

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
معاونت سلامت

پروتکل آموزشی دندانپزشکان و بهداشتکاران دهان و دندان

دفتر سلامت دهان و دندان

تهیه و تنظیم :

دکتر ممد مهدی وردی-مدیرکل دفتر سلامت دهان و دندان
کارشناسان مسئول واحدهای بهداشت دهان و دندان معاونت های بهداشتی دانشگاههای

شهیدبهنشتی، تهران و ایران :

دکتر پروین باستانی (شهیدبهنشتی)

دکتر شراره وکیل زاده (تهران)

دکتر فتانه رهنما (ایران)

کارشناسان دفتر سلامت دهان و دندان :

دکتر نادره موسوی فاطمی

دکتر علیرضا جلالی

فهرست

صفحه	عنوان
	<u>فصل ۱ - بیماریهای دهان و دندان:</u>
۴	ضایعات شایع مخاط دهان
۷	کاندیدیاژیس
۱۲	تشخیص افتراقی ضایعات برآمده مخاط دهان
۱۶	ضایعات پیش سرطانی و سرطانی دهان
۲۰	بیماریهای غدد بزاقی
۲۳	بیماریهای پریودنتال
۲۷	بی‌دندانی
۳۴	مشکلات فکی-دندانی (مرتبط با اکلوژن) در دوران کودکی
۴۲	عادات دهانی در دوران کودکی
	<u>فصل ۲ - خدمات بهداشت دهان و دندان :</u>
۴۸	فلورایدتراپی
۵۰	سیلانت تراپی
۵۶	پالپوتومی دندانهای شیری
۶۱	ترمیم دندانها (شیری و دائمی)
۷۳	کشیدن دندان(دائمی و شیری)
۸۵	جرمگیری، برساز و Root Planing
	<u>فصل ۳ - اورژانسهای دندانپزشکی:</u>
۹۳	درد
۱۰۱	عفونتهای دندانی
۱۰۷	تروماهای دندانی(شیری و دائمی)
۱۱۱	آسیب به بافت نرم
	<u>فصل ۴ - ملامطات دندانپزشکی :</u>
۱۱۵	در بیماران سیستمیک
۱۹۳	در بارداری و شیردهی
۲۰۲	در سالمندان
	<u>فصل ۵ - راهنمای عملکردی در خدمات بهداشت دهان و دندان :</u>
۲۱۸	مداول معاینه، تشخیص و اقدام
۲۸۹	<u>فصل ۶ - ضمائم و پیوست ها</u>

فصل ۱

بیماریهای دهان و دندان

ضایعات شایع مخاط دهان

کاندیدیاژیس

تشخیص افتراقی ضایعات برآمده مخاط دهان

ضایعات پیش سرطانی و سرطانی دهان

بیماریهای غدد بزاقی

بیماریهای پریودنتال

بی‌دندانی

مشکلات فکی-دندانی (مرتبط با اکلوژن) در دوران کودکی

عادات دهانی در دوران کودکی

ضایعات شایع مخاط دهان

استوماتیت آفتی راجعه:

تقریباً ۲۰ درصد جمعیت را مبتلا می‌کند. براساس نمای کلینیکی طبقه بندی می‌شود:

زخمهای کوچک، زخمهای بزرگ و زخمهای هرپتی فرم

• زخمهای کوچک در ۸۰ درصد موارد این بیماری دیده می‌شود. قطرشان کمتر از ۱cm (۱/۳cm) تا ۱cm است و Scar نمی‌گذارد.

• زخمهای بزرگ قطر بیش از ۱cm دارد و گاهی به ۵cm نیز می‌رسد. زمان بهبود طولانی تر است و Scar می‌گذارد.

• زخمهای هرپتی فرم نمای خاص کلینیکی داشته و به صورت گروههای دوازده تایی از زخمهای کوچک عودکننده در مخاط دهان دیده می‌شود.

اتیولوژی:

علل ارثی، اختلالات فونی و نقائص ایمنی از علل ایجاد بیماری می‌باشند که مهمترین عامل علل ارثی است. نقائص فونی مانند کمبود آهن، فولات و ویتامین B نیز از دیگر فاکتورهای مشاهده شده است. سایر فاکتورهای مؤثر در این بیماری عبارتند از: ضربه، استرس، اضطراب، مساسیت غذایی. مساسیت به غذاهایی مانند شیر، پنیر، گندم و آرد نیز از دیگر موارد شایع است.

تظاهرات بالینی:

اولین ممله بیماری اغلب در دهه دوم زندگی ایجاد می‌شود. ضایعات ممدود به مفره دهان است ۲ تا ۴۸ ساعت قبل از ظهور زخم نامیه موردنظر دچار سوزش می‌شود. اول یک نامیه قرمز رنگ موضعی و سپس پاپول سفید کوچک شکل می‌گیرد و زخمی می‌شود و در طی ۴۸ تا ۷۲ ساعت بعدی رشد می‌کند. این ضایعات گرد و قرینه و کم عمق معمولاً می‌باشند. در مخاط لب و گونه ای بیشتر دیده می‌شود و در کام کراتینیره و لثه نادرند. اغلب بیماران در طول یکسال دوره های متعددی از این بیماری را دارند که در هر ممله ۲ تا ۴ ضایعه دیده می‌شود.

زخمهای بزرگ دردناکند و در خوردن و تکلم اختلال ایجاد می‌کنند. ممکن است چند ماه باقی بمانند و با SCC اشتباه می‌شوند. ضایعه به کندی و با Scar بهبود می‌یابد و گاهی هم به کم تمرکی زبان و یا زبان کوچک منجر می‌شوند. فرم هرپسی ضایعه کمتر شایع است. این فرم در بزرگسالان بیشتر دیده می‌شود و شامل ضایعات کوچک متعددی است که قسمتهای وسیعی از مخاط دهان را می‌پوشاند.

گرفتن تاریخچه دقیق پزشکی از بیمار الزامی است. بر وضعیت فونی و ناراحتیهای عمومی بیمار تأکید می‌شود. برخی افراد مقاوم به درمان احتمالاً آلرژی غذایی دارند.

درمان:

در انواع ففیف مصرف **Zilactin** و یا اورابیس (**Ora base**) که یک امولوسیون حفاظتی است کافی میباشد. و از بی مس کننده های موضعی، مسکنها استفاده می شود. در موارد شدیدتر استروئیدی های موضعی استفاده می شود؛ تتراسایکلین موضعی، فمیر **amlexanox** نیز هم به صورت دهان شویه و هم روی گاز اسفنجی به کار می‌روند. اگر داروهای موضعی مؤثر نبود می توان از انواع سیستمیک استفاده کرد.

عفونتهای هرپس سیمپلکس (راجعہ):

عفونت هرپس لبی و عفونت هرپس داخل دهانی در بیمارانی که سابقه این عفونتها را داشته اند و یا آنهایی که آنتی بادی سرمی فارژی در جهت مقابله با نوع دیگری عفونت اولیه دریافت کرده اند دیده می شود. عفونت راجعه قسمت محدودی اریوست یا مخاط را در بر می گیرد. هرپس راجعه ناشی از فعالیت مجدد ویروسهایی است که در بافت عصبی فرد مبتلا در مملات بیماری مخفی مانده است. ضربه به لب، تب، آفتاب سوختگی، قاعدگی و مصرف داروهای سرکوبگر سیستم ایمنی عامل مستعد کننده این عفونت است. ویروس از تنه عصبی مهاجرت می کند و سلولهای اپی تلیالی را مورد حمله قرار داده از سلولی به سلول دیگر می رود و منجر به ضایعه می گردد. میزان ابتلای مجدد افراد مختلف بین ۲۰ تا ۴۰ درصد می باشد.

فعالیت دوباره ویروس مخفی گانگلیون عصبی می تواند ناشی از کاهش **IgA** سرمی، کاهش ایمنی سلولی، کاهش فعالیت ضد هرپس بزاق و کاهش **ADCC** (**antibody dependent cell mediated cytotoxicity**) و اینترلوکین **I** (که در نتیجه رها شدن پروستاگلاندینها در پوست است) باشد.

افراد دارای نقص لنفوسیت **T** (مثلاً به دلیل ایدز یا شیمی درمانی یا پیوند اعضا) ضایعات بزرگ و مزمن هرپس را نشان می دهند و به ندرت به عفونت منتشر مبتلا می شوند.

تظاهرات بالینی:

هرپس لبی ممکن است به دنبال تب، قاعدگی، اشعه ماورای بنفش و یا استرسهای عاطفی بروز یابد. در ممل ضایعات ابتدا سوزش و درد مختصری مس می شود که همراه با ورم در ممل می باشد و در نهایت فوشه ای از وزیکولهای کوچک تشکیل می شود که قطر وزیکول ۱ تا ۳ میلیمتر است و اندازه هر فوشه ۱ تا ۲ cm متغیر است. ضایعات بزرگتر در افراد دارای نقص ایمنی معمول است. ضایعات داخل دهانی مشابه ضایعات لبی میباشد. وزیکولها معمولاً سریع پاره و زخمی می گردند. ضایعات معمولاً به صورت فوشه ای از وزیکولهای کوچک یا زخمهایی است که روی مفاط لثه، کام و یا ریمهای آلوئول به شدت کراتینیزه، یافت می شود. گرچه در نوامی دیگر دهان هم به ندرت اتفاق می افتد.

درمان:

عفونت هرپس در افراد نرمال موقتی است و درمان علامتی نیاز دارد و در سایر موارد شدید مشورت تخصصی لازم است. در برفی موارد که عود عفونت ناشی از تابش آفتاب است می توان محافظهایی در برابر آفتاب به کار برد. آسیکلوویر (داروی اصلی ضدهرپس) بسیار موثر است.

بیماری	سن	اتیولوژی	عوامل تشدید کننده	انواع	نمای بالینی	مناطق شایع	درمان
استوماتیت آفتی راجعه	اولین ممله بیماری درده دوم زندگی روی می دهد	ارثی، افتلالات فونی، نقائص ایمنی، سایر عوامل مانند ضربه، استرس، اضطراب و مساسیت غذایی		زخمهای کوچک، زخمهای بزرگ، زخمهای مان هرپتی فرم	اول یک نامیه قرمز و سپس پاپول سفید کوچک که زخمی می شود ولی ۴۸ تا ۷۲ ساعت بعدی رشد می کند	مفاط لبی و گونه ای	در انواع قفیف مصـرف Zilactin و یا اورابیس و ضد درد و در موارد شدیدتر استروئیدهای موضعی و اگر مؤثر نبود سیستمیک
هرپس سیمپلکس راجعه	سن فاصی وجود ندارد	ضربه به لب، تب، آفتاب سوختگی، قاعدگی و مصرف داروهای سرکوبگر سیستم ایمنی و استرسهای عاطفی	فعالیت دوباره ویروس مفعی در گانگلیون عصبی ناشی از کاهش IgA سرمی، کاهش ایمنی سلولی، کاهش فعالیت ضد	هرپس لبی و داخل دهانی	ابتدا سوزش و درد مقتص در نامیه همراه با ادم در ممل و در نهایت فوشه ای از وزیکولهای کوچک که قطر ۱-۳ mm و اندازه هر فوشه ۱ تا ۲ cm است.	مفاط لثه، کام، ریمهای آلوئول (مناطق به شدت کراتینیزه)	درمان علامتی و در موارد شدید مشورت تخصصی (ممافظ، ضد آفتاب، Acyclovir)

		ضایعه بزرگتر در افراد با نقص ایمنی معمول است. وزیکولها سریع پاره و زخمی می‌شوند.		هـرپس و کاندیدا ADCC و اینترلوکین I		
--	--	--	--	-------------------------------------	--	--

کاندیدیاژیس

به بسیاری از بیماریهایی که به وسیله قارچ کاندیدای شبیه مخمر (Yeast like) ایجاد می‌گردد، گفته می‌شود و عفونت معمول قارچی دهان می‌باشد.

انواع بیماریها بسته به شروع و طول مدت آن (حاد یا مزمن) طبقه بندی شده اند. فموصیات مکانیکی شامل رنگ (اریتیماتوز/ آتروفیک) و ممل (denture stomatitis/ median rhomboid glossitis).

کاندیدیاژیس مولتی فوکال (Angular Cheilitis) و نقص ایمنی میزبان (مبتلایان به HIV) می‌باشند.

کاندیدا به طور مشخص یک عامل عفونتهای فرصت طلب است که برای تهاجم و تخریب بافت کمتر تفصص یافته است.

کاندیدیاژیس حاد با غشاء کاذب (برفک):

- نوعی از عفونتهای دهانی است که توسط کاندیدیا ایجاد می‌شود.
- این ضایعه یک عفونت سطحی مربوط به لایه های خارجی اپی تلیوم بوده و باعث ایجاد پلاکهای سفید به هم پیوسته (patchy) یا فالهایی روی سطح مخاط می‌شود.
- تشخیص برفک غالباً بر پایه ظاهر ضایعه می‌باشد. پلاکها با سایش یا فراشیدن معمولاً باعث ایجاد نامیه اریتما (قرمزی) یا متی زخم کم عمق می‌شود.
- اگر تشخیص قطعی نبود یک اسمیر که معرف Yeast میسلین است کمک کننده میباشد.
- وقتی تعداد ارگانیسهای کاندیدا در مفره دهان به طور مشخص افزایش یابد برفک در همه سنین بروز خواهد نمود
- برفک در نوزاد:
- ضایعات به صورت لکه (Patch) های سفید نرم پسبند (روی مخاط دهان دیده می‌شوند).

- ضایعات دافل دهانی بدون دردند و یا براحتی برداشته می شوند.

در بزرگسالان:

- التهاب، اریتم و نوامی دردناک قرمز اغلب دیده می شود.
- ضایعات مرواریدی سفید شبیه پلاک و گاهی نسبتاً کمرنگ وجود دارند.
- تمام سطوح مخاط ممکن است درگیر شوند و اریتم یا نوامی سفید معمولاً در زیر دندپره‌های پارسیل یا کامل پیشرفت می کند.
- (مناطق از مخاط دهان که نظافت فوذبفود در آنها کمتر اتفاق می افتد بیشتر درگیر می شوند.)
- بیماران با نقص ایمنی

تذکر:

برخی افراد مزه بد و کاهش مس پشایی را به عنوان ضایعه اولیه بیان می کنند. امساس داغی در دهان و گلو به دنبال ظهور ضایعات سفید با غشاء کاذب ایجاد می شود. (این علائم به خصوص در بیماران که آنتی بیوتیکهای وسیع الطیف دریافت می کنند دلالت بر وجود برفک یا بقیه انواع کاندیدیاز دهانی است.)

قارچهای شبه مخمر (Yeast Like) که باعث ایجاد برفک و بقیه تظاهرات کاندیدیاز می شوند در دو نوع شبه مخمر (Yeast Like) و میسلیایی در مفره دهان وجود دارد.

نکات قابل توجه در ناقلین سالم:

- پاپیلای سطح پشئی زبان محل ابتدایی کلونیزاسیون این ارگانیسم در مفره دهان ناقلین سالم دارای دندان است.
- حالت ناقل بدون نشانه با عواملی از قبیل وضعیت ایمنی میزبان، نوع کاندیدا، شرایط دهانی، سیگار کشیدن، استفاده متناوب از آنتی بیوتیکها و بهداشت عمومی میزبان ارتباط دارد.
- حالت ناقل در افراد دیابتی و استفاده کننده های پروتزهای متمرک با بهداشت پایین بیشتر شیوع دارد.

عوامل زمینه ساز (Predisposing Factors):

- ۱) تغییرات مشخص در فلور میکروبی دهان (استفاده از آنتی بیوتیکها بخصوص وسیع الطیف ، استفاده بیش از حد از دهان شویه ضد باکتری یا زروستومیا)
- ۲) التهاب موضعی (دندپرها و دستگاہهای ارتودنسی)
- ۳) تجویز کورتیکو استروئیدها (استنشاقی و عوامل موضعی بیش از سیستمیک سبب ایجاد کاندیدیازیس می شود)
- ۴) بهداشت ضعیف دهان
- ۵) بارداری
- ۶) نقص ایمنی
- الف) مادرزادی یا مربوط به دوران کودکی (کاندیدیاز جلدی مفاتی مزمن خانواده‌گی ± سندرم کاندیدیازیس اندوکرینی و عدم بلوغ ایمنی دوران کودکی)
- ب) انواع اکتسابی یا مربوط به بزرگسالان (دیابت، لوسمی، لنفوما و ایدز)
- ج) مربوط به کارهای پزشکی (شیمی درمانی سرطان، پیوند مغز استخوان (رادیاسیون سر و گردن)
- ۷) نقص در هضم و جذب

نکته:

- شدت و سرسختی عفونت کاندیدا در مقابل درمان بیشتر به ممل درگیری و به عوامل زمینه ساز وابسته است ولی این صلاحیت ایمنی میزبان است که در نهایت معین می کند که پاک سازی، کلونیزاسیون یا کاندیدیازیس ، کدامیک رخ می دهد.

کاندیدیاز آتروفیک ماد:

- به صورت مخاط دردناک همراه با لکه (Patch) های قرمز آتروفیک یا فطوط اریتماتوز نمایان می شود که با مضمور مداخل ضایعات سفید با غشاء مفاتی که در برفک دیده می شود همراه می گردد.
- افرادی که با آنتی بیوتیکهای وسیع الطیف درمان شده اند. پس از درمان نشانه های سوختگی دهانی، مزه بد یا زخم گلو دارند.
 - افرادی که آنمی فقر مزمن آهن دارند باید مورد توجه قرار گیرند.

کاندیدیاز آتروفیک مزمن:

کاندیدیاز آتروفیک مزمن شامل:

- ۱) زخم دهانی وابسته به دنچر
- ۲) Cheilitis گوشه لب
- ۳) Median rhomboid glossitis

۱) زخم دهانی وابسته به دنچر Denture Stomatitis / Denture Sore Mouth:

بصورت یک التهاب منتشر در نوامی ماگزیلاری زیر دنچر آشکار میشود و اغلب (۶۵ تا ۷۵ درصد موارد) همراه با Angular Cheilitis میباشد.

• مرحله اول:

- زخم دهانی ناشی از دنچر شامل تعدادی پتشی کامی است.

• مرحله دوم:

- ایجاد اریتم با پراکندگی بیشتر که قسمت اعظم مخاط پوشیده شده را درگیر می کند.

• مرحله سوم:

- پیشرفت گرانولاسیون بافتی یا ندولاریتی (هایپرپلازی پاپیلاری) می گردد که معمولاً نوامی مرکزی کام سفت و ریجهای آلوئولر را درگیر می کند.

نکته:

- اگر ضایعات بیش از یکسال باقی مانده باشند، حتی پس از درمان ضایعه پاپیلو ماتوز اصلی تحلیل نمی رود.

- زخم دهانی حاصل از دنچر بندرت در زیر دنچر فک پایین یافت می شود.

- لاینرهای نرم به عنوان عامل افزایش استعداد ابتلا به کاندیدیاز مطرح می باشد.

توصیه:

- شستشوی وسایل با یک محلول رقیق شده (۱۰ درصد) وایتکس فانگی، فیساندن آن در اسید

بوریک یا کره نیستاتین قبل از قرار دادن دنچر باعث کاهش میزان مخمر (Yeast) می شود.

- ضد عفونی وسایل بخش مهمی از درمان زخم دهانی حاصل از دنچر می باشد.

۲) Angular Cheilitis:

این اصطلاحی است که برای عفونتهایی که شکافهای لب را درگیر می کنند به کار می رود. این ضایعه اکثر موارد همراه با وجود کاندیدا می باشد. و به درمان ضدقارچی جواب می دهد و همراه آن استوماتیت مربوط به دنچر نیز وجود دارد.

نکته:

- angular cheilitis در بیماران با دندانهای طبیعی غیر معمول است.

- سایر فاکتورهای اتیولوژیک شامل کاهش VD، نقص تغذیه ای، دیابت، نوترینی و ایدز به همراه عفونت با استافیلوکوک و استرپتوکوک بتا همولیتیک موجب پرلش (Perlech) یا cheilitis می شود. ضایعه دستگومه گسترده تری روی عرض کلی لب اثر می کند و بعضی اوقات به پوست مجاور گسترش می یابد.

Median Rhomboid Glossitis (۳):

به صورت لکه های (Patch) اریتماتوز پاپیلاری آتروفیک که در نامیه مرکزی پشت زبان هستند مشخص می شود.

هنگامی که این ضایعات، ندولاریته بیشتری پیدا می کنند Median Rhomboid glossitis ها بیوپلاستیک نامیده می شود.

کاندیدیاز پندکانونی مزمن:

بیشتر در افراد زیر دیده می شود:

- افراد دارای دنچه های نامناسب
- ایمنی سرکوب شده
- مصرف کنندگان دفانیات

این بیماری ممکن است با نوامی متعدد کاندیدیاز مزمن آتروفیک ظاهر شود. این امر موجب تغییراتی بر روی سطح پشتی زبان، خط میانی کام سفت، نوامی شکافدار و سطوح مخاطی زیر دنچه می شود.

درمان کاندیدیازیس دهانی :

- حذف عوامل زمینه ساز
- انواعی از تجویزهای موضعی و سیستمیک هم اکنون بعنوان مکمل آنتی بیوتیکهای پلی آن، ضدقارچ قدیمی مانند نیستاتین و آمفوتریسین B موجود می باشد. مشتقی از ایمیدازول مانند کلوتریمازول برای استفاده موضعی در دسترس است.
- درمان سیستمیک شامل استفاده از هریک از این سه دارو می باشد: کتوکونازول، ایتراکونازول و فلوکونازول
- در موارد مقاوم ممکن است به درمان ثانویه نیاز باشد.
- نیستاتین به فرم کره نیز میتواند مستقیماً روی دنچه یا در کناره های زبان استفاده شود .
- بیمارانی که دارای عوامل زمینه ساز مانند زروستومیا و نقص ایمنی غیر قابل حذف هستند ممکن است نیازمند درمانهای مداوم برای جلوگیری از عود مجدد باشند.

- مصرف ماست ۲ تا ۳ بار در هفته و رعایت بهداشت دهان نیز مفید است بخصوص اگر عوامل زمینه ساز اساسی قابل مذف باشند.

تشخیص افتراقی ضایعات برآمده مخاط دهان

ضایعات برآمده مخاط دهان بر ماسب ممل ابتلا

گاه :

- آبسه اپیکالی
- تورهس پالاتینوس
- هیپرپلازیای فیبرو اپی تلیال
- تومورهای فوش فیوم و بدفیم عدد بزاقی مینور
- سارکوم Kaposi
- لنفوم

لته:

- پیوژنیک گرانولوما
- فیبروم تمریکی
- فیبروم ممیطی با کلسیفیکاسیون
- ژانت سل گرانولومای ممیطی
- پارولیس
- آبسه پریدونتال
- کیست لته ای
- نئوپلاسمها (به خصوص سارکوم Kaposia، لنفوم در افراد آلوده به HIV)

گونه و لب:

- هیپرپلازیهای فیبرو اپی تلیالی (فیبروم تمریکی)
- موکوسل
- نئوپلاسمهای مزانشیمی
- اسکواموس سل کارسینوما

- وروکوکارسینوما
- نئوپلاسمهای غدد بزاقی مینور
- سطح دورسال و کناره طرفی زبان:
- فیبروم تمریکی
- لوزه زبانی هیپرپلاستیک
- همانژیوم
- لنفانژیوم
- گرانولرسل تومور
- نئوپلاسمای مزانشیمی
- اسکواموس سل کارسینوما
- ضایعات گرانولوماتوز
- سطح و نترال زبان و کف دهان:
- رانولا
- کیست درموئید
- کیست لنفوآپی تلیال و لوزه اکتوپیک
- نئوپلاسمای غدد بزاقی
- اسکواموس سل کارسینوما

ضایعات برجسته ای که رنگ آنها ممکن است در تشفیص بالینی مؤثر باشند:

- الف) ضایعات برجسته زرد:
- لیپوما
 - کیست لنفوآپی تلیال
 - لنفانژیوم
 - گرانولرسل تومور
 - سیست لته ای
 - دانه های فوردایس
- ب) ضایعات سیاه، قهوه ای و فاکستری:
- نووس
 - تومور نوروآکتو درمال پیگمانته نوزادان
 - ملانوم
- ج) ضایعات سرخ، آبی و ارغوانی:
- پیوژنیک گرانولوما

- ژانت سل گرانولومای ممیعی
- فیبروم ممیعی باکلسیفیکاسیون (در مراحل اولیه)
- همانژیوم
- واریس
- هماتوم
- سارکوم کاپوزی
- موکوسل یا رانولا

ضایعات برآمده و متعدد مفاط دهان:

- الف) ضایعات راکتیو:
 - اپولیس فیشراتوم
 - بیماری Heck
 - تومور ماملگی
- ژانت سل گرانولوما در مبتلایان به پرکاری پاراتیروئید
- فیبروم تمریکی
- کندیلوما آکومینا توم (زگیل مقاربتی)
- وروکا و لگارلیس (به خصوص بر روی لب و در اطراف دهان)
- هیپوپلازی پاپیلری کام
- ب) نئوپلاسم:
 - تومورهای متاستاتیک
 - سارکوم کاپوزی
 - لنفوم
- ج) ضایعات گرانولوماتوز
 - بیماری Crohn
 - سارکوئیدوز
- د) افتلالات تکاملی:
 - توروس و آگزوستوز
 - لنفانژیوم
 - همانژیوم (با یا بدون ارتباط با سندرومهای آنژیوماتو)
- ه) ضایعات ناشی از تجمع مواد:
 - آمیلوئیدوز

- کیست رویشی
- کیست لنفوپای تلیال
- لیپوئید پروتئینوزیس

و) سندرومهای ژنتیکی خاص:

- بیماری Darrier
- توبروس اسلکروزیس
- سندرم Cowden
- نوروفیبروماتوز
- MEN نوع III

ضایعات پیش سرطانی و سرطانه‌های دهان:

ضایعات پیش سرطانی و ماقبل بدفیمی طبق تعریف سازمان بهداشت جهانی (WHO) عبارت است از بافت‌هایی که از لحاظ مورفولوژی تغییر یافته اند و احتمال سرطانی شدن آنها وجود دارد و شامل لکوپلاکیا، اریتروپلاکیا و احتمالاً لیکن پلان می باشد.

لیکن پلان دهانی (OLP):

یک بیماری مزمن التهابی ایمونولوژیک پوستی مخاطی است. ۲۸ درصد بیماران OLP ضایعات پوستی هم دارند.

اتیولوژی:

شامل دژنراسیون سلولهای طبقه بازال اپی تلیوم با واسطه ایمنی سلولی می باشد. لیکن پلان یک شافه از گستره وسیعی از بیماریهای ایمنی تمت عنوان ضایعات لیکنوئیدی است. عواملی چون استرس، دیابت، هپاتیت C، تروما و ازدیاد مساسیت به دارو و فلزات می توانند از کوفاکتورهای ایجاد کننده لیکن پلان باشند. تعدادی از مواد (مثل داروها، مواد شیمیایی، فلزات و غذاها) تظاهرات کلینیکی میکروسکوپی شبیه لیکن پلان ایجاد می کنند که این تظاهرات را واکنشهای شبه لیکن پلان می گویند. چنانچه واسطه یا آنتی ژن آزاردهنده برداشته شود علائم و تظاهرات بر می گردند. مثالهایی از این واکنشها شامل واکنش نسبت به ترمیمهای دندان، دهان شویه ها، آنتی بیوتیکها و تزریقات طلا برای موارد آرتریت و مالات تضعیف ایمنی مثل واکنش پیوند علیه میزبان (GVHD) می باشد. این تظاهرات کلینیکی پیچیده نیاز به پیگیری و بیوپسیهای پی در پی در طی تغییر در علائم می باشد.

نمای کلینیکی:

این بیماری به طور متوسط در دهه ۵ زندگی و اغلب در زنان دیده می شود. هیچ عامل اتیولوژیک آشکار یا فاکتور اتیولوژیک ثابت تشخیص داده نشده است. اگرچه ضایعات در هر نامیه ای از مخاط دهان ایجاد می گردد ولی مخاط باکال شایع ترین نامیه ابتلاست. ممکن است این ضایعات با درد و ناراحتی همراه باشند.

OLP را می توان به اشکال زیر طبقه بندی کرد:

- ۱) رتیکولار (اشکال مخاطی کراتوتیک، Lacelike یا نوازی شکل)
- ۲) آتروفیک (تغییرات کراتوتیک به همراه اریتمای مخاطی)
- ۳) اروزیبو (زخم پوشیده شده توسط غشاء کاذب به همراه کراتوز و اریتما)
- ۴) بولوز (نمای وزیکولوبولوز به همراه الگوهای رتیکولار و اروزیبو)

درمان:

هیچ درمانی برای OLP شناخته نشده است و کنترل علائم در معالجه بیمار کمک کننده می باشد. کورتیکواستروئیدها در کنترل علائم موفق و بسیار ارزشمند هستند.

• در صورت ابتلا فرد به ضایعات پیش سرطانی و هرگونه موارد مشکوک ارجاع به سطوح بالاتر الزامی است.

لکوپلاکیا:

• یک ضایعه سفید رنگ است که مفاط دهان را درگیر می کند و با کشش از بین نمی رود و از لحاظ هیستوپاتولوژی شبیه هیچ ضایعه دیگری نمی باشد.

• هر نامیه ای از مفاط دهان را درگیر می کند.

با تروما و مصرف تنباکو ارتباط (به خصوص با دفعات و مدت زمان مصرف تنباکو) دارد.

دیسپلازی بیشتر در لکوپلاکیای که زبان و لبها و کف دهان را گرفتار می کند وجود دارد (وجود دیسپلازی در ضایعات لکوپلاکیا فطر بدفیمی را افزایش می دهد) و کمتر در لکوپلاکیای نامیه کام و ترومولر ایجاد می شود.

لکوپلاکیای ناشی از مصرف تنباکو در صورت قطع مصرف تنباکو قابل برگشت است.

انواع لکوپلاکیا:

۱) لکوپلاکیای هموژن

۲) لکوپلاکیای ندولار یا Speckled

۳) لکوپلاکیای زگیلی شکل یا Verrucos

۴) لکوپلاکیای زگیلی پرولیفراتیو ← در مردان بیشتر دیده می شود و فطر تبدیل شدن آن به SCC بیشتر است.

تشخیص و درمان:

بسیاری از ضایعات سفید از نظر کلینیکی شبیه لکوپلاکیا هست. از این رو قبل از تشخیص باید وجود این ضایعات را رد کرد.

چنانچه ضایعه ای به طور خودبخود یا طی مدف ممرک از بین برود تستهای بعدی برای تشخیص قطعی لازم نمی باشند.

بیوپسی بافتی قطعی ترین روش برای تشخیص ضایعات معلوم لکوپلاکیا می باشد.

برنامه غذایی درمانی شامل دوزهای منفرد و ترکیبی از ویتامینهای E, C, A, بتا کاروتن، آنالوگهای ویتامین A و (ژیمی سرشار از آنتی اکسیدانها و پروتئینهای متوقف کننده رشد سلولی (میوه ها و سبزیجات) می باشد.

پیش آگهی:

ضایعات فوش فیخ بدون دیسپلازی باید برداشته شود چرا که احتمال تغییرات بدفیمی در این ضایعات ۴ تا ۶ درصد است بعد از برداشت ضایعه کنترل طولانی ممل مهم است.

کاندیدایزیس غالباً با لکوپلاکیا ارتباط دارد اما شیوع بیشتر آن در اریتروپلاکیا دیده می شود. وجود کاندیدایزیس ممکن است بیانگر کلونیزاسیون ثانویه این قارچ باشد.

اریتروپلاکیا:

پلاک یا لکه (Patch) مضملی قرمز رنگ درفشان که از نظر کلینیکی و پاتولوژیکی به هیچ ضایعه دیگری شبیه نیست.

تشخیص:

تشخیص نهایی براساس بیوپسی است.

اتیولوژی

اتیولوژی اریتروپلاکیا هنوز نامعلوم است ولی بسیاری از موارد اریتروپلاکیا با مصرف زیاد سیگار و استفاده یا عدم استفاده از الکل همراهند.

نمای کلینیکی:

اریتروپلاکیا دارای اشکال کلینیکی متنوعی است ولی طبقه بندی جامع قابل قبولی در مورد آن وجود ندارد.

اریتروپلاکیا اکثراً در مردان مسن دردهه ۶ و ۷ عمر ایجاد می شود این ضایعه در کف دهان، وینترال (Ventral) زبان، کام نرم، لوزه های نامیه گردن و به طور کلی در تمام نواحی مستعد به ایجاد کارسینوم شایع است. (این نواحی درصد بالایی از پیش بدفیمی و تغییرات بدفیمی را نشان می دهند).

تذکر:

تفاوت بین اریتروپلاکیا و ضایعات التهابی فوش خیم دهان با استفاده از مخلول ۱ درصد تولوئیدین بلو که توسط سوآپ یا دهانشویه به طور موضعی استفاده می شود قابل شناسایی است.

درمان و پیش آگهی:

درمان اریتروپلاکیا شبیه لکوپلاکیاست:

- پیگیری ضایعات به مدت یک یا دو هفته بعد از برطرف کردن عوامل احتمالی
- بیوپسی جهت ضایعات مقاوم ضروری است
- ضایعاتی که بعد از حذف عوامل پیش از دو هفته پابرجا هستند احتمال بدفیمی دارند.
- دیسپلازی اپی تلیوم یا کارسینوم insitu باید به طور کامل برداشته شود.

سرطانهای دهان :

اپیدمیولوژی:

در سرتاسر جهان کارسینوم های دهانی یکی از شایعترین سرطانها و یکی از ده عامل معمول مرگ و میر می باشد. سرطان دهان یک بیماری مرتبط با افزایش سن میباشد تقریباً ۹۵ درصد موارد در افراد بالای ۴۰ سال بوده و سن متوسط تشخیص سرطانها ۶۰ سالگی است. بیشترین سرطانهای دهان شامل سرطان زبان ، ملق- دهانی و کف دهان می باشد . لبها ، لثه ، دوسال زبان و کام مکانهای با شیوع کمتر می باشند. افرادی که سابقه ابتلاء به سرطان را دارند بیشتر در معرض ابتلاء به سرطان ملق- دهانی هستند.

اتیولوژی و ریسک فاکتورها:

- افزایش سن
- تنباکو و الکل (ریسک فاکتورهای اصلی سرطان دهان و ملق- دهانی می باشند)
- تنباکو از سرطان زاهای قوی میباشد.
- ترومای مداوم همراه با سایر سرطان زها ممکن است تغییر و شکل و ترانسفورمیشن سلولها را تسریع کند.
- تابش آفتاب، سفیدی پوست، سابقه سوختگی، کشیدن پیپ (Pipe Smoking) و مصرف الکل در ایجاد سرطان لب دخیل دانسته شده اند.

بیماری زایی:

SCC یا سرطان سلولهای سنگفرشی دهان نتیجه یک فرایند چند مرحله ای است که بافت از حالت نرمال به ضایعات دیسپلاستیک و در نهایت به SCC تبدیل می شود.

بیماریهای غدد بزاقی

بیماران مبتلا به ناهنجاریهای غدد بزاقی از خشکی دهان و تورم یا توده ای سفت غدد بزاقی شکایت می‌کنند.

ارزیابی خشکی دهان:

امساس خشکی دهان گزروستومیا (Xerostomia) نامیده می‌شود. ولی خشکی دهان تنها یک نشانه است. با اینکه در اکثر موارد خشکی دهان ناشی از عملکرد غدد بزاقی است ولی در مواردی نیز غدد بزاقی عملکردی بی‌عیب دارند و به همین دلیل باید با دقت بررسی صورت گیرد. مواردی مانند دهیدراسیون، مشکلات مسی مرکزی، عصبی و فیزیولوژیکی نیز می‌تواند موجب امساس خشکی دهان شود. تغییر ترکیب بزاق مهمتر از تغییر در مقدار بزاق است. به همین دلیل مقدار کافی بزاق دلیل بر سلامت غدد بزاقی نیست. اولین قدم بررسی تاریخچه و سپس ارزیابی عمل غدد بزاقی و در انتها می‌توان از عکسبرداری، بیوپسی و ارزیابی آزمایشگاهی فونی نیز استفاده نمود.

علائم نارسایی غدد بزاقی:

علائم به دنبال کاهش میزان بزاق ظاهر می‌شود. بیماران از خشکی تمام سطوح بزاقی مانند گلو و دهان، اشکال در جویدن و بلعیدن و صمبیت کردن شکایت دارند. بسیاری از بیماران برای بلعیدن غذا مجبور به نوشیدن مایعات هستند و عده ای برای راحتی صمبیت و بلعیدن غذا دائماً با فود مایعات ممل می‌کنند و اکثراً در مین خوردن غذاهای تند و پر ادویه دچار درد می‌شود.

تاریخچه:

تاریخچه مال و گذشته پزشکی گاهی و به راحتی علت خشکی دهان را هویدا می‌کند. مصرف بسیاری از داروها، بیماریها و متی مکملهای غذایی سبب بروز خشکی دهان میشود. پنانچه تاریخچه علت را مشخص نکند یک بررسی دقیق تر الزامی است. گاهی خشکی دهان تنها در مین صمبیت کردن یا غذا خوردن باعث آزار بیمار می‌شود در حالیکه در حالت عادی فوآب یا بیداری بیمار امساس خشکی در دهان ندارد که نشانه نقص عملکرد غدد بزاقی در مین فعالیت دهان می‌باشد. همچنین سایر پوشش مفاطی مثل پیشه، گلو و ... باید بررسی شود که (خشکی در سایر مفاطت همراه با مفاط دهان دلیل بر بیماریهای سیستمیک همچون سندرم شوگرن می‌باشد).

معاینه بالینی: لمس غدد بزاقی طبیعی بدون درد است و حالت نرم و لاستیکی دارد و باید عاری از هرگونه توده سفتی باشد. اکثر بیماران مبتلا به نقص فعالیت غدد بزاقی غشاهای مفاطی خشکی دارند.

لبها: پر از ترک، رنگ پریده، آتروفیک (ممکن است بیمار از پسبیدن لبها به دندانها شکایت کند)

مفاط باکال: رنگ پریده و موج دار

زبان: صاف و قرمز و خالی از پاپیلا

دندانها: پوسیدگی دندانها مخصوصاً سطح ریشه و اروژن (erosion) افزایش بی دلیل پوسیدگیهای
دندانی و بیماریهای پریودنتالی می تواند ناشی از نقص عملکرد غدد بزاقی باشد.

ملاحظات: عفونتهای کاندیدایی عموماً مشاهده می شود.

در بررسی نهایی برای فشکی دهان از رزلب و سوآپ استفاده می شود این دو تست بیانگر فشکی
مخاطی هستند. دندانهای قدامی ماگزینا نشانه ای بر کاهش بزاق می باشد. (در حالت عادی مخاط و
دندانها توسط بزاق فیس و تمیز می شود).

در نشانه دوم یک سوآپ بر روی مخاط باکالی دندانپزشک باید حرکت دهد. مخاط باکال فشک به سوآپ
چسبیده و با آن حرکت می کند.

گاهی غدد بزاقی به علت التهاب یا نئوپلازم متورم می شوند. غدد بزاقی اصلی به وسیله لمس بررسی
می شوند تا از لحاظ وجود توده های سفت و ترشح بزاق ارزیابی گردند.

با دوشیدن مجرای غدد بزاقی طبیعی، بزاق از دهانه آن خارج شده قوام ترشحات نیز بررسی می شود.
بزاق دوشیده شده باید شفاف، آبدار و زیاد باشد.

نقص مزمن غدد بزاقی ← بزاق غلیظ و کم

عفونت باکتریایی غدد بزاقی ← در برخی موارد هم آلودگی بزاق دیده می شود و غدد بزاقی متورم و
دردناک هستند.

در صورت مشاهده بزاق کدر همراه با بزرگی غدد بزاقی کشت بزاق توصیه می شود.

ارزیابی یک توده بزاقی و یا غده بزاقی متورم:

تومورهای غدد بزاقی معمولاً به صورت یک توده بی علامت در غده بروز می کند. در تومورهای فوش
فیم کیستها فونریزی و عفونت ممکن است موجب درد شود. جهت بررسی اینگونه ضایعات علاوه بر
معاینه بالینی، تصویربرداری و بیوپسی نیز توصیه می گردد.

درمان فشکی دهان:

چهار روش درمانی برای افراد مبتلا به فشکی دهان وجود دارد:

(۱) درمان پیشگیری کننده

(۲) درمان نشانه ای

(۳) تمریک موضعی (Local) و یا تاپیکال (Topical)

(۴) تمریک سیستمیک غدد بزاقی

در صورت وجود بیماریهای سیستمیک درمان بیماری نیز از جمله روشهای درمانی محسوب می گردد.

(۱) درمان پیشگیرانه:

- فلوراید تراپی یکی از روشهای پیشگیری کننده پوسیدگیهای دندانی ناشی از فشکی دهان می باشد. متناسب با شدت بیماری روش و میزان مصرف فلوراید از روزانه تا هفتگی متفاوت می باشد.
- بیمار مبتلا باید از وضعیت بهداشت دهانی فوی برفوردار بوده و هر چهار هفته توسط دندانپزشک معاینه شود. کاهش فعالیت بزاق ممکن است موجب افزایش (مینرالیزاسیون و سرعت نابودی سافتارهای دندانی شود).

- استفاده از محلولهایی که موجب (مینرالیزاسیون می شود در چنین اشفاصی می تواند مفید باشد.
- عفونتهای دهانی از جمله کاندیدیاز در این بیماران شایع است و در چنین مواردی داروهای ضدقارچ باید مصرف شود.

۲) درمان نشانه ای:

- بهترین درمان نشانه ای نوشیدن آب است.
- انواعی از ژلها و محلولها برای این بیماران وجود دارد.
- بیماران باید از خوردن غذاهای پرادویه، الکل و پرشکر که به رامتی به مفاط آسیب می زند دوری کنند.
- مصرف Vit.E و کرمهای مرطوب کننده نیز توصیه می شود.
- استفاده از بزاق مصنوعی نیز توصیه می شود ولی در بیمارانی که هیچ فعالیت بزاقی ندارند مفید نیست.

تمریک غدد بزاقی:

۱. تمریک موضعی:

- تمریک غدد بزاقی از طریق جویدن و یا پیشیدن مواد شیرین و ترش به رامتی انجام می شود. همراهی این دو روش در افرادی که غدد بزاقی نیمه توانا دارند مفید است.
- تمریک الکتریکی نیز علیرغم عوارض نامساعد خود گاهی اوقات مفید می باشد.
- یک ولتاژ متوسط در زبان و کام می تواند موجب تمریک تولید بزاق در افراد مبتلا به فشکی دهان شود.

۲. تمریک سیستمیک:

داروهای محرک ترشح بزاق متنوعی کشف شده اند که چهار مورد آنها مفید و مؤثر و بدون عوارض جانبی شناخته شده اند که عبارتند از :

- بره هگزین Bromhexine

- آنتولهتریتیون Anetholetrithione

- پیلو کارپین هیدروکلراید (HCL) Pilocarpine Hydrochloride

- سوپملین (Cevimeline HCl) HCl

بیماریهای پرئودنتال

هدف : برای بیماران جوان و مسن مفاصل فانکشن و مدف یا پیشگیری از پیشرفت بیماری التهابی می باشد .

برای سالمندان یک روش غیر جراحی ، اغلب اولین انتخاب درمان می باشد .

۱- کنترل پلاک با استفاده نغ دندان و مسواک

۲- افراد مسنی که از دهانشویه کلروهگزیدین ۰/۲٪ استفاده شود .

۳- استفاده از دهانشویه فلوراید

۴- مواد جایگزین بزاق

ژنژیویت در کودکان دارای over jet و overbite و همچنین انسداد مسیر بینی و عادت تنفس دهانی ، بیشتر به وقوع می پیوندد .

درمان بیماریهای پریودنتال به منظور مراقبت و نگهداری از انساج پریودنشیوم صورت می گیرد، به منظور انجام درمان صمیم و کامل به نکات زیر توجه نمائید.

۱- برطرف نمودن التهاب لثه و مدف عواملی که آنرا ایجاد می نمایند شامل : تجمع پلاک

میکروبی ، پرکردگی های نامناسب و نوامی گیر غذایی .

۲- برقرار نمودن اکلوژن قابل قبول برای بیمار.

۳- در نظر گرفتن شرایط سیستمیک بیمار در رابطه با اثرات ناشی از آن بر روی بیماریهای پریودنتال

تشخیص :

۱- چه عواملی در تجمع پلاک میکروبی دفالت داشته و چگونه این عوامل در ایجاد التهاب و تشکیل

پاکتهای پریودنتال نقش دارند ؟

۲- آیا انساج پریودنشیوم علائمی از وجود ترومای ناشی از اکلوژن را نشان میدهند یا خیر؟

۳- آیا اکلوژن بیمار مسئول ایجاد ضایعات تروماتیک می باشد یا خیر؟

۴- آیا تغییرات در لثه و سایر انساج پریودنتال توسط عوامل محرک موضعی موجود قابل توجهیه

می باشند و یا عوامل دیگری در اتیولوژی بیماری دفالت دارند؟

مشاهدات بالینی :

۱- فونریزی از لثه ها می تواند به صورت فود به فود ، متعاقب غذا خوردن ، مسواک زدن و یا

متی در هنگام خواب اتفاق افتد .

• فونریزی لثه در رابطه با دوران قاعدگی و یا عوامل اختصاصی دیگر می باشد یا خیر؟

• آیا طعم بد دهان و نوامی گیر غذایی وجود دارد ؟

۲- وجود دندانهایی که بیش از حد فیزیولوژیک لق میباشند بررسی شود . سابقه دندان قروچه، Clinching و Braxism و قفل کردن فک و فشاردادن آن روی هم ، عادات جویدن تنباکو ، کشیدن سیگار ، جویدن ناخنها و گاز گرفتن اجسام خارجی وجود دارد .

۳- بررسی رادیوگرافی های داخل دهانی شامل چهارده فیلم پری اپیکال و رادیوگرافی های Bite-Wing فلفی

میباشد و همچنین جهت بررسی قوس دندانی و انساج اطراف دندانها رادیوگرافی پانورامیک وجود داشته باشد.

۴- میزان ترشح بزاق ، گزروستومیا یا سیالوره وجود دارد ؟

معاینه کلینیکی :

۱- معاینه دندانها

این بررسی برای تشخیص پوسیدگیها ، ضایعات تکاملی ، فرمهای غیرطبیعی ، سایش ، مساسیت دندان و تماسهای بین دندانی انجام می گیرند.

۲- معاینات انساج پریودنشیوم

درمعاینات انساج پریودنشیوم علایم اولیه ناشی از بیماریهای پریودنتال تشخیص داده میشود . معاینات باید برطبق ترتیب مشخصی انجام شود ، از نامیه مولرهای فک بالا شروع شده و سپس به ترتیب از آن قسمت سایر دندانها نیز تمت بررسی قرار گیرند درنتیجه :

- یافتن کلکوسهای زیرلثه ای و تعیین میزان تجمع پلاک دندانی توسط سوند یا پروب پریودنتال صورت می گیرد . استفاده از پوارها برای کنارزدن لثه کمک فوپی در یافتن کلکوسهای زیر لثه ای محسوب می شود . بهترین وسیله برای تعیین کلکوسهای زیر لثه ای سوند شماره ۱۷ میباشد ودرمورد کلکوسهای فوق لثه ای می توان از پروب پریودنتال استفاده نمود.

- برای بررسی دقیق لثه ابتدا باید آنرا فشک کرد تا امکان انعکاس نور که سبب اشکال می شود از بین برود . معاینه مستقیم چشمی و بررسی نامیه توسط وسایل ولمس نمودن (Pulpation) نیز باید صورت گیرد.

مشخصات لثه باید مورد بررسی قرار گیرند که عبارتند از :

رنگ ، اندازه ، فرم ، قوام ، نمای ظاهری ، موقعیت ، فونریزی و درد ، موضعی یا منتشر بودن بیماری و مزمن یا ماد بودن آن باید مورد بررسی قرار گیرد.

- پاکتهای پریودنتال
- ۱- وجود پاکت و بررسی آن در سطوح مختلف دندانی .
- ۲- نوع پاکت پریودنتال که ممکن است فوق استخوانی و یا تمت استخوانی باشد .
پاکتهای پریودنتال همچنین ممکن است از نوع ماده ساده ، مرکب و یا پیچیده باشند .
- ۳- عمق پاکتهای پریودنتال
- ۴- موقعیت اپتیلیوم چسبنده روی ریشه

تنها راه دقیق بررسی پاکتهای پریودنتال ، معاینه آن توسط پروب پریودنتال میباشد ، پاکتها توسط بررسی های رادیوگرافیک قابل تشخیص نمی باشند . پروب پریودنتال بر مسب میلی متر درج شده که بسته به نوع پروب نمونه درجه بندی آن فرق دارد . درجات ممکن است به صورت ۱، ۲، ۳، ۵، ۷ و ۱۰ میلیمتر و یا در اندازه های ۳ ، ۶ و ۱۰ میلیمتر باشد ، پروب پریودنتال به صورت عمودی و موازی محور طولی دندان مورد استفاده قرار میگیرد و باید آن را تا تماس نوک پروب به عمق پاکت فرو برد به هیچ وجه نباید سعی شود که پروب را با فشار به نسج زیرین آن داخل نمود.

- ضایعات جامی شکل بین دندانی باید مورد بررسی قرار گیرند، برای مشخص نمودن اینگونه ضایعات باید پروب را بطور مایل از سطح باکال ولینگوال داخل پاکت نمود تا فرورفتگی احتمالی این ضایعات در زیر نوامی تماس بین دندانی مشخص شود .
با استفاده از پروب پریودنتال می توان عمق و شکل پاکت را مشخص نمود.

- طرح درمان :
- بیش از هرگونه درمانی باید طرح درمان را برنامه ریزی نمائیم و باید پیش آگهی دندانها مورد بررسی قرار گیرند.

- ۱- آیا بیماری موجود قابل درمان است؟
- ۲- آیا تمامی دندانها قابل نگهداری می باشند ؟
- ۳- آیا دندانهای باقیمانده می توانند به عنوان پایه های مناسبی برای جایگزینی دندانهای از دست رفته توسط کاربرد پروتزهای ثابت یا متمرک مورد استفاده قرار گیرند؟

تنظیم طرح درمان

هدف : تعیین سلسله مراتبی است که در انجام مراحل درمانی بطور هماهنگ مورد استفاده قرار می گیرند و هدف نهایی از انجام آنها ایجاد انساج پریودنشیتم سالم و تامین عملکرد صحیح دندانها می باشد.

۱- درمانهای مربوط به انساج نرم:

- برطرف نمودن التهاب لثه و مذب پاکتهای پریودنتال و عوامل ایجاد کننده آنها ، برقراری فرم طبیعی لثه ، تامین میزان کافی لثه چسبنده ، ترمیم نوامی پوسیدگی ، تصمیع مارمین پرکردگی های موجود ، دوباره شکل دادن فرم سطوح دندان درنوامی پروگزیمالی ، باکالی ، لینگوالی ، تصمیع مارمینال ریچ پرکردگی های موجود.

۲- درمان اکلوزن بیمار

- تنظیم کلوزن برای ایجاد انساج پریودنشیم :

تصمیع اکلوزن ، کاربرد پرکردگی ها و پروتزاها و درمانهای ارتودنسی

۳- بررسی شرایط عمومی بیمار

آیا بیمار نارسای سیستمیک دارد ؟

مراحل انجام درمان

۱- کنترل پلاک میکروبی - بررسی تغذیه بیمار بصوص درموارد پوسیدگیهای سریع و شدید ، جرم گیری و صاف نمودن سطوح ریشه دندانها و تصمیع پرکردگی ها و پروتزهایی که جنبه ترمیکی دارند .

۲- خارج نمودن پوسیدگی ها و پرکردگی های نامناسب ، تصمیع اکلوزن ، انجام درمانهای ساده ارتودنسی ، کاربرد اسپلینتهای موقت ، بررسی واکنش بیمار نسبت به درمانهای انجام شده ارزیابی عمق پاکتهای پریودنتال ، تعیین شدت التهاب لثه و بررسی پلاک میکروبی ، کلکوس و پوسیدگی ها .

۳- جراحی پریودنتال و درمانهای اندودنتیک .

۴- درمانهای دائمی ترمیمی ، پروتزهایی ثابت و متمرک و بررسی واکنش انساج پریودنشیم نسبت به این درمانها انجام می شود .

۵- مراقبتهای پس از درمان : معاینات مجدد بیمار در فواصل منظم به منظور بررسی بهداشت دهان ، وجود کلکوس ، شرایط لثه از نظر عمق پاکتهای پریودنتال و میزان شدت التهاب ، پوسیدگی ها ، بررسی اکلوزن ، لقی دندانها و بروز سایر تغییرات پاتولوژیک صورت می گیرد.

درمان بیماریهای پریودنتال

الف: فاز ۱

هدف درمان تغییر یا مذب اتیولوژی میکروبی و عوامل دخیل در بیماریهای لثه ای و پریودنتال است.

نتیجه کار:

- توقف پیشرفت بیماری و مفاصل سیستم دندان.
- راحتی و فانکشن.
- زیبایی مناسب.

فاز ۱ درمان تمت عناوین مفتلفی نامیده میشوند:

- درمان اولیه (initial therapy).
- درمان غیر جراحی (non-surgical periodontal therapy).
- درمان وابسته به علت (cause-related-therapy).
- فاز اتیوتروپیک درمان (etiotropic phase of therapy).

بی دندانی

به صورت کلی اهداف مورد توجه در جایگزینی نواحی بی دندانی عبارتند از :

- ۱- بازسازی انساج دهانی یا جایگزینی دندانها و انساج از بین رفته وابسته به آن
- ۲- تامین فانکشن و توانایی مضغ
- ۳- تامین فونتیک و تکلم راحت و صمیم
- ۴- تامین زیبایی
- ۵- تامین سلامتی و راحتی بیماران

▪ طرح درمان برای جایگزینی دندانهای از دست رفته :

نکته : انتخاب نوع پروتز به عوامل زیر بستگی دارد.

- ۱- بیومکانیک
- ۲- زیبایی
- ۳- وضعیت اقتصادی بیمار
- ۴- انتظارات بیمار

درمانی باید انجام شود که ساده تر و منطقی تر باشد .

موارد تمویز پروتزهای پارسیل متمرک (Removable partial denture):

۱. جایگزینی (بیش از دو دندان فلفی ، بیش از چهار دندان قدامی ، کانین و دو دندان مجاور آن)
۲. فضاهای بی دندانی متعدد.
۳. وسیع بودن طول فضاهای بی دندانی .
۴. عدم وجود دندان پایه در انتهای فضای بی دندانی (نمی توان از بریج استفاده کرد)
۵. کاهش ساپورت پریودنتالی دندانهای باقی مانده (که دندانها نمی تواند پایه پروتز ثابت شود)
۶. تحلیل شدید استخوان در نامیه بی دندانی .
۷. تمایلات و فواسته های بیماران (مسائل اقتصادی)
۸. بیماری که در سنین جوانی یا پیری هستند (جوانان کمتر از ۱۷ سال به علت وسعت پالپ و کوتاه بودن ارتفاع تاج کلینیکی دندانها انتفاب مناسب برای درمانهای پروتز ثابت نیستند ، در بیماران سالخورده که ادامه زندگی برای آنها کمتر از ۵ سال پیش بینی می شود)

❖ موارد تمویز بریجهای معمولی حمایت شونده توسط دندان (F.P.D)

- ۱- جایگزینی مداکتر ۲ دندان فلفی
- ۲- جایگزینی مداکتر ۴ دندان قدامی
- ۳- می تواند بصورت کانتی لیور هم استفاده شود

نکته : ساپورت استخوانی مطلوب دندانهای پایه ، نسبت ۱/۱ تاج به ریشه ، عدم موبلیتی پایه ها ، تحلیل متوسط و نه شدید بریج و عدم وجود نقص شدید بافت نره ، tilt کمتر از ۲۵ درجه دندان پایه شرایط مورد قبول جهت درمان F.P.D می باشد.

❖ موارد تمویز F.P.D باند شونده بارزین با ساپورت دندانى :

- ۱- جایگزینی یک دندان و امیانا دو ثنایاها (معمولاً تنها ثنایاها و پره مولرها را می توان با این روش جایگزین کرد .

❖ موارد تمویز بریجهای ساپورت شونده توسط ایمپلنت :

- ۱- جایگزینی تک دندان
- ۲- در بی دندانى ۲ تا ۶ وامدى
- ۳- فقدان دندان پایه فلفى و عدم تمایل بیمار به پروتز متمرک
- ۴- تعداد اندک دندانهای پایه یا ضعیف بودن آنها

نکته : ریچ تفت و پهن و ضفیم با استفوان با دانسیته بالا و (دیف بودن) (alignment) بیشتر پایه ها در مقایسه با F.P.D با ساپورت دندانى لازم می باشد.

• طرح درمان برای رستوریشنهای تک وامدى

انتخاب نوع ماده و طرح رستوریشن به موارد زیر بستگی دارد :

- ۱- میزان تفریب سافتار دندان
- ۲- زیبایى
- ۳- کنترل پلاک
- ۴- ملاحظات مالی
- ۵- گیر ، گیر روکش کامل $7/8 < 3/4 < 3/4$ انله MOD

• رستوریشنهای داخل تاجى

این رستوریشنها زمانى که مقدار کافى از نسج تاج برای نگهدارى و مفاظت رستوریشن تمت استرس ها باقى مانده باشد کاربرد دارند.

- ۱- گلاس اینومر
- ۲- کامپوزیت رزین
- ۳- آمالگام
- ۴- اینله فلزى
- ۵- اینله سرامیک
- ۶- انله MOD

❖ موارد تمویز رستوریشنهای فارچ تاجی :

۱- وجود نسج ناکافی تاجی برای نگهداشتن رستوریشن داخل تاجی

۲- تفریب شدید دیواره اگزیاال

۳- نیاز به تخییر کانتور برای تامین اکلوزن مناسب یا زیبایی

* پارسیل ونیرکراون :

- در مواردی که یک یا چند سطح سالم دندان پوشانده نمی شود و بیش از نیمی از نسج دندان باقی مانده باشد کاربرد دارد .

* روکشهای تمام فلز :

- در مواردی که در چند سطح اگزیاال ضایعه وجود داشته باشد کاربرد دارد .

نکته : نازیباست ، لذا در مولردوم و گاهی در مولر اول فک پایین کاربرد دارد (گاهی نیز پره مولر دوم فک پایین)

* روکشهای متال سرامیک

- در مواردی که وجود ضایعات متعدد در سطوح اگزیاال دندان کاربرد دارد.

نکته : مداکثر گیر را ایجاد می کند و زیباست .

* روکش تمام سرامیک

این رستوریشن تلفیق زیبایی و مداکثر پوشش دندان می باشد.

نکته :

- مانند مورد قبلی به شکستن مقاوم نیست، لذا باید در معرض استرسهای کم تا متوسط باشد.

- اغلب برای ثنایا کاربرد دارد .

- به تراش زیاد دندان نیاز دارد .

* سرامیک ونیر :

با مداقل تراش در دندانهای قدامی که تنها مشکل stain ، مشکل تکاملی یا chipping انیسرنال و ضایعات کوچک پروگزیمال دارند.

آموزش به بیماران دارای پروتز کامل :

- ۱- آموختن استفاده از دندان مصنوعی مستلزم صرف وقت و داشتن موصله است .
- ۲- دندان مصنوعی جدید در دهان شما به نظرتان پر حجم و عجیب خواهد آمد و باعث پر شدن دهان و گونه شما خواهد شد که مدتی طول می کشد تا به آن عادت کنید.
- ۳- هرگز عادت نکنید که دندان مصنوعی را با مرکبات زبان و لب لق کنید.
- ۴- امکان دارد روزهای اول استفاده از دندان مصنوعی ، ترشح بزاق در دهان شما زیاد باشد ، اما بعدا این مسئله رفع خواهد شد.
- ۵- صحبت کردن با دندان مصنوعی جدید امتیاج به تمرین دارد اما مشکل نیست. با ایستادن جلو آینه می توانید کلماتی را که برای تلفظ مشکل است مرتب تکرار نمائید.
- ۶- غذا خوردن با دندانهای مصنوعی ربا غذاهای نرم و لقمه کوچک شروع کنید. بیمار باید یاد بگیرد که اول سبزیجات نرم و سپس سبزیجات سفت تر و نان (نه نان سفید زیرا این نان فمیر شده و به دندانها می چسبد) و در نهایت گوشت بخورد. غذا باید به آهستگی و با دو طرف دهان جویده شود. جویدن دو طرفه مداکثر ثبات را برای دست دندان فراهم می کند.
- ۷- دست دندان مصنوعی خود را هر روز با مسواک نرم و در صورت امکان روزی ۲ بار بشوئید.
- ۸- هنگام تمیز کردن دندان مصنوعی ، روی یک ظرف که پر از آب است ، کار کنید ، چنانچه دست دندان مصنوعی از دست شما لغزید، به زمین نفورد و داخل آن بیافتد.
- ۹- شبها، دندان مصنوعی تان را از دهان بیرون آورید تا فرصت استراحت به بافت لثه بدهید و در این مدت دندان مصنوعی را در آب بگذارید.
- ۱۰- به هیچ وجه برای شستن دندانهای خود از آب جوش یا آب گرم استفاده نکنید که باعث ضربه به دندانها می گردد.
- ۱۱- حداقل سالی یکبار جهت کنترل دهان و دندان مصنوعی خود به دندانپزشک مراجعه کنید.

آموزش به بیماران دارای پروتز پارسیل :

- ۱- دست دندان پارسیل ممکن است ناراحتیهایی را برای شما ایجاد کند برای مثال بزرگی پروتز ممکن است برای زبان که هنوز به آن عادت نکرده است ناراحت کننده باشد.
- ۲- هم پروتز و هم دندانهای طبیعی را تمیز نگه دارید و برای جلوگیری از پوسیدگی باید بهداشت دهان، عالی باشد و از تجمع مواد غذایی دور دندانهای پایه و زیر اتصالات فریم تا جائیکه مقدور است جلوگیری شود.
- ۳- به دلیل استفاده از آلیاژ کره کبالت در پروتز، مملول هیپو کلریت سدیم به علت کدر کردن آلیاژ مذکور جهت تمیز کردن پروتز استفاده نمی شود.
- ۴- در بیمارانی که براکسیزم دارند ، دنچر در شب از دهان درآورده نمی شود.
- ۵- بیمار به صورت نرمال هر ۶ ماه یکبار جهت معاینه به دندانپزشک مراجعه کند. در صورتیکه احتمال پوسیدگی دندان بالایی دارند و یا احتمال بیماری لثه در آنها زیاد است باید بیشتر تمت مراقبت دهان و دندان قرار گیرند.
- ۶- از بی دقتی در استفاده از دنچر که باعث شکستن و یا تغییر شکل آن میگردد بایستی اجتناب کند.
- ۷- به بیمار در فصول اهمیت معاینات ادواری و نیاز به ریلاین کردن بیس پروتز در صورت نیاز جهت جلوگیری از تفریب پریدنشیوم دندانهای پایه و ساپورت نسجی تاکید گردد.

در معاینه کراونهای موجود در دهان موارد زیر مورد ارزیابی قرار می گیرد:

۱- تماسهای پروتزیمالی مناسب با دندانهای مجاور

۲- اکلوزن مناسب

۳- کانتور مناسب کراون

۴- زیبایی

۵- تطابق مارجین

در صورتی که میزان لته چسبنده مداخل باشد و لبه رستوریشن زیر لبه آزاد لته باشد ممکن است سبب :

۱- از بین رفتن چسبندگی اپی تلیالی

۲- تورم مزمن لته

۳- آبرسه های پرودنتالی

۴- پایین رفتن لته

۵- تحلیل استخوان آلوئل

در ارزیابی بیماران با پروتزهای کامل توجه به موارد ذیل صورت می گیرد :

۱- بررسی وضعیت ثبات دنچر فک بالا و پایین (در زمان استرامت و جویدن)

۲- بررسی سلامت بافت مخاط دهان و ریج

۳- بررسی وجود مشکل در تکلم ، بلع و ادای صمیع مروف

۴- بررسی وجود تهوع و امساس سوزش

۵- بررسی وجود درد

۶- بررسی عملکرد جویدن

در ارزیابی بیماران با پروتزهای پارسیل توجه به موارد ذیل صورت گیرد :

۱- بررسی سلامت بافت مخاط دهان و ریج بی دندانی

۲- بررسی سلامت و عدم لقی دندانهای پایه

۳- بررسی دنچر پارسیل از نظر تطابق مناسب بیس دنچر ونسوج زیرین

۴- بررسی اتصال دهنده اصلی و فرعی پروتز پارسیل از نظر شکستگی، تخییر شکل و

نیاز به ترمیم

مشکلات فکی- دندانی (مرتبط با اکلوزن) در دوران کودکی

• مرحله اول: نمای صورتی

وقتی که کودک را از طرف جلو و طرفین بررسی می کنید به موارد زیر توجه نمایید:

- ۱) قرینگی صورت
- ۲) نمای نیمرخ، آیا این نیمرخ مستقیم، ممدب یا مقعر است؟
- ۳) اندازه بینی و چانه
- ۴) موقعیت لب در مال استراحت، آیا کودک تنفس دهانی دارد؟ آیا لب بالا کوتاه است؟

• مرحله دوم: قوسهای فک بالا و پایین:

- ۱) شکل قوس: آیا قوسها بیضی شکل، مربع یا مخروطی هستند؟ آیا به طور قرینه دارای فضا می باشند؟ آیا کرا دینگ (در هم بودن دندانها) یا فضای اضافی بین دندان در قسمت قدامی و خلفی وجود دارد؟

- ۲) موقعیت غیرعادی دندانها:

• رویش اکتوپیک

• انکیلوز دندانهای مولر شیری

• نهفتگی دندانهای دائمی

• باقی ماندن بیش از معمول دندانهای شیری

- ۳) عواقب پیوسیدگی دندان

- ۴) عواقب ضربه به دندان

• مرحله سوم: بررسی رابطه عمودی اکلوزن:

- ۱) آیا خطوط میانی دندانها با خط میانی صورت تطابق دارد؟
- ۲) آیا خط میانی ثنایای بالا یا پایین در طرف راست یا چپ خط میانی صورت است؟
- ۳) آیا بیمار دارای کراس بایت خلفی است؟

- پلان ساژیتال:

- ۱) اورجت چقدر است؟ فاصله بین سطح لبی ثنایای بالا و سطح لبی ثنایای پایین وقتی دندانها در اکلوزن هستند.
- ۲) آیا دندانهای قدامی در وضع کراس بایت هستند؟
- ۳) ارتباط کاین شیری و دائمی چگونه است؟

- پلان عمودی:

۱) آیا اوپن بایت وجود دارد؟

• مرحله ۴: عادات دهانی:

۱) آیا والدین در مورد عادات دهانی کودک مساسیت دارند؟

۲) چه نوع عاداتی از قبیل مکیدن انگشت شست و یا جویدن لب، نافن، سائیدن دندانها بهم، بروکسیزم، Tongue Thrust، تنفس دهانی مشاهده می شود؟

۳) آیا کودک افتلالات گفتاری نشان می دهد؟

• مرحله پنجم: مفصل گیجگاهی فکی:

کودک را از روبرو بررسی نمائید. بگذارید دهانش را باز و بسته نماید و به موارد زیر توجه نماید:

۱) آیا فک پایین به راست یا چپ انحراف دارد؟

۲) آیا بیمار در باز و بسته کردن دهان احساس ناراحتی می کند؟

۳) آیا صدای clicking وجود دارد؟

کاربرد رادیوگرافی:

رادیوگرافی پانورامیک: آیا دندانهای جابجا و نهفته وجود دارد؟ آیا دندانهای اضافی یا کمبود دندان وجود دارد؟

تجزیه و تحلیل قالبهای مطالعه

Contemporary orthodontics

ارزیابی نسبتهای صورتی

الف) زیبایی صورت و نسبتهای صورتی

:Frontal examination (A

۱) بررسی پهنای دهان، بینی، پیشه

در حالت نرمال، پهنای قاعده بینی باید با فاصله دو گوشه داخلی پیشه برابر بوده و پهنای قسمت داخلی عنبیه باید با پهنای دهان برابر باشد.

۲) ارزیابی قرینگی صورت

الف. در بعد افقی، فطی که از محل رویش مو عبور می کند، فطی که از Supra-orbital ridges عبور می کند، فطی که از قاعده بینی عبور می کند، فطی که از نقطه mentom عبور می کند، هم در نمای نیم رخ و هم در نمای فرونتال باید فاصله برابری با هم داشته باشند.

ب. در بعد عمودی، فاصله بین دو پیشه باید با پهنای هر پیشه برابر باشد.

Profile analysis (B)

(۱) تعیین موقعیت قدامی- خلفی فکین

بیمار در NHP قرار می گیرد، فطی که از پل بینی به قاعده لب بالا وصل شده و سپس به چانه رسم می شود.

اگر فکین در یک موقعیت صمیم قرار گرفته باشند تقریباً در یک خط مستقیم قرار دارند.

اگر نیم رخ ممدب باشد، بیانگر رابطه اسکلتال کلاس II بوده

اگر نیم رخ مقعر باشد بیانگر رابطه اسکلتال III بوده

(۲) ارزیابی موقعیت لب و برجستگی ثنایاها

الف. هنگامی که از عمق تعقر لب بالا، خط عمود و اقصی استخراج شود و از عمق تعقر لب پایین، خط

عمود واقعی استخراج شود، زمانی که بیرون زده ترین، نقطه، لب بالا و پایین نسبت به هر یک از خطوط

بیش از ۲ تا ۳ میلیمتر بیرون زده تر یا عقب تر باشد، لبها به ترتیب برجسته یا عقب رفته می باشد.

ب. وجود lip in competency یعنی در هنگام استرامت فاصله بین لبها بیشتر از ۳ تا ۴ میلیمتر

باشد یعنی برای به هم رسانیدن لبها، در لبها کشیدگی ایجاد شود.

در مشاهده کلینیکی مالتهای الف و ب به تشخیص **bimaxillary dento alveolar protrusion**

شک شود.

(۳) ارزیابی نسبتهای عمودی صورت و زاویه پلان مندیبل

در معاینات کلینیکی برای بررسی زاویه پلان مندیبل، از دسته آینه و زاویه آن با پلان افقی استفاده می

شود که

در افراد **deepbite** مالت بسته

در افراد **openbite** مالت باز

(C) ارزیابی رادیوگرافیهای داخل دهانی برای بررسی تکامل دندانها:

در صورت مشاهده هر یک از موارد ذیل، راهنمایی کردن بیمار جهت پیگیری و ادامه درمان توصیه

می گردد:

(۱) تکامل دندان به صورت **Asymmetric**

(۲) دندانهای دائمی دچار **missing**

(۳) دندانهای دائمی انکیلوز شده

(۴) **Supernumerary teeth**

(۵) **Primary failure of eruption**

(۶) **Retained or ankylosed primary teeth**

(۷) **Ectopic eruption**

(D) (کوردهای لازم برای ارزیابی نسبت‌های صورتی با استفاده از رادیوگرافی سفالومتری است که توصیه این رادیوگرافی توسط دندانپزشک مرکز بهداشتی درمانی صورت نمی‌گیرد.

(F) آنالیز فضا مستقیماً روی کست دندان صورت می‌گیرد. توصیه به قالبگیری و آنالیز فضا بر روی کست توسط دندانپزشک مرکز بهداشتی درمانی صورت نمی‌گیرد.

طرح ریزی درمان برای مشکلات ارتودنسی در دوره دندانهای شیری:

□ مشکلات مربوط به نظم دندانها:

(۱) زود از دست رفتن ثنایای شیری، مفض فضا در این موارد توصیه می‌شود.

(۲) کانین شیری :

از دست رفتن یک کانین شیری در دوره دندانهای شیری به ویژه زمان رویش دندانهای لترال دایمی باعث شیفت میدلاین می‌شود (تغییر فضا وسط دندانها) ← توصیه به قرار دادن فضا نگهدار (SM) به بیمار

(۳) مولر اول شیری:

اگر D بالا از دست برود، دندانهای فلفی مرکب مزیالی فوهند داشت لذا توصیه بیمار از SM استفاده کند

اگر D پایین از دست برود دندانهای ثنایا مرکب دیستالی فوهند داشت لذا توصیه بیمار از SM استفاده کند

مولر دوم شیری:

(۴) با از دست دادن دندان E، دندان ۶ سریعاً در درون استفخوان (قبل از رویش) مرکب مزیالی انجام می‌دهد ← SM توصیه می‌شود.

□ پروتروژن - (رتروژن ثنایاها:

الف) در صورت وجود عادت مکیدن، جابجایی ثنایاهای شیری اتفاق می‌افتد ولی اگر تا قبل از رویش ثنایاهای دائمی، عادت، ترک شود درمان در دوره شیری اندیکاسیون ندارد.

ب) در صورت وجود تداخل ثنایایی، شیفت قدامی، مندیبل ایجاد شده و کراس بایت قدامی داریم. تصمیم این حالت ضروری می‌باشد ← (تصمیم از طریق grinding دندان ثنایای شیری یا کشیدن)

□ کراس بایت فلفی:

- وجود کراس بایت یکطرفه در این سنین مای از تنگی دوطرفه ماگزینا می‌باشد

الف) اگر فاصله بین مولری کافی باشد ← درمان فقط grinding دندانهای C می‌باشد

ب) ولی اگر تنگی در نامیه مولروکانین باشد ← Palatal Expansion توصیه می‌شود.

□ ناهماهنگیهای (Discrepancy) قدامی خلفی:

فقط در موارد بسیار شدید، درمان زود هنگام توصیه می شود.

نکته: اغلب کودکانی که با رشد مندیبل نقص داشته باشند، در سن ۳ سالگی قابل تشخیص می باشند.

□ مشکلات عمودی:

فقط در موارد بسیار شدید، درمان زود هنگام توصیه می شود.

• طرح ریزی درمان برای مشکلات ارتودنسی در اوایل دوره (preadolescent) mixed dentition برای رفع مشکلات غیر پیمیده، درمان لازم است. در صورت بروز مشکلات پیمیده، پس از درمان در این دوره، درمان جامع تری در اوائل دوران دندانهای دائمی لازم میباشد.

مشکلات متوسطه:

(۱) مشکلات فضا:

□ از دست دادن دندانهای شیری با فضای کافی ← (SM) جهت حفظ فضا

الف. دندانهای مولر اول یا دوم شیری:

اگر فضا از دست نرفته باشد و تا رویش دندان جایگزین، بیش از ۶ ماه باقیمانده باشد ← SM

ب. دندانهای کانین شیری :

• در این موارد یا حفظ فضای کانین شیری از دست رفته

• یا کشیدن کانین شیری سمت مقابل ← قرار دادن لینگوال آرچ برای جلوگیری از tip لینگوال دندانهای ثنایا

□ از دست رفتن موضعی فضا (۳ میلیمتر یا کمتر) : پس گیری فضا (SR)

الف) دندان مولر دوم شیری:

اگر دندان E به صورت یکطرفه از دست رفته باشد ← توسط SR تا ۳ میلیمتر می توان فضا به دست آورد.

اگر به صورت دوطرفه باشد ← کلاً ۴ میلیمتر (هر طرف ۲ میلیمتر) فضا به دست می آید.

ب) دندان کانین شیری:

بهترین وسیله فعال کردن غیر قرینه یک لینگوال آرچ می باشد.

□ کرادنیگ متوسط ژنرالیزه

کمبود فضا در مدود ۲ تا ۴ میلیمتر و اگر پروتروژن وجود نداشته باشد ← کشیدن

بهترین دستگاه در فک بالا، دستگاه متمرک یا لینگوال آرچ بوده و در فک پایین، لینگوال آرچ قابل تنظیم می باشد.

(۲) ثنایاهای نامنظم:

□ ثنایاهای Spaced و Flared در ماگزیلا

در کودک با اسکلت نرمال که در اثر انگشت مکیدن به وجود آمده باشد و open bite قدامی داشته و دارای T.T.S در زمان انجام بلع و تکلم باشد ← استفاده از دستگاه متمرک در صورت وجود V.clearance بین ثنایاها و یا استفاده از درمان ثابت دو فک در صورت نبودن ورتیکال کافی

□ دیاستم میدلاین ماگزیلا

• دیاستم در مدود ۲ میلیمتر ← با رویش دندانهای کاین دائمی بسته می شود (مگر وجود deep over-bite)

• دیاستم بیشتر از ۲ میلیمتر ← انتظار تا زمان رویش کاین های دائمی ← دستگاههای ارتودنسی کراس بایت قدامی

موقعیت لینگوالی لترال بالا، از آنجا که حرکات طرفی مندیبل را ممدود کرده و همچنین به علت تماس با دندان مقابل باعث ایجاد Incisal abrasion می شود. به محض مشاهده، باید درمان گردد.

• در صورتی که دندان لترال در مال رویش باشد ← فقط کشیدن دندان C مجاور
• در صورتی که دندان لترال رویش یافته است ← کشیدن دندان C همانطرف + لیبالی کردن دندان با یک دستگاه متمرک finger- spring

(۳) کراس بایت خلفی:

در این سنین به علت عادت مکیدن طولانی مدت می باشد.

• اگر بیمار در هنگام بستن دهان شیفیت نداشته باشد ← درمانی انجام نمی دهیم
• اگر بیمار در هنگام بستن دهان شیفیت مندیبل داشته باشد ← expansion آرچ ماگزیلا

(۴) اپن بایت قدامی:

اپن بایت قدامی ممدود به قدام و در کودک با اسکلت نرمال ← استفاده از لینگوال آرچ ماگزیلا همراه با کریب قدامی (crib)

(۵) دندانهای شیری over- retained و رویش نابجا:

• دندان شیری over- retained ← کشیدن
• رویش نابجای دندان مولر اول دائمی ← معمولاً فویدفود اصلاح می شود در غیر اینصورت دیستاله کردن دندان و اگر نتیجه نداد ← کشیدن دندان E

- رویش نابجای دندان کانین دائمی ← کشیدن زودهنگام دندان C به تصمیح مسیر رویشی کانین دائمی که در مزیاال ریشه دندان C باشد کمک می کند.

مشکلات شدید:

(۱) مشکلات اسکلتال:

مگر در موارد شدید، در دیگر حالات درمان **growth modification** در این سنین توصیه نمی شود

(۲) مشکلات دنتوفاسیال به علت پروتروژن ثنایاها:

درمان تا دوره دندانهای دائمی به تعویق می افتد

(۳) کمبود فضا به مقدار ۵ میلیمتر و بیشتر:

(A) کمبود فضا به مقدار ۵ میلیمتر تا ۹ میلیمتر:

اگرچه گاهاً بدون کشیدن دندان می توان درمان نمود ولی اغلب امتیاج به کشیدن دندان می باشد.

(B) کمبود فضا به مقدار ۱۰ میلیمتر و بیشتر (Serial extraction):

بیمار مناسب S.E عبارت است از: فقدان مشکلات اسکلتال، رابطه کلاس I مولری، اوربایت نرمال

کمبود فضا به مقدار ۱۰ میلیمتر و بیشتر

روش درمان: کشیدن دندان B در هنگام رویش دندانهای سانتال ← کشیدن دندان C

به هنگام رویش دندانهای لاترال ← کشیدن دندان D (۶ تا ۱۲ ماه قبل از اکسفولیسیون طبیعی آن

و یا وقتی که ریشه دندان پر مولر اول یک تا دو سوم آن تشکیل شده باشد) ← کشیدن دندان پر مولر

اول قبل از رویش دندان کانین

نکته:

درمان ارتودنسی ثابت پس از پایان درمان S.E جهت موازی کردن ریشه ها، تصمیح اوربایت نظم بهتر

دندانها و بستن فضاهای باقیمانده ضروری می باشد.

نکته:

فرد دارای اسکلتال کلاس I + کلاس II به علت کرا دینگ شدید فک بالا و مرکت مزیاالی مولرهای اول

دائمی + مندبیل کرا دینگ ندارد ← S.E فقط در فک بالا

(باید والدین آگاه شوند که بدون درمان ارتودنسی بعدی روش Serial Extraction سبب اکلوزن

مطلوب نخواهد شد. آنچه غالباً روی می دهد، Spacing پایدار در ممل کشیدن، تکامل یک

Closed bite، انحراف لینگوالی ثنایاها پایین، انحراف مزیاالی پر مولرهای دوم می باشد)

طبق نظر انجمن ارتودنسیستهای آمریکا، همه کودکان باید در ۷ سالگی تمت معاینه ارتودنسی قرار

گیرند.

مزایای درمان اولیه عبارتند از:

- تأثیر بر رشد فک به روش مثبت

- هماهنگی عرض قوسهای دندانی
- بهبود القوهای رویش
- کاهش تروما به انسیزورهای ماگزیلای پروتروود
- تصمیح عادات زیان آور دهانی
- بهبود زیبایی و اعتماد به نفس
- ساده / و یا کوتاه کردن درمانهای ارتودنسی بعدی
- کاهش احتمال نهفتگی دندانهای دائم
- بهبود مشکلات تکلم
- نگهداری یا بازیابی فضا برای دندانهای دائم در حال رویش

● اکلوزن در دندانهای شیری:

معمولاً تا ۳ سالگی، اکلوزن ۲۰ دندان شیری ثابت می شود. ارتباط ترمینال پلانهای مولرهای دوم شیری مقابل در یکی از طبقه بندیهای زیر قرار می گیرد:

۱) **Flush terminus** — سطوح دیستال مولرهای شیری مقابل در یک صفحه عمودی حدود ۳۷٪
 ۲) **Mesial- step terminal plane** — مولر دوم شیری مندیبل مزیالی تر از همتای ماگزیلاری ۴۹٪

۳) **Distal-step terminal plane** — مولر دوم شیری مندیبل دیستالی تر از همتای ماگزیلاری ۱۴٪

- راهنمای تشخیص مهم جهت پیش بینی اکلوزن آینده رابطه ترمینال پلانهای شیری:
 - از یک **Mesial- step** خفیف شیری در بیشترین حد احتمال تکامل کلاس I
 - اگر رابطه **Mesial- step** بیش از حد باشد، کلاس III ایجاد می شود
 - اگر رابطه **distal step** باشد قویاً ایجاد کلاس II در مولرهای دائمی می کند.
- احتمال ایجاد کلاس I از **distal-step** شیری وجود ندارد.

نکته:

- از دست رفتن E زیان آورترین اثر را روی قوس دندانی دارد.
- از دست رفتن زود هنگام دندان شیری فلفی منجر به بسته شدن ۲ تا ۴ میلیمتر فضا در هر کوادرنانت، در هر قوس می شود.
- بیشترین از دست رفتن فضا به علت حرکت مزیالی مولر می باشد.
- از دست رفتن D بالا، باعث بسته شدن مسیر رویش کاینها، و از دست رفتن E بالا باعث نهفته ماندن پر مولر دائمی می شود.

عادات دهانی در دوران کودکی

دندانپزشکانی که با کودکان کار می کنند، اکثراً علتی برای نگرانی درباره عادات دهانی بیمارانشان دارند. در مواجهه با یک عادت دهانی باید این سؤالات را مورد ملاحظه قرار دهید:

- ۱) آیا این عادات می تواند برای سن یا مرحله تکاملی بخصوص عادی باشد؟
- ۲) چرا کودک این عادت را کسب نموده است؟
- ۳) عوارض روانی اینکه بگذاریم کودک به عادت ادامه دهد چیست؟
- ۴) آیا عادت برای دهان یا بافتهای مربوطه، به طور بالقوه زیان آور است؟
- ۵) در صورت زیان آور بودن عادت، آیا آسیب وارده به دهان و بافتهای مربوط پس از قطع عادت رفع می شود یا اینکه نتایج زیان آور عادت باقی می ماند؟
- ۶) چه موقع رفع عادت مورد علاقه می باشد؟
- ۷) چه وسایلی جهت مایوس نمودن کودک در استفاده از آن عادت مناسب است؟

مکیدن انگشت:

- حدود ۳-۴٪ کودکان انگشتان خود را می مکند. این کار را کودکان در طی سال اول زندگی انجام می دهند.
- در سن ۴-۳/۵ سالگی اکثر این کودکان این عادت را خودبفود ترک می کنند.
- مکیدن انگشت برای شیرخوار از نظر مواجهه با امتیاجات روانی و تغذیه ای مهم است.
- کودکان تمت حالات مختلف، انگشتان خود را می مکند، وقتی که خواب هستند، زمانی که گرسنه هستند، وقتی در طی حالت افسردگی و حالت استرس زا هستند.
- تومیه به تفاوتهای فردی بین کودکان و عادت مکیدن آنها را پزشک باید تشخیص دهد و باید آگاه باشند که بعضی از کودکان برای حمایت احساسی و امنیتی به مکیدن انگشت متکی هستند، در صورتی که بقیه آن را یک عادت پوچ و بیهوده می دانند که می توان آن را بدون ضربه های روانی ترک نمود.
- شدت مال اکلوزن حاصله از مکیدن انگشت به وسعت، تعداد دفعات و مدت دواج عادت بستگی دارد.
- وسعت: تا چه مد عادت بطور جدی دنبال می شود. ممکن است انگشت به طور غیرفعال در دهان قرار گیرد یا اینکه با جدیت زیاد مکیده شود.
- تعداد دفعات: آیا فقط برای چند دقیقه که کودک به خواب رفته از این عادت استفاده می شود یا اینکه دائماً انگشت در دهان می باشد.
- مدت دواج: تعداد سالهایی است که عادت ادامه داشته است.

- مال اکلوزنهای ماصله از مکیدن انگشت شامل:
- اوپن بایت قدامی، ایجاد اورجت و کاهش اوربایت
- کمتر کراس بایت فلفی دوطرفه
- کام بلند و گنبدی
- تنگی قوس فک بالا
- توصیه به والدین: اگر مکیدن انگشت در حدود ۴ سالگی قطع گردید مال اکلوزنها ماصله، فودبفود و در زمان رویش ثنایهای دایمی تصمیع می شود.
- در تنظیم معالجه برای مکیدن انگشت بهتر است دندانپزشک مستقیماً با کودک رابطه برقرار نماید. والدین ساکت باشند می توان یک آینه به کودک داده مشکلات دندانی را به او نشان دهیم.
- مهم است کودک درک نماید که شما قصد سرزنش یا تنبیه را ندارید بلکه می فواید در معالجه یک عادت زیان آور کمک کنید.
- وقتی که دندانپزشک متقاعد شد که کودک حقیقتاً می فواید عادت را ترک کند و هیچگونه احساس روانی بعدی پیش نمی آید.
- می توان یادآورهایی را به صورت Band-Aids، پالیش نافن با مواد بدطعم، روی شست یا انگشت قرار داده شود. وقتی کودک این انگشتان را در دهانش می گذارد فوراً به او یادآوری می شود که انگشتش را از دهانش بیرون بیاورد.
- در صورت بی کفایتی روشهای فوق الذکر، می توان به کودک انواع دستگاہهای داخل دهانی را که می تواند قدرت مکیدن انگشت را کم نموده و جلوی لذت را بگیرد (ثابت و متمرک) توصیه کرد.
- در دوره دندانهای شیری ناهنجاری ایجاد شود ← با ترک عادت، فشارهای بافت نرم، مشکل را فودبفود برطرف می کنند.
- اگر با رویش دندانهای دائمی ادامه داشته باشد ← درمان ارتودنسی متمماً امتیاج است زیرا تنگی قوس بالا فودبفود اصلاح نمی شود ولی با expansion فک بالا، این بایت قدامی و پروتروژن ثنایها فودبفود اصلاح می گردد.

براکسیزم (Bruxism) :

- شکایت والدین درمورد گزارش اینکه کودک دندانهایش را بهم می ساید و غالباً در طی خواب، صدای سایش شنیده میشود .

مقدار ملایم از ساییدگی سطح جوته دندانهای شیری ممکن است فیزیولوژیک باشد. ولی در اثر براکسیزم سطح جوته دندانهای شیری خود را طور قابل ملاحظه ای بیش از میزان فیزیولوژیک می ساینند.

- در معاینه دندان های کودک، نه تنها مینای کاسپها ساییده شده است بلکه عاج نیز نمایان می گردد ولی بندرت این ساییدگی منجر به اکسپوژر پالپ و متعاقب آن آبرسه دندانی می شود.

- تعیین عامل اتیولوژیک براکسیزم جهت انجام درمان صحیح :
اگر علت تداخل اکلوزالی باشد رفع تماسهای زودرس باید صورت پذیرد.
اگر علت مشکلات روانی باشد، ارجاع به پزشک متخصص لازم است تا درمان صورت گیرد .

تنفس دهانی:

- وقتی که مسیر بینی ملقی به علت نوع آناتومی صورت تنگ باشد، احتمالاً عوامل موضعی بیشتر باعث انسداد بینی می شوند.
- کودکانی که به سبب آدنوئیدهای متورم مجبور به تنفس دهانی هستند.
- اگر تنفس دهان در اثر مساسیت آلرژیک یا انسداد آناتومیکی باشد در آن صورت صلاح است که یک متخصص گوش و ملق و بینی بیمار را معاینه و درمان نماید.

■ علائم دهانی صورتی

- صورت کشیده باریک
- بینی باریک، اکثراً نوک بینی در جلو به جهت بالا تمایل داشته به نموی که می توان مستقیماً داخل منفردین را ملاحظه نمود
- لبهای شل
- لب بالای کوتاه
- باریک شدن قوس دندانی بالا
- باز شدن دندانهای ثنایا در جهت لبی و احتمال ایجاد اوپن بایت قدامی

سایر عوارض:

- ژنژیویت در اثر تنفس دهانی
- ازدیاد پوسیدگیهای دندانی

:Tongue – Thrusting

عبارت است از قراردادن نوک زبان بین ثنایاها در هنگام بلع

علائم T.T:

- فعالیت عضلانی در لبها تا یکدیگر را به هم برسانند
- جدایی دندانهای فلقى
- پروتروود کردن زبان تا فود را بین دندانها قرا ردهد.
- به طور کلی T.T را در دو دسته از افراد مشاهده می شود:

(۱) در افرادی که به علت عادت مکیدن، دارای اپن بایت قدامی (تقریباً همیشه) و پروتروژن ثنایای بالا و اوربیت زیاد (در اغلب مواقع) می باشند. در این افراد T.T یک تطابق فیزیولوژیک می باشد.

(۲) در کودکان جوان، بلع نوزادی در سال اول زندگی ناپدید می شود و معمولاً بلع بالغین در ۶ سالگی ایجاد می شود. مد فاصل این دو نوع بلع، Transitional Swallowing می باشد که ویژگیهای T.T را دارد. در این سنین، مرکات هماهنگی زبان فلفی و elevation مندیل، قبل از اینکه به پروتروژن نوک زبان بین دندانهای قدامی مذف شود، تکامل می یابد. بنابراین آنچه که در کودکان جوان T.T نامیده می شود در حقیقت، مرحله انتقال طبیعی بلع نوزادی به بلع بالغین می باشد.

در اینجا دو نکته را ذکر می کنیم:

- (۱) تنها در کودکانی که دچار فلج مغزی هستند بلع نوزادی باقی می ماند
- (۲) تا وقتی که کودک عادت مکیدن دارد، در انتقال بلع نوزادی به بالغین به تأخیر می افتد.

در مورد T.T.S به چند نکته توجه شود:

- (۱) فردی که این بایت قدامی دارد، باید دارای T.T.S باشد ولی می تواند فردی که اکلوزن قدامی مناسبی دارد هم T.T.S داشته باشد.
- (۲) با ترک عادت، تا زمانی که اپن بایت قدامی بسته نشده است T.T.S ادامه دارد.
- (۳) با بستن اپن بایت قدامی، الگوی بلع، فودبفود اصلاح می شود و در این موارد، هیچگونه امتیابی به درمان مایو فانکشنال برای تصمیح عمل بلع نمی باشد.
- (۴) T.T.S عامل جابجایی دندانهای ثنایا نمی باشد بلکه نتیجه جابجایی ثنایاها است. بنابراین زبان، عامل جابجایی نمی باشد مگر آنکه در یک فرد، posture زبان حالت قدامی داشته باشد که این امر باعث ایجاد اپن بایت قدامی می شود.

پوسیدگی اولیه کودکی (ECC) یا Nursing Caries:

- ECC در کودک ۲، ۳، ۴ ساله تیبیک است.

- الگوی این نوع پوسیدگی:

- دندانهای قدامی فک بالا، اولین مولرهای شیری بالا و پایین و کانیهای پایین
 - ثنایهای پایین معمولاً گرفتار نمی شوند.
 - سابقه شیر دادن یا استفاده طولانی از نوشیدنیهای شیرین بخصوص در طی فوایب
- در مان پوسیدگی Rampant : اولین قدم، درمان اولیه تمام ضایعات پوسیدگی است. در طی دوره ای ۴-۶ هفته ای، ۴ یا ۵ بار تا زمانی که پوسیدگی کنترل شود. در درمان پوسیدگی rampant ، برداشت عمده پوسیدگی به عنوان روش ابتدایی استفاده می گردد.

نکته:

اکثراً هیپوپلازی مینایی ثنایها، بطور اشتباهی پوسیدگیهای شیشه شیر تشخیص داده می شود. بهترین روش تمایز هیپوپلازی مینا، شکل قرینه و دایره ای آن است که لبه انسیزالی را شامل می شود و از طرح رسوب مینا متابعت می نماید.

فصل ۲

خدمات بهداشت دهان و دندان

فلورایدتراپی

سیلانت تراپی

پالپوتومی دندانهای شیری

ترمیم دندانها (شیری و دائمی)

کشیدن دندان (دائمی و شیری)

جرمگیری، برساز و Root Planing

خدمات بهداشت دهان و دندان

فلورااید تراپی

فلورایدتراپی

مداکثر فواید حاصل از فلوراید تنها از طریق ارائه سیستمهای چندتایی حاصل می‌شود.
مکانیسمهای فلوراید

- ۱- خوردن فلوراید سبب ورود آن به عاج و مینای دندانهای رویش نیافته می‌شود.
- ۲- فلوراید مصرفی به داخل بزاق ترشح شده، اگرچه غلظت بزاقی آن کم است، غلظت آن در پلاک زیاد بوده و سبب کاهش تولید اسید میکروبیال و همچنین باعث رمینرالیزاسیون مینا می‌شود.
- ۳- فلوراید بزاقی در بلوغ مینای دندانهای تازه رویش یافته نقش دارد.
- ۴- مصرف موضعی فلوراید همه مکانیسمهای بالا را (به جز ورود در ترکیب مینا قبل از رویش دندان) سبب می‌شود.

نکته: فلوراید باعث کاهش پوسیدگیها در دندانهای شیری ۵۰٪-۴۰٪ و در دندانهای دائمی ۶۰٪-۵۰٪ است.

فلوراید‌های موضعی در مطب دندانپزشکی

- ❖ سبب کاهش پوسیدگی هم در کودکان و هم بالغین و نیز توقف ضایعات incipient می‌شود.
- ❖ در استفاده موضعی در مطب، ترکیبات حاوی استانوس فلوراید کاهش بیشتری در پوسیدگیها نشان داده‌اند.

نکته: پروفیلاکسی قبل از کاربرد فلوراید، تأثیر فاسی در میزان اثر APF ندارد و انجام پروفیلاکسی قبل از کاربرد موضعی APF اختیاری است.

نکته: روشهای جلوگیری از بلع فلوراید مین کاربرد موضعی:

- وضعیت عمودی بیمار، ساکشن مناسب، کاربرد مقادیر به اندازه کافی، تعلیم بیمار در فرج کردن آب دهان تا ۱ دقیقه بعد از کاربرد فلوراید
- نکته: استفاده بعد از ۶ ماه یکبار از ژل فلوراید در صورت مداقل یا عدم فعالیت پوسیدگی توصیه می‌گردد.

فلورایدتراپی با ژل

- ۱- بیمار در طی مدت درمان و یک دقیقه پس از آن بر روی صندلی به صورت مستقیم (Upright) قرار گیرد.
- ۲- در صورت پروفیلاکسی دندانها با فمیر پروفیلاکسی، دندانها به فوجی شستشو داده می‌شود و سپس به صورت نیم فک فلورایدتراپی صورت می‌گیرد.
- ۳- ایزولاسیون مناسب با ژل پنبه صورت می‌گیرد و دندانها با پوار هوا خشک می‌شود
- ۴- با استفاده از گلوله‌های پنبه آغشته به ژل فلوراید کلیه سطوح دندانها آغشته به فلوراید می‌گردد (در صورت وجود تری، تری از ژل پر می‌گردد)
- ۵- در حدود ۴ دقیقه اجازه داده می‌شود فلوراید در تماس با دندانها صورت گیرد.

خدمات بهداشت دهان و دندان

سیلانٹ تراپی

سیلانت تراپی

پیت ها و فیشورهای آناتومیک دندان مدود ۱۲ درصد کل سطوح دندان را شامل میشوند. این پیت ها و فیشورها به عنوان نوا می مستعد ابتلاء به پوسیدگی می باشند. پیت ها و فیشورها تقریبا ۸ برابر آسیب پذیرتر از سطوح صاف هستند با وجود اینکه فلوراید تاثیر بالایی در کاهش پوسیدگی در روی سطوح صاف دندان دارد اما در محافظت پیت ها و فیشورهای سطوح جوته متاسفانه این طور عمل نمی کند. برای پیشگیری از تجمع پلاک میکروبی در عمق شیارها و فرورفتگیها و نهایتا پیشگیری از ایجاد پوسیدگی موادی به نام فیشورسیلانت معرفی شدند تا این مشکل را حل نموده و سطح مسطحی را ایجاد نماید. سیلانتهای دندان اثر زیادی در پیشگیری از پوسیدگی پیت ها و فیشورها دارند.

مزایای استفاده از فیشور سیلانت :

- ۱- پیشگیری از پوسیدگی در دندانهای در حال رویش و تازه روئیده.
- ۲- جلوگیری از تجمع پلاک میکروبی در شیارها و متوقف کردن پوسیدگی های اولیه.
- ۳- پیشگیری از رشد باکتریهای پوسیدگی زاوسرایت به سایر دندانها.

موارد تجویز Indication :

پیت ها و فیشورهای عمیق روی سطوح دندانهای فلفی و پیتهای لینگوالی انسیزورها

موارد عدم تجویز contraindication :

- در پوسیدگیهای پیشرفته و ماد و کنترل نشده (Rampant caries)
- پوسیدگیهای پروگزیمالی
- سطوح اکلوزالی پوسیده که نیاز به ترمیم دارند
- وجود ترمیم های وسیع در سطوح جوته
- دندانهایی که شیارهای کم عمق و فرم گرد دارند
- عدم همکاری بیمار

از آنجا که این تکنیک نیاز به دقت و همکاری بیمار دارد بنابراین برای بیمار فاقد همکاری بایستی تا زمانی که امکان فراهم کردن محیط خشک و مناسب در طول زمان انجام کار مهیا نگردد، به تعویق افتد .

ملاحظات کلی در انتخاب بیمار :

کودکانی که دارای شرایط خاصی هستند (از جمله معلولیت ذهنی، جسمی ...) ، کودکانی که شیارهای عمیق و باریک در سطح اکلوزال داشته و پوسیدگیهای اولیه زیاد دارند و کودکانی که سابقه پوسیدگیهای وسیع در دندانهای شیری آنها وجود دارد که در اینصورت شیار همه دندانهای مولر دائمی در بدو رویش و زمانی که از نظر بالینی امکان پذیر باشد سیلانت تراپی شوند .

ملاحظات کلی در انتخاب دندان :

بطور کلی مستعد بودن دندان به پوسیدگی باید در انتخاب دندان برای سیلانت تراپی در نظر گرفته شود.

- شیارها و فرورفتگی های عاری از پوسیدگی یا ضایعات اولیه
- پیت ها و فیشورهای عمیق و باریک روی سطح جویده دندانهای مولر

از آنجایی که پیت ها و فیشورهای روی سطوح دندانهای مولر از عمق بیشتری برخوردارند به همین جهت مستعد پوسیدگی بوده و بالطبع در اولویت فیشورسیلانت قرار می گیرند.

- سطح اکلوزال سالم دندانی که قرینه آن در سمت مقابل دارای پوسیدگی است.

سن مناسب :

- سنین ۴-۳ سالگی دندانهای مولر شیری*
- سنین ۷-۶ سالگی دندانهای مولر اول دائمی
- سنین ۱۱-۱۳ سالگی دومین مولرهای دائمی و پرمولرها
- سنین بالاتر

* سیلانت ها روی سطوح اکلوزال دندانهای شیری به خوبی دندانهای دائمی باقی می مانند.

افراد بالعی که مستعد به پوسیدگی می باشند از جمله افرادی که دچار زروستو میای ناشی از رادیوتراپی ، مصرف دارو و ... و مبتلایان به برفی بیماریهای سیستمیک و مصرف کنندگان مواد قندی به میزان زیاد به فیشورسیلانت تراپی ترغیب می شوند.

مواد مورد استفاده در فیشور سیلانت :

موادی که در سیلانتها استفاده می شوند گوناگون هستند این مواد شامل BIS-GMA تکامل یافته می باشند. که در دو نوع سلف کیور و لایت کیور به بازار عرضه می شوند. تکنیک انجام کار :

دو نوع تکنیک وجود دارد.

- EST* (Enameloplasty sealant technique)
- CST (conventional sealant technique)

تکنیک CST یا تکنیک رایج :

۱. انتخاب دندان مورد نظر

۲. دندان را شسته و خشک کنید

(در این روش سطح دندان با استفاد از برس موئی و سپس آب و هوا تمیز و شسته می شود.)

۳. برای اینکه سیلانت اضافه شده به دندان دراکلوژن فرد مشکلی ایجاد نکند با کاغذ آرتیکولاسیون (کاربنی) ممل تماسهای اکلوزالی را در وضعیت اکلوزن مرکزی مشخص کنید. این عمل برای دندانهایی که تازه رویش یافته اند ضرورتی ندارد ولی برای داشتن یک اکلوزن مناسب مفید است.

۴. تمیز کردن

برای اینکه سیلانت گیر کافی داشته باشد پیتها و فیشورها باید تمیز و بدون رطوبت اضافی باشند اچ نمودن به وسیله اسید کاملاً پلیکل مینا را بر می دارد از روشهای دیگر تمیز کردن مانند Air polishing ، پراکسید هیدروژن واناملوپلاستی می توان استفاده کرد. به هر حال توجه داشته باشید که در تمیز کردن هر روشی که انجام می شود باید همه رنگها ، دبریهها و پلاک از سطوح دندان قبل از قرار گرفتن سیلانت برداشته شود

* در روش EST ابتدا شیارها توسط فرز به صورت مکانیکی وسیع شده و سپس سیلانت تراپی انجام می گردد.

۵. ایزولاسیون کامل :

دندان مورد نظر توسط رول پنبه یا رابردم به طور کامل ایزوله شود .

۶. اچ کردن :

با مملول یا ژل اسید فسفریک ۳۰ تا ۵۰ درصد به مدت زمان ۳۰-۲۰ ثانیه اچ صورت گیرد. برای دندانهایی که در معرض فلوراید قرار گرفته اند (چه سطحی و چه سیستمیک) ۱۵ ثانیه به زمان اچ کردن اضافه شود.

۷. شستن و فشک کردن :

دندان را با آب و هوا (مداقل ۳۰ ثانیه) شسته و سپس با پوآرها* فشک کنید. مینای فشک شده باید ظاهری برفکی (سفید مات) داشته باشد. اگر این نما دیده نشد ۳۰ ثانیه دیگر مجدداً باید اچ تکرار شود و مسلماً ایزولاسیون کامل رعایت گردد.

۸. استفاده از سیلانت :

توصیه میشود طی استفاده از سیلانت از آلوده شدن به بزاق تا حد امکان پرهیز گردد. اگر شکی در آلودگی دندان به بزاق وجود داشته باشد باید تمام مراحل کار تکرار شود (۱۵ ثانیه اچینگ).

جهت سیلانت گذاری دستور کارخانه تولید کننده به طور دقیق رعایت شود. در نوع شیمیایی همزدن صمغ بیس و کاتالیزور مانع تشکیل مباب هوا میگردد. Working time برای این نوع سیلانتها محدود است.

در نوع نوری چون هیچگونه همزدن نیاز ندارد احتمال تشکیل مبابهای هوا کمتر است. مواد سیلانت با اسبابی که تولید کننده ها در اختیار مصرف کنندگان قرار می دهند (مانند برس یا پروپ مخصوص و اپلیکاتورها و...) به مقدار مناسب بر روی سطح آماده شده قرار داده می شوند.

در نوع self cure با اضافه نمودن کاتالیزور به ماده بیس بلافاصله پلیمریزه شدن آن شروع میشود و پس از کامل شدن setting time (بر اساس دستور کارخانه تولید کننده) سفت میگردد. زمان پلیمریزاسیون نوع light cure از نوع قبلی بیشتر است. پس از قرار گیری ماده سیلانت سر تیوب دستگاه light cure ۱-۲ میلی متری سطح دندان قرار داده

* پوآر هوا فاقد رطوبت نشتی (آب یا روغن) باشد. برای بررسی این مورد پوآر هوا را روی آینه سرد امتحان کنید در صورت ایجاد حالت مه آلودگی مضمور رطوبت تأیید می شود .

می شود و تمام سطوح برای مدت زمان ۳۰ ثانیه نور تابانده می شود استفاده از عینک محافظ مخصوص نیز الزامی است.

۹. مارژینها را با سوند بررسی کنید. اگر سیلانت اضافی روی مارژینال ریج و سرویکال رفته است باید برداشته شود.

۱۰. بررسی تماسهای اکلوزالی :

دندان را فشک نموده و با کاغذ آرتیکولاسیون اکلوزن بیمار چک شود. تمام استاپهای سنتریک باید روی مینا باشد نه روی ماده سیلانت.

۱۱. ارزیابی گیر سیلانت :

سیلانت باید از نظر گیر چک شود و اگر گیر مناسب نباشد مراحل قرارگیری باید تکرار گردد. اگر پس از ۲ بار امتحان سیلانت گذاری ناموفق باشد باید به تعویق بیافتد.

نکته :

- سیلانت ها روی مولرهای اولیه بهتر از مولرهای دوم و در دندانهای مندیبل بهتر از دندانهای ماگزینا گیر میکنند.

- سیلانت های (رزینی روی دندانهای تازه رویش یافته بهتر از دندانهایی که مدتی از رویش آنها گذشته است گیر می کنند.

۱۲. ارزیابی مجدد و توصیه پس از درمان :

ارزیابی مجدد باید در یک پریود مناسب و مرتب چک شود. بهتر است دندانهای سیلانت شده ۶ ماه بعد مورد بررسی قرار گرفته و کنترل شوند.

از دست رفتن سیلانت طی سه ماه اولیه امتحالا به دلیل اشکالات مین انجام کار رخ می دهد و پس از آن امتحالا به دلایلی از جمله فشار اکلوزالی غیر طبیعی می باشد.

خدمات بهداشت دهان و دندان

پالپوتومی

دندانهای شیری

پالپوتومی دندانهای شیری

هدف از انجام پالپوتومی در دندانهای شیری برداشت قسمت آماسی پالپ است تا اینکه امکان زنده ماندن پالپ در کانال ریشه فراهم شود و دندان در قوس دندانی مفاظ گردد. اهمیت مفاظ دندانهای شیری عبارتند از:

- ✓ مفاظ فضا در قوس فکی
- ✓ مفاظ زیبایی
- ✓ جویدن
- ✓ پیشگیری از عادات نامناسب زبان
- ✓ کمک به تکلم
- ✓ جلوگیری از اختلالات روانی کودک به علت فقدان دندانها

تشخیص:

- ☒ توجه به ملاحظات تشخیصی قبل از بررسی یافته های کلینیکی و رادیوگرافیک بیمار:
- ۱- مدت زمانی که باید دندان یا دندانهای مورد نظر، نگهداری شوند. (مثلاً تلاش دندانپزشک برای مفاظ مولر دوج شیری در یک کودک ۴ ساله بیشتر از مفاظ مولراول شیری در یک کودک ۸ ساله خواهد بود.)
 - ۲- سلامت بیمار* (در کودکانی که دارای اختلالاتی می باشند و در صورت پالپ تراپی ناموفق دچار عفونت ماد می شود، نباید پالپ تراپی انجام شود)
 - ۳- مرحله تکامل دندانی بیمار
 - ۴- قابلیت ترمیم دندانها
 - ۵- همکاری بیمار و والدین در پذیرش برنامه پیشگیری و ارزیابی دوره‌ای
 - ۶- ملاحظات کنترل فضای ناشی از کشیدنیهای قبلی، مال اکلوژن موجود از قبل، از دست رفتن فضا به واسطه تفریب پوسیدگی وسیع دندانها

☒ بررسی رادیوگرافی بایت وینگ یا پری اپیکال بیمار:

دندان مورد نظر در تصویر رادیوگرافی موارد ذیل را نشان دهد:

- ✓ عدم وجود اجسام کلسیفیه در بافت پالپی
- ✓ عدم تغییرات پاتولوژیک و تملیل در نوامی انشعاب ریشه‌ها
- ✓ عدم تغییرات پاتولوژیک و تملیل استخوان و ریشه در قسمت تاجی و اپیکال دندان
- ✓ احتمال باز بودن پالپ
- ✓ عادی بودن تکامل ریشه

نکته:

وضعیت نزدیکی ضایعات پوسیدگی نسبت به پالپ را با فیلم رادیوگرافی نمی‌توان به دقت تشخیص داد.

* درمان انتخابی پرفوراسیونهای ریشه دندانهای شیری به دلیل تملیل داخلی، خارج کردن دندان است.

☒ معاینه کلینیکی

- هیچگونه حالت پاتولوژیکی لثه یا شواهدی از مسیر فیستول مزمن وجود نداشته باشد
- هیچگونه لقی دندان ملاحظه نشود.
- وجود ضایعات پوسیدگی

نکته:

آزمایش مرارتی دندانهای شیری قابل اعتماد نیست. پالپ تست الکتریکی در دندانهای شیری و دائمی جوان ارزش اندکی دارد.

☒ تاریخچه درد:

در کودکان نشانه‌های بیماری به علت فردسالی و نحوه ادراک آنها ممکن است گمراه کننده باشد. اگر کودکی پوسیدگیهای وسیع دندانهای شیری داشته باشد، ولی از آن شکایتی نکند سؤالات زیر باید از او پرسیده شود:

- آیا موقع خوردن بستنی یا آب یخ ناراحت می‌شوی؟
- وقتی غذای گرم مثل سوپ یا پیز شیرین مانند شیرینی و آب نبات می‌خوری، چه اتفاقی می‌افتد؟
- آیا وقتی شب به خواب می‌روی دندان درد یا ناراحتی احساس می‌کنی؟ آیا این ناراحتی برای مدت طولانی است؟
- آیا این درد در اثر ضربه مسواک یا قاشق و چنگال روی دندان زیاد می‌شود؟
- از سؤالات بالا نتیجه گیری می‌کنیم آیا دندان تحت تأثیر تمرینات مرارتی یا شیمیایی یا دق نمودن واقع می‌شود یا نه.

نکته:

- ✓ دندان درد همزمان یا بلافاصله پس از یک وعده غذایی، به معنای التهاب پالپی وسیع نیست.
- ✓ دندان درد شدید و فود بفود شبانه معمولاً به معنی دژنراسیون وسیع پالپ است و نشانگر آن است که بیماری پالپ آنقدر پیشرفت کرده که با پالپوتومی تنها قابل درمان نیست.

مراحل انجام کار:

- ۱- بی مسی موضعی مناسب
- ۲- در صورت امکان کلیه عاج پوسیده را قبل از باز شدن شافک پالپ بردارید.
- ۳- با فرز مناسب در هندپیس با دور زیاد از سطح اکلوزال با ایجاد یک مفره کلاس I به اطاق پالپ دسترسی پیدا کنید. بهتر است مدفل مفره وسیع باشد و هر مینایی که به داخل مفره متمایل است بردارید.

نکته:

ایزولاسیون مناسب جهت کاهش آلودگی مفره پالپ با محیط دهان در نظر گرفته شود.

- ۴- پالپ را در مدفل مجرای ریشه قطع نمایید. از یک اکسکواتور قاشقی بزرگ برای برداشت بقایای بافت پالپ استفاده نمایید.
- ۵- با سرنگ آب به آرامی فردهای موجود در مفره پالپ را بشوئید.
- ۶- بعد از کامل نمودن قطع پالپ فونریزی را (ارزیابی می‌کنیم. فونریزی یک پالپ زنده با حداقل آماس مزمن، باید طی ۵-۴ دقیقه متوقف شود. در صورت فونریزی مزمن، مفره را از نظر وجود بقایای پالپ بازرسی نمائید.

نکته:

در صورتی که اگزودای چرکی یا یک پالپ فیبروتیک یا فونریزی غیر قابل کنترل وجود داشته باشد، باید روش دیگری را برای معالجه پالپ در نظر بگیرید.

- ۷- یک گلوله کوچک پنبه استریل مرطوب شده (نه اشباع شده) با فرموکروزل رقیق شده (۲۰٪) را روی ممل قطع پالپ قرار دهید. روی گلوله کوچک پنبه یک گلوله پنبه فشک قرار دهید تا اینکه حداکثر تماس فرموکروزل با بافت پالپی فراهم شود.
- ۸- بگذارید ۵ دقیقه فرموکروزل در ممل بماند، سپس پنبه را بردارید. ممل قطع پالپ باید قهوه‌ای متمایل به سیاه به نظر آید.

نکته:

اگر در عرض ۵ دقیقه نتوان فونریزی دندان را با قطعات پنبه مرطوب کنترل کرد، امتحالاً پالپ داخل کانالها ملتهب است و پالپوتومی مورد تجویز ندارد.

- ۹- در حدود نصف مفره اطاق پالپ را با اکسید دو زنگ اوژنل (ZOE) پر کنید.

۱۰- ترمیم دائم دندان

نکته:

در صورتی که پس از پالپوتومی، قسمت عمده دندان از دست رفته باشد و دندان شکننده به نظر می‌رسد. سرپوش استنلس استیل ترمیم انتخابی است.

شکست درمان:

- ۱- ازدیاد لقی و وجود فیستول
- ۲- افتادن زودرس
- ۳- تحلیل دافلی یا فارژی ریشه (تحلیل دافلی ریشه نزدیک ممل کاربرد فرموکروزل اغلب اولین علامت شکست می‌باشد)
- ۴- شواهد رادیوگرافیک مبنی بر وجود رادیولوسنسی در نامیه پری اپیکال بین ریشه‌ها

نکته:

بندرت شکستهای پالپوتومی با فرموکروزل با درد همراه است و معمولاً تا ماهها آشکار نمی‌شود. بنابراین توصیه می‌گردد ترمیم دندان پالپ تراپی شده تا تعیین موفقیت درمان انجام شده به تأخیر نیفتد، چرا که دندانهای شیری پالپوتومی یا پالپکتومی شده تاج ضعیفی دارند و احتمال شکستگی و همچنین ورود مایعات به علت عدم وجود سیل مناسب وجود دارد.

خلاصه مراحل پالپوتومی با فرموکروزل در دندانهای شیری

بی مس نمودن دندان ← حذف پوسیدگی‌ها (بطور کامل) ← ایزولاسیون مناسب ← برداشتن سقف اتاقک پالپ ← حذف کامل پالپ تاجی با فرز یا اکسکواتور ← شستشوی اتاقک پالپ با آب نرمال سالین ← فشک کردن با پنبه ← کنترل فونریزی با استفاده از یک قطعه پنبه مختصر مرطوب ← قرار دادن پنبه آغشته به مختصری فرموکروزل رقیق شده به مدت ۵ دقیقه ← ثابت و قهوه ای شدن نسج پالپ بدون فونریزی ← قراردادن سیمان ZOE روی پالپ ثابت شده ← ترمیم دائم دندان

موارد ارجاع به سطح بالاتر :

- ۱- ثنایاهای شیری ضربه دیده با حالات پاتولوژیک ماصله در کودکان کوچکتر از ۴ تا ۴/۵ سال
- ۲- مولرهای دوم شیری قبل از بیرون آمدن مولرهای شش سالگی
- ۳- شواهدی از حالات پاتولوژیک وجود نداشته و تحلیل ریشه بیشتر از دو سوم یا سه چهارم نباشد
- ۴- دندانهای دائمی زیرین کامل نشده
- ۵- دندانهای شیری هنگامی که بافت پالپ داخل کانالی vital هستند ولی شواهدی از هیپرمی را نشان می‌دهد

خدمات بهداشت دهان و دندان

ترمیم دندانهای

شیری و دائمی

ترمیم دندانهای شیری

دندانهای شیری از جهات زیر حائز اهمیت می باشند :

- حفظ فضای لازم برای رویش دندانهای دائمی
- کمک به رشد و تکامل صورت
- اهمیت در جویدن و هضم غذا
- اهمیت در تکلم و بیان صمیم مروف و کلمات

ملاحظات مورفولوژیک

تاج دندانهای شیری در مقایسه با دندانهای دائمی هم نوع فود کوچکتر ولی گردترند . به دلیل باریک شدن نامیه گردن مولر شیری در کف ژنژیوال مفرات کلاس II باید مراقبت خاص مبذول داشت . شافکهای پالپی بزرگترند و بیشتر از اینکه کاسپها مشخص کنند نوک تیزند همچنین عاج ضفامت و برآمدگی کمتری دارد و در نتیجه پالپ بطورنسبی از دندانهای دائمی بزرگترند . مینای دندانهای شیری نازک و با ضفامت یکنواخت می باشد .

اصول پایه در تهیه مفره دندانهای شیری :

مفره کلاس I پیت و فیشور:

امروزه به صورت برداشتن محافظه کارانه پوسیدگی و ترمیم با بکارگیری مواد متصل شونده ترکیبی و مواد سیل شونده جایگزین شده است .

مفره کلاس I عمیق :

- بی مسی موضعی انجام می گیرد .
- مینایی که تا نامیه وسیع پیش آمده صاف و برداشته شود .
- مفره تا شیارهای باقیمانده نقصهای آناتومیکی اکلوژال گسترش یابد .
- عاج پوسیده با فرزهای روند بزرگ یا اکسکواتور قاشقی شکل برداشته شود .
- (اگر نامیه پوسیده دیده نشود دیواره های مفره موازی تمام شوند .
- دندان کاملا شسته و فیشک و ایزوله گردد .

- کف مفره باید با ماده ای متناسب که با دندان سازگار است پوشیده شود تا محافظ مرارتی برای پالپ باشد .
- دندان با آماگام پر شده (فرم آناتومیکی دندان در این حالت باید تامین گردد) .
- با کاغذ آرتیکولاسیون (کاربن) اکلوزن بیمار چک شود .

تذکر:

۱. اگر رزین کامپوزیت و یا گلاس آینومر مورد نظر باشد پیتها و شیارهایی که مشکل پوشیدگی ندارند ممکن است به عنوان قسمتی از ماده باند شونده سیل گردند . ماده ترمیمی محافظ مرارتی برای پالپ هم فواید بود .
۲. در یک کودک پایین تر از ۲ سال دندانپزشک ممکن است برفی مواقع یک پوشیدگی ابتدایی در فوسای مرکزی یک یا بیشتر دندانهای مولر اول شیری را ببیند در حالیکه بقیه دندانها سالم می باشند بنابراین به خاطر عدم رشد روانی کافی کودک و به خاطر اینکه معمولا ارتباط موثر با کودک غیر ممکن است اولیا باید کودک را در صندلی دندانپزشکی کنترل کنند . این باعث می شود کودک احساس امنیت بیشتری کند و فرصت بهتر را برای کنترل حرکات کودک در مین کار به وجود آورد ممکن است بدون کاربرد بی مسی برداشته شود و ترمیم صورت گیرد .

مفره کلاس II

ضایعات پوشیدگی پروگزیمالی در کودکان که هنوز مدرسه نرفته اند مشخص کننده یک فعالیت پوشیدگی بالا است و یک برنامه صمیغ پیشگیری و درمانی فوری الزامی است .

ضایعات کوپک :

- در بیشتر موارد به بی مسی موضعی نیازی نیست
- برداشتن پوشیدگی (پوشیدگی کوپک کلاس II با وجود پوشیدگی کم و با برداشتن کم مارژینال ریچ یا سطوح فاشیال دندانها)
- ایزولاسیون
- دندان شسته و فیشک شود

- گلاس اینومر همراه رزین برای این کار محافظه کارانه (به دلیل آزاد کردن فلوراید) توصیه می شود .

ضایعات با درگیری بیشتر عاج :

- بی مسی موضعی صورت گیرد
- منطقه مارژینال ریج بدون آسیب به سطح پروگزیمال دندان کناری برداشته شود
- هنگام تهیه کف ژنژیوآلی و دیواره های پروگزیمالی باید تماس با دندان کناری برداشته شود .
- زوایای مورد نظر فرم داده شود در مین تهیه دیواره های اگزیمال و باکال و لینگوآل باکس پروگزیمالی باید نزدیک به قائم باشند .
- دیواره های باکال و لینگوآل لزوماً به سمت سرویکالی به تبعیت از کانتور کلی دندان متباعد می شوند .
- در صورت وجود پوسیدگی باید برداشته شود .
- دندان شسته و فشک می گردد .
- ایزولاسیون کامل برقرار گردد .
- در صورت استفاده از آمالگام لاینر یا بیس مناسب باید برای مناطق پالپ قرار داده شود.
- استفاده از ماتریکس و وچ برای کمک به سافتن تماس مناسب دو دندان الزامی است .
- دندان را با آمالگام پر کرده و فرم صمیع را به آن داد .
- با کاغذ آرتیکولاسیون (اکلون بیمار) و نخ دندان (contact بین دو دندان) چک شود .
- در صورت استفاده از کامپوزیت سطوح مفره برای باند شدن آماده شود .
- (پخ شدن لبه های مینایی توصیه می شود)

مفره کلاس III :

پوسیدگی های نوامی پروگزیمال دندانهای شیری قدامی ممکن است یک علامت فعالیت شدید پوسیدگی باشد که نیاز به برنامه پیشگیری کننده دارد .

پوسیدگی مینایی III CL :

- بی مسی نیازی ندارد .
- پوسیدگی را به صورت یک مفره کوچک برداشت (البته در صورتیکه زوایای انسیرالی درگیر نگردیده یا در اثر برداشت پوسیدگی ضعیف نشود) .
- مفره شسته و فشک شود .
- ایزولاسیون برقرارگردد.
- در صورت لزوم از نوار ماتریس استفاده شود .
- دندان با یک ماده متصل شونده ترمیم شود .

ترمیم زیبایی بارزین :

برای ترمیم انسیزورهای شیری که پوسیدگی لبه انسیزال را درگیر می کند (کلاس ۴) یا به آن نزدیک است.

مراحل انجام کار :

- بی مسی موضعی .
 - استفاده از رابردم برای ایجاد محیط فشک ، دید بهتر و کنترل لبها و زبان .
 - تهیه مفره با ایجاد گیرهای لیبالی و لینگوالی در ا_ سرویکالی .
- ۳
- برداشت پوسیدگی های باقیمانده در صورت وجود (پخ کردن مارمینهای مینایی به طور ملایم قبل از اچ کردن جهت باند بهتر توصیه می شود) .
 - مفره را شسته و فشک کنید .
 - یک عامل باند شونده استفاده شود .

- ماتریس مناسب در ممل سرویکال به برگرداندن، شکل دادن، نگهداشتن کامپوزیت کمک خواهد کرد .
- مفره را با کامپوزیت با روش مناسب ترمیم کنید .
- با فرز شعله ای فرم دادن اولیه صورت می پذیرد .
- پالیش نهایی با رابراکپ و یک ماده ساینده نمناک مناسب یا یکی از سیستمهای پالیش کامپوزیت توصیه می شود .

تذکر :

۱. به طور کلی در هنگام استفاده از کامپوزیت پخ کردن لبه های مینا ، اج کردن و استفاده از عوامل بازشونده توصیه می شود .
۲. وقت بیشتری جهت کار نیاز است .

ترمیم دندان دائمی

براساس بررسی‌های انجام شده توسط دفتر سلامت دهان و دندان وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی کشور پوسیدگی دندان در افراد جامعه شایع می‌باشد ، طوری که حدود ۸۶٪ درصد از DMFT مربوط به پوسیدگی (D) است، نکته هائز اهمیت این است که عوامل ایجاد کننده پوسیدگی کنترل و بافتهای عفونی(پوسیده) برداشته شده و نسج از دست رفته با مواد ترمیمی مناسب بازسازی گردد .

عوامل مطرح در تاریخچه فرد که با افزایش فطر پوسیدگی ارتباط دارد :

عوامل	گروه در معرض فطر
سن	کودکی، نوجوانی ، پیری
جنس	زنان (به فصوص در دوران بارداری)
قرار گیری در معرض فلوراید	افراد ممره از آب و آشامیدنی فلوریده (مصرف کنندگانه آب آشامیدنی فاقد فلوراید)
سیگار کشیدن	سیگاریها
الکل	الکیها
سلامت عمومی	بیماران مبتلا به بیماریهای مزمن ، عدم توانایی (به فصوص عدم توانایی در مراقبت از خود)
مصرف برقی داروها	بیمارانی که از داروهایی استفاده می‌کنند که جریان بزاق را کاهش می‌دهد .

اصول تهیه مفره

تعریف تهیه مفره :

تهیه مفره ، تغییر مکانیکی دندان معیوب ، آسیب‌دیده به منظور پذیرش ماده ترمیمی به بهترین نمو است که در نتیجه آن برقراری مجدد وضعیت سالم برای دندان خواهد بود .

اهداف تهیه مفره :

- برداشت تمامی نقایص و ارائه مفاظت لازم برای پالپ .
- تعیین لبه‌های ترمیم در مدی که به قدر ممکن محافظه کارانه باشد .
- شکل دادن مفره به صورتی که تمت نیروهای جویدن، دندان یا ترمیم یا هر دو نشکسته و ترمیم جابجا نگردد .
- ایجاد فرصت برای استقرار ماده ترمیمی به شکل زیبا و با کاربرد مناسب .

طبقه بندی مفره‌ها :

طبقه بندی مفره‌ها اساساً " متکی بر مشاهده بروز ضایعات پوسیدگی روی نواحی مختلف دندان است

مفره‌های کلاس I

مفره‌های شیارها و فرورفتگی‌ها هستند و دارای سه گروه به قرار زیر می‌باشند :

- ترمیم‌های روی سطح اکلوزال آسیاهای کوچک و آسیاهای بزرگ
- ترمیم‌های روی دو سوم اکلوزال سطوح فاسیال و لینگوال آسیاهای بزرگ
- ترمیم‌های روی سطح لینگوال ثنایای فک بالا

مفره‌های کلاس II :

مفره یا ترمیم‌های روی سطوح پروگزیمال دندانهای فلیقی هستند و شامل مفرات زیر است :

MO	مزیه‌اکلوزال
DO	دیستوکلوزال
MOD	مزیه‌اکلوزودیستال

مفره‌های کلاس III :

مفره یا ترمیم‌های روی سطح پروگزیمال دندانهای قدامی که زاویه انسیزال را درگیر نموده است .

مفردهای کلاس IV :

مفره یا ترمیم‌های روی سطح پروگزیمال دندانهای قدامی که زاویه انسیزال را نیز درگیر نموده‌اند .

مفردهای کلاس V :

مفره یا ترمیم‌های روی یک سوم ژنژیوال سطح فاسیال و لینگوال تمامی دندانها (به غیر از مفردهای فرورفتگی و شیارها) هستند .

مفردهای کلاس VI :

مفره‌ها و یا ترمیم‌های روی لبه انسیزال دندانهای قدامی یا روی نوک کاسپهای دندانهای خلفی هستند .

عواملی که باید قبل از تهیه مفره به آن توجه نمود :

فواسته‌های فرد	وسعت پوسیدگی‌ها
ممدودیت‌های مواد	اکلوژن
مهارت دندانپزشک	درگیری پالپی
جهت منشورهای مینایی	زیبایی
وسعت ترمیم‌های قدیمی	سن فرد
وسعت ضایعه	مراقبت فرد در منزل
مفاظت پالپ	وضعیت لثه‌ای
مدود و انمناها	بی مسی
وضعیت اقتصادی	وجود سایپورت استفوانی
ارزیابی رادیو گرافیک	وضعیت فرد از نظر قرارگیری در معرض
	خطر
همکاری فرد	طرح و نوع فرز
آناتومی دندان	سایر عوامل درمانی
	خطوط شکستگی
	قابلیت ایزولاسیون نامیه

مراحل تهیه مفره

مرمله تهیه مفره اولیه :

شکل مدود خارجی مفره و عمق اولیه

شکل مقاوم اولیه

شکل گیردار اولیه

شکل دسترسی

مرمله تهیه مفره ثانویه :

مذف هرگونه مینای باقیمانده شیازها و مفره‌ها و یا عاج عفونی یا ماده ترمیمی قدیمی

در صورت تجویز

مفاظت پالپ

اشکال گیردار و مقاوم ثانویه

اقدامات مربوط به اتمام و صاف نمودن دیواره‌های خارجی

اقدامات نهایی، شستشو، بررسی، کف‌بندی، آماده‌سازی سطح

تذکر :

قبل از انجام هرگونه درمان ترمیمی، محیطی که درمان در آن صورت خواهد پذیرفت باید

آماده باشد. غالب مواد ترمیمی نیازمند محیطی عاری از رطوبت‌اند. استفاده از ابردهم

توصیه می‌شود. (

مفظ مفاظ نره اطراف محیط عمل هم بسیار مهم است.

دست کاری صحیح لثه، مستلزم کاربرد درست نخ کنار زنده، مفاظت با استقرار وچ و

ایجاد سطوح و انمناهایی در ترمیم برای بازگشت سلامت لثه، پس از درمان است.

ترمیم آمالگام :

پیش نیازهای لازم برای تهیه مفره آمالگام موفق به ترتیب زیر است :

۱. ممل اتصال ۹۰ درجه‌ای آمالگام با بافتهای دندان

۲. شکل‌گیردار مکانیکی

۳. ضفامت کافی از ماده آمالگام

سایر اصول جهت تهیه مفره آمالگام موفق

❖ تهیه مفره جعبه مانند در سطح پروگزیمال :

- تهیه مفره صرفاً " جعبه‌ای شکل (box) فقط جهت دندانهای خلفی که سطح پروگزیمال (بدون درگیری سطح اکلوزال) پوسیده است پیشنهاد می‌شود .
- شکل گیردار بدون هیچ‌گونه پله اکلوزالی ایجاد می‌گردد .
- این ترمیم ها محافظه کارانه‌ترند چون بافت دندان کمتری برداشته می‌شود .

❖ آمالگام‌های اتصال یافته

ترمیم کامپوزیت :

برای موفق بودن ترمیم‌های کامپوزیت رعایت نکات زیر الزامی است:

- تمامی مینای لبه‌ای باید پخ شده واچ شود .
- در زمان مناسب عوامل چسبنده به عاج استفاده شود .
- دیواره‌های فارژی عاری از مینا (سطح ریشه) باید به شکل لبه قائم تراشیده شوند و گیرمکانیکی مناسب در آنها تعبیه گردد .

تهیه مفره جعبه مانند در سطح پروگزیمال :

- تهیه این مفره در کامپوزیت مشابه آمالگام است به جز اینکه شکل جعبه قدری نامشخص‌تر است و دارای شکل لبه‌ای مفرس و نامشخص به جای شکل لبه‌ای ۹۰ درجه است .
- دیواره‌های مینایی اچ شده و به این ترتیب شکل گیردار ماده در دندان تأمین می‌شود.

تهیه مفره تونل :

- ضایعه اکلوزالی با تهیه تونلی زیر مارینال ریچ درگیر به ضایعه پروگزیمالی متصل می‌شود و مارجینال ریچ اساساً دست نفورده می‌ماند که در آمالگام در فصوص کفایت دسترسی به مفره و استمکام وضعیت مارجینال ریچ بمت وجود دارد .
- این نوع مفره‌ها برای استقرار گلاس اینومر در زیر به عنوان لاینر و کامپوزیت روی آن پیشنهاد می‌شود .

روش لایه لایه :

به کارگیری ماده گلاس اینومر به عنوان لاینر (در غالب موارد ، نه همیشه) زیر ترمیم‌های کامپوزیت است .

گلاس اینومر هم به دندان و هم به کامپوزیت می‌چسبد و به دلیل آزاد کردن فلوراید از پوسیدگی‌ها می‌کاهد .

خدمات بهداشت دهان و دندان

کشیدن دندان

کشیدن دندان Tooth Extraction

■ موارد تمویز خارج کردن دندان عبارتند از :

- (۱) پوسیدگی شدید
- (۲) نکروز پالپ
- (۳) بیماری پریودنتال شدید و پیشرفته
- (۴) دلایل ارتودنتیک
- (۵) دندانهای با موقیعت بد قرار گرفته (مالپوز)
- (۶) دندانهای شکسته غیر قابل ترمیم
- (۷) خارج کردن دندان قبل از سافتن پروتز (به دلیل تداخل با طراحی یا قرار گرفتن پروتز)
- (۸) دندانهای اضافی
- (۹) دندانهای نهفته
- (۱۰) دندانهای همراه با ضایعات پاتولوژیک
- (۱۱) قبل از رادیوتراپی
- (۱۲) دندانهایی که در مسیر شکستگی فک قرار گرفته اند
- (۱۳) به دلایل زیبایی
- (۱۴) به دلایل اقتصادی و عدم توان مالی

■ کنتراندیکاسیونهای کشیدن:

- (۱) کنتراندیکاسیونهای سیستمیک
- (۲) کنتراندیکاسیونهای موضعی

* کنتراندیکاسیونهای سیستمیک:

- (۱) بیماریهای شدید و کنترل نشده متابولیک (دیابت کنترل نشده، نارسایی کلیوی در مراحل انتهایی، لوسمی کنترل نشده)
 - (۲) حاملگی
- نکته: حاملگی یک کنتراندیکاسیون نسبی می باشد. در سه ماهه اول و سوم بایستی در صورت امکان به تعویق بیافتد. در سه ماهه دوم کشیدن ساده دندانها نسبتاً بی خطر است، اما جراحیهای مشکلاتر بایستی تا تولد نوزاد به تعویق بیفتد.
- (۳) بیمارانی که تمایل به فونریزی شدید دارند (افراد هموفیلیک یا نقص شدید پلاکتی که تا زمان کنترل مشکل انعقادی نباید کشیدن دندان برای آنها صورت گیرد)

۴) بیمارانی که داروهای مختلف از جمله (کورتیکواستروئیدها، سرکوب کننده های سیستم ایمنی یا ایمونوساپرسیو و داروهای شیمی درمانی) مصرف می کنند بایستی با امتیاط و مراقبت فراوان تمت درمان قرار گیرند.

* کنترالاندیکاسیون موضعی:

- ۱) تاریفیهٔ رادیوتراپی، زیرا Ext در نامیه ای که رادیوتراپی شده است و می تواند منجر به استئورادیونکروز در محل کشیدن شود.
- ۲) دندانهایی که در نامیه تومور قرار گرفته اند (خصوصاً تومورهای بدخیم) چون Ext باعث انتشار و پخش سلولهای سرطانی صورت می گیرد
- ۳) پریکورونیت شدید (کشیدن دندان تا زمان بهبودی پریکورونیت به تعویق بیافتد)
- ۴) آبنسه ماد دنتوآلوئولار (سریعترین درمان عفونت ثانویه به نکروز پالپ دندان، خارج کردن دندان مسبب می باشد مگر در مواقعی که به دلیل عفونت و آبنسه بیمار قادر به بازکردن دهان نمی باشد و یا بی مسی موضعی کافی امکانپذیر نمی باشد)

■ ارزیابی (به طور کلی ۴ مورد بایستی قبل از کشیدن دندان مورد توجه قرار گیرد)

* ارزیابی میزان اضطراب بیمار

* ارزیابی سطح سلامت عمومی بیمار و تغییراتی که بایستی در روند درمان داده شود

دندانپزشک باید مراقبتهای لازم مراجعین بیمار با سابقهٔ آنژین صدری، MI، CHF، بیماری مزمن انسدادی ریه، دیالیز، مشکلات کلیوی، بیماری دیابت، مشکلات تیروئید، بیماریهای انعقادی فون، مشکلات کبدی، ... را انجام دهد.

دندانپزشک ۴ راه ذیل را در مواجهه با مراجعین در نظر می گیرد:

- ۱) تغییر طرح درمان با روشهای کاهش اضطراب و متدهای دارویی کاهش اضطراب
- ۲) مشاورهٔ پزشکی
- ۳) عدم پذیرش درمان بیمار به صورت سرپایی
- ۴) ارجاع به یک متخصص جراح دهان و فک و صورت

* ارزیابی کلینیکی دندان قبل از خارج کردن:

- ۱) دسترسی به دندان مورد نظر
- ۲) میزان و لقی و حرکت دندان (Mobility) دندان
- ۳) وضعیت تاج

نکات مورد توجه:

← میزان باز شدن دهان بیمار، اولین فاکتوری که در ارزیابی قبل از درمان مورد ارزیابی قرار می گیرد.
← در انکلیوز مولرهای شیری و گاهی دندانهایی که مدت زیادی تمت درمان ریشه بودند، روش جراحی ارجح است.

← در صورت وجود پرکردگیهای بزرگ و یا پوسیدگیهای وسیع در دندان، احتمال شکستن آنها افزایش می یابد. لذا در این موارد فورسپس بایست، تا حد امکان به سمت اپیکال قرار گیرد.
← در مواردی که جرم زیاد در اطراف دندان وجود دارد بایستی ابتدا جرم توسط دستگاههای جرمگیری برداشته شود تا وجود جرم باعث عدم تطابق نوک فورسپس با سطح ریشه نشود و همچنین جرم شکسته شده در ساکت فالی دندان پس از کشیدن دندان نیافتد.

* ارزیابی رادیوگرافی دندان:

در رادیوگرافی دندان تمت درمان Ext موارد ذیل ارزیابی می گردد:

(۱) رابطه دندان با سافتمانه‌های میاتی اطراف آن

(۲) شکل ریشه ها

(۳) وضعیت استخوان اطراف دندان

نکات مورد توجه:

← در مورد دندانهای مولر فک بالا، نزدیک بودن انتهای ریشه آنها به کف سینوس ماگزیلا بایستی بررسی گردد. در صورتی که تنها یک لایه نازک بین سینوس و ریشه های مولر وجود دارد و احتمال سوراخ شدگی سینوس می رود بایستی جراحی شود.

← به رابطه دندانهای پرمولر فک پایین با سوراخ چانه ای و عصب متال توجه گردد همچنین مسئله نزدیکی کانال دندان تمثانی با ریشه های دندانهای مولر فک پایین قبل از کشیدن دندان بررسی گردد.

← ریشه های بلند با انمناهای شدید و ناگهانی و قلاب شکل بسیار مشکل است

← دندانهایی که تمت درمان اندودنتیک قرار گرفته اند از احتمال هیپرسمانتوز و انکلیوز در آنها بسیار بالا است، در هر یک از این موارد درمان جراحی بایستی مدنظر قرار گیرد.

← در صورت مشاهده ضایعه در اطراف دندان در رادیوگرافی، پس از خارج کردن دندان، ضایعه بایستی برداشته شود.

■ کشیدن دندان به دو روش عمده صورت می گیرد:

(۱) روش بسته (Closed)، تکنیک فورسپس یا تکنیک ساده

(۲) روش باز (Open) یا روش جراحی یا تکنیک فلپ

• تکنیک بسته بیشترین تکنیک مورد استفاده برای خارج کردن اولیه اکثر دندانها محسوب می شود.

در خارج کردن دندانها ۳ اصل پایه و اساسی در هر دو تکنیک بایستی رعایت شود.

۱) دید و دسترسی کافی به دندان موردنظر

۲) یک مسیر بدون مانع برای فروج دندان

۳) استفاده از نیروی کنترل شده برای لق کردن و خارج کردن دندان

◆ مرکات با فورسپس

اکثر دندانها با ترکیبی از مرکات باکال و لینگوال خارج می شوند. در فک پایین به علت نازکی کورتکس باکال از فط وسط تا نامیه مولهها، دندانها در این نامیه (انسیزورها، کانین و پرمولرها) با نیروی باکالی بیشتر و نیروی لینگوالی کمتر خارج می شوند، در نامیه مولهها به علت استفوان ضمیم تر باکالی نیروی لینگوالی بیشتری نسبت به بقیه دندانها لازم است تا دندانها را از ساکت خارج کند. مناسبترین دندانها برای اعمال نیروی چرخشی، انسیزورهای ماگیلا خصوصاً دندان سانترال و پرمولرهای مندیبل (فصوصاً دومین پرمولر) باشد.

◆ پوزیشن دندانپزشک:

بهترین نحوه قرار گرفتن بیمار و دندانپزشک به گونه ای است که هر دو راحت باشند و جراح بیشترین کنترل نیرو را بر روی دندان بیمار از طریق فورسپس داشته باشد.

- برای خارج کردن دندانهای فک بالا:

صندلی بایستی به گونه ای به عقب برده شود تا سطح اکلوزال دندانهای فک بالای بیمار با زمین زاویه 60° بسازد. در خارج کردن دندان هنگامی که دندانپزشک ایستاده است ارتفاع صندلی باید به گونه ای باشد که ارتفاع دهان بیمار با فاصله کمی زیر آرنج دندانپزشک قرار گیرد.

• برای Ext دندانهای قدامی فک بالا بیمار به جلو نگاه می کند و برای هر یک از طرفین راست و چپ در فک بالای بیمار سر خود را کمی به همان طرف (راست یا چپ) می چرخاند.

- برای خارج کردن دندانهای فک پایین:

وقتی بیمار دهانش را باز می کند، سطح اکلوزال دهان با سطح زمین موازی می شود و صندلی پایین آورده می شود تا یک زاویه 120° در بازوی جراح ایجاد شود (شیب بازو به سمت پایین).

• در مورد دندانهای قدامی فک پایین دندانپزشک بایستی در کنار بیمار باشد و در مورد طرف راست سر بیمار کاملاً به سمت دندانپزشک بچرخد ولی در مورد طرف چپ سر بیمار کمی به طرف دندانپزشک می چرخد.

■ مرامل خارج کردن دندان در یک تکنیک ساده (تکنیک فورسپس)

۱) بی مسی مناسب با توجه به موقعیت دندان در فک بالا، پایین

۲) قرار دادن گاز ۴x۴ اینچ در دهان بیمار از آسپیره شدن، یا بلعیده شدن دندان یا قطعات از آن

مین خارج کردن جلوگیری می کند.

۳) جدا کردن اتصالات بافت نرم از دندان که به وسیله الواتور Woodson یا الواتور پریوست شماره ۹ صورت می‌گیرد.

۴) لق کردن دندان با یک الواتور دندانی، معمولاً الواتور مستقیم عمود بر دندان درنایم بین دندانی قرار گرفته، در مالیکه قسمت تمثانی نوک آن بر روی استفوان آلئولار است و قسمت فوقانی آن به سمت دندانی که قصد خارج کردن آن را داریم قرار می‌گیرد و با پرفاندن دسته الواتور به آرامی و با قدرت strong & slow force دندان به سمت مخالف جابجا می‌شود.

۵) انطباق فورسپس با دندان، ابتدا نوک لینگوالی فورسپس قرار داده می‌شود و سپس نوک باکالی آن، باید توجه شود که نوکهای فورسپس زیر نسج نرم قرار گیرند و با دندان کناری تداخل نداشته باشند. نوک فورسپس بایستی موازی محور طولی دندان قرار گیرد.

۶) لق کردن دندان با فورسپس، قسمت عمده نیرو به سمت استفوان نازکتر می‌باشد. بنابراین در تمام دندانهای فک بالا حرکت و نیروی عمده فورسپس به سمت پلیت باکال است. نیرو بایستی آرام و پیوسته باشد و کم کم بر مقدار آن افزوده شود و با نیروی کمتری به سمت مخالف حرکت داده شود تا به این ترتیب استفوان متسع شود.

۷) خارج کردن دندان از ساکت: وقتی که استفوان آلئولار به اندازه کافی متسع شد با یک نیروی کششی که معمولاً به سمت باکال اعمال می‌شود، به آهستگی دندان از ساکت خارج می‌شود.

۸) اگر ضایعه پاتولوژیک در تصویر رادیوگرافی دندان باشد، بایستی مین خارج کردن دندان، این ضایعه توسط کورت برداشته شود ولی اگر ضایعه ای وجود نداشته باشد نباید کورت کشیده شود.

۹) با انگشتان بر روی پلیتهای باکال و لینگوال به سمت یکدیگر بعد از خارج کردن دندان (فصوصاً دندان مولر اول) فشار وارد شود.

۱۰) یک گاز کوچک ۲*۲ اینچ مرطوب برای کنترل فونریزی اولیه ساکت بایستی استفاده گردد به صورتی که با فضای ناشی از کشیدن منطبق و فشار ناشی از گاز گرفتن به طور مؤثری بر روی ساکت اعمال شود.

توصیه:

بیمار بایستی گاز را حداقل ۳۰ دقیقه با فشار نگهدارد و تا حد امکان در ۳ تا ۴ ساعت اولیه صمیت نکند.

- به بیماران سیگاری تذکر داده شود که حداقل تا ۱۲ ساعت اول سیگار نکشند و یا در صورت استعمال پک عمیق به آن نزنند.

- از تف کردن تا ۱۲ ساعت اول بعد از جراحی فودداری کنند و آب دهان خود را فرو ببرند.

- به بیمار گفته شود که از آسپیرین یا استامینوفن به عنوان داروی ضد درد استفاده نماید. (آسپیرین داروی انتخابی برای کنترل درد خفیف تا متوسط بعد از Ext می باشد، NSAID مانند Ibuprofen بی دردی طولانی تری ایجاد می کنند و روی عملکرد پلاکتها تأثیر کمتری دارند).

- یک رژیم غذایی پرکالری و با حجم زیاد مایع برای ۱۲ تا ۲۴ ساعت اولیه بعد از Ext ایده آل است. در ۱۲ ساعت اول بایستی غذا نرم و فنک باشد (بستنی و ...) و بیمار هرچه زودتر و به مضم توانایی به رژیم غذایی نرمال برگردد.

- قرار دادن کیسه یخ روی نامیه در اعمال جراحی می تواند به کاهش ادم در ۲۴ ساعت اول کمک کند (این کیسه به مدت ۲۰ دقیقه در محل نگهداشته شده و ۲۰ دقیقه بعد برداشته شود).

در روز دوم بعد از عمل نه یخ و نه گرما هیچکدام نبایستی روی صورت استفاده شود.

در روز سوم و روزهای بعد از تجویز گرما به بهبود تورم کمک می کند.

- در صورت تریسموس ناشی از التهاب عضلات چونده بعد از Ext، کاربرد گرما خصوصاً گرمای مرطوب از طریق پوست می تواند در بهبودی تریسموس و تورم مؤثر باشد.

- اکیموز ناشی از نشست فون به بافتهای زیرپوستی معمولاً ۲ تا ۴ روز بعد از جراحی به وجود می آید و در طی ۷ تا ۱۰ روز بهبود می یابد. (بیشتر در افراد مسن)

نکته:

- اگر در روز سوم یا بعد از آن تورم یا سطح قرمز و درد در محل دندان کشیده ظاهر شد احتمال عفونت می رود.

- دردی که در روز اول کاهش یافته ولی روز ۳ تا ۴ افزایش می یابد و همراه با تورم و علائم عفونت نیست معمولاً نشانه ای از مفردۀ فشک Dry Socket است.

کنترل بعضی از عوارض بعد از جراحی:

(ا) وجود فونریزیهای ثانویه که ممکن است بعد از هموستاز اولیه ایجاد شوند که مراحل کنترل آن به شرح زیر است:

(الف) بیمار را روی صندلی دندانپزشکی نشانده، تمام فون و بزاق و مایعات دیگر دهانی ساکشن شده (این بیماران معمولاً لفته های جگری بزرگ در دهان خود دارند)

(ب) دندانپزشک محل فونریزی را با نور کافی مشفص می کند

(ج) اگر فونریزی در مد نشست فون باشد، محل با گاز پوشانده و برای حداقل ۵ دقیقه مداوم فشار داده می شود.

(د) در صورت عدم موفقیت بی مسی موضعی تجویز کرده و دندانپزشک محل ساکت را کورت کشیده، همه لفته قدیمی را ساکشن می کند. نسج نرم و استفوان برای افتراق فونریزی شریانی با نشست فون چک می شود.

قراردادن ژلاتین اسفنجی قابل جذب بقیه ۸ شکل و فشار با گاز برای کنترل فونریزی ثانویه

ه) در صورت موفق نبودن این روشها برای جلوگیری از فونریزی بیمار متمماً بایستی برای بررسی و ارزیابی های آزمایشگاهی به متخصص هماتولوژیست ارجاع داده شود.

۲) مفرد فشک یا Dry Socket:

علائم:

- بیمار درد متوسط تا شدید دارد، اما علایم عفونت مانند تب، تورم و اریتم وجود ندارد و درد از روز سوم و چهارم بعد از کشیدن شروع می شود و گاهی به سمت گوش می زند.
- در معاینه ساکت استخوان فالی با یک لفته ناقص یا کاملاً بدون لفته است و سطوح استخوانی expose که بسیار مساس است، منشاء درد می باشد.
- ممل Ext بوی بد دارد و بیمار از مزه بد دهان شکایت دارد.
- وقوع D.S بعد از خارج کردن عادی دندان نادر (تقریباً ۲٪) است که این عدد در مورد دندانهای نهفته عقل پایین به ۲۰٪ می رسد.
- نکته: در صورتی که بیمار درمانی را دریافت نکند هیچ عارضه ای منجر به ادامه درد وجود نخواهد داشت به عبارت دیگر درمان D.S براساس کاهش درد بیمار در طی پروسه ترمیم می باشد.
- * درمان شامل شستشو با سالین فراوان و قرار دادن پانسمانی که شامل نوار گاز آغشته به یدوفور به همراه اوژنول (باعث توقف درد با منشاء استخوانی می شود) بنزوکائین و یک ماده حامل مثل Balsam of peru می باشد.
- بیمار پس از گذاشتن پانسمان معمولاً در عرض ۵ دقیقه امساس آرامش و کاهش درد می کند.
- این پانسمان هر روز یا یکروز درمیان در عرض ۳ تا ۶ روز بسته به شدت درد بیمار تعویض می شود.
- از آن به بعد دیگر پانسمان گذارده نمی شود زیرا پانسمان طولانی مدت به عنوان یک جسم خارجی در روند بهبود زخم عمل می کند.

نکات قابل توجه در کشیدن دندان با تکنیک فورسپس:

- ۱) در مواردی که مانورهای معمولی منجر به لقی دندان کانین نشود، بایستی این دندان با روش باز و جراحی خارج شده تا کمترین تفریب استخوان و زمان ترمیم را داشته باشیم.
- ۲) دندان لترال انسیزور فک بالا گاهی در $\frac{1}{3}$ انتهای اپیکال دارای انمنا می باشد. بنابراین حرکت پرفشی در مورد این دندان بایستی با احتیاط انجام شود.
- ۳) بیشترین احتمال شکستگی ریشه در بزرگسالان هنگام خارج کردن دندانهای پر مولر اول فک بالا با ریشه های نازک در $\frac{1}{3}$ انتهایی رخ می دهد.

۱۴) برای خارج کردن مولرهای بالا (در مواقعی که تاج شکسته یا دارای پوسیدگی یا پرکردگی وسیع است) نیروی بیشتر به سمت باکال وارد می شود که در صورت شکستگی ریشه (امتتر می توان آن را خارج کرد).

۱۵) برای خارج کردن دندانهای فک پایین انگشت اشاره در سالکوس باکال، انگشت دوم در سمت وستبول لینگوال قرار داده می شود که باعث کنار زدن لب و گونه شود و انگشت شست زیر چانه بیمار قرار داده می شود تا فک پایین و TMJ را از فشار زیاد حمایت کند.

۱۶) در هنگام خارج کردن دندانهای شیری بایست دقت زیادی مبذول داشت زیرا ریشه این دندانها ظریف و بلند است همین قسمت کروئال ریشه این دندانها معمولاً توسط دندانهای دائمی زیر نیش تملیل می رود که ریشه دندانهای شیری را ضعیفتر می کند.

۱۷) اگر ریشه دندانهای شیری تاج دندانهای دائمی (زیرین را در برگرفته است) مثلاً تاج پر مولرهای دائمی توسط مولر شیری) بایستی برای خارج کردن آنها تقسیم کردن دندان را مدنظر داشته باشد.

موارد تجویز کشیدن دندان به روش جراحی:

۱) در مواردی که تلاشهای اولیه به وسیله فورسپس و روش بسته برای خارج کردن دندان بی نتیجه مانده است.

۲) در مواردی که ارزیابیهای قبلی از درمان نشان می دهد که بیمار دارای استخوانهای بسیار محکم و فشردده خصوصاً در پلیت قشری باکال محکم می باشد.

۳) در مواردی که تاج کلینیکی دندان به علت سایش (attrition) بیش از حد (مثلاً ناشی از بروکسیم) توسط استخوان محکم و متراکم PDL قوی احاطه شده است.

۱۴) در مواردیکه سینوس ماگزلا در بین ریشه های دندانهای ماگزلا گسترده شده است.

۱۵) دندانهایی که پوسیدگیهای شدید دارند و یا ترمیم های آمالگامی وسیع دارند، همچنین دندانهایی که تاج خود را از دست داده اند و به صورت ریشه های باقیمانده دیده می شود، بهتر است توسط جراحی خارج شوند.

۱۶) در مواردی که در ارزیابی رادیوگرافی قبل از خارج کردن دندان مای از به وجود آمدن مشکلات مین Ext باشد مثلاً در هیپرسمنتوز، ریشه های متباعد یا ریشه های که دارای انمنا و فمیدگی شدید هستند و بدون شکسته شدن خارج نمی شوند.

شرایط قلبی همراه با اندوکاردیت

پروفیلاکسی توصیه می شود	پروفیلاکسی توصیه نمی شود
<p>گروه High Risk</p> <ul style="list-style-type: none"> - دریچه های مصنوعی قلب، شامل بیوپروتز و دریچه های Homograft - سابقه اندوکاردیت باکتریایی - بیماری قلبی مادرزادی سیانوتیک کمپلکس <p>گروه moderate – risk</p> <ul style="list-style-type: none"> - بیشتر ناهنجاریهای قلبی مادرزادی (به غیر از موارد فوق الذکر) - افتلال عمل اکتسابی دریچه ای (مثل بیماری روماتیسم قلبی) - کاردیومیوپاتی هیپرتروفیک - پرولاپس دریچه میترال با برگشت دریچه ای و / یا ضمیمه شدن لتها (leaflets) 	<p>گروه کم خطر (ریسک بالاتری نسبت به عموم مردم ندارند)</p> <ul style="list-style-type: none"> - نقص مجرای دیواره دهلیزی - جراحی ترمیمی نقص دیواره دهلیزی یا بطنی یا گشودگی مجاری شریانی ادر صورتی که پس از ۶ ماه باقی نمانده باشد] - سابقه جراحی پیوند bypass شریان کرونر - سابقه تب روماتیسمی بدون افتلال دریچه ای - پرولاپس دریچه میترال بدون برگشت خون - pacemaker های قلبی
پروفیلاکسی توصیه می شود	پروفیلاکسی توصیه نمی شود
<ul style="list-style-type: none"> - کشیدن دندان - اعمال پرئودنتال مسائل جراحی، جرمگیری و root planning و probing مرحله recall و نگهداری - قرار دادن رسته ها یا نوارهای آنتی بیوتیک در زیر لثه - تزریقهای بی مسی موضعی داخل لیگامانی 	<ul style="list-style-type: none"> - دندانپزشکی ترمیمی - تزریقهای بی مسی موضعی (بجز داخل لیگامانی) - درمان اندونتیک داخل کانال - قرار دادن رابردم - برداشتن بقیه بعد از عمل - قرار دادن پروتز متمرک یا وسایل ارتودنسی - فلورایدتراپی - افتادن دندانهای شیری - قالبگیری از دهان

رژیمهای پروفیلاکسی برای اعمال دندان، دهانی، دستگاه تنفسی یا مری (دوز دیگر توصیه نمی شود) دوز کلی کودکان نباید از دوز بزرگسالان تجاوز کند.

I : پروفیلاکسی استاندارد عمومی برای بیماران در معرض خطر

آموکسی سیلین : بزرگسالان ۲g (کودکان ۵۰mg/kg) به صورت فوراکی یک ساعت قبل از عمل

II: قادر به مصرف داروی فوراکی نیستند:

آمپی سیلین: بزرگسالان ۲g (کودکان ۵۰mg/kg) به صورت IM یا IV، ۳۰ دقیقه قبل از عمل

III: بیماران با آلرژی به (آموکسی سیلین / آمپی سیلین / پنی سیلین):

کلیندامایسین: بزرگسالان ۶۰۰ mg (کودکان ۲۰mg/kg) به صورت فوراکی ۱ ساعت قبل از عمل

یا

سفالکسین: بزرگسالان ۲g (کودکان ۱۵ mg/kg) در صورت فوراکی ۱ ساعت قبل از عمل

IV: بیماران مساس به (آموکسی سیلین / آمپی سیلین / پنی سیلین) که قادر به مصرف فوراکی دارو

نیستند

کلیندامایسین: بزرگسالان ۶۰۰ mg (کودکان ۲۰mg/kg) به صورت IV نیم ساعت قبل از عمل

یا

سفالزولین: بزرگسالان ۱g (کودکان ۲۵ mg/kg) به صورت IM یا IV، ۳۰ دقیقه قبل از عمل

نکته: سفالوسپرین ها نباید در بیمارانی که مساسیت فوری به پنی سیلین نشان می دهند، استفاده شود.

موارد تجویز کشیدن دندانهای شیری:

۱) وجود عفونت ماد پری اپیکالی دندان شیری پوسیده

۲) مولارهای شیری پوسیده همراه با عارضه اپیکال یا ممل انتزاع ریشه ها (فورکا)

۳) دندانهای شیری که بیش از حد معمول باقی مانده اند

۴) دندان شیری انگلیوز

۵) دندان شیری پوسیده و غیرقابل ترمیم

۶) دندان شیری ناتال و نئوناتال

۷) دندان شکسته یا ضربه دیده

موارد عدم تجویز کشیدن دندان:

۱) عفونت ماد سیستمیک: بعد از اینکه مراحل ماد بیماری سیستمیک گلو مرونفریت، بیماری

قلبی مادرزادی، تب (ماتیسمی، بیماری (ماتیسم قلبی به حالت مزمن تقلیل یافت، رژیم

پیشگیری با دارو قبل از کشیدن دندان ضروری است.

۲) بیماریهای فونی

۳) دیابت ملیتوس کنترل نشده

۴) استفوان رادیوتراپی شده باشد

۵) عفونت ماد دهان، در صورت وجود عفونت دهانی مثل ژنژیویت زخمی نکروزه ماد، استوماتیت

تبقالی ماد آبسه دندانی آلونلی ماد و دیگر اشکال ماد بیمارهای دهان بطور قطعی کشیدن

دندان تجویز نمی شود و تا رفع عفونت باید تأمل گردد.

روش عمل کشیدن دندانهای ثنایا و کانین شیری:

- ۱) از یک الواتور مناسب برای آزاد نمودن لثه متصل از طریق دندان در قسمت لبی و زبانی استفاده نموده دندان را کمی لق نموده
- ۲) برای دندانهای پایین از فورسپس S-۱۵۱ با فقط فشار اپیکالی استفاده می شود. فک پایین با دست آزاد نگهداری می شود ابتدا نیروی لق کننده را به جهت زبانی معطوف نموده بعداً با دقت حرکت بعدی را متوجه جهت لبی می شود. سپس در جهت محور طولی دندان از حرکت چرفشی استفاده می شود.
- ۳) برای دندانهای بالا از فورسپس S-۱۵۰ و فشار اپیکالی ممکن وقتی که دهانه فورسپس دندان را در بر می گیرد استفاده می شود. حرکت لق کننده اولیه را متوجه کام سپس با دقت به جهت لبی معطوف می شود دندان را روی محور طویل آن در یک جهت مداوم چرخانده می شود.
- ۴) صفحه استخوانی لبی و زبانی یا کامی استخوان آلوئل را با فشار انگشتان به حالت کاملاً عادی درآورده شود
- ۵) برای توقف خونریزی یک گاز استریل تا شده کمی مرطوب را (روی زخم) قرار داده می شود.

روش عمل کشیدن مولرهای شیری:

- ۱) از یک الواتور مستقیم برای آزاد نمودن لثه پسبنده استفاده نموده کمی دندان را لق نمایید.
- ۲) برای دندانهای پایین از فورسپس مناسب (فورسپس S-۱۵۱) استفاده می شود. در مالیکه فک پایین را با دست آزاد نگهداشته، یک فشار ممکن اپیکالی وارد شود، حرکت لق کننده اولیه جهت باکال است. موقتاً فشار را نگهداشته تا صفحه باکال آلوئل باز شود، سپس نیروی لق کننده را به جهت زبانی برگردانده، فشار را نگهداشته تا اینکه صفحه زبانی آلوئل باز شود. سپس حرکات باکالی و زبانی را به طور متناوب انجام می دهیم تا اینکه استخوان کورتیکالی بیشتر باز شود وقتی که آزادی کامل حرکت فراهم شد در مالیکه فشار کند و مداوم وارد می شود، دندان را به طرف باکال یا زبانی آزاد می شود.
- ۳) برای دندانهای بالا نوكهای فورسپس شماره ۱۵۰ یا S-۱۵۱ را برای تاج کلینیکی بکار برده می شود. حرکت لق کننده اولیه را جهت باکالی با مفظ فشار اپیکالی قوی وارد می شود. برای یک لمظه فشار باکالی را نگهداشته تا اینکه امکان بازشدگی استخوان کورتیکال فراهم شود. سپس نیروی لق کننده به جهت کام معطوف می شود موقتاً فشردگی را نگهداشته، تا اینکه استخوان کورتیکال باز شود. متناوباً حرکت باکالی و زبانی را انجام داده با فراهم نمودن آزادی حرکت در جهت باکالی و زبانی، دندان در جهت باکالی یا کامی آزاد می شود.
- ۴) با فشار انگشت صفحات کورتیکال باکالی و زبانی را در وضع عادی شکل داده
- ۵) یک گاز استریل اسفنجی کمی مرطوب تا شده را جهت بند آوردن خونریزی (روی زخم) قرار دهید.

خدمات بهداشت دهان و دندان

جزمگیری، پرساز

و

Root Planing

جرمگیری:

- جرمگیری (scaling) عبارتست از عملی که طی آن پلاک و جرم از هر دوسطح بالای لثه ای وزیر لثه ای دندان برداشته میشود . درجریان جرمگیری هیچگونه تلاش عمدی جهت برداشتن نسج دندان صورت نمی گیرد . صاف کردن یا تسطیح سطح ریشه (Root planning) عملی است که توسط آن بقایای جرم و تکه هایی از سمنتوم برای ایجاد یک سطح صاف و سفت و تمیز از روی ریشه ها برداشته می شود است . وضعیت سطح دندان مشخص کننده این است که باید جرم گیری یا تسطیح سطح ریشه انجام شود. اهمیت جرم گیری به قرار زیر است :

۱- حفظ سیستم دندانی و لثه ای در یک وضعیت سلامتی .

۲- سهولت کنترل پلاک توسط بیمار.

۳- مذف سطوح زیر و ناهموار.

۴- مذف بوی بددهان ناشی از وجود جرم.

۵- تخفیر ریسک فاکتورهای سیستمیک بیماریها با خارج شدن کانون عفونت از دهان. .

* تشخیص:

الف- مشاهدات کلینیکی ،، توجه به ملاحظات تشخیصی قبل از یافته های پاراکلینیکی بیمار:

۱- سلامت عمومی و میزان تحمل به درمان بیمار.

۲- تعداد دندانهای موجود .

۳- مقدار جرم بالای لثه ای.

۴- مقدار جرم زیر لثه ای.

۵- عمق پاکت هنگام پروب کردن (میزان از دست رفتن پسابندگی در تعیین طرح درمان از اهمیت کمتری نسبت به عمق پاکت برخوردار است).

۶- درگیری فوروکیشن.

۷- ترتیب قرارگیری دندانها.

۸- مارژین رستوریشنها.

۹- آنومالیهای تکاملی.

۱۰- موانع فیزیکی برای دسترسی مناسب (به عنوان مثال توانایی محدود در باز کردن دهان یا تمایل به حالت تهوع).

۱۱- همکاری بیمار با دندانپزشک .

۱۲- مساسیت بیمار (نسبت به مواد بیحسی و ضد درد).

ب - مشاهدات پاراکلینیکی ، باتوجه به آزمایشات و رادیوگرافی پری اپیکال یا پانورکس ، به موارد زیر توجه شود :

۱- وجود تملیل لثه واستفوان آلوئول.

۲- وجود پوسیدگی یا ضایعات پاتولوژیک دیگر که منجر به عدم رعایت بهداشت دهان و دندان گردیده است .

۳- بررسی وضعیت ریشه دندانهای مجاور.

۴- وضعیت سلامت بیمار (از نظر وجود بیماریهایی که نیاز به پروفیلاکسی دارند ، بیمارانی که دارای نقص سیستم ایمنی هستند و بیمارانی که مشکلات عروقی دارند .)

بعد از تمیزیه و تملیل دقیق یک بیمار تعداد جلسات لازم برای تکمیل این فاز درمانی تعیین می شود . بیمارانی با مقادیر اندک جرم و بافت های نسبتاً سالم را می توان در یک جلسه درمان کرد . بیشتر بیمارانی امتیاج به چندین جلسه درمانی دارند . دندانپزشک باید تعداد جلسات لازم را براساس تعداد دندانهای موجود در دهان ، شدت التهاب ، مقدار و موقعیت جرم ، عمق و فعالیت التهابی پاکت ها ، وجود درگیری های فورکا ، آگاهی بیمار و همراهی او با آموزش های بهداشتی و نیاز به بی مسی موضعی برآورد کند.

معاینه کلینیکی:

۱- جستجوی جرم.

۲- تعیین عمق پاکت.

۳- میزان دسترسی به دندان .

۴- عدم وجود دندانهای hopeless.

۵- وجود بیماریهای سیستمیک.

تاریفچه:

۱- به طور خود به خود ، درد وجود ندارد.

۲- به هنگام گاز زدن میوه ، فونریزی لثه دیده میشود.

۳- به علت تملیل لثه و استفوان آلونول ، نامیه طوق دندان و قسمتی از ریشه عریان نسبت به تغییرات فیزیکی و شیمیایی مساس میباشد.

روش کار:

جرمگیری بالای لثه: از سیکل و کورت و وسایل اولتراسونیک استفاده میشود.

۱- سیکل یا کورت به روش modified pen grasp گرفته شده و تکیه گاه انگشت به صورت ممکم از دندانهای مجاور نامیه انجام کار گرفته میشود.

۲- تیغه (blade) با زاویه اندکی کمتر از ۹۰ درجه با سطحی که جرمگیری میشود، منطبق میگردد.

۳- لبه برنده باید مارژین اپیکال جرم فوق لثه ای را بگیرد.

۴- مرکات کوتاه و ممکم بصورت کرونالی در یک جهت عمودی و یا مایل وارد شود .

جرمگیری و صاف کردن سطح ریشه درنواهی زیر لثه ای :

- ۱- کورت به روش **modified pen grasp** گرفته شده و یک تکیه گاه ممکن و پایداری برقرار می گردد.
- ۲- لبه برنده مناسب کورت اندکی با دندان منطبق شده و **lower shank** آن موازی با سطح دندان قرار میگیرد .
- ۳- (**lower shank**) به طرف دندان حرکت می کند به نحوی که **face** تیغه تقریباً " با سطح دندان موازی می شود .
- ۴- تیغه سپس زیر لثه قرار گرفته و با یک حرکت اکتشافی (**exploratory stroke**) با نیروی کم به طرف قاعده پاکت حرکت می کند .
- ۵- وقتی لبه برنده به قاعده پاکت می رسد ، زاویه کارکرد (**working angulation**) بین ۴۵ تا ۹۰ درجه برقرار شده و فشار جانبی به طرف سطح دندان اعمال میگردد.
- ۶- جرم با یک سری از حرکات کنترل شده ، کوتاه و قدرتمند عمدتاً " با استفاده از حرکت مچ - بازو برداشته می شود
- ۷- سپس حرکات جهت تسطیح سطح ریشه به صورت ملایم تر و بادامنه بلندتر و با فشار طرفی کمتر اعمال می شوند تا وقتی که سطح ریشه کاملاً " صاف و سفت لمس شود .
- ۸- بلافاصله پس از اینسترومنت کردن ، سطوح دندان باید به دقت بانور مناسب و با کمک آئینه هوای فشرده به صورت بصری و همپنین باید بایک سوند ظریف یا پروپ معاینه شود سطوح زیرلثه ای باید سفت و صاف باشد .

فلاصه مراحل جرمگیری

الف- جرم گیری بالای لثه :

گرفتن کورت یا سیکل به روش (**modified pen grasp**) ← انطباق تیغه با زاویه کمتر از ۹۰ درجه با سطحی که جرم گیری میشود ، ← گرفتن مارژین اپیکالی جرم فوق لثه ای با لبه برنده ← وارد شدن حرکات کوتاه و ممکن به صورت کرونالی دریک جهت عمودی یا مایل .

ب - جرم گیری زیر لثه :

گرفتن کورت به روش (**modified pen grasp**) ← انطباق لبه برنده با سطح دندان **lower shank** موازی با سطح دندان ← حرکت **lower shank** به طرف دندان ، **face** تیغه موازی با سطح دندان ← قرار گرفتن تیغه زیر لثه و حرکت اکتشافی به طرف قاعده پاکت ← در قاعده پاکت فشار جانبی به طرف سطح دندان با زاویه ۴۵ تا ۹۰ درجه ← برداشته شدن جرم با حرکات کنترل شده کوتاه و قدرتمند مچ و بازو ← جهت تسطیح سطح ریشه به صورت ملایم تر و بادامنه حرکت بلند تر و با فشار کمتر ← لمس صافی و سفتی سطح ریشه

ارزیابی مجدد:

- ۱- چهار هفته بعد از تکمیل جرم گیری صورت میگیرد.
- ۲- پاکتهای دندانی مجدداً " پروب میشوند.

موارد ارجاع به متخصص:

- ۱- در صورتیکه بیمار دارای مهاجرت اپیکالی اپی تلیال اتمننت بوده عمق پاکت بیشتر از ۵ میلی متر و یا هر دو با هم موجود باشد.
- ۲- ریشه های کوتاه با ۵ میلی متر از دست رفتن پسبندگی فیلی سریعتر از ریشه های بلند به خطر میافتند.
- ۳- افزایش لقی دندان که نشان دهنده یک پروگنوز محافظه کارانه (guarded) است.
- ۴- سختی انجام جرمگیری و صاف کردن سطح ریشه و وجود پاکتهای عمیق و فوراکیشنها درمان موضعی را فیلی بیشتر دشوار میسازد.
- ۵- درمانهای رستوریتیو ، پروگنوز دراز مدت دندان یک ملاحظه مهم در طرح ریزی درمانهای رستوریتیو وسیع میباشد.

جرم گیری با وسایل سونیک و اولتراسونیک :

وسایل اولتراسونیک برای برداشتن پلاک ، جرم گیری ، کورتاژ و برداشتن رنگها (stain) به کاربرده شود ، دراین دستگاه ها نوسانات جریان الکتریکی منجر به ارتعاش (ویریه شدن) نوک استیلر می شود و زمانی که با دندان تطابق داده می شوند عمل فوهند کرد . دستگاههای سونیک با استفاده از هوایی فشرده شده کار می کنند ، قدرت ویراسیون وسایل سونیک مدود ۸ تا ۱۰ برابرکمتر از دستگاههای اولتراسونیک می باشد و درنتیجه قدرت کمتری دربرداشتن جرم دارند . نوک های وسایل اولتراسونیک اشکال مختلفی دارند که برای نواهی مختلف مورد استفاده قرار میگیرد . همه نوکها برای عمل کردن درفضائی مرطوب طراحی و به خروجی آب متصل شده اند ، جریان آب به شکل افشان (Spray) به طرف انتهای نوک وسیله برای برطرف کردن حرارت تولیدشده توسط ویراسیون های اولتراسونیک ، جهت داده میشود همچنین اسپری آب این دستگاه . برای شستشوی جرم ، پلاک و دبری های کنده شده توسط ویراسیون نوک دستگاه از داخل پاکت استفاده می شود .

وسایل اولتراسونیک به روش زیراستفاده می شوند :

- ۱- قلم جرمگیری اولتراسونیک را با استفاده از اتوکلاو استریل کنید ، تجهیزات دستگاه اولتراسونیک شامل دستگیره ها و هندپیش را با پوشش های پلاستیکی با
- ۲- عینک و ماسک محافظ یا شلید محافظ بپوشید
- ۳- دستگاه را روشن کنید و کلید کنترل آب را طوری تنظیم کنید تا یک حالت مه مانند ملایم از آب درنوک قلم ایجاد گردد . شاکشن و تخلیه مناسب لازم است تا این آب را جمع آوری کند .
- ۴- وسیله به صورت Pengrasp یا Nodified pengrasp وبا نیروی کم در دست گرفته شده و یک تکیه گاه فارغ یا داخل دهانی برای ایجاد تماس فیلی سبک و به ملایمت باید ایجاد گردد.
- ۵- ازمرکات کوتاه ، ملایم ، عمودی ، افقی یا مایل دارای همپوشانی استفاده کنید نوک کارگر قلم جرمگیری را هنگامی که از روی جرم عبور می کند منطبق با سطح دندان نگه دارید واز فشار جانبی زیاد اجتناب کنید .
- ۶- نوک کارگر قلم باید درمالت مرکت دائمی بوده و موازی باسطح دندان قرار گرفته ویا این که زاویه آن بیشتر از ۱۵ نشود تااز etching یا ایجاد شیاردسطح دندان جلوگیری شود .
- ۷- مرتب باید پارا از روی پیرال دستگاه برداریم تا فرصتی باشد تا آب ساکشن شود و سطح دندان باید مکررا" توسط یک سوند معاینه شود .

بروساژ

انجام بروساژ جهت برداشتن رنگدانه های خارجی منظره نازیبایی برروی دندانها ایجاد می کند که معمولا" موجب شکایت بیماران می شود که با این روش می توان آنها را برطرف کرد. برداشت پلاک میکروبی وبقایای باقیمانده جرم نیز از لحاظ ایجاد التهابات بعدی لثه بسیارمورد توجه است .

تشخیص واندیکاسیون

بطور معمول بعد از هر جرم گیری کامل انجام بروساژ ضرورت دارد ، علاوه برآن دربیمارانی که جرم ندارند ولی درسطوح دندان آنها تجمع پلاک میکروبی دیده می شود وهمینطور درمورد بچه ها که بهداشت دهان مناسبی ندارند انجام بروساژ کامل اندیکاسیون دارد .

روش عمل :

وسایل مورد استفاده دربروساژ شامل رابرکپ ها ، برس های مویی ، آنگل و فمیر پرداخت کننده می باشند .

- رابرکپ ها (Rubber caps) : رابرکپ ها شامل یک پوسته لاستیکی با یا بدون اشکال پره ای درقسمت توفالی درونشان می باشند که با آنگل مخصوص پروفیلاکسی به کار می روند .
* آنگل پروفیلاکسی و رابرکپ باید بعدازاستفاده برای هر بیمار استریل شوند ، یا رابرکپ یکبارمصرف استفاده شود و بعد از هر بیمار دور انداخته شود .

- برس های مویی (Bristle Brushes) : برس های مویی بصورت اشکال فنجانی (cup) و چرفی (wheel) در دسترس می باشند . این برس توسط آنگل همراه با فمیر پرداخت کننده استفاده می شود . به دلیل اینکه Bristle های برس سفت هستند ، کاربرد برس باید برای اجتناب از آسیب به سمنتوم و لثه به تاج دندان محدود شود .

- فمیر پرداخت کننده : این فمیرها بهتر است حاوی فلوراید باشند . فمیرهای پرداخت کننده بصورت ذرات ریز ، متوسط و فشن در دسترس هستند و در بسته های کوچک، مناسب برای یک مرتبه مصرف یا بصورت بسته بندی در قوطی های بزرگتر موجود هستند .

* نکته : کاربرد فشنونت آمیز رابرکپ همراه با هرگونه ماده ساینده ممکن است باعث برداشتن لایه ای از سمنتوم که درنایه طوق دندان نازک است ، شود درضمن برای به حداقل رساندن مرارت ناشی از اصطکاک در زمانی که رابرکپ می چرند باید مرطوب نگه داشته شود .

فلاصه مراحل بروساژ

۱ - در ابتدا رابرکپ بر روی آنگل وصل میشود ، آغشته به فمیرپرداخت کننده میشود و تک تک سطوح دندانی به وسیله آن پرداخت میشود . باید دقت داشت که عملکرد رابرکپ به تاج دندان محدود شود و درعین حال در زمان چرفش رابرکپ بر روی دندان ممتما" باید سطح دندان مرطوب باشد تا از اثرات ناشی از اصطکاک بر روی دندان جلوگیری شود . ۲- بر روی هر سطح دندانی رابرکپ درمد ۳۰ ثانیه تا ۱ دقیقه باید استفاده شود ، زمان بیش از این منجر به بروز آسیب مینایی در سطح دندان میشود .

۳- در مرحله بعدی برس مویی بر روی آنگل وصل میشود و بکارگرفته می شود و در تمامی سطوح دندانی جهت پرداخت استفاده میشود درمورد برس مویی هم باید امتیاط شود که برس با ماژرین لثه یا سطح عریان ریشه تماس پیدا نکند چون به دلیل سفت بودن Bristle های برس مویی می تواند به سمنتوم سطح ریشه یا ماژرین لثه آسیب برساند و منجر به بروز مساسیت گردد.

اورژانسهای دندانپزشکی:

- درد

- عفونتهای دندانی

- تروماهای دندانی (شیری

و دائمی)

- آسیب بافت نرم

- آسیب نسوج سخت

درد

عبارت است از احساس نافوشایندی که در اثر یکسری از ضایعات بافتی پدید می‌آید.

ویژگیهای مهم درد:

شدت درد Intensity of pain :

دردهای شدید، متناوب، واضح و فرورونده، اصطلاحاتی شبیه سوزش و نبض دار بکار

می‌رود مانند دردهای پالپی و یا پری اپیکال و دردهای نورالژی

دردهای خفیف: مداوم و طولانی، کند و خفیف است مانند دردهای میوفاسیال

درد خود به خودی (Spontaneous pain) :

بدون محرک خارجی و یا علت خاصی شروع می‌شود. دردی که بیمار را از خواب بیدار کند.

معمولاً نشان دهنده بیماریهای شدید پالپ و پری اپیکال است.

تداوم درد:

دردهای مداوم: مبهم و کند (dull) (Continus pain)

این نوع دردها مداوم بوده و ممکن است متی بعد از حذف عامل محرک بر شدت آن

افزوده شود.

تذکر:

اگر پالپ وایتال باشد درد مداوم در اثر تمریکات حرارتی معمولاً مشخص کننده پولپیت

غیرقابل برگشت است.

اگر پالپ نکروزه باشد درد مداوم بعد از فشار وارده به دندان مشخص کننده بیماری پری

اپیکال است.

جدول - ۱ :

علت درد	علائم تشخیصی درد	درمان
درد ناشی از پوسیدگی		
درگیری عاج	مساس بودن در اثر گرما و سرما	برداشت پوسیدگیها و ترمیم
درگیری عاج با اکسپوژر پالپ	دردناک بودن در اثر گرما و سرما و غذای شیرین	
پولیپیت قابل برگشت	درد تیز و تعیین محل مشکل است، دندان به دق مساس نیست . درد و مساسیت سریع و زودگذر نسبت به گرما و سرما و شربنی با شروع ناگهانی	مذف عامل ممرک و ترمیم دندان
پولیپیت غیرقابل برگشت	درد شدید و ضربانی دارد که به وسیله ممرکات (گرما و سرما) تشدید می شود. درد به هنگام شب افزایش می یابد - درد پس از مذف ترمیم باقی می ماند، درد فودبه فودی ، همراه بودن ضایعه با درد و تورم	درمان آبسه، پاکسازی عوامل ممرک از فضای کانال (پاکسازی شکل دهی کامل با شستشوی فراوان) و نهایتاً در صورت لزوم درناژ آبسه از طریق دندان و یا بافت نرم
درد ناشی از پرکردگی ها و ترمیم های ناموفق در اثر ترمیمات عاج اکسپوز شده، پوسیدگی و یا هر دو ایجاد می شود		- تعویض پرکردگی های غلط و برداشت پوسیدگیها - ایجاد Contact های صحیح - بررسی Crown ها و بررسی سالکوس لثه از نظر ورود سیمان به دافل PDL و تمیز کردن موضع در صورت ورود سیمان - بررسی اکلوزن و ایجاد اکلوزن صحیح - در صورت لزوم تجویز مسکن

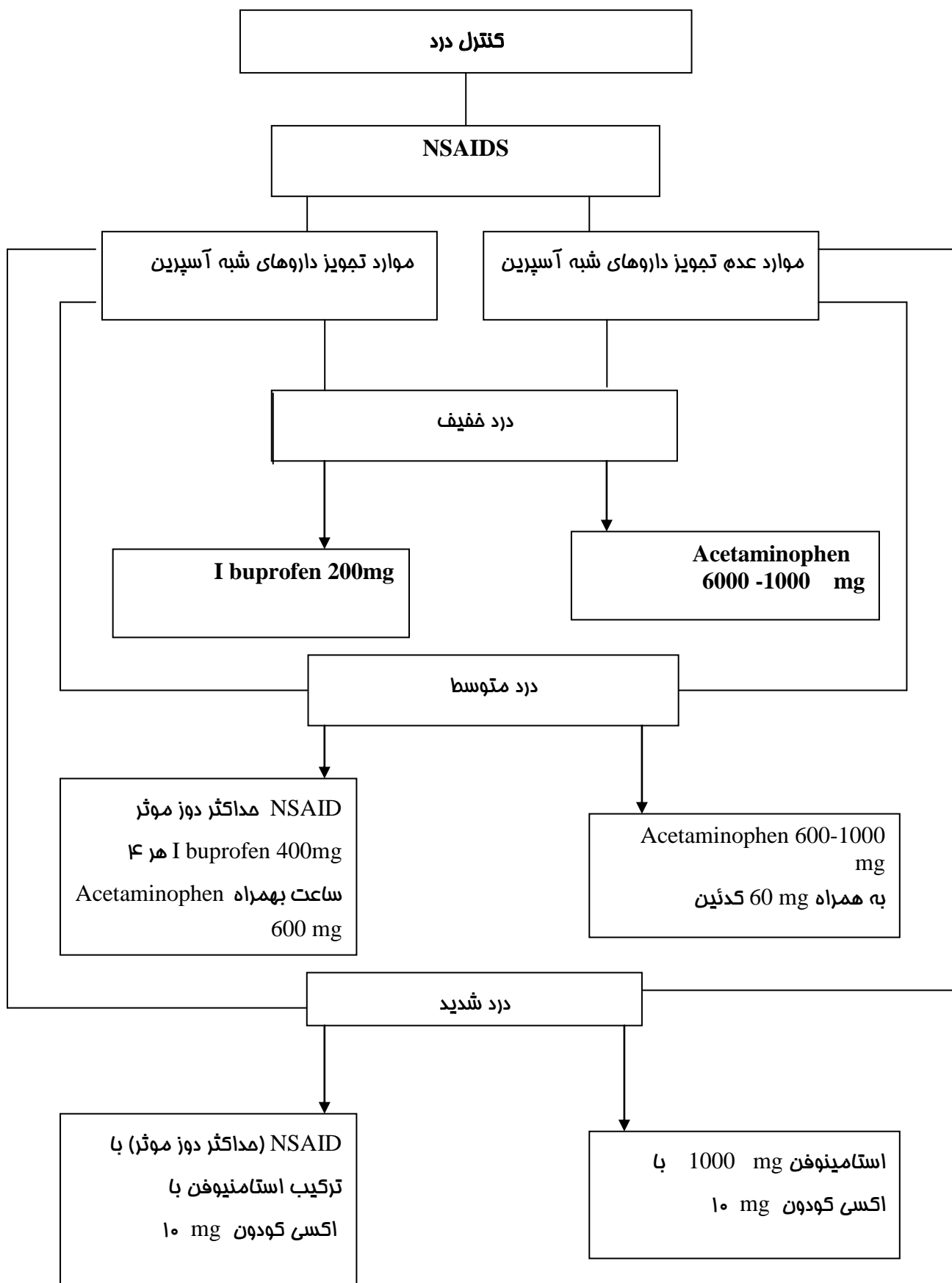
علت درد	علائم تشفیص درد	درمان
صدمات ناشی از ضربه	<p>- اولیه و بسته به نوع ضربه ممکن است شامل لقی، خارج شدن دندان از مفره آلوئول، پارگی بافت نرم - ثانویه، ممکن است با تأخیر باشد مشکلاتی از قبیل التهاب برگشت پذیر پالپ تانکروز</p>	<p>درمان اولیه: بسته به نوع ضربه نظیر لقی، خارج شدن دندان از مفره آلوئول عبارتست از کنترل بیمار، کاشت مجدد Splint و بقیه بافتهای نرم پاره شده درمان ثانویه: پیگیریهای بعدی توسط متخصص اندو صورت پذیرد</p>
درد پس از پرکردن کانال		<p>- از بین رفتن علت مانند پرکردگی ناقص - وجود کانال اضافی و فرعی درمان نشده - شکستگی عمودی در هنگام متراکم کردن گوتاپرکا - Strip کردن دندان - اکلوژن تروماتیک - در شکستگی عمودی، درمان کشیدن دندان و در پرکردگی بلند کانال ریشه درمان جراحی است</p>
سندرم دندانهای ترک فورده	<p>- درد شدید در هنگام جویدن شیء سفت مثل یک تکه یخ - مساس نبودن دندانها به دق و لمس - مساسیت زیادی نسبت به تستهای و ایتالیته ممکن است نشان ندهند - این ترکها (شکستگیهای موماند) به آسانی به وسیله چشم مشاهده نمی شود - (اگر ترک تا پالپ گسترش یابد بیمار علائم پولپیت غیرقابل برگشت یا نکروز همراه با بیماریهای پری اپیکال را از خود نشان خواهد داد</p>	<p>بسته به علائم و درگیری دندان درمان متفاوت خواهد بود (استفاده از کامپوزیت، ترمیمهای ریفتگی، RCT)</p>

علت درد	علائم تشفیص درد	درمان
درد با منشأ روانی	<ul style="list-style-type: none"> - نشان دادن یک نامیه دردناک - وقتی درد الگوی فیزیولوژیک مشخصی نداشته باشد باید به اجزاء روانی آن مشکوک شد. شامل: - منشأ نامشخص - نقاط مختلف دردناک (به خصوص وقتی دوطرفه باشد) - پاسفهای غیرقابل پیش بینی به درمان (به خصوص مسکن ها) - علت غیرقابل توضیح برای درد - درد روانی شایع است 	<p>داروی مناسب در درمان ضدافسردگی‌های سه مقله‌ای است</p> <p>ارجاع بیمار به متخصص مربوطه توصیه می‌شود</p>
درد راجعه	تعریف دردهایی است که از نوامی دیگر آسیب دیده می‌آید و در نامیه‌ای مس می‌شود که منشأ آسیب آنجا نمی‌باشد.	ارجاع
عضلات جوئده (سندروم دیسمفانکشن دردناک عضلات صورت)	درد عضلات صورت و درد دندانها	<p>درمان</p> <p>معاینه مفصل گیجگاهی فکی و عضلات جوئده جهت برطرف کردن مشکل</p> <p>(تجویز night guard و تصمیع اکلوژن در صورت لزوم)</p>
گوش، بینی و لهماظ سینوس	درد راجعه دندانها ناشی از مخاط تنفسی با تمریک مخاط یک هفته بعد از تهیه مفره گزارش شده است	

علت درد	علائم تشفیص درد	درمان
	<p>- دندانهای خلفی با لایه جویدن مساس شده</p> <p>- افزایش مساسیت به سرما</p> <p>- بیمار سابقه عفونت مجاری تنفسی فوقانی یا آلرژی دارد</p> <p>- سینوس ملتهب پر از مایع ممکن است با فشار روی گونه در بخش قدامی ماگزیلا مساس باشد</p> <p>- درد با پایین آوردن سر یا حرکات ممتد تشدید می‌شود</p>	<p>ارجاع به متخصص مربوطه</p>
<p>سردردها</p> <p>شایع‌ترین دردهای موجود در سروگردن می‌باشد</p>	<p>- اغلب درد به دندانها سر ایت می‌کند</p> <p>- در دو گروه فانکشنال و جسمانی سردردها بروز می‌کنند.</p> <p><u>فانکشنال:</u></p> <p>*ناشی از عروق (میگرن، فوشه‌ای و ...) ، { <u>میگرن</u> : درد به دندانهای کاین فک بالا و پرمولر ممکن است ارجاع یابند، سردرد ، ضربان دار و وابسته به نوره‌مراه با حالت تهوع ، سابقه تکرار</p> <p><u>سردردهای فوشه‌ای</u> : سردرد شدید در طی یک دوره ۲ یا ۳ ماه</p> <p>چندین بار و هر بار بیشتر از یکساعت ادامه دارد- ممدوده اولین و دومین شافه عصب سه قلو است</p> <p><u>سردردهای کششی</u> : شایع‌ترین سردردهاست قسمت درگیر دچار گرفتگی عضلانی می‌شود (پیشانی، گیجگاه و پشت) {</p> <p>افتلالات اسکلتی عضلانی</p> <p>افتلالات هیجانی</p>	<p>ارجاع</p>
	<p>جسمانی</p> <p>ناشی از ضایعات مجیم (ترمورها، هماتومها و غیره) ، عفونت، انسداد عروق- نوآلژی‌های چمجمه‌ای، چشم، گوش، بینی و گلو و دندانها می‌باشد.</p>	<p>ارجاع</p>

علت درد	علائم تشفیص درد	درمان
تومورهای مغزی	<ul style="list-style-type: none"> - دامنه بدون درد تا سردرد شدید - در هنگام سردرد: درد عمیق و مداوم و گنگ است - شدیدترین سردردها در ارتباط با نورآلژی‌ها و سردردهای عروقی می‌باشند - سردردهای ناشی از هماتوم‌های داخل جمجمه‌ای معمولاً بعد از صدمه به وجود می‌آیند 	ارجاع
نوریت (Neuritis) ناشی از اعصاب تغذیه کننده دندانهاست	<ul style="list-style-type: none"> - ناشی از تروما - گسترش التهابی - نئوپلاستیک سافتمانهای مجاور ممکن است باشد - گرفتن تاریفچه کمک کننده است - سابقه صدمه ناشی از ضربه - برفی از انواع بیماریها - برفی علائم نورولوژیک، بی‌حسی، پاراستزی یا گاهی ضعف عضلانی و فلج وجود دارد. 	ارجاع
نورالژی تری ژمینال	<ul style="list-style-type: none"> - درد شدید به دنبال تمریک بی ضرر منطقه هدف 	ارجاع

	<p>(Trigjer zore)</p> <p>- بیماران معمولاً مسن بوده</p> <p>- در مورد علت افتلاف نظر وجود دارد</p> <p>- الگوی عصبی- آناتومیکی می باشد که معمولاً بر یک شافه عصب سه قلو اغلب شافه مندیبولرمم دود می شود</p> <p>- با دندان درد اشتباه می شود</p> <p>-</p>	
--	--	--



عفونتهای ماد دندانی

آبسه ماد اپیکالی Acute Apical Abscess

عبارتست از یک عفونت موضعی که به بافتهای اپیکالی یک دندان nonvital ممدود می شود.

علائم:

- مساسیت به دق و لمس
- تغییر رنگ احتمالی دندانها
- وجود سابقهٔ احتمالی تروما یا RCT
- علائم سیستمیک از قبیل درد، تب، بی حالی، تورم، قرمزی پوست و مفاط

درمان:

- مذف منبع عفونت به یکی از روشهای زیر یا ترکیبی از چند روش انجام می گردد.
- درناژ آبسه از طریق ایجاد مسیر فروج عفونت
- روت کانال تراپی
- خارج کردن دندان عفونی
- آنتی بیوتیک تراپی
- آموکسی سیلین (۵۰۰ میلی گرم فوراکسی سه بار در روز به مدت ۷-۵ روز)
- و
- مترونیدازول (۴۰۰ میلی گرم فوراکسی سه بار در روز به مدت ۷-۵ روز)

آبسه پریودنتالی (Periodontal Abscess)

علائم:

- درد، مساسیت به دق
- لقی دندان
- تورم موضعی و منتشر پریودنشیام اطراف
- احتمال وجود پاکت پریودنتال عمیق که معمولاً هنگام پروبینگ همراه با ترشح و چرک فواهد بود.
- تست وایتالیتة دندان مثبت است مگر اینکه دندان مشکل اندو داشته باشد (ضایعه پریو اندو)

درمان:

- ایجاد مسیر فروج عفونت
- دبریدمان پاکت پریودنتال
- آنتی بیوتیک تراپی سیستمیک
- آموکسی سیلین (۵۰۰ میلی گرم فوراکی سه بار در روز به مدت ۵ روز)

و

- مترونیدازول (۴۰۰ میلی گرم فوراکی سه بار در روز به مدت ۵ روز)
- خارج کردن دندان عفونی در صورتی که راه دیگری وجود نداشته باشد.

وجه تمایز آبسه های پریودنتالی از اپیکالی مائز اهمیت می باشد و نکته تشخیصی در این (استا وارد کردن یک گوتاپرکا در مجرای آبسه و تهیه رادیوگرافی از آن می باشد. و در نمای رادیو گرافی فقدان ستیخ آلوتل در آبسه های پریودنتال و فاقد لاین دورا در آبسه های اپیکالی قابل مشاهده است.

مفره فشک (Alveolar Osteitis) Dry Socket:

تعریف: التهاب استخوانی (استئیت) درمفره دندانی است که ۲ الی ۳ روز پس از خارج کردن دندان ایجاد می شود. این حالت بعد از extraction دندانهای مولر فک پایین (بخصوص مولر سوم فک پایین) شایعتر است.

عوامل زمینه ساز:

- مصرف دخانیات
- ترومای جراحی
- تضعیف سیستم ایمنی
- بی بسی موضعی
- داشتن سابقه قبلی

تشخیص

- شروع درد ۴-۲ روز پس از خارج کردن دندان
- درد نسبتاً شدید (در مقایسه با دندان درد)
- التهاب مفره دندان خارج شده

درمان

- شستشوی ملایم مفره با نرمال سالین، استفاده از دهان شویه های نرمال سالین گرم و کلرهگزیدین
- پوشاندن مفره با پکهای موضعی ZOE
- تجویز داروهای ضدالتهاب غیراستروئیدی و مسکنهای سیستمیک
- تجویز آنتی بیوتیک در صورت لزوم باعث کاهش بروز dry socket در افراد مستعد می گردد.
- جهت جلوگیری از بروز استومیلیت منتشر استفوان از کورت کشیدن در مفره به شدت اجتناب ورزیده شود.

پری کورونیت (Pericoronitis)

عبارت است از التهاب بافت لثه ای پوشاننده دندان نیمه نهفته (Operculum) که معمولاً دندانهای مولر سوم فک پایین بیشتر مبتلا می شوند. در اثر تجمع بقایای مواد غذایی در زیر این بافت، التهاب ایجاد شده و با تروماتیزه شدن بافت لثه ای مذکور توسط دندان مولر سوم مقابل، درد شدیدی ایجاد می گردد.

درمان:

- شستشوی زیر Operculum با نرمال سالین و کلرهگزیدین (در صورت لزوم)
- خارج کردن دندان مولر سوم
- آنتی بیوتیک تراپی

اورژانسهای ناشی از کشیدن دندان

• فونریزی

یکی از شایعترین اورژانسهای دندانپزشکی فونریزی پس از کشیدن دندان و جراحیهای داخل دهانی است. به طور کلی فونریزیهای داخل دهانی به سه گروه تقسیم می شوند:

الف) فونریزی اولیه:

این فونریزی در مین عمل یا بلافاصله پس از آن روی می دهد. اکثر فونریزیها مویرگی هستند اما در صورت جهنده بودن نشاندهنده فونریزی شریانی است.

• اتیولوژی

- پارگی نسوج نرم یا پوشاننده دندان

- دقت نکردن در حرکات هنگام بیرون آوردن دندان و شکستن کورتکس و مدار استفوانی اطراف کننده دندان
- پاره شدن عروق

• درمان:

- فشار دادن گاز مرطوب بر روی ممل فونریزی اقلأً به مدت ۲۰ دقیقه
- اگر بند نیامد روشهای زیر توصیه می شود:
- * بند آوردن فونریزی نسج نرم
- بهترین روش عمل کلامپینگ است یعنی انتهای رگ را با پنس هموستات گرفته و بقیه میکنیم (بجز شریان پالاتال و شریان زبانی کف دهان)
- * بند آوردن فونریزی داخل استفوانی:
- اگر به صورت نشئت باشد نامیه جراحی و فونریزی را پکینگ می کنیم (با گاز آغشته به نرمال سالین)
- اگر فونریزی از مویرگ باشد پکینگ را به مدت ۱۰ دقیقه انجام می دهیم.

ب) فونریزی مد واسطه:

- بین ۸ تا ۲۴ ساعت اولیه پس از عمل رنج می دهد.
- اتیولوژی:
- علل بیوشیمیایی:
- * کمبود فاکتورهای انعقادی
- * افتلالات کمی و کیفی پلاکتی
- * نقایص دیواره عروق
- * بیماریهای سیستمیک (مثل بیماریهای کبدی و کلیوی)
- * کاربرد داروهای ضدانعقادی و ضدترومبوتیک (مثل وارفارین و آسپیرین)
- علل مکانیکی:
- * پاره شدن بقیه ها
- * هر عاملی که سبب ناپایداری لخته می شود
- درمان:
- از بین بردن علت و اتیولوژی فونریزی
- ج) فونریزی ثانویه:
- ۱۴ تا ۷۲ ساعت پس از عمل روی می دهد.

اتیولوژی

- عفونت
- وجود جسم خارجی در ساکت

درمان

- شستشوی ساکت
- کمپرس با گاز استریل
- تجویز آنتی بیوتیک
- از بقیه کردن و هدایت عفونت به فضاهای عمقی باید فووداری کرد.

• بازشدگی سینوس

ایجاد ارتباط بین سینوس فکی و دهان که به صورت تصادفی در مین کشیدن دندانهای مجاور سینوس فکی رخ می دهد.

اتیولوژی:

- برجستگی ریشه دندانها به داخل سینوس
- وجود ضایعات مرتن نوک ریشه
- برخی آنومالی های دندان و ریشه دندان
- کاربرد غلط وسایل
- جراحی ضایعات پاتولوژیک در مجاورت کف سینوس

نمای بالینی:

- بیمار احساس عبور مایعات از دهان به ملق و بینی را دارد.
- دردهای صورتی و یا سردردهایی در پیشانی به صورت ضرباندار
- سرفه های شبانه به علت درناژ مواد به ملق
- بی اشتهایی صبحگاهی

تشخیص:

بینی بیمار را گرفته و مریض در بینی فود می دمد ، فروج هوا از فیستول مشخص می شود.

درمان:

* اگر منفذ فیلی کوچک باشد:

لخته فون باعث مسدود شدن منفذ می شود و تجویز آنتی بیوتیک توصیه می گردد.

* اگر منفذ کوچک باشد و با پیشم دیده شود:

بقیه از باکال به پالاتال زده شود و آنتی بیوتیک و داروهای ضد امتقان تجویز گردد.

اگر منفذ بزرگ باشد روشهای جراحی توصیه می شود.

• افتادن دندان در سینوس فک

به همراه بازشدگی سینوس ریشه دندان به داخل سینوس رفته است و هنگامی اتفاق می افتد که الواتور را روی ریشه مزبور گذاشته و فشار دهید.

هنگام ناپدید شدن ناگهانی دندان تهیه رادیوگرافی و لمس مفاط باکال کمک می کند تا ممل ریشه را پیدا کنیم که در زیر مفاط قرار دارد یا وارد سینوس شده است.

درمان:

جرامی جهت خارج کردن ریشه باقمیانده.

• شکستن توبروزیته

نسبتاً شایع است و به هنگام خارج کردن دندانهای عقل بالا رخ می دهد.

درمان:

خارج کردن دندان به مدت ۳ هفته به تعویق می افتد اما اگر به علت درد و عفونت امکان نداشت دندان را خارج می کنیم و بعد مراحل زیر را انجام می دهیم:

- اگر توبروزیته اتصال پریوسیتی داشت،

با فشار به ممل اولیه بقیه می زنیم.

- اگر توبروزیته اتصال پریوسیتی نداشت،

آن را خارج می کنیم.

• شکستن وسیله:

اگر قابل رؤیت باشد:

- متوقف کردن کار

- برداشتن وسیله به وسیله پنس هموستات

اگر قابل رؤیت نباشد:

- پس از اتمام کار و خارج کردن دندان اگر وسیله پیدا نشد تهیه رادیوگرافی الزامی است و اگر به

فضاهای آناتومیک وسیله وارد شده باشد دستکاری اضافی نباید کرد و بیمار را سریعاً ارجاع

داد.

• لق کردن دندانهای مجاور

در اثر کاربرد غلط الواتور ایجاد می شود و قابل پیشگیری است.

درمان:

- لقی مختصر:

برگرداندن به ممل و خارج کردن دندان از اکلوزن

- لقی زیاد:

برگردان به ممل و اسپلینت کردن و پیگیری بیمار و (در صورت نیاز RCT).

ترومای دندانی

- تروما به دندانهای شیری

- تروما به دندانهای دائمی

نکته: اگر تروما باعث **Head injury** شود، باید بیمار را سریعاً به بیمارستان ارجاع داد.

درمانهای اورژانس:

- کاهش درد

- حفاظت پالپ

- بی حرکت کردن دندانهای لق شده

- بخیه زدن بافتهای نرم

- تجویز آنتی بیوتیک، ضد درد، دهان شویه کلرهگزیدین و واکسن کزاز در صورت لزوم

درمانهای مدواسط

- درمان پالپ

- ترمیمهای موقعت

- تمت نظر داشتن بیمار به فواصل ۱ ماه، ۳ ماه و ۶ ماه به مدت ۲ سال.

درمانهای دائمی:

معمولاً تا زمان بسته شدن آپکس دندانهای موردنظر و بهبود کامل بیمار به تعویق می افتد.

تروما به دندانهای شیری

با توجه به الاستیسیته بیشتر آلونول در سنین کودکی ضایعات ناشی از تروما در دندانهای شیری به

صورت لق شدگی و جابجاشدگی بروز می کند، اما شکستگی تاج و ریشه دندان به ندرت رخ می دهد جهت

بررسی وضعیت دندانهای دائمی جانشین و موفقیت درمان، انجام رادیوگرافی توصیه می شود.

اسپلینت دندانهای ثنایای شیری مشکل است و در مواردی که این امر غیرممکن باشد، دندانهای شیری

تروما دیده را خارج می کنیم.

ضایعات ناشی از تروما به دندانهای شیری	درمان
ضربه خوردگی Concussion	<ul style="list-style-type: none"> • درمان فوری ضروری نیست • استفاده از رژیم غذایی نرم تا برطرف شدن علائم • توصیه می شود
لقی مختصر Subluxation	<ul style="list-style-type: none"> • در صورتیکه نزدیک به افتادن دندان شیری باشد • کشیدن دندان توصیه می شود، در غیر این صورت • یک هفته رژیم غذایی نرم ، تمت نظر بودن دندان • مورد نظر از جهت non-vital شدن توصیه می گردد.
لقی دندان Luxation	<ul style="list-style-type: none"> • بررسی وضعیت دندان با رادیوگرافی صورت • می گیرد و در صورت لزوم extraction انجام می گردد.
فرو رفتن دندان Intrusion	<ul style="list-style-type: none"> • اگر رادیوگرافی آسیب به فولیکول دندان دائمی را نشان دهد، دندان شیری باید کشیده شود در غیر اینصورت هیچگونه درمانی مورد نیاز نیست.
شایعترین ضایعه ناشی از تروما به دندانهای شیری است.	
بیرون آمدگی دندان Extrusion	<ul style="list-style-type: none"> • اگر میزان بیرون آمدگی از ۲-۱ میلیمتر بیشتر باشد extraction دندان توصیه می شود.
دندان شیری از ساکت خارج شده Avulsion	<ul style="list-style-type: none"> • نباید دوباره کاشته شود
شکستگی تاج دندان شیری	<ul style="list-style-type: none"> • شکستگیهای کوچک تاج را با صاف کردن لبه های مفرس و پیگیری بیمار درمان می کنیم • شکستگیهای وسیع و بزرگ تاج را در صورت درگیری پالپ ابتدا درمان ریشه و سپس ترمیم تاج توصیه می شود. • در صورت لزوم دندان خارج می شود.
بسیار نادر می باشد	
ضایعات ناشی از تروما به دندانهای شیری	درمان
شکستگی ریشه دندان شیری	<ul style="list-style-type: none"> • رژیم غذایی نرم و پیگیری بیمار • خارج کردن نامیه کورونال شکسته، نامیه اپیکال به جای فود باقی مانده و تحلیل می رود.
<ul style="list-style-type: none"> • در صورتیکه شکستگی ریشه همراه با لقی کم و عدم جابجایی دندان باشد • شکستگی ریشه با لقی زیاد و جابجایی دندان 	

• شکستگی تاج و ریشه	• کشیدن دندان توصیه می شود
تروما به دندانهای دائمی ضایعات ناشی از تروما به دندانهای دائمی	درمان
□ شکستگیهای تاج • درگیری مینا •• درگیری مینا و عاج ••• درگیری مینا و عاج پالپ	• نامیه مفرس و شکسته را صاف می کنیم •• از آنجا که پالپ اکسپوز نشده حفاظت پالپ و ترمیم دندان صورت می گیرد ••• اگر آپکس دندان باز باشد درمانهای موقت جهت بسته شدن آپکس انجام می گردد. اگر آپکس دندان بسته باشد درمان ریشه صورت می گیرد.
□ شکستگیهای ریشه ◇ پروگنوزه هرچه شکستگی کورونالی تر باشد بهتر است.	◇ رادیوگرافی جهت تشخیص توصیه می شود. ● هیچ درمانی نیاز ندارد. پیگیری بیمار توصیه می شود.
● شکستگی $\frac{1}{3}$ اپیکالی ● شکستگی $\frac{1}{3}$ میانی ریشه که اکثراً با لقی دندان همراه است. ● شکستگی $\frac{1}{3}$ کورونالی ریشه ● شکستگی عمودی ریشه	● اسپلینت دندان به مدت ۸-۱۲ هفته، روت کانال تراپی در صورت لزوم به همراه پیگیری بیمار ● بررسی رادیوگرافیک طول ریشه جهت طرح درمان Post & core و ترمیم ریشه ● درمان extraction است.
ضایعات ناشی از تروما به دندانهای دائمی	درمان
ضربه خوردگی Concussion صدمه به بافتهای نگهدارنده بدون جابجایی	• رژیم غذایی نرم توصیه می شود
لقى همراه با جابجایی تاج luxation	• برگرداندن دندان به محل اصلی فود در اسرع وقت • اسپلینت دندان به مدت ۳-۲ هفته • تأمیر در درمان شانس موفقیت را به طور چشمگیری کاهش می دهد
لقى مختصر بدون جابجایی تاج Subluxation • موارد ففیف •• موارد شدید	• رژیم غذایی نرم •• اسپلینت به مدت ۱ تا ۲ هفته و پیگیری دندان از نظر وایتالیت
فرو رفتن Intrusion	• reposition دندان و روت کانال تراپی

<p>•• درمان اورژانس نیاز نیست</p>	<p>• آپکس بسته •• آپکس باز</p>
<p>• هنگام جایگذاری دندان لفته های فون از مفره نباید فارغ شوند، شستشوی ملایم با نرمال سالین استریل و ساکشن صورت گیرد دندان را از تاج باید نگهداشت و با ریشه تماس ماصل نشود. • اسپلینت در دندانهایی که آپکس آنها بسته نشده به مدت ۴-۳ هفته و آنها که آپکس بسته دارند حداقل ۱۰-۷ روز • آنتی بیوتیک تراپی و واکسن یادآوری کزاز • روت کانال تراپی در صورت لزوم توصیه می شود</p>	<p>دندان فارغ شده از مفره دندان Avulsed • مدت زمان فروج دندان از مفره دندان مأثر اهمیت است اگر بیش از ۲ ساعت باشد نتیجه ضعیف فواید بود و اگر در عرض ۳۰ دقیقه کاشته شود نتیجه عالی است. • ممیظهای نگهداری توصیه شده به ترتیب عبارتند از: بزاق، شیر، نرمال سالین</p>

آسیب بافت نرم

آسیبهای بافت نرم به نامیه صورت از صدمات ساده و پارگیهای فطی تا پارگیهای پیچیده وکنده شده بافت متغیر هستند که ممکن است بافتهای زیرین رانیز درگیر کند. هرتلاشی برای درمان قطعی آسیبهای بافت نرم در صورت باید در عرض ۲۴ ساعت اول بعد از آسیب انجام شود. در صورتیکه آسیبهای دیگر بر چین درمانها ارجحیت داشته باشند صدمات بافت نرم باید به فوبی بریده شوند - شستشو گردند و با پوشش مرطوب شده با سالین پانسمان گردند تا زمانیکه بتوان درمان قطعی را انجام داد اصول کلی مراقبت از زخم که باید در نظر گرفته شود شامل اطلاع از آناتومی نامیه ای و فیزیولوژی - ملاحظه و لمس کامل زخم - فارچ کردن اجسام خارجی و بافت نکروتیک - هموستاز مناسب دبرید کردن ماشیه ای پوست و بنیه زخم در لایه های مختلف با مداقل کشیده شدن باشد .

طبقه بندی :

آسیبهای اپیدره :

- صدمات سطحی
- سوختگی درجه یک

آسیبهای داخل دره :

- کوفتگی
- سوختگی درجه سه
- سوراخ شدن
- پارگی (ساده - پیچیده)

ملاحظات کلی :

تمام صدمات بافت نرم باید به طور کامل مشاهده شوند و این مشاهده باید تا عمق زخم صورت گیرد. اندازه و نامیه آناتومیک صدمه دیده (عصب - مجرا - عضله - غضروف یا آسیبهای عروقی) باید بررسی شوند و هرگونه کنده شدن بافت یا سافتمانهای زیرین باید مورد توجه قرار گیرد. به ویژه از لفاظ جسم خارجی و دبرید توجه نمایند که در بیشتر صدمات شایع هستند تمام آسیبهای بافت نرم باید لمس شوند تا شکستگیهای استخوان زیرین یا اجسام خارجی که دیده نمی شوند مشخص گردند.

زمان بندی درمان قطعی :

این مسئله براساس اندازه صدمات دیگر و میزان و پیچیدگی آسیبهای صورت (هم بافت نرم و هم بافت سخت) متفاوت است . به طور ایده آل درمان قطعی باید در عرض ۲۴ ساعت انجام شود. اما درمان پارگیهای ساده رami توان تا ۴ روز به تاخیر انداخت و در صورت لزوم درمان پارگیهای پیچیده را تا ۲ روز می توان با مداخله فطر به تعویق انداخت اگر باید درمان قطعی به تاخیر افتد تمام زخمها باید به طور کامل دبرید و شستشو شوند و هموستاز ایجاد گردد. در صورت لزوم درمالیکه دیگر آسیبها را درمان می کنیم می توان چندین بقیه زیرپوستی برای پایدار نمودن فلپها در اورژانس یا اطاق عمل زد . زخم را باید با پانسمان حجیم و مرطوب شده به وسیله سالیس که مداخله به طور روزانه عوض می شود پوشانده شود.

پوشش آنتی بیوتیکی و درمان کزاز :

این مسئله در بیشتر صدمات بافت نرم دهان و صورت به علت وجود آلودگی عاقلانه است . پنی سیلین یک داروی تجربی خوب تا زمانی است که نتایج کشتها و تستهای مساسیت آنتی بیوتیکی چیز دیگری را مشخص کند .
درمان ضد کزاز نیز توصیه می شود.

ملاحظات :

دبرید مان : بمرانی ترین مرحله در مراقبت از زخم است که باید به دقت انجام شود اولین قدم در دبرید مان شستشوی زخم با مقدار زیاد سالیس است . زخم باید به دقت با یک صابون جراحی تمیز شده و دوباره با مملول سالیس شستشو شود.

دبریدمان عبارتست از خارج کردن تمام اجسام خارجی باقیمانده و بافتهای نرم و سخت غیرزنده لبه های پوست باید مشاهده شوند و در صورت نامنظم بودن باید به طور صاف و بادقت بریده شوند تا لبه های مناسبی در دست باشد .

هموستاز: باید انجام شود تا اینکه از تشکیل هماتوم و عفونت احتمالی و باز شدن زخم جلوگیری شود. شریان و ورید بزرگ فونریزی دهنده را می توان کلامپ کرد یا بست . عروق کوچکتر رami توان با کوتر الکتریکی سوزاند.

فراشیدگی :

باید با دقت شستشو شده و با صابون جراحی تمیز گردد تا هرگونه پری که ممکن است با عث اثرگذاری دائمی شود خارج گردد. بعد از مالیدن مملول ضد عفونی کننده آن نامیه باید پانسمان. کوبیده شدن عموماً نیاز به درمان ندارد. گاهی هماتوم زیر پوستی حالت مایع به آن نامیه می دهد و ممکن است نیاز به خارج کردن داشته باشد . کوفتگی های گردن به علت امکان صدمات احتمالی به سیستم کاروتید یا آسیب به منجره یا تراشه باید به دقت معاینه و پیگیری گردد.

آسیب نسوج سفت :

صدمات دنتو آلوئولار:

صدمات دندان وزائده آلوئولی شایع بوده و یک وضعیت اورژانسی تلقی می شود چون موفقیت در درمان به رسیدگی سریع به صدمات بسته است . از آنجاکه درمان صمیع فقط زمانی میسر است که تشخیص دقیقی ارائه شده باشد بنابراین مراحل تشخیصی باید سریعاً آغاز گردد.

اولین قدم در هر پروسه تشخیصی گرفتن شرح حال صمیع می باشد . یک شرح حال جامع باید در مورد صدمه وارده شامل پتور - کی - کجا - وچه کسی از بیمار پرسیده شود. در ضمن باید متوجه بود که کسی دندان یا قسمتی از یک دندان را در ممل تصادف مشاهده کرده است ؟ سپس باید بیمار را از نظر امالات مختلف مانند تهوع - استفراغ - عدم هوشیاری - فراموشی - سردرد - افتلال دید یا گیجی بررسی کرد چون مثبت بودن هر یک از امالات فوق می تواند نشانه صدمات داخل جمجمه ای باشد . بررسی بیمار از نظر افتلال در bite نیز ضروری است چون مثبت بودن آن دلالت بر جابجائی دندانها یا شکستگی دنتو آلوئولار ویا فک را دارد .

معاینه بالینی :

احتمالاً معاینه بالینی مهمترین قسمت فرایند تشخیص است . معاینات فردی که دچار شکستگی سافتمانهای دنتو آلوئولار شده با ید کامل بوده و نباید منمصر به نامیه صدمه دیده باشد. در طی معاینه کلینیکی باید نواهی زیر به طور معمول معاینه شود:

• زفمهای بافت نرم خارج دهان :

عمق آن مشخص شود و در ضمن توجه به این نکته نیز مبذول گردد که آیا سافتمانهای میاتی مثل مجرای پاروتید و عصب فاسیال نیز گرفتار است یا فیر؟

• زفمهای بافت نرم داخل دهان :

صدمات بافتهای نرم دهان به طور فیل شایع با صدمات دنتو آلوئولار همراه است . شاید قبل از معاینه کامل لازم باشد لفته های فون را پاک کرده باسالین استریل شستشو داده و مفره دهان را تمیز کنیم . دندانپزشک باید به نواهی که مقدار قابل ملاحظه ای از بافت نرم ازدست رفته است نیز دقت کند ممکن است این صدمات موجب رفتن فونرسانی به نامیه شده باشند .

نکته مهم :

موارد مرتبط با اورژانسهای پزشکی در بیماران دندانپزشکی متعاقباً پس از هماهنگی با واهم مربوطه (اورژانس) تکمیل و ارسال فواهد شد.

فصل ۴

ملاحظات دندانپزشکی

- در بیماران سیستمیک
- در مادران باردار و شیرده
- در سالمندان

ملاحظات دندانپزشکی

در بیماران سیستمیک

ملاحظات دندانپزشکی در مبتلایان به بیماریهای سیستمیک

شرایط با ریسک بالا

دریچه های مصنوعی، سابقه قلبی اندوکاردیت باکتریال، حالت تک بطنی، جابجایی رگهای اصلی، تترالوژی فالوت.

مشکلات بالقوه مربوط به اعمال دندانپزشکی

- ۱) بیماران با این مشکلات دارای استعداد بالا به اندوکاردیت باکتریال ثانویه به اعمال دندانپزشکی بوده که منجر به فونریزی زیاد می شود و در صورت وجود ترمیم جراحی می شود.
- ۲) بیماران با دریچه های پروتزی مکانیکی دارای استعداد بالای فونریزی به علت درمان طولانی مدت با آنتی کوآگولانتها (داروهای ضد انعقاد) می باشند.
- ۳) بیماران دارای سیانوز (شنت راست به چپ) دارای فونریزی زیاد و مستعد عفونت می باشند.

تظاهرات دهانی

معمولاً در پروتزی دریچه ای یا تاریفچه ای از اندوکاردیت باکتریال تظاهرات دهانی وجود ندارد. احتمال تظاهر سیانوتیک پیچیده قلبی مادرزادی و پتشی و اکیموز به علت اختلالات هماتولوژیک وجود دارد.

پیشگیری از مشکلات

- ۱) بیماران با پروتزی دریچه های، سابقه ای از اندوکاردیت باکتریال و هر نوعی از بیماران قلبی مادرزادی سیانوتیک ترمیم شده و ترمیم نشده برای اعمال دندانپزشکی نیازمند پروفیلاکسی می باشند به ویژه در اعمال فونریزی دهنده.
- ۲) براساس توصیه نامه انجمن قلب آمریکا (رژیم استاندارد شامل:
الف) آموکسی سیلین فوراکی
ب) قادر به دریافت دارو نباشد: آمپی سیلین IM یا IV
ج) مساسیت به پنی سیلین: کلیندامایسین فوراکی
د) مساسیت به پنی سیلین و قادر به دریافت فوراکی دارو نباشد: کلیندامایسین IV (دافل وریدی)

اصلاحات طرح درمان

- ۱) بیماران با این مشکلات بایستی قبل از انجام کار دندانپزشکی آنتی بیوتیک دریافت کنند.
- ۲) جلسات درمانی بایستی در فاصله ۳-۱ ساعت بعد از تجویز آنتی بیوتیک باشد.
- ۳) چنانچه جلسه درمان بیشتر از ۶-۴ ساعت بوده یا جلسه دوم در همان روز باشد باید دوز آنتی بیوتیک تجویز شود.
- ۴) دوز ضد انعقادی با توجه به سطح ضد انعقاد در فون و وسعت اعمال درمانی تغییر می یابد.
- ۵) در فاصله ۹ روزه مابین جلسات قرار می دهیم تا ارگان‌های مقاوم به پنی سیلین از فلور دهان حذف شوند و اگر امیانا زودتر از ۹ روز درمان نیاز باشد یک آنتی بیوتیک دیگر برای پروفیلاکسی انتخاب می کنیم.

شرایط با ریسک متوسط

دیگر مالفورم‌اسیون‌های قلبی مادرزادی تصمیع نشده، نقص کارکردی اکتسابی دریچه، کاردیومیوپاتی هیپرتروفیک، پرولاپس دریچه میترال توأم با پس زدگی.

مشکلات بالقوه مربوط به اعمال دندانپزشکی

- ۱) بیماران با این شرایط دارای ریسک متوسط ابتلا به اندوکاردیت باکتریال ثانویه به درمان‌های دندانپزشکی که منجر به فونریزی قابل توجه می شود می باشند.
- ۲) بیماران با نقص‌های مادرزادی اصلاح شده بدون افتلال در کارکرد، نیازمند پروفیلاکسی آنتی بیوتیک نمی باشند.
- ۳) بیماران دارای تاریخیچه تب روماتیسمی بدون شواهدی از بیماری‌های روماتیسم قلبی به پروفیلاکسی آنتی بیوتیک نیاز ندارند.
- ۴) بیماران دچار پرولاپس دریچه میترال بدون پس زدگی احتمالی به پروفیلاکسی آنتی بیوتیک ندارند.

تظاهرات دهانی

معمولاً وجود ندارد.

پیشگیری از مشکلات

بیماران با این شرایط بایستی قبل از انجام اعمال دندانپزشکی، آنتی بیوتیک پروفیلاکسی دریافت کنند (به رژیم دارویی تأیید شده توسط AHA مراجعه شود).

اصلاحات طرح درمان

- ۱) برای بیماران دارای این شرایط می توان هرگونه عمل دندانپزشکی دارای فونریزی را با تجویز آنتی بیوتیک انجام داد.
 - ۲) تا آنجا که ممکن است باید درمانهای بیشتری در طی ۳-۱ ساعت بعد از تجویز آنتی بیوتیک انجام شود.
 - ۳) دوز دوم آنتی بیوتیک زمانی لازم است که جلسه درمانی بیشتر از ۶-۴ ساعت به طول انجامد یا جلسه دوم درمانی در همان روز صورت گیرد.
 - ۴) حداقل ۹ روز فاصله باید مابین جلسات در نظر گرفته شود تا مقاومت به پنی سیلین در فلور دهانی صورت نگیرد.
- چنانچه قبل از روز نهم درمان لازم باشد باید یکی از آنتی بیوتیکهای جایگزین برای پروفیلاکسی انتفاع گردد.

سوفلهای قلبی

مشکلات بالقوه مربوط به اعمال دندانپزشکی

- ۱) چنانچه سوفل فانکشنال یا بدون دلیل باشد مشکلی به وجود نمی آید. سوفلهایی که در دوران طفولیت یا حاملگی بوجود می آیند نیاز به پوشش پروفیلاکتیک ندارند مگر اینکه تاریخچه واضمی ندهند.
- ۲) چنانچه سوفل، پاتولوژیک باشد برای انجام اعمال دندانپزشکی که منجر به فونریزی زیاد می شود پروفیلاکسی آنتی بیوتیک اندیکاسیون دارد.

تظاهرات دهانی

معمولاً وجود ندارد.

پیشگیری از مشکلات

- ۱) اگر تاریخچه ای از سوفل وجود دارد و تعداد دفعات و منشأ آن نامشخص است باید مشاوره پزشکی به عمل آید تا وجود نوع آنرا بدانید. اگر سوفل پاتولوژیک باشد برای درمانهای دندانپزشکی که به فونریزی شدید می انجامد پروفیلاکسی آنتی بیوتیکی به عمل آورید.
- ۲) چنانچه مشاوره پزشکی مقدور نبوده و درمان دندانپزشکی موردنیاز نباشد سوفل را پاتولوژیک فرض نموده و برای اعمال دندانپزشکی که منجر به فونریزی شدید می شود پروفیلاکسی آنتی بیوتیکی انجام دهید. (به رژیمهای توصیه شده انجمن قلب آمریکا مراجعه شود).

اصلاحات طرح درمان

- ۱) بیماران دارای سوفل فانکشنال یا بدون دلیل می توانند هر نوع اعمال دندانپزشکی را بدون ممدودیت دریافت کنند.
- ۲) بیماران مبتلا به سوفل پاتولوژیک می توانند هر نوع مراقبت دندانپزشکی دارای اندیکاسیون را دریافت کنند ولی باید آنتی بیوتیکهای پروفیلاکتیک را برای اعمالی که به فونریزی شدید منجر می شود تجویز نمود.
- ۳) تا آنجا که ممکن است باید درمانهای بیشتری را در طی ۳-۱ ساعت بعد از تجویز آنتی بیوتیک انجام داد.
- ۴) اگر طول جلسه درمانی بیشتر از ۶-۴ ساعت باشد یا ملاقاتهای متعدد در همان روز انجام شود باید دوز دوم آنتی بیوتیک تجویز گردد.
- ۵) حداقل ۹ روز بین جلسات درمانی فاصله بگذارید تا ارگانیسیمهای مقاوم به پنی سیلین از فلور دهانی حذف شوند. چنانچه درمان قبل از ۹ روز لازم بود یکی از آنتی بیوتیکهای جایگزین را برای پروفیلاکسی انتخاب کنید.

گرافتها یا پمپهای عروق سنتتیک :

مشکلات بالقوه مربوط به اعمال دندانپزشکی ممکن است بافت اندوتلیال به طور کامل داخل ماده پیوندی را نپوشانده و فطر عفونت در طی باکتری می گذرا وجود داشته باشد.

تظاهرات دهانی

ندارد.

پیشگیری از مشکلات

- ۱) آنتی بیوتیکهای پروفیلاکتیک برای اعمال دندانپزشکی تهاجمی؟
- ۲) انجمن قلب آمریکا پروفیلاکسی را در ۶ ماه اول پیشنهاد می کند بعد از آن هیچ نوع پروفیلاکسی پیشنهاد نمی شود.

اصلاحات طرح درمان

انجمن قلب آمریکا نیاز به پروفیلاکسی آنتی بیوتیکی را برای جلوگیری از اندوکاردیت در بیماران با دریچه مصنوعی بیان می کند که براساس مشاوره با پزشک بیمار می باشد. اگر پروفیلاکسی لازم باشد رژیم استاندارد آموکسی سیلین مطلوب می باشد.

ضربان سازها و دفیبریلاتورهای قلبی

مشکلات بالقوه مربوط به اعمال دندانپزشکی

- (۱) عفونت Lead های قلبی
- (۲) تداخل الکتریکی با نقایص قلبی

تظاهرات دهانی

ندارد.

پیشگیری از مشکلات

- (۱) برای بیماران دارای پیس میکرودفیبریلاتور قلبی پروفیلاکسی آنتی بیوتیک توصیه نمی شود.
- (۲) برای بیماران دارای پیس میکرودفیبریلاتورهای قلبی باید از کاربرد اسکنرهای اولتراسونیک یا الکتروسرجری اجتناب کرد.

اصلاحات طرح درمان

نیاز ندارد.

افزایش فشار خون

مشکلات بالقوه مربوط به اعمال دندانپزشکی

- (۱) استرس و نگرانی مربوط به ویزیت دندانپزشکی ممکن است به افزایش فشار خون، آنژین، سکتة قلبی یا مغزی بیانجامد.
- (۲) بیماران تمت درمان با داروهای ضد فشار خون ممکن است دچار تهوع، کاهش فشار خون و یا کاهش فشار خون وضعیتی شوند.
- (۳) استفاده بیش از حد تنگ کننده های عروقی ممکن است منجر به افزایش فشار خون به صورت قابل ملاحظه گردد.
- (۴) کاربرد داروهای آرام بخش در بیماران که داروهای ضدفشار خون فاصی را دریافت می کنند ممکن است با مملات کاهش فشار خون همراه باشد.

تظاهرات دهانی

- ۱) خشکی دهان ثانویه به دیورتیکها و سایر داروهای ضد فشار خون
- ۲) زخم و استوماتیت ایجاد شده توسط دیورتیکهای دارای بیوه
- ۳) واکنشهای لیکنوئیدی توأم با تیاژیدها، متیل دوپا، پروپرانولول و لابتالول
- ۴) واکنش شبه لوپوس که در موارد نادر همراه با هیدرالازین دیده شده است.

پیشگیری از مشکلات

- ۱) کشف و ارجاع بیماران با افزایش فشار خون برای ارزیابی پزشکی و درمان برای فشار(فونهای بالای $\frac{180}{110}$ همچنین درمان دندانپزشکی باید به تأخیر افتاده بیمار به پزشک ارجاع داده شود.
- ۲) برای بیمارانی که تمت درمان با داروهای ضد فشار خون هستند طبق پروسه زیر باید عمل کرد:
الف) کاهش استرس و اضطراب دندانپزشکی با استفاده از پیش داروها، ملاقاتهای کوتاه مدت، ایجاد فضای باز و آزاد توسط دندانپزشک و همکاران به نحوی که به بیمار اجازه داده شود تا راجع به ترس و دلواپسیهایش که مربوط به ملاقات دندانپزشکی است صحبت کند، استفاده از نیتروزاکساید و اجتناب از هیپوکسی.
- ب) اگر بیمار بی نهایت مضطرب است به آن ملاقات فائمه دهید.
- ج) با تغییر وضعیت صندلی به آرامی و ممایت از بیمار زمانی که از روی صندلی بر می فیزد از هیپوتانسیون ارتواستاتیک جلوگیری کنید.
- د) اجتناب از تمریک (فلکس تهوع
- ر) داروهای آرام بفش را با دوز ممتاطانه انتخاب کنید.
- ۳) ملامظات دارویی شامل موارد زیر می باشد:
الف) از داروی بیمسی با مداقل غلظت تنگ کننده عروق (اپی نفرین mg ۰/۰۳۶ ، ،
Levonordefrin mg ۰/۲) استفاده کرده، قبل از تزریق آسپیره کرده و به آرامی تزریق کنید.
ب) در بیمارانی که بتابلاک غیر انتفابی مصرف می کنند از تنگ کننده های عروقی با امتیاط استفاده کنید.
ج) از مصرف پک کننده های لثه ای دارای اپی نفرین اجتناب کنید.
د) از دوزهای کم باربیتوراتها و سایر مواد آرام بفش استفاده کنید چون ممکن است عمل آنها به وسیله داروهای ضد فشار خون افزایش یابد.
ر) از کاربرد بیهوشی عمومی در مطب اجتناب کنید.
ز) در بیمارانی که با مهارکننده های مونوآمین اکسیداز تمت درمان هستند اپی نفرین و لونوردفرین را با امتیاط استفاده کنید.

اصلاحات طرح درمان

- ۱) برای بیماران تمت درمان که هیچ عوارضی از قبیل نارسایی کلیوی ندارند می توان هر نوع درمان اندیکاسیون دار را انجام داد.
- ۲) بیمارانی که عارضه دارند باید به بخش لازم (ارجاع داده شوند).

آنژین صدری

مشکلات بالقوه مربوط به اعمال دندانپزشکی

- ۱) استرس و نگرانی مربوط به ملاقات دندانپزشکی ممکن است باعث تشدید یک ممله آنژینی، سخته قلبی یا مرگ ناگهانی در مطب شود.
- ۲) استفاده از مقادیر زیاد اپی نفرین در بیمارانی که بتابلاکهای غیرانتفابی می گیرند ممکن است باعث شروع ممله شدید فشار خون گردد.
- ۳) بیمارانی که آسپیرین یا دیگر مهارکننده های تجمع پلاکتی را دریافت می کنند ممکن است فونریزی شدیدی را تجربه کنند.
- ۴) فطر ابتلا به اندآرتريت ناشی از stent عروق کرونر بلافاصله در دوره پس از جایگزینی وجود دارد که به علت باکتری می دندانپزشکی می باشد.

تظاهرات دهانی

ممکن است تغییرات مرتبط با دارو مثل فشگی دهان، تغییرات پشایی یا استوماتیت که مستقیماً به علت آنژین نباشد دیده شود. همچنین احتمال وجود فونریزی شدید بعد از عمل، به دلیل مهارکننده های تجمع پلاکتی وجود دارد.

پیشگیری از مشکلات

آنژین ناپایدار (پرفطر): اعمال دندانپزشکی انتفابی را در صورت امکان باید به تعویق انداخت، چنانچه ملاحظه خاصی نیاز باشد باید با پزشک معالج مشاوه کرد. تدابیر ممکن است شامل گرفتن رگ، آرامبخش، الکتروکاردیوگرام، پالس اکسیمتر، امتیاط در استفاده از تنگ کننده های عروق و نیتروگلیسیرین پروفیلاکتیک می باشد.

آنژین پایدار (با فطر کم یا متوسط): از اعمال دندانپزشکی انتفابی با تدابیر کنترلی ذیل می توان استفاده نمود:

- ۱) ملاقاتهای صبح و کوتاه مدت، موقعیت رامت صندلی، کنترل علائم میاتی قبل از درمان، در دسترس بودن نیتروگلیسیرین، روشهای کاهش استرس، کاربرد محدود تنگ کننده های عروق،

اجتناب از کاربردایی نفرین در نفهای کنار زننده، اجتناب از مصرف آنتی کولینرژیکها، اطمینان از کنترل درد در طول درمان و بعد از درمان.

۲) اگر بیمار آسپیرین می گیرد فقط با روشهای موضعی، فونریزی شدید را کنترل کنید.

۳) اگر stent عروق کرونر قرار داده شده ممکن است برای اعمال دندانپزشکی که به فونریزی شدید منجر می شود آنتی بیوتیکهای پروفیلاکتیک نیاز باشد (فقط در عرض ۸-۶ هفته اول).

اصلاحات طرح درمان

آنژین ناپایدار: درمانهای دندانپزشکی باید به مواردی که واقعاً ضروری هستند ممدود شوند (مثل عفونت یا درد)

آنژین پایدار: هر نوع درمان دندانپزشکی را با رعایت ملاحظات می توان انجام داد.

انفارکتوس میوکارد

مشکلات بالقوه مربوط به اعمال دندانپزشکی

۱) استرس و اضطراب در طی ملاقات دندانپزشکی می تواند منجر به حمله آنژینی، MI یا مرگ ناگهانی در مطب گردد.

۲) ممکن است بیماران درجاتی از نارسایی امتقانی قلب داشته باشند.

۳) اگر پیس میکر قرار داده شده باشد ممکن است در طی استفاده از تجهیزات فاص دندانپزشکی تداخل الکتریکی به وجود آید.

۴) اگر بیمار بتالاکر غیرانتفابی مصرف می کند، استفاده بیش از حد از اپی نفرین می تواند منجر به افزایش فطرناک فشار خون گردد.

۵) بیمارانی که آسپیرین و دیگر مهارکننده های تجمع پلاکتی یا کومادین مصرف می کنند ممکن است در طی اعمال تهاجمی دندانپزشکی فونریزی شدیدی را تجربه کنند.

۶) به علت باکتری می که در دندانپزشکی ایجاد می شود فطر وقوع اندوآتریت در stent عروق کرونر بلافاصله بعد از قرار گیری آن وجود دارد.

تظاهرات دهانی

معمولاً هیچ علامتی که به علت اثر مستقیم MI باشد ندارند هرچند ممکن است تغییرات مرتبط با دارو مثل فشکی دهان، تغییرات پشایی و استوماتیت در آنها دیده شود همچنین ممکن است به علت مصرف مهارکننده های تجمع پلاکتی یا ضد انعقادها بعد از جراحی فونریزی شدید داشته باشند.

پیشگیری از مشکلات

MI اخیراً (کمتر از ۱ ماه) بیشترین فطر: تا آنجا که ممکن است باید اعمال انتقابی دندانپزشکی را به تعویق انداخت و چنانچه این کارها موردنیاز بود باید با پزشک مشاوری کرد. تدابیر لازم شامل گرفتن رگ، آرام بخش، الکتروکاردیوگراف، پالس اکسیمتر، استفاده ممتدانه از تنگ کننده های عروق، و نیتروگلیسرین پروفیلاکتیک می باشد.

MI قبلی (بیشتر از یک ماه) فطر کم- متوسط: کارهای انتقابی دندانپزشکی با ملاحظات زیر صورت می گیرد:

۱) قرار ملاقات کوتاه مدت صبحگاهی، موقعیت رامت صندلی، گرفتن علائم حیاتی قبل از درمان، در دسترس بودن نیتروگلیسرین، روشهای کاهش استرس، کاربرد محدود تنگ کننده های عروق، اجتناب از مصرف اپی نفرین در نفعهای کنار زنده لثه، اجتناب از مصرف آنتی کولینرژیکها، اطمینان از کنترل درد.

۲) اگر بیمار از آسپیرین استفاده می کند فونریزی شدید معمولاً تنها با روشهای موضعی قابل کنترل است.

۳) اگر بیمار کومادین مصرف می کند جهت انجام اعمال تهاجمی INR بایستی کمتر از ۳/۵ باشد.

۴) اگر stent عروق کرونر جایگذاری شده است فقط در مدت ۸-۶ هفته اول برای انجام اعمال دندانپزشکی که به فونریزی شدید منجر می شود باید آنتی بیوتیک پروفیلاکتیک تجویز نمود.

اصولیات طرح درمان

MI اخیر: کارهای دندانپزشکی باید تنها به آنهایی محدود شوند که به شدت موردنیازند مثل عفونت یا درد

MI قبلی: هر نوع کار دندانپزشکی با توجه به ملاحظات و تدابیر مناسب قابل انجام می باشد.

آریتمی قلبی

مشکلات بالقوه مربوط به اعمال دندانپزشکی

۱) استرس در مین کار دندانپزشکی یا مقادیر زیاد اپی نفرین در بیماران مستعد می تواند به آریتمی تهدید کننده زندگی فرد منجر شود.

۲) بیماران مبتلا به آریتمی، در فطر شدید ابتلا به عوارض جدی و ایست قلبی می باشند.

۳) بیماران دارای پیس میکروقلبی، به علت استفاده از کاپیترن، الکتروکوتر و غیره در فطر ابتلا به نارسایی در کارکرد پیس میکر هستند.

تظاهرات دهانی

داروهایی که برای کنترل آریتمی مصرف می شوند ممکن است عوارض جانبی داشته باشند که منجر به عوارض دهانی شامل موارد ذیل می گردد:

(الف) زخم

(ب) سندرم شبه لوپوس

(ج) فشکی دهان

(د) پتشی

پیشگیری از مشکلات

۱) شناسایی بیماران مستعد به آریتمی قلبی با مشاوره پزشکی که شامل مراحل زیر می باشد:

(الف) تاریخچه بیماری قلبی برآمده

(ب) بیماری تیروئیدی

(ج) بیماری ریوی مزمن

(د) جراحی قلب باز

۲) شناسایی بیماران دارای آریتمی مشخص از طریق تاریخچه و یافته های کلینیکی

(الف) کسانی که برای کنترل آریتمی، پیس میکر دارند.

(ب) کسانی که تاریخچه ای از تپش قلب، سرگیجه، آنژین، تنگی نفس با یا بدون سنکوپ (که جهت مشاوره پزشکی ارجاع می شوند) دارند.

(ج) کسانی که یافته های فیزیکی غیرطبیعی دارند از قبیل نبض غیرعادی، نبض فیلی سریع، نبض فیلی کند، فشار خون بالا (که جهت مشاوره پزشکی ارجاع می شوند).

۳) قبل از شروع درمان دندانپزشکی باید با پزشک مشورت کرد:

(الف) تعیین وضعیت ماضی بیمار

(ب) تعیین وجود هرگونه مشکل قلبی و نیاز به پروفیلاکسی آنتی بیوتیکی

(ج) اطمینان از نوع داروهایی که بیمار می گیرد

(د) مرور طرح درمان دندانپزشکی بیمار

(ر) به علت مضمور پیس میکر قلبی باید نیاز به پروفیلاکسی آنتی بیوتیکی را بررسی کرد. (انجمن

قلب آمریکا آن را پیشنهاد نمی کند ولی بعضی پزشکان آن را پیشنهاد می کنند)

(ز) دوز کومارین (کومادین) را برای بیماران مبتلا به فیبریلاسیون دهلیزی قبل از جراحی تنظیم کنید

تا PT بیمار به زیر ۲/۵ و INR کمتر یا مساوی ۳/۵ برسد.

۴) آمادگی مقابله با آریتمیهای تهدید کننده را داشته باشید.

۵) در بیماران با پیس میکر از کاربرد کاپیترون یا الکتروکوتر اجتناب کنید.

اصلاحات طرح درمان

- ۱) کاهش اضطراب با روشهای زیر:
 - الف) تمویز Premedication (پیش داروها)
 - ب) ایجاد ارتباط اطمینان بخش با بیمار
 - ج) قرار ملاقات صبحگاهی یا اوایل بعدازظهر
 - د) قرار ملاقاتهای کوتاه مدت
 - ر) استنشاق نیتروژن اکساید و اکسیژن
 - ۲) اجتناب از مصرف مقادیر زیاد اپی نفرین
 - الف) استفاده از اپی نفرین ۱:۱۰۰۰۰۰ در بی مس کننده های موضعی مگر برای بیماران مبتلا به آریتمی شدید
 - ب) استفاده از بی مس کننده بدون اپی نفرین در بیماران مبتلا به آریتمی شدید (مشاوره با پزشک معالج)
 - ج) استفاده کمتر از دو کارتریج بی مس کننده، همچنین باید قبل از تزریق آسپیره کرد.
 - د) از اپی نفرین در Pack های لثه ای استفاده نکنید.
 - ر) از اپی نفرین برای کنترل فونریزی موضعی استفاده نکنید.
 - ۳) از بیهوشی عمومی استفاده نکنید
- (اگر امتیاطات ذکر شده رعایت شود می توان هرگونه عمل دندانپزشکی را انجام داد).

نارسایی امتقانی قلبی

مشکلات بالقوه مربوط به اعمال دندانپزشکی

- ۱) مرگ ناگهانی در اثر ایست قلبی یا آریتمی
- ۲) MI
- ۳) سکته مغزی
- ۴) عفونت
- ۵) اندوکاردیت عفونی در صورتیکه نارسایی قلبی به علت روماتیسم قلبی و بیماری امتقانی قلب به وجود آید.
- ۶) مشکل تنفسی
- ۷) عوارض جانبی شامل:
 - الف) هیپوتانسیون ارتواستاتیک (دیورتیکها، وازودیلاتورها)
 - ب) آریتمی (دیگوکسین، دوز بالا)
 - ج) تهوع، استفراغ (دیگوکسین، وازودیلاتورها)
 - د) تپش قلب (وازدیلاتورها)

تظاهرات دهانی

- ۱) عفونت
- ۲) فونریزی
- ۳) پتشی
- ۴) اکیموز
- ۵) تظاهرات وابسته به دارو:
الف) فشکی دهان
ب) ضایعات لیکنوئید مخاطی

پیشگیری از مشکلات

- ۱) کشف بیماران و ارجاع آنها به پزشک
- ۲) هیچ درمان روتین دندانپزشکی را نباید انجام داد تا زمانی که تمت کنترل مطلوب پزشکی درآیند (کلاس I یا II و احتمالاً III)
- ۳) بیمارانی که به علت نارسایی قلبی و هرگونه عوارض دیگر تمت کنترل پزشکی مناسب هستند باید به لحاظ موارد زیر کنترل شوند:
الف) افزایش فشار خون
ب) بیماری دریچه ای (روماتیسم قلبی)
ج) نارسایی امتقانی قلب
د) MI
ر) نارسایی کلیوی
ز) تیروتوکسیکوز
س) بیماری انسداد مزمن ریوی
- ۴) برای بیماران کلاس I یا II مداکتر ۰/۰۳۶ mg اپی نفرین یا ۰/۲۰ mg لوهنوردفرین استفاده کنید. در بیماران کلاس III یا IV از تجویز وازوکنستریکتور اجتناب کنید. (تنگ کننده های عروق)
۵) برای کاهش تجمع مایع در ریه بیماران را در حالت نیمه نشسته یا نشسته قرار دهید.
۶) اگر بیمار فسته بود باید ملاقات فاطمه یابد.
۷) ملامظات دارویی:
الف) دیژیتال ها: بیماران بیشتر مستعد تهوع و استفراغ هستند
ب) ضد انعقادها: دوز باید کاهش یابد تا PT، ۲/۵ برابر نرمال یا کمتر گردد
ج) داروهای ضد آریتمی
د) داروهای ضد فشار خون
ر) اجتناب از بیهوشی عمومی سرپایی

اصلاحات طرح درمان

در بیمارانی که تمت کنترل پزشکی مناسب هستند و هیچگونه عوارض ندارند هرگونه کار دندانپزشکی دارای اندیکاسیون را می توان انجام داد.

بیماری انسداد مزمن ریوی:

مشکلات بالقوه مربوط به اعمال دندانپزشکی
بدتر شدن عملکرد تنفسی

تظاهرات دهانی

لکوپلاکیا، اریتروپلاکیا یا کارسینوم واضح در سیگارهای مزمن

پیشگیری از مشکلات

- ۱) موقعیت صندلی را در حالت نشست قرار دهید.
- ۲) استفاده از بلاک دوطرفه ماندیبول یا کامی، مداخل گردد.
- ۳) در موارد شدید از رابرد استفاده نکنید.
- ۴) استفاده از اکسیژن با فشار پایین سودمند است.
- ۵) در موارد آمفیژم شدید از آرام بخشهای نیتروزاکساید- اکسیژن استفاده نکنید.
- ۶) استفاده از دیازپام فوراکسی با دوز پایین قابل قبول است.
- ۷) اجتناب از مصرف باربیتوراتها، نارکوتیکها، آنتی هیستامینها و آنتی کولینرژیکها.
- ۸) بیمارانی که استروئید سیستمیک می گیرند برای انجام اعمال جراحی ممکن است به دوز اضافی استروئید نیاز داشته باشند.
- ۹) اجتناب از مصرف آنتی بیوتیکهای ماکرولیدی (اریترومایسین یا کلاریترومایسین) در کسانی که توفیلین می گیرند.
- ۱۰) بیهوشی عمومی سرپایی کنترااندیکه است.

آسم

مشکلات بالقوه مربوط به اعمال دندانپزشکی

شروع ممله ماد آسم

تظاهرات دهانی

کاندیدیاژ دهانی در استفاده از داروهای استنشاقی گزارش شده ولی نادر است. رشد ماگزیلوفاسیال وقتی آسم در دوران طفولیت تشدید می یابد تغییر می یابد.

پیشگیری از مشکلات

- ۱) تعیین بیماران آسمی از طریق تاریخچه
- ۲) تعیین فصولیات آسمی:
الف) نوع (آلرژیک یا غیرآلرژیک)
ب) سن شروع
ج) فاکتورهای شروع کننده
د) تعداد و شدت حملات (فحیف، متوسط، شدید)
ر) ثبات بیماری و پیچونگی کنترل آن در حال حاضر
ز) داروهایی که مصرف می شود.
س) سابقه امتیاج بیمار به اورژانس در گذشته.
۳) اجتناب از فاکتورهای شروع کننده شناخته شده
۴) مشورت با پزشک در آسم شدید و فعال
۵) کاهش فطر ممله: بیمار inhaler های استنشاقی اش را در هر جلسه کار در دندانپزشکی همراه داشته باشد و برای پیشگیری قبل از درمان از آن استفاده کند.
۶) داروهای که باید از مصرف آنها اجتناب نمود:
الف) داروهای ماوی اسپیرین
ب) داروهای ضد التهابی غیر استروئیدی
ج) نارکوتیکها و باریتوراتها
د) آنتی بیوتیکهای ماکرولیدی (مثل اریترومایسین) در صورت مصرف تئوفیلین
۷) اجتناب از مصرف مملولهای بی مس کننده موضعی ماوی سولفالیلت
۸) بیماران که از کورتیکواستروئید سیستمیک استفاده می کنند ممکن است برای انجام جراحی به دوزهای اضافی استروئید نیاز داشته باشند.
۹) Premedication بیماران مضطرب (با نیتروژاکساید یا دیازپام)
۱۰) ایجاد محیط آرام و فاقد استرس
۱۱) استفاده از پالس اکسیمتر
اصلاوات طرح درمان : نیاز ندارد.

سل

مشکلات بالقوه مربوط به اعمال دندانپزشکی

- ۱) امکان ابتلای دندانپزشک به سل از طریق بیمار مبتلا به عفونت فعال
- ۲) امکان ابتلا بیمار و دستیار به سل از طریق دندانپزشک مبتلا به عفونت فعال

تظاهرات دهانی

- ۱) زخمهای دهانی (نادر) زبان شایعترین است.
- ۲) درگیری غدد لنفاوی گردنی و تمت فکی (Scrofula)

پیشگیری از مشکلات

- ۱) بیماران با سل فعال که کشت فلط در آنها (+) است.
 - الف) مشاوره با پزشک قبل از درمان
 - ب) درمان تنها به موارد اورژانس محدود می شود (در افراد بالای ۶ سال)
 - ج) درمان تحت شرایط بیمارستانی با ایزولاسیون مناسب و استریلیزاسیون، ماسک، دستکش، گان، ونتیلاسیون.
 - د) بیماران زیر ۶ سال مثل افراد بدون عفونت، پس از مشورت با پزشک، درمان می شوند (غیرعفونی تلقی می شوند)
 - ر) بیمارانی که تمت دارو درمانی هستند و کشت فلط در آنها منفی است مثل افراد نرمال درمان می شوند.
- ۲) بیماران با سابقه عفونت سلی
 - الف) باید با احتیاط درمان شوند. باید تاریخچه بسیار کاملی گرفته شود و معاینه سیستمیک مناسبی صورت گیرد.
 - ب) در مورد کفایت درمان و عکسهای دوره ای از سینه تمهید شود تا احتمال دوباره فعال شدن عفونت رد شود.
 - ج) اگر یکی از شرایط زیر وجود دارد باید درمان را به تعویق انداخت:
 - a) شک در مورد کفایت درمان
 - b) فقدان معاینات پزشکی مناسب پس از بهبود
 - c) علائم و نشانه های ریلیس (عود) وجود دارد.
 - د) اگر شرایط فعلی ماکه از عدم وجود عفونت بالینی است باید مثل افراد نرمال درمان شوند.
 - ۳) بیمارانی که اخیراً تست توبرکولین آنها (PPD) (+) شده است.
 - الف) توسط پزشک ارزیابی شوند تا احتمال عفونت فعال رد شود

- (ب) ممکن است به صورت پروفیلاکسی ۶ ماه تا ۱ سال ایزونیازید دریافت کنند.
- (ج) اگر پزشک سلامت عمومی را تأکید کرد باید مثل افراد نرمال درمان شوند.
- (۴) بیمار با نشانه های سل:
- (الف) باید به پزشک ارجاع داده شوند تا درمان گردند.
- (ب) اگر درمان لازم است باید مشابه افراد دسته اول با آنها برخورد شود.

اصلاحات طرح درمان

نیاز ندارد.

بیماری مزمن کلیه

مشکلات بالقوه مربوط به اعمال دندانپزشکی

- (۱) تمایل به فونریزی
- (۲) هیپوتانسیون
- (۳) آنمی
- (۴) عدم تحمل نسبت به داروهای با متابولیسم کلیوی
- (۵) افزایش مساسیت به عفونت

تظاهرات دهانی

- (۱) رنگ پریدگی مخاط
- (۲) گزروستومیا
- (۳) امساس طعم فلزی
- (۴) بوی آمونیاک از دهان
- (۵) استوماتیت
- (۶) از بین رفتن لامینادورا
- (۷) رادیولوسنسیهای استفوان
- (۸) تمایل به فونریزی

پیشگیری از مشکلات

- (۱) مشورت با پزشک
- (۲) آزمایشهای تشخیصی قبل از درمان برای اختلال فونریزی (زمان سیلان، زمان پروترومبین، زمان ترومبوپلاستین پارسیل، همتوکریت، هموگلوبین)

- ۳) تعیین فشار خون قبل و طی دوره درمان
- ۴) اجتناب از تجویز داروهای متابولیزه شونده به وسیله کلیه یا داروهای نفروتوکسیک
- ۵) دقت زیاد در تکنیک جراحی برای کاهش امکان فونریزی و عفونت
- ۶) درمان تهاجمی عفونتها

اصلاحات طرح درمان

- ۱) تأکید شدید بر بهداشت دهان و مراقبتهای نگهدارنده برای از بین بردن منابع احتمالی عفونت
- ۲) عدم ممنوعیت درمان دندانپزشکی، اما کاربرد کراونهای وسیع گذاشتن بریج توصیه نمی شود.

همودیالیز

مشکلات بالقوه مربوط به اعمال دندانپزشکی

- ۱) افزایش احتمال بروز فونریزی
- ۲) هیپرتانسیون
- ۳) آنمی
- ۴) عدم تحمل نسبت به داروهای با متابولیسم کلیوی
- ۵) اندآرتريت باکتریالی فیستول سرفرگی- سیاهرگی ثانویه به باکتری می
- ۶) هپاتیت (فعال یا ناقل)
- ۷) اندوکاردیت باکتریالی
- ۸) کلاپس شانت

تظاهرات دهانی

زخمهای دهانی و کاندیدیازیس

پیشگیری از مشکلات

- ۱) مشورت با پزشک
- ۲) هیچ درمان دندانپزشکی حداقل تا ۴ ساعت بعد از دیالیز انجام نشود (به دلیل هپارین). بهترین زمان درمان روز بعد از همودیالیز است.
- ۳) انجام تستهای تشفیصی قبل از درمان (PTT, PT, BT)
- ۴) اجتناب از مصرف داروهای متابولیزه شونده در کلیه و داروهای نفروتوکسیک
- ۵) توجه به مصرف آنتی بیوتیک پیشگیری کننده برای کارهای دندانپزشکی به منظور به حداقل رساندن اثرات باکتری می

- ۶) آزمایش تشمیصی برای پی بردن به وجود عفونتهای هپاتیت و HIV
- ۷) اجتناب از گذاشتن کاف دستگاه اندازه گیری فشار خون روی دستی که شانت دارد.

اصلاحات طرح درمان

- ۱) تأکید شدید بر بهداشت دهان و مراقبتهای نگهدارنده برای از بین بردن منابع احتمالی عفونت
- ۲) عدم ممنوعیت درمانهای معمول دندانپزشکی، اما از انجام اعمال وسیع باید خودداری کرد، مگر آن که شدیداً مورد نیاز باشد.

هپاتیت ویروسی (انواع B, C, D و E)

مشکلات بالقوه مربوط به اعمال دندانپزشکی

- ۱) امکان ابتلاء دندانپزشک توسط بیمار عفونی (فعال یا ناقل)
- ۲) امکان ابتلاء بیماران یا کارکنان مطب از طریق دندانپزشک مبتلا به بیماری فعال یا هر فرد ناقل دیگر
- ۳) امکان تمایل به فونریزی یا تغییر متابولیسم دارویی در مبتلایان به هپاتیت مزمن فعال

تظاهرات دهانی

فونریزی و واکنشهای شدید لیکوئید

پیشگیری از مشکلات

به علت عدم تشمیص بیشتر ناقلین با تاریخچه، همه بیماران باید با استفاده از اصول جهانی درمان شوند.

همچنین با استفاده از واکسن هپاتیت B ریسک کاهش می یابد.

- ۱) برای بیماران با هپاتیت فعال (روشهای زیر را بکار برید:

الف) مشورت با پزشک

ب) درمان فقط در موارد اضطراری

- ۲) برای بیماران با سابقه هپاتیت (روشهای زیر را به کار ببرید:

الف) مشورت با پزشک

ب) تعیین نوع هپاتیت

• ۱) سن در موقع ابتلا به عفونت (نوع B در زیر سن ۱۵ سالگی غیرمعمول است)

• ۲) منشأ عفونت (اگر غذا یا آب باشد معمولاً نوع A است)

• ۳) منشأ انتقال خون احتمالاً نوع C است

• (۱۴) اگر نوع آن نامشخص است، ارزیابی آنتی ژن سطحی هپاتیت B (HBSAg) در نظر گرفته شود.
(۱۳) برای بیماران در گروه پرفطر تست غربالگری برای آنتی ژن سطحی هپاتیت B یا آنتی ویروس هپاتیت C باید در نظر گرفته شود.

(۱۴) در صورت مثبت بودن آنتی ژن سطحی هپاتیت B یا ویروس هپاتیت C (ناقل)

الف) مشورت با پزشک برای درمان زودرس

ب) کاهش و به حداقل رساندن داروهای متابولیزه شونده توسط کبد

ج) در صورت وجود هپاتیت مزمن فعال، گرفتن زمان پروترومبین و زمان سیلان قبل از عمل

د) فرورفتن تصادفی سوزن در دست (Needle stick):

الف) مشاوره با پزشک

ب) تجویز ایمونوگلوبولین علیه هپاتیت B

اصلاحات طرح درمان

نیاز ندارد.

بیماری الکلی کبد (سیروز)

مشکلات بالقوه مربوط به اعمال دندانپزشکی

تمایل به خونریزی و غیرقابل پیش بینی بودن متابولیسم داروها

تظاهرات دهانی

(۱) ناشی از غفلت از اعمال بهداشتی دهان

(۲) خونریزی

(۳) اکیموز

(۴) پتشی

(۵) التهاب زبان

(۶) التهاب گوشه لب

(۷) افتلال در التیام

(۸) بزرگ شدن پاروتید

(۹) کاندیدیازیس

(۱۰) سرطان دهان

(۱۱) بوی الکل در تنفس

(۱۲) سائیدن دندانها بهم

۱۳) Attrition دندانها (سایش)

۱۴) خشکی دهان

پیشگیری از مشکلات

- ۱) برای تشخیص بیماران الکلی از عوامل زیر تبعیت کنید:
 - الف) گرفتن تاریخچه
 - ب) معاینات بالینی
 - ج) بررسی بوی تنفس
 - د) گرفتن اطلاعات از دوستان یا بستگان
- ۲) مشورت با پزشک برای تأیید وضعیت دهانی بیمار
- ۳) Screening بالینی توسط پرسشنامه CAGE و تلاش برای هدایت بیمار به سمت درمان
- ۴) تستهای آزمایشگاهی شامل:
 - الف) شمارش کامل و افتراقی گلبولهای خون
 - ب) AST، ALT
 - ج) BT
 - د) زمان ترومبین
 - ر) زمان پروترومبین
- ۵) به مداخل رساندن داروهای متابولیزه شونده در کبد
- ۶) در صورت غیرطبیعی بودن تستهای تشخیصی برای جراحی باید استفاده از عوامل آنتی فیبرینولیتیک، پلاسمای تازه و منجمد شده، ویتامین K و پلاکتها را مدنظر داشت.
- ۷) تعویق درمانهای عادی اگر آسیت (آنسفالوپاتی) وجود دارد.

اصلاحات طرح درمان

از آنجا که به طور معمول غفلت در اعمال بهداشتی دهان در الکلی ها مشاهده می شود قبل از هر درمانی باید علاقمندی و توانایی در رعایت بهداشت دهان در بیمار را ترغیب و ارزیابی نمود.

بیماری زخم پیتیک

مشکلات بالقوه مربوط به اعمال دندانپزشکی

- ۱) تشدید صدمات به مخاط روده به وسیله آسپیرین و ضدالتهابهای غیراستروئیدی
- ۲) رشد قارچ در طی و بعد از استفاده سیستمیک از آنتی بیوتیک

تظاهرات دهانی

- ۱) نادر است ولی انملال مینا به دنبال پس زدن پایدار اسید معده
- ۲) رشد قارچی
- ۳) بندرت مشاهده کمبود ویتامین B (glosso pyrosis) در استفاده از امپرازول

پیشگیری از مشکلات

- ۱) اجتناب از آسپیرین و ضدالتهابهای غیراستروئیدی
- ۲) اجتناب از کورتیکواستروئیدها
- ۳) بررسی مفره دهان برای نشانه های رشد قارچی

اصلاحات طرح درمان

کاهش عوامل استرس زا

بیماری التهابی روده

مشکلات بالقوه مربوط به اعمال دندانپزشکی

در بیماران تمت درمان با استروئید استرس، ممکن است منجر به مشکلات جدی پزشکی شود.

تظاهرات دهانی

- ۱) ضایعات آفتی و Cobblestone (قلوه سنگی)
- ۲) پیواستوماتیت و ژتان

پیشگیری از مشکلات

- ۱) کورتیکواستروئیدهای اضافی ممکن است برای اعمال جراحی موردنیاز باشد
- ۲) شمارش کامل گلبولهای خون برای بررسی اثرات توکسیک هماتولوژی داروها لازم است.

اصلاحات طرح درمان

برنامه ریزی ملاقاتها در طی فاز remission

کولیت با غشاء کاذب

مشکلات بالقوه مربوط به اعمال دندانپزشکی
(شد قارچ در طی درمان با آنتی بیوتیکها)

تظاهرات دهانی

(شد قارچ (نادر))

پیشگیری از مشکلات

- ۱) انتخاب آنتی بیوتیک مناسب و دوز آن
- ۲) امتیاط در استفاده طولانی آنتی بیوتیکها در افراد مسن و آنهایی که قبلاً مبتلا شده اند.

اصلاحات طرح درمان

برنامه ریزی ملاقاتها در طی فاز remission

بیماران HIV+ بدون علامت

مشکلات بالقوه مربوط به اعمال دندانپزشکی

- ۱) انتقال عوامل عفونی به پرسنل دندانپزشکی و بیماران شامل موارد زیر است:
 - الف) ویروس ایدز (HIV)
 - ب) ویروس هپاتیت B (HBV)
 - ج) ویروس هپاتیت C (HCV)
 - د) ویروس اپشتاین بار (EBV)
 - ر) سایتومگالو ویروس (CMV)
- ۲) تکنونی گزارشی از انتقال HIV به پرسنل دندانپزشکی در طی و اکسپوژنهای شغلی، نشده است و بیمار ممکن است توسط دندانپزشک مبتلا به HIV عفونی شده باشد. بنابراین ریسک انتقال HIV در پروسه های دندانپزشکی پایین است ولی پتانسیل آن وجود دارد.
- ۳) ناقلین می توانند ویروس هپاتیت B و ویروس هپاتیت C را منتقل کنند.

تظاهرات دهانی

در مراحل اولیه وجود ندارد. ولی شیوع برفی ضایعات دهانی خاص همراه با ایدز در مقایسه با افراد غیرمبتلا افزایش می یابد که از آن جمله، کاندیدیازیس می باشد.

پیشگیری از مشکلات

- ۱) شناسایی بیماران مشکل است، سوالات مصاحبه باید رفتارهای بی بندوبار جنسی را مشخص کنند. روشهای کنترل بیماریهای عفونی باید برای تمام بیماران به کار گرفته شود.
- ۲) دقت زیاد به منظور جلوگیری از ایجاد زخم با سوزن و وسایل
- ۳) همۀ پرسنل دندانپزشکی باید برای محافظت از عفونت HBV واکسینه شوند.
- ۴) همۀ بیماران بدون علامت HIV مثبت ممکن است به ایدز مبتلا شوند، بنابراین ممکن است ۱۵ سال تا تشخیص ایدز طول بکشد.
- ۵) در بیماران آلوده به HIV باید شمارش CD₄ (رزیابی شود).

اصلاحات طرح درمان

نیاز ندارد.

افراد آلوده به HIV و بدون علامت (شمارش لنفوسیت‌های CD₄ کمتر از ۵۰۰ و بالاتر از ۲۰۰)

مشکلات بالقوه مربوط به اعمال دندانپزشکی

- ۱) انتقال عوامل عفونی به پرسنل دندانپزشکی و بیماران شامل موارد زیر است:
 - الف) HIV
 - ب) HBV
 - ج) HCV
 - د) EBV
 - ر) CMV
- ۲) تا به امروز جز احتمال انتقال به وسیله یک دندانپزشک در فلوریدا، انتقال HIV به بیماران در طی پروسه‌های دندانپزشکی گزارش نشده است. هیچ پرسنل دندانپزشکی در طی اعمال درمانی به HIV مبتلا نشده است، اگرچه انتقال HIV و HCV در موارد زیادی گزارش شده است.
- ۳) بیماران با کاهش لنفوسیت CD₄ ممکن است سرکوب عمده سیستم ایمنی داشته باشند و در ریسک افزایش یافته عفونت باشند.
- ۴) بیماران با کاهش CD₄ ممکن است ترومبوسیتوپنیک باشند و گرایش به فونریزی داشته باشند.

تظاهرات دهانی

- ۱) کاندیدیازیس دهانی
- ۲) لکوپلایکیای مویی
- ۳) لنفادنوپاتی پایدار
- ۴) به غیر از سارکوم کاپوزی و لنفوم غیر هوپکین، سایر ضایعاتی که تمت عنوان ایدز نامبرده شده اند می تواند با افزایش متناوب مشاهده شود.

پیشگیری از مشکلات

- ۱) استفاده از روشهای کنترل عفونت برای همه بیماران
- ۲) واکسینه کردن پرسنل دندانپزشکی برای محافظت از عفونت ویروس هپاتیت B
- ۳) تشفیص و مشفص کردن بیماران به وسیله وجود علایم و نشانه های همراه با کاهش لنفوسیت CD_4 و ارجاع برای معاینه پزشکی، مشورت و کنترل
- ۴) ارزیابی وضعیت پلاکتی و ایمنی بیماران با کاهش لنفوسیت CD_4 ، قبل از انجام اعمال تهاجمی دندانپزشک
- ۵) آگاه کردن بیمار از گروههای حمایت کننده موجود در زمینه های آموزشی، عاطفی، مالی، حقوقی و سایر موارد جهت کمک به وی.

اصولات طرح درمان

نیاز ندارد.

ایدز (شمار لنفوسیت های CD_4 کمتر از ۲۰۰)

مشکلات بالقوه مربوط به اعمال دندانپزشکی

- ۱) انتقال عوامل عفونی به پرسنل دندانپزشکی و بیماران
 - الف) HIV
 - ب) ویروس هپاتیت B
 - ج) HCV
 - د) EBV
 - ر) CMV
- ۲) تا به امروز، انتقال HIV به بیماران در طی پروسه های دندانپزشکی گزارش نشده است (به جز احتمال ۶ ابتلاء که توسط یک دندانپزشک در فلوریدا صورت گرفته است). هیچکدام از پرسنل

دندانپزشکی توسط اعمال درمانی دندانپزشکی مبتلاء نشده اند، اگرچه HBV و HCV به بیماران یا پرسنل دندانپزشکی در مواردی منتقل شده اند.

۳) بیماران با سرکوب عمده سیستم ایمنی می توانند در ریسک عفونت برای اعمال invasive دندانپزشکی باشند.

۴) بیماران ممکن است به علت ترومبوسیتوپنی، فونریزی نشان دهند.

تظاهرات دهانی

- ۱) سارکوم کاپوزی
- ۲) لنفوم غیرهوپکین
- ۳) کاندیدیازیس دهانی
- ۴) لنفادنوپاتی
- ۵) لکوپلاکیای مویی
- ۶) فشکی دهان
- ۷) افزایش حجم غدد بزاقی
- ۸) زگیلهای تناسلی
- ۹) اریتمای قطعی لثه و ژنژویت
- ۱۰) پریودنتیت نکروران زخمی (NUP)
- ۱۱) استوماتیت نکروران
- ۱۲) هرپس زوستر
- ۱۳) ضایعات اولیه یا عود کننده هرپس
- ۱۴) ضایعات آفتی ماژور
- ۱۵) ضایعات آفتی هرپتی فرم
- ۱۶) پتشی و اکیموز
- ۱۷) و غیره

پیشگیری از مشکلات

- ۱) استفاده از روشهای کنترل عفونت برای همه بیماران
- ۲) واکسینه کردن پرسنل دندانپزشکی برای محافظت از HBV
- ۳) به وسیله تاریخچه پزشکی و یافته های بالینی تعیین موارد تشفیص داده نشده و ارجاع به پزشک برای ارزیابی پزشکی، مشورت و درمان
- ۴) دادن آنتی بیوتیک پروفیلاکسی برای جراحی یا اعمال دندانپزشکی invasive در بیماران با سرکوب سیستم ایمنی که شمارش نوتروفیل آنها کمتر از 500cu/m می باشد.

۵) شمارش پلاکتها و BT قبل از درمانهای جراحی درفواست شود، اگر ترومبوسیتوپنی قابل ملاحظه موجود است، جایگزینی پلاکتها ممکن است نیاز شود.

اصلاحات طرح درمان

- ۱) در فاز remission لازم نیست، اگرچه درمانهای restorative پیچیده به علت پروگنوز ضعیف معمولاً پیشنهاد نمی شود (مرگ معمولاً ظرف ۲ سال بعد از تشخیص اتفاق می افتد)
- ۲) بیمارانی که در مراحل پیشرفته بیماری هستند باید درمانهای فوری و پیشگیری کننده را دریافت کنند. درمانهای انتقابی معمولاً در این مرحله پیشنهاد نمی شود.

دیابت قندی

مشکلات بالقوه مربوط به اعمال دندانپزشکی

- ۱) در بیماران دیابتیک کنترل نشده:
 - الف) عفونت
 - ب) ترمیم ضعیف زخم
- ۲) واکنش به انسولین در بیماران درمان شونده با انسولین
- ۳) شروع زودرس عوارض در سیستم قلبی عروقی، چشمها، کلیه ها و سیستم عصبی در بیماران دیابتی (آنژین، انفارکتوس میوکارد، حوادث عروقی (CVA)، نارسایی کلیه، کوری ناشی از نوروپاتی ممیعی، فنثار فون، نارسایی امتقانی قلب)

تظاهرات دهانی

- ۱) بیماریهای پریدنتال پیشرونده
- ۲) افزایش مجع بافت لثه
- ۳) آبسه های پریدنتال
- ۴) گزروستومیا (فتکی دهان)
- ۵) ترمیم ضعیف
- ۶) عفونت
- ۷) زخمهای دهانی
- ۸) کاندیدیازیس
- ۹) موکورمایکوزیس
- ۱۰) بی مسی، سوزش، درد در مخاط دهان

پیشگیری از مشکلات

۱) با روشهای زیر می توان تشخیص داد:

الف) تاریخچه

ب) یافته های بالینی

ج) غربالگری سطح قند خون

۲) ارجاع برای تشخیص و درمان

۳) ارزیابی و کنترل بالا بودن قند خون

۴) بیمارانی که انسولین دریافت می کنند

از واکنش به انسولین با اقدامات زیر جلوگیری می شود:

الف) خوردن غذاهای عادی قبل از وقت ملاقات

ب) زمان ملاقات این بیماران را در صبح قرار دهید

ج) اطلاع داشتن دندانپزشک از علائم مشکوک واکنش انسولین هنگامی که اولین علائم ظاهر می شود.

د) در دسترس بودن موادقندی برای مقابله با شوک انسولین

۵) بیماران دیابتی که با انسولین درمان می شوند و دچار عفونت دهانی شده اند نیازمند افزایش

دوز انسولین می باشند و مشورت با پزشک علاوه بر درمان موضعی و سیستمیک عفونت به

صورت تهاجمی، لازم است.

۶) ملاحظات دارویی شامل:

الف) انسولین- واکنش انسولین

ب) داروهای هیپوگلیسمیک در موارد نادر آنمی آپلاستیک می دهد.

ج) اجتناب از بیهوشی عمومی در موارد دیابت شدید.

اصلاحات طرح درمان

در بیمار دیابتی فوب کنترل شده، هیچ تغییری در برنامه درمان نیاز نیست مگر عوارض دیابت ایجاد

شده باشد:

الف) فشار خون

ب) نارسایی امتقانی قلب

ج) انفارکتوس میوکارد

د) درد قفسه سینه

ر) نارسایی کلیه

تعویق درمان پروتزی تا کنترل کامل بیماری پرئودنتال

نارسایی آدرنال

مشکلات بالقوه مربوط به اعمال دندانپزشکی

- ۱) عدم توانایی تحمل استرس
- ۲) تأخیر در ترمیم
- ۳) مساسیت به عفونت
- ۴) افزایش فشار خون در اثر استفاده از استروئید

تظاهرات دهانی

- ۱) پیگماتتاسیون غشای مخاطی دهان
- ۲) تأخیر در ترمیم
- ۳) مساسیت به عفونت

پیشگیری از مشکلات

- ۱) برای اعمال معمول دندانپزشکی بجز کشیدن دندان:
الف) بیمار استروئید خود را به صورت معمولی دریافت می کند و دوز اضافی نیاز نیست. مطمئن شوید که بیمار بی مسی موضعی فوب و کنترل درد پس از عمل مناسبی دریافت کرده است.
ب) بیماران با سابقه قبلی استفاده منظم از کورتیکو استروئید: عموماً نیاز به اعمال خاص ندارند.
ج) بیمارانی که کورتیکواستروئید موضعی یا استنشاقی مصرف می کنند: عموماً نیازی به رژیم اضافی ندارند.
- ۲) برای کشیدن یا سایر جراحیها و روشهای سریعتر در بیماران با اضطراب شدید، همراه با بی مسی کننده های موضعی موارد زیر گنجانده می شود:
الف) ۲۵ mg هیدروکورتیزون در هر روز برای جراحیهای کوچک دهانی و پریودنتال
ب) ۵۰-۱۰۰ mg هیدروکورتیزون در هر روز برای جراحیهای بزرگ یا اعمالی که نیاز به بی هوشی عمومی دارند.

اصلاحات طرح درمان

نیاز ندارد.

هایپر تیروئیدیسم (تیروتوکسیکوز)

مشکلات بالقوه مربوط به اعمال دندانپزشکی

- ۱) بمران تیروتوکسیکوز (طوفان تیروئیدی) در بیماران تیروئیدی درمان نشده یا با درمان ناقص، ممکن است در اثر عوامل زیر رخ دهنده عفونت، تروما، جراحی، استرس
- ۲) بیماران درمان نشده یا با درمان ناقص ممکن است نسبت به عمل اپی نفرین و سایر آمینهای تنگ کننده های عروق مساس باشند بنابراین این داروها نباید استفاده شود. در بیمارانی که توسط درمانهای پزشکی به فوبی کنترل شده اند می توان از این عوامل استفاده کرد.
- ۳) تیروتوکسیکوز، فطر فشار خون، آنژین، MI، نارسایی امتقانی قلب و آریتمی شدید را افزایش می دهد.

تظاهرات دهانی

- ۱) استئوپروز ممکن است رخ دهد.
- ۲) بیماریهای پریودنتال ممکن است پیشرونده باشد.
- ۳) پوسیدگیهای دندان و وسیعترند.
- ۴) از دست دادن زودرس دندانهای شیری و رویش بیش از موعد دندانهای دائمی
- ۵) شکل گیری و تکامل زودرس فکین
- ۶) تومورهایی که در فط میانی سطح پیشتی زبان کشف می شوند تا قبل از رد احتمال بافت تیروئید فعال توسط آزمایش (تست جذب ید ۱۳۱) نباید به روش جراحی برداشته شوند.

پیشگیری از مشکلات

- ۱) تشخیص بیماران مبتلا به تیروتوکسیکوز به وسیله تاریخچه و یافته های بالینی
 - ۲) ارجاع برای ارزیابی پزشکی و درمان
 - ۳) اجتناب از هر گونه درمان دندانپزشکی در بیماران تیروتوکسیکوز تا زمانی که کاملاً تحت کنترل پزشکی در آیند، با این وجود در موارد عفونتهای ماد دهانی می بایست درمان به صورت آنتی بیوتیک تراپی و سایر روشهای محافظه کارانه برای جلوگیری از بمران تیروتوکسیکوز انجام شده و جهت درمان عفونتهای ماد دهان با پزشک بیمار مشورت شود.
 - ۴) اجتناب از اپی نفرین و سایر آمینهای وازودپرسور در بیماران درمان نشده یا با درمان ناقص
 - ۵) تشخیص مرامل اولیه بمران تیروتوکسیکوز
- الف) علائم شدید تیروتوکسیکوز
ب) تب

- ج) دردهای شکمی
- د) تهوع و علائم روانی
- ۶) انجام درمانهای اورژانس ضروری:
- الف) فراهم کردن کمکهای اولیه
- ب) موله فنک و سرد به همراه پکهای یخ
- ج) هیدروکورتیزون (100-300mg)
- د) پیگیری علائم میاتی
- هـ) در صورت نیاز، شروع CPR

اصلاحات طرح درمان

- ۱) بیمارانی که بخوبی تمت درمان پزشکی هستند می توانند درمانهای انتفاپی را دریافت کنند.
- ۲) در صورت بروز عفونت ماد باید با پزشک مشورت شود.

هایپوتیروئیدیسم

مشکلات بالقوه مربوط به اعمال دندانپزشکی

- ۱) بیماران درمان نشده مبتلا به هایپوتیروئیدیسم شدید که با موقیتهای پر استرس مثل تروما، اعمال جراحی یا عونت مواجه می شوند، ممکن است دچار کوماى هایپوتیروئیدی (میکزودم) شوند.
- ۲) بیماران درمان نشده ممکن است نسبت به نازکوتیکها، باربیتوراتها و آرامبخشها مساسیت شدید داشته باشند.
- ۳) ممکن است در برفی موارد همراه با تیروئیدیتها شیموتو، دیابت نوع I و سندرم شوگرن وجود داشته باشند.

تظاهرات دهانی

- ۱) افزایش اندازه زبان
- ۲) تأخیر در رویش دندانها
- ۳) مال اکلوزن
- ۴) ادم لثه

پیشگیری از مشکلات

- ۱) شناسایی و ارجاع بیماران مشکوک به هیپوتیروئیدی جهت ارزیابی و درمان پزشکی
- ۲) خودداری از مصرف داروهای نارکوتیک، باربیتوراتها و آرامبخشها در موارد درمان نشده
- ۳) شناسایی مراحم اولیه کوماهی هیپوتیروئیدی (میکزودم)
 - الف) کاهش درجه حرارت
 - ب) برادی کاردی
 - ج) کاهش فشار خون
 - د) تشنج
- ۴) درمان فوری کوماهی میکزودم
 - الف) درخواست کمک پزشکی
 - ب) هیدروکورتیزون ۱۰۰-۳۰۰ mg
 - ج) شروع CPR در صورت نیاز

اصولات طرح درمان

- ۱) در بیماران هیپوتیروئیدی که به لحاظ پزشکی به خوبی کنترل شده اند درمانهای مورد نیاز دندانپزشکی را می توان انجام داد.
- ۲) در بیماران با بیماری مادرزادی و عقب ماندگی ذهنی شدید ممکن است برای انجام اعمال بهداشتی به کمک نیاز داشته باشند.

بارداری و شیردهی

مشکلات بالقوه مربوط به اعمال دندانپزشکی

- ۱) اعمال دندانپزشکی که ممکن است برای جنین خطرناک باشد:
 - الف) اشعه
 - ب) داروها
 - ج) استرس
- ۲) هیپوتانسیون در وضعیت سوپاین در اواخر حاملگی
- ۳) تغذیه و رژیم غذایی بد می تواند روی سلامت دهان اثر بگذارد.
- ۴) انتقال داروها به نوزاد از طریق شیر مادر

تظاهرات دهانی

- ۱) تشدید بیماریهای پریودنتال، ژنژیویت حاملگی
- ۲) تومور حاملگی
- ۳) لقی دندانها

پیشگیری از مشکلات

- ۱) زنان در سن باروری:
 - الف) استفاده از تکنیکهای رادیوگرافی جدید شامل استفاده از پیش بند سربی هنگام تهیه رادیوگرافی
 - ب) عدم تجویز داروهای مضر برای جنین یا داروهایی که هنوز اثرات آن ناشناخته است
 - ج) تشویق بیماران برای داشتن رژیم غذایی متعادل
 - ۲) زنان باردار:
 - الف) تماس با پزشک بیمار جهت اطلاع از وضعیت فیزیکی بیمار، روشهای کنترل بیمار، سؤال درباره ملاحظات درمانی خصوصاً تجویز داروها
 - ب) نگهداشتن بهداشت دهان در سطح عالی با انجام پروفیلاکسی
 - ج) کاهش لود میکربی دهان (استفاده از کلرهگزیدین یا فلوراید)
 - د) فودداری از انجام درمانهای انتخابی در سه ماهه اول، سه ماهه دوم و قسمت زیادی از سه ماهه سوم بهترین زمان برای درمانهای انتخابی است.
 - ر) عدم تهیه رادیوگرافی در سه ماهه اول مگر زمانی که برای درمان ضروری است و همیشه باید از پیش بند سربی استفاده کرد.
 - ز) فودداری از تجویز داروهای مضر برای جنین یا داروهایی که اثر آنها ناشناخته است.
 - س) در مراحل آفر حاملگی (سه ماهه سوم) از قرار دادن بیمار در وضعیت سوپاین به مدت طولانی بپرهیزید، از آسپرین و NSAIDs فودداری کنید.
 - ۳) مادران شیرده:
 - الف) بیشتر داروها اثرات فارماکولوژیک کمی در شیر دارند.
 - ب) عدم تجویز داروهای مضر
 - ج) تجویز داروها بعد از تغذیه نوزادان (شیردادن)

اصلاحات طرح درمان

نیاز نمی باشد ولی انجام اعمال دندانپزشکی گسترده و جراحیهای مهم بهتر است به بعد از زایمان موکول شود.

آنافیلاکسی

مشکلات بالقوه مربوط به اعمال دندانپزشکی واکنش شدید به دنبال تجویز عواملی که بیمار به آنها حساسیت دارد:

الف) داروها

ب) بی حس کننده های موضعی

ج) دستکشهای لاتکس و سایر مواد لاستیکی در (ابردم و گوتاپرکا

تظاهرات دهانی : معمولاً وجود ندارد.

پیشگیری از مشکلات

- ۱) گرفتن تاریخچه دقیق و شناسایی بیمار(انیکه به مواد استفاده شونده در دندانپزشکی حساس هستند و کسانیکه سابقه واکنش اتوپیک دارند (آسم، تب یونجه، فارش، ادم انژیونوروتیک)
- ۲) عدم استفاده از عواملی که حساسیت به آنها شناخته شده است.
- ۳) در بیماران با تاریخچه ای از واکنشهای اتوپیک، موقع تجویز داروها یا مواد با شیوع حساسیت بالا مثل پنی سیلین باید مراقب بوده و به دنبال واکنش آلرژیک شدید اقدامات زیر لازم است:

الف) شناسایی واکنش آنافیلاکسی

ب) درفواست کمک پزشکی

ج) قراردادن بیمار در وضعیت سوپاین

د) باز بودن راه هوایی

ر) تجویز اکسیژن

ز) چک کردن علائم میاتی- تنفس، فشار خون، سرعت و ریتم نبض

س) اگر علائم میاتی کم باشد یا وجود نداشته باشد. تزریق ۰/۵-۰/۳ میلی لیتر از اپی نفرین

۱:۱۰۰۰ به صورت IM داخل زبان

ص) CPR در صورت لزوم

ط) اگر بیمار پاسخ نداد تزریق مجدد اپی نفرین

۴) وقتی برای بیمار دارو تجویز می گردد، باید به بیمار در باره علائم و نشانه های واکنش آلرژیک

آگاهی داده شود و توصیه شود در صورت بروز علائم به دندانپزشک اطلاع دهد یا به نزدیکترین

بیمارستان مراجعه کند.

اصلاحات طرح درمان

معمولاً نیاز ندارد.

ادم آنژیونوروتیک

مشکلات بالقوه مربوط به اعمال دندانپزشکی

- ۱) غیر اورژانس: تورم ادماتوز لبها، گونه و غیره بعد از تماس با Ag
- ۲) اورژانس: تورم ادماتوز زبان، فارنکس و لارنکس با انسداد راه هوایی

تظاهرات دهانی

تورم بافت نرم

پیشگیری از مشکلات

- ۱) شناسایی بیماران دارای آلرژی از طریق تاریخچه یا موادی که باعث واکنش آلرژی می گردد.
 - ۲) خودداری از استفاده آنتی ژن در افراد مساس
 - ۳) اگر بیمار به دنبال داروها و موادی که معمولاً مساسیت ندارد، واکنش آلرژیک نشان دهد موارد زیر باید انجام گردد:
 - الف) در موارد غیر اورژانس: تجویز ۵۰ mg دیفن هیدرامین ۴ بار در روز به صورت فوراکی یا IM و عدم تماس مجدد با ماده
 - ب) واکنش اورژانس: قراردادن بیمار در وضعیت سوپاین، باز کردن راه هوایی، اکسیژن، تزریق ۰/۳-۰/۵ ml اپی نفرین ۱:۱۰۰۰ به صورت IM، در صورت ضرورت، حمایت تنفسی، چک کردن نبض، فراهم کردن کمک پزشکی
 - ۴) قبل از تجویز بی مسی موضعی به موارد زیر توجه کنید:
 - الف) بدست آوردن اطلاعات درباره و شروع آلرژی با بی مسی موضعی (بیشتر بیماران که می گویند آلرژی دارند در واقع دچار غش یا واکنش سمی شده اند).
 - ب) اگر بیمار آلرژی دار، نوع دارو را مشخص کنید و دارویی را انتخاب کنید که در گروه شیمیایی متفاوت باشد.
 - ۱) تزریق ۱ قطره (ابتدا اسپیراسیون انجام شود) از ماده بی مسی انتخاب شده و ۵ دقیقه صبر کنید در صورت عدم بروز واکنش آلرژی بقیه ماده را تجویز نمایید.
 - ۲) اگر بیمار نمی تواند مشخص کند که نسبت به کدام ماده مساس است:
 - الف) ارجاع بیمار به آلژیست برای dose testing
 - ب) استفاده از دیفن هیدرامین همراه با اپی نفرین ۱:۱۰۰۰ به عنوان بی مس کننده موضعی (مملول ۱٪ - ۴ ml - ۱)
 - ۵) آلرژی به پنی سیلین:
- الف) تجویز اریترومایسین یا سایر آنتی بیوتیکهای ماکرواید

ب) در افراد غیرمساس، در صورت امکان از راه فوراکی تجویز شود که پایین ترین شیوع مساسیت آن در وجود دارد.
ج) عدم استفاده از فرم موضعی آن

اصلاحات طرح درمان

۱) اجتناب از دارو یا موادی که بیمار نسبت به آنها مساس است.
۲) در موارد نادری که بیمار به بسیاری از مواد بی مس کننده مساس است، دیفن هیدرامین (بنادریل) به عنوان بی مس کننده موضعی استفاده شود یا بیمار به آلرژیکست جهت dose testing ارجاع داده شود.

مشکلات فونریزی دهنده که توسط معاینه و تاریخچه مشخص می شود اما علت زمینه ای ندارد

مشکلات بالقوه مربوط به اعمال دندانپزشکی
از دست رفتن فون زیاد به دنبال روشهای جراحی، Scaling و غیره

تظاهرات دهانی

فونریزی شدید بعد از اعمال دندانپزشکی

پیشگیری از مشکلات

۱) غربالگری بیماران به روش زیر (اگر در یک یا چند مورد غیرطبیعی باشند، باید جهت تشخیص و درمان ارجاع داده شوند)

الف) PT

ب) Activated PTT

ج) Thrombine time

د) Platelet count

ر) BT

۲) فودداری از تجویز آسپرین و سایر داروهای وابسته

اصلاحات طرح درمان

نیاز ندارد مگر اینکه آزمایشات غیرطبیعی باشد که باید برای تشخیص مشکل زمینه ای به پزشک ارجاع داده شده و براساس نوع مشکل تدابیر لازمه صورت گیرد.

ترومبوسیتوپنی (اولیه یا ثانویه) به علل شیمی درمانی، پرتودرمانی یا لوسمی

مشکلات بالقوه مربوط به اعمال دندانپزشکی

- ۱) فونریزی طولانی
- ۲) عفونت در بیماران با جایگزینی مغز استخوان یا تفریب مغز استخوان
- ۳) در بیمارانی که با استروئید درمان می شوند، بدنبال استرس، اورژانسه‌های جدی پزشکی پیش می‌آید.

تظاهرات دهانی

- ۱) فونریزی فودبفود
- ۲) فونریزی طولانی به دنبال اعمال دندانپزشکی خاص
- ۳) پتشی
- ۴) اکیموز
- ۵) هماتوم

پیشگیری از مشکلات

- ۱) شناسایی بیمار از طریق:
 - الف) تاریخچه
 - ب) یافته های آزمایشگاهی
 - ج) تستهای PT و BT screening
- ۲) ارجاع و مشورت با هماتولوژیست
- ۳) تصمیم مشکل زمینه ای یا درمانهای جایگزینی قبل از جراحی
- ۴) کنترل موضعی فونریزی- اسپلینت، ژل فوم و ترومبین
- ۵) آنتی بیوتیکهای پروفیلاکسی در جراحیها جهت جلوگیری از عفونت بعد از جراحی
- ۶) استروئید اضافی برای بیمارانی که با استروئید درمان می شود (به مبحث نارسایی آدرنال مراجعه کنید)
- ۷) آسپیرین، مواد حاوی آسپیرین و داروهای NSAID نباید استفاده شود. استامینوفن (Tylenl) با یا بدون کدئین قابل استفاده است.

اصلاحات طرح درمان

عدم درمانهای دندانپزشکی تا زمانیکه پلاکتها جایگزین نشده اند و یا مشکل زمینه ای بیمار حل نشده است.

بسیاری از بچه های مبتلا به ترومبوسیتوپنی اولیه به استروئید برای انجام درمانهای جراحی نیاز دارند.

تغییرات دیواره عروق (اسکوروی، عفونت، مواد شیمیایی، آلرژیک، اتوایمیون و غیره)

مشکلات بالقوه مربوط به اعمال دندانپزشکی
فونریزی طولانی به دنبال اعمال جراحی یا هر عامل که پیوستگی مفاص دهان را از بین ببرد.

تظاهرات دهانی

- ۱) فونریزی زیاد به دنبال scaling و اعمال جراحی
- ۲) پتشی
- ۳) اکیموز
- ۴) هماتوم

پیشگیری از مشکلات

- ۱) شناسایی بیماران از طریق:
 - الف) تاریخچه
 - ب) یافته های بالینی
 - ج) تست BT screening
- ۲) مشورت با هماتولوژیست
- ۳) کنترل موضعی فونریزی
- ۴) جلوگیری از اتیولوژی آلرژی و شناسایی آنتی ژن
- ۵) اسپلینت، ژل فوم، oxycel، ترومبین سرژیکال

اصلاحات طرح درمان

تا زمانیکه مشکلات زمینه ای تصحیح نشده یا بیمار توسط هماتولوژیست برای جراحی آماده نشده است نباید اعمال جراحی انجام شود و دندانپزشک باید از طریق موضعی فونریزی را کنترل کند (مبمٹ هموفیلی را ببینید).

افتلالات انعقادی مادرزادی (هموفیلی)

مشکلات بالقوه مربوط به اعمال دندانپزشکی
فونریزی زیاد به دنبال اعمال دندانپزشکی

تظاهرات دهانی

- ۱) فونریزی خودبخود
- ۲) فونریزی طولانی به دنبال اعمالی که بافت نرم یا استفوان را آسیب می رساند.
- ۳) هماتوم
- ۴) ضایعات دهانی مرتبط با HIV در بیمارانی که فرآورده های جایگزینی آلوده دریافت کرده (بیشتر قبل از سال ۱۹۸۶)

پیشگیری از مشکلات

- ۱) شناسایی بیمار از طریق:
 - الف) تاریخچه - مشکلات فونریزی، فونریزی شدید به دنبال جراحی یا تروما
 - ب) یافته های بالینی:
 - ۱) اکیموز (۲) هماتروز (۳) هماتوم منتشر
 - ۲) تستهای TT, BT, Activated PTT, PT- screening
 - ۳) مشورت و ارجاع بیمار برای تشخیص و درمان و آماده کردن بیمار قبل از اعمال دندانپزشکی
 - ۴) روشهای جایگزینی شامل:
 - الف) cryoprecipitate
 - ب) FFP
 - ج) فاکتور VIII تخلیظ شده
 - ۱) Heat- Treated concentrate
 - ۲) Purified factor VIII
 - ۳) Recombinant factor VIII
 - ۴) در کمبود ففیف تا متوسط فاکتور VIII استفاده از:
 - الف) desamino-8 - D- arginine vasopressin
 - ب) Epsilon- aminocaproic acid
 - ج) Tranexamic acid (cyklokapron)
 - د) در برفی موارد جایگزینی فاکتور VIII

- ۵) در کمبود شدید فاکتور VIII
- الف) استفاده مواد گفته شده در شماره ۴
- ب) دوزهای بالای فاکتور VIII
- ۶) ثابت نگهداشتن سطح مهارکننده ها شامل:
- الف) استفاده از مواد گفته شده در شماره ۴
- ب) دوزهای بالای فاکتور VIII
- ۷) تمریک کردن مهارکننده ها از طریق:
- الف) عدم انجام جراحیهای انتفابی
- ب) مواد گفته شده در شماره ۴
- ج) دوزهای بالای فاکتور VIII تخلیظ شده خوراکی
- د) کمپلکس پروترومبین تخلیظ شده فعال
- ر) پلاسما فورزیس
- ز) فاکتور VII A
- س) استروئیدها
- ۸) درمان بیماران سرپایی بر مبنای نتایج مشاوره (کمبود خفیف تا متوسط، بدون وجود مهارکننده ها)
- ۹) کنترل موضعی فونریزی- اسپلینت، ترومبین، کلاژن میکروفیبریلار و غیره
- ۱۰) خودداری از آسپیرین- داروهای حاوی آسپیرین و NSAIDs

اصلاحات طرح درمان

تا زمانیکه بیمار بر مبنای مشورت با هماتولوژیست آماده نشده اعمال جراحی انجام نمی شود.

خودداری از تجویز آسپیرین و داروهای حاوی آسپیرین و NSAIDs، استفاده از استامینوفن یا بدون کدئین توصیه شده است.

بیماری وون، ویلبراند

مشکلات بالقوه مربوط به اعمال دندانپزشکی
فونریزی زیاد بعد از اعمال دندانپزشکی تهاجمی

تظاهرات دهانی

- (۱) فونریزی خودبخود
- (۲) فونریزی طولانی به دنبال اعمال دندانپزشکی که به بافت نرم یا سفت آسیب می رسد
- (۳) پتشی
- (۴) هماتوم

پیشگیری از مشکلات

- (۱) شناسایی بیمار از طریق:
 - الف) تاریخچه مشکلات فونریزی دهنده در فویشاوندان و فونریزی زیاد بعد از جراحی و تروما
 - ب) یافته های مین معاینه
 - ۱- پتشی، ۲- هماتوم
 - ج) تستهای BT: screening یا PFA- 100 طولانی و احتمالاً با بالا بودن PTT
 - ۲) مشاوره و ارجاع جهت تشخیص و درمان و آماده سازی بیمار قبل از اعمال دندانپزشکی.
 - ۳) نوع I و بسیاری از موارد نوع II به موارد زیر امتیاج دارد:
 - (۱) desamino – 8 – D- arginine vasopressin
 - (۲) اقدامات موضعی (شماره ۶ را ببینید)
 - (۴) نوع III و بعضی از موارد نوع II به موارد زیر نیاز دارد:
 - الف) cryoprecipitate
 - ب) FFP
 - ج) فاکتور VIII تغلیظ شده مخصوص
 - (۱) Humate- P
 - (۲) koate Hs
 - د) اقدامات موضعی (شماره ۶ را ببینید)
 - ۵) درمان بیمار(ان سرپایی بر مبنای نتایج مشاوره
 - ۶) اقدامات موضعی جهت کنترل فونریزی:
 - الف) اسپلینت
 - ب) ژل فوم

oxycel، سرژی سل

- ۷) عدم استفاده از آسپیرین، داروهای حاوی آسپیرین و NSAIDs
- ۸) استامینوفن با یا بدون کدئین و مهارکننده های اختصاصی Cox_2 (celecoxib- Rofecoxib) می‌تواند استفاده شود.

اصلاحات طرح درمان

عدم انجام اعمال تهاجمی تا زمانیکه بیمار بر مبنای توصیه های هماتولوژیست آماده نشده است.

افتلالات انعقادی اکتسابی (بیماری کبدی، آنتی بیوتیکهای وسیع الطیف، سندرم سوءمغذ، انسداد مجاری صفراوی، هپارین و غیره)

مشکلات بالقوه مربوط به اعمال دندانپزشکی

فونریزی طولانی به دنبال اعمال جراحی که باعث آسیب بافت نرم یا استفخوان می شود.

تظاهرات دهانی

- ۱) فونریزی زیاد
- ۲) فونریزی خودبخود
- ۳) پتشی
- ۴) هماتوم

پیشگیری از مشکلات

- ۱) شناسایی بیمار از طریق:
 - الف) تاریخچه
 - ب) بافته های مین معاینه
 - ج) تستهای PT screening طولانی، در بیماری کبدی اگر افزایش فعالیت طحال وجود داشته باشد BT بالا می رود.
 - ۲) مشاوره و ارجاع
 - ۳) آماده کردن بیمار قبل از اعمال دندانپزشکی شامل تزریق ویتامین K توسط پزشک
 - ۴) اقدامات موضعی برای جلوگیری از فونریزی
 - ۵) در بیماری کبد، عدم استفاده یا کاهش دوز داروهای که در کبد متابولیزه می شوند.
 - ۶) عدم استفاده از آسپیرین، داروهای حاوی آسپیرین و NSAIDs

اصلاحات طرح درمان

عدم انجام اعمال دندانپزشکی تا زمانیکه بیمار بر مبنای توصیه های هماتولوژیست آماده نشده است.

افتلال انعقاد به علت داروهای مایه کومارین

مشکلات بالقوه مربوط به اعمال دندانپزشکی
فونریزی طولانی متعاقب اعمال جراحی که به بافت نرم و استفوان آسیب می رساند.

تظاهرات دهانی

- ۱) فونریزی زیاد
- ۲) هماتوم
- ۳) پتشی
- ۴) در موارد نادر، فونریزی خودبخود

پیشگیری از مشکلات

- ۱) شناسایی بیماری که داروهای ضد انعقاد کومارینی می گیرد:
الف) تاریخچه
ب) تستهای PT- screening
۲) مشاوره در مورد سطح داروهای ضد انعقاد
الف) اگر PT تا ۲/۵ برابر یا کمتر باشد، اغلب اعمال جراحی می تواند انجام شود
ب) اگر INR (نسبت بین المللی نرمال) ۳/۵ برابر یا کمتر باشد اغلب اعمال جراحی می تواند انجام شود.
ج) کاهش دوز داروی ضد انعقاد در صورتیکه نسبت PT بیش از ۲/۵ برابر و INR بیش از ۳/۵ برابر باشد (برای پایین آمدن PT و INR به سطح مطلوب چند روز لازم است و قبل از جراحی جهت اطمینان تست جدید گرفته شود)
۳) کنترل موضعی برای جلوگیری از فونریزی پس از جراحی

اصلاحات طرح درمان

عدم انجام اعمال دندانپزشکی تا زمانیکه سطح آنتی کواگولانتها به میزان قابل انتظار برسد، درمانها باید ۲-۳ روز بعد از کاهش آنتی کواگولانت به تأخیر بیفتد.

درمان با هپارین با وزن مولکولی کم

Ardeparin, (lovenox) Enoxaparin, (Fraxiparin) nadroparin, (Fragmin)
dalteparin, (normiflo) (Clivarin) reviparin, (Innohep) tinzaparin

مشکلات بالقوه مربوط به اعمال دندانپزشکی

۱) استفاده در بیمارانی که مفاصل پروتز یا جایگزینی لگن داشته اند که پس از مرفصی از بیمارستان به مدت ۲ هفته باید دارو بگیرند.

۲) عوارض شامل:

الف) فونریزی بیش از حد

ب) آنمی

ج) تب

د) ترومبوسیتوپنی

ر) ادم ممیطی

تظاهرات دهانی

۱) فونریزی لثه

۲) پتشی

۳) اکیموز

۴) در موارد نادر، فونریزی پس از اعمال دندانپزشکی

پیشگیری از مشکلات

۱) تا قطع دارو، جراحیها به تعویق بیفتد

۲) قطع دارو توسط پزشک و انجام جراحی در روز بعد و پس از فراهم شدن هموستاز استفاده مجدد از دارو

۳) انجام جراحی و درمان فونریزیهای بیش از حد با کم عوامل موضعی (اگر فونریزی غیرقابل پیش بینی صورت گرفت)

اصلاحات طرح درمان

معمولاً نیاز ندارد.

درمان با داروهای ضدپلاکتی

آسپیرین همراه دی پیریدامول (Aggrenox)، آسپیرین، بروفن (Advil mortin)

مشکلات بالقوه مربوط به اعمال دندانپزشکی

- ۱) برای پیشگیری از بروز یا عود MI و سکته تجویز می شوند.
- ۲) عوارض شامل:
 - الف) فونریزی بیش از حد
 - ب) فونریزی از GI
 - ج) صدای غیرعادی در گوش
 - د) برونکواسپاسم

تظاهرات دهانی

- ۱) فونریزی لته
- ۲) پتشی
- ۳) اکیموز
- ۴) در موارد نادر فونریزی بیش از حد پس از اعمال دندانپزشکی

پیشگیری از مشکلات

اگر سایر عوارض وجود نداشته باشد، اعمال دندانپزشکی و جراحیها می تواند انجام شود. اگر BT زیر ۲۰ دقیقه باشد اکثر جراحیها می تواند انجام شود.

اصلاحات طرح درمان

معمولاً نیاز ندارد.

درمان با گیرنده های فیبرینوژن (مهار کننده های Gp Hb- HL

Ticlopidine, Clopidogrel

مشکلات بالقوه مربوط به اعمال دندانپزشکی

- ۱) تجویز برای پیشگیری از عود MI و سکته
- ۲) عوارض شامل:
 - الف) فونریزی بیش از حد
 - ب) فونریزی GI
 - ج) نوتروپنی
 - د) ترومبوسیتوپنی

تظاهرات دهانی

- ۱) خونریزی لثه
- ۲) پتشی
- ۳) اکیموز
- ۴) در موارد نادر خونریزی بیش از حد پس از اعمال دندانپزشکی

پیشگیری از مشکلات

اگر سایر عوارض وجود نداشته باشد، اعمال دندانپزشکی و جراحی می تواند انجام شود.

اصلاحات طرح درمان

معمولاً نیاز ندارد.

انعقاد داخلی عروقی منتشر (DIC)

مشکلات بالقوه مربوط به اعمال دندانپزشکی خونریزی طولانی پس از انجام اعمال دندانپزشکی تهاجمی، در فرم مزمن بیماری ترومبوز منتشر ممکن است اتفاق بیفتد.

تظاهرات دهانی

- ۱) خونریزی فودبفود لثه ای
- ۲) پتشی
- ۳) اکیموز
- ۴) خونریزیهای طولانی پس از انجام اعمال دندانپزشکی تهاجمی

پیشگیری از مشکلات

۱) شناسایی بیماران با روشهای زیر:
الف) تاریخچه: خونریزی بیش از حد پس از ترومای کوچک؛ خونریزی فودبفود از بینی، لثه، لوله گوارش یا مجاری ادراری؛ عفونتهای اخیر، سوفتگیها، شوک و اسیدوز. بیماری اتوایمیون؛ تاریخچه سرطان اغلب در ارتباط با فرم مزمن DIC است که در آن ترومبوز معمولاً بزرگترین مشکل است نسبت به خونریزی.

ب) یافته های معاینه کلینیکی شامل:

- ۱) پتشی
- ۲) اکیموز

۳) فونریزی فودیفمود لته، بینی، گوش و غیره

۴) یافته های لابراتواری شامل:

۱) DIC ماد: پروترومبین PT (افزایش یافته) و PTT (افزایش یافته) و زمان ترومبین (افزایش یافته) تعداد پلاکت (کاهش یافته)

۲) DIC مزمن: اکثر تستها نرمال است ولی فرآورده های ناشی از تجزیه فیبرین وجود دارند.

۲) ارجاع و مشاوره با پزشک در صورتیکه اعمال دندانپزشکی تهاجمی لازم است که شامل موارد زیر است:

الف) DIC ماد: کرایوپرسی پی تیت، fresh frozen plasma و پلاکت

ب) DIC مزمن: مواد ضد انعقاد مثل هپارین یا آنتاگونیست ویتامین K

۳) عدم کاربرد آسپیرین یا محصولات حاوی آسپیرین

۴) استفاده از موادکنترل کننده موضعی برای جلوگیری از فونریزی

۵) آنتی بیوتیک تراپی برای جلوگیری از عفونت پس از عمل

اصلاحات طرح درمان

بسته به علت DIC، درمان به روشهای زیر تخییر می یابد:

موارد DIC ماد: اعمال روتین دندانپزشکی تا بررسی پزشکی و رفع عامل انجام نمی شود.

موارد DIC مزمن: اعمال روتین دندانپزشکی تا بررسی پزشکی و رفع عامل تا حد امکان انجام نمی شود، اگر پروگنوز ضعیف باشد بر پایه عامل زمینه ای (سرطان پیشرفته)، مراقبتهای ممدود دندانپزشکی توصیه می شود.

افتلالات در ارتباط با آزادسازی فاکتورهای پلاکتی

مشکلات بالقوه مربوط به اعمال دندانپزشکی

فونریزی بیش از حد پس از انجام اعمال تهاجمی دندانپزشکی

تظاهرات دهانی

۱) فونریزی بیش از حد به دنبال جراحی

۲) پتشی، اکیموز و هماتوم در هنگامیکه پلاکت یا سایر افتلالات انعقادی وجود داشته باشد.

پیشگیری از مشکلات

۱) تشخیص بیماران با استفاده از موارد ذیل:

الف) تاریخچه- استفاده اخیر از آسپیرین، ایندومتاسین، فنیل بوتازون، بروفن یا سولفین پیرازون، مضمور افتلالات پلاکتی یا انعقادی دیگر.

- ب) معاینه - معمولاً منفی است مگر وجود علایم مرتبط با افتلالات انعقادی و پلاکتی دیگر
- ج) تستهای لابراتوری - BT (↑), PFA-100 (↑), PTT (↑)
- ۲) اکثر بیماران در صورت عدم وجود مشکلات انعقادی و پلاکتی دیگر با ملامظه داروهای ذکر شده فونریزی زیادی پس از جراحی ندارند.
- ۳) بیمار با BT و PTT افزایش یافته قبل از انجام هر عمل جراحی به پزشک مراجعه کند.
- ۴) جراحی انتقابی پس از ترک دارو و درمان سایر افتلالات انعقادی انجام می شود.

اصلاحات طرح درمان

معمولاً هیچ اصلاحاتی در طرح درمان برای بیمارانیکه افتلال انعقادی یا پلاکتی دیگری ندارند، توصیه نمی شود.

فیبری نوژنولیز اولیه

مشکلات بالقوه مربوط به اعمال دندانپزشکی
فونریزی بیش از حد پس از انجام اعمال تهاجمی دندانپزشکی

تظاهرات دهانی

- ۱) فونریزی طولانی به دنبال اعمال تهاجمی دندانپزشکی
- ۲) زردی مفاص
- ۳) اکیموز

پیشگیری از مشکلات

- ۱) تشفیص بیماران با استفاده از موارد ذیل:
 - الف) تاریخچه - بیماری کبدی، سرطان ریه، پروستات و ممله قلبی می تواند سبب آن باشد.
 - ب) معاینه و بررسی وجود یافته های زیر:
 - ۱) یرقان
 - ۲) Spider Angiomas (آنژیوم عنکبوتی)
 - ۳) اکیموز
 - ۴) هماتوم
 - ج) تستهای لابراتوری: شمارش پلاکت اغلب نرمال، PT (↑)، PTT (↑)، BT (نرمال) و TT (↑)

۲) مشاوره و ارجاع به پزشک برای انجام هر عمل تهاجمی. درمان با آمینوکاپروئیک اسید از عمل فعال کننده های پلاسمین و فود جلوگیری می کند.

اصلاحات طرح درمان

بیماران با سرطان پیشرفته باید اعمال پیشگیری یا اورژانسهای دندانپزشکی برایشان انجام شود. ترمیمهای پیشرفته توصیه نمی شود در سایر بیماران با انجام اقدامات جلوگیری کننده از فونریزی بیش از حد (درمان با آمینوکاپروئیک اسید)، می توان اکثر اعمال دندانپزشکی را انجام داد.

آئمی فقر آهن

مشکلات بالقوه مربوط به اعمال دندانپزشکی

۱) معمولاً ندارد

۲) در موارد نادر لکوپنی شدید و ترومبوسیتوپنی همراه با عفونت و افزایش از دست دادن خون دیده می شود.

تظاهرات دهانی

۱) پارستزی

۲) از بین رفتن پا پیلای زبان

۳) در موارد نادر عفونت و عوارض فونریزی

۴) دیسفاژی= افزایش بروز کارسینوم دهان و ملق (پلومر، وینسون سندره)

پیشگیری از مشکلات

۱) ارجاع و مشاوره برای تشفیص و درمان

۲) در زمان اکثراً به دلایل فیزیولوژیک (هاملگی و پرئود) است.

۳) در مردان اکثراً ثانویه به بیماری زمینه ای (زخم معده، سرطان کولون و غیره) است.

اصلاحات طرح درمان

معمولاً نیاز ندارد.

کمبود G₆PD

مشکلات بالقوه مربوط به اعمال دندانپزشکی
افزایش همولیز RBCها

تظاهرات دهانی
معمولاً ندارد.

پیشگیری از مشکلات

- (۱) کنترل عفونت
- (۲) اجتناب از داروهای حاوی آنتی بیوتیک، آسپیرین و استامینوفن
- (۳) آگاهی از افزایش مساسیت این افراد به داروهای سولفا، آسپیرین و کلرامفنیکل

اصلاحات طرح درمان

معمولاً نیازی نیست مگر در آنمی شدید، که فقط اعمال دندانپزشکی اورژانس انجام می شود.

آنمی پرنیسیوز

مشکلات بالقوه مربوط به اعمال دندانپزشکی

- (۱) عفونت
- (۲) خونریزی
- (۳) تأخیر در ترمیم

تظاهرات دهانی

- (۱) پارستزی بافت دهان (سوزش، بی حسی و گزگز)
- (۲) تأخیر در ترمیم (موارد شدید)، عفونت، زبان قرمز و cheilosis Angular
- (۳) پتشی ناشی از هموراژی

پیشگیری از مشکلات

تشخیص و درمان پزشکی (تشخیص زودرس و درمان که از آسیبهای نرولوژیک دائمی پیشگیری می کند).

اصلاحات طرح درمان

با مراقبتهای پزشکی معمولاً نیازی نیست.

آزمی سیکل سل

مشکلات بالقوه مربوط به اعمال دندانپزشکی

بمران بیماری

تظاهرات دهانی

- (۱) استئوپروز
- (۲) از بین بردن الگوی تراکولار
- (۳) رویش تأخیری دندانها
- (۴) هیپوپلازی دندان
- (۵) کم رنگی مفاص
- (۶) زردی مفاص دهان
- (۷) درد استخوانی

پیشگیری از مشکلات

- (۱) اجتناب از هر عملی که اسیدوز و هیپوکسی تولید نماید.
 - (۲) ملاحظه در مورد داروهای زیر:
 - الف) اجتناب در استفاده بیش از مد باربیتوراتها و نارتوتیکها چرا که سرکوب مرکز تنفسی که منجر به اسیدوز می گردد می تواند بمران ماد بوجود آورد.
 - ب) پیشگیری در استفاده بیش از مد سالیسیلاتها که ممکن است اسیدوز ایجاد نماید و مجدداً می تواند بمران ماد را به وجود آورد. کدئین و استامینوفن در دوز متوسط می تواند درد را کنترل کند.
 - ج) اجتناب در استفاده از بیهوشی عمومی چرا که می تواند منجر به هیپوکسی شود و بمران ماد رف دهد.
 - د) نیتروزاکساید می تواند استفاده شود در عین حال مکمل ۵۰٪ اکسیژن در تمام مدت توصیه می شود. برای پیشگیری از هیپوکسی منتشر در انتهای تجویز NO_2 برای اعمال غیرجراحی از بی مس کننده موضعی بدون تنگ کننده عروقی توصیه می شود و برای اعمال جراحی از اپی نفرین
- $\frac{1}{100000}$ در مخلول بی مس کننده استفاده شود. توجه شود به:
- (۱) آسپیره قبل از تزریق
 - (۲) تزریق آهسته
 - (۳) بیش از دو کارپول استفاده نشود

۳) پیشگیری از عفونت: در صورت وقوع عفونت باید به صورت تهاجمی درمان گردد:

الف) گرما

ب) I&D (انسیژن و درناژ)

ج) آنتی بیوتیک

د) درمان اصلاحی- کشیدن دندان، پالپوتومی و غیره

۴) پیشگیری از دهیدراته شدن در بیماران مبتلا به عفونت یا در درمانهای جراحی

اصلاحات طرح درمان

معمولاً نیازی نیست مگر علایم آنمی شدید که در آن مورد تنها اعمال اورژانس دندانپزشکی باید انجام شود.

آگرانولوسیتوز

مشکلات بالقوه مربوط به اعمال دندانپزشکی

عفونت

تظاهرات دهانی

۱) زخم دهانی

۲) پریودنتیت

۳) بافت نکروتیک

پیشگیری از مشکلات

۱) ارجاع برای تشخیص و درمان پزشکی

۲) ملاحظه دارویی- کلرامفنیکل به جهت ایجاد آگرانولوسیتوز برای عفونتهای دهانی نباید تجویز

شود.

اصلاحات طرح درمان

تنها اعمال اورژانس، در هنگامیکه تعداد سلولهای فونی کم است با کمک آنتی بیوتیک و درمانهای

حمایتی برای ضایعات دهانی، توصیه می شود.

نوکرپنی دوره ای

مشکلات بالقوه مربوط به اعمال دندانپزشکی
عفونت

تظاهرات دهانی

- ۱) بیمار پریودنتال
- ۲) عفونت دهانی
- ۳) زخم دهانی مشابه آفت

پیشگیری از مشکلات

- ۱) آنتی بیوتیک برای پیشگیری از عفونت
- ۲) شمارش WBC بصورت دوره ای برای تعیین اوج دوره تا زمانی که به حد نرمال می رسد.

اصلاحات طرح درمان

اگر WBC به شدت کم شده باشد آنتی بیوتیک برای جلوگیری از عفونت تجویز می گردد.

میلوهم مولتیپل

مشکلات بالقوه مربوط به اعمال دندانپزشکی

- ۱) افزایش فونریزی پس از اعمال تهاجمی دندانپزشکی
- ۲) افزایش فطر عفونت با کاهش ایمونوگلوبینهای نرمال
- ۳) فطر عفونت و فونریزی در بیماران که با (ادیاسیون و شیمی درمانی درمان می شوند.

تظاهرات دهانی

- ۱) تومورهای بافت نرم
- ۲) ضایعات استئولیتیک
- ۳) رسوب آمیلوئید در بافت نرم
- ۴) لقی بدون علت دندانها

پیشگیری از مشکلات

- ۱) بیماران با ضایعات بافت نرم و یا ضایعات استخوانی باید بیوپسی شوند و یا جهت تشخیص و درمان ارجاع شوند.

۲) تاریخچه پزشکی برای شناسایی بیماران و مشاوره جهت تعیین وضعیت (رجوع به صفحه شیمی درمانی و رادیاسیون و اقدامات پیشگیرانه، پزشکی و عوارض)

اصلاحات طرح درمان

- ۱) مراقبتهای حمایتی دندانپزشکی در مراحل آخر بیماری
- ۲) اگر پروگنوز عمومی ضعیف است اعمال پیچیده توصیه نمی شود
- ۳) اگر ترومبوسیتوپنی یا لکوپنی موجود باشد احتیاطات ویژه جهت جلوگیری از عفونت و فونریزی قبل از اعمال تهاجمی لازم است. (جایگزینی پلاکتها و آنتی بیوتیک)
- ۴) بیماران ممکن است بواسطه وجود ماکروگلوبولینهای غیر طبیعی ایمونوگلوبولین M که با فاکتورهای مؤثر در تشکیل لخته در هم آمیخته و آنها را غیرفعال می سازد، فونریزی نشان دهند.

لنفوم هوپکین، لنفوم غیرهوپکین و لنفوم بورکیت

مشکلات بالقوه مربوط به اعمال دندانپزشکی

- ۱) افزایش خطر عفونت
- ۲) خطر عفونت و فونریزی بیش از حد در بیماران تمت شیمی درمانی
- ۳) خطر کم استئونکروز در بیماران درمان شده با رادیاسیون نامیه سرگردن زیرا دوز اشعه به ندرت به بیش از ۶۰۰۰ CGY می رسد.
- ۴) زروستومیا در بیماران درمان شده با رادیاسیون سر و گردن
- ۵) لنفوم غیرهوپکین در بیماران مبتلا به AIDS؛ از اینرو خطر انتقال عفونت نیز می تواند یکی از مشکلات بالقوه باشد.

تظاهرات دهانی

- ۱) تومورهای Extranodal در ملقه والدایر یا بافت نرم استئوس
- ۲) زروستومیا در بیماران درمان شده با رادیاسیون و در برفی موارد استعداد استئورادیونکروز وجود دارد.
- ۳) علایم سوزش دهان یا زبان
- ۴) پتشی در صورت وجود ترومبوسیتوپنی به علت تهاجم تومور به مغز استخوان
- ۵) لنفادنوپاتی گردنی
- ۶) موکوزیت در بیماران درمان شده با رادیاسیون یا شیمی درمانی

پیشگیری از مشکلات

- ۱) بیماران با لنفادنوپاتی منتشر، اکسترانودال و ضایعات استخوانی نیاز به ارجاع و بررسی پزشکی دارند.
- ۲) ضایعات استخوانی یا اکسترانودال باید بیوپسی شود (برای تثبیت تشخیص) بیماران با ضایعات درگیر کننده لنف نودها باید برای بیوپسی سوزنی (FNA) ارجاع داده شوند.
- ۳) تاریخچه پزشکی برای شناسایی بیماران تشخیص داده شده باید گرفته شود، مشاوه پزشکی برای تعیین وضعیت بیمار لازم است (مراجعه به بخش مربوط به شیمی درمانی و رادیاسیون)

اصلاحات طرح درمان

- ۱) بیماران در مرحله انتهایی؛ تنها درمانهای حمایتی انجام شود.
- ۲) بیماران تمت کنترل می توانند هر درمانی را دریافت کنند بهر حال درمانهای ترمیمی پیچیده در افراد با پرگنوز ضعیف توصیه نمی شود.
- ۳) جایگزینی پلاکت برای بیماران با ترومبوسیتوپنی نیاز است. (مراجعه به بخش مربوط به شیمی درمانی و رادیاسیون).

بیماران درمان شده با رادیاسیون (رادیاسیون سر و گردن)

مشکلات بالقوه مربوط به اعمال دندانپزشکی

- ۱) بیماران درمان شده با رادیاسیون که تمایل به بروز مشکلات زیر در مین و دقیقاً پس از اتمام درمان دارند:
 - الف) موکوزیت
 - ب) زروستومیا
 - ج) از بین رفتن مس پشایی
 - د) تریسموس
 - ر) عفونت ثانویه [ویروسی، باکتریایی و قارچی (کاندیدا)]
 - ز) مساسیت دندانها
- ۲) مشکلات مزمن به علت درمان با اشعه
 - الف) زروستومیا
 - ب) پوسیدگی سرویکال
 - ج) استئونکروز
 - د) تریسموس عضلانی
 - ر) مساسیت دندانها
 - ز) از بین رفتن مس پشایی

تظاهرات دهانی

- ۱) موکوزیت
- ۲) کاندیدوزیس
- ۳) زروستومیا
- ۴) از بین رفتن مس پشایی
- ۵) تریسموس
- ۶) مساسیت دندانها
- ۷) پوسیدگی سرویکال
- ۸) استئونکروز

پیشگیری از مشکلات

۱) قبل از اینکه درمان با اشعه شروع شود، دندانپزشک باید مطلع گردد و پس از معاینه کامل، اعمال زیر باید انجام شود:

الف) دندان غیرقابل ترمیم کشیده شود

ب) دندانهای مبتلا به پریودنتیت پیشرفته کشیده شود

ج) جراحی قبل از پروتز انجام شود

د) پوسیدگیهای وسیع ترمیم شود

ر) زمان کافی برای ترمیم جراحیها در نظر گرفته شود

ز) بهداشت فوب رعایت شود

س) فلورایدتراپی (روزانه با ژل و تری انجام شود

ش) درمان اندو و یا خارج کردن دندانهای غیرزنده

ط) درمان عفونتهای مزمن در استخوانهای فک

۲) در طول درمان رادیاسیون، دندانپزشک باید اقدامات زیر را انجام دهد:

الف) درمان علامتی موکوزیت

ب) درمان زروستومیا

ج) پیشگیری از تریسموس با استفاده (روزانه از Tongue- Blade برای باز کردن دهان (تمرینات روزانه)

د) دهان شویه کلروهگزیدین برای کنترل پلاک و کاندیدا

ر) تشفیص و درمان عفونت ثانویه و کاندیدا

ز) درمان مداوم با فلوراید

۳) پس از رادیاسیون، دندانپزشک باید از موارد زیر آگاه باشد:

الف) هر ۳-۴ ماه برنامه ملاقات با بیمار صورت گیرد

- (ب) تأکید بر بهداشت فوب
- (ج) درمان پوسیدگی در قدم اول
- (د) اجتناب از عفونت دهانی
- (ر) درمان زروستومیا
- (ز) درمان از بین رفتن مزمن مس پشایی

اصلاحات طرح درمان

- (۱) در درمان با اشعه با دوز بیش از ۶۰۰۰ CGY باید به پیشگیری از استئونکروز توجه شود:
 - (الف) دندانها نباید کشیده شوند
 - (ب) درمان اندو در صورت نیاز باید انجام شود
- (۲) اقدامات تهاجمی پیشگیرانه برای جلوگیری از بیماریهای پریودنتال و پوسیدگی سرویکال باید انجام شود.
- (۳) اغلب اعمال دندانپزشکی به جز کشیدن دندان و جراحی می تواند انجام شود در صورتیکه بدون تروما و آسیب عروقی باشد.

بیماران تمت درمان شیمی درمانی

- مشکلات بالقوه مربوط به اعمال دندانپزشکی
- (۱) افزایش فونریزی به جهت سرکوب مغز استفوان (ترومبوسیتوپنی)
 - (۲) استعداد ابتلا به عفونت به جهت سرکوب مغز استفوان (لکوپنی)
 - (۳) آنمی شدید در اثر سرکوب مغز استفوان
 - (۴) ترومبوسیتوپنی، لکوپنی و آنمی که ممکن است در اثر عوارض جانبی سرطان باشد.

تظاهرات دهانی

- (۱) موکوزیت
- (۲) فونریزی زیاد به دنبال ترومای کوچک
- (۳) زروستومیا
- (۴) عفونت
- (۵) تأخیر در ترمیم

پیشگیری از مشکلات

- ۱) قبل از شروع شیمی درمانی، دندانپزشک باید:
 - الف) مذف عفونت در نوامی:
 - ۱) پری اپیکال (۲) پریودنتال (۳) بافت نره
 - ب) درمان پوسیدگیهای پیشرفته
 - ج) صاف کردن لبه های تیز دندانی
 - د) برداشتن appliance متمرک
 - ر) در کودکان و بالغین جوان باید توجه به موارد زیر شود:
 - ۱) دندانهای شیری لق کشیده شود
 - ۲) Operculum لته برداشته شود
 - ۳) اجازه به زمان ترمیم کافی تا قبل از شیمی درمان داده شود.
 - ۴) در طول درمان شیمی درمانی، دندانپزشک باید:
 - الف) مشاوری با انکولوژیست قبل از انجام اعمال تهاجمی دندانپزشکی
 - ب) انجام اقدامات زیر در صورتیکه اعمال تهاجمی دندانپزشکی نیاز باشد:
 - ۱) آنتی بیوتیک پروفیلاکسی اگر شمارش گرانولویست زیر 2000 mm^3 و نوتروفیلها کمتر از $500/\text{mm}^3$ باشد.
 - ۲) جایگزینی پلاکت اگر شمارش پلاکت کمتر از $50000/\text{mm}^3$ باشد
 - ج) انجام تست مساسیت آنتی بیوتیکی از ترشحات چرکی و عفونی
 - د) کنترل فونریزی فودیفود به وسیله گاز، Pack پریودنتال و گازدهای نره دهانی
 - ر) استفاده از فلوراید موضعی برای کنترل پوسیدگی
 - ز) دهان شویه کلروهگزیدین برای کنترل پلاک و کاندیدا
 - س) تسکین علامتی موکوزیت و زروستومیا
 - ش) در صورت آنتی شدید، اجتناب از بیهوشی عمومی
 - ص) انجام مراقبتهای فانگی براساس شرایط دهانی؛ در صورت فونریزی بیش از مد و یا تمریک و آزار بافتی کم کردن و یا متوقف کردن نف دندان و مسواک؛ استفاده از گاز برای تمیز کردن دندان و لته؛ استفاده از مملول آب و جوش شیرین برای دهان شویه جهت تمیز نگهداشتن بافتهای زخمی
 - ظ) به مداخل (سندن تنفراغ غذایی مین شیمی درمانی- تا ۴ ساعت قبل از درمان ناشتا باشد، قبل از درمان از غذاهای تازه و سبک استفاده کرده و در طی بروز تهوع پس از درمان، از غذاهای سنگین اجتناب شود.
 - ۳) به دنبال تکمیل شیمی درمانی
 - الف) تمت نظر قرار دادن بیمار تا زمان از بین رفتن کلیه عوارض جانبی شیمی درمانی
 - ب) قرار دادن بیمار تمت یک برنامه فالوآپ دندانپزشکی

اصلاحات طرح درمان

- ۱) فقط انجام اعمال اورژانس دندانپزشکی در طول شیمی درمانی
- ۲) براساس پروگنوز بیماری زمینه ای فقط اعمال دندانپزشکی محدود، اورژانس و یا تنها درمان تسکینی انجام شود. بهر حال در بچه ها و بالذین تمت درمان لوسمی که پروگنوز فوب دارند هر درمان دندانپزشکی می تواند انجام شود. بسیاری از بیماران مبتلا به لنفوم نیز می توانند پروگنوز فوب داشته باشند.

سکته (Stroke)

مشکلات بالقوه مربوط به اعمال دندانپزشکی

- ۱) اعمال دندانپزشکی می تواند باعث بروز آن شود.
- ۲) فونریزی ثانویه به دارودرمانی

تظاهرات دهانی

ممکن است آتروفی یکطرفه و عدم فانکشن در یکطرف داشته باشند.

پیشگیری از مشکلات

- ۱) شناسایی بیماران مستعد به سکته با تاریفچه فشار خون، سیگار، ممله ایسکمیک
- ۲) کاهش دادن عوامل فطر برای سکته
- ۳) در مورد تاریفچه قبلی از سکته
- الف) در صورت ممله ایسکمیک: درمان انتفابی انجام نشود
- ب) تأخیر اعمال انتفابی تا ۶ ماه
- ج) ملاحظات دارویی شامل:
- ۱) آسپیرین و دی پیریدامول: گرفتن زمان فونریزی (BT) قبل از درمان باید کمتر از ۲۰ دقیقه باشد.
- ۲) وارفاین (کومادین): باید نسبت PT ۲/۵ یا کمتر یا INR ۳/۵ یا کمتر باشد.
- د) ملاقات کوتاه مدت و در صبح
- ر) نظارت و کنترل فشار خون
- س) استفاده از مداخل داروی تنگ کننده رگ در بی مس کننده های موضعی
- ش) عدم کاربرد اپی نفرین در نفهای پس زنده لته

اصلاحات طرح درمان

- ۱) OPG های دوره ای برای بررسی Carotid patency
- ۲) بسته به افتلالات جسمی طرح درمان متفاوت می باشد.
- ۳) تمام ترمیمها باید به راهتی قابل تمیز کردن باشد، از پرسنل اکلوزالی اجتناب شود.
- ۴) ابزارهای فاصی برای برقراری بهداشت دهان ممکن است نیاز باشد.

صرع

مشکلات بالقوه مربوط به اعمال دندانپزشکی

- ۱) بروز تشنج تونیک- کلونیک در مطب
- ۲) لکوپنی و ترومبوسیتوپنی ناشی از داروها(فنی توئین- کاربامازپین- اسید والپروئیک)

تظاهرات دهانی

- ۱) افزایش رشد لثه ثانویه به فنی توئین
- ۲) آسیبهای دهانی تروماتیک
- ۳) اریتم مولتی فرم ناشی از دارو

پیشگیری از مشکلات

- ۱) شناسایی بیماران صرعی با بررسی تاریخچه
الف) نوع ممله
ب) سن و زمان شروع ممله
ج) علت ممله
د) درمانهای انجام شده
ر) ویژگیهای منظم پزشکی
س) میزان کنترل
ش) تکرار حملات، آفرین ممله
ص) عوامل تسریع کننده
ط) تاریخچه صدمات ناشی از ممله
- ۲) کنترل فوب- انجام اعمال درمانی معمول
- ۳) کنترل ضعیف- مشورت با پزشک؛ ممکن است تغییر درمان لازم باشد
- ۴) آگاهی از اثرات نامناسب داروهای ضد تشنج

۵) تعیین زمان فونریزی در بیمارانی که اسید والپروئیک مصرف می نمایند، اجتناب از آسپیرین و داروهای NSAID

۶) ندادن پروپوکسی فن و اریترومایسین در بیمارانی که کاربامازپین دریافت می کنند

۷) کنترل ممله با یک وسیله دافل دهانی مخصوص در شروع ملاقات

اصلاحات طرح درمان

۱) حفظ بهداشت دهانی مطلوب

۲) در صورت لزوم، کاهش هیپرپلازی لثه از طریق جراحی

۳) جایگزینی دندانهای از دسته رفته، استفاده از پروتز ثابت به متمرک ارجع است

۴) در صورت امکان فلز بر مینی ارجحیت دارد.

بیماری آلزایمر

مشکلات بالقوه مربوط به اعمال دندانپزشکی

۱) ارتباط با بیماران مشکل است

۲) بیماران ممکن است در انجام اعمال بهداشتی در فانه نظیر مسواک زدن و نخ دندان ناتوان باشند

۳) بیماران ممکن است قادر به همکاری در طی درمان دندانپزشکی نباشند

۴) اثرات جانبی داروها و تدافل با عوامل مورد استفاده توسط دندانپزشک ممکن است رخ دهد.

تظاهرات دهانی

۱) صدمات دهانی

۲) بهداشت ضعیف دهانی

۳) افزایش فطر بیماریهای پریودنتال و پوسیدگیها

۴) ضایعات دهانی ممکن است به علت اثرات جانبی داروهای مورد استفاده برای کنترل علائم بیماری ایجاد شود.

پیشگیری از مشکلات

۱) تشخیص توسط تاریخچه، داروها و علائم و نشانه ها

۲) ارجاع بیمار با علائم و نشانه های بیماری آلزایمر

۳) مشورت با پزشک بیمار در مورد وضعیت کنونی بیمار و بازنگری طرح درمان دندانپزشکی

۴) کارکردن با فویشاندان یا مراقبین بهداشتی جهت مراقبت دندانها در فانه برای افرادی که دارای بیماری پیشرفته هستند.

اصلاحات طرح درمان

- ۱) برقراری بهداشت فوب دهانی و ترمیم دندانها در مراحل اولیه بیماری؛ شروع یک برنامه شدید پیشگیری با ویزیت‌های ۳ ماهه
- ۲) استفاده از موكدها و ایجاد يك ارتباط مثبت غيرلفظی
- ۳) سعی در جلب توجه بیمار توسط لغات و جملات کوتاه، تکرار موارد مهم و نگاه مستقیم به پیشمان بیمار
- ۴) در مرحله اولیه بیماری طرح درمان پروتز ثابت گنجانده شود، که این امر سبب حذف مشکلات گم شدن یا از دست دادن پروتز متمرک در مراحل پیشرفته می‌گردد.
- ۵) اگر آرام بخشی نیاز است استفاده از کراال هیدرات یا اگزاپام
- ۶) در بیماری پیشرفته، جلسات کوتاه در نظر گرفته شود
- ۷) استفاده از طرح درمان انعطاف پذیر، واقعی، دینامیک با تأکید بر حفظ بهداشت دهان و راحتی بیمار.

داروهای روان گردان (نورولپتیک)

کلپرورمازین، فلوفنازین، تری فلوپرازین، تیوتیکسن، هالوپریدول، ریسپریدون، مولیندون

مشکلات بالقوه مربوط به اعمال دندانپزشکی

- ۱) اثرات جانبی داروها شامل:
 - الف) کاهش فشار خون
 - ب) دیسکنزی Tardive
 - ج) دیستونی
 - د) خشکی دهان
 - ر) سندرم بدفیم نورولپتیک
 - ز) آگرانولوسیتوز
- ۲) تداخل دارویی شامل:
 - الف) اثرات تشدید کننده
 - 1) آرامبخشها- هیپنوتیک ها
 - 2) اپیوئیدها- آنتی هیستامین ها
 - ب) اپی نفرین (بمیان کاهش فشار خون)

تظاهرات دهانی

هیچ یافته دهانی بارزی در ارتباط با داروها وجود ندارد بجز اثرات جانبی داروها که در زیر آمده:

(الف) آگرانولوسیتوز ← زخم - عفونت

(ب) فشکی دهان ← موکوزیت، بیماری پریودنتال و پوسیدگی دندانی

(ج) ترومبوسیتوپنی ← فونریزی

(د) لکوپنی ← عفونت

(ر) مرکات غیرقابل کنترل (زبان و لبها) (Tardive dyskinesia)

پیشگیری از مشکلات

(۱) شناسایی بیماران

(الف) بدست آوردن تاریخچه افتلال ذهنی (بیماران ممکن است داروهای ضدروان دریافت کنند)

(ب) پرسیدن لیست تمامی داروهای بیمار

(ج) شناسایی بیماران با شروع اثرات جانبی اخیر

(۲) ارجاع بیماران با اثرات جانبی اخیر

(۳) مشورت با پزشک برای تأیید وضعیت کنونی و داروهای بیمار

(۴) کاهش دوز یا اجتناب از:

(الف) اپی نفرین

(ب) آرام بخشها، هیپنوتیکها، اپیوئیدها و آنتی هیستامین ها

اصلاحات طرح درمان

(۱) بی مسی موضعی شامل

(الف) در صورت امکان عدم استفاده از تنگ کننده های عروقی برای بیشتر اعمال دندانپزشکی

(ب) برای اعمال ترمیمی پیچیده یا جراحی، اپی نفرین، تنگ کننده عروقی انتخابی است.

(۱) استفاده از غلظت $\frac{1}{100000}$

(۲) آسپیراسیون قبل از تزریق

(۳) عدم استفاده بیش از ۲ (کارتریج)

(۲) عدم استفاده از اپی نفرین موضعی برای کنترل فونریزی یا در نخ کنار زنده لثه

(۳) براساس نیاز بیمار، هر کاردندانی می تواند صورت گیرد

(۴) مهیا کردن درمان در گزوستومیا

(۵) بیماران با دیسکنزی Tardive ممکن است در درمان مشکل داشته باشند، اگر این اثرات

جانبی شروع شده باشد باید ارجاع بیمار به پزشک برای ارزیابی و تغییر احتمالی داروها

داروهای ضدافسردگی

هتروسیکلیک: آمی تریپتیلین، ایمی پرامین، آموکساپین

SSRI: فلوکستین، سرتالین، پاروکستین

SNRI: نوازودون، ونلافاکسین

مهارکننده های مونوآمین اکسیداز: فنلزین، ایزوکربوکسازید، ترانیل سیپرومین

موارد دیگر: بوپروپیون، ترازودون

مشکلات بالقوه مربوط به اعمال دندانپزشکی

(۱) اثرات جانبی داروها شامل:

(a) فشکی دهان

(b) کاهش فشار خون

(c) کاهش فشار خون ارتواستاتیک

(d) آریتمی

(e) تهوع و استفراغ

(f) لکوپنی- آنمی

(g) ترومبوسیتوپنی

(h) مانیای و حملات صرعی

(i) سکته قلبی- Stroke

(j) افزایش فشار خون

(k) از دست دادن Libido

(۲) تداخلات دارویی (توجه: عدم تجویز توأماً دو گروه مختلف از داروهای ضد افسردگی) شامل:

الف) اپی نفرین

(۱) کریز افزایش فشار خون

(۲) سکته قلبی

ب) آرام بخشها، هیپنوتیکها، نارکوتیکها، باربیتوراتها، دپرسیون تنفسی

ج) آتروپین ← افزایش فشار داخل چشم

د) جلوگیری از متابولیسم وارفارین، اوردوز شدن

تظاهرات دهانی

هیچ یافته دهانی بارزی در ارتباط با داروها بجز اثرات جانبی آنها وجود ندارد که شامل:

الف) فشکی دهان ← بیماری پریدنتال، موکوزیت، پوسیدگیهای دندان

ب) ترومبوسیتوپنی ← خونریزی

ج) لکوپنی ← عفونت

پیشگیری از مشکلات

- ۱) شناسایی بیماران توسط تاریخچه پزشکی و دارویی
- ۲) شناسایی بیماران با عوارض جانبی قابل توجه از طریق:
الف) تاریخچه
ب) معاینه ← فشارخون، نبض، فونریزی، عفونت ضایعات بافت نرم
- ۳) ارجاع بیماران با اثرات جانبی قابل توجه دارویی
- ۴) مشورت با پزشک برای تایید وضعیت کنونی بیمار و داروهای مصرفی
- ۵) کم کردن اثرات کاهش فشار خون ارتوستاتیک:
الف) تخییر وضعیت صندلی به آرامی
ب) حمایت بیمار مین بلند شدن از صندلی
- ۶) اجتناب از دادن آتروپین در بیماران با گلوگوم
- ۷) استفاده از اپی نفرین با احتیاط و با کمترین غلظت
- ۸) جستجوی داروهای فاصی که بیماران می گیرند جهت اثرات جانبی بارز آنها و تداخلهای دارویی احتمالی با داروهایی که در دندانپزشکی استفاده می گردد.

اصلاحات درمان

- ۱) اجتناب از اعمال انتفابی دندانپزشکی تا زمانیکه افسردگی توسط دارو یا راههای رفتاری درمان شود
- ۲) بی مسی موضعی
الف) عدم استفاده از تنگ کننده های عروقی برای بیشتر اعمال دندانپزشکی در صورت امکان
ب) برای اعمال ترمیمی پیچیده یا جراحی، اپی نفرین، تنگ کننده عروقی انتفابی است.
۱) استفاده از غلظت $\frac{1}{100000}$
۲) آسپیراسیون قبل از تزریق
۳) عدم استفاده بیش از ۲ کارپول
۳) عدم استفاده از اپی نفرین موضعی برای کنترل فونریزی یا در نفهای کنار زنده لثه
۴) مهیا کردن درمان برای فشکی دهان.

داروهای ضد اضطراب

بنزودیازپینها، کلردیازپوکساید، دیازپام، لورازپام، اگرازپام، آلپرازولام

مشکلات بالقوه مربوط به اعمال دندانپزشکی

- (ا) اثرات جانبی داروها شامل:
 - الف) آرام بخشی در تمام مدت روز
 - ب) رفتار تهاجمی
 - ج) فراموشی در (بالغین مسن)
 - ۲) تداخلات دارویی (سرکوب CNS)
 - الف) با عوامل ضد روان (آنتی سایکوتیکها)
 - ب) ضد افسردگیها
 - ج) نارکوتیکها
 - د) آرامبخشها
 - ر) آنتی هیستامینها
 - س) بلوک کننده های گیرنده H₂ هیستامین

تظاهرات دهانی

معمولاً فاقد یافته های قابل توجهی است.

پیشگیری از مشکلات

- (ا) توصیه به بیمار؛ هنگامیکه این داروها را مصرف می نماید رانندگی نکند.
- (۲) کاهش دوز در بالغین مسن
- (۳) عدم تجویز یا کاهش دوز برای بیمارانیکه دیگر داروهای سرکوب کننده CNS را می گیرند.
- (۴) کاهش دوز در بیماران دریافت کننده:
سایمتیدین- رانیتیدین و اریترومايسين
- (۵) عدم تجویز در بیمارانیکه گلوکوم زاویه بسته دارند.

اصلاحات طرح درمان

- (ا) ندادن آرام بخش اضافی زمانیکه از عوامل آرام بخش، نارکوتیکها یا آنتی هیستامینها استفاده می گردد- کاهش دوز یا عدم استفاده از این عوامل
- (۲) تمامی اعمال دندانپزشکی می تواند در بیماران تمت درمان با این داروها صورت گیرد.
- (۳) از داروهای ضد افسردگی در دندانپزشکی برای کوتاه مدت استفاده شود تا مانع بروز مقاومت و وابستگی گردد.

استئوآرتریت

مشکلات بالقوه مربوط به اعمال دندانپزشکی
درد مفاصل، سفتی و افتلال در حرکت آنها، اشکال در برقراری بهداشت دهان، افزایش فونریزی ناشی از
آسپیرین یا داروهای ضد التهابی غیر استروئیدی

تظاهرات دهانی

- ۱) پتانسیل تجمع پلاک
- ۲) درگیری مفصل TMJ

پیشگیری از مشکلات

- ۱) ملاقاتهای کوتاه مدت
- ۲) برقراری وضعیتی رامت برای بیمار با استفاده از:
الف) تخییر وضعیت وی
ب) ایجاد موقعیت رامت بر روی صندلی دندانپزشکی
ج) ساپورت فیزیکی بیمار
- ۳) آسپیرین یا داروهای ضدالتهابی غیراستروئیدی می توانند باعث افزایش فونریزی شوند اما معمولاً به لحاظ کلینیکی قابل اهمیت نمی باشد.
- ۴) در صورت استفاده از پروتزهای مفصلی نیاز به پروفیلاکسی آنتی بیوتیک نمی باشد مگر در موارد پرفطر (آرتریت روماتوئید، دیابت، ایمونوساپرشن یا عفونت قبلی)

اصلاحات طرح درمان

براساس شدت ناتوانی بیمار ارزیابی می شود؛ در صورت شدن آن، درمانهای وسیع اندیکاسیون ندارد؛
تشویق به برقراری بهداشت دهان شود.

آرتريت روماتوئيد

مشكلات بالقوه مربوط به اعمال دندانپزشكي درد و عدم تمرک مفاصل، مشکل در برقراری بهداشت دهان، افزایش فونریزی بواسطه داروهای ضدالتهابی غیراستروئیدی و آسپیرین سرکوب مغز استفوان به واسطه نمکهای طلا، پنی سیلامین، سولفاسالازین یا داروهای ایمونوساپرسیون که باعث آنمی، آگرانولوسیتوز یا ترومبوسیتوپنی می شود.

تظاهرات دهانی

- ۱) پتانسیل تجمع پلاک
- ۲) ابتلا مفصل TMJ و احتمالاً اوپن بایت قدامی
- ۳) استوماتیت ثانویه به نمکهای طلا، پنی سیلامین و ایمونوساپرسیوها

پیشگیری از مشکلات

- ۱) ویزیت‌های کوتاه مدت
- ۲) برقراری راحتی بیمار از طریق:
 - الف) تغییر در وضعیت وی
 - ب) ایجاد وضعیت راحتی بر روی صندلی دندانپزشکی
 - ج) ساپورت فیزیکی بیمار
 - ۳) تدابیر لازمه در مورد عوارض داروها
- الف) داروهای ضد التهابی غیراستروئیدی و آسپیرین می توانند سبب افزایش فونریزی شوند ولی معمولاً به لحاظ کلینیکی قابل ملاحظه نمی باشد.
- ب) نمکهای طلا، پنی سیلامین، سولفاسالازین یا داروهای ایمونوساپرسیو که باید درخواست شمارش افتراقی سلولهای فونی و زمان فونریزی (B.T) نمود
- ج) کورتیکواستروئیدها؛ ممکن است نیاز به مکملها باشد.
- ۴) اگر پروتز مفصلی وجود دارد کاربرد آنتی بیوتیکهای پروفیلاکتیک توصیه می شود.

اصلاحات طرح درمان

براساس شدت ناتوانی بیمار و درگیری TMJ می باشد؛ اگر شدید است نیاز به درمانهای وسیع نمی باشد؛ ممکن است نیاز به جراحی مفصل TMJ باشد؛ تشویق به برقراری بهداشت دهان شود.

لوپوس اریتماتوز سیستمیک

مشکلات بالقوه مربوط به اعمال دندانپزشکی

- ۱) تظاهرات سیستمیک
- ۲) احتمال تمایل به فونریزی
- ۳) مساسیت به عفونت
- ۴) ساپرس آدرنال در افرادی که در کورتیکواستروئید می گیرند
- ۵) اندوکاردیت عفونی (نادر)

تظاهرات دهانی

استوماتیت ناشی از دارو

پیشگیری از مشکلات

- ۱) مشاوره با پزشک در مورد تظاهرات عمومی بیماری و درمان مناسب آن (مثل نارسایی کلیه)
- ۲) ملاحظات و توجهات دارویی
- الف) آسپیرین و NSAID ها می توانند باعث افزایش فونریزی شوند اگرچه معمولاً به لحاظ بالینی اهمیت چندانی ندارد.
- ب) نمکهای طلا، پنی سیلامین، سولفاسالازین یا داروهای ایمونوساپرسیون که باید دستور CBCC و BT داد.
- ج) کورتیکواستروئیدها، احتمال نیاز به مکمل است.
- ۳) لکوپنی ناشی از کورتیکواستروئیدها؛ توصیه به تجویز آنتی بیوتیک پس از جراحی می شود.
- ۴) پلاکت زیر ۵۰۰۰۰ نیاز به مشاوره با پزشک معالج دارد.
- ۵) افزایش PTT که به همراه مشکلات فونریزی دهنده نمی باشد.
- ۶) اگر فرد مستعد اندوکاردیت عفونی است نیاز به آنتی بیوتیک پروفیلاکتیک است.

اصلاحات طرح درمان

نیاز ندارد.

لوسمی

مشکلات بالقوه مربوط به اعمال دندانپزشکی

(۱) فونریزی طولانی مدت

(۲) عفونت

(۳) تأخیر در التیام

تظاهرات دهانی

(۱) عفونت

(۲) زخم

(۳) فونریزی لته

(۴) اکیموز

(۵) پتشی

(۶) هایپرپلازی لته

(۷) ضایعات نسج نرم و استخوانی

(۸) پارستزی، کرفتی، سوزش و گزگز

(۹) کاندیدیازیس

(۱۰) لنفادنوپاتی

پیشگیری از مشکلات

(۱) کشف این بیماران و ارجاع برای تشخیص و درمان

(۲) تعیین وضعیت پلاکتی بیمار در روز جراحی و هر عمل فونریزی دهنده مثل جرم گیری؛ اگر BT

نرمال است می توان کارکرد وگرنه باید آن را به تعویق انداخت (یعنی زمانیکه شمارش

پلاکتی کمتر از ۵۰/۰۰۰ است)

(۳) پیشگیری از عفونت پس از عمل (وقتی شمارش مطلق نوتروفیلها کمتر از ۵۰۰ است) با

استفاده از آنتی بیوتیک پروفیلاکتیک (بر طبق دستور زیر)

الف) اغلب وضعیتهای با دستورات زیر پوشش داده می شود؛

(۱) ۲ گرم پنی سیلین ۷ فوراً مداقل ۳۰ دقیقه قبل از کار

(۲) ۵۰۰ میلی گرم پنی سیلین ۷ فوراً هر ۶ ساعت تا روز بعدی (آخر آن روز)

ب) روش آلترناتیو؛ یک گرم سفالکسین یک ساعت قبل از کار و پس از آن ۲۵۰ میلی گرم

سفالکسین هر ۶ ساعت به مدت ۱ هفته.

ج) در بیماران مساس و آلرژیک به پنی سیلین: ۳۰۰ میلی گرم کلیندامایسین فوراکی یک ساعت قبل از کار، ۱۵۰ میلی گرم هر ۶ ساعت به مدت ۳ تا ۷ روز بعد.

د) براساس شرایط فاص و مشاوره پزشکی، داروهای دیگر (دوزاژ و طول مدت درمان) ممکن است اندیکاسیون پیدا کند.

اصلاحات طرح درمان

- ۱) در طی مرحله ماد بیماری، باید در صورت امکان اجتناب از هرگونه اعمال و مراقبتهای دندانپزشکی شود.
- ۲) وقتی بیمار در مرحله فاموش (remission) است تمامی بیماریهای فعال دندان را باید درمان کرد و بیمار را تحت برنامه دقیق بهداشت دهان قرار داد.
- ۳) اجتناب از انجام اعمال طولانی مدت دندانپزشکی
- ۴) برای بیماران با پروگنوز ضعیف، اعمال رستوریتیه پیچیده معمولاً اندیکاسیون ندارد.

پروتزهای مفصلی

مشکلات بالقوه مربوط به اعمال دندانپزشکی

امتمال عفونتهای عمقی ثانویه به باکتری می ناشی از عفونت ماد در هر جایی از بدن وجود دارد. هیچ شواهدی مبنی بر اینکه باکتری می موقت ناشی از اعمال تهاجمی دندانپزشکی می تواند باعث عفونت این پروتزها شود وجود ندارد.

برخی پیشنهاد کرده اند بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید فعال و ماد، دیابت قندی شدید تایپ I، نقص مادرزادی یا اکتسابی ایمنی، هموفیلی، بیماران دارای پروتزهای لق یا تاریخچه عفونت پروتز ممکن است در معرض خطر باشند ولی اطلاعات کمی جهت ساپورت این مطلب وجود دارد.

تظاهرات دهانی

وجود ندارد.

پیشگیری از مشکلات

- ۱) گرفتن تاریخچه دقیق از بیمار
- ۲) مشاوره پزشکی در مورد نیاز به پروفیلاکسی (اطلاعات کمی جهت ساپورت این مطلب وجود دارد علیرغم آن اغلب ارتوپدها هنوز هم توصیه به پروفیلاکسی می نمایند).
- ۳) اگر مشاوره ارتوپدی توصیه به پروفیلاکسی نمی کند بدون انجام آن صورت گیرد.
- ۴) اگر مشاوره ارتوپدی توصیه به پروفیلاکسی می کند (اغلب سفالسپورینها را توصیه می کنند)

ملاحظات زیر را مدنظر داشته باشید:

(الف) مروری بر وضعیت جاری اطلاعات تمقیقی و بالینی در این فرضیه توصیه می شود تا در صورت نیاز پیشنهادات صورت گرفته مدیفای شود.

(ب) بیمار را در مورد اطلاعات شناخته شده موجود مطلع ساخته و فقدان ریسک اثبات شده در مورد اعمال دندانپزشکی و عفونت پروتز متعاقب آن، گوشزد شود و اینها همگی براساس یک رضایتنامه کتبی باشد (با و بدون پروفیلاکسی)

(ج) اجازه دهید جراح ارتوپد این پروفیلاکسی آنتی بیوتیکی را تجویز کند.

(د) بدانید که سود کمی (گاهی هیچ سودی) در برابر برفی فطرات واکنشهای جانبی آنتی بیوتیکها وجود دارد.

اصلاحات طرح درمان

نیاز ندارد.

پیوند اعضاء توپر

- مشکلات بالقوه مربوط به اعمال دندانپزشکی
- مشکلات شایعی که در همه بیماران دیده می شود:
- ۱) عفونت ناشی از ساپرس سیستم ایمنی به علت:
سیکلوسپورین، آزاتیوپرین، پردنیزون، گلوبین آنتی تیموسیت و آنتی لنفوسیت، ارتوکلون (آنتی بادی منوکلونال)
 - ۲) پس زدن ماد و قابل برگشت
 - ۳) پس زدن مزمن، غیرقابل برگشت که شامل:
فونریزی کبد و کلیه
دوز بیش از حد دارویی- کبد و کلیه
مرگ یا نیاز به پیوند- قلب و کبد
نیاز به پیوند یا همودیالیز- کلیه
نیاز به پیوند یا انسولین- پانکراس
 - ۴) سرطانهایی که همراه با استفاده از داروهای سرکوبگر ایمنی است SCC پوست و لب، لنفوم، سارکوکاپوزی
 - ۵) اثرات جانبی داروهای که برای سرکوب پاسخ ایمنی به کار می روند شامل:
هایپرنتشن، دیابت ملیتوس، استئوپروز، سایکوز، آنمی، لکوپنی، ترومبوسیتوپنی هایپرپلازی لته، سرکوب آدرنوکورتیکال، تومورها، اختلال التیام، فونریزی و عفونت

تظاهرات دهانی

- ۱) معمولاً وجود ندارد.
- ۲) در سرکوب شدید سیستم ایمنی شامل: کاندیدیازیس، هرپس سیمپلکس و هرپس زوستر، لکوپلاکای مودار، لنفوم، سارکوم کاپوزی، استوماتیت آفتی، SCC لب
- ۳) اثرات جانبی داروهای سرکوبگر ایمنی: فونریزی (خودبفود)، عفونت، زخم، پتشی اکیموزها، هایپرپلازی لثه و اختلال عملکرد غدد بزاقی
- ۴) نارسایی پیوند شامل: استوماتیک اورمیک (در مورد کلیه)، فونریزی (کبد)، پتشی (کبد، کلیه)، اکیموز (کبد)

پیشگیری از مشکلات

- ۱) ارزیابی دندانپزشکی و درمان قبل از پیوند که شامل:
 - الف) برقراری وضعیت پایدار- از نظر بهداشت دهان و عاری از هرگونه بیماری فعال
 - ب) آغاز برنامه شدید بهداشتی دهان برای برقراری سلامت دهان و دندان
 - ج) انجام مشاوره پزشکی در مورد بیماران مبتلا به نارسایی ارگان قبل از انجام اعمال دندانپزشکی موردنیاز، جهت مسائل زیر:
 - ۱) درجه نارسایی عضو
 - ۲) وضعیت کنونی بیماری
 - ۳) نیاز به پروفیلاکسی آنتی بیوتیک
 - ۴) نیاز به تغییر دارو یا دوز آن
 - ۵) نیاز به امتیاطات خاص برای جلوگیری از فونریزی
 - ۶) اگر نیاز به جراحی است باید درخواست PT، PTT، BT و شمارش WBC ها داد.
- ۲) درمان دندانپزشکی پس از پیوند شامل:
 - الف) پریرود فوری پس از پیوند (۶ ماه اول)
 - ۱) فقط انجام و اعمال اورژانس دندانپزشکی
 - ۲) برقراری و ادامه روند اعمال بهداشت دهانی
 - ب) در پریرود ثبات پیوند (Stable)
 - ۱) برقراری بهداشت دهان
 - ۲) برنامه پیگیری هر ۳ ماه
 - ۳) کاربرد ملامظات بین المللی
 - ۴) واکسیناسیون کارکنان دندانپزشکی در برابر ویروس HBV

- ۵) انجام مشاوره پزشکی در مورد:
- نیاز به پروفیلاکسی آنتی بیوتیکی
 - نیاز به امتیاطات خاص در مورد جلوگیری از فونریزی بیش از حد
 - نیاز به مکملهای استروئیدی
 - انتخاب داروها و دوزاژ آنها
- ۶) معاینه برای کشف شواهدی از نارسایی ارگان یا رد آن و نیز ایمونوساپرشن بیش از حد (تومورها، عفونت و غیره)
- ۷) کنترل فشار خون در جلسه ملاقات
- ۸) در صورت وجود شواهدی از اثرات جانبی، رد پیوند یا ایمونوساپرشن بیش از حد باید بیمار را به پزشک ارجاع داد.
- ۹) پیوند رد مزمن پیوند
- ۱) فقط انجام اعمال و مراقبتهای اورژانس و فوری
- ۲) برای گرافتهای پایدار (Stable) پس از صورت گرفتن درمان، همان دستورات دنبال شود.

اصلاحات طرح درمان

- ۱) قبل از پیوند توجه به دستورات زیر شود:
- الف) برای بیماران با بهداشت دهانی ضعیف، کشیدن دندان و قرار دادن دنچر کامل توصیه می شود.
- ب) برای بیماران با بهداشت دهانی خوب:
- ۱) توصیه به مفظ دندانها
- ۲) برقراری برنامه بهداشت دهان با شدت هرچه تمامتر یعنی شامل: مسواک، نخ دندان، در صورت نیاز تغذیه رژیم غذایی، فلوراید موضعی کنترل پلاک و برداشتن کالکولوس، دهان شویه کلرهگزیدین یا لیسترین
- ۳) هر گونه بیماری مد دندان به شیوه زیر درمان شود:
- دندانهای غیرقابل ترمیم کشیده شود.
 - دندانهای غیرزنده روت کانال تراپی شود.
 - دندانهای پوسیده پر شود.
 - پروتزهای پیچیده دندان تا پس از پیوند به تعویق افتد
- ۴) بیماران با وضعیت دندان متوسط
- ۱) تصمیم بر نگهداری دندانها را باید براساس شرایط فردی هر بیمار بنا نهاد.
- ۲) عواملی که باید در این زمینه در نظر داشت:
- وسعت و شدت مشکلات دندان فرد

- اهمیت دندانها برای خود بیمار
- هزینه نگهداری دندانها
- وضعیت سیستمیک بیمار و پروگنوز آن
- (۳) توانایی فیزیکی بیمار در انجام اعمال بهداشتی به نحو امسن.

(۲) پس از پیوند

- الف) مرحله فوری پس از پیوند- محدود کردن اعمال دندانپزشکی به موارد اورژانس
- ب) مرحله ثبات پیوند- طرح درمان براساس نیازها و فواسته های بیمار، پیگیری هر ۳ تا ۶ ماه
- ج) در مرحله مزمن (د پیوند- محدود کردن اعمال دندانپزشکی به موارد فوری و اورژانس
- د) برقراری برنامه بهداشت دهان در تمام طول درمان با شدن هرچه تمامتر
- ه) مشاوره با پزشک جهت اطمینان از وضعیت کنونی بیمار و نیاز به ملاحظات خاص

ملاحظات خاص در مورد پیوند قلبی

مشکلات بالقوه مربوط به اعمال دندانپزشکی

- (۱) بیمار ممکن است به مدت طولانی تمت درمان با آنتی کوآگولانها باشد؛ پس خونریزی بیش از حد بدنبال اعمال جراحی ممکن است رخ دهد.
- (۲) اترواسکلروزگرافت می تواند رخ دهد که باعث افزایش خطر MI می شود.
- (۳) هیچ عصب دهی در قلب پیوند شده وجود ندارد پس درد در MI (سکته قلبی) از علایم موجود نمی باشد.
- (۴) برخی بیماران نیاز به ضربان ساز دارند؛ وسایل و ابزارهای الکتریکی می توانند با ضربان ساز (pace maker) تداخل ایجاد کند.

تظاهرات دهانی

معمولاً وجود ندارد.

پیشگیری از مشکلات

- (۱) درخواست از پزشک برای تغییر درجه آنتی کوآگولاسیون (ضدانعقادی) بیمار به حداکثر ۲/۵ برابر PT نرمال ($INR > 3/5$) قبل از انجام جراحی
- (۲) مشورت با پزشک برای تعیین وضعیت عروق کرونر قلب پیوند شده (در صورت وجود اترواسکلروز پیشرفته گرافت؛ بر طبق بخش بیماریهای اترواسکلروتیک کرونر عمل شود).
- (۳) آگاهی از علایم و نشانه های سکته قلبی که در صورت وقوع نیاز به کمکهای فوری پزشکی است.
- (۴) در بیماران دارای ضربان ساز از کویترون یا الکتروسریری استفاده نشود.

اصلاحات طرح درمان

- ۱) انجمن قلب آمریکا (AHA) اظهار می دارد شواهد مستندی مبنی بر استفاده آنتی بیوتیک پروفیلاکتیک برای پیشگیری از اندوکاردیت در بیماران با پیوند قلب وجود ندارد.
- ۲) توصیه AHA این است که نیاز به پروفیلاکسی براساس ویژگیها و شرایط اختصاصی هر فرد پس از مشاوره با پزشک صورت گیرد.
- ۳) اگر تصمیم بر انجام پروفیلاکسی شد، رژیم استاندارد آموکسی سیلین توصیه شده توسط AHA مناسب می باشد.

ملاحظات فاص در مورد پیوند کبد

مشکلات بالقوه مربوط به اعمال دندانپزشکی

- ۱) داروهایی که ممکن است بر کبد توکسیک باشد نباید تجویز شود.
- ۲) برخی بیماران ممکن است تمت درمان با آنتی کوآگولانها باشند.
- ۳) فونریزی بیش از حد می تواند با عمل جراحی رف دهد.

تظاهرات دهانی

به قسمت پیوند ارگانهای توپر (قسمت قبل) مراجعه شود.

پیشگیری از مشکلات

- ۱) از داروهایی که برای کبد توکسیک است اجتناب شود.
- ۲) درخواست از پزشک جهت مدیفای کردن درجه ضد انعقادی به اندازه یا کمتر از ۲/۵ برابر PT نرمال

اصلاحات طرح درمان

نیاز به آنتی بیوتیکهای پروفیلاکتیک برای اعمال تهاجمی دندانپزشکی در بیماران با پیوند با ثبات کبد بر اساس ویژگیهای فردی هر بیمار از طریق مشاوره پزشکی، تعیین شود.

پیوند پانکراس

مشکلات بالقوه مربوط به اعمال دندانپزشکی
نیاز به ملاحظات خاص ندارد.

تظاهرات دهانی

به قسمت پیوند ارگانهای توپر (قسمت قبل) مراجعه شود.

پیشگیری از مشکلات

اصلاحات طرح درمان

نیاز به آنتی بیوتیکهای پروفیلاکتیک برای اعمال تهاجمی دندانپزشکی در بیماران با پیوند با ثبات
پانکراس باید براساس ویژگیهای فردی هر بیمار از طریق مشاوره پزشکی تعیین شود.

پیوند مغز استخوان

مشکلات بالقوه مربوط به اعمال دندانپزشکی

۱) سرکوب ایمنی و پان سیتوپنی ناشی از درمان شامل:

الف) تابش اشعه به کل بدن

ب) سیکلوفسفامید

ج) بوسولفان

۲) مشکلات موجود در فاز conditioning و فاز بحرانی (تا زمانی که مغز استخوان پیوند شده به

کار افتد) شامل:

الف) عفونت

ب) فونریزی

ج) التیام ضعیف

۳) سرکوب ایمنی ناشی از داروهای دوره maintenance که برای جلوگیری از GVHD و رد مزمن

پیوند استفاده می شود.

الف) سیکلوسپورین

ب) پردنیزون

ج) متوترکسات

۱۴) مشکلات مین فاز maintenance شامل:

الف) عفونت

ب) بقیه موارد بالاتر در قسمت پیوند ارگانهای توپر آمده است.

۵) بیماری پیوند علیه میزبان (GVHD) و رد مزمن پیوند:

الف) عفونت

ب) فونریزی

تظاهرات دهانی

۱) موکوزیت

۲) ژنرویت

۳) زروستومی

۱۴) کاندیدیازیس

۵) عفونت هرپس سیمپلکس

۶) استئورادیونکروز

۷) هایپرپلازی لثه ناشی از سیکلوسپورین

پیشگیری از مشکلات

۱) در طی فازهای conditioning و بمرانی پیوند مغز استفوان، از درمانهای دندانپزشکی اجتناب شود.

۲) کلیه بیماریهای فعال دندان قبل از پیوند مغز استفوان درمان شود.

۳) در مورد نیاز به پروفیلاکسی آنتی بیوتیک برای اعمال تهاجمی دندانپزشکی، ملاحظه شود.

الف) اعمال اورژانس در طی فاز conditioning و بمرانی پیوند مغز استفوان، اندیکاسیون دارد.

ب) نیاز به پروفیلاکسی توسط مشاوره پزشکی تعیین شود- (به قسمت پیوند ارگانهای توپر جهت جزئیات بیشتر در زمینه برنامه های بهداشتی و تدابیر دندانپزشکی مراجعه شود).

اصلاحات طرح درمان

۱) در صورت امکان، قبل از پیوند، بیماریهای فعال دندان درمان شود.

۲) براساس علت پیوند، منبعی که برای پیوند مغز استفوان استفاده می شود و تکنیکهایی که

برای maintenance, conditioning بیمار استفاده می شود پروگنوز متخیر است. عوامل دیگر

مؤثر بر پروگنوز شامل: سن، وضعیت عمومی و سلامت بیمار می باشد. در بسیاری از بیماران

پروتزهای پیچیده دندان اندیکاسیون ندارد.

ملاحظات دندانپزشکی

در مادران باردار

و شیرده

بارداری و شیردهی

بارداری:

■ ملامطات پزشکی:

دندانپزشک باید سطح سلامت عمومی بیمار (فانم بارداری) را از طریق تاریخچه کامل پزشکی تعیین کند. سؤالاتی مبنی بر پزشکی معالج و کنونی بیمار، تاریخچه دیابت حاملگی، سقط جنین، هایپرنتشن، حالت تهوع صبحگاهی پرسیده شود.

نکته: عوارض شایع شامل عفونتها، افتلالات در گلوکز (دیابت بارداری در ۳-۱٪ مادران) و هایپرنتشن است. هر کدام از عوامل فوق باعث افزایش ریسک مرگ و میرهای قبل از تولد و آنومالی های مادرزادی می شود.

نکته: اکثریت سقطهای خودبخود به علت ناهنجاریهای درونی جنین می باشد. ولی با وجود این، بیماریهای تب دار و عفونی می توانند سبب تسریع سقط جنین شوند. بنابراین درمان سریع عفونت ادنتوژنیک و پریدونتیت توصیه می شود.

نکته: در دوران بارداری، تغییرات مس پیشایی و افزایش در پاسخ رفلکس gag شایع می باشد. به طوریکه پدیده اخیر در ۹۰٪ زنان باردار سبب حالت تهوع و استفراغ می شود. این علائم در سه ماهه اول شدید می باشد.

نکته: در اواخر بارداری پدیده ای به نام «سندروم کاهش فشار خون در حالت سوپاین» ممکن است رخ دهد که با پایین افتادن ناگهانی فشار خون، برادیکاری، تعریق و تهوع، ضعف و گرسنگی به هوا (air hunger) در حالت سوپاین، مشخص می شود که راه درمان آن، غلتیدن فانم باردار به سمت چپ است تا رعم از روی ورید اجوف بلند شده و فشار وارده کاهش یابد، با انجام این کار فشار خون بیمار سریعاً به حالت نرمال بر می گردد.

■ برنامه های پیشگیری:

(۱) کنترل پلاک (آموزش رعایت بهداشت دهان و دندان)

نکته: کاهش سطوح استرپتوکوک دهانی در مادران باردار فطر آلوده شدن نوزاد و بروز پوسیدگی را کاهش می دهد. بیماری پریدونتال در مادر، ریسک تولد نوزاد کم وزن را افزایش می دهد.

(۲) مشاوره رژیم غذایی:

تأکید بر محدودسازی مصرف کربوهیدراتها و مواد قندی

۳) توصیه:

استفاده از قرص فلوراید از ماه سوم تا نهم بارداری جهت کاهش درصد پوسیدگی دندان در نوزادان

زمان بندی درمان:

سه ماهه اول:

به علت آسیب پذیر بودن جنین طی سه ماهه اول هیچگونه اعمال دندانپزشکی انتفاپی به جز همان کنترل پلاک نباید انجام بگیرد.

سه ماهه دوم:

- بی فطرترین دوره برای انجام اعمال روتین دندانپزشکی است.
 - باید تأکید کرد که بیمار اقدام به کنترل بیماریهای فعال و برطرف کردن مشکلات بالقوه ای کند که ممکن است در اواخر بارداری یا بلافاصله بعد از وضع ممل روی دهد.
- نکته: کارهای دندانپزشکی اساسی یا اعمال جراحی مهم تا بعد از زایمان به تأخیر بیافتد زیرا بارداری، دورانی موقت و گذرا است.

سه ماهه سوم:

- * اوایل سه ماهه سوم هم زمان نسبتاً فوبی برای درمانهای روتین دندانپزشکی است
- * بعد از نیمه سه ماهه سوم هیچگونه اعمال دندانپزشکی انتفاپی توصیه نمی شود.
- از دراز کشیدن طولانی مدت مادر روی صندلی باید اجتناب کرد تا از عوارض سندرم کاهش فشار خون در وضعیت درازکشیده جلوگیری شود. از طریق ملاقاتهای کوتاه مدت، وضعیت نیمه نشسته و تغییر مکرر موقعیت بیمار، می توان مشکلات موجود در این دوران را به حداقل رسانید.
- * در دوران حاملگی کنترل پلاک، جرمگیری و پولیش کردن تنها درمانهای غیراورژانس مجاز می باشند
- * حاملگی یک کنتراندیکاسیون نسبی برای کشیدن دندان می باشد. خصوصاً Ext در بیماران هر سه ماهه اول یا سوم (۱) بایستی در صورت امکان به تعویق بیافتند.
- سه ماهه دوم به همراه ماه آخر سه ماهه اول و ماه اول سه ماهه آخر (ماههای سوم و هفتم) برای Ext های ساده نسبتاً بی فطر است اما جراحیهای مشکلتر بایستی تا تولد نوزاد به تعویق بیفتد.
- * هیچ تغییر روش درمانی برای بیماران باردار لازم نمی باشد ولی بهتر است اعمال ترمیمی و سافتن کراون بریج و اعمال جراحی مهم تا بعد از بارداری به تأخیر بیافتد.

■ رادیوگرافیهای دندان:

- از کاربرد اشعه در طی بارداری به ویژه سه ماهه اول باید اجتناب کرد.
- نکته: فطر ایماذ نقص در جنین ناشی از یک رادیوگرافی دندان به اندازه ۹ در یک بلیون است، علیرغم نامیز بودن فطرات رادیوگرافی دندانپزشکی، دندانپزشک نباید در دوران بارداری بی پروا اقدام به این کار کند (یادر هر زمان دیگر).

- با کاربرد روپوش سرپی، کلیمانسیون مستطیلی و فیلم با سرعت E و یا تکنیکهای سریعتر، یک یا دوفیلم داخل دهانی حقیقتاً اثرات پرتوی مهمی (روی جنین نخواهد داشت).
- رادیوگرافهای پانورامیک یا پری اپیکال انتقابی برای به حداقل رساندن دوز بیمار توصیه می شود.

■ تجویز دارو در دوران بارداری:

نکته: به طور ایده آل هیچ دارویی نباید در طی بارداری به ویژه در سه ماهه اول تجویز شود هر چند بعضی اوقات رعایت این اصل، غیرممکن است.

قبل از توصیه یا تجویز دارو به فرد باردار، دندانپزشک باید با گروهبندی اداره غذایی و دارویی (FDA) آن دارو آشنا بوده تا خطر احتمالی صدمه جنین را دریابد (۳)

گروه A شامل داروهایی که مطالعات جامع انسانی و حیوانی مآکی از سلامت مصرف آنها برای مادر و جنین است مثل آهن و ویتامینها (بیمز ویتامین A و D).

گروه B شامل داروهایی که مطالعات جامع انسانی در مورد آنها کامل نیست و مطالعات انجام شده اثرسوئی را مطرح نمی کند ولی بر جنین میوانات اثراتی سوء داشته اند مثل استامینوفن- پنی سیلین و سفالوسپورین ها. مصرف این داروها در زمانی باید انجام شود که فواید آن بر آثار سوء احتمالی برتری داشته باشند.

گروه C شامل داروهایی که اثر آنها بر جنین انسان به طور کامل مطالعه نشده ولی در میوانات سبب کشتن جنین و یا باقی گذاردن آثار سوء می شود مثل کلردیازپوکساید، ایبوپروفن، که مصرف این داروها فقط زمانی مجاز است که نیاز به آنها کاملاً ممرز شده باشد و فواید حاصله به طور کامل بر زیان احتمالی آنها بر جنین برتری داشته باشد.

گروه D شامل داروهایی که آثار سوء آنها بر جنین انسان ثابت شده ولی با وجود زیانهای حاصله تنها در صورتی که مرگ و میات مادر در کار باشد از آنها استفاده می شود. مثل دیازپام، آسپیرین، فنی توئین، و ارفارین سدیم و تتراسایکلین.

گروه X شامل دسته ای از داروها که مصرف آنها در زمان حاملگی مطلقاً ممنوع شده است مثل مصرف بالای ویتامینهای isotretinoin و menadiol و آمیل نیتريت و نیتروس اکساید.

داروهایی که نبایستی در بیماران باردار به کار روند: (۱)

(۱) آسپیرین و دیگر NSAID ها

(۲) کاربامازپینها

(۳) کلرال هیدرات (در صورت استفاده مزمن)

(۴) کلردیازپوکساید

(۵) کورتیکو استروئیدها

(۶) دیازپام و دیگر بنزودیازپینها

- (۷) مرفین
- (۸) فنوباربیتال
- (۹) پرومتازین
- (۱۰) تتراسایکلین
- (۱۱) پروپوکسی فن

نکته:

- چون احتمال ایجاد مت هموگلوبین در اثر تزریق سیتانست وجود دارد همچنین در فاهمه‌های مامله به علت تمریک عضلات صاف جدارهٔ رحم از تزریق سیتانست بایست فودداری نمود.
- از داروهای مسکن مثل استامینوفن و کدئین تا ماههای آفر ماملگی می توان استفاده نمود. از ایبوپروفن در سه ماهه اول و دوم می توان استفاده کرد ولی در اواخر سه ماهه سوم بایست اجتناب کرد. تجویز مفنامیک اسید برای فاهمه‌های باردار ممنوع است و یا مصرف آسپیرین در سه ماهه آفر ماملگی باید اجتناب شود.

درمان پریودنتال در دوران بارداری :

- * غیر از کنترل پلاک بهتر است که در صورت امکان از درمانهای دندانپزشکی elective مین سه ماهه اول و نیمه آفر سه ماهه سوم بارداری فودداری شود .
- سه ماهه دوم بی فطرترین دوره برای انجام اقدامات معمول دندانپزشکی است . تاکید بر کنترل بیماری فعال و حذف مشکلات احتمالی که ممکن است در اواخر بارداری بروز کند ، می باشد ، اما جراحی ماژور دهانی ویا پریودنتال ، باید تا بعد از وضع ممل به تعویق انداخته شود .

داروهای دوره بارداری:

- بطور ایده آل هیچ دارویی نباید مین بارداری به ویژه در سه ماهه اول تجویز شود .
- در دوران ماملگی ، در تجویز داروهای زیر توجه شود :

- ۱- تزریق داروهای بی مسی لیدو کائین ، پریلوکائین ، لیدوکائین (داروهای گروه B) در دوران بارداری بدون مشورت با پزشک ایرادی ندارد .
- ۲- تجویز آسپیرین وپروفن در سه ماهه اول ممنوع است .
- ۳- از بین آنتی بیوتیکهای مصرفی در دندانپزشکی ، تجویز تتراسایکلین (گروه D) ، سیپروفلوکسازین (گروه D) ، مترونیدازول (گروه B) کلاریتروماسین (گروه D) واریتروماسین نوع estolate در دوران بارداری ممنوع است .
- ۴- ویزنیتروس اکساید ، در سه ماهه اول بارداری ممنوع است و در سه ماهه دوم و سوم ، باید با مشورت پزشک صورت گیرد .
- ۵- نیرودیازپین ها و باربیتوراتها در فاهم های باردار ممنوع است .

شیردهی:

■ تجویز دارو :

• یک واقعیت شناخته شده این است که میزان ترشح دارو در شیر مادر معمولاً ۱٪ تا ۲٪ میزانی است که در بدن مادر موبود می باشد. بنابراین بسیار بعید است که بیشتر داروها اثرات مهم فارماکولوژیک روی نوزاد داشته باشند.

• به مادران شیردهه بایست توصیه کرد که دارو را بلافاصله بعد از شیردادن به نوزاد فود استفاده کرده و تا ۴ ساعت یا در صورت امکان ساعاتی بیشتر، از دادن شیر به نوزاد فودداری نمایند زیرا انجام این عمل باعث کاهش تراکم دارو در شیر مادر می شود.

داروهایی که بدون اثرات کلینیکی در نوزادان که با شیر مادر تغذیه می کنند (مادر شیردهه در صورت نیاز می تواند استفاده کند) (۱)

(۱) استامینوفن

(۲) آنتی هیستامینها

(۳) سفالکسین

(۴) کدئین

(۵) اریترومیسین

(۶) لیدوکائین

(۷) مپریدین

(۸) اکساسیلین

(۹) پنتازوسین

داروهایی که دارای اثرات بالقوه مضر کلینیکی در نوزادان که با شیر مادر تغذیه می کنند (مادر شیردهه حتی الامکان نباید استفاده کند) (۱):

(۱) آمپی سیلین

(۲) آسپیرین

(۳) آتروپین

(۴) باربیتوراتها

(۵) کورتیکواستروئیدها

(۶) دیازپام

(۷) مترونیدازول

(۸) پنی سیلین (افزایش مساسیت در نوزادان)

(۹) پروبوکسی

(۱۰) تتراسایکلین

■ عوارض و تظاهرات دهانی در دوران بارداری :

- شایعترین عارضه دهانی در دوران بارداری ژنژیویت حاملگی است که ناشی از پاسخ التهابی شدت یافته نسبت به ممرکهای موضعی و افزایش ترشح استروژن و پروژسترون و تغییر در روند فیبرینولیز می باشد.

علائم تشخیصی:

- شروع آماس لثه ای از نامیه مارژین و لثه بین دندانی و معمولاً در ماده دوم بارداری شروع می شود، با پیشرفت این حالت پاپیلای بین دندانی ادماتوز و قرمز آتشین شده به طوری که به لمس هم حساس می باشد.
- در حدود ۱٪ زنان باردار، پاسخ هایپرپلاستیک ممکن است در یک نامیه تشدید شده و ایجاد یک پیوژنیک گرانوما یا تومور حاملگی را بنماید.
- * مذف تمام جرمها و رعایت بهداشت دهان و دندان مناسب توصیه می گردد.
- * برداشتن به روش جراحی یا لیزر گاهی ضرورت پیدا می کند و این در صورتی است که ضایعه دارای سمپتوم و فونریزی بوده و یا در جویدن تداخل ایجاد کند.
- پیوژنیک گرانولوما معمولاً همراه با از دست رفتن استخوان آلوئول در دوره بارداری نمی باشد.
- * تعاریف فدمات ← همان که برای دیگر گروهها می باشد (دندانهای دائمی)

Drug administration during pregnancy and breast- feeding

Drug	FDA Category (Prescription drug)	Use during pregnancy	Risk	Use during breast- feeding
Local anesthetics				
lidocaine	B	Yes		Yes
Prilocaine	B	Yes		Yes
Etidocaine	B	Yes		Yes
Mepivacaine	C	Use with caution: consult physician	Fetal bradycardia	Yes
Bupivacaine	C	Use with caution: consult physician	Fetal bradycardia	Yes
Articaine	Not assigned			
Analgesics				
Aspirin	C/D ³	Caution: avoid in third trimester	Postpartum Hemorrhage Constriction ductus arteriosus	Avoid
Acetaminophen	B	Yes		Yes
Ibuprofen, flurbiprofen	B	Caution: avoid in second half of pregnancy	Delayed labor	Yes
Diflunisal, etodolac, mefenamic acid	C/D ³	Use with caution: consult physician	Delayed labor	No
Naproxen	B/D ³	Caution: avoid in second half of pregnancy	Delayed labor	Yes
Codeine	C/D	Use with caution: consult physician	Neonatal respiratory depression	Yes
Hydrocodone	C/D ³	Use with caution: consult physician	Neonatal respiratory depression	---
Oxycodone	C/D ³	Use with caution: consult physician	Neonatal respiratory depression	---
Propoxyphene	C	Use with caution: consult physician	Neonatal respiratory depression	Yes
Pentazocine	C	Use with caution: consult physician	Neonatal respiratory depression	Yes

Drug administration during pregnancy and breast- feeding

Drug	FDA Category (Prescription drug)	Use during pregnancy	Risk	Use during breast- feeding
Antibiotics				
Penicillins	B	Yes		Yes
Erythromycin	B	Yes: avoid estolate form		Yes
Cephalosporins	B	Yes		Yes
Tetracycline	D	Avoid	Tooth discoloration, inhibits bone formation	
Metronidazole	B	Yes		Yes
Clindamycin	B	Yes		Yes
Sedative/ hypnotics				
Barbiturates	D	Avoid	Neonatal respiratory depression	Avoid
Benzodiazepines	D/X	Avoid	Possible risk for oral clefts with prolonged exposure	Avoid
Nitrous oxide	Not assigned		Best used in second and third trimesters and for <30 minutes: consult physician	Yes
Corticosteroids				
Prednisone	B	Yes		Yes

ملاحظات
دندانپزشکی در
سالمندان

تغییرات وابسته به سن در سلامت دهان

مخاط دهان :

تغییرات بالینی به صورت سطح مفاطی نرم، نازک و خشک، فقدان فاصیبت ارتجاعی و Stippling دیده می‌شود که می‌تواند مخاط دهان را برای تروما و عفونت فصوصا " هنگام استفاده از دنچر و کم کاری غدد بزاقی مستعد سازد ایمنی مخاط دهان در ارتباط با سن تغییر می‌کند. ترمیم زخم و تجدید بافتها می‌تواند در افراد مسن به تأخیر افتد. سن بالا تنها نقش اندکی را در پاسخ به آسیب وارده به مخاط دهان ایفا می‌کند .

دندانها:

تغییرات ظاهری دندانها شامل تغییر رنگ (رنگ زرد متمایل به قهوه‌ای) و کاهش مینا در نتیجه attrition و abrasion و erosion می‌باشد. سایش شدید مینا می‌تواند در نهایت منجر به اکسپوز شدن عاج زیرین آن شود که سبب ایجاد عاج اسکلوروتیک و ثانویه در پاسخ به ممرکهای مختلف مانند تروما و..... می‌شود .

ضخامت سمان و فضای پالپ با افزایش سن کاهش می‌یابد . رسوب عاج ثانویه، کلسیفیه شدن پالپ، تحلیل فارژی ریشه ، افزایش تراکم و حجم فیبرهای کلاژن پالپ و کاهش عصب دهی همگی در کاهش فضای پالپ مؤثرند. این تغییران پالپ در ارتباط با سن مساسیت دندان و مس درد را کاهش داده و منجر به کاهش پاسخ به تست‌های مساسیت پالپ و کاهش نیاز به بی‌مسی موضعی برای انجام اعمال دندانپزشکی می‌شود .

شیوع پوسیدگی سطح تاج و ریشه با سن افزایش می‌یابد و بیشتر از ۳۰ درصد جمعیت بالای ۶۵ سال پوسیدگی‌های ریشه و تاج درمان نشده دارند. این افزایش پوسیدگی تمت تأثیر دو عامل می‌باشد :

۱- گیر بیشتر دندانها در افراد مسن

۲- کمتر شدن پوسیدگی بین افراد جوان

دندانها ، مستعد پوسیدگی جدید هستند

پریودنشیوم:

کاهش چسبندگی پریودنتال و استفوان آلوئولار به طور طبیعی در تمام افراد مسن دیده می‌شود استئوپروز (پوکی استفوان) تأثیر نامطلوب بر متابولیسم کلاژن و مینرالیزاسیون استفوان همراه با کاهش در توده استفوان دارد . استئوپروزهای پیشرفته به طور چشمگیری ممتوای معدنی استفوانهای فکین را کاهش می‌دهند و این عامل با کاهش چسبندگی پریودنتال و از بین رفتن دندانها در ارتباط است .

پنجمین علت معمول مرگ، بیماریهای معمول و مزمن پزشکی و ششمین عامل دیابت در افراد مسن است که ریسک فاکتوری برای توسعه بیمار یهای پریودنتال است . برخی از داروها که در افراد مسن استفاده می‌شود با هایپرپلازی لثه در ارتباط است، فاکتورهای روانی - اجتماعی روی پیشرفت

بیماری پریودنتال مؤثر است مانند پاکتهای عمیق ، ویزیت‌های نامنظم ، دفانیات، استرس‌های روانی - اجتماعی و موقعیت پائین اجتماعی اقتصادی .

غدد بزاقی:

تغییراتی وابسته به سن در سلولهای غدد بزاقی وجود دارد که شامل افزایش در بافت همبند و رسوب چربی و کاهش در سلولهای ترشمی می‌باشد .

مس پشائی و بویائی :

مس بویائی وابسته به سن تغییر میکند ولی مس پشائی در افراد مسن سالم تغییر قابل توجهی نمی‌کند . چون پیاز بویائی و رسپتورهای اطرافش به توکسین‌های ممیطی مختلف، تروما، داروها و عفونت‌های دستگاه تنفسی مساس هستند گرچه سن بالا باعث تغییرات قطعی مسی می‌شود ولی به طور قویتری بسیاری از شرایط دهانی و سیستمیک به افتلال در عملکرد پشایی و بویائی مرتبط داده می‌شوند. بنابراین سن و افتلالات دهانی و سیستمیک و درمان آنها می‌تواند تاثیر نامطلوبی در عملکرد بویائی و پشایی داشته باشد و افراد مسن را در ریسک گسترش سوء تغذیه قرار دهد .

جویدن و بلع :

عمل مرکتی جویدن و بلع نیازمند هماهنگی فعالیت‌های پیچیده نوروماسکولار (عصبی-عضلانی) است که برای عبور غذا و مایعات در مسیر معده‌ای و روده‌ای ضروری است . افتلالات مرکتی دهان در افراد پیر با تغییر در جویدن در ارتباط است . متی افراد مسن با دندانهای کامل هم به فوبی افراد جوان قدرت جویدن و بلع را ندارند دندانها تأثیر مستقیمی در جویدن دارند و کاهش قدرت جویدن در افراد مسن که به طور کامل یا نسبی بی‌دندان بوده‌اند و در اثر پوسیدگی یا بیماریهای پریودنتال دندانهای لق یا دندان درد دارند یا کاهش بزاق وجود دارد دیده می‌شود .

درد صورتی - دهانی :

درد دهان و کرانیوفاشیال در افراد پیر نیازمند معاینه و کنترل است . وجود درد دهانی- صورتی در افراد مسن نباید به تنهایی به پروسه افزایش سن نسبت داده شود . مشکلات دهانی ، سیستمیک ، روانی و مشکلات رفتاری به میزان بیشتری دردهای صورتی- دهانی نقش دارند . هر دو درد ماد و مزمن صورتی دهانی از مشکلات قابل توجهی در بین افراد مسن هستند که نیازمند روشهای چند جانبه برای تشخیص و کنترل آنها می‌باشند . شایع‌ترین درد در مجموعه دهانی - صورتی،دندانها و پریودنشیوم است .

نارامتی‌های معمول دهانی در افراد مسن

بیماری‌های مخاط دهان :

بیماری‌ها و ضایعات مخاط دهان در افراد مسن شایع هستند مانند : ضایعات پیگمانته، ضایعات فوش فیم بافت نرم و بافت سفت ضایعات دهان شامل زبان جغرافیایی، زبان سیاه مودار، واریس زبان و آتروفی پاپیلهای نفی و قارچی می‌باشند. بسیاری از ضایعات در اثر عوامل زیر بوجود می‌آیند :

ترومای موضعی مثل تمریک ناشی از دنچر، گاز گرفتن ناگهانی و تصادفی و سطوح تیز دندانی و ترمیم‌ها .

سرطان دهان قابل توجه‌ترین بیماری مخاط دهان در افراد مسن است و شیوع آن با بالا رفتن سن افزایش می‌یابد . شایع‌ترین ضایعه دهانی ، لکوپلاکیا است و این ضایعات با افزایش سن به شدت به ضایعات بدفیم تمایز پیدا می‌کند .

بیماری‌های عفونی :

به علت تغییر سن و بیماری‌های وابسته به آن در دهان و ایمنی سیستمیک افراد مسن بیشتر مستعد گسترش عفونت‌های دهانی فرصت طلب هستند ارگانیزم‌های ویروسی ، قارچی و باکتریایی ایجاد عفونت کرده و در بافت‌های سفت و نرم نامیه اوروفارنکس نهفته می‌شوند و افراد را برای انتشار عفونت‌های سیستمیک مستعد می‌کنند .

اغلب عفونت‌های ویروسی از ویروس‌های خانواده هرپس هستند . عفونت‌های اولیه به طور معمول در دوران بچگی رخ می‌دهند. پس ویروس‌ها در گانگلیون‌های مسی نهفته باقی می‌ماند تا زمانی که ثانویه به سرکوب سیستم ایمنی، تروما، استرس ، نور آفتاب، اختلالات دستگاه گوارشی یا عفونت‌های راجعه دوباره فعال می‌شوند .

بیشترین عفونت قارچی در افراد مسن توسط کانیدیا آلبیکانس ایجاد می‌شود .

اختلالات دندانی:

پوسیدگی سطح ریشه ناشی از شرایط وابسته به سن متعاقب تملیل لثه روی سمان توسعه پیدا می‌کند . یا به عنوان توسعه پوسیدگی موجود در تاج به سطح ریشه می‌باشد . فاکتور مستعد کننده دیگر پوسیدگی در افراد مسن (رژیم غذایی ضعیف (با مصرف دائم قند) کاهش عملکرد غدد بزاقی دریافت مقدار ناکافی فلوراید، تملیل لثه، نقایص مرکتی صورتی -دهانی و بهداشت ضعیف دهان و کاهش درمان منظم دندانپزشکی می‌باشند . وجود دنچرهای پارسیل متمرک نیز یک ریسک فاکتور غیر وابسته به سن برای گسترش پوسیدگی‌های سطح ریشه است .

پوسیدگی‌های تاج هم بین افراد مسن کاملاً شایع هستند و ریسک فاکتورهای آنها شبیه ریسک فاکتورهای پوسیدگی ریشه است (به استثنای تملیل لثه)

بیماریهای پرپودنتال :

با افزایش گیر غذایی در دندانهای طبیعی افراد مسن (که دارای ریسک بیشتر توسعه بیماریهای پرپودنتال هستند) ژنژیویت به فاطر فاکتورهای دهانی و سیستمیک بیشتر آنها توسعه می‌یابد . پلاک دندانی، فونریزی لته و تجمع جرم (در نتیجه مصرف غذاهای نرم، کاهش فعالیت حرکتی دهانی و کاهش عملکرد بزاق)، موجب تملیل لته، پوسیدگی ریشه و درگیری فورکا دندان و لقی دندان و افزایش احتمال توسعه ژنژیویت می‌شود. کاهش در مهارتهای دستی، بینایی، به همراه ضعف عصبی عضلانی و فعالیت‌های فیزیکی، هوشیاری و حافظه می‌تواند باعث انجام (عایت ناقص بهداشت دهانی روزانه شود . در نهایت افراد مسن کمتر احتمال انجام مراقبتهای دندانی داشته و بنابراین ریسک بیشتری را در توسعه ژنژیویت و پرپودنتیت دارند . داروها و مشکلات دارویی که بین افراد مسن شایع هستند اثری نامطلوب روی سلامت پرپودنتال دارند .

افتلال در عملکرد غدد بزاقی:

افتلال در عملکرد غدد بزاقی در افراد مسن می‌تواند ناشی از بیماریهای سیستمیک و موضعی رادیوتراپی سروگردن ، شیمی درمانی افتلالات ایمونولوژیک و داروهای تجویز شده باشد . از نتایج داخل دهانی ، تولید ناکافی بزاق، پوسیدگی های دندانی، ژنژیویت ، ماتریا آلبا ، کاندیدیاز ، دنچههای لقی، افتلال در جویدن، بلع و مس پشایی می‌باشد. مشکلات دهان و لقی می‌تواند نتایج جدی برای افراد مسن به همراه داشته باشد .

افتلال در مس بویایی و پشایی:

شکایت از مشکلات پشایی و یا بویایی ممکن است نشانه‌ای از افتلالات مسی شیمیایی یا تظاهری از مشکلات دهانی و یا سیستمیک باشد . از آن جا که نقص در مس بویایی نسبت به پشایی بیشتر وابسته به سن است افتلالاتی که مس بویایی را تمت تأثیر قرار می دهند (مثل بیماریهای سینوس، تروما به سر و ...) بیشتر احتمال دارد که تأثیر نامطلوبی روی درک طعم و مزه غذا در افراد مسن داشته باشند . تغییرات پشایی ممکن است ناشی از افتلالات دهانی و افتلالات سیستمیک باشد . افتلالات پزشکی شایع که مس بویایی و پشایی را تمت تأثیر قرار می‌دهند نورولوژیک، اندوکراین، عفونی و معده‌ای- روده‌ای هستند .

افتلال در عمل بلع:

بیشتر از $\frac{1}{3}$ افراد مسن از مشکلات بلع و مری شاکی هستند . افتلال بلع در افراد مسن ممکن است در اثر افتلالات ایمونولوژیک ، افتلالات نورولوژیک یا نوروماسکولار و افتلالات روانی ایجاد شود .

افتلالات دهانی معمول در ارتباط با دیس فاژی در افراد مسن افتلال در عملکرد غدد بزاقی است که زمان عبور لقمه غذا را از دهان به مری کاهش می‌دهد. سلامت فوب دهان و سیستمیک (داشتن یک دست دندانی مصنوعی کامل) نقش مهمی را در جلوگیری از مشکلات بلع بازی می‌کند. جدی‌ترین نتایج دیس فاژی آسپیراسیون است. ضعف حرکتی دهان در لبها، زبان و مفاط گونه نشان دهنده رفلکس بلع ضعیف است.

بی دندانی:

دندانهای کار آمد نقش مهمی در جویدن، عمل بلع، ادای صرف، زیبایی صورت و بیان، انتخاب رژیم غذایی و لذت از غذا خوردن دارند. از دست رفتن دندانها به طور مستقیم با پوسیدگی دندانها و بیماری‌های پریودنتال در ارتباط است اما می‌تواند با بیماریهای سیستمیک نظیر استئوپروز و دیابت ملیتوس نیز در ارتباط باشد.

در مدود ۳۰ درصد از بزرگسالان ۶۵ سال به بالا کاملاً بی‌دندان هستند.

تملیل سریع استفوان آلئول به دنبال فقدان دندان رخ داده و در طول زندگی ادامه می‌یابد. در شرایط بدتر آتروفی آلئولار ریج بخصوص در مندیبل می‌تواند منجر به مشکلات پشمگیری در سافت دنپو و گیر آن گردد. به علاوه پروتزهای لق می‌توانند از دست رفتن استفوان آلئولار را تشدید کنند.

فلاصه تغییرات وابسته به سن در افراد مسن

مفاط دهان:

سطح مفاط نرم، نازک و خشک و فقدان خاصیت ارتجاعی و Stippling (مستعد بر ای تروما و عفونت)، کم کاری غدد بزاقی و تأخیر در ترمیم زخمها

دندانها:

تغییر رنگ (زرد متمایل به قهوه‌ای)، کاهش ضخامت مینا (Attrition, erosion, abrasion) تشکیل عاج اسکلوروتیک و ثانویه، کاهش ضخامت سمان و فضای پالپ، کاهش مس درد، پوسیدگی سطح تاج و ریشه، مستعد شدن دندانها به پوسیدگی‌های جدید (متی پوسیدگی‌های راجعه در اطراف ترمیم‌ها)

پریودنشیوم:

کاهش چسبندگی پریودنتال و استفوان آلئولار استئوپروزهای پیشرفته همراه با کاهش چسبندگی پریودنتال سبب از بین رفتن دندانها می‌شود

غدد بزاقی:

افزایش بافت همبند و رسوب چربی و کاهش در سلولهای ترشمی

مس پشایی و بویایی:

مس بویایی تغییر می‌کند ولی مس پشایی در افراد مسن سالم تغییر قابل توجهی نمی‌کند .

جویدن و بلع :

کم شدن قدرت جویدن و بلع

درد صورتی- دهانی :

شایع ترین آنها درد دندانها و پریودنشیوم است و بیشتر دردهای دهانی- صورتی در افراد مسن مرتبط به مشکلات دهانی ، سیستمیک روانی و مشکلات رفتاری مربوط می‌شود .

پیشگیری و درمان اختلالات دهان در افراد مسن:

• بیماریهای مخاط دهان:

- پیشگیری از سرطان دهان با حذف ریسک فاکتورهای آن
- تشخیص زودرس از طریق آزمایشات معمول و منظم
- درمان ضایعات دهانی تروماتیک با حذف فاکتورهای ایجاد کننده (شایعترین کار ترمیم دنچر لق یا فارچ کرن اپولیس فیشور اتوم است .)
- تجویز مسکن های موضعی و استفاده از آنتی بیوتیکها به منظور جلوگیری از عفونت ثانویه در بیماران با مشکلات ایمنی
- جهت بیماران مبتلا به ضایعات وزیکولوبولوز دهانی و اروزو، درمان به شدت و وفامت ضایعه بستگی دارد و در ممدوده استروئیدهای موضعی ففیف و شوینده های دهانی تا استروئیدهای موضعی قوی و سیمستمیک همراه یا بدون داروهای ایمونو ساپرسور می‌باشد.

تذکر :

هنگام تجویز استروئید با دوز بالا مشورت با پزشک بیمار الزامی است .

• بیماریهای عفونی :

در عفونتهای ویروسی :

- ایزوله کردن افراد با عفونت فعال

- تجویز غذا و مایعات

- کاهش درد

در عفونتهای قارچی:

- رعایت دقیق بهداشت دهان و دنچر

- استفاده درست از آنتی بیوتیکها، ایمونوساپرسورها و حذف فاکتورهای اتیولوژیک

موضعی و سیمستمیک، کنترل کامل کاندیدیازیس دهانی با کره های ضد قارچ ،

دهانشویه ها و قرص های مکیدی موفقیتم آمیز است .

- در عفونتهای پایدار نیاز به ضد قارچ سیستمیک است .

- دنجرها بايستی در مملول هيپوکلريت سديم ۱٪ بمدت ۱۵ - ۱۰ دقيقه قرار داده شده و سپس از گرم‌های ضد قارچ استفاده گردد .

در عفونتهای باکتریایی :

در مان پوسیدگیهای دندان ، بیماریهای پریودنتال و عفونتهای غدد بزاقی

- افتلالات دندان :

پیشگیری از پوسیدگیهای دندان :

- مسواک
- نخ دندان کشیدن بعد از هر وعده غذایی
- استفاده از خمیر دندانها و دهانشویه‌های مایه فلوراید و در صورت لزوم ژل‌های فلوراید
- ویزیت‌های منظم
- کنترل (کاهش) مصرف غذاهای غنی از کربوهیدرات و مایعات مایه قند
- درمان پوسیدگی‌های موجود
- تکنیکهای باندینگ مینا و عاج در اصلاح شکل دندانهای آسیب دیده در نتیجه Erosion, Atrision, Abrasion

نکته :

- در بیماران با ناتوانی حرکتی و نقص دست: استفاده از مسواک برقی
- تمویز ژل فلوراید و دهانشویه ها
- دهانشویه کلر هگزیدین
- ویزیت مکرر برای پیشگیری از پوسیدگی دندان

بیماریهای پریودنتال :

مفاهیم بافتهای پریودنتال و پیشگیری از بیماریهای پریودنتال برای تمام گروههای سنی مشابه می‌باشد .

- ویزیت‌های بیشتر
- مسواک دندان و نخ دندان کشیدن بعد از هر وعده غذایی
- رعایت بهداشت دنجر
- مسواک برقی، floss holder و دهانشویه کلر هگزیدین
- حذف فاکتورهای مانند ترمیم‌های ناقص، پروتزهای لق ، پوسیدگی‌ها
- در صورت نیاز درمان‌های جراحی و غیر جراحی پریودنتال یا کنترل پلاک در افراد مسن و جوان مشابه است .
- افتلالات غدد بزاقی:

در عفونت‌های غدد بزاقی:

- ممیط کشت تشفیص
- تست‌های مساسیت
- آنتی بیوتیک تراپی مناسب (تجویز آموکسی سیلین و کلاونیک اسید یا کلیندامایسین در صورت مساسیت به پنی سیلین) تا زمان دریافت گزارش تشفیص و درمان انسداد غده بزاقی:

○ تست‌های تصویری

○ مذف انسداد

○ بیماریه‌ای سیمستیمیک باید مشفص و کنترل شود

در زروستومیای ناشی از مصرف داروها:

مذف و کاهش دارو با مشاوره پزشک باید صورت گیرد.

در بیماران مبتلا به سرطان:

نگهداری غده پارتید طرف مقابل باعث کاهش زروستومیا بعد از رادیاسیون است

در بیماران با هیپوفانکشن غدد بزاقی:

- به تجویز محرک‌های غدد بزاقی مثل شکلات‌های بدون شکر، نعناع و

آدامس ، نوشیدنی‌های بدون قند و Cevimeline HCL (30mg) و پیلو

کارپین (۵ تا ۷/۵ میلی گرم ۳ بار در روز) پاسخ فواهند داد.

- استفاده روزانه از فلوراید

- مسواک زدن و نف دندان کشیدن بعد از هر وعده غذایی

- رعایت بهداشت دقیق پروتز

• افتلال در مس بویایی و چشایی:

- تعیین اتیولوژی

- غذا خوردن در یک ممیط اجتماعی

- استفاده از افزاینده‌های گیاهی و ادویه که می توانند درک طعم و مزه را بدون اضافه کردن

کالری های غیرضروری، چر بی، قند یا نمک تمریک می‌کنند .

• افتلال جویدن و بلع :

افتلالات در غذا خوردن و بلع می‌تواند موجب نقایص تغذیه‌ای مثل هیدراسیون و سوء تغذیه شود. باید

مشکلات دندانی و پریودنتال به طور اساسی برطرف شود و پروتزهای متمرک با کار آیی مناسب ساخته

شود .

نکته :

درمان هیپوفانکشن غدد بزاقی نیز در افراد مسن الزامی است .
در هر صورت باید به افراد مسن متذکر شد که عمل غذا خوردن و بلع را با دقت انجام دهند و از خوردن لقمه‌های غذایی بزرگ خودداری کنند.
در افرادی که هیپوفانکشن غدد بزاقی دارند افزایش بزاق بسیار کمک کننده است بخصوص در گیر دنچر.
طرح درمان برای افتلال در عمل بلع سالمندان :
روش غیر جراحی در درمان پریودنتال برای سالمندان اولین انتخاب درمانی می باشد .
در درمان جراحی باید تلاش شود که اکسیوژر بیشتر ریشه به حداقل برسد . سن به تنهایی یک کنترااندیکاسیون برای جراحی نمی باشد .

• بی دندانی

ممکن است رابطه قابل توجهی بین bone loss دهانی و سیستمیک موجود داشته باشد و راههایی برای نگهداری یا افزایش استخوانها وجود دارد که میتواند در استمکام دندانهای طبیعی و استفوان آلوئول مفید باشد.

در سافت پروتزهای متمرک بایستی به گیر ، اکلون ، زیبایی و توسعه مارژین‌های ممیطی توجه کرد .
ارزیابی منظم دنچر و تمام سطوح مفاطی الزامی است . معاینه سر و گردن و چک کردن دهان (به فصوص جهت تشخیص سرطانهای دهان) برای افراد مسن ضروری است .

بیماریهای پریودنتال در سالمندان

بین ۲۰-۱۰٪ جمعیت جهان به شدت، به نوعی نسبت به بیماری مفرب پریودنت مساس هستند و ۴۰٪ دیگر از انواع ففیف تر بیماری ناشی از پلاک وبیماری التهابی پریودنت رنج می برند. ۹۵٪ جمعیت بزرگسال نیز درطول مدت زندگی فود، به نوعی به بیماری لته دچار می شوند . یکی از مشکلات اصلی در کنترل این گونه بیماریها آن است که معمولاً "ودر بیشتر موارد بدون علامت می باشند . وقتی که علامتی موجود نباشد ، الزام کردن بیمار در پیگیری درمان یا انجام اقدامات پیشگیری ممکن است دشوار باشد دراین زمینه باید به بیمار توصیه نمود از فمیر دندانهای استفاده نماید که دارای ترکیبات طبیعی هستند و از نظر بالینی به کاهش فونروی لته کمک می کنند واز میزان بروز ژنژیویت و پریودونتیت و پلاک می کاهند و دندانها را در برابر پوسیدگی محافظت می نمایند و پلاک اسیدی را فنتی می سازند و پاتوژن های دهان را کنترل میکنند .
برای درک تغییراتی که ضمن ژنژیویت و پریودنیت ایجاد می شود ، شناخت بافتهای سالم ضروری میباشد.

۴- در یک قط نبودن دندانها.

۵- تنفس از راه دهان .

۶- کمبود ویتامینهای A و C و E و فولات ،بتا کاروتن ومواد معدنی مثل کلسیم وفسفر و روی.

۷- استرس.

۸- مصرف تنباکو والکل.

ضایعات آغازین ۲ تا ۴ روز بعد از تجمع پلاک ظاهر میگردند وبعد از ۲ تا ۳ هفته ژنژیویت زودرس پدید می آید. در ابتدا عروق کوچک فونی نشت میکنند وافزایش مهاجرت یافته های آماسی و مایع به بافت های اطراف وجود دارد. اگر دوباره بهداشت مناسب دهان برقرار نگردد، شناسه های آماسی پدیدار میگردد و ماشیه های لبه چاقویی لثه وپای های نوک تیز بین دندانها به شکل مدور وکند و متورم شده وضمن مسواک زدن ،فونروش پیدا میکنند و همچنین حالت نقطه نقطه بودن لثه از بین رفته و به پیدایش ظاهر درفشان منتهی می شود ودر بسیاری موارد نیز سفتی لثه ها از بین می روند ولثه ها نرم و اسفنجی می شوند. در صورتی که ورم لثه شدید باشد ، میان لثه و دندان،کیسه هایی به وجود خواهند آمد و از آنجا که این کیسه ها به لثه محدود هستند وتفریب رباط پریو دنتال وجود ندارد ،این حالت را غالباً " کیسه ای شدن کاذب می نامند. شایعترین علامت فونروی به هنگام گاز زدن غذای سفت مثل سیب و پروب کردن شکاف لثه میباشد. وقتی لثه ها بسیار نرم و اسفنجی باشند،فونروی خود به خود بروز می کند. درد عامل شایع در ژنژیویت نیست ولی گاهی وقتی بیمار دندانها را مسواک میزند ممکن است احساس درد نماید . درصورت بروز این حالت ،ممکن است بیمار دندانها را آرام تر مسواک بزند ویا از دفعات مسواک زدن بکاهد وبه این ترتیب جرم تجمع یافته و بیماری تداوم یابد . بوی بدی به علت ضعف بهداشت دهان ودندان به مشام میرسد ومزه نامطبوع دارد (هالیتوز یا بیاستو).

پریودنتیت

برخلاف ژنژیویت (که آماس به بافت های سطحی لثه محدود است)پریودنتیت تمامی بافت های پریودنت و به ویژه رباط پریودنت را مبتلا میکند . ممکن است پریودنتیت با مقدار متفاوتی ژنژیویت همراه باشد ولی تمام افراد مبتلا به ژنژیویت مبتلا به پریودنتیت نمی شوند . تفریب پریودنت درفردبالغ بیشتر حاصل اعمال درگذشته است تانتیجه مراقبتهای استاندارد دهان درزمان حال . مدتهای مدید پذیرفته شده بود که پریودنتیت به آهستگی وبه تدریج ایجاد می شود وبه افتادن تمام دندانها منتهی میگردد. اکنون تصور میشود پریودنتیت به صورت ممله تفریبی درمملهای خاص بروز می نماید وبه دنبال آن دوره های بهبود موقت وجود دارد . مراحل آغازین پریودنتیت شبیه به ژنژیویت است ولی با تغییر درتعداد باکتری همراه است ، اپی تلیوم ممل اتصال به پایین دندان کشیده می شود . از آن جدا می شود ویک کیسه پریودنتال فوق استفوان آلوئول ایجادمی نماید . وقتی این حالت به وجود آمد ، پلاک با سمان درتماس مستقیم قرار میگیرد وبافتهای همبند دچار فیز می شوند .به تدریج آماس انتشار یافته واستفوان آلوئول را نیز

گرفتار می کند و در این استخوان تملیل شروع می شود . با پیشرفت تفریب استخوان و ایجاد پاکت زیر استخوان ها ، دندانها تکیه گاه خود را از دست می دهند و شروع به شل شدن کرده و یا از محل قرار طبیعی خودجا بجا میگردند و در نهایت دندان می افتد . فنزروی ممکن است وجود داشته باشد . تملیل استخوان ممکن است به صورت موضعی و یا بصورت منتشر دیده شود . درد از فاصله های شایع این بیماری نیست مگر آن که در پاکت پریودنتال آپسه ایجاد شده باشد . عقب نشینی لثه که موجب نمایان شدن ریشه می شود به مساس شدن دندان نسبت به سرما و گرما می انجامد . آماس به همراه تولید چرک در پاکت های پریودنتال ممکن است به پیدایش بیاستو (بو و مزه بد دهان) بیانجامد .

در بانوان در دوره یائسگی تغییراتی در دهان ایجاد می شود و این تغییرات شامل نازک شدن مخاط دهان ، سوزش دهان ، تملیل لثه ، خشکی دهان ، تغییر در اساس مزه و تملیل استخوان و ریج آلوئول است . در این افراد برای مقابله با سائیدگی و آزار لثه مین اعمال بهداشت دهان ، مسواک بسیار نرم ، فمیر با مداخل ماده ساینده و دهانشویه حاوی مداخل الکلی ، توصیه میشود .

درمان پریودنت و ژنژیویت

این سه مرحله باید همزمان صورت پذیرد وگرنه درمان با شکست مواجه خواهد شد .

۱. آموزش مراقبت مناسب از دهان
۲. برداشتن پلاک، برداشتن جرم با جرم گیری و درمان برنامه ریزی شده برای ریشه دندان
۳. اصلاح هر نوع عامل ثانوی امتباس پلاک (پرکردنیها ، پروتزهای پارسیل و ...)

بیماران مسن: به زمین افتادن

مشکلات بالقوه مربوط به اعمال دندانپزشکی

- ۱) افتادن بیمار در مطب دندانپزشکی یا مین کار
- ۲) در بیمارانی که داروهای مختلف دریافت می کنند ممکن است ریسک افتادن ناگهانی افزایش یابد.
- ۳) در بیماران مبتلا به زوال عقلی (دمانس)، افتلالات عضلانی اسکلتی، افتلال عملکرد پروپیوسپتیو یا نروپاتی ممیطی ممکن است خطر افتادن بیشتر باشد.

تظاهرات دهانی

- ۱) شکستن دندان
- ۲) شکستگی فک
- ۳) پارگی نسج نرم
- ۴) فنزریزی

پیشگیری از مشکلات

- ۱) به آهستگی وضعیت صندلی را تغییر داده و بیمار را کمک کرده تا از یونیت پایین آید.

- (۲) مشورت با پزشک برای اینکه بدانیم آیا می توان تعدد یا دوز دارویی را کاهش داد.
- (۳) ملاقاتها و ویزیتها کوتاه مدت بوده و ممکن است نیاز باشد بیمار را از ویلچر به صندلی دندانپزشکی انتقال داد.
- (۴) بخواهید یکی از بستگان یا همسر بیمار وی را در آمدن به مطب همراهی کند.

اصلاحات طرح درمان

معمولاً نیاز ندارد.

بیماران مسن: ضعف بینایی، کری، دمانس و کسالت پیشرفته

مشکلات بالقوه مربوط به اعمال دندانپزشکی

- (۱) عدم توانایی در پر کردن پرسشنامه مربوط به سلامت و تاریخچه دندانپزشکی
- (۲) عدم توانایی در شنیدن سوالات یا راهنماییها
- (۳) عدم توانایی در دنبال کردن توصیه ها
- (۴) عدم توانایی در نشستن مین ویزیت
- (۵) مشکل یا غیرممکن بودن انجام اعمال مؤثر بهداشتی در منزل

تظاهرات دهانی

- (۱) بیماریهای پریدونتال، پوسیدگیهای (اجعه، موكوزیت، فشکی دهان، شكستگی رستوریشنها، عفونتها و دیگر موارد مربوط به مشکل پزشکی و داروهای بیمار را باید درمان کرد.

پیشگیری از مشکلات

- (۱) بخواهید یکی از بستگان یا همسر بیمار، پرسشنامه را پر کن یا بطور شفاهی تاریخچه بگیرید.
- (۲) به آرامی، مستقیماً و با صدای بلند با بیمار صحبت شود.
- (۳) از ارتباط غیرکلامی برای نشان دادن آنچه که از بیمار می خواهید انجام دهد استفاده کنید.
- (۴) ملاقاتهای کوتاه مدت، طرح ریزی شود.
- (۵) به همسر یا بستگان بیمار آموزش داده تا مراقبتهای اساسی بهداشتی بیمار را در منزل انجام دهند.

اصلاحات طرح درمان

- ۱) برای بیماران مبتلا به کوری و ضعف بینایی که از وضعیت بهداشتی فوبی برخوردارند، نیاز نمی باشد.
- ۲) بیماران مبتلا به دمانس قابل ملاحظه یا کسالت پیشرفته جهت اعمال پیچیده دندانپزشکی کاندید نمی باشند و باید در صورت امکان تأکید بر مفظ و نگهداری سلامت دهان و دندان شود.

بیماران مسن: تغییرات همراه با افزایش سن

مشکلات بالقوه مربوط به اعمال دندانپزشکی

- ۱) مشکلات عمومی: افزایش چربی، کاهش آب بدن
الف) کمتر شدن اثر داروهای محلول در چربی
ب) افزایش اثر داروهای محلول در آب
- ۲) سیستم ایمنی: کاهش تعداد لنفوسیتها و پاسخ آنها به آنتی ژن که همراه با افزایش ریسک عفونتها و کنسر است.
- ۳) عضلانی اسکلتی: کاهش حجم عضلات و تراکم استخوان و افزایش خطر شکستگی استخوانها و افتلال در انجام اعمال شفصی
- ۴) قلبی و عروقی: افزایش ریسک سنکوپ، نارسایی قلب و بلوک قلبی
- ۵) سیستم تنفسی: کاهش الاستیسیته ریه ها و افزایش سفتی دیواره قفسه سینه و کاهش ظرفیت تهویه و پرفیوژن که باعث کاهش فشار اکسیژن می شود و می تواند منجر به سفتی تنفس طی برفی اعمال دندانپزشکی شود.
- ۶) اندوکراین: گلوکز خون در پاسخ به بیماری افزایش یافته، جذب و فعال سازی ویتامین D کاهش یافته و کلیرانس T_4 ها افت می کند. این تغییرات می تواند باعث پیچیدگی دیابت و افزایش خطر استئومالاسی و شکستگی استخوان شده یا منجر به دیس فانکشن تیروئید شود.
- ۷) سیستم عصبی: کاهش سنتز کاتکول، دوپامین و فلکسهای استقامتی (righting). این تغییرات می تواند منجر به فراموشی، سفتی راه رفتن و افزایش حرکات جانبی (نوسان بدن) (افزایش ریسک افتادن) شود.

تظاهرات دهانی

- ۱) معمولاً وجود ندارد ولی در موارد شدید، ریسک شکستگی مندیبل افزایش یافته و عملکرد عضلات چونده از دست می رود و همچنین خطر بروز بیماریهای پریدونتال افزایش می یابد.
- ۲) عوارض دهانی ناشی از دیابت، هیپوتیروئیدیسم، نارسایی کلیه، دمانس و افسردگی شدید.

پیشگیری از مشکلات

- ۱) افزایش دوز داروهای مملول در چربی و کاهش دوز داروهای مملول در آب
- ۲) از بروز عفونتهای دهانی اجتناب شود و در صورت وقوع به طرق موضعی و سیستمیک درمان شود به دنبال سرطان دهان نیز باشید.
- ۳) از بروز حوادث در مطب دندانپزشکی اجتناب شود چرا که می تواند در جراحی دهان یا اعمال جراحی پریودنتال اثر گذارد.
- ۴) از درمان بیماران مبتلا به نارسایی امتقانی قلب بپرهیزید (برای درمان به پزشک ارجاع داده شوند). در آریتمیهای شدید از تجویز اپی نفرین خودداری شود.
- ۵) در موارد استفاده از داروهایی که باعث سرکوب مرکز تنفسی می شوند (مثل باربیتوراتها و ناکوتیکها) را بردم و تزریق بلاک دو طرفه مندیبل بکار نرود. در موارد شدید در این زمینه، بیمار را در وضعیت مستقیم و کاملاً نشسته درمان کنید.
- ۶) بیماران با علایم دیابت قندی، هیپوتیروئیدیسم یا تاریفمه شکستگی را به پزشک ارجاع دهید و کاربرد مکملهای ویتامین در کلسیم را مدنظر داشته باشید.
- ۷) بیمار را جهت رد بیماریهایی چون دمانس، افسردگی و پارکینسون ارجاع دهید.

اصلاحات طرح درمان

- ۱) تغییر در ترکیبات بدن که با افزایش سن روی می دهد بر انتخاب اعمال درمانی در افراد مسن اثری ندارد مگر در موارد از دست رفتن شدید عضلات و دانسیته استخوان که در این موارد جراحیهای پیچیده دهانی یا پریودنتال اندیکاسیون ندارد.
- ۲) اعمال پیچیده یا انتخابی دندانپزشکی در بیماران با نارسایی قلب که به درمان پزشکی پاسخ نمی دهند، اندیکاسیون ندارد.
- ۳) از انجام اعمال پیچیده دندانپزشکی در بیماران مبتلا به دیس فانکشن شدید ریوی خودداری شود.
- ۴) به طور کلی تغییراتی که در سیستم اندوکرین رخ می دهد بر انتخاب اعمال و روشهای دندانپزشکی اثری ندارد مگر اینکه به توسط دیابت، هیپوتیروئیدیسم یا نارسایی کلیه مختل شده باشد.
- ۵) به طور کلی تغییراتی که در سیستم عصبی دیده می شود بر انتخاب روشهای دندانپزشکی اثری ندارد مگر اینکه به توسط دمانس، افسردگی شدید یا نوروپاتی شدید اعصاب محیطی مختل شده باشد.

فصل ۵

راهنمای عملکردی در خدمات بهداشت دهان و دندان

جداول معاینه، تشخیص و اقدام

			استوماتیت آفتی راجعه
اقدامات	ملاحظات	معاینه بالینی	سؤال کنید
<ul style="list-style-type: none"> • اقدام مطابق پروتکل • توصیه های بهداشتی • در صورت موثر نبودن داروهای موضعی ارجاع به متخصص 	<ul style="list-style-type: none"> • بیشتر در مخاط لب و گونه دیده می شود. • وضعیت سلامت عمومی بیمار • فرم هرپسی کمتر شایع است. 	<ul style="list-style-type: none"> • وجود زخم • وجود زخم های گرد و کم عمق • شکل ضایعات (مطابق پروتکل ممکن است تفاوت هایی داشته باشد). 	<ul style="list-style-type: none"> • آیا تاکنون دهانتان آفت زده است؟ • آیا احساس درد و سوزش دارید؟ • چند روز است گرفتار درد و سوزش شده اید؟ • آیا حساسیت غذایی دارید؟ • آیا در این اواخر دچار اضطراب یا استرس روانی خاصی بوده اید؟ • آیا بیماری خاصی دارید؟

			هرپس سیمپلکس راجعه
اقدامات	ملاحظات	معاینه بالینی	سؤال کنید
<ul style="list-style-type: none"> • اقدام مطابق پروتکل • در موارد شدید ارجاع به متخصص • توصیه های بهداشتی 	<ul style="list-style-type: none"> • وضعیت سلامت عمومی بیمار • ضایعات درمانی هرپسی مشابه یکدیگرند 	<ul style="list-style-type: none"> • وجود ادم در محل (در مراحل اولیه) • وجود خوشه ای از وزیکولهای کوچک 	<ul style="list-style-type: none"> • آیا تاکنون تب خال زده اید؟ • آیا ضربه به لب شما وارد شده است؟ • آیا بیماری خاصی دارید؟ • آیا دچار آفتاب سوختگی در این روزهای اخیر شده اید؟ • آیا داروی خاصی مصرف می کنید؟ • آیا احساس سوزش و درد در محل ضایعه دارید؟

لیکن پلان دهانی

اقدامات	ملاحظات	معاینه بالینی	سؤال کنید
<ul style="list-style-type: none"> • توصیه های بهداشتی • ارجاع به متخصص 	<ul style="list-style-type: none"> • اغلب در زنان دیده می شود. • مخاط باکال شایع ترین ناحیه ابتلاست. 	<ul style="list-style-type: none"> • وجود اشکال متفاوت براساس نوع لیکن پلان در مخاط (بخصوص باکال) (اشکال نواری شکل، تغییرات کراتوتیک به همراه اریتمای مخاطی و ...) 	<ul style="list-style-type: none"> • آیا بیماری خاصی دارید؟ • آیا دارو مصرف می کنید؟ • آیا حساسیت غذایی دارید؟ • چند سال دارید؟ • آیا درد دهانی دارید؟

			لکوپلاکیا
اقدامات	ملاحظات	معاینه بالینی	سؤال کنید
<ul style="list-style-type: none"> • اقدام مطابق پروتکل • حذف عوامل محرک • جهت بیوپسی ارجاع به متخصص • توصیه های بهداشتی 	<ul style="list-style-type: none"> • در مردان، لکوپلاکیای زگیلی • پرولیفراتیو بیشتر دیده می شود. • دیسپلازی بیشتر در لکوپلاکیایی که زبان، لبها و کف دهان را گرفتار می کند دیده می شود. 	<ul style="list-style-type: none"> • وجود ضایعه سفیدرنگ در مخاط دهان که با کشش از بین نمی رود. 	<ul style="list-style-type: none"> • آیا دخانیات مصرف می کنید؟ • چه مدتی است دخانیات مصرف می کنید؟ • آیا مخاط دهان شما بطور مداوم در معرض تروما بوده است؟ • سن بیمار پرسیده شود؟ • آیا سابقه مصرف الکل و آفتاب سوختگی داشته اید؟

			اریتروپلاکیا
اقدامات	ملاحظات	معاینه بالینی	سؤال کنید
<ul style="list-style-type: none"> • اقدام مطابق پروتکل • حذف عوامل محرک • پیگیری به مدت یک تا دو هفته بعد از برطرف کردن ضایعات • جهت ضایعات مقاوم ارجاع به متخصص برای بیوپسی • توصیه های بهداشتی 	<ul style="list-style-type: none"> • بیشتر در مردان دیده می شود. 	<ul style="list-style-type: none"> • وجود پلاک یا لکه مخملی قرمز رنگ 	<ul style="list-style-type: none"> • آیا دخانیات مصرف می کنید؟ • آیا الکل مصرف می کنید؟ • چه مدتی است دخانیات مصرف می کنید؟ • چند سال دارید؟

کاندیدیازیس

سؤال کنید	معاینه بالینی	ملاحظات	اقدامات
<ul style="list-style-type: none"> • آیا مزه بد در دهان حس می کنید؟ • آیا احساس داغی در دهان و گلو دارید؟ • آیا بیماری خاصی دارید؟ • آیا آنتی بیوتیک مصرف می کنید یا به تازگی مصرف کرده اید؟ • آیا سیگار می کشید؟ • آیا دهان و دندانهای خود را مرتب تمیز می کنید؟ • آیا درد دهانی دارید؟ • چه مدتی است که گرفتار این ناراحتی هستید؟ 	<ul style="list-style-type: none"> • وجود ضایعات به صورت لکه های سفید نرم و چسبنده • ضایعات با سایش یا خراشیدن برداشته شود و نمای قرمز ایجاد میکند. • در بزرگسالان، زیر دنچر معاینه شود. • گوشه لب بیمار (بخصوص در افراد مسنی که دنچر دارند) از جهت وجود Angular Chelitis بررسی شود. • ناحیه مرکزی پشت زبان از نظر وجود لکه ها بررسی شود. 	<ul style="list-style-type: none"> • وضعیت سلامت عمومی بیمار • وجود لاینر در زیر دنچرها • حاملگی 	<ul style="list-style-type: none"> • مطابق پروتکل اقدام شود. • اگر تشخیص قطعی نبود بیمار را جهت تهیه اسمیر به سطح بعدی ارجاع دهید. • توصیه های لازم (رعایت بهداشت دهان و دنچر) • معاینات دوره ای و بررسی دنچر

بیماریهای غدد بزاقی

سئوال كنيد	معاینه بالینی	بررسی رادیوگرافیک	ملاحظات	اقدامات
<ul style="list-style-type: none"> • آیا احساس خشکی دهان دارید؟ • آیا بیماری خاصی دارید؟ • آیا شش ماه اخیر تحت درمان خاصی قرار گرفته اید؟ • آیا داروی خاصی مصرف می کنید؟ 	<ul style="list-style-type: none"> • غدد بزاقی طبیعی در لمس بدون دردند. • غدد بزاقی حالت نرم و لاستیکی دارند. • غدد بزاقی بدون هرگونه توده سفتی هستند. • لب ها ترک دارد و رنگ پریده و آتروفیک. • مخاط باکال رنگ پریده و موج دار است. • وجود پوسیدگی مخصوصا در سطح ریشه. • افزایش بی دلیل پوسیدگی. • وجود بیماریهای پریودنتال. • قوام و حالت بزاق 	<ul style="list-style-type: none"> • رادیوگرافی اکلوزال فک پایین (با کاهش اشعه به میزان ۳۰٪ معمول) • سنگ به صورت اجسام اپک دیده می شود. • توصیه به انجام سیا لوگرافی در صورت مشکوک بودن (بویژه وجود تومور) 	<ul style="list-style-type: none"> • عفونت های کاندیدایی عموما مشاهده می شود • به وجود بیماریهای پریودنتال دقت شود، چون لازم است نسبت به برطرف کردن آن اقدام کرد. 	<ul style="list-style-type: none"> • توصیه های بهداشتی • ترمیم دندانها • جرمگیری و برساز دندانها، Root Planning • انجام معاینات دوره ای • ارجاع به سطح بعدی

پروتزهای دندانی (جهت ساخت و رفع اشکال پروتزهای دندانی ارجاع به سطح بعدی صورت می گیرد)

ارزیابی	اقدامات (اقدام، توصیه، ارجاع)
<ul style="list-style-type: none"> • در بیماران با پروتزهای کامل (براساس پروتکل): - بررسی وضعیت ثبات دنچر فک بالا و پایین (در زمان استراحت، جویدن) - بررسی سلامت بافت مخاط دهان و ریج - بررسی وجود مشکل در تکلم، بلع و ادای صحیح حروف - بررسی وجود تهوع و احساس سوزش - بررسی وجود درد - بررسی عملکرد جویدن 	<ul style="list-style-type: none"> - در صورت وجود فضای بی دندانی، به بیمار براساس شرایط مطرح در پروتکل، توصیه پی گیری درمان جهت جایگزینی با پروتزهای (کامل-پارسیل) انجام می گیرد. - در صورت نیاز به کراون و بریج (براساس پروتکل) توصیه به بیمار انجام می شود. - با بررسیها و ارزیابی از پروتزهای دندانی موجود (کامل-پارسیل-تک واحدی-چند واحدی) مشکلات را تشخیص داده و جهت رفع آنها به سطح بعدی ارجاع داده شود. - آموزشهای رعایت بهداشت دهان و دندان (براساس پروتکل) به بیمار داده شود.
<ul style="list-style-type: none"> • در بیماران با پروتزهای پارسیل: - بررسی سلامت بافت مخاط دهان و ریج بی دندانی - بررسی سلامت و عدم لقی دندانهای پایه - بررسی دنچر پارسیل از نظر تطابق مناسب بیس دنچر و نسوج زیرین - بررسی اتصال دهنده اصلی و فرعی پروتز پارسیل از نظر شکستگی، تغییر شکل و نیاز به ترمیم 	
<ul style="list-style-type: none"> • در بیماران با روکش: - تماسهای پروگزیمالی مناسب با دندانهای مجاور - اکلوزن مناسب - کانتور مناسب کراون - زیبایی - تطابق مارژین 	

بافتهای مجاور لبه دندان مصنوعی دردناک هستند (۱)

اقدامات	تشخیص (Diagnosis)	نشانه (Symptom)	مشاهدات بالینی (Clinical Apperance)	علت (Cause)
ارجاع به سطح بعدی جهت کاهش ارتفاع لبه‌های دندان مصنوعی	گسترده‌گی (extention) لبه‌های دندان مصنوعی را بررسی نمایید	بافتهای اطراف لبه‌های دندان مصنوعی دردناک هستند	التهاب شدید بوده و غالباً " زخم دیده می‌شود	اگر قالب گیری بیش از حد گسترده شده باشد :
ارجاع به سطح بعدی جهت ساخت دندان مصنوعی جدیدی یا Reline دندان مصنوعی فعلی	گیر دندان مصنوعی را کنترل نمایید	بافتهای اطراف دندان مصنوعی دردناک هستند	بافت ملتهب بوده و غالباً " زخم دیده می‌شود	اگر بیدمار بعد از گذشت زمان مناسب دندان مصنوعی کامل فوری را آسرتی (Reline) نکرده باشد
ارجاع به سطح بعدی جهت تصحیح لبه‌های پروتز	به محل درد توجه کنید	فرنوم درگیر است (بیشتر فرنوم لبی درگیر است)	فرنوم و بافت مجاور آن ملتهب بوده و غالباً " زخمی هستند	اگر لبه مجاور فرنوم تیز باشد
ارجاع به سطح بعدی جهت تنظیم ضخامت سد خلفی دندان مصنوعی	خط متحرک را مشخص کرده و گسترش دندان مصنوعی را نسبت به آن کنترل نمایید	دندان مصنوعی گیر ندارد	با توجه به شکل کام ، کام ملتهب یا زخمی است	اگر دندان مصنوعی به بافت متحرک کام برخورد کند
ارجاع به سطح بعدی جهت تنظیم لبه دندان مصنوعی	به محل زخم توجه کنید	بافتهای مجاور لبه دندان مصنوعی دردناک هستند	در آن محل زخم و التهاب دیده می‌شود	اگر در مراحل قالبگیری عمل تنظیم لبه (Bordermolding) انجام نشود

بافتهای مجاور لبه دندان مصنوعی دردناک هستند (۲)

اقدامات	تشخیص (Diagnosis)	نشانه (Symptom)	مشاهدات بالینی (Clinical Apperance)	علت (Cause)
<ul style="list-style-type: none"> • ماساژ بافت اضافی را توصیه نمائید و بعد از مدتی ارجاع به سطح بعدی جهت برداشتن بافت اضافی با جراحی • ارجاع به سطح دندان مصنوعی جدیدی یا Reline دندان مصنوعی قبلی. 	پایداری، سکون، ارتفاع عمودی و جفت شدن دندان مصنوعی را بررسی نمائید	لبه‌های بافت دردناک است جفت شدن (Occlusion) به نحو چشمگیری تغییر کرده است دندان مصنوعی پایدار و ثابت نیست	ضایعه (Epulisfissuratum) به صورت مزمن دیده می‌شود	اگر تحلیل شدید باشد
ارجاع به سطح بعدی جهت تصحیح لبه‌های پروتز	حدود (Contours) دندان مصنوعی را بررسی نمائید	بیمار احساس درد می‌کند	بافت زخمی و ملتهب است	اگر حالت لبه‌های دندان مصنوعی صحیح نباشد (تیز و نازک باشد)

نقاط مشخصي در تکیه‌گاه دندان مصنوعی دردناک هستند (۱)

اقدامات	تشخیص (Diagnosis)	نشانه (Symptom)	مشاهدات بالینی (Clinical Apperance)	علت (Cause)
ارجاع به سطح بعدی جهت تنظیم جفت شدن پروتز	جفت (Centeric occlusion) شدن مرکزی را بررسی نمایید	تیغیه بی‌دندان آن ناحیه نسبت به لمس حساس است	نقاط آبی روشنی بدون هیچگونه رنگ پریدگی حقیقی در سطح مخاط دیده می‌شود. غالباً در ناحیه عقب نوك تیغیه بی‌دندانی (Ridge crest قرار دارد	تماس زودرس هنگام جفت شدن وجود داشته باشد
ارجاع به سطح بعدی جهت بر طرف کردن نقاط فشار	ابتداء، تماس زودرس جفت شدن را منتفی نمایید، سپس از خمیر نشانگر فشار استفاده نمایید	بعضی نواحی ناراحت هستند	بافت التهاب دارد و شاید زخمی باشد	اگر در قالب، نقاط فشار وجود داشته باشد
ارجاع به سطح بعدی جهت بر طرف کردن نقاط فشار در داخل دندان مصنوعی و در صورت لزوم جراحی	برجستگی ویژه استخوان را می‌توانید لمس نمایید و یا از خمیر نشانگر فشار استفاده کنید	ناحیه حتی در غیاب التهاب نسبت به لمس دردناک است	بافت ملتهب است غالباً " تیغیه Mylohyoid گرفتار است	اگر در بعضی نقاط، برجستگی استخوانی نیز وجود داشته باشد
ارجاع به سطح بعدی جهت بر طرف کردن نقاط فشار در داخل دندان مصنوعی	ناحیه را لمس و از خمیر نشانگر فشار استفاده نمایید	غالباً در حین جویدن دردناک است	مخاط پوشاننده ملتهب است	اگر فشار روی بر جستگی‌های استخوانی متمرکز باشد

نقاط مشخصي در تکیه‌گاه دندان مصنوعي دردناك هستند (۲)

اقدامات	تشخيص (Diagnosis)	نشانه (Symptom)	مشاهدات باليني (Clinical Apperance)	علت (Cause)
ارجاع به سطح بعدی جهت ساخت دندان مصنوعي جديد يا Reline دندان مصنوعي قبلي.	تکیه‌گاه ، ثبات، گیر و جفت شدن دندان مصنوعي را بررسی نماییید ارتفاع عمومي صورت (VD) کاهش یافته است	دندان مصنوعي لق است	بعضي از نواحی ملتهب و دردناك هستند	اگر تیغه بي دندانی (Ridge) تحلیل رفته باشد
ارجاع به سطح بعدی جهت رفع مشکل	نقاط تیز را در دندان مصنوعي مشخص کنید *	بیمار درد دارد	بافت احتمالا" پاره شده و ملتهب خواهد بود	اگر مخاط نامنظمی تشکیل شوند
ارجاع به سطح بعدی جهت تطبیق دندان مصنوعي با ناحیه Papilla	میتوان از خمیر نشانگر فشار استفاده کرد لذا از بیمار بخواهید نیرویی مشابه نیروی جویدی اعمال کند با فشار ناحیه را لمس نمایید	درد یا بر Papilla متمرکز است یا در طول عصب Naso palatine منتشر است	Papilla ملتهب است	اگر روی Incisive papillae فشار وارد شود

* می‌توان با کشیدن پنبه به داخل دندان مصنوعي این نقاط را مشخص نمود .

درد منتشر در تکیه گاه دندان مصنوعی وجود دارد (۱)

اقدامات	تشخیص (Diagnosis)	نشانه (Symptom)	مشاهدات بالینی (Clinical Apperance)	علت (Cause)
<p>توصیه ها :</p> <ul style="list-style-type: none"> • در هر فرصت دندان مصنوعی را بردارید تا بافت استراحت کند . • بافت را ماساژ دهید . <p>ارجاع به سطح بعدی مجدد حدود دندان مصنوعی</p>	<p>به نقاط صیقلی سطح جونده (Occlusai Surface) توجه کنید . از بیمار یا همراه او تاریخچه بگیرید .</p>	<p>کل تیغه بی دندان درد می کند (اغلب فک پایین) .</p>	<p>کلید تکیه گاه دندان مصنوعی ملتهب بوده و احتمال دیدن مناطق سفید رنگ (Hyper keratotic) زیاد است</p>	<p>دندان قروچه (Bruxism)</p>
<p>ارجاع به سطح بعدی جهت Border mold Reline مجدد و سپس</p>	<p>گسترش دندان مصنوعی را بررسی کنید .</p>	<p>مشابه مورد فوق است .</p>	<p>مشابه مورد فوق است .</p>	<p>اگر گسترش دندان مصنوعی پایین کم باشد :</p>
<p>بیمار را برای بررسی به متخصص زنان معرفی کنید .</p>	<p>شکایات بیمار با ظاهر کلینیکی هماهنگی ندارد . وضعیت بیمار را از نظر یائسگی مشخص کنید .</p>	<p>دردی منتشر و ضعیف ، غالباً " به صورت مبهم یا سوزش احساس می شود .</p>	<p>کل مخاط مقداری کم خون است .</p>	<p>اگر تحمل فشار بافت ضعیف باشد (احتمالاً " در زمان یائسگی یا بعد از آن بدلیل تغییرات هورمونی) :</p>
<p>ارجاع به سطح بعدی جهت ساخت مجدد پروتز</p>	<ul style="list-style-type: none"> • ارتفاع عمودی را بررسی کنید . • توجه : هنگامی که میزان تغییرات مورد نیاز زیاد باشد ، اصلاح توسط Occlusal adjustment عملی نیست . 	<p>کل تیغه بی دندان درد می کند . دندانها هنگام صحبت کردن با هم تماس پیدا می کنند و صدا می دهند .</p>	<p>کل بافت ملتهب است .</p>	<p>اگر ارتفاع عمودی زیاد باشد :</p>

درد منتشر در تکیه گاه دندان مصنوعی وجود دارد (۲)

اقدامات	تشخیص (Diagnosis)	نشانه (Symptom)	مشاهدات بالینی (Clinical Apperance)	علت (Cause)
ارجاع به سطح بعدی جهت رفع اشکالهای جفت شدن.	جفت شدن را بررسی کنید .	ممکن است گیر با گذشت زمان کمتر شود . درد حالت عمومی پیدا می کند .	امکان بروز انواع واکنش های بافتی وجود دارد .	اگر اختلال جفت شدن وجود داشته باشد :
ارجاع به سطح بعدی جهت تعویض پلی مر دندان مصنوعی با ماده خنثی	موارد زیر را مشخص کنید : ۱- آیا پلی مر، heat cure است یا cold cure ؟ ۲- آیا از مواد اضافی مانند چسب دندان مصنوعی (Denture Adhesive) هم استفاده می کند ؟	احساس خارش و درد و عدم تحمل دندان مصنوعی وجود دارد بیشتر در فك بالا دیده می شود	علائم حساسیت دیده می شود	اگر بیمار به جنس پلی مر دندان مصنوعی حساسیت داشته باشد :
تومور، استرس های عصبی که به دندان قروچه منجر به می شوند بهتر است بیمار را جهت بررسی به متخصص معرفی نمایید.	دندان مصنوعی اشکال و ایرادی ندارد	درد گنگی دارد و می تواند محل درد را مشخص کند	ضایعه دهانی مشخصی دیده نمی شود	اگر وضعیت سلامت بیمار تغییر کند

صورت دردناک است

اقدامات	تشخیص (Diagnosis)	نشانه (Symptom)	مشاهدات بالینی (Clinical Apperance)	علت (Cause)
ارجاع جهت تغییر اگر ارتفاع عمودی (V.D) ورزش عضلات توصیه شود.	ارتفاع عمودی را بررسی کنید عضلات را لمس کنید	درد عمومی در یک طرف صورت سرو یا گوش وجود دارد انقباض عضلات دیده می‌شود	عضلات هنگام لمس دردناک هستند	اگر ارتفاع عمودی (V.D) صورت کمتر یا زیادتر باشد
ارجاع جهت تنظیم جفت شدن دندانها	جفت شدن را بررسی کنید	مانند حالتهاي بالا بوده و احتمالاً" دندان مصنوعی که ثبات خوبی نداشته باشد روی تیغه بی دندان سبب ایجاد درد می‌شود	با توجه به شدت تماس زودرس عضلات هنگام لمس دردناک هستند مفصل گیجگاهی - فکی دردناک است	اگر تماس زودرس در جفت شدن وجود داشته باشد
جهت رفع علائم درد مسکن تجویز کنید ارجاع جهت رفع مشکل مفصل با توجه به شدت بیماری	تجویز رادیوگرافی از مفصل گیجگاهی - فکی	بیمار درد دارد با توجه به شدت بیماری صدای click شنیده می‌شود بیمار در باز کرن فک محدودیت دارد	با توجه به شدت بیماری عضلات هنگام لمس دردناک هستند مفصل گیجگاهی فکی دردناک است	اگر ناراحتی TMJ وجود داشته باشد
کیسه آب گرم روی عضلات درگیر بگذارید بیمار دندان مصنوعی را در شب بردارد .	Facet های صیقلی را در سطح جفت شدن پیدا کنید از بیمار یا یکی از اعضاء خانواده تاریخچه بگیرید	صورت دردناک است ممکن است تمام تیغه بیدندان بیمار درد کند غالباً " هنگام باز کردن فک پایین محدودیت دارد و یا نامتناسب است	همه عضلات جویدن در حالت انقباض هستند	اگر فرد دندان قروچه یا Clenching (که ناشی از فشارهای روانی هستند) داشته باشد

گلو دردناك است (عمل بلع مشكل است)

اقدامات	تشخيص (Diagnosis)	نشانه (Symptom)	مشاهدات باليني (Clinical Apperance)	علت (Cause)
ارجاع جهت كوتاه نمودن لبه دندان مصنوعي.	در آن ناحيه مقدار گسترش عقبى را بررسى كنيد .	گلو دردناك است .	غالبا " يك زخم روى كام يا ديواره جانبى حلق مى بينيد .	اگر ناحيه عقبى دندان مصنوعي (سد خلفى) زياد گسترده شده باشد :
ارجاع جهت اصلاح لبه هاي دندان	حدود لبه (Flange) را بررسى كنيد .	براي بيمار عمل بلع مشكل است .	بافت طبيعى است .	اگر لبه (Flange) زباني فك پايين بيش از اندازه ضخيم باشد :

احساس سوزش و خارش (۱)

اقدامات	تشخیص (Diagnosis)	نشانه (Symptom)	مشاهدات بالینی (Clinical Apperance)	علت (cause)
ارجاع جهت تصحیح منطقه مورد نظر	هنگام لمس عصب چانه ای پاسخه‌ای مشابه دیده می‌شود . علائم سوزش و خارش در این منطقه ارزش تشخیصی دارند . خمیر مشخص کننده فشار در تشخیص مفید نیست .	لب و تیغه بی دندان مجاور ناحیه دردناک هستند یا بیمار در آن ناحیه احساس خارش و سوزش دارد .	معمولاً هیچگونه علامت دیدنی وجود ندارد .	اگر فشار روی عصب چانه ای (Mental nerve) باشد :
ارجاع جهت Relief ناحیه papilla در داخل دندان مصنوعی	می‌توان از خمیر مشخص کننده فشار استفاده کرد . با لمس Papilla نشانه‌ها بروز می‌کنند .	در ناحیه جلویی کام ، احساس سوزش یا خارش یا درد وجود دارد البته لب بالا را درگیر نمی‌کند .	علامت دیدنی وجود ندارد . papilla غالباً " قرمز است .	اگر فشار روی Incisive papilla باشد :
بیمار را جهت تشخیص طبی راهنمایی کنید .	از نظر وجود علائم کلینیکی در منطقه خاصی التهاب وجود ندارد .	احساس سوزش عمومی و گاهی احساس خارش وجود دارد .	مخاط کام ، رنک پریده و نازک می‌شود ظاهر کلینیکی زبان طبیعی است .	تعادل هورمونی بهم بخورد (مثلاً در زمان یائسگی) :

احساس سوزش و خارش (۲)

اقدامات	تشخیص (Diagnosis)	نشانه (Symptom)	مشاهدات بالینی (Clinical Apperance)	علت (Cause)
مسائل را برای بیمار توضیح دهید تا دوباره آرامش خود را بدست آورد .	با استفاده از مهارت شخصی وضعیت روانی بیمار را بررسی نمایید .	بیمار در کام احساس سوزش یا خارش دارد .	مخاط کام طبیعی است .	اگر بیمار مشکلات روانی داشته باشد :
کمبود ویتامین فرد را تامین کنید . رژیم غذایی لازم را تجویز کنید .	تغذیه فرد را از نظر میزان ویتامین های خانواده C،B بررسی کنید .	بیمار در کام و یا زبان احساس سوزش و خارش دارد .	شقاق گوشه لب وجود دارد ،زبان ملتهب بوده خوب شدن زخمها کند است و لثه ملتهب می باشد .	اگر کمبود ویتامین وجود داشته باشد :

احساس التهاب عمومي (منتشر) (۱)

اقدامات	تشخيص (Diagnosis)	نشانه (Symptom)	مشاهدات باليني (Clinical Apperance)	علت (Cause)
ارجاع جهت ساخت بیس فلزي براي دندان مصنوعي درمان با دارو را شروع کنید (طبق دستور دارویی)	در صورت مشکوک بودن ، جهت تهیه کشت بیمار را ارجاع دهید	غالباً " درد ندارد .	مخاط روي تیغهء بي دندان قرمز است . با شقاق گوشه لب همراه است . غالباً " تکه هاي سفیدی که از ناحیه جدا شده اند یافت می شوند .	اگر فرد کاندید یازیس داشته باشد :
برنامه غذایی بیمار را تغییر دهید یا مواد تکمیل کننده تجویز کنید .	تغذیه بیمار را بررسی کنید .	در تیغه بي دندان سوزش وجود دارد .	کل تیغه بي دندان قرمز است .	اگر فرد مشکل تغذیه داشته باشد :
ارجاع جهت تغییر مواد سازنده دندان مصنوعي.	بیمار را به متخصص پوست معرفی کنید .	احساس سوزش و خارش دارد .	بافت ملتهب بوده و با تشکیل وزیکول همراه است .	اگر بیمار حساسیت داشته باشد :
اگر ممکن است جهت بهبودي به بیمار کمک کنید ، در حقیقت روشهاي موثري براي درمان و ضعیت دهاني آنها وجود ندارد .	بسیار عصبی است ، می لرزد ، هنگام تنفس بوي الكل یا عرق به مشام می رسد ، دور چشمها قرمز است ظاهر چشمها برافروخته است .	فرد به gag تمایل دارد . همکاری او ضعیف است و علاقه اي نشان نمی دهد . متأسفانه بافت به فشار واکنش می دهد . به سادگی آ سیب می بیند و دیر ترمیم می شود . بزاق غلیظ و چسبنده دارد .	تمام مخاط دهان قرمز هستند .	اگر بیمار الكل مصرف کند .

احساس التهاب عمومي (منتشر) (۲)

اقدامات	تشخيص (Diagnosis)	نشانه (Symptom)	مشاهدات باليني (Clinical Apperance)	علت (Cause)
به بیمار توصیه کنید دندان مصنوعی را مرتب در آورده و بافت را ماساژ دهد .	Facet هاي ساييده شده را تشخيص دهيد . از بیمار يا اعضا خانواده او تاريخچه بگيريد .	كل تيغه بي دندان درد مي كند .	كل تيغه بي دندان ملتهب است .	اگر ضربه وارد شود يا دندان قروچه داشته باشد :
ارجاع جهت تنظيم جفت شدن دندان مصنوعی	جفت شدن را بررسي نماييد .	التهاب منتشر وجود دارد .	تيغه بي دندان ملتهب است .	اگر اشكال جفت شدن خيلي زياد باشد :
روشهاي تميز کردن دندان مصنوعی را به بیمار آموزش دهيد .	وضيعت دندان مصنوعی و بسوي دهان را بررسي كنيد	علامتي ندارد .	التهاب عمومي وجود دارد .	اگر بهداشت دهان ضعيف باشد :
به بیمار توصیه کنید دندان مصنوعی را در شب برداشته و بافت را ماساژ دهد . بیمار را براي بررسي كلي به متخصص داخلي معرفي كنيد .	دندان مصنوعی خوب ساخته شده است . عيب و ايرادي ديده نمي شود .	درد عمومي دارد .	التهاب عمومي وجود دارد .	اگر تحمل دندان مصنوعی براي بیمار مشكل باشد :

دندان مصنوعی ساخته شده گیر ندارد

اقدامات	تشخیص (Diagnosis)	نشانه (Symptom)	مشاهدات بالینی (Clinical Apperance)	علت (Cause)
ارجاع جهت Border molding یا ساخت مجدد دندان مصنوعی	تطابق قاعده خصوصاً " لبه دندان مصنوعی سد خافی را با تکیه بررسی کنید .	دندان مصنوعی شل است و به راحتی بلند می شود .	دندان مصنوعی از هر نظر صحیح به نظر می رسد .	اگر گیر کافی نباشد : ممکن است قاعده دندان مصنوعی در حین پخت تغییر شکل پیدا کرده باشد :
ارجاع جهت تنظیم گسترش لبه ها (Flanges) دندان مصنوعی	حرکت گونه با زبان ، دندان مصنوعی را جا به جا می کند .	با صحبت کردن ، لبخند زدن ، حتی حرکت ملایم گونه و لبها دندان مصنوعی از تکیه گاه جدا می شود .	مخاط عموماً " طبیعی هستند . ناحیه مجاور لبه های دندان مصنوعی ملتهب هستند .	اگر لبه های (Flanges) دندان مصنوعی بسویار گسترده شده و یا حجیم باشند :
ارجاع جهت تصحیح جفت شدن دندان مصنوعی	دندانها جفت شدن مناسبی ندارد .	جفت شدن تنظیم شده بعد از پخت از بین رفته است . تماس زودرس شدیدی وجود دارد .	ظاهر دندان مصنوعی بالا و پایین قبل از جفت شدن (occlud) شدن صحیح و بی عیب است .	اگر جفت شدن غلط باشد :
بزاقت مصنوعی تجویز کنید . دهان شویه گلیسرینه تجویز کنید .	مخاط دهان به دست خشک می چسبند .	دندان مصنوعی گیر ندارد .	مخاط دهان خشک هستند .	اگر ترشح بزاق ناکافی باشد :

توجه : امکان دارد :

- ۱- بیمار مبتلا به **habitual retruded tongue position** باشد . این عادت نیز سبب از دست رفتن گیر می شود . از بیمار می خواهیم تا تمرین کند زبان خود را در محل صحیح نگه دارد .
- ۲- ممکن است گیر ضعیف به علت ترشح زیاد بزاق باشد .

گیر دندان مصنوعی در هنگام جویدن و به صورت یک طرفه از بین می رود

اقدامات	تشخیص (Diagnosis)	نشانه (Symptom)	مشاهدات بالینی (Clinical Apperance)	علت (Cause)
ارجاع به سطح بالاتر جهت حذف ناحیه فشار	دندان مصنوعی بالا ثبات (Stability) ندارد و غالباً از وسط می شکنند .	دندان مصنوعی روی درز میانی کام می چرخد .	بافت درز میانی کام سفید و رنگ پریده است .	اگر در محل درز میانی کام دندان مصنوعی بالا عمل کاهش فشار (Relief) را انجام ندهید :
ارجاع به سطح بالاتر جهت تصحیح موقعیت دندانها .	فضای باکال (Buccal vestibule) به میزان زیادی بعد از نصب دندان مصنوعی کاهش می یابد .	تماس عضله بوکسیناتور (Buccinatr) باعث جا به جایی دندان مصنوعی می شود .	بیمار از جا به جایی دندان مصنوعی هنگام غذا خوردن شکایت دارد .	اگر دندان عقبی خیلی به سمت گونه چیده شوند :
ارجاع به سطح بالاتر جهت تصحیح موقعیت دندانها را تصحیح کنید .	فضای زبان کم می باشد .	در فك بالا به علت تنگ شدن قوس ، زبان به راحتی حرکت نمی کند و بیمار در صحبت کردن مشکل دارد . در فك پایین زبان باعث جابه جایی دندان مصنوعی می شود .	بیمار بیان می کند که موقع صحبت کردن ، غذا خوردن یا حرکت زبان ، دندان مصنوعی اش جابه جا می شود .	اگر دندانهای عقبی خیلی به سمت زبان چیده شوند :
ارجاع به سطح بالاتر جهت تطبیق دندان مصنوعی به وضعیت جدید	با معاینه کلینیکی مشخص می شود .	دندان مصنوعی بر محور سمتی که مشکل دارد می چرخد	لقمه ای که بین دندان مصنوعی بالا و پایین همان سمت قرار می گیرد مثل تکیه گاه عمل کرده و سبب حرکت دندان مصنوعی می شود . مخاط ملتهب بوده و شاید زخمی شده باشند .	اگر لبه بی دندان یک طرف فك بیمار تحلیل رفته باشد :

توجه :

اگر بیمار با يك طرف لقمه هاي بزرگ بجود گیر دندان مصنوعي از بين مي رود . بیمار بايد با تمرين اين مشکل را بر طرف کند .

اصولا" اگر دندان در موقعيت خودش (Neutral zone) قرار نگیرد : اگر به طرف گونه باشد عضله بوكسيناتور عمل حیاتي خود را خوب انجام نمي دهد و دندان مصنوعي بیمار موقع جویدن جا به جا مي شود اگر به طرف داخل قرار بگیرد ، مانع انجام اعمال حیاتي زبان شده و بیمار در رابط با صحبت کردن و جویدن مشکل خواهد داشت .

یادآوری : منطقه خنثي (Neutral zone) محلي است که بر آید نیروها از طرف زبان و گونه ها صفر می شود . بنابراین برای دستیابی به بهترین نتیجه مطلوب ، خط وسط دندانها باید منطبق بر منطقه خنثي باشد همیشه برای رسیدن به این منظور سطح جفت شدن دندان مصنوعي (Occlusal table) باید در حد معقولي کوچکتر از دندان طبیعی باشد .

گیر دندان مصنوعی هنگام بریدن غذا از بین می‌رود

علت (Cause)	نشانه (Symptom)	تشخیص (Diagnosis)	اقدامات
اگر پوشش سد خلفی یا رترومولر پد کافی نباشد: (Retro molar pad)	هنگام استفاده از دندانهای قدامی، دندان مصنوعی‌های بالا و پایین در عقب از تکیه گاه جدا می‌شوند	اگر به سطح جونده دندانهای فك بالا به سمت جلو و بالا و فك پایین به سمت جلو و پایین نیرو وارد کنیم دندان مصنوعی از تکیه گاه جدا می‌شود	ارجاع جهت تنظیم لبه عقب دندان مصنوعی (Border molding)
اگر دندانهای جلویی جلوتر از حد مجاز قرار گرفته باشند یا زاویه بین دندانهای جلو و لبه لبی دندان مصنوعی (Labial flange) محدب باشد	هنگام استفاده از دندانهای قدامی دندان مصنوعی‌های بالا و پایین در عقب از تکیه گاه جدا می‌شوند	اگر به سطح جونده دندانهای فك بالا به سمت جلو و بالا و فك پایین به سمت جلو و پایین نیرو وارد کنیم دندان مصنوعی از تکیه گاه جدا می‌شود	ارجاع جهت اصلاح موقعیت دندانها و یا براشتن اکریل اضافی
اگر تکیه گاه دندان مصنوعی ناحیه قدامی متحرک باشد: (تحلیل استخوان Pre maxilla در فك بالا)	هنگام استفاده از دندان مصنوعی، پایداری (stability) دندان مصنوعی از بین می‌رود	با لمس ناحیه ضخیم بودن بافت نرم احساس می‌شود از x-ray کمک بگیرید	جهت بازسازی استخوان premaxilla به متخصص جراحی فك و صورت راهنمایی کنید

توجه: اگر زمانی که مریض دهانش را باز می‌کند که مثلاً "یک ساندویچ را گاز بگیرد یا خمیازه بکشد دندان مصنوعی بالا لق شود علت آن کلفت بودن بیش از حد لبه Disto butccal دندان مصنوعی می‌باشد که با حرکت Coronoid process تداخل ایجاد می‌کند. درمان، کم کردن ضخامت ناحیه مورد نظر است.

حس چشایی کاهش می‌یابد / طعم غیر طبیعی حس می‌شود

اقدامات	تشخیص (Diagnosis)	نشانه (Symptom)	علت (Cause)
مسئله را برای او توضیح داده و رعایت بهداشت دهان و دندان را توصیه کنید	درباره غذاهایی که طعم آنها را حس نکرده سوال کنید	حس چشایی کاهش می‌یابد	اگر جوانه‌های چشایی کم شوند یا بهداشت دهان بیمار ضعیف باشد
به بیمار توصیه کنید : با برداشتن دندان مصنوعی به بافت استراحت دهد دندان مصنوعی را در شب برداشته بافت را ماساژ دهد در صورت وجود قارچ کاندیدا دارو تجویز کنید ارجاع جهت : Inflammatory رفع ضایعه papillary Hyperplasia با جراحی	ضایعه را مشاهده کنید فرد را برای کشت Candida Albicans ارجاع دهید	طعم غیر طبیعی مثل فلز و یا طعم خون (می‌تواند شور باشد) وجود دارد	اگر بیماری Inflammatory hyperplasia و یا خونریزی در سطح کام وجود داشته باشد

بیمار دائما" و ناخودآگاه گونه خود را گاز می‌گیرد

اقدامات	تشخیص (Diagnosis)	نشانه (Symptom)	علت (Cause)
ارجاع جهت تصحیح Overjet (با استفاده از قانون Bull*) ()	Overjet دندانهای عقبی را بررسی کرده و دندانهای را که درگیر می‌شوند مشخص کنید	و وضعیت مخاط گونه از حالت ساییده شده تا زخمی متغیر است	اگر گاز گرفتن گونه به دلیل ناکافی بودن Overjet دندانهای عقبی باشد
ارجاع جهت حرکت دادن دندان های خلفی به سمت داخل (Lingual)	طرح قوس فك را در ناحیه پشتی بررسی کنید تا مشخص شود آیا دندانهای خلفی بوکالی تر قرار گرفته‌اند یا خیر؟	و وضعیت مخاط گونه از حالت ساییده شده تا زخمی متغیر است	اگر طرح قوس فك نامناسب باشد و دندانها صحیح چیده نشده باشند
ارجاع جهت افزایش ارتفاع عمودی را دهید	ارتفاع عمودی را بررسی کنید (غالبا" زمانی بررسی می‌شود که دندان مصنوعی مقابل نیز وجود داشته باشد)	و وضعیت مخاط گونه از حالت ساییده شده تا زخمی متغیر است	اگر میزان ارتفاع عمودی کافی نباشد

- قانون Bull در حذف انتخابی (selective grinding) دندانهای بالا از کاسپهای گونه‌ای و دندانهای پایین از کاسپهای زبانی کاسته می‌شوند (Upper Buccal- Lower Lingual)

بیمار دائما" و ناخودآگاه لب و زبان خود را گاز می‌گیرد

درمان (Treatment)	تشخیص (Diagnosis)	نشانه (Symptom)	علت (Cause)
اگر علت، عادت اشتباه باشد بیمار را راهنمایی کنید تا عادت خود را ترک نماید اگر علت Overjet زیاد باشد جهت تصحیح او را ارجاع دهید	براساس محل درگیر شده می‌باشد	مخاط لب نازک می‌شود البته اگر گاز گرفتن شدید باشد زخمی می‌شود	گاز گرفتن لب می‌تواند به دلایل زیر باشد : (۱) عادت (۲) Overjet زیاد
ارجاع جهت تصحیح خط جفت شدن یا تصحیح Over jet	موقعیت دندان‌ها را بررسی کنید	کناره‌های زبان دردناک است	می‌تواند به دلایل زیر باشد : (۱) خط جفت شدن (Line of occlusion) پائین تر از حاشیه زبان (Margin of tongue) است (۲) Overjet دندانهای عقب به سمت داخل (Lingual) متمایل است

بیمار از عملکرد جویدن راضی نیست (۱)

اقدامات	تشخیص (Diagnosis)	نشانه (Symptom)	مشاهدات بالینی (Clinical Apperance)	علت (Cause)
ارجاع جهت ایجاد شیارهایی در سطح جویده دندانها	بررسی سطح جویده نشان میدهد که دندانها شیار ندارند و صاف شده اند	در جویدن مشکل دارد دندانها کند هستند	ندارد	اگر سطح برنده دندان کافی نباشد
				مواردی که ارتفاع عمودی اشتباه است:
ارجاع جهت افزایش ارتفاع عمودی	ارتفاع عمودی را بررسی کنید	نیرویی باقی نمانده است	صورت فشرده شده به نظر می آید	۱) اگر ارتفاع عمودی کم باشد
ارجاع جهت کاهش ارتفاع عمودی با دوباره ساختن دندان مصنوعی	ارتفاع عمودی را بررسی کنید	فضای کافی برای غذا وجود ندارد در آخر روز احساس خستگی می کنند	ظاهر صورت کشیده است عضلات بلند کننده مندیبل خسته هستند تیغه های بی دندان ممکن است دردناک باشند	۲) اگر ارتفاع عمودی زیاد باشد:

بیمار از عملکرد جویدن راضی نیست (۲)

اقدامات	تشخیص (Diagnosis)	نشانه (Symptom)	مشاهدات بالینی (Clinical Apperance)	علت (Cause)
				موقعیت پایه دندانهای عقبی :
ارجاع جهت اصلاح Occlusal plane	occlusal plan را نسبت به ناحیه Retromolar pad و زبان بررسی کنید. اصولاً" باید در ناحیه Retromolarpad ختم می شود و در کناره های زبان قرار گیرد	نمی توانست توسط دندانهای پشتی غذا را بگیرد یا نگه دارد	دندانهای فك پایین از گوشه دهان دیده می شوند	۱) سطح جفت شدن occlusal plane خیلی بالا است
ارجاع جهت تصحیح موقعیت دندانها	دندانها را که در خارج لبه بی دندان قرار گرفته اند مشاهده کنید	جویدن برای بیمار مشکل بوده و از عدم ثبات ناراحت است	ندارد	۲) موقعیت چیده شدن دندانها خیلی به سمت گونه باشد
توصیه : - برای بیمار توضیح دهید که کارآیی دندان مصنوعی خیلی کمتر از دندان طبیعی است - محدودیت های تشریحی (Anatomy) را شرح دهید - هماهنگی عضلات را بررسی کنید - مقاومت مخاط را با توصیه استراحت ماساژ و رژیم غذایی افزایش دهید	دندان مصنوعی از نظر تکنیکی ایراد ندارد	نمی تواند بجود	تدیغه بی دندان نامطلوب است، هماهنگی عضلات ضعیف بوده و مقاومت مخاط در برابر فشار ضعیف است	بیمار غیر واقعی فکر کند

احساس Gagging & Vomiting وجود دارد

دلایل بسیار زیادی بجز استفاده از دندان مصنوعی میتواند عامل آن باشد ، اما اگر از دندان مصنوعی باشد بعلت :

الف) دندان مصنوعی لق می باشد

ب) جفت شدن ناکافی می باشد

ج) حدود (Contour) دندان مصنوعی خصوصا " در ناحیه سد خلفی دندان مصنوعی و فضای Retromylohyoid مناسب نباشد .

د) لبه های دندان مصنوعی به اندازه کافی گسترده نشده باشند (Under extended denture border)

و) دندانهای فك بالا بیش از حد در جهت داخل (Palatal) و دندانهای فك پائین نیز به سمت داخل (Lingual)

چیده شده باشند، که در اینحالت Dorsum of tongue در حین عمل بلع به سمت حلق رانده شده، باعث احساس استفراغ خواهد شد

هـ) مسائل روانی

درمان :

بعد از انجام معاینه و تشخیص علت ، نسبت به توصیه های لازم و در صورت لزوم ارجاع اقدام صورت گیرد.

بیمار نمی تواند بعضی حروف را صحیح تلفظ کند

اقدامات	تشخیص (Diagnosis)	نشانه (Symptom)	مشاهدات بالینی (Clinical Apperance)	علت (Cause)
ارجاع جهت تغییر حدود کام برای وضعیت جریان هوا	حدود کام را بوسیله موم نرم و با انجام آزمایش و خطا تغییر دهید	وقتی حرف S را تلفظ می کند سوت می زند	حدود کام نامناسب است دندانهای جلو بسیار عقب قرار گرفته اند	سوت زدن موقع صحبت کردن
ارجاع جهت ساخت مجدد دندان مصنوعی	به بیمار توصیه کنید به طور طبیعی صحبت کند و دقیق گوش دهید	غالباً "شل صحبت می کند . نحوه صحبت غالباً "بد و نامفهوم است یا قابل قبول نیست	دندانهای جلو خیلی به طرف جلو قرار گرفته اند ارتفاع عمودی خیلی بسته است	اگر شل صحبت کند: اگر بیمار کلاً "بد صحبت کند
ارجاع جهت ساخت مجدد دندان مصنوعی	به بیمار گوش دهید	موقع تلفظ "S" به صورت "th" گفته می شود	زبان به دلیل ناکافی بودن فضای زبان بین دندانها قرار می گیرد دندانهای جلو به سمت داخل (Lingual) قرار گرفته اند برآیند نیروها بر زبان به سمت عقب است	اگر Lisping داشته باشد

هنگام استفاده از دندان مصنوعی صدای برخورد دندان‌ها شنیده می‌شود

اقدامات	تشخیص (Diagnosis)	نشانه (Symptom)	مشاهدات بالینی (Clinical Apperance)	علت (Cause)
ارجاع جهت کاهش ارتفاع عمودی	ارتفاع عمودی زیاد است	در موقع صحبت کردن، غذا خوردن، دندانها به هم برخورد کرده و صدا می‌دهند	ظاهر صورت کشیده به نظر می‌رسد. گاهی لبه بی‌دندان دردناک هستند	اگر ارتفاع عمودی خیلی زیاد باشد
مسئله را درک کرده و به بیمار آموزش دهید که در یک زمان از هر دو طرف فك برای جویدن استفاده کند	تاریخچه را بررسی کنید بیمار را حین صحبت مشاهده کنید	در موقع صحبت کردن، غذا خوردن، دندانها به هم برخورد کرده و صدا می‌دهند	ندارد	بیماران مسن مهارت استفاده از دندان مصنوعی را ندارند
اصول صحیح را به بیمار آموزش دهید	دندان مصنوعی با حرکت زبان تکان می‌خورد و بلند می‌شود	در موقع صحبت کردن، غذا خوردن، دندانها به هم برخورد کرده و صدا می‌دهند	ندارد	اگر عاداتهای زبانی داشته باشد (جابجا کردن دندان مصنوعی)
ارجاع جهت Borde molding	وضعیت گیر را معین کنید	در موقع صحبت کردن، غذا خوردن، دندانها به هم برخورد کرده و صدا می‌دهند	ندارد	اگر گیر نداشته باشد

مشکلات بزاق

علت (Cause)	نشانه (Symptom)	تشخیص (Diagnosis)	درمان (Treatment)
بزاق زیاد ترشح شود	بزاق خیلی زیاد است ، تراوش آن در گوشه های دهان باید مرتب بلعیده شود	بیمار را مشاهده کنید	به توضیحات پیوست مراجعه فرمائید
اگر ترشح بزاق زیر دندان مصنوعی بالا غلیظ باشد	از حالت استفراغ شکایت میکنند در موقع جویدن در ناحیه کام احساس (squeezing) دارد	ترشح غلیظ موکوس در کام را تشخیص دهید . دندان مصنوعی را خارج کرده و آنرا با آب ولرم بشوئید تطابق ناحیه کام را با خمیر مشخص کننده فشار کنترل کنید تا اگر لازم است Reline شود	به بیمار توصیه کنید قبل از نصب دندان مصنوعی، دهان را با آب بشوید در صورت نیاز به Reline ارجاع گردد .
اگر ترشح بزاق کافی نباشد	دهان خشک است	به توضیحات پیوست مراجعه فرمائید	به توضیحات پیوست مراجعه فرمائید

تغییراتی که در کیفیت و کمیت بزاق رخ می دهند :

افزایش ترشح بزاق (sialorrhea)

افزایش ترشح بزاق نادر است ولی می تواند در موارد زیر رخ دهد :

- ۱) تحریکات موضعی دندان مصنوعی جدید در اوایل سبب افزایش ترشح بزاق می شود و به تدریج عادی می شود
- ۲) در بیماری پارکینسون بزاق رقیق می باشد و خواص Cohesion, Adhesion آن ضعیف شده است . اغلب سر را به سمت جلو خم می کنند و سبب تجمع بزاق در جلو و پایین حفره دهان می شود میزان ترشح بزاق در این بیماران با دندان مصنوعی جدید بیشتر می شود .
- ۳) حاملگی نیز با افزایش بزاق همراه است البته این موضوع دقیقاً تأیید نشده است
- ۴) تحریک سیستم گوارشی نیز با افزایش ترشح بزاق همراه است باید تلاش نمائید تا عامل را مشخص کرده و اقدام لازم صورت گیرد .
- ۵) در بعضی موارد محدود ، افراد پیر از افزایش ترشح بزاق شکایت می کنند . غالباً "عکس موضوع صادق است آنها عدم تماس صحیح قسمت کامی دندان مصنوعی بالا را بعنوان افزایش ترشح بزاق فرض می کنند یادآوری : درمان دارویی خیلی مفید نیست .

کاهش ترشح بزاق (Xerostomia) :

بیمارانی که خشکی دهان دارند مخاط دهانشان چسبنک ، صاف و شفاف می باشد . اغلب طعم غیرطبیعی احساس کرده و در مخاط احساس سوزش می کنند . عوامل زیر سبب کاهش ترشح بزاق می شوند :

(۱) افزایش سن : در بخش فیزیولوژی دهان و کھولت بحث شده است

(۲) استفاده از دندان مصنوعی اغلب سبب انسداد غدد بزاقی در کام و مجرای غده تحت فکی می شود در کام حدود ۲۰۰ تا ۳۰۰ غده بزاقی فرعی وجود دارد دندان مصنوعی بالا سبب انسداد این غدد شده و در طول زمان سبب تخریب آنها می شود . غده تحت فکی مجرای بلندی دارد که غالباً در مسیرش و یا در دهانه توسط لبه زبانی دندان مصنوعی پائین مسدود می شود بیمار از ایجاد برآمدگی در کف دهان در حین غذا خوردن شکایت دارد .

(۳) رادیوتراپی تقریباً همه درمانهایی که در ناحیه سرو گردن انجام می شوند با خشکی دهان همراه هستند شدت خشکی دهان به نوع اشعه، میزان و جهت تابش آن بستگی دارد .

(۴) بیماریهای سیستمیک : خشکی دهان می تواند در بیماریهای زیر رخ دهد :

تب همراه با بیماری عفونی ، دیابت Uremia , encephalitis , achlorhydria, brain stem diseases that depress the salivatory nucleus , chronic nephritis ، کمبود ویتامین خصوصاً " ویتامین A , sjogren's syndrome

(۵) داروها : Rauwolfia derivatives (e.g Reserpine) که در درمان فشار خون و C.H.F استفاده می شود خانواده Barbiturates که به عنوان آرام بخش و مسکن استفاده می شود خانواده phenothiazines که بعنوان antipsychotics مصرف می شوند خانواده Antihistamines که در درمان آلرژی ها بکار می روند داروهای Tranquilizers که در درمان combat anxiety تجویز می شوند .

(۶) مشکلاتی که در ارتباط با غده بزاقی یا مجرای آن باشند سنگ غده بزاقی در افراد پیری که جریان بزاق آنها کاهش یافته ممکن است رخ دهد علائم عبارتند از درد و برآمدگی در زمان غذا خوردن و یا وقتی ترشح بزاق تحریک می شود. بیماری Acute Pyogenic Sialadenitis نیز غالباً در افراد پیر دیده می شود و با سوء تغذیه dehydration همراه است بنظر می رسد عفونت با کاهش جریان بزاق ارتباط دارد و باکتری می تواند وارد مجرا شده و به غده وارد شود این بیماری غالباً در غده پاروتید دیده می شود .

یادآوری : جهت درمان یا بزاق مصنوعی تجویز کنید یا بیمار را تشویق نمائید از رژیم غذایی استفاده کند که به جویدن نیاز داشته باشد .

غذا زیر دندان مصنوعی گیر می‌کند

درمان (Treatment)	تشخیص (Diagnosis)	نشانه (Symptom)	علت (Cause)
<p>موارد زیر را به بیمار یادآوری کنید :</p> <p>۱- غذا خوردن را با غذاهای نرم شروع کند</p> <p>۲- غذا را بصورت لقمه‌های کوچک و در دو طرف دهانش بگذارد</p> <p>۳- هرگز با دندانهای جلو چیزی را گاز نگیرد</p> <p>۴- قدرت دندان مصنوعی خود را با جویدن غذاهای سخت آزمایش نکند</p>	<p>احتمالاً " به تازگی از دندان مصنوعی استفاده می‌کنند گیر و پایداری کافی است</p>	<p>غذا در زیر دندان مصنوعی وجود دارد</p>	<p>اگر بیمار کم تجربه باشد</p>
<p>ارجاع جهت تطابق دندان مصنوعی یا اصلاح لبه‌ها</p>	<p>گیر و پایداری دندان مصنوعی را کنترل کنید از خمیر مشخص کننده فشار استفاده نمائید</p>	<p>غذا در زیر دندان مصنوعی وجود دارد بیمار ممکن است از لقی دندان مصنوعی شکایت کند</p>	<p>دندان مصنوعی تطابق ضعیفی داشته باشد یا لبه آن بلند باشد</p>

بیمار دندان مصنوعی را برگردانده است

درمان (Treatment)	تشخیص (Diagnosis)	نشانه (Symptom)	علت (Cause)
ارجاع جهت تغییر اندازه و رنگ دندان‌ها	از بیمار پرسیم که آیا از ظاهر دندان مصنوعی ناراحت است؟ در صورتیکه دندان مصنوعی قبلی موجود است آن را با دندان مصنوعی جدید مقایسه کنید	از دندان مصنوعی شکایتهای مختلفی می‌کند احتمالاً از ظاهر آن ناراحت است یا شکایتهای مبهمی درباره عملکرد آن دارد	اگر از ظاهر دندان مصنوعی ناراضی باشد
ارجاع به سطح بالاتر	تاریخچه دندان مصنوعی بیمار را بررسی کنید و نمونه‌هایی از دندان مصنوعی‌های ساخته شده توسط سایر دندان پزشکان را نشان دهید	نشانه مشخصی وجود ندارد، ممکن است علائم از حالت استفراغ و یا ایراد گرفتن از عیب‌های کوچک تا رد مستقیم دندان مصنوعی باشد	اگر مشکلات روانی داشته باشد

ارتودنسی (در صورت تشخیص به نیاز به ارتودنسی ارجاع به سطح بعدی صورت می گیرد)

اقدامات (اقدام، توصیه، ارجاع)	ارزیابی	
	ارزیابی رادیوگرافی	ارزیابی کلینیکی
<p>- براساس ارزیابی کلینیکی، رادیوگرافی موجود و با توجه به سیستم دندانی شیری یا سیستم دندانی mixed dentition مشکلات زیر در نظر گرفته شود و توصیه جهت مراجعه به سطح بعدی برای انجام درمان صورت گیرد:</p> <p>- مشکلات فضا</p> <p>- ثنایهای نامنظم</p> <p>- کراس بایت فلکی و قدامی</p> <p>- مشکلات اسکلتال</p> <p>* براساس پروتکل به دلیل اینکه تشخیص نهایی با بررسیهای دقیق کلینیکی رادیوگرافی و بررسی کستهای تشخیصی صورت می گیرد، لذا ضرورت دارد بیمار را به سطوح بعدی ارجاع دهید.</p>	<p>در صورتی که بیمار، رادیوگرافی داخل دهانی و یا خارج دهانی به همراه دارد موارد زیر بررسی می گردد:</p> <p>- تکامل دندانی</p> <p>- وضعیت دندانهای دائمی و شیری از نظر انگیلوز</p> <p>- دندانهای اضافی، نابجا رویش یافته</p> <p>* در صورتی که با ارزیابی کلینیکی نیاز به ارتودنسی تشخیص داده شد برای ارزیابی رادیوگرافی و تشخیص دقیق تر و پیگیری درمان به سطح بعدی ارجاع داده شود.</p>	<p>- بررسی نمای صورتی (frontal)</p> <p>- بررسی نمای نیم رخ (profile)</p> <p>- بررسی قوسهای فک بالا و پایین</p> <p>- بررسی سطح عمودی اکلوزن</p> <p>- بررسی پلان ساژیتال</p> <p>- بررسی پلان عمودی</p> <p>- بررسی عادات دهانی</p> <p>- بررسی مفصل گیجگاهی فکی</p> <p>* کلیه موارد فوق الذکر با توجه به پروتکل انجام شود.</p>

وجود عادات دهانی (مکیدن انگشت - براکسیزم - تنفس دهانی - Tongue thrust)

اقدامات (اقدام، توصیه، ارجاع)	ارزیابی		
	ارزیابی کلینیکی	سؤال کنید	
<p>توصیه به والدین: اگر مکیدن انگشت در حدود ۵ سالگی قطع گردد، با رویش ثنایاهای دائمی مال اکلوزن اصلاح می گردد ولی اگر با رویش دندانهای دائمی مکیدن انگشت ادامه یابد ارتودنسی ضرورت دارد.</p> <ul style="list-style-type: none"> • دندانپزشک باید با کودک مستقیم رابطه برقرار کنید تا او درک نماید که شما قصد تنبیه یا سرزنش را ندارید بلکه می خواهید به ترک این عادت کمک کنید. • استفاده از یادآورها، پالیش ناخن، Band Aids، مواد بد طعم روی انگشت • در صورتی که با روشهای فوق ترک عادت موفقیت آمیز صورت نگیرد کودک را به سطح بالاتر ارجاع دهید. <p>*نکته: به احساس روانی مکیدن انگشت توسط کودک در تشخیص و درمان باید توجه شود.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - وجود این بایت قدامی، ایجاد اورجت، کاهش اوربایت - کام بلند و گنبدی شکل - تنگی قوس فک بالا - و با شیوع کمتر کراس بایت خلفی دو طرفه 	<p>از والدین کودک سوال شود.</p> <p>۱- آیا کودک فقط برای چند دقیقه که به خواب می رود انگشت می مکد یا اینکه دائما انگشت در دهان می باشد؟</p> <p>۲- چه مدت است که کودک عادت مکیدن انگشت را دارد؟</p> <p>۳- آیا کودک تنها انگشت را به صورت غیر فعال در دهان می گذارد یا اینکه با جدیت زیاد می مکد؟</p>	مکیدن انگشت

<ul style="list-style-type: none"> - در صورتی که تداخل اکلوزالی وجود داشته باشد تماسهای زودرس باید برطرف گردد. - در صورتی که کودک مشکلات روانی داشته باشد ارجاع به پزشک انجام گیرد. 	<ul style="list-style-type: none"> - در معاینه دندانان کودک، مینای کاسپها ساییده شده و عاج مشخص می باشد. - تماسهای زودرس در اکلوزن بررسی شود. 	<p>از والدین کودک سوال شود:</p> <p>۱- آیا کودک در طی خواب دندانهایش را به هم می سایید؟</p> <p>۲- آیا کودک دارای تنش و اضطراب می باشد؟</p>	براکسیزم
اقدامات (اقدام، توصیه، ارجاع)	ارزیابی		
جهت تشخیص دقیقتر و علت یابی تنفس دهانی، کودک را به یک پزشک متخصص گوش و حلق و بینی ارجاع دهید.	ارزیابی کلینیکی <ul style="list-style-type: none"> - صورت کشیده باریک - بینی باریک - لبهای شل - لب بالای کوتاه - باریک بودن قوس دندانان بالا - باز شدن دندانهای ثنایا در جهت لبی و احتمال ایجاد این بایت قدامی - ژنژیویت در اثر تنفس دهانی 	سئوال کنید <p>از والدین کودک پرسیده شود:</p> <p>۱- آیا کودک از دهان تنفس می کند؟</p> <p>۲- آیا کودک دچار مشکل انسداد بینی می باشد؟</p> <p>۳- آیا کودک به صورت متناوب دچار علائم سرماخوردگی می شود؟</p>	تنفس دهانی

وجود عادات دهانی (میکدن انگشت- بر اکسیزم- تنفس دهانی - Tongue thrust)

اقدامات (اقدام، توصیه، ارجاع)		
	ارزیابی کلینیکی	
<ul style="list-style-type: none"> • توصیه در خصوص ترک عادت میکدن انگشت که عامل این بایت قدامی می باشد. • اقدامات لازم در خصوص ترک میکدن انگشت را مطابق پروتکل انجام دهید. • از آنجاییکه برای اصلاح تانگ تراست بایستی این بایت قدامی تصحیح گردد لذا کودک را جهت درمان به سطح بالاتر ارجاع دهید. <p>* T-T باعث ناهنجاری دندانی نمی شود بلکه به دلیل ناهنجاری ایجاد شده توسط عادت یا عوامل دیگر میباشد.</p>	<p>در ارزیابی کلینیکی موارد ذیل مشاهده می شود:</p> <ul style="list-style-type: none"> - کودک در حالت استراحت تلاش می کند تا با فعالیت عضلانی لبها را به هم برساند. - در اکلوزن دندانی، دندانهای خلفی از هم فاصله دارند. - زبان در حالت استراحت در بین دندانها قرار می گیرد. - این بایت قدامی وجود دارد. 	Tongue thrust

فلوراید تراپی (در مرکز با ژل فلوراید)

اقدامات (اقدام، توصیه، ارجاع)	موارد تجویز فلوراید تراپی
<p>- با توجه به پرونده دندان پزشکی بیمار و درجه پوسیدگی دندانهای فرد، برنامه ریزی جهت فلوراید تراپی را انجام دهید.</p> <p>- در خصوص رعایت بهداشت دهان و دندان و انجام پیگیری سایر روشهای پیشگیری (همانند فیشورسیلانت در صورت نیاز) به فرد توصیه های لازم را بکنید.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • در پوسیدگیهای حاد (rampant) : <ol style="list-style-type: none"> ۱. ۴ یا ۵ بار در طی دوره ۴ تا ۶ هفته ای ۲. تکرار کاربرد یکبار هر ۳ ماه تا وقتی پوسیدگیها کنترل شود
<p>- اقدام به فلوراید تراپی با ژل (مطابق با پروتکل)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • در پوسیدگیهای متوسط : کاربرد یکبار در فواصل ۲ تا ۳ ماه
	<ul style="list-style-type: none"> • وجود حداقل یا عدم فعالیت پوسیدگی : کاربرد یکبار هر ۶ ماه

فیشورسیلنت دندان

اقدامات	ملاحظات	بررسی رادیوگرافیک	معاینه بالینی	سؤال کنید
<ul style="list-style-type: none"> • اقدام به فیشورسیلانت (مطابق پروتکل) • ارزیابی مجدد دندان فیشورسیلانت شده (هر ۶ ماه یکبار) • توصیه های بهداشتی دهان و دندان 	<ul style="list-style-type: none"> • همکاری کودک • اولویت با دندانهای تازه روئیده شده دائمی است 	<ul style="list-style-type: none"> • عدم وجود پوسیدگی (در تمامی سطوح دندانی) 	<ul style="list-style-type: none"> • وجود پیت و فیشورهای عمیق روی سطوح دندانهای خلفی و پیتهای لینگوالی انسیزورها • عدم وجود پوسیدگی • عدم وجود پوسیدگی های پروگزیمالی • دندان قرینه سمت مقابل معاینه شود 	<ul style="list-style-type: none"> • سن کودک پرسیده شود • آیا کودک مشکلات ذهنی دارد؟ • چه مدت از رویش دندان کودک گذشته است؟ • بیمار از چه داروئی استفاده می کند؟ • آیا تحت درمان خاصی قرار دارد؟

پالپوتومی دندانهای شیری

اقدامات	ملاحظات	بررسی رادیوگرافیک	معاینه بالینی	سؤال کنید (از کودک یا والدین پرسیده شود)
<ul style="list-style-type: none"> • اقدام به پالپوتومی (مطابق با پروتکل) • در صورت نیاز به استفاده از S.S.C، دندان موردنظر ترمیم و سپس ارجاع به سطح بعدی • در صورت نیاز درمان پالپکتومی، ارجاع به سطح بعدی • توصیه های بهداشتی دهان و دندان • انجام معاینات دوره ای (هر ۶ ماه یکبار) 	<ol style="list-style-type: none"> ۱. مرحله تکاملی دندان کودک ۲. قابلیت ترمیم دندان ۳. وضعیت سلامت عمومی کودک ۴. توجه به مدت زمان باقی ماندن دندان شیری در دهان ۵. همکاری کودک ۶. توجه به فضای موردنیاز جهت اکلوژن مناسب دندانها (چون احتمال دارد این دندان جزء دندانهای کشیدنی در طرح درمان باشد) 	<ul style="list-style-type: none"> • عدم وجود اجسام کلسیفیه در بافت بالینی • عدم وجود تغییرات پاتولوژیک و تحلیل در نواحی انشعاب ریشه ها • عدم وجود تغییرات پاتولوژیک و تحلیل استخوان و ریشه در قمست تاجی و اپیکال دندان • نرمال بودن تکامل ریشه • احتمال باز بودن پالپ 	<ul style="list-style-type: none"> • وجود ضایعات پوسیدگی • پوسیدگی نزدیک به پالپ • عدم وجود فیستول • عدم وجود لقی دندان 	<ul style="list-style-type: none"> • آیا پس از نوشیدن آب سرد و نوشیدنی داغ، دندان موردنظر درد می گیرد؟ • آیا پس از خوردن شیرینی دندان درد می گیرد؟ • آیا دندان درد شبانه دارد؟ • آیا هنگام غذاخوردن دندان درد می گیرد؟

ترمیم دندانهای شیری

سؤال کنید	معاینه بالینی	بررسی رادیوگرافیک	ملاحظات	اقدامات
<ul style="list-style-type: none"> • آیا کودک دندان درد دارد؟ • آیا پس از خوردن شیرینی کودک دندان درد دارد؟ • آیا هنگام غذا خوردن، کودک از گیر مواد غذایی در دندان شکایت دارد؟ • آیا کودک بیماری خاصی دارد؟ • آیا کودک داروی خاصی مصرف می کند؟ 	<ul style="list-style-type: none"> • وجود تغییر رنگ در دندان • وجود حفره (احتمالی) در دندان (براساس نوع کلاس پوسیدگی محل تغییر رنگ و حفره متفاوت است) • گیرکردن سوند در پوسیدگی • عدم وجود لقی • عدم وجود فیستول 	<ul style="list-style-type: none"> • عدم وجود تغییرات پاتولوژیک و تحلیل استخوان • عدم وجود تغییرات پاتولوژیک در پالپ • وجود ضایعات رادیولوسنس براساس کلاس پوسیدگی در قسمت مینا ، عاج یا هردو 	<ul style="list-style-type: none"> • وضعیت سلامت عمومی کودک • همکاری کودک • مرحله تکاملی دندان دائمی • توجه به مدت زمان باقی ماندن دندان شیری در دهان • میزان پیشرفت پوسیدگی • هنگام استفاده از سوند در دندانهای تازه رویش یافته، سوند را خیلی فشار ندهید. 	<ul style="list-style-type: none"> • اقدام مطابق پروتکل • توصیه های بهداشتی • انجام معاینات دوره ای (هر ۶ ماه یکبار) • توصیه به رژیم غذایی صحیح • توصیه به فلورایدتراپی در صورت لزوم

ترمیم دندانهای دائمی

اقدامات	ملاحظات	بررسی رادیوگرافیک	معاینه بالینی	سئوال کنید
<ul style="list-style-type: none"> • اقدام مطابق پروتکل • توصیه های بهداشتی • انجام معاینات دوره ای (هر ۶ ماه یکبار) • توصیه به رژیم غذایی مناسب و برقراری الگو رفتاری بهداشتی صحیح 	<ul style="list-style-type: none"> • وضعیت سلامت عمومی بیمار • میزان پوسیدگی و وسعت ضایعه • نوع ماده پرکردگی • حفاظت پالپ • همکاری فرد • سن فرد • اکلوزن بیمار • وجود ساپورت استخوانی • وسعت ترمیم های قدیمی • آناتومی دندان • وضعیت لثه ای • خواسته بیمار 	<ul style="list-style-type: none"> • عدم وجود تغییرات پاتولوژیک و تحلیل استخوان شدید • عدم وجود تغییرات پاتولوژیک در پالپ • وجود ضایعه رادیولوسنس براساس کلاس پوسیدگی در قسمت مینا، عاج یا هردو 	<ul style="list-style-type: none"> • وجو تغییر رنگ در دندان • وجود حفره در دندان • (براساس نوع کلاس پوسیدگی محل تغییر رنگ و حفره احتمالی متفاوت است). • گیر کردن سوند در محل مشکوک به پوسیدگی • عدم وجود فیستول • عدم وجود لقی 	<ul style="list-style-type: none"> • آیا دندان درد دارید؟ • آیا هنگام غذاخوردن مواد غذایی در دندان شما گیر می کند؟ • آیا پس از خوردن شیرینی دندان درد دارید؟ • آیا داروی خاصی مصرف می کنید؟ • چند سال دارید؟

کشیدن دندان

اقدامات (اقدام، توصیه و ارجاع)	ارزیابی		
<ul style="list-style-type: none"> • در صورتیکه پس از بررسیهای بعمل آمده از ارزیابی کلینیکی و رادیوگرافی و وضعیت سلامتی بیمار (مطابق با پروتکل) مشخص گردد که دندان باید کشیده شود اقدام موردنظر را انجام دهید. • موارد خاص کشیدن (مطابق با پروتکل، مواردی که باید به روش جراحی صورت گیرد)، به سطح بعدی ارجاع دهید. • در صورتیکه هرگونه مشکلی حین عمل کشیدن یا بعد از آن به وجود آید (از جمله شکستن تاج دندان و باقی ماندن ریشه در فک،...) که در مرکز بهداشتی درمانی نتوان آن را برطرف کرد، بیمار را به سطح بعدی ارجاع دهید. • به بیماری که دندانش را کشیده است ملاحظات پس از کشیدن را یادآور شوید (مطابق با پروتکل). • به بیمار در خصوص جایگزینی محل بی دندان توصیه کنید. • در کودکان، در صورتیکه نیاز به SM (فضا نگهدار) میباشد ارجاع به سطح بعدی را انجام دهید • در صورت مراجعه بیمار پس از کشیدن دندان در طی روزهای اول و تشخیص مشکلاتی همچون Dry socket، خونریزی و براساس پروتکل اقدام نمایید.. 	<p>ارزیابی رادیوگرافی قبل از کشیدن</p>	<p>ارزیابی کلینیکی قبل از کشیدن</p>	<p>موارد تجویز کشیدن دندان</p>
	<p>۱. بررسی رابطه دندان با ساختمانهای حیاتی اطراف آن</p> <p>۲. شکل ریشه ها بررسی شود</p>	<p>۱. بررسی دسترسی به دندان موردنظر جهت کشیدن</p> <p>۲. بررسی میزان لقی و حرکت دندان</p>	<ul style="list-style-type: none"> • آیا دندان موردنظر از جمله موارد تجویز کشیدن براساس (پروتکل) می باشد؟ • آیا بیمار در طبقه بندی کنترااندیکاسیونهای سیستمیک کشیدن دندان قرار می گیرد؟ • آیا دندان موردنظر در طبقه بندی کنترااندیکاسیونهای موضعی کشیدن دندان قرار می گیرد؟
	<p>۳. وضعیت استخوان اطراف دندان در رادیوگرافی بررسی شود</p> <p>* نتایج بررسیها با نکات مطرح در پروتکل مطابقت داده شود</p>	<p>۳. بررسی وضعیت تاج</p> <p>* نتایج بررسیها با نکات مطرح در پروتکل مطابقت داده شود</p>	

جرمگیری

سؤال کنید	معاینه بالینی	بررسی رادیوگرافیک	ملاحظات	اقدامات
<ul style="list-style-type: none"> ▪ آیا دندان درد دارید ؟ ▪ سن بیمار پرسیده شود. ▪ آیا بیمار از داروها فاصی استفاده می‌کند؟ ▪ آیا بیمار از اصول بهداشت دهان و دندان آگاهی دارد؟ ▪ آیا بیمار اصول بهداشت دهان و دندان را رعایت می‌کند ؟ ▪ آیا با مسواک زدن و یا گاز زدن سیب و یا بطور خودبخودی فونریزی از لثه را دارد ؟ 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ وجود جرم بالای لثه‌ای و یا زیر لثه‌ای و یا هر دو روی سطوح دندان. ▪ اندازه‌گیری عمق پاکتهای لثه‌ای با پروب . ▪ وجود التهاب لثه. ▪ بررسی میزان لقی (mobility) دندانها. ▪ بوی بد دهان . ▪ بررسی اکلوزن بیمار . ▪ وجود فونریزی لثه . 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ بررسی میزان و نوع تحلیل استخوان در نواحی مختلف دندان. ▪ بررسی سایپورت استخوانی ▪ وجود جرم زیر لثه ای 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ وضعیت سلامت عمومی بیمار ▪ میزان مساسیت سطوح ریشه. ▪ همکاری بیمار 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ اقدام به جرمگیری (مطابق پروتکل) ▪ آموزش بهداشت کامل جهت مفاظ نتایج درمانی ▪ ارزیابی بیمار (۲ هفته پس از درمان) ▪ برطرف نمودن عوامل ایجاد کننده (ترومای ناشی از اکلوزن) ▪ ارجاع بیمار به مراکز تخصصی در صورت نیاز به جراحی لثه. ▪ انجام معاینات دوره ای

برساز

اقدامات	ملاحظات	بررسی رادیوگرافیک	معاینه بالینی	سؤال کنید
<ul style="list-style-type: none"> ▪ اقدام به برساز (مطابق پروتکل) ▪ آموزش بهداشت دهان و دندان ▪ انجام معاینات دوره ای 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ وضعیت سلامت عمومی بیمار ▪ همکاری بیمار ▪ زیبایی ▪ توجه به عدم وجود کانونهای تجمع پلاک و جرم. 	<hr style="width: 100%;"/>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ بررسی وجود رنگدانه (stain) بر روی سطوح دندانی. ▪ بررسی سطوح دندانها از نظر وجود جرم ▪ وجود crowding 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ آیا دندان درد دارید ؟ ▪ آیا بیمار به تازگی (کمتر از ۶ ماه) برساز نموده است؟ ▪ آیا بیمار دارای دندانهای مساس می باشد؟ ▪ آیا بیمار داروها یا مواد غذایی رنگی استفاده می کند؟

تشخیص بیماری پرپودنتال

سؤال کنید	معاینه بالینی	بررسی رادیوگرافیک	ملاحظات	اقدامات
<ul style="list-style-type: none"> ▪ سن بیمار پرسیده شود. ▪ آیا اکلوزن تروماتیک دارد؟ ▪ آیا crowding دندان وجود دارد؟ ▪ آیا در خانواده کسی دیگر نیز به این مشکل مبتلا است؟ ▪ بهداشت دهان و دندان را رعایت می‌کند؟ ▪ آیا بیمار از داروی فاسی استفاده می‌کند؟ ▪ آیا بیمار فونریزی فودبفود از لثه دارد؟ 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ بررسی تخییر رنگ لثه ▪ بررسی فونریزی لثه ▪ بررسی التهاب و تورم لثه ▪ کنترل عمق پاکتهای پرپودنتال و تجمع مواد غذایی در تمام نواحی دندان با استفاده از پروپ پرپودنتال ▪ بررسی میزان جرم بالای لثه ای و زیر لثه‌ای 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ بررسی میزان و نوع تملیل استخوان حمایت کننده دندانها ▪ بررسی وجود جرم زیر لثه. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ وضعیت سلامت عمومی بیمار ▪ میزان همکاری بیمار ▪ میزان توجه بیمار به رعایت بهداشت دهان و دندان ▪ توانایی بیمار در رعایت اصول بهداشت دهان و دندان 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ اقدام مطابق پروتکل ▪ ارزیابی ۲ هفته بعد بیمار. ▪ ارجاع به مراکز تخصصی در صورت نیاز به جراحی پرپودنتال. ▪ آموزش بهداشت دهان و دندان ▪ معاینات دوره ای

آبسه پریودنتالی

سؤال کنید	معاینه بالینی	بررسی رادیوگرافیک	ملاحظات	اقدامات
<ul style="list-style-type: none"> • آیا دندان درد دارید؟ 	<ul style="list-style-type: none"> • وجود تورم موضعی و منتشر پریودنشیوم اطراف • وجود لقی دندان • وجود حساسیت به دق • بررسی از نظر وجود پاکت پریودنتال (با ترشح چرک) 	<ul style="list-style-type: none"> • فقدان ستیغ آلوئول 	<ul style="list-style-type: none"> • وضعیت سلامت عمومی بیمار • وارد کردن یک گوتاپرکا، در مجرای آبسه و تهیه رادیوگرافی وجه تمایز آن با آبسه حاد آپیکالی است. • تست وایتالینه دندان مثبت است (اگر دندان مشکل اندو نداشته باشد). 	<ul style="list-style-type: none"> • اقدام مطابق پروتکل • توصیه های بهداشتی • انجام معاینات دوره ای

آبسه حاد اپیکالی

اقدامات	ملاحظات	بررسی رادیوگرافیک	معاینه بالینی	سؤال کنید
<ul style="list-style-type: none"> • اقدام و ارجاع به سطح بعدی مطابق پروتکل • توصیه های بهداشتی • انجام معاینات دوره ای 	<ul style="list-style-type: none"> • وضعیت سلامت بیمار • بررسی وایتالیتة دندان (دندان Non vital) 	<ul style="list-style-type: none"> • گشاد شدن PDL • فقدان لامینادورا 	<ul style="list-style-type: none"> • تغییر رنگ احتمالی دندان • وجود حساسیت به دق • احتمال وجود تورم نسوج اطراف • قرمزی پوست و مخاط 	<ul style="list-style-type: none"> • آیا سابقه ضربه دندان وجود دارد؟ • آیا دندان Rct شده است؟ • آیا درد، تب، بی حالی، در بیمار حس می شود؟

حفره خشک (Dry Socket)

سؤال کنید	معاینه بالینی	بررسی رادیوگرافیک	ملاحظات	اقدامات
<ul style="list-style-type: none"> • آیا به تازگی دندان کشیده اید؟ • چند روز است دندان کشیده اید؟ • آیا درد شدید دارید؟ • آیا دخانیات مصرف می کنید؟ 	<ul style="list-style-type: none"> • التهاب حفره دندان خارج شده • وجود لخته خاکستری رنگ در حفره و یا عدم وجود لخته خونی • استخوان اکسپوز شده • عدم وجود چرک در حفره 	<ul style="list-style-type: none"> • حفره خالی (بدون دندان) 	<ul style="list-style-type: none"> • وضعیت سلامت عمومی بیمار • کورت نباید کشیده شود 	<ul style="list-style-type: none"> • اقدام مطابق پروتکل • توصیه های بهداشتی

پری کرونیت

اقدامات	ملاحظات	بررسی رادیوگرافیک	معاینه بالینی	سؤال کنید
<ul style="list-style-type: none"> • اقدام مطابق پروتکل • در صورتی که موقعیت قرارگیری دندان عقل در فک پایین طوری است که جهت خارج کردن آن با مشکل مواجه خواهید شد، ارجاع به سطح بعدی انجام گیرد. • توصیه های بهداشتی 	<ul style="list-style-type: none"> • وضعیت سلامت عمومی بیمار • وضعیت قرارگیری دندان در دو فک 	<ul style="list-style-type: none"> • وجود دندان نیمه نهفته 	<ul style="list-style-type: none"> • وجود التهاب بافت نرم اطراف دندان نیمه نهفته • تجمع مواد غذایی زیر بافت (پوشاننده دندان) 	<ul style="list-style-type: none"> • آیا درد دارید؟ • چه مدتی است درد دارید؟ • آیا قسمت خلفی فک (ناحیه پشت و آخرین دندان) را به خوبی تمیز می کنید؟

عوارض متعاقب کشیدن دندان

اقدامات	ملاحظات	بررسی رادیوگرافیک	معاینه بالینی	سئوال کنید
<ul style="list-style-type: none"> • اقدام مطابق پروتکل • توصیه های بهداشتی • معاینات دوره ای 	<ul style="list-style-type: none"> • زمان گذشته از جراحی بسیار مهم است. 	<ul style="list-style-type: none"> • وجود یا عدم وجود ریشه باقیمانده • در صورت وجود ریشه باقیمانده تعیین محل • در صورت پرفوراسیون وسیع سینوسی بررسی آن 	<ul style="list-style-type: none"> • وجود عفونت • وجود جسم خارجی در ساکت • بررسی بخیه ها • عدم ناپایداری بخیه ها • عدم وجود منفذ کف سینوس • عدم وجود لقی در دندانهای مجاور (کشیده یا جراحی شده) 	<ul style="list-style-type: none"> • چه مدتی از کشیدن دندان می گذرد؟ • آیا بیماری خاصی دارید؟ • آیا داروی خاصی مصرف می کنید؟ • آیا احساس درد دارید؟ • در کدام قسمت درد حس می کنید؟ • آیا احساس عبور مایعات از دهان به حلق و بینی را دارید؟ • آیا در اشتهای شما تغییری ایجاد شده است؟ • آیا سایر دندانهایتان لق هستند؟ • از چه مدت احساس لقی در دندانهایتان حس می شود؟

تروما به دندانهای شیری

ضربه خوردگی (Concussion)				
سؤال کنید	معاینه بالینی	بررسی رادیوگرافیک	ملاحظات	اقدامات
<ul style="list-style-type: none"> آیا دندان کودک ضربه خورده است؟ آیا دندان به دق حساس است؟ چه مدت از ضربه وارده می گذرد؟ 	<ul style="list-style-type: none"> عدم وجود لقی دندان 	<ul style="list-style-type: none"> عدم ایجاد وضعیت غیرعادی برای جوانه دندانهای دائمی 	<ul style="list-style-type: none"> وضعیت سلامت عمومی کودک 	<ul style="list-style-type: none"> در صورت head injury ارجاع به بیمارستان الزامی است. تجویز رژیم غذایی نرم تا برطرف شدن علائم. توصیه های بهداشتی انجام معاینات دوره ای به فواصل یک ماه، ۳ ماه، ۶ ماه به مدت ۲ سال. در صورت لزوم تجویز ضد درد، دهانشویه. در صورت لزوم تجویز واکسن کزاز

				لقى مختصر دندان (Subluxation)
اقدامات	ملاحظات	بررسی رادیوگرافیک	معاینه بالینی	سؤال کنید
<ul style="list-style-type: none"> • در صورت head injury ارجاع به بیمارستان الزامی است. • اقدام مطابق پروتکل • توصیه های بهداشتی • انجام معاینات دوره ای (بخصوص بررسی از نظر وایتالیت) به فواصل یک ماه، ۳ ماه، ۶ ماه به مدت ۲ سال. • در صورت لزوم تجویز آنتی بیوتیک، ضد درد، دهانشویه. • در صورت لزوم تجویز واکسن کزاز 	<ul style="list-style-type: none"> • مرحله تکاملی دندان کودک • وضعیت سلامت عمومی کودک 	<ul style="list-style-type: none"> • عدم جابجائی دندان در رادیوگرافی • بررسی وایتالیت دندان 	<ul style="list-style-type: none"> • افزایش موبیلیتی بدون جابجائی 	<ul style="list-style-type: none"> • آیا دندان کودک ضربه خورده است؟ • آیا دندان به دق حساس است؟ • چه مدت از ضربه وارده می گذرد؟

تروما به دندانهای شیری

لقی دندان (luxation)				
سؤال کنید	معاینه بالینی	بررسی رادیوگرافیک	ملاحظات	اقدامات
<ul style="list-style-type: none"> • آیا دندان کودک ضربه خورده است؟ • چه مدت از ضربه وارده می گذرد؟ 	<ul style="list-style-type: none"> • وجود لقی دندان 	<ul style="list-style-type: none"> • عدم ایجاد وضعیت غیرعادی برای جوانه دندان دائمی 	<ul style="list-style-type: none"> • وضعیت سلامت عمومی کودک 	<ul style="list-style-type: none"> • در صورت head injury ارجاع به بیمارستان الزامی است. • در صورت لزوم Ext دندان • توصیه های بهداشتی • معاینات دوره ای • در صورت لزوم تجویز آنتی بیوتیک، ضد درد. • در صورت لزوم تجویز واکسن کزاز

فرورفتن دندان (Intrusion)				
سؤال کنید	معاینه بالینی	بررسی رادیوگرافیک	ملاحظات	اقدامات
<ul style="list-style-type: none"> • آیا دندان کودک ضربه خورده است؟ • چه مدت از ضربه وارده می گذرد؟ 	<ul style="list-style-type: none"> • دندان ضربه خورده از سطح اکلوزن کوتاهتر به نظر می رسد. 	<ul style="list-style-type: none"> • در رادیوگرافی آسیب به فولیکول دندان دائمی ممکن است دیده شود. 	<ul style="list-style-type: none"> • وضعیت سلامت بیمار 	<ul style="list-style-type: none"> • در صورت head injury ارجاع به بیمارستان الزامی است. • در صورت آسیب به فولیکول، باید دندان شیری کشیده شود. در غیر اینصورت درمان نیازی نیست. • توصیه های بهداشتی • انجام معاینات دوره ای • در صورت لزوم تجویز آنتی بیوتیک، ضد درد. • در صورت لزوم تجویز واکسن کزاز

تروما به دندانهای شیری

بیرون آمدگی دندان (Extrusion)				
سؤال کنید	معاینه بالینی	بررسی رادیوگرافیک	ملاحظات	اقدامات
<ul style="list-style-type: none"> • آیا دندان کودک ضربه خورده است؟ • چه مدت از ضربه وارده می گذرد؟ 	<ul style="list-style-type: none"> • دندان از سطح اکلوزن بالا تر به نظر می رسد 	_____	<ul style="list-style-type: none"> • وضعیت سلامت عمومی بیمار 	<ul style="list-style-type: none"> • در صورت head injury ارجاع به بیمارستان الزامی است. • اگر بیرون آمدگی بیش از ۲-۱ mm باشد، Ext توصیه میشود. • توصیه های بهداشتی • معاینات دوره ای • در صورت لزوم تجویز آنتی بیوتیک، ضد درد. • در صورت لزوم تجویز واکسن کزاز
Avulsion				
سؤال کنید	معاینه بالینی	بررسی رادیوگرافیک	ملاحظات	اقدامات
<ul style="list-style-type: none"> • آیا دندان کودک ضربه خورده است؟ • چه مدت از ضربه وارده می گذرد؟ 	<ul style="list-style-type: none"> • دندان خارج شده از حفره • بررسی حفره از نظر باقی ماندن ریشه 	<ul style="list-style-type: none"> • عدم وجود ریشه باقیمانده • عدم وجود آسیب دیدگی در فولیکول جوانه دائمی 	<ul style="list-style-type: none"> • وضعیت سلامت عمومی بیمار 	<ul style="list-style-type: none"> • در صورت head injury ارجاع به بیمارستان الزامی است. • نباید دوباره کاشته شود. • توصیه های بهداشتی • معاینات دوره ای • در صورت لزوم تجویز آنتی بیوتیک، ضد درد. • در صورت لزوم تجویز واکسن کزاز

تروما به دندانهای شیری

شکستگی تاج دندان شیری				
سؤال کنید	معاینه بالینی	بررسی رادیوگرافیک	ملاحظات	اقدامات
<ul style="list-style-type: none"> • آیا دندان کودک ضربه خورده است؟ • چه مدت از ضربه وارده می گذرد؟ • آیا کودک دندان درد دارد؟ 	<ul style="list-style-type: none"> • شکستگی تاج دندان • عدم وجود لقی دندان 	<ul style="list-style-type: none"> • براساس میزان درگیری از پریدگی لبه تا درگیری پالپ متغیر است. 	<ul style="list-style-type: none"> • وضعیت سلامت عمومی کودک 	<ul style="list-style-type: none"> • در صورت head injury ارجاع به بیمارستان الزامی است. • اقدام (براساس میزان شکستگی تاج) مطابق پروتکل • توصیه های بهداشتی • انجام معاینات دوره ای • در صورت لزوم تجویز واکسن کزاز

شکستگی ریشه دندان شیری				
سؤال کنید	معاینه بالینی	بررسی رادیوگرافیک	ملاحظات	اقدامات
<ul style="list-style-type: none"> • آیا دندان کودک ضربه خورده است؟ • چه مدت از ضربه وارده می گذرد؟ 	<ul style="list-style-type: none"> • وجود لقی دندان • بررسی جابجایی یا عدم جابجایی دندان 	<ul style="list-style-type: none"> • مشاهده شکستگی در ریشه 	<ul style="list-style-type: none"> • وضعیت سلامت عمومی کودک 	<ul style="list-style-type: none"> • در صورت head injury ارجاع به بیمارستان الزامی است. • اقدام براساس پروتکل • در صورت عدم جابجایی و لقی کم، رژیم غذایی نرم را توصیه کنید. • در صورت جابجایی و لقی زیاد خارج کردن ناحیه کرونال. • توصیه های بهداشتی • انجام معاینات دوره ای • در صورت لزوم تجویز آنتی بیوتیک، ضد درد. • در صورت لزوم تجویز واکسن کزاز

تروما به دندانهای شیری

شکستگی تاج و ریشه دندان شیری				
سؤال کنید	معاینه بالینی	بررسی رادیوگرافیک	ملاحظات	اقدامات
<ul style="list-style-type: none"> • آیا دندان کودک ضربه خورده است؟ • چه مدت از ضربه وارده می گذرد؟ 	<ul style="list-style-type: none"> • وجود لقی دندان • بررسی جابجایی یا عدم جابجایی دندان • مشاهده شکستگی در تاج 	<ul style="list-style-type: none"> • مشاهده شکستگی در ریشه 	<ul style="list-style-type: none"> • وضعیت سلامت عمومی کودک 	<ul style="list-style-type: none"> • در صورت head injury ارجاع به بیمارستان الزامی است. • اقدام به کشیدن دندان براساس پروتکل • توصیه های بهداشتی • انجام معاینات دوره ای • در صورت لزوم تجویز آنتی بیوتیک، ضد درد. • در صورت لزوم تجویز واکسن کزاز

تروما به دندانهای دائمی

				ضربه خوردگی
اقدامات	ملاحظات	بررسی رادیوگرافیک	معاینه بالینی	سؤال کنید
<ul style="list-style-type: none"> • در صورت head injury ارجاع به بیمارستان الزامی است. • رژیم غذایی نرم تا برطرف شدن علائم • توصیه های بهداشتی • معاینات دوره ای (جهت پیگیری تا بسته شدن کامل آپکس) • در صورت لزوم تجویز آنتی بیوتیک و ضد درد و دهانشویه 	<ul style="list-style-type: none"> • وضعیت سلامت عمومی بیمار 	<ul style="list-style-type: none"> • نمای خاصی دیده نمی شود. • بررسی آپکس دندان 	<ul style="list-style-type: none"> • عدم وجود لقی دندان • عدم وجود جابجائی • وجود صدمه به بافتهای نگهدارنده 	<ul style="list-style-type: none"> • آیا به دندان شما ضربه خورده است؟ • چه مدت از ضربه وارده می گذرد؟

				لقى بدون جابجایی دندان
اقدامات	ملاحظات	بررسی رادیوگرافیک	معاینه بالینی	سؤال کنید
<ul style="list-style-type: none"> • در صورت head injury ارجاع به بیمارستان الزامی است. • اقدام مطابق پروتکل • توصیه های بهداشتی • معاینات دوره ای • در صورت نیاز تجویز آنتی بیوتیک و ضد درد، دهانشویه 	<ul style="list-style-type: none"> • وضعیت سلامت عمومی بیمار • پیگیری از نظر وایتالیتة 	<ul style="list-style-type: none"> • بررسی وضعیت آپکس (بسته یا باز بودن) 	<ul style="list-style-type: none"> • وجود لقی دندان (خفیف یا متوسط) • عدم وجود جابجایی تاج 	<ul style="list-style-type: none"> • آیا به دندان شما ضربه وارد شده است؟ • چه مدت از ضربه وارده می گذرد؟

				لقی همراه با جابجائی دندان
اقدامات	ملاحظات	بررسی رادیوگرافیک	معاینه بالینی	سؤال کنید
<ul style="list-style-type: none"> • در صورت head injury ارجاع به بیمارستان الزامی است. • اقدام مطابق پروتکل • توصیه های بهداشتی • معاینات دوره ای (جهت پیگیری تا بسته شدن آپکس در صورت باز بودن آپکس) • در صورت لزوم تجویز آنتی بیوتیک و ضد درد، دهانشویه 	<ul style="list-style-type: none"> • وضعیت سلامت عمومی بیمار • تاخیر در درمان • احتمال موفقیت را کم می کند. 	<ul style="list-style-type: none"> • بررسی نسوج اطراف دندان 	<ul style="list-style-type: none"> • وجود لقی دندان • وجود جابجایی دندان 	<ul style="list-style-type: none"> • آیا به دندان شما ضربه خورده است؟ • چه مدت از ضربه وارده می گذرد؟

				فرورفتن (Intrusion)
اقدامات	ملاحظات	بررسی رادیوگرافیک	معاینه بالینی	سؤال کنید
<ul style="list-style-type: none"> • در صورت head injury ارجاع به بیمارستان الزامی است. • اقدام مطابق پروتکل • توصیه های بهداشتی • معاینات دوره ای • در صورت نیاز تجویز آنتی بیوتیک و ضد درد، دهانشویه 	<ul style="list-style-type: none"> • وضعیت سلامت عمومی بیمار • باز یا بسته بودن آپکس بسیار مهم است. 	<ul style="list-style-type: none"> • بررسی ریشه دندان و نسوج اطراف 	<ul style="list-style-type: none"> • دندان ضربه خورده از سطح اکلوزال پایین تر به نظر می رسد. 	<ul style="list-style-type: none"> • آیا به دندان شما ضربه خورده است؟ • چه مدت از ضربه وارده می گذرد؟

تروما به دندانهای دائمی

				Avulsion
اقدامات	ملاحظات	بررسی رادیوگرافیک	معاینه بالینی	سئوال کنید
<ul style="list-style-type: none"> • در صورت head injury ارجاع به بیمارستان الزامی است. • اقدام اولیه مطابق پروتکل • در اقدامات از مرحله نیاز به اسپلینت، کودک را به سطح بالاتر لرجاع دهید. • تجویز آنتی بیوتیک و در صورت نیاز ضد درد • معاینات دوره ای • واکسن کزاز 	<ul style="list-style-type: none"> • وضعیت سلامت بیمار • زمان در موفقیت درمان بسیار مهم است. • محیط نگهداری دندان مهم است. 	<ul style="list-style-type: none"> • وجود حفره خالی عاری از ریشه باقیمانده 	<ul style="list-style-type: none"> • وجود حفره خالی • عدم وجود شکستگی در ریشه دندان خارج شده 	<ul style="list-style-type: none"> • آیا به دندان ضربه وارد شده است؟ • چه مدت از ضربه وارده می گذرد؟ • دندان را در چه محیطی نگه داشته اید؟

تروما به دندانهای دائمی

شکستگی های تاج				
سؤال کنید	معاینه بالینی	بررسی رادیوگرافیک	ملاحظات	اقدامات
<ul style="list-style-type: none"> • آیا به دندان شما ضربه خورده است؟ • چه مدت از ضربه وارده می گذرد؟ • آیا دندان درد دارید؟ 	<ul style="list-style-type: none"> • وجود شکستگی های تاج دندان 	<ul style="list-style-type: none"> • آپکس دندان بررسی شود. (درمان براساس باز یا بسته بودن آپکس فرق می کند) 	<ul style="list-style-type: none"> • وضعیت سلامت عمومی بیمار • محافظت پالپ 	<ul style="list-style-type: none"> • در صورت head injury ارجاع به بیمارستان الزامی است. • اقدام مطابق پروتکل • براساس میزان درگیری درمان طبق پروتکل صورت می گیرد. • • توصیه های بهداشتی • انجام معاینات دوره ای
شکستگی های ریشه				
سؤال کنید	معاینه بالینی	بررسی رادیوگرافیک	ملاحظات	اقدامات
<ul style="list-style-type: none"> • آیا به دندان شما ضربه خورده است؟ • چه مدت از ضربه وارده می گذرد؟ • آیا دندان درد دارید؟ 	<ul style="list-style-type: none"> • احتمال وجود لقی دندان 	<ul style="list-style-type: none"> • نوع و محل شکستگی در رادیوگرافی دیده می شود. 	<ul style="list-style-type: none"> • وضعیت سلامت عمومی بیمار 	<ul style="list-style-type: none"> • در صورت head injury ارجاع به بیمارستان الزامی است. • اقدام مطابق پروتکل (تا در صورت نیاز به سطح بعدی ارجاع دهید). • توصیه های بهداشتی • معاینات دوره ای

آسیب بافت نرم

سؤال کنید	معاینه بالینی	بررسی رادیوگرافیک	ملاحظات	اقدامات (اقدام، توصیه، ارجاع)
<ul style="list-style-type: none"> ▪ چه مدت از زمان حادثه می‌گذرد؟ ▪ سن بیمار پرسیده شود. ▪ حادثه به چه صورت اتفاق افتاده است؟ 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ معاینه کامل و لمس نامیه آسیب‌دیده ▪ وسعت و عمق نامیه آسیب دیده 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ معمولاً صدمات بافت نرم نمای رادیوگرافی ندارد. ▪ بررسی شکستگی استخوان زیرین منطقه آسیب دیده در رادیوگرافی 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ توجه به آناتومی نامیه و فیزیولوژی آن ▪ وجود جسم خارجی ▪ بررسی شکستگی استخوان زیرین ▪ توجه به شکستگی مندیبل در سن پایین جهت عوارض بعدی در نظر گرفته شود. ▪ توجه به آسیب احتمالی جوانه های دندان دائمی زیرین در رادیوگرافی 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ در صورت Head injury ارجاع به بیمارستان الزامی است ▪ شستشوی محل آسیب دیده ▪ خارج کردن اجسام خارجی و بافت نکروتیک ▪ دبرید کردن مناسب ▪ هموستاز مناسب ▪ قرار دادن گاز استریل مرطوب شده با نرمال سالین بر روی بافت صدمه دیده ▪ بقیه زخم در لایه های مختلف با حداقل کشیده شدن ▪ اقدام مطابق پروتکل ▪ تمویز آنتی بیوتیک ▪ درمان ضد کزاز

مشکلات دهان و دندان در سالمندان

سئوال کنید	معاینه بالینی	بررسی رادیوگرافیک	ملاحظات	اقدامات
<ul style="list-style-type: none"> • آیا در اعمال دندانپزشکی کمتر احساس درد می کنید؟ • آیا بیماری خاصی دارید؟ • آیا داروی خاصی مصرف می کنید؟ • آیا در چند ماه گذشته تحت درمان خاصی بوده اید؟ • در صورت مصرف دارو چه مدتی است که دارو را مصرف می کنید؟ (از نظر بررسی کورتیکواستروئیدها و...) • آیا دخانیات مصرف می کنید؟ • آیا در دندانها و دهان خود احساس درد می کنید؟ 	<ul style="list-style-type: none"> • وجود مخاط نرم، نازک و خشک • وجود تغییر رنگ دندانها (زرد متمایل به قهوه ای) • وجود پوسیدگی ریشه و تاج (به خصوص در افراد بالای ۶۵ سال) • وجود پاکتهای عمیق در برخی موارد • وجود ضایعات پیگمانته • وجود لبه های تیز دندانها، ترمیم ها 	<ul style="list-style-type: none"> • پرپودنشیوم • آتروفی آلئولار ریج در مندیبل • وجود پوسیدگی در نواحی مختلف 	<ul style="list-style-type: none"> • سلامت عمومی سالمند • بررسی لبه های دنچر • بررسی دنچر از نظر لقی • وجود عوامل محرک 	<ul style="list-style-type: none"> • انجام معاینات دوره ای • توصیه به رژیم غذایی مناسب (خوردن لقمه های کوچک و با دقت) • در صورت وجود عفونتهای قارچی توصیه های بهداشتی مطابق پروتکل • توصیه های بهداشتی (مسواک زدن و نخ دندان کشیدن بعد از هر وعده غذایی و استفاده از دهانشویه و) • ترمیم پرکردگی های غلط • در صورت وجود مشکلات پریو ارجاع به متخصص • ارجاع به متخصص در صورت وجود ضایعات پیش سرطانی • ارجاع به سطح بعدی جهت تعویض دنچرهای نامطلوب و غلط • در صورت وجود اپولیس نیشوراتوم ارجاع به سطح بالاتر

فصل ۶ - ضمايم و پيوست ها

ضمائم و پیوست ها

- معاینه دهان و دندان
- زمان رویش دندانهای شیری و دائمی
- دندان ۶ سالگی
- پوسیدگی دندان
- لثه و بیماریهای آن
- سرطان دهان
- هالیتوزیس
- مسواک
- نخ دندان
- تغذیه
- مراقبت دهان و دندان در زنان باردار
- مراقبت دهان و دندان در سنین باروری
- مراقبت دهان و دندان در کودکان زیر ۳ سال
- مراقبت دهان و دندان در کودکان ۳ تا ۵ سال
- مراقبت دهان و دندان در کودکان ۶ تا ۱۱ سال
- مراقبت از دندانهای طبیعی و مصنوعی
- مراقبت دهان و دندان در بیماران ناتوان و بستری

معاینه دهان و دندان

■ روش معاینه:

۱. دستهایتان را با آب و صابون بشویید.
۲. معاینه شونده را روی یونیت بنشانید. از او بخواهید که دهان خود را کاملاً باز کند. با چراغ یونیت فضای دهان را روشن کنید.
۳. برای اینکه لثه و همه سطوح دندانها را بتوانید بخوبی معاینه کنید، بایستی از یک طرف فک بالا شروع و بطور منظم با بررسی کلیه سطوح دندان‌ها به سمت دیگر فک معاینه را ادامه داده و سپس به همین ترتیب برای فک پایین عمل نمایید.
۴. برای معاینه لثه و سطح لینگوال دندانهای فک پایین، باید زبان و برای معاینه لثه و سطح باکال دندانهای فک بالا و پایین، لبها و گونه را با آبسلانگ یا آینه از سطح لثه دور نمایید.
۵. برای معاینه زبان، نوک آن را با گاز تمیز گرفته و به سمت خارج از دهان بکشید و تمام سطوح آنرا به دقت نگاه کنید.

■ نکات مورد توجه در هنگام معاینه:

- تمام قسمتهای لثه، کف دهان (زیر زبان)، کام، داخل گونه‌ها و لب‌ها را به دقت معاینه کرده تا اگر تورم، زخم و یا هر چیز غیر طبیعی دیگر وجود داشته باشد، متوجه آن شده و اقدامات لازم را طبق پروتکل انجام دهید.
 - همه سطوح مختلف را در تک تک دندانها معاینه کنید. وجود پلاک میکروبی، جرم، پوسیدگی دندان را بررسی نمایید.
 - از آنجا که پوسیدگی دندان‌ها می‌تواند همراه با درد باشد، بایستی در این فصول از مراجعه کننده یا همراه او وجود درد و یا سابقه درد دندان‌ها را جویا شد.
- موارد زیر بایستی بررسی گردد و اقدامات لازم نیز طبق پروتکل صورت گیرد:

- درد شدید، درد خودبخودی یا درد شبانه
- تورم روی صورت یا داخل دهان (با درد یا بدون درد) و هر نوع زخم مشکوک داخل دهان

- بد بودن حال عمومی بیمار (تب، لرز، رنگ پریدگی و ضعف)
- درد در زمان خوردن یا نوشیدن غذاهای سرد، گرم، ترش یا شیرین و یا در هنگام فشار دندانها بر روی هم.

- فونریزی از لثه
- وجود جرم دندان‌ها

توجه مهم:

همیشه به یاد داشته باشید که پس از انجام معاینه دهان و دندان فرد مراجعه کننده، با توجه به گروه سنی و شرایط خاص او، آموزشها و توصیه‌های بهداشتی لازم که هر کدام به تفصیل در این فصل بیان شده است با موصله و دقت لازم به بیمار یا همراه او ارائه شود.

زمان رویش دندانهای شیری و دائمی

جدول زمانی رویش دندانهای شیری و دائمی:

الف) دندانهای شیری:

- زمان رویش اولین دندان شیری: مدود ۶ ماهگی
- زمان تکمیل دندانهای شیری: ۲ تا ۲/۵ سالگی
- تعداد کل دندانهای شیری: ۲۰ عدد
- اگر زمان رویش هر دندان نسبت به زمان اصلی آن با توجه به جدول مدوداً ۹ ماه به تأخیر بیافتد، موضوع بعنوان تأخیر رویشی بایستی بررسی شود.

جدول ۱: زمان رویش دندانهای شیری					
آسیای دوم	آسیای اول	نیش	پیش طرفی	پیش میانی	دندانها فک
۲۵-۳۳ ماهگی	۱۳-۱۹ ماهگی	۱۶-۲۲ ماهگی	۹-۱۳ ماهگی	۸-۱۲ ماهگی	فک بالا
۲۳-۳۱ ماهگی	۱۴-۱۸ ماهگی	۱۷-۲۳ ماهگی	۱۰-۱۶ ماهگی	۶-۱۰ ماهگی	فک پایین

ب) دندانهای دائمی:

- زمان رویش اولین دندان دائمی: مدود ۶ سالگی
- زمان تکمیل دندانهای دائمی (بجز عقل): مدود ۱۲ الی ۱۳ سالگی
- تعداد کل دندانهای دائمی (با در نظر گرفتن دندانهای عقل): ۳۲ عدد

- از حدود ۵/۵ تا ۱۲ سالگی به تدریج دندانهای شیری لق می‌شوند و می‌افتند. معمولاً ۲ تا ۴ ماه پس از افتادن هر دندان شیری، دندان دائمی جانشین رویش می‌یابد و تا پایان عمر در دهان باقی می‌ماند.

جدول ۲: زمان رویش دندانهای دائمی

دندان فک	پیش میانی	پیش طرفی	نیش	اولین آسیای کوچک	دومین آسیای کوچک	اولین آسیای بزرگ	دومین آسیای بزرگ	سومین آسیای بزرگ (دندان عقل)
فک بالا	۷-۸ سالگی	۸-۹ سالگی	۱۱-۱۲ سالگی	۱۰-۱۱ سالگی	۱۰-۱۲ سالگی	۶-۷ سالگی	۱۲-۱۳ سالگی	۱۷-۲۱ سالگی
فک پایین	۶-۷ سالگی	۷-۸ سالگی	۹-۱۰ سالگی	۱۰-۱۲ سالگی	۱۱-۱۲ سالگی	۶-۷ سالگی	۱۱-۱۳ سالگی	۱۷-۲۱ سالگی

اهمیت دندانهای شیری

■ دندانهای شیری :

فیلی از افراد هنوز تصور می‌کنند که دندانهای شیری اهمیتی ندارند، چرا که به زودی جایشان را به دندانهای دائمی خواهند داد. در صورتیکه این دندانها در زمانی که در دهان هستند، وظایف اساسی را برعهده دارند و بعضی از آنها تا سن ۱۲ سالگی هم در دهان باقی می‌مانند. عمده وظایف دندانهای شیری سالم به شرح ذیل می‌باشد:

- حفظ فضای لازم برای رویش دندانهای دائمی. دندانهای شیری به عنوان راهنمای رویش صحیح دندانهای دائمی محسوب می‌شوند. بنابراین اگر زودتر از دست بروند سبب جابجایی و نامرتب شدن (Crowding) دندانهای دائمی بدلیل کمبود فضا خواهند شد که درمان آن هزینه گزافی به خانواده‌ها تممیل خواهد کرد. همچنین در صورتیکه دندانهای شیری بیش از زمان لازم در دهان باقی بمانند، باعث بروز مشکلات رویشی دندانهای دائمی می‌گردند.
- کمک به رشد و تکامل صورت. در صورتیکه دندانهای شیری زود کشیده شوند، رشد فکی بدرستی انجام نخواهد شد.
- اهمیت در جویدن و هضم غذا. کودک در حال رشد به تغذیه مناسب نیاز دارد و تغذیه مناسب با دندانهای پوسیده دچار اشکال شده و سلامت کودک را به خطر می‌اندازد.
- اهمیت در تکلم و بیان صحیح مروف. بنابراین از لحاظ رفتاری کودک رامت‌تر با کودکان دیگر ارتباط برقرار می‌کند.

- آسیب‌هایی که به دندانهای قدامی شیری وارد می‌شود، ممکن است سبب عفونی شدن آنها شده و تخریب‌اتی از جمله تخریب رنگ، نقص در شکل و مشکل دار شدن جوانه دندانهای دائمی زیرین فود را باعث فوهند شد. به عبارتی، پوسیدگی دندان شیری می‌تواند موجب آسیب به جوانه دندانهای دائمی زیرین فود گردد.

دندان ۶ سالگی

■ دندان ۶ سالگی و اهمیت آن:

- این دندان اولین آسیای بزرگ دائمی می‌باشد که به دندان ۶ سالگی معروف است و زمان رویش آن هم در ۶ سالگی است. این دندان الگوی رویش سایر دندانهای دائمی است و اگر در جای صحیح فود در زمان مناسب رویش پیدا کند، تقریباً می‌توان انتظار داشت که سایر دندانهای دائمی هم صحیح و مرتب رویش یابند.
- ممل رویش آن پشت آفرین دندان شیری یعنی دندان آسیای دوم شیری است. این دندان، اولین دندان دائمی است که جانشین دندان شیری نمی‌شود و بدون افتادن دندان شیری، رویش می‌یابد. لذا اکثر والدین تصور می‌کنند که این دندان شیری است و با این باور غلط که اگر دندان شیری بیافتد، دندان دیگری بدون هیچ مشکلی به جای آن می‌روید، تلاشی برای تمیز نگاه داشتن آن نمی‌کنند و این در حالی است که دندان ۶ با تمام اهمیتی که برای آن ذکر شد، باید تا پایان عمر در دهان باقی بماند، اما زودتر پوسیده شده و از بین می‌رود و مشکلات متعدد دندانی بعدی را ایجاد می‌نماید.

پوسیدگی دندان

در صورتیکه پس از مصرف مواد غذایی رعایت صحیح و به موقع بهداشت دهان و دندان انجام نگیرد، میکروبه‌های داخل دهان به همراه فرده‌های مواد غذایی و مواد قندی، لایه‌ای را روی دندانها تشکیل می‌دهند که پلاک میکروبی نامیده می‌شود. این پلاک لایه‌ای نرم، بی‌رنگ و چسبنده است که می‌توان پس از استفاده از قرص‌های آشکار کننده آنها را مشاهده نمود. همچنین این لایه به تنهایی با آب شسته نشده و برای پاک کردن آن از سطوح دندانها باید ابتدا از نخ دندان استفاده کرده و سپس دندانها را به دقت مسواک بزنیم.

پس از خوردن غذا و رسیدن مواد قندی به میکروبه‌های پلاک میکروبی، مدوماً ۲ تا ۵ دقیقه بعد، اسید تولید می‌شود که در طی ۱۰ دقیقه میزان این اسید به مداکثر مقدار می‌رسد و تا مدود یک ساعت، محیط دهان در حالت اسیدی باقی می‌ماند تا به حالت عادی برگردد. به همین علت بسیار تأکید می‌شود که در صورت همراه نداشتن مسواک، حداقل دهان فود را پس از مصرف مواد غذایی با آب شستشو دهید.

لثه و بیماریهای آن

■ تعریف لثه سالم :

لثه سالم علائمی دارد که بدین صورت است:

- رنگ صورتی
- قوام سفت و محکم
- تبصیت شکل لثه از شکل و طرز قرار گرفتن دندانها
- تیز بودن لبه آن بطوریکه مثل لایه‌ای روی دندان کشیده شود.
- عدم وجود هر گونه ناهمواری یا لبه پهن بین دندان و لثه، بطوریکه فضای بین دندانها توسط لثه پر شود.

با عدم رعایت بهداشت دهان و دندان، بافت نگهدارنده دندان (استخوان فک و لثه) دچار بیماری می‌شوند. در ابتدا لثه پرفون، قرمز و متورم می‌گردد، که در این حالت به هنگام گاز گرفتن مواد غذایی سفت مثل سیب یا مسواک زدن، مستعد خونریزی می‌شود.

بیماری لثه معمولاً با درد همراه نمی‌باشد و روندی کند دارد. بنابراین بیمار کمتر متوجه مشکل خود می‌شود. همین عامل سبب پیشرفت بیماری و تحلیل لثه و استخوان فک می‌گردد. به تدریج دندان لق شده و خود بخود می‌افتد یا اینکه باید کشیده شود. در واقع این بافت‌های نگاه دارنده اطراف دندان است که دچار بیماری شده و نهایتاً به کشیدن دندان منتهی می‌شود.

■ علت بیماری لثه:

پلانه پلاک میکروبی توسط مسواک و نخ دندان از سطح دندانها پاک نگردد و مدت طولانی روی دندان بماند، به لایه‌ای سفت به رنگ زرد یا قهوه‌ای تبدیل شده که جرم دندان نامیده می‌شود. جرم دندانی با مسواک پاک نمی‌شود و مانند یک لایه سیمانی سفت روی قسمتی از سطح دندان می‌پسبد و چون سطح زبر و فشرده دارد، باعث می‌شود پلاک میکروبی بیشتری روی آن تشکیل شده و سبب پیشرفت بیماری گردد.

در صورت تشکیل جرم، با مراجعه به دندانپزشک یا بهداشتکار دهان و دندان باید دندانها را جرمگیری کرد. لازم به ذکر است که کشیدن سیگار، چپق، قلیان و ... تشکیل جرم دندان را تشدید می‌نماید.

■ عوامل مؤثر در پیشرفت بیماری لته:

بر روی لته و سلامت آن عوامل بسیاری تأثیر می‌گذارند که مهمترین آنها عبارتند از:

- قدرت سیستم دفاعی بدن
- وضعیت قرار گیری دندانها
- بیماریهای سیستمیک (مانند: دیابت، ایدز و ...)
- استعمال دخانیات و الکل

■ سرطان دهان:

سرطان دهان در سراسر جهان یکی از شایعترین سرطانها و از ده عامل معمول مرگ و میر می باشد. این بیماری با افزایش سن نسبت مستقیم دارد و در ۹۵٪ موارد در افراد بالای ۴۰ سال گزارش می‌شود. شایعترین سرطانهای دهانی در نواحی زبان، ملق و کف دهان رخ می‌دهد.

عوامل مؤثر در ایجاد سرطان دهان بشرح زیر معرفی شده اند:

- افزایش سن
- ضعف سیستم ایمنی بدن
- تنباکو
- نیکوتین سیگار
- پیپ
- مصرف الکل

■ هالیتوزیس:

عبارتست از بوی نامطبوعی که در هنگام صحبت کردن و یا نفس کشیدن بعضی از افراد احساس می‌شود که می‌تواند نشانه و علامتی از اختلالات دهان و دندان و یا بعضی بیماریهای سیستمیک باشد که می‌تواند از لحاظ اجتماعی نیز برای شخص ایجاد مشکل نماید. بطور خلاصه عوامل دافل و فارچ دهانی هالیتوزیس به شرح زیر میباشد:

عوامل داخل دهانی آن عبارتند از:

- عدم رعایت بهداشت دهان و دندان (وجود پلاک میکروبی و وجود جرم دهانی)
- اشکال در ترشح بزاق و یا قطع ترشح بزاق

- دندانهای پوسیده عفونی
- ناهنجاریهای دندانی و ردیف نبودن دندانها در فکین و گیر غذایی
- بیماریهای لثه‌ای
- زبان (به علت وجود شیارها بر روی آن و تمیز نشدن آنها)
- پروتزهای دندانی نامناسب
- جراحی‌های دهان و کشیدن دندان و عدم توجه به توصیه‌های دندانپزشک
- ضایعات بدقییم دهانی
- عوامل خارج دهانی عبارتند از:
 - بیماریهای بینی
 - سینوزیت
 - بیماریهای دستگاه تنفسی فوقانی
 - بیماریهای ریوی
 - بیماریهای دستگاه گوارش
 - افتلالات و تخییرات هورمونی زمان بلوغ یا حاملگی
 - دیابت
 - مصرف الکل و انواع دفانیات
 - سایر بیماریهای سیستمیک

نکته مهم:

در هنگام مواجه شدن با چنین بیماری‌هایی که از بوی بد دهان خود شکایت دارند، جهت ارائه طرح درمان مناسب بایستی عوامل داخل دهانی و خارج دهانی کاملاً مورد بررسی قرار گیرند، و علت مشخص شود. از موارد توصیه ای به بیمار آموزش در جهت رعایت اصول بهداشتی دهان و دندان و زبان (مسواک کردن زبان) می باشد.

■ استفاده از مسواک و خمیر دندان:

هدف اصلی از مسواک کردن، پاک کردن پلاک میکروبی از روی دندانها و لثه می باشد. درست مسواک کردن وقتی است که تمام سطوح دندانها و لثه بقبوی مسواک زده شود. بنابراین بهتر است مسواک کردن در فرصت مناسب و با زمان کافی و توأم با آرامش صورت پذیرد، چرا که کیفیت مسواک کردن (مسواک زدن صحیح) بهتر از تعداد دفعات آن اهمیت بیشتری دارد.

البته ایده آل آن است که بعد از هر بار مصرف مواد غذایی یا مواد قندی، دندانهایمان را مسواک کنیم؛ ولی اگر نشد، در دو زمان مسواک کردن دندانها تماماً باید صورت گیرد:

۱. شب قبل از خواب: به دلیل اینکه در زمان خواب، جریان بزاق و مرکبات زبان و گونه جهت تمیزکردن محیط دهان کاهش می‌یابد و دندانها مستعد پوسیدگی می‌شوند.
۲. صبح بعد از صبحانه

■ انتخاب یک مسواک فوب:

شرایط یک مسواک فوب :

- جنس : موهای مسواک از جنس نایلون نرم و سر موهای آن گرد باشد.
- کیفیت : موهای مسواک منظم و مرتب باشد. معمولاً نمی‌توان بیش از ۳ الی ۴ ماه از یک مسواک استفاده نمود. چون موهای آن فمیده و نامنظم می‌شود یا رنگ موهای آن تغییر می‌کند که در اینصورت تماماً مسواک را باید تعویض نمود.
- اندازه مسواک: مسواک کودکان، کوچکتر از بزرگسالان است. همچنین اندازه دسته آن برای کودکان باید بگونه ای باشد که بفوی در دستهای کوچک کودکان قرار بگیرد و هنگام استفاده در دست آنها نلغزد.
- شکل مسواک : ترجیحاً دسته مسواک مستقیم باشد و فمیدگی بیش از حد نداشته باشد؛ چرا که استفاده از مسواکهایی که دارای دسته مستقیم هستند، رامت تر می باشد و عمل تمیز کردن دندانها با کارایی بهتری صورت می‌گیرد.

نکته: مسواک جزء وسایل شخصی می‌باشد و هیچکس نباید از مسواک دیگری استفاده نماید.

■ فمیر دندان:

امروزه اکثر فمیر دندانها حاوی فلوراید هستند که سبب مقاومتر شدن دندان در برابر پوسیدگی می‌شود. فمیر دندانها دارای موادی هستند که به از بین بردن پلاک ، رنگدانه و کنترل رسوب کمک می‌کنند و نیز دارای خاصیت ضد پوسیدگی، ضد مساسیت ، فوشبو و فوش طعم کننده دهان میباشند.

نکات مهم:

- لازم است مسواک کردن تماماً با فمیر دندان انجام شود ولی در صورت عدم دسترسی به فمیر دندان با آب فالی هم می‌توان مسواک نمود. استفاده از نمک فمشک، جوش شیرین یا سایر پودرها جهت مسواک کردن درست نیست، زیرا سبب ساییدگی مینای دندان و فراشیده شدن لثه می‌گردد. استفاده از آب نمک رقیق (نصف قاشق چایفوری در یک لیوان آب جوشیده سرد) بصورت دهانشویه جهت ضدعفونی کردن محیط دهان، کمک کننده است.

- حداقل زمان برای مسواک زدن ۴ دقیقه می‌باشد
- زمانهای مناسب برای مسواک زدن: صبح‌ها (بعد از صبحانه)، ظهرها (بعد از ناهار)، شبها (قبل از خواب).

■ روش درست مسواک کردن:

- ابتدا دهان را با آب بشوئید ، سپس به اندازه یک نفود فمیر دندان روی مسواک قرار داده و فمیر دندان را به داخل موهای مسواک فرو کنید.
- دندانهای بالا و پایین باید جداگانه مسواک شود. مسواک کردن از قسمت عقب یک سمت دهان شروع می‌شود و به ترتیب کلیه سطوح خارجی، داخلی و چونده کلیه دندانها مسواک زده میشود.
- هنگام مسواک کردن باید موهای مسواک با زاویه ۴۵ درجه نسبت به محور طولی دندان در محل اتصال لثه و دندان قرار گیرد.
- بعد از قرار دادن مسواک روی دندان و لثه، ابتدا حرکت لرزشی (حرکات سریع و کوتاه) در محل باید صورت بگیرد و سپس با حرکت مع دست، موهای مسواک روی سطح دندان از سمت لثه به طرف سطوح چونده پرخانده شود. این حرکت مدود ۱۵ تا ۲۰ بار برای هر دندان باید انجام گیرد.
- تمیز کردن سطوح داخلی دندانها هم مانند مسواک کردن سطوح خارجی آن صورت می‌گیرد ولی برای سطوح داخلی دندانهای جلو، مسواک را باید به صورت عمود بر روی سطح داخلی دندانها قرار داد و با حرکات بالا و پایین این سطوح را تمیز کرد .
- برای مسواک کردن سطح چونده، موهای مسواک را در تماس با سطوح چونده قرار داده و کمی فشار دهید تا موهای مسواک به قوبی به داخل شیارهای سطح چونده وارد شود. سپس چند بار مسواک را به جلو و عقب بکشید تا بقوبی تمیز شود.
- چون فردهای مواد غذایی و میکروبها روی سطح زبان جمع می‌شوند، بهتر است هر چند روز یکبار روی زبان را هم با مسواک تمیز نمود. برای اینکار مسواک در عقب زبان قرار می‌گیرد و به طرف جلو کشیده می‌شود. تمیزکردن زبان نقش مهمی در از بین بردن بوی بد دهان دارد. پس از مسواک کردن

دندانها و زبان باید دهان چندين بار با آب شسته شود. وقتی مسواک کردن دندانها تمام شد، مسواک را خوب بشوئيد و در جايی دور از آلودگی نگهداری کنید. توجه کنید که هيچگاه مسواک فیس را در جعبه سر بسته نگذاريد؛ چون رطوبت هوای داخل جعبه زياد شده و رشد ميكروبها را تسريع می‌کند.

■ استفاده از نخ دندان:

سطوح بين دندانى به هيچ وجه با استفاده از مسواک تمیز نمی‌شوند و تنها با استفاده از نخ دندان می‌توان اين سطوح را تمیز کرد. نخ دندان، نخ ابريشمی مخصوصی است که باید آن را از داروفانه تهیه نمود. برای استفاده درست از نخ دندان باید:

- قبل از استفاده دستها را با آب و صابون خوب بشوئيد.
- مدود ۳۰ تا ۴۵ سانتيمتر از نخ دندان را ببريد و دو طرف نخی را که بریده‌اید در هر دو دست به دور انگشت وسط بپیچيد.
- سه انگشت آفر را ببنديد و دو دست را از هم دورکنيد تا نخ محکم کشيده شود. به اين ترتيب انگشت نشانه و شست هر دست آزاد می‌ماند.
- قطعه ای از نخ به طول ۲ تا ۲/۵ سانتی‌متر را بين انگشتان شست و اشاره دستها نگهداريد.
- برای واردکردن نخ بين دندانهای فک پايين از دو انگشت اشاره و بين دندانهای فک بالا از دو انگشت شست يا یک شست و یک انگشت اشاره استفاده کنید.
- نخ را با حرکتی شبیه اره کشيدن به آرامی به فضای بين دندانها واردکنيد مراقب باشيد فشار نخ، لثه را زخمی نکند.
- پس از اینکه نخ را وارد فضای بين دندانى کرديد ابتدا نخ را به سطح کناری دندان جلویی تکیه داده و با ملایمت به زیر لبه لثه برده و آن را به ديواره دندان پاسبانده و چند بار به طرف بالا و پائين حرکت دهيد. به آرامی اين عمل را انجام دهيد تا به لثه مجاور دندان آسیب نرسانيد.
- سپس قسمت تمیز نخ را در همان محل به سطح کناری دندان پشتی بپسبانيد و همین کار را تکرار کنید. بعد از آن نخ را از لای دندانها خارج کنید. آن قسمت از نخ را که برای اين دندانها

استفاده کرده‌اید جابجا کنید و نخ کشیدن دندان بعدی را شروع کنید. این کار را برای تمام سطوح بین دندانها تکرار کنید.

توجه کنید که:

- پشت آخرین دندان هر فک را نیز مثل دندانهای دیگر نخ بکشید.
- استفاده از نخ دندان برای کودک باید به کمک والدینی که آموزش دیده باشند، انجام پذیرد. پس از اینکه کودک مهارت کافی را بدست آورد، بهتر است تا مدتی با نظارت والدین این کار را انجام دهد.
- بهتر است (روزی دو بار) شبها قبل از خواب و صبحها بعد از صبحانه) از نخ دندان و مسواک استفاده کنید. در غیر اینصورت مداخله شبها قبل از خواب ابتدا از نخ دندان استفاده کرده، سپس دندانها را مسواک کنید.
- اگر هنگام مسواک زدن و نخ کشیدن دندانها، درد و خونریزی وجود داشت، جای نگرانی نیست. در اکثر مواقع با ادامه اینکار و برطرف شدن التهاب لثه درد و خونریزی هم از بین می‌رود. نکته مهم: به جای نخ دندان برای تمیز کردن سطوح بین دندانها از هیچ نوع نخ دیگر یا وسایل سفت و نوک تیز مثل سنباق و چوب کبریت استفاده نکنید. در ضمن توجه داشته باشید که خلال دندان وسیله ایست که به آسانی به لثه آسیب می‌رساند و استفاده از آن توصیه نمی‌شود.

■ تغذیه و سلامت دهان و دندان:

تغذیه و رژیم غذایی نقش مهمی در رشد و نمو دندان، سلامت بافت لثه و دهان، استمکام استفوان، جلوگیری و کنترل بیماریهای مفره دهان دارد. تغذیه در ۲ زمان بیشترین تأثیر را بر رشد و معدنی شدن دندان ایفا می‌کند:

۱. زمانی که دندان در حال شکل گیری است (قبل از رویش دندان)

۲. پس از رویش دندان در دهان

نمونه تغذیه در دوران بارداری بر شکل گیری و تکامل صمیع دندان مؤثر است. بنابراین نیاز به ویتامینهای A، C و D، کلسیم و فسفر جهت شکل گیری دندانهای مقاوم در این دوران وجود دارد. بر طبق مطالعات بعمل آمده، بعضی از مواد غذایی نسبت به مواد دیگر فاصیت پوسیدگی زایی بیشتری دارند. از جمله آنها دسته کربوهیدراتها (مواد نشاسته ای و قندی) می‌باشند. این مواد وقتی با میکروبهای دهان در تماس باشند، می‌توانند PH بزاق را تا مد ۵/۵ یا کمتر کاهش دهند و آنرا اسیدی کنند. میکروبهایی هم که در پلاک میکروبی وجود دارند، از این مواد تغذیه می‌کنند. در اثر فعالیت این

میکروبها نیز اسید تولید می‌شود. تولید اسید تقریباً ۲ تا ۵ دقیقه پس از خوردن مواد قندی شروع شده و تا حدود یک ساعت پس از آن، محیط دهان در حالت اسیدی باقی می‌ماند تا به حالت عادی برگردد. اسیدی که باعث خوردن مواد قندی ایجاد می‌گردد، رفته رفته مینای دندان را مل کرده و سبب پوسیدگی دندان می‌شود.

نکات قابل توجه:

بطور کلی پوسیدگی زایی مواد غذایی تمت تأثیر عوامل زیر قرار می‌گیرد:

۱. شکل ماده غذایی:

شکل ماده غذایی (بصورت جامد یا مایع بودن) مدت زمان تماس دندان با ماده غذایی را مشخص می‌کند. همین امر مدت اسیدی بودن محیط دهان را تمت تأثیر قرار می‌دهد. مایعات معمولاً سریعاً از محیط دهان پاک می‌شوند و قدرت پوسندگی کمتری به دندان دارند. غذاهای جامد مانند پیپسها و شیرینی‌جات پس از جویدن، روی دندانها (بخصوص سطح دندانها) قرار می‌گیرند و به آسانی تمیز نشده و مدت زمان بیشتری در دهان باقی می‌مانند؛ لذا فاصیبت پوسیدگی زایی بیشتری دارند.

۲. قوام ماده غذایی:

غذاهایی که قدرت پوسندگی بیشتری بر سطح دندانها دارند (مثل چیپس، انواع بیسکویت و شکلات) مدت زمان طولانی تری در تماس با دندان می‌باشند. بنابراین میزان پوسیدگی زایی آنها بیشتر خواهد بود.

۳. دفعات مصرف مواد غذایی:

اگر مقدار زیادی شیرینی در یک وعده خورده شود و پس از آن دهان با مسواک (در صورت عدم وجود، با آب فالی) شسته شود، در مقایسه با اینکه میزان شیرینی به میزان کمتر و در وعده های بیشتر مصرف شود، احتمال ابتلا به پوسیدگی را پایین می‌آورد.

۴. غذاها و مایعاتی که همراه با هم مصرف می‌شوند:

بطور مثال، موز قدرت پوسندگی و تخمیر بالایی دارد؛ اما وقتی با شیر خورده می‌شود، از قدرت پوسندگی آن کاسته می‌شود و بالعکس مصرف مایعات پوسیدگی زا از جمله انواع نوشابه ها بهمراه مواد غذایی دیگر، فرصت مناسب برای تولید اسید را فراهم می‌کنند.

- با وجود موارد ذکر شده، جای سؤال باقی می‌ماند که آیا می‌توان مواد قندی را به کلی از غذاهای روزانه خارج کنیم؟ پاسخ منفی است. یعنی نمی‌شود مواد قندی و نشاسته دار را از رژیم غذایی حذف نمود؛ ولی می‌توان با اقداماتی اثرات زیان آور استفاده از آنها را کاهش داد.

نکات قابل توجه:

- بین غذاهای روزانه، بهتر است بجای شیرینی از میوه های تازه و سبزیجات استفاده کنید.
- مصرف مواد قندی را محدود به وعده های اصلی غذایی (صبحانه، نهار و شام) کنید که پس از آن شستشوی دهان انجام می‌گیرد. در فاصله بین دو وعده غذایی اصلی، تا آنجا که ممکن است، از خوردن مواد قندی پرهیز نمایید. زیرا همانطور که بیان شد، هر قدر دفعات خوردن مواد قندی بیشتر باشد، فطر پوسیدگی دندانها هم بیشتر می‌شود.
- پس از مصرف هر نوع ماده قندی، لازم است بلافاصله دندانها را مسواک کنید. در صورت عدم دسترسی، متمماً چند مرتبه دهان و دندان را با آب شستشو دهید.

■ نکات مهم در زمینه رعایت بهداشت دهان و دندان در زمان

بارداری:

- به خانمها توصیه نمایید قبل از باردار شدن با مراجعه به دندانپزشک از سلامت دندانها و لثه‌های خود مطمئن شوند و در صورت وجود پوسیدگی دندان یا بیماری لثه‌ای، سریعاً برای درمان آن اقدام نمایند؛ چون کوتاهی در این امر سبب تشدید بیماری در ایام حاملگی خواهد شد.
- در دوران بارداری رعایت بهداشت دهان و دندان (استفاده از مسواک و نخ دندان و دهانشویه) بطور منظم انجام دهند و فونریزی یا حالت تهوع نباید مانع عمل مسواک زدن و یا استفاده از نخ دندان گردد.
- در صورت بروز استفراغ، دهان به دقت با آب شسته شده و سپس مسواک زده شود.
- استفاده از تغذیه مناسب در دوران بارداری فراموش نشود.
- درمانهای اورژانس دندانپزشکی در هر دوره از حاملگی می‌تواند انجام شود. استفاده از بعضی داروها در دوران بارداری می‌تواند باعث ایجاد نقایص دندانی صورتی مثل شکاف لب و کام، بد رنگ شدن دندانها و ... گردد. بنابراین مصرف هر گونه دارو باید با نظارت پزشک و یا دندانپزشک باشد.
- در سه ماهه اول بارداری، مادر از کسالتهایی چون تهوع و استفراغ صبحگاهی و بی‌میلی به غذا رنج می‌برد و در این دوران بافتهای بدن جنین تشکیل می‌شود و به تمریکات مختلف بسیار

مساس است و احتمال سقط جنین زیاد می باشد. بنابراین درمانهای دندانپزشکی طولانی مدت بهتر است در این دوران انجام نشود. بهترین زمان جهت انجام درمانهای دندانپزشکی سه ماهه دوم بارداری می باشد. در سه ماهه سوم بارداری به دلیل افزایش وزن جنین، فام باردار نمی تواند به مدت طولانی در حالت فوابیده به پشت روی صندلی دندانپزشکی قرار گیرد؛ بنابراین فقط درمانهای کوتاه مدت و اورژانس انجام می شود.

- در سه ماهه سوم بارداری باید به مادر نکات لازم در مورد چگونگی رویش دندانهای نوزاد، مراقبتهای منزل و زمان مراجعه جهت معاینه دندانپزشکی نوزاد اشاره گردد. همچنین مادران نیز باید پس از زایمان، توسط دندانپزشک معاینه گردند تا ترمیم دندانهایی که در دوران بارداری به تعویق افتاده است انجام شود.

■ مراقبت دهان و دندان زنان در سنین باروری:

در دوران بلوغ و عادت ماهانه زنان، تغییراتی هورمونی در بدن ایجاد می شود و به علت این تغییرات، شرایط برای ایجاد بیماری لثه مناسبتر می شود. بنابراین باید به زنان آموزش داد که بیشتر مراقب لثه و دندانهای خود باشند. ضمناً در خانمهایی که از قرصها و آمپولهای پیشگیری از بارداری استفاده می کنند و یا کپسول پیشگیری از حاملگی در زیر پوست خود کاشته اند (نورپلنت)، امکان بیماری لثه بیشتر است.

توصیه :

استفاده از مسواک و فمیر دندان فلوراید دار حداقل روزی دو بار به همراه نخ دندان و مراجعه حداقل ۶ ماه یکبار به دندانپزشک یا بهداشتکار دهان و دندان در پیشگیری از بیماری لثه و دندان بسیار مؤثر می باشد.

■ کودکان زیر ۳ سال

- نکات قابل توجه در مراقبت دهان و دندان کودکان زیر ۳ سال:

در مدود ۶ ماهگی، اولین دندانی که در دهان شیرخوار ظاهر می شود، معمولاً دندان پیشین فک پایین می باشد.

رویش دندان:

دندان درآوردن یک مرحله طبیعی از زندگی کودک است و در اکثر موارد درد و ناراحتی به همراه ندارد. علائم دندان درآوردن به شرح ذیل است:

- قرمزی و التهاب لثه در نامیه جلویی فک پایین

- برچسب‌گذاری لثه و فارش در همین نامیه
- افزایش بزاق و خارج شدن آب از دهان شیرخوار
- ناراحتی و گریه زیاد
- بی‌فوابی
- شروع رویش دندان از لثه

در صورت بروز علائمی مثل تب، دل درد یا اسهال، کودک را باید به پزشک ارجاع داد. **هنگام رویش دندانها معمولاً احساس فارش سبب می‌شود کودک هر چیزی را به دهان فود وارد کند که ممکن است از این طریق به علت آلودگی دچار علائم بالا گردد.**

بهترین کار برای کمک به رویش دندانها، تمیز نگه داشتن لثه توسط پارچه یا گاز تمیز و مرطوب و یا مسواک انگشتی و دادن دندانک نرم و تمیز و سرد برای گاز گرفتن به شیرخوار می‌باشد. همچنین در صورت دسترسی به مسواک انگشتی^۱، می‌توان از آن برای ماساژ لثه (روی نامیه ای که دندان در حال رویش یافتن است) با حرکات ملایم پرفشاری استفاده نمود که از درد و ناراحتی کودک می‌کاهد. لازم به ذکر است که مسواک انگشتی سرد (۳۰ دقیقه درون فریزر قرار داده شده) روی لثه ای که بدلیل رویش دندان زیر آن، دارای درد و ناراحتی است، می‌تواند موقتاً درد را برطرف نماید.

لازم به تذکر است که علاوه بر سه ماهه آخر بارداری، در زمان سن رویش دندان در کودک نیز باید درباره مشکلات مربوط به دندان درآوردن کودک با مادر صحبت شود تا در صورت بروز ناراحتی، نگران نشود.

■ نحوه تمیزکردن لثه و دندانهای شیرخوار:

تمیز کردن لثه‌ها متی قبل از رویش دندانها توصیه شده است. نحوه تمیز کردن دندان کودک به این صورت است:

- راحت‌ترین راه جهت تمیز کردن دندانهای شیرخوار این است که کودک را در حالیکه سرش به سمت بدن شما و پاهایش از شما دور می‌باشد، در آغوش فود بقبوابانید .
- برای باز کردن دهان کودک بهتر است انگشت سبابه فود را به گونه شیرخوار به آهستگی فشار دهید تا فک پایین باز شود.

^۱ - مسواک انگشتی وسیله ایست ساده و مؤثر جهت کمک به رعایت بهداشت دهان و دندان و ماساژ لثه در هنگام رویش دندانها که از زمان تولد تا سن ۳ سالگی قابل استفاده می‌باشد. برخی **مزایای مسواک انگشتی** عبارتند از:
- پس از استفاده با مایع ظرفشویی قابل شستشو است. - در آب جوش، استریل شده و قابل فریز کردن نیز می‌باشد.

- از مجم کمی برافوردار بوده و برامتی قابل ممل می‌باشد.

لازم به ذکر است که مسواک انگشتی برای مدت ۳ تا ۴ ماه قابل استفاده می‌باشد و پس از آن باید تعویض گردد.

- یک تکه گاز تمیز را دور انگشت سبابه پیچیده و لثه بالا و پایین را به آهستگی تمیز نمایید یا در صورت دسترسی به مسواک انگشتی، آنرا روی انگشت اشاره قرار دهید و به آرامی و با حرکات ملایم، دهان کودک را تمیز کنید.
- اینکار را دو بار در روز بعد از اولین و آخرین وعده غذایی روزانه کودک انجام دهید که روی هم رفته ۲ دقیقه بیشتر طول نمی‌کشد.

■ E.C.C (Early Childhood Caries) سندروم شیشه شیر یا پوسیدگی شیرفوارگی و یا پوسیدگی زودهنگام کودکی :

E.C.C مشکلی است که در کودکان زیر ۳ سال به دلیل استفاده از روش نامناسب تغذیه کودک ایجاد می‌شود. پوسیدگی زودهنگام کودکی که با پوسیدگی وسیع دندانهای جلویی فک بالا و اولین آسیاهای شیری نمایان می‌گردد، معمولاً ظرف مدتی پس از رویش آنها ایجاد می‌شود. علت اصلی این نوع پوسیدگی ها تغذیه شیرفوار با شیشه شیر یا شیشه ممتوی آب قند هنگام خواب می‌باشد. در زمان خواب علاوه بر اینکه جریان بزاق کم می‌شود شیر برای مدت طولانی بین دندانها و لب بالا قرار گرفته و چون این ماده غذایی محیط مناسبی برای رشد میکروبها است دندانها به سرعت دچار پوسیدگی می‌شوند. بهتر است به مادران توصیه نمایید که دندانها را پس از شیر دادن با گاز یا دستمال مرطوب تمیز نمایند.

برای پیشگیری از سندرم شیشه شیر، نکات ذیل را به مادر گوشزد نمایید:

- در خواب ویا از شب تا صبح، سینه خود یا پستانک شیشه شیر را به مدت طولانی و به دفعات مکرر در دهان شیرفوار قرار ندهد.
- پستانک کودک را به عسل و مواد شیرین آغشته ننماید.
- شیر مادر برای سلامت دندانهای کودک بهتر است و فطر ایجاد پوسیدگی در اثر مواد قندی موجود در شیر مادر خیلی کمتر می‌باشد.
- از دادن آب قند و چای شیرین به کودک خودداری نماید.
- پس از سن ۶ ماهگی، بعد از هر نوبت شیر دادن، بخصوص در طول شب مقدار کمی آب به کودک دهد تا دهانش تمیز شود.
- اگر بنا به نظر پزشک، کودک از شیشه شیر استفاده می‌کند، سوراخ سر شیشه باید تا حد امکان تنگ باشد تا عضلات و ماهیچه‌های کودک هنگام مکیدن شیر تقویت گردد.
- هر چه زودتر مهارت نوشیدن با استکان یا فنجان را به کودک آموزش دهد.
- از شیشه شیر یا پستانک به عنوان وسیله آرام کردن یا گول زدن کودک استفاده نشود.
- حداقل دو بار در روز دندانهای شیرفوار را با پارچه نرم و تمیز و یا گاز طبق آنچه عنوان شد تمیز نماید.

پوسیدگی سریع دندانها باعث ایجاد عفونت در دندانها و مشکلات ناشی از آن می‌شود. همچنین عادت مضرى را در کودک ایجاد می‌کند که مطابق این عادات، زبان هنگام بلع بین دندانهای جلویی بالا و پایین قرار می‌گیرد که باعث کج شدن دندانها در آینده خواهد شد. پوسیدگی سریع دندانها سبب ترس از دندانپزشکی نیز می‌شود؛ چرا که کودک در سنین فیلی پایین، کشیدن یا ترمیم دندان را باید تجربه نماید.

■ تأثیر قطره آهن بر روی دندانهای کودکان:

قطره آهن بر روی سافتمان دندانهای کودک اثر می‌گذارد و در صورت استفاده نادرست از آن، تغییر رنگی را در دندانهای جلو خواهیم دید. برای جلوگیری از این تأثیر، توصیه می‌شود متماً قطره آهن در قسمت عقب دهان کودک پکانده شود و پس از دادن قطره، مادر به شیرخوار شیر و به کودکان بزرگتر آب بدهد.

■ آموزش نحوه مسواک زدن برای کودکان ۱ تا ۲ ساله:

بهترین روش مسواک زدن برای کودکان این گروه سنی، روش افقی است. در این روش، مسواک بطور افقی بر روی سطح داخلی و خارجی و میونده دندانها گذارده شده و با حرکت مالشی، به جلو و عقب حرکت داده می‌شود. توصیه می‌شود که در این دوران کودک متماً با مسواک آشنا شود. در حدود ۲ سالگی استفاده از فمیر دندان را می‌توان شروع نمود. اگر کودک قادر به نگهداری فمیر دندان در دهان است، برای هر بار مسواک زدن، اندکی از آن استفاده شود؛ در غیر اینصورت بهتر است مسواک زدن بدون فمیر دندان انجام گیرد.

بیشتر کودکان از تقلید پدر و مادر خود مین مسواک زدن لذت می‌برند؛ ولی به تنهایی قادر به انجام صمیم این کار نیستند. برای مسواک زدن دندانهای کودک، بهتر است پدر یا مادر روی زمین بنشینند و پاهای خود را در مقابل کودک دراز نماید و کودک را بین پاهای خود به گونه ای قرار دهد که بازوها و پاهای کودک توسط والدین کنترل می‌شود. والدین باید این کار را در زمان مشخصی انجام دهند و تا امکان کودک خود را تشویق نمایند.

■ شکاف کام و لب :

شکاف لب و کام از شایعترین ناهنجاریهای مادرزادی بسیار جدی می‌باشد که نامیه دهانی- صورتی را درگیر نموده و برای نوزادان مبتلا و والدین او، رنج فراوانی را به همراه دارد. مدوداً از هر ۴۰۰ زایمان یک نوزاد مبتلا به شکاف کام همراه یا بدون شکاف لب میشود. به علت محل خاص بروز این ضایعات، بیماران مبتلا معمولاً در سراسر طول درمان، درگیر مشکلات متعددی می‌باشند. والدین این کودکان باید بدانند که درمان کودکان مستلزم صبر و موصله فراوان و پیگیری مستمر می‌باشد.

■ طبقه بندی مشکلات نوزادان مبتلا به شکاف کام و لب:

مشکلات مربوط به اینگونه بیماران را بطور کلی می‌توان به دو گروه تقسیم نمود:

الف) مشکلات اولیه (قبل از جراحی): شامل مشکلات راه هوایی و تغذیه‌ای کودک که با جراحی قابل درمان می‌باشد و مشکلات رومی و روانی والدین.

ب) مشکلات ثانویه: شامل افتلالات گفتاری، شنوایی، دندانی، نواقص ظاهری و زیبایی

یکی از مهمترین مسائل در برخورد با این کودکان، آموزش روشی مناسب به والدین جهت تغذیه کودک می‌باشد. به علت وجود شکاف در کام و وجود ارتباط غیر طبیعی بین دهان و بینی، عمل مکیدن توسط کودک به خوبی میسر نمی‌باشد. بنابراین قسمتی از شیر مکیده شده از راه بینی به بیرون رانده می‌شود. والدین بویژه مادر باید بدانند که اگر می‌خواهد هر چه سریعتر و بهتر فرزندش تمت عمل جراحی قرار بگیرد، باید طفل به وزن کافی و لازم برسد. پس تغذیه صحیح و مناسب طفل بسیار با اهمیت می‌باشد و مادران چنین کودکانی نباید از تغذیه مستقیم به کودک فود و مشت داشته باشند. به والدین این کودکان توصیه می‌گردد هرچه سریعتر به دندانپزشک مراجعه کرده تا اقدام لازم جهت سافت کام مصنوعی انجام گیرد تا در تغذیه وی اختلالی ایجاد نشود. در عین حال باید به مادر آموخت که شیر مادر بهترین غذای نوزاد و شیرخوار می‌باشد؛ پس تغذیه کودک با شیر مادر اهمیت فراوان دارد.

■ کودکان ۳ تا ۵ سال

■ نکات قابل توجه در مراقبت دهان و دندان کودکان ۳ تا ۵ سال:

یکی از عوامل ایجاد پوسیدگی، مصرف غذاهای حاوی مواد قندی می‌باشد. پس از مصرف شیرینی‌جات، در مدت ۲ تا ۵ دقیقه بعد، میکروباها از مواد قندی استفاده کرده و اسید تولید می‌کنند. به همین خاطر باید توجه داشت که تعداد دفعات مصرف مواد قندی فطرناتر از حجم ماده قندی است که در یک وعده مصرف می‌شود. با هر بار مصرف مواد قندی، ما ابتدا به میکروبهای دهان فود غذا می‌دهیم. منظور از مواد قندی الزاماً شیرینی‌جات نیستند؛ همه نوع مواد غذایی که دارای مقداری مواد قندی باشند، اگر مزه شیرین هم نداشته باشند، بعنوان مواد قندی شناخته می‌شوند. نکته مهم تغذیه‌ای که باید روشن شود این است که کودک چند بار در روز از مواد قندی استفاده می‌کند و پس از خوردن، این مواد چه مدت در تماس با دندان باقی می‌مانند.

بنابراین نباید از شیرینی و شکلات بعنوان جایزه یا پاداش برای کودک استفاده کرد. در این زمینه نکات زیر قابل توجه هستند:

- خوردن غذاهای سفت و حاوی فیبر به علت تمریک غدد بزاقی و کمک به پاک شدن مواد غذایی از سطح دندانها برای کودک مفید است.
- مصرف شیرینیجات باید هنگام صرف وعده‌های اصلی غذا صورت گیرد.
- کودکان را تشویق کنید پس از هر بار استفاده از مواد قندی، مسواک بزنند. اگر نشد حداقل آب در دهانشان بگردانند.
- شیرینی‌های چسبنده را از رژیم غذایی کودک حذف کنید.
- مادران باید به قند زیاد موجود در شربت‌های دارویی کودکان و اثرات مفرط آن روی دندانهای کودک توجه نمایند.

■ آموزش نحوه مسواک زدن برای کودکان پیش دبستانی (۳ تا ۵ ساله):

والدینی که کودک ۳ تا ۵ ساله دارند احساس می‌کنند فرزندشان در این محدوده سنی مهارتهای لازم را برای تمیز نمودن دندانهایش بدست آورده؛ در صورتیکه نقش اصلی رعایت بهداشت دهان و دندان این کودکان به عهده والدین است. این سنین معمولاً زمان شروع استفاده از نخ دندان می‌باشد. استفاده از نخ دندان برای نوامی بین دندانها با تماس نزدیک ضروری است. البته در دوره دندانهای شیری، نخ دندان تنها برای دندانهای خلفی توصیه می‌شود.

نمونه آموزش صمیمی برای تمیزکردن دندانهای کودک:

در این حالت یکی از والدین پشت سر کودک در حالی قرار می‌گیرد که هر دو به یک جهت نگاه می‌کنند؛ کودک در این حالت سر خود را به سمت عقب می‌برد و به بازوی چپ پدر یا مادر تکیه می‌کند. در این زمان گونه کودک با همان دست کنار زده شده و از دست دیگر برای مسواک زدن دندانها استفاده می‌شود. برای این کار باید مسواک با ملایمت و به آرامی روی سطوح داخلی، خارجی و چونه دندانها بطور افقی به حرکت درآید. این موقعیت برای آموزش استفاده از نخ دندان نیز کارآیی دارد.

بسیاری از والدین برای مسواک زدن دندانهای فرزندشان، در مقابل وی قرار می‌گیرند که باعث اضطراب کودک شده و سر او نیز بدون حمایت می‌ماند. بنابراین باید والدین را از این روش منع نمود. در این دوره سنی به شرط قورت ندادن خمیر دندان، می‌توان از خمیر دندان حاوی فلوراید استفاده نمود. به هیچ وجه برای مسواک کردن دندان کودک از خمیر استفاده نکنید؛ بلکه باید با آموزش و تشویق مداوم کودک او را راضی نمود. برای آموزش کودکان بهتر است والدین در حضور فرزندانشان دندانهای خود را مسواک بزنند. جهت اطمینان از آموزش صمیمی کودک، می‌توان در پایان از کودک خواست تا در حضور یکی از والدین مسواک بزند.

■ کودکان ۶ تا ۱۱ سال

■ مراقبت دهان و دندان کودکان ۶ تا ۱۱ سال:

در این دوره سنی دندانهای شیری کودکان به تدریج می افتند و دندانهای دائمی رویش می یابند. اگر دندانهای دائمی صدمه ببینند و از بین بروند، جانشینی نخواهند داشت. بنابراین نگهداری از دندانهای دائمی مخصوصاً از همین دوره سنی بسیار با اهمیت است.

در این دوره نکات زیر را مکرراً به کودکان و والدین آنان باید یادآوری نمود:

- ضرورت و روش درست مسواک کردن و نخ کشیدن دندانها
- مصرف صمغ مواد قندی و تغذیه متناسب با مفض سلامت دندانها
- اهمیت دندان ۶ سالگی
- کودکان ۶ تا ۱۱ سال (دانش آموزان ابتدایی)، گروه هدف برنامه کشوری سلامت دهان و دندان می باشند و استفاده از دهانشویه سدیم فلوراید ۰/۲٪ نیز جزء بخش پیشگیری از پوسیدگی دندان این برنامه می باشد که اهمیت این موضوع را نیز بایستی به والدین یادآور گردید.
- مراجعه هر ۶ ماه یکبار به دندانپزشک

■ مراقبت از دندانهای طبیعی:

سالمدانی که دارای دندانهای طبیعی می باشند، تمیز کردن پلاک میکروبی مهمترین اصل در مراقبت بهداشت دهان و دندان آنها در منزل می باشد. این عمل علاوه بر جلوگیری از ایجاد پوسیدگی دندان و بیماریهای لثه ای سبب فوشبو شدن دهان نیز می گردد. مسواک زدن مطابق روشی که قبلاً توضیح داده شده است، برای اکثر افراد مسن با مسواک نرم توصیه می شود. در افرادی که تملیل لثه (در نوامی مشفصی از دهان) دارند، استفاده از مسواک بسیار نرم آنها با مرکات پرفششی بر سطوح دندان و با فشار ملایم در نوامی تملیل توصیه می شود. استفاده از فمیر دندان با توجه به مزایای وجود فلوراید و کمک به برطرف کردن پلاک و رنگ روی دندانها الزامی می باشد (البته به شرطی که فمیر دندان را قورت ندهند).

■ مراقبت از دندانهای مصنوعی:

۱. مراقبت از پروتز کامل (دست دندان):

بعد از هر وعده غذایی پروتز متمرک باید از دهان خارج و ابتدا با آب شسته شود. سپس با مسواک و فمیر دندان، تمام سطوح بخصوص سطحی که در تماس با مفاص دهان می‌باشد از فردهای مواد غذایی باقیمانده تمیز گردد. روش مناسب دیگر استفاده از مسواک به همراه صابون غیر معطر و یا مایع ظرفشویی می‌باشد. توجه داشته باشید از پودر های ساینده به هیچ وجه جهت تمیز کردن دست دندان استفاده نکنید.

علاوه بر تمیز کردن دست دندان بعد از هر وعده غذایی، پس از خارج کردن آن باید دهان را بطور کامل با آب گرم یا مملول نمکی رقیق شست و در صورت امکان با یک مسواک نرم لثه‌ها را تمیز کرد و با انگشت، لثه‌ها را ماساژ داد.

۲. مراقبت از پروتز متمرک ناکامل (پارسیل):

بعد از هر وعده غذایی، پروتز متمرک از دهان خارج می‌شود و طبق آنچه در بمت پروتز کامل مطرح گردید، تمیز می‌شود. سپس دندانهای باقیمانده به کمک مسواک و نخ دندان تمیز می‌شود. این افراد باید از دو مسواک استفاده نمایند. یکی برای تمیز کردن پروتز و دیگری برای تمیز کردن دندانهای طبیعی که در داخل دهان قرار دارند.

۳. مراقبت از پروتز ثابت:

در رابطه با مراقبت از پروتزهای ثابت باید گفت که پس از هر وعده غذایی، پروتز ثابت را می‌توان با برس، نخ دندان و مسواک مخصوص، تمیز کرد. جهت اطلاعات بیشتر متمماً باید با دندانپزشک مشورت شود.

نکات مهم:

- به افراد مسن توصیه می‌گردد در هنگام تمیز کردن پروتز دندان، ظرف آب پلاستیکی را که تا نیمه پر است زیر دست خود قرار دهند تا در صورتیکه پروتز از دستشان افتاد صدمه نبیند. در موقع شستن به بیمار توصیه می‌شود که پروتز را بین انگشت شست و اشاره خود محکم بگیرد و مسواک بزند. نباید آنرا در کف دست نگه داشت، چون اگر دست دندان از دست بیفتد، ممکن است دو تکه شود.
- علاوه بر استفاده از مسواک جهت تمیز کردن پروتز، می‌توان دست دندان را به صورت هفتگی در یک مملول ضد عفونی کننده (یک قاشق چایفوری مایع سفید کننده فانگی (وایتکس) داخل

مدود نیم لیتر آب) به مدت نیم ساعت قرار داد. بعد از خارج کردن دندان مصنوعی از مملول تمیز کننده، پروتز باید کاملاً زیر شیر آب شسته شود و سپس داخل دهان قرار گیرد. البته لازم به ذکر است که نباید مملول وایتکس را برای تمیز نمودن پروتزهای پارسیل استفاده نمود؛ زیرا ممکن است سبب کدر شدن قسمت فلزی آن گردد.

- با توصیه دندانپزشک می‌توان از قرصهای پاک کننده جهت بر طرف کردن رنگ و جرم پروتز (روزی یکبار استفاده نمود.
- به افرادی که از پروتز استفاده می‌کنند توصیه می‌شود در طول روز اگر زمانی را خارج از منزل بسر می‌برند و غذا می‌خورند، وسایل لازم جهت تمیز نمودن دندانها و نیز پروتز خود را بهمراه داشته باشند.
- در طول شبانه روز دندانهای مصنوعی متمرک باید برای مدتی از دهان خارج شود تا مخاط دهان که تمت فشار دندانهای مصنوعی در هنگام غذا خوردن بوده است، استراحت کند و به وضعیت طبیعی خود برگردد. توصیه میشود مدود ۸ ساعت دست دندان درآورده شود که بهترین زمان برای این مدت هنگام خواب می‌باشد.
- پس از تمیز کردن دست دندان در شب و قبل از خواب باید آن را در ظرفی پر از آب قرار داد تا آب از دست نهد و تغییر مهم پیدا نکند. توصیه شود که هیچگاه دست دندان را وارد آب داغ نکرده و یا با آب داغ شستشو داده نشود.
- اگر فردی که از دست دندان استفاده می‌کند دچار تورم و درد و تمریک بافتهای دهان شد، به او توصیه نمایید که دست دندان را از دهان خارج کند ، موارد مطابق با پروتکل (جدول صفحه ۲۲۶ الی ۲۵۵) بررسی و توصیه های لازم صورت گیرد.
- به فرد مراجعه کننده تاکید گردد، به هیچ وجه جهت اصلاح و تطابق دست دندان با بافتهای دهان از سمباده و یا وسایل ساینده و چسبهای آماده استفاده ننماید. چون تطابق قرارگیری دندانها در مقابل هم در فکین بهم می‌خورد و مشکلات جدی را ایجاد خواهد کرد.
- تمام بیمارانیکه دارای دست دندان هستند متی اگر از نظر خودشان مشکلی نداشته باشند، باید حداقل هر ۶ تا ۱۲ ماه یکبار به دندانپزشک جهت معاینه مراجعه نمایند.

■ مراقبت دهان و دندان در بیماران ناتوان و بستری:

در افراد مسنی که از نظر فیزیکی به شدت ناتوان می باشند و یا به دلایل بیماریهای فاص قادر به رعایت بهداشت دهان و دندان خودشان نمی باشند، باید اقدامات بهداشتی زیر توسط کسی که از آنها نگهداری می کند، صورت گیرد:

- اگر بیمار در تختخواب می باشد، با قرار دادن چندین بالش در زیر سر، سر او به صورتی بلند شود که سرش روبروی صورت شما قرار گیرد. سپس یک موله تمیز و یک ظرف روی سینه، در زیر پانه او قرار دهید.
- اگر بیمار روی صندلی چرخدار قرار دارد، در پشت او قرار بگیرید و یک دست خود را در زیر پانه او و سرش را بر روی بدن خود تکیه دهید. موله را بر روی سینه به صورتی قرار دهید که شانه هایش را هم بپوشاند و ظرفی را بر روی پای بیمار یا بر روی میز جلوی صندلی بیمار که به او نزدیک است قرار دهید و یا اینکه اگر بتوانید صندلی چرخدار را نزدیک دستشویی ببرید.
- مسواک کردن را طبق روش توصیه شده در بحث رعایت بهداشت دهان و دندان انجام دهید و از نغ دندان نیز استفاده نمایید.
- اگر لبهای بیمار خشک و ترک خورده هستند، با وازلین چرب کنید.