

BABY PETERSON

بر اساس جراحی دهان، فک و صورت نوین (پیترسون ۲۰۱۹)

فهرست

۹	ارزیابی سلامت بیمار پیش از عمل جراحی
۱۷	پیشگیری و درمان اورژانس‌های پزشکی
۲۸	اصول جراحی
۳۰	ترمیم زخم
۳۴	کنترل عفونت
۳۸	کنترل درد و اضطراب در جراحی
۴۲	وسایل جراحی دهان
۴۹	اصول خارج کردن دندان‌های ساده
۵۲	اصول خارج کردن دندان‌های مشکل
۵۷	مدیریت دندان‌های نهفته
۶۳	مدیریت بیمار پس از خارج کردن دندان
۶۹	جراحی‌های پیش‌پروتزی
۷۹	درمان ایمپلنت: اصول و تکنیک پایه
۸۵	درمان ایمپلنت: اصول پیشرفته و موارد پیچیده
۸۸	عفونت‌های ادنتوزنیک
۹۵	عفونت‌های ادنتوزنیک پیچیده
۱۰۵	اصول جراحی اندودنتیک
۱۱۰	عفونت‌های ادنتوزنیک درمان بیماران تحت رادیوتراپی یا شیمی‌درمانی
۱۱۵	بیماری‌های ادنتوزنیک سینوس ماگزیلاری
۱۱۹	تشخیص و درمان اختلالات غدد بزاقی
۱۲۷	تشخیص افتراقی و بیوپسی
۱۳۳	درمان جراحی ضایعات پاتولوژی دهان

فهرست

۱۳۷	آسیب‌های دنتوآلوئولار و بافت نرم
۱۴۲	درمان شکستگی‌های صورت
۱۴۸	اصلاح ناهنجاری‌های صورتی
۱۵۴	جراحی‌های زیبایی صورت
۱۵۸	درمان بیماران مبتلا به شکاف دهان و صورت
۱۶۶	بازسازی ضایعات فکی به وسیله جراحی
۱۶۹	نوروپاتولوژی صورت
۱۷۵	درمان اختلالات تمپورومندیبولار
۱۸۲	ایستگاه آخر

فصل ۱

ارزیابی سلامت بیمار پیش از عمل جراحی



V: F1



S: F1

معاینه بالینی

- فشار خون: قرارگیری لبه تحتانی کاف ۲-۴ cm بالاتر از Antecubital Fossa و قرارگیری استتوسکوپ روی شریان براکیال ← اگر کاف خیلی کوچک باشد: فشار به طور کاذب بالاتر | اگر کاف خیلی بزرگ باشد: فشار به طور کاذب پایین‌تر
- Rate و Rhythm: قرارگیری انگشت اشاره و میانی روی شریان رادیال

تاریخچه پزشکی

- شامل: ۱- اطلاعات فردی ۲- شکایت اصلی و تاریخچه آن به زبان بیمار ۳- تاریخچه پزشکی بیمار (مهمترین؛ شامل آلرژی به داروی بی‌حسی، آسپرین و پنی‌سیلین - بررسی سن حاملگی) ۴- تاریخچه پزشکی خانوادگی (مثل هموفیلی) و اجتماعی ۵- بررسی دستگاه‌های مختلف بدن ۶- معاینه بالینی بیمار ۷- بررسی آزمایشگاهی و رادیوگرافی.

نوع معاینه	موارد بررسی
مشاهده	-
لمس	TMJ سینوس غدد بزاقی گره لنفاوی تیروئید
دق	شکم قفسه سینه دندان سینوس
سمع	قلب ریه گوارش TMJ Carotid Bruit

تعریف	طبقه ASA
سالم	I
بیماری سیستمیک خفیف بدون ایجاد محدودیت یا با وجود ریسک فاکتورهای مهم (سیگار چاقی الکل)	II
بیماری سیستمیک شدید با محدودیت و ناتوانی	III
بیماری سیستمیک شدید با ناتوانی که تهدیدکننده حیات است	IV
بیمار بدون جراحی زنده نمی‌ماند	V
مرگ مغزی	VI

عارضه	تداخل با داروی آرام‌بخش	تداخل با مترونیدازول (پدیده دی‌سولفیرام)	Withdrawal
علائم	Oversedation مهار رفلکس گگ	استفراغ کرامپ شکمی ناگهانی	آزیتاسیون افزایش شدید فشار خون تعریق Delirium Tremens تشنج کلاپس جریان خون

جمع‌بندی آزمایش‌ها	
بیماری	آزمایش‌ها
بیماری کبدی	PT, PTT, INR, PC, BT
اختلالات کمی پلاکت	BT و PC
اختلالات کیفی پلاکت	PFT
بیماری شدید کبدی در الکلیسم	LFT و آزمایش‌های انعقادی

بارداری

تعویق جراحی الکتیو تا بعد از زایمان ← اگر اورژانس است برای رادیوگرافی از پوشش محافظ و PA دیجیتال محدود استفاده شود.

مانیتور فشار (بررسی پره اکلامپسی) | موقعیت Upright یا چرخیده به چپ

علت ممنوعیت آسپرین و NSAID در دوران بارداری به ویژه سه ماهه سوم به دلیل اثر ضدپلاکتی و بسته شدن زود هنگام داکتوس آتریوزوس است.

بارداری		شیردهی		دارو
داروهای مجاز	داروهای غیرمجاز	داروهای مجاز	داروهای غیرمجاز	
استامینوفن کدئین	آسپرین و NSAID	استامینوفن کدئین	آسپرین	مسکن
پنی‌سیلین، مترونیدازول، سفالوسپورین‌ها، اریترومایسین	آمینوگلیکوزیدها (جنتامایسین و نتومایسین)، تتراسایکلین	اگزاسیلین، سفالوسپورین، اریترومایسین	پنی‌سیلین، آمپی‌سیلین، مترونیدازول، آمینوگلیکوزیدها، تتراسایکلین‌ها	آنتی‌بیوتیک
نیتروز اکساید (در سه ماهه دوم و سوم با تجویز کمتر از ۹ ساعت در هفته با اکسیژن بیش از ۵۰٪)	باربیتورات‌ها (فنوباریتال)، بنزودیازپین‌ها (دiazepam، کلردiazپوکساید)، کلرال هیدرات (در صورت مصرف مزمن)، نیتروز اکساید (به جز موارد نوشته شده در ستون قبل)	-	باربیتورات‌ها، بنزودیازپین‌ها، کلرال هیدرات	آرام‌بخش
-	مورفین، پروپوکسی فن، پنتازوسین	مپریدین، پنتازوسین	پروپوکسی فن	مخدر
-	دیفن‌هیدرامین (در صورت مصرف مزمن)، پرومتازین	دیفن‌هیدرامین، پرومتازین	-	آنتی‌هیستامین
بی‌حسی موضعی: لیدو، پریلو، بوپی	ضدتشنج: کاربامازپین کورتیکواستروئیدها	بی‌حسی موضعی: لیدو فلوراید	آتروپین کورتیکواستروئیدها	سایر

کنتراندیکاسیون‌های آسپرین و NSAID: ۱-آسم ۲-مشکلات کلیوی
همودیالیز و پیوند کلیه ۳-اختلالات انعقادی ۴-بارداری ۵-شیردهی

جمع‌بندی شرایط درمان		
زمان	موقعیت	بیماری
-	Upright	CHF
عصر	Upright	COPD
صبح زود	-	دیابت
-	Upright یا چرخیده به چپ	حاملگی
صبح	-	بیماری‌های نیازمند رعایت پروتکل کاهش اضطراب

یادداشت:

سؤالات آزمون

دستیاری سال‌های گذشته



فصل ۲

پیشگیری و درمان اورژانس‌های پزشکی



V: F2



S: F2

پیشگیری

شایع‌ترین وضعیت‌های اورژانس پزشکی در دندانپزشکی به ترتیب: **هایپرونتیلیاسیون | تشنج | هیپوگلیسمی** ← سنکوپ و آزووگال ← آنژین صدری ← کاهش فشار خون وضعیتی ← ازدیاد حساسیت

شایع‌ترین اورژانس‌های پزشکی با اضطراب: آنژین صدری | طوفان تیروئیدی | MI | شوک انسولین | برونکواسپاسم آسم | هایپرونتیلیاسیون | نارسایی حاد آدرنال | صرع | افزایش فشار خون شدید

با توجه به این که مدیریت هر یک از اورژانس‌ها در متن و تصاویر کتاب تفاوت‌هایی دارند، مدیریت‌های نوشته شده در هر زمینه به صورت یک جمع‌بندی از متن و تصاویر مربوطه با تأکید بر متن کتاب هستند. جهت درک بهتر پیشنهاد می‌شود متن کتاب و مراحل نامبرده شده در تصاویر مطالعه شوند.

BLS			
۱. مانور Head Tilt-Chin Lift	Airway (راه هوایی)	A	ABC
۲. مانور Jaw Thrust			
۳. کشیدن مندیبل به سمت جلو از طریق اعمال نیرو به قدام مندیبل			
۴. کشیدن زبان به سمت جلو با استفاده از نخ بخیه یا وسیله دیگر			
۱. تنفس دهان به دهان، بینی یا ماسک	Breathing (تنفس)	B	ABC
۲. تنفس توسط آمبوبگ			
ماساژ قلبی	Circulation (گردش خون)	C	

داروهای اورژانس در مطب دندانپزشکی شامل موارد زیر است:

۱. داروهای تزریقی: ضد درد (مورفین سولفات) | ضد تشنج (دiazepam، میدازولام) | آنتی هیستامین (دیفن هیدرامین، کلرفنیرامین) | ضد هیپوگلیسمی (دکستروز ۵۰٪، گلوکاگون) | کورتیکواستروئید (متیل پردنیزولون، دگزامتازون، هیدروکورتیزون) | آنتاگونیست اپیوئید (نالوکسان) | آنتاگونیست بنزودیازپین (فلومازنیل) | مقلد سمپاتیک (اپی نفرین) | مهارکننده واگ (آتروپین)

۲. داروهای خوراکی: آنتی هیستامین (دیفن هیدرامین، کلرفنیرامین) | ضد هیپوگلیسمی (آب میوه، آب قند) | آنتی پلاکت (آسپرین) | وازودیلاتور (نیتروگلیسرین)

۳. داروهای استنشاقی: برونکودیلاتور (متاپروترونول، اپی نفرین، آلبوترول) | اکسیژن محرک تنفسی (آمونیاک آروماتیک)

ازدیاد حساسیت

نوعی که وضعیت تهدیدکننده حیات ایجاد می کند Type I است:

✓ کمترین شدت علائم: علائم پوستی

✓ خطرناک ترین علامت: آنافیلاکسی ژنرالیزه

ترتیب علائم آنافیلاکسی: ضعف، بی حالی، مرگ قریب الوقوع ← علائم پوستی (فلاشینگ، کهیر، خارش) ← تهوع، استفراغ، کرامپ شکمی، بی اختیاری ادرار ← ویزینگ و دیس پنه ← سیانوزه شدن سطوح مخاطی و بستر ناخن ها
علائم در درگیری راه های هوایی:

✓ درگیری راه های هوایی کوچک (کمک عضلات فرعی تنفسی برای تنفس) به ترتیب: برونکواسپاسم ← ویزینگ و دیس پنه ← سیانوز

✓ درگیری راه های هوایی بزرگ به ترتیب: اغلب آنژیوادم تارهای صوتی حنجره و **استریدور** ← امکان مرگ به دنبال ادم تارهای صوتی و انسداد حنجره

واکنش های ازدیاد حساسیت	
تظاهرات	مراحل درمان به ترتیب
علائم پوستی	
علائم تأخیری (اریتم کهیر خارش آنژیوادم)	قطع مصرف داروها ← تجویز ۵۰ mg دیفن هیدرامین یا ۱۰ mg کلرفنیر آمین IM یا IV ← تجویز ۵۰ mg دیفن هیدرامین یا ۱۰ mg کلرفنیر آمین خوراکی هر ۶ ساعت تا ۲۴-۴۸ ساعت ← تجویز پردنیزولون یا متیل پردنیزولون خوراکی تیپر شونده ← ارجاع به پزشک
علائم فوری (اریتم کهیر خارش)	قطع مصرف داروها ← تجویز ۱۰۰ mg هیدروکورتیزون یا ۸ mg دگزامتازون یا ۱۲۵ mg متیل پردنیزولون IM یا IV ← تجویز آنتی هیستامین تزریقی ← مانیتور علائم حیاتی ← مشورت با پزشک ← ۱ ساعت در مطب تحت نظر گرفته شود ← تجویز آنتی هیستامین خوراکی ← تجویز کورتیکواستروئید خوراکی
علائم تنفسی با یا بدون علائم پوستی یا قلبی - عروقی	
درگیری مجاری هوایی کوچک یا تحتانی (ویزینگ دیس پنه خفیف)	قطع مصرف داروها ← تغییر پوزیشن بیمار به Semi-reclined ← اطلاع به اورژانس ← تجویز ۲ پاف اسپری آلبوترول (امکان تکرار تا ۳ دوز در صورت عدم وجود مشکل قلبی) ← تزریق کورتیکواستروئید ← تجویز ۰/۳ mL اپی نفرین ۱:۱۰۰۰ IM در صورت انسداد راه هوایی یا اختلال قلبی عروقی و یا اسپری اپی نفرین (هر پاف = ۰/۳ mg) در صورت دیسترس تنفسی شدید (امکان تکرار هر ۵ دقیقه در صورت عدم بهبود) ← تجویز اکسیژن ۶ mL/min ← برقراری مسیر IV ← تماس با پزشک ← ۱ ساعت در مطب تحت نظر گرفته شود ← تجویز آنتی هیستامین خوراکی
درگیری مجاری هوایی بزرگ یا حنجره (استریدور دیس پنه متوسط یا شدید)	قطع مصرف داروها ← تغییر پوزیشن بیمار به Upright ← اطلاع به اورژانس ← تزریق اپی نفرین ← تجویز اکسیژن ← مانیتور علائم حیاتی ← کریکوتایروتومی یا انتوباسیون در صورت بیهوشی یا ونتیلاسیون ناموفق بیمار ← تزریق آنتی هیستامین و کورتیکواستروئید ← برقراری مسیر IV و انجام درمان آنافیلاکسی در صورت تشدید علائم ← تماس با پزشک و انتقال به اورژانس در صورت عدم بهبودی
آنافیلاکسی با یا بدون علائم پوستی (بی حالی ویزینگ استریدور سیانوز انسداد کامل راه هوایی تهوع استفراغ کرامپ شکمی بی اختیاری ادرار تاکی کاردی کاهش فشار خون دیس ریتمی ایست قلبی)	قطع مصرف داروها ← تغییر پوزیشن بیمار به Supine ← اطلاع به اورژانس ← تزریق اپی نفرین ← آغاز BLS و مانیتور علائم حیاتی ← کریکوتایروتومی در صورت برطرف نشدن لارنگواسپاسم با تزریق اپی نفرین ← برقراری مسیر IV ← تجویز اکسیژن ← تزریق آنتی هیستامین ← انتقال به اورژانس

▪ از درج دوزهای تکراری اجتناب شده است.

درد قفسه سینه

علت درد قفسه سینه	علائم	عوامل مؤثر بر درد
رفلاکس معده	درد قفسه سینه	بهبودی با تغییر موقعیت به Upright یا مصرف آنتی‌اسید
کوستوکندریت مشکلات ریوی	درد قفسه سینه	تغییر با انجام تنفس یا اعمال فشار روی قفسه سینه
ایسکمی MI	درد قفسه سینه به صورت فشاری، انفجاری، سوزاننده، پرس‌کننده، خفه‌کننده، له‌کننده (تیز یا خنجری نیست) در زیر جناغ با انتشار به شانه و بازوی چپ یا سمت چپ گردن و مندیبل و گاهی درد شدید در ناحیه پشت بین دو شانه همراه با تنگی نفس، تهوع، ضعف، تپش قلب، تعریق و مرگ قریب‌الوقوع	تحریک درد با فعالیت بدنی، مصرف غذای سنگین، اضطراب و وضعیت خوابیده بهبودی با مصرف گشادکننده عروقی (مانند TNG) و استراحت اگر آنژین باشد

تشخیص افتراقی دردهای قفسه سینه		
سیستم درگیر	عوامل شایع	عوامل نادر
قلبی-عروقی	آنژین صدری MI	پری‌کاردیت آنوریسم شکافنده آئورتی
تنفسی	-	آمبولی ریوی پلوریت تراکتوبرونشیت مدیاستینیت پنوموتوراکس
گوارشی	دیس‌پپسی (سوء‌هاضمه و سوزش سردل) هرنیای هیاتال ازوفاژیت ناشی از رفلاکس یا زخم معده	پارگی مری آشالازی
عضلانی-اسکلتی	اسپاسم عضلات بین دنده‌ای کوفتگی عضلات دنده‌ای یا سینه‌ای	استئوکندریت کندرواسترنیت
روانی	هایپرونتیلیاسیون	درد سایکوزنیک قفسه سینه

نکته:

مدیریت درد قفسه سینه

- توقف درمان** ← اندازه‌گیری علائم حیاتی
- اگر نبض نامنظم، سریع، خفیف یا فشار خون پایین
 - فراخوانی اورژانس ← موقعیت Supine یا پاها بالاتر از سر
 - تجویز اکسیژن و TNG
 - برقراری مسیر IV و انفوزیون آهسته دکستروز ۵٪ در نرمال سالین
 - موقعیت Semi-reclined
 - تجویز اسپری یا قرص زیرزبانی TNG ۰.۴ mg
 - تجویز اکسیژن
- اگر بهبود یافت
- آنژین صدری اتفاق افتاده: تیپر اکسیژن طی ۵ دقیقه
 - تغییر درمان دندانپزشکی
 - اگر بعد از ۳-۵ دقیقه
 - دوز دوم TNG
 - بررسی علائم حیاتی
 - بهبود نیافت
- اگر بهبود یافت
- آنژین صدری اتفاق افتاده: تیپر اکسیژن طی ۵ دقیقه
 - تغییر درمان دندانپزشکی
 - اگر بعد از ۳-۵ دقیقه
 - دوز سوم TNG
 - بررسی علائم حیاتی
 - اطلاع به اورژانس
 - بهبود نیافت
- اگر بهبود یافت
- ارجاع به پزشک پیش از درمان مجدد دندانپزشکی
 - اگر بعد از ۳-۵ دقیقه
 - MI اتفاق افتاده: تجویز ۳۲۵ mg آسپرین
 - انفوزیون سرم کریستالوئید ۳۰ ml/hr
 - تجویز ۶-۲ mg مورفین سولفات IM، SC و IV هر ۳-۵ دقیقه در صورت درد شدید (جهت کاهش درد و اضطراب و بهبود ادم ریه)
 - BLS در صورت لزوم
 - انتقال بیمار به اورژانس

شرط تجویز TNG و مورفین سولفات: فشار خون حداقل ۹۰/۵۰ mmHg

علائم ابتدایی	علائم بعدی	واقعه
سردرد خفیف	ضعف اندام سرگیجه گیجی	CVA ناشی از آمبولی
سردرد ناگهانی و شدید	تهوع تعریق سرگیجه گیجی امکان بیهوشی	پارگی عروق و خونریزی مغزی

مدیریت CVA: توقف درمان ← Supine + اندکی بلند کردن سر ← اندازه‌گیری
علائم حیاتی ← اطلاع به اورژانس ← تجویز اکسیژن در صورت اختلال تنفسی (در غیر
این صورت کمتر اندیکاسیون دارد) ← تزریق نالوکسان در صورت مصرف اپیوئید ←
BLS در صورت از دست رفتن هوشیاری ← انتقال به اورژانس

کنترل اندیکاسیون‌های تجویز اکسیژن: ۱- COPD ۲- هایپرونتیلیاسیون
۳- CVA در صورت عدم وجود اختلال تنفسی

یادداشت:

سؤالات آزمون

دستیاری سال‌های گذشته



فصل ۳

اصول جراحی



V: F3



S: F3

پیشگیری از دهی سنس: ۱- جابه‌جا کردن ملایم لبه‌های فلپ ۲- نزدیک کردن لبه‌های فلپ روی استخوان سالم
حین بخیه ۳- پرهیز از تحت کشش قرار گرفتن بخیه
عوارض دهی سنس: ۱- افزایش درد ۲- افزایش تحلیل استخوان ۳- ایجاد بافت اسکار

پیشگیری از پاره شدن فلپ:

۱. فلپ به اندازه کافی بزرگ باشد (سرعت ترمیم برش بلند = کوتاه)

۲. برش سالکولار: فلپ پاکتی ← در صورت عدم دسترسی کافی: فلپ مثلثی ← در صورت عدم دسترسی کافی: فلپ دوزنقه‌ای

۳. ایجاد برش‌های آزادکننده عمودی یک دندان جلوتر و در محل لاین انگل (نه رأس پایی) به طرف لثه چسبنده

برش‌ها

پنج اصل اساسی برش: ۱- استفاده از تیغ تیز با اندازه و شکل مناسب (استخوان و لیگامان سریع‌تر از مخاط باکال تیغ را کند می‌کنند) ۲- استفاده از ضربه‌های محکم و ممتد ۳- جلوگیری از آسیب به ساختارهای حیاتی (برش تا مشخص شدن لایه بعدی) ۴- عمود نگه داشتن تیغ
حین برش بافت‌های اپی‌تلیالی (بخیه راحت‌تر کاهش نکروز به دلیل ایسکمی لبه‌ها) ۵- برش در محل مناسب (قرارگیری روی لثه چسبنده و استخوان سالم | عدم قرارگیری روی برجستگی استخوانی مثل کانین امیننس)
حرکت تیغ به کمک مچ دست انجام می‌شود نه حرکت تمام ساعد.

طراحی فلپ

پیشگیری از نکروز:

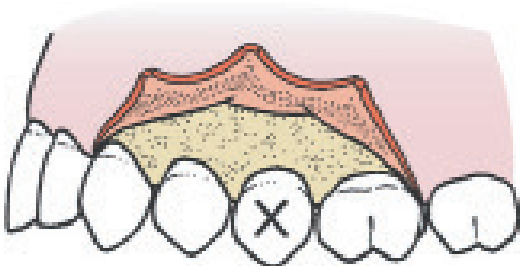
۱. رأس فلپ از قاعده فلپ عریض‌تر باشد (کناره‌های فلپ موازی یا از قاعده به رأس همگرا باشند) مگر این‌که شریان عمده‌ای در قاعده آن وجود داشته باشد.

۲. پهنای فلپ بیشتر از ارتفاع آن باشد
(ایده‌آل: پهنای $2 \times$ ارتفاع | حداقل: پهنای $\leq$ ارتفاع | در دهان هرگز ارتفاع $<$ پهنای $2 \times$ نباشد)

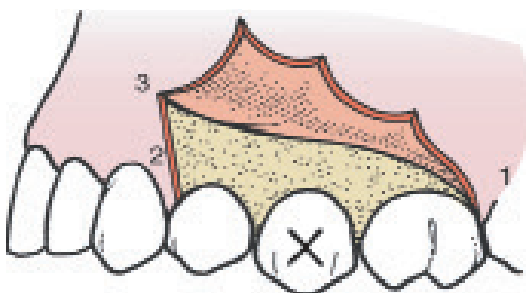
۳. در صورت امکان قاعده فلپ خون‌رسانی محوری داشته باشد.

۴. پایه فلپ را نباید بیش از حد چرخاند، کشید یا با وسیله‌ای محکم گرفت.

در صورت ایجاد سوراخ در نزدیکی لبه آزاد فلپ: اختلال خون‌رسانی در سمتی از سوراخ که دور از قاعده فلپ است



شکل ۱-۳: فلپ پاکتی



شکل ۲-۳: فلپ مثلثی (سه گوش)

آخرین ایستگاه

♦ اعداد مهم

- فاصله لبه تحتانی کاف: ۲-۴ cm بالای Antecubital Fossa
- حداکثر دوز مجاز اپی نفرین بیماران سالم: ۲۰۰ میکروگرم
- حداکثر دوز مجاز اپی نفرین در بیماران دارای محدودیت: ۴۰ میکروگرم (۲ کارتریج معمولی لیدو) در ۳۰ دقیقه
- تعویق جراحی‌های ماژور الکتیو: ۶ ماه پس از MI و ۳ ماه پس از CABG
- مدت اثر هپارین: وریدی ۶ ساعت و زیرپوستی ۲۴ ساعت
- تعویق کلیه جراحی الکتیو دهان در فشار بالای ۲۰۰/۱۱۰ mmHg
- پلاکت کمتر از ۲۰ هزار در mL: تزریق پلاکت قبل جراحی
- بعد جراحی پلاکت زیر ۵۰ هزار خونریزی غیرطبیعی، ۵۰ - ۲۰ هزار تصمیم‌گیری بسته به شدت خونریزی و زیر ۲۰ هزار تزریق پلاکت
- اجازه تجویز نیتروگلیسرین یا مورفین سولفات: فشار سیستولیک حداقل ۹۰ و دیاستولیک حداقل ۵۰
- آغاز BLS در آپنه طولانی‌تر از ۳۰ ثانیه
- خطر نارسایی حاد آدرنال: طی ۱ سال گذشته حداقل ۲ هفته روزانه ۲۰ mg کورتیزول یا معادل آن را مصرف کرده باشد.
- توقف خونریزی: فشار ممتد ۲۰-۳۰ ثانیه روی عروق کوچک و ۱۰-۵ دقیقه روی عروق بزرگ
- بیشترین اثر تنگ‌کنندگی عروقی اپی نفرین: تزریق ۷ دقیقه قبل
- زمان لازم برای کارکرد پانسمان فشاری: ۱۸-۱۲ ساعت
- مرحله التهابی ترمیم زخم: ۵-۳ روز
- مرحله فیبروپلاستیک ترمیم زخم: ۳-۲ هفته
- تولید تروپوکلاژن: روز ۴-۳ پس از شروع زخم
- مرحله التهابی، مرحله فیبروپلاستیک و مهاجرت اپی تلیوم ساکت دندان: طی هفته اول
- ایجاد بافت گرانولیشن و شروع رسوب استئوئید ساکت دندان: طی هفته دوم
- جدول مصرف داروهای ضدانعقاد فصل ۱ مرور شود

- تکمیل اتصال اپی‌تلیوم روی ساکت: ۲-۴ هفته
- تکمیل تحلیل استخوان کورتیکال ساکت و محو شدن لامینا دورا: ۴-۶ ماه
- به جا ماندن حلقه‌ای از بافت فیبروز در ساکت: ۱ سال
- فاصله بین دو لبه استخوان بیش از ۱ mm: ترمیم ثانویه
- سرعت Creeping Substitution: ۴۰ میکرون در روز
- تسریع رسوب استخوان کورتیکال روی سطح ایمپلنت با اعمال فشار ۱۰۰۰ میکرومتر Strain روزانه
- لایه اکسید تیتانیوم روی ایمپلنت: ۲۰۰۰ آنگستروم
- سرعت رشد رشته عصبی: ۱-۱/۵ mm در روز
- تعداد ویروس HBV جهت انتقال: ۱۰^۷-۱۰^۵ در میلی لیتر
- تعداد ویروس HBV در خون فرد آلوده: ۱۰^{۱۲} در میلی لیتر
- تعداد ویروس HIV در خون فرد آلوده: ۱۰^۶ در میلی لیتر
- AIDS: لنفوسیت T CD 4+ کمتر از ۲۰۰ در هر میلی لیتر
- مدت نگهداری پک‌های استریل: ۱۲-۶ ماه
- جداول مربوط به حرارت خشک و مرطوب فصل ۵ مرور شوند.
- اتیلن اکساید برای کشتن تمام میکروارگانیسم‌ها: ۳ ساعت در ۵۰ درجه
- مدت زمان هوا خوردن وسایل پس از کاربرد اتیلن اکساید با در نظر گرفتن توکسیسیتی: ۸-۱۲ ساعت
- ۵۰-۶۰ درجه یا ۷-۴ روز در دمای اتاق
- جدول مواد آنتی‌سپتیک فصل ۵ مرور شود.
- pH محلول LA بدون وازوکانستریکتور: ۶/۵
- جدول مدت اثر بی‌حسی و نکات حداکثر دوز مجاز فصل ۶ مرور شود.
- Onset بنزوکائین تاپیکال: کمتر از ۱ دقیقه
- عمق نفوذ سوزن در بلاک نازوپالاتین و گریتر پالاتین: ۲-۳ mm
- میزان ورود سوزن در IANB: $\frac{2}{3} - \frac{3}{4}$
- مدت اثر بی‌حسی PDL: ۱۵-۲۰ دقیقه
- کاهش درد بعد جراحی با بوی‌واکائین: ۴-۸ ساعت
- سوزن بخیه معمول در جراحی دهان: $\frac{1}{4} - \frac{3}{8}$
- سوزن گیر در فاصله $\frac{2}{3}$ از نوک سوزن آن را می‌گیرد
- جدول مربوط به الواتورها و فورسپس‌ها از فصل ۷ مرور شود.
- میزان ورود نوک پریوتوم به PDL: ۲-۳ mm
- زاویه سطح اکلوزال دندان‌های ماگزیلا نسبت به زمین حین Ext: ۶۰ درجه
- عمق نقطه گیر برای Crane در سرویکال: ۳ mm
- کرو دیستالی ۲ بالا: $\frac{1}{3}$ اپیکالی
- فاصله برش از دیفکت استخوانی: ۸-۶ mm
- فاصله سوزن تا لبه زخم: حداقل ۳ mm
- طول پنجره استخوانی برای Ext: $\frac{1}{4} - \frac{2}{3}$ طول ریشه
- قطر نقطه گیر برای Crane در اپیکال: ۳ mm
- در صورت عدم شست‌وشو زیر فلپ: آبسه
- ساب‌پریوستال کوچک طی ۳-۴ هفته
- شرط رها کردن ریشه: کوچک‌تر از ۴-۵ mm
- کیست دنتی ژروس: فضای فولیکولار بیشتر از ۳ mm
- فواصل فالو دندان عقل بالای ۳۵ سال: هر ۱-۲ سال
- میزان سکشن مولر پایین: $\frac{3}{4}$ از سمت باکال
- ادم پس از جراحی عقل: ۳۶-۴۸ ساعت بعد حداکثر، ۳-۴ روز پایدار، بهبودی پس از ۷-۵ روز
- درد خفیف در ناحیه جراحی عقل: ۳-۲ هفته