



دندانپزشکی ماهنامه



آموزشی، پژوهشی، تحلیلی و اطلاع رسانی در زمینه دندانپزشکی

سال اول شماره ۲ اسفند ماه ۱۳۹۲

■ 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 احسان زاهدی، دکتر امید مقدس

■ مدیر هنری: میثم محلوچی

■ تایپ و حروفچینی: لیلا پور حسین

■ لیتوگرافی: طرح و رنگ

■ چاپ: آوا (خیابان دماوند بعد از بیمارستان بوعلی، روبروی خیابان حجت پلاک ۱۲۰۹)

■ آدرس: تهران - خیابان کارگر شمالی - خیابان نصرت، نرسیده به دکتر قریب - پلاک ۱۴۰ - واحد ۱۹ - صندوق پستی: ۴۴۳-۱۴۱۹۵

■ 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 تهران - صندوق پستی ۴۴۳-۱۴۱۹۵ ارسال نمایید.

این نشریه با همکاری مهندس اصغر صفاری مدیر عامل محترم شرکت درسان طب پارس و همکارانشان تهیه و چاپ میگردد.

فهرست مطالب

- ۲..... سرمقاله
- ۳..... خیر
- گزارش (دوره پیشرفته بازسازی...): ۱۱
- گزارش (بی دندان، ارمغان گرانی): ۱۲
- گفتگو (ذبیح الله واحدی): ۱۴
- گفتگو (حسین مرتضوی): ۱۶
- مقاله (میزان موفقیت و شکست...): ۱۸
- مقاله (مقایسه غلظت و مدت...): ۲۱
- مقاله (مقایسه تاثیر گلیر و پایش...): ۲۶
- مقاله (مقایسه میزان گیر...): ۳۰
- مقاله (خطا یا عدم تشخیص...): ۳۶
- مقاله (او.پی.جی): ۴۲
- مقاله (جایگاه آموزش در...): ۴۴
- مقاله (فایبرپست): ۴۶
- مقاله (دندان درد): ۴۹
- ارتودنسی: ۵۰
- درسان طب پارس: ۵۶
- بنیان دندان ایرانیان: ۶۴
- الماس دندان ایرانیان: ۶۶
- کنگره های دندانپزشکی: ۶۸

سرمقاله

خدمات دندانپزشکی بیمه شد

خدمات دندانپزشکی از قبیل؛ معاینه و طرح درمان، جرم گیری و بروساژ، رادیوگرافی و کشیدن دندان دائمی و عقل ویژه جمعیت بالای ۱۴ سال مشمول بیمه قرار خواهد گرفت.

به گزارش جهان به نقل از پایگاه اطلاع رسانی دولت، با موافقت دولت و در راستای بهبود وضعیت سلامت دهان و دندان در بین گروه های مختلف سنی و ایجاد تسهیلات بیشتر برای اقشار کم درآمد جامعه، خدمات دندانپزشکی مشمول تعهدات بیمه پایه سازمانهای بیمه گر قرار می گیرد. هیئت وزیران به پیشنهاد مشترک وزارتخانه های تعاون، کار و رفاه اجتماعی و بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و تایید معاونت برنامه ریزی و نظارت راهبردی رئیس جمهور و شورای های بیمه سلامت کشور و به استناد مواد (۹) و (۱۰) قانون بیمه همگانی خدمات درمانی کشور-مصوب ۱۳۷۳- تصویب کرد؛ خدمات دندانپزشکی مشمول تعهدات بیمه پایه سازمانهای بیمه گر قرار می گیرد. بر این اساس، معاینه و طرح درمان، جرم گیری و بروساژ، رادیوگرافی و کشیدن دندان دائمی و عقل ویژه جمعیت بالای ۱۴ سال مشمول بیمه قرار خواهند گرفت.

شرح خدمات	زیر ۶ سال	کودکان ۶-۱۴ سال	جمعیت بالای ۱۴ سال
معاینه و طرح درمان	*	*	*
آموزش بهداشت	*	*	
جرم گیری و بروساژ	*	*	*
پروفیلاکسی و فلورایدتراپی	*	*	
رادیوگرافی	*	*	*
فیشر سیلانت دندان	*	*	
کشیدن دندان شیری	*	*	
کشیدن دندان دائمی و عقل	*	*	*
ترمیم دندان شماره ۶	*	*	
وارنیش فلوراید	*	*	

آزمایش ژنتیک پیش از تولد بیماری فنیل کتونوری مشمول تعهدات بیمه ای

بر اساس مصوبه دولت، هزینه های آزمایش ژنتیک پیش از تولد بیماری فنیل کتونوری در خانواده هایی که دارای حداقل یک فرزند مبتلا هستند، در صورت تمایل به داشتن فرزند مجدد، مشمول تعهدات بیمه پایه سازمانهای بیمه گر قرار می گیرند. همچنین خانواده های مذکور باید به پزشکان مشاور ژنتیک مستقر در مراکز بهداشتی درمانی ویژه مشاوره ژنتیک وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مراجعه و با اخذ معرفی نامه مرکز بهداشت مربوط و تاییدیه سازمانهای بیمه گر به آزمایشگاه اعلام شده از طرف وزارت بهداشت مراجعه کنند. این مصوبه مورخ ۱۳۹۲/۱۱/۳۰ از سوی اسحاق جهانگیری؛ معاون اول رئیس جمهور برای اجرا ابلاغ شده است.

عوارض دهانی شیمی درمانی

جهت کاهش عوارض دهانی شیمی‌درمانی، بیمار قبل از انجام این درمان‌ها موارد زیر را رعایت کند:

(۱) تعویض پروتزهای نامناسب دهانی، (۲) درمان عفونت‌های مزمن با منشأ دندانی و غیردندانی، (۳) درمان ترمیم‌های غلط دهانی، (۴) افزایش سطح بهداشت دهان (مسواک زدن صحیح، استفاده از دهانشویه و...).

دهانشویه‌های حاوی اسانس نعناع در پیشگیری و کاهش شدت بروز موکوزیت‌های دهانی ناشی از شیمی‌درمانی نقش موثری دارند. موکوزیت دهانی یکی از عوارض حاد و شایع در بیماران تحت شیمی‌درمانی است که باعث عدم تحمل بیماران برای ادامه درمان می‌شود. در همین راستا پژوهشی با هدف تعیین تاثیر مصرف دهانشویه با اسانس نعناع در پیشگیری از موکوزیت دهانی ناشی از شیمی‌درمانی نقش موثری دارد و می‌تواند گزینه مناسبی برای کاهش میزان شدت این عارضه باشد.



یکی از این اختلالات در سد مخاطی دهان و حلق است و آمارها نشان می‌دهد که ۴۰ درصد افراد بالغ و ۹۰ درصد کودکان زیر ۱۲ سال که تحت درمان‌های شیمی‌درمانی قرار می‌گیرند دچار عوارضی می‌شوند که مهم‌ترین آنها، موکوزیت (التهاب مخاط دهان)، عفونت‌های لته، کاندیدوزیس (قارچ دهان) و زخم‌های دهانی است و می‌تواند موجب سپتی سمی با منشأ دهانی نیز بشود. تغییر در درک مزه، حس بدمزگی در دهان و احساس درد دهانی باعث کاهش کیفیت زندگی بیمار می‌شود. در مطالعه‌ای که توسط دکتر رضایی و همکاران در ۲ بیمارستان شهر تهران انجام شد، مشخص شد در ۵۱ درصد بیماران تحت شیمی‌درمانی، عوارض دهانی دیده می‌شود. جهت پیشگیری از این عوارض انواع داروهای گیاهی (مانند برگ گیاه بارهنگ) در مطالعه پوراسماعیلی و همکاران تا داروهای شیمیایی (مانند کلرهگزیدین) در مطالعه صهبا و همکاران گزارش شده اما مهم‌ترین نکته این است که

شروط علمی برای آغاز جراحی های ایمپلنت

می‌شوند، ۴ شرط اصلی درون دهانی بیمار برای شروع جراحی های ایمپلنت و مرتبط به ایمپلنت تعریف و مصوب شد. شکیبایی، با اشاره به این ۴ شرط توضیح داد: بر اساس مصوبات این دو انجمن علمی، محقق کردن بهداشت دهان بیمار با درمان‌ها و تعلیمات استاندارد، اثبات عدم وجود هرگونه عفونت لته در دهان بیمار و در صورت وجود عفونت اثبات درمان آن، اثبات عدم وجود هر

های لته، پوسیدگی دندان‌ها و عفونت‌های ریشه‌های دندانها قبل از شروع درمان ایمپلنت ریسک عفونت، خونریزی و یا شل شدن ایمپلنت را افزایش می‌دهد. وی ادامه داد: با توجه به اهمیت پیشگیری این عوارض در کنفرانس اخیر انجمن جراحی‌های بازسازنده استخوان فک در اروپا (EAO) و انجمن لته اروپا (EFP)، که از معتبرترین تشکل‌های علمی در رشته ایمپلنتولوژی در دنیا محسوب

کاشت دندان (ایمپلنت) افزود: توجه به بهداشت دهان و دندان قبل از کاشت دندان از سوی متخصصان بهداشت کار دهان و دندان موجب کاهش عوارض ناخواسته و پیش‌بینی نشده پس از کاشت ایمپلنت و یا جراحی‌های بازسازی استخوان فک و لته می‌شود.

سرپرست بخش ایمپلنتولوژی کارل زایس آکادمی سوئیس با اشاره به برخی از این عوارض اظهار داشت: عدم درمان عفونت

سرپرست بخش ایمپلنتولوژی کارل زایس آکادمی سوئیس با انتقاد از عدم توجه به بهداشت دهان و دندان قبل از جراحی‌های ایمپلنت در ایران، گفت: اخیراً در کنفرانسی از سوی دو انجمن علمی اروپا ۴ شرط اصلی برای آغاز این نوع جراحی‌ها به تصویب رساندند.

دکتر بهنام شکیبایی در گفتگو با خبرنگار مهر، با اشاره به بررسی بهداشت دهان و دندان قبل از

دندان پزشکان، کودکان را از درمان محروم نکنند



هزینه های گزاف مالی برای والدین و در نهایت کل جامعه به دنبال خواهد داشت. پس تا آنجا که ممکن است نباید اجازه دهیم دندان های شیری مانند دندان های دائمی دچار پوسیدگی و مشکلات بعدی شود یا اگر چنین شد، بموقع از سوی متخصصان برای درمان اقدام شود. خوشبختانه امروزه براحتی روش های درمانی مختلف از درمان ساده روی یونیت دندانپزشکی گرفته تا درمان تمام دندان ها در یک جلسه از طریق بیهوشی عمومی در کودکان امکانپذیر است.

فراموشی سپرده شود آن است که دندان های شیری مدت کوتاهی داخل دهان است و اصل ریشه ندارد. چنین تصویری اشتباه است؛ چرا که دندان های شیری نه تنها ساختاری کاملاً مستقل از دندان های دائمی دارد، بلکه دارای تاج و ریشه های مستقل است. به علاوه ریشه دندان های شیری بعد از این که به وظیفه خود عمل کرد همزمان با رویش دندان دائمی زیرین به طور طبیعی تحلیل می رود. ضروری است والدین با آگاه شدن از نقش مهم و اساسی دندان های شیری، انجام مراقبت های بهداشتی لازم، مراجعه و معاینات مرتب و منظم دندان برای فرزندانشان را جدی بگیرند و همکاران دندانپزشک نیز در مواجهه شدن با کودکانی که همکاری لازم را با آنان ندارند، با بی حوصلگی یا برای حفظ راحتی خود، بیمار را از درمان مناسب محروم نکنند چرا که چنین رفتاری صدمات جبران ناپذیری روحی برای کودک و

سوی دندان شیری حفظ می شود. دیگر آن که هر کدام از دندان های دائمی از ریشه دندان های شیری به عنوان راهنما استفاده می کنند تا در مسیر اصلی رویش خود قرار گیرند و در مکانی مناسب رویش پیدا کنند که اگر چنین نبود حتماً به هم ریختگی و اختلال در مکان و مسیر رویش دندان های دائمی اتفاق می افتاد. در واقع، حدود ۷۰ درصد به هم ریختگی ها و نامرتبی دندان های دائمی به علت زود از دست رفتن دندان های شیری اتفاق می افتد، پس می توان گفت سلامت دندان های دائمی در گرو حفظ و نگهداری و سلامت دندان های شیری است. بنابراین مراقبت هایی که برای دندان های دائمی لازم و ضروری است مانند مسواک زدن بموقع و صحیح، استفاده از نخ دندان و همچنین معاینات دوره ای مکرر و منظم باید با دقت بیشتری برای دندان های شیری صورت بگیرد. باور اشتباه دیگری که باید به

همیشه این سوال در ذهن بیشتر افراد جامعه وجود دارد که چرا باید از دندان های شیری مواظبت کرد در حالی که طول عمر این دندان ها کوتاه است و بیش از شش تا هفت سال ادامه پیدا نمی کند؟ در واقع، این پرسش برگرفته از یک باور اشتباه عمومی در ارتباط با دندان های شیری است. برای این که اهمیت یک عضو مشخص شود باید نگاه ویژه ای به وظایف آن عضو بشود و در این ارتباط پیش از هر چیز باید بدانیم دندان های شیری قرار است به مدت حداقل ۱۰ - ۱۲ سال داخل دهان، سالم وجود داشته باشد. دندان شیری غیر از سه وظیفه مهم جویدن، صحبت کردن و زیبایی که برای دندان های دائمی نیز وجود دارد، چند وظیفه مهم تر نیز دارد. ابتدا این که زیر هر کدام از دندان های شیری یک جوانه دندان دائمی وجود دارد که فضای کافی برای رویش آن دندان از



به صورت قابل توجهی کاهش می یابد و ریسک از دست رفتن ایمپلنت بیمار در آینده نیز به حداقل خواهد رسید. عضو هیأت علمی دانشگاه دوسلدورف آلمان، با اشاره به عدم توجه به این موارد در ایران، اضافه کرد: در صورتی که قبل از شروع درمان ایمپلنت شرایط ذکر شده در دهان بیمار محقق نشود ریسک عفونت های استخوانی و لته اطراف ایمپلنت افزایش می یابد و در نهایت می تواند منجر به شل شدگی زودرس و از دست دادن ایمپلنت شود.

گونه پوسیدگی دندان و در صورت وجود اثبات درمان آن و اثبات عدم وجود عفونت های ریشه دندان ۴ شرط اساسی دارد برای آغاز درمان ایمپلنت شده است. وی با بیان اینکه تعریف این ۴ شرط بر اساس ۸ سال مطالعات در این زمینه است، یاد آور شد: آمارهای علمی نشان می دهند که در صورت اجرایی شدن شرایط فوق در دهان بیمار قبل از آغاز جراحی های ایمپلنت، میکروب های عامل و تأثیر گذار در عفونت های استخوانی و لته اطراف ایمپلنت (پری ایمپلنتیتیس)

چندوقت به چندوقت مسواک می زنید؟

مسواک زدن موثر است یکبار در روز به منظور نگهداری سلامت لثه کفایت می کند. هر چند بیشتر بیماران ۲ الی ۳ بار در روزو بعضی بیشتر از این مقدار در روز مسواک می زنند. آسیب ناشی از مسواک زدن بیشتر از اندازه یکی از عوامل عقب نشینی لثه در نظر گرفته می شود که برای رفع بیماری احتیاج به کاهش تعداد مدت مسواک زدن در عین حفظ تاثیر آن می باشد.

آیا تا کنون درمان ارتودنتیک داشته اید؟

از دست دادن یک انسیزور فک پایین احتمال مداخله^۱ (دندانپزشکی) را محتمل می کند. گاهی Fixed Orthodontics در قسمت لیپال دندانهای فک پایین که دارای لثه باکالی نازک استخوان الوئولار^۲ باریک و تحت تصحیح Crowding شدید قرار دارند باعث عقب نشینی لثه می باشد. ممکن است کنترل پلاک دندانی در شرایط استفاده از Orthodontic appliance به مخاطره افتاده و حتی در دوره نسبتا کوتاه عامل بیماری باشد. این بیمار کشیدن یک دندان انسیزور داشته و هیچگونه Orthodontic appliance استفاده نکرده است.

معاینه: در شکل ۱ چه چیزی مشاهده میکنید؟

از دست دادن سانترال چپ پایین هیچکدام از دندانها ترمیمی نیست. پلاک دندانی دیده نمی شود به غیر از میزان کمی که در ناحیه سرویکال لترال انسیزور وجود دارد. عقب نشینی لثه در تمام انسیزورهای پایین و به میزان کمتر در دندانهای نیش پایین دیده میشود. جدای از قوس غیر نرمال^۳، جینجیوای باکال صورتی رنگ و سالم بوده و پاپیلای بین دندانی نرمال است. کاهش عرض اپیتلیوم لثه چسبنده کراتینیزه (شاخی) - در بعضی قسمتها به نظر لثه چسبنده وجود ندارد.

ارزیابی کلینیکی شما چیست و چرا این ارزیابیها مهم هستند؟ (جدول شماره ۱ ملاحظه شود.)

در معاینه عمق پروب ۱ الی ۲ میلیمتر بوده



عقب نشینی لثه

و خونریزی مشاهده نمیشود. عرض لثه کراتینیزه با میزان عقب نشینی لثه متغیر است. لترال انسیزور سمت چپ فک پایین هیچگونه لثه چسبندهای ندارد و کشیدن لب باعث جابجایی لبه لثه می گردد. دندانهای جلو نه مشکل لقی و حرکت دارند و نه مشکل اکلوزنی. تمام دندانها زنده اند.

بررسیها:

چه رادیوگرافیهای مد نظرند؟

رادیوگرافیها اطلاعات کمی (در این case) به دست می دهند. میزان از دست رفتن استخوان در قسمت باکال شامل dehiscence و fenestration به دلیل همپوشانی ریشه ها به خوبی در رادیوگراف نشان داده نمی شود. اگر مظنون به از دست دادن استخوانهای بین دندانی هستیم گرفتن رادیوگرافی اندیکاسیون دارد. اما در شرایطی که پاپیلای بین دندانی سالم بوده و عمق پروب کم است نشاندهنده ارتفاع استخوان بین دنده ای مناسب است. رادیوگرافی زمانی ارزش دارد که حرکت و لقی وجود داشته و نیاز به ارزیابی طول دندان و ارتفاع استخوان است.

تشخیص:

عقب نشینی لثه - توسط بیمار به خوبی بیان گردید که باید عوامل ایجاد کننده شناسایی شود. احتمالاً علت چندعاملی است. مهمترین عامل تفاوت آناتومیکی بین بیماران است. برخی دارای استخوان باکالی باریکی هستند که احتمال ایجاد dehiscence و fenestration استخوانی در این افراد وجود دارد. به این دلایل دندانهایی که بیشترین پیش آمده هستند بیشتر به عقب نشینی مبتلا می شوند تا دندانهایی که نسبتاً مستقیم قرار دارند (سنترال



شکل شماره ۱

اتصال یافته و مانع جابجایی gingival margin حین کشیدن لب پایین میگردد.

چرا گرفت روی سطح دندان قرار نمی گیرد؟

همانطور که در جدول اشاره شد، جراحی اصلاح عقب نشینی لثه مشکل و غیر قابل پیشبینی است به ویژه در درازمدت. چرا که سطح ریشه بستر تغذیه ای مناسبی برای گرفت ایجاد نمی کند که باعث پیوندی رازنده نگه دارد. در این حالت گرفت باید پایه دار باشد تا از تغذیه بافت پیوندی اطمینان حاصل شود. پیوند باید به گونه ای باشد که از بافت های اطراف هم تغذیه شود. نتیجه وقتی قابل پیشبینی می شود که از گرفت بافت همبند (subepithelial) استفاده شود. یک گرفت free در صورتی که روی سطح ریشه گذاشته شود احتمال موفقیت کمی دارد.

شکل ۳ بیمار دیگری است. چه چیزی از شکل متوجه می شوید؟

۴ میلی متر عقب نشینی در دندان نیش راست پایین، سوراخی در قسمت اپیکال مارجین لثه وجود دارد. پلاک و جرم زیر لثه ای (که داخل پاکت پر یودنتال شکل گرفته) قابل مشاهده بوده و بافت نیز ملتهب است. پل لثه ای کوچکی که زیر مارجین وجود دارد به سطح دندان متصل نیست و سرانجام خواهد شکافت. در این بیمار عقب نشینی لثه نسبت به پاکت، به دلیل پر یودنتیت ناشی از پلاک دندان، ثانویه است.

تورم همراه با جرم تحت لثه ای عامل از دست رفتن استخوان باکال است.

تفاوت درمان این بیمار در چیست؟

تفاوت تفاوت در مراحل اولیه است. درمان التهاب با بهبود کیفیت بهداشت دهانی و دبریدمان تحت لثه ای است. اگر پس از دوره ای که جهت بهبودی در نظر گرفته شده، التهاب و تورم کاهش یافت وضعیت بسیار شبیه به case اول می باشد. بطوریکه ارزیابی و درمان یکجور است. جراحی به منظور بستن شکاف در لثه چسبنده بیهوده است. همانطور که ذکر شد، گرفت به سطح دندان از نظر تکنیکی پیچیده بوده و موفقیت غیر قابل پیشبینی است.

- 1- Intervention
- 8-unpredictable
- 2-Alveolar Process
- 9-pedicled
- 3-Abnormal Contour
- 10-Subgingival Calculus
- 4-Interdental Papillae
- 11-Plaque-Induced Perodontitis
- 5-Gingival Margin
- 12-Subgingival
- 6-Multi Factorial
- 7-Cervical Abrasion



شکل شماره ۲

انسیزور شکل

۱ مشاهده شود. وقتی این عوامل مستعد کننده وجود دارند حضور بقیه عوامل هم مهم میگردد که مهمترین آنها ترومای ناشی از مسواک زدن است. تورم لثه ای ناشی از تجمع پلاک همینطور وجود اکلوتن تروماتیک هم در این گونه بافت های نازک نیز میتواند باعث تخریب شود.

این بیمار کنترل پلاک را به خوبی انجام داده و نشانی از ترومای ناشی از مسواک زدن به دلیل عدم وجود سرویکال ابریژن وجود ندارد.

توصیه و درمان شما چیست؟

توجه به مسواک زدن موثر و غیر تروماتیک و خاطر نشان کردن اهمیت بهداشت دهانی در نواحی مبتلا

اطمینان خاطر به بیمار که این پروسه قابل برگشت است.

مونیتور کردن پیشرفت بیماری با کشیدن -عکس و study cast بسیار کمک کننده بوده و باید با فواصل زمانی مشخص و مناسب انجام شود.

درمان حساسیت عاج-عقب نشینی لثه به تنهایی دردناک نیست. از عدم وجود پوسیدگی یا سایش مطمئن شوید. رژیم غذایی حاوی شکر، خوراکی های اسیدی و غذای بیمار چک شود از ضد حساسیت های موضعی استفاده گردد.

با وجود کنترل پلاک خوب توسط بیمار وضعیت بیماری در طی سالیان به مرور بدتر شده است تا اینکه دیگر لثه چسبنده کاربردی وجود ندارد.

درمان های دیگر چیست؟ آیا موثرند؟

در این بیمار جراحی free gingival graft انجام شد. (شکل شماره ۲)

چه می بینید؟ آیا گرفت موفقیت آمیز بوده است؟

بله- پیوند به نظر خوب بوده. بافت همبند پلتال و اپیتلیومش در قسمت اپیکال لبه لثه انسیزورهای پایین به منظور فراهم کردن لثه کراتینیزه چسبنده وسیع تر، گرفت شده است. به دلیل انتقال بافت همبند پلتال، اپیتلیوم کراتینیزه می ماند.

احتیاج هست گرفت در لبه لثه قرار گیرد؟

خیر- گرفت تنها لبه لثه دندان انسیزور جانبی را شکل میدهد ولی در قسمتهای دیگر زیر لبه قرار دارد. گرفت به خوبی با بافت های زیرین



شکل شماره ۳



جدول شماره ۱- ارزیابی کلینیکی بیمار دارای gingival recession

ارزیابی	روش	اهمیت
عقبنشینی لثه	اندازه گیری از لبه لثه تا CEJ	فراهم شدن اطلاعات پایه جهت ارزیابی پیشرفت بیماری
عمقهای پروب	پروب معمول	یافتن attachment loss زیرعرض کاهش یافته لثه چسبنده
خونریزی حین پروب	ثبت معمول خونریزی: فوری یا تاخیری	شاخص حضور التهاب لثه و بهداشت دهانی پایین
میزان لثه چسبنده	کم کردن میزان عمق پروب از لثه چسبنده	حاصل: میزان لثه چسبنده به استخوان و فانکشنال
حضور لثه چسبنده فانکشنال	به آرامی لب را کشیده یا مخاط سالکوس را فشار دهید، کشش روی لثه چسبنده ولبه لثه	در صورت جابجایی gingival margin میزان کافی و فانکشنال لثه چسبنده وجود ندارد، بدون توجه به اندازه گیری
لقی و حرکت دندان	امتحان توسط دسته های ۲ وسیله (دندانپزشکی) در جهت باکولینگوال، انگشتان برای این کار زیادی نرمند.	در صورت لقی شاخص مهمی است، ولی در صورت وجود تنها میزان کم recession باکالی شاخص تشخیصی و پیش آگهی کاربردی نیست.
تست حیات دندان	روشهای معمول: تست الکتریکی، گرما یا سرما	دندانهای غیرزنده در خطرند و باید در پلن درمانی لحاظ شوند.
اکلوژن	معاینه موقعیت بین کاسبی و تماسهای در حین حرکت فک	اگر اووربایت تروماتیک وجود دارد میتواند عامل یا مسبب بدتر شدن بیماری باشد.

جدوال شماره ۲- درمان جایگزین

اثر بخشی	درمان
در بیماران که به خوبی انتخاب شده اند ممکن است ثمر بخش باشد. وجود پاپیلای بین دندانی مجاور و محل های مناسب اهدای پیوند ضروریست.	جراحی مخاطی لثه ای، توسط lateral pedicle graft, double papilla flap, coronally repositioned flap - این جراحیها ممکن است همراه interpositional (subepithelial) connective tissue graft انجام شود. اینها اساسا جراحیهای زیبایی هستند.
بسیار موثر است. گرفت پلتال به مخاط آلوتولی مانع کشیده شدن لثه از دندان هنگام جابجایی لب میشود. حتی اگر میزان لثه چسبنده در لبه لثه کم باشد، در صورت مراقبت در برابر جابجایی و تروما میتواند سالم باقی بماند.	جراحی موکوجینیووال به منظور فراهم کردن لثه چسبنده وسیعتر و فانکشنال - این جراحی بافت مقاومتری را نسبت به recession لثه ایجاد کرده و کمتر مستعد التهاب هنگام مسواک زدن می باشد.



ایمپلنتها در دندانپزشکی

دکتر علیرضا اسدی (جراح - دندانپزشک)



زیبایی بافت نرم یک کرون زیبا بر روی فیکسچر بسازیم بهتر است از همان اول بازسازی بافت سخت و نرم انجام گیرد و مشکلات عدم زیبایی را برطرف نمائیم. یکی دیگر از عواملی که می تواند به زیبا سازی یک ایمپلنت کمک کند استفاده از یک ژنژیوال فورمر مناسب در یک مدت زمان مناسب است که باعث می شود لثه فرم زیبایی به خود بگیرد و قوس مردیکال لثه مثل دندانهای مجاور نشود در استفاده از ژنژیوال فورمر نباید عجله کرد و به زیبایی لثه توجه کرد. موقتهای ایمپلنت در واقع شاید مهجورترین کار ایمپلنت باشد که بسیاری از دندانپزشکان از ساختن یک موقتی سرباز می زنند در صورتی که اگر این کار انجام شود واقعاً در زیبایی کردن نهائی مؤثر است زیرا فرم اپراژور و کانتور لثه بهتری می دهد و بعضی ها معتقدند که استفاده از یک اباتمنت کوچکتر نسبت به پلات فرم فیکسچر زیبایی بهتری می دهد شاید این زمینه را برخی دیگر قبول نداشته باشند.

جاگذاری فیکسچرها هم می تواند در زیبایی تأثیر داشته باشد، نمایان شدن اجزاء فلزی در بیمارانی که ایمپلنت با تمایل لیبانی دارند و بافت لثه آنها نازک و شفاف است ممکن است اجزاء فلزی دیده شود. پس بهتر است فیکسچرها ۲mm بالاتر از لبه لثه آزاد قرار گیرند. در غیر اینصورت دیده شدن نمای فلزی یا کوتاه تر بودن کرون نهائی نسبت به دندانهای طبیعی مجاور اتفاق می افتد.

قرار گرفتن فیکسچر در حالت پالاتالی تر (بیشتر به علت تعذر لیبالی) یک کانتی لور لیبالی است که از لبه ژنژیوال تبعیت می کند. که مشکلات خود را دارد.

قرار گرفتن فیکسچر در موقعیت نامناسب مزیدیتالی می تواند سبب نازیبایی کردن نهائی شود زیرا ممکن است ناچار شویم در یک سمت دیاستم ایجاد کنیم یا اندازه کرونها در ابعاد مختلف به خاطر جبران انحراف مزیدیتالی کمی زیاد یا کم نمود که خود در زیبایی مؤثر است.

پس در یک جراحی ایمپلنت در نواحی زیبایی باید علاوه بر مسائلی نظیر بازسازی فانکشن و برقراری ثبات طولانی، باید با توجه به بافت کراتینیزه و در نظر گرفتن مسائل ذکر شده زیبایی قابل قبولی به ظاهر بیمار بدهیم.

ممکن است داشته باشد، معمولاً دندانهای که مدتها از زمان از دست رفتن آن می گذرد دارای دیفکت های فالیانی می باشد که یک حالت مقعر در بافت استخوانی دیده می شود و ارتفاع استخوان نسبت به سطح کرست دندانهای مجاور پایینتر است که در این حالت بافت نرم نیز پایین تر از موقعیت دندانهای مجاور می باشد. در این حالت چنانچه بتوان با همین ارتفاع و ضخامت استخوان کار کرد برای بدست آوردن زیبایی بهتر است برش کرستال بافت نرم پالاتالی باشد و چنانچه پایه دندانهای مجاور از نظر زیبایی مشکل نداشته باشد بهتر است دست نخورد و انسزیون بدون دسترسی به پایه باشد.

در این حالت بهتر است فیکسچر مناسب از نظر ارتقای High Polish انتخاب شود تا سطح فلزی فیکسچر از بافت نرم بیرون نرود تا نمای فلزی زشت در زیر پرسپلین نمایان نشود. همچنین چنانچه به علت تعذر در سطح فاسیال فیکسچر، پالاتالی تر قرار گیرد یا از یک اباتمنت انگولیت Angolated استفاده شود. فرم پرسپال در کردن نهائی یک حالت کانتی لور به خودش می گیرد که خیلی زیبا نیست پس چنانچه نتوانیم با موقعیت مناسب از نظر ارتفاع و ضخامت استخوان، همچنین

حضور ایمپلنت در دنیای دندانپزشکی آنچنان چشمگیر بود که برگرداندن فانکشن با یک عضو ثابت جایگزین پروتز پارسیل، همه هدف آن بود و در این خصوص شاید بحث استتیک آنچنان باید و شاید مد نظر نبود اما رفته رفته با پیشرفت اجزاء و تکنولوژی ایمپلنت انتظارات بالاتر رفت هم بیماران و هم دندانپزشکان از آن حالت شگفت زدگی اولیه خارج شده، علاوه بر فانکشن اهمیت خاصی به استتیک دادند هر چند بدست آوردن استتیک و راضی کردن بیمار کار بسیار سختی شده، نشدنی نیست. با در نظر گرفتن ملاحظات خاص و رعایت اصول درمان، بررسی استخوان، و ضخامت و موقعیت بافت نرم می توان مشکلات ناشی از ایجاد استتیک را به حداقل رساند، و چه بسا در حد عالی کار کرد.

حال با توجه به اهمیت زیبایی به ملاحظات در این زمینه اشاره می نمایم :

آنچه مسلم است بحث زیبایی بیشتر در دندانهای قدامی مطرح است تا در دندانهای خلفی. از این رو بیشتر بحث را اختصاص می دهیم به زیبایی در دندانهای قدامی درمان شده با ایمپلنت. اولین مسئله ای که باید در نظر گرفت موقعیت بافت نرم می باشد که دو حالت

طراحی

مطب

تهویه هوا

امروزه دستگاههای تصفیه کننده متنوعی برای تأمین نیازهای خاص در مکانهای ویژه و محیطهایی از قبیل محیطهای پزشکی و صنعتی تنظیم شده اند که با پیشرفت تکنولوژی، طراحی ساخت این دستگاهها روز به روز پیشرفت و توسعه می یابد که این توسعه شامل ساخت فیلترهای چند مرحله ای با کنجایش بالای فیلترها جریانهای ورودی و خروجی پیشرفته و در اغلب موارد وجود هواکش های قدرتمند و پروانه های قوی می شود.

مسأله اصلی در زمینه دستگاههای تهویه هوا در مطب های دندانپزشکی توجه به مصونیت و ایمنی بیماران، پرسنل کمکی و خود متخصص دندانپزشک نسبت به هر نوع آلاینده ای که ممکن است در هوا موجود باشد است. زمانی که دندانپزشک در حال کار کردن روی دهن باز بیمار است و یا مشغول کار روی یک جراحی است. این یک امر حیاتی و الزامی است که میکروبها و باکتریایی که در فضا پراکنده هستند و ممکن است داخل دهن بیمار، پزشک و یا روی زخم بنشینند و باعث ایجاد بیماری یا عفونت شوند را به حداقل رسانند و درست در همینجاست که وجود دستگاههای تهویه هوا ضروری به نظر می رسند. همچنین عوامل دیگری نیز وجود دارند که لزوم استفاده از این ابزار را بالا می برند مثل رایحه ها و اسانس هایی که از فرآورده های مختلف تهیه شده و در دندانپزشکی استفاده می شوند. علاوه بر این خود داروها، مایعات استریلیزه و پاک کننده های مختلف دارای بوهای خاصی هستند که بطور کلی همگب بوهایی هستند که برای بیماری که به مطب مراجعه می کند نامطلوب و ناخوشایند محسوب می شوند. بنابراین کار اصلی دستگاه تهویه هوا، به دام انداختن ذرات مضر در هواست و به عنوان یکی از ابزارهای ضروری در هر مطب دندانپزشکی به شمار می آید.

در بررسی های به عمل آمده مشاهده شده که بسیاری از آلاینده ها می توانند بستر مناسبی برای زاد و ولد میکروبها، باکتری ها و ذراتی باشند که باعث تشدید حساسیت ها و وخیم تر شدن امراض و بیماریها می شوند. بنابراین سطح در محیطهای درمانی باید در حد بالایی باشد که یکی از راه های مقابله با این آلودگی ها وجود دستگاه تهویه مناسب است، به صورتی که بتواند گرد و غبار و باکتری های موجود در هوا و

امروزه طراحی محل کار بر اساس اصول مهندسی، طبق نیاز افرادی که در آن محل کار می کنند و با مراجعینی که به آنجا رفت و آمد می کنند انجام می گیرد نه بر اساس تجهیزات و ابزاری که قرار است در آن دفتر استفاده شود. در این صورت محیط کار تبدیل به محلی مناسب، جالب و آرامش بخش برای پرسنل آن محل خواهد شد که در این راستا مطبهای دندانپزشکی نیز چنین وضعیتی دارند.

طراحی مطب دندانپزشکی باید گویای خدماتی باشد که یک متخصص دندانپزشک می خواهد به بیماران خود ارائه دهد، مثل خدمات درمانی در یک محیط امن، زیبا و مطمئن.

یک مطب یا کلینیک دندانپزشکی باید به شکل یک مکان امداد رسانی از سوی متخصص دندانپزشک و سایر پرسنل دندانپزشکی به مراجعین و بیماران باشد که این امر باعث رضایت و آسودگی خاطر بیمار تا حد امکان می شود. با فراهم آمدن چنین شرایطی، ترس و اضطراب در مراجعین پایین می آید و اعتماد آنها به کار دندانپزشک جلب می شود. بدین ترتیب مراجعه کنندگان می توانند به راحتی و بدون هیچ قید و بندی به چنین مکانی در رفت و آمد باشند. اگر اصول مهندسی در طراحی یک مطب دندانپزشکی به خوبی رعایت شود نتیجه کار محیطی کاربردی و جالب، زیبا و راحت خواهد شد که همین عوامل باعث تبدیل مطب به مکانی شاد همراه با یک گروه و پرسنل فعال و پر کار خواهد شد. بنابراین می توان گفت امروزه در طراحی مطب دندانپزشکی حتماً باید از نظرات کارشناسانه طراحان متخصص کمک گرفت و باید دانست که عوامل زیادی در طراحی یک مطب کاربردی دندانپزشکی مؤثر هستند. مهم ترین این عوامل عبارتند از تهویه هوا، نور، رنگ، تجهیزات و... که در زیر هر یک از این عوامل را به تفصیل توضیح می دهیم



مواد شیمیایی مضر و حساسیت زا و بویی که از مواد حلال و سایر اسپری هایی که در مطب به کار می رود را تصفیه کند. همچنین موجودات میکروسکوپی، مواد ضد عفونی کننده و جیوه نیز در دسته همین مواد آلوده کننده هستند که اگر این میکروب ها در طولانی مدت توسط پرسنل و بیماران استنشاق شود، پیامدهای جبران ناپذیری را به همراه خواهد داشت.

این دستگاه ها هوای خالص را با استفاده از فیلترهای چند مرحله ای و یونیزاسیون هوا تا حد امکان پاکیزه می کنند و به مطب و یا اتاق کار باز می گردانند.

اجزای اصلی این دستگاه ها شامل یک فیلتر، صفحه های فعال کننده فیلتر کربن و یونیزه کننده های قوی می باشد. عملکرد تمام این دستگاه ها به این صورت است که همگی هوای اطراف را با استفاده از هواکش های قوی گرفته سپس آنها را از فیلتر کربن گذرانده، جایی که آلاینده ها برداشته می شوند سپس از سمت دیگر دستگاه هوای پاکیزه خارج می شود.

نور

مسئله نور و روشنایی یکی از عوامل بسیار مهم در طراحی کلیه اماکن از جمله مطب یک دندانپزشک محسوب می شود. در یک مطب باید نور به اندازه کافی باشد، بطور مناسب به همه قسمت ها توزیع شود، تمایز دید رعایت شود و رنگ مناسب نور انتخاب شود. بطور کلی عامل نور در مطب را می توان به ۲ گروه نور طبیعی و مصنوعی تقسیم کرد. نور طبیعی نوری است که از طریق پنجره ها و بازتاب آن تأمین می شود و نور مصنوعی شامل لامپ ها و دستگاه های روشنایی می شود. نور مصنوعی در اتاق کار دندانپزشک نور LX ۱۰۰۰ به همراه تعداد زیادی لامپ های فلورسنت روی سقف و کنار صندلی دندانپزشک و پرژکتور بالای یونیت است که این نور می تواند به وسیله کنترل هایی که بر روی دستگاه ها موجود هست بر حسب نیاز بالا و پایین برود. اگر نور از حد استاندارد بالا تر شود باعث خارج شدن اشک از چشم بیمار و انحراف چشم ها شود. قطع ناگهانی نور و نورهای پایین تر از حد معین در مورد نورهای

مستقیم می تواند برای بیمار بسیار مضر باشد، چنانچه چشم بیمار برای مدت طولانی به این نورها خیره شود، به اصطلاح چشم او سیاهی می رود و باعث ایجاد تاریکی برای مدت کوتاهی در دید وی می شود.

رنگ

رنگ هم یکی دیگر از عوامل مهم در معماری داخلی یک مطب است.

انتخاب رنگ صحیح و مناسب فضا، بسیار مهم است. برای رنگ پردازی می توان از تمامی رنگ ها استفاده کرد. علاوه بر اینکه باید به هم نشینی و هماهنگی رنگ ها توجه کرد. در انتخاب رنگ باید به دو مورد زیر توجه کرد:

۱- ابعاد فضای مورد نظر، چرا که رنگ در بزرگی و کوچکی فضا مؤثر است.

۲- توجه به هماهنگی رنگ ها در جهت ایجاد فضایی آرام و دلپذیر.

در حقیقت انتخاب رنگ یک بحث سلیقه ای است که به نظر طراح داخلی، کارکنان و خود دندانپزشک دارد. در محیطهای درمانی، موضوع رنگ از اهمیت بالایی برخوردار است زیرا امروزه بررسی ها نشان می دهد که رنگ ها اثرات درمانی مهمی به همراه دارند.

بطور کلی در یک مطب دندانپزشکی با توجه به اینکه مراجعین در سنین مختلف اغلب دچار استرس و درد می شوند، استفاده از رنگ های ملایم می تواند به آرامش درونی آنها کمک بسزایی کند، در مورد اتاق درمان و پذیرش تفاوت نوع رنگ گرم و سرد لازم نیست بلکه می توان از یک رنگ با درجه

تیرگی و روشناب مختلف استفاده کرد. استفاده از یک رنگ در هر دو مکان از این جهت حائز اهمیت است که مراجعین قبل از ورود به اتاق درمان با آن رنگ در اتاق پذیرش آشنا شده اند.

موسیقی

مسئله اضطراب در حرفه دندانپزشکی و عواقب بعدی آن موجب پدید آمدن مشکلاتی در این رشته می شود. این اضطراب در افراد می تواند بر اثر دیدن صندلی دندانپزشکی و تحریک کنندگی صدای مته دندانپزشکی یا ترس از استفراغ یا خفگی ایجاد شود. برای برطرف کردن این اضطراب در مراجعین راه های زیادی موجود است، هیپنوتیزم، تخلیل هدایت شده، تمرینات آرامش بخش و مشاوره می تواند به برطرف شدن استرس و ترس کمک کند که همگی این موارد را می توان در یک مطب به مراجعین با شرایط مختلف و در سنین متفاوت ارائه داد. قرار گرفتن یونیت ها در یک وضعیت مناسب، اطمینان خاطر دادن به بیمار در حین کار و طبیعی جلوه دادن ترس بیمار می تواند این استرس را تا حد امکان پایین آورده یکی دیگر از راه های پایین آوردن این ترس استفاده از یک موسیقی ملایم و منایب در مطب است. بررسی های به عمل آمده از ۱۲۱ نفر از مراجعین به دندانپزشکی حاکی از این است که بیماران با شنیدن صدای موسیقی در محیط به آرامشی نسبی دست یافته اند و استرس آنها تا حدی پایین آمده، چرا که یک موسیقی ملایم می تواند





به میزان

مناسبی درگیری های فرد را با محیط کاهش داده و او را از تنش و استرس های محیطی خارج و به حالت تعادل نزدیک تر کند.

تجهیزات

ابعاد یک مطب دندانپزشکی باید به اندازه ای باشد که گنجایش صندلی چراغدار دستی و یک برانکاردر را داشته باشد چرا که وجود ای ابزار جهت انتقال بیماران اورژانسی و یا ایست قلبی ضروری است. بطور کلی چنانچه موارد فوق در طراحی داخلی یک مطب مورد استفاده قرار گیرد محل مورد نظر تبدیل به محیطی مطمئن و آرامش بخش برای بیماران و اعضای پرسنل مطب خواهد شد. در راستای تأمین آرامش مراجعین می توان از گیاهان طبیعی به صورت های مختلف در گوشه و کنار مطب استفاده کرد. همچنین استفاده از مجلات و کتاب های سر گرم کننده مواردی هستند که می توانند به پایین آوردن استرس و ترس بیمار کمک کنند.

طراحی مطب دندانپزشکی

گروه معماری (آنتونیو سوفان) طراحی مطب دندانپزشکی Implantologyca را در ایالت ویرجینی آمریکا انجام داده اند. این مطب در فضایی با زیربنای کل ۱۸۰۰ متر مربع واقع شده است و عملیات احداث آن در سال ۲۰۱۰ انجام شده است.

در طراحی داخلی این مطب از رنگ های گوناگون استفاده شده است به گونه ای که شیشه (پارتیشن)، کف و دیوار هر اتاق دارای رنگ آمیزی مستقل و متفاوتی است. این طراحی با دودهدف عمده انجام شده است: اول اینکه در انتخاب رنگ ها توجه شده

است که از رنگ های آرامبخش استفاده شود و این امر به موجب نوع کاربری محیط، بسیار حائز اهمیت است. هدف دیگر در این نوع طراحی و استفاده از رنگ های گوناگون، به نوعی مشغول کردن بیمار برای تماشای محیط و به نوعی غافل کردن او از روند جراحی دندان است، که طبیعتاً این اقدام تاثیر بسیار زیادی در روند اجرای کار خواهد داشت. در بخش انتظار، از رنگ زرد روشن استفاده شده است، این رنگ علاوه بر افزایش انرژی در فرد، باعث بالا رفتن روحیه در او خواهد شد. در داخل اتاق های این مطب دندانپزشکی، تابلوهای نقاشی نیز تعبیه شده است و در حقیقت، مراجعان به این مرکز با یک محیط فرهنگی، درمانی مواجه می شوند. طراحان این پروژه تصمیم دارند تا در آینده نزدیک، یک گالری بزرگ هنری را در این مطب ایجاد کنند.

اصول طراحی کلینیک دندان پزشکی

کلینیک دندان پزشکی مرکز درمانی است که دندان پزشکان متخصص در رشته های متعدد بهداشت دهان و دندان کنار یکدیگر جمع شده و در کنار هم به درمان بیماران می پردازند. تخصص گرایی در میان دندان پزشکان راه را برای ایجاد مراکز درمانی و تشخیصی که خدمات گسترده ای ارائه می دهد هموار کرده است. مزیت این مراکز برای بیماران، کوتاه بودن زمان انتظار و امکان تشخیص و درمان بهتر، بدون مراجعه به پزشک دیگر است. مزیت این مراکز برای دندان پزشک نیز، تخصیص ساعت های کاری منظم تر و توانایی تبادل و بهره گیری از تجربیات سایر دندان پزشکان است. اما موارد ذکر شده نیازمند فضایی مناسب است که باتوجه به نیازهای مصرف کننده آن طراحی می شود و ابعاد و اندازه و چیدمان فضایی مناسب کمک شایانی در برآوردن نیازهای مراجعین خواهد داشت.

طراحی فضاهای درمانی یکی از بزرگترین پروژه های طراحی در زمینه ی معماری است. و طراحی این پروژه نیازمند مشاوره های فشرده با مشتریان، پزشکان، مهندسان، معماران، طراحان و کارشناسان بیمارستانی و کلینیکی است. و

ممکن است طراحی یک فضای درمانی سالها به طول انجامد. یکی از این مراکز درمانی کلینیک دندان پزشکی است پیش از طراحی هر بنایمی باید به خصوصیات و ویژگی های آن توجه نمود.

ویژگی های یک کلینیک دندان پزشکی عبارتند از :

- ۱- بنایی امن، زیبا و پاکیزه .
- ۲- محیطی نوآور، مهیج، پذیرای بیماران و کارکنان .
- ۳- است سالها به ۳- انعطاف پذیر در برابر تغییرات آتی (طراحی فضای درمانی ممکن طول انجامد بنابراین باید در انتخاب مصالح تجهیزات و... نهایت دقت را داشت تا با استانداردهای روز مطابقت داشته باشد .)
- ۴- مصرف بهینه ی انرژی (توجه خاص به مصالح و سیستم های سرمایش و گرمایش.)
- ۵- قابلیت دسترسی برای افراد کم توان و ناتوان جسمی .

۶- قابلیت پاسخگویی به نیازهای بیماران .

۷- دسترسی سریع و آسان (ارتباط مناسب با شبکه ی معابر و حمل و نقل .)

به طور کلی فضاهای کلینیک دندان پزشکی را از نظر طراحی به ۲ بخش فضاهای بحرانی و فضای عمومی تقسیم بندی می کنند. همچنین فضاهای کلینیک از نظر عملکردی به ۴ بخش

۱- فضای مراجعین

۲- فضای اداری

۳- فضای اصلی کلینیک

۴- تدارکات و پشتیبانی

تقسیم می شوند .

فضای مراجعین :

۱- ورودی

۲- انتظار بیمار

۳- انتظار کودک

۴- تسهیلات بهداشتی

فضای اداری :

۱- پذیرش

۲- اتاق اداری (عمومی)

۳- بایگانی

۴- دفتر کار دندان پزشک

- دندان پزشک ارشد

معاشره‌شهری و حمل و نقل عمومی حتماً شما هم شنیده اید که می‌گویند یک دندان‌پزشک اهل برلین، مطب خود را به شادترین مطب دنیا تبدیل کرده است. این دندان‌پزشک در ابتکاری جالب، مطب خود را به گونه‌ای طراحی کرده است که بیماران نه تنها ترس و نگرانی ناشی از کشیدن یا پر کردن دندان خود را فراموش می‌کنند، بلکه کاملاً سرگرم می‌شوند. او در اتاق انتظار مطب خود از رنگ نارنجی، صندلی‌های خوش‌رنگ، تابلوهای روشن و شومینه‌ای زیبا استفاده کرده است.

بیماران این مطب می‌توانند به جای فکر کردن به استرس و درد خود، در ساعاتی که در اتاق انتظار حضور دارند، از اینترنت استفاده کنند و به انواع بازی‌های مورد علاقه کامپیوتری خود مشغول شوند.

مطب یا درمانگاه مکانی است که کادر پزشکی بخش مهمی از روز خود را در آن می‌گذرانند، بنابراین طراحی داخلی و چیدمان وسایل درون این فضا، همچنین رنگ‌هایی که برای وسایل و دیوارها استفاده می‌شود و نورهایی که در نورپردازی محیط استفاده می‌شود در ایجاد روحیه‌ای شاد برای ایشان و بیمارانشان مؤثر است. بیماران معمولاً مدتی را در اتاق ملاقات یا روی یونیت دندان‌پزشکی در مطب سپری می‌کنند، بنابراین طراحی محیطی راحت و تمیزی می‌تواند در ارزیابی آن‌ها درباره خدماتی که در مطب دریافت می‌کنند، مؤثر باشد. علاوه بر این، طراحی محیط داخلی درمانگاهها با توجه به شرایط روحی کادر درمانی، در حفظ روحیه شاد

طراحی می‌شود. ابعاد و اندازه و چیدمان فضای مناسب کمک شایانی در برآوردن نیازهای مراجعین خواهد داشت. طراحی اینگونه پروژه‌ها نیازمند مشاوره‌های فشرده با مشتریان، پزشکان، مهندسين، و کارشناسان بیمارستانی و کلینیکی است و لذا غیرعادی نیست اگر طراحی آن زمان زیادی به طول انجامد.

پیش از طراحی هر بنای باید به خصوصیات و ویژگی‌های آن توجه نمود. اگر فقط بگوییم مراکز دندانپزشکی به واسطه ماهیت و درون‌مایه‌ی خود، می‌بایست دارای کیفیت‌های فضایی ویژه‌ای برای کارایی ایده‌آل دندانپزشکان باشد، حرف ناقصی زده ایم. در حقیقت فضای یک مرکز دندانپزشکی صرفاً یک ظرف مکانی با امکان عملکردهای خاص دندانپزشکان نیست و طراحی آن منحصر به چگونگی جانمایی اثاثیه و عملکردهای دندانپزشکان در میان چند دیوار نمی‌باشد.

در یک طراحی کامل، ایجاد یک محیط مطلوب و کارآمد، تعاملی چند سوپه است بین عناصر تشکیل دهنده یک فضا. یعنی افراد و اشیایی که با فضایی در ارتباطند و کارکردی که برای آن فضا در نظر گرفته شده است هر یک پارامترهای متعدد و متفاوتی را در شکل دهی صحیح و کارآمدی آن پدید می‌آورند. از این منظر میتوان ویژگی‌های یک کلینیک دندان پزشکی را به شرح ذیل برشمرد:

- بنای امن، زیبا و پاکیزه
- محیطی نوآور، مهیج، پذیرای بیماران و کارکنان
- قابلیت انعطاف پذیری در برابر تغییرات آتی روابط فیزیکی، مصالح، تجهیزات و ... در گذر زمان و متناسب با استانداردهای روز
- قابلیت رقابت در مصرف بهینه‌ی انرژی (توجه خاص به انتخاب مصالح و سیستم‌های سرمایش و گرمایش و نور)
- قابلیت دسترسی فیزیکی آسان برای افراد کم توان و ناتوان جسمی
- قابلیت پاسخگویی به نیازهای جسمی و روحی و روزمره بیماران
- قابلیت دسترسی سریع و آسان مراجعین و کارکنان به شبکه‌ی

-دستیار دندان پزشک
تدارکات:

- ۱- راهروها
- ۲- فضای آموزشی
- ۳- اتاق استراحت و آشپزخانه‌ی کوچک کارکنان

- ۴- محفظه‌ی پارچه‌های تمییز
- ۵- تسهیلات بهداشتی کارکنان
- ۶- انبار عمومی
- ۷- مخزن ملحفه‌های تمییز
- ۸- انبار خرد کردن زباله‌ها
- ۹- اتاق نظافت
- ۱۰- بارگیری و پذیرش بار فضای اصلی کلینیک:

- ۱- مطب دندان پزشکی (اتاق منفرد)
- ۲- مطب دندان پزشکی (پلان آزاد)
- ۳- استریلیزاسیون

- ۴- ریکآوری
- ۵- لابراتوار فضای حایل
- مدیریت لابراتوار
- تکنسین ارشد دندان پزشکی
- فضای آماده سازی
- فضای کار تکنسین دندان پزشکی
- سرامیک
- گچ و بسته بندی
- قالب گیری
- تراش
- اتاق کارکنان
- تسهیلات رفاهی

تمای فضاها به غیر از فضای مراجعین باید در منطقه‌ی امن (به دور از هر گونه آلودگی) قرار گیرند.

البته فضاها ذکر شده فقط مختص کلینیک‌های بزرگ دندان پزشکی نیست و تمامی مراکز درمانی دندان پزشکی اعم از مطب‌های دندان پزشکی باید دارای فضاهای ذکرشده در مقیاسی متناسب با مرکز درمانی باشند.

نوشته شده در ۱۳۹۰/۴/۱۷ ساعت ۷:۳۱ ب.ظ توسط دکتر سالار صالحی نظرات (۱) | برای دندان پزشک نیز، تخصیص ساعت‌های کاری منظم تر و توانایی تبادل و بهره‌گیری از تجربیات سایر دندان‌پزشکان است. موارد ذکر شده نیازمند فضایی مناسب است که با توجه به نیازهای مصرف‌کننده



ایشان مؤثر خواهد بود و از خستگی و کسالت کار طولانی در یک محیط بسته می‌کاهد. در طراحی یک فضای درمانی خاص کارکردهای دندانپزشکی، سایت تخصصی بیمارستان سازی در ایران اعتقاد دارد که ضمن توجه به آیین نامه های ارزشیابی مراکز دندانپزشکی و پروتکل های درمانی ابلاغی وزارت بهداشت، موارد گوناگونی بایستی مدنظر قرار بگیرد که نویسندگان این مقاله سعی دارند تا اهم آنها را بشرح ذیل و به ترتیب مورد بررسی قرار دهند:

- لیست فضاهای فیزیکی مورد نیاز و نحوه اخذ تاییدیه ها
- مشخصات فیزیکی اطاق انتظار
- مشخصات فیزیکی اطاق کار دندانپزشک
- مشخصات فیزیکی پوشش فضاها (کف و دیوار و مبلمان)
- رنگ فضاها
- عناصر تزئینی و لوازم سرگرم کننده نورپردازی ها
- تسهیلات سرمایشی و گرمایشی
- مشخصات فیزیکی سرویسهای بهداشتی
- مشخصات فضای مورد نیاز تجهیزات خاص دندانپزشکی
- امکانات عملی کردن مقررات بهداشتی در زمان بهره برداری
- لیست فضاهای فیزیکی مورد نیاز و نحوه اخذ تاییدیه ها
- درمانگاه عمومی دندانپزشکی مؤسسه ای است که به منظور ارائه خدمات تشخیصی، درمانی و پیش گیری بیماری های دهان و دندان توسط دندان پزشکان (عمومی - تخصصی) براساس ضوابط ومقررات مربوطه دائر می گردد و دندان پزشکان عمومی مجاز به ارائه خدمات دندان پزشکی عمومی در چارچوب برنامه های آموزشی دوره

دندان پزشکی می باشند. گرچه همکاری دندان پزشکان متخصص با درمانگاه های عمومی در جهت ارائه خدمات با کیفیت بیشتر بلامانع می باشد. درمانگاه تخصصی دندانپزشکی مرکز درمانی می باشد که در آن دندان پزشکان متخصص حداقل در سه رشته تخصصی کلینیکی فعالیت می نمایند. گرچه همکاری دندان پزشکان عمومی با درمانگاه های تخصصی دندان پزشکی به منظور ارائه خدمات عمومی دندان پزشکی بلامانع می باشد.

بدلیل امکان وجود مدیر و هیئت مدیره و یا هیئت اماناء، هر مرکز احتمالاً دارای اطاق مسپول فنی - اطاق سرپرست امور اداری - اطاق هیئت امانا و یا هیئت مدیره میباشد.

فضای فیزیکی براساس تعداد یونیت دندان پزشکی و بخش های مصوب محاسبه می شود. در دستور العملهای وزارتی حداقل مساحت مناسب برای هر یونیت و متعلقات مربوطه ۱۰ متر مربع می باشد.

مراکز درمانی عمومی و تخصصی دندان پزشکی می تواند در حداقل مساحت ۱۵۰ متر مربع و در یک یا چند طبقه متوالی ساختمان احداث گردد. در صورت دوطبقه بودن می بایستی ساختمان مستقل باشد و درپیش از دوطبقه تعبیه آسانسورالزامی بوده و کلیه طبقات جهت درمانگاه دندان پزشکی اختصاص یابد. قابل ذکر است طبقات مفصل توسط بازرسی قابل تأیید نمی باشد.

بایستی فضاهای مورد نیاز رادیولوژی، انتظار، پذیرش و نگه داری مدارک پزشکی، اتاق مرکز استرالیلیزاسیون سرویس های بهداشتی به تفکیک خانم ها و آقایان، محل شستشوی تی و وسایل نظافت، آبدارخانه، اتاق استراحت و رختکن به طور مجزا ملحوظ و به تأیید دانشگاه برسد.

فاصله هر مرکز درمانی اعم از تخصصی و عمومی با مرکز مشابه نبایستی از ۵۰۰ متر کم تر باشد. بهتر است در مرحله انتخاب محل، از خرید یا اجاره ساختمان جهت احداث مرکز دندانپزشکی قبل از تأیید کارشناسی خودداری به عمل آید.

پیشنهاد مکان جهت احداث مرکز به صورت کتبی (با ذکر دقیق آدرس، کروکی و تلفن تماس) توسط متقاضی

مهر و امضاء شده و در دفتر دبیرخانه ثبت میگردد. در صورت تأیید شرایط اولیه ساختمان توسط کارشناسان معاونت درمان، کتباً به متقاضی اعلام می گردد، تا نسبت به ارائه نقشه معماری ساختمان با مقیاس یک صدم و نام گذاری فضاها اقدام نمایند. پس از انجام بازدید توسط کارشناسان مدیریت درمان و بهداشت محیط و در صورت مورد تأیید بودن محل و فضای پیشنهادی، نقشه پیشنهادی توسط معاونت درمان دانشگاه مپهور می گردد.

آماده سازی ساختمان طبق نقشه تأیید شده و رهنمودهای ارائه شده به صورت کتبی بوده و بایستی تابع مجموع نظرات گروه کارشناسی (درمان، بهداشت محیط) باشد. پس از تجهیز کامل مرکز و معرفی مسئول فنی جهت کلیه ساعات فعالیت مرکز با ارایه تصویر مصدق سند مالکیت و اجازه نامه معتبر و لیست تجهیزات به تفکیک بخش ها، پروانه بهره برداری صادر خواهد شد.

از آنجاییکه وجود حداقل یک نفر پرستار دندان پزشکی با تحصیلات دانشگاهی در هر نوبت کاری جهت ارائه خدمات درمانی فرم گیری و آموزش بهداشت الزام قانونی داشته و همچنین حضور یک نفر تکنسین رادیولوژی با تحصیلات دانشگاهی در مرکز تخصصی دندان پزشکی، در صورت داشتن دستگاه پانورکس و لترال سفال در کلیه نوبت های کاری فعال مرکز ضروری است، لذا در نظر گرفتن اطاق پرستاران دندانپزشکی و اطاق تکنسین های رادیولوژی و پروتز و ... الزامی است.

محل ساختمان و تجهیزات فنی باید قبل از صدور پروانه تأسیس توسط کارشناسان ذی ربط دانشگاه ها و یا وزارت متبوع مورد بررسی و تأیید قرار گیرد.

درنهایت میتوان لیست فضاهای فیزیکی یک مرکز دندانپزشکی بزرگ را به شرح ذیل برشمرد:

- ورودی و لابی
- اطلاعات و نگهبانی
- منشی و نوبت دهی و صندوق
- اطاق انتظار عمومی و هر یک از بخشها
- اطاق کار دندانپزشکان عمومی
- اطاق کار دندانپزشکان تخصصی
- فضای کار دندانسازی و پروتز





درمانی نماید، ممنوع می باشد. حداقل فضای لازم جهت اتاق کار دندانپزشکی ۱۲ متر برای هر یونیت و لوازم جانبی آن می باشد. محل نصب یونیت دندانپزشکی می بایست به نحوی باشد که پس از قرار گیری کابینت ها و سایر ملزومات، به منظور جلوگیری از آلودگی محیط اطراف، حداقل به شعاع یک متر در اطراف یونیت فضای باز وجود داشته باشد. در مواردی که تعدادی یونیت در یک سالن نصب میباشند، حتی المقدور بایستی چینش یونیت ها به موازات هم بوده و امکان عملکرد و حتی ورود و خروج به بالای سر بیمار برای دندانپزشک و کمک وی، برای هر یونیت بدون هیچ گونه تداخلی با یونیت های مجاور، کاملاً فراهم باشد. اطاق کار دندانپزشک باید دارای تهویه مناسب بوده و بخصوص در مواقع قطع سیرکولاسیون هوا توسط سیستم های مکانیکال، امکان تهویه طبیعی و جایگزینی هوای تازه به صورت عادی برای اطاق یونیت ها مقدور باشد.

مشخصات فیزیکی پوشش فضاها (کف و دیوار و مبلمان)

پوشش دیوارها و سقف باید سالم، صاف، بدون درز و شکاف و قابل تمیز کردن باشد. قطعاً برای پوشش سطح دیوارها و کف یک محیط درمانی که انواع و اقسام آلودگی ها و میکروب ها در آن وجود دارند، قابل شست و شو بودن، از جمله مهم ترین و ضروری ترین خصوصیت مورد نیاز محسوب می شود. برابر دستورالعمل وزارت بهداشت دیوارهای اتاقهای مربوط به عملیات درمانی باید تا ارتفاع ۱/۸۰ متر از کف با کاشی، سرامیک یا سنگ پوشیده شده باشد. در غیر این صورت و برای مراکز قدیمی کلیه جوجه دیوارها با رنگ قابل شستشو نظیر رنگ روغن بایستی پوشش شده و تمیز باشد. کاربرد رنگ های پلاستیکی و همچنین کاغذهای دیواری برای اغلب مکان ها مردود خواهد بود مگر آنکه کاغذ دیواری تا حدودی قابل شست و شو بوده و در سطح بالای دیوار و دور از دسترس همگان به کار برده شده باشد و فضای زیرین آن را پوشش های قابل شست و شویی مانند رنگ های روغنی

انتظار مشترک، ۲۰٪ از عدد حاصله کسر خواهد شد. ابعاد فضای انتظار نبایستی مربع شکل باشد. هرچه فضای انتظار دندانپزشکی به خصوصی گرایمی بیماران کمک نماید، حجم ها در منظر بیمار و همراهان وی آرامش دهنده تر خواهد بود. همچنین فضای انتظار حتی المقدور نبایستی کارکرد راهرو مانند داشته باشد. عبور و مرور مکرر مراجعین و کارکنان از جلوی صندلی هر کسی آزار دهنده است چه رسد به روح آزردن و بی طاقت بیمار دارای دندان درد.

بطور قطع هرچه صندلیهای اطاق انتظار برای نشستن طولانی مدت، راحت تر باشند، میزان صبوری در انتظار افزایش مییابد. بنابراین برای چنین محیط هایی صندلی ها و یا مبلمان هایی مناسب هستند که ارتفاع سطح نشیمنگاه تا زمین زیاد نباشد. هر چه این میزان در محدوده استاندارد خود کمتر باشد، فرد به هنگام نشستن احساس راحتی بیشتری می کند.

توصیه میشود با نصب زه های چوبی و یا پلاستیکی بر روی دیوارهایی که پوشش رنگی برای آنها انتخاب شده است، آن هم در ارتفاع متناسب با ارتفاع پشتی صندلی و محل برخورد احتمالی با دیوار، از آسیب دیدگی های حاصل از این گونه برخوردها جلوگیری نماید. باکس منشی بایستی مستقل از فضاها ولی غیر مجزا باشد. وجود بایگانی مدارک پزشکی و محل نگهداری سوابق پزشکی بیماران در مطب ضروری بوده و بایستی این محل براحتی قابل دسترس باشد.

مشخصات فیزیکی اطاق کار دندانپزشک هر مطب دندانپزشکی باید حداقل دارای یک اتاق کار و معاینه با فضای مناسب بغیر از سالن انتظار و منطبق با شرایط منطقه ای و نظر دانشگاه علوم پزشکی مربوط باشد. البته تعداد اطاق معاینه و کار از ابتدای شروع بکار کلینیک بایستی مشخص و معلوم باشد زیرا مطابق قوانین هرگونه افزایش اتاقها و تجهیزات که مطب را تبدیل به موسسه

- فضای رادیو لوژی - پری اپیکال
- پانورکس - لترال
- فضای استریلیزاسیون - سی اس آر
- فضای کمپرسور سانترال یونیتها
- فضاهای اداری (هیئت مدیره - مدیر داخلی - امور اداری - امور مالی - کارمندان تدارکات - مدارک پزشکی ...)
- فضاهای پشتیبانی (انبارها - آبدارخانه ها - رختکنها - اطاقهای استراحت - سرویسهای بهداشتی - تی شورها - تاسیسات ...)
- فضاهای تجاری (بوفه - لوازم بهداشتی -
- محل نگهداری زباله های عادی و عفونی
- محل سرگرمی و بازی

مشخصات فیزیکی اطاق انتظار

در روزگاری که همگان اذعان دارند رقابت بین مطبها و کلینیکهای دندان پزشکی شدید است، بدون شک بیماران مکانی را برای درمان مشکلات دهان و دندان خود برمیگزینند که در آن راحت تر بوده و احساس آرامش بیشتری کنند.

به طور قطع تعدادی صندلی و چند میز برای همراهان و خود بیماران در هر کلینیک دندانپزشکی وجود دارد. اما آیا هر مرکز دندانپزشکی را میتوان یک مرکز دارای اطاق انتظار شایسته بشمار آورد؟

در یک برآورد کلی، فضای انتظار مناسب برای مراکز دندانپزشکی بایستی به ازای هر نفر در انتظار، حداقل ۲ صندلی برای نشستن مهیا باشد. اگر سیستم نوبت دهی مناسبی موجود بوده و میزان انتظار و توقف بیماران طولانی نباشد، برای هر یونیت ۳ صندلی انتظار کفیسست ولیکن در صورت عدم وجود سیستم نوبت دهی مناسب و یا در شرایط معطلی بیماران در مراکز که بیماران ترومای دندانپزشکی هم وجود دارند و یا در مراکز دندانپزشکی چند تخصصی، به ازای هر یونیت دندانپزشکی حداقل ۴ صندلی انتظار لازم است. گرچه به ازای هر ۱۰ یونیت فعال منصوبه در هر طبقه با فضای

و یا دیوارپوش های پلاستیکی و یا سنگ و سرامیک در بر گرفته باشد.

در میان رنگ ها نیز رنگ روغنی آن هم از نوع براق تر مناسب ترین انتخاب رنگی جهت پوشش دیوارهای این قبیل مکان ها است. زیرا هر چه میزان رنگ روغنی براق نسبت به مات بیشتر باشد، سطح صیقلی تر



بوده و در نتیجه شست و شوی آن راحت تر امکان پذیر خواهد بود.

از دیوارها که بگذریم کف ها نیز از جمله مهم ترین سطوحی هستند که به راحتی در معرض آلودگی قرار می گیرند لذا می بایست به پوشش قابل شست و شوی آنها نیز توجه کرد. در همین راستا سنگ و سرامیک بهترین انتخاب به حساب می آیند. همچنین کف کلیه اتاقها، راهروها، توالت و محوطه دستشویی باید سالم، صاف، بدون درز و شکاف و از جنس قابل دستشو باشد.

البته در مورد مطب های خصوصی، پوشش کف با کفپوش های Hdf لمینیت شده نیز بلامانع است بشرط آنکه امکان استفاده از مواد شوینده و ضدعفونی کننده به وسیله انواع و اقسام تی ها برای تمیز کردن آنها وجود داشته و آب به طور مستقیم استفاده نشده و نسبت به خشک کردن سطح آن نیز به سرعت اقدام شود.

به جای پارچه برای روکش صندلی ها و یا مبلمان، چرم های مصنوعی را برای این منظور انتخاب کنید تا شست و شو و ضدعفونی آن امکان پذیر بوده و آلودگی ها

به راحتی تمیز شوند. همچنین میز و صندلی و نیمکت ها بایست سالم و قابل نظافت باشند. در و پنجره ها باید سالم و رنگ آمیزی شده و تمیز باشد (در و پنجره های آلومینیومی نیازی به رنگ آمیزی ندارند). ساختمان مطب به گونه ای باشد که مانع تجمع و تکثیر حشرات و جوندگان گردد.

رنگ فضاها

هنگامی که در مورد رنگ یک فضا بحث می کنیم، تنها به رنگ سطوح ثابت آن مکان یعنی دیوارها، درها و کف محدود نمی شود بلکه پالت رنگی یک محیط تمام رنگ های به کار رفته در لوازم و سطوح را در بر می گیرد لذا برای انتخاب لوازم دکوراسیونی و کاربردی، علاوه بر موارد لازم جهت در نظر گرفتن نوع کاربرد آنها، به زیبایی ظاهری و رنگ شان نیز توجه کنید. زیرا همان طور که می دانید رنگ تاثیر مستقیمی بر روی روحیه افراد می گذارد.

بنابراین در چنین مکان هایی از رنگ های شاد، ملایم و آرام بخش استفاده کرده و از به کار بردن رنگ های افسرده کننده و حتی تند صرف نظر کنید

به عنوان مثال بهترین انتخاب برای پالت رنگی محیط های درمانی رنگ های سبز، سبزی، آبی کمرنگ، آبی سبز، صورتی کمرنگ، گلبهی، کرم، لیمویی و یا تلیقی از آنها با هم است ولی برعکس کاربرد رنگ های بنفش، قهوه ای، مشکی و مانند اینها هرگز توصیه نمی شود.

عناصر تزئینی و لوازم سرگرم کننده با کاربرد عناصر صرفاً تزئینی و دکوراسیونی مانند تابلوها، گل و گیاه طبیعی و یا حتی مصنوعی فضایی ایجاد کنید که کمی از اضطراب و ناراحتی بیمار کاسته و آرامشی هر چند موقتی را در او پدید آورد.

مراجعه یک مطب پزشک و یا یک مرکز درمانی می بایست مدت زمانی که معمولاً چندان هم کوتاه نیست را برای مراجعه به انتظار سپری کنند.

گذشت این مدت زمان هنگامی قابل تحمل تر می شود که افراد به کاری سرگرم باشند.

به عنوان مثال تماشای برنامه های تلویزیونی که بر روی دیوار نصب شده و یا

در گوشه ای قرار گرفته یا گوش دادن به موسیقی متن ملایم و آرامبخش و یا رادیو و همچنین حل جدول و مطالعه مجله و یا روزنامه می تواند از جمله این سرگرمی ها باشد.

همچنین نصب تابلو با ذکر مشخصات کامل در ورودی مرکز و هریک از اتاقهای مربوطه با ذکر نوع فعالیت و تخصص دندان پزشک الزامی است.

نورپردازی ها

از آنجا که نور غذای روح است، در یک محیط درمانی که اغلب بیماران با ناراحتی های جسمی یا روحی ناشی از مشکل جسمی شان مراجعه می کنند، وجود نوری مناسب و کافی ضروری است.

اطلاق کار دندانپزشک باید دارای نور مناسب بوده و دقت شود رفلکس نور سقف ها از کف اتاق کار دندانپزشکان مزاحم کار و تمرکز دندانپزشک بر روی بیمار که عمدتاً با زمینه کف همراه است، نگردد. اگر کف اتاق کار دندانپزشکی براق و منعکس کننده نور می باشد، بهتر است از نورپردازی مستقیم در سقف خوداری شود.

تسهیلات سرمایشی و گرمایشی

وجود تسهیلات مناسب فصل برای گرم کردن و یا خنک کردن فضا برای افزایش آستانه تحمل بیماران و همراهان در یک انتظار چندساعته بسیار موثر است.

درجه حرارت اتاقها، هال و راهروها بر حسب فصول مختلف سال بایستی متعادل باشد و حتی الامکان از تهویه مناسب و نور کافی برخوردار باشد. در صورت عدم وجود سیستم حرارت مرکزی، حداقل وسیله حرارتی قابل قبول بخاری مجهز به دودکش مناسب می باشد.

تعویض هوا و ورود هوای تازه و خروج هوای قدیمی، گذشته از اثرات نشاط آور جسمی و روحی، باعث خروج بوی نامطبوع سوختن دندانها در موقع تراشیدن و همچنین خروج ذرات ریز این تراشه ها از هوای اتاقهای کار خواهد بود. لذا بحث ورود هوای تازه در مکانهای دندانپزشکی قابل چشم پوشی نمیباشد.

مشخصات فیزیکی سرویسهای بهداشتی



نوع خدمات برای هر بیماری ضروری است و می بایست پس از استفاده بطریق بهداشتی دفع گردند.

تفکیک زباله های خطرناک (وسایل عفونی، سرسوزن، تیغ بیستوری و سایر وسایل برنده، مواد آلوده به انساج و خون و سرم) از زباله های عادی ضروری است و باید در کیسه های مقاوم زباله قرار گرفته و بطریق بهداشتی دفع شوند. البته تیغهای جراحی و سر سوزنهای مصرف شده باید در ظروف مقاوم و ایمن جمع آوری و دفع بهداشتی گردند.

وجود زباله دان درب دار قابل شستشو و دارای کیسه زباله مقاوم در قسمتهای مختلف مطب الزامی است.

کلیه یونیت های قابل استفاده برای بیماران، دارای ملحفه تمیز و سالم و یا پوشش کاغذی مناسب پوشیده باشند.

ابزار مورد مصرف در مطب که نیاز به گندزدایی (Disinfection) و یاسترون کردن (Sterilization) دارد باید بطور مرتب و مناسب بعد از هر بار مصرف، گندزدایی یاسترون گردد.

کلیه قسمتهای مطب بطور مرتب نظافت و در موارد ضروری محللهای آلوده با

الکترو شوک (ضروری می باشد. لذا انبار های منظور شده و محللهای جای کمده بایستی جوابگوی این حجم لوازم و دارو باشند.

وجود دستگاه رادیوگرافی پری اپیکال در مطب های دندانپزشکی با رعایت اصول حفاظت در برابر اشعه بلامانع است. البته در مواردی که در مطب اقدام به درمانهای کانال ریشه یا جراحی ریشه های نهفته و دندانهای نهفته صورت می گیرد، وجود دستگاه رادیوگرافی الزامی است. مراکز تخصصی می توانند یک دستگاه رادیولوژی پانورکس و لترال سفال نیز داشته باشد. محدوده مورد نظر جهت استقرار دستگاه های رادیو گرافی باید به طور جداگانه سرب کوبی شده و به تأیید سازمان انرژی اتمی رسیده باشد.

در مطب هایی که جراحی های سرپایی و یا معاینات خاص بعمل می آید، وجود دستگاه فور یا اتوکلاو جهت استریلیاسون وسایل و ابزار جراحی و معاینه الزامی است. به ازای هر ۵ دستگاه یونیت دندان پزشکی وجود یک دستگاه اتوکلاو با حجم حداقل ۱۷ لیتر الزامی است. بنا بر این فضای مورد نظر بایستی پیش بینی گردد.

در صورتی که در مطب قالب ریزی

انجام می گیرد، می بایستی برای این کار اتاق کار مجزا با تهویه مخصوص در نظر گرفته شود.

کمپرسور یونیت که دارای صدا و ارتعاش است باید خارج از اتاق کار دندانپزشک نصب شود و رعایت اصول ایمنی در نصب و نگهداری آن رعایت گردد. به منظور بالا بردن کیفیت خدمات دندانپزشکی بهتر است کمپرسور بدون روغن باشد.

مجهز بودن این گونه مراکز به برق اضطراری الزامی است. لیکن هر یک از تجهیزات میتوانند دارای یو پی اس مناسب خود باشند.

امکانات عملی کردن مقررات بهداشتی در زمان بهره برداری

وجود مواد پاک کننده مایع در دستشویی برای بیماران و مواد ضد عفونی کننده مناسب جهت سطوح و تجهیزات در مطب الزامی است
اسفاده از وسایل یکبار مصرف با توجه به

در فضای ساختمان یک مطب وجود سرویس بهداشتی ضروری است. در این سرویس نیز می بایست تسهیلات لازم در قالب توالت فرنگی و دستگیره های مورد نیاز برای بیمارانی که دچار معلولیت جسمی بوده و یا به جهت دردهای مفاصل پا امکان استفاده از توالت های معمولی برایشان وجود ندارد، در نظر گرفته شود.

در اتاق کار دندانپزشکی نصب دستشویی با رعایت شرایط مندرج در آیین نامه ها الزامی است و ترجیحاً شیر دستشویی از نوع آرنجی یا پدالی یا خودکار (اتوماتیک) باشد. نصب دستشویی همرا با مایع صابون در کلیه واحدها ضروری می باشد.

همچنین لازم است کاسه سنگ توالت و دستشویی ها از جنس سرامیک یا چینی سالم و بدون شکستگی یا ترک خوردگی بوده و مجهز به شتر گلو باشد.

دیوار محل نصب دستشویی (اطراف دستشویی) بطور مناسب کاشیکاری گردد و دیوار توالت قابل شستشو روزانه باشد. (دیوار توالت حتی الامکان تا ارتفاع ۱/۸۰ متر از کف با کاشی، سرامیک یا سنگ پوشیده شده باشد).

مطب باید دارای انشعاب آب لوله کشی بهداشتی باشد. در صورت عدم وجود شبکه لوله کشی، آب مصرفی (آشامینی و بهداشتی مورد تأیید مسئولین بهداشتی باشد.

فاضلاب مطب باید به روش بهداشتی جمع آوری و دفع گردد. در صورت استفاده آپارتمانهای مجاور برای سکونت، لازمست حتی المقدور رایزر فاضلاب مطبها ی دندانپزشکی با سایر اماکن مسکونی یکی نباشد.

مشخصات فضای مورد نیاز تجهیزات خاص دندانپزشکی

حداقل تجهیزات ضروری جهت مطب دندانپزشکی شامل یونیت استاندارد و اینسترومنت و کمپرسور، کابینت ها، اتوکلاو، فور، دستگاه آمالگاماتور و کپسول اکسیژن و ست احیا و داروهای دندانپزشکی اورژانس دارای تاریخ مصرف می باشد. دارو و تجهیزات اتاق اورژانس (شامل کپسول اکسیژن، قفسه داروهای اورژانس، ست احیاء شامل آموبگ و تا حد امکان



یکی از مواد گندزا، گندزدایی (ضد عفونی) گردد.

اصول طراحی کلینیک دندان پزشکی

هر فضایی به واسطه ماهیت و درون مایه ی خود می بایست دارای کیفیتهای فضایی ویژه ای برای کارایی ایده آل باشد. در حقیقت فضا صرفاً یک ظرف مکانی با عملکردهای



تجهیزات و... نهایت دقت را داشت تا با استانداردهای روز مطابقت داشته باشد)
 ۴-مصرف بهینه ی انرژی(توجه خاص به مصالح و سیستم های سرمایش و گرمایش)
 ۵-قابلیت دسترسی برای افراد کم توان و ناتوان جسمی.
 ۶-قابلیت پاسخگویی به نیازهای بیماران.

۷-دسترسی سریع و آسان (ارتباط مناسب با شبکه ی معابر و حمل و نقل)

به طور کلی فضاهای کلینیک دندان پزشکی را از نظر طراحی به

۲ بخش فضاهای بحرانی و فضای عمومی تقسیم بندی می کنند. همچنین فضاهای کلینیک از نظر عملکردی به ۴ بخش

۱-فضای مراجعین

۲-فضای اداری

۳-فضای اصلی کلینیک

۴-تدارکات و پشتیبانی

تقسیم می شوند.

فضای مراجعین:

۱-ورودی

۲-انتظار بیمار

۳-انتظار کودک

۴-تسهیلات بهداشتی

فضای اداری:

۱-پذیرش

۲-اتاق اداری (عمومی)

۳-بایگانی

۴-دفتر کار دندان پزشک

- دندان پزشک ارشد

-دستیار دندان پزشک

تدارکات:

۱-راهروها

۲-فضای آموزشی

۳-اتاق استراحت و آشپزخانه ی کوچک کارکنان

۴-محفظه ی پارچه های تمییز

۵-تسهیلات بهداشتی کارکنان

۶-انبار عمومی

۷-مخزن ملحفه های تمییز

۸-انبار خردکردن زباله ها

۹-اتاق نظافت

۱۰-بارگیری و پذیرش بار

خاص نیست و طراحی آن منحصر به چگونگی جانمایی اثاثیه میان چند دیوار نمی ماند. ایجاد یک محیط مطلوب و کارآمد، تعاملی چند سویه است بین عناصر تشکیل دهنده یک فضا؛ یعنی افراد و اشیایی که با فضایی در ارتباطند و کارکردی که برای آن فضا در نظر گرفته شده است هر یک پارامترهای متعدد و متفاوتی را در شکل دهی صحیح و کارآمدی آن پدید می آورند.

کلینیک دندان پزشکی مرکز درمانی است که دندان پزشکان متخصص در رشته های متعدد بهداشت دهان و دندان کنار یکدیگر جمع شده و در کنار هم به درمان بیماران می پردازند. تخصص گرایی در میان دندان پزشکان راه را برای ایجاد مراکز درمانی و تشخیصی که خدمات گسترده ای ارائه می دهد هموار کرده است. مزیت این مراکز برای بیماران، کوتاه بودن زمان انتظار و امکان تشخیص و درمان بهتر، بدون مراجعه به پزشک دیگر است. مزیت این مراکز برای دندان پزشک نیز، تخصیص ساعت های کاری منظم تر و توانایی تبادل و بهره گیری از تجربیات سایر دندان پزشکان است.

اما موارد ذکر شده نیازمند فضایی مناسب است که با توجه به نیازهای مصرف کننده آن طراحی می شود و ابعاد و اندازه و چیدمان فضایی مناسب کمک شایانی در برآوردن نیازهای مراجعین خواهد داشت.

طراحی فضاهای درمانی یکی از بزرگترین پروژه های طراحی در زمینه ی معماری است و طراحی این پروژه نیازمند مشاوره های فشرده با مشتریان، پزشکان، مهندسين معمار، طراحان و کارشناسان بیمارستانی و کلینیکی است. و ممکن است طراحی یک فضای درمانی سال ها به طول انجامد. یکی از این مراکز درمانی کلینیک دندان پزشکی است.

پیش از طراحی هر بنایی باید به خصوصیات و ویژگی های آن توجه نمود. ویژگی های یک کلینیک دندان پزشکی عبارتند از:

۱-بنایی امن، زیبا و پاکیزه .

۲-محیطی نوآور، مهیج، پذیرای بیماران و کارکنان.

است سال - انعطاف پذیر در برابر تغییرات آتی (طراحی فضای درمانی ممکن ها به طول انجامد بنابراین باید در انتخاب مصالح

فضای اصلی کلینیک :

۱-مطب دندان پزشکی(اتاق منفرد)

۲-مطب دندان پزشکی (پلان آزاد)

۳-استریلیزاسیون

۴-ریکاوری

۵-لابراتوار

-فضای حایل

-مدیریت لابراتوار

-تکنسین ارشد دندان پزشکی

-فضای آماده سازی

-فضای کار تکنسین دندان پزشکی

-سرامیک

-گچ و بسته بندی

-قالب گیری

-تراش

-اتاق کارکنان

-تسهیلات رفاهی

تمای فضاها به غیر از فضای مراجعین باید در منطقه ی امن (به دور از هر گونه آلودگی) قرار گیرند.

البته فضاهای ذکر شده فقط مختص کلینیک های بزرگ دندان پزشکی نیست و تمامی مراکز درمانی دندان پزشکی اعم از مطب های دندان پزشکی باید دارای فضاهای ذکر شده در مقیاسی متناسب با مرکز درمانی باشند.

« هر فضایی به واسطه ماهیت و درون مایه ی خود می بایست دارای کیفیت های فضایی ویژه ای برای کارایی ایده آل باشد »
 در حقیقت فضا صرفاً یک ظرف مکانی با عملکردهای خاص نیست و طراحی آن منحصر به چگونگی جانمایی اثاثیه میان چند

۳- اتاق استراحت و آشپزخانه ی کوچک کارکنان

۴- محفظه ی پارچه های تمییز

۵- تسهیلات بهداشتی کارکنان

۶- انبار عمومی

۷- مخزن ملحفه های تمییز

۸- انبار خرد کردن زباله ها

۹- اتاق نظافت

۱۰- بارگیری و پذیرش بار

فضای اصلی کلینیک :

۱- مطب دندان پزشکی (اتاق منفرد)

۲- مطب دندان پزشکی (پلان آزاد)

۳- استریلیزاسیون

۴- ریکاوری

۵- لابراتوار

فضای حایل

- مدیریت لابراتوار

- تکنسین ارشد دندان پزشکی

فضای آماده سازی

فضای کار تکنسین دندان پزشکی

- سرامیک

- گچ و بسته بندی

- قالب گیری

- تراش

- اتاق کارکنان

- تسهیلات رفاهی

تمامی فضاها به غیر از فضای مراجعین

باید در منطقه ی امن (به دور از هر گونه

آلودگی) قرار گیرند .

البته فضاهای ذکر شده فقط مختص

کلینیک های بزرگ دندان پزشکی نیست و

تمامی مراکز درمانی دندان پزشکی اعم از

مطب های دندان پزشکی باید دارای فضاهای

ذکرشده در مقیاسی متناسب با مرکز درمانی

باشند .

تجهیزات و... نهایت دقت را داشت تا با استانداردهای روز مطابقت داشته باشد .

۴- مصرف بهینه ی انرژی (توجه خاص به مصالح و سیستم های سرمایش و گرمایش).

۵- قابلیت دسترسی برای افراد کم توان و ناتوان جسمی .

۶- قابلیت پاسخگویی به نیازهای بیماران

۷- دسترسی سریع و آسان (ارتباط مناسب با شبکه ی معابر و حمل و نقل .)

به طور کلی فضاهای کلینیک دندان

پزشکی را از نظر طراحی به ۲ بخش فضاهای

بحرانی و فضای عمومی تقسیم بندی می

کنند. همچنین فضاهای کلینیک از نظر

عملکردی به ۴ بخش

۱- فضای مراجعین

۲- فضای اداری

۳- فضای اصلی کلینیک

۴- تدارکات و پشتیبانی

تقسیم می شوند .

فضای مراجعین :

۱- ورودی

۲- انتظار بیمار

۳- انتظار کودک

۴- تسهیلات بهداشتی

فضای اداری :

۱- پذیرش

۲- اتاق اداری (عمومی)

۳- بایگانی

۴- دفتر کار دندان پزشک

- دندان پزشک ارشد

- دستیار دندان پزشک

تدارکات :

۱- راهروها

۲- فضای آموزشی

دیوار نمی ماند . ایجاد یک محیط مطلوب و کارآمد ، تعاملی چند سویه است بین عناصر تشکیل دهنده یک فضا . یعنی افراد و اشیایی که با فضایی در ارتباطند و کارکردی که برای آن فضا در نظر گرفته شده است هر یک پارامترهای متعدد و متفاوتی را در شکل دهی صحیح و کارآمدی آن پدید می آورند .

کلینیک دندان پزشکی مرکز درمانی است که دندان پزشکان متخصص در رشته های متعدد بهداشت دهان و دندان کنار یکدیگر جمع شده و در کنار هم به درمان بیماران می پردازند . تخصص گرایي در میان دندان پزشکان راه را برای ایجاد مراکز درمانی و تشخیصی که خدمات گسترده ای ارایه می دهد هموار کرده است . مزیت این مراکز برای بیماران ، کوتاه بودن زمان انتظار و امکان تشخیص و درمان بهتر ، بدون مراجعه به پزشک دیگر است . مزیت این مراکز برای دندان پزشک نیز ، تخصیص ساعت های کاری منظم تر و توانایی تبادل و بهره گیری از تجربیات سایر دندان پزشکان است .

اما موارد ذکر شده نیازمند فضایی مناسب است که با توجه به نیازهای مصرف کننده آن طراحی می شود و ابعاد و اندازه و چیدمان فضایی مناسب کمک شایانی در برآوردن نیازهای مراجعین خواهد داشت .

طراحی فضاهای درمانی یکی از بزرگترین پروژه های طراحی در زمینه ی معماری است . و طراحی این پروژه نیازمند مشاوره های فشرده با مشتریان ، پزشکان ، مهندسين معمار ، طراحان و کارشناسان بیمارستانی و کلینیکی است . و ممکن است طراحی یک فضای درمانی سالها به طول انجامد . یکی از این مراکز درمانی کلینیک دندان پزشکی است

پیش از طراحی هر بنایی باید به خصوصیات و ویژگی های آن توجه نمود .

ویژگی های یک کلینیک دندان پزشکی عبارتند از :

۱- بنایی امن ، زیبا و پاکیزه .

۲- محیطی نوآور ، مهیج ، پذیرای بیماران و کارکنان .

۳- انعطاف است سالها به طول پذیر در برابر تغییرات آتی (طراحی فضای درمانی

ممکن انجامد بنابراین باید در انتخاب مصالح





وضعیت بی دندانی

داده است که بیمارانی که در ابتدا سازگاری خوبی با پروتز خود دارند ممکن است در درازمدت ناسازگار شوند. علت این امر تغییرات تحلیلی و تخریبی است که مانع از دوام و سازگاری فانکشنال و زیبایی می شود. در واقع باید تاکید شود که خصوصیت پروتز کامل به گونه ای است که برای ارزیابی دستاورد های درمانی نمیتوان یک روش متدولوژیک را در نظر گرفت. نتیجه اینکه مطالعاتی که در زمینه ی موفقیت درمان پروتز انجام گرفته بر غیر قابل پیش بینی بودن نتیجه ی سرویس پروتز کامل تاکید دارند. بعلاوه ارزیابی های کمی اصلاح کیفیت زندگی بوسیله ی پروتز کامل هنوز قابل توسعه است..

چرا باید دندان ها را جایگزین کرد؟

لازم است دندان های از دست رفته ی طبیعی را با دندان های مصنوعی جایگزین نمود چون انسان نمی تواند بدون وجود این اعضای مهم جهت صحبت کردن، بلع، جویدن و زیبایی که بسیار مهم هستند فانکشن درستی انجام دهد. بسیاری از مردم دوست دارند در جامعه مقبول باشند و با دیگران در ارتباط و همکاری باشند. با نبودن دندانها این خواسته ها همیشه میسر نمی شوند. وقتی دندان های از دست رفته جایگزین نشوند فرم صورت بیمار تغییر می کند. لبها و گونه ها با دندانها پشتیبانی میشوند و وقتی این تکیه گاه از دست برود عضلات آنها ضعیف شده و کارایی مناسب نخواهند داشت. نتیجه ی ان ایجاد چین و چروک در پوست صورت و افتادن لب و گونه و نهایتاً منجر به پیرتر به نظر رسیدن شخص می شود در تمام مراحل باید نسوج دهان در سلامت ترین وضع حفظ بشوند. تا حدی این موضوع با دنچر امکان پذیر است ولی باید دانست دنچر مانند دندانهای طبیعی نخواهد بود.

از دست دادن دندان ها با عوارض نامطلوبی از نظر زیبایی و بیومکانیک همراه است. این وضعیت نا مساعد هنگامی که بافت پشتیبان پرپروتال از بین می رود و بیمار کاملاً بی دندان می شود بدترین حالت را پیدا می کند. درمان پروتز کامل به عنوان یک آموزش کلینیکی و فعالیت حرفه ای به علوم پایه ی کاربردی، بیومتریال ها و علم زیبایی نیازمند است. علوم فوق ما را در مسایل مربوط به رفتار، سن و ناتوانی های خاص این گروه از بیماران به قدر کافی نیرومند می سازد. از دیدگاه بهداشت عمومی، درمان پروتز کامل هنوز یک روش درمانی ساده و کم هزینه است که کاربرد واقعی و عمومی دارد. با این وجود درمان پروتز کامل یک درمان عمومی برای وضعیت بی دندانی نیست. باید تاکید نمود که تنها بخشی از معیارهای حصول سلامتی به وسیله ی کفایت تکنیک تعریف می شود و این معیار منحصرأ در اختیار دندانپزشک می باشد. امروزه درک و پاسخ بیماران به درمان به عنوان بخش مهمی از معیارهای قضاوت کلینیکی شناخته می شود. بنابراین عدم سازگاری برخی بیماران با پروتز خود علی رغم کفایت مهارتهای حرفه ای، تکنیک ها و ملاحظات انسانی تعجب اور نیست. اکثر دندانپزشکان تمایل دارند تا عدم سازگاری بیماران با پروتز را به عوامل انا تومییک، فیزیولوژیک یا روحی-روانی نسبت دهند. آنها این بیماران را با تغییر و اصلاح تکنیک ها و گاهی با اعمال جراحی جهت توسعه نواحی تحمل کننده ی پروتز درمان نموده اند. هر چند ارزیابی های بعدی ثابت کرد که این کارها در بهترین حالت تنها یک بهبود موقتی است. گاهی این بیماران تحت عنوان شاکیان مزمن بوسیله ی دندانپزشک به حال خود رها می شود که آنها برای سازگاری با پروتز خود به کمک های روانپزشکی و روانشناسی نیازمندند. همچنین تجربیات کلینیکی نشان



دکتر غلامرضا اصفهانی
متخصص پروتزهای
دندانی و ایمپلنت استادیار
دانشگاه آزاد اسلامی

از دنچر چه چیزی باید انتظار داشت؟

بیشتر بیماران نمی دانند از دنچر چه می خواهند. بندرت بیمار انتظار دارد که با چشم مصنوعی ببیند و یا حرکات طبیعی با دست و پای مصنوعی انجام دهد ولی انتظار دارد از دندانهای مصنوعی همانند دندان های طبیعی در غذا خوردن و دیگر کارهای فانکشنال و غیر فانکشنال استفاده نموده و رنگ و فرم مناسب هم داشته باشند. دنچر یک جایگزین مصنوعی است و محدودیت هایی دارد. دقیقاً طبیعی است که بیمار با دنچر تازه مشکل داشته باشد. قیافه تا حدودی عوض می شود صحبت کردن به نظر تغییر می کند و بیمار احساس می کند که دهانش پر است. زمان صبر و همکاری در اجرای دستورات داده شده باعث به حالت استراحت در آمدن عضلات گونه، لب ها و زبان می گردد. نهایتاً یک تغییر جزئی صورت تبدیل به یک تغییر خوشایند می گردد. تکلم نرمال می شود و بیمار با خوردن کمتر مشکل خواهد داشت. اغلب بیماران اصرار دارند دندانها در جایی چیده شوند که با فانکشن همخوانی ندارند. باید به بیمار آموزش داده شود که دندانها باید در جایی چیده شوند که بیشتر موارد مورد نظر دنچر برآورده شود. همیشه برای انجام خواسته ی بیمار باید به موارد دیگر هم توجه نمود و یک مصالحه بین آنها بوجود آورد. با گذاشتن دنچر تازه معمولاً بزاق بیشتر می شود که این یک واکنش به تحریکات تازه است. در طول روز احساس می شود که دنچر به دفعات شل و سفت میشود که این به دلیل متفاوت بودن خون رسائی به نسوج پیش می آید. ممکن است در کام و زبان احساس سوزش بشود که احتمالاً به دلیل وجود دنچر نیست بلکه به علت مشکلات غدد مترشحه داخلی پیش آمده باشد. بعد از گذاشتن دنچر اغلب تورم و درد در مخاط ایجاد می گردد که ممکن است به علت تحت فشار قرار گرفتن نسوج نرم بین بیس سخت دنچر و استخوان یا اینکه بر اثر عدم اکلوژن هماهنگ ایجاد گردد. دنچرها بخصوص فک پایین ممکن است موقع غذا خوردن جابجا شوند. به دو دلیل با دنچر فک بالا زودتر میتوان عادت کرد: ناحیه ی ساپورت دهندگی فک بالا خیلی بیشتر است و نسبتاً کم تحرک تر. فک پایین به هنگام تکلم، بلع و جویدن مرتباً حرکت می کند و دنچر پایین در مجاورت عضلات متحرک بیمار مثل زبان قرار گرفته است. زبان با تحرک خود باعث حرکت دنچر میشود که باعث صدمه به نسوج تحت دنچر و اطراف دنچر و نهایتاً باعث تحلیل استخوان میشود. بیشترین تغییرات در ۶ الی ۸ ماهه اول بعد از گذاشتن دنچر بروز می کند.

چگونه باید از دنچر استفاده کرد؟

اگر بیمار در ادای کلمات مشکل دارد باید تمرین بلند خوانی کند و کلمات مشکل ساز را بیشتر تکرار کند. بهترین دندانهای مصنوعی حدود یک سوم دندانهای طبیعی کارایی دارند برای جبران این نقایص باید عادت غذا خوردن تغییر کند. از خوردن غذاهای سخت و چسبنده خودداری شود و غذا به تکه های کوچک تقسیم شود و از دو طرف برای خوردن استفاده شود. وقتی احتمال استفراغ کردن میرود باید دنچر از دهان درآورده شود.

روش مراقبت از دنچر

بهداشت خوب دهان و دنچر بسیار مهم است. گیر کردن ذرات غذا زیر دنچر باعث تحلیل استخوان و نهایتاً لقی دنچر میشود. بعد از غذا با یک مسواک و خمیر مخصوص بهداشت دنچر باید دنچر را شست. هنگام شستن دنچر پایین باید انرا بین انگشت شست و اشاره گرفت تا نیفتد. در صورت بو دادن دنچر انرا در محلول اکسید کننده (کلوراکس یک قاشق چایخوری در نیم لیتر آب) بمدت نیم ساعت قرار داد. برای استراحت نسوج از ۲۴ ساعت ۸ ساعت دنچر از دهان درآورده شود که معمولاً زمان خواب است. در صورت در تورم بیمار باید برای معاینه مراجعه کند. معاینات ویزیت های منظم بعد از تحویل دنچر ضروریست. استرهای آماده و چسبها زبان اور هستند چون فقط موقتی مشکل را برطرف می کنند و می توانند باعث بروز مشکلاتی شوند که موفقیت دنچر را از بین ببرند.





اصلاح دندان‌های فاصله دار بدون ارتودنسی

دکتر شیرین معماران

دندان‌ها در اصطلاح عامیانه روی هم درآمده و باعث نامرتب شدن دندان‌ها می‌گردد و بر عکس وقتی که دندان‌های ریز و کوچک در یک فک بزرگ قرار گیرد، دندان‌ها نمایی فاصله دار پیدا کرده و به خصوص این وضعیت بنا به علل خاصی در دندان‌های جلو بیشتر دیده می‌شود و در نتیجه از لحاظ زیبایی مشکلاتی را برای فرد ایجاد می‌کند. علت پدید آمدن این ناهنجاری در روابط فک با دندان به این خاطر است که کد ژنتیکی دندان‌ها با فک و ضمائم آن در دو محل جداگانه قرار دارد و لذا یک فرد ممکن است

دندان‌هایی که با فاصله از هم واقع هستند مشکلات زیادی از لحاظ زیبایی برای بیمار ایجاد می‌کند که پرداختن به درمان آن، دغدغه چنین افرادی هست، به خصوص برای اشخاصی که در سنین جوانی هستند و به زیبایی خود اهمیت می‌دهند.

ردپای ژن‌ها در دندان‌های فاصله دار

علت اصلی ردیف نبودن دندان‌ها ارثی است به این صورت که داشتن دندان‌های درشت در یک فک کوچک باعث می‌شود که دندان‌ها، فضای کافی برای رشد نداشته و در نتیجه

این روزها خیلی‌ها دل‌شان می‌خواهد دندان‌هایی ردیف و بی‌فاصله داشته باشند. چرا که داشتن چنین دندان‌هایی، چهره آن‌ها را زیباتر می‌کند. در این میان، شاید بعضی از آن‌هایی که دندان‌های شان فاصله دار است، حال و حوصله تحمل بندها و سیم‌های ارتودنسی را نداشته باشند. توصیه دندان‌پزشکان به آن‌ها این است که با روش‌های ترمیمی و مواد هم‌رنگ دندان، فاصله بین دندان‌های شان را ببندند. این کار هم آسان‌تر است، هم این که شما می‌توانید خیلی سریع ظاهر لبخندتان را تغییر بدهید.

۲۲

دندانپزشک
شماره ۱
آذر ماه ۱۳۹۲

استفاده از کلاژن گاوی میزان ترمیم لثه ها را بهبود می بخشد

تحلیل رفتگی لثه ها معمولا منجر به افزایش حساسیت دندانها شده و می تواند منجر به پوسیدگی ریشه دندان و التهاب مداوم لثه شود، اختلالی که پزشک ایرانی و همکارش شیوه ای نوین را برای درمان آن ارائه کرده اند.

به گزارش خبرنگار سایت پزشکان بدون مرز، شهرام قناتی پزشک و متخصص آسیب شناسی در کلینیک گوته آلمان به همراه همکار خود شیوه ای جدید را برای درمان تحلیل رفتگی لثه ها ارائه کرده است که به واسطه آن می توان با استفاده از کلاژن گاوی میزان ترمیم لثه ها را بهبود بخشید.

استفاده از این شیوه درمانی منجر به ضخیم تر شدن حاشیه دندانها خواهد شد و به این شکل ریشه هایی که به دلیل فرورفتگی لثه باز مانده بودند، کاملا پوشانده خواهند شد.

قناتی به همراه دندانپزشکی به نام «مارکوس اشلی» امکان استفاده از کلاژن استخراج شده از سوج دور قلب گاو را برای ایجاد محافظی برای مرمت لثه های تحلیل رفته و ریشه های روباز را مورد بررسی قرار دادند.

این کلاژن به واسطه فرایندی شامل درمانهای اسمزی، اکسیداتیو و الکالینی از بدن گاو استخراج شده است. این شیوه ها دیواره های سلولی را تخریب کرده، پروتئینها و چربی ها را حل می کند و هر نوع بیماری و باکتری از بین رفته و غیر فعال می شوند.

قناتی این شیوه را بر روی ۱۴ داوطلب که ۶۰ نمونه بازگشت تحلیل لثه که اختلال تحلیل لثه در آنها وجود داشت آزمایش کرد. دندانها پیش از انجام جراحی به خوبی پاکسازی شده و تکه های کلاژنی با استفاده از بستهایی از نخ بخیه بر روی منطقه آسیب دیده ثابت شدند.

پس از گذشت دو هفته این تکه های پیوندی از روی دندان بیمار برداشته شد در حالی که بیماران پس از برداشته شدن این درمان نیازی به استفاده آنتی بیوتیک نداشتند. این داوطلبان پس از ۶ ماه دوباره مورد معاینه قرار گرفتند و نتایج معاینات نشان داد ظاهر دندانها و لثه ها در تمامی داوطلبان بهبود قابل توجهی داشته و در نیمی از داوطلبان، این شیوه درمانی منجر به بهبود کامل و پوشیده شدن کامل ریشه ها شده است.

به نظر می رسد کلاژن می تواند به عنوان چارچوب سلولهای بدن برای ترمیم آسیبهها به کار گرفته شود در حالی که نتایج آن می تواند در حد نتایج پیوند بافت موثر باشد.

دندان های ریز را از پدرش به ارث برده و فک بزرگ را از مادرش به ارث ببرد یا برعکس و در نتیجه این نوع ناهنجاری ها به وجود می آید.

فرا تر از ارتودنسی

کلا برای درمان این ناهنجاری ها نیازمند ارتودنسی یا ردیف کردن دندان ها هستیم ولی برای مورد خاص دندان های فاصله دار به خصوص در دندان های جلویی، صرفا با درمان های ارتودنسی نمی توان به درمان آن اقدام کرد. به خصوص که در بعضی مواقع بستن چنین فضاها باعث ایجاد مشکلات دیگری از لحاظ زیبایی خواهد شد. لذا باید دنبال درمان های دیگری برای این نوع مشکلات بود.

برخی از بیماران دچار یک فاصله بین دو دندان پیشین خود هستند که اصلا نمای مطلوبی ندارد. این بیماران هیچ مشکلی از لحاظ روابط فکی ندارند و سایر دندان های شان نیز به طور طبیعی است.

در مورد برخی از این بیماران مشکل به وجود آمده ناشی از عدم تناسب اندازه دندان با فک است و علت آن در برخی دیگر این است که مهار لب بزرگ تر از حد بوده و تا ناحیه فضای بین دو دندان پیشین توسعه پیدا کرده و در زمان رویش دو دندان پیشین باعث ایجاد فضا بین این دو دندان شده. در صورتی که مهار لب این بیماران به موقع جراحی می شد و کوچک تر می شد این مشکل زیبایی برای بیمار به وجود نمی آمد.

کامپوزیت وارد می شود

بهترین راه برای درمان این فاصله استفاده از کامپوزیت نوری است. به این صورت که با استفاده از مواد هم رنگ که برای ترمیم دندان های قدامی استفاده می شود این فضاها پوشیده می شود.

در این نوع ترمیم از دندان هیچ مقداری برداشت نشده و تراش داده نمی شود بلکه با استفاده از تکنیک هایی این مواد، چسبندگی محکمی با دندان پیدا می کنند.

با مراقبت معمولی سال های سال می توان از آن استفاده کرد اگر به هر علتی این نوع ترمیم آسیب ببیند دوباره در عرض ۲۰ دقیقه قابل ترمیم و باز سازی می باشد و حسن دیگر آن این است که در صورتی که نخواستیم دوباره می شود برداشت و دندان ها را به حالت اول برگرداند. چیزی که هیچ وقت بیمار بعد از دیدن زیبایی ایجاد شده راضی نخواهد شد.

با این نوع ترمیم ها به خوبی می شود غذا خورد و مسواک زد و فعالیت های روزانه داشت و همراه با جرم گیری سالانه با یک پولیش شفافیت اولیه خود را دوباره باز می یابد.

مدادرنگی کامپوزیتی

برای بستن فاصله بین دندان ها با مواد هم رنگ دندان، معمولا دندانپزشکان مجموعه کاملی از کامپوزیت های دندانی را در اختیار دارند که با استفاده از آن ها به صورت لایه لایه دندان های شما را به زیبایی ترمیم می کنند.

برای این که دندان های شما به بهترین صورت به نظر بیایند باید به اصول رنگ در بازسازی دندان بسیار دقت شود و رنگ دندان های شما در نور محیط و زیر نور لامپ دندانپزشکی دقیقا کنترل شود.

بستن فاصله دندان ها با این روش آمیزه های از هنر و علم است که باید دندانپزشک شما علاوه برداشتن علم کافی برای بستن فاصله بین دندان ها، بدانند که چگونه می تواند هنرمندانه از رنگ های متخلف کامپوزیت برای درآوردن رنگ مناسب دندان تان استفاده کند.

اگر این لایه های کامپوزیتی درست روی هم استفاده نشوند ممکن است تیرگی دهان شما از لا به لای دندان های تان دیده شود

انتخابات هیئت مدیره و بازرس

انجمن دندانپزشکان عمومی ایران برگ زرین دیگری که بر تارک دندانپزشکی کشور درخشد

دندانپزشکان خارج سازند. برای اینکه انتخابات با روشی بسیار سالم و قابل کنترل و قابل رویت و محسوس برای همه انجام پذیرد مقرر گردید که هر همکار که در صحنه حاضر شد که عضو انجمن باشد، عکس وی روی برگه های شناسه ورود به مجمع عمومی چاپ شود. از آنجایی که سابقه برگزاری انتخابات انجمن دندانپزشکی ایران در ۳۰ تیرماه ۱۳۹۰ که با بی نظمی سازمان یافته اذهان را نگران می کرد، مدیریت انجمن عمومی و مسئولان وزارت بهداشت و وزارت کشور و سازمان های ناظر مربوطه با رویت آزمایشی نحوه کار در وزارتخانه های مربوطه اطمینان داده شد که این اقدام با موفقیت انجام خواهد شد. بالاخره در روز پنجشنبه ۲۶ دی ماه ۱۳۹۲ با روش جدید ثبت حضور و رای - گیری در انتخابات، کار آغاز شد و این انتخابات علی رغم تمام ادعاهای قبل و بعد توانست یک برگ زرین دیگری را بر تارک دندانپزشکی کشور به درخشش درآورد.

این مهم را باید ارزش بزرگ دیگری برای دندانپزشکی کشور قلمداد کرد. تاکنون در دندانپزشکی کشور به خصوص در انتخابات با حضور دندانپزشکان عمومی این گونه حمایت از دستاوردهای انجمن و حضور مسئولان سابقه نداشته است. همکاران شهرستانی در این انتخابات آن چنان مسئولانه و قدرتمندانه حاضر شدند که فضای انتخاباتی را بسیار پرشور، قرین افتخار و با عظمت کردند. رای ۷۱۷ دکتر شهینی - زاده یک استثنا بوده و فاصله آرای دو گروه نشان داد که اصرار دندانپزشکان برای کنترل سرنوشت خود در اینکه چه کسانی انجمن را هدایت کنند، با اختلافی فاحش و بزرگ رقم خورد. دندانپزشکان کشور بیدار و هوشیار هستند و از دستاوردهای انجمن خود دفاع کرده و می کنند. امیدواریم آینده روشن و تابناک با حضور مداوم و همگام پیش روی دندانپزشکی کشور رقم خورد.

بحث کارشناسی انتخابات را به فرصتی دیگر می گذاریم اما

نتایج

انتخابات هیئت مدیره و بازرس انجمن دندانپزشکان عمومی ایران در روز پنجشنبه ۹۲/۱۰/۲۶ با تمهیدات بسیار خاصی و با تکیه بر حضور عضو پیوسته برگزار شد. بر اساس مفاد اساسنامه هر همکار دندانپزشک عمومی که آخرین مدرک تحصیلی وی دکترای دندانپزشکی عمومی باشد، با پذیرش شرایط عضویت، عضو پیوسته انجمن می شود و پس از آن اعضای پیوسته تنها کسانی هستند که حق دارند کاندیدا شوند یا رای دهند. برنامه ما و آرزوی هر انجمن این است که همه افراد واجد شرایط در انجمن شان عضو شوند. در دنیا تعداد اعضای انجمن ها یک ارزش بزرگ اجتماعی و از افتخارات هر حرفه می باشد.

در این انتخابات دو گروه به نام «پویندگان راه انجمن» که گروهی از اعضای هیئت مدیره، کادر اجرایی انجمن و شعب کشور در آن حضور داشته اند یا حمایت کرده اند. «گروه همگرایی» که بازماندگان هیئت مدیره انجمن دندانپزشکان عمومی ایران در دوره های قبل بودند و برخی از آن ها جزء هیئت مدیره علمی یا صنفی فعلی یا دوره قبل انجمن دندانپزشکی ایران بوده اند و گروهی هم که توسط یک جریان صنفی سیاسی دندانپزشکی سازماندهی شده بود و تعدادی نیز افراد مستقل بودند. در نهایت به جز یک نفر تمام این بیست و یک نفر درهم ادغام شدند و در نهایت یک گروه ۹ نفره به نام گروه همگرایی ایجاد شد که اکثریت با چاپ و انتشار مقالات مشترک مواضع یکسان خود را که اغلب علیه مدیریت فعلی انجمن دندانپزشکان عمومی ایران بود، انتشار دادند و طی ارسال پیام های کوتاه آن را به اطلاع تمام دندانپزشکان کشور رساندند.

مدیریت انجمن با حوصله و مدارا بدون آنکه اسیر تنش های پیش ساخته شود برای احترام به افکار عمومی طی یک خبرنامه الکترونیک ویژه نکات کلیدی را پاسخ گفت و نتایج نهایی این بحث ها را به صندوق آرا ارجاع داد.

به هر حال با ارسال پیام های کوتاه بسیار زیاد سعی می شد که انجمن را از فضای آرام و تکیه بر درایت و هوشیاری اجماع

اعضای هیئت مدیره



دکتر صنمیر یزدانی



دکتر ناصر آخوندان



دکتر باقر شهمنی زاده



دکتر لیلا صدقی



دکتر لیلا عطایی



دکتر محمدحسین ارگانی



دکتر محمدعلی محمد علیزاده



دکتر علی‌واله شیدا



دکتر جمشید زمان

بازرس‌های اصلی



دکتر علی وارسته



دکتر حامد پدرام



بررسی مقایسه‌ای تأثیر دوازده نوع خمیر دندان رایج مصرفی در ایران بر سایش مینای دندان

میزان سایندگی خمیردندان‌ها به عوامل مختلفی از جمله میزان ذرات ساینده، اندازه ذرات ساینده، محتویات خمیردندان نظیر دترژنت‌ها و غلظت ساینده‌ها بستگی دارد این در حالی است که بهترین خمیردندان آن است که با کمترین مواد ساینده بیشترین قدرت تمیز کنندگی را داشته باشد. (۱۲)

با توجه به افزایش خواسته‌های بیماران و مصرف‌کنندگان برای داشتن دندان‌های سفیدتر یکی از اهداف کارخانه‌های تولیدکننده خمیردندان، افزایش تمیز کنندگی خمیردندان و در عین حال کاهش آسیب‌های احتمالی به بافت سخت دندان است؛ لذا استفاده از خمیردندان‌هایی که کارایی لازم برای کنترل پلاک و برطرف کردن رنگدانه‌های خارجی با حداقل سایندگی را داشته باشند ترجیح داده می‌شوند. (۱۳)

سایش در سطح جونده عموماً در خلال عمل جویدن توسط فشار بین دندان‌ها و سایش در سطوح جانبی، بیشتر توسط مسواک و خمیردندان ایجاد می‌شود. سایش دندان‌ها

خصوصیات لازم و مناسب را ندارد گذشته از اینکه نتیجه مثبتی به همراه ندارد حتی می‌تواند باعث زیان‌هایی مثل صدمه زدن به بافت دهان و دندان، ایجاد سایش فزاینده در مواد ترمیمی و بیماری لثه گردد. از طرف دیگر با توجه به استفاده گسترده از کامپوزیت‌ها در ترمیم‌های دندانی و حساسیت آنها به سایش و فرسایش (در مقایسه با آمالگام) اهمیت استفاده از خمیردندان مناسب چشمگیرتر شده است. (۵)

خمیردندان عمل تمیز کنندگی مکانیکی را به وسیله سیستم‌های ساینده و پاک‌کننده (Detergent) انجام می‌دهد. علاوه بر این به خوبی می‌دانیم که نبود یا مقدار کم مواد ساینده سبب افزایش رنگدانه‌های خارجی می‌شود. (۹) با این وجود، این مسئله که درجه‌ای از سایش (Abrasion) توسط خمیردندان، باید توسط دندان‌ها تحمل شود تا دندان‌ها به خوبی تمیز شوند، در دندانپزشکی به طور گسترده مورد قبول واقع شده است. (۱۰ و ۱۱)

یکی از روش‌های اساسی حفظ بهداشت دهان و دندان که همواره مورد تأکید قرار گرفته، مسواک زدن با استفاده از خمیردندان است تا از این راه به مقصد اصلی که پیشگیری از بروز بیماری‌های دهان و دندان می‌باشد، دست یافت. (۱) از فواید مسواک زدن، برداشت پلاک، حذف رنگدانه‌های خارجی، پیشگیری از بیماری‌های لثه و جلوگیری از پوسیدگی دندان‌ها می‌باشد. (۲ و ۳)

با وجود این اثرات مثبت شواهد کلینیکی و لابراتواری نشان می‌دهد که مسواک زدن با خمیردندان می‌تواند موجب تروما به لثه و سایش بافت سخت دندان شود. (۴ و ۵) سایش بیش از حد دندان‌ها می‌تواند منجر به آسیب دیدگی مینا و در بعضی موارد عاج دندان، افزایش حساسیت دندان‌ها، مشکلات زیبایی و در نهایت صدمه به دستگاه جونده شود. (۶ و ۷) این مسئله به ویژه در موارد تحلیل لثه و عریان شدن سطح ریشه به محیط دهان به شکل شدیدتری خود را نشان می‌دهد. (۸ و ۹) به عبارت دیگر مصرف خمیردندان‌هایی که

brushing انجام گرفت. به دلیل اینکه مسیر حرکت زبری سنج باید عمود بر مسیر سایش باشد، نمونه‌ها با چرخش ۹۰ درجه‌ای طبق علامت‌گذاری قبلی، در زیر این دستگاه تنظیم شدند. بر روی این دستگاه، همزمان ۸ مسواک (نوع Soft مسواک G.U.M مدل ۴۱۱ کلاسیک ساخت کشور آمریکا) قرار گرفت و نمونه‌ها در زیر مسواک‌ها در جایگاه خاص خود ثابت شدند. مقدار ۲۰ گرم از هر کدام از خمیردندان‌ها با ۴۰ میلی لیتر آب به مدت ۵ دقیقه حل شده و به همراه ۱۰ میلی لیتر سدیم کربوکسی متیل سلولوز ۰/۰۵٪ در صدی (این ماده نقش بزاق مصنوعی را ایفا می‌کند) در لوله‌های شیشه‌ای خاصی به صورت محلول در مجاورت مسواک و نمونه‌ها قرار گرفت.

برای گروه‌های دوازده‌گانه مطالعه به ترتیب از خمیردندان‌های ضدحساسیت کرست، داروگر ۳، کرست ۷، نسیم معمولی، سیگنال سفیدکننده، پونه ۳ رنگ، پاه و صحت، پونه سفیدکننده، ۳D وایت کرست، سنسوداین ارجینال، ضدحساسیت پونه استفاده گردید (مشمول بر پنج نوع خمیردندان خارجی و هفت نوع خمیردندان ایرانی)، که اجزای تشکیل دهنده هر کدام از آنها در جدول ۱ به تفکیک آمده است.

این مطالعه به صورت دوسویه کور انجام گرفت، بدین طریق که خمیردندان‌های مورد بررسی در تیوب‌های بی‌نام و نشان قرار داده شد و کدگذاری گردید. مسواک‌های مورد استفاده با نیروی ۱۳۰ گرم بر روی نمونه‌ها تنظیم شد و سایش با حرکت جلو و عقب مسواک‌ها بر روی نمونه‌ها شروع گردید. مسواک ۱۵ هزار بار با سرعت ۱۰۰ دور در دقیقه و به مدت ۱۵۰ دقیقه بر روی دندان‌ها حرکت داده شدند. اگر در هر بار مسواک زدن، هر سطح دندان به طور متوسط ۱۵ بار مسواک زده شود و عمل مسواک زدن دو بار در روز صورت گیرد، ۱۵۰۰۰ بار سایش معادل ۱۸ ماه مسواک زدن می‌باشد؛ لازم به ذکر است که به دلیل رسوب ماده ساینده بعد از هر ۲۵۰۰ بار حرکت دستگاه محلول مورد نظر و مسواک‌ها باید تجدید شوند.

پس از اتمام مرحله سایش، پروفایل سطحی ثانویه نمونه‌ها اندازه‌گیری شد. بدین منظور نمونه‌ها بعد از شسته و خشک

درجه‌های (grit) ۴۰۰ و ۶۰۰ به مدت ۶۰ ثانیه برای هر نمونه، در حد میکرومتر صاف شدند تا دستگاه زبری سنج بتواند روی آن‌ها حرکت کند. نمونه‌های برش داده شده در قالب‌هایی دایره‌ای شکل به قطر ۲۵mm و ضخامت ۶mm در داخل آکريل فوری طوری مدفون گردیدند که هم سطح با آکريل باشند. لازم به توضیح است که نمونه‌های آماده شده قبل از ورود به هر مرحله ابتدا به مدت ۳۰ ثانیه با نرمال سالین شسته و به مدت ۱۵ ثانیه با پوآر هوا خشک شدند.

پس از آماده‌سازی نمونه‌ها، اندازه‌گیری پروفایل سطحی اولیه نمونه‌ها زیر دستگاه زبری سنج

(Taylor Hobson, ۲۵ Surtronic Company, England) انجام گرفت.

پس از قرار گیری نمونه‌ها زیر دستگاه، با حرکت سوزن الماسی زبری سنج به اندازه ۴mm روی یک خط فرضی زبری سطحی اولیه آن به صورت عددی بر حسب میکرون در دستگاه نشان داده شد. این کار روی دو خط فرضی موازی که در فاصله ۲mm از هم قرار داشتند انجام گردید و میانگین اعداد به دست آمده از پروفایلو خط به عنوان پروفایل سطحی اولیه آن نمونه بر حسب میکرومتر در نظر گرفته شد.

بعد از انجام زبری‌سنجی اولیه، اعداد به دست آمده از کوچک به بزرگ مرتب شد و در شش گروه دوازده تایی قرار گرفت، بدین ترتیب که دندان‌های با زبری بیشتر در یک گروه و دندان‌های با زبری کمتر در گروه دیگر مرتب شدند و سپس از هر گروه یک نمونه به صورت تصادفی انتخاب شد و وارد دسته بندی جدید شد و ۱۲ گروه ۶تایی از نمونه‌ها به دست آمد. این اقدام باعث کاهش اختلاف اعداد زبری‌سنجی در گروه‌های به دست آمده می‌شد. همچنین نمونه‌های گروه‌ها به صورت حروف A تا L کدگذاری شدند و مسیر حرکت دستگاه زبری‌سنجی و مسواک (که عمود بر یکدیگر بودند) علامت‌گذاری شدند.

در مرحله مسواک زدن، سایش بر روی نمونه‌ها به روش سه جسمی یعنی با حضور خمیردندان، مینايدندان و مسواک، به صورت حرکات رفت و برگشتی جلو و عقب با دستگاه Sabri Enterprises, Downers) Grove, IL, USA) VACROSS

ایتولوژی مولتی فاکتوریال دارد که شامل آروژن، اتریشن و ابریژن می‌باشد. (۱۴) اخیراً مطالعات زیادی در رابطه با سایش خمیردندان‌ها، چگونگی ایجاد و روش‌های اندازه‌گیری آن انجام شده است. (۱۵ و ۱۶)

با توجه به اینکه امروزه استفاده از خمیردندان‌های مختلف برای همه افراد جامعه امری ضروری به نظر می‌رسد و تأثیرات هر یک از آنها بر روی دندان‌ها متفاوت است و نیز تحقیقات گسترده‌ای بر روی تأثیرات آنها از جمله قدرت ساینده‌گی آنها صورت نگرفته است این تحقیق با هدف بررسی تأثیر ۱۲ نوع خمیردندان رایج مصرفی در ایران بر سایش مینای دندان صورت گرفت.

مواد و روش‌ها

این مطالعه تجربی آزمایشگاهی بر روی دندان‌های قدامی سالم کشیده شده افراد ۲۵-۴۰ ساله که از لحاظ شرایط سیستمیک نرمال بودند، صورت گرفت. نمونه‌ها از مطب‌ها و کلینیک‌های سطح شهر اصفهان به دست آمدند و دارای سطح مینایی سالم و فاقد پوسیدگی، ترک، تغییر رنگ و نقص مینایی بودند. بنا بر تست‌های آماری، با تعداد ۶ نمونه دندانی برای هر خمیردندان، $d=1/87$ احتمال می‌رفت که تفاوتی معادل $\alpha=0/05$ معنی‌دار بود؛ بر این اساس حجم نمونه در این پژوهش ۷۲ عدد در نظر گرفته شد. انتخاب خمیردندان‌ها در این مطالعه بر اساس نتایج مطالعات بازاریابی کارخانه گلناش از بین خمیردندان‌های پرمصرف بوده است. ۴ نوع از خمیردندان‌های منتخب، از استاندارد ADA برخوردار بودند.

نمونه‌ها از همان ابتدا در محلول گلیسرین و تیمول ۰/۲٪ نگهداری شدند و سالم بودن آنها با سوند و زیر نور یونیت بررسی گردید. دندان‌های جمع‌آوری شده با دیسک الماسی دو طرفه و در کنار پوآر آب و هوا، در ابعاد ۵×۳×۵mm برش داده شدند به طوری که در سطح رویی آنها مینای سالم دندان وجود داشته باشد. سپس سطح رویی مینا با استفاده از فرزهای الماسی به همراه آب و مولت‌های پرداخت کامپوزیت سبز و سفید بدون پوآر آب، به مدت ۳۰ ثانیه پالیش شدند. نمونه‌ها با سمباده‌های مخصوص پالیش به ترتیب با



شدن، دوباره با یک چرخش ۹۰ درجه‌ای به همان حالت اول، زیر دستگاه زبری سنج قرار گرفتند و میانگین پروفایل سطحی ثانویه هر نمونه، مجدداً بر روی دو خط فرضی به همان روش توضیح داده شده در اندازه‌گیری پروفایل سطحی اولیه، به دست آمد. در پایان نیز تجزیه و تحلیل داده‌ها توسط نرم‌افزار SPSS و آزمون آماری ONE WAY ANOVA صورت گرفت.

یافته‌ها

داده‌های مربوط به میانگین پروفایل‌های اولیه، ثانویه و اختلاف آنها برای هر کدام از خمیردندان‌های مورد آزمون در جدول ۲ آورده شده است. آنالیز ONE WAY ANOVA نشان داد که میانگین پروفیلومتری اولیه بین گروه‌های مختلف تفاوت معنی‌دار نداشت ($P=0$) و از آنجا که پروفیلومتری اولیه بین گروه‌های مختلف خمیردندان اندکی متفاوت بود، برای کنترل آن از آنالیز کوواریانس

(ANCOVA) استفاده شد و آنالیز کوواریانس جهت مقایسه پروفیلومتری ثانویه بین انواع خمیردندان صورت گرفت و نشان داده شد که میانگین سایش در تمامی گروه‌ها یکسان نیست ($P=0/49$). مقایسه دو به دو میانگین سایش بین خمیردندان‌ها توسط آزمون تعقیبی دانکن (Duncan) نشان داد که خمیردندان ضدحساسیت پونه کمترین سایش را دارا بود و خمیردندان ضدحساسیت کرس ۷ بیشترین سایش را ایجاد کرده بود ($P/05 >$) و سایش سایر خمیردندان‌ها حد واسط این دو مقدار بود و با هم تفاوت معنی‌دار نداشتند ($P/21 = 0$). در نمودار ۱ میزان سایش خمیردندان‌ها گزارش شده است.



جدول ۱: مشخصات مواد ساینده، نوع، اندازه و شکل و درصد وزنی ذرات خمیردندان‌های استفاده شده

نوع خمیردندان	نوع ماده ساینده	اندازه ذرات	شکل ذرات	درصد وزنی
ضد حساسیت کرس ۷	سیلیکا	۸-۱۲ میکرون	کروی و متقارن	۲۵-۴۰٪
داروگر ۳	سیلیکا ساینده	۸-۱۲ میکرون	کروی و متقارن	۲۵-۴۰٪
کرس ۷	سیلیکا	۸-۱۲ میکرون	کروی و متقارن	۲۵-۴۰٪
نسیم معمولی	دی کلسیم فسفات	۸-۱۲ میکرون	کروی و متقارن	۲۵-۴۰٪
سیگنال سفید کننده	کلسیم کربنات و سیلیکا	۸-۱۲ میکرون	کروی و متقارن	۲۵-۴۰٪
پونه ۳ رنگ	سیلیکا ساینده	۸-۱۲ میکرون	کروی و متقارن	۲۵-۴۰٪
یاوه	سیلیکا ساینده	۸-۱۲ میکرون	کروی و متقارن	۴۰٪
صحت	دی کلسیم فسفات دی هیدرات	۸-۱۲ میکرون	کروی و متقارن	۲۵-۴۰٪
پونه سفید کننده	سیلیکا ساینده	۸-۱۲ میکرون	کروی و متقارن	۲۵-۴۰٪
۳D وایت کرس ۷	سیلیکا	۸-۱۲ میکرون	کروی و متقارن	۲۵-۴۰٪
سنسوداین ارجینال	سیلیکا	۸-۱۲ میکرون	کروی و متقارن	۲۵-۴۰٪
ضد حساسیت پونه	سیلیکا ساینده	۸-۱۲ میکرون	کروی و متقارن	۲۵-۴۰٪

جدول ۲: میانگین پروفایل اولیه، ثانویه و اختلاف آنها به تفکیک هر خمیردندان

نوع خمیردندان	پروفایل اولیه انحراف معیار \pm میانگین	پروفایل ثانویه انحراف معیار \pm میانگین	اختلاف پروفایل اولیه و ثانویه انحراف معیار \pm میانگین
سفیدکننده پونه	45/001/1 \pm	69/1 \pm 39/0	68/0 \pm 33/0
وایت کرست ۳D	00/1 \pm 49/0	45/1 \pm 55/0	45/0 \pm 31/0
سیگنال سفید کننده	11/2 \pm 15/1	10/259/1 \pm	24/044/0 \pm
پونه ۳ رنگ	97/111/1 \pm	77/161/1 \pm	64/054/0 \pm
پاوه	95/100/1 \pm	24/256/1 \pm	45/056/0 \pm
صحت	82/187/1 \pm	91/122/1 \pm	26/038/0 \pm
نسیم	73/0 \pm 46/1	57/0 \pm 28/1	21/034/0 \pm
کرست ۷	93/045/1 \pm	04/173/1 \pm	0/56 \pm 0/66
ضد حساسیت کرست	66/099/0 \pm	37/178/1 \pm	1/13 \pm 1/24
داروگر ۳	72/025/1 \pm	00/185/1 \pm	0/60 \pm 0/96
سنسوداین ارجینال	54/001/1 \pm	82/049/1 \pm	36/048/0 \pm
ضد حساسیت پونه	04/128/1 \pm	04/142/1 \pm	0/17 \pm 0/09

بحث

جزء تقریباً ثابت در ترکیب اکثریت خمیردندان‌ها، ماده ساینده آن می‌باشد. این مواد ۲۵ تا ۶۰ درصد خمیردندان‌ها را تشکیل می‌دهند. از مواد ساینده برای تمیز کردن سطوح دندان و پالایش آنها استفاده می‌شود تا سطوح دندان صاف و براق گردد. (۱۷)

چندین عامل از قبیل سختی ذاتی اجزای ساینده، اندازه آنها، شکل و درصد آنها، تکنیک مسواک زدن، فشار موجود بر مسواک، سختی فیلامان‌های مسواک، جهت و تعداد حرکات متفاوت مسواک می‌تواند بر ساینده‌گی خمیردندان‌ها تأثیرگذار باشد. (۱۷ و ۱۸)

برای اندازه‌گیری زبری سطحی نمونه‌ها از دستگاه زبری‌سنجی استفاده شد. این دستگاه خشونت سطحی نمونه‌ها را اندازه‌گیری می‌کند، براساس آنچه در منابع آمده است، هنگامی که پروفایل نمونه‌ها قبل و بعد از سایش اندازه‌گیری می‌شود، اختلاف به دست آمده از این اعداد به عنوان شاخص سایش در نظر گرفته می‌شود.

یافته‌ها نشان داد بین میانگین‌های زبری‌سنجی قبل و بعد از سایش تفاوت

معنی‌دار وجود داشت؛ اما اثر نوع خمیردندان بر شاخص سایش تفاوت معنی‌داری را نشان نداد.

نکته قابل توجه این است که تقریباً تمام کارخانه‌های ایرانی و خارجی برای استفاده از مواد ساینده در خمیردندان از منابع معتبر جهانی استفاده می‌کنند که در این منابع برای به کار بردن مواد ساینده در خمیردندان یک محدوده مشخصی در نظر گرفته شده است. (۱۹ و ۲۰) از آنجایی که تفاوت میزان سایش خمیردندان‌ها بستگی به نوع و سختی اجزاء ساینده، اندازه آنها، میزان حجم و درصد آنها در خمیردندان دارد (۱۸) دلیل تفاوت میزان سایش ۱۲ نوع خمیردندان بررسی شده حتی به صورت جزئی را می‌توان به موارد مذکور نسبت داد.

نوربخش و همکاران در مطالعه‌ای برای مقایسه تمیزکنندگی خمیردندان‌ها از شاخص O'Leary استفاده کردند، آنها در مطالعه خود چنین ابراز داشتند که میزان تمیزکنندگی خمیردندان نسیم مشابه خمیردندان کرست (با تاییدیه ADA) می‌باشد؛ (۲۱) در مطالعه

حاضر، با بررسی میزان سایش ناشی از ۱۲ نوع خمیردندان، سایش در خمیردندان‌های نسیم و کرست ۷ حدوداً یکسان بود که این نتایج با مطالعه نوربخش همخوانی دارد. (۲۱)

ملک افضلی و همکاران با بررسی ساینده‌گی خمیردندان‌های مخصوص کودکان، سه نمونه داخلی را با خمیردندان Oral-B به عنوان نمونه استاندارد خارجی مقایسه نمودند. در این مطالعه از کامپوزیت جایگذاری شده بر روی آکریل به عنوان نمونه جهت تست سایش خمیردندان‌ها استفاده شد. و پس از اتمام مرحله سایش نمونه‌ها توسط دستگاه cross brushing machine V۸، اختلاف وزن نمونه‌ها با وزن اولیه آنها مقایسه گردید. نتایج این مطالعه نشان داد خمیردندان داروگر ۳ به ویژه در ۱۵۰۰ دور سایش و بالاتر، به شکل معنی‌داری سایش بیشتری در مقایسه با سه نوع خمیردندان دیگر ایجاد می‌نماید، از آنجا که نوع ماده ساینده آنها مشترک بود، اختلاف بین سایش به اختلاف تراکم ذرات ساینده، اندازه یا میزان ذرات نسبت داده شد؛ (۲۲) در مطالعه حاضر نیز بین سایش خمیردندان‌های مختلف اندکی تفاوت



با مینای دندان تماس دارد این نتایج صادق است ولی در صورت از بین رفتن این سد و تماس خمیردندان با سطوح عاجی باید انتظار رفتار کاملاً متفاوتی را داشت.

از محدودیت‌های این مطالعه می‌توان به مواردی از جمله حجم نمونه پایین، کم بودن تعداد زبری‌سنجی نمونه‌ها و محدود شدن تست ایجاد سایش به یک دور ثابت (۱۵۰۰۰ دور) اشاره نمود و در نهایت به نظر می‌رسد که برای انجام دقیق‌تر اینگونه مطالعات، بهتر است مطالعه روی نمونه‌های بیشتری انجام شود و تست سایش با تعداد زبری‌سنجی‌های بیشتری روی نمونه‌ها صورت گیرد.

نتیجه گیری

با توجه به یافته‌های مطالعه حاضر، تفاوت معنی‌داری میان سایش مینایی خمیردندان‌های رایج مصرفی در ایران با یکدیگر وجود نداشت.

تشکر و قدردانی

این مطالعه با حمایت و پشتیبانی معاونت پژوهشی دانشکده دندانپزشکی اصفهان و مرکز تحقیقات علوم دندانپزشکی پروفیسور ترابی نژاد انجام گردید. نویسندگان از کمک و مساعدت معاونت پژوهشی دانشکده دندانپزشکی اصفهان و مدیریت مرکز تحقیقات علوم دندانپزشکی پروفیسور ترابی نژاد و دانشکده مواد دانشگاه تربیت مدرس تهران و کارخانه گلناتاش قدردانی و امتنان فراوان دارند.

مسئله می‌تواند ناشی از عدم بازسازی کامل شرایط محیط دهان در مطالعات *In vitro* و عواملی مانند عدم شکل‌گیری پلیکل و پلاک پوشاننده دندان، عدم حضور جمعیت باکتریایی و اثرات آن، عدم حضور بافت نرم، بزاق و غیره در شرایط آزمایشگاهی باشد. (۲۷) بر این اساس گرچه مطالعات آزمایشگاهی ممکن است جهت تخمین میزان دقیق سایش خمیردندان طی زمان مناسب نباشند، ولی در عین حال این نتایج می‌توانند جهت مقایسه عملکرد مقادیر سایش خمیردندان‌ها با یکدیگر بکار روند. (۲)

برای کنترل هرچه بهتر عوامل مخدوشگر احتمالی در این مطالعه، انتخاب دندان‌های قدامی سالم از افراد ۴۰-۲۵ ساله، انجام مراحل یکسان پالیش و صاف کردن نمونه‌ها در حد میکرون و ایجاد سطح کاملاً صاف زیر سطح مینایی (Sub surface)، گروه‌بندی نمونه‌ها براساس اعداد پروفایل اولیه به دست آمده و سپس انتخاب تصادفی از بین آنها برای گروه‌های مورد نظر، استفاده از دستگاه V8 cross brushing و مسواک یکسان در تمامی نمونه‌ها انجام شد؛ در ضمن اعمال سایش در همه نمونه‌ها با یک نوع مسواک، مدت زمان معین، نیروی کنترل شده و شرایط آزمایشگاهی یکسان، صورت گرفت. همچنین برای ارزیابی پروفایل سطحی هر نمونه، هم قبل از ایجاد سایش و هم بعد از آن، هر نمونه ۲ مرتبه (در ۲ خط موازی به فاصله ۲ میلی متر) زبری‌سنجی شد و سپس میانگین این دو مقدار به عنوان پروفایل سطح محاسبه گردید. نکته قابل توجهی که نباید از آن چشم‌پوشی شود، این است که در این مطالعه میزان سایش مینای دندان، مورد بررسی قرار گرفته است. این مسئله از آنجایی اهمیت دارد که اصولاً میزان سختی مینا از مواد ساینده موجود در خمیردندان‌ها بیشتر است، در حالی که در مورد عاج دندان عکس این مطلب صدق می‌کند (۲۸) ساینده‌ها معمولاً به مینا آسیب نمی‌رسانند، اما ممکن است درخشندگی دندان را از بین ببرند. (۱۷) از سوی دیگر مواد شوینده (دترژنت‌ها) موجود در خمیردندان‌ها نیز ممکن است منجر به حل شدن تدریجی ماتریکس کلاژنی شوند که این مسئله در عاج اهمیت بسیار بیشتری دارد. (۲۹) بنابراین در شرایط نرمال که خمیردندان

وجود داشت که نوع ماده ساینده می‌تواند از علل آن باشد.

در مطالعه Macdonald و همکاران متعاقب مسواک زدن با سه نوع خمیردندان با RDA (Relative Dentine Abrasivity) متفاوت و مسواک زدن با آب و اندازه‌گیری به روش زبری‌سنجی به این نتیجه رسیدند که خمیردندان با RDA بالا سایش بیشتری ایجاد می‌کند. (۱۶) در این مطالعه از روش زبری‌سنجی که نسبت به روش اندازه‌گیری کاهش جرم نمونه‌ها (روش‌هایی که اکثراً تا به امروز در مطالعات سایش خمیردندان‌ها در ایران استفاده شده است)، روش دقیق‌تری است، استفاده شد. تحقیقات جدید نشان داده‌اند اندازه‌گیری RDA و روش زبری‌سنجی، روش‌های دقیق‌تری برای بررسی قدرت ساینده‌گی خمیردندان‌ها هستند (۲۳) به خاطر پرهزینه بودن و دسترسی مشکل به روش RDA (۳) به ویژه در ایران، امکان استفاده از آن در این مطالعه مقدور نبود.

همچنین باید گفت روش زبری‌سنجی یکی از پرکاربردترین روش‌هایی است که در حال حاضر در مطالعات سایش در دنیا به کار می‌رود. (۲۴) مزایای مهم این روش، دقیق بودن آن نسبت به سایر روش‌ها و همچنین عدم تخریب سطح هنگام اندازه‌گیری می‌باشد. این مسئله به ویژه در تحقیقات دندانپزشکی که نیاز به اندازه‌گیری میزان سایش در چند مرحله دارد، اهمیت پیدا می‌کند. (۲۵)

در این مطالعه با استفاده از تست لابراتواری استاندارد تعداد حرکات مسواک بر روی نمونه‌ها ۱۵۰۰۰ دور انتخاب گردید؛ البته انتخاب دور بالا برای این آزمون بیشتر به خاطر بالا بودن مقاومت سایشی مینای دندان نسبت به عاج و سایر موادی می‌باشد که در مطالعات استفاده می‌شوند. این در حالی است که با وجود امکاناتی که تا به امروز جهت اندازه‌گیری میزان سایش به کار رفته است، اندازه‌گیری داخل دهانی سایش، با توجه به عدم دسترسی به نقاط رفرنس ثابت در محیط دهان انجام شدنی نیست. (۲۶)

در عین حال باید به این نکته توجه داشت که تحقیقات بیان داشته‌اند که مطالعات آزمایشگاهی میزان سایش خمیردندان‌ها را کمی بیش‌تر از حد واقعی نشان می‌دهند. این

مراجع:

1. Versteeg PA, Timmerman MF, Piscar M, Van der Velden U, Van der Weijden GA. Brushing with and without dentifrice on gingival abrasion. *J Clin Periodontol* 2005; 32(2): 158-62.
2. Addy M, Hughes J, Pickles MJ, Joiner A, Huntington E. Development of a method in situ to study tooth paste abrasion of dentine comparison of 2 products. *J Clin Periodontol* 2002; 29(10): 896-900.
3. Giles A, Claydon NC, Addy M, Hughes N, Sufi F, West NX. Clinical in situ study investigating abrasive effects of two commercially available toothpastes. *J Oral Rehabil* 2009; 36(7): 498-507.
4. Dyer D, Addy M, Newcombe RG. Studies in vitro of abrasion by different manual toothbrush heads and standard toothpaste. *J Clin Periodontol* 2000; 27(2): 99-103.
5. Fathi MH, Mortazavi VS. Comparative evaluation of the effect of clinical procedures on the corrosion of four brand dental amalgams. *J Mash Dent Sch* 2004; 22(2): 256-68. (Persian)
6. Danser MM, Timmerman MF, Ijzerman Y, Bulthuis H, Van der Velden U, Van der Weijden GA. Evaluation of the incidence of gingival abrasion as a result of tooth brushing. *J Clin Periodontol* 1998; 25(9): 701-6.
7. Bergström J, Lavstedt S. An epidemiologic approach to toothbrushing and dental abrasion. *Community Dent Oral Epidemiol* 1979; 7(1): 57-64.
8. Absi EG, Addy M, Adams D. Dentine hypersensitivity-the effect of toothbrushing and dietary compounds on dentine in vitro: An SEM study. *J Oral Rehabil* 1992; 19(2): 101-10.
9. Dyer D, Macdonald E, Newcombe RG, Serather C, Ley F, Addy M. Abrasion and stain removal by different manual tooth brushes and brush action: In vitro Study. *J Clin Periodontol* 2001; 28(2): 121-7.
10. Forward GC. Role of toothpastes in the cleaning of teeth. *Int J Dent* 1991; 41(3): 164-70.
11. Stookey GK, Burkhard TA, Schemehorn BR. In vitro removal of stain with dentifrices. *J Dent Res* 1982; 61(11): 1236.
12. Craig RG, Ward ML. *Restorative Dental Materials*. 10th ed. St. Louis: Mosby Co; 1996. P. 91-2.
13. Franzo D, Philpotts C, Cox TF, Joiner A. The effect of tooth paste concentration on enamel and dentine wear in vitro. *J Dent* 2010; 38(12): 974-9.
14. Smith BG, Knight JK. A comparison of patterns of tooth wear with etiological factors. *Br J Dent* 1984; 157(1): 16.
15. Joiner A, Weader E, Cox TF. The measurement of enamel wear of two toothpastes. *Oral Health Prev Dent* 2004; 2(4): 383-8.
16. Macdonald E, North A, Maggio B, Sufi F, Mason S, Moore C, et al. Clinical study investigating abrasive effects of three toothpastes and water in an in situ model. *J Dent* 2010; 38(6): 509-16.
17. Mogharebed A, Birang R. Oral and dental health promotion: *Journal of Isfahan Dental School* 2010; 6(6): 705-11. (Persian)
18. Kaidonis JA, Richards LC, Townsend GC, Tansley GD. Wear of human enamel: A quantitative in vitro assessment. *J Dent Res* 1998; 77(12): 1983.
19. Harry RG, Wilkinson JB, Moore RJ. *Harrys Cosmeticology*. 7th ed. London: Pearson Education Ltd; 1982. P. 409-51.
20. Poucher WA. *Perfumes, Cosmetics and Soaps*. 1st ed. London: Chapman Hall Ltd. 1941. P. 340-96.
21. Nourbakhsh N, Amidi I, Mobini H, Mohajerin M. Basic criteria of Iranian commercial toothpastes and an ADA approved brand (CREST). *Journal of Research in Medical Sciences* 2003; 8(1): 20-4. (Persian)
22. Malekafzali B, Shahabi S, Rezaei F, Kharazifard MJ. Assessing the abrasive ability of three different domestic pediatric toothpaste. *J Islamic Dent Assoc* 2009; 20(4): 316-23. (Persian)
23. Attin T. Methods for assessment of dental erosion. *Monogr Oral Sci* 2006; 20: 152-72.
24. Barbakow F, Lutz F, Imfeld T. A review of methods to determine the relative abrasion of dentifrices and prophylaxis pastes. *Quintessence Int* 1987; 18(1): 23-8.
25. Grenby TH. Methods of assessing erosion and erosive potential. *Eur J Oral Sci* 1996; 104(2): 207-14.
26. Hooper S, West NX, Pickles MJ, Joiner A, Newcombe RG, Addy M. Investigation of erosion and abrasion on enamel and dentine: A model in situ using toothpastes of different abrasivity. *J Clin Periodontol* 2003; 30(9): 802-8.
27. Gregg T, Mace S, West NX, Addy M. A Study in vitro of the abrasive effect of the tongue on enamel and dentine softened by acid erosion. *Caries Res* 2004; 38(6): 557-60.
28. Addy M, Mostafa P, Newcombe RG. Dentine hypersensitivity: The distribution of recession, sensitivity and plaque. *J Dent* 1987; 15(6): 242-8.
29. Addy M, Hunter ML. Can tooth brushing damage your health? Effects on oral and dental tissues. *Int Dent J* 2003; 53(3): 177-86.



برگزیدگان جشنواره علوم پزشکی رازی معرفی شدند

تقدیر از پژوهشگران برتر

پزشکی تهران
برگزیده گروه محققان جوان: علی

شایان فر از دانشگاه علوم پزشکی تبریز

کمیته تخصصی علوم توانبخشی و
پیراپزشکی

برگزیده رتبه سوم گروه محققان:
هادی اسنادی مقدم از دانشگاه علوم پزشکی

مشهد

برگزیده رتبه سوم گروه محققان:
رضا نگارنده از دانشگاه علوم پزشکی تهران

کمیته تخصصی علوم بالینی داخلی

برگزیده رتبه دوم گروه محققان:
علیرضا استقامتی از دانشگاه علوم پزشکی

تهران

برگزیده رتبه سوم گروه محققان:
بینا گرامی زاده نائینی از دانشگاه علوم پزشکی

شیراز

برگزیده گروه محققان جوان:
سیدفاضل نبوی پنبه چوله از دانشگاه علوم

پزشکی بقیه الله (عج)

شاهین یزدانی از دانشگاه علوم پزشکی شهید
بهشتی

برگزیده گروه محققان جوان:
محمدرضا رسولی از دانشگاه علوم پزشکی

تهران

کمیته تخصصی علوم دندانپزشکی

برگزیده رتبه سوم گروه محققان:
محمدحسن نکوفر از دانشگاه علوم پزشکی

تهران

برگزیده رتبه سوم گروه محققان:
رضا فکر آزاد از دانشگاه علوم پزشکی ارتش

کمیته تخصصی علوم دارویی

برگزیده رتبه سوم گروه محققان:
محمدعلی فرامرزی از دانشگاه علوم پزشکی

تهران

برگزیده رتبه سوم گروه محققان:
محمدعلی ابراهیم زاده از دانشگاه علوم

پزشکی مازندران

برگزیده گروه محققان دانشجو:
امیرحسین احمدی خردی از دانشگاه علوم

به گزارش سرویس پژوهشی ایسنا،
دبیرخانه جشنواره علوم پزشکی رازی در عین
حال اسامی برگزیدگان حقیقی و حقوقی این
دوره از جشنواره را اعلام کرد.

برگزیدگان حقیقی نوزدهمین دوره
جشنواره علوم پزشکی رازی شامل ۲۷
پژوهشگر برگزیده در کمیته های تخصصی
علوم بالینی جراحی، علوم دندانپزشکی، علوم
دارویی، علوم توانبخشی و پیراپزشکی، علوم
بالینی داخلی، علوم بهداشتی، مدیریت و
تغذیه، علوم پایه، طب سنتی ایرانی - اسلامی
و ابداعات و اختراعات هستند که اسامی آنها
به شرح ذیل است:

کمیته تخصصی علوم بالینی جراحی
برگزیده رتبه اول گروه محققان:

وفا رحیمی موقر از دانشگاه علوم پزشکی
تهران

برگزیده رتبه سوم گروه محققان:
فهمیه رضایی تهرانی از دانشگاه علوم

پزشکی شهید بهشتی

برگزیده رتبه سوم گروه محققان:



برگزیده گروه محققان جوان:

امیرحسین مدبرنیا از دانشگاه علوم پزشکی تهران

کمیته تخصصی علوم بهداشتی، مدیریت و تغذیه

برگزیده رتبه دوم گروه محققان:

کاظم زنده دل از دانشگاه علوم پزشکی تهران

برگزیده رتبه سوم گروه محققان:

محمدجواد نجف زاده از دانشگاه علوم پزشکی مشهد

برگزیده رتبه سوم گروه محققان:

مهرداد عسگریان از دانشگاه علوم پزشکی شیراز

برگزیده گروه محققان جوان: امیر

پاکپور حاجی آقا از دانشگاه علوم پزشکی قزوین

برگزیده گروه محققان جوان: بهاره

نیکویه از دانشگاه علوم پزشکی شهیدبهشتی

کمیته تخصصی علوم پایه

برگزیده رتبه دوم گروه محققان:

محمدسعید حجازی از دانشگاه علوم پزشکی تبریز

برگزیده رتبه سوم گروه محققان:

محمدرضا عباس زادگان از دانشگاه علوم پزشکی مشهد

برگزیده گروه محققان جوان:

مهدی جای مند از دانشگاه علوم پزشکی

تبریز

کمیته تخصصی طب سنتی ایرانی - اسلامی

برگزیده گروه محققان جوان: آرمان

زرگران از دانشگاه علوم پزشکی شیراز

کمیته تخصصی ابداعات و اختراعات:

برگزیده رتبه اول گروه محققان:

علیرضا احمدیان از دانشگاه علوم پزشکی تهران (با پروژه سامانه بلادرنگ جراحی)

برگزیده رتبه سوم گروه محققان:

علی حسنی از دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران (با پروژه قلم محافظ عصب دندانی تحتانی)

به گزارش ایسنا در بخش حقوقی جشنواره علمی تحقیقاتی علوم پزشکی رازی امسال هم

دانشگاه های علوم پزشکی، مراکز تحقیقاتی، کمیته های تحقیقات دانشجویی، مجلات و مراکز فناوری برتر براساس ارزشیابی

فعالتهای پژوهشی سال ۱۳۹۱ معرفی شده اند.

دانشگاه های علوم پزشکی کشور

برگزیده

رتبه اول تیپ یک: دانشگاه علوم

پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران

رتبه اول تیپ دو : دانشگاه علوم

پزشکی بقیه الله(عج)

رتبه اول تیپ سه : دانشگاه علوم

پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهرکرد

مراکز تحقیقاتی علوم پزشکی

برگزیده

رتبه اول مراکز تحقیقاتی دارای ردیف بودجه مستقل در حوزه بالینی: مرکز تحقیقات

غدد درون ریز و متابولیسم دانشگاه علوم پزشکی تهران

رتبه اول مراکز تحقیقاتی دارای ردیف بودجه مستقل در حوزه بیومدیکال: مرکز

تحقیقات علوم دارویی دانشگاه علوم پزشکی تهران

رتبه اول مراکز تحقیقاتی فاقد ردیف بودجه مستقل با بیش از سه سال فعالیت

در حوزه بالینی: مرکز تحقیقات روانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران

رتبه اول مراکز تحقیقاتی فاقد ردیف بودجه مستقل با بیش از سه سال فعالیت در

حوزه بیومدیکال: مرکز تحقیقات ریزفناوری پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران

رتبه اول مراکز تحقیقاتی فاقد ردیف بودجه مستقل با ۱ تا ۳ سال فعالیت در

حوزه بالینی: نقض ایمنی کودکان دانشگاه علوم پزشکی تهران

رتبه اول مراکز تحقیقاتی فاقد ردیف بودجه مستقل با ۱ تا ۳ سال فعالیت در



به زبان انگلیسی. مدیرمسئول و سردبیر: دکتر وحید ضیایی

مجله International Journal of Endocrinology and Metabolism دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی به زبان انگلیسی. مدیرمسئول: دکتر فریدون عزیزی

و سردبیر: دکتر آرینازاده وکیلی
مجله ایرانی آموزش در علوم پزشکی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان به زبان فارسی. مدیرمسئول: دکتر علیرضا یوسفی و سردبیر: دکتر طاهره چنگیزی

مجله سلامت کار ایران دانشگاه علوم پزشکی ایران به زبان فارسی. مدیرمسئول: دکتر احمد عامری و سردبیر: دکتر علی اصغر فرشاد

حوزه بیومدیکال: مرکز تحقیقات امنیت غذایی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان
کمیته های تحقیقات دانشجویی علوم پزشکی برگزیده
رتبه اول تیپ یک: کمیته تحقیقات دانشجویی دانشگاه علوم پزشکی شهیدبهشتی
رتبه اول تیپ دو: کمیته تحقیقات دانشجویی دانشگاه علوم پزشکی مازندران
رتبه اول تیپ سه: کمیته تحقیقات دانشجویی دانشگاه علوم پزشکی ایلام
مرکز رشد فناوری برگزیده
مرکز رشد واحدهای فناوری فرآورده های دارویی دانشگاه علوم پزشکی شیراز

نشریات علوم پزشکی برگزیده
مجله Asian Journal of sports Medicine دانشگاه علوم پزشکی تهران

رتبه های اول از میان مراکز تحقیقاتی علوم پزشکی برگزیده

ردیف	گروه	زمینه فعالیت	مرکز تحقیقات	دانشگاه علوم پزشکی
۱	دارای ردیف مستقل بودجه	بالینی	غدد درون ریز و متابولیسم	تهران
۲		بیومدیکال	علوم دارویی	تهران
۳	فاقد ردیف مستقل بودجه بیش از ۳ سال فعالیت	بالینی	روانپزشکی	تهران
۴		بیومدیکال	ریزفناوری پزشکی	تهران
۵	فاقد ردیف مستقل بودجه با ۱ تا ۳ سال فعالیت	بالینی	نقص ایمنی کودکان	تهران
۶		بیومدیکال	امنیت غذایی	اصفهان

نشریات علوم پزشکی برگزیده

ردیف	مجله	صاحب امتیاز	زبان	مدیرمسئول/سردبیر
۱	Asian Journal of sports Medicine	دانشگاه علوم پزشکی تهران	انگلیسی	مدیرمسئول و سردبیر: دکتر وحید ضیایی
۲	International Journal of Endocrinology and Metabolism	دانشگاه علوم پزشکی شهیدبهشتی	انگلیسی	مدیرمسئول: دکتر فریدون عزیزی سردبیر: دکتر آرینازاده وکیلی
۳	مجله ایرانی آموزش در علوم پزشکی	دانشگاه علوم پزشکی اصفهان	فارسی	مدیرمسئول: دکتر علیرضا یوسفی سردبیر: دکتر طاهره چنگیزی
۴	مجله سلامت کار ایران	دانشگاه علوم پزشکی ایران	فارسی	مدیرمسئول: دکتر احمد عامری سردبیر: دکتر علی اصغر فرشاد

چهارمین

همایش بین المللی ایمپلنت خلیج فارس

ایران - تهران اسفند ۹۲

IVth. International Persian Gulf Implant Symposium

Tehran - Iran

Feb 2014

کنگره ۱۲ انجمن جراحان دهان، فک و صورت + کنگره ۴ ایمپلنت خلیج فارس

و صورت و ایمپلنت است. در کنگره دوازدهم کارگاه‌های عملی متعددی برگزار خواهد شد. برخی از این کارگاه‌ها با مباحث تخصصی برای برای همکاران جراح و رشته‌های وابسته و تعدادی از کارگاه‌ها برای استفاده همکاران عمومی برنامه‌ریزی شده است.

در حاشیه این کنگره نمایشگاه تجهیزات تخصصی جراحی دهان، فک و صورت، ایمپلنتولوژی و بایومترال نیز برپا خواهد شد. مهلت ارسال مقاله به دبیرخانه کنگره تا اول مهرماه امسال تعیین شده است.

علاقه مندان جهت کسب اطلاعات بیشتر می‌توانند به وب سایت www.omfscongress.org مراجعه نموده و یا با انجمن جراحان دهان، فک و صورت ایران به شماره تلفن ۹-۸۸۲۰۲۵۸۷ تماس حاصل فرمایند

تومورها، جراحی میکروسکوپی، جراحی‌های زیبایی صورت، جراحی ارتوگناتیک، جراحی مفصل گیج گاهی فکی، جراحی بیماران مبتلا به شکاف لب و کام، سندروم‌های صورت، تروماتولوژی فک و صورت، جراحی دنتوالوولار، بایومترال و مهندسی بافت اشاره کرد.

در سمپوزیوم ایمپلنت نیز سخنرانی‌های متعددی در زمینه اصول پایه ایمپلنت و درمان‌های پیشرفته ایمپلنتولوژی پیش‌بینی شده است.

دکتر حسنی در ادامه افزود: در کنار این دو همایش، همایش دیگری برای تقدیر از متخصصان جوان رشته دهان، فک و صورت برگزار می‌شود. فلسفه برگزاری این همایش تشویق همکاران جوان برای انجام کارهای تحقیقاتی در زمینه تازه‌های رشته دهان، فک

کنگره ۴ بین‌المللی ایمپلنت خلیج فارس دومین همایش متخصصین جوان جراحی دهان، فک و صورت ایران زمان و مکان: ۷ الی ۹ اسفند، هتل المپیک دوازدهمین کنگره بین‌المللی انجمن جراحان دهان، فک و صورت ایران، چهارمین همایش بین‌المللی ایمپلنت خلیج فارس و دومین همایش متخصصین جوان جراحی دهان، فک و صورت ایران، به طور همزمان در هتل المپیک تهران و در تاریخ ۷ الی ۹ اسفند ماه سال جاری برگزار می‌شود.

به گفته دکتر علی حسنی رئیس کنگره امسال، قرار است بیش از ۲۰ سخنران مطرح از آمریکا و اروپا در این کنگره حاضر شوند و درخصوص نوآوری‌های رشته جراحی دهان، فک و صورت سخنرانی نمایند. از جمله مواردی که در پل‌های سخنرانی پیرامون آن بحث و تبادل نظر می‌شود، می‌توان به جراحی

۳۵

دندانپزشکی
شماره ۱
آذر ماه ۱۳۹۲



12th Tehran - Iran Feb 2014
International Congress
Of Iranian Society of
Oral & Maxillofacial Surgeons



IVth. International
Persian Gulf
Implant Symposium
Tehran - Iran Feb 2014

2ND Young OMFS
Researcher Symposium





تأثیر پرسلن پوشاننده و استفاده از لاینر بر استحکام باند ریز کششی سرامیک زیرکونیایی

مقدمه

نیاز به ترمیم‌هایی با زیبایی عالی و سازگاری زیستی مناسب در سال‌های اخیر منجر به جایگزینی آلیاژهای معمول با زیرساخت‌های تمام-سرامیک گردیده است. (۱) کوره‌های سرامیکی معمولاً کریستال‌های تقویت شده از جمله دی سیلیکات و یا لوسایت در یک ماتریس شیشه‌ای هستند و با یا اکسید زیرکونیا تشکیل شده‌اند. پلی کریستال‌های زیرکونیایی محدودیت‌های کاربرد مواد تمام سرامیکی را کاهش داده و استفاده از آنها را در بازسازی‌های چندواحدی با موفقیت بیشتر ممکن ساخته است. ثبات شیمیایی منحصر به فرد، خصوصیات مکانیکی عالی، زیبایی رنگ و استفاده همزمان از تکنولوژی

CAD/CAM [۱] در آنها موجب شده است که زیرکونیا به عنوان یک ماده کور انتخابی در درمان‌های متعدد پروتزی مورد استفاده قرار بگیرد. (۲) با افزودن 50% وزنی زیرکونیا به گلاس پرسلن، افزایشی به میزان 80% در استحکام خمشی و مقاومت شکستگی در مقایسه با پرسلن تنها گزارش شده است. (۳) مطالعات متعددی نشان داده‌اند که زیرکونیا از سایر سرامیک‌های دندانی محکم‌تر می‌باشد. (۴و۵) همچنین، بریج‌های زیرکونیایی ماندگاری بیشتری در مقایسه با سایر سرامیک‌های دندانی نشان داده‌اند. (۶) با این حال، استحکام باند زیرکونیا به ونیر در رستورشین‌های تمام سرامیکی به عنوان یکی از نقاط ضعف آن مطرح بوده و عواملی چون نحوه آماده‌سازی سطح فریم‌ورک، نوع ونیر سرامیکی مورد استفاده و روش استفاده از ونیر همگی در این استحکام موثر هستند. برای

دستیابی به مزایای متعدد مواد کور در پروتزی‌های دندانی، استحکام باند بین کور و ونیر باید به میزان کافی بوده تا بتوانند استرس‌های فانکشنال را از ونیرهای زیبایی به فریم‌ورک زیرین انتقال دهند. (۷) علاوه بر این، مشخص گردیده که استحکام باند ونیر به زیرکونیا به نوع ماده ونیر مورد استفاده و هماهنگی آن با کور زیرین نیز بستگی دارد. (۸) امروزه انواع مختلف سیستم‌های زیرکونیایی در بازار دندانپزشکی وجود دارد و علیرغم شباهت ساختار شیمیایی آنها، تفاوت‌هایی همچون اختلاف در روش‌های ساخت، مراحل Milling و دمای Sintering در بین آنها وجود دارد. یکی دیگر از این اختلافات تفاوت در نحوه رنگ‌آمیزی این کوره‌های سفید زیرکونیایی است. (۹و۱۰) تکنیک‌های مختلفی نظیر افزودن پیگمان‌های فلزی به پودر زیرکونیایی اولیه در قبل یا بعد از فشردن بلوک‌های Milling، غوطه‌ور ساختن فریم‌ورک‌های Milled در عوامل رنگی محلول یا استفاده از مواد لاینر مختلف در فریم‌ورک‌های سفید Sinter شده برای رنگ‌آمیزی فریم‌ورک‌های زیرکونیایی مد نظر بوده است. (۱۱و۱۲) تردیدی نیست که روش‌های مختلف رنگ‌آمیزی کور که در سیستم‌های مختلف به کار گرفته شده‌اند، همگی می‌توانند در خصوصیات و عملکرد زیرکونیا موثر باشند. (۱۲) این تغییر خصوصیت‌ها می‌تواند ناشی از اجزاء رنگی اضافه شده به زیرکونیا از جمله CeO_2 ، Fe_2O_3 و Bi_2O_3 باشد. همچنین، دیده شده است که استفاده از عوامل لاینر اثرات آشکاری در بهبود استحکام باند زیرکونیا به ونیر مخصوصاً در سرامیک‌های Press-on داشته است. (۸) بر این اساس هدف این مطالعه بررسی تأثیر کاربرد دو نوع



گردید. نمونه‌ها پس از انجام فرآیند Firing در درون پلی استر شفاف مدفون شدند و بعد از ثابت کردن نمونه‌ها درون دستگاه برش (Mecatome C (Presi, France)، ۱۲۰ میکرو بار با ابعاد ۷×۱×۱ mm در ۴ گروه ۳۰ تایی تهیه شد (CW، CC، ZW، CW). میکروبارها با استفاده از دستگاه استریومیکروسکوپ (SZ Olympus, Tokyo, Japan) با بزرگنمایی ۲۵ برابر بررسی شدند تا در صورت

وجود هر گونه نقص از تحقیق خارج گردند. پس از شستشو با اولتراسونیک، میکروبارهای تهیه شده در گروه‌های مختلف با چسب سیانوآکریلات به دستگاه آزمون استحکام باند ریزکشی (Instron Limited, High Wycombe, UK، ۶۰۲۲ Instron) به گونه‌ای متصل شدند که خط اتصال کور-ونیر در وسط قرار بگیرد. سپس نیرو با سرعت نوک تیغه برابر ۱ mm/min بر محل اتصال اعمال گردید و حداکثر نیروی لازم برای شکست باند بین ماده کور و

ونیر سرامیکی ثبت شد (تصویر ۱).

علاوه بر این، ۵ نمونه از هر گروه به صورت تصادفی انتخاب و تحت میکروسکوپ الکترونی (۲۰ XL، Philips, Eindhoven, Netherlands) بررسی شدند تا نحوه شکست در آنها (در کور، ونیر، و حدفصل کور-ونیر) تعیین گردد (تصویر ۲). در نهایت برای آنالیز آماری داده‌ها از تست One-way ANOVA و تست‌های Post-hoc استفاده شد.

اطلاعات توصیفی داده‌ها در جدول ۱ ارائه شده است. ابتدا آنالیز واریانس دو عاملی انجام گردید که در آن نوع لاینر و نوع پرسلن پوشاننده عوامل تحت بررسی بودند. نتایج نشان داد که این دو عامل اثر متقابل بر استحکام باند ریزکشی داشت. لذا از آنالیز One-way ANOVA برای مقایسه چهار گروه استفاده شد، که نشان داد بین گروه‌ها اختلاف معنی داری وجود دارد ($P < 0.01$). نتایج آزمون Tukey HSD نشان می‌داد که تنها بین گروه‌هایی که از پرسلن Zirkonzahn استفاده شده بود (ZW و ZC)، اختلاف معنی‌دار وجود نداشت (جدول ۲) و در مقایسه دو به دو گروه‌های دیگر ($ZW < CW$)، ($CC > CW$) و ($CC > ZC$) اختلاف معنی‌دار وجود داشت (جدول ۳). ارزیابی نحوه شکست نمونه‌ها تحت میکروسکوپ الکترونی نشان داد کلیه شکست‌های ایجاد شده در هر چهار گروه در حدفصل ونیر-کور و یا در ونیر رخ داد که به دلیل حجم نمونه کم تحت آنالیز آماری قرار نگرفت.

جدول ۱: میانگین و انحراف معیار استحکام باند ریزکشی (مگا پاسکال) گروه‌های مختلف بر حسب نوع ونیر و لاینر

گروه	میانگین	انحراف معیار	حداقل	حداکثر
CW	61/26	08/6	60/18	90/41
CC	94/34	86/8	00/20	20/55
ZW	47/16	83/2	70/10	60/20
ZC	02/20	32/3	30/12	30/25

جدول ۲: نتایج آزمون توکی برای مقایسه دوه دو گروه‌ها

دو گروه مورد مقایسه	اختلاف میانگین	P-value
CC - CW	32/8	001/0>
ZW - CW	14/10	001/0<
CC - ZC	91/14	001/0<
CC - ZW	46/18	001/0<
CW - ZC	59/6	001/0<
ZC - ZW	55/3	08/0

پرسلن ونیر و استفاده از لاینر بر استحکام باند ریزکشی یک نوع سرامیک CAD-CAM است.

مواد و روش‌ها

در این تحقیق تجربی از یک ماده کور زیرکونیای CAD/CAM تجاری Cercon (Zirconia based ceramic, Degussa, Hanau, Germany) تعداد ۱۲ عدد دیسک زیرکونیای سفید به گونه‌ای آماده شد که پس از Sintering ابعادی برابر ۳/۴×۳/۴×۱۹/۴ mm داشته باشند. نیمی از نمونه‌های دیسکی شکل توسط یک وسیله شیشه‌ای با سر گرد با لاینر توصیه شده توسط کارخانه (Degussa, Hanau, Germany) به رنگ A۲ به ضخامت ۰/۲۵ میلی‌متر پوشش داده شدند. فرآیند Sintering بعد از رنگ‌آمیزی انجام شد و دیسک‌ها به مدت سه ساعت به دمای ۱۵۰۰ درجه سانتی‌گراد رسانده شده و دو ساعت در این دما نگه داشته شدند. تمامی دیسک‌ها طبق دستور کارخانه سازنده بعد از آماده‌سازی، تحت فرآیند Air-abrasion و Steam cleaning قرار گرفتند. به این ترتیب دیسک‌ها در ۲ گروه ۶ تایی از نمونه‌های سرامیکی Cercon لاینر زده (رنگی، C) و بدون لاینر (سفید، W) قرار گرفتند. سپس در هر گروه سه دیسک توسط پرسلن ونیری Zirkonzahn ICE (Zirkonzahn ICE Zirkon, Zirkonzhan GmbH, Italy) سه دیسک با پرسلن Ceram Kiss (Degudent, GmbH, Hanau-wolfgang-Germany) با ضخامت ۳/۵ میلی‌متر پوشش داده شدند. برای این منظور دیسک‌ها درون یک مولد قرار گرفته و از Slurry ceramic (Zirkonzahn ICE (Z Ceram) و C) Kiss در آن متراکم گردید و پرسلن گذاری در دو مرحله، در مرحله اول ۱/۵ میلی‌متر و در مرحله دوم ۲ میلی‌متر با در نظر گرفتن انقباض آنها پخت شد. برای پخت هر نوع پرسلن ونیر از دستور کارخانه سازنده آن درون کوره پخت پرسلن (Austromat، ۳۰۰۷، Dekema deutal-keramico fen GmbH Co, Germany) استفاده

بی‌دندانی ارمان گرانی

افت شاخص سلامت دهان و دندان، افزایش پوسیدگی و کاهش مراجعه مردم به دندانپزشکی برای اصلاح دندانهای پوسیده، افزایش آمار کشیدن دندان و قیمت‌های نجومی خدمات دندانپزشکی دیگر بر کسی پوشیده نیست.

به گزارش فارس، گرانی خدمات دندانپزشکی، پوشش ضعیف بیمه‌ها، نبود یک برنامه جامعه مراقبتی و پیشگیری و آگاهی پایین مردم از شیوه‌های حفظ سلامت دندان باعث شده که هر روز بر آمار پوسیدگی دندان افزوده شود.

گران شدن ۷ تا ۸ برابری قیمت مواد و تجهیزات دندانپزشکی، بالا رفتن هزینه‌های جاری مطب و نبودن چتر بیمه‌ای بر سر خدمات دندانپزشکی، درمان‌های دندانپزشکی را پشت ویتترین قرار داده و قشر ضعیف که هیچ، قشر متوسط هم که بعید است بتوانند از پس هزینه‌های برآیند، گویی خدمات دندانپزشکی مخصوص قشر مرفه شده است. گرچه خود دندانپزشکان معتقدند هزینه دندانپزشکی در ایران بسیار ارزان است.

دندانهایی که قربانی گرانی می‌شوند

زن ۵۰ ساله است و در صف کشیدن دندان نشسته. تعداد متقاضیان کشیدن دندان به مراتب بیشتر از متقاضیان ترمیم و معالجه ریشه است. کنارش می‌نشینم و سر صحبت را باز می‌کنم. می‌گوید: از ساعت ۸ صبح اینجا هستم آمده‌ام دندانم را بکشم اما نوبتم نشده است انگار همه عالم آمده‌اند دندان بکشند.

می‌پرسم: چرا می‌خواهید دندانتان را بکشید چرا درمان نمی‌کنید؟ هاج و واج از سر تا پایم را نگاه می‌کند، می‌گوید: انگار نفست از جای گرم بیرون می‌آید تا به حال دندان درست نکرده‌ای تا قیمت‌ها را بدانی، من اگر هنر کنم با این حقوق مستمری‌بگیری بتوانم جلوی بچه‌ها و نوه‌هایم در سفره چیزی بگذارم که شرم‌نده نشوم، خدا را شکر می‌کنم. حالا بیایم حقوقم را دو دستی بابت یک دندان ناقابل تقدیم کنم که چه بشود؟ همه خرج زندگی را بدهم تا دندانم درمان شود؛ بعد یک ماه چیزی نداشته باشم که با آن دندان بخورم.

پرستار بخش شماره ویزیت دیگری می‌خواند، زن لبخند تلخی می‌زند و می‌گوید نوبت من است و می‌رود و من هم



رفتنش را تا دم اتاق دندانپزشک دنبال می‌کنم.

مهناز صاحب جمعی، عضو شورای عالی انجمن دندانپزشکی ایران می‌گوید: بدی وضع اقتصاد در دندانپزشکی هم اثرات منفی خود را نشان داده است، مراکز خصوصی و عمومی هر دو با کاهش مراجعان مواجه هستند و به تبع آن کارهای مورد نیاز دندانی افراد به تعویق می‌افتد و ما با تخریب بیشتر دندان و بافت لثه‌ای مواجهیم و در ادامه نیز با عفونت دندانی و مصرف آنتی‌بیوتیک و نهایتاً از دست دادن دندان روبه‌رو می‌شویم.

رئیس انجمن بیماریهای دهان ادامه داد: تعداد موارد کشیدن دندان نسبت به سایر خدمات دندانپزشکی بالا رفته است چرا که این روزها افراد فقط برای کم هزینه‌ترین خدمت دندانپزشکی مراجعه می‌کنند که آن هم کشیدن دندان است.

صاحب جمعی تصریح کرد: متأسفانه در آینده نزدیک با جامعه و افراد بی‌دندان و کم دندان مواجه می‌شویم که باید فکری برای این مشکل کرد چرا که هزینه‌ای بسیار هنگفت برای جایگزینی دندانهای از دست رفته لازم است.

چتر بیمه بر سر دندانپزشکی نیست

داخل کلینیک دندانپزشکی می‌شوم. تصویری که از کلینیک داشتم در ذهنم رنگ می‌بازد، فکر می‌کردم با تعداد انبوهی مراجعه‌کننده مواجه می‌شوم اما انگار نه انگار که اینجا دندانپزشکی است چرا که تعداد مراجعان انگشت‌شمار است. از سر و تیپ افراد نیز می‌توان فهمید که واقعاً قشر مرفه جامعه‌اند. شاید دندانپزشکی جزو خدمات لوکس شده آن طور که خیلی‌ها ادعا می‌کنند. مهناز ۳۳ ساله و کارمند است وقتی وارد مطب شد از منشی هزینه را پرسید و گفت: این قیمت با دفترچه بیمه است یا بدون دفترچه؟ بعد هم آمد و نشست. با او هم صحبت می‌شوم. می‌گوید: دندان درد امانم را بریده است چند وقت است که درگیرش هستم اما از شما چه پنهان، هی بالا و پایین کردم و بالاخره امروز برای درمان مراجعه کردم.

می‌پرسم: بیمه‌ات را لحاظ کرد؟ می‌خندد و می‌گوید: دفترچه بیمه که الکی است، نمی‌دانم چرا پول بیمه می‌دهیم و باید پول

دوا و دکتر را هم بدهیم؛ دفترچه بیمه فقط برای نوشتن داروست و کندن نسخه توسط پزشک؛ همین و بس.

رضا حسین‌پور، معاون دفتر بیمه‌های سلامت وزارت تعاون با تأیید این مطلب که چتر بیمه بر سر خدمات دندانپزشکی نیست گفت: بیمه‌های پایه فقط یک درصد از منابع خودشان را در زمینه خدمات دندانپزشکی هزینه می‌کنند و بیمه‌های تکمیلی نیز کمتر از ۱۰ درصد جمعیت کشور را تحت پوشش خدمات دندانی قرار داده‌اند و در مجموع حدود ۹۰ درصد از هزینه‌های دندانپزشکی توسط خود مردم پرداخت می‌شود.

حسین پور افزود: همین موضوع و چند برابر شدن هزینه‌های مواد دندانپزشکی و به تبع آن بالا رفتن تعرفه‌ها باعث کاهش مراجعه مردم به مطب‌های دندانپزشکی شده است.

افت شاخص سلامت دهان و دندان

وارد بخش دندانپزشکی کودکان می‌شوم. تا در را باز می‌کنم با سر و صدای بچه‌ها مواجه می‌شوم، بچه‌ها مطب را روی سرشان گذاشته‌اند.

خوشحال می‌شوم از این که والدین به سلامت دهان و دندان فرزندان خود اهمیت می‌دهند. روی صندلی می‌نشینم. دختر بچه‌ای با خوش‌زبانی با مادرش حرف می‌زند. از او می‌پرسم: مگر دندان‌هایت را موش خورده است که اینجا آمده‌ای؟

مادرش می‌گوید: هنوز به سن ما نرسیده، نصف دندان‌هایش خراب است؛ ملاحظه نمی‌کند و مدام کیک و کاکائو و بستنی و شکلات می‌خورد که دندان‌هایش به این وضع افتاده است. حالا هم او را آورده‌ام تا دندانپزشک برای درمان دندان‌هایش کاری کند.

می‌پرسم: هزینه ویزیت دندانپزشکی کودکان چقدر است؟

می‌گوید: این مرکز دولتی است و هزینه‌هایش حداقل نصف بیرون است؛ اگر چه که باید از صبح تا ظهر معطل شویم اما به هر حال می‌ارزد که برای سلامت فرزندم حداقل از وقت خود هزینه کنم.

محمدحسین خوشنویسان، رئیس اداره سلامت دهان و دندان وزارت بهداشت می‌گوید: خوشبختانه تغییر روزمره قیمت تجهیزات دندانپزشکی بر قیمت‌ها در بخش دولتی تأثیری نگذاشته است و تعرفه بخش دولتی همان تعرفه‌های قبلی است که مورد اعتراض دندانپزشکان هم قرار گرفته است چرا که تعرفه آن از یک دهم قیمت بخش خصوصی کمتر است.

وی در ادامه به افزایش تعداد دانشکده‌های دندانپزشکی به ۴۷ دانشکده اشاره داشت و افزود: سالانه حدود ۱۵۰۰ فارغ‌التحصیل دندانپزشکی داریم که متأسفانه به موازات آن حرکت معکوس در مسیر بهبود شاخص‌های سلامت دهان و دندان داریم و با افزایش پوسیدگی دندان مواجهیم.

خوشنویسان تصریح کرد: در سال ۸۲ هر کودک پیش‌دبستانی ۵ دندان پوسیده داشت. در سال ۹۰ این آمار به ۵٫۷ دندان در هر کودک رسید. متأسفانه هر چه سن بالاتر می‌رود تعداد بیماران و میزان شیوع و گسترش بیماری‌های دندانی بالاتر می‌رود.

وی کمبود اطلاعات مردم در حیطه سلامت و بهداشت دهان و دندان را در ابتلا به بیماری‌های دندانی مؤثر دانست و از سوی دیگر مشکلات اقتصادی و عدم پوشش بیمه در حیطه دندانپزشکی را از مواردی دانست که اکثریت مردم را از رفتن به مطب دندانپزشکی باز می‌دارد

... هزینه‌ها بالاست؛ دندان درد بیداد می‌کند؛ بیمه‌ها سهمی نمی‌پردازند؛ دندانپزشک‌ها مقصر نیستند و مردم مانده‌اند این وسط هاج و واج. انگار فقط یک راه مانده است: دندانی را که درد می‌کند باید کشید! درمان نکردن جرم دندان بافت لثه را از بین می‌برد

یک متخصص دندانپزشکی گفت: درمان نکردن جرم دندان بافت لثه را از بین می‌برد. به گزارش ایسنا، دکتر مریم اسدپور توصیه کرد: با جرم‌گیری و تمیز کردن دندان‌ها از روند تخریب لثه جلوگیری کنیم.

اسدپور افزود: بزاق‌ها به طور معمول دارای املاح زیادی هستند که قدرت رسوب کردن را دارند این املاح معمولاً در جاهایی که با غذا و مسواک کمتر در تماس هستند رسوب می‌کنند که به مرور زمان با افزایش حجم این



رسوبات جرم تشکیل می‌شود و در دهان قابل مشاهده است.

وی با اشاره به اینکه جرم‌های تشکیل شده بر روی دندان به مرور باعث آزرده‌گی لثه شده و جایگزین لثه می‌شود، اظهار کرد: این امر چون به مرور اتفاق می‌افتد فضای خالی که بین دندان‌ها در اثر عقب نشینی لثه ایجاد شده از دید بیمار پنهان می‌ماند.

این دندانپزشک متخصص ادامه داد: در موقع جرم‌گیری در هر صورت خونریزی اتفاق می‌افتد و این امری طبیعی است ولی بیمار این امر را دلیل صدمه دیدن لثه‌هایش می‌داند و تصور می‌کند همین خونریزی‌ها به علت کنده شدن لثه‌ها از روی دندان است.

اسدپور در ادامه توصیه کرد: حتماً سالی یک بار جرم‌گیری را در برنامه بهداشتی قرار دهید و در مسواک زدن صحیح دندان‌های خود دقت کنید تا تشکیل جرم به حداقل خواهد رسید.

وی تصریح کرد: اگر در ناحیه‌ای از لثه‌ها خونریزی ایجاد شد آن ناحیه دچار مشکل است و باید به دندانپزشک مراجعه شود. این نواحی باید بیشتر مسواک زده شود. استفاده بیشتر از مسواک در آن ناحیه باعث کاهش خونریزی خواهد شد.

این دندانپزشک متخصص اظهار کرد:

بعد از جرم‌گیری حتماً از دهانشویه مناسب استفاده کنید تا در بهبود زخم‌های به جا مانده از جرم موثر افتد. استفاده مداوم از دهانشویه‌ها زیاد توصیه نمی‌شود و یک هفته بعد از جرم‌گیری می‌توانید استفاده از دهانشویه را قطع کنید.

وی یادآور شد: هیچ آنتی‌بیوتیکی قبل و بعد از جرم‌گیری نیاز نیست و در موارد خاص پزشک خود تجویز خواهد کرد بنابراین دارویی بدون هماهنگی پزشک مصرف

با بوی بد دهان باید چه کرد؟ (حتماً بخوانید)

بوی بد و نامطبوع دهان قابل درمان است. بوی بد دهان از موارد شایع بین افراد است و به همین دلیل اغلب خود فرد هم متوجه آن نیست، چون به آن عادت کرده است.

بوی بد دهان از نظر آداب معاشرت اجتماعی برای افراد مشکل آفرین است و باید علت آن شناخته شود، اشکالات حفره دهان یکی از علتهای اصلی بوی نامطبوع دهان می‌باشد.

همچنین اختلالات گوارشی مانند اختلال در مری و معده در افرادی که مرتباً "ترش می‌کنند و یا عفونتها و آسبه‌های ریوی، التهاب حفره بینی، سینوزیت (التهاب سینوس‌ها)، رینیت (التهاب مخاط بینی) و

التهاب ناحیه حلق مثل گلو دردهای چرکی نیز سبب بوی بد دهان شود.

بیماریهای لثه نظیر پیوره، التهاب لثه، لقی و پوسیدگی دندانها هم از شایعترین علل بوی بد دهان می‌باشد، تجمع میکروارگانیزمها و تخمیر قندها در محل پوسیدگی و موارد دیگر نیز سبب بدبویی دهان می‌شود.

گرسنگی، گرسنه خوابیدن و خوردن بعضی از غذاهای بودار به خصوص در شب مانند غذاهای آماده که در آن سیر و پیاز و ادویه استفاده شده باشد به نوعی باعث بوی بد دهان می‌شود.

استفاده از مسواک قبل و بعد از صبحانه و هر وعده غذایی، لیموترش، شربت پرتغال و یا یک سبزی معطر مثل "نعناع"، "مرزه" و "تلخون" می‌تواند از بوی بد دهان جلوگیری کند.

لازم به ذکر است کشیدن مسواک بر روی زبان یکی دیگر از راههای کاهش بوی بد دهان می‌باشد، استفاده از قرص‌ها و اسپری‌های خوشبوکننده علاوه بر بیماری‌های ریه، باعث فرسودگی دندان‌ها به مرور زمان می‌شود.

مسواک زدن و استفاده از نعناع، بهترین راه برای درمان بوی بد دهان است.

افرادی که از بوی بد دهان رنج می‌برند باید حتماً به پزشک مراجعه کنند تا

و کم اشتهایی از دیگر عوارض آن است.

نتایج انتخابات ترمیم هیات مدیره انجمن علمی دندان پزشکی ایران

مجمع عمومی عادی (نوبت دوم) انجمن علمی دندان پزشکی ایران، جهت ترمیم ساختار هیات مدیره روز جمعه، ۴ بهمن ماه ۹۲، در سالن شهید دکتر غرضی بیمارستان میلاد برگزار شد.

دستور این جلسه برگزاری انتخابات جهت تعیین دو عضو اصلی و دو عضو علی البدل هیات مدیره بود. در شروع این جلسه دکتر بهزاد فرخ زاد، دبیر انجمن دندان پزشکی ایران، در تشریح دستور جلسه مجمع گفت: از آنجایی که صلاحیت دو نفر از اعضای هیات مدیره انجمن (آقایان دکتر علی تاجرنیا و امیر رضا رکن) با وجود پیگیری های مکرر، به تأیید نرسید، انتخابات دیگری جهت ترمیم هیات مدیره، برگزار می شود.

در ادامه با دعوت دبیر و تأیید حاضران، هیات رییسه سنی جلسه، آقایان دکتر کریم نیلفروشان، دکتر محمود عاقل، دکتر محمدرضا طاهریان و خانم دکتر نازیلا شهیازی در جایگاه مستقر شدند و کاندیداهای حاضر خود را معرفی نمودند.

پس از حضور نماینده وزارت بهداشت رای گیری از حاضران انجام شد.

در این انتخابات هر نفر فقط می توانست به دو کاندیدا رای دهد که براساس شمارش آرا دو کاندیدایی که بیشترین رای را از آن خود کردند، به عنوان اعضای اصلی هیات مدیره و نفر سوم و چهارم نیز به عنوان اعضای علی البدل انتخاب شدند.

پس از اتمام رای گیری و شمارش آرا، از مجموع آرای ریخته شده در صندوق، دکتر سید محمود میران و دکتر عطاله شیرازی به عنوان دو عضو اصلی و دکتر عباس دلورانی و دکتر مصطفی فاطمی به عنوان اعضای علی البدل انتخاب شدند.

لازم به ذکر است در جلسه هیات مدیره انجمن دندان پزشکی ایران که پس از انتخابات برگزار شد، طی مصوبه هیات مدیره از اعضای علی البدل و آقایان دکتر تاجرنیا و رکن دعوت شد تا در جلسات هیات مدیره حضور داشته باشند.



مخصوص کودکان استفاده کنند. وی با تأکید به اینکه قطره آهن موجب پوسیدگی دندان ها نمی شود، تصریح کرد: برخی از دندان های شیری تا حدود ۱۲ سالگی باقی می ماند و در صورت پوسیده شدن هر چه سریع تر باید مورد درمان قرار گیرند. متخصص دندان پزشکی کودکان خاطرنشان کرد: کودکان باید شیر به ویژه شیر مادر را تا دو سالگی و موادی که حاوی آهن هستند مانند حیوانات، گوشت، زرده تخم مرغ و مواد مکمل آهن دار را مصرف کنند.

وی با بیان اینکه قطره آهن موجب تیرگی دندان های سالم می شود، تصریح کرد: برای جلوگیری از تغییر رنگ دندان ها موقع مصرف قطره آهن باید قطره عقب دهان ریخته شود و سپس با آب به کودک در فرو بردن آن کمک کنند و بعد از آن دندان ها به دقت تمیز شود. این متخصص تأکید کرد: والدین باید مراقب باشند در صورتی که کودکشان شیر خشک مصرف می کنند قطره آهن را در شیشه شیر نریزند و برای اینکه قطره را راحت تر به فرزندشان بدهند آن را با یک قاشق آب میوه به نوزادشان بدهند.

وی دلیل اینکه قطره آهن را با آب میوه به کودکشان بخوراند گفت: این کار باعث می شود طعم تلخ آهن احساس نشود، ویتامین C موجود در آب میوه ها باعث جذب بیشتر آهن در معده و تغییر رنگ کمتر دندان ها می شود.

مکمل آهن ترکیبی مهم در ساختار هموگلوبین گلوبول های قرمز خون است که نقش اکسیژن رسانی را بر عهده دارد و در صورت کمبود آهن در بدن باعث کاهش رشد طبیعی (قد وزن)، بهره هوشی، قدرت یادگیری، قدرت مقاومت بدن در برابر بیماری ها می شود و خستگی زودرس، احساس ضعف و بی حالی

باتشخیص مناسب، علل بوجود آورنده این بیماری در آنها رفع شود.

عامل پوسیدگی دندان کودکان چیست

معاون آموزشی دانشکده دندان پزشکی بوشهر گفت: میان وعده هایی مانند چیپس، پفک، کیک و بیسکویت باعث پوسیدگی دندان در کودکان می شود.

به گزارش جهان به نقل از فارس، سعید باقی در نشست افزود: والدین تصور می کنند بر اثر استفاده از قطره آهن دندان کودکان پوسیده شده است در صورتی که هیچ دلیل علمی وجود ندارد که قطره آهن باعث این امر می شود.

معاون آموزشی دانشکده دندان پزشکی بوشهر بیان داشت: پوسیدگی دندان در کودکانی اتفاق می افتد که بهداشت دهان و دندان آن ها توسط والدین رعایت نمی شود و یا از میان وعده های پوسیدگی زا مانند چیپس، پفک، کیک و بیسکویت به صورت متناوب استفاده می کنند.

عضو هیئت علمی دانشکده پزشکی اضافه کرد: قطره آهن ترکیبی است که از ۶ ماهگی تا ۲ سالگی طبق نظر دکتر تجویز می شود چون تا قبل از آن به وسیله شیر مادر تأمین می شود.

باقی با بیان اینکه به محض رویش دندان های کودک باید تمیز کردن آنها توسط والدین شروع شود، گفت: والدین از حدود ۶ ماهگی با گاز استریل مرطوب یا مسواک نرم مناسب کودک بدون استفاده از خمیر دندان شروع به مسواک زدن دندان فرزند خود کنند. متخصص دندان پزشکی خاطرنشان کرد:

والدین دندان کودکان خود را از یک تا سه سالگی با مسواک بدون خمیر دندان تمیز کنند و از ۳ تا ۶ سالگی از مسواک و خمیر دندان

دلایل شکست ایمپلنت‌های دندانی

این روزها

سرعت پیشرفت علم و فن آوری به حدی بالا رفته است که تا می‌خواهیم به چیزی عادت کنیم یا آن را یاد بگیریم نسل جدید تر و کارآمد تر آن روانه بازار می‌شود. دنیای تلویزیون را نگاه کنید سیاه و سفید لامپی، ترانزیستوری، رنگی، صفحه تخت، پلاسما ال سی دی، ال ئی دی و حالا هم سه بعدی که پس مدتی بعد های اضافی پیدا میکند

دوربین عکاسی و فیلمبرداری سه بعدی هم به بازار آمده وقتی یک نیاز تولید شد نیاز دیگری را هم با خود می‌آورد برای دیدن و ساخت فیلم های سه بعدی علاوه بر تلویزیون و دوربین حافظه های بیشتر هم مورد نیاز است این یعنی بازنشستگی اجباری کامپیوترها و لپ تاپ های فعلی .

در مورد تحولات دانش دندانپزشکی هم وضع از همین قرار است . سرعت پیشرفت بالاست ولی باید دانست خیلی از اصول علمی ثابت است و پایه های دانش دندانپزشکی به ندرت دستخوش تغییر می‌شوند. ایمپلنت های دندانپزشکی حدود سی سال پیش به دنیا معرفی شدند. و به سرعت پیشرفت کردند.

در دنیای ایمپلنت هم مثل دنیای خودرو شرکت های مختلفی به بازار آمدند . حالا اگر کسی بخواهد بنز و ب ام و را با مثلا ام وی ام مقایسه کند باید گفت این کجا و آن کجا . آن کارخانه های معظم چند سر و گردن بالاتر از بقیه ایستاده اند. به همین خاطر

جنس تولیدی شان با کیفیت است و بقول معروف

مرگ ندارد. ایمپلنت های دندانی هم از این قضیه مستثنی نیستند. جنس خوب و بد دارند . از طرفی وقتی یک فن آوری جدید وارد بازار می‌شود مدتی طول می‌کشد تا نقاط قوت و ضعفش مشخص شود. شاید از اولین ایمپلنتی که برای بیمار کار کرده ام حدود دوازده سال بگذرد. آن موقع کسب تجربه می‌کردم و خیلی هم پر دل و جرات بودم ولی به مرور زمان محتاط تر و محافظه کارتر شدم . چون شاهد شکست هایم بودم .

آنجا که به درخواست بیمار قبل از جوش خوردن کامل ایمپلنت برایش دندان گذاشتم و شکست خوردم . یا آنجا که با عجله شروع به کار کردم و استخوان بیمار داغ شد و همین مسئله باعث شکست شد. در مورد دیگر بلافاصله پس از کشیدن دندان ، جایش ایمپلنت گذاشتم و آن هم با شکست همراه بود البته موارد موفقی هم به همین روش انجام شد ولی هر کدام تجربه ای گرانبها و منحصر بفرد بود.

یکی از مشکلات ما این است که قانون همه یا هیچ در ذهن مان جریان دارد . یعنی یک چیز یا خوب خوب است یا بد بد . بعضی ها از ایمپلنت بت درست کرده اند و آنرا

پرستش می‌کنند

بعضی ها هم فقط از شکست

ها و عفونت ها و پس زدن هایش داد سخن سر می‌دهند. وقتی ایمپلنت را به بیمار پیشنهاد می‌کنیم فقط از مزایایش می‌گوییم و به اصطلاح همه اطلاعات را به بیمار نمی‌دهیم . البته این کار اکثر ماهاست . وقتی می‌خواهید لباس بخرید ، دست روی هر جنسی می‌گذارید فروشنده از آن تعریف می‌کند و مزیت های آنرا قطار می‌کند. ولی اگر ما جای فروشنده بودیم ، آیا می‌توانستیم مزایا و معایب جنس را بگوییم و به خریدار اجازه انتخاب دهیم ؟

در مورد ایمپلنت من به بیمارمان مزایا و معایبش را می‌گوییم و نظر خودم را هم اعلام می‌کنم ولی بیمار را در انتخابش آزاد می‌گذارم حتما می‌گوییم با دندانپزشکان دیگر هم مشورت کند و بعد تصمیمش را بگیرد. گاهی اوقات طوری در مورد ایمپلنت صحبت می‌کنیم که گویی از دندان طبیعی هم بهتر است که این غلطی آشکار و ناخوشودنی است. ایمپلنت هم عضوی مصنوعی است و نمی‌تواند



تواند دقیقاً مثل اعضای اصلی برایمان کار کند. وقتی ایمپلنتی شکست می خورد همه ی کاسه کوزه ها را سر می شکنیم و یادمان می رود روز اول چه آپولوهای که با ایمپلنت هوا نکردیم که جنسش درجه یک است از آلیاژ تیتانیوم که با آن بال موشک می سازند و از دندان طبیعی هم محکم تر است و

بعد از این مقدمه طولانی بیاید با هم دلایل شکست ایمپلنت را بررسی کنیم :

الف- تشخیص و طرح درمان نادرست : برای قرار دادن ایمپلنت وجود استخوان کافی ضروری ست. هم عرض استخوان هم عمق استخوان فک مهم است. اگر شما بخواهید میخی را در چوبی بکوبید که عرض و عمق کافی نداشته باشد چوب ترک می خورد و میخ در جایش محکم نمی شود. عرض و عمق استخوان با قالبگیری معاینه و رادیوگرافی مشخص می شود. ایمپلنت نباید خیلی به دندان های مجاورش نزدیک شود چون هم خودش و هم دندان کنارش آسیب می بیند. ایمپلنت را نباید در جایی قرار داد که فضای کافی برای دندان گذاشتن بر رویش نداشته باشیم. ایمپلنت نباید خارج از قوس فکی قرار گیرد یا به ساختمانهای حیاتی مثل رگها و اعصاب آسیب وارد



ب- شکست در جوش خوردن ایمپلنت: ایمپلنت باید به نحوی در استخوان قرار گیرد که سلولهای استخوان ساز استخوان تازه در اطرافش بسازند. به این ترتیب ایمپلنت به استخوان فک جوش می خورد و با آن اتصالاتی تنگاتنگ برقرار می سازد که می تواند فشارهای جویدن را تحمل کند اگر این اتصال ایجاد نشود ایمپلنت لق می شود و شکست می خورد. مثلاً اگر استخوان موقع سوراخ شدن داغ شود به دلیل سرعت زیاد مته یا کم بودن مایع خنک کننده سلولهای استخوان ساز می میرند. یا در مواردی که ایمپلنت بلافاصله در جای دندان کشیده شده قرار می گیرد نمی تواند بطور کامل به دیواره های حفره جذب شود و خوب جا بخورد پس فاصله ای بین ایمپلنت و استخوان می ماند که در آنجا جوش نمی خورد. فشار زود هنگام بر ایمپلنت و وارد آوردن فشارهای جانبی به پیچ هم از دلایل شکست در جوش خوردن ایمپلنت است.

ج- کیفیت پایین استخوان: اگر کیفیت استخوان فک پایین باشد یعنی سلولهای استخوان ساز کمتری در اختیار داریم و به این ترتیب ترمیم و بازسازی استخوان به مشکل بر می خورد. در این گونه موارد شاید پیوند استخوان چاره ساز باشد.

د- عفونت و آلودگی ناحیه عمل: گاهی اوقات وجود آلودگی در ناحیه عمل علت شکست است. آلودگی ممکن است قبل

از عمل در ناحیه موجود باشد یا هنگام قرار دادن ایمپلنت اتفاق بیفتد در مواردی هم آلودگی پس قرار دادن ایمپلنت به ناحیه حمله می کند. با وجود عفونت ترمیم و باز سازی استخوان مختل و ایمپلنت پس میزند. ممکن است مواد پیوندی که در ناحیه قرار می دهیم مثل پودر استخوان آلوده باشد یا فرد دچار بیماری پیشرفته لته باشد در این موارد هم بحث آلودگی و پس زدن مطرح است. در حالی که دندانپزشک گیر و ثبات اولیه خوبی از پیچ بدست نمی آورد آن ناحیه را مستعد آلودگی می نماید. ممکن است برای بیمار داروهای آنتی بیوتیک تجویز شود که باید مورد استفاده قرار گیرد.

ه- ایمپلنتهای نامرغوب: ایمپلنتهای مرغوب گران ترند و برای ساختشان تحقیقات وقت و انرژی بیشتری صرف شده است. بعضی از ایمپلنت های نامرغوب موقع کار گذاشتن می شکنند و مشکلات زیادی ایجاد می کنند.

و- وضعیت سلامتی فرد: سلامت فردی که می خواهد ایمپلنت دریافت کند هم مهم است. دیابت یا مرض قند کنترل نشده، کمبود برخی ویتامین ها، سوء تغذیه، پوکی استخوان، افرادی که تحت پرتودرمانی و شیمی درمانی قرار گرفته اند، افرادی که زیاد سیگار می کشند، معتادین به مواد مخدر و الکل کاندیداهای مناسبی برای دریافت ایمپلنت نیستند. چرا که در این افراد ترمیم به تاخیر می افتد. دندان قروچه هم از عواملی ست که سلامت ایمپلنت را به خطر می اندازد.

تأثیر ویژگی‌های سطحی ایمپلنت‌های دندانی بر Osseo integration



دکتر زاهدی

Osseo integration، تماس نزدیک

بین استخوان و ایمپلنت است (۱). پاسخ استخوان برحسب کمیت و کیفیت، وابسته به ویژگی‌های سطحی ایمپلنت می‌باشد. برای مثال، ترکیب و شارژ سطحی در جذب پروتئین و اتصالات سلولی دخیل است (۲). سطوح هیدروفیل برای واکنش با مایعات بیولوژیک و سلول‌ها مطلوب می‌باشند و در قیاس با سطوح هیدروفوب، برتری محسوسی دارند (۳ و ۴). ترکیب شیمیایی سطحی ایمپلنت، بر میزان هیدروفیل بودن آن موثر است.

تکنیک‌های گوناگونی برای بهبود ویژگی‌های سطحی ایمپلنت مورد بررسی قرار گرفته است. هدف این روش‌ها، تسریع مکانیسم Osseo integration و تشکیل استخوان بصورت سریع‌تر و مستحکم‌تر می‌باشد تا ثبات بهتری در طی دوره التیام حاصل شده و امکان بارگذاری سریع‌تر ایمپلنت فراهم شود (۵ و ۶).

یکی از اهداف تغییر ویژگی‌های سطحی ایمپلنت، بهبود عملکرد کلینیکی آن در استخوان‌های با کمیت یا کیفیت نامناسب است تا دوره التیام آن تسریع شده و امکان بارگذاری فوری یا زودهنگام فراهم شود.

مورفولوژی سطحی ایمپلنت بر متابولیسم استخوان موثر است: سطوح مضرس‌تر، به میزان بیشتری باعث تحریک تمایز، رشد و اتصال سلول‌های استخوانی می‌شوند و در نتیجه میزان مضرسی شدن را افزایش می‌دهند. روش‌های اصلی مضرس کردن سطح ایمپلنت، استفاده از اسیدچاچ، سندبلاست، titanium plasma spray و پوشش هیدروکسی آپاتیت (HA) است. هم‌اکنون اغلب ایمپلنت‌ها با توپوگرافی micro و (Nano) sub micro تولید می‌شوند. اخیراً با هدف بهبود ویژگی‌های بیولوژیکی سطح ایمپلنت، مواد مختلفی به آن اضافه می‌نمایند که از این روش‌ها به‌عنوان bio functionalization یاد می‌کنند (۷ و ۸). در صورتیکه سطح ایمپلنت مضرس باشد، استوبلاست‌ها دچار تمایز بیشتری شده و میزان معدنی شدن ماتریس و تولید فاکتورهای رشد نیز افزایش می‌یابد (۹). همچنین میزان بیان پروتئین‌های ماتریس



تکنیک‌های گوناگونی برای بهبود ویژگی‌های سطحی ایمپلنت مورد بررسی قرار گرفته است. هدف این روش‌ها، تسریع مکانیسم Osseo integration و تشکیل استخوان بصورت سریع‌تر و مستحکم‌تر می‌باشد تا ثبات بهتری در طی دوره التیام حاصل شده و امکان بارگذاری سریع‌تر ایمپلنت فراهم شود

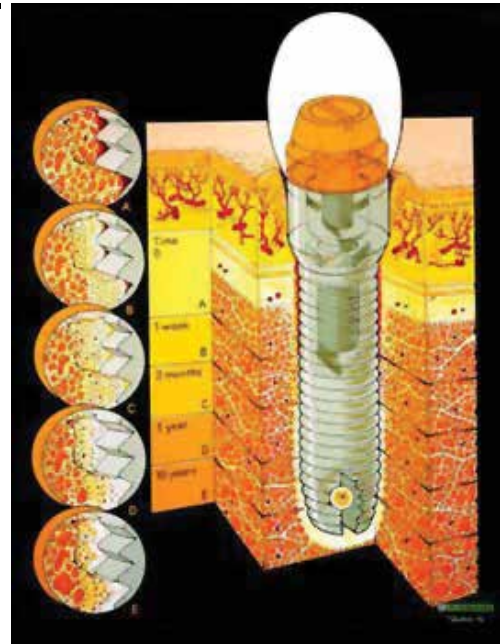
، نمونه‌ای از گیرنده‌های سلولی هستند که به توالی‌های خاصی از آمینواسیدها متصل می‌شوند. نمونه‌ای از این توالی‌ها RGD (شامل آمینواسیدهای آرژنین ، گلیسین ، اسپاراتات) است که در کلاژن نوع I ، فیبرونکتین ، استئونوتین و سیالوپروتئین استخوانی یافت می‌شود.

مفهوم functionalizing سطح ایمپلنت مبتنی بر پپتیدها ، پروتئین‌ها و فاکتورهای رشد می‌باشد. بر مبنای این نظریه ایجاد محیطی مشابه استخوان و شامل اجزاء آلی (خصوصاً پروتئین‌های کلاژنی) و معدنی (مانند کلسیم فسفات) باعث بهبود ویژگی‌های سطحی ایمپلنت شده و پاسخ اولیه بیولوژیک را تسریع می‌کند.

البته باید به این نکته هم توجه کرد که تاثیر روش‌های functionalization سطح ایمپلنت ، به میزان زیادی وابسته به نوع ماده ، چگونگی به کار بردن و غلظت آن می‌باشد و برای مثال ، نتایج مطالعات درباره سطوح ایمپلنت تغییر یافته با پوشش BMP تا حدی متناقض است. شامل گروهی از فاکتورهای رشد می‌باشد که تشکیل استخوان را تسریع می‌کنند ولی باعث تحریک استئوکلاست‌ها هم می‌شوند. بنابراین میزان و مرد استفاده از آنها بر نتیجه نهایی موثر است.

نتایج یک مطالعه طولانی مدت نشان می‌دهد که ویژگی Osteoconductivity سطحی ایمپلنت که حاصل به کار بردن BMP-2 بر سطح آن باشد ، به میزان قابل توجهی وابسته به روش استفاده از BMP-2 بر سطح می‌باشد که اگر بر روی سطوحی با پوشش کلسیم فسفات و یا فاقد پوشش بکار رود ، اثرات مثبت آن به میزان قابل توجهی کاهش می‌یابد (۱۷).

به نظر می‌رسد که اکثر ایمپلنت‌هایی که سالهای آینده به بازار عرضه خواهند شد ، دارای سطوحی با ویژگی‌های بیولوژیک باشند که باعث افزایش قابلیت پیش‌بینی درمان می‌شوند. نتایج مطالعات جدید نشان می‌دهد که روش‌های biofunctionlization سطح ایمپلنت که با هدف تسریع تشکیل استخوان در اطراف ایمپلنت در حال تکامل می‌باشند نسل آینده سطوح ایمپلنت‌های دندانی را تشکیل خواهند داد.



استخوان ، آلکالین فسفاتاز و استئوکلسین نیز در سطوح مضرس تیتانیوم ، در سطح بالایی گزارش شده است (۱۰). نتایج مطالعات نشان می‌دهد که تضرس در حد 2-um -۱ برای ایجاد گیر بیومکانیکی ایمپلنت‌های دندانی کافی می‌باشد (۱۱).

روش‌های تغییر دادن سطوح ایمپلنت‌های دندانی در دو گروه افزایشی (مانند پوشش‌های HA و کلسیم فسفات ، titanium plasma spray و رسوب دادن یون) و کاهشی (مانند روش‌های الکتروشیمیایی grit-blasting ، اسیدپاش کردن و...) طبقه بندی می‌شوند.

نتایج مطالعات مختلف نشانگر تاثیر تضرس بر سرعت و میزان رسوب استخوان بر سطح ایمپلنت است (۱۲). اغلب متخصصین بر این عقیده هستند که میکروتوپوگرافی سطحی ایمپلنت ، محیط مطلوبی را برای واکنش‌های سلولی و خارج سلولی فراهم کرده و باعث افزایش تولید فاکتورهای رشد می‌شود (۱۳، ۱۴). میکروتوپوگرافی سطحی ایمپلنت تمایز سلول‌های استخوان‌ساز را افزایش می‌دهد که نتیجه آن فعالیت بالای آلکالین فسفاتاز و تولید استئوکالین است (۱۵).

مطالعات جدید نشان می‌دهد که سطوحی با ویژگی‌های نانو (Nano topography) نیز تاثیر قابل توجهی بر پاسخ سلولی می‌گذارد که بصورت تحریک تکثیر استئوبلاست‌ها و ایجاد مانع در برابر رشد فیبروبلاست‌ها می‌باشد (۱۶).

همانطور که قبلاً اشاره شد ، هم‌اکنون جدیدترین روش‌های تغییر دادن سطح ایمپلنت ، بصورت پوشش دادن آنها با انواعی از بیومولکول‌ها می‌باشد. این نوع از پوشش‌ها ، اغلب دارای پپتیدهایی حاوی اجزای اتصال سلولی هستند که در ماتریس خارج سلولی یافت می‌شوند. این نوع از پوشش بر روی سطح ایمپلنت تثبیت می‌شود تا له اتصال سلولی از طریق واکنش لیگاند-گیرنده کمک نماید (۱۶). اینتگرین‌ها



باید به این نکته هم توجه کرد که تاثیر روش‌های functionalization سطح ایمپلنت ، به میزان زیادی وابسته به نوع ماده ، چگونگی به کار بردن و غلظت آن می‌باشد و برای مثال ، نتایج مطالعات درباره سطوح ایمپلنت تغییر یافته با پوشش BMP تا حدی متناقض است. شامل گروهی از فاکتورهای رشد می‌باشند که تشکیل استخوان را تسریع می‌کنند ولی باعث تحریک استئوکلاست‌ها هم می‌شوند. بنابراین میزان و مرد استفاده از آنها بر نتیجه نهایی موثر است

خطرات شغل دندانپزشکی

دندانپزشکی به نظر شغلی راحت و بی‌دردسر می‌آید. شاید خیلی از شما آرزو داشته باشید که یک دندانپزشک باشید و یا بهترین آینده را برای فرزندتان، وارد شدن در این شغل و رشته می‌بینید. صد البته که دندانپزشکی رشته و شغل زیبا و جذابی است و هزار البته درآمد مالی مناسبی را به همراه دارد، اگر دندانپزشک ماهر و بسیار پرکاری باشی اما همین کار فراوان و مداوم یک دندانپزشک مشکلاتی را برای او به همراه خواهد داشت. به عبارتی پر پول شدن جیب یک دندانپزشک ارتباط مستقیمی دارد با شروع انواع و اقسام بیماری‌های جسمی و روحی برای او. شاید بعد از خواندن این مطلب دیگر چندان اصراری نداشته باشید که فرزندتان با ورود به رشته دندانپزشکی برای شما افتخار و آبرو کسب کند.

علامت‌هایی شبیه بی‌حسی، خواب رفتن و گزگز کردن انگشتان دست به وجود می‌آید. فشار بر عصب مچ دست در خانم‌های دندانپزشک سه برابر بیشتر از آقایان دیده می‌شود. دندانپزشکان چاق بیشتر درگیر این بیماری می‌شوند. اگر این بیماری در مراحل اولیه شناسایی شود می‌توان آن را مداوا و از پیشرفت آن جلوگیری کرد. برای مبتلایان به این بیماری نوعی مچ‌بند ساخته می‌شود تا در موارد خفیف بیماری به هنگام شب روی مچ بسته شده و از حرکت آن در طول خواب جلوگیری کند. به افرادی که مرتب از مچ‌هایشان استفاده می‌کنند، پیشنهاد می‌شود که در فواصل معین به دست‌شان استراحت دهند تا فشار از عصب‌های ناحیه مچ دست آنها برداشته شود. در موارد شدید این عارضه، تزریق دارو به داخل تونل کارپال و نیز جراحی پیشنهاد می‌شود.

خراسی بر روح

محققان گروهی از دندانپزشکان را تحت بررسی قرار داده‌اند و آنها را افرادی تحت استرس، عصبی و ناآرام یافته‌اند. سختی ارتباط میان بیمار و دندانپزشک، فشار ویزیت‌های هر بیمار، مشکلات تکنیکی و ارتباطات با پرسنل مطب، نارضایتی‌های شغلی همگی عواملی هستند که ایجاد استرس می‌کنند. تعداد ساعت‌هایی که دندانپزشکان در هفته کار می‌کنند نیز نسبت مستقیمی با استرس و ناآرامی روحی آنها دارد. بیش از یک سوم دندانپزشکان چاق هستند، نزدیک به ۶۰ درصد آنها عصبی، خشن و یا افسرده‌اند، حدود ۵۸ درصد از آنها از سردردهای مرتب شکایت کنند، اختلال خواب دارند و بدون دلیل خاصی همیشه خسته‌اند و اینها همه به فشارهای روحی ناشی از کار شدید دندانپزشکی برمی‌گردد.

حرف آخر

و اما سخن آخر اینکه دندانپزشک بودن سخت نیست اما ظاهراً

پرکار و

اینکه فردی یک دندانپزشک سالم باقی بماند کمی مشکل است بنابراین لطفاً اگر شما هم در گروه دندانپزشکان بسیار فعال هستید، مراقب خودتان باشید و به توصیه‌های زیر عمل کنید:

- (۱) لطفاً کمی ساعت‌های کارتان را کم کنید.
- (۲) ورزش کنید. شنا را فراموش نکنید و ماهیچه‌های بدن‌تان را قوی نگه دارید
- (۳) با کمک روش‌های تمرکز، آرامش را به روح‌تان برگردانید و خودتان را از فشارهای شدید عصبی برهانید.

دمبل زدن با گردن

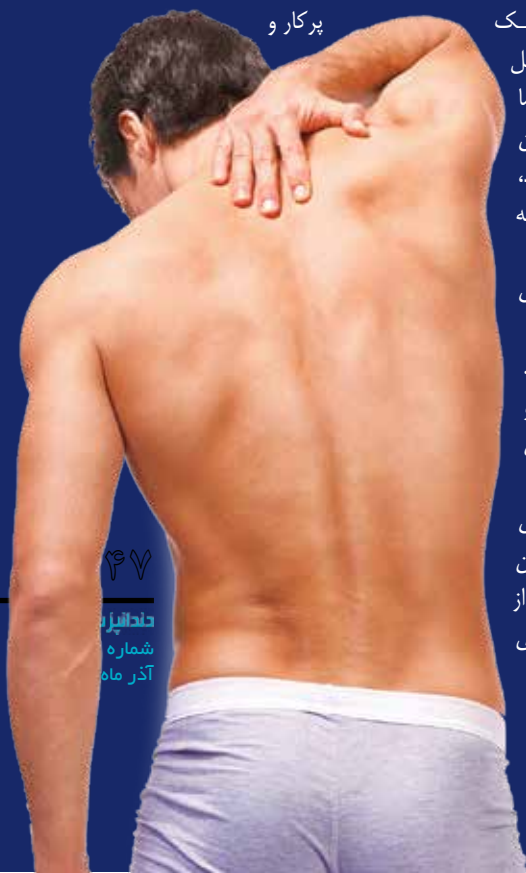
یک دندانپزشک، باید با دقت، محیط دهان را بکاود تا به خوبی به محیطی که قرار است در آن کار کند تسلط داشته باشد، باید بدن خود را در موقعیتی قرار دهد که چشمش در زاویه مناسبی نسبت به دهان بیمار قرار گیرد. برای به دست آوردن این حالت، به طور معمول دندانپزشک سر خود را اندکی خم می‌کند و به عبارتی سر او با بدنش زاویه‌ای حدود ۴۵ درجه می‌سازد. سر هر شخص ۸ درصد وزن کل بدنش را تشکیل می‌دهد. میانگین وزن سر در مردان ۷ کیلو و در زنان ۵/۵ کیلو است. هنگامی که دندانپزشک تصمیم می‌گیرد که نگاهی در داخل دهان بیمارش بیندازد، باید سر خود را تا حدی خم کند و به عبارتی این وزنه ۵/۵ تا ۷ کیلویی را تکان دهد. البته آینه‌های دندانپزشکی برای عمل کردن راحت‌تر دندانپزشک و ایجاد دید غیرمستقیم به کمک او می‌آید اما مواقع زیادی نیز پیش می‌آید که دندانپزشک ناگزیر از دیدن مستقیم دهان بیمارش است. در این حالت دندانپزشک سرش را در حالتی با زاویه ۴۵ درجه نسبت به محور طولی بدنش قرار می‌دهد. در این حالت برای آنکه سر دندانپزشک در جایش ثابت بماند و روی سینه‌اش نیفتد، ماهیچه‌های گردن او به شدت فعال و درگیر خواهد شد. عضلات گردن نیروی زیادی را صرف این کار می‌کنند. به عنوان مثال اگر فردی سرش را در زاویه ۴۵ درجه نسبت به محور طولی بدنش به مدت ۱۰ دقیقه نگاه دارد (در حالت نشسته به طوری که پشت شخص صاف و سرش با زاویه ۴۵ درجه به پایین خم شده باشد)، نیرویی که ماهیچه‌های گردن صرف می‌کنند معادل انرژی لازم برای ۹۲ بار حرکت دادن یک دمبل ۱۰ کیلویی است! شگفت‌انگیز است. فشاری که به عضلات پشت و گردن یک دندانپزشک وارد می‌شود بسیار زیاد است چون او ممکن است مجبور باشد گاه ساعت‌ها سر خود را در این وضعیت نگاه دارد.

گوش‌هایم زنگ می‌زند

صدای گوش‌خراش توربین‌های دندانپزشکی برای بسیاری از مراجعه‌کنندگان به مطب‌های دندانپزشکی آزاردهنده و گوش‌خراش است. بسیاری از کسانی که از مطب دندانپزشکی بیرون می‌آیند، اعتراف می‌کنند که صدای آزاردهنده این توربین‌ها، مثل سوهانی روح‌شان را خراش داده است. اکنون تصور کنید دندانپزشکی که سالیان طولانی، گاهی حتی ۳۰ تا ۴۰ سال روزی چند ساعت این صدا را می‌شنود، چه وضعیتی دارد. آمار گواهی می‌دهد که بسیاری از دندانپزشکان در سنین پیری و بازنشستگی دچار وزوز گوش می‌شوند. به دندانپزشکان توصیه می‌شود که برای محافظت از گوش‌هایشان، از گوشی‌های محافظ استفاده کنند.

مچ‌ها را دریاب

اگر زیاد از دست‌تان کار بکشید و مخصوصاً مچ دست‌تان را به کار بیش از حد وادار کنید، عصبی در مچ دست شما ممکن است آزرده شود و عارضه‌ای به نام نشانگان تونل مچ دست را ایجاد کند. دندانپزشکان نیز از گروهی هستند که بدون رحم و انصاف از مچ دست‌شان کار می‌کشند. با آزرده شدن اعصاب مچ دست،





همه معایب و مزایای

«ایمپلنت» دندان

به سطح ممتاز کشورهای توسعه یافته نزدیک است و چه تفاوت‌هایی نسبت به آن دارد؟

انجام عمل ایمپلنت در ایران از سال ۱۳۶۹ آغاز شد. امروز از جهات کیفیت ابزار، وسایل و مواد مورد استفاده، ما هیچ کمبود و نقصانی نسبت به کشورهای توسعه یافته نداریم. هزینه ایمپلنت در ایران با سایر نقاط جهان قابل مقایسه نیست، البته من منکر گرانی آن برای مردم نیستیم، ولی هزینه پایین ایمپلنت و حتی سایر موارد درمانی نسبت به کشورهای توسعه یافته، یکی از عوامل جذب توریست درمانی و بیماران سایر کشورها است. بنابراین مدرن‌ترین و با کیفیت‌ترین خدمات دندانپزشکی روز دنیا در ایران ارائه می‌شود، که یکی از دلایل اصلی دستیابی به این خدمات، عزم پزشکان و دندانپزشکان به خارج از کشور و آشنایی آن‌ها با علم روز دنیا است.

تا ۲۳ سال پیش در ایران، ترمیم دندان‌های از دست رفته محدود بود به پر کردن، روکش‌گذاری و اگر دندان‌ها با ریشه از بین رفته بود، در نهایت پروتز مصنوعی به نوعی پایان کار ترمیم محسوب می‌شد. تا ۲۳ سال پیش در ایران، ترمیم دندان‌های از دست رفته محدود بود به پر کردن، روکش‌گذاری و اگر دندان‌ها با ریشه از بین رفته بود، در نهایت پروتز مصنوعی به نوعی پایان کار ترمیم محسوب می‌شد.

مثال برای نوجوان ۱۲ ساله‌ای که دندان کرسی خود را، که بیش از سایر دندان‌ها در معرض پوسیدگی قرار دارد از دست می‌دهد، ایمپلنت توصیه نمی‌شود، بلکه باید با مراقبت و حفظ سلامت بافت‌های استخوانی و فکی و مدیریت فضا در آن ناحیه به دلیل تمایل دندان‌های اطراف به پرکردن آن، اجازه داد سن فرد به میزان مورد نظر رسیده و سپس ایمپلنت صورت بگیرد.

در حال حاضر عمل ایمپلنتی که در کشور ما صورت می‌گیرد، تا چه میزان

چه افرادی واجد شرایط ایمپلنت هستند؟ آیا استفاده از این روش محدودیت سنی دارد؟

افرادی که به دلایل مختلف مثل پوسیدگی دندان، بیماری لثه، ضربه، شکستگی و تصادفات و... دندان‌های خود را از دست داده باشند، واجد شرایط ایمپلنت یا کاشت دندان هستند. ایمپلنت باید در سنی که رشد فکی و استخوانی فرد مورد نظر کامل شده باشد، انجام گیرد؛ در خانم‌ها از ۱۶ و آقایان از ۱۸ سال به بالا انجام عمل کاشت دندان مانعی ندارد، به همین دلیل به‌طور





***امکان دارد فردی زیبایی دندان برایش اهمیت چندانی نداشته باشد و بر همین اساس تصمیم به انجام عمل ایمپلنت نگیرد؛ شما تا چه میزان بیماران را ملزم به استفاده از ایمپلنت می‌کنید؟ استفاده نکردن از این روش درمان برای بیمار چه عوارضی دارد؟**

ما ۳۲ دندان داریم که اگر از دندان‌های عقل صرف‌نظر کنیم، ۲۸ عدد باقی می‌ماند. از این تعداد تنها ۸ دندان وجهه زیبایی دارد و به چشم می‌آید و سایر دندان‌ها این قابلیت را ندارند. نگاه به دندانپزشکی تنها از زاویه زیبایی، بهانه‌ای برای شرکت‌های بیمه به منظور شانه خالی کردن از زیر بار مسئولیت پرداخت هزینه‌ها است. توصیه همه متخصصان دندانپزشکی برای استفاده از ایمپلنت تنها جنبه زیبایی ندارد بلکه وقتی فردی دندان‌های خلفی خود را از دست می‌دهد، اینجا دیگر زیبایی مفهومی ندارد، اما برای حفظ حالت طبیعی آناتومی فک و جلوگیری از حرکت سایر دندان‌ها و پر کردن فضای خالی دندان از دست رفته، ایمپلنت توصیه می‌شود و همانگونه که می‌بینیم در این موارد، انجام عمل ایمپلنت کمک شایانی به حفظ سلامت دهان و دندان‌های سالم فرد خواهد کرد، بدون این که زیبایی به‌طور خاص مورد توجه باشد.

رسیدن به دندان طبیعی شده است، طبیعتاً دوام زیادی نخواهد داشت.

در حالت کلی مراقبت و نگهداری خود بیمار مهم‌ترین عامل بقا و طول عمر ایمپلنت است و نحوه عمل و کار جراح و مسائل ژنتیکی در وهله بعدی قرار می‌گیرد. اثر مسائل ژنتیکی در مقابل تأثیر بهداشت دهان و دندان بسیار ناچیز است تا حدی که ما به مراجعانی که ادعا می‌کنند تمام اعضای خانواده‌شان دچار مشکل دندان هستند، متذکر می‌شویم که شما خانوادگی بهداشت ضعیفی دارید، البته توانمندی فرد جراح و دقت در عمل ایمپلنت هم تأثیر بسزایی دارد، به همین دلیل این اصطلاح رایج است که پزشک و بیمار همکاری و هر دو باید وظایفشان را به درستی انجام دهند، در غیر این صورت به نتیجه دلخواه نخواهند رسید.

۸ پایه کاشته شده قرار گیرند. برای برخی از فک‌ها که کوچک‌تر هستند، ۱۲ دندان کفایت می‌کند که نیاز به ۶ عمل ایمپلنت دارد. این میزان ایمپلنت مشکلی برای بیمار ایجاد نمی‌کند.

چه افرادی نمی‌توانند از ایمپلنت به منظور جایگزین دندان از دست رفته خود استفاده کنند؟

امکان دارد ایمپلنت را نتوان برای برخی از بیماران استفاده کرد، که دلایلی مانند کافی نبودن رشد استخوانی یا مثلاً دیابتیک بودن فرد دارد. یکی از ملزومات ایمپلنت، سلامت جسمی فرد است؛ به‌طور مثال افراد دیابتیک، سیگاری‌ها، افراد مبتلا به لوسمی، ایدز یا کسانی که کمبود استخوان دارند، کاندیدای خوبی برای ایمپلنت نیستند.

ژنتیک فرد از یک طرف و ابزارها و وسایل استفاده شده برای کاشت دندان از طرف دیگر، تا چه میزان به عمر و دوام ایمپلنت کمک می‌کند؟

این موضوع در ابتدا به لوازم مورد استفاده جراح و تجربه او بستگی دارد. بهداشت دهان و دندان یکی از تأثیرگذارترین عوامل است؛ در صورت عدم توجه به این موضوع، باکتری‌ها و میکروب‌ها در اطراف ایمپلنت جمع شده و عمر آن را کاهش می‌دهند.

ایده آل‌ترین ایمپلنت در صورت رعایت بهداشت دهان و دندان و عمل مناسب توسط دندانپزشک، چقدر عمر مفید خواهد داشت؟

ایمپلنت قابلیت ماندگاری و بقا تا پایان عمر و در تمام طول زندگی را دارد. مراجعانی داریم که ۲۰ سال قبل این عمل را انجام داده‌اند و کماکان از آن دندان ایمپلنت شده استفاده کرده و مشکلی هم ندارند.

با توجه به شرایط آناتومیک فک، آیا تعداد ایمپلنت‌ها مشکلی پیش نمی‌آورد و از دید علم دندانپزشکی توجیه‌پذیر است؟

در حالتی که تمامی ۲۸ دندان فردی ریخته باشد، برای هر فک باید نهایتاً ۸ عمل ایمپلنت انجام داده و ۱۴ دندان می‌توانند روی

دندان‌های طبیعی ما در طول زمان دچار تغییر رنگ می‌شود؛ آیا به دلیل این تغییر رنگ، دندان یا پروتزهایی که با ایمپلنت در دهان ما کاشته می‌شوند، نیاز به تعویض در بلند مدت دارند؟

با توجه به مواد غذایی مصرفی مثلاً چای و قهوه زیاد یا استعمال دخانیات، رنگ ریزه‌هایی روی دندان‌های طبیعی جمع می‌شود؛ از این منظر مشکلی پیش نمی‌آید، زیرا این رنگ ریزه‌ها به روی آن پروتزها هم جمع می‌شوند و تفاوت خاصی ایجاد نمی‌شود و با یک جرم‌گیری به حالت اولیه باز می‌گردد اما برخی از تغییر رنگ‌ها با افزایش سن صورت می‌گیرد که دلایل بیرونی ندارد و جنبه درونی دارد، که در این تغییر رنگ نیاز به تعویض روکش در درازمدت احساس می‌شود.

بسیاری از بیماران این سؤال را مطرح می‌کنند که ایمپلنت تا چند سال دوام خواهد داشت؛ در واقع کیفیت و استحکام دندان طبیعی اصلاً قابل قیاس با ایمپلنت نیست؛ اگر میزان مراقبت و حفظ سلامت ایمپلنت به همان اندازه‌ای باشد که باعث آسیب

بسیاری از مردم در می‌انسالی دچار تحلیل لثه می‌شوند. در صورت بروز این معضل، آیا ایمپلنت قابلیت ترمیم یا تعویض دارد؟

طبق بررسی‌های صورت گرفته دریافتیم که بعد از سال اول به میزان یک میلی‌متر استخوان‌های اطراف ایمپلنت تحلیل می‌رود. ولی اگر تمام شرایط مناسب باشد و مراقبت به درستی صورت بگیرد، این میزان بعد از سال اول به ۰/۱ میلی‌متر کاهش می‌یابد؛ البته این آمار قطعی و ثابت نیست و بسیاری از افراد همین میزان تحلیل را هم ندارند، بنابراین تحلیل استخوان اطراف ایمپلنت در حدی نیست که نگرانی به دنبال داشته باشد؛ زمانی این اتفاق می‌افتد که لثه دچار بیماری شود و در این حالت ترمیم استخوان و استخوان‌سازی برای ایمپلنت مجدد لازم است.

یک باور غلط بین عموم مردم جا افتاده که به دلیل ایجاد نشدن مشکل در دندان کاشته، نیازی به مراجعه به دندانپزشک احساس نمی‌کنند. برای از بین بردن این باور غلط چه توصیه‌ای دارید؟ یکی از مشکلات اساسی ما همین موضوع است. بیماران ۲

تا ۳ سال بعد از عمل ایمپلنت به ما مراجعه می‌کنند، ولی پس از این مدت این موضوع فراموش شده و دیگر هیچ پیگیری از سوی بیمار صورت نمی‌گیرد. متأسفانه مردم این نکته را نمی‌دانند که اگر در ایمپلنت مشکلی رخ بدهد یا بیماری خاصی اتفاق بیفتد، درد ندارد و فرد متوجه آن نمی‌شود؛ اگر به‌طور مداوم و مستمر به دندانپزشک مراجعه کنند و با معاینه و عکسبرداری از میزان سلامت خود مطلع شوند، آنگاه فرصت جلوگیری از مشکلات بزرگ‌تر وجود دارد. زمانی که مشکل ایمپلنت به استخوان فک و لثه نرسیده باشد؛ درمان بیماری امکان‌پذیر است.

در دندانپزشکی به نظر می‌رسد تداخل وظایف وجود دارد، به نحوی که پزشکان با تخصص‌های متفاوت کارهای مربوط به تخصص‌های یکدیگر را انجام می‌دهند، آیا رخداد این اتفاق درست به نظر می‌رسد؟

در کشور ما ۲۵ هزار دندانپزشک مشغول به کار هستند که ۱۰٪ آن‌ها متخصص و سایر آن‌ها عمومی هستند. تفاوت

دندانپزشکی با سایر رشته‌های پزشکی این است که دندانپزشکان عمومی و دندانپزشکان متخصص با وظایف یکدیگر به خوبی آشنا هستند، بنابراین همه دندانپزشکان چه عمومی و چه متخصص با اصول کلی آشنایی دارند و تنها ممکن است در موارد مختلف تمرین کمتری نسبت به یکدیگر کرده باشند. در حیطه ایمپلنت تنها یک واحد مربوط به این درس در چارت دروس دانشگاه موجود است که طبیعتاً با آن یک واحد کسی نمی‌تواند در بازار کار صرفاً به ایمپلنت مشغول باشد؛ این کمبود باعث شده بازار آموزش ایمپلنت در خارج از دانشگاه بسیار داغ باشد، اما شخصاً امیدوارم با توسعه آموزش‌های دانشگاهی تئوری و عملی، روز به روز رشد بیشتری برای توانمندسازی دندانپزشکان عمومی و متخصص داشته باشیم.



شکایت از دندان پزشک

ودرمانی ارائه شده، آسیب ببیند به گونه ای که این مراقبت ها یا کافی نبوده و یا مطلوب نبوده است و اگر بیمار بتواند این کوتاهی در استاندارد مراقبت های درمانی را اثبات نماید، دندان پزشک متضمن پرداخت خسارت مالی به بیمار خواهد بود. در مواردی که صاحبان حرف پزشکی به واسطه بی احتیاطی، بی مبالاتی، عدم مهارت و یا عدم رعایت نظامات دولتی، سبب وارد کردن صدمه جسمی یا بدنی یا نقص عضو به دیگری شوند، چون طبق مقررات قانون مجازات اسلامی چنین اعمالی شبه عمد محسوب می گردند، مجازاتی جز پرداخت دیه برای آنان در نظر گرفته نمی شود. هر چند که میزان قصور از درجه بسیار بالایی برخوردار باشد، مثل از بین رفتن بینایی و یا شنوایی بیمار حین عمل جراحی. اما چنان چه به واسطه اقدامات اشتباه پزشک، بیمار فوت کند چنین عملی طبق قانون مشمول حبس برای پزشک خواهد بود.

نکته قابل توجه این که دادگاه با عنایت به تشخیص مرتکب و اوضاع و احوال قضیه می تواند مجازات حبس را تبدیل به مجازات از نوع دیگری همانند جزای حبس نماید. دادگاه می تواند در صورت احراز جهات مخففه، مجازات تعزیری و یا باز دارنده را تخفیف دهد و یا تبدیل به مجازات از نوع دیگری نماید که مناسب تر به حال متهم باشد، جهات مخففه عبارتند از:

- ۱- گذشت شاکی یا مدعی خصوصی
- ۲- اظهارات و راهنمایی های متهم که در شناختن شرکاء و معاونان جرم و یا کشف اشیایی که از جرم تحصیل شده است، مؤثر باشد.

برای تحقق مسئولیت دندان پزشکی، وجود سه عنصر فعل مجرمانه یا خطای دندان پزشکی، نتیجه مجرمانه یا صدمه وارده و وجود رابطه سببیت میان فعل و صدمه ضروری است. قانون گذار از تقصیر یا خطا تعریفی است و تنها به ذکر مصادیق آن پرداخته است.



دکتر حمیدرضا دانش پرور

در اصطلاح حقوقی خطا مقابل عمد است و آن عبارتست از وصف عملی که فاعل آن دارای قوه تمیز بوده و به علت غفلت یا نسیان یا جهل یا اشتباه یا بی مبالاتی و عدم احتیاط، عملی که مخالف موازین اخلاقی یا قانون است مرتکب شده است.

برای اطلاق لفظ قصور، فردی که مرتکب قصور می شود، باید وظیفه یا مسئولیتی در قبال فرد دیگر داشته باشد، در اجرای وظیفه یا مسئولیت مذکور، کوتاهی کرده باشد و در نتیجه کوتاهی نمودن در مسئولیتی که نسبتبه فرد داشته، وی دچار آسیب و زیان شده باشد. مبنای دعوی قصور دندان پزشکی این است که بیمار متعاقب کوتاهی در استاندارد مراقبت های دندان پزشکی





علل شکایت از دندانپزشک به سه دسته تقسیم می شود

- ۱- عدم تفهیم (lack of understanding)
- ۲- پاسخ هیجانی به نتیجه درمانی نامطلوب یا غیر منتظره (emotional response)
- ۳- قصور دندانپزشکی (dental malpractice)

عدم تفهیم

اگر بیمار به آنچه که بر او می گذرد، خطرهای درمان، راه های درمانی و خطرهای درمان نشدن آشنا شود، کمتر به سوی مراجع قضایی کشیده می شود.

واکنش هیجانی

بیمارانی که عصبانی هستند و شخصیتی عصبی و ناراضی دارند بیشتر دست به شکایت می زنند. هرگونه واقعیت باید متناسب با روحیه فرد برای وی بازگو شود. هیچ کس از صحبت یا آرام کردن یک بیمار عصبانی لذت نمی برد به ویژه اگر این عصبانیت به دندانپزشک معطوف شود یا برای آن دلیل موجه وجود داشته باشد. دندانپزشک باید بداند که هر بیمار عصبانی اگر به خوبی توجیه نشود می تواند بعدها به شاکی او تبدیل شود.

قصور دندانپزشکی

عبارت است از کوتاهی در استاندارد مراقبت های دندانپزشکی که باید به عمل آید (به عبارتی این مراقبت ها یا کافی نبوده یا نامطلوب بوده است). همه بیماران حق دارند از دندانپزشک خود انتظار یک درمان استاندارد داشته باشند. این به این معنی نیست که دندانپزشکان باید برای بیماران نتیجه درمانی رضایت بخش را تضمین کنند زیرا دخالت عوامل بیولوژیکی می تواند در نتیجه نهایی قابل پیش بینی درمانی اختلال ایجاد کند. بنابراین نتیجه گیری نا مطلوب در درمان یک بیمار ضرورتاً به معنی قصور دندانپزشک نیست. تشخیص

- ۳- اوضاع و احوال خاصی که متهم تحت تأثیر آن مرتکب جرم شده است از قبیل: رفتار و گفتار تحریک آمیز مجنی علیه یا وجود انگیزه شرافتمندانه در ارتکاب جرم
- ۴- اعلام متهم قبل از تعقیب و یا اقرار او در مرحله تحقیق که مؤثر در کشف جرم باشد.
- ۵- وضع خاص متهم
- ۶- اقدام یا کوشش متهم به منظور تخفیف اثرات جرم و جبران زیان ناشی از آن

دندانپزشک از لحاظ قانونی مسوول خطاها و قصور حرفه ای خود است و در صورتی که دچار یک یا چند نوع قصور دندانپزشکی شامل بی مبالاتی، بی احتیاطی، عدم مهارت و عدم رعایت نظامات دولتی شود، باید به جبران آن بپردازد. البته دندانپزشک باید از همان اولین روزهای طبابت خود به این نکته توجه کند که شاید روزی تحت پی گرد قانونی قرار گیرد. به رغم این احتمال، اگر دندانپزشک درمان ها یا اعمال جراحی را مطابق نظام های دولتی و موازین دندانپزشکی انجام دهد و با احساس مسوولیت، حسن نیت داشته و با رعایت حال اقتصادی بیمار عمل کند، اصولاً از طرف بیمار جایی برای شکایت باقی نمی ماند و به فرض طرح شکایت هم شاکی راه به جایی نخواهد برد. واقعیت آن است که دندانپزشک هیچ گاه در موارد مطرح شده ی قصور در محاکم قضایی برنده نمی شود. حتی اگر رای دادگاه به نفع دندانپزشک باشد، او برنده دادگاه نیست. چه کسی می تواند وقت و انرژی صرف شده برای بررسی قصور دندانپزشکی احتمالی را به او بازگرداند. هیچ شرکت بیمه ای درباره خلاء درآمد او در طی مراحل رسیدگی به پرونده قصور، مسوولیتی را نمی پذیرد. مسلماً دندانپزشک نمی تواند برآورد کند که چند بیمار قبلی خود را از دست داده و چند بیمار جدید به او مراجعه نکرده اند و در صورتی که رأی دادگاه به نفع شاکی صادر شود، تمامی ضررهای ذکر شده مضاعف خواهد شد. به علاوه پرونده قصور دندانپزشکی باعث رنجش روحی دندانپزشک و خانواده او می شود و حتی اعتماد به نفس دندانپزشک را در پذیرش بعضی از بیماران به شدت کاهش می دهد.

برنامه ریزی مناسب برای طرح درمان و پی گیری

موارد تخطی از وظیفه

- ۱- رعایت نکردن اقدامات استاندارد دندانپزشکی مانند خودداری از درخواست آزمایشات لازم دریک فرد مشکوک به هموفیلی قبل از عمل جراحی
- ۲- عدم تشخیص صحیح به دلیل معاینه نکردن دهان در بیمار با علائم عفونت حاد ناشی از آبسه دندانی
- ۳- خطرهای درمان مانند شکستن سرسوزن موقع تزریق (غیر قابل انتظار)
- ۴- ارتباط برقرار نکردن با سایر دندانپزشکان مانند ارجاع ندادن بیمار به دندانپزشک دیگر در صورت نیاز
- ۵- بازگو نکردن حقایق به بیمار
- ۶- ننوشتن گزارش دندانپزشکی مانند ننوشتن گزارش کامل از وضعیت بیمار
- ۷- Criminal negligence مانند آن که به علت بی احتیاطی واضح دندانپزشک، بیمار دچار نقص عضوی شود. مانند جراحی فک و دهان در حالت مستی و ایجاد آسیب ناشی از قطع عصب عواملی که به کاهش طرح شکایت از دندانپزشکان کمک می کنند
- ۱- آگاهی دندانپزشک از قوانین پزشکی حاکم بر حرفه خود
- ۲- احترام به شأن و شخصیت بیمار
- ۳- آگاه کردن بیمار و اطرافیان او از عوارض احتمالی و حتی غیر قابل پیش بینی قبل از هرگونه اقدام درمانی
- ۴- درنظر گرفتن وضعیت اقتصادی بیماران قبل از هرگونه اقدام درمانی
- ۵- برخورد مناسب و شایسته در مواقع بحران روحی بیمار و اطرافیان او از به خصوص وقتی که نتیجه مطلوب حاصل نشده باشد.
- ۶- دخالت نکردن در سایر رشته های غیر مرتبط با تخصص و مشاوره ها و مراقبت های لازم دندانپزشکی
- ۷- حفظ شأن و احترام سایر همکاران در نزد بیمار و اطرافیان وی
- ۸- انتخاب صحیح بیمار و تکمیل پرونده بالینی و شرح عمل و معاینه کامل و گرفتن شرح حال کامل
- ۹- مطالعه مستمر و داشتن آگاهی های نوین دندانپزشکی و به روز

منابع

- ۱- عباس م، مشایخی ب، در ترجمه: حقوق، اخلاق و پزشکی. پروفیسور دی. جی. اسکیک (مؤلف) چاپ اول. تهران: نشر مؤسسه فرهنگی و انتشاراتی پایا؛ ۱۳۷۰.
- ۲- قشلاقی ف، کاظمی فر ام، در ترجمه: راه های پیشگیری از قصور پزشکی. لیمان ت، ساکستون ج، (مؤلفان) چاپ اول. تهران: نشر انتشارات فرهنگ مردم؛ تابستان ۱۳۸۰.
- ۳- محقق م، مجموعه متون ومقالات در تاریخ و اخلاق پزشکیدر اسلام وایران. چاپ اول تهران: نشر سروش؛ ۱۳۷۴.
- ۴- دبیرخانه شورای تخصصی. اخلاق پزشکی. تهران: چاپ اسلامیه.
- ۵- اعتمادیان م، اخلاق و آداب پزشکی. چاپ اول تهران: نشر دانشگاه تهران؛ ۱۳۷۰.
- ۶- قضایی ص. پزشکی قانونی. چاپ اول تهران: نشر دانشگاه تهران؛ ۱۳۶۸.
- ۷- اشرفی م. اخلاق پزشکی. چاپ اول. تبریز: نشر مهد آزادی؛ ۱۳۶۷.
- ۸- گودرزی ف. پزشکی قانونی. چاپ اول. تهران: نشر جاودان خرد؛ ۱۳۷۷

ندادن یک بیماری به دنبال شرح حال مناسب، معاینه بالینی کامل و آزمایشات پاراکلینیکی لازم قصور محسوب نمی شود، عوارض جانبی درمان، تنها هنگامی قصور به حساب می آید که قابل پیش بینی باشد و درباره آن از بیمار رضایت آگاهانه اخذ نشود. طبق قانون برای اعمال لفظ قصور دندانپزشکی باید شرایط ذیل فراهم باشد:

- ۱- دندانپزشک وظیفه مراقبت و درمان بیمار را به عهده گرفته باشد.
 - ۲- دندانپزشک در انجام این وظیفه تخطی کرده باشد. (ترک فعل لازم یا انجام فعل ممنوعه)
 - ۳- تخطی از وظیفه سبب آسیب روانی یا جسمی به بیمار شود
- اکثر دندانپزشکان متأسفانه در برخورد با بیمارانشان به طور مبهم و غیرواضحی صحبت می کنند و شاید این کار را دلیل بر سواد بیشتر خود می دانند یا اینکه صحبت آنها توسط بیمار اشتباهاً فهمیده می شود. اشکال در ایجاد ارتباط با بیمار یکی از علل مهم شکایت از دندانپزشک در پرونده های قصور دندانپزشکی است. همان گونه که قبلاً ذکر شد، سه علت اصلی شکایت از دندانپزشکان سوء تفاهم، پاسخ هیجانی و قصور دندانپزشکی است. برقراری ارتباط مطلوب میتواند بر دو عامل اول قطعاً تأثیر داشته باشد و حتی در صورت وجود عامل سوم زمینه های شکایت از دندانپزشک را برطرف کند.
- بیماری که بدانند راه های مختلف درمانی عوارض خاص خود را دارند، عواقب احتمالی آنها را آسان تر قبول می کند ولی بیماری که پس از بروز عوارض از آنها اطلاع پیدا می کند، به دندانپزشک خود مظنون می شود. اگر اشتباهات احتمالی نیز به خوبی توضیح داده شوند، بیمار آنها را می پذیرد.
- اولین و مهم ترین هدف یک دندانپزشک پیش گیری از ایجاد دردسر برای خود نیست بلکه سلامتی بیمارانش خواهد بود در این صورت او با بیمارانش اشتراک هدف دارد و با هم همکاری آسان تر خواهند کرد. با توجه به اینکه ارتباط مناسب دندانپزشک و بیمار و رابطه دوستانه بین این دو مستلزم رعایت حال بیمار از طرف دندانپزشک است لذا باید از ایجاد هزینه های غیر لازم اجتناب کرد. در برقراری رابطه ی دوستانه دندانپزشک و بیمار، دندانپزشک باید بیمار را در فهم و انتخاب ارزش های سلامتی و سیر درمانی پیشنهاد شده، کمک کند. او نه تنها اطلاعات مربوط به سلامتی بیمار بلکه ارزش راه های مختلف درمانی را به بیمار توضیح و پرسش های او را پاسخ می دهد. در این جا نقش دندانپزشک به صورت یک دوست یا همکار بیمار در درمان بیماری اوست. در این صورت دندانپزشک با بیمار رابطه برقرار کرده و پس از کسب آگاهی ها از او با وی به عنوان یک تیم با هدف مشترک همکاری می شود، لذا در این مورد
- نقش بیمار همکار دندانپزشک است نه بیمار او. بنابراین اگر نتیجه وخیم رخ دهد، او به جای طرح شکایت برای جبران صدمه ها به همکاری با دندانپزشک می پردازد.
- استاندارد مراقبت صحیح برای یک دندانپزشک عبارت است از
- شرح حال خوب
- معاینه بالینی مناسب
- اقدام های تشخیصی پاراکلینیکی
- پرهیز از اقدامات غیر لازم

چند نکته بسیار مفید و کاربردی برای دانشجویان دندانپزشکی برای تزریق بی حسی

داروی بی حسی باید بدون درد و تروما انجام شود، اما معمولاً بیماران دندان پزشکی تجربه های دردناک و ناخوشایندی از دریافت بی حسی دارند. ترس از تجربه دوباره این درد، گاه افراد را سال ها از دندان پزشکی گریزان می کند یا عاقبت کارشان پس از دریافت بی حسی به یکی از اورژانس های دندان پزشکی مانند سنکوپ و ازودپرسور (از هوش رفتن) می انجامد...

دانشجویان دندان پزشکی معمولاً انجام اولین تزریق بی حسی را در دانشگاه و روی همکلاسان خود تجربه می کنند. تجربه دریافت بی حسی برای اکثر آنها با تجربه تزریقات دردآوری که در گذشته در مطب دندان پزشکی داشته اند کاملاً متفاوت است. چرا بین تزریقی که یک دانشجوی مبتدی انجام می دهد و تزریقات دندان پزشکان باتجربه از نظر ایجاد درد تفاوت وجود دارد؟ اغلب اوقات میزان آسیب ناشی از تزریق داروی بی حسی با خروج دندان پزشک از محیط دانشگاه افزایش می یابد. شاید دندان پزشکان در گذر ایام برخی نکات کلیدی تزریق بدون درد را از یاد می برند یا حس همدردی خود با بیمار را از دست می دهند. اگر دندان پزشک واقعا اعتقاد داشته باشد تزریق داروی بی حسی نباید دردناک باشد، می تواند تکنیک تزریق بی حسی خود را به نحوی تغییر دهد که اعمال آسیب رسان برای بیمار درد کمتری داشته باشد. شاید مرور آموخته های دوران تحصیل به همکاران دندان پزشک کمک کند تا تزریق داروی بی حسی را با درد و آسیب بافتی کمتری انجام دهند:



جریان یافتن محلول بی حسی را کنترل کنید: پس از قرار دادن کارتریج بی حسی در سرنگ تزریق، چند قطره از محلول بی حسی را از کارتریج خارج کنید تا از درست قرار گرفتن آن در سرنگ مطمئن شوید. کارتریج و سوزن تزریق هم دمای محیط باشند: اگر کارتریج در دمای اتاق نگهداری شود بیمار بی حسی موضعی کاملی را دریافت خواهد کرد و فرقی میان اتاق سرد و گرم وجود ندارد؛ پس لزومی به گرم کردن کارتریج نیست حتی ممکن است تزریق کارپول گرم شده موجب ناراحتی بیمار شود، اما با گرم کردن سرنگ می توان حس برخورد جسم فلزی سرد با پوست بیمار را از بین برد. نگه داشتن سرنگ به مدت نیم دقیقه در کف دست می تواند کارساز باشد.



از سوزن تیز استفاده کنید: معمولاً تیزی سوزن های تزریق با هربار استفاده کاهش می یابد آنچنان که دندان پزشک در سومین یا چهارمین استفاده می تواند مقاومت بافتی نسبت به ورود سوزن را حس کند. پس اگر بیمار نیازمند دریافت تزریق های متعدد بود، در تزریق های دوباره یا چندباره سوزن را عوض کنید.



بیمار را در موقعیت صحیح قرار دهید: در صورت وجود اضطراب، جریان خون بیشتر به سمت عضلات مخطط هدایت می شود. به علت عدم فعالیت عضلانی حجم بالایی از خون در عضلات مخطط باقی می ماند. کاهش بازگشت وریدی خون به قلب و کاهش پمپاژ خون به سمت مغز زمینه ساز بروز نشانه های سنکوپ (احساس سبکی سر، سرگیجه، تاکی کاردی و ضربان قلب) می شود. ادامه این حالت باعث کاهش حجم خون مغزی و بی هوشی بیمار می شود. توصیه پیشگیرانه تغییر وضعیت بیمار حین تزریق است؛ به شکلی که سر و قلب بیمار موازی زمین و پاها اندکی بالاتر قرار گیرند. باین حال وضعیت بیمار ممکن است بر اساس نظر دندان پزشک و روش تزریق بی حسی تغییر کند.

۴

از بی حسی سطحی استفاده کنید: بی حسی موضعی ضخامت یک تا دو میلی متر از کام را که از قضا در برابر تزریق بسیار حساس است را بی حس می کند؛ به شرطی که دست کم یک دقیقه تداوم یابد، اما حداکثر تماس بعد از دو دقیقه حاصل می شود.

۵

با بیمار ارتباط کلامی برقرار کنید: حین انجام تزریق با بیمار صحبت کنید. از کلمات مثبت استفاده کنید تا بینش مثبتی در او ایجاد شود. مثلاً «من از بی حسی موضعی استفاده می کنم تا ادامه کار راحت تر باشد» یا «من انتظار ندارم شما چیزی احساس کنید.» از جمله های با بار منفی نظیر «آسیبی به شما نمی رسد» استفاده نکنید، چون بیمار فقط کلمه آسیب را می شنود و به بقیه جمله توجه نمی کند. از کلماتی که ترس کمتری دارند استفاده کنید. مثلاً در عوض کلمه «انجام تزریق» بگویید «ایجاد بی حسی موضعی»

۷

مخاط را بکشید: مخاط باید در محل ورود سوزن کشیده شود تا حداقل مقاومت نسبت به ورود سوزن در مخاط ایجاد شود. در غیر این صورت نسج نرم حین ورود سوزن پاره می شود و حین و پس از انجام تزریق ناراحتی ایجاد می کند. روش هایی نظیر تکان دادن لب یا فشردن جسمی نظیر دسته آینه در محل تزریق، می تواند بیمار را گمراه کند و از درد و استرس حین تزریق بکاهد.

۶

برای دستتازان از تکیه گاه استفاده کنید: هنگام انجام تزریق دست باید بدون لرزش باشد تا احتمال حرکت و جراحت غیرارادی کاهش یابد. اگر انگشتان بلندی دارید می توانید از صورت بیمار به عنوان تکیه گاه دستتازان استفاده کنید و اگر انگشتان تان کوتاه است به آرنج خود تکیه دهید. برای کنترل بهتر سرنگ کف دست باید به سمت بالا باشد و سرنگ با انگشت سبابه حمایت شود. معمولاً افزایش تجربه و اعتماد به نفس دندان پزشکان آنها را به سمت تزریق بدون تکیه دادن دست سوق می دهد.

۹

چند قطره از داروی بی حسی را تزریق کنید: همزمان با ورود سوزن به مخاط، چند قطره داروی بی حسی را تزریق کنید. پس از دو تا سه ثانیه مکث، سوزن را به محل اصلی تزریق هدایت کنید. در این حین تزریق داروی بی حسی کاملاً غیر ضروری است، چون درد میان مخاط سطحی و موکوپریوست کمتر منتقل می شود. حین تزریق بلاک، پیش از رسیدن به پریوست چند قطره دیگر تزریق کنید، چون پریوست دارای اعصاب فراوانی است و تماس سوزن با آن ایجاد درد می کند. دانستن زمان مناسب تزریق نیازمند تجربه است. میزان نفوذ سوزن در بافت نرم هر بیمار متفاوت است و ممکن است سوزن به طور ناآگاهانه با پریوست برخورد کند. باین حال دندان پزشک به مرور با تکیه بر حس لامسه خود می آموزد تراکم بافتی با افزایش نفوذ سوزن و نزدیک شدن به استخوان به مقدار ناچیزی افزایش می یابد.

۱۱

سرنگ را آرام خارج کنید.

۱۰

دارو را آهسته تزریق کنید: تزریق سریع موجب آسیب بافتی و افزایش احتمال بروز واکنش منفی نسبت به دارو می شود. زمان منطقی برای تزریق یک کارتریج بی حسی؟؟ ثانیه است.

۸

سوزن را از میدان دید بیمار خارج کنید: دیدن سرنگ بی حسی حتی در افراد بزرگسال نیز ایجاد اضطراب می کند. سرنگ را می توانید از بالای سر بیمار یا پایین تر از دید بیمار از دست پرستار بگیرید تا بیمار آن را نبیند.

۱۲

بیمار را زیر نظر داشته باشید. بیشتر واکنش های منفی نسبت به تزریق داروی بی حسی حین تزریق یا پنج دقیقه بعد از آن روی می دهند. پس تا زمان شروع اثر دارو خود یا پرستارتان بیمار را زیر نظر داشته باشید



ورشکستگی دندانپزشکان؛

پیامد سیاست‌های غلط هدفمندی یارانه‌ها

عمومی مثل درمانگاه‌ها و کلینیک‌های پزشکی و دندانپزشکی، افزایش تمایل و اجبار به تصمیم جهت مهاجرت و خروج از کشور جهت ادامه‌ی زندگی در ممالک مترقی و دارای ثبات اقتصادی بیشتر، تعطیلی مطب‌ها و اجبار به حضور و فعالیت در مراکز عمومی و درمانگاه‌ها، افزایش بار مالی و هزینه‌های مطب شامل افزایش بی‌رویه‌ی اجاره‌یها، هزینه‌ی آب، برق و ...، افزایش حقوق و بیمه‌ی کارکنان مطب، افزایش مالیات و عوارض شهرداری و ...، افزایش بی‌رویه و ۳۰۰ تا ۸۰۰ درصدی قیمت مواد و تجهیزات داخلی و وارداتی در دو تا سه سال اخیر، افزایش قیمت خدمات لابراتواری و همچنین تورم سالانه ۳۰ تا ۴۰ درصدی سال‌های اخیر و تاثیر آن بر زندگی دندانپزشکان، همانند سایر اقشار.»

عضو شورایی نظام پزشکی افزود: «در برخی مشاغل، ورشکسته شدن نمود بیرونی مشخص و پر سرو صدایی دارد، حال آنکه در بخش پزشکی و دندانپزشکی، این حالت ورشکستگی کاملاً بی سر و صدا و بدون نمود بیرونی است و به همین دلیل، مردم و مسوولان آن را احساس نمی‌کنند. بر اساس یک تحلیل آماری ساده و سطحی، وقتی یک سوم دندانپزشکان جامعه به مرحله ورشکستگی می‌رسند و مطب خود را که با دنیایی امید و آرزو بنا نموده‌اند، تعطیل و تمام تجهیزات و مواد موجود را به قیمت ناچیزی واگذار می‌نمایند، نباید انتظار داشت که دو سوم دیگر دندانپزشکان از وضعیت مطلوب درآمدی برخوردار باشند. بر این اساس، اگر جامعه‌ی دندانپزشکان را به سه بخش مساوی تقسیم کنیم، یک سوم به مرحله‌ی ورشکستگی کامل رسیده‌اند، یک سوم دوم، درجات مختلفی از مشکلات اقتصادی را تجربه می‌کنند و در راه رسیدن به مرحله ورشکستگی و تعطیلی مطب گام برمی‌دارند و تنها یک سوم از این جامعه‌ی آماری، از وضعیت مطلوب یا نسبتاً

دکتر نوید ناصری، عضو شورایی نظام پزشکی کشور در گفت‌وگو با واحد روابط عمومی گروه بین‌المللی توسعه پایدار، ضمن اعلام خبر تعطیلی ۳۰ درصد از مطب‌های دندانپزشکی شهر شیراز در طی دو سال اخیر و ابراز نگرانی از روند موجود در نظام سلامت، اظهار داشت: «بر اساس بررسی‌های میدانی به‌عمل آمده، مشخص شده است که حدود یک سوم مطب‌های دندانپزشکی در شهر شیراز طی دو سال گذشته به حالت تعطیل یا واگذاری درآمده‌اند.»

وی با بیان این مطلب، مهم‌ترین دلایل ذکرشده از سوی برخی دندانپزشکان را، چنین عنوان کرد: «عدم ثبات اقتصادی بین سال‌های ۹۰ تا ۹۲، عدم هماهنگی دخل و خرج مطب‌ها، کاهش بار مراجعه‌ی بیماران به مطب‌ها، ناهماهنگی هزینه‌های درمانی دندانپزشکی با سبد خانوار، افزایش اندک در تعرفه‌ها و واقعی نبودن ارزش خدمات دندانپزشکی، عدم حمایت فراگیر دولت یا سازمان‌های بیمه‌گر از خدمات دندانپزشکی و خدمات بهداشت دهان و دندان، رشد روزافزون واحدهای

درمانی

مطلوبی برخوردارند.»

عضو دندانپزشک شورایی نظام پزشکی کشور گفت: «پزشکی و دندانپزشکی اساساً مشاغل کارآفرین محسوب می‌شوند که از بدو فعالیت خود، حداقل یکی، دو نفر را در مطب مشغول به کار می‌کنند. پس با تعطیلی این مطب‌ها، این کارمندان نیز به خیل افراد بیکار جامعه افزوده می‌گردند.»

دکتر ناصری ادامه داد: «اینکه حداقل بیش از ۵۰ درصد جامعه‌ی دندانپزشکی کشور با مشکلات اقتصادی و ناهماهنگی میان دخل و خرج مواجه هستند، موضوع کم‌اهمیتی نیست؛ چراکه در طی دو دهه‌ی اخیر و به استناد کنکورهای سراسری، اکثر نخبگان کشور وارد رشته دندانپزشکی شده‌اند. این امر که این جمعیت نخبه‌ی کشور با چنین شرایط نامساعد اقتصادی و معیشتی مواجه گشته‌اند، ضرورت بررسی کارشناسانه و همراه با دوراندیشی کامل و فارغ از جهت‌گیری‌های سیاسی مخرب را، بیش از پیش نشان می‌دهد و چاره‌اندیشی دقیق کارشناسان را، هم در بخش دولتی، هم برنامه‌ریزان کلان‌کشوری و هم کارشناسان بخش غیردولتی، شامل انجمن‌های تخصصی و نظام پزشکی، طلب می‌نماید.»

وی با اشاره به تعرفه‌های دندانپزشکی گفت: «قیمت تمام‌شده‌ی خدمات دندانپزشکی، اختلاف فاحشی با تعرفه‌های تعیین‌شده از سوی وزارت بهداشت و یا دانشگاه‌های علوم پزشکی دارد. در شرایطی که نان-قوت غالب جامعه- به قیمت تمام‌شده به دست مردم می‌رسد، نمی‌توان انتظار داشت که دندانپزشکان، خدمات دندانپزشکی را به قیمت‌های بسیار پایین‌تر از قیمت تمام‌شده به مردم ارائه دهند.»

دکتر ناصری با بیان

اینکه نباید از دندانپزشکان انتظار داشت که به جای دولت یا سازمان‌های بیمه‌گر، یارانه‌ی خدمات دندانپزشکی مردم را از جیب خود پرداخت کنند، افزود: «مگر دولت از قشر دندانپزشک چه حمایتی می‌کند که به صورت دستوری آنان را مجبور به تخصیص یارانه‌ی خدمات دندانپزشکی به بیماران می‌نماید؟ آن هم یارانه‌ای که باید از جیب دندانپزشکان و از حق‌الزحمه‌ی آنان پرداخت شود.»

عضو شورایی سازمان نظام پزشکی کشور گفت: «پرسش این است که در کدام شغل و حرفه‌ای، دولت بدین صورت دستوری، ارائه‌دهندگان خدمات را به ارزان‌فروشی یا تخصیص یارانه از جیب شخصی خود به دریافت‌کنندگان خدمت، اجبار می‌نماید؟»

وی این دستورات دولتی را عاری از دوراندیشی دانست و افزود: «همین دستورات است که داستان‌های زیرمیزی و رومیزی را در نظام سلامت کشور به‌وجود آورده است.»

دکتر ناصری اذعان داشت: «این قانون که فارغ‌التحصیلان پزشکی و دندانپزشکی، از بدو فارغ‌التحصیلی، به مدت دو سال، در مناطق محروم و به سیستم دولتی ارائه‌ی خدمت می‌نمایند، در مقایسه با سایر رشته‌های دانشگاهی سطح کشور که عاری از تعهد خدمتی در مناطق محروم هستند، جای تأمل ویژه داشته و حمایت کافی دولتمردان را از این اقبال طلب می‌نماید.»

وی ادامه داد: «باید در نگاه زمامداران عزیز، این مسأله روشن شود که چرا باید فارغ‌التحصیلان این رشته‌ها، به موجب شرایط و احکام ناعادلانه‌ی مکرر دولتی در کاهش قیمت خدمات دندانپزشکی، همراه با سایر مشکلات جاری و عدم حمایت لازم، مجبور به تعطیلی مطب و محل کسب و کار خود شوند.»

دکتر ناصری در پایان، از تمام متولیان و دلسوزان جامعه، هم در بخش دولتی و هم در نظام پزشکی و انجمن‌های دندانپزشکی سراسر کشور، انجام یک بررسی از روند تعطیلی و واگذاری مطب‌های دندانپزشکی در سراسر کشور و به ویژه کلان‌شهرها را، تقاضا نمود.



برگزاری همایش علمی ایمپلنت های دندانی در اصفهان



◀ آقای دکتر لطفا ضمن معرفی خودتان در مورد سوابق اجرایی و علمی خود توضیح دهید؟

عرض سلام، ادب و احترام خدمت شما ، همکاران دندانپزشک و کلیه فعالان عرضه دندانپزشکی کشور دارم.

دکتر منصور ریسمانچیان دانشیار بخش پروتزهای دندانی دانشکده دندانپزشکی اصفهان، رئیس مرکز تحقیقات ایمپلنت های دندانی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، معاون آموزشی تخصصی دانشکده دندانپزشکی دبیر علمی همایش ایمپلنت های دندانی اصفهان، حدود ۱۶ سال است در زمینه ایمپلنت های دندانی به تحقیقات علمی مشغول هستم و نتیجه آن چاپ بیش از ۴۰ مقاله فارسی و انگلیسی بوده است.

در طی سال های اخیر پیشرفت های چشمگیری در کلیه علوم و به تبع آن در زمینه پروتزهای دندانی و ایمپلنت ها بوجود آمده و خوشبختانه متخصصین و دندانپزشکان ایرانی همپای پیشرفته ترین کشورها در زمینه های همچون استفاده از CAD-CAM، دندانپزشکی دیجیتال، ساخت و مطالعه روی بیومتریالها و ایمپلنت های دندانی، کاربرد زیرکونیا و دندانپزشکی زیبایی پیشگام هستند.

◀ لطفاً بفرمایید آخرین دستاورد ها و پیشرفتهای علمی بین المللی در زمینه پروتزهای دندانی در جهان چیست ؟ و دانشمندان این رشته بیشتر روی چه مسائلی کار می کنند؟

در طی سال های اخیر پیشرفت های چشمگیری در کلیه علوم و به تبع آن در زمینه پروتزهای دندانی و ایمپلنت ها بوجود آمده و خوشبختانه متخصصین و دندانپزشکان ایرانی همپای پیشرفته ترین کشورها در زمینه های همچون استفاده از CAD-CAM، دندانپزشکی دیجیتال، ساخت و مطالعه روی بیومتریالها و ایمپلنت های دندانی، کاربرد زیرکونیا و دندانپزشکی زیبایی پیشگام هستند.

گفت دندانپزشکان ما با پیشرفت های علمی روز آشنایی کامل دارند و از دانسته های خود در ارائه خدمات استفاده می کنند و برای بروز ماندن آنها برنامه های آموزشی کوتاه مدت، همایش های کشوری و بین المللی، دوره های تکمیلی کوتاه مدت و میان مدت در دانشگاه ها باید تدوین و اجرا شود.

با توجه به اینکه امروزه ایمپلنت به یک درمان عمومی تبدیل شده است لزوم آموزش مشترک لابراتوری و کلینیکی با هدف ساخت ایمپلنتهایی با کیفیت و استحکام بالایی از پیش احساس میشود در این زمینه شرکتهای دانش بنیان و نشریات تخصصی چه کمکی می توانند انجام دهند؟

شرکت های دانش بنیان میتوانند با هماهنگی دانشگاه ها اقدام به برگزاری دوره های جامع کوتاه مدت در زمینه مراحل کلینیکی و لابراتوری درمان ایمپلنت داشته باشند و مجلات نیز با ارائه تازه ترین اطلاعات در این زمینه می توانند کمک کنند.

در پایان مطلب و موضوع خاصی در نظر دارید بیان نمایید.

از همکاری و مساعدت شما در شرکت در این مصاحبه کمال تشکر و قدردانی را داریم. ماهنامه سراسری دندانپزشک

در پایان ضمن تشکر از مدیران و هیئت تحریریه ماهنامه سراسری دندانپزشک و همه همکاران گرامی از کلیه علاقه مندان به فعالیت های تحقیقاتی دعوت می کنم با برقراری ارتباط با مراکز تحقیقاتی کشور همچون مرکز تحقیقات ایمپلنت های دندانی و مواد دندانی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان و در سایر دانشگاه ها به طور فعال در زمینه تولید علم دندانپزشکی و به دنبال آن رسیدن به پیشرفت های نوین وارد شوند و از شرکت های تخصصی و فعالان اقتصادی در زمینه مواد و تجهیزات دندانپزشکی نیز تقاضا دارم با حمایت مادی و معنوی مراکز تحقیقاتی کشور در زمینه بومی سازی علوم دندانپزشکی و افزایش تولیدات کشور گام های موثری را بردارند.

با توجه به اینکه شما عضو هیئت تحریریه نشریه آموزشی دندانپزشکی میباشید. نقش و جایگاه نشریات تخصصی در ارائه آخرین دستاوردهای علمی را چگونه میدانید؟

برای پاسخ به این سوال می توانم بگویم شاید عمده ترین دلیل پیشرفت و روزآمدی دندانپزشکی و دندانپزشکان کشور فعال شدن مراکز آموزشی در زمینه انتشار نشریات تخصصی بوده است و در سالهای اخیر شاهد این هستیم که همه دانشگاه ها اقدام به نشر حداقل یک مجله تخصصی در زمینه دندانپزشکی نموده اند بعنوان مثال دانشکده دندانپزشکی اصفهان دارای مجله فارسی و مجله انگلیسی ISI می باشد.

نقش شرکتهای تخصصی در ارائه برنامه های آموزشی برای دندانپزشکان شاغل و بروز کردن اطلاعاتشان با برگزاری دوره ها و کارگاههای تخصصی آموزشی چگونه ارزیابی می کنید؟

از آنجائی که شرکت های تخصصی عمدتاً مواد و تجهیزات جدید و مدرن را به جامعه دندانپزشکی کشور ارائه می کنند به تبع آن باید در زمینه آموزش مزایا و نحوه کاربرد آن فعال باشند و شاهد هستیم کلیه این شرکتهای تیم های آموزشی فعال از اعضاء هیئت علمی دانشگاه ها دارند. حتی بعضی از شرکت ها مانند شرکت درسان طب و مهر آراین و در سال های اخیر اقدام به برگزاری همایش های علمی با استفاده از متخصصین داخلی و خارجی نموده اند.

به نظر شما دندانپزشکان شاغل تا چه اندازه از پیشرفتهای علمی آشنا بوده و از پیشرفتهای علمی جدید استفاده می کنند؟ و برای بروز رسانی دانش علمی شاغلین این رشته چه برنامه های بایستی تدوین و اجرا گردد.

نظر به ارتباط علمی خوب جامعه دندانپزشکی کشور با مراکز آموزشی پیشرفته و حضور بزرگان علمی جهان در برنامه های آموزشی و همایش های دندانپزشکی میتوان



نظر به ارتباط علمی خوب جامعه دندانپزشکی کشور با مراکز آموزشی پیشرفته و حضور بزرگان علمی جهان در برنامه های آموزشی و همایش های دندانپزشکی میتوان گفت دندانپزشکان ما با پیشرفت های علمی روز آشنایی کامل دارند و از دانسته های خود در ارائه خدمات استفاده می کنند و برای بروز ماندن آنها برنامه های آموزشی کوتاه مدت، همایش های کشوری و بین المللی، دوره های تکمیلی کوتاه مدت و میان مدت در دانشگاه ها باید تدوین و اجرا شود.

برگزاری دوازدهمین کنگره جراحان دهان و فک و صورت ایران

◀ آقای دکتر لطفا ضمن معرفی خودتان در مورد سوابق اجرایی و علمی خود توضیح دهید؟

عرض سلام، ادب و احترام خدمت شما، همکاران دندانپزشک و کلیه فعالان عرضه دندانپزشکی کشور دارم.

دکتر منصور ریسمانچیان دانشیار بخش پروتزهای دندانی دانشکده دندانپزشکی اصفهان، رئیس مرکز تحقیقات ایمپلنت های دندانی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، معاون آموزشی تخصصی دانشکده دندانپزشکی دبیر علمی همایش ایمپلنت های دندانی اصفهان، حدود ۱۶ سال است در زمینه ایمپلنت های دندانی به تحقیقات علمی مشغول هستم و نتیجه آن چاپ بیش از ۴۰ مقاله فارسی و انگلیسی بوده است.

◀ لطفاً بفرمایید آخرین دستاورد ها و پیشرفتهای علمی بین المللی در زمینه پروتزهای دندانی در جهان چیست؟ و دانشمندان این رشته بیشتر روی چه مسائلی کار می کنند؟

در طی سال های اخیر پیشرفت های چشمگیری در کلیه علوم و به تبع آن در زمینه پروتزهای دندانی و ایمپلنت ها وجود آمده و خوشبختانه متخصصین و دندانپزشکان ایرانی همپای پیشرفته ترین کشورها در زمینه هائی همچون استفاده از CAD-CAM، دندانپزشکی دیجیتال، ساخت و مطالعه روی بیومترالها و ایمپلنت های دندانی، کاربرد زیرکونیا و دندانپزشکی زیبایی پیشگام هستند.

◀ باتوجه به اینکه شما عضو هیئت تحریریه نشریه آموزش دندانپزشکی میباشید. نقش و جایگاه نشریات تخصصی در ارائه آخرین دستاوردهای علمی را چگونه میدانید؟

برای پاسخ به این سوال می توانم بگویم شاید عمده ترین دلیل پیشرفت و روزآمدی دندانپزشکی و دندانپزشکان کشور فعال شدن مراکز آموزشی در زمینه انتشار نشریات تخصصی بوده است و در سالهای اخیر شاهد این هستیم که همه دانشگاه ها اقدام به نشر حداقل یک مجله تخصصی در زمینه دندانپزشکی نموده اند بعنوان مثال دانشکده دندانپزشکی اصفهان دارای مجله فارسی و





نقش شرکتهای تخصصی در ارائه برنامه های آموزشی برای دندانپزشکان شاغل و بروز کردن اطلاعاتشان با برگزاری دوره ها و کارگاههای تخصصی آموزشی چگونه ارزیابی می کنید؟

از آنجائی که شرکت های تخصصی عمدتاً مواد و تجهیزات جدید و مدرن را به جامعه دندانپزشکی کشور ارائه می کنند به تبع آن باید در زمینه آموزش مزایا و نحوه کاربرد آن فعال باشند و شاهد هستیم کلیه این شرکتهای تیم های آموزشی فعال از اعضای هیئت علمی دانشگاه ها دارند. حتی بعضی از شرکت ها مانند شرکت درسان طب و مهر آراین و در سال های اخیر اقدام به برگزاری همایش های علمی با استفاده از متخصصین داخلی و خارجی نموده اند.

به نظر شما دندانپزشکان شاغل تا چه اندازه از پیشرفتهای علمی آشنا بوده و از پیشرفتهای علمی جدید استفاده می کنند؟ و برای بروز رسانی دانش علمی شاغلین این رشته چه برنامه های بایستی تدوین و اجرا گردد.

نظر به ارتباط علمی خوب جامعه دندانپزشکی کشور با مراکز آموزشی پیشرفته و حضور بزرگان علمی جهان در برنامه های آموزشی و همایش های دندانپزشکی میتوان گفت دندانپزشکان ما با پیشرفت های علمی روز آشنایی کامل دارند و از دانسته های خود در ارائه خدمات استفاده می کنند و برای بروز ماندن آنها برنامه های آموزشی کوتاه مدت، همایش های کشوری و بین المللی، دوره های تکمیلی کوتاه مدت و میان مدت در دانشگاه ها باید تدوین و اجرا شود.

با توجه به اینکه امروزه ایمپلنت به یک درمان عمومی تبدیل شده است لزوم آموزش مشترک لابراتوری و کلینیکی با هدف ساخت ایمپلنتهایی با کیفیت و استحکام بالا بیش از پیش احساس میشود در این زمینه شرکتهای دانش بنیان و نشریات

تخصصی چه کمکی می توانند انجام دهند؟

شرکت های دانش بنیان میتوانند با هماهنگی دانشگاه ها اقدام به برگزاری دوره های جامع کوتاه مدت در زمینه مراحل کلینیکی و لابراتواری درمان ایمپلنت داشته باشند و مجلات نیز با ارائه تازه ترین اطلاعات در این زمینه می توانند کمک کنند.

در پایان مطلب و موضوع خاصی در نظر دارید بیان نمایید.

از همکاری و مساعدت شما در شرکت در این مصاحبه کمال تشکر و قدردانی را داریم. ماهنامه سراسری دندانپزشک

در پایان ضمن تشکر از مدیران و هیئت تحریریه ماهنامه سراسری دندانپزشک و همه همکاران گرامی از کلیه علاقه مندان به فعالیت های تحقیقاتی دعوت می کنم با برقراری ارتباط با مراکز تحقیقاتی کشور همچون مرکز تحقیقات ایمپلنت های دندان و مواد دندان دانشگاه علوم پزشکی اصفهان و در سایر دانشگاه ها به طور فعال در زمینه تولید علم دندانپزشکی و به دنبال آن رسیدن به پیشرفت های نوین وارد شوند و از شرکت های تخصصی و فعالان اقتصادی در زمینه مواد و تجهیزات دندانپزشکی نیز تقاضا دارم با حمایت مادی و معنوی مراکز تحقیقاتی کشور در زمینه بومی سازی علوم دندانپزشکی و افزایش تولیدات کشور گام های موثری را بردارند.



نظر به ارتباط علمی خوب جامعه دندانپزشکی کشور با مراکز آموزشی پیشرفته و حضور بزرگان علمی جهان در برنامه های آموزشی و همایش های دندانپزشکی میتوان گفت دندانپزشکان ما با پیشرفت های علمی روز آشنایی کامل دارند و از دانسته های خود در ارائه خدمات استفاده می کنند و برای بروز ماندن آنها برنامه های آموزشی کوتاه مدت، همایش های کشوری و بین المللی، دوره های تکمیلی کوتاه مدت و میان مدت در دانشگاه ها باید تدوین و اجرا شود.

خبرنامه درسان طب

با بوی بد دهان باید چه کرد؟ (حتماً بخوانید)

بوی بد دهان از موارد شایع بین افراد است و به همین دلیل اغلب خود فرد هم متوجه آن نیست، چون به آن عادت کرده است.

بوی بد دهان از نظر آداب معاشرت اجتماعی برای افراد مشکل آفرین است و باید علت آن شناخته شود، اشکالات حفره دهان یکی از علت‌های اصلی بوی نامطبوع دهان می‌باشد.

همچنین اختلالات گوارشی مانند اختلال در مری و معده در افرادی که مرتباً "ترش می‌کنند و یا عفونتها و آسبه‌های ریوی، التهاب حفره بینی، سینوزیت (التهاب سینوس‌ها)، رنیت (التهاب مخاط بینی) و التهاب ناحیه حلق مثل گلو دردهای چرکی نیز سبب بوی بد دهان شود.

بیماری‌های لثه نظیر پیوره، التهاب لثه، لقی و پوسیدگی دندانها هم از شایعترین علل بوی بد دهان می‌باشند، تجمع میکروارگانیزمها و تخمیر قندها در محل پوسیدگی و موارد دیگر نیز سبب بدبویی دهان می‌شود.

گرسنگی، گرسنه خوابیدن و خوردن بعضی از غذاهای بودار به خصوص در شب مانند غذاهای آماده که در آن سیر و پیاز و ادویه استفاده شده باشد به نوعی باعث بوی بد دهان می‌شود.

استفاده از مسواک قبل و بعد از صبحانه و هر وعده غذایی، لیموترش، شربت پرتغال و یا یک سبزی معطر مثل "نعناع"، "مرزه" و "تلخون" می‌تواند از بوی بد دهان جلوگیری کند.

لازم به ذکر است کشیدن مسواک بر روی زبان یکی دیگر از راه‌های کاهش بوی بد دهان می‌باشد، استفاده از قرص‌ها و اسپری‌های خوشبوکننده علاوه بر بیماری‌های ریه، باعث فرسودگی دندان‌ها به مرور زمان می‌شود.

مسواک زدن و استفاده از نعناع، بهترین راه برای درمان بوی بد دهان است.

افرادی که از بوی بد دهان رنج می‌برند باید حتماً به پزشک مراجعه کنند تا با تشخیص مناسب، علل بوجود آورنده این بیماری در آنها رفع شود.

درمان نکردن جرم دندان بافت لثه را از بین می‌برد

یک متخصص دندانپزشکی گفت: درمان نکردن جرم دندان بافت لثه را از بین می‌برد.

به گزارش ایسنا، دکتر مریم اسدپور توصیه کرد: با جرم‌گیری و تمیز کردن دندان‌ها از روند تخریب لثه جلوگیری کنیم. اسدپور افزود: بزاق‌ها به طور معمول دارای املاح زیادی هستند که قدرت رسوب کردن را دارند این املاح معمولاً در جاهایی که با غذا و مسواک کمتر در تماس هستند رسوب می‌کنند که به مرور زمان با افزایش حجم این رسوبات جرم تشکیل می‌شود و در دهان قابل مشاهده است.

وی با اشاره به اینکه جرم‌های تشکیل شده بر روی دندان به مرور باعث آزرده‌گی لثه شده و جایگزین لثه می‌شود، اظهار کرد: این امر چون به مرور اتفاق می‌افتد فضای خالی که بین دندان‌ها در اثر عقب نشینی لثه ایجاد شده از دید بیمار پنهان می‌ماند. این دندانپزشک متخصص ادامه داد: درموقع جرم‌گیری در هر صورت خونریزی اتفاق می‌افتد و این امری طبیعی است ولی بیمار این امر را دلیل صدمه دیدن لثه‌هایش می‌داند و تصور می‌کند همین خونریزی‌ها به علت کنده شدن لثه‌ها از روی دندان است.

اسدپور در ادامه توصیه کرد: حتماً سالی یک بار جرم‌گیری را در برنامه بهداشتی قرار دهید و در مسواک زدن صحیح دندان‌های خود دقت کنید تا تشکیل جرم به حداقل خواهد رسید.

وی تصریح کرد: اگر در ناحیه‌ای از لثه‌ها خونریزی ایجاد شد آن ناحیه دچار مشکل است و باید به دندانپزشک مراجعه شود. این نواحی باید بیشتر مسواک زده شود. استفاده بیشتر از مسواک در آن ناحیه باعث کاهش خونریزی خواهد شد.

این دندانپزشک متخصص اظهار کرد: بعد از جرم‌گیری حتماً از دهانشویه مناسب استفاده کنید تا در بهبود زخم‌های به جا مانده از جرم موثر افتد. استفاده مداوم از دهانشویه‌ها زیاد توصیه نمی‌شود و یک هفته بعد از جرم‌گیری می‌توانید استفاده از دهانشویه را قطع کنید.

وی یادآور شد: هیچ آنتی‌بیوتیکی قبل و بعد از جرم‌گیری نیاز نیست و در موارد خاص پزشک خود تجویز خواهد کرد بنابراین دارویی بدون هماهنگی پزشک مصرف

خبرنامه در سان طب

نتایج انتخابات ترمیم هیات مدیره انجمن علمی دندان پزشکی ایران

مجمع عمومی عادی (نوبت دوم) انجمن علمی دندان پزشکی ایران، جهت ترمیم ساختار هیات مدیره روز جمعه، ۴ بهمن ماه ۹۲، در سالن شهید دکتر غرضی بیمارستان میلاد برگزار شد.

دستور این جلسه برگزاری انتخابات جهت تعیین دو عضو اصلی و دو عضو علی البدل هیات مدیره بود. در شروع این جلسه دکتر بهزاد فرخ زاده دبیر انجمن دندان پزشکی ایران، در تشریح دستور جلسه مجمع گفت: از آنجایی که صلاحیت دو نفر از اعضای هیات مدیره انجمن (آقایان دکتر علی تاجرنیا و امیر رضا رکن) با وجود پیگیری‌های مکرر، به تأیید نرسید، انتخابات دیگری جهت ترمیم هیات مدیره برگزار می شود.

در ادامه با دعوت دبیر و تأیید حاضران، هیات رییسه سنی جلسه، آقایان دکتر کریم نیلفروشان، دکتر محمود عاقل، دکتر محمدرضا طاهریان و خانم دکتر نازیلا شهبازی در جایگاه مستقر شدند و کاندیداهای حاضر خود را معرفی نمودند.

پس از حضور نماینده وزارت بهداشت رای گیری از حاضران انجام شد.

در این انتخابات هر نفر فقط می توانست به دو کاندیدا رای دهد که براساس شمارش آرا دو کاندیدایی که بیشترین رای را از آن خود کردند، به عنوان اعضای اصلی هیات مدیره و نفر سوم و چهارم نیز به عنوان اعضای علی البدل انتخاب شدند.

پس از اتمام رای گیری و شمارش آرا، از مجموع آرای ریخته شده در صندوق، دکتر سید محمود میران و دکتر عطاله شیرازی به عنوان دو عضو اصلی و دکتر عباس دلورانی و دکتر مصطفی فاطمی به عنوان اعضای علی البدل انتخاب شدند.

لازم به ذکر است در جلسه هیات مدیره انجمن دندانپزشکی ایران که پس از انتخابات برگزار شد، طی مصوبه هیات مدیره از اعضای علی البدل و آقایان دکتر تاجرنیا و رکن دعوت شد تا در جلسات هیات مدیره حضور داشته باشند.

عامل پوسیدگی دندان کودکان چیست

معاون آموزشی دانشکده دندانپزشکی بوشهر گفت: میان وعده‌هایی مانند چیپس، پفک، کیک و بیسکویت باعث پوسیدگی دندان در کودکان می شود.

به گزارش جهان به نقل از فارس، سعید باقی در نشست افزود: والدین تصور می کنند بر اثر استفاده از قطره آهن دندان کودکان پوسیده شده است در صورتی که هیچ دلیل علمی وجود ندارد که قطره آهن باعث این امر می شود.

معاون آموزشی دانشکده دندانپزشکی بوشهر بیان داشت: پوسیدگی دندان در کودکانی اتفاق می افتد که بهداشت دهان و دندان آن‌ها توسط والدین رعایت نمی شود و یا از میان وعده‌های پوسیدگی‌زا مانند چیپس، پفک، کیک و بیسکویت به صورت متناوب استفاده می کنند.

عضو هیئت علمی دانشکده پزشکی اضافه کرد: قطره آهن ترکیبی است که از ۶ ماهگی تا ۲ سالگی طبق نظر دکتر تجویز می شود چون تا قبل از آن به وسیله شیر مادر تأمین می شود.

باقی با بیان اینکه به محض رویش دندان‌های کودک باید تمیز کردن آنها توسط والدین شروع شود، گفت: والدین از حدود ۶ ماهگی با گاز استریل مرطوب یا مسواک نرم مناسب کودک بدون استفاده از خمیردندان شروع به مسواک زدن دندان فرزند خود کنند. متخصص دندانپزشکی خاطرنشان کرد: والدین دندان کودکان خود را از یک تا سه سالگی با مسواک بدون خمیردندان تمیز کنند و از ۳ تا ۶ سالگی از مسواک و خمیر دندان مخصوص کودکان استفاده کنند.

وی با تأکید به اینکه قطره آهن موجب پوسیدگی دندان‌ها نمی شود، تصریح کرد: برخی از دندان‌های شیری تا حدود ۱۲ سالگی باقی می ماند و در صورت پوسیده شدن هر چه سریع‌تر باید مورد درمان قرار گیرند.

متخصص دندانپزشکی کودکان خاطرنشان کرد: کودکان باید شیر به‌ویژه شیر مادر را تا دو سالگی و موادی که حاوی آهن هستند مانند حبوبات، گوشت، زرده تخم مرغ و مواد مکمل آهن دار را مصرف کنند.

وی با بیان اینکه قطره آهن موجب تیرگی دندان‌های سالم می شود، تصریح کرد: برای جلوگیری از تغییر رنگ دندان‌ها موقع مصرف قطره آهن باید قطره عقب دهان ریخته شود و سپس با آب به کودک در فرو بردن آن کمک کنند و بعد از آن دندان‌ها به دقت تمیز شود.

این متخصص تأکید کرد: والدین باید مراقب باشند در صورتی که کودکان شیر خشک مصرف می کنند قطره آهن را در شیشه شیر نریزند و برای اینکه قطره را راحت‌تر به فرزندشان بدهند آن را با یک قاشق آب میوه به نوزادشان بدهند.

وی دلیل اینکه قطره آهن را با آب میوه به کودکان بخوراند گفت: این کار باعث می شود طعم تلخ آهن احساس نشود، ویتامین C موجود در آب میوه‌ها باعث جذب بیشتر آهن در معده و تغییر رنگ کمتر دندان‌ها می شود.

مکمل آهن ترکیبی مهم در ساختار هموگلوبین گلبول‌های قرمز خون است که نقش اکسیژن‌رسانی را بر عهده دارد و در صورت کمبود آهن در بدن باعث کاهش رشد طبیعی (قد وزن)، بهره‌مندی، قدرت یادگیری، قدرت مقاومت بدن در برابر بیماری‌ها می شود و خستگی زودرس، احساس ضعف و بی‌حالی و کم اشتها از دیگر عوارض آن است.

خبرنامه درسان طب

درمان نکردن جرم دندان بافت لثه را از بین می‌برد



واحد آموزش شرکت درسان طب پارس در راستای همکاری های علمی خود با انجمن ها و همچنین گسترش علم ایمپلنتولوژی به مانند کنگره های گذشته اقدام به برگزاری کارگاه های علمی و سخنرانی های علمی در هشتمین کنگره انجمن دندانپزشکان عمومی ایران نمود.

مزایا و کاربرد ایمپلتهای Short و Narrow و اصول پروتزی آنها عنوان اولین کارگاهی بود که در ساعت ۸:۳۰ الی ۱۰:۳۰ روز پنجشنبه ۲۶ دیماه ۹۲ در محل کلاس ۲ هتل المپیک برگزار شد. در این کارگاه که بیش از ۵۰ نفر شرکت کننده داشت آقای دکتر غلامرضا شیرانی (جراح دهان، فک و صورت و رئیس بخش ایمپلنت دانشکده دندانپزشکی دانشگاه تهران) در مورد مباحث جراحی سیستم های ایمپلنت Ridge Line Narrow، Short Implant، Implant Maxillofacial، All on Four صحبت نمودند و سپس خانم دکتر مهناز ارشد (پروستودنتیست و معاون بخش ایمپلنت دانشکده دندانپزشکی دانشگاه تهران) مباحث پروتزی سیستم های فوق را بطور مفصل بیان نمودند و پس از اتمام سخنرانی نیز سؤالات زیادی مطرح شد که هر دو استاد پاسخگوی شرکت کنندگان بودند.

دومین کارگاه مربوط بود به مزایا و کاربرد ایمپلنت های Tissue Level و معرفی سیستم SimpleLineII و اصول پروتزی آنها بود که با حضور بیش از ۴۰ دندانپزشک برگزار شد. در این کارگاه که از ساعت ۸:۳۰ الی ۱۰:۳۰ روز جمعه ۲۷ دیماه ۹۲ در محل کلاس ۲ هتل المپیک برگزار شد آقای دکتر سید جواد مرشدی اسکویی (فلوشیپ و دیپلمات ICOI) تدریس مباحث را به عهده داشتند و همچنین آقای دکتر علیرضا پرهیز (جراح دهان، فک و صورت) و آقای دکتر روزبه صدری منش نیز به عنوان مدیران پانل در این برنامه حضور داشتند و در طول برنامه به سؤالات مطرح شده پاسخ دادند.

در انتهای کلاس دمنستریشن جراحی یک واحد ایمپلنت SimpleLineII روی مدل فکی توسط آقای دکتر مرشدی انجام شد و نکات مربوط به جراحی ایمپلنت های Tissue Level را نیز توضیح دادند.

سومین کارگاه درسان طب پارس در این کنگره نیز با عنوان «بازسازی ناحیه زیبایی در ایمپلنت از دیدگاه پریو و پروتز» همراه با Live Surgery در سالن ۸۰ نفره فرهنگ برگزار شد که با استقبال بی نظیر دندانپزشکان همراه بود طوری که بیش از ۱۰۰ نفر در این سالن حضور داشتند.

در این برنامه ابتدا آقای دکتر مسعود اجلالی (پروستودنتیست) توضیحاتی را در مورد مسائل پروتزی در ناحیه زیبایی دادند و شرایط بیمار را توضیح دادند و سپس آقای دکتر امید مقدس (پروستودنتیست و کارشناس Dental XP) یک جراحی ایمپلنت در ناحیه زیبایی را روی بیمار انجام دادند که همراه با پیوند استخوان بود و همچنین در حین جراحی توضیحاتی را در مورد انجام جراحی دادند و پس از انجام جراحی نیز دکتر مسعود اجلالی (پروستودنتیست) بخش پروتزی این مبحث را عنوان نمودند و روی کست دندانی دمنستریشن مربوطه را انجام دادند و در پایان برنامه هم شرکت کنندگان سؤالات زیادی مطرح نمودند که اساتید این پنل پاسخ گوی آنها بودند.