

فهرست

۹.....	پیش‌گفتار
۱۱.....	فصل اول: توالی علمی پذیرش بیماران
۱۱.....	اهداف
۱۲.....	مقدمه
۱۳.....	اطلاعات دموگرافیک
۱۴.....	نمای ظاهری
۱۴.....	شکایت اصلی
۱۵.....	تاریخچه شکایت اصلی
۱۸.....	علائم ذهنی و نشانه‌های عینی
۱۹.....	تاریخچه پزشکی
۲۹.....	چکیده
۲۹.....	پرسش‌ها
۳۱.....	فصل دوم: اصول معاینه و انواع روش‌های آن
۳۱.....	اهداف
۳۲.....	مقدمه
۳۳.....	روش‌های معاینه
۳۳.....	الف) مشاهده
۳۴.....	ب) لمس
۳۶.....	ج) دق

ن
دکتر اریا روغنی

ن. ب. / صید
متخصص بیماری‌های دهان، مد و

راحد بیماری‌های دهان / عملی ۱ +
لشخص عملی و نظری

۷۳	چکیده
۷۳	پیش‌ها
۷۳	فصل چهارم: لندمارک‌های طبیعی دهان
۷۳	اهداف
۷۴	مقدمه
۷۴	لب‌ها
۷۵	حفره دهان
۷۵	وستیبول
۷۶	مخاط گونه
۷۸	لثه
۸۰	کام سخت
۸۱	کام نرم
۸۲	زبان
۸۵	کف دهان
۸۷	چکیده
۸۷	پیش‌ها
۸۹	فصل پنجم: شکل و نمای ظاهری دندان‌ها
۸۹	اهداف
۹۰	مقدمه
۹۰	اندازه دندان‌ها
۹۰	رنگ دندان‌ها
۹۲	تعداد دندان‌ها
۹۲	فضای دندان‌ها
۹۲	سایش‌های دندانی

۳۶	د) شنیدن
۳۷	ه) دیاسکوبی
۳۷	و) پروب کردن
۳۷	ز) آسپیره کردن
۳۸	چکیده
۳۸	پیش‌ها
۳۹	فصل سوم: معاینه بالینی خارج دهانی
۳۹	اهداف
۴۰	مقدمه
۴۰	سینوس‌های پاراناژال
۴۱	گره‌های لنفاوی سرو گردن
۴۳	درجه حساسیت به لمس
۴۵	علل بزرگ شدگی گره‌های لنفاوی
۴۶	معاینه غدد لنفاوی
۵۳	آزمون عملکرد غدد بزاقی اصلی
۵۴	معاینه تورم غدد بزاقی
۵۴	اعصاب جمجمه‌ای
۵۷	رفلکس قرنیه
۵۹	معاینه گیجگاهی - فکی
۵۹	مفصل (TMJ)
۶۱	الف) صداها TMJ
۶۳	ب) اختلال حرکت
۶۵	ج) درد در لمس
۶۵	عضلات جوونده

کلاس دندانی/ فکی	۹۴
چکیده	۹۵
پرسش‌ها	۹۵
منابع	۹۶
واژه نامه	۹۷
نمایه	۹۸

پیش‌گفتار

از آن جا که کتاب‌های مرجع در زمینه تشخیص در دندان پزشکی، پراکنده هستند، و هر کدام از آن‌ها قسمتی از روند لازم برای رسیدن به تشخیص مناسب را مطرح نموده اند، بر آن شدیم تا با جمع‌آوری و منظم‌سازی این بخش‌ها، درس نامه دندان پزشکی تشخیصی ۱ را تدوین کنیم. نوشته حاضر قطعاً بدون اشکال نیست. با احترام فراوان، پذیرای نظر خوانندگان جهت ویرایش و اصلاح این درس نامه هستیم.

گروه نویسندگان

فصل اول

توانی علمی پذیرش بیماران

اهداف

- ۱- فراگیر بتواند توانی پذیرش بیماران را به درستی انجام دهد.
- ۲- فراگیر بتواند روند معاینه و طرح ریزی درمان بیماران را با توانی صحیح اجرا کند.
- ۳- فراگیر بتواند جلسه های پیگیری بیمار را با تعداد و زمان مناسب برنامه ریزی کند.

اطلاعات دموگرافیک

جنس

برخی از بیماری‌ها در یکی از دو جنس شایع تر است. به عنوان مثال، بیماری‌های التهابی ناشی از خود ایمنی معمولاً در بانوان شایع تر هستند. در مقابل، اکثر بدخیمی‌ها تمایل به بروز بیشتر در آقایان دارند. از این رو، ثبت جنس بیمار در راستای تشخیص بهتر برخی از بیماری‌ها کمک کننده خواهد بود.

سن

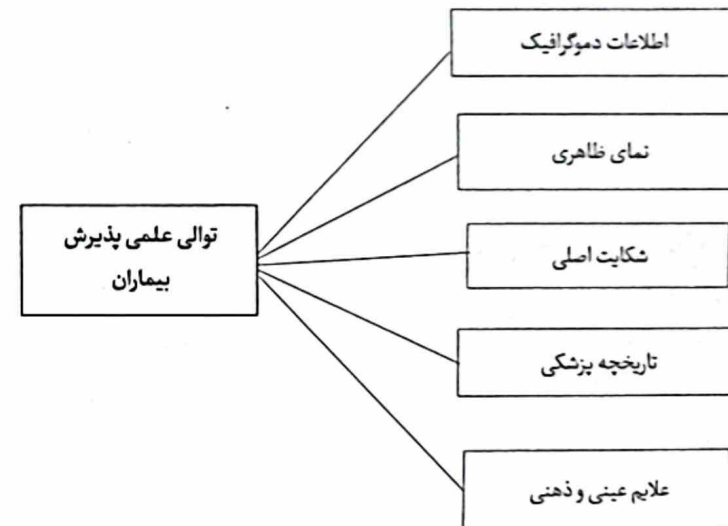
برخی از بیماری‌ها، تمایل به بروز در سن خاصی را دارند. به عنوان مثال، پوسیدگی‌ها معمولاً در سن پایین تر و در میانی دندانی که نسبتاً تازه رویش یافته است، با سرعت بیشتری پیشرفت می‌کنند. در مقابل، بیماری‌های پریدونتال مزمن اغلب سیر آهسته تری دارند، و در سن میان سالی به بعد بیشتر دیده می‌شوند. از این رو، ثبت سن یا تاریخ تولد بیمار در ابتدای روند معاینه دندانپزشکی، می‌تواند راهگشای تشخیص برخی از حالت‌ها و بیماری‌ها باشد.

شغل

برخی از شغل‌ها، می‌توانند تاثیر ویژه ای بر سلامت دهان و دندان داشته باشند. به عنوان مثال، سایش‌های دندانی می‌تواند متاثر از شغل فرد مراجعه کننده باشد. خیاطان ممکن است با نگه داشتن سوزن و سایر ابزار خیاطی، باعث ایجاد abrasion دندانی شوند. همچنین نجارها ممکن است میخ یا وسیله دیگری را مدام بین دندان‌ها داشته باشند و سایش مشابهی ایجاد کنند. کارگران کارخانه‌های باتری و صنایع مشابه، به دلیل تماس مداوم با اسید در محیط کار ممکن است دچار erosion دندانی شوند. بنا بر این بررسی شغل مراجعه کننده از اهمیت برخوردار است و بایستی با جزییات لازم ثبت گردد.

مقدمه

فرایند پذیرش بیماران در دانشکده‌ها، درمانگاه‌ها و مطب‌های دندان پزشکی، از الگوی یکسانی پیروی می‌کند. بر این اساس، ابتدا بیماران پذیرش می‌شوند، سپس پرونده‌های کاغذی یا الکترونیکی برای هر بیمار تکمیل می‌گردد. بر مبنای داده‌های به دست آمده از معاینه جامع بیمار، طرح درمان مناسب برای وی ارائه می‌گردد. درمان انجام می‌شود، و برای بررسی‌های بیشتر، برای بیمار جلسه یا جلسات پیگیری^۱ برنامه‌ریزی می‌گردد.

^۱ follow-up

نشانی و شماره تلفن

از آنجا که در موارد زیادی بیماری های دهان و دندان نیاز به دوره های recall^۱ و follow up^۲ دارد، ثبت داده هایی جهت امکان تماس مجدد با بیماران می تواند تسهیل کننده ادامه روند نوبت گیری و درمان بیماران باشد، و از این رو لازم است به ویژه در ثبت تلفن بیماران که قابل دسترسی باشد، دقت گردد.

نمای ظاهری

در معاینه نمای ظاهری، قرینگی، قد و قامت و نحوه راه رفتن مورد توجه قرار می گیرد. همچنین، صورت و نواحی بدن که با لباس پوشیده نشده اند، مشاهده می گردند، و وجود ناقرینگی یا داده های غیرطبیعی، ثبت می شود.

شکایت اصلی^۳

مهمترین دلیل مراجعه بیمار، شکایت اصلی وی نام دارد. اهمیت شکایت اصلی در این است که در طرح ریزی درمان، باید اولویت اول درمانی را در حد امکان به رسیدگی به شکایت اصلی وی اختصاص داد، و از این راه ضمن توجه به خواسته بیمار از جنبه اخلاقی، همکاری وی را جهت ادامه درمان جلب نمود. از سوی دیگر، در مواردی که شکایت اصلی متوجه درد، تورم، سلولیت، آبه، و سایر موارد آزارنده یا تهدید کننده بیمار است، رفع آن در سریع ترین زمان ممکن جهت حفظ آرامش و ارتقای کیفیت زندگی او ضروری است.

پس از معاینه جامع، بر اساس شکایت اصلی و سایر نیازهای درمانی بیمار، طرح درمان مناسب برای وی ساخته و پرداخته می شود. از آنجا که پس از انجام درمان، بررسی نتیجه و عارضه های احتمالی آن ضروری است، برای بیمار جلسه مراجعه مجدد، مدتی بعد از جلسه درمان، در نظر گرفته می شود. در این جلسه (follow-up)، موارد ذکر شده بررسی و برای درمان احتمالی آینده تصمیم گیری می شود.

^۱ یادآور
^۲ پیگیری

^۳ Chief Complaint

شکایت اصلی، سخنی است که بیمار راجع به مشکلی که دارد بر زبان می راند، بنا بر این عین گفته بیمار و به زبان خود وی ثبت می گردد. پرهیز از کاربرد اصطلاح های علمی، در صورتی که بیمار از آن ها استفاده نکرده باشد، از اصول نگارش شکایت اصلی بیمار است. در ادامه، تاریخچه شکایت اصلی معمولاً به زبان علمی نگارش می گردد، که به آن خواهیم پرداخت.

تاریخچه شکایت اصلی^۱

در این تاریخچه، ویژگی های مربوط به شکایت اصلی بیمار با دقت و به تفصیل و با استفاده از روش مصاحبه پرسیده می شود. طی این روند، داده های مربوط به شکایت اصلی که می تواند در روند تشخیص و درمان بیمار کمک کننده باشد مورد توجه قرار می گیرد و به دقت ثبت می شود.

از آن جا که یکی از مهمترین و شایعترین دلیل های مراجعه افراد به دندانپزشک، درد در ناحیه دندان ها، فک و صورت می باشد، در ادامه به نکاتی راجع به بررسی تاریخچه این شکایت اصلی اشاره می کنیم، که معمولاً بر طرح ریزی درمان موثر هستند. البته سایر شکایات های اصلی مطرح شده توسط بیماران نیز تاریخچه های مخصوص به خود دارند، که دندانپزشک را جهت انتخاب بهترین تشخیص و طرح درمان مناسب جهت آن شکایت یاری می کند.

زمان یا طول مدت درد

درد در ناحیه دندان ها در مدت های مختلفی بروز می کند. معمولاً دردهای لحظه ای کوتاه مدت در دندان ها به دلیل پوسیدگی ها یا حساسیت های دندانی رخ می دهد. این عوامل محرک موجب بروز التهاب قابل برگشت در پالپ دندان می شود، که معمولاً با درمان های ضد حساسیت یا ترمیم دندان ها بهبود خواهد یافت.

در مقابل، دردهای طولانی تر دندانی معمولاً نشان دهنده التهاب غیر قابل برگشت پالپ دندان هستند، که گاه چنان طولانی مدت بیمار را می آزارند که مجبور به مصرف مسکن ها جهت تسکین آن می شود. دردهای این چنین اغلب جهت تسکین نیاز به درمان ریشه دندان با

^۱ History of Present Illness

extraction دندان‌دانی دارند. بنا بر این چنان که مشهود است، زمان درد دندان‌دانی می‌تواند به طور مستقیم دندانپزشک را به درمان مناسب رهنمون سازد.

به طریق مشابه، سایر درد هایی که در ناحیه دهان، فک و صورت بروز می‌یابند نیز مدت زمان‌های گوناگونی طول می‌کشند، که هر کدام می‌توانند کمک کننده در رسیدن به تشخیص خاصی باشد. جهت بررسی این ویژگی در هر یک از انواع دردهای دهان، فک و صورت، مطالعه مبحث مربوط در کتاب‌های مرجع توصیه می‌گردد.

از نگاهی دیگر، دردها از نظر زمان به دو گروه حاد و مزمن تقسیم می‌شوند. دردهای حاد شامل دردهایی هستند که به تازگی ایجاد شده اند، و نهایتاً تاریخچه ای چند روزه دارند. در مقابل، دردهای مزمن دردهایی هستند که هفته‌ها، ماه‌ها و گاه سالهاست که بیمار را می‌آزارند.

مکان درد

در دردهای دندان‌دانی، گاهی بیمار می‌تواند مشخص کند که درد مربوط به کدام دندان است، که در این صورت روند تشخیص آسان می‌شود. در مقابل، گاه بیمار قادر به بیان محل دقیق درد دندان‌دانی نیست، و یک ناحیه چند دندان‌دانی را به عنوان مکان درد مطرح می‌کند. همچنین، گاهی درد چنان است که یک نیمه دهان را در بر می‌گیرد، به صورتی بیمار در دندان‌های فک بالا و پایین در یک سمت از دهان احساس درد می‌نماید. در این موارد، اعصاب نواحی مختلف دهان به شکل‌های گوناگون توسط عامل تحریک دندان‌دانی تحت تاثیر قرار می‌گیرند، و موجب احساس درد به شکل‌های مختلف توسط بیمار می‌گردد.

کشف مکان دقیق درد دندان‌دانی، در مواردی که دندان موجب درد دقیقاً مشخص نیست، معمولاً با استفاده از تست‌های حیاتی پالپ، تست‌های پری اپیکال، و سایر تست‌های مربوط به دندان‌ها انجام می‌گیرد. واضح است که تعیین مکان منشأ درد به صورت مستقیم بر طرح درمان بیمار جهت برطرف نمودن درد وی موثر است.

از سوی دیگر، سایر دردهای ناحیه دهان، فک و صورت نیز می‌توانند در تشخیص افتراقی با دردهای دندان‌دانی قرار گیرند، که از مهم ترین آنها می‌توان به دردها با منشأ التهاب ناشی از بیماری

اكتشدن

ویروسی، سینوزیت، و سردردها اشاره نمود. در این موارد نیز اغلب توجه به مکان دقیق درد، در رسیدن به تشخیص بسیار کمک کننده است.

توجه به یک طرفه یا دو طرفه بودن درد نیز از جمله ویژگی‌های سودمند جهت تشخیص صحیح است، چنان که برخی دردها معمولاً تمایل به بروز یک یا دو طرفه دارند، یا درد با منشأ دندان‌دانی مربوط به یک طرف دهان، تقریباً هیچ‌گاه موجب درد در سمت دیگر دهان نمی‌شود.

نوع یا ماهیت درد

دردهای تیر کشنده، ضریان دار، کوبنده، خنجری، و... انواع دردهای دندان‌دانی یا مربوط به دهان، فک و صورت هستند که هر کدام می‌توانند دندانپزشک را نسبت به تشخیص و طرح درمان خاصی هدایت کنند.

شدت درد

دردهای دندان‌دانی، فک و صورت می‌توانند از نظر شدت، به صورت طیفی از ملایم تا متوسط و شدید بروز کنند. دردهای ملایم گاهی موجب مراجعه بیمار می‌گردد، اما دردهای شدید تر نیاز به مراجعه و درمان را در اغلب بیماران بر می‌انگیزد. دردها گاه چنان شدید هستند که جز با داروهای مسکن قوی یا اقدام درمانی دندانپزشکی تسکین نمی‌یابند، مانند hot tooth که همراه با تجربه درد بسیار شدید و بی‌قرار کننده است.

محرک‌های درد

دردهای دندان‌دانی می‌توانند خود به خود ایجاد شوند، یا به دنبال محرک‌هایی چون سرما، گرما، خوردن شیرینی جات یا غذا بروز یابند. سایر دردهای ناحیه دهان، فک و صورت نیز می‌توانند با محرک‌های گوناگونی چون لمس، بو، صدا، تغییر وضعیت سر، و... به وجود آیند یا تشدید شوند.

علائم همراه درد

گاهی دردهای ناحیه دهان، فک و صورت همراه با تظاهرات بالینی دیگری غیر از درد خود را نشان می‌دهند، که می‌تواند در تشخیص کمک کننده باشد. از جمله این علائم می‌توان به

احساس هایی چون خارش، سوزش، گزگز، کم حسی یا بی حسی، گرفتگی بینی، آبریزش، تب، تورم، افزایش دمای موضعی، و... اشاره نمود.

ارجاع درد

احساس درد در ناحیه ای غیر از منشا اصلی ایجاد کننده درد، نشان دهنده درد ارجاعی یا حتی درد کاذب^۱ است. توجه و ثبت این داده در تاریخچه شکایت اصلی می تواند نکته ای راهگشا جهت برطرف نمودن درد بیمار باشد.

سیر درد

این موضوع که درد از ابتدای شروع تا کنون از نظر شدت، مکان، و... یکسان بوده، یا دارای نوسان هایی در زمینه های ذکر شده گردیده است، سیر درد بیمار را نشان می دهد. سیر درد می تواند نشان دهنده نوع، پیشرفت یا پسرفت بیماری ایجاد کننده آن باشد، و از این رو در تشخیص و طرح ریزی درمان بیمار حایز اهمیت است.

درمان های قبلی برای درد

در برخی موارد بیماران برای تسکین درد خود تجربه های قبلی موفق یا ناموفقی دارند. مصرف انواع داروها یا قرار گرفتن تحت اقدام های درمانی مختلف از جمله این تجربه ها هستند. ثبت این درمان های قبلی در تاریخچه شکایت اصلی بیمار می تواند از بروز اشتباه و تکرار اقدام های ناموفق توسط دندانپزشک جلوگیری کند.

علائم ذهنی (Symptoms) و نشانه های عینی (Signs)

علائم (symptom)

علائم یک بیماری شامل مواردی است که بیمار خودش آنها را احساس می کند یا ابراز می دارد. به بیان دیگر، علائم بیماری به صورت subjective و فعال، از طرف بیمار نشان داده می شود، و می تواند دندان پزشک را به سمت تشخیص صحیح راهنمایی کند.

^۱ phantom pain

به عنوان مثال، درد هنگام خوردن خوراکی های شیرین، یک علامت یا symptom است که بیمار آن را ابراز می کند. این نوع درد می تواند ذهن دندان پزشک را به سمت تشخیص التهاب پالپ دندان به صورت برگشت پذیر هدایت کند.

نشانه ها (signs)

نشانه های یک بیماری مواردی را شامل می شود که دندان پزشک بر اساس مشاهده و معاینه خودش به آن ها پی می برد. به بیان دیگر، نشانه های یک بیماری به صورت objective و توسط دندان پزشک در بیمار کشف می شود.

به عنوان مثال، وجود پوسیدگی pit & fissure روی سطح اکلوزال دندان مولر اول منبیل سمت چپ، که با مشاهده و استفاده از dental explorer^۱ کشف می شود، نشانه ای است که دندان پزشک را به سمت طرح ریزی مناسب درمان هدایت می کند.

تاریخچه پزشکی

هدف از گرفتن این تاریخچه توسط دندانپزشک، کشف مواردی است که می تواند بر طرح درمان دندانپزشکی موثر باشد. حیطه دانش پزشکی بسیار گسترده تر از آن است که بتوان با تاریخچه گیری توسط دندانپزشک به تمام بیماری ها پی برد و درصدد تشخیص و درمان آنها بر آمد. اما اهمیت این موضوع آنجا نشان داده می شود که تمام شرایط پزشکی بیمار که به طرح درمان دندانپزشکی وی مرتبط است به درستی و بدون کم و کاست پرسیده و ثبت گردد. این امر موجب رعایت صحیح تدابیر دندانپزشکی وابسته به هریک از حالت های سیستمیک می شود، و طرح درمان دندانپزشکی به گونه ای ریخته خواهد شد که هیچ خطری از نظر پزشکی متوجه بیمار نباشد، و در صورت تشدید وضعیت سیستمیک بیمار بتوان با اقدام های لازم مانع از وخامت اوضاع شد.

تاریخچه پزشکی گاه به صورت پرسشنامه از پیش آماده به بیماران داده می شود تا آن را تکمیل کنند، و موارد مثبت با نظر پزشک معالج یا بیمار به صورت شفاهی مطرح می گردد. با

^۱ سوند دندانپزشکی

توجه به اهمیت تاریخچه پزشکی که در بالا توضیح داده شد، گرچه در روش استفاده از پرسشنامه ممکن است زمان کمتری طول بکشد، اما دقت در جمع آوری اطلاعات کاهش می‌یابد. در نتیجه روش مصاحبه به نظر در جمع آوری داده‌های تاریخچه پزشکی بهتر است. یکی از مهمترین ویژگی‌ها در گرفتن تاریخچه پزشکی، نحوه سوال پرسیدن از بیماران است. مصاحبه باید به گونه ای طراحی شود که اطلاعات پزشکی بیمار نادیده گرفته نشود، در عین حال، بیماری‌هایی که وجود ندارد نیز به اشتباه مثبت ثبت نگردد. در زیر به توضیح مختصری درباره نحوه سوال پرسیدن از بیمار راجع به هریک از بیماری‌ها و شرایط سیستمیک می‌پردازیم.

مصرف دخانیات، الکل، مواد مخدر

مصرف این مواد بهتر است به گونه ای سوال شود که بیمار به هنگام پاسخ دادن دچار احساس تهمت یا بی اعتمادی نگردد. معمولاً از پرسیدن مستقیم این موارد که می‌تواند از نظر مذهبی یا قانونی موجب آزار بیماران گردد، پرهیز می‌شود. می‌توان پرسش را از کشیدن سیگار آغاز نمود، و در صورت پاسخ مثبت، میزان مصرف آن را پرسید. سپس با ملایمت راجع به سایر موارد اعتیاد غیر از سیگار از بیمار سوال نمود، و در صورت پاسخ مثبت، با آرامی و در محیطی که همراه با جلب اعتماد باشد، جزئیات مصرف مواد مخدر و روان گردان را سوال و ثبت نمود. از آنجا که مصرف این مواد با بدخیمی‌ها و بروز سایر ضایعات و عوارض دهانی ارتباط مستقیم دارد، ثبت صحیح اطلاعات در این زمینه از اهمیت بسیاری برخوردار است.

بیماری عفونی

بسیاری از بیماران از عفونت در نواحی مختلف بدن رنج برده یا می‌برند. بسیاری از بیمارانی که به دندانپزشک مراجعه می‌کنند، از عفونت‌ها در نواحی دهان، فک و صورت رنج برده یا می‌برند. از بهترین روش‌های پی بردن به سابقه عفونت در بیماران، پرسش راجع به سابقه مصرف آنتی بیوتیک‌ها توسط آنان است. در صورت پاسخ مثبت، زمان و مکان عفونت و نوع آنتی بیوتیک مصرفی از دیگر مواردی است که می‌تواند در طرح‌ریزی تدابیر دندانپزشکی موثر باشد.

بیماری کلیوی

سنگ کلیه و سایر بیماری‌هایی که بر سیستم دفع ادرار بدن موثر هستند، در این گروه قرار می‌گیرند. از آنجا که بسیاری از داروهای پرمصرف دندانپزشکی از طریق این سیستم دفع می‌شوند، تاریخچه صحیح در رابطه با بیماری کلیوی بسیار ضروری است. پرسش راجع به نحوه دفع ادرار، تکرر و میزان آن معمولاً بهترین نشان گر جهت ارزیابی سیستم کلیوی است.

بیماری گوارش و کبد

دهان خود به عنوان ورودی دستگاه گوارش بدن محسوب می‌گردد، از این رو، بیماری‌های گوارشی تأثیر مستقیمی بر سلامت دهان دارد. به علاوه، بسیاری از داروهای دندانپزشکی به صورت خوراکی مصرف می‌شود، و سلامت گوارشی بر متابولیسم این داروها موثر است. بیماری‌های گوارشی به صورت کلی به دو گروه گوارش فوقانی و گوارش تحتانی تقسیم بندی می‌شوند.

از بهترین روش‌های ارزیابی گوارش فوقانی، پرسش راجع به سلامت عملکرد معده است. علائم و بیماری‌هایی مانند ترش کردن، درد معده، زخم معده، reflux و... از جمله مواردی است که بیماران ممکن است در این تاریخچه بیان کنند، که هر کدام می‌تواند به صورت جداگانه جهت ارزیابی شدت، داروهای مصرفی، و تدابیر دندانپزشکی مربوط مورد پرسش بیشتر قرار گیرند.

بیماری گوارش تحتانی معمولاً با پرسش راجع به وضعیت دفع گوارشی و کیفیت و کمیت آن سنجیده می‌شود. با توجه به متابولیسم کبدی بسیاری از داروهای مورد مصرف در دندانپزشکی، پرسش راجع به سلامت کبد و مجرای صفراوی نیز از اهمیت برخوردار است. انواع هپاتیت، سنگ صفرا، کبد چرب و... از بیماری‌های کبدی هستند که می‌توانند بر روند و تدابیر مرتبط با درمان دندانپزشکی بیماران مبتلا موثر باشند، و باید با دقت کافی و جزئیات لازم پرسیده و ثبت گردند.

بیماری ریوی

ریه‌ها همراه با سیستم خونی و قلبی عروقی بدن نقش تعیین کننده ای در ادامه حیات و ظرفیت عملکردی بدن انسان ایفا می‌کنند. از بهترین نشانه‌های بروز اختلال در عملکرد ریه‌ها، پرسش راجع به بروز تنگی نفس در حالت استراحت، فعالیت، یا موقعیت‌های مختلف قرار گرفتن بدن مانند خوابیدن، نشستن و... است. در صورت پاسخ مثبت بیمار به این پرسش، می‌توان با پرسش‌های بیشتر به بیماری‌های ریوی نظیر آسم، بیماری مزمن انسدادی، بیماری‌های عفونی نظیر سل، یا تاثیر سایر سیستم‌های بدن بر ریه‌ها پی برد، و متناسب با آن اقدام به طرح‌ریزی تدابیر دندان پزشکی نمود.

بارداری و شیردهی

بانوان مراجعه کننده جهت درمان دندان پزشکی می‌توانند در دوره بارداری یا شیردهی باشند. پرسش مستقیم در این باره مفید است، و در صورت پاسخ مثبت بانو، بایستی تدابیر لازم جهت موقعیت صندلی دندان پزشکی، رادیوگرافی، تجویز داروها، و... را با توجه به جزئیات تاریخچه پزشکی در این زمینه به کار بست.

بیماری قلبی عروقی

از شایعترین بیماری‌های انسان هستند، که به شکل‌های گوناگونی از جمله اندوکاردیت عفونی، نقایص مادرزادی قلب، فشار خون، آنژین پایدار، آنژین ناپایدار، سکته قلبی، آریتمی‌های قلب، نارسایی قلبی، و... خود را نشان می‌دهند. پرسش راجع به هریک از موارد فوق، یا درمان‌های گوناگون آن‌ها شامل دریچه‌های پیوندی یا پیوند قلب، جراحی باز قلبی، به کار بردن استنت یا بالون قلبی، مصرف انواع داروهای ضد فشار خون، ضد آریتمی، ضد نارسایی قلبی، و... جهت گرفتن تاریخچه مناسب قلبی عروقی لازم است.

در صورت پاسخ مثبت به هریک از موارد فوق، با پرسش‌های تکمیلی می‌توان به زمان و شرایط بیماری قلبی، همچنین درمان‌های انجام گرفته برای آن پی برد، و با توجه به آن، تدابیر لازم جهت اقدام دندان پزشکی در بیمار قلبی را به کار برد. به عنوان مثال، نفس تنگی به هنگام فعالیت، می‌تواند از نشانه‌های بیماری قلبی در فرد باشد.

با توجه به گستردگی حیطه بیماری قلبی عروقی و تدابیر فراوان دندان پزشکی راجع به آن، همچنین حیاتی بودن نقش سیستم قلبی عروقی در زندگی انسان، گرفتن تاریخچه دقیق و با جزئیات در این زمینه قبل از هر اقدام دندان پزشکی نیز نقشی حیاتی در جلوگیری از وخامت حال بیماران هنگام انجام اعمال دندان پزشکی دارد.

به کاربردن پروفیلاکسی برای اندوکاردیت، جلوگیری از افزایش خطرناک فشار خون بیمار هنگام انجام عمل دندان پزشکی، پیشگیری از بروز آنژین ناپایدار، حمله آریتمی و سکته قلبی حین دندان پزشکی، و... از جمله تدابیر بسیار مهم مرتبط با این سیستم بدن هستند که بدون داشتن تاریخچه دقیق، درک صحیح و اعمال آنها غیر ممکن خواهد بود.

بیماری غدد

بیماری‌های شایعی نظیر دیابت و کم کاری تیروئید در این گروه هستند. به علاوه، پرکاری تیروئید، بیماری‌های فوق کلیه، و... نیز در این گروه قرار می‌گیرند. با توجه به ماهیت پنهان برخی از بیماری‌های غدد، توجه و پرسش راجع به علائم مهم هریک از بیماری‌های ذکر شده از مهم ترین راهکارهای شناخت این بیماری‌ها در افرادی است که ممکن است حتی خودشان نیز از بیماری بی اطلاع باشند، و از این رو حتی در صورت پرسش مستقیم، نتوانند پاسخ مناسبی جهت ثبت در تاریخچه پزشکی ارائه کنند.

بیماری دیابت با علائمی نظیر پرخوری، پرنوشی، پرادراری خود را نشان می‌دهد، و با وجود تغذیه به شکل ذکر شده، بیمار نه تنها دچار افزایش وزن نمی‌گردد، بلکه کاهش وزن همراه با ضعف در بیمار دیابتی اتفاق می‌افتد. در صورت وجود علائم فوق یا سابقه مثبت دیابت در مراجعه کننده جهت اقدامات دندان پزشکی، تدابیر لازم برای این بیمار مد نظر قرار می‌گیرد.

مشاوره با پزشک جهت تعیین وضعیت بیماری، توجه به آخرین آزمایش‌های پاراکلینیکی مربوط به وضعیت کنترل قند خون بیمار، نوع دیابت، عوارض همراه با آن، نوع داروهای مصرفی و قدرت آن‌ها در کنترل بیماری قند خون، ضایعات دهانی مرتبط با این بیماری، و... همه زیر مجموعه این تدابیر هستند، که اطلاع از آنها، باعث بهبود کیفیت درمان دندان پزشکی در مبتلایان به دیابت می‌شوند.

کم کاری تیروئید خود را با ضعف، خستگی مفرط، کندی حرکات، چاقی، خشکی پوست و... نشان می دهد. پرش راجع به این موارد به کشف یا ثبت صحیح این بیماری در تاریخچه پزشکی کمک می کند. به علاوه، پرش راجع به مصرف داروهای مرتبط با درمان این بیماری نیز می تواند در این راه به دندانپزشک یاری رساند.

در مقابل، بی قراری، لاغری مفرط، رطوبت پوست، موی نازک، بیرون زدگی چشم ها، و... می تواند نشان دهنده پرکاری تیروئید باشد، که البته شیوع کمتری نسبت به کم کاری این غده دارد. پرش صحیح و ثبت دقیق داده های مربوط به بیماری تیروئید جهت رعایت تدابیر لازم و جلوگیری از بروز اورژانس های تیروئید حین کار دندانپزشکی ضروری است.

سایر بیماری های غدد درون ریز را نیز می توان با پرش مستقیم از بیمار به صورت صحیح در تاریخچه پزشکی بیمار ثبت نمود، و با توجه به پاسخ های مثبت، با پرش های تکمیلی راجع به جزئیات هر بیماری و داروهای مصرفی مرتبط با آن، پی به تدابیر مناسب دندانپزشکی جهت رعایت آنها هنگام انجام کار دندانپزشکی برای بیمار برد.

بیماری های خون و انعقاد

کم خونی فقر آهن از بیماری های شایع، به ویژه در بانوان طی سن باروری است. به علاوه، برخی بیماری های دیگر مانند تالاسمی نیز می توانند در بیمار ایجاد کم خونی کنند. با توجه به نقش پررنگ خون در رساندن غذا و اکسیژن به بافت های گوناگون بدن و ایجاد ظرفیت حیاتی، در همکاری با سیستم های قلبی ریوی و تنفسی، پرسیدن راجع به وجود کم خونی و زمینه های آن در مراجعه کننده به دندانپزشکی ضروری است.

سیستم انعقادی یکی از سیستم های پیچیده بدن است. به طور کلی عملکرد این سیستم شامل ایجاد لخته به دنبال آسیب به عروق خونی، تثبیت آن، و حذف آن به دنبال برطرف شدن آسیب طی فازهای گوناگون است. از آنجا که اعمال جراحی دندانپزشکی در محیط پر خون دهان، فک و صورت همراه با خونریزی است، کسب اطلاعات در زمینه انعقاد جهت انجام کارهای دندانپزشکی حیاتی است.

از سوی دیگر، با توجه به نقش لخته در مکانیسم ایجاد برخی از بیماری ها مانند سکنه های مغزی، قلبی، گرفتگی وریدهای اندام تحتانی، و... داروهای ضد انعقاد از جمله داروهای

شایعی هستند که توسط پزشکان تجویز می شوند. تجویز این داروها و اختلالی که به دنبال آن در سیستم انعقادی بیمار رخ می دهد، می تواند موجب خونریزی بی رویه به دنبال اعمال جراحی دندانپزشکی گردد، و از این رو ثبت تاریخچه مربوط به سیستم انعقادی در دندانپزشکی اهمیت دوچندان می یابد.

با توجه به شیوع عوامل ایجاد کننده خونریزی در بدن انسان، از جمله بهترین روش های پرش راجع به عملکرد انعقادی، پرش راجع به بند آمدن خون هنگام بریدن دست یا سایر نواحی پوستی است. همچنین، در صورتی که بیمار سابقه کشیدن دندان داشته باشد، نبود خونریزی بی رویه از محل کشیده شدن دندان در گذشته، راهنمای بسیار خوبی جهت سنجش عملکرد سیستم انعقادی در دهان بیمار مراجعه کننده به شمار می رود.

در صورت وجود داده هایی مبنی بر اختلال انعقادی در بیماران، تدابیر دندانپزشکی مرتبط با آن شامل مشاوره با پزشک، تجویز آزمایش های پاراکلینیکی مرتبط با انعقاد، ثبت دقیق داروهای ضد انعقاد که توسط بیمار مصرف می شود، استفاده از تدابیر موضعی بند آورنده خون، و... می شود.

بیماری های روانی

پرش مستقیم در مورد بیماری های روانی گاه موجب بروز مقاومت کاذب در بیماران جهت بیان حقیقت می گردد. بیماری هایی چون انواع افسردگی، مانیا و دوقطبی از مهمترین بیماری های روانی هستند که ممکن است در مراجعه کننده به دندانپزشکی وجود داشته باشد.

جهت پرش مربوط به تاریخچه این بیماری ها، می توان ابتدا راجع به افسردگی از بیمار پرسید، و در صورت پاسخ مثبت، تاریخچه مربوط به سایر بیماری ها را نیز با ملایمت و در محیط همراه با احساس اطمینان برای بیمار از وی سوال و ثبت نمود.

یکی دیگر از راه های رسیدن به تاریخچه صحیح روان پزشکی در بیمار، توجه به داروهایی است که بیمار مصرف می کند. گاه بیماران ممکن است اطلاع دقیقی از نوع بیماری روان پزشکی خود ندارند، اما داروهای مصرفی آنان می تواند به دندانپزشک کمک شایانی بنماید. به علاوه، از آنجا که یکی از مهم ترین موارد در تدابیر دندانپزشکی بیماران روانی مربوط به تداخل دارویی آنان با داروهای مصرفی در دندانپزشکی است، توجه به این داروها دارای اهمیت دوچندان خواهد بود.

بیماری اعصاب

بیماران مبتلا به بیماری های شایعی چون صرع، سکنه مغزی، Multiple Sclerosis، سردردها، و... در این گروه قرار می گیرند. از آنجا که این بیماری ها معمولا شناخته شده هستند و بیماران از آن اطلاع دارند، می توان به صورت مستقیم وجود آنها را از بیماران پرسید و در صورت پاسخ مثبت، جزئیات بیشتری راجع به داروهای مصرفی، وضعیت کنترل بیماری، و... ثبت و از آن در تدابیر دندان پزشکی استفاده نمود.

بیماری های ایمونولوژیک

علاوه بر بیماری های خود ایمنی مانند آرتریت روماتوئید و لوپوس اریتماتوز سیستمیک، یکی از مهم ترین مواردی که در این تاریخچه باید مورد توجه قرار گیرد، سابقه حساسیت به انواع غذاها و به خصوص حساسیت دارویی است. از آنجا که برخی از انواع حساسیت ها در دندان پزشکی می توانند تهدید کننده حیات باشند، توجه و ثبت این تاریخچه به صورت صحیح و دقیق می تواند در مواردی جان بیمار را نجات بخشد.

انواع حساسیت ها در دندان پزشکی حایز اهمیت هستند. حساسیت های فوری می توانند با ایجاد شوک آنافیلاکسی یا تورم شدید پیرامون راه تنفسی، تهدید کننده حیات باشد. سایر انواع حساسیت نیز می توانند انواع بیماری را در دهان، فک و صورت ایجاد نمایند. گاه بیماران به لاتکس موجود در وسایل یک بار مصرف دندان پزشکی حساس هستند.

وجود حساسیت به هر ماده ای در بیمار، مستلزم حذف آن ماده از محیط دندان پزشکی و استفاده از مواد جایگزین می باشد. هر چند، بایستی به دقت و به گونه ای از بیمار سوال شود که بتوان به سابقه واقعی حساسیت در وی پی برد. بسیاری از بیماران به دلیل استرس و ترس از محیط دندان پزشکی دچار حالتی می شوند که ممکن است دندان پزشکان کم تجربه آن را با شوک آنافیلاکسی اشتباه بگیرند. بنا بر این، پرسیدن علایم دقیق واکنش ازدیاد حساسیت فوری، مانند تورم صورت و اندام ها، احساس گر گرفتگی همراه با قرمزی صورت و کبیر، هنگام گرفتن تاریخچه مربوط به بیماری های ایمونولوژیک ضروری است، تا بتوان آنافیلاکسی واقعی را از سایر شوک ها یا غش کردن افتراق داد، و به درستی ثبت نمود تا در طرح درمان بیمار لحاظ گردد.

در مورد سایر بیماری های خود ایمنی، معمولا وجود آن ها به طور مستقیم از بیمار پرسیده می شود. مثبت بودن پاسخ بیمار مستلزم پرسش های بعدی راجع به میزان کنترل بیماری و داروهای مصرفی است، که به نوبه خود تدابیر لازم دندان پزشکی برای هر بیماری را پیشنهاد خواهد نمود.

سرطان

با توجه به افزایش سن مراجعه کنندگان به دندان پزشکی، بیماران با سابقه انواع سرطان در بین آنان بیشتر دیده می شوند. سرطان یک بیماری خاص است که بیمار به خوبی از آن و انواع درمان های آن شامل سابقه جراحی، شیمی درمانی و اشعه درمانی مطلع است، بنا بر این با پرسش مستقیم معمولا دندان پزشکی داده های مورد نیاز در مورد سابقه سرطان و درمان آن را به دست می آورد.

خود سرطان های ناحیه دهان، فک و صورت به صورت مستقیم درمان دندان پزشکی را تحت تاثیر قرار می دهند. به علاوه، با توجه به این که درمان سرطان معمولا با استفاده از روش های ضد سلولی صورت می گیرد، عوارض این درمان ها معمولا بسیار شدید است، به گونه ای که تمام بافت های بدن را تحت تاثیر قرار می دهد. دهان، فک و صورت نیز از این قاعده استثناء نیستند، و عوارض درمان بر آن ها و بر درمان دندان پزشکی تاثیر گذار است.

بیماری های عضلانی اسکلتی

از آن جا درمان دندان پزشکی مستلزم قرار گرفتن بیمار روی صندلی دندان پزشکی در موقعیت های مختلف است، مبتلا بودن وی به انواع بیماری های عضلانی اسکلتی شامل انواع آرتروزها، کمر دردها، و... می تواند بر روند درمان وی تاثیر گذار باشد. از این رو توجه به این بیماری ها و تدابیر دندان پزشکی آن لازم است.

پیوند اعضا

دارا بودن عضو پیوندی در بدن اغلب به صورت مستقیم از بیماران پرسیده می شود. عضو پیوندی در دهان، فک و صورت به صورت مستقیم بر روند دندان پزشکی و درمان های دهان، فک و صورت موثر است. همچنین داشتن عضو پیوندی در سایر جاهای بدن نیز می تواند بر این روند

تأثیر گذار باشد. در صورت وجود عضو پیوندی در بدن بیمار، میزان موفقیت پیوند و عملکرد عضو پیوندی مهم است. از آن جا که پیوند کلیه و کبد از شایع ترین اعضای پیوند هستند، و بسیاری از داروهای دندان پزشکی از طریق متابولیسم کلیه یا کبد متابولیزه می شوند، داده های مربوط به سلامت عضو پیوندی بر تجویز داروهای دندان پزشکی موثر است.

از دیگر سو، بیماران پیوندی اغلب داروهای سرکوب گرایمنی مصرف می کنند. علاوه بر سایر عوارض متعدد، این داروها می توانند زمینه عفونت یا خونریزی را در بیماران به وجود بیاورند، و توجه به مصرف این داروها در تاریخچه پزشکی بیمار پیوندی مراجعه کننده به دندان پزشکی جهت انجام تدابیر لازم در طرح ریزی درمان دندان پزشکی ضروری است. پیوند مغز استخوان نیز نوع خاصی از پیوند عضو است که تدابیر دندان پزشکی پیچیده ای را نیاز دارد.

سابقه بستری شدن در بیمارستان

معمولا بانوان به دلیل زایمان تجربه بستری در بیمارستان را دارند. به علاوه، بیماری هایی که منجر به بستری در بیمارستان شده اند، در صورتی که هنوز بهبودی کامل نیافته اند، باید به شکل دقیق تری از بیمار سوال گردند تا در صورت نیاز، تدابیر دندان پزشکی مربوط به آن ها به درستی لحاظ گردد.

چکیده

- ثبت صحیح اطلاعات دموگرافیک بیمار لازم است.
- نمای ظاهری بیمار می تواند اطلاعاتی را به دست دندان پزشک بدهد.
- شکایت اصلی مایه اصلی طرح ریزی درمان است. توجه به تاریخچه شکایت اصلی برای تعیین طرح درمان مناسب لازم است.
- گرفتن تاریخچه پزشکی بیماران، برای اندیشیدن تدبیر مناسب در درمان دندان پزشکی بیماران مبتلا به بیماری های سیستمیک، بسیار مهم است.
- علایم ذهنی گفته های بیمار هستند، و علایم عینی در بررسی های دندان پزشک مشخص می شود. ترکیب این علایم، راهنمای ارایه طرح درمان مناسب است.

پرسش ها

- ۱- مهمترین دستگاه های بدن که در تاریخچه پزشکی مورد توجه قرار می گیرند، کدام اند؟ پاسخ: دستگاه های قلبی-تنفسی، غدد، انعقادی، و وضعیت بارداری-شیردهی.

فصل دوم

اصول معاینه و انواع روش‌های آن

اهداف

- ۱- فراگیر بتواند بافت‌های مورد معاینه را به درستی مشاهده، لمس یا دق کند.
- ۲- فراگیر کاربرد روش معاینه شنیدن را در دندان‌پزشکی نام ببرد.
- ۳- فراگیر بتواند روش‌های پررب کردن، آسپیره کردن و دپاسکوپری را توضیح دهد.

روش های معاینه

معاینه بالینی دهان، فک و صورت به دو دسته کلی خارج دهانی و داخل دهانی تقسیم می شود. معاینه بالینی روش های مختلفی دارد، و هدف همه آنها به دست آوردن اطلاعات لازم جهت رسیدن به تشخیص مناسب است. تشخیص صحیح اساس طرح ریزی درمان برای برطرف نمودن شکایت اصلی و سایر بیماری ها است. در ادامه به روش های اصلی معاینه بالینی دهان، فک و صورت و توضیح مختصری پیرامون هریک از آنها می پردازیم.

الف) مشاهده

دیدن با هدف رسیدن به داده های تشخیصی، یکی از انواع روش های معاینه دهان، فک و صورت می باشد. در ارزیابی نمای ظاهری بیمار مشاهده روش اصلی رسیدن به نکات تشخیصی بالینی است. به علاوه، در بسیاری از ارزیابی های دیگر خارج و داخل دهانی نیز مشاهده به تنهایی یا همراه با سایر روش ها به کار می رود. در صورتی که بخواهیم دید ما به اندازه کافی جامع و دقیق باشد، رعایت شرایط زیر ضروری است:

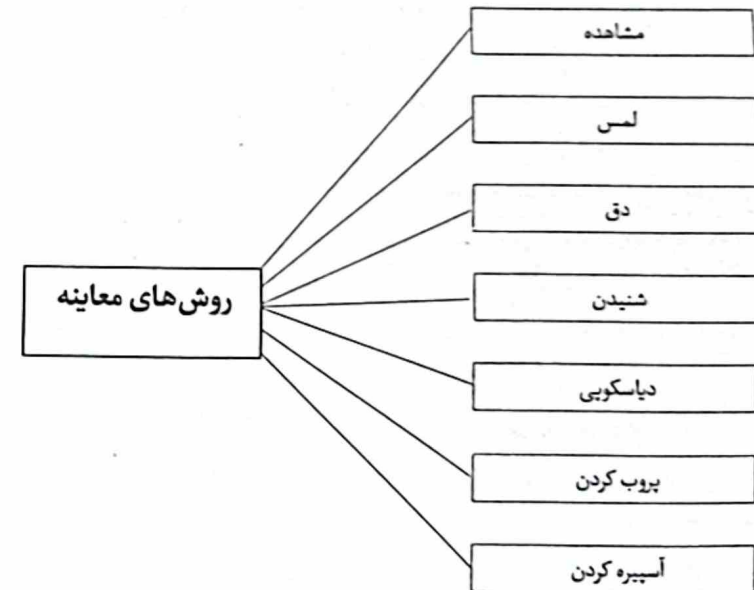
نور: منبع نور اصلی در معاینه دهان، فک و صورت، چراغ یونیت دندان پزشکی است. گاه در معاینه داخل دهانی، با توجه به موقعیت سر بیمار روی صندلی دندان پزشکی، نور چراغ به صورت مستقیم به برخی از نواحی نمی رسد. در این حالت، بهترین روش تامین نور مناسب جهت مشاهده، بازتاب نور چراغ با استفاده از آینه دندان پزشکی است.

کنار زدن موانع: تمام اجسام خارجی که مانع مشاهده خوب توسط دندان پزشک هستند، هنگام معاینه باید از بدن بیمار دور شوند. همچنین، گاه برای مشاهده برخی از نواحی بدن، نیاز به کنار زدن برخی دیگر از اجزای بدن وجود دارد. مثلاً در حالت عادی، زبان، کف دهان را پوشانده است، و برای مشاهده کامل کف دهان، نیاز به پس زدن زبان می باشد.

با استفاده از روش مشاهده، مورفولوژی ناحیه مورد بررسی شامل اندازه، شکل، رنگ و تقارن مورد بررسی قرار می گیرد. همچنین، ارزیابی عملکرد بسیاری از ساختارهای دهان، فک و صورت با استفاده از روش مشاهده مقدور است. در مشاهده نمای ظاهری بافت های دهان، فک و صورت، به موارد زیر توجه می شود:

مقدمه

در پزشکی، روش های مختلفی برای معاینه بیماران به کار گرفته می شود. در دندان پزشکی نیز این روش ها کمابیش مشابه پزشکی است، با این تفاوت که معاینه در ناحیه سرو گردن بیمار بیشتر مورد توجه قرار می گیرد. مشاهده و لمس از روش های معاینه هستند که کاربرد زیادی در دندان پزشکی دارند، سایر روش های معاینه نیز در جایگاه خود استفاده می شوند.



کاتور طبیعی: در صورت، مواردی مانند بیرون زدگی چشم ها، فاصله غیر عادی بین دو چشم، ناقربینی و عدم قرارگیری ساختارها در محل فیزیولوژیک مورد بررسی قرار می گیرد. به علاوه، لندمارک های آناتومی نرمال در ناحیه صورت و دهان نیز با استفاده از مشاهده بررسی می شوند.

-رنگ: در ناحیه صورت و بدن، پوست مراجعه کننده جهت وجود ضایعات با رنگی غیر از رنگ طبیعی بررسی می شود.

در ناحیه مخاط داخل دهان، رنگ در حالت عادی صورتی است. از آنجا که مخاط دهان با اپی تلیوم سنگفرشی مطبق پوشیده شده است، قسمتی از قرمزی خون بستر بافت همبندی آن در مشاهده این مخاط به چشم می آید. البته به دلیل عملکرد گوناگون در نواحی مختلف مخاط دهان، رنگ یکتواخت نیست.

در برخی نواحی که به علت فشار جویدن، اپی تلیوم ضخیم تری در مخاط دهان شکل می گیرد، به علت افزایش کراتین در اپی تلیوم، رنگ خون زیرین ضعیف تر می شود. در این نواحی، بافت همبند موجود در بستر اپی تلیوم نیز عروق خونی کمتری دارد و غنی از کلاژن است. در این مناطق، رنگ طبیعی مخاط صورتی روشن است، مانند سطح پشتی زبان، لثه چسبده و کام سخت.

در مقابل، در مناطقی که فشار جویدن کمتر است، اپی تلیوم نازک تر و بافت همبند زیرین پر خون تر است. این نواحی به رنگ صورتی تیره تر هستند، مانند کف دهان، وستیبول و سطح شکمی زبان. در فصل لندمارک های طبیعی مخاط دهان نیز به این موضوع خواهیم پرداخت.

ب) لمس

تحت فشار قرار دادن بافت های نرم تر سطحی در مقابل بافت های سخت تر زیرین با دست، جهت رسیدن به داده های تشخیصی است. این روش معمولاً در معاینه بافت های عمقی تربه کار می رود، در نتیجه، داده هایی را به دست می آورد که با مشاهده قابل دسترس نیستند. در لمس هر ناحیه، به موارد زیر توجه می شود:

حرارت سطحی: بررسی افزایش حرارت سطحی پوست معمولاً با استفاده از پوست پشت دست فرد معاینه گر صورت می گیرد. التهاب، عامل افزایش دمای سطحی یک ناحیه از بدن است، زیرا خون رسانی در آن ناحیه را افزایش می دهد.

تعیین عمق بافت ها: جهت تعیین منشا ضایعات عمقی، نیاز به تعیین عمق نسبی در لمس وجود دارد.

تحرك: حرکت بافت نسبت به بافت های اطراف است. در این حالت معمولاً با استفاده از روش دودستی یا دو انگشتی، یک بافت را ثابت و بافت مجاور را نسبت به آن حرکت می دهیم. بافت هایی که با کپول مشخص احاطه شده اند یا خوش خیم هستند، معمولاً تحرك بالایی دارند. در مقابل، بافت هایی که با کلاژن به سایر بافت ها متصل هستند (فیبروز) یا بدخیمی ها، تحرك کمی دارند. شایان ذکر است که برخی بافت ها در دهان در حالت طبیعی کم تحرك هستند، مانند لثه چسبده و کام سخت.

شکل، اندازه و گسترش: بافت های خوش خیم با کپول مشخص معمولاً اندازه های نسبتاً کوچک با شکل مشخص و گسترش کم به بافت اطراف دارند. در مقابل، فیبروز و بدخیمی ها شکل و حدود ناواضحی دارند که به بافت های اطراف گسترده شده است.

تعداد و قرینگی: بافت های فیزیولوژیک یا لندمارک های طبیعی در دهان، فک و صورت معمولاً قرینه هستند. در مقابل، بافت های منفرد یا متعدد غیر قرینه، می توانند پیشنهاد کننده بیماری باشند.

درد در لمس: بافت های ملتهب در صورت لمس شدن توسط معاینه گر گاه ایجاد درد می کنند، که به آن tenderness گفته می شود.

قوام: از مهمترین ویژگی هایی که در لمس مورد توجه قرار می گیرد، قوام یک بافت است. چیزی که قوام را تعیین می کند، مقاومت بافت در مقابل مقدار مشخصی از نیرو است که توسط فرد معاینه کننده وارد می شود. قوام یک بافت، تا حد زیادی نشان دهنده منشا بافت مورد لمس است. قوام های زیر در توصیف بافت های دهان، فک و صورت، مورد توجه قرار می گیرند:

- ۱- آبکی: قوام آب یا بزاق است. بافت‌هایی که غنی از این دو ماده باشند، بدون مقاومت فشرده می‌شوند و قوام آبکی دارند.
 - ۲- نرم: مقاومت بسیار کمی در برابر فشرده شدن دارد. بافت چربی یا بافت همبندی با محتوای کلاژن کم، چنین قوامی دارند.
 - ۳- پنیری: بافتی است که اندکی مقاومت نشان می‌دهد، اما به دنبال برداشت فشار، به شکل نخستین باز نمی‌گردد، مانند محتوای کراتین داخل کیست‌ها.
 - ۴- لاستیکی: مقاومت اندکی بیشتر از قوام پنیری دارد، و با برداشت فشار، به حالت قبل برمی‌گردد. قوام پوست، لاستیکی است.
 - ۵- سفت (firm): بافتی است که در مقابل فشار از خود مقاومت نشان می‌دهد. بافتی که غنی از کلاژن باشد، چنین قوامی را نشان می‌دهد، مانند فیبروز.
 - ۶- سخت (hard): بافتی که در اثر فشار فرو نمی‌رود. بافت‌های کلسیفیه در بدن قوام سخت دارند، مانند استخوان.
 - ۷- سنگی (stony): این قوام به سختی سنگ است، و معمولاً به دنبال جایگزین شدن بافت عادی توسط سلول‌های بدخیم تهاجم کننده لمس می‌شود.
- تموج: عبور موج از بافت است. این حالت معمولاً در بافت‌هایی دیده می‌شود که محتوی مایع در فضای بسته هستند. تموج گاه در بافت‌های با قوام آبکی لمس می‌گردد. در صورتی که هنگام لمس دو طرف یک بافت، نیرو از یک طرف به طرف دیگر به شکل موج منتقل شود، بافت مواج یا fluctuant است.

ج) دق

ضربه زدن به بافت جهت بررسی صدای تولید شده یا واکنش فرد مراجعه کننده است. این روش در دهان، فک و صورت، در معاینه سینوس‌های صورت و دندان‌ها استفاده می‌شود.

د) شنیدن

در معاینه دهان، فک و صورت، گاهی در معاینه مفصل گیجگاهی فکی کمک کننده است.

ه) دیاسکوپ

فشردن بافت با اسلاید شیشه‌ای، جهت مشاهده تغییر رنگ به وجود آمده است. در صورتی که بافت به دنبال فشار سفید شود، تست دیاسکوپ مثبت است. این حالت، در بافت‌هایی رخ می‌دهد که خون در آنها جاری است. به دنبال فشار، در برابر جریان خون مقاومت ایجاد می‌شود، و با خالی شدن خون، سفیدی مشاهده می‌گردد. در مقابل، بافت‌هایی که حاوی خون غیر جاری (خون مردگی)، خون ساکن (بدون ضریان)، یا مواد غیر خونی هستند، دیاسکوپ منفی اند.

و) پروب کردن

لمس کردن با کمک ابزار است. در معاینه دهان، فک و صورت پر کاربرد است. تشخیص پوسیدگی در دندان‌ها با استفاده از پروب ویژه انجام می‌شود. همچنین، در معاینه پریدونشیوم، پروب کردن بسیار مهم است.

ز) آسیب‌پذیری

بیرون کشیدن مایعات از درون حفره‌های بسته با استفاده از سر سوزن نسبتاً درشت است. با استفاده از این روش، ماهیت مایع درون حفره مشخص می‌گردد، و در رسیدن به تشخیص، دندانپزشک را یاری می‌رساند. شایان ذکر است که در صورتی که به دنبال آسیب‌رسانی، مایعی خارج نشود، معمولاً بافت مورد معاینه توپر است و فاقد محتوای مایع می‌باشد. همچنین، از آنجا که این روش معاینه نسبتاً تهاجمی و همراه با ریسک خونریزی است، باید تمهیداتی برای کنترل خونریزی احتمالی در نظر گرفته شود. به علاوه، آسیب‌رسانی به بافت‌های پرعروق به دلیل خونریزی شدید توصیه نمی‌شود.

چکیده

مشاهده از جمله روش های اصلی معاینه در دندان پزشکی است. رعایت شرایط لازم برای مشاهده دقیق، گامی ضروری در رسیدن به تشخیص صحیح است. لمس کردن در معاینه بافت های سرو گردن پر کاربرد است. از مهمترین داده های تشخیصی که با لمس کردن به دست می آید، قوام بافت ها است. سایر روش های معاینه در دندان پزشکی در جایگاه خود به کار می روند. مثلاً دق کردن یا پروب زدن در معاینه دندان ها بسیار به کار می روند.

پرسش ها

- ۱- انواع قوام در بافت های سرو گردن چیست؟
پاسخ: آبکی، نرم، پنبه ای، لاستیکی، سفت، سخت، و سنگی

فصل سوم

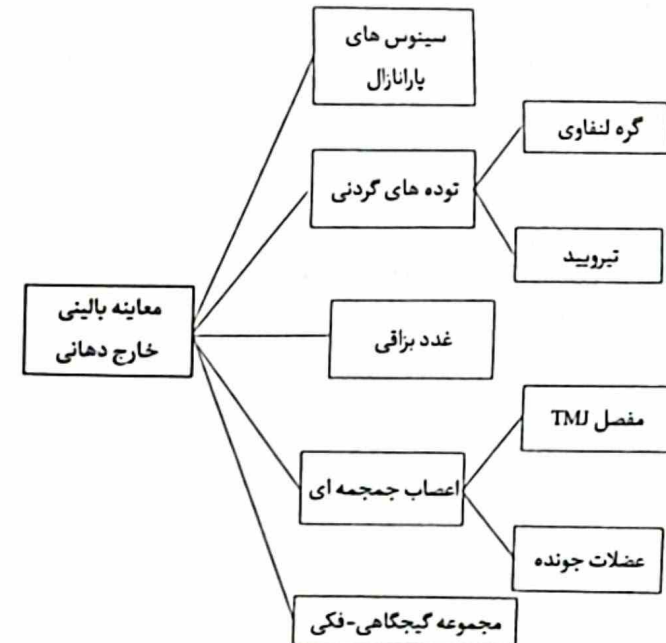
معاینه بالینی خارج دهانی

اهداف

- ۱- فراگیر بتواند معاینه سینوس های پارanasal را انجام دهد.
- ۲- فراگیر بتواند توده های گردن (گروه های لنفاوی) را به درستی معاینه کند.
- ۳- فراگیر بتواند غده بزاقی را به صورت صحیح معاینه نماید.
- ۴- فراگیر بتواند اعصاب کرانیال مهم در سرو گردن را معاینه کند.
- ۵- فراگیر بتواند معاینه مجموعه گیجگاهی فکی را انجام دهد.

مقدمه

حفره دهان جزئی از بافت های سرو گردن است، بنا براین، می تواند تحت تاثیر بافت های این ناحیه قرار گیرد. التهاب در سرو گردن می تواند تظاهر دهانی داشته باشد. به عنوان مثال، درد ناشی از سینوزیت می تواند در دندان های خلفی ماگیلا احساس شود. از سوی دیگر، تخلیه لنفاوی دهان، فک و صورت به گروه های لنفاوی گردنی انجام می شود. از این رو، معاینه بافت های سرو گردن، جزئی جدایی ناپذیر از معاینه دندان پزشکی است.



سینوس های پاراناژال

از آنجا که درد ناشی از سینوزیت گاه در تشخیص افتراقی با درد دندان ها، به ویژه در نواحی خلفی فک بالا قرار می گیرد، معاینه این سینوس ها در دهان، فک و صورت دارای اهمیت است.

سینوس های فرونتال و ماگیلری قابل معاینه توسط دندانپزشکان هستند، حال آنکه معاینه سینوس های اتموئید و اسفنوئید مقدور نیست.

سینوس فرونتال

این سینوس در قسمت فوقانی کانتوس داخلی چشم در دو طرف بینی قرار گرفته است. در صورتی که به دنبال لمس یا دق این ناحیه با فشار به سمت بالا، بیمار احساس درد کند (tenderness)، سینوزیت فرونتال وجود دارد.

سینوس ماگیلری

این سینوس در زیر قوس زایگوما و دو طرف بینی قرار دارد. در صورتی که بیمار مبتلا به سینوزیت ماگیلری باشد، دق یا لمس همراه با فشار در این ناحیه، موجب درد در بیمار می شود (tenderness). سینوزیت ماگیلری می تواند موجب ایجاد درد ارجاعی در دندان های خلفی فک بالا شود، و از این نظر حایز اهمیت است.



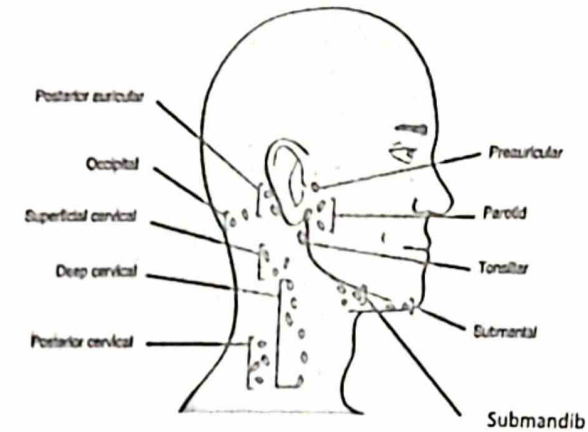
Figure 31 Illustration of the frontal sinus area. A frontal view of the face with the frontal sinus area highlighted in yellow.

گره های لنفاوی سرو گردن

این گره ها از یک منظر به صورت زیر تقسیم بندی می شوند.

Circular group: در اطراف جمجمه هستند.

Cervical group: در اطراف گردن هستند.



شکل ۱- گره های لنفاوی سرو گردن

از منظری دیگر، این گره های لنفاوی به صورت زیر تقسیم بندی می شوند:
تحت چانه ای (Submental): در مثلث تحت چانه ای روی عضله مایلوهایونید و بین
بطن های قدامی عضله دیگاستریک راست و چپ
تحت فکی (Submandibular): در مثلث تحت فکی بین مندیبل و غده بزاقی تحت فکی و
گاهی داخل غده

جلوگوشی یا پاروتید (Pre auricular or Parotid): جلوی تراگوس گوش
پشت گوش یا ماستوئید (Post auricular): پشت گوش

پس سری (Occipital): در طول چسبندگی تراپزیوس به استخوان در اطراف شریان اکسپیتال
باکال (Facial): در طول ورید فاشیال و روی عضله بوکسیناتور و در قدام Insertion عضله

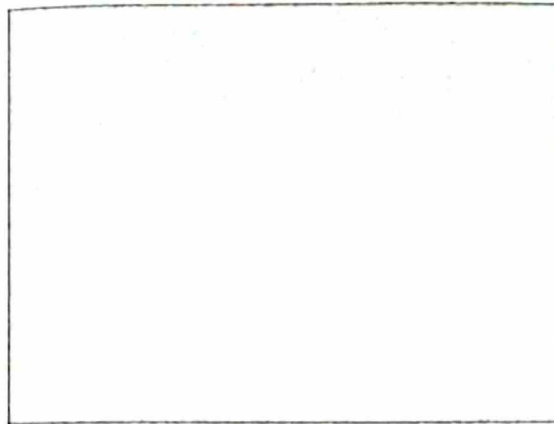
ماستر

گره های لنفاوی گردنی، در نواحی زیر قابل لمس هستند (شکل ۲):

- ۱- ساب منتال
- ۲- ساب مندیولار
- ۳- ساب پاروتید
- ۴- ساب دایگاستریک
- ۵- بایفورکیشن

۶- جوگلولو و مویونید

۷- مثلث خلفی گردن



شکل ۲- محل گره های لنفاوی گردن

در التهاب یا بدخیمی حفره دهان و بافت های اطراف، معمولاً خط اول تخلیه لنفاوی
گره های موجود در ناحیه ساب منتال (قدام دهان) یا ساب مندیولار (خلف دهان) است
صورت ادامه روند درگیری لنفاوی، معمولاً گره های واقع در زنجیره قدامی و خلفی گردن درگیر
می شوند. با ادامه روند، گره های موجود در ناحیه فوق ترقوه ای نیز می توانند درگیر شوند.

ویژگی های مهم گره های لنفاوی سرو گردن هنگام لمس، به شرح زیر است:

درجه حساسیت به لمس (tenderness)

- ۱- حساس به لمس
- ۲- غیر حساس به لمس

قوام

گره لنفاوی درگیر تومور بدخیم و متاستاز، یا کلسیفیه، دارای قوام سخت سنگی است.
گره لنفاوی که به دنبال التهاب مزمن دچار فیبروز شده است، قوام firm دارد.
گره لنفاوی درگیر لنفوم دارای قوام با حس خمیری در هنگام لمس است.
گره لنفاوی درگیر لنفادنیت حاد، دارای قوام لاستیکی است.
گره لنفاوی بدون التهاب، قابل لمس نیست.

درجه حرکت

گره های لنفاوی با التهاب حاد، به راحتی قابل حرکت (movable) هستند.
گره های لنفاوی درگیر بدخیمی یا فیبروز کپسول، به بافت مجاور می چسبند، و قابلیت حرکت خود را از دست می دهند.

تعداد

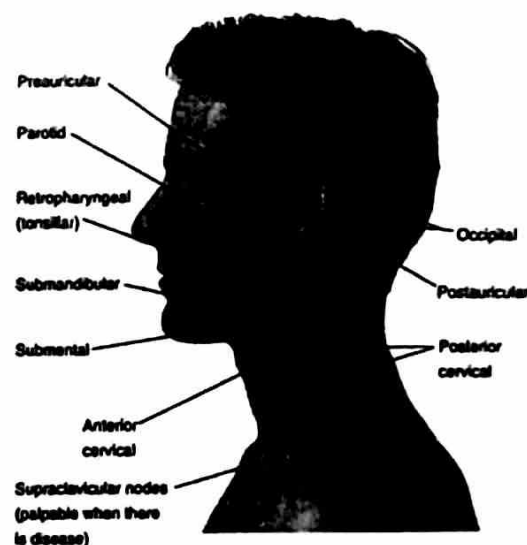
گره های لنفاوی می توانند به صورت منفرد لمس شوند، یا به صورت متعدد و زنجیره وار خود را نشان دهند.

اندازه

گره های لنفاوی التهابی معمولاً اندازه ای حداکثر یک تا دو سانتی متر دارند. در مقابل، گره های لنفاوی بدخیم با اندازه های بزرگتری، تا چند سانتی متر، لمس می شوند.
یک یا دوطرفه بودن

گره های لنفاوی می توانند در یک سمت صورت یا در هر دو سمت لمس شوند.
گاهی منشأ التهاب یا بدخیمی که موجب بزرگ شدگی گره لنفاوی می شود، در یک سمت صورت واقع شده است، در حالی که گره لنفاوی هر دو سمت (bi-lateral) یا حتی فقط گره لنفاوی سمت مقابل (contra-lateral) قابل لمس است.

به صورت کلی، هر چه قدر منشأ عامل بزرگ شدگی گره لنفاوی در دهان، خلف تر، و نزدیک تر به خط وسط باشد، احتمال درگیر شدن گره لنفاوی سمت مقابل، به تنهایی (contra-lateral)، یا همراه با گره لنفاوی همان سمت (bi-lateral)، بیشتر است.



شکل ۳- غدد لنفاوی سرو گردن

علل بزرگ شدگی گره های لنفاوی (lymph-adenopathy)

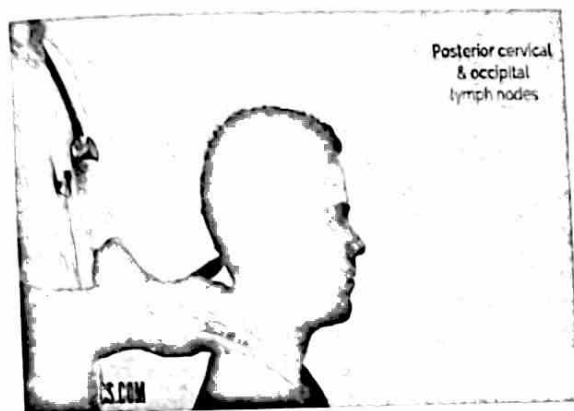
الف) هایپرپلازی لنفویدی خوش خیم

غیرحساس به لمس و خوش خیم، و شایع ترین توده پاتولوژیک گردن است. به صورت منفرد، مجزا، بدون علامت و به راحتی قابل حرکت، لمس می شود. نشان دهنده التهاب مزمن در گره لنفاوی است.

ب) لنفادنیت حاد

شایع ترین بزرگ شدگی دردناک گردن است. در لمس، مانند هایپرپلازی لنفویدی خوش خیم، ولی حساس به لمس است. نشان دهنده التهاب حاد در گره لنفاوی است.

شکل ۵- غدد لنفاوی Pre auricular



شکل ۶- غدد لنفاوی Occipital

تحت فکی (Submandibular)

بهبتر است بیمار کمی سر خود را به سمت معاینه کننده خم کند. سپس بافت های کف دهان را از خارج و حدود خط وسط توسط انگشتان جمع و به داخل تنه ی مندیبل می فشاریم.

تحت چانه ای (Submental)

سر باید مختصری به سمت جلو خم شود.

قدامی و خلفی گردنی

بیمار باید سرش را به سمت مخالف بچرخاند تا عضله ی SCM (استرنو-کلیدو-ماستوئید) مشخص شود. قدام و خلف این عضله لمس می شود.

فوق ترقوه ای

سر بیمار به جلو خم می شود به طوری که عضلات گردن در حال استراحت باشند.

ج) لنفوم

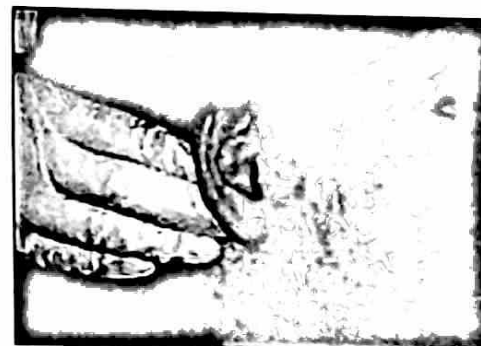
تومور اولیه گره های لنفاوی است. در لمس، می تواند منفرد یا متعدد، مجزا یا به هم پیوسته باشد. دردناک نیست.

د) متاستاز

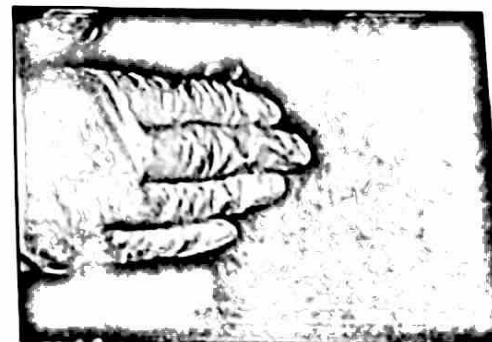
معمولا کارسینوم ها به گره های لنفاوی متاستاز می دهند. در لمس دردناک نیستند، و قوام سفت سنگی دارند.

معاینه غدد لنفاوی

نیاز به پوزیشن خاصی برای بیمار نیست.



شکل ۴- غدد لنفاوی Post auricular



توده‌های گردنی و اصول افتراق آن‌ها

توده‌های گردن می‌توانند از بافت‌های مختلفی منشأ بگیرند. این توده‌ها معمولاً به دو دسته بزرگ تقسیم می‌شوند. دسته اول توده‌هایی هستند که نزدیک خط وسط گردن ایجاد می‌شوند. این توده‌ها معمولاً مرتبط با غده تیروئید هستند، و می‌توانند منشأ متابولیک (گواتر)، التهابی، تکاملی، یا تومورال (خوش خیم/بدخیم) داشته باشند.

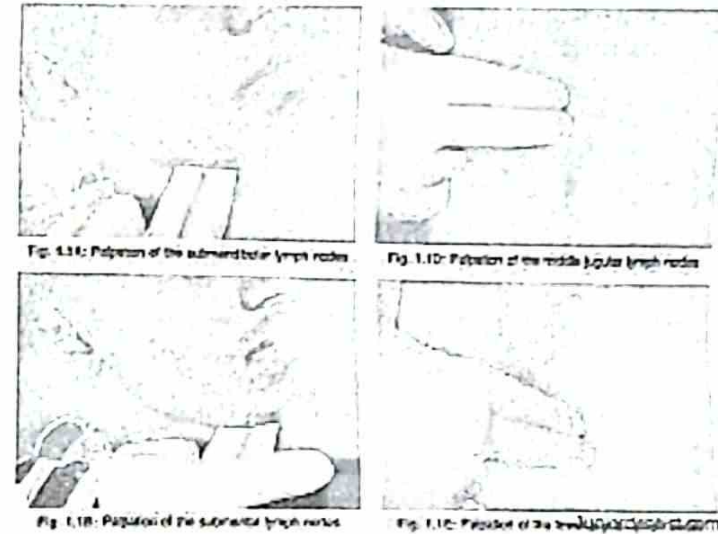
دسته دوم، توده‌هایی هستند که در طرفین گردن ایجاد می‌شوند. این برجستگی‌ها، خلاف حالت لندمارک‌های طبیعی که دو طرفه هستند، معمولاً یک طرفه یا غیر قرینه هستند. منشأ توده‌های طرفی گردن اغلب از بافت‌های لنفاوی (التهابی یا تومورال)، یا بقایای 'cleft'های جنینی گردن (تکاملی) هستند که حالت cystic یافته‌اند.

تیروئید

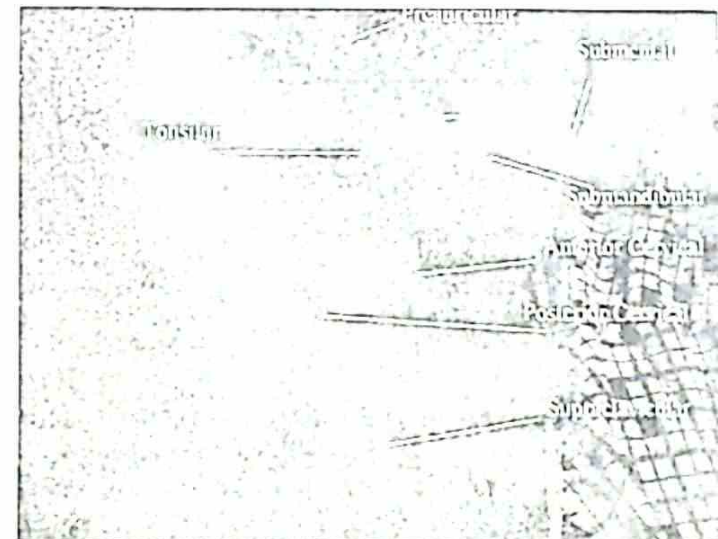
غده تیروئید در خط وسط گردن قرار گرفته است. این غده دو لوب چپ و راست دارد که توسط قسمت باریکی به نام تنگه (isthmus) به هم متصل شده‌اند. توده‌های مربوط به تیروئید گاه در خط وسط گردن مشاهده می‌شوند. این غده در جنینی، از ناحیه میانی زبان به وسط گردن نزول می‌یابد. گاه بافتی از تیروئید در قسمت میانی شیار انتهایی زبان دیده می‌شود، که به آن تیروئید زبانی گفته می‌شود.

برای معاینه تیروئید، برجستگی سب آدم را در گلوی بیمار از روی پوست می‌یابیم. در قسمت تحتانی این برجستگی، فرورفتگی وجود دارد که محل غشای crico-thyroid است. در قسمت تحتانی این فرورفتگی، غضروف حلقه ای یا cricoid قرار گرفته است. ناحیه isthmus تیروئید، در قسمت تحتانی این غضروف قرار می‌گیرد، و لوب‌ها به صورت طرفی، در دوسوی آن هستند.

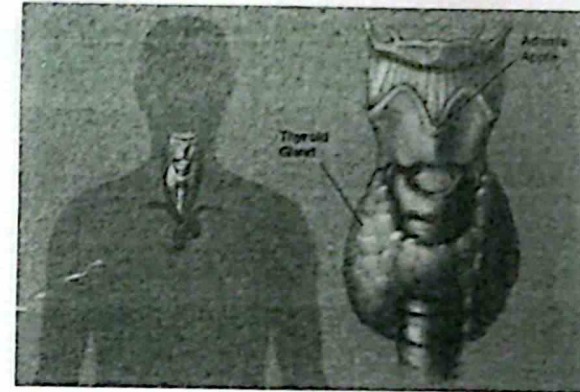
شمار



شکل ۸- لمس غدد لنفاوی تحت فکی، تحت چانه ای، قدامی و خلفی گردنی

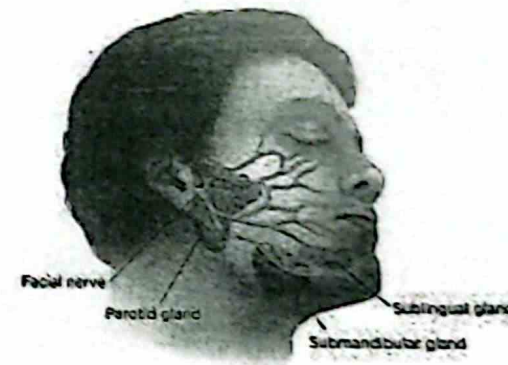


شکل ۹- غدد لنفاوی Anterior and Posterior cervical



معاینه غدد یزاقی

بررسی غدد یزاقی شامل سه غده یزاقی اصلی (پاروتید، ساب مندیبولر، ساب لینگوال) و غدد فرعی (مینور) یزاقی است. در ابتدا، هریک از سه غده اصلی یزاقی را معرفی می‌کنیم. شایان ذکر است که غدد یزاقی قوام نرم تا لاستیکی دارند، و در حالت طبیعی چندان قابل لمس نیستند، مگر توده، تورم یا سنگی در آن‌ها رخ دهد.



غده پاروتید (بناگوشی)

بزرگترین غده یزاقی اصلی است. در ناحیه جلوی گوش، روی راموس قرار گرفته است. بالا به استخوان گونه، از خلف به مجرای گوش خارجی، زائده ماستویید و عضله SCM (استرنو-کلیدو-ماستویید)، و از پایین تالیه تحتانی مندیبل ادامه دارد. این غده زیر پوست قرار دارد، و توسط فاسیایی که ضخامت قسمت‌های مختلف آن متفاوت است، به چند لوب تقسیم می‌شود. عصب فاسیال (زوج هفتم اعصاب کراتیال) در داخل این غده عبور می‌کند و به شاخه‌هایی تقسیم می‌شود، از این رو انجام جراحی در ناحیه پاروتید دشوار است.

مجرای پاروتید ۴ تا ۵ سانتی متر طول دارد و در جهت قدامی از غده بیرون می‌آید (مجرای استنسون). این مجرا از درون عضله بوکسیناتور عبور می‌کند، و در مجاورت د.ومین دندان آسیای فوقانی، یزاق را به حفره دهان تخلیه می‌کند (پاروتید پایپل).

لمس غده پاروتید

وجود فاسیای ضخیم، برادر راموس مندیبل و عضله ماستر در سطح غده پاروتید، همچنین وجود ساختارهای حلقی در سطح داخلی این غده و تحریک رفلکس Gag مانع لمس قسمت عمده ای از پاروتید می‌شود. هایپرپلازی، ندول و تندرنس غده را می‌توان در ناحیه دُم پاروتید (خلف راموس مندیبل، بلافاصله زیر نرمه لاله گوش) لمس نمود.

غده ساب مندیبولر (تحت فکی)

این غده دو قسمت سطحی و عمقی دارد. قسمت سطحی، در مثلث ساب مندیبولر گردن، زیر عضله مایلوهاییبید قرار گرفته است. قسمت عمقی، کوچک تراست، و در خلف کف دهان و بالای عضله مایلوهاییبید واقع شده است.

مجرای غده ساب مندیبولر (واریتون) پس از خروج از این غده به طرف کف دهان، یعنی به سمت قدام و بالا حرکت می‌کند. این مجرا از طریق یک منفذ کوچک روی پایی زیر زبانی، یزاق غده را به دهان تخلیه می‌کند (Sub-lingual Caruncle).

لمس غده ساب مندیولر

لمس خارج دهانی این غده مشکل می باشد. برای لمس بهتر غده، در حانی که بیمار با نوک زبان خود، پشت دندانهای قدامی فک بالا را لمس می کند، از یکی از روش های دودستی (bi-manual) یا دو انگشتی (bi-digital)، به شرح زیر، استفاده می کنیم.

انگشت یا انگشتان یک دست را زیر فک پایین در ناحیه گردن قرار می دهیم (rest)، و با انگشت یا انگشتان دست دیگر (عمل کننده)، از خلف به قدام، سیر غده تحت فکی و مجرای وارثون را در کف دهان لمس می نماییم.



غده ساب لینگوآل (زیر زبانی)

این غده، کوچکترین غده بزاقی اصلی است. در کف دهان، بین زبان و تنه مندیبل قرار گرفته، و برجستگی چین زیر زبانی (sub-lingual fold) را به وجود می آورد. مجرای ترشعی اصلی این غده (بارتولین)، در اکثر افراد به مجرای وارثون می پیوندد و از طریق منفذ مشترک روی پایی زیر زبانی تخلیه می گردد (Sub-lingual Caruncle). همچنین، این غده دارای ۲۰ مجرای کوچک (Rivinius) است که از طریق منفذ هایی روی چین زیر زبانی، بزاق را به داخل دهان تخلیه می کنند.

لمس غده زیر زبانی

لمس این غده، مانند غده ساب مندیولر، با استفاده از تکنیک دو دستی یا دو انگشتی صورت می گیرد. انگشت یا انگشتان یک دست در قدام مندیبل، زیر تنه آن قرار می گیرد (rest)، و

انگشت یا انگشتان دست عمل کننده، با فشردن چین زیر زبانی (sub-lingual fold) اقدام به لمس بافت غده، توده یا سنگ موجود در آن می نماید.

غدد بزاقی فرعی

این غدد بزاقی به صورت پراکنده در نقاط مختلف مخاط دهان قرار گرفته اند. تراکم این غدد در مخاط لب پایین و خلف کام بیشتر است.

آزمون عملکرد غدد بزاقی اصلی (دوشیدن Milkling)

بررسی عملکرد غدد بزاقی تحت فکی و زیر زبانی

ابتدا از بیمار می خواهیم زبان را به سقف دهان بچسباند، و با کمک آینه داخل دهانی، نور را به قدام کف دهان منعکس می کنیم. سپس، با خشک نمودن خروجی مجرا در ناحیه caruncleها و دوشیدن در امتداد مسیر مجرا (milking)، ترشح بزاق را بررسی می نماییم. وجود جریان بزاق یا خیس شدن مجدد ناحیه خشک شده، نشان دهنده عملکرد صحیح این غدد است.

بررسی عملکرد غده بزاقی پاروتید

مخاط گونه و ناحیه پاروتید پایلار را با گاز استریل خشک می کنیم. سپس در امتداد مجرای استنسون، عمل دوشیدن (milking) را انجام می دهیم. برای این کار، انگشت شصت را داخل دهان و سایر انگشت های همان دست را روی گونه قرار می دهیم، یا یک دست را داخل گونه و دست دیگر را از خارج روی گونه قرار می دهیم و فشار وارد می کنیم. به این ترتیب، مجرای غده بین دو نیرو فشرده می شود. خروج قطره بزاقی شفاف با قوام آبکی، یا مرطوب شدن مجدد ناحیه خشک شده، نشان دهنده عملکرد صحیح پاروتید است.

بررسی عملکرد غدد بزاقی فرعی لب

لب پایین را به طرف خارج بر می گردانیم. مخاط داخل لب را خشک می کنیم. تجمع قطره های بزاق یا مرطوب شدن مجدد مخاط، نشان دهنده عملکرد طبیعی غدد بزاقی این ناحیه است.

معاینه تورم غدد بزاقی

غدد بزاقی به دلیل التهاب (شایعترین)، سنگ، انسداد، نئوپلاسم یا علت‌های دیگر، متورم می‌شوند. هنگام لمس تورم رخ داده در غده بزاقی، توجه به موارد زیر در رسیدن به تشخیص کمک کننده است.

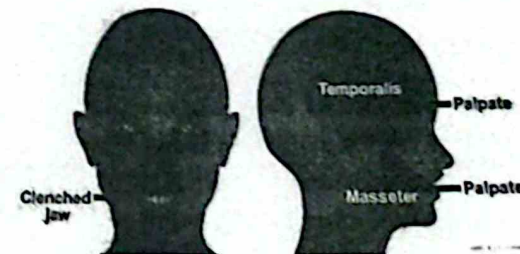
قوام (که از آبکی تا سفت متغیر است)، درد هنگام لمس (tenderness)، تعداد غدد بزاقی متورم، روند تغییر تورم، وجود عامل زمینه ای یا مستعد کننده، و تغییر در میزان یا کیفیت بزاق.

اعصاب جمجمه‌ای

در معاینه دهان، فک و صورت، معاینه برخی از اعصاب جمجمه ای لازم است. این اعصاب، زوج ۵ (سه قلو یا Trigeminal)، زوج ۷ (صورتی یا Facial)، زوج ۹ (دهانی حلقی یا Glosso-pharyngeal) و زوج ۱۰ (واگ) هستند. در ادامه، به توضیح موارد مهم درباره معاینه این اعصاب توسط دندان پزشک می‌پردازیم.

زوج ۵

کارایی حسی و حرکتی عصب سه قلو معاینه می‌شود. قسمت حرکتی این عصب، موجب کارکرد صحیح عضلات جوینده است. بنا بر این، از فرد خواسته می‌شود که دندان‌هایش را روی هم فشار دهد. انقباض قرینه عضلات جوینده، نشان دهنده عملکرد سالم قسمت حرکتی عصب سه قلو است.



قسمت حسی این عصب، حس عمومی صورت را تامین می‌کند. این عصب با سه شاخه اصلی در صورت پخش می‌شود، و می‌توان عملکرد هر شاخه را به صورت جداگانه سنجید. هر کدام از این شاخه‌ها، یک سوم صورت را پوشش می‌دهند.

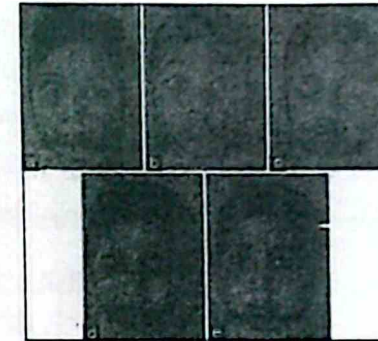
شاخه ophthalmic پوشش یک سوم فوقانی صورت (از محل رویش مو تا بینی) را بر عهده دارد. شاخه پوشش دهنده قسمت میانی صورت (maxillary)، حس بینی تا لب بالا را تامین می‌کند. شاخه mandibular هم حس لب پایین تا چانه را بر عهده دارد.

برای معاینه، هنگامی که بیمار چشم خود را بسته است، با محرک‌های مختلف، پوست صورت را لمس می‌کنیم. در حالتی که عملکرد عصب سالم باشد، بیمار در هر دو طرف صورت، محرک‌ها را به درستی حس می‌کند. همچنین، توان تشخیص تعداد نقطه‌های لمس و تیز یا پهن بودن نقطه لمس نیز از معیارهای سلامت قسمت حسی عصب است.



زوج ۷

عصب صورتی نیز قسمت‌های حسی و حرکتی دارد. این عصب در غده پاروتید به شاخه‌های مختلف تقسیم می‌شود، و سراسر صورت را در بر می‌گیرد. پوشش حرکتی این عصب موجب عملکرد صحیح عضلات حالت دهنده صورت می‌شود.



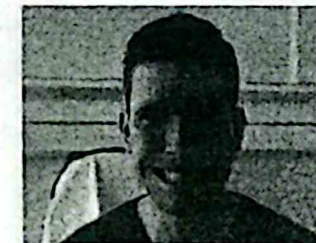
برای معاینه کارایی حرکتی عصب زوج ۷، از بیمار می‌خواهیم که عضلات حالت دهنده صورت را به کار گیرد. برای این منظور، لازم است دندان پزشک مقابل بیمار بایستد، و از وی بخواهد کارهایی مانند لبخند زدن، خندیدن، اخم کردن، باد کردن گونه‌ها، غنچه کردن لب‌ها، چین دادن پیشانی، و... را انجام دهد.



Crease up the forehead



Keep eyes closed against resistance



Reveal the teeth



Puff out the cheeks

قرینه بودن عملکرد عضلات حالت دهنده صورت (facial expression) که هنگام معاینه توسط دندان پزشک مشاهده می‌شود، نشان دهنده سلامت عصب زوج ۷ است. نا قرینه بودن انقباض این عضلات، معمولاً نشان دهنده فلج یک طرفه عصب صورتی (Bell's Palsy) است. قسمت حسی عصب صورتی، چشایی را به عهده دارد. چشایی، حس کردن چهار مزه اصلی، توسط قسمت‌های مختلف زبان است. پایله‌های زبان که دارای جوانه چشایی هستند، توسط عصب صورتی (facial) عصب دهی می‌شوند، تا مزه‌های گوناگون را حس کنند. هر یک از ناحیه‌های مختلف سطح پشتی زبان، می‌تواند مزه خاصی را بهتر حس کند. البته تعیین دقیق مرز بندی این ناحیه‌ها به صورت دقیق ممکن نیست، و اهمیت بالینی چندانی هم ندارد. معمولاً مزه‌های شیرین و شور در قسمت قدامی، مزه ترش در ناحیه طرفی، و مزه تلخ در خلف زبان بهتر حس می‌شوند.



برای معاینه، از فرد می‌خواهیم که چشم خود را ببندد. سپس، مواد مزه دار را روی قسمتی از زبان وی قرار می‌دهیم. در صورتی که فرد بتواند مزه‌ها را در هر دو نیمه زبان، به درستی حس کند، عملکرد قسمت حسی عصب صورتی صحیح است. البته حس بویایی نیز در صحیح احساس نمودن مزه‌ها نقش دارد.

رفلکس قرینه

یکی از راه‌های سنجش همزمان طبیعی بودن دو عصب سه قلو و صورتی، تحریک رفلکس قرینه است. رفلکس قرینه هنگامی رخ می‌دهد که یک جسم خارجی به چشم فرد نزدیک شود یا

سطح قرینه را لمس کند. در این حالت، پلک‌ها جهت محافظت چشم، بی اختیار بسته می‌شوند.

برای تحریک رفلکس قرینه، دندان‌پزشک روی فرد می‌ایستد، و جسمی را با قرینه چشم وی تماس می‌دهد. همچنین، می‌توان جسمی را به سرعت به چشم وی نزدیک نمود. بسته شدن پلک‌های فرد به دنبال این عمل، رفلکس قرینه را کامل می‌کند.

مسیر آوران این رفلکس که پیام را به مغز منتقل می‌کند، مربوط به عصب سه قلو، و مسیر وایران آن، که پیام را از مغز به پلک‌ها منتقل می‌کند، و موجب بسته شدن آن‌ها می‌شود، مربوط به عصب صورتی است. بنا بر این، کامل بودن این رفلکس، سلامتی این دو عصب را نشان می‌دهد.

زوج ۹ و زوج ۱۰

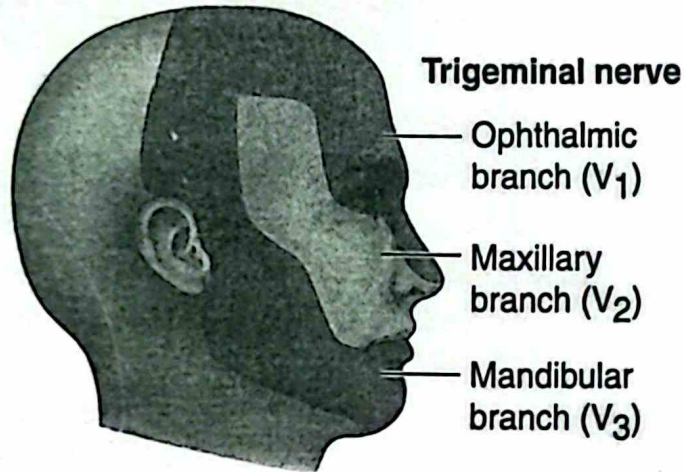
این اعصاب نیز هر کدام قسمت‌های حسی و حرکتی دارند. قسمت حسی زوج ۹، حس عمومی یک سوم خلفی زبان و مخاط کام نرم را تامین می‌کند. قسمت حسی عصب واگ نیز، حس مخاط نواحی خلفی تر (در حلق) را تامین می‌کند.

عضلات کام نرم توسط قسمت حرکتی زوج ۹ عصب دهی می‌شوند. لرزش قرینه کام نرم هنگام گفتن آه و تعیین خط آه در کام فرد، نشان دهنده عملکرد صحیح قسمت حرکتی زوج ۹ است. برخی از عضلاتی که در بلع نقش دارند نیز، توسط قسمت حرکتی زوج ۱۰ عصب دهی می‌شوند.

هنگامی که یک سوم خلفی زبان، کام نرم، یا نواحی خلفی تر (در حلق) توسط جسم خارجی لمس شوند، فرد دچار حالت تهوع شدید و احساس استفراغ می‌شود. به این حالت، رفلکس gag گفته می‌شود، و از آن در معاینه زوج‌های ۹ و ۱۰ استفاده می‌گردد.

هنگامی که لمس جسم خارجی در این نواحی به درستی به مغز منتقل گردد، قسمت‌های حسی زوج‌های ۹ و ۱۰ کارکرد صحیحی دارند. همچنین، رسیدن پیام انقباض عضلات کام نرم و حلق برای ایجاد حالت استفراغ به دنبال تحریک، نشان دهنده کارکرد صحیح قسمت حرکتی این اعصاب است.

برای معاینه، دندان‌پزشک روی فرد قرار می‌گیرد، و جسم خارجی را با مخاط نواحی تحریک کننده رفلکس gag، در هر یک از دو سمت دهان، تماس می‌دهد. انقباض قرینه عضلات کام نرم و حلق به دنبال هر تماس، عملکرد طبیعی زوج‌های ۹ و ۱۰ را نشان می‌دهد.



**Sensory distribution
of trigeminal nerve**

معاینه گیجگاهی - فکی (Temporo-Mandibular)

معاینه مجموعه گیجگاهی فکی شامل دو قسمت اصلی است؛ بررسی وضعیت سلامتی مفصل گیجگاهی فکی (Temporo-Mandibular Joint or TMJ)، و بررسی عضلات جونده پیرامون این مفصل.

مفصل (TMJ)

در این مفصل، دو سطح استخوانی سرکندیل مندیبل و حفره گلوئید استخوان تمپورال، توسط فضای مفصلی که در مرکز آن دیسک مفصلی واقع شده است، با هم مرتبط شده اند. همه حرکت‌های مفصلی در حالت طبیعی، به صورت قرینه انجام می‌شود.

هنگام باز و بسته شدن دهان، دو حرکت اصلی در سرکندیل رخ می دهد. ابتدا کندیل سر جای خودش می چرخد (حرکت rotational). به دنبال این حرکت، دهان حدود پانزده میلی متر باز می شود. سپس، برای رسیدن به حداکثر طبیعی باز شدن دهان که حدود چهل میلی متر است، کندیل، همراه با دیسک مفصلی، به جلو حرکت انتقالی می کند (حرکت translational). جلو آمدن فک پایین تا برجسته ترین قسمت زائده مفصلی استخوان تمپورال (articular eminence) ادامه می یابد.

روش معاینه

در معاینه TMJ از تکنیک لمس استفاده می شود. البته صداهای مفصلی با گوشی پزشکی (Stethoscope) قابل شنیدن هستند، ولی معمولاً اطلاعاتی که با لمس مفصل در اختیار دندان پزشک قرار می گیرد، جهت تشخیص مناسب کافی است.

جهت لمس مفصل سه تکنیک اصلی وجود دارد. در تکنیک اول، انگشت معاینه گرد درون کانال گوش خارجی قرار می گیرد. هر چند این روش برای بررسی بافت های خلفی مفصل مناسب است، ولی به دلیل ایجاد ناراحتی در بیمار، کم تر مورد استفاده قرار می گیرد.

در روش دوم، معاینه گر پشت سر بیمار قرار می گیرد، و انگشتانش را روی صورت بیمار قرار می دهد. در این روش، لمس مفصل معمولاً بدون ناراحتی بیمار انجام می شود، ولی معاینه کننده مجبور است به شکل غیر مستقیم حرکت فک و انحراف احتمالی آن را مشاهده نماید.

در روش سوم که پر کاربرد تر است، در حالی که فرد روی صندلی دندان پزشکی با زاویه تقریبی صد و بیست درجه نشسته است، دندان پزشک روی روی او قرار می گیرد. دو دست دندان پزشک به صورت قرینه روی صورت بیمار قرار می گیرد، به نحوی که انگشتان دست روی کندیل مفصل قرار می گیرند.

کندیل مفصلی تقریباً شانزده میلی متر جلوتر از تراگوس گوش از زیر پوست صورت قابل لمس است. البته با باز و بسته کردن دهان توسط فرد، معمولاً موقعیت دقیق کندیل به راحتی زیر دست دندان پزشک لمس می شود.

پس دندان پزشک چند مرتبه از فرد تقاضای باز و بسته شدن دهان را می کند. در طی باز و بسته شدن دهان، به موارد زیر توجه می گردد:

الف) صداهای TMJ

هر چند این صداها با گوشی پزشکی قابل شنیدن هستند، ولی معمولاً با لمس به درستی تشخیص داده می شوند. صداهای مفصلی به شکل های مختلف تقسیم بندی شده اند، ولی دو صدای اصلی در همه تقسیم بندی ها مشترک هستند.

صدای کلیک (click): این صدا به صورت حرکت پله ای توسط انگشتان دندان پزشک لمس می شود. هنگامی که دیسک مفصلی از موقعیت طبیعی خود به سمت جلو جابجا شده باشد (به این حالت، Anterior Disc Displacement or ADD گفته می شود)، در حرکت چرخشی کندیل اختلالی روی نمی دهد. ولی هنگام حرکت انتقالی، کندیل در تلاش برای حرکت به جلو، با مانع دیسک مفصلی نابجا روبرو می شود.

در صورتی که کندیل در نهایت بتواند، با نیروی بیشتر عضلات، از دیسک مفصلی عبور نماید، این عبور به صورت حرکت پله ای آزاد شدن کندیل، توسط انگشتان دندان پزشک لمس می شود. این حرکت پله ای با صدای تق (click) همراه است.

صدای کریپیتوس (crepitus): هر بار که دهان با کلیک باز و بسته می شود، در واقع کندیل با فشار به دیسک مفصلی ساییده می شود و از روی آن عبور می نماید. تکرار این حالت، موجب ساییدگی شدید اجزای مفصل گیجگاهی فکی است. این ساییدگی شدید، موجب التهاب مفصلی می شود. التهاب همراه با از بین رفتن بافت طبیعی دیسک مفصلی، ایجاد فیبروز، و گاه تشکیل بافت استخوانی غیر طبیعی در محل مفصل است.

مجموعه این بافت ها، هنگام باز و بسته شدن دهان، با هم تماس غیر عادی پیدا می کنند. صدای خش خش (crepitus) از این تماس غیر طبیعی بر می خیزد، و توسط انگشتان دندان پزشک به صورت تق های ریز پشت سر هم قابل لمس است.

در واقع، صدای crepitus به دنبال پیشرفت بیماری TMJ، و بعد از چند ماه وجود صدای کلیک، در مفصل بیمار به وجود می آید. ادامه روند التهابی در مفصل در موارد شدید، می تواند با تشکیل استخوان نابجا در فضای مفصلی، حتی موجب ankylosis مفصلی شود.

موقعیت دیسک

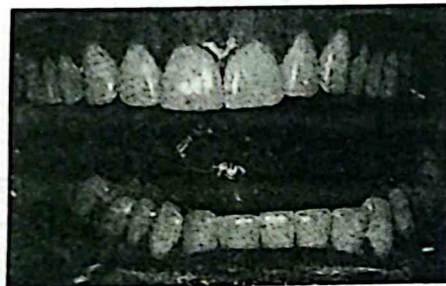
ب) اختلال حرکت

چنان که گفته شد، قرار گرفتن دیسک مفصلی جلوتر از موقعیت طبیعی، می تواند مانع حرکت کندیل به جلو شود. در صورتی که فشار عضلات نتواند کندیل را از مانع دیسک مفصلی نابجا عبور دهد، حرکت انتقالی رخ نمی دهد. در این حالت، دهان به میزان طبیعی باز نمی شود (closed lock).

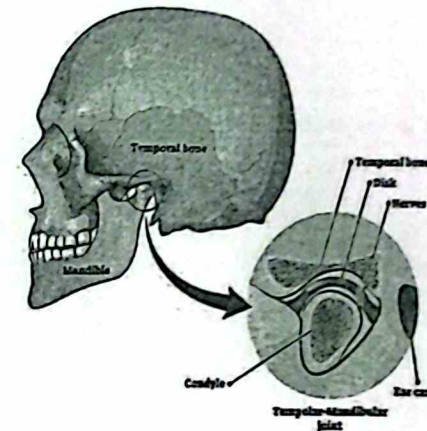
حرکت قرینه دو کندیل در دو طرف صورت را در نظر بگیرید. در حالت طبیعی، هر دو کندیل به صورت همزمان حرکت طبیعی خود را انجام می دهند، و دهان به صورت خط مستقیم و بدون انحراف باز می شود. حداکثر باز شدن دهان در حالت طبیعی، حدود چهار تا پنج و نیم سانتی متر است، که می توان با خط کش یا کولیس آن را اندازه گرفت (فاصله بین دندان های قدامی بالا و پایین).

از آنجا که میزان باز شدن دهان به جبهه فرد بستگی دارد، گفته می شود که اگر فرد به انگشت دست خود را به هم بچسباند، و در حالت حداکثر باز شدگی دهان، بتواند این انگشتان را به صورت عمودی وارد دهان خود کند، محدودیتی در باز شدن دهان وجود ندارد.

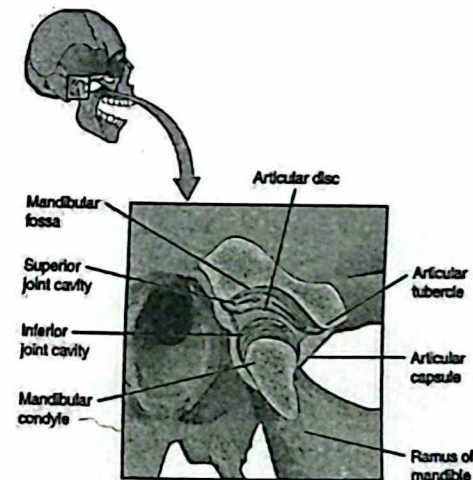
در صورتی که کندیل در یک طرف صورت، نتواند حرکت انتقالی را انجام دهد، در حالی که کندیل طرف مقابل به صورت طبیعی به جلو حرکت کند، فک پایین به هنگام باز شدن دهان، به ناچار به همان سمتی که مفصل، بیمار است، منحرف می شود (deflection).



TMJ DISORDER



ساختمان مفصل



می‌توانند فک پایین خود را از جا در بیاورند و دوباره در محل خود قرار دهند! به این حالت dislocation مفصلی گفته می‌شود.

گاهی در افراد با آناتومی طبیعی، کندیل به هنگام حرکت انتقالی، کمی از حفره گلتوئید خارج می‌گردد. در این حالت، خارج شدن کندیل از حفره، در بعد قدامی-خلفی اتفاق نمی‌افتد، بلکه به سمت خارج است. سرکندیل از برجستگی زائیده مفصلی استخوان تمپورال جلونمی‌زند؛ بنا براین، کندیل کاملاً از فوسا خارج نمی‌شود، و در رفتگی مفصلی کامل نیست. به این حالت، در رفتگی ناقص مفصل (sub-luxation) گفته می‌شود.

شایان ذکر است که اختلال حرکتی در مجموعه مفصل گیجگاهی-فکی، معمولاً حین حرکت انتقالی، و هنگام باز کردن دهان به اندازه حداکثر، اتفاق می‌افتد. از این رو، بسیاری از افرادی که دچار اختلال‌های ذکر شده هستند، بدون نیاز به درمان اختلال TMJ به زندگی روزمره می‌پردازند، و تنها در صورت تشدید علائم، نیازمند درمان می‌شوند.

محدودیت در حرکت مفصل، علاوه بر دو بعد فوقانی-تحتانی و قدامی-خلفی، ممکن است در بعد طرفی هم رخ دهد. البته حرکت طرفی مفصل سالم به سمت راست و چپ، دامنه حرکتی زیادی ندارد، و به ندرت دچار اختلال می‌شود.

ج) درد در لمس (tenderness)

وجود التهاب مفصلی، موجب می‌شود که به هنگام لمس کندیل و بافت‌های اطراف توسط دندان‌پزشک، بیمار احساس درد داشته باشد.

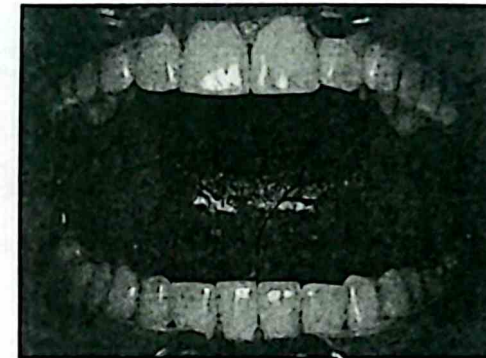
عضلات جوئنده

چنان که ذکر گردید، عضلات جوئنده اصلی، رابطه نزدیکی با مفصل گیجگاهی فکی دارند، و از این رو جهت رسیدن به تشخیص، معاینه آنها در مجاورت معاینه مفصل، ضروری است.

روش معاینه

عضلات جوئنده در حالت انقباض (استراحت) و انقباض (عملکرد) لمس می‌شوند. وجود درد به هنگام لمس (tenderness)، نشان دهنده وجود التهاب در عضله است. در بهترین

در صورتی که در نهایت، فشار عضلات بتواند کندیل سمت بیمار را، به دنبال صدای کلیک، از مانع دیسک مفصلی نابجا عبور دهد، شاهد حرکتی به شکل S توسط فک پایین خواهیم بود. به این صورت که ابتدا دهان به ناچار به سمت مفصل بیمار منحرف می‌شود. به دنبال آزاد شدن کندیل آن سمت، فک پایین مجدداً به خط وسط باز می‌گردد، که به شکل حرکت به سمت مفصل سالم، به دنبال انحراف قبلی، مشاهده می‌گردد. این اختلال حرکت فک پایین هنگام باز شدن دهان را deviation می‌گویند.

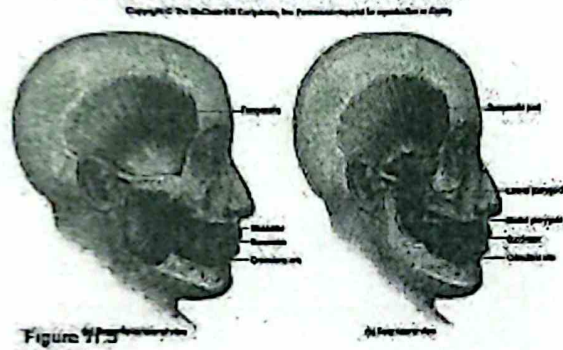


در صورتی که به دلیل فشار زیاد عضلات، که معمولاً به دنبال خمیازه شدید یا باز بودن دهان به مدت زیاد اتفاق می‌افتد، کندیل که در حالت طبیعی حد اکثر تا برجسته ترین قسمت زائیده مفصلی استخوان تمپورال جلو می‌رود، از این زائیده نیز عبور کند و بالا و قدام آن گیر بیفتد، حالت open lock یا luxation (در رفتگی) کامل مفصل رخ می‌دهد.

در این حالت، برای بسته شدن دهان، کندیل برای عقب رفتن و بازگشت به Glenoid fossa، با مانع زائیده مفصلی استخوان تمپورال روبرو است، و بدون مداخله درمانی، نمی‌تواند به جای خود در دهان بسته، باز گردد. در نتیجه، دهان باز می‌ماند و در این حال قفل می‌شود.

در افرادی که مجموعه مفصل دارای نقص آناتومیکی است، به ویژه در مواردی که برجستگی زائیده مفصلی استخوان تمپورال کم است، کندیل گاه از حفره گلتوئید استخوان تمپورال خارج می‌شود، ولی بدون مداخله درمانی می‌تواند به جای خود باز گردد. در واقع این افراد

Muscles of Mastication



ج) عضله Medial Pterygoid

این عضله از استخوان های کامی و اسفنیوید منشا می گیرد، و به سطح داخلی زاویه استخوان مندیبل متصل می شود. در واقع، این عضله، قرینه عضله Masseter، در داخل دهان است، و این دو عضله به مانند گهواره ای، راموس فک پایین را در بر گرفته اند. عملکرد این عضله در بستن دهان است. انقباض این عضله موجب کشیده شدن فک پایین به سمت بالا می شود. همچنین، این عضله می تواند فک پایین را به طرفین حرکت دهد. به دلیل تحریک رفلکس gag، لمس این عضله با دشواری انجام می شود. برای این کار، دندان پزشک باید با انگشتان دست، قدام راموس را در دهان لمس کند. سپس، اقدام به لمس ناحیه خلفی تر (تقریباً محل ورود سوزن تزریق بی حسی block عصب آلوپولر تحتانی) نماید. از آنجا که لمس این ناحیه، خود به خود برای فرد آزارنده است، پاسخ بیمار به لمس، چندان قابل اعتماد نیست.

د) عضله Lateral Pterygoid

این عضله از دو قسمت فوقانی و تحتانی تشکیل شده است، و تنها عضله جوینده اصلی است که به شکل مستقیم در باز شدن دهان نقش دارد.

حالت، منشا (origin)، محل اتصال (insertion)، و تنه عضله لمس می شود. هر چند، لمس کامل، در هر دو حالت استراحت و عملکرد، برای همه عضلات جوینده اصلی، امکان پذیر نیست. این عضلات، چهار جفت، به شرح زیر هستند.

الف) عضله Temporalis

این عضله از استخوان تمپورال منشا می گیرد، و به زائده کرونیوید استخوان مندیبل متصل می شود. عملکرد این عضله، در بستن دهان است. به دنبال انقباض، قسمت قدامی آن فک پایین را به سمت بالا هدایت می کند. قسمت خلفی این عضله نیز فک پایین را به سمت عقب می کشد.

این عضله در ناحیه گیجگاه به آسانی قابل لمس است. همچنین، با بستن دهان توسط فرد، می توان عضله را هنگام عملکرد نیز لمس نمود.

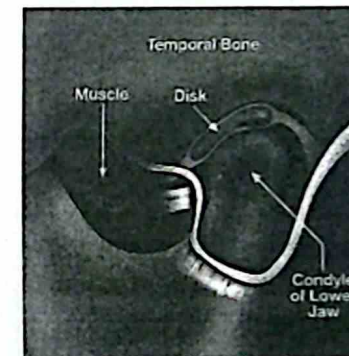
ب) عضله Masseter

این عضله از قوس گونه منشا می گیرد، و به سطح خارجی زاویه مندیبل متصل می گردد. عملکرد این عضله، در بستن دهان است. به دنبال انقباض این عضله، استخوان فک پایین به سمت بالا کشیده می شود. این عضله در ناحیه راموس فک پایین به سادگی قابل لمس است. با بستن دهان نیز می توان در حالت عملکرد آن را لمس نمود.

قسمت فوقانی از استخوان اسفنویید منشا می‌گیرد، و به قدام دیسک مفصلی متصل می‌شود. عملکرد این قسمت به هنگام انقباض، کشیدن دیسک مفصلی به جلو است.

قسمت تحتانی، از استخوان اسفنویید منشا می‌گیرد، و به گردن کندیل فک پایین، در محل Pterygoid fovea، متصل می‌شود. عملکرد این قسمت به هنگام انقباض، کشیدن فک پایین به سمت جلو و پایین است.

انقباض همزمان دو قسمت این عضله، به صورت هماهنگ، دیسک و کندیل را به سمت جلو می‌راند. بنا بر این، این عضله منقبض می‌شود تا کندیل به درستی و همراه با دیسک مفصلی، حرکت انتقالی خود را انجام دهد، و دهان به حداکثر باز شدن خود برسد.



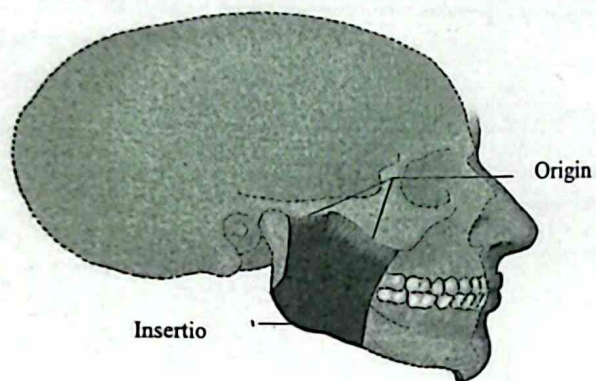
انقباض ییمارگونه قسمت فوقانی این عضله، بدون هماهنگی با قسمت تحتانی، و در حالت دهان بسته، موجب کشیده شدن دیسک مفصلی به جلو (Anterior Disc Displacement or ADD) می‌شود. در این حالت، کندیل به جلو حرکت نکرده و دهان بسته است، و دیسک نابجا، مانعی برای حرکت انتقالی کندیل و باز شدن حداکثری دهان خواهد بود. در صورتی که فشار انقباضی قسمت تحتانی عضله بتواند کندیل را از مانع دیسک عبور دهد، صدای click ایجاد می‌شود و کندیل به جای صحیح خود، زیر دیسک مفصلی منتقل می‌شود (به اصطلاح، مفصل جا می‌افتد). به دنبال جا افتادن، دهان به میزان حداکثری باز می‌شود (ADD with reduction).

در صورتی که دیسک مفصلی نابجا، به گونه ای مانع کندیل باشد، که فشار قسمت تحتانی این عضله، نتواند کندیل را از آن عبور دهد، مفصل جا نمی‌افتد (ADD without reduction). در این حالت، دهان به اندازه حرکت چرخشی کندیل باز می‌شود، و به دنبال آن، حرکت انتقالی در یک سمت (deflection) یا در دو سمت (closed lock) انجام نمی‌شود. در حالتی که دهان به میزان حداکثری باز نمی‌شود، دندان پزشکی با قرار دادن انگشت روی دندان‌های قدامی مندیبل، سعی می‌کند با فشار به سمت پایین، دهان را بیشتر باز کند (assisted mouth opening). در صورتی که با فشار دندان پزشکی، دهان بیشتر باز شود، مانع حرکت فک پایین، به هنگام باز شدن، بافت نرم در نظر گرفته می‌شود (انقباض غیر طبیعی عضلاتی که در بستن دهان نقش دارند).

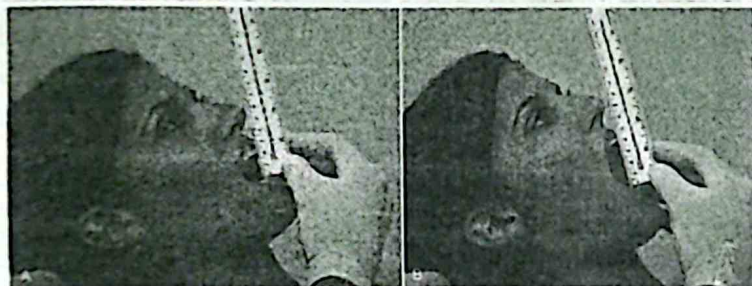
در حالتی که با فشار دندان پزشکی، دهان بیشتر باز نشود، مانع حرکت فک پایین، برای رسیدن به حداکثر باز شدن دهان، بافت سخت (استخوان، یا غضروف مفصلی نابجا) در نظر گرفته می‌شود.

لمس عضله lateral pterygoid آسان نیست. به دلیل موقعیت آناتومی عضله و تحریک رفلکس gag، این عضله به دشواری لمس می‌گردد. برای این کار، انگشت کوچک دست دندان پزشکی، تیروزیت ماگزیرا را لمس می‌کند. سپس، انگشت به فرو رفتگی خلف تیروزیت منتقل می‌شود، و در آن ناحیه لمس را انجام می‌دهد. از آنجا که لمس این ناحیه، خود به خود برای فرد آزارنده است، پاسخ بیمار به لمس چندان قابل اعتماد نیست.

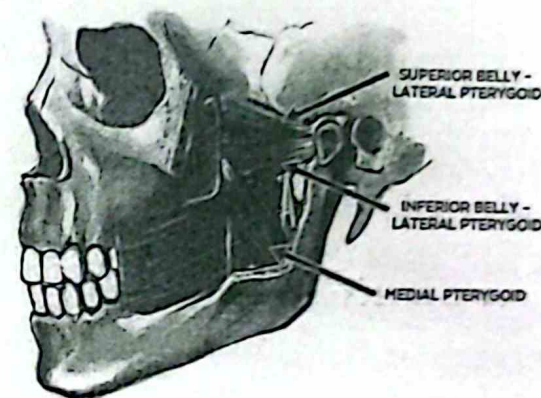
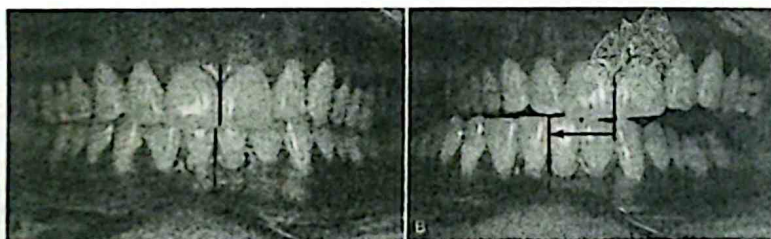
موقعیت عضله تمپورال



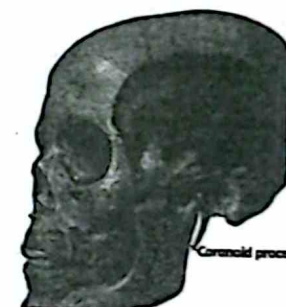
موقعیت عضله ماستر



- حداکثر میزان باز شدن دهان



موقعیت عضلات



چکیده

سینوس های پاراناژال به روش لمس معاینه می شوند. توده های گردنی انواع مختلفی دارند، که گره های لنفاوی از مهم ترین آن ها است. این توده ها در ناحیه طرفی یا میانی گردن لمس می شوند. غده بزاقی از نظر تورم احتمالی، و همچنین عملکرد ترشح بزاق مورد بررسی قرار می گیرند. برخی از اعصاب کرانیال در حیطه دندان پزشکی اهمیت بیشتری دارند. عملکرد حسی و حرکتی این اعصاب توسط دندان پزشک بررسی می شود. معاینه مجموعه گیجگاهی-فکی شامل مفصل و عضلات جونده است. مفصل گیجگاهی-فکی از نظر صدا، حرکت و درد بررسی می شود.

پرسش ها

- ۱- خط نخست تخلیه لنفاوی دهان، به کدام گره های لنفاوی است؟
پاسخ: گره های لنفاوی تحت فکی و زیر چانه ای
- ۲- مهم ترین صدا های مفصلی TMJ چه هستند؟
پاسخ: کلیک و کریپتوس
- ۳- غده بزاقی ساب مندیبولر به چه روشی می شود؟
پاسخ: روش دو دستی یا دو انگشتی

فصل چهارم

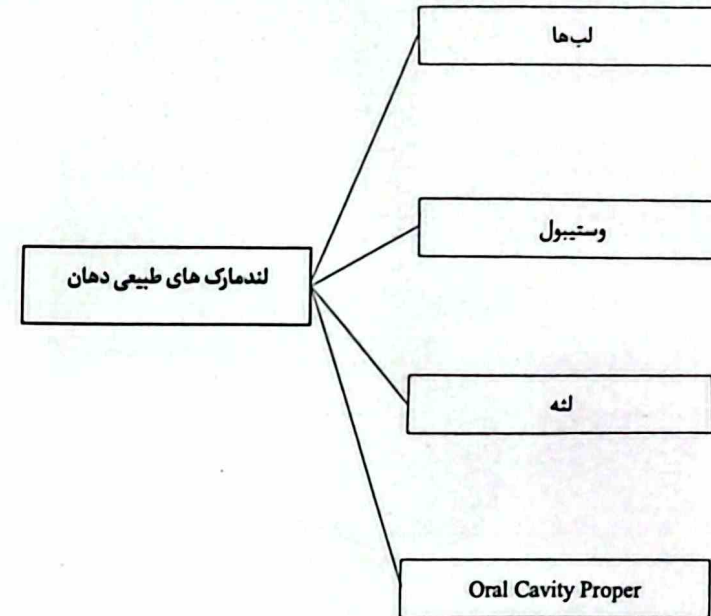
لندمارک های طبیعی دهان

اهداف

- ۱- فراگیر بتواند لندمارک های طبیعی ناحیه لب ها را نام ببرد.
- ۲- فراگیر بتواند لندمارک های طبیعی ناحیه وستیبول را بازگو نماید.
- ۳- فراگیر بتواند لندمارک های طبیعی ناحیه لثه را فهرست کند.
- ۴- فراگیر بتواند لندمارک های طبیعی ناحیه Oral Cavity Proper را نام ببرد.

مقدمه

شناخت لندمارک های طبیعی دهان از این نظر حایز اهمیت است که دندان پزشکی بایستی قادر باشد آنها را از بیماری مخاط دهان افتراق دهد.

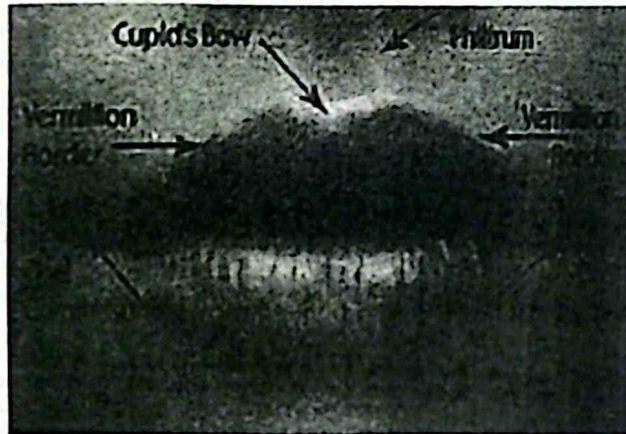


لب ها

حفره دهان با لب ها شروع می شود. لب بافت پرخونی است که توسط خط Vermilion border از پوست صورت جدا می گردد. این خط در حالت طبیعی بسیار مشخص است. سطح بیرونی لب (Vermilion zone) توسط مخاط کراتینیزه پوشیده شده، در حالی که سطح درونی آن را مخاط غیر کراتینیزه می پوشاند. رنگ لب بسته به رنگ پوست بیمار از صورتی روشن تا تیره متفاوت است.

محل اتصال لب بالا و پایین در گوشه دهان را Labial Commissure می نامند. شیاری که از آلائی بینی به این محل اتصال کشیده می شود، nasolabial sulcus نامیده می شود. شیار بین

گوشه لب و چانه که به صورت دوطرفه است، mento-labial fold نام دارد. در خط میانی، بین لب بالا و بینی، philtrum قرار گرفته است. همچنین، بین لب پایین و چانه در خط میانی، یک فرورفتگی دیده می شود، که mento-labial depression است.



حفره دهان

این حفره به دو قسمت تقسیم می شود.

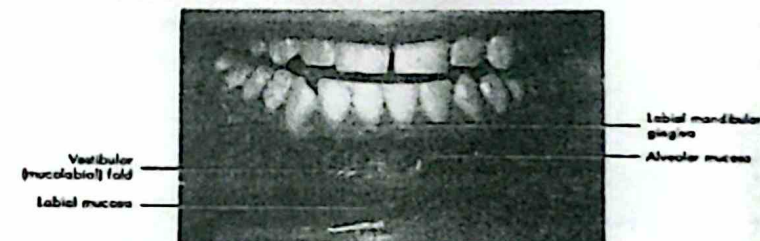
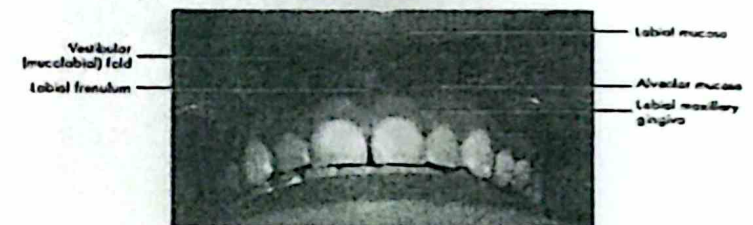
- ۱- وستیبول: فضای بین دندان ها و سطح داخلی مخاط لب و گونه هاست.
- ۲- Oral Cavity Proper: فضایی که از ناحیه داخلی دندان ها تا حلق و حنجره قرار گرفته است.

وستیبول

Vestibular fold: عمیق ترین ناحیه فضای وستیبول است که در فک بالا، بالاترین و در فک پایین، پایین ترین ناحیه می باشد. با مخاط غیرکراتینیزه پوشیده می شود و دارای مویرگ های خونی فراوان و غدد بزاقی فرعی است.

فرنوم: زائده ای است که دو بافت دیگر را به هم متصل می‌کند. فرنوم لبیال دقیقا در خط میانی فک بالا است، که لب بالا را به لثه لبیال فک بالا متصل می‌سازد. فرنوم باکال در ناحیه مولرهای دو فک، گونه را به لثه متصل می‌کند. گاهی یک آویخته بافتی روی فرنوم دیده می‌شود که به آن frenal tag می‌گویند.

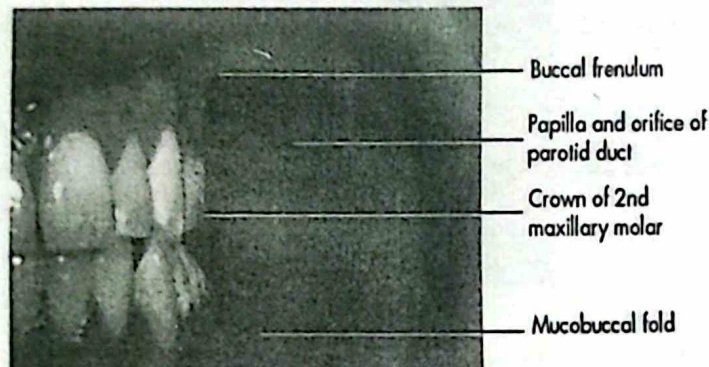
مخاط آکونولر: مخاط غیرکراتینیزه بین لب/گونه و لثه چسبیده است. به دلیل فراوانی عروق خونی، رنگ قرمزتری نسبت به لثه چسبیده دارد و از آن شل تر است.



Copyright © 2003, Elsevier Science (USA). All rights reserved.

مخاط گونه

گونه با مخاط غیرکراتینیزه پوشیده می‌شود. این مخاط از مخاط لبیال شروع می‌شود و تا رانه تریگو-مندیولار در خلف کشیده می‌شود. لندمارک‌های زیر در گونه دیده می‌شود:



Copyright © 2003, Elsevier Science (USA). All rights reserved.

پاروتید پاپیلا: دهانه خروجی مجرای غده بزاقی پاروتید (استنسون) است. برجستگی صورتی رنگ و هم‌رنگ مخاط است که در مجاورت دندان‌های مولر ماگزیلا قرار دارد. این لندمارک مانند سایر لندمارک‌ها، به صورت دوطرفه و قرینه دیده می‌شود. گرانول‌های فوردایس: دانه‌هایی از جنس چربی و به رنگ زرد هستند که در برخی افراد دیده می‌شود.



لکوادام: تجمع مایع بین سلول‌ها است که به صورت پرده سفید رنگی در برخی افراد مشهود است. با کشیده شدن مخاط، به دلیل جابجا شدن این مایع، مخاط به رنگ صورتی دیده می‌شود.

خط سفید (linea alba): ناحیه کراتینیزه که در مخاط گونه، دقیقاً به محاذات خط اکلوزن به وجود می‌آید. به رنگ سفید دیده می‌شود و به دلیل ترومای ناشی از غذا خوردن است. از خط باریک تا پهن تر متغیر است.

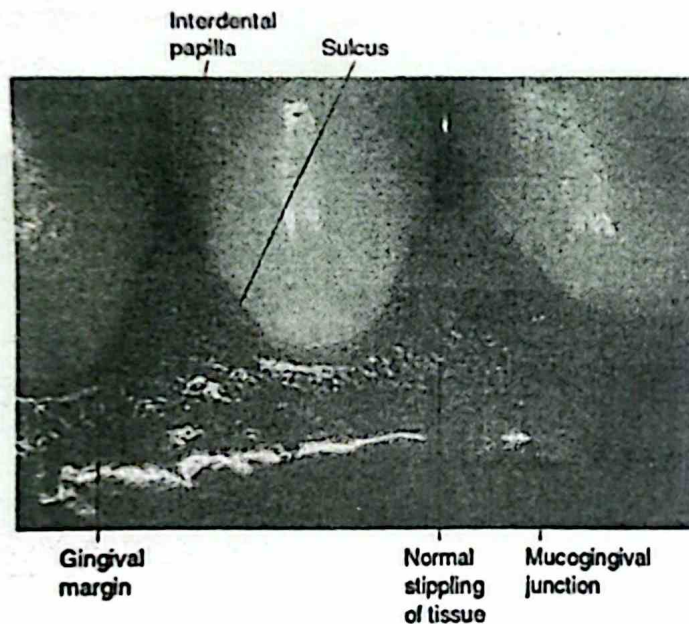
برجستگی caliculus angularis: در برخی افراد یک برجستگی در قدام مخاط گونه دقیقاً در ناحیه اتصال دو لب دیده می‌شود. این برجستگی به دلیل اتصال نیام عضلات به وجود می‌آید، و caliculus angularis خوانده می‌شود.

لثه

مخاط جوینده ای است با قوام firm که قسمت آلوئولر استخوان دو فک را می‌پوشاند، و تا گردن دندان‌ها به پیش می‌رود. درست در ناحیه گردن دندان‌ها، لثه به اندازه یک میلی متر به جایی چسبندگی ندارد (free gingiva) و به صورت آزادانه، مینای ناحیه طوق دندان را پوشش می‌دهد. به فاصله بین لثه آزاد و مینای دندان در این ناحیه، gingival sulcus^۱ اطلاق می‌شود. در مرز بین لثه آزاد و لثه چسبیده، در برخی افراد، gingival groove دیده می‌شود.

لثه چسبیده خود شامل پایلای بین دندان‌های و لثه آلوئولر است. این لثه در حالت سالم، به دنبال خشک شدن، نمای پوست پرتقالی (stippling) را به نمایش می‌گذارد، که ناشی از نفوذ و چسبندگی محکم بافت اپی تلیوم به بافت همبند زیرین است. رنگ لثه سالم صورتی مرجانی است. در افراد رنگین پوست، رنگ لثه نیز می‌تواند متأثر از رنگ پوست به صورت فیزیولوژیک تغییر کند.

^۱ دیار لثه ای



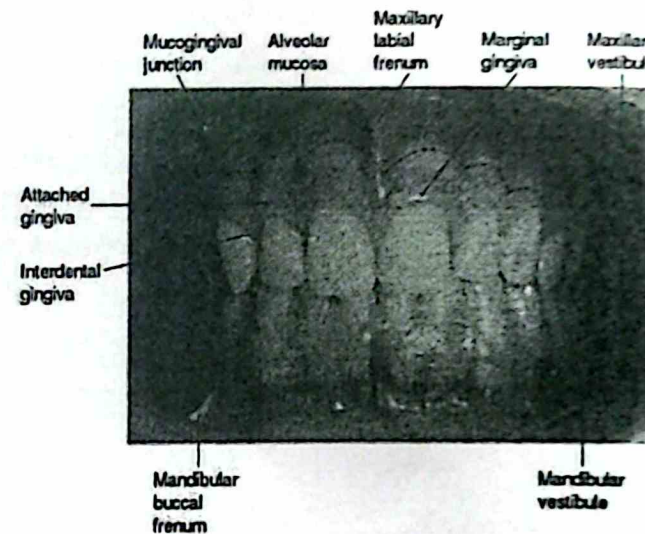
پایلای بین دندان‌های سالم در نواحی قدامی به صورت نوک تیز به فضای بین دو دندان وارد می‌شود. در نواحی خلفی دهان، ممکن است پایلای لثه ای کمی پهن تر باشد. مرز بین لثه چسبیده صورتی رنگ، و مخاط آلوئولر که بسیار قرمز تر است، خط muco-gingival junction را نشان می‌دهد.



در خلف این پاپیلا، برجستگی‌های روگا (rugae) قرار دارد، که به صورت چین‌های بافتی در نیمه قدامی کام، از خط وسط تا نزدیکی دندان‌ها ادامه دارند. این چین‌ها به شدت محکم و کراتینیزه‌اند، و به سختی به بافت زیرین چسبیده‌اند. روگا در جویدن غذا نقش دارد. خط فیروزه سفید و زرد در وسط کام را به نام mid-palatine raphe می‌خوانند. در دوطرف این رافه و نزدیکی لثه پالاتال مولرهای ماگزینا، حفره greater palatine یا همان fovea palatini دیده می‌شود. گاهی برجستگی استخوانی فیزیولوژیک در خط وسط کام دیده می‌شود، که palatine torus است. به برجستگی‌های فیزیولوژیک استخوان در سمت پالاتال یا لینگوال، اصطلاح torus اطلاق می‌شود. در حالی که برجستگی‌های استخوانی فیزیولوژیک سطح باکال یا لیپال استخوان آکیولر، exostosis نام دارند. کام سخت در خلف تا ah-line امتداد دارد. این خط در واقع مرز بین دو قسمت ثابت (کام سخت) و متحرک (نرم) کام می‌باشد.

کام نرم

از خط آه تا حلق کشیده می‌شود. پرده ای عضلانی و متحرک است که قسمت خلفی دهان را از بینی جدا می‌کند. حاوی بافت چربی و غدد بزاقی فراوان است. رافه میانی در کام نرم ضخیم ترمی‌شود، و به زبان کوچک ختم می‌گردد. زبان کوچک گاه دوشاخه (bifid uvula) است.



Copyright © 2003, Elsevier Science (USA). All rights reserved.

Oral Cavity Proper

در این قسمت از دهان، کام سخت، کام نرم، زبان و کف دهان دیده می‌شوند.

کام سخت

مخاط کام سخت، به ویژه در قسمت قدامی، به شدت کراتینیزه است. در ناحیه خلفی کام سخت، غدد بزاقی فرعی قرار دارند، که در برخی افراد دهانه مجرای این غدد دیده می‌شود. در پشت دندان‌های سانترال ماگزینا، برجستگی به نام incisive papilla مشهود است. این برجستگی، پوشش ناحیه ای به نام nasopalatine foramen را برعهده دارد، و در حالت سالم، بزرگ‌تر از شش میلی متر نیست.



Copyright © 2003, Elsevier Science (USA). All rights reserved.

کام نرم در دو طرف به سمت خلف پیش می‌رود و به چین‌های کامی-زبانی ختم می‌شود. بین دو چین کامی-زبانی در قدام و چین کامی-حلقی در خلف، لوزه‌های کامی قرار گرفته‌اند که جزئی از حلق هستند.

زبان

به دوسوم قدامی زبان، تنه (body) و به یک سوم خلفی آن ریشه (root/base) می‌گویند. سطحی از زبان که بالا قرار می‌گیرد و از پایی‌ها پوشیده شده، سطح پشتی، dorsal یا dorsum زبان است. سطحی که در مجاورت کف دهان قرار می‌گیرد، سطح ventral یا شکمی زبان می‌باشد.

فروزم زبانی اتصال دهنده زبان و کف دهان است. در معاینه، قدام زبان با استفاده از گاز استریل گرفته می‌شود، و زبان به صورت کنترل شده توسط معاینه گراز دهان خارج می‌گردد، تا سطوح طرفی آن به صورت کامل و دقیق مشاهده شود.

سطح پشتی زبان

پایلی زبان در سطح پشتی و طرفی آن قرار دارد و به چهار شکل دیده می‌شود که به توضیح مختصر هر کدام از آن‌ها می‌پردازیم.

الف) نخعی (filiform): فراوان‌ترین پایلی زبان است که کل سطح پشتی تنه زبان را پوشش می‌دهد و باعث ایجاد زبری می‌شود. از کراتین ساخته شده و سفید رنگ است، هرچند

می‌تواند رنگ مواد خارجی را به خود جذب نماید. فاقد جوانه چشایی است. افزایش طول این پایی‌ها می‌تواند موجب ایجاد زبان باریک (coated tongue) یا مودار (hairy tongue) شود.

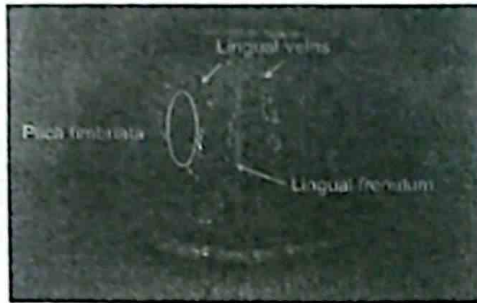
ب) قارچی (fungiform): دایره‌های قرمز رنگی هستند که بین پایی‌های نخعی، به ویژه در دوطرف قدام زبان، پراکنده‌اند. کراتینیزه نیستند و از این رو به رنگ قرمز دیده می‌شوند، هرچند در تیره پرستان ممکن است پیگمان فیزیولوژیک داشته باشند. این پایی دارای جوانه چشایی است و در درک مزه‌ها نقش دارد.

ج) دره ای (circumvallate): پایی‌های نسبتاً بزرگ و برجسته ای هستند که در خلف تنه و در نزدیکی مرز تنه و ریشه (شیار انتهایی زبان) قرار گرفته‌اند. معمولاً بین هشت تا دوازده عدد هستند. در چشایی نقش دارند.

د) برگری (foliate): به صورت خطوط موازی در سطح طرفی زبان مشهود هستند و نمای نردبانی ایجاد می‌کنند.

شیار میانی زبان، آن را به دو نیم تقسیم می‌کند. شکاری که بین تنه و ریشه زبان واقع شده است، شیار انتهایی (sulcus terminalis) نامیده می‌شود. در راس این شیار V شکل foramen cecum قرار دارد، و گاه بقایایی از غده تیروئید که به جای اصلی خود منتقل نشده است، در این ناحیه دیده می‌شود. این lingual thyroid در برخی مواقع تنها بافت فعال تیروئیدی در بدن است.

ریشه زبان غنی از بافت‌های لنفاوی است (لوزه زبانی). این بافت قسمتی از حلقه لنفاوی به نام Waldeyer می‌باشد که در ورودی دستگاه گوارش و مجاورت مسیر غذا خوردن قرار گرفته است. گاه التهاب لنفاوی باعث بزرگ شدن پایی‌های خلفی برگری (foliate body) یا پایی‌های دره ای می‌شود. در این موارد، توجه به دو طرفه بودن و التهاب لنفاوی بیمار، مانع از تشخیص اشتباه دندان پزشکی می‌شود.

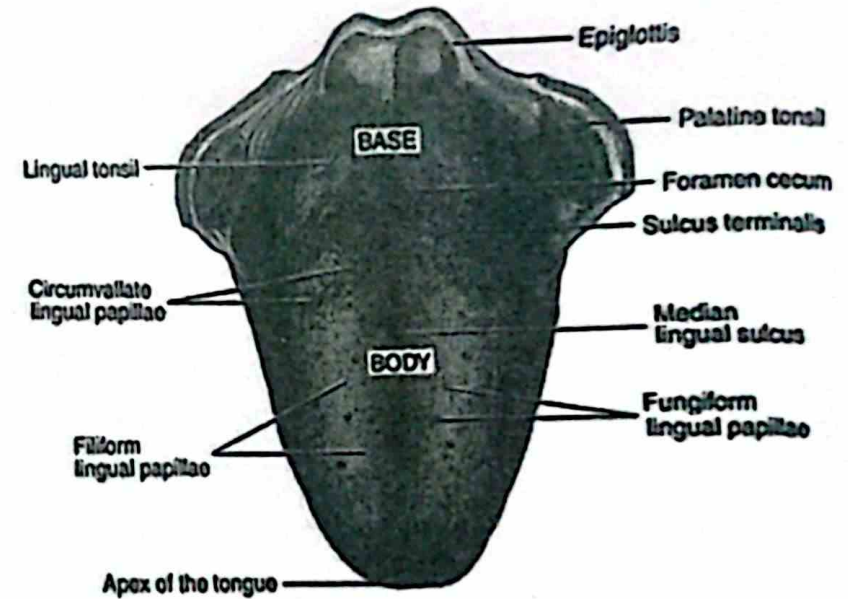


کف دهان

مخاط دهان در این ناحیه نیز غیر کراتینیزه است. در کف دهان، یک برجستگی به شکل حرف W دیده می شود که sub-lingual fold نام دارد. این چین محل غدد بزاقی زیرزبانی، عبور مجرای غدد بزاقی تحت فکی (مجرای Warton)، و گاه تخلیه بزاق غده زیرزبانی است. این چین در خط وسط و نزدیک محل فرنوم زبان، به یک برجستگی به نام sub-lingual caruncle ختم می شود. دهانه خروجی مجرای غدد بزاقی تحت فکی (و گاهی زیرزبانی) در این ناحیه واقع شده است.

گاهی در مجاورت کف دهان و در ناحیه لثه لینگوال دندانهای کانین فک پایین، برجستگی بافتی مشاهده می شود که طبیعی است و retro-cuspid papilla نام دارد.

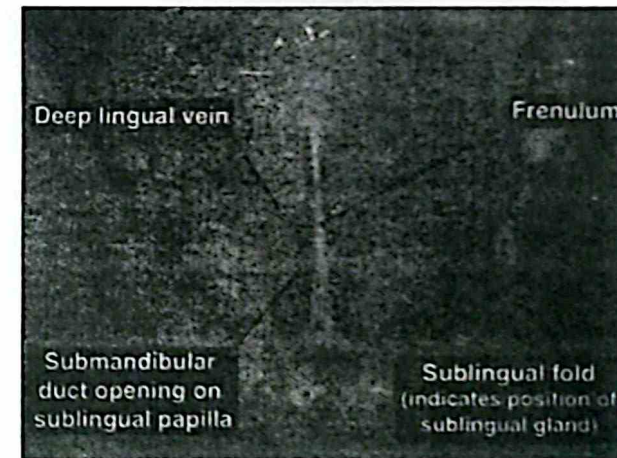
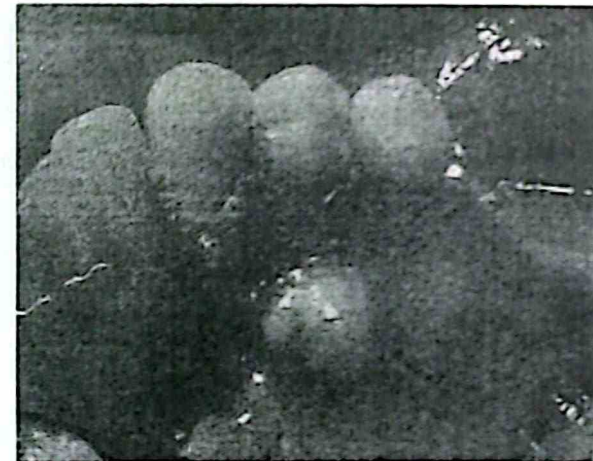
همچنین، در لثه لینگوال ناحیه پرمولرهای فک پایین، گاه mandibular torus به شکل منفرد یا متعدد دیده می شود. این زائده های استخوانی، مانند palatal torus، طبیعی در نظر گرفته می شوند و نباید آنها را با توده های پاتولوژیک اشتباه گرفت.



سطح شکمی زبان

این سطح زبان کراتینیزه نیست و عروق خونی فراوان در آن مشهود است. گاهی وریدهای زبانی که در این ناحیه متسع می شوند، باعث ایجاد sub-lingual varicosity (واریس زیرزبانی) می شوند که به رنگ تیره در این سطح دیده می شود.

گاهی در دو طرف فرنوم زبانی در سطح شکمی زبان، آویخته های بافتی متحرک و کوچکی که به صورت خطی قرار گرفته اند، دیده می شود. این بافت که چین های شرابه ای (Plica fimbriata) خوانده می شود، محل خروج مجرای غدد بزاقی فرعی در این ناحیه است.



چکیده

حفره دهان از لب ها شروع می شود و به حلق ختم می گردد.
لندمارک های طبیعی دهان معمولا به صورت دو طرفه قرار می گیرند، و نباید با بیماری ها اشتباه گرفته شوند.

پرسش ها

- ۱- انواع پاپیلای زبان را نام ببرید.
پاسخ: نخ، قارچی، برگ، و جامی

فصل پنجم

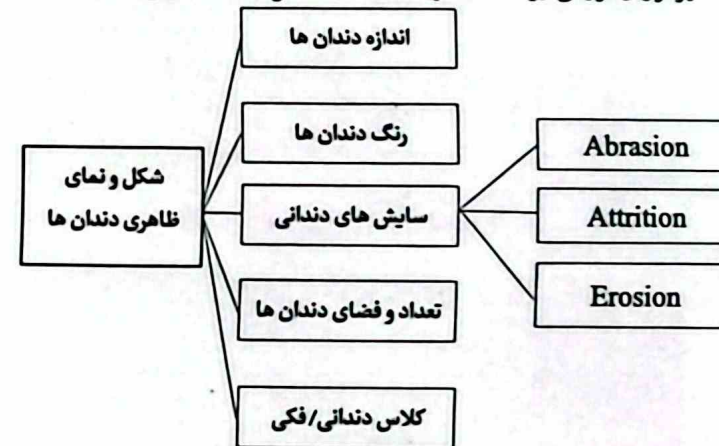
شکل و نمای ظاهری دندان‌ها

اهداف

- ۱- فراگیر بتواند تغییرات غیرعادی در رنگ و اندازه دندان‌ها را نام ببرد.
- ۲- فراگیر بتواند انواع ساییش‌های دندانی را مقایسه کند و علت ایجاد آنها را توضیح دهد.
- ۳- فراگیر بتواند تغییرات غیرعادی در تعداد و فضای دندان‌ها را نام ببرد.
- ۴- فراگیر بتواند انواع کلاس‌های دندانی / فکی را مقایسه کند.

مقدمه

حالت‌ها و بیماری‌هایی که به طور کلی همه دندان‌ها را تحت تاثیر قرار می‌دهند، در مجموعه شکل و نمای ظاهری دندان‌ها ثبت می‌شوند. این موارد طیف گسترده‌ای را شامل می‌شود. مجموعه دندان‌ها که در حفره دهان قرار می‌گیرند، جزئی از کل بدن هستند، و بنا بر این تحت تاثیر مواردی قرار می‌گیرند که به صورت سیستمیک، کل بدن را درگیر می‌سازد.



اندازه دندان‌ها

دندان‌های بیش از حد بزرگ (ماکرودنشیا) یا بیش از حد کوچک (میکرودنشیا) نسبت به اندازه کلی فک و اسکلت بیمار، ثبت می‌شود.

رنگ دندان‌ها

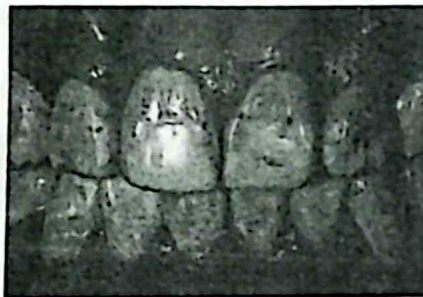
گاهی به علت مصرف مواد رنگی یا میاه توسط بیماران، روی سطح دندان‌ها از بیرون مواد رنگی رسوب می‌کند (stain). اما گاه خود مواد تشکیل دهنده دندان (مینا و عاج) دچار تغییر رنگ‌های ذاتی هستند. این تغییر رنگ‌های ذاتی دندان به علت‌های گوناگونی به وجود می‌آیند، که در ادامه به برخی از آنها اشاره می‌کنیم.

۱- فلوریزس: غلظت بالای فلوراید در آب مصرفی هنگام تشکیل شدن دندان‌ها ایجاد کننده بیماری فلوریزس است. با توجه به این که ماده فلوراید در غلظت‌های بالا برای

آملوبلاست‌ها ماده ای سمی محسوب می‌شود، در فلوریزس برخی یا تمام نواحی مینای دندان‌ها تشکیل نمی‌شود.

در نوع خفیف بیماری، همه دندان‌ها دچار لکه‌های هاپیوپلازی مینایی هستند که به رنگ‌های مختلفی در سطح دندان دیده می‌شوند.

در نوع شدید بیماری، مینای همه دندان‌ها متخلخل است، یا به دلیل از بین رفتن آملوبلاست، مینایی روی دندان‌ها تشکیل نشده است، و عاج دندان‌ها در دهان دیده می‌شود. البته بسته به سن و مدت زمانی که دندان‌ها در معرض غلظت بیش از اندازه فلوراید قرار گرفته اند، برخی از دندان‌ها یا قسمتی از تاج دندان‌ها ممکن است از آسیب فلوراید مصون مانده باشند.



۲- بیماری‌های تکاملی: آمِلوژنیز اِیْمِپِرْفِکتا (Amelogenesis imperfecta) و دِنْتینوژنیز اِیْمِپِرْفِکتا (Dentino-genesis imperfecta) بیماری‌های تکاملی دندان هستند که در تولید مینا یا عاج دندان تداخل ایجاد می‌کنند. از این رو، مینا یا عاج در تمام دندان‌ها متخلخل است یا اصلاً تشکیل نگردیده است. در نتیجه، دندان‌ها به شکل ناقص و با رنگ‌های گوناگون و غیرعادی در دهان بیمار مشهود هستند.

۳- دندان ترنر (Turner): در قسمت اپیکال دندان‌های شیری، جوانه دندان‌های دایمی وجود دارند. گاهی به علت التهاب شدید در ناحیه پری اپیکال دندان‌های شیری، جوانه دندان دایمی در آن ناحیه دچار آسیب می‌شود. بسته به شدت آسیب، تاج دندان ممکن است به رنگ‌های غیرعادی دیده شود، یا دچار نقص تکاملی باشد.

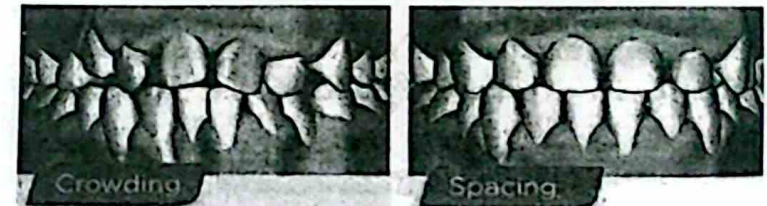
تعداد دندان‌ها

هایپودنشيا به تعداد کمتر از نرمال دندان در دهان بیمار گفته می‌شود، که به دلیل تشکیل شدن جوانه دندان‌ها (و نه دندان کشیده شده) باشد. به دندان‌هایی که موجود نیستند، اصطلاح missing teeth اطلاق می‌گردد.

در مقابل، هایپردنشيا به وجود تعداد بیش از حد عادی دندان در دهان اشاره می‌کند. گاه ممکن است دو دندان به هم متصل شده باشند (fusion) یا یک دندان به دو دندان تقسیم شده باشد (twinning)، که روی تعداد دندان‌ها تاثیرگذار است.

فضای دندان‌ها

در صورتی که بین دندان‌ها در فک فاصله بیش از حد (diastema) وجود داشته باشد، فضای قوس فکی بزرگتر از مجموع فضای مورد نیاز دندان‌ها است و spacing وجود دارد. در مقابل، در صورتی که مجموع فضای مورد نیاز دندان‌ها از فضای قوس فکی بیشتر باشد، دندان‌ها به شکل چرخیده در فک قرار می‌گیرند، و crowding^۱ وجود دارد.



سایش‌های دندانی

این سایش‌ها به دلیل‌های مختلفی رخ می‌دهند. در ادامه به تعدادی از آنها اشاره می‌کنیم.

^۱ تلونی

۱- سایش erosion: در صورت تماس بافت سخت دندان با مواد شیمیایی که قدرت حل کردن آن را دارند، سایش erosion دندانی اتفاق می‌افتد.

۲- سایش attrition: تماس مکانیکی دندان با دندان که به مرور زمان موجب ایجاد ساییدگی در دندان می‌شود را attrition می‌نامیم.



۳- سایش abrasion: سایش دندانی که به دنبال تماس مکانیکی با هر جسم خارجی (غیر از دندان) رخ می‌دهد را abrasion می‌نامیم. به عنوان مثال، در برخی از شغل‌ها مانند نجاری، خیاطی، و... ممکن است ابزار کار بین دندان‌ها نگه داشته شود و موجب سایش گردد.

همچنین، مصرف غذاهایی مانند تخمه می‌تواند موجب سایش دندانی گردد. گاهی نیز استفاده نامناسب از مسواک (محکم مسواک زدن) یا خمیر دندان ساینده (سفید کننده) می‌تواند موجب سایش دندانی شود. در نواحی که ورزش بادهای شدید موجب خیزش شن و خاک می‌گردد نیز، گاهی تماس این مواد با سطح دندان‌ها می‌تواند موجب سایش دندان در اهالی آن مناطق شود.

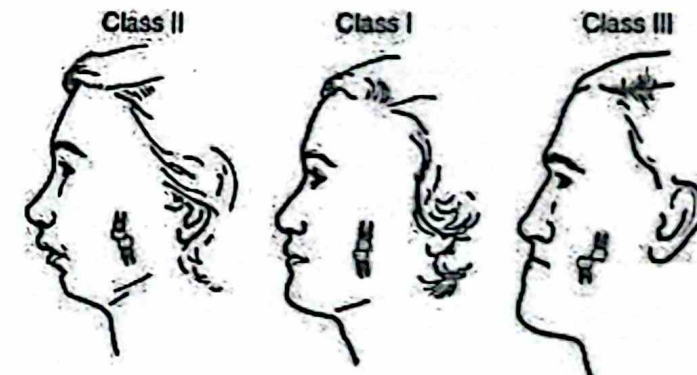
شکستگی/ترک‌های مینایی

به دلیل فشارهای جویدن یا فشار غیر عادی به دندان‌ها به صورت ضربه، دندان قروچه، و... ترک‌ها یا شکستگی‌ها در سطح مینا به وجود می‌آیند. بسته به شدت عامل ایجاد کننده، وسعت شکستگی/ترک نیز متفاوت است.

کلاس دندانانی / فکی

هنگامی که در اکلوزن مرکزی، کاسپ مزیباکال دندان مولر اول بالا در شیار باکال دندان مولر اول پایین قرار بگیرد، رابطه اکلوزالی دندانانی کلاس یک Angle در نظر گرفته می شود. هنگامی که دندان مولر فک بالا در اکلوزن مرکزی جلوتر از محل قرارگیری مربوط به کلاس یک باشد، کلاس دو Angle وجود دارد. در مقابل، اگر دندان مولر فک پایین در اکلوزن مرکزی جلوتر از محل قرارگیری مربوط به کلاس یک باشد، رابطه اکلوزالی کلاس سه Angle ثبت می گردد.

در صورتی که رابطه اکلوزالی در دندان های مولر قابل ارزیابی نباشد، دندان های کانین ملاک تعیین کلاس دندانانی خواهند بود. همچنین، کلاس بندی انگل در رابطه فکی نیز وجود دارد. در حالت نیمرخ صورتی مستقیم (straight profile)، رابطه فکی کلاس یک است. در صورتی که ماگزینا در موقعیت قدام تر قرار گیرد، رابطه فکی کلاس دو (نیمرخ محدب) است. در مقابل، در صورتی که مندیبل قدام تر از رابطه فکی مربوط به کلاس یک باشد، رابطه کلاس سه (نیمرخ مقعر) است.



چکیده

شکل و نمای ظاهری دندان ها تحت تاثیر عوامل متعدد قرار می گیرد، به عنوان مثال، می توان به بیماری های سیستمیک اشاره نمود. سایش ها و شکستگی دندان ها می توانند به دلیل فشارهای مکانیکی، مواد شیمیایی، یا انواع جسم های خارجی رخ دهد. کلاس دندانانی / فکی با توجه به رابطه دندان های مولر اول، دندان های کانین، یا اسکلت دو فک نسبت به همدیگر تعیین می شود.

پرسش ها

- ۱- سایش دندانانی erosion چیست؟
پاسخ: به سایش دندانانی به دلیل مواد شیمیایی، اصطلاح erosion گفته می شود.
- ۲- سایش دندانانی abrasion چیست؟
پاسخ: به سایش مکانیکی دندان به دلیل هرگونه جسم خارجی، اصطلاح abrasion اطلاق می شود.
- ۳- سایش دندانانی attrition چیست؟
پاسخ: به سایش مکانیکی دندان به دلیل تماس دندان ها با هم، اصطلاح attrition اطلاق می شود.