

نامه مالانه دانشکده پزشکی

هیئت تحریریه :

دکتر ناصر انصاری دکتر یحیی عدل دکتر حسین گل کلاب
دکتر محمد بهشتی دکتر صادق عزیزی دکتر محمد علی ملکی
دکتر محمود سیاسی دکتر محمد فریب دکتر حسن میر دامادی
دکتر جهان شاه صالح دکتر انصرة الله کاسمی دکتر هاشم هنجن
رئیس هیئت تحریریه - دکتر جهان شاه صالح
مدیر داخلی - دکتر محمد بهشتی

شماره ششم

اسفندماه ۱۳۴۸

سال هفتم

درمان ناسورهای دندانی بوسیله تزریق پنی سیلین در گانگال ریشه دندان

نگارش

دکتر محمود سیاسی

استاد بیماریهای دندان و رئیس بخش جراحی دندان

در ضایعات و آماس بند دندان گندزدائی ریشهها از ضروریات است ولی باید دانست که این عمل برای معالجه کافی نبوده بلکه تنها یک درمان اولیه محسوب میشود. بخصوص در عوارض نوک ریشه ضد عفونی ریشهها بتهنهایی کافی نبوده و کاملاً ناقص است. ضایعات مختلفه ورمهای بند دندان از قبیل: گرانولم ساده اپیتلیال، کیست، ناسورهای دندانی بطریقهای مختلف تحت معالجه قرار میگیرند:

درمان بوسیله عملیات جراحی مانند: تراش لانه دندان، قطع نوک ریشه، کشیدن دندان، غالباً قطعی و کامل است. ناسورهای دندانی بطریقهای دیگری نیز معالجه میشوند:

یکی درمان بوسیله عوامل ضد عفونی، قلیائی و سوز آور - دیگری تزریق داروهای پلشت بر درمسیر ناسور.

درمان بوسیله عوامل پلشت بر سوز آور گاهی (در حدود ۳۰ درصد) ناسور را معالجه میکند، که راه عمل آن چنین است: از دندان مورد عمل قبل از هر چیز پرتونگاری نموده و پس از آن کانال دندان را تا انتهای نوك ریشه باز و وسیع مینمائیم. پس از آن با فرمل یا تری اکسی متیلن کانالها را پانسمان نموده و روی آنرا با سیمان کاملاً می بندیم.

برای تهیه خمیر يك قسمت تری اکسی متیلن و ۱۰ قسمت اکسید دو زنك را با محلولیکه از يك قسمت فرمل و ۱۱ قسمت اسید فنیک ترکیب شده، مخلوط نموده، خمیر درست میکنیم.

این خمیر را باید با دقت در کانالها و حفره پولپ داخل نموده و روی آنرا بیندیم ناسورها گاهی با تکرار این عمل در یکی دو جلسه معالجه میشوند. گاهی نیز با این روش ناسور معالجه نمیشود که بایستی برای معالجه آن از طریق دیگر اقدام نمود.

غالباً در این موارد، در مسیر ناسورها داروهای گندزدا و سوز آور داخل میکنیم، طرز داخل کردن این دارو و رساندن آن بمسیر ناسور سه راه انجام میشود:

۱- بوسیله فشار- محلولی به نسبت ۱۰ قطره کره ئوزت و یک قطره فرمل درست کرده و پنبه را با آن آغشته نموده در حفره پولپ و کانال ریشه قرار میدهیم. و پس از آن با فشار ملایمی که بتدریج افزوده میشود بر آن وارد میآوریم البته باید دانست روی این پانسمان را حتماً باید بوسیله کوتا یا کائوچوی نرم دندان سازی پوشانده باشیم. در اثر فشار مقداری از مایع بطرف نوك ریشه رفته و از آنجا بمنفذ و مخرج فیستول یا ناسور میرسد.

۲- بوسیله تبخیر - خمیری با ترکیبات زیر دست میکنیم:

تری اکسی متیلن يك قسمت، اکسید دو زنك چهار قسمت، فرمل و کره ئوزت بمقدار مساوی و کافی خمیر نموده و با دقت در مجرای ریشه و حفر پولپ دندان پر میکنیم.

پس از سفت شدن خمیر تاج دندان را گرم میکنیم در اثر حرارت بخار فرمل و کره نوزت متصاعد میشود، و چون دندان از هر جهت مسدود است گازهای حاصله از مجرای ریشه عبور نموده و به ناسور میرسند

با اینطریقه بخارهای فرمل و کره نوزت برای معالجه ناسورها استعمال میشوند.

۳ - بوسیله تزریق - قبل از شروع عمل بایستی تحقیق کرد که آیا مسیر ناسور

بازو دارای منفذ خروجی هست یا نه؟ برای اجرای این بازرسی آب اکسیژنه رقیق را داخل سرنک نموده و با فشار آنرا وارد کانال دندان مینمائیم.

اگر حبابهایی در انتهای ناسور ایجاد شد دلیل آنست که ناسور دارای منفذ خروجی

میباشد زیرا آب اکسیژنه بصورت حباب از آن خارج میشود. و میتوان عمل درمان را شروع کرد، و اگر این حبابها ظاهر نشود دلیل آنست که راه منفذ ناسور بسته و معالجه با این طریقه بیفایده است.

پس از آنکه از باز بودن منفذ ناسور مطمئن شدیم. در سرنک مخصوص مایع

سوزآور، قلیائی که غالباً عبارت از ۱۰ قطره کره نوزت و یک قطره فرمل است ریخته و سر سوزن سرنک را داخل مجرای ریشه نموده و تزریق مینمائیم. بمجرد اینکه مایع در مخرج و منفذ ناسور ظاهر شد زرق را متوقف مینمائیم:

پس از آن یک قسمت تری اکسی متیلان و ۲۰ قسمت اکسید دوزنگ را با محلولی

که از ۱۱ قطره اسید فنیک و یک قطره فرمل است مخلوط نموده و خمیری میسازیم از این خمیر پس از تزریق مجرای ریشه و حفر پولپ را پر مینمائیم و باین ترتیب نیز گاهی اوقات ناسور معالجه میشود.

باید دانست که با طریقه های مذکور در بالا همیشه ناسورهای دندانی معالجه

نمیشوند، بلکه گاهی مجبور میشویم برای اینکه عوارض عمومی به بیمار دست ندهد دندان را بکشیم.

در سالهای اخیر با کشف سولفامیدها و پنی سیلین معالجات باین داروها رواج کامل

پیدا کرده است، اینجانب نیز سعی کرده ام در بخش جراحی دندان دانشکده دندانپزشکی اثر درمانی داروهای فوق را در ضایعات دندانی مورد مطالعه و بررسی قرار دهیم.

خوشبختانه در معالجات نژله دندان و دمل بخصوص ناسورهای دندانی نتایج قابل ملاحظه ای مشاهده نموده ام. در زیر اثرات نیکوی پنی سیلین رادرضایعات دندان که مشاهدات اینجانب است می نگارم،

در عوارض پوسیدگی درجه ۴ و ناسور دندانی درمان باطریقه معمولی نتیجه گرفته نشد، ولی باطریقه مخصوصی که درمان موضعی و عمومی توام بوده نتایج درخشانی حاصل گردیده است.

همانند متدهای قبل از ناسورهای مخاطی دندان پرتونگاری نموده حفره پولپ و کانال ریشه را بازو وسیع مینمائیم. سپس در سرنک مخصوصی که سوزن آن داخل کانال ریشه میشود محلول آب اکسیژنه مضاعف ریخته و با فشار محلول را وارد مجرای ریشه میکنیم پس از آنکه حبابهای آب اکسیژنه از منفذ ناسور خارج شد مطمئن خواهیم شد که معالجات بعدی مثمر خواهد بود.

سپس يك شیشه پنیسیلین سیصد هزار واحدی روغنی یا کریستال انتخاب نموده و دو سانتی متر مکعب سرم فیزیولوژیک بآن اضافه مینمائیم.

نصف این محلول را در داخل عضله بطریقه معمولی تزریق مینمائیم. نصف دیگر از این محلول پنی سیلین برای درمان موضعی بمصرف خواهد رسید باین ترتیب:

که ۱۰ قطره از محلول بالا را با پنج قطره اوژنول مخلوط نموده بایو در سولفا نیلامید و اکسید دوزنک خمیری درست مینمائیم سه قطره از این محلول پنیسیلین را بروی فتیله نازکی از پنبه ریخته و حاضر نگاه میداریم.

بقیه محلول را (در حدود ۱۰۰ هزار واحد) با سرنک مخصوص که سوزن آن بشکل سرنیزه است در کانال ریشه دندان به ته ریشه تزریق مینمائیم بطریقیکه یکی دو قطره از مجرای ناسور خارج شود.

بلافاصله پنبه آلوده به پنیسیلین را در کانال ریشه داخل نموده روی آن را با خمیری که قبلاً تهیه کرده بودیم می بندیم.

بفاصله دو روز عملیات قبلی را تکرار مینمائیم، در روز سوم پس از تزریق پنیسیلین

بعوض نهادن فتیله در کانال ریشه دندان خمیری که مرکب از پنی سیلین و سولفامید و اکسید دوزنک و اژنول است پر نموده و در وسط آن مخروط گوتاپر کا فرو میکنیم، در حفرة پولپ نیز قدری از همان خمیر گذاشته دندان را پر موقت مینمائیم.

پس از سه روز که مریض مراجعت مینماید احساس هیچگونه ناراحتی و ناسور هنجاری در دندان نموده و هیچ عفوئتی در دهان وجود نخواهد داشت و این دلیل معالجه کامل ناسور است.

پس از آنکه باین مرحله رسیدیم دندان برای پر کردن دائمی آماده است. در نتیجه مطالعات اینجانب در مدت دو سال بیش از ۸۰ درصد از ناسورهای دندانی با این روش معالجه شده اند در صورتیکه با متدهای سابق تنها ۳۰ درصد قابل درمان بودند. در خاتمه مشاهدات خود را که اخیراً بروی سه بیمار مطالعه نموده ام برای اطلاع همکاران گرامی و بعنوان شاهد ذکر مینمایم:

۱ - آقای «ب» ۲۵ ساله که در تاریخ ۲۷/۲/۸۰ باینجانب مراجعه نمود.

بیمار مبتلا به پوسیدگی عمیق دندان ثنایای وسطی سمت چپ بالا بود.

طبق اظهار خودش از دو سال قبل دندان شروع بیوسیدگی نمود و بیمار تحمل درد ورنج و عذاب آن نموده و بدندان پزشک مراجعه نمی نمود، تا آنکه از یک هفته قبل برآمدگی بشکل دگمه در روی لثه مقابل دندان پوسیده حس مینماید که زمانی قطره چرکی از آن خارج میشده و گاهی نیز بدون چرک بوده است.

مریض فوق در ضمن اضافه نمود که دندان مزبور فعلاً مدت شش ماه است که بدون درد میباشد.

و همچنین اظهار داشت که مرتباً بوسیله چوب کبریت و سوزن مواد غذایی را از دندان بیرون میآورد.

اینجانب پی از معاینه بیمار مشاهده نمودم که دندان مبتلا به یک پوسیدگی درجه چهارم بوده و در ضمن ناسور مخاطی در طرف قدامی ایجاد نموده است.

پس از پرتونگاری از دندان تشخیص ناسور دندانی مسلم گشته و موجب تأیید

نظریاتم شد

در جلسه اول دندان راشست و شوداده و با اکسکاواتور تراشیده و مواد عفونی را بیرون آوردم.

پس از آن کانال دندان را باز نموده و با آب اکسیژنه شستشودادم.

شستشوی ضد عفونی با آب اکسیژنه بمریض دستور داده و جلسه اول را خاتمه دادم. در جلسه بعدی کانال ریشه را وسیع نموده و سوزن راتانوک ریشه فرو بردم، سپس بطریقه معمولی که در بالا ذکر شد سرنگ را از آب اکسیژنه مضاعف پر نموده (باسرنگ مخصوص کانال) و مایع را با فشار در داخل کانال و بعمق آن تزریق نمودم. پس از خروج حباب از منفذ ناسور طبق آنچه که گفته شد پنی سیلین را در داخل مجرای ریشه تزریق و نموده دندان را با فتیله و خمیر سابق الذکر پر نمودم.

پس از سه جلسه دندان را با خمیر پنی سیلین، سولفانیلامید، اوژنل، اکسید دوزنک، پروته بندی نموده و روی آن را پر دائمی نمودم.

اکنون مدت ۶ ماه است که ناسور بیمار مزبور کاملاً بهبودی یافته و نامبرده هیچگونه شکایت و نارضایتی از دندان خود ندارد.

۲ - خانم ح ... ۲۳ ساله که در تاریخ ۲۸/۳/۴ به اینجانب مراجعه نمود. طبق اظهار خود بیمار مدتی بمعالجه دندان انیاب طرف راست آرواره بالا پرداخته و پس از آن پر نموده است پی از اندی مبتلا بتورمی در ناحیه کاین میشود که خودش مدعی بود که لته اش گوشت زیادی آورده است. پس از معاینه دقیق و پرتونگاری تشخیص ناسور مخاطی دندان قطعی و مسلم گردید.

باز کردن و وسیع کردن کانالها و پلشت بریها بطریقه معمولی انجام گردید. پس از آن معالجاتی که در بالا شرح داده شد بعمل آمد، بیمار در مدت یک هفته کاملاً معالجه و پس از آن دندان را پر کرده و بیمار را مرخص نمودم.

با وجود اینکه بمریض تذکر داده شد که در اثر احساس کوچکترین ناراحتی مجدداً مراجعه کند فعلاً مدت شش ماه است که از بیمار خبری نیست.

۳ - آقای م ... ۴۵ ساله در ناحیه قدامی دندانهای جلو مبتلا به تورم و برآمدگی شده بود در صورتیکه دندانهایش بقول خود او اصلاً «کرم خوردگی!» (پوسیدگی) نداشت.

چون از ناحیه دندانهای جلو آرواره پائین ناراحت بود در تاریخ ۳۸/۷/۸ به بخش جراحی دندان دانشکده مراجعه نموده .

در نتیجه معاینه دقیقی که اینجانب از دندانهایش نمودم، متوجه شدم که دندان ثنایای وسطی پائین طرف چپ مبتلا به مردگی بدون پوسیدگی است، و همین دندان باعث ایجاد ناسور مخاطی در قسمت قدامی شده است .

در جلسه اول دندان را باز نموده و بکمانالهای ریشه رسیدم مقداری چرك از آن خارج شده پس از ضدعفونی های لازمه دستور شستشوی ضدعفونی به بیمار داده شد .

بعد از ۸ ساعت بیمار مراجعه در این جلسه کانال ریشه را تا نوک آن باز و وسیع نموده و با سرنگ محتوی آب اکسیژنه يك در چهارم جراحی های ریشه را ضدعفونی نمودم .

در جلسه سوم معالجه با پنی سیلین و سولفامید را مانند مشاهدات قبلی اجرا نمودم پس از ۵ جلسه تکرار و مداوا دندان بیمار معالجه شده و به پر کردن آن اقدام شد .

قریب سه ماه است که بیمار از دندانش راضی و دندان مذکور کاملاً بهبود یافته است .