مجلة جامعة تشرين للبحوث والدراسات العلمية _ سلسلة العلوم الصحية المجلد (33) العدد (3) 2011
Tishreen University Journal for Research and Scientific Studies - Health Sciences Series Vol. (33) No. (3) 2011

دراسة مقارنة لتقييم فعالية التتراكوساكتيد (سيناكتين) واستخدام المفجر على الاختلاطات التالية للقلع الجراحي للأرحاء الثالثة السفلية المنطمرة

الدكتور منذر أسعد*
الدكتور علي خليل**
هلا عبد الوهاب***

(تاريخ الإيداع 10 / 1 / 2011. قُبِل للنشر في 10 / 5 /2011)

□ملخّص □

أجريت الدراسة في قسم جراحة الفم والفكين في كلية طب الأسنان بجامعة تشرين وشملت 40 حالة قلع جراحي لأرحاء ثالثة سفلية منطمرة ثنائية الجانب عند 20 مريضاً (أي إن كل مريض كان لديه اثنتان من الأرحاء الثالثة السفلية المنطمرة) .

توزعت عينة المرضى على مجموعتين:

المجموعة الأولى: شملت 20 رحى عند 10 مرضى. تم إعطاء دواء تتراكوساكتيد (سيناكتين) قبل 24 ساعة من قلع الرحى الواقعة في إحدى الجهتين وبعد 24 ساعة من القلع مع صاد حيوي (augmentine) ومضمضة (chlorhexidine 0.12%) أما في الجهة الأخرى فتم وصف مضاد التهاب لا ستيروئيدي (ibuprofen) مع صاد حيوي (augmentine) ومضمضة (chlorhexidine 0.12%).

المجموعة الثانية: شملت 20 رحى عند 10 مرضى. تم تطبيق مفجر (منزح) بشكل متزامن مع الخياطة مع وصف صاد حيوي (augmentine) ومضمضة (chlorhexidine 0.12%) في إحدى الجهتين أما في الجهة الأخرى فتم إجراء الخياطة بطريقة كلاسيكية مع وصف مضاد التهاب لا ستيروئيدي (ibuprofen) مع صاد حيوي (augmentine) ومضمضة (chlorhexidine 0.12%).

تم تقييم متغيرات الألم والوذمة والضرز وطبيعة الحياة في جميع حالات القلع السابقة وذلك في الفترات الزمنية 24 ساعة، 72 ساعة، 7 أيام بعد القلع.

أظهرت النتائج أن إعطاء دواء تتراكوساكتيد (سيناكتين) كان له تأثير إيجابي واضح على الوذمة والضرز في اليوم الأول و الثالث بعد القلع و طبيعة الحياة خلال الفترة التالية للقلع و لم يكن له تأثير على الألم،أما تطبيق المفجر فلم يكن له تأثير على المتغيرات السابقة.

الكلمات المفتاحية: أرحاء ثالثة سفلية منطمرة، قلع جراحي، تتراكوساكتيد(سيناكتين)، مفجر (منزح)، ألم، وذمة، ضرز.

* مدرس – قسم جراحة الفم والفكين – كلية طب الأسنان – جامعة تشرين – اللاذقية – سورية.
** مدرس– قسم جراحة الفم والفكين – كلية طب الأسنان – جامعة تشرين – اللاذقية – سورية.
***طالبة دراسات عليا – قسم جراحة الفم والفكين – كلية طب الأسنان – جامعة تشرين – اللاذقية – سورية.

مجلة جامعة تشرين للبحوث والدراسات العلمية _ سلسلة العلوم الصحية المجلد (33) العدد (3) 2011
Tishreen University Journal for Research and Scientific Studies - Health Sciences Series Vol. (33) No. (3) 2011

Comparative Study for Evaluation of the Effect of Tetracosactide (Synacthen)^{R} & Using a Drain on the Postoperative Complications of Surgical Removal of Impacted Lower Third Molars

Dr. MunzerAsaad[*]
Dr. Ali Khalil[**]
Hala Abdul Wahhab[***]

(Received 10 / 1 / 2011. Accepted 10 / 5 / 2011)

□ ABSTRACT □

The study is performed in the Department of Oral and Maxillofacial Surgery, Faculty of Dentistry, University of Tishreen. It included 20 patients with bilateral impacted lower third molars (40 impacted lower third molars).

Patients have been divided into two groups:

First Group: It includes 10 patients with bilateral impacted lower third molars (20 molars). Every patient is given tetracosactide (synacthen) at 24 hours before extraction of one of the two molars and after 24 hours with an antibiotic (augmentine) and a mouthrinse (chlorhexidine 0.12%). But after extraction of the other molar, we have given the patient a nonsteroidal anti-inflammatory drug (ibuprofen) with an antibiotic (augmentine) and a mouthrinse (chlorhexidine 0.12%).

Second Group: It includes 10 patients with bilateral impacted lower third molars (20 molars). We have inserted a drain during suturing with an antibiotic (augmentine) and a mouthrinse (chlorhexidine 0.12%) after extraction of one of the two molars, but after extraction of the other molar we did not insert a drain with a nonsteroidal anti-inflammatory drug (ibuprofen) an antibiotic (augmentine) and a mouthrinse (chlorhexidine 0.12%).

Variables of pain, swelling, trismus, and quality of life were evaluated at 24 hours, 72 hours, and 7 days after the extraction. The results showed that tetracosactide (synacthen) hada significant effect on swelling and trismus at 24 hours and 72 hours after the extraction. It also had a significant effect on quality of life after the extraction. But, it didn't have any effect on pain. The results also showed that using a drain didn't have any effect on those variables.

Keywords: Impacted Lower Third Molars, Surgical Extraction, Tetracosactide (Synacthen), Drain, Pain, Swelling, Trismus.

[*]**Assistant Professor, Department of Oral & Maxillofacial Surgery, Faculty of Dentistry, University of Tishreen, Lattakia, Syria.**
[**]**Assistant Professor, Department of Oral & Maxillofacial Surgery, Faculty of Dentistry, Univeristy of Tishreen, Lattakia, Syria.**
[***]**Postgraduate student, Department of Oral & Maxillofacial Surgery, Faculty of Dentistry, University of Tishreen, Lattakia, Syria.**

مقدمة:

يعتبر تدبير الأسنان المنطمرة من الإجراءات الجراحية الشائعة جداً في عيادات جراحة الفم والفكين. [1] وتعتبر الأرحاء الثالثة السفلية المنطمرة impacted lower third molars أكثر الأسنان الدائمة المنطمرة شيوعاً.[2]

تظهر مراجعة الأدب الطبي أن الانزعاج discomfort التالي لجراحة الأرحاء الثالثة السفلية المنطمرة شائع جداً.[1] ومن المعروف أن اختلاطات الألم pain والوذمة swelling والضرز trismus , هي الأسباب الرئيسية للمعاناة التي يعيشها المرضى خلال الأيام التالية لهذه الجراحة، مما يؤثر سلباً على تغذية المريض ونشاطه ومظهر وجهه وطريقة حياته، الأمر الذي يعيقه عن ممارسة نشاطاته الاعتيادية خلال حياته اليومية بل قد يعطله في حالات كثيرة عن عمله.[3] لذا فمن البديهي أن تلك الاختلاطات complications تشكل قلقا" كبيراً واهتماماً رئيسياً لجراحي الفم والفكين.[1]

يعتبر الألم والوذمة علامات كلاسيكة للالتهاب inflammation التالي للجراحة والناجم عن الأذية التي تتعرض لها الأنسجة أثناء الجراحة. [4] أما الضرز فإنه ينجم أيضا" عن الالتهاب لكن بشكل غير مباشر فهو على الأغلب آلية وقائية للحد من الوظيفة والرض وليس علامة من علامات الالتهاب.[5] ونشير إلى أنه كلما كان الإجراء الجراحي أوسع وأصعب كلما زادت كمية الرض على منطقة الجراحة والنسج المحيطة وبالتالي زادت كمية النسج المتأذية وزاد مقدار الالتهاب وبالتالي زادت شدة الاختلاطات التالية للجراحة.[4]

السيطرة على الألم والوذمة والضرز التالي للقلع الجراحي للأرحاء الثالثة السفلية المنطمرة:

هناك العديد من الوسائل الدوائية والمحافظة التي استخدمت سابقا" للسيطرة على اختلاطات الألم والوذمة والضرز التالي للقلع الجراحي للأرحاء الثالثة السفلية المنطمرة .

الأدوية المستخدمة للسيطرة على الألم والوذمة والضرز التالي للقلع الجراحي للأرحاء الثالثة السفلية المنطمرة :

توجه الوسائل الدوائية المستخدمة للسيطرة على هذه الاختلاطات نحو إعاقة تشكل أو تثبيط تأثيرات الوسائط الكيميائية الحيوية للالتهاب.[6]

تم الحديث بشكل كبير في الأدب الطبي عن الأدوية المستخدمة للسيطرة على الاختلاطات التالية لجراحة الأرحاء الثالثة السفلية المنطمرة فالمسكنات المركزية narcotic analgesics ومضادات الالتهاب غير الستيروئيدية $NSAID_s$ والستيروئيدات القشرية Corticosteroids ومزائج من هذه الأدوية كلها ذات دور في تدبير الألم والوذمة والضرز بعد الجراحة عند هذه المجموعة من المرضى.[4]

إن معظم الدراسات تؤيد استخدام $NSAID_s$ للسيطرة على الألم التالي للجراحة، بينما القشرانيات السكرية للسيطرة على الوذمة و الضرز التالي للجراحة و يترافق استخدامها مع سوء وظيفة أقل.[7]، [8]

وهنا نذكر أن دواء (Tetracosactide) الذي يتواجد في الأسواق تحت اسم تجاري (Synacthen)^R هو ببتيد متعدد تخليقي له نشاط موجه لقشر الكظر. يتركب من بيتا $^{1-24}$ – كورتيكو تروبين (سداسي خلات تتراكوساكتيد مع كلوريد الزنك)، مادة حافظة (كحول بنزيلي 10 مجم / ملليلتر)، كلوريد صوديوم، فوسفات صوديوم، ماء للحقن. يحتوي المعلق على 1 مجم من المادة الفعالة في كل ملليلتر. ونشير الى أن التتراكوساكتيد وهو المكون الفعال في سيناكتين متخزن يتكون من الأحماض الأمينية الـ 24 الأولى من بين الـ39 حمض أميني الموجودة في الهرمون الطبيعي الموجه لقشر الكظر (ACTH). وهو يبدي نفس خصائصه الفيزيولوجية. ففي قشر الكظر ذي الوظيفة الطبيعية ينبه هذا الهرمون التخليق الحيوي للقشرانيات السكرية والقشرانيات المعدنية وإلى حد أقل الأندروجينات. أي أن أثره الدوائي

لا يماثل مفعول الستيروئيدات القشرية حيث إنه أثناء العلاج بالهرمون الموجه لقشر الكظر– على خلاف العلاج بقشراني سكري منفرد– تتعرض الأنسجة لطيف فيزيولوجي من الستيروئيدات القشرية. يرتبط الهرمون الموجه لقشر الكظر بمستقبلة نوعية في غشاء خلايا قشر الكظر. ويقوم المعقد الناتج المتكون من الهرمون / المستقبلة بتنشيط سيكلاز الأدينالات فينبه إنتاج أحادي فوسفات الأدينوزين الحلقي. ويقوم أحادي فوسفات الأدينوزين الحلقي بتنشيط كيناز البروتين والذي ينشط تخليق البريجنينولون من الكولستيرول، ومن البريجنينولون يتم إنتاج الستيروئيدات القشرية المختلفة عن طريق مسالك أنظيمية مختلفة. يتم إطلاق التتراكوساكتيد من سيناكتين متخزن بشكل متواصل مما يطيل مدة المفعول. عقب حقن 1 مجم في العضل تظل مستويات الكورتيزون في البلازما مرتفعة لمدة 24–32 ساعة. ويجب تجنب استخدام السيناكتين لدى المرضى المصابين بقصور القلب الاحتقاني، القصور الكبدي، القصور الكلوي، الداء السكري، فرط ضغط الدم، احتشاء العضلة القلبية الحديث، تخلخل العظام، الذهانات، الاضطرابات العاطفية الشديدة، الصرع، القرحة الهضمية، اليوريمية، الزرق، انثقاب القرنية، قصور الدرقية، سيرة مرضية للاعتلال العضلي الستيروئيدي، سيرة للسل، الأطفال، اليافعين، المسنين، الحوامل، المرضعات.[9]

يعتبر تطبيق مفجر (منزح) من الوسائل المحافظة التي استخدمت سابقاً للسيطرة على الألم والوذمة والضرز التالي للقلع الجراحي للأرحاء الثالثة السفلية المنطمرة. إن تطبيق مفجر بالتزامن مع الخياطة يسمح للمريض باختبار فترة تالية للجراحة أكثر راحة فيما يتعلق بالألم والوذمة والضرز لأنه يسمح بتصريف السوائل المتجمعة في المسافات النسيجية .لكن استخدام المفجر يتطلب جهداً إضافياً فالجراح يجب عليه أن يتعامل معه بحذر عند إدخاله في الطية الدهليزية والمريض يجب عليه أن يعود مرة أخرى من أجل إزالته.[1]

أهمية البحث وأهدافه:

أهمية البحث:

نظراً لشيوع حالات القلع الجراحي للأرحاء الثالثة السفلية المنطمرة والمشاكل التالية لقلعها والتي تؤثر سلباً على حياة المريض خلال هذه الفترة. وبسبب اختلاف آراء الباحثين حول تأثير استخدام المفجر وبما أن استخدام التتراكوساكتيد أفضل من الستيروئيدات القشرية الصنعية الخارجية كونه يحرض قشر الكظر على إفراز الكورتيزون الجسمي الداخلي نجد ضرورة إجراء بحث يدرس تأثير استخدام التتراكوساكتيد والمفجر على المشاكل التالية للقلع الجراحي للأرحاء الثالثة السفلية المنطمرة للتقليل قدر الإمكان من الانزعاج الذي يعاني منه المرضى أثناء هذه المرحلة مما ينعكس إيجابا" على تأدية عملهم وممارسة نشاطاتهم الاعتيادية خلال حياتهم اليومية.

أهداف البحث:

–مقارنة فعالية دواء تتراكوساكتيد (سيناكتين) مع المفجر على الألم والوذمة والضرز وطبيعة الحياة بعد القلع الجراحي للأرحاء الثالثة السفلية المنطمرة.

طرائق البحث ومواده:

مكان إجراء الدراسة: قسم جراحة الفم والفكين في كلية طب الأسنان في جامعة تشرين.

عينة البحث: تضمنت عينة البحث (40) رحى ثالثة سفلية منطمرة ثنائية الجانب عند (20) مرضى من مراجعي قسم جراحة الفم والفكين من كلا الجنسين و ذلك بين عامي 2009–2010.

شروط اختيار مرضى البحث:

1- أرحاء ثالثة سفلية منطمرة ثنائية الجانب.

2- درجة متساوية من صعوبة القلع الجراحي عند مقارنة أحد الجانبين مع الآخر حسب تصنيف Pell and Gregory.[10]

3- لا يوجد أي مرض جهازي.

4- لا يوجد أي مضادات استطباب للتتراكوساكتيد عند المرضى الذين استخدم لديهم.

تم تقسيم المرضى إلى مجموعتين:

في المجموعة الأولى: تم إعطاء المرضى دواء (Synacthen)^{R} بالشكل التالي: حقنة عضلية 1ml قبل يوم من القلع الجراحي وحقنة عضلية 1ml في اليوم التالي وذلك بعد قلع الرحى الواقعة في أحد الجانبين وتم وصف صاد حيوي (augmentine) ومضمضة (chlorhexidine 0.12%) مع عدم وصف أي مسكن أو مضاد التهاب لاستيروئيدي وذلك في الفترة التالية للجراحة وفي الجانب الآخر لم يتم تطبيق البروتوكول السابق بل تم وصف صاد حيوي (augmentine) ومضاد التهاب لا ستيروئيدي (ibuprofen) ومضمضة (chlorhexidine 0.12%) بعد الجراحة.

في المجموعة الثانية: تم وضع مفجر أنبوبي عند الإغلاق الأولي للجرح في المنطقة الواقعة وحشي الرحى الثانية وتركه مدة 24–48 ساعة و ذلك بعد القلع الجراحي للرحى الثالثة السفلية المنطمرة في أحد الجانبين وتم وصف صاد حيوي (augmentine) ومضمضة (chlorhexidine 0.12%) مع عدم وصف أي مسكن أو مضاد التهاب لاستيروئيدي بعد الجراحة أما في الجانب الآخر فتم إغلاق الجرح بطريقة كلاسيكية وذلك باستخدام خيط حريري فقط وتم وصف صاد حيوي (augmentine) ومضاد التهاب لاستيروئيدي (ibuprofen) ومضمضة (chlorhexidine 0.12%)بعد الجراحة.

وقد تم استخدام الشريحة المخاطية السمحاقية المثلثية في جميع الحالات. ونشير إلى أن صنف الانطمار عند كل مريض كان متماثلاً في كلا الجانبين وبالتالي فإن زمن العمل الجراحي وصعوبة القلع والتفريغ العظمي كان متماثلاً عند مقارنة أحد الجانبين مع الجانب الآخر.

وكما نشير إلى أنه تم تحديد جهة الرحى التي أجري عليها اختبار الدواء (يمنى أو يسرى) عشوائياً كما تم إنجاز القلع في كلا الجهتين من قبل الجراح نفسه.

تم تقييم متغيرات الألم والوذمة والضرز بعد التداخل الجراحي في الفترات التالية 24 ساعة – 72 ساعة – 7 أيام.

بالنسبة للألم تم تقييمه في الفترات التي أشرنا إليها باستخدام مقياس الألم Visual analog scale of 10 mm.

وبالنسبة للضرز تم تقييمه بقياس مقدار فتحة الفم العظمى قبل التداخل الجراحي وقياسها بعد التداخل في الفترات المشار إليها سابقاً.

أما بالنسبة للوذمة فتم تقييمها باستخدام طريقة المثلثات الوهمية التي تعتمد على تحديد النقاط التشريحية الوجهية الثابتة والمرجعية والتي تشكل المثلث الوهمي المستخدم في قياس حجم الوذمة:

النقطة الأولى: في زاوية أو صوار الفم.

النقطة الثانية: منتصف قمحة الأذن.

النقطة الثالثة: أسفل زاوية الفك السفلي مباشرة.

ثم رسم المثلث الوهمي بين النقاط الثلاثة السابقة وحساب مساحته واعتبارها المساحة الأولية والأساسية قبل العمل الجراحي ثم حساب مساحته في الفترات التالية للجراحة المشار إليها مسبقاً ومقارنتها مع مساحة المثلث قبل العمل الجراحي.[11]

النتائج والمناقشة:

1. الضزز:

تظهر النتائج أن قيمة مستوى الدلالة أصغر من القيمة 0.05 بعد يوم واحد وبعد ثلاثة أيام في مجموعة السيناكتين، أي إنه عند مستوى الثقة 95% توجد فروق ذات دلالة إحصائية في متوسط فتحة الفم القصوى (بالسنتمترات) بعد يوم واحد وبعد ثلاثة أيام بين مجموعة استخدام السيناكتين والمجموعة الشاهدة للسيناكتين، وبما أن الإشارة الجبرية للفروق بين المتوسطات موجبة نستنتج أن قيم فتحة الفم القصوى (بالسنتمترات) بعد يوم واحد وبعد ثلاثة أيام في مجموعة استخدام السيناكتين كانت أكبر منها في المجموعة الشاهدة للسيناكتين. أما بعد سبعة أيام مهما كانت المجموعة الرئيسة المدروسة وبعد يوم واحد وبعد ثلاثة أيام في مجموعة المفجّر فيُلاحظ أن قيمة مستوى الدلالة أكبر من القيمة 0.05، أي إنه عند مستوى الثقة 95% لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في متوسط فتحة الفم القصوى (بالسنتمترات) بين مجموعة استخدام المفجّر والمجموعة الشاهدة للمفجّر مهما كانت الفترة الزمنية المدروسة، وكذلك لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في متوسط فتحة الفم القصوى (بالسنتمترات) بعد سبعة أيام بين مجموعة السيناكتين والمجموعة الشاهدة للسيناكتين.

جدول رقم (1) يبين نتائج اختبار T ستيودنت للعينات المستقلة لدراسة دلالة الفروق في متوسط فتحة الفم القصوى (بالسنتمترات) بين المجموعة التجريبية والمجموعة الشاهدة.

المتغير المدروس = فتحة الفم القصوى (بالسنتمترات)							
المجموعة الرئيسة	الفترة الزمنية المدروسة	قيمة t المحسوبة	درجات الحرية	الفرق بين المتوسطين	الخطأ المعياري للفرق	قيمة مستوى الدلالة	دلالة الفروق
مجموعة السيناكتين	قبل العمل الجراحي	0	18	0	0.29	1.000	لا توجد فروق دالة
	بعد يوم واحد	3.985	18	1.12	0.28	0.001	توجد فروق دالة
	بعد ثلاثة أيام	3.273	18	0.86	0.26	0.004	توجد فروق دالة
	بعد سبعة أيام	1.573	18	0.53	0.34	0.133	لا توجد فروق دالة
مجموعة المفجّر	قبل العمل الجراحي	0	18	0	0.22	1.000	لا توجد فروق دالة
	بعد يوم واحد	0.557	18	0.21	0.38	0.585	لا توجد فروق دالة
	بعد ثلاثة أيام	0.680	18	0.28	0.41	0.505	لا توجد فروق دالة
	بعد سبعة أيام	0.268	18	0.08	0.30	0.792	لا توجد فروق دالة

2. الألم:

تظهر النتائج أن قيمة مستوى الدلالة أصغر بكثير من القيمة 0.05 بعد يوم واحد وبعد ثلاثة أيام في مجموعة المفجّر، أي إنه عند مستوى الثقة 95% توجد فروق ذات دلالة إحصائية في متوسط مقدار الألم بعد يوم واحد وبعد

ثلاثة أيام بين مجموعة استخدام المفجّر والمجموعة الشاهدة للمفجّر، وبما أن الإشارة الجبرية للفروق بين المتوسطات موجبة نستنتج أن قيم مقدار الألم بعد يوم واحد وبعد ثلاثة أيام في مجموعة استخدام المفجّر كانت أكبر منها في المجموعة الشاهدة للمفجّر.

أما بعد سبعة أيام في مجموعة المفجّر وبعد يوم واحد وبعد ثلاثة أيام في مجموعة السيناكتين فيُلاحظ أن قيمة مستوى الدلالة أكبر بكثير من القيمة 0.05، أي إنه عند مستوى الثقة 95% لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في متوسط مقدار الألم بين المجموعة التجريبية والمجموعة الشاهدة في المجموعات والفترات الزمنية المذكورة في عينة البحث.

ولم يتم حساب قيم t في الفترة الزمنية (بعد سبعة أيام) في مجموعة السيناكتين لأنه لم تحدث أية حالة ألم (كانت جميع القيم تساوي الصفر) ، وبالتالي نقرر أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في متوسط مقدار الألم بعد سبعة أيام بين مجموعة استخدام السيناكتين والمجموعة الشاهدة للسيناكتين.

جدول رقم (2) يبين نتائج اختبار T ستيودنت للعينات المستقلة لدراسة دلالة الفروق في متوسط مقدار الألم بين المجموعة التجريبية والمجموعة الشاهدة.

المتغير المدروس = مقدار الألم							
المجموعة الرئيسة	الفترة الزمنية المدروسة	قيمة t المحسوبة	درجات الحرية	الفرق بين المتوسطين	الخطأ المعياري للفرق	قيمة مستوى الدلالة	دلالة الفروق
مجموعة السيناكتين	بعد يوم واحد	0.497	18	0.20	0.40	0.626	لا توجد فروق دالة
	بعد ثلاثة أيام	0.372	18	0.10	0.27	0.714	لا توجد فروق دالة
	بعد سبعة أيام	–	–	–	–	–	لا توجد فروق دالة
مجموعة المفجّر	بعد يوم واحد	5.880	18	2.20	0.37	0.000	توجد فروق دالة
	بعد ثلاثة أيام	4.666	18	1.50	0.32	0.000	توجد فروق دالة
	بعد سبعة أيام	1.000	18	0.30	0.30	0.331	لا توجد فروق دالة

3. الوذمة:

تظهر النتائج أن قيمة مستوى الدلالة أصغر بكثير من القيمة 0.05 بعد يوم واحد وبعد ثلاثة أيام في مجموعة السيناكتين، أي أنه عند مستوى الثقة 95% توجد فروق ذات دلالة إحصائية في تكرارات فئات درجة الوذمة بعد يوم واحد وبعد ثلاثة أيام بين مجموعة استخدام السيناكتين والمجموعة الشاهدة للسيناكتين وبدراسة قيم متوسطات الرتب نستنتج أن درجة الوذمة بعد يوم واحد وبعد ثلاثة أيام في مجموعة استخدام السيناكتين كانت أقل منها في المجموعة الشاهدة للسيناكتين.

أما بالنسبة لمجموعة المفجّر مهما كانت الفترة الزمنية المدروسة وبالنسبة لمجموعة السيناكتين بعد سبعة أيام فيُلاحظ أن قيمة مستوى الدلالة أكبر من القيمة 0.05، أي إنه عند مستوى الثقة 95% لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في تكرارات فئات درجة الوذمة بين مجموعة استخدام المفجّر والمجموعة الشاهدة للمفجّر مهما كانت الفترة الزمنية المدروسة وكذلك لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في تكرارات فئات درجة الوذمة بعد سبعة أيام بين مجموعة استخدام السيناكتين والمجموعة الشاهدة للسيناكتين.

جدول رقم (3) يبين نتائج اختبار Mann–Whitney U لدراسة دلالة الفروق في تكرارات فئات درجة الوذمة بين المجموعة التجريبية والمجموعة الشاهدة.

المجموعة الرئيسة	الفترة الزمنية المدروسة	قيمة U	قيمة مستوى الدلالة	دلالة الفروق
مجموعة السيناكتين	بعد يوم واحد	10.0	0.002	توجد فروق دالة
	بعد ثلاثة أيام	10.0	0.001	توجد فروق دالة
	بعد سبعة أيام	50.0	1.000	لا توجد فروق دالة
مجموعة المفجّر	بعد يوم واحد	27.5	0.062	لا توجد فروق دالة
	بعد ثلاثة أيام	26.5	0.059	لا توجد فروق دالة
	بعد سبعة أيام	45.0	0.615	لا توجد فروق دالة

4. الزمن المستغرق للعودة لممارسة الحياة الطبيعية المعتادة قبل القلع (بالأيام):

تظهر النتائج أن قيمة مستوى الدلالة أصغر بكثير من القيمة 0.05 في مجموعة السيناكتين ،أي إنه عند مستوى الثقة 95% توجد فروق ذات دلالة إحصائية في متوسط الزمن المستغرق للعودة لممارسة الحياة الطبيعية المعتادة قبل القلع (بالأيام) بين مجموعة استخدام السيناكتين والمجموعة الشاهدة للسيناكتين ، وبما أن الإشارة الجبرية للفروق بين المتوسطات سالبة نستنتج أن قيم الزمن المستغرق للعودة لممارسة الحياة الطبيعية المعتادة قبل القلع (بالأيام) في مجموعة استخدام السيناكتين كانت أصغر منها في المجموعة الشاهدة للسيناكتين. أما بالنسبة لمجموعة المفجّر فيلاحظ أن قيمة مستوى الدلالة أكبر بكثير من القيمة 0.05، أي إنه عند مستوى الثقة 95% لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في متوسط الزمن المستغرق للعودة لممارسة الحياة الطبيعية المعتادة قبل القلع (بالأيام) بين مجموعة استخدام المفجّر والمجموعة الشاهدة للمفجّر في عينة البحث.

جدول رقم (4) يبين نتائج اختبار T ستيودنت للعينات المستقلة لدراسة دلالة الفروق في متوسط الزمن المستغرق للعودة لممارسة الحياة الطبيعية المعتادة قبل القلع (بالأيام) بين المجموعة التجريبية والمجموعة الشاهدة.

المتغير المدروس	المجموعة الرئيسة	قيمة t المحسوبة	درجات الحرية	الفرق بين المتوسطين	الخطأ المعياري للفرق	قيمة مستوى الدلالة	دلالة الفروق
الزمن المستغرق للعودة لممارسة الحياة الطبيعية المعتادة قبل القلع (بالأيام)	مجموعة السيناكتين	−10.212	18	−3.72	0.36	0.000	توجد فروق دالة
	مجموعة المفجّر	−1.635	18	−1.40	0.86	0.119	لا توجد فروق دالة

نلاحظ من خلال النتائج أن استخدام المفجر لم يكن له تأثير إيجابي واضح في السيطرة على الاختلاطات التالية للقلع الجراحي للأرحاء الثالثة السفلية المنطمرة وقد يكون هذا عائداً إلى أن المفجر جسم غريب أدى استخدامه إلى زيادة الحدثية الالتهابية كما ولا بد من الإشارة إلى أن استخدام المفجر سبب إزعاجاً كبيراً للمرضى.

الاستنتاجات والتوصيات:

– لوحظ أن إعطاء دواء تتراكوساكتيد (سيناكتين) له تأثير إيجابي واضح على المرضى الخاضعين للقلع الجراحي للأرحاء الثالثة السفلية المنطمرة فيما يتعلق بالوذمة والضرز وطبيعة الحياة خلال الفترة التالية للقلع.

– لم يلاحظ أي تأثير إيجابي لاستخدام المفجر على المرضى الخاضعين للقلع الجراحي للأرحاء الثالثة السفلية المنطمرة خلال الفترة التالية للقلع.

– نوصي بإعطاء دواء تتراكوساكتيد (سيناكتين) للمرضى الخاضعين للقلع الجراحي للأرحاء الثالثة السفلية المنطمرة وفق البروتوكول المشار إليه سابقاً للسيطرة على الوذمة والضرز وتحسين طبيعة الحياة بعد الجراحة أما فيما يتعلق بالألم فيمكن مشاركته مع مضاد التهاب لاستيروئيدي للحصول على نتائج أفضل.

المراجع:

1- CERQUEIRA,P; VASCONCELOS,B; BESSA- NOGUEIRA,R. *Comparative study of the effect of a tube drain in impacted lower third molar surgery*. J Oral Maxillofac Surg.62,2004,57-61.

2-ZEITLER,D.L.*Peterson's principles of oral and maxillofacial surgery*.2nd.ed.,BC Decker Inc,Hamilton & London,2004,131.

3- BIELSA,J; BAZAN,S;DIAGO,M. *Flap repositioning versus conventional suturing in third molar surgery*. Med Oral Patol Oral Cir Bucal.13(2),2008,E138-42.

4-KIM,K;BRAR,P; JAKUBOWSKI,J; KALTMAN,S; LOPEZ,E. *The use of corticosteroids and nonsteroidal anti-inflammatory medication for the management of pain and inflammation after third molar surgery: A review of the literature*. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.107,2009,630-640.

5-SPINNATO,G.G;ALBERTO,P.L. *Oral and maxillofacial surgery*.2nd .ed., Saunders Elsevier, USA, 2009,217.

6-TROULLOS,E; HARGREAVES,K; BUTLER,D; DIONNE,R. *Comparison of nonsteroidal anti- inflammatory drugs, ibuprofen and flurbiprofen, with methylprednisolone and placebo for acute pain, swelling and trismus*. J Oral Maxillofac Surg.48,1990,945-952.

7- GERSEMA L. BAKER K. *Use of corticosteroids in oral surgery*. J Oral and Maxillofac 1992; 50: 270-7.

8- OLSTAD OA, SKJELBRED P. *Comparison of the analgesic effect of a corticosteroid and paracetamol in patients with pain after oral surgery*. Br J Clin Pharmacol 1986; 22: 4.

9– تتراكوساكتيد (سيناكتين متخزن)– *نشرة دوائية*– الشركة المتحدة للصناعات الدوائية.

10- LARRY J. PETERSON. *Contemporary Oral and Maxillofacial Surgery*. 4 th. ed., Mosby, 2003, 195-197.

11– مازن زيناتي، الوذمة وتدبيرها في جراحة الفم والوجه والفكين، رسالة الدكتوراه، جامعة دمشق، 1997، 1030–1.