تأثير طريقة إغلاق الشق الجراحي في الوذمة وتحدد فتحة الفم بعد عمليات القلع الجراحي للرحى الثالثة السفلية

عيسى وهبة*

الملخص

المواد والطرائق: دُرِسَتْ (40 حالة قلع جراحي) للرحى الثالثة السفلية المنطمرة حيث قسمت هذه العينة إلى مجموعتين رئيسيتين:

الأولى ضمت (20 حالة) منها 10 مرضى بانطمار جزئي و10 مرضى بانطمار كامل، أُجري لهؤلاء المرضى قلع جراحي مع إغلاق كامل للشق الجراحي.

أما المجموعة الثانية فضمت(20 مريضاً) بينهم 10 مرضى بانطمار كامل و10 مرضى بانطمار جزئي، تم القلع الجراحي لدى هؤلاء المرضى وأُجريت خياطة جزئية للشق الجراحي (تُرِكَتْ فتحة بمساحة 1 سم^2 خلف الرحى الثانية ومقابل فجوة القلع).

درست الوذمة وتحدد فتحة الفم لدى هؤلاء المرضى بعد يوم واحد من العمل الجراحي وبعد 3 أيام وبعد 10 أيام ووجدنا أنه:

النتائج: الوذمة وتحدد فتحة الفم كانت بشكل عام أقل حدة في المجموعة التي ترك فيها الشق مفتوحاً جزئياً، وكان الفرق أكثر وضوحاً بين مرضى الفئة الثانية من المجموعة الأولى (الرحى منطمرة جزئياً وتم إغلاق الشق كاملاً)، ومرضى الفئة الثانية من المجموعة الثانية (الانطمار جزئي وتم إغلاق الجرح جزئياً) لصالح الفئة الأخيرة.

الخلاصة: ولهذا نرى أنه عندما تكون الرحى منطمرة جزئياً من الأفضل ترك الجرح مفتوحاً جزئياً لتحسين نوعية الشفاء والتقليل من الوذمة وتحدد فتحة الفم، أما إذا كانت الرحى منطمرة بشكل كامل فيمكن إغلاق الجرح بشكل كامل لتسريع عملية الشفاء والتقليل من انزعاج المريض من اندخال الفضلات، مما يؤدي إلى رائحة كريهة بالفم ويضطر المريض إلى مراجعة العيادة لإجراء التنظيف والغسل الدوري ولم نجد فروقاً كبيرة من حيث شدة الوذمة وتحدد فتحة الفم إذا أغلقنا أو تركنا الجرح مفتوحاً جزئياً.

* قسم جراحة الفم والفكين – كلية طب الأسنان– جامعة دمشق

The effect of surgical closure technique on postoperative trismus and swelling after removal of impacted mandibular third molar

Eissa Wahbeh*

Abstract

Methods& Materials: Primary and secondary closure techniques after removal of impacted third molar were compered in terms of postorative trismus and swelling.

40 patients with impacted third molare were divided into two groups of 20, etch group also were divided into two subgroups :

Subgroup A: unrupted third molar (totally impacted)

Subgroup B: partly erupted third molar (partly impacted)

Teeth were extracted and in the first group (group 1) the socket was closed by hermetically surturig the flap. in the second group (group 2) a 1cm² wedge of mucosa adjacent to the second molar was removed to obtaint secondary healing.Swelling and trismus were evaluated after 1,3and 10 days after surgery.

Results: The statistical analysis shwed that swelling and trismus were greater in group 1 B (partly erupted third molar and hermetically surturing the flap).

Conclusion: The best result was in group 2 B (partly erupted third molar and secondary closure technique).

*Dept. of Oral and maxillary Surgery– Faculty of Dentistry– Damascus University.

المقدمة والمراجعة النظرية:

إن كثرة الصعوبات والمشاكل التي ترافق بزوغ الرحى الثالثة السفلية تعطي لهذه الرحى مكانة خاصة عند أطباء الأسنان بمختلف اختصاصاتهم، من الممارس العام إلى جراح الفم والفكين وطبيب التقويم واختصاصي التعويضات، وهذه الصعوبات تزيد من استطباب قلع الرحى الثالثة المنطمرة بعمر مبكر فدراسات (1,2) أظهرت أنه كلما تأخرنا في قلع الأرحاء الثالثة المنطمرة كان احتمال حدوث المضاعفات في أثناء العمل الجراحي وبعده سواء موضعياً أوعاماً أكثر.

إن القلع الجراحي للرحى الثالثة السفلية غالبا ما يؤدي إلى وذمة وألم وتحدد في فتحة الفم، هذا فضلاً عن إمكانية حدوث مضاعفات أخرى تختلف حسب درجة وطبيعة الانطمار ونوعية العمل الجراحي، ولكن الشيء المشترك بمعظم عمليات القلع الجراحي هوحدوث الوذمة وتحدد فتحة الفم ودرجات مختلفة من الألم.

ناقش كثير من المؤلفين هذا الموضوع بمحاولة للوصول إلى أفضل النتائج، بحيث تكون الوذمة بحدودها الدنيا والتحدد في فتحة الفم بأقل ما يمكن، وكذلك بأن تمر مرحلة الشفاء بشكل مريح ودون ألم.

بهذا الخصوص كان لطريقة إغلاق الجرح بعد العمل الجراحي النصيب الكبير من هذه المناقشة.

فبعض المؤلفين ينصحون بإبقاء الجرح مفتوحاً بشكل كامل أوجزئي (لحدوث الشفاء بالمقصد الثاني) للتقليل من حدوث الوذمة والألم بعد عملية القلع أمثال (3,4)

أما المجموعة الأخرى من المؤلفين فهي مع إغلاق الجرح بشكل كامل بعد العمل الجراحي لتسريع عملية الشفاء وتخفيف الألم والتقليل من انزعاج المريض من تجمع الفضلات الطعامية في مكان العمل الجراحي وحدوث المضاعفات (2,6,7).

وهناك مجموعة أخرى من المؤلفين مع إغلاق الجرح ووضع مفجر مكان العمل الجراحي من الناحية الدهليزية لتصريف النتحة الالتهابية بقصد تخفيف الوذمة والألم بعد العمل الجراحي (6,8).

ولدراسة أثر طريقة إغلاق الشق الجراحي بعملية القلع الجراحي للرحى الثالثة السفلية المنطمرة في الوذمة وتحدد فتحة الفم بعد العمل الجراحي قمنا بإجراء هذه الدراسة

على 40 حالة انطمار في العيادات الخارجية التابعة لمشفى جراحة الفم والفكين في كلية طب الأسنان بجامعة دمشق.

الهدف:

هدفت هذه الدراسات إلى الإجابة عن الأسئلة الآتية:

1- ما تأثير طريقة إغلاق الشق الجراحي (كاملاً أوجزئياً) في الوذمة وشفاء الجرح بعد العمل الجراحي.

2- هل توجد علاقة بين تحدد فتحة الفم بعد العمل الجراحي وطريقة إغلاق الشق الجراحي (كاملاً أوجزئياً).

مواد البحث وطريقته:

عينةالبحث:

أُجْرِيَ القلع الجراحي لـ 40 مريضاً لديهم استطباب لقلع جراحي للرحى الثالثة السفلية، وكان السبب الرئيسي للقلع إما قلعاً وقائياً في سياق المعالجة التقويمية، أوكان سببه صعوبة وإعاقة في بزوغ الرحى الثالثة وحدوث التواج حولها، تم العمل الجراحي في العيادة الخارجية التابعة لمشفى جراحة الفكين في كلية طب الأسنان بجامعة دمشق.

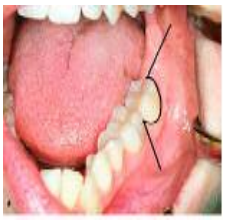
قسمت العينة إلى مجموعتين رئيسيتين ضمت كل مجموعة 20 مريضاً:

في المجموعة الأولى التي ضمت 20 مريضاً قمنا بالقلع الجراحي وإغلاق الجرح بخياطة متقطعة بشكل كامل.

الشكل (1) مسار الشق الجراحي

الشكل (2) إغلاق الشق بشكل كامل

في المجموعة الثانية تم القلع الجراحي ومن ثم أُزيل جزء من الــشريحة المخاطيــة السمحاقية بمساحة تقريبية 1 سم^2 خلف الرحى الثانية ليبقى مكان القلع مفتوحاً ويحصل الترميم بالمقصد الثاني، أما بقية أطراف الجرح من الجهة الدهليزية وجهــة الــشعبة الصاعدة فتم إجراء الخياطة بقطب متقطعة بخيط حرير 000



الشكل (3) مسار الشق الجراحي للمجموعة الثانية

الشكل (4) شكل ترسيمي يوضح مكان الجزء المستأصل من الغشاءالمخاطي

الشكل (5) الإغلاق غير الكامل للشق الجراحي (فتحة بمساحة 1سم^2 مربع)

فضلاً عن ذلك تم التمييز في كل مجموعة بين الانطمار الكامل والانطمار الجزئــي، وبذلك **أصبحت العينة مقسمة كالآتي:**

المجموعة الأولى وتضم 20 مريضاً مقسمين إلى فئتين :

الفئه أ - 10 مرضى لديهم انطمار كامل.

الفئه ب -10مرضى لديهم انطمار جزئي (أي جزء من الرحى الثالثة بازغ من خــلال الغشاء المخاطي) تم القلع الجراحي وأُغْلِقَ الجرح بشكل كامل تقطب بقطعة بخــيط حرير 0000 لكلتا الفئتين

المجموعة الثانية وتضم 20 مريضاً مقسميين إلى فئتين:

أ - الفئة الأولى وتضم 10 مرضى لديهم انطمار كامل للرحى الثالثة السفلية.

ب - الفئة الثانية وتضم 10 مرضى لديهم انطمار جزئي للرحى الثالثة السفلية.

بعد العمل الجراحي تم إغلاق الجرح بشكل ناقص أي ترك كوة مكان وجود الرحى الثالثة بمساحة 1سم^2، وأُغلق بقية الجرح من جهة الدهليزي ومن جهة الشعبة الصاعدة لكل مرضى هذه المجموعة.

بلغ عدد المرضى الذكور في هذه العينة 17 مريضاً، ومتوسط العمر للمرضى الذكور 27 سنة، حيث كان أصغرهم بعمر 20 سنة وأكبرهم سناً 34 سنة.

أما عدد المرضى الإناث فكان 23 مريضة، ومتوسط العمر كان 22 سنة، حيث كانت أصغر المرضى سناً بعمر 16 سنة وأكبرهن سناً 28 سنة.

استُبعد المرضى الذين لديهم قصة مرضية عامة والتي تتدخل في شفاء الجرح مثل مرضى السكري -فقر الدم – أوالذين يتعاطون أدوية عامة، وكذلك استبعدت الحالات التي استغرق العمل الجراحي بها أكثر من نصف ساعة.

والحالات التي اضطررنا لإجراء فصل متعدد للرحى لتسهيل قلعها لكي تكون شروط القلع متساوية في جميع الحالات.

العمل الجراحي:

أُجْرِيَالعمل الجراحي بوسط خالٍ من الالتهاب، وفي حال وجود تواج حاد عند المريض تم غسل الجيب حول الرحى الثانية بـ H_2O_2 عدة أيام، وإعطاء المريض صادات حيوية مدة خمسة أيام، حتى تحولت الحالة الحادة إلى مزمنة وزال التحدد بفتحة الفم وبقية أعراض التواج الحاد من الألم وصعوبة البلع.

التخدير:

تم العمل بالتخدير الناحي باستعمال المخدر الموضعي Ultracaine %4 وكانت كمية المادة المخدرة المستعملة في حدودها الدنيا لمعاودة التروية الدموية بأسرع ما يمكن

(أمبولة واحدة 1,8 مل كافية عند معظم المرضى(فقط عند مريضيين من المجموعة الثانية اضطررنا إلى استعمال أمبولة أخرى).

الشق الجراحي:

أُجري الشق الجراحي من الحافة الوحشية للوجه الأمامي للرأد وباتجاه الحدبة اللسانية الوحشية للرحى الثانية السفلية وعلى امتداد 2 سم، ثم مدد الشق حول الرحى الثانية حتى الحدبة الدهليزية الإنسية، ومن ثم أنزل الشق باتجاه الدهليزي مسافة 1,5 سم.

بعد إجراء الشق وتسليخ الشريحة المخاطية السمحاقية مسافة كافية لكشف الرحى الثالثة وقلعها، هذا إذا كانت الرحى غير مغطاة بالعظم، أمَّا إذا كانت مغطاة بالعظم فقمنا بكشفها حتى العنق الكبير لتاج الرحى الثالثة من الوحشي والدهليزي بواسطة الميكروتور والسنابل الجراحية وبسرعات بطيئة وتحت التبريد المستمر، وفي الحالات التي رأينا أننا سوف نرضّ الرحى الثانية أوهناك خطر على كسر الفك قمنا بفصل وشطر السن بواسطة السنابل أيضاً لتسهيل قلعه دون رض، ثم القلع إمَّا برافقة بين أوبواسطة كلابة الرحى الثالثة السفلية.

بعد القلع قمنا بتجريف وإزالة الكيس البزوغي والسنج الرخوة بمجرفة حادة ثم غسل منطقة القلع لإزالة البقايا العظمية والبقايا المتخلفة عن شطر وفصل الرحى.

في المجموعة الأولى قمنا برد الشريحة المخاطية السمحاقية إلى مكانها وتمت خياطتها بشكل كامل بقطب متقطعة.بخيط حرير 0000، أما عند المجموعة الثانية فقد قمنا بقص قطعة من الشريحة المخاطية السمحاقية ومن مكان موافق لجوف القلع أي خلف الرحى الثانية بطول 1 سم وعرض 1 سم، أي أصبح لدينا فتحة فوق جوف القلع بمساحة 1 سم^2 وتمت خياطة بقية حافات الجرح بخيط حرير 0000 وبقطب متقطعة أيضاً.

متابعة المرضى:

جرت مراقبة المرضى بعد يوم وبعد 3 أيام وبعد 10 أيام من العمل الجراحي وتم قياس الوذمة بعد العمل الجراحي، وكذلك التحدد في فتحة الفم، وكذلك تنظيف وغسل

مكان العمل الجراحي في كل جلسة من هذه الجلسات، ودونت النتائج في استمارات وجداول وبيانات إحصائية.

طريقة قياس الوذمة :

اتبعت طريقة بسيطة ومعبرة عن حجم الوذمة بعد العمل الجراحي في الفترات الآتية: بعد يوم واحد وبعد 3 أيام وبعد 10 أيام عند إجراء فك القطب **ومبدأ هذه الطريقة هو الآتي:**

إن معظم الوذمة الحادثة بعد العمل الجراحي تكون متركزة في المثلث المتكون من وصل زاوية الفم بقاعدة قمحة الأذن والنقطة الجلدية المقابلة لنقطة gonion (التقاء قاعدة الفك مع الحافة الخلفية للرأد) : نقطة قاعدة قمحة الأذن ونقطة gonion نحددها على جلد المريض بواسطة قلم الرسم على الجلد الخاص والمستعمل في عمليات جراحة التجميل ونطلب من المريض المحافظة على هذه النقاط طوال مدة المراقبة بعد العمل الجراحي، وفي كل جلسة كنا نعيد تعليم هذه النقاط للمحافظة عليها بوضوح مدة أسبوع أي المدة اللازمة لإجراء القياس.

شكل (6) طريقة قياس الوذمة بحساب مساحة المثلث الموضح بهذا الشكل

في يوم العمل الجراحي وقبل إجراء التخدير نقوم بتحديد رؤوس هذا المثلث، ومن ثم قياس الأضلاع بواسطة سلك يطبق على جلد الخد دون أي ضغط، نسجل هذه القياسات على إضبارة المريض وتحسب مساحة هذا المثلث وتدون أيضاً، نجري

القياسات نفسها بعد يوم واحد من العمل الجراحي وبعد 3 أيام وبعد 10 أيام وتحسب مساحة هذا المثلث في كل حالة.

إن فرق المساحة قبل العمل الجراحي وبعده (أي بعد يوم وثلاثة أيام وعشرة أيام) يعبر عن حجم الوذمة بشكل أقرب مايكون إلى الواقع.

ونظراً لأنَّ هذه المساحة الأصلية تختلف من مريض إلى آخر قمنا بتحويل هذا الفرق إلى نسبة مئوية أي النسبة التي زادت فيها المساحة وهذا ينطبق على كل المرضى، ونكون قد استبعدنا اختلاف القياسات بين مريض وآخر، وهكذا أصبحت قيمة الوذمة نسبة مئوية يسهل وضعها بجداول لإجراء المقارنات والدراسات البيانية والإحصائية.

إن اختيارنا لهذه النقاط ليس اعتباطياً فهي:

أولاً نقاط تشريحية ثابتة يمكن الوصول إليها بسهولة وبشكل دائم قبل العمل الجراحي وبعده.

ثانياً إن الخطوط الواصلة بين هذه النقاط والمريض بوضعية المستلقي جانباً ودون توتر تمر من مركز الوذمة المتوقعة بعد العمل الجراحي.

كنا نجري هذا القياس قبل العمل الجراحي وقبل التخدير وندون هذه النتيجة على بطاقة المريض، ثم نجري القياس نفسه بعد يوم واحد، وبعد 3 أيام، وبعد عشرة أيام، وندونهم كذلك على بطاقة المريض، ولمزيد من الدقة كنا نعيد القياس ثلاث مرات بفارق عشر دقائق بين كل قياس، ثم نسجل المتوسط الحسابي لهذه القياسات عل بطاقة المريض.

نحسب الفرق بالمساحة بين القياس قبل العمل الجراحي والقياس بعد يوم واحد و3 أيام وعشرة أيام، ثم تحول إلى نسبة كالآتي:

$$\frac{\text{المساحة بعد العمل الجراحي}}{\text{المساحة قبل العمل الجراحي.}} \times 100$$

وهكذا أصبحت قيمة الوذمة هي نسبة مئوية يسهل وضعها بجداول لإجراء المقارنة بين مختلف عينات المرضى.

قياس تحدد فتحة الفم.

تقاس الفتحة الأعظمية للفم قبل العمل الجراحي ومقارنتها مع الفتحة الأعظمية بعد العمل الجراحي بيوم وثلاثة أيام وعشرة أيام، حيث تقاس المسافة بين الحد القاطع للقواطع السفلية والعلوية عند الفتحة الأعظمية للفم، ويعاد القياس 3 مرات ويؤخذ متوسط القياس.

الشكل (7) الشكل يوضح طريقة قياس الفتحة الأعظمية للفم

كذلك هنا نظراً لأنَّ الفتحة الأعظمية متغيرة من مريض إلى آخر كنا ناخذ نسبة التبدل ونضعه بجداول وبيانات إحصائية ليسهل علينا المقارنة ولتكون المقارنة أدق:

$$\frac{\text{فتحة الفم بعد العمل الجراحي}}{\text{فتحة الفم قبل العمل الجراحي}} \times 100$$

فضلاً عن تدوين القياسات السابقة في إضبارة كل مريض، كنا نسجل الملاحظات الخاصة بكل حالة مثل حاجة المريض إلى مسكنات وكميتها وإذا لزم الأمر لإعطاء صادات حيوية أو لا، وكذلك كنا ندون أي مضاعفة تحدث لدى أي مريض، علماً بأننا لم نعطِ المريض بعد العمل الجراحي أي مسكنات أوأي مضادات حيوية إلا في حالات المضاعفات التي ستذكر عند ذكر النتائج، فقط كنا نرشد المريض إلى تطبيق كمادات

باردة (ثلج) على مكان العمل الجراحي مدة ساعتين بعد العمل الجراحي (ربع ساعة كمادات ثم ربع ساعة استراحة وهكذا حتى انقضاء الساعتين بعد العمل الجراحي) وأن تكون الحمية عن الأكل الحار (الساخن) في اليوم الأول من العمل الجراحي (كي لاتتدخل في حدوث الوذمة).

النتائج:

الشكل (8) يوضح تحدد فتحة الفم بعد الجراحة

الشكل (9) يوضح قياس الوذمة بعد العمل الجراحي

نتائج المجموعة الأولى (إغلاق مكان العمل الجراحي بالكامل):

أ– الفئة الأولى (حيث الرحى الثالثة منطمرة بشكل كامل).

بلغ متوسط حجم الوذمة في اليوم الأول 35%، وفي اليوم الثالث بعد العمل الجراحي كان متوسط حجم الوذمة 18%، وفي اليوم العاشر تراجعت الوذمة وأصحبت في هذه العينة 5 %، كما يوضحه الجدول التالي (1).

أما بخصوص التحدد في فتحة الفم فتبلغ نسبة التحدد في اليوم الأول 20%، وكذلك في اليوم الثالث، وتحسنت فتحة الفم في اليوم العاشر، ولكنها بقيت أقل مما هي عليه أي كان التحدد بنسبة 5 % ملم، وهذا مايظهر في هذا المخطط البياني.

ب– الفئة الثانية (المرضى الذين لديهم رحى ثالثة منطمرة جزيئاً وأغلق الجرح لديهم بالكامل):

هنا رأينا أن الوذمة كانت أشدّ من الفئة الأولى حيث بلغ متوسط حجمها في اليوم الأول 42%، وفي اليوم الثالث 40%، وفي اليوم العاشر بقيت بنسبة 20% وهذا مايظهر في المخطط التالي.

أمّا بالنسبة للتحدد في فتحة الفم كذلك لاحظنا أن التحدد كأن أشدّ من الفئة الأولى حيث بلغ متوسط نسبة التحدد في اليوم الأول 30 %، وفي اليوم الثالث 26%، وفي اليوم العاشر 10% كما يظهر في المخطط التالي.

ويمكن القول: إنّه في هذه المجموعة لمسنا فرقاً واضحاً لصالح الرحى المنطمرة بشكل كامل، وهذا مايظهر في الجدول (1).

توقيت المراقبة بعد العمل الجراحي	المجموعة الأولى / إغلاق الجرح بشكل كامل N 20			
	الفئة الأولى / انطمار كامل N 10		الفئة الثانية / انطمار جزئي N 10	
	نسبة الوذمة	مقدار فتحة الفم	نسبة الوذمة	مقدار فتحة الفم
اليوم الأول	% 35	% 20	% 42	% 30
اليوم الثالث	% 18	% 20	% 38	% 26
اليوم العاشر	% 5	% 5	% 20	% 10

الجدول (1) يظهر نسبة الوذمة ومقدار تحدد فتحة الفم لدى المجموعة الأولى

نتائج المجموعة الثانية: (خياطة غير كاملة بترك فتحة بمساحة 1 سم مربع مقابل فجوة القلع):

أ- الفئة الأولى (التي كانت الرحى الثالثة منطمرة بشكل كامل)

بلغ متوسط نسبة الوذمة في اليوم الأول 22%، وفي اليوم الثالث 15%، وفي اليوم العاشر 3%.

أمّا بالنسبة لتحدد فتحة الفم فكان متوسط نسبة التحدد في اليوم الأول لهذه الفئة 25% (10ملم)، وفي اليوم الثالث 20% (8 ملم)، وفي اليوم العاشر 4% (2 ملم).

ب- الفئة الثانية (الرحى منطمرة جزيئاً مع إجراء خياطة غير كاملة للجرح)

بالنسبة للوذمة بلغت في اليوم الأول بعد العمل الجراحي 19%، وفي اليوم الثالث 15%، وفي اليوم العاشر 1%.

أمّا بالنسبة لتحدد فتحة الفم فبلغت نسبة التحدد في اليوم الأول 22%، وفي اليوم الثالث 19%، وفي اليوم العاشر 2% (جدول 2).

توقيت المراقبة بعد العمل الجراحي	المجموعة الثانية / إغلاق الجرح بشكل جزئي N 20			
	الفئة الأولى / انطمار كامل N 10		الفئة الثانية / انطمار جزئي N 10	
	نسبة الوذمة	مقدار فتحة الفم	نسبة الوذمة	مقدار فتحة الفم
اليوم الأول	% 22	% 25	% 19	% 22
اليوم الثالث	% 15	% 20	% 15	% 19
اليوم العاشر	% 3	% 4	% 1	% 2

الجدول (2) يظهر نسبة الوذمة ومقدار تحدد فتحة الفم لدى المجموعة الثانية

وإذا أجرينا مقارنة بين نتائج المجموعتين نرى أنه :

بالنسبة للوذمة :

كانت الوذمة أقل في المجموعة الثانية بشكل عام أي المجموعة التي أغلق فيها الجرح جزيئاً، ولاسيَّما في الفئة الثانية التي كانت فيها الرحى منطمرة جزيئاً.

ونرى أيضاً أن النتائج بالنسبة للوذمة كانت متضاربة ابتداءً من اليوم الثالث بين الفئة الأولى من المجموعة الأولى والفئة الثانية من المجموعة الثانية.

ولكن نرى الفرق واضحاً بالنسبة لشدة الوذمة بين الفئة الثانية من المجموعة الأولى (انطمار جزئي وإغلاق كامل) والفئة الثانية من المجموعة الثانية (انطمار جزئي وإغلاق جزئي) لصالح هذه الاخيرة، وهذا مايظهر في الجدول (3).

دراسة الوذمة بالمجموعتين				
توقيت المراقبة بعد العمل الجراحي	المجموعة الأولى / إغلاق الشق بشكل كامل N 20		المجموعة الثانية / إغلاق الشق بشكل جزئي N20	
	الفئة الأولى / انطمار كامل	الفئة الثانية / انطمار جزئي	الفئة الأولى / انطمار كامل	الفئة الثانية / انطمار جزئي
اليوم الأول	% 35	% 42	% 22	% 19
اليوم الثالث	% 18	% 38	% 15	% 20
اليوم العاشر	% 5	% 20	% 3	% 3

الجدول (3) يظهر المقارنة بين المجموعتين بالنسبة لنتائج مقدار الوذمة

بالنسبة لتحدد فتحة الفم:

وجدنا أن التحدد بفتحة الفم يكون أقل حدة بشكل عام في المجموعة الثانية (إغلاق جزئي)، ويكون التحدد أشدّ وضوحاً في المجموعة الأولى ولاسيَّما في الفئة الثانية، أي عندما تكون الرحى منطمرة جزيئاً ويغلق الجرح بشكل كامل، وهذا مايظهر في الجدول (4).

دراسة تحدد فتحة الفم بالمجموعتين				
توقيت المراقبة بعد العمل الجراحي	المجموعة الأولى / إغلاق الشق بشكل كامل N 20		المجموعة الثانية / إغلاق الشق بشكل جزئيN 20	
	الفئة الأولى / انطمار كامل	الفئة الثانية / انطمار جزئي	الفئة الأولى / انطمار كامل	الفئة الثانية / انطمار جزئي
اليوم الأول	% 20	% 30	% 25	% 22
اليوم الثالث	% 20	% 26	% 20	% 19
اليوم العاشر	% 5	% 10	% 4	% 2

الجدول (4) يظهر المقارنة بين المجموعتين بالنسبة لنتائج مقدار تجدد فتحة الفم

نتائج مراقبة شفاء الجرح والمضاعفات:

وجدنا عند 6مرضى من المجموعة الأولى (34%) الذين أُجري لهم خياطة كاملة للجرح ألماً شديداً بعد القلع وخمجاً في مكان الجرح بعد اليوم الثاني للعمل الجراحي، وكان هذا عند 5 مرضى من الفئة الثانية ومريض واحد من الفئة الأولى مما اضطرنا إلى وصف الصادات الحيوية مدة 7 أيام عن طريق الفم مع المسكنات فضلاً عن إجراء إزالة لقطبة واحدة من الناحية الدهليزية لتصريف القيح وغسل الجرح مع وضع مفجر مدة يومين من خلال هذه الفتحة.

أما في المجموعة الثانية فحدثت هذه المضاعفة عند مريض واحد من الفئة الثانية (انطمار جزئي وخياطة جزئية) وكذلك أعطي المريض الصادات الحيوية عن طريق الفم مدة 7 أيام مع المسكنات عند الضرورة، وكذلك لاحظنا أن مرضى المجموعة الثانية كانوا منزعجين من بقايا الفضلات الطعامية في مكان الرحى ومن حدوث

رائحة فم كريهة، ممَّا اضطرهم (8 مرضى) من هذا المجموعة 40% إلى مراجعة العيادة كل يومين لإجراء التنظيف والغسل.

المناقشة:

بمراجعة الأدبيات الطبية المتعلقة بشفاء مكان العمل الجراحي بعد قلع الأرحاء المنطمرة نرى أن هناك جدلاً واسعاً بين المؤلفين، فمنهم من يؤيد إبقاء الجرح مفتوحا كلياً أوجزيئاً بهدف التخفيف من الوذمة وتحدد فتحة الفم مما جعل مرحلة الشفاء أقل ألماً وإزعاجاً (10,11).

بينما يرى آخرون أن الذي يقرر الوذمة وتحدد فتحة الفم هوبالدرجة الأولى العمل الجراحي ولا علاقة لإغلاق أوترك الجرح مفتوحاً، مثل (9).

ولإظهار أثر طريقة إغلاق الجرح في حدوث الوذمة وتحدد فتحة بالفم وطريقة الشفاء بعد العمل الجراحي أجري هذا البحث، وكانت طريقة العمل إرجاحي نفسها عند كل العينة المدروسة بقطع العظم الدهليزي والوحشي مع السن أو من دون فصلها.

فقد أظهرت دراستنا أن الوذمة وتحدد فتحة الفم تكون أشدّ ما يمكن في الأيام الثلاثة الأولى بعد العمل الجراحي في كلتا المجموعتين، وتبدأ بالانحسار وتتحسن فتحة الفم بالتدريج حتى اليوم العاشر لتصبح في حدودها الدنيا، وعندما قارنا بين المجموعتين رأينا أن هذه النتيجة متوافقة مع نتائج كثير من المؤلفين أمثال: (5,10,11,3)

وقد لاحظنا أن هؤلاء المؤلفين لم يذكروا الفروق بين الرحى إذا كانت منطمرة بشكل كامل أوجزئي وهذا ماتميز به بحثنا، حيث وزعنا كل مجموعة على فئتين بحسب الانطمار ولاحظنا الفروق الواضحة بين الفئة الثانية من المجموعة الأولى أي انطمار جزئي مع إغلاق كامل، والفئة الثانية من المجموعة الثانية أي انطمار جزئي وإغلاق جزئي لصالح هذه الأخيرة.

أما من حيث بلوغ شدة الوذمة وتحدد فتحة الفم بعد العمل الجراحي فذكر (4) في دراسة مماثلة أنه عند كل مرضى العينة المدروسة كانت الوذمة على أشدها في اليوم

الأول، وأكثر من اليوم الثالث وأخذت تتناقص بالتدريج، أما في دراستنا فقد لاحظنا عند 7 مرضى كانت لديهم الوذمة وتحدد فتحة الفم في اليوم الثالث أكثر وأشد من اليوم الأول. وكان 6 مرضى من أصل 7 من المجموعة الأولى من الفئة الثأنية (التي لديها انطمار جزئي وأُجري لها إغلاق كامل) ومريض واحد من المجموعة الثانية الفئة الثانية (التي لديها انطمار جزئي وأُجري لها إغلاق جزئي) وقد يكون السبب بذلك استمرار الثواج بحالته المزمنة عند هؤلاء المرضى، وعند إغلاق الجرح بشكل كامل حدث تحول من الحالة المزمنة إلى الحالة الحادة مما أدّى إلى اشتداد الحالة الالتهابية في اليوم الثالث وتأخُر بتراجع الأعراض.

الخلاصة:

إن المقارنة بين طريقة الإغلاق الكامل والإغلاق الجزئي للشق الجراحي بعد قلع الأرحاء الثالثة السفلية وتأثير كل منهما في عملية الشفاء أظهرت أن:

الوذمة وتحدد فتحة الفم كانت بشكل عام أقل حدة في المجموعة التي ترك فيها الشق مفتوحاً جزئياً، وكان الفرق أكثر وضوحاً بين مرضى الفئة الثانية من المجموعة الأولى (الرحى منطمرة جزيئا وتم إغلاق الشق كاملاً) ومرضى الفئة الثانية من المجموعة الثانية (الانطمار جزئي وتم إغلاق الجرح جزيئاً) لصالح الفئة الأخيرة.

ولهذا نرى أنه عندما تكون الرحى منطمرة جزئياً من الأفضل ترك الجرح مفتوحاً جزيئاً لتحسين نوعية الشفاء والتقليل من الوذمة وتحدد فتحة الفم، أما إذا كانت الرحى منطمرة بشكل كامل فيمكن إغلاق الجرح بشكل كامل لتسريع عملية الشفاء والتقليل من انزعاج المريض من اندخال الفضلات مما يؤدي إلى رائحة كريهة بالفم ويضطر المريض إلى مراجعة العيادة لإجراء التنظيف والغسل الدوري ولم نجد فروقاً كبيرة من حيث شدة الوذمة وتحدد فتحة الفم إذا أغلقنا أو تركنا الجرح مفتوحاً جزيئاً.

المراجع

1- Krekeler and Schilli Muessen verlagerte Zaehne prophylaktisch entfernt werden ,jaoder nein
DZZ : 1979; 343 :216- 218
2- Tetsch and Wagner Die operative Weisheitszahnentfernung Carl Hauser Verlag : 1982
3-Brandes, Bschorer and Schmelzle Versorgung der Osteotomiewunde :vier techniken im vergleich DZZ : 1995 : 1: 82-84
4- Schmelzeisen, Buchweitz, Schober and Froelich Sonographische objektivierung der wangenschwellung nach perioperativer odemprophylaxe mit Dexamethason bei Weisheitszahnosteotomien Dt ZMK –u. Gesichtschirurgie : 1988 12 ; 233-239
5- Ten Bosch and Van Gool The interrelation of postopertion complaints after removal of the mandibular third molar Int j Oral Surg : 1977 :6 : 22-28
6-Krueger Operationslehr fuer Zahnaertzte 1977 : 220-224
7- Schroll Komplikationen bei deroperativen Entfernung des untern Weisheitszahnes Oestrr. Z Stomatol : 1983 :80: 25-37
8- Schroll Zahnaerzliche Chirurgie FK Scattauer Verlag : 1980
9- Schulte and Vorbauer Fibrinolutische Effecte beim Kontakt von Speichel und Blut Dt ZNK-heilunde : 1975 ; 44/ Heft 1u.2
10- Fleuchaus Effect of Hyaluronidase on swelling and trismus after removal of impacted mandibular third molar teeth Oral Surg. 1956 : 9: 493-500
11-Schmutziger Die wundbehandlung nach der Extraktion eines verlagerten untern weisheitszahnes Oestrr. Z Stomatol : 1962 : 59 ; 370-372.

تاريخ ورود البحث إلى مجلة جامعة دمشق: 2008/9/11.
تاريخ قبوله للنشر:2008/12/16.