

بررسی شیوع و علل عفونت های دندانی ماگزیلوفاسیال در بیماران مراجعه کننده به بخش جراحی فک و صورت بیمارستان شهید کامیاب مشهد در سال های ۱۳۹۵-۱۳۹۸: یک مطالعه مقطعی

مجید عشق پور^۱، علی لبافچی^۲، مریم صبوری^۲، سهند سمیعی راد^{۱*}

^۱ مرکز تحقیقات بیماری های دهان، فک و صورت، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران
^۲ کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

تاریخ ارائه مقاله: ۹۹/۹/۱۵ - تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۲/۱۸

Prevalence and Causes of Maxillofacial Odontogenic Infections in Patients Referred to the Maxillofacial Surgery Department of Kamyab Hospital in Mashhad in 2016-2019: A Retrospective Study

Majid Eshghpour¹, Ali Labafchi², Maryam Sbouri², Sahand Samieirad^{1*}

¹ Oral and Maxillofacial Diseases Research Center, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

² Student Research Committee, School of Dentistry, Mashhad University of Medical Science, Mashhad, Iran

Received: 5 December 2020; Accepted: 8 May 2021

Introduction: The present study aimed to investigate the etiology and epidemiology of maxillofacial spaces infection in patients referred to Kamyab Hospital, Mashhad, during 2016-2019.

Materials and Methods: The medical records of patients who had been referred to Kamyab Hospital in Mashhad due to maxillofacial abscess were reviewed in this cross-sectional study. The research variables included gender, age, offending tooth, type of abscess, symptoms, systemic problems, smoking and alcohol use, type of antibiotics prescribed, type of anesthesia and surgical procedure, length of hospitalization, postsurgical complications. Data were analyzed in SPSS software (version 19).

Results: The present study was conducted on 209 cases (including 86 (41.1%) females and 123(58.9%) males) with a mean age of 35.45±14.19 years. A number of 58 (27.8%) patients used cigarettes and tobacco and 26 (12.4%) subjects consumed alcohol. Moreover, 34 (16.3%) cases had a systemic disease. The highest frequency of offending tooth was related to lower third molar in 56 (26.8%) cases. The most infected site was submandibular in 108 (51.7%) cases, and the most abscess-related symptom was swelling in 179 (85.6%) subjects. The most common complication was Ludwig's angina, and the most prescribed antibiotic was clindamycin in 151 cases.

Conclusion: As evidenced by the results of the present study, maxillofacial abscesses can cause irreversible complications for patients. Patients with infected pterygomandibular and submasseteric spaces were more likely to be hospitalized longer than others.

Key words: Maxillofacial odontogenic infection, Etiology, Epidemiology

Corresponding Author: Samieerads@mums.ac.ir

J Mash Dent Sch 2021; 45(3): 266-78.

چکیده

مقدمه: هدف از این مطالعه بررسی اتیولوژی و اپیدمیولوژی عفونت فضاهاى ماگزیلوفاسیال در بیماران مراجعه کننده به بیمارستان شهید کامیاب مشهد طی سال های ۱۳۹۵ تا ۱۳۹۸ بوده است.

مواد و روش ها: طی این مطالعه مقطعی، پرونده پزشکی بیمارانی که به دلیل ابتلا به آبسه فکی به بیمارستان شهید کامیاب مشهد مراجعه کرده بودند، تحت بررسی قرار گرفت. موارد مورد بررسی شامل جنس، سن، دندان عامل عفونت، نوع آبسه، علائم بیماری، مشکلات سیستمیک، مصرف سیگار و الکل، نوع آنتی بیوتیک تجویز شده، نوع بیهوشی، روش جراحی، طول دوره بستری و عوارض بعد از جراحی بود. در تحلیل داده ها از نرم افزار SPSS V19 استفاده شد.

یافته ها: در این مطالعه ۲۰۹ نفر شامل ۸۶ زن (۴۱/۱٪) و ۱۲۳ مرد (۵۸/۹٪) با میانگین سنی ۳۵/۴۵±۱۴/۱۹ سال مشارکت داشتند. ۵۸ نفر (۲۷/۸٪) سیگار و دخانیات و ۲۶ نفر (۱۲/۴٪) الکل مصرف می کردند. ۳۴ نفر (۱۶/۳٪) مشکل زمینه ای داشتند. بیشترین فراوانی در عامل عفونت مربوط به دندان مولر سوم پایین با ۵۶ مورد (۲۶/۸٪)، بیشترین فضای عفونی مربوط به ساب مندیبل با ۱۰۸ مورد (۵۱/۷٪) و بیشترین

* مولف مسؤول، نشانی: مشهد، میدان پارک، دانشکده دندانپزشکی، گروه جراحی دهان، فک و صورت، تلفن: ۰۵۱-۳۸۸۲۹۵۰۱-۱۵

فراوانی علائم مربوط به آبسه مربوط به تورم با ۱۷۹ مورد (۸۵/۶٪) بود. شایع‌ترین عارضه ایجاد شده آنژین لودویگ بود و بیشترین فراوانی آنتی‌بیوتیک تجویز شده مربوط به کلیندامایسین در ۱۵۱ مورد بود.

نتیجه‌گیری: بر اساس نتایج این مطالعه، آبسه‌های فک و صورت می‌تواند عوارض جبران‌ناپذیری برای بیماران ایجاد کند. بیمارانی که فضای پتریگومندیبولار و ساب‌مستریک آنها عفونت کرده بود، در مقایسه با سایرین، مدت زمان بیشتری در بیمارستان بستری بودند.

کلمات کلیدی: عفونت دندان‌های، ماگزیلوفاسیال، اتیولوژی، اپیدمیولوژی
مجله دانشکده دندانپزشکی مشهد / سال ۱۴۰۰ دوره ۴۵ / شماره ۳: ۲۶۶-۷۸.

مقدمه

موفقیت در درمان عفونت ماگزیلوفاسیال به عوامل مختلفی چون تعداد فضاهای درگیر، میزان پیشرفت عفونت، ویژگی‌های آناتومیکی ناحیه درگیر، نوع میکروارگانیسم عامل، وضعیت سیستم ایمنی و مهارت دندانپزشک بستگی دارد. متأسفانه دسترسی آسان و استفاده بی‌رویه از آنتی‌بیوتیک‌ها منجر به افزایش مقاومت میکروبی شده است. از طرفی عوامل بیماری‌زای عفونی پیوسته در حال تغییر و تکامل هستند، به گونه‌ای که درمان بیماری‌های عفونی روز به روز پیچیده‌تر می‌شود.^(۱،۱۱)

همچنین وضعیت اقتصادی ضعیف، بی‌سوادی، بهداشت ضعیف و ناآگاهی در کشورهای در حال توسعه، نقش مهمی در بروز عفونت‌های ماگزیلوفاسیال دارد.^(۱،۱۲) مطالعات زیادی جهت بررسی ریسک فاکتورهای عوارض کشنده عفونت ماگزیلوفاسیال صورت گرفته است ولی نتایج متفاوتی حاصل شده است. حتی اگر اپیدمیولوژی عفونت فضای ماگزیلوفاسیال در جوامع مختلف کم و بیش شبیه باشد، باز هم برای هر کشوری لازم است اطلاعات اپیدمیولوژیک خود را داشته باشد تا بتواند برنامه‌ریزی دقیق‌تری برای پیشگیری و درمان چنین عفونت‌هایی داشته باشد.

به همین علت، نویسندگان این مطالعه را با هدف تعیین شیوع، علل و اپیدمیولوژی عفونت ادنتوژنیک فضاهای ماگزیلوفاسیال در بیماران مراجعه‌کننده به بیمارستان شهید

عفونت‌های فضای ماگزیلوفاسیال یکی از شایع‌ترین انواع عفونت سر و گردن می‌باشد که چه از نظر زیبایی و چه از نظر نزدیکی به مناطق حساس بدن، اهمیت زیادی را دارا است.^(۱،۲) با توجه به نزدیکی این فضاها به ساختارهای حیاطی بدن انسان مثل سیستم تنفسی و مدیاستینوم، در صورت پیشروی عفونت ممکن است، بیمار دچار عوارضی چون سپتیمی، انسداد راه هوایی، ترومبوز سینوس کاورنوس، نکروز بافت‌های فاسیال، عفونت در مدیاستن، پنومونی، شوک سپتیک، پریکاردیت و آبسه مغزی شود که بالقوه کشنده است و نیاز به مراقبت‌های بیمارستانی، درمان با آنتی‌بیوتیک و جراحی دارد.^(۳-۵)

برخی از عفونت‌های این ناحیه منشاء دندان‌فکی دارند و بعضی دیگر مربوط به اعضاء و اندام‌های دورتر و پاره‌ای نیز مرتبط با عفونت‌های پوستی می‌باشند.^(۶،۷) بر طبق مطالعات، عفونت‌های ادنتوژنیک نظیر عفونت‌های پری‌اپیکال و پریودنتال از مهمترین علل عفونت فضاهای فک و صورت می‌باشند. مدیریت این نوع عفونت‌ها، به ویژه مواردی که از منابع ادنتوژنیک منشا گرفته‌اند، برای جراحان چالش برانگیز است. علائم عفونت فضاهای ماگزیلوفاسیال به دلیل مجاورت عضلات، رباط‌ها و اعصاب مشهود است، که به سرعت عملکرد ناحیه آسیب دیده را مختل می‌کند و در نتیجه منجر به درد و تریسموس می‌شود.^(۸-۱۰)

لینگوال، ساب مستریک، ساب متال، ساب مندیل و کائین. (۱۵-۳۸و۳)

تمامی اطلاعات استخراج شده در این مطالعه توسط یک محقق انجام گرفته است. تجزیه و تحلیل کلیه داده ها با استفاده از نرم افزار SPSS (V. 19, SPSS Inc., Chicago, IL) صورت گرفت. برای تحلیل داده‌ها از آزمون‌های دقیق فیشر، کروسکال والیس و یوی من ویتنی استفاده گردید. در کلیه آزمون‌ها سطح معنی‌داری ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

در این مطالعه ۲۰۹ نفر شامل ۸۶ زن (۴۱/۱ درصد) و ۱۲۳ مرد (۵۸/۹ درصد) با میانگین سنی $35/45 \pm 14/19$ سال و دامنه سنی ۸ تا ۷۲ سال مشارکت داشتند. ۳۴ نفر (۱۶/۳ درصد) افراد مشکل زمینه‌ای داشتند. همچنین ۳ نفر (۱/۴ درصد) از افراد کورتون، ۵۸ نفر (۲۷/۸ درصد) سیگار و دخانیات و ۲۶ نفر (۱۲/۴ درصد) الکل مصرف می‌کردند. همانطور که در جدول ۱ قابل مشاهده است، بیشترین فراوانی در عامل عفونت مربوط به دندان مولر سوم پایین با ۵۶ مورد (۲۶/۸ درصد) و سپس مولرهای اول و دوم پایین با ۵۵ مورد (۲۶/۳ درصد) بود. بیشترین و کمترین فراوانی فضای درگیر عفونت به ترتیب مربوط به ساب مندیل با ۱۰۸ مورد (۵۱/۷ درصد) و تمپورال با ۱ مورد (۰/۵ درصد) بود. ۷۳ مورد (۳۴/۹ درصد) از آبنه‌ها در فک بالا و بقیه در فک پایین بودند. بیشترین فراوانی علائم مربوط به آبنه مربوط به تورم با ۱۷۹ مورد (۸۵/۶ درصد) و کمترین فراوانی مربوط به دیس پنه با ۱۶ مورد (۷/۷ درصد) بود. میانگین مدت زمان بستری تقریباً ۲ روز (دقیقاً ۱/۹۷ روز) و کمترین و بیشترین مدت زمان بستری ۱ و ۱۰ روز بود.

کامیاب مشهد، دومین شهر پرجمعیت ایران، در سال‌های ۱۳۹۸-۱۳۹۵ انجام دادند.

مواد و روش‌ها

این مطالعه مقطعی مصوب کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی مشهد به کد IR.MUMS.DENTISTRY.REC.1398.121 می‌باشد. کلیه دستورالعمل‌های اخلاقی هلسینکی در این پژوهش تبعیت شده است.

در این مطالعه مشاهده‌ای، همه بیمارانی که در سال‌های ۱۳۹۵-۱۳۹۸ به دلیل ابتلا به آبنه فکی به بخش جراحی فک و صورت بیمارستان شهید کامیاب مشهد مراجعه کرده بودند، وارد مطالعه شدند. در صورت مشاهده هر گونه نقص در پرونده، بیمار از مطالعه خارج می‌شد. پرونده پزشکی بیماران از بایگانی تحت بررسی قرار گرفت. ابتدا متغیرهای زمینه‌ای شامل سن و جنس در چک لیست مربوطه ثبت شد. متغیرهای این پژوهش شامل وضعیت سیستمیک بیمار، مصرف سیگار و دخانیات، مصرف الکل، آنتی بیوتیک تجویز شده، عامل عفونت، فضای درگیر عفونت و فک درگیر بود. همچنین سایر متغیرها شامل نوع بیهوشی، تکنیک جراحی (داخل دهانی یا خارج دهانی)، نیاز به تراکتوستومی، عوارض جانبی تهدیدکننده حیات، طول دوران بستری در بیمارستان و نتیجه درمان بررسی گردید.

لازم به ذکر است که فضاهای درگیر فوقانی و عمقی فک و صورت به شرح زیر تقسیم بندی شد: اینفرا ارییتال، اینفرا تمپورال، باکال، پتریگومندیبولار، تمپورال، ساب

جدول ۱: توزیع فراوانی عوامل عفونت، نوع آبسه و فک درگیر

متغیر	تعداد (درصد)
عامل عفونت	
پرمولر پایین	۲۰ (۹/۶)
پرمولر بالا	۵ (۲/۴)
قدام پایین	۵ (۲/۴)
کانین بالا	۱۷ (۸/۱)
مولر بالا	۲۷ (۱۲/۹)
مولر پایین	۵۵ (۲۶/۳)
مولر سوم بالا	۲۴ (۱۱/۵)
مولر سوم پایین	۵۶ (۲۶/۸)
نوع آبسه	
اینفرا ارییتال	۶ (۲/۹)
اینفرا تمپورال	۴ (۱/۹)
باکال	۳۹ (۱۸/۷)
تریگومندیبولار	۱۰ (۴/۸)
تمپورال	۱ (۰/۵)
ساب لینگوال	۱۳ (۶/۲)
ساب مستریک	۷ (۳/۳)
ساب منتال	۵ (۲/۵)
ساب مندیبل	۱۰۸ (۵۱/۷)
کانین	۱۶ (۷/۷)
فک درگیر	
بالا	۷۳ (۳۴/۹)
پایین	۱۳۶ (۶۵/۱)

۱۲ مورد (۵/۷ درصد) جراحی‌ها دچار آئزین لودویگ، ۲ مورد (۱ درصد) جراحی‌ها دچار پنومونی، یک مورد (۰/۵ درصد) دچار ترومبوز سینوس کاورنوس و ۳ مورد (۱/۴ درصد) دچار سپسیس شدند. متأسفانه، ۳ مورد (۱/۴ درصد) جراحی‌ها منجر به مرگ شد.

بیشترین تعداد جراحی در فصل پاییز با ۸۰ مورد (۳۸/۳ درصد) و سپس در فصل زمستان با ۷۲ مورد (۳۴/۴ درصد) و کمترین تعداد جراحی‌ها در فصل تابستان با ۲۰ مورد (۹/۶ درصد) و سپس فصل بهار با ۳۷ مورد (۱۷/۷) بود.

در ارتباط با آنتی بیوتیک تجویز شده، بیشترین فراوانی آنتی بیوتیک تجویز شده مربوط به کلیندامایسین به تنهایی با ۷۲/۲ درصد (۱۵۱ مورد) و سپس کلیندامایسین با مترونیدازول با ۱۷/۲ درصد (۳۶ مورد) و بعد از آن شایعترین آنتی بیوتیک تجویز شده کلیندامایسین با ایمی پنم با ۱۱ مورد (۵/۳ درصد) و کلیندامایسین با تاوانکس با ۶ مورد (۲/۳ درصد) بوده است. همچنین کمترین فراوانی آنتی بیوتیک تجویز شده مربوط به پنی سیلین با ۲/۴ درصد (۵ مورد) بود.

جدول ۲، ارتباط بین نوع فضای درگیر با عامل عفونت، در هر فک را نشان می‌دهد. بر اساس این جدول، در عفونت فضاهای اینفرا تمپورال، باکال، ساب مستریک و ساب منتال فقط تورم و تب مشاهده شد. در آبسه‌های پتریگومندیبولار و ساب مندیبل، همه علائم (ادینوفاژی، دیس فاژی، دیس پنه، دیس فونی، تورم، تب و تریسموس) مشاهده شد. (جدول ۳)

بر طبق بررسی‌ها در ارتباط با درمان‌های انجام شده، ۲۵ نفر (۱۲ درصد) تحت بی‌حسی موضعی و ۱۸۴ نفر (۸۸ درصد) تحت بیهوشی عمومی طبق مشورت با متخصص بیهوشی، جراحی شدند. ۳۴/۴ درصد (۷۲ مورد) جراحی‌ها خارج دهانی، ۵۸/۹ درصد (۱۲۳ مورد) جراحی‌ها داخل دهانی و ۶/۷ درصد (۱۴ مورد) جراحی‌ها هم داخل دهانی و هم خارج دهانی بودند. ۸۱/۳ درصد (۱۷۰ مورد) از جراحی‌ها نیاز به انتوباسیون و ۷/۲ درصد (۱۵ مورد) از جراحی‌ها نیاز به تراکتوستومی داشتند. خوشبختانه، ۱۹۱ مورد (۹۱/۴ درصد) از جراحی‌ها عوارض جانبی نداشتند.

جدول ۲: ارتباط بین نوع آبسه و دندان عامل عفونت

فک	نوع آبسه	عامل عفونت			
		پر مولر اول و دوم	قدام	مولر اول و دوم	مولر سوم
بالا	اینفرا ارییتال	۳(۵۰/۰)	۱(۱۷/۰)	۲(۳۳/۰)	۰(۰/۰)
	اینفرا تمپورال	۰(۰/۰)	۰(۰/۰)	۱(۲۵/۰)	۳(۷۵/۰)
	باکال	۱(۳/۰)	۰(۰/۰)	۲۱(۵۴/۰)	۱۷(۴۴,۰)
	تمپورال	۰(۰/۰)	۰(۰/۰)	۰(۰/۰)	۱(۱۰۰/۰)
	ساب مستریک	۱(۱۴/۰)	۰(۰/۰)	۳(۴۳/۰)	۳(۴۳/۰)
	کانین	۰(۰/۰)	۱۶(۱۰۰/۰)	۰(۰/۰)	۰(۰/۰)
	کل	۵(۷/۰)	۱۷(۲۳/۰)	۲۷(۳۷/۰)	۲۴(۳۳/۰)
پایین	تریگومندیولار	۴(۴۰/۰)	۰(۰/۰)	۴(۴۰/۰)	۲(۲۰/۰)
	ساب لینگوال	۴(۳۱/۰)	۰(۰/۰)	۹(۶۹/۰)	۰(۰/۰)
	ساب منتال	۰(۰/۰)	۵(۱۰۰/۰)	۰(۰/۰)	۰(۰/۰)
	ساب مندیبل	۱۲(۱۱/۰)	۰(۰/۰)	۴۲(۳۹/۰)	۵۴(۵۰/۰)
	کل	۲۰(۱۵/۰)	۵(۴/۰)	۵۵(۴۰/۰)	۵۶(۴۱/۰)

داده ها بوسیله (درصد) تعداد توصیف شده اند.

جدول ۳: ارتباط بین علائم آبسه و نوع آبسه

آبسه	علائم						
	ادینوفاژی	دیس فاژی	دیس پنه	دیس فونی	تورم	تب	تریسموس
اینفرا ارییتال	۰(۰/۰)	۰(۰/۰)	۰(۰/۰)	۰(۰/۰)	۵(۱۰۰/۰)	۰(۰/۰)	۰(۰/۰)
اینفرا تمپورال	۰(۰/۰)	۰(۰/۰)	۰(۰/۰)	۰(۰/۰)	۴(۶۶/۷)	۲(۳۳/۳)	۰(۰/۰)
باکال	۰(۰/۰)	۰(۰/۰)	۰(۰/۰)	۰(۰/۰)	۳۶(۹۷/۳)	۱(۲/۷)	۰(۰/۰)
تریگومندیولار	۱۰(۱۵/۲)	۱۰(۱۵/۲)	۷(۱۰/۶)	۱۰(۱۵/۲)	۱۰(۱۵/۲)	۱۰(۱۵/۲)	۹(۱۳/۶)
تمپورال	۰(۰/۰)	۰(۰/۰)	۰(۰/۰)	۰(۰/۰)	۱(۱۰۰,۰)	۰(۰/۰)	۰(۰/۰)
ساب مستریک	۰(۰/۰)	۰(۰/۰)	۰(۰/۰)	۰(۰/۰)	۷(۵۳/۸)	۶(۴۶/۲)	۰(۰/۰)
ساب منتال	۰(۰/۰)	۰(۰/۰)	۰(۰/۰)	۰(۰/۰)	۳(۷۵/۰)	۱(۲۵/۰)	۰(۰/۰)
ساب مندیبل	۳۵(۱۱/۶)	۳۶(۱۱/۶)	۹(۳)	۴۶(۱۵/۲)	۱۰۱(۳۳/۳)	۲۳(۷/۶)	۵۴(۱۷/۸)
کانین	۰(۰/۰)	۰(۰/۰)	۰(۰/۰)	۰(۰/۰)	۱۲(۱۰۰,۰)	۰(۰/۰)	۰(۰/۰)
کل	۴۵(۱۰/۱)	۴۵(۱۰/۱)	۱۶(۳/۶)	۵۶(۱۲/۵)	۱۷۹(۴۰)	۴۳(۹/۶)	۶۳(۱۴/۱)

تمپورال، تمپورال، ساب مستریک و ساب متال فقط از انتوباسیون استفاده شده بود. (جدول ۵)

متوسط روزهای بستری در افراد دارای مشکل سیستمیک نسبت به سایرین بطور معنی داری بیشتر بود ($P < 0/001$). بطوریکه متوسط روزهای بستری افرادی که دارای مشکل زمینه ای پیوند کلیه و یا دیابت داشتند، بطور معنی داری نسبت به افراد باردار بیشتر بود ($P < 0/001$). همچنین، مدت زمان بستری در افرادی که دارای آبسه تریگومندیولار و ساب مستریک بودند، نسبت به سایرین بطور معنی داری بیشتر بود ($P < 0/001$). به طور قابل توجهی، مدت زمان بستری در افرادی که فقط کلیندامایسین و یا فقط پنی سیلین مصرف کرده بودند، نسبت به افرادی که ترکیبی از آنتی بیوتیکها را مصرف کرده بودند بطور معنی داری کمتر بود ($P < 0/001$). (جدول ۶)

در مطالعه حاضر مشخص گردید که در درمان جراحی عفونت فضای اینفرا تمپورال، پتریگومندیولار، تمپورال، ساب مستریک و ساب متال فقط از بیهوشی عمومی استفاده شده است. همچنین در عفونت فضای اینفرا ارییتال، باکال، ساب لینگوال و ساب مستریک فقط جراحی داخل دهانی انجام شده بود، در آبسه تمپورال فقط از جراحی خارج دهانی و فقط در آبسه های تریگومندیولار و ساب مندیبل از هر دو نوع جراحی استفاده شده بود. (جدول ۴)

در جدول ۵، فراوانی هر یک از انتوباسیون و تراکتوستومی به تفکیک نوع آبسه آورده شده است. فقط در عفونت دو فضای تریگومندیولار و ساب مندیبل از تراکتوستومی استفاده شده بود. همچنین در اغلب آبسه های اینفرا ارییتال، باکال، ساب مندیبل و در تمام آبسه های اینفرا

جدول ۴: ارتباط بین نوع آبسه، نوع بیهوشی و نوع جراحی

کل	نوع جراحی انجام شده			نوع بیهوشی		آبسه
	هر دو	داخل دهانی	خارج دهانی	لوکال	عمومی	
(۱۰۰/۰) ۶	(۰/۰) ۰	(۱۰۰/۰) ۶	(۰/۰) ۰	(۳۳/۳) ۲	(۶۶/۷) ۴	اینفرا ارییتال
(۱۰۰/۰) ۴	(۰/۰) ۰	(۵۰/۰) ۲	(۵۰/۰) ۲	(۰/۰) ۰	(۱۰۰/۰) ۴	اینفرا تمپورال
(۱۰۰/۰) ۳۹	(۰/۰) ۰	(۱۰۰/۰) ۳۹	(۰/۰) ۰	(۱۷/۹) ۷	(۸۲/۱) ۳۲	باکال
(۱۰۰/۰) ۱۰	(۴۰/۰) ۴	(۶۰/۰) ۶	(۰/۰) ۰	(۰/۰) ۰	(۱۰۰/۰) ۱۰	تریگومندیولار
(۱۰۰/۰) ۱	(۰/۰) ۰	(۰/۰) ۰	(۱۰۰/۰) ۱	(۰/۰) ۰	(۱۰۰/۰) ۱	تمپورال
(۱۰۰/۰) ۱۳	(۰/۰) ۰	(۱۰۰/۰) ۱۳	(۰/۰) ۰	(۵۳/۸) ۷	(۴۶/۲) ۶	ساب لینگوال
(۱۰۰/۰) ۷	(۰/۰) ۰	(۱۰۰/۰) ۷	(۰/۰) ۰	(۰/۰) ۰	(۱۰۰/۰) ۷	ساب مستریک
(۱۰۰/۰) ۵	(۰/۰) ۰	(۲۰) ۱	(۸۰) ۴	(۰/۰) ۰	(۱۰۰/۰) ۵	ساب متال
(۱۰۰/۰) ۱۰۸	(۹/۳) ۱۰	(۳۳/۳) ۳۶	(۵۷/۴) ۶۲	(۱/۹) ۲	(۹۸/۱) ۱۰۶	ساب مندیبل
(۱۰۰/۰) ۱۶	(۰/۰) ۰	(۸۱/۳) ۱۳	(۱۸/۸) ۷	(۴۳/۸) ۷	(۵۶/۳) ۹	کانین
(۱۰۰/۰) ۲۰۹	(۶/۷) ۱۴	(۵۸/۹) ۱۲۳	(۳۴/۴) ۷۲	(۱۲) ۲۵	(۸۸) ۱۸۴	کل

داده ها بوسیله (درصد) تعداد توصیف شده اند.

جدول ۵: ارتباط بین نوع آبسه و روش باز نگه داشتن راه تنفسی

کل	ایتوباسیون		تراکتوستومی		آبسه
	بلی	خیر	بلی	خیر	
(۱۰۰/۰) ۶	(۶۶/۷) ۴	(۳۳/۳) ۲	(۰/۰) ۰	(۱۰۰/۰) ۶	اینفرا ارییتال
(۱۰۰/۰) ۴	(۱۰۰/۰) ۴	(۰/۰) ۰	(۰/۰) ۰	(۱۰۰/۰) ۴	اینفرا تمپورال
(۱۰۰/۰) ۳۹	(۸۲/۱) ۳۲	(۱۷/۹) ۷	(۰/۰) ۰	(۱۰۰/۰) ۳۹	پاکال
(۱۰۰/۰) ۱۰	(۴۰/۰) ۴	(۶۰/۰) ۶	(۶۰/۰) ۶	(۴۰/۰) ۴	تریگومندیبولار
(۱۰۰/۰) ۱	(۱۰۰/۰) ۱	(۰/۰) ۰	(۰/۰) ۰	(۱۰۰/۰) ۱	تمپورال
(۱۰۰/۰) ۱۳	(۴۶/۲) ۶	(۵۳/۸) ۷	(۰/۰) ۰	(۱۰۰/۰) ۱۳	ساب لینگوال
(۱۰۰/۰) ۷	(۱۰۰/۰) ۷	(۰/۰) ۰	(۰/۰) ۰	(۱۰۰/۰) ۷	ساب مستریک
(۱۰۰/۰) ۵	(۱۰۰/۰) ۵	(۰/۰) ۰	(۰/۰) ۰	(۱۰۰/۰) ۵	ساب منتال
(۱۰۰/۰) ۱۰۸	(۹۰۷/۷) ۹۸	(۹/۳) ۱۰	(۸/۳) ۹	(۹۱/۷) ۹۹	ساب مندیپیل
(۱۰۰/۰) ۱۶	(۵۶/۳) ۹	(۴۳/۸) ۷	(۰/۰) ۰	(۱۰۰/۰) ۱۶	کانین
(۱۰۰/۰) ۲۰۹	(۸۱/۳) ۱۷۰	(۱۸/۷) ۳۹	(۷/۲) ۱۵	(۹۲/۸) ۱۹۴	کل

مستریک وجود داشت. از نظر آماری توزیع عوارض جانبی در آبسه های مختلف بطور معنی داری متفاوت بود ($P=۰/۰۱۳$).

بر اساس نتایج، فقط در ۴ نوع آبسه عارضه جانبی دیده شده بود. عارضه جانبی ترومبوز سینوس کاورنوس فقط در اینفرا تمپورال و عارضه جانبی سپسیس فقط در ساب

جدول ۶: مقایسه بین میزان زمان بستری بر حسب حضور و نوع مشکل سیستمیک، نوع آبسه و نوع آنتی بیوتیک تجویز شده

نتیجه آزمون	زمان بستری (بیشترین-کمترین)	میانگین* \pm انحراف معیار	تعداد	خیر	مشکل سیستمیک
$Z^{**}=۸/۹۴$	۸ - ۱	$۱/۴۳ \pm ۱/۲۰۱^a$	۱۷۵	خیر	مشکل سیستمیک
$P<۰/۰۰۱$	۱۰ - ۱	$۴/۷۶^b \pm ۲/۵۱$	۳۴	بلی	مشکل سیستمیک
$X^2=۱۱/۶۳$ $P=۰/۰۲۰$	۳ - ۱	$۱/۴۰^a \pm ۰/۸۹$	۵	بارداری	نوع مشکل سیستمیک
	۴ - ۴	$۴/۰۰^{a,b}$	۱	پیوند قلب	
	۷ - ۵	$۶/۰۰^b \pm ۱/۴۱$	۲	پیوند کلیه	
	۱۰ - ۲	$۵/۳۶^b \pm ۲/۳۶$	۲۵	دیابت	
	۵ - ۵	$۵/۰۰^{a,b}$	۱	کم توان ذهنی	

	۱ - ۱	۱/۰۰ ^a	۶	اینفرا ارییتال	نوع آبسه
	۵ - ۱	۲/۲۵ ^{a,b} ± ۱/۸۹	۴	اینفرا تمپورال	
	۵ - ۱	۱/۳۱ ^a ± ۰/۸۶	۳۹	باکال	
	۹ - ۳	۶/۶۰ ^b ± ۱/۹۶	۱۰	تریگومندیولار	
$X^2=62/97$	۲ - ۲	۲/۰۰ ^{a,b}	۱	تمپورال	
$P<0/001$	۳ - ۱	۱/۴۶ ^a ± ۰/۸۸	۱۳	ساب لینگوال	
	۶ - ۱	۴/۱۴ ^b ± ۱/۶۸	۷	ساب مستریک	
	۲ - ۱	۱/۲۰ ^a ± ۰/۴۵	۵	ساب متال	
	۱۰ - ۱	۱/۹۳ ^a ± ۱/۸۹	۱۰۸	ساب مندیبل	
	۱ - ۱	۱/۰۰ ^a	۱۶	کانین	
	۳ - ۱	۱/۴۰ ^a ± ۰/۸۹	۵	پنی سیلین	نوع آنتی بیوتیک تجویز شده
$X^2=166/78$	۴ - ۱	۱/۱۰ ^a ± ۰/۴۱	۱۵۱	کلیندامایسین	
$P<0/001$	۱۰ - ۴	۷/۳۶ ^b ± ۱/۷۵	۱۱	کلیندامایسین + ایمی پنم	
	۸ - ۳	۶/۶۷ ^b ± ۱/۸۶	۶	کلیندامایسین + تاوانکس	
	۷ - ۱	۳/۲۸ ^b ± ۱/۴۱	۳۶	کلیندامایسین + مترونیدازول	

*: حروف کوچک انگلیسی غیر مشابه بالای میانگین ها، نشان دهنده اختلاف معنی داری بین زمانهاست.

** : نتیجه آزمون یوی من ویتنی

بحث

سه نفر بر اثر بیماری فوت کرده بودند ولی درمان بقیه بیماران با موفقیت همراه بوده است. اتیولوژی تمام عفونت ها، ادنتوزنیک بود و شایع ترین دندان عامل، مولر سوم پایین بود.

در مطالعه حاضر تعداد مردان از تعداد زنان بیشتر بود. اکثر مطالعات انجام شده نشان دهنده غلبه مردان بودند. بر طبق مطالعات، زنان بیش از مردان به سلامت دهان و دندان خود اهمیت می دهند. از طرفی مصرف سیگار که یکی از فاکتورهای عامل مشکلات دندانی است، در مردان بیشتر است. (۱۶ و ۱۷)

میانگین سنی بیماران در این مطالعه ۳۵/۴۵ سال بود. در مطالعه Katoumas و همکاران^(۱۳)، میانگین سنی ۴۱/۶ سال بوده است. Igoumenakis و همکاران^(۱۶ و ۱۷)، نیز دو مطالعه در سال های ۲۰۱۴ و ۲۰۱۵ انجام داده اند که نتایج حاصل

عفونت های فضا های ماگزیلوفاسیال در سطح جهان به سرعت در حال افزایش است و می تواند خطری برای سلامت عمومی جامعه حساب شود. شیوع و علت این نوع عفونت ها بسته به شرایط اجتماعی-اقتصادی و محیطی از کشوری به کشوری دیگر، متفاوت می باشد. (۱۴ و ۱۳) هدف از این مطالعه مقطعی گذشته نگر، تعیین شیوع، علل و اپیدمیولوژی آبسه های فکی در بیماران مراجعه کننده به بیمارستان شهید شهید کامیاب در شهر مشهد، دومین شهر پرجمعیت ایران بود. در طی سه سال بررسی، ۲۰۹ نفر به علت آبسه فکی به بیمارستان مراجعه کرده بودند که شایع ترین فضای درگیر، ساب مندیبول بود. بیشترین عارضه مشاهده شده، آنژین لودویگ، سپسیس، پنومونی و ترومبوز سینوس کاورنوس بود. از بین این شرکت کنندگان متاسفانه

مطالعات^(۲۲و۱۳و۱۵و۱۶)، آبنه ساب مندیولار به عنوان شایع‌ترین نوع آبنه گزارش شده‌اند. علت شیوع بیشتر آبنه‌های ساب مندیولار این است که عفونت مربوط به مولرهای مندیبل که شایع‌ترین دندان‌های درگیر عفونت هستند، اغلب به این فضا پیشروی می‌کند. استخوان مندیبل در ناحیه لینگوال این مولرها نازک است و عفونت به راحتی آن را پرفوره کرده و از طریق عضله مایلوهایوتید به فضای ساب مندیولار می‌رسد.^(۱۳و۱۴)

در این مطالعه شایع‌ترین علامت در بیماران تورم (۸۵/۶) بود. بعد از آن تریسموس، دیس فونی، ادینوفاژی، دیسفاژی، تب و دیس‌پنه به ترتیب شایع‌ترین علائم بودند. در مطالعه Keswani^(۱۴) تمام بیماران درد، تورم و لنفادنوپاتی داشته‌اند. در سایر مطالعات نیز درد و تورم به عنوان شایع‌ترین علائم عفونت فضاهای ماگزیلوفاسیال معرفی شده‌اند.^(۲۲و۲۳) زیرا این دو علامت در تمام انواع آبنه‌ها مشاهده می‌شود ولی تریسموس، ادینوفاژی، دیسفاژی و دیس‌پنه بیشتر در بیماران با عفونت شدید فضاهای مندیولار مشاهده می‌شود. تب در بیمارانی مشاهده می‌شود که دچار عفونت شدید هستند. تریسموس شدید یکی از بارزترین علائم درگیری فضاهای جونده شامل پتریگومندیولار، ساب مستریک و اینفراتمپورال است.^(۵)

مطالعه حاضر نشان داد که انتخاب اول برای آنتی بیوتیک تراپی بیماران، کلیندامایسین است. ۷۲/۲ درصد بیماران با کلیندامایسین به تنهایی تحت درمان قرار گرفته بودند و بهبودی حاصل شده بود. ۱۷/۲ درصد از بیماران به همراه کلیندامایسین، مترونیدازول نیز دریافت کرده بودند. در بعضی مطالعات استفاده از کلیندامایسین به عنوان آنتی بیوتیک تجربی مورد حمایت است، زیرا تاثیر کافی در برابر میکروارگانیزم‌های بی‌هوازی مقاوم به پنی سیلین دارد.^(۱۳و۲۳) برخی از مطالعات نیز افزایش سطح

از آن‌ها نشان دهنده میانگین سنی ۴۰/۸ و ۳۹/۱ سال بوده است. میانگین سنی شرکت کنندگان مطالعه Gam و همکاران^(۱۸) و Nading و Taylor^(۱۹)، به ترتیب ۳۸/۹ و ۳۶/۱۷ سال بوده است. اصولاً بزرگسالان بیش از کودکان به عفونت‌های ماگزیلوفاسیال مبتلا می‌شوند.^(۲۰) این مساله دلایل مختلفی دارد؛ از جمله اینکه شیوع بیماری‌های سیستمیک، سوء مصرف مواد مخدر و مصرف داروهایی که باعث خشکی دهان می‌شوند در بزرگسالان بیشتر است. علت دیگر وجود دندان عقل است که به علت دسترسی مشکل، کمتر تمیز می‌شود. همچنین علاوه بر پوسیدگی و مشکلات پالپ شیوع پری کرونیته نیز در آنها زیاد است. از طرفی بزرگسالان نسبت به کودکان دوران طولانی‌تری در معرض عفونت‌های ادنتوژنیک بوده‌اند. افراد جوان بیش از افراد مسن دچار مشکلات دندانی می‌شوند، زیرا افراد مسن تعداد دندان‌های کمتری نسبت به افراد جوان‌تر دارند.^(۱۱و۱۵و۱۶و۱۷)

در این مطالعه دندان‌های مولر پایین به خصوص مولر سوم، شایع‌ترین دندان‌های عامل بودند. مطالعات دیگر نیز مولرهای مندیبل را به عنوان شایع‌ترین دندان عامل گزارش کرده‌اند. در برخی مطالعات، مولر دوم و در برخی مولر سوم بیشترین فراوانی را داشته‌اند که علت آن بهداشت ناکافی این دندان‌ها و مشکل بودن درمان‌های ترمیمی در این ناحیه است. گزارش شده است که عفونت‌های ادنتوژنیک بیشترین عفونت‌های دهانی صورت هستند که ممکن است در فضاهای مجاور گسترش یافته و منجر به درگیری فضاهای متعددی شوند که می‌توانند به موقعیت‌های تهدید کننده زندگی تبدیل شوند.^{(۱۱و۱۶و۱۷و۱۸و۱۹و۲۰و۲۱و۲۲و۲۳و۲۴و۲۵و۲۶و۲۷و۲۸و۲۹و۳۰و۳۱و۳۲و۳۳و۳۴و۳۵و۳۶و۳۷و۳۸و۳۹و۴۰و۴۱و۴۲و۴۳و۴۴و۴۵و۴۶و۴۷و۴۸و۴۹و۵۰و۵۱و۵۲و۵۳و۵۴و۵۵و۵۶و۵۷و۵۸و۵۹و۶۰و۶۱و۶۲و۶۳و۶۴و۶۵و۶۶و۶۷و۶۸و۶۹و۷۰و۷۱و۷۲و۷۳و۷۴و۷۵و۷۶و۷۷و۷۸و۷۹و۸۰و۸۱و۸۲و۸۳و۸۴و۸۵و۸۶و۸۷و۸۸و۸۹و۹۰و۹۱و۹۲و۹۳و۹۴و۹۵و۹۶و۹۷و۹۸و۹۹و۱۰۰و۱۰۱و۱۰۲و۱۰۳و۱۰۴و۱۰۵و۱۰۶و۱۰۷و۱۰۸و۱۰۹و۱۱۰و۱۱۱و۱۱۲و۱۱۳و۱۱۴و۱۱۵و۱۱۶و۱۱۷و۱۱۸و۱۱۹و۱۲۰و۱۲۱و۱۲۲و۱۲۳و۱۲۴و۱۲۵و۱۲۶و۱۲۷و۱۲۸و۱۲۹و۱۳۰و۱۳۱و۱۳۲و۱۳۳و۱۳۴و۱۳۵و۱۳۶و۱۳۷و۱۳۸و۱۳۹و۱۴۰و۱۴۱و۱۴۲و۱۴۳و۱۴۴و۱۴۵و۱۴۶و۱۴۷و۱۴۸و۱۴۹و۱۵۰و۱۵۱و۱۵۲و۱۵۳و۱۵۴و۱۵۵و۱۵۶و۱۵۷و۱۵۸و۱۵۹و۱۶۰و۱۶۱و۱۶۲و۱۶۳و۱۶۴و۱۶۵و۱۶۶و۱۶۷و۱۶۸و۱۶۹و۱۷۰و۱۷۱و۱۷۲و۱۷۳و۱۷۴و۱۷۵و۱۷۶و۱۷۷و۱۷۸و۱۷۹و۱۸۰و۱۸۱و۱۸۲و۱۸۳و۱۸۴و۱۸۵و۱۸۶و۱۸۷و۱۸۸و۱۸۹و۱۹۰و۱۹۱و۱۹۲و۱۹۳و۱۹۴و۱۹۵و۱۹۶و۱۹۷و۱۹۸و۱۹۹و۲۰۰و۲۰۱و۲۰۲و۲۰۳و۲۰۴و۲۰۵و۲۰۶و۲۰۷و۲۰۸و۲۰۹و۲۱۰و۲۱۱و۲۱۲و۲۱۳و۲۱۴و۲۱۵و۲۱۶و۲۱۷و۲۱۸و۲۱۹و۲۲۰و۲۲۱و۲۲۲و۲۲۳و۲۲۴و۲۲۵و۲۲۶و۲۲۷و۲۲۸و۲۲۹و۲۳۰و۲۳۱و۲۳۲و۲۳۳و۲۳۴و۲۳۵و۲۳۶و۲۳۷و۲۳۸و۲۳۹و۲۴۰و۲۴۱و۲۴۲و۲۴۳و۲۴۴و۲۴۵و۲۴۶و۲۴۷و۲۴۸و۲۴۹و۲۵۰و۲۵۱و۲۵۲و۲۵۳و۲۵۴و۲۵۵و۲۵۶و۲۵۷و۲۵۸و۲۵۹و۲۶۰و۲۶۱و۲۶۲و۲۶۳و۲۶۴و۲۶۵و۲۶۶و۲۶۷و۲۶۸و۲۶۹و۲۷۰و۲۷۱و۲۷۲و۲۷۳و۲۷۴و۲۷۵و۲۷۶و۲۷۷و۲۷۸و۲۷۹و۲۸۰و۲۸۱و۲۸۲و۲۸۳و۲۸۴و۲۸۵و۲۸۶و۲۸۷و۲۸۸و۲۸۹و۲۹۰و۲۹۱و۲۹۲و۲۹۳و۲۹۴و۲۹۵و۲۹۶و۲۹۷و۲۹۸و۲۹۹و۳۰۰و۳۰۱و۳۰۲و۳۰۳و۳۰۴و۳۰۵و۳۰۶و۳۰۷و۳۰۸و۳۰۹و۳۱۰و۳۱۱و۳۱۲و۳۱۳و۳۱۴و۳۱۵و۳۱۶و۳۱۷و۳۱۸و۳۱۹و۳۲۰و۳۲۱و۳۲۲و۳۲۳و۳۲۴و۳۲۵و۳۲۶و۳۲۷و۳۲۸و۳۲۹و۳۳۰و۳۳۱و۳۳۲و۳۳۳و۳۳۴و۳۳۵و۳۳۶و۳۳۷و۳۳۸و۳۳۹و۳۴۰و۳۴۱و۳۴۲و۳۴۳و۳۴۴و۳۴۵و۳۴۶و۳۴۷و۳۴۸و۳۴۹و۳۵۰و۳۵۱و۳۵۲و۳۵۳و۳۵۴و۳۵۵و۳۵۶و۳۵۷و۳۵۸و۳۵۹و۳۶۰و۳۶۱و۳۶۲و۳۶۳و۳۶۴و۳۶۵و۳۶۶و۳۶۷و۳۶۸و۳۶۹و۳۷۰و۳۷۱و۳۷۲و۳۷۳و۳۷۴و۳۷۵و۳۷۶و۳۷۷و۳۷۸و۳۷۹و۳۸۰و۳۸۱و۳۸۲و۳۸۳و۳۸۴و۳۸۵و۳۸۶و۳۸۷و۳۸۸و۳۸۹و۳۹۰و۳۹۱و۳۹۲و۳۹۳و۳۹۴و۳۹۵و۳۹۶و۳۹۷و۳۹۸و۳۹۹و۴۰۰و۴۰۱و۴۰۲و۴۰۳و۴۰۴و۴۰۵و۴۰۶و۴۰۷و۴۰۸و۴۰۹و۴۱۰و۴۱۱و۴۱۲و۴۱۳و۴۱۴و۴۱۵و۴۱۶و۴۱۷و۴۱۸و۴۱۹و۴۲۰و۴۲۱و۴۲۲و۴۲۳و۴۲۴و۴۲۵و۴۲۶و۴۲۷و۴۲۸و۴۲۹و۴۳۰و۴۳۱و۴۳۲و۴۳۳و۴۳۴و۴۳۵و۴۳۶و۴۳۷و۴۳۸و۴۳۹و۴۴۰و۴۴۱و۴۴۲و۴۴۳و۴۴۴و۴۴۵و۴۴۶و۴۴۷و۴۴۸و۴۴۹و۴۵۰و۴۵۱و۴۵۲و۴۵۳و۴۵۴و۴۵۵و۴۵۶و۴۵۷و۴۵۸و۴۵۹و۴۶۰و۴۶۱و۴۶۲و۴۶۳و۴۶۴و۴۶۵و۴۶۶و۴۶۷و۴۶۸و۴۶۹و۴۷۰و۴۷۱و۴۷۲و۴۷۳و۴۷۴و۴۷۵و۴۷۶و۴۷۷و۴۷۸و۴۷۹و۴۸۰و۴۸۱و۴۸۲و۴۸۳و۴۸۴و۴۸۵و۴۸۶و۴۸۷و۴۸۸و۴۸۹و۴۹۰و۴۹۱و۴۹۲و۴۹۳و۴۹۴و۴۹۵و۴۹۶و۴۹۷و۴۹۸و۴۹۹و۵۰۰و۵۰۱و۵۰۲و۵۰۳و۵۰۴و۵۰۵و۵۰۶و۵۰۷و۵۰۸و۵۰۹و۵۱۰و۵۱۱و۵۱۲و۵۱۳و۵۱۴و۵۱۵و۵۱۶و۵۱۷و۵۱۸و۵۱۹و۵۲۰و۵۲۱و۵۲۲و۵۲۳و۵۲۴و۵۲۵و۵۲۶و۵۲۷و۵۲۸و۵۲۹و۵۳۰و۵۳۱و۵۳۲و۵۳۳و۵۳۴و۵۳۵و۵۳۶و۵۳۷و۵۳۸و۵۳۹و۵۴۰و۵۴۱و۵۴۲و۵۴۳و۵۴۴و۵۴۵و۵۴۶و۵۴۷و۵۴۸و۵۴۹و۵۵۰و۵۵۱و۵۵۲و۵۵۳و۵۵۴و۵۵۵و۵۵۶و۵۵۷و۵۵۸و۵۵۹و۵۶۰و۵۶۱و۵۶۲و۵۶۳و۵۶۴و۵۶۵و۵۶۶و۵۶۷و۵۶۸و۵۶۹و۵۷۰و۵۷۱و۵۷۲و۵۷۳و۵۷۴و۵۷۵و۵۷۶و۵۷۷و۵۷۸و۵۷۹و۵۸۰و۵۸۱و۵۸۲و۵۸۳و۵۸۴و۵۸۵و۵۸۶و۵۸۷و۵۸۸و۵۸۹و۵۹۰و۵۹۱و۵۹۲و۵۹۳و۵۹۴و۵۹۵و۵۹۶و۵۹۷و۵۹۸و۵۹۹و۶۰۰و۶۰۱و۶۰۲و۶۰۳و۶۰۴و۶۰۵و۶۰۶و۶۰۷و۶۰۸و۶۰۹و۶۱۰و۶۱۱و۶۱۲و۶۱۳و۶۱۴و۶۱۵و۶۱۶و۶۱۷و۶۱۸و۶۱۹و۶۲۰و۶۲۱و۶۲۲و۶۲۳و۶۲۴و۶۲۵و۶۲۶و۶۲۷و۶۲۸و۶۲۹و۶۳۰و۶۳۱و۶۳۲و۶۳۳و۶۳۴و۶۳۵و۶۳۶و۶۳۷و۶۳۸و۶۳۹و۶۴۰و۶۴۱و۶۴۲و۶۴۳و۶۴۴و۶۴۵و۶۴۶و۶۴۷و۶۴۸و۶۴۹و۶۵۰و۶۵۱و۶۵۲و۶۵۳و۶۵۴و۶۵۵و۶۵۶و۶۵۷و۶۵۸و۶۵۹و۶۶۰و۶۶۱و۶۶۲و۶۶۳و۶۶۴و۶۶۵و۶۶۶و۶۶۷و۶۶۸و۶۶۹و۶۷۰و۶۷۱و۶۷۲و۶۷۳و۶۷۴و۶۷۵و۶۷۶و۶۷۷و۶۷۸و۶۷۹و۶۸۰و۶۸۱و۶۸۲و۶۸۳و۶۸۴و۶۸۵و۶۸۶و۶۸۷و۶۸۸و۶۸۹و۶۹۰و۶۹۱و۶۹۲و۶۹۳و۶۹۴و۶۹۵و۶۹۶و۶۹۷و۶۹۸و۶۹۹و۷۰۰و۷۰۱و۷۰۲و۷۰۳و۷۰۴و۷۰۵و۷۰۶و۷۰۷و۷۰۸و۷۰۹و۷۱۰و۷۱۱و۷۱۲و۷۱۳و۷۱۴و۷۱۵و۷۱۶و۷۱۷و۷۱۸و۷۱۹و۷۲۰و۷۲۱و۷۲۲و۷۲۳و۷۲۴و۷۲۵و۷۲۶و۷۲۷و۷۲۸و۷۲۹و۷۳۰و۷۳۱و۷۳۲و۷۳۳و۷۳۴و۷۳۵و۷۳۶و۷۳۷و۷۳۸و۷۳۹و۷۴۰و۷۴۱و۷۴۲و۷۴۳و۷۴۴و۷۴۵و۷۴۶و۷۴۷و۷۴۸و۷۴۹و۷۵۰و۷۵۱و۷۵۲و۷۵۳و۷۵۴و۷۵۵و۷۵۶و۷۵۷و۷۵۸و۷۵۹و۷۶۰و۷۶۱و۷۶۲و۷۶۳و۷۶۴و۷۶۵و۷۶۶و۷۶۷و۷۶۸و۷۶۹و۷۷۰و۷۷۱و۷۷۲و۷۷۳و۷۷۴و۷۷۵و۷۷۶و۷۷۷و۷۷۸و۷۷۹و۷۸۰و۷۸۱و۷۸۲و۷۸۳و۷۸۴و۷۸۵و۷۸۶و۷۸۷و۷۸۸و۷۸۹و۷۹۰و۷۹۱و۷۹۲و۷۹۳و۷۹۴و۷۹۵و۷۹۶و۷۹۷و۷۹۸و۷۹۹و۸۰۰و۸۰۱و۸۰۲و۸۰۳و۸۰۴و۸۰۵و۸۰۶و۸۰۷و۸۰۸و۸۰۹و۸۱۰و۸۱۱و۸۱۲و۸۱۳و۸۱۴و۸۱۵و۸۱۶و۸۱۷و۸۱۸و۸۱۹و۸۲۰و۸۲۱و۸۲۲و۸۲۳و۸۲۴و۸۲۵و۸۲۶و۸۲۷و۸۲۸و۸۲۹و۸۳۰و۸۳۱و۸۳۲و۸۳۳و۸۳۴و۸۳۵و۸۳۶و۸۳۷و۸۳۸و۸۳۹و۸۴۰و۸۴۱و۸۴۲و۸۴۳و۸۴۴و۸۴۵و۸۴۶و۸۴۷و۸۴۸و۸۴۹و۸۵۰و۸۵۱و۸۵۲و۸۵۳و۸۵۴و۸۵۵و۸۵۶و۸۵۷و۸۵۸و۸۵۹و۸۶۰و۸۶۱و۸۶۲و۸۶۳و۸۶۴و۸۶۵و۸۶۶و۸۶۷و۸۶۸و۸۶۹و۸۷۰و۸۷۱و۸۷۲و۸۷۳و۸۷۴و۸۷۵و۸۷۶و۸۷۷و۸۷۸و۸۷۹و۸۸۰و۸۸۱و۸۸۲و۸۸۳و۸۸۴و۸۸۵و۸۸۶و۸۸۷و۸۸۸و۸۸۹و۸۹۰و۸۹۱و۸۹۲و۸۹۳و۸۹۴و۸۹۵و۸۹۶و۸۹۷و۸۹۸و۸۹۹و۹۰۰و۹۰۱و۹۰۲و۹۰۳و۹۰۴و۹۰۵و۹۰۶و۹۰۷و۹۰۸و۹۰۹و۹۱۰و۹۱۱و۹۱۲و۹۱۳و۹۱۴و۹۱۵و۹۱۶و۹۱۷و۹۱۸و۹۱۹و۹۲۰و۹۲۱و۹۲۲و۹۲۳و۹۲۴و۹۲۵و۹۲۶و۹۲۷و۹۲۸و۹۲۹و۹۳۰و۹۳۱و۹۳۲و۹۳۳و۹۳۴و۹۳۵و۹۳۶و۹۳۷و۹۳۸و۹۳۹و۹۴۰و۹۴۱و۹۴۲و۹۴۳و۹۴۴و۹۴۵و۹۴۶و۹۴۷و۹۴۸و۹۴۹و۹۵۰و۹۵۱و۹۵۲و۹۵۳و۹۵۴و۹۵۵و۹۵۶و۹۵۷و۹۵۸و۹۵۹و۹۶۰و۹۶۱و۹۶۲و۹۶۳و۹۶۴و۹۶۵و۹۶۶و۹۶۷و۹۶۸و۹۶۹و۹۷۰و۹۷۱و۹۷۲و۹۷۳و۹۷۴و۹۷۵و۹۷۶و۹۷۷و۹۷۸و۹۷۹و۹۸۰و۹۸۱و۹۸۲و۹۸۳و۹۸۴و۹۸۵و۹۸۶و۹۸۷و۹۸۸و۹۸۹و۹۹۰و۹۹۱و۹۹۲و۹۹۳و۹۹۴و۹۹۵و۹۹۶و۹۹۷و۹۹۸و۹۹۹و۱۰۰۰و۱۰۰۱و۱۰۰۲و۱۰۰۳و۱۰۰۴و۱۰۰۵و۱۰۰۶و۱۰۰۷و۱۰۰۸و۱۰۰۹و۱۰۱۰و۱۰۱۱و۱۰۱۲و۱۰۱۳و۱۰۱۴و۱۰۱۵و۱۰۱۶و۱۰۱۷و۱۰۱۸و۱۰۱۹و۱۰۲۰و۱۰۲۱و۱۰۲۲و۱۰۲۳و۱۰۲۴و۱۰۲۵و۱۰۲۶و۱۰۲۷و۱۰۲۸و۱۰۲۹و۱۰۳۰و۱۰۳۱و۱۰۳۲و۱۰۳۳و۱۰۳۴و۱۰۳۵و۱۰۳۶و۱۰۳۷و۱۰۳۸و۱۰۳۹و۱۰۴۰و۱۰۴۱و۱۰۴۲و۱۰۴۳و۱۰۴۴و۱۰۴۵و۱۰۴۶و۱۰۴۷و۱۰۴۸و۱۰۴۹و۱۰۵۰و۱۰۵۱و۱۰۵۲و۱۰۵۳و۱۰۵۴و۱۰۵۵و۱۰۵۶و۱۰۵۷و۱۰۵۸و۱۰۵۹و۱۰۶۰و۱۰۶۱و۱۰۶۲و۱۰۶۳و۱۰۶۴و۱۰۶۵و۱۰۶۶و۱۰۶۷و۱۰۶۸و۱۰۶۹و۱۰۷۰و۱۰۷۱و۱۰۷۲و۱۰۷۳و۱۰۷۴و۱۰۷۵و۱۰۷۶و۱۰۷۷و۱۰۷۸و۱۰۷۹و۱۰۸۰و۱۰۸۱و۱۰۸۲و۱۰۸۳و۱۰۸۴و۱۰۸۵و۱۰۸۶و۱۰۸۷و۱۰۸۸و۱۰۸۹و۱۰۹۰و۱۰۹۱و۱۰۹۲و۱۰۹۳و۱۰۹۴و۱۰۹۵و۱۰۹۶و۱۰۹۷و۱۰۹۸و۱۰۹۹و۱۱۰۰و۱۱۰۱و۱۱۰۲و۱۱۰۳و۱۱۰۴و۱۱۰۵و۱۱۰۶و۱۱۰۷و۱۱۰۸و۱۱۰۹و۱۱۱۰و۱۱۱۱و۱۱۱۲و۱۱۱۳و۱۱۱۴و۱۱۱۵و۱۱۱۶و۱۱۱۷و۱۱۱۸و۱۱۱۹و۱۱۲۰و۱۱۲۱و۱۱۲۲و۱۱۲۳و۱۱۲۴و۱۱۲۵و۱۱۲۶و۱۱۲۷و۱۱۲۸و۱۱۲۹و۱۱۳۰و۱۱۳۱و۱۱۳۲و۱۱۳۳و۱۱۳۴و۱۱۳۵و۱۱۳۶و۱۱۳۷و۱۱۳۸و۱۱۳۹و۱۱۴۰و۱۱۴۱و۱۱۴۲و۱۱۴۳و۱۱۴۴و۱۱۴۵و۱۱۴۶و۱۱۴۷و۱۱۴۸و۱۱۴۹و۱۱۵۰و۱۱۵۱و۱۱۵۲و۱۱۵۳و۱۱۵۴و۱۱۵۵و۱۱۵۶و۱۱۵۷و۱۱۵۸و۱۱۵۹و۱۱۶۰و۱۱۶۱و۱۱۶۲و۱۱۶۳و۱۱۶۴و۱۱۶۵و۱۱۶۶و۱۱۶۷و۱۱۶۸و۱۱۶۹و۱۱۷۰و۱۱۷۱و۱۱۷۲و۱۱۷۳و۱۱۷۴و۱۱۷۵و۱۱۷۶و۱۱۷۷و۱۱۷۸و۱۱۷۹و۱۱۸۰و۱۱۸۱و۱۱۸۲و۱۱۸۳و۱۱۸۴و۱۱۸۵و۱۱۸۶و۱۱۸۷و۱۱۸۸و۱۱۸۹و۱۱۹۰و۱۱۹۱و۱۱۹۲و۱۱۹۳و۱۱۹۴و۱۱۹۵و۱۱۹۶و۱۱۹۷و۱۱۹۸و۱۱۹۹و۱۲۰۰و۱۲۰۱و۱۲۰۲و۱۲۰۳و۱۲۰۴و۱۲۰۵و۱۲۰۶و۱۲۰۷و۱۲۰۸و۱۲۰۹و۱۲۱۰و۱۲۱۱و۱۲۱۲و۱۲۱۳و۱۲۱۴و۱۲۱۵و۱۲۱۶و۱۲۱۷و۱۲۱۸و۱۲۱۹و۱۲۲۰و۱۲۲۱و۱۲۲۲و۱۲۲۳و۱۲۲۴و۱۲۲۵و۱۲۲۶و۱۲۲۷و۱۲۲۸و۱۲۲۹و۱۲۳۰و۱۲۳۱و۱۲۳۲و۱۲۳۳و۱۲۳۴و۱۲۳۵و۱۲۳۶و۱۲۳۷و۱۲۳۸و۱۲۳۹و۱۲۴۰و۱۲۴۱و۱۲۴۲و۱۲۴۳و۱۲۴۴و۱۲۴۵و۱۲۴۶و۱۲۴۷و۱۲۴۸و۱۲۴۹و۱۲۵۰و۱۲۵۱و۱۲۵۲و۱۲۵۳و۱۲۵۴و۱۲۵۵و۱۲۵۶و۱۲۵۷و۱۲۵۸و۱۲۵۹و۱۲۶۰و۱۲۶۱و۱۲۶۲و۱۲۶۳و۱۲۶۴و۱۲۶۵و۱۲۶۶و۱۲۶۷و۱۲۶۸و۱۲۶۹و۱۲۷۰و۱۲۷۱و۱۲۷۲و۱۲۷۳و۱۲۷۴و۱۲۷۵و۱۲۷۶و۱۲۷۷و۱۲۷۸و۱۲۷۹و۱۲۸۰و۱۲۸۱و۱۲۸۲و۱۲۸۳و۱۲۸۴و۱۲۸۵و۱۲۸۶و۱۲۸۷و۱۲۸۸و۱۲۸۹و۱۲۹۰و۱۲۹۱و۱۲۹۲و۱۲۹۳و۱۲۹۴و۱۲۹۵و۱۲۹۶و۱۲۹۷و۱۲۹۸و۱۲۹۹و۱۳۰۰و۱۳۰۱و۱۳۰۲و۱۳۰۳و۱۳۰۴و۱۳۰۵و۱۳۰۶و۱۳۰۷و۱۳۰۸و۱۳۰۹و۱۳۱۰و۱۳۱۱و۱۳۱۲و۱۳۱۳و۱۳۱۴و۱۳۱۵و۱۳۱۶و۱۳۱۷و۱۳۱۸و۱۳۱۹و۱۳۲۰و۱۳۲۱و۱۳۲۲و۱۳۲۳و۱۳۲۴و۱۳۲۵و۱۳۲۶و۱۳۲۷و۱۳۲۸و۱۳۲۹و۱۳۳۰و۱۳۳۱و۱۳۳۲و۱۳۳۳و۱۳۳۴و۱۳۳۵و۱۳۳۶و۱۳۳۷و۱۳۳۸و۱۳۳۹و۱۳۴۰و۱۳۴۱و۱۳۴۲و۱۳۴۳و۱۳۴۴و۱۳۴۵و۱۳۴۶و۱۳۴۷و۱۳۴۸و۱۳۴۹و۱۳۵۰و۱۳۵۱و۱۳۵۲و۱۳۵۳و۱۳۵۴و۱۳۵۵و۱۳۵۶و۱۳۵۷و۱۳۵۸و۱۳۵۹و۱۳۶۰و۱۳۶۱و۱۳۶۲و۱۳۶۳و۱۳۶۴و۱۳۶۵و۱۳۶۶و۱۳۶۷و۱۳۶۸و۱۳۶۹و۱۳۷۰و۱۳۷۱و۱۳۷۲و۱۳۷۳و۱۳۷۴و۱۳۷۵و۱۳۷۶و۱۳۷۷و۱۳۷۸و۱۳۷۹و۱۳۸۰و۱۳۸۱و۱۳۸۲و۱۳۸۳و۱۳۸۴و۱۳۸۵و۱۳۸۶و۱۳۸۷و۱۳۸۸و۱۳۸۹و۱۳۹۰و۱۳۹۱و۱۳۹۲و۱۳۹۳و۱۳۹۴و۱۳۹۵و۱۳۹۶و۱۳۹۷و۱۳۹۸و۱۳۹۹و۱۴۰۰و۱۴۰۱و۱۴۰۲و۱۴۰۳و۱۴۰۴و۱۴۰۵و۱۴۰۶و۱۴۰۷و۱۴۰۸و۱۴۰۹و۱۴۱۰و۱۴۱۱و۱۴۱۲و۱۴۱۳و۱۴۱۴و۱۴۱۵و۱۴۱۶و۱۴۱۷و۱۴۱۸و۱۴۱۹و۱۴۲۰و۱۴۲۱و۱۴۲۲و۱۴۲۳و۱۴۲۴و۱۴۲۵و۱۴۲۶و۱۴۲۷و۱۴۲۸و۱۴۲۹و۱۴۳۰و۱۴۳۱و۱۴۳۲و۱۴۳۳و۱۴۳۴و۱۴۳۵و۱۴۳۶و۱۴۳۷و۱۴۳۸و۱۴۳۹و۱۴۴۰و۱۴۴۱و۱۴۴۲و۱۴۴۳و۱۴۴۴و۱۴۴۵و۱۴۴۶و۱۴۴۷و۱۴۴۸و۱۴۴۹و۱۴۵۰و۱۴۵۱و۱۴۵۲و۱۴۵۳و۱۴۵۴و۱۴۵۵و۱۴۵۶و۱۴۵۷و۱۴۵۸و۱۴۵۹و۱۴۶۰و۱۴۶۱و۱۴۶۲و۱۴۶۳و۱۴۶۴و۱۴۶۵و۱۴۶۶و۱۴۶۷و۱۴۶۸و۱۴۶۹و۱۴۷۰و۱۴۷۱و۱۴۷۲و۱۴۷۳و۱۴۷}

شایع ترین روش گزارش شده اند، علت آن را آسان تر بودن درناژ و عدم ایجاد مشکلاتی مانند ایجاد فیستول، صاف شدن وستیبول، آسیب به عصب منتال و مشکلات غذا خوردن عنوان کرده اند.^(۷۹و۸)

در مطالعه حاضر آنژین لودویگ شایع ترین عارضه ای که بود که دو مورد از آن ها منجر به فوت گردید. برای بیمارانی که دچار آنژین لودویگ شده بودند به جای انتوباسیون، تراکتوستومی انجام شده بود. قابل ذکر است که تخلیه آبنه های ماگزیلوفاسیال تحت بیهوشی عمومی نیازمند ملاحظات خاص حفظ راه هوایی جهت جلوگیری از آسپیراسیون می باشد.^(۲۵)

Kassam و همکارانش^(۲۸) در مطالعه ای در سال ۲۰۱۳ اجتناب از اینتوباسیون برای بیماران مبتلا به آنژین لودویگ و انجام تراکتوستومی برای آن ها را توصیه کرده اند. آن ها معتقدند انتوباسیون برای این بیماران ممکن است باعث خونریزی، اسپاسم حنجره، ادم راه هوایی، پارگی بافت و آسپیراسیون چرک شود.

در مطالعه حاضر طول دوران بستری ۱۰-۱ روز بوده است. نتایج حاصل از این مطالعه نشان داد که طول دوران بستری با شرایط سیستمیک، نوع آبنه و نوع آنتی بیوتیک مصرفی ارتباط معناداری داشته است. Peters و همکارانش^(۲۹) مشکلات سیستمیک و محل عفونت را به عنوان عوامل تعیین کننده طول دوران بستری گزارش کرده اند. Rasteiene و همکارانش^(۶) نیاز به اصلاح آنتی بیوتیک و استفاده از آنتی بیوتیک ترکیبی را از عوامل افزایش طول دوران بستری گزارش کرده اند. مدت زمان بستری در افرادی که فقط کلیندامایسین یا فقط پنی سیلین استفاده کرده بودند، نسبت به افرادی که ترکیبی از آنتی بیوتیک ها را مصرف کرده بودند، به طور معنی داری کمتر بود، این مساله می تواند به دلیل درگیری و عفونت

مقاومت به آن را گزارش کرده اند. در برخی مطالعات آمده است که کلیندامایسین به اندازه آموکسی کلاو در درمان عفونت های بی هوایی موثر نیست.^(۲-۴) Thomas Muck و همکارانش^(۲) نیز آموکسی کلاو را موثرترین دارو در درمان آبنه های پری مندیبولار گزارش کرده اند. Zirk و همکارانش^(۲۴) سفالوسپورین ها را به عنوان گزینه ای دیگر در درمان عفونت های شدید ادنتوژنیک و در صورت آلرژی به بتالاکتام، موکسی فلوکساسین و کوتریموکسازول را به عنوان بهترین داروها گزارش کرده اند. موکسی فلوکساسین به طور موفقیت آمیزی در درمان عفونت راه هوایی فوقانی، سینوزیت و عفونت های بافت نرم استفاده شده است. موکسی فلوکساسین به علت غلظت بالایی که در بافت استخوانی ایجاد می کند انتخاب خوبی برای درمان بیماران مبتلا به آبنه فکی است. از طرفی آزمایشات، مقاومت به موکسی فلوکساسین را نشان نداده اند.

طبق مطالعه Bhagania و همکاران^(۲۵)، کلیندامایسین به تنهایی و یا در ترکیب با پنی سیلین و مترونیدازول، دو رژیم دارویی موثر برای عفونت های شدید ادنتوژنیک می باشد. طبق گایدلاین های جدید، آنتی بیوتیک پیشنهادی اول در درمان عفونت های دندانی ماگزیلوفاسیال پنی سیلین نیست. با توجه به مقاومت باکتریال نسبت به پنی سیلین، درمان با کلیندامایسین منجر به بستری کوتاه تر در بیمارستان و کاهش هزینه های درمانی با موفقیت بالاتر شد.

در مطالعه حاضر مشخص شد بیشتر از روش جراحی داخل دهانی برای درمان جراحی بیماران استفاده شده است. در برخی از مطالعات روش جراحی داخل دهانی به دلیل عدم آسیب به عروق خونی بزرگ، کوتاه بودن زمان ریکاوری، عدم تشکیل اسکار و مشکلات زیبایی بعد از عمل^(۲۷و۲۶و۱۳) به عنوان پرکاربردترین روش گزارش شده است. در برخی مطالعات که روش خارج دهانی به عنوان

جمعیت در شهرهای مختلف نتایج حاصل از این پژوهش را نمی‌توان به کل جامعه تعمیم داد.

بهرتر است مبحث عفونت‌های ماگزیلوفاسیال، در برنامه آموزشی دوره عمومی دندانپزشکان قرار داده شود. چراکه توانایی دندانپزشکان در مدیریت صحیح عفونت‌های ادنتوژنیک، شناخت افراد مستعد عفونت‌های ماگزیلوفاسیال و اقدامات پیشگیری کننده لازم و ارجاع به هنگام بیمار به متخصص می‌تواند از بروز عوارض غیر قابل جبران برای بیماران تا حد زیادی پیشگیری کند. همچنین با توجه به اینکه تنها انجام یک پژوهش در سطح کوچکی از جامعه جهت آگاهی از اپیدمیولوژی و اتیولوژی آن، کافی نیست، پیشنهاد می‌شود مطالعات مشابه در مناطق مختلف کشور انجام شود. چهار عامل اقتصاد، سواد و آگاهی، مهارت دندانپزشکان در مدیریت عفونت‌های ادنتوژنیک و مشکلات سیستمیک، نقش مهمی در میزان شیوع عفونت‌های ماگزیلوفاسیال دارند. بنابراین هرگونه اقدامی که قرار است جهت پیشگیری از این مشکل در سطح جامعه صورت گیرد، باید متمرکز بر این چهار عامل باشد.

نظارت بر میزان دسترسی مردم به آنتی بیوتیک‌ها و جلوگیری از مصرف بی رویه و غیرضروری آن کمک شایانی به درمان بیماری‌های عفونی در سطح جامعه می‌کند، چرا که مقاومت دارویی یکی از عوامل مهم شکست درمان بیماران مبتلا به عفونت است.

نتیجه گیری

در مطالعه حاضر، در بین مراجعین به بیمارستان شهید شهید کامیاب مشهد در سال‌های ۹۸-۱۳۹۵ به دلیل عفونت‌های دندانی ماگزیلوفاسیال، شایع‌ترین فضای درگیر، ساب مندیبول و بیشترین عارضه آئزین لودویگ بود. تمام عفونت‌ها، ادنتوژنیک بود و شایع‌ترین دندان عامل، مولر سوم پایین بود. وجود بیماری زمینه‌ای و همچنین

وسیع تر در این کیس‌ها باشد که از درمان‌های چند آنتی بیوتیکی استفاده شده است و ممکن است ارتباطی به نوع آنتی بیوتیک نداشته باشد. در مطالعه حاضر در بین بیماران دچار مشکلات سیستمیک، افراد مبتلا به دیابت میانگین طول دوران بستری بیشتری نسبت به سایر بیماران داشتند. مطالعه‌ای که Zheng و همکارانش^(۲۱) انجام دادند نشان داد که طول دوره بستری در بیماران دیابتیک نسبت به بیماران غیردیابتیک بیشتر است. یکی از علل آن این است که بیماران دیابتیک میانگین سنی بالاتری نسبت به سایر افراد جامعه دارند. از طرفی در بعضی از بیمارانی که به عفونت‌های ادنتوژنیک مبتلا شده‌اند به دلیل دیسفاژی و عدم توانایی بیمار در خوردن غذا، کنترل قند خون مشکل می‌شود. در مطالعه Zirk و همکارانش^(۲۴) بیشترین طول دوران بستری مربوط به بیماران مبتلا به آبسه‌های پتریگومندیبولار، باکال و ساب مندیبولار گزارش شده است.

اپیدمیولوژی عفونت‌های ادنتوژنیک به منطقه، تراکم جمعیت، شرایط اقتصادی اجتماعی، سیاست دولت‌ها و زمان انجام مطالعه بستگی دارد. هرچند نهادهای قانون‌گذار می‌توانند با وضع قوانین متناسب با شرایط جامعه، آمار ابتلا به بیماری‌های عفونی و عوارض آن را کاهش دهند، ولی نکته مهم دیگر نقش دندانپزشک و شیوه مدیریت او در کاهش مشکلات ناشی از عفونت‌های ادنتوژنیک است. چه بسا بیماری که می‌تواند به راحتی درمان شود ولی به علت مدیریت غلط دندانپزشک معالج دچار عوارض خطرناک می‌شود و حتی جان‌ش را از دست می‌دهد.^(۳)

این مطالعه، یک مطالعه مقطعی و گذشته نگر بوده است، در نتیجه امکان تصادفی سازی و یا کور سازی وجود نداشته است. همچنین، با توجه به تفاوت امکانات، فرهنگ و تراکم

و همچنین کمیته تحقیقات دانشجویی دانشکده دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد برای همکاری در تکمیل این مقاله کمال تشکر و قدردانی را داریم.

داشتن عفونت فضای تریگومندیولار و ساب مستریک باعث طولانی تر شدن طول مدت بستری بیماران شده بود.

تشکر و قدردانی

این مقاله برگرفته از پایان نامه شماره ۹۸۱۱۴۶ می باشد. از معاونت پژوهشی و فناوری دانشکده دندانپزشکی مشهد

منابع

- Han X, An J, Zhang Y, Gong X, He Y. Risk factors for life-threatening complications of maxillofacial space infection. *J Craniofac Surg* 2016;27(2):385-90.
- Mücke T, Dujka N, Ermer MA, Wolff KD, Kesting M, Mitchell DA, et al. The value of early intraoral incisions in patients with perimandibular odontogenic maxillofacial abscesses. *J Craniomaxillofac Surg* 2015;43(2):220-3.
- Gholami M, Mohammadi H, Amiri N, Khalife H. Key factors of odontogenic infections requiring hospitalization: A retrospective study of 102 cases. *J Oral Maxillofac Surg Med Pathol* 2017;29(5):395-9.
- Krishnan V, Johnson JV, Helfrick JF. Management of maxillofacial infections: a review of 50 cases. *J Oral Maxillofac Surg* 1993;51(8):868-73.
- Moghimi M, Baart JA, Karagozoglu KH, Forouzanfar T. Spread of odontogenic infections: a retrospective analysis and review of the literature. *Quintessence Int* 2013;44(4):351-61.
- Rastenienė R, Pūrienė A, Aleksejūnienė J, Pečiulienė V, Zaleckas L. Odontogenic maxillofacial infections: a ten-year retrospective analysis. *Surg Infect (Larchmt)* 2015;16(3):305-12.
- Sato FR, Hajala FA, Freire Filho FW, Moreira RW, de Moraes M. Eight-year retrospective study of odontogenic origin infections in a postgraduation program on oraland maxillofacial surgery. *J Oral Maxillofac Surg* 2009;67(5):1092-7.
- Blankson PK, Parkins G, Boamah MO, Abdulai AE, Ahmed AM, Bondorin S, et al. Severe odontogenic infections: a 5-year review of a major referral hospital in Ghana. *Pan Afr Med J* 2019; 32:71.
- Wang J, Ahani A, Pogrel MA. A five-year retrospective study of odontogenic maxillofacial infections in a large urban public hospital. *Int J Oral Maxillofac Surg* 2005;34(6):646-9.
- Ogle OE. Odontogenic infections. *Dent Clin North Am* 2017;61(2):235-52.
- Statkiewicz C, Faverani LP, Gomes-Ferreira PHS, Ramalho-Ferreira G, Garcia-Junior IR. Misdiagnosis of extensive maxillofacial infection and its relationship with periodontal problems and hyperglycemia. *Case Rep Dent* 2016;2016:5960546.
- Saito CT, Gulinelli JL, Marão HF, Garcia IR Jr, Filho OM, Sonoda CK, et al. Occurrence of odontogenic infections in patients treated in a postgraduation program on maxillofacial surgery and traumatology. *J Craniofac Surg* 2011;22(5):1689-94.
- Katoumas K, Anterriotis D, Fyrgiola M, Lianou V, Triantafylou D, Dimopoulos I. Epidemiological analysis of management of severe odontogenic infections before referral to the emergency department. *J Craniomaxillofac Surg* 2019;47(8):1292-9.
- Keswani ES, Venkateshwar G. Odontogenic maxillofacial space infections: a 5-year retrospective review in Navi Mumbai. *J Maxillofac Oral Surg* 2019;18(3):345-53.
- Kitamura S. Anatomy of the fasciae and fascial spaces of the maxillofacial and the anterior neck regions. *Anat Sci Int* 2018;93(1):1-13.
- Igoumenakis D, Gkinis G, Kostakis G, Mezitis M, Rallis G. Severe odontogenic infections: causes of spread and their management. *Surg Infect (Larchmt)* 2014;15(1):64-8.
- Igoumenakis D, Giannakopoulos NN, Parara E, Mourouzis C, Rallis G. Effect of causative tooth extraction on clinical and biological parameters of odontogenic infection: a prospective clinical trial. *J Oral Maxillofac Surg* 2015;73(7):1254-8.
- Gams K, Shewale J, Demian N, Khalil K, Banki F. Characteristics, length of stay, and hospital bills associated with severe odontogenic infections in Houston, TX. *J Am Dent Assoc* 2017;148(4):221-9.
- Nadig K, Taylor NG. Management of odontogenic infection at a district general hospital. *Br Dent J* 2018;224(12):962-6.

20. Ebrahimi M, Talebi M. Prevalence of different types of dental abscesses in children referring to pediatric department of Mashhad Dental School in 2003. *J Mashhad Dent Sch* 2006;30(Issue 1,2):1-8.
21. Zheng L, Yang C, Zhang W, Cai X, Kim E, Jiang B, et al. Is there association between severe multispace infections of the oral maxillofacial region and diabetes mellitus? *J Oral Maxillofac Surg* 2012;70(7):1565-72.
22. Seppänen L, Rautemaa R, Lindqvist C, Lauhio A. Changing clinical features of odontogenic maxillofacial infections. *Clin Oral Investig* 2010;14(4):459-65.
23. Bertossi D, Barone A, Iurlaro A, Marconcini S, De Santis D, Finotti M, et al. Odontogenic orofacial infections. *J Craniofac Surg* 2017;28(1):197-202.
24. Zirk M, Buller J, Goeddertz P, Rothamel D, Dreiseidler T, Zöller JE, et al. Empiric systemic antibiotics for hospitalized patients with severe odontogenic infections. *J Craniomaxillofac Surg* 2016;44(8):1081-8.
25. Bhagania M, Youseff W, Mehra P, Figueroa R. Treatment of odontogenic infections: an analysis of two antibiotic regimens. *J Oral Biol Craniofac Res* 2018;8(2):78-81.
26. Amar YG, Manoukian JJ. Intraoral drainage: recommended as the initial approach for the treatment of parapharyngeal abscesses. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2004;130(6):676-80.
27. Choi SS, Vezina LG, Grundfast KM. Relative incidence and alternative approaches for surgical drainage of different types of deep neck abscesses in children. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 1997;123(12):1271-5.
28. Kassam K, Messiha A, Heliotis M. Ludwig's angina: the original angina. *Case Rep Surg* 2013;2013:974269.
29. Peters ES, Fong B, Wormuth DW, Sonis ST. Risk factors affecting hospital length of stay in patients with odontogenic maxillofacial infections. *J Oral Maxillofac Surg* 1996;54(12):1386-91.