

بررسی میزان شیوع Dry Socket در مراجعه‌کنندگان به بخش جراحی دانشکده دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران (مهر ماه ۷۶ تا تیر ماه ۷۷)

دکتر حمید محمودهاشمی

استادیار گروه آموزشی جراحی دهان و فک و صورت دانشکده دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی، درمانی تهران

Title: A Clinical Study of Dry Socket in Dept. of Oral and Maxillofacial Surgery, Faculty of Dentistry, Tehran University of Medical Sciences (Oct. 97-Jul. 98).

Author: Mahmood Hashemi H. Assistant Professor

Address: Dept. of Oral and Maxillofacial Surgery, Faculty of Dentistry, Tehran University of Medical Sciences

Abstract: Dry socket is one of the most common complications of teeth extractions. Etiology and pathogenesis of dry socket are not clearly known but many related predisposing factors have been discussed. According to this, a cross-sectional study was conducted at the department of oral and maxillofacial surgery (Tehran University of Medical Sciences, Oct. 97- Jul. 98). 4880 teeth were extracted which 25 of them recalled with dry socket. The relationship between the effective factors and dry sockets was evaluated. The effective factors were as follows: age, sex, site of extraction, and trauma during extraction, infection, oral hygiene, smoking, and systemic diseases. Results showed that the incidence of dry socket was %0.5, and the number of cases observed in women was two times more than men. Also, mandibular third molars were involved more than any other areas.

Key Words: Dry Socket- Diagnosis- Alveolitis- Osteitis- Dry Socket Etiology

Journal of Dentistry, Tehran University of Medical Sciences (Vol. 14, No:1, 2001)

چکیده

حفره خشک (Dry Socket) یکی از عوارض نسبتاً شایع در آوردن دندانها می‌باشد. اتیولوژی و پاتوژنز این عارضه کاملاً شناخته شده نیست و فاکتورهای متعددی به عنوان عوامل مستعدکننده این عارضه مطرح شده‌اند. در راستای نیاز به انجام تحقیقات بیشتر در مورد میزان شیوع و اتیولوژی این عارضه، مطالعه حاضر در بخش جراحی دهان و فک و صورت دانشکده دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران به صورت مقطعی از اول مهر ماه سال ۱۳۷۶ تا پایان تیرماه سال ۱۳۷۷ انجام شد. در این مدت تعداد دندانهای کشیده شده ۴۸۸۰ مورد و تعداد بیمارانی که با عارضه حفره خشک به بخش مراجعه نمودند، ۲۵ مورد بود. در این مطالعه عوامل مؤثر شامل: سن، جنس، نوع دندان کشیده شده، علائم عارضه، وارد شدن تراوما حین کشیدن دندان، سابقه عفونت دندان، سطح بهداشت دهان، استعمال دخانیات و ابتلا به بیماریهای سیستمیک بود. نتایج نشان داد که شیوع حفره خشک در بخش جراحی دهان و فک و صورت این دانشکده حدود ۰/۵٪ و در خانمها بیش از دو برابر آقایان بود. این حفره در ناحیه مولرهای سوم فک پایین به میزان قابل ملاحظه‌ای بیشتر از نواحی دیگر مشاهده گردید.

کلیدواژه‌ها: تشخیص حفره خشک- التهاب آلونول- تورم استخوان- اتیولوژی حفره خشک

مجله دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی، درمانی تهران (دوره ۱۴، شماره ۱، سال ۱۳۸۰)

مقدمه

عارضه حفره خشک (Dry Socket) معمولاً ۳-۴ روز پس از خارج‌نمودن دندان آغاز می‌شود و علائم مهم آن عبارتند: از درد شدید منتشرشونده، فقدان لخته خون در حفره آلوئول، طعم و بوی نامطبوع دهان، وجود مواد نکرورزشده و خاکستری در داخل حفره آلوئول (۱).

این عارضه در اثر فیبرینولیز و انهدام لخته خون تشکیل می‌شود و تولید کینین‌های موضعی عامل درد به شمار می‌رود (۲).

اتیولوژی حفره خشک کاملاً شناخته شده نیست؛ عوامل مستعدکننده مطرح‌شده درباره این عارضه عبارتند از: تراما در حین کشیدن دندان، عفونت، وجود مواد رگ فشار در محلول‌های بی‌حسی، استعمال دخانیات، مصرف قرص‌های ضدبارداری، پایین‌بودن سطح بهداشت دهان و برخی بیماری‌های سیستمیک (۳).

بطور کلی درمان حفره خشک شامل روش‌های تسکینی است. پس از شستشو و خشک‌کردن ناحیه مبتلا، پانسمانی که به‌طور معمول حاوی مواد تسکین‌دهنده است در حفره آلوئول قرار داده می‌شود (که این ماده معمولاً اوزنل اکسید دوزنگ است) و با توجه به شدت درد، داروی ضد درد سیستمیک نیز تجویز می‌گردد (۴).

هدف از انجام این تحقیق بررسی میزان شیوع و عوامل مؤثر در ایجاد حفره خشک می‌باشد.

روش بررسی

این مطالعه در بخش جراحی دهان و فک و صورت دانشکده دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران و به صورت مقطعی از اول مهرماه سال ۷۶ تا پایان تیرماه سال ۷۷ انجام شد. در این مدت بیمارانی که با عارضه حفره خشک به بخش مراجعه نمودند، مورد بررسی قرار گرفتند و

آن دسته از بیماران مبتلا به این عارضه که کشیدن دندان آنها در همین بخش انجام شده بود، انتخاب شدند. علت قرار دادن این محدودیت دو مسأله بود:

۱- شرایط عمل از نظر استریلیزاسیون و مهارت عمل‌کنندگان تا حد امکان یکسان باشد.

۲- کسب اطلاعات لازم از فردی که دندان را کشیده است، امکان‌پذیر باشد.

با در نظر گرفتن این محدودیت، برای تمامی افراد مبتلا به حفره خشک، پرسشنامه مربوطه تکمیل و موارد زیر بررسی گردید:

جنس - سن - نوع دندان کشیده شده - علائم عارضه - وارد شدن تراما در حین کشیدن دندان - سابقه عفونت دندان - سطح بهداشت دهان - استعمال دخانیات و ابتلا به بیماری سیستمیک

ملاک‌های مورد نظر برای وارد شدن تراما حین کشیدن دندان عبارت بود از: طولانی شدن زمان کشیدن دندان (بیش از ۱۵ دقیقه)، پارگی نسوج نرم و شکستن تاج، ریشه‌ها یا استخوان آلوئول، جدا نمودن ریشه‌ها در حین کشیدن دندان، برداشتن استخوان با فرز یا رانژور برای دسترسی به ریشه‌ها، که در مورد این مسائل از فردی که دندان را کشیده بود، سؤال می‌گردید.

با بررسی کلیشه رادیوگرافی دندان قبل و بعد از کشیدن، و سؤال از دانشجوی مسؤول در مورد وجود هر گونه عفونت اندو یا پریو در حین کشیدن دندان، وجود این عامل مشخص می‌گردید.

به منظور تعیین سطح بهداشت دهان، پس از مشورت با بخش پرئودنتیکس، از ایندکسی به نام CI-S^۱ استفاده شد.

یافته‌ها

سطح بهداشت دهان: در این بررسی ۹۵/۸٪ موارد

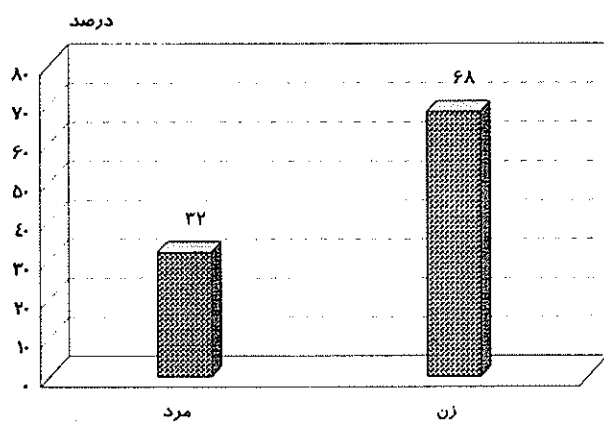
مورد مطالعه از بهداشت دهانی خوبی برخوردار نبودند (جدول شماره ۱).

استعمال دخانیات: ۱۲٪ از افراد مورد مطالعه از

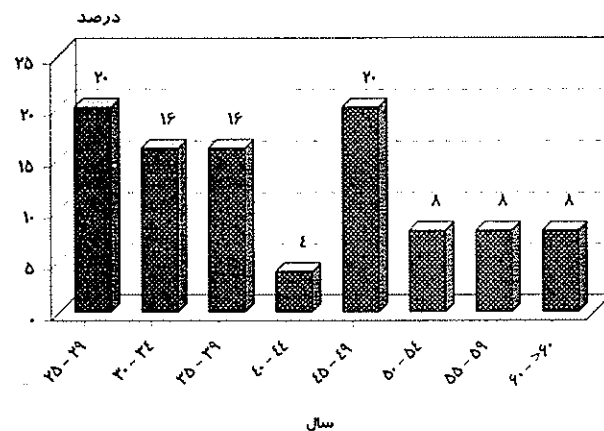
دخانیات استفاده می‌کردند (جدول شماره ۴).

بیماریهای سیستمیک: ۴۰٪ افراد مورد مطالعه به

نوعی بیماری سیستمیک مبتلا بودند^۳ (جدول شماره ۱).



تصویر شماره ۱- رابطه حفره خشک با جنس بیماران مورد مطالعه



تصویر شماره ۲- رابطه حفره خشک با سن بیماران مورد مطالعه

از مهرماه سال ۱۳۷۶ تا تیرماه سال ۱۳۷۷، تعداد کل دندانهای کشیده شده در بخش جراحی دهان و فک و صورت ۴۸۸۰ مورد و تعداد موارد ابتلا به حفره خشک ۲۵ مورد بوده است که شیوع این عارضه حدود ۰/۵٪ به دست آمد.

نتایج حاصله از ارتباط عوامل مورد مطالعه با حفره خشک به شرح زیر می‌باشد:

جنس: در این مطالعه زنان مبتلا (۶۸٪) بیش از دو برابر مردان (۳۲٪) بود (تصویر شماره ۱).

سن: بیشترین درصد ابتلا در گروههای سنی ۲۹-۲۵ و ۴۵-۴۹ سال قرار داشتند (تصویر شماره ۲).

نوع دندان کشیده شده: مجموعاً بیشتر موارد ابتلا به حفره خشک، در فک پایین و در ناحیه مولرها و بخصوص مولر سوم بوده است (تصویر شماره ۳).

علائم عارضه: بیشتر افراد مبتلا با شکایت درد، طعم و بوی نامطبوع و دبری‌های خاکستری رنگ در حفره مراجعه نمودند؛ اما در ۲۸٪ موارد، طعم و بوی بد وجود نداشت و در ۱۶٪ موارد دبری‌های خاکستری مشاهده نشد و درد شکایت اصلی همه مبتلایان بود^۲ (تصویر شماره ۴).

وارد شدن تراما در حین کشیدن دندان: در بین بیماران مورد مطالعه اختلاف قابل توجهی از نظر وارد شدن تراما در حین کشیدن دندان مشاهده نشد. (جدول شماره ۱).

سابقه عفونت دندان: نتایج بدست آمده نشان داد که در بیش از $\frac{۲}{۳}$ موارد مورد مطالعه، دندان کشیده شده دچار عفونت بوده است (جدول شماره ۱).

^۳ بیماریهای سیستمیک عبارت بودند از: ۳ مورد قلبی، ۱ مورد کبدی، ۱ مورد غدد، ۱ مورد مفصلی، ۲ مورد گوارشی، ۱ مورد قلبی و غدد، ۱ مورد بالا بودن چربی خون.

^۲ علامت ۱= درد؛ علامت ۲= طعم و بوی نامطبوع؛ علامت ۳= دبری‌های خاکستری رنگ در حفره

جدول شماره ۱- توزیع موارد مورد مطالعه بر حسب عوامل مورد مطالعه

درصد	تعداد	فراوانی عوامل مورد مطالعه	
		دارد	ندارد
۴۸	۱۲	دارد	تراما
۵۲	۱۳	ندارد	تراما
۶۸	۱۷	دارد	سابقه عفونت دندان
۳۲	۸	ندارد	سابقه عفونت دندان
۴/۲	۱	خوب	سطح بهداشت دهان*
۶۲/۵	۱۵	متوسط	
۳۳/۳	۸	ضعیف	
۱۲	۳	دارد	استعمال دخانیات
۸۸	۲۲	ندارد	استعمال دخانیات
۴۰	۱۰	دارد	ابتلا به بیماری سیستمیک
۱۰۰	۱۵	ندارد	ابتلا به بیماری سیستمیک

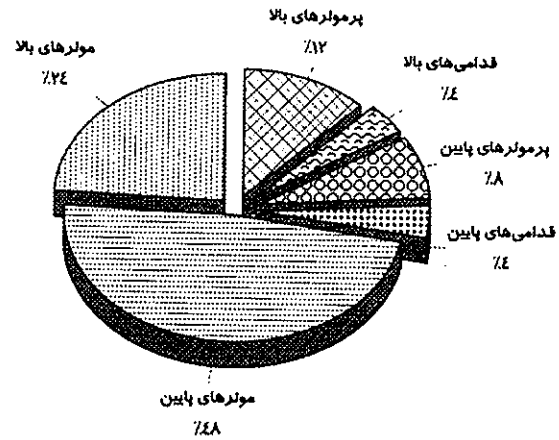
* یکی از بیماران بی دندان بود که در محاسبات منظور نشد.

Turner ۲/۶٪ و در مطالعه Heasman- Jacobs ۲/۹٪ گزارش شده است (۵۶).

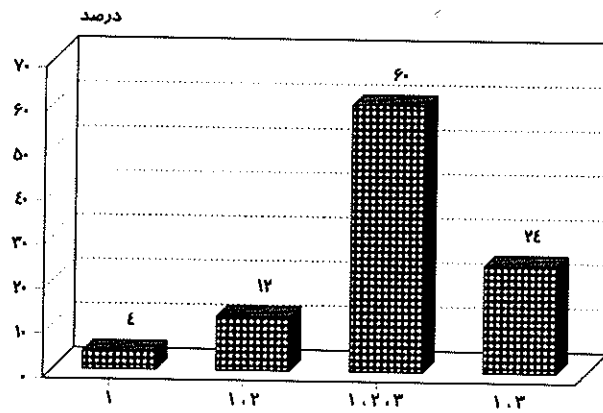
جنس: در این مطالعه تعداد خانمهای مبتلا بیش از دو برابر آقایان بود (۶۸٪ در مقابل ۳۲٪)؛ Amaratunga- Senatne نیز در مطالعه خود نتیجه مشابهی را گزارش کرده‌اند (نسبت آقایان به خانمها ۱ به ۲/۴) (۷)؛ اما در مطالعات Turner و Heasman- Jacobs میزان بروز این عارضه در زنان و مردان تفاوت معنی داری نداشته است.

سن: افراد مورد مطالعه با بیشترین درصد در گروههای سنی ۲۵-۲۹ و ۴۵-۴۹ سال قرار داشتند. در مطالعات Amaratunga- Senatne, Heasman- Jacobs و Speechley و همکاران بیشترین میزان بروز این عارضه در گروه سنی ۲۱-۳۰ سال (دهه سوم) گزارش شده است (۸، ۷۶).

ناحیه دندان کشیده شده: از میان موارد مورد مطالعه ۴۰٪ مربوط به فک بالا و ۶۰٪ مربوط به فک پایین



تصویر شماره ۳- توزیع و محل دندان کشیده شده



تصویر شماره ۴- علائم عارضه در بیماران مورد مطالعه

بحث و نتیجه گیری

این مطالعه به صورت مقطعی از اول مهرماه ۷۶ تا پایان تیرماه ۷۷ و به منظور تعیین میزان شیوع عارضه حفره خشک در دندانهای کشیده شده در بخش جراحی دهان و فک و صورت دانشکده دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران و نیز بررسی تعدادی از عوامل مستعدکننده این عارضه انجام گرفت.

میزان شیوع: شیوع این عارضه در مطالعه حاضر حدود ۰/۵٪ بود که نسبت به اکثر ارقام گزارش شده، پایین تر می باشد که ممکن است به علت عدم مراجعه عده ای از مبتلایان به این بخش باشد. شیوع این عارضه در مطالعه

تراما و در ۴۸٪ موارد همراه با تراما بود. در مطالعه Turner میزان بروز تراما، ۸٪ و در مطالعه Amaratunga-Senatatne ۶/۵٪ گزارش شده است (۵،۷).

سابقه عفونت دندان: در ۶۸٪ موارد مورد مطالعه، دندانهای کشیده شده، دچار عفونت بودند.

سطح بهداشت دهان: بهداشت دهان در ۶۲/۵٪ افراد مورد بررسی متوسط، در ۳۳/۳٪ ضعیف و در ۴/۲٪ خوب بود. استعمال دخانیات: ۸۸٪ از افراد مبتلا به عارضه حفره خشک، از دخانیات استفاده نمی کردند و ۱۲٪ از آنان سیگاری بودند.

ابتلا به بیماری سیستمیک: ۴۰٪ افراد مورد مطالعه به نوعی بیماری سیستمیک مبتلا بودند و ۶۰٪ از آنان هیچ گونه مشکل سیستمیک نداشتند.

Amaratunga-Senatatine در مطالعه خود گزارش کرده اند که میزان بروز این عارضه در افرادی که از نظر سیستمیک سالم بوده اند و افرادی که از سلامت عمومی خوبی برخوردار نبوده اند، تفاوت قابل ملاحظه ای نداشته است (۷).

تشکر و قدردانی

در خاتمه از زحمات سرکار خانم دکتر نغمه محسنی کاشانی تشکر می گردد.

می باشد. بروز این عارضه در ناحیه مولر (۷۲٪ کل موارد) به میزان قابل توجهی بیشتر از سایر نواحی و در مولرهای پایین دو برابر مولرهای بالا بود. ۳۲٪ موارد به دندانهای عقل فک پایین اختصاص داشت؛ در حالی که هیچ یک از موارد، مربوط به دندانهای عقل فک بالا نبود. نواحی مختلف فکین به ترتیب نزولی شیوع عارضه عبارت بودند از: مولرهای پایین، مولرهای بالا، پرمولرهای پایین، نواحی قدامی. این ترتیب را Turner در مطالعه خود به صورت: مولرهای پایین، مولر اول بالا، پر مولرهای بالا، پرمولرهای پایین و Amaratunga-Senatatne به صورت: مولرهای سوم پایین، مولر اول پایین، مولر دوم پایین، پرمولرهای پایین و مولرهای اول و دوم بالا، مولرهای سوم بالا گزارش کرده اند (۷،۵)؛ لازم به ذکر است که در مطالعه Turner در نواحی قدامی و نیز در نواحی مولرهای دوم و سوم بالا هیچ موردی از حفره خشک مشاهده نشده است (۵).

در مطالعه Heasman-Jacobs بروز این عارضه در فک پایین ۴/۷٪ و در فک بالا ۱/۳٪ گزارش شده و Speechley گزارش کرده است که بالاترین میزان بروز این عارضه در دندانهای خلفی فک پایین بوده است (۸،۶).

علائم عارضه: در ۲۸٪ موارد مورد مطالعه، طعم و بوی نامطبوع وجود نداشت و در ۱۶٪ موارد دبری های خاکستری رنگ در ساکت مشاهده نشد.

تراما: در ۵۲٪ موارد مورد مطالعه، کشیدن دندان بدون

منابع:

- 1- Alling CC, Helfrick JF, Alling RD. Impacted Teeth. 3rd ed. Philadelphia: WB Saunders; 1993: 302.
- 2- Laskin DM. Oral and Maxillofacial Surgery. Vol. 2. 1st ed. St. Louis: CV Mosby; 1985: 205.
- 3- Peterson LJ. Oral and Maxillofacial Surgery. 3rd ed. St. Louis: Mosbey; 1988: 181.
- 4- Moor JR. Surgery of the Mouth and Jaws. 2nd ed. USA: Black Well; 1985: 169.
- 5- Turner PS. A clinical study of "dry socket". Int J Oral Surg 1982; 11(4): 226-31.
- 6- Heasman PA, Jacobs DJ. A clinical investigation into the incidence of dry socket. Br J Oral Maxillofac Surg 1984; 22 (2): 115-22.
- 7- Amaratunga NA, Senatane CM. A clinical study of dry socket in Seri Lanka. Br J Oral Maxillofac Surg 1988; 26 (5): 410-18.
- 8- Speechley JA, Field EA, Rotter E, Scott J. Dry socket incidence compared after a 12 years interval. Br J Oral Maxillofac Surg 1985; 23 (6): 419-27.