

اختلاطات قلع الأسنان

Dr. Lama Hammoud

PhD in Oral and Maxillofacial Surgery

تعتبر عملية قلع الأسنان عملية جراحية صغرى، تترك جوفاً عظمياً مدمى يحتوي على علكة دموية تأخذ دورها بالتعضي وصولاً إلى الشفاء العظمي الكامل وترميم العيب العظمي مكان جوف القلع.

لكل عمل جراحي عقابيل واختلاطات محتملة

أفضل وأسهل طريقة لتدبير الاختلاط هو منع حدوثه

الاختلاطات Complications

هي الأمور التي قد تحدث أثناء وبعد القلع بشكل غير متوقع نتيجة خطأ من قبل الطبيب أو إهمال المريض لتعليمات العناية بعد القلع

العقابيل Sequelae

هي الأمور المتوقعة والتي لا بد من حدوثها نتيجة عملية القلع وتختلف بشدتها من مريض لآخر

تقسم الاختلالات أثناء عملية القلع إلى اختلالات فورية واختلالات متأخرة.

أولاً: الاختلالات أثناء العمل الجراحي

٢. أذيات النسيج الرخوة

٤. الاتصال الجيبي الفموي

٦. كسر الفك السفلي

٨. انكسار الجذروانزياحه

١٠. انكسار إحدى الأدوات

١. النزف

٣. أذيات النسيج العظمية

٥. إصابة الأسنان المجاورة

٧. انخلاع المفصل الفكي الصدغي

٩. أذية العناصر التشريحية المجاورة

∞ يعتبر النزف من أهم اختلاطات القلع وذلك لما يسببه للمريض من قلق وخوف أثناء العمل.

∞ يمكن أن نشاهد النزف من النسيج الرخوة ومن العظم.

∞ من أهم الأسباب الموضعية لحدوث النزف من الأنسجة الرخوة:

١. قلع الأسنان والجذور الراض والمترافق مع تمزق في النسيج اللثوية حول الأسنان كالحالات التي يتم فيها القبض على اللثة بالكلاية الخاصة بالقلع.

٢. يشكل انزلاق الروافع أثناء التطبيق الخاطئ إما باتجاه النسيج اللثوية أو قاع الفم أو حتى قبة الحنك مما ينجم عنه نزوف حادة.

إن أهم تدبير لنزف النسيج الرخوة هو الضغط بقطعة شاش على المنطقة النازفة لعدة دقائق.

أفضل طريقة لمنع حدوث هذا الاختلاط هو استخدام قوى مضبوطة مع الانتباه إلى مسكة السنخ باليد غير العاملة التي ستحاول مسك

الأداة ومنع الإصابة.

∞ قد يكون التدبير البسيط لنزف الأنسجة الرخوة هو وضع بضع قطرات من المحلول المخدر الحاوي على المقبض الوعائي عن طريق الحقن مع الانتظار فترة بسيطة كي ينقطع النزف.

∞ لكن يجب أن نتذكر بأنه قد يحصل لدينا نزف تالي يكون ناجاً عن زوال تأثير المقبض الوعائي مما ينجم عنه توسع وعائي تالي وحدوث نزف في المنطقة.

إذا كان التمزق شديداً وواضحاً:

فلا بد من اللجوء إلى الخياطة وجمع الشرائح المتمزقة بالخیوط الجراحية ويفضل استخدام خيوط الحرير 3-0.

من أهم الأسباب الموضعية للنزف من العظم:

١. كسر العظم السنخي أثناء عملية القلع سواء كانت الصفيحة الدهليزية أو اللسانية أو الحنكية أو حتى كسر الحذبة الفكوية.
٢. قلع الأسنان المصابة بأفات وانتانات حادة ومزمنة من دون السيطرة على هذه الآفات وتجريفها بشكل كامل. كما أن التشخيص غير الصحيح للآفات الذروية قد يكون سبباً في حدوث النزف الحاد والتي قد يكون مميتاً في بعض الحالات كالورم العرقي الدموي المركزي التموضع أسفل الأسنان والذي يكون نازفاً بشدة بعد القلع.
٣. النوع الآخر من النزف العظمي هو النزف الحاصل في قعر النتوء السنخي لمنطقة القلع وهو أكثر خطورة مما سبق حيث أن بعض الحالات ناجمة عن انفتاح سقف القناة السنية السفلية مما يؤدي إلى جرح فروع الشريان أو الوريد السنخي السفلي أو قطع الحزمة الوعائية العصبية وغالباً تحدث هذه النزوف في حالات الانطمار القريب من القناة السنية السفلية للفك السفلي ويمكن السيطرة على هذا النزف بواسطة الضغط أيضاً أو الشمع العظمي.

(عموماً إذا كان مصدر النزف من العظم فيمكن السيطرة على هذه النزوف ببساطة عن طريق الضغط بقطعة شاش أو قطن لعدة دقائق).

المشكلة السريرية أنه عند حدوث النزف أنياً فهذا في حالات كثيرة سيتظاهر عند المريض في الأيام المقبلة على شكل كدمة على الجلد أو أنه سيعاني من

آثار وجود ورم دموي كالمتشكل أمام النائي المنقاري والمعيق لحركة الفك كنتيجة لكسر الحذبة الفكية وجرح الأوعية السنخية العلوية.

ومن الأسباب الموضوعية:

١. قيام المريض بعملية البصق المتكرر (أو مص الجرح أو اللعب بالجرح باللسان) حيث أن هذه العملية تعمل على إحداث ضغط سلبى ضمن الحفرة الفموية مما يؤدي إلى زعزعة الخثرة الدموية وحدوث النزف الدموي .
٢. أيضاً بقاء قطعة الشاش لمدة تزيد عن الساعتين مما يؤدي إلى تركيز عالي لمنشطات البلاسمينوجين فوق الخثرة مما يؤدي إلى بداية تحللها.
٣. عدم اتباع المريض للتعليمات بعد العمل الجراحي بدقة من حيث إزالة قطعة الشاش الموضوعية بسرعة أو القيام بالمضمضة بعد القلع مباشرة أو بعد ساعات قليلة فكل هذا سيؤدي إلى النزف وعموماً فهذا يتبع للاختلالات التالية للعمل الجراحي وليست ناجمة عن فعل الطبيب مباشرة.

النزف الحاصل بسبب أمراض عامة:

قد يكون ناجماً عن أحد الأسباب التالية:

١. إصابة صفيحية (الفرقيات).
٢. إصابة بعوزوراثي في عوامل التخثر (الناعوربأنواعه).
٣. إصابة وعائية كالهشاشة الوعائية (السكري).
٤. عوزمكتسب في عوامل التخثر بسبب إصابة كبدية أو تناول المميعات أو نقص مكتسب في وظيفة الصفائح (بسبب تناول الأسبرين).

١. تنتج غالباً عن عدم الانتباه للنسيج الرخوة في ساحة العمل الجراحي واستخدام قوة مفرطة خارجة عن التحكم أثناء عملية القلع.

٢. أيضاً فإن استخدام السنابل الجراحية يمكن أن يسجل النسيج في مخاطية الخد أو أي مكان من المخاطية الفموية نتيجة حركة غير

مقصودة من الجراح لذا فإن الانتباه الجيد لاستخدام هذه الأدوات يعتبر من أولويات العمل الجراحي.

٣. في حالة حدوث ذلك ينصح المريض بوضع فازلين على تلك المنطقة ويكون شفاءها من ٥-١٠ أيام.



ثالثاً- أذيات النسيج العظمية : Injuries to Osseous Structures

١. تنتج عن استخدام القوة الزائدة أثناء القلع وأكثرما تصاب الحذبة الفكية والجدار السفلي للجيب الفكي في قلع الأرحاء العلوية والصفيحة الدهليزية في قلع الأرحاء السفلية.
٢. يمكن تجنب هذا الأمر بالتحكم بقوة القلع مع تقييم سريري وشعاعي سابق لحالة العظم وقرب الجذور من الجيب بالإضافة إلى مراعاة عمر المريض وما يصاحبه من تغيرات على مرونة العظم وأيضاً إزالة العظم حول السن بشكل جيد ومخطط ليسهل عملية القلع دون الحاجة إلى قوة زائدة.
٣. إذا خرج العظم من السنخ مع السن فهنا لا يُعاد العظم ويكتفى ببرد الحواف الحادة للعظم المتبقي مع إغلاق جيد للشريحة.
٤. في حال انكسار قطعة من العظم وظلت متصلة بالسماحاق والنسج الرخوة فهنا يمكن إعادتها إلى مكانها مع الخياطة المحكمة ويكون الإنذار جيداً.

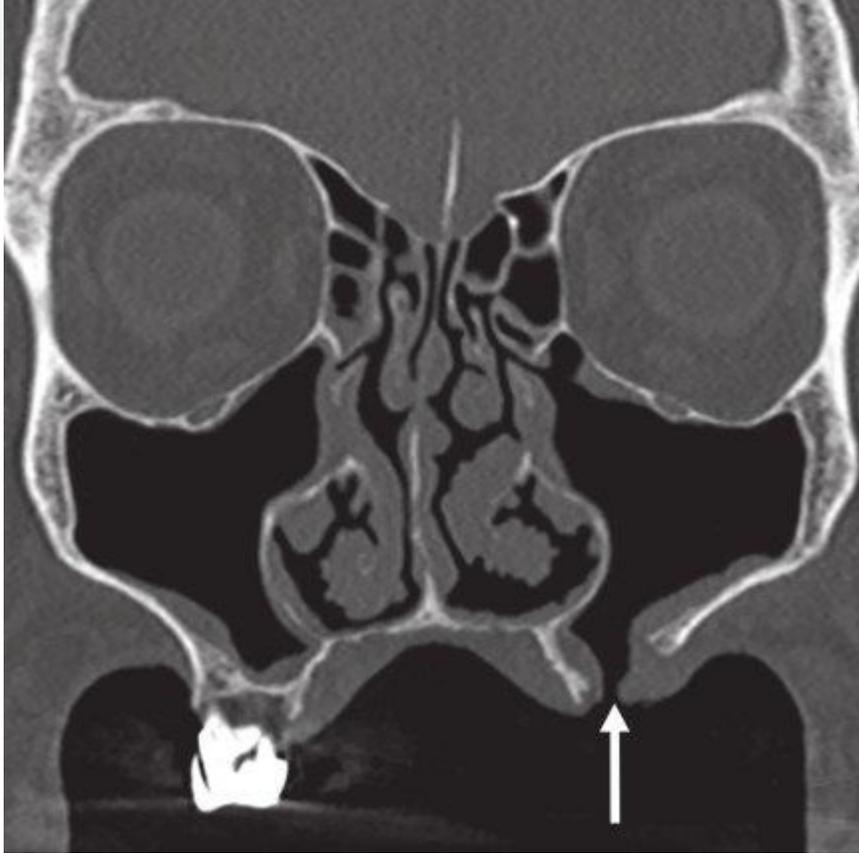
كسر الحذبة الفكّية :Fracture of Maxillary Tuberosity

بالنسبة للحذبة الفكّية فيكون الوضع كما في النقطتين السابقتين ولكن لأهمية هذه المنطقة للتعويضات المتحركة ولأن الغالب في كسر هذه

المنطقة أن تكون قطعة كبيرة متصلة بالسن وذات حركة عالية وإن كانت متصلة بالسماح فهنا طريقتان:

الأولى: هي إرجاع الرحي الثالثة إلى مكان القلع وتثبيتها إلى الرحي الثانية لمدة ٦-٨ أسابيع حتى يحدث الشفاء وبعدها يتم القلع.

الثانية: فهي فصل تاج السن عن جذره وإرجاع الجذرمع العظم المتصل به إلى مكان القلع وتثبيته ٦-٨ أسابيع ثم يقلع الجذربعد هذه الفترة.



رابعاً- الاتصال الجيبي الفموي Oroantral Communication:

- يحدث بشكل قليل إذا كان حجم الجيب كبيراً وجذور الرحي متباعدة وقريبة للجيب.
- قد يؤدي على التهاب جيب حاد أو مزمن مع ناسور حسب مدى انفتاح الجيب الفكي.
- يمكن تجنبه من خلال التشخيص الشعاعي الجيد لبعده الجيب عن الجذور والعمل الجراحي الجيد.
- يمكن التأكد من حدوث هذا الاتصال من خلال:
 - خروج قطعة عظمية مع الرحي المقلوعة.
 - الفحص الشعاعي عقب الجراحة.
 - فحص النفخ مع أنف مغلق nose-blowing test.

- قد يحدث هذا الاتصال بشكل بسيط بحيث أنه لا يكتشف إلا بعد فترة من العمل الجراحي نتيجة ظهور أعراض التهاب الجيب وهنا يتم إغلاق الاتصال وتنظيف الجيب بعملية كالدويل لوك.
- في حال حدوثه تكون المعالجة حسب مدى الاتصال:
- إذا كان مدى الاتصال ٢ مم أو أقل يجب على الجراح التأكد من تكون العلقة الدموية في مكانها ففك مع إعطاء تحذيرات للمريض بتجنب أي ضغط على هذه العلقة (العطاس والسعال الشديد- التدخين – البصق) وتجنب سبر هذه الفتحة بأي أداة عريضة.
 - إذا كان ذو مدى متوسط ٢-٦ مم نلجأ إلى الخياطة بشكل رقم 8 للتأكد من حفظ العلقة الدموية مع نفس التحذيرات وإعطاء صاد حيوي مع قطرة مضادة للاحتقان.

■ إذا كان الاتصال كبيراً (٢مم أ أكثر) يجب إغلاق الفتحة من خلال إحدى الطرق الجراحية التالية :

١- الشرائح المزاحة (الدھليزية والحنكية والجسرية) .

٢- جر كتلة بيشا الشحمية الخدية و خياطتها مكان الانفتاح الحاصل.

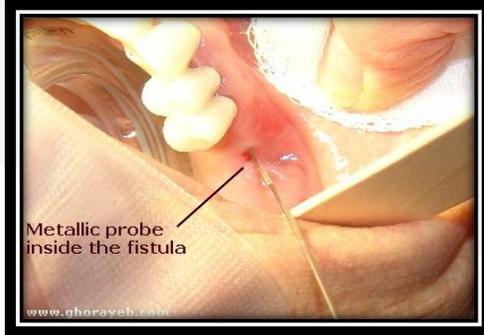
٣- قلع الرحي الثالثة العلوية وإعادة زرعها مكان الرحي الأولى وذلك بعد دراسة شكلية وتشريحية وفق الصورة الشعاعية قبيل عملية قلع الرحي

الأولى العلوية المتاخمة للجيب الفكي.

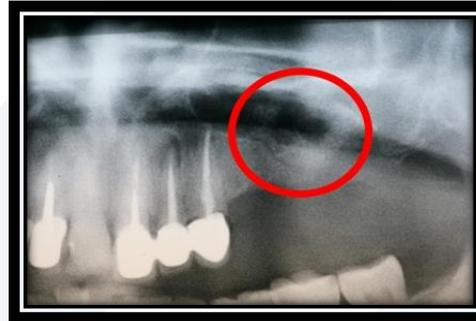
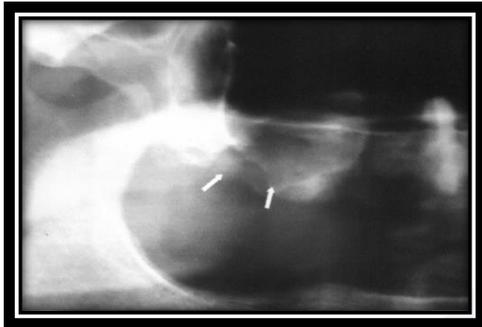


جامعة
المنارة

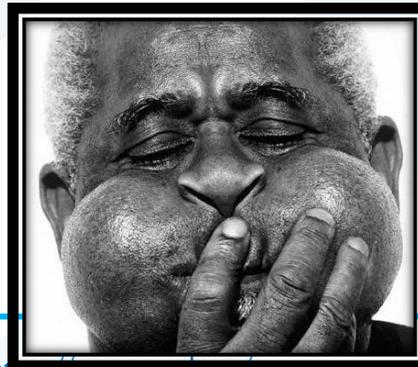
طرق تشخيص الاتصال الجيبي الفموي :



السير (مسبر معدني أوقمع
كوتابرها)

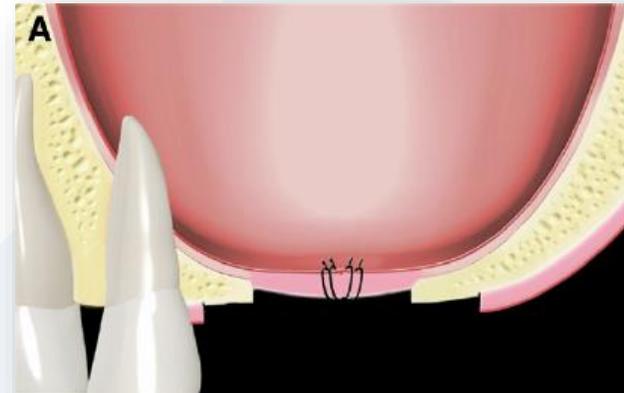
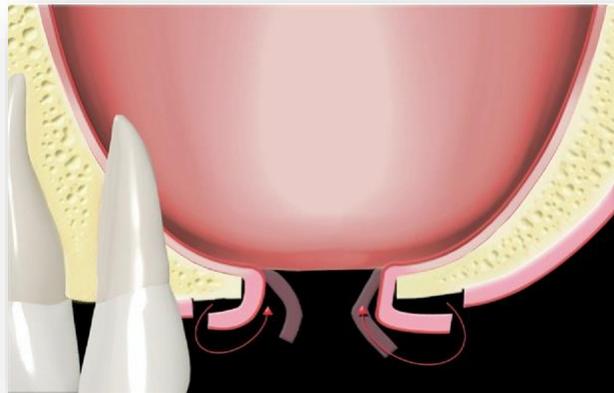
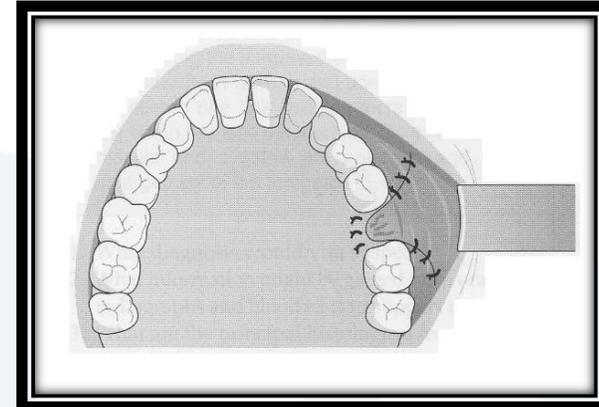
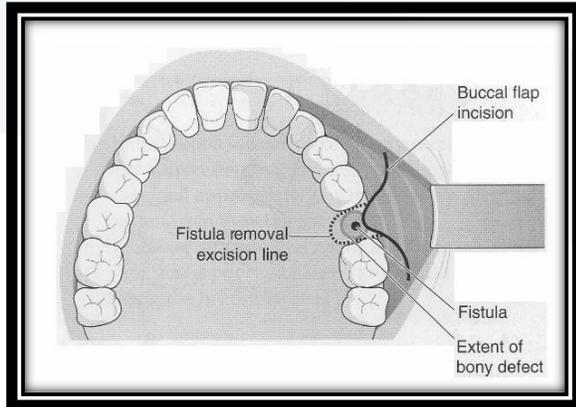


الصور الشعاعية



Valsalva اختبار فال سلفا
test

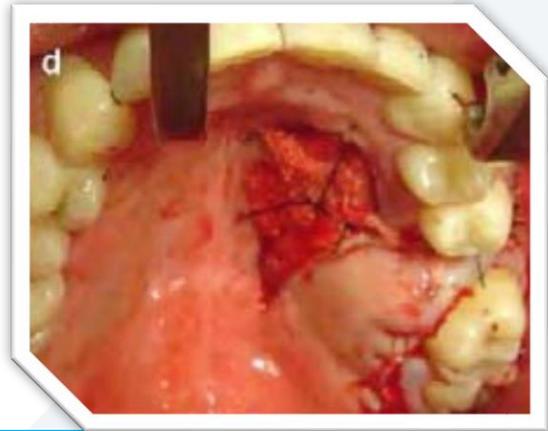
إغلاق الاتصال الجيبي الفموي



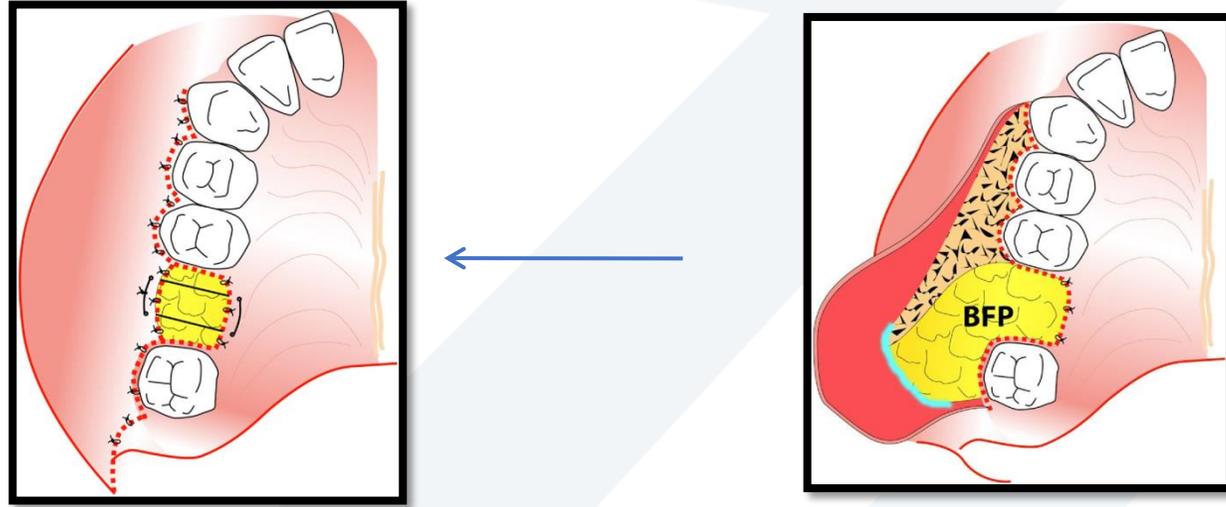


جامعة
المنارة
MANARA UNIVERSITY

إغلاق الاتصال الجيبي الفموي بواسطة الشريحة الحنكية المدورة :



إغلاق الاتصال الجيبي الفموي بواسطة شريحة الوسادة الشحمية الدهليزية (بيشا):



الإغلاق بواسطة طعوم عظمية ذاتية :

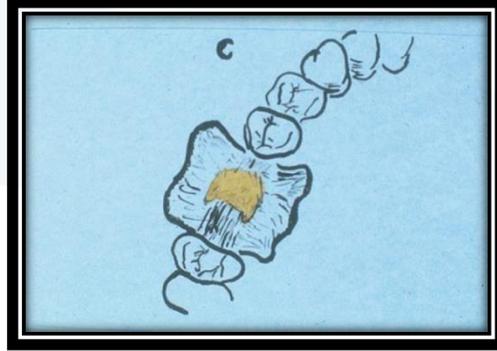
طعم عظمي ذاتي من الذقن



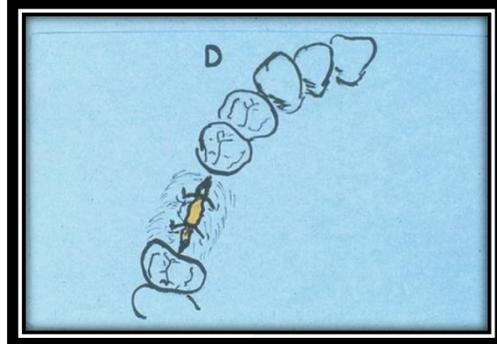


جامعة
المنارة
MANARA UNIVERSITY

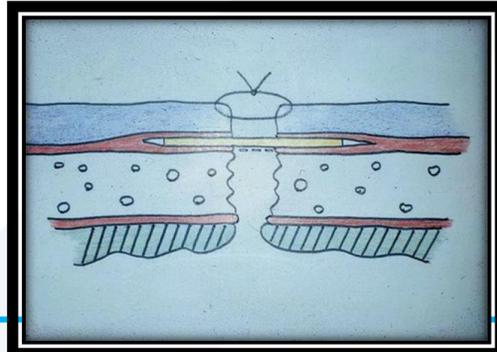
الإغلاق مع استخدام صفائح ورقاقات معدنية



وضع الصفيحة المعدنية فوق الناسور كحاجز
حماية



إعادة الشريحة فوق الصفيحة المعدنية دون توتر



بقاء الطبقة الداخلية للسماح لتحت على تولد
النسيج



خامساً- كسر الفك السفلي Fractures of the Mandible:

- غالباً نرى هذا الكسر في زاوية الفك وأحياناً في اللقمة الفكية.

- يحدث بسبب القوة الزائدة المسلطة وخصوصاً بالروافع.

- ويحدث في بعض الأحيان إذا كانت الرحى منطمرة بشكل عميق جداً في الفك السفلي فإن إزالة العظم

المحيط بها يؤدي إلى إضعاف الفك بحيث أن أدنى قوة مسلطة قد تؤدي إلى كسر الفك.

- وقد يحدث كسر فك سفلي تالي بعد فترة القلع بعد ١٥-٢٠ يوم إذا تضمنت عملية القلع إزالة نسج

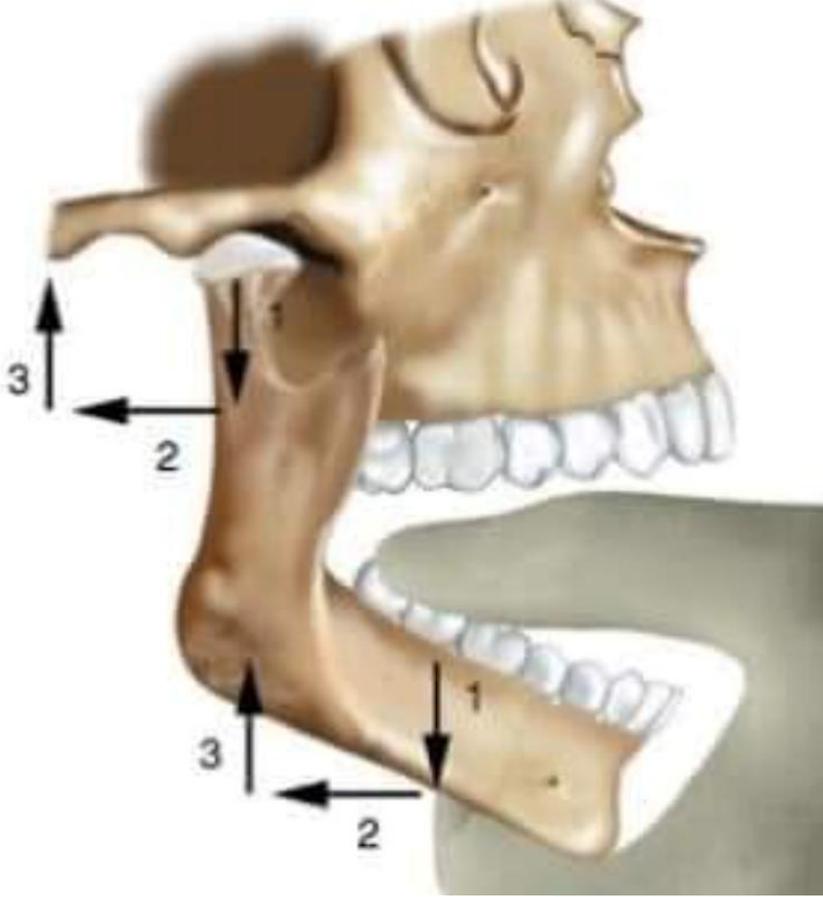
عظمية كبيرة لذا في حال إضعاف الفك السفلي يجب تنبيه المريض بتجنب تعريض الفك السفلي لأي

قوة كبيرة (أكل أطعمة قاسية).



دلائل حدوث كسر في الفك السفلي:

١. طاقة قوية.
 ٢. لمعة شديدة (إحساس صاعق ينتفض المريض بسببه).
 ٣. نزف غزير.
 ٤. أما الاطباق فقد يتغير وقد لا يتغير.
- تتم الوقاية بتقرير الطبيب لصعوبة الحالة وإزالة محافظة للعظم وأسلوب عمل نظامي وتحت السيطرة.
- ويكون العلاج هنا كعلاج أي كسر برد الفك المحافظ أو الجراحي مع تثبيته.



قوة القلع الشديدة وعدم تدعيم المفصل الفكي الصدغي أثناء تطبيق قوة القلع سيؤدي إلى أذيته، لذا إذا عانى المريض من ألم المفصل الفكي الصدغي بعد العمل الجراحي مباشرة يجب أن ينصح بتطبيق كمادات ساخنة مع راحة للفك وطعام لين ومضادات التهاب غير ستيروئيدية لعدة أيام.

في حال انخلاع المفصل الفكي الصدغي ونلاحظه سريراً بعدم القدرة على إغلاق الفم والألم والتشنج العضلي وتدير هذه الحالة بحقن الوريدي للمهدئات مع المرخيات العضلية لإجراء المناورة اليدوية لرد الخلع حيث يقوم الطبيب بمسك الفك السفلي بكلتا يديه بحيث يكون الإبهام على السطح الطاحن للأرجاء السفلية وباقي الأصابع تحيط بجسم الفك السفلي وبحركة واحدة تضغط أصابع الإبهام الفك السفلي إلى الأسفل بينما باقي الأصابع تضغطه نحو الخلف والأعلى

سابعاً- إصابة الأسنان المجاورة :Injuries to Adjacent Teeth

- ❖ السبب هو القوة الزائدة خصوصاً إذا كان السن المجاور منخوراً أو ذو حشوة كبيرة.
- ❖ أحياناً تسبب القوة الزائدة قلقلة السن المجاور وهنا يجب تثبيت السن بعد القلع.
- ❖ إصابة السن المعاكس أيضاً قد يحدث نتيجة لحركة الكلابة الخارجة عن السيطرة لذلك يجب استخدام الأصابع لتأمين حركة الكلابة.

الاختلاط الأكثر شيوعاً أثناء القلع هو انكسار الجذرو تعد الأسنان ذو الجذور الطويلة والمنحنية التي تتوضع ضمن عظم كثيف الأكثر تعرضاً للكسر. الطريقة الرئيسية للوقاية من هذا الاختلاط بإجراء قلع جراحي مفتوح لإزالة كمية من العظم للتقليل من كمية القوة المطبقة (لا نستخدم قوة بالاتجاه الذروي على الجذور المكسورة)

١- يمكن انزياح جذور الرحي الثالثة العلوية المنظرة إلى الجيب الفكي وهنا يجب تقدير حجم الجذر كالتالي:

- ✓ إذا كان حجم الجذر ٢-٣ مم بدون أي انتان في المنطقة يجب التشخيص الشعاعي أولاً ثم تغسل حجرة السن وندخل الماصة بهذه الطريقة يمكن سحب بقية الجذر وإذا لم نستطع ذلك فلا يجب التدخل الجراحي بل تترك القطعة وتغلق حجرة السن لمنع تكون ناسور فموي مع الجيب مع إبلاغ المريض بالحالة. (التغطية الوقائية بالصادات الحيوية ومضاد احتقان)
- ✓ إذا كان حجم الجذر ٢-٣ مم مع انتان أو التهاب جيب فيجب التدخل الجراحي.
- ✓ إذا كان الجذر كبيراً فهنا يجب تجريف الجيب الفكي بعملية كالدويل لوك Caldwell-luc.

٢- يمكن انزياح الأرحاء الثالثة العلوية المنظمة أو جذورها باتجاه الحفرة تحت الصدغية infratemporal fossa نتيجة تطبيق قوى وحشية عند

استخدام الروافع حيث تؤدي القوة إلى حدوث انزياح علوي خلفي أكثر من دهليزي اطبائي.

تتوضع الرحي المزاحة غالباً وحشي أو أدنى العضلة الجناحية الوحشية فإذا أمكن إزالتها بسهولة بواسطة مرقي فيجب إزالتها مع إجراء صورة

شعاعية مباشرة.

أما إذا كانت إزالتها صعبة جداً يجب إغلاق الجرح وإعلام المريض بذلك والبدء بالمعالجة بالصادات الحيوية ويجب أن ينتظر الجراح ٤-٦ أسابيع

حتى تحيط النسج الليفية بالسن أو بقايا الجذر ليتمكن من إزالتها ويتم كشف موقع السن بالتصوير المقطعي المحوسب.

٣- يمكن انزياح جذور الأسنان الأمامية العلوية المنطمرة داخل التجويف الأنفي نتيجة لدفع ذراها للأعلى في حال قربها من قاع الأنف.

النزف من الأنف أثناء قلع الناب المنطمر دليل على ثقب قاع الحفرة الأنفية وفي حال حدوث هذا الاختلاط النادر يجب إعلام المريض بذلك والبدء بالعلاج بالصادات الحيوية وتحويل المريض لأخصائي الأنف والأذن والحنجرة.

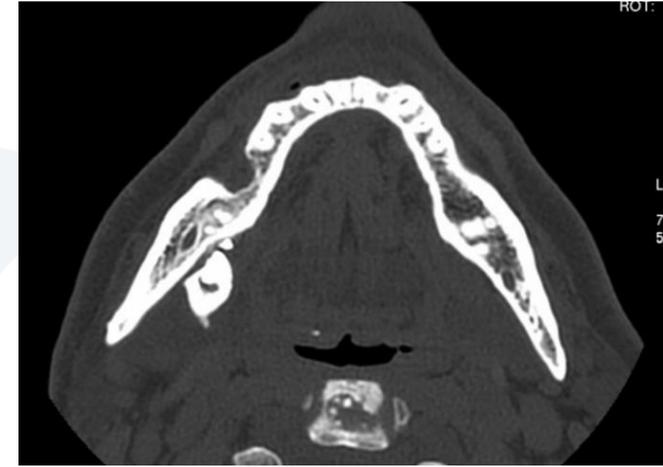
٤- يمكن انزياح الأرحاء السفلية المنطمرة أو جذورها إلى القناة السنية السفلية أو المسافة تحت الفكية submandibular space من خلال الصفيحة العظمية اللسانية وفي حال حدوث هذا الاختلاط يجب إعلام المريض بذلك وتزال بقايا الجذور غالباً مباشرة في حال انزياحها ضمن القناة السنية السفلية بينما ينتظر ٣-٤ أسابيع في حال الانزياح داخل المسافة تحت الفكية للسماح بحدوث التليف حول الجذر.

إن الإزاحة العرضية (الغير مقصودة) للأرحاء الثالثة المنطمرة أو شظية من الجذر أو التاج أو كامل السن هي اختلاط يحدث أحياناً أثناء قلع الأسنان.





التصوير المقطعي المحوسب ثلاثي الأبعاد للصفحة
القشرية اللسانية المنكسرة والرحى الثالثة السفلية
اليمنى في المسافة تحت الفك



يُظهر التصوير المقطعي المحوري الرحي الثالثة السفلية
اليمنى المزاحة

:Tooth Lost into Oropharynx

أحياناً يمكن أو يفقد تاج السن أو الجذر ضمن البلعوم الفموي فإذا حدث ذلك يجب تغيير وضعية المريض فوراً mouth-down position يستخدم الماص الجراحي للمساعدة في إزالة السن ونشجع المريض على السعال وبصق السن .

على الرغم من هذه المحاولات يمكن أن يبلع أو يستنشق . إذا لم يشعر المريض بسعال أو ضيق تنفس فالاحتمال الأكبر أن يكون السن قد ابتلع وغادر باتجاه المري إلى المعدة.

إذا شعر المريض بسعال شديد يجب التوجه إلى غرفة الطوارئ وإجراء صور شعاعية للصدر والبطن للتأكد من موقع السن إذا تم التأكد من استنشاق السن يجب أن يزال ب bronchoscope .

التدبير الأهم هو الحفاظ على الطريق التنفسي مفتوحاً يمكن إعطاء الأوكسجين في حال حدوث ضائقة تنفسية.

تاسعاً- أذية العناصر التشريحية المجاورة :Injuries to Adjacent Structures

- يجب هنا مراعاة العناصر التشريحية لكل منطقة من أجل تجنب لأي إصابة لأي منها مثل العصب اللساني والشدقي اللذان غالباً ما يتأذيان من قلع الأرحاء الثالثة السفلية المنظمة.
- كثيراً ما ينقطع العصب الشدقي والعصب الأنفي الحنكي أثناء رفع الشريحة ولكن المناطق التي تحرم من التعصيب بعد قطعه تكون صغيرة وسرعان ما يتجدد فيها التعصيب مرة أخرى.
- يمكن أن تحدث أذية العصب الذقني أثناء قلع الضواحك السفلية ويشعر المريض بالنمل في الشفة والذقن فإذا كانت الإصابة نتيجة لرفع الشريحة غالباً ما يعود الإحساس خلال عدة أسابيع إلى عدة أشهر ، ولتجنب أذيته يجب حماية العصب بواسطة ميعد معدني وتجنب إجراء أي شق أو تبعيد السمحاق في منطقة العصب وتفريغ العظم وإزالته أسي جذر الضاحك الأول ووحشي جذر الضاحك الثاني قدر الإمكان .
- أما بالنسبة للعصب اللساني فيكون صعب الترميم وغالباً ما تحدث الأذية أثناء القلع الرضي للأرحاء السفلية وخصوصاً الرحي الثالثة المنظمة لذلك يجب استخدام المبعد المعدني لحماية الأنسجة الرخوة من الأذى في حال استخدام السنابل الجراحية لفصل جذور السن.
- ممكن أن يصاب العصب السنخي السفلي بالضغط الشديد أثناء قلع جذر متبقي ولعدم ملاحظة مدى قربيه من الرحي المنظمة قبل إجراء العمل الجراحي.
- قوة القلع الشديدة وعدم تدعيم المفصل الفكي الصدغي أثناء تطبيق قوة القلع سيؤدي إلى أذيته.

عاشراً- انكسار إحدى الأدوات:

هو اختلاط نادر الحدوث بالأيدي الخبيرة والأدوات الجيدة، إذ قد يحدث ذلك بسبب صدع في الآلة أو بسبب القوة الزائدة أثناء محاولة تحرير السن أو قد تنكسر سنبله بشكل عارض أثناء العمل ويمكن إزالتها بواسطة حفر حفرة حولها وإخراجها بواسطة روافع الذرى.



جامعة
المنارة
MANARA UNIVERSITY

الاختلاطات ما بعد العمل الجراحي وطرق معالجتها

Postoperative complications and their treatment

١. النزف الثانوي.
٢. الانتان.
٣. التهاب السنخ الجاف والرطب والتهاب العظم والنقي.
٤. الورم الحبيبي المتقيح بعد القلع.
٥. الضزز.
٦. الوذمة الهوائية.
٧. استمرار خدر الشفة واللسان لأكثر من ٦ أشهر.

أولاً: النزف الثانوي Post operative Bleeding

وهو عودة النزف عند المرضى الطبيعيين بعد القلع ابتداءً من اليوم الثاني أو الثالث بعد أن كان قد توقف في اليوم الأول ويعود ذلك لأسباب التهابية في العادة كما قد يعود إلى تمزق العلقة الدموية بسبب الضغط الميكانيكي الزائد.

أما إذا كان النزف لأسباب تتعلق بوجود مشكلة نزفية أصلاً عند المريض فيجب أن تعامل معاملة سببية.

فإذا كان السبب خلل في وظيفة الصفائح:

العلاج باستعمال : ١. الجلفوم (absorbable gelatin sponge GELFOAM)

٢. الهيموفيرين

٣. الهيموكولاجين (Hemocollagene sponge)

٤. Oxidized regenerated cellulose (SURGICEL)



جامعة
المنيا
MANARA UNIVERSITY

أما إذا كان السبب ناجم عن الهشاشة الوعائية فيكون العلاج باستخدام السيانو اكريلات أو الضغط الموضعي.

السبب ناجم عن مشكلة في عوامل التخثر

العلاج باستخدام: ١. اللاصق الفيبريني

٢. العلقة الاصطناعية.

٣. مركب (G.R.F (gelatin-resorcinol-formol)

المواد المضادة للانحلال الفيبريني anti-fibrinolytic agent مثل :

- حمض الترانكساميك (Tranexamic acid) (trans-4-(Aminomethyl) cyclohexanecarboxylic acid (AMCA))
- (Epslio-aminocaproic acid) EACA

يمكن استخدام الشمع العظمي أو الكولاجين ذو اللييفات (collagen microfibrular Avitene) أو الثرومبين وفي حال عدم جوى هذه الإجراءات

يمكن إجراء الكي الكهربائي من أجل النزوف الصغيرة أو لقط الأوعية الدموية النازفة وربطها .

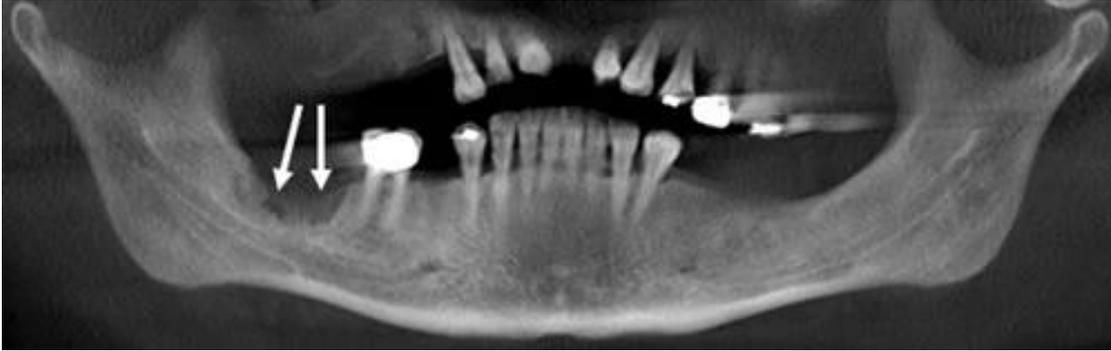
ثانياً: الانتان Infection

عندما لا تخف حدة الانتباج أو يزداد أو يظهر بعد ثلاثة إلى خمسة أيام بعد القلع فهذا يعني في العادة حدوث الانتان مع ما قد يرافقه عادة من مظاهر الألم والحرارة والرائحة والاحمرار وقد يكون سبب الانتان هو عدم تعاون المريض من حيث عد العناية بالصحة الفموية وعدم اتباع التعليمات ما بعد العمل الجراحي.

ونلجأ عادة إلى المعالجة الدوائية المكثفة للسيطرة على الانتان مع تحسين الصحة الفموية.

ثالثاً: التهاب العظم والنقي Osteomyelitis

- اختلاط نادريحدث غالباً في الفك السفلي بعد قلع الأرحاء المنظومة.
- يعتبر القلع الراض تحت التخدير الموضعي بوجود التهاب حاد كالتواج أو التهاب لثة تقرحي عاملاً مؤهباً لالتهاب العظم والنقي.
- يتميز بوجود حمى وألم شديد جداً وعادة ما يكون الفك مؤلماً بشدة عند الجس خارج الفموي، كما يكون بدء تأثير إحساس الشفة بعد عدة ساعات أو أيام من القلع من الصفات المميزة لالتهاب العظم والنقي في الفك السفلي.
- تظهر الآفة شعاعياً كمناطق ظليلة مجاورة لمكان القلع ويعالج جراحياً ودوائياً.
- يجب إدخال المريض إلى المشفى كحالة اسعافية.
- يمكن أن يتطور إلى التهاب العظم والنقي المزمن الذي يتميز بحدوث التشظي العظمي.



هو عبارة عن تنخر أو تنكس للخثرة الدموية في موقع القلع وانكشاف سطح العظم مما يؤدي لعدم حدوث الشفاء.

وإن لتتكس الخثرة الدموية أو عدم تشكلها أسباباً تتعلق بمدى عناية المريض وعدم تقيده بتعليمات ما بعد القلع كالتدخين أو المضغمة أو

شرب السوائل عن طريق المص.



يترافق مع ألم شديد قاسي لا يستجيب للمسكنات بسبب انكشاف النهايات العصبية العظمية.

يعد أكثر شيوعاً عند قلع الأسنان السفلية مقارنة بقلع الأسنان العلوية .

المظهر السريري:

- يبدو العظم نظيفاً وجافاً من دون أية رائحة.
 - اللثة المحيطة تكون أقرب للطبيعي.
 - يصبح العظم منكشف للبيئة الفموية وتنبه النهايات العصبية المنكشفة وتؤدي لحدوث ألم شديد مستمر وفق المخطط الآتي:
- الألم ← فشل في تشكل الخثرة ← نقص التزويد الدموي ← غزو جرثومي وانحلال الفيبرين ← انكشاف العظم ← تنبيه النهايات العصبية ← حدوث

إزالة البقايا الطعامية إن وجدت في مكان القلع ووضع ضماد من الأوجينول وتبديله مرة كل ١٠ دقائق وتكرار هذا الإجراء عدة مرات فيشعر المريض بالراحة بشكل واضح وترك الضماد الأخير إلى حين موعد المراجعة المقبلة.

ومن الممكن تطبيق مواد أخرى ملطفة للألم مثل Alvogyl

إن التجريف الحاد يهدف إحداث نزف وتشكل خثرة جديدة ومضاد استطباب حتى لا تندفع البقايا إلى المسافات النقية وقد تسبب التهاب عظم ونقي. ليس من الضروري وصف الصادات الحيوية في التهاب العظم الموضع (السنخ الجاف) لأن هذه الحالة ليست انتانية، إنما عبارة عن تموت بسبب فشل في تشكل الخثرة الدموية (والسبب نقص التزويد الدموي لمنطقة الأرحاء السفلية أو أي أسنان أخرى يحدث غزوثومي وحل الفيبرين).



لا نقوم بالتخدير الموضعي أثناء الإجراء السابق.

تزول الأعراض خلال ٧-١٠ أيام من المعالجة.

التهاب السنخ الرطب Wet Socket inflammation:



وينجم هذا النوع من الاختلاطات عن تعرض العلقة الدموية للانتان وهي في طور التشكل أي أن الالتهاب الرطب هو انتان العلقة الدموية الآخذة بالتشكل.

أما مصادر الانتان فهي أي مصدر مجاور لجوف القلع ويؤمن بيئة جرثومية حاضنة مثل كتل قلعية مجاورة، لأسنان مؤؤوفة مجاورة، تعويضات سنية أو حشوات خشنة تسبب تراكم للجراثيم...

ولذا وجب على طبيب الأسنان الأخذ بعين الاعتبار لمصادر التخريش أو مصادر الانتان المجاورة قبل عملية القلع.

المظهر السريري:

يبدو على جوف القلع في هذه الحالة علائم الالتهاب الحاد من الرائحة الكريهة والالتهاب اللثوي الحاد في منطقة القلع إضافة للمظهر الحبيبي والبراعم الالتهابية في جوف القلع والتي تكون بمثابة بقايا العلكة الدموية المتعرضة للالتان.

المعالجة:

- يجب التخلص من البيئة الالتهابية الحادة أولاً أي تجريف السنخ بشكل لا يترك أية بقايا التهابية وذلك بعد التخدير الموضعي وغسل السنخ بالسالين (المصل الفيزيولوجي) حتى الوصول لعظم سليم والحصول على علكة دموية جديدة تدخل في طور التعضي مجدداً.
- وصف الصادات الحيوية المناسبة.
- وصف المسكنات المناسبة

رابعاً: الورم الحبيبي المتقيح بعد القلع :Post extraction Pyogenic Granuloma

يعزى ذلك إلى بقاء شظايا من السن أو العظم أو الآفة ضمن فوهة السنخ وأحياناً تساقط قطع من حشوة سابقة على السن المجاور أو قطع من

القلح أثناء عملية القلع وحينئذ يظهر التقيح وتكاثر الأنسجة الحبيبية ومن الممكن في العادة رؤية الشظايا العظمية المنفصلة شعاعياً وتشمل

المعالجة فتح حواف الجرح من أجل تجريف الشظايا ثم غسل التجويف السنخي.



يمكن تعريفه بأنه عدم القدرة على فتح الفم بسبب تشنج العضلات الماضغة وهو من الأمور الكثيرة التي نشاهدها بعد العمل الجراحي حيث يكون السبب هو التقلص العضلي الناتج عن التخريش الميكانيكي الناتج عن الرض وكذلك فإن الألم يمكن أن يساهم في حدوث أوزيادة الضزز ولوحظ أيضاً أن إصابة المفصل الفكي الصدغي أثناء العمل يزيد من ذلك.

- يحدث بعد قلع الرحي الثالثة السفلية المنظرة ويزول تدريجياً خلال ٧-١٠ أيام ، كما يحدث أيضاً بسبب الوذمة بعد العمل الجراحي والتي تنتشر إلى المسافات الماضغة.
- يسيطر عليه بوضع كمادات دافئة من الخارج مقابل منطقة العمل وتستحب الحالات للمعالجة الدوائية بالمرخيات العضلية.
- استخدام الغسولات الفموية بالمصل الفيزيولوجي الدافئ يعطي بعض الراحة في الحالات المعتدلة.
- يحتاج بعض المرضى إلى إعطاء الصادات الحيوية في حال وجود الإنتان أو إلى علاج متخصص لتخفيف الأعراض كتمارين فتح الفم.

سادساً الوذمة الهوائية surgical emphysema:



قد يحدث استرواح pneumatosi نتيجة استخدام التوربين ودخول الهواء إلى النسيج التحتية (انحصار الهواء بين النسيج الرخوة والمسافات تحت الجلد).

التشخيص: صوت سحق crackling أو فرقة crepitus عند جس المنطقة بالأصابع.

تدير الحالة بطمئنة المريض والتغطية بالصادات تحسباً لحدوث انتان (تنحل الحالة عفويًا خلال ٣-١٠ أيام)

لتخفيف الوذمة بعد العمل الجراحي يجب إزالة أي هواء بضغط المنطقة الدهليزية للرحى الثالثة إما من الحافة الأمامية للفك السفلي باتجاه الأعلى أو من الأمام للخلف.





- الوذمة هي رد فعل النسيج تجاه الأذى وتعتبر استجابة طبيعية للقلع الجراحي للأسنان والتيس من الضروري حدوثها بنفس الدرجة عند المرضى أنفسهم أو المرضى المختلفين.
- تتظاهر على شكل انتفاخ أملس شاحب في الجلد يترافق مع احمرار إذا كانت التهابية.
- تصل الوذمة إلى الحد الأقصى عادةً خلال ٣٦-٤٨ ساعة بعد العمل الجراحي، وتبدأ بالزوال في اليوم الثالث أو الرابع وغالباً لا تستمر لأكثر من أسبوع.

زيادة الوذمة بعد اليوم الثالث دليل على حدوث الانتان

- تحدد درجة الوذمة التالية للجراحة بمتغيرين هما:
 ١. مقدار الأذية النسيجية (كلما ازدادت الأذية النسيجية كانت الوذمة أكبر).
 ٢. مرونة النسيج في منطقة الجراحة (كلما ازدادت مرونة النسيج كانت الوذمة أكبر).
- ✓ فمثلاً اللثة الملتصقة قليلة المرونة لذلك تكون قليلة الميل للتوذم، بينما تتوذم الشفاه وقاع الفم بشكل واضح.
- ✓ وعند العمل على الفك العلوي يمكن أن تمتد الوذمة إلى الحافة السفلية للجبين وقد تميل البشرة هنا للازرقاق.

• ما هي الطرق المتبعة في تخفيف الوذمة:

١. يخفف الطبيب من حدوث الوذمة التالية للجراحة بالحد من أذية النسج خلال العمل الجراحي، فاستخدام الأدوات الكلييلة والتباعد الزائد للشرائح سيئة التصميم وتشابك النسج الرخوة مع السنابل الدوارة كلها عوامل مؤهبة لحدوث الوذمة.
٢. تمتلك الستيروئيدات القشرية الجهازية (بجرعة عالية ولفترة قصيرة) قدرة رائعة على تخفيف الالتهاب والارتشاح والوذمة، وهي تفيد فقط عند وصفها قبل العمل الجراحي والأذية النسيجية.
- يعطى الديكساميثازون (ستيروئيد مديد التأثير) كجرعة وحيدة ٨ مغ قبل الجراحة، ويمكن متابعته بجرعة ٠,٧٥ مغ أو ١,٢٥ مغ مرتين يومياً لمدة ٢-٣ أيام.
٣. يفيد تطبيق الثلج على المنطقة بالسيطرة على الوذمة، حيث يقبض الأوعية الدموية ويضيق المسافات الخلالية ويثبط التفاعلات الالتهابية ويسبب تراص الكولاجين (طبقة ميكانيكة تحد من التمدد) مما يخفف الوذمة.
- نوصي المريض بتطبيق الثلج أسرع ما يمكن، ويوضع لفترة ٢٠ دقيقة ويزال ٢٠ دقيقة ثم يوضع ٢٠ دقيقة أخرى وهكذا لمدة ١٢-٢٤ ساعة، ولا نضع الثلج بتماس مباشر مع الجلد (نضع بينهما قطعة قماش) لمنع حدوث أذية نسيجية سطحية.

٥. في اليوم الثاني لا نضع أي كمادات (لا باردة ولا دافئة)، بل نطبق الكمادات الدافئة في اليوم الثالث حيث تنشط التروية وتساعد على عودة السوائل المتجمعة إلى داخل الأوعية الدموية، ونتجنب الحرارة العالية والفترة الطويلة لمنع أذية سطح الجلد.
٦. ننبه المريض أن الوذمة تميل للتفاقم والتراجع خلال اليوم، إذ تزداد في النهار وتنقص في الليل وذلك تبعاً لوضعية جسم المريض، ولهذا السبب نوصي المريض أن يستخدم وسائد إضافية عند النوم في الأيام التالية للجراحة لتخفيف الوذمة الوجهية.
٧. نوصي المريض أن يتناول الأطعمة الطرية في اليوم التالي للجراحة وألا يقتصر طعامه على السوائل لأن عملية فتح وإغلاق الفم أثناء المضغ تنشط التروية الدموية وتسرع ارتشاف السوائل المشكلة للوذمة إلى الأوعية مما يخفف الوذمة.
٨. يمكن إجراء تمسيد أو تدليك لمنع الوذمة.
٩. يمكن استخدام مضادات الوذمة.

سابعاً استمرار خدر الشفة السفلية أو اللسان:

وينجم هذا النوع من الاختلاطات عادة نتيجة رض العصب السنخي السفلي أو فرعه (العصب الذقني) وكذلك نتيجة رض العصب اللساني.

وهنا نميزين :

- رض العصب السنخي السفلي.
- قطع العصب بكل جزئي.
- قطع العصب بشكل كامل.

التعليمات التي تُعطى للمريض:

١- النزف:

على الرغم من توقف النزف، يجب عدم غسل الفم وفي حال غسل الفم بشكل متكرر لن يتوقف النزف وسيتأخر الشفاء ويزداد الألم .
قد يتلون اللعاب بالدم النازف خلال اليوم الأول ولكن عند وجود كمية كبيرة من الدم النازف يجب وضع قطعة شاش والعض عليها ١٠ دقائق سيتوقف النزف.

٢- الألم:

سيستمر تأثير المخدر لساعة أو ساعتين وسيبدأ بعدها الشعور بالألم وعلى المريض تناول المسكنات في حال كان الألم حاداً.

٣- تطبيق الكمادات الباردة:

ليس ضرورياً ولكن من الممكن تطبيق كمادات باردة على الخد خارج الفم في منطقة القلع .

٤- الأكل:

حمية طبية طوال اليوم، المضغ على الجانب المقابل، تجنب الأطعمة المخرشة.

٥- أشياء أخرى:

- تجنب تناول المشروبات الكحولية.
- تجنب العمل الشاق والقاسي.
- المراجعة في صباح اليوم التالي لفحص وتنظيف موقع القلع.
- اتصل بالطبيب في حال حدوث أي مشكلة.

الألم Pain:

- يبلغ ذروته بعد عودة الحس ويصل لأقصى درجاته في الساعات ٤-٨ بعد القلع، ويقلل ذلك بإعطاء المسكنات قبل أن يبدأ تأثير المخدر بالزوال.
- لا بد من تنبيه المريض إلى عدم انتظار وصول الألم إلى درجة عدم الاحتمال وإنما عليه أن يبدأ بتناول الدواء منذ بداية إحساسه بالألم ومن الأفضل أن يباشر الأدوية المسكنة بعد ساعتين من القلع ثم يستمر في تناولها على فترات محددة لإبقائه في مستواه الأدنى.
- عادة يستمر الألم لمدة تتراوح ما بين ٢٤-٤٨ ساعة ثم لا يبقى سوى ألم خفيف أو إحساس بعدم الارتياح خلال الأسبوع الأول بعد القلع.



بصورة عامة فإننا يمكن أن نحد ونقلل من احتمال حدوث الإختلاطات من خلال بعض الإجراءات:

المنارة
MANARA UNIVERSITY

أولاً: قبل العمل الجراحي:

- التحضير الدوائي الجيد للمريض.
- التحضير النفسي الجيد للمريض.
- التشخيص المسبق (شعاعي – سريري – قصة مرضية -) ووضع خطة العمل الجراحي المناسبة.

ثانياً: أثناء العمل الجراحي:

- الشق الجيد الخطي.
- التباعد الجيد للسحق.
- فصل السن وطريقة إخرجه.
- الغسل والتنظير الجيد.

وهذه العوامل لها علاقة بخبرة الجراح ووجود مساعد جيد

ثالثاً: بعد العمل الجراحي:

- إعطاء الدواء الجيد والمناسب.
- إعطاء التعليمات مكتوبة خطياً للمريض مع شرحها له.
- مراقبة المريض عدة مرات بعد العمل الجراحي وعلى المدى القريب والبعيد.
- التوصية بالاهتمام بالصحة الفموية من قبل المريض.

