

# رهنمای کلینیکی برای داکتران دندان



Dr Sayed Maroof Serat

# Clinical Guideline for Dentists



رهنمای کلینیکی برای داکتران دندان

داکتر سید معروف سیرت

داکتر سید معروف سیرت



ISBN 978-9936-620-71-1



# رهنمای کلینیکی برای داکتران دندان

داکتر سید معروف سیرت



Dari PDF  
2022

افغانیک  
Afghanic

## Clinical Guideline for Dentists

Dr Sayed Maroof Serat

Download:

[www.ecampus-afghanistan.org](http://www.ecampus-afghanistan.org)

اقراً باسم ربك الذي خلق

## رهنمای کلینیکی برای داکتران دندان

داکتر سید معروف سیرت  
چاپ اول

این کتاب را به فارمت پی دی اف آن همراه با سی دی آن هم مطالعه می توانید:



رهنمای کلینیکی برای داکتران دندان

داکتر سید معروف سیرت

افغانیک

۱۴۰۱، چاپ اول

۱۰۰۰

۳۴۴

[www.ecampus-afghanistan.org](http://www.ecampus-afghanistan.org)

اسم کتاب

مؤلف

ناشر

سال چاپ

تیراژ

نمبر مسلسل

داونلوډ



امور اداری و تخنیکي این کتاب توسط افغانیک انجام یافته است.  
مسؤولیت محتوا و نوشتن کتاب مربوط نویسنده می باشد.  
ارگان های کمک کننده و تطبیق کننده مسؤول نمی باشند.

اگر می خواهید کتاب های تدریسی شما چاپ گردد، با ما به تماس شوید:

داکتر یحیی وردک، وزارت تحصیلات عالی، کارته ۴، کابل

تلیفون ۰۷۰۶۳۲۰۸۴۴، ۰۷۸۰۲۳۲۳۱۰

ایمیل [textbooks@afghanic.org](mailto:textbooks@afghanic.org)

تمام حقوق نشر و چاپ همراي نویسنده محفوظ است.

ای اس بی ان ۱-۷۱-۶۲۰-۹۹۳۶-۹۷۸

## عمري زده کړې Lifelong learning

دغه کتاب چې تاسو یې په لاس کې لری، د ډاکتر سید معروف سیرت لخوا په ساده او روانه دري ژبه د غاښونو د ځوانو ډاکترانو لپاره د تشریحي سوال او ځواب په توگه لیکل شوی دی. زه د نوموړي لیکوال دغه نوښت چې د زده کړې د نویو مېتودونو څخه گڼل کېږي او د پوهنتون څخه د فارغ شویو ډاکترانو سره د تېرو درسونو په بیاځلې تکرار او د نویو طبي موضوعاتو په زده کړه کې مرسته کوي، ستایم. په دې سره ډاکتران کولای شي خپلو دوامداره زده کړو ( Lifelong learning) ته دوام ورکړي او خپل ځان د نویو څېړنو او علمي پرمختگونو سره هم مهاله وساتي. د یادونې وړ ده، چې مور د لسو کلونو راهیسې د لوړو زده کړو وزارت په چوکاټ کې شاوخوا ۲۵۰ ټوکه طبي درسي کتابونه چاپ او په پوهنتونو ویشلي دي. تاسو کولای شئ د دغه کتابونو نوملړ د دې کتاب په آخر کې وگورئ او هم نوموړي کتابونه د پي ډي اېف په بڼه له دغه [www.ecampus-afghanistan.org](http://www.ecampus-afghanistan.org) وېبسایت څخه ترلاسه کړئ.

دا چې زموږ په هېواد کې د ډاکترانو لپاره د دوامداره زده کړو کومه ځانگړې مرجع شتون نلري، نو موږ غواړو چې په دې برخه کې لومړني گامونه واخلو او د هغوی لپاره د طب په برخه کې نوي او ستندرد کتابونه چاپ کړو.

په دې برخه کې د ټولو ډاکترانو او علمي کدرونو څخه هیله لرو، چې په خپله علمي او مسلکي برخه کې نویې لیکنې او ژباړې وکړي او هم خپل لیکل شوي آثار زموږ په اختیار کې راکړي، ترڅو نوموړي کتابونه په چاپ ورسېږي او په وړیا توگه د افغانستان د ډاکترانو په اختیار کې ورکړل شي. باید هر مسلکي شخص په دوامداره توگه د دندې پر وخت نویو څېړنو او کتابونو ته لاس رسی ولري او خپلو زده کړو ته دوام ورکړي. ترڅو زموږ د ډاکترانو مسلکي روزنه ( Capacity Building) لوړ شي. همدارنگه به په هېواد کې د طبي خدمتونو وړاندې کول هم ښه والی غوره کړي.

ډاکتر یحیی وردک

۲/۱/۲۰۲۲

مقدمه :

کتاب که در پیش روی خود دارید ترجمه و خلاصه بعضی از عناوین بسیار مهم کتابهای مانند Dental Secrets ، اندودانتیک (نوشته داکتر Ingle) و پتالوژی دهن (نوشته Professor Crispian Scully) میباشد ، البته بنده با درک ضرورت و ایجاد سهولت برای داکتران نو فارغ در مدت پنج سال توانستم که این کتاب را به خدمت داکتر صاحبان محترم قرار دهم ، میدانم که این یک کتاب کامل نیست مگر یک کتاب خوب است و حد اقل به یک داکتر نو فارغ نشان میدهد که به تفصیل این عناوین در جستجو شود.

انگیزه : چون هیچ کتاب خلاصه در رشته ستوماتولوژی الی امروز در کشور خود نداریم ، و بلاخره باید داکتران نوفارغ ما کمتر از داکتران نوفارغ منطقه و جهان نباشند و همچنان نباید منتظر ابتکارات دیگران باشیم .

لازم است از داکتر صاحبان تشکر کنم که در جمع کردن مطالب و آوردن کتب لازمه از کشورهای مانند جرمنی ، امریکا و ایران همراهی من کمک نمودند که آنها عبارت اند از داکتر صاحب یحیی وردگ ، محترم سید منیر رسولی ، داکتر محمد اسلم اعظمی و داکتر گل ولی .

## فهرست :

## شماره صفحه

4	اصول تشخیص و تداوی در طب دهن و دندان.....	فصل اول :
9	اناتومی و هستولوژی دندان ، وظایف ازواج قحفی.....	فصل دوم :
11	امراض انساج نرم دهن.....	فصل سوم :
21	مشکلات خون و تاثیرات آن در جوف دهن.....	فصل چهارم :
25	امراض سیستمیک و تاثیرات آن در جوف دهن.....	فصل پنجم :
38	عوارض که در وقت کار رخ میدهند.....	فصل ششم :
54	امراض پریدنتل.....	فصل هفتم :
64	پتالوژی دندانها.....	فصل هشتم :
70	تغییرات اناتومیک و انومالی های تکاملی در جوف دهن.....	فصل نهم :
72	پوشاک محافظتی برای داکتر دندان و تعقیم وسایل.....	فصل دهم :
79	امراض پولپ و امراض اطراف نوک ریشه دندان.....	فصل یازدهم:
99	اسباب بدبویی دهن و تنفس بد بو.....	فصل دوازدهم:
100	نقاط انسئیزی موضعی در جوف دهن.....	فصل سیزدهم :
103	انواع کریس دندان ها و قوانین GV Black.....	فصل چهاردهم:

## فصل اول

### اصول تشخیص و تداوی در طب دهن و دندان

برای یادگیری هر چه بهتر ، این بخش را به شکل سوالات و جوابات ساخته ایم که شروع از این جاہ میشود:

سوال :- ثبت خصوصیات مریض چی اهمیت دارد؟

جواب:-

- اسم مریض - یک مشخصه برای وضاحت است
- سن مریض - برای مقدار دوا و اجازه نوع تداوی
- جنس مریض - برای خصوصیات مربوطه ضروری است
- سکونت اصلی- بعضاً تاثیرات محل زندگی قبلی در بدن دیده میشود
- سکونت فعلی - برای درک رسیدن مریض به محل تداوی
- نمبر تیلفون - برای تعقیب مریض در جریان تداوی و بعد از تداوی
- حالت مدنی - برای معاینات مانند اکسری باید درج شود
- نمبر دوسیه - برای پیدا کردن دوسیه مریض در آینده
- تاریخ مراجعه- برای درک مدت تداوی ضرور است
- وظیفه مریض- تاثیرات کسب و عرفه بالای بدن

سوال :- گرفتن تاریخچه از مریض چی فایده دارد؟

جواب:- تاریخچه گرفتن از مریض 80% داکتر را به تشخیص می رساند.

سوال :- تاریخچه مریض در طب دندان کدام نکات دارند؟

جواب:-

- شکایت اصلی (CC)
- سابقه بیماری حاضر (HPI)
- تاریخچه طبی
- تاریخچه اجتماعی



- سابقه فامیلی
- توجه به سیستمها
- سابقه تداوی دندانها.

سوال :- شکایت اصلی (CC) یعنی چی؟

جواب:- دلیل است که مریض از خاطر آن به کلینیک آمده است.

سوال :- سابقه بیماری حاضر (HPI) یعنی چی؟

جواب:- پرسان کردن در باره وقوع ، طول مدت ، مکان ، ماهیت و تداوی قبلی مرض.

سوال :- در معاینه حالت عمومی مریض به کدام نکات توجه شود ؟

جواب:- اولاً به علایم حیاتی مریض ( تعداد تنفس در فی دقیقه که نارمل آن 16-20/mint میباشد ، نبض که نارمل آن 60-100/mint میباشد ، فشار خون ، درجه حرارت بدن و درد).

سوال :- در تاریخچه طبی کدام سوالات مهم است ؟

جواب :- در تاریخچه طبی [ تداویهای اخذ شده در گذشته (نام دوا ، مقدار و مدت تداوی) ، سابقه بستر شدن ، حساسیتها ، تاریخچه صحی قبلی (مانند امراض ساری ، امراض قلبی ، مرگی و حاملگی) ] باید پرسان گردند.

سوال :- در گرفتن تاریخچه توجه به کدام سیستمها شود؟

جواب:- سیستم قلبی و عایی ، تنفسی ، عصبی ، صحت روانی ، گوش گلو بینی ، معدی معایی ، بولی تناسلی ، جلدی ، حرکی سکلیتی و چشمها.

سوال :- معاینه فزیک مریض در طب دندان شامل معاینات کدام بخشها میباشد؟

جواب:- معاینه فزیک مریض عبارت است از:- معاینه انساج بیرون از دهن و معاینه داخل جوف دهن .

سوال :- معاینه انساج بیرون از دهن را تشریح نمایید؟

جواب :-

### ❖ معاینه سر و گردن :

- معاینه مردمک چشمها : وسیع در اضطراب و در استعمال کنندگان کوکابین ولی منقبض در استعمال کننده گان هیروین.
- رنگ وجه: رنگ پریدگی در کمخونی
- سرخی در وجه : اضطراب ، الکولیزم ، پولی سائیتیمیا
- دانه ها در وجه : در امراض وایرسی
- فستولها در وجه: فستول جلدی در اوستیومیالاییتس
- تناظر وجه
- تورم ها در گردن: عقدات لمفاوی ، غدوات لعابیه و غده تایراید

### ❖ معاینه اعصاب قحفی :

- بیل پلسی: یعنی نتوانستن بستن چشم به صورت کامل ، چین دادن پیشانی ، تبسم و شفلاق زدن.
- فلج وجه : در این حالت پلک زدن در مقابل تنبه قرنیه توسط تار نخعی از بین میرود.

### ❖ معاینه دستها و پاها:

- ناخن های جویده شده: در اضطرابات
- ناخن های قاشق مانند در کمبود آهن
- Finger Clubbing در امراض سیستمیک
- تغییرات جلدی در دستها .

سوال : معاینه دهن را تشریح کنید؟

جواب :- معاینه زبان ، بیره ها ، ناحیه صدغی فکی ، غدوات لعابیه ، دندانها ، لبها و غشای مخاطی کام و کومه ها.

سوال :- معاینات برای رسیدن به تشخیص کامل کدامها اند؟

جواب:- تصویر برداری ، بایوپسی ، مایکروبیولوژی ، تستهای خون و غیره.

سوال :- تاریخچه اجتماعی یعنی چی؟

جواب:- (وظیفه ، اعتیاد ، اخلاق)

سوال :- سابقه فامیلی یعنی چی؟

جواب:- (برای درک و تشخیص امراض ارثی مفید است)

سوال :- مهمترین کار بعد از تشخیص برای داکتر چیست؟

جواب:- تصمیم گرفتن برای تعیین نوع تداوی (تداوی دوایی ، جراحی ، مشوره دهی و غیره)

سوال :- پلان تداوی مرض را چگونه طرح نمایید:

جواب :-

- a- اعراض را داکتر به دقت بشنود.
- b- علایم را در معاینه کردن پیدا کند .
- c- نتایج معاینات مکمله را ببیند.
- d- نتیجه را با در نظر داشت تمام کوششهای فوق دریابد.
- e- تصمیم تداوی یا ریفیر مریض را بگیرد. یعنی در حالات که به نتیجه مطلق و درست داکتر نرسد باید مریض را به متخصص ریفیر نماید.

سوال :- شش حلقه مهم برای شفاءیاب شدن مریض کدامها اند؟

جواب :- معاینه کامل، ساختن پلان تداوی ، تداوی ریشه کن آفت ، دادن معلومات به مریض ، توضع ادویه لازم ، تحمل و پیروی مریض.

سوال:- چرا در تاریخچه گرفتن سوالات شفاهی پرسان میشوند؟

جواب :- چون بعضی جوابات ضرورت برای تشریحات زیاد دارند.

سوال:- در تاریخچه مربوط طب دندان چه چیز را باید درج کرد؟

جواب:-

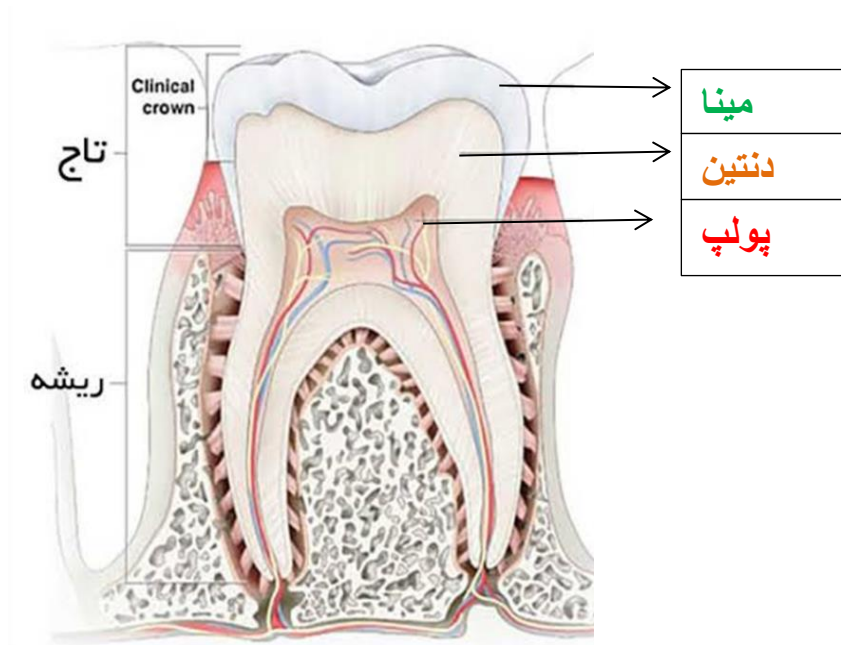
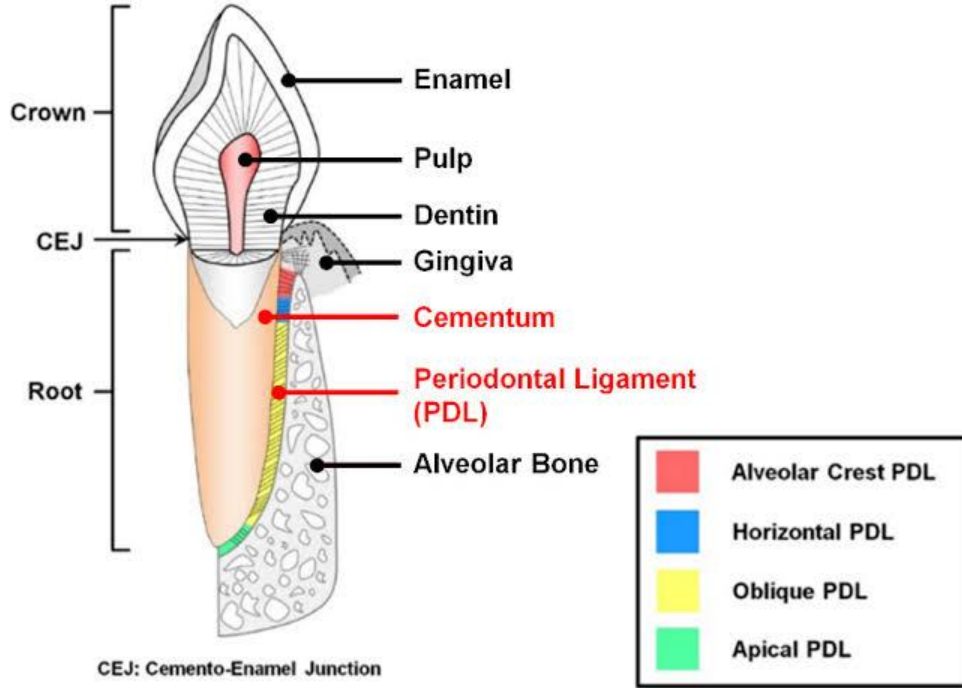
- a- تداوی های قبلی دندانها با دفعات آن.
- b- علل مراجعه به داکتران دندان در قبل و حال
- c- تمرین های بهداشت دهن
- d- درد دندان ، حساسیت دندانها ، خونریزی بیره ها ، لقی دندان ها ، بد بوئی دهن ، ضربه به دهن و یا وجه ، دندان قروچه ، خوردن ناخن
- e- عادات غذایی مثلاً میده کردن خسته نباتات با دندانهای قدامی

سوال:- آیا میتوانیم یک مریض که علایم حیاتی آن غیر نارمل باشند مثلاً تب داشته باشد ، تحت تداوی دندان بگیریم؟

جواب :- نه بصورت فوری.

## فصل دوم

### اناتومی و هستولوژی دندان



## ازواج قحفی و وظایف آنها:

- I حس بویایی
- II بینایی و عکس العمل مردمک چشم در مقابل نور
- III حرکات چشم و عکس العمل مردمک چشم
- IV حرکات چشم
- V حسیت وجه ، عکس العمل قرنیه چشم ها ، حس ذایقه ، حرکات عضلات  
جونده و Jaw jerk
- VI حرکات چشم ها
- VII حرکات عضلات وجه ، عکس العمل قرنیه چشم ها و حس ذایقه
- VIII حس شنوایی و حس موازنه بدن
- IX Swallow و حس ذایقه
- X Digestion and Heart rate
- XI حرکات عضلات Sternomastoid و Trapezius
- XII حرکات زبان

<b>Cranial nerves</b>		
<b>Number</b>	<b>Name</b>	<b>Function</b>
I	olfactory	smell
II	optic	Sight
III	oculomotor	moves eye, pupil
IV	trochlear	moves eye
V	trigeminal	face sensation
VI	abducens	moves eye
VII	facial	moves face, salivate
VIII	vestibulocochlear	hearing, balance
IX	glossopharyngeal	taste, swallow
X	vagus	heart rate, digestion
XI	accessory	moves head
XII	hypoglossal	moves tongue

## فصل سوم

### امراض انساج نرم دهن

نوت :- اکثریت امراض در دهن توسط میکروبهای ذیل بوجود میاید :-

1:- فننگسی

a- فننگس های فرصت طلب

b- کاندیدیازس.

2:- وایرسی :-

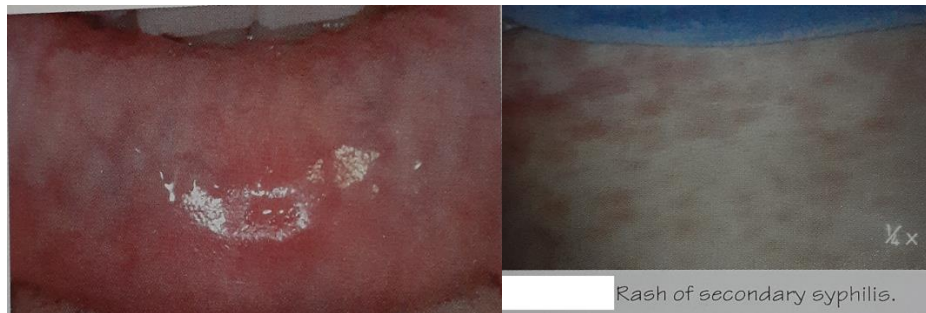
a- وایرس تب خال ساده (HSV)

b- سایتومیگالو وایرس (CMV)

c- واریسلا زوستر وایرس (VZV)

d- (EBV(Epstein Bair Virus).

3:- سیفلیس :- اولیه ، ثانویه ، نوع سوم و مادرزادی.



نوت :- یک داکتر دندان باید حد اقل در مورد امراض دهن بداند چون اگر تداوی نتواند باید در مورد تشخیص آن و یا برای وقایه از ایجاد مشکلات بعدی که از سبب آن بوجود میایند مریض را با خبر بسازد و به متخصص مربوطه ، مریض را راجع نماید.

سوال :- کدام تکنیک بهترین تکنیک برای تشخیص امراض انساج نرم دهن میباشد؟

جواب :- بایوپسی در تومورها ، و اگر امراض ویروسی و یا فننگسی در نظر باشند در این صورت حجات تراشیده شده از غشای مخاطی دهن با ارزش می باشد.

سوال :- در حالی که اکثریت امراض دهن با پنسیلین حساس هستند پس چرا به بعضی مریضان ، کشت میکروب ها ضرورت مییابد؟  
جواب :-

A: - در مریضان که سیستم معافیتی وجود شان ضعیف باشد و یا در مریضان که مهار مغز استخوان هستند باید میکروبها کشت شوند.  
B: - در مریضان که انتان منتشر دارند ، و قبل از تغییر انتی بیوتیک باید کشت میکروب اجراء شود.

سوال : اگر مریض همزمان با زخم های داخل دهن ، تب خال نیز در لبها داشته باشد چه مشکل به نظر داکتر میرسد؟  
جواب: این مریضان اکثراً دارای سیستم معافیتی ضعیف اند ، از این رو دچار تب خال(که یک مشکل ویروسی است ) می باشد .

سوال :- کدام مکرוב سبب سوزش در زخم های داخل دهن می شود ؟  
جواب :- فنگس (قارچ) که معمول آن Candida می باشد.

سوال :- در مریضان که سیستم معافیتی پایین دارند برای تشخیص دقیق چی کار ضرور مییابد؟  
جواب:- در مریضان که سیستم معافیتی پایین دارند زخم های دهن اشکال متفاوت دارند در این صورت کشت مکرוב برای تشخیص دقیق ضروری است.  
چون در اکثریت زخم های دهن باکتریها ، ویروسها و فنگسها(قارچها) دخیل می باشند و ضرور است تا نوع آن معلوم شود.

سوال :- عوامل که عقدات لمفاوی را ضخیم می سازند کدامها اند؟  
جواب:-

- a- امراض التهابی دهن.
- b- امراضی معافیتی (مانند روماتیزم مفصل) و ارتیمایی منتشر.
- c- امراض خبیث و یا میتاستاز تومورها.



- d- امراض ذخیره یی چربی (Neimannpick).
- e- امراض تأیراید مانند (Hyperthyroidism).
- f- عکس العمل دوا.

سوال :- فرق در بین عقدات ضخیم شده توسط تومورها و یا ضخیم شده توسط التهاب چه میتواند باشد؟

- a- فرق در مدت زمان :- در تومورها زیاد طویل مدت می باشد ولی در التهابات حاد (کوتاه مدت) می باشد.
- b- محراق انتانی : در تومورها علت ضخامه غیر میکروبی است ولی در التهابات یک محراق میکروبی موجود بوده و با تداوی ضد میکروبی و تداوی موضعی این منطقه ضخامت عقده لمفاوی از بین میرود.
- c- درد : در تومورها درد در عقده لمفاوی موجود نیست ولی در التهابات درد با لمس موجود است.
- d- سیر : در تومورها سیر ضخامه عقده لمفاوی بطی می باشد ولی در التهابات سیر ضخامه عقده لمفاوی سریع می باشد.
- e- ثابت بودن با اعضا مجاور : در تومورها ثابت است ولی در التهابات متحرک است.
- f- جواب دهی با انتی بیوتیک : در تومورها جواب منفی ولی در امراض التهاب میکروبی جواب مثبت دارد.
- g- انتشار : در تومورها در یک طرف عقدات لمفاوی ضخیم میشوند ولی در امراض سیستمیک معمولاً دو طرفه می باشد.

نوت :- علت ضخیم شدن عقدات لمفاوی (Lymph adeno pathy) فقط توسط بایوپسی میتوان تشخیص کرد که چه علل دارد و یا اسپایریشن توسط سوزن.

سوال :- مهمترین و شایع ترین علت تورم داخل دهن چیست؟  
جواب:

A-انتانات .

B - تومورها.

سوال :- چه وقت غده پروتید التهابی می شود؟

جواب:

- A- در امراض ویروسی مانند (کله چرک ، انفلوینزا و یا کوکساکسی).
- B- در امراض باکتریال مانند (Staphylo coccus aureus) که چرک در غده ایجاد میشود.

سوال :- اسباب شایع خشکی دهن چیست؟

جواب :-

- a- بالا بودن سن (عمر).
- b- مصرف بعضی دواها : مانند انتی هستامینیکها .
- c- تداوی توسط شعاع.
- d- سندروم (sjogren) که یک مرض سیستم ایمنی در غدوات اگزوکراین است.

سوال :- چطور میتوانیم بگویم که در غده پاروتید تومور موجود است؟

جواب :-

- موجودیت کتله محکم و ثابت در ساحه غده پاروتید.
- فلج عصب وجه (Facial Nerve).

سوال :- آیا کدام مواد است که در به میان آمدن سرطان دهن رول داشته باشد؟

جواب: بلی تنباکو و الکھول.

سوال :- کدام علایم سرطان دهن در کلینیک ها دیده میشوند؟

جواب:

- A- زخم غیر قابل ترمیم حتی بیشتر از 14 روز.
- B- ساحه لوکوپلاکیا (10%) درست است.
- C- سفیدی در سرطان سطحی نمی باشد و توسط تراش از بین نمی رود.  
و باید از کاندیدیازس و یا سفیدی که به دنبال سوختگی (که توسط تراش از بین میرود) فرق کرد.



سوال :- چرا در ضایعات دهن مخصوصاً ضایعات رنگه دهن قبل از بیوپسی گرفتن میتود (Sprayation) مفید است؟  
 جواب :- چون شاید ضایعه خونده باشد.

سوال :- چند نوع زخمها را در دهن انسانها دیده میتوانیم؟  
 جواب:-

- a- زخم های تروما تیک .
- b- کانسر.
- c- شانکر سیفلیس.
- d- سیالومتاپلازی نکروزان .
- e- ستوماتیت مرضی .
- f- سیل (توبرکلوز).
- g- عفونت قارچی عمقی.
- h- Noma.

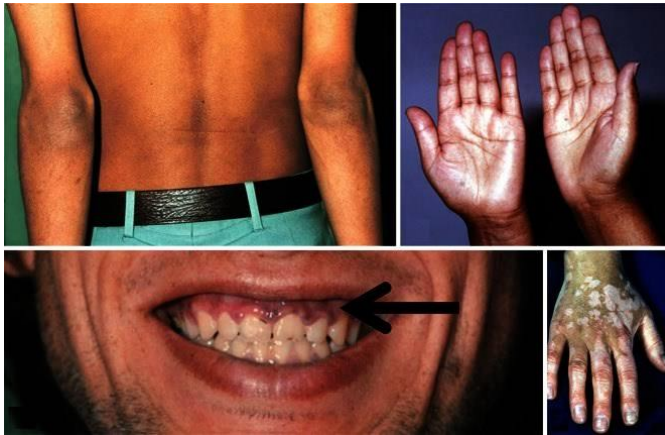
سوال :- چرا ضایعات رنگه در دهن و اطراف دهن انسان بوجود می آید؟  
 جواب: دو نوع اسباب دارند:

1- اسباب داخل المنشاء :- عبارت از (میلانوما ، مرض آدیسون ، پولیپهای امعا)

میلانوما



## مرض آديسون



پولیپهای امعا که سبب (Peutz-Jeghers Sendrom) میشود.



2- اسباب خارج المنشاء:-

- مسمومیت با سرب
- خال کوبی
- دواها و مواد کیمیایوی مانند:- تتراسکلین و ترکیبات بیسموت.

سوال :- چند مرض و کدام ها هم در جلد و هم در داخل دهن ظاهر میشوند؟  
جواب :-

a- پمفیگوس ولگاریس :- این آفت بسیار دردناک است.



b- پمفیگویید بولوس.



c- لوپوسس اریتماتوس.



d- لیکن پلان ( التهاب غشای مخاطی دهن در مقابل فلز مثلاً املگم)



e- اریتم مولتی فورم.



سوال :- مریض 25 ساله است ، حفظ الصحه دهن را مراعات کرده اما خونریزی بیره ها به صورت آنی برایش پیدا شده داکتر چه باید کرد؟

جواب:- اول باید (CBC) را در خون مریض معاینه کرد چون امکان دارد که Platelet های خون کم باشند و شاید مرض (Leukemia) داشته باشد.

سوال :- مریض 45 سال عمر دارد و چاق است و پریودنتائیتس چرکی دارد در تاریخچه خود از گرسنگی مداوم حکایه می کند ، کدام معاینه را باید داکتر برایش بدهد؟

جواب :- معاینه شکر (Fasting blood sugar).

سوال :- دواهای که سبب Hyper plasia بیره ها میشوند کدام ها اند؟  
جواب:

a- فنیتوین .

b- سیکلوسپورین.

c- نیفیدپین.



سوال :- اگر یک زخم مرکز چرکی داشته باشد ، و اکثراً در کنار طرفی زبان باشد ،  
عقدات لمفاوی ضخاموی باشد چه را باید داکتر در تشخیص احتمالی در نظر  
داشته باشد؟

جواب :- مرض سل (توبرکلوز دهن)



سوال :- در کمخونی فقدان آهن و کمبود ویتامین B چه تغییرات در جوف دهن و ناخنها  
می بینید؟

جواب :

a- زبان در حصه خلفی آن صاف میشود.

b- زاویه لب شقاق پیدا می کند.



سوال :- در مریضان که تومور تحت زبان را تداوی با شعاع می کند چه باید عوارض جانبی شعاع باشند؟

جواب :-

- a- خشکی دهن .
- b- کریس دندانها .
- c- (Osteo radio necrosis).
- d- (Mucositis).

سوال :- مریض دوا یی ضد سرطان ثدیه می خورد و حالا میخواهد دندان را بکشد ، خطر در چه است؟

جواب :- چون این تداوی کیمیاوی مغز استخوان را از بین می برد پس اولاً باید (CBC) به مریض اجرا شود بخصوص مقدار WBC و platelet ها).

سوال :- در شخص که مرض لیکنپلان موجود باشد و دیورتیک هیدروکلروتیازیدی را میخورد چه سبب میشود که این دوشی را با هم ربط دهد؟

جواب : عوارض جانبی دوا مدرر .

سوال :- بعضاً مرحم اسپیرین را مردم به بیره می مالد که سبب مرگ غشای مخاطی دهن میشود و ضایعات سفید رنگ و نکروتیک را سبب میشود آیا قابل تشویش است ؟

جواب :- نخیر تاثیرات کیمیاوی همان مرحم میباشد.



## فصل چهارم

### مشکلات خون و تاثیرات آن در جوف دهن

سوال : در بعضی حالات چرا تداوی زخمهای دهن نتیجه مثبت نمیدهد؟

جواب : چون در بعضی کلینیک های دندان (CBC) یعنی شمارش کامل حجرات خون را به مریض اجرا نمی کنند و نمی توانند که علت اصلی مرض را دریابند.

سوال:- در (CBC) چه چیزها شمارش میشوند؟

جواب :

WBC 4000-10.000/ $\mu$ L

مگر در اطفال بلند میباشند ( $13500 / \mu$ L)

RBC 4.5-6.4Milion/ $\mu$ L

Hematocrit (HCT) at Male (40-54%) at Female (37-47%)

Hemoglobin (HGB) at Male (14-18) gr/dL at Female (12-16) gr/dL

Platelets 150000-450000/ $\mu$ L

سوال:- مقدار شکر خون بصورت نارمل چقدر است و در کدام وقت یعنی قبل از چای صبح (تا 2 ساعت بعد از خواب) و یا بعد از خوردن غذا ، خوب است که معاینه شود؟

جواب : Fasting Blood Sugar = 75-99mg/dL البته در جریان دو ساعت اول صبح

Randum Blood Sugar = 100-140mg/dL البته دو ساعت بعد از خوراک

سوال :- چه گونه میتوانیم که از خونریزی بعد از دندان کشیدن در اول کار خود را آگاه نمایم تا بعداً وارخطا نشویم؟

جواب :- در اول باید از مریض یک تاریخچه کامل گرفته شود (با جزئیات).  
مثلاً سوالات ذیل باید از مریض پرسان شوند:

- a- آیا در فامیل شما کسی هستند که خونریزی شان بعد از زخمی شدن زود ایستاده نشود؟
- b- آیا خود مریض مشکل خونریزی دارد ، و اگر دارد چه گونه ؟
- c- اگر خونریزی دارد به کدام دوا آنرا توقف داده بودید؟

سوال :- اگر مریض مشکل خونریزی داشته باشد و یا به آن مشکوک شویم که شاید مشکل خونریزی داشته باشد پس داکتر باید چه آزمایشات را به وی بدهد؟

جواب :-

- a- تعداد (Platelets) که نارمل آن (150.000-450.000/  $\mu$ L) است.
- b- PT (پروترومبین تایم) که نارمل 10-13 ثانیه است.
- c- BT (بلیدنگ تایم) که نارمل آن کمتر از 9 دقیقه است.
- d- PTT (زمان نسبی ترومبو پلاستین) 25-36 ثانیه نارمل است.

سوال :- اگر تست های خون کدام یکی آن مثبت بود که نشان دهنده عدم جور شدن علقه خون باشد باید مریض را به متخصص کدام رشته راجع کرد؟

جواب :- خون شناسی (هیماتولوجیست).

سوال :- شخص که مرض خونریزی بطور ارثی داشته باشد چه دواها به کدام مقادیر داده میشوند؟

جواب:- مشوره با متخصص شود.

سوال :- وارفارین به کدام شیوه مانع ساختن علقه خون میشود؟

جواب :- وارفارین مانع تبدیل شدن ویتامین (k) به شکل فعال آن میشود که در نتیجه فاکتورهای تحثری خون (فکتور 2-7-9 و 10) را تحت تاثیر قرار می دهد.

سوال :- اگر مریض اسپرین می خورد ، دندان کشیدن در واقعات غیر عاجل برای وی منع می باشد چرا؟

جواب :- اسپیرن بالای انزایم سیکلو اکسیجناز تاثیر می کند و علقه خون را نمی گذارد که تشکل پیدا کند.

نوت :- انزایم سیکلو اکسیجناز تجمع پلتلیت ها را سرعت می دهد در صورتی که این انزایم از کار بیفتد پس علقه خون بوجود نمی آید.

سوال :- تاثیرات دواهای ضد درد و التهاب بالای تحثر خون چیست ؟

جواب :- دواهای ضد التهاب غیرسترویدی (NSAIDs) ، بطور موقت تجمع (Platelets) را مختل می کند و هر گاه دوا از وجود پاک شد پس نارمل میشود مگر اسپرین چون بالای انزایم سیکلو اکسیجناز تاثیر کرده ، پس تا 7-10 روز که عمر (platelets) می باشد خطر خونریزی را ایجاد می کند (بعد از قطع دوا هم).

سوال :- اگر مریض مراجعه نماید که خونریزی بیره ها دارند به کدام امراض باید فکر کرد؟

جواب :-

- a- شاید مریض Papelitis در بین دو دندان داشته باشد .
- b- شاید مریض Gingivitis داشته باشد.
- c- شاید مریض اختلال Platelet (صفیحات دمویه) داشته باشد.
- d- شاید مریض کمبود فکتورهای خون داشته باشد.
- e- شاید مریض سرطان خون داشته باشد.
- f- شاید مریض اختلال میتابولیکی داشته باشد.

سوال :- در مریضان که خونریزی بیره ها ، ما را در فکر به طرف مشکل خون می کشاند چه تست ها را باید به مریض بدهیم؟

جواب :- PT-PTT و CBC.

سوال :- در مریضان که خطر اندوکاردیت قلبی در آنها موجود باشد یعنی:

a- کسانی که عملیات قلبی کرده باشند.

b- کسانی که سوء شکل قلبی دارند.

c- روماتیزم قلبی و غیره.

چی باید کرد؟

جواب :- باید بطور وقایه از خطر باکتری می به مریض دوا ضد میکروب میدهیم (به مشوره داکتر داخله قلبی و به دوزهای معین شده).

سوال :- چه وقت داکتر دندان از نظر قانونی مسول ایجاد اندوکاردیت بعد از عملیات دندان می باشد؟

جواب:- در هنگام که آخرین پیشنهادات (AHA) یعنی (انجمن قلب امریکا) را از نظر دور انداخته باشند.

نوت :- یعنی داکتر دندان اگر مطالعه از امراض قلبی و خون نداشته باشد در دراز مدت و کوتاه مدت قاتل مریضان می باشد.

سوال :- در مریضان که مفصل مصنوعی دارد و میخواهد دندان بکشد چه باید کرد؟

جواب :- در مریضان که مفصل مصنوعی دارد باید بطور وقایوی انتی بیوتیک را بدهیم .

سوال :- در مریضان که (AZT , Azidothymidine) که یک دوا ضد ویروسی (HIV) هست می گیرد چرا باید (CBC) را تست کرد؟

جواب :- چون این دوا تاثیرات سمی (زهری) بالای سیستم خونساز دارد پس امکان دارد که سبب کم خونی شده باشد.

## فصل پنجم

امراض سیستمیک و تاثیرات آن در جوف دهن :-

نوت :- در مریضان مبتلا به (HIV) در هر 3-6 ماه باید معاینه دندانها شود چون مکروبهای فرصت طلب در عدم مراعات بهداشت دهن سبب مشکل بزرگ میشود.

سوال :- در مریض قلبی که در هنگام تداوی دندان یک درد در صدر بوجود بیاید چه باید کرد؟

جواب :-

- a- اولاً تداوی دندان را فوراً قطع کنید .
- b- علایم حیاتی را اندازه کنید.
- c- از الماری دواهای عاجل باید به مریض (Nitroglycerin) بدهید.
- d- علایم حیاتی را تحت نظر داشته و ادامه می دهیم و اگر الی 3 دقیقه هم درد در صدر موجود باشد دوز دوم دوا داده شود .
- e- به امبولانس خبر داده شود.

سوال :- در کدام فشار بلند خون ، باید دندانها تداوی نشود؟

جواب :- 160/100mmHg و یا بیشتر از آن .

سوال :- در مریضان که سکته قلبی گذشتانده چی وقت تداوی های غیر عاجل دندان اجرا شود ؟

جواب :- شش ماه بعد از سکته قلبی میتوانیم که تداوی های غیر عاجل دندان اجرا شود .

سوال :- آیا تطبیق بی حسی موضعی که Adrenalin (اپی نفرین) دارد در مریضان که امراض قلبی دارند اجازه دارد ؟

جواب :- بلی مگر کمتر و یا برابر به دو (1/100.000 Carpule) و با مشوره با داکتر معالج که مریض در تحت تداوی آن باشد.



نوت :- هیچ گاه از تارهای قالبگیری که (Adrenalin) دارد و آنهم با فیصدی زیاد ، که سبب بلند رفتن فشار خون میشود ، در مریضان فرط فشار خون و فرط فعالیت تایر اید استفاده نشود.

سوال :- خطر عمده در تداوی مریضان شکر چه است؟

جواب :- رفتن مریض به هایپوگلاسیمی در جریان کار بالای دندان وی.

سوال :- اگر یک مریض که مرض شکر دارد غذا یی کم خورده باشد و یا انسولین را زیاد گرفته باشد و یا هم ورزش زیاد کرده باشد با چه خطر میتواند مبتلا شود؟

جواب :- هایپو گلاسیمی.

سوال :- علایم هایپو گلاسیمی در مریض چه می باشند؟

جواب: تکیکاردی ، تعرق ، طپش قلب ، لرزش، تهوع ، گرسنگی و حتی تشنج.

سوال :- اگر مریض در تحت تداوی دندان به هایپوگلاسیمی برود چه باید کرد؟

جواب :-

A - تداوی دندان را فوراً قطع میکنم.

B - اگر مریض در هوش باشد به صورت خوراکی برایش گلوکوز خوراکی میدهم.

C - اگر مریض بی هوش شود باید به سرویس عاجل در تماس شویم و برای مریض یک گرام گلوکاگون زرق داخل عضلی میکنیم و یا محلول گلوکوز 50% را بصورت انفیوژن وریدی سریع میدهیم در این صورت در ظرف 15 دقیقه مریض به هوش می آید ، و درحالت هوش برایش اشکال از گلوکوز خوراکی می دهیم.

سوال :- در مریضان شکر چرا زخم بیره میکروبی میشود و به تاخیر ترمیم میشود؟

جواب :- چون شکر زیاد در خون مانع رسیدن اوکسیجن و حجرات دفاعی به ساحه زخمی میشود.

سوال :- علایم هایپو تایرودیزم (کم کاری تایراید) چه چیز میباشند؟

- a- ضعف و خستگی
- b- عدم تحمل سرما
- c- تغییر وزن
- d- منوراژی
- e- خشکی پوست

سوال :- در حساسیت های که در مقابل دستکش به لبهای مریض (تورم لبها) پیدا میشود چه کار باید شود؟

جواب :-

- a- در حالت که خفیف باشد 50 ملی گرام دیفین هیدرامین خوراکی داده شود.
- b- اگر حالت حساسیت متوسط یا شدید باشد 50 ملی گرام دیفین هیدرامین به داخل عضله داده شود و یا وریدی داده شود .
- c- به سرویس عاجل خبر دهید.
- d- در باره این حساسیت باید در آینده مریض به هر داکتر که برایش دستکش استفاده میکند بگوید.
- e- به مرکز حساسیت باید مریض در آینده مراجعه کند.

سوال :- اگر مریض به (اموکسیسیلین) حساسیت کرد چه باید کرد؟

جواب :-

A:- در عکس العمل های تاخیری (بیشتر از یک ساعت) و محدود به پوست تداوی ذیل انجام میشود:

I- 50 ملی گرام دیفین هیدرامین عضلی و یا وریدی میدهیم.  
 II- هر 6 ساعت بعد باید تا وقتی که علایم حساسیت بر طرف نشده است ، باید 25-50 ملی گرام دیفین هیدرامین گرفته شود .

B- اگر عکس العمل فوری باشد (کمتر از یک ساعت) و محدود به پوست باشد.

- 50 ملی گرام دیفین هیدرامین عضلی و یا وریدی .
- به سرویس عاجل انتقال داده شود.

C - اگر حساسیت زیاد شود (کانژنکتیویت ، رینایتس ، انقباض برانشها و یا انجیو اودیم) بوجود آید چه باید کرد؟

❖ 0.3 سی سی از محلول مایع اپی نفرین 1/1000 تحت جلدی یا عضلی زرق شود .

❖ اگر فشار خون پایین شود باید انتراکت نصب شود و سیروم رینگر لکتات یا دکستروز 5% برایش شروع شود.

سوال :- علایم انافلکسی کدامها اند؟

جواب :-

- سیزم برانشها.
- سقوط فشار خون .
- شوک ضربه روحی و کھیر (تورم سرخ رنگ جلد با خارش بدن)
- انجیواودیم (تورم جلد و تحت الجلد)

سوال :- چرا انافیلاکسی بوجود میاید؟

جواب :- در اثر حساسیت ، یا تنفس بند میشود یا خون در دوران خون نمیرسد.

سوال :- تداوی انافیلاکسی چیست ؟

جواب :-

a- به سرویس عاجل خبر داده شود .



b- 0.5 سی سی محلول مایع اپی نفرین 1/1000 تحت جلدی یا عضلی زرق شود.

c- در صورت ضرورت در هر 20-30 دقیقه اپی نفرین زرق شود یعنی الی 3 دوز هم اجازه دارد.

d- ماسک اوکسیجن 4 لیتر در دقیقه به مریض نصب شود.

e- انتراکت در رگ نصب شود و سیروم رینگر لکتات 100 سی سی در یک دقیقه و اگر فشار پایین شود جریان سیروم سریع شود.

f- اگر حنجره انسداد پیدا کند باید کریکوتیرویدوتومی شود.

g- اگر برانشها سپزم پیدا کرده باشد نیبولایزر بنام البومترویل یا تربوتالین داده شود و یا امینوفیلین وریدی در طول 20-30 دقیقه انفیوژن بمقدار 6 ملی گرام فی کیلو گرام وزن بدن داده شود.

سوال :- چرا در مریضان که کمخونی فقدان آهن را به شدت Crisis (بهرانی) مرض دارد ، تداوی سلولیت صورت (وجه) باید در شفاخانه در بستر انجام شود ؟

جواب :- چون این مریضان بسیار زیاد مساعد برای باکتریمیا هستند و تداوی های معمولی دندان باید به دوا تداوی شود ، و اگر عاجل باشد باید انتی بیوتیک های پروفیلاکتیک داده شود .

نوت:- در مریضان مبتلا به کم خونی فقدان آهن باید همیشه دندانها از منگ پاک شود و کریس دندانها تداوی شود تا که در آینده از تداوی پر خطر نجات یافته باشند.

سوال :- علایم دهنی در مریضان لوکیمیا(سرطان خون) چیست؟

جواب :-

- خونریزی از لثه ها ، پتیشیا( خونریزی تحت الجدی) ، اکیموزس و هیمتوم ، چون ترومبوسایتوپنیا ( کمبود Platelets) موجود است.
- عفونت های باکتریایی عود کننده یا مقاوم ، لمفادینوپتی ، زخم های دهن ، عفونت لثه و فرنجیت ، چون نوتروپینی موجود است.
- هایپرپلازی لثه ها(بدلیل انفلتریشن بلاستها) چون سلول های نارس(بلاست ها) در جریان خون موجود است.

سوال :- آیا کشیدن دندان در مریضان که شیمی درمانی میشوند اجازه دارد؟

جواب :- اگر نوتروفیل ها ، صفیحات دمویه هر یک از تعداد نارمل آنها کم باشد پس خطر عفونت ها و خونریزی موجود است که نباید بی خبر باشیم ، بناً یا دو هفته قبل از شیمی درمانی باید تداوی (دندان کشیدن) اجرا شود و یا 3 هفته بعد از شیمی درمانی ، و CBC باید بعد از شیمی درمانی قبل از هر تداوی دندانها اجرا شود.

سوال :- اگر مریض پیوند استخوانی کرده باشد و درد دندان نیز داشته باشد در این صورت چی باید کرد؟

جواب :- در امراض غیر عاجل الی یک سال صبرشود، و در امراض عاجل CBC تعیین شود یعنی نیوتروفیل باید بیشتر از 500 و Platelets بیشتر از 50000 باشند و انتی بیوتیک و قایوی ( پروفیلاکتیک) به همان رژیم که به اندوکار دیت داریم شروع نمایم.

سوال :- یک مریض لمفادینوپاتی دارد ، چطور تشخیص کرده میتوانیم که آیا لمفادینوپاتی از اثر گلودردی ، عفونتهای سیستم تنفسی فوقانی است و یا کدام سرطان عقداات لمفاوی؟

جواب :-

- a با گرفتن تاریخچه کامل .
- b با معاینه درست.
- c معاینه دوباره مریض بعد از دو هفته بعد از تداوی چون اگر خوب نشده باشد باید برای بیوپسی به متخصص راجع شود.

سوال :- در معاینه عقدات لمفاوی کدام مشخصات در نظر باید گرفته شوند ؟

جواب :- در معاینه عقدات لمفاوی مشخصات ذیل در نظر باید گرفته شوند :

سرطانی و توموری	پروسه التهابی	
بزرگ شونده با پیشرفت	حاد و سپس پسرفت دارد	شروع مرض
نیوپلازی بدون درد گرانولوماتوز	حساس دردناک	درد با لمس
معمولاً یک طرفه است	در امراض سیستمیک دوطرفه و در آفات موضعی یکطرفه	تقارن
سخت و غیر متحرک	جامد(سخت) ، متحرک	قوام



نوت :- در مریضان که دیالیز انجام میدهند دوز دواها باید به مشوره داکتر یورولوجیست کم شود ، چون گرده های مریض توان اطراح دوا را ندارند و سبب زهری شدن به گرده ها تمام میشود.

سوال :- اسپرین در عدم کفایه گرده ها و مریضان که دیالیز میکنند نباید استفاده شود چرا ؟

جواب :- چون خطر خونریزی موجود است.

سوال :- در رادیو گرافی (OPG) در مریضان دیالیز چه تغییرات دیده میشوند؟  
 جواب: Lamina dura از بین رفته است و دیگر تغییرات در استخوان اطراف  
 Mandibular bone و Maxillary sinus دیده میشود.

سوال :- در مریضان که پیوند کلیه دارد چون ستیروید میگیرند بناً سیستم معافیتی پایین  
 دارند پس امراض دندان باید طوری مداوی گردند که خطر باکتری می از بین  
 رود پس چه باید کرد؟

جواب :- انتی بیوتیک پروفیلاکتیک داده شوند.

نوت :- اگر مریض سیکلوسپورین میگیرند نباید اریترومايسين بگیرند چون  
 اریترومايسين سطح سیکلوسپورین را از طریق کاهش میتابولیزم آن افزایش  
 میدهد.

سوال :- در مریضان مبتلا به (COPD) یعنی مرض مزمن بندش ریه ها کدام دواها  
 استطباب ندارد؟

جواب :- در مریضان مبتلا به (COPD) یعنی مرض مزمن بندش ریه ها نباید از  
 اسپرین و (NSAID) استفاده شود چون خونریزی به وجود میآورد و نباید به  
 این مریض اریترومايسين بدهیم چون اکثریت این مریضان از تیوفیلین استفاده  
 میکنند و اریترومايسين میتابولیزم تیوفیلین را کاهش میدهد و سبب مسمومیت  
 خواهد گردید.

سوال :- اگر مریض در تحت مداوی دندان باشد و حمله استما به وی پیش شود چه باید  
 کرد؟

جواب :-

- a- قطع مداوی دندان .
- b- آرام قرار دادن مریض به هر وضعیت که خواسته باشد.
- c- جلوگیری از اضطراب بیمار.
- d- اوکسیجن به میزان 2-4 لیتر در دقیقه گذاشته شود .
- e- دو تنفس با نیبولایزر گرفته شود .

f- اگر مریض خوب نشود به سرویس عاجل داخله راجع شود ، تا که 1/1000 اپی نفرین تحت الجلد و غیره دواها تطبیق شود مگر با در نظر داشت فشار خون و امراض قلبی که در آن حالات نمی توان استفاده کرد.

نوت: کسانی که در 24 ساعت قبل تیوفیلین مصرف کرده باشند ، نباید آمینوفیلین مصرف کنند.

نوت :- علایم استما چیست ؟

جواب :- تنگی تنفس ، ویزینگ ، اضطراب و در حملات حاد سیانوز میباشند.

نوت:- در مریضان هپاتیت الکھولی (شرابی ) خطر خونریزی موجود می باشد پس چی باید کرد ؟

جواب :- (CBC,BT,PTT and PT) معاینه شوند.

نوت:- در مریضان که دوا ضد مرگی یا صرع میگیرند مشکلات زیاد در تولید خون (کمخونی ها) به وجود میاید پس خطر خونریزی و کمخونی موجود می باشد، از این خاطر اسپرین و (NSAIDs) نباید استفاده کرد ، چون خونریزی را بوجود میاورد و چون کاربومازپین می گیرد پس اریتروماپسین سطح کاربومازپین را در خون بلند میبرد و منجر به مسمومیت میشود .

نوت:- (CBC) در این مریضان باید در لابراتوار دقیق معاینه شود.

سوال :- در مریضان که صرع دارد چند چیز را برای تعیین خطر تشنج در نظر داشته باشیم؟

جواب :-

- ❖ نوع و تعداد حملات تشنج.
- ❖ زمان آخرین تشنج.
- ❖ دواهای تجویز شده.
- ❖ آخرین معاینات خون برای تعیین مقادیر درمانی.
- ❖ فعالیت های که احتمالاً سبب پیدایش صرع میشوند.

سوال :- با مریضان صرع در حالت حمله چه کمک باید کرد؟

جواب :-

- a- این عمل عاجل است (اگر حمله بیشتر از 5 دقیقه باشد به سرویس عاجل خبر داده شود) اولاً مریض در حالت طاقباز (Supine) و دورتر از اسباب تیز یا سخت قرار دهید اگر در روی زمین باشد بهتر است .
- b- در مرحله تونیک مجرا تنفسی باز باشد و با سکشن افرازات دهن دور شود ، سر مریض Extend شود و اوکسیجن تجویز شود.
- c- علایم حیاتی در تمام طول حمله کنترل شود (نبض ، فشار خون و تعداد تنفس).

نوت :-

- حملات صرع را باید به حمله هایپوگلاسیمی فرق داد.
- بخاطر باید داشته که در تداوی حملات دوامدار صرع اگر دیازپیم را که وریدی در مدت 2 دقیقه بمقدار 10 ملی گرام به مریض داده شود تنفس را قید یا تحت فشار می آورد پس علایم حیاتی باید کنترل نمایم.

نوت :- در مریضان صرع که فنیتوین مصرف میکند خطر هایپرپلازی لثه ها موجود است که شاید توسط سیم اورتودانسی ، پرکاری غلط و منگ دندان تحریک شود.

سوال :- در مریضان صرع احتیاط به چه معنی ؟

جواب :-

- استعمال پروتیز پارشیل یکطرفه را منع نمایید.
- وسایل کوچک مانند (فایلها و کلمپ های رابردم) را با نخ بسته شود تا که در شروع حمله به راحتی از دهن مریض بیرون نمایم.
- در صورت استفاده از پروتیز پارشیل باید (CC-Palet) باشد تا که در جریان حمله نشکند.
- پوشهای دندان باید درست با سرش قوی نصب شوند.

سوال :- سنکوپ چیست و چگونه باید تداوی کرد؟

جواب :- سنکوپ (عرق کردن ، رنگ پریدگی و از دست رفتن هوشیاری) و قرار ذیل تداوی میشود:

- a- وضعیت طاق باز و پاها بالاتر قرار گیرند.
- b- کنترل علایم حیاتی بیمار.

c- تجویز اکسیجن از طریق سوند بینی.

سوال :- در مریضان که شعاع در ناحیه سر و گردن میگیرند چه باید کرد ؟

جواب :- در مریضان که شعاع در ناحیه سر و گردن میگیرند باید حد اقل 2 هفته قبل از شعاع گرفتن ، دندانهای که PDL خراب دارد و یا مشکل پیری اپیکال دارد کشیده شود چون بعد از گرفتن 5000 راد شعاع ، خطر Ostioradionecrosis بوجود میاید و همچنان برای جلوگیری از کاریس و امراض PDL بعد از هر 3 ماه باید به مریض Scaling صورت گیرد.

### اصول نسخه نویسی

سوال :- شهرت مریض چرا نوشته شود؟

جواب :-

- تا که دوا فروش نظر به سن مریض ، شکل قابل استفاده دوا را انتخاب کند.
- صرف دوا یی ضروری نوشته شود نه دوا یی زیاد برای خوش ساختن مالک دواخانه مجاور کلینیک تان.
- تشخیص در طرف چپ نسخه نوشته شود ( برای آینده بکار میشود).
- امضاء داکتر ضروری میباشد (تا که مسولیت معلوم باشد).
- نمبر تلفون داکتر در اخیر نسخه ضروری است چون امکان دارد که مریض هدایت را درست نه فهمیده باشد.

سوال :- چرا نسخه خوانا باشد و چرا برای فهماندن مریض و دوا فروش واضح باشد؟

جواب :- بخاطر که دوا غلط به مریض داده نشود.

سوال :- کدام دواها در دوران حاملگی توصیه نمی شوند و چرا؟

جواب :- برای احتیاط باید گفت که صرف به اجازه متخصص نسایی ولادی دوا به مریض داده میشود ، آن هم اکثراً در ترایمستر دوم و سوم .

سوال :- استعمال کدام دواها در دوران حاملگی برای رفع کردن درد مریضان جواز دارند؟

جواب :- Paracetamol

سوال :- در حالات بسیار عاجل در دوران حاملگی باید تداوی امراض دندان و دهن چطور صورت گیرد که به جنین کدام ضرر نرسد؟

جواب:- در مشوره با متخصص نسایی ولادی تداوی شود ، احساس ترس و درد زیاد برای مریض خطرناک است.  
دادن انستیزی موضعی دندان(بلاک) اجازه دارد مگر نه به مقدار زیاد.

سوال :- آیا (Dental X-ray) در حاملگی جواز دارد؟

جواب :- از اکسری دندان باید خانمهای حامله دوری نماید به خصوص در سه ماه اول حاملگی ، و اگر ضرورت جدی باشد باید مقدار اشعه اکس کم شود و مریض با چین سربی از گردن تابه رانهای پاه ها پوشانده شود.

سوال :- آیا (X-ray) دندان در مریضان تایراید جواز دارد؟

جواب :- در کانسر غده تایراید خطر دارد ، در هر حال باید توسط چین که تایراید بند داشته باشد پوشانده شود.

سوال :- چگونه از خطرات بزرگ که از سبب دندانها بوجود میاید جلوگیری میتوانیم؟  
جواب:-

- a- پیشگیری اولیه :- (ارایه خدمات صحی بخاطر جلوگیری از ایجاد مرض).
- b- پیشگیری ثانوی (ارایه خدمات صحی در موقع وجود مرض بخاطر جلوگیری از پیشرفت مرض).
- c- پیشگیری نوع سوم (ارایه خدمات صحی در موقع که مرض وظایف یک عضو را مختل ساخته باشند بخاطر جلوگیری از امراض و خطرات دیگر) مثلاً کشیدن یک دندان که لقی در اثر تومور سلیم دارد ، اگر عملیات نشود سبب مرگ مریض میشود.

نوت :- در خرابی دندانهای اطفال و نوجوانان والدین مسؤل میباشند چون سبب عمده خرابی دندانهای جوانان بیتفاوتی 10 سال قبل فامیل آن جوان میباشد.



سوال :- :- برای این که هیچ طفل دندان خراب نداشته باشد باید چی کرد؟

جواب:-

- a- غذای طفل دارای سبزیجات و میوه جات محلی باشد.
- b- اوقات مراجعه به داکتر دندان معلوم باشد.
- c- دندانهای شیری به وقت خود دور شود.
- d- نوشابه های گازدار نوشیده نشود.
- e- در سن 16 سالگی باید فیسور های (V) تایپ دندان به (U) تایپ تبدیل شود.
- f- تیزابیت کریم دندان معلوم باشد .
- g- هر صبح باید با کریم دندان دندانها شسته شود .
- h- بافت دندانها بعد از سن 15 سالگی منظم شود.
- i- شیرینی با چسب زیاد خورده نشود.

## فصل ششم

### عوارض که در وقت کار رخ میدهند

سوال :- چرا داکتر صاحبان دندان در وقت کشیدن دندان بعضاً به مشکلات رو به رو میشوند؟

جواب:- چون نکات ذیل را مدنظر نگرفته عمل می کنند.

- a موقعیت دندان در فک .
- b وضعیت تاج دندان .
- c میزان (درجه) لقی دندان یعنی بعضی دندانها مشکل انکیلوز دارد.
- d شکل و طول ریشه دندان.
- e نزدیک بودن دندان به ساختمان های حیاتی .
- f وضعیت مریض و سلامتی کلی وی.

سوال :- عوارض عمده کشیدن دندان ها چی می باشند؟

جواب :-

- a شکستن ریشه دندان و یا صفحه (Alveolar).
- b داخل رفتن نوک ریشه به سینوس فکی.
- c خونریزی زیاد.
- d (Alveolitis Dry socket)
- e (Ostitis موضعی).
- f (شکستن برجستگیء استخوان یعنی Tuberosity که اکثراً در کشیدن دندان عقلی فک بالا رخ میدهد).
- g عفونت.
- h باز شدن سینوس فکی.
- i (Paresthisia).
- j آسیب رسیدن به انساج نرم.

سوال :- التهاب موضعی استخوان الویول دندان البته بدون لخته خون بعد از کشیدن دندان به چه نام یاد میشود؟

جواب:- بنام (Dry socket) یاد میشود و 3-4 روز بعد از دندان کشیدن بوجود میاید.

سوال :- چرا برای التهاب موضعی استخوان الویول بعد از کشیدن دندان (Dry socket) گفته میشود؟

جواب :- چون در حفره الویول نه کدام لخته خون وجود دارد و نه کدام نسج گرانولیشن.

سوال :- اعراض عمده (Dry socket) چی میباشند؟

جواب: درد ضرباندار متوسط و یا شدید.

نوت :- التهاب خشک موضعی استخوان الویول دندان (Dry socket) بعد از کشیدن هر دندان معمولاً 2% بوجود می آید مگر بعد از کشیدن دندان عقلی امپکت فک پایین این فیصدی 20% می باشد.

سوال :- چگونه از (Dry socket) جلوگیری می توانیم ؟

جواب :-

- a- جلوگیری از رسانیدن تروما در وقت کشیدن دندان به استخوان الویول .
- b- انتی سپتیک موضعی (دهان شویه ها) و انتی بیوتیک سیستمیک به مریض منظم داده شود.

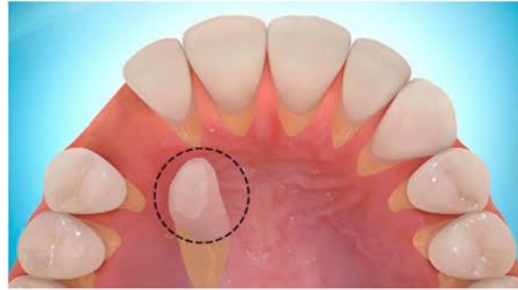
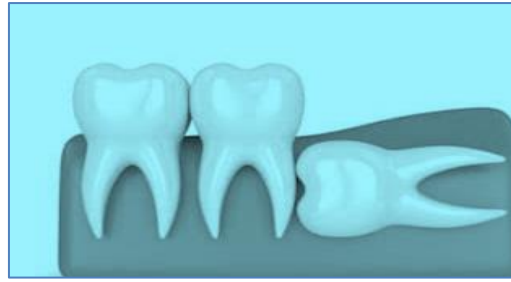
سوال :- هیچگاه باید درد بعد از دندان کشیدن درازتر از 2 روز نشود ، اگر شود چه عارضه خواهد بود؟

جواب:-

- عفونت .
- باقی ماندن تیزیهای استخوان الویول دندان .
- عارضه های دیگر.

سوال :- اکثراً کدام دندانها امپکت می مانند؟

جواب :- دندان عقلی و دندان کنین (Canine) بالا.



Impacted canine

سوال :- سه مرحله کلینیکی امراض دندان بعد از نکروز پولپ کدامها اند؟

جواب :-

- ❖ اگر درد در قرع دندان موجود باشد و دندان کمی بلند احساس شود این علامه دلالت به التهاب اطراف نوک ریشه **Peri apical Ostitis** میکند.
- ❖ اگر حساسیت و تورم ناحیوی بوجود بیاید و التهاب از استخوان الویول اطراف نوک ریشه دندان ، به انساج نرم ناحیه برسد بنام سیلولایتس **Celolitis** یاد میشود.



❖ اگر التهاب (Periapical) به چرک تبدیل شود و درد نوساندار داشته باشد آبسه Abscess نامیده میشود.

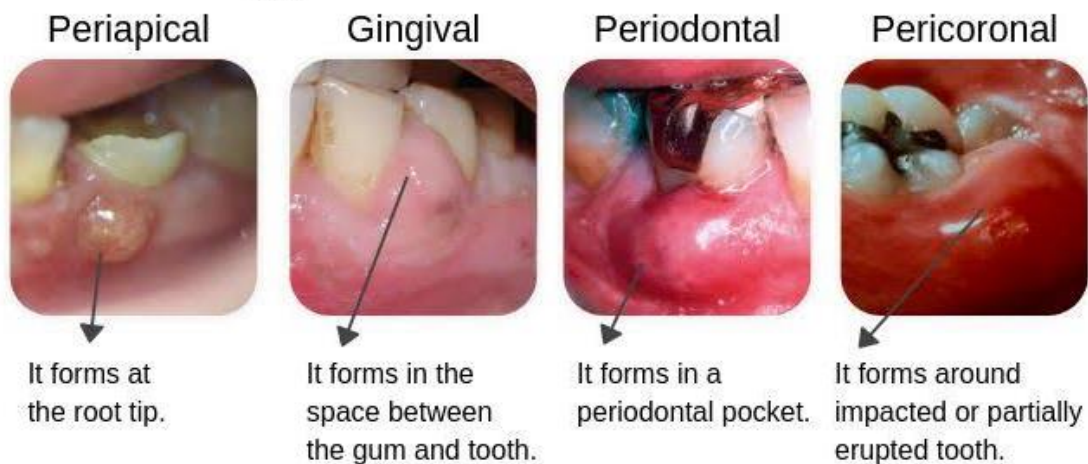


سوال :- دو منبع عمده آبسه دندان چیست؟

جواب :-

- a نکروز پولپ که سبب آبسه در تحت نوک ریشه دندان میشود.
- b امراض Periodontal که آبسه در نزدیکی تاج دندان بوجود میاید.

## Types of Dental Abscess



سوال :- عوارض مهم دندان های تداوی نشده چیست؟

جواب :-

- a از دست رفتن دندان .
- b انتشار عفونت به (Cavernous sinus) و مغز.
- c انتشار عفونت به گردن با عوارض ورید های بزرگ .
- d انتشار به صدر که خطر مرگ را هم دارد.
- e (Septic shock).

سوال :- تدای آبه دندان چیست؟

جواب:-

- A. (X-ray) گرفته شود تا این که معلوم شود که آبه تحت ریشه دندان می باشد یا خیر، بعداً انستیزی موضعی تطبیق شود (نه در حالت سیلولایتس) و اگر پلان تدای تخلیه چرک از طریق کانال دندان باشد پس برای آرامی مریض دیکلوفینک در عضله ران تطبیق شود.
- B. یک از سه راه باید انتخاب کرد:
- تخلیه چرک آبه دندان از طریق کانال ریشه دندان (پولپ جزری گندیده شده دور شود).
  - کشیدن دندان.
  - بریش انساج نرم آبه.
- C. تدای با انتی بیوتیک مناسب همراه با دوی ضد درد توصیه شود.
- D. اگر بریش انساج نرم ضرورت باشد به متخصص جراحی وجه مراجعه شود.
- E. 24 ساعت بعد مریض برای پیگیری خواسته شود.

سوال :- چرا قبل از رادیو تراپی سر و گردن ( در مریضان سرطانی) باید دندانهای خراب و التهابی که قابل تدای مطلق RCT نباشد ، از فک خارج کنیم ؟

جواب :- چون رادیو تراپی سبب Osteoradionecrosis یعنی التهاب عفونتی و مزمن استخوان میشود و نواحی التهابی مساعدترین جای به این آفت میباشد.

سوال :- در کدام حالات مریض دندان باید بستر شود؟

جواب:-

- a- تب بالاتر از ( 101 ) درجه فارنهایت حرارت که مساوی به 38.3 درجه سانتی گراد میشود.
- b- درد شدید.
- c- دیهیدریشن .
- d- ترسموس .
- e- تورم شدید و یا منتشر.
- f- بالا رفتن زبان .
- g- تورم دو طرفه تحت فکی .
- h- ضایعات نورولوژیک.
- i- مشکل در بلع و یا تنفس .

- j لوکوسایتوز ( $WBC > 10,000$ ).
- k افزایش نتروفیل های نابالغ.
- l پایین بودن مقاومت دفاعی وجود .
- m مریضان مبتلا به (HIV) و سرطان خون و کم خونی شدید.
- n مریضان که به آنها نیاز به انتی بیوتیک های وریدی باشند.
- o مریضان که به دواهای معمولی تداوی نمی شوند.
- p مریضان که نیاز به دریناژ خارج دهن داشته باشند.

سوال :- در کدام حالات و امراض دندان و دهن باید انتی بیوتیک را توصیه کرد؟

جواب:-

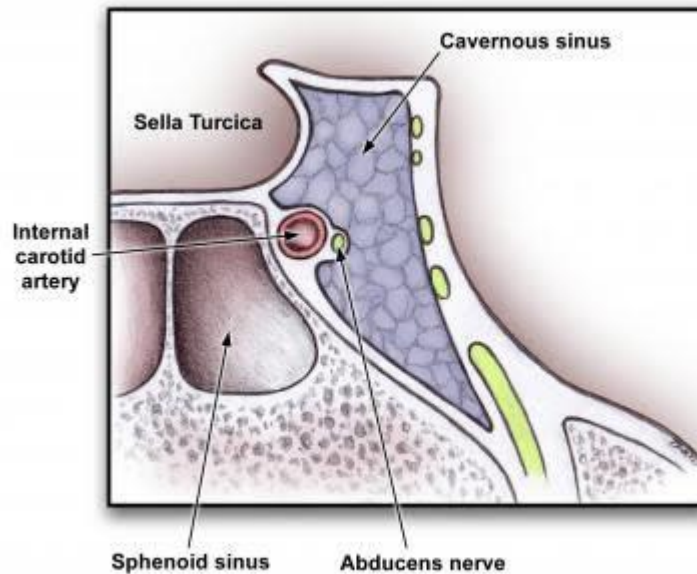
- a لوکوسایتوز.
- b خستگی.
- c ضعف.
- d افزایش نبض.
- e عفونت در حالت انتشار.
- f عدم جواب دادن به روشهای جراحی .
- g لمفادینوپتی.
- h تب
- i خطر اندوکاردیت
- j ضعیفی سیستم معافیتی.

سوال :- آنژین لودویگ (Ludwig's Angina) چیست؟

جواب:- سیلولایت دو طرفه است که فضا های تحت فکی و زیر زبانی را مبتلا میسازند (قاعده دهان و زبان بالا میروند) و مجرای هوایی تحت فشار میاید هر زخم دهن و آفات دندانها میتواند سبب آنژین لودویگ شود.



سوال :- اگر عفونت دندان به (Cavernous sinus) منتشر شود چه علایم در مریض دیده میشوند و چه خطر دارد و چرا باید زودتر بستری و تداوی شود؟



جواب :-

- a- سبب ترومبوز Cavernous sinus میشود.
- b- علایم افتادگی پلک ها، تورم حذقه های چشم ، علایم نورولوژیک و تب.
- c- خطر مرگ دارد.
- d- باید زودتر منبع عفونت تخلیه شود .
- e- انتی بیوتیک مناسب داده شود.
- f- مشوره با جراح اعصاب صورت گیرد.

نوت :- بهترین دوايي جانشين پنیسلین اریترومايسين می باشد مگر عوارض جانبی بالای معده و امعا (دردهای امعا) دارد.

سوال :- در انتخاب انتی بیوتیک چند چیز باید در نظر باشند؟

جواب:-

- a- اختصاص به میکروارگانیزم ( کدام دواها بالای کدام میکروبها تاثیر دارند).
- b- مسمومیت دوا بالای کدام اعضا و احتشا می باشد.
- c- قیمت دوا.
- d- آسانی در استفاده از دوا.



سوال :- در کدام حالات باید مکروب کشت شود؟

جواب:-

- a- در صورت که مریض سیستم دفاعی ضعیف داشته باشد.
- b- در مریضان شکر.
- c- قبل از آغاز تداوی با انتی بیوتیک در مریضان که دارای علایم عفونت سیستمیک است.

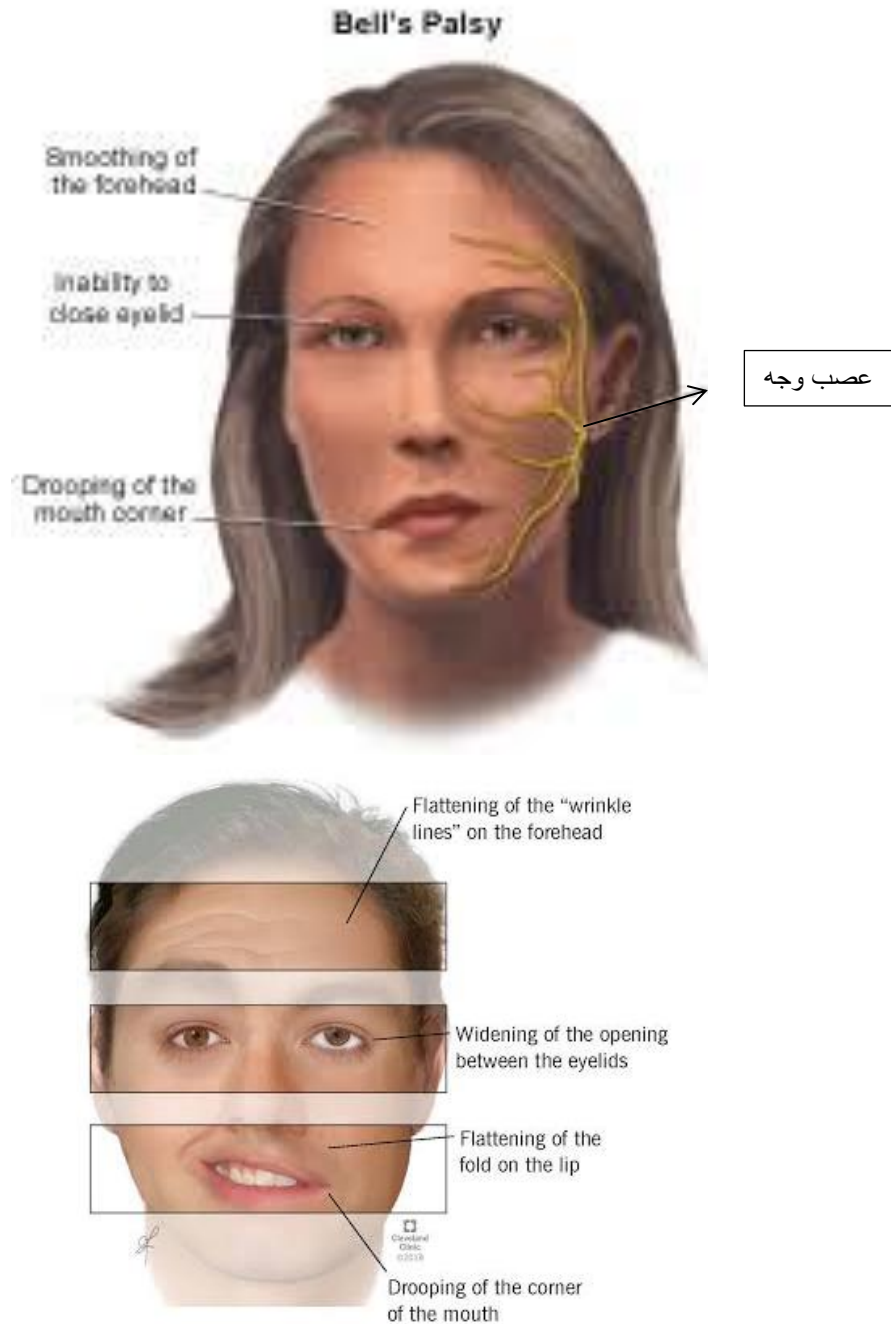
سوال :- چرا بعضاً تداوی با انتی بیوتیک ناکام میشود؟

جواب:

- a- مریض دوز یا کورس تداوی را پوره نمی گیرد.
- b- عدم برداشتن منبع انتان مثلا پولپ گنده شده بصورت کامل .
- c- مقاوم بودن انتان با دوا.
- d- انتخاب انتی بیوتیک نادرست.
- e- در امراض غیر باکتریایی مثلا در اکثر زخم های دهن.
- f- نرسیدن انتی بیوتیک به محل انتانی.
- g- جذب ناکافی انتی بیوتیک به خون (از امعا)مثلا خوردن (Tetracycline)همزمان با لبنیات ، پس دوا بدون تأثیرات کافی می شود.

سوال :- اگر در انسستیزی موضعی فلج عصب وجه (Bell's) بوجود آید چه باید کرد؟

جواب :- اگر در انسستیزی موضعی فلج عصب وجه (Bell's) بوجود آید این مشکل بعد از چند وقت خود به خود خوب می شود فقط چشم مریض را از خشک شدن محافظت نمایید ( چون پلک زدن از بین می رود پس چشم باید بسته شود تا وقت که Bell palsy از بین برود).



سوال :- هیماتوم در فک علوی بعد از انسٹیزی عصب الویولر خلفی چرا بوجود میاید؟

جواب :- هیماتوم در فک علوی بعد از انسٹیزی عصب الویولر خلفی شایع می باشد که از اثر عبور سوزن از یک رگ خون بوجود میاید و خونریزی در بین انساج بوجود میاید ، در مریضان سالم در مدت دو هفته از بین میرود البته اطمینان دادن به مریض و تداوی فوری آن ( تحت فشار گرفتن محل زرق

و تطبیقات سرد بالای ناحیه و اگر مریض در خطر عفونت باشد باید آنتی بیوتیک داده شود تا که هماتوم منبع آنتانات نشود).



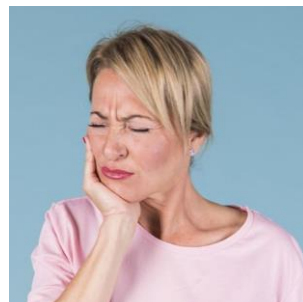
سوال :- (Trigeminal Neuralgia) چیست و از چه سبب بوجود میاید؟

جواب :- درد شدید سوزنی در ناحیه های که عصب تریجیمینال آنها را تعصیب می کنند بوجود میاید که اکثر مریضان آنها با درد دندان مغالطه میکند.

سوال :- اسباب بوجود آمدن Trigeminal Neuralgia کدامها اند؟

جواب:-

- 1- تروما رسیدن به عصب
- 2- مکروبها و التهاب
- 3- فشار روی رشته های اعصاب
- 4- سکروز مولتیپل (مرض است که سیستم ایمنی بدن ، به سیستم اعصاب مرکزی حمله میکند)
- 5 - از بین رفتن پوش میالین از عقده Gasser



سوال :- تداوی تری جیمنال نیورالژی را تشریح نمایید ؟

جواب:-

- a- در بیشتر موارد (Carbamazepine).
- b- در صورت ناکامی تداوی دواپی باید جراحی صورت گیرد.

سوال :- علایم در اختلالات (TMJ) چه می باشند؟

جواب:-

- a- درد و حساسیت (Tenderness) در اطراف گوش.
- b- محدودیت حرکات فک تحتانی .
- c- شنیده شدن صدا مفصل در هنگام حرکات کاندیل
- d- درد و سوز عضلات جونده.

سوال :- داکتر با یک مریض که اختلال (TMJ) دارد چه باید کرد؟

جواب:-

- a- گرفتن تاریخچه دقیق سابقه.
- b- معاینه فیزیکی کامل.
- c- بررسی های رادیوگرافی و تصویر برداری مناسب.

سوال :- معاینه فیزیکی در مریضان که اختلال (TMJ) دارد چه قسم اجرا میشود ؟

جواب:-

- a- تناظر وجه دیده شود.
- b- لمس کردن عضلات جونده .
- c- لمس کردن مفصل.
- d- مشاهده حرکات فک تحتانی .
- e- سمع کردن مفصل.
- f- معاینه وضع دندانها (Occlusion)

سوال :- (MPD) چیست؟

جواب :- (MPD) (Myo Facial pain dysfunction) شایعترین اختلال در (TMJ) می باشد که اسباب آن قرار ذیل است:-

- a اوکلوزال نامنظم .
- b روانی .
- c عوامل وظیفوی.

سوال :- عوامل اوکلوزال در (MPD) چی است؟

جواب:-

- a Bruxing یعنی جویدن دندانها.
- b Clenching یعنی سایش دندانها که هر یک از اینها سبب سپازم عضلات میشوند.
- c نبود اکلوزال خلفی .
- d پروتیزها و پرکاری های که سبب تغیر در (Occlusion) میشود.

سوال :- علایم (MPD) کدامها اند؟

جواب :-

- a درد در لمس عضلات جویده .
- b درد مفصل در هنگام لمس .
- c درد در هنگام حرکات مفصل.
- d (Trismus).
- e کاهش در باز شدن دهن.
- f صدای (Clinching) یا (Crepitus یعنی صدای سایش) در مفصل .
- g درد در وجه .

سوال :- تداوی (MPD) چیست؟

جواب :-

- ❖ به مریض گفته شود (a) اکثراً خود به خود خوب میشود. (b) یک مریضی است که زیاد مردم مبتلا به آن است.
- ❖ ساجق جویدن منع شود.
- ❖ خوراک های نرم استفاده شود.
- ❖ تطبیقات مرطوب و گرم به وجه مریض مشوره داده شود .
- ❖ دیازپام 2 ملی گرام از طرف صبح و (5mg) قبل از خواب در شب برای هفت روز

سوال :- در کدام موارد تطبیقات گرم را به ناحیه دردناک نمیگزاریم؟

جواب:-

- a عفونت حاد .
- b اختلال حس یا اختلال جریان خون.
- c تورم غیر التهابی.
- d اسکروز مولتیپل.

سوال :- اختلال داخلی مفصل تی ام جی (TMJ-Internal derangement) چیست؟

جواب :- تغییرات در ارتباط بین دیسک مفصلی و کاندیل ، که دیسک مفصلی به قدام و کاندیل به خلف و بالا می رود.

سوال :- علایم معمولی اختلال داخلی (TMJ-ID) چی هستند؟

جواب:-

- a درد گوش .
- b سردردی.
- c صدای مفصل (TMJ).
- d درد پایدار در اطراف گوش که با فعالیت زیاد میشود.
- e وز وز گوش (Tinnitus).
- f انحراف فک پایین هنگام باز شدن دهن.

سوال :- علایم شایع در (TMJ-ID) چی هستند؟

جواب:

Reciprocal clicking (شنیدن دو طرفه صدای کلیک)

Locking (قفل شدن مفصل)

Limitation (محدود شدن حرکات مفصل)

سوال :- تداوی (TMJ-ID) چی است؟

جواب:-

- a خوراک نرم ، پرهیز از ساجق جویدن و کاهش در صحبت کردن به میان آید.
- b تطبیقات مرطوب و گرم .
- c اگر تداوی محافظه کارانه ناکام شود پس جراحی انجام شود.

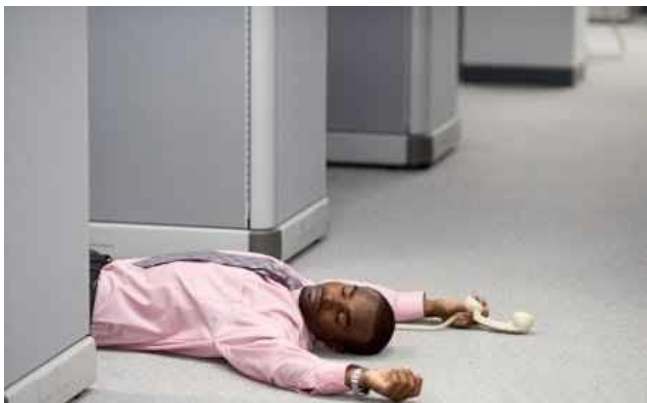
سوال :- چند سی سی لیدوکاین سبب مسمومیت می شود ؟

جواب:- 300mg دوا الی 500mg دوا که 10 Carpule میشوند یعنی در هر کارپول 1.8cc محلول موجود است که در آن 36mg لیدوکاین 2% موجود است که در 10 امپول ( $10 \times 36mg = 360mg$ ) لیدوکاین میشود.

سوال :- سنکوپ چیست و چطور تداوی میشود؟

جواب:-

- a ضعف ، عرق ریزی ، گیچی علایم سنکوپ می باشد.
- b واکنش Vasovagal یعنی تحریک عصب واگوس را سنکوپ می گوید.
- c اطمینان دادن به مریض بلند قرار دادن پاهای مریض نسبت به سر مریض ، اوکسیجن تجویز شود ، لباس تنگ شل شود ، کمپرس آب سرد در پیشانی مریض گذاشته شود ، علایم حیاتی کنترل و ثبت شود و برای تحریک مریض از بخار (Ammonia) استفاده شود.



سوال :- (X-ray) دندان به کدام اعضا میتواند صدمه برساند؟

جواب:-

- a- تایراید.
- b- عقدهات لمفاوی گردن.
- c- مغز استخوان

این سه اعضای فوق الذکر بسیار حساس در مقابل اشعه (x) می باشند.

وقایه :- از چپن سربی به مریض استفاده شود.

سوال :- چگونه بعد از دندان کشیدن خونریزی را متوقف کرده میتوانیم؟

جواب:-

- a- فشار دادن.
- b- بستن زخم با بخیه کردن.
- c- انعقاد به وسیله سوختاندن او عیه خون توسط حرارت.
- d- استفاده از مواد تنگ کننده رگها.

سوال :- نقش داکتر دندان در تداوی سرطان دهان چیست؟

جواب:-

- a- تشخیص .
- b- حاصل کردن اطمینان از موجودیت عفونت های مخفی در دهن مریض چون اگر موجود باشند باید در اوایل تداوی گردند ، اگر نه سبب سرعت بخشیدن (Ostioradionecrosis) میشود.
- c- ارایه و آموختاندن پاک نگهداشتن دندانها به مریض ، چون تداوی شعاعی سر و گردن از سبب خشک کردن دهن راه را به کریس دندانها مساعد میسازد .

سوال :- خطرات که ممکن در اثر تداوی شعاعی به مریض سرطان ایجاد شوند کدامها اند؟

جواب :-

- a- خشکی دهان .
- b- کریس دندانها.
- c- التهاب غشا مخاطی دهان .
- d- (Osteorodionecrosis)



سوال :- انواع بخیه های قابل جذب کدام ها اند؟

جواب :-

- Plain gut. -a
- Chromic gut. -b
- Dexan. -c
- Vicryl. -d
- مصنوعی. -e

سوال :- انواع بخیه های غیر قابل جذب :-

جواب :-

- Silk -a
- Noilon -b
- Prolin -c
- Merceline -d

سوال :- بخیه های داخل دهان را چه زمان باید خارج کرد؟

جواب :- در شرایط عادی 5-7 روز بعد از بخیه زدن.

سوال :- آن موارد عمومی را نام ببرید که نمی توانیم دندان را خارج کرد؟

جواب :-

- a موجودیت اختلال انعقادی خون .
- b مرض شکر کنترل نشده.
- c لوکیمیا.
- d امراض قلبی کنترل نشده.
- e در وقت که مریض تحت تداوی دوائی توسط بعضی دواهای خاص باشد.
- f در حاملگی (اگر ضرورت کم به کشیدن دندان باشد) باید کشیده نشود.

## فصل هفتم

### امراض پریودنتال

نوت :- پلاک باکتریایی که در دورادور دندانها در اشخاص که دندان ها را نمی شویند سبب امراض پریودنتال میشود.

سوال :- اگر پلاک توسط مواد معدنی که در لعاب دهن قرار دارد منرالیزه شود به چی تبدیل میشود؟

جواب :- (Calculus)



سوال :- کالکولس سبب چی میشود؟

جواب :- کالکولس سبب التهاب بیره ها شده و التهاب سبب خونریزی بیره ها که اکثراً دیده نمی توانیم میشود ، این خون که دارای آهن می باشد سبب سیاه رنگ یا قهویی رنگ شدن کلکولس میشود.

سوال :- یک بیره سالم دارای کدام مشخصات می باشد؟

جواب :-

- a- نمایی کنگره ایی.
- b- مارجین های مانند چاقو.
- c- ساختمان (Stippling).
- d- دارای رنگ گلابی کم رنگ (البته در سفید پوستان)

نوت:- در بیره التهابی مشخصات نارمل از بین می رود.

سوال :- (Gingivitis) چیست ؟

جواب:- (Gingivitis) عبارت از التهاب بیره ها.



سوال :- (Papilitis) چیست ؟

جواب :- عبارت از التهاب آن قسمت از بیره را گوید که در بین دو دندان قرار دارد و اکثراً پاپیلایتس در اثر موجودیت (Caries) در سطح Aproximal دندانها به تعقیب بندش مواد غذای بوجود می آید.

سوال :- (ANUG) چیست؟



جواب :- (Acute Necrotizing Ulcerative Gingivitis) عبارت از :-

- a عفونت عود کننده حاد بیره ها.
- b نکروز پاپیلاها را سبب میشود.
- c خونریزی خود بخودی دارد.
- d درد و بوی بد دهن دارد .
- e با سترس در ارتباط است.

سوال :- چرا (Doxycycline) را در پریودنتائیتس بالغین توصیه میکنیم؟

جواب :- چون مکروب که این مرض را بوجود آورده که بنام (P-gingivalis) یاد میشود در مقابل دوکسی سایکلین حساستر است نسبت به تیترا سائیکلین.

سوال :- در کدام حالات تتراسایکلین توصیه نمیشود؟

- ❖ :- در زنان که دوايي ضد حاملگی مصرف می کنند تتراسایکلین و (Doxycycline) نمی دهیم چون سبب خونریزی های غیر طبعی میشود .
  - ❖ :- در سیکل ماهوار خانم ها تتراسایکلین و دوکسی سیکلین نمی دهیم چون سبب خونریزی غیر طبعی می شود.
  - ❖ :- در حاملگی تتراسایکلین و دوکسی سیکلین نمی دهیم چون از پلاستا عبور می کند و مانع ساخت پروتین در جنین می شود.
- نوت :- تتراسایکلین و دوکسی سیکلین توسط کلسیم و آهن و انتی اسیدهای که (Ca) را دارند از جذب می مانند پس باید در آن روز لبنیات به مریض داده نشود.

سوال :- میکانیزم تاثیر تتراسایکلین چه طور است؟

جواب :- خاندان تتراسایکلین ها باکتریا ستاتیک است و سنتیز پروتین را در رایبوزم باکتریا مهار می سازد و به این صورت باعث توقف رشد باکتریا ها میشود ، چون مقدار این دوا در مایع لثه ای (سیروم تصفیه شده در سولکوس بیره ها ) نظر به سیروم خون زیاد می باشد بنا بر این در امراض پیریدنتال موثر است.

سوال :- بهترین دهن شویه برای کنترل پلاک دندانها چیست؟

جواب :- بهترین دهن شویه برای کنترل پلاک کلور هگزیدین است که هم تاثیرات ضد باکتریایی دارد (برای جلوگیری از پلاک) و هم تاثیرات ضد فنگسی دارد ( برای جلوگیری از کاندیدیازس) .

نوت :- تداوی ضد فنگس ( *Condida Albicans* ) عبارت است از :-  
نستاتین ، Fluconazole ، دهانشویه بنام Chlorhexidine

سوال :- براکسیزم (Broxisime) چه علایم دارد؟

جواب :-

- a لاغری وجه .
- b ضایعات در (TMJ).
- c سختی در عضلات جونده .

- d- شکستن دندانها و یا پوشها.  
e- در (X-ray) ضخیم معلوم شدن (PDL).

سوال :- کدام دواها سبب هایپرپلازی بیره ها می شوند؟  
جواب :- دواهای مانند: ( فنیئوین ، نیفیدپین و سیکلو سپورین A) سبب هایپرپلازی بیره ها می شوند.



سوال :- دواهای ضد افسردگی حلقه یی و دواهای کاهش دهنده فشار خون ، چی تاثیرات در جوف دهن دارند؟

جواب :- دواهای ضد افسردگی حلقه یی و دواهای کاهش دهنده فشار خون ، لعاب دهن را کم می کند که سبب کاهش شستشوی طبیعی دهن شده و سبب افزایش کریسها در دندانها میشود.

سوال :- اگر یک یا چند دندان یک شخص ضربه دیده باشند و ما بخواهیم که دندانهای که رشته های اعصاب آن قطع نشده پیدا نمایم از چه آله باید کار گرفته شود؟

جواب:- از (Pulptester)



سوال :- چه وقت یک دندان در قرع درد می کند ؟

جواب:- وقت که مشکلات در (PDL) و یا هم آبه در تحت نوک ریشه دندان موجود باشد.

سوال :- اعراض و علائم آبه اپیکالی دندان چی میباشند؟

جواب :-

درد ، شروع ناگهانی ، حساسیت به قرع ، بلند احساس کردن دندان ، تغییرات در X-ray ( ضخیم معلوم شدن PDL و خیال رادیولوسنسی) این همه اعراض و علائم آبه اپیکالی دندان می باشند.

سوال :- چه طور میتوانیم طول اصلی دندان را در اکسری دریابیم؟

جواب : فلم (X-ray) باید در داخل دهن بطور موازی با محور طولی دندان قرار دهیم و شعاع اکس باید به فلم عموداً بتابد بدین صورت طول اصلی دندان را در فلم اکسری دیده میتوانیم .

نوت :- در اکثر موارد از بین رفتگی (Laminadura) نشاندهنده امراض پولپ می باشد (مگر نه همیشه).

سوال :- کدام وسیله در وقت تداوی از اسپایریشن فایل و مواد دندان به گلو جلوگیری می کند؟

جواب:- رابردم.



سوال :- چرا بعضی دندانها بعد از تداوی زودتر (درمدت یک سال) می شکنند؟

جواب :- در اکثر واقعات کاریس در سطوح (Aproximal) موجود می باشد و در بعضی اوقات دیوارهای کوپته نازک می باشند که برای حل این مشکل دقت در دیدن فلم (X-Ray) و در مورد دوم استفاده از میتود ساختن Overlay (قرار دادن مواد روی تاج قطع شده دندان) به عمل میاید.



سوال :- اگر کوپته بزرگ ساخته نشود چه کار واقع خواهد گردید؟

جواب :- شاید دهنه کانال ها دیده نشود و شاید پولپ باقی بماند که بعداً آن گنده گردیده و سبب عفونت میشود.

سوال :- مهمترین کار در تداوی کانال ریشه دندان (RCT) چیست؟

جواب : فایلینگ کانال ها ، که توسط چند نوع فایل انجام میشود.

a-(Flex R-File):- این فایل غیر برنده است صرف کانال را تا به نوک

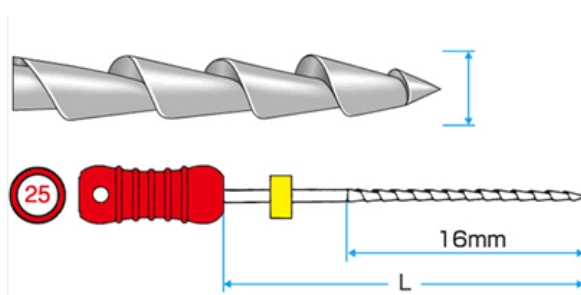
ریشه می پالد و موقعیت (Apex) را پیدا می کند .



b- (K-File) :- قدرت برندگی کم دارد ولی مقاومت و قدرت زیاد انعطاف پذیری دارد.



c- (H-File) قدرت برندگی زیاد دارد ولی خطر شکستن هم زیاد دارد.



d- (S-File) دارای نوع حرکات (فایلینگ و ریمینگ) و قدرت زیاد برندگی دارد.



سوال :- بهترین محلول ها برای شستشوی کانال های دندان کدامها هستند؟

جواب :- (سیروم 0.9% NaCl) و سودیم هایپوکلراید هستند.



سوال :- اگر فایل که اول داخل کانال میشود به آسانی داخل نشود چه حوادث ممکن رخ دهند ( ادامه کار با استفاده از همان گیج فایل ) ؟

جواب:-

- a ایجاد پله ها (Ledging) در دیوار کانال ، که در نتیجه کانال از پولپ جذری پاک نمی شود.
- b سراخ شدن دیوار کانال (Parforetion).

سوال :- (Smear Layers) چیست و چرا باید توسط فایلینگ و شستشوی کانالها از دیوار های کانال ها دور شود؟

جواب :- (Smear Layer) عبارت از همان بقایایی چسپناک عضوی و کرستهای کوچک است که بعد از فایلینگ در دیوارهای کانالها چسپیده میباشد و چون این طبقه احتمالاً پرورش باکتریها را به عهده دارد باید از دیوار های کانال دور شود.

سوال :- در کامیاب ترین RCT چه چیز باید در نظر گرفته شود؟

جواب:-

- a فایلنگ از فایل 25 درجه شروع شود و اگر به آسانی داخل نمی رفت از 20 یا 15 درجه کار گرفته شود مگر فورمول ذیل کار شود:-  
مثلاً شروع فایلنگ از فایل 25 درجه بعداً 30 درجه بعداً 35 درجه صورت گیرد و بعد از تغیر هر فایل کانال شسته شود.
- b مواد سیلر کانال ها باید 1 ملی میتر کوتاه تر از Apex باشد.
- c درکانالهای پرفوری شده نوک (Gutta percha) را قطع کرده داخل کانال نماید.
- d مواد سیلر کانال ها نباید مخرش به انساج مجاور Apex باشد .
- e درکانالها پرفوری شده باید پانسمان سربسته الی 15 روز دوام بدهیم و در وقت پرکاری نباید از لانتیلو کار گرفت .
- f گوتا پرشا را مطابق قطر کانال بگذارید.

سوال :- علت های اصلی ناکامی (RCT) چیست؟

جواب :-

- a- کانالها را خوب پاک نکرده (با فایلینگ و شستشو توسط سیروم سدیم کلوراید 0,9% و محلول سدیم هایپوکلوراید).
- b- باقی ماندن کانال اضافی از تداوی ( اشتباه داکتر) .
- c- نیمه پرکاری شدن کانالها (نرسیدن مواد کانال سیلر الی Apex).
- d- بر آمدن مواد( کانال سیلر) از (Apex) ریشه دندان .

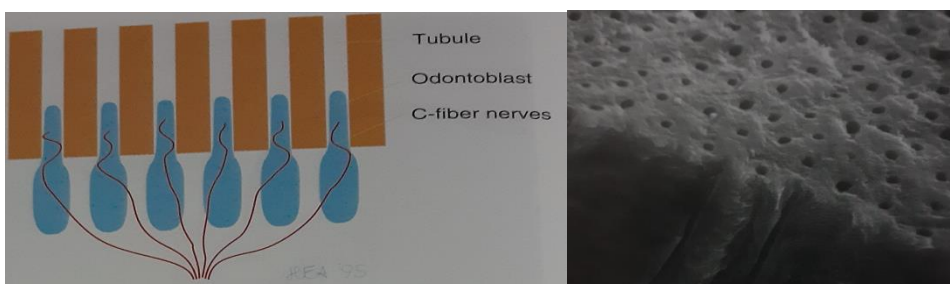
سوال :- چرا درد عاجی پیدا میشود؟

جواب :-

- ❖ دندانهای که طبقه مینا در آن درز شده باشد
  - ❖ و یا بیره از عنق دندان دور شده باشد
  - ❖ و یا دندان ناقص پرکاری شده باشد و لیکاز داشته باشد با شیرینی ، سردی و تماس با ناحیه برهنه شده ، درد عاجی پیدا می کند.
- بناً در تمام حالات فوق الذکر عاج دندان (Dentin) برهنه شده است و باعث احساس تخریش میشود.

سوال :- میکانیسم انتقال حسیت تماس مواد توسط (Dentin) چه گونه است؟

جواب :- Dentin مایع بنام Dentin liquid در تمام ضخامت خود در داخل تیوبول های عاجی دارد که توسط تنبه ، این مایع حرکت کرده و سبب انتقال حسیت به رشته های پولپ میشود.



سوال :- اگر به یک دندان 6 کارتریج انسٹیزی لیدوکاین همراهی ادرینالین داده شده باشد و مریض علایم مسمومیت را نشان دهد کدام علایم خواهد بود؟

جواب :-

-a مسمومیت خفیف هیجان ، پرحرفی و افزایش (فشارخون ، ضربان قلب و تنفس).

-b در مسمومیت پیشرفته حمله ناگهانی ، کولپس عمومی سیستم عصبی مرکزی و احتمال تضعیف عضلات قلب و فراخ شدن رگهای خون.

سوال :- در پوش کامل دندان (Full crown) چند چیز مراعات گردد؟

جواب :-

-a لبه های پوش باید به یک اندازه الی عنق دندان برسد.

-b سطح جونده دندان باید به سطح جونده دندان مقابل برسد.

-c اگر لبه پوش بیشتر از 1 ملی میتر تحت بیره قرار گیرد ، ناراحتی دایمی را بوجود میآورد . دلایل قرار ذیل است :

❖ :- چون تجاوز به ناحیه چسپنده لثه میکند .

❖ :- یک پاکت بیره یی غیر نارمل بوجود میآید.

-d کوشش شود در یک کانال بزرگ هر دندان که (RCT) میشود باید یک

عدد (Pin) جابجا شود و آن هم برای جلوگیری از لیکاز باید از مواد (Composit) کار گرفته شود.

-e تراش دندان برای پوشهای پورسلین 1-2mm صورت گیرد ، مگر در عنق

دندان تراش 1mm باشد (تراش کم).

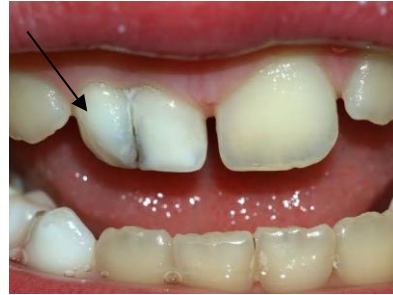


## فصل هشتم

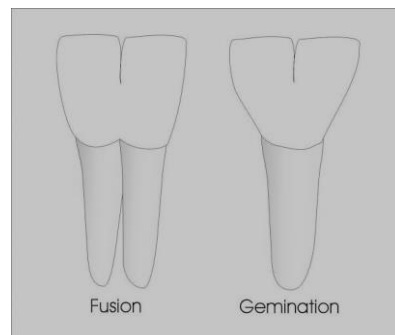
### پتالوژی دهن و دندانها

سوال :- انومالیهای دندانها چیست؟

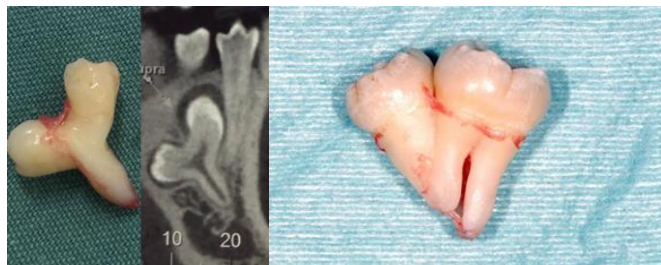
A- Fusion (مدغم شده) دو دندان با هم چسبیده با پولپ چمبر جداگانه.



B- Gerniation (جوانه زده) دو دندان با پولپ چمبر مشترک و تاج دو قسمتی.



C- Concrescence (پیوسته) دو دندان در سمند ریشه یکجا شده است.



D:- Dentinogenesis imperfecta: در این نوع پتالوژی دندان ، عاج دندان ناقص ساخته شده است یعنی بعضاً Pulp chamber به اندازه زیاد بزرگ می باشد که حتی امکان دارد در چندین نقطه پولپ باز شود.



E:- (Twining): تشکیل دو دندان جداگانه از یک جوانه دندانی که سبب پیدایش یک دندان اضافی میشود.

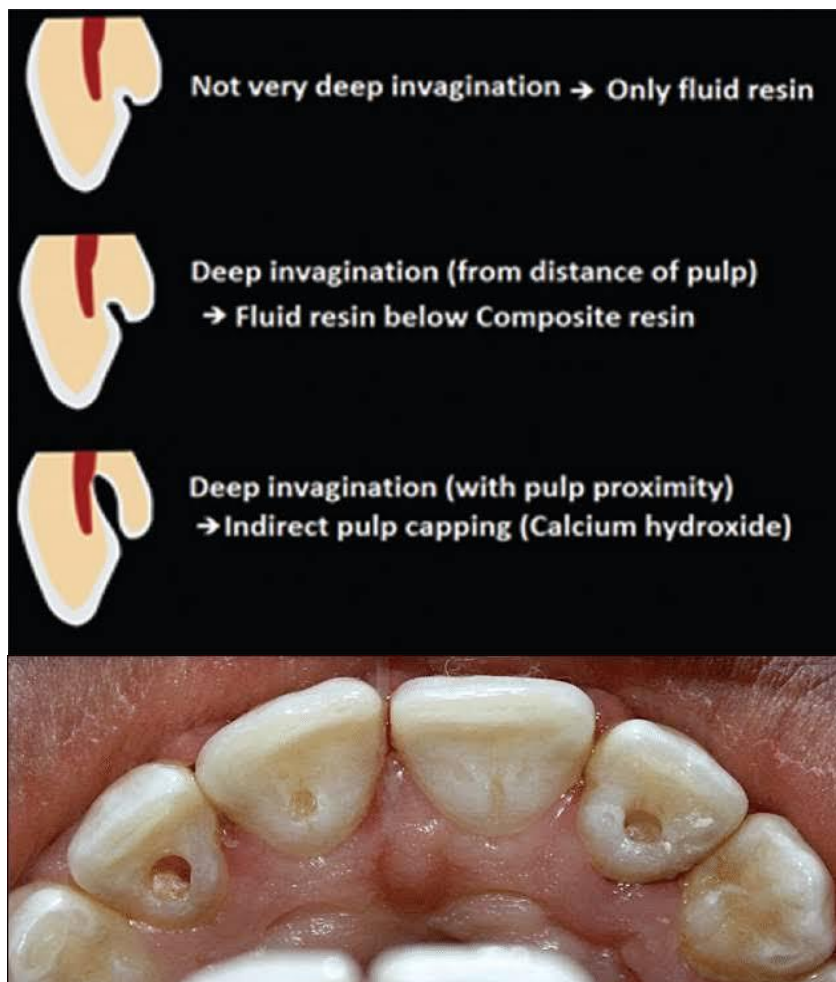


F:- بعضاً عفونت ها در وقت کشیدن دندان شیری به دندان دائمی ( که در تحت دندان شیری بشکل نرم قرار دارد ) صدمه می رساند که در آینده یک دندان با صدمه های پوپلازی یا هایپوکلسیفیکیشن در طبقه مینا آن دیده میشود که این مشکل را بنام دندان ترنر (Turner's Tooth) یاد میشود.



G:- Bull teeth (دندانهای مانند دندانهای گاو) این دندانها تاج اناتومیک بلند و پولپ چمبر وسیع و ریشه های کوتاه دارند دندانهای مولر اکثراً به این مشکل مبتلا میشوند این حالت در افراد که سندروم کلاین فلتر دارد بیشتر دیده میشود .

H:- اینوجنیشن :- اکثراً در دندان لترال بالا دیده میشود به طرف سطح کامی دیده شده و اکثراً در آن مواد غذایی بند شده و سبب (Caries) میشود.



سوال :- علل عمده تغییر رنگ داخلی دندانها چیست؟

جواب :-

- a- نقص در مینا سازی .
- b- نقص در عاج سازی.
- c- تغییر رنگ توسط تتراسیکلین .

- d- فلوروزیس.  
 e- پورفیریا (مرض که در آن مشکل در تولید Heam که برای ساخت هیموگلوبین در حرات سرخ خون ضرور است بوجود میاید).  
 f- ناسازگاری RH (اریتروبلاستوز جنینی)  
 g- اتریزی صفراوی.



سوال :- Missing دندان (انودنشيا) چیست و کدام دندانها را غيب مینمایند؟  
 جواب :- Missing دندان یعنی نبود دندان از نطفه اولیه آن.

- اکثراً دندانهای لترل فک بالا.
- دندانهای عقلی .
- پریمولرهای دوم.



سوال :- (Super Numerary) چی معنی دارد؟

جواب:- Super Numerary یعنی دندانهای اضافی:- که اکثراً در بین دو دندان سینترل فک بالا و یا در بین دندانهای پری مولر به وجود میاید.



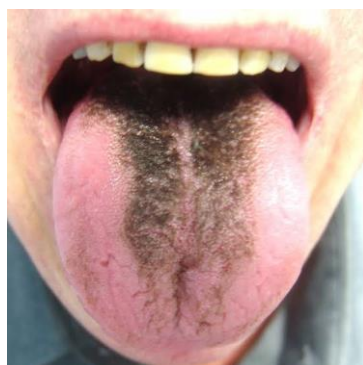
سوال :- ندول های سفید رنگ بر روی ریج استخوان الویولر یک نوزاد بعضاً دیده میشود تشخیص چه است؟

جواب:- (Bohn's nodules) عبارت از سیستهای تیغه دندان نوزادان می باشند و ضرورت به تداوی دندان ندارد.



سوال :- زبان موی دار چطور بوجود میاید؟

جواب :- خشکی دهن ، انتی بیوتیک های وسیع الساحه ، ستیروئیدهای سیستمیک و دهن شویه های اوکسجن دار سبب میشود که پپیلاهای زبان با باکتریا های رنگ پذیر مشبوع شوند در نتیجه سیاه رنگ و یا قهویی یا سبز رنگ معلوم میشود.





سوال :- لوکوپلاکيا چي خطر دارد؟

جواب :- اين لکه های سفید رنگ خطر سرطانی دارد.



## فصل نهم

تغییرات آناتومیک و انومالی های تکاملی در جوف دهن

سوال :- تغییرات آناتومیک و انومالی های تکاملی در جوف دهن کدامها هستند؟

جواب :-

Fordyce spots -I



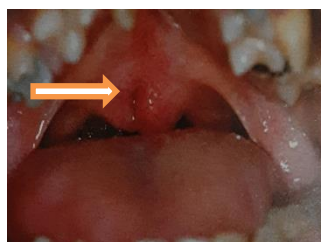
Fissured tongue -II



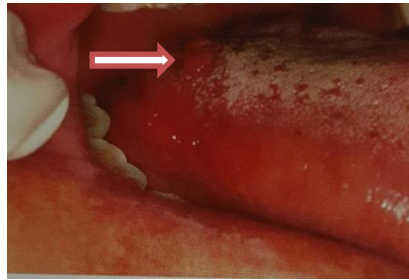
Stafne bone cavity -III



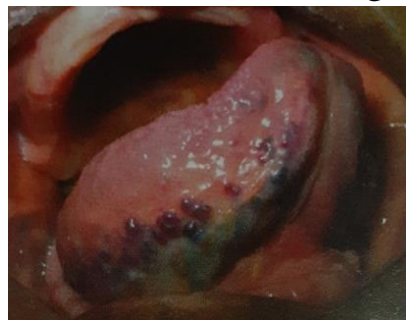
Bifid uvula -IV



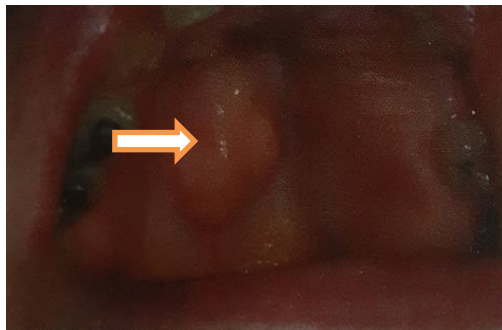
Foliate papillitis -V



Lingual varicosities -VI



Torus palatinus -VII



Torus mandibularis -VIII



## فصل دهم

پوشاک محافظتی برای داکتر دندان و تعقیم وسایل در طب دندان بزرگترین جرم در طبابت دندان استفاده از وسایل غیر تعقیم شده است.

سوال :- یک داکتر دندان باید کدام نوع پوشاک محافظتی بپوشد؟  
جواب:-

- a- چین ضد عبور مایعات .
- b- ماسک جداگانه به هر مریض.
- c- کلاه جراحی .
- d- دستکش معاینه برای معاینه.
- e- دستکش لاتکس و اگر حساسیت به آن باشد دستکش (Vinyle)
- f- عینک های محافظتی .
- g- فیس شیلد و عینکهای پلاستیکی وجه و چشمهای ما را وقایه می کند .
- h- پیزار مخصوص
- i- در موقع تعقیم وسایل دستکشهای رابری دراز.



j- برای عملیات ها دستکش (Sterile) شده داخل پاکت استفاده میشود .



سوال :- خطر انتقال HBV و HIV در طبابت دندان زیاد است پس برای حفاظت خود چه باید کرد؟

جواب:- خود را واکسین در برابر (HBV) باید کرد مگر HCV واکسین هم ندارد.

سوال :- اگر در معاینات خون یک مریض دندان هیچ کدام مکروب وجود نداشته باشد آیا میتوان گفت که این مریض زردی سیاه ندارد؟

جواب:- نخیر : چون 6 ماه بعد از مبتلا شدن به وایرس معاینات آن مریض صحت دارد و تا 6 ماه مریض ناقل صحتمند میباشد و همچنان اکثریت مبتلایان به زردی سیاه در جامعه ، صحتمندتر نظر به دیگران معلوم میشوند.

سوال :- آیا تمام اجسام که با خون در تماس میشوند باید استریل ( اوتوکلاف) شوند؟

جواب :- بلی ، وسایل ذیل باید توسط اوتوکلاف Class B استریل شوند :-

- a- هندپیسها ، مایکروموتورها ، سکیلرها ، پلگر و آبسون.
- b- فایلها ، عصبکش ها ، لانتیلوها ، مترکس هولدرها.
- c- تری های قالبگیری و غیره.

سوال :- قبل از استریل کردن توسط Autoclave یعنی ( ماشین بخار تحت فشار) باید وسایل تداوی دندان اولاً به کدام طریقه پاک شوند؟

جواب :-

- در محلول کلورین برای 10 دقیقه وسایل انداخته شوند.
- از خون و بقایایی انساج توسط اولتراسونیک کلینر یا توسط برس پاک شوند.
- تحت آب جاری آبکش شوند و بعداً خشک شوند.

سوال :- اوتوکلاف چیست؟

جواب :- (ماشین بخار تحت فشار که حرارت 134/121 درجه سانتی گراد و فشار Bar 2/1.5 در آن تولید میشود) وسایل طبی در آن تعقیم میشوند.



سوال :- کدام اشیا و وسایل باید در اتوکلاف تعقیم شوند؟

جواب :-

a- هندپیس (چون وسیله است که در دهن هر مریض در هر ساعت کاری داخل میشود).

b- Crown holder



c- فایل ها ، بروچی ها ، فرزها و لانتیلو.



d- مترکس هولدر.



e- قالب های قالبگیری.



f- پیپ واتر سرنج (اگر یکبار مصرف نباشد).



g- وسایل که برای مواد املگم بکار می رود.



h- سکیلر (هندپیس و نوک آن).



i- وسایل جراحی و کشیدن دندان.



سوال :- کدام اسباب باید یکبار مصرف باشند؟

جواب :-

a- سوند دندان ، آینه دندان ، پنست دندان



b- پیپ سکشن

c- سرنج



d- مترکس



e- ویج



f- میکسینگ پد (کاغذ که مواد بالای آن مخلوط میشود).





-g پیپ و اترسرنج

-h پوش پلاستیکی و اترسرنج ، پوش پلاستیکی دسته های چراغ و دسته میز یونت دندان .

-i فرز الماسی (چون این فرزها اگر به هر مریض و حتی برای هر دندان جدید نباشد سبب سوخت و مرگ دینتین و ایجاد درزهای کوچک در مینا دندان می شود)



J: - برس پالش دندانها



سوال :- کدام وسایل فقط با مواد کیمیای ضد افونی (عاری از میکروب) شوند؟

جواب :-

تمام اشیا که به آن دست داکتر یا مریض در تماس میشود ولی به داخل زخم دهن و دندان آن وسایل و اشیا در تماس نمیشوند.

نوت :- هیچ تعقیم به اندازه تعقیم توسط اتوکلاف موثرتر نمی باشد چون میکروبهای خطرناک سپور دارند و سپور توسط مواد کیمیای از بین نمی رود.

سوال :- چرا اکثریت کلینیک های دندان از اوتوکلاف استفاده نمی کنند؟

جواب:-

- a- چون میتود از بین بردن وایرسهای زردی سیاه و باسیل توبرکلوز را نمی دانند و فکر میکنند که شاید توسط مواد کیمیای از بین بروند.
- b- چون اوتوکلاف های کلاس (B) که خصوصاً برای بخش دندان استفاده میشود بسیار کم یاب در بازار می باشند.
- c- چون اکثریت کلینیک های دندان صرف 3 الی 4 هندپیس برای یک روز در یک یونت دارند در حالی که 10 مریض بالای این یونت در یک روز تداوی میشوند.

سوال:- میتود شستن ، ضد مکروبی ساختن و تعقیم وسایل دندان را تشریح نمایید ؟

جواب:-

- a- وسایل اولاً باید در بین کلورین برای 10 دقیقه گذاشته شوند تا که مکروبهای عادی از فعالیت بیفتند.
- b- وسایل باید از خون و مواد اضافی توسط برس و آب جاری گرم پاک شوند.
- c- وسایل باید خشک شوند (در حرارت کوتاه مدت)
- d- وسایل باید در پاکت های که شاهد داشته باشد انداخته شوند.
- e- وسایل باید در اوتوکلاف تعقیم شوند.
- f- بعد از کار اوتوکلاف شاهد پاکت های اوتوکلاف شده باید معاینه شود چون بعضاً این پروسه تعقیم ، ناقص به اتمام می رسد و وسایل ناپاک میمانند.
- g- اگر هندپیس ها در داخل اوتوکلاف مخصوص آن که در ظرف 7 دقیقه پاک میشود (QuickAutoclave) تعقیم شوند ، باید فشار و بخار اوتوکلاف همیشه کنترل شود چون در آن شاهد موجود نمی باشد.

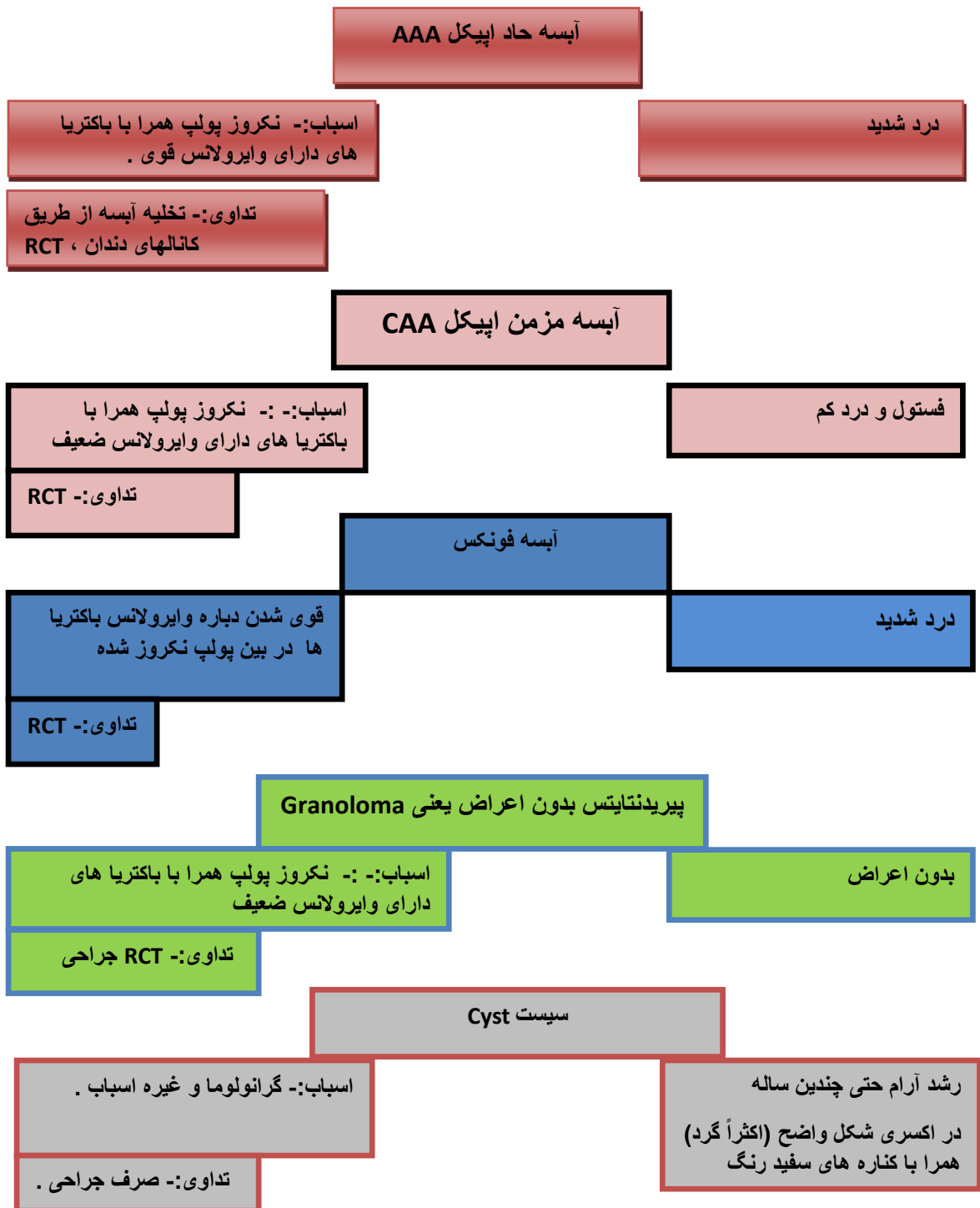
سوال :- خطرناکترین وسایل برای انتقال وایرسها در کلینیک های دندان کدامها اند؟

- جواب :- (60%) زردی سیاه از هندپیس دندان و وسایل کشیدن دندان از یک مریض به مریض دیگر انتقال می شود و 40% دیگر از عملیتهای (ENT) تطبیق خون و استفاده از برس یا مسواک مشترک بین دو فرد و غیره راها انتقال می شود.

## فصل یازدهم

امراض پولپ و آفات که در اثر گندیدن پولپ بوجود می آیند :-

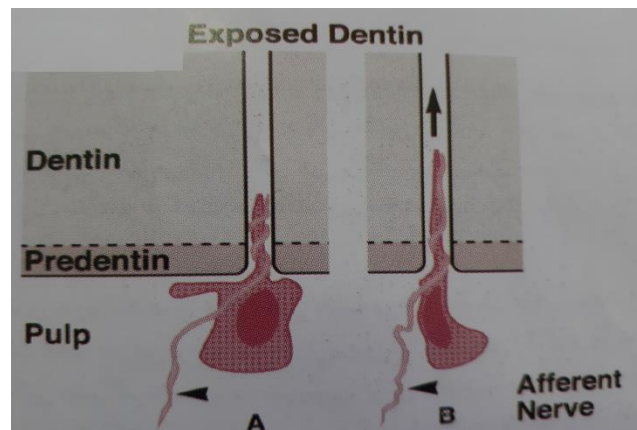




سوال :- میکانیزم به وجود آمدن عکس العمل شدید پولپ را تشریح نماید؟

جواب :- درد با سردی ، گرمی ، شیرینی و لمس عبارت از علایم عکس العملهای پولپ می باشد که در این صورت دلیل درد عکس العمل اعصاب است که در داخل تیوبول های دنتین قرار دارند و در این حالت کدام التهاب پولپ

موجود نیست به همین سبب درد خود بخودی به میان نمی آید.



سوال :- میکانیسم عمومی بوجود آمدن التهاب پولپ را تشریح نمایید؟

جواب :- اگر چندین روز دندان عکس العمل های شدید پولپ را تحمل نماید شاید (WBC) ها برای جلوگیری از کدام خطر در بین (Pulp) زیاد شوند و مایع هم در بین تیوبول های دنتین زیاد شده که سبب تولید فشار بالای رشته های اعصاب در تیوبول های دنتین میشود پس این حالت را التهاب پولپ (Pulpitis) گفته میتوانیم.

سوال :- میکانیسم به وجود آمدن Reversible Pulpitis را تشریح نمایید؟

جواب :- درد نرم و کوتاه مدت (Reversible Pulpitis) که در این حالت هنوز باکتریها داخل پولپ نرفته است ، صرف عکس العمل التهابی پولپ در مقابل اسید های که توسط باکتریها تولید شده بوجود می آید.

تداوی Reversible Pulpitis:-



سوال :- میکانیسم به وجود آمدن Irreversible Pulpitis را تشریح نمایید؟

جواب :- درد شدید ، ادامه درد برای چند دقیقه اعراض ( Irreversible Pulpitis ) است یعنی در این حالت باکتریها داخل پولپ شده است .

تداوی Irreversible Pulpitis :- صرف (RCT).

سوال :- میکانیسم به وجود آمدن Acute Irreversible Pulpitis چی است؟

جواب :- Acute Irreversible Pulpitis (درد حاد پولپایتس غیر قابل برگشت) :-  
درد با سردی برای 30 ثانیه خوب میشود ، درد بی اندازه شدید است مریض  
در حالت گریه کردن می باشد و شاید جنگ کند این مریضان شاید همراهی خود  
ظرف آب سرد را حمل کنند.

این حالت را درد حاد پولپایتس غیر قابل برگشت می گوید که در این حالت  
پولپ تاجی نکروز است ولی پولپ جذری زنده و دارای التهاب بسیار شدید می  
باشد که صرف آب سرد میتواند سبب انقباض مایع و گاز داخل پولپ شده و  
فشار را برای 30 ثانیه از بالای رشته های عصبی داخل پولپ کم می کند .

تداوی Acute Irreversible Pulpitis :- صرف (RCT) است.

سوال :- Chronic Irreversible Pulpitis چی را گوید؟

جواب :- Chronic Irreversible Pulpitis درد کم که هفته ها یا سال ها تحمل شده  
است ، درد منتشر حتی به دندانهای مقابل و مجاور ، درد شبانه و یا درد در  
طیاره (در حالات پرواز) این همه علایم پولپایتس غیر قابل برگشت مزمن می  
باشند. در قرع درد کم دارد با آب گرم درد ناک است در (X-ray) کریس  
وسیع دیده میشود یا کریس تحت مواد پرکاری و تحلیل خارجی ریشه نیز دیده  
میشود .

سوال :- Barnodontalgia چی را گوید؟

جواب :- Barnodontalgia (درد دندان در طیاره که در حالت پرواز می باشد) این  
درد در اثر کاهش فشار هوا در طیاره بوجود میاید چون پولپ در این حالت  
متورم تر می شود و سبب درد ضربان دار و گنگ میشود.

تداوی:- (RCT) میباشد.

سوال :- نکروز پولپ چیست ؟

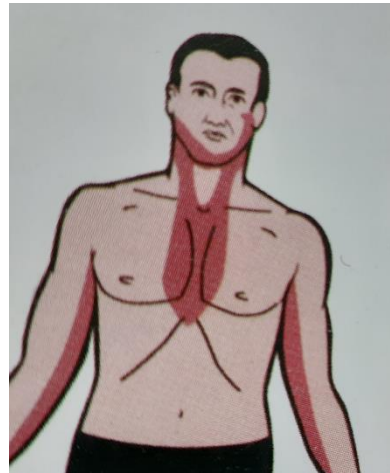
جواب:- در نکروز پولپ درد موجود نیست ، تغییر رنگ دندان موجود است ، در (X-Ray)  
(Ray) تحلیل ریشه دندان و یا ضایعات اطراف ریشه دندان دیده میشود ، مگر  
در صورت که پولپ تستر حیات پولپ را نشان دهند با مراحل ابتدایی  
استیوفبروزس در (X-Ray) اشتباه میشود.

سوال :- درد خیالی چیست؟

جواب :- عبارت از درد مداوم ، منتشر در تمام دندانها و حتی درد عبور کننده از خط وسطی (که اکثراً این مشکل از مریضان افسرده شنیده میشود).

سوال :- درد فک پایین در امراض قلب همراه با کدام مشکلات اند؟

جواب :- درد در فک پایین چپ خصوصاً دندان عقلی پایین ، نفس تنگی در قفس سینه ، درد راجعه در بازوی چپ یا بازوی دست راست .



## حالات اطراف ریشه دندان

1 - SAP (سمتوماتیک اپیکل پیری اودنتایتس): - درد شدید (مانند درد در پولپیت حاد شدید) ، مگر با دوام چندین شبانه روز ، اکثراً بعد از تداوی ریشه.

علایم :- چون فضایی کافی برای توسعه مایع در (PDL) موجود نیست پس فشار زیاد در ناحیه (PDL) بوجود آمده و دندان بلند میشود.

تداوی:- در (SAP) در اول شروع کار باید بی حسی بلاک دراز مدت تطبیق شود ، بعد از پاککاری کانالهای دندان و نوشتن دوا به مریض گفته شود که 12 ساعت بعد نیز باید بی حسی بلاک دراز مدت تطبیق شود و در آینده دندان مریض باید چندین بار پانسمان سرباز شود.

در (SAP) قرع کردن کاملاً منع میباشد .

2 - آبسه حاد اپیکالی (AAA) :- در اثر انتشار نکروز از کانال ریشه دندان به ناحیه پیری اپیکالی بوجود میاید که در این حالت باکتریها بر مقاومت بدن غالب میشوند.

اعراض آبسه حاد اپیکالی (AAA) :- درد شدید دارد مگر نه به اندازه شدت (SAP).

وقتی که آبسه از صفحه استخوان به بیرون (به انساج نرم) میرسد درد کمتر می شود و در این وقت خطر ایجاد سیلولایتس بزرگ موجود است.



سیلولایتس در کومه و گردن



تداوی (AAA):-

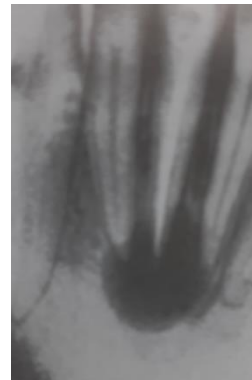
- ❖ در مراحل اولیه تخلیه از طریق کانال ریشه (برمه کردن دندان و تخلیه ریشه ها توسط فایل ) و توصیه انتی بیوتیک .
- ❖ اگر آبسه نوک دار شده باشد درین صورت بریش و دریناژ بکار است .
- ❖ بعد از خوب شدن کامل ناحیه ، دندان بعد از چندین پانسمان (RCT) شود.

نوت :- چرا انتی بیوتیک در (AAA) باید بدهیم؟

جواب :- چون خطر باکتریمیا موجود است.

### 3 - آبسه مزمن اپیکال Chronic Apical Abscess :- این آبسه توسط

باکتری های دارای ویرولانسی ضعیف بوجود می آید و معمولاً دارای فیستول می باشد و نسبتاً بدون درد است و سالها مریض به آن گذاره می کنند مگر بعضاً چند وقت بعد سبب یک آبسه حاد با درد شدید میشود که بنام آبسه فونکس یاد میشود.



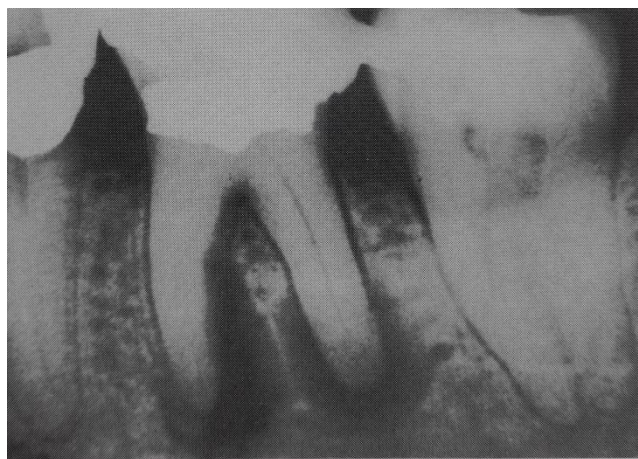
تداوی :- اگر نوک ریشه سالم باشد (RCT) یک عمل معمول بعد از التیام آبسه است ولی اگر ریشه بشکل جویده شده باشد در این حال جراحی ضرور است چون ریشه که نوک آن باز باشد به مشکل پرکاری میشود.

سوال:- چه وقت آبسه بخوبی و زود تر تداوی میشود؟

جواب :- وقتی که کانالها خوب پاک شوند.

### 4 - پریودنتایتیس اپیکال اسیمتوماتیک (Granuloma) بدون درد است

در (X-Ray) حدود مشخص دارد پولپ نکروتیک سبب این حالت می باشد اکثراً مریض از ایجاد مشکل خبر نمی باشد .



(Granuloma) میتواند یا سبب سیست شود و یا سبب آبسه فونکس

نوت :- چرا (Granuloma) دندان را باید تداوی کرد ؟

جواب :- با وجود که بدون درد است مگر خطر ایجاد آبسه فونکس میشود و همچنان سبب انتشار باکتریها در خون و ایجاد اندوکاردیت میشود.

تداوی (Granuloma) اکثراً (RCT) است و بعضاً جراحی نوک ریشه.

5 - (Cyst) سیست نوک ریشه دندان: بعضاً التهابات ، حجرات باقیمانده اپیتلی مالاسز (حجرات اپیتلی بین سمینت و PDL) را تحریک میکنند که یک (Cyst) را ایجاد میکند و مایع اطراف اپکس در داخل این (Cyst) موجود بوده و روز به روز این مایع زیاد میشود.



سیست دندان اگر بسیار بزرگ شود در آخر کورتیکال پلیت را سراخ میکند در آن حالت قابل لمس میباشد.

(Cyst)ها اکثراً شکل گرد دارند و دیوار مشخص به خط سفید در (X-Ray) دارد .

6:- تومور ها: تومور ها نیز در اکسری خیال میدهد مگر اکثراً با آفات پولپ دندان ربط نمیداشته باشند.

سوال :- چی چیز برای یک داکتر دندان تشخیص را واضح می سازد؟

جواب :- تیز هوشی ، تیز بینی ، وسایل معاینه ، رادیوگرافی ، پولپ تستر برقی یا حرارتی ، نور دادن ، بی حسی موضعی این ها برای یک داکتر دندان تشخیص را واضح می سازد.

سوال :- رادیوگرافی چی فواید دارند؟

جواب :- رادیوگرافی برای کشف آفات ، ثابت کردن نوع آفات ، طول و خمیدگی ریشه های دندان و تحلیل نوک ریشه دندان بکار می رود .

مثلاً اگر یک ریشه تحلیل داشته باشد پس سد (مانعه) که در نوک ریشه است و مانع عبور گوتاپرشا میشود از بین رفته میباشد و تداوی مشکل تر میشود.

نوت:- بدانید که اکثریت داکتران دندان تداوی را بدون دیدن (X-Ray) دندان شروع میکنند این داکتران یک روز خود را به زندان می اندازند چون چطور میتواند که آفات ریشه را تشخیص تفریقی کند و یا اندازه تخریبات و طول ریشه دندان را تعیین کند با تأسف که در ملک ما 98% همین طور است.

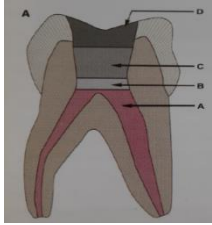
سوال :- (RCT) یعنی کدام مراحل ؟

جواب :-

- a- پاککاری و شکل دهی کانال های ریشه دندان.
- b- ضد عفونی سازی کانال های ریشه دندان .
- c- پرکاری کامل کانالهای که در ریشه های دندان وجود دارند.

سوال :- در ریشه های تکامل نیافته دندانها (در اطفال) تداوی چی قسم است؟

جواب :- در ریشه های تکامل نیافته (در اطفال) پولپ جذری تا زمان که ریشه به اکمال خود نرسیده توسط  $\text{Ca(OH)}_2$  و زنک اوکساید یوجینول و مواد پرکاری حفظ می نمایم و بعد از دو سال (RCT) را ترجیح می دهیم؟



سوال :- پولپ کپ مستقیم یعنی چی؟

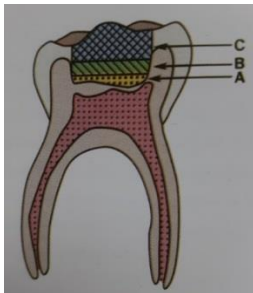
جواب :- بعد از برهنه شدن پولپ باید کارهای ذیل اجرا شوند :-

-a پاک کردن خون و توقف دادن به خونریزی

-b  $\text{Ca(OH)}_2$

-c GC1

-d هشت هفته بعد پرکاری با Amalgam .



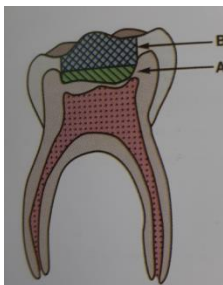
سوال :- پولپ کپ غیر مستقیم یعنی چه ؟

جواب :-

-a  $\text{Ca(OH)}_2$

-b GC1

-c هشت هفته بعد پرکاری با Amalgam .



## نکات مهم در گرفتن تصویر توسط اکسری:-

- 1 - اگر میخواهید که هر دو ریشه پریمولر اول فک بالا را در (X-ray) ببینید ، لطفاً تیوب (X-ray) را 20 درجه افقی به طرف میزبیل قرار دهید که در این حالت ریشه پلاتینل در تصویر به طرف میزبیل نسبت به ریشه لیبال دیده می شود.
- 2 - (X-ray) گرفتن از دو زاویه مختلف ( که 20 درجه تغییر افقی می دهیم ) در رد کردن یا قبول کردن خیالات که روی نوک ریشه دندان دیده میشوند ما را کمک می کند مثلاً :- خیال (ForamenMental) روی ریشه پری مولر فک پایین ، یا در دندانهای انسیزال فک بالا خیال (naso incisal foramen)



سوال :- چرا نقاط گیرش برای مواد پرکاری در دندانهای (RCT) شده باید در دهنه کانالهای ریشه ها ایجاد شوند نه در دیوارها؟

جواب :- چون دیوارها زودتر از بین میروند.

سوال :- چرا دیوار های دندانهای که ضعیف می مانند (بدون پشتیبان دنتین ) باید الی نصف تاج دندان بعد از (RCT) قطع شوند و از پوشهای دندان باید تا حد امکان بپرهیزیم؟

جواب :- چون مواد پرکاری (بخصوص املگم) نسبت به دیوارهای دندان محکمتر است و پوش دندان ، دندان را ضعیف کرده و طبقه محکم که مینای دندان است در تراش از بین می رود.

سوال :- چرا اکثریت داکتران بی تجربه دندانها را بعد از تداوی ریشه پوش میکنند؟  
جواب:-

- چون مواد ضعیف ، بدون نقاط گیرش استفاده میکنند.
- چون راه آسان رهایی از شکل دهی تاج دندان ، پوش دندان است.
- چون راه آسان گرفتن پول حرام از مریض میباشد.

سوال :- چرا (HBV) و (HCV) نسبت به (HIV) خطر انتقال زیاد دارد ؟

جواب: چون در هوایی آزاد تا زیاد وقت زنده می مانند و در جوش کردن توسط آب و در تماس آوردن با مواد تیزابی و الکهول از بین نمیروند و صرف توسط اوتو کلاف از بین می روند.

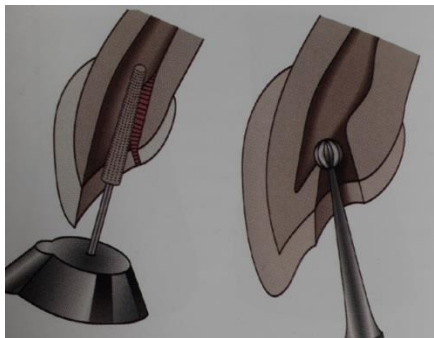
## خطاها در جریان کار:-

1 - کوشش شود که سد (مانعه) اپیکال در وقت فایلینگ از بین نرود در غیر آن در وقت پرکردن دندان گوتاپرشا یا مواد که قبل از جابجا گذاری گوتاپرشا داخل کانال می شود از اپکس ریشه بداخل فضای (PDL) می شود و سبب درد شدید میشود.

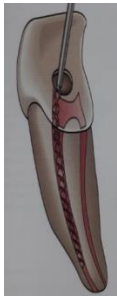
2- اگر فرز در دندانهای قدامی فک بالا به محور طولی دندان موازی گرفته نشود اشتباه بنام Gouging و سراخ شدن تاج دندان در طرف لبیال نزدیک عنق دندان در دندانهای انسیزل رخ می دهد .



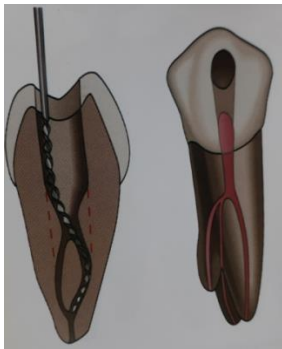
3- باید شولدر لنگوال برداشته شود باید لبه انسیزال گسترش داده شود.



4- در دندانهای قدامی فک پایین همیشه جستجوی کانال دوم را از یاد نبرید و (Gouging) هم از نظر دور انداخته نشود.



5- در تمام دندانهای پریمولر اول یا دوم موجودیت کانال دوم در حد قابل ملاحظه موجود می باشد.

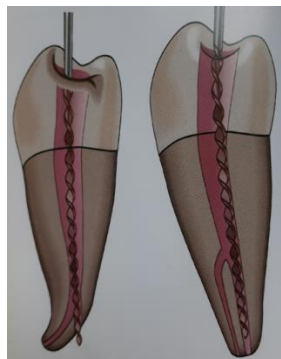


6- ایجاد نکردن یک کوپته که دسترسی به تمام کانال ها به صورت آسان موجود باشد سبب ایجاد بندش فایل یا منحرف شدن فایل از کانال اصلی میشود که اکثراً در یک بر سوم حصه کانال نزدیک به اپکس ، فایل به طرف دیگر میرود که سبب پرفوری شدن ریشه یعنی سراخ شدن دیوار کانال ریشه میشود.

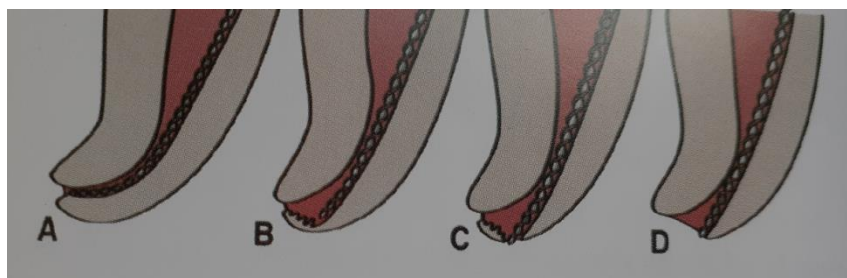
7- اگر اطاق پولپ کاملاً بدون بام نشود در وقت برداشتن پولپ مشکلات زیادی را ایجاد می کنند از همین رو بعد از سراخ کردن اطاقک پولپ باید فرز تبدیل شود و فرز استوانه یی برای دیوارهای اطاقک پولپ بکار رود.

8- هیچ گاه کف اطاقک پولپ سفید رنگ نیست بلکه تیره رنگ است اگر سفید رنگ دیده شود و شک داشتید که شاید به اطاقک نرسیده باشید (X-ray) بگیرید این کار اکثراً در پولپ عقب نیشینی کرده دیده میشود.

9- در اکثر دندان های پریمولر و مولر ریشه ها کج می باشند ، کار کردن بدون اکسری در آن کار غیر عاقلانه می باشد و داکتر بعداً هیچ جواب معقول به مریض داده نمی تواند.



10- کار گرفتن در اول کار از فایل های که از 20-25 درجه بزرگ تر باشد سبب پرفوری کردن یا پله دار کردن کانال میشود که در هر دو حالت کانال درست پاک نمی شود ، اگر این مشکل رخ دهد برای رفع مشکل فایل نازک و مخصوص را کج ساخته داخل کانال نمایید پس به این طریق میتوانیم از ناحیه سراخ شده یا پله دار شده مسیر فایل را دور بدهیم و باقی مانده کانال را پاک نمایم.

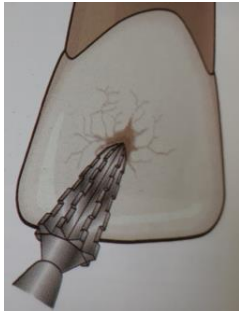


11- همیشه فرز روند به اندازه (BR41) همراه با آب جاری از هندپیس برای برداشتن بام اطاقک پولپ بکار می رود.



و اگر بدون آب برمه شود دندان می سوزد (در اثر تولید حرارت توسط استحکاک) و مینای دندان درز درز میشود که در آینده سبب زودتر دیده شدن تاج دندان میشود.



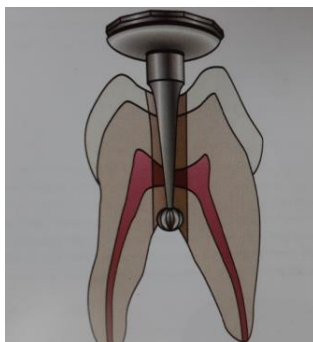


12- همیشه بعد از برداشتن بام اطاقک پولپ و پاک کردن پولپ تاجی توسط فرز باید اول توسط سوند دهنه کانالها را در یافت کرد و اگر در X-ray سنگ های داخل دندان (سنگهای پولپ) دیده شده باشد توسط سوند باید سنگ ها برداشته شوند و بعداً پولپ جذری توسط فایل ها برداشته شود در غیر آن خطر بندش کانالها و یا نیافتن دهنه کانالها و یا شکستن فایل در چنین حالت بسیار شایع می باشد.

13- دیوار های که ضعیف باشند باید در روز اول برداشته شوند چون در روز های که پانسمان داخل دندان باشد ، کسر عمودی دندان میتواند بوجود بیاید.

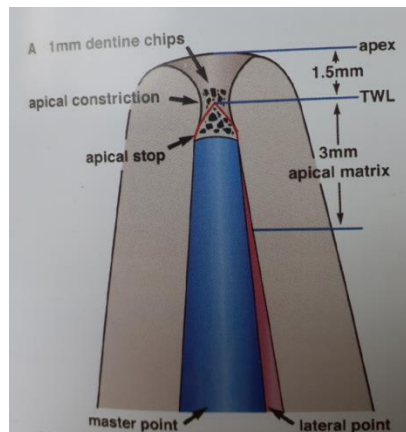
14- داکتر دندان همیشه باید در دندان های مولر هر دو فک در جستجوی کانال های اضافی باشد (کانال چهارم و یا حتی پنجم).

15- اکثراً در دندانهای که پولپ عقب رفته دارد داکتر از فرز های دراز کار میگیرد که در این حالت سبب پرفوری کردن ناحیه فورکیشن (تشعب) میشود بناً نباید فرز دراز تر از 8 mm برای برداشتن بام اطاقک پولپ بکار رود چون اکثراً سبب از بین بردن ناحیه بین دو ریشه یعنی بای فورکیشن میشود که در این صورت باید بعد از توقف خونریزی و برداشتن پولپ بصورت کامل این ضایعه را توسط (MTA) تداوی کرد.



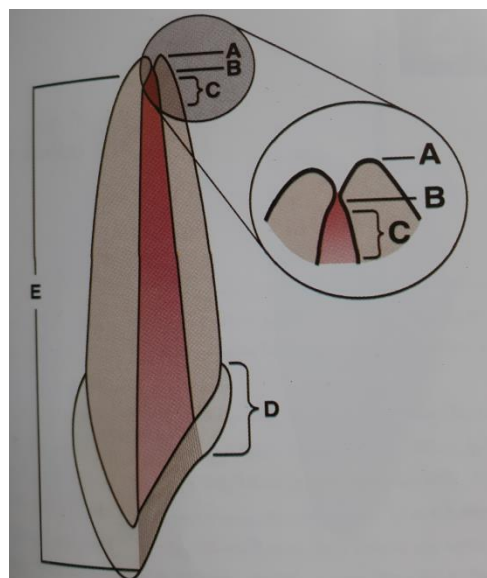
16- بعضاً شاخک های پولپ مانند دهانه کانالها دیده میشود که داکتر دندان را فریب میدهد.

نوت :- فایلینگ تابه سد اپیکال ضروری است ( نباید فایل از سد اپیکال عبور کند).



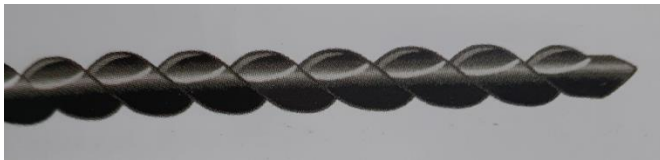
سوال :- عمل برقراری (Patency) اپیکال عبارت از چی است؟

جواب :- عمل برقراری (Patency) اپیکال عبارت از :- شکل دهی کانال تا به سد اپیکال توسط فایل های کوچک الی بزرگ ولی فقط پاک کردن باقی مانده کانال که (0,5-1mm) میشود توسط فایل 10-15درجه می باشد (نه شکل دهی) .



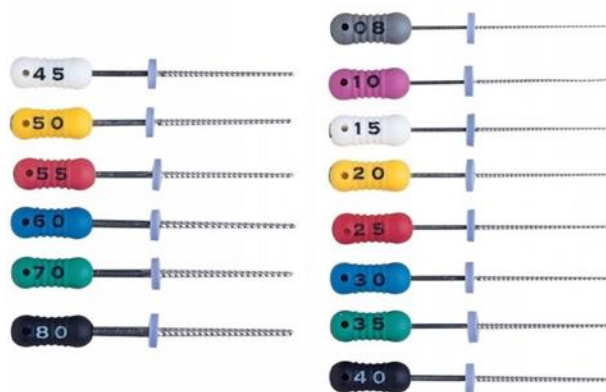
## مشخصات فایلها

A: - همیشه از فایل های KerrStyle (K-File) که الی 16mm آن جوری دار است و باید قابلیت ارتجاعیت کافی داشته باشد استفاده شود.

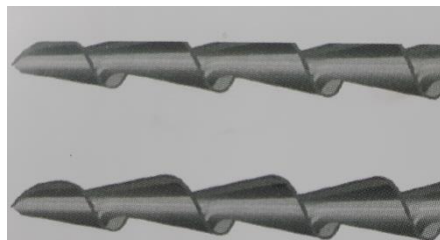


B: - رنگ دسته هر فایل علامه قطر مقطع فایل می باشد که از 10-40 درجه آن اکثراً بکار می روند که به رنگهای ذیل مشخص میشوند:-

- گلابی 10 درجه
- سفید 15 درجه
- زرد 20 درجه
- سرخ 25 درجه
- آبی 30 درجه
- سبز 35 درجه
- سیاه 40 درجه میباشد.

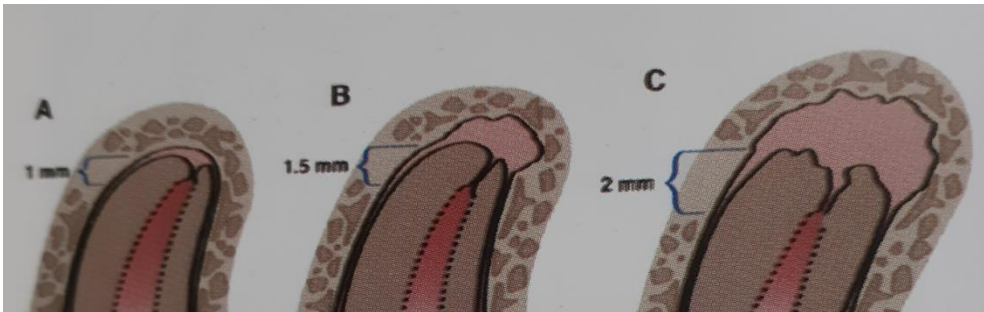


C: - فایل های HeadStrom (H-File) کمتر بکار می رود.

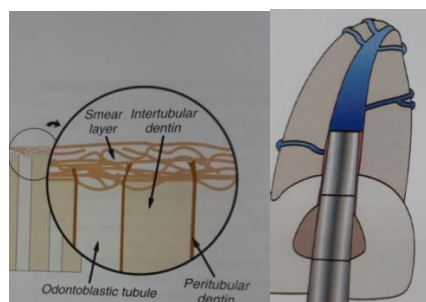


## شستشوی کانالهای دندان :-

- 1 - کانال باید شستشو شود زیرا کانال باید از انساج نکروتیک ، مواد جلاتینی ( که شامل بقایایی پولپ است ) ، باکتریها و مایعات نسجی پاک شود.
- 2 - بهترین شستشو دهنده کانال (NaOCl 5%) می باشد همچنین کلور هگزیدین گلوکونات نیز موثرترین شستشو دهنده کانال دندان میباشد.
- 3 - اگر در هنگام فایلینگ شستشو دهنده بعد از تغییر هر فایل تطبیق نشود مواد نکروتیک و بقایایی پولپ توسط فایل بعدی از اپکس عبور میکند که در آینده سبب آبسه یا پریودنتایتس حاد اپیکال می شود.
- 4 - همیشه در ریشه های سالم طول کانال را الی نهایت کانال شکل ندهید چون سد اپیکال از بین میرود پس از طول دندان که در (X-ray) دیده میشود (1mm) کمتر داخل کانال فایل را داخل کنید.
- 5 - در صورت که تحلیل استخوان موجود باشد (در اطراف نوک ریشه ) 1.5mm را از طول کاری (Working length) کم مینمایم.
- 6 - اگر تحلیل ریشه و استخوان موجود باشد (2mm) نظر به طول دندان در (X-ray) کمتر داخل شود.



- 7 - در هر صورت کانال ریشه باید توسط NaOCl (سودیم هایپوکلوراید) شستشو شود مگر لایه سمیر را باید توسط (EDTA) یعنی (Ethylene Diamin Tetra acetic Acid) شستشو شود تا که لایه سمیر از دهن مایکروکانال ها دور شود و مواد پرکاری کانال در آن کانالهای کوچک داخل شود.



سوال : کانال های اضافی در کدام دندانها دیده میشوند؟

جواب:

- a مولر فک بالا در ریشه میزیال.
- b مولر فک پایین در ریشه دستال.
- c انسیزال فک پایین دارای کانال دوم می باشد.
- d پری مولر فک پایین کانال دوم دوشاخه می باشد.

نوت:- همیشه در جستجوی کانال اضافی باشید.

نوت:- همیشه بعد از استفاده از MTA (چون در 3 ساعت سخت میشود) باید دندان سربسته پانسمان شود اگر MTA در فورکیشن استفاده میشود باید در داخل کانالها پیپر پاینت گذاشت تا که در بالای MTA (چون زود سخت نمی شود) (GC1) بکار برود.

A:- برای شستشوی کانال های دندان ها باید اول سوزن در داخل کانال داخل شود بعداً به اندازه یک ملی میتر عقب بیاید بعداً مایع شستشو به داخل کانال رها شود در غیر آن اگر مایع از سراخ نوک ریشه به داخل انساج پیری اپیکال شود سبب درد ، تغییرات رنگ ناحیه و تورم شدید میشود غلظت مایع نیز مهم است یعنی مایع شستشو دهنده اگر رقیقتر باشد خطر کمتر دارد.

B: - سوزن شستشو دهنده نباید در کانال گیر شود بلکه همیشه سوزن شستشو دهنده در کانال آزاد باشد تا که مایع دباره از کانال به عقب خارج شود در غیر آن فشار مایع ، مایع را از فورامین اپیکال خارج میکند.



C:- یگانه مورد که داکتر دندان را به محکمه انتقال می دهد آن عبارت است از :  
عدم استفاده از رابردم در وقت تداوی دندان ، چون وسایل اندودینتیک کوچک شاید  
بلع شوند حتی گیرای های رابردم را باید با تار دندان بسته شوند و نخ دندان از دهن به  
بیرون دراز شود.



D:- آمفیژم انساج (داخل شدن هوا در انساج):-

این مشکل در اثر سپری کردن هوا در داخل کانال ریشه دندان بوجود میاید(در وقت  
خشک کردن کانال دندان توسط واتر سرنج) و اکثراً در دندان های قدامی با فوچه  
اپیکال بزرگ در جوانان واقع میشود.

اعلایم :- (تورم سریع ، سرخی و کریپیتوس)

وقایه :- هوا از واتر سرنج به صورت مایل داخل کانال سپری شود.

کانال توسط paper point خشک شود.

خطرات :- اگر پاکت هوا به گردن باز شود سبب تورم در گردن و تنین صدا و  
سختی در تنفس میشود.

اگر به قفص سینه برود مرگ بار است.

E:- هیچگاه در ریشه های که پرفوریشن نوک ریشه دارند نباید از (Lantilo)  
استفاده گردد ، چون پرکاری بیرون از دندان ( داخل انساج مجاور نوک ریشه دندان )  
یا سبب درد دندان میشود و یا سبب التهاب سینوس و یا سبب بی حسی عصب مندیولا  
میشود که جراحی یگانه راه برداشتن مواد سیلر از ناحیه می باشد و اگر گوتاپرشا  
باشد آن را میتوان از کانال توسط فایل و عصبکش خارج کرد و برای پرکاری دوباره  
باید نوک گوتاپرشا قطع کرده شود.



## فصل دوازدهم

### اسباب بدبویی دهن و تنفس بدبو

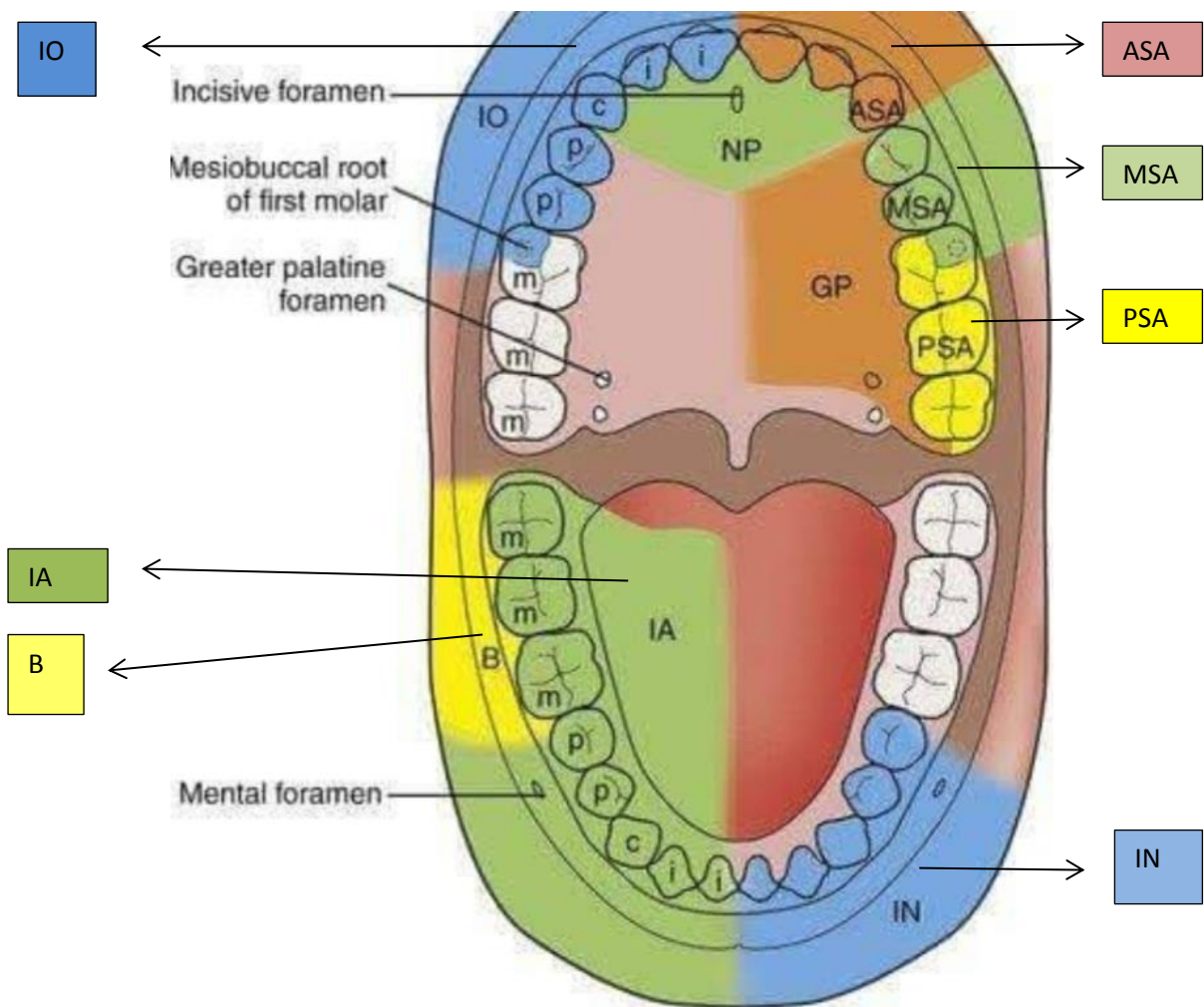
سوال :- اسباب عمده بدبویی دهن و تنفس بدبوی کدامها اند ؟

جواب :-

- دهن خشک
- جنجیوایتس (پاکت های بیره ها در مریضان که منگ دندانها دارند و یا خونریزی بیره ها دارند).
- کریس دندانها بخصوص دندان عقلی.
- پرکاری ها و پوشهای غیر ستندرد.
- التهاب درای ساکت
- امراض غشای مخاطی دهن
- ساینوزایتس Sinusitis که این نوع تنفس بد بوی حتی در نیم متری هم برای افراد که در مقابل مریض قرار دارند قابل احساس می باشد.
- امراض (ENT) و غیره که عمده آن کج بودن پرده داخل بینی می باشد که سبب بندش قسمی موقتی یا دائمی یک طرف از فوحه سینوس گردیده و در آن سینوس مکروب ها گازات بد بوی را تولید می کنند.
- تانسلایتس
- اجسام اجنبی در بینی
- مواد غذایی (گیرش غذا در بین دندانها)
- آبسه
- دواها
- مواد مخدر مانند سگرت
- عدم مراعات حفظ الصحه دهن و دندانها.
- امراض ریه ها ، جگر ، کرده ، دیابت شیرین ، معدی معایی و غیره امراض.

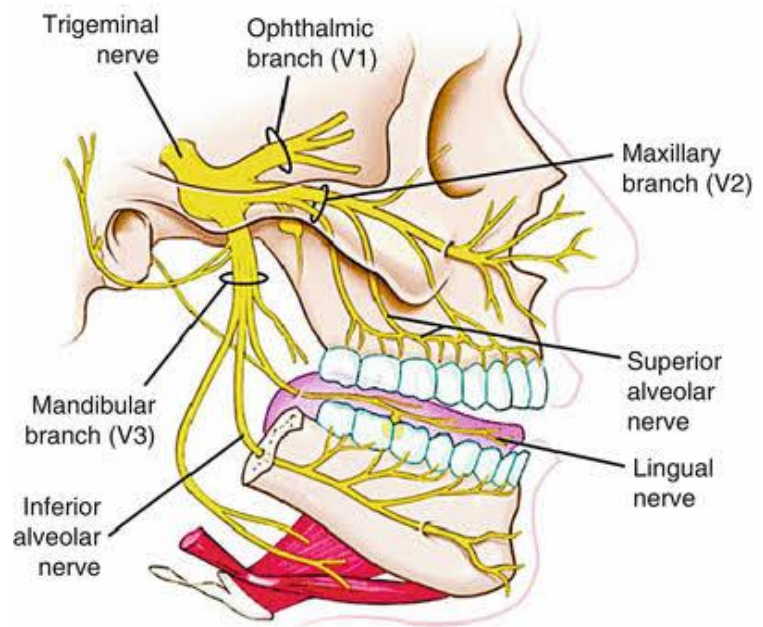
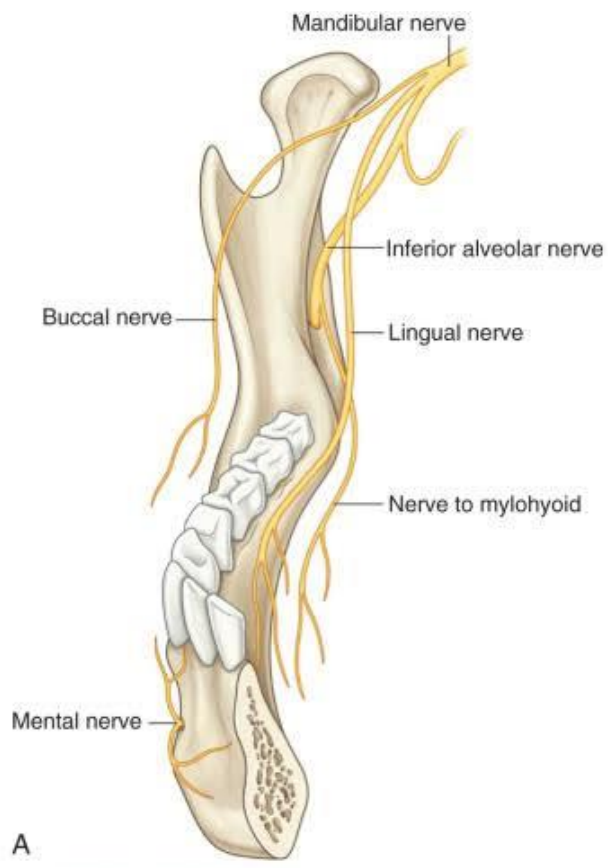
## فصل سیزدهم

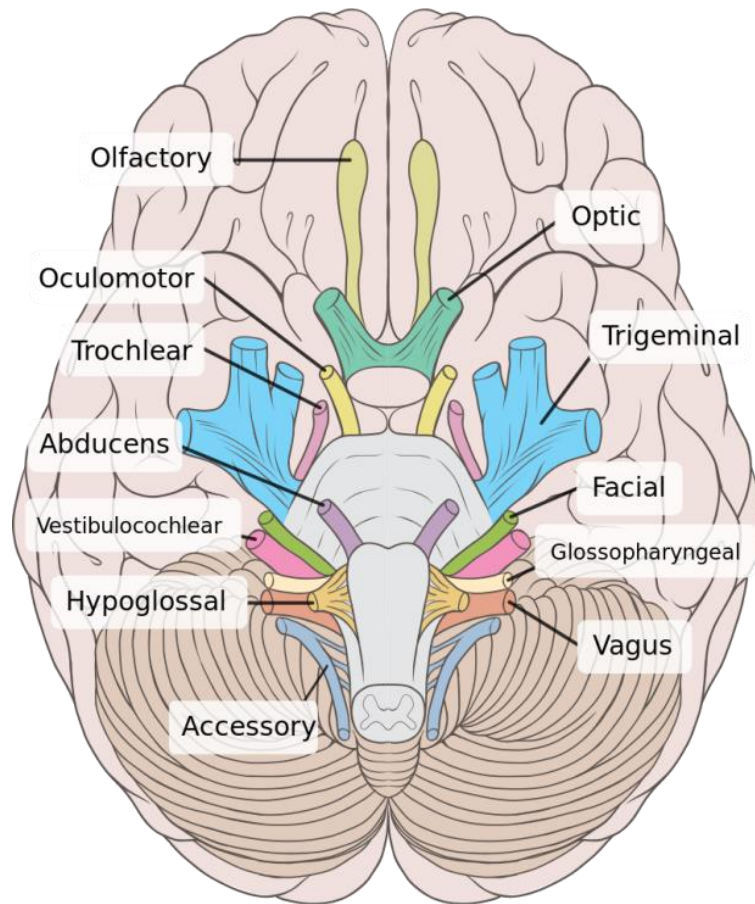
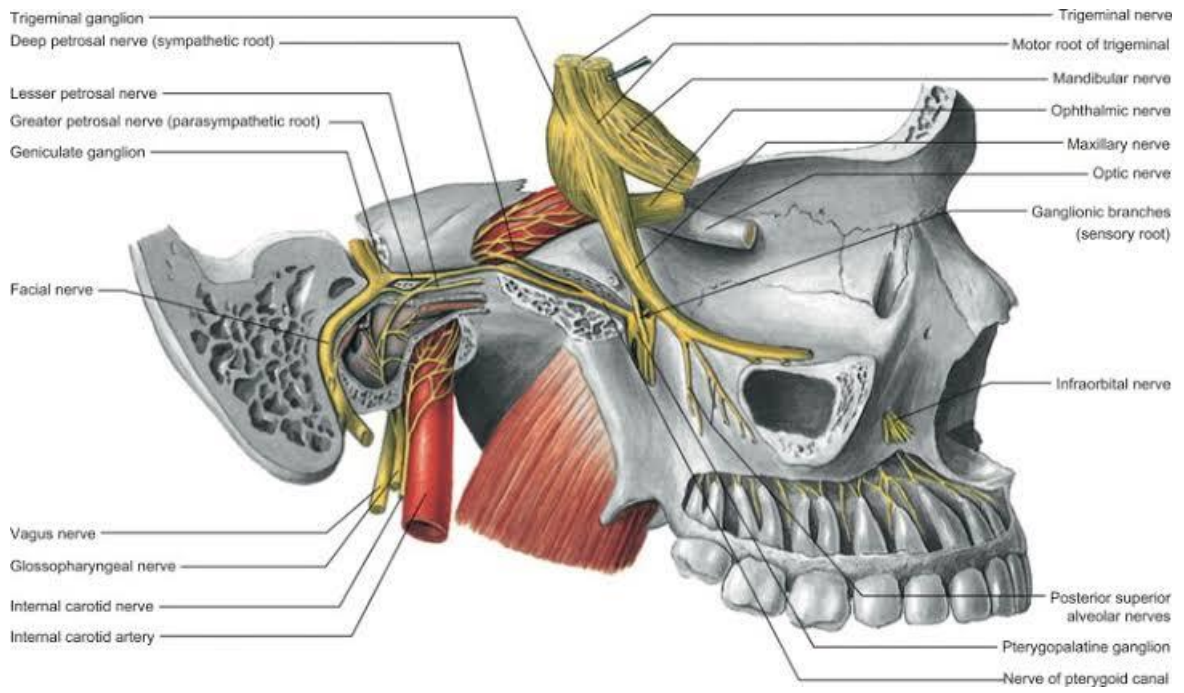
نمایش ساحات که توسط انستیزی موضعی در جوف دهن بی حس میشوند:-



- |            |                                   |
|------------|-----------------------------------|
| <b>IO</b>  | Infraorbital block                |
| <b>ASA</b> | Anterior superior alveolar block  |
| <b>MSA</b> | Middle superior alveolar block    |
| <b>PSA</b> | Posterior superior alveolar block |
| <b>NP</b>  | Nasopalatine block                |
| <b>GP</b>  | Greater palatine block            |
| <b>B</b>   | Buccal block                      |
| <b>IA</b>  | Inferior alveolar block           |
| <b>IN</b>  | Incisive block                    |

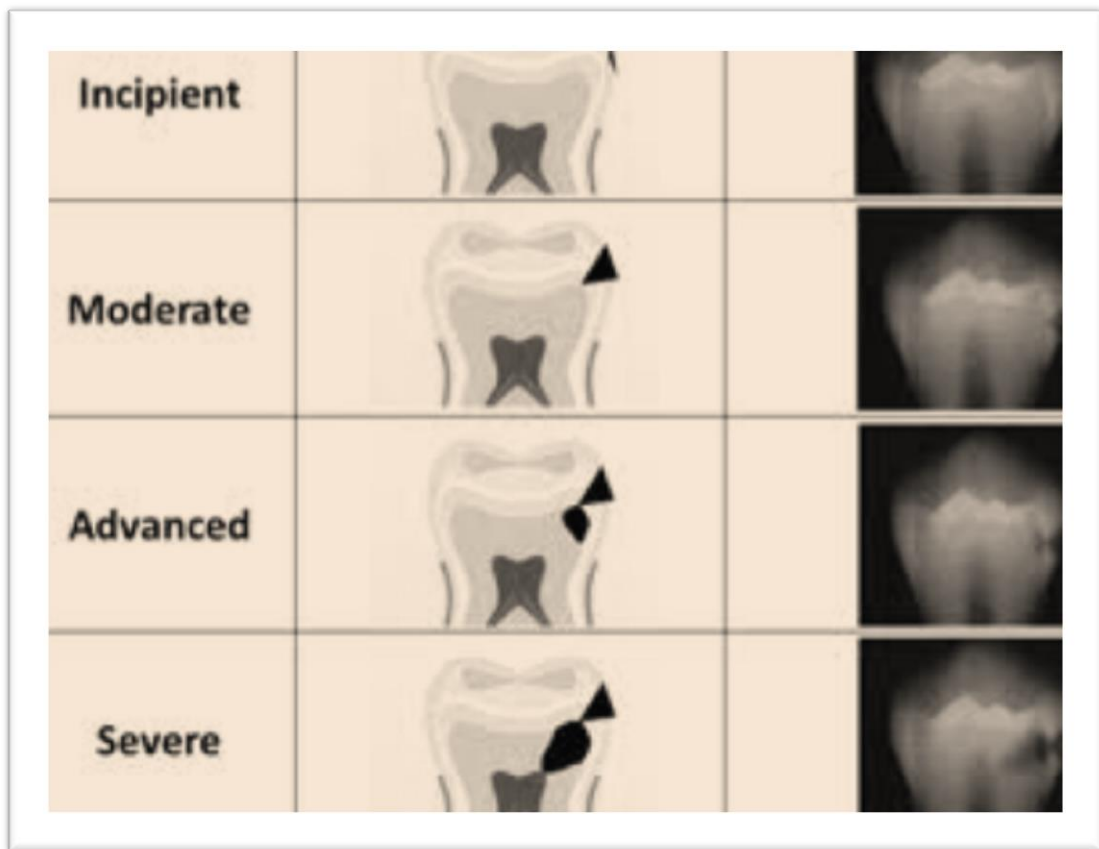
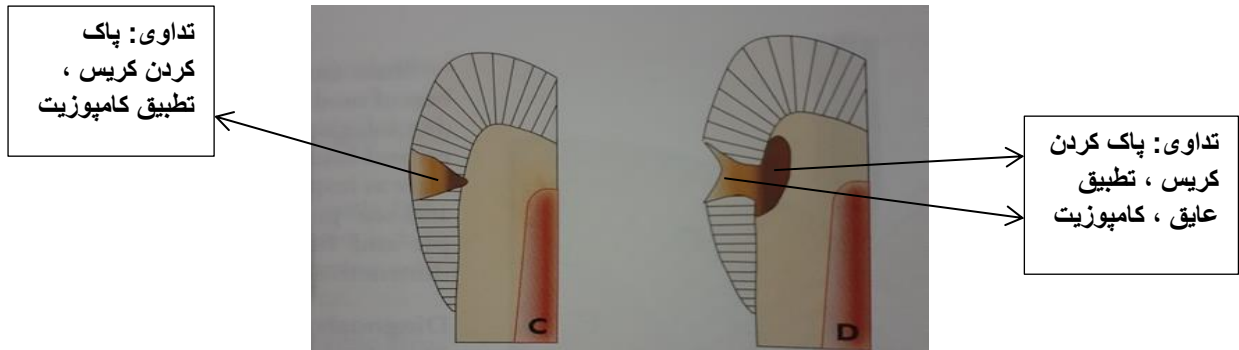




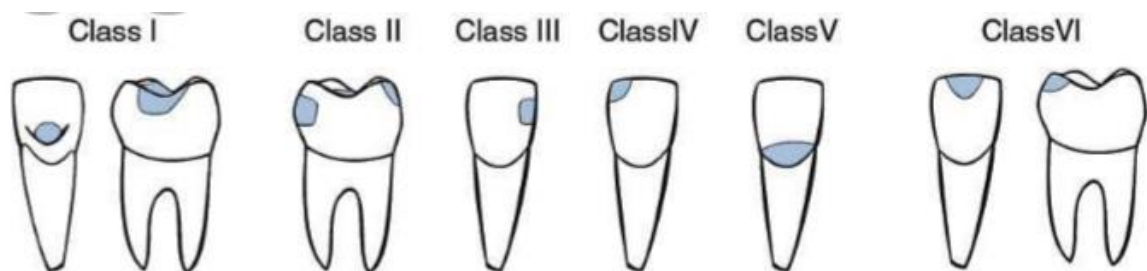


## فصل چهاردهم

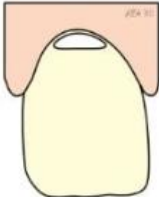
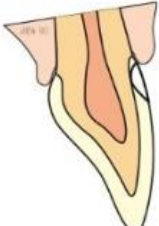
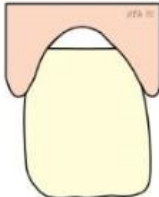

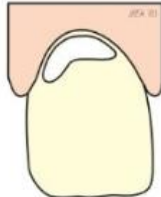
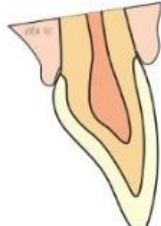

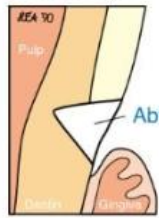

انواع کریس دندان ها:-



## قوانین GV-Black

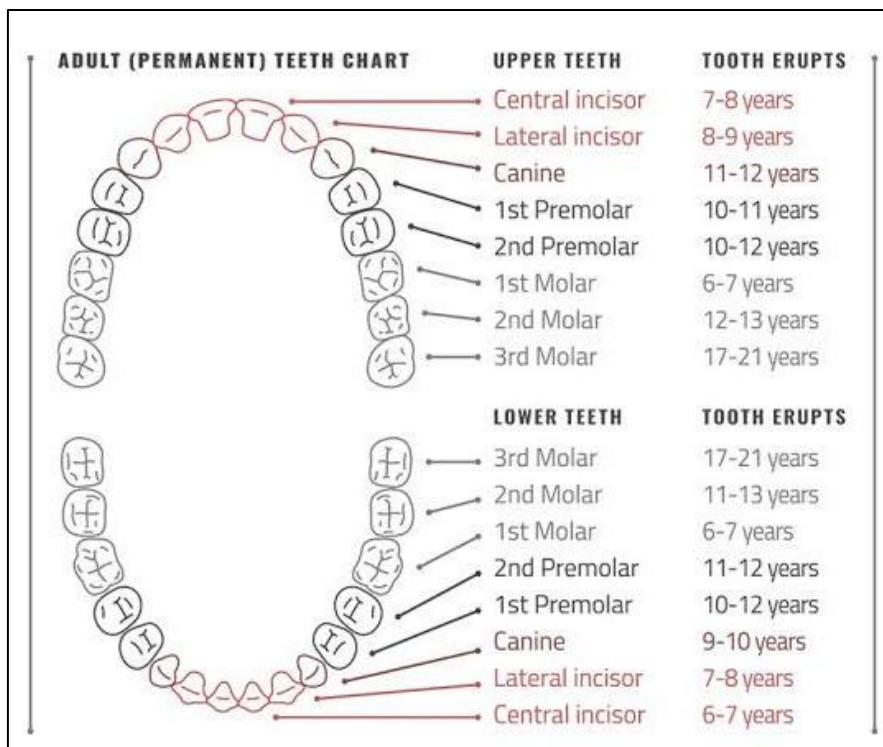
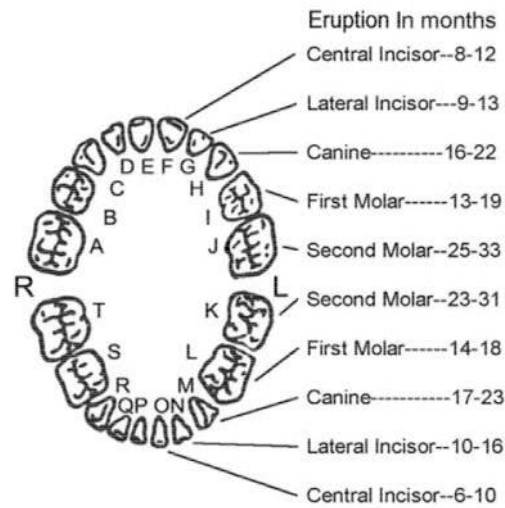


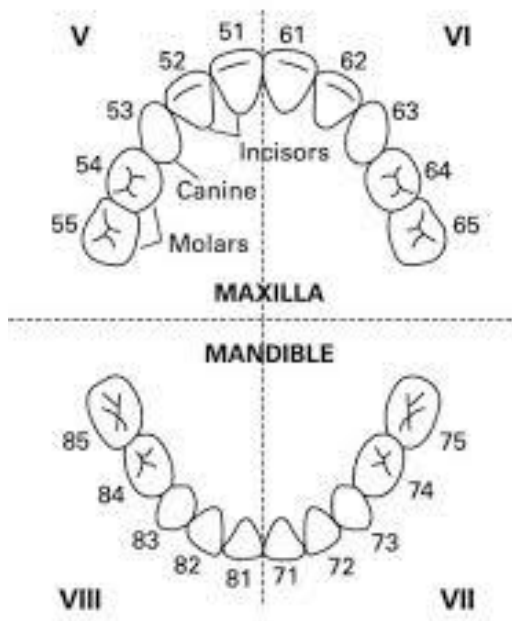
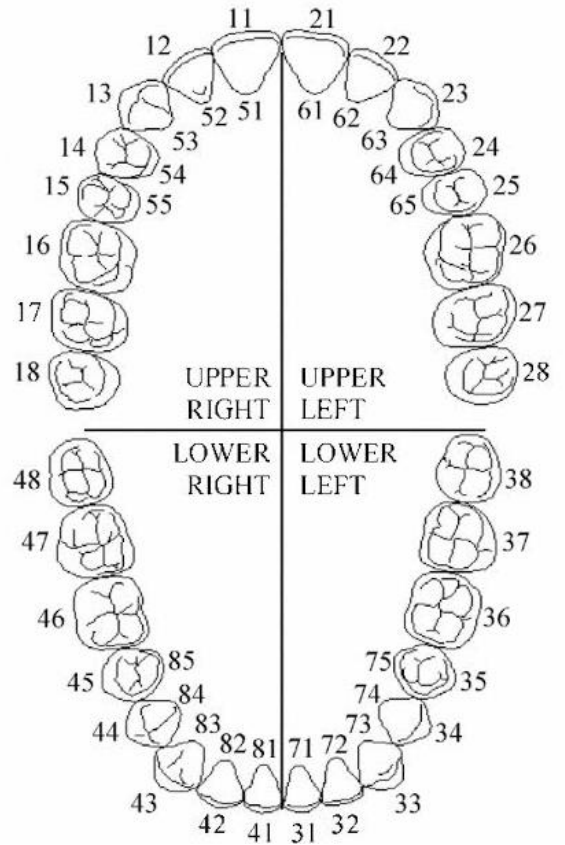
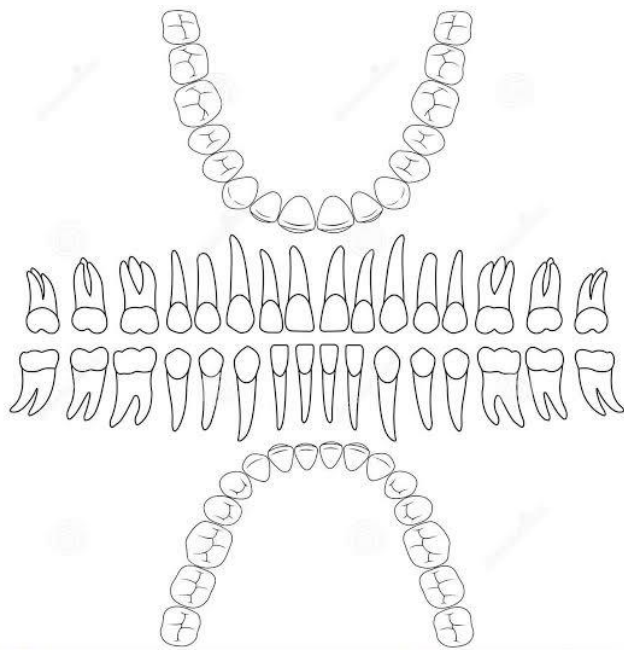


Abrasion	Abfraction	Erosion
<p><i>Frontal view</i></p>  <p><i>Cross-section</i></p> 	<p><i>Frontal view</i></p>  <p><i>Cross-section</i></p> 	<p><i>Frontal view</i></p>  <p><i>Cross-section</i></p> 
<p><i>Close-up</i></p>  <p>Abrasion</p>	<p><i>Close-up</i></p>  <p>Abfraction</p>	<p><i>Close-up</i></p>  <p>Erosion</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>¥ Mechanical wear (toothbrush habit)</li> <li>¥ Affects teeth in groups (often unilateral)</li> <li>¥ Treatment: minifilled hybrid</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>¥ Stress corrosion (occlusion related)</li> <li>¥ Affects single teeth (often upper premolars first)</li> <li>¥ Treatment: light-cured GIC</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>¥ Chemical erosion (gastric causes)</li> <li>¥ Affects teeth in groups (lingual uppers/buccal lowers)</li> <li>¥ Treatment: microfills *** on enamel</li> </ul>

## چارت‌های مهم

Tooth Development Chart --- Baby Teeth





**د افغانستان د ۸ پوهنتونونو د چاپ شويو طبي کتابونو لست**  
 (کابل، کابل طبي پوهنتون ، ننگرهار ، خوست، کندهار، هرات، بلخ او کاپيسا) ۲۰۱۰ - ۲۰۲۰

پوهنتون	ليکوال	د کتاب نوم	ژبې	پوهنتون	ليکوال	د کتاب نوم	ژبې
هرات	پوهندوی داکتر حسن فرید	کتاب ولادی	۲	ننگرهار	پوهندوی سید قمبر علي حیدري	فارمکولوژي	۱
ننگرهار	پوهنمل داکتر خالد یار	د سترگو ناروغی	۴	ننگرهار	پوهنوال داکتر عبدالناصر جبارخېل	انتاني ناروغی	۳
ننگرهار	پوهندوی داکتر منصور اسلمزی	د کوچنیانو د وینې ناروغی	۶	ننگرهار	پوهنمل داکتر مریم اکرم معصوم	زېږون	۵
ننگرهار	پوهاند داکتر ظاهر ظفرزی	د سرطاني ناروغیو اساسات	۸	ننگرهار	پوهاند داکتر طیب نشاط	تنفسي او د زړه د دسامونو روماتیزمل ناروغی	۷
ننگرهار	پوهاند داکتر محمد طیب نشاط	اندوکرینولوژی او روماتولوژي	۱۰	ننگرهار	پوهندوی داکتر سید انعام سیدي	توبرکلوز	۹
ننگرهار	پوهنوال داکتر ناصر خان کاموال	د ماشومانو کلینکی معاینه	۱۲	بلخ	پوهاند میر محمد ظاهر حیدري	بیوفزیک	۱۱
ننگرهار	داکتر محمد صابر	د پرازیتولوژي اساسات	۱۴	بلخ	پوهاند میر محمد ظاهر حیدري	فزیک نور	۱۳
ننگرهار	پوهاند داکتر عبدالرؤف حسان	د کولمو بندش او د پریطوان جراحي ناروغی	۱۶	کندهار	داکتر ناصر محمد شینواری	د سینې ناروغی او توبرکلوز	۱۵
ننگرهار	پوهندوی داکتر منصور اسلمزی	د کوچنیانو د درملنې لارښود (انگلیسی)	۱۸	ننگرهار	پوهنوال داکتر غلام سخي رحمانزی	کلینیکي رادیولوژي	۱۷
کندهار	پوهنوال داکتر عبدالواحد وثیق	د هضمي جهاز او پښتورگو ناروغی	۲۰	ننگرهار	پوهاند داکتر محمد ظاهر ظفرزی	د پښتورگو ناروغی	۱۹
کابل طبی پوهنتون	پوهاند داکتر محمد معصوم عزیزي	جراحی بطن وملحقات آن	۲۲	ننگرهار	پوهاند داکتر محمد ظاهر ظفرزی	د هضمي جهاز ناروغی	۲۱
کابل طبی پوهنتون	پوهندوی داکتر فاروق حمیدی	روش های ارزبایی کلینکی اطفال	۲۴	ننگرهار	پوهاند داکتر محمد ظاهر ظفرزی	د وینې ناروغی	۲۳
کندهار	پوهندوی داکتر فضل الهی رحمانی	عمومي هستولوژي	۲۶	ننگرهار	پوهاند داکتر محمد ظاهر ظفرزی	د خیگر ناروغی	۲۵
هرات	دوکتورس زهرا فروغ	پتالوژی عمومی	۲۸	ننگرهار	پوهنوال داکتر غلام سخي رحمانزی	تشخیصي رادیولوژي	۲۷
کابل طبی پوهنتون	پوهنوال علي يوسف پور	بیولوژی مالیکولي حجره، بخش اول	۳۰	ننگرهار	پوهنوال داکتر نظر محمد سلطانزی	د وینې سرطان	۲۹
کابل طبی پوهنتون	پوهنوال علي يوسف پور	بیولوژی مالیکولي حجره، بخش دوم	۳۲	ننگرهار	پوهنوال داکتر محمد رسول فضلي	اطفال	۳۱
کندهار	داکتر محمد ناصر ناصري	د توبرکلوز ناروغی	۳۴	ننگرهار	پوهیالی داکتر محمد هارون	تغذیه او روغتیا	۳۳
کابل طبی پوهنتون	پوهاند داکتر سلطان محمد صافی	امراض ساری اطفال	۳۶	ننگرهار	پوهیالی داکتر محمد ابراهیم شیرزی	ډیموگرافی او کورنی تنظیم	۳۵
کابل طبی پوهنتون	پوهاند داکتر سلطان محمد صافی	د کوچنیانو ناروغی	۳۸	خوست	پوهندوی داکتر بادشاه زار عبدالي	د عمومي جراحي اساسات	۳۷
کندهار	پوهندوی داکتر عبدالخالق دوست	امراض جراحي بطن و ملحقات ان	۴۰	خوست	پوهندوی داکتر بادشاه زار عبدالي	جراحی، د کلینیکي معایناتو سیستم	۳۹
کابل طبی پوهنتون	پوهاند داکتر بری صدیقی	هستولوژي	۴۲	ننگرهار	پوهنوال داکتر خلیل احمد بهسودوال	عمومي پتالوژي	۴۱
کندهار	پوهنمل داکتر ولي محمد ویاړ	د وینې فزیولوژي	۴۴	ننگرهار	پوهندوی داکتر محمد عظیم منگل	د ساري ناروغیو کنترول	۴۳
کابل طبی پوهنتون	پوهاند دوکتور خان محمد احمدزی	طبي بیوشمي	۴۶	ننگرهار	پوهنوال داکتر خلیل احمد بهسودوال	طبي هستولوژي	۴۵
هرات	پوهنوال غلام قادر دهگان	فزیک اوپتیک	۴۸	ننگرهار	پوهنوال داکتر عبدالاحد حمید	یورولوژي	۴۷
کندهار	پوهنمل داکتر محمد همایون مصطفی	اورتوپیدی او کسرونه	۵۰	بلخ	پوهاند داکتر عبدالغفور همدل صدیقی	اخلاق طبابت	۴۹

۵۱	فزیکل دیاگنوزس	پوهنوال داکتر حفیظ الله اږیدی	ننگرهار	۵۲	بطن حاد و مزمن	پوهنوال داکتر عبدالغفور ارصاد	هرات
۵۳	د زړه او رگونو ناروغی	پوهندوی داکتر دل آقا دل	ننگرهار	۵۴	اساسات جراحی	پوهاند داکتر نجیب الله امرخیل	کابل طبی پوهنتون
۵۵	د چاپیریال او ډنډیزه روغتیا	پوهنوال داکتر محمد عارف رحماني	ننگرهار	۵۶	اناتومی	پوهنمل داکتر حفیظ الله سهار	کابل طبی پوهنتون
۵۷	د هضمي سیستم او پښتورگو ناروغی	پوهندوی داکتر سیف الله هادی	ننگرهار	۵۸	التراساوند تشخیصیه	پوهندوی داکتر محمد نواب کمال	کابل طبی پوهنتون
۵۹	د کوچنیانو تغذیه	پوهنمل داکتر نجیب الله امین	ننگرهار	۶۰	د قندونو هضم، جذب او استقلاب	دوکتور یحیی فهیم پوهیالی	ننگرهار
۶۱	د کوچنیانو ناروغی، اول جلد	پوهنوال دوکتور عبدالستار نیازی	ننگرهار	۶۲	د غوړ، پزی او ستونی ناروغی	پوهنمل دوکتور میر محمد اسحاق خاورین	ننگرهار
۶۳	د کوچنیانو ناروغی، دوهم جلد	پوهنوال دوکتور عبدالستار نیازی	ننگرهار	۶۴	د پوستکی ناروغی	پوهندوی دوکتور اسدالله شینواری	ننگرهار
۶۵	هیماټولوژی، ایمنولوژی او د ویټامینونو کموالي ناروغی	پوهندوی دوکتور ایمل شیریزی	ننگرهار	۶۶	د خولی او هضمي سیستم ناروغی	پوهاند دوکتور ظاهر ظفرزی	ننگرهار
۶۷	رهنمای تدریس طب	پوهاند دوکتور نادر احمد اکسیر	کابل طبی پوهنتون	۶۸	جراحی بطن	پوهاند دوکتور محمد معصوم عزیززی	کابل طبی پوهنتون
۶۹	امراض اطفال	پوهاند دوکتور سلطان محمد صافی	کابل طبی پوهنتون	۷۰	جراحی عصبی	پوهنوال دوکتور عبدالغفور ارصاد	هرات
۷۱	مایکروبیولوژی	پوهاند محمد جمعه حنیف	هرات	۷۲	اساسات پرازیتولوژی طبی	پوهنمل دوکتور محمد یوسف مبارک	کابل طبی پوهنتون
۷۳	امراض جراحی سیستم هضمی و ملحقات آن	پوهاند دوکتور عبدالوهاب نورا	کابل طبی پوهنتون	۷۴	امراض جهاز هضمی و کبد	دوکتور محمد بونس فخری	بلخ
۷۵	فزیک طبی بخش میخانیک	پوهاند میر محمد ظاهر حیدری	بلخ	۷۶	فزیک طبی بخش حرارت	پوهاند میر محمد ظاهر حیدری	بلخ
۷۷	توضیح اساسات فزیک، و سایل تشخیصیه طبی	پوهاند میر محمد ظاهر حیدری	بلخ	۷۸	انالیز ریاضی	سید یوسف مانووال	بلخ
۷۹	نور و فزیک جدید	پوهنوال غلام قادر دهگان	هرات	۸۰	حرارت و ترمودینامیک	پوهنوال غلام قادر دهگان	هرات
۸۱	عمومي جراحي، لومړی ټوک	پوهندوی داکتر بادشاه زار عبدالی	خوست	۸۲	عمومي جراحي، دوهم ټوک	پوهندوی داکتر بادشاه زار عبدالی	خوست
۸۳	اناتومی و فزیولوژی انسان، جلد اول	پوهندوی محمد طاهر نسیمی	بلخ	۸۴	اناتومی و فزیولوژی انسان، جلد دوم	پوهندوی محمد طاهر نسیمی	بلخ
۸۵	روانی رنځپوهنه	پوهندوی داکتر جهان شاه تبی	خوست	۸۶	تغذیه او سو تغذیه	پوهنوال داکتر عبدالواحد وٹیق	قندهار
۸۷	امراض روانی، جلد اول	پوهندوی دوکتور عبدالعزيز نادری	کابل طبی پوهنتون	۸۸	امراض روانی، جلد دوم	پوهندوی دوکتور عبدالعزيز نادری	کابل طبی پوهنتون
۸۹	انتاني ناروغی (انگلیسی)	پوهنمل داکتر محمد ذکریا امیرزاده	قندهار	۹۰	بېړنی طبی پېښی	پوهنوال داکتر عبدالواحد وٹیق	قندهار
۹۱	پرازیتولوژی طبی	پوهاند دوکتور عبیدالله عبید	کابل طبی پوهنتون	۹۲	ولادي جراحي، لمړی ټوک	داکتر عجب گل مومند	قندهار
۹۳	مایکرو بیولوژی طبی، جلد اول	پوهاند دوکتور عبیدالله عبید	کابل طبی پوهنتون	۹۴	ولادي جراحي، دوهم ټوک	داکتر عجب گل مومند	قندهار
۹۵	مایکرو بیولوژی طبی، جلد دوم	پوهاند دوکتور عبیدالله عبید	کابل طبی پوهنتون	۹۶	د غوړ، پزی او ستونی ناروغی	داکتر عزیز الله فقیر	قندهار
۹۷	رهنمود PBL در افغانستان	پوهاند دوکتور محمد فرید برنایار	کاپیسا	۹۸	مایکروبیولوژی عمومی	دوکتور شعیب احمد شاخص	هرات
۹۹	تروماټولوژی	پوهنوال دوکتور عبدالغفور ارصاد	هرات	۱۰۰	د زړه او سرو د ناروغیو تشخیصیه رادیولوژی	پوهنیار داکتر شاه محمد رنځورمل	خوست
۱۰۱	نرسنگ عملیاتخانه	پوهاند دوکتور نجیب الله امرخیل	کابل طبی پوهنتون	۱۰۲	گیاهان طبی مستعمله در تداوی امراض قلبی و وعایی	پوهنوال محمد عثمان بابری	کابل پوهنتون
۱۰۳	امبرپولوژی طبی	پوهندوی داکتر بشیر نورمل	کابل طبی پوهنتون	۱۰۴	بېړنی درملنې	داکتر عبدالولی رنځمل وردک	خوست



۱۰۵	د احصایبی اساسات	پوهنپار محمد اغا ضیاء	کندهار	۱۰۶	د کوچنیانو ساری ناروغی	پوهاند دوکتور سلطان محمد صافی	خوست
۱۰۷	امبریولوژی عمومی انسان	پوهندوی داکتر بشیر نورمل	کابل طبی پوهنتون	۱۰۸	امراض یورولوژی	پوهندوی دوکتور غلام سخی حسنی	کابل طبی پوهنتون
۱۰۹	کمک های اولیه	پوهاند دوکتور نجیب الله امرخیل	کابل طبی پوهنتون	۱۱۰	امراض نسایی	پوهندوی داکتر محمد حسن فرید	هرات
۱۱۱	طبی هستالوژی	پوهاند داکتر بری صدیقی	خوست	۱۱۲	امبریولوژی	پوهاند دوکتور بری صدیقی	خوست
۱۱۳	رهنمای انستیزی برای کشورهای رو به انکشاف، جلد اول	دانیل دی موس	کابل طبی پوهنتون	۱۱۴	عمومی جراحی	داکتر گل سیمیا ابراهیم خیل قادری	خوست
۱۱۵	رهنمای انستیزی برای کشورهای رو به انکشاف، جلد دوم	دانیل دی موس	کابل طبی پوهنتون	۱۱۶	عضوی کیمیا، د الیفاتیگ برخه	پوهندوی دوکتور گل حسن ولیزی	خوست
۱۱۷	احصاییه	پوهاند محمد بشیر دودیال	ننگرهار	۱۱۸	د کوچنیانو خوار څواکي	پوهندوی داکتر سمیع الله حیات	ننگرهار
۱۱۹	کلاسیک او مالکیولی جنیتیک	دوکتور محمد صابر	ننگرهار	۱۲۰	تصویری یا تر سیمې راډیو گرافي	پوهنوال داکتر غلام سخی رحمانزی	ننگرهار
۱۲۱	د داخلی بېړنی پېښې او د بحران څارنه	پوهنوال داکتر حفیظ الله اپریدی	ننگرهار	۱۲۲	اورتوپیدی	پوهندوی داکتر سید شال سیدی	ننگرهار
۱۲۳	د عامی روغتیا اساسات او اداره	پوهنمل داکتر محمد عارف رحمانی	ننگرهار	۱۲۴	طبی ترمینالوژی	دوکتور گل سیمیا ابراهیم خیل قادری	ننگرهار
۱۲۵	هلمنتولوژی	پوهاند داکتر سید رفیع الله حلیم	ننگرهار	۱۲۶	وراثت او ډسمورفولوژی	پوهنمل داکتر مسیح الله مسیح	ننگرهار
۱۲۷	د بېړنیو پېښو د درملنې لارښود (انگلیسی)	پوهنوال داکتر ایمل شیرزی	ننگرهار	۱۲۸	د نویو زېږیدلو ماشومانو د ستونزو اهتمات	پوهندوی داکتر ناصر خان کاموال	ننگرهار
۱۲۹	د سیستمونو پتالوژی	پوهنوال داکتر خلیل احمد بهسودوال	ننگرهار	۱۳۰	په ماشومانو کې نری رنځ	پوهنمل داکتر حقیق الله چارډیوال	ننگرهار
۱۳۱	د اتونوم او مرکزي عصبي سیستمونو فارمکولوژی	داکتر غلام ربی بهسودوال	ننگرهار	۱۳۲	د ننگرهار طب پوهنځی نصاب او درسی مفردات (انگلیسی)	ننگرهار طب پوهنځی	ننگرهار
۱۳۳	د درملو د استعمال عملی لارښود (انگلیسی / پښتو)	داکتر مالتی ایل وان بلومرودر	ننگرهار	۱۳۴	عمومی کیمیا	پوهاند دوکتور خیرمحمد ماموند	ننگرهار
۱۳۵	اناتومی (هدوکی، مفاصل او عضلات)	پوهنمل داکتر محمد ناصر نصرتی	ننگرهار	۱۳۶	فارمکولوژی، دوهم ټوک	پوهنوال داکتر سید قمبر علی حیدری	ننگرهار
۱۳۷	حاد اپنډیساییتیس، تشخیص، اختلالات او تداوی	پرفیسور دوکتور محمد شریف سروری	خوست	۱۳۸	د جهازانو اناتومی	پوهنوال داکتر محمد حسین یار	ننگرهار
۱۳۹	امبریولوژی	پوهنوال داکتر محمد حسین یار	ننگرهار	۱۴۰	اناتومی دریم جلد عصبي سیستم، حواس او اندوکراین غدوات	پوهنمل داکتر محمد ناصر نصرتی	ننگرهار
۱۴۱	طبی امبریولوژی	پوهنمل داکتر محمد ناصر نصرتی	ننگرهار	۱۴۲	د ماشومانو د ناروغیو عملی لارښود (انگلیسی)	داکتر مالتی ال-وان بلومرودر	ننگرهار
۱۴۳	د طبی عامو ستونځو عملی لارښود (انگلیسی)	داکتر مالتی ال-وان بلومرودر	ننگرهار	۱۴۴	د روانی روغتیايي ستونځو عملی لارښود (انگلیسی)	سیان نیکولاس	ننگرهار
۱۴۵	نشه یی توکی او اړونده ناروغی	داکتر محمد سمین ستانکزی	ننگرهار	۱۴۶	د شحمیاتو استقلال	دوکتور محمدم عظیم	ننگرهار
۱۴۷	عصبي جراحي	پوهندوی داکتر عبدالصیر منگل	ننگرهار	۱۴۸	سرطان او د چاپیریال راډیو اکتیویټی	پوهنوال داکتر نظر محمد سلطانزی څدران	ننگرهار
۱۴۹	بېړنی طبی درملنې	داکتر سید ملیار سادات	ننگرهار	۱۵۰	د تنفسي سیستم فزیولوژی	دوکتور احسان الله احسان	ننگرهار
۱۵۱	نیوتولوژی	پوهنوال داکتر عبدالستار نیازی	ننگرهار	۱۵۲	عصبي ناروغی	پوهنمل داکتر بلال پاینده	ننگرهار

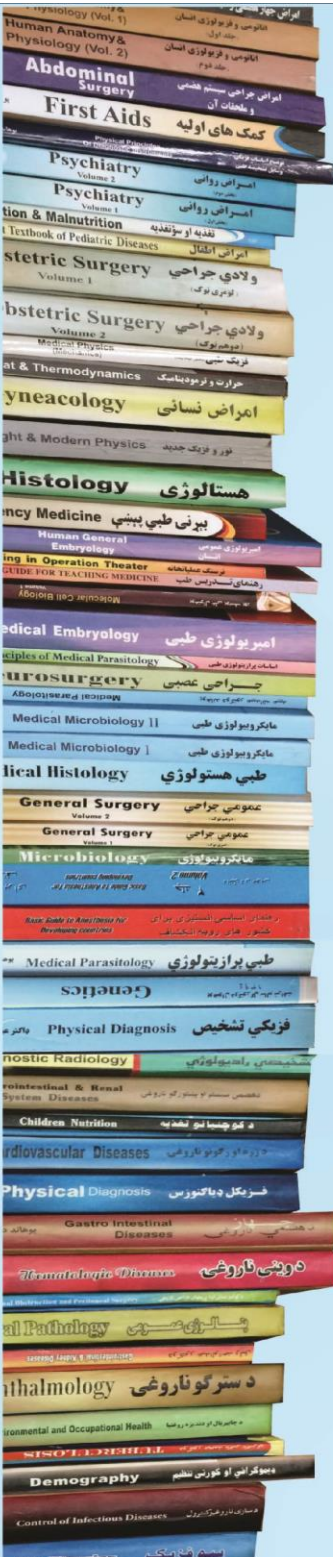
۱۵۳	د زړه برقي گراف (ECG)	زنخوړوال ډاکټر سيد عبدالله سادات	ننګرهار	۱۵۴	الټراسونډ	ډاکټر محمد يونس سلطاني	ننګرهار
۱۵۵	د شکرې ناروغي	ډاکټر محمد نعيم همدرد	ننګرهار	۱۵۶	فيزيکي تشخيص	ډاکټر عبدالناصر جبارخيل	ننګرهار
۱۵۷	تلويزيوني آزموينې	پوهندوی ډاکټر نجيب الله خليلي	ننګرهار	۱۵۸	د هضمي سيستم اناتومي	پوهنمل ډکتور محمد ناصر نصرتی	ننګرهار
۱۵۹	د بولي تناسلي سيستم اناتومي	پوهنمل ډکتور محمد ناصر نصرتی	ننګرهار	۱۶۰	د زړه او د وينې د رگونو اناتومي	پوهنمل ډکتور محمد ناصر نصرتی	ننګرهار
۱۶۱	عصبي جراحي	پوهندوی ډوکتور فضل الرحيم شگيوال	ننګرهار	۱۶۲	بيوفيزيک	پوهنيار پښتنه بنايي	ننګرهار
۱۶۳	د کوچنيانو نارغی د پنځم ټولگی د لومړی سمیستر لپاره	پوهاند ډاکټر عبدالستار نيازى	ننګرهار	۱۶۴	د کوچنيانو د جهازاتو معمولي ناروغی I	پوهاند ډاکټر عبدالستار نيازى	ننګرهار
۱۶۵	د کوچنيانو د جهازاتو معمولي ناروغی II	پوهاند ډاکټر عبدالستار نيازى	ننګرهار	۱۶۶	انتاني ناروغی	پوهنوال ډاکټر حفيظ الله اپريدی	ننګرهار
۱۶۷	د اندوکراين، زړه، رگونو او پښتورگو فزيوزي	پوهنوال ډاکټر احسان الله احسان	ننګرهار	۱۶۸	د جراحي انکال	زنخوړيار ډاکټر عجب گل مومند	ننګرهار
۱۶۹	د خيگر وپروسی التهاب (طبی تشخيص او درملنه)	ډوکتور محمد اسحاق شريفی	ننګرهار	۱۷۰	ملاريا	ډوکتور محمد اسحاق شريفی	ننګرهار
۱۷۱	طبي پرازينولوژي	پوهنوال ډوکتور غلام جيلاني ولي	ننګرهار	۱۷۲	وراثت	پوهنوال ډوکتور گل سالم شرافت	ننګرهار
۱۷۳	د کوچنيانو ناروغی لومړی ټوک	پوهاند ډوکتور احمد سير احمدی	ننګرهار	۱۷۴	د کوچنيانو ناروغی دوهم ټوک	پوهاند ډوکتور احمد سير احمدی	ننګرهار
۱۷۵	عقلی ناروغی	ډاکټر بلال پاينده	ننګرهار	۱۷۶	فيزيکي کيميا دوهم جلد، ترمودينامیک	حبيب الله نوايزاده	ننګرهار
۱۷۷	کسرونه او خلعي	پوهندوی سيد بها کریمي	ننګرهار	۱۷۸	د کوچنيانو ساري ناروغی	پوهندوی ډوکتور نجيب الله امين	ننګرهار
۱۷۹	نسايي ناروغی	پوهندوی ډوکتورس تورپيکې اپريدی	ننګرهار	۱۸۰	د گيډی د ملحقنو د جراحي ناروغي	پوهنوال ډوکتور بادشاه زار عبدالی	خوست
۱۸۱	د ماشومانو د معدې معايي سيستم او يني ناروغی	پوهنمل ډاکټر ولی گل مخلص	خوست	۱۸۲	د سيستمونو پتالوژي ديمه برخه	پوهاند ډوکتور خليل احمد بهسودوال	ننګرهار
۱۸۲	د سيستمونو هستالوژي	پوهاند ډوکتور خليل احمد بهسودوال	ننګرهار	۱۸۴	د پوستکي ناروغی	پوهنوال ډاکټر سيد انور اکبري	ننګرهار
۱۸۵	د ټټر اناتومي	پوهنيار ډوکتور يما صديقي	ننګرهار	۱۸۶	رهنمای عملی مشکلات عام طبي (دری)	ډاکټر مالتی ایل وان بلومرودر	بلخ
۱۸۷	عمومي هستالوژي	پوهاند ډوکتور خليل احمد بهسودوال	ننګرهار	۱۸۸	راديولوژي ازموينی او ناروغتياوې	پوهنوال ډاکټر غلام سخی رحمانزی	ننګرهار
۱۸۹	د نيونتاوژي او کوچنيانو د ناروغيو کلينيکي هندپوک	پوهنوال ډوکتور منصور اسلم زی	ننګرهار	۱۹۰	د طبابت لنډ تاريخ	پوهاند عبدالحی مومنی	ننګرهار
۱۹۱	ميخانيک او د نور فزيک	پوهنيار هدايت الله	ننګرهار	۱۹۲	د برق فزيک	پوهنيار هدايت الله	ننګرهار
۱۹۳	عمومي بيولوژي	پوهنمل جماعت خان همت	ننګرهار	۱۹۴	د تنفسی سيستم او د زړه روماتيزمل ناروغی	پوهاند ډوکتور سيف الله هادي	ننګرهار
۱۹۵	فارمکولوژي، دريم ټوک	پوهنوال سيد قمبر علي حيدري	ننګرهار	۱۹۶	عمومي پتالوژي	پوهندوی ډوکتور محمد آصف	ننګرهار
۱۹۷	طبي فزيولوژي	پوهاند شريف الله نعمان	ننګرهار	۱۹۸	د پلاستيک جراحي اساسات او تخنيکونه	ډاکټر الفت هاشمی	ننګرهار
۱۹۹	عمومي بيولوژي	پوهندوی الفت شيرزی	ننګرهار	۲۰۰	د عصبي سيستم اناتومي	پوهنيار ډوکتور يما صديقي	ننګرهار
۲۰۱	د سينې سرطان، پېژندنه، درملنه او مخنيوی	پوهنوال ډاکټر نظر محمد سلطانزی خدران	ننګرهار	۲۰۲	د وينې حجرو، تنفي جهاز، هضمي جهاز، او نوو زېږېدلو فزيولوژي	پوهنوال ډوکتور جنت مير مومند	ننګرهار
۲۰۳	د سينې بطن او حوصلې اناتومي	پوهندوی ډاکټر حميدالله حامد	خوست	۲۰۴	فيزيکي تشخيص او د تاريخچې اخسته	پوهاند ډاکټر شريف الله	ننګرهار

۲۰۵	د خانگړو حسیتونو، پوستکي، اوتونومیک او مرکزي سېسټم فزیولوژي	پوهنوال دوکتور محب الله شینواری	ننګرهار	۲۰۶	د درملو بدی اغیزی	پوهنوال سید قمبر علی حیدری	ننګرهار
۲۰۷	جراحی عمومی اطفال	پوهنیاړ ډاکټر توریالی حکیمی	کابل طبی پوهنتون	۲۰۸	معاینات کلینیکی اطفال بطور ساده	پوهندوی دوکتور سید نجم الدین جلال	کابل طبی پوهنتون
۲۰۹	۱۴۰ طبي کتابونه په دی وی دی کې (پښتو، دري او انگلیسی)	بېلا بېل مؤلفین	ټول پوهنتونونه	۲۱۰	۲۱۴ طبي کتابونه په دی وی دی کې (پښتو، دري او انگلیسی)	بېلا بېل مؤلفین	ټول پوهنتونونه
۲۱۱	عصبي معاینات او سلوکپوهنه	پوهنوال ډاکټر جهان شاه تټی	خوست	۲۱۲	عصبي جراحي	پوهاند دوکتور بادشاه زار عبدالی	خوست
۲۱۳	د عامو کسرونو تړلې درملنه	پوهندوی دوکتور ظاهر گل منگل	خوست	۲۱۴	د ویني ناروغی	ډاکټر حیات الله احمدزی	ننګرهار
۲۱۵	د داخله ناروغیو تفریقی تشخیص لومړی برخه	پوهاند دوکتور سیف الله هادی	ننګرهار	۲۱۶	د داخله ناروغیو تفریقی تشخیص دهمه برخه	پوهاند دوکتور سیف الله هادی	ننګرهار
۲۱۷	امینو فارمکولوژي	پوهنوال دوکتور غلام ربی بهسودوال	ننګرهار	۲۱۸	د ماشومانو تنفسي، زړه، وینې او پښتورگو ناروغی	پوهاند ډاکټر نجیب الله امین	ننګرهار
۲۱۹	تشخیصیه رادیولوژي، دوهمه برخه، سینه یا صدر	دوکتور نور محمد شینواری	ننګرهار	۲۲۰	طبی فزیک	پوهنیاړ هدایت الله مهمند	ننګرهار
۲۲۱	رادیولوژي	پوهنوال ډاکټر سید عارف ویاړ	ننګرهار	۲۲۲	اندوکراینولوژي او روماتولوژي	پوهاند دوکتور سیف الله هادی	ننګرهار
۲۲۳	د کوچنیانو جراحي	پوهاند ډاکټر فضل الرحیم شگیوال	ننګرهار	۲۲۴	د سترګي کلینیکی ناروغی	پوهنوال ډاکټر عبدالصبر صافی	ننګرهار
۲۲۵	بیوفزیک	پوهنیاړ گل احمد سهیل	ننګرهار	۲۲۶	مالیکولي بیولوژي	پوهندوی جماعت خان همت	ننګرهار
۲۲۷	د ماشومانو اناتني ناروغی	پوهاند دوکتور عبدالستار نیازی	ننګرهار	۲۲۸	د ماشومانو اساسات، هضمي، اندوکراین او عصبي ناروغی	پوهاند سمیع الله حیات	ننګرهار
۲۲۹	تنفسی او د زړه روماتیزمل ناروغی	پوهندوی ډاکټر سلام جان شمس	ننګرهار	۲۳۰	یورولوژي	ډاکټر غازی جمال عبدالناصر	ننګرهار
۲۳۱	طبي جنیتیک	پوهندوی الفت شیرزی	ننګرهار	۲۳۲	د انسان عمومي کلینیکی امبریولوژي	ډاکټر عبدالله جان شینواری	ننګرهار
۲۳۳	انگلیسي پښتو طبي قاموس (لومړی ټوک)	رنخورمل دوکتور عجب گل مومند	ننګرهار	۲۳۴	انگلیسي پښتو طبي قاموس (دوهم ټوک)	رنخورمل دوکتور عجب گل مومند	ننګرهار
۲۳۵	د نور فزیک	پوهنیاړ هدایت الله مهمند	ننګرهار	۲۳۶	فارمکولوژي (دریم کال، دوهم سمسټر لپاره)	پوهنوال دوکتور غلام ربی بهسودوال	ننګرهار
۲۳۷	د هډوکو اناتومي	پوهندوی حمیدالله حامد	خوست	۲۳۸	د قلبی وعایي، وینې، تنفسي او هضمي جهاز پتالوژي	پوهاند دوکتور خلیل احمد بهسودوال	ننګرهار
۲۳۹	روانشناسی عمومی	پوهاند ماریا صاعد سلطانی	بلخ	۲۴۰	په معاصر طب کې د فزیک پېژندنه	گل احمد سهیل	ننګرهار
۲۴۱	د حجرې بیولوژي	پوهندوی جماعت خان همت	ننګرهار	۲۴۲	سارس - ۲ او کووید-۱۹	پروفیسور دوکتور محمد شریف سروري	ټول پوهنتونونه
۲۴۳	د سر او غاړی اناتومي درسي کتاب (لومړی ټوک)	پوهندوی دوکتور یما صدیقی	ننګرهار	۲۴۴	د ټډيې ناروغی	پروفیسور دوکتور محمد شریف سروري	ټول پوهنتونونه
۲۴۵	د طب محصلینو درسي کتابونه	ډاکټر یحیی وردک	ټول پوهنتونونه	۲۴۶	د سر او غاړی اناتومي درسي کتاب (دوهم ټوک)	پوهندوی دوکتور یما صدیقی	ننګرهار
۲۴۷	طبي کیمیا	پوهنوال امرالله آصفي	خوست	۲۴۸	رهنمای کلینیکی برای ډاکټران دندان	ډاکټر سید معروف سیرت	برای تمام پوهنتون ها
۲۴۹	فزیکي تشخیص (هادي کلینیکل مېتود)	پوهاند ډاکټر سیف الله هادي	ټول پوهنتونونه				

افغاني درسي کتابونو ته آنلاین لاس رسي  
Access to Online Afghan Textbooks

[ecampus-Afghanistan.org](http://ecampus-Afghanistan.org)  
[kitabona.com](http://kitabona.com)

Full version of all textbooks can be downloaded as PDF from above website.



if you want to publish your textbooks please contact us: Dr. Yahya Wardak, Ministry of Higher Education, Kabul, Office: 0756014640, Email: [textbooks@afghanic.de](mailto:textbooks@afghanic.de)

تطبيق کوونکی: ډاکټر یحیی وردگ، د لوړو زده کړو وزارت مشاور، څلورمه کارته، کابل افغانستان، اکتوبر ۲۰۲۱  
دفتري: 075601640، ایمیل: [textbooks@afghanic.org](mailto:textbooks@afghanic.org), [www.mohe.gov.af](http://www.mohe.gov.af)

## Lifelong learning

Dr. Sayed Maroof Serat wrote the book you are holding as a descriptive question and answer for new dentists in a simple and proficient Dari language.

I admire the author's effort, which is regarded as a novel teaching method that allows university graduates to review previous lectures and acquire new medical topics. Doctors can keep up with the latest research and scientific developments by continuing their education throughout their careers.

It is worth noting that, under the purview of the Ministry of Higher Education, we've published and distributed about 250 medical textbooks at universities over the last ten years. You may find a list of these books at the end of this book, and you can also download them in PDF format from [www.ecampus-afghanistan.org](http://www.ecampus-afghanistan.org).

We intend to take the initial steps in this direction by publishing new and standard books in the field of medicine for doctors because there is no specific source for continuing education for them in our nation.

In this regard, we would like to request that all doctors and academic scholars write new articles and translate them in their scientific and professional fields, as well as provide us with their written works, so that these books can be printed, published, and distributed free of charge to all Afghan doctors.

To improve our doctors' professional training (capacity building), every professional should have access to the most recent published research and literature on their work, as well as the opportunity to continue their education. It will also boost the country's medical care delivery.

Dr. Yahya Wardak

2022/1/2

Book Name      Clinical Guideline for Dentists  
Author          Dr Sayed Maroof Sirat  
Publisher        Afghanic  
Published       2022, First Edition  
Copies          1000  
Serial No        344  
Download        [www.ecampus-afghanistan.org](http://www.ecampus-afghanistan.org)



This publication was financed by humedica e.V.

Administrative and technical support by Afghanic.

The contents and textual structure of this book have been developed by concerning author and being responsible for it.

Funding and supporting agencies are not holding any responsibilities.

If you want to publish your textbooks, please contact us:

Dr. Yahya Wardak, Ministry of Higher Education, Karte – 4, Kabul

Office          0780232310, 0706320844

Email          [textbooks@afghanic.org](mailto:textbooks@afghanic.org)

All rights reserved with the author.

Printed in Afghanistan 2022

ISBN    978-9936-620-71-1