



V:F1



S:F1

دکتر آیدا الماسی

فصل ۱ شیلینبرگ ۲۰۱۲

ملاحظات پزشکی

از سال ۹۰ تا الان ۲۰ سؤال

بیماریهای قلبی - عروقی

۱. هایپرتنشن:

طبقه بندی:

a. **High normal** (قدیم) **Prehypertension**:

SBP = ۱۳۹-۱۲۰ یا DBP = ۸۹-۸۰

b. **Stage 1**: SBP ≤ ۱۵۹-۱۴۰ یا DBP ≤ ۹۹-۹۰c. **Stage 2**: SBP ≤ ۱۶۰ یا DBP ≤ ۱۰۰ mmHg

- ریسک سکتة مغزی یا حمله قلبی در فشار خون بالای ۱۷۵ mmHg به ازای هر ۲۰ mmHg، دو برابر می شود.

فشار خون باید: ۱. برای اکثر بیماران: کمتر از ۱۴۰ mmHg

۲. در بیماران دیابتی و کلیوی: کمتر از ۱۳۰ mmHg

چکاپ فشار خون همه افراد در جلسه اول و هر جلسه چون: معمولاً ۳۰٪ افراد فشار خون بالا دارند و از وضعیت خود آگاه نیستند؛ تا زمان کنترل فشار خون بالا درمانی انجام نگیرد.

صرف اپی نفرین:

۱. منع: در بیماران قلبی عروقی شدید (severe)

۲. محدود: ۲ تا ۳ کارپول در بیماران mild to moderate چون درد باعث آزاد شدن ۲۰-۴۰ برابر اپی نفرین اندوژن شده. استفاده از نخ های کنارزننده لته حاوی اپی نفرین در این افراد توصیه نشده

تاریخچه پزشکی

حفاظت ضروری در مقابل بیماریهای عفونی مانند: انواع هیپاتیت، ایدز، سیل

تاریخچه دارویی

حدود ۲۵٪ جمعیت استفاده از داروهای گیاهی

در هر جلسه، باید درباره رژیم درمانی بیمار سؤال کرد

تاریخچه آلرژی

شایعترین داروهای دندانپزشکی که بیمار ممکن حساس باشد: ۱. بی حسی موضعی ۲. آنتی بیوتیک ها

احتمال وجود آلرژی به مواد قالبگیری (پلی اتر) و آلیاژهای حاوی نیکل در ۴/۵-۵ درصد افراد وجود دارد و در زنان ۱۰ برابر بیشتر از مردان است.

نیاز به انجام تست های حساسیتی جهت تأیید مشکلات آلرژیک بیمار نیست چون ممکن شوک آنافیلاکتیک کشنده ایجاد کند

◀ درمان‌های ضد انعقاد دهانی

کنترل سطح ضد انعقاد توسط INR :

دلیل مصرف دارو: دریچه مصنوعی قلب، MI، DVT (ترومبوز وریدی عمیق)، AF، CVA و آنژین ناپایدار است.

۱. نرمال: باید ۱

۲. برای بیماری‌های فوق باید: ۲-۳

۳. برای دریچه مصنوعی قلب باید: ۲/۵-۳/۵

قطع مصرف ضد انعقاد تنها به دستور پزشک معالج ۲-۳ روز قبل از درمان دندانپزشکی

ضد انعقادهای آنتاگونیست ویتامین k:

۱. وارفارین سدیم = کومادین

۲. بیس هیدروکسی کومارین = دیکومارول

آنتاگونیست ضدانعقادها: پروتامین سولفات

◀ پروفیلاکسی آنتیبیوتیک

بیمارانی که نیاز به پروفیلاکسی

۱. دارند:

۱. بیماران با ریسک بالای اندوکاردیت عفونی (IE): ۱. دریچه مصنوعی قلب ۲. IE قلبی ۳. بیماریهای مادرزادی CHD ۴. CHD سیانوتیک ترمیم نشده ۵. CHD ترمیم شده با پروتز در ۶ ماه اول ترمیم ۶. CHD ترمیم شده با نقایص باقیمانده رو یا نزدیک پچ پروتزی که تداخل با اندوتلیزاسیون شده ۷. Transplant قلب که باعث Valvopathy شده

۲. بیماران با ریسک بالای عفونت مفصلی هماتوژنوس: ۲ gr آموکسیسیلین ۱ ساعت قبل کار

۳. بیمار مصرف کننده آنتی بیوتیک برای پیشگیری از عود تب روماتیسمی: به اندازه کافی برای پیشگیری از اندوکاردیت باکتریال پیش درمانی نشده. برای پروفیلاکسی تجویز آنتی بیوتیک دیگر به جز: آموکسی سیلین، تتراسایکلین و سولفونامید

۲. ندارند: اختلالات دریچه ناشی از روماتیسم قلبی، پرولاپس میترال با regurgitation، والوپاتی ناشی از دارو، SLE، پیس میکر قلبی، مفصل مصنوعی، وجود پیچ، پیلِت و پین در مفاصل

رژیم پروفیلاکسی:

۱. افراد معمولی: ۲ gr آموکسیسیلین ۳۰-۶۰ دقیقه قبل از کار (بدون نیاز به دوزهای بعدی)

۲. افراد حساس به پنیسیلین: ۶۰۰ mg کلیندامایسین یا ۵۰۰ mg آزیترومایسین یا کلاریترومایسین

هر درمان دندانپزشکی: که لثه و پری اپیکال را دربر بگیرد یا با پرفوراسیون مخاط باشد باید پروفیلاکسی شود

◀ (Epilepsy) صرع

ملاحظات: کنترل اضطراب، خودداری از جلسات طولانی

◀ دیابت

تست ها:

۱. گلوکز پلاسمای مویرگ (SMBG): قند خونی که توسط خود بیمار با گلوکومتر گزارش شده، در دیابتیک کنترل شده باید:

۱. Preprandial (ناشتا): ۹۰-۱۳ mg/dl (fasting)

۲. Postprandial: ۱۸۰ mg/dl (peak)(after meal)

۲. HbA1c (هموگلوبین گلیکولیزه) (گلوکز متصل به RBC): تست آزمایشگاهی که نشانگر میانگین قندخون چند ماه اخیر و ارتباط آن با قند خون روزانه ۰/۸۴ است.

هایپوگلیسمی: ۱. علائم: ۱. عرق کردن ۲. احساس سبکی سر ۳. Disorientation

۲. درمان: ۱. توقف درمان ۲. استفاده از منبع گلوکز ۳. کاهش استرس ۴. کنترل تغذیه روزانه

مستعد: تخریب پریدودنتال و تشکیل آبسه

نکات: ۱. دیابت خوب کنترل شده می تواند تحت درمان روتین باشد ۲. در دیابت کنترل نشده یا هایپرگلیسمی، استرس اثر منفی دارد: بالا رفتن قند خون



V:F2



S:F2

دکتر آیدا الماسی

فصل ۲ شیلینبرگ ۲۰۱۲

از سال ۹۰ تا الان، ۱۳ سؤال

۴. روش هدایت: دو طرفه (Bilateral method)

۵. ایده آل MIC با CR منطبق

۶. دیسک بین کندیل و برجستگی مفصلی است

مرکزی رابطه (CR=Centric Relation)

تعریف CR:

A. ایده‌ی اولیه:

۱. خلفی‌ترین موقعیت کندیل در فاسا

۲. روش هدایت: چانه‌ای (Chin point guidance) با فشار به وضعیت (RUM) رانده می‌شود که عقب‌ترین (Rearmost)، بالاترین (Uppermost) و میانی‌ترین (Midmost) موقعیت است

۳. امروزه اغلب وضعیتی غیرعادی و تحت فشار است چون ممکن کندیل به جای منطقه مرکزی دیسک و وضعیت فیزیولوژیک قدامی تر در ناحیه پر عروق و عصب پشت دیسک قرار بگیرد مثال:

۱. ترومانیزه شدن فیبرهای افقی و داخلی لیگامان تمپورومانندیبولار به علل نامشخص

۲. یک مفصل دیسک فانکشنال همراه با بی‌نظمی داخلی (Internal derangement)

B. نظریه جدیدتر:

۱. با ثبات‌ترین موقعیت فیزیولوژیک ارتوپدیک بدون کشش (Unstrained) عضلانی اسکلتی

۲. قدامی فوقانی‌ترین موقعیت کندیل در گلوئیدفوسا

۳. یک پوزیشن اجباری و تحت فشار (Forced Position) نبوده و قابل تکرار است

آناتومی:

۱. دیسک مفصلی: ۱. در دو طرف مقعر (Biconcave) ۲. ناحیه مرکزی عاری از اعصاب و عروق و مثل یک تکه چرم کفش سفت و محکم است. ۳. از میال و لترال متصل به کندیل ۴. دارای تعداد کم فیبرهای عضلانی **سر فوقانی لترال تریگوئید** متصل به سطح قدامی دیسک

۲. کندیل: ۱. کروی نبوده و به شکل بیضی نامنظم است ۲. کمک به انتشار فشار در نقاط مختلف مفصل

۳. استخوان حفره گلوئیید: ۱. قسمت اعظم سطح فوقانی نازک و نامناسب برای تحمل فشار ۲. سطح قدامی شیب برجستگی مفصلی یک استخوان کورتیکال ضخیم قادر به تحمل فشار

تحتانی فک حرکت (Mandibular Movement)

انواع حرکات از نظر نوع جابه‌جایی:

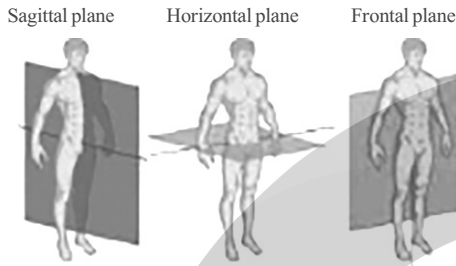
تمام حرکات فک تحتانی ترکیبی از این دو حرکت است

۱. چرخشی (Rotation): مثال:

چرخش لولایی خالص (Pure hinge):

۱. در بخش تحتانی مفصل

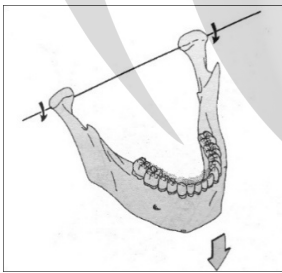
سه پلن فضایی: ۱. ساجیتال ۲. عمودی
Transverse or axial or horizontal افقی ۳



انواع حرکات از نظر محور چرخش که حول سه محور رخ می‌دهد:

محور افقی (Horizontal axis):

۱. حرکت در پلن: ساجیتال
۲. حول محور: عرضی افقی (transverse horizontal axis) (THA)
یا محور لولایی که در طول هر دو کندیل امتداد می‌یابد.
۳. در فانکشن: وقتی که فک پایین باز یا بسته شود
۴. جهت حرکت کندیل‌ها: هردو کندیل در در CR چرخش خالص می‌کنند



محور عمودی (Vertical axis):

۱. حرکت در پلن: افقی (transverse horizontal/axial)
۲. حول محور: عمودی (Vertical axis) عبوری از کندیل سمت کارگر یا چرخش
۳. در فانکشن: هنگام حرکات طرفی مندیبل
۴. جهت حرکت کندیل‌ها: ۱. کندیل سمت کارگر به سمت لترال و معمولاً قدری به عقب حرکت می‌کند (کندیل کارگر به لترال و عقب)

۱۰. ۲ تا ۱۳ درجه اولیه باز شدن

۳. جدا شدن ۲۰ تا ۲۵ میلی‌متر اولیه دندان‌های قدامی

۴. کندیل در محل می‌چرخد و دیسک ثابت باقی می‌ماند

۵. اساس تئوری:

۱. «محور لولایی انتهایی» (axis terminal hinge)

۲. «محور کینماتیک» (یک محور عرضی افقی)

۲. انتقالی (Translation): مثال:

۱. ادامه باز شدن فک (بیش از یک قوس ۱۰ تا ۱۳ درجه) با تعدادی حرکات لغزشی (gliding) ۲. در بخش فوقانی مفصل ۳. انتقال کندیل‌ها به طرف جلو و تغییر محل محور چرخش به ناحیه سوراخ مندیبولار ۴. در حداکثر باز شدن کندیل به جلو می‌لغزد؛ در حالیکه هنوز دیسک در وسط (Interposed) است
- اگر فک پایین به سمت چپ حرکت کند:
۱. سمت کارگر یا گرایش جانبی (laterotrusive): چپ
۲. سمت غیرکارگر یا گرایش میانی (mediotrusive): راست
- در یک مفصل سالم:

۱. در حداکثر اینتر کاسپیشن دندان‌ها: کندیل در فاسا در موقعیت فوقانی قدامی و دیسک در وسط است
۲. در اولین مرحله باز شدن و چرخش اولیه: کندیل در محل خود می‌چرخد و دیسک ثابت باقی می‌ماند. دیسک در وسط
۳. در حداکثر باز شدن و حرکت انتقالی: کندیل به جلو انتقال می‌یابد و دیسک در وسط

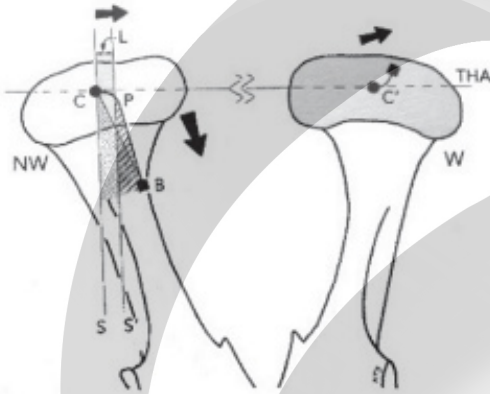
در یک مفصل دیسک فانکشنال با بی‌نظمی داخلی (lanretnI tnegnared)

۱. در حداکثر اینتر کاسپیشن دندان‌ها: کندیل در خلف دیسک قرار دارد و دیسک به جلوی کندیل جابه‌جا شده
۲. در اولین مرحله باز شدن و چرخش اولیه: کندیل همچنان در خلف دیسک قرار دارد
۳. در حداکثر باز شدن و حرکت انتقالی: سر کندیل روی دیسک باز می‌گردد و click رخ می‌دهد. دیسک در وسط

در حداکثر باز شدن و حرکت انتقالی فقط موقعیت دیسک مفصلی نسبت به کندیل در مفصل سالم و internal derangement یکسان است

Progressive lateral translation/Gradual shifting of mandible

تعریف: جابجایی جانبی قوسی شکل تدریجی ثانویه به جلو و داخل کندیل غیرکارگر (در شکل از نقطه P به B) انتقال تدریجی تر در مندیبل به دنبال انتقال فوری جانبی، که سرعتی متناسب با سرعت حرکت کندیل غیرکارگر به سمت جلو دارد زمانی به آن لغزش طرفی پیشرونده یا لغزش جانبی بنت می‌گفتند.



حرکت بنت در کندیل کارگر و زاویه بنت در کندیل غیر کارگر روی می‌دهد

۳. محور ساجیتال (Sagittal axis):

۱. حرکت در پلن: عمودی (frontal or coronal or vertical)

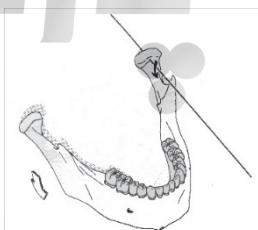
۲. حول محور: ساجیتال (Sagittal axis) عبوری از کندیل کارگر یا سمت چرخش (Rotating or working)

۳. در فانکشن: هنگام حرکات طرفی مندیبل

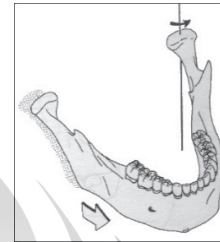
۴. جهت حرکت کندیل‌ها:

۱. کندیل غیرکارگر (orbiting or non working): به جلو و داخل می‌آید و با این حرکت، با برجستگی مفصلی حفره گلوئید برخورد کرده به طور همزمان به طرف پایین نیز حرکت می‌کند (کندیل غیر کارگر به جلو، داخل و پایین)

۲. کندیل سمت کارگر (W): به طرف لترال یا به طرف خارج، در Laterotrusion میل‌غزد. (Slide)



۲. کندیل غیرکارگر حرکت قوسی به جلو و داخل



حرکت بنت: حرکت انتقالی کامل فک پایین (bodily shift) به سمت لترال و معمولاً قدری به عقب در سمت کارگر که اولین بار توسط بنت شرح داده حرکت بنت نام دارد.

زاویه بنت (SCB) (Bennet angle): زاویه تشکیل شده در پلن افقی، بین مسیر حرکت انتقالی لترالی کندیل غیرکارگر مندیبل (mandibular Lateral translation) و پلن ساجیتال.

زاویه متداول بنت (SCB): زاویه ایست در پلن افقی (زاویه استاتیک کلی مسیر کندیل فقط بر اساس موقعیت نهایی کندیل غیر کارگر) که بین محور ساجیتال (S) عبوری از مرکز کندیل (C) غیرکارگر تا نقطه انتهایی حرکت (B) اندازه گیری می‌شود. در آرتیکولاتورهایی که توانایی انتقال فوری جانبی (S'PB) را دارند استفاده شده

زاویه انتقال فوری جانبی

(S'PB)(sagittal progressive bennet angle)
(sagittal immediate side shift)

زاویه ایست در پلن افقی که بعد از رخ دادن انتقال جانبی فوری یا زودرس (Early) (L) که بین محور ساجیتال (S) عبوری از مرکز کندیل (P) غیرکارگر تا نقطه انتهایی حرکت (B) اندازه گیری می‌شود (زاویه دینامیک فقط بخش انتقال پیشرونده بعد از انتقال فوری) اندازه گیری می‌شود

(L).noitalsnart laretal ylrae ro etaidemmi

جابجایی جانبی تقریباً مستقیم اولیه کندیل غیرکارگر که به شکل خط مستقیم (L) در پلن افقی ترسیم می‌شود (در شکل از نقطه C به P). در ۸۶٪ کندیل‌ها وجود دارد