

فهرست

۷	پیشگفتار.....
۹	۱ تشخیص جامع: علم و هنر طرح درمان چند رشته‌ای.....
۱۵	۲ فرم تشخیصی تحلیل جامع.....
۳۵	۳ پنج سوال اصلی.....
۴۵	۴ جراحی افزایش طول تاج زیبایی.....
۵۷	۵ پیوند بافت.....
۶۷	۶ اینترورژن دنتو آلوئولار در دنتیشن بزرگسالان.....
۹۷	۷ رویش اجباری.....
۱۱۷	۸ جراحی ارتوگناتیک.....
۱۲۷	۹ درمان پلاستیک دندانی صورتی.....
۱۴۳	۱۰ اکستروژن دنتو آلوئولار: سخت‌ترین تشخیص جامع.....
۱۶۵	۱۱ توالی طرح درمان.....
۱۸۳	۱۲ الگوی CORE.....
۱۸۹	۱۳ مطالعات موردی (Case studies).....
۲۱۹	واژه یاب.....

پیشگفتار

فیلسوف معروف بیرکهوف معتقد است «چیزی زیباست که بتواند با کمترین عناصر ممکن، بیشترین نظم ممکن را آشکار سازد». هر چند زیبایی تنها از طریق نظم و قاعده به دست نمی‌آید و بعضاً نتیجه‌ی هویدا شدن دو صفت متضاد است که هر دو به یک اندازه ضروری هستند. موفق کسی است که بتواند احساس نظم و یکپارچگی را القا کند و در همان حال علم و هنر را با یکدیگر پیوند دهد.

امروزه با توجه به استقبال گسترده و تقاضای روز افزون برای درمان‌های زیبایی دندانپزشکی، خلأ دانش در این حیطه از درمان احساس می‌شود. با توجه به گستردگی مبحث ترمیم‌های زیبایی و ارتباط آن با حیطه‌های مختلف دندانپزشکی از جمله ارتودنسی، پریدنتولوژی و جراحی، این کتاب سعی بر آن داشته تا علاوه بر تمرکز بر زیبایی و معیارهای مرتبط، به سایر حیطه‌های دندانپزشکی و ارتباط آنها با درمان‌های زیبایی بپردازد. از این رو در این کتاب روشی نظام‌مند جهت ارزیابی بیمار از جنبه‌های مختلف و تشخیص جامع و توالی طرح درمان مناسب با توجه به شرایط بالینی معرفی شده است. در این روش با پاسخ دادن به پنج سوال اساسی تحت عنوان «سوالات CORE» می‌توان به تشخیص جامع دست یافت. پس از آن شش ابزار موجود برای درمان به تفصیل مورد بحث قرار گرفته است. در فصول پایانی کتاب الگویی برای برنامه‌ریزی درمانی مبتنی بر تشخیص جامع ارائه شده است و در نهایت در فصل آخر کتاب، جهت درک و فهم بیشتر از نحوه کاربرد رویکرد تشخیص جامع، مطالعات موردی مطرح شده است.

امید است ترجمه این اثر بتواند موجب گسترش وسعت دید دندانپزشکان ترمیمی و دیگر همکاران فعال در حیطه زیبایی شده و راهنمایی جهت درمان‌های بالینی ایشان باشد.

بدیهی است که تکامل نیازمند بازخورد است و هیچ کوششی در گام نخست عاری از خطا نیست از این رو جهت ارتقای کیفیت ترجمه این اثر صمیمانه پذیرای نکات ارزشمندتان هستیم.

پیروز و پاینده باشید

ارادتمند

دکتر پیوند طاهرزاده





تشخیص جامع: علم و هنر طرح درمان چند رشته‌ای

این فصل رویکردهای سنتی و امروزی برای تشخیص و طرح درمان را با هم مقایسه کرده و یک رویکرد جایگزین و جامع را ارائه می‌کند.

رویکرد سنتی برای تشخیص و طرح درمان: روابط اکلوزالی

با افزایش تاکید بر طرح درمان چند رشته‌ای در سال‌های اخیر، کمبودهای مرتبط با روش‌های سنتی تشخیص و طرح درمان آشکارتر و مشکل‌سازتر شده است. از نظر تاریخی، روش‌های تشخیص و طرح درمان پیچیده و مفهومی بر اساس فلسفه ناشی از روابط اکلوزال ایجاد شده بود. فرایند سنتی جمع‌آوری داده‌ها شامل این موارد، اما نه محدود به آن‌ها می‌بود: تاریخچه اجتماعی، سابقه پزشکی، تعیین شکایت اصلی بیمار، تاریخچه درمان‌های دندانپزشکی، نمودار دندان‌های از دست رفته، نمودار ترمیم‌های موجود، نمودار ترمیم‌های معیوب و پوسیدگی‌ها، نمودار پرپودنتال، تست وایتالیتی، معاینه غربالگری سرطان، معاینه اکلوزال، معاینه مفصل گیجگاهی و عضلات، یک سری کامل رادیوگرافی، عکس‌های تشخیصی، و کست‌های مانت شده در آرتیکولاتور در یک موقعیت از پیش تعیین شده. هنگامی که این حجم عظیم از داده‌ها جمع‌آوری شد، پس از آن دندانپزشک یک ارزیابی خطر مرتبط با هر یک از زمینه‌های داده‌های جمع‌آوری شده را تکمیل می‌کرد. سپس دندانپزشک بر اساس داده‌ها تشخیص مرتبط با هر دندان را انجام می‌داد. این تشخیص ممکن بود مربوط به سلامت پالپ، سلامت پرپودنتال، و/یا قابلیت ترمیم دندان باشد. علاوه بر این، از کست‌های مانت شده در آرتیکولاتور برای ارزیابی روابط بین دندانی و بین قوسی استفاده می‌شد. در صورت نیاز، یک وکس آپ تشخیصی بر اساس ارزیابی اکلوزال انجام می‌شد. طرح درمان صرفاً بر اساس فضای در دسترس، راهنمای قدامی، و فرم مقاوم و گیر دار تراش نهایی بود، بدون اینکه تمرکزی روی قرار دادن دندان‌ها در موقعیت صحیح در صورت باشد.

پس از تکمیل این فرآیند، مرحله بعدی ایجاد یک طرح درمانی متوالی بود. با این حال، به دلیل حجم انبوه داده‌ها، دندانپزشک اغلب تحت فشار بود و بنابراین قادر به برنامه‌ریزی برای یک طرح درمان متوالی نبود. دندانپزشک به معنای واقعی کلمه نمی‌دانست از کجا شروع کند. مشکل این رویکرد سنتی این است که بسیاری از تشخیص‌ها به صورت «موضعی» انجام می‌شود (یعنی وضعیت پالپ پرمولر اول فک بالا) اما هیچ تشخیص «کلی» وجود ندارد (یعنی جایگاهی که دندان‌ها در دهان و صورت بیمار قرار می‌گیرند). دندانپزشک در جزئیات گم می‌شود. در پزشکی، رویکرد متفاوت است. هنگامی که بیمار با شکایت اصلی مراجعه می‌کند، شرح حال وی برای تعیین ماهیت و مدت شکایت گرفته می‌شود. هر گونه بیماری سیستمیک مانند فشار خون بالا نیز در تاریخچه بیمار ذکر می‌شود. تست‌های تشخیصی خاص بر اساس شکایت اصلی بیمار درخواست و ارزیابی می‌شوند. مرحله بعدی، تشخیص بر اساس داده‌های جمع‌آوری شده، است. به عنوان مثال، اگر تشخیص سرطان باشد، طرح درمان بر اساس نوع و مرحله بدخیمی پایه‌ریزی می‌شود. بیمار شیمی درمانی، پرتودرمانی، جراحی یا روش ترکیبی را دریافت خواهد کرد. با این حال، اگر تشخیص بر بیماری موضعی باشد، برنامه درمانی کاملاً متفاوت خواهد بود. طرح درمان بر اساس تشخیص جامع است و نه علائم اولیه. اگر بیمار هر گونه بیماری سیستمیک مانند فشار خون بالا داشته باشد، از آن به عنوان تشخیص موضعی یاد می‌شود که ممکن است مهم و بر برنامه درمانی تأثیر گذار باشند، اما مشخص کننده‌ی برنامه‌ی درمانی نیستند.

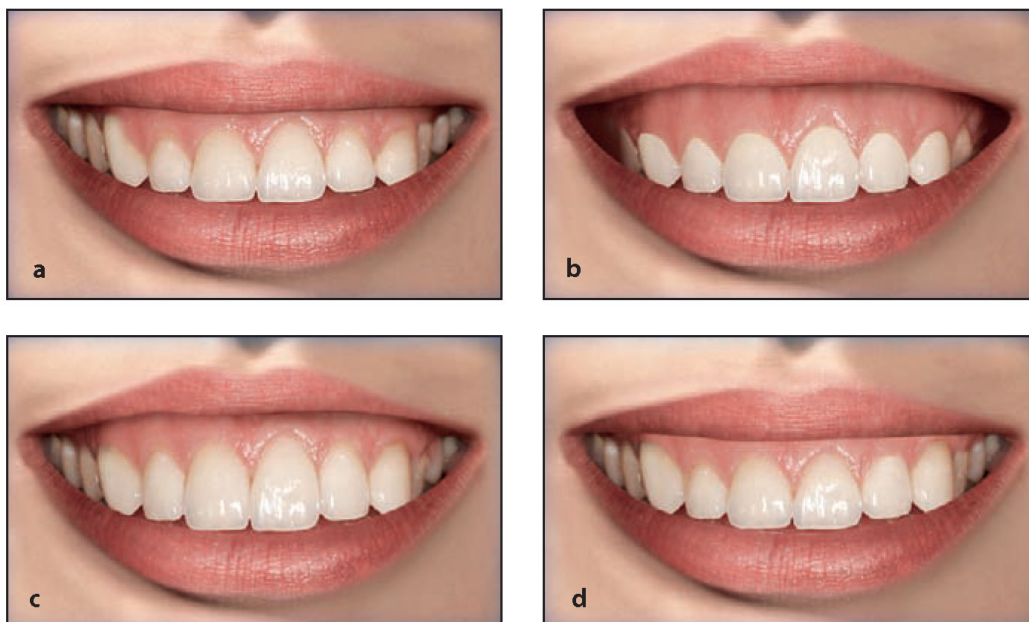
بنابراین، در پزشکی، این ترتیب دنبال می‌شود: (۱) جمع‌آوری داده‌ها، (۲) تشخیص جامع (که شاید با تشخیص‌های موضعی اصلاح شود)، (۳) طرح درمان، در حالی که در دندانپزشکی توالی به این صورت است: (۱) جمع‌آوری داده‌ها، (۲) تشخیص‌های موضعی، (۳) طرح درمان. در دندانپزشکی، تشخیص جامع است که تعیین می‌کند که دندان‌ها و لثه باید در کجای دهان و صورت بیمار قرار گیرند، اما انجام این تشخیص تنها با استفاده از تشخیص‌های موضعی غیرممکن است. انتظار می‌رود دندانپزشک یک برنامه درمانی جامع را بر اساس مجموعه‌ای از تشخیص‌های موضعی انجام دهد.

دهه‌ها پیش، سبک سنتی برنامه‌ریزی درمان موضعی مؤثر بود، زیرا گزینه‌های درمانی بسیار محدود بودند. دندانپزشک ترمیمی بسته به نوع آماده‌سازی دندان، روش‌های درمانی کمی داشت. در آن زمان، ابزار اولیه در دسترس برای درمان بیمار ترمیمی با مشکلات پیچیده، جراحی افزایش طول تاج و افزایش بعد عمودی اکلوزن بود. پزشکان به درمان‌های پیشرفته پرپودنتال دسترسی نداشتند. درمان قابل پیش‌بینی پوشش ریشه با روش‌های پیوند بافت ابداع نشده بود. علاوه بر این، جراحی زیبایی افزایش طول تاج تعریف نشده بود و به طور معمول برای درمان رویش غیرفعال تغییر یافته (Altered passive eruption) به کار نمی‌رفت.

درمان ارتودنسی در درجه اول برای بیمار نوجوان بود و به ندرت برای بیمار بزرگسال استفاده می‌شد. ارتودنسی به ندرت بخشی از یک برنامه درمانی جامع در بیمار بزرگسال بود زیرا هیچ تأکیدی بر اینترورژن و اکستروژن ارتودنسی برای کمک به طرح درمان ترمیمی وجود نداشت. جراحی دهان به جز کشیدن دندان چیزی برای ارائه به دندانپزشک ترمیمی نداشت. روش‌های جراحی فک و صورت پیچیده‌تر عمدتاً برای درمان بیماران ترومایی مورد استفاده قرار می‌گرفت. در نهایت، استفاده از روش‌های جراحی پلاستیک برای ارتقای یک برنامه درمانی جامع دندانی غیر قابل تصور بود.

رویکرد امروزی به تشخیص و طرح درمان: موقعیت دندان

در اوایل دهه ۱۹۸۰ همه چیز تغییر کرد. دو پروتزیست جوان، John Koiss و Frank Spear رویکرد سنتی در طرح درمان پروتز را به چالش کشیدند. آن‌ها به واسطه روش‌های درمانی پیشرفته‌ای که توسط ارتودنسی، پیوندتیکس و جراحی دهان و فک و صورت ارائه شد، تاکید افزایش یافته‌ای که اخیراً بر زیبایی صورت گرفته بود، الگوی جدید برنامه‌ریزی درمانی را براساس این باور ارائه کردند که اگر دندان‌ها در موقعیت صحیح در چهره بیمار قرار گیرند، به دنبال آن فانکشن مناسب به وجود خواهد آمد. به بیان دیگر، آنها برنامه‌ریزی درمانی خود را با تاکید بر موقعیت دندان شروع کردند تا وضعیت کندیل، از این رو اصطلاحاً بنام تشخیص مبتنی بر چهره نامگذاری شد. همانند بسیاری موارد دیگر در حرفه ما، نویسندگان این دیدگاه منطقی جدید از برنامه‌ریزی درمان را پذیرفتند. ما در طول سال‌ها، مجموعه‌ای از دستورالعمل‌ها برای کمک به تعیین موقعیت جدید لبه انسيزال دندان‌های قدامی فک بالا به عنوان نقطه شروع در طرح درمان بیماران ایجاد کردیم.



شکل ۱-۱ لبه‌های انسيزال در موقعیت صحیح اما سطوح لبه نا زیبا هستند. (a) سطوح نا هماهنگ لبه (به ثنایای لترال راست و کانین توجه کنید). (b) نمایش بیش از حد لبه (c). سطوح نا هماهنگ لبه (به دندانهای سانترال توجه کنید) و نمایش بیش از حد لبه. (d) سطوح ناهموار لبه (به ثنایای لترال سمت راست و کانین چپ توجه کنید).

تعیین موقعیت لبه انسيزال

دستورالعملهای توصیفی

- در لبخند کامل، لبه‌های انسيزال دندان‌های قدامی فک بالا باید توسط لب پایین احاطه شود.
- باید یک پیوستگی مداوم بین لبه‌های انسيزال دندان‌های قدامی فک بالا و نوک کاسپ باکال دندان‌های خلفی فک بالا، بدون بالا رفتن یا پایین آمدن از دندان‌های جلویی به سمت دندان‌های عقب، وجود داشته باشد.

دستورالعملهای تاییدی

- متوسط نمایش انسيزال ثنایای مرکزی فک بالا در حالت استراحت ۳ تا ۴ میلی‌متر در زنان جوان و ۱ تا ۲ میلی‌متر در مردان جوان است.
- طول متوسط ثنایای مرکزی فک بالا ۱۰ تا ۱۱ میلی‌متر است.
- با استفاده از این دستورالعمل‌ها، موقعیت لبه انسيزال جدیدی می‌تواند توسط دندانپزشک ایجاد شود، اگر چه که این فقط «بهترین حدس» بر اساس چهار دستورالعمل یاد شده است. سپس یک وکس آپ تشخیصی روی قالب‌های مطالعه مانع شده انجام می‌شود و استنت‌هایی برای ترمیم‌های موقت ساخته می‌شود. پس از تراش دندان‌ها، ترمیم‌های موقت مطابق با موقعیت جدید لبه انسيزال پیشنهادی قرار می‌گیرند.

طی چند روز آینده، بیمار می‌تواند به صورت دینامیک تعیین کند که آیا موقعیت جدید از نظر عملکرد، فونتیک و زیبایی قابل قبول است یا خیر. ترمیم‌های موقت را می‌توان تنظیم کرد تا زمانی که بیمار و دندانپزشک هر دو راضی شوند. سپس این اطلاعات به لابراتوار منتقل شده و ترمیم‌های قطعی ساخته می‌شوند.

نویسندگان از این رویکرد برای طرح درمان بیماران با مشکلات پیچیده استفاده کردند و امروزه نیز از آن استفاده می‌کنند. اما با گذشت زمان متوجه شدیم که این رویکرد کاستی‌هایی نیز دارد. لبه‌های انسیزال دندان‌های قدامی فک بالایی توانند در موقعیت مناسبی قرار داشته باشند، اما نتیجه قطعی ترمیمی می‌تواند یک شکست باشد زیرا بافت‌های لثه و/یا قاب لبخند نا زیبا هستند (شکل ۱-۱).

رویکرد جامع برای تشخیص و طرح درمان

مطالب گفته شده زمینه‌ساز پیدایش مفهوم «تشخیص جامع» بود، یک رویکرد سیستماتیک برای ارزیابی، تشخیص و درمان انحرافات در موقعیت‌های لثه و قاب لبخند. در دندانپزشکی، چهار تشخیص اولیه جامع مربوط به (۱) نسبت‌های صورتی و اسکلتی، (۲) طول و تحرک لب فک بالا، (۳) رابطه خط لثه با افق و (۴) طول تاج کلینیکی دندان‌ها وجود دارد. به منظور تعیین تشخیص کلی، پزشک ابتدا باید مجموعه‌ای از داده‌ها را جمع‌آوری کند که معمولاً در معاینه دندانپزشکی سنتی جمع‌آوری نمی‌شوند. فصل ۲ هر یک از پارامترهای مورد نیاز برای تشخیص جامع را به همراه مقادیر نرمال آنها تعریف می‌کند. علاوه بر این، یک فرم برای کمک به جمع‌آوری داده‌های مربوطه ارائه شده است. در فصل ۳، مجموعه‌ای از پنج سوال به پزشک اجازه می‌دهد تا تشخیص جامع را تعیین کند. در فصل‌های ۴ تا ۹، شش ابزار موجود برای درمان تشخیص جامع به تفصیل مورد بحث قرار گرفته است. در فصل ۱۰، بر تشخیص جامع که بیشتر بر طرح درمان در بیماران با مشکلات متعدد تاثیر گذار است، تاکید ویژه‌ای شده است: اکستروژن دنتوآلوئولار. هنگامی که تشخیص جامع برنامه‌ریزی شد نوبت به طرح درمان می‌رسد، که موضوع فصل ۱۱ است. فصل ۱۲ دارای یک الگو برای برنامه‌ریزی درمانی مبتنی بر تشخیص جامع است که برای سازماندهی مراحل تشخیص و طرح درمان برای ارائه به بیمار یا یک همایش علمی استفاده می‌شود. در نهایت، مطالعات موردی با استفاده از سیستم تشخیص جامع در فصل ۱۳ ارائه شده است.

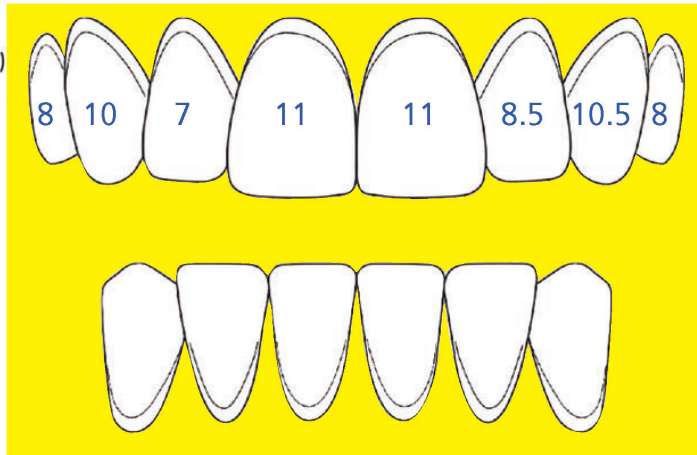
منابع

1. Vig RG, Brundo GC. The kinetics of anterior tooth display. J Prosthet Dent 1978;39:502–504.
2. Gillen RJ, Schwartz, RS, Hilton TJ, Evans DB. An analysis of selected normative tooth proportions. Int J Prosthodont 1994;7:410–417.

Length of maxillary anterior teeth—(chart)

Tissue levels—(chart)

Angle of incisal plane—(chart)



Posterior occlusal plane (ok, step-up or step-down, cant) _____

Pathologic tooth wear—Y/N (tooth #s) _____

CEJ located Y/N _____

Tooth color _____

Tooth alignment (spacing, overlap) _____

Doctor notes

