



مضاعفات قلع الأسنان وتديرها

د. ماجد العجمي

تحذير وقلع 2

14/4/2019

RB Dentistry

مضاعفات قلع الأسنان وتديرها

■ **Complication:** التي تعني في المعجم الطبي الموحد مضاعفة وبداية علينا التمييز بين أمرين هما :

المضاعفة والاختلاط.

تعني الشيء الذي يمكن أن نسيطر عليه.

المضاعفة

تعني الشيء الذي لا يمكن إصلاحه مثلاً قطع عصب لا يمكن إصلاحه حتى مع استخدام خياطة
مجهرية.

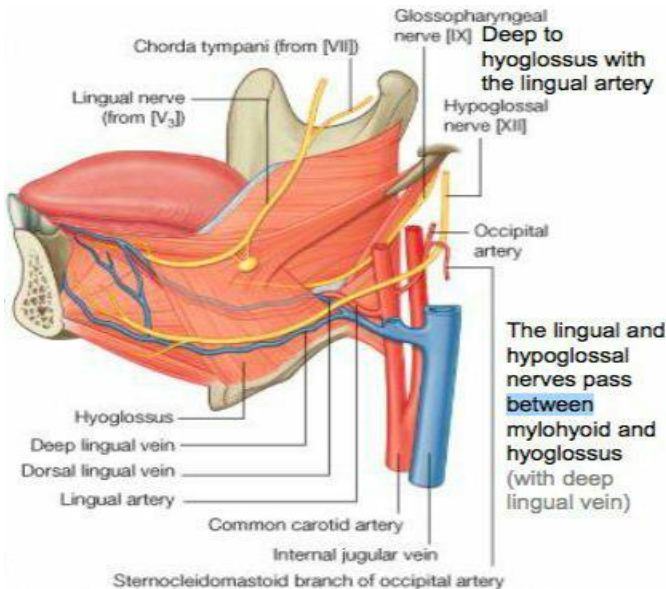
الاختلاط

➤ من المعروف أن مضاعفات قلع الأسنان متعددة ومتنوعة حيث يمكن أن يحدث بعضها حتى عند تطبيق العناية القصوى أثناء القلع ولكن يمكن تجنب بعضها الآخر إذا ما طبقت الطريقة الصحيحة المتبعة للتعامل مع الصعوبات المشخصة أثناء التقييم الدقيق قبل القلع.

❗ وهذا يمكن تحقيقه بواسطة الطبيب الذي يلتزم بالمبادئ الجراحية أثناء القلع.

➤ **أول** سبب لنشوء المضاعفة هو **عدم الاهتمام من قبل الطبيب.**

❗ مثلاً: عدم القيام بحماية سنخ يحول الحالة من مضاعفة لاختلاط أو عدم وضع الكرسي بوضع مناسب فتصبح من حالة قلع سن أمامي إلى دفع السن باتجاه الحفرة الأنفية.



■ **تحذير:** كل فروع الشريان السباتي خطرة في حال أذيتها وخصوصاً الشريان اللساني الذي ينزف بحوالي **3 لتر** بالدقيقة ولا يمكن تحديد مكانه لذلك يجب علينا الانتباه عند العمل من الناحية اللسانية

❖ التقييم قبل القلع !!!(درهم وقاية خير من قنطار علاج)

➤ يجب علينا الانتباه أثناء التقييم قبل القلع **فمثلاً** لدينا سن متقلقل (كيف نقلعه؟)

1. **أولاً:** يجب القيام بالتصوير الشعاعي.

2. **ثانياً:** يجب تقدير الحالة فقد يكون تحت السن ورم دموي أو خبيث فبعض الأورام بمجرد إثارتها تصبح غازية وتهجم باتجاه الأوعية الدموية.



➤ فيما يلي سنتناول أهم المضاعفات الموضعية والعامة التي يمكن أن تحدث أثناء قلع الأسنان أو بعد القلع وكيفية تدبيرها.

❖ المضاعفات الموضعية Local Complication:

■ **ال فشل Failure.**

✍ **الفشل في تأمين التخدير:** يحدث الفشل في تأمين التخدير عادة بسبب:

1. التقنية الخاطئة في التخدير (**الحقنة الخاطئة**).



■ **تنويه:** اثنان لا يأخذ عليهما التخدير المريض الخائف والسن المحققن وبهذه الحالة نخدر ضمن الرباط أو اللب.

👉 نستدل على حدوث التخدير بذهاب الشعور بالإحساس لكن يبقى حس الضغط الذي لا يزول إلا باستخدام التخدير العام.

2. الجرعة الغير كافية من المادة المخدرة (**نقوم هنا بزيادتها**)

■ **تنويه:** كل أمبولة تحوي على **36mg** مخدر.

سابقاً كان يعطى **7mg** مخدر لكل **1Kg**

حديثاً أصبح يعطى **4mg** مخدر لكل **1Kg**

👉 إذا يمكن زيادة المخدر حسب الوزن وذلك سواء كان يحوي المخدر على مقبض وعائي أو لا.

3. المخدر الفاسد (نقوم باستبداله).

- تنويه: المخدر الفاسد يعمل أكثر من المخدر الحديث بسبب تأخر زمن الانطراح.

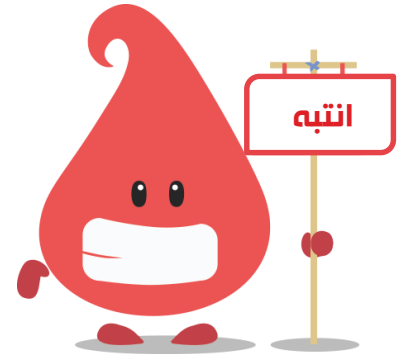
تذكر:

المخدر إما ينطرح عن طريق الكبد
أو الكلية أو الصفراء أو الأثداء،
وبالتالي هذه الأعضاء سيستقر فيها
المخدر بدلاً من أن يطرح.

■ ملاحظة: أقصى حد لطرح
المادة المخدرة هو 6
ساعات فلذلك إذا استمر
المخدر أكثر من ذلك يعامل
معاملة جسم أجنبي ويؤثر
على الأجهزة.

- ✓ ذكرنا سابقاً: أن المخدر الموضعي يطبق على النسيج لمدة دقيقتين لكي لا يحدث تأثيرات جهازية.
- فمن الصعب قلع سن بشكل جيد ما لم يكن للطبيب والمريض ثقة تامة بالتخدير ودوره بالعمل المراد إجراؤه، وعند استخدام التخدير الموضعي يجب اختبار فعاليته وتأثيره قبل البدء بالقلع.
- وبعد التوضيح للمريض أنه على الرغم من أنه يمكن أن يشعر بضغط فيجب ألا يشعر بأي إحساس بحدة المسبر الكليل الذي يدفع بقوة داخل العنق اللثوي على السطوح الدهليزية واللسانية للسن المراد قلعه.

لا يمكن أن نقلع الأسنان بدون سبر ويمكن أن نستخدم البايين للسبر (فمن استطببات البايين تحري حدوث التخدير) فلا يجوز حتى قطع الرباط إلا بعد السبر.



- إذا لم يشعر المريض بشيء يكون قد تم تأمين التخدير، أما في حال شعوره بالضغط دون الألم يكون قد تم تحقيق التسكين ولكن يشير الألم إلى ضرورة حقن كمية إضافية من المحلول المخدر.

❌ الفشل في قلع السن باستخدام الكلابية أو الرافعة:Failure To Remove The Tooth With Either Forceps Or Elevator

يكون إما بسبب:

تطبيق قوى غير ملائمة
بواسطة الرافعة لقلع السن.

استخدام الرافعة
بشكل غير صحيح.

استخدام خاطئ
للكلابية.

تطبيق قوة
غير مناسبة.

- ففي حال فشل الطبيب في إحداث استجابة عند تطبيق قوة معتدلة باستخدام الكلابة أو الرافعة عندها يجب وضع هذه الأدوات جانباً والبحث عن سبب الصعوبة في القلع (يتم ذلك بإجراء التصوير الشعاعي).
- وفي معظم الحالات عندما لا نتمكن من قلع السن بواسطة الكلابة أو الرافعة يكون من الأفضل القيام بتجزئة السن مباشرة.

الكسور Fractures:

كسر تاج السن المراد قلعه:

- قد يكون كسر تاج السن أثناء القلع أمراً لا يمكن تجنبه إذا كان السن ضعيفاً بسبب:

١- النخر.

٢- أو وجود حشوة ترميمية كبيرة.

٣- المعالجة اللبية.

👉 وهنا يجب تنبيه المريض قبل البدء بالقلع باحتمال انكسار السن أثناء القلع.

- ومع ذلك فإنه عادة ما يحدث بسبب:

تطبيق قوة زائدة أو غير مدروسة.

التطبيق غير الملائم للكلابة على السن
كتطبيق فكي الكلابة على التاج بدلاً من الجذر

أو بشكل لا يتوافق مع المحور الطولي للسن.

ملاحظة 1:

عندما يوجد أحد الجدران فقط من السن سليم نقوم بكسره وقطعه بواسطة سنبله ونترك جزء منه فوق السنخ ثابت لأن هذا الجدار لن يتحمل القوة المطبقة بواسطة الكلابة.

ملاحظة 2:

احشر الكلابة قدر المستطاع نحو الداخل
(لأن تطبيق الكلابة على التاج وليس الجذر يؤدي لكسر التاج).

- السرعة هي السبب الأساسي لجميع هذه الأخطاء التقنية والتي يمكن تجنبها عندما يعمل الطبيب بشكل نظامي ومنهجي.

- وإن تطبيق قوة زائدة لحجه التغلب على المقاومة عند القلع هو إجراء غير مبرر ويمكن أن يؤدي لكسر تاج السن.

➤ عندما يحدث الكسر التاجي Coronal Fracture فإن الطريقة المستخدمة لإزالة الجزء المتبقي من السن ستحدد عن طريق: 1- كمية الجزء المتبقي من السن. 2- وسبب حدوث الكسر.

➤ وأحياناً فإن التطبيق الإضافي للكلاية أو الرافعة سيمكننا من قلع السن وفي بعض الحالات يجب استخدام طريقة القلع عبر السنخ Trans-alveolar Method.

ملاحظات

- A.** إذا كان هناك 2mm متبقي من التاج فوق مستوى السنخ نقلعه بالكلاية.
- B.** إذا كان السن متعدد الجذور نفصل الجذور وإذا كان غير متعدد الجذور نقلعه بالروافع باستطباتها.
- C.** حماية السنخ تبدأ من قطع الرباط حتى نهاية القلع.

❖ أضف لمعلوماتك:

1. لا نلجأ إلى ضرب السنخ إلا إذا كان هنالك قصة عائلية لحدوث النزف.

2- نقوم بضربه ثم نخيظ مكانه ثم نضغط بواسطة ضماد نطبق عليه مادة مرقئة مثل:

فيتامين K
(كولوتيون):

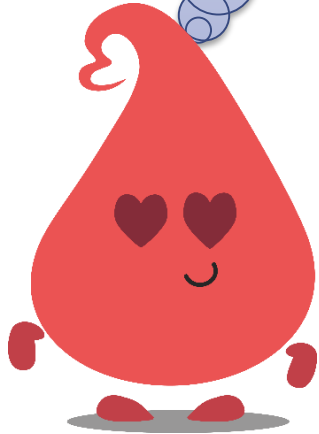
بامبا أو بامباسول وهو عبارة عن سائل يحوي إما نعطيه بالعضل أو نطبقه على 3 ml الشاش

إما بالعضل أو يطبق على الشاش 10 mg.

1mg يعطى للأطفال بعد الولادة.

❖ طريقة الخيطة: (المربعة المقفلة أو الأفقية العمودية):

➤ تكون على شكل حرف U حيث ندخل من الدهليزي ← لللساني ← ثم نعاود الدخول من اللساني ونخرج من الدهليزي، فتصبح العروة من اللساني (لكن لا نريد العروة من اللساني) فنضع الإبرة تحت العروة ونسحبها للدهليزي والعقدة تكون من الناحية الدهليزية دائماً.



قاوم ستأتي المسرة..

تحلي بسكرها كل مرة..

قاوم وقاوم وقاوم..

إنما العمر مرة...

ملاحظة: أفضل قاطع للنزف هو الأوجينات (سريعة التصلب) حيث تقوم بعمل أوكسيد الزنك والأجينول بشكل قاسي نضعه فوق السنخ ويعض عليه المريض.

- ويمكن أن يؤدي لحدوث التهاب سنخ نعالجه بعد قطع النزف.
- يسبب الأوجينات التهاب سنخ لأنه عند تطبيقه على المنطقة يقوم بعمل تخريش وبسبب الضغط يحدث رض.
- **تنويه: السبب الأساسي لالتهاب السنخ هو الرض.**

ماذا لو حدث التهاب سنخ dry socket؟



- في هذه الحالة نضع ضماد أكسيد زنك وأوجينول (بطيء التصلب) مع فتات قطن وفازلين (نضع أكسيد الزنك لأنه شره للرطوبة).
- ويبدل الضماد كل 24 أو 48 ساعة حتى نصل لعدد من الضمادات حوالي 9 أو 14 ضماد (حتى يحدث تندب بالمقصد الثاني).
- في حالة صعوبة الثبات كما في الفك العلوي للضماد نقوم بدكه وتأمين ثباته لمدة 5 دقائق على الأقل حتى يطلق أبخرته لأن الأوجينول يعمل عن طريق الأبخرة.

١- مسكن (في حالات الاحتقان اللبي لتخفيف وتلطيف الألم اللبي).



٢- علاجي (في حال ال dry socket).

- إذا انكسر السن بشكل كامل على مستوى السنخ إذا كنا نريد استئصاله نقوم بعمل ميزاب حوله بالرباط فنكون هنا قد أزلنا جزء من العظم وتتم هذه العملية باستخدام سنبله جراحية متعددة الشفرات أو تنغستين كرايد.

➤ ونمسك السنخ من الناحية الدهليزية اللسانية أو الدهليزية الحنكية مع اللثة وعند الإحساس بالثبات نضغط فمجرد الضغط من الأسفل سيخرج لدينا شيء من الأعلى.

➤ في حال رفع شريحة وتفريغ العظم سنزيل كمية أكبر من الكمية المزالة عند هرس السنخ.

4. لكن بسبب الضغط المطبق سيحدث لدينا التهاب سنخ نعالجه بواسطة ضماد التهاب السنخ (**فازلين + فئات قطن + أكسيد زنك والأوجينول**).

معلومة:

- يتصلب أكسيد الزنك والأوجينول بعد **8 ساعات** ولكي نسرع التصلب نضيف له خلاات الزنك أو قليل من الماء (نبلل السباتيول بالماء ونمزجه).
- بإضافة خلاات الزنك يتشكل لدينا (الألبانول أو الكاريوسان) وهو عبارة عن أكسيد زنك وأوجينول وخلاات الزنك ويستخدم عند الأطفال في عملية بتر اللب الدوائي.

❖ التغطية الدوائية بعد القلع:

بعد كل عملية قلع سيحدث تجرثم دم عابر لذلك نعطي صاد حيوي مع مسكن ألم أو نعطي مضاد التهاب لا سيتروئيدي فقط لأنه يعمل عمل مسكن ألم مع خافض حرارة.

● نصيحة الدكتور: نعطي الصادات الأكثر انتشاراً باتجاه العظم ويلي هيلي:

- A. الكلندامايسين: يعطى على شكل كبسول عيار **150** أو **300** ويعطى كل **8 ساعات**.
 أو على شكل أمبول **كليندوبلس** عيار **300**.
 B. لينكومايسين: يعطى على شكل أمبول عيار **600,300,200**.
 أو كبسول عيار **500**.

➤ ننبه هنا المريض باحتمال حدوث إسهال لأنه يؤدي لالتهاب غشاء كولوني كاذب.

➤ عند عدم توقف الإسهال نعطي أي مضاد إسهال والأفضل أن نعطي **فانكومايسين**.

تذكر: يستخدم الفانكومايسين في حال خثال الجيب الكهفي.

- C. الماكسيسيلين (الأموكسيل) أو الأوغمنتين مضاف له (غلافونيك أسيد)، يعطى على شكل Tablets إما **200** مص أو **625** حبة كل **8 ساعات** أو **1000** كل **12 ساعة**.

انتبه: بالنسبة للبنسلينات والسيفالوسبورينات تعطى بمقدار جرعة **50mg** لكل **1Kg**.

✍ كسر جذر السن المراد قلعه:

✓ يمكن التقليل من حدوث كسور الجذور التي تفاجئنا أحياناً أثناء القلع عندما يؤخذ بعين الاعتبار صعوبة شكل جذر السن المراد قلعه.

➤ يمكن أن تسبب العوامل المسببة لكسر التاج أيضاً كسر الجذور.

➤ وعلى الرغم من أن جميع أجزاء الجذور يجب إزالتها بشكل عام فمن الحكمة الإبقاء عليها في حالات محددة.

➤ يمكن تعريف ذروة الجذر **Root Apex** بأنها الجزء الذروي من الجذر عند الانغماد الملاطي العاجي (**التقاء القمع الملاطي مع العاجي**) يقدر طولها بحوالي **5mm** (**الطول الأعظمي**) وقد يكون من الضروري إزالة كميات كبيرة من العظم للوصول لمثل هذه الذرى وإزالتها.

➤ ونادراً ما تسبب الذرى المتبقية للأسنان الحية عند المرضى ذوي الصحة الجيدة مشاكل كالإنتان أو رد فعل على أنها جسم أجنبي وفي معظم الحالات "يجب إزالتها" أن تترك إلا إذا كانت متوضعة في أماكن تكون فيها عرضة لأن تصبح مكشوفة عند وضع الأجهزة السنية أو حدوث أعراض.

■ ملاحظة:

■ إذا كانت القطعة المكسورة فوق السنخ وسنقوم بعمل جهاز متحرك نزيلها لأنها سوف تؤثر باستقرار الجهاز والأهم في عمل الجهاز المتحرك هو الاستقرار.

■ تنويه هام:

• إذا كانت ذروة الجذر سليمة نتركها فإما أن تمتص أو تلفظ أو تندمج بالسنخ (**تصبح جزءاً منه**).

5. أما إذا كانت متعفنة نقوم بإزالتها (**يجب إزالتها**) إما بواسطة مبرد أو رافعة ذرى أو نسحنها أو نقوم برفع شريحة ونزيل الذروة.

الخلاصة: ليس من الضروري إزالة ذروة السن التي يبلغ طولها 5 ملم إلا إذا كانت متعفنة

(حدث أعراض) أو إذا كانت عرضة لأن تصبح مكشوفة عند وضع الأجهزة السنية .

❖ طريقة رفع الشريحة:

➤ نقوم بفتح شريحة هلالية (**تحديدها للأعلى**) ونقيس (**باستخدام أداة لبيبة**) من قمة السنخ لذروة الجذر لتحديد مكان توضع الذروة (وهي أريح شريحة).

✍ لسهولة الرفع نحقن سيروم أو مخدر في المنطقة.

➤ ونضع رافع السمحاق على العظم ونرفع الشريحة ونضع أداة اللبية ونحدد موقع ذروة الجذر ونحفر مقابلها باستخدام سنبله تنغستن متعددة الشفرات أو باستخدام توربين بدون ماء حصراً (**خشية حدوث وذمة هوائية**) أو باستخدام ميكروتور باستخدام سنابل خاصة.

➤ ندخل تحت الذروة ونخرجها ومن ثم نقوم برد الشريحة ونقطب ونعطي صاد حيوي.

تنويه: بعد الخياطة هناك احتمال لانتفاخ الخد لكنه سيزول ولا يسبب أي مشكلة.

أضف لمعلوماتك!

➤ الرباط الجناحي الفكي (**الطية الرحوية**) يظهر على شكل شريط عضلي ممتد من الرحي الثالثة العلوية للرحى الثالثة السفلية عند المريض الفاتح فاه لأقصاه **لا تقترب** ونتدخل أنسي هذه المنطقة إلا بحالات:

A. إذا كنا نريد أن نقوم بتكوية الكيس الضفدعي.

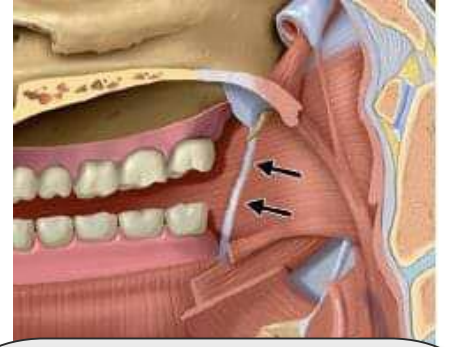
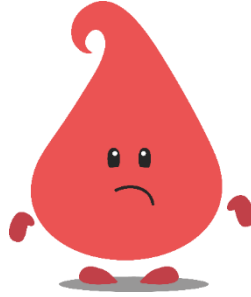
B. استئصال حصاة من قناة الغدة النكفية.

C. استئصال عرن عظمي (فالعرن يتواجد في الفك السفلي بمنطقة الضواحك من الناحية اللسانية).

D. قلع سن أو جذر بازغ نحو اللساني (خاصة الضواحك) هنا نفتح شريحة لسانية وتكون شريحة ظرفية.



العرن العظمي



الرباط الجناحي الفكي

نصيحة: لا نقوم بعمل شق معترض على الناحية اللسانية أبداً.

➤ أخطر مسافة بالنسبة للطالب هي المسافة تحت اللسان وأخطر مسافة بالنسبة للجراح هي المسافة النابية فمن المحتمل عند المداخلة عليها يمكن أن يحدث:

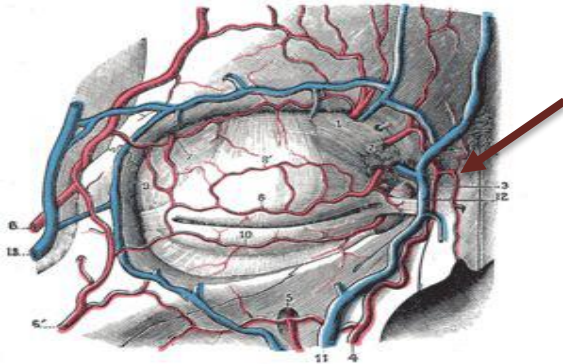
(1) زوال الطية الشفوية الأنفية.

(3) تورم الجفن العلوي.

(2) تورم الجفن السفلي.

(4) تورم الجفنين معاً وانغلاق العين





➤ ويوجد لدينا هنا الشريان الزاوي العيني
وهذا الشريان الوحيد بجسم الإنسان (ما
عدا الأوردة المشبرية) بدون صمامات
فيذهب فوراً للجيب الكهفي.

➤ عند المداخلة في هذه المنطقة نعطي صادات بجرعات هجومية حتى يحدث عودة للطية الشفوية الأنفية.

- **ملاحظة:**
- عند بقاء جزء من الجذر نقدر كمية العظم التي سنزيلها لإخراجه إذا كانت أكبر نقوم بترك ذلك الجزء.
- **ملاحظة:**
- إذا كان لدينا جزء متبقي من الجذر وسنقوم بعمل غرسة قريبة لا نزيلها لأننا هنا سنخلق نافذة بالعظم الدهليزي وسنخلق إنتان في سرير الغرسة السنية.

- يمكن أحياناً أن يحدث بسبب بقاء جذر التهاب عظم ونقي يشبه التهاب السنخ لكن يختلف عنه ب:
- (1) الحاد من التهاب العظم والنقي لا يشخص.
 - (2) يحدث بالتهاب العظم والنقي انتباج.
 - (3) في التهاب العظم يحدث ارتفاع بسرعة التثفل CRP.

✚ المعالجة:

- في الشكل المزمن من التهاب العظم العرض الأساسي هو تشكل الشظايا مع انفتاح مجموعة من النواشير.

الخط الدفاعي الأول: بنسلينات.

الخط الدفاعي الثاني: كلندامايسين (لأنه ينتشر باتجاه العظم).

تنويه: الدكتور قلنا هوي بيعتبر الكلندامايسين الخط الدفاعي الأول.

الخط الدفاعي الثالث: تتراسكلينات (بجرعات هجومية).

➤ ويتم معالجة الشكل الحاد لمدة 3 أشهر والمزمن لمدة 21 يوم تسبق بإزالة الشظايا.

➤ يشمل قلع الثلث الذروي من الجذر الحنكي للرحى العلوية إزالة كمية كبيرة من العظم السنخي، كما يمكن أن يتعقد الوضع بدفع هذا الجزء داخل الجيب الفكي أو خلق اتصال فموي جيبي.

➤ لذا من المفضل (انتبه من المفضل وليس يجب) ترك مثل هذه الأجزاء في معظم الحالات وتترك تحت المراقبة، وعندما يستطع إزالتها يجب أن يسبق هذا الإجراء الفحص الشعاعي ومن ثم إزالتها بواسطة طبيب ذي خبرة باستخدام الطريقة المناسبة.

- **انتبه:** عند قلع رضى أولى علوية أقرب جذر للجيب الفكى هو الجذر الحنكى فإذا انكسر وكان بطول **5mm** وغير متعفن (يعني حي) لا نخرجه لأنه ممكن أن يندفع للجيب أو يشكل ناسور، وعند القيام بفتح شريحة من الناحية الدهليزية سنزيل كمية كبيرة من العظم.
- **نصيحة:** في هذه الحالات نقوم بالتحويل لأخصائي فبمجرد دخوله بالجيب لا يجوز إخرجه عن طريق السنخ لأننا هنا يمكن أن نؤدي لتجرثم الجيب وتتم الإزالة هنا عن طريق فتح الجيب (كادون لوك).
- **تنويه:** إذا كانت حدود الجيب الفكى بعيدة فمن الممكن بهذه الحالة إخرجه عن طريق السنخ.

➤ كذلك الأمر عند قلع الثلث الذروي للأرحاء السفلية حيث لا يؤدي قرار إزالة هذه الذرى إلى أذية العصب السنخي السفلي.

- **تحذير:**
- عند اندفاع الجذر لمجرى العصب السنخي السفلي "**يجيب**" أن يستأصل مباشرة.
- أما إذا اندفع للمسافة تحت الفكى أو الصدغية أو تحت اللسان أو الحفرة الجناحية الحنكية يجب أن ننتظر لمدة **3-4 أسابيع** على الأقل حتى يتليف حوله ثم ندخل من خارج الفم ونخرجها.
- إذا لم تسبب مشاكل نقوم بتركها لكن نعلم المريض بذلك من أجل الطب الشرعي وتفادياً لمسائلة النقابة.

➤ عندما ينكسر السن أثناء القلع يجب أن يحاول طبيب الأسنان التحقق من السبب بواسطة الوسائل السريرية وأحياناً الشعاعية في بعض الحالات.

➤ وعادة ما يقدم فحص جزء السن الذي أزيل دليلاً مفيداً لمعرفة كل من حجم وتوضع الجزء المتبقي من السن، بعد ذلك يجب تقييم كل من الزمن والتسهيلات المطلوبة لإتمام عملية القلع.

تنويه: إذا ما كان أحد أو كلاً من هذه المتطلبات غير متوفر يجب أن لا يحاول الطبيب إزالة الجزء المتبقي، ولكن يجب عليه إزالة أي نسيج لبي مكشوف وتغطية هذه الأجزاء بضماد من أكسيد الزنك والأوجينول.

- بعد ذلك يجب وضع الترتيبات لإزالة تلك الأجزاء بواسطة الطبيب نفسه أو بمساعدة زميل تحت الظروف التي تؤمن النجاح.
- ونادراً ما يكون الألم التالي عرضاً لمثل هذه الحوادث إذا تم اتباع هذه الطريقة ولم تمزق الأنسجة الداعمة بالمحاولات العقيمة وغير الملائمة والعجولة لإتمام عملية القلع.

❖ كسر السن المجاور أو المقابل:

- يمكن تجنب كسر السن المجاور أو المقابل أثناء القلع، حيث يبين الفحص الدقيق قبل القلع فيما إذا كان السن المجاور للسن المراد قلعه منخوراً أو مرمماً بحشوة كبيرة.
- وإذا كان السن المراد قلعه هو دعامة لجسر هنا يجب تقسيم الجسر بالأقراص الماسية قبل القلع، وإذا كان لدينا جسر وأردنا قلع الدعامتين نقوم بمسك الجسر عن طريق الدمية بالكلابة ونقل الدعامتين معاً.

نصيحة الدكتور: لا تقم باستعمال نازع التيجان إلا إذا كنت متأكد من أنه التحضير نظامي

والإلصاق مؤقت.

- كما يجب إزالة النخور والحشوات الناقصة أو الزائدة من الأسنان المجاورة ووضع الحشوات المؤقتة قبل القلع.
- ويجب أن لا تطبق أي قوة على أي سن مجاور أثناء القلع، وأن لا تستخدم الأسنان الأخرى كنقطة ارتكاز للرافعة إلا في حال قلعه في نفس الجلسة.
- ويمكن أن تنكسر الأسنان المقابلة إذا خضع السن المراد قلعه لقوة غير مسيطر عليها وارتطمت الكلابة بها، لذا فإن تقنيات القلع المسيطر عليها بحذر تمنع حدوث هذه المضاعفة.
- وفي هذه الحالة نقوم بإعادة إلصاق القطعة المكسورة أو ترميم السن مباشرةً.
- يمكن أذية عدة أسنان أثناء إجراء القلع تحت التخدير العام بواسطة الاستخدام الطائش لفواتح الفم والدعامات.
- ويجب ملاحظة وجود الأسنان المرممة بحشوات كبيرة أو الأسنان المتحركة وكذلك التيجان والجسور وأخذها بعين الاعتبار من قبل المخدر، حيث يجب تجنب مثل هذه الأسنان أثناء إدخال فواتح الفم أو الدعامات ويفضل إذا أمكن عدم استخدام فواتح الفم.
- كما يجب وضع فواتح الفم والدعامات تحت الرؤية المباشرة أو توجيهها بواسطة طبيب الأسنان في حال إدخالها من قبل المخدر الواقف خلف المريض.

انتهت المحاضرة