مجلة جامعة تشرين للدراسات والبحوث العلمية - سلسلة العلوم الطبية المجلد (17) العدد (3) 1995
Tishreen University Journal for Studies and Scientific Research –Medical Science Series Vol. (17) No (3) 1995

دراسة تحليلية لالتهاب العظم السنخي (السنخ الجاف)

الدكتور عبد الكريم خليـــل*

ملخص

جرى في هذه الدراسة تحديد نسبة حدوث التهاب السنخ الجاف والعوامل التـي تحدد هذه النسب من خلال دراسة تحليلية على مدى ثلاث سنوات ماضية لـ280 مريضا جـرى لـهم قلع 410 رحى ثالثة، منهم 340 رحى ثالثة سفلية، 70 رحى ثالثة علويـة، من بين جميع المرضى كان هناك 148 مريضا ذكرا قلع لهم 215 سنا و132 مريضة أنثى قلعت لـهن 195 سناً.

لم تسجل أية حالة من التهاب السنخ الجاف تالي لقلع رحى ثالثة علويـة، من بين 340 رحى ثالثة سفلية مقلوعة تطور لدينا 38 حالـة من التهاب السنخ الجاف أي بنسبة مئوية مقدارها 11.176%. لاحظنا تطور التهاب السنخ الجـاف بنسبة أكبر في الاطمـارات العظمية الكاملة ووصل حتى نسبة 15.23%.

* مدرس في قسم جراحة الفم والفكين – كلية طب الأسنان – جامعة تشرين – اللاذقية – سورية.

مجلة جامعة تشرين للدراسات والبحوث العلمية - سلسلة العلوم الطبية المجلد (17) العدد (3) 1995
Tishreen University Journal for Studies and Scientific Research –Medical Science Series Vol. (17) No (3) 1995

Retrospective Analysis of Alveolar Osteitis (Dry Socket)

Dr. Abdulkarim KHALIL*

❐ ABSTRACT ❐

In this study, rates of incidence of dry socket and factors that affect these rates were examined retrospectively. Over 3 years, 410 third molars (340 mandibular and 70 maxillary teeth) were extracted from 280 patients. Among all patients 148 were men who had 215 tooth extractions, 132 were women who had 195 tooth extractions. No dry sockets were reported following maxillary third molar extractions, among 340 extracted mandibular third molar, dry socket developed in 38 extracted tooth, i.e. 11.176%, dry socket occurred more frequently following extractions classified as full bony impactions. These accounted for 15.23 %.

* Lecturer at Departement of Oral and Maxillo – Facial Surgery, Faculty of Dentistry, Tishreen University, Lattakia, Syria

يعتبر التهاب العظم السنخي الموضّع (السنخ الجاف) من أكثر الاختلاطات الشائعة والمرافقة لعملية قلع الأسنان، وبشكل أخص الأرحاء الثالثة (أضراس العقل)، وبحيث تبدو هذه النتيجة العادية والمتكررة من خلال الإجراءات الجراحية الروتينية (قلع الأسنان)، وعند مرضى أصحاء نسبياً كظاهرة معروفة وموثقة في الأدب الطبي[1،2،3،4،5].

بشكل نموذجي، قد يعود المريض بعد مرور 2-4 أيام من التداخل الجراحي بشكاوي هي عبارة عن ألم حاد في منطقة السن المقلوعة، والذي سبقه ولعدة أيام شعور بعدم الارتياح، وبحيث يكون التجويف السنخي قد فقد علقته الدموية وتعرت جدرانه من النسخ الحبيبية المغطاة وأصبح معرضاً للهواء. (لذلك يدعى بالنسخ الجاف).

وعادة ما يرافق ذلك رائحة كريهة ونز من النسج المتحللة والمتموتة في قاع التجويف السنخي كذلك تبدو النسج المجاورة ملتهبة، محمرة، ملساء ناعمة ومؤلمة بالجس.

يظهر التهاب العظم السنخي الموّضع عادة في أسنان الفك السفلي وبشكل خاص الأرحاء الثالثة ونادراً ما يظهر في أسنان الفك العلوي.

اقترحت عدة فرضيات تقوم بشرح الأسباب المؤدية وسبل الوقاية من هذا الاختلاط على الرغم من أن معظم الباحثين والمتتبعين يعزون أسباب الحدوث إلى عوامل من قبيل الرض المطبق على العظم السنخي والنسج الرخوة المجاورة خلال عملية قلع الأسنان ويعتبرونه العامل الرئيسي المسؤول عن ذلك وهو ما يستطيع الطبيب التحكم به إلى درجة كبيرة، كما أن استخدام ارواء غزير خلال إزالة العظم وتقطيع السن وكذلك التعامل اللطيف مع النسج الرخوة المجاورة يساعد على إنقاص نسبة حدوث هذا الاختلاط.

من العوامل الأخرى التي قد تساهم في ظهور هذا الاختلاط، التلوث الذي قد يحدث بعد قلع السن وكذلك وجود تكيف في المادة العظمية الفكية، كما أن زوال الخثرة الدموية الأولية بسبب غسل الفم أو عملية مص الجرح لهما دور كبير في هذا المجال، كما أن الوهن العام للمريض واستخدام موانع الحمل الفموية عند النساء لهي من العوامل التي قد تزيد نسبة حدوث التهاب العظم السنخي.

في العديد من الدراسات يظهر العمر كعامل محدد لنسبة ظهور التهاب النسخ الجاف بحيث تكون ذروة الإصابة في عمر 30-34 سنة، أما من حيث نسبة الإصابة تبعاً للجنس فالدراسات مختلفة، فبعض الدراسات تؤكد أن نسبة الإصابة لدى الذكور هي الأعلى، وفي دراسات أخرى تظهر نسبة الإصابة لدى النساء هي

الأعلى بحيث يبدو معها أن استخدام النساء لموانع الحمل الفموية له أثرٌ واضحٌ في نسبة الحدوث.

تتضمن معالجة التهاب السنخ الجاف وبشكل رئيسي تطبيق إجراءات موضعية كغسل وارواء التجويف السنخي بلطف ثم دكه بضماد ملطف، يبدل تبعاً لحاجات المريض وتطور الحالة. يحتوي الأدب الطبي المكرس لدراسة الموضوع على تقارير متعددة تتضمن تطبيق مواد دوائية كمركبات السلفا، التتراسكلين، نيومايسين. تستخدم وحدها أو مع مواد قابلة للامتصاص، توضع في عمق التجويف السنخي للسن المقلوعة، كما أن بعض الممارسين قد اعتاد على وضع أضمدة دوائية لكل الأجواف السنخية للأسنان المقلوعة، تزال بعد مرور أسبوع من الزمن. تشير معظم الدراسات إلى أن نسبة الإصابة بالتهاب السنخ الجاف بعد قلع الأرحاء الثالثة قد يصل حتى 1-30% ومتوسط معظم التقارير هو 15-25%، لكن ما يؤخذ على هذه التقارير هو قلة عدد المرضى النسبي المشمولين في الدراسة، طريقة تنفيذ العمل الجراحي ومن نفذه (الطالب – طبيب الأسنان – جراح الفم والفكين).

أهمية البحث وأهدافه:

نتيجة لما ذكر سابقاً يظهر التهاب العظم السنخي من المواضيع الطبيعة الملحة Actual problems التي تواجه طبيب الأسنان في عمله اليومي لذلك قمنا بدراسة تحليلية لنسبة حدوث التهاب العظم السنخي والعوامل التي تؤثر على هذه النسبة من خلال عينة كبيرة نسبياً من المرضى.

مواد وطرائق الدراسة:

قمنا على مدى ثلاث سنوات دراسية من سنة 1991-1994 بقلع منظم لأرحاء ثالثة جرى تصنيفها من الوجهة السريرية تبعاً لدرجة بزوغها إلى:

1- أسنان بازغة بصورة كاملة بالمعايير السريرية المعروفة.
2- أسنان بازغة جزئياً (انطمار نسيجي).
3- أسنان منطمرة في العظم بصورة جزئية.
4- اسنان منطمرة في العظم بصورة كاملة.

قلعت جميع الأسنان في عيادات جراحة الفم والفكين في الكلية ومن قبلنا، وعند وجود الاستطباب، أزيل العظم بواسطة سنبلة دائرية رقم 8 مركبة على قبضة ميكروموتور مستقيمة مع ارواء غزير بمحلول ملحي معقم، في الانطمارات الجزئية كنا نقوم وفي معظم الأحيان بإزالة جزء من العظم السنخي المجاور على شكل أخدود Crater وبواسطة سنابل شاقة مناسبة مع ارواء غزير.في معظم حالات الانطمار العظمي الكامل كنا نقوم بتجزئة

السن بواسطة سنابل شاقة ملائمة مع ارواء غزير، كانت ترد الشريحة المخاطية-السمحاقية وتخاط بقطب متفرقة في معظم الأحيان، كما نقوم بوضع قطعة جلفوم إذا توفرت وفي بعض الحالات فقط.

معظم المرضى تلقوا قبل العمل الجراحي بيوم ديكلوفيناك الصوديوم 50 ملغ (T.i.d)، ثلاث مرات في اليوم واستمروا به بعد العمل الجراحي بيومين، وصفت المضادات الحيوية (أمبيسلين، لينكومايسين، كليندامايسين) في معظم الانطمارات العظمية الكاملة بالطريق الفموي أو العضلي.

جرى فحص معظم المرضى بصورة روتينية بعد العمل الجراحي بـ1-3 أيام، ومرة أخرى بعد مرور أسبوع ما لم تكن هناك مشاكل طارئة، وكنا نقوم وبعد العمل الجراحي مباشرة بتطبيق قطعة شاش ضاغطة فوق مكان القلع ولمدة 1/2-1 ساعة، كان المرضى يتلقون التعليمات لتطبيق قطع من الجليد على جلد الوجه الموافق لجهة العمل الجراحي ولمدة الساعة الأولى بعد العمل الجراحي، نصح المريض بضرورة التقيد بتناول طعام لين لعدة أيام تالية، وبتجنب البصاق الشديد، شطف الفم، التدخين، استخدام الشلمون أو ما شابه لمدة 24-36 ساعة تالية للعمل الجراحي. خلال الزيارة الأولى بعد التداخل الجراحي كان يعطى للمريض سيرنج معقم يدرب به نفسه على كيفية غسيل وارواء المنطقة لمدة 48-72 ساعة لاحقة، بمرور 7-10 أيام كان المرضى يراجعون لإزالة القطب وتلقي التعليمات النهائية.

تبعاً للاعتبارات المقرة والمذكورة في هذه المقالة فقد اعتبرنا الحالات الجراحية التي تطورت إلى التهاب سنخ جاف هي:

1- الحالات التي كنا نحتاج معها إلى استخدام مسكنات مخدرة Narcotic analgesic. كالدكستروبروبوكسيفين Dextropropoxyphene أو البيتيدين Pethidine hydrochloride لإزالة الألم الحاد من منطقة التداخل الجراحي ولمدة 3 أيام أو أكثر.
2- ظهور ألم حاد ومشعع بعد مرور 3-5 أيام من التداخل الجراحي مع شعور بعدم الارتياح يسبق ذلك.
3- عند مراجعة المريض بشكاوي من قبيل الألم الحاد والنز والرائحة الكريهة قبل الموعد الثاني المحدد بعد العمل الجراحي.

عند حدوث أي من الحالات والشكاوي السابقة كنا نقوم بغسل وارواء السنخ بشكل جيد، بعد ذلك كنا نقوم بدك السنخ بالشاش المشبع باليودوفورم ومخدر تجاري على أن يعود المريض بعد مرور 2-3 أيام لاحقة لتبديل الضماد، إذا ما استمر الألم لمدة 7-10 أيام لاحقة كنا نقوم

بعمل صورة شعاعية ذروية للمنطقة للمساعدة على التشخيص وكشف أية مشاكل أخرى في النسج العظمية المجاورة خارج حدود التجويف السنخي.

نتائج الدراسة:

قمنا في هذه الدراسة بتحديد نسبة حدوث التهاب السنخ الجاف والعوامل التي تحدد نسب هذا الاختلاط من خلال دراسة تحليلية لـ280 مريضاً جرى لهم قلع 410 رحى ثالثة، منها 340 رحى ثالثة سفلية، و 70 رحى ثالثة علوية. من بين المرضى كان هناك 148 مريضاً ذكراً قلع لهم 215 رحى ثالثة و132 مريضة أنثى قلعت لهن 195 رحى ثالثة، كان متوسط العمر في دراستنا 27-63 سنة.

لم نستطع أن نحدد تطور التهاب سنخ جاف تالي لقلع أية رحى ثالثة علوية. من بين 340 رحى ثالثة سفلية مقلوعة تطور لدينا 38 حالة من التهاب السنخ الجاف أي بنسبة مئوية مقدارها 11.176%، لاحظنا أن أكبر نسبة لتطور التهاب السنخ الجاف كانت في الانطمارات العظمية الكاملة وقد وصلت حتى نسبة 15.23%. الجدول التالي:

نسبة حدوث التهاب السنخ الجاف في الأرحاء الثالثة السفلية المقلوعة تبعاً لدرجة بزوغ السن

درجة البزوغ	عدد الأسنان المقلوعة	تطور التهاب n	سنخ جاف %	عدم تطور التهاب n	سنخ جاف %
1- أسنان بازغة بصورة كاملة	89	4	%4.49	85	
2- أسنان بازغة جزئياً (انطمار نسيجي)	64	6	%9.37	58	
3- أسنان منطمرة في العظم بصورة جزئية	82	12	%14.63	70	
4- أسنان منطمرة في العظم بصورة كاملة	105	16	%15.23	89	

كذلك استطعنا أن نلاحظ أن عدد حالات التهاب السنخ الجاف يزداد مع تقدم العمر وتحديداً بعد سن 27 سنة حيث يصبح قلع هذه الأسنان فيه بعض الصعوبة لضيق الحيز بين السن المنطمرة والتجويف السنخي المجاور ولتكثف المادة العظمية الفكية، ولكن لا يمكن اعتبار هذه السن 27 سنة على أنها العامل الزمني الذي يحدد نسبة حدوث التهاب السنخ الجاف.

في دراستنا أيضاً استطعنا أن نلاحظ تفوق الإناث في نسبة الإصابة

بالنسبة للذكور مع إدراكنا لأهمية إغفال تقييم تناول موانع الحمل الفموية.

في الحالات التي استخدمنا فيها الجلفوم وهي حالات محدودة في الحقيقة لعدم توفر هذه المادة بالشكل المطلوب استطعنا أن نلاحظ حالات أقل من التهاب السنخ الجاف.

الاستنتاجات:

1- إن النسبة المنخفضة نسبياً لتطور حالات التهاب السنخ الجاف في هذه الدراسة نعزيها إلى تحديد وتقيد الرض المطبق ما استطعنا إلى ذلك.

2- إن استخدام الجلفوم قد يساعد على التقليل من نسب الإصابة سيما في حالات الإنطمار العظمي الكامل والتي لابد وأن يرافقها بعض الرض على الرغم من الحرص الشديد.

3- إن نسبة حدوث التهاب السنخ الجاف يزداد مع تقدم العمر وهو ما يتوافق مع الدراسات الأخرى.

REFERENCES المراجع

[1]- Archer W.H. 1975 Oral and maxillofacial surgery Vol. I. Eighth edition, W.B. Sanders Company.

[2]- Laskin M. Daniel 1985 – Oral and Maxillofacial Surgery Mosby Company.

[3]- Shafer. Hine. Levy. 1983. Textbook of oral pathology, Fourth edition.

[4]- Sonis. Fang. 1984. Principles and practice of oral medicine. W.B. Sanders Company.

[5]- Sam V. Holroyd 1978. Clinical pharmacology in dental practice, second edition, Mosby Company.