

مقایسه بالینی و رادیوگرافیک تری کرزوفرمالین و سولفات فریک

در پالپوتومی مولرهای شیری

دکتر سید ابراهیم جباری^۱

چکیده مقاله

مقدمه. از میان تکنیک‌های متنوع پالپوتومی دندانهای شیری، روشی مناسبتر است که دارای بالاترین درجه موفقیت در طولانی مدت، کاربرد راحت و ساده برای کودک و دندانپزشک و کمترین عوارض سوء موضعی و سیستمیک باشد. در مطالعه حاضر دو شیوه پالپوتومی مولرهای شیری با ترکیب سولفات فریک و تری کرزوفرمالین با هم مقایسه شده‌اند.

روشها. تعداد ۵۸ دندان مولر شیری به روش سولفات فریک ۱۵/۵ درصد و ۵۹ دندان مولر شیری در همان بیماران با ترکیب تری کرزوفرمالین مقایسه شدند. نشانه‌ها و علائم بالینی و رادیوگرافی ۶ و ۱۲ ماه بعد از درمان ثبت و نتایج دو روش با هم مقایسه گردید. **نتایج.** درصد موفقیت بالینی و رادیوگرافی در سولفات فریک و تری کرزوفرمالین پس از ۱۲ ماه به ترتیب ۹۴/۸ و ۹۸/۳ درصد بود. اختلافی بین نتایج دو روش پالپوتومی به دست نیامد ($P > 0/05$). **بحث.** شیوه پالپوتومی دندانهای شیری توسط سولفات فریک ۱۵/۵ درصد می‌تواند یک جایگزین مناسب پالپوتومی توسط تری کرزوفرمالین باشد به شرطی که نتایج ذکر شده در ابعاد وسیعتر و به صورت طولانی مدت پایدار باشد.

● واژه‌های کلیدی: تری کرزوفرمالین؛ سولفات فریک؛ پالپوتومی؛ مولر شیری.

مقدمه

در حرفه دندانپزشکی، قسمت عمده‌ای از فعالیت دندانپزشکان معطوف به درمان عوارض پوسیدگی دندان شیری و دائمی می‌گردد که رایج‌ترین عارضه، عدم پیشگیری یا درمان به موقع پوسیدگی درگیری پالپ آنها می‌باشد. شیوه‌های درمان پالپ ملتهب در دندانهای شیری اعم از روشهای دارویی و غیر دارویی، منجر به نگهداری دندان در قوس فکین و سبب جلوگیری از عوارض زود از دست رفتن دندانهای شیری می‌گردد (۱). کاربرد هر کدام از روشهای متنوع پالپوتومی در دندانهای شیری، مزایا و معایبی خواهد داشت که دندانپزشک وظیفه خود می‌داند مناسبترین و سهل‌ترین شیوه را در درمان پالپ ملتهب دندانهای شیری برگزیند (۲). یکی از دغدغه‌های دندانپزشکی کودکان، اثرات سوء احتمالی منتسب به ترکیبات فرمالدئید می‌باشد (۲). در پژوهش حاضر، نتایج دو روش پالپوتومی بر اساس نشانه‌ها و علائم و عوارض مشهود بالینی و رادیوگرافی

در مولرهای شیری کودکان مورد مقایسه قرار گرفته است. چنین تلاشی در پاسخ احتمالی به یکی از همین دغدغه‌ها می‌باشد که شاید بتوان ترکیب سولفات فریک را با ترکیبات فرمالدئید جایگزین نمود تا از این رهگذر، روش مطمئن پالپوتومی در دندانهای شیری به دست آید.

روشها

تعداد ۶۰ کودک ۵ تا ۷ ساله بر اساس شرایط عمومی و اختصاصی مورد نظر در پالپوتومی؛ فاقد بیماریهای سیستمیک و علیل کننده، رشد و تکامل فیزیکی و روانی متناسب با سن، داشتن حداقل دو دندان مولر شیری پوسیده مناسب پالپوتومی یک جلسه‌ای و با جلب رضایت کودک و والدینش انتخاب گردیدند.

ترکیبات تری کرزوفرمالین ساخت کارخانه PD سوئد و سولفات فریک ساخت کارخانه Merck آلمان بود. هر کدام از ترکیبات مذکور بر اساس بروشور همراه و تعیین غلظت مناسب سولفات فریک ۱۵/۵ درصد تهیه گردید و دیگر مواد رایج در پالپوتومی و ترمیم دندانها نیز تدارک شد.

بعد از گرفتن شرح حال از کودک بر اساس فرم پیش‌بینی شده، معاینه رادیوگرافیک و بالینی از دهان و دندانهای مزبور انجام گرفت. به صورت تصادفی یکی از مولرهای شیری کودک با شیوه تری کرزوفرمالین و مولر دیگر با روش سولفات فریک ۱۵/۵ درصد پالپوتومی یک جلسه‌ای انجام گردید و دندانهای مزبور ترمیم شدند.

براساس فرم پیش‌بینی شده، فراخوان بیماران به منظور بررسی بالینی و رادیوگرافیک از دندانهای پالپوتومی شده ۶ ماه و ۱۲ ماه بعد از درمان صورت گرفت و نشانه‌ها و علائم و عوارض بالینی و رادیوگرافیک به صورت مثبت و منفی در فرم مزبور ثبت گردید.

نتایج دو روش پالپوتومی در دو گروه از دندانها از ۱۱۷ مورد، با استفاده از آزمون Chi-Square در نرم‌افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت. ارزش P کمتر از ۰/۰۵ معنی‌دار تلقی گردید.

۱- گروه کودکان، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی استان اصفهان، اصفهان.

جدول ۱. درصد موفقیت بالینی دو روش سولفات فریک ۱۵/۵ درصد و تری کرزوفرمالین در مولرهای شیری

شیوه درمان	تعداد مولر	موفقیت بالینی ۱۲ ماه بعد از درمان	موفقیت رادیوگرافیک ۱۲ ماه بعد از درمان	موفقیت رادیوگرافیک ۶ ماه بعد از درمان
سولفات فریک ۱۵/۵٪	۵۸	۵۸ (٪۱۰۰)	۵۵ (٪۹۴/۸)	۵۷ (٪۹۸/۲)
تری کرزوفرمالین	۵۹	۵۹ (٪۱۰۰)	۵۸ (٪۹۸/۳)	۵۹ (٪۱۰۰)

نتایج

موفقیت بالینی و رادیوگرافیک در گروه تری کرزوفرمالین ۹۸/۳ درصد و در گروه سولفات فریک ۱۵/۵ درصد، ۹۴/۸ درصد یک سال بعد از درمان محاسبه گردید. اختلاف موفقیت دو روش پالپوتومی در هیچ کدام از مقاطع مقایسه از لحاظ آماری معنی دار نبود و دو تکنیک تفاوت قابل توجهی را از خود نشان ندادند ($P > 0.05$) (جدول ۱).

بحث

ذکر این نکته شایان توجه می باشد که روش درمان معمول و کلاسیک پالپ ملتهب و غیر قابل برگشت هم در دندانهای شیری و هم در دندانهای دائمی کاربرد دارد (۳). در این روش، حذف کامل بافت ملتهب و جایگزینی با مواد پرکننده مناسب ریشه در فضای خالی و دبریدمان شده پالپ کانال ریشه دندان صورت می گیرد، بطوری که امکان نشت عوامل عفونی و ملتهب از ناحیه پری آپکس، مدخل تاجی ریشه و کانالهای فرعی و جانبی و پروزیتی احتمالی سمان ریشه و از طریق پریودنشیوم نباشد. اما این روش در دندانهای شیری با پالپ ملتهب به دلایل موقتی بودن دندانهای شیری، عدم امکان دبریدمان و سیل (Seal) کامل ریشه ها، تعدد ریشه ها، باز بودن آپکس دندانهای شیری به دلیل پروسه تحلیل فیزیولوژیک، وجود دندانهای دائمی در حال تکامل در پری آپکس شیری، تعدد کانالهای جانبی و فرعی، لزوم گرفتن گرافی های متعدد در کودک در حال رشد، عدم همکاری کودک در حین درمان ریشه و انحناها و کلسیفیکاسیون متعدد در دیواره داخلی کانالهای ریشه در دندانهای شیری در بعضی موارد امکان پذیر نبوده و درمان محتاطانه پالپوتومی ترجیح داده می شود (۳، ۴). در مواردی که التهاب و عفونت به ریشه ها گسترش یابد و نوع دندان

مراجع

- 1- Kenedy DB. *Pediatric operative dentistry*. 6th Ed. London: Bristol of England Co. 1988: 110-17.
- 2- McDonald RE, Avery DR. *Dentistry for child and adloscent*. 6th Ed. Mosby Co. 1994: 428-60.
- 3- Ranly DM, Godoy GF. *Reviewing pulp treatment for primary teeth*. JADA 1991; 122: 83-5.
- 4- Raymound L, Braham and Morris. *Textbook of pediatric dentistry*. 2nd Ed. Baltimor: Williams and Wilkinsanstach Co. 1982: 230-50.
- 5- Cotes O. *Pulp tissue reaction of formocresol and sulfate ferric in rat*. J Pediatric Dentistry 1997: 247-50.
- 6- American Academy of Pediatric. *Guidelines for pulphtherapy primary and young permanent teeth*. ASDC 1991; 55: 30-40.
- 7- Seltzer S, Bender IB. *Dental pulp. Biologic consideration in dental procedures*. 3rd Ed. Philadelphia: Lee and Febiger Co. 1990: 289-98.