

جراحی دندان عقل نهفته

ترجمه و تألیف:

محمدسجاد ترکمان (دانشجوی دندانپزشکی و عضو کمیته تحقیقات دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی)

طاها پورمند (دانشجوی دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی)

امیرعلی فراهانی (دانشجوی دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی)

معصومه شادلو (دانشجوی دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی)

زیر نظر

دکتر فرشید بسطامی (استادیار بخش جراحی دهان، فک و صورت دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی)

دکتر فرزاد آغداشی (استادیار بخش جراحی دهان، فک و صورت دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی)

سرشناسه	ویلند، جان، ویراستار، Wayland, John
عنوان و نام پدیدآور	جراحی دندان عقل نهفته / [ویراستار جان ویلند]؛ ترجمه و تألیف محمدسجاد ترکمان... [و دیگران]؛ زیرنظر فرشید بسطامی، فرزاد آعداشی.
مشخصات نشر	تهران : شایان نمودار، ۱۴۰۳
مشخصات ظاهری	۱۴۴ ص. مصور، جدول: ۲۲ × ۲۹ س.م.
شابک	۹۷۸-۹۶۴-۲۳۷-۷۴۷-۳
وضعیت فهرست نویسی	فیبا
یادداشت	بخش اعظم کتاب حاضر ترجمه از کتاب « Impacted third molars, 2nd. ed, 2024 » است.
یادداشت	ترجمه و تألیف محمدسجاد ترکمان، طاها پورمند، امیرعلی فراهانی، معصومه شادلو.
یادداشت	کتابنامه
موضوع	دندان عقل -- جراحی، Third molars -- Surgery، دندان -- نهفتگی، Teeth -- Impaction
شناسه افزوده	ترکمان، محمدسجاد، ۱۳۸۰-، مترجم
شناسه افزوده	بسطامی، فرشید، ۱۳۶۸-
شناسه افزوده	آعداشی، فرزاد، ۱۳۶۶-
رده بندی کنگره	۵ / RK۵۳۱
رده بندی دیویی	۶۱۷ / ۶۶
شماره کتابشناسی ملی:	۹۸۵۶۰۰۳
اطلاعات رکورد کتابشناسی	فیبا

نام کتاب: جراحی دندان عقل نهفته

ترجمه و تألیف: محمدسجاد ترکمان، طاها پورمند، امیرعلی فراهانی، معصومه شادلو

زیرنظر: دکتر فرشید بسطامی، دکتر فرزاد آعداشی

ناشر: انتشارات شایان نمودار

مدیر تولید: مهندس علی خزعلی

حروفچینی و صفحه آرایی: انتشارات شایان نمودار

طرح جلد: آتلیه طراحی شایان نمودار

نوبت چاپ: اول

شمارگان: ۵۰۰ جلد

تاریخ چاپ: پاییز ۱۴۰۳

شابک: ۹۷۸-۹۶۴-۲۳۷-۷۴۷-۳

قیمت: ۴,۲۰۰,۰۰۰ ریال



انتشارات شایان نمودار

دفتر مرکزی: تهران / میدان فاطمی / خیابان چهلستون / خیابان دوم / پلاک ۵۰ / بلوک B / طبقه همکف / تلفن: ۸۸۹۸۸۸۶۸

وب سایت: shayannemoodar.com

اینستاگرام: Shayan.nemoodar

(تمام حقوق برای ناشر محفوظ است. هیچ بخشی از این کتاب، بدون اجازه مکتوب ناشر، قابل تکثیر یا تولید مجدد به هیچ شکلی، از جمله چاپ، فتوکپی، انتشار الکترونیکی، فیلم و صدا نیست.

این اثر تحت پوشش قانون حمایت از مولفان و مصنفان ایران قرار دارد.)

مقدمه

در دانشکده های دندانپزشکی آموزش کشیدن دندان با روش های معمول به دندانپزشکان آموزش داده میشود و معمولاً روش های جراحی و کشیدن های دشوار به رزیدنت ها ارجاع می شوند. خارج سازی مولر سوم یکی از رایج ترین عمل های دندانپزشکی است. اکثر مولرهای نهفته توسط جراحان دهان، فک و صورت خارج می شوند؛ کسانی که روش های بیمارستانی از جمله جراحیهای ارتوگناتیک، شکاف کام، TMJ، بازسازی و سایر روش های پیچیده جراحی را انجام می دهند. در مقایسه با جراحی پیچیده دهان، خارج سازی مولر سوم یک جراحی نسبتاً ساده است که اکثر دندانپزشکان عمومی می توانند به راحتی انجام دهند. در واقع مخاطب این کتاب دندانپزشکان عمومی هستند که می خواهند به طور پیش بینی شده، ایمن و کارآمد دندان های مولر سوم نهفته را خارج کنند.

خارج سازی مولر سوم نهفته نوعی جراحی ساده، کم عارضه و به نفع بیماران است. انتخاب کیس و روش جراحی مناسب عوارض را به حداقل می رساند و توسط هر دندانپزشکی قابل یادگیری است. نکته قابل توجه این است که نویسنده اصلی کتاب دکتر John Wayland بیش از ۲۵۰۰۰ دندان عقل را بدون هیچ عارضه قابل توجهی و پارستزی دائمی خارج کرده اند. ترس از ناشناخته ها مانع رایجی است که دندانپزشکان را از خارج سازی دندان مولر سوم باز می دارد، ترس از مواردی مانند خونریزی، نزدیکی به عصب و عفونت. چنین ترسی در اولین تزریق بیحسی، ترمیم دندان، درمان کانال ریشه یا قراردهی روکش دندان نیز وجود دارد. خارج سازی مولر سوم نهفته نیز در صورت تکرار به یک امر عادی تبدیل خواهد شد. دندانپزشکی را تصور کنید که بیمارانی که نیازمند جراحی دندان عقل نهفته هستند را ارجاع می دهد، درحالی که دندانپزشک می توانست خودش درمان بیماران را انجام دهد، زیرا معمولاً بیماران شما نمی خواهند به خارج از مطب شما ارجاع داده شوند، آنها ترجیح می دهند توسط پزشک و پرسنلی که می شناسند و به آنها اعتماد دارند درمان شوند.

هیچ شکی در مورد خارج سازی مولر سوم در صورت وجود درد یا پاتولوژی وجود ندارد. با این حال، کشیدن پیشگیرانه مولر سوم بحث برانگیز است. مطالعات زیادی برای حمایت از هر دو طرف این بحث انجام شده است. با این حال، عقل سلیم از کشیدن پیشگیرانه حمایت می کند. حفظ بهداشت مولر سوم دشوار است. اکثر بیماران با مولر سوم باقی مانده دچار آسیب های بعدی می شوند از جمله پاکت های عمیق پریودنتال و پوسیدگی ها در مولر سوم یا دیستال مولر دوم. حذف زود هنگام دندان عقل منجر به عوارض کمتر جراحی می شود و بروز عفونت های بعد از عمل و درای ساکت نیز کاهش می یابد.

بر خود لازم می دانیم از انتشارات وزین شایان نمودار صمیمانه تشکر کنیم. حمایت های بی دریغ و تلاش های ارزشمند جناب آقای مهندس خزعلی مدیریت محترم و پرسنل پرتلاش و فعال این انتشارات، نقشی تعیین کننده در آماده سازی و انتشار این کتاب داشت.

همچنین از آکادمی آموزشی و تحقیقاتی پرودنت نیز تشکر می کنیم، این آکادمی با هدف ارتقای علم و دانش دندانپزشکان ایران و با همت و دغدغه مندی جمعی از دانشجویان نخبه کشور در سال ۱۴۰۲

تأسیس شده است. قطعاً دغدغه‌مندی و احساس مسئولیت اعضای آکادمی پرودنت بود که ما را گرد هم آورد تا این کتاب را به رشته تحریر درآوریم. بی‌تردید، بدون همکاری و پشتیبانی آنها، این اثر به این شکل کامل و جامع در اختیار مخاطبان گرامی قرار نمی‌گرفت.

در پایان،

حمل کوه بیستون بر یاد شیرین بار نیست

احتمال نیش کردن واجبست از بهر نوش

از مخاطبان عزیز و ارجمند صمیمانه درخواست داریم تا با انتقادات و پیشنهادات سازنده‌ی خود، ما را از نظرها و دیدگاه‌های ارزشمندشان بهره‌مند سازند. بدون تردید، هیچ اثری خالی از اشکال نیست و همراهی شما در بهبود این اثر، برای ما بسیار ارزشمند خواهد بود.

پاییز ۱۴۰۳

فهرست مطالب

۶	فصل اول: انتخاب بیمار
۲۲	ضمیمه فصل اول
۲۹	فصل دوم: پیچیدگی‌ها و عوارض جانبی
۵۹	ضمیمه فصل دوم
۶۸	فصل سوم: اصول و تکنیک‌های جراحی
۹۵	ضمیمه فصل سوم
۱۰۳	فصل چهارم: بی حسی موضعی
۱۱۲	ضمیمه فصل چهارم
۱۱۶	فصل پنجم: تصویربرداری
۱۲۲	ضمیمه فصل پنجم
۱۲۹	فصل ششم: مدیریت بیماران
۱۳۶	ضمیمه فصل ششم

فصل اول:

انتخاب بیمار

انتخاب بیماران و اعمال جراحی، متناسب با سطح آموزشی و تجربه، بهترین راه برای جلوگیری از پیشامد عوارض بیرون آوردن دندان عقل نهفته است. شما بیماران داری نقص سلامتی را درمان میکنید؟ یا فقط به بیرون آوردن دندان های عقل نهفته جوان های سالم میپردازید؟ آیا تا کنون تعداد زیادی دندان نهفته خارج کرده اید؟ یا در آستانه بیرون آوردن اولین نهفتگی در بافت نرم هستید؟ این بخش به شما کمک خواهد کرد که بتوانید تصمیم بگیرید کدامین جراحی های عقل نهفته را میتوانید در مطب انجام دهید و یا به متخصص فک و صورت ارجاع دهید. همچنین، بعد از خواندن این بخش قادر خواهید بود که آمادگی خود برای ورود به جراحی های با درجه سختی بالاتر را بسنجید.

ارزیابی پزشکی

ارزیابی پزشکی شامل یک تاریخچه سلامتی/مصاحبه با بیمار به طور کامل، ارزیابی وضعیت جسمانی، معاینه بالینی و ارزیابی روانی است. بیرون آوردن دندان عقل نهفته، یک پروسه جراحی تهاجمی است که ریسک وقوع عوارض در آن از اغلب پروسه های دندانپزشکی بیشتر است. از این گذشته، بیماران اغلب درباره پروسه جراحی، نگران و دلواپس هستند.

تاریخچه سلامتی و مصاحبه با بیمار

یک تاریخچه سلامتی و مصاحبه تمام و کمال باید پیش از اقدامات درمانی، انجام گیرد. هدف اولیه تاریخچه سلامتی، پی بردن به تمام شرایط و مشکلات بیمار تا حد ممکن است؛ به گونه ای که بتوان بیمار را با کمترین خطر و کاملاً آگاه درمان کرد. فرم تاریخچه سلامتی ای که توسط بیمار پر می شود، بایستی قبل از مصاحبه با بیمار، مرور شود. فرم تاریخچه سلامتی انجمن دندانپزشکی آمریکا در سال ۲۰۱۴ به عنوان نمونه آورده شده است. (به قسمت a ۱، b ۱، c ۱، ۱ مراجعه کنید)

تاریخچه سلامتی بیمار، در کیس های قضایی مانند دادخواست های سوءطبابت یا هنگامی که یک مرجع قانونی میخواهد اقدامات کیفی علیه یک دندانپزشک انجام دهد، میتواند ارائه شود. مدارک ارزیابی های پزشکی، به عنوان مدارک قانونی قابل استفاده هستند. این مدارک باید کامل و جامع باشند. مصاحبه با بیمار بخش حیاتی از ارزیابی پزشکی است. گاهی اوقات مصاحبه با بیمار اطلاعاتی را به ما میدهد که از طریق تاریخچه گرفتن قادر به دستیابی به آنها نبودیم. تکنیک مصاحبه کارآمد شامل سوالات باز و گوش دادن فعال است. سوالات باز همیشه با عبارتی مانند چه چیز، چگونه، چه موقع و یا در چه مکانی شروع میشوند و پاسخگویی به آنها با یک بله یا خیر ساده غیرممکن است. سوال های بله یا خیر، باید تنها به فرم تاریخچه پزشکی محدود شوند. کلمه مخفف شده «مادس»، برای به یاد آوردن سوالات کلیدی مصاحبه، کاربردی است.

م (مشکل اصلی): علت اصلی مراجعه شما چیست؟

آ (آلرژی): به چه چیزهایی آلرژی دارید؟ دیگر چی؟

د (داروها): در حال حاضر چه داروهایی مصرف می کنید؟ در گذشته چه داروهایی استفاده کردید؟

س (سابقه پزشکی): چه مشکلات پزشکی در گذشته داشتید و در چه زمانی؟

Confidential Health History

Patient Name: _____ Date of Birth: _____

I. CIRCLE APPROPRIATE ANSWER (Leave blank if you do not understand the question)

1. Yes / No Is your general health good?
If NO, explain: _____
2. Yes / No Has there been a change in your health within the last year?
If YES, explain: _____
3. Yes / No Have you gone to the hospital or emergency room or had a serious illness in the last three years?
If YES, explain: _____
4. Yes / No Are you being treated by a physician now? If YES, explain: _____
Date of last medical exam? _____ Reason for exam: _____
5. Yes / No Have you had problems with prior dental treatment?
If YES, explain: _____
Date of last dental exam: _____ Name of last treating dentist: _____
6. Yes / No Are you in pain now?
If YES, explain: _____

II. HAVE YOU EVER EXPERIENCED ANY OF THE FOLLOWING? (Please circle Yes or No for each)

- | | | |
|---|-----------------------------------|----------------------------------|
| Yes / No Chest pain (angina) | Yes / No Blood in stools | Yes / No Frequent vomiting |
| Yes / No Fainting spells | Yes / No Diarrhea or constipation | Yes / No Jaundice |
| Yes / No Recent significant weight loss | Yes / No Frequent urination | Yes / No Dry mouth |
| Yes / No Fever | Yes / No Difficulty urinating | Yes / No Excessive thirst |
| Yes / No Night sweats | Yes / No Ringing in ears | Yes / No Difficulty swallowing |
| Yes / No Persistent cough | Yes / No Headaches | Yes / No Swollen ankles |
| Yes / No Coughing up blood | Yes / No Dizziness | Yes / No Joint pain or stiffness |
| Yes / No Bleeding problems | Yes / No Blurred vision | Yes / No Shortness of breath |
| Yes / No Blood in urine | Yes / No Bruise easily | Yes / No Sinus problems |
| Other: _____ | | |

III. HAVE YOU EVER HAD OR DO YOU HAVE ANY OF THE FOLLOWING? (Please circle Yes or No for each)

- | | | |
|--|--|-------------------------------------|
| Yes / No Heart disease | Yes / No AIDS/HIV | Yes / No Psychiatric care |
| Yes / No Family history of heart disease | Yes / No Surgeries | Yes / No Osteoporosis |
| Yes / No Heart attack | Yes / No Hospitalization | Yes / No Thyroid disease |
| Yes / No Artificial joint | Yes / No Diabetes | Yes / No Asthma |
| Yes / No Stomach problems or ulcers | Yes / No Family history of diabetes | Yes / No Hepatitis |
| Yes / No Heart defects | Yes / No Tumors or cancer | Yes / No Sexual transmitted disease |
| Yes / No Heart murmurs | Yes / No Chemotherapy | Yes / No Herpes |
| Yes / No Rheumatic fever | Yes / No Radiation | Yes / No Canker or cold sores |
| Yes / No Skin disease | Yes / No Arthritis, rheumatism | Yes / No Anemia |
| Yes / No Hardening of arteries | Yes / No Emphysema or other lung disease | Yes / No Liver disease |
| Yes / No High blood pressure | Yes / No Kidney or bladder disease | Yes / No Eye disease |
| Yes / No Seizures | Yes / No Stroke | Yes / No Transplants |
| Yes / No Cosmetic surgery | Yes / No Eating disorders | Yes / No Tuberculosis |
| Other: _____ | | |

شکل ۱.۱a تاریخچه سلامتی (اقتباس با کسب اجازه از ADA)

IV. ARE YOU ALLERGIC TO OR HAVE YOU HAD A REACTION TO ANY OF THE FOLLOWING?

(Please circle Yes or No for each)

Yes / No	Aspirin	Yes / No	Valium or other sedatives	Yes / No	Codeine or other narcotics
Yes / No	Penicillin or other antibiotics	Yes / No	Latex	Yes / No	Food
Yes / No	Nitrous oxide	Yes / No	Local anesthetic	Yes / No	Metal

Others: _____

V. ARE YOU TAKING OR HAVE YOU TAKEN ANY OF THE FOLLOWING IN THE LAST THREE MONTHS?

(Please circle Yes or No for each)

Yes / No	Recreational drugs	Yes / No	Tobacco in any form	Yes / No	Antibiotics
Yes / No	Over-the-counter medicines	Yes / No	Alcohol	Yes / No	Supplements
Yes / No	Weight loss medications	Yes / No	Bisphosphonate (Fosamax)	Yes / No	Aspirin
Yes / No	Anti-Depressants	Yes / No	Herbal Supplements		

Please list all prescription medications: _____

VI. WOMEN ONLY (Please circle Yes or No for each)

Yes / No Are you or could you be pregnant? If YES, what month? _____

Yes / No Are you nursing? _____

Yes / No Are you taking birth control pills? _____

VII. ALL PATIENTS (Please circle Yes or No for each)

Yes / No Do you have or have you had any other diseases or medical problems NOT listed on this form?
If YES, please explain: _____

Yes / No Have you ever been pre-medicated for dental treatment? If YES, why: _____

Yes / No Have you ever taken Fen-Phen? If YES, when: _____

Yes / No **Is there any issue or condition that you would like to discuss with the dentist in private?**

The practice of dentistry involves treating the whole person. If the dentist determines that there may be a potentially medically compromised situation, medical consultation may be needed prior to commencement of dental treatment.

I authorize the dentist to contact my physician.

Patient's Signature: _____ Date: _____

Physician's Name: _____ Phone Number: _____

Whom would you like us to contact in case of an emergency?

Name: _____ **Relationship:** _____ **Phone Number:** _____

I certify that I have read and understand this form. To the best of my knowledge, I have answered every question completely and accurately. I will inform my dentist of any change in my health and/or medication. Further, I will not hold my dentist, or any other member of his/her staff, responsible for any errors or omissions that I may have made in the completion of this form.

Signature of Patient (Parent or Guardian) Date Signature of Dentist Date

شکل b ۱، ۱: به روز رسانی تاریخیچه سلامتی (اقتباس با کسب اجازه از ADA)

MEDICAL UPDATES

I have reviewed my Health History and confirm that it accurately states past and present conditions.

DATE	PATIENT SIGNATURE	CHANGES TO HEALTH HISTORY	DENTIST INITIALS
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

شکل ۱.۱ C: مصاحبه با بیمار(اقتباس با کسب اجازه از ADA)

ارزیابی وضعیت جسمانی

طبقه بندی وضعیت جسمانی انجمن بیهوشی آمریکا (ASA)، راهنمای مناسبی برای ارجاع بیماران نیازمند به جراحی دندان عقل است.^۱ (جدول ۱،۱ را ببینید) مطالعه‌ای در مجله دندانپزشکی بهداشت عمومی در سال ۱۹۹۳، سلامت عمومی بیماران دندانپزشکی را طبق طبقه بندی ASA ارزیابی کرد. در این مطالعه از پرسشنامه‌ای ریسک محور برای ۴۰۸۷ بیمار استفاده شد که این بیماران، خود، پرسشنامه را پر کردند. طبق اطلاعات پزشکی این افراد برای هر بیمار درجه بندی ASA تعریف شد: ۶۳.۳ درصد بیماران، ۱ ASA داشتند. ۲۵.۷ درصد، ۲ ASA و ۸.۹ درصد، ۳ ASA و ۲.۱ درصد، ۴ ASA داشتند.

جدول ۱،۱: سیستم طبقه بندی وضعیت جسمانی ASA

طبقه بندی	توضیحات
ASA۱	سلامتی نرمال
ASA۲	بیماری سیستمیک خفیف
ASA۳	بیماری سیستمیک شدید
ASA۴	بیماری یک تهدید مداوم برای زندگی
ASA۵	انتظار نمیروود بدون مداخله نجات پیدا کند
ASA۶	مرگ مغزی بیمار و اهدای عضو

نتیجه اینکه، ۸۹ درصد بیماران این مطالعه ASA ۱ یا ۲ داشتند.^۲ مطالعه‌ای دیگر مشکلات پزشکی را در ۲۹۴۲۴ بیمار دندانپزشکی (۱۸ سال یا بالاتر) از ۵۰ پروسه دندانپزشکی در هلند، ارزیابی کرد. بر اساس یافته های این مطالعه، تعداد بیمارانی که از مشکلات فشار خون بالا، قلبی عروقی، نورولوژیک، غدد، عفونی و بیماری های خونی رنج میبردند، با افزایش سن، بیشتر میشد.^۳ کامیابی عنوان کرد که تعداد بیماران بالای ۴۰ سال که نیازمند بیرون آوردن دندان عقل هستند رو به افزایش است. در طی یک بازه زمانی ۵ ساله (از سال ۱۹۹۷ تا ۲۰۰۲)، این افراد تقریباً ۲ برابر شدند. (این مقدار به ۱۷.۹ درصد رسید) این رده سنی (۴۰ سال به بالا)، جزء افراد پر ریسک برای جراحی های دندان عقل هستند. همچنین این افزایش تعداد بیمار را در آمار و ارقام مربوط به بیماران دارای بیماری های جسمی متوسط تا شدید که نیاز به بیرون آوردن دندان عقل دارند، میتوان مشاهده کرد.^۴ طبق مطالعات، توصیه ای قطعی برای انتخاب بیماران وجود ندارد، گرچه اکثر متخصصان اتفاق نظر دارند که بیماران ASA ۱ و ASA ۲ را میتوان به خوبی در مطب دندانپزشکی درمان کرد.

بیماران داری مشکلات جسمی که در طبقه بندی ASA ۳ جا میگیرند، معمولاً داروهایی دریافت میکنند که بیماری آنها را به طور کافی کنترل نمیکنند. نویسنده پیشنهاد میکند که بیماران دارای ASA ۳ و بیماران مسن به متخصص ارجاع داده شوند یا اینکه متخصص بیهوشی میتواند با آرامبخشی به درمان این بیماران کمک کند. خوشبختانه اکثریت بیماران دارای نهفتگی دندان عقل، جوان، سالم و دارای ASA ۱ یا ۲ هستند.

ارزیابی وضعیت جسمانی در همان نخستین جلسه ملاقات آغاز می شود.

* ظاهر کلی: شمایل کلی بیمار چگونه است؟ آیا بیمار دارای چاقی مفرد است؟ آیا خیلی مسن یا ضعیف است؟

* سبک زندگی: آیا بیمار مقادیر زیاد الکل یا مواد مخدر استفاده میکند؟ بیمار سبک زندگی فعالی دارد؟

* علائم حیاتی: فشار خون به دفعات اندازه گیری شود.

همه بیماران کاندید بیرون آوردن دندان عقل نهفته باید از نظر علائم حیاتی در بخش مشاوره جراحی و همچنین در خود روز جراحی بررسی شوند. بیماران دارای فشار خون بالا، بیشتر در معرض عوارض قلبی عروقی هستند. فشار خون بالا با یک اندازه گیری ساده فشار خون قابل شناسایی است. این موضوع زمانی اهمیت می یابد که بیمار نیاز به آرامبخشی دارد؛ چون باید رکورد های اولیه ای از فشار خون در دسترس باشد تا با فشار خون بیمار حین پروسه جراحی مقایسه گردد. طبق نظر دپارتمان خدمات سلامت و انسان آمریکا، فشار سیستمیک قابل قبول در بازه ۹۰ تا ۱۱۹ و فشار دیاستولیک، ۶۰ تا ۷۹ می باشد.^۵ از سال ۲۰۰۰، حدود ۱ میلیارد نفر (تقریباً ۲۶ درصد جمعیت دنیا)، فشار خون بالا داشتند^۶ (۴۴ درصد افراد بالغ آفریقایی-آمریکایی).^۷

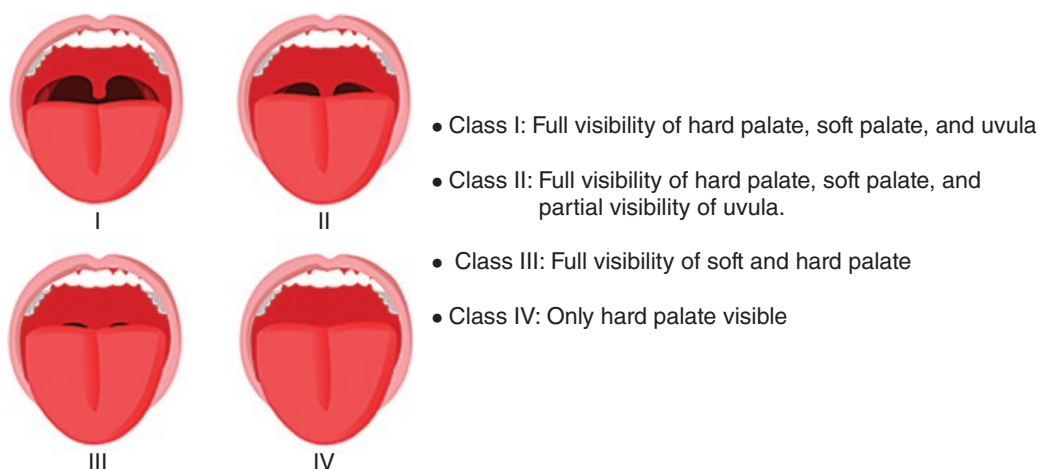
جدول ۱.۲: طبقه بندی فشار خون در بالغین

دیاستولیک	سیستولیک	دسته بندی
<۶۰	<۹۰	هایپوتنشن
۷۹-۶۰	۱۱۹-۹۰	نرمال
۸۹-۸۰	۱۳۹-۱۲۰	پیش از هایپرتنشن
۹۹-۹۰	۱۵۹-۱۴۰	هایپرتنشن مرحله اول
۱۰۹-۱۰۰	۱۷۹-۱۶۰	هایپرتنشن مرحله دوم
>۱۱۰	>۱۸۰	اورژانس فشار خون بالا

معاینه بالینی

دسترسی، به طور ویژه‌ای در پروسه بیرون آوردن دندان عقل نهفته مهم است. دسترسی کم یا ناکافی میتواند پروسه جراحی را دشوار سازد. بیمارانی که ارتودنسی کرده‌اند، بیماران با دهان کوچک، فاصله قدامی خلفی کم، زبان بزرگ و یا باتوانایی محدود باز کردن دهان، بیرون آوردن دندان عقل نهفته را تقریباً غیرممکن میسازد. یک راهنمای کاربردی برای ارزیابی میزان دسترسی، طبقه بندی راه هوایی **Mallampet** است. (شکل ۱،۲ را ببینید)

بیماران کلاس ۴ معمولاً بیمارانی با صورت مربعی، گردن کوتاه و زبان بزرگ هستند. زائده کرونوئید حین حرکت انتقالی تا نزدیکی مولر سوم بالا حرکت میکند که به مقدار زیادی دسترسی را محدود میکند. علاوه بر آن، این بیماران ممکن است قوس فکی کوچک و بافت نرم با محدودیت بازشوندگی داشته باشند. یک دندانپزشک محتاط، اینگونه بیماران را به جراح فک و صورت ارجاع میدهد.



شکل ۱.۲: طبقه بندی مالمپاتی میتواند برای پیشبینی مدیریت راه هوایی و دسترسی به دهان استفاده شود. (/ Jmarchn By Wikimedia commons / CC BY ۳.۰).

ارزیابی روانی

وضعیت روانی و عاطفی بیماران کاندید جراحی دندان عقل نهفته، فاکتور مهمی در موفقیت درمانی است. دندان‌ها ممکن است یک ابزار جدید مطالعه‌نشده و در عین حال پیشنهادی برای شناسایی افراد در معرض خطر مشکلات سلامت روان به دنبال مشکلات روانی-اجتماعی اولیه باشند.^{۱۷} دکتر Milus house، سیستمی را برای طبقه بندی روانشناسی بیماران کاندید دندان مصنوعی ارائه

کرد. با وجود اینکه این طبقه بندی در سال ۱۹۳۷ ابداع شد تا بیماران بی دندانی را طبقه بندی کنند، اما هم اکنون نیز برای بیماران متقاضی بیرون آوردن دندان عقل قابل استفاده است. بیماران طبقه بندی ۱ و ۲، احتمال موفقیت درمان بالاتری دارند(باکس ۱،۱ را ببینید).

باکس ۱-۱: طبقه بندی روانشناسی بیماران (House)
<p>کلاس ۱ (منطقی): قضاوت و دستورالعمل دندانپزشک را میپذیرد، بهترین پروگنوز</p> <p>کلاس ۲ (دقیق): منظم و تقاضا گر، تعداد زیادی سوال میپرسد، پروگنوز خوب</p> <p>کلاس ۳ (بی تفاوت): به درمان دندانپزشکی اهمیتی نمیدهد و به آسانی نا امید می شود، پروگنوز نسبتاً خوب (fair)</p> <p>کلاس ۴ (بحرانی): از لحاظ عاطفی ناجور، همیشه ناراحت، بدترین پروگنوز</p>

در مطالعه‌ای در سال ۲۰۰۷ توسط موسسه ملی سلامت روان، داده‌ها به منظور بررسی شیوع اختلالات شخصیتی بررسی شد. تعداد ۵۶۹۲ نفر از افراد ۱۸ سال و بالاتر به سوالات غربالگری از IPDE (معاینه ملی اختلالات شخصیتی) پاسخ دادند. محققان دریافتند که شیوع اختلالات شخصیتی در ایالات متحده آمریکا ۹.۱ درصد است.^۸ حدود ۱۰ درصد بیماران دندانپزشکی ۱۸ سال یا بالاتر ممکن است انواعی از اختلالات شخصیتی را داشته باشند. بیمارانی که مشکلات روانی-عاطفی دارند ممکن است سازگاری کمتری از خود بروز دهند و نتوانند استرس حاصل از پروسه جراحی را تحمل کنند. (شکل ۱،۳ را ببینید) نویسنده توصیه میکند که این بیماران را به جراح فک و صورت ارجاع دهید و یا با یک متخصص بیهوشی درمان را انجام دهید.



شکل ۱،۳: بیماران دارای اضطراب شدید باید تحت بیهوشی عمومی درمان شوند. (Edvard Munch / Wikimedia Commons / Public domain)

ارزیابی رادیوگرافیک

یک ارزیابی کامل رادیوگرافی برای اجتناب از وقوع عوارض جراحی، الزامی است. رزولوشن، کنتراست و وضوح تصاویر نباید کم باشد. رادیوگرافی های پانورامیک برای مشاهده ارتباطات اجزاء مناسب هستند. این تصاویر، ارتباط دندان مولر سوم را با ساختارهای

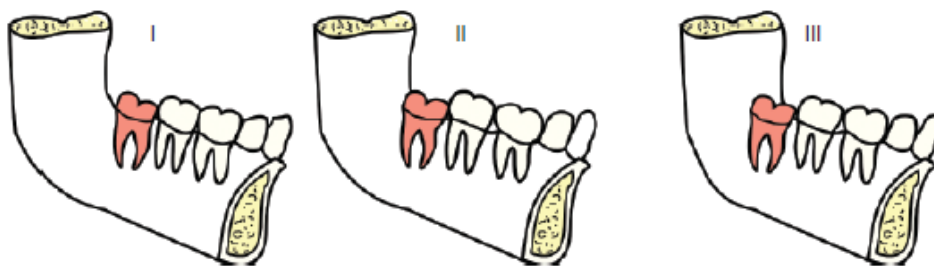
زیر مشخص میکنند: کانال عصب اینفریور آلوئولار، سینوس ماگزیلاری، راموس و مولر دوم. فیلم های داخل دهانی علاوه بر این لیگامان پرپودنتال مولر سوم، ساختار ریشه و موقعیت آن را مشخص میکنند. اکثر جراحی های دندان عقل میتواند به درستی با بهره گیری از رادیو گرافی های پانورامیک و فیلم های داخل دهانی با کیفیت انجام شوند. اسکن های cbct باید تصویر برداری استاندارد در بیماران سرپایی جراحی دهان در نظر گرفته میشود، گر چه یک اسکن Ct ممکن است برای بیماران با ریشه های کاملا تکامل یافته ی نزدیک ساختار های حیاتی مناسب باشد. به عنوان مثال تصویر برداری Ct ممکن است زمانی که به تماس نزدیک به عصب اینفریور آلوئولار شک کردیم (از طریق بررسی تصویر پانورامیک) یا هنگامی که مولر سوم نزدیک به کام باشد مناسب باشد. فاکتور های زیر هنگام ارزیابی رادیوگرافی ها حائز اهمیت هستند:

- ۱- موقعیت قرارگیری
- ۲- عمق
- ۳- زاویه
- ۴- مجموع عرض ریشه ها
- ۵- طول ریشه، سایز و شکل
- ۶- لیگامان پرپودنتال و فولیکول دندانی
- ۷- الاستیسیته استخوان و چگالی
- ۸- موقعیت نسبت به کانال اینفریور آلوئولار

موقعیت قرارگیری

موقعیت قدامی خلفی دندان عقل نهفته همواره فاکتوری مهم بوده است. مولر های سومی که در نزدیکی راموس قرار گرفته اند دسترسی محدودی خواهند داشت. موقعیت مولر سوم مندیبل نسبت به مولر دوم و راموس صعودی به سه گروه تقسیم می شود. (شکل ۱،۴ را ببینید)

موقعیت مولر دوم تا راموس
 کلاس I: آسان - فضای کافی برای رویش دندان عقل
 کلاس II: متوسط - قسمتی از دندان عقل در راموس
 کلاس III: دشوار - بیشتر یا همه مولر سوم در راموس
 * این ارزیابی مرتبط با فاصله قدامی خلفی است، نهفتگی های کلاس ۳ ماگزیلا معمولا به دلیل دسترسی کم دشوار ترند.



شکل ۱،۴: سختی جراحی بر اساس فاصله قدامی خلفی، مولر دوم و راموس. (Reproduced by permission of Robert J. Whitacre)

مولر های سوم مندیبل زمانی در کلاس ۱ قرار میگیرند که فضای کافی برای رویش بین مولر دوم و راموس صعودی موجود باشد. دیستال دندان را نباید هیچ بافتی بپوشاند. مولر های سوم مندیبل کلاس ۲ فضای کافی برای رویش نرمال ندارند. بعضی از مولر های سوم در راموس قرار دارند. مولر های سوم مندیبل زمانی در کلاس ۳ قرار میگیرند که قسمت اعظم آنها در راموس قرار بگیرد. یک دندان کلاس ۳، با فاصله کم قدامی خلفی، به مقدار زیادی دسترسی به نهفتگی های فک بالا را کم میکند.

عمق

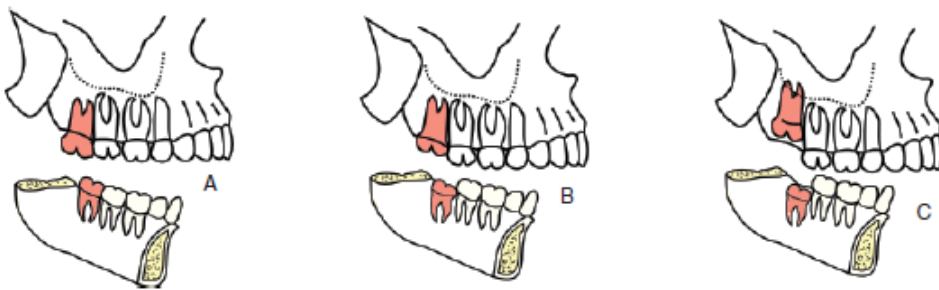
عمق دندان مولر سوم مندیبل میتواند با توجه به سطح اکلوزال و CEJ مولر دوم مجاور طبقه بندی شوند. دندان های گروه A، دندان هایی هستند که هم سطح مولر دوم یا بالاتر از آن قرار گرفته اند. گروه B آنهایی هستند که دندان بین سطح اکلوزال و CEJ دندان مولر دوم قرار گرفته اند. در گروه C دندان زیر CEJ مولر دوم قرار دارد. دشواری جراحی با افزایش عمق نسبت مستقیم دارد. (شکل ۱،۵ را ببینید) این سیستم طبقه بندی زمانی که موقعیت مکانی و عمق، باهم بررسی شوند، ۶ گروه مختلف را شامل می شود. A، آسانترین حالت و C دشوارترین می باشد. این سیستم معمولا به Gregory and Pell منسوب می شود که فرم اصلاح شده طبقه بندی George B. winter است.

زاویه

زاویه (angulation)، به محور طولی دندان مولر سوم نسبت به محور طولی دندان مولر دوم مجاور اشاره دارد. زاویه نهفتگی های فک پایین میتواند میوانگولار (۴۳ درصد)، افقی (۳ درصد)، عمودی (۳۸ درصد) یا دیستوانگولار (۶ درصد) باشد. محور نهفتگی های میوانگولار به سمت مولر دوم متمایل هستند. مولر سوم نهفته میوانگولاری دلیل شناخته شده درد مولر سوم است. تاج این دندان اغلب اندکی رویش یافته که موجب عفونت موضعی و پری کرونیت می شود.

عمق (سطح اکلوزال مولر دوم و CEJ):

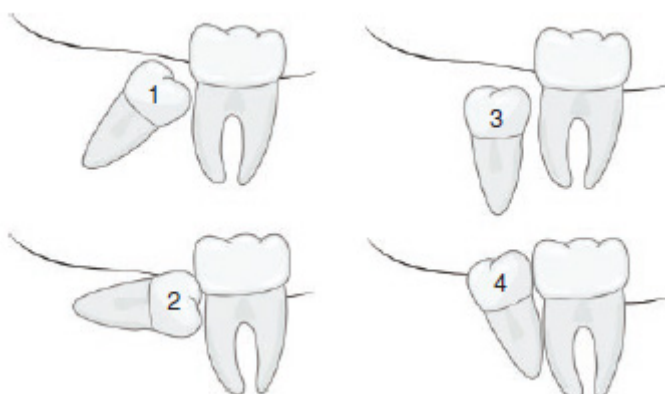
کلاس A (آسان): مولر سوم هم سطح سطح اکلوزال مولر دوم است.
 کلاس B (متوسط): مولر سوم بین سطح اکلوزال بین سطح اکلوزال مولر دوم و CEJ است.
 کلاس C (دشواری): مولر سوم بین اپکس مولر دوم و CEJ است.
 * دسترسی به یک مولر سوم ماگزایلی عمیق بسیار دشوار خواهد بود.



شکل ۱،۵: دشواری جراحی بر اساس عمق نسبت به مولر دوم (Reproduced by permission of Robert J. Whitacre)

این دندانها (نهفتگی های میوانگولار)، ۴۳ درصد کل نهفتگی ها را شامل میشوند و معمولا آسان ترین دندانها برای خارج سازی با استفاده از یک هندپیس مستقیم جراحی می باشند. محور طولی دندان های نهفته افقی، عمود یا تقریبا عمود بر محور طولی مولر دوم است. آسانترین نهفتگی مندیبل، ابتدا نهفتگی میوانگولار و سپس افقی می باشد. جراحان بی تجربه اغلب این نوع نهفتگی را به اشتباه دشوارترین نهفتگی می شناسند. نهفتگی های افقی ۳ درصد کل نهفتگی ها را شامل میشوند. در نهفتگی عمودی محور طولی دندان، موازی محور طولی مولر دوم است. نهفتگی های عمودی نسبت به نهفتگی های افقی دشوار تر در نظر گرفته میشوند که دلیل آن دسترسی کمتر است. این مورد به خصوص در مورد نهفتگی های عمودی عمیق صحیح است. نهفتگی عمودی ۳۸ درصد نهفتگی های مولر سوم را شامل می شود. در آخر، نهفتگی دیستوانگولار که به سمت راموس متمایل شده است، مورد بحث قرار می گیرد. در مورد این دندان، مسیر خارج سازی به سمت راموس است (شکل ۱،۶ را ببینید) و به همین دلیل است که دشوارترین نوع نهفتگی مولر سوم مندیبل در نظر گرفته می شود. خوشبختانه آنها فقط ۶ درصد نهفتگی های مولر سوم مندیبل را شامل میشوند. همه این نهفتگی ها میتوانند باکالی یا لینگوالی باشند. ۱۰ درصد باقی مانده نهفتگی های مندیبل به صورت عرضی یا وارونه هستند. نهفتگی های عرضی به طرف گونه یا زبان رشد میکنند در حالی که در نهفتگی های وارونه جای تاج و ریشه دندان

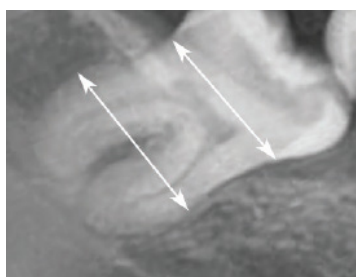
عوض می‌شود. دشواری جراحی برای نهفتگی های فک بالا برعکس فک پایین است. در فک بالا نهفتگی میزوانگولار معمولا دشوارتر از دیستوانگولار است.



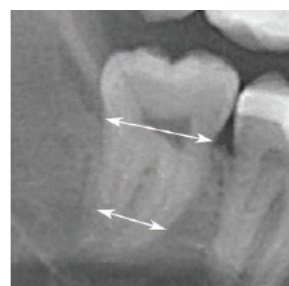
شکل ۱،۶: سختی جراحی بر اساس زاویه - شماره ۴ سخت ترین

مجموع عرض ریشه

این فاکتور، همیشه عاملی مهم در نظر گرفته می‌شود. دندان‌های ریشه‌های مخروطی راحت‌تر از دندان‌های ریشه‌های متباعد، کشیده می‌شود. ریشه‌های دندان‌های چند ریشه‌ای معمولا متباعد هستند. خارج‌سازی این دندان‌ها به ویژه زمانی دشوار می‌شود که مجموع عرض ریشه از عرض دندان در CEJ بزرگتر باشد. مولر‌های سوم با ریشه‌های متباعد ممکن است نیاز به سکشن زدن داشته باشند. (شکل‌های ۱،۷a و ۱،۷b ببینید)



شکل ۱،۷ b: متباعد



شکل ۱،۷ a: مخروطی



شکل ۱،۸ b: کوتاه، ضخیم، مستقیم



شکل ۱،۸ a: بلند، نازک و کرو دار

طول،سایز و شکل ریشه

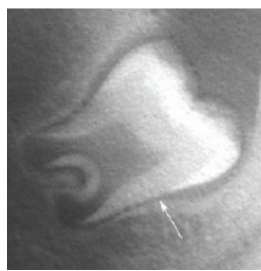
طول، سایز و شکل ریشه همیشه فاکتور های مهمی هستند، اما اغلب اوقات نادیده گرفته میشوند. حین بیرون آوردن مولر سوم تکه های کوچکی از ریشه های بلند،نازک و کرو دار ممکن است در استخوان بماند که بیرون آوردن آن دشوار است. تکه های باقی مانده ریشه ممکن است نزدیک ساختار های حیاتی مانند عصب اینفریور آلوئولار، سینوس ماگزیلاری، فوسای اینفراتمپورال یا فوسای اینفرامندیبولار باشد. برای جلوگیری از شکست ریشه ارزیابی دقیق چگونگی رادیوگرافی ها، ضروری و معقول است.

لیگامان های پریدنتال و فولیکول های دندانی

دندان ها اندام های منحصر به فرد و پیچیده ای هستند که از لایه های مختلف جنینی تشکیل شده اند. دندان بالغ از مینا، عاج، سمنتوم و پالپ دندان تشکیل شده است. در طول رشد جنینی، بافت نرم میکروب های دندانی از طریق یک سری رویدادهای فضایی و زمانی بسیار هماهنگ شروع به معدنی شدن می کنند تا زمانی که دندان به داخل حفره دهان بیرون بیاید. مینا حاوی چیدمان بسیار پیچیده و منظمی از کریستال های معدنی متراکم است. کانی سازی مینای دندان شامل مشارکت چندین پروتئین خاص است که فرآیندهای ترشح و بلوغ کریستال را تعدیل می کنند. از سوی دیگر، عاج بافتی کمتر از مینای دندان معدنی است و حاوی مقدار بیشتری پروتئین است. مانند مینای دندان، کانی سازی عاج نیازمند مشارکت چندین پروتئین است که برخی از آنها هنوز به طور کامل مشخص نشده اند. فرآیندهای سلولی و مولکولی بسیار پیچیده برای تشکیل عاج بالغ مورد نیاز است.^{۱۸} لیگامان پریدنتال و فولیکول دندانی فاکتور های مهمی هستند. فضای لیگامان پریدنتال یا فولیکول که در رادیوگرافی واضح هستند، نشانه خوبی بشمار می آیند. این فضا ها اجازه حرکت دادن دندان را به فورسپس و الواتور و سایر ابزار میدهند. (شکل a ۱،۹ را ببینید) فولیکول دندانی همیشه تا سن مشخصی با مولر سوم دیده می شود. این ساختار همزمان با تکامل دندان، به PDL تمایز میابد.^{۱۰} فولیکول دندانی فضایی بزرگتر از فضای لیگامان پریدنتال را فراهم می آورد. (شکل b ۱،۹ را ببینید) فضای فولیکولی یکی از دلایلی است که جراحان فک و صورت، بیرون آوردن زود هنگام مولر سوم (در جوانی) را توصیه میکنند. انکیلوز دندان در واقع ادغام شدن استخوان با سمان دندان است که منجر به از بین رفتن تمامی بخشی از PDL می شود. دندان انکیلوز شده و دندانی با PDL نازک، هیچ فضایی برای قرار دهی اینسترومنت هم ندارد. این وضعیت به میزان قابل توجهی در تضاد با دندان مولر سوم و در حال تکاملی است که فولیکول هم در اطرافش دارد. (شکل c ۱،۹ را ببینید)



شکل ۱،۹c: لیگامان پریدنتال نازک



شکل ۱،۹b: فولیکول مولر سوم



شکل ۱،۹a: لیگامان پریدنتال عریض

چگالی و الاستیسیته استخوان

چگالی به صورت فشردگی ماده تعریف می شود. الاستیسیته، توانایی یک جسم یا ماده برای برگشتن به حالت اولیه بعد از فشردگی یا کشیدگی می باشد. هر دوی این خواص، نقش بسیار مهمی در بیرون آوردن دندان مولر سوم دارند. استخوان متراکم، بسیار چگال، محکم و سفت است. استخوان اسفنجی نرم تر و ضعیف تر از استخوان متراکم است اما الاستیسیته بیشتری دارد. رادیوگرافی ها نمیتوانند نشانگری برای چگالی استخوان باشند. کمتر شدن الاستیسیته استخوانی با افزایش سن باعث دشوار تر شدن بیرون آوردن دندان و بیشتر شدن احتمال شکستگی مندیبل می شود.^{۱۱}



شکل ۱,۱۰b: استخوان الاستیک



شکل ۱,۱۰a: استخوان مترکم

موقعیت دندان نسبت به کانال اینفریور آلوئولار

سوپرایمپوز شدن

استفاده صحیح از رادیوگرافی پانورامیک با کیفیت، شانس بروز آسیب در عصب اینفریور آلوئولار را به میزان زیادی کاهش میدهد. تعدادی از دندانپزشکان عمومی اذعان دارند که با بیرون آوردن هر مولر سومی که ریشه هایش تا کانال اینفریور آلوئولار رادیوگرافیک یا فراتر از آن گسترش یافته به احتمال زیاد دچار پاراستزی خواهد شد. گرچه، تعداد زیادی از این موارد باکالی یا لینگوالی تر از عصب قرار گرفته‌اند. این وضعیت که به نام سوپرایمپوزیشن شناخته می‌شود، در تصویر رادیوگرافیک به شکل خطوط سفید ممتدی که توسط کانال اینفریور آلوئولار ایجاد شده، دیده می‌شود. ریشه‌های سوپرایمپوز شده نسبت به کانال، باکالی و یا لینگوالی قرار گرفته‌اند و آسیب به عصب اینفریور آلوئولار غیر محتمل است. (شکل ۱,۱۱ را ببینید)



شکل ۱,۱۱: خطوط سفید ممتد نشان دهنده سوپرایمپوزیشن هستند. (طراحی توسط مایکل بروکس)

گرووینگ (Grooving)

کانال اینفریور آلوئولار قبل از ریشه‌های مولر سوم تکامل می‌یابد. گرووینگ ریشه مولر سوم به این دلیل ایجاد می‌شود که این ریشه در نزدیکی عصب اینفریور آلوئولار تکامل یافته است. باریک شدن ریشه در حال تکامل به دلیل وجود تماس با کانال اینفریور آلوئولار است. این وضعیت (گرووینگ) در تصویر رادیوگرافیک به شکل یک نوار رادیولوسنت زمانی که کانال، ریشه مولر سوم را قطع می‌کند، دیده می‌شود. خطوط سفید رادیوگرافیک کانال، در تصاویر به خوبی مشخص نیستند. گرووینگ، احتمال بروز پاراستزی عصب اینفریور آلوئولار را افزایش میدهد.

ناچینگ (Notching)

ناچینگ مانند گرووینگ توسط تماس نزدیک کانال اینفریور آلوئولار و دندان در حال تکامل ایجاد می‌شود. ناچینگ به صورت یک رادیولوسنسی در اپکس مولر سوم و همچنین از دست رفتن خط سفید در محل عبور کانال از روی ریشه است. اپکس تیره ممکن است نشان دهنده انتهای باز (open apex) در بیماران جوانی باشد که ریشه‌های مولر سوم آنها همچنان در حال تکامل است. ناچینگ هم، احتمال بروز پاراستزی در عصب اینفریور آلوئولار را افزایش میدهد. (شکل ۱,۱۳ را ببینید)

پرفوریشن (perforation)

در کیس های نادری، ریشه مولر سوم به طور کامل کانال اینفریور آلوئولار را احاطه میکند، که در تصاویر رادیو گرافی به صورت یک نوار رادیولوسنت باریک شونده ای که ریشه مولر سوم را قطع میکند دیده می شود. خطوط سفید بالایی و پایینی در رادیوگرافی قابل مشاهده نیستند. سایر نشانه های رادیوگرافیک که نشان دهنده تماس نزدیک ریشه با کانال اینفریور آلوئولار است: انحنای کانال، انحنای ریشه، ریشه دو شاخه و باریک شدن ریشه. بحث مفصل درباره نشانه های رادیوگرافیک شامل چندین مطالعه در فصل ۳ این کتاب با عنوان عوارض (complications) آورده شده است.



شکل ۱،۱۲: نوار رادیولوسنت و از دست رفتن خطوط سفید که نشان دهنده گرووینگ هستند. (طراحی توسط مایکل بروکس)



شکل ۱،۱۳: اپکس رادیولوسنت و از دست رفتن خط سفید بالایی نشان دهنده ناچینگ است. (طراحی توسط مایکل بروکس)



شکل ۱،۱۴: باریک شدگی کانال عصب اینفریور آلوئولار و از دست رفتن خطوط سفید نشان دهنده پرفوریشن است. (طراحی توسط مایکل بروکس)

بیرون آوردن زودهنگام دندان عقل

سن، ممکن است مهم ترین فاکتور در انتخاب بیمار باشد. مطالعات زیادی نشان دادند که بیماران جوان، عوارض کمتری را حین و پس از جراحی نشان داده‌اند.

یک مطالعه آینده نگر، عوارض حین و بعد از جراحی را در ۹۵۷۴ بیمار ارزیابی کرد. در این مطالعه ۱۶۱۲۷ دندان عقل کشیده شد. نتیجه بر آن شد که بیرون آوردن دندان عقل در سنین جوانی موجب کاهش میزان مشکلات پس از جراحی می‌شود. این مطالعه نشان داد که بیرون آوردن دندان عقل نهفته در بیماران با سن بالاتر باعث افزایش مشکلاتی از قبیل حفره خشک (درای ساکت)، عفونت و اختلال در حس می‌شود. بایستی دندان عقل نهفته، زمانی که اندیکاسیون دارد، در سنین جوانی کشیده شود.^{۱۲} در مطالعه‌ای دیگر شیوع عوارض پس از جراحی مولر سوم مندیبل با توجه به سن ارزیابی شد. ۸۷۴۸ مولر سوم مندیبل از ۴۰۰۴ بیمار خارج شد. میانگین سنی افراد ۱۳.۶-۳۹.۸ سال بود؛ در این بین ۲۴۵ نفر (۱/۶ درصد افراد مطالعه) ۲۵ سال یا کمتر داشتند. این مطالعه نشان داد که با افزایش سن، میزان عوارض بیرون آوردن مولر سوم مندیبل افزایش می‌یابد.^{۱۳}

انجمن جراحان فک و صورت آمریکا در سال ۲۰۰۷، سند رسمی‌ای را منتشر کردند که در آن ۲۰۵ مقاله مختلف مرتبط با مولر سوم را مرور کرده بودند. تاثیر سن بر روی پارامترهای مختلف آتقدر مهم است که یافته‌های انجمن جراحان فک و صورت آمریکا (AAMOS)، به صورت کلمه به کلمه در این فصل آورده شده است. (آورده شده با مجوز انجمن جراحان دهان و فک و صورت آمریکا).

تاثیرات سن بر پارامترهای مختلف مرتبط با مولر های سوم^{۱۴}

نشانه شناسی و سن: مطالعه‌ای بر ۱۱۵۱ بیمار با دندان عقل در بازه سنی ۶۹-۱۳ سال انجام شد. طبق این مطالعه، دندان‌هایی که علائم داشتند، درد (۳۵.۳ درصد) و تورم (۲۱.۷ درصد) شایع ترین علامت‌ها بودند. سایر علائم شامل تجمع غذا (۳.۶ درصد) و خروج چرک (۳ درصد) می‌شود. شیوع هر یک از این علائم با افزایش سن افزوده می‌شود. Slade همچنین عنوان کرد که ۳۷ درصد بیماران که مشکلی با دندان عقل خود دارند و به دنبال درمانند، دچار درد و تورم هستند. همچنین فاکتورهای کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی، با افزایش سن افزایش می‌یابند.

بیماری پریدونتال و سن: نقایص پریدونتال نشات گرفته از مولر سوم در بیماران بالای ۲۵ سال (۳۳ درصد) بیشتر از بیماران زیر ۲۵ سال (۱۷ درصد) است. مدیاتورهای التهابی و پاتوژن‌های پریدونتال هر دو در بروز بیماری پریدونتال سهیم هستند. در یک فالوآپ دوساله، نقایص پریدونتال به میزان بیش از ۲ میلی متر بدتر شدند. مطالعه ۶۷۹۳ بیمار ۵۲ تا ۷۴ ساله، نشان داد که آنها ۱.۵ برابر احتمال داشتن نقایص پریدونتال (بیش از ۵ میلی متر از دست رفتن چسبندگی در مولر دوم مجاور وقتی که مولر سوم قابل رویت است) را دارند. مقایسه ۵۸۳۱ بیمار در ۲ گروه سنی ۲۵ تا ۳۴ سال و ۱۸ تا ۲۴ سال نشان داد که در افراد مسن تر احتمال بروز بیماری پریدونتال در مولر دوم مجاور دندان عقل بیشتر است (به میزان ۳۰ درصد). در مطالعه ۳۴۲ مورد با میانگین سنی ۷۳ سال که حداقل یک سوم مولر هایشان را در فالوآپ سه ساله داشتند، از دست رفتن چسبندگی به میزان ۲ میلی متر یا بیشتر در ۴۵ درصد موارد دیده شد.

پوسیدگی ها و سن: شیوع پوسیدگی دندان عقل در ۳۴۲ مورد با میانگین سنی ۷۳ سال (که حداقل یک سوم مولر هایشان را داشتند) با گذر زمان افزایش داشت. در یک مطالعه کوهورت که در آن بیماران ۲۲-۳۲ ساله طی مدت ۳ سال ارزیابی شدند، شیوع پوسیدگی در مولر های سوم با گذر زمان در این گروه سنی جوان تر نیز افزایش داشت. در این مورد دندان های عقل مشابه دندان های دیگر هست. Shugars بیان میکند که تا قبل از پایان دهه سوم زندگی، ریسک ۴۰ درصدی پوسیدگی در مولر های سوم رویش یافته وجود دارد. بیماران بالای ۲۵ سال تجربه پوسیدگی بیشتری از افراد زیر ۲۵ سال دارند.

خطرات بعد از جراحی و سن: مطالعات، کاهش عوارض جراحی را در گروه های سنی پایین تر نشان می‌دهند. احتمال بروز تمام عوارض بیرون آوردن دندان عقل با افزایش سن، افزوده می‌گردد. نشانگرهای کیفیت زندگی مرتبط با سلامت نیز با افزایش سن بدتر میشوند. مطالعه روی ۴۰۰۴ بیمار نشان داد که اگر دندان عقل را در سن بالای ۲۵ سالگی خارج کنیم، احتمال عارضه ۵/۱ برابری وجود دارد. در مطالعه دیگری بر ۵۸۳ بیمار، سن و عوارض جراحی باهم رابطه مستقیم داشتند. اجماع مقالات به این نتیجه میرسد که عوارض بعد از جراحی مولر سوم با افزایش سن افزایش می‌یابد. خطر بروز شکستگی بعد از عمل جراحی بیرون آوردن

دندان عقل ممکن است با سن مرتبط باشد؛ میانگین سنی افرادی که دچار شکستگی شدند ۴۵ سال است. احتمال بروز پرفوریشن بینی-دهانی در مولر سوم بالا با افزایش سن (از ۲۱ سال به بالا) افزوده می‌شود. نقایص پریودنتال بعد از جراحی در افراد ۲۶ سال به بالا، ۵۱ درصد بیشتر از افراد زیر ۲۵ سال رخ میدهد. نقایص قابل ملاحظه پس از جراحی در ۲۱۵ مولر دوم، ۳ برابر شدند، زمانی که مولر های سوم نهفته در سن بالای ۲۵ سالگی خارج شدند (نسبت به آنهایی که زیر ۲۵ سالگی خارج شده بودند). پاکت ها در این ۲۱۵ نفر تا ۲ سال فالو آپ شدند. نقایص بعد از جراحی در این افراد نسبت به نقایص قبل از جراحی، کاملا به سن مرتبط بوده‌اند.

جرمکتومی یا Lateral Trepanation: جرمکتومی، خارج سازی دندان مولر سومی است که یک سوم ریشه یا کمتر از آن شکل گرفته است و همچنان لیگامان پریودنتال قابل تشخیص رادیوگرافی دارد. مطالعه‌ای که درباره ۱۵ کیس بیرون آوردن دندان مولر سوم در بازه سنی ۱۳ - ۱۶ سال انجام گرفت، نشان داد که این افراد دچار پاکت پریودنتال متعاقب جراحی نشدند. در مطالعه ۵۰۰ دندان عقل پایین که در افراد ۹ تا ۱۶ سال انجام شده بود، هیچ موردی از حفره خشک (درای ساکت)، درگیری عصب یا آسیب به مولر دوم مشاهده نشد و نرخ عفونت ۲ درصد بود. در مطالعه ای دیگر که جرمکتومی روی ۳۰۰ دندان در بیماران ۱۲ - ۱۹ سال انجام شد، هیچ اثری از آسیب به عصب لینگوال دیده نشد. در مطالعه‌ای دیگر درباره جرمکتومی، نرخ عفونت ۲ درصدی دیده شد و هیچ آسیبی به عصب وارد نشد. در مجموع بیرون آوردن زود هنگام دندان عقل از لحاظ اقتصادی و عواقب پس از جراحی به سود بیمار است.

حضور دندان های عقل و سن: مطالعه‌ای بیان کرد بین سال های ۱۳۹۷ و ۲۰۰۲، تعداد بیماران بالای ۴۰ سال نیازمند بیرون آوردن دندان عقل، با افزایش مواجه شد (از ۵/۱۰ درصد به ۳/۱۷ درصد). این افزایش به دلیل تغییر دموگرافیک در مناطق جغرافیایی مورد مطالعه این مقاله رخ داد. بنظر میرسد که رویش دندان عقل در بیماران مسن تر، بیشتر از چیزی که انتظار میرود، باشد. ولی در بعضی از کیس ها، دیده شدن دندان عقل در این افراد، به دلیل از دست رفتن استخوان و تحلیل لثه می‌باشد؛ نه رویش دندان. بسیاری از دندان های عقل دیر رویش یافته، مشکلاتی مانند پوسیدگی و یا نقایص پریودنتال دارند.

نتیجه‌گیری

بیماری های پریودنتال در حضور مولر سوم با افزایش سن، بدتر میشوند(افزایش عمق پاکت). نرخ پوسیدگی در دندان عقل با افزایش سن افزوده می‌شود. عوارض بعد از جراحی دندان عقل، در افراد بالای ۲۵ سال بیشتر است. انتخاب بیمار مناسب برای بیرون آوردن دندان عقل نهفته، برای موفقیت درمان ضروری است. بیشتر بیماران جوان در صورت رعایت پروتکل صحیح توسط جراح به خوبی جراحی میشوند. هنگام درمان بیماران ۲۰-۲۵ ساله که ریشه های کاملا تکامل یافته دارند، احتیاط ضروری است. همه فاکتور ها بخصوص سن باید قبل از انتخاب بیمار جراحی دندان عقل بررسی شود. بصورت کلی ارجاع بیماران بالای ۲۵ سال به جراح فک و صورت توصیه می‌شود.

بیرون آوردن دندان عقل به صورت پیشگیرانه

مطالعات این فصل از بیرون آوردن زود هنگام دندان عقل حمایت میکند زیرا عوارض حاصله بسیار کاهش می یابد. یکی از روش های بیرون آوردن پیشگیرانه، جرمکتومی است. که پیش تر توضیح داده شد. طرفداران این مطلب، ادعا میکنند که بهتر است ما پیشگیری کنیم تا اینکه صرفا، بعد ها به عواقب بیرون نیاوردن دندان عقل واکنش نشان دهیم؛ اما مخالفان، اینگونه بیان میکنند که هیچ شواهد معتبری وجود ندارد که از این مطلب حمایت کند.^{۱۵} بیرون آوردن پیشگیرانه دندان عقل بدون علامت، همیشه مورد بحث است.^{۱۴} مقالات مختلف از هر دو جانب حمایت کرده‌اند. مرور های Cochrane مرور های سیستماتیک تحقیقات در زمینه مراقبت های بهداشتی و سیاست های بهداشتی هستند Cochrane. روش های نویسندگان را بررسی میکند تا در نهایت اثر سو گیری را کاهش دهد Cochrane یک شبکه مستقل از محققان، متخصصان، مراقبان و افراد علاقه مند حوزه سلامت می‌باشد. کار آنها به عنوان استاندارد همگانی برای اطلاعات با کیفیت و قابل اعتماد، شناخته شده است. طبق cochrane مدارک کافی برای بیرون آوردن پیشگیرانه دندان وجود ندارد و تصمیم برای بیرون آوردن یا نیاوردن پیشگیرانه دندان عقل بدون علامت، به ارزش های بیمار و کارشناس بالینی بستگی دارد.^{۱۶} بیمار، مسئول گرفتن تصمیم نهایی است و دندانپزشک و جراح، مسئول مطلع کردن بیمار از عوارض احتمالی.

مطلع کردن بیمار می تواند همراه با این توضیحات باشد:

جابجایی دندان ها با نیروهای وارده بر آنها و جهت آن تعیین می شود. نیروهای اکلوزال تأثیر تعیین کننده ای بر موقعیت دندان ها دارند. مشکل در رویش دندان عقل می تواند این نیروها را به میزان قابل توجهی افزایش دهد که با تداخل اکلوزالی دندان نیش منجر به تغییر شکل قوس دندانی فک پایین در ناحیه ثنایا می شود. برداشتن جوانه های مولر سوم قبل از شروع کانی سازی تاج آنها کمترین آسیب را دارد.^{۱۹}

نویسنده، حامی بیرون آوردن پیشگیرانه دندان عقل در اکثر کیس ها است. این حامی بودن از مقالات و تجربه ۴۰ سال بیرون آوردن دندان عقل سرچشمه می گیرد. نویسنده، بیش از ۳۵ هزار مولر سوم را بدون هیچگونه اختلال حسی (پاراستزی) یا عارضه‌ی چشمگیر بیرون آورده است. اکثر این بیماران زیر ۲۵ سال بودند. در موارد نادر، هنگامی که بیمار فضای کافی برای رویش و بهداشت دهان مناسب دارد، توصیه به نگهداشتن دندان عقل می شود. این بیماران باید مدام فالوآپ شوند. دسترسی کافی برای تضمین بهداشت دهان مناسب، ضروری است.

خلاصه

انتخاب بیمار برای تضمین یک نتیجه جراحی خوب، لازم و ضروری است. دندانپزشکانی که به تازگی شروع به بیرون آوردن دندان های عقل کرده‌اند، باید با دقت بیماران خود را انتخاب کنند. توجه ویژه‌ای باید به سن بیمار داشته باشند. مطالعات نشان میدهد نوجوانان، عوارض کمتری را تجربه میکنند و زودتر بهبود میابند. بیرون آوردن دندان عقلی که هنوز به طور کامل تکامل نیافته محتمل تر از دندانی است که ریشه هایش کامل شکل گرفته و نزدیک به ساختارهای حیاتی شدند. کیس های دشوار باید به جراح فک و صورت ارجاع داده شوند. انجام کیس های چالشی تر با افزایش مهارت دندانپزشک میسر خواهد بود.

ضمیمه:

ارزیابی روانشناختی بیمار

اضطراب و استرس مرتبط با جراحی

اضطراب و استرس مرتبط با جراحی به احساس ترس، نگرانی، و استرس روانی اطلاق می‌شود که بیمار پیش از عمل جراحی تجربه می‌کند. این اضطراب می‌تواند ناشی از عوامل مختلفی باشد، از جمله ترس از درد، نگرانی درباره عوارض جراحی، ترس از بیهوشی یا ناشناخته بودن فرآیند جراحی. در جراحی دندان عقل نهفته نیز، بیماران ممکن است به دلیل ماهیت تهاجمی این جراحی دچار اضطراب شوند.

عوامل مؤثر بر اضطراب مرتبط با جراحی

۱. ترس از درد و عوارض جراحی: بسیاری از بیماران از درد پس از جراحی یا عوارض احتمالی مانند خونریزی، عفونت، یا مشکلات ناشی از آسیب به عصب‌ها هراس دارند. این ترس ممکن است به اضطراب پیش از جراحی منجر شود.
۲. عدم آگاهی از فرآیند جراحی: برخی بیماران به دلیل کمبود اطلاعات درباره روند جراحی و نتایج آن، اضطراب بیشتری تجربه می‌کنند. ناآگاهی از تکنیک‌ها، داروهای استفاده شده، و مراحل بهبودی می‌تواند به افزایش استرس منجر شود.
۳. تجربیات منفی قبلی: بیمارانی که تجربه‌های منفی قبلی از جراحی یا درمان‌های دندانپزشکی داشته‌اند، ممکن است به دلیل این خاطرات دچار اضطراب شدیدتری شوند.
۴. شخصیت بیمار: بیمارانی که شخصیت‌های اضطرابی یا وسواسی دارند، احتمالاً استرس و نگرانی بیشتری درباره جراحی احساس می‌کنند.

علائم اضطراب و استرس پیش از جراحی

اضطراب و استرس جراحی می‌تواند به شکل‌های مختلف بروز کند، از جمله:

- افزایش ضربان قلب
- تعریق زیاد
- افکار منفی و نشخوار فکری
- بی‌خوابی یا دشواری در تمرکز
- احساس تهوع یا مشکلات گوارشی
- تنش عضلانی

تأثیرات اضطراب جراحی بر نتیجه درمان

اضطراب و استرس بالا می‌تواند به عوارض جانبی جراحی منجر شود، از جمله:

- افزایش درد پس از جراحی: بیمارانی که پیش از جراحی دچار اضطراب شدید هستند، ممکن است پس از جراحی درد بیشتری تجربه کنند. این امر ممکن است به دلیل حساسیت بیشتر به درد یا کاهش تحمل بیمار نسبت به درد باشد.
- تاخیر در بهبودی: تحقیقات نشان داده‌اند که اضطراب و استرس می‌تواند به طولانی‌تر شدن زمان بهبودی و افزایش خطر بروز عوارض منجر شود.
- نیاز به داروهای بیشتر: بیمارانی که اضطراب زیادی دارند، ممکن است به مصرف داروهای آرام‌بخش یا ضد درد بیشتری نیاز پیدا کنند.

روش‌های کاهش اضطراب و استرس پیش از جراحی

برای کمک به کاهش اضطراب و استرس پیش از جراحی دندان عقل نهفته، می‌توان از روش‌های زیر استفاده کرد:

- آموزش بیمار: یکی از موثرترین روش‌ها برای کاهش اضطراب، آموزش بیمار درباره روند جراحی است. توضیح دقیق مراحل جراحی، عوارض احتمالی، و تدابیر پس از عمل می‌تواند نگرانی‌های بیمار را کاهش دهد.
- تکنیک‌های آرام‌سازی: استفاده از تکنیک‌های آرام‌سازی مانند تنفس عمیق، مدیتیشن هدایت‌شده، و تمرینات یوگا می‌تواند به کاهش استرس بیمار کمک کند.
- آرام‌بخش‌های دارویی: در موارد شدید اضطراب، پزشکان ممکن است استفاده از آرام‌بخش‌های خفیف یا داروهای ضد اضطراب را پیشنهاد کنند. این داروها می‌توانند به بیمار کمک کنند تا قبل از جراحی آرامش بیشتری داشته باشد.
- مشاوره روان‌شناختی: در برخی موارد، مشاوره روان‌شناختی یا رفتاردرمانی شناختی (CBT) می‌تواند به بیمار کمک کند تا با ترس‌ها و نگرانی‌های مرتبط با جراحی بهتر مقابله کند.
- پشتیبانی اجتماعی: حضور خانواده یا دوستان نزدیک در کنار بیمار می‌تواند به او احساس اطمینان و آرامش بیشتری بدهد و به کاهش اضطراب کمک کند.

مدیریت اضطراب و استرس مرتبط با جراحی دندان عقل نهفته از اهمیت بالایی برخوردار است، زیرا می‌تواند بر نتیجه نهایی جراحی و بهبودی بیمار تأثیر بگذارد. ارائه اطلاعات دقیق به بیمار، استفاده از تکنیک‌های آرام‌سازی، و در صورت لزوم مشاوره روانی و داروهای ضد اضطراب می‌تواند به بهبود تجربه جراحی و کاهش اضطراب بیمار کمک کند.

مدیریت اضطراب و استرس جراحی

مدیریت اضطراب و استرس جراحی یکی از عناصر کلیدی برای بهبود تجربه بیمار و کاهش عوارض پس از جراحی است. اضطراب جراحی می‌تواند بر تمام مراحل درمانی بیمار، از آمادگی برای جراحی گرفته تا بهبودی پس از آن، تأثیر منفی بگذارد. بنابراین، استفاده از روش‌های مدیریت اضطراب و استرس برای بیمارانی که قرار است تحت جراحی‌هایی مانند جراحی دندان عقل نهفته قرار گیرند، ضروری است.

استراتژی‌های مدیریت اضطراب و استرس جراحی

۱. آموزش و آگاهی‌بخشی به بیمار

یکی از بهترین روش‌ها برای کاهش اضطراب بیمار، آموزش دقیق درباره روند جراحی است. بسیاری از بیماران به دلیل ناآگاهی از مراحل جراحی و نتیجه آن، دچار استرس و نگرانی می‌شوند. بنابراین، ارائه اطلاعات کامل و ساده به بیمار می‌تواند نگرانی‌های او را کاهش دهد. پزشکان و تیم درمان باید موارد زیر را به بیماران توضیح دهند:

- فرآیند گام به گام جراحی
- عوارض احتمالی و نحوه مدیریت آن‌ها
- مدت زمان بهبودی و توصیه‌های پس از جراحی

۲. استفاده از تکنیک‌های آرام‌سازی

تکنیک‌های آرام‌سازی می‌توانند به کاهش استرس بیمار پیش از جراحی کمک کنند. این روش‌ها شامل موارد زیر می‌شوند:

- تنفس عمیق: این تکنیک به بیمار کمک می‌کند تا با انجام چند نفس عمیق، ضربان قلب خود را کاهش داده و آرامش بیشتری پیدا کند.

- مدیتیشن: تمرین مدیتیشن پیش از جراحی می‌تواند ذهن بیمار را آرام کند و اضطراب او را کاهش دهد.

- تصویرسازی ذهنی مثبت: در این روش، بیمار تشویق می‌شود تا پیش از جراحی، موقعیت‌های مثبت و خوشایندی را در ذهن خود تصور کند. این تکنیک به کاهش افکار منفی و اضطراب کمک می‌کند.

۳. آرام‌بخش‌های دارویی

در موارد شدید اضطراب، پزشکان ممکن است تجویز آرام‌بخش‌های دارویی را پیشنهاد کنند. این داروها می‌توانند به بیمار کمک کنند تا قبل از جراحی آرامش بیشتری داشته باشد. برخی از داروهایی که ممکن است تجویز شوند شامل:

- بنزودیازپین‌ها مانند دیازپام و آلپرازولام که به کاهش اضطراب کمک می‌کنند.
- داروهای ضد اضطراب: مانند SSRI یا داروهای آرام‌بخش خفیف که می‌توانند به کاهش استرس بیمار کمک کنند.

۴. رفتاردرمانی شناختی (CBT)

رفتاردرمانی شناختی (CBT) یکی از موثرترین روش‌ها برای مدیریت اضطراب پیش از جراحی است. این روش درمانی به بیمار کمک می‌کند تا الگوهای فکری منفی خود را شناسایی کرده و آن‌ها را با الگوهای مثبت جایگزین کند. جلسات کوتاه CBT پیش از جراحی می‌تواند به بهبود نگرش بیمار نسبت به جراحی کمک کند و او را برای مقابله بهتر با استرس آماده کند.

۵. موسیقی درمانی

مطالعات نشان داده‌اند که گوش دادن به موسیقی آرام‌بخش پیش از جراحی می‌تواند به طور قابل توجهی سطح اضطراب بیماران را کاهش دهد. موسیقی آرام‌بخش می‌تواند به کاهش ضربان قلب، کاهش فشار خون، و ایجاد حس آرامش کمک کند. انتخاب موسیقی باید مطابق با سلیقه بیمار باشد تا او بتواند به راحتی با آن ارتباط برقرار کند.

۶. پشتیبانی اجتماعی

پشتیبانی اجتماعی، به ویژه از سوی خانواده و دوستان نزدیک، می‌تواند به کاهش استرس و اضطراب بیمار کمک کند. حضور یک فرد آشنا و حامی در کنار بیمار پیش از جراحی به او اطمینان و آرامش بیشتری می‌بخشد. علاوه بر این، صحبت کردن با دیگر بیماران که تجربیات مشابهی داشته‌اند، می‌تواند به بیمار کمک کند تا از تجربیات آن‌ها بهره‌مند شود و احساس اطمینان بیشتری پیدا کند.

۷. آماده‌سازی محیط جراحی

محیط جراحی باید به گونه‌ای باشد که احساس آرامش و امنیت را برای بیمار فراهم کند. برخی از روش‌های آماده‌سازی محیط شامل موارد زیر است:

- استفاده از نورپردازی ملایم در اتاق انتظار
- ارائه فضاهای آرامش‌بخش برای بیماران که پیش از جراحی منتظر هستند
- برخورد محترمانه و آرامش‌بخش تیم پزشکی با بیمار

۸. تکنیک‌های حواس‌پرتی (Distraction Techniques)

تکنیک‌های حواس‌پرتی مانند تماشای ویدئوهای آرام‌بخش، بازی‌های فکری، یا حتی خواندن کتاب می‌تواند به کاهش تمرکز بیمار روی افکار منفی و اضطراب کمک کند. این روش‌ها به بیمار کمک می‌کنند تا به جای فکر کردن به جراحی، بر روی فعالیت‌های دیگری تمرکز کند.

تأثیرات مدیریت استرس بر نتیجه جراحی

- کاهش عوارض پس از جراحی: بیماران که اضطراب کمتری دارند، معمولاً درد کمتری تجربه کرده و دوره بهبودی آن‌ها سریع‌تر است.

- افزایش همکاری بیمار با تیم پزشکی: کاهش اضطراب باعث می‌شود بیمار بهتر با تیم پزشکی همکاری کند و توصیه‌های پس از جراحی را به دقت دنبال کند.

- کاهش نیاز به داروهای مسکن: بیماران با سطح اضطراب کمتر، نیاز کمتری به داروهای مسکن و آرام‌بخش پس از جراحی خواهند داشت.

- افزایش رضایت بیمار از نتیجه درمان: کاهش اضطراب و استرس باعث می‌شود بیمار تجربه مثبتی از روند درمانی خود داشته باشد و از نتیجه جراحی رضایت بیشتری داشته باشد.

مدیریت اضطراب و استرس مرتبط با جراحی برای بهبود تجربه بیمار و کاهش عوارض پس از جراحی اهمیت بالایی دارد. استفاده از روش‌های مختلف مانند آموزش بیمار، تکنیک‌های آرام‌سازی، داروهای آرام‌بخش، رفتاردرمانی شناختی و پشتیبانی اجتماعی می‌تواند به بهبود روحیه بیمار و کاهش اضطراب پیش از جراحی کمک کند. این اقدامات می‌توانند به افزایش موفقیت جراحی و بهبود سریع‌تر بیمار کمک کنند.

ابزارهای اندازه‌گیری اضطراب

ابزارهای اندازه‌گیری اضطراب برای ارزیابی شدت و نوع اضطراب در بیماران طراحی شده‌اند و به پزشکان و متخصصان سلامت روان کمک می‌کنند تا وضعیت اضطراب بیمار را به دقت تشخیص دهند و درمان‌های مناسب را انتخاب کنند. در این بخش، برخی از مهم‌ترین ابزارهای ارزیابی اضطراب معرفی می‌شوند.

۱. پرسشنامه اضطراب بک (BAI – Beck Anxiety Inventory)

پرسشنامه اضطراب بک یکی از رایج‌ترین ابزارهای ارزیابی اضطراب است که توسط آرون بک طراحی شده است. این پرسشنامه شامل ۲۱ سوال است که هر سوال به ارزیابی یکی از علائم جسمی یا شناختی اضطراب می‌پردازد. بیمار باید شدت هر علامت را طی چهار هفته گذشته، از صفر (بدون علامت) تا ۳ (خیلی شدید) ارزیابی کند.

- کاربرد: پرسشنامه بک برای سنجش شدت اضطراب در بیماران مختلف، از جمله افرادی که در آستانه جراحی هستند، استفاده می‌شود.

- ویژگی‌ها: این پرسشنامه به دلیل کوتاه بودن و سادگی اجرا، به راحتی توسط بیماران پر می‌شود. همچنین، به طور گسترده‌ای در مطالعات تحقیقاتی و کلینیکی مورد استفاده قرار می‌گیرد.

۲. مقیاس اضطراب پزشکی هامیلتون (HAM-A – Hamilton Anxiety Rating Scale)

مقیاس اضطراب پزشکی هامیلتون یکی از ابزارهای قدیمی و معتبر برای اندازه‌گیری اضطراب است که شامل ۱۴ سوال است. هر سوال به ارزیابی یکی از علائم اضطراب مانند تنش، ترس، مشکلات خواب و علائم جسمی مرتبط با اضطراب می‌پردازد. هر علامت بر اساس شدت از ۰ تا ۴ امتیازدهی می‌شود.

- کاربرد: این مقیاس به طور گسترده‌ای برای ارزیابی شدت اضطراب در بیماران مبتلا به اضطراب عمومی (GAD) و همچنین اضطراب‌های پیش از جراحی استفاده می‌شود.

- ویژگی‌ها: HAM-A نه تنها به علائم روان‌شناختی اضطراب، بلکه به علائم جسمی آن نیز توجه دارد. این مقیاس توسط پزشک یا متخصص سلامت روان اجرا می‌شود.

۳. پرسشنامه اضطراب حالت - صفت اشپیلبرگر (STAI – State-Trait Anxiety Inventory)

پرسشنامه اضطراب حالت - صفت اشپیلبرگر یکی دیگر از ابزارهای مشهور اندازه‌گیری اضطراب است که به دو جنبه اضطراب می‌پردازد:

- اضطراب حالت: اضطراب ناشی از موقعیت‌های خاص مانند جراحی که در لحظه تجربه می‌شود.

- اضطراب صفت: نوعی اضطراب مزمن که نشان‌دهنده تمایل فرد به تجربه اضطراب در طولانی مدت است.

این پرسشنامه شامل ۴۰ سوال است که ۲۰ سوال مربوط به اضطراب حالت و ۲۰ سوال مربوط به اضطراب صفت است. پاسخ‌ها بر اساس شدت احساسات از ۱ (هیچ) تا ۴ (بسیار زیاد) نمره‌گذاری می‌شوند.

- کاربرد: این مقیاس برای ارزیابی اضطراب‌های موقعیتی (مانند جراحی) و اضطراب‌های مزمن استفاده می‌شود.

- ویژگی‌ها: پرسشنامه STAI به درک بهتر از واکنش‌های فرد در برابر موقعیت‌های اضطراب‌زا و اضطراب‌های طولانی مدت کمک می‌کند.

۴. پرسشنامه اضطراب دندانپزشکی (DAS – Dental Anxiety Scale)

پرسشنامه اضطراب دندانپزشکی یک ابزار خاص برای ارزیابی اضطراب بیمارانی است که به دلیل درمان‌های دندانپزشکی، به خصوص جراحی‌های دهانی و فکی، دچار اضطراب می‌شوند. این مقیاس شامل چهار سوال است که میزان ترس و اضطراب بیمار در هنگام مراجعه به دندانپزشک، نشستن روی صندلی دندانپزشکی، و انجام درمان‌های خاص دندانپزشکی را ارزیابی می‌کند.

- کاربرد: این ابزار مخصوص بیمارانی است که اضطراب ناشی از درمان‌های دندانپزشکی دارند.

- ویژگی‌ها: DAS ابزاری سریع و ساده برای سنجش اضطراب دندانپزشکی است و می‌تواند به دندانپزشکان کمک کند تا پیش از شروع درمان، سطح اضطراب بیمار را ارزیابی کرده و راهکارهای مناسب برای کاهش آن ارائه دهند.

۵. مقیاس اضطراب سلامت (HAI – Health Anxiety Inventory)

مقیاس اضطراب سلامت برای ارزیابی اضطراب مرتبط با سلامت جسمی فرد طراحی شده است. این مقیاس شامل سوالاتی است که به ارزیابی نگرانی‌های بیمار درباره ابتلا به بیماری‌ها یا علائم جسمی خاص می‌پردازد.

- کاربرد: HAI برای بیمارانی که نگرانی‌های زیادی درباره وضعیت سلامت جسمی خود دارند و به دلیل جراحی‌های پیش‌رو دچار اضطراب می‌شوند، مفید است.

- ویژگی‌ها: این ابزار به ارزیابی نگرانی‌های بیش از حد بیماران درباره سلامت جسمی‌شان کمک می‌کند و می‌تواند برای بیمارانی که نگران عوارض جراحی هستند، مفید باشد.

۶. مقیاس اضطراب و افسردگی بیمارستانی (HADS – Hospital Anxiety and Depression Scale)

مقیاس اضطراب و افسردگی بیمارستانی یک ابزار دوگانه برای سنجش اضطراب و افسردگی است. این مقیاس شامل ۱۴ سوال است که ۷ سوال مربوط به اضطراب و ۷ سوال مربوط به افسردگی است. بیمار باید شدت هر علامت را در طول هفته گذشته ارزیابی کند.

- کاربرد: HADS برای بیمارانی که به دلیل بستری شدن در بیمارستان یا آماده‌سازی برای جراحی دچار اضطراب یا افسردگی شده‌اند، کاربرد دارد.

- ویژگی‌ها: این مقیاس به سادگی اجرا می‌شود و به سرعت می‌تواند شدت اضطراب و افسردگی بیمار را ارزیابی کند.

ابزارهای اندازه‌گیری اضطراب به پزشکان و متخصصان سلامت روان کمک می‌کنند تا شدت اضطراب بیمار را پیش از جراحی ارزیابی کرده و روش‌های درمانی مناسب را تعیین کنند. هر یک از این ابزارها ویژگی‌ها و کاربردهای خاصی دارند و می‌توانند بر اساس نوع و میزان اضطراب بیمار انتخاب شوند. استفاده از این ابزارها باعث می‌شود تا درمان و مدیریت اضطراب بیمار به صورت دقیق‌تر و هدفمندتری انجام شود.

پیش‌آگهی روانی-عاطفی

پیش‌آگهی روانی-عاطفی به توانایی پیش‌بینی نتیجه درمان یا جراحی بر اساس وضعیت روانی و عاطفی بیمار اشاره دارد. این مفهوم در مدیریت بیماران قبل و بعد از جراحی اهمیت زیادی دارد، زیرا وضعیت روانی و عاطفی بیمار می‌تواند به طور مستقیم بر روند بهبودی، تحمل درد، و همکاری با تیم درمان تأثیر بگذارد.

عوامل مؤثر بر پیش‌آگهی روانی-عاطفی

۱. اضطراب و استرس: اضطراب بالا قبل از جراحی می‌تواند باعث مشکلاتی در طول جراحی و پس از آن شود. بیمارانی که دچار اضطراب شدید هستند، ممکن است تحمل کمتری نسبت به درد داشته باشند و زمان بیشتری برای بهبود نیاز داشته باشند. همچنین، اضطراب می‌تواند باعث واکنش‌های غیرمعمول به داروها یا حتی باعث مشکلات جسمی مثل افزایش ضربان قلب و فشار خون شود.

۲. افسردگی: بیمارانی که از افسردگی رنج می‌برند، معمولاً با مشکلاتی مانند کاهش انگیزه برای همکاری با پزشک، کاهش تحمل درد، و کاهش توانایی برای دنبال کردن دستورالعمل‌های پس از جراحی مواجه هستند. این مشکلات می‌تواند به تأخیر در بهبودی یا بروز عوارض جانبی منجر شود.

۳. شخصیت بیمار: نوع شخصیت بیمار می‌تواند تأثیر زیادی بر پیش‌آگهی روانی-عاطفی داشته باشد. افراد با شخصیت‌های مثبت‌گرا و پرنرژی معمولاً بهتر با چالش‌های جراحی و دوره بهبودی کنار می‌آیند. از سوی دیگر، افراد با شخصیت‌های مضطرب یا وسواسی ممکن است زمان بیشتری برای تطبیق با شرایط جدید نیاز داشته باشند.

۴. حمایت اجتماعی: وجود حمایت اجتماعی قوی از سوی خانواده و دوستان می‌تواند تأثیر بسیار مثبتی بر روند بهبودی بیمار داشته باشد. بیمارانی که از حمایت عاطفی و اجتماعی کافی برخوردارند، معمولاً اضطراب کمتری دارند و احساس بهتری درباره جراحی و نتیجه آن دارند. این امر می‌تواند به افزایش انگیزه بیمار برای همکاری با تیم درمان و رعایت توصیه‌های پزشکی منجر شود.

۵. انتظارات بیمار: انتظارات غیرواقعی درباره نتیجه جراحی می‌تواند باعث اضطراب و ناامیدی پس از عمل شود. از سوی دیگر، بیمارانی که انتظارات واقع‌گرایانه‌ای درباره نتایج جراحی دارند، معمولاً نتایج بهتری از نظر روانی و جسمی تجربه می‌کنند.

تأثیر پیش‌آگهی روانی-عاطفی بر نتیجه جراحی

- بهبود سریع‌تر: بیمارانی که از نظر روانی و عاطفی در وضعیت بهتری قرار دارند، معمولاً سریع‌تر بهبود می‌یابند و عوارض کمتری را تجربه می‌کنند. این بیماران توانایی بیشتری برای تحمل درد و استرس جراحی دارند.

- کاهش عوارض پس از جراحی: وضعیت روانی-عاطفی مثبت می‌تواند به کاهش بروز عوارض پس از جراحی مانند عفونت، مشکلات زخم و یا درد شدید منجر شود. از سوی دیگر، بیمارانی که دچار اضطراب یا افسردگی هستند، بیشتر در معرض عوارض جراحی قرار دارند.

- افزایش همکاری بیمار: بیمارانی که از نظر عاطفی و روانی در وضعیت بهتری قرار دارند، تمایل بیشتری به همکاری با تیم درمان و پیروی از دستورات پس از جراحی دارند. این امر بهبودی بیمار را تسریع می‌کند.

روش‌های بهبود پیش‌آگهی روانی-عاطفی

۱. آماده‌سازی روانی قبل از جراحی: بیمارانی که به خوبی از نظر روانی برای جراحی آماده می‌شوند، نتایج بهتری دارند. استفاده از روش‌های آموزش و مشاوره روان‌شناختی پیش از جراحی می‌تواند به کاهش اضطراب و استرس کمک کند.

۲. مدیریت اضطراب و افسردگی: استفاده از درمان‌های دارویی یا روان‌درمانی برای مدیریت اضطراب و افسردگی قبل از جراحی می‌تواند تأثیر مثبتی بر روند بهبودی بیمار داشته باشد.

۳. افزایش حمایت اجتماعی: تشویق بیمار به برقراری ارتباط با خانواده و دوستان و ایجاد یک شبکه حمایتی می‌تواند به کاهش استرس و افزایش احساس اطمینان در بیمار کمک کند.

پیش‌آگهی روانی-عاطفی یکی از عوامل مهم در تعیین نتیجه جراحی و روند بهبودی بیمار است. وضعیت روانی و عاطفی بیمار می‌تواند به طور مستقیم بر میزان درد، عوارض پس از جراحی، و سرعت بهبودی تأثیر بگذارد. با مدیریت مناسب اضطراب، افسردگی، و آماده‌سازی روانی بیمار، می‌توان نتایج بهتری در جراحی و دوران نقاهت بیمار حاصل کرد.

References

1. ASA physical status classification system. American Society of Anesthesiologists. Retrieved 2007 Jul 09.
2. de Jong KJ, Oosting J, Abraham-Inpijn L. Medical risk classification of dental patients in The Netherlands. *J Public Health Dent.* 1993 Fall; 53(4):219–22.
3. Smeets EC, de Jong KJ, Abraham-Inpijn L. Detecting the medically compromised patient in dentistry by means of the medical risk-related history. A survey of 29,424 dental patients in The Netherlands. *Prev Med.* 1998 Jul-Aug;27(4):530–5.
4. Kaminishi RM, Kaminishi KS. New considerations in the treatment of compromised third molars. *J Calif Dent Assoc.* 2004 Oct;32(10):823–5.
5. US Department of Health and Human Services, National High Blood Pressure Educational Program. NIH publication No. 3-5233, 2003 Dec.
6. Awino BO, et al. Awareness status and associated risk factors for hypertension among adult patients attending Yala sub-county hospital, Siaya County, Kenya. *Public Health Res.* 2016;6(4):99–105.
7. Lloyd-Jones D, Adams RJ, Brown TM, et al. Heart disease and stroke statistics–2010 update: a report from the American Heart Association. *Circulation.* 2010 Feb 23;121(7):e46–215.
8. Lenzenweger MF, Lane MC, Loranger AW, Kessler RC. DSM-IV personality disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biol Psychiatry.* 2007 Sep 15;62(6):553–64.
9. Peterson LJ. Principles of management of impacted teeth in contemporary oral and maxillofacial surgery, 2nd edition. Missouri: Mosby Publications, 1993, 237–9.
10. Nanci A. Ten Cate's Oral Histology: development, structure, and function. St. Louis: Elsevier, 2013, 220.
11. Cankaya AB, et al. Iatrogenic mandibular fracture associated with third molar removal. *Int J Med Sci.* 2011;8(7):547–53.
12. Osborn TP, et al. A prospective study of complications related to mandibular third molar surgery. *J Oral Maxillofac Surg.* 1965;43:767–9.
13. Chuang SK, Perrott DH, Susarla SM, Dodson TB. Age as a risk factor for third molar surgery complications., *J Oral Maxillofac Surg.* 2007 Sep;65(9):1685–92. doi: 10.1016/j.joms.2007.04.019. PMID: 17719384.
14. American Association of Maxillofacial Surgeons, White Paper on Third Molar Data. The effects of age on various parameters relating to third molars. 2007.
15. Eng R. Third molar surgery: a review of current controversies in prophylactic removal of wisdom teeth. *Oral Health.* 2009 Jun 1.
16. Ghaemina H, Perry J, Nienhuijs ME, Toedtling V, Tummers M, Hoppenreijts TJ, Van der Sanden WJ, Mettes TG. Surgical removal versus retention for the management of asymptomatic impacted wisdom teeth. *Cochrane Database Syst Rev.* 2020 May 4;5(8):CD003879.
17. Davis, K.A., et al., Teeth as potential new tools to measure early-life adversity and subsequent mental health risk: an interdisciplinary review and conceptual model. *Biological psychiatry*, 2020. 87(6): p. 502-513.
18. Giacaman, R., V. Perez, and C. Carrera, Mineralization processes in hard tissues: Teeth, in *Biomaterialization and biomaterials*. 2016, Elsevier. p. 147-185.
19. Арсенина, О., et al., Третьи постоянные моляры, интеграция в зубоальвеолярные дуги Влияние на зубоальвеолярные дуги, обоснование удаления. *Ортодонтия*, 2015(1): p. 42-47.

فصل دوم:

پیچیدگی‌ها و عوارض جانبی

شانس وقوع عوارض پس از کشیدن مولر سوم کم و بیشتر عوارض جزئی هستند؛ اما خارج سازی مولر سوم آنقدر زیاد انجام می‌شود که عوارض ناشی از آن نیز در جمعیت زیادی رخ میدهد. به این ترتیب، تلاش برای محدود کردن عوارض حین عمل یا بعد از عمل ممکن است تأثیر زیادی در بهبود نتیجه عمل داشته باشد.

پروسه معمول بهبودی پس از خارج سازی مولر سوم نهفته، شامل درد، تورم، خونریزی و تریسموس عضلات است. عارضه های پس از خارج سازی مولر سوم نهفته، غیرشایع و معمولاً در صورت انتخاب کیس مناسب و رعایت پروتکل جراحی قابل اجتناب هستند. هدف این فصل، بحث درباره عوارض خارج سازی مولر سوم نهفته است.

در یک مطالعه گذشته نگر، بروز این عوارض در مندیبل برابر با ۴.۶٪ بود. (۱) ریسک بروز عوارض در مگزیلا کمتر بود. ریسک بروز عوارض، وابسته به سن، موقعیت فضایی (پوزیشن) مولر سوم مد نظر، نزدیکی به کانال اینفریور آلوئولار و تاریخچه پزشکی مثبت می‌باشد (۱).

عوارض احتمالی شامل پارستزی^۱، استئیت آلوئولار^۲، عفونت و هموراژی، شکستگی فک، استئومیلیت، آسیب به دندان های مجاور، اکسپوز کردن پد چربی گونه^۳، ایجاد فیستول اروآنترال^۴، جابجایی مولر سوم به فضاهای صورتی، آسپیراسیون، آسیب به بافتهای پیوندتال و آسیب به مفصل تمپورومندیبولار می‌باشند. ۴ عارضه شایعتر پارستزی، استئیت آلوئولار، عفونت و خونریزی و هموراژی هستند (۲).

پارستزی

عصب مندیبولار سومین و تحتانی ترین شاخه عصب تریژمینال یا عصب پنجم است. عصب از طریق سوراخ مندیبولار در سطح داخلی راموس صعودی وارد استخوان می‌شود. پس از عبور از سوراخ مندیبولار، عصب IAN نامیده می‌شود. در ادامه عصب از طریق سوراخ منتال در سطح خارجی بادی مندیبل خارج می‌شود.

دندان مولر سوم مندیبل در مجاور اعصاب لینگوال، اینفریور آلوئولار، مایلوهیوئید و باکال قرار دارد (شکل ۱، ۲) (۳). ارجاع به جراح فک و صورت معمولاً پس از مشاهده نزدیکی ریشه مولر سوم به کانال اینفریور آلوئولار در رادیوگرافی پانورامیک صورت می‌گیرد. با این حال، همانطور که در فصل ۲ ذکر شد، ریشه های مولر سوم مندیبل، اغلب بر روی کانال اینفریور آلوئولار سوپرایمپوز میشوند؛ که یعنی ریشه ها نسبت به کانال یا باکالی هستند و یا لینگوالی.

مطالعات زیادی درباره خطر آسیب به عصب پس از خارج سازی مولر سوم مندیبل انجام شده است. نمونه ای از این مطالعات در اینجا ارائه می‌شود.

1- Paresthesia
2- Alveolar Osteitis
3- Buccal Fat Pad
4- Oroantral Fistula

اعصاب باکال و مایلوهایونید

اگرچه اعصاب باکال و مایلوهایونید ممکن است نزدیک مولر سوم باشند، به ندرت طی خارج سازی دندان تحت تاثیر قرار می‌گیرند. آلوز^۱ ۱۰ جسد را مطالعه کرد و دریافت که عصب باکال از مرز قدامی راموس در نقطه ای بسیار بالاتر از ناحیه رترومولار پد عبور کرده است. او نتیجه گرفت که خطر آسیب به عصب باکال کم است (۴).

میریل^۲ و مک گرگور^۳ فرض کردند که عصب باکال به طور مکرر حین برش‌ها برای برداشتن دندان مولر سوم نهفته مندیبل بریده می‌شود، اما تغییرات حسی حاصله، قابل توجه نیستند (۵ و ۶). تنها ۱ مطالعه در مورد آسیب به عصب مایلوهایونید در پژوهشات ذکر شده است. این مطالعه که در سال ۱۹۹۲ توسط کارمایکل^۴ منتشر شد، نشان داد که آسیب به عصب مایلوهایونید با ریسک بروز ۱،۵٪، احتمالاً به دلیل ریترکت کردن زبان رخ میدهد. اعصابی که طی خارج سازی مولر سوم نهفته فک مندیبل بیشتر تحت تاثیر قرار می‌گیرند اعصاب اینفریور آلئولار و لینگوال هستند. مطالعات زیادی در تلاش برای تخمین احتمال آسیب عصب اینفریور آلئولار و لینگوال هنگام خارج سازی مولر سوم انجام شده است. خلاصه ای از مطالعات منتخب در ادامه ارائه میشوند.

عصب اینفریور آلئولار

پارستزی در عرض ۴ تا ۸ هفته پس از جراحی رخ میدهد، ۹۶ درصد از آسیب‌های عصب آلئولار تحتانی (IAN) بهبود می‌یابند و میزان بهبودی تحت تاثیر جنسیت قرار نمی‌گیرد و فقط کمی به سن بستگی دارد. برخی از آسیب‌ها ممکن است دائمی باشند، بیش از ۶ ماه طول بکشند و پیامدهای متفاوتی از هیپوستزی خفیف تا بیحسی کامل و پاسخ‌های نوروپاتی که منجر به درد مزمن می‌شود، داشته باشند.

ساریکوف^۵ و همکاران یک بررسی سیستماتیک از ۱۴ مطالعه انجام دادند (۸). او دریافت که آسیب به عصب اینفرآ آلئولار از ۰،۳۵٪ تا ۸،۴٪ متغیر است. ۹۶٪ از صدمات عصب اینفرآ آلئولار در عرض ۸ هفته بهبود یافتند. ساریکوف نتیجه گرفت که آسیب عصب اینفرآ آلئولار را می‌توان با علائم مختلف رادیولوژی پانورامیک پیش بینی کرد. این علائم شامل باریک شدن کانال، تیرگی اپکس، انشعاب اپکس (bifurcation در ناحیه اپکس)، باریک شدن ریشه، از دست دادن "خط سفید" کانال در رادیوگرافی، خمیدگی کانال و خمیدگی ریشه بود. هنگامی که علائم رادیولوژی پانورامیک تماس نزدیک بین دندان مولر سوم و کانال اینفرآ آلئولار را نشان می‌دهد، تصویربرداری سه بعدی با توموگرافی کامپیوتری^۶ توصیه می‌شود. (شکل ۲،۲). عصب اینفرآ آلئولار به طور معمول باکال یا لینگوال ریشه مولر سوم است. در رادیوگرافی ریشه‌ها روی کانال قرار می‌گیرند. هنگامی که خطوط سفید رادیوگرافی قطع نمی‌شود، صرفاً با یک سوپرایمپوزیشن مواجه هستیم (شکل ۲،۳).

سوپرایمپوزیشن نشانه مجاورت، و نه تماس ریشه با کانال عصب اینفرآ آلئولار و در نتیجه احتمال کم آسیب عصبی است. مخصوصاً برای بیماران زیر ۲۵ سال.

لویین^۷ و همکاران موقعیت کانال عصب اینفرآ آلئولار در مندیبل را مطالعه کردند (۹). میانگین موقعیت کانال عصب اینفرآ آلئولار، ۴،۹ میلی متر از سطح جانبی مندیبل و ۱۷،۴ میلی متر آپیکال از کرسر آلئولار بود. (شکل ۲،۴). توجه به این نکته مهم است که عصب اینفرآ آلئولار ممکن است به دو دلیل نسبت به ریشه‌های مولر سوم لینگوالی باشد: ۱. مولرهای سوم اغلب دچار لینگوورژن بوده و ریشه‌ها نزدیک یا در تماس با استخوان باکال هستند. ۲. فاصله‌های ۱۷،۴ میلی متری و ۴،۹ میلی متری فواصل متوسط هستند. موقعیت‌های متغیر بسیار رایج هستند.

1- Alves

2- Merrill

3- Mac Gregor

4- Carmichael

5- Sarikov

6- Cone Beam Computed Tomography (CBCT)

7- Levine