

Comparing Postoperative Complications of Impacted Third Molar Extraction between Piezosurgery and Conventional Surgical Handpieces

Mehdi Taghian^{1,2},
Amirhossein Moaddabi^{1,2},
Jamshid Yazdani Charati³,
Alireza Ebrahimpour⁴

¹ Assistant Professor, Department of Oral and Maxillofacial Surgery, Dental Research Center, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran

² Faculty of Dentistry, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran

³ Associate Professor, Department of Biostatistics, Faculty of Health, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran

⁴ Dentistry Student, Faculty of Dentistry, Student Research Committee, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran

(Received May 26, 2021 ; Accepted April 19, 2021)

Abstract

Background and purpose: Conventionally, rotary devices were used for bone surgery. Recently, new techniques have been proposed such as piezosurgery. The prevalence of impacted teeth which should be removed is high. There are different techniques for bone removal that are associated with specific complications. This study compared the postoperative complications of impacted third molar extraction between piezoelectric method and conventional surgical handpieces.

Materials and methods: A cohort study was done in 40 patients (mean age: 22.05±4.13 years) including 20 men and 20 women. They were randomly assigned into two groups to receive either piezosurgery (group A) or conventional handpiece (group B). The participants were recalled after three days and pain and mouth opening were compared with those of baseline scores as well as dry socket. SPSS v. 25 was used for data analysis.

Results: The mean difference in mouth opening was significantly lower in group A than group B ($P < 0.001$). There were no significant differences in pain level between male and female patients and between the two groups ($P > 0.05$). But, patients in piezoelectric group were more satisfied with their surgery. Dry socket was observed only in two cases of group B.

Conclusion: The benefits of handpiece method is high speed in operation and lower costs. However, the piezoelectric method is newer, more convenient, and has less trismus than the handpiece method.

Keywords: pain, tooth extraction, surgery

J Mazandaran Univ Med Sci 2021; 31 (197): 101-110 (Persian).

* Corresponding Author: Alireza Ebrahimpour- Faculty of Dentistry, Student Research Committee, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran (E-mail: alireza.ebrahimpour.1996@gmail.com)

مقایسه عوارض بعد از جراحی خارج سازی مولر سوم نهفته به روش پیزوالکتریک و هندپیس معمولی

مهدی تقیان^۱
امیرحسین مودبی^۲
جمشید یزدانی چراتی^۳
علیرضا ابراهیم پور^۴

چکیده

سابقه و هدف: به طور سنتی، از ابزارهای چرخش برای جراحی استخوان استفاده می‌شد. اخیراً تکنیک‌های جدیدی مثل پیزوسرجری پیشنهاد شده است، لذا با توجه به شیوع دندان‌های نهفته و لزوم خارج سازی آن‌ها و همچنین با توجه به وجود تکنیک‌های مختلف جهت برداشت استخوان و عوارض مختص به خود، این مطالعه با هدف مقایسه عوارض بعد از جراحی خارج سازی مولر سوم نهفته به روش پیزوالکتریک و هندپیس معمولی، انجام پذیرفت.

مواد و روش‌ها: در این مطالعه کوهورت، ۴۰ بیمار (۲۰ مرد و ۲۰ زن) با میانگین سنی $4/13 \pm 22/05$ سال به صورت تصادفی وارد یکی از گروه‌های پیزوالکتریک (گروه A) و یا هندپیس معمولی (گروه B) شده و مورد جراحی قرار گرفتند. بعد از ۳ روز فراخوانده شدند و مورد ارزیابی درد، میزان باز شدن دهان و مقایسه آن با شاخص‌های نامبرده شده در ابتدای مطالعه و همچنین مورد بررسی حفره خشک قرار گرفتند. تحلیل‌های آماری با استفاده از نرم‌افزار SPSS25 انجام شد.

یافته‌ها: تفاوت میزان باز شدن دهان در گروه پیزوالکتریک به‌طور معنی‌داری کم‌تر از گروه هندپیس بوده است ($P < 0/01$). تفاوت‌های میزان درد در مردان، زنان و در کل بین دو گروه تفاوتی مشاهده نشد ($P > 0/05$) و بیماران گروه پیزوالکتریک رضایت بیشتری نسبت به عمل جراحی خود داشته‌اند. حفره خشک نیز تنها در دو بیمار که هر دو در گروه استئوتومی به روش هندپیس بودند مشاهده شد.

استنتاج: مزیت استفاده از روش هندپیس سرعت عمل و هزینه پایین‌تر تجهیزات است. اما روش پیزوالکتریک روش جدیدتری می‌باشد و راحتی بیشتر و تریسموس کم‌تری نسبت به روش هندپیس دارد.

واژه‌های کلیدی: درد، کشیدن دندان، جراحی

مقدمه

دندان‌های مولر سوم مندیبل، مولر سوم ماگزایلا، کانین‌های ماگزایلا و پرمولرهای مندیبل شایع‌ترین دندان‌های نهفته هستند (۳،۲). سن رویش دندان مولر سوم به‌طور متوسط ۲۰ سالگی است که رویش آن تا ۲۵ سالگی نرمال در

تقریباً ۲۰ درصد مردم جامعه حداقل یک دندان نهفته در سیستم دندانی خود دارند (۱). دندان نهفته به دندانی اطلاق می‌گردد که به‌واسطه یک مانع یا سد فیزیکی در مسیر رویش آن از رویش بازمانده است، به ترتیب

مؤلف مسئول: علیرضا ابراهیم پور - ساری: دانشگاه علوم پزشکی مازندران، دانشکده دندانپزشکی
۱. استادیار، گروه جراحی فک و صورت، مرکز تحقیقات دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران
۲. دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران
۳. دانشیار، گروه آمار زیستی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران
۴. دانشجوی دندانپزشکی، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران
تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۳/۶ تاریخ ارجاع جهت اصلاحات: ۱۳۹۹/۶/۴ تاریخ تصویب: ۱۴۰۰/۱/۳۰

وقتی یک جریان الکتریکی از آن‌ها عبور می‌کند تغییر شکل می‌دهند و در نتیجه میکروویبراسیون ایجاد می‌کنند. فرکانس ۲۵-۳۰ کیلوهرتز در قلم سخت شده توسط نیتريت یا پوشانده شده توسط الماس می‌تواند به صورت انتخابی استخوان را برش دهد (۲). پیروسرجری توسط Vercellotti و همکاران معرفی شد. آن‌ها گزارش کردند پیروسرجری می‌تواند به آسانی و با دقت بالا استخوان را بردارد. علاوه بر این خونریزی حداقل است و التیام با حداقل عوارض صورت می‌گیرد (۶، ۱۷). با توجه به شیوع دندان‌های نهفته و لزوم خارج‌سازی آن‌ها و همچنین با توجه به وجود تکنیک‌های مختلف جهت برداشت استخوان و عوارض مختص به خود، این مطالعه با هدف مقایسه عوارض بعد از جراحی خارج‌سازی مولر سوم نهفته به روش پیروالکتريک و هندپیس معمولی، انجام پذیرفت.

مواد و روش‌ها

در این مطالعه کوهورت، با کد اخلاق IR.MAZUMS.REC.1398.3164، کورسازی به صورتی بود که بیمار و فرد بررسی کننده از ماهیت وسایل مورد استفاده آگاهی نداشتند. حجم نمونه بر اساس مطالعات پیشین، با استفاده از رابطه‌ی آماری زیر، با فاصله‌ی اطمینان ۹۵ درصد و توان آزمون ۸۵ درصد، تعداد ۲۶ نفر محاسبه گردید که با در نظر گرفتن ۱۵ درصد ریزش در مطالعه، حجم نمونه نهایی برای این مطالعه تعداد حداقل ۳۰ بیمار در نظر گرفته شد (۱۸). همچنین به منظور افزایش اعتبار طرح و امکان همسان‌سازی جنسیت در دو گروه، تعداد ۲۰ مرد و ۲۰ زن به‌طور تصادفی به دو گروه هندپیس معمولی و پیروالکتريک تقسیم شد.

$$n = \frac{(z_{1-\alpha/2} + z_{1-\beta})^2 * (\sigma_1^2 + \sigma_2^2)}{(\bar{x}_1 - \bar{x}_2)^2}$$

$$n = \frac{(1.96 + 1.04)^2 * ((17/9)^2 + (15/5)^2)}{(51.4 - 37.33)^2} = 25.48$$

$$\approx 26$$

تصادفی‌سازی با استفاده از جدول اعداد تصادفی صورت پذیرفت. بدین صورت که برای گروه پیروالکتريک،

نظر گرفته می‌شود (۴). رویش طبیعی دندان مولر سوم از نظر زاویه بدین صورت است که ابتدا از حالت افقی به حالت مزیوانگولار و سپس به صورت عمودی رشد می‌کند و در نهایت رویش می‌یابد (۵). یکی از علل نهفتگی دندان‌های مولر، عدم تغییر حالت از حالت مزیوانگولار به عمودی می‌باشد (۶). نهفتگی دندان معمولاً زمانی تشخیص داده می‌شود که یک دندان به مدت بسیار زیادی در رویش خود تاخیر داشته باشد (۷). دندان مولر سوم نهفته می‌تواند با تضعیف زاویه مندیبل باعث شکستگی آن شود، علاوه بر آن، این دندان در ایجاد اختلالات مفصل تمپورومندیولار (TMJ)، درد‌های مبهم دهانی صورتی، نورالژی کیست دنتی ژروس، تحلیل خارجی ریشه دندان مجاور و عفونت ناشی از رویش ناکامل نقش دارد (۸-۱۰). دندان‌های نهفته معمولاً با پریکرونیت، پرودنتیت، نئوپلاسم و تحلیل ریشه در ارتباطند، لذا تشخیص درست، به موقع و درمان زود هنگام این اختلال حائز اهمیت است (۱۱، ۱۲). یکی از حیاتی‌ترین مراحل خارج کردن دندان نهفته برداشت استخوان یا استئوتومی است که تکنیک‌های متعددی برای انجام آن وجود دارد. اگر این مرحله به خوبی انجام نشود ممکن است خطرناک باشد و منجر به عوارض متعددی شود (۱۳). خارج کردن دندان عقل نهفته ممکن است منجر به عوارض جانبی متعددی مانند درد، تورم، آسیب به عصب، خونریزی و حفره خشک شود (۹، ۱۴). به‌طور سنتی، ابزارهای چرخش مانند هندپیس و فرز برای جراحی استخوان استفاده می‌شد. با این وجود ایجاد گرمای بیش از حد استخوان و آسیب به بافت‌های مجاور معایبی است که مربوط به استفاده از این روش‌ها است. ابزار چرخشی با سرعت بالا رایج‌ترین و متداول‌ترین وسیله برای خارج کردن دندان نهفته است (۱۵). اخیراً تکنیک‌های جدیدی در زمینه جراحی پیشنهاد شده است. یکی از این تکنیک‌ها پیروسرجری است که برای برداشت امن و مؤثر استخوان با ویبراسیون اولتراسونیک مورد استفاده قرار گرفته است (۱۶). مکانیسم آن بر این اساس است که بعضی انواع سرامیک و کریستال

طبق اعداد جدول، در صورتی که ۲ رقم سمت راست اعداد کم تر از ۴۰ بودند، آن عدد به عنوان کد نمونه‌ی گروه پیزوالکتریک مرد انتخاب شد. سپس این روند تا انتخاب ۱۰ نمونه ادامه داشت. برای انتخاب نمونه‌های پیزوالکتریک زن و گروه هندپیس مرد و زن نیز از این روش استفاده شد. بیماران از یک مطب خصوصی (مطب مجری طرح) در شهر ساری انتخاب شدند و پس از اخذ رضایت کتبی، به صورت تصادفی ساده وارد یکی از دو گروه کشیدن به روش پیزوالکتریک (گروه A) و گروه کشیدن با استفاده از هندپیس معمولی (گروه B) شدند. تمامی موارد ۳۱ گانه اخلاق در پژوهش هلسینکی در این مطالعه رعایت شد غیر از موارد ۹، ۱۸ و ۲۴-۲۰ که به ترتیب مربوط به پژوهش‌هایی که از مواد بدنی استفاده می‌کنند و پژوهش‌هایی که بر روی گروه‌های آسیب‌پذیر صورت می‌پذیرد، بوده است. داشتن محدوده سنی ۳۵-۱۸ سال و داشتن دندان مولر سوم مندیبل نهفته با درجه‌ی 2B طبق طبقه‌بندی Pell and Gregory، به عنوان معیارهای ورود تعیین گردید (۱۹). همچنین معیار خروج از مطالعه شامل عدم تاریخچه بیماری‌های سیستمیک مانند دیابت کنترل نشده، الککل، سیگاری‌های سنگین (بیش از ۲۵ سیگار در روز)، عفونت‌های حاد مثل آبسه حاد آلوتولار و فیروز زیر مخاطی بود (۱۹).

در چک لیست طراحی شده برای این مطالعه، اطلاعات دموگرافیک (سن و جنس)، اندازه‌گیری میزان باز شدن دهان بر حسب میلی‌متر و درد بر اساس مقیاس (Visual Analog Scale)VAS در اولین جلسه ملاقات قبل از جراحی ثبت شد. همچنین بعد از جراحی از بیماران پرسیده شد که میزان رضایت آن‌ها از روند کشیدن دندان چقدر بوده است که بر اساس طیف لیکرت به ۵ جواب خیلی خوب، خوب، متوسط، کم و خیلی کم تقسیم شد (۲). بیماران به صورت تصادفی وارد یکی از گروه‌های A و یا B شده و مورد جراحی قرار گرفتند. بعد از ۳ روز فراخوانده شدند و مورد ارزیابی درد، میزان باز شدن دهان و حفره خشک قرار گرفتند.

پروسه جراحی

تمامی جراحی‌ها توسط یک جراح، تحت بی‌حسی موضعی بلاک عصب آلوتولار تحتانی، عصب لینگوال و عصب لانگ باکال با استفاده از لیدوکائین ۲ درصد با اپی نفرین ۱:۸۰۰۰۰ (دارو پخش، تهران، ایران) انجام شد. پس از اطمینان از بی‌حسی، فلپ فول مو کوپریوستال به صورت سالکولار از مزیال دندان مولر اول تا رترومولرید زده شد و از آنجایی که احتمال بروز التهاب متعاقب release بالاتر می‌رود، در این مطالعه از ریلیز استفاده نشد. با استفاده از الواتور پریوست مولت شماره ۹ فلپ رفلکت شد. سپس با توجه به گروه آزمایشی بیمار، از دستگاه پیزوالکتریک NSK (NSK, Tokyo, Japan) برای گروه A و از هندپیس معمولی با میزان چرخش ۳۵۰۰ rpm برای برداشت استخوان در گروه B استفاده شد. بعد از خارج‌سازی دندان فلپ‌ها بخیه شد. پس از جراحی به طور عمومی ژلوفن ۴۰۰ میلی‌گرم به عنوان مسکن استفاده شد و برای بیمارانی که به دلایل سیستمیک قادر مصرف ژلوفن (دانا، ایران) نبودند، استامینوفن ۵۰۰ (الحاوی، ایران) تجویز شد.

حفره خشک

حفره خشک بر اساس وجود درد شدید از حفره و عدم وجود لخته در حفره تشخیص داده شد. معیار تظاهرات جهت اطلاق حفره خشک شامل، شروع درد آزاردهنده و گنگ پس از ۴۸ تا ۷۲ ساعت، فقدان تشخیص لخته در حفره آلوتول، وجود مواد نکروز شده و خاکستری در داخل حفره آلوتول به همراه بوی بد دهان می‌باشد (۲۰). در صورت بروز از درمان‌های تسکینی مثل مسکن استفاده شد.

میزان باز شدن دهان

میزان نرمال فاصله‌ی بین لبه‌ی انسیزال دندان سانتال ماگزایلا تا لبه انسیزال دندان سانتال مندیبل حدود ۴۰ میلی‌متر است (۲۱). این شاخص در هر بیمار با

جدول شماره ۱: میانگین میزان باز شدن دهان در جلسه اول، در جلسه‌ی فراخوان و تفاوت آن‌ها به تفکیک گروه مطالعاتی و جنسیت

سطح معنی داری	گروه پیژوالکتریک	گروه هندپیس	گروه	میزان باز شدن دهان
۰/۲۸۸	۳۶/۵۵±۱/۵۸	۳۷/۶۳±۲/۵۷	مرد	در جلسه اول
۰/۶۳۷	۳۸/۰۰±۳/۴۰	۳۷/۳۳±۲/۶۴	زن	
۰/۸۶۰	۳۷/۳۵±۲/۷۷	۳۷/۵۰±۲/۵۴	کل	
	۰/۲۵۸	۰/۸۰۰		سطح معنی داری
۰/۰۰۱>	۳۷/۲۲±۱/۸۵	۳۰/۴۵±۳/۸۳	مرد	در جلسه فراخوان
۰/۰۰۱>	۳۷/۶۳±۱/۶۸	۳۱/۴۴±۳/۸۷	زن	
۰/۰۰۱>	۳۷/۴۵±۱/۷۳	۳۰/۹۰±۳/۷۸	کل	
	۰/۶۰۸	۰/۵۷۵		سطح معنی داری
۰/۰۰۱>	۰/۶۶±۰/۶۴	-۷/۱۸±۱/۲۳	مرد	تفاوت
۰/۰۰۴	-۰/۳۶±۱/۱۰	-۵/۸۸±۱/۲۶	زن	
۰/۰۰۱>	۰/۱۰±۰/۶۶	-۶/۶۰±۰/۸۷	کل	
	۰/۳۱۶	۰/۴۰۱		سطح معنی داری

همان‌طور که در جدول شماره ۱ بیان شده است، بین میانگین میزان باز شدن دهان تفاوت‌هایی وجود دارد که به وسیله آزمون آماری تی مستقل در سطح معنی‌داری ۰/۰۵ به بررسی این تفاوت‌ها پرداخته شد. نتایج نشان داد که در میانگین میزان باز شدن دهان مردان در جلسه اول تفاوت آماری معنی‌داری بین دو گروه هندپیس و پیژوالکتریک وجود ندارد ($P=0/228$). همچنین در میانگین میزان باز شدن دهان زنان در جلسه اول تفاوت آماری معنی‌داری بین دو گروه هندپیس و پیژوالکتریک وجود نداشته است ($P=0/637$). در نهایت مشخص شد که میانگین کل میزان باز شدن دهان در جلسه اول تفاوت آماری معنی‌داری بین دو گروه هندپیس و پیژوالکتریک وجود ندارد ($P=0/860$). در میانگین میزان باز شدن دهان مردان در جلسه دوم تفاوت آماری معنی‌داری بین دو گروه هندپیس و پیژوالکتریک وجود داشته است ($P<0/001$). همچنین در میانگین میزان باز شدن دهان زنان در جلسه دوم تفاوت آماری معنی‌داری بین دو گروه هندپیس و پیژوالکتریک وجود دارد ($P<0/001$). در نهایت مشخص شد که میانگین کل میزان باز شدن دهان در جلسه دوم تفاوت آماری معنی‌داری بین دو گروه هندپیس و پیژوالکتریک وجود دارد ($P<0/001$). در میانگین تفاوت میزان باز شدن دهان مردان تفاوت آماری معنی‌داری بین دو گروه هندپیس و

استفاده از یک کولیس، اندازه‌گیری شده و میزان باز شدن دهان قبل و ۷۲ ساعت بعد از جراحی مقایسه شد. در صورت بروز تریسموس از روش‌های فیزیوتراپی و گرما درمانی استفاده گردید.

مقیاس VAS (Visual Analog Scale)

معیار VAS، خطی ۱۰ سانتی‌متری است که از صفر تا ده درجه‌بندی شده است و صفر به مفهوم بدون درد و ده شدیدترین درد می‌باشد. بیمار پس از ملاحظه خط، شدت درد خود را بر روی خط مشخص کرده و سپس براساس میلی‌متر از مبدأ صفر، شدت درد محاسبه شد (۲۲).

نتایج آماری در دو بخش آمار توصیفی و آمار تحلیلی ارائه گردید. در بخش آمار توصیفی متغیرهای کیفی با استفاده از مقادیر فراوانی، درصد و نمودارهای توصیفی (دایره‌ای، هیستوگرام و خوشه‌ای) و در بخش کمی با استفاده از مقادیر میانگین و انحراف معیار گزارش گردید. در بخش آمار استنباطی با استفاده از آزمون‌های تی استودنت، کای اسکوئر و من ویتنی با گروه‌ها مقایسه شدند. اطلاعات پس از وارد سازی به نرم‌افزار Microsoft Excel 2016 برای تجزیه و تحلیل به نرم‌افزار SPSS ver.25 فراخوانی گردید. برای کلیه آزمون‌ها سطح معنی‌داری ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

تعداد شرکت کنندگان در این مطالعه ۴۰ نفر، ۲۰ مرد و ۲۰ زن بوده است. در گروه پیژوالکتریک ۹ مرد و ۱۱ زن و در گروه هندپیس ۱۱ مرد و ۹ زن حضور داشتند. میانگین سنی در گروه هندپیس $22/68 \pm 1/94$ و در گروه پیژوالکتریک $21/45 \pm 2/39$ بود که با آزمون T بررسی شد و مشخص گردید که تفاوتی وجود ندارد ($P=0/086$). حفره خشک تنها در دو بیمار (۱۰ درصد) که هر دو در گروه استوتومی به روش هندپیس بودند مشاهده شد. میانگین میزان باز شدن دهان در جلسه اول و در جلسه فراخوان به تفکیک گروه مطالعاتی و جنسیت در جدول شماره ۱ به نمایش در آمده است.

پیزوالکتریک وجود دارد ($P < 0/001$). همچنین در میانگین تفاوت میزان باز شدن دهان زنان تفاوت آماری معنی داری بین دو گروه هندپیس و پیزوالکتریک وجود دارد ($P = 0/004$). در نهایت مشخص شد که میانگین کل تفاوت میزان باز شدن دهان تفاوت آماری معنی داری بین دو گروه هندپیس و پیزوالکتریک وجود دارد ($P < 0/001$). بین مردان و زنان در گروه هندپیس و بین مردان و زنان در گروه پیزوالکتریک در جلسه اول، جلسه ی فراخوان و تفاوت در میزان باز شدن تفاوت آماری معنی داری وجود نداشت ($P = 0/401$), ($P = 0/316$). میانگین میزان درد در جلسه اول و در جلسه ی فراخوان به تفکیک گروه مطالعاتی در جدول شماره ۲ به نمایش در آمده است.

جدول شماره ۲: میانگین میزان درد در جلسه اول، در جلسه فراخوان و تفاوت آن ها به تفکیک گروه مطالعاتی و جنسیت

میزان درد	گروه هندپیس		گروه پیزوالکتریک	
	مرد	زن	مرد	زن
در جلسه اول				
مرد	$5/09 \pm 0/83$	$3/00 \pm 1/00$		
زن	$4/77 \pm 0/83$	$3/00 \pm 0/44$		
کل	$4/95 \pm 0/82$	$3/00 \pm 0/72$		
سطح معنی داری	$0/41$	$0/99$		
در جلسه ی فراخوان				
مرد	$3/81 \pm 0/75$	$1/66 \pm 0/86$		
زن	$3/33 \pm 0/86$	$1/45 \pm 0/52$		
کل	$3/60 \pm 0/82$	$1/55 \pm 0/68$		
سطح معنی داری	$0/19$	$0/5$		
تفاوت				
مرد	$1/27 \pm 0/14$	$1/33 \pm 0/16$		
زن	$1/44 \pm 0/17$	$1/54 \pm 0/15$		
کل	$1/35 \pm 0/10$	$1/45 \pm 0/11$		
سطح معنی داری	$0/435$	$0/355$		

همان طور که در جدول شماره ۲ بیان شده است، بین میانگین میزان درد تفاوت هایی وجود دارد که به وسیله آزمون آماری در سطح معنی داری $0/05$ به بررسی این تفاوت ها پرداخته شد. نتایج نشان داد که در میانگین میزان درد مردان در جلسه اول تفاوت آماری معنی داری بین دو گروه هندپیس و پیزوالکتریک وجود دارد ($P < 0/001$). همچنین در میانگین میزان درد زنان در جلسه اول تفاوت آماری معنی داری بین دو گروه هندپیس و پیزوالکتریک وجود دارد ($P < 0/001$). در نهایت مشخص شد که میانگین کل میزان درد در جلسه

اول تفاوت آماری معنی داری بین دو گروه هندپیس و پیزوالکتریک وجود دارد ($P < 0/001$). در میانگین میزان درد مردان در جلسه دوم تفاوت آماری معنی داری بین دو گروه هندپیس و پیزوالکتریک وجود دارد ($P < 0/001$). همچنین در میانگین میزان درد زنان در جلسه دوم تفاوت آماری معنی داری بین دو گروه هندپیس و پیزوالکتریک وجود دارد ($P < 0/001$). در نهایت مشخص شد که میانگین کل میزان درد در جلسه دوم تفاوت آماری معنی داری بین دو گروه هندپیس و پیزوالکتریک وجود دارد ($P < 0/001$).

در میانگین تفاوت میزان درد مردان تفاوت آماری معنی داری بین دو گروه هندپیس و پیزوالکتریک وجود ندارد ($P = 0/783$). همچنین در میانگین تفاوت میزان درد زنان تفاوت آماری معنی داری بین دو گروه هندپیس و پیزوالکتریک وجود ندارد ($P = 0/613$). در نهایت مشخص شد که میانگین کل تفاوت میزان درد تفاوت آماری معنی داری بین دو گروه هندپیس و پیزوالکتریک وجود ندارد ($P = 0/524$). بین مردان و زنان در گروه هندپیس و بین مردان و زنان در گروه پیزوالکتریک در جلسه اول، جلسه ی فراخوان و تفاوت در میزان درد تفاوت آماری معنی داری وجود نداشت ($P > 0/05$). میانگین میزان رضایت بیماران از درمان انجام شده به تفکیک گروه مطالعاتی و جنسیت در جدول شماره ۳ به نمایش در آمده است.

جدول شماره ۳: میانگین میزان رضایت بیماران از درمان انجام شده به تفکیک گروه مطالعاتی و جنسیت

میزان رضایت بیماران	گروه هندپیس		گروه پیزوالکتریک	
	مرد	زن	مرد	زن
مرد	$3/45 \pm 0/20$	$4/33 \pm 0/23$		
زن	$3/44 \pm 0/24$	$4/36 \pm 0/20$		
کل	$3/45 \pm 0/15$	$4/35 \pm 0/15$		
سطح معنی داری	$0/975$	$0/923$		

بر اساس جدول شماره ۳، میزان رضایت بیماران گروه پیزوالکتریک به طور معنی داری رضایت بیش تر نسبت به گروه هندپیس از عمل جراحی خود داشته ند، دارد ($P < 0/001$).

بحث

یافته‌های حاصل از این مطالعه بیان می‌دارد که شرایط در ابتدای مطالعه بین دو گروه و بین زنان و مردان برابر بود. در جلسه‌ی فراخوان، حداکثر میزان باز شدن دهان بین دو گروه در حالت کلی، در مردان و در زنان تفاوت آماری معنی‌داری داشته است ($P < 0/001$)، به‌طوری که مردان و زنان گروه پیزوالکتریک، حداکثر میزان باز شدن دهان بیش‌تری نسبت به مردان و زنان گروه هندپیس داشتند ($P < 0/001$). با این که این تفاوت از لحاظ آماری معنی‌دار بوده است، اما از آن‌جا که عدد حداکثر میزان باز شدن دهان یک شاخص تشخیصی کامل و قابل اعتمادی نیست و هر فرد با توجه به تفاوت‌های فردی خود، می‌تواند میزان باز شدن متفاوتی نسبت به فرد دیگری داشته باشد، لذا تفاوت بین میزان باز شدن محاسبه گردید تا تغییرات هر فرد نسبت به خودش، نه نسبت به یک محدوده نرمال سنجیده شود. در حالت کلی تفاوت میزان باز شدن دهان در گروه پیزوالکتریک به‌طور معنی‌داری کم‌تر از گروه هندپیس بوده است. همچنین در گروه‌های مطالعاتی، بین زن و مرد در میزان باز شدن دهان و تفاوت آن با بعد از جراحی اختلاف آماری معنی‌داری مشاهده نشده است. لازم به ذکر است که تفاوت میزان باز شدن دهان در گروه هندپیس مقدار آماری منفی دارد در حالی که در گروه پیزوالکتریک تقریباً ثابت بوده است.

در جلسه اول و همچنین در جلسه فراخوان، میزان درد بیماران که با استفاده از شاخص VAS سنجیده شد تفاوت‌های آماری معنی‌داری وجود داشت ($P < 0/001$) که با توجه به ماهیت شاخص VAS، مقدار عددی این شاخص ارزش تحقیقاتی ندارد. لذا تفاوت‌های مشاهده شده هیچ اطلاعات بالینی و تئوری در بر ندارد. اما تفاوت‌های میزان درد در مردان، زنان و در کل بین دو گروه مقایسه شد که تفاوتی مشاهده نشد. لازم به ذکر است که هر دو گروه با افزایش درد بعد از جراحی همراه بودند که با توجه به زمان فالوآپ و جلسه

فراخوان که ۳ روز بعد از جراحی بود، این یافته طبیعی تلقی می‌شود.

نوآوری دیگری که در این مطالعه اجرا شده است، توجه به رضایت و راحتی بیمار است که نماینده‌ی کوچکی از کیفیت زندگی بعد از جراحی می‌باشد. میانگین رضایت در گروه پیزوالکتریک $4/35 \pm 0/15$ بوده که رضایت در سطح خوب تا خیلی خوب تفسیر می‌شود ولی در گروه هندپیس $3/45 \pm 0/15$ بوده که رضایت در متوسط تا خوب تفسیر می‌شود که این تفاوت از نظر آماری معنی‌دار بوده و بیماران گروه پیزوالکتریک رضایت بیش‌تری نسبت به عمل جراحی خود داشته‌اند ($P < 0/001$). حفره خشک نیز تنها در دو بیمار که هر دو در گروه استئوتومی به روش هندپیس بودند مشاهده شد. از آن‌جا که میزان بروز و تعداد حجم نمونه‌ی مورد مطالعه برای بررسی تفاوت‌های آماری در متغیر حفره خشک بین دو گروه، کم می‌باشد لذا امکان تحلیل آماری وجود نداشته و صرفاً یک اطلاعات توصیفی ارائه می‌دهد.

مطالعات مختلفی به ارزیابی عوارض پیزوسرجری در مقایسه با تکنیک سنتی در کشیدن دندان مولر سوم پایین پرداخته‌اند.

Menziletoglu و همکاران در سال ۲۰۲۰ به مقایسه تکنیک پیزوالکتریک و استئوتومی روتاری در دندان‌های مولر سوم نهفته به صورت split-mouth پرداختند. آن‌ها بیان کردند که هیچ تفاوت آماری معنی‌داری در بین دو گروه در پارامترهای درد، تریسموس و تورم بعد از جراحی وجود نداشت. با این حال به‌طور معنی‌داری زمان جراحی در گروه پیزوسرجری بالاتر بود (۲۳). در تحلیل نتایج آن‌ها می‌توان بیان نمود که نتایج مطالعه‌ی آن‌ها در زمینه تریسموس متفاوت با مطالعه حاضر بوده اما نتایج حاصل از بررسی پارامتر درد بعد از جراحی مشابه این مطالعه است. علت تفاوت در تریسموس می‌تواند به این دلیل باشد که مطالعه آن‌ها به‌صورت split-mouth بوده و دو سمت متفاوت فکی با هم مقایسه می‌شوند در حالی که عارضه تریسموس، ماهیتی دو

مطالعه حاضر بیماران تنها ۳ روز بعد مورد ارزیابی مجدد قرار گرفتند.

در مطالعه Piersanti و همکاران در سال ۲۰۱۴ مشاهده شد که تورم ۱ هفته پس از جراحی به طور قابل توجهی برای جراحی پیژوالکتریک نسبت به هندپیس معمولی کم تر است. همچنین اذعان داشتند که پیژوسرجری با کاهش ناراحتی بعد از عمل همراه بوده و نتیجه بهتر برای تورم را به همراه دارد (۲۶). این نتایج مشابه با مطالعه حاضر می باشد.

در مطالعه Mantovani و همکاران در سال ۲۰۱۴ بیان شد که میانگین درد گزارش شده توسط بیماران تحت عمل جراحی با پیژوالکتریک به طور قابل توجهی کم تر از مواردی بود که پس از جراحی با هندپیس گزارش گردید که از لحاظ آماری معنی دار بود. تورم در روز هفتم در گروه پیژوالکتریک کم تر بود. اما متوسط مدت جراحی در گروه هندپیس به طور معنی داری کم تر از گروه پیژوالکتریک بود (۱۲). یافته های این مطالعه هم راستا با نتایج مطالعه حاضر می باشد اما تفاوت های مشاهده شده بین درد دو گروه در مطالعه Mantovani و همکاران، در مطالعه حاضر مشاهده نشده است که می تواند به دلیل در نظر نگرفتن تفاوت میزان درد و توجه به مقدار عددی میزان درد اظهار شده توسط بیماران باشد. همچنین فالوآپ آن ها ۶ روز بعد از جراحی بود در حالی که در مطالعه حاضر ۳ روز بود. از آن جا که در مطالعات مختلف قویا بیان شده است که مدت زمان عمل به وسیله پیژوالکتریک بیش تر از روش هندپیس می باشد، در این مطالعه به منظور جلوگیری از دوباره کاری که یکی از اصول طراحی مطالعه می باشد، این فاکتور بررسی نشده است.

در مطالعه Bartuli و همکاران در سال ۲۰۱۳ بیان شد که میانگین مدت عمل جراحی با استفاده از ابزار دستی چرخشی با سرعت بالا ۳۲ دقیقه بود، در حالی که مدت زمان انجام عمل جراحی پیژوالکتریک بسیار طولانی تر بود (۵۴ دقیقه). همچنین میزان درد بعد از

طرفه دارد و تفاوت در میزان باز کردن دهان، نسبتی با کوادرنانت چپ یا راست نداشته و صرفاً میزان درگیری عضلات جونده را نشان می دهد. این طور به ذهن می رسد که بررسی ترسیموس در طراحی مطالعات split-mouth صحیح نباشد. مگر آن که زمان بسیار زیادی بین دو عمل صرف شود که اطمینان گردد التهاب موجود در سمت مقابل جراحی، تاثیری بر میزان باز شدن دهان نداشته و میزان کاهش باز شدن دهان، صرفاً ناشی از مداخله جراحی است. Menziletoglu و همکاران مطلبی در این مورد ذکر نکردند.

در مطالعه Basheer و همکاران در سال ۲۰۱۷، زمان خارج سازی دندان های نهفته به وسیله روتاری کم تر از دستگاه های پیژوالکتریک بود که از لحاظ آماری معنی دار بود. همچنین تا روز چهارم پس از عمل، شدت درد در گروه چرخشی به طور معنی داری بیش تر بود. میزان باز کردن دهان به طور معنی داری در گروه پیژوالکتریک در مقایسه با چرخشی تا روز هفتم بعد از عمل جراحی به طور قابل توجهی بهتر بود (۲۴). در تحلیل نتایج مطالعه آن ها می توان بیان کرد که روش پیژوسرجری، درد پس از عمل، ترسیموس و تورم را کاهش می دهد. نتایج مطالعه آن ها در زمینه حداکثر میزان باز شدن دهان مشابه با مطالعه حاضر است ولی در میزان درد تفاوت هایی وجود دارد. علت این تفاوت می تواند به دلیل عدم در نظر گرفتن تفاوت میزان درد باشد. در مطالعه Arakji و همکاران در سال ۲۰۱۶، در گروه پیژوالکتریک، کاهش درد و تورم به طور معنی داری کم تر و زمان انجام عمل به طور معنی داری افزایش یافت و همچنین در این مطالعه بیان شد که حداکثر میزان باز شدن دهان در گروه پیژوالکتریک بیش تر از هندپیس بود (۲۵). نتایج آن ها در زمینه شیوع ترسیموس مشابه با مطالعه حاضر و در زمینه تفاوت درد متفاوت با مطالعه حاضر می باشد که می تواند به دلیل تفاوت در زمان های فالو آپ باشد.

Arakji و همکاران در زمان ها ۱، ۷ و ۱۴ روز بعد از عمل بیماران را فراخواندند در حالی که در

جدیدتری می‌باشد و راحتی بیش‌تر و تریسموس کم‌تری نسبت به روش هندپیس دارد. از معایب آن می‌توان به هزینه تجهیزات آن و صرف زمان بیش‌تری برای عمل اشاره کرد.

سپاسگزاری

مطالعه حاضر مستخرج از پایان‌نامه دکتری علیرضا ابراهیم‌پور با شماره طرح ۳۱۶۴ و کد اخلاق IR.MAZUMS.REC.1398.3164 در دانشگاه علوم پزشکی مازندران می‌باشد. از همکاری معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مازندران در حمایت از این طرح، قدردانی و تشکر می‌گردد.

عمل بین دو گروه تقریباً برابر بود (۸). در تحلیل مطالعه آن‌ها باید بیان نمود که علی‌رغم تفاوت در شاخص اندازه‌گیری درد که در مطالعه آن‌ها Happy Face Scale بوده ولی در مطالعه حاضر VAS، آن‌ها نیز مشابه با مطالعه حاضر تفاوتی در میزان درد بین دو گروه بعد از جراحی مشاهده نکردند.

در نهایت می‌توان بیان کرد که استفاده از هر دو روش هندپیس و پیزوالکتریک مزایا و معایبی دارد. مزیت استفاده از روش هندپیس سرعت عمل و هزینه پایین‌تر تجهیزات است. همچنین میزان درد نیز تفاوت زیادی بین هندپیس و پیزوالکتریک ندارد هر چند که نیاز به مطالعات بیش‌تر دارد. اما روش پیزوالکتریک روش

References

- Juodzbaly G, Daugela P. Mandibular third molar impaction: review of literature and a proposal of a classification. *J Oral Maxillofac Res* 2013; 4(2): 1-25.
- Barone A, Marconcini S, Giacomelli L, Rispoli L, Calvo JL, Covani U. A randomized clinical evaluation of ultrasound bone surgery versus traditional rotary instruments in lower third molar extraction. *J Oral Maxillofac Surg* 2010; 68(2): 330-336.
- Goyal M, Marya K, Jhamb A, Chawla S, Sonoo PR, Singh V, et al. Comparative evaluation of surgical outcome after removal of impacted mandibular third molars using a Piezotome or a conventional handpiece: a prospective study. *Br J Oral Maxillofac Surg* 2012; 50(6): 556-561.
- Rullo R, Addabbo F, Papaccio G, D'Aquino R, Festa VM. Piezoelectric device vs. conventional rotative instruments in impacted third molar surgery: relationships between surgical difficulty and postoperative pain with histological evaluations. *J Craniomaxillofac Surg* 2013; 41(2): e33-e38.
- Khosravi H, Taziki M, Mohammadi R. Determination of the angle of impacted mandibular third molar. *J Gorgan Univ Med Sci* 2013; 15(2): 77-81.
- Vercellotti T. Technological characteristics and clinical indications of piezoelectric bone surgery. *Minerva Stomatol* 2004; 53(5): 207-214.
- Abdorazzaghi M, Mehdipour A, Asayesh H. The Prevalence of Impacted Teeth in Patients Referred to Selected Dental Clinics in Qom City, 2013, Iran. *Qom Univ Med Sci J* 2014; 8(2): 69-73 (Persian).
- Bartuli F, Luciani F, Caddeo F, De Chiara L, Di Dio M, Piva P, et al. Piezosurgery vs High Speed Rotary Handpiece: a comparison between the two techniques in the impacted third molar surgery. *Oral Implantol (Rome)* 2013; 6(1): 5-10.
- Schwartz-Arad D, Lipovsky A, Pardo M, Adut O, Dolev E. Interpretations of complications following third molar extraction. *Quintessence Int* 2018; 49(1): 41-47.
- Shafer WG, MK Levy B. A textbook of oral

- pathology. 4th ed. Philadelphia: WB Saunders Co; 1983.
11. Mozzati M, Gallesio G, Russo A, Staiti G, Mortellaro C. Third-molar extraction with ultrasound bone surgery: a case-control study. *J Craniofac Surg* 2014; 25(3): 856-859.
 12. Mantovani E, Arduino PG, Schierano G, Ferrero L, Gallesio G, Mozzati M, et al. A split-mouth randomized clinical trial to evaluate the performance of piezosurgery compared with traditional technique in lower wisdom tooth removal. *J Oral Maxillofac Surg* 2014; 72(10): 1890-1897.
 13. Rakhshan V. Common risk factors for postoperative pain following the extraction of wisdom teeth. *J Korean Assoc Oral Maxillofac Surg* 2015; 41(2): 59-65.
 14. Hasan LS, Ahmad FT, Abdullah EH. Impacted wisdom teeth, prevalence, pattern of impaction, complications and indication for extraction: A pilot clinic study in Iraqi population. *Tikrit Journal for Dental Sciences* 2016; 4(1): 50-62.
 15. Bui CH, Seldin EB, Dodson TB. Types, frequencies, and risk factors for complications after third molar extraction. *J Oral Maxillofac Surg* 2003; 61(12): 1379-1389.
 16. Leclercq P, Zenati C, Dohan DM. Ultrasonic bone cut part 2: state-of-the-art specific clinical applications. *J Oral Maxillofac Surg* 2008; 66(1): 183-188.
 17. Robiony M, Polini F, Costa F, Vercellotti T, Politi M. Piezoelectric bone cutting in multipiece maxillary osteotomies. *J Oral Maxillofac Surg* 2004; 62(6): 759-761.
 18. Bhati B, Kukreja P, Kumar S, Rathi VC, Singh K, Bansal S. Piezosurgery versus rotatory osteotomy in mandibular impacted third molar extraction. *Ann Maxillofac Surg* 2017; 7(1): 5-10.
 19. MMWR. Decrease in smoking prevalence--Minnesota, 1999-2010. *Morbidity and Mortality Weekly Report* 2011; 60(5): 138-141.
 20. Chandran S, Alaguelrajan M, Karthikeyan A, Ganesan K, Faiz M, Vallabhaneni SK. Incidence of Dry Socket in South Chennai Population: A Retrospective Study. *J Int Oral Health* 2016; 8(1): 119-122.
 21. Hupp JR, Tucker MR, Ellis E. *Contemporary Oral and Maxillofacial Surgery*. 6th ed. Missouri: Mosby; 2013.
 22. Mansuri S, Mujeeb A, Hussain SA, Hussain MAZ. Mandibular third molar impactions in male adults: Relationship of Operative time and Types of impaction on inflammatory complications. *J Int Oral Health* 2014; 6(2): 9-15.
 23. Menziletoglu D, Basturk F, Isik BK, Esen A. A prospective split-mouth clinical study: comparison of piezosurgery and conventional rotary instruments in impacted third molar surgery. *Oral Maxillofac Surg* 2020; 24(1): 51-55.
 24. Basheer S, Govind R, Daniel A, Sam G, Adarsh V, Rao A. Comparative Study of Piezoelectric and Rotary Osteotomy Technique for Third Molar Impaction. *J Contemp Dent Pract* 2017; 18(1): 60-64.