

آموزش گام به گام

پریودنتولوژی عملی

ویژه دانشجویان دندانپزشکی و دستیاران تخصصی رشته پریودنتولوژی

گردآوری و تالیف:

دکتر زهرا سلمانی

عضو هیات علمی دانشکده دندانپزشکی البرز

دکتر مهتاب سمیعی فر

عضو هیات علمی دانشکده دندانپزشکی قزوین

با همکاری:

دکتر سعید سادات منصوری

مدیر گروه پریودنتولوژی دانشکده دندانپزشکی آزاد تهران

سرشناسه	:	سمیعی فر، مهتاب، ۱۳۶۲-، گردآورنده
عنوان و نام پدیدآور	:	آموزش گام به گام پرپودنتولوژی عملی / گردآوری و تالیف مهتاب سمیعی فر، با همکاری سعید سادات مرتضوی، زهرا سلمانی.
مشخصات نشر	:	تهران: آرتین طب، ۱۴۰۰.
مشخصات ظاهری	:	۱۵۱ص: مصور(رنگی)، جدول(رنگی).
شابک	:	۹۷۸-۶۲۲-۲۹۳-۲۵۳-۴-۳۰۰۰۰۰۰
وضعیت فهرست نویسی	:	فیپا
موضوع	:	پرپودنتولوژی Periodontics دندان پزشکی Dentistry
شناسه افزوده	:	سادات منصوری، سعید، ۱۳۴۶ - ، گردآورنده
شناسه افزوده	:	سلمانی، زهرا، ۱۳۶۶-، گردآورنده
رده بندی کنگره	:	RK۳۶۱
رده بندی دیویی	:	۶۳۲/۶۱۷
شماره کتابشناسی ملی	:	۸۶۹۸۳۶۳
اطلاعات رکورد کتابشناسی	:	فیپا



تمام حقوق مادی و معنوی این اثر برای سازمان اسناد و کتابخانه ملی جمهوری اسلامی ایران محفوظ است. لذا هر گونه تکثیر و بازتولید غیرمجاز، به هر نحو ممکن در هر گونه رسانه، کتاب، مجله، جزوه و لوح فشرده بدون اجازه کتبی سازمان اسناد و کتابخانه ملی جمهوری اسلامی ایران ممنوع و مجرم است و موجب پیگرد قانونی می‌شود.

نام کتاب:	آموزش گام به گام پرپودنتولوژی عملی
مولفین:	دکتر زهرا سلمانی، دکتر مهتاب سمیعی فر
با همکاری:	دکتر سعید سادات منصوری
ناشر:	آرتین طب
صفحه آرایبی:	ملیحه بیدکی
طراح جلد:	ملیحه بیدکی
نوبت چاپ:	دوم - ۱۴۰۰
تیراژ:	۱۰۰
لیتوگرافی:	ندای دانش
چاپ:	محمد
صحافی:	محمد
شابک:	۹۷۸-۶۲۲-۲۹۳-۲۵۳-۴
قیمت:	۳۰۰۰۰۰ تومان

تهران - بلوار کشاورز - خیابان ۱۶ آذر - پلاک ۶۸ طبقه سوم - انتشارات آرتین طب

تلفن: ۸۸۹۷۱۴۰۰

فکس: ۸۸۹۹۵۱۴۱

جمع‌آوری نکات کلینیکی مربوط به آزمونهای ورود و خروج بخش پرودنتولوژی دانشکده دندانپزشکی سراسر کشور، و نیز آمادگی جهت آزمون مورد شفاهی، سالها دغدغه دانشجویان و دستیاران این رشته بوده است. همچنین تشکیل پرونده و مدیریت شرایط مراجعین مبتلا به بیماری های لثه، گاهی مواقع با چالش‌هایی همراه است و سبب سردرگمی درمانگر می‌گردد.

کتاب حاضر مجموعه‌ای از نکات کلینیکی پرکاربرد جهت کار دانشجویان و دستیاران این رشته در پری کلینیک و کلینیک‌های پرودنتیکس می‌باشد. این مطالب با استفاده از جدیدترین نسخه‌های تخصصی این رشته، جمع‌آوری شده است. به منظور فهم بیشتر نکات عملی، ویدیو‌هایی در غالب دی‌وی‌دی تهیه و ضمیمه این کتاب گردیده است. نشانه‌گذاری با علامت ویدیو در برخی قسمت‌ها، نشان‌دهنده وجود ویدیوی آموزشی مرتبط با آن مطلب می‌باشد. همچنین در قسمت‌هایی با نام «نویسنده»، نکاتی که به نظر می‌رسد جهت فهم کامل موضوع احتیاج است، آورده شده و در قسمت «نکته»، موارد مهم و قابل‌تأمل قید شده است.

در پایان امیدواریم کتاب فوق جهت ارتقای دانش خوانندگان گرامی مفید واقع شود.

علی‌رغم دقت فراوان در تهیه این کتاب، ممکن است اشتباهات پیش‌بینی نشده‌ای رخ داده باشد، لذا از تمامی همکاران و دانشجویان عزیز خواستاریم انتقادات و پیشنهادات سازنده خود را با ما در میان گذاشته و ما را در ارتقای کیفیت این کتاب یاری نمایند.

با تشکر

زهراسلمانی

پاییز یکهزار و چهارصد خورشیدی

Zsalmani29@gmail.com

تقدیم به آنان که وجودم جز هدیه وجودشان نیست...
پدر و مادر و برادر عزیزتر از جانم.

و

تقدیم به استادانم، دکتر سعید سادات منصوری و دکتر مهتاب سمیعی فر که قدم به قدم این راه پشتیبان‌ام بودند و امیدوارم لیاقت شاگردی‌شان را داشته باشم.

فصل اول: مراحل تکمیل پرونده پرودنتال

۷۳	..... Rubber cup یا Polishing cups	۱۴	..... ملاحظات بیماریهای درج شده در پرونده
۷۳	..... Bristle Brush یا Polishing bristles	۱۹	..... نکات مربوط به ویژگی‌های لته بیمار
۷۴	..... Air powder polishing یا Air polishing	۲۲	..... بررسی اکلوزن بیمار
۷۵	..... اولتراسونیک	۲۳	..... بررسی عکس‌های رادیوگرافی بیمار
		۳۰	..... تفصیل چارت پرودنتال
		۳۸	..... چگونگی ثبت پلاک ایندکس
		۳۸	..... تشخیص
		۴۲	..... پروگنوز
		۴۴	..... طرح درمان
		۴۷	..... Maintenance (دوره نگهداری پرودنتال)
		۴۹	..... جداول کاربردی

فصل سوم: نحوه معاینه دندان‌ها، چگونگی در دست گرفتن اینسترومنت‌ها و مراحل جرم‌گیری

۸۰	..... دید و دسترسی در معاینات پرودنتال
۸۰	..... Stabilization
۸۳	..... مراحل جرم‌گیری
۸۳	..... * فعال کردن وسیله
۸۵	..... نحوه کار با سیکل اسکیر
۸۶	..... نحوه کار با کورت یونیورسال و گریسی

فصل چهارم: انواع پوزیشن‌ها

۹۳	..... ناحیه خلفی راست بالا/سمت فاسیال
۹۳	..... ناحیه خلفی راست بالا/سمت لینگوال
	..... ناحیه قدامی بالا/سمت فاسیال/سطوح دور از
۹۴	..... عمل کننده
	..... ناحیه قدامی بالا/سمت فاسیال/سطوح به سمت
۹۴	..... فرد عمل کننده
	..... ناحیه قدامی بالا/سمت لینگوال/سطوح دور از عمل
۹۴	..... کننده و به سمت عمل کننده
۹۵	..... ناحیه خلفی چپ بالا/سمت فاسیال
۹۵	..... ناحیه خلفی چپ بالا/سمت پالاتال
۹۵	..... ناحیه خلفی چپ پایین/سمت فاسیال
۹۶	..... ناحیه خلفی چپ پایین/سمت لینگوال
	..... ناحیه قدامی فک پایین/سمت فاسیال/سطوح به طرف
۹۶	..... عمل کننده
	..... ناحیه قدامی فک پایین/سمت فاسیال/سطوح
۹۶	..... دور از عمل کننده
	..... ناحیه قدامی فک پایین/سمت لینگوال/سطوح به طرف
۹۷	..... عمل کننده

فصل دوم: انواع اینسترومنت‌های پرودنتال/معرفی

سیستم

۵۶	..... معرفی قسمت‌های مختلف اینسترومنت پرودنتال
۵۶	..... انواع اینسترومنت‌های پرودنتال:
۵۶	..... Explorers *
۵۷	..... Periodontal probes *
۶۰	..... Sickle Scalars *
۶۲	..... Curette *
۶۶	..... تفاوت کورت با سیکل اسکیر
۶۷	..... تفاوت کورت یونیورسال و گریسی
۷۰	..... اینسترومنت‌های کاربردی ایمپلنت
۷۰	..... Schwartz Periotriever
۷۰	..... Hoe scaler
۷۰	..... Periodontal File
۷۲	..... Diamond files
۷۲	..... Chisel scaler
۷۲	..... کورت فورکیشن Quentin
۷۳	..... Demarco curette

۱۱۸ آزمون پایانی

فصل ششم: انواع بخیه و گره‌ها

۱۲۴	..... طبقه بندی انواع نخ بخیه
۱۲۵	..... Suture needle
۱۲۷	..... Needle holder Grasp
۱۲۸	..... قواعد اولیه سوچور زدن
۱۲۸	..... انواع سوچورها
۱۲۸	..... interrupted interdental ligation *
۱۲۸	..... Interrupted figure-eight ligation *
۱۲۹	..... Continuous suture *
۱۲۹	..... Continuous locking suture *
۱۲۹	..... Single interrupted sling ligation *
۱۲۹	..... Continuous, independent sling suture *
	..... Continuous, independent sling suture with the use of a *
۱۳۰	..... horizontal mattress suture around
۱۳۰	..... Anchor suture *
۱۳۰	..... Closed-anchor suture *
۱۳۱	..... Periosteal sutures *
۱۳۱	..... Modified interrupted interdental suture *
۱۳۱	..... Mattress Sutures *
۱۳۱	..... Vertical mattress *
۱۳۲	..... Horizontal mattress *
۱۳۲	..... Modified internal mattress *
۱۳۳	..... Horizontal external cross mattress suture *
۱۳۳	..... Criss-Cross Anchored Suture *
۱۳۳	..... Horizontal internal cross mattress suture *
۱۳۳	..... offset mattress suture *
۱۳۴	..... X suture *
۱۳۴	..... Holbrook & Ochsenbeine *
۱۳۴	..... Bootlace continuous suture *
۱۳۴	..... Permucosal abutment suturing *
۱۳۵	..... انواع knots

۹۷	..... ناحیه قدامی فک پایین / سمت لینگوال / سطوح دور از عمل کننده
۹۷	..... ناحیه خلفی راست فک پایین / سمت فاسیال
۹۷	..... ناحیه خلفی راست فک پایین / سمت لینگوال

فصل پنجم: انواع اینسترومنت های جراحی

۱۰۰	..... Periodontal Knives
۱۰۱	..... Periosteal elevator
۱۰۳	..... sickles & Curette Surgical
۱۰۴	..... Surgical Chisel
۱۰۶	..... Periodontal Files
۱۰۶	..... Retractors
۱۰۷	..... Instruments to Hold Mouth Open
۱۰۷	..... Scissors Surgical
۱۰۸	..... Needle holder
۱۰۹	..... Hemostats forceps
۱۱۰	..... Tissue Forceps
۱۱۱	..... Tissue nipper
۱۱۱	..... Bone rongeur=Rongeur forceps
۱۱۲	..... Periostomes
۱۱۲	..... Surgical blades
۱۱۴	..... Surgical Osteotome
۱۱۵	..... Bone mill
۱۱۶	..... Bone scraper
۱۱۶	..... Trepine bur
۱۱۶	..... towel clamp
۱۱۶	..... Suture plier
۱۱۶	..... مجموعه‌ای از ست‌های پرکاربرد در جراحی‌های پر یودنتال

۱۴۲	..... مسواک برقی
	وسایل کمک بهداشتی بین دندانی (Interdental cleaning):
۱۴۲	.....
۱۴۳	..... * نخ دندان
۱۴۵	..... * Superfloss
۱۴۶	..... * خلال دندان
۱۴۷	..... * مسواک بین دندانی
۱۴۷	..... * Single tufted (Tufted brush/End tufted)
۱۴۸	..... * Rubber tip
۱۴۸	..... تمیزکننده های زبان
۱۴۹	..... مسواک انگشتی / Tooth towelettes/Foam brush
۱۴۹	..... وسایل کمک بهداشتی:
۱۴۹	..... * Oral irrigators
۱۵۱	..... * دهانشویه ها
۱۵۳	..... * خمیرها یا پودرهای دندان (Dentifrice)

۱۳۵	..... * گره Reef یا Square
۱۳۵	..... * گره Slip یا Granny
۱۳۵	..... * گره Surgeon یا Full surgeon's knot
۱۳۶	..... * گره Modified surgen
۱۳۶	..... * گره Full lock knot یا Toupets knot
۱۳۶	..... * گره English surgen knot (Brithish)

فصل هفتم: انواع وسایل بهداشتی و کمک بهداشتی دهان و دندان

۱۴۰	..... تکنیک های مسواک زدن
۱۴۰	..... * تکنیک مسواک زدن Scrub
۱۴۰	..... * تکنیک مسواک زدن Leonard
۱۴۰	..... * تکنیک مسواک زدن Fones
۱۴۰	..... * تکنیک مسواک زدن سالکولار (Bass)
۱۴۰	..... * تکنیک مسواک زدن Rolling
۱۴۱	..... * تکنیک مسواک زدن Stillman
۱۴۱	..... * تکنیک مسواک زدن Charters
	..... * تکنیک مسواک زدن Modified Bass/
۱۴۱	..... Modified Stillman

فصل اول: مراحل تکمیل پرونده پرودنتال

- ◆ ملاحظات بیماریهای درج شده در پرونده
- ◆ نکات مربوط به ویژگی های لثه بیمار
- ◆ بررسی اکلوزن بیمار
- ◆ بررسی عکس های رادیوگرافی بیمار
- ◆ تفصیل چارت پرودنتال
- ◆ چگونگی ثبت پلاک ایندکس
- ◆ تشخیص
- ◆ پروگنوز
- ◆ طرح درمان
- ◆ Maintenance(دوره نگهداری پرودنتال)
- ◆ جداول کاربردی

نویسنده:

- در این فصل، تمامی قسمت های پرونده پرپودنتال به صورت جز به جز و با جزئیات توضیح داده خواهد شد.
- انواع روش های مسواک زدن به تفصیل در فصل ۷ این کتاب آمده است.
- شماره گذاری انجام شده در کنار نام بیماری، برحسب شماره موجود در پرونده پرپودنتال است.

دانشکده دندانپزشکی
((پرورنده بیماران بخش پرپودنتیکس))

نام استاد:		نام دانشجو:	
نام و نام خانوادگی:		تاریخ تولد:	
آدرس و تلفن:		شغل:	
تاریخچه پزشکی:			
۱- حساسیت به پنی سیلین، انواع داروها و غذاها		۳- فشار خون غیر طبیعی	
۲- بیماری قلبی - سابقه روماتیسم		۴- مصرف هر گونه دارو در حال حاضر یا طی دو سال گذشته	
۵- خونریزی منمد در اثر بریدگی - هموفیلی - سابقه دریافت خون		۷- بیماری قند	
۶- کم کاری و یا پرکاری تیروئید		۸- کم خونی	
۹- نارساییهای کلیوی		۱۰- نارسایی کبدی - سابقه یرقان	
۱۱- نفس تنگی - آسم		۱۲- سل	
۱۳- بیماری مقاربتی			
۱۴- ابتلاء به ایدز (گروههای در معرض خطر)		اطلاعات بیشتر	
۱۵- مخصوص خاتم های باردار			
علت مراجعه و شکایت اصلی بیمار:			
چند وقت یکبار به دندانپزشکی مراجعه می کنید؟			
چند بار در روز دندان های خود را مسواک می زنید؟ (روش مورد استفاده)			
سایر روش هایی که جهت کنترل بهداشت دهان استفاده می شود:			

در صورت نبود بیماری خاص، حتما ذکر شود که بیماری خاصی وجود ندارد

در صورت مصرف داروی خاص، نام دارو ذکر شود

علت مراجعه بیمار به زبان خود بیمار نوشته می شود

Leonard/Horizontal/Fons/Rolling/Bass/ModifiedBass/Stillman/Modified Stillman/Charter/

انواع نخ دندان/خلخال دندان/دهانشویه/ مسواک برقی/مسواک بین دندانی
Single tuft/Oral Irrigation/....

■ ملاحظات بیماریهای مورد بررسی در پرونده:

- پس از گذشت ۶ماه از بروز MI، میتوان درمانهای دندانپزشکی را با تمهیدات مشابه بیماران مبتلا به آنژین صدری پایدار انجام داد.

- پروفیلاکسی آنتی بیوتیک فقط برای بیماران قلبی با بیشترین خطر عوارض جانبی اندوکاردیت عفونی توصیه می شود و درمانهای پرپودنتال در ارتباط با پیشگیری از بروز این بیماری است. تمام درمانهای پرپودنتال حتی پروبینگ در افراد در معرض خطر اندوکاردیت عفونی، نیاز به پروفیلاکسی آنتی بیوتیک دارند، به جز روش های ملایم بهداشت دهان.

در جدول ۱-۱، به بیماریهای قلبی با بیشترین خطر اندوکاردیت که پروفیلاکسی در آنها توصیه شده و در جدول ۱-۲، رژیم پروفیلاکسی پیشنهادی در بیماران در معرض خطر اندوکاردیت عفونی، اشاره شده است.

۱. منظور از حساسیت، ایجاد انواع شوک های آنافیلاکتیک فوری و تاخیری می باشد.

۲. بیماریهای قلبی نظیر آنژین صدری، (MI (Miocardial Infarction، بیماریهای ایسکمیک قلبی، بیماریهای مادرزادی قلبی، (CHF (Congestive Heart Failure، اندوکاردیت عفونی، تب رماتیسمی، سابقه رماتیسم و ...

- آنژین صدری ناپایدار (به صورت نامنظم و یا در دفعات مکرر بدون عوامل مستعد کننده ایجاد می شوند): تنها در موارد اورژانس می توان درمان دندانپزشکی انجام داد. در غیر اینصورت با مشورت پزشک معالج باید درمان انجام شود.

- آنژین صدری پایدار: اعمال دندانپزشکی Elective با پروتکل کاهش استرس و ایجاد بی حسی عمیق را می توان انجام داد.

Previous history of infective endocarditis

Prosthetic cardiac valves or prosthetic material used for cardiac valve repair

Congenital heart disease(CHD),with the following conditions:

- ◆ Unrepaired cyanotic CHD,including palliative shunts and conduits
- ◆ Completely repaired congenital heart defect with prosthetic material or device,whether placed by surgery or catheter intervention,during the first 6 months after the procedure
- ◆ Repaired CHD with residual defects at or adjacent to the site of a prosthetic patch or prosthetic device(which inhibits endothelialization)

Cardiac transplantation recipients who develop cardiac valvulopathy

(جدول ۱-۱)

Regimen ^a	Antibiotic	Dosage ^a
Standard oral regimen	Amoxicillin	2.0 g 30-60 min before procedure ^a
Alternate regimen for patients allergic to amoxicillin or penicillin	Clindamycin	600 mg 30-60 min before procedure
	Azithromycin or clarithromycin Or Cephalexin or cefadroxil ^b	500 mg 30-60 min before procedure 2.0 g 30-60 min before procedure
Regimen for patients unable to take oral medications	Ampicillin	2.0 g intramuscularly or intravenously within 30 min before procedure
Regimen for patients unable to take oral medications and allergic to penicillin	Clindamycin	600 mg intravenously within 30 min before procedure (must be diluted and injected slowly)
	Cefazolin ^b	1.0 g intramuscularly or intravenously within 30 min before procedure

^aAdult dosages are listed. Children's dosages are lower.

^bCephalosporins should not be used in patients with immediate-type hypersensitivity reactions to penicillins (e.g., urticaria, angioedema, anaphylaxis)

(جدول ۱-۲)

اریتماتو سیستمیک، دیابت نوع ۱، هموفیلی، سوتغذیه، بیماری پرپروتال و یا سایر عفونت های دندانی شدید. -اخیرا، ADA (American Dental Association) و AAOS (American Academy of Orthopaedic Surgeons)، توصیه های جدیدی برای استفاده از آنتی بیوتیک در بیماران دارای مفصل مصنوعی پیشنهاد کرده است. بر این اساس، شواهد کافی برای استفاده روتین آنتی بیوتیک در بیماران دارای ایمپلنت ارتوپدیک جهت جلوگیری از عفونت قبل از در مان دندانپزشکی وجود ندارد.

- در مطالعات قبلی در بیماران دارای مفصل مصنوعی، بیماران زیر احتیاج به پروفیلاکسی آنتی بیوتیک داشتند (رژیم آنتی بیوتیک این بیماران در جدول ۱-۳ آمده است):

۱. بیمارانی که در عرض دو سال اول پس از Joint Replacement، درمان پرپروتال می شوند.
۲. بیمارانی که در گروه High risk قرار دارند یعنی: سابقه عفونت مفصل پروتزی، بیماران تحت درمان سرکوب کننده های سیستم ایمنی، آرتزیت روماتوئید، لوپوس

Patient Characteristics	Drug Regimen
Patients not allergic to penicillins	Cephalexin, cephradine, or amoxicillin 2 g orally 1 hour before dental procedure
Patients allergic to penicillins	Clindamycin 600 mg orally 1 hr before dental procedure
Patients not allergic to penicillins but unable to take oral medication	Cefazolin 1 g or ampicillin 2 g intramuscularly or intravenously 1 hr before dental procedure
Patients allergic to penicillins and unable to take oral medications	Clindamycin 600 mg intravenously 1 hr before dental procedure (must be diluted and injected slowly)

(جدول ۳-۱)

۳. فشار خون غیر طبیعی:

- در جلسه اول ملاقات در مطب دندانپزشکی، فشار خون بیمار دو بار با فاصله حداقل ۱۰ دقیقه اندازه گیری می شود، سپس میانگین آنها به عنوان Baseline در نظر گرفته می شود.

- در بیماران Hypertensive، نباید از بی حسی موضعی حاوی اپی نفرین با غلظت بیش از ۱/۱۰۰۰۰۰ استفاده کرد. به منظور کنترل خونریزی موضعی، استفاده از تنگ کننده های عروقی منع تجویز دارند.

- جدول ۴-۱، تمهیدات لازم در بیماران فشارخونی را ارائه می دهد:

Classification	Systolic (mm Hg)	Diastolic (mm Hg)	Dental Treatment Modificatwions
Normal	<120	<80	No changes in dental treatment
Prehypertension	120–139	80–89	-No changes in dental treatment -Monitor BP at each appointment
Stage 1 hypertension	140–159	90–99	- Inform patient of findings -Medical consultation or referral -Monitor BP at each appointment -No changes in dental treatment; minimize stress
Stage 2 hypertension	≥160	≥100	-Inform patient -Medical consultation or referral -Monitor BP at each appointment -If systolic BP is <180 mm Hg and diastolic is <110 mm Hg, perform selective dental care (i.e., routine examination, prophylaxis, restorative nonsurgical endodontics and periodontics); minimize stress - If systolic BP ≥180 mm Hg or diastolic ≥100 mm Hg, give immediate medical consultation or referral and perform emergency dental care only (to alleviate pain, bleeding, infection) ^a , minimize stress Consider stress-reduction protocol

^aRisk of providing emergency dental care must outweigh risk of possible hypertensive complications

(جدول ۴-۱)

۸،۹،۱۰. کم خونی / نارسایی کلیوی / کبدی:

- از انواع آزمایش های لابراتواری جهت تشخیص نوع آنمی استفاده می شود. (آنمی فقر آهن، آنمی Pernicious، آنمی سیکل سل، آنمی آپلاستیک و...)

- یک آزمایش خون روتین به این شیوه نوشته می شود:

CBC(Differential)/FBS/TG/Cholesterol(LDL-HDL)/BUN/Creatinine/Uric acid/ SGOT(AST),SGPT(ALT)/ALKaline Phosphatase/ Ca/P/Na/K/TSH/T3,T4/25(OH) vit D3 ,...

- آزمایش بیماری که دارای ضایعات متعدد آفتی با فاصله زمانی کم است:

CBC(Differential)/ESR 1h,2h/ Ferritin/SI/RBC Folate/Vit B₁₂/Ca,...

-در نارسایی کلیوی، داروهای نفروتوکسیک یا داروهایی که توسط کلیه متابولیزه می شوند، نباید تجویز شوند. (مثل فناستین، تتراسایکلین، آنتی بیوتیک های آمینوگلیکوزیدی و...). می توان از استامینوفن به عنوان ضد درد در این بیماران استفاده کرد. در بیماران دیالیزی، درمان پرپودنتال، باید در روز بعد از دریافت هپارین صورت گیرد. بزرگترین دشمن بیمار پیوند کلیه، عفونت است.

-در بیماری کبدی، عفونت یک نگرانی عمده است. و خونریزی بیش از حد حین یا بعد از درمان پرپودنتال ممکن است اتفاق بیفتد.

۱۱،۱۲،۱۳،۱۴. آسم / سل / بیماریهای مقاربتی / HIV :

-اسپری افراد آسمی باید در تمام ملاقات ها همراه بیمار باشد.

-در مورد بیماران سل، تنها درمان اورژانس قابل انجام است. برای درمان کامل بیماری سل، حداقل ۱۸ ماه زمان نیاز است.

۱۵. خانم های باردار:

- سه ماهه دوم بی خطرترین زمان برای انجام درمان است.

۴. **داروهای بیماریهای قلبی (نیتروگلیسرین / آمیلودیپین، پروپانسون و...)**، پرکاری تیروئید(متی مازول و...)، داروهای فشارخون(هیدروکلروتیازید / ایندپامید (لوزول) / اسپرونولاکتون / تریامترن و...)، داروهای ضد انعقاد(آسپیرین، ریواروکسابان، وارفارین، پلاویکس...)، انواع کورتون، داروهای سرکوب کننده سیستم ایمنی و ... باید مدنظر قرار گیرند.

۵. خونریزی ممتد در اثر بریدگی، بیماریهای خونی نظیر هموفیلی، لوسمی، سابقه دریافت خون:

-در بیماران دارای مشکل انعقادی، معمولا، Probing و Scaling و پروفیلاکسی، بدون تجویز داروهای مورد نیاز قابل انجام است. اما برای درمان های تهاجمی تر مثل بی حسی بلاک، Root planing یا جراحی، باید با پزشک مشورت گرفت. - در بیماران با سابقه دریافت خون، باید در ارتباط با بیماریهای مانند هیپاتیت، HIV، کبدی و... اطلاع حاصل کرد.

۶. هیپوتیروئیدیسم / هایپر تیروئیدیسم:

-در بیماران هیپوتیروئیدیسم، در تجویز داروهای Sedative و Narcotic باید احتیاط شود.

-در بیماران هایپرتیروئیدیسم، استفاده از داروهایی مثل اپی نفرین و سایر تنگ کننده های عروقی باید با احتیاط صورت گیرد. همچنین باید در این بیماران، استرس و عفونت به حداقل برسد.

۷. بیماری دیابت:

- در مواردی که تشخیص بیماری دیابت قطعی شده است، اولین و مهمترین تست جهت بررسی کنترل قند خون در فرد دیابتیک، HBA1C است.

- شایعترین عارضه در مطب دندانپزشکی در بیماران دیابتیک که انسولین دریافت می کنند، Hypoglycemia است.

-انجمن دیابت آمریکا، راهنمای زیر را پیشنهاد داده است: (جدول ۵-۱)

Normal	4%–6%
Good diabetes control	<7%
Moderate diabetes control	7%–8%
Action suggested to improve diabetes control	>8%

(جدول ۵-۱)

معاینات مخاط دهان:	
وجود ضایعات / وجود برآمدگی روی سطح لثه / تغییر رنگ	۱- لثه (Gingiva)
شکل / رنگ / فرم / Competency/Incompetency	۲- لبها (Lips)
وجود ضایعه / مخاط نازک / مخاط ضخیم / Linea Alba / تغییر رنگ	۳- گونه (Cheek)
پرزهای زبانی کوتاه یا بلند / سایز زبان / زبان جغرافیایی / وجود ضایعه	۴- زبان (Tongue)
فرم کام / وجود فیستول / وجود ضایعه / تغییر رنگ	۵- کام (Palate)
وجود ضایعات در کف دهان / تغییر رنگ	۶- کف دهان (Floor of the mouth)


نکته: در هر ناحیه، ضایعات ... Exophytic/Pedunculated/Sessile /Red/White/Bullous/Pigmented بررسی شود، مثلاً در کام می‌توان، وجود ضایعات ... Herpetic Viral Bullous auto immune/Pigmented/Reactive/Malignant/ را بررسی نمود.

	لثه (Gingiva)
Coral pink , Salmon pink / Erythematous, Cyanotic	۱- رنگ (Color)
Scalloped, sharp papillae. knife-edge margin / Bulbous, swollen papillae . Rolled margin	۲- شکل (Contour)
Firm/tight, well adapted / Edematous, spongy, loosely adapted	۳- قوام (Consistency)
Matte, stippled / Smooth, shiny	۴- نمای ظاهری (Texture)
Normal / Enlarged	۵- اندازه (Size)
Normal / Receded	۶- موقعیت (Position)
Normal / High	۷- فرنوم (Frenum)
Normal / Narrow	۸- عمق وستیبول (Vestibular Depth)

نویسنده: تصاویر مربوط به این قسمت در دی وی آموزشی گنجانده شده است.

نکته: هر قوس فکی به ۳ سکستانت تقسیم می‌شود. اگر در هر سکستانت یک دندان دارای مشخصات التهاب باشد آن سکستانت با ویژگی‌های التهابی شناخته خواهد شد.

راست ماگزینا	قدام ماگزینا	چپ ماگزینا
راست مندپیل	قدام مندپیل	چپ مندپیل

● **Gingival Inlargment**: افزایش حجم لثه می تواند مزمن و غیر قابل برگشت یا موقتی و قابل برگشت باشد.  نویسنده:

برای تفصیل این موضوع به فصل افزایش حجم لثه، (۱۹ کارانزا ۲۰۱۹) مراجعه شود.

● **Gingival Recession**: در غیاب (Attachment loss) AL، مارژین لثه، در کرونال CEJ قرار دارد. هنگامی که CEJ بالای لثه قرار گرفت، تحلیل لثه فاصله بین CEJ تا مارژین لثه می باشد. تحلیل لثه نشان می دهد که AL رخ داده است اما الزاما التهاب وجود ندارد.

- موقعیت واقعی لثه (Actual position): یعنی کرونالی ترین قسمت اتصالات اپیتلیالی روی سطح دندان (شکل ۱-۳)

- موقعیت ظاهری لثه (Apparent position): یعنی محل لثه مارجینال روی سطح دندان

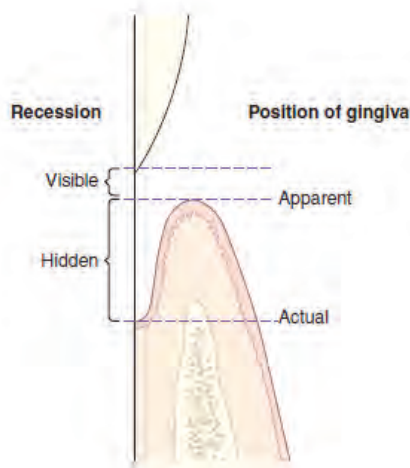
- شدت تحلیل لثه معمولا با موقعیت ظاهری لثه (Apparent position) مشخص می شود. موقعیت واقعی (Actual position) جهت تعیین میزان AL استفاده می شود.

- تحلیل Visible: قسمتی از تحلیل است که قابل مشاهده می باشد.

- تحلیل Hidden: قسمتی است که با لثه مارژینال پوشیده شده و با وارد کردن پروب تا اتصالات اپیتلیالی اندازه گیری می شود. میزان کل تحلیل مجموع میزان تحلیل Hidden و Visible است.

- فاکتورهای اتیولوژیک ایجاد تحلیل لثه: تکنیک غلط مسواک زدن که باعث Gingival abrasion می شود، اصطکاک بافت نرم (gingival ablation)، مال پوزیشن دندانی، التهاب لثه ای، اتصال نامناسب فرنوم، اعمال یاتروژنیک، اورلپ اینسیزالی شدید، اوربایت عمیق و...

(شکل ۱-۴ تا ۶)



(شکل ۱-۳)

■ نکات مربوط به ویژگی های لثه بیمار:

- مارجین لثه در حالت طبیعی، ۲ تا ۱ میلی متر بالاتر از CEJ (Cement Enamel Junction) قرار دارد.

- فاصله CEJ و کرسست استخوان در حالت نرمال، تقریبا ۲ mm است. که با افزایش سن این فاصله افزایش می یابد.

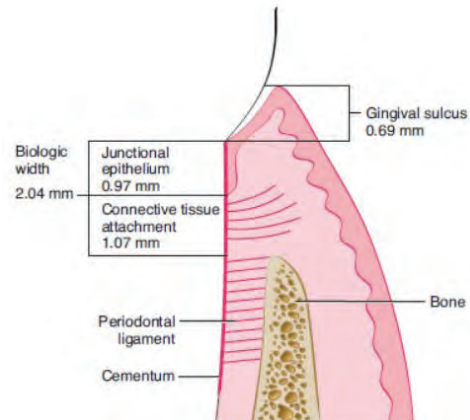
- با توجه به Individual variability در میزان عرض بیولوژیک در هر فرد (در افراد مختلف از ۰,۷۵ تا ۴,۳ میلی متر متفاوت است)، تماس بین دندانی ایده آل باید در فاصله ۲-۳ میلی متر کرونالی تر نسبت به قسمت فوقانی JE (Junctional epithelium) قرار گیرد. (شکل ۱-۱)

- فاصله لبه آزاد لثه در سمت فاسیال نسبت به استخوان آلوئول، به طور متوسط، ۳ میلی متر است.

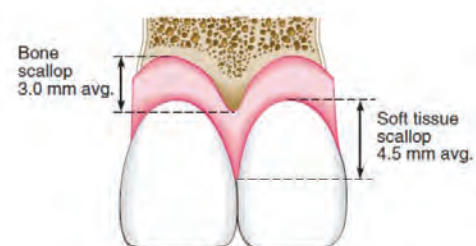
- در ناحیه اینترپروگزیمال، فاصله نوک پاپیلای اینتردنتال تا استخوان آلوئول، به طور متوسط، ۴,۵ تا ۵ میلی متر است. (شکل ۱-۲)

- عمق سالکوس لثه در ناحیه اینترپروگزیمال، ۱,۵ تا ۱ میلی متر بیشتر از سطح فاسیال است.

- پاپیلا در قدام ماگزبلا به طور میانگین، ۴ میلی متر ارتفاع دارد و ارتفاع آن در مزیمال و دیستال دندان مشابه است.



(شکل ۱-۱)



(شکل ۱-۲)

مسواک زدن تحریک شود، نمای Stippling شدیدتر می شود.

• روش‌های تعیین میزان لثه چسبنده:

-عرض لثه کراتینیزه: فاصله بین MGJ (Mucogingival Junction) تا مارژین لثه، می باشد که در واقع مجموع عرض لثه چسبنده و مارژین لثه است.

-عرض لثه چسبنده: فاصله بین MGJ تا Gingival groove که در واقع انتهای سالکوس لثه یا پاکت پرپودنتال است

بیشترین عرض لثه چسبنده در سطح باکال، در ناحیه انسیزورها بوده و به سمت ناحیه پرمولرها کاهش می یابد (کمترین عرض لثه چسبنده دندانهای دائمی در پرمولرهای پایین است) و سپس از ناحیه پرمولرها به سمت ناحیه خلفی افزایش می یابد.

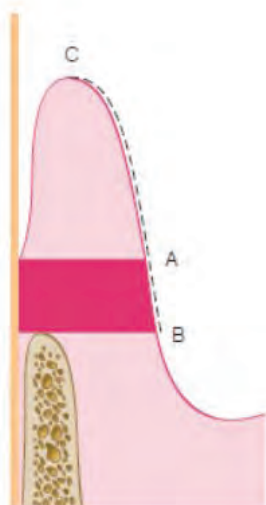
در سطح لینگوال، از ناحیه قدامی به خلفی، عرض لثه چسبنده افزایش می یابد. (شکل ۷-۱ و ۸-۱)

-کمترین عرض لثه چسبنده: در دوره دندانهای شیری: در ناحیه دندانهای C

در دوره دندانهای مختلط: در انسیزورهای دائمی مندبیل

در دندانهای دائمی: در ناحیه پرمولرهای پایین

-هیچ حداقل عرض لثه چسبنده به عنوان استاندارد لازم برای سلامت لثه مشخص نشده است. افرادی که بهداشت دهان خوب و آتروماتیک دارند، ممکن است در نواحی بدون لثه چسبنده نیز، از سلامت لثه ای Excellent برخوردار باشند. اما در دندانهای دارای رستوریشن زیرلثه ای و لثه کراتینیزه باریک، میزان التهاب لثه بیش از همان دندانها با لثه چسبنده عریض است.



شکل ۷-۱: A-B: لثه چسبنده
B-C: لثه کراتینیزه



(شکل ۴-۱)



(شکل ۵-۱)



(شکل ۶-۱)

• **نمای Stippling:** حالت Stippling در صورت خشک بودن لثه، واضح تر دیده می شود. فقط لثه چسبنده و قسمت مرکزی پاییلای بی دندانی Stipple است و لثه مارجینال، فاقد آن می باشد. این حالت در سطوح فاسیال، مشخص تر از سطوح لینگوال است. ممکن است در بعضی افراد دیده نشود، اما اگر Stippling وجود داشته باشد، بعد از رفع بیماری لثه، مجددا ظاهر می شود. این حالت در نوزادان وجود نداشته، در بعضی از کودکان از سنین حدود ۵سالگی ظاهر می شود و تا Adulthood، میزان آن افزایش می یابد و اغلب در سنین پیری از بین می رود. در مواردی که لثه با

● چگونگی ارزیابی عمق وستیبول:

عمق وستیبول از مارجین لثه تا کف وستیبول است. اگر عمق وستیبول کم باشد، اعمال بهداشت دهان به خطر می افتد. همچنین در قراردعی پروتز متحرک نیز نیاز به عمق کافی وستیبول است. در بعضی اوقات تحلیل لثه موجب اپیکالی شدن مارجین لثه و در نتیجه کاهش عمق وستیبول خواهد شد. همچنین تکنیک های مسواک زدن (به طور مثال سالکولار (Bass)) که نیاز به قراردعی مسواک در مارژین لثه دارند، چنانچه عمق وستیبول کاهش یافته باشد، با مشکل مواجه می شوند.



(شکل ۸-۱)

● **مشکلات مرتبط با فرنوم بلند:** اگر میزان لثه چسبیده و کراتینیزه در ناحیه کرونالی فرنوم کافی باشد، معمولاً نیازی به جراحی برای برداشتن آن نیست. اما اگر فرنوم به مارجین لثه تجاوز کرده باشد، می تواند با برداشتن پلاک تداخل کند و منجر به باز شدن سالکوس شود.

انواعی از چسبندگی فرنوم وجود دارد:

چسبندگی Mucosal: اتصال به Mucogingival Line که نرمال ترین نوع چسبندگی در ناحیه قدامی فک پایین است.

چسبندگی Gingival: اتصال به Attach gingival بوده که فراوان ترین چسبندگی در ناحیه قدامی فک بالا است.

چسبندگی Papillary: اتصال به Inter dental papilla

چسبندگی Papillary penetrated: فرنوم به پاپیلا سمت باکال اتصال دارد و فایبرهای آن از فضای بین دندانی عبور کرده و به پاپیلا سمت پالاتال هم اتصال می یابد.

- جهت ارزیابی میزان لثه چسبیده: ۱. هنگامی که با کشیدن لب یا گونه مارژین لثه آزاد حرکت کند، میزان لثه چسبیده ناکافی است. ۲. فشردن مخاط اطراف به سمت کرونال با استفاده از وسیله ای کند (Rolling) (شکل ۹-۱) ۳. رنگ آمیزی با محلول Schiller s potassium iodide که کراتین را رنگ می کند. (شکل ۱۰-۱)



(شکل ۹-۱)

نکته: در این قسمت از پرونده، چون هنوز پلاک ایندکس گرفته نشده است. برحسب دبری ها و رسوباتی که روی سطح دندان قابل مشاهده بوده و یا با سوند برداشته می شود، می توان تخمینی از میزان مناسب بودن بهداشت دهان بیمار زد.

بهداشت دهان: خوب متوسط بد



(شکل ۱۰-۱)



اکلوژن:

- تماس‌های زودرس در اکلوژن سنتریک
- تماس‌های زودرس در حرکت فک پایین به طرف راست
- تماس‌های زودرس در حرکت فک پایین به طرف چپ
- تماس‌های زودرس در حرکت قدامی فک پایین
- میزان اوربایت (Over Bite)
- میزان اورجت (Over Get)
- عادت دهانی
- نارسایی مفصل گیجگاهی فکی

■ بررسی اکلوژن بیمار:

Clenching که نوعی دیگر از حرکات پارافانکشن است که قابل افتراق از براکسیسم می باشد. Clenching در مواقعی وجود دارد که فرد، دندانها را با نیروی قابل ملاحظه ای روی هم می فشارد. به نظر می رسد که Clenching بیشتر از براکسیسم با اختلالات سیستمی چونده مرتبط است.

-متوسط بیشترین میزان باز شدن دهان در افراد به اندازه ۴۰ تا ۵۰ میلی متر است. فردی که دهان او کمتر از ۴۰ میلی متر باز شود، دچار محدودیت باز شدن به علت اختلال در سیستمی چونده است.

- لمس محکم مفصل گیجگاهی فکی با دهان بسته، در مورد بیماری که دچار التهاب ساختمان های مفصلی یا عضلات سطحی است، ممکن است ناراحت کننده باشد. اگر یافت های Retrodisical هم ملتهب باشند، لمس مفصل در موقع باز کردن دهان نیز باعث ناراحتی بیمار می شود.

-عضله ترگوئید داخلی : به شکل داخل دهانی و به طور مستقیم در ناحیه معمول نقطه ورود جهت انجام بی حسی موضعی بلاک مندیبل لمس می شود.

-عضله تریگوئید خارجی: به شکل داخل دهانی و ناحیه لمس آن در قسمت فوقانی و دیستال نقطه لمس عضله تریگوئید داخلی می باشد که می توان در ناحیه دیستال توبروزیته ماگزایلا برای لمس آن اقدام کرد. همچنین مقاومت دست در مقابل کوشش بیمار برای جلو راندن مندیبل نیز آزمایشی برای بررسی این عضله است.

-عضله Deep masseter : نیز به شکل داخل دهانی و به صورت Moderate squeezing pressure معاینه می شود.

-رابطه اکلوژالی ایده آل زمانی است که تماس اکلوژالی خفیف دندانهای قدامی در (Centric Relationship) CR همزمان با جدا شدن فوری همه دندانهای خلفی در تمامی حرکات غیر مرکزی وجود داشته باشد.

-Occlusal interference: هر تماسی در CR یا حرکات غیر مرکزی که مانع تماس پایدار سایر سطوح اکلوژال با عملکرد هارمونیک و هماهنگی سیستمی چونده می شود، مترادف دیسکریپانسی اکلوژال است.

- تماس غیر کارگر منجر به نتایج مخرب و منفی می شود که تنظیمات اکلوژالی باید انجام شود.

-دامنه حرکات طرفی و پیشگرایی، ۷ میلی متر و بیشتر تا ۹ میلی متر است.

-اوربایت افزایش یافته ممکن است باعث برخورد دندان به لثه و Food impaction شود که موجب التهاب و افزایش حجم لثه و تشکیل پاکت می شود.

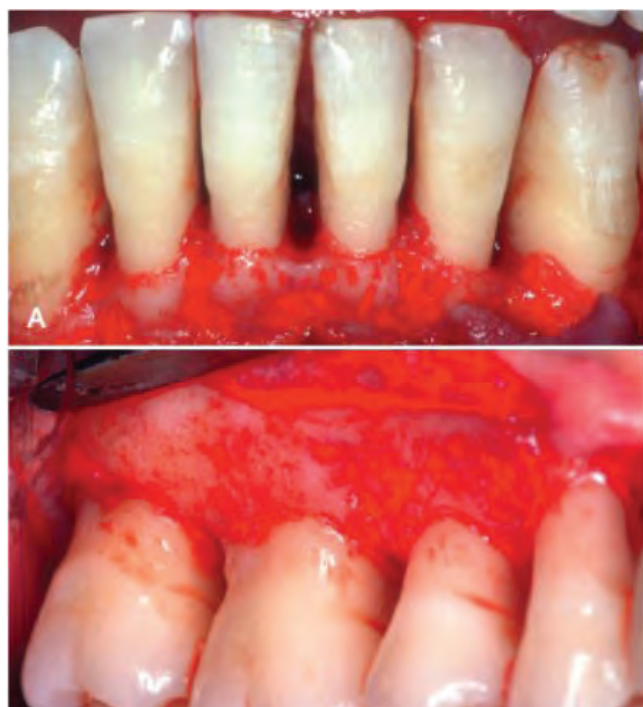
-پن بایت قدامی و یا خلفی به دلیل کاهش تمیز کردن مکانیکی که با عبور غذا ایجاد می شود، باعث تجمع پلاک و دبری، تشکیل جرم و اکستروژن شدن دندان ها می شود.

-کراس بایت: می تواند باعث (Truma from occlusion) TFO، گیر غذایی و فاصله افتادن بین دندانهای مندیبل شده که خود باعث مشکلات پرپودنتال می شود.

- عادت های دهانی مثل Bruxism (grinding) : که با مشاهده سایش بر روی دندانها ارزیابی می شود. براکسیسم منجر به موارد زیر می شود: دیسفانکشن مفصل گیجگاهی فکی / دردهای صورتی / احتمالاً Attachment loss.

بررسی‌های رادیوگرافیک:	
Absent / Widening	۱- فضای الیاف پریودنتال (PDL)
Absent /Thickening	۲- لامینادورا (Lamina Dura)
Absent /Present	۳- تحلیل افقی (Horizontal Bone Loss)
Absent /Present	۴- تحلیل عمودی (Vertical Bone Loss)
Enough /Not Enough	۵- طول ریشه دندان‌ها (Length Of Roots)
Absent /Present	۶- تحلیل ریشه (Root Resorption)

■ بررسی عکس‌های رادیوگرافی بیمار:

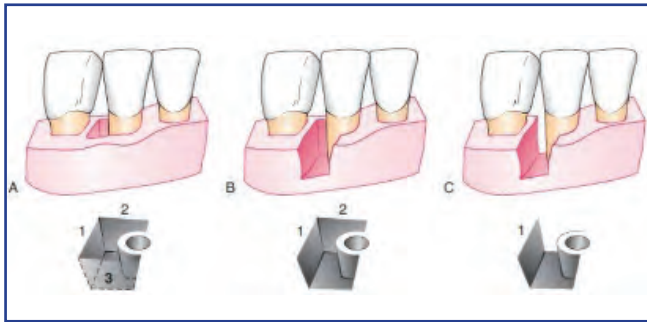


نکته: این باکس از روی رادیوگرافی‌های بیمار تکمیل می‌شود. در صورت وجود نقص، حتما شماره دندان یا دندانهای مورد نظر باید ذکر شود.
- ارزیابی رادیوگرافی شامل تهیه حداقل ۱۴ فیلم داخل دهانی و ۴ فیلم بایت وینگ خلفی است.

● **تحلیل افقی:** شایع‌ترین تحلیل استخوانی در بیماری پریودنتال است. ارتفاع استخوان اینتردنتال کاهش می‌یابد اما کرسست استخوانی به صورت عمود به سطح دندان باقی می‌ماند. سپتوم بین‌دندانی، صفحات فاسیال و لینگوال تحت تاثیر قرار می‌گیرند اما لزوماً در اطراف یک دندان به یک میزان نیستند. جهت ارزیابی تحلیل افقی، اگر یک خط افقی، دو CEJ دندان مجاور را به هم وصل کند، چنانچه کاهش استخوان بین‌دندانی موازی با این خط بوده باشد، تحلیل افقی و در غیر این صورت عمودی است.
(شکل ۱-۱۱ و ۱-۱۲)

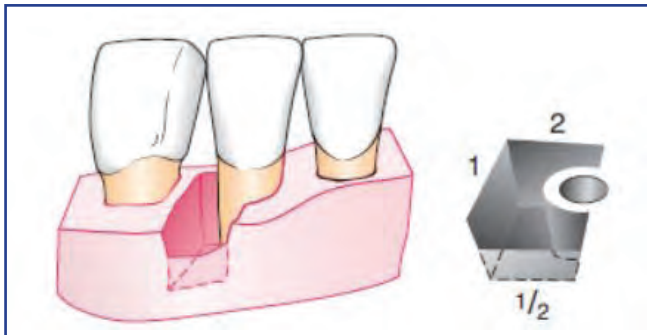
(شکل ۱-۱۱)

● **براساس تقسیم بندی Cohen , Goldman ، ضایعات انگولار می توانند یک، دو یا سه دیواره باشند:**
اکسپوز به وسیله جراحی تنها راه مطمئن برای تعیین حضور و شکل ضایعه ورتیکال است. در رادیوگرافی ، ضایعات عمودی بیشتر در سطح مزیال و دیستال مشاهده می شوند. ضایعات سه دیواره بیشتر در سطح مزیال مولرهای بالا و پایین یافت می شوند. (شکل ۱-۱۵)

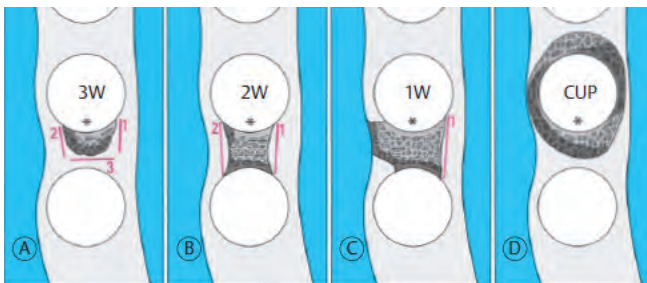


(شکل ۱-۱۵): (A) دیفکت سه دیواره
(B) دیفکت دو دیواره
(C) دیفکت یک دیواره

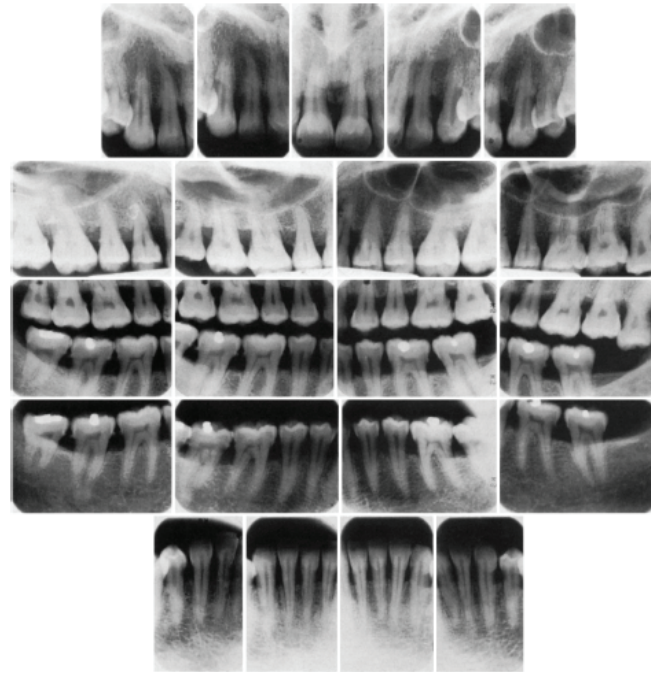
● **ضایعه Combined:** تعداد دیواره در قسمت اپیکال ضایعه بیشتر از قسمت کروئالی آن است که در این صورت به این ضایعه، Combined می گویند. (شکل ۱-۱۶ تا ۲۲)



(شکل ۱-۱۶)

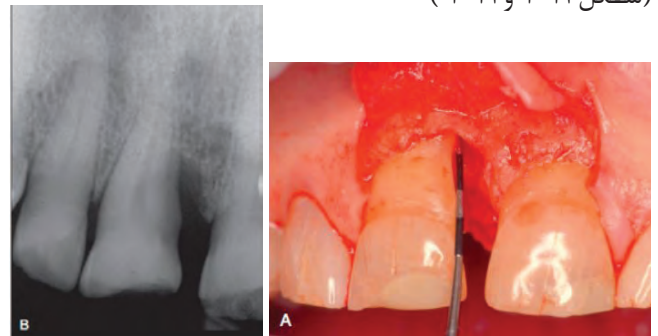


(شکل ۱-۱۷): (A) دیفکت استخوانی سه دیواره
(B) دیفکت استخوانی دو دیواره
(C) دیفکت استخوانی یک دیواره
(D) Combined Bony defect

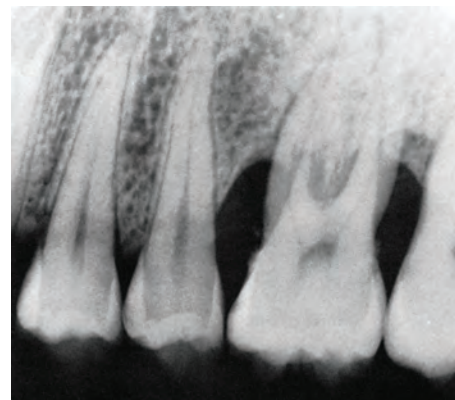


(شکل ۱-۱۲)

● **تحلیل عمودی:** تحلیل عمودی یا انگولار و یا Arcuate، که در رادیوگرافی نشان داده می شود اما پروب کردن دقیق ناحیه و اکسپوز توسط جراحی برای تعیین مورفولوژی و ابعاد دقیق ضایعه مهم است. ضایعات استخوانی انگولار، در استخوان نازک رادیکلر فاسیال و یا لینگوال تشکیل نمی شود. در این نواحی استخوان به صورت افقی تحلیل می رود. (شکل ۱-۱۳ و ۱-۱۴)



(شکل ۱-۱۳)



(شکل ۱-۱۴)