

انواع معاینه

مقدمه	غده پاراتید
انواع معاینه	بینی و سینوسهای اطراف بینی
معاینه اضطراری	معاینه گردن
معاینه بیماریابی (غربالگری)	معاینه اعصاب
معاینه کامل	معاینه دهان
اصول معاینه	لبها
مصاحبه با بیمار	مخاط باکال
تاریخچه بیمار	موکوباکال فولد
معاینه بالینی	کام سخت
ارزیابی عمومی بیمار	کام نرم و زبان کوچک
معاینه سر	اروفارنکس و نازوفارنکس
صورت	زبان
مو	کف دهان
گوش	ضایعات
مفصل گیجگاهی فکی	ضایعات اولیه
	ضایعات ثانویه

اهداف

انتظار می‌رود پس از فراگیری مطالب این فصل قادر باشید:

- انواع معاینه را نام ببرید.
- اصول معاینه را ذکر کنید.
- روش‌های معاینه داخل دهانی و خارج دهانی را به کار برید.
- پس از گرفتن تاریخچه بیمار آن را تجزیه و تحلیل کنید.
- در مورد نحوه معاینه اعصاب دوازده‌گانه مجموعه‌ای بحث کنید.
- انواع ضایعات دهانی را با یکدیگر مقایسه کنید.

واژگان کلیدی

معاینه (Examination): ارزیابی بیمار.

معاینه داخل دهانی (Intraoral Examination): ارزیابی

بافت‌های داخل دهان.

معاینه خارج دهانی (Extraoral Examination): ارزیابی

بافت‌های سر و صورت و اطراف دهان.

تاریخچه (History): سابقه بیمار از نظر پزشکی، اجتماعی و ...

ضایعه (Lesion): هرگونه ازهم پاشیدگی و قطع بافتی

مقدمه

علم بیماری‌های دهان عموماً مطالعه و درمان غیرجراحی بیماری‌هایی است که بافت‌های دهان و همچنین بافت‌های مربوط، نظیر غدد بزاقی، استخوان و بافت صورت را درگیر می‌کنند. بیماری‌های دهان حد و مرز خاصی ندارد، بطوری که در مواردی تشخیص دردهای صورتی و دیگر اختلالات نورولوژیک ممکن است در محدوده سایر رشته‌ها نیز مطرح باشد، با این حال در این فصل در مورد اصول معاینه و ضایعات بافت نرم بحث خواهد شد. کنترل و درمان برخی از موارد ذکر شده می‌تواند در حیطه مسئولیت دندانپزشک عمومی باشد؛ در صورتی که برخی دیگر از این بیماری‌ها بهتر است توسط سایر متخصصین درمان گردد. شاید بتوان گفت مهم‌ترین نقش کسانی که در زمینه بیماری‌های دهان کار می‌کنند کشف تغییرات دهانی ناشی از بیماری‌های عمومی باشد.

در پایان می‌توان گفت رشته تشخیص و بیماری‌های دهان به عنوان یک تخصص دارای امکانات تشخیصی بیشتری نسبت به دندانپزشکی یا پزشکی عمومی می‌باشد.

انواع معاینه

تشخیص بر مباحثه، مشاهده و معاینه بالینی بیمار متکی است و اساس درمان هر بیماری تشخیص می‌باشد. بیماری‌های دهان عمدتاً مربوط به بافت نرم دهان است، بنابراین در این مجموعه بافت نرم دهان بیش از دندان‌ها مورد مطالعه قرار می‌گیرد. پزشک باید اصول را گام‌به‌گام رعایت کند تا بتواند به سهولت بیماری را تشخیص دهد. اقداماتی که پزشک یا دندانپزشک در این زمینه باید انجام دهد عبارتند از این که بیماری را تشخیص دهد، توصیف کند و در طبقه‌بندی ویژه‌ای قرار دهد (نئوپلاستیک، رشدی تکاملی، عفونی، ایمونولوژیک و ...). هم‌چنین بافت مبتلا را مشخص و نوع ضایعه را تعیین کند (زخم، تومور، تاول و ...).

سه روش برای معاینه بیمار وجود دارد:

- ۱- معاینه اضطراری^(۱)
- ۲- معاینه غربالگری یا بیماریابی^(۲)
- ۳- معاینه کامل^(۳)

معاینه اضطراری

معاینه اضطراری، معاینه‌ای سریع، کوتاه و مختصر است که در موارد اضطراری از بیمار به عمل می‌آید، اعمالی که انجام می‌شود

1- emergency examination
2- screening examination
3- complete examination

تب روماتیسمی یک بیماری اتوایمیون است که در آن احتمال ایجاد برجستگی‌هایی در اندوکارد دریچه‌های قلب وجود دارد. در ضمن اعمال دندانپزشکی احتمال ورود باکتری به خون وجود دارد و این باکتری‌ها به دریچه قلب انتقال یافته و می‌تواند منجر به بیماری اندوکاردیت تحت حاد^(۲) گردد که می‌تواند یک بیماری کشنده باشد.

- سابقه بیماری‌های خونریزی دهنده.
از نظر امکان خونریزی شدید به دنبال اعمالی از قبیل فلپ^(۳) لثه یا بیرون آوردن دندان^(۴).

- سابقه آلرژی به دارو یا غذا.
در این مورد حساسیت نوع I مهم می‌باشد که مهم‌ترین آنها شوک آنافیلاکتیک است. پس باید سابقه شوک آنافیلاکتیک آسم، کهیر و آنژیودما (یک ادم گسترده در ناحیه دهان، حلق و حنجره) از بیمار پرسیده شود. شوک آنافیلاکتیک و آنژیودما از اهم موارد می‌باشند. شوک آنافیلاکتیک ممکن است منجر به مرگ شود و در آنژیودما به علت ادم وسیع، احتمال انسداد راه‌های حلقی و خفگی وجود دارد.

پرسش: منظور از معاینه بیماریابی (غربالگری) چیست و در چه مواردی کاربرد دارد؟

معاینه کامل

معاینه کامل از ۵ قسمت اساسی تشکیل شده است:
۱- گرفتن تاریخچه بیمار که شامل موارد زیر است:
الف) رفتار با بیمار
ب) شکایت اصلی بیمار
ج) بیماری کنونی
د) تاریخچه گذشته بیمار شامل تاریخچه پزشکی، دندانپزشکی و خانوادگی
ه) تاریخچه شخصی و اجتماعی بیمار
و) مروری بر دستگاه‌های بدن^(۵)
۲- معاینه بالینی شامل:
الف) ارزیابی کلی بیمار

مستقیماً محدود به شکایت اصلی بیمار است. برای رسیدن به تشخیص صحیح، مهارت پزشک و رعایت اصول رسیدن به تشخیص، اهمیت زیادی دارند.

معاینه بیماریابی (غربالگری)

معاینه غربالگری، از معاینه اضطراری مفصل‌تر و از معاینه کامل خلاصه‌تر می‌باشد. هدف این معاینه صرفه‌جویی در وقت و هزینه بیمار و وقت پزشک است. این معاینه در موارد زیر بکار می‌رود:

- ۱- در مطب‌ها
 - ۲- در مورد بیمارانی که در فاصله دو معاینه کامل برای معاینه مجدد مراجعه می‌کنند.
 - ۳- در مورد بیمارانی که معاینه اضطراری شده‌اند و به تشخیص نرسیده‌اند.
- اقداماتی که در معاینه غربالگری انجام می‌شود شامل موارد زیر است:

- الف) گرفتن شکایت اصلی بیمار
 - ب) پر کردن پرسشنامه.
 - ج) معاینه بالینی شامل موارد زیر:
 - ۱- بررسی اجمالی وضعیت بهداشت دهان
 - ۲- بررسی وضع بافت نرم دهان
 - ۳- بررسی وضعیت اکلوژن بیمار (کلاس‌های I, II, III)
 - ۴- بررسی وضع لثه (قوام، رنگ، شکل)
 - ۵- بررسی وضع دندان‌ها (تعداد دندان‌های سالم، پوسیده، پرکرده و ...)
 - د) انجام معاینات پاراکلینیکی شامل گرفتن رادیوگرافی بایت‌وینگ^(۱) برای مشاهده پوسیدگی‌های پروگزیمالی.
- در معاینه غربالگری برخی از سؤالات به قرار زیر از بیمار پرسیده می‌شود:
- مصرف دارو در حال حاضر.
 - به علت امکان تداخل داروها این سؤال مطرح می‌شود.
 - سابقه تب روماتیسمی.

2- subacute endocarditis
3- flap
4- extraction
5- review of system

1- bite wing

۳- سابقه آسیب‌ها و جراحی‌ها.

۴- سابقه پرتودرمانی: دو نکته در ارتباط با پرتودرمانی اهمیت دارد:

الف) استئورادیونکروز^(۱): در پرتودرمانی‌های ناحیه سر و گردن، آسیب به عروق خونی موجب کاهش خونرسانی به استخوان و کاهش قدرت دفاعی و ترمیمی استخوان می‌شود. بنابراین در این افراد بهتر است قبل از پرتودرمانی هر دندانی را که تصور می‌شود در آینده مشکل‌زا شود خارج و عفونت‌های پرودنتال نیز درمان گردد.

ب) خشکی دهان^(۲): به علت متاپلازی مجاری غدد بزاقی، ترشح بزاق کاهش می‌یابد که باعث پوسیدگی دندان و استوماتیت (التهاب مخاط) می‌شود.

براساس یک پژوهش اصلی‌ترین عامل ایجاد خشکی دهان مصرف داروهای تجویز شده برای بیماری‌های سیستمیک می‌باشد. همچنین گرفتن دوز تابشی بالا و یا بیماری‌هایی مثل سندرم شوگرن می‌تواند در ایجاد آن نقش داشته باشد. درمان خشکی دهان شامل استفاده از پیش‌سازهای بزاق مانند بیوتین و یا تحریک کننده ترشح بزاق مانند پیلوکارپین می‌باشد. این بیماران باید مراقبت‌های ویژه دندانی برای پیشگیری از پوسیدگی انجام دهند [۲].

۵- سابقه دندانپزشکی^(۳): شامل موارد زیر:

- ۱- دفعات مراجعه شخص به دندانپزشک در طول سال و درمانهای انجام شده.
- ۲- حوادثی که شخص به دنبال کشیدن دندان داشته است. مثل خونریزی
- ۳- حوادثی که شخص به دنبال بی‌حسی داشته است مثل شوک نوروژنیک، آنژیودما و احتمال شوک آنافیلاکتیک.
- ۴- سابقه درمان‌های ریشه مثل پالپوتومی و پالپکتومی و قطع انتهای ریشه.
- ۵- سابقه معالجات ارتودنتیکس (ثابت و یا متحرک).
- ۶- سابقه درمان‌های پرودنتال از جمله جرم‌گیری^(۱)، عمل فلپ، ژنژیوکتومی.

ب) معاینه دهانی شامل: معاینه داخل و خارج دهانی

۳- معاینات پاراکلینیکی شامل: آزمایشات خونی، مدفوع، ادرار، بیوپسی و تصویربرداری‌ها و ... (پژوهش‌ها نشان می‌دهد بهترین روش تشخیص پوسیدگی، ترکیبی از روش‌های بالینی و رادیوگرافیک می‌باشد و نه هیچکدام به تنهایی [۱]).

۴- تشخیص.

۵- طرح درمان.

تاریخچه بیمار، یکی از مهم‌ترین قسمتهای معاینه کامل برای

رسیدن به تشخیص است و شامل موارد زیر می‌باشد:

رفتار با بیمار: لازمه کسب اطلاعات از بیمار جلب اعتماد بیمار است و باید نکاتی را در نظر گرفت: نباید در کار عجله کنیم، به بیمار بگوییم که هدف از مصاحبت و صرف وقت، کشف بیماریست و به درمان آن خواهیم پرداخت.

شکایت اصلی: جمله یا عبارتی است که با زبان خود بیمار و با اصطلاحات مربوط به خودش در مورد یک حالت غیرعادی که در وی ایجاد شده بیان می‌شود.

بیان شکایت اصلی تحت تأثیر موارد زیر قرار می‌گیرد:

۱- حافظه بیمار.

۲- هوش و ذکاوت بیمار

۳- تجربه دندانپزشکی بیمار

۴- فریبکاری بیمار

۵- دردهای منتشر

۶- نظر بیمار نسبت به دندانپزشک.

۷- وضعیت روحی بیمار.

بیماری کنونی: تاریخچه شکایت اصلی بیمار و علائم و

نشانه‌های آن است.

تاریخچه گذشته بیمار: برای بدست آوردن تاریخچه گذشته

بیمار چند مورد را سؤال می‌کنیم:

۱- بیماریهای دوران کودکی: از جمله سابقه گلودردهای

چرکی. سابقه بیماری‌های همراه با تب طولانی مثل سرخچه و سرخک که باعث هیپوپلازی مینای دندان می‌شود. سابقه تب‌خال و اوریون و غیره که می‌تواند به تشخیص بیماری فعلی کمک کند.

۲- سابقه بیماری‌های سخت و خطرناک:

الف- سل، ب- هپاتیت، ج- دیابت، د- سرطان

1- osteoradionecrosis

2- xerostomia

3- past dental history

بیشترین قسمت‌هایی از بدن که می‌توانند علائمی در دهان داشته باشند عبارتند از:

پوست، چشم، سر، دستگاه گوارش و دستگاه ژنتیکال.

علائم و نشانه‌ها: دو نوع علامت در پزشکی وجود دارد:

الف) ساین^(۸)؛ به خودی خود نشانگر یک بیماری در فرد است و توسط چشم غیرمسلح توسط معاینه کننده و معاینه شونده قابل مشاهده است که حاصل تغییر در بافت (در عمل، شکل، اندازه، قوام، تعداد، ارتباط با بافت‌های دیگر) می‌باشد، مانند پوسیدگی، شکستگی، زخم در دهان

ب) سمپتوم^(۹)؛ احساس بیمار از بیماریش می‌باشد، بیمار علائم را حس می‌کند ولی تا به پزشک نگوید، پزشک آن را درک نمی‌کند و عامل مراجعه بیمار می‌باشد. مثل: درد، خستگی، ضعف، تنگی نفس، طعم بد دهان، مشکل در جویدن، مشکل تکلم.

پرسش: اجزای یک معاینه کامل کدامند؟

اصول معاینه بالینی

۱- مشاهده^(۱۰) ۲- لمس^(۱۱)

۳- ضربه زدن (دق)^(۱۲) ۴- گوش دادن (سمع)^(۱۳)

مشاهده شامل معاینه و ارزیابی قسمت‌های مختلف دهان با کمک دیدن و مشاهده کردن می‌باشد، مانده مشاهده رنگ پوست، رنگ مخاط، شکل سطحی مخاط، تناسب اندام‌ها و حرکات مختلف بدن.

منظور از **لمس**، معاینه و ارزیابی قسمت‌های مختلف بدن با استفاده از دست و حس لمس است که بر حسب نواحی مختلفی که معاینه می‌کنیم صور مختلفی دارد:

- در معاینه لب، لب را بین ۲ انگشت شست و سبابه می‌گیریم و با حرکات چرخشی محتویات آن را معاینه می‌کنیم. به این روش دوانگشتی^(۱۴) می‌گویند.

- در معاینه کف دهان، چون زیر چانه تکیه‌گاهی نیست، یک دست را زیر چانه می‌گذاریم و با انگشتان دست دیگر زبان را کنار

۶- تاریخچه خانوادگی^(۲)؛ سابقه بیماری‌های مادرزادی و ارثی که موجب ابتلای دندان یا فک و یا صورت می‌شود که شایع‌ترین آنها عبارتند از:

۱- آمولوژنز ایمپرفکتا^(۳)؛ تشکیل ناکامل مینای دندان که در اثر آن دندان‌های فرد حاوی لکه‌های سفید گچی یا لکه‌های سیاه می‌شود و ممکن است مینا از دندان جدا شود.

۲- دنتینوژنز ایمپرفکتا^(۴)؛ عاج دندان به صورت ارثی مبتلاست و در فاصله کوتاهی بعد از رویش دندان، مینا به علت عدم حمایت مناسب شکسته می‌شود.

۳- استئوژنز ایمپرفکتا^(۵)؛ تشکیل ناکامل استخوان است که ژن این بیماری به همراه ژن دنتینوژنز ایمپرفکتا منتقل می‌شود و علائم آن شامل خمیدگی استخوان، رشد قندی کم و آبی شدن صلبیه چشم می‌باشد.

۴- بیماری‌هایی که تعداد دندان دچار اختلال می‌شود مانند:

الف) دیسپلازی اکتودرمال^(۶) که تعداد دندان‌ها کم است.

ب) کلیدوکرنیال دیس استوزیس^(۷) که تعداد دندان‌ها زیاد است.

در تاریخچه خانوادگی سن پدر و مادر و وضعیت فوت آنها هم جهت تشخیص زمینه‌های مستعد پرسیده می‌شود.

تاریخچه شخصی و اجتماعی: شامل سن، تاریخ ازدواج، تعداد فرزندان، عادات بیمار (مثل سیگار کشیدن و غیره)، شغل، میزان تحصیلات، وضعیت روانی، مذهب و وضعیت اقتصادی.

مروری بر دستگاه‌های بدن: طی این مرحله سعی می‌کنیم تا علائمی را که در سیستم‌های مختلف بدن طی تاریخچه و معاینه بالینی کشف کرده‌ایم، طوری به هم ربط دهیم که اگر حاصل آن بیماری واحدی باشد بتوانیم آن را تشخیص دهیم، به عنوان مثال مشاهده ضایعات چشمی به همراه آرتريت و ضایعات دهانی ذهن را متوجه سندرم بهجت می‌کند.

8- sign (objective)
9- symptom (subjective)
10- inspection
11- palpation
12- percussion
13- auscultation
14- bidigital

1- scaling
2- familial history
3- amelogenesis imperfecta
4- dentinogenesis imperfecta
5- osteogenesis imperfecta
6- ectodermal dysplasia
7- cleidocranial dysostosis

زده و با لمس این ناحیه را معاینه می‌کنیم، به این روش، دو دستی^(۱) می‌گویند.

- گاهی برای ۲ قسمت فرینه از بدن مثل گونه‌ها از ۲ دست کمک می‌گیریم که به این روش دوطرفه^(۲) می‌گویند و به کمک آن می‌توانیم قوام، حساسیت، و حدود عضله را بسنجیم.

ولی متأسفانه روش لمس در مورد دندان کاربرد چندانی ندارد. **ضربه زدن یا دق** شامل معاینه و ارزیابی بافت‌های مختلف توسط ضربه زدن و دیدن عکس‌العمل و شنیدن صدا می‌باشد. این روش برای موارد زیر به کار می‌رود:

۱- ارزیابی وضعیت التهابی لیگامان پریودنتال (PDL)^(۳)

۲- ارزیابی استخوانی که دندان در آن قرار گرفته؛ با دسته یک آینه به صورت عمودی به یکی از سطوح باکال، لینگوال و یا اکلوزال دندان ضربه می‌زنیم، اگر وضعیت استخوان اطراف دندان خوب باشد، صدایی زیر و پرتواتر شنیده می‌شود ولی اگر ریشه دندان در کیست و یا در استخوان تحلیل رفته باشد، صدایی بم و کم‌تواتر به گوش می‌رسد. برای تشخیص صداها دو دندان مشابه را مقایسه می‌کنیم.

۳- ارزیابی رفلکس‌های عصبی عضلانی

گوش دادن یا سمع شامل ارزیابی قسمت‌های مختلف بدن با کمک شنیدن است که در دندانپزشکی کاربرد چندانی ندارد، ولی در پزشکی بهترین وسیله برای تشخیص بعضی از بیماری‌ها می‌باشد، مثل بیماری‌های قلبی و آسم. در دندانپزشکی می‌توان به موارد زیر اشاره کرد:

صداها ناشی از مفصل گیجگاهی فکی (TMJ)^(۴)، اختلال تارهای صوتی، صدای ناشی از برخورد پروتزهای فکین، صدای نامفهوم در شکاف کام، صدای ناشی از تماسهای زودرس دندانانی که به دنبال اعمال ترمیمی ایجاد می‌شود.

مصاحبه با بیمار

اهداف مصاحبه با بیمار عبارتند از:

۱- **جمع‌آوری اطلاعات؛** شامل شکایت اصلی بیمار، تاریخچه شکایت اصلی، تاریخچه پزشکی، دندانپزشکی، خانوادگی و شخصی بیمار یکی از مهم‌ترین اهداف مصاحبه است.

۲- **برقراری یک رابطه حرفه‌ای با بیمار؛** داشتن رابطه خوب و درست با بیمار جهت پذیرش بهتر دستورات و معالجه مؤثرتر لازم به نظر می‌رسد.

۳- **درک کامل بیمار؛** به این معنی است که خواسته‌ها، ظرفیت‌ها، ناتوانی‌ها، سلامتی عمومی، شغل و دسترسی برای درمان را در مورد او کاملاً مورد توجه قرار دهیم.

جهت آغاز مصاحبه دانستن علت مراجعه بیمار الزامی است و معمولاً با دست دادن و یا تقاضای نشستن شروع می‌شود. تنها یک مکالمه کوتاه با بیماری که با درد شدید مراجعه کرده است کافی نیست. مصاحبه با بیمار اگر به شکل صحیح انجام گیرد می‌تواند به دندانپزشک و بیمار بسیار کمک کند. در بسیاری موارد یک مصاحبه خوب حتی از یک معاینه بالینی هم مهم‌تر است. زمان مناسب برای مصاحبه هم باید مدنظر قرار گیرد.

برای این منظور می‌توان از دو روش استفاده کرد:

۱- تهیه پرسشنامه که می‌تواند در اختیار بیمار قرار گیرد تا آن را پر کند یا خود دندانپزشک سؤالات را برای بیمار مطرح کند و جواب‌ها را یادداشت کند.

۲- می‌توان در حین مصاحبه لحظاتی را سکوت کرد و به بیمار اجازه داد که توضیح بیشتری بدهد. معمولاً هرچه دندانپزشک کمتر صحبت کند، بیمار بیشتر جواب می‌دهد. اگر یادداشت برداری، موجب ایجاد سوء ظن در بیمار و قطع ارتباط با او باشد، لازم است یادداشت‌برداری را در حضور او انجام ندهیم و پس از رفتن بیمار این کار انجام گیرد.

باید به حرکات کوچک بیمار مانند نگاه کردن مداوم او به ساعتش نیز دقت کنیم. چون از این راه می‌توانیم به شخصیت او پی ببریم و در مورد چگونگی طرح سؤال که آیا مستقیم یا غیرمستقیم باشد تصمیم‌گیری کنیم. هرگاه می‌بینیم که بیمار مکث می‌کند یا عکس‌العمل خاصی نشان می‌دهد، زمان این است که موضوع گفتگو را عوض کنیم. در رابطه با درمان، بیمار باید در جریان قرار گیرد، چون لازم است بیمار قبل از شروع درمان آگاهی کامل از نحوه درمان را پیش رو داشته باشد. به ویژه در مورد

- 1- bimanual
- 2- bilateral
- 3- periodontal ligament
- 4- temporomandibular joint

باشند. ایجاد رابطه صمیمانه می‌تواند در جلوگیری از درمان‌های غلط، بر هم خوردن قرارهای ملاقات، عصبانیت‌ها و سوء تفاهات نقش مهمی داشته باشد و پذیرش درمان را برای بیمار جذاب‌تر کند. در پایان دندانپزشک باید خلاصه‌ای از آنچه از بیمار دیده و شنیده است فراهم کند. آنگاه آن را به بیمار ارائه می‌دهد و به او می‌گوید که از این مکالمه متوجه چه نکته‌ای شده است تا با همفکری او سوء تفاهات احتمالی از بین برود.

اشتباهات مصاحبه شامل موارد زیر می‌باشد:

۱- استفاده از سؤالاتی که جواب آن در خود سؤال نهفته است، مثلاً «آیا این درد هیچ‌گاه به گوش شما هم زده است؟» روش بهتر مطرح کردن این سؤال به این نحو است «دیگر در کدام ناحیه احساس درد می‌کنید؟»

۲- سؤالاتی که در آنها از «چرا» استفاده شود به بیمار احساس گناهکاری می‌دهد و باعث عصبی و ناراحت شدن او می‌شود. مثلاً «چرا دندان‌هایت را مسواک نمی‌کنی؟»، «چرا قرار ملاقات قبلی‌ات را لغو کردی؟»، «چرا دست از شیرینی خوردن بر نمی‌داری؟». پس از این سؤالات بیمار احساس خجالت یا ناراحتی می‌کند و فکر می‌کند آبرویش رفته و خوار و خفیف شده است.

۳- استفاده از سؤالات ترکیبی باعث گیج و سردرگم شدن بیمار می‌شود. مثلاً «درد از کی شروع شد؟ یادت می‌آید در آن هنگام چه می‌کردی؟ چیزی دردت را آرام می‌کند؟ چیزی آن را تشدید می‌کند؟»

۴- سؤالاتی که با «بله» و «خیر» پاسخ داده می‌شوند. این سؤالات دندانپزشک را متوجه هیچ جزئیات دقیقی از وضعیت بیمار نمی‌کند.

تاریخچه بیمار

مراقبت دندان‌های خوب به تشخیص صحیح بستگی دارد و تشخیص صحیح بر پایه اطلاعات صورت می‌گیرد. مقادیر زیادی از این اطلاعات باید از بیمار بدست آید، زیرا او تنها شخصی است که شاهد کلیه وقایع زندگی خود بوده است. انجام یک مصاحبه مرتب و مطبوع، راه بسیار خوبی برای کسب اطلاعات و نیز فرصتی برای شروع یک رابطه حرفه‌ای درست و منطقی است. اهداف گرفتن تاریخچه بیمار عبارتند از:

۱- ایجاد رابطه حرفه‌ای مثبت.

بیماران مضطرب اطلاع داشتن از مراحل و چگونگی کار درمانی می‌تواند در کاهش اضطراب دخیل باشد.

نکات مهم در مورد طرح سؤال:

۱- استفاده از سؤالاتی بدون سمت و سوی مشخص که جواب آنها کلی باشد. مثلاً به جای آنکه پرسیم «آیا از دندانپزشک قبلی خود راضی هستید؟» باید پرسیم «قبلاً چه درمان‌های دندانپزشکی را انجام داده‌اید؟»

۲- ابتدا موضوع کلی را پرسیم و سپس وارد جزئیات دقیق‌تر شویم. مثل «در دندان‌های خود چه احساسی دارید؟»

۳- استفاده از سؤالات راهنما در مواردی که نوع سؤال ما می‌تواند به بیمار در جوابگویی کمک کند. مثلاً به جای «چطورید؟» پرسیم «از آخرین مراجعات به دندانپزشک تا الان بهتر هستید؟» این سؤال بیمار را متوجه می‌کند که باید در مورد وضعیت دندان‌ها، لثه و دهان خود صحبت کند.

۴- پرسش‌های گزینه‌ای را هنگامی استفاده می‌کنیم که بیمار جواب مناسب و دقیقی برای سؤال ما نمی‌یابد. مثلاً در مورد بیماری که با درد مراجعه می‌کند اگر پرسیم «آیا می‌توانید درد خود را توصیف کنید؟» هر بیماری ممکن است به گونه‌ای جواب بدهد. مثلاً یکی بگوید: «بد، خیلی بد» و دیگری بگوید: «همه جایم درد می‌کند». پس ما باید پرسیم «آیا درد شما سوزشی است، گزشی است، فشار دهنده است و یا خیلی شدید و تیر کشنده است؟»

پرسش: به نظر شما کدامیک از اصول معاینات در دندانپزشکی کاربرد بیشتری دارد؟

تکنیکهای اختصاصی مصاحبه عبارتند از:

۱- **حفظ فاصله؛** بیمار و دندانپزشک باید مستقیماً روبروی یکدیگر نشسته و دید کاملی از هم داشته باشند. همچنین نباید بیمار دیگری در بین باشد. مصاحبه بایستی توسط خود دندانپزشک انجام شود، نه پرسنل مطب او.

۲- **ایجاد رابطه صمیمانه؛** در این حالت بیمار می‌تواند در عین احترام، به دندانپزشک خود اعتماد کند و با او راحت باشد. برای این ارتباط باید علاقه، دقت، توجه و حساسیت خود را به بیمار نشان دهیم و به بیمار بگوییم که می‌فهمیم چه احساسی دارد. بیماران ممکن است از وضعیت دهان خود و یا اینکه از روی وضعیت دهانشان مورد قضاوت قرار گیرند نگران و ناراحت

۲- تهیه اطلاعاتی در مورد **تاریخچه** شخصی، دندانپزشکی و پزشکی گذشته و حال بیمار برای دندانپزشک

۳- تهیه اطلاعاتی که برای اتخاذ **تشخیص**، ممکن است ضروری باشد.

۴- تهیه اطلاعاتی که در تصمیم‌گیری برای **درمان** به دندانپزشک کمک کند.

مصاحبه معمولاً در اولین ملاقات دندانپزشک با بیمار صورت می‌گیرد. این کار به دندانپزشک فرصت می‌دهد تا بیمار را ببیند، عکس‌العمل‌ها و پاسخ‌های او را ارزیابی کند و از این طریق رابطه دوستانه بین آنها گسترش یابد. **پایه و اساس رابطه حرفه‌ای، رابطه دوستانه است.**

اولین هدف گرفتن تاریخچه از بیمار، کسب اطلاعاتی درباره تجارب دندانپزشکی، خانوادگی، اجتماعی و پزشکی بیمار است. تاریخچه پزشکی هر بیمار در کشف حالت سلامت جسمی و روانی او کمک می‌کند. مشکلات پزشکی موجود و درمان آنها باید دقیقاً مشخص شوند. بیماری‌های مزمن جهت عوارض جسمی و عاطفی باید مورد ارزیابی واقع شوند. مشکلات پزشکی گذشته باید مشخص و اثرات و عوارض باقیمانده احتمالی ارزیابی شوند. این تاریخچه در جلوگیری از بوجود آمدن وضعیت اضطراری پزشکی در مطب به دندانپزشک کمک می‌کند و همچنین به او کمک می‌کند تا در صورت وقوع چنین وضعیتی آماده‌ی رویارویی با آن باشد.

تحقیقات نشان داده است در مواردی که بیمار ما یک کودک است و ما مجبور هستیم برای گرفتن تاریخچه با والدین او مصاحبه کنیم، والدین کودک قادر به ارائه یک تاریخچه دقیق از وضعیت پزشکی و دندانپزشکی کودکشان نیستند. بنابراین دندانپزشک باید تمام سعی خود را در معاینه بالینی برای تشخیص وضعیت‌های غیرعادی بکند [۳].

تاریخچه دندانپزشکی بسیار شبیه به تاریخچه پزشکی ارزیابی می‌شود. مشکلات دندانپزشکی موجود، در صورتی بهتر فهمیده می‌شوند که دندانپزشک نتایج درمان‌های قبلی را بداند.

سه روش گرفتن تاریخچه عبارتند از: ۱- مصاحبه ۲- پرسشنامه سلامت ۳- ترکیبی از این ۲

در روش اول، با شیوه‌ای سازمان یافته از بیمار در مورد وضعیت سلامت او سؤال می‌شود. باید به بیمار اجازه داد تا بطور

کامل و به تفصیل در مورد هرگونه مشکل و بیماری مربوط به خود، صحبت کند. در ابتدا، ممکن است مصاحبه کننده مایل به استفاده از فهرست یادآور عناوین برای گفتگو باشد. در مورد مزایای این روش بحث شده است. بعضی از مشکلات این روش عبارتند از:

- ۱- اطلاعات بدست آمده ممکن است سازمان یافته و مرتب نباشند و بنابراین مرور و مراجعه بعدی به آنها مشکل باشد.
- ۲- این روش به مهارت‌های دندانپزشک به عنوان مصاحبه کننده بستگی دارد.
- ۳- مصاحبه کننده ممکن است عناوین مهم را از قلم بیندازد.
- ۴- برای خوب انجام شدن مصاحبه به زمان کافی نیاز می‌باشد.

در روش پرسشنامه سلامت، فهرستی چاپ شده از پرسش‌های مربوط به وضعیت سلامت است که در اولین ملاقات از بیمار خواسته می‌شود تا به آنها پاسخ گوید. سپس فرم کامل شده مرور می‌شود و از پاسخ‌ها نکاتی استخراج می‌شود. مزیت تهیه پرسشنامه این است که زمان کمی از وقت دندانپزشک را می‌گیرد و نیز شیوه استاندارد برای هر مریض عرضه می‌کند.

پاسخ‌ها هر چه باشند، عناوین و نکات زیر باید مورد بازبینی قرار گیرند:

- ۱- آیا مبتلا به حساسیت خاصی هستید؟
 - ۲- آیا تب روماتیسمی دارید؟
 - ۳- آیا تاکنون بیماری و مشکل قلبی یا ریوی مانند حمله قلبی یا سل داشته‌اید؟
 - ۴- آیا مستعد خونریزی هستید؟
 - ۵- آیا مبتلا به هپاتیت یا هر گونه بیماری عفونی دیگر هستید؟
 - ۶- آیا سرطان دارید؟
 - ۷- آیا مبتلا به دیابت هستید؟
 - ۸- آیا اخیراً دارویی مصرف کرده‌اید؟
 - ۹- آیا اخیراً در معرض تابش هر گونه پرتو برای درمان سرطان یا رادیوگرافی قرار گرفته‌اید؟
- هرگونه پاسخ مثبت باید در سوابق بیمار ثبت شود. به علاوه، بعضی از پاسخ‌های منفی احتمالی نیز باید درج شود. به عنوان مثال بیمار سابقه حساسیت مشخص به دارو، تب روماتیسمی، بیماری‌های قلبی و ریوی و غیره را انکار می‌کند.

روش ترکیبی، صحیح‌ترین تکنیک گرفتن تاریخچه در اعمال معمول دندانپزشکی است.

تاریخچه دندانپزشکی بیمار

تاریخچه دندانپزشکی بیمار، می‌تواند بینشی در مورد ضریب هوشی بیمار در رابطه با دندانها، مراقبت‌های دندانی و ترس از دندانپزشکی در اختیار ما قرار دهد.

تاریخچه دندانپزشکی بیمار شامل موارد زیر می‌باشد:

۱- دفعات مراجعات قبلی

۲- هدف از ملاقات‌های قبلی: آیا فقط به دلیل وضعیت اضطراری بوده است؟ چه اقداماتی انجام شده است (از قبیل ارتودنسی، درمانهای پرپودنتیک، درمانهای ریشه دندانها، پروتز و جراحی‌های دهان)؟

بیماری که دارای سابقه جراحی پرپودنتال بوده است و اکنون به جراحی دیگری نیاز دارد با بیماری که هیچگونه تاریخچه درمان پرپودنتال نداشته است، بسیار متفاوت است.

۳- هرگونه مشکل در رابطه با درمانهای دندانی

۴- نوع مراقبت‌ها و درمان‌های به عمل آمده: چه وقت انجام شده است؟ آیا بیمار راضی بوده است؟

۵- رادیوگرافی‌های دندانی اخیر: بهتر است در سوابق دندانپزشکی بیمار، اطلاعات مربوط به رادیوگرافی‌های قبلی او نیز ذکر شود. این اطلاعات در کاهش میزان اشعه‌ای که در این رابطه باید به بیمار داده شود، مؤثر است.

پرسش: در تاریخچه دندانپزشکی بیمار به چه مسائلی باید

توجه بیشتری کرد و کدام اجزاء آن اولویت بالاتری دارند؟

برای بدست آوردن تاریخچه کامل پزشکی و نیز توجه درست و کامل به آن نباید از هیچ کوششی مضایغه نمود. سایر بخش‌های این کتاب در رابطه با علائم و نشانه‌های بیماری‌ها و مدیریت خاص مراحل درمان آنهاست. به همین دلیل در این قسمت در مورد آنها بحث نشده است.

بحث و گفتگویی که در ذیل می‌آید، اهمیت هر سؤال موجود در پرسشنامه پزشکی را به طور خلاصه شرح می‌دهد. این توضیحات دقیق و کامل نمی‌باشد، اما می‌توان از آن به عنوان راهنمایی جهت درک منظور هر پاسخ استفاده نمود.

۱- آیا در حال حاضر تحت درمان پزشکی هستید؟

با این سؤال می‌توان هرگونه بیماری مزمن یا حاد را مشخص نمود. نوع بیماری فرد، ممکن است در تشخیص، درمان و داروهای تجویزی دندانپزشکی مؤثر باشد. هر نوع وضعیتی که نیاز به درمان داشته باشد و نوع درمانی که برای آن در نظر گرفته می‌شود، باید دقیقاً مشخص شود.

۲- آیا نسبت به پنی‌سیلین یا سایر آنتی‌بیوتیک‌ها، ید یا انواع دیگر داروها حساسیت دارید؟

داروهایی که بیمار به آنها حساسیت دارد، باید مشخص شوند و همچنین باید در مورد نشانه‌ها و علائمی که بیمار در این رابطه تجربه کرده است، سؤالانی نمود. سنکوپ تنها معمولاً به عنوان واکنش آلرژیک در نظر گرفته نمی‌شود، اما اغلب بیماران آن را آلرژی تلقی می‌کنند. پنی‌سیلین معمولاً بسیار آلرژی‌زاست. اگر بیمار اظهار دارد که نسبت به پنی‌سیلین حساسیت دارد یا نباید از آن استفاده نمود و یا می‌توان بیمار را جهت تست به مراکز پزشکی ارجاع نمود. از ید معمولاً در دندانپزشکی به عنوان ضدعفونی کننده و رنگ رادیوپیک استفاده می‌شود. بیمارانی که نسبت به ید حساسیت دارند، اغلب از حساسیت خود با خبرند، زیرا نمی‌توانند از نمک یددار در رژیم غذایی خود استفاده نمایند.

۳- آیا تاکنون به تب‌روماتیسمی یا سوفل قلبی^(۱) مبتلا بوده‌اید؟

تب روماتیسمی، عارضه‌ای است که اکثراً افراد زیر ۲۰ سال را مبتلا می‌کند. این بیماری ممکن است بر روی قلب به ویژه دریچه‌های آن تأثیر بگذارد و باعث سوفل قلبی شود. بیماری قلبی روماتیسمی تنها علت سوفل قلبی نیست، بنابراین برای تعیین علت این عارضه باید از بیماران سؤالات دقیق و ویژه‌ای پرسیده شود. در دندانپزشکی تشخیص و تعیین بیمار مبتلا به بیماری قلبی روماتیسمی یا سوفل قلبی از این جهت حائز اهمیت است که دندانپزشک با این روش از نیاز جلوگیری از اندوکاردیت باکتریال که اغلب بیماری کشنده‌ای است آگاه می‌شود.

۴- آیا مبتلا به تومور یا سرطان هستید؟

اگر پاسخ بیمار به این سؤال مثبت باشد، باید سؤالات بعدی به دنبال آن از بیمار پرسیده شود: تومور در کجا واقع شده است؟ آیا

تومور خوش خیم است و یا بدخیم؟ چگونه تومور درمان شده است؟

اگر تومور فعلاً در حال درمان به وسیله تابش اشعه بر ناحیه سر و گردن (پرتودرمانی) می باشد، دندانپزشک باید تغییرات داخل دهانی را مورد توجه قرار دهد. پرتودرمانی ممکن است با کاهش حس چشایی، خشکی دهان، افزایش فعالیت پوسیدگی ها و امکان گسترش استئورادیونکروز همراه باشد. نئوپلاسم بدخیم در یک طرف ممکن است به طرف دیگر متاستاز دهد. به دلیل اینکه احتمال متاستاز بعضی از انواع نئوپلاسم ها به فک ها بسیار زیاد است، مصاحبه کننده باید نوع آنرا تعیین کند.

۵- آیا تحت شیمی درمانی، درمان با اشعه ایکس، رادیوم یا درمان کبالتی هستید؟

از این سؤال جهت کنترل و چک کردن سؤال قبلی استفاده می شود. معمولاً شیمی درمانی تولید گرانولوسیت ها را مهار می کند. بیمارانی که شیمی درمانی می شوند، معمولاً مستعد ابتلا به عفونت ها هستند، التیام زخم ها و درمان بیماری های آنها طولانی تر و مشکل تر است و ممکن است دچار زخم های متعدد، تهوع و استفراغ شوند.

۶- آیا به دلایل مختلف، در ناحیه سر و گردن و دهان و غیره در ۲۴ ماه گذشته در معرض اشعه ایکس بوده اید؟

امروزه در حرفه های پزشکی و دندانپزشکی، نگرانی هایی در مورد استفاده از پرتودرمانی یونیزان^(۱) وجود دارد. در حال حاضر، توصیه می شود که سوابق هر بار قرار گرفتن در معرض اشعه ایکس، در پرونده بیمار ثبت شود. دندانپزشک باید از اشعه ایکس محتاطانه استفاده کند و عکس های رادیوگرافی را تنها در مواردی تجویز کند که معاینات بالینی لزوم استفاده از آنها را تأیید نماید. از آنجا که عکس های رادیوگرافی اطلاعاتی در اختیار ما قرار می دهند که با روش های دیگر نمی توان آنها را به دست آورد، استفاده از آنها اغلب لازم است.

۷- آیا تصاویر رادیوگرافیک دندانانی جدیدی وجود دارند که بتوان آنها را امانت گرفته و بررسی نمود؟

این پرسش می تواند منجر به کاهش تابش اشعه به بیمار شود. در صورتی که این تصاویر رادیوگرافیکی کیفیت خوبی نداشته

باشند، منطقه مورد نظر را نشان ندهند و یا در مورد خاصی بسیار قدیمی باشند، انجام رادیوگرافی های دیگری جهت تشخیص، ضروری است. حتی رادیوگرافی های بسیار قدیمی نیز ممکن است در تشخیص، مفید باشند. پیشرفت بیماری هایی نظیر پوسیدگی ها و بیماری های پریدنتال باید بررسی شوند و درمان مناسب برای آنها در نظر گرفته شود.

از عکس های رادیوگرافی امانت گرفته شده باید کی برداری و اصل آنها به صاحب آن برگردانده شود. بسیاری از دندانپزشکان تمایلی ندارند که عکس های رادیوگرافیک را به صاحبانشان برگردانند، زیرا این عکس ها یکی از مهم ترین بخش های سوابق بیمار است، به ویژه جهت استفاده در پزشکی قانونی.

۸- آیا هیچ یک از دندان هایتان را کشیده اید یا سابقه عمل جراحی لوزه سوم داشته اید؟

این سؤال به این منظور پرسیده می شود که مشخص شود آیا بیمار تجربه قبلی در مورد اعمال جراحی داشته است یا خیر. علت کشیده شدن دندان باید مشخص شود. جهت تعیین طرح درمان، این موضوع که آیا دندان به علت تراوما از دست رفته است یا در نتیجه پوسیدگی یا بیماری های پریدنتال کشیده شده است، بسیار مهم است.

۹- آیا تاکنون سابقه بیهوشی عمومی یا بی حسی موضعی داشته اید؟

این سؤال، صحت سؤال قبلی را بررسی می کند. همچنین تجربه قبلی بیمار در مورد بیهوشی را مشخص می نماید. در صورتی که پاسخ این سؤال مثبت باشد، تعیین نوع داروی بیهوشی مورد استفاده و اینکه چرا و چه وقت بیهوشی صورت گرفته است، ضروری است.

۱۰- آیا نسبت به نوع خاصی از داروهای بیهوشی واکنشی دارید؟

واکنش نسبت به داروهای بیهوشی ممکن است بصورت واکنش آلرژیک باشد. دندانپزشک باید مشخص نماید که بیمار چه حالتی را به عنوان واکنش و عکس العمل در نظر می گیرد. اکثر اوقات بیماران، از حال رفتن و غش کردن، بعد و یا در طی انجام بی حسی موضعی را ذکر می نمایند. در این صورت باید به سنکوپ مشکوک شد. اگر با این وجود، بیمار دارای سابقه بثورات پوستی، خارش، مشکل تنفسی یا خستگی مفرط بدنال اعمال دندانپزشکی

است سبب افزایش فشار درون چشمی شود و در نتیجه موجب بدتر شدن گلوکوم گردد.

۱۴- آیا مبتلا به گوش درد، احساس صدای زنگ در گوش و یا کاهش شنوایی هستید؟

بیماری که از گوش درد شکایت دارد، ممکن است دچار درد TMJ باشد، زیرا این ۲ بسیار به هم نزدیک هستند. نشانه‌های گوش درد باید بدقت بررسی گردد تا مشخص شود که آیا درد، ناشی از TMJ است یا ناشی از سایر ساختارهای دهانی. برقراری ارتباط با بیمارانی که مشکل شنوایی دارند ممکن است مشکل باشد و باید سعی شود طوری با آنها صحبت کرد تا بتوانند بشنوند. احساس صدای زنگ، نشانه‌ای است که در هایپرتنشن، بیماری منیر^(۳)، بیماری‌های گوش داخلی و سندرم اختلال عملکرد و درد عضلانی MPD^(۴) دیده می‌شود.

۱۵- آیا دچار مشکل سینوس، آسم، تب یونجه یا سردردهای شدید هستید؟

دندان‌های خلفی ماگزیرا در نزدیکی سینوس ماگزیرا واقعند. بیمار مبتلا به سینوزیت حاد، ممکن است در طرف مبتلا به سینوزیت، احساس دندان درد کند. بنابراین، دندانپزشک باید بتواند رابطه بین سابقه سینوزیت بیمار با دندان دردهای کلی موجود در هر نیمه ماگزیرا را کشف کند. در بیمارانی که مبتلا به تب یونجه باشند و یا سابقه آلرژی به گرده گیاهان یا گرد و خاک داشته باشند، احتمال بیشتری وجود دارد که انواع دیگر آلرژی را نیز از خود بروز دهند. دندانپزشک هنگام کار کردن برای بیمار مبتلا به آسم، ممکن است با مشکلاتی مواجه شود و بنابراین باید احتیاط‌های لازم را به عمل آورد. از آنجا که تقریباً همه مردم، سردردهایی را تجربه کرده‌اند، ابتلا به آن، ۱ یا ۲ بار در ماه اهمیتی ندارد. از بیماری که دچار سردردهای شدید و مکرر می‌شود، جهت مشخص شدن ماهیت سردرد باید سؤالات بیشتری در این رابطه پرسیده شود. علت سردردها ممکن است اختلال عملکرد TMJ باشد. محل سردرد نیز مهم است. سردردهای عصبی معمولاً یا در منطقه پیشانی و یا در منطقه پس‌سری اتفاق می‌افتند. هایپرتنشن ممکن است باعث سردردهایی در ناحیه پس‌سری همراه با اختلال بینایی و درد در دست‌ها و پاها شود و برخلاف

باشد باید به وجود آلرژی یا واکنش ایدیوسینکراتیک مشکوک شد و از به کار بردن دارو خودداری نمود.

۱۱- آیا در رابطه با درمان‌های دندانپزشکی مشکلی دارید؟ این مورد، سؤال بسیار خوبی در رابطه با هر آنچه است که بیمار گزارش می‌کند. حتی یک پاسخ مثبت ظاهراً کم‌اهمیت، به این معناست که آن مسئله برای بیمار بسیار مهم است و نباید به سادگی از آن گذشت. پاسخ‌های بیماران به این سؤال ممکن است از مشکلاتی در رابطه با درمان‌های اندو، درد متعاقب کشیدن دندان تا نگرانی در مورد بی‌حسی متغیر باشد. مسئله هر چه باشد، دندانپزشک باید به بیمار این اطمینان را بدهد که در مورد آن به اندازه کافی بررسی خواهد کرد. با این حال باید بخاطر داشت که باید از شتابزدگی خودداری نموده و تا زمانی که ارزیابی و بررسی‌های کامل صورت نگرفته است، از اظهار نظر و بیان عقیده اجتناب کرد.

۱۲- آیا تاکنون صدمه و آسیبی در ناحیه صورت یا فک‌ها داشته‌اید؟

پاسخ مثبت به این سؤال می‌تواند در توصیف محل زخم‌های مشاهده شده یا بی‌حسی و فلج و نیز سایر یافته‌ها در دهان مفید باشد. هنگامی که علت دیگری مشخص نشود، سابقه آسیب را می‌توان علت غیرزنده بودن دندان‌ها در نظر گرفت. بیمارانی که سابقه تصادف با اتومبیل داشته‌اند، ممکن است خرده شیشه‌هایی در فک و صورت مشاهده شود.

۱۳- آیا چشم‌هایتان دچار مشکل خاصی (آب مروارید یا گلوکوم) است؟

معمول‌ترین شکایت بیماران در مورد چشم‌هایشان، نیاز به استفاده از عینک است. این مسئله اهمیت چندانی ندارد. مسئله با اهمیت‌تر، بیمارانی هستند که اظهار می‌دارند در طی چند سال گذشته، به دفعات نیاز به تجویز عینک جدید داشته‌اند. این موضوع ممکن است نشانه‌ای از وجود هایپرتنشن^(۱) یا دیابت درمان نشده باشد. نشانه‌هایی از ضعف بینایی اغلب به مدت طولانی قبل از این ۲ عارضه مشاهده می‌شود. استفاده از آنتی‌سیالاکوگ‌ها^(۲) در بیماران مبتلا به گلوکوم توصیه نمی‌شود، زیرا این داروها ممکن

3- meniere disease

4- Myofacial Pain Dysfunction Syndrom

1- hypertension

2- antisialagogues

سردردهای عصبی، استراحت خوب در شب در بهبود سردردهای ناشی از هایپرتنشن یا بی تأثیر است و یا اثر اندکی دارد.

۱۶- آیا به طور مکرر مبتلا به گلودرد یا درد گردن می شوید؟
گلودرد ممکن است نشانه‌ای از وجود عفونت باشد. گلودردهای مکرر می تواند با کاهش مقاومت به عفونت همراه باشد. گلودرد ممکن است نشان‌دهنده عاداتی همچون تنفس دهانی یا استفاده از تنباکو باشد. سایر علل عبارتند از: فارنژیت نامشخص، زخم‌های آفتی عود کننده و لنفونودولار فارنژیت^(۱).

گردن درد ممکن است نشان دهنده وجود آسیب جدی به ناحیه سر و گردن باشد اما اغلب با حالت عصبی و فشار روحی همراه است. محل درد، چگونگی شروع حمله آن و شدت درد باید مورد ارزیابی واقع شود. علت گردن درد ممکن است گره‌های التهابی حساس، کاروتودینی^(۲) و آرتروز^(۳) مهره‌های گردن باشد.

۱۷- آیا دارای فشارخون بالا یا پایین هستید؟

بیماران دارای هایپرتنشن معمولاً بیشتر از بیمارانی که هایپوتنشن^(۴) دارند موجب نگرانی هستند. هنگامی که مشخص شد که یک بیمار مبتلا به هایپرتنشن است، فاکتورهای متعددی را باید در نظر گرفت. سن، جنس، نژاد و وزن بیمار با افزایش فشار خون در ارتباطند. هایپرتنشن ممکن است علل مختلفی داشته باشد از معمول‌ترین علل آن می توان بیماری کلیوی و آتریواسکلوئوزیس را ذکر کرد. هایپرتنشن زمانی است که فشار سیستولیک بیش از ۱۴۰ میلی‌متر جیوه و فشار دیاستولیک بالاتر از ۹۰ میلی‌متر جیوه باشد. تشخیص و تعیین فشار خون بالا براساس مطالعات متعددی صورت می‌گیرد. علت هایپوتنشن ممکن است خونریزی فراوان، سکته^(۵) یا بیماری آدیسون^(۶) باشد.

یک بیمار ممکن است هنگام نشستن روی صندلی دندانپزشکی دچار هایپوتنشن شود و یا ممکن است علت این امر داروهای هایپرتنسیو باشد. بسیاری از زنان جوان به طور طبیعی هایپوتنسیو هستند.

۱۸- آیا تاکنون دچار حمله قلبی شده‌اید و یا دردی در قفسه سینه داشته‌اید؟

از این سؤال صریح جهت تعیین اینکه آیا بیمار مبتلا به آنژین صدری است یا دچار سکته قلبی مایوکاردیال شده است، استفاده می‌شود. باید برای مصاحبه کننده معلوم شود که حمله قلبی چه وقت صورت گرفته است، شدت آن چقدر بوده است و چه داروهایی برای بیمار تجویز شده و روند بهبودی بیمار چگونه بوده است. برای بیمارانی که دچار حمله قلبی شده‌اند، بهتر است تا ۶ ماه بعد از حمله قلبی برای آنها اعمال دندانپزشکی انجام نشود. بیمارانی که جهت کنترل درد آنژین از قرص‌های نیتروگلیسرین استفاده می‌کنند، بهتر است در هر جلسه ملاقات با دندانپزشک، قرص‌های خود را همراه داشته باشند. کلیه ملاقات‌ها و جلسات درمان باید در محیطی آرام و راحت صورت گیرد و مدت زمان هر جلسه باید بر حسب تحمل بیمار تعیین شود. اگر بیماری دچار درد قفسه سینه است و تحت درمان نمی‌باشد، باید ابتدا او را جهت مشاوره با پزشک راهنمایی کرد.

۱۹- آیا دستگاه تنظیم ضربان قلب (ضربان ساز)^(۷) دارید؟

پاسخ مثبت به این سؤال نشان می‌دهد که فرد دچار مشکلات قلبی است. هنگام کار کردن برای این بیماران باید بسیار مراقب بود. برای این بیماران نباید از دستگاه‌های اولتراسونیک و الکتروکاتر و نیز پالپ تسترهای الکتریکی استفاده نمود. باید از بیمار سؤال شود که آیا ضربان ساز در تماس با جریان خون است یا خیر و اگر چنین است باید همانند مورد بیماری قلبی روماتیسمی از روش آنتی‌بیوتیک پروفیلاکسی استفاده گردد.

۲۰- آیا فعالیت و ورزش ملایم باعث تنگی نفس شما می‌شود؟

این سؤال جهت کشف مشکلات قلبی تشخیص داده نشده، پرسیده می‌شود، با این وجود پاسخ مثبت به این سؤال را باید جهت روشن شدن وضعیت جسمی بیمار، ارزیابی نمود. بسیاری از مردم به علت نداشتن فعالیت جسمی روتین، در هنگام ورزش ملایم دچار تنگی نفس می‌شوند. بیماری که بسیار زود و آسان دچار تنگی نفس می‌شود ممکن است مبتلا به نقص قلبی باشد. اگر مصاحبه کننده تشخیص دهد که تنگی نفس، فیزیولوژیک نیست، باید بیمار را جهت انجام مشاوره پزشکی ارجاع داد.

۲۱- آیا مبتلا به سل یا مشکلات ریوی دیگری شده‌اید؟

- 1- lymphonodular pharyngitis
- 2- carotodynia
- 3- arthritis
- 4- hypotension
- 5- stroke
- 6- Addison

پاسخ مثبت به این سؤال می‌تواند به معنای داشتن سنگ کلیه، پیوندهای کلیه و یا به این معنی باشد که بیمار تحت دیالیز است. سنگ کلیه نشان دهنده مشکلاتی در متابولیسم کلسیم است و ممکن است در یافته‌های رادیوگرافیکی مشخص شود. بیماران پیوند کلیه‌ای و دیالیزی نیاز به تعدیل و تغییر در روش مراقبت‌ها دارند. بیماران مبتلا به مشکلات مثانه ممکن است دچار تکرر ادرار و یا درد و سوزش در هنگام ادرار باشند. پرادراری نشانه‌ای از دیابت است.

۲۵- آیا به‌طور مکرر ادرار می‌کنید؟

این سؤال می‌تواند سؤالی کنترل‌کننده^(۱) برای ارزیابی صحت پرسش‌های مربوط به بیماری‌های کلیوی، مثانه، پروستات یا دیابت باشد. بیمار و دندانپزشک باید در مورد مفهوم کلمه «تکرار» توافق داشته باشند.

۲۶- آیا مبتلا به دیابت هستید؟ در صورتی که مبتلا هستید آیا

بیماری شما تحت کنترل است؟

بیماران دیابتی نیاز به مراقبت‌های ویژه‌ای دارند، زیرا تظاهرات این بیماری ممکن است دهان را نیز مبتلا سازد. مصاحبه‌کننده باید بداند که بیماری چه وقت شروع شده است، چگونه اداره می‌شود، و تا چه حد تحت کنترل است. به‌طور کلی بیماران دیابتی بیشتر از افراد عادی مستعد ابتلا به بیماری‌های عفونی هستند. وجود عفونت نیاز به انسولین را تغییر می‌دهد. به علاوه، بیماران دیابتی بعد از جراحی یا آسیب به خوبی و به زودی بهبود نمی‌یابند و ممکن است خشکی دهان در آنها ایجاد شود. زمان ملاقات بیماران دیابتی باید طوری ترتیب داده شود که اندکی پس از مصرف داروهایشان و مصرف یک غذای سبک باشد و معمولاً این زمان صبح‌ها می‌باشد. باید از بیماران خواسته شود که قبل از ملاقات با دندانپزشک داروهای معمول خود و نیز مقداری غذا مصرف کنند. مگر اینکه قرار باشد بیهوشی عمومی به آنها داده شود.

۲۷- آیا کسی در خانواده شما مبتلا به دیابت است؟

به دلیل اینکه دیابت یک بیماری ارثی است، این سؤال بسیار مهم است. بیماری که به بعضی از درمان‌ها به ویژه درمان‌های پرودنتال واکنش مثبت نشان نمی‌دهد، در صورتی که در خانواده‌اش سابقه بیماری دیابت وجود داشته باشد باید به وجود دیابت در او مشکوک شد. بیماری دیابت را معمولاً از طریق

از بیماری که دارای سابقه ابتلا به سل بوده است باید سؤال شود که آیا بیماری او بطور کامل درمان شده است یا خیر. اگر بیماری هنوز فعال است، دندانپزشک و سایر پرسنل باید جهت جلوگیری از ابتلا به این بیماری، احتیاط کنند. در بعضی از مناطق با وضعیت اقتصادی اجتماعی پایین، بیماری سل بومی ویژه آن محل خاص است (اندیمیک است) و بنابراین دندانپزشکان و دستیاران آنها باید دائماً از دستکش و ماسک استفاده نمایند. علاوه بر این سؤال در مورد سل ممکن است باعث آشکار شدن سایر مشکلات ریوی شود.

۲۲- آیا دچار مشکلات معده یا روده یا دستگاه گوارش (مانند

زخم، ورم معده یا کولیت) هستید؟

بیماران مبتلا به اختلالات گوارشی، نشانه‌های بسیار متفاوتی دارند. بعضی از بیمارانی که از «مشکلات معده» شکایت دارند احتمالاً نمی‌توانند عمل جویدن را به‌طور صحیح انجام دهند و بنابراین نیاز به مراقبت‌ها و درمان‌های دندانپزشکی دارند. بیماران مبتلا به زخم معده ممکن است دارای مشکلات عاطفی باشند. علاوه، این بیماران ممکن است از داروهایی استفاده کنند که در جذب داروهای تجویزی دندانپزشکی اختلال ایجاد کند. برای بیمارانی که دارای زخم معده هستند نباید آسپرین یا سایر داروهایی که باعث تحریک دستگاه گوارش می‌شود، تجویز نمود.

۲۳- آیا تاکنون مشکل کبدی (مانند هپاتیت، یا سیروز)

داشته‌اید؟

هپاتیت اصطلاحی کلی برای التهاب کبد است. بیمارانی که اظهار می‌دارند مبتلا به هپاتیت بوده‌اند معمولاً منظورشان هپاتیت ویروسی است. این اطلاعات برای دندانپزشک، پرسنل دندانپزشکی و سایر بیماران مهم‌تر و نگران‌کننده‌تر است تا برای خود بیماری که سابقه مثبت هپاتیت داشته است. از آنجا که هپاتیت می‌تواند از بیمار به دندانپزشک یا از دندانپزشک به سایرین انتقال یابد، باید احتیاط‌های لازم رعایت شود. یرقان، نشانه‌ای از اختلالات کبدی است که ممکن است به علت هپاتیت ویروسی یا سایر بیماری‌ها مانند سیروز بوجود آید. در بیماران مبتلا به اختلالات کبدی، احتمال بروز و گسترش مشکلات خونریزی دهنده زیاد است، زیرا اکثر فاکتورهای انعقادی در کبد تولید می‌شوند.

۲۴- آیا دچار مشکلات کلیوی یا مثانه شده‌اید؟

مبتلا به آرتریت روماتوئید (RA)^(۲) دست‌ها ممکن است در انجام بهداشت و مراقبتهای شخصی در منزل دچار مشکل شوند.

۳۲- آیا یک بریدگی کوچک باعث خونریزی بیش از حد معمول در شما می‌شود؟

با این سؤال می‌توان بیماران مبتلا به **دیاتز خونریزی^(۳)** را مشخص کرد. مصاحبه کننده باید مشخص کند که منظور بیمار از "خونریزی بیش از حد معمول" چیست. اگر معلوم شود که بیمار مبتلا به دیاتز خونریزی است، تست‌های آزمایشگاهی نظیر شمارش پلاکت‌ها، زمان انعقاد و ترمبوپلاستین باید انجام شود. دندانپزشک باید در هر حال آماده کنترل مشکل خونریزی باشد.

۳۳- آیا پوست بدن شما به آسانی کبود می‌شود؟

این سؤال برای چک کردن سؤال قبلی است. کبودی ممکن است نشان دهنده **شکندگی مویرگی، اختلالات پلاکتی، یا مشکلات انعقادی** باشد. مصاحبه کننده باید مشخص نماید که منظور از «به آسانی کبود شدن» چیست. بسیاری از بیماران به این سؤال پاسخ مثبت می‌دهند در حالیکه ممکن است واقعاً مشکل هموستاز^(۴) (بند آمدن خون) نداشته باشند.

پرسش: با انجام چه تستهای آزمایشگاهی می‌توان به اختلالات

انعقادی در بیماری که احتمال وجود آن هست پی برد؟

۳۴- آیا دارای اختلالات خونی مانند آنمی یا سرطان خون

هستید؟

بیمارانی که مبتلا به آنمی یا سرطان خون هستند، تظاهرات دهانی متعددی مانند **زبان رنگ پریده یا نوک زبان قرمز و گرم، و ژنژیویت^(۵)** را از خود بروز می‌دهند. بیماران مبتلا به سرطان خون ممکن است از داروهایی نظیر متوترکسات استفاده نمایند که این دارو موجب افزایش آمادگی ابتلا به عفونت‌ها و زخم‌های دهانی می‌شود. به علاوه ممکن است مشکلاتی در رابطه با بند آمدن خون بوجود آید.

۳۵- آیا تاکنون انتقال خون داشته‌اید؟

بیماران ممکن است به دلیل عمل جراحی وسیع، تزریق خون داشته باشند (خون دریافت کرده باشند). در این صورت، دندانپزشک باید علت عمل جراحی را مشخص کند. بیمارانی که بطور مرتب خون دریافت می‌کنند احتمال دارد مبتلا به **دیسکرازی**

بررسی میزان قند خون با استفاده از تعیین کننده‌های متعدد مانند تست **تحمل گلوکز**، تشخیص می‌دهند.

۲۸- آیا تاکنون مبتلا به سیفلیس، سوزاک یا سایر بیماری‌های

مقاربتی بوده‌اید؟

بیمارانی که مبتلا به بیماری‌های مقاربتی هستند ممکن است ضایعاتی در دهانشان مشاهده شود. دندانپزشک باید بداند که بیمار چه موقع مبتلا شده است و آیا بیماری او تحت کنترل است یا خیر. ممکن است در صورت تماس، دندانپزشک یا پرسنل دندانپزشکی را مبتلا نمایند.

۲۹- آیا تاکنون دچار حمله صرع یا اختلالات تشنجی

شده‌اید؟

فشار روحی روانی و حالت عصبی در افراد مختلف بطور متفاوت مشاهده می‌شود. مصاحبه کننده باید سعی نماید تا علت فشار روحی را مشخص کند. حالت عصبی ممکن است به علت مراجعه به مطب دندانپزشکی و یا به علت وضعیت خانوادگی باشد. دندانپزشک باید سعی نماید تا نگرانی و استرس را کاهش دهد. فشار روحی ممکن است به صورت پراکسیزم^(۱)، اختلال عملکرد TMJ، یا درد ظاهر شود.

۳۰- آیا تاکنون برای حالت عصبی یا افسردگی دارویی

مصرف کرده‌اید؟

بسیاری از بیمارانی که داروهای آرامبخش استفاده می‌کنند، به این سؤال پاسخ مثبت می‌دهند. بهتر است داروهای مصرفی بیماران ارزیابی شود. اکثر داروهای آرامبخش و ضدافسردگی دارای اثرات جانبی مانند خشکی دهان هستند. بیماران مبتلا به خشکی دهان ممکن است از سوزش زبان و مشکلاتی در خوردن غذا یا استفاده از دست دندان شکایت کنند و یا دارای الگوی مشخصی از پوسیدگیها باشند.

۳۱- آیا دارای عضلات دردناک یا مفاصل سخت هستید؟

شکایت از درد عضلات می‌تواند نشان دهنده فشار عصبی باشد. درد در عضلات جونده را می‌توان طی معاینات بالینی، ارزیابی نمود. شکایت از سختی مفاصل ممکن است نشانه‌ای از آرتروز باشد و امکان دارد به دنبال ضربه ایجاد شود، و یا فقط به علت افزایش سن به وجود آید. TMJ می‌تواند مبتلا شود. بیماران

2- Rheumatoid Arthritis

3- bleeding diathesis

4- hemostasis

5- gingivitis

1- bruxism

داروها استفاده می‌کند امکان دارد با کوچکترین آسیبی دچار خونریزی شود. آنتی‌بیوتیک‌تراپی به مدت طولانی نیز ممکن است آمادگی خونریزی را افزایش دهد. مشاوره با پزشک بیمار ضروری است.

آرامبخش یا داروهای ضدافسردگی: دندانپزشک باید علت استفاده از این داروها را تعیین نماید. این داروها دارای عوارض جانبی متعددی هستند و ممکن است داروهای دیگر نیز روی آنها تأثیر گذارند. دیازپام می‌تواند بیماران افسرده را افسرده‌تر کند.

انواع داروهای دیگر: با این سؤال، بیمار سایر داروهای مصرفی خود را نام می‌برد. این داروها باید با هدف مشخص فهرست شوند.

۳۸- آیا مبتلا به آلرژی هستید؟

بیمارانی که نسبت به گرده گلها و سایر مواد آلرژن حساسیت دارند، به احتمال زیاد نسبت به بعضی از داروهایی که برای آنها تجویز می‌شود، نیز حساسند. به علاوه، این سؤال در واقع، سؤالی جهت چک کردن «هرگونه حساسیت به داروها» می‌باشد.

۳۹- آیا تاکنون دچار بثورات پوستی یا خارش شدید شده‌اید؟

پاسخ مثبت به این سؤال می‌تواند نشان دهنده وجود آلرژی باشد. به علاوه، با این سؤال می‌توان از وجود بعضی از اختلالات پوستی آگاه شد. در این صورت، این مشکل و اختلال باید مشخص شود و سپس ارتباط آن با وضعیت‌های موجود در مخاط دهان مانند لیکن پلان و پمفیگوس تعیین گردد.

۴۰- آیا دچار مشکل، بیماری یا اختلالی هستید که در

سؤالات قبلی ذکر نشده است؟

با طرح این سؤال بیمار فرصت می‌یابد تا دندانپزشک را از بیماریها و مشکلاتی که در سؤالات قبلی ذکر نشده بود، آگاه کند. بهتر است جهت وضعیتهای مختلف و فراوانی که بیمار ذکر می‌کند کتاب پزشکی در دسترس باشد تا از این طریق بتوان آنها را بررسی نمود.

موارد زیر پرسشهای ویژه زنان می‌باشند:

۴۱- آیا باردار هستید؟ زمان زایمان چه وقت است؟

زنان باردار نیازمند توجه ویژه‌ای هستند. برای این بیماران باید طوری برنامه‌ریزی شود که احتمال ابتلای آنان به ژنژیویت^(۲)

خونی یا لوسمی مزمن باشند و در این صورت درمان دندانپزشکی باید متناسب با وضعیت آنها تغییر یابد. برای بعضی از بیماران مبتلا به دیسکرازی خونی، باید قبل از انجام اعمال دندانپزشکی جهت جلوگیری از خونریزی غیرقابل کنترل، درمان جایگزینی فاکتور انعقادی انجام داد. سابقه انتقال خون مکرر، بیمار را در معرض ابتلا به عفونت‌های ویروسی مانند هپاتیت قرار می‌دهد.

۳۶- آیا تاکنون در بیمارستان بستری بوده‌اید و یا طی ۵ سال گذشته تحت درمان‌های پزشکی بوده‌اید؟

هدف از این پرسش دو چیز است: اول این که معمولاً دانستن مشکلی که بیمار به خاطر آن در بیمارستان بستری شده است بسیار مهم است. مصاحبه کننده باید تاریخ بستری شدن‌های قبلی، علل آنها و نوع و تأثیر درمان را یادداشت نماید. دوم، این سؤال در واقع برای چک کردن سؤال ۱ استفاده می‌شود. دندانپزشک باید علت هر نوع درمان پزشکی توسط پزشکان شامل، پزشک بیماری‌های استخوان، هومئوپات، کایروپراکتور^(۱)، چشم‌پزشک یا دندانپزشک را مشخص کند.

۳۷- آیا طی شش ماه گذشته هیچیک از داروهای زیر را استفاده کرده‌اید؟

سوابق دارویی بیمار باید به دقت و به تفصیل مشخص شود. داروها ممکن است نشان‌دهنده بیماری خاص و یا شدت آن باشند، عوارض جانبی داروها شامل خشکی دهان، استعداد ابتلا به عفونت‌ها، افزایش آمادگی خونریزی و عدم تحمل فشارهای عصبی باشد. به علاوه، دارویی که دندانپزشک تجویز می‌کند ممکن است بر روی داروهایی که فعلاً بیمار مصرف می‌کند، تأثیر بگذارد.

کورتیزون و سایر استروئیدها: بیمارانی که کورتیکواستروئید مصرف می‌کنند، پاسخ مناسبی به استرس نمی‌دهند. عمل کورتیکواستروئیدها ممکن است از نشانه‌های عفونت بکاهد، و بنابراین درمان را مشکل‌تر کند. این مشکلات برگشت‌پذیرند و با توقف درمان، از بین می‌روند.

پرسش: آیا می‌توانید عوارض مصرف کورتیکواستروئیدها را نام ببرید؟

داروهای ضدانعقاد یا رقیق کننده خون: داروهای ضدانعقاد برای بیماری‌های قلبی عروقی تجویز می‌شوند. بیماری که از این

2- gingivitis

1- chiropractor

معاینه بالینی

معاینه بالینی بخشی از فرآیند جمع‌آوری اطلاعات است که بر طبق آن تشخیص صورت می‌گیرد. روش به دست آوردن این اطلاعات، متفاوت است، اما شیوه معاینه در همه دندانپزشکان باید کمابیش یکسان باشد، به طوری که هیچ ناحیه‌ای از نظر دور نماند. جهت تشخیص مشکلات، پزشک باید قادر به تشخیص آناتومی طبیعی و نیز تغییرات معمول آن باشد. همانند اینکه آیا بافت نرم متورم در مخاط بیمار، ندول غیرعادی است یا صرفاً یک **پاپیلا پاروتید** برجسته است. این تشخیص زمانی حاصل می‌شود که پزشک از آناتومی توپوگرافیک دهان، سر و گردن بخوبی آگاه باشد.

بررسی چشمی و معاینه با دست (لمس کردن) ۲ تکنیکی است که اغلب مورد استفاده قرار می‌گیرد. ناحیه تحت معاینه باید از نظر تغییرات در اندازه، رنگ بافت و شکل مورد توجه قرار گیرد. نواحی مرطوب باید با گاز خشک شوند، زیرا در غیر این صورت نور از این نواحی بازتاب می‌کند و ممکن است تغییرات پنهان بماند. هنگام لمس کردن یک ناحیه، معاینه کننده باید از خود بپرسد که چه نوع ساختارهای عادی در این ناحیه قرار دارد و این ساختارها چگونه باید احساس شوند؟ مثلاً سطح گرانولر یک غده بزاقی اصلی همانند سطح صاف یک گره لنفی احساس نمی‌شود.

ارزیابی عمومی بیمار

هدف این قسمت از معاینه بالینی بدست آوردن ایده‌ای کلی در مورد وضعیت جسمی بیمار است. معاینه کننده باید به ویژه به نحوه راه رفتن، قامت، وضعیت تغذیه‌ای، حرکات و فرم صورت توجه نماید. هنگامی که دندانپزشک با بیمار صحبت می‌کند، این نواحی و همچنین ظرفیت روانی بیمار تحت نظر قرار می‌گیرند. به علاوه، ارزیابی عمومی بیمار شامل بررسی علائم حیاتی او نیز می‌باشد.

۱- قامت و وضعیت تغذیه‌ای: قامت به معنی قد و هیکل است، در حالیکه منظور از وضعیت تغذیه‌ای، ارزیابی درجه چاقی یا لاغری بیمار است. طبیعی بودن این شاخص‌ها در افراد گوناگون بسیار متفاوت است. بنابراین معاینه کننده باید طبیعی بودن قد و هیکل، ساختمان بدن و وضعیت تغذیه‌ای را در هر فرد بطور مجزا

حاملگی کاهش یابد. همچنین باید مراقبت‌هایی صورت گیرد تا از درد یا وضعیت‌های ناخوشایندی که در طی حاملگی پیش می‌آید، جلوگیری شود. هنگام انجام رادیوگرافی یونیزان و استفاده از داروها باید احتیاطات لازم را به عمل آورد.

در اغلب زنان باردار می‌توان مراقبت‌ها و درمان‌های دندانپزشکی معمول را طی **سه ماهه دوم و اوایل سه ماه سوم** انجام داد. در سه ماهه اول و سوم فقط درمان‌های اورژانسی را می‌توان انجام داد.

۴۲- آیا از قرص‌های ضدبارداری یا هورمون استفاده می‌کنید؟ معمولاً سابقه استفاده از قرص‌های ضدبارداری و هورمون برای دندانپزشک اهمیت چندانی ندارد. اهمیت این سؤال از این جهت است که در صورتی که بیمار از این قرص‌ها استفاده می‌کند، دیگر ضرورتی ندارد که دندانپزشک در مورد باردار بودن یا نبودن از او سؤالاتی بکند. اکثر زنان تا ماه دوم و حتی سوم حاملگی از بارداری خود مطمئن نیستند.

بیمارانی که از هورمون استفاده می‌کنند ممکن است دارای سابقه هیستریکتومی^(۱) کامل باشند و یا جهت تسکین نشانه‌های یائسگی هورمون مصرف کنند.

۴۳- آیا در رابطه با عادت ماهانه مشکلی دارید؟ ممکن است بیمارانی که یائسه می‌باشند به این سؤال پاسخ مثبت بدهند و اظهار دارند که به دنبال یائسگی دچار «سوزش دهان» یا سایر علائم داخل دهانی شده‌اند. به علاوه، مشکلات خونریزی ممکن است با سابقه عادت ماهانه بستگی داشته باشد. کم‌خونی ناشی از کمبود آهن امکان دارد در نتیجه خونریزی فراوان در طی دوران عادت ماهانه، بوجود آید.

به طور خلاصه، از پرسشنامه بهداشتی به عنوان نقطه شروع استفاده می‌شود. هنگامی که دندانپزشک پرسشنامه را بررسی می‌کند باید بسیاری از سؤالات را جهت تأیید صحت پاسخ‌های بیمار مطرح کند. هر پاسخ، پرسش‌های بیشتری را جهت تجزیه و تحلیل پاسخ‌ها برمی‌انگیزد.

طولانی بودن و مفصل بودن پرسشنامه به اندازه مهارت مصاحبه کننده در به دست آوردن تاریخچه کامل پزشکی، اهمیت ندارد.

۱- hysterectomy: برداشتن رحم.

پرسش: با مشاهده رنگ و ظاهر ناخن‌ها به چه مسائل و اختلالاتی می‌توان پی برد؟

۴- علانم حیاتی: شامل فشار خون، تعداد نبض، تعداد تنفس و درجه حرارت بدن است. فشار خون بطور غیرمستقیم با استفاده از اسفیگمومانومتر^(۳) و استتوسکپ اندازه‌گیری می‌شود. اگر بیماری برای افزایش فشار خون خود تحت درمان است، باید دید آیا فشار خون او کنترل شده است یا خیر. نگرانی، اضطراب، افزایش فعالیت، وضعیت بدن، اندازه بازوبند^(۴) دستگاه فشار خون و شریان مورد استفاده ممکن است بر فشار خون تأثیر بگذارند. بطور معمول بیمار باید چند دقیقه روی صندلی بنشیند، با آرامش استراحت کند و با یک بازوبند مناسب کار انجام شود. شریان بازو باید در سطح قلب قرار گیرد، در حالتی که بیمار راست نشسته است، بازوبند در بازو قرار می‌گیرد و در وضعیت تقریباً یک اینچ بالاتر از گودی آنتی‌کوبیتال^(۵) محکم می‌شود. شریان رادیال در مچ دست لمس می‌شود و بازوبند تا هنگامی که ضربان ناپدید شود، باد می‌شود. معاینه کننده باید درجه را بخواند و باد بازوبند را خالی کند. بعد از تقریباً یک دقیقه منتظر ماندن، استتوسکپ روی شریان برانشیال قرار می‌گیرد و بازوبند تقریباً تا ۱۰ تا ۲۰ میلی‌متر جیوه بالای درجه قبلی باد می‌شود. این کار برای اطمینان از این مسئله است که بازوبند بالاتر از فشار سیستولیک باد شده است. باد به آرامی خالی می‌شود (با سرعت حدود یک میلی‌متر بر ثانیه). **اولین صدا نشان‌دهنده فشار سیستولیک است، بازوبند بیشتر خالی می‌شود تا اینکه صدا ناپدید می‌شود. نقطه‌ای که صدا ناپدید می‌شود، فشار دیاستولیک است (شکل ۱-۱).** همه شماره‌های فشار خون (سیستولیک و دیاستولیک) باید ثبت شود. اگرچه این اصل بطور کلی پذیرفته شده است که بیماری که فشار خون سیستولیک/دیاستولیک او بیش از ۱۴۰/۹۰ است، دچار فشار خون بالاست، اما فقط یکبار بالا بودن رقم فشار خون برای تشخیص هایپرنتنشن کافی نیست. برای تشخیص باید چند بار این کار را تکرار نمود. بیماری که دارای فشار خون بالاست بهتر است به پزشک ارجاع داده شود. تعداد نبض را می‌توان در هنگامی که دندانپزشک برای خواندن فشار خون، شریان رادیال را لمس می‌کند، اندازه گرفت.

بررسی کند. بررسی ساده بلندی و وزن می‌تواند کمک مؤثری در ارزیابی وضعیت تغذیه‌ای باشد. هنگام ارزیابی بیمار دارای اضافه وزن، تعیین این مطلب که آیا اضافه وزن مربوط به وجود ادم است یا در اثر تجمع چربی است بسیار مهم است. بعلاوه محل این افزایش اندازه باید مورد توجه قرار گیرد. با فشار انگشت در محل افزایش اندازه اگر ادم گوده‌گذار^(۱) وجود داشته باشد بعد از برداشتن انگشت هنوز اثر آن باقی می‌ماند در حالیکه در مورد چربی، محل فشار، سریع به حالت اول بازمی‌گردد.

۲- نحوه راه رفتن و ملرز قرارگیری بدن: بعضی از اختلالات ممکن است طرز راه رفتن را تغییر دهند و بر طرح درمان و تشخیص تأثیر بگذارند. حتی نحوه راه رفتن در محدوده طبیعی نیز می‌تواند سر نخ مفیدی به معاینه کننده بدهد. بیماری که به آهستگی و با احتیاط راه می‌رود ممکن است نیاز به درمانی متفاوت با کسی که با گام‌های بلند و پرانرژی و با اطمینان راه می‌رود، داشته باشد. **وضعیت^(۲) بدن** هم باید مورد توجه قرار گیرد. آیا بدن بیمار به جلو خم شده است؟ آیا سر او به یک طرف کج شده است؟

۳- اندام‌های فوقانی: معاینه اندام‌های فوقانی یعنی مشاهده نمودن وضعیت دست‌ها، انگشتان و ناخن‌ها. هدف از این معاینه توجه به هرگونه تغییر در پوست، ناهنجاری یا عدم عملکرد دست‌ها و انگشتان و هرگونه تغییر در ناخن‌هاست. این تغییرات می‌تواند نشان دهنده وضعیت سیستمیک بیمار باشد.

۴- دست‌ها و انگشتان: اندازه کلی دست‌ها و همچنین اندازه و بلندی انگشتان، باید متناسب با ساختمان بدن باشد. مفاصل انگشتان باید از نظر قرمزی، بزرگی و محدودیت حرکت مورد توجه قرار گیرد.

۵- ناخن‌ها: اگرچه ناخن‌ها ممکن است نشانه‌هایی از یک بیماری سیستمیک را آشکار نمایند، اما تغییرات قابل مشاهده روی ناخن‌ها، علامت شاخص بیماری خاصی نیست. ناخن‌ها تقریباً یک دهم میلی‌متر در روز رشد می‌کنند، بنابراین حدود شش ماه طول می‌کشد تا ناخن از قاعده تا نوک رشد کند. رنگ و ظاهر خون در بستر ناخن باید مورد توجه قرار گیرد. خود ناخن از نظر منافذ و شیارها باید بررسی شود.

3- sphygmomanometer

4- cuff

5- antecubital

1- pitting edema

2- posture

افزایش تدریجی اندازهٔ مجموعه که اغلب در بیماری پاجت^(۱) مشاهده می‌شود، در صورتی که فکین را درگیر کرده باشد، طرح درمان را تحت تأثیر قرار خواهد داد و بنابراین ضروری است که جهت تشخیص درست، این مناطق ارزیابی شوند. دردی که از حفره دهان منشأ می‌گیرد ممکن است به عنوان درد مفاصل گیجگاهی فکی تلقی شود

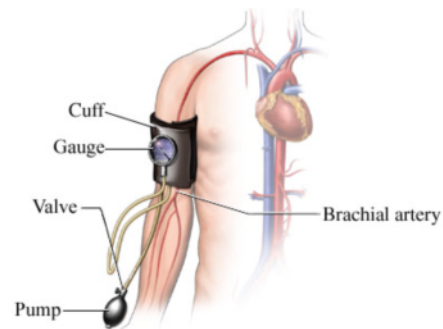
فرآیندهای التهابی سینوس‌های ماگزایلا اغلب شبیه دردهای ناشی از دندان هستند. بنابراین، ارزیابی حفرهٔ دهان بدون معاینه سر و گردن، کامل نیست. صورت، مو، پوست، چشم‌ها، گوش‌ها و گره‌های لنفاوی جلو و پشت گوش، بینی، سینوس‌های بینی، مفصل گیجگاهی فکی و غده پاراتید باید مورد معاینه قرار گیرد.

صورت

معاینه کننده باید به وضعیت چشم‌ها، بینی، دهان و گوش‌های بیمار و همچنین اندازه و تقارن آنها توجه کند. شکل کلی صورت باید از نظر تقارن و نیم‌رخ معاینه شود. این معاینه جهت بررسی وضعیت ماگزایلا و مندیبل در رابطه با سایر اجزاء مجموعه است. رنگ پوست نیز باید مورد توجه قرار گیرد. بخاطر داشته باشید که افرادی که دارای رنگدانه‌های کمی هستند، نسبت به اشعه ماوراء بنفش که باعث افزایش احتمال سرطان پوست می‌شود، آسیب پذیرترند.

وجود و محل تورم باید مورد توجه قرار گیرد، آیا تورم یک طرفه یا دوطرفه است؟ تورم یک طرفه می‌تواند سلولیت یا تومور غده بزاقی باشد. تورم دوطرفه ممکن است مربوط به هایپرتروفی عضلات جونده بوده و در اختلال TMJ مهم باشد. به علاوه، تورم دوطرفه می‌تواند نشان دهندهٔ افزایش اندازهٔ تنه مندیبل باشد، همان‌طور که در چرابیزم^(۲) دیده می‌شود.

معاینهٔ پوست از طریق مشاهده و لمس صورت می‌گیرد. رنگ، بافت، خاصیت ارتجاعی و وجود یا عدم وجود ادم باید مورد توجه قرار گیرد. پیگمانتاسیون در افراد مختلف و نیز در مناطق مختلف بدن یک فرد، متفاوت است. افزایش پیگمانتاسیون اغلب در بازوها، بند انگشتان و چین‌های کف دست دیده می‌شود.



شکل ۱-۱. نحوهٔ قرار گرفتن کاف فشار خون نسبت به شریان براکیال.

هنگام گرفتن نبض، معاینه کننده باید از نوک انگشتان استفاده کند و نه از انگشت شست. شریان باید فشرده شود تا اینکه حداکثر فشار نبض احساس شود. مقدار نبض براساس ضربه در دقیقه ثبت می‌شود و تعداد ۷۲ برای آن طبیعی است. هنگام گرفتن نبض، معاینه کننده باید ریتم و حجم را هم ارزیابی کند. نبض ممکن است، نامنظم و یا حجم ممکن است کم یا زیاد باشد.

تعداد تنفس، تعداد دم ثبت شده در یک دقیقه است. تنفس معمولاً بصورت ریتمیک است، اما همیشه منظم نیست. تعداد آن با نگاه کردن به بالا و پایین رفتن قفسهٔ سینه بیمار شمرده می‌شود. تعداد نرمال برای یک فرد بزرگسال، تقریباً ۱۴ تا ۱۸ تنفس در دقیقه است. هنگام تعیین تعداد نفس، معاینه کننده باید به حجم تقریبی هوای مبادله شده، توجه نماید.

بالاخره درجه حرارت دهانی بیمار باید گرفته شود. این کار با استفاده از دماسنج‌های دهانی صورت می‌گیرد. درجه حرارت طبیعی دهان بین $98/6 \pm 0/5$ °F است. عفونت علت شایعی جهت بالا رفتن درجه حرارت است. وضعیت‌های هایپرمتابولیکی مانند، پرکاری تیروئید می‌تواند سبب بالا رفتن درجه حرارت شود. کاهش درجهٔ حرارت یا هایپوترمی می‌تواند در نتیجهٔ وضعیت هایپومتابولیکی مانند میگزادم باشد.

معاینه سر

هدف این معاینه، بررسی ناهنجاری‌هایی است که ممکن است در اثر مشکلات دهانی، ژنتیکی و یا سیستمیک باشند.

1- paget

* نشانه‌های مربوط به TMJ، غدد بزاقی و سینوسها می‌تواند بسیار مشابه علائم ناشی از مشکلات دهانی باشد.

2- cherubism

روند معمول طاسی مردان اهمیت چندانی ندارد، اما ریزش ناگهانی مو باید مورد بررسی واقع شود.

پرسش: آیا می‌توانید علائم بالینی دیسپلازی اکتودرمال را نام ببرید؟

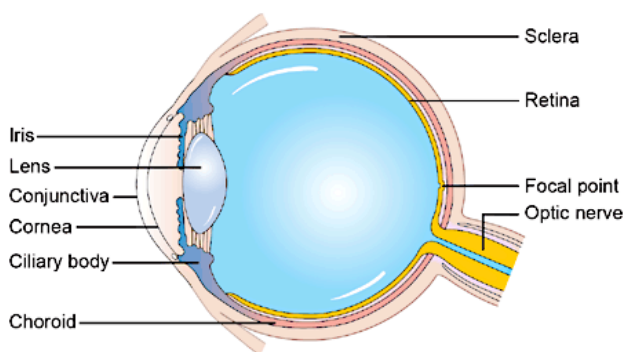
چشم‌ها

معاینه چشم‌ها بسیار مهم است، زیرا بسیاری از بیماری‌های دهان با تغییرات چشمی همراه است. از آنجا که معاینه افتالموسکوپیک^(۲) چشم در حوزه عمل معمول دندانپزشک نمی‌باشد، فقط قسمت خارجی چشم توسط دندانپزشک معاینه می‌شود.

مروری کوتاه بر آناتومی چشم برای درک ساختار مورد معاینه، ضروری است. چشم، متشکل از دو محفظه پر از مایع است که بوسیله عدسی از یکدیگر جدا شده‌اند. پوشش سختی که همه کره چشم بجز قرنیه را می‌پوشاند، صلبیه است که به وسیله ملتحمه ظریفی پوشیده شده است (شکل ۱-۳).

قرنیه نیمه شفاف است و بیرونی‌ترین لایه چشم را تشکیل می‌دهد. در زیر قرنیه اتاقک قدامی قرار دارد. بین اتاقک قدامی و اتاقک خلفی چشم، عدسی واقع است.

عنبیه بطور ناقص عدسی را می‌پوشاند و مردمک در مرکز عنبیه واقع شده است. تاری و تیرگی عدسی‌ها باید مورد توجه قرار گیرد، زیرا می‌تواند باعث کم شدن دید بیمار شود. به علاوه نقص‌های عنبیه مانند کلوبوماس^(۳) ممکن است به طور نامطلوب روی شفافیت بینایی تأثیر بگذارد.



شکل ۱-۳. قطع عرضی چشم.

جداگانه افزایش پیگمانتاسیون مانند نقاط کافه-آله^(۱) (شیر قهوه) نیز دیده می‌شوند. رنگ پیگمانتاسیون ممکن است از آبی تا سیاه متفاوت باشد، همانگونه که در کبودی دیده می‌شود، یا به رنگ زرد در یرقان و قرمز در بعضی از ضایعات عروقی باشد. بافت پوست باید بوسیله لمس آهسته ارزیابی شود. در معرض هوا بودن و تغییراتی در فعالیت تیروئید از جمله عواملی هستند که بر بافت پوست تأثیر می‌گذارند. خاصیت ارتجاعی پوست نیز از طریق فشردن پوست بین انگشت شست و نشانه، ارزیابی می‌شود (شکل ۱-۲). بطور طبیعی، پوست‌های ارتجاعی سریع به حالت قبلی خود برمی‌گردند. هیدراتاسیون ضعیف علت شایعی جهت کاهش خاصیت ارتجاعی پوست است. لمس کردن پوست می‌تواند موجب محو شدگی موقت ادم گردد. بافت‌های مبتلا به ادم، هنگامی که با انگشت فشرده می‌شوند معمولاً به سرعت به حالت اول برنمی‌گردند.

در آخر، از بیمار باید در مورد محل، تداوم و علل احتمالی ندول‌ها، زخم‌ها، اسکارها و سایر تغییرات سطحی سؤال شود.

مو

مو باید از جهت توزیع و پخش، رنگ و بافت بررسی شود. بافت مو معمولاً به انواع نرم، نرمال و زیر طبقه‌بندی می‌شود. مثلاً موهای نرم و نازک در دیسپلازی اکتودرمال ارثی دیده می‌شود. بعضی از حالت‌های سیستمیک هم در تغییر رنگ و بافت مو مؤثرند. توزیع و پخش مو تحت تأثیر جنس و ژنتیک است.



شکل ۱-۲. ارزیابی خاصیت ارتجاعی پوست.

2- ophthalmoscopic
3- colobomas

1- café'-au-lait

افزایش فاصله بین چشم‌ها هایپرتلوریزم^(۲) نامیده می‌شود و زمانی است که فاصله بین زوایای داخلی پلک‌ها بیش از ۴۰ میلی‌متر یا فاصله اینترپیوپولر^(۳) بیش از ۷۵ میلی‌متر یا زمانی که فاصله بین زوایای خارجی پلک بیش از ۹۵ میلی‌متر باشد.

هنگام معاینه پلک‌ها می‌توان توده‌ها را بوسیله فشار آهسته روی چشم لمس نمود. اگر کره چشم صدمه دیده باشد، معاینه کننده هرگز نباید آن را فشار دهد. برای معاینه پلک پایین، به بیمار گفته می‌شود که به بالا نگاه کند. پوست زیر پلک به آسانی با انگشت شست یا اشاره جمع می‌شود. برگرداندن پلک بالا مشکل‌تر است و این به علت وجود نوارهای مرکزی از بافت سخت به نام صفحات پلکی است که به نگهداری پلک در مجاورت کره چشم کمک می‌کند. اگر بیمار عضلات حلقوی خود را شل کند و به پایین نگاه کند، پلک بالا را می‌توان برگرداند. در صورت ضرورت برای برگرداندن پلک بالا باید مراحل زیر را انجام داد (شکل ۱-۶):

- ۱- از بیمار می‌خواهیم که به پایین نگاه کند و پلک‌ها را شل کند، به گونه‌ای که پلک‌ها با فشار بسته نشوند.
- ۲- به آرامی مژه‌های بالا را می‌گیریم و آنها را آهسته به طرف پایین و کمی جلو می‌کشیم.
- ۳- یک آبسلانگ یا سواب را به آرامی به طرف پایین روی صفحات پلکی می‌رانیم. صفحات پلکی تقریباً ۱ سانتی‌متر بالاتر از حاشیه پلک قرار دارند، کره چشم نباید فشار داده شود.
- ۴- پلک را برمی‌گردانیم و مژه را در مقابل ابرو نگه می‌داریم. قرمزی یا زخم سطوح ملتحمه چشم باید مورد توجه قرار گیرد.

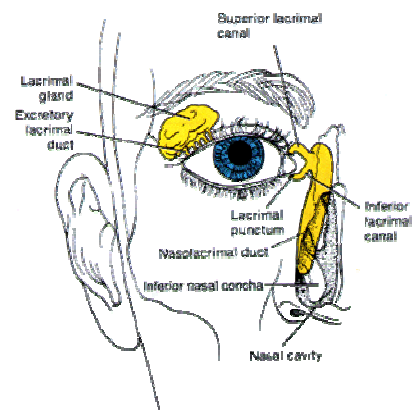


شکل ۱-۶. برگرداندن پلک بالا

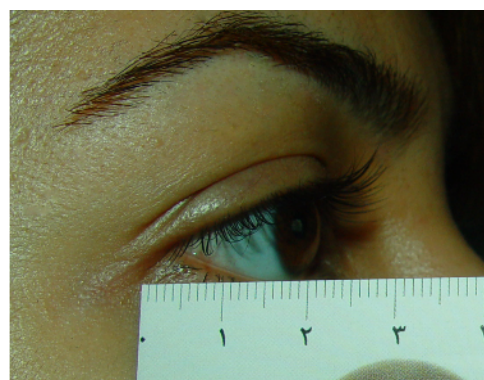
در معاینه صلبیه تغییرات رنگ آن باید مورد توجه قرار گیرد، مثلاً قرمزی ناشی از حساسیت، زردی مربوط به یرقان و رنگ آبی که نشان دهنده نازکی صلبیه مثلاً در بیماری استخوان‌سازی ناقص است.

مقدار ترشح و ریزش اشک باید مشخص شود. غده اشکی را می‌توان در حالتی که بیمار به طرف پایین نگاه می‌کند با برگرداندن پلک بالایی او مشاهده نمود. این غده در جهت جانبی بالا دیده خواهد شد و نباید با تومور نئوپلاستیک اشتباه گرفته شود (شکل ۱-۴).

کره چشم باید از نظر اندازه و شکل بررسی شود. اگر چشم‌ها بطور غیرعادی بیرون‌زده باشند، معاینه کننده ممکن است مشکوک به **اگزوفتالمی**^(۱) شود. اگزوفتالمی زمانی ظاهر می‌شود که اگر از جهت جانبی به چشم نگاه کنیم، فاصله افقی بین حاشیه خارجی کاسه چشم در زاویه پلکی خارجی با قدامی‌ترین لبه قرنیه بیش از ۱۶ میلی‌متر باشد (شکل ۱-۵).



شکل ۱-۴. غده اشکی.



شکل ۱-۵. اندازه‌گیری اگزوفتالمی

2- hypertelorism
3- interpupular

1- exophthalmos

گوش



شکل ۸-۱. لمس برجستگی ماستوئید. توجه کنید که لاله گوش به طرف جلو برگردانده شده است.

ناحیه اطراف گوش بهتر است جهت تشخیص گره‌های لنفی با دست معاینه شود. گره‌های لنفی جلو لاله گوش، در جلو زبانه گوش واقع‌اند و ممکن است بین نوک انگشتان و جمجمه یا مندیبل جمع یا فشرده شوند. گره‌های لنفی پشت گوشی، در پشت گوش نزدیک عضله استرنوکلیدوماستوئید (SCM)^(۳) قرار دارند. با فشار انگشت روی جمجمه می‌توان این گره‌ها را لمس کرد. هرگونه لنفادنوپاتی در این نواحی می‌تواند به علت عفونت پوست سر، عفونت نواحی پیشانی و گیجگاهی یا چشم باشد، همچنین ممکن است ناشی از عفونت‌های ویروسی سیستمیک مانند سرخچه، آبله‌مرغان و منونوکلئوز عفونی باشد.

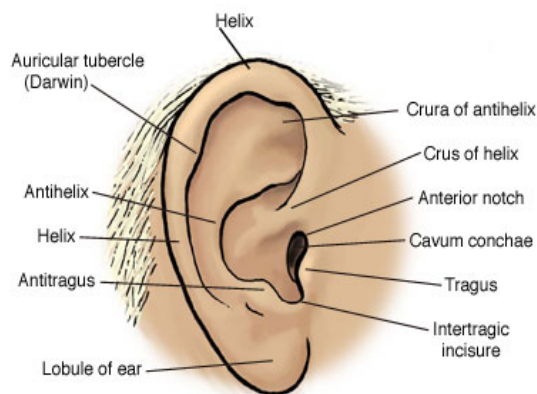
مفصل گیجگاهی فکی

TMJ، در جلو زبانه گوش واقع است و اگر از بیمار بخواهیم که دهان خود را باز و بسته کند، می‌توان محل آنرا مشخص نمود و آن منطقه را در حین باز و بسته شدن، با دست لمس کرد (شکل ۹-۱).

هر ۲ مفصل را می‌توان همزمان لمس نمود و هرگونه دردی باید ذکر شود. معاینه کننده می‌تواند در جلو یا پشت سر بیمار قرار گرفته و هرگونه انحراف در باز کردن دهان را متوجه شود. با استئوسکپ می‌توان صداهای غیرعادی را شنید (پاپینگ)^(۴)، کلیکینگ^(۵)، یا گریپینگ^(۶). صداهای غیرعادی ممکن است یا

گوش خارجی از ۲ قسمت ساخته شده است: لاله گوش که روی سر واقع است و سوراخ شنوایی خارجی. لاله گوش شامل هلیکس (مارپیچ)، برآمدگی مقابل مارپیچ که یک برجستگی است که به طور موازی با هلیکس کشیده شده است، شاخک که صدفی شکل است و فرورفتگی عمیقی است که به داخل مجرای شنوایی خارجی کشیده شده است. زبانه گوش^(۱)، یک برجستگی که سوراخ گوش را می‌پوشاند، برآمدگی مقابل زبانه گوش که یک برجستگی در مقابل زبانه گوش است و نرمه گوش می‌باشد. سوراخ شنوایی خارجی در زیر شاخک قرار گرفته است. مجرای شنوایی خارجی از سوراخ گوش تا پرده صماخ کشیده شده است و طول آن تقریباً ۲/۴ سانتی‌متر است (شکل ۷-۱).

در حالتی که گوش به طور طبیعی قرار گرفته است، مبدأ یا آغاز مارپیچ در راستای زاویه پلکی خارجی چشم قرار دارد و طول لاله گوش تقریباً ۸ تا ۱۲ سانتی‌متر است. گوش را می‌توان بطور چشمی از نظر وجود ندول‌های غیرعادی و سایر تغییر شکل‌ها بررسی نمود. گوش ممکن است بطرف جلو تغییر محل داده باشد و زائده ماستوئید قابل لمس باشد. در هنگام لمس، هرگونه درد ممکن است نشان‌دهنده ماستوئیدیت^(۲) (التهاب حفره و فضاهای ماستوئید) باشد (شکل ۸-۱).



شکل ۷-۱. گوش خارجی.

3- sternocleidomastoid

4- popping

5- clicking

6- grating

1- tragus

2- mastoiditis



شکل ۱۰-۱. سمع مفصل گیجگاهی فکی در هنگام عمل.

علاوه بر معاینه خود مفصل، عضلات جونده نیز باید مورد بررسی قرار گیرند، به ویژه زمانی که علامت‌ها یا نشانه‌هایی از غیرطبیعی بودن عملکرد یا اختلال عملکرد وجود دارد.

استفاده از رادیوگرافی پانورامیک در تشخیص اختلالات

TMJ نقش مهمی دارد [۴].

پرسش: با استفاده از رادیوگرافی پانورامیک چه اختلالاتی در

TMJ قابل بررسی و تشخیص است؟

غده پاروتید

غده پاروتید در مقابل حاشیه خارجی راموس مندیبل قرار دارد و به طور خلفی به طرف عضله SCM گسترش یافته است. قسمت بالایی غده از زیر تراگوس آغاز و به سمت جلو اندکی در زیر حاشیه مندیبل ختم می‌شود. اگرچه تشخیص غده طبیعی با لمس کردن کمی مشکل است، اما غده‌های دچار هیپرپلازی، وجود ندول‌ها در غده و دردی که هنگام لمس کردن احساس می‌شود، تعیین محل آن را آسان می‌کند. غده پاروتید به هنگام تورم، نرمه گوش را بالا می‌برد و تورم یکطرفه می‌تواند به علت انسداد مجرای استنسن^(۴) باشد. در صورت بروز ناگهانی تورم امکان دارد فلج عصب صورتی رخ دهد.

پرسش: تورم دوطرفه و بدون درد پاروتید احتمالاً نشان دهنده

چه بیماریها یا اختلالاتی می‌تواند باشد؟

نشان دهنده اختلال عملکرد عضلات جونده و یا بی‌نظمی‌های داخلی در کپسول مفصلی باشد پاپینگ معمولاً برگشت‌پذیر است و نشانگر یک بی‌نظمی داخلی است، اگرچه می‌تواند نشان‌دهنده استئوفیت^(۱) یا تومور نیز باشد. کریپیتوس^(۲) (صدای طاس خشک) نشان دهنده تماس استخوان با استخوان است و برگشت‌پذیر نیست و مرحله نهایی یک اختلال داخلی می‌باشد. بعلاوه، TMJ را می‌توان از داخل دیواره قدامی سوراخ گوش خارجی لمس نمود. اگر در هنگام لمس مفصل، درد تولید شود باید به وجود اختلال یا التهاب مشکوک شد (شکل ۱۰-۱).

حداکثر فاصله بازشدگی بین لبه‌های برنده دندان‌های ثنثیای بالا و پایین را می‌توان با خط‌کش یا گیج بُلی^(۳) اندازه گرفت. اندازه بازشدگی معمولی در بزرگسالان ۴۰ تا ۵۵ میلی‌متر است. بازشدگی عادی را می‌توان با استفاده از انگشتان خود بیمار تخمین زد. اندازه بازشدگی به عرض ۳ انگشت بسته، طبیعی است، در حالیکه بازشدگی به اندازه عرض دو انگشت نشان دهنده کاهش بازشدگی است، اما ضرورتاً باعث کاهش عملکرد نمی‌شود.

معمولاً بیمار فقط اندکی از این کاهش آگاه می‌شود. بازشدگی به اندازه عرض یک انگشت نشان دهنده کاهش عملکرد است و در این حالت معمولاً بیمار در صدد درمان برمی‌آید.



شکل ۹-۱. لمس مفصل گیجگاهی فکی.

- 1- osteophyte
- 2- crepitus
- 3- boley gauge

4- stensen

بینی و سینوس‌های اطراف بینی

بینی به وسیله بافت غضروفی شکل گرفته است و ممکن است به آسانی بشکند. چنین شکستگی ممکن است منجر به انحراف‌هایی شود که سبب تنفس دهانی و ناهنجاری‌های دهانی مربوطه گردد. بینی از پل، نُک، زوائد بال مانند، قاعده، جداره و سوراخ‌های خارجی حفره بینی تشکیل شده است. سوراخ‌های خارجی توسط باند ظریفی از نسج معروف به ستونک^(۱) بینی از هم جدا شده‌اند. بسیاری از تغییرات اکتسابی و مادرزادی باید مورد توجه قرار گیرد. دو سینوس اصلی، سینوس‌های فرونتال و ماگزایلا هستند که بسیار آسان می‌توان آنها را معاینه کرد. سینوس فرونتال در خط وسط، بالای چشم قرار دارد. این منطقه را می‌توان بوسیله انگشتان لمس نمود و ضربه زد.



شکل ۱-۱۱. اندازه‌گیری باز شدن دهان.

در این صورت اگر سینوس‌ها متلهب باشند، درد یا ناراحتی احساس می‌شود (شکل ۱-۱۲). با قرار دادن انگشت در هر یک از زوایای پلکی چشم و فشار وارد آوردن به سمت بالا می‌توان سینوس‌ها را لمس کرد. با استفاده از یک منبع نوری کوچک در یک اتاق تاریک می‌توان از میان سینوس فرونتال نور قوی را عبور داد و آنرا در سمت دیگر رویت نمود. این نور را بالای زاویه پلک چشم قرار می‌دهند. مقدار نوری که از میان سینوس عبور می‌کند قابل مقایسه با طرف مقابل است (ترانس لومیناسیون)^(۲). از سینوسی که مملو از توده یا مایعات باشد، نور زیادی عبور نمی‌کند (شکل ۱-۱۲). سینوس ماگزایلا را می‌توان بوسیله قرار دادن انگشت اشاره و میانی روی ۲ طرف بینی، زیر حاشیه کاسه چشم لمس کرد (شکل ۱-۱۳). اگر فشار آرام روی این سینوس‌ها ایجاد درد نکند، می‌توان به سینوس‌ها ضربه زد. انگشتان در حال لمس را در همان وضعیت باقی می‌گذاریم و با نوک انگشت وسط دست دیگر به سینوس ضربه می‌زنیم. اگر چه عدم وجود درد در هنگام ضربه زدن، احتمال وجود سینوزیت را رد نمی‌کند، اما به وجود آمدن درد در این حالت، نشانه خوبی جهت وجود سینوزیت است. برای انجام ترانس لومیناسیون سینوس‌های ماگزایلا، منبع نوری را در دهان قرار می‌دهند و آن را در جهات جانبی و قدامی کام سخت، محکم فشار می‌دهند، در این حالت باید لب‌های بیمار بسته باشد. مقدار نوری که از میان هر یک از سینوس‌ها می‌گذرد را می‌توان با یکدیگر مقایسه نمود.

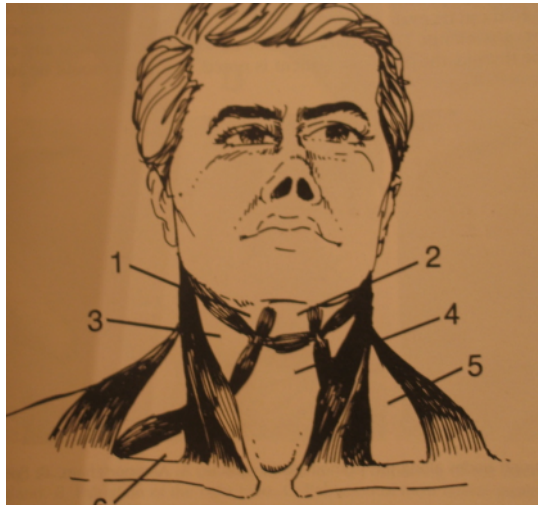


شکل ۱-۱۳. ارزیابی سینوس ماگزایلری



شکل ۱-۱۲. ارزیابی سینوس فرونتال

معاینه گردن



شکل ۱۴-۱. مثلتهای گردن ۱- ساب‌مندیبولار ۲- ساب‌منتال ۳- کاروتید ۴- ماسکولار ۵- اکسی‌پیتال ۶- ساب‌کلاوین

از بین عضلات موجود در گردن، ۲ عضله را می‌توان به آسانی معاینه کرد. عضله‌های SCM و تراپزیوس. عضله SCM استخوان جناغ سینه و استخوان ترقوه آغاز و به زائده ماستوئید ختم می‌شود. اگر از بیمار بخواهیم که سر خود را بدون پشتیبان بچرخاند، می‌توان این عضله را تشخیص داد. عضله تراپزیوس از استخوان پس‌سری آغاز می‌شود و به کنار خلفی استخوان ترقوه و استخوان کتف ختم می‌شود.

حساسیت زیاد به فشار یا لمس در هر یک از این ماهیچه‌ها و یا در اتصالات آنها به استخوان ممکن است نشان‌دهنده وجود فشار یا کشش روی عضلات و نشانه‌ای از MPDS باشد. فشار و کشش در امتداد عضله SCM ممکن است از خود عضله یا از گره‌های لنفی که روی فشرده شده‌اند، باشد.

غدد لنفاوی گردن عبارتند از: تحت فکی، زیرچانه‌ای، گردنی قدامی، گردنی خلفی، پس‌سری و فوق‌تره‌قو‌ه‌ای. غدد لنفاوی تحت فکی در مثلث تحت فکی را می‌توان از پشت بیمار در حالتی که بیمار چانه خود را کمی به سینه نزدیک کرده است، لمس نمود. گره‌های لنفاوی زیرچانه‌ای را می‌توان به طور مشابه در مثلث زیرچانه‌ای لمس نمود (شکل ۱۵-۱). دو زنجیره از گره‌های لنفاوی در هر طرف عضله SCM وجود دارد. زنجیره گردنی قدامی در موقعیت قدامی نسبت به عضله SCM و زنجیره گردنی خلفی در موقعیت خلفی قرار گرفته است. هر یک از زنجیره‌ها

معاینه گردن، به دو روش لمس کردن و مشاهده صورت می‌گیرد. از بررسی چشمی جهت مشاهده ورم‌های غیرعادی، تغییرات پوستی، اختلال در عملکرد عضلات و تورم رگ‌های خونی استفاده می‌شود.

ساختارهایی که در گردن مورد ارزیابی قرار می‌گیرند عبارتند از: عضلات، غدد بزاقی تحت فکی و زیربانی، گره‌های لنفی، غده تیروئید، نای، شریان کاروتید و برآمدگی‌ها یا توده‌های پیاپی شکل. ساده‌ترین راه برای بخاطر سپردن محل این ساختارها، آشنایی با مثلث‌های گردن است. دو مثلث اصلی گردن، مثلث‌های خلفی و قدامی هستند که به وسیله عضله SCM از هم جدا شده‌اند (شکل ۱۴-۱).

مثلث قدامی، به مثلتهای ساب‌مندیبولر، مثلث کاروتید، ساب‌منتال و ماسکولر تقسیم می‌شود. مثلث ساب‌مندیبولر زیر تنه مندیبل واقع است و به وسیله عضله دوبطنی مشخص شده است. مثلث کاروتید زیر عضله دوبطنی قرار دارد، در کنار خارجی آن عضله SCM و در کنار داخلی آن عضله اموهایوئید قرار دارد. مثلث ساب‌منتال، در زیر چانه واقع است و به وسیله عضله دوبطنی احاطه شده است. بالاخره مثلث از یک سمت توسط عضله‌های اموهایوئید و SCM و از سمت دیگر توسط خط میانی احاطه شده است. مثلث خلفی به وسیله عضله اموهایوئید به ۲ مثلث اکسی‌پیتال و ساب‌کلاوین تقسیم می‌شود (شکل ۱۴-۱).

بعضی از ساختارهای داخل هر مثلث را می‌توان لمس و با دست معاینه کرد:

الف- مثلث قدامی: غدد لنفاوی، واقع در سراسر حاشیه قدامی عضله SCM.

ب- مثلث خلفی: غدد لنفاوی، واقع در سراسر حاشیه خلفی عضله SCM.

۱- مثلث ساب‌مندیبولر: غده بزاقی تحت فکی و غدد لنفاوی.

۲- مثلث ساب‌منتال: غدد لنفاوی زیرچانه‌ای.

۳- مثلث کاروتید: شریان کاروتید و توده‌های پیاپی شکل.

۴- مثلث ماسکولر: غده تیروئیدی و نای.

۵- مثلث اکسی‌پیتال: غدد لنفاوی پس‌سری.

۶- مثلث ساب‌کلاوین: غدد لنفاوی فوق‌تره‌قو‌ه‌ای.



شکل ۱۵-۱. لمس گره‌های لنفاوی زیرچانه‌ای

برای معاینه لب راست تیروئید، از بیمار می‌خواهند که سر خود را کمی به سمت چپ خم کند.

معاینه کننده، انگشتان دست راست خود را در جلو روی عضله SCM قرار می‌دهد، عضله را به طرف داخل می‌کشد، و آنرا به طرف خط وسط فشار می‌دهد و با انگشتان دست چپ نای را به طرف راست فشار می‌دهد. هنگامی که معاینه کننده این لب را با دست لمس و معاینه می‌کند، مجدداً از بیمار می‌خواهد که عمل بلع را انجام دهد. سپس انگشتان دست راست در عقب روی عضله SCM قرار می‌گیرد و بیمار بلع انجام می‌دهد و بدین ترتیب معاینه کنار جانی لب راست انجام می‌شود. همین مراحل برای معاینه لب چپ انجام می‌گیرد. اگر هر گونه افزایش حجمی احساس شود، باید جهت بررسی عمل تیروئید آزمایشهای لازم انجام شود. نای در بالای فرو رفتگی جناغی معاینه می‌شود تا معلوم شود که آیا افزایش حجم تیروئید یا تومور باعث جابجایی آن شده است یا خیر.

شریان کاروتید را می‌توان در مثلث کاروتید لمس کرد. برای جلوگیری از تحریک سینوس کاروتید و رفلکس کندی ضربان قلب، هر بار فقط می‌توان یک طرف را معاینه نمود. انگشتان دست راست روی مثلث کاروتید چپ قرار می‌گیرد و با فشاری آهسته نای به طور میانی و عضله SCM به طور جانبی جابجا می‌شود. سپس معاینه کننده می‌تواند ضربان شریان کاروتید را حس کند. قدرت ضربان باید مورد توجه قرار گیرد. ضربان قوی ممکن است نشان دهنده فشار خون بالا یا تیروتوکسیکوز^(۲) (بیماری ناشی از پرکاری تیروئید) باشد.

دارای اجزاء سطحی و عمقی می‌باشند. گره‌های لنفاوی سطحی در طول ورید گردنی خارجی قرار دارند، در حالیکه گره‌های عمقی در طول غلاف کاروتید واقع شده‌اند. با استفاده از نوک انگشتان می‌توان گره‌های موجود در مثلث قدامی را لمس نمود. سر بیمار کمی به سمت جلو متمایل می‌شود و ناحیه وابسته به عضله SCM با انگشتان معاینه کننده، فشار داده می‌شود. گره‌های موجود در مثلث خلفی را می‌توان با قرار دادن نوک انگشتان در پشت ماهیچه لمس نمود. معاینه با دست از ماهیچه تراپزیوس آغاز می‌شود و به سمت عضله SCM حرکت می‌کند. غدد لنفاوی پس‌سری را می‌توان در مثلث خلفی در قاعده جمجمه لمس کرد. در حالتی که بیمار سر خود را به طرف جلو متمایل می‌کند تا ماهیچه‌های گردن به حالت استراحت در بیایند، با حرکت به سمت مثلث ترقوه‌ای، گره‌های لنفی ترقوه‌ای را می‌توان حس کرد. انگشت اشاره معاینه کننده روی این مثلث قرار داده می‌شود و این ناحیه با حرکت چرخشی، لمس می‌شود.

پرسش: معیارهای یک گره لنفی غیرنرمال کدامند؟

غده تیروئید در خط وسط گردن و بنابراین در هر دو مثلث عضلانی قرار دارد. این غده از دو لب تشکیل شده است که بوسیله یک ایسموس^(۱) به هم متصلند و در زیر غضروف کریکوتید (انگشتی) قرار دارد. یک قسمت از هر لب، در پشت عضله SCM قرار گرفته است. به طور طبیعی، لب سمت راست، ۲۵ درصد بزرگتر از لب سمت چپ است و **خود غده در افراد مؤنث بزرگتر است**. تورم‌های غیرعادی را می‌توان با بررسی چشمی مشاهده نمود. هنگام بلع این غده بطور عمودی حرکت می‌کند. اگر گردن بیمار کشیده شود، با استفاده از نور مستقیم و نیز نور متقاطع، می‌توان آسانتر این غده را مشاهده کرد.

اگر بیمار چانه خود را کمی پایین بیاورد، معاینه کننده می‌تواند با انگشتان خود غضروف کریکوتید را پیدا کند و سپس انگشتانش را روی ۲ طرف نای قرار دهد.

از بیمار خواسته می‌شود که به طور مکرر عمل بلع را انجام دهد. هنگامی که بیمار عمل بلع را انجام می‌دهد، می‌توان اندازه تیروئید و نیز وجود هرگونه ندول یا تورمی را بررسی نمود.

2- thyrotoxicosis

1- isthmus

پرسش: به نظر شما بزرگی غده تیروئید بیانگر چه مسائلی می‌تواند باشد؟

معاینه اعصاب

اگر چه معاینه کامل و جامع اعصاب در حیطه عمل دندانپزشک نمی‌باشد، اما دندانپزشک باید نسبت به بعضی دگرگونی‌های فیزیکی و رفتاری که به آسانی قابل مشاهده‌اند، حساس باشد، زیرا این دگرگونی‌ها ممکن است نشانه‌ای از اختلال عصبی اساسی باشد.

تکنیک اصلی، مشاهده دقیق براساس دانسته‌های قبلی در مورد ناهنجاری است. در طول مصاحبه^۱، وضعیت روانی بیمار باید مورد ارزیابی قرار گیرد. اختلال در صحبت کردن، سازگاری اندک زمانی و مکانی، و ناتوانی در دنبال کردن جهات ساده نشانه‌هایی از وضعیت روانی تغییر یافته است. اشکالاتی در طرز راه رفتن، حرکات و تعادل می‌تواند در اثر تغییرات عصبی باشد. لرزش ممکن است یا در اثر اختلالات عصبی و یا اختلالات روانی به وجود آید.

اختلالات اعصاب مجموعه‌ای^(۱) در سر و گردن آشکار می‌شوند. از آنجا که ممکن است برای تشخیص و شاید درمان بعضی از این اختلالات مانند فلج عصب فیشیال^۲ و نورالژی عصب تری‌جیمینال^۳ به دندانپزشک مراجعه شود، شناخت علائم و نشانه‌های اختلالات اعصاب مجموعه‌ای یکی از مهم‌ترین وظایف دندانپزشک است.

اعصاب مجموعه‌ای را جهت سهولت مطالعه می‌توان به ۳ گروه زیر تقسیم نمود:

۱- گروه اول؛ اعصاب مجموعه‌ای زوج I, II, III, IV, VI و VIII

این اعصاب حس‌های بویایی، بینایی و شنوایی را کنترل می‌کنند و مسئول حرکت دادن چشم‌ها نیز می‌باشند.

عصب I، احساس بویایی را به مغز می‌رساند. برای آزمایش سلامتی آن می‌توانیم از بیمار بخواهیم تا بوهای گوناگون مانند بوی سیر یا پیاز یا قهوه را تشخیص دهد. در خلال این آزمایش

باید چشمان بیمار بسته باشد. اختلالات در حس بویایی ممکن است مربوط به گیرنده‌های بویایی، پیازهای بویایی یا کل دستگاه بویایی باشد. افزایش سن و گرفتگی‌های بینی هم باعث کاهش عملکرد می‌شوند.

به همراه تغییرات در دستگاه بینایی، بیمار ممکن است از تاری دید یا کاهش بینایی در یک یا هر دو چشم شکایت داشته باشد. مشخص نمودن این نکته که آیا کاهش دید در نیمه بالای چشم رخ داده است یا پایین یا چپ یا راست بسیار مهم است، و اینکه آیا مربوط به محیط بیرونی است یا بخش مرکزی بینایی. آزمایش این مطلب به این ترتیب است که از بیمار می‌خواهیم یکی از چشم‌های خود را با دست پوشانده و به بینی آزمایش کننده خیره شود و درحالی‌که انگشت خود را در میدان بینایی او حرکت می‌دهیم به ما بگوید که انگشت چه زمانی ظاهر می‌شود و تا چه زمانی دیده می‌شود. هر چشم باید جداگانه آزمایش شود. ضایعات شبکه، عصب بینایی، دستگاه بینایی، لب گیجگاهی و لب آهیانه^(۴) هر کدام به نحوی کاهش دید ایجاد می‌کنند.

اعصاب III, IV, VI به عضلات چشم عصب‌دهی کرده و مسئولیت حرکت چشم را بر عهده دارند. این اعصاب مانند یک عصب واحد آزمایش می‌شوند. عصب III به شخص اجازه می‌دهد که به بالا و پایین نگاه کند و چشم را به وسط بازگرداند، پلک‌ها را بالا می‌برد و مردمک را در واکنش به نور تنگ می‌کند. عصب IV، چشم‌ها را به طرف پایین و داخل می‌گرداند. عصب VI هم چشم‌ها را به سمت بیرون می‌چرخاند. اختلال در هر کدام از این اعصاب موجب می‌شود که چشم نتواند برای دیدن، حرکت مناسب را انجام دهد.

عصب VIII یا عصب شنوایی مسئول شنیدن و تعادل است. اختلال عملکرد این عصب ممکن است موجب تغییر در شنوایی، وزوز گوش و سرگیجه گردد و در مواردی می‌تواند بر راه رفتن بیمار اثر بگذارد.

۲- گروه دوم؛ اعصاب مجموعه‌ای V و VII

عصب V یا تری‌جیمینال یکی از مهم‌ترین اعصاب مغزی در حیطه کار دندانپزشکی است و دارای هر دو عصب حسی و حرکتی بوده و حس آن در پل مغزی است. رشته‌های حسی از

1- cranial

2- facial

3- trigeminal

4- parietal

عصب هفتم یا فیشیال^(۴) حرکت عضلات حالت دهنده صورت را تأمین می‌کند. هنگامی که این عصب بیمار باشد، عضلات طرف درگیر انقباض نمی‌یابد. زمانی که هر دو عصب صورتی راست و چپ طبیعی باشد، لب‌ها هنگام خندیدن به طور قرینه از هم جدا می‌شوند، هر دو چشم به طور یکسان با چین خوردن پوست گوشه‌های چشم بسته می‌شوند و هنگامی که بیمار به بالا نگاه می‌کند، همه پیشانی چین می‌خورد (شکل ۱۷-۱). هنگام وجود ناهنجاری‌ها می‌توان محل آسیب عصب را تعیین کرد. هسته عصب هفتم در پل وارولی^(۵) قرار دارد. اگر آسیب در دیستال هسته باشد، به عنوان اختلال محیطی در نظر گرفته شده و یک سمت صورت کاملاً فلج می‌شود. در فلج مرکزی عصب VII ضایعه در پروگزیمال یا بالای هسته است. بنابراین ممکن است یکی از اعمال خندیدن، بستن چشم یا چین خوردن پیشانی بیمار تحت تأثیر قرار گیرد، ولی دو تای دیگر دست نخورده و بی‌نقص باقی می‌مانند. رشته‌های حسی این عصب، **حس چشایی**^۲ **قدامی زبان** را تأمین می‌کند. این عمل را به راحتی با قرار دادن محلول‌های شور، ترش، تلخ و شیرین بر محل‌های مختلف زبان می‌توان آزمایش نمود. هم چنین این عصب مسئول تحریک ترشح بزاق و اشک می‌باشد.

۳- گروه سوم؛ اعصاب جمجمه‌ای XII, XI, X, IX

عصب IX یا گلو سوفارنژیال حس $\frac{1}{2}$ خلفی زبان شامل حس چشایی تا غشاء مخاطی حلق و همچنین انقباض قسمت میانی حلق را تأمین می‌کند. عمل حسی این عصب توسط لمس $\frac{1}{2}$ خلفی زبان آزمایش می‌شود. به طور طبیعی واکنش تهوع می‌بایست تحریک شود. علاوه بر این در صورت نرمال بودن عصب، با گفتن کلمه «آه» می‌توان حرکت کام نرم را مشاهده نمود. عصب X یا واگ حس قلب، ریه، روده و حرکت کام نرم، حلق و حنجره را تأمین می‌کند. جهت آزمایش شاخه حرکتی واگ، دندانپزشک از بیمار می‌خواهد «آه» بگوید و کام نرم باید به طور متقارن بالا برود.

عقده گاسرین^۱ به ۳ قسمت تقسیم شده و حس نیمه صورت را تأمین می‌کند. افتالمیک یا قسمت اول، ملتحمه، قرنیه، مردمک، غده اشکی و پلک را عصب می‌دهد. قسمت دوم یا ماگزیلری، دندان‌های فک بالا، غشای مخاطی بینی، کام نرم و سخت، ناحیه لوزوی و حلق را عصب می‌دهد. قسمت سوم یا مندیبولر، دندان‌های فک پایین، لثه و غشای مخاطی زبان را عصب‌دهی می‌کند. رشته‌های حرکتی از قسمت ماگزیلری جدا شده و عضلات جونده را عصب‌دهی می‌کنند. یک آزمایش ساده عمل عصب حرکتی آن است که از بیمار بخواهیم دندان‌هایش را فشار دهد و به انقباض عضلات ماستر^(۲) و تمپورالیس^(۳) توجه کنیم.

بخش حسی عصب تری‌جمینال را می‌توان با ارزیابی پاسخ بیمار به فشار شدید، مبهم یا خفیف در امتداد مسیر هر قسمت ارزیابی کرد (شکل ۱۶-۱). بیمار می‌بایست قادر به تشخیص ۳ نوع محرک شدید، مبهم و خفیف باشد. در آزمایش مشابه بیمار باید محرک‌های سرد یا گرمی را که در نقاط مختلف صورت او گذاشته می‌شود تشخیص دهد و سرانجام یکنواختی عصب تری‌جمینال را می‌توان با رفلکس قرنیه ارزیابی نمود. این واکنش زمانی اتفاق می‌افتد که قرنیه یک چشم توسط پنبه لمس شود. هر ۲ چشم به طور قرینه چشمک می‌زند. هر چشم به طور جداگانه بررسی می‌شود.



شکل ۱۶-۱. تست بخش حسی عصب تری‌جمینال.

4- facial
5- varolli

1- gasserian
2- masseter
3- temporalis



شکل ۱۷-۱. ارزیابی عملکرد عصب فیشیال.

ندارد، و به وسیله مخاط لبی مرطوب در دهان و محل اتصال پوستی مخاطی در روی پوست محدود شده است. لب بالا توسط یک فرو رفتگی به نام فیلتروم به دو قسمت چپ و راست تقسیم می‌شود.

با بالا رفتن سن، محل اتصال پوستی-مخاطی نامشخص می‌شود و شیارها گسترش می‌یابند، و از پوست به سوی لب‌ها می‌روند. حاشیه قرمز لب مستعد قرارگیری در معرض عوامل مختلف است و در این ناحیه ممکن است یک غشاء موکوسی ضخیم به نام کراتوز پیری ایجاد شود.

پوست اطراف دهان ممکن است دارای چند چین‌خوردگی باشد. این چین‌خوردگی‌ها عبارتند از **شیار خارجی لب**، **شیار داخلی لب** و **شیار چانه‌ای** (شکل ۱۸-۱).

سطح داخلی لب دارای ندول‌های کوچک فراوانی است که قابل لمس و مشاهده می‌باشند. این ندول‌ها غدد مخاطی هستند و به نام **غدد بزاقی فرعی** معروفند. لب بالا در خط وسط دارای فرنومی است که آنرا به ماگزایلا می‌چسباند و لب پایین نیز فرنومی دارد که آنرا به مندیبل متصل می‌نماید. اندازه و اتصال فرنوم‌ها در افراد مختلف متفاوت است. گاهی در فرنوم لبی بالا برآمدگی‌های کوچکی به نام پولیپ فیبرو اپی‌تلیال^(۲) مشاهده می‌شود که در نتیجه تراما بوجود می‌آید.

کنترل عضلانی لب‌ها را می‌توان در حین مکالمه ارزیابی نمود. در حالت استراحت (سخن نگفتن) لب‌ها معمولاً به هم چسبیده‌اند.

در فلج یک طرفه، طرف درگیر تکان نخواهد خورد و زبان کوچک به سمت سالم کشیده خواهد شد. اختلال عملکرد عصب راجعه حنجره (شاخه‌ای از واگ)، خشونت و ضعف در صدا و گاهی ناتوانی در سرفه ارادی را باعث می‌شود.

عصب XI یا اکسسوری حرکت عضلات SCM و تراپزیوس را تأمین می‌کند. این عمل حرکتی این گونه آزمایش می‌شود: پایین آوردن چانه با فشار در مقابل فشار کف دست معاینه کننده و اینکه از بیمار بخواهیم با درخواست ما شانه‌های خود را بالا بیاندازد.

عصب XII یا هایپوگلوصل، **حرکت دهنده زبان** است. اگر درست عمل نکنند، زبان هنگام بیرون آوردن از دهان به سمت غیرفعال منحرف می‌شود و سرانجام طرف درگیر آتروفی می‌شود.

پرسش: افتادگی پلک، صدای تودماغی و ناتوانی در فشردن پلک‌ها روی هم به ترتیب از عوارض فلج کدام اعصاب مغزی هستند؟

معاینه دهان

معاینه کامل دهان شامل بررسی لب‌ها، مخاط باکال، موکوباکال فولد، کام سخت، کام نرم، زبان کوچک، دهانی حلقی، زبان، کف دهان، عضلات جونده، پریدنشیوم و دندان‌ها می‌باشد.

لب‌ها

قسمت خارجی لب‌ها شامل حاشیه قرمز لب (ورمیلیون)^(۱) و پوست است. ورمیلیون، قسمت قرمز لب را شامل می‌شود. این قسمت توسط غشای مخاطی پوشیده شده است که غدد مخاطی

2- fibroepithelial polyp

1- vermilion

اگر فاصله‌ای بین آنها وجود داشته باشد ممکن است نشان دهنده تنفس دهانی، تانگ تراست^(۱) یا سایر مشکلاتی نظیر انسداد بینی یا آرتريت روماتوئید باشد. خط لب یا سطح لب روی دندان‌های ماگزایلا، در حالت استراحت و زمانی که بیمار لبخند می‌زند، باید مورد توجه قرار گیرد. اگر بیماری در هنگام لبخند زدن، هیچیک از دندانهایش نمایان نشود، علت آن باید مشخص شود.

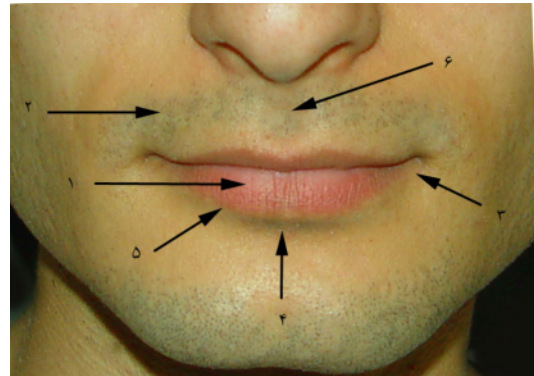
این مسئله ممکن است به دلیل ناراحتی و شرم از ظاهر دندان‌ها باشد که می‌تواند در طرح درمان مؤثر واقع شود. حاشیه قرمز لب باید از نظر رنگ، بافت و شکاف مورد بررسی قرار گیرد. با بررسی چشمی می‌توان به بزرگی یکطرفه یا دوطرفه لبها پی برد. عملکرد غدد مخاطی را می‌توان با بالا بردن لب، خشک کردن آن و مشاهده جمع شدن دانه‌های بزاق (غدد بزاقی فرعی) بررسی نمود. فشار کششی آرام روی لب‌های بالا و پایین، باعث کشش فرنوم‌های لبی روی لثه چسبنده می‌شود. لب‌ها را از لحاظ ندول‌های زیر مخاطی، تاول‌های بزرگ و سایر ناهنجاری‌ها می‌توان با استفاده از لمس دوانگشتی بررسی نمود (شکل ۱۹-۱).

تومور گلوموس^(۲)، توموری است که ممکن است بطور نادر در لب بالا مشاهده گردد. این ضایعه یک نئوپلاسم خوش خیم است که از گلوموسایت‌ها و عروق خونی با نسبت‌های متغیر تشکیل شده است. این تومور غالباً به صورت یک ندول منفرد دردناک در درم و بافت‌های زیرپوستی اندام‌های انتهایی (دست‌ها و پاها) مشاهده می‌گردد [۵].

پرسش: پولیپ فیبروپی تلیال چیست و از نظر بالینی چه نمائی دارد؟

مخاط باکال

مخاط باکال، سطح داخلی گونه‌ها را می‌پوشاند. به طور معمول، معاینه سطح داخلی گونه‌ها را معاینه مخاط باکال می‌نامند. این نامگذاری صحیح نیست زیرا فقط سطح گونه معاینه نمی‌شود و چیزی بیش از آن انجام می‌گیرد.



شکل ۱۸-۱. لبها و ساختارهای اطراف دهان ۱-ورمیلیون ۲-شیار خارجی لب ۳-شیار داخلی لب ۴-شیار چانه‌ای ۵-محل اتصال پوست به مخاط ۶-فیلتروم.



شکل ۱۹-۱. A و B- مخاط لب بالا و پایین و لمس انگشتی آن.

1- tongue thrusting
2 Glomus tumor

نیست، اما باید از حالت‌های مهم دیگری که آنها هم ظاهری سفیدرنگ دارند، متمایز شود.



شکل ۲۰-۱. پاپی پاروتید.



شکل ۲۱-۱. لکوداما.



شکل ۲۲-۱. مخاط باکال.

سطح واقعی گونه بوسیله غشاء مخاطی فلس مانندی با ضخامت‌های مختلف پوشانده شده است. این ضخامت تا حدودی تعیین کننده ظاهر آن است. در مخاط باکال نزدیک به دندان مولر دوم ماگزایلا، پاپی پاروتید قرار دارد که برجستگی حاوی روزنه مجرای استنسن از غده پاروتید است. خود این روزنه را هنگامیکه غده تحت فشار قرار گیرد می‌توان مشاهده نمود. اغلب، خط سفید رنگی (شکل ۲۰-۱) در امتداد خط اکلوزن دندان‌ها دیده می‌شود. این خط در اثر فشاری که عضله باکسینیاتور^(۱) بر کاسپ‌های دندان‌های خلفی بالا و در خط اکلوزن وارد می‌سازد، بوجود می‌آید. این خط هیپرکراتوتیک است و به خط سفید لاینا آلبا^(۲) معروف است. در انتهای قدامی خط سفید، ندول قابل لمس کوچکی به نام کلیکولوس انگولاریس^(۳) وجود دارد. در مرز خلفی مخاط باکال، یک چین‌خوردگی بافت به نام تریگومندیبولار رافه^(۴) یافت می‌شود. عضله‌های باکسینیاتور و تنگ کننده حلقی بالایی^(۵) هر دو در این محل آغاز می‌شود. فرنوم لبی جانبی، هم در مندیبل و هم در ماگزایلا تقریباً در سطح دندان‌های پرمولر به مخاط گونه‌ای می‌چسبد. همانند فرنوم‌های لبی قدامی، فرنوم‌های جانبی نیز از نظر اندازه، محل و گاهی تعداد متفاوتند. گرانول‌های فوردایس^(۶) و لکوداما^(۷) حالت‌هایی هستند که در نتیجه تغییرات آناتومی توپوگرافیک طبیعی بوجود می‌آیند. گرانول‌های فوردایس، بیشتر در مخاط گونه‌ای و لب‌ها دیده می‌شوند. این گرانول‌ها به شکل ندول‌های زرد و کوچک بصورت دسته‌ای تقریباً در هشتاد درصد بزرگسالان یافت می‌شوند. لکوداما حالتی از خود غشاء موکوسی است که باعث می‌شود ظاهری چروک، نسبتاً سفید و براق بوجود آید (شکل ۲۱-۱). با کشیدن مخاط گونه‌ای، می‌توان آنرا به سادگی تشخیص داد. در حالت کشیدگی، ضایعه ناپدید می‌شود. این مسئله در افرادی که رنگدانه‌های پوست آنها زیاد است بسیار شایع است. تقریباً ۹۰ درصد افراد سیاه‌پوست دارای لکوداما هستند. میزان شیوع در سفیدها بسته به مقدار رنگدانه در پوست آنها رو به کاهش می‌رود. پیدایش لکوداما چندان مهم

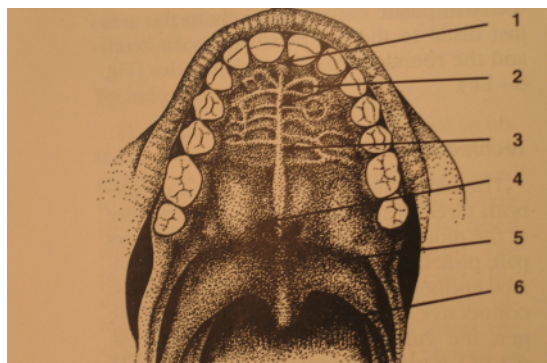
- 1- buccinator
- 2- linea alba
- 3- caliculus angularis
- 4- pterygomandibular raphe
- 5- superior constrictor pharyngeus
- 6- fordyce
- 7- leukoedema

موکوباکال فولد را می‌توان با مشاهده و نیز لمس توسط دست معاینه نمود. با پیش راندن انگشت روی استخوان در محل فولد، به ندول‌ها یا مناطق دردناک می‌توان پی برد. در بعضی از حالت‌ها مانند استئومیلیت گاره^(۱) و ضایعات مرکزی مندیبل و ماگزایلا، منطقه موکوباکال فولد، تقریباً تا ارتفاع آلوئولار ریج بلند می‌شود.

پرسش: آیا می‌توانید واریانتهای مخاط باکال را نام ببرید؟

کام سخت

اینسایزیوپاپیلا^(۲) (پای ثنایی) در خط وسط درست در خلف دندان‌های اینسایزر ماگزایلا واقع است. این برجستگی کوچک، در انتهای قدامی درزکامی^(۳) است و محل تزریق برای بی‌حس کردن عصب نازوپالاتین است. درست پشت اینسایزیوپاپیلا و به طور عرضی در هر طرف خط وسط چین‌های کامی (روگا) قرار دارند. این ریج‌های نسبتاً محکم در تکلم، به ویژه جهت کمک به تلفظ حرف S اهمیت دارند. درز کامی نوار باریک و سفید رنگی از نسج در خط وسط کام است که از اینسایزیوپاپیلا آغاز می‌شود و در اکثر افراد درست در جلو زبان کوچک محو می‌گردد. مخاط کام سخت شامل منافذ زیادی از غدد بزاقی فرعی است. محل اتصال کام سخت و کام نرم، **خط لرزنده^(۴)** نامیده می‌شود. این نام به واسطه ظاهر آن در هنگامی است که بیمار می‌گوید «آه».



شکل ۱-۲۴. A- کام سخت و کام نرم،
۱- اینسایزیوپاپیلا ۲- روگا ۳- درز کامی ۴- فوآی کامی ۵- خط
لرزنده ۶- زبان کوچک B- کام سخت طبیعی

مخاط باکال را می‌توان برای به دست آوردن دید بهتر به عقب کشید. برای دیدن این منطقه که در ابتدا توسط برجستگی استخوان ماگزایلا بصورت پنهان است، می‌توان از بیمار خواست تا دهانش را مقداری ببندد و سپس با کمک آینه دندانپزشکی این قسمت را مشاهده نمود. مخاط را باید با استفاده از گاز استریل خشک و مجدداً نگاه کرد. پاپی‌پاروتید ممکن است در مجاورت دندان‌های مولر اول یا دوم باشد. اگر با انگشت غده پاروتید را فشار دهیم می‌توانیم روزنه مجرای استشن و نیز رنگ بزاق و هر چیزی که در آن است را مشاهده کنیم. مخاط گونه‌ای را می‌توان با ۲ انگشت یا ۲ دست لمس و معاینه نمود (شکل ۱-۲۲).

موکوباکال فولد

ساختارهای اصلی موکوباکال فولد فرنوم‌های لبی هستند (شکل ۱-۲۳). اتصال نادرست فرنوم‌های لبی در مشکلات مخاطی لثه‌ای بیماری‌های پریدنتال دخیل است و ممکن است باعث مشکلات جایگزینی غیرطبیعی دندان‌های اینسایزر ماگزایلا شود. به علاوه، بلند بودن فرنوم‌های لبی می‌تواند باعث بیرون راندن پایه پروتز کامل شود. اگر وستوزهای گونه‌ای ممکن است روی موکوباکال فولد در هر ناحیه‌ای دیده شوند، اما اغلب در ناحیه مولر ماگزایلا یافت می‌شوند. اگر وستوزها می‌توانند هنگام گذاشتن پروتز کامل در دهان مشکل ایجاد کنند و باید برداشته شوند. همچنین آنها باید از اختلالات دیگر که ممکن است مهم‌تر باشند، تمیز داده شوند. کم شدن مشخص عمق موکوباکال فولد، می‌تواند نشانه‌ای بالینی از تغییر در نسج نرم زیرین و استخوان باشد.



شکل ۱-۲۳. فرنوم فک پایین.

- 1- Garre's osteomyelitis
- 2- incisive papilla
- 3- palatine raphe
- 4- vibrating line



شکل ۲۵-۱. مشاهده کام نرم.

کام نرم را می‌توان هم با استفاده از آئینه دندانپزشکی و انعکاس نور آن مشاهده کرد و هم از این طریق که زبان بیمار را فشار داده و از او بخواهیم با گفتن «آه» آن را بالا ببرد. کام نرم را می‌توان با انگشت اشاره و فشار آن بطرف بالا، لمس و معاینه نمود. باید مراقب بود که قسمت قاعده زبان را لمس نکنیم، زیرا باعث تحریک و ایجاد تهوع می‌شود (شکل ۲۵-۱).

اروفارنکس و نازوفارنکس

قدیمی‌ترین قسمت دیواره‌های جانبی دهانی حلقی، **حفره‌های لوزه‌ای** نامیده می‌شوند. لوزه‌ها به طور قدیمی به وسیله ستونک قدیمی^(۲) محدود شده‌اند، ستونک قدیمی از عضله پالاتوگلوکس تشکیل شده است. ستونک خلفی توسط عضله پالاتوفارنژیال شکل گرفته است. در فضای بین این ۲ ستونک، لوزه‌ها قرار دارند. لوزه‌های کامی از نظر اندازه متفاوتند و اندازه آنها می‌تواند از توده‌های کوچک بافت لنفوئیدی تا توده‌های بزرگ قابل رویتی که حلق را پر می‌کنند، باشد. بطور خلفی دهانی حلقی توسط دیواره خلفی حلق و از سمت بالا بوسیله مرز خلفی کام نرم و از طرف پایین توسط استخوان هایوئید محدود شده است.

مرز نازوفارنکس از جهت قدیمی، سوراخ‌های بینی، از جانب بالا دو مهره اول گردن جهت خلفی دیواره حلقی و از پایین کام نرم است (شکل ۲۶-۱).

در مشاهده نازوفارنکس استخوان تیغه بینی در خط وسط با دو سوراخ در دو طرف آن اما جدا از آن دیده می‌شود. منافذ شیپور

درست در جلو خط لرزنده و در هر طرف درز کامی، دو فرورفتگی کوچک به نام حفره کوچک کامی^(۱) قرار دارند که منافذ غدد کامی هستند.

به علاوه منافذ بسیاری از غدد کامی دیگر در کام به طور جداگانه و پراکنده قرار دارند. قسمت خلفی کام سخت به طور جانبی به منطقه‌ای درست در قسمت دیستال آخرین دندان‌های مولر ماگزایلا و برجستگی‌های توبروزیته گسترده شده است (شکل ۲۴-۱).

کام سخت را می‌توان به صورت چشمی هم به طور مستقیم و هم به طور غیرمستقیم با استفاده از آئینه دندانپزشکی معاینه نمود. رنگ کام سخت صورتی کم‌رنگ است و این رنگ به واسطه پوشش اپی‌تلیوم کراتینی و لایه‌ای نازک از بافت همبند سخت در زیر آن است. با استفاده از یک انگشت، کل منطقه را می‌توان لمس نمود. اگر زخم‌هایی وجود دارد، پیرامون آن باید آرام لمس شود به گونه‌ای که فشار و دردی حاصل نشود. چین‌های کامی باید سفت باشند و محکم نزدیک خط وسط چسبیده باشند و هر چه به طرف کناره‌ها پیش می‌رویم، ارتجاعی‌تر شوند. قوس کامی باید مورد توجه قرار گیرد، زیرا در صحبت کردن و هم‌چنین در ساخت پروتز کامل اهمیت بسیاری دارد.

پرسش: عملکرد حفره کوچک کامی چیست؟

کام نرم و زبان کوچک

کام نرم پرده عضلانی نازک و ظریفی است که دهان را از بینی جدا می‌کند. در مرز خلفی آن در خط وسط، زبان کوچک قرار دارد. مخاط کام نرم نازک است، اما روی عضله و بافت همبند عروقی ضخیمی قرار گرفته است، بنابراین ظاهری قرمزتر از کام سخت دارد. کام نرم گاهی بواسطه وجود بافت چربی در زیر، ظاهری زردرنگ دارد. غدد مخاطی فراوانی در قسمت دهانی کام نرم واقع شده و به طور قدیمی در بینی ادامه می‌یابد، نخست به عنوان اپی‌تلیوم بینابینی و سپس به عنوان اپی‌تلیوم بینی. گاهی، درز میانی کام به‌طور خلفی توسعه می‌یابد و گاهی زبان کوچک را به زبان کوچک دو قسمتی تبدیل می‌کند.

2- anterior pillar

1- foveae palatinae



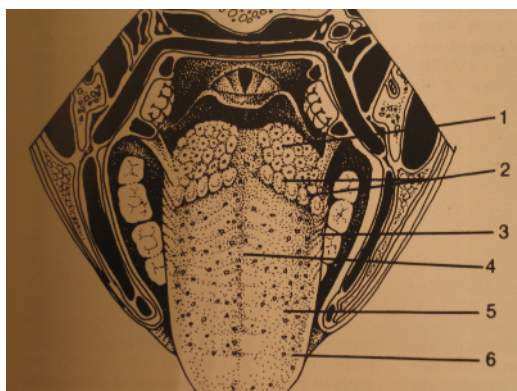
شکل ۱-۲۷. معاینه دهانی حلقی.

زبان

زبان عضوی عضلانی است و در حالتی که دندانها در اكلوژن هستند تقریباً فضای دهان را پر می‌کند. با دهان باز و حالت استراحت زبان یعنی در کف دهان، فقط می‌توان عقب زبان را مشاهده کرد. عقب زبان از مخاط دهانی پوشیده شده است (شکل ۱-۲۸)، که ۴ نوع پایی زبانی را تشکیل می‌دهد.

تعداد پایی‌های نخی شکل^(۳) بسیار زیادند و بیشترین قسمت عقب زبان را می‌پوشانند.

ظاهر آنها به صورت بیرون زدگی‌های کوچک، سفید رنگ و مو مانند است. رنگ سفید آن به واسطه مقداری کراتین است و مستعد تغییر رنگ بوسیله استین‌های^(۴) مختلف می‌باشد. این پایی‌ها ممکن است بلندتر یا کوتاه‌تر شوند. پایی‌های نخی شکل جوانه‌های چشایی ندارند.



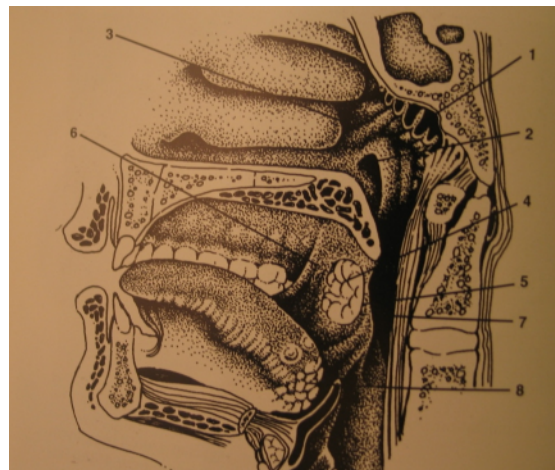
شکل ۱-۲۸. ۱- لوزه‌های زبانی، ۲- پاپیلای جامی، ۳- پاپیلای برگی، ۴- سالکوس زبان، ۵- پاپیلای فیلی فرم ۶- پاپیلای قارچی.

استاش و نیز لوزه‌های حلقی یا آدنوئیدها (لوزه سوم) را می‌توان مشاهده نمود. لوزه حلقی، لوزه کامی و لوزه زبانی، دایره‌ای از بافت‌های لنفوئید به نام حلقه والدیر^(۱) تشکیل می‌دهند.

دهانی حلقی دارای تعدادی توده‌های بافت لنفوئیدی است. دو منطقه‌ای که به آسانی قابل رؤیتند عبارتند از: لوزه‌های کامی و بافت لنفوئیدی که در دیواره خلفی حلق یافت می‌شود. این بافت بصورت ندول‌های کوچک و صورتی مرجانی است.

ستونک قدامی لوزه را می‌توان از جهت وجود توده‌های زیر مخاطی لمس نمود. اکثر بررسی‌های دیگر این ناحیه باید بصورت چشمی باشد تا سبب تحریک تهوع نشود. دهانی حلقی را می‌توان با قرار دادن آینه در عقب زبان بیمار و فشار دادن زبان به طرف پایین و جلو در حالتی که بیمار «آه» می‌گوید، معاینه نمود. مشاهده نازوفارنکس مشکل‌تر است. زبان را باید به وسیله «اسپاتول زبانی»^(۲) فشار داد و آینه را در عقب دهانی حلقی تقریباً در دیواره خلفی حلق قرار داد. آینه را می‌توان برای دیدن همه نازوفارنکس چرخاند (شکل ۱-۲۷).

پرسش: آیا می‌توانید روش معاینه اوروفارنکس را توضیح دهید؟



شکل ۱-۲۶. نمای دهانی حلقی و نازوفارنکس، ۱- لوزه حلقی ۲- دریچه شیپور استاش ۳- نازوفارنکس ۴- لوزه کامی ۵- ستونک خلفی ۶- ستونک قدامی ۷- اوروفارنکس ۸- لوزه زبانی

3- filiform
4- stain

1- Waldeyer's ring
2- tongue blade

این شیار میانی را می‌توان به طور خلفی دنبال کرد و به انتهای V یا Y شکل به نام **شیار انتهایی**^(۵) رسید. این شیار قسمت قدامی زبان را از قاعده زبان جدا می‌کند. در رأس شیار انتهایی فرورفتگی کوچکی به نام **فورامن سکوم**^(۶) قرار دارد که باقی مانده بخش دهانی مجرای تیروگلوسال است. در این محل ممکن است به طور نادر، تیروئید زبانی به شکل برجستگی ندولاری دیده شود. در بعضی از بیماران، این ممکن است تنها نسج تیروئید موجود باشد. بنابراین بدون تعیین اینکه آیا غده تیروئید بیمار عمل دارد یا نه، نباید این ندول برداشته شود. لوزه‌های زبانی روی قاعده زبان در خلف شیار انتهایی واقعند.

فرنوم زبانی در سطح شکمی زبان واقع است و به تکه‌های چانه‌ای مندیبل چسبیده است. در دو طرف فرنوم، بافت نازک بیرون‌زده چین‌دار به نام پلیکافیمبریاتا^(۷) وجود دارد که مجرای غدد بزاقی بلندین^(۸) و نان^(۹) به این محل باز می‌شود. وریدهای زبانی در عمق زبان به صورت آبی رنگ در دو طرف فرنوم در سطح شکمی زبان دیده می‌شوند. با افزایش سن، ممکن است این وریدها به شکل واریکوزهای ارغوانی درآیند.

اگر بیمار دهان خود را کاملاً باز کند، زبان به خوبی دیده می‌شود. لرزش غیرعادی، شکل، اندازه، طرح فیشورها، طول پایی‌ها، تغییراتی در طرح‌های احتباس کراتین، تغییرات رنگ، بلندی، فرورفتگی و شکل مرزها یا حاشیه‌ها باید مورد توجه قرار گیرد. برای دیدن همه سطوح، از گاز استریل برای کشیدن زبان به جلو، چپ، راست و بالا استفاده می‌شود. کل جسم زبان باید با دو انگشت معاینه و لمس شود، البته باید از لمس قسمت‌های خلفی نزدیک به ریشه زبان خودداری نمود، زیرا ممکن است باعث تهوع شود. ریشه زبان را زمانی که منطقه‌ای مشکوک در آن به چشم می‌خورد، باید معاینه نمود. برای این کار شاید نیاز به بی‌حسی موضعی باشد تا حالت تهوع ایجاد نشود (شکل ۲۹-۱).

دو مورد از اختلالات زبان که در کشورمان در مورد آنها پژوهش‌هایی صورت گرفته، **زبان شیاردار** و **زبان جغرافیایی** می‌باشند. در این پژوهش‌ها معلوم شد که با افزایش سن میزان و

دومین گروه پایی‌ها از نظر فراوانی، برجستگی‌های کوچک قارچی شکلی هستند که در بین پایی‌های نخعی شکل پراکنده‌اند و **پایی‌های قارچی شکل**^(۱) نامیده می‌شوند.

این پایی‌ها در مرز کناری و نوک زبان برجسته‌ترند. به دلیل اینکه آنها کراتین چندانی ندارند، رنگ آنها قرمزتر است و ممکن است مطابق با نژاد افراد رنگدانه‌های بیشتری داشته باشند. این پایی‌ها دارای جوانه‌های چشایی هستند. بطور خلفی در عقب زبان ۸ تا ۱۲ **پایی جامی شکل**^(۲) وجود دارد. این پایی‌ها گرد هستند و دارای فرورفتگی در اطراف خود هستند و همچنین دارای جوانه‌های چشایی هستند.

بالاخره **پایی‌های برگ‌ی شکل**^(۳) در کناره‌های جانبی زبان واقعند و به آسانی قابل تشخیص نیستند. این پایی‌ها به صورت بیرون زدگی‌های برگ‌ی شکل عمودی نزدیک قاعده زبان وجود دارند. در بسیاری از مواقع بافت لنفوئیدی هایپرتروفیک در این منطقه به طور اشتباه پایی برگ‌ی شکل نامیده می‌شود. پایی‌های برگ‌ی شکل دارای جوانه‌های چشایی هستند.

اغلب در خط وسط زبان یک شیار با عمق‌های مختلف وجود دارد که **سالکوس یا شیار میانی**^(۴) نامیده می‌شود. از این شیار ممکن است شیارهای فرعی دیگری نیز منشعب شود.



شکل ۲۹-۱. کنار زدن و مشاهده زبان.

5- terminal sulcus
6- foramen cecum
7- plicafimbriata
8- Blandin
9- Nuhn

1- fungiform
2- circumvallate
3- foliate
4- median sulcus

قسمت خلفی کف دهان و حاشیه زبانی ریج آلئولار را می‌توان با کنار زدن حاشیه‌های کناری زبان بوسیله آینه، بررسی نمود. با قرار دادن انگشت اشاره یک دست در دهان بیمار و نوک انگشتان دست مقابل در منطقه تحت فکی، می‌توان این منطقه را با دو دست معاینه کرد. هنگامی که زبان بیمار در حال استراحت است و دهان کمی بسته است، این ساختارها را بهتر می‌توان لمس کرد. کل کف دهان باید لمس و معاینه شود.

پرسش: آیا می‌دانید چه ضایعاتی در کف دهان شایع‌ترند؟

ضایعات

به هرگونه از هم پاشیدگی و قطع بافتی ضایعه^(۳) می‌گویند که یا به واسطه تروما ایجاد می‌شود و یا پاتولوژیک می‌باشد. طبق نوشته بعضی از کتاب‌ها به قطع عمل یک عضو هم ضایعه می‌گویند. البته در رابطه با دندانپزشکی به همان تعریف اول اکتفا می‌شود.

ضایعات انواع مختلف دارند که براساس شکل، نحوه انتشار، چگونگی شروع، مدت دوام (حاد و مزمن) و همراه بودن با علائم دیگر تقسیم‌بندی می‌شوند. در بهترین تقسیم‌بندی، ضایعات در دو گروه قرار می‌گیرند: ضایعات اولیه و ضایعات ثانویه.

ضایعات ثانویه، حاصل ضایعات اولیه هستند که به دلایلی مثل گذشت زمان، جویدن، خیس خوردن در دهان و یا وارد شدن تروما در دهان تغییر شکل داده‌اند.

ضایعات اولیه

ضایعات اولیه، ضایعاتی هستند که مورفولوژی خود را از بدو ایجاد تا زمانی که تحت معاینه قرار می‌گیرند حفظ کرده باشند.

۱- ماکول^(۴): یک لکه در اپیدرم یا مخاط است که با تفاوت رنگ با محیط اطراف شناخته می‌شود. ماکول ممکن است منفرد یا متعدد و به رنگهای آبی، قهوه‌ای یا سیاه دیده شود و به طور معمول به ضایعات ۱ سانتی متری یا کوچک‌تر گفته می‌شود. ماکول ممکن است یک حالت نرمال یا علامتی از یک بیماری موضعی یا سیستمیک باشد.

احتمال ایجاد زبان شیردار افزایش می‌یابد. همچنین ثابت گشت وقوع زبان شیردار با وقوع زبان جغرافیایی و جنس رابطه معنی‌داری ندارد ولی با سن، مصرف تنباکو و وضعیت بهداشت رابطه معنی‌داری دارد.

پرسش: انواع پاپی‌های سطح زبان را نام ببرید و بگوئید کدام یک حاوی جوانه‌های چشائی است؟

کف دهان

فرنوم زبانی کف دهان را به دو قسمت تقسیم می‌کند. کارنکل‌های زیرزبانی^(۱) بصورت دو برجستگی کوچک در دو طرف فرنوم دیده می‌شوند و اغلب به فرنوم چسبیده‌اند. آنها محل‌های منافذ مجراهای وارتون^(۲) از سمت راست و چپ غدد بزاقی تحت فکی هستند. از کارنکل‌ها، چینهای زیرزبانی، به صورت برجستگی‌هایی که به سمت خلف می‌روند دیده می‌شوند، این چین‌ها شامل مجرای وارتون و قسمت‌هایی از غدد بزاقی زیر زبانی و مجراهایشان هستند.

منطقه بین غشاء مخاطی کف دهان و پوست منطقه تحت فکی گردن شامل غدد زیرزبانی، غدد تحت فکی و عضله مایلوهایوئید و غدد لنفاوی فراوانی است (شکل ۳۰-۱).

برای دیدن کف دهان می‌توان از بیمار خواست تا زبان خود را بالا برد و به سقف دهان خود بچسباند. با استفاده از یک آینه دندانپزشکی و انعکاس نور آن می‌توان قسمت قدامی کف دهان را دید. کارنکل‌ها را می‌توان خشک کرد و عملکرد غده تحت فکی را بوسیله فشار دادن آن و در نتیجه بیرون آمدن بزاق از منافذ مجرا، ارزیابی نمود.



شکل ۳۰-۱. کف دهان.

3- lesion
4- macule

1- sublingual caruncles
2- Wharton's ducts

ماکولهای عروقی نیز به ۲ دسته تقسیم می‌شوند:
 الف) اریتم، حاصل پرخونی و افزایش جریان خون است.
 ب) آنژیوم پلن، حاصل تزاید عروق سطحی است، مثل ماه‌گرفتگی (شکل ۱-۳۲).

پورپورا^(۷) نوعی ماکول است که حاصل خونریزی زیر پوست یا مخاط می‌باشد. اگر اندازه پورپورا زیر ۱ سانتی‌متر باشد به آن پتشی^(۸) می‌گویند، مانند آن چه که در منونوکلئوز دیده می‌شود و اگر بزرگتر از ۱ سانتی‌متر باشد به آن اکیموز^(۹) می‌گویند، مانند آن چه که در ترومبوسایتوپنی^(۱۰) به وجود می‌آید (شکل ۱-۳۳).



شکل ۱-۳۱. ماکول ملانوتیک دهانی.



شکل ۱-۳۳. اکیموز.



شکل ۱-۳۲. آنژیوم پلن در مخاط کام.

اصطلاح ماکول معمولاً به طور بالینی برای حالت‌های زیر بیان می‌شود:

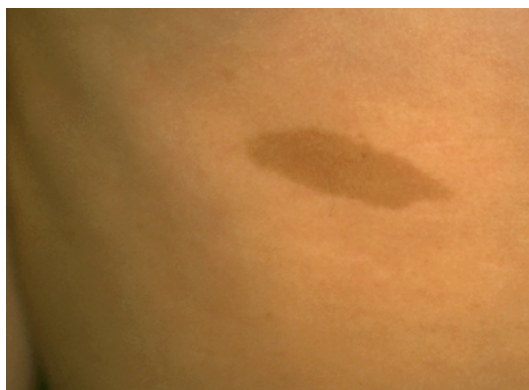
ماکول ملانوتیک دهانی (شکل ۱-۳۱)، افلیس^(۱)، آمالگام تتو و آرژیروز موضعی^(۲).

ماکولها از نظر منشأ به ۲ دسته تقسیم می‌شوند: ماکولهای پیگمانته و ماکولهای عروقی.

ماکولهای پیگمانته حاصل تغییر پیگمان ملانین در زیر پوست است که خود شامل ۲ دسته می‌باشد:

الف) ماکولهای هیپریپگمانته، مثل کک و مک^(۳) که در اثر آفتاب به صورت فیزیولوژیک وجود دارد.

ب) ماکولهای هیپوپیگمانته، مثل لک و پیس^(۴) که واگیردار نیست و منشأ ایمنولوژیک دارد. از انواع دیگر ماکولهای پیگمانته می‌توان به کلواسما^(۵) در حاملگی و ماکولهای سندرم پوتز جگرز^(۶) اشاره کرد.



شکل ۱-۳۴. پج.

6- Peutz-Jeghers syndrome
 7- purpura
 8- petechia
 9- echimosis
 10- thrombocytopenia

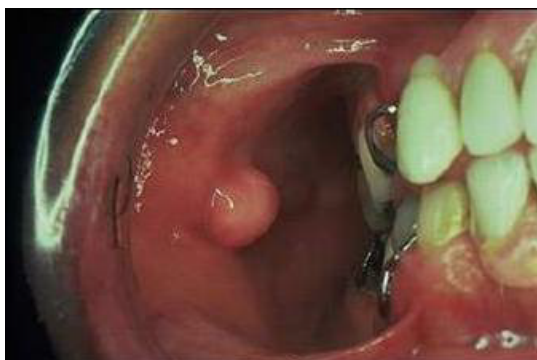
1- ephelis
 2- focal argyrosis
 3- freckle
 4- viteligo
 5- chloasma



شکل ۱-۳۵. پاپول.



شکل ۱-۳۶. پلاک.



شکل ۱-۳۷. ندول.

۲- **پیچ**^(۱)؛ یک لکه بزرگتر از ماکول است و به وسیله رنگ یا قوام یا هر ۲ از محیط اطراف شناخته می‌شود (شکل ۱-۳۴). لیکن پلان^(۲)، پیچ‌های موکوسی سیفلیس ثانویه و پیچ‌های ناشی از تنباکو نمایانگر ضایعات پیچ مانند هستند.

۳- **پاپول**^(۳)؛ ضایعه یا ساختمان کمی برجسته، سطحی و سفت با قطر کمتر از ۱ سانتی‌متر است (شکل ۱-۳۵). پاپول ممکن است هر رنگی باشد و به یک پایه سفت یا شل متصل باشد. پاپول معمولاً یک ضایعه خوش‌خیم با رشد آهسته است مانند کندیلوما آکومیناتوم^(۴)، پارولیس و یا اسکواموس پاپیلوما. اگر چه بازال سل کارسینوما هم می‌تواند به صورت پاپول نمایان شود.

پرسش: آیا می‌توانید برای ماکول، پیچ و پاپول هر کدام یک مثال داخل دهانی نام ببرید؟

۴- **پلاک**^(۵)؛ ضایعه‌ای سطحی، سفت و کمی برجسته با قطر بیش از ۱ سانتی‌متر است (شکل ۱-۳۶). پلاک اگرچه در ابتدا سطحی است ولی می‌تواند عمیق‌تر از پاپول به داخل درم نفوذ کند. لبه‌های پلاک ممکن است به هم ریخته باشد و بعضی مواقع سطح آن به صورت کراتینی دیده می‌شود (حالتی که لیکنی شدن^(۶) نام دارد). لیکن پلان، لکوپلاکیا، یا ملانوما می‌توانند به صورت اولیه مثل پلاک نمایان شوند.

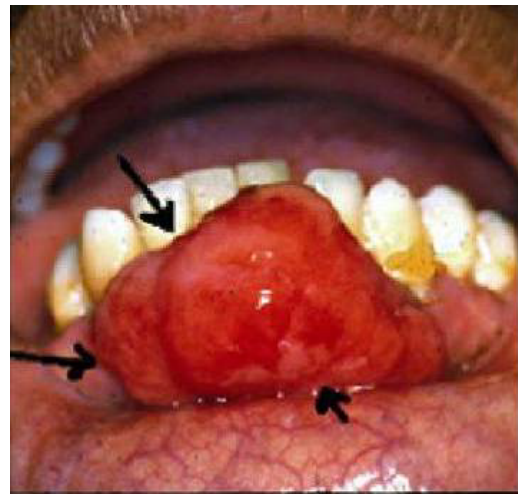
۵- **ندول**^(۷)؛ توده‌ای جامد از بافت با ابعاد عمقی است و مانند پاپول قطر کمتر از ۱ سانتی‌متر دارد، اگرچه ندول گسترش عمیق‌تری به داخل درم دارد (شکل ۱-۳۷).

ندول می‌تواند با لمس آشکار شود. اپیدرم سطحی معمولاً ثابت نیست و به راحتی روی ضایعه حرکت می‌کند. ندول می‌تواند بدون علامت یا دردناک باشد و معمولاً رشد آرامی دارد. تومورهای خوش‌خیم مزانشیمال مانند فیبروما^(۸)، لیپوما^(۹)، لیپوفیبروما^(۱۰) و نوروما^(۱۱) معمولاً به صورت ندول دهانی تظاهر می‌یابند.

-
- 1- patch
 - 2- lichen planus
 - 3- papule
 - 4- condyloma acuminatum
 - 5- plaque
 - 6- lichenification
 - 7- nodule
 - 8- fibroma
 - 9- lipoma
 - 10- lipofibroma
 - 11- neuroma



شکل ۳۹-۱. وزیکل A در پوست، B در مخاط.



شکل ۳۸-۱. تومور.

به همین دلیل به دنبال آن اروژن^(۳)، زخم و اسکار به جا می‌ماند. وزیکل در عفونتهای ویروسی مانند تبخال، زونا، آبله مرغان و آبله شایع است. در عفونتهای ویروسی، وزیکل پر از ویروس است و شدیداً بیماریزا و عفونی است.

۸- پوسچول^(۴)؛ برجستگی دایره‌ای شکل پر شده از اگزودای ناشی از عفونت، با قطر کمتر از ۱ سانتی‌متر است. پوسچول ممکن است در اثر پیشرفت وزیکل یا پاپول ایجاد شود. رنگ آن سفید مایل به کرم یا زرد رنگ است و در داخل دهان به صورت آبسه یا پارولیس نمایان می‌شود (شکل ۴۰-۱).

پرسش: تفاوت پوسچول و وزیکل به طور عمده مربوط به

چیست؟



شکل ۴۰-۱. پوسچول.

پرسش: به نظر شما تفاوت اصلی ندول و پاپول در چیست؟

۶- تومور^(۱)؛ واژه‌ای است برای بیان یک توده جامد بافتی بزرگتر از ۱ سانتی‌متر دارای بعد عمقی (شکل ۳۸-۱). از این واژه همچنین برای معرفی یک نئوپلاسم (رشد بافتی جدید و مستقل همراه با تکثیر سلولی بدون کنترل و تهاجمی و غیرفیزیولوژیک) نیز استفاده می‌شود.

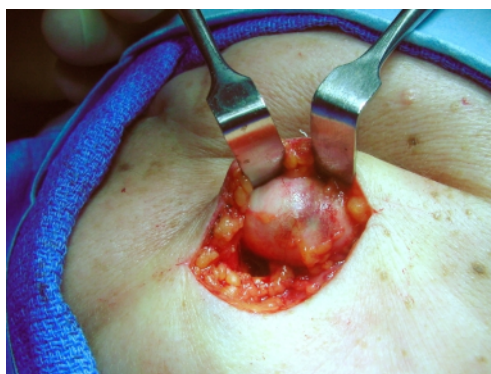
تومور ممکن است به هر رنگی و در هر جایی در داخل یا خارج دهان، در داخل بافت نرم یا سخت به وجود آید. تومورها به ضایعات خوش‌خیم و بدخیم طبقه‌بندی شده‌اند. تومورهای خوش‌خیم رشد آهسته‌تر و تهاجم کمتری از تومورهای بدخیم دارند. تومورهای خوش‌خیم معمولاً به صورت ضایعات گرد که حاشیه مشخص دارند و فاقد متاستاز هستند ظاهر می‌یابند. تومورهای بدخیم، سلولهای نئوپلاستیکی هستند که به طور سریعی رشد می‌کنند و از نظر بالینی حاشیه ناواضحی دارند.

۷- وزیکل^(۲)؛ برجستگی گرد و پر از مایع در اپیدرم با قطر کمتر از ۱ سانتی‌متر است (شکل ۳۹-۱). مایع داخل وزیکل به طول معمول لنف یا سرم است، اما ممکن است خون و اجزاء عفونی هم باشد. لایه اپی‌تلیالی وزیکل نازک است و به احتمال زیاد در آینده پاره می‌شود.

3- erosion
4- pustule

1- tumor
2- vesicle

۱۱- کپیر^(۴)؛ پاپول یا پلاک ادماتوزی است که در اثر تراوش حاد سرم به لایه درم سطحی ایجاد می‌شود. کپیر به رنگ قرمز کم رنگ است و در مدت کوتاهی ایجاد و به طور آرام بزرگ می‌شود. کپیر بیشتر در مبتلایان به آلرژی اتفاق می‌افتد و معمولاً به علت آزاد شدن هیستامین از ماست سل‌ها یا فعال شدن سیستم کمپلمان به وجود می‌آید.



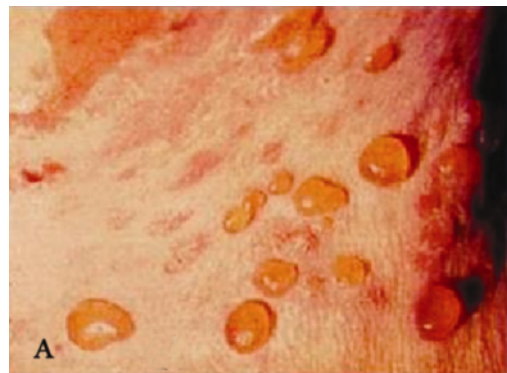
شکل ۱-۴۲. سیست.



۱-۴۳. کپیر.

۹- بولا^(۱)؛ وقتی قطر وزیکل از ۱ سانتی‌متر تجاوز کند ضایعه بولا نام می‌گیرد که از تجمع مایع در محل اتصال اپیدرم و درم یا لایه‌های اپیدرم به وجود می‌آید (شکل ۱-۴۱). به علت ابعادش تظاهراتی از بیماریهای شدیدتری نسبت به بیماریهای همراه با وزیکل می‌باشد. بولاها به طور شایع در پمفیگوس، پمفیگوئید، سوختگی‌ها و تراماهای سایشی و اپیدرمولیز بولوز^(۲) دیده می‌شوند.

۱۰- سیست^(۳)؛ توده پوشیده شده از بافت اپی‌تلیال است که در داخل درم، بافت زیرپوستی یا استخوان قرار دارد و به دنبال به دام افتادن اپی‌تلیوم که تا ایجاد یک حفره رشد می‌کنند به وجود می‌آید (شکل ۱-۴۲). قطر آن از چند میلی‌متر تا چند سانتی‌متر متفاوت است. آسپیراسیون سیست می‌تواند مایع داخل سیست به دست بدهد یا ندهد. مایع سیست بسته به منشأ آن می‌تواند شفاف، به رنگ صورتی یا آبی باشد. مایع سیستهایی که حاوی کراتین هستند به رنگ زرد یا سفید کرم رنگ است.



شکل ۱-۴۱. بولا. A در پوست، B در مخاط.

- 1- bulla
- 2- epidermolysis bullosa
- 3- cyst

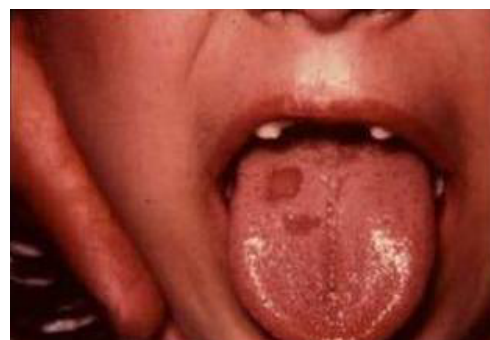
ممکن است بعد از نیش حشرات یا واکنش آلرژی به غذا یا تحریک مکانیکی ایجاد شود (شکل ۱-۴۳).

ضایعه ثانویه

۱- **شیار^(۱)**؛ به شکل شکاف طولی نرمال یا غیرنرمال در اپیدرم است که زبان، لب و بافتهای اطراف دهان را درگیر می‌کند. حضور شیار می‌تواند یک حالت نرمال یا بیماری را نشان دهد. شیارهای مربوط به بیماری هنگامی است که ارگانیسمهای بیماریزا شیار را عفونی کنند که باعث درد، زخم و التهاب می‌شود. زبان شیاردار یک مثال از حالت نرمال است که معمولاً همراه با خشکی دهان و از دست دادن آب است (شکل ۱-۴۴). ترک گوشه لب^(۲) و ترک همراه با پوسته پوسته شدن لب^(۳) مثالهایی از شیار همراه با بیماری هستند.



شکل ۱-۴۴. زبان شیاردار.



۱-۴۵. اروژن.

۲- **اروژن**؛ یک اصطلاح بالینی است که یک ضایعه بافت نرم را بیان می‌کند که اپی‌تلیوم روی سطح لایه بازال از بین رفته است. اروژن به شکل یک پوست رفتگی کم عمق و مرطوب است و معمولاً به علت پاره شدن وزیکل، از بین رفتن اپی‌تلیوم یا تراما به وجود می‌آید (شکل ۱-۴۵).

ترمیم بافت به ندرت جایی از خود باقی می‌گذارد. پمفیگوس، لیکن پلان اروژیو، ژنژیویت دسکوآماتیو و اریتم مولتی‌فرم بیماریهایی هستند که اروژنهای پوست مخاطی ایجاد می‌کنند.

۳- **زخم**؛ ضایعه بدون پوشش پوستی یا مخاطی است که بافت از هم گسیخته و نکروزه را نشان می‌دهد. زخمها عمیق‌تر از اروژن هستند و ضایعه به زیر لایه بازال اپیدرم و درم گسترش یافته است (شکل ۱-۴۶). روند ترمیم زخم ممکن است از خود اسکار^(۴) به جا گذارد. زخمها ممکن است در اثر تراما، استوماتیت آفتی یا عفونت در اثر بعضی ویروسها از جمله ویروس تبخال، آبله، آبله مرغان و زونا ایجاد شوند. زخمها معمولاً دردناک هستند و اغلب برای کنترل نیاز به درمانهای دارویی موضعی یا سیستمیک دارند.



شکل ۱-۴۶. زخم.

- ۳- موکوس پیچ در کدام بیماری‌ها شایع است؟
- ۴- پسوریازیس ضایعات تپیک پلاک را در کجا ایجاد می‌کند؟
- ۵- مایع داخل وزیکل چیست؟
- ۶- پمفیگوس چه ضایعه‌ای را بوجود می‌آورد؟
- الف) ندول ب) پاپول
- ج) بولا د) ماکول
- ۷- انواع تومور از نظر منشأ کدام است؟
- ۸- تاریخچه شغلی و اجتماعی بیمار چگونه برای دندانپزشک اهمیت پیدا می‌کند؟
- ۹- انواع روش‌های معاینه کدامند؟
- ۱۰- به نظر شما چگونه یک دندانپزشک می‌تواند با بیمار خود ارتباط مثبت و دوستانه‌ای ایجاد کند؟

منابع بیشتر برای مطالعه

- Bricker L., Langlais P., Miller S., Oral Diagnosis Oral Medicine and Treatment Planning, 2nd ed., BC Decker Inc. 2002: 1-96.
- Martin S. Greenberg, Michael Glick, Burket's Oral Medicine and Treatment, 10th ed., BC Decker Inc. 2003.

فهرست مقالات

1. Machiulskiene V, Nyvad B, Baelum V. Comparison of diagnostic yields of clinical and radiographic caries examinations in children of different age. Eur J Paediatr Dent. 2004 Sep; 5(3): 157-162.
2. Cassolato SF, Turnbull RS. Xerostomia: clinical aspects and treatment. Gerodontology. 2003 Dec; 20(2): 64-77.
3. Schwarz JN, Monti A, Savelli-Castillo I, Nelson LP. Accuracy of familial reporting of a child's medical history in a dental clinic setting. Pediatr Dent. 2004 Sep-Oct; 26(5): 433-9.
4. Leon SD. The use of panoramic radiography for evaluating temporomandibular disorders. Gen Dent. 2004 Jul-Aug; 52(4): 339-41.
5. Rallis G, Komis C, Mahera H. Glomus tumor: A rare location in the upper lip. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod. 2004 Sep; 98(3): 327-36.



شکل ۴۷-۱. اسکار.

پرسش: برای اروژن و زخم هر کدام یک مثال بالینی داخل دهانی ذکر کنید؟

۴- اسکار؛ یا جای زخم، یک نشانه دائمی و همیشگی است که بعد از ترمیم زخم به جا می‌ماند. این ضایعه نشان دهنده از هم گسیختگی قبلی در لایه اپیدرم و درم و به دنبال آن ترمیم با کلاژن بافت همبند می‌باشد.

اسکار در حفره دهان ناشایع است، زیرا بافت دهان الاستیک بوده و کمتر از پوست مستعد تشکیل اسکار است. رنگ اسکار داخل دهان معمولاً روشن‌تر از مخاط اطراف می‌باشد. جراحی‌های داخل دهان، سوختگی‌ها یا تراماهای داخل دهان ممکن است باعث ایجاد اسکار شوند (شکل ۴۷-۱).

پرسش: به نظر شما زخم‌هایی که اسکار به جا می‌گذارند عموماً چه تفاوت مهمی با زخمهای بدون اسکار دارند؟

۵- کراست (دلمه)^(۱)؛ ترشحات خشک شده سطح زخم را کراست گویند که در پوست می‌تواند ایجاد شود و در مخاط نداریم. نمونه دلمه را می‌توان به دنبال ضایعات تبخالی روی لب، به صورت دلمه زردرنگ مشاهده کرد و یا به دنبال شانکرهای سیفلیسی که به صورت دلمه قهوه‌ای رنگ دیده می‌شود.

پرسشهای درسی و فرادرس

۱- تفاوت بین ضایعات اولیه و ثانویه در چیست؟

۲- تفاوت پاپول و پلاک در چیست؟

- الف) در اندازه آنها ب) در قوام آنها
- ج) در رنگ آنها د) در محل آنها