

درای ساکت پس از کشیدن مولر سوم فك تحتانی

عباس حقیقت، هرمز حسینی ضیابری

دکتر عباس حقیقت

(استادیار)، گروه جراحی
دهان، فك و صورت،
دانشکده دندان پزشکی،
دانشگاه علوم پزشکی
اصفهان، خیابان
هزارجریب، اصفهان.
haghigat@dent.mui.ac.ir

دکتر هرمز حسینی ضیابری،
دانشکده دندان پزشکی
دانشگاه علوم پزشکی
اصفهان

این طرح با شماره 81103
در دفتر هماهنگی طرح های
پژوهشی معاونت پژوهشی
دانشگاه علوم پزشکی
اصفهان به ثبت رسیده و
هزینه آن از طرف این
معاونت پرداخت شده است.

این مقاله در تاریخ
82/12/26 به دفتر مجله
رسیده، در تاریخ
84/2/21 و در تاریخ
84/3/3 تأیید گردیده
است.

مجله دانشکده دندان پزشکی
اصفهان
1384؛ 1 (2) : 73-74

اصطلاح درای ساکت، با عناوینی نظیر التهاب
استخوان آلوئول و استئومیلیت موضعی نامبرده
شده که معمولاً 2 تا 3 روز بعد از کشیدن دندان
ایجاد می‌شود. دردهای شدید بعد از عمل به مدت
طولانی، از علائم اصلی آن است [1 و 2].

فقدان لخته خون با لخته غیر عادی قهوه ای رنگ
در دهانه ساکت، طعم و بوی بد دهان، حساس و
عریان شدن استخوان آلوئول، از دیگر علائم حفره
خشک است. از نظر اتیولوژیک، افزایش فعالیت
فیبرینولیتیک در ساکت و تأیید احتمالی لیز لخته
در ایجاد ساکت، مطرح شده و اما عامل اصلی این
تبدیل هنوز نامشخص مانده است [1 تا 3]. میزان
بروز این ضایعه 1 تا 3 درصد بعد از کشیدن های
دندانی و 25 تا 30 درصد بعد از کشیدن دندان
عقل نهفته و 9/1 تا 30 درصد بعد از کشیدن
دندان عقل پایین گزارش شده است [2، 1 و 4].

هدف این پژوهش، بررسی فراوانی نسبی درای
ساکت پس از کشیدن دندان مولر سوم فك تحتانی و
شناسایی برخی فاکتورهای مسبب احتمالی آن بود.
در یک مطالعه توصیفی- تحلیلی، 386 بیمار
(167 زن و 219 مرد) از بیماران کاندید کشیدن
مولر سوم فك پایین، مراجعه کننده به کلینیک
دندان پزشکی حضرت محمد (ص) شهر اصفهان، به شیوه
نمونه‌گیری آسان انتخاب شدند. پس از معاینه دهان
و در صورت لزوم، انجام گرافی، اطلاعات لازم در
زمینه وجود ضایعات پری اپیکال و پری کرونایتیس
جمع‌آوری شد.

با استفاده از قرص آشکارساز و معاینه،
وضعیت بهداشت دهان تعیین، و سایر اطلاعات لازم،
نظیر مشخصات دموگرافیک، عادت مسواک زدن، مصرف
قرص ضدبارداری و استعمال دخانیات، با
پرسش از بیماران جمع‌آوری و ثبت شد. در موقع
کشیدن دندان توسط دندان پزشک ماهر و باتجربه،
زمان شروع و اتمام عمل، شدت تروما براساس
درجات صفر تا 3 (کشیدن راحت و بدون هرگونه
تروما به بافت نرم و سخت، درجه صفر و شکستگی
تاج و کشیدن دندان بدون تروما به بافت نرم و
سخت، درجه یک و شکستن تاج و کشیدن دندان با
قطع ریشه‌ها همراه با حداقل تروما به بافت نرم
و سخت، درجه دو و شکستن تاج و کشیدن دندان با

(3 روز بعد) توصیه های لازم انجام شد. پس از مراجعه، بیماران از نظر علائم درای ساکت بررسی و در صورت لزوم، درمان های لازم انجام گردید. اطلاعات جمع آوری شده، با روش های آمار توصیفی و آزمون مجذور کای تحلیل شد. هفت و نیم درصد (29 نفر) از بیماران شامل 17 نفر زن (10/2 درصد) و 12 نفر مرد (5/5 درصد) دچار درای ساکت شدند اما تفاوت در دو جنس معنی دار نبود. فراوانی نسبی درای ساکت در زنان مصرف کننده قرص ضدبارداری 36/4 درصد (4 نفر از یازده نفر) و در خانم هایی که قرص

قطع ریشه ها همراه با آسیب به بافت نرم و سخت، درجه سوم) و عوارض حین کشیدن دندان ثبت گردید. برای تمام بیماران، در مورد نشانه ها و علائم خاص درای ساکت، آموزش های لازم ارائه و برای مراجعه مجدد

مصرف نمی کردند 8/3 درصد (13 نفر از 156 نفر) بود که تفاوت آنها معنی دار بود ($P=0/003$). و بین زمان خارج کردن دندان و ایجاد درای ساکت، ارتباط معنی دار وجود داشت ($P=0/001$).

بعضی از گروه های سنی با فراوانی درای ساکت وجود دارد. فراوانی درای ساکت در زنان بیشتر از مردان بود که تا حدی می توان علت آن را در مصرف قرص ضد بارداری جستجو کرد. تحقیقات انجام شده نیز مؤید همین واقعیت است و نشان دهنده ارتباط نزدیک بین میزان استروژن خون و فعالیت فیبرینولیتیک پلازما است [4 تا 6]. زمان خارج ساختن دندان و شدت تروما از عوامل مؤثر بر ایجاد درای ساکت هستند. چون خارج ساختن دندان های مشکل، زمان زیادتری می طلبد و احتمال تروما وارده زیادتر است، احتمالاً زمان خارج ساختن دندان، یک متغیر وابسته به شدت تروماست. نقش اصلی تروما در بروز درای ساکت بعد از کشیدن های دشوار، مورد بحث است. در تعدادی از مقالات مشابه، ترومای زیاد را موجب اختلال در مکانیسم هموستاز و ترومبوز مویرگ های دیواره ساکت و کاهش مقاومت موضعی بافت دانسته اند که عفونت را در پی خواهد داشت [7 و 8]. عده ای نیز به این نتیجه رسیده اند که روش درآوردن دندان و مدت زمان عمل، در صورت رعایت اصول جراحی، عامل مهمی در پاتوژنز درای ساکت محسوب نمی شود [1 و 2].

سایر یافته ها نشان داد که فراوانی نسبی درای ساکت براساس درجه بندی شدت ترومای حین کشیدن دندان (به درجات صفر، یک، دو و سه)، به ترتیب: 6، 23/5، 12/5 و 100 درصد بود که تفاوت بین تمام موارد، و ارتباط بین شدت تروما و فراوانی درای ساکت نیز معنی دار بود. فراوانی درای ساکت در افراد دچار پری کرونایتیس 14/1 درصد (9 نفر از 64 نفر) و در افراد غیر مبتلا به پری کرونایتیس 6/2 درصد (20 نفر از 322 نفر) بود ($P<0/05$). سایر اطلاعات نشان داد که فراوانی درای ساکت در مردان سیگاری 7/3 درصد (6 نفر از 83 نفر) و در مردان غیر سیگاری 4/4 درصد (6 نفر از 136 نفر) است که این تفاوت معنی دار بود ($P<0/005$). فراوانی درای ساکت با ضایعات پری اپیکال ارتباط معنی دار نشان نداد. نتایج این پژوهش نشان داد که ارتباط قابل توجهی بین زمان خارج کردن دندان و شدت ترومای وارد شده، وجود عفونت مزمن (پری کرونایتیس)، مصرف قرص ضدبارداری و کشیدن سیگار در

ارتباط بین درای ساکت و پری کرونایتیس در این مطالعه با

پژوهش‌های انجام شده توجیه پذیر است. هرچند استفاده از آنتی‌بیوتیک در موارد زیادی به عنوان پروفیلاکسی توصیه شده است اما کارایی آن در مواردی مورد تردید قرار گرفته است [8 تا 10].

به هر حال، با توجه به پژوهش‌های پیش‌گفت، رعایت مواردی نظیر درمان عفونت مزمن، انتخاب زمان مناسب از نظر حداقل هورمون استروژن (آخرین هفته سیکل قاعدگی حدود روزهای 23 تا 28)، خارج نمودن دندان با حداقل تروما و استفاده از کلرهگزیدین برای کاهش دوز میکروب بی‌هوازی، در پیشگیری از این عارضه مؤثر می‌باشد. دادن اطلاعات لازم، از جمله استفاده نکردن از نی برای نوشیدن مایعات، نکشیدن سیگار، غرغره نکردن شدید دهان و جلوگیری از ورود غذا به حفره با خوردن با سمت مقابل، و شستشوی ملایم با سرم نمکی ولرم بعد از 24 ساعت به بیمار، احتمال بروز این موقعیت را کاهش می‌دهد.

منابع

1. A wang MN. The etiology of dry socket: a review. *Int Dental J* 1989; 39(4): 236-40.
2. Larsen PE. Alveolar osteitis after surgical removal of impacted mandibular third molars: identification of the patient at risk. *Oral Surgery Oral Med Oral Pathol* 1992; 73(4): 393-6.
3. Amaratunga NA, Senartne CM. A clinical study of dry socket in Sri Lanka. *Br J Oral Maxillofac Surg* 1988; 26(5): 410-18.
4. Tsirlis AT, Iakovidis DP, Parissis NA. Dry socket: frequency of occurrence after intraoral anesthesia. *Quintessence int* 1992; 23(8): 575-7.
5. Hooley JR, Golden DP. The effect of polylactic acid granules on the incidence of alveolar osteitis after mandibular third molar surgery: a prospective randomized study. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 1995; 80(3): 279-83.
6. Behs NJ, Makowski G, Shen YH, Hersh EV. Evaluation of topical viscous 2% lidocaine jelly as an adjunct during the management of alveolar osteitis. *J Oral Maxillofac Surg* 1995; 53(10): 1140-44.
7. Heasman PA, Jacobs DJ. A clinical investigation into the incidence of dry socket. *Br J Oral Maxillofac Surg* 1984; 22(2): 115-22.
8. Yoshii T, Hamamoto Y, Muraoka S, Furudoi S, Komori T. Difference in postoperative morbidity rates, including infection and dry socket and differences in the healing process after mandibular third molar surgery in patients receiving 1-day or 3-day prophylaxis with lenampicillin. *J Infect Chemother* 2002; 8(1): 87-93.
9. Kupfer SR. Prevention of dry socket with clindamycin. *NY State Dent J* 1995; 61(6): 30-33.
10. Matocha DL. Postsurgical complications. *Emerg Med Clin North Am* 2000; 18(3): 549-64.

Determining the Relative Frequency of Dry Socket after Mandibular Third Molar Extraction

Haghighat A, Hosseini Ziabari H

Abstract

Dry socket is undoubtedly one of the most distressing post operative sequelae of teeth extraction. It occurs in spite of the most careful aseptic procedures and regardless of the ability and skills of the surgeon. The purpose of this study was to determine the relative frequency of dry socket after mandibular wisdom teeth extraction and defining the risk factors corresponding to this complication.

This descriptive-analytic study was performed on 386 patients who were candidates for wisdom teeth extraction. A medical history was taken. Some of these patients were found to have a history of smoking and were taking birth control pill. Operation time and trauma during extraction, and the oral hygiene status of patients were recorded. Three days after extraction the patients were recalled and examined for dry socket.

The findings revealed the relative frequency of the dry socket was 7.5% (29 patients). Its occurrence was more in females than males, and maximum incidence was in the age between 20-40. The incidence was related to trauma and duration of extraction, history of smoking and oral contraceptive pills and pericoronitis, and had no specific relation with periapical lesions and oral hygiene.

In this study, similar to other studies, specific relation was found between dry socket and other factors like, smoking and age. But something which was obvious was the close relation of dry socket with the intensity of trauma during extraction.

Key words. Dry socket, Tooth extraction, Third molar.

Address. Dr. Abbas Haghighat (Assistant professor), Department of oral and maxillofacial surgery, School of Dentistry, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, IRAN. E-mail: haghighat@dnt.mui.ac.ir

Journal of Isfahan Dental School 2005; 1(2): 73-75.

