

Magazine
DENTIST

مجله

دندانپزشک

ISSN:2383-1731

سال سوم / شماره ۱۱ / دی و بهمن ۹۴ / قیمت ۶۰۰۰ تومان

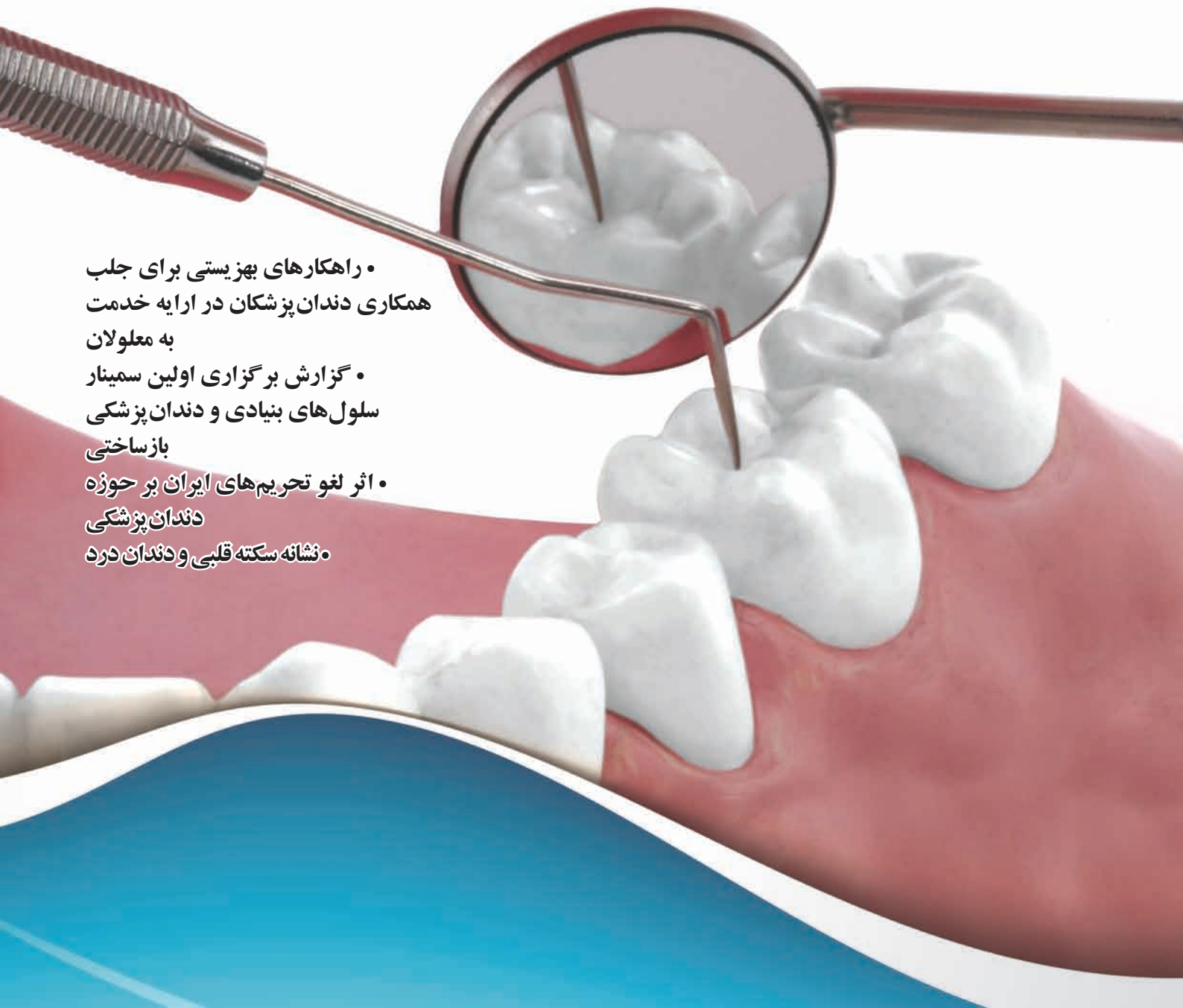
آموزشی، پژوهشی تحلیلی و اطلاع رسانی در زمینه دندانپزشکی



dentistmagazine 

www.dentistnews.ir 

- راهکارهای بهزیستی برای جلب همکاری دندان پزشکان در ارائه خدمت به معلولان
- گزارش برگزاری اولین سمینار سلول های بنیادی و دندان پزشکی بازساختی
- اثر لغو تحریم های ایران بر حوزه دندان پزشکی
- نشانه سکنه قلبی و دندان درد





مجله دندانپزشک

آموزشی، پژوهشی، تحلیلی و اطلاع رسانی در زمینه دندانپزشکی

سال سوم ■ شماره ۱۰ ■ آذر و دی ماه ۱۳۹۴

■ صاحب امتیاز و سردبیر: دکتر شعبانعلی کوهستانی

■ مدیرمسئول: دکتر فاطمه درویش

■ هیئت تحریریه و مشاوران علمی: دکتر محمدرضا کریمی، دکتر غلامرضا اصفهانی زاده، دکتر احسان زاهدی، دکتر امید مقدس، دکتر کاوه سیدان، دکتر علی حسینی

■ امور تبلیغات و بازرگانی: یوسف گران، ژوبین ابراهیمی

■ طراحی و صفحه آرایی: مونا قهاری

■ عکاس: هادی آزاد

■ تایپ و حروفچینی: لیلا پور حسین

■ لیتوگرافی: طرح و رنگ

■ چاپ: آوا (خیابان دماوند، روبروی خیابان حجت، پلاک ۱۲۰۹ - تلفن: ۰۲۱-۷۷۵۷۴۵۲۸)

■ دفتر نشریه: تهران - خیابان کارگر شمالی - خیابان نصرت، نرسیده به دکتر قریب - پلاک ۱۴۰ - واحد ۱۹

■ تلفن: ۰۲۱-۷۷۵۱۳۳۲۳

■ تلفکس: ۰۲۱-۶۶۹۴۹۱۵۲

■ دندانپزشک نشریه ای مستقل است و به هیچ حزب و گروهی وابسته نیست.

■ چاپ مقالات در نشریه به معنای تأیید از طرف نشریه نبوده و مسئولیت و صحت و سقم آن بر عهده نگارنده می باشد.

■ مطالب و نوشته های خود را جهت چاپ در نشریه به آدرس دفتر نشریه ارسال نمایید.

فهرست مطالب

۸ سرمقاله

۹ اخبار

۱۴ گفتگو

۱۷ گزارش

۲۰ آیدز

۲۲ بتاتالاسمی

۲۶ نیازهای درمانی دهان و دندان

۳۲ سکنه قلبی

۳۶ ایمپلنت

۴۵ کاهش درد

۵۱ نکته

۵۴ خواندنی

۶۲ شعر طنز / فرم اشتراک

اعتراض دندانپزشکان، متخصصان، اعضای هیات علمی دانشکده های دندانپزشکی و دانشجویان به طولانی بودن دوره موظف طرح

به جمع آنان آمدند. دانشجویان در این جمع با تأکید مجدد بر خواسته های خود، خواهان عملی شدن درخواست هایی شدند که ۱ ماه و نیم گذشته به وزیر بهداشت ارائه کرده بودند.

دکتر اکبری، در پاسخ به اعتراضات و خواسته های حاضرین در این تجمع، از بازگشت مدت طرح دوره دستیاری به جداول سال ۹۳ خبر داد و اظهار کرد: «در حال حاضر وزارت بهداشت در حال پیگیری ۳ محور است که اولین آن ها بازگشتن مدت طرح دستیاری دندانپزشکان به جداول سال ۹۳، دومین آن ها احتساب مدت سربازی به میزان نصف مدت تحصیلات و موضوع سوم هم ارائه مجوز کار پس از اتمام دوره تحصیل است.»

دکتر جعفریان قائم مقام دبیر شورای آموزش دندانپزشکی و تخصصی هم ضمن ابراز همدردی با حاضرین در جمع، گفت: «مشکلاتی که ذکر شد، مشکل ما هم هست. در حال حاضر با دانشجویان متعهد خدمتی مواجه هستیم که حکم درمانی دریافت می کنند، زیرا دانشگاه ها قدرت پرداخت حقوق به آن ها ندارند و از سوی دیگر نمی توانند کلینیک ویژه هم در اختیار او بگذارند و در ضمن دانشجو اجازه تأسیس مطب هم ندارد. در نهایت هم همان دانشگاه اعلام می کند که کمبود نیرو دارد، حال نیرو باید با چه انگیزه ای در این دانشگاه خدمت کند خدا می داند!»

او ادامه داد: «نکته دیگر این است که در پزشکی درصد افرادی که عضو هیئت علمی می شوند نسبت به رشته دندانپزشکی بسیار کمتر است و در بعضی رشته ها مانند جراحی، تقاضای دانشگاه ها برای اعضای هیئت علمی ۳ برابر فارغ التحصیلان است. در ضمن تعطیلی دانشکده ها از اختیارات شورای آموزشی دندانپزشکی و تخصصی نیست و از سوی دیگر اشخاص ذی نفوذی به شکل صوری دانشکده های دندانپزشکی را تأسیس می کنند که اصلاً این دبیرخانه به آن ها مجوز نداده است.»

با وجودی که مسئولان سعی کردند تجمع کنندگان را جهت انجام مطالباتشان قانع کنند، با این وجود نمایندگان تجمع کنندگان اعلام کردند در صورتی که برنامه های اعلام شده به مرحله اجرا در نیاید، یکشنبه آینده باز هم در مقابل وزارت بهداشت تجمع خواهند کرد.

دکتر سعید عسگری دبیر شورای آموزش دندانپزشکی و تخصصی گفت: پیرو بخشنامه اخیر معاونت آموزشی وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی در خصوص تعیین میزان تعهدات و برخی امور مرتبط با متخصصین دندانپزشکی دستورالعمل اجرایی این بخشنامه در دست تدوین است و به زودی ابلاغ خواهد شد.

دبیر شورای آموزش دندانپزشکی و تخصصی اظهار کرد: پیشنهادات و نظراتی در این ارتباط دریافت شده و دانشگاه های علوم پزشکی کشور نیز جهت مشخص تر شدن نحوه اقدام در این خصوص درخواست هایی به معاونت آموزشی ارسال نموده اند.

این روزها بازار تجمعات اعتراضی در مقابل وزارتخانه ها رونق چشمگیری دارد یکی از این تجمعات، در مقابل وزارت بهداشت شکل گرفت که در آن جمعی از دانشجویان دوره های تخصص، متخصصان و اعضای هیئت علمی دانشگاه ها در اعتراض به محقق نشدن وعده دو هفته ای وزیر بهداشت درباره اصلاح قانون مدت انجام تعهدات دندانپزشکان متخصص گرد آمدند تا اعتراض خود را به گوش مسئولان وزارت بهداشت برسانند. برخی از آنان پلاکاردهایی با این مضامین در دست داشتند: «آقای وزیر دستوراتتان اجرایی نشد!»، «اجازه کار خصوصی خارج از ساعات اداری حق دندانپزشکان متخصص است.» و «کاهش تعداد دانشکده های دندانپزشکی بی کیفیت = ارتقای سلامت جامعه»

یکی دیگر از اعضای هیئت علمی که در این جلسه حضور داشته است، در باره این تجمع گفت: «در جلسه ای که برگزار شد، وزیر بهداشت به ما وعده دادند دستور حذف افزایش غیرقانونی مدت تعهدات دستیاران دندانپزشکی را ابلاغ کنند، در ضمن در این جلسه مقرر شد در مورد دستور ایشان در خصوص عدم صدور پروانه مطب تا ۳ سال پس از اتمام دوره دستیاری تجدیدنظر بشود، اما گویی کارشکنی های یک عده معدود مانع از اجرایی شدن این دستورات شده است.»

او ادامه داد: «عدم اجازه تأسیس مطب، دستاویزی برای گرفتن تعهد ۲/۵ تا ۳ برابری مدت تحصیل است، چنانچه به ما گفته می شود اگر این طرح را نگذرانیم، نمی توانیم مطب تأسیس کنیم. از سوی دیگر مدت طرح ما سلیقه ای و متغیر است و از متخصصین تا ۹ سال تعهد گرفته می شود که معلوم نیست چه مبنایی دارد و مشکل بزرگ تر هم این است که تمام این قوانین هم عطف به ماسبق می شوند.»

تعدیل مدت طرح دندانپزشکان در دستور کار

در حالی که شش هفته پس از دستور وزیر، هیچ کدام از تعهدات وزارت بهداشت عملی نشد، درست یک روز پیش از برگزاری تجمع اعتراضی، دکتر باقر لاریجانی، معاون آموزشی، اعلام کرد مدت طرح دستیاران دندانپزشکی تعدیل خواهد شد. در این میان تمام دندانپزشکان موافق برگزاری تجمع اعتراضی نبودند و برخی از آنها عقیده داشتند اصلاح قوانین نیازمند رایزنی و صرف زمان است.

توضیحات مسئولان در جمع معترضان

پس از اینکه تجمع کنندگان به سالن کنفرانس وزارت بهداشت راه یافتند، دکتر جعفریان، قائم مقام دبیر شورای آموزش دندانپزشکی و تخصصی و دکتر اکبری، قائم مقام معاونت آموزشی وزارت بهداشت برای پاسخگویی به معترضین



بخش دندانپزشکی کلینیک‌های وزارت بهداشت فعال تر می‌شود

راهکار وزارت بهداشت برای حل مشکل هزینه بالای خدمات دندان پزشکی



چندی پیش در خبرها آمد که معاون درمان وزارت بهداشت مژده فعال‌سازی شیفت بعدازظهر درمانگاه‌های شهری و روستایی برای خدمات دندانپزشکی را داد.

محمد آقاجانی معاون درمان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در گفت‌وگو با خبرنگار ما گفت: معاونت بهداشت وزارت بهداشت تلاش دارد تا شیفت بعد از ظهر درمانگاه‌های شهری و روستایی را برای ارائه خدمات دندانپزشکی فعال کند. معاونت درمان هم برنامه‌هایی برای کلینیک‌های تخصصی دندانپزشکی دارد.

وی افزود: «ما در حال ساخت ۲۵۴ کلینیک ویژه تخصصی هستیم و قرار است یک طبقه از هر کلینیک را به دندانپزشکی اختصاص دهیم. یونیت‌های دندانپزشکی هم از طریق هیئت امنای ارزی خریداری می‌شود و امیدواریم گوشه‌ای از خدمات دندانپزشکی جبران شود.»

معاون درمان وزارت بهداشت با بیان اینکه ۴۰ درصد مردم دسترسی مناسبی به خدمات دندانپزشکی ندارند، تصریح کرد: «این آمار نشان‌دهنده یک شکاف عظیم در دسترسی به خدمات دندانپزشکی است و لزوم سرمایه‌گذاری و تنظیم بازار را برای دسترسی بهتر مردم به این خدمات نشان می‌دهد.»

رئیس اداره کل دندانپزشکی معاونت درمان وزارت بهداشت گفت: «جهت حل مشکل هزینه‌های گران دندانپزشکی برای بخش زیادی از مردم چند کار می‌توان انجام داد که هم اکنون هم در دستور کار وزارت بهداشت و شورای عالی بیمه قرار دارد. یکی از این اقدامات ساماندهی بازار و رفع اختلافات شدید تعرفه‌ای موجود است و دیگری سازماندهی پوشش بیمه‌ای است.»

دکتر رضاحسین پور ادامه داد: «در همه جای دنیا بخشی از خدمات دندانپزشکی را بیمه‌های پایه و بخش بیشتری را بیمه‌های تکمیلی پوشش می‌دهند. در کشور ما به نظر می‌آید که هم نقش بیمه‌های پایه در این حوزه کم است و هم بیمه‌های تکمیلی فراگیر نیستند.»

یکی از شایع‌ترین بیماری‌های افراد جامعه بیماری‌های دهان و دندان است. یکی از دلایل شیوع آنها جدا از فرهنگ پایین بهداشت دهان و مشکلات اقتصادی، هزینه بالای خدمات دندانپزشکی است.

یکی از انتظارات مردم از وزارت بهداشت و سازمان‌های بیمه‌گر پوشش خدمات دندانپزشکی توسط بیمه‌های پایه است. سال‌هاست هر از گاهی اخباری مرتبط با آن از سوی رسانه‌ها منتشر می‌شود اما هنوز انتظار مردم برای دریافت خدمات ارزان قیمت دندانپزشکی به سر نرسیده است.

اما چگونه می‌توان مشکل گرانی خدمات دندانپزشکی را حل کرد؟ آیا وزارت بهداشت در این خصوص برنامه‌ای دارد؟

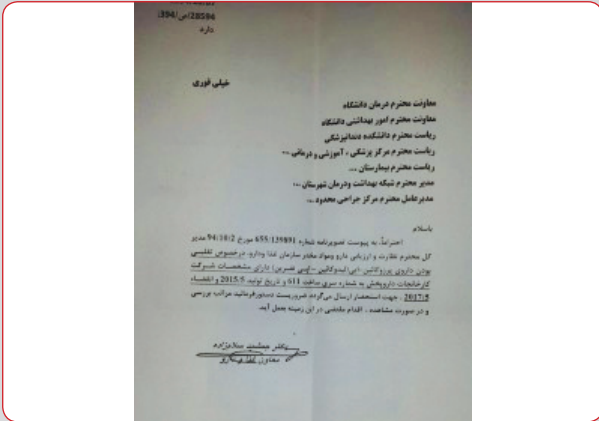
رئیس اداره کل دندانپزشکی معاونت درمان وزارت بهداشت درباره راهکارهای وزارت بهداشت در این مورد می‌گوید: «جهت حل مشکل هزینه‌های گران دندانپزشکی برای بخش زیادی از مردم چند کار می‌توان انجام داد که هم اکنون هم در دستور کار وزارت بهداشت و شورای عالی بیمه قرار دارد. یکی از این اقدامات ساماندهی بازار و رفع اختلافات شدید تعرفه‌ای موجود است و دیگری سازماندهی پوشش بیمه‌ای است.»

دکتر رضاحسین پور ادامه داد: «در همه جای دنیا بخشی از خدمات دندانپزشکی را بیمه‌های پایه و بخش بیشتری را بیمه‌های تکمیلی پوشش می‌دهند. در کشور ما به نظر می‌آید که هم نقش بیمه‌های پایه در این حوزه کم است و هم بیمه‌های تکمیلی فراگیر نیستند.»

حسین پور ادامه داد: «در مورد تعرفه‌ها هم باید اصلاحاتی صورت بگیرد؛ یعنی سقف و کف تعرفه‌ها باید مشخص شود. با این شرایط به نظر می‌آید که بخشی از مشکلات این حوزه حل خواهد شد.» وی افزود: «با همکاری وزارت رفاه، وزارت بهداشت و سازمان نظام پزشکی تعرفه‌گذاری خدمات دندانپزشکی در دستور کار قرار دارد و امیدواریم که برای سال ۹۵ این تعرفه گذاری صورت بگیرد.»



حاشیه‌های ورود داروی بی‌حسی تقلبی به بازار دندان پزشکی



علوم پزشکی کشور بر داروخانه‌های خصوصی و دولتی و آگاهی آن‌ها از تقلبی بودن داروی ذکر شده، جای هیچ نگرانی برای بیماران وجود ندارد.

قائم مقام مدیر کل دارویی وزارت بهداشت در حالی بر جمع‌آوری داروی مذکور از طریق نظارت در داروخانه‌ها تأکید می‌کند که داروی بی‌حسی دندان پزشکی نه از طریق داروخانه‌ها، که توسط شرکت‌ها و نمایندگان فروش حقیقی در بازار دندان پزشکی ایران عرضه و به فروش می‌رسد که گستره نظارت دانشگاه‌های علوم پزشکی تا این مراکز امتداد ندارد. از طرفی دکتر مصطفی کریمی در این گفتگو بر تقلبی بودن و مشابه‌سازی داروی بی‌حسی پروکائین -ای- تولید شرکت داروپخش تأکید داشت اما حاضر به اعلام نظر درباره عامل تولید و توزیع این دارو در بازار مصرف دندان پزشکی نشد و پیگیری و مجازات عاملین آن را وظیفه دستگاه‌های قضایی کشور دانست و درباره جزئیات آن اظهار بی‌اطلاعی کرد.

بخشی از داروی بی‌حسی موجود در بازار دندان پزشکی ایران شامل برندهای متفرقه خارجی و بدون هلوگرام است که به دلیل ورود از مجاری غیر رسمی با قیمت پایین‌تر از داروهای بی‌حسی رسمی موجود در بازار به فروش می‌رسند اما به دلیل قدرت اثر مطلوب و قیمت مناسب مورد استقبال برخی مراکز درمانی قرار گرفته است.

در چنین شرایطی ادعای تقلبی بودن و مشابه‌سازی داروی بی‌حسی تولید شرکت داروپخش چندان منطقی به نظر نمی‌رسد و برخی از دندان‌پزشکان در شبکه‌های مجازی دلیل جمع‌آوری این دارو را کوتاهی شرکت تولیدکننده در عرضه ماده بی‌حسی با کیفیت مطلوب می‌دانند. با اینکه طبق دستور جمع‌آوری داروی پروکائین تولیدی شرکت داروپخش از بازار مصرف دندان پزشکی کشور، مطابق دستور معاونت غذا و داروی وزارت بهداشت، صادر شده است اما این رخداد قطعاً لطمه جبران‌ناپذیری به اعتبار این شرکت و داروی بی‌حسی تولید آن وارد خواهد کرد و پیش‌بینی می‌شود تأثیر چشمگیری در سهم این شرکت از بازار داروی بی‌حسی دندان پزشکی داشته باشد.

چندی پیش تصویر نامه‌ای با امضاء معاون غذا و داروی وزارت بهداشت در فضای مجازی و گروه‌های دندان پزشکی بازنشر شد که محتوای آن اخطار به کلیه دانشگاه‌های علوم پزشکی، مراکز درمانی و آموزشی درباره توزیع داروی تقلبی پروکائین -ای- (لیدوکائین -ای- نفرین) تولید شرکت داروپخش بود.

پروکائین -ای- (PERSOCAINE-E) نام تجاری داروی بی‌حسی لیدوکائین -ای- نفرین تولید شرکت داروپخش است. شرکت داروپخش تنها تولیدکننده ایرانی داروی بی‌حسی دندان پزشکی است که تولیدات آن سال‌ها به عنوان تنها داروی بی‌حسی مجاز و رسمی در بازارهای دندان پزشکی ایران عرضه می‌شد و طی سال‌های اخیر با ورود برخی برندهای اروپایی و امریکای جنوبی، از طریق مبادی رسمی و غیر رسمی، سهم فروش آن در بازار دندان پزشکی ایران کاهش چشمگیری داشته است.

قائم مقام مدیر کل دارویی وزارت بهداشت، دکتر مصطفی کریمی با تأیید محتوای این نامه از جمع‌آوری کامل داروی تقلبی بی‌حسی موضعی که چندی پیش وارد بازار داروهای دندان پزشکی شده بود خبر داد.

دکتر کریمی گفت: داروی پروکائین -ای- (لیدوکائین -ای- نفرین) که با مشخصات شرکت داروپخش در بازار توزیع شده بود، دارویی تقلبی است که معاونت غذا و داروی وزارت بهداشت پس از مقایسه آن با نمونه اصلی موجود در کارخانه و پی بردن به این موضوع، با ارسال نامه به دانشگاه‌های علوم پزشکی سراسر کشور خواستار جمع‌آوری و امحای فوری آن شد.

وی در ادامه به عوارض نامطلوب داروهای غیراستاندارد بی‌حسی دندان پزشکی اشاره کرد و گفت: ممکن است در ساخت این داروها از مقدار کافی ماده بی‌حس کننده استفاده نشده باشد یا ماده مؤثره به کاررفته در آن نامطلوب باشد و سبب عوارض جبران‌ناپذیری مانند اختلالات قلبی و عروقی، از جمله بی‌نظمی ضربان قلب در بیمار شود. خوشبختانه این دارو در بدو ورود به بازار شناسایی و از فروش آن جلوگیری شد؛ بنابراین با توجه به نظارت دانشگاه‌های



اولین کنگره هیپنوتیزم در دندان پزشکی (مهر ۹۵)



- هیپنوتیزم برای سندرم مفصل تمپورومندیبولار
- رویکرد روان شناختی برای دردهای دندانپزشکی
- مهارت‌های ارتباطی دندانپزشک با بیمار
- روان‌شناسی درد در فرآیندهای دندانپزشکی
- نوروساینس احساس درد
- رویکردهای روان شناختی طراحی مطب دندانپزشکی
- خود هیپنوتیزم

این کنگره که به همت انجمن علمی هیپنوتیزم بالینی ایران و دانشکده دندانپزشکی مشهد برگزار می‌شود، اولین کنگره در سطح جهان است که به صورت اختصاصی به رویکردهای درمانی هیپنوتیزم در دندانپزشکی می‌پردازد. برنامه علمی کنگره در قالب سخنرانی‌ها، پانل‌های تخصصی و کارگاه‌های علمی هیپنودونتیک می‌باشد که شرکت کنندگان را با جراحی‌های زنده دندان بدون استفاده از بی‌حسی آشنا می‌نماید. در حاشیه کنگره نیز نمایشگاه‌های تخصصی دندانپزشکی برپا خواهد شد

پیام دبیران کنگره

اندیشمندان محترم و فرهیختگان گرامی مفتخریم برگزاری اولین کنگره هیپنوتیزم در دندانپزشکی را به اطلاع شما برسانیم و از شما جهت حضور عالمانه در این رویداد علمی دعوت کنیم این کنگره که به همت انجمن علمی هیپنوتیزم بالینی ایران و دانشکده دندانپزشکی مشهد برگزار می‌شود، اولین کنگره در سطح جهان است که اختصاصاً به رویکردهای درمانی هیپنوتیزم در دندانپزشکی می‌پردازد.

برنامه علمی کنگره در قالب سخنرانی‌ها، پانل‌های تخصصی و کارگاه‌های علمی و عملی هیپنودونتیک می‌باشد که شرکت کنندگان را با جراحی‌های زنده دندان و فک و دهان بدون استفاده از داروهای بیهوشی یا بی‌حسی آشنا می‌نماید.

در حاشیه کنگره نیز نمایشگاه‌های تخصصی دندانپزشکی برپا خواهد شد. پیشاپیش حضور شما را مغتنم و گرامی می‌داریم.

اولین کنگره بین‌المللی «هیپنودونتیک» (هیپنوتیزم در دندانپزشکی)

زمان: ۷ تا ۹ مهر ۹۵

مکان برگزارکننده: دانشگاه علوم پزشکی مشهد

رییس کنگره: دکتر علی شریفی، دکتر حسن حسین پور جاجرم

سایت کنگره: mums.ac.ir.cong-hypnodontic2016

آدرس دبیرخانه: مشهد، خیابان رازی، ساختمان پزشکان رازی، طبقه ۴، واحد ۴۰۲- تلفن: ۰۵۱۳۸۵۵۳۴۲۷ و ۰۹۳۳۸۵۶۱۸۵۲

محورهای کنگره

- اصول بی‌دردی هیپنوتیزمی
- هیپنوتیزم برای اقدامات دندانپزشکی
- القاءات بعد هیپنوتیزم برای کنترل درد
- هیپنوتراپی برای مدیریت دردهای سر و صورت
- هیپنوتیزم در دندان قروچه
- هیپنوتیزم درمانی اختلالات دهان و دندان

دکتر مهدی فتحی

دانشیار فلوشیپ بیهوشی قلب، دانشگاه علوم پزشکی مشهد

دکتر مجید عشق پور

دانشیار گروه جراحی دهان، فک و صورت، دانشگاه علوم پزشکی مشهد



سهم دولت در حوزه دندان پزشکی: ۳ درصد تعداد یونیت‌ها و درصد خدمات



◀ دکتر محمد آقاجانی، معاون درمان وزیر بهداشت در جمع اعضای هیأت رئیسه دانشگاه علوم پزشکی یزد، با اشاره به تأمین ۱۰۰ دستگاه یونیت دندانپزشکی از سوی وزارت بهداشت برای مراکز فاقد یونیت، گفت: دولت نقش چندانی در ارائه خدمات دندانپزشکی ندارد، چراکه دندانپزشکی رها شده است و وزارت بهداشت تنها ۳ درصد از یونیت‌های دندانپزشکی کشور را در اختیار دارد و تنها یک درصد خدمات دندانپزشکی را ارائه می‌دهد که به دنبال افزایش خدمات و کیفیت در این حوزه هستیم.

دکتر آقاجانی با تأکید بر حفاظت مالی از شهروندان در برابر هزینه‌های دندان پزشکی گفت: برنامه‌هایی در ساماندهی خدمات دندانپزشکی و ارتقا دسترسی و استفاده مردم از خدمات عادلانه دندانپزشکی و همچنین افزایش پوشش بیمه‌ای در حوزه خدمات دندانپزشکی را در دستور کار داریم که امیدواریم با ارائه این بسته‌ها بتوانیم در کاهش پرداختی از جیب مردم در استفاده از خدمات سلامت دهان و دندان گام‌های مؤثری برداریم.

معاون درمان وزارت بهداشت با اشاره به دستاوردهای تحول نظام سلامت گفت: اکنون خدمت در مناطق محروم مورد توجه بیشتری قرار گرفته است همچنین به دلیل شرایط سخت کاری برای پزشکان در این مناطق، شرایط بهتری را در نظر گرفته ایم.

الآن متخصصان ضریب k برای رفتن به مناطق محروم سبقت می‌گیرند.

گفته‌های معاون درمان وزارت بهداشت در حالی است که از مردادماه ۹۴ اعتراضات گسترده‌ای در خصوص قوانین گذراندن تعهدات خدمت دندان پزشکان متخصص در شهرستان‌های ایران در جریان است و تاکنون متخصصان و دستیاران تخصصی دندان پزشکی دوبار مقابل ساختمان وزارت بهداشت تجمع اعتراضی برگزار کرده‌اند.

سازمان پزشکی قانونی با کمبود دندان پزشک مواجه است



◀ رئیس سازمان پزشکی قانونی کشور گفت: «در حال حاضر این سازمان با کمبود پزشک متخصص مواجه است به گونه‌ای که تعداد پزشکان این سازمان، یک سوم مورد نیاز است و تنها ۷۲۰ پزشک در این سازمان مشغول فعالیت هستند.»

به نقل از روابط عمومی و امور بین‌الملل سازمان پزشکی قانونی، احمد شجاعی در مراسم افتتاح ساختمان اداره کل پزشکی قانونی استان چهارمحال و بختیاری با بیان اینکه این سازمان ۲۷۰۰ نفر پرسنل دارد، اظهار داشت: اکنون ۷۲۰ پزشک در پزشکی قانونی کشور فعالیت دارند که این تعداد تنها یک سوم نیاز سازمان است.

شجاعی افزود: «یکی از دلایلی که پزشکان تمایلی برای فعالیت در پزشکی قانونی ندارند، پایین بودن حقوق است و امیدواریم با قول دولت مبنی بر هم‌تراز کردن حقوق این مشکل مرتفع شود.»

رئیس سازمان پزشکی قانونی کشور بیان کرد: «بر اساس استاندارد خاص، سعی بر خودکفا کردن پزشکی قانونی استان‌ها را داریم به همین منظور در آینده کمبودهای موجود در زمینه آزمایش ژنتیک را رفع می‌کنیم.»

در ادامه این مراسم منصور فیروزبخت، مدیرکل پزشکی قانونی استان چهارمحال و بختیاری به کمبود نیروی متخصص در پزشکی قانونی استان چهارمحال و بختیاری اشاره کرد و گفت: «تاکنون چندین بار آزمون استخدامی برای جذب پزشک از سوی این اداره کل برگزار شده است اما متأسفانه به دلیل نبود شرکت‌کننده این آزمون‌ها لغو شدند.»

فیروز بخت اندیشیدن تدابیر لازم به منظور افزایش تمایل پزشکان برای فعالیت در پزشکی قانونی توسط مسئولان را خواستار شد و تأکید کرد: «حقوق پائین و کار سخت از جمله دلایلی است که تمایل پزشکان را برای ارائه خدمت در این بخش کم کرده است. از این رو در حال حاضر پزشکی قانونی استان چهارمحال و بختیاری با کمبود متخصص سم‌شناسی، آسیب‌شناسی و دندانپزشک مواجه است.»



دکتر کاوه سیدان رییس کنگره ۵۷ انجمن دندان پزشکی ایران



کنگره ۳ ایمپلنت‌های دندان‌های اصفهان (اردیبهشت ۹۵)



◀ با تصویب هیأت مدیره انجمن دندان پزشکی ایران دکتر کاوه سیدان به ریاست پنجاه و هفتمین کنگره انجمن منصوب شد.

دکتر کاوه سیدان متخصص پروتزهای دندان‌های و یکی از فعال‌ترین دندان‌پزشکان ایران در حوزه فعالیت‌های علمی و صنفی است. ایشان در حال حاضر رییس انجمن پروستودنتیست‌های ایران، دبیر انجمن ایمپلنتولوژی ایران نیز می‌باشد.

دکتر سیدان همچنین مشاور امور بین‌الملل سازمان کل نظام پزشکی است.

کنگره ۵۷ انجمن دندان پزشکی ایران (EXCIDA57) اردیبهشت ۹۶ در تهران برگزار خواهد شد.

انتصاب یکی از باتجربه‌ترین و فعال‌ترین چهره‌های علمی و صنفی دندان پزشکی ایران به سمت ریاست کنگره، با فاصله زمانی بیست ماه تا برگزاری کنگره، قطعاً می‌تواند زمینه‌ساز برگزاری باشکوه و باکیفیت این کنگره باشد.



◀ سومین کنگره بین‌المللی ایمپلنت‌های دندان‌های اصفهان

- برگزارکننده: دانشگاه علوم پزشکی اصفهان
- زمان: ۸ تا ۱۰ اردیبهشت ۹۵
- مکان: اصفهان
- سایت کنگره: 3dirc/ImportantDate.aspx/http://seminar.mui.ac.ir

برگزاری سومین همایش بزرگ ایمپلنت‌های دندان‌های اصفهان که با پشتوانه تجربیات حاصل از برگزاری موفقیت آمیز دو همایش قبلی برگزار خواهد شد، این بار نیز فرصت ارزشمندی جهت حضور استادان، پیشکسوتان و متخصصین رشته‌های مختلف دندانپزشکی به ویژه رشته‌های مرتبط با دانش ایمپلنت‌های دندان‌های و تبادل افکار و نظرات مختلف در زمینه آخرین یافته‌ها و دستاوردهای علمی این رشته می‌باشد. بر این اساس کمیته علمی سومین همایش بین‌المللی ایمپلنت‌های دندان‌های اصفهان با هدف برگزاری پانل‌های علمی هدفمند تصمیم به بررسی دقیق تر مقالات ارسالی در قالب سخنرانی و پوستر و گزینش آن‌ها منطبق با تم اصلی همایش امسال یعنی: «افق‌های جدید، جایگاه کنونی» دارد.

به علاوه ترتیبی اتخاذ گردیده است که در همایش امسال و در هر روز همایش بر اساس معیارهای تعیین شده و با نظر داوران برگزیده، یک مقاله در قالب پوستر برتر انتخاب و در مراسم اختتامیه معرفی گردد. با توجه به شعار همایش سوم، انتظار می‌رود که نکات و نظرات ارزشمند علمی فراوانی از سوی سخنرانان خارجی و داخلی در خصوص جنبه‌های مختلف ایمپلنت‌های دندان‌های ارائه شود به گونه‌ای که عرصه علمی با شکوه و مفیدی را برای همکاران متخصص و دانشگاهی و نیز دندانپزشکان عمومی فراهم آورد.



جراحان نیکوکار فوق تخصص پلاستیک، دست به تیغ شدند انجام ۱۵۰ جراحی رایگان «شکاف کام» در زاهدان



این فوق تخصص جراحی پلاستیک، جراحی شکاف کام و لب را از فیله‌های ترمیمی جراحی پلاستیک دانست و تصریح کرد: شکاف کام در همه جای ایران مشاهده می‌شود اما دلیل مراجعه به این استان عدم دسترسی مردم مناطق محروم به این نوع درمان و محرومیت مالی است.

جعفری گفت: در شهرهای بزرگ و تهران در سه ماهگی این جراحی‌ها انجام می‌شود اما در مناطق محروم و روستاها و شهرستانهای دور افتاده افرادی هستند که در بزرگسالی نیز از این بیماری رنج می‌برند و عمل نشده باقی می‌ماند و با مشکلات اجتماعی دست و پنجه نرم می‌کنند.

وی با بیان اینکه اگر شکاف کام در سن کودکی عمل شود جایی از این عمل باقی نخواهد ماند، افزود: مهمترین عوارض این بیماری اختلال در صحبت کردن و بلع غذا است که اگر این عمل در کودکی صورت نگیرد ممکن است در بزرگسالی این بد صحبت کردن برای فرد باقی بماند، همچنین بلع غذا به خصوص غذای مایع بسیار سخت صورت می‌گیرد.

جعفری گفت: شکاف لب نیز در صحبت کردن اختلال ایجاد می‌کند و باعث ریزش آب دهان می‌شود، لثه‌ها و دندانها در معرض هوا قرار می‌گیرند و باعث پوسیدگی دندانها و آسیب به لثه‌ها می‌شود.

به گفته جعفری برنامه بعدی این تیم سفر به رامهرمز و کردستان است و بعد از آن این تیم مجدداً به سیستان و بلوچستان بر می‌گردد.

همچنین در برنامه‌های این تیم برنامه‌های آموزشی به پزشکان وجود دارد که متخصصین شهرستانها در جراحی‌ها این پزشکان را مشایعت کرده و از تجربیات آنها استفاده می‌کنند.

◀ یک تیم پنج نفره از جراحان فوق تخصص پلاستیک به سرپرستی دکتر عبدالجلیل کلاتر هرمزی، در حرکتی انسان دوستانه از ۱۸ بهمن در زاهدان حضور یافته است تا بیماریانی را که از شکاف لب، کام و ناهنجاری‌های مادرزادی رنج می‌برند، یاری کنند.

دکتر مهدی جعفری، فوق تخصص جراحی پلاستیک در این باره به خبرنگار سلامت آنلاین گفت: اعضای این تیم را دکتر شاهوردیان، دکتر صابری، دکتر فدایی و بنده تشکیل می‌دهد که همگی از شاگردان دکتر کلاتر هستیم.

وی با اشاره به اینکه این سفر چهاردهمین سفر استانی این تیم محسوب می‌شود، افزود: بیشتر تمرکز این تیم روی جراحی شکاف کام و لب است و این تیم توانسته است بالای هزار نفر را ویزیت کند.

این جراح پلاستیک با بیان اینکه عمل جراحی رایگان از یکشنبه در بیمارستان علی بن ابیطالب (ع) آغاز شده است، خاطر نشان کرد: این تیم بیش از ۱۵۰ عمل جراحی انجام داده است و بسیاری از بیماران در یک مرحله عمل شده‌اند، اما شکاف کام و لب به چند مرحله جراحی نیاز دارد.

جعفری گفت: این بیماری بدشکلی و دفرمگی زیادی ایجاد می‌کند که با عمل جراحی قابل اصلاح است.

وی با بیان اینکه شکاف لب و کام داغ اجتماعی زیادی برای افراد به بار می‌آورد، افزود: بسیاری از این افراد به دلیل این نقص مادرزادی از خانواده‌ها طرد می‌شوند و مردم از آنجا که نسبت به این بیماری آگاهی ندارند برای فرد مشکلات زیادی ایجاد می‌کنند تا آنجا که بسیاری این کودکان را با کودکان عقب مانده اشتباه می‌گیرند.



مسئول تیم فوق تخصصی جراحی پلاستیک در زاهدان: انجام روزانه ۳۰ عمل جراحی شکاف کام و لب در زاهدان یک رکورد جهانی است



تولد نوزاد مبتلا را افزایش می‌دهد بنابراین آگاهی بخشی به خانواده‌ها و انجام آزمایشات قبل از ازدواج و ابتدای بارداری در اینگونه خانواده‌ها ضروری است.

وی بیان کرد: امیدوارم به زودی شاهد جشن پایان عمل جراحی شکاف لب و کام در سیستان و بلوچستان باشیم.

عبدالجلیل کلاتر هرمزی در گفت‌وگو با خبرنگار تسنیم در زاهدان اظهار داشت: در هیچ مرکز جراحی در دنیا روزانه بیش از ۵ عمل شکاف کام و لب صورت نمی‌گیرد و اهتمام اعضای این تیم فوق تخصصی برای رسیدگی به بیماران در زاهدان یک رکورد جهانی است.

وی افزود: بیش از ۹۵ درصد از مراجعه کنندگان سیستان و بلوچستان بعد از ویزیت رایگان شکاف لب و کام، نیازمند عمل جراحی بودند.



کلاتر هرمزی گفت: طی ۵ روز که در این استان درحال خدمت رسانی بودیم هزار بیمار را در ۲ شیفت صبح و عصر ویزیت کردیم و در روز اول ۱۵ عمل، روز دوم ۳۱، روز سوم ۲۸ و روز چهارم ۳۰ عمل شکاف لب انجام دادیم.

مسئول تیم فوق تخصصی جراحی پلاستیک در زاهدان با اشاره به اینکه بسیاری از بیمارانی که ویزیت شدند به دلیل ضیق وقت نتوانستند تحت عمل جراحی قرار بگیرند بیان کرد: تعدادی از این بیماران را به پزشکان زاهدان و تعدادی را به شهرهای همجوار و تهران برای عمل جراحی رایگان می‌فرستیم.

وی تصریح کرد: شاید بتوان در طول مدت ۴ یا ۵ سال آینده با انجام عمل‌های مداوم جراحی چهره ناراحت کننده شکاف کام و لب را از این استان حذف کرد.

مسئول تیم فوق تخصصی جراحی پلاستیک در زاهدان بیان کرد: در طول ۱۴ سفری که تیم جراحی به استان‌های دیگر داشتند، سیستان و بلوچستان بالاترین آمار شکاف لب و عمل جراحی را داشته است.



کلاتر هرمزی علت آمار بالای متولدان مبتلا به شکاف لب و کام در سیستان و بلوچستان را ازدواج‌های فامیلی عنوان کرد و گفت: هنگامی که سابقه بروز این بیماری در یک فامیل وجود داشته باشد ازدواج فامیلی احتمال



کمک رایگان به بیماران شکاف کام در زاهدان



◀◀ سیستان و بلوچستان چهاردهمین استانی است که این تیم جراحی برای کمک به بیماران در آن حضور یافته است

تیمی ۱۷ نفره از برجسته ترین جراحان پلاستیک کشور برای درمان بیماران مبتلا به شکاف لب و کام در بیمارستان علی بن ابیطالب زاهدان استقرار یافتند.

به گزارش خبرگزاری صدا و سیما، عبدالجلیل کلانتر هرمزی مسئول این تیم جراحی هدف از این اقدام را کمک رایگان به افرادی که توانایی مالی برای درمان و هزینه های اعمال جراحی ندارند، عنوان کرد و گفت: سیستان و بلوچستان چهاردهمین استانی است که این تیم جراحی برای کمک به بیماران در آن حضور یافته است.

میری رئیس دانشگاه علوم پزشکی زاهدان با اشاره به اینکه این تیم را جراحانی ماهر و کارآمد همراهی می کنند، افزود: تاکنون ۴۰۰ کودک لب شکری و شکاف دهان در استان شناسایی شده اند که پیش بینی می شود این رقم به هزار نفر افزایش یابد.

نخعی مدیر کل آموزش و پرورش سیستان و بلوچستان نیز از فراخوان این اداره برای شناسایی دانش آموزان مبتلا به شکاف کام و دهان در سراسر استان خبر داد و گفت: برای اسکان خانواده های این دانش آموزان مکانی در شهرستان زاهدان در نظر گرفته شده است.

سیستان و بلوچستان چهاردهمین استانی بود که در آن یک هزار کودک شکاف کام و لب توسط تیم جراحان تخصصی پلاستیک بصورت رایگان ویزیت و مورد عمل جراحی قرار گرفتند.

سیستان و بلوچستان چهاردهمین استانی است که تیم جراحان تخصصی پلاستیک برای کمک به بیماران در آن حضور یافتند، تیمی هفده نفره از برجسته ترین جراحان پلاستیک کشور که به صورت رایگان اقدام به درمان

شکاف کام و لب؛ ۸۵۰ نفر در سیستان و بلوچستان منتظرند



◀◀ حمید بختیاری عضو هیات مدیره موسسه خیریه مهر گیتی گفت: ۸۵۰ بیمار ناهنجاری کام و دهان سیستان و بلوچستان برای ویزیت از سوی پزشکان خیر نام نویسی کرده اند که تاکنون به مناسبت دهه فجر ۷۰۰ نفر آنان بطور رایگان ویزیت شده اند.

حمید بختیاری در حاشیه بازدید استاندار سیستان و بلوچستان از فعالیت های گروه پزشکان خیر ناهنجاری های کام و دهان در بیمارستان علی بن ابیطالب (ع) زاهدان اظهار داشت: به دلیل شمار زیاد بیماران روزانه حدود ۳۰ عمل انجام می شود و تا کنون حدود ۷۵ عمل انجام شده است.

وی ادامه داد: هم اینک ۱۰ پزشک در اتاق عمل مشغول فعالیت و سه پزشک نیز در حال ویزیت بیماران هستند.

وی افزود: همکاری دستگاه های مختلف استان بسیار خوب بوده و هم اینک چهار اتاق عمل و یک بخش بیمارستان علی بن ابی طالب (ع) در اختیار این پزشکان قرار دارد.

عضو هیات مدیره موسسه مهر گیتی تصریح کرد: وسعت کار در سیستان و بلوچستان بی مانند است زیرا به دلیل در اختیار نبودن آماری از افراد مبتلا به ناهنجاری های کام و دهان پیش بینی می شد که بیماران انگشت شماری در این استان وجود داشته باشند.

بختیاری پیش بینی کرد: شمار بیماران مراجعه کننده در روزهای آینده افزایش یابد.

وی اظهار داشت: بیمارانی که در این چند روز امکان جراحی آنان وجود نداشته باشد برای درمان به پزشکان مقیم ارجاع داده می شوند تا بدون پرداخت هیچ هزینه ای تحت درمان قرار گیرند.

عضو هیات مدیره موسسه مهر گیتی افزود: در این امر بسیاری از دستگاه ها به ویژه آموزش و پرورش و دانشگاه علوم پزشکی زاهدان همکاری خوبی داشتند و به همراه خیرین هزینه ایاب و ذهاب و اسکان بیماران را برعهده گرفتند.



لیزر هنوز به عنوان سیستم درمانی در دندانپزشکی جانفناده است



◀ مدیر گروه پژوهشی ترمیم نوری جهاد دانشگاهی علوم پزشکی تهران، دکتر فاطمی گفت: کاربرد لیزر در حوزه دندانپزشکی بصورت فراگیر، نیازمند سرمایه گذاری و تامین هزینه‌های اولیه راه اندازی است.

دکتر سید مصطفی فاطمی عضو هیات علمی جهاد دانشگاهی علوم پزشکی تهران افزود: لیزر در دندانپزشکی برای جراحی بافت نرم، بهبود التهابات و حتی برای برداشتن دندان و استخوان در بافت سخت، می‌تواند مورد استفاده قرار گیرد. البته هزینه راه اندازی و تامین تجهیزات مورد نیاز در مقایسه با کارایی عملیاتی سیستم لیزری بسیار بالاست و شاید بتوان گفت راه زیادی تا کاربرد لیزر به عنوان یک سیستم درمانی جا افتاده و رایج در مطب‌های دندانپزشکی باقی است.

دکتر فاطمی با اشاره به آشنایی مناسب دندانپزشکان با کاربرد لیزر در درمان بیماریها و مشکلات دهان و دندان، اظهار کرد: خوشبختانه در سالهای اخیر با گسترش فعالیت مراکز تحقیقاتی در حوزه لیزر بویژه در مجموعه جهاد دانشگاهی علوم پزشکی تهران، پزشکان و دندانپزشکان با کاربردهای لیزر در حوزه‌های مختلف سلامت آشنا شدند و با گذراندن دوره‌های متعدد لیزر در دندانپزشکی حتی موفق به دریافت فلوشیپ تخصصی لیزر شده‌اند و در حال حاضر زمینه علمی مناسبی در خصوص کاربرد لیزر در دندانپزشکی وجود دارد.



بیماران مبتلا به شکاف لب و کام در بیمارستان علی بن ابیطالب زاهدان کردند. این تیم متشکل از جراحان پلاستیک، کودکان، مغز و اعصاب، متخصص بیهوشی، پزشک عمومی، پرستار و کارشناس اتاق عمل بود که از هجدهم بهمن ماه امسال تا ۲۲ بهمن در دو شیفت صبح و عصر در این بیمارستان اقدام به ویزیت و جراحی بیماران کردند که در این زمینه نیز یک هزار تن از کودکان این مرز و بوم نیز مداوا شدند.

در این راستا آیت‌الله عباسعلی سلیمانی در آیین اختتامیه تجلیل از خیرین پزشکی در شهرستان زاهدان با اشاره به اینکه استقرار تیم پزشکی متخصصی شکاف لب و کام در این استان محروم سند افتخار است، اظهار داشت: امروز جراحان پلاستیک جزء ضروریتهایی هستند که اگر این تخصص روی چهره دختری یا پسر مبتلا به این بیماری صورت نگیرد، تا پایان عمر نگرانی برای خانواده و فرد بیمار به دنبال دارد.

وی با اشاره به درمان رایگان یک هزار بیمار شکاف کام و لب در زاهدان گفت: به نمایندگی از طرف آحاد مردم استان از خدمت این تیم نیکوکار که ادامه دهنده راه انبیاء هستند، تشکر و قدردانی می‌کنیم.

مدیرکل آموزش و پرورش سیستان و بلوچستان نیز در ادامه این مراسم با بیان اینکه تیم پزشکی متخصصی شکاف لب و کام به مدت یک هفته در شهرستان زاهدان اقدامات بی نظیری را برای فرزندان سیستان و بلوچستان رقم زدند، افزود: این اقدام خداپسندانه که در نوع خود بی نظیر بود باعث شد چشم‌های نگران مراجعه‌کنندگان به امید مبدل شود.

علیرضا نخعی با اشاره به اینکه تیم خیرین پزشکی با این اقدام انسان دوستانه خود در روح و روان افراد این جامعه اثر مثبت برجای گذاشتند، ادامه داد: مادرانی که سال‌های طولانی با اندوه کودکان بیمار خود را نگاه می‌کردند و توانایی دریافت برنامه‌های گران قیمت را نداشتند اکنون با حضور افرادی صبور و قدرشناس از این آزمون سربلند بیرون آمدند.



نرم افزار PLANCADEASY ابزاری برای طراحی بهینه و دقیق پروتز دندانی



کمپانی Planmeca همچنین نرم افزاری را برای طراحی سه بعدی پروتز های مورد نیاز از قبیل: **inlay, Onlay, Veneer, Crown** و **Bridge** که سازگار با اسکنر و ماشین تراش می باشد را در قالب یک بسته نرم افزاری ارائه می دهد. این نرم افزار بصورت شناور بین کاربر های مختلف قابل استفاده است، یعنی یک کاربر فقط کار اسکن را انجام دهد و کاربر بعدی کار طراحی را همزمان انجام دهد.

به دلیل اینکه نرم افزار PlanCAD easy در قالب یک ماژول روی نرم افزار مادر Romexis ارائه می گردد، این امکان فراهم شده است که بافت نرم اسکن شده را روی تصاویر CBCT گرفته شده از بیمار منطبق کنیم. این ترکیب سبب تولید داده های ارزشمندی به منظور استفاده در برنامه ریزی جراحی ایمپلنت می گردد. در این ترکیب شما می توانید پروتز طراحی شده را قبل از جایگذاری ایمپلنت مشخص کنید که از این طریق شما به راحتی می توانید محل قرار گیری ایمپلنت را قبل از جراحی تعیین کنید.

با استفاده از نرم افزار مربوطه ما می توانیم در ۵ مرحله به راحتی روکش بیمار را آماده کنیم:

۱. تراش دندان
۲. اسکن از دندان تراش خورده با استفاده از اسکنر داخل دهانی
۳. تعیین مارژین
۴. طراحی اتوماتیک
۵. ارسال به ماشین تراش

نرم افزار طراحی اتوماتیک، بطور خودکار میزان کاسب های دندان های مجاور و مارژینال ریج و میزان تماس ها را که توسط کاربر تعریف شده است را تنظیم می کند. در این نرم افزار ۱۶ واحد دندان از یک فک را می توان به طور همزمان طراحی کرد.

استفاده از سیستم کد کم، راحت تر از همیشه



محصول جدید کمپانی پلن مکا، اسکنر داخل دهانی بدون نیاز به پودر برای اسکن است که با دقت و سرعت بالایی کار اسکن از دندان ها را انجام می دهد.

توسط این اسکنر بصورت real-time می توان از یک واحد دندان تا یک آرک کامل را از دهان اسکن کرد. مدل دیجیتال را می توان با فرمت STL خروجی گرفت و به منظور طراحی و تراش ، این فایل را به هر لابراتوار که سیستم کد کم دارد، ارسال کرد. این اسکنر به عنوان اولین اسکنر داخل دهانی است که قابلیت اتصال به لپ تاپ را دارد. اسکنر با استفاده از تنها یک کابل به لپ تاپ متصل می گردد و به همین دلیل جابجا کردن آن به راحتی امکان پذیر می باشد.

این اسکنر از تکنولوژی لیزر آبی استفاده می کند. برای بدست آوردن الگوی دقیق دندان ، از جهات مختلف لیزر پرتاب و فاصله دقیق محاسبه می گردد. در کنار دقت بالایی این اسکنر دارد، شما می توانید به صورت real-time نتایج را مانند یک ویدئو همزمان ببینید.

ثبت داده ها به صورت ویدئو و همزمان تعیین دقیق الگوی سه بعدی دندان ها، این سیستم را انعطاف پذیر تر از گذشته کرده است. با وجود این شاخصه شما می توانید هر زمان که خواستید اسکن کردن را متوقف کنید و مجدد ادامه اسکن را از یک نقطه که قبلا اسکن شده است مجدد ادامه دهید. اسکنر شامل هد های قابل تعویض با سایز های مختلف می باشد. کوچکترین آنها برای اسکن از قسمت های خلفی، دهان کودکان و بیماران دارای تروما در دهان مناسب می باشد.

این هد ها قابل اتوکلاو کردن می باشد. به علاوه، به دلیل این که اسکنردارای اجزای حرکتی اندک می باشد، طول عمر آن بسیار بالاست. بنابراین اسکنر همیشه کالیبره باقی می ماند و هیچ نوع استهلاکی نخواهد داشت.



برنامه‌های بهبود خدمات ملی دندانپزشکی از آغاز سال ۹۵



مشکلات سلامت دهان و دندان، هزینه‌های سنگین دندانپزشکی و عدم پوشش بیمه‌ای از این خدمات، باعث شده که وقتی در جمع عموم مردم قرار می‌گیریم، دغدغه و نگرانی عمومی آنان را از این بابت احساس کنیم. شاید نباید آنچنان متعجب شویم وقتی که از زبان آدم‌های مختلف با سطح فرهنگی و مالی و تحصیلات متفاوت یک تحلیل واحد را می‌شنویم و آن تحلیل این است که «دندانپزشکی مال پولدارهاست». از طرفی در این آشفته بازار شرکت‌های شبه بیمه متعددی هم با عناوین مختلف به میدان آمده‌اند و از آب گل‌آلود، ماهیان درشتی صید می‌کنند. اما وقتی از پوشش واقعی و مناسب بیمه مرکزی یا حمایت مالی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی از این مطالبه به حق عمومی سخنی به میان می‌آید، خوشبین‌ترین‌ها هم، به تردید می‌افتند و اما و اگرها آغاز می‌شود.

عضو هیئت علمی دانشکده دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران با انتقاد از سهم بالای پرداخت از جیب مردم در خدمات دندانپزشکی گفت: «out of packe مردم یعنی هزینه از جیب مردم در بخش دندانپزشکی باید کاهش پیدا کند چراکه این هزینه در سرانه دندانپزشکی خیلی زیاد است.» اکبر فاضل به تمهیداتی که با همکاری دولت و مجلس جهت بهبود خدمات دندانپزشکی انجام می‌شود اشاره کرد ولی توضیح کاملی ارائه نکرد و گفت: «دوستان نمی‌پسندند که جزئیاتی گفته شود که برنامه را تشریح کند و رسانه‌ای بشود و دیگران هم دلسوزانه یا مغرضانه شروع کنند به ایراد گرفتن. من خواهش می‌کنم کنکاش نکنید که جزئیات این برنامه به چه صورت هست.» وی اما بازه زمانی اجرایی شدن این برنامه‌ها را از ابتدای سال آینده اعلام کرد.

علی تاجرنیا در تشریح نقش دولت در توزیع عادلانه خدمات دندانپزشکی گفت: «دولت باید به‌صورت غیرمستقیم در توزیع مناسب خدمات دندانپزشکی در سراسر کشور دخالت کند. مراکز بهداشتی درمانی ما در حال حاضر خدمات سطح یک مانند جرم‌گیری و آموزش بهداشت را ارائه می‌کنند. این مراکز را می‌توان ترغیب کرد خدمات سطح ۲ را که درمانی هستند هم انجام دهند. خود این‌ها کمک خواهد کرد به اینکه تعرفه متعادل‌تر شود و مردم هم بتوانند به راحتی و سهولت خدمات را دریافت کنند.»

PLANMILL40 ماشین تراش با سرعت و دقت بالا برای کلینیک‌های دندانپزشکی



این ماشین تراش با چهار محور حرکتی همزمان با دقت زیر ۱۵ میکرون کار تراش را انجام می‌دهد.

این دستگاه تا ۵ واحد بریج‌های خلفی و ۳ واحد بریج‌های قدامی را می‌تواند تراش دهد. علاوه بر این، دستگاه نوع متریال و سایز و همچنین رنگ مورد نیاز را روی نمایشگر خود نشان می‌دهد و نیازی به اینکه خود پزشک در کنار ماشین تراش باشد، وجود ندارد. این ماشین دارای ۶ مته برای تراش می‌باشد که خود ماشین به طور خودکار مته مورد نیاز خود را از محل ذخیره بارگذاری می‌کند. این سیستم به طور هوشمند طول عمر مته را نیز مشخص می‌کند و اگر نیاز به تعویض مته فرسوده باشد خود سیستم به کاربر اعلام می‌کند. این ماشین قابلیت تراش بیشتر از ۲۰۰ ترکیب رنگی، متریال و سایز را دارا می‌باشد.

همچنین، هزینه نگهداری این دستگاه تقریباً رایگان می‌باشد، بدلیل اینکه کامپیوتر تعبیه شده روی این دستگاه عمر لوازم مورد استفاده را محاسبه و بر اساس آن زمان سرویس دستگاه را اعلام می‌کند. همچنین میزان زمان تراش را محاسبه و بر اساس آن موعد تعویض ابزار و آب مورد استفاده را به کاربر اعلام می‌کند.





تقدیر بسیار زیادی در بخش خصوصی، دولتی، حوزه‌های دانشگاهی، مراکز بهداشتی درمانی یا حتی مطب‌ها انجام داده‌اند که توجه به آن‌ها تا حدودی مغفول مانده است.

از جمله محورهای مورد توجه در اهدای این جایزه می‌توان به حضور دندانپزشک در یک فعالیت اجتماعی، انجمن مردم نهاد یا محلی که می‌تواند بر فرهنگ جامعه تأثیر داشته باشد اشاره کرد. تدوین کتاب‌های مرتبط با حوزه سلامت دهان و دندان، تحقیق و پژوهش در رابطه با نقش تغذیه و بهداشت دهان و پیشگیری‌های لازم برای جلوگیری از بیماری‌های دهان و دندان، انجام فعالیت‌هایی در نهادهای مرتبط با سلامت جامعه از جمله فعالیت در آموزش و پرورش و دانشگاه‌ها و وزارت بهداشت، حضور در فعالیت‌های خیریه، فعالیت اختصاصی در حوزه سلامت، ارائه مقاله‌های علمی و اجتماعی در زمینه پیشگیری که طی ۵ سال گذشته به چاپ رسیده باشند و از همه مهم‌تر حضور دندانپزشک در روستاها و پرداختن به سلامت دهان و دندان روستاییان با ایجاد شبکه آموزشی و پیش‌گیری در حوزه سلامت از محورهای اهدای جایزه لبخند خلیج فارس هستند.

• آیا از نهادهای دولتی برای تأمین این جایزه کمک گرفته‌اید؟

•• خیر. هزینه این جایزه را تنها مؤسسه اطلاع‌رسانی دندانپزشکی تأمین می‌کند. البته این مؤسسه تاکنون مکاتبات زیادی با وزارت بهداشت، انجمن‌های دندانپزشکی و سازمان نظام پزشکی داشته و فعالیت آن بسیار مورد استقبال قرار گرفته است، اما تاکنون ارگان‌های دولتی از نظر مالی از ما حمایت نکرده‌اند.

ناگفته نماند که بعد معنوی این اقدام برای من از همه چیز ارزشمندتر است، زیرا ما با این کار تلاش کرده‌ایم از فعالیت‌های قابل تحسین ۲۵ هزار دندانپزشک که در کشور فعالیت می‌کنند تقدیر و فرهنگ نوع دوستی و توجه به پیشگیری به جای درمان را در بین آن‌ها نهادینه کنیم و از سوی دیگر این تفکر ذهنی غلط که همه دندانپزشکان از بیمار تعرفه‌های بالا دریافت می‌کنند و گروهی از افراد جامعه نمی‌توانند از درمان مناسب دندانپزشکی بهره‌مند شوند را در بین مردم بشکنیم.

از جمله محورهای مورد توجه
در اهدای این جایزه می‌توان به
حضور دندانپزشک در یک فعالیت
اجتماعی، انجمن مردم نهاد یا محلی
که می‌تواند بر فرهنگ جامعه تأثیر
داشته باشد اشاره کرد

لبخند خلیج فارس برای دندان‌پزشکان ایرانی گفتگو با دکتر عبدالرضا معادی، بنیان‌گذار جایزه ملی لبخند خلیج فارس

جایزه ملی لبخند خلیج فارس که دندانپزشکی جامع نگر و پیشگیرانه را مورد تقدیر قرار می‌دهد، جزو محدود جوایزی است که به دندانپزشکان اختصاص یافته است. جالب است بدانید که سیاست‌گذاری و اهدای این جایزه، تنها برعهده بخش خصوصی و دکتر عبدالرضا معادی است که با گذشت ۶ سال از شروع این آئین، همچنان در تجلیل از دندانپزشکانی که خود را به مطب و انجام فعالیت‌های شغلی محدود نکرده‌اند و کوشیده‌اند شخصی مؤثر در جامعه باشند ثابت قدم بوده است.

از آنجایی که به پایان فرصت ارسال مستندات جایزه لبخند خلیج فارس نزدیک می‌شویم، فرصت را مناسب دیدیم تا با دکتر عبدالرضا معادی، پایه‌گذار مؤسسه اطلاع‌رسانی دندانپزشکی و آیین اهدای این جایزه گفتگو کنیم.

• آئین اهدای جایزه لبخند خلیج فارس از چه زمانی پایه‌گذاری شد و چه کسانی در آن نقش داشتند؟

•• مؤسسه اطلاع‌رسانی دندانپزشکی که شخص من بنیان‌گذار آن هستم، پایه‌گذار این آئین بوده است. اهدای جایزه ملی خلیج فارس از سال ۸۸ شروع شد و تاکنون به طور پیوسته به دندانپزشکانی که در حوزه‌های اجتماعی فعال بوده‌اند اهدا شده است و در این ۶ سال، دندانپزشکانی از شهرهای مختلف برنده این جایزه شده‌اند.

• چرا نام خلیج فارس را برای این جایزه انتخاب کردید؟

•• زیرا خلیج فارس علاوه بر اینکه یکی از نمادهای کشور عزیزمان است، به یک لبخند زیبا شبیه است.

• محورهای اهدای جایزه لبخند خلیج فارس چیست؟

•• در تعیین محورهای اهدای این جایزه، تلاش کرده‌ایم موضوعاتی را در نظر بگیریم که به دندانپزشکی جامع نگر که ارتباط مستقیمی با سلامت جامعه دارد مربوط شود. زیرا در این سال‌ها دندانپزشکان فعالیت‌های قابل

• فرایند شرکت در این رقابت چگونه است؟

واحد ۳ یا پست الکترونیکی award@dentii.info ارسال کنند. پس از آن کمیته داوران که همگی اعضای افتخاری هستند این مستندات را بررسی و برگزیدگان را انتخاب خواهند کرد. لازم به ذکر است که مؤسسات هم می‌توانند در کنار اشخاص حقیقی در این رقابت شرکت کنند؛ چنانچه ۳ سال پیش این جایزه به یک مرکز خیریه ارائه خدمات به بیماران عقب افتاده ذهنی در مشهد اعطا شد.

•• با توجه به اینکه محورهای اهدای جایزه خلیج فارس ثابت هستند، داوطلبان می‌توانند از فروردین تا انتهای بهمن هر سال مدارک خود را دال بر فعال بودن در یکی از سه محور از این رقابت به دبیرخانه جایزه لبخند خلیج فارس به آدرس: خیابان ولیعصر بالاتر از پارک وی، پلاک ۲۹۵۱ طبقه دوم

موسسه اطلاع‌رسانی دندانپزشکی برگزار می‌کند

هفتمین دوره جایزه لبخند خلیج فارس

تهران - ۱۷ اسفند ماه ۹۴

• در راستای کمک به استقرار صحیح دندانپزشکی جامعه‌نگر و حمایت از خدمات و تلاش‌های دندانپزشکان ایرانی، این جایزه به طور سالانه برنامه‌ریزی شده‌است که به یکی از فعالان حوزه دندانپزشکی جامعه‌نگر با شرایط زیر اهدا می‌گردد:

- مشارکت در برنامه‌های اجتماعی
- تالیف کتاب و جزوه در مقاطع تحصیلی ابتدایی و راهنمایی و همکاری با آموزش و پرورش
- همکاری با انجمن‌ها و سازمان‌های خیریه و NGO در زمینه سلامت دهان و دندان
- تاسیس و راه‌اندازی مراکز دندانپزشکی ویژه بیماران پیریسک و معلول و عقب افتاده
- همکاری با مراکز دندانپزشکی بیماران معلول و عقب افتاده
- سرمایه‌گذاری، کمک‌های نقدی و جنسی به انجمن‌های خیریه در زمینه دندانپزشکی
- ارائه ۱۰ مقاله در زمینه دندانپزشکی پیشگیری در طی ۵ سال گذشته
- فعالیت و حضور در روستاها و ارائه برنامه‌های ارتقاء سطح سلامت دهان و دندان



www.dentii.info
Dental Information Institute

www.dentii.info

مهلت ارسال مدارک: پایان بهمن ماه

آدرس دبیرخانه: تهران، خیابان ولیعصر

بالتر از پارک‌وی، پلاک ۲۹۵۱، طبقه دوم، واحد ۳



راهکارهای بهزیستی برای جلب همکاری دندان‌پزشکان در ارایه خدمت به معلولان

معلولین شدید، بیماران روانی مزمن، کودکان اوتیسم و ... جزء گروه‌هایی بوده که همواره به علت شرایط جسمی شان دارای مشکلات متعدد در حوزه دهان، دندان و بلع هستند این درحالیست که متأسفانه خدمات ویژه‌ای برای این قشر از سوی وزارت بهداشت در نظر گرفته نشده و حتی خدمات دهان و دندان این افراد با وجود هزینه‌های بالا تحت پوشش هیچ بیمه درمانی نیست.

وی در ادامه به اقدامات سازمان بهزیستی کشور در حوزه دهان، دندان و بلع معلولین و گروه‌های خاص اشاره کرد و گفت: در حال حاضر سازمان بهزیستی به دو «مرکز توانبخشی معلولین ویژه اختلالات بلع و تغذیه» در کشور مجوز داده است، یکی از مراکز در شهر تهران و دیگری در استان چهارمحال و بختیاری قرار دارد.

مدیرکل مراکز توانبخشی روزانه سازمان بهزیستی کشور تصریح کرد: ارائه خدمات تخصصی اختلالات بلع و تغذیه به معلولین و گروه‌های خاص وظیفه وزارت بهداشت است اما با این حال به علت وجود مشکلات بسیار زیاد در این حوزه، بهزیستی ارائه مجوز به این مراکز را در دستور کار خود قرار داده است، البته فعالیت این مراکز به صورت مشترک با همکاری سازمان بهزیستی با وزارت بهداشت صورت می‌گیرد، به طوریکه برای مثال تمامی مجوزهای بیهوشی این مراکز را وزارت بهداشت صادر کرده است؛ اما در هر حال باید بدانیم این اقدامات پاسخگوی نیاز شدید معلولان در این حوزه نیست.

نوع پرست ادامه داد: در حال حاضر دستور العمل «مراکز توانبخشی معلولین ویژه اختلالات بلع و تغذیه» در سازمان بهزیستی کشور تدوین شده است؛ بهزیستی این آمادگی را دارد تا برای هریک از دندانپزشکان که آمادگی کار با معلولین را دارند، مجوز تأسیس این مراکز را صادر کند.

وی تصریح کرد: سازمان بهزیستی کشور با در نظر گرفتن تعرفه‌هایی ویژه برای این مراکز از دندانپزشکان علاقمند به فعالیت در این حوزه حمایت خواهد کرد.

مدیرکل مراکز توانبخشی روزانه سازمان بهزیستی کشور در پایان اظهار کرد: ارائه خدمات دهان، دندان و بلع به معلولین و گروه‌های خاص با مشکلات زیادی همراه است؛ اما باید توجه داشته باشیم که این قشر در این حوزه مظلوم واقع شده و نیازمند حمایت و توجه بیشتر از سوی مسئولین، پزشکان و دندانپزشکان هستند.

زهرنا نوع پرست، مدیرکل مراکز توانبخشی روزانه سازمان بهزیستی کشور در گفت‌وگویی، با بیان اینکه در حال حاضر بهداشت دهان و دندان معلولین در کشور با مشکلات عدیده مواجه است عنوان کرد: متأسفانه معلولین به علت مصرف انواع داروها و همچنین محدودیت‌های حرکتی قادر به رعایت بهداشت دهان و دندان خود نیستند؛ این در حالی است که هر دندان پزشکی قادر به برقراری ارتباط با این گروه از بیماران نبوده و باتوجه به اینکه در بسیاری از موارد این افراد همکاری‌های لازم را با پزشک خود ندارند و به علت مشکلات شناختی و ناتوانی‌های جسمی، برای دریافت این خدمات نیاز به بیهوشی دارند.

وی ادامه داد: در چنین شرایطی متأسفانه این افراد به علت تعدد مشکلات جسمی، طولانی بودن خدمات توانبخشی، مصرف داروهای متعدد و غیره، بهداشت دهان و دندان خود را به حاشیه برده و زمانی برای دریافت خدمات دندان پزشکی به مرکز مراجعه می‌کنند که مساله آنان حاد شده است.

مدیرکل مراکز توانبخشی روزانه سازمان بهزیستی کشور در ادامه به رایزنی سازمان بهزیستی کشور با وزارت بهداشت در این خصوص اشاره کرد و گفت: نیاز است وزارت بهداشت خدمات ویژه دندانپزشکی، بلع و دهان را به این گروه‌ها ارائه دهد که در این راستا درخواست خود را به آن وزارت خانه ارائه کرده و آن‌ها هم به طور شفاهی استقبال کرده‌اند، در حال حاضر نیز منتظر اعلام تشکیل جلسه از سوی وزارت بهداشت برای تصمیم‌گیری در این حوزه هستیم.

نوع پرست تصریح کرد: فراگیری غربالگری سلامت دهان و دندان این گروه‌ها امری ضروری بوده و نیاز است تمامی دستگاه‌های متولی نسبت به ایجاد آن اهتمام ویژه داشته باشند.



گزارش برگزاری اولین سمینار سلول‌های بنیادی و دندان پزشکی بازساختی

استقبال و حضور پرشور شرکت کنندگان و پوشش وسیع خبری نشانه‌ای از جذابیت و اهمیت علم مهندسی بافت و سلول درمانی است که مسیرهای جدیدی را پیش پای دانش پزشکی فراهم ساخته و در حوزه بیماری‌های دهان، فک و صورت و بازسازی‌های آن پیشتاز بوده است.

جدیدی را پیش پای دانش پزشکی فراهم ساخته و در حوزه بیماری‌های دهان، فک و صورت و بازسازی‌های آن پیشتاز است.

برگزاری سمینار دو روزه سلول‌های بنیادی و دندانپزشکی بازساختی در بیماری‌های دهان، فک و صورت، نتایج تلاش محققین، اساتید دانشگاه‌های سراسر کشور و ستاد سلول‌های بنیادی، مراکز تحقیقات و... همچنین تبادل اطلاعات با شرکت کنندگان، راهی برای موفقیت‌های بزرگ علمی در آینده‌ای نزدیک خواهد بود.

نخستین سمینار علمی سلول‌های بنیادی و دندانپزشکی بازساختی در بیماری‌های دهان، فک و صورت ۱۰ و ۱۱ دی ۹۴ در تالار شهید دکتر هدایت دانشکده دندانپزشکی تهران برگزار شد.

مراسم افتتاحیه صبح پنجشنبه با حضور پروفسور رابرت هیل از لندن، دکتر محمد بیات رئیس سمینار، دکتر امیرعلی حمیدیه دبیر ستاد توسعه علوم فناوری سلول‌های بنیادی جمهوری اسلامی، اساتید، سخنرانان، محققین، دندانپزشکان، پزشکان و دانشجویان سراسر ایران آغاز شد.



دکتر نغمه بهرامی دبیر علمی، دکتر سید علیرضا پرهیز و دکتر امیرجلال عباسی دبیر اجرایی، دکتر ارغوان تنکابنی مشاور کمیته برگزار کننده نخستین سمینار علمی سلول‌های بنیادی و دندانپزشکی بازساختی در بیماری‌های دهان فک و صورت بودند.

دکتر متوسلیان مجری سمینار و عضو هیات علمی رشته اندودانتیکس دانشکده دندانپزشکی، پس از خیرمقدم گویی از دکتر حمیدیه درخواست ارائه سخنرانی کرد و پس از آن دکتر بیات مطالب مربوط به سمینار را با پخش اسلاید ارائه داد.

در این سمینار پروفسور هیل **Prof Robert Hill affiliation: Chair of Dental Physical Sciences** با عنوان **Bone Grafting in Dentistry** سخنرانی کرد و سایر سخنرانان مطابق با برنامه سمینار علمی و پانل‌ها مطالب و تحقیقات خود را با نمایش اسلاید ارائه و سئوال‌ات مطرح شده را پاسخ دادند.

دکتر بیات همچنین در پایان ارائه مطالب علمی به هر سخنران گواهی نامه و تندیس سمینار را اهدا کرد.



استقبال و حضور پرشور شرکت کنندگان و پوشش وسیع خبری نشانه‌ای از جذابیت و اهمیت علم مهندسی بافت و سلول درمانی است که مسیرهای



اثر لغو تحریم‌های ایران بر حوزه دندان پزشکی

دکتر علی مرسلی

برجام به قول آقای رئیس جمهور به فرجام رسید و تحریم‌ها بالاخره برداشته شدند. مردم ایران از این پس منتظرند که اتفاق‌های خوبی در معیشت و اقتصاد روزمره خود احساس کنند. دندانپزشکان هم قشری از مردم هستند و صنف دندانپزشکی اتفاقاً بیشترین تماس و تعامل مستقیم را با مردم دارد و از اثرات برجام و رفع تحریم‌ها در نتیجه مستثنی نخواهد بود.

بالطبع مهم‌ترین اثر رفع تحریم‌ها، رونق اقتصادی و بهبود وضع معیشت مردم خواهد بود که صرف همین بهبود، سلامت دهان و دندان را می‌تواند دوباره به اولویت هزینه‌های سبد خانوارهای ایرانی برگرداند. (به گفته دکتر آقاجانی معاونت درمان وزارت بهداشت- در مصاحبه با ایسنا چهل درصد از ایرانی‌ها از خدمات دندانپزشکی مناسب محروم هستند و درصد زیادی از این محرومیت نه به دلیل فقدان دسترسی به دندانپزشک بلکه به دلیل هزینه‌های بالای دندانپزشکی است که مردم از پرداخت این هزینه‌ها ناتوان هستند). البته بهبود وضع معیشت مردم قرار نیست که به یکباره از فردای لغو تحریم‌ها اتفاق بیفتد. این روند نیازمند رونق تولید و رشد اقتصادی کشور و کاهش بیکاری است.

دکتر شاهین شایان‌آرانی، کارشناس ارشد بازار سرمایه در مصاحبه با دنیای اقتصاد اظهار کردند که «با توجه به اینکه در مدت اخیر شاهد رشد اقتصادی در کشور نبودیم، پس بازار سرمایه تأثیر زیادی از مذاکرات و برجام می‌پذیرد که پشت آن انتظارات مثبتی قرار دارد که سرمایه‌گذاران را جذب بازار می‌کند. این اتفاق موضوع غیر عادی و عجیبی نیست.»



دندانپزشکان در سال‌های اخیر شاید یکی از صنوفی بودند که از نزدیک اثر تحریم‌ها را بر روی کسب و کار خود حس می‌کردند. اثر تحریم‌ها از دو مسیر کلی بر روی دندانپزشکان اعمال می‌شد.

اولین مسیر، رکود کلی کسب و کار و رشد پایین اقتصادی کشور بود که باعث می‌شد توان مردم برای پرداخت هزینه خدمات دندانپزشکی کاهش یابد و به عبارتی موجب شده بود که هزینه سلامت دهان و دندان‌ها از اولویت‌های سبد اقتصادی خانواده‌های ایرانی خارج شود.

دومین مسیر فشار تحریم‌ها روی دندانپزشکان، افزایش هزینه‌های دندانپزشکی اعم از تجهیزات، مواد و خدمات سرویس و نگهداری تجهیزات بود. برای مثال در همان اوایل شروع تحریم‌ها بسیاری از شرکت‌های بزرگ تأمین تجهیزات دندانپزشکی پیشرفته دندانپزشکان از ایران رفتند و با رفتن آن‌ها علاوه بر اینکه خرید این تکنولوژی‌ها برای دندانپزشکان ما دشوار شد، سرویس، تعمیر و نگهداری تکنولوژی‌های قبلی خریداری شده هم با مشکلات زیاد و هزینه‌های سرسام‌آور مواجه شد.

از طرف دیگر تحریم‌ها باعث شد که بازار مواد و تجهیزات دندانپزشکی ایران بر روی بسیاری از کالاهای بی‌کیفیت دیگر که در عرصه رقابت حرفی برای گفتن نداشتند باز شود و در مورد کالاهای باکیفیت هم سودجویان و دلالان با اعتماد به نفس بیشتر، هزینه‌های بالایی را به دندانپزشکان تحمیل کنند.

سؤالی که اکنون مطرح می‌شود این است که آیا برجام و رفع تحریم‌ها گشایش اقتصادی برای دندانپزشکان در بر خواهد داشت و وضع اقتصادی آن‌ها را که در سال‌های اخیر با فشار اقتصادی زیادی مواجه بودند بهتر خواهد کرد یا اینکه تغییری در شرایط حاضر به وجود نخواهد آمد؟

ارائه خدمات دندانپزشکی نماید.

به این ترتیب حتی ایران می‌تواند یکی از مقاصد دنتال توریسم (گردشگرانی که صرفاً برای درمان دندان‌های خود به ایران می‌آیند) در منطقه و حتی جهان باشد. کشورهایی مانند مکزیک و ترکیه در این زمان از ایران جلوتر هستند ولی کشور ما این پتانسیل را دارد که حتی جلوتر از این کشورها مقصد گردشگری پزشکی و دندانپزشکی در دنیا باشد.

امکان مشارکت دانشگاه‌های خارجی در پیشبرد اهداف آموزشی و امکان تبادل استاد و دانشجو از دیگر مزایای رفع تحریم‌ها و اجرای برجام در دندانپزشکی کشور می‌باشد که باعث ارتقای بیشتر سطح کیفیت ارائه خدمات دندانپزشکی شود.

سال آینده کنگره منطقه‌ای FDI همزمان با پنجاه و ششمین کنگره انجمن دندانپزشکی ایران با برند اکسیدا برگزار خواهد شد. برای اولین بار بعد از پیروزی انقلاب اسلامی است که کنگره بین‌المللی دندانپزشکی با معیارهای واقعی بین‌المللی در کشور برگزار می‌شود.

همین کنگره (اکسیدا ۵۶) فرصت مناسبی است که بتوان به معرفی پتانسیل‌های بالای صنف دندانپزشکی و اقتصاد دندانپزشکی ایران در دوره پساتحریم به منطقه و دنیا استفاده کرد.

صنف دندانپزشکی از طرف دیگر با بحران‌های دیگری مانند افزایش چشمگیر تعداد دندانپزشکان و دانشکده‌های دندانپزشکی، هجمه به صنف علوم پزشکی و کاهش احتمالی اعتماد عمومی به اعضای این صنف روبرو است که شاید اثرات آن‌ها بر روی اقتصاد دندانپزشکی در آینده نزدیک حتی بیشتر از لغو تحریم‌ها و افزایش احتمالی رشد اقتصادی کشور باشد.

شاید ما دندانپزشکان اثرات رفع تحریم‌ها و اجرای برجام را به این زودی در اقتصاد مطب و زندگی روزمره خود احساس نکنیم. ولی رفع تحریم‌ها در میان این همه تهدیدی که صنف دندانپزشکی را تهدید می‌کند، نویدبخش این مسئله خواهد بود که انشا... وضع برای صنف ما بدتر از این نخواهد شد!

**اجرای برجام،
مه غلیظ جاده
را که حرکت
ماشین اقتصاد
را با مخاطرات
غیرقابل پیش‌بینی
مواجه کرده بود،
برطرف می‌کند،
اما به راه انداختن
ماشین اقتصاد،
نیازمند همان عزم و
اراده‌ای است که در
حل و فصل مسأله
هسته‌ای به کار
گرفته شد.**

روزنامه دنیای اقتصاد هم در مقاله‌ای، به این ایده که رفع تحریم‌ها در اقتصاد ما معجزه خواهد کرد به دید بدبینانه نگاه می‌کند و می‌گوید: «برجام اگرچه شرط لازم برای خروج از گرداب چالش‌های درهم‌تنیده اقتصادی است، اما شرط کافی نیست.

اجرای برجام، مه غلیظ جاده را که حرکت ماشین اقتصاد را با مخاطرات غیرقابل پیش‌بینی مواجه کرده بود، برطرف می‌کند، اما به راه انداختن ماشین اقتصاد، نیازمند همان عزم و اراده‌ای است که در حل و فصل مسأله هسته‌ای به کار گرفته شد.»

مسیر دوم اثر برجام بر روی اقتصاد دندانپزشکان، اثر رفع تحریم‌ها روی بازار کالای دندانپزشکی است. بالطبع با رفع تحریم‌ها پای بسیاری از برندهای معروف در بازار دندانپزشکی دنیا می‌تواند به ایران باز شود. با رقابتی شدن بازار، عرصه بر روی دلان و سودجویانی که اجناس بی‌کیفیت را با قیمت‌های بالا عرضه می‌کردند و دندانپزشکان به دلیل نبود آلت‌رناتیو و جایگزین مجبور به خرید از آن‌ها بودند تنگ می‌شود. از طرف دیگر ورود تکنولوژی‌های جدیدتر و به روزتر، با ورود دانش جدید هم همراه است.

در دندانپزشکی به دلیل اینکه علم و تکنولوژی رابطه بسیار تنگاتنگی با هم دارند این اثر بسیار قابل مشاهده خواهد بود.

ارتقای علمی دندانپزشکی کشور با توجه به پتانسیل بسیار بالای دندانپزشکان ایرانی و دانشکده‌های کشور می‌تواند ایران را در زمره کشورهای برتر دنیا در



ایدز در دهان چه نشانه‌هایی دارد؟



هشداردهنده ایدز، عوارض دهانی ناشی از این بیماری است که به گفته متخصصان بیماری‌های دهان و فک معمولاً به صورت ضایعات تاولی لته، زخم‌های دهانی و آفت‌های عودکننده و مقاوم به درمان بروز می‌کند.

دکتر فریبرز بیات، عضو هیأت علمی پژوهشکده علوم دندانپزشکی شهید بهشتی و متخصص سلامت دهان می‌گوید: «معمولاً اغلب بیماری‌هایی که در دیگر قسمت‌های بدن، بخصوص خون ایجاد می‌شود، به تغییراتی در دهان از جمله زبان و کام منجر می‌شود. بر این اساس، اولین علائم بیماری ایدز نیز در بسیاری از موارد در دهان پدیدار می‌شود. به این ترتیب، دندانپزشکان نقش مهمی را در تشخیص زودهنگام این بیماری ایفا می‌کنند.»

معمولاً در افرادی که مبتلا به بیماری‌های سیستم ایمنی یا ضعف سیستم ایمنی از طریق آلودگی با ویروس ایدز، ابتلا به دیابت و مصرف سیگار هستند، عوارض و ضایعات لته و دهان بیشتر بروز می‌کند.

به گفته متخصصان بیماری‌های دهان، یکی از نشانه‌هایی که از نظر ابتلای به بیماری ایدز باید جدی گرفته شود، بروز آفت‌های دهانی است که هر ماه، شش یا هفت بار تکرار شود و با هیچ روشی نیز قابل کنترل نباشد. توجه داشته باشید که ضایعات دهانی شامل ضایعات ویروسی، لته و ضایعات ناشی از نقص در سیستم ایمنی می‌شود. یعنی در صورت مشاهده هر نوع ضایعه عودکننده در داخل دهان اعم از آفت، تبخال یا خونریزی‌های مکرر لته باید

ایدز یکی از ترسناک‌ترین بیماری‌های است که افراد از گرفتار شدنش می‌ترسند. این ترس را می‌توان اشی از ناآگاهی و باورهای اشتباهی مردم در رابطه با سرایت این بیماری خطرناک ویروسی می‌باشد.

ایدز در دهان چه نشانه‌هایی دارد؟

عامل دیگر ترس از بیماری ایدز به دلیل نهفته بودن آن در دوران پنجره‌ای به مدت حدود ده سال است دوره‌ای که طی آن، فرد به ویروس اچ‌آی‌وی آلوده شده، اما خودش از آن خبر ندارد و می‌تواند بیماری‌اش را از طریق روابط جنسی کنترل نشده، وسایل آلوده به خون مشترک مثل سرنگ تزریق در معتادان، تیغ‌های جراحی یا هر وسیله آلوده به خونس به افراد سالم منتقل کند.

با وجود این، توجه به علائم هشداردهنده بیماری ایدز در دوران پنجره‌ای، کمک می‌کند تا بیماری به طور احتمالی شناسایی و با آزمایش‌های تشخیصی تأیید شود و درمان‌های کنترلی زودتر برای بیمار آغاز شود. یکی از نشانه‌های



به دندانپزشک مراجعه و علت را بررسی کرد.

انتقال ایدز از طریق دندانپزشکی

از زمان ورود ویروس به بدن فرد سالم، تا ظهور علائم بیماری دوره‌های زمانی مختلفی وجود دارد که ممکن است تا ده سال هم طول بکشد. در دوره اول که سه تا شش هفته پس از ورود ویروس است، هیچ راه تشخیصی برای این که فرد مبتلا به ویروس است، وجود ندارد.

دکتر بیات با اشاره به این مطالب می‌گوید: «پس از گذشت یک‌ماه از آلودگی، تست‌های آزمایشگاهی قادر به تشخیص وجود ویروس در بدن خواهد بود. از این زمان تا مرحله بروز نشانه‌های بالینی بیماری بتدریج قدرت دفاعی بدن کاهش می‌یابد که همراه با تب، ضعف، سستی و اسهال است. بیماری ایدز در واقع مرحله آخر ابتلا به ویروس نقص ایمنی یا اچ‌آی‌وی است. در این مرحله تعداد گلبول‌های سفید خون که وظیفه دفاع در برابر میکروب‌ها را دارند، بشدت کاهش یافته و منجر به ابتلا به انواع عفونت‌ها می‌شود. در واقع، علت مرگ ناشی از آلودگی با اچ‌آی‌وی نیز معمولاً عفونت‌های ریوی است.»

این دندانپزشک می‌افزاید: «از جنبه انتقال بیماری ایدز از دندانپزشکی به بیمار نیز تاکنون گزارشی دیده نشده؛ زیرا مهم‌ترین راه انتقال، خون است و این که خون آلوده به ویروس، هنگام اعمال دندانپزشکی به بیمار انتقال پیدا کند، بسیار غیرمحمتمل است. بزاق نیز نمی‌تواند عامل انتقال ویروس و بیماری‌زایی آن شود. بر اساس تحقیقات به عمل آمده خطر انتقال از بیمار به دندانپزشک نیز حدود ۳/۰ درصد است.»

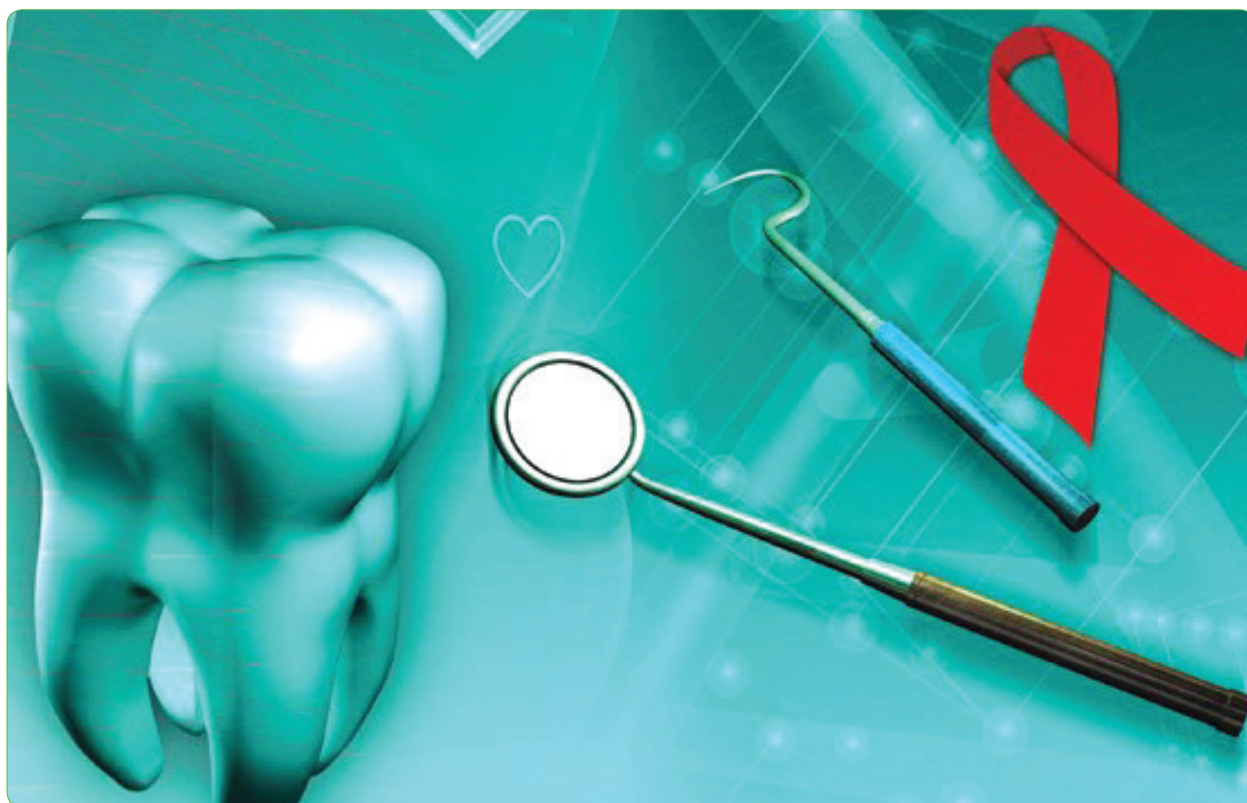
وی تأکید می‌کند: «ویروس اچ‌آی‌وی با اینکه بسیار خطرناک است، اما رعایت اصول کنترل عفونت و استفاده از وسایل استریل شده یا یکبار مصرف در مطب‌ها و کلینیک‌های دندانپزشکی به طور قطعی، مانع انتقال ویروس از طریق وسایل دندانپزشکی می‌شود.»

اچ‌آی‌وی و بروز عفونت‌های قارچی در دهان

به گفته دکتر بیات، ایجاد عفونت‌های قارچی مثل برفک روی زبان یا حلق، تغییرات خاص در سطح یا زیر زبان، تبخال‌های مکرر، التهاب و چرکی شدن تمامی لثه، خشکی دهان و تورم غدد بزاقی از علائم دهانی ابتلا به بیماری ایدز محسوب می‌شود.

وی تأکید می‌کند: «توجه داشته باشید که حضور هر یک از این علائم به تنهایی، دلیل ابتلا به بیماری نیست. بلکه این نشانه‌ها در دیگر بیماری‌ها نیز دیده می‌شود و مجموع این علائم و تست‌های آزمایشگاهی است که ابتلای قطعی را مشخص می‌کند. بنابراین مراجعه منظم به پزشک یا دندانپزشک یکی از راه‌های اصلی برای تشخیص آلودگی به اچ‌آی‌وی است.»

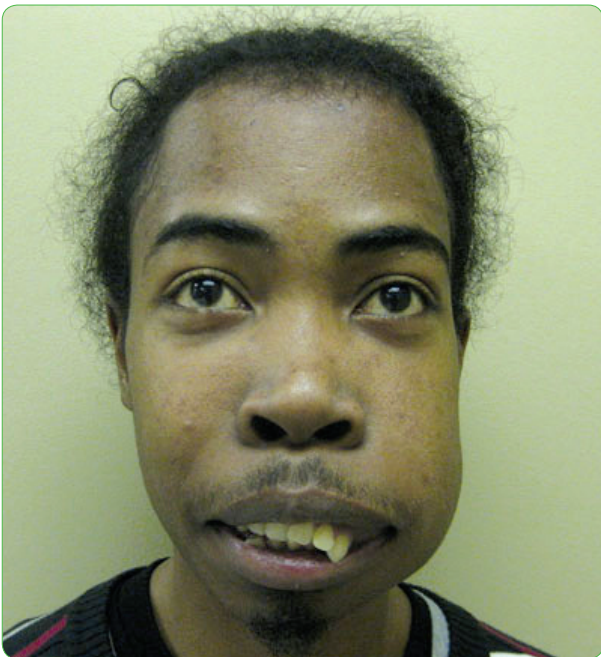
این متخصص سلامت دهان می‌افزاید: «ضایعات دهانی به دنبال ابتلا به ایدز ممکن است با ترشحاتی نیز همراه باشد. ویروس در بزاق نیز وجود دارد، اما بزاق نمی‌تواند باعث انتقال بیماری باشد مگر این که آلوده به خون شود. خوشبختانه ضایعات دهانی معمولاً قابل درمان است و فقط در مواردی که این ضایعات به درمان مقاومت نشان دهد یا دوباره ایجاد شود باید به ابتلا به بیماری ایدز شک کرد.»



بتا تالاسمی:

ملاحظات پزشکی و جراحی در درمان دفورمیتی های صورتی

دکتر میترا میرمحمدی (متخصص جراحی دهان و فک و صورت، PhD در علوم پزشکی)



در کلینیک و مطب بیمارانی تالاسمیک به ما مراجعه می کنند که نیاز به خدمات دندان پزشکی به ویژه جراحی های ناحیه فک و صورت دارند. در برخی از این بیماران، ویژگی هایی وجود دارد که ما را نیازمند به آگاهی از وضعیت سیستمیک و ناحیه مبتلا شده می کند.

در برخورد با بیماران، برای تشخیص بتا تالاسمی ماژور لازم است به دفورمیتی های صورتی مشخصه این بیماری توجه شود. (تصویر ۱) برای اقدام به درمان های دندان پزشکی به ویژه جراحی های دهان به دلیل احتمال وقوع اختلال در روند ترمیم بافت ها، نیاز به انجام مشاوره با پزشک معالج بیمار و در نظر گرفتن ملاحظات خاص است. اما در مواردی که علائم ظاهری در بیمار مشهود نیست و او اعلام می دارد که تالاسمیک است، انجام آزمایشات لابراتواری برای تعیین سطح پایه و نوع هموگلوبین و تعیین وضعیت انعقاد خون وی الزامی است تا بتوان از مشکلات احتمالی در آینده پیش گیری کرد.

در جستجوی گزارش و مطالب مربوط به این موضوع، به مطلبی در نشریه جراحی دهان و فک و صورت - سال ۲۰۱۲ - برخورد کردم که تصاویر بسیار خوبی از نمای این بیماری به نمایش گذاشته بود. در این نوشتار با مطالبی چند از این بیماری و ارائه این تصاویر گویا، سعی دارم به طور خلاصه در خصوص دفورمیتی های صورتی ناشی از این بیماری و ملاحظات درمانی مربوط به آن در جراحی فک و صورت توضیحاتی ارائه کنم که بتواند در کار بالینی و برخورد با این بیماران کمک کننده باشد.

تالاسمی در ایران حضور تأسف باری دارد و طبق آمار، حدود سی هزار نفر به این بیماری مبتلا هستند. این بیماری در چند ماه نخستین زندگی پنهان می ماند و خانواده بعد از مدت زمانی که با کودکانی زرد، ضعیف و ناآرام مواجه شدند و به پزشک مراجعه کردند، پی به وجود این بیماری می برند.

در بزرگسالان طبیعی، هموگلوبین A، یک تترامر متشکل از ۲ گلوبین آلفا (α) و ۲ بتا (β) است. ولی در بیماران تالاسمی روند دیگری طی می شود. در ۶ ماهگی، کاهشی در هموگلوبین جنینی (HGF) اتفاق می افتد و با HgA جایگزین می شود. بنابراین تظاهرات کلینیکی تا آن موقع که نیاز به زنجیره بتا برای ساخت HgA است مشهود نیست.

تالاسمی آلفا در افرادی که در هموگلوبین آنان به میزان کافی پروتئین آلفا

وجود ندارد ایجاد می شود. این نوع تالاسمی به طور شایع در آفریقا، خاورمیانه، هند، آسیای جنوبی، جنوب چین و نواحی مدیترانه یافت می شود. در تشخیص فرم خفیف این نوع تالاسمی، گاهی آن را با کم خونی فقر آهن اشتباه می کنند و برای بیماران آهن تجویز می کنند که هیچ تأثیری بر درمان این نوع تالاسمی ندارد.

بتا تالاسمی در مردم نواحی مدیترانه نظیر یونان، ایتالیا، ایران، شبه جزیره عربستان، آفریقا، جنوب آسیا و جنوب چین شایع است.

بتا تالاسمی یک ناهنجاری به ارث رسیده است که با کاهش مقدار زنجیره بتاگلوبین مشخص می شود. بیش از ۱۰۰ موتاسیون ژنتیکی، ژن بتاگلوبین در کروموزوم ۱۱ را تحت تأثیر قرار می دهد.

به طور کلی، ویژگی وضعیت هتروزیگوتی با عنوان بتا تالاسمی مینور، با آنمی بی سروصدا و ملایم هیپوکرومیک و میکروسیتیک تظاهر می کند. شرایط هموزیگوتی با عنوان تالاسمی ماژور معرفی می شود که در آن بیمار برای زنده ماندن نیاز به انتقال خون منظم و درمان chelation آهن دارد. تقریباً



داخل مغز استخوان و تضعیف ساختارهای کورتیکال استخوان می‌گردد.

در نتیجه، ظاهر صورت تغییر می‌کند و اغلب با برجستگی استخوان‌های گونه، افتادگی بینی، جلوآمدگی و فلیر شدن دندان‌های قدامی فک بالا نمایش داده می‌شود.

۱۰٪ از موارد تالاسمی ماژور هموزیگوتی، خصوصیات کلینیکی بینابینی به لحاظ شدت بیماری از خود نشان می‌دهند که به بتاتالاسمی اینترمیدیا معروف هستند.

تفاوت کم بین علائم تالاسمی بینابینی و فرم شدیدتر (تالاسمی ماژور) یا تالاسمی بزرگ می‌تواند گیج‌کننده باشد.

در نوعی از تالاسمی ماژور یا کم خونی Cooley، کمبود شدید پروتئین بتا در هموگلوبین منجر به یک کم خونی تهدیدکننده حیات می‌شود و فرد به انتقال خون منظم و مراقبت‌های طبی فراوان نیازمند می‌گردد.

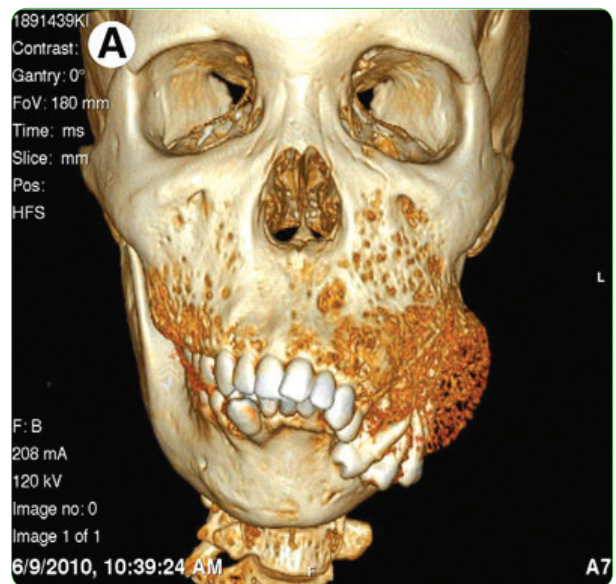
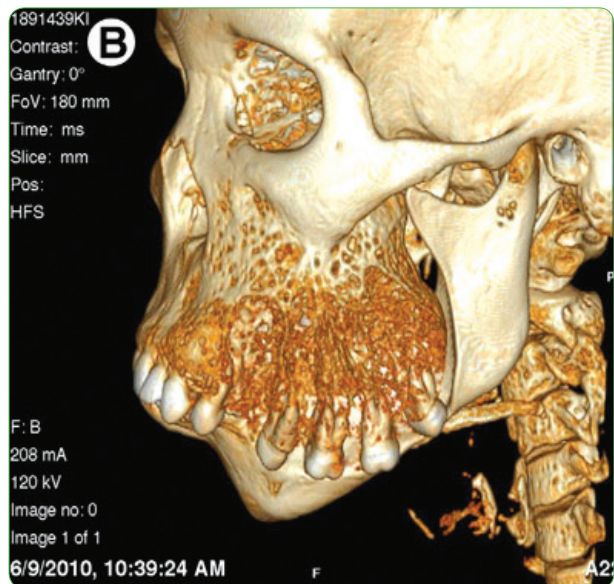
همچنین در بتاتالاسمی داسی شکل به علت وجود همزمان تالاسمی بتا و هموگلوبین S (هموگلوبین غیرطبیعی که در بیماران کم خونی داسی شکل دیده می‌شود) بیماری پیچیده‌تر می‌شود.

فقدان یا کمبود زنجیره‌های بتا به سمت ایجاد زنجیره‌های آلفا غیرجفت و غیرجور سوق می‌کند. آلفاگلوبین‌ها به خودی خود نایب هستند و رسوب کردن در ماده متشکله اریتروئید در مغز استخوان باعث آسیب‌هایی به غشاء و موجب مرگ سلولی می‌شود. در نتیجه هیپرتروفی در قسمت عمده و جوهره اریتروئید در نواحی مغز استخوان و وراء مغز استخوان اتفاق می‌افتد که باعث دفورمیتی در جمجمه و صورت می‌شود.

درجه اریتروپوئز (erythropoiesis) به عنوان تعیین‌کننده اولیه پیشرفت آنمی و همولیز سلول‌های گلبول قرمز کامل محیطی و کاهش سنتر هموگلوبین به عنوان تعیین‌کننده ثانویه مطرح می‌باشند.

آنمی مزمن منجر به جذب آهن بیش‌تر از طریق گوارشی می‌شود که باعث افزایش میزان آهن در خون می‌شود که می‌تواند عوارض سیستمیکی را چون مشکلات قلبی و بسیاری از نارسائی‌های اندوکرینی گوناگون به‌وجود آورد.

دفورمیتی‌های اسکلتال که به طور اخص در جمجمه و ماگزایلا اتفاق می‌افتد، منتج از هیپرپلازی اریتروئید مغز استخوان است که باعث گسترش حفره‌های



تالاسمی اینترمدیا مشکل آفرین بوده است. خصوصاً در بیمارانی که اسپلنکتومی کرده اند همه این موارد با ترانسفوزیون خون قابل کنترل است.

جهت جراحی این بیماران علاوه بر تعیین وضعیت هموگلوبین، نیاز به آزمایشات لابراتواری دیگری شامل، شمارش کامل گلبولی، بیوشیمی سرمی، تست‌های عمل کرد کبدی، تست‌های انعقادی، آهن، آنالیز ادراری و آزمایشات مربوط به هپاتیت نیز جهت ارزیابی چند جانبه سیستمیک مورد نیاز است.

تشخیص تالاسمی از روی شکل ظاهری گلبول‌های قرمز و اندازه گیری میزان و نوع هموگلوبین انجام می‌شود. در افراد ناقل سالم (مینور) گلبول‌های قرمز کوچک‌تر از حد معمول است. بنابراین MCV پایین‌تر از حد طبیعی و $MCH > 27$ است. همچنین میزان HbA2 در این افراد بیش از 5/3% خواهد بود. در تالاسمی ماژور علاوه بر تغییر شکل گلبول‌های قرمز و کم خونی شدید (Hb پایین) میزان هموگلوبین A به شدت کاهش و در عوض میزان هموگلوبین F افزایش می‌یابد.

اختلالات قلبی - عروقی از علل مرگ در این بیماران است و قبل از جراحی باید بررسی گردد. در این رابطه انجام رادیوگرافی قفسه سینه و الکتروکاردیوگرافی الزامی است. در حال حاضر از اکوکاردیوگرافی داپلر به طور وسیعی به منظور ارزیابی عمل کرد قلبی و افزایش فشار ریوی که به طور شایعی در بیماران تالاسمیک وجود دارد، استفاده می‌شود.

گزارشات قبلی در رابطه با جراحی دفورمیتی‌های فک و صورت این بیماران به جابه‌جایی و شکل دهی ماگزایلا محدود بود. در رابطه با بیماران با دفورمیتی‌های وسیع که حتی فاقد کورتکس استخوانی هستند نمی‌توان فیکساسیون قطعات استخوانی را انجام داد و تمام تلاش را باید برای استقرار ارتفاع و عرض استخوانی مناسب و شکل‌دهی منطقی به فک جهت گذاشتن پروتزهای متحرک پارسیل و کامل برای بیمار معطوف ساخت.



فک پایین کمتر از فک بالا بزرگ می‌شود که منجر به ترئوگناتیک شدن آن می‌شود. جا به جایی‌های دندانی در اثر انبساط بافت مدولاری استخوان باعث مال اکلوژن می‌شود که باعث مشکلات فراوان در جویدن و بلع و گفتار بیمار می‌گردد. انبساط مغز استخوان در جمجمه در رادیوگرافی به شکل افزایش ضخامت در diploe و تراکول‌های طویل شده که نمایی شبیه hair on end را ایجاد می‌کند مشهود است. ماگزایلا نمایی شبیه به Ground glass را ایجاد می‌کند.

سینوس‌ها اغلب کوچک و محو می‌شوند و به سمت ایجاد سینوزیت ماگزایلا سوق داده می‌شوند. نازک شدن لامینادورا و رادیولوسنسی‌های مدور در ناحیه آلوئولر ماندیبل نیز در رادیوگرافی‌ها یافت می‌شود.

تعیین کننده‌های اصلی برای درجه شدت دفورمیتی‌های صورتی، پرولیفراسیون مغز استخوان مرتبط با آنمی‌های مزمن است. آنمی مزمن یا هموگلوبین پایه پایین‌تر از 10 g/dl به سمت تحریک بیش‌تر مغز استخوان و افزایش حجم آن می‌رود که باعث دفورمیتی بیش‌تر جمجمه می‌شود. تجویز انتقال خون جهت حفظ هموگلوبین به بالاتر از 10 g/dl از پیشرفت بیش‌تر تغییرات اسکلتال جلوگیری می‌کند.

جهت تصحیح دفورمیتی صورت، گزارشات اولیه حاکی از استفاده از روش استئوتومی سگمنتال جهت تصحیح افزایش ارتفاع قسمت قدامی فک بالا به وضعیت فانکشنال و استتیک بهتر بود اما به دلیل نداشتن کورتکس در نواحی درگیر، طرح درمان پروتز فیکس مبتنی بر ایمپلنت را نیز نمی‌توان در دستور کار قرار داد.

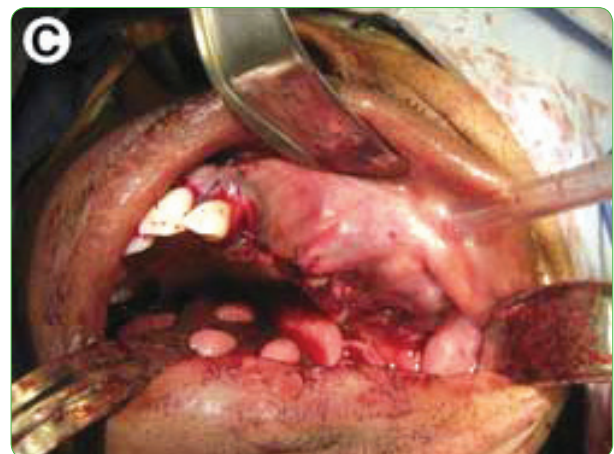
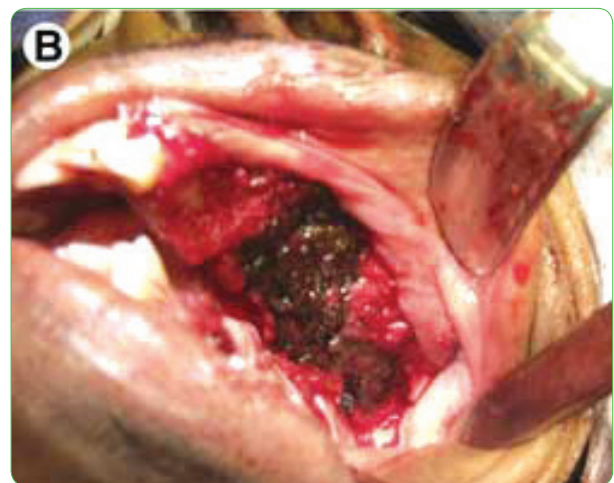
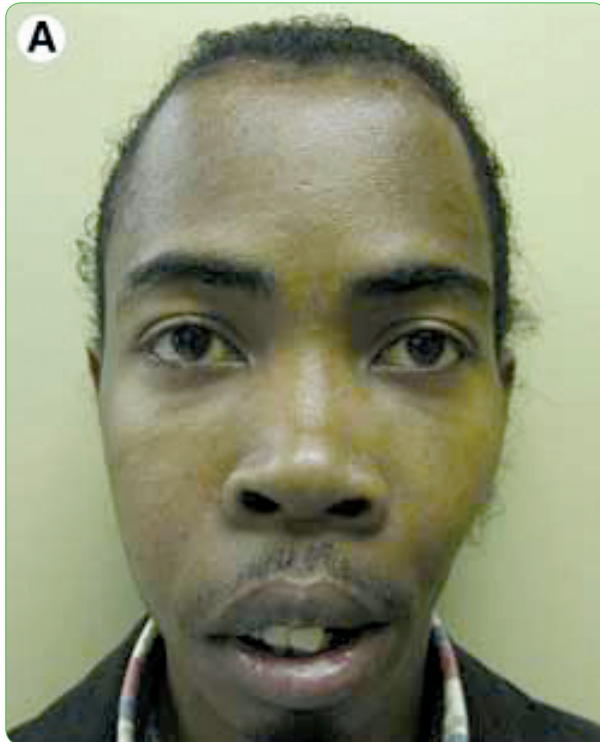
در برخی از این بیماران، به علت بزرگ شدن و یا فقط پرکاری طحال نیاز به تزریق خون بالا می‌رود و یا هموگلوبین پس از تزریق خون، در فاصله زمانی کمتری، سریعاً پایین می‌افتد که در آن صورت جراحی برداشتن طحال در دستور کار قرار می‌گیرد.

این مهم است که نه تنها سطح هموگلوبین پایه تعیین شود، بلکه درصد نوع هموگلوبین نیز ارزیابی گردد. از HgA، HgF، HgA2 طبیعی متفاوت است. به دلیل این که آن‌ها وابستگی زیادی به اکسیژن دارند و به راحتی اکسیژن را از پایه آهن آزاد نمی‌کنند که می‌تواند در روند ترمیم بافتی پس از جراحی برای بیمار بسیار مخاطره آور باشد. به این دلیل، ترانسفوزیون قبل از جراحی جهت بالا نگه داشتن سطح HgA برای این بیماران بسیار مهم است. وضعیت انعقاد خون بیمار نیز بسیار اهمیت دارد و موارد بسیاری، ترمبوآمبولی به خصوص در



امروزه بسیاری از بیماران تالاسمی ماژور در هر ۲ تا ۳ هفته به دریافت خون نیاز پیدا می‌کنند.

تنها راه درمان قطعی بیماران در حال حاضر، پیوند مغز استخوان است که در شرایط خاصی قابل انجام است.



استفاده از رادیوتراپی با دوز پایین (۱۰۰۰ تا ۳۰۰۰ CGY) که باعث کاهش فعالیت مغز استخوان و در نتیجه مانع بازگشت انبساط مدولاری در بیمار می‌شود و همچنین استفاده از میلو ساپرسیوها مانند hydroxyurea به طور موفقیت در درمان افزایش حجم مدولاری پاراورتبرال مورد استفاده قرار گرفته اند. به این ترتیب در درمان این بیماران، علاوه بر بهبود سازی شرایط خونی بیماران، درمان جراحی و مراقبت‌های درست پس از جراحی اهمیت بسیار زیادی دارد.

دفروکسامین با نام تجاری دسفرال به دلیل نیمه عمر کوتاه و دفع سریع دارو از ادرار بیماران باید به وسیله پمپ‌های مخصوصی در مدت هشت ساعت مصرف شود که این روش برای بیمار بسیار رنج آور است.

نشانه سکتة قلبی و دندان درد

دکتر مهناز صاحب‌جمعی (دندان‌پزشک)



در برخی موارد بیمار احساس می‌کند معده‌اش درد می‌کند که این مورد نه تنها بیمار که می‌تواند پزشک را نیز فریب دهد و متأسفانه در این حالت بیمار دوست دارد باد گلو کند تا سبک شود و در بعضی موارد باد گلو از فشار و درد می‌کاهد در نتیجه پزشک نیز در برخی موارد اشتباه می‌کند و به این فکر نمی‌افتد که شاید مشکل از قلب باشد چراکه دردهای قلبی خود را به شکل درد معده هم نشان می‌دهد.

هنگام تدریس در دانشگاه علوم پزشکی تهران به دانشجویان تذکر می‌دهم که هر دردی از ناف به بالا و از فک تحتانی به پایین چه در جلو و چه در پشت در مرد بالای ۳۵ سال هنگام دویدن، بالارفتن از پله، غذای سنگین خوردن و عصبانیت ایجاد شود باید به بیماری قلبی شک کرد.

علت بروز نشانه‌های متنوع در هنگام بروز درد در قلب

دلیل بروز این نشانه‌ها و علائم گسترده بیماری‌های قلبی در تمام اندام‌های فرد این است که در دوران جنینی یک سلول تقسیم شده و به معده، فک

به طور معمول درد قلبی دردی است که موقع عصبانیت و ناراحتی احساس فشار بر روی قفسه سینه می‌کند یا دست چپ یا راست درد می‌گیرد، احساس بغض در گلو دارد، و گاهی دندان‌های فک تحتانی درد می‌گیرد.

نشانه سکتة قلبی و دندان درد

برخی دردهای مربوط به عوارض قلبی بر خلاف تصور در نزدیکی قلب و قفسه سینه حس نمی‌شود که به آن دردهای مهاجر گفته می‌شود.

برای مثال کسی ممکن است هنگام عصبانیت، ناراحتی و از پله بالا رفتن یا برف پارو کردن یا تعویض چرخ ماشین باعث درد وحشتناک فشارنده در دست چپ یا راست شود به گونه‌ای که بیمار اظهار می‌کند گویا یک خودروی سنگین از روی دستم عبور کرده است.

۲. میگرن:

زنانی که حداقل ماهی یک بار دچار حمله میگرن و مشکلات بینایی از جمله دیدن خط های شکسته می شوند، دو برابر بیشتر در معرض خطر بروز بیماری قلبی قرار دارند.

۳. برآمدگی روی دست:

برآمدگی های زرد رنگ روی دست یا قوزک پا ممکن است جزو علائم بیماری ارثی به نام «فامیلیال هیپرکلسترولمیا» باشد. این بیماری فرد را از سن پایین در معرض خطر ابتلا به بیماری قلبی قرار می دهد. در این بیماری بدن قادر نیست کلسترول مضر را از خون دفع کند. در بعضی از افراد در بالای پاشنه و یا پشت دست پایین تر از بند انگشت، برآمدگی هایی ایجاد می شود. اگر این برآمدگی ها در دست یا پای شما ایجاد شده است و سابقه خانوادگی ناراحتی قلبی دارید، بهتر است به پزشک مراجعه کنید. رسوب های زرد رنگ و موم مانند در اطراف چشم یا رسوب کرم رنگ آشکار در قسمت سفیده چشم ممکن است نشانه کلسترول بالا در فرد باشد.

۴. آنفلوآنزا:

مواردی از بیماری آنفلوآنزا که با گذشت ۵ یا ۶ روز هم بهبود پیدا نمی کند ممکن است جزو علائم سکته قلبی باشد زیرا قلب قادر نیست عمل پمپاژ را درست انجام دهد. آنفلوآنزا را می توان به «مایوکاردیتیس» نوعی عفونت ویروسی که به التهاب منجر می شود و به قلب آسیب وارد می کند، ارتباط داد. این حالت همزمان یا پس از عفونت گلو یا سینه آشکار می شود و مردم به اشتباه آن را آنفلوآنزای طولانی مدت می دانند، در اغلب موارد، این ناراحتی در عرض یک هفته برطرف می شود اما گاهی روند بهبود التهاب قلب طولانی تر می شود و همراه با علائم درد در ناحیه قفسه سینه، تب، ضربان نامنظم قلب و... دیده می شود.

۵. سرگیجه:

این احساس که ممکن است به علت بیماری آریتمی نهفته قلبی ایجاد شود، همراه با علائم بی نظمی ضربان قلب و اختلال فعالیت الکتریکی قلب است. با افت فشار خون و نرسیدن خون کافی به مغز، فرد دچار سرگیجه می شود. معاینه ساده برای تشخیص دادن «آریتمیا» از طریق گرفتن نبض و کنترل آن انجام می شود. علاوه بر آن، احساس سبکی در سر، نداشتن تعادل هنگام بلند شدن یا دراز کشیدن ممکن است نشانه پایین بودن فشار خون باشد.

۶. طاسی:

کم شدن مو به خصوص در قسمت تاج سر ممکن است نشانه ناراحتی قلبی در مردان باشد. نتایج بررسی که در این زمینه انجام شد نشان می دهد، مردانی که دچار طاسی شدید تاج سر می شوند، ۳۶ درصد و مردانی که دچار طاسی متعادل در تاج سر هستند ۳۲ درصد بیشتر در معرض بیماری قلبی قرار دارند.

تحتانی و صورت و دست رگ و عصب می دهد بنابراین هنگامی که سلول قلبی درد می گیرد اعصاب مناطق مذکور نیز تحریک می شود و درد می گیرد که به این ها دردهای مهاجر گفته می شود.

در افراد مختلف دردها فرق می کند و درد قلب در همه به یک شکل خود را نشان نمی دهد یکی فقط با درد دندان فک تحتانی و بغض به دندانپزشک مراجعه می کند و از قضا دندانش در آن بخش نیز پوسیدگی دارد چون کسی نیست که در دهانش دندان پوسیده نداشته باشد حال آنکه مشکل اصلی قلب است.

در مواردی دیگر فردی نیز از درد دست شکایت می کند و عکس گرفته شده از گردن وی نشان می دهد که در گردن تنگی کانال نخاعی دارد و پزشک متخصص آرتروز گردن را تشخیص می دهد در صورتی که مشکل اصلی در تمام این موارد چیزی نیست جز مشکلات قلبی که خود را به صورت دردهای مهاجر نشان داده است که باید به موقع تشخیص داده شود و اقدامات پیشگیری انجام شود.

نحوه تشخیص علائم ناشی از بیماری های قلبی با بیماری های دیگر

هیچکدام از دردهای دندان، معده و آرتروز پس از عصبانیت، ناراحتی، برف بارو کردن یا تعویض چرخ ماشین روی نمی دهد، پس اگر این مشکلات بعد از فعالیت خود را نشان دهد مشکل قلبی است و باید به دنبال درمان آن رفت.

در برخی موارد دردهای ناشی از قلب که خود را به صورت درد معده نشان می دهد با درمان های مربوط به معده آرام می شود که این خود عاملی برای افزایش احتمال اشتباه تشخیص است.

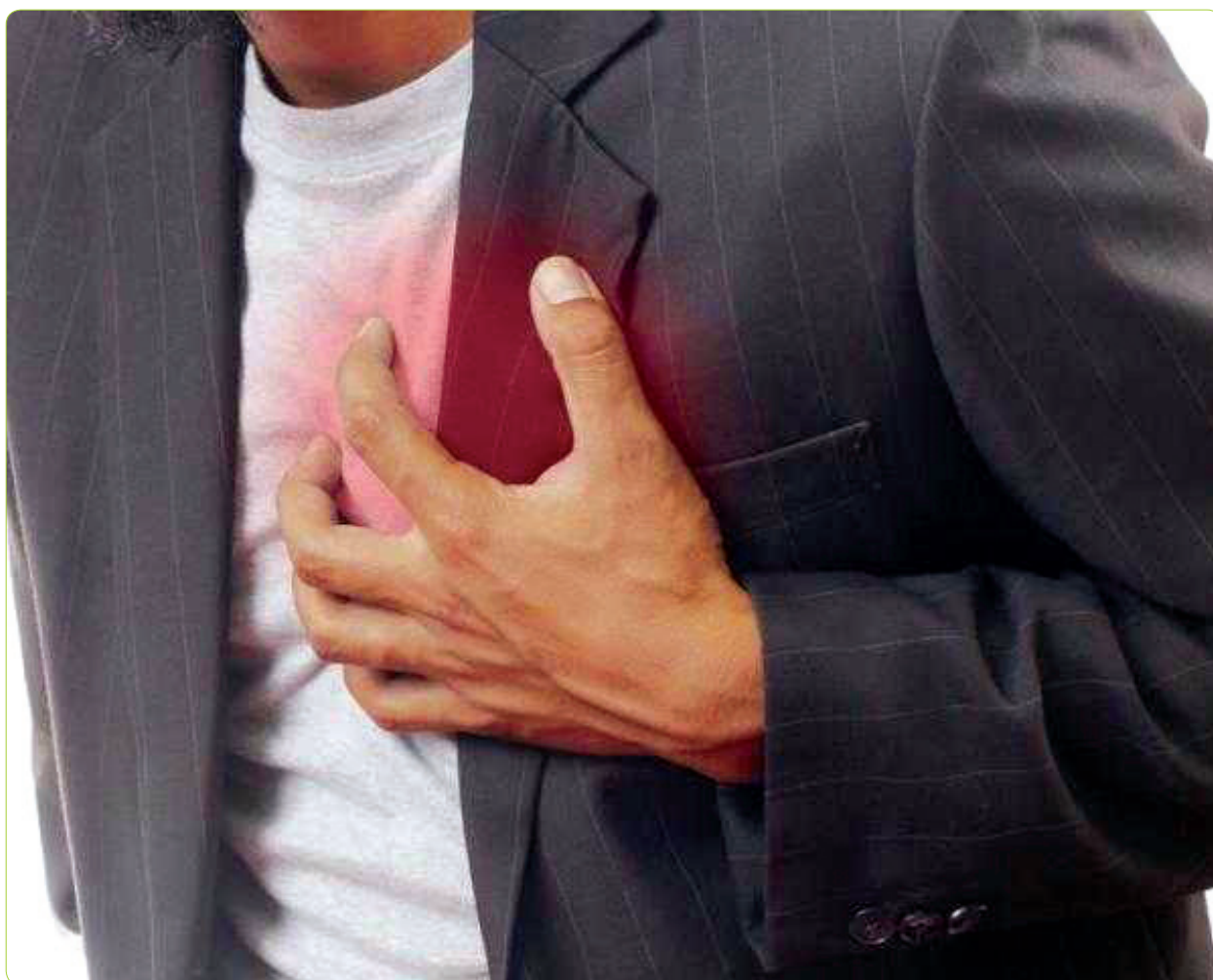
۱۱ نشانه برای بروز بیماری های قلبی

زنانی که حداقل ماهی یک بار دچار حمله میگرن و مشکلات بینایی از جمله دیدن خط های شکسته می شوند، دو برابر بیشتر در معرض خطر بروز بیماری قلبی قرار دارند.

بیماری های قلبی و به عبارتی ناراحتی های قلبی، علائم آشکار و پنهانی دارد که در سایت «نیوزویک» متخصصان به بخشی از آن ها اشاره کرده اند.

۱. دندان درد هنگام راه رفتن:

آنژین در قسمت های مختلف بدن خود را آشکار می کند. یکی از علائم بیماری های قلبی آنژین است. آنژین همراه با درد در قفسه سینه، خون رسانی به قلب را محدود می کند. با این حال علائم آنژین ممکن است در قسمت های دیگر بدن از جمله گردن، فک، دست، بین استخوان های کتف یا دندان آشکار شود. یکی از علائم این بیماری که اغلب نادیده گرفته می شود، دندان درد مکرر است که تنها هنگام انجام کار بدنی سخت مانند بالا رفتن از تپه بروز می کند و با استراحت تسکین می یابد. درد ناحیه فک و دندان هفته ها قبل از بروز حمله قلبی خود را نشان می دهد و حتی ممکن است به صورت گوش درد تظاهر پیدا کند.



۸. تعریق:

علائم بیماری قلبی بین زنان و مردان متفاوت است. به گفته متخصصان، مردان احساس تنگی نفس و درد در پایین دست چپ می کنند در زنان نیز این علائم دیده می شود اما علائم عادی تری مانند ناراحتی در ناحیه فک، شانه، قسمت بالای معده، کمردرد، تعریق، استفراغ و خستگی مفرط شایع تر است.

اگر چه احتمال دارد این علائم به بیماری قلبی ارتباط نداشته باشد اما احتمال آن را نباید نادیده گرفت.

موضوع این است که بیشتر زنان فکر می کنند بیماری قلبی یک بیماری مردانه است.

۹. پادرد:

درد در قسمت پشت ساق پا هنگام راه رفتن در برخی موارد نشانه بیماری عروقی است.

طاسی خفیف نیز تا ۲۳ درصد خطر بیماری قلبی را به همراه دارد. طاسی در قسمت جلوی سر نیز تا ۹ درصد احتمال خطر بیماری قلبی را نشان می دهد. یکی از نظریه ها این است که بالا بودن میزان تستسترون که با طاسی ارتباط دارد، ممکن است باعث بروز ناراحتی قلبی شود. کمبود خون رسانی به پیاز مو باعث مردن پیاز مو می شود.

۷. آبی رنگ شدن ناخن ها:

یکی از آسان ترین روش ها برای کنترل گردش اکسیژن در خون، معاینه ناخن، انگشتان پا و لب هاست. خون اکسیژن دار، قرمز براق است، بنابراین صورتی رنگ بودن لب، ناخن ها و انگشتان پا نشان دهنده گردش خون مناسب در بدن است اما خونی که اکسیژن کافی ندارد آبی رنگ به نظر می آید؛ به همین علت است که سیاهرگ های ما آبی است.

ناخن و انگشتان آبی رنگ بیانگر این است که خون کافی پمپاژ نمی شود و در برخی موارد می توان این علامت را اختطاری برای بروز سکتته دانست.

مشکل اصلی شود اما گاهی با آنکه بیمار دچار زونا است، علایم بیماری نمایان نیست و در این موارد تشخیص، مشکل است.

به همین دلیل متخصصان دندان پزشک در مواردی که علت خاصی برای بروز دندان درد تشخیص نمی‌دهند، سایر موارد را هم در نظر می‌گیرند و با استفاده از رادیوگرافی یا معاینه کامل دندان‌ها می‌توانند مطمئن شوند دردی که بیمار از آن شکایت می‌کند، مثلاً به دلیل مشکلات دندانی مثل پوسیدگی و بیماری پریودنتال است یا نه.

معمولاً دردهای ناشی از زونا با علایم زخم داخل دهانی همراه است و به صورت یک طرفه و مداوم بروز می‌کند و با درمان و بهبود زونا، درد هم برطرف می‌شود.

نورالژی عصب سه قلو

گاهی اختلالات رشته‌های زوج پنجم اعصاب مغزی (عصب سه قلو) می‌تواند به صورت درد در فک یا صورت ظاهر شود. در این موارد بیمار دردهای صورت را به دندان نسبت می‌دهد و بیشتر از درد در ناحیه فک و دندان‌ها شکایت دارد و به همین دلیل به دندان پزشک مراجعه می‌کند.

• تشخیص: با معاینه دقیق و توجه به چند نکته ساده، دندان پزشک می‌تواند درد رشته‌های عصبی را از درد ناشی از پوسیدگی دندان تشخیص دهد. مثلاً درد ناشی از عصب ۳ قلو، آبی است و چند ثانیه طول می‌کشد درحالی که دردهای دندانی طولانی‌تر و گاهی همراه با ضربان و با علایمی درخود دندان است.

دردهای ناشی از رشته‌های عصبی، دردهای بسیار تیز و یک طرفه هستند به نحوی که بیمار اظهار می‌کند گویی خنجر در صورتش فرورفته است و برای تائیه‌هایی ادامه دارد. از دیگر ویژگی‌های دردهای رشته‌های عصبی (نورالژی)، وجود نقطه شروع درد است که با تحریک آن درد آغاز می‌شود.

متأسفانه گاهی به علت اشتباه در تشخیص، درمان‌های غیرضروری مانند عصب کشی و ترمیم دندان بی‌دلیل انجام می‌شود.

سینوزیت

سینوزیت، ریشه دندان‌های فک بالا را تحت تاثیر قرار می‌دهد و به دلیل نزدیکی این دو عضو، گاهی درد سینوزیت با درد دندان اشتباه گرفته می‌شود.

• تشخیص: پزشک به راحتی می‌تواند با معاینات بالینی، سوال از بیمار و همچنین رادیوگرافی، درد دندان را از سینوزیت تشخیص دهد. اگر درد با منشاء سینوسی باشد هنگامی که فرد انگشت خود را روی صورت، زیر چشم‌ها و دو طرف بینی فشار دهد، احساس درد خواهد داشت.

معمولاً موقع خم شدن مثلاً در رکوع نیز در ناحیه صورت درد حس می‌شود. از دیگر علایم سینوزیت، تب و سردرد و ترشحات پشت حلق است. با انجام رادیوگرافی هم می‌توان پی برد درد دندان ناشی از علایم سینوزیت است یا مشکلات دندانی.

۱۰. لاله گوش چروک خورده:

این مسئله با کلسترول بالا ارتباط داده شده است. یکی از علت‌های این چروک، خون رسانی ناکافی است. توجه داشته باشید که نمی‌توان چروک نبودن لاله گوش را نشانه سالم بودن قلب دانست.

۱۱. خرخر کردن:

خرخر کردن، یک علامت شایع آپنه است. در این ناراحتی برای مدت کوتاهی، نفس فرد متوقف می‌شود و او از خواب بیدار می‌شود. آپنه با افتادن عقب گلو، باعث قطع جریان هوا به ریه‌ها می‌شود. این علایم ممکن است نشانه سکته قلبی باشد.

دندان دردهایی که به دندان مربوط نیستند

همه دردهایی که در ناحیه فک و صورت ایجاد می‌شود، مربوط به دندان نیست. گاهی منشاء این دردها، عامل دیگری است؛ مثلاً دردهای ناشی از نورالژی عصب ۳ قلو، زونا، میگرن و سینوزیت گاهی با دردهای دندانی اشتباه گرفته می‌شوند.

از دیگر دلایل مهم درد دندان، سکته قلبی است که درد ناشی از آن، خود را به صورت درد دندان و فک پایین سمت چپ نشان می‌دهد. به همین دلیل دندان پزشکان توصیه می‌کنند هر ۶ ماه یا حداکثر سالی یکبار به پزشک مراجعه کنید تا از نظر سلامت دهان و دندان بررسی شوید. با این کار علاوه بر حفظ سلامت دندان‌ها، احتمال اینکه علایم این بیماری‌ها با دردهای دندانی اشتباه گرفته شوند، کاهش می‌یابد.

زونا

گاهی بیماری‌های ویروسی مثل زونا به صورت درد دندان تظاهر می‌کند. زونا، بیماری عفونی حاد است که در اثر دوباره فعال شدن ویروس آبله مرغان ایجاد می‌شود. ویروس آبله مرغان بعد از سپری شدن این بیماری به صورت غیرفعال در بدن باقی می‌ماند و در اثر عواملی چون استرس، پیری و ضعف شدن دستگاه ایمنی بدن و... دوباره فعال می‌شود.

احساس درد و سوزش در یک ناحیه از بدن از علایم اولیه این بیماری و ناشی از هجوم ویروس به سیستم اعصاب نخاعی است. گاهی هم علایم بیماری در ناحیه صورت و گردن دیده می‌شود که علت این امر هجوم ویروس آبله مرغان به عصب حسی دندان‌های فک پایین و بالا و برخی نواحی صورت است. اگرچه این ویروس می‌تواند تمام اعصاب بدن را درگیر کند اما عصبی که بیشتر تحت تاثیر قرار می‌گیرد، عصب تری ژمینال (سه قلو) است.

• تشخیص: فعالیت ویروس در نواحی عصب تری ژمینال (سه قلو) باعث درد می‌شود بنابراین فرد مبتلا تصور می‌کند دچار دندان درد شده است و به دندان پزشک مراجعه می‌کند. معمولاً زونا باعث ایجاد ضایعات و تاول‌های قرمزی روی پوست می‌شود که دندان پزشک می‌تواند با مشاهده این علایم متوجه

مرور نظام مند و متآنالیز در مورد بررسی اثر بارگذاری فوری ایمپلنت‌های کاشته شده در حفره دندان‌های تازه کشیده شده بر موفقیت ایمپلنت

- حمیدرضا عرب (دانشیار پرودانتیکس، مرکز تحقیقات بیماری‌های دهان، فک و صورت، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، ایران)
- امیر معین تقوی (استاد پرودانتیکس، مرکز تحقیقات مواد دندانپزشکی، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، ایران)
- ناصر سرگلزایی (دانشیار پرودانتیکس، مرکز تحقیقات مواد دندانپزشکی، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، ایران)
- مهرداد رادور (دانشیار پرودانتیکس، مرکز تحقیقات مواد دندانپزشکی، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، ایران)
- علیرضا صراف شیرازی (دانشیار دندانپزشکی کودکان، مرکز تحقیقات دندانپزشکی، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، ایران)
- رامین صادقی (دانشیار مرکز تحقیقات پزشکی هسته‌ای بیمارستان امام رضا، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، ایران)
- فرید شیعه زاده (دستیار تخصصی گروه پرودانتیکس، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، ایران)

مقدمه

جایگزینی دندان‌ها توسط ایمپلنت‌های استئواینتگره شده یکی از پیشرفت‌های چشمگیر در زمینه دندانپزشکی است. خارج کردن یک یا چند دندان منجر به تغییراتی در ناحیه بی‌دندانی ریح می‌شود. طی فرآیند ترمیم ساکت، بافت سخت دیواره‌های ساکت تحلیل می‌روند و مرکز ساکت با استخوان اسفنجی پر می‌شود. حجم کلی ناحیه به طور مشخصی در جهت باکولینگوالی/پالاتالی کاهش می‌یابد. این کاهش نه تنها در جهت باکولینگوالی/پالاتالی است بلکه از جهت اپیکرورنالی هم می‌باشد. علاوه بر این بافت نرم هم تحت تأثیر تغییرات تطابقی قرار می‌گیرد. کانتور مخاط با تغییراتی که در پروفایل خارجی بافت سخت زائده آلوئول رخ می‌دهد، تطابق می‌یابد. بنابراین کوچک شدن ریح شامل از دست رفتن استخوان و بافت همبند است.^(۱)

در بسیاری از موارد، ایمپلنت انتخاب اول برای جایگزینی تک دندان‌های از دست رفته است. از نقطه نظر کارایی و همچنین زیبایی، این روش درمانی قابلیت پیش‌بینی بالایی دارد.^(۲-۴) پروتکل‌های گذشته، ۲ تا ۳ ماه بعد از کشیدن دندان را برای کاشت و ۳-۶ ماه دوره بهبودی بدون بارگذاری را برای ریمدلینگ استخوان آلوئول پیشنهاد کرده‌اند.^(۵و۶) علی‌رغم فواید درمان ایمپلنت برای جایگزینی دندان، این دوره طولانی از معایب آن بوده و ممکن است در تصمیم برای انتخاب این روش درمانی تأثیرگذار باشد. استفاده از ایمپلنت فوری جهت کاهش زمان بهبودی بعد از قرار دادن ایمپلنت در بسیاری از مطالعات بیان شده است. در صورتی که ثبات اولیه بالایی فراهم شود، موفقیت این روش درمانی قابل مقایسه با روش استاندارد قراردادن ایمپلنت می‌باشد.^(۷-۹) از طرفی زمان را با حذف دوره اجتناب از بارگذاری بیشتر می‌توان کاهش داد. محققان بسیاری موفقیت روش بارگذاری فوری را در ماندیبول با استفاده از پروتزهای ثابت Cross arch بیان کرده‌اند.^(۱۰و۱۱) نتایج قابل ملاحظه مطالعات فوق منجر به تحقیقات بعدی در زمینه کاهش زمان درمان در ایمپلنت‌های چند واحدی و سپس تک واحدی در فک بالا گردید و در نهایت منجر به ارائه روش بارگذاری فوری با استفاده از پروتز موقت در ایمپلنت منفرد فک بالا شد.^(۱۲و۱۳) علاوه بر کاهش زمان درمان، مزیت مهم دیگر ایمپلنت فوری و بارگذاری فوری حفظ بافت نرم و سخت می‌باشد. زیرا در ایمپلنت فوری کل جراحی و فرآیند بارگذاری در یک جلسه

هدف از این مطالعه تعیین اثر بارگذاری فوری ایمپلنت‌های کاشته شده در حفره دندان‌های تازه کشیده شده بر موفقیت کلینیکی ایمپلنت با جمع آوری، ارزیابی و مرور نظام مند مقالات مرتبط با این موضوع می‌باشد.

در این مطالعه جستجو در بانک‌های اطلاعاتی ISI و Pubmed، Scopus و Web of science انجام شد. و با توجه به کلمات کلیدی انتخاب شده، کلیه مقالاتی که تا ۲۲ اکتبر ۲۰۱۳ در این بانک‌ها ایندکس شده بودند، با محدودیت زبان انگلیسی گردآوری و مورد ارزیابی قرار گرفت.

مقالتهای که با توجه به خلاصه مقاله، شرایط اولیه ورود به مطالعه را داشتند مورد ارزیابی متن کامل مقاله قرار گرفتند. در صورتی که هر مقاله بر اساس طبقه‌بندی Oxford، دارای اعتبار بالا یا متوسط بود، اطلاعات مورد نیاز استخراج می‌گردید.

با توجه به مطالعات به دست آمده، مطالعات در سه گروه تقسیم و با روش‌های متآنالیز مورد ارزیابی قرار گرفت.

پس از جستجو در بانک‌های اطلاعاتی تعداد ۱۲۷۰ مقاله به دست آمد. بعد از خواندن خلاصه مقالات، متن کامل ۱۳۲ مقاله تهیه گردید و ۲۱ مقاله از میان آنها جهت متآنالیز انتخاب گردید.

نتایج متآنالیز نشان داد که بین ایمپلنت فوری و تأخیری از نظر میزان موفقیت در هیچ یک از گروه‌ها تفاوت معنی‌داری نیست اما ایمپلنت فوری تحلیل استخوان کمتری را در سال اول نشان داد.

کاربرد ایمپلنت فوری و بارگذاری فوری به همراه آن در صورت وجود شرایط ایده‌آل برای این روش، مؤثر در جهت کاهش زمان درمان و کاهش تحلیل استخوان در کوتاه مدت می‌باشد.

گذشته نگر، انواع دیگر پروتکل‌های ایمپلنت (مثل کاشت تأخیری ایمپلنت، عدم وجود گروه کنترل و مطالعات مروری بود.

معیارهای ورود مقالات به مطالعه شامل مطالعات مداخله‌ای کلینیکی یا آینده نگر به مدت زمان پیگیری حداقل ۱۲ ماهه، استفاده از حداقل ۱۰ ایمپلنت در هر گروه و بیان جزئیات ایمپلنت استفاده شده (طول-قطر- نوع) و وضعیت ثبات ایمپلنت و نیز بیان واضح Success rate یا Survival rate یا اطلاعاتی که کمک به محاسبه آنها کند؛ بود.

سپس از بین مقالات موجود، مقالات مرتبط انتخاب شده و جهت ارزیابی تفصیلی استفاده شد مقالات منتخب از دو بعد اصول علمی مطالعه و صحت متدولوژی مورد ارزیابی قرار گرفت. ارزیابی مقالات توسط دو نفر مرورگر مستقل انجام شد و در صورت وجود اختلاف، توسط نفر سوم مقاله مورد بررسی قرار می‌گرفت. در صورتی که روش‌های اجرای مطالعه از نظر اصول دندانپزشکی ایمپلنت و روش استفاده برای بارگذاری فوری یا کاشت فوری دارای مشکل می‌بود، از مطالعه حذف می‌شد و دلایل آن نیز در فرم اطلاعاتی ثبت می‌گردید. از آنجا که تنها مطالعات مداخله‌ای و آینده‌نگر وارد ارزیابی‌های نهایی می‌شدند برای ارزیابی صحت متدولوژی از چک لیست استاندارد Oxford critical appraisal استفاده شد.

سپس از بین مقالاتی که اصول علمی آنها تأیید شده بود مقالاتی که دارای اعتبار بالا انتخاب شد؛ در صورت فقدان چنین مقالاتی، مقالات با اعتبار متوسط جهت انجام آنالیزهای آماری انتخاب گردید. در این مرحله نیز دلایل عدم انتخاب بقیه مقالات مشخص شده و ثبت گردید. چارت مطالعات وارده شده، در جدول آورده شده است.

سپس کلیه مقالات منتخب بر اساس نوع روش‌های مورد بررسی بلوک بندی گردیدند و مطالعات دارای شرایط مشابه در یک گروه قرار گرفتند. مقالات منتخب به ۳ دسته تقسیم گردیدند: ۱- مطالعاتی که بارگذاری فوری در یک گروه با ایمپلنت‌گذاری فوری و در یک گروه با ایمپلنت‌گذاری تأخیری مقایسه گردیده بود (جدول ۲). ۲- مطالعاتی که بارگذاری فوری با بارگذاری تأخیری در موارد ایمپلنت‌گذاری فوری مقایسه گردیده بود. ۳- مطالعاتی که بارگذاری فوری به صورت تمام فک در یک گروه با ایمپلنت‌گذاری فوری و در یک گروه با ایمپلنت‌گذاری تأخیری مقایسه گردیده بود.

اما با توجه به هدف این مقاله، متآنالیز تنها در گروه اول که ایمپلنت فوری با تأخیری مقایسه گردید، انجام شد.

جهت انجام متآنالیز، ابتدا اطلاعات آماری ارائه شده در هر مقاله براساس مقایسه‌های انجام شده برای هر گروه استخراج شد. این اطلاعات شامل حجم نمونه در هر گروه، نوع روش مورد مقایسه، میانگین و انحراف معیار P-value و یا هر نوع اطلاعات آماری دیگری بود که مؤلف ارائه نموده بود.

سپس ابتدا با تست 2، هموژنیتی مقایسه‌های مشابه بررسی گردید. در صورتی که مطالعات همگون بودند، از مدل‌های Fixed effect استفاده شد. Effect size هر مقایسه با مقایسه‌های بعدی بر اساس نوع داده‌های بدست آمده محاسبه می‌گردید، بعنوان مثال برای گروهی که متغیر پاسخ آنها کمی بود $std\ Diff\ in\ mean$ محاسبه شد. نهایتاً براساس P-value، اثر تجمعی کل، تصمیم‌گیری گردید که در هر دسته مقایسه‌ها، نتایج به نفع کدام روش

انجام می‌گردد ولی در روش استاندارد نیاز به ۲ تا ۳ جلسه جراحی داریم که این خود ترومای اضافی به بافت‌های نرم و سخت وارد می‌کند. از طرفی قراردادن پروتز موقتی به صورت فوری به شکل مکانیکال پاپی و لثه سطح باکال را در محل اصلی خود نگه داشته و بنابر این نیاز به جراحی‌های بافت نرم اضافه را حذف می‌کند. (۱۴ و ۱۵)

واژه کاشت فوری (Immediate Implantation) به گذاشتن ایمپلنت در زمان کشیدن دندان بر می‌گردد. مزایای متعددی برای این پروتکل در نظر گرفته شده است. که شامل کاهش جلسات جراحی، حفظ زیبایی، ارتفاع و عرض استخوان، بهبود کیفیت زندگی، افزایش راحتی و رضایتمندی بیمار است. (۱۶) فرایند کاشت فوری با استفاده از ترمیم اپاتمنت یا پروتز موقت، حفظ بافت لثه‌ای بین دندانی اطراف ایمپلنت را با قابلیت پیشگویی بالا، به همراه ناراحتی کمتر بیمار و دوره درمان کوتاهتر، فراهم می‌کند. (۱۷)

هدف از این مطالعه جمع‌آوری و ارزیابی مقالات مربوط به تعیین اثر بارگذاری فوری ایمپلنت‌های کاشته شده در حفره دندان‌های تازه کشیده شده بر موفقیت کلینیکی ایمپلنت در مقایسه با کاشت تأخیری ایمپلنت بود.

مواد و روش‌ها

در این مطالعه مرور نظام مند، ابتدا عنوان و خلاصه مقالاتی که حداقل یکی از کلیدواژه‌های جستجوی زیر یا ترکیبی از آنها را داشتند، جمع‌آوری گردید. جستجو در بانک‌های اطلاعاتی ISI (Web of Science)، Pubmed و Scopus انجام شد و کلیه مقالاتی که تا ۲۲ اکتبر ۲۰۱۳ در این بانک‌ها ایندکس شده بودند با محدودیت زبان انگلیسی مورد ارزیابی قرار گرفت.

کلیدواژه‌های استفاده شده در این جستجو به شرح ذیل بود:

(Immediate Load*) or (Immediate Restor*) or (Immediate Functional Load*) or (Immediate Nonfunctional Load*) and ((Immediate Implant*) or (Fresh Socket) or (Immediate Placement) and (Dental Implant))

پس از جمع‌آوری عنوان و خلاصه مقالات، کلیه آنها با توجه به معیارهای زیر مورد ارزیابی قرار گرفتند:

- عنوان مطالعه مرتبط با اهداف مورد بررسی باشد.
- براساس خلاصه مقالات مطالعه در حیطه مطالعات پروتز-پروتز باشد.
- مشخص شده باشد که مطالعه از نوع تحلیلی مداخله‌ای بوده است.
- نتایج بدست آمده در راستای هدف مطالعه بوده باشد.

در صورتی که فقدان معیارهای فوق در عنوان و خلاصه هر مطالعه‌ای محرز می‌شد، حذف می‌گردید ولی در صورت وجود معیارها و یا مبهم بودن وجود آنها، نسخه کامل مقاله تهیه و بررسی می‌شد.

معیارهای خروج مقالات شامل اطلاعات ناواضح در مورد بیماران، ایمپلنت، زمان Follow up و طراحی مطالعه، مطالعات حیوانی، مطالعات ارائه مورد یا

خواهد بود. همچنین به منظور بررسی وجود یا عدم وجود هرگونه سوگیری در چاپ از روش Funnel plot استفاده شد. در صورتی که مقایسه‌های هر دسته دارای هم‌وزنی بودند، محاسبه اثر تجمعی (Cumulative effect) با مدل‌های Random effect انجام می‌شد. (نرم افزار Comprehensve Meta-analysis version ۲,۰)

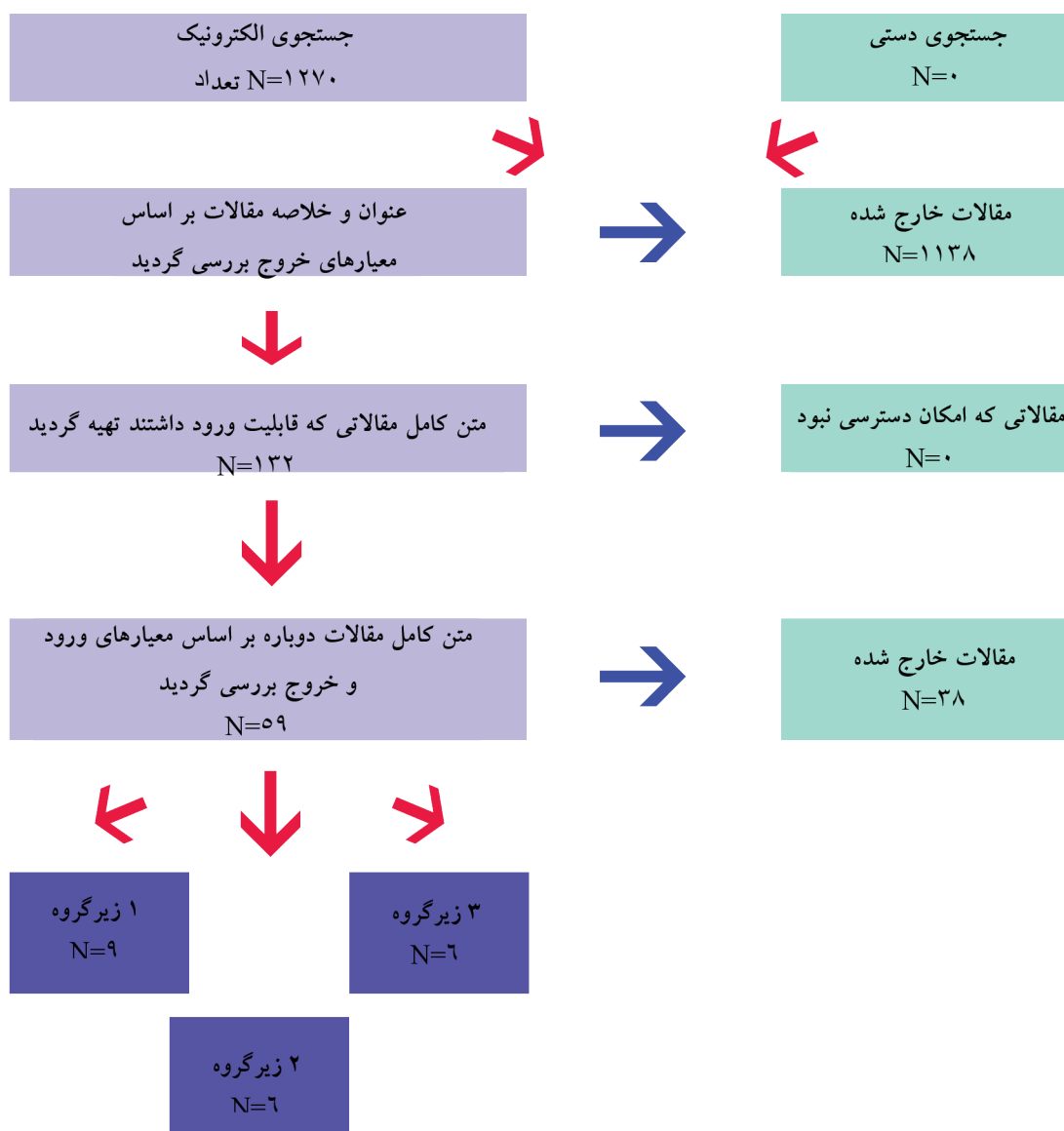
پس از حذف مقالات مشابه، ۱۲۷۰ مقاله بدست آمد. پس از خواندن خلاصه مقالات و بررسی اولیه و حذف مقالات غیرمرتبط، نسخه کامل ۵۹ مقاله تهیه و بررسی گردید. در جستجوی دستی که از طریق منابع مقالات انجام گردید، مقاله‌ای اضافه نگردید.

از بین ۵۹ مقاله موجود، مقالات مرتبط انتخاب شده و جهت ارزیابی تفصیلی استفاده شدند، مقالات منتخب از دو بعد اصول علمی مطالعه و صحت متدولوژی مورد ارزیابی قرار گرفتند. در این مرحله ۳۸ مقاله حذف گردید و ۲۱ مقاله جهت انجام آنالیز آماری انتخاب گردید.

یافته‌ها

در این مطالعه پس از جستجو در بانک‌های اطلاعاتی

جدول ۱: PRISMA مطالعات وارد شده به مرور سیستماتیک



جدول ۲: مقالاتی که در آنها ایمپلنت فوری با تاخیری مقایسه گردیده و در هر ۲ گروه بارگذاری فوری انجام شده است و وارد متآنالیز شده‌اند

نویسنده	تعداد ایمپلنت	دوره پیگیری	نوع ایمپلنت	تورک قراردادن (N/cm)	موفقیت	تحلیل استخوان (میلی متر)	بارگذاری	سن (سال)
Atieh MA 2013 ^(۱۸) Majety, 2011 } (۱) {	۲۴ (۱۲ عدد در هر گروه)	۱ سال	Tapered max) (southern	۴۵	۸۳/۳٪ تاخیری ۶۶/۷٪ فوری	۰/۴۱±۰/۵۷ فوری ۰/۰۴±۰/۴۶ تاخیری	در طی ۴۸ ساعت و فانکشنال	۲۴ بیمار ۵۳/۶- ۵۱/۵ سال
Cooper LF 2010 ^(۱۹)	۵۸ عدد فوری و ۶۵ عدد تاخیری	۱ سال	Osseospeed Astra tech	۵۰	۹۴/۵٪ فوری ۹۸/۳٪ تاخیری	۱/۳±۲/۵ فوری ۰/۴±۱/۴۳ تاخیری	در روز جراحی و غیر فانکشنال	۱۳۹ بیمار میانگین ۴۵/۱ سال
De Bruyn H. 2013 ^(۲۰)	۵۵ عدد فوری و ۵۸ تاخیری	۳ سال	Osseospeed Astra tech	۲۰	۹۴/۶٪ فوری ۹۸/۳٪ تاخیری	۱/۶±۲/۴ فوری ۰/۴±۱/۵ تاخیری	در روز جراحی و غیر فانکشنال	۱۱۳ بیمار ۴۵- ۴۲ سال
Di Alberti L. 2012 ^(۲۱)	۲۵ عدد فوری و ۴۵ تاخیری	۱ سال	(seven-MIS)	۴۰	۱۰۰٪ برای هر دو گروه	بدون تحلیل بعد از یک سال	میانگین ۷۱ ساعت غیر فانکشنال	۷۰ بیمار میانگین ۴۵ سال
Hui E. 2001 ^(۲۲)	۱۳ عدد فوری و ۱۱ تاخیری	۱۵ ماه	Noble biocare	۳۲	۱۰۰٪ برای هر دو گروه	۰/۶ در هر گروه	در طی ۲۴ ساعت غیر فانکشنال	۲۴ بیمار میانگین ۳۷ سال
Pallatella P. 2008 ^(۲۳)	۱۰ عدد در هر گروه	۲ سال	Tapered effect straumann SLA	۳۵	۱۰۰٪ برای هر دو گروه	۰/۵۴±۰/۵۱ فوری ۰/۴۶±۰/۵۴ تاخیری	در روز جراحی و غیر فانکشنال	۱۶ بیمار میانگین ۲۵ سال
Ribeiro FS. 2008 ^(۲۴)	۴۶ عدد فوری و ۳۶ تاخیری	۲۷.۱ میانگین	Conexao brazil tio2 sandblasted	۴۰	۹۳/۵٪ فوری ۱۰۰٪ تاخیری	گزارش نشده است	در روز جراحی و غیر فانکشنال	۶۴ بیمار میانگین ۴۵.۴ سال
Tsirlis AT. 2005 ^(۲۵)	۲۸ عدد فوری ۱۵ تاخیری	۲ سال	NT osseotite 3l implant Frialite 2	۳۵	۱۰۰٪ برای هر دو گروه	۰/۷۵±۱/۰۵ فوری ۰/۸۷±۰/۶۲ تاخیری	در طی ۷۲ ساعت غیر فانکشنال	۳۸ بیمار ۶۰-۲۰ سال
Vandeweghe S. 2013 ^(۲۶)	۳۳ عدد فوری و ۱۵ تاخیری	۲۶ ماه	Tapered Southern implants	۴۰	۱۰۰٪ برای هر دو گروه	۰/۸۸±۰/۳۱ فوری ۱/۲۸±۰/۲۳ تاخیری	در طی ۲۴ ساعت غیر فانکشنال	۳۸ بیمار میانگین ۴۹ سال

مقالات در رسته اول، ۹ مقاله وجود داشت. با توجه به اینکه P-value تست هتروژنیسیته برابر با صفر بود، از مدل Random-effect جهت متآنالیز استفاده شد. نتیجه این آنالیز نشان داد که بین ایمپلنت فوری با تاخیری از نظر میزان موفقیت تفاوت معنی‌داری وجود نداشت، اما در گروه تاخیری اندکی بیشتر بود (۰/۰۲۴) در گروه تاخیری بیشتر است (=0P-value/109) (جدول ۳ و ۴). جهت ارزیابی وجود یا عدم وجود سوگیری در چاپ از Funnel plot استفاده شد که نشان داد سوگیری چاپ وجود ندارد (<0P-value/05) (تصویر ۱).

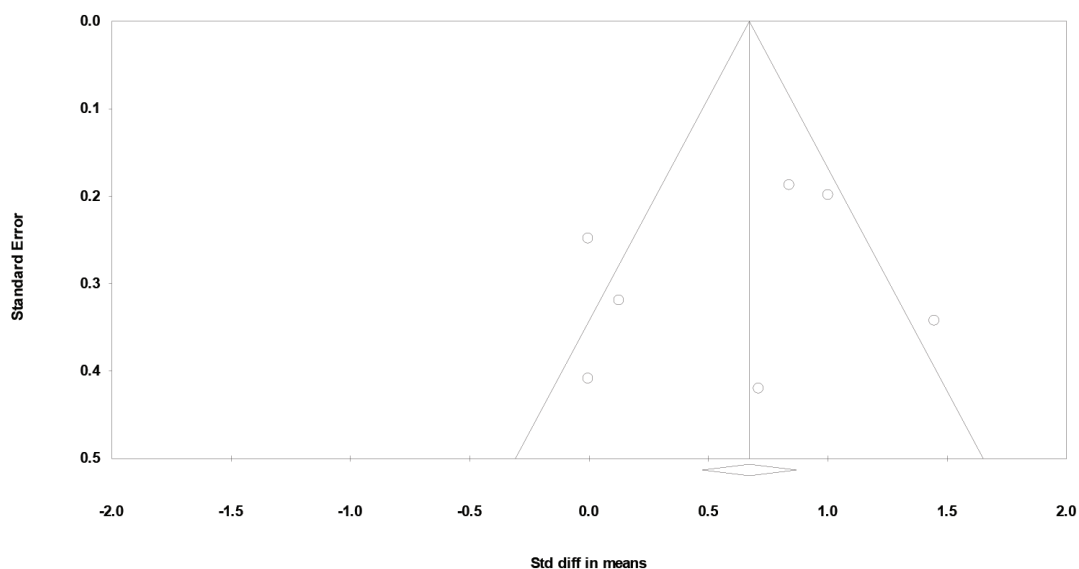
مقالات در رسته اول، ۹ مقاله وجود داشت. با توجه به اینکه P-value تست هتروژنیسیته برابر با صفر بود، از مدل Random-effect جهت متآنالیز استفاده شد. نتیجه این آنالیز نشان داد که بین ایمپلنت فوری با تاخیری از نظر میزان

جدول ۳: نتایج متاآنالیز مطالعات

Tau-squared		Heterogeneity			Test of null (2-tail)		اندازه اثر و فاصله اطمینان ۹۵٪						
tau	خطای معیار	Tau squared	I-squared	P-value	Df(Q)	Q-value	P-value	کران پایین	کران بالا	خطای معیار	برآورد نقطه‌ای	تعداد مطالعه	مدل ثابت
۰/۰۰۰	۰/۰۰۱	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۹۲۰	۸	۳/۲۱۲	۰/۱۰۹	-۰/۰۰۵	۰/۰۵۴	۰/۰۱۵	۰/۰۲۴	۹	ثابت
							۰/۱۰۹	-۰/۰۰۵	۰/۰۵۴	۰/۰۱۵	۰/۰۲۴	۹	تصادفی

تصویر ۱: Funnel plot جهت ارزیابی Publication bias

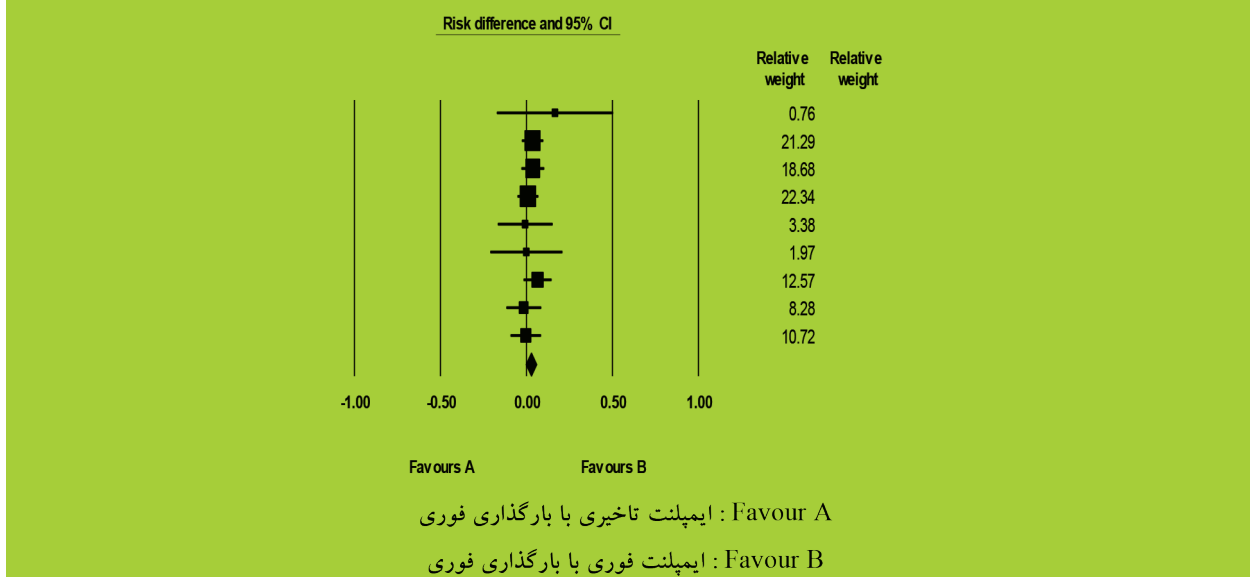
Funnel Plot of Standard Error by Std diff in means



جدول ۴: مطالعات برای ارزیابی موفقیت

Statistics for each study					نام مطالعه
P-value	کران پایین	کران بالا	خطای معیار	اختلاف خطر	
۰/۳۳۷	-۰/۱۷۳	۰/۵۰۷	۰/۱۷۳	۰/۱۶۷	Atieh
۰/۲۶۹	-۰/۰۲۸	۰/۱۰۱	۰/۰۳۳	۰/۰۳۶	Cooper
۰/۲۸۷	-۰/۰۳۱	۰/۱۰۶	۰/۰۳۵	۰/۰۳۷	De Bruyne
۰/۷۸۲	-۰/۰۵۴	۰/۰۷۲	۰/۰۳۲	۰/۰۰۹	Di Alberti
۰/۹۳۲	-۰/۱۶۸	۰/۱۵۵	۰/۰۸۲	-۰/۰۰۷	Hui
۱/۰۰۰	-۰/۲۱۲	۰/۲۱۲	۰/۱۰۸	۰/۰۰۰	Palattella
۰/۱۲۷	-۰/۰۱۹	۰/۱۴۹	۰/۰۴۳	۰/۰۶۵	Ribeiro
۰/۷۶۹	-۰/۱۱۹	۰/۰۸۸	۰/۰۵۳	-۰/۰۱۵	Tsirtis
۰/۹۴۴	-۰/۰۹۴	۰/۰۸۷	۰/۰۴۶	-۰/۰۰۳	Vandeweghe
۰/۱۰۹	-۰/۰۰۵	۰/۰۵۴	۰/۰۱۵	۰/۰۲۴	

جدول ۳: نتایج متاآنالیز مطالعات



برای ارزیابی متغیر میزان تحلیل استخوان مجدداً متاآنالیز صورت گرفت (جدول ۵). که نه تنها تحلیل استخوان در گروه ایمپلنت فوری کمتر بود، بلکه با افزایش استخوان مارژینال نیز همراه بوده است (mm2/003) (0/61±0/0P-value=).

ارزیابی تحلیل استخوان تفاوت معنی‌داری بین دو گروه نشان داد، به طوری

جدول ۵: Forest Plot: مطالعات برای ارزیابی تحلیل استخوان

Statistics for each study					نام مطالعه
P-value	کران پایین	کران بالا	خطای معیار	اختلاف خطر	
۰/۳۳۷	-۰/۱۷۳	۰/۵۰۷	۰/۱۷۳	۰/۱۶۷	Atieh MA
۰/۲۶۹	-۰/۰۲۸	۰/۱۰۱	۰/۰۳۳	۰/۰۳۶	Cooper LF
۰/۲۸۷	-۰/۰۳۱	۰/۱۰۶	۰/۰۳۵	۰/۰۳۷	De Bruyne H
۰/۷۸۲	-۰/۰۵۴	۰/۰۷۲	۰/۰۳۲	۰/۰۰۹	Di Alberti L
۰/۹۳۲	-۰/۱۶۸	۰/۱۵۵	۰/۰۸۲	-۰/۰۰۷	Hui E
۰/۷۶۹	-۰/۱۱۹	۰/۰۸۸	۰/۰۵۳	-۰/۰۱۵	Tsirtis A.T
۰/۹۴۴	-۰/۰۹۴	۰/۰۸۷	۰/۰۴۶	-۰/۰۰۳	Vandeweghe S
۰/۱۰۹	-۰/۰۰۵	۰/۰۵۴	۰/۰۱۵	۰/۰۲۴	

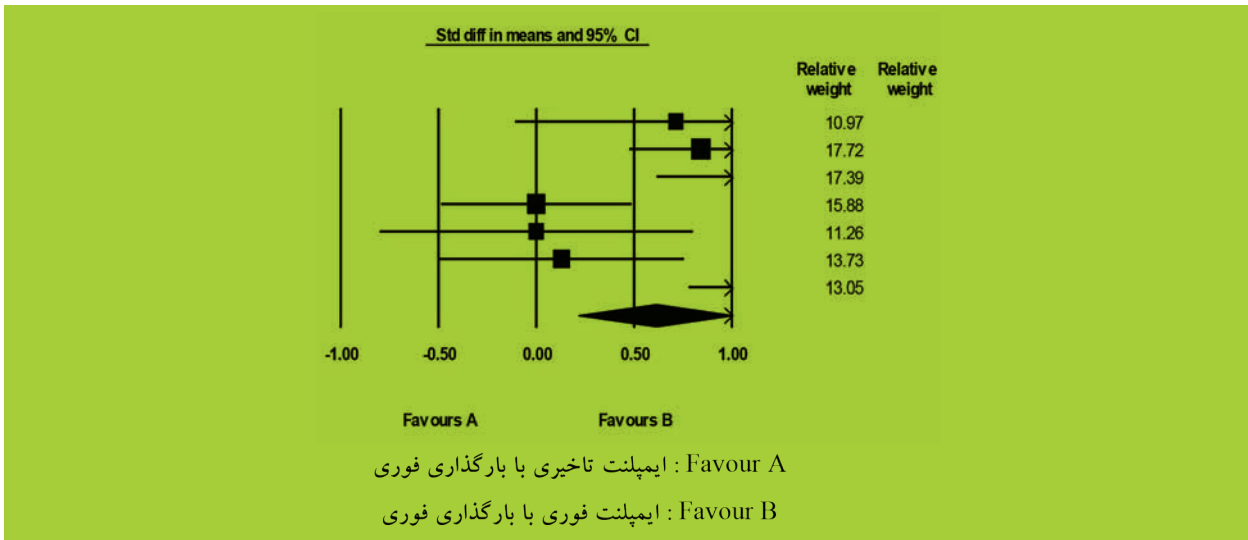
روش استاندارد در ریج بهبود یافته قرار می‌گیرد، می‌باشد. (۲۷)

در مطالعه حاضر، نتایج قابل توجه در تعدادی از مطالعات به دست آمد. ولی در برخی از مطالعات ارائه مورد نیز گزارشات مبنی بر موفقیت کمتر وجود داشت. از جمله در مطالعه Chaushu و همکاران (۱۴) که هم ایمپلنت فوری و هم بارگذاری فوری انجام داده بود، میزان Survival ۷۸/۶ درصد به دست آمد. شاید دلیل این میزان Survival پایین Press-fit بودن ایمپلنت‌ها بوده باشد. (۱۴) از آنجا که معیارهای موفقیت در طی دهه‌های اخیر به خصوص در جهت

بحث

در گذشته استخوان‌نگری که مهمترین عامل برای موفقیت هر پروتز متکی بر ایمپلنت است، به صورت Survival تعریف می‌گردید. از این دیدگاه ایمپلنت فوری و بارگذاری فوری به دنبال آن، یک روند و مفهوم درمانی قابل پیش‌بینی تلقی می‌گردد زیرا مطالعات فراوانی Survival بالا و عده‌ای حتی 100% Survival را برای آن ذکر کرده‌اند.

این میزان موفقیت حداقل قابل مقایسه با میزان موفقیت ایمپلنت تک که به



مسئله دیگر در مورد ایمپلنت فوری، استفاده از ایمپلنت‌های با Treat سطحی می‌باشد که می‌تواند هم سرعت و هم میزان بالاتری از bone to implant contact (BIC) را به همراه داشته باشد. از طرف دیگر استفاده از ایمپلنت‌های Taper در ایمپلنت‌گذاری فوری نسبت به نوع استوانه‌ای در به دست آوردن ثبات اولیه موفق تر عمل می‌کند. اما از نظر قرار دادن تورک، توافق کلی در مورد حداقل میزان آن در این مطالعات به دست نیامده است. (۳۸ و ۳۹)

در مجموع با بررسی این مطالعات می‌توان نتایج زیر در مورد ایمپلنت فوری دست یافت.

ایمپلنت فوری می‌تواند به واسطه حضور عفونت در محل قرار دادن ایمپلنت دچار مشکل گردد و باید پروتکل درمانی در این موارد دقیق تر بررسی گردد.

به دست آوردن ثبات اولیه در ایمپلنت‌گذاری فوری مهمترین عامل موفقیت محسوب می‌گردد. به همین دلیل باید میزان کافی استخوان در انتهای اپیکال حفره وجود داشته و از طرفی ایمپلنت هم طول کافی داشته باشد.

بارگذاری فوری به خصوص در مواردی که نقص استخوان باکال به ناحیه کرسست رسیده است نباید انجام گیرد. زیرا در این موارد استفاده از گرفت استخوانی به همراه غشاء بر روی سطح ریبج نیاز است و دیگر نمی‌توان پروتز را بر روی سطح ایمپلنت قرار داد.

مورد دیگر نگرانی از قرار دادن پروتز در اکلون است. توصیه بر این است که در ایمپلنت فوری تمام تلاش بر این باشد که پروتز موقت در تمام حرکات خارج از اکلون باشد (Non functional). (۴۰)

در مطالعات مروری که در زمینه مقایسه موفقیت ایمپلنت فوری با تأخیری صورت گرفته است بر این نکات تأکید شده است که در کوتاه مدت بین این دو روش ایمپلنت‌گذاری تفاوتی دیده نشده است؛ اما در زمینه زیبایی و رضایت بیمار و حفظ ارتفاع آلوتول، ایمپلنت‌گذاری فوری بهتر از تأخیری بوده است. اما از طرف دیگر میزان شکست بیشتر در این مطالعات، مربوط به ایمپلنت فوری بوده است به خصوص اگر همراه با بارگذاری فوری باشد. (۴۱)

زیبایی تغییر یافته است، درمان ایمپلنت از یک پروتکل Bone driven (براساس استخوان) به سمت پروتکل Restorative driven (بر اساس ترمیم) تکامل یافت. برای بهبود زیبایی، حفظ بافت نرم و سخت اهمیت بالایی دارد. نتایج این مطالعه سیستماتیک در مورد ایمپلنت فوری و بارگذاری فوری، نه تنها تحلیل استخوان کمتر، بلکه افزایش در سطح استخوان مارژینال به میزان $\pm 0/2$ mm $\pm 0/61$ را در سال اول نشان داد. این میزان در مقایسه با داده‌های منتشر شده در ایمپلنت‌های Submerged که میزان تحلیل 1mm را در سال اول بیان کردند بهتر می‌باشد. بنابراین حداقل اینگونه می‌توان بیان کرد که ایمپلنت‌گذاری فوری و بارگذاری فوری به دنبال آن به اندازه روش استاندارد ایمپلنت‌گذاری در ریبج بهبود یافته، در حفظ استخوان در کوتاه مدت موثر است. (۲۸ و ۲۹)

مسئله مهم دیگر نگهداری پاپی بین‌دندانی است. کلید اصلی در این مورد میزان و سطح استخوان در پروگزیمال دندان مجاور می‌باشد. (۳۰) نتایج حاصل از مطالعات Kan و همکاران (۳۱) و Cornellini و همکاران (۳۲) بیان نمود ایمپلنت‌های فوری همراه با بارگذاری نمی‌تواند نتایج قابل توجهی در جلوگیری از تحلیل پاپی داشته باشد. این نتیجه را می‌توان اینگونه تفسیر نمود که حفظ پاپیلا بیش از اینکه به روش جراحی و پروتکل پروتز بستگی داشته باشد، به حضور استخوان بین‌دندانی وابسته است. در این مطالعات تفاوت معنی‌داری در ارتفاع پاپی، بعد از ۱/۵ سال پیگیری بین ایمپلنت فوری و تأخیری دیده نشد. (۳۳)

در گذشته اعتقاد بر این بوده است که قرار دادن ایمپلنت در ساکت دندان تازه کشیده شده از ریمودلینگ استخوان جلوگیری و باعث حفظ شکل ریبج می‌گردد. (۳۴) اما مطالعات جدید این مسئله را رد نموده است. (۳۷-۳۵) مطالعات حیوانی و نیز مطالعات انسانی نشان داده‌اند که بدون توجه به روش قرار دادن ایمپلنت، ریمادلینگ بعد از کشیدن دندان اتفاق خواهد افتاد و منجر به تحلیل عرضی و عمودی استخوان می‌گردد. از طرفی تحلیل استخوان در سمت باکال بسیار قابل توجه‌تر از سمت لینگوال است. این حقیقت را می‌توان اینگونه توجیه کرد که کرسست استخوان باکال عمدتاً از استخوان باندل تشکیل یافته است که با کشیدن دندان کارایی خود را از دست داده و تحلیل می‌رود. (۳۷-۳۵)

نتیجه گیری

بر اساس نتایج به دست آمده از این مطالعه ایمپلنت گذاری فوری در صورت فراهم بودن شرایط، روند درمانی موفق بوده و در کاهش زمان درمان مؤثر است.

بارگذاری فوری به دنبال ایمپلنت فوری در صورت به دست آمدن ثبات اولیه کافی در کوتاه مدت، در حفظ استخوان پروگزیمال مؤثر است و احتمالاً می تواند در حفظ پایی اینتر پروگزیمال موفق عمل کند.

مراجع

- Hammerle CHF, Araujo M, Lindhe J. Timing of implant placement. in: clinical periodontology and implant dentistry. 5th ed. St. Louis: Blackwell Pub 2008. P. 5-1053.
- Belser UC, Mericske-Stern R, Bernard JP, Taylor TD. Prosthetic management of the partially dentate patient with fixed implant restorations. Clin Oral Implant Res 45-126:(1)11;2000.
- Henry PJ, Laney WR, Jemt T, Harris D, Krogh PH, Polizzi G, et al. Osseointegrated implants for single-tooth replacement: A prospective 5-year multicenter study. The Int J Oral Maxillofac Implant;1996 5-450:(4)11.
- Schmitt A, Zarb GA. The longitudinal clinical effectiveness of osseointegrated dental implants for single-tooth replacement. Int J Prosthodont 202-197:(2)6;1993.
- Albrektsson T, Branemark PI, Hansson HA, Lindstrom J. Osseointegrated titanium implants. Requirements for ensuring a long-lasting, direct bone-to-implant anchorage in man. Acta Orthopaedica Scandinavica 70-155:(2)52;1981.
- Branemark PI. Osseointegration and its experimental background. J Prosthet Dent 410-399:(3)50;1983.
- Becker W, Becker BE. Guided tissue regeneration for implants placed into extraction sockets and for implant dehiscences: surgical techniques and case report. Int J Periodont Rest Dent 91-376:(5)10;1990.
- Gomez-Roman G, Kruppenbacher M, Weber H, Schulte W. Immediate postextraction implant placement with root-analog stepped implants: Surgical procedure and statistical outcome after 6 years. Int J Oral Maxillofac Implant 13-503:(4)16;2001.
- Polizzi G, Grunder U, Goene R, Hatano N, Henry P, Jackson WJ, et al. Immediate and delayed implant placement into extraction sockets: A 5-year report. Clin Implant Dent Res 9-93:(2)2;2000.
- Randow K, Ericsson I, Nilner K, Petersson A, Glantz PO. Immediate functional loading of Branemark dental implants. An 18-month clinical follow-up study. Clin Oral Implant Res 15-8:(1)10;1999.
- Tarnow DP, Emtiaz S, Classi A. Immediate loading of threaded implants at stage I surgery in edentulous arches: ten consecutive case reports with 1 to 5-year data. Int J Oral Maxillofac Implant 24-319:(3)12;1997.
- Degidi M, Piattelli A, Felice P, Carinci F. Immediate functional loading of edentulous maxilla: A 5-year retrospective study of 388 titanium implants. J Periodontol 24-1016:(6)76;2005.
- Ostman PO, Hellman M, Sennerby L. Direct implant loading in the edentulous maxilla using a bone density-adapted surgical protocol and

این نتایج با اطلاعات حاصل از این مطالعه همخوانی دارد، با این تفاوت مطالعات فوق ایمپلنت فوری و بارگذاری فوری را بیشتر در قدام ماندیبول موفق می دانستند ولی در مطالعاتی که در این متاآنالیز وارد گردید این روش در خلف ماندیبول و ماگزبلا هم موفق ارزیابی گردید.

در چهارمین کنفرانس international team for implantology (ITI) که نظرات مختلف برای قرار دادن ایمپلنت بعد از کشیدن دندان بیان شد به این جمع بندی رسیدند که ایمپلنت گذاری فوری روش درمانی پیچیده تری می باشد و ایمپلنت تأخیری امکان ایجاد ثبات اولیه بیشتر و قرار دادن پروتزی بهتری را فراهم می کند. با این وجود 80% موارد ایمپلنت فوری از لحاظ زیبایی مورد رضایت بیماران بوده و همچنین Survival ایمپلنت فوری بالا بوده و قابل مقایسه با مواردی است که در ریج بهبود یافته قرار می گیرند.(۴۲)

در کنفرانس ITI با بررسی مطالعات مروری به این نتیجه رسیدند که ایمپلنت فوری از تحلیل افقی و عمودی بعد از کشیدن دندان جلوگیری نمی کند. از طرف دیگر بازسازی عرض استخوانی بعد از قرار دادن ایمپلنت فوری از تحلیل عرضی استخوان جلوگیری می کند با این وجود تحلیل عمودی استخوان باکال همچنان ادامه دارد. ولی جالب است که این مطالعات دلالی قوی را ارائه نمودند مبنی بر اینکه بازسازی استخوانی حتی در موارد ایمپلنت فوری موفق تر از تأخیری است.(۴۳)

در مطالعه بررسی سیستماتیک Esposito و همکاران(۴۴) بر خلاف اینکه تعداد بسیار زیادی از مقالات میزان محدودی از دست رفتن استخوان و یا حتی افزایش سطح آن را در ایمپلنت گذاری فوری بیان کرده اند ولی این نتایج باید با احتیاط تفسیر گردد. چون تعداد کمی از این مطالعات از نظر رادیوگرافیک بررسی شده اند. اما در این مطالعه تنها مطالعاتی که میزان دقیق از دست دادن یا افزایش استخوان را بر اساس رادیوگرافی به میلی متر بیان کرده اند در متاآنالیز وارد گردیده اند.

در ساکت دندان تازه کشیده شده، عرض Gap بین سطح ایمپلنت و دیواره استخوانی یک مسئله مهم در روند بهبودی است. هر چه عرض این حفره افزایش یابد میزان BIC کاهش می یابد و کرنالی ترین قسمت BIC به سمت اپیکال مهاجرت می کند.(۴۵) در مطالعه حیوانی Botticelli و همکاران(۳۷) دیده شد که نقائص مارژینال که در اطراف ایمپلنت فوری وجود دارد، چنانچه پربودنشیوم دست نخورده باشد بهبود می یابد و ارتفاع استخوان پروگزیمال حفظ و کاهش عرض کرسنال محدود به باکال می گردد.

با این وجود، مؤلفان بیان می کنند که ایمپلنت های با بارگذاری فوری میزان BIC بیشتری را نسبت به روش تأخیری خواهند داشت و میزان تحلیل استخوان کمتری در این موارد اتفاق خواهد افتاد. در مطالعه ما هم دیده شد که میزان تحلیل در گروه ایمپلنت فوری کمتر بود. ولی در اکثر این مطالعات و از جمله این مطالعه تفاوت بین دو گروه از نظر آماری معنی دار نبود.(۳۷)

در مجموع انجام مطالعات کارآزمایی بالینی تصادفی، با تعداد نمونه های بیشتری توصیه می گردد تا امکان ارزیابی بلندمدت نتایج هم از نظر موفقیت و هم از نظر تحلیل استخوان وجود داشته باشد و بتوان متاآنالیز را با مطالعات دارای قدرت بیشتر انجام داد.



- Jemt T, Pettersson P. A 3-year follow-up study on single implant treatment. *J Dent* 8-203 : (4)21 ;1993.
- Buser D, Martin W, Belser UC. Optimizing esthetics for implant restorations in the anterior maxilla: anatomic and surgical considerations. *Int J Oral Maxillofac Implant* 61-43 :19 ;2004.
- Kan JY, Rungcharassaeng K, Lozada J. Immediate placement and provisionalization of maxillary anterior single implants: 1-year prospective study. *Int J Oral Maxillofac Implant* 9-31 : (1)18 ;2003.
- Cornelini R, Cangini F, Covani U, Wilson TG, Jr. Immediate restoration of implants placed into fresh extraction sockets for single-tooth replacement: A prospective clinical study. *Int J Periodont Restor Dent* 47-439 : (5)25 ;2005.
- Schropp L, Isidor F, Kostopoulos L, Wenzel A. Interproximal papilla levels following early versus delayed placement of single-tooth implants: A controlled clinical trial. *Int J Oral Maxillofac Implant* ;2005 61-753 : (5)20.
- Paolantonio M, Dolci M, Scarano A, d'Archivio D, di Placido G, Tumini V, et al. Immediate implantation in fresh extraction sockets. A controlled clinical and histological study in man. *J Periodontol* ;2001 71-1560 : (11)72.
- Araujo MG, Sukekava F, Wennstrom JL, Lindhe J. Ridge alterations following implant placement in fresh extraction sockets: An experimental study in the dog. *J Clin Periodontol* 52-645 : (6)32 ;2005.
- Araujo MG, Lindhe J. Dimensional ridge alterations following tooth extraction. An experimental study in the dog. *J Clin Periodontol* ;2005 8-212 : (2)32.
- Botticelli D, Berglundh T, Lindhe J. Hard-tissue alterations following immediate implant placement in extraction sites. *J Clin Periodontol* ;2004 8-820 : (10)31.
- Klokkevoeld PR, Nishimura RD, Adachi M, Caputo A. Osseointegration enhanced by chemical etching of the titanium surface. A torque removal study in the rabbit. *Clin Oral Implant Res* 7-442 : (6)8 ;1997.
- Lazzara RJ, Testori T, Trisi P, Porter SS, Weinstein RL. A human histologic analysis of osseotite and machined surfaces using implants with 2 opposing surfaces. *Int J Periodont Res Dent* 29-117 : (2)19 ;1999.
- Wennerberg A, Ektessabi A, Albrektsson T, Johansson C, Andersson B. A 1-year follow-up of implants of differing surface roughness placed in rabbit bone. *Int J Oral Maxillofac Implant* 94-486 : (4)12 ;1997.
- Quirynen M, Van Assche N, Botticelli D, Berglundh T. How does the timing of implant placement to extraction affect outcome. *Int J Oral Maxillofac Implant* 23-203 :22 ;2007.
- Chen ST, Beagle J, Jensen SS, Chiapasco M, Darby I. Consensus statements and recommended clinical procedures regarding surgical techniques. *Int J Oral Maxillofac Implant* 8-272 :24 ;2009.
- Esposito M, Grusovin MG, Kwan S, Worthington HV, Coulthard P. Interventions for replacing missing teeth: Bone augmentation techniques for dental implant treatment. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 3)16 ;2008).
- Esposito M, Grusovin MG, Coulthard P, Worthington HV. The efficacy of various bone augmentation procedures for dental implants: a Cochrane systematic review of randomized controlled clinical trials. *Int J Oral Maxillofac Implant* 710-696 : (5)21 ;2006.
- Chen ST, Wilson TG Jr, Hammerle CH. Immediate or early placement of implants following tooth extraction: review of biologic basis, clinical procedures, and outcomes. *Int J Oral Maxillofac Implant* 25-12 :19 ;2004.
- primary implant stability criteria for inclusion. *Clin implant dent res* 9-60 : (1)7 ;2005.
- Chaushu G, Chaushu S, Tzohar A, Dayan D. Immediate loading of single-tooth implants: Immediate versus non-immediate implantation. A clinical report. *Int J Oral Maxillofac Implant* 72-267 : (2)16 ;2001.
- Branemark PI, Adell R, Breine U, Hansson BO, Lindstrom J, Ohlsson A. Intra-osseous anchorage of dental prostheses. I. Experimental studies. *Scand J Plast Reconstr Surg* 100-81 : (2)3 ;1969.
- Han TJ, Pak KB, Klokkevoeld PR. Esthetic management of difficult cases (minimally invasive approach). In Caranza's *Clinical Periodontology*. 11th ed. St. Louis: Elsevier; 2011. P. 8-696.
- Atieh MA, Payne AG, Duncan WJ, de Silva RK, Cullinan MP. Immediate placement or immediate restoration/loading of single implants for molar tooth replacement: A systematic review and meta-analysis. *Int J Oral Maxillofac Implant* 15-401 : (2)25 ;2010.
- Atieh MA, Alsabeeha NHM, Duncan WJ, de Silva RK, Cullinan MP, Schwass D, et al. Immediate single implant restorations in mandibular molar extraction sockets: A controlled clinical trial. *Clin Oral Implant Res* 96-484 : (5)24 ;2013.
- Cooper LF, Raes F, Reside GJ, Garriga JS, Tarrida LG, Wiltfang J, et al. Comparison of radiographic and clinical outcomes following immediate provisionalization of single-tooth dental implants placed in healed alveolar ridges and extraction sockets. *Int J Oral Maxillofac Implant* 32-1222 : (6)25 ;2010.
- De Bruyn H, Raes F, Cooper LF, Reside G, Garriga JS, Tarrida LG, et al. Three-years clinical outcome of immediate provisionalization of single osseospeed implants in extraction sockets and healed ridges. *Clinical Oral Implant Res* 23-217 : (2)24 ;2013.
- Di Alberti L, Donnini F, Di Alberti C, Camerino M, Sgaramella N, Lo Muzio L. Clinical and radiologic evaluation of 70 immediately loaded single implants in the maxillary esthetic zone: Preliminary results after 1 year of functional loading. *Int J Oral Maxillofac Implant* 6-181 : (1)27 ;2012.
- Hui E, Chow J, Li D, Liu J, Wat P, Law H. Immediate provisional for single-tooth implant replacement with Branemark system: Preliminary report. *Clin Implant Dent Res* 86-79 : (2)3 ;2001.
- Palattella P, Torsello F, Cordaro L. Two-year prospective clinical comparison of immediate replacement vs. immediate restoration of single tooth in the esthetic zone. *Clin Oral Implant Res* : (11)19 ;2008 53-1148.
- Ribeiro FS, Pontes AE, Marcantonio E, Piattelli A, Neto RJ, Marcantonio E, Jr. Success rate of immediate nonfunctional loaded single-tooth implants: Immediate versus delayed implantation. *Implant Dent* 17-109 : (1)17 ;2008.
- Tsirlis AT. Clinical evaluation of immediate loaded upper anterior single implants. *Implant Dent* 103-94 : (1)14 ;2005.
- Vandeweghe S, Nicolopoulos C, Thevissen E, Jimbo R, Wennerberg A, De Bruyn H. Immediate loading of screw-retained all-ceramic crowns in immediate versus delayed single implant placement. *Int J Prosthodont* 64-458 : (5)26 ;2013.
- Goodacre CJ, Kan JY, Rungcharassaeng K. Clinical complications of osseointegrated implants. *J Prosthet Dent* 52-537 : (5)81 ;1999.
- Adell R, Lekholm U, Rockler B, Branemark PI, Lindhe J, Eriksson B, et al. Marginal tissue reactions at osseointegrated titanium fixtures (I). A 3-year longitudinal prospective study. *Int J Oral Maxillofac Surg* ;1986 52-39 : (1)15.

مقایسه اثربخشی تجویز پروفیلاکتیک ایبوپروفن و تلتونال بر کاهش درد پس از درمان ریشه دندان

محمد مهدی یاقوتی خراسانی (استادیار گروه اندودانتیکس، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان، رفسنجان، ایران) ·
درسا کابلی نژاد (دندانپزشک)

یا واقعی ارتباط دارد یا در صورت بروز این صدمات توسط بیمار توصیف می‌شود. (۲) شایع‌ترین علت درد بعد از درمان ریشه التهاب است که در نتیجه جراحی بافت پری‌آپیکال ناشی از عوامل مکانیکی، شیمیایی و میکروبی ایجاد می‌شود.

این روند التهابی مسئول درد ناحیه پری‌آپیکال، اتساع عروق و نفوذپذیری عروق می‌باشد. علت آن تا حدی پروستاگلاندین E2 است، که سبب ادم شده و باعث فشار بر روی فیبرهای عصبی می‌شود. (۳)

تحریک بافت‌های پری‌آپیکال باعث ایجاد التهاب و آزادسازی گروهی از مواد شیمیایی می‌شود که پاسخ‌های التهابی را آغاز می‌کنند. به منظور کاهش التهاب و در نتیجه کاهش درد پس از درمان ریشه استفاده از داروهای مختلفی مانند آنتی‌بیوتیک‌ها، ضدالتهاب‌های استروئیدی و ضدالتهاب‌های غیراستروئیدی (NSAID) توصیه شده است. (۴)

کاربرد پروفیلاکتیک ایبوپروفن به‌طور قابل توجهی درد را ۴ و ۸ ساعت بعد از درمان کاهش می‌دهد. (۵) همچنین دوزاژ معمول مورد استفاده برای ایبوپروفن در دندانپزشکی ۴۰۰ میلی‌گرم می‌باشد. (۶) هر دارو به موازات اثر درمانی مطلوب ممکن است باعث بروز برخی عوارض ناخواسته نیز شود. از عوارض جانبی Ibuprofen تاری دید، زنگ زدن گوش‌ها، درد معده، اسهال، استفراغ، سوزش سر دل یا تهوع، عرق کردن شدید یا دانه‌های پوستی، سردرد، ضعف، سرگیجه می‌باشد. (۷)

تلتونال با نام علمی (Harpagophytum procumbens) یک نمونه از عوامل ضدالتهاب و ضد درد است که دارای اثرات تسکینی و ضدالتهابی است و به طور معمول در درمان التهاب مفاصل مانند استئوآرتریت، رماتیسم، کمر درد مزمن، دردهای مزمن عضلانی استخوانی، آرتریت روماتوئید، تاندونیت مورد استفاده قرار می‌گیرد.

Teltonal اثر بازدارنده بر 2-COX (2-Cyclo-oxygenase) دارد که جزء اصلی فعال آن λ -Coumaroylharpagide-p و Harpagide، Harpagoside و Acteoside است و علاوه بر این توانایی بلاک‌میدیاتورهای التهابی تولیدکننده PGE2 را دارد. (۸) دوزاژ مؤثر پیشنهاد شده برای Teltonal معادل ۴۸۰ میلی‌گرم می‌باشد. (۹) Teltonal که یک مسکن گیاهی است، دارای خاصیت ضدالتهاب و ضد درد خوبی بوده و عوارض گزارش شده این داروی گیاهی نیز به صورت عوارض گوارشی همانند دل پیچه و تهوع در موارد بسیار نادر رخ می‌دهد. (۱۰) بنابراین هدف از مطالعه حاضر مقایسه اثر ضددردی ایبوپروفن و تلتونال بر کاهش درد پس از درمان ریشه بود.

درمان ریشه دندان سبب حذف دردهای با منشا اندودانتیک می‌شود اما درد پس از درمان و ناراحتی‌های همراه آن از جمله پیامدهای ناخواسته است. مطالعات فراوانی بر روی داروهای مختلف برای تسکین دردهای پس از درمان صورت گرفته است. هدف این مطالعه، مقایسه اثربخشی تجویز پروفیلاکتیک ایبوپروفن، تلتونال و دارونما بر کنترل درد پس از درمان ریشه بود.

در این مطالعه کارآزمایی بالینی سه سوکور، ۵۷ بیمار دارای دندان قدیمی تک کانال زنده و دارای پوسیدگی شدید، انتخاب شدند. بیماران به سه گروه مساوی A، B و C تقسیم شدند. به هر گروه قبل از درمان، کپسولی به صورت پروفیلاکتیک داده شد که بر اساس کد مربوطه حاوی ایبوپروفن، تلتونال یا پلاسبو بود. شدت درد بیمار قبل از درمان و ۶، ۱۲، ۲۴، ۴۸ و ۷۲ ساعت پس از درمان با معیار VAS ثبت شد. اطلاعات جمع‌آوری شده در محیط SPSS با ویرایش ۱۲ مورد پردازش قرار گرفته و برای مقایسه شدت درد در طول دوره ارزیابی در هر سه گروه مورد بررسی، از آنالیز (Two-way repeated measure ANOVA) استفاده گردید.

در هر یک از سه گروه مورد بررسی، در طول دوره ارزیابی، میانگین درد به طور معنی‌داری کاهش یافت ($P < 0/001$). اما در هیچ یک از زمان‌ها تفاوت‌ها از نظر آماری معنی‌دار نبود ($P = 0/347$).

از آنجا که تأثیر داروهای مورد بررسی در کاهش درد تفاوت آماری معنی‌داری نشان نداد، بنابراین کاربرد پروفیلاکتیک داروهای فوق برای کاهش درد پس از درمان اندودانتیکس پیشنهاد نمی‌شود.

مقدمه

درد یک احساس ساده نیست، بلکه یک رویداد پیچیده عصبی-رفتاری می‌باشد که شامل حداقل دو جزء است. اولین جزء تشخیص و یا درک فرد، از تحریک انتهای اعصاب اختصاصی برای انتقال اطلاعات مربوط به آسیب بافتی واقعی یا بالقوه است (Nociception). دومین جزء عبارتست از، واکنش فرد به این احساس درک شده (Pain behavior). (۱) درد به صورت یک تجربه احساسی و عاطفی ناخوشایند می‌باشد که با آسیب بافتی بالقوه

مواد و روش‌ها

این مطالعه کارآزمایی بالینی تصادفی شده سه سوکور با شماره IRCT201404012847N3 در پایگاه www.IRCT.ir ثبت و انجام گردید. بیماران با محدوده سنی ۲۵ الی ۵۰ سال که دارای دندان‌های قدامی تک کانال و ایتال و دارای پوسیدگی شدید اما بدون ضایعه، تورم، فیستول و با درد خود به خود حداقل درجه ۳۰ (بر مبنای صفر تا ۱۰۰ درجه بندی VAS) انتخاب شدند. تمام بیماران از نظر سابقه پزشکی در سلامت کامل بودند و دندان‌هایی که به تست‌های حیاتی پاسخ مثبت می‌دادند، مشمول مطالعه شدند. بیماران که ظرف ۱۲ ساعت گذشته مسکن دریافت کرده بودند و بیماران که پس از درمان ریشه دارای درد شدید و غیرقابل تحمل بوده و ناچار به دریافت مسکن بودند، از مطالعه خارج شدند.

ضمن کسب مجوز از کمیته اخلاق دانشگاه، قبل از انجام درمان، برای بیماران در مورد تحقیق در حال انجام توضیحات داده شد و پس از دادن آگاهی‌های لازم به بیماران، رضایت‌نامه کتبی از بیماران اخذ گردید. برای اندازه‌گیری شدت درد، پرسش‌نامه‌ای به بیماران داده شد تا شدت درد احتمالی خود را با استفاده از معیار VAS گزارش نمایند، که طبق این معیار، صفر بدون درد و ۱۰۰ حداکثر درد تجربه شده بود. از بیمار خواسته شد تا میزان درد خود را قبل از درمان و در فواصل زمانی ۶، ۱۲، ۲۴، ۴۸ و ۷۲ ساعت بعد از درمان ریشه دندان با استفاده از معیار VAS گزارش دهد. همچنین به بیماران توصیه شده بود که در صورت داشتن درد شدید از استامینوفن کدئین ۳۰۰/۱۰، که به آن‌ها داده شده بود، استفاده کنند. در نتیجه این اقدام علاوه بر ثبت اندازه‌گیری شدت درد قبل و بعد از درمان، این مقیاس درد موجب مشخص شدن محدوده‌ای بود که به ما نشان می‌داد در صورت نیاز بیمار به تجویز دارو در چه فاصله زمانی از مسکن استفاده کرده و از مطالعه خارج شده است.

در مجموع ۵۷ بیمار انتخاب شدند. داروها قبلاً توسط جدول اعداد تصادفی به سه گروه ۱۹ تایی با کد A، B و C تقسیم بندی شده بودند، و تنها مجری طرح از نوع داروی مورد استفاده اطلاع داشت. از آن جایی که تمام داروها در اندازه و شکل یکسان تهیه شده بودند، بیمار هم مانند عمل‌کننده، نسبت به نوع داروی دریافتی بی‌اطلاع بود. به هر سه گروه مورد مطالعه، یک ساعت قبل از درمان کیسولی به عنوان پروفیلاکسی داده شد که این کیسول بسته به گروهی که بیمار در آن قرار گرفته بود شامل: پلاسبو (لاکتوز) (آرین گلوکز، تهران، ایران) یا ایبوپروفن ۴۰۰ میلی‌گرم (آریا، تهران، ایران) و یا Teltonal ۴۸۰ میلی‌گرم (Hexal, Holzkirchen, Germany) بود.

درمان به صورت یک جلسه‌ای و توسط یک دندان‌پزشک عمومی انجام شد. در این بیماران پس از برداشتن پوسیدگی‌ها، حفره دسترسی تهیه و دندان به وسیله کلمپ و رابردم ایزوله شد. طول کانال بوسیله رادیوگرافی و با استفاده از فایل مناسب و در فاصله یک میلی‌متر کوتاه‌تر از آپکس رادیوگرافیک تعیین گردید. قسمت آپیکال کانال تا سه شماره بالاتر از فایل اندازه‌گیری با استفاده از File-k آماده‌سازی شد. در این راستا جهت شستشوی کانال از محلول نرمال سالین استفاده گردید، (بین هر دو شماره فایل استفاده شده، ۲ میلی‌لیتر از محلول به کار رفت). پس از انجام پاک‌سازی و شکل‌دهی به روش Step-Back، کانال‌ها توسط گوتا‌پرکا و سیلر AH26 به روش تراکم جانبی پر شده و با کویت (Cavit) ترمیم موقت انجام شد. تمامی بیماران به مدت ۷۲ ساعت کنترل شدند و از آنان خواسته شد در صورت داشتن درد شدید بعد از درمان،

از استامینوفن کدئین، که به آن‌ها داده شده بود، استفاده کنند و با توجه به اینکه در صورت عدم تحمل درد می‌توانستند از مطالعه خارج شوند، در نتیجه استفاده از پلاسبو در این مطالعه منعی نداشت. اطلاعات جمع‌آوری شده در محیط SPSS با ویرایش مورد پردازش قرار گرفته و برای مقایسه شدت درد در طول دوره ارزیابی در هر سه گروه مورد بررسی، از آنالیز (Two-way repeated measure ANOVA) استفاده گردید.

یافته‌ها

در این مطالعه کارآزمایی بالینی سه سوکور، تعداد ۵۷ بیمار شرکت کردند که در گروه دریافت‌کننده پلاسبو (۱۹ نفر)، تعداد زن‌ها ۱۳ نفر (۶۸/۴ درصد) و مردها ۶ نفر (۳۱/۶ درصد) و در گروه تلتونال، تعداد زن‌ها ۱۱ نفر (۵۷/۹ درصد) و مردها ۸ نفر (۴۲/۱ درصد) و در گروه ایبوپروفن تعداد زن‌ها ۹ نفر (۴۷/۴ درصد) و مردها ۱۰ نفر (۵۲/۶ درصد) بود؛ اختلاف توزیع فراوانی جنسیت در سه گروه مورد مطالعه از نظر آماری معنی‌دار نبود ($P=0/422$). میانگین و انحراف معیار سن در گروه پلاسبو ۳۳/۵۳±۶/۴۲ سال، در گروه تلتونال ۳۷/۴۷±۸/۳۸ سال و در گروه ایبوپروفن ۳۴/۸۹±۷/۱۵ سال بود؛ اختلاف میانگین سنی در سه گروه مورد بررسی از نظر آماری معنی‌دار نبود ($P=0/253$). (جدول ۱) هم چنین، توزیع فراوانی شماره دندان و موقعیت دندان در سه گروه مورد بررسی از نظر آماری معنی‌دار نبود (به ترتیب $P=0/871$ و $P=0/583$) (جدول ۱). اختلاف معنی‌داری در میانگین درد قبل از درمان در سه گروه مشاهده نشد ($P=0/760$). (جدول ۱)

مطالعه نشان داد که ۶ ساعت پس از درمان، اختلاف میانگین درد از لحاظ آماری معنی‌دار نبود ($P=0/331$). هم چنین میانگین و انحراف معیار درد ۱۲ ساعت پس از درمان، در گروه پلاسبو ۲۴/۶۸±۲۱/۱۹ و در گروه تلتونال ۱۸/۲۶±۲۱/۱۶ و در گروه ایبوپروفن ۲۵/۲۱±۲۰/۹۲ بود که اختلاف میانگین از لحاظ آماری معنی‌دار نبود ($P=0/532$). در این مطالعه مشخص گردید که ۲۴ ساعت پس از درمان، اختلاف میانگین درد از لحاظ آماری معنی‌دار نبود ($P=0/720$). به علاوه این مطالعه نشان داد که ۴۸ ساعت پس از درمان، اختلاف میانگین درد از لحاظ آماری معنی‌دار نبود ($P=0/867$). یافته آخر این که ۷۲ ساعت پس از درمان، میانگین و انحراف معیار درد در گروه پلاسبو ۰/۵۸±۱/۵۸ و در گروه تلتونال ۰/۸۹±۲/۲۳ و در گروه ایبوپروفن ۰/۲۶±۱/۱۵ بود که اختلاف میانگین از لحاظ آماری معنی‌دار نبود ($P=0/528$). (جدول ۲)

داده‌های جدول ۱ به صورت «انحراف معیار±میانگین» و یا «(درصد) تعداد» گزارش شده است. همان‌طور که در جدول ۱ دیده می‌شود، آنالیز واریانس یک‌طرفه (One-way ANOVA) نشان داد که میانگین سن و درد قبل از درمان در سه گروه مورد بررسی از نظر آماری تفاوت معنی‌داری با یکدیگر ندارند ($P>0/05$). هم چنین آزمون مجذور کای (Chi-square test) نشان داد که توزیع فراوانی جنسیت، شماره دندان و موقعیت دندان در سه گروه مورد بررسی مشابه می‌باشد ($P>0/05$). داده‌های جدول ۲ به صورت «انحراف معیار±میانگین» گزارش شده است. همان‌گونه که در جدول ۲ مشاهده می‌شود، آنالیز واریانس یک‌طرفه (One-way ANOVA) نشان داد که میانگین شدت درد در هر یک از زمان‌های ارزیابی (بعد از ۶، ۱۲، ۲۴، ۴۸ و ۷۲ ساعت پس از درمان) در سه گروه مورد بررسی از نظر آماری اختلاف معنی‌داری نشان نداد ($P>0/05$).

جدول ۱: مقایسه متغیرهای دموگرافیک در گروه‌های مورد بررسی

value-P	دارو			متغیر	
	ایبوپروفن (n=119)	تلتونال (n=119)	پلاسبو (n=119)	سن (سال)	
۰/۲۵۳	۳۴/۸۹ ± ۷/۱۵	۳۷/۴۷ ± ۸/۳۸	۳۳/۵۳ ± ۶/۴۲		
۰/۴۲۲	۹ (۴۷/۴)	۱۱ (۵۷/۹)	۱۳ (۶۸/۴)	زن	جنس
	۱۰ (۵۲/۶)	۸ (۴۲/۱)	۶ (۳۱/۶)	مرد	
۰/۸۷۱	۷ (۳۶/۸)	۶ (۳۱/۶)	۶ (۳۱/۶)	۱	شماره دندان
	۶ (۳۱/۶)	۶ (۳۱/۶)	۴ (۲۱/۱)	۲	
	۶ (۳۱/۶)	۷ (۳۶/۸)	۹ (۴۷/۴)	۳	
۰/۵۸۳	۱۱ (۵۷/۹)	۱۴ (۷۳/۷)	۱۲ (۶۳/۲)	بالا راست	موقعیت دندان
	۸ (۴۲/۱)	۵ (۲۶/۳)	۷ (۳۶/۸)	بالا چپ	
۰/۷۶۰	۸۹/۰۵ ± ۷/۵۳	۹۰/۱۶ ± ۹/۱۴	۸۷/۷۹ ± ۱۲/۲۷	درد قبل از درمان	

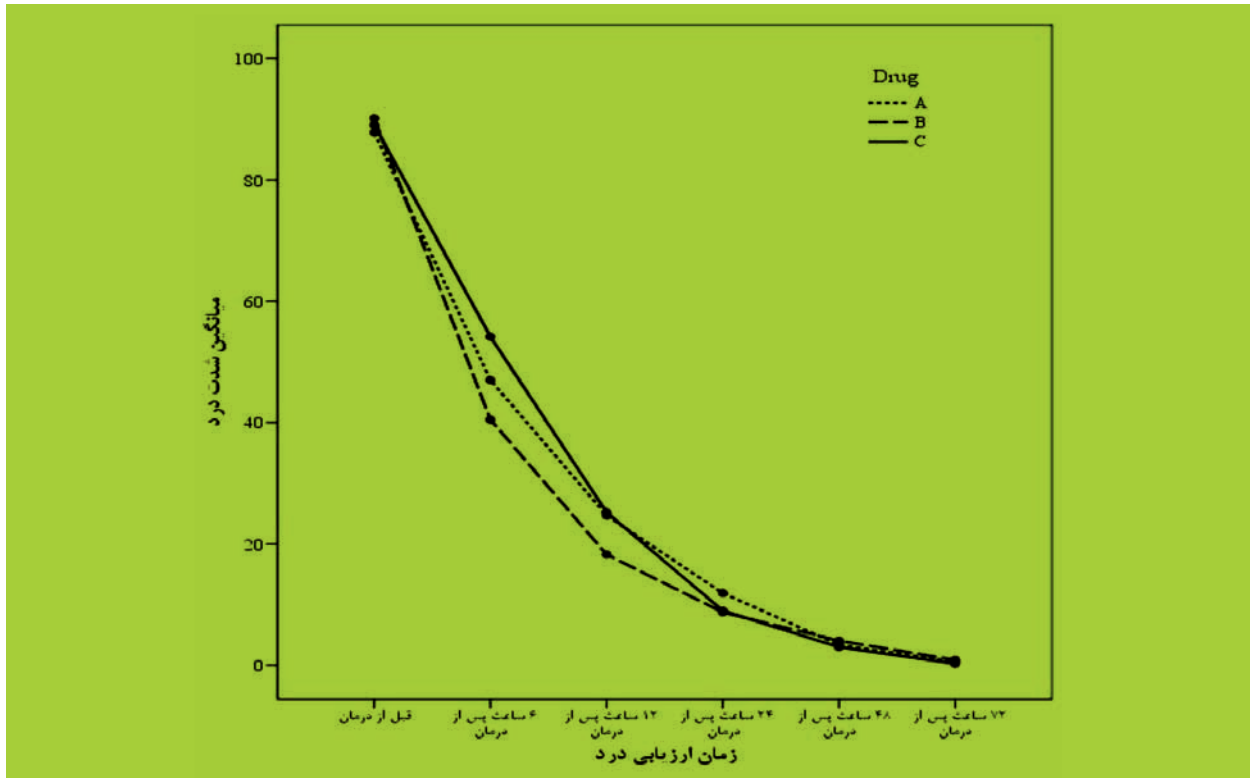
جدول ۲: مقایسه شدت درد در گروه‌های مورد بررسی بر حسب زمان ارزیابی درد

value-P	دارو			زمان ارزیابی درد
	ایبوپروفن (n=119)	تلتونال (n=119)	پلاسبو (n=119)	
۰/۳۳۱	۵۴/۱۶ ± ۲۵/۳۴	۴۰/۴۷ ± ۲۸/۱۵	۴۷/۰۰ ± ۳۰/۵۵	بعد از ۶ ساعت
۰/۵۳۲	۲۵/۲۱ ± ۲۰/۹۲	۱۸/۲۶ ± ۲۱/۱۶	۲۴/۶۸ ± ۲۱/۱۹	بعد از ۱۲ ساعت
۰/۷۲۰	۹/۰۰ ± ۱۱/۴۴	۸/۷۴ ± ۱۱/۰۹	۱۱/۸۹ ± ۱۶/۶۱	بعد از ۲۴ ساعت
۰/۸۶۷	۳/۰۰ ± ۵/۰۱	۴/۰۵ ± ۷/۲۱	۳/۳۷ ± ۶/۰۸	بعد از ۴۸ ساعت
۰/۵۲۸	۰/۲۶ ± ۱/۱۵	۰/۸۹ ± ۲/۲۳	۰/۵۸ ± ۱/۵۸	بعد از ۷۲ ساعت
-----	<۰/۰۰۱	<۰/۰۰۱	<۰/۰۰۱	value-P

بررسی مشابه بود و یا به عبارت دیگر الگوی کاهش درد در سه گروه مورد بررسی در طول دوره ارزیابی بیماران مشابه بود. هم چنین اثر زمان ارزیابی بیماران از نظر آماری معنی‌دار بود ($P < 0.001$, $F(2,43) = 25.6$); بدین معنی که صرف نظر از نوع داروی مورد استفاده، در هر یک از گروه‌های مورد بررسی، شدت درد در طول دوره ارزیابی بیماران به طور معنی‌داری کاهش یافته بود (نمودار ۱).

در پایان، مدل تحلیل واریانس اندازه‌گیری‌های مکرر دو طرفه (Two-way repeated measure ANOVA) نشان داد که اثر دارو معنی‌دار نبود ($P = 0.347$ ، $F(2,119) = 1.06$); بدین معنی که اثر ضددردی سه داروی مورد بررسی در طول دوره ارزیابی بیماران از نظر آماری مشابه بود. هم چنین اثر متقابل (Interaction) دارو و زمان ارزیابی از نظر آماری معنی‌دار نبود ($P = 0.770$ ، $F(2,119) = 0.658$); بدین معنی که شیب کاهش درد در طول دوره ارزیابی بیماران در سه گروه مورد

نمودار ۱: مقایسه میانگین شدت درد در سه گروه مورد بررسی در طول دوره ارزیابی بیماران A: پلاسبو B: تلتونال C: ایبوپروفن



نوع مطالعه تجربی که بر روی انسان انجام می‌گیرد، افراد مورد مطالعه، مشاهده‌گر و تحلیل‌گر هیچ کدام، اطلاعی از افراد واقع شده در گروه‌های مورد مطالعه و شاهد ندارند. در مطالعه حاضر از داروهای تلتونال و ایبوپروفن به عنوان مسکن ضدالتهاب غیراستروئیدی و پلاسبو جهت مقایسه اثرات ضددردی این دو دارو استفاده شد. از آنجایی که تلتونال یک داروی با منشأ گیاهی بوده و دارای عوارض جانبی گزارش شده کمتری از ایبوپروفن است، لذا این مطالعه به منظور مقایسه اثربخشی تجویز پروفیلاکتیک ایبوپروفن (یک مسکن رایج در درد بعد از درمان ریشه) و تلتونال (یک مسکن گیاهی با خاصیت ضدالتهابی و آنتی‌اکسیدان که تاکنون در درمان‌های دندان‌پزشکی مورد استفاده قرار نگرفته است) بر کاهش درد بعد از درمان کانال ریشه دندان انجام شد.

میانگین شدت درد در سه گروه، در مقطع زمانی قبل از درمان، تفاوت آماری معنی‌داری با یکدیگر نداشتند که این امر نشانگر تشابه سه گروه از نظر میزان درد اولیه و به عبارت دیگر همسانی شرایط مقایسه است. اولین زمان ارزیابی تعیین شدت درد شش ساعت پس از درمان انتخاب شد که درست زمانی است که متابولیسم و اثر داروی بی‌حسی موضعی به پایان رسیده است. بر اساس مطالعات Malamed نیمه عمر لیدوکائین ۲ درصد با $1/100000$ اپی‌نفرین در نسج نرم سه تا چهار ساعت می‌باشد (۱۲) لذا مداخله اثر داروی بی‌حسی در اولین زمان ثبت شدت درد پس از درمان منتفی بود. از آنجا که اغلب مطالعات نشان داده‌اند که درد پس از درمان ریشه در طول ۲۴ تا ۴۸ ساعت

هم چنین، تحلیل واریانس اندازه‌گیری‌های مکرر یک‌طرفه (One-way repeated measures ANOVA) نشان داد که در هر یک از گروه‌های مورد بررسی، در طول دوره ارزیابی (بعد از ۶، ۱۲، ۲۴، ۴۸ و ۷۲ ساعت پس از درمان)، شدت درد به طور معنی‌داری کاهش یافته بود ($P < 0/001$). اما بین گروه‌ها تفاوت معنی‌داری وجود نداشت.

بحث

درد یکی از شایع‌ترین علل مراجعه بیماران به مطب‌های دندان‌پزشکی است. در بین رشته‌های دندان‌پزشکی، رشته اندودانتیک ارتباط نزدیکی با تجربه درد و درمان آن دارد، خصوصاً این مسئله می‌تواند طی درمان‌های اندودانتیک تشدید شود و بیمار حین درمان و نیز پس از آن درد را تجربه کند. بر همین اساس مطالعات زیادی بر روی داروهای ضد درد مختلف برای تسکین درد بعد از درمان بیماران انجام شده است. مشخص‌ترین عاملی که درد پس از درمان اندودانتیک را پیش‌بینی می‌نماید وجود بیش‌دردی (هایپرآلژیا) قبل از درمان می‌باشد. بنابراین استفاده از داروهای NSAID به صورت پروفیلاکسی در کاهش درد پس از درمان ریشه کمک شایانی می‌نماید (۱۱).

تحقیق حاضر یک مطالعه کارآزمایی بالینی تصادفی سه سوکور بود که به عنوان معتبرترین نوع از مطالعات اپیدمیولوژیک محسوب می‌گردد. در این

اما در مطالعه حاضر صرف نظر از نوع داروی مورد استفاده در هر یک از گروه‌های مورد بررسی، شدت درد به طور معنی‌داری در طول دوره ارزیابی کاهش یافت. البته تفاوت معنی‌داری بین کاهش شدت درد در گروه‌های مختلف مشاهده نشد.

مطالعه جلال زاده و همکاران (۱۹) با هدف مقایسه اثربخشی پروفیلاکتیک داروی ضدالتهاب غیراستروئیدی ایبوپروفن ۸۰۰ میلی گرم و داروی ضدالتهاب کورتیکواستروئید پردنیزولون ۳۰ میلی گرم در تسکین دردهای پس از درمان ریشه دندان خلفی انجام شد. نتایج آن بدین صورت بود که در ۶ و ۲۴ ساعت پس از کار، ۳۰ میلی گرم پردنیزولون به میزان چشمگیری شدت درد را بیشتر از ۸۰۰ میلی گرم ایبوپروفن کاهش داد ولی بعد از ۲۴ ساعت تفاوت بین این دو از لحاظ آماری معنی‌دار نبود. در مطالعه فوق از شرایط ورود به مطالعه نیاز به درمان ریشه در یکی از دندان‌های خلفی بود و بیماران به مدت ۲۴ ساعت تحت کنترل بودند، حال آن که در مطالعه حاضر بررسی بیماران به مدت ۷۲ ساعت و بر روی دندان‌های تک کانال قدامی انجام گرفت. با این که تلتونال در ۲۴ ساعت اول، درد کمتری را نسبت به ایبوپروفن نشان داد اما در هیچ یک از زمان‌های پس از درمان، تفاوت آماری معنی‌داری بین ایبوپروفن و تلتونال مشاهده نشد.

اکثر مطالعات در مورد تلتونال در زمینه درد کمر، زانو یا لگن می‌باشد که در این مطالعات به نتایج مثبت رسیده‌اند Wegener و همکاران (۲۰) برای درمان بیماران مبتلا به آرتروز مفصل ران و زانو با عصاره پنجه شیطان (Teltonal) به این نتیجه رسیدند عصاره پنجه شیطان دارای اثر بالینی مفید در درمان آرتروزهای لگن و زانو می‌باشد.

Chrubasik و همکاران (۲۱) بر روی مقایسه نتیجه درمان با داروی گیاهی هارپاگوفیتوم (Teltonal) در بیماران با درد کمر، زانو و لگن به این نتیجه رسیدند که تلتونال در درمان استئوآرتریت زانو، لگن و کمر درد نتیجه مثبت دارد.

مطالعه Brien و همکاران (۲۲) با عنوان اثربخشی عصاره پنجه شیطان (Teltonal) برای درمان آرتروز که ۱۴ مورد را به صورت دو سوکور مورد بررسی قرار دادند و به این نتیجه رسیدند که عصاره پنجه شیطان در کاهش علائم بالینی درد موثر واقع گردیده است. در تحقیق حاضر علیرغم کاهش بیشتر شدت درد در گروه تلتونال در فواصل ۶، ۱۲، ۲۴ ساعت تفاوت معنی‌داری بین کاهش شدت درد در گروه‌های مورد مطالعه وجود نداشت. احتمالاً با افزایش حجم نمونه بتوان نتایج دقیق‌تری بدست آورد.

Chrubasik و همکاران (۲۳) مطالعه‌ای با عنوان بررسی مقایسه‌ای Teltonal با داروی ضدالتهاب غیراستروئید Rofecoxib با نام تجاری Vioxx در درمان کمردرد انجام دادند که این مطالعه به صورت دو سوکور تصادفی انجام شد. نتیجه مطالعه ایشان نشان داد که اثربخشی Teltonal در درمان حملات شدید کمردرد مؤثرتر و با عوارض جانبی کمتری نسبت به Vioxx است.

اما در مطالعه حاضر با وجود اینکه تجویز پروفیلاکتیک تلتونال در فواصل زمانی ۶، ۱۲ و ۲۴ ساعت پس از درمان کاهش میانگین درد بیشتری را نسبت به ایبوپروفن ایجاد کرد، ولی از نظر آماری اختلاف معنی‌داری بین گروه‌های مورد بررسی وجود نداشت.

پس از درمان بیشترین شدت خود را خواهد داشت، (۱۳) لذا در این مطالعه بیماران به مدت ۳ روز کنترل شدند. در مطالعه Attar و همکاران (۱۴) که تأثیر تجویز پروفیلاکتیک یک دوز ۶۰۰ میلی گرمی ایبوپروفن بر کنترل دردهای پس از درمان ریشه را بررسی کردند، گزارش شده که تفاوت معنی‌داری بین گروه ایبوپروفن و پلاسبو وجود نداشت. نتایج مطالعه فوق با مطالعه حاضر مشابهت دارد که می‌تواند به علت تأثیر درمان کانال ریشه دندان بر کنترل درد باشد.

نتایج این مطالعه نشان داد که در شش ساعت پس از درمان ریشه، تلتونال میانگین درد کمتری نسبت به پلاسبو و ایبوپروفن نشان داد ولی این اختلاف از نظر آماری معنی‌دار نبود. در فواصل ۱۲ ساعت و ۲۴ ساعت پس از درمان نیز، تلتونال در مقایسه با پلاسبو و ایبوپروفن، میانگین درد کمتری را نشان داد ولی این تفاوت از نظر آماری معنی‌دار نبود. ۴۸ ساعت پس از درمان، ایبوپروفن میانگین درد کمتری را نسبت به تلتونال و پلاسبو نشان داد که این تفاوت‌ها از نظر آماری معنی‌دار نبود و ۷۲ ساعت پس از درمان، هر سه داروی مورد بررسی (پلاسبو، تلتونال و ایبوپروفن) تقریباً به یک اندازه شدت درد را کاهش دادند؛ اگرچه ایبوپروفن با اندکی تفاوت، میانگین درد کمتری را نشان می‌داد ولی تفاوت‌ها از نظر آماری معنی‌دار نبود. البته از آنجا که نیمه عمر ایبوپروفن ۶-۴ ساعت (۷) و نیمه عمر تلتونال ۳-۶ ساعت (۱۵) می‌باشد بدیهی است که در این زمان اثر داروهای مورد استفاده از بین رفته و درواقع کاهش درد ناشی از کاهش التهاب ناحیه خواهد بود.

در مطالعه Menke و همکاران (۵) مقایسه اثر تجویز پروفیلاکتیک دو داروی ضدالتهاب غیراستروئیدی Etodolac و Ibuprofen بر روی درد پس از درمان اندودنتیک در بازه زمانی ۴، ۸، ۱۲، ۲۴، ۴۸ و ۷۲ ساعت پس از درمان انجام شد، که تجویز پروفیلاکتیک Ibuprofen در مقایسه با Etodolac کاهش درد ۴ الی ۸ ساعت بعد از درمان کانال ریشه را بیشتر نشان داد. با توجه به مشابهت روش کار، این نتایج با مطالعه حاضر مغایرت دارد زیرا در این مطالعه با وجود این که ایبوپروفن از نظر عددی میانگین درد کمتری را در دوره‌های زمانی ۴۸ و ۷۲ ساعت نسبت به تلتونال نشان می‌داد، ولی تلتونال در ۲۴ ساعت اول، درد کمتری را نسبت به ایبوپروفن نشان داد که در هیچ یک از زمان‌های پس از درمان، تفاوت آماری معنی‌داری بین ایبوپروفن و تلتونال مشاهده نشد.

در مطالعه یاقوتی و همکارانش (۱۶)، تفاوت آماری معنی‌داری بین ایبوپروفن و سولینداک در کاهش درد ۷۲ ساعت پس از درمان ریشه وجود نداشت.

در مطالعه حاضر سعی شد با بالا بردن حجم نمونه چنانچه تفاوتی وجود داشته باشد این تفاوت مشخص شود، اما صرف نظر از نوع داروی مورد استفاده در هر یک از گروه‌های مورد بررسی شدت درد به طور معنی‌داری در طول دوره ارزیابی کاهش یافت البته تفاوت معنی‌داری بین کاهش شدت درد در گروه‌های مختلف مشاهده نشد. این نتایج نشان می‌دهد که با درمان کانال ریشه دندان عامل التهاب حذف و درد کاهش می‌یابد.

در مطالعه بیدار و همکاران (۱۸) به منظور مقایسه اثربخشی پروفیلاکتیک ترامادول هیدروکلراید که مسکن مخدر می‌باشد نسبت به ایبوپروفن بر کاهش درد پس از درمان کانال ریشه دندان تک کانال و وایتال مطالعه‌ای نشان داده شد که ترامادول می‌تواند در تسکین دردهای شدید مؤثرتر از ایبوپروفن باشد.

persianblog.ir/post/22/.

Hargreaves KM, Keiser K, Bryne BE. Analgesics in endodontics. In: Cohen S, Hargreaves KM, Keiser K. Pathways of the Pulp. 10th ed. St. Louis: Mosby Co; 2011. P. 679.

Malamed SF, Gagnon S, Lebnanc D. A comparison between articaine HCL and lidocaine HCL in pediatric dental patients. *Pediatr Dent* ;2000 11-307 :(4)22.

Seltzer S. Endodontology Biologic Considerations of Endodontic Procedures. 3rd ed. Philadelphia: Lea & Febiger; 1988. P. 471.

Attar S, Bowles WR, Baisden MK. Evaluation of pretreatment analgesia and endodontic treatment for postoperative endodontic pain. *J Endod* 5-625 :(6)34 ;2008.

Sigma-Aldrich. Devil's claw (*Harpagophytum procumbens*). [cited2010] Available from: <http://www.sigmaaldrich.com/life-science/nutrition-research/learning-center/plant-profiler/harpagophytum-procumbens.html>.

Yaghooti MM, Mahmudi M. Efficacy of prophylactic use of sulindac in comparison with ibuprofen on post-operative endodontic pain. *J Mash Dent Sch* 5-314 :(4)35 ;2012. [Persian]

Bidar M, Zarrabi Mh, Sadeghi Gh, Alipour N. A comparative study between the efficacy of Tramadol Hydrochloride and Ibuprofen in control of pain after root canal therapy. *J Mash Dent Sch* :(2)32 ;2008 6-111. (Persian)

Jalalzade S, Shahriary Sh, Mehrpour O. Comparison of the efficacy of Ibuprofen 800mg and prednisolone 30mg on post-operative endodontic pain. 32-28 :(1)16 ;2010. (Persian)

Wegener T, Lupke NP. Treatment of patients with arthrosis of hip or knee with an aqueous extract of devils claw (*Harpagophytum procumbens* DC.). *Phytother Res* 72-1165 :(10)17 ;2003.

Chrubasik S, Thanner J, Kunzel O, Conratt C, Black A, Pollak S. Comparison of outcome measures during treatment with the proprietary *Harpagophytum* extract doloteffin in patients with pain in the lower back, knee or hip. *Phytomedicine* 94-181 :(3)9 ;2002.

Brien S, Lewith Gt, McGregor G. Devils Claw (Teltonal) as a treatment for osteoarthritis: A review of efficacy and safety. *J Altern Complement Med* 93-981 :(10)12 ;2006.

Chrubasik S. Devils claw extract as an example of the effectiveness of herbal analgesics. *Orthopade* 8-804 :(7)33 ;2004. [Germany]

نتیجه گیری

با توجه به این که تأثیر داروهای ایبوپروفن و تلتونال در کاهش درد پس از درمان اندودنتیک تفاوت آماری معنی‌داری نشان نداد، بنابراین کاربرد پروفیلاکتیک تلتونال برای کاهش درد پس از درمان اندودانتیکس پیشنهاد نمی‌شود.

مراجع

Jaeger B, Reyes RM. Non-odontogenic toothache and chronic head & neck pain. In: Ingle JI, Bakland LK, Baumgartner JC. *Ingle's Endodontics*. 6th ed. Hamilton: B.C. Decker; 2008; P. 468-392.

Mattschek D, Law AS, Nixdorf DR. Diagnosis of nonodontogenic toothache. In: Hargreaves KM, Cohen S. *Pathways of the Pulp*. 10th ed. St. Louis: Mosby Elsevier; 70-49 ;2011.

Grga D, Dzeletovic B, Damjanov M, Hajdukovic-Dragojlovic L. Prostaglandin E2 in apical tissue fluid and postoperative pain in intact and teeth with large restorations in two endodontic treatment visits. *Srp Arh Celok Lek* 21-17 :(2-1)141 ;2013.

Torabinejad M, Kettering JD, McGraw JC, Cummings RR, Dwyer TG, Tobias TS. Factors associated with endodontic interappointment emergencies of teeth with necrotic pulps. *J Endod* 6-261 :(5)14 ;1988.

Menke ER, Jackson CR, Bagby MD, Tracy TS. The effectiveness of prophylactic etodolac on postendodontic pain. *J Endod* :(12)26 ;2000 5-712.

Keiser K, Byrne BE. Endodontic pharmacology. In: Hargreaves KM, Cohen S. *Pathways of the Pulp*. 10th ed. St. Louis: Mosby Elsevier; 2011; P. 85-670.

Rasooli M. Ibuprofen. In: Teymuri F, Rasooli M. *Generic Iranian Drugs*. 4th ed. Tehran: Andisheh Rafi; 1390; P. 5-534. [Persian]

Mncwangi N, Chen W, Vermaak I, Viljoen AM, Gericke N. Devils Claw-a review of the ethnobotany, phytochemistry and biological activity of *Harpagophytum procumbens*. *J Ethnopharmacol* ;2012 3)143):

71-755.

Chrubasik S, Model A, Black A, Pollak S. A randomized double-blind pilot study comparing Doloteffin and Vioxx in the treatment of low back pain. *Rheumatol* 8-141 :(1)42 ;2003.

DrNabi.Teltonal[cited2012.Apr22]Available from:<http://drnabi>.

از سوی دیگر، مردان نسبت به زنان بیشتر احتمال دارد که با دهان باز بخوابند، به طوری که براساس نتایج یک مطالعه، تقریباً یک سوم از مردان در هنگام خواب از طریق دهان نفس می‌کشند، اما این میزان در زنان تنها پنج درصد است.

‘جوآن چوی’ محقق دانشگاه اوتاگو در نیوزیلند و همکارانش برای این تحقیق وسیله‌ای ابداع کردند که به دندان وصل می‌شود و سطح اسیدی دهان را ثبت و داده‌ها را به یک رایانه منتقل می‌کند.

در ادامه تحقیق، از ۱۰ داوطلب خواسته شد که در هنگام خواب به بینی خود گیره بزنند تا مجبور شوند شب را با دهان باز بخوابند.

در شب دوم، داوطلبان که متوسط سنی ۲۵ سال داشتند، به صورت عادی و بدون گیره زدن به بینی خود خوابیدند.

تجزیه و تحلیل داده‌های این بررسی‌ها تأیید کرد که نفس کشیدن از طریق دهان یکی از عوامل ابتلا به بیماری‌های دندان مانند فرسایش مینای دندان و پوسیدگی آن است.

به گفته محققان، این اولین مطالعه‌ای است که تغییرات pH را در عرض چند روز در داخل دهان افراد سالم به طور مداوم بررسی می‌کند.



خوابیدن با دهان باز موجب پوسیدگی دندان می‌شود



محققان می‌گویند که خوابیدن با دهان باز به اندازه نوشیدن نوشابه‌های گازدار در زمان قبل از خواب، به دندان‌ها آسیب می‌زند.

علت آسیب دیدن دندان‌ها این است که نفس کشیدن از راه دهان، باعث خشک شدن دهان می‌شود و اثر محافظتی بزاق را در کشتن باکتری مؤثر در اسیدی شدن دهان از بین می‌برد. با توجه به افزایش سطح اسید در شب‌ها، خوابیدن با دهان باز و تنفس از راه دهان هنگام خواب موجب فرسایش و پوسیدگی دندان می‌شود.

محققان معتقدند که این یافته به دندانپزشکان در توضیح علت افزایش پوسیدگی دندان افرادی که با دهان باز می‌خوابند، کمک می‌کند.

از سوی دیگر، وضعیت پوسیدگی دندان در افرادی که با دهان باز می‌خوابند، اغلب در دندان‌های عقبی بدتر است که علت آن خشک تر بودن قسمت انتهایی دهان نسبت به قسمت جلویی آن است.

احتمال تنفس از طریق دهان در شب‌ها در افراد مبتلا به آسم و آپنه انسدادی خواب بیشتر است.

در شرایط عادی سطح pH دهان که اندازه اسیدی و یا قلیایی دهان را نشان می‌دهد، در سطح خنثی ۷.۷ است.

اما براساس این مطالعه که در مجله Oral Rehabilitation منتشر شد، خوابیدن با دهان باز، این سطح خنثی را به یک سطح متوسط اسیدی با pH ۶.۶ کاهش می‌دهد.

همچنین در برخی افراد این سطح اسیدی به ۳.۶ افزایش می‌یابد که برای فرسایش مینای دندان کافی است و شبیه نوشیدن نوشابه گازدار قبل از خواب است.

در عرصه ی رقابت حرفه ای، چگونه توجه درمان خواهان دندان پزشکی را جلب کنیم؟

دکتر علی شکفته راد (دندان پزشک، ارتدنتیست)

خدمت گیرندگان دندان پزشکی

معمولاً برای کسانی که از خدمات دندان پزشکی بهره می‌برند، سه واژه‌ی «بیمار»، «مراجعه کننده» و «مشتری» استفاده می‌شود. «بیمار» که از گذشته برای خدمت گیرندگان طب معمول بوده، معادل Sick, unhealthy ill است و در مورد مراجعین دندان پزشکی Patient که در غرب معمول می‌باشد، بدون توجه به معنی اصلی پیشرفت، همان عنوان عصر بوعلی و سایر حکیمان که برای دردمندان رایج بوده، به بیماران دندان پزشکی نیز تعمیم داده شده است. معنی بهتر «پیشرفت»، صبور، منتظر و کسی است که در انتظار دریافت خدمت (معمولن پزشکی یا دندان پزشکی) است. بیمار یا مریض با این واژه تفاوت ریشه ای دارد. از آنجا که خدمات دندان پزشکی -خصوصاً هم اکنون- در موارد بسیار، جنبه درمانی ندارد و خدمت گیرندگان ممکن است مایل نباشند که «بیمار» خطاب شوند، کاربرد این واژه از سوی برخی همکاران و صاحب نظران مورد تردید قرار گرفته است و از آن پرهیز می‌کنند. «مراجعه کننده» از جهت معمول بودن مراجعه اشخاص برای دریافت خدمت و «مشتری» نیز به عنوان کسی که در دندان پزشکی خریدار خدمت تلقی می‌شود و در ازای آن وجهی می‌پردازد، دیگر عناوین معمول برای این افراد است. نگارنده بیش از همه، واژه «مشتری» و در مواردی «بیمار» را مناسب تر دانسته و از آن استفاده می‌کند و این تعبیر را موجب کاستن از شان دندان پزشکان ندانسته و در ازای نوع کاری حرفه ای ایشان، متناسب تر می‌داند.

جلب توجه

در فرهنگ ایرانی «جلب توجه» به نادرست، به عنوان یک رفتار منفی یا سطحی و ناشی از «ضعف نفس» تلقی می‌شود. کسانی که برای انتفاع شخصی یا اهداف خاص، توجه دیگران را جلب کنند، با تعابیری مانند سبک سر و محتاج توجه دیگران و حتی خودنما، مورد طرد یا تمسخر قرار می‌گیرند. این در حالی است که در علوم مختلف روان شناسی، جامعه شناسی، مدیریت و کسب و کار دقیقاً عکس این نگاه را به موضوع داشته، از مجموع مباحث آن‌ها می‌توان اعتماد به نفس، توانایی شخصیتی، خلاقیت، بهره بالای هوشی و موارد معادل آن در مورد این اشخاص و در مقابل، ضعف و ناتوانی افرادی را که دست به تمسخر می‌زنند استنباط کرد که با عدم توانایی کافی در ایجاد تغییر و ضعف در پاسخگو بودن آشکار، از یک رشد طبیعی روانی و اجتماعی محروم هستند و اغلب دچار ناهنجاری های روانی ناشی از گوشه گیری، پنهان کاری و سرخوردگی می‌باشند.

در روان شناسی انسان گرایانه که آبراهام مازلو بنیان گذار آن و هرم مازلو معرف آن است، نیازهای انسانی در رده های مختلف رشد و بلوغ انسان طبقه بندی شده است. در رده چهارم و پنجم این هرم، نیازهای اجتماعی و احترام قرار دارد که شخص در ابتدای ورود به اجتماع، عشق خود به دیگران و عشق دیگران به خود را طلب می‌کند و سپس با گسترش حضور اجتماعی، این نیاز به محبت تداوم و وسعت یافته و در سطح بالاتر به احترام و عزت نفس ارتقا





امروز ما ایرانیان از آن زبان گرفته و ترجمه می شود، چرا آن را به کار نبریم؟ البته در انگلیسی نام دنتال آفیس (دفتر، اداره) به محل کار دندان پزشکی گفته می شود که در فارسی غیر معمول و غریب است. با توجه به مطالب این مقاله، حتی اگر به جای مطب یا کلینیک دندان پزشکی، این مکان را «آفیس دندان پزشکی» بنامیم نیز شایسته خواهد بود.

گله ی این موضوع متوجه فرهنگستان زبان فارسی است که با وجود حضور یک دندان پزشک برجسته در آن (دکتر اسماعیل یزدی) هنوز برای موضوعات اینچنین فکر اساسی نشده یا اگر شده در خارج از آن مرکز نیامده و گسترش نیافته است.

درمانگاه که واژه ای فارسی است نیز به خاطر وسعت و رواج کاربرد آن در مورد مراکز درمانی عمومی، کاربرد خود را نه تنها برای کلینیک خصوصی دندان پزشکی (مطب) از دست داده بلکه در مراکز جدید درمانی با چند دندان پزشک نیز نسبت به آن نظر مثبتی ندارند چون گمان می کنند این نام، مراکز درمان پزشکی عمومی، دولتی، آموزشی و خصوص خیریه را به ذهن می آورد. نگارنده با طرح این بحث درصدد موضع گیری خاصی نیست.

در متن حاضر نیز از واژه های مطب و کلینیک برای تشریح مراکز خصوصی درمان، اعم از آن ها که یک دکتر یا دو یا چند دکتر در آن کار می کنند، استفاده می شود. اشاره یگانه به «آفیس» نیز برای تلنگر به اندیشمندان تصمیم ساز است.

می یابد. بر این اساس، از آنجا که انسان موجودی اجتماعی است، برای روابط معنی دار با دیگران، سخت می کوشد تا توجهات را جلب کند. این رفتار نه تنها در مسیر رشد طبیعی فرد نشانه و مسیری طبیعی و حاکی از سلامت فرد است، بلکه برای موفقیت در کسب و کار، یک نیاز اجتماعی ضروری است. هرچه فرد در مراتب مختلف رشد، بهتر و کامل تر ارضا شود، بهره وری اجتماع و دیگران از او به همان نسبت افزایش می یابد. پس هر دندان پزشک برای رشد خصائل انسانی، کسب عزت نفس فردی و موفقیت در فعالیت های مختلف اجتماعی -بخصوص کسب درآمد مطلوب- نیاز دارد که مورد توجه قرار گیرد.

محل ارائه خدمات دندان پزشکی

«مطب» رایج ترین نام برای محل ارائه خدمات دندان پزشکان بوده و هست اما از طرفی واژه «کلینیک» به دو دلیل می تواند تجویز شود. یکی مرسوم شدن این نام برای محل اشتراکی کار چند دندان پزشک که معمولن آن را کلینیک و گاه «درمانگاه» می خوانند. دلیل دیگر این که اگر قرار است از یک واژه بیگانه (مطب که عربی است) استفاده شود، پس کلینیک هم به همان میزان بیگانه است.

از طرفی منشا واژه ی «کلینیک» زبانی انگلیسی است که علوم دندان پزشکی



روی صندلی کنار پنجره نشستیم، چند ایستگاه بعد مسافری پهلوی من نشست.

او مرد جوان خوش صحبتی بود و مرتب تخمه هندوانه می شکست. وقتی پهلویم نشست بدون مقدمه به من تخمه هندوانه تعارف کرد و گفت: آقا بفرمایید.

من ضمن تشکر جواب دادم که به علت دندان مصنوعی نمی توانم چیزهای سخت بخورم.

دزدیدن دندان های مصنوعی مردی در دهانش!

در یکی از روزنامه ها به اخبار جالب حدود ۵۰ سال پیش پرداخته می شود، اخباری که از نظر نگارش، تیترو محتوا بسیار متفاوت تر از اخباری است که این روزها در روزنامه ها چاپ می شود.

این هفته ماجرای سرقت دندان های مصنوعی مردی و خودزنی نگهبان بانک را می خوانید که در روزنامه کیهان چاپ شده بود.

جوانی عصبانی و ناراحت به اداره روزنامه آمده بود، صورتش از شدت ناراحتی برافروخته شده بود.

وقتی کنارم روی صندلی نشست، بی مقدمه سری به علامت تاسف تکان داد و گفت: آقا عجب دوره و زمانه ای است، دندان های مصنوعی مرا توی اتوبوس از داخل دهانم به سرقت برده اند.

جوان خوش صحبت

من اهل گیلان هستم و در مشهد زندگی می کنم. دیروز برای انجام کاری از مشهد به تهران آمدم. حقیقت این است که به تاجری بدهکارم، آمدم بدهی ام را بدهم.

از میدان مولوی سوار اتوبوس خط ۳۲ شدم تا به گرگان بروم. بلیطی تهیه کردم و در ایستگاه منتظر ماشین شدم. چند دقیقه بعد یک اتوبوس دو طبقه به ایستگاه رسید. کمک راننده مرا به طبقه دوم راهنمایی کرد.

فعلا بخواب تا بعد

مرد جوان به سر و وضع من خیره شد و پرسید مثل این که از سفر می آید. گفتم: بله ساکن مشهدم و برای انجام کاری به تهران آمده ام و حالا می خواهم به میدان فوزیه بروم.

او خندید و گفت: ای بابا هنوز خیلی مانده اینجا کجا و میدان فوزیه کجا. کارت نباشد هر وقت رسیدیم خبرت می کنم و سپس به شوخی افزود حالا به خواب من خودم خبرت می کنم.

کلمه خواب مرا که چشم هایم از فرط بی خوابی باز نمی شد، به هوس انداخت که چرتی بزنم. سرم را به شیشه تکیه داده و به خواب رفتم حتما در این هنگام دندان هایم که لق بود از دهانم افتاده و جوان آن را برداشته است و به سرقت برده است.

آخر خط من با صدای بلند کمک راننده که می گفت آقا آخر خط است از خواب پریدم و از اتوبوس پیاده شدم.

چند قدمی که در خیابان قدم زدم ناگهان احساس کردم دندان های مصنوعی ام در دهانم نیست با این گمان که اشتباه کرده ام با دست لثه هایم را لمس کردم و از دندان اثری نیافتم.

علی اصغر در حالی که بشدت متأثر شده بود افزود: من از این که دندان هایم را از دست داده ام دلم نمی سوزد، بلکه تأسفم از نوع سرقت است. صرف نظر از صد و هشتاد تومانی که باید دوباره خرج کنم. الان دو شبانه روز است که آب از گلویم پایین نرفته است.



حسگر تشخیص سرطان از روی بزاق دهان

پژوهشگران مکزیکی موفق به ساخت نانوزیست حسگری شدند که قادر است سرطان پستان را در مراحل اولیه شناسایی کند. در این روش تنها با استفاده از بزاق دهان می‌توان سرطان را شناسایی کرد.



محققان دانشگاه آتونوموس متروپولیتن مکزیک نانوزیست حسگری ساختند که می‌توان با استفاده از آن سرطان پستان را در مراحل ابتدایی شناسایی کرد. در این روش از یک کاغذ کروماتوگرافی و نمونه‌گیری از بزاق استفاده می‌شود.

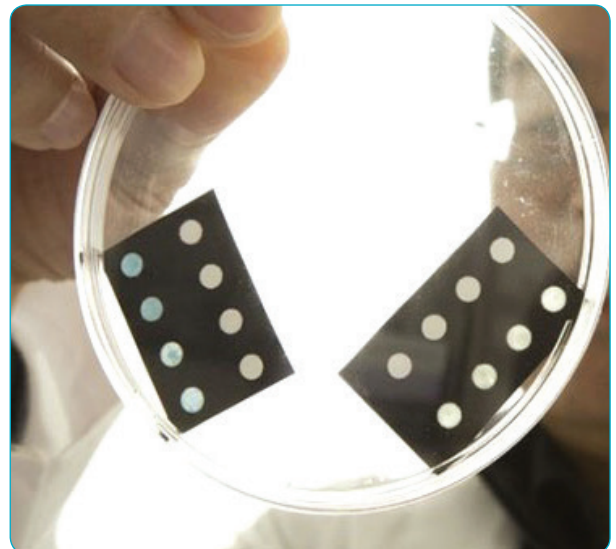
پژوهشگران این پروژه از دپارتمان مهندسی زیست‌پزشکی به صورت مشترک با چند محقق مختلف از این دانشگاه اقدام به ساخت ابزاری کردند که روی آن حسگرهای نوری، شیمیایی و آنزیمی قرار دارد. این حسگرها می‌توانند سرطان پستان را در مراحل اولیه شناسایی کنند.

نیکولا باتینا از آزمایشگاه فناوری نانو و مهندسی مولکولی می‌گوید: «ما از نمونه بزاق دهان برای شناسایی سرطان پستان در مرحله اولیه استفاده کردیم. این روش، یک روش غیرتهاجمی است. ما در جستجوی نانوزیست حسگری بودیم که بتوان آن را به صورت دوره‌ای و یک مرحله‌ای استفاده کرد. یک قطره از بزاق دهان می‌تواند برای این کار مناسب باشد.»

بزرگترین مزیت این ابزار آن است که تنها در ده دقیقه می‌تواند سرطان را شناسایی کند. باتینا می‌افزاید: «فلسفه ما این بود که این ابزار در دسترس همگان باشد و نیاز به هیچ ابزار کلینیکی نباشد جواب آزمون تنها از طریق تغییر رنگ ارائه شود.»

این حسگر برای بیماران اهمیت زیادی دارد به ویژه بیمارانی که مورد درمان واقع شده‌اند و اکنون نگران بازگشت بیماری هستند. سرطان پستان ماحصل رشد افسارگسیخته سلول‌ها در بافت پستان است.

آمارهای سازمان بهداشت جهانی نشان می‌دهد تعداد بیماران مبتلا به این نوع سرطان در حال افزایش است.



یون نقره؛ نخستین درپوش ضدباکتری مسواک جهان

در میان خطراتی که مسواک‌ها با آن‌ها مواجهند، می‌توان به خشک نکردن آن‌ها بعد از هر بار استفاده، انتقال آلودگی بین مسواک‌ها و نیز میکروبی‌های موجود در فضاها از جمله توالیت اشاره کرد و در این بین، درپوش‌ها می‌توانند این خطرات را کم کنند و اکنون **Brushield** به عنوان بهترین درپوش مسواک ارائه شده است.

این درپوش از آلومینیوم مورد استفاده در هواپیما ساخته شده و دارای سیستم قفل آهنربایی برای محکم نگه داشتن آن بر روی سر مسواک است.

این ویژگی‌ها برای به حداقل رساندن خطر مواجهه تهدیدات خارجی مانند جا مسواکی‌های کثیف با سر مسواک هستند. این خصوصیات همچنین از نرم شدن مسواک و مانده خمیردندان در مسواک جلوگیری می‌کند.

علاوه بر آن، گفته می‌شود **Brushield** نخستین درپوش ضد میکروب واقعی جهان است که با فناوری یون نقره اصلاح شده است. انتشار کنترل شده یون‌های نقره در دوران عمر این مسواک ۹۹ درصد باکتری‌ها را از بین می‌برد.

همچنین کانال‌های جریان هوا نیز برای انتقال هوا و خشک کردن مسواک پس از استفاده تعبیه شده‌اند که بیشتر به از بین بردن میکروبی‌های می‌پردازد که ممکن است برس مسواک با آن‌ها مواجه شود.

این درپوش با بیش از ۹۵ درصد مسواک‌ها از جمله مسواک‌های برقی سازگار بوده و پنج الی ۱۰ سال بسته به سالم ماندن پوشش آن، مؤثر باقی می‌ماند.

درپوش **Brushield** اکنون برای تأمین بودجه در سایت کیک‌استارتر قرار گرفته است.



© Gregorio Oxilia et al Scientific Reports

کشف اسکلت ۱۴ هزار ساله با دندان ترمیم شده!

کارشناسان باستان شناسی در کشور ایتالیا به تازگی یک اسکلت ۱۴ هزار ساله کشف کرده‌اند که متعلق به یک انسان عصر ماقبل تاریخ است.

گفتنی است، نکته جالب در خصوص این اسکلت وجود دندان‌های پوسیده و ترمیم یکی از آنها توسط یک سنگ تیز است.

بررسی‌ها نشان می‌دهند، کارشناسان اعتقاد دارند این اسکلت نشان دهنده اولین نمونه درمان و ترمیم دندان خراب میان انسان‌ها است.

پژوهشگران با مطالعه بر روی دندان گمان می‌کنند آن توسط یک سنگ چخماق تیز خراش داده شده و به نوعی دندانپزشکی بسیار اولیه بر روی آن انجام شده است.

کارشناسان ایجاد حفره در دندان پوسیده را برای کاهش درد و جلوگیری از کشیدن دندان معرفی کرده‌اند.

پژوهشگران اعتقاد دارند تغییر رژیم غذایی انسان‌ها در طول زمان حتی در قرون ماقبل تاریخ و روی آوردن آن به مصرف کربوهیدرات بیشتر سبب شده تا دچار پوسیدگی دندان شوند.

بر اساس کشفیات باستان شناسی تا به حال اولین مورد پوسیدگی دندان در فسیلی متعلق به فاستخوان فک یک خزنده ۲۷۵ میلیون ساله مشاهده شده است.

بر اساس محققان دانشگاه بولونیای ایتالیا بر روی این اسکلت که در مجله گزارش‌های علمی به چاپ رسیده است این نتایج بدست آمده که همزمان با افزایش بروز پوسیدگی در دندان انسان‌ها ابزارهای سنگی درمانی برای رفع مشکل افراد به وجود آمده و حتی نمونه‌های اولیه از خلال دندان ساخته شده

با چوب نیز بدست آمده است.

ابزارهای سنگی در آن زمان به شیوه‌ای ساخته شده‌اند که قابلیت ورود به حفره‌های کوچک ایجاد شده در اثر پوسیدگی، حذف مینا و عاج دندان را داشته‌اند.

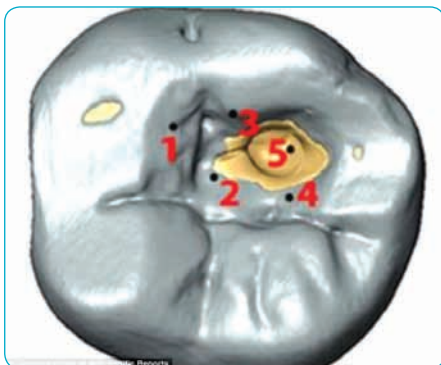
کارشناسان اولین موارد دندانپزشکی باستانی را در میان تمدن‌های روم، یونان و مصر باستان مشاهده کرده‌اند که در آنها نیز با حفاری و مته کردن پوسیدگی و یا ساخت داروهای ضد درد و التهاب سعی می‌شده با مشکل دندان درد مقابله شود.

کارشناسان ایتالیایی حتی گمان می‌کنند درد دندان در این مرد می‌توانسته علت مرگ او باشد.

اسکلت این مرد که تخمین زده می‌شود ۲۵ سال سن داشته در سال ۱۹۸۸ در یک غار باستانی در منطقه بولونیا، شمال شرق کشور ایتالیا پیدا شده است.

کارشناسان تا به حال علت مرگ او را کشف نکرده‌اند اما احتمال می‌دهند درد دندان و جراحی اولیه انجام گرفته روی آن می‌تواند سبب بروز عفونت و مرگ شده باشد.

با مشاهده پوسیدگی دندان در این مرد باستانی کارشناسان اعتقاد دارند علت پوسیدگی دندان تنها به خاطر مصرف خوراکی‌های امروزی نیست و علت اصلی مواد کربوهیدرات است.





کنترل نمک بدن با ابزار هوشمندی در دهان

حس چشایی یکی از پنج حس اصلی انسان است که نقش مهمی در حفظ سلامت ما دارد. انسان با حس چشایی می‌تواند علاوه بر شناسایی غذای فاسد، شوری یا شیرین بودن بیش از حد خوراکی‌ها و نوشیدنی‌ها را شناسایی کند، اما در این میان مشکلی وجود دارد و آن هم افزایش سن است.

بسیاری از توانایی‌های جسمی و شناختی انسان در دوره سالمندی ضعیف می‌شود که حس چشایی نیز یکی از آنهاست. این امر در نهایت می‌تواند سلامت فرد سالمند را به خطر اندازد. افزون بر این، عادت به وعده‌های غذایی پر نمک یا شیرین نیز می‌تواند آستانه حساسیت فرد را به این سبک ناسالم تغذیه افزایش دهد. بنابراین یک تیم پژوهشی موفق به طراحی دستگاهی شده که قادر به شناسایی مقادیر بیشتر از استاندارد سدیم مصرفی موجود در نمک خوراکی و اعلام آن به کاربر است. نمونه اولیه این دستگاه که چند سال پیش طراحی و ساخته شد، یک قطعه کوچک بود که می‌توانست در دهان فرد یا درون دندان او قرار گیرد، اما این وسیله به علت اندازه بزرگ نسبت به محیط دهان، چندان کاربردی نبود. به همین علت تیمی از پژوهشگران در حوزه‌های مختلف الکترونیک و زیست‌فناوری کوشیدند تا حد امکان از ابعاد آن بکاهند. نتیجه این تلاش، دستگاهی شد که به مراتب جمع و جورتر از نمونه قبلی است. این دستگاه وزن و ابعاد بسیار کوچکی دارد و به صورت یک پوسته نازک (به قطر ۲۰۰ نانومتر) روی کف دندان مصنوعی یا دهان فرد قرار می‌گیرد. همچنین شاید در آینده بتوان آن را با چسبی ویژه روی سقف دهان نیز قرار داد. این دستگاه با وجود اندازه کوچک خود، عملکرد دقیقی در اندازه‌گیری سدیم وارد شده به دهان دارد. شیوه کارکرد این ایمپلنت به این صورت است که میزان سدیم موجود در دهان به صورت آنی ارزیابی و سپس این داده‌ها به گوشی هوشمند ارسال می‌شود. نرم‌افزار ویژه این دستگاه به گونه‌ای است که به محض رسیدن سدیم مصرفی روزانه به حداکثر میزان مجاز، به کاربر در این باره هشدار می‌دهد. در این میان، این پژوهشگران امیدوارند در آینده بتوانند بر دامنه عملکرد این ایمپلنت بیفزایند. برای نمونه اگر بتوان از این دستگاه برای تشخیص میزان قند ورودی به دهان نیز استفاده کرد، شاید بتوان اقدامات مؤثرتری برای کنترل دیابت در افراد مبتلا انجام داد. این تیم پژوهشی در حال حاضر می‌کوشد حسگری برای تعیین pH مواد وارد شده در دهان طراحی کند.

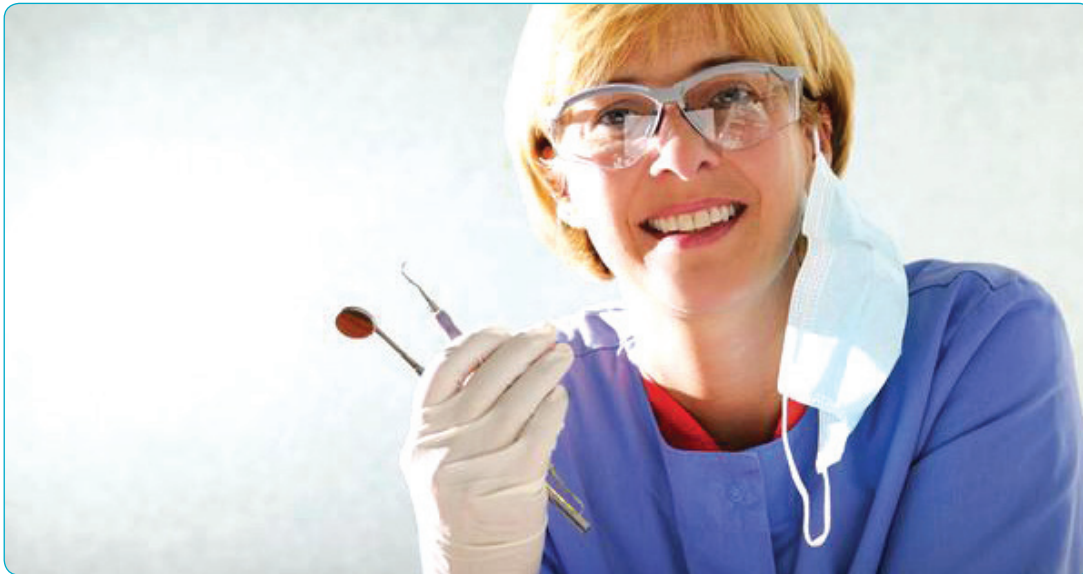
طوطی و دندان پزشکان

گل بود به سبزه نیز آراسته شد!

مقارن با افزایش نگرانی جامعه دندان پزشکی بابت تبعات افزایش تعداد دانشکده‌های دندان پزشکی ایران تا ۶۶ واحد و تربیت انبوه دندان پزشک در این دانشکده‌ها بدون توجه به کیفیت آموزش، که تبعات منفی بسیاری برای مردم و جامعه دندان پزشکی در طی خواهد داشت، حالا دندان پزشکان باید بابت یک مورد عجیب هم نگران باشند.

به تازگی یک طوطی هم در کسوت دندانپزشک ظاهر شده و با دقت و وسواس یک دندانپزشک، دندانهای شیری لق را می‌کشد!!! در فیلم کوتاهی که از شاهکار این طوطی در فضای وب منتشر شده، طوطی کوچکی را می‌بینیم که روی دوش صاحبش نشسته و پس از وارسی دقیق دندان‌ها، منقارش را داخل دهان کودک می‌برد و یک دندان شیری لق را از دهانش خارج می‌کند.

امیدواریم طوطیان ایرانی تصویر و پیغام این طوطی خارجی را نبینند و نشوند تا مبادا مشکلات صنفی دندانپزشکان ایرانی از این که هست بیشتر شود!!!



آیا کلیشه‌های رایج در مورد زنان دندانپزشک واقعیت دارد؟

تاریخچه حضور زنان در دندانپزشکی

سابقه حضور زنان در دندانپزشکی به طور رسمی به سال‌های خیلی قبل برمی‌گردد. اولین زنی که به طور رسمی نامش به عنوان دندانپزشک ضبط شده است، آملیا آشور سوئدی است که در ۱۸۵۲ توانست حائز برد سلطنتی دندانپزشکی سوئد بشود.

اولین زن دندانپزشک آمریکا هم خانم امیلین روبرت جونز است که با یک دندانپزشک ازدواج کرد و در سال ۱۸۵۵ دندانپزشک شد. موفقیت زنان در دندانپزشکی در سال‌های اخیر روند چشمگیری داشته است و شمایل دندانپزشکی را از یک رشته مردانه خارج کرده است. به طوری که میشل آردن بلژیکی از ۲۰۰۵ تا ۲۰۰۷ مسئولیت ریاست فدراسیون بین‌المللی دندانپزشکی (FDI) را بر عهده داشت.

در سال ۲۰۰۴ هم ساندرای مدیسون اولین رئیس انجمن اندودنتیست‌های آمریکا شد. ماجوریا جفکوت هم سردبیری مجله انجمن دندانپزشکی آمریکا (ADA) را در ۲۰۰۱ بر عهده داشت.

ریاست انجمن دندانپزشکی کانادا، انجمن دندانپزشکان اطفال، انجمن پاتولوژیست‌های دهان و دندان و بسیاری دیگر از انجمن‌های دیگر در آمریکا هم در دوره‌هایی برعهده خانم‌های دندانپزشک بوده است.

ماری استیلول کووزل کسی بود که در اواخر قرن نوزدهم میلادی (۴ مارس ۱۸۹۳) انجمن دندانپزشکی زنان آمریکا را با همکاری جمعی از زنان دندانپزشک، بنیان نهاد.

annik stepanian3 اگر تاریخ دندانپزشکی کشورمان را مرور کنیم نام دو زن به عنوان پیشگامان حضور زنان در عرصه دندانپزشکی مطرح می‌شود. اولی بدرالزمان تیمورتاش (بدی تیمورتاش) که در ۱۹۲۰ در بلژیک به تحصیل دندانپزشکی مشغول شد و بعدها در ایران دانشکده دندانپزشکی مشهد را بنیان نهاد و دومی خانم انیک استپانیان (آویدیان) است که به عنوان اولین زن دندانپزشک ایرانی در داخل ایران فارغ‌التحصیل شد.

بیمار وارد اتاق درمان می‌شود. یک خانم میانسال است. به محض اینکه متوجه می‌شود، دندانپزشک خانم قرار است کار درمانی او را انجام دهد با لحن نامناسب و توهین آمیزی از اپراتور بخش می‌خواهد که کار درمانش با دندانپزشک مرد انجام شود. چون این خانم معتقد است که خانم‌های دندانپزشک کار بلد نیستند!

بیمار وارد اتاق درمان می‌شود. یک خانم میانسال است. به محض اینکه متوجه می‌شود، دندانپزشک خانم قرار است کار درمانی او را انجام دهد با لحن نامناسب و توهین آمیزی از اپراتور بخش می‌خواهد که کار درمانش با دندانپزشک مرد انجام شود. چون این خانم معتقد است که خانم‌های دندانپزشک کار بلد نیستند!

در محیط‌های درمانی، روزانه با چنین حوادثی مواجه می‌شویم و متأسفانه از کنار آن می‌گذریم. امروزه تعداد زنان دندانپزشک در کشور افزایش یافته است. اگر مداخله دولت در ایجاد ظرفیت برای مردان صورت نمی‌گرفت، تعداد دندانپزشکان خانم نسبت به آقایان چه بسا برتری چشمگیری می‌یافت. البته از این نکته نگذریم که با کمال تأسف بزرگ‌ترین ناقضان حقوق زنان در صنف دندانپزشکی، خود خانم‌ها هستند و چه با تأکید این نقض حقوق صنفی، چه با بی‌تفاوتی خودشان بر ضد حقوق همجنس‌هایشان عمل می‌کنند. به عنوان یک دندانپزشک و متخصص درمان ریشه، چه در حیطه عمومی دندانپزشکی و چه در شاخه تخصصی رشته‌ام، تعداد زیادی از همکاران را می‌شناسم که در کار خود حتی اگر با کمی تردید نتوان گفت که از همکاران مرد خود ماهرتر و توانمندتر هستند، حداقل به جرأت می‌توانم بگویم از نظر توانایی حرفه‌ای با مردان برابری می‌کنند.

زنان در دندانپزشکی امروز دنیا

امروزه درحالی که بیش از ۳۰ درصد پزشکان امریکا زن هستند، فقط ۱۹ درصد دندانپزشکان در این کشور را خانمها تشکیل می‌دهند؛ اما پیش بینی می‌شود که تا سال ۲۰۲۰ حدود ۲۸ دندانپزشکان امریکا را زنان تشکیل دهند. (هم اکنون در کشوری مانند فنلاند ۷۵ درصد دندانپزشکان خانمها هستند!). با این احتساب کماکان دندانپزشکی رشته‌ای مردانه در ایالات متحده امریکا باقی خواهد ماند.



براساس مطالعات انجام شده در امریکا، زنان دندانپزشک درآمد کمتری نسبت به مردان دارند اما از نظر دقت (میزان خطا) زنان دندانپزشک خطاهای درمانی کمتری نسبت به مردان مرتکب می‌شوند. مدت زمان کار زنان هم البته با توجه به مسئولیت‌های خانوده و فرزندان از مردان به طور میانگین کمتر است. حتی در کشوری مثل امریکا بسیاری معتقدند که در زمینه پذیرش دندانپزشک تبعیض بین مردان و زنان به طور چشمگیری وجود دارد.

به مردان دندانپزشک کار می‌کنند. این قضیه بیش از آنکه حتی به توانایی جسمی آن‌ها وابسته باشد به حضور و نقش چشمگیرتر زنان در خانواده یا انگیزه‌های کمتر مالی آن‌ها برمی‌گردد که فرصت کار بیشتر یا انگیزه کار بیشتر را از آن‌ها سلب می‌کند.

درمطالعات مختلف نشان داده شده است که اگرچه زنان مدت زمان کمتری نسبت به مردان به طور میانگین کار می‌کنند اما رضایت شغلی بیشتری نسبت به مردان دندانپزشک دارند.

البته دیدگاه غالب نسبت به خانمهای دندانپزشک توسط مردم عامه نیاز به تغییر دارد. این تغییر با ایفای بهتر زنان دندانپزشک در ارائه خدمات می‌تواند به‌مرورزمان دچار تغییر شود؛ اما مهم است که دندانپزشکان به‌خصوص دندانپزشکان مرد، علاوه بر این که به چنین کلیشه‌های غیرمنصفانه‌ای دامن نمی‌زنند، در برابر ذهنیت‌های کلیشه‌ای بیماران هم واکنش نشان دهند و درصد اصلاح آن برآیند. چون به‌رحال هویت صنفی «دندانپزشک»، فارغ از جنسیت یک هویت مهم، ارزشمند و قابل دفاع برای تک‌تک ماست. نقش زنان به‌خصوص زنان شاغل در تغییر نگاه جامعه نسبت به زنان به نظر شخص من مهم‌تر از مردان است.

یکی دو مطالعه نشان داده است که بیماران دندانپزشکی صرف نظر از جنسیت خودشان، دندانپزشکان زن را برای درمان خود ترجیح می‌دهند. البته این قضیه از نگاه سنتی و استریوتایپ‌های غالب در مورد زنان منشأ می‌گیرد که آن‌ها را ناتوان‌تر از مردان ارزیابی می‌کنند.

مردم هم البته در دنیای مدرنی که زنان توانمندی در اداره آن پا به پای مردان نقش ایفا می‌کنند، باید ارزش بیشتری برای کار و فعالیت زنان دندانپزشک قائل شوند. به‌خصوص خانمها باید با همجنسان خود مهربان‌تر باشند و به آن‌ها اعتماد بیشتری بکنند.

badri-teimoorash-badri نتایج چند بررسی نشان داده‌است که زنان دندانپزشک تمرکز بیشتری روی بهداشت و پیشگیری از بیماری‌های دهان و دندان بیماران خود نسبت به مردان دارند و مردان بیشتر روی درمان متمرکزند تا پیشگیری.

از طرف دیگر هر نوع برخورد غیرحرفه‌ای که «جنسیت» را سیل حملات خود قرار می‌دهد باید از طرف تک‌تک اعضای صنف، با واکنش مواجه شود تا شاهد ریشه کنی نگاه جنسیتی به حرفه دندانپزشکی باشیم.

همچنین مطالعات نشان داده‌است که رضایت بیماران از درمان‌های زنان دندانپزشک با رضایت بیماران از درمان‌های مردان دندانپزشک برابر است. وقتی که نوبت به دسترسی راحت به دندانپزشک و قیمت‌ها می‌رسد، به دلیل دسترسی راحت‌تر و قیمت پایین‌تر، بیماران دندانپزشکان زن را بهتر از مردان می‌دانند؛ اما در مورد کاهش استرس بیماران با دندانپزشکان زن یا مرد نتایج بسیار متناقضی در مطالعات به دست آمده است.

دندانپزشکان زن استرس‌های شغلی و عارضه‌های منفی شغلی بیشتری نسبت به مردان در مقایسه با مدت ساعات کاری یکسان، نشان می‌دهند.

کلیشه‌ها را کنار بگذاریم

اگر کلیشه‌های رایجی مانند آنچه در مورد رانندگی یا پارک کردن ماشین زنان به مزاح و به‌اشتباه در جامعه مردسالار ما باب است را کنار بگذاریم و منصف باشیم، زنان دندانپزشک از نظر توانمندی هیچ کاستی نسبت به مردان ندارند (در دانشکده‌ها با توجه به اینکه همه ما یک دوره آموزشی را در کنار هم گذرانده‌ایم، به‌خوبی شاهد توانایی برابر و حتی در مواقعی تلاش بیشتر و نتایج کسب‌شده بهتر توسط همکلاسی‌های دخترمان بوده‌ایم). متأسفانه کلیشه‌های رایج جنسیتی نه‌تنها در میان عامه، بلکه در بین برخی از همکاران ما هم رواج دارد و گاهی مشاهده می‌کنیم که برخی از دندانپزشکان، عملکرد همکار خود را بعضاً به‌صرف زن بودن، زیر سؤال می‌برند. به‌طور میانگین زنان دندانپزشک در ایران هم مثل بیشتر جاهای دنیا ساعات کمتری نسبت



بهترین و مفیدترین هدیه ماندگار

تولید و عرضه سررسید تخصصی دندانپزشکی و
پزشکی فنی و مهندسی، دامپزشکی کشاورزی،
صنایع غذایی و گردشگری
همراه با دفتر نوبت دهی قابل استفاده در مطب،
مراکز پزشکی و دندانپزشکی

سینا
نما
انتشارات

مهر
ایده
موسسه فرهنگی-هنری
هنر مهر ایده
با مجوز رسمی از وزارت فرهنگ و ارشاد اسلامی

کتاب نفیس مانند دیوان اشعار شعرای بنام و کتابهای
مهم و تاثیرگذار برای هدیه فرهنگی موجود می باشد.

تهران، خیابان کارگر شمالی، خیابان نصرت، پلاک ۱۴۰، واحد ۱۹
تلفن: ۰۹۹۰۱۲۴۵۷۹۶-۰۹۳۰-۵۸۰۲۳۴۲ و ۰۲۱-۶۶۹۲۸۰۲۶
www.sinapub.com Email: info@sinapub.com

جهت دریافت نمونه هدایای تبلیغاتی، سررسید، دفتر تلفن و سررسید نوبت دهی و... با ما تماس بگیرید.



DENTAL Materials Sales Distributors

واردکننده و پخش کننده کلیه مواد و لوازم دندانپزشکی

“خیالتان راحت”

کافی است یکبار پیشنهاد قیمت بگیرید!



تهران خیابان آزادی برج کاوه بلوک A شماره ۱۸

تلفن: ۰۲۱-۶۶۵۸۱۴۳۷، ۰۲۱-۶۶۹۲۱۱۲۴

تلفن: ۰۹۱۲۳۱۵۷۶۱۴

دایرکتوری: diba_dent@yahoo.com

دندانپزشکی
آر و دی ۹۴

دندانپزشک

ماهنامه آموزشی، پژوهشی تحلیلی و اطلاع رسانی در زمینه دندانپزشکی

WWW.DENTISTNEWS.IR



سینا
نه‌آورا
انتشارات

ایده
هم‌مهرز
موسسه فرهنگی- هنری
هنرمهر ایده

ناشر کتب پزشکی و دندانپزشکی

۰۲۱-۶۶۹۲۸۰۲۶ و ۰۹۳۰-۵۸۰۲۳۴۲

WWW.NOAVARANSINA.IR



مظلومیت

• دکتر افشین قناد

خدایا غیر تو یاری نداریم

فضای سینه‌هامان پر ز غصه است

اگر روزی بگیرد این دل تنگ

تو می‌دانی که ما مظلوم هستیم

اگر پوسیدگی بر پر مولر بود

سپاس حق برای خوردن مغز

ز پول و مال ما بسیار گویند

اگر مهمان رسد گاهی توان

نه صندوق پس انداز و نه بیمه

ز کس امید تیماری نداریم

ولیکن هیچ غمخواری نداریم

برای التجا غاری نداریم

برای خلق آزاری نداریم

خدایی با مولر کاری نداریم

به روی دوش مان ماری نداریم

ولی ما مال بسیاری نداریم

خرید مرغ پرواری نداریم

برای روز بیکاری نداریم

برای برگزاری همایش

همه دانند تالاری نداریم

ز حال مهره‌ها گویم که غیر از

ستون آرتروزداری نداریم

عجب شغلی که در آن همنشینی

به جز ویروس و بیماری نداریم

گران‌تر می‌خریم اجناس هر روز

از آنجایی که انباری نداریم

ولی حق‌العلاج ما همان است

چرا چون خوی بازاری نداریم

برای دوستان مالیاتی

دروغ و ناز و اطواری نداریم

نمی‌داند ولی داروغه این را

که ما مشتیم و خرواری نداریم

از این رو دخل را بالا نویسد

و ما هم حق انکاری نداریم

خدا را شکر بهر حق ستاندن

به کف برنده ابزاری نداریم

پزشکی را نظامی هست و صد حیف

که آنجا یار و همکاری نداریم

خلاصه دشمنی با ما زیاد است

از آن سو دوست انگاری نداریم

دندانپزشک

آموزشی، پژوهشی، تحلیلی و اطلاع‌رسانی در زمینه دندانپزشکی

فرم اشتراک مجله دندانپزشک

نام و نام خانوادگی:

تاریخ شروع اشتراک:

دندانپزشک عمومی:

آدرس دقیق پستی:

تلفن ثابت:

تلفن همراه:

کد ده رقمی پستی:

توضیح ۱: مبلغ ۷۰۰۰۰۰ ریال بابت اشتراک یک ساله مجله دندانپزشک

توضیح ۲: واریز نقدی به حساب ۴۷۳۴۶۴۰۰۰ مهرگستر بانک کشاورزی به نام دکتر شعبانعلی کوهستانی

توضیح ۳: اعلام فیش بانکی از طریق تلفن به بخش مشترکین (۶۶۹۲۸۰۲۶ - ۶۶۹۲۸۱۰۲) و یا ارسال به آدرس پستی تهران،

خیابان جمالزاده شمالی، خیابان نصرت، پلاک ۱۴، واحد ۱۹ تلفن تماس: ۶۶۵۹۱۷۵۳ نامبر: ۶۶۹۴۹۱۵۲

