی دوم هم منجر شود.

۸ـ مسائل مربوط به دندان کرسی دوم از جمله پرکردگی، پوسیدگی و خطر ضربات احتمالی به آنها.

۹ـ فولیکول دندان نهفته به چه صورت است؟ اگر بزرگ است ممکن است شروع Formation باشد اگر کوچک و محو است ممکن است دندان انکلیوز باشد.

۱۰ـ آیا دندان فانکشن دارد یا ندارد (انکلیوز)

۱۱ـ وجود سیست یا تومور بایستی بررسی شود.

۱۲ـ در بیماریهای اسکلتال نظیر Osteopetrosis-Osteogenesis Imperfecta Paget Disease خطر شکستگی و عفونت استخوان وجود دارد ـ در آکرومگالی استخوان متراکم تر و بزرگتر بوده معمولاً عمل مشکل‌تر است.

۵ـ تهیه تاریخچه و توجیه بیمار در مورد عمل جراحی واخذ رضایت نامه

بجز سوالات معمول در مورد تاریخچهٔ بیماری بایستی قبل از هر عمل جراحی حداقل فشار خون مریض و کیفیت ضربان نبض بیمار مشخص شود. ای بسا فشار خونهای بدخیم که در خلال

معاینات ما مشخص می‌شود و بیمار اطلاعی از آن ندارد . البته پرداختن به سایر سئوالات برای پی بردن احتمالی بیماران High Risk نیز از اهمیت خاصی برخوردار است که در حوصله این بحث نیست به بیمار بایستی دلائل نیاز به جراحی ـ اجمالا" روش جراحی و مشکلات احتمالی از قبیل تورم بعد از عمل قادر نبودن به کار ـ اشکال در تغذیه ـ عدم توانائی در رانندگی ـ آسیب‌های عصبی ـ باز شدن سینوس عفونت ، خونریزی و احتمال ضرورت مراجعات مجدد و مکرر پاراستزی و غیره توضیح داده شود و در صورت امکان در این موارد کتبا" رضایت‌نامه از مریض اخذ شود .

۶ـ اقدامات لوکال قبل از جراحی و ضرورت انها

بهتر است دهان با یک ماده درانفکتان شستشو داده شود . اگر جرم زیاد در دهان موجود بود بایستی ابتدا جرم‌گیری و سپس حداقل بعد از ۲۴ ساعت اقدام به عمل جراحی نمود .

۷ـ پیش داروئی قبل از عمل و داروهائی که بیماران مصرف میکنند

اجمالا" بایستی گفت که بیمارانی که مقاومت پائینی دارند مانند موارد کورتون تراپی کموتراپی رادیوتراپی به بیماران لوسمیک ـ دریچه‌های مصنوعی ـ خطر آندوکاردیت ـ تب روماتیسمی وغیره بایستی به‌مسئله پروفیلاکسی آنتی‌بیوتیک توجه شود . ملاحظات داروئی در بیماران دچار آسم ـ حاملگی ـ نارسائی کلیوی ـ بیماریهای عفونی مزمن ـ بیماری دیابت وآنژیوپاتی بیماریهای تیروئید ، کبدی و کاردیوواسکولر به یاری خداوند در قسمت دیگری عرض خواهد شد و هر کدام از اهمیت خاصی برخوردار است .

۸ـ مشکلات ضمن عمل جراحی

مشکلات ناشی ازنسج نرم

شامل Damage و صدمه فیزیکی و خونریزی است . در مورد اول قبل از همه صدمه ناشی از گرم شدن وسیله ـ ریخته شدن روغن داغ از وسیله به روی نسج نرم و سوراندن کمیسر لب مطرح می‌باشد که در دستگاههای مورد استفاده ، که اغلب سرم فیزیولوژی بعنوان خنک کننده و مجزا بر روی محل ریخته می‌شود و نیز بدلیل فرسودگی وسیله پیش می‌آید . توضیح اینکه زخم کمیسر لب‌ولب هم دیر بهبودی پیدا می‌کند وهم بسیار دردناک است و در سوختگی‌های عمیق‌تر خطر اسکار دائمی وجود دارد و عمل کننده نیز هیچ توجیهی در این ارتباط ندارد . از آسیب‌های فیزیکی دیگر آسیب ناشی از تراکشن‌رتراکتورها و له شدن نسج نرم و در رفتن فرز به داخل نسج نرم است که می‌تواند ایجاد ادم زیاد در نسج نرم ، عفونت و یا Damaged-Hemorrhage بکند . در مورد انسیزیون‌ها و احتمال خونریزیهای آرتریال و مهم بعداً" بحث خواهد شد .

خونریزی نسج نرم

یا بصورت آرتریال و ونوسی است‌که با اقداماتی نظیر Clamping و Coagulation بند می‌آید یابصورت Tissue Hemorrhage است که با پک بند می‌آید .بعلاوه‌دردوران‌قاعدگی (بعداً "بحث می‌شود) Tissue.H از مسائل مبتلا به جراح می‌باشد .اگر باپک بند نیاید بایستی بفکر مسائلی از قبیل نروموپاتی ـ وازوپاتی ـ کواگولوپاتی یا پاتروزنیک کومارین‌تراپی افتاد .

خونریزی نسج سخت

ممکن‌است‌بصورت Ozzing باشد که با پک بند می‌آید و یاممکن است در اثر باز شدن یک کانالیکول استخوانی و فعال باشد که بایستی در درجه اول اقدام به له کردن استخوان اسفنجی اطراف نمود تا دهانه رگ بسته شود . در صورتی که بند نیامد از بندآورنده‌های‌بعدی‌نظیرژلفورم یا Bone wax استفاده‌می‌کنیم . باید توجه اشت که حتی‌الامکان بایستی از برجای گذاردن مقادیر زیاد Bone wax احتراز کرد زیرا بروز عفونت و واکنش جسم خارجی در مورد آن غیر محتمل نیست .

پرولاپس چربی بیشا Buccal Pad Of Fat

که در موقع بیرون آوردن دندان عقل بالا ممکن است پیش آید . در این صورت بایستی چربی را در محل خود قرار داد و بدون هیچ نگرانی زخم را بخیه کرد . البته بایستی از ریختن چربی به داخل استخوان و محل Defect دندان جلوگیری کرد زیرا ترمیم را به تاخیر می‌اندازد .

امفیزم ودلائل ان

دلیل بوجود آمدن آمفیزم یکی بالا رفتن فشار داخل دهانی است در اثر عطسه و سرفه (در آلرژی‌ها باید توصیه‌های لازمه انجام شود) ـ دیگری استفاده از آب اکسیژنه غلیظ است برای شستشوی محل زخم بطوری که می‌گویند یک سی سی از آب اکسیژنه ۳۰% می‌تواند ۱۰۰c.c اکسیژن تولید کند پس برای شستشو بایستی از نوع ۳ ـ ۱% آن استفاده شود . سوم استفاده از دستگاه High Speed است که با ۴ ـ ۲ آتمسفر فشار هوا را به داخل نسج نرم می‌راند ، در تشخیص قوام اسفنجی دارد و در لمس زیر دست نرم بوده و کریپتاسیون دارد . درد در اثر فشار نیز از دیگر علائم آن است . از نقطه نظر برخورد در صورتی که صدمه به ارگانهای حیاتی وارد کند بایستی شکافته شود . در بعضی از مواقع ممکن است به مدیاستن کشیده شود و انسیزیون سوپرااسترنال (تراکئوستومی) را ایجاب کند (آمفیزم ریوی) .

اسیب های وارده به عصب Nerve Complication

آسیب‌های وارده به عصب می‌تواند در اثر خود بی‌حسی موضعی یا در اثر عمل جراحی باشد . ممکن است حین تزریق در محل هماتوم ایجاد شود که در اثر فشار به عصب پاراستزی موقت ایجاد می‌کند و ظرف چند روز از بین می‌رود (در بیماران هموفیلیاک بیشتر اتفاق می‌افتد) . ممکن است سر سوزن مستقیما برخورد کند که در این صورت نیز موقتی است ولی در سنین بالا هر پاراستزی موقتی می‌تواند دائمی بشود . در برخورد با این موضوع بیمار را باید حداقل برای یک پریود ۶ ماهه آماده کرد . دارو در مورد پاراستزی اثری ندارد و تجویز ویتامین‌های نوروتروپیک فقط به منظور حفظ ارتباط بین بیمار و طبیب است .

نوع دیگر صدمات مربوط به خود جراحی است :

الف) اسیب به عصب لینگوال: ضمن عمل صدمه به عصب لینگوال وقتی اتفاق می‌افتد که

صدمات ترتراکتور ــ دررفتن چیزل هنگام کار بر روی کرتکس لینگوال یا در رفتن فرز مطرح باشد.

بندرت دراثر کشانده شدن انسیزیون دیستال (در مورد عقل پائین) بسمت مدیال ممکن است در اثر انسیزیون هم قطع شود که در این صورت بایستی دو قسمت عصب را کنار هم قرار داده و دوخت. قطع عصب لینگوال احساس ناخوشآیندی در مریض بوجود میآورد.

ب) اسیب به عصب دندانی تحتانی بهتر است قبل از عمل رادیوگرافی بیمار ارزیابی شود، در درگیری کانال یا ریشه دندان عقل دو حالت دیده میشود. یا عصب در زیر کانال است و یا عصب از بین دو ریشهگذشته است در حالت اول بایستی از کاربرد بیحساب و عمیق الواتورها خودداری کرد زیرا باعث صدمه عصب و احیانا" راندو شدن آپکسها به داخل کانال خواهد شد. در صورت شکسته شدن ریشهها در این مواقع بایستی یا از وسائل جرمگیری استفاده کرد و یا با فرز روند استخوان اطراف را برداشت و بطور ملایم ریشه را خارج کرد. در هنگام کار در اطراف کانال خونریزیهائی وجود دارد که مربوط به وریدهای اطراف کانال است و با یک معمولی بند میآید و نگرانی ندارد. صورت دوم حالتی است که عصب از بین ریشهها گذشته باشد که خطر پارگی عصب وجود دارد. در این مواقع نباید اقدام به کشیدن دندان بافرسپس نمود (در حین کشیدن مریض معمولا" درد دارد) بلکه باید ریشهها را جدا کرد و سپس اقدام بهخارج کردن آنها نمود. با این وجود اگر عصب پاره شد بایستی اقدام به دوختن کرد. امروزه تکنیکهای Micro surgical Repair در این ارتباط رو به پیشرفت است. در هنگام خونریزی وقتی Involvement کانال وجود دارد نباید زیاد به یک فشار آورد زیرا پاراستزی میدهد. در مواردی که پاراستزی متعاقب جراحی بوجود آمده باشد اگر دو تا شش ماه مریض برنگشت بایدDecompression کرد که اسکار و فشار وارده را کم میکند.

گرفتاریهای مربوط به استخوان

وشکسته شدن ریشهها

Bone Complication

این مشکلات شامل دررفتگی فک ــ شکستگی توبروزیته ماگزیلا ــ شکستگی Lingual plate در ماندیبل و شکستگی خود زاویه فک پائین باشد. در مورد شکستگی بایستی بلافاصله Fixation انجام شود ــ در شکستگی توبروزیته اقدام خاصی لازم نیست. در مورد شکستگی ریشهها درصورتی که ریشه (آپکس) ۲ تا ۳ میلیمتر بیشتر نباشد، عفونی نبوده و جابجا نشده باشد میتوان چشمپوشی کرد و مریض را Follow/up نمود.

گرفتاریهای مربوط به سینوس

ممکن است ریشه بـه داخل سینوس برود که در افراد پیر بخصوص که اگر یک تک دنـدان کرسی در فک بالا موجود باشد بدلیل ارتباط نزدیک سینوسی محتمل است بایستی حتما" بکمک آنتروسکوپ بیرون آورده شود بخصوص که اگر عفونی باشد ، در موقع درآوردن عقل بالا در صورت امکان بایستی از فرسپس استفاده نکرد زیرا ممکن است فشار فرسپس دندان را به داخل سینوس براند . لذا بهتر است از الواتورها استفاده شود .

شکستگی وسیله

درصورت وقوع بایستی درصورت در دسترس بودن بکمک هموستات ظریف و در غیر اینصورت با خالی کردن اطراف آن را درآورد .

جابجائی دندان

در بالا ممکن است به سینوس یا فضای اینفراتمپورال و درپائین ممکن است به فضای ساب ماندیبولر یا تریگو ماندیبولر برود که درمانهای خاصی را ایجاب می‌کند .

مشکلات پس از عمل (Post Operative Complication)

عفونتها و درای ساکت

Dry Socket

درای ساکت (Alveolitis)

معمـولیترین عارضه عمل دندانهای نهفته است . از نقطه نظر علائم بعد از دو یا سه روز که بیمار علامتی ندارد با دردی تیر کشنده به شقیقه ـ فک مقابل و گوش همراه با تورم ندولهای لنفاوی مراجعه می‌کند . از نظر کلینیکی ساکت و محل عمل دراثر لیز لخته خالی است و استخوان نمای خاکستری رنگی داشته و در لمس بسیار دردناک است .

از نقطـه نظـر اتیولوژیک می‌تـوان به گیر کردن خورده‌های غذائی ، قطعات شکسته شده

استخوان و دندان، Involve شدن با بزاق ـ تروما‌ی به قسمت متراکم استخوان ـ استرس مکانیکی روی زخم ـ عدم ساپورت استخوانی زخم توسط نسج نرم ـ عدم رعایت بهداشت و علل هورمونال اشاره کرد.

درمان درای ساکت: شستشو با سرم فیزیولوژی و آب اکسیژنه ۳٪ بعد از برداشتن بخیه و کورتاژ ملایم زخم، پانسمان زخم توسط اکسیدوز نک واژنل که مورد اخیر از نظر زمان که هر ۲۴ یا ۴۸ ساعت احتیاج به تعویض دارد ارجح است. در صورت درد شدید مسکن تزریقی نیز تجویز می‌شود.

تحقیقات اخیر نشان داده است که درصد درای ساکت در مورد بیمارانی که در هنگام سیکل قاعدگی عمل می‌شوند با بیمارانی که قرص‌های ضد حاملگی مصرف می‌کنند به مراتب بیشتر است بر اساس تحقیقاتی که در دانشگاه هودینگ سوئد انجام شد آمار درای ساکت در بیمارانی که روز اول قاعدگی عمل شوند ۲۳/۱٪ ولی در بیمارانی که روز چهاردهم عمل شوند ۱۲/۸٪ می‌باشد که قابل توجه است. نتیجه‌ای که بدست می‌آید اینست که بهتر است عمل جراحی در بیماران زن در خارج از پریود مذکور انجام شود و در بیمارانی که قرص ضد حاملگی مصرف می‌کنند در پریودهای قطع قرص انجام گیرد. آمار گزارش شده از دانشگاه جرج‌تاون رقم ۱۸٪ را نشان می‌دهد ولی تجربه عملی ما در ایران نشان می‌دهد که آیا برای ما علی‌رغم اینکه از نظر استانداردهای عملی و بخصوص مسئله تجهیزات در مرتبه پائین‌تری است بسیار پائین‌تر از اینهاست بطورمثال ازمیان ۱۶۰ مورد عقل نهفته که در یکی از مراکز جهاد دانشگاهی عمل‌شدند آمار درای ساکت ۶٪ و آمار عفونت تنها ۲٪ بود. تذکر این نکته نیز ضروری است که حدودا" آمار درای ساکت در دندانهای Bony Impacted حدود پنج برابر بیشتر از Tissue Impacted است. مقایسه آمار کشور ما با کشورهای دیگر این فکر را ایجاد می‌کند حتما" بایستی بدنبال فاکتورهای دیگر در ارتباط با اتیولوژی درای ساکت باشیم.

دردو ادم و تریسموس

از مسائل شایع مبتلا به پس از عمل جراحی دندانهای عقل است. در برخورد با این مسئله اخیرا" در دانشگاه Tanta مصر توسط آقای محمد امین و لاسکین تحقیقاتی انجام گرفته و اثر معجزه‌آسای قرص ایندومتاسین که از داروهای آنتی‌انتلاماتوار غیر استروئیدی است به ثبوت رسیده است. بررسی‌های ابژکتیو و سفالومتریک نشان داده است که اگر به بیمار برای سه روز هر ۶ ساعت یکبار قرص ۲۵ یا ۵۰ میلی‌گرمی ایندومتاسین داده شود اثر ضد درد آن حدود سه برابر بیشتر از استامینوفن ۳۰۰ mg همراه با ۳۰ mg کدئین است و به موازات آن آمار درای ساکت هم چنین

ادم را پائین می‌آورد.

اثر داروی دیگری بنام Sodium Meclofenamate یا Meclofen اخیرا" در دانشگاه میشیگان بررسی شده که امتیاز اثر ضد درد آن دو یا سه برابر آسپیرین است. کمتر معده را تحریک می‌کند بصورت قرص‌های ۲۰۰ mg و ۱۰۰ هر ۶ ساعت یکبار تجویز می‌شود و اثرات جانبی آن نیز به مراتب کمتر از آسپیرین است.

در ارتباط با ادم و تریسموس پس از عمل دندانهای نهفته براساس تحقیقی که اخیرا" در دانشگاه کالیفرنیا انجام گرفته اثرات متیل پردنیزولون در یک دوز واحد mg ۱۲۵ درهنگام عمل جراحی بررسی شده و نتایج نسبتا" خوبی بدست آمده است بدین معنی که تورم بعد از عمل بسیار ناچیز است درحالی‌که یک دوز واحد دارو اثرات جانبی Supressive روی آدرنال نیز ندارد و علی‌الاصول ضرری متوجه بیمار نمی‌شود.

عفونتهای مربوط به نسج نرم وسخت

از عوامل موثر در عفونت می‌توان از مقاومت مریض، وجود عفونت در محل عمل، تروما، کاربرد وسائل غیراستریل، له کردن نسج در هنگام عمل را نام برد. عفونت در فک پائین در زاویه می‌تواند سریعا" بطرف تشکیل آبسه و سلولیت پیش رود. در فک‌ئین عفونت می‌تواند درفضای باکال ـ تریگوماندیبولر پارافارنژیال ـ پری‌تونسیلر ـ ساب لینگوال ـ ساب ماندیبولر ـ پری ماندیبولر متمرکز شود و در بالا می‌تواند در سینوس، فضای تریگوماندیبولر ـ شقیقه و گونه بوجود آید. بر اساس یک آمار از کشور آلمان آمار عفونت‌های پس از عمل دندانهای عقل برابر ۷/۸% است که در مقایسه با آمار ۲% ما در درمانگاه جراحی جهاد دانشگاهی همانطور که قبلا" ذکر شد بایستی بدنبال علت آن بود. در ارتباط با مسئله عفونت در بیمارانی که اشکالات متابولیک دارند مانند بیماری قند و غیره بایستی علاوه بر احتیاطات مربوط به بیماری زخم را خوب بست. درمورد بیماران مبتلا به پری‌کرونیت بالینی حتما" تا برطرف شدن تریسموس جراحی نکرد و با آنتی‌بیوتیک پروفیلاکسی کرد. در این ارتباط از داروهائی که بدلیل تشابه ماهیت بیماری با ANUG (Acute Necrotizing Ulcerative Gingivitis) تجویز می‌شود فلاژیل (مترونیدازول) است.

خونریزی پس از عمل

خونریزی ممکن است چند ساعت پس از عمل در اثر کاربرد بیش از حد وازوکنستریکتور پیش

آید که با یک توصیه‌های معمولی به بیمار بند می‌آید و در صورت بند نیامدن با سوچور ماتریس یا درسینگ بافشار کنترل‌می‌شود .البته در این موارد بایستی بیش‌از واقع نشان دادن خونریزی بوسیله بیمار را نیز در نظر داشت . اگر بعد از چند روز خونریزی شروع شد در اثر عفونت است و نبایستی محل بسته شود زیرا عفونت منتشر و تشدید می‌شود . در مورد بیماری که مبتلا به Hemorrhagic Disorder بوده و آنتی کواگولان دریافت می‌کند بایستی مرتب P.T.T کنترل شود .

هماتوم:

هماتوم مشکل عمده‌ای در مورد عملی دندانهای نهفته نمی‌باشد وندرتا" پیش می‌آید .درصورت وقوع به‌بیمار بایستی دستور کمپرس سرد داده شود . آنتی‌بیوتیک تراپی انجام گیرد و حتما" از نظر سیستمیک کنترل شود .

نکروزموکوس مامبران

این مسئله در اثر تزریق بوجود می‌آید و از موارد نادر است ، در تزریق ترکیبات حاوی آدرنالین در سقف دهان بایستی مواظب بود . در صورت وقوع بایستی بدلیل تشابه ضایعه با نکروز ناشی از دیابت ملیتوس و لوسمی آگرانولوسیتوز این دو بیماری را رد کرد . درمان آن شستشو با آب اکسیژنه و استفاده موضعی از پماد هیدروکورتیزون است .

منابع ومأخذ

1. Triple.O- 1986-61 : 134-188
2. Int.J.Oral surg. 1983 : 12 : 226-231
3. Triple.O-1985-54 : 446-448
4. J. Oral and Maxillo facial surg. 43. 767-754-1485
5. Oral surg. 58, 1484
6. Int. J. Oral surg. 1482 : 11 : 310-315
7. Oral surg. January. 1483
8. Int. J. Oral Maxillo fac. surg. 1985 : 15 : 25-24
9. Int. J. Oral surg. 1985 : 114 : 241-244
10. Oral and Maxillo facial surgery. Daniel M.Laskin
11. Text Book of Oral and Maxillo facial sur g. Gustauo Kruger