

# فهرست مطالب

۱۱	فصل اول: اصول و مبانی جراحی
۱۳	۱,۱ ترمیم زخم
۱۵	۱,۲ ارزیابی بیمار
۱۶	۱,۳ ارزیابی رادیوگرافی
۱۸	۱,۴ رضایت آگاهانه
۱۸	۱,۵ بی‌حسی
۲۰	۱,۶ آماده‌سازی تجهیزات
۲۱	۱,۷ چک‌لیست پیش از عمل جراح
۲۳	۱,۸ گزارش کلینیکی
۲۵	فصل دوم: بی‌حسی موضعی
۲۶	۲,۱ اصول بی‌حسی
۲۷	۲,۲ مکانیسم عمل
۲۹	۲,۳ داروهای بی‌حسی موضعی رایج
۳۰	۲,۴ عوارض جانبی و سمیت
۳۰	۲,۵ تکنیک‌های بی‌حسی موضعی ساده
۴۲	۲,۶ تکنیک‌های بی‌حسی موضعی مکمل
۴۳	۲,۷ عیب‌یابی
۴۵	فصل سوم: ابزارهای اصلی جراحی
۴۶	۳,۱ ترکتورها
۴۷	۳,۲ الواتور، لوکساتور و پریوتوم
۵۱	۳,۳ فورسپس‌های کشیدن دندان
۵۵	۳,۴ ابزارهای جانبی بافت نرم
۵۸	۳,۵ ابزارهای بخیه
۶۰	۳,۶ ساکشن جراحی

۳,۷ فرز و هندپیس جراحی ..... ۶۲

۳,۸ سیستم‌های شستشو در جراحی ..... ۶۲

۳,۹ دهان بازکن ..... ۶۴

### فصل چهارم: تکنیک‌های کشیدن ساده دندان ..... ۶۵

۴,۱ انسيزورهای ماگز یلا ..... ۶۶

۴,۲ کاین ماگز یلا ..... ۶۸

۴,۳ پر مولرهای ماگز یلا ..... ۶۹

۴,۴ مولرهای اول و دوم ماگز یلا ..... ۷۱

۴,۵ انسيزور مندیبل ..... ۷۲

۴,۶ پر مولر و کاین مندیبل ..... ۷۴

۴,۷ مولرهای مندیبل ..... ۷۵

### فصل پنجم: تکنیک‌های کشیدن دندان به روش جراحی ..... ۷۹

۵,۱ اصول کلی کشیدن دندان به روش جراحی ..... ۸۱

۵,۲ جنبه‌های عملی خارج‌سازی دندان به روش جراحی ..... ۸۲

۵,۳ فلپ‌های شایع بافت نرم برای کشیدن دندان ..... ۸۳

۵,۴ برداشت استخوان ..... ۸۶

۵,۵ تقسیم دندان ..... ۸۷

۵,۶ تمیز کردن و بستن زخم ..... ۸۹

### فصل ششم: عوارض حین جراحی ..... ۹۱

۶,۱ سوختگی و پارگی لب ..... ۹۲

۶,۲ آسیب به دندان یا ترمیم مجاور ..... ۹۲

۶,۳ شکستگی مندیبل ..... ۹۳

۶,۴ ورود دندان به مسیر تنفسی یا لوله گوارشی ..... ۹۴

۶,۵ شکستگی ابزار ..... ۹۴

۶,۶ خونریزی حین جراحی ..... ۹۵

۶,۷ ارتباط سینوسی دهانی ..... ۹۶

۶,۸ شکستگی دنتو آلوئولار ..... ۹۷

### فصل هفتم: جراحی مولر سوم ..... ۹۹

۷,۱ طرح‌ریزی درمان برای دندان مولر سوم نهفته ..... ۱۰۰

۷,۲ ارزیابی دشواری و مراحل قبل از عمل ..... ۱۰۲

۷,۳ ارزیابی رادیوگرافیک ریسک آسیب به عصب آلوئولار تحتانی ..... ۱۰۴

۱۰۴	..... رویکرد جراحی مولرهای سوم
<b>۱۱۳</b>	<b>..... فصل هشتم: درمان بیماران با مشکلات پزشکی</b>
۱۱۴	..... ۸,۱ بیماری قلبی عروقی ایسکمیک
۱۱۵	..... ۸,۲ بیماران با سابقه اندوکاردیت عفونی
۱۱۶	..... ۸,۳ فشارخون بالا
۱۱۶	..... ۸,۴ استئونکروز فکی مرتبط با دارو
۱۲۰	..... ۸,۵ دیابت ملیتوس
۱۲۱	..... ۸,۶ ریسک بالای خونریزی
۱۲۴	..... ۸,۷ سرکوب آدرنال
۱۲۵	..... ۸,۸ بیماران با سابقه پرتودرمانی
۱۲۷	..... ۸,۹ اختلالات کبدی یا کلیوی
۱۲۷	..... ۸,۱۰ بارداری و شیردهی
<b>۱۲۹</b>	<b>..... فصل نهم: مراقبت های پس از جراحی و عوارض دیر هنگام</b>
۱۳۰	..... ۹,۱ دوره بلافاصله پس از جراحی
۱۳۰	..... ۹,۲ دستورالعمل های پس از جراحی
۱۳۱	..... ۹,۳ داروهای پس از جراحی
۱۳۱	..... ۹,۴ خدمات پاسخگویی ۲۴ ساعته و ارجاع به بیمارستان تخصصی
۱۳۲	..... ۹,۵ مدیریت عوارض دیر هنگام
<b>۱۳۷</b>	<b>..... ضمیمه الف - موارد خاص: اندیکاسیون های رایج کشیدن به روش جراحی</b>
۱۳۸	..... الف.۱ مولر ماگز یلای منفرد
۱۳۸	..... الف.۲ کانین های ماگز یلای با نهفتگی پالاتالی
۱۳۹	..... الف.۳ ریشه های چماقی شکل (هایپرسمنتوز)
۱۳۹	..... الف.۴ دندان هایی با مورفولوژی ریشه ای نامتعارف
۱۴۰	..... الف.۵ دندان هایی با پوسیدگی وسیع تاج
۱۴۰	..... الف.۶ مولرهای شیری بیش از حد باقی مانده
<b>۱۴۳</b>	<b>..... ضمیمه ب - کشیدن دندان های شیری</b>
۱۴۴	..... ب.۱ اصول کشیدن دندان کودکان
۱۴۶	..... ب.۲ تکنیک های کشیدن دندان های شیری کودکان
<b>۱۵۱</b>	<b>..... ضمیمه ج - واژه یاب</b>

در پشت پرده داستان کوتاه یا بلند کشیدن دندان، علاوه بر آنچه همگان روایتی امدادی یا اقتصادی از فرایند درمانی می‌بینند همواره بین انسان خردمند و جسمی سخت حاصل از تکامل طبیعی یا مشیت الهی، جدالی وجودگرایانه در جریان است. آنجا که جراح یا دندانپزشک پس از رؤیت تصویری رادیوگرافیکی از مبارز سمت مقابل، خود را به چالشی بردو باخت‌گونه دعوت می‌کند. داستان‌هایی این‌چنینی همواره نقل‌گفت‌وگوهای همنشینی جراحان فک و صورت بوده است. یکی از عرق‌های سرد پیشانی حین زورآزمایی با فک و دندان بیمار نگون‌بخت یا بدشانس می‌گوید و دیگری از فواره‌های خونی که به سویش پرتاب شده است. کشیدن دندان تنها یک فعل درمانی نیست، گاه معمایی رازآلود برای پناه بردن به تکنیک‌های مختلف آموخته شده است، تا دندان مغلوب شود. با این حال تمام افراد متبخر در این زمینه توافق نظر دارند که همه این‌ها از اصول مشترکی پیروی می‌کنند که یکی از ابتدایی و ساده‌ترینشان دسترسی، نور خوب و دستیار خوب است. چیزی که شاید در نگاه اول آنقدر کلیدی به نظر نیاید اما وقتی پای شنیدن یکی از همان داستان‌های کوتاه یا بلند جراحان فک صورت بنشینید همگی از آن روز یا شب جراحی‌ای گفته‌اند که از روی تعارف یا اجبار دستیار تازه‌کار و نابلدی را در کنار خود پذیرفته‌اند و در حین جراحی صدمه به خود برای چنین کار ناشیانه‌ای لعنت فرستاده‌اند. این کتاب در کنار بیان این اصول ابتدایی سعی کرده است که تجربه‌ای متفاوت در استفاده از تکنیک و برخورد با موضوع کشیدن دندان و جراحی‌های دندان را ارائه کند. چقدر جای کتابی در این بین خالی است که تنها به تکنیک‌های تجربی نانوخته در کتاب‌ها که در کلام جراحان فک و صورت با تجربه نهفته است، بپردازد. ترجمه این کتاب روایتی کوتاه، مفید و خواندنی از دانستن اصول و تکنیک‌های اولیه در کشیدن و جراحی دندان می‌باشد.

در انتها باید از دانشجویان عزیزم آقایان دکتر علیرضا آب‌رحیمی و محمدهادی فروزنده و خانم دکتر ندا علی‌زاده برای دعوت من به همکاری جهت نظارت بر ترجمه این کتاب سپاسگزاری کنم. آن‌هایی که در بحبوحه تاثیرات من از رمان جزء از کل و فرار کردن‌هایم، با من صبوری کردند. «و زندگی ما را می‌فرساید، همچون راهی هموار و بی‌هدف، همچون ضیافتی در جشن دیگران»<sup>۱</sup>

**دکتر امیرسالار سیدی‌احسین**

متخصص جراحی دهان، فک و صورت

پاییز ۱۴۰۰

فصل اول



# اصول و مبانی جراحی

**جراحی (surgery):** اقدام عملی جهت درمان اختلالات و صدمات وارده به بدن.  
**جراح (surgeon):** کسی که در جراحی ماهر است.

کشیدن دندان (خارج‌سازی دندان) (exodontia)، شامل دست کاری بافت نرم و سخت و قطع دندان و یا بخش‌هایی از آن به منظور درمان، پیشگیری از بیماری و یا به عنوان بخشی از یک طرح درمان جامع می‌باشد. جراحی که این درمان را انجام می‌دهد باید مطابق استانداردها به اندازه هر جراح آموزش دیده دیگری که بیماری‌ها را تشخیص می‌دهد و درمان می‌کند، دارای کیفیت، مهارت و توانایی تصمیم‌گیری باشد. این وظیفه جراح است که بالاترین استاندارد درمانی، که توانایی آن را دارد به بیمار ارائه دهد اما وقتی توانایی ارائه آن را نداشته باشد، بیمار باید به مراکز تخصصی مناسب ارجاع داده شود.

هر چند بدیهی است که مسئولیت جراح فقط به انجام جراحی محدود نمی‌شود و موظف است مشاوره قبل از عمل و نظارت بعد از عمل را به خوبی سایر جنبه‌های درمان مثل ارتباط با سایر پزشکان و ارائه طرح درمان انجام دهد، اما این موضوع معمولاً به سادگی فراموش می‌شود. جراحان آموزش می‌بینند تا یکسری از صفات و ویژگی‌ها را علاوه بر مهارت‌های عملی کسب کنند:

**دانش (Knowledge):** دانش را می‌توان به عنوان حقایق، اطلاعات و مهارت‌هایی که از طریق آموزش، مطالعه و تمرین حرفه‌ای بدست می‌آید، در نظر گرفت. این یک جنبه اساسی و ضروری در خارج‌سازی دندان می‌باشد. دانش شامل تخصص فنی و پزشکی است که مدیریت ایمن شرایط بیمار را تسهیل می‌کند. از آنجا که علم و دانش با گذشت زمان پیشرفت می‌کنند، توسعه مداوم دانش از طریق مطالعه تخصصی و بروز ماندن بوسیله منابع مبتنی بر شواهد، ضروری می‌باشد.

**کیفیت و ایمنی:** کیفیت، تعهد به تعالی است، به عبارتی دیگر به معنای ارائه خدماتی است که اساساً با توجه به منافع بیمار هدایت می‌شود. این امر از طریق شناختن نقاط قوت و محدودیت‌های خود، ارزیابی خود و درخواست کمک در صورت لزوم حاصل می‌شود. ایمنی عبارت است از جلوگیری از جلوگیری از خطر یا صدمه به خود، کارکنان و بیماران. حفظ و مراقبت از امنیت محیط کار بر عهده همه افراد مشغول به کار در یک مرکز درمانی است و مستلزم آموزش مناسب و آگاهی از استراتژی‌های کاهش خطر مثل روش‌های ضد عفونی کردن و استریلیزاسیون می‌باشد. کیفیت و ایمنی اجزای پویای جراحی هستند و برای اطمینان از سلامتی بیماران و استانداردهای درمانی، مستلزم اصلاح و بهبودی دائم هستند.

**ارتباط و همکاری:** ارتباط خوب، در تعامل با بیماران و سایر متخصصان سلامت ضروری است. مستندات واضح، خلاصه و مرتبط با درمان بیمار، تعامل با متخصصان را بهبود می‌بخشد و فرهنگ همکاری و توسعه حرفه‌ای را پرورش می‌دهد.

این امر به ویژه هنگامی مهم است که کشیدن دندان بیمار بخشی از یک طرح درمان گسترده‌تر باشد و به علت وجود چندین نوع بیماری دیگر، نیاز به تعاملات بین رشته‌ای باشد. در چنین شرایطی، داشتن ارتباط خوب، تأخیر در دریافت درمان‌های فوری را کاهش می‌دهد، مانند مواردی که نیاز به کشیدن دندان قبل از رادیوتراپی سر و گردن یا درمان با بیس فسفونات باشد.

**رویکرد فردگرایانه:** بیماران ممکن است طیف گسترده‌ای از زمینه‌ها، خواسته‌ها و اطلاعات پزشکی قبلی را داشته باشند. برای اطمینان از اینکه بیمار روند درمان، خطرات و نتایج قابل انتظار آن را درک کرده است، لازم است رویکردی مناسب و متناسب با هر بیمار در نظر گرفت و در این حالت آنها قادر به مقایسه انتخاب‌های درمانی برای تصمیم‌گیری آگاهانه هستند.

**مدیریت و رهبری:** در اغلب موارد جراح، مدیریت یک تیم درمانی چندجانبه را بر عهده دارد که اعضای آن پرسنل پرستاری، دستیاران دندانپزشکی، کارمندان بیهوشی و تکنسین‌های استریلیزاسیون هستند. این رهبری با مسئولیت زیادی همراه است: جراح متخصص باید سایر افراد را در تیم راهنمایی کند، بازخورد و آموزش ارائه دهد و بنابراین به حفظ سطح کیفیت کمک کند. جراح باید اطمینان حاصل کند که تمام کارکنان درجهت دستیابی به بهترین نتیجه برای بیمار عمل می‌کنند. وقتی سطح مراقبت و درمان از سطح ایده‌آل آن فاصله بگیرد، بر عهده جراح است که مطمئن شود تیم درمانی به مسیر درست خود باز می‌گردد.

**قدرت تصمیم‌گیری:** کلمه "decision" به معنی تصمیم، با یکی دیگر از کلمات جراحی یعنی "incision" به معنی برش، ریشه مشترک دارند. هر دو کلمه از عبارت لاتین "caedis" به معنی بریدن منشأ گرفته‌اند. incision به معنای برش دادن چیزی است، مانند محل

جراحی. decision در اصل به معنای "جدا کردن" است. بنابراین در طی یک تصمیم، انتخاب‌های دیگر جدا شده و کنار گذاشته می‌شود، و نهایتاً طی تصمیم یک عمل خاص تعیین می‌شود. یک جراح ماهر قادر به تصمیم‌گیری در مورد برنامه‌ریزی درمانی خواهد بود که به نفع بیمار او باشد.

## ۱.۱ ترمیم زخم

نتایج خوب پس از جراحی به ترمیم رضایت‌بخش زخم بستگی دارد. ترمیم زخم شامل طیف وسیعی از تغییرات التهابی، بیوشیمیایی و فیزیولوژیکی در محل جراحی است که در نهایت منجر به بهبودی، ترمیم و بازسازی (ریمادلینگ) استخوان می‌شود. بهبود زخم همیشه یک روند قابل پیش‌بینی نیست، در نتیجه تفسیر علائم بالینی و تشخیص اختلالات در روند ترمیم، نیازمند درک جنبه‌های اصلی آن می‌باشد.

ترمیم زخم چهار مرحله اصلی دارد: (تصویر ۱،۱)

(۱) هموستاز

(۲) فاز التهابی

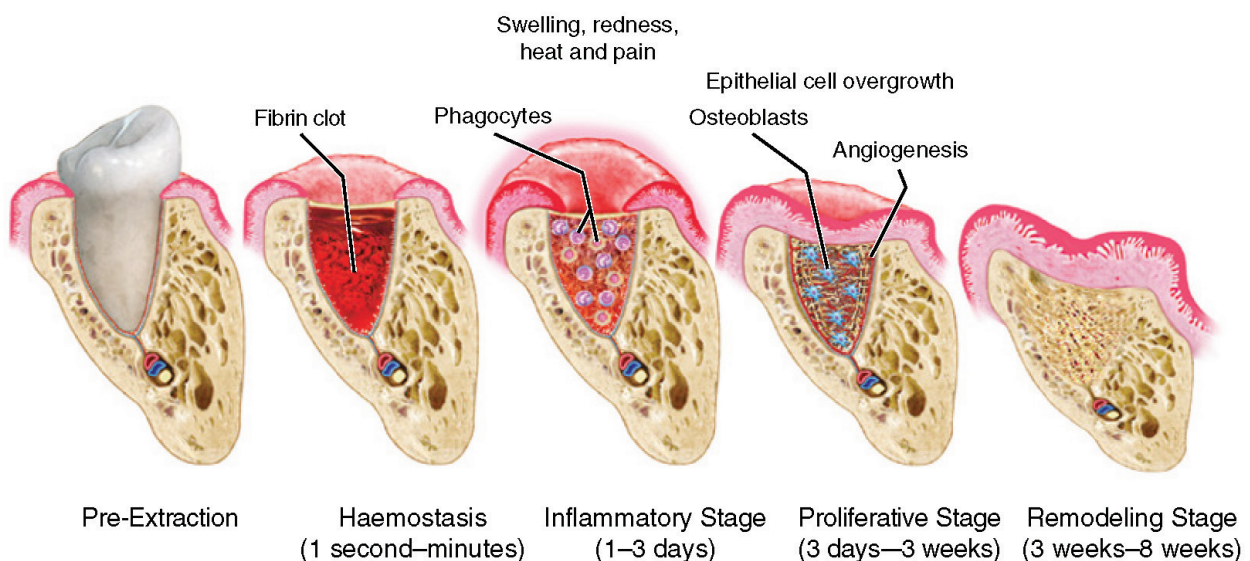
(۳) فاز تکثیر (Proliferative phase)

(۴) ریمادلینگ و التیام (Remodelling and resolution)

وقفه در هر کدام از این مراحل می‌تواند منجر به طولانی شدن دوره بهبودی شود.

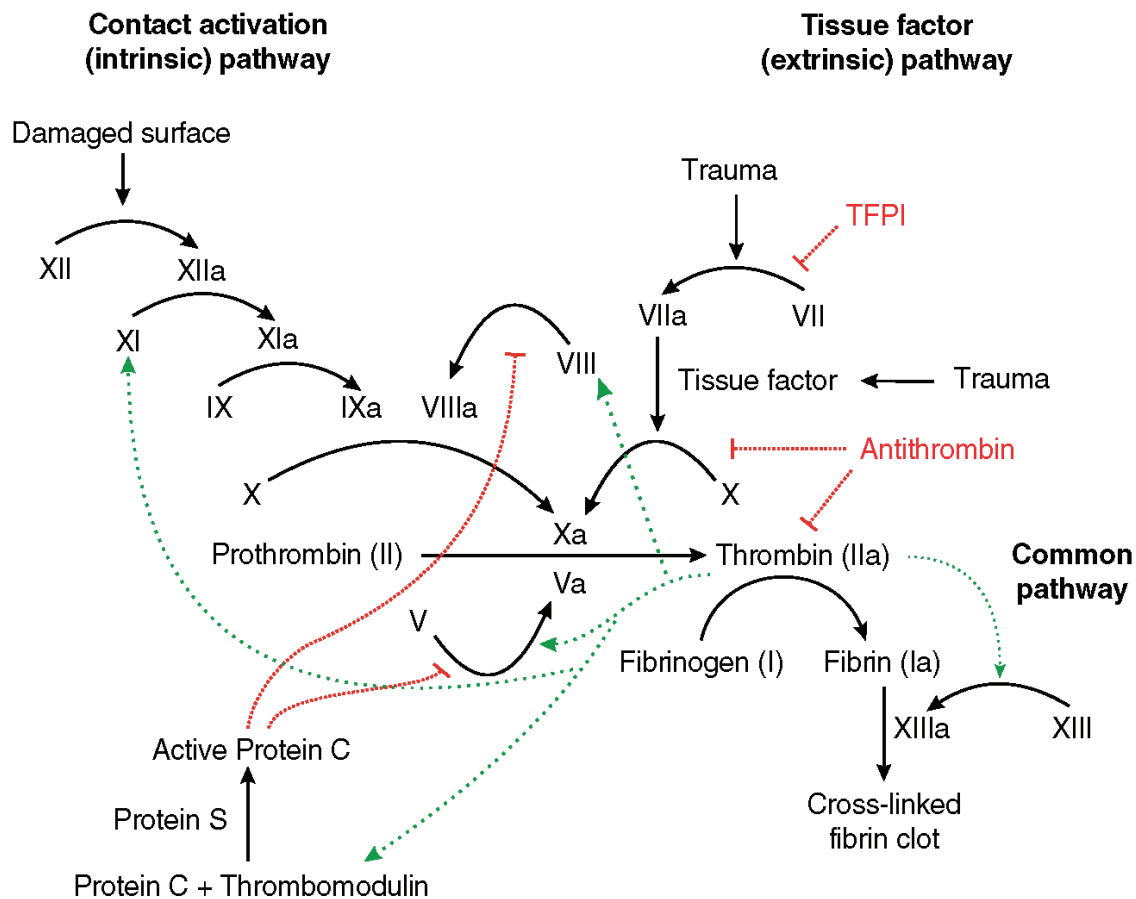
### ۱،۱،۱ هموستاز

هر گونه آسیب بافتی (ترومای بافتی) سبب خون‌ریزی از عروق موضعی بافت‌ها می‌شود. در این زمان سریع‌ترین واکنش فیزیولوژیک هموستاز می‌باشد که شامل (وازو اسپاسم) "انقباض عروقی" و واکنشی، تشکیل پلاگ پلاکتی و فعال شدن آبشار انعقادی می‌شود. وازواسپاسم و واکنشی، در عرض چند ثانیه تا چند دقیقه پس از آسیب به رگ‌های خونی رخ می‌دهد. این امر از طریق مکانیسم‌های عصبی و همچنین آزادسازی موضعی اندوتلین صورت می‌گیرد. وازواسپاسم به سرعت میزان از دست دادن خون در اثر آسیب را کاهش می‌دهد. در جراحی، داروهای وازواکتیو آگروژن مانند آدرنالین بکار برده می‌شوند تا از طریق کاهش جریان خون، دید و دسترسی ناحیه جراحی بهبود یابد.



تصویر ۱،۱ مراحل ترمیم زخم

سلول‌های اندوتلیال آسیب دیده منجر به تغییر ساختار "فاکتور فون ویلبراند" بیان شده در سطح سلول می‌شود. پیوند فاکتور فون ویلبراند با گلیکوپروتئین Ib بر روی پلاکت‌های در حال گردش، باعث فعال شدن و تجمع پلاکت‌ها می‌شود و از طریق گیرنده‌های GpIIb/IIIa به فیبرینوژن متصل می‌شوند. این فرایند سبب تشکیل پلاگ پلاکتی می‌شود. داروهای ضد پلاکت پروسه تشکیل پلاگ پلاکت را مهار کرده و خطر خونریزی را در طی مراحل جراحی افزایش می‌دهند. آبشار انعقادی مجموعه‌ای از واکنش‌های پی‌درپی است که به منظور فعال‌سازی ترومبین و تشکیل لخته پایدار فیبرین رخ می‌دهد (تصویر ۲،۱) دو مسیر در آبشار انعقادی وجود دارد: مسیر داخلی و مسیر خارجی.



تصویر ۱،۲ آبشار انعقادی

مسیر داخلی مربوط به قسمت داخلی عروق است و در اثر اکسیپوز شدن سطح داخلی عروق با کلاژن اندوتلیال فعال می‌شود. در حالی که مسیر خارجی با آسیب بافتی و آزاد شدن فاکتورهای بافتی درون سلولی فعال می‌شود. داروهای ضد انعقاد و اختلال در انعقاد خون (کوآگولوپاتی) تمایل به خون‌ریزی را از طریق مهار مراحل آبشار انعقادی افزایش می‌دهند و آگاهی از تأثیر داروها بر این فرایند در برنامه‌ریزی درمان جراحی حائز اهمیت است. تست‌های انعقادی می‌توانند عملکرد مسیر داخلی، خارجی و یا مسیر مشترک را ارزیابی کنند. PT (زمان پروترومبین) وضعیت فاکتورهای II، VII، V و X و فیبرینوژن را نشان می‌دهد؛ این فاکتورها همه بخشی از مسیر خارجی هستند و این آزمایش برای طرح‌ریزی درمان بیمارانی که وارفارین مصرف می‌کنند، استفاده می‌شود. وارفارین فاکتورهای مرتبط با ویتامین K که در هر دو مسیر هستند را مهار می‌کند اما بدلیل این که فاکتور VII کمترین نیمه عمر را دارد، مسیر خارجی برای ارزیابی انعقادپذیری مورد استفاده قرار می‌گیرد. PTT فاکتورهای مسیر داخلی را بررسی می‌کند که داروهایی مانند هپارین و هپارین با وزن مولکولی پایین (LMWH) می‌توانند آن را تحت تأثیر قرار دهند.



### ۱.۱.۲ فاز التهابی

این مرحله از روز اول پس از درمان آغاز می‌شود و تقریباً برای سه روز ادامه خواهد داشت. از ویژگی‌های مهم پاسخ التهابی می‌توان به آزادسازی واسطه‌های پیش التهابی و عوامل ازواکتیو مانند پروستاگلاندین‌ها، لکوترین‌ها، اینترلوکین‌ها و هیستامین و فراخوانی فاگوسیت‌ها برای از بین بردن بافت مرده و عوامل خارجی اشاره کرد. واسطه‌های التهابی منجر به تورم، قرمزی، گرما، درد و از دست دادن عملکرد، ناشی از التهاب می‌شوند. داروهای ضد التهاب معمولاً پس از اقدامات دندانپزشکی برای کاهش درد و تورم بعد از عمل تجویز می‌شوند.

### ۱.۱.۳ فاز تکثیر

این فاز به‌طور معمول از حدود روز سوم شروع می‌شود و تا سه هفته ادامه دارد. فاز تکثیر شامل شکل‌گیری بافت گرانولیشن و کلاژن نوع III است که بواسطه فیبروبلاست‌ها انجام می‌شود. انقباض زخم به واسطه عملکرد میوفیبروبلاست‌ها آغاز می‌شود. رگ‌زایی (آنژیوژنز) در جهت تشکیل مویرگ‌های جدید برای تأمین خون و مواد مغذی برای کمک به ترمیم زخم صورت می‌گیرد. تعدادی از فاکتورهای رشد، از جمله فاکتور رشد اندوتلیال عروقی (VEGF) نیز دخیل هستند. در لبه‌های زخم، سلول‌های اپیتلیال تکثیر شده و روی داریست بافت گرانولیشن که تشکیل شده است شروع به رشد می‌کنند. ترمیم استخوان با رسیدن سلول‌های استئوپروژنی‌تور که به استئوبلاست‌ها متمایز می‌شوند صورت می‌گیرد و شروع به رسوب یک ماتریس استئوئیدی می‌کنند. توجه داشته باشید که هر نوع بیماری سیستمیک یا دارویی که اجزای آنژیوژنز یا التهاب را مهار و سرکوب کند، ممکن است بهبودی را به تأخیر بیندازد یا طولانی کند.

### ۱.۱.۴ فاز ریمادلینگ والتیام

پس از پایان هفته سوم ترمیم زخم، بافت گرانولاسیون و استخوان نابالغ محل کشیدن دندان را پر می‌کند و باید ساکت توسط یک لایه اپیتلیوم کاملاً پوشانده شود. بازسازی (ریمادلینگ) استخوان با تحلیل و رسوب فعال به واسطه عمل استئوبلاست‌ها و استئوکلاست‌ها ادامه خواهد یافت. این مرحله مهم می‌تواند با داروهایی مانند بیس فسفونات‌ها یا denosumab که مانع عملکرد استئوکلاست‌ها می‌شوند، متوقف شود. شواهد رادیوگرافیک از ریمادلینگ استخوانی زودتر از ۶ تا ۸ هفته بعد از شروع روند ترمیم، قابل مشاهده و تشخیص نخواهد بود.

## ۱.۲ ارزیابی بیمار

هرگونه مداخله پزشکی یا دندانپزشکی نیاز به دریافت شرح حال کامل از بیمار دارد، که شامل این موارد می‌شود: شرح حال پزشکی دقیق، از جمله درمان‌های پزشکی فعلی و گذشته؛ تاریخچه آلرژی و واکنش‌های دارویی شناخته شده؛ یکسری اطلاعات دموگرافیک و اجتماعی شامل وضعیت اشتغال و استفاده از الکل، سیگار و مواد غیرمجاز. جراحی‌های قبلی، درمان‌های دندانپزشکی و نتایج نامطلوب و در نهایت، شکایت اصلی بیمار یا دغدغه‌های اصلی.

در مرحله دوم ارزیابی بالینی ناحیه دهان و صورت (orofacial) بیمار است که شامل معاینه خارج دهانی و داخل دهانی است. این ارزیابی باید شامل ارزیابی مفصل TMJ، آسیب‌شناسی‌های بافت نرم و سخت و وجود هر گونه پاتولوژی دندانانی باشد. به‌طور همزمان، می‌توان یک ارزیابی از سختی و ریسک خطر جراحی دنتوآلوئولار را انجام داد و باید توجه ویژه‌ای به میزان باز شدن دهان، بیوتایپ لثه، رفلکس gag، اضطراب بیمار و ترمیم‌های دندانانی وسیع قبلی داشت.

تست‌های تشخیصی باید در صورت لزوم انجام شوند که شامل تست پالپ، لمس (palpation) برای لقی و تست دق (percussion) می‌باشند. از یک پروب پیرونتال می‌توان برای ارزیابی دندان‌های نیمه‌رویش یافته و رویش نیافته، ارزیابی اپرکولوم‌های بافت نرم یا بررسی سایر نواحی دهان استفاده کرد.

وضعیت روانشناختی و سطح اضطراب بیمار را می‌توان با پرسیدن اینکه در گذشته تا چه حدی توانسته‌اند درمان دندانپزشکی را تحمل