بررسی موفقیت بالینی و رادیوگرافی درمان‌های دندانپزشکی انجام شده تحت
بهپوشی عمومی در کودکان مراجعه‌کنده به یکی از مراکز جراحی شهر یزد در بین سال
1385

زهره بحرالعلوهي1، روبا غفوری فرد2، علی اصغر سلیواني3

چکیده
مقدمه: بهپوشی عمومی یک گزینه درمانی ارزشمند برای کودکان کم سن در مرحله قبل از همبستگی با کودکان با مشکلات پنچی بیشتر است. گزارش‌هایی از دندانپزشکی سوسیال هستند. با توجه به هزینه بالا و خطر بالقوه بهپوشی عمومی، مهم است که قابل اعتمادترین تکنیک‌ها و مواد برای تقویت میزان موفقیت درمان‌های دندانپزشکی به کار روند. این مطالعه به هدف بررسی موفقیت بالینی و رادیوگرافی درمان‌های دندانپزشکی انجام شده تحت بهپوشی عمومی در کودکان انجام گرفت.

روش بررسی: در این مطالعه، توصیفی-مقطعی، 65 کودکی که در سال‌های 1385 تا 1390 در یکی از مراکز جراحی شهر یزد درمان‌های دندانپزشکی را تحت بهپوشی دریافت کرده بودند و پس از اتمام یک هفته از درمان آن‌ها گذشته بودند، مورد بررسی قرار گرفتند. برای مقایسه میزان موفقیت درمان‌های ترمیمی و کانال رهیش انجام شد. Fisher Exact و Chi Squarer تحلیل آماری توپوله آزمون SSC نمایش دهنده نتایج درمان‌ها با بالاترین میزان موفقیت بود (1997). توجه سیگناهای قوی گزارش نشده که تحقیقهای آزمون (2:2) (1985/1380) ترمیم‌های قدامی گلیس آبیور بایی برین میزان (6/97) یک میزان موفقیت را در مانه انتظار ترمیم‌های داد (1380/01). موفقیت هر دو روش بالیوبیوسی و بالیکومبیوسی به ترتیب بای میزان 97/6/2% /97/6/2 %/96/4% به طور قابل قبول بود. مثال‌ها: توجه به میزان شکست ترمیم‌های آمیگموکس و کامپوزیت، یک طرح درمان قطعی شامل درمان پالس و یا کشیدن ممکن است برای بررسی دهانی کودکان تحت بهپوشی عمومی ترجیح داده شود.

واژه‌های کلیدی: بهپوشی عمومی، مراقبت‌های دندانپزشکی، شکست ترمیم‌های دندانی

royaghafourifard@yahoo.com
درمان دندانپزشکی کودکان شامل مراقبت‌های اولیه و جامع، پیشگیری و درمانی سلامت دندانی برای نوزادان و کودکان تا نوجوانی و افراد با نیازهای خاص می‌باشد. (۱) یک دندانپزشک کودکان مجبور در اکثریت موارد قادر به انجام درمان
دندرپزشکی موقوفیتی آمیز کمک تهیه‌کننده معمول کنترل
رفتاری است. همچنین می‌توان تکنیک‌های آرام‌بخشی را برای
کنترل رفتار و حرکات کودک مضطرب به کار گرفت تا توانایی
کودک برای تکمیل درمان‌های دندانپزشکی ایمن افزایش
باید (۲). اما اعمالی از کودکان به دلیل فقدان همبستگی و
الکتولوژیکی و فیزیوکرد قدرت به همکاری نیستند (۳).

نوبتس‌گان معتقدی کاربردن روشی کنترل رفتار
دردآوری‌ها از این‌ترک‌نگاری را حاصل برای یک یا دو دفعه
قبل از تجویز به‌طور عمومی کرده‌اند (۴). با یک وجود
به‌طور عمومی یک یا چند درمان ارتشم‌ترین امریک‌کم
سن در مرحله قبل از همکاری یا کودکان با مشکلات پیچیده
پزشکی است که نیازمند درمان دندانپزشکی وسیع و قوری
هستند (۵). اشاره‌ای کامل دهنند به‌طور عمومی شامل
درمان‌های پیشگیری، ترمیم‌های آمالگام، کامپوزیت، درمان پالب
و کمیکی و روش استیل زنگ نزن (SSC) (۶). مزایای
درمان‌های دندانپزشکی کودکان تحت به‌طور عمومی شامل
امکان انجام درمان‌های مورد نیاز در چند جلسه، به‌طور
فوری درد، عدم نیاز به همکاری کودک و ایجاد محیط ایده‌آل
برای کار جنگ درمان است که می‌تواند منجر به افزایش موفقیت
درمان شود (۷). البته با توجه به هزینه بالا و خطر بالقوه به‌طور
عمومی، همی‌هم امکان کار بر دهنداری در اتاق
عمل قابل اعتمادی تکنیک‌ها و موارد برای تقویت میزان
موفقیت درمان‌های دندانپزشکی به کار روند (۸). به علاوه، بر
اساس مطالعه مهم‌ترین عنوان درمان
کودکان تحت به‌طور عمومی عمومی یا روش‌های
درمان روش‌بررسی
در این مطالعه توصیفی-مقطعی، جامعه مورد مطالعه کلیدی
کودکان بودن که بین سال‌های ۱۳۸۵ تا ۱۳۹۰ انجام گرفت.

روش بررسی
در این مطالعه توصیفی-مقطعی، جامعه مورد مطالعه کلیدی
کودکان بودن که بین سال‌های ۱۳۸۵ تا ۱۳۹۰ انجام گرفت.

مجله دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی-درمانی شهید صدوفی پردیس
نتایج
در این مطالعه تعداد 65 نفر از 167 نفر (39.3۱) که بین سال‌های 1385 تا 1390 جهت درمان‌های دندانپزشکی در مرکز جراحی مذکور تحت بیهوشی عمومی قرار گرفته بودند، جهت معاینه مجدد مراجعه نمودند.
گروه سنی این بیماران در زمان انجام بیهوشی بین 2 سال و 3 ماه تا 6 سال (با میانگین سنی 3/15 سال) بود که توزیع قوائم بیماران در گروه سنی 24-35 (10 نفر (16/85\%)) و 36-47 (23 نفر (35/7\%)) می‌باشد.
میانگین مدت زمانی که از درمان‌های دندانپزشکی آنها تحت بیهوشی 23 ماه بود 39 نفر (67/6\%) از افراد گروه مطالعه پسر و 17 نفر (35/3\%) آنها دختر بودند.
میزان شکست و موجودیت کلی، کلینیکی و رادیوگرافیک درمان‌های ترمیمی انجام شده به ترتیب در جداول 1 و 2 نشان داده شده است(شکل 1). همچنین، میزان شکست و موجودیت کلی، کلینیکی و رادیوگرافیک درمان‌های پالپی به ترتیب در جداول 3 و 4 نموده است.

جدول 1: نوع درمان‌های ترمیمی، میزان شکست و میزان موجودیت آنها در گروه مطالعه

<table>
<thead>
<tr>
<th>نوع درمان</th>
<th>میزان موجودیت (درصد)</th>
<th>تعداد (درصد)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>ناشناخته</td>
<td>از چند درصد (نرمال)</td>
<td>100 (100)</td>
</tr>
<tr>
<td>ترمیمی</td>
<td>از چند درصد (نرمال)</td>
<td>100 (100)</td>
</tr>
<tr>
<td>کلینیکی</td>
<td>از چند درصد (نرمال)</td>
<td>100 (100)</td>
</tr>
<tr>
<td>رادیوگرافیک</td>
<td>از چند درصد (نرمال)</td>
<td>100 (100)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

شکست: 1. شکست ترمیمی امالگام به علت پوستیدگی نانوبه

درود به استاد و دوست، شماره بیمجال ۱۴۳۲ ماه‌الموافق و همکاران

جراحی شیر زرد درمان‌های دندانپزشکی را تحت بیهوشی دریافت کرد و محاسبات به مدت ۶ ماه انجام داده بود. روش نمونه‌گیری به روش سرشاری بود که از این منبع ۶ برای گرفتن بررسی و ضبط دهان و دندان‌های درمان‌های انجام شده تحت بیهوشی مجدداً با توجه به فضایی که داشتند. معاینه کودکان بر روی صحنه دندانپزشکی و با استفاده از آنه و سوند صورت گرفت. این انجام معاینه قبل از بررسی نشست، نشست داخل دهان خصوصاً از لحاظ وجود تومر، فیستول، آبسه و قرمزی در اثر درمان‌های درمان شده، مورد بررسی قرار گرفت. در معاینه بالینی ترمیم‌های امالگام، کمپوزیت و گلاس آینوم بر اساس معیارهای شکست‌ها با انتخاب مورد بررسی قرار گرفت (۱۸) و روش که است برگن نحن (SSC) نیز از نظر فیستول و تلقیه مضران‌ها تعیین و با استفاده رویکردهای (۱۹) و دندان‌های کشیده شده از لحاظ وجود هگونه ریشه رایمی و ارزیابی شدند.

دندان‌های که تحت درمان بالپ قرار گرفته بودند از نظر حساسیت به دندان در دندان در هم گیری می‌تواند و بی‌悩ماً معاینه شده و جهت معاینه رادیوگرافی از هم‌بیمار دو رادیوگرافی بایت وینگ خلفی و در صورت نیاز، یک رادیوگرافی پری‌آیکال برای ارزیابی درمان بالپ دندان‌های قدامی تهیه گردید. فرضیه از لحاظ موجود در نوشته‌های بی‌رای بررسی گردید (۲۰-۲۲). با توجه به اینکه بیمارانی که تحت درمان‌های بالپ قرار می‌گیرند، باید فعالیت‌های تحریکی انجام نماید که به لازم است در صورت مشاهده موارد ویژه، جدید با شکست درمان‌ها که تحت درمان قرار گرفت در مدت قرار گرفت به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار SPSS برای مقایسه میزان موجودیت به ارزون آماری Chi Squer برای میزان موجودیت دندان‌های ترمیمی (۱۹) امالگام و ترمیم‌های نرم‌گیر دندان (۲۳) فرضیه از ارزون آماری Fisher Exact برای مقایسه میزان موجودیت کلینیکی و رادیوگرافیک هرکل از درمان‌های ترمیمی و درمان‌های بالپ (پالپتومو و پالپکومی) استفاده شد.
جدول ۳ مقایسه توزیع فراوانی شکست کلینیکی و رادیوگرافی درمان‌های ترمیمی

<table>
<thead>
<tr>
<th>P-Value*</th>
<th>کل (تعداد)</th>
<th>موافقیت (تعداد)</th>
<th>شکست (تعداد)</th>
<th>روش ارزیابی</th>
<th>نوع درمان</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>0/05</td>
<td>۳۵۸ (1۰۰)</td>
<td>۳۵۸ (۱۰۰)</td>
<td>۰ (۰)</td>
<td>رادیوگرافی</td>
<td>SSC</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>۳۵۸ (۱۰۰)</td>
<td></td>
<td>۳ (۸)</td>
<td>کلینیکی</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>1/۰۰</td>
<td>۸۵ (۱۰۰)</td>
<td>۸۵ (۱۰۰)</td>
<td>۲ (۳۵)</td>
<td>رادیوگرافی</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>۸۵ (۱۰۰)</td>
<td></td>
<td>۴ (۳۵)</td>
<td>کلینیکی</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>0/۰۱</td>
<td>۱۴۲ (۱۰۰)</td>
<td>۱۴۲ (۱۰۰)</td>
<td>۱۴ (۱۱/۱۲)</td>
<td>کامپوزیت قدامی</td>
<td>کلینیکی</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>۱۴۲ (۱۰۰)</td>
<td></td>
<td>۵ (۱۴/۲۸)</td>
<td>کامپوزیت خلفی</td>
<td>کلینیکی</td>
</tr>
<tr>
<td>1/۰۰</td>
<td>۷ (۱۰۰)</td>
<td>۷ (۱۰۰)</td>
<td>۶ (۸/۲۸)</td>
<td>رادیوگرافی</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>۷ (۱۰۰)</td>
<td></td>
<td>۱ (۳۸/۲۸)</td>
<td>کلینیکی</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>۰/۵۹</td>
<td>۱۲ (۱۰۰)</td>
<td>۱۲ (۱۰۰)</td>
<td>۷ (۷/۷)</td>
<td>گلاس آینیور</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

*Fisher exact test

جدول ۴ مقایسه توزیع فراوانی شکست کلینیکی و رادیوگرافی درمان‌های پالب

<table>
<thead>
<tr>
<th>P-Value*</th>
<th>کل (تعداد)</th>
<th>موافقیت (تعداد)</th>
<th>شکست (تعداد)</th>
<th>روش ارزیابی</th>
<th>نوع درمان</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>0/۰۵</td>
<td>۱۸۹ (۱۰۰)</td>
<td>۱۸۹ (۱۰۰)</td>
<td>۷ (۳/۶)</td>
<td>پالیبوتیوم</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>۱۸۹ (۱۰۰)</td>
<td></td>
<td>۳ (۳/۶)</td>
<td>پالیبوتیوم</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>0/۰۱</td>
<td>۳۳ (۱۰۰)</td>
<td>۳۳ (۱۰۰)</td>
<td>۲ (۴/۳)</td>
<td>رادیوگرافی</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>۳۳ (۱۰۰)</td>
<td></td>
<td>۳ (۴/۳)</td>
<td>کلینیکی</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

*Fisher exact test

معنی‌داری از آنالیز پایدار است (p<۰/۰۵). همچنین آزمون Fisher exact test نشان داد که میزان موافقیت SSC کلینیکی و کامپوزیت قدامی به طور معنی‌داری از شکست رادیوگرافی بیشتر (p<۰/۰۵) (شکل ۲). میزان موافقیت پالیبوتیوم/۹/۹% و میزان موافقیت پالیبوتیوم/۶/۳% بود. مقایسه موافقیت این دو نوع درمان بالپ توسط آزمون Fisher exact test نشان داد که تفاوت آنها از لحاظ آماری SSC پالیبوتیوم ترمیم ۹۴/۱% و میزان موافقیت SSC پالیبوتیوم/۹/۹% برپا می‌کند. نتایج آزمون کای دو که جهت مقایسه ترمیمها بکار رفته نشان داد که این دو ترمیم تفاوت معنی‌داری از لحاظ آماری دارند (p<۰/۰۵). میزان موافقیت ترمیم کامپوزیت خلفی/۷/۸% و میزان موافقیت کامپوزیت و گلاس آینیور قدامی به طور ۸۵/۷% و ۶۹/۷% مشابه. آزمون کای دو نشان داد که میزان شکست ترمیم‌های کامپوزیت به طور

مجله دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - دانشگاه شهید صدوقی
همچنین در مورد ترکیب‌های رزینی پیشگیرانه (PRR) و کشیدن در بیماران هیچگونه شکستی مشاهده نشد (شکل ۴).

پالپوتویی به طور معنی‌داری بیشتر از شکست کلینیکی آن بود.

شکل ۲: A. دنن یوپسه ماراول‌شیری راست. B. شکست رادیوگرافیک درمان پالپوتویی دنن یوپسه ماراول شیری راست.


ماهیقی همان بیمار ۱/۵ سال و ۱/۱ ماه پس از درمان

کم سن با تاکید ایجاد ممکن است (۱). با توجه به شیوع بالای پسردگی در کودکان کم سن در کشور ایران تلاش در جهت بهبود شیوع این خدمات درمانی تحت پیوهش عمومی امری

اجتناب ناپذیر است (۱۱). بر اساس یافته‌های مطالعه حاضر ۷۸/۵۷٪ بیماران مورد بررسی در گروه سنی ۳ تا ۵ سال قرار داشتند و به عبارت دیگر اکثریت آنها گروه سنی بودند که مهمترین علت پیهاش عمومی در آنها مشکلات کنترل رفتاری همراه با پسردگی زودرس کودکی (ECC: Early Chidood Caries) بود. همچنین

بحث

در حالی‌که اخیر درمان دندانپزشکی کودکان تحت پیوهش افزایش یافته است، جرا که این نوع درمان محیط امن و کارآمدی برای درمان گروه خاصی از بیماران از قبیل کودکان

مجله دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی شهید صدوقی برد
برای کودکان با سن بالا، که توانایی همانگی دارند با تکنیک‌های معمول کنترل رفتاری انجام گیرد و به‌پیوشتی (Pre; عمومی برای کودکان کم در محله قبیل از همکاری نیازمند درمان‌های وسیع و فوری انجام گیرد و همکاران و همکارانی که در آن 15/6/40 بیریا و همکاران و همکاران مشابه است (10).

کودکان در فصل سال 173/9/25 در بیمارستان دارای درمان بیهوشی موفقیت 97/9/65 و 95/3/21 و 95/1/79 و 95/2/1 در سطح موفقیت 17/6/34 و 3/9/21 و 8/3/1 و 2/6/1 میزان موفقیت 13/4/2 و 4/1/3 و 3/6/1 و 4/1/3 در میزان موفقیت 2/7/1 وموفقیت 1/6/3 و 4/1/3 و 3/6/1 وموفقیت 2/7/1 وموفقیت 1/6/3 و 4/1/3 و 3/6/1 وموفقیت 2/7/1 و...
زهره بحرالعلوی و همکاران

ظاهر می‌شوند(32). ۲ مورد شکست پالتکنیکی نیز به صورت
لوسنسی بین ریشه و فیسپی بر روی کرده، در مطالعه
همکاران نیز موفقیت پالتوتومی ۹۶٪ و در مطالعه
1- Eheideb همکاران نیز موفقیت پالتوتومی ۹۶٪ و در مطالعه
و Biria و همکاران و Eshghi و همکاران موفقیت کلینیکی درمان‌های بالپ حجود
۲٪ بالاتر بود که به علت عدم لحاظ شکست‌های رادیوگرافیکی,
درصد موفقیت کلینیکی این درمان‌ها بالاتر از مقدار واقعی آن
گزارش شده است(31). مارزین و اینترکی ناناسب
با ترمیم آمالگام رنگ به نفود باکتری‌ها به زیر ترمیم‌ها و به
سمت بالاب می‌شود. بنابراین باید باعث کردن ترمیم‌های برای
دنران‌های تحت درمان‌های بالپ انتخاب شود(32) و
شکست‌های واقعی درمان بالپ با توجه به گرافی از شکست‌های
ترمیم‌ها افتراق داده شود.

نتیجه‌گیری

بر اساس نتایج این مطالعه
موفقیت درمان نسبت به آمالگام و کامپوزیت برای درمان‌های
شیری خلیف بو به ترمیم آمالگام به طور معنی‌داری بود و
کمپوزیت است.

ترمیم کامپوزیت قابل نسبت به ترمیم گلاس آین‌پر
موفقیت بالاتری نشان داد و با بیش از دو برابر میزان موفقیت مربوط
به ترمیم‌های قابل گلاس آین‌پر بود.

درمان‌های پالتکنیکی و پالتکنیکی موفقیت بالای کلینیکی و
رادیوگرافیکی را نشان دادند و از لحاظ آماری تفاوت با هم
نداشتند.

همچنین با دلیل شکست ترمیم‌های کامپوزیت و آمالگام که
با پذیرش پایین والدین جهت مراقبه منظم برای مراقبت‌های
قابل‌هرام می‌شود، یک طرح درمان قطعی شامل
درمان‌های بالپ و یا کشیدن در درمان‌های پالتکنیکی کودکان
نحوه هوشی عمومی ار ج است.

References:

1539

References:

References:

References:

References:

References:

References:

References:

References:

References:

References:

References:

References:

References:

References:

References:

References:

References:

References:

References:

References:

References:

References:

References:

References:

References:

References:

References:

References:


7- Dean JA, Avery DR, McDonald RE. *Dentistry for the child and adolescent.* 9 th ed. UK: Elsevier; p.277-8.


12- Peerbhay FB. *Compliance with preventive care following dental treatment of children under general anaesthesia.* SADJ 2009; 64(10): 442, 444-5.


14- Drummond BK, Davidson LE, Williams SM, Moffat SM. *Outcomes two, three and four years after comprehensive care under general anesthesia.* N Z Dent J 2004; 100(2): 32-37.


زهرا بحرالعلوهي و هوكاراى
هجله دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درهاني شهيد صدوقي يسد

Investigating Clinical and Radiographical Success Rate of Dental Procedures Performed On Children under General Anesthesia in a Surgical Clinic in Yazd between 2006- 2011

Bahrololoomi Z(DDS, MS)¹, Ghafourifard R(DDS) ², Soleimani AA(DDS,MS)³

¹,² Department of Pediatric Dentistry, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd, Iran
³ Pedodontics, Fellowship of Hospitalized dentistry.

Abstracts

Introduction: General anesthesia (GA) is a valuable option for too young children or those children with medically complex problems, who need vast dental treatment. Considering the high cost and potential risk of general anesthesia, it is important to select the most reliable techniques and materials to enhance success rate of dental treatment. Therefore, this study aimed to investigate the clinical and radiographical success rate of dental procedures performed on children under general anesthesia.

Methods: In this descriptive cross-sectional study, the study sample consisted of 56 children who received dental treatment under general anesthesia in a surgical clinic in Yazd between 2006- 2011 and at least 6 months had been passed from their treatment. Clinical and radiographical examinations were performed for each patient. Chi-square and Fisher exact tests were statistically applied in order to compare the success rates of restorations and root canal treatments.

Results: Stainless steel crown (SSC) was the most successful treatment with the highest success rate (99.2%). SSC had a significantly lower failure rate compared to amalgam (5.9%) and posterior composite restorations (28.6%) (P<0.001). Moreover, anterior Glass inomer restorations demonstrated the lowest success rate (69.2%) among all types of restorations (P<0.001). The success rates of both pulpectomy and pulpotomy procedures were found to be reasonably high at 97.3% and 96.4%, respectively.

Conclusion: Regarding failure rate of amalgam and composite restorations, a definitive treatment plan consisting of SSC, pulp therapy and / or extraction may be preferred for oral rehabilitation of the children under GA.

Keywords: Dental Care; Dental Restorations Failure; General Anesthesia


*Corresponding author: Tel: +98 35 36212623, Email: royaghafourifard@yahoo.com