

Review

Diagnostic approach and Treatment in children's dental fracture

Shahryar Karami¹, Nazanin Ghobadi¹, Hasan Karami^{2*}

1. Department of Dentistry, Faculty of Dentistry, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran.

2. Department of Pediatric Gastroenterology, Faculty of Medicine, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran.

*. Corresponding Author: E-mail: Dr_hkarami87@yahoo.com

(Received 27 June 2016; Accepted 8 September 2016)

Abstract

Nowadays, Population growth is associated with trauma to the face and mouth and consequently tooth fractures are common events in societies. During trauma to the mouth and dental fracture, damage to the upper and lower jaw, cervical spines and soft tissues of the throat also can occur. Dental fractures are classified based on their severity. Each type of dental fracture has specific diagnostic and therapeutic approaches and sometime the management only limited to supportive techniques. Delay in diagnosis and failure in the use of proper therapies can lead to severe side effects and high costs. Herein we ought to review the kinds of dental fractures and the diagnostic and therapeutic approached.

Keywords: Diagnostic medical, Dental fractures, Children, Trauma, Dental procedures.

Clin Exc 2016; 5(1): 113-123 (Persian).

رویکرد تشخیصی درمانی در شکستگی های دندان کودکان

شهریار کریمی^۱، نازنین قبادی^۱، حسن کریمی^{۳*}

چکیده

با افزایش جمعیت، ضربه‌های صورت و دهان و شکستگی دندان‌ها پیامدی شایع است. در طی ضربه به دهان، علیرغم شکستگی دندان می‌تواند آسیب به فک فوقانی و تحتانی مهره‌های گردنی، بافت نرم گلویت نیز ایجاد شود. شکستگی دندان‌ها بر حسب شدت به درجاتی تقسیم می‌شوند. هریک از انواع شکستگی‌ها راهکار تشخیصی و درمانی مخصوص به خود را دارد که گاهی فقط محدود به اقدامات حمایتی می‌شود ولی عدم تشخیص به موقع ضایعه و به کار بستن اقدام درمانی مناسب می‌تواند منجر به عوارض جدی و پرهزینه گردد. مقاله اخیر مروری بر انواع شکستگی دندان‌ها و اقدامات تشخیصی و درمانی هریک از آن‌ها را دارد.

واژه‌های کلیدی: تشخیصی درمانی، شکستگی دندان، کودکان، ضربه، اقدام دندان‌ها.

مقدمه

می‌تواند روی وضع ظاهری کودک، تکلم وی و سلامت روان او تأثیرگذار باشد^(۳). لذا اطلاع از پیش‌آگهی آسیب‌های دندان‌ها و نحوه برخورد صحیح بالینی با آن‌ها از اهمیت بسزایی برخوردار می‌باشد. در اکثر موارد والدین جوان که کودکانشان در معرض آسیب‌های دندان‌ها قرار می‌گیرند بسیار نگران هستند و راهنمایی و درمان صحیح می‌تواند علاوه بر کاهش اضطراب و استرس آنان، احتمال آسیب به دندان‌های دائمی زیرین را بکاهد.

مقاله اخیر باهدف مرور بر انواع شکستگی، اتیولوژی و اقدامات درمانی و توصیه‌های پیشگیرانه می‌تواند در ارائه خدمات مناسب بهداشتی و درمانی به کودکان و والدین کمک شایانی نماید.

گزارش موارد افتادن شیرخوار از تخت و صدمات وارده به جمجمه و سروصورت در مقالات پزشکی زیاد می‌باشد و با افزایش سن و بالا رفتن فعالیت‌های فیزیکی امکان آسیب به دندان‌ها نیز بیشتر می‌شود^(۱). از زمان آغاز به راه رفتن کودک در حدود یک‌سالگی، با توجه به عدم تکامل سیستم عصبی، عضلات در جهت حفظ کامل تعادل در کودک، شانس زمین خوردن‌های مکرر بالاست در این سن دندان‌های سانترال فک پایین معمولاً رویش می‌یابند لذا در آسیب‌های صورت امکان ضربه به دندان شیری و حتی دائمی وجود دارد^(۲)، خوشبختانه نسوج نرم صورت و اطراف دندان تا حد زیادی مانع از وارد شدن ضربه‌های سنگین به دندان‌ها می‌شود و از طرف دیگر پرخونی نسوج نگهدارنده دندان‌ها در بیشتر موارد باعث ترمیم سریع ضایعه در کودکان می‌گردد ولی واقعیت تلخ آن است که تمام آسیب‌های وارده به دهان و دندان جزئی و بی‌خطر نبوده و معدودی از آن‌ها

۱. دانشجوی دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی مازندران، ساری، مازندران.

۲. دانشیار گروه گوارش اطفال، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی مازندران، ساری، مازندران.

* نویسنده مسئول: مازندران، ساری، بیمارستان بوعلی سینا، گروه اطفال، گوارش اطفال.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۵/۴/۷ تاریخ ارجاع جهت اصلاحات: ۱۳۹۵/۵/۱۴ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۵/۶/۲۹

انواع شکستگی‌ها

- I) شکستگی درجه I: شامل مینای دندان است که می‌تواند درمان سرپایی داشته باشد.
- II) شکستگی درجه II: شامل درگیری عاج دندان است که می‌تواند دردناک باشد. پانسمان شامل پوشاندن مناطق آزاد با هیدروکسید کلسیم بر سطح خشک‌شده دندان است و متعاقب آن پوشاندن با روکش ورقه‌ای برای ایجاد سد محافظت‌کننده به دور دندان است.
- III) شکستگی درجه III: شامل درگیری پالپ دندان است که با رگه قرمز یا نقاط قرمز مشخص می‌شود و به شدت دردناک است. لازم است در این مورد معاینه توسط دندان‌پزشک طی ۴۸ ساعت صورت گیرد در تروماهای شدید مخصوصاً در که مست‌اند و یا سیستم عصبی مختل دارند باید دندان‌های کامل یا ناقص درآمده را برای جلوگیری از اسپیراسیون خارج کرد.
- IV) شکستگی درجه IV: شامل از دست رفتن تمام عاج دندان می‌باشد (۴).

علل شکستگی

فشار دادن اجسام سخت و اقدام به شکستن آن‌ها توسط دندان‌ها، تروما به ناحیه صورت و دهان در اثر انواع ضربات خارجی، تصادفات، زمین خوردن‌ها، پوسیدگی دندان که باعث ضعف ساختار آن می‌گردد و داشتن پرکردگی آمال گام بزرگ و قدیمی از علل شایع شکستگی دندان‌ها می‌باشند (۵-۸).

انواع شکستگی

الف) ترک خوردن دندان

در این حالت خط شکستگی از سطح جویدن شروع و به سمت ریشه ادامه دارد و گاهی این ترک در زیرخط لثه نیز ادامه دارد. در حالت ترک خوردگی دندان دونیم نمی‌شود ولی بافت نرم و داخلی دندان صدمه می‌بیند (۵-۸).

ب) شکستگی خطی دندان

در این حالت شکستگی به صورت خطی، لایه خارجی مینای دندان را متأثر می‌کند. از نظر سنی بیشتر در افراد بزرگ‌سال دیده می‌شود و معمولاً بدون دردند و نیاز به درمان خاصی ندارند (۵-۸).

ج) شکستگی دندان‌ی نوک تیز

معمولاً در سطحی از دندان ایجاد می‌شود که جهت گاز گرفتن بکار می‌رود در این حالت درد حین گازگرفتنی برای فرد ایجاد می‌شود (۵-۸).

د) تقسیم شدن یا دونیم شدن دندان

معمولاً در زمینه یک ترک دندان‌ی قبلی ایجاد می‌شود شکستگی می‌تواند به صورت عمودی یا افقی حادث شود (۵-۸).

واکنش دندان به ضربه

واکنش‌های زیر می‌تواند بعد از ضربه به دندان ایجاد شود:

- ۱) **پرخونی پالپ:** ضربه به دندان هرچند خفیف هم که باشد باعث پرخونی پالپ می‌شود در اکثر موارد مدت کوتاهی بعد از ضربه می‌تواند پرخونی پالپ را تشخیص داد. تغییر رنگ ممکن است چند هفته بعد از حادثه رخ دهد که اغلب مبین پیش‌آگهی بد است (۱۰).
- ۲) **خونریزی داخلی:** در این حالت دندان‌پزشک تغییر رنگ گذرایی را پس از ضربه به دندان می‌بیند. خون خارج‌شده ممکن است قبل از رسیدن به لوله‌های عاجی جذب شود و در موارد شدید پیگمان در لوله‌های عاجی تشکیل می‌شود. این تغییر رنگ طی ۲-۳ هفته بعد از ضربه آشکار می‌شود و ممکن است تاج دندان تغییر ناچیزی را تا چند هفته داشته باشد. در چنین مواردی احتمال کمی وجود دارد که پالپ حیات خود را حفظ کند. در مطالعه‌ای ۳۳ مورد از ۵۱ دندان ضربه‌دیده (۶۵ درصد) که تغییر رنگ خاکستری تیره داشتند نکرود بودند (۱۱-۱۰).

۷) **انگیلوز:** این حالت به دلیل آسیب به لیگامان پیرونتال و التهاب پس‌از آن پدید می‌آید که با تهاجم سلول‌های استئوکلاستیک همراه است. لذا نواحی تحلیل نامنظم در سطح محیطی ریشه ایجاد می‌شود. این عارضه می‌تواند منجر به اتصال مکانیکی یا یکپارچگی بین استخوان آلونول و سطح ریشه گردد و طی این پیامد اختلاف سطح انسیزالی دندان با دندان کناری ایجاد می‌شود. اگر شواهدی وجود دارد که نشان می‌دهد رشد دندان دائم به‌صورت تأخیری یا نابجا است، دندان شیری انگیلوزی باید کشیده شود. در مورد دندان‌های دائمی انگیلوز یافته به‌ویژه اگر عارضه در دوران نوجوانی یا قبل آن رخ داده باشد اغلب کشیدن دندان لازم می‌شود (۱۰-۱۲).

واکنش جوانه‌های دندانی دائم به ضربه

در تروما به دندان‌های شیری قدامی نباید از آسیب رسیدن به دندان‌های دائم در حال تکامل زیرین غافل شد. در مطالعه بالینی و پرتونگاری روی ۲۱۳ دندان در زمینه تأثیر پذیری دندان‌های دائمی با وجود سابقه تروما به دندان‌های شیری، نشان داده شده است که تغییرات در دندان‌های بیش از ۴۰ درصد نوجوانان، می‌تواند مربوط به ضربه به دندان شیری آنان باشد. ارتباط آناتومیک نزدیک بین آپکس دندان‌های شیری و دائمی، مسبب این تأثیرپذیری است. هیپوکلسیفیکاسیون و هیپوپلازی، ایجاد عاج ترمیمی، بدشکلی دندان^۱ از جمله دیگر اثرات تروما به دندان است (۱۰-۱۲).

علامت بالینی

از نظر علائم بالینی احساس خراش در دندان با لمس زبان، درد حین گازگرفتن، درد حین جویدن، درد در زمان تغییر دمای دهان (خوردن نوشیدنی‌های گرم یا سرد) می‌تواند ایجاد شود که این طیف علائم وابسته به شدت شکستگی در فرد می‌باشد. خونریزی دندانی، عفونت، التهاب لثه، قرار نگرفتن روی هم دندان‌ها و اختلال در

۳) **آهکی شدن پیش‌رونده کانال:** بیشترین واکنش دیده شده به ضربه به شکل بسته شدن کامل یا ناقص اتاق و کانال پالپ است در چنین حالتی تاج دندان ممکن است دچار رنگ زرد مات شود. دندان‌های شیری با این روند دچار تحلیل ریشه می‌شوند. در دندان‌های دائمی کلسیفیه شدن پالپ منجر به عفونت پذیری آن می‌شود (۱۰-۱۱).

۴) **تحلیل داخلی:** روندی ویرانگر است و اعتقاد بر آن است که به دلیل فعالیت ادنتوکلاستیک ایجاد می‌شود. با پرتونگاری ممکن است این روند چند هفته تا چند ماه پس از ضربه تشخیص داده شود. اگر پیشرفت عارضه سریع باشد ممکن است طی چند هفته موجب سوراخ شدن تاج یا ریشه‌های دندان شود. تشخیص زودرس ضایعه قبل از آنکه منجر به سوراخ شدن دندان گردد این امکان را می‌دهد که بتوان دندان را با روش‌های درمان ریشه حفظ کرد (۱۰-۱۱).

۵) **تحلیل محیطی ریشه:** ضربه با آسیب به ساختمان‌های پیرونتال ممکن است باعث تحلیل محیطی ریشه شود. این واکنش از بیرون شروع می‌شود و ممکن است پالپ گرفتار نشود. این روند پیش‌رونده است و اغلب در ضربات شدید دیده می‌شود که درجات مختلفی از جابجایی دندانی را داشته‌اند (۱۰).

۶) **نکروز پالپ:** ضربات شدید که منجر به جابجایی دندان می‌شود اغلب نکروز را در پی دارد. ضربه شدید می‌تواند قطع رگ‌های اپیکال را باعث شود و منجر به نکروز پالپ گردد. در موارد خفیف‌تر کندی گردش خون بافت پالپ ممکن است باعث نکروز نهایی آن شود. بخشی از انرژی ضربه به‌جای آنکه توسط بافت پشتیبان دندان جذب شوند با شکستن تاج دندان هدر می‌رود لذا در هنگام شکستگی تاج، پیروندشیوم و پالپ ضربه دیده آسیب کمتری می‌یابند. نکروز پالپ اکثراً بدون علامت است و پرتونگاری آن هم اساساً طبیعی است با این حال شانس عفونت پذیری بالایی دارد. لذا دندان با پالپ نکروتیک باید کشیده شود و یا با روش‌های درمان ریشه درمان گردد (۱۰-۱۱).

¹. Dilaceration

در بعضی از دندان‌ها همچون دندان آسیاب که بیشتر از یک ریشه دارند در هنگام ترمیم این شکستگی‌ها ممکن است نگه‌داشتن یک ریشه و روکش دندان امکان‌پذیر باشد ولی ابتدائاً باید عصب‌کشی کرد (۸، ۱۴-۱۳).

۶) شکستگی عمودی دندان: این نوع شکستگی از

ریشه صورت می‌گیرد و به سمت قسمت رویی دندان گسترش می‌یابد. در این موارد به علت التهاب یا عفونت ایجادشده در ریشه دندان، فرد معمولاً درد دارد در اکثر موارد ترمیم این عارضه نیاز به کشیدن دندان دارد (۱۳، ۱۲-۱۱).

۷) شکستگی به دلیل پوسیدگی قبلی: این موارد نیاز

به ارزیابی دندان‌پزشک دارد و با این ارزیابی بهترین روش ترمیم شکستگی پیشنهاد داده شود.

اگر امکان کاشت فوری دندان وجود ندارد باید آن را در یک محیط کشت پزشکی یا شیر نگهداری کرد باید توجه داشت که کاشت دندان در بیماری که ترومای شدیدی را داشته است اولویت اول درمان نیست. ولی در مقابل در ترومای خفیف باید در اولین فرصت دندان‌های درآمده کاشته شوند.

پس از کاشت، دندان نیاز به ثابت شدن دارد که با یک آتل آکرلیک یا بستن توسط سیم به دندان مجاور می‌توان این کار را انجام داد. به نظر می‌رسد مدت زمانی که دندان خارج از محل دهان قرار دارد در موفقیت کاشت مؤثر باشد در یک مطالعه گذشته‌نگر ۶۶ درصد از دندان‌های کاشته شده در طی یک ساعت اول بعد از حادثه طی مطالعات رادیولوژیک بعدی بهبود یافتند و عملکرد طبیعی بعد از ۵ سال داشته‌اند و در مقابل در مواردی که با یک تأخیر بیش از ۳ ساعت اقدام به کاشت دندان شد التهاب و عدم بهبودی صورت گرفته است (۱۴، ۱۳-۱۲).

در ترومای صورت مادامی که علائم جداشدگی و کنده شدن دندان وجود دارد ولی دندان یافت نمی‌شود باید گرافی سینه تهیه شود. چنانکه دندان در زیر دیافراگم مشاهده شود نیاز به درآوردن ندارد ولی در موارد وجود

جویدن از دیگر علائم عمده بالینی هستند (۱۷). گاهی اوقات دندان‌ها بدون عوامل تروماتیک و یا پوسیدگی قبلی دچار شکستگی می‌شوند که در این حالت باید به اختلالات خون‌رسانی بافت دندان و همچنین اختلالات عصب‌رسانی بافت توجه داشت.

اقدامات درمانی

در انواع شکستگی دندان با توجه به شدت آن می‌تواند اقدامات درمانی زیر را بکار برد.

۱) ترک‌خوردگی ناچیز: این نوع به‌عنوان خطوط

ترک‌خوردگی است و فقط مینای دندان را متأثر می‌کند. در فرم خفیف معمولاً نیاز به درمان ندارد. ولی دندان‌پزشک می‌تواند سطح دندان را صیقل داده و لکه‌های زبر ایجادشده را پاک کند (۱۳، ۱۲).

۲) ترک‌خوردگی دندان: در این حالت همه دندان

از سطح رویی تا عصب متأثر می‌شود این فرم از شکستگی باعث جدا شدن و دو نیم شدن دندان نمی‌شود و تکه‌های دندان در جای خود باقی‌اند ولی می‌تواند به تدریج گسترش یابد. این حالات با نظر دندان‌پزشک گاه نیاز به پر کردن و ترمیم دندان دارد و گاهی نیاز به روکش کردن دندان دارد در این حالت اگر پالپ دندان (عصب و بافت‌های زنده دندان) آسیب بیند باید عصب‌کشی نیز صورت گیرد (۱۳، ۸).

۳) شکستگی دندان در سطح: در سطح مینای دندان

صورت می‌گیرد و معمولاً پالپ دندان را متأثر نمی‌کند لذا درد زیادی را به همراه ندارد. در این موارد دندان‌پزشک، آسیب ایجادشده را ترمیم می‌کند. برای ترمیم می‌توان از آنکه یا روکش دندان نیز استفاده کرد (۱۴-۱۳).

۴) شکستگی شدید دندان: پالپ دندان متأثر می‌شود.

آسیب وارده جلدی است و حساسیت و درد و خونریزی نیز به همراه دارد. برای ترمیم این موارد ضمن عصب‌کشی دندان، باید از روکش گذاری نیز استفاده کرد.

۵) تکه‌تکه شدن دندان: به آن معناست که دندان

به‌صورت عمودی به دو بخش مجزا تقسیم می‌شود.

2. VRF

روش پل برای جایگزینی یک یا چند دندان ازدست‌رفته بکار می‌رود این پل دندانی می‌تواند از جنس طلا، فلز، Porcelain باشد. به این روش Fixed Partial dentures هم گویند. انواع مختلفی از پل‌ها وجود دارند که عبارت‌اند از:

الف) پل معمولی Conventional

این نوع پل‌ها متشکل از دو روکش دندانی‌اند که از دو طرف به یک‌دندان جایگزین متصل می‌شوند. در این حالت دو دندان سالم در دو طرف تراشیده می‌شوند تا پل‌ها بتوانند روی آنان قرار گیرند که به‌منزله پشتیبان دندان جدید هستند.

ب) پل Cantilever

در این حالت دندان جدید فقط از یک‌طرف توسط یک‌دندان روکش شده حمایت می‌شود. لذا حمایت کمتری دارد. این روش اکثراً برای دندان‌های جلویی بکار می‌رود که فشار جویدن در آنان بالا نیست (۱۵، ۱۷، ۱۸).

ج) پل Maryland

در این نوع پل از باله‌های فلزی نازکی برای نگه‌داشتن دندان جدید استفاده می‌شود. لذا دندان‌های دو طرف را کمتر آسیب می‌زند. ولی مسلم است که استحکام زیادی ندارد. در ایمپلنت یک ریشه فلزی مصنوعی داخل استخوان فک قرار می‌گیرد تا بتوان روی آن دندان مصنوعی را سوار کرد. لذا مزیت آن این است که از نظر ظاهر و عملکرد همسان دندان‌های طبیعی‌اند در این روش از طریق جراحی فک ابتدا یک ایمپلنت که شکل یک پیچ است در داخل استخوان فک جاسازی می‌شود و بعد از ۶-۴ ماه که استخوان فک رشد کرده و ایمپلنت کاملاً ثابت شد می‌توان از یک Abutment که در انتهای خارجی ایمپلنت و خارج از استخوان قرار داده می‌شود برای اتصال دندان جدید استفاده کرد و در آخر دندان مصنوعی روی لثه قرار می‌گیرد (۱۵، ۱۸، ۱۷).

د) دندان مصنوعی ناکامل Partial Dentures

شامل تعدادی دندان مصنوعی متصل به هم است که توسط چارچوب فلزی یا پلاستیکی به سایر نقاط دهان اتصال دارد. اینان به‌طور محکم به فک اتصال ندارند و جاسازی

در یک‌سوم فوقانی مری باید توسط آندوسکوپ در آورده شود. وجود دندان در تراشه نیز مستلزم برونکوسکوپی و در آوردن دندان است.

در اصل دندان‌ها بسیار قوی هستند ولی می‌تواند به دلایلی تراشیده شده یا شکسته شوند. شکستگی می‌تواند در مینای دندان، دندان پرشده، حتی دندان عصب‌کشی شده اتفاق افتد (۱۶-۱۵).

برای بازسازی تاج و برقراری عملکرد مناسب چهار روش درمانی وجود دارد.

۱) روکش گذاری: که یک پوشش مصنوعی بر

روی دندان خراب است که شکل و اندازه طبیعی قبلی دندان را ایجاد می‌کند. گاهی به آن Cap نیز گویند.

۲) پل^۳: برای جایگزینی یک یا چند دندان افتاده،

از قرار دادن دندان‌های مصنوعی جایگزین استفاده می‌شود و دندان‌های مجاور تغییر شکل داده می‌شوند تا همانند پلی دندان جدید را حفاظت کنند (۱۷، ۱۵).

۳) ایمپلنت: که یک ریشه مصنوعی دندانی است

که دندان صناعی جایگزینی را حمایت می‌کند در ضمن وضع مناسبی را در استخوان فک نیز ایجاد می‌کند.

۴) دندان مصنوعی پارسیل: که برای ترمیم از بین

رفتن چند دندان کنار هم بکار می‌رود و مراقبت و جلسات متعدد درمانی را در پی دارد (۱۷، ۱۵).

قرار دادن روکش روی دندان، شایع‌ترین روش ترمیم

یک‌دندان آسیب‌دیده است. با این کار می‌توان شکل و اندازه طبیعی دندان را به دست آورد. روکش می‌تواند از جنس طلا، فلزات، Porcelain و یا ترکیب آن با فلزات باشد. از آنجائی که ۲-۳ هفته زمان لازم است تا آزمایشگاه روکش مناسب دندانی را آماده کند برای محافظت دندان در این مدت دندان‌پزشک از روکش موقت بهره می‌گیرد.

³. Bridge

لته فراهم می‌شود و استخوان فک هم در محل‌هایی که حمایت دندان‌ها را ندارد آسیب‌پذیر می‌شود (۲۰-۱۸). محافظ دندان در بازی‌های ورزشی، قفس صورت در بازی‌هایی همچون هاکی و کلاه ایمنی از جمله اقدامات حفاظتی دیگر جهت جلوگیری از آسیب‌های سروصورت و دهان‌اند. در زمینه دسته‌ای از بیماری‌های سیستمیک، نرمی استخوان و استئوپوروز حاصل می‌شود این بیماری‌ها روی استحکام بافتی دندان نیز تأثیر گذارند. اگر این زمینه مستعد با بهداشت بد دندان و دهان نیز همراه باشد زمینه‌ساز پوسیدگی دندان، شکستگی آن با ترومای خفیف خواهد بود (۶، ۲۰-۱۹).

اکثر همکاران دندان‌پزشک در شکستگی‌های ناشی از تروما به وجود یا عدم وجود پوسیدگی زمینه‌ای توجه دارند و با توجه به شدت وجود پوسیدگی اقدام درمانی لازم را انجام می‌دهند ولی پوسیدگی دندان به‌عنوان شایع‌ترین بیماری دهان و دندان فقط از بهداشت بد نشأت نمی‌گیرد. عوامل زیرساختی اندوکراین، متابولیک، سوءتغذیه‌ها، بیماری‌های سیستمیک همچون سلیاک در سلامت و رویش دندان‌ها دخالت دارند و بایستی در هر بیمار که از رشد جسمی، وزنی، قدی نرمال برخوردار نیست و دچار شکستگی‌های دندان‌ها بدون علت زمینه‌ای خاص و یا ترومای جزئی می‌شود به وجود بیماری‌های سیستمیک زمینه‌ای توجه داشت. چک کلسیم، فسفر، سطح هورمون پاراتیروئید، سطح 250HD3، رد بیماری‌های زمینه‌ای همچون سلیاک، مشکلات تیروئیدی، تست‌های عملکرد کبد، کلوی در این شرایط کمک‌کننده است و الزاماً مشاوره همکاران متخصص بیماری‌های داخلی را می‌طلبد. دقت نظر کافی یک دندان‌پزشک می‌تواند باعث تشخیص بیماری‌های سیستمیک گردد که تظاهرات دندان‌ها در فرد آزاردهنده است (۲۲-۲۱).

آن‌ها در دهان توسط گیره‌های فلزی صورت می‌گیرد که برای اتصال در دو طرف به دندان‌های سالم تعبیه شده‌اند (۱۵، ۱۸-۱۷).

پیشگیری

جهت حفظ دندان‌ها و جلوگیری از آسیب‌های مختلف دندان‌ها ضروری است برخی از موارد پیشگیرانه رعایت شود؛

- ۱) باید از شکستن اجسام توسط دندان اجتناب شود.
 - ۲) از دندان‌قروچه خودداری شود و اگر به‌صورت عادی در زمان خواب این حالت وجود دارد از یک نگه‌دارنده یا محافظ (نایت گارد) در زمان خواب استفاده شود.
 - ۳) بایستی از حرکات نمایشی، مجادله، دعوا و در معرض تروما قرار دادن دندان پرهیز کنیم.
 - ۴) در هنگام رانندگی کمربند ایمنی را ببندیم و فرزندان را در جایگاه مناسب حفاظتی در اتومبیل قرار دهیم.
 - ۵) باید منزل، محل کار را از خطرات احتمالی ناشی از برخورد با اجسام نوک‌تیز، سرخوردن، افتادن، اختلاف سطوح محل زندگی در وضع ایمن نگه‌داریم.
 - ۶) در کودکان آسیب دندان‌ها زمانی شروع می‌شود که وی شروع به راه رفتن می‌کند، دقت گردد تا کودک در حین راه رفتن و افتادن دچار آسیب‌های فک و دهان نشود.
 - ۷) آسیب‌های ورزشی عمده صدمات دندان‌ها در نوجوانان و بزرگسالان‌اند که باید اقدامات حفاظتی، بهره‌گیری از محافظ‌های مخصوص سروصورت اعمال شود (۲۰-۱۸).
- دندان‌ها، لته، استخوان‌های فک، اجزای یک سیستم باکتر مشترک جویدن و خرد کردن غذا هستند استخوان محل استقرار دندان است و لته از استخوان محافظت می‌کند. وجود دندان روی آرواره‌ها باعث ثبات و سلامت استخوان می‌شود. لذا این هماهنگی و نظم برای برقراری سلامت هر یک از اجزاء و انجام عملکرد جویدن ضروری است. مادامی‌که فردی دندان‌ها را از دست می‌دهد اثر حمایتی و پشتیبانی از دندان‌کناری گرفته می‌شود و ممکن است دندان سالم به سمت حفره ایجادشده خم شود. حتی می‌تواند در دندان فک مقابل هم اثرگذار باشد. این فقدان حمایت جانبی به دندان‌های دورتر هم به تدریج سرایت می‌کند. ضمناً مراقبت و مسواک زدن، از یک‌دندان کج مشکل است و زمینه برای عفونت دندان،

نتیجه‌گیری

ترومای دندانی یک عارضه شایع در سنین شیرخوارگی و کودکی است. در حین تروما باید به ضایعات وارده به فک، مخاط دهان، گلوت، سینوس‌ها، استخوان بینی، جمجمه به‌طور همزمان توجه داشت. برای جلوگیری از ترومای دهان و دندان باید توصیه‌های بهداشتی و ایمنی در حفظ و مراقبت از کودک جدی تلقی شود و در صورت بروز حادثه بررسی و معاینه دقیق بیمار، ارزیابی شدت عارضه، انجام اقدامات مقتضی، ارائه توصیه‌های بهداشتی و حفظ ایمنی جهت جلوگیری از عارضه پایدار برای دندان‌های دائمی و مشکلات جسمی و روحی روانی خصوصاً گفتاری ضروری است.

References

1. Avsar A, Topaloglu B. Traumatic tooth injuries to primary teeth of children aged 0-3 years. *Dent Traumatol.* 2009;25:323-327.
2. Kuo J, Lin J YT. Treatment of traumatized maxillary central incisors. *J Dent Sci.* 2011; 6: 239-244.
3. Ajayi MD, Denloye O, Abiodun Solanke FI. The unmet treatment need of traumatized anterior teeth in selected secondary school children in Ibadan, Nigeria. *Dent Traumatol.* 2010; 26:60-63.
4. Elis RG, Davery kw: The classification and Treatment of Ingaries to the teeth of children, ed S, Chicago. 1970.
5. Navabazam A, Farahani SS. Prevalence of traumatic injuries to maxillary permanent teeth in 9- to 14-year-old school children in Yazd, Iran. *Dent Traumatol.* 2010;26:154-157.
6. Siqueira MB, Gomes MC, Oliveira AC, -lence of traumatic dental injury and associated factors among 12-year-old school children in Florianópolis, Brazil. *Dent Traumatol.* 2003;19(1):15-18.
7. David J, Astrøm AN, Wang NJ. Factors associated with traumatic dental injuries among 12-year-old schoolchildren in South India. *Dent Traumatol.* 2009;25:500-505.
8. Eyuboglu O, Yilmaz Y, Zehir C, Sahin H. A 6-year investigation into types of dental trauma treated in a paediatric dentistry clinic in Eastern Anatolia region, Turkey. *Dent Traumatol.* 2009;25:110-114.
9. Toprak ME, Tuna EB, Seymen F, Gençay K. Traumatic dental injuries in Turkish children, Istanbul. *Dent Traumatol.* 2014;30:280-284.
10. Borum MK, Andreasen JO. Sequelae of trauma to primary maxillary incisors. I. Complications in the primary dentition. *Dent trumatol.* 1998;14:31-44.
11. Lenzi mm, alexandria ak, ferreira dm, maia lc does truma in the primary dentition cause sequelae in permanent successors? A systemic review. *Dent traumatol.* 2015;31(2):79-88.
12. Mendoza-mendoza al, Iglesias-linares A, Yanezvico Rm, Abalos-labruzzi C. Prevalence and complications of Truma to the primary dentition in sub population of Spanish children. *Dental traumatol.* 2015;31(2):144-149.
13. Andreasen FM, Norén JG, Andreasen JO, Engelhardttsen S, Lindh-Strömberg U. Long-term survival of crown fragment bonding in the treatment of crown fractures: A multicenter clinical study. *Quintessence Int* 1995; 26: 669-681.
14. Jacobsen I. Root fracture in permanent anterior teeth with incomplete root formation. *Scand J dent Res.* 1976;84:2010-2017.
15. Walker A, Brenchley J. It's a knockout: survey of the management of avulsed teeth. *Accid Emerg Nurs.* 2000;8(2):66-70.
16. McIntyre JD, Lee JY, Trope M, Vann WF Jr. Elementary school staff knowledge about dental injuries. *Dent Traumatol.* 2008;24(3):289-298.
17. Rajab LD. Traumatic dental injuries in children presenting for treatment at the Department of Pediatric Dentistry, Faculty of Dentistry, University of Jordan, 1997-2000. *Dent Traumatol.* 2003;19(1):6-11.
18. Traebert J, Peres MA, Blank V, Böell S, Pietruza JA. Prevalence of traumatic dental injury and associated factors among 12-year-old school children in Florianópolis, Brazil. *Dent Traumatol.* 2003;19(1):15-18.
19. Ajayi DM, Abiodun-Solanke IM, Sulaiman AO, Ekhalufoh EF. A retrospective study of traumatic injuries to teeth at a Nigerian tertiary hospital. *Niger J Clin Pract.* 2012;15:320-325.
20. Tzigkounakis V, Merglová V. Attitude of Pilsen primary school teachers in dental traumas. *Dent Traumatol.* 2008;24(5):528-531.
21. Karami H, kianifar HR, karami sh. Principle of nutrition in infants and children. 2nd ed. sari, shelfin, 2014.
22. Mehrani J, Karami H, Karami SH, Ghobadi N: Effects Nutritional Composition on Periodonatal Disease. *J Clin Exc.* 2015; 3(2): 34-55.

سوالات

۱- خفیف‌ترین نوع شکستگی دندان کدام است؟

الف) کندگی عاج دندان

ب) ترک خوردن مینای دندان

ج) شکستگی دندان‌های نوک‌تیز

د) تقسیم شدن دندان

۲- در ترومای صورت اگر علائم جدا شدن و کنده شدن دندان وجود دارد ولی دندان‌های یافت نمی‌شود چه باید کرد؟

الف) اقدام خاصی نیاز ندارد.

ب) گرافی سینه باید تهیه شود.

ج) برونکسکوپ‌ی اورژانس صورت گیرد.

د) آندوسکوپ‌ی اورژانس صورت گیرد.

۳- سطوحی از دندان که برای گاز گرفتن بکار می‌روند اکثراً دچار چه نوع شکستگی می‌گردند؟

الف) ترک خوردن دندان

ب) شکستگی خطی دندان

ج) شکستگی نوک‌تیز دندان

د) تقسیم شدن دندان

۴- فرم خفیف ترک خوردگی دندان ناشی از تروما را چه باید کرد؟

الف) در بیشتر موارد نیاز به درمان دندان است.

ب) ممکن است صیقل کردن سطحی نیاز باشد.

ج) نیاز به درآوردن دندان و ایمپلنت باشد.

د) الف و ب

۵- در کدام یک از انواع شکستگی دندان‌های در ترمیم عارضه باید دندان را کشید؟

الف) ترک خوردن دندان

ب) شکستگی دندان در سطح

ج) شکستگی شدید با آسیب پالپ دندان

د) شکستگی عمومی دندان

۶- در کدام یک از انواع شکستگی پالپ دندان‌ی متأثر می‌شود؟

الف) ترک ناچیز

ب) شکستگی سطحی دندان

ج) شکستگی شدید دندان‌ی

د) شکستگی در زمینه‌ی پر کردن وسیع قبلی

۷- برای جایگزینی یک یا چند چیز دندان افتاده از چه روشی می‌توان بهره گرفت؟

الف) روکش گذاری

ب) بریج

ج) هر دو

د) هیچ کدام

۸- در کودکی که دچار پوسیدگی منتشر دندان‌ی و هیپوپلازی مینای دندان و سوء تغذیه است چه باید کرد؟

الف) چک کلسیم، فسفر، ویتامین D سرم

ب) رد بیماری‌های سوء جذب

ج) بررسی جهت بیماری‌های متابولیک زمینه‌ای

د) همه موارد

۹- در بیماری که ترومای شبکیه صورت و دندان پیدا کرده و دندان‌ش کنده شده است اولویت اول درمان چیست؟

الف) کاشت فوری دندان

ب) بررسی راه‌های هوایی و صدمات به ستون فقرات

ج) کنترل فشارخون و ضربان بیمار

د) داروی ممکن جهت آرام کردن بیمار

۱۰- دندان جدا شده از دهان را درون چه محیطی می‌توان نگهداشت؟

الف) شیر

ب) محیط کشت پزشکی

ج) بتادین

د) ۱ و ۲