

نگرش دندانپزشکان ایران در تجویز داروهای ضد درد

فهیمه بقایی^{*}، مریم رئوف^{**}، شهلا کاکویی^{***}، شهرزاد ادهمی^{*}

^{*} استادیار گروه آموزشی پاتولوژی، دانشکده دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کرمان
^{**} استادیار گروه آموزشی اندودنتیکس، دانشکده دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کرمان
^{***} استادیار گروه آموزشی بیماری‌های دهان، دانشکده دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کرمان

چکیده

بیان مساله: درد در ناحیه‌ی دهان شایع‌ترین علت مراجعه به دندانپزشک است و تجویز نادرست ضد دردها می‌تواند عوارض جانبی چشمگیری را به همراه داشته باشد. انتخاب دقیق یک برنامه‌ی ضد درد موثر با کمترین عوارض جانبی برپایه‌ی گونه و میزان درد بیمار می‌تواند از فشار و اضطراب همراه با درد جلوگیری نماید.

هدف: هدف از این پژوهش، بررسی انتخاب ضد دردها در میان دندانپزشکان شرکت کننده در کنگره‌ی بین‌المللی اندودنتیکس اصفهان در سال ۱۳۸۵ بود.

مواد و روش: این بررسی به صورت توصیفی مقطعی انجام شد. پرسشنامه‌ی طراحی شده برای ارزیابی روش تجویز ضد درد شامل قسمت‌هایی همچون اطلاعات فردی و انتخاب دارو برای کم کردن دردهای شدید، متوسط و خفیف دندان‌ی بود. ۱۱۳ پرسشنامه‌ی تکمیل شده بررسی گردیدند. سپس، داده‌های به دست آمده توسط روش آماری کای-اسکوایر (Chi-Square) بررسی شد.

یافته‌ها: برپایه‌ی نتایج به دست آمده درصد بالایی از پاسخ‌دهندگان ایبوپروفن و استامینوفن کدئین را جهت تسکین دردهای شدید، متوسط و خفیف دندان‌ی انتخاب کردند (به ترتیب ۹۶ و ۸۱ درصد). بیشتر پاسخ‌دهندگان ایبوپروفن (۴۰۰ میلی‌گرم) را پیش از درمان اندودنتیک به عنوان داروی پیش درمانی پیشنهاد می‌کردند.

نتیجه‌گیری: نتایج این بررسی پراکندگی نسبی در انتخاب ضد درد را نشان می‌دهد.

واژگان کلیدی: انتخاب، ضد درد، دندانپزشک

درآمد

درد پس از درمان ریشه یکی از نگرانی‌های دندانپزشک، بیمار و حتی کارکنان مطب دندانپزشکی است. بررسی‌های آغازین در مورد درد پس از کار اندودنتیک، شیوع متوسط تا شدید میان ۱۵ تا ۲۵ درصد را گزارش کرده‌اند^(۱).

درد دندان، پروسه‌ی پیچیده‌ی چند علتی است و عواملی گوناگون همچون عوامل زیست‌شناختی، بیوکیمیکال، محیطی و سایکولوژیک در ایجاد آن دخالت دارند. بنابراین، عواملی گوناگون می‌توانند بر تصمیم‌گیری دندانپزشک در انتخاب ضد درد مناسب برای مبارزه با درد پس از درمان ریشه اثرگذار باشد. دندانپزشک ممکن است برپایه‌ی تشخیص وضعیت دندان، گونه‌ی درمان و وضعیت روانی و جسمی بیمار در سفارش دارو، انتخاب‌های گوناگونی را داشته باشد. مهار درد یک کارکرد لازم و وظیفه‌ی دندانپزشک بوده و مهمترین ارکان در تسکین درد تشخیص، درمان دندان (حذف علت) و دارودرمانی درست است.

ضد دردها از طریق مکانیسم‌های محیطی یا مرکزی بی‌برهم زدن شعور و آگاهی و یا تغییر دیگر دریافت‌های حسی موجب تسکین درد می‌شوند. یک گروه بزرگ دارویی که برای درمان درد اندودنتیک به کار می‌رود، ضد دردهای غیرمخدر هستند، که شامل داروهای ضدالتهاپی غیراستروئیدی NSAIDs و استامینوفن است و اثر تسکینی خود را با عمل روی هر دو بافت ملتهب محیطی و نواحی مرکزی در مغز و طناب نخاعی انجام می‌دهند^(۲).

اپیوئیدها ضد دردهای قوی هستند اما عوارض جانبی چشمگیری دارند. برای کم کردن اثرات مضر اپیوئیدها در دندانپزشکی تقریباً همیشه از ترکیب اپیوئید و یک ضد درد غیرمخدر مانند استامینوفن یا اسپرین استفاده می‌شود^(۳). ترامادول نیز از ضد دردهای شبه اپیوئید به شمار می‌رود، که مکانیسم اثر آن افزون بر فعال کردن گیرنده‌های μ از طریق افزایش کاتکولامین‌ها و سروتونین در سیستم اعصاب مرکزی است^(۴).

کورتیکواستروئیدها نیز دسته‌ی دارویی دیگری هستند، که از طریق متوقف نمودن زنجیره‌ی آماسی با مهار آنزیم فسفولیپاز درد و التهاب را کاهش می‌دهند، اما به دلیل عوارضی مانند سرکوب سیستم ایمنی و تاخیر در ترمیم بافتی در شرایط ویژه‌ی مورد استفاده قرار می‌گیرند^(۵).

از سوی دیگر، کاربرد داروهای درون کانال نیز برای مهار یا

کاهش دردهای پس از درمان ریشه پیشنهاد شده‌اند. البته در بررسی تروپ (Trope) و همکاران، تفاوت چشمگیری در میزان طغیان درد در صورت استفاده از فرموکروزول، لدرمیکس (Ledermix) یا کلسیم هیدروکساید به عنوان داروی داخل کانال مشاهده نشد^(۶).

سوءمصرف داروها، وابستگی و تحمل نداشتن نسبت به ضد دردهای پیشنهاد شده توسط دندانپزشکان، مساله‌ی مهم دیگری در مهار دردهای دندانی است. با کاربرد درست ضد دردها می‌توان به بالاترین سطح ایمنی توام با بیشترین اثر برای بیمار دست یافت. به دلیل اهمیت موضوع یاد شده و وجود بررسی‌های بسیار کم منتشر شده در ایران در زمینه‌ی تجویز انواع ضد دردها توسط دندانپزشکان و لزوم مهارت و دانش دندانپزشکان در این رابطه، تصمیم بر آن شد، که به بررسی سفارش انواع داروهای ضد درد در میان دندانپزشکان پرداخته شود.

مواد و روش

پرسشنامه‌ی این بررسی توصیفی - مقطعی توسط پژوهشگران و پس از بررسی متون مربوطه با هدف بررسی عادات تجویز ضد درد در میان دندانپزشکان طراحی شده است. گروه مورد بررسی، شرکت کنندگان در نهمین کنگره‌ی سالیانه‌ی انجمن اندودونتیسست‌های ایران (اصفهان، ۱۳۸۵) بودند. برای تعیین روایی پرسشنامه از نمایه‌ی روایی محتوا استفاده شد. پایایی ثبات درونی پرسشنامه پس از گردآوری داده‌ها با محاسبه‌ی ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۱ به دست آمد. حجم نمونه ۳۰۰ نفر تعیین شد. نمونه‌گیری به صورت تصادفی با توزیع این شمار پرسشنامه در میان دندانپزشکان عمومی و متخصص انجام گرفت و در پایان، داده‌های ۱۱۳ پرسشنامه تکمیل شده، وارد بررسی گردید. در بخش نخست، اطلاعات شخصی در زمینه‌ی سن، جنس، میزان تحصیلات (عمومی یا متخصص) و پیشینه‌ی کار پرسش شده بود. بخش دوم پرسشنامه نیز مربوط به پرسش‌های بالینی همچون داروی پیشنهادی برای مهار دردهای خفیف تا متوسط و شدید دندانی، کاربرد داروهای درون کانال و پیشگیری از درد پس از درمان بود. پس از گردآوری پرسشنامه، پاسخ‌ها دسته‌بندی و رمز گذاری شد و در پایان جمع‌بندی، توصیف و واکاوی داده‌ها توسط نرم‌افزار آماری SPSS، (Version 11.5) با آزمون آماری کای اسکوار (Chi-Square) انجام گردید.

یافته‌ها

از ۳۰۰ پرسشنامه توزیع شده، ۱۱۳ پرسشنامه برابر با ۳۷/۶۶ درصد توسط دندانپزشکان شرکت کننده در کنگره تکمیل و برگردانده شد. از این شمار ۶۲/۸۳ درصد آنها دندانپزشک عمومی و ۳۷/۱۷ درصد متخصص بودند. مقایسه‌ی تجویز مسکن برای تسکین دردهای پالپی خفیف تا متوسط و دردهای پالپی شدید با توجه به متغیر سن در مورد ایندومتاسین ۲۵ و ۷۵ میلی‌گرم تفاوت معنادار نشان داد (به ترتیب $p=0/03$ و $p=0/036$). در هر دو دوز ۲۵ و ۷۵ میلی‌گرم تجویز این داروها در افراد بالای ۲۵ سال بیشتر بود (جدول ۱).

با توجه به متغیر پیشینه‌ی کار دندانپزشک تجویز ایبوپروفن و مفنامیک اسید تفاوت معناداری نشان داد (به ترتیب $p=0/013$ و $p=0/041$). تجویز ایبوپروفن در افراد دارای پیشینه‌ی کار کمتر و تجویز مفنامیک اسید در افراد دارای پیشینه‌ی کار بالاتر بیشتر بود. در مورد تجویز داروی سلکوکسیب میان دندانپزشکان عمومی و متخصص تفاوت معنادار دیده شد ($p=0/002$) به طوری که هیچ‌یک از دندانپزشکان عمومی این دارو را تجویز نکرده بودند. اما ۱۵ درصد از متخصصین آن را پیشنهاد کرده بودند (جدول ۲).
بیشترین داروی تجویز شده برای تسکین دردهای خفیف تا در مورد کاربرد پروفیلاکتیک ضد دردها، تجویز ۴۰۰ میلی‌گرم

ایبوپروفن نیم ساعت پیش از کار، بیشترین مورد پیشنهاد متوسط دندانپزشکان ایبوپروفن و سپس استامینوفن کدئین بود. برای تسکین دردهای شدید دندانپزشکان نیز بیشتر شرکت‌کنندگان کاربرد ایبوپروفن را باور داشتند. شده بود. ۸/۱۰ درصد افراد کاربرد ۸۰۰ میلی‌گرم ایبوپروفن نیم ساعت پیش از کار، ۵/۸ درصد نیز دیگر موارد مانند ۸۰۰ تا ۱۰۰۰ میلی‌گرم استامینوفن نیم ساعت پیش از کار را مطرح کرده بودند و دیگر افراد پیش‌درمانی نمی‌کردند و یا اعتقادی به آن نداشتند.

۳/۵۲ درصد شرکت‌کنندگان به کاربردن ترکیبات درون کانال را برای تسکین دردهای دندانپزشکان پیشنهاد کرده بودند. در این میان کلسیم هیدروکساید (۹۲/۷ درصد) رایج‌ترین داروی مورد استفاده دندانپزشکان بود. همچنین، ۹/۲۱ درصد کلرگزیدین، ۸/۱۲ درصد ترکیبات کورتون، ۱/۹ درصد ترکیبات فنلی و ۱/۸ درصد دیگر ترکیبات مانند لیدوکائین را مطرح کرده بودند (جدول ۳).
همزمان دو ضد درد، تجویز استامینوفن کدئین و ایبوپروفن ۹/۷۲ درصد از دندانپزشکان در صورت نیاز به کاربرد همزمان می‌دادند. همچنین، ۸/۳ درصد از دندانپزشکان تجویز همزمان آسپیرین و مفنامیک اسید و ۸/۲ درصد ترامادول و ایبوپروفن را بیان نموده بودند.

جدول ۱: توزیع فراوانی تجویز ضد درد در تسکین دردهای پالپی خفیف تا متوسط توسط دندانپزشکان

نوع ضد درد	همیشه (درصد)	اغلب (درصد)	گاهی (درصد)	هرگز (درصد)
ایبوپروفن	۲۳	۴۲	۱۹/۵	۱۵
استامینوفن کدئین	۸/۹	۳۰/۴	۳۳	۲۷/۷
آسپیرین	۲/۷	۰	۵/۳	۹۲
ترامادول	۰/۹	۱/۸	۷/۱	۹۰/۲
ایندومتاسین ۲۵	۳/۵	۹۶/۵	۰	۰
ایندومتاسین ۷۵	۹	۰	۴/۴	۹۴/۷
نوافن	۲/۷	۱/۸	۸/۸	۸۶/۷
سلکوکسیب	۰	۰/۹	۴/۴	۹۴/۷
ناپروکسن	۱/۸	۲/۷	۱۳/۳	۸۲/۳
مفنامیک اسید	۳/۶	۴/۵	۱۷	۷۵

جدول ۲: توزیع فراوانی تجویز ضد درد در تسکین دردهای پالپی شدید توسط دندانپزشکان

نوع ضد درد	همیشه (درصد)	اغلب (درصد)	گاهی (درصد)	هرگز (درصد)
ایبوپروفن	۴۴/۲	۳۱/۹	۳/۵	۲۰/۴
استامینوفن کدئین	۲۶/۵	۲۶/۵	۱۵	۳۱/۹
آسپیرین	۰/۹	۲/۷	۴/۴	۹۲
ترامادول	۵/۳	۴/۴	۹/۷	۸۰/۵
ایندومتاسین ۲۵	۱/۸	۱/۸	۲/۷	۹۳/۸
ایندومتاسین ۷۵	۱/۸	۱/۸	۵/۳	۹۱/۲
نوافن	۳/۵	۸/۸	۷/۱	۸۰/۵
سلکوکسیب	۰/۹	۰	۱۰/۶	۸۸/۵
ناپروکسن	۲/۷	۴/۴	۱۰/۶	۸۲/۳
مفنامیک اسید	۴/۵	۹/۸	۱۱/۶	۷۴/۱

جدول ۳: استفاده از ترکیبات داخل کانال جهت تسکین دردهای دندانی در دندانپزشکانی که از ترکیبات داخل کانال استفاده می کنند.

داروی داخل کانال	همیشه (درصد)	اغلب (درصد)	گاهی (درصد)	هرگز (درصد)
ترکیبات کورتون	۱/۸	۵/۵	۵/۵	۸۷/۳
ترکیبات فنلی	۱/۸	۰	۷/۳	۹۰/۹
کلسیم هیدروکساید	۴۰	۳۲/۷	۲۰	۷/۳
کلرگزیدین	۵/۵	۱۰/۹	۵/۵	۷۸/۲

بحث

در این بررسی، درصد بالایی از پاسخ دهندگان برای تسکین دردهای پالپی خفیف، ایبوپروفن و استامینوفن کدئین را پیشنهاد کرده اند. شمار نسبتاً زیادی، مفنامیک اسید و ایندومتاسین را پیشنهاد کرده بودند و حدود ۲۰ درصد نیز به کاربرد ناپروکسن گرایش داشتند. خط مشی های گوناگون نیز، کاربرد NSAID ها را در این زمینه پیشنهاد کرده اند^(۷، ۸). بنابراین، انتخاب دندانپزشکان در این مورد منطقی به نظر می رسد.

حدود ۵ درصد افراد سلکوکسیب را بیان نموده اند. در حالی که در مقاله های پزشکی تناقض در مورد اثرات قلبی عروقی مهارگرهای COX2 وجود دارد. این مساله در آغاز زمانی مطرح شد، که بیماران مصرف کننده رفکوکسیب (Refecoxib) افزایش در انفارکتوس میوکارد را نشان دادند^(۹). با در نظر گرفتن این شرایط و در دسترس بودن جایگزین های معقول تر NSAIDs، مهارگرهای COX2 در درمان دردهای اندودنتیک در بیماران فاقد بیماری های سیستمیک پیشنهاد نشده است^(۳).

نوافن محتوی ۲۰۰ میلی گرم ایبوپروفن، ۳۲۵ میلی گرم استامینوفن و ۳۰ تا ۴۰ میلی گرم کافئین است. چنین به نظر می رسد، که استفاده از این دارو شمار داروی مصرفی را کاهش دهد. حدود ۱۳/۵ درصد پاسخ دهندگان نیز نوافن را پیشنهاد کرده اند، که با وجود جدید بودن نسبی آن، این رقم نشان دهنده استقبال خوب دندانپزشکان از این ضد درد است.

حدود ۱۰ درصد از افراد ترامادول را برای مهار دردهای خفیف دندانی بیان نموده اند. ترامادول داروی ضد درد شبه اپیوئیدی است، که برای تسکین دردهای شدید و متوسط پیشنهاد شده است^(۴). یک دلیل استفاده بیشتر از اندازه های این دارو می تواند مربوط به فرهنگ جامعه ای ما باشد، که تمایل به تسکین سریع و علامتی درد بوده و بی دردی یکی از معیارهای

بنیادین قضاوت بیماران در مورد درمانگر آنهاست.

در مورد تسکین دردهای پالپی شدید، بیشتر پاسخ دهندگان ایبوپروفن و سپس، استامینوفن کدئین را مطرح کرده اند. در بررسی های گذشته نیز ایبوپروفن پر مصرف ترین داروی ضد التهاب غیر استروئیدی تجویز شده بود^(۱۰). داروهای ضد مخدر شامل کدئین هم، برای رفع دردهای متوسط تا شدید پیشنهاد شده اند. از آنجا که دوز مخدرها به دلیل عوارض جانبی آنها محدود است، تقریباً همیشه از آنها در داروهای ترکیبی برای مهار درد دندانی استفاده می شود^(۳). درصد کمی از افراد نیز کورتیکواستروئید را در این مورد پیشنهاد کرده اند. کاربرد سیستمیک دگزامتازون حداکثر تا چند ساعت پس از درمان باعث کاهش مشخص درد می شود^(۱۱). تصمیم گیری در مورد استفاده از استروئیدها همیشه آسان نیست چرا که احتمال سرکوب شدن سیستم ایمنی و تاخیر در ترمیم بافتی وجود دارد. تجویز یک دوز استروئید به مدت ۲۴ ساعت میزان لنفوسیت و منوسیت های در گردش را کاهش می دهد^(۸).

پیش درمانی با NSAID پیش از کار فواید آشکاری دارد، که دلیل آن مسدود کردن پیشرفت هیپرالژزیا با کاستن از علایم ورودی گیرنده های محیطی است^(۳). در مواردی که احتمال درد پس از درمان ریشه وجود دارد، پیشنهاد شده است که بیمار نیم ساعت پیش از آغاز کار ۴۰۰ میلی گرم ایبوپروفن یا ۱۰۰۰ میلی گرم استامینوفن مصرف کند^(۳). حدود نیمی از پاسخ دهندگان به درستی پیش درمانی با ضد درد را به کار می برند، اما حدود ۲۶ درصد از افراد این مساله را باور ندارند. با توجه به تاثیر ثابت شده ای روش باید میزان آگاهی دندانپزشکان از فواید پیش درمانی با ضد دردها افزایش یابد.

نیمی از پاسخ دهندگان برای تسکین دردهای دندانی از ترکیبات درون کانال استفاده می کردند. بیشتر از ۹۰ درصد افراد به درستی کلسیم هیدروکساید را در این مورد پیشنهاد کرده اند و حدود ۲۰ درصد افراد نیز کلرگزیدین را مطرح نموده اند. حدود ۱۳ درصد افراد نیز استروئیدها را بیان کرده اند. به نظر می رسد، که تجویز درون کانال استروئیدها در کاهش درد پس از کار موثر باشد. البته این مساله بیشتر در مورد کانال های وایتال صدق می کند. در پایان، با در نظر گرفتن محدودیت های بررسی از جمله شمار کم حجم نمونه، انجام بررسی های بیشتر در این زمینه پیشنهاد می گردد.

نتیجه‌گیری

چاپ در مجلات و غیره در دسترس دندانپزشکان قرار داده شود و بر واجد صلاحیت شدن دانشجویان بالینی تاکید بیشتری گردد.

گرچه با توجه به نتایج این بررسی به تنهایی نمی‌توان به نتیجه‌گیری قطعی رسید، پیشنهاد می‌گردد، که باید خط‌های تازه‌ی تجویز ضد دردها متناسب با نیازهای موضعی و خصوصیات رفتاری ویژه برای جامعه تدوین گردد و هم‌ه‌ی دندانپزشکان آن را دنبال کنند. همچنین، بهتر است که، اطلاعات به روز و تازه از طریق دوره‌های آموزش پیاپی و منظم، پست الکترونیک،

سپاسگزاری

به این وسیله از خانم سکینه محمد علیزاده و دندانپزشکان محترم شرکت کننده در بررسی، برای همکاری‌های صمیمانه شان در انجام این پژوهش سپاسگزاری می‌گردد.

References

- Harrison JW, Baumgartner JC, Svec TA. Incidence of pain associated with clinical factors during and after root canal therapy. Part 2. Postobturation pain. J Endod 1983; 9: 434-438.
- Roszkowski MT, Swift JQ, Hargreaves KM. Effect of NSAID administration on tissue levels of immunoreactive prostaglandin E2, leukotriene B4, and (S)-flurbiprofen following extraction of impacted third molars. Pain 1997; 73: 339-345.
- Hargreaves KM, Keiser K, Byrne BE. Analgesics in Endodontics. In: Cohen S, Hargreaves KM, editors. Pathways of the pulp. 9th ed. London: Mosby; 2006. p.668-690.
- Hopwood SE, Owesson CA, Callado LF, McLaughlin DP, Stamford JA. Effects of chronic tramadol on pre- and post-synaptic measures of monoamine function. J Psychopharmacol 2001; 15: 147-153.
- Haynes R. Adrenocorticotrophic hormone: adrenocortical steroids and their synthetic analogs; inhibitors of the synthesis and actions of adrenocortical hormones. In: Gilman A, Rall T, Nies A, Taylor P, editors. Goodman and Gilman's the pharmacological basis of therapeutics. 8th ed. Pergamon Press: New York; 1990. p. 1431-1462.
- Trope M. Relationship of intracanal medicaments to endodontic flare-ups. Endod Dent Traumatol 1990; 6: 226-229.
- Matthews D, Sutherland S. Clinical practice guidelines on emergency management of acute apical periodontitis and acute apical abscess. Evidence-based Dentistry 2004;5:7-11. Evid Based Dent 2004; 5: 84.
- American Society of Anesthesiologists Task Force on Acute Pain Management. Practice guidelines for acute pain management in the perioperative setting: an updated report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Acute Pain Management. Anesthesiology 2004; 100: 1573-1581.
- Bombardier C, Laine L, Reicin A, Shapiro D, Burgos-Vargas R, Davis B, et al. Comparison of upper gastrointestinal toxicity of rofecoxib and naproxen in patients with rheumatoid arthritis. VIGOR Study Group. N Engl J Med 2000; 343: 1520-1528.
- Sepahri Gh.R, Dadolahi Y. Characterization of drug prescribing practices among dentists in Kerman province, 2001. Shahid beheshti medical sciences university journal of the dental school 2006; 1(24): 94-101.
- Glassman G, Krasner P, Morse DR, Rankow H, Lang J, Furst ML. A prospective randomized double-blind trial on efficacy of dexamethasone for endodontic interappointment pain in teeth with asymptomatic inflamed pulps. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1989; 67: 96-100.