

خدمات

بهداشت دهان و دندان

در واحدهای

بهداشت دهان و دندان

۱- فلوراید تراپی

۲- سیلانت تراپی

۳- پالپوتومی دندانهای شیری

۴- ترمیم دندانها (شیری و دائمی)

۵- کشیدن دندان (دائمی و شیری)

۶- جرمگیری، بروساژ و Root Planing

۷- درمان پالپ زنده

فلوراید تراپی

حداکثر فواید حاصل از فلوراید تنها از طریق ارائه سیستمهای چندتایی حاصل می‌شود.

مکانیسمهای فلوراید

خوردن فلوراید سبب ورود آن به عاج و مینای دندانهای رویش نیافته می‌شود.

فلوراید مصرفی به داخل بزاق ترشح شده، اگرچه غلظت بزاقی آن کم است، غلظت آن در پلاک زیاد بوده و

سبب کاهش تولید اسید میکروبیال و همچنین باعث رمینرالیزاسیون مینا می‌شود.

فلوراید بزاقی در بلوغ مینای دندانهای تازه رویش یافته نقش دارد.

مصرف موضعی فلوراید همه مکانیسمهای بالا را (به جز ورود در ترکیب مینا قبل از رویش دندان) سبب

می‌شود.

نکته: فلوراید باعث کاهش پوسیدگیها در دندانهای شیری ۵۰%-۴۰% و در دندانهای دائمی ۶۰%-۵۰%

است.

فلوراید های موضعی در مطب دندانپزشکی

سبب کاهش پوسیدگی هم در دندانهای کودکان و هم بالغین و توقف ضایعات **incipient** می‌شود.

در استفاده موضعی در مطب، ترکیبات حاوی استانوس فلوراید کاهش بیشتری در پوسیدگیها نشان

داده‌اند.

نکته: پروفیلاکسی قبل از کاربرد فلوراید، تأثیر خاصی در میزان اثر **APF** ندارد و انجام پروفیلاکسی قبل

از کاربرد موضعی **APF** اختیاری است.

روشهای جلوگیری از بلع فلوراید حین کاربرد موضعی:

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

فلوراید تراپی با ژل در مطب دندانپزشکی

بیمار در طی مدت درمان و یک دقیقه پس از آن بر روی صندلی به صورت مستقیم (Upright) قرار گیرد.

در صورت پروفیلاکسی دندانها باخمیر پروفیلاکسی، دندانها به خوبی شستشو داده می‌شود و سپس به صورت نیم فک فلوراید تراپی صورت می‌گیرد. ایزولاسیون مناسب با ژل پنبه صورت می‌گیرد و دندانها با پوار هوا خشک می‌شود

با استفاده از گلوله‌های پنبه آغشته به ژل فلوراید کلیه سطوح دندانها آغشته به فلوراید می‌گردد (در صورت وجود تری، تری از ژل پر می‌گردد) در حدود ۴ دقیقه اجازه داده می‌شود فلوراید در تماس با دندانها صورت گیرد.

خواص مختلف وارنیش های فلوراید

رنگ محلول کدر	زرد تا قهوه‌ای کم رنگ	۲۶/۲% PPm ۲۲۶۰۰	5%NaF	Dura Flour
رنگ محلول کدر	زرد تا قهوه‌ای کم رنگ	۲۶/۲% PPm ۲۲۶۰۰	5%NaF	Dura phat
رنگ محلول کدر	زرد تا قهوه‌ای کم رنگ	۲۶/۲% PPm ۲۲۶۰۰	5%NaF	Cavity Sheild
محلول شفاف	لایه‌ای شفاف	۱/۰% - ۹% (PPM ۱۰۰۰)	دی فلوروسیلان ۱%	Flour protector

از مزایای اصلی وارنیش فلوراید نسبت به سایر درمانهای فلوراید موضعی

۱. کاربرد آسان آنها بدون استفاده از وسیله خاص تنها با کاربرد گلوله پنبه یا برس کوچک
۲. کم بودن ریسک بلع مقادیر غیرمجاز فلوراید
۳. روش بسیار قابل قبول و راحتی برای بیمار است.
۴. نیاز به پروفیلاکسی حرفه‌ای و تمیزکردن دندان قبل از کاربرد وجود ندارد و تنها استفاده از مسواک و خمیردندان قبل از کاربرد آن کافی است.
۵. به دلیل اینکه در مجاورت رطوبت بزاق سخت می‌شود نیاز به ایزولاسیون شدید وجود ندارد و بیمار بلافاصله بعد از کاربرد وارنیش می‌تواند از روی صندلی بلند شود و وارنیش در مجاورت بزاق روی سطح دندان سخت خواهد شد. بنابراین بیمار می‌تواند سریع بعد از درمان محل را ترک کند.
۶. در افراد غیرهمکار و ناتوان جسمی کاربرد آن بسیار آسان است و نیاز به همکاری بیمار ندارد.
۷. روش ایمن، بی‌خطر و مؤثر در کاهش ریسک پوسیدگی در جمعیت‌های با ریسک بالای پوسیدگی است.
۸. بعلاوه توکسیستی حادی در مورد کاربرد وارنیش فلوراید گزارش نشده است و ریسک انتشار عفونت آن نیز اندک است.

در افراد با ریسک بالای پوسیدگی پیشنهاد می‌شود که وارنیش فلوراید در **فواصل زمانی ۶-۳ ماه** یکبار استفاده شود. دفعات بیشتر استفاده از آن مربوط به افرادی خواهد بود که دارای ریسک بالاتری برای پوسیدگی‌زایی هستند.

چنانچه ذکر شد فلوراید وارنیش به **راحتی توسط برس‌های یکبار مصرف**، اپلیکاتورهای سرپنبه‌ای یا گلوله پنبه قابل کاربرد است.

وارنیش فلوراید را می‌توان بعد از پروفیلاکسی حرفه‌ای بکاربرد ولی در **عین حال می‌توان وارنیش را بدون تمیزکردن حرفه‌ای و تنها بعد از مسواک زدن عادی بکاربرد.**

دندان باید قبل از کاربرد وارنیش خشک شود که اینکار را می‌توان با هوای فشرده یا حتی با گاز خشک انجام داد.

بعد از کاربرد وارنیش به والدین و بیمار آموزش داده می‌شود که حداقل ۴-۲ ساعت از خوردن و آشامیدن باید اجتناب شود

و بیمار تا عصر یا تا روز بعد نباید از مسواک یا نخ دندان استفاده کند تا وارنیش به حداکثر فرصت بیشتری جهت تماس با دندان داشته باشد.

وارنیش‌های فلوراید غالباً باعث تغییر رنگ دندان به رنگ زرد می‌گردد هرچند این تغییر رنگ موقت است و با پاک شدن وارنیش از سطح دندان این تغییر رنگ از بین می‌رود.

وارنیش فلوراید را می‌توان روی تمام سطوح دندان بکاربرد و همچنین امکان استفاده از آن بصورت انتخابی روی سطوحی که دارای ریسک بالاتری از پوسیدگی هستند نیز وجود دارد.

به عنوان مثال در **نواحی نکلسیفیه یا دندانهای قدامی بالا** در بچه‌ها، یا کونکانی که به دلیل **استفاده از شیشه شیر** دارای ریسک بالای پوسیدگی هستند

استفاده از وارنیش‌های فلوراید دارای مزایای زیادی است

سیلانت ترایی

پیت ها و فیشورهای آناتومیک دندانی حدود ۱۲ درصد کل سطوح دندانی را شامل می شوند. این پیت ها و فیشورها به عنوان نواحی مستعد ابتلاء به پوسیدگی می باشند. پیت ها و فیشورها تقریبا ۸ برابر آسیب پذیرتر از سطوح صاف هستند با وجود اینکه فلوراید تاثیر بالایی در کاهش پوسیدگی در روی سطوح صاف دندانی دارد اما در محافظت پیت ها و فیشورهای سطوح جویده متاسفانه این طور عمل نمی کند.

برای پیشگیری از تجمع پلاک میکروبی در عمق شیارها و فرورفتگیها و نهایتا پیشگیری از ایجاد پوسیدگی موادی به نام فیشورسیلانت معرفی شدند تا این مشکل را حل نموده و سطح مسطحی را ایجاد می نماید.

سیلانتهای دندانی اثر زیادی در پیشگیری از پوسیدگی پیت ها و فیشورها دارند.

مزایای استفاده از فیشور سیلانت :

- ◆ پیشگیری از پوسیدگی در دندانهای در حال رویش و تازه روئیده شده.
- ◆ جلوگیری از تجمع پلاک میکروبی در شیارها و متوقف کردن پوسیدگی های اولیه.
- ◆ پیشگیری از رشد باکتریهای پوسیدگی را فاصله داده شده و سرایت به سایر دندانها.

موارد تجویز Indication :

پیت ها و فیشورهای عمیق روی سطوح دندانهای خلفی و پیت های لینگوالی انسیزورها

موارد عدم تجویز contraindication :

- ✗ در پوسیدگیهای پیشرفته و حاد و کنترل نشده (Ram pant caries)
- ✗ پوسیدگیهای پروگزیمالی
- ✗ سطوح اکلوزالی پوسیده که نیاز به ترمیم دارند
- ✗ وجود ترمیم های وسیع در سطوح جونده
- ✗ دندانهایی که شیارهای کم عمق و فرم گرد دارند
- ✗ عدم همکاری بیمار

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

ملاحظات کلی در انتخاب بیمار :

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

ملاحظات کلی در انتخاب دندان :

بطور کلی مستعد بودن دندان به پوسیدگی باید در انتخاب دندان برای سیلانت تراپی در نظر گرفته شود. شیارها و فرورفتگی های عاری از پوسیدگی یا ضایعات اولیه پیت ها و فیشورهای عمیق و باریک روی سطح جونده دندانهای مولر از آنجایی که پیت ها و فیشورهای روی سطوح دندانهای مولر از عمق بیشتری برخوردارند به همین جهت مستعد پوسیدگی بوده و بالطبع در اولویت فیشورسیلانت قرار می گیرند.

سن مناسب جهت فیشور سیلانت :

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

تکنیک CST یا تکنیک رایج :

انتخاب دندان مورد نظر

دندان را شسته و خشک کنید

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

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

تمیز کردن

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

ایزولاسیون کامل :

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

اچ کردن :

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

شستن و خشک کردن :

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

استفاده از سیلانت :

توصیه میشود طی استفاده از سیلانت از آلوده شدن به بزاق تا حد امکان پرهیز شود. اگر شکی در آلودگی دندان به بزاق وجود داشته باشد باید تمام مراحل کار تکرار گردد (۱۵ ثانیه اچینگ). جهت سیلانت گذاری دستور کارخانه تولید کننده به طور دقیق رعایت شود. درنوع سلف همزدن صحیح بیس وکاتالیزور مانع تشکیل حباب هوا میگردد. **Working time** برای این نوع سیلانتهها محدود است.

در نوع لا یت چون هیچگونه همزدن نیاز ندارد احتمال تشکیل حبابهای هوا کمتر است.

مواد سیلانت با برس یا پروپ مخصوص و اپلیکاتورها و... به مقدار مناسب بر روی سطح آماده شده قرار داده می شود.

در نوع **self cure** با اضافه نمودن کاتالیزور به ماده بیس بلافاصله پلیمریزه شدن آن شروع میشود و پس از کامل شدن **setting time** (بر اساس دستور کارخانه تولید کننده) سخت میگردد. زمان پلیمریزاسیون نوع **light cure** از نوع قبلی بیشتر است. پس از قرار گیری ماده سیلانت سر تیوب دستگاه **light cure** ۱-۲ میلی متری سطح دندان قرار داده می شود و به تمام سطوح سیلانت برای مدت زمان ۳۰ ثانیه نور تابانده می شود استفاده از عینک محافظ مخصوص نیز الزامی است.

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

بررسی تماسهای اکوزالی :

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

ارزیابی گیر سیلانت :

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

نکته :

سیلانت ها روی مولرهای اول بهتر از مولرهای دوم و در دندانهای فك پایین بهتر از دندانهای فك بالا گیر میکنند.

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

ارزیابی مجدد و توصیه پس از درمان :

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

از دست رفتن سیلانت طی سه ماه اولیه احتمالاً به دلیل اشکالات حین انجام کار رخ می دهد و پس از سه ماه احتمالاً به دلایلی از جمله فشار های مضغی غیر طبیعی می باشد.

پالپوتومي دندانهاي شيري

هدف از انجام پالپوتومي در دندانهاي شيري برداشت قسمت آماسي پالپ است تا اينكه امکان زنده ماندن پالپ در كانال ريشه فراهم شود و دندان در قوس دنداني حفظ گردد. اهميت حفظ دندانهاي شيري عبارتند از:

- ۱- حفظ فضا در قوس فكي
- ۲- حفظ زیبایی
- ۳- جویدن
- ۴- پيشگيري از عادات نامناسب زبان
- ۵- كمك به تكلم
- ۶- جلوگیری از اختلالات رواني كودك به علت فقدان دندانها

تشخيص:

توجه به ملاحظات تشخيصي قبل از بررسي يافته هاي كلينيكي و راديوگرافيك بيمار:

۱- مدت زماني كه بايد دندان يا دندانهاي مورد نظر، نگهداري شوند. (مثلاً تلاش دندانپزشك براي حفظ مولر دوم شيري در يك كودك ۴ ساله بيشتر از حفظ مولر اول شيري در يك كودك ۸ ساله خواهد بود.)

۲- سلامت بيمار* (در كودكاني كه داراي اختلالاتي مي باشند، در صورت پالپ تراپي ناموفق دچار عفونت حاد مي شوند، لذا نبايد پالپ تراپي انجام شود)

۳- مرحله تكامل دندان بيمار

۴- قابليت ترميم دندانها

۵- همكاري بيمار و والدين در پذيرش برنامه پيشگيري و ارزيابي دوره‌اي

۶- ملاحظات كنترل فضاي ناشي از كشيدهاي قبلي، مال اكلوژن موجود از قبل، از دست رفتن فضا به واسطه تخريب پوسيدگي وسيع دندانها

بررسی رادیوگرافی بایت وینگ یا پری اپیکال بیمار:

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

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

نکته:

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

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

شکست درمان:

ازدیاد لقي و وجود فیستول

افتادن زودرس

تحليل داخلي يا خارجي ريشه (تحليل داخلي ريشه نزديك محل کاربرد فرموکروزل اغلب اولين علامت شکست مي باشد)

شواهد رادیوگرافیک مبني بر وجود رادیولوسنسي در ناحیه پري اپیکال بين ريشه ها

نکته:

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

ترمیم دندانهای شیری

دندانهای شیری از جهات زیر حائز اهمیت می باشند :

حفظ فضای لازم برای رویش دندانهای دائمی

کمک به رشد و تکامل صورت

اهمیت در جویدن و هضم غذا

اهمیت در تکلم و بیان صحیح حروف و کلمات

ملاحظات مورفولوژیک

تاج دندانهای شیری در مقایسه با دندانهای دائمی همنوع خود کوچکتر ولی گردترند . به دلیل باریک شدن ناحیه گردن مولر شیری ، در کف ژنژیوال حفرات کلاس II باید مراقبت خاص مبذول داشت . شاخکهای پالپی بزرگترند و نوک تیزند همچنین عاج ضخامت و برآمدگی کمتری دارد و در نتیجه پالپ بطورنسبی از دندانهای دائمی بزرگتر است . مینای دندانهای شیری نازک و با ضخامت یکنواخت می باشد .

اصول پایه در تهیه حفره دندانهای شیری :

حفره کلاس / پیت و فیشور:

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

حفره کلاس / عمیق :

بی حسی موضعی انجام می گیرد .

میناتا ناحیه ای که پوسیدگی پیشرفت دارد ، برداشته شود .

حفره تا شیارهای باقیمانده نقصهای آناتومیکی اکلوزال گسترش یابد .

عاج پوسیده با فرزهای روند بزرگ یا اکسکواتور قاشقی شکل برداشته شود.
(اگر ناحیه پوسیده دیده نشود دیواره های حفره موازی تمام شوند) .
دندان کاملا شسته و خشک و ایزوله گردد.

کف حفره باید با ماده ای متناسب که با دندان سازگار است پوشانده شود تا محافظ حرارتی برای پالپ باشد .
دندان با آمگام پر شده (فرم آناتومیکی دندان در این حالت باید تامین گردد) .
با کاغذ آرتیکولاسیون (کاربن) اکلوزن بیمار چک شود .

تذکر:

اگر رزین کامپوزیت و یا گلاس آینومر مورد نظر باشد پیتها و شیارهایی که مشکل پوسیدگی ندارند ممکن است به عنوان قسمتی از ماده باند شونده سیل گردند . ماده ترمیمی محافظ حرارتی برای پالپ هم خواهد بود .

در یک کودک پایین تر از ۲ سال دندانپزشک ممکن است برخی مواقع یک پوسیدگی ابتدایی در فوسای مرکزی یک یا بیشتر دندانهای مولر اول شیری را ببیند در حالیکه بقیه دندانها سالم می باشند بنابراین به خاطر عدم رشد روانی کافی کودک و به خاطر اینکه معمولا ارتباط موثر با کودک غیر ممکن است والدین باید کودک را در صندلی دندانپزشکی کنترل کنند . این باعث می شود کودک احساس امنیت بیشتری کند و فرصت بهتر را برای کنترل حرکات کودک در حین کار به وجود آورد ممکن است بدون کاربرد بی حسی ، پوسیدگی برداشته شود و ترمیم صورت گیرد .

حفره کلاس Π

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

ضایعات کوچک :

در بیشتر موارد به بی حسی موضعی نیازی نیست
برداشتن پوسیدگی (پوسیدگی کوچک کلاس Π با وجود پوسیدگی کم و با برداشتن کم مارژینال ریج یا سطوح باکال دندانها)
ایزولاسیون
دندان شسته و خشک شود
گلاس اینومر همراه رزین برای این کار محافظه کارانه (به دلیل آزاد کردن فلوراید) توصیه می شود .

ضایعات با درگیری بیشتر عاج :

- بی حسی موضعی صورت گیرد
- منطقه مارژینال ریج بدون آسیب به سطح پروگزیمال دندان کناری برداشته شود
- هنگام تهیه کف ژنژیوآلی و دیواره های پروگزیمالی باید تماس با دندان کناری برداشته شود .
- زوایای مورد نظر فرم داده شود در حین تهیه دیواره های اگزیمال و باکال و لینگوآل باکس پروگزیمالی باید نزدیک به قائم باشند .
- دیواره های باکال و لینگوآل لزوماً به سمت سرویکال به تبعیت از کانتور کلی دندان متباعد می شوند .
- در صورت وجود پوسیدگی ، باید برداشته شود .
- دندان شسته و خشک می گردد .
- ایزولاسیون کامل برقرار گردد .

در صورت استفاده از آمالگام لاینر یا بیس مناسب باید برای مناطق پالپ قرار داده شود. استفاده از ماتریکس و وج برای کمک به ساختن تماس مناسب دو دندان الزامی است . دندان را با آمالگام پر کرده و فرم صحیح را به آن داده . با کاغذ آرتیکولاسیون اکلوزن بیمار و نخ دندان contact بین دو دندان چک شود . در صورت استفاده از کامپوزیت سطوح حفره برای باند شدن آماده شود. (پخ شدن لبه های مینایی توصیه می شود)

حفره کلاس III :

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

پوسیدگی مینایی III CL :

بی حسی نیازی ندارد .

پوسیدگی را به صورت یک حفره کوچک برداشته (البته در صورتیکه زوایای انسیرالی درگیر نگردیده یا در اثر برداشت پوسیدگی ضعیف نشود .

حفره شسته و خشک شود .

ایزولاسیون برقرار گردد.

در صورت لزوم از نوار ماتریکس استفاده شود .

دندان با یک ماده متصل شونده ترمیم شود .

ترمیم زیبایی بارزین :

برای ترمیم انسیزورهای شیری که پوسیدگی لبه انسیزال را درگیر می کند (کلاس ۴) یا به آن نزدیک است -
مراحل انجام کار :

◆ بی حسی موضعی .

◆ استفاده از رابردم برای ایجاد محیط خشک ، دید بهتر و کنترل لبها و زبان .

◆ تهیه حفره با ایجاد گیرهای لبیالی و لینگوالی در يك سوم سرویکالی .



◆ برداشت پوسیدگی های باقیمانده در صورت وجود (پخ کردن مارجینهای مینایی به طور ملایم ، قبل از اچ کردن جهت باند بهتر توصیه می شود) .

◆ حفره را شسته و خشک کنید .

◆ یک عامل باند شونده استفاده شود .

◆ ماتریکس مناسب در محل سرویکال برای برگرداندن، شکل دادن، نگهداشتن کامپوزیت کمک خواهد کرد .

◆ حفره را با کامپوزیت با روش مناسب ترمیم کنید .

◆ با فرز شعله ای فرم دادن اولیه صورت پذیرد .

◆ پالایش نهایی با راب رکپ و یک ماده ساینده نمناک مناسب یا یکی از سیستمهای پالایش کامپوزیت توصیه می

شود .

تذکر :

به طور کلی در هنگام استفاده از کامپوزیت پخ کردن لبه های مینا ، اچ کردن و استفاده از عوامل بازشونده

توصیه می شود .

وقت بیشتری جهت کار نیاز است .

ترمیم دندان دائمی

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

عوامل

سن

جنس

قرار گیری در معرض فلوراید

سیگار کشیدن

الکل

سلامت عمومی

مصرف برخی داروها

گروه در معرض خطر

کودکی، نوجوانی ، پیری

زنان (به خصوص در دوران بارداری)

افراد محروم از آب و آشامیدنی فلورایددار (مصرف

کنندگان آب آشامیدنی فاقد فلوراید)

سیگاریها

الکیها

بیماران مبتلا به بیماریهای مزمن ، عدم

توانایی (به خصوص عدم توانایی در مراقبت از خود)

بیمارانی که از داروهای استفاده می‌کنند که

جریان بزاق را کاهش می‌دهد .

کشیدن دندان Tooth Extraction

■ موارد تجویز خارج کردن دندان عبارتند از :

- ✱ پوسیدگی شدید
- ✱ نکروز پالپ
- ✱ بیماری پریودنتال شدید و پیشرفته
- ✱ دلایل ارتودنتیک
- ✱ دندانهای با موقعیت بد قرار گرفته (مالپوز)
- ✱ دندانهای شکسته غیر قابل ترمیم
- ✱ خارج کردن دندان قبل از ساختن پروتز (به دلیل تداخل با طراحی یا قرار گرفتن پروتز)
- ✱ دندانهای اضافی
- ✱ دندانهای نهفته
- ✱ دندانهای همراه با ضایعات پاتولوژیک
- ✱ قبل از رادیوتراپی
- ✱ دندانهایی که در مسیر شکستگی فك قرار گرفته اند
- ✱ به دلایل زیبایی
- ✱ به دلایل اقتصادی و عدم توان مالی

کنتر اندیکاسیونهای کشیدن:

کنتر اندیکاسیونهای سیستمیک

کنتر اندیکاسیونهای موضعی

*کنتر اندیکاسیونهای سیستمیک:

بیماریهای شدید و کنترل نشده متابولیک (دیابت کنترل نشده، نارسایی کلیوی در مراحل انتهایی، لوسمی کنترل نشده)
حاملگی

نکته: حاملگی یک کنتر اندیکاسیون نسبی می باشد. در سه ماهه اول و سوم بایستی در صورت امکان به تعویق بیافتد. در سه ماهه دوم کشیدن ساده دندانها نسبتاً بی خطر است، اما جراحیهای مشکلتر بایستی تا تولد نوزاد به تعویق بیفتد.

بیمارانی که تمایل به خونریزی شدید دارند (افراد هموفیلیک یا نقص شدید پلاکتی که تا زمان کنترل مشکل انعقادی نباید کشیدن دندان برای آنها صورت گیرد)

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

* کنترالندیکاسیون موضعی:

تاریخچه رادیوتراپی، زیرا Ext در ناحیه ای که رادیوتراپی شده است و می تواند منجر به استئورادیونکروز در محل کشیدن شود.

دندانهایی که در ناحیه تومور قرار گرفته اند (خصوصاً تومورهای بدخیم) چون Ext باعث انتشار و پخش سلولهای سرطانی می شود.

پریکورونیت شدید (کشیدن دندان تا زمان بهبودی پریکورونیت به تعویق بیافتد)
آپسه حاد دنتوآلوئولار (سریعترین درمان عفونت ثانویه به نکروز پالپ دندان، خارج کردن دندان مسبب می باشد مگر در مواقعی که به دلیل عفونت و آپسه بیمار قادر به بازکردن دهان نمی باشد و یا بی حسی موضعی کافی امکانپذیر نمی باشد)

* ارزیابی کلینیکی دندان قبل از خارج کردن:

دسترسی به دندان مورد نظر

میزان لقی و حرکت دندان (Mobility)

وضعیت تاج

نکات مورد توجه:

- ← میزان باز شدن دهان بیمار، اولین فاکتوری است که در ارزیابی قبل از درمان مورد ارزیابی قرار می گیرد.
- ← در انکیلوز مولرهای شیری و گاهی دندانهایی که مدت زیادی تحت درمان ریشه بوده اند. روش جراحی ارجح است.
- ← در صورت وجود پرکردگیهای بزرگ و یا پوسیدگیهای وسیع در دندان، احتمال شکستن آنها افزایش می یابد. لذا در این موارد فورسپس بایست، تا حد امکان به سمت اپیکال قرار گیرد.
- ← در مواردی که جرم زیاد در اطراف دندان وجود دارد بایستی ابتدا جرم توسط دستگاههای جرمگیری برداشته شود تا وجود جرم باعث عدم تطابق نوک فورسپس با سطح ریشه نشود و همچنین جرم شکسته شده در ساکت خالی دندان پس از کشیدن دندان نیافتد.

توصیه:

- بیمار بایستی گاز را حداقل ۳۰ دقیقه با فشار نگهدارد و تا حد امکان در ۳ تا ۴ ساعت اولیه صحبت نکند.
- به بیماران سیگاری تذکر داده شود که حداقل تا ۱۲ ساعت اول سیگار نکشند و یا در صورت استعمال پک عمیق به آن نزنند.
- از تف کردن تا ۱۲ ساعت اول بعد از جراحی خودداری کنند و آب دهان خود را فرو ببرند.
- به بیمار گفته شود که از آسپیرین یا استامینوفن به عنوان داروی ضد درد استفاده نماید. (آسپیرین داروی انتخابی برای کنترل درد خفیف تا متوسط بعد از Ext می باشد، NSAID مانند Ibu profen بی دردی طولانی تری ایجاد می کنند و روی عملکرد پلاکتها تأثیر کمتری دارند).
- یک رژیم غذایی پرکالری و با حجم زیاد مایع برای ۱۲ تا ۲۴ ساعت اولیه بعد از Ext ایده آل است.
- در ۱۲ ساعت اول بایستی غذا نرم و خنک باشد (بستنی و ...) و بیمار هرچه زودتر و به محض توانایی به رژیم غذایی نرمال برگردد.
- قرار دادن کیسه یخ روی ناحیه شده می تواند به کاهش درد در ۲۴ ساعت اول کمک کند (این کیسه به مدت ۲۰ دقیقه در محل نگهداشته شده و ۲۰ دقیقه بعد برداشته شود).
- در روز دوم بعد از عمل نه یخ و نه گرما هیچکدام نبایستی روی صورت استفاده شود.
- در روز سوم و روزهای بعد، تجویز گرما به بهبود تورم کمک می کند.
- در صورت تریسموس ناشی از التهاب عضلات جونده بعد از Ext، کاربرد گرما خصوصاً گرمای مرطوب از طریق پوست می تواند در بهبودی تریسموس و تورم مؤثر باشد.
- اکیموز ناشی از نشست خون به بافتهای زیرپوستی معمولاً ۲ تا ۴ روز بعد از جراحی به وجود می آید و در طی ۷ تا ۱۰ روز بهبود می یابد. (بیشتر در افراد مسن)

نکته:

اگر در روز سوم یا بعد از آن تورم یا قرمزی و درد در محل دندان کشیده ظاهر شد احتمال عفونت می رود. دردی که در روز اول کاهش یافته ولی روز ۳ تا ۴ افزایش می یابد و همراه با تورم و علائم عفونت نیست معمولاً نشانه ای از حفره خشک **Dry Socket** است.

کنترل بعضی از عوارض بعد از جراحی:

۱) وجود خونریزیهای ثانویه که ممکن است بعد از هموستاز اولیه ایجاد شود که مراحل کنترل آن به شرح زیر است:

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

ب) دندانپزشک محل خونریزی را با نور کافی مشخص می کند

ج) اگر خونریزی در حد نشت خون باشد، محل با گاز پوشانده شده و برای حداقل ۵ دقیقه مداوم فشار داده می شود.

د) در صورت عدم موفقیت ، بی حسی موضعی تجویز کرده و دندانپزشک محل ساکت را کورت کشیده، همه لخته قدیمی را ساکشن کرده، نسج نرم و استخوان برای افتراق خونریزی شریانی با نشت خون چک شود.

قراردادن ژلاتین اسفنجی قابل جذب بخیه 8 شکل و فشار با گاز برای کنترل خونریزی ثانویه

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

موارد تجویز کشیدن دندانهای شیری:

- ❖ وجود عفونت حاد پری اپیکالی دندان شیری پوسیده
- ❖ مولرهای شیری پوسیده همراه با عارضه اپیکال یا فورکا
- ❖ دندانهای شیری که بیش از حد معمول باقی مانده اند
- ❖ دندان شیری انگلیوز
- ❖ دندان شیری پوسیده و غیرقابل ترمیم
- ❖ دندان شیری ناتال و نئوناتال
- ❖ دندان شکسته یا ضربه دیده

موارد عدم تجویز کشیدن دندان:

- ❖ عفونت حاد سیستمیک: بعد از اینکه مراحل حاد بیماری سیستمیک گلو مرونفریت، بیماری قلبی مادرزادی، تب رماتیسمی، بیماری رماتیسم قلبی به حالت مزمن تقلیل یافت، رژیم پیشگیری با دارو قبل از کشیدن دندان ضروری است.
- ❖ بیماریهای خونی
- ❖ دیابت ملیتوس کنترل نشده
- ❖ استخوان رادیوتراپی شده باشد
- ❖ عفونت حاد دهان، در صورت وجود عفونت دهانی مثل ژنژیویت زخمی نکروزه حاد، استوماتیت تبخالی حاد آبسه دندانی آلونولی حاد و دیگر اشکال حاد بیماریهای دهان بطور قطعی کشیدن دندان تجویز نمی شود و تا رفع عفونت باید تأمل گردد.

بیماریهای پریودنتال

هدف : برای بیماران جوان و مسن حفظ فانکشن و حذف یا پیشگیری از پیشرفت بیماری التهابی می باشد .
برای سالمندان يك روش غير جراحي ، اغلب اولين انتخاب درمان مي باشد .
کنترل پلاك با استفاده نخ دندان و مسواک
افراد مسن از دهانشویه کلروهگزیدین ۲/۰ % استفاده شود .

استفاده از دهانشویه فلوراید

مواد جایگزین بزاق

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

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

برطرف نمودن التهاب لثه و حذف عواملی که آنرا ایجاد می نماید شامل : تجمع پلاك میکروبی ، پرکردگی های نامناسب و نواحی گیر غذایی .

برقرار نمودن اکلوژن قابل قبول برای بیمار.

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

تشخیص :

چه عواملی در تجمع پلاک میکروبی دخالت داشته و چگونه این عوامل در ایجاد التهاب و تشکیل پلاکتهای پریودنتال نقش دارد ؟

آیا انساج پریودنشیوم علائمی از وجود ترومای ناشی از اکلوزن را نشان میدهد یا خیر؟
آیا اکلوزن بیمار مسئول ایجاد ضایعات تروماتیک می باشد یا خیر؟
آیا تغییرات در لثه و سایر انساج پریودنتال توسط عوامل محرک موضعی موجود قابل توجیه می باشد و یا عوامل دیگری در اتیولوژی بیماری دخالت دارد؟

مشاهدات بالینی :

خونریزی از لثه هامی تواند به صورت خود به خود ، متعاقب غذا خوردن ، مسواک زدن و یا حتی در هنگام خواب اتفاق افتد .

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

آیا طعم بد دهان و نواحی گیر غذایی وجود دارد ؟

۲- وجود دندانهایی که بیش از حد فیزیولوژیک لق میباشند بررسی شود . سابقه دندان

قروچه ، Clinching و

Braxism و قفل کردن فك و فشاردادن آن روی هم ، جویدن تنباکو ، کشیدن سیگار ، جویدن

ناخنها و

گاز گرفتن اجسام خارجی وجود دارد .

۳- بررسی رادیوگرافی های داخل دهانی شامل چهارده فیلم پری اپیکال و رادیوگرافی های B-W خلفی میباشند. همچنین جهت بررسی قوس دندانی و انساج اطراف دندانها رادیوگرافی پانورامیک وجود داشته باشد.

میزان ترشح بزاق ، گزروستومیا یا سیالوره وجود دارد ؟

معاینه کلینیکی :

معاینه دندانها

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

معاینات انساج پرئودنشیوم

درمعاینات انساج پرئودنشیوم علایم اولیه ناشی از بیماریهای پرئودنتال تشخیص داده میشود . معاینات باید برطبق ترتیب مشخصی انجام شود ، از ناحیه مولرهای فك بالا شروع شده و سپس به ترتیب از آن قسمت سایر دندانها نیز تحت بررسی قرار گیرد درنتیجه :

یافتن کلکوسهای زیرلثه ای وتعیین میزان تجمع پلاك دندانی توسط سوند یا پروب پرئودنتال صورت می گیرد . استفاده از پوارهوا برای کنارزدن لثه كمك خوبی در یافتن کلکوسهای زیر لثه ای محسوب می شود . بهترین وسیله برای تعیین کلکوسهای زیر لثه ای سوند شماره ۱۷ میباشد ودرمورد کلکوسهای فوق لثه ای می توان از پروب پرئودنتال استفاده نمود.

برای بررسی دقیق لثه ابتدا باید آنرا خشك كرد تا امکان انعكاس نور كه سبب اشكال می شود از بین برود . معاینه مستقیم چشمی و بررسی ناحیه توسط وسایل ولمس نمودن (Pulpation) نیز باید صورت گیرد.

مشخصات لثه باید مورد بررسی قرار گیرد که عبارت است از :
رنگ ، اندازه ، فرم ، قوام ، نمای ظاهری ، موقعیت ، خونریزی و درد ، موضعی یا منتشر
بودن بیماری و مزمن یا حاد بودن آن .

پاکتهای پرئودنتال

وجود پاکت و بررسی آن در سطوح مختلف دندانی .
نوع پاکت پرئودنتال که ممکن است فوق استخوانی و یا تحت استخوانی باشد . پاکتهای پرئودنتال همچنین
ممکن است از نوع ماده ساده ، مرکب و یا پیچیده باشد .
عمق پاکتهای پرئودنتال
موقعیت اپیتلیوم چسبنده روی ریشه

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

ضایعات جامی شکل بین دندانی باید مورد بررسی قرار گیرد، برای مشخص نمودن اینگونه ضایعات باید
پروب را بطور مایل از سطح باکال ولینگوال داخل پاکت نمود تا فرورفتگی احتمالی این ضایعات در زیر
نواحی تماس بین دندانی مشخص شود .

با استفاده از پروب پرئودنتال می توان عمق و شکل پاکت را مشخص نمود .

طرح درمان :

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

آیا بیماری موجود قابل درمان است؟

آیا تمامی دندانها قابل نگهداری می باشد ؟

آیا دندانهای باقیمانده می تواند به عنوان پایه های مناسبی برای جایگزینی دندانهای از دست رفته توسط کاربرد پروتزهای ثابت یا متحرک مورد استفاده قرارگیرند؟

تنظیم طرح درمان

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

درمانهای مربوط به انساج نرم:

برطرف نمودن التهاب لثه و حذف پاکتهای پرپودنتال و عوامل ایجاد کننده آنها ، برقراری فرم

طبیعی لثه ، تامین میزان کافی لثه چسبنده ، ترمیم نواحی پوسیدگی ، تصحیح مارجین

پرکردگی های موجود ، دوباره شکل دادن فرم سطوح دندانی درنواحی پروگزیمالی

، باکالی ، لینگوالی ، تصحیح مارجینال ریج پرکردگی های موجود.

درمان اکلوزن بیمار

تنظیم اکلوزن برای ایجاد انساج پرپودنشیم :

تصحیح اکلوزن ، کاربرد پرکردگی ها و پروتزها و درمانهای ارتودنسی

بررسی شرایط عمومی بیمار

آیا بیمار نارسای سیستمیک دارد ؟

مراحل انجام درمان

کنترل پلاک میکروبی – بررسی تغذیه بیمار بخصوص درموارد پوسیدگیهای سریع و شدید ، جرم گیری و صاف نمودن سطوح ریشه دندانها و تصحیح پرکردگی ها و پروتزهایی که جنبه تحریکی دارد .

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

جراحی پریودنتال و درمانهای اندودنتیک .

درمانهای دائمی ترمیمی ، پروتزهای ثابت و متحرک و بررسی واکنش انساج پریودنشیمن نسبت به این درمانها انجام می شود .

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

اختلال در عمل بلم طرح درمان برای سالمندان :

روش غیر جراحی درد درمان پریودنتال برای سالمندان اولین انتخاب درمانی می باشد .
درد درمان جراحی باید تلاش شود که اکسیوژر بیشتر ریشه به حداقل برسد . سن به تنهایی یک کنتراندیکاسیون برای جراحی نمی باشد .

درمان پریودنتال در دوران بارداری

غیر از کنترل پلاک بهتر است که در صورت امکان از درمانهای دندانپزشکی elective حین سه ماهه اول و نیمه آخر سه ماهه سوم بارداری خودداری شود .

سه ماهه دوم بی خطرترین دوره برای انجام اقدامات معمول دندانپزشکی است . تاکید برکنترل بیماری فعال و حذف مشکلات احتمالی که ممکن است در اواخر بارداری بروز کند ، می باشد ، اما جراحی ماژور دهانی و یا پریودنتال ، باید تا بعد از وضع حمل به تعویق انداخته شود .

داروهای دوره بارداری:

بطور ایده آل هیچ دارویی نباید حین بارداری به ویژه در سه ماهه اول تجویز شود .

دردوران حاملگی ، در تجویز داروهای زیر توجه شود :

تزریق داروهای بی حسی لیدو کائین ، پریلوکائین ، لیدوکائین داروهای گروه (B) دردوران بارداری بدون مشورت با پزشک ایرادی ندارد .

تجویز آسپرین و پروفن در سه ماهه اول ممنوع است .

از بین آنتی بیوتیکهای مصرفی در دندانپزشکی ، تجویز تتراسایکلین (گروه D) ، سیپروفلوکسازین (گروه D) ، مترونیدازول (گروه B) کلاریتروماسین (گروه D) واریتروماسین نوع estolate دردوران بارداری ممنوع است .

نیتروس اکساید ، در سه ماهه اول بارداری ممنوع است و در سه ماهه دوم و سوم ، باید با مشورت پزشک صورت گیرد .
دیازپام و باربیتوراتها در خانم های باردار ممنوع است .

درمان بیماریهای پریودنتال

الف: فاز ۱

هدف:

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

نتیجه کار:

توقف پیشرفت بیماری و حفظ سیستم دندانی .

راحتی و فانکشن.

زیبایی مناسب.

فاز ۱ درمان تحت عناوین مختلفی نامیده میشود:

درمان اولیه (initial therapy) .

درمان غیر جراحی (non- surgical periodontal therapy).

درمان وابسته به علت (cause- related-therapy).

فاز اتیوتروپیک درمان (etiotropic phase of therapy).

جرمگیری:

جرمگیری (scaling) عبارتست از عملی که طی آن پلاک و جرم از هر دوسطح بالای لثه و زیر لثه دندان برداشته میشود . در جریان جرمگیری هیچگونه تلاش عمدی جهت برداشتن نسج دندان صورت نمی گیرد .

صاف کردن یا تسطیح سطح ریشه (Root planning) عملی است که توسط آن بقایای جرم و تکه هایی از

سمنتوم برای ایجاد یک سطح صاف و سخت و تمیز از روی ریشه ها برداشته می شود . وضعیت سطح دندان مشخص کننده این است که باید جرم گیری یا تسطیح سطح ریشه انجام شود .

اهمیت جرم گیری به قرار زیر است :

حفظ سیستم دندانی و لثه ای در يك وضعیت سلامتی .

سهولت کنترل پلاك توسط بیمار.

حذف سطوح زبر و ناهموار.

حذف بوي بددهان ناشي از وجود جرم.

تغییر ریسک فاکتورهای سیستمیک بیماریها با خارج شدن کانون عفونت از دهان.

* تشخیص:

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

سلامت عمومی و میزان تحمل به درمان بیمار.

تعداد دندانهای موجود .

مقدار جرم بالای لثه ای.

مقدار جرم زیر لثه ای.

عمق پاکت هنگام پروب کردن

ترتیب قرارگیری دندانها

مارژین رستوریشنها.

آنومالیهای تکاملی.

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

همکاری بیمار با دندانپزشک .

حساسیت بیمار (نسبت به مواد بیحسی و ضد درد).

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

وجود تحلیل لثه و استخوان آلوئول.
وجود پوسیدگی یا ضایعات پاتولوژیک دیگر که منجر به عدم رعایت بهداشت دهان و دندان گردیده است .
بررسی وضعیت ریشه دندانهای مجاور.
وضعیت سلامت بیمار (از نظر وجود بیماریهایی که نیاز به پروفیلاکسی دارند ، بیمارانی که دارای نقص سیستم ایمنی هستند و بیمارانی که مشکلات عروقی دارند .)

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

معاینه کلینیکی:

- ۱- جستجوی جرم.
- ۲- تعیین عمق پاکت.
- ۳- میزان دسترسی به دندان .
- ۴- عدم وجود دندانهای hopeless.
- ۵- وجود بیماریهای سیستمیک.

تاریخچه:

- ۱- به طور خود به خود درد وجود ندارد.
- ۲- به هنگام گاز زدن میوه خونریزی لثه دیده میشود.
- ۳- به علت تحلیل لثه و استخوان آلوئول ، ناحیه طوق دندان و قسمتی از ریشه عریان نسبت به تغییرات فیزیکی و شیمیایی حساس میباشند.

روش کار:

- جرمگیری بالایی لثه: از سیکل و کورت و وسایل اولتراسونیک استفاده میشود.
- سیکل یا کورت به روش **grasp modified pen** گرفته شده و تکیه گاه انگشت به صورت محکم از دندانهای مجاور ناحیه انجام کار گرفته میشود.
- تیغه (**blade**) با زاویه اندکی کمتر از ۹۰ درجه با سطحی که جرمگیری میشود منطبق میگردد.
- لبه برنده باید مارژین اپیکال جرم فوق لثه ای را بگیرد.
- حرکات کوتاه و محکم بصورت کرونالی دریک جهت عمودی و یا مایل وارد شود .

که اختصاراً آن را (Calcium Enriched Mixture) سیمان " مخلوط غنی شده کلسیمی " یا می نامند به عنوان ماده دندان‌دانی جدیدی در سال ۱۳۸۵ به علم دندانپزشکی معرفی گردید. این CEM cement ماده از دو بخش پودر و مایع تشکیل شده است. پودر آن حاوی نمک های کلسیمی است و اختلاط پودر و مایع این سیمان یک ماده بیواکتیو غنی از کلسیم و فسفات فراهم می کند.

این ماده دندان‌دانی جدید در درمان های دندانپزشکی و خصوصاً اندودانتیکس می تواند به عنوان ماده ای با خوب، در مواردی که به خواص پرکنندگی، مهر و موم **Biocompatibility** اثرات زیست سازگاری کنندگی و القاء ترمیم بافت های سخت نیاز داریم مورد استفاده قرار گرفته و در نتیجه اثرات درمانی مناسبی را از خود نشان دهد.

این سیمان بر خلاف اکثر سیمان های مورد استفاده در دندانپزشکی در حضور رطوبت و حتی در محیط مایع و یا خون نه تنها خصوصیات خوب خود را از دست نداده بلکه آنها را تشدید نموده و بنابراین کاربرد آن در محیط دهان در قیاس با سایر مواد دندانپزشکی بسیار راحت و اثربخش می باشد.

این ماده دارای تطابق بالایی با بافت های آب دوست در حفره ی دهان بوده و این امر به توانایی آن در بوجود آوردن یک حفره ی کاملاً سیل کمک می کند.

خاصیت قلیایی شدید این ماده نیز همچون سایر مواد رایج در درمان های دندانپزشکی در القاء ترمیم بافت سخت موثر می باشد.

از طرف دیگر این سیمان به رنگ سفید می باشد و بنابراین بر خلاف برخی از مواد مورد استفاده در دندانپزشکی باعث ایجاد تغییر رنگ در دندان ها نمی شود.

و بالاخره این ماده با توانایی منحصر بفرد ساخت هیدروکسی آپاتیت، خصوصیات مشابه با بافت های سخت مثل استخوان، عاج و سمنتوم را نمایش می دهد و نقش مهمی را در رژنراسیون بافت های سخت بر عهده دارد

-درمان پالپ زنده (پالپوتومی VPT)

به معنای خارج کردن قسمت بیمار پالپ تاجی و باقی گذاشتن قسمت های سالم پالپ دندان در کانال ها است .
این در حالی است که پوسیدگی دندان تا حدی پیشروی کرده باشد که پالپ قسمت تاجی را متاثر نموده باشد .
در این موارد، پالپ قسمت تاجی حذف می گردد و بقیه پالپ از ابتدای مدخل کانال های ریشه در محل باقی گذاشته میشود. پس از این مرحله، اقدام به قطع خونریزی نموده و سپس سیمان مخلوط غنی شده کلسیمی در کف حفره و مدخل کانال ها قرار می گیرد و از پالپ باقیمانده محافظت مینماید تا بدین ترتیب، پالپ ریشه ای به حیات خود ادامه دهد . این درمان در مورد هر دو گروه دندان های شیری و دائمی قابل انجام است.