

تصاویر فوتوگرافی داخل دهانی

در مجموع پنج تصویر از دندان ها و اکلوزن بیمار تهیه می شود. این تصویر ها عبارتند از: دو تصویر باکال (راست و چپ) ، دو تصویر اکلوزال (قوس بالا و پایین) و یک نمای فرونتال داخل دهانی. این تصویر ها باید در maximum intercuspation گرفته شوند (تصویر ۳۱-۱). علاوه بر این، باید در صورت وجود یک شیفت قابل توجه بین رابطه ی مرکزی و اکلوزن مرکزی (CR-CO shift) یا شیفت مندیبولار، تصاویر رابطه ی مرکزی داخل دهانی را نیز تهیه نمود.



تصویر ۳۱-۱ تصاویر داخل دهانی. A، نمای باکال سمت راست. B، نمای فرونتال. C، نمای باکال سمت چپ. D، نمای اکلوزال فوقانی. E، نمای اکلوزال تحتانی.

معاینه ی داخل دهانی

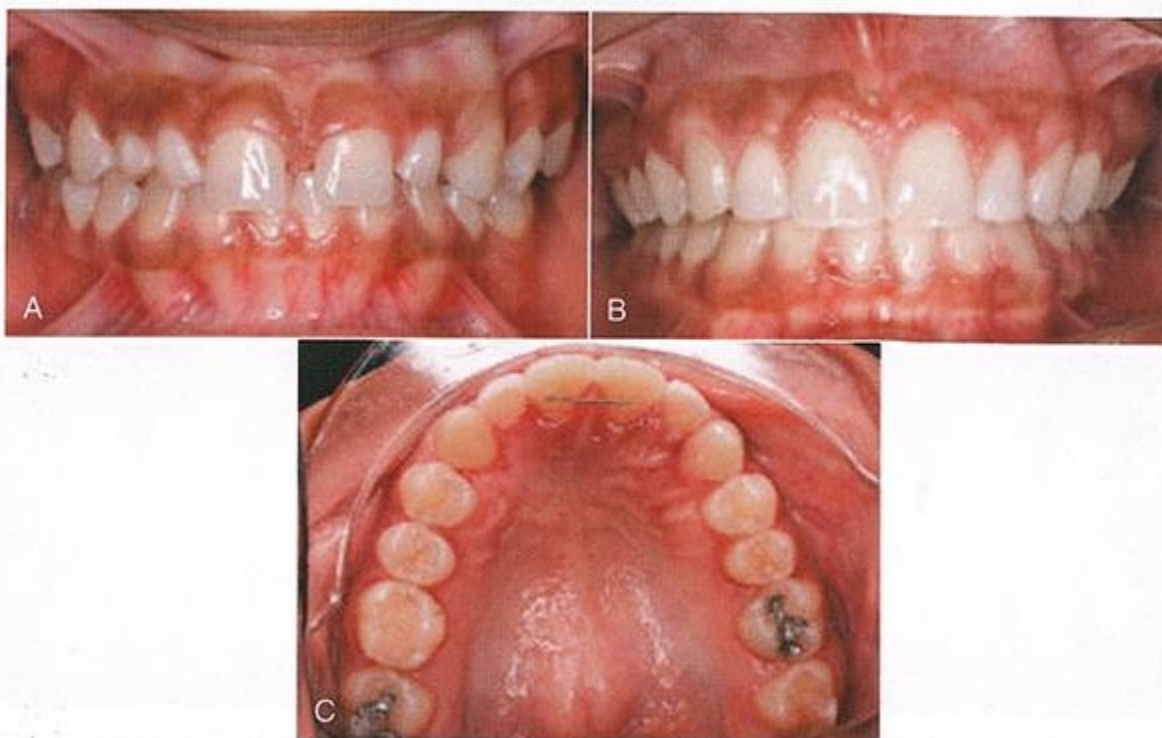
معاینه ی داخل دهانی بیمار ارتودنسی مانند سایر معاینات معمول دندانپزشکی آغاز می شود. در ابتدا، مشاهده کلی مخاط دهان جهت یافتن ضایعات پاتولوژیک صورت می گیرد. در هنگام آنالیز بافت نرم، باید توجه ویژه ای به بافت لثه نمود. ارزیابی وضعیت پرئودنتال به خصوص در بالغین، همانگونه که پیش تر بحث شد، از موارد مهم معاینه است. یافتن بیماری فعال پرئودنتال در بالغین در اطراف ناحیه ی دندان مولر، یافته ی ناشایعی نیست. باید در همه بیماران بالغ، یک probing تصادفی در اطراف دندان های مولر اول و دوم و بعضی از دندان های قدامی انجام داد.

در مرحله ی بعد باید کیفیت لثه ی چسبنده را ارزیابی نمود. ضخامت (اکلوزوژنژیوال) و پهنای لثه ی چسبنده، بسیار مهم هستند. خیلی از اوقات، از این موارد چشم پوشی می شود، و ممکن است با خروج لبیالی دندان ها از استخوان آلوئولار خود، با تحلیل لثه، مواجه شویم. البته باید متذکر شد که ممکن است تحلیل لثه، قبل از شروع درمان هم وجود داشته باشد (تصویر ۳۲-۱).

فرنوم لبیال در ادامه بررسی بافت نرم داخل دهانی، مورد ارزیابی قرار می گیرد. ممکن است اتصال بالای فرنوم به درون لثه چسبیده در ایجاد دیاستم پایدار نقش داشته باشد (تصویر ۱-۳۳).^{۸۳} علاوه بر این اتصالات بالای فرنوم، به تحلیل لثه ی سطح لبیالی دندان های ثنایای پایین نیز ارتباط داده شده اند.^{۸۴}



تصویر ۱-۳۲ A، تصویر فوتوگرافی پیش از درمان از اتصالات لثه ی دندان های ثنایای پایین. تحلیل اولیه در لثه ی چسبده ی نازک، قابل مشاهده است. **B**، تصاویر پس از درمان، نبود لثه ی چسبده در دندان ثنایای سانترال راست پایین و تحلیل لثه ی پیشرونده را نشان می دهند. پیوند لثه در این ناحیه توصیه می شود.



تصویر ۱-۳۳ A، ضخامت بالای فرنوم لبیال احتمالاً در ایجاد دیاستم نقش دارد. **B**، بستن دیاستم با فرنکتومی پس از درمان، تکمیل شده است. **C**، یک retainer باند شونده ی لینگوال بین دندان های ثنایا قرار داده شده است.

بهداشت دهان

بهداشت مناسب دهانی در طی درمان ارتودنسی بسیار مهم است و باید از ابتدای درمان مورد تاکید قرار گیرد. امروزه به خوبی نشان داده شده است که استفاده از ابزار ارتودنسی، باعث کاهش بهداشت دهان می شود. بنابراین، ارزیابی دقیقی از بهداشت دهان در معاینه ی اولیه ضروری است، و درمان باید، تا زمان دستیابی به کنترل پلاک خوب توسط بیمار، به تعویق بیفتد.

زبان

در ابتدا، باید مخاط زبان را از نظر وجود هرگونه ضایعه پاتولوژیکی، بررسی نمود. باید ارزیابی کلی از شکل و اندازه ی زبان صورت گیرد، و ارتباط آن با قوس دندانی پایین مشخص شود. شواهد مضرس بودن حاشیه جانبی زبان که با generalized spacing بین دندان ها همراهی دارد، می تواند مطرح کننده ماکروگلوسیا باشد.

زبان یک عضله قوی است که فشار مداومی را به سطوح لینگوال دندان ها وارد می نماید، و در مقابل فشار لب ها به سطح باکال دندان ها عمل می کند.^{۳۷} ارزیابی فانکشنال زبان به هنگام صحبت کردن و بلع می تواند سرنخ هایی از اتیولوژی مال اکلوژن را در اختیار قرار دهد.

در انتها نیز، فرنوم لینگوال ارزیابی می شود. آنکیلوگلوسیا یا tongue-tie در تعدادی از بیماران دیده شده و می تواند علت دشواری تکلم در این افراد باشد.^{۸۵}

دندان ها

باید قبل از شروع معاینه دندانی، تاریخچه دندانی کامل را اخذ نمود. در ابتدا، باید از بیمار پرسیده شود که تحت مراقبت های روتین دندانپزشکی است یا خیر. اگرچه پاسخ مثبت به این سوال، تضمین کننده عدم وجود بیماری فعال در بیمار نیست؛ اما می توان فرض کرد که بیمار یا والدین بیمار، به رعایت بهداشت دهانی، توجه دارند. عادات بهداشت دهانی بیمار نیز (مسواک زدن، استفاده از نخ دندان و غیره) باید قید شوند.

تاریخچه ی درمان ارتودنسی قبلی نیز مهم است. این موضوع می تواند دیدگاهی را در ارتباط با انتظارات بیمار و همینطور تمایل به عود و عواقب بعد از درمان (برای مثال تحلیل ریشه، ضایعات دکلسیفیه) در اختیار قرار دهد. بعلاوه، این اطلاعات می توانند عوارضی را پیش بینی کنند که ممکن است در درمان ارتودنسی قبلی رخ داده باشد.

در تاریخچه ی دندانپزشکی بیمار، از بیمار در ارتباط با سابقه ترومای قبلی به فک یا دندان سوال می شود. سابقه ی ترومای قبلی می تواند توجه کننده ی آسیمتری، رشد غیرنرمال یا در بعضی موارد، علائم TMJ باشد. باید سابقه ی تروما و نوع ترومای وارده به دندان (avulsion , luxation , fracture) را

قید کرد. بعضی انواع خاص ترومای دنتوآلوئولار مرتبط با تحلیل ریشه و آنکلیوز هستند.^{۸۶} حرکات ارتودنسی می تواند عامل تسریع تحلیل ریشه در موارد ترومای شدید دندانی باشد (تصویر ۱-۳۴).^{۸۷}

در انتها، تاریخچه ی هرگونه عادت زیان آوری نظیر مکیدن انگشت یا عادات وضعیتی زبان (tongue posturing habit)، می تواند تا حدی نشان دهنده اتیولوژی مال اکلوژن باشد. به غیر از خود نوع عادت، باید به این نکته نیز توجه کرد که این عادت مربوط به گذشته یا حال است. در موارد عادت فعال، باید تعداد دفعات و طول زمان انجام این عادت را در طی یک روز قید کرد.