

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

مرور سریع اطفال

گردآوری و تالیف :

دکتر یاسمین شیخ حسنی

متخصص اطفال، عضو هیئت علمی دانشگاه



ماهان

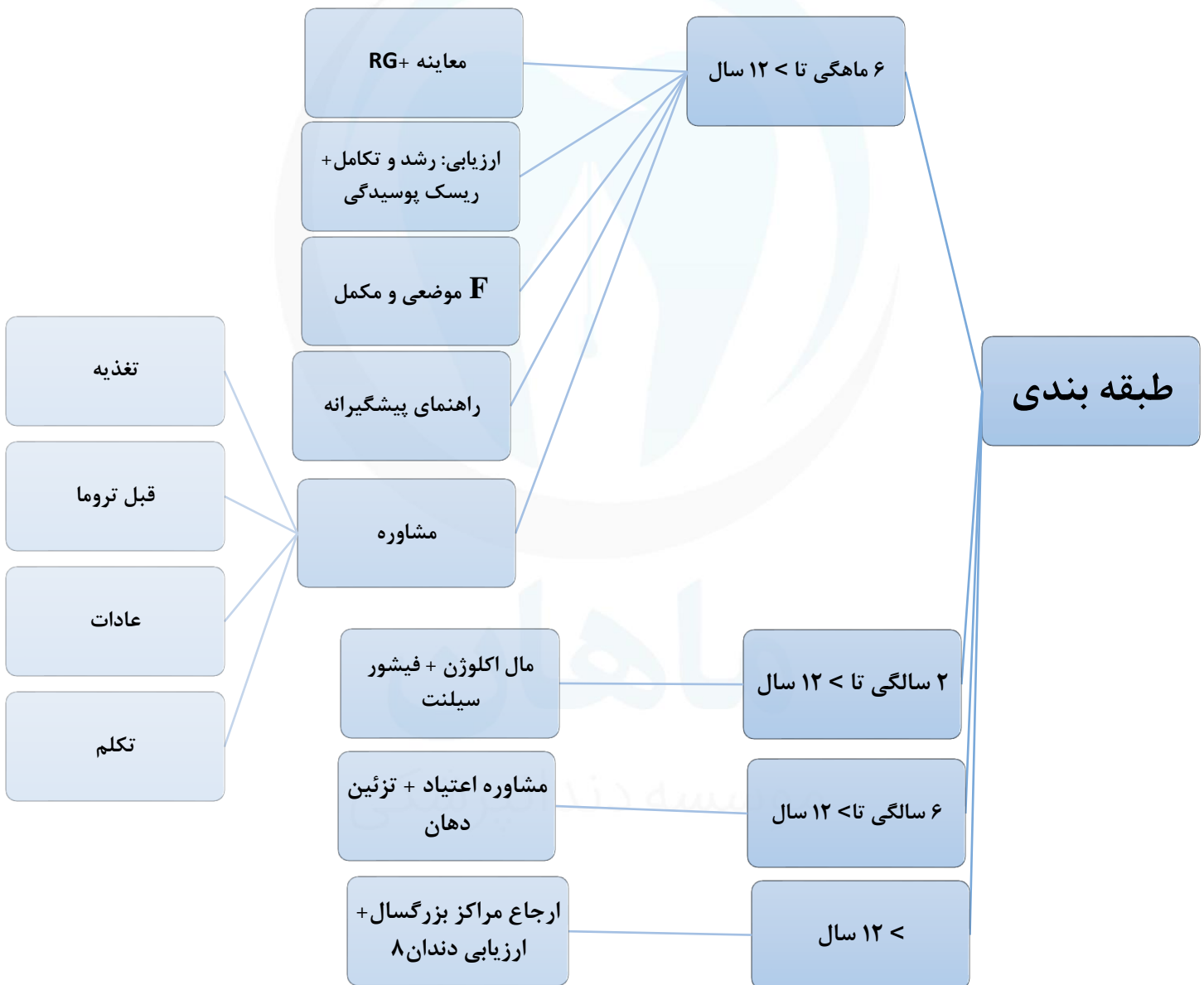
موسسه دندانپزشکی

www.dmahan.ir

فهرست:

- فصل ۱: معاینه دهان و سایر ساختمان‌های وابسته ۵
- فصل ۲: تکنیک‌های رادیوگرافی ۹
- فصل ۳: اختلالات اکتسابی و تکاملی دندان‌ها و ساختارهای دهانی مرتبط ۱۹
- فصل ۴: مورفولوژی و تکامل دندان‌های شیری ۳۹
- فصل ۸: بهداشت دهان در منزل با استفاده از روش‌های مکانیکی و شیمیایی ۴۳
- فصل ۹: ملاحظات تغذیه‌ای برای بیمار دندانپزشکی کودکان ۴۷
- فصل ۱۰: پوسیدگی دندانی در کودکان و نوجوانان ۵۱
- فصل ۱۱: سیلانت‌های پیت و فیشور و ترمیم‌های رزینی پیشگیرانه ۵۵
- فصل ۱۲: دندانپزشکی ترمیمی ۵۷
- فصل ۱۴: درمان پوسیدگی‌های عمیق، اکسپوژر پالپی زنده و دندان‌های نان وایتال ۶۱
- فصل ۱۵: ژنژیویت و بیماری‌های پریدونتال ۶۵
- فصل ۱۶: بی‌حسی موضعی و کنترل درد در کودکان و نوجوانان ۶۹
- فصل ۱۷: کنترل غیردارویی رفتار بیمار ۷۳
- فصل ۲۰: رویش دندان‌ها: فاکتورهای موضعی، سیستمیک و مادرزادی مؤثر در روند رویش ۷۷
- فصل ۲۱: رشد صورت و قوس‌های دندانی ۸۱
- فصل ۲۳: مدیریت اکلوزن در حال تکامل ۸۳
- فصل ۲۶: مشکلات دندانی کودکان نیازمند مراقبت‌های سلامتی خاص ۸۷
- فصل ۲۷: ملاحظات درمانی در بیماران مبتلا به مخاطرات پزشکی: اختلالات خونی، سرطان، هیپاتیت و ایدز ۹۱
- فصل ۲۸: درمان آسیب به دندان‌ها و بافت‌های حمایت‌کننده ۹۵
- فصل ۲۹: جراحی دهان در بیماران دندانپزشکی کودکان ۹۷

فصل ۱: معاینه دهان و سایر ساختمان‌های وابسته

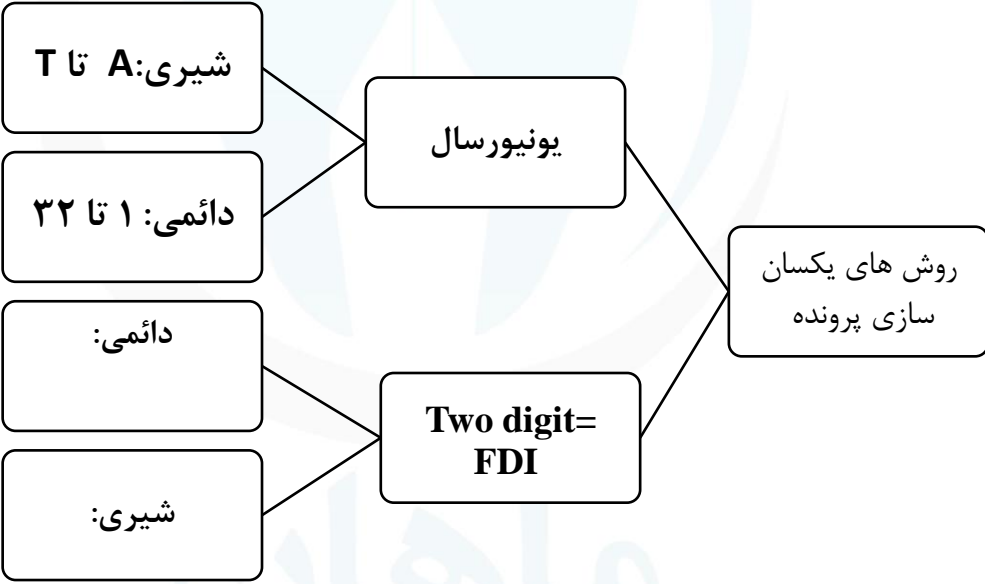


والدین:
۶-۲۴ ماهگی

مشاوره
بهداشت

والدین و بیمار:
۲-۱۲ سال

بیمار ≥ 12 سال



...۲۱	۱۱و۱۲و۱۳...
...۳۱	۴۱,...

۴	۳۱و۳۲و..
۵	۶

- ◀ ADA: برای دندان اضافی در: شیرینی: گذاشتن حرف «S» به شماره نزدیکترین دندان به دندان اضافی
- ◀ دائمی: گذاشتن عدد «۵۰» به شماره نزدیکترین دندان به دندان اضافی
- ◀ تمام نوزادان باید ارزیابی ریسک سلامت دهان تا ۶ ماهگی دریافت کنند.
- ◀ والدین یا مراقبین ← Dental home برای نوزادان در ۱۲ ماهگی اجرا ⊕
- ◀ اولین معاینه: در زمان رویش اولین دندان (اگر رویش ⊖ ← حداکثر تا ۱۲ ماهگی)
- ◀ مصرف مواد با N2O تداخل ⊕
- ◀ مهم‌ترین علت اعتیاد ← طغیان علیه والدین و جامعه + فراموش کردن مشکلات زندگی
- ◀ رضایت ناشی از طغیان ← محرک نیرومند برای ادامه مصرف

➤ اصول کنترل عفونت طبق CDC:

- ✓ وسایل قابل استفاده مجدد ← باید در دستگاه پاک کننده یا شوینده اولتراسونیک تمیز ⊕ و اسکراب دستی به حداقل برسد.
- ✓ وسایل حساس به حرارت ← ابتدا ۱۰ ساعت در محلول شیمیایی ضدعفونی کننده و استریل کننده (مورد تایید FDA) قرار گیرد و سپس با آب استریل شسته ⊕
- ✓ ضدعفونی در سطح بالا (high level) ← با غوطه ور کردن در محلول شیمیایی ضدعفونی کننده حاصل ⊕
- ✓ ارزیابی پروسه‌های استریلیزاسیون باید شامل: معیارهای مکانیکی، شیمیایی، بیولوژیک (با نظارت هفتگی)
- ✓ قبل استریل کردن ابزارها را باید بسته بندی ⊕ ← اگه بسته بندی ⊖ ← shelf life ⊖ (سریع باید استفاده شود)
- ✓ پوشش سطوح با ← barrier protection به ویژه سطوحی که تمیز کردن آنها دشوار
- ✓ اگر پوشش ⊖ ← باید بین دو بیمار از مواد ضدعفونی کننده بیمارستانی، قدرت متوسط که توپرکلوزاز بین می‌برند استفاده ⊕
- ✓ مهم‌ترین شاخص بحرانی واحد برای ↓ خطر m ارگانسیم = بهداشت مناسب دست

➤ 😊 Vaping و سیگارهای الکترونیک ← vaping همان Juuling هم گفته ⊕ ← استفاده از e-cigarette یا

سایر ابزارهای vaping

- نیکوتین مایع در اغلب انواع vaping به کار رفته و بسیار اعتیاد زا ⊕
- در طعم های نعناع/ میوه/آدامس بادکنکی/طعم های شیرین ← ↑پوسیدگی
- مصرف نیکوتین ← اختلال در یادگیری و توجه نوجوانان مرتبط و قادر است به اعتیاد منجر ⊕
- به جز در موارد استثنا که دندانپزشک برای رسیدگی به مشکلات معتادان دارای شرایط لازم است در سایر موارد و وظیفه دندانپزشک ارجاع [مستقیم یا غیرمستقیم] به یک مرکز درمانی است.
- با این حال گاهی روش مستقیم منجر به حالت تدافعی و خصمانه بیمار ⊕
- مطالعه kim: اثرات و اثرات شیرین ژلاتینی در طعم‌ها روی مینا اثر ⊕ ← ↑ریسک پوسیدگی و D مینرالیزاسیون مینا
- پیشگیری باید از سن ↓ شروع ⊕

۱- طبق نظر AAPD ارزیابی کدامیک از موارد زیر در کودکان از سن ۲-۶ سالگی آغاز می‌شود؟ (بورد ۱۴۰۱)

- ۱- مال اکلوژن در حال تکامل
- ۲- رشد و تکامل دهانی
- ۳- تکامل گفتار
- ۴- مکمل فلوراید
- ۵- پیت و فیشور سیلانت

الف) ۱ و ۲

ب) ۲ و ۵

ج) ۳ و ۴

د) ۱ و ۵

پاسخ: د

فصل ۳: اختلالات اکتسابی و تکاملی دندانها و ساختارهای دهانی مرتبط

۱- در کدام مورد انجام I & D توصیه میشود؟ (بورد ۹۷)

الف) مراحل اولیه سلولیت

ب) عفونتی که به تازگی از حالت حاد خاج شده

ج) مراحل اولیه آبسه حاد در کودک دچار نقص ایمنی

د) آبسه مزمن همراه با لنفادنوپاتی

پاسخ: گزینه «ب» صحیح است.

➤ آبسه دنتوآلوئلار:

- در شیری = منتشر (چون بافت اطراف نمی تواند ضایعه را Walloff کند)
 - در دائمی = کپسول فیبروزه (از فیبروبلاست های متمایز شده از غشأ PD) ← ضایعه موضعی PA ^{به صورت}
 - ۲ عامل تعیین کننده: حاد یا مزمن بودن ← قدرت بیماری زایی m ارگانسیم
 ↓ قدرت مقابله با عفونت میزبان
 - آبسه حاد ← علایم = گشادی PDL + درد + حساس به دما و دق + تب خفیف + درد میگرنی
 درمان ← حذف سقف پالپ چمبر ← تسریع درد (open درناژ)
 AB + درناژ (اگر حین تراش درد ⊕ ← گرفتن دندان بین ۲ انگشتمان)
 Ext ← ⊖ AB
 اگر حین جلسه اورژانس Ext بهترین درمان باشد باید بیمار فاقد هیستوری باشد.
 بی حسی سخت و غیرممکن ⊕ و منطقی ⊖
 در موارد شدید آبسه بیهوشی عمومی ⊕
 - ✓ چرک ساب پریوست ← در شیری: از مسیر پالپ درناژ ⊖ (غیر ممکن)
 در دائمی: حفره دسترسی و اینسترومنت و درناژ
 - آبسه مزمن ← حال عمومی بیمار خوبه/ درد ↓ تر + فیستول + لنفادنوپاتی + در RG ضایعه ⊕
 درمان: RCT یا Ext ← AB ⊖ به جز
 IE ← باکتریال تحت
 نقص ایمنی
 پیوند
- اگر به تازگی از مرحله حاد گذشته ← بافت نقطه ای و نوک دار (درناژ بافت نرم + باز کردن دندان)
 پیشرفته ← درناژ به صورت واکنش طبیعی رخ ⊕

۲- کودکی ۷ ساله بدون بیماری سیستمیک و با حال عمومی خوب با درگیری پالپ دندان مولر دوم شیری، تورم غدد لنفاوی و ضایعه و فرکیشن مراجعه نموده است. درمان مناسب چیست؟ (ارتقا ۹۲)

الف) کشیدن دندان و تجویز آنتی بیوتیک
 ب) عدم تجویز آنتی بیوتیک و در صورت امکان درمان پالپ
 ج) درناژ از طریق پالپ چمبر و در صورت امکان درمان پالپ
 د) درناژ از طریق پالپ چمبر و تجویز آنتی بیوتیک و در صورت امکان درمان پالپ

پاسخ: گزینه «د» صحیح است.

سلولیت: +

- بیشتر در کودکان کوچکتر / عفونت منتشر بافت نرم : شیری - دائمی نکرده/ در بیمارانی که درمان معمول دندانپزشکی را دریافت \ominus
- علائم: تورم آشکار + تب و بی حالی + با تیره و قهوه‌ای در سلولیت \leftarrow ادم و گسترش عفونت در فضای فاسیال ^{علت}
- تأخیر درمان = ترومبوز سینوس کاورنوس
- درگیری همزمان ۳ فضا ساب: (man + منتال + L) = آنژین لودویگ \leftarrow بستری (AB وسیع طیف وریدی)
- در آنژین لودویگ:
- ✓ معمولاً آبسه و لنفادنوپاتی دیده \ominus
- ✓ مدیریت زودهنگام راه هوایی نیاز \oplus زیرا: زبان و کف دهان بالا آمده \leftarrow راه هوایی بسته و بلع غیرممکن \oplus
- ✓ علائم نشان دهنده به خطر افتادن راه هوایی: Drolling + صدای خفه یا خشن + ویزینگ بلند به علت: استریدور (اختلال در جریان هوا)
- ✓ وضعیتی کشنده \oplus \leftarrow درمان با AB \leftarrow ۸٪ تا ۱۷٪ مرگ و میر ^{با وجود}
- ✓ که اغلب به دلیل: خفگی ناگهانی ناشی از empyema / مדיاستینیت / پنومونی / انسداد راه هوایی / ویا نارسایی چندعضوی ناشی از Sepsis
- ✓ دلیل شایع این وضعیت \leftarrow دندان ۷ یا ۸
- ✓ سایر علل = آسیب یا پارگی کف دهان / شکستگی فک / آسیب زبان / پیرسینگ دهان / استئومیلیت / لوله‌گذاری تروماتیک / آبسه پری تونسیلار / سیالادنیت تحت فکی / کیست‌های تیروگلو سال
- ✓ فاکتورهای زمینه‌ای مستعدکننده فرد: دیابت / بدخیمی دهان / پوسیدگی / اعتیاد الکل / سوء تغذیه
- نقص ایمنی: HIV / پیوند عضو
- ✓ کشت عفونت‌های دندانی معمولاً \leftarrow مختلط با غلب:
- \oplus gr بی‌هوازی اختیاری: استرپتوکوک / استافیلوکوک / اکتینوماسیس
- \ominus gr بی‌هوازی \leftarrow فوزوباکتریوم / باکتریوئید /
- راد \ominus gr

➤ مینی راد: هموفیلوس آنفلوانزا / سودوموناس *Morexella Catarrhalis / aeruginosa* (نام قدیم

Branhamell catarrhalis)

○ ظاهر Bull neck (گردن گاو) با گسترش قدامی در آنژین لودویگ رخ ⊕ زیرا: OS میوئید گسترش به سمت پایین را محدود ⊕

○ علت گسترش سریع در سلولیت = تولید هیالورونیداز (با تخریب سمان بین سلولی) و فیبرینولیزین (توسط m ارگانیسیم: استرپتوکوک - استافیلوکوک)

○ درمان:

۱. در عفونت شدید کشت میکروبی = مختلط به ویژه ⊕ gr بی‌هوازی اختیاری

۲. AB انتخابی = Pen (AB وسیع طیف ← جلوگیری از: درناژ خارجی / لوکالیزه شدن عفونت)

۳. در شیری: EXT / در دائمی: درناژ از پالپ چمبر

○ در دندانها max می‌تواند: قرمزی + تورم چشم ⊕

○ I&D بافت نرم در مراحل اولیه سلولیت تجویز ⊖ زیرا ماهیت منتشر و غیر موضعی ⊕

۳- دفورمیتی صورت ناشی از ضایعات cemento- osseous و استئومیلیت فکی که در دهه اول یا دوم زندگی

و به صورت توارث اتوزومال غالب دیده می‌شود، کدام است؟ (بورد ۱۴۰۱)

الف) Gnathodiaphyseal Dysplasia

ب) Familia Fibrous Dysplasia

ج) Craniofacial Fibrous Dysplasia

د) Juvenile Ossifying Fibroma

پاسخ: گزینه «الف» صحیح است.

• 😊 گناتودیافیزیال دیسپلازی:

✓ بدشکلی صورت به علت ← بزرگ شدن ضایعات سمنتواسئوس
 ✓ استئومیلیت فکین با دیسپلازی گناتودیافیزیال که یک نوع OI با توارث اتوزوم

⊕ غالب

✓ شروع: دهه اول یا دوم زندگی

✓ با گونه‌های ژنتیکی با اهمیت پاتولوژیک در ژن آنوکتامین ۵ (ANO5)

• فیوژن = **synodontia**:

○ اتصال ۲ دندان شیری یا دائمی مستقل در حال تکامل / معمولاً مختص قدامی ها / تمایل خانوادگی

○ پالپ چمبر و کانال مجزا ولی تاج و ریشه متصل / فیوژن سمنتوم = Concrecence

○ عارضه ← پوسیدگی در خط فیوژن ← ترمیم ضروری

Missing دائمی جایگزین ← علت آن Developmental absence

- تشخیص ← RG معمولی مفید ⊖ (سوپرایمپوز)
CBCT - وسعت و محل دقیق فیوژن
- درمان ← جراحی و جداسازی حتی با وجود اکسپوز عاج ← حرکت با ارتو بدون ریسک انکیلوز
- **Concrescence:**
- معمولا دو دندان درگیر ⊕ ← نتیجه حفظ ۲ تاج کلینیکی که هریک پالپ چمبر جدا ⊕
موارد نادری از ۳ دندان هم گزارش ⊕
- تعداد دندانها در قوس نرمال ⊕ بیشترین دندانهای درگیر m های ماگزایلا ← ۷ یا ۸
یا ۸ با دندان اضافی
- علت ← مشخص ⊖
شاید تروما موضعی / نیرو OCL بیش از حد / محدودیت فضا رشدی در طول تکامل فولیکول دندان
عفونت موضعی در طول یا بعد از تکامل
- نشانه حضور Concrescence:
- رویش ناکامل (یا مشکل در رویش) دندان
- مشکلات OCL : سبب گاز گرفتن گونه + زخم تروماتیک + التهاب PD موضعی + شکستگی
توبروزیته max و /یا کف سینوس max
- بر درمانهای جراحی و تشخیص و درمان PD و اندو اثر ⊕ ← در صورت اندیکاسیون طرح درمان جایگزین
در نظر گرفته ⊕
- **Schizodontism = ژمیناسیون:**
- تلاش ناقص جوانه دندانی برای تقسیم شدن
- فرورفتگی (invagination) در حمله Prolifration / یک دندان شکافدار (از لبه انسیزال تا سرویکال) روی
یک ریشه
- تمایل ارثی / در شیری ها ↑ تر / اختلال تکاملی ⊕ شیار کم عمق ← از لبه انسیزال تا سرویکال
- شیوع = ۰/۱٪ - ۱٪ / غالبا ۱ طرفه و در قدام دهان ⊕ / احتمالا تحت تاثیر محیط هم ⊕
- درمان:
- ↓ عرض D و M دائمی با دیسک زدن دوره ای (اگه تاج خیلی بزرگ ⊖)
- اگر تاج خیلی بزرگ ⊕ ← Ext + پروتز + ارتو
- **Twining:**
- در اثر تقسیم کامل جوانه دندانی منفرد (برخلاف ژمیناسیون) طی مرحله تکثیر ← در نتیجه تکامل دو دندان
مجزا از یک جوانه دندانی و ایجاد دندان اضافی در قوس ⊕
- برخی چالشها همراه ژمیناسیون ← مشکلات زیبایی / کراودینگ / ↑ ریسک پوسیدگی / مشکلات PD

• دندان در دندان (Dens invagination (Dens in dent) :

- اختلالی تکاملی/ ارگان مینایی قبل از معدنی شدن دندان وارد پاپیلائی دندان میشود
- یک فورامن سکوم پوشیده از مینا ⊕ و ممکنه با پالپ مرتبط ⊕
- در شیری و دائمی / شیوع: ۱۷٪ تا ۱۰٪ / شیوع: ۲ ↑ < کانین ↑ یا خلفی ها ↑ < ندرتا دندان های ↓
- در پسرها ← شیری ↑ / دخترها ← دائمی ↑ یا دختر = پسر
- شایع ترین محل = ۲ ↑ / نادر = C ↓ و A ↑ و E ↓ (فرم غیر عادی)
- وجود pit عمیق لینگوالی: شک به وجود اینواژیناسیون / ممکن است بروز خفیفی از آنومالی تکاملی ⊕
- معمولا غیرسندرمیک ⊕ ولی در سندرم های:

➤ ویلیامز

- Nance – Horan ← آبه خود به خود در انسیزورها ↑ غیرپوشیده
- Ekman-Westborg-Julin ← بیان متغیر ماکرودنشیا در شیری-دائمی / کراودینگ / اوژیناتوس / نهفتگی

- اخیرا گونه ها پاتوژنیک Missrense در ژن Kinesin Family Member A4 (KF 4A) در:
- افراد دارای تارودنتیسم وابسته به X / میکرودنشیا / اینواژیناسیون دندان یافت ⊕
- در قدامی ها شکل و اندازه نرمال ⊕ / اتوزوم غالب با نفوذ ناقص
- پروگنوز بسته به مورفولوژی پالپ + قابلیت ترمیم / ممکنه منجر به آبه حاد ⊕
- تأیید تشخیص ←^{با} RG نمای Non sticky pits
- درمان = سیلانت + برداشت لثه و ترمیم قبل رویش
- در دندانهای قدام از نظر شکل و اندازه نرمال ⊕ ولی در سایر دندانها می تواند غیرعادی ⊕

۴- در کدامیک از موارد اختلالات دندان ی تغییر در تعداد دندانها مشاهده نمی شود؟

- | | |
|-------------------|---------------|
| الف) Double Teeth | ب) Twining |
| ج) Fusion | د) Gemination |

پاسخ: گزینه «د» صحیح است.

• دنس اوژیناتوس و کاسپ تالون:

❖ دنس اوژیناتوس:

- ✓ کاسپ اضافی در سطح OCL دندانهای خلفی
- ✓ در دندانهای قدامی به علت شکل معمول آن شبیه تاتون کاسپ (چنگال پنجه عقاب) ⊕
- ✓ شیوع: اسکیموییها و سرخ پوستان (تا ۱۵٪) < آسیاییها (۳٪-۴٪-۵٪)

فصل ۱۵: ژنژیویت و بیماری‌های پریودنتال



۱- عامل ایجاد تغییر رنگ سیاه در دندان‌ها کدامیک از میکروارگانیسم‌های زیر است؟ (دستیاری ۹۳)

- الف) Aspergillus
 ب) Actinomyces
 ج) Seratia Marcescence
 د) Flavobacterium
- پاسخ: گزینه «ب» صحیح است.

۲- التهاب و تورم پاپیلا و بافت لثه مارژینال در صورت فقدان علائم موضعی درد شدید و خون‌ریزی خود

به خود از علائم کدامیک از موارد زیر می‌باشد؟ (ارتقا ۹۳)

- الف) pubertuy gingivitis
 ب) Herdiatary gingival fibromatosis
 ج) Scorbotic gingivitis
 د) Prepubertal gingivitis
- پاسخ: گزینه «ج» صحیح است.

۳- در ارتباط با ژنژیواستوماتیت تب خالی حاد تمام موارد زیر درست است به جز:

- الف) آنتی‌بادی‌های HSV1 به میزان ۳ برابر افزایش می‌یابد.
 ب) کشت ضایعه به HSV1 مثبت است.
 ج) این بیماری بیشتر در کودکان زیر ۶ سال که قبلاً با HSV1 تماس نداشته اند رخ می‌دهد.
 د) ۹۹٪ موارد اولیه از نوع تحت‌کلینیکی می‌باشد.
- پاسخ: گزینه «الف» صحیح است.

۴- در مقایسه شدت ژنژیویت نزد کودکان و بزرگسالان در مقدار پلاک میکروبی مساوی کدام گزینه صحیح

است؟ (بورد ۹۲)

- الف) شدت در کودکان عموماً بیشتر است.
 ب) شدت در بزرگسالان عموماً بزرگتر است.
 ج) شدت در کودکان و بزرگسالان یکسان است.
 د) در صورتی که کودک از دهانشویه کلرهگزیدین استفاده کند، شدت ژنژیویت کمتر و در غیر این صورت بیشتر است.

پاسخ: گزینه «ب» صحیح است.

۵- بر اساس توصیه **Tungait , clearehugh** آغاز ارزیابی پریدونتال در کودکان از چه زمانی شروع می

شود؟ (دستیاری ۹۴)

- الف) رویش اولین دندان شیری
 - ب) تکمیل سری دندان های شیری
 - ج) رویش دندان های قدامی و اولین مولر دائمی
 - د) رویش دندان های پره مولر و مولر دوم دائمی
- پاسخ: گزینه «ج» صحیح است.

۶- در درمان کودک ۵ ساله مبتلا به ژنژیواستوماتیت هرپس علاوه بر درمان های حمایتی مصرف کدام یک

از داروهای زیر توصیه شده است؟ (دستیاری ۹۴)

- الف) آسیکلوویر
 - ب) فامسیکلوویر
 - ج) والاسیکلوویر
 - د) پنسیکلوویر
- پاسخ: گزینه «الف» صحیح است.

۷- در تحقیق **Yankell** و همکارانش جهت کاهش رنگدانه ی دندانی ناشی از مصرف دهانشویه

کلر هگزیدین کدام یک از اقدامات زیر پیشنهاد شده است؟ (ارتقا ۹۴)

- الف) افزایش اقدام به برداشت مکانیکی پلاک
 - ب) استفاده از محلول های H_2O_2 همراه CHX
 - ج) استفاده منظم از خمیر دندان کنترل کننده جرم
 - د) استفاده از دهانشویه ی فلوراید همراه با CHX
- پاسخ: گزینه «ج» صحیح است.

۸- شاخص نمره ۲ در **“PSR” periodontal screening recording** به چه وضعیتی دلالت دارد؟

(دستیاری ۹۵)

- الف) عمق سالکوس کمتر از $3/5$ mm ، بدون جرم
 - ب) عمق سالکوس کمتر از $3/5$ mm ، با جرم
 - ج) عمق سالکوس $3/5-5/5$ mm ، بدون جرم
 - د) عمق سالکوس $3/5-5/5$ mm ، با جرم
- پاسخ: گزینه «ب» صحیح است.