

استاد : دکتر آرمان روغنی

فرمال لند مارک ۱

به نام خدا

دندانپزشک باید حتما با لندمارک های صورت و حفره ی دهان آشنا باشد زیرا رفرنس پوینتی است که کمک میکند در جراحی ها یا رادیوگرافی های دندان، لندمارک های نرمال را از ضایعات تشخیص دهد. تقسیم بندی صورت بر اساس لندمارک هایی که در صورت هست:

1) ناحیه forehead: از جایی که مو روییده شده تا محل ابروها

2) ناحیه ی چشم ها: که به وسیله ی پلک ها پوشیده شده

3) بینی خارجی: تا ناحیه ی زایگوماتیک (گونه ها) کشیده شده

4) زایگوماتیک (برجستگی گونه)

5) گونه (cheek)

6) لب ها و دهان (که جدا در نظر میگیریم)

7) چانه (chin)

8) گوش خارجی

حفره ی دهان با لب ها شروع می شود. لب ها یک ناحیه ی صورتی و پرخونی هست که توسط ورمیلیون برودر، از پوست جدا می شود. (ورمیلیون برودر دقیقا در اطراف لب ها مثل یک خط کشیده شده و مثل این است که با مداد اطراف لب را کشیده باشیم). در بعضی از بیماری ها ممکن است ورمیلیون برودر از بین برود پس دقت به آن خیلی مهم است که بفهمیم این لب سالم است. لب سالم در داخل با مخاط و در لایه سطحی با مخاط پاراکراتینیزه پوشیده شده است. غنی از مویرگ ها بوده و یک سری عضلات عمقی در آن وجود دارد که برای کنترل حرکات لب هاست. لب ها به رنگ صورتی قرمز هست که بسته به نژاد و رنگ پوست ممکن است رنگش تغییر کند و در افراد تیره پوست ممکن است به رنگ قهوه ای تیره دربیاید. همچنین در افرادی که در مقابل نور خورشید قرار می گیرند مثل کشاورزان یا افرادی که تاریخچه ای از تروما دارند، ممکن است رنگ لب هایشان تغییر کند و همچنین ورمیلیون برودر لبشان از بین برود مثلا در بیماری actinic cheilitis که یک بیماری پیش بدخیم است، ورمیلیون برودر از بین می رود و در افرادی دیده می شود که در معرض زیاد با نور خورشید قرار دارند. و هرگونه کراست یا زخم یا پوسته پوسته شدن در چنین لب هایی را موظفیم که بررسی بیشتری کنیم چون که این ضایعات پیش بدخیم هستند، اگر زخمی روی اینگونه لب ها باشد احتمال اینکه SCC باشد زیاد است و باید بیوپسی انجام شود. پس یادتون باشه برای معاینه لب ها به ورمیلیون برودر دقت کنید ببینید می تونید مرز بین لب و پوست را معین کنید یا نه. باید لب را حتما زیر دست لمس کنید نباید هیچ ندول یا برجستگی زیر دستتون بیاید باید لب یکدست و نرم باشد. رنگش یکنواخت باشد. و برودرش صاف و یکدست باشد.

همچنین دوطرف لب ها جایی که لب بالا و پایین به هم وصل میشود ناحیه ای هست به نام labial commissure (زاویه است که لب بالا به پایین متصل می شود)

nasolabial sulcus : شیاری است که از آلتای بینی به لبیال کامیشر کشیده میشود. در افرادی که گونه هایی درشتی دارند بیشتر مشخص است و با افزایش سن نیز بیشتر مشخص میشود.

vermilion zone: مخاط خارجی لب را می گویند.

یک بیماری دیگر که در لبیال کامیشر دیده می شود و شایع هست و علت های مختلفی دارد. angular cheilitis هست که در افرادی که به هر دلیلی VD شان (ارتفاع عمودی دهانشان) کاهش پیدا کرده مثل کسانی که دست دندان مصنوعی دارند , به احتمال زیاد به خاطر عفونت های قارچی , دیده می شود. که به صورت زخم هایی است در لبیال کامیشر که در زیر دنچر ایجاد می شود و به آن denture osteomyelitis می گویند که دلیلش می تواند کاندیدیا باشد. در افراد جوان (افرادی که کاهش VD و قارچ ندارند) می تواند علت های دیگری داشته باشد مثل آتوپی و حساسیت ; مثلا در افرادی که بزاق دهانشان را مدام به گوشه ی دهان میزنند موادی که داخل بزاق است باعث می شود آن ناحیه خشک شود و حساسیت ایجاد کند و یک زخمی را در لبیال کامیشر ایجاد کند. و این ها درمان های متفاوتی دارند; برای عفونت قارچی داروی ضدقارچ میدهیم و اگر به دلیل آتوپی باشد کوتون های موضعی می توانیم برایشان تجویز کنیم. همچنین angular cheilitis می تواند به خاطر کمبود بعضی از ویتامین ها باشد. پس باید بررسی کنیم که زخمی که در لبیال کامیشر است به چه دلیلی ایجاد شده.

حفره ی دهان

دهان را به دو ناحیه تقسیم می کنیم ۱) ناحیه ی وستیبول که فضایی بین دندان ها و سطح داخلی مخاط لب و گونه وجود دارد. ۲) خود حفره ی دهان که پشت دندان ها تا ناحیه ی حلق و حنجره کشیده می شود. و به آن oral cavity proper میگویند.

ناحیه ی وستیبول: شامل وستیبولار فولد است یعنی عمیق ترین ناحیه ای که در فک هست. که در فک بالا، بالاترین نقطه و در فک پایین، پایین ترین نقطه است. این ناحیه، مخاط نانکراتینیزه دارد و خیلی پر خون است و مویرگ های زیاد و غدد بزاقی فرعی دارد. در مخاط داخلی لب پایین نیز غدد بزاقی فرعی زیادی وجود دارد که می تواند در تشخیص خیلی از بیماری ها به ما کمک کند. محلی است که ممکن است تجمع مواد در بیماری های سیستمیک در این ناحیه وجود داشته باشد و برای تشخیص قطعی بیماری ها می توانیم , با بیوپسی از غدد بزاقی فرعی این ناحیه کمک بگیریم. مثل شوگر که یک بیماری اتو ایمن است و خشکی دهان و مخاط و پوست می دهد و در آن لنفوسیت ها زیاد میشوند و در بین خانم ها شایع است. و همچنین در بیماری های سیروز صفراوی اولیه و هماکروماتوز (که آهن زیاد میشود) برای تشخیص قطعی می توانیم از بیوپسی غدد بزاقی فرعی استفاده کنیم.

پس در معاینه ی مخاط داخلی لب ممکن است زیر دست غدد بزاقی را لمس کنید که به صورت پاپول پاپول حس می شود. و بعضی از بیماری های غدد بزاقی مثل کیست ها و موکوسل ها ممکن است دیده شود. اگر ترومای دائم در مخاط داخل لب به خاطر گاز گرفتگی و استرس و عادت های غلط داشته باشیم، غدد بزاقی ممکن است دچار پارگی شوند یا مجرای آنها مسدود شود و بزاق در آن جا جمع شود ; به آن موکوسل می گویند که یک کیست کاذب است که ممکن است اگر تروما دائم وارد شود این کیست فیروزه شود. و ما موکوسلی که فیروزه شده باشد را داشته باشیم. پس حتما باید مخاط داخل لب ها و مخصوصا لب پایین که غدد بزاقی فرعی زیاد دارد دائم بررسی شود و حالت یکدستی داشته باشد. در مخاط داخلی لب پایین نباید هیچگونه سفتی یا زخم

یا تغییر رنگی وجود داشته باشد رنگش باید صورتی قرمز و پر خون باشد و مویرگ فراوان داشته باشد. مورد دیگر فرنوم ها هستند. فرنوم یک برآمدگی یا زائده می باشد که باعث اتصال دو قسمت به هم می شود. فرنوم لبیال دقیقا در مرکز فک بالا در وسط قسمت قدامی قرار دارد. لب بالا را به وسط قوس فک بالا متصل می کند در بعضی ها خیلی برجسته می شود و ممکن است تا ناحیه لثه و پاپی بین دندان سانترال هم کشیده شود و به خاطر زیبایی می توان این قسمت را جراحی کرد و به قسمت بالاتر وصل کرد. فرنوم باکال را در ناحیه دندان شش یا هفت هم در فک بالا و هم فک پایین داریم. لثه چسبنده و غیر چسبنده و آلئولار موکوزا را در این ناحیه داریم. لثه چسبنده قسمتی است که کاملا به استخوان متصل است و بعد از آن ما آلئولار موکوزا را داریم که هم در فک بالا و هم در فک پایین دیده می شود و رنگ قرمز تری دارد نسبت به لثه. (لثه ی نرمال رنگ صورتی دارد) پس آلئولار موکوزا قرمز تر و پر خون تر است و حالت شل تر و مخاط غیر کراتینیزه دارد. ضایعات را از محلش میتوانیم تشخیص دهیم؛ مثلا آفت بیشتر در مخاط غیر کراتینیزه است و معمولا روی لثه دیده نمی شود اما ممکن است در آلئولار موکوزا دیده شود، برعکس هرپس داخل دهانی بیشتر روی مخاط کراتینیزه به وجود می آید (روی لثه و کام سخت)، پس ضایعات از روی محلشان نیز قابل تشخیص هستند، از این رو باید مرز بین لثه و آلئولار موکوزا را تشخیص دهیم.

همانطور که گفته شد محل اتصال بین دو ناحیه ، فرنولوم نامیده میشود که در باکال فرنولوم ناحیه بین لثه دندان ۷و۶ یا ۵و۶ به مخاط گونه وصل میشود.

لندمارک دیگری که در مخاط گونه بایستی دیده شود پاپیلای (orifice) مجرای پاروتید یا همان استنسون است. این پاپول یک پاپول موضعی برآمده، صورتی رنگ و هم رنگ مخاط است. در بعضی از افراد خیلی مشخص و بزرگ است ولی در بعضی ممکن است چندان مشخص نباشد، در هر صورت مجرا را میتوان دید. چیزی که در این ناحیه اهمیت دارد یافتن آن و انجام عمل milking است. یافتن این مجرا در معاینه غده پاروتید اهمیت زیادی دارد چرا که خود پاروتید قابل لمس نیست و معاینه آن از طریق همین مجرا قابل انجام است و همچنین از این جهت که عضله ماستر روی آن قرار دارد معاینه بالینی آن سخت است. اگر از مجرای استنسون بزاق شفاف خارج شود به معنای سالم بودن غده پاروتید است. محل آن در مخاط گونه محاذات دندان 6 یا 7 است که در افراد مختلف متفاوت است.

*موکوباکال فولد، عمیق ترین ناحیه ای است که در هر دو فک دیده میشود.

در رابطه با مخاط لبیال و باکال باید بدانیم که به سطح مخاط داخلی گونه ها، مخاط باکال می گویند که از اپیتلیوم پاراکراتینیزه نازک و صورتی پوشیده شده است (معمولا صورتی یا صورتی تیره است) و مویرگهای قرمز رنگ زیادی در آن دیده میشود. این مخاط به صورت دو طرفه از مخاط لبیال شروع میشود، تا رترومولر پد در فک پایین و رافه تریگومندیبولار کشیده میشود. ممکن است (هنگامی که مخاط گونه را می کشیم) در ناحیه مخاط باکال یک سری دانه های چربی به رنگ زرد را ببینیم که گرانولهای فوردایس هستند و جزء لندمارک های نرمال محسوب میشوند، در بعضی افراد به خوبی مشخص است.

نکته: اگر شک کردیم که چیزی نرمال است یا نه، باید به صورت دو طرفه به دنبال آن بگردیم که اگر دو طرفه باشد جزء لندمارک های نرمال است چرا که ضایعات به ندرت به صورت دو طرفه دیده میشوند.

نکته: گاهی ممکن است یک پاپول صورتی نرمال در گوشه لب به صورت باکالی وجود داشته باشد که به آن کلکولوس انگولاریس می گویند. (پاپول: ضایعه ای است که کمی برجسته تر از مخاط است).

فرنوم ها یک باند نازک از بافت همبند هستند که دو ساختار را به هم وصل میکنند. فرنوم لبیال در قسمت میدلاین مگزایلا و مندیبل قرار دارد و لب را به قوس فک متصل میکند (در مگزایلا بهتر مشخص است).

فرنوم باکال در قسمت مولر اول در سطح داخلی گونه به لثه مولر اول کشیده میشود.

لثه

لثه ها، مخاط جونده ای دارند که زوائد آلئولار فکین را پوشانده اند و اطراف گردن دندانها و استخوان به خوبی کشیده میشوند و ناحیه چسبنده را ایجاد میکنند. یک لثه نرمال اطراف دندانها کشیده میشود و میتواند خود به خود تمیز شود زیرا ناحیه ای بین ناحیه بالایی در لثه فک پایین و ناحیه پایینی در لثه فک بالا هست که به صورت آزاد قرار گرفته، به دندان چسبندگی ندارد و free gingivae نامیده میشود که همین آزاد بودن لثه باعث ایجاد فضایی بین دندان و لثه شده تحت عنوان سالکوس لثه که مایع لثه در این قسمت قرار دارد؛ در یک لثه نرمال این مایع به طور دائم عوض میشود بنابراین با تمیز کردن دندان، این ناحیه نیز تمیز میشود. در فردی که لثه دچار مشکل شده باشد، عمق سالکوس افزایش می یابد (در افراد نرمال عمق سالکوس بین ۱-۲ میلی متر است اما در gingivitis یا periodontitis، پاکت ایجاد میشود که پر از میکروب است). لثه به صورت firm است یعنی حالتی که نه سفت سنگی و فیبروزه باشد و نه شل، و کاملاً به استخوان زیرینش چسبیده است.

(انواع لثه شامل لثه چسبنده و لثه (پاپیلا) بین دندانی است که لثه چسبنده کاملاً به استخوان و دندان چسبیده. اگر لثه بین دندانی را با پوآر هوا خشک کنیم میتوانیم نمای پوست پرتقالی را ببینیم).

رنگ لثه معمولاً صورتی مرجانی است اما بر اساس شرایط فردی و رنگ پوست میتوان پیگمنتاسیون را هم در لثه مشاهده کرد. اگر مطمئن باشیم که پیگمنتاسیون مربوط به نژاد است پس فیزیولوژیک است و باید از بیمار سوال کنیم که آیا رنگ لثه به همین صورت بوده یا خیر. اگر به تازگی تغییر رنگی در لثه ایجاد شده حتماً باید مورد بررسی قرار گیرد زیرا دهان نمادی از بیماری های سیستمیک است و ممکن است تغییرات سیستمیک در بدن فرد باعث تغییر رنگ لثه شده باشد؛ مثلاً در بیماری آدیسون که ناشی از کم کاری غده هیپوفیز است، از اولین علائمش پیگمنتاسیون مخاط بخصوص پیگمنتاسیون لثه است که به صورت منتشر دیده میشود. لثه بین دندانی کاملاً حالت هرمی شکل دارد، هر چه به سمت خلف برویم flat تر میشود. در gingivitis حالت هرمی کمتر شده و در حالت های شدید، لثه ممکن است کاملاً برعکس شود و مثل دهانه آتشفشان شود که در این حالت لثه کاملاً بیمار است.

مرز بین آلئولار موکوزا و لثه چسبنده، موکوجینیوآل جانکشن نام دارد که در بعضی ها کاملاً مشخص است.

همانطور که گفته شد پیگمنتاسیون لثه یا فیزیولوژیک است یا پاتولوژیک که وضعیت فیزیولوژیک براساس نژاد بیمار است و در پوست های تیره دیده میشود.

لثه آزاد یا gingival margin قسمتی است که لثه به دندان زیرینش متصل نیست و بین لثه و دندان فضایی ایجاد شده که سالکوس نام دارد، در عمق های بیش از 5-6 میلی متر، پاکت پریودنتال نام دارد، همچنین هنگام پروبینگ نباید خونریزی داشته باشد در غیر اینصورت نشان دهنده التهاب لثه (gingivitis) است.

مرز بین free gingivae و لثه ی چسبنده توسط free gingival groove ایجاد می شود.

(دوستان خیلی از صحبت های استاد تکراری بودند ولی نوشتیمشون که حق مطلب رو ادا کرده باشیم ☺)

عکسها هم تو اسلایدا هس)

پایان:)

مروری بر جلسه قبل

از اهمیت های شناخت لندمارکهای حفره دهان و صورت، شناخت حالت های نرمال، شناخت وریشن های آن و تشخیص ضایعه از حالت نرمال است.

حفره دهان از لبها شروع می شود که به ناحیه بیرونی لب ها vermilion border گفته می شود که لب را از صورت جدا می کند.

به گوشه های لب که لب بالا را به لب پایین وصل میکند labial commissure گفته می شود.

به شیاری که از کناره های بینی یا همان آلائی بینی تا گوشه های لب کشیده می شود nasolabial sulcus گفته می شود که با افزایش سن معمولاً عمیق تر میشود.

به ناحیه میانی لب بالا که به ناحیه میانی بینی متصل می شود philtrum گفته می شود.

رنگ یک لب نرمال صورتی مرجانی است، ولی وراثت در تعیین رنگ آن نقش بسزایی دارد و ممکن است که تا رنگ قهوه ای تیره هم دیده شود. در هنگام معاینه لب نباید هیچ گونه برجستگی و ندولی زیر دست احساس شود و نباید در آن زخمی دیده شود. به خصوص در لبهایی که vermilion border از بین رفته است؛ چون در بعضی از بدخیمی ها مثل cheilitis ورمیلیون بوردر از بین می رود و مستعد SCC یا همان سرطان پوست است.

حفره دهان: حفره دهان به دو قسمت وستیبول vestibule و oral cavity proper تقسیم می شود.

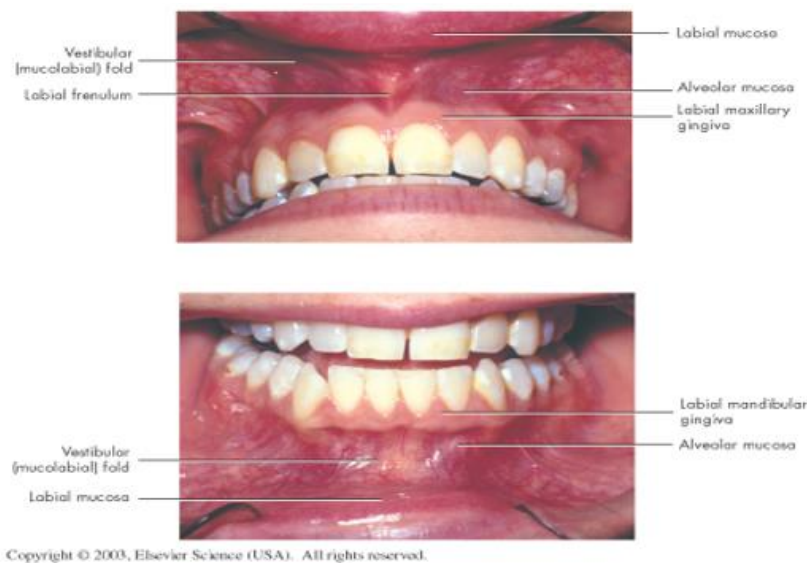
وستیبول: به فضای بین مخاط داخلی لبها و گونه و دندان می گویند.

حفره دهان: به فضای پشت قوس دندانها تا حلق و حنجره می گویند.

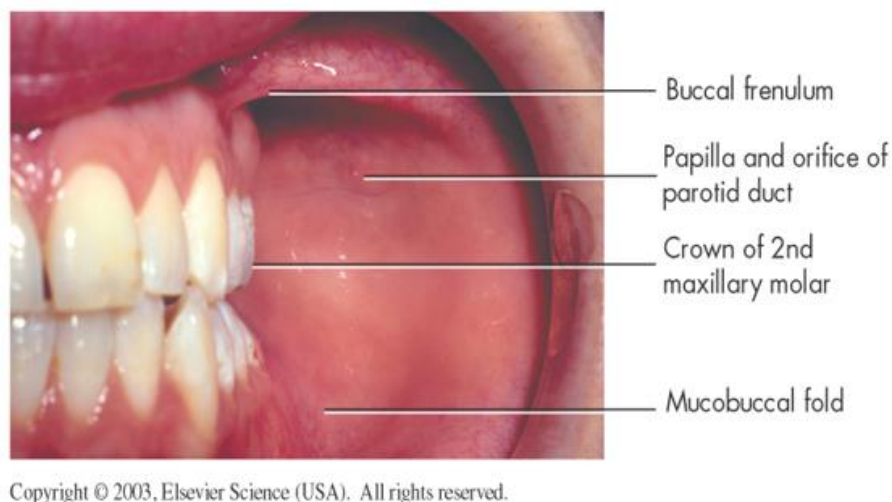
در ناحیه وستیبول لثه ها، قوس فک بالا و پایین و در عمق قوسها، ناحیه ی vestibule fold را داریم یا همان Muco labial fold که به علت مویرگهای خونی فراوان، قرمز تر از لثه هاست و مخاط آن غیر کراتینیزه است.

در قسمت وستیبول ها زائده ای به نام frenulum را داریم که باعث اتصال مخاط داخلی لب های بالا و پایین به لثه می شود.

در ناحیه داخلی مخاط لب ها غدد بزاقی فرعی وجود دارد و در هنگام معاینه نباید برجستگی یا زخمی دیده شود ولی باید یک حالت پری در زیر دست احساس شود و رنگ مخاط آن یکدست باشد.

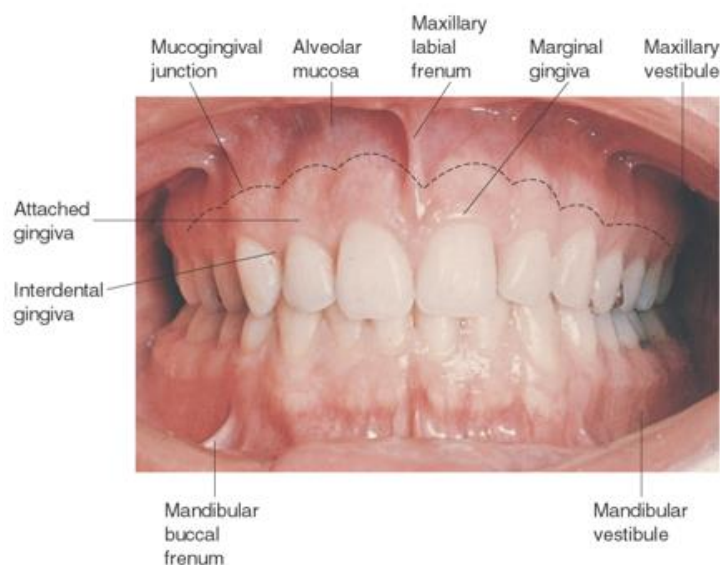


در مخاط گونه به موازات دندان های مولر اول و دوم ماگزایلا، مجرای غده پاروتید یا همان استنسون دیده می شود که به شکل یک پاپول چند ضلعی و برآمده به رنگ مخاط داخلی دیده می شود که ممکن است در بعضی افراد برآمده تر دیده شود. در هنگام عمل میلکینگ باید از این مجرا دو سه قطره بزاق خارج شود.



به عمیق ترین ناحیه وستیبول mucobuccal fold گفته می شود.

لثه: هنگامی که آن را خشک می کنیم باید نمای پوسته پرتقالی داشته باشد. لثه در انواع چسبنده، مارژینال و لثه بین دندانی تشکیل شده است. لثه مارژینال آزاد است و به دندان اتصال ندارد و در افراد نرمال در این ناحیه یک سالکوس در عمق ۱ تا ۲ میلی متر دیده می شود و هنگام probing خونریزی وجود ندارد؛ ولی اگر التهاب ایجاد شود، عمق آن زیاد شده و هنگام معاینه خونریزی دارد و عمق آن ممکن است تا ۶ میلی متر هم برود.



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

Mucogingival junction خطی است که لثه چسبنده را از alveolar mucosa جدا می کند. لثه چسبنده یک مخاط کراتینیزه است، در صورتیکه آلئولار موکوزا مخاط غیرکراتینیزه است و این خط برای تشخیص برخی ضایعه ها مهم است؛ مثلاً آفت ها معمولاً در مخاط غیرکراتینیزه ایجاد میشود و به احتمال کمی در لثه، به خصوص لثه چسبنده ایجاد میشود. در صورتی که بیماری هرپس راجعه دهانی بیشتر در مخاط کراتینیزه ایجاد می شود.

لثه بین دندانی باید حالت هرمی داشته باشد. البته هرچه به سمت دندان های خلفی می رویم این لثه یک حالت فلت پیدا می کند ولی در ناحیه قدامی، راس هرم به خوبی مشخص است و در بیماری های لثه این هرم کم کم flat می شود و ممکن است حالت آتشفشانی پیدا کند.



لثه نرمال قوام firm دارد. یعنی نه باید حالت شل داشته باشد و نه حالت سفت و سخت، و باید دقیقاً با استخوان زیرین و دندان مجاور آداپته باشد. در بعضی بیماری‌ها، لثه حالت فیبروزه و هایپرپلازی پیدا می‌کند. مثل مصرف فیتوین ; همچنین در بعضی بیماری‌ها که نیاز به مصرف سیکلوسپورین برای سرکوب کردن سیستم ایمنی است مثلاً در افراد عضو پیوند شده ، لثه هایپرپلازی کرده و حالت شل و lose و خونریزی دهنده پیدا میکند. رنگ لثه ی نرمال صورتی رنگ است. ولی بر اساس نژاد می‌تواند متفاوت باشد. لثه می‌تواند حالت پیگمانته داشته باشد که هم می‌تواند فیزیولوژیک باشد و هم پاتولوژیک ; حتماً باید از بیمار پرسیده شود که پیگمانته شدن به تازگی اتفاق افتاده یا نه و اگر اخیراً ایجاد شده باید بررسی‌های آزمایشگاهی انجام شود. در بیماری‌هایی مثل آدیسون و کوشینگ , مصرف دخانیات و مصرف برخی داروها، لثه دچار پیگمانتاسیون میشود. پس اگر بیمار متوجه پیگمانتاسیون نبوده یا اخیراً ایجاد شده باید بررسی شود.

*خطی که بین لثه چسبنده و غیر چسبنده وجود دارد را free gingival groove میگویند.

حفره دهان: در حفره دهان کام سخت، کام نرم، کف دهان و زبان را داریم که لندرمارک‌ها و حالت نرمال و غیرنرمال آن را باید بشناسیم.

کام سخت پوشیده از بافت سنگفرشی و دارای غدد بزاقی فرعی فراوان است و در دو سوم قدامی آن در بعضی افراد می‌توان مجاری این غدد را دید. در کام سخت در خلف اینسایزورهای ماگزایلا، incisive papilla دیده می‌شود که روی سوراخ نازوپالاتین کشیده می‌شود و ممکن است یک حالت گلابی شکل و برجسته پیدا کند. در بعضی بیماری‌ها مثل کیستهای مجرای نازوپالاتین این برجستگی بیشتر شده و در گرافیه‌ها یک حالت قلبی شکل دیده می‌شود که تشخیص را آسان می‌کند.

روگا rugae: ریحهای فیبروزه ایی هستند که در خلف اینسایزوپایلا قرار دارند و به لترال کشیده شده اند. این ریح‌ها در یک سوم قدامی کام قرار داشته و از میدلاین تا چند میلیمتری دندان‌ها کشیده می‌شوند و خیلی محکم به استخوان زیرین متصل شده است.

Palatine raphe: خط فیبروزه سفید و زردی است که در میدلاین قرار دارد و دو زائده پالاتین را به هم وصل میکند.

Palatine glands : کام سخت دارای غدد بزاقی فرعی بسیاری است که در حالت عادی دهانه خروجی آنها دیده نمی‌شود ولی در بعضی افراد مثل افراد سیگاری به حالت سوزن سوزن در کام سخت دیده می‌شود و بدخیمی محسوب نمی‌شود. چون در این قسمت غدد فرعی زیادی وجود دارد , در صورت دیده شدن زخم یا برجستگی حتماً باید از لحاظ کیست و تومور بررسی شود.

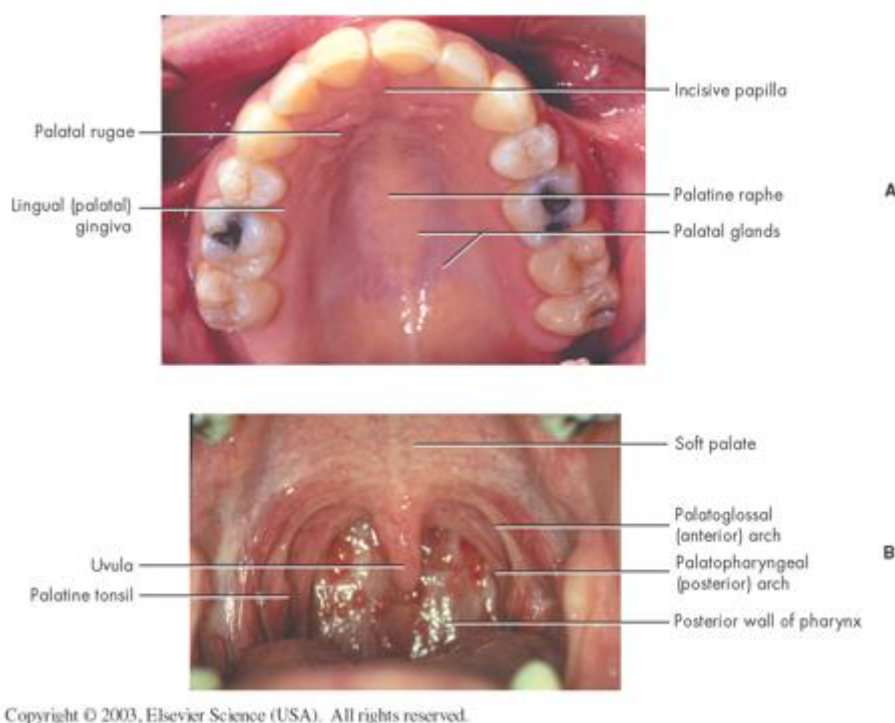
تومورهای غدد بزاقی فرعی بسیار نادر است ولی احتمال بدخیمی بودن آنها بسیار بیشتر از تومورهای غدد بزاقی اصلی است. کیست‌ها و تومورهایی که در ناحیه سینوسها و نازال وجود دارد می‌تواند باعث برجستگی در این قسمت شود. یکی دیگر از تشخیص‌های افتراقی در این ناحیه لنفوم غیر هوچکین است که این لنفوم معمولاً در غدد لنفاوی ایجاد نمی‌شود. یکی از مکان‌هایی که ایجاد می‌شود در کام است.

توروس (torus): برجستگی‌های استخوانی هستند که می‌توانند هم در ناحیه کام دیده شود و هم در ناحیه باکال یا لینگوال مندیبل در ناحیه پرمولرها. این برجستگی‌ها معمولاً مشکلی ایجاد نمی‌کند مگر زمانی که فرد میخواهد از دندان مصنوعی استفاده کند. هنگام دیدن این برجستگی‌ها که معمولاً حالت لوبول لوبول دارد، از بیمار در مورد سابقه آن سوال می‌شود و اگر

از قبل وجود داشته، معمولاً اقدامی نیاز نیست که انجام شود. ولی اگر بیمار متوجه آن نبوده و اخیراً ایجاد شده باید حتماً از لحاظ دیسپلازی استخوانی بررسی شود.

کام نرم: ساپورت استخوانی کمتری دارد. مقادیر زیادی بافت چربی، لنفوئیدی و غدد بزاقی دارد و نقشی فانکشنال در بلعیدن و جویدن دارد. رافه میانی کام در کام نرم ضخیم تر می شود. در لترال این رافه دو سوراخ وجود دارد که در بعضی از افراد به خوبی دیده می شود به نام fovea palatini. این سوراخ ها مجاری خروجی غدد بزاقی فرعی هستند و لندمارک اتصال دهنده کام نرم و سخت است. در خلف کام نرم، زبان کوچک وجود دارد. عصب دهی کام نرم و به طور کلی قسمت خلفی دهان با عصب های زوج ۹ و ۱۰ است. با گفتن صدای آه توسط بیمار می توان رفلکس گگ آن را بررسی کرد. حس این ناحیه بیشتر با عصب ۹ و حرکت آن، با عصب ۱۰ می باشد.

دو قوس مهم در کام نرم داریم. به قوسی که در قدام واقع شده palatoglossal arch گفته می شود و قوس خلفی آن را palatopharyngeal arch می گویند. در بعضی از افراد بین این قوس یک فرورفتگی عمیق ایجاد می شود و یک حالت جزیره ای یا isthmus ایجاد می شود که می تواند باعث تجمع غذا در این ناحیه شده و باعث بوی بد دهان شود. گاهی با عمل جراحی، کمی این حفره را کوچک تر میکنند.



غدد بزاقی فرعی بیشتر در دو سوم خلفی کام قرار دارند. در هنگام معاینه عصب زوج ۹ و ۱۰ و گفتن صدای آه توسط بیمار، زبان کوچک نباید به چپ و راست منحرف شود و باید به صورت مستقیم باشد.

برای تست رفلکس گگ، باید ناحیه خلفی زبان و یا کام نرم را تحریک کرد. اگر به بیمار حالت تهوع دست داد، نشان دهنده صحت این تست است. این رفلکس در بعضی افراد شدید و در بعضی خفیف تر است.

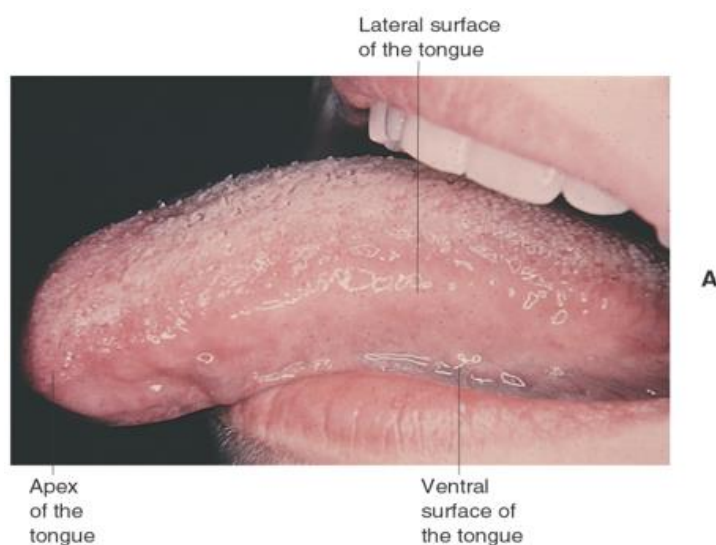
زبان: در بلع، تمیز کردن حفره دهان، حس چشایی و ... نقش ایفا می کند.

زبان از نظر ایجاد ضایعات بدخیم، به خصوص در قسمت های طرفی آن، یک عضو high risk است.

قسمت های تشکیل دهنده زبان: به دو سوم قدامی آن بادی گفته می شود. root یا ریشه زبان به یک سوم خلفی آن که به سمت حلق و حنجره کشیده شده است , میگویند. منظور از dorsum , قسمت بالایی و پشتی زبان است که یک حالت خشن دارد و از تعداد زیادی پاپیلا تشکیل شده است.

sublingual surface : قسمت زیرین زبان است که از یک مخاط نرم تشکیل شده است.

lingual frenulum : یک زائده نازک است که مخاط زبان را به کف دهان وصل می کند. در بعضی از افراد این زائده به نوک زبان وصل میشود و فرد در تکلم و غذاخوردن مشکل پیدا می کند که باید جراحی شود.



سطوح طرفی و شکمی (ventral یا زیرین) زبان مناطقی های ریسک برای ایجاد بدخیمی ها هستند.

در معاینه زبان هیچ گونه برجستگی نباید دیده شود و باید با کشیدن زبان به بیرون دهان به طور کامل تا ناحیه خلفی آن معاینه شود. هیچ گونه تغییر رنگ سفید یا قرمزی نباید در آن دیده شود، به خصوص در ناحیه طرفی و شکمی آن. البته در سطح رویی زبان ممکن است در اثر مصرف غذاها یا داروها تغییر رنگی ایجاد شود.

در سطح پشتی زبان جوانه های چشایی و پاپی های زبانی دیده می شود.

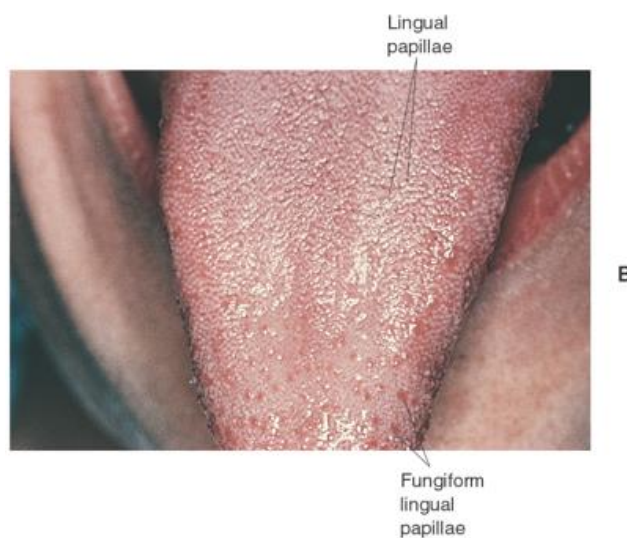
انواع پاپی های زبان: نخعی شکل (filiform), قارچی شکل (fungiform) , دره ای شکل (circumvallate) و برگه ای شکل (foliate).

پاپی های نخعی شکل: تعداد آن ها بسیار زیاد است و تمام سطح دو سوم قدامی زبان را پوشانده اند. این پاپی ها، کوچک، مویی شکل و شاخی هستند و نقش محافظت از زبان را بر عهده دارند . در افرادی که بهداشت دهانی ضعیفی دارند، این پاپی ها تغییر رنگ داده و حتی ممکن است به رنگ سیاه هم دیده شود، مثل افراد سیگاری. البته بر اساس نژاد هم می تواند تغییر رنگ داشته باشد. رنگ زبان در حالت نرمال، صورتی رنگ است ولی می تواند به قرمز، سفید یا حتی سیاه هم تغییر رنگ بدهد.

معمولاً در اثر تحریک و التهاب به رنگ قرمز و سفید دیده می شود. در بعضی از بیماری های تبادار این قسمت زبان، سفید رنگ می شود که به زبان بارداد معروف است .

پاپی های قارچی شکل : این پاپیها در بین پاپیهای نخعی، پراکنده هستند و به رنگ قرمز دیده می شوند. این پاپی ها گرد، غیر شاخی و پهن هستند و در سطح بالاتری نسبت به نخعی ها قرار می گیرند؛ ولی تعداد این پاپی ها از پاپی های نخعی کمتر است.

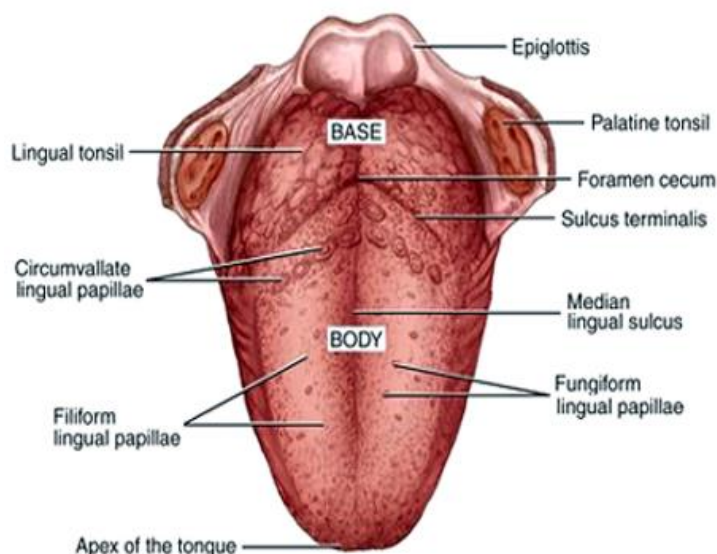
پاپی های قارچی شکل توانایی حس چشایی را دارند و چهار مزه شیرین ، شور ، ترش و تلخ را می توان با این ها حس کرد و بیشتر، در مورد طرفی و قدامی زبان هستند. این پاپی ها معمولاً دارای رنگ قرمز روشن هستند ولی گاهی ممکن است به رنگ قهوه ای هم دیده شوند، به خصوص در افراد تیره پوست . و یا ممکن است بر اثر مصرف بعضی غذاها به رنگ آبی تمایل پیدا کنند. در نتیجه باید از بیمار در مورد غذاها و داروهایی هم که مصرف میکند سوال شود.



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

پاپی های دره ای شکل: تعداد این پاپی ها بین ۸ تا ۱۲ عدد می باشد و به صورت ۷ شکل در خلف قسمت پشتی زبان قرار گرفته اند و دهانه ی غدد von ebner که یکسری غدد بزاقی فرعی هستند، به این پاپی ها باز می شود. این پاپی ها گاهی به صورت پاپول های برجسته دیده می شوند که نرمال است.

از داروهایی که می توانند باعث تغییر رنگ زبان شوند، میتوان بیسموت را نام برد که در افرادی که مشکل گوارشی دارند، زیاد استفاده می شود و می تواند باعث ایجاد رنگ سیاه در زبان شود. داروهای دیگری مثل آنتی بیوتیک های وسیع الطیف از جمله مترونیدازول که در زخم های گوارشی استفاده می شود هم می تواند باعث تغییر رنگ زبان شود.



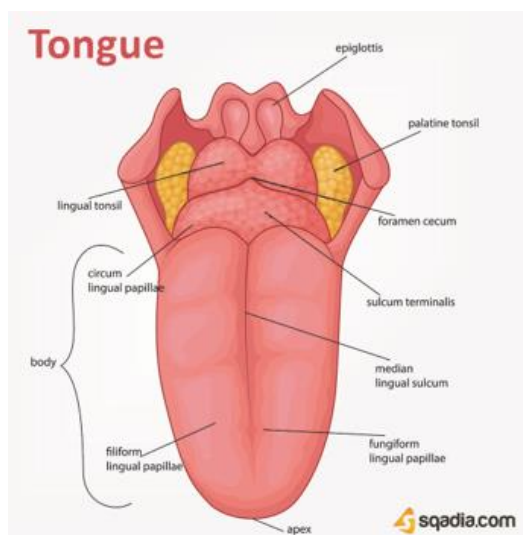
لوزه ها: لوزه های زبانی در خلف زبان قرار دارند. لوزه های کامی بین قوس های پالاتو فارنژیال و پالاتو گلو س قرار گرفته اند.

سوراخ سکوم: تیروئید از طریق این سوراخ به گردن کشیده میشود. در حالت نرمال نباید در این قسمت برجستگی یا کیستی دیده شود. گاهی اوقات بقایای تیروئید در این مجرا باقی می ماند و باعث ایجاد بیماری و کیست میشود. این سوراخ در قسمت خلف زبان واقع شده است.

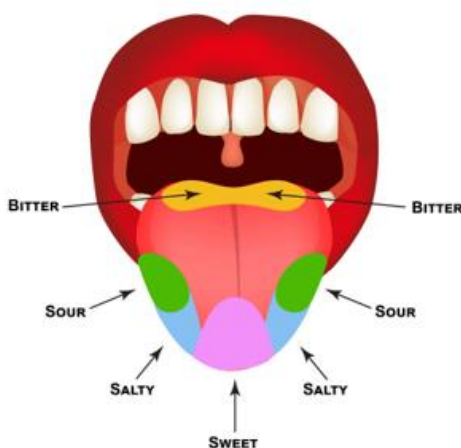
همانطور که گفته شد پایی های دره ای به تعداد ۸ تا ۱۲ عدد وجود دارند بسیار بزرگتر از قارچی شکل ها هستند و حالت پاپولی دارند.

*شیار میانی زبان بین قسمت بادی و روت زبان واقع شده است (بین دو سوم قدامی و یک سوم خلف)

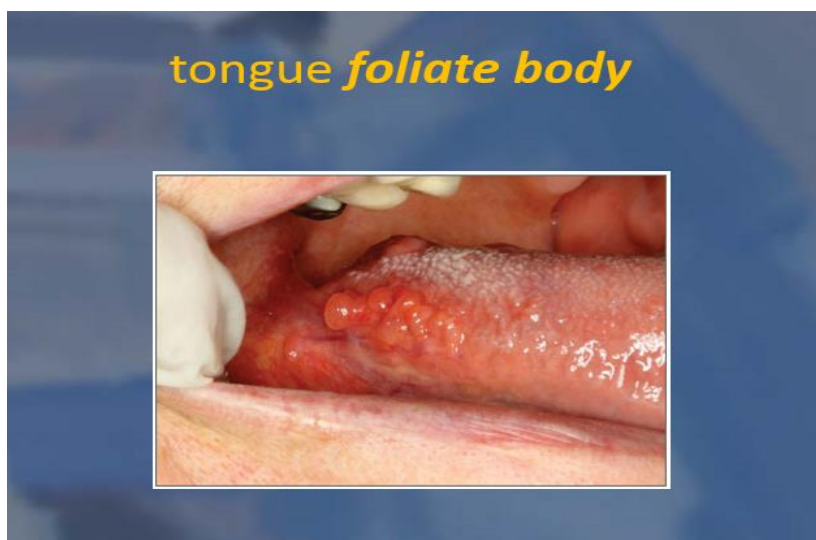
*پایی های قارچی شکل بین پایی های نخعی شکل پراکنده هستند و بیشتر در سطوح طرفی و آپکس زبان به صورت پراکنده قرار گرفته اند.



حس چشایی: این حس بیشتر توسط پایی های قارچی شکل حس می شود و هر قسمت از زبان به درک یک مزه خاص حساس تر است. در قسمت قدامی زبان بیشتر مزه شیرین حس می شود. در سطوح طرفی مزه های شوری و ترشی و در خلف زبان بیشتر مزه تلخی احساس می شود. برای معاینه حس چشایی از مریض می خواهیم که چشمانش را ببندد و زبانش را بیرون بیاورد. سپس زبان را خشک می کنیم که بزاق باعث جابجایی مزه ها نشود. سپس بر روی ناحیه ای از زبان که به مزه خاص حساس تر است معاینه انجام می شود. (با استفاده از شربت شیرین یا شور که بر زبان چکیده می شود)

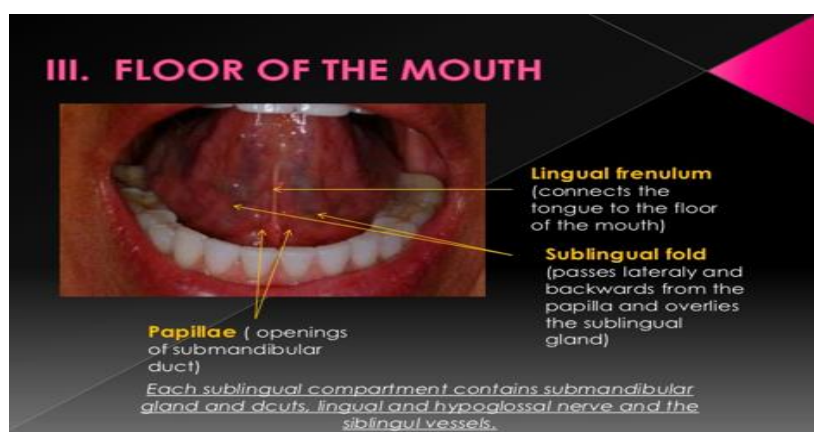


Tongue foliate body: foliate body ها در یک سوم خلفی زبان در خلف و سطوح طرفی آن دیده می‌شود و برای معاینه آن حتماً باید زبان به خوبی بیرون کشیده شود. این بادی ها در سطوح طرفی قسمت خلفی زبان به خصوص در کودکان و جوانان مشخص تر است و ممکن است با بافت لنفوئیدی بزرگ شده اشتباه شوند (با لوزه ها). این نکته بسیار مهم است که foliate body ها به عنوان یک بافت نرمال در نظر گرفته می‌شوند. به خصوص که گاهی اوقات با بزرگ شدن غدد لنفاوی این بادی ها هم بزرگ می‌شوند ولی نرمال در نظر گرفته می‌شود. این بادی ها به رنگ قرمز دیده می‌شوند.



کف دهان (floor of the mouth): کف دهان جزو مناطق های ریسک برای ضایعات بدخیم در نظر گرفته می‌شود. مثلاً در افرادی که مواد مخدر مصرف می‌کنند یا افراد الکلی احتمال ایجاد ضایعه در این مناطق وجود دارد. اپیتلیوم کف دهان نازک و پاراکراتینیزه است. این سطح از دهان (سطح شکمی زبان) رگ های خونی فراوانی دارد که می‌تواند برجسته شده و ایجاد واریس کند. به خصوص در افرادی که دارای فشار خون بالا هستند. ولی به عنوان یک ضایعه خطرناک به حساب نمی‌آید. کف دهان دارای عروق، اعصاب و غدد بزاقی می‌باشد.

در این ناحیه از دهان، مجرای Wharton یا همان مجرای غده بزاقی ساب مندیبولار باز می‌شود. در این قسمت sublingual caruncle قرار دارد که محل باز شدن مجرای غدد بزاقی ساب مندیبولار است. عضله mylohyoid به راحتی در این ناحیه در هنگام معاینه زیر دست احساس می‌شود.

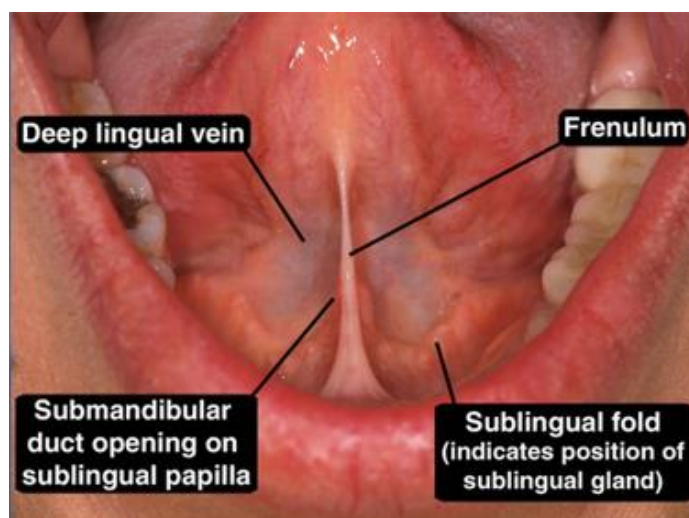


Sublingual caruncle به صورت دو پایی در اطراف فرنولوم زبانی قرار گرفته‌اند. (مجرای وارتون به این پایی ها باز می‌شود)

Sublingual fold نیز در زیر زبان قرار دارد و باعث ایجاد یک شکل W در زیر زبان میشود.

Plica fimbriata : در سطح شکمی زبان قرار گرفته است و نقش فانکشنال کمی دارد. در بعضی افراد به صورت یک حالت آویزان قرار گرفته است و نرمال محسوب می شود و در نوزادان و بعضی از پریماتها ممکن است که حاوی جوانه چشایی باشد. این بافت ممکن است با گذشت زمان از بین برود. این بافت در بیشتر افراد به طور واضح دیده نمی شود.

مجاری غدد بزاقی ساب لینگوال ممکن است به مجرای وارتون باز شود و یا به صورت مجاری ریزی به sublingual fold باز شود.



این سطح زبان به علت وجود رگ های خونی فراوان رنگ قرمز تیره تری نسبت به قسمت های مجاور دارد. مخاط این ناحیه غیر کراتینیزه است و امکان ایجاد ضایعاتی که در مخاط غیر کراتینیزه ایجاد میشود مثل آفت در این قسمت زیاد است.

به علت وجود غدد بزاقی فرعی فراوان در این ناحیه ممکن است مثلاً در اثر تروما مجاری این غدد آسیب ببینند و در اثر انسداد یا پاره شدن باعث تجمع بزاق در این ناحیه می شود که ایجاد یک کیست کاذب میکند و موکوسل نامیده می شود. احتمال ایجاد این موکوسل ها در کف دهان و مخاط داخلی لب بیشتر است و معمولاً به رنگ آبی دیده می شوند. افرادی که دچار موکوسل شده اند، بیان می کنند که هنگامی که غذا میخورند، احساس تجمع مایع و درد در آن ناحیه می کنند و بعد از مدتی دوباره خالی میشود.

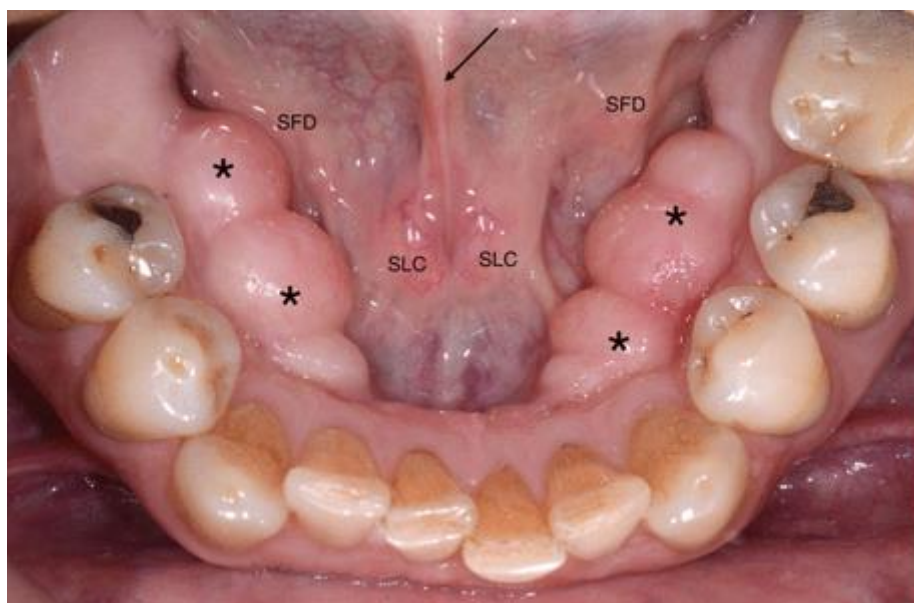
هر جایی که غدد بزاقی فرعی وجود داشته باشد امکان ایجاد موکوسل در آن ناحیه وجود دارد که علت اصلی آن تروما است. موکوسل می تواند در کام هم ایجاد شود البته شیوع کمی در این ناحیه دارد به دلیل این که احتمال ایجاد تروما در این ناحیه کمتر است.

اگر موکوسل در کف دهان در خط وسط ایجاد شود به آن رانولا میگویند که بزرگتر است و به رنگ آبی دیده می شود و خطر اصلی آن در اثر بزرگ شدن انسداد راه هوایی است.

به طور کلی هنگام دیدن وزیکول هایی در کف دهان و مخاط داخلی لبها که پر از مایع است، باید موکوسل را جزء تشخیص های افتراقی در نظر گرفت.

زوائد استخوانی (exostosis): این زوائد استخوانی در مندیبل هم می‌تواند ایجاد شود به خصوص در قسمت لینگوال آن. این زوائد مشابه توروس است که در کام سخت دیده می‌شود. توروس ها در صورتی که بیمار متوجه آنها بوده و بزرگ نشده باشند معمولاً مشکلی ندارند و معمولاً این زوائد شیوع بالایی دارند به خصوص در ناحیه دندان چهار و پنج در قسمت لینگوال مندیبل ولی بیمار باید فالو شود که مطمئن شویم این زوائد استخوانی دیسپلازی استخوانی نباشند.

توروس در کام سخت و معمولاً در خط وسط ایجاد می‌شود. مشکلی که توروس و زوائد استخوانی می‌توانند ایجاد کنند موقعی است که بیمار می‌خواهد از دندان مصنوعی استفاده کند که باید این زوائد تراشیده شوند. ولی در هر صورت باید مریض فالو شود که مطمئن باشیم دیسپلازی استخوانی وجود ندارد.



پایان: