

• بطاقة المشاهدة السريرية

• معلومات المريض الشخصية :يشمل هذا القسم بيانات الهوية الشخصية

• التاريخ الطبي للمريض:

يتم الاستفسار عن الجوانب المهمة التالية:

الأمراض السابقة – الأمراض الحالية – الأدوية المستعملة حالياً – الحساسية تجاه الأدوية .

• من أهم الأمراض الجهازية التي يجب الاستفسار عنها:

الأدوية و التحسس – الحمل و الرضاعة – فقر الدم و الاضطرابات النزفية –

الأمراض القلبية – الاضطرابات التنفسية – أمراض الغدد – حالات

الإغماء – أمراض الكلية – السكري – الأمراض المعدية

• لذلك أهمية كبيرة في التعامل مع المريض من حيث:

- **أولاً: المساعدة على تشخيص الحالة حول السنية:**
- **داء السكري:** مفاقم للمرض حول السني.
- **الصرع ودواء الفينوتئين:** الدواء مسبب للضخامة اللثوية.
- **ثانياً: انتقال العدوى في عيادة الأسنان.**
- **ثالثاً: تدبير الصحة العامة للمريض والقيام بالاحتياطات القلبية الضرورية**
قبل المداخلة السنية و أثناءها وبعدها (صرع- الاستعداد للنزف- حمل-
سكري- فرط نشاط الدرق)
- **رابعاً: التغطية الوقائية بالصادات الحيوية:** المرضى ذوي القابلية العالية
للإنتان- احتمال حدوث التهاب شغاف انتاني- عيوب قلبية خلقية-
المرضى المثبطين مناعياً)

فحص المفصل الفكي الصدغي

- يتم جسّه بطريقتين:
- **من خارج الأذن:** يتم وضع الإصبع على القطب الوحشي للقامة الفك السفلي و يطبق ضغطا بسيطا بوضع السبابة أمام قمحة الأذن و نطلب من المريض فتح و إغلاق الفم عندئذ يمكن الشعور بالفرقة المفصالية وحركة اللقمة.
- **من داخل الأذن:** يتم جس الحافة الخلفية للقامة وذلك بوضع الإصبع داخل مجرى السمع ونطلب من المريض فتح و إغلاق الفم و قد تؤدي أحيانا إلى حدوث طقة بسبب ضغط الإصبع فتفسر بشكل خاطئ.

فحص المفصل الفكي الصدغي

- يفضل جس المفصل بشكل ثنائي الجانب للمقارنة و عند جس المفصل نقوم بتحري الأمور التالية :
- حركة المفصل - الفرقعة المفصالية - الألم المفصلي- في الحالات الطبيعية جس المفصل غير مؤلم سواء عند الفتح أو الإغلاق .
- كما أن الحركة الطبيعية للمفصل لا تترافق مع الألم و لا مع الأصوات المفصالية و لا يحدث انحراف الفك السفلي.

الإطباق الرضي و الرض الإطباقي

- **الرض الإطباقي:** مصطلح يستخدم لوصف الإصابة والتغيرات الحاصلة في الأنسجة حول السنية بما في ذلك الرباط والعظم السنخي والملاط كنتيجة للقوة الإطباقية. يحدث الرض الإطباقي في نسج حول سنية سليمة أو نسج حول سنية متراجعة بسبب مرض حول سني.
- **الإطباق الرضي:** القوى الإطباقية المؤدية للأذية.
- **أنواع الرض الإطباقي:** يقسم إلى نوعان:
- **الرض الإطباقي الحاد:** يتسبب عن إطباق مفاجئ مثل بعض القوى الناجمة عن عض شئ صلب /بذرة زيتون/، و الترميمات أو الأجهزة التعويضية التي تتداخل مع أو تغير من اتجاه القوى الإطباقية على الأسنان التي قد تسبب رض حاد.
- **الرض الإطباقي المزمن:** يتطور عن تغيرات تدريجية في الإطباق الناتج عن تآكل الأسنان أو فقدان الأسنان



• **الرض الإطباقى الأولي:** إصابة تسبب تغيرات في النسيج بسبب قوى إطباقية زائدة مطبقة على سن أو أسنان لها دعم حول سني طبيعي. تحدث هذه الحالة في وجود مستوى ارتباط سريري طبيعي، مستوعظمي طبيعي، ولكن قوى إطباقية زائدة

• **الرض الإطباقى الثانوي:** إصابة تسبب تغيرات في النسيج بسبب قوى إطباقية طبيعية أو زائدة مطبقة على أسنان لها دعم حول سني ناقص. تحدث هذه الحالة في وجود فقد في الارتباط، فقد عظمي، وقوى إطباقية طبيعية أو زائدة.

الفحص الشعاعي

- يفيد في إعطاء معلومات أولية قيمة عن شكل العظم ما بين السني و ارتفاعه.
- يكون الفحص الشعاعي وسيلة **مساعدة** ويجب أن يقترن مع معلومات سريرية مفصلة عن عمق الجيوب من أجل الوصول إلى تقييم دقيق و سليم .

الشكوى الرئيسية

- عند تسجيل الشكوى الرئيسية يجب مراعاة مايلي:
- **سبب** مراجعة المريض للعيادة.
- تكتب **بعبارات المريض** نفسها.
- المعالجات المقدمة يجب أن **تتفق** مع شكوى المريض.

تعريف المشعر index:

هو وسيلة لتحويل حالة نوعية إلى حالة كمية قابلة للقياس، حيث يتم تحويل الحالة الوصفية المشاهدة إلى رقم، تستخدم المشعرات من أجل تقييم أكثر دقة لحالات حول سنية نوعية مثل تراكم اللويحة أو حالة التهاب اللثة.

أسنان رامفيورد المرجعية ramfjord index teeth:

وضع العالم ramfjord عام 1959 قاعدة الأسنان المرجعية التي تقوم على فحص سة أسنان مرجعية كدليل على الحالة حول السنية بدلا من فحص كامل الأسنان الموجودة لدى المريض. الأسنان المرجعية هي:

الفك العلوي: 16-12-24

الفك السفلي: 36-32-44

في حال غياب أحد الأسنان السابقة يستعاض عنه بالسن المجاور من نفس الطبيعة و النوع.

تقييم اللويحة السنية

- تعتبر اللويحة السنية العامل الرئيسي المسبب للمرض حول السني.
- **تعريف اللويحة السنية:** توضع طرية ناتجة عن نمو و تكاثر الجراثيم على غشاء غير خلوي مرتبط مع سطح السن يدعى القشيرة المكتسبة يكون ناتجا من البروتينات السكرية اللعابية و السكاكر المتعددة.
- من المفيد تقييم مدى تراكم اللويحة الذي قد يكون تراكم شديد في بعض الأحيان واضحا للعيان وفي أحيان أخرى يضطر إلى إظهار اللويحة بواسطة استخدام محلول كاشف.



plaque index (silness &loe 1964)

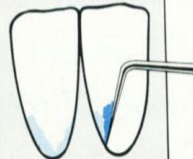
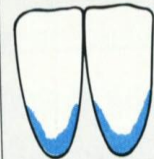
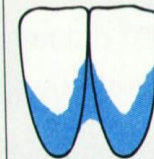
• يصنف هذا المشعر إلى أربع درجات:

• الدرجة صفر: لا توجد لويحة حول الحافة اللثوية

• درجة 1: تراكم طفيف تكشف اللويحة عند تمرير المسبر على السن.

• الدرجة 2: تراكم معتدل يمكن رؤيتها بالعين المجردة.

• الدرجة 3: تراكم شديد للويحة على سطح اللثة و المسافات بين السنية.

Score 0	No plaque	
1	Thin film of plaque at the gingival margin, visible only when scraped with an explorer	
2	Moderate amount of plaque along the gingival margin; interdental space free of plaque; plaque visible with the naked eye	
3	Heavy plaque accumulation at the gingival margin; interdental space filled with plaque	

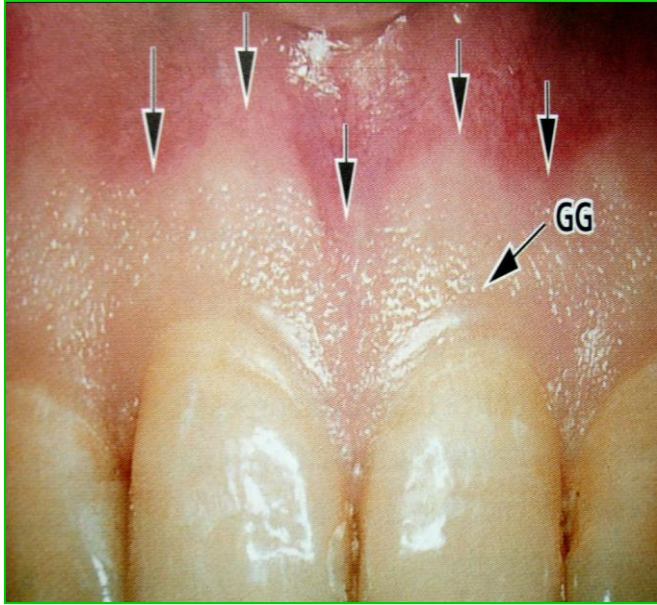
• طريقة العمل الصحيحة:

- نقوم بفحص كل سن من أسنان ramfjord المرجعية.
- يجفف السن بالهواء من أجل الرؤية الواضحة، باستعمال المسبر و المرآة نقوم بتحديد كمية اللويحة على مسار الحافة اللثوية على أربعة سطوح:دو-د-دأ-ل
- تسجل قيم السطوح الأربعة لكل سن و تقسم على 4 لتحسب قيمة السن الواحد ثم تسجل في المربع المناسب لكل سن.
- تحسب القيمة العامة بعد جمع قيم كل الأسنان وتقسم على عدد الأسنان المفحوصة فنحصل على قيمة مشعر اللويحة للمريض.
- لا يستعاض عن الأسنان المرجعية في حال غياب السن الأساسي أو البديل.
- لا يحتاج هذا المشعر إلى تلوين اللويحة.

التقييم:

- 0-1 تراكم طفيف.
- 1-2 تراكم لويحة متوسط.
- 2-3 تراكم لويحة شديد.

تقييم التهاب اللثة



- صفات اللثة السليمة سريريا:
- اللون: ذات لون زهري أو وردي. (التصبغ القيتاميني منتشر في مجموعات معينة).
- القوام : متماسك.
- النزف: غير نازفة عند السبر العادي.
- المظهر: تملك أحيانا عند 30-40% من البالغين سطح مرقط يشبه قشر البرتقالة مع وجود ثلم لثوي يقع عند مستوى الملتقى المينائي الملاطي و يساير قعر الميزاب اللثوي الطبيعي .
- الحجم: الحليمات اللثوية تملأ المسافات بين السنية، اللثة الحفافية تشكل حد سكين مع سطح السن.
- يتراوح عمق الميزاب الطبيعي من 0-3مم

علامات الالتهاب



- **اللون:** تبدل اللون الاحمرار
- **القوام:** الوذمة (انتباج)، الضغط يحدث وهدة بسبب الوذمة.
- **النزف** العفوي أ المثار بالضغط (السبر)
- **المظهر:** ملساء مع غياب المظهر المرقط.
- **الحجم:** تضخم في كل الأجزاء التاجية الدهليزية/ اللسانية، تشكل جيب كاذب



علامات الالتهاب اللثوي
المنارة
MANARA UNIVERSITY

signs of gingival inflammation





مشعر التهاب اللثة gingival index (loe& silness 1963)

- يحدد مشعر التهاب اللثة مدى انتشار الالتهاب اللثوي وشدته:
- الدرجة صفر = اللثة سليمة و طبيعية سريريا.
- الدرجة 1 = تغير بسيط في اللون و/أو نزف لدى السبر/التهاب لثة بسيط/
- الدرجة 2 = احمرار واضح، وذمة ، لمعان السطح، نزف بالضغط أو السبر./التهاب لثة متوسط/
- الدرجة 3 = احمرار شديد، وذمة، تقرح ، نزف عفوي./التهاب لثة شديد/

طريقة العمل

- مشابهة لحساب مشعر اللويحة، يتم تقييم التهاب في المناطق الأربعة المذكورة (و د - د - أ - ل) و نضع علامة لكل سن ، و نحصل على المشعر بجمع علامات كل سن وتسيمها على عدد الأسنان المفحوصة.
- التقييم: 1-0 التهاب لثة طفيف.
- 2-1 التهاب لثة متوسط
- 3-2 التهاب لثة شديد

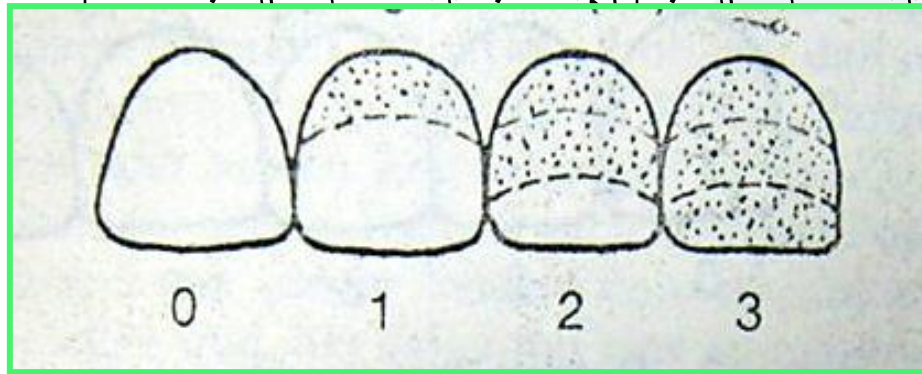
مشعر الصحة الفموية المبسط (OH=S)

- مشعر سهل التطبيق، يعتمد على الامتداد التاجي للويحة (مشعر اللويحة) و بشكل مشابه القلح (مشعر القلح)، و يمكن جمع أرقام اللويحة و القلح معا أو فصلهما كل لوحده.
- يتم تحديد تراكم اللويحة و القلح على الأسنان و السطوح التالية فقط:

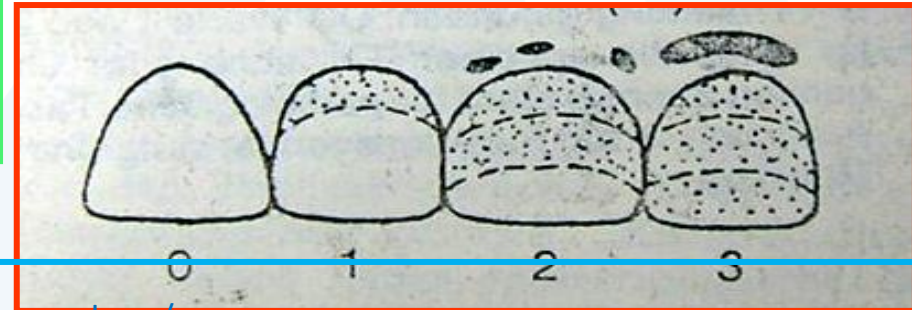
16 b	11 b	26 b
46 l	31 b	36 l

درجات المشعر

القلح	اللويحة	درجة التراكم
لا يوجد قلح	لا توجد لويحة	الدرجة صفر
قلح أقل من ثلث سطح السن	لويحة أقل من ثلث سطح السن	الدرجة 1
قلح يغطي من ثلث إلى ثلثي السن	لويحة تغطي من ثلث إلى ثلثي السن	الدرجة 2
أكثر من ثلثي السن	أكثر من ثلثي السن	الدرجة 3



أكثر من ثلثي السن
الدرجة 3
بقع متفرقة من القلح تحت اللثوي = درجة 2
خط مستمر من القلح تحت اللثوي = درجة 3



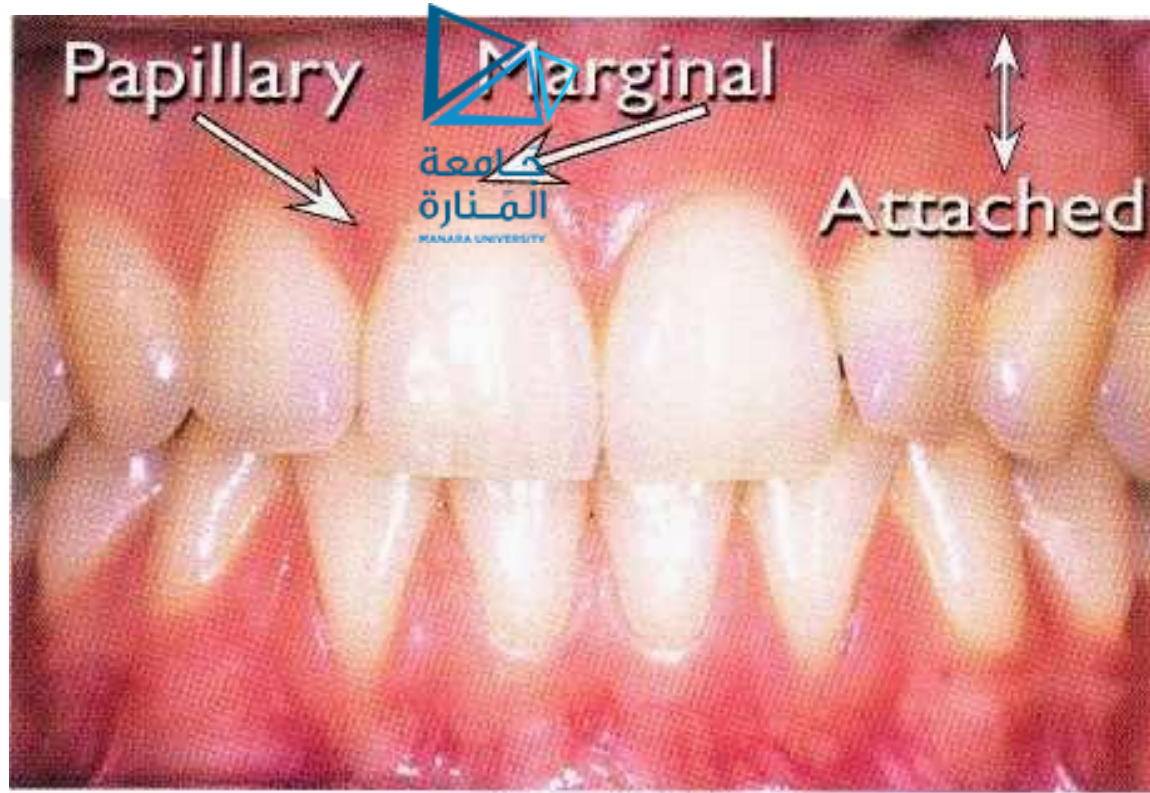
• طريقة حساب المشعر:

• $OHI-S =$ مجموع قيم تراكم اللويحة والقلح / عدد الأسنان المفحوصة

• تقييم المشعر : 0-1 تراكم طفيف

• 1-2 تراكم متوسط

• 2-3 تراكم شديد



• استخدام المصطلحات :- موضع ، معم
- محدود ، منتشر
تزود بوصف دقيق للتغيرات اللثوية

❖ **موضع:** على مجموعة من الأسنان (8 أسنان)

❖ **معمم:** يشمل الفم كاملاً (فوق 8 اسنان)

❖ **محدود:** يشمل اللثة الحفافية و الحليلية فقط

❖ **منتشر:** يشمل اللثة الحفافية و الحليلية و
الملتصقة

BOP مشعر النزف لدى السبر

- يعتمد على النزف أولاً ثم ظهور العلامات الأخرى (كاللون – الانتباج):
- التقييم : 0: لا يوجد نزف

1 – نزف لدى السبر الكليل بعد أكثر من 30 ثانية

2- نزف مباشرة بعد السبر الكليل

3- نزف عفوي

gingival recession الانحسار اللثوي



- بالتعريف : هو تغير في ارتفاع الحافة اللثوية و تحركها بالاتجاه الذروي بالنسبة للملتقى المينائي الملاطي ، وينجم عن ذلك انكشاف الملاط.

- يتم حساب قيمة الانحسار اللثوي بقياس المسافة من الملتقى المينائي الملاطي إلى الحافة اللثوية الحرة عند منتصف السطح الدهليزي، بواسطة السابر اللثوي .

- تصنيف الانحسار حسب الشدة
- : انحسار > 4 مم طفيف
- انحسار 4-5 مم متوسط
- انحسار < 5 مم شديد
- الانحسارات قد تكون موضوعة على سن أو أكثر يمكن معالجتها جراحيا ، بينما الانحسارات المعممة غير قابلة للمعالجة الجراحية .

تصنيف miller للانحسار



- الصنف 1 : انحسار لم يصل بعد إلى الملتقى المخاطي اللثوي.



- الصنف 2: انحسار وصل إلى أو تجاوز الملتقى المخاطي اللثوي .

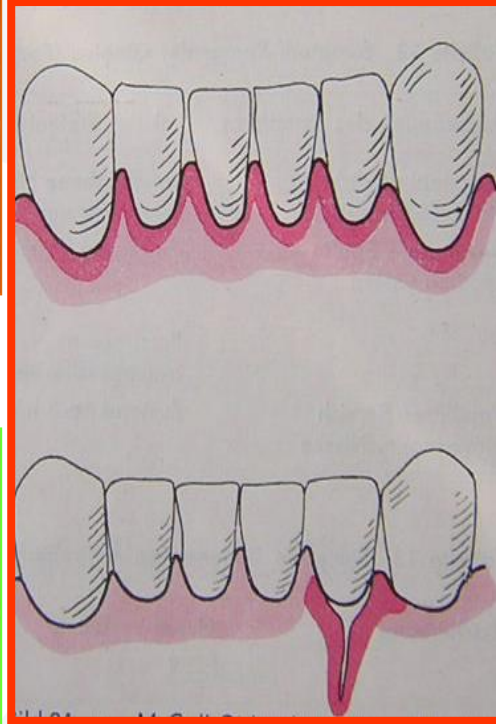
تصنيف miller للانحسارات

- الصنف 3: انحسار وصل إلى أو تجاوز الملتقى اللثوي المخاطي مع تراجع في الحليمات المجاورة .



- الصنف 4: انحسار مع تراجع شديد في الحليمات المجاورة وصل إلى مستوى الانحسار .



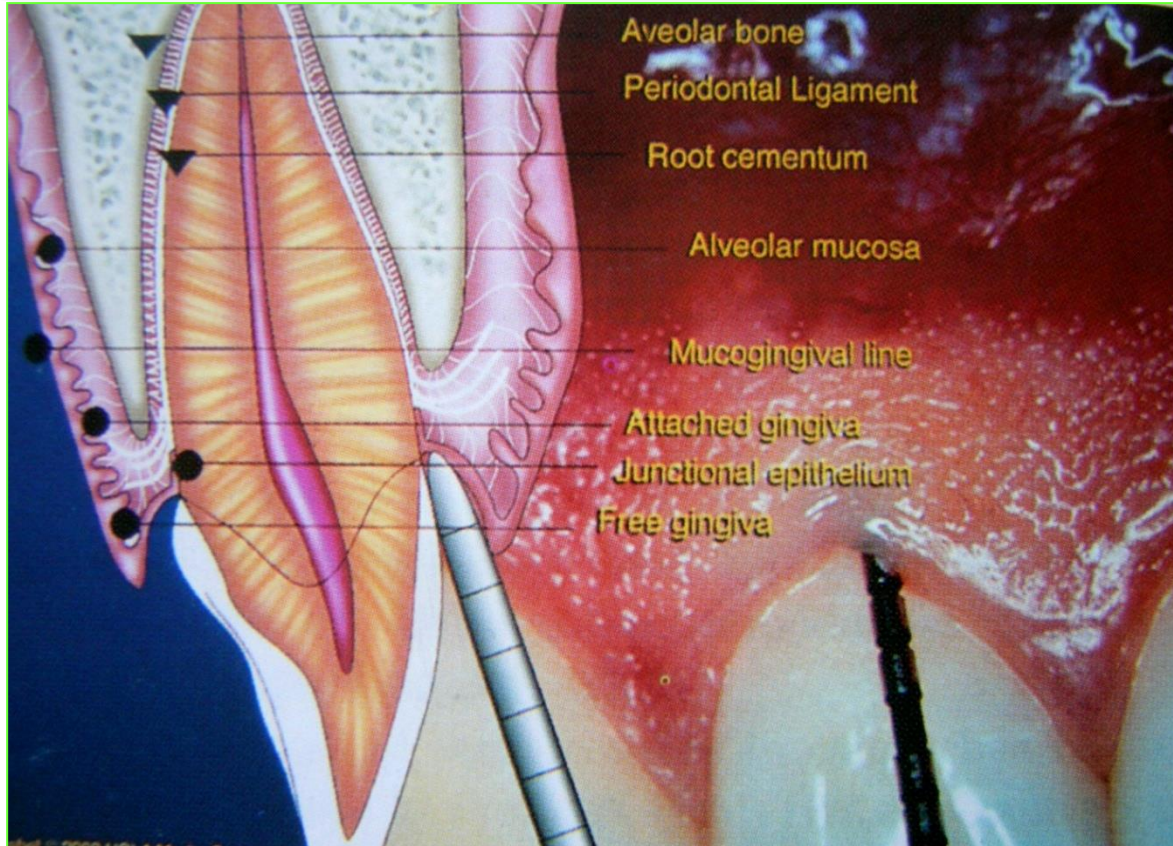


كرد فعل على المخرشات الحيوية
(لويحة، قلع)، والرضية يمكن :

• أن تتشكل طيات ميكول
McCall's festoons حيث
تزداد ثخانة اللثة الحفافية ويزداد
محتواها من ألياف الكولاجين
المقاومة للانحسار 0

• أو يبدأ الانحسار على شكل شق
يدعى شق ستيلمان
Stillman's cleft

عمق الجيوب probing depth



- يتم قياس عمق الجيب اللثوي بواسطة السابر اللثوي من الحافة اللثوية الحرة الى قعر الجيب 0
- حتى 3 ملم نتحدث عن ميزاب لثوي Gingival sulcus 0
- تدون أربعة قياسات للسن الواحد على المخطط الترسيمي في بطاقة المريض 0

شروط السبر الجيدة



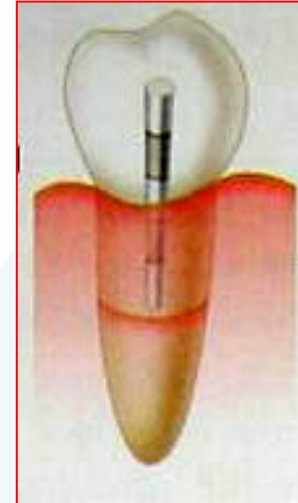
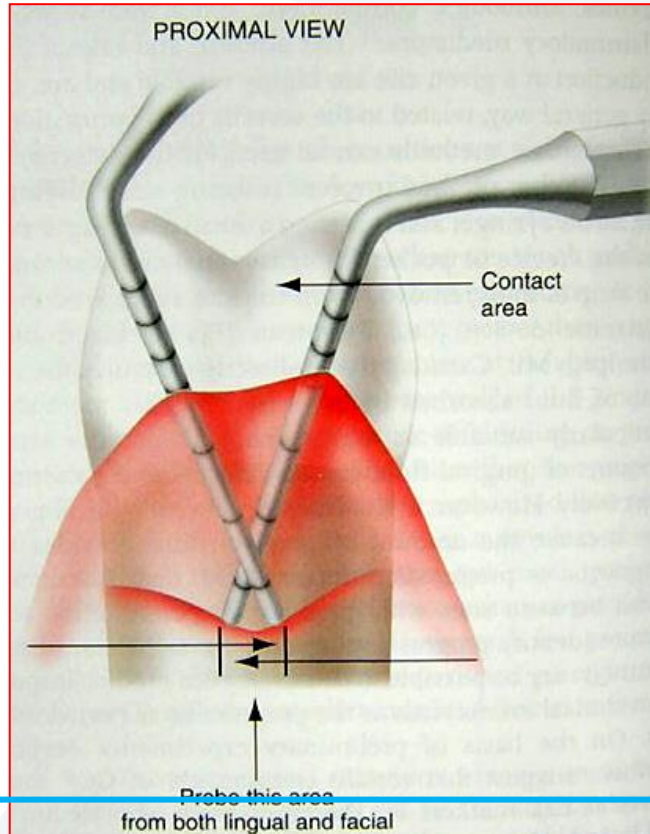
- اتجاه السبر الصحيح 0
- انتقاء السابر اللثوي المناسب (خاصة السماكة) 0
- تجنب (قدر الامكان) العوامل المعيقة لقراءة صحيحة : النزف ، الألم ، القلح الشديد ، تراكم اللويحة،الالتهاب اللثوي،فالسبر في الزيارة الاولى للمريض يعطي معلومات موجهة وليست نهائية 0
- قوة ضغط خفيفة أثناء السبر تعادل 25 غ ، أي مايعادل وزن السابر نفسه 0
- السبر بمنهجية حول السن ، ومن سن الى آخر 0



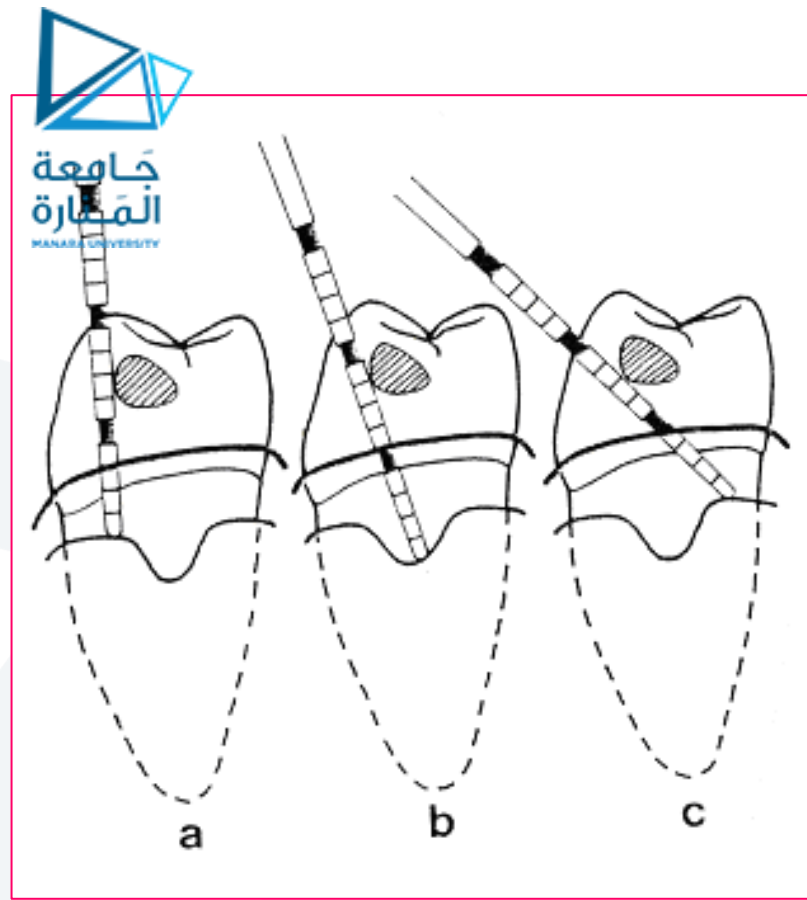
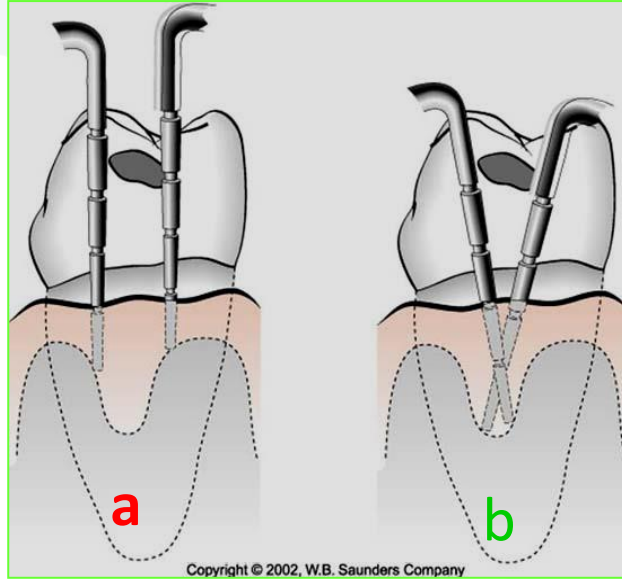
جامعة
المنارة
MANARA UNIVERSITY

• طريقة السبر:

يتم السبر بشكل مواز للمحور الطولي للسن عند منتصف السطوح الدهليزية و اللسانية ، بينما يتم سبر السطوح الملاصقة من الجهتين الدهليزية و اللسانية بشكل مائل قليلا باتجاه منتصف السطح الملاصق الذي توجد فيه غالبا المنطقة الأعمق من الجيب، مع تجنب السبر بشكل عمودي، أو المبالغة في إمالة السابر اللثوي.



أخطاء قياس عمق الجيب حول السني



- a - سبر عمودي لا يصل أسفل منطقة التماس بين الاسنان
- b - الوضع الصحيح للسابر اللثوي يصل أسفل منطقة التماس
- c - مبالغة في إمالة السابر اللثوي وتجاوز لمنطقة التماس .

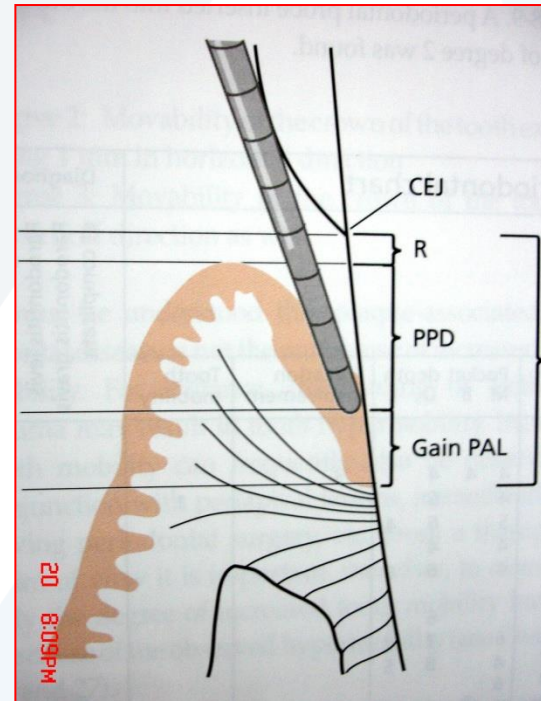
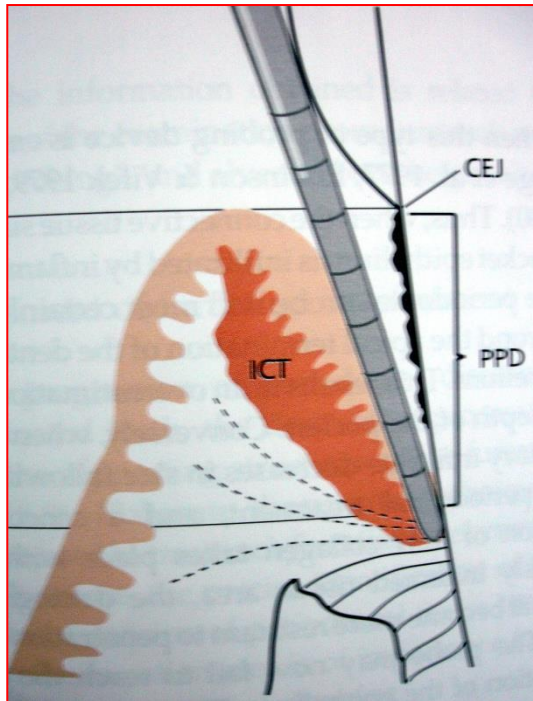
• عمق الجيب حول السنّي Periodontal Probing depth (PPD):

يقاس من حافة اللثة إلى قعر الميزاب أو الجيب 0

• مستوى الارتباط السريري Clinical attachment level (CAL):

يقاس من الملتقى المينائي الملاطي إلى قعر الميزاب أو الجيب 0 وهو يعبر بشكل أفضل من قياس عمق الجيب عن مقدار تخرّب النّسج حول السّنية 0

- يمكن بعد المعالجة حول السّنية الحصول على كسب في الارتباط

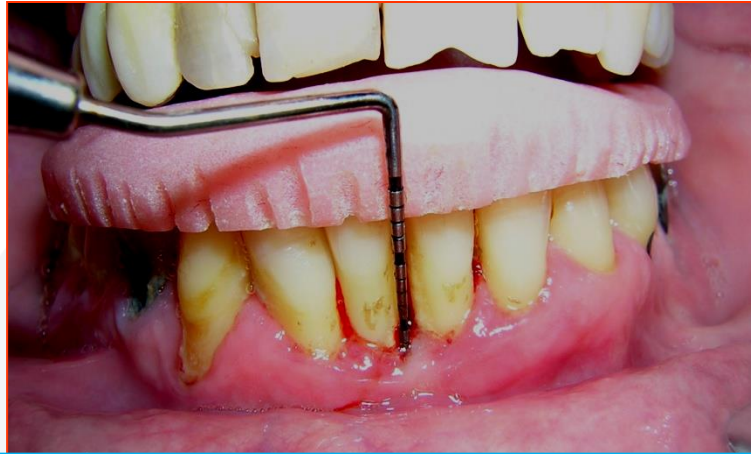


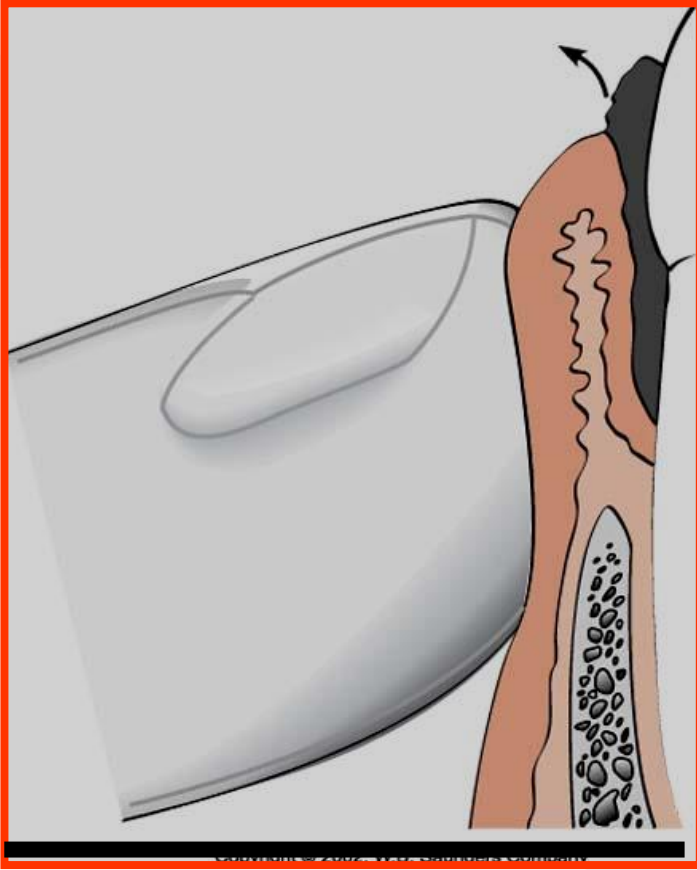
• مستوى الارتباط النسبي

Relative attachment level

عند صعوبة تمييز الملتقى المينائي الملاطي أو كان مفقوداً بسبب وجود ترميم ،
عندها يمكن إجراء قياس من نقطة ثابتة أخرى مثل الحد القاطع للأسنان أو
مستوى الإطباق أو حافة الترميم إلى قعر الميزاب أو الجيب ، يسمى في هذه
الحالة "مستوى الارتباط النسبي" **0 Relative attachment level**

وهو مفيد في الدراسات العلمية عند تقييم نتائج المعالجات حول السنية، ولكن
في هذه الحالة عادة ما يتم عمل جبيرة اكريلية كما هو في الشكل ، يتم القياس
إلى نقطة ثابتة هي حافة الجبيرة ، كما ويتم عمل أخاديد مكان السبر ، لكي يتم
تكرار السبر بعد ذلك في نفس المكان ونفس الإتجاه **0**





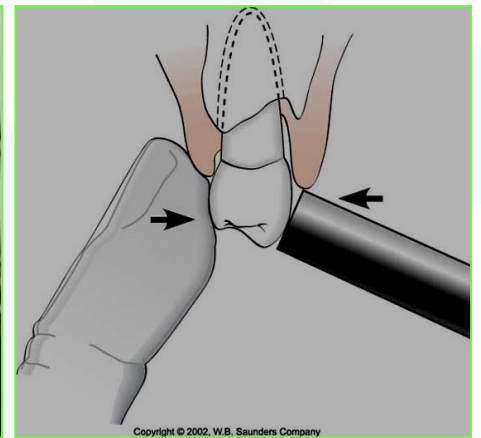
• خروج المفرزات من الجيب حول
السنّي تعبّير عن نشاط الجيب
وفعاليتّه ، نختبر ذلك بالضغط
الهادئ على أسفل منطقة الجيب
0

• تصنف الحركة السنية إلى:

- الدرجة 0 = حركة طبيعية فيزيولوجية لا تميز بالعين المجردة .
- الدرجة I = حركة خفيفة يمكن الإحساس بها .
- الدرجة II = حركة متوسطة بالاتجاه الدهليزي - اللساني أو الأنسي - الوحشي واضحة الرؤية بالعين المجردة.
- الدرجة III = حركة شديدة في جميع الاتجاهات الدهليزي - اللساني و / أو الاتجاه الأنسي - الوحشي مع حركة في الاتجاه العمودي.



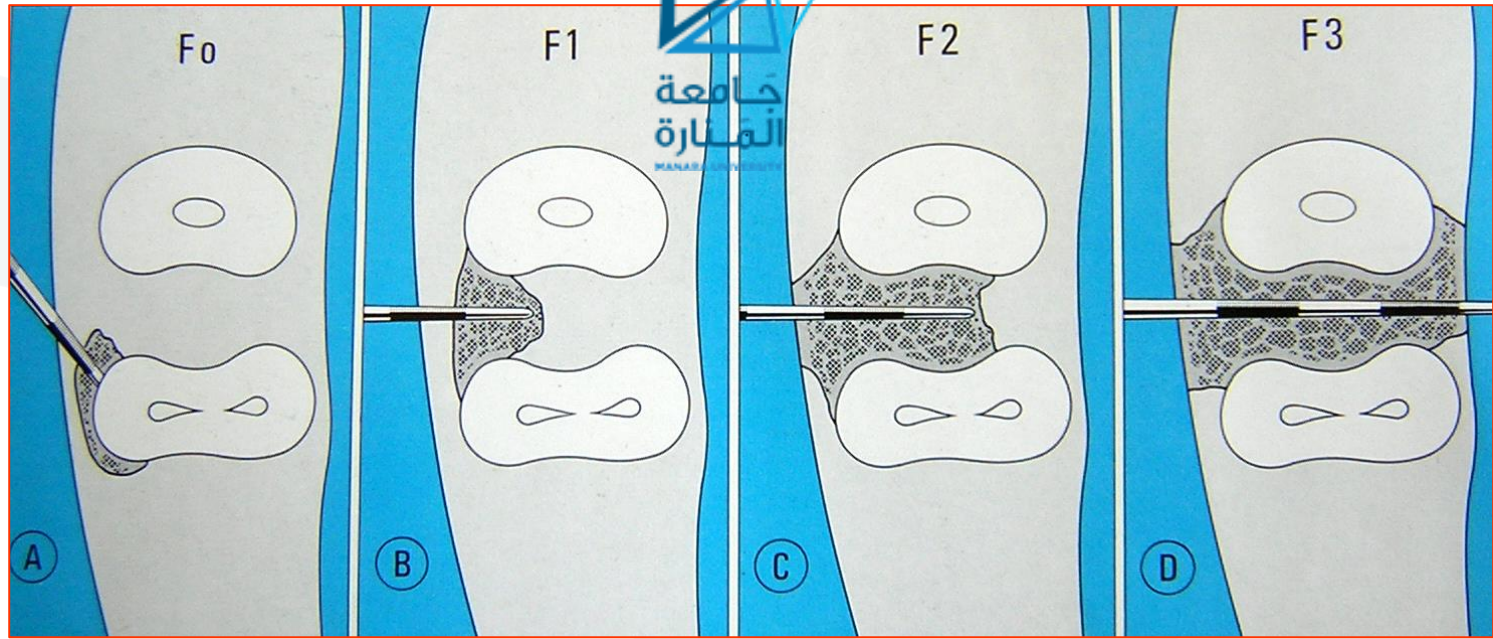
فحص حركة السن بالطريقة اليدوية على الشكل التالي :
توضع أداة معدنية (قبضة المرأة) من الجهة الدهليزية ، و إصبع الفاحص
(أو أداة أخرى) من الجهة الفموية و يدفع السن ليتحرك في جمراحات
الاتجاهات.



إصابات مفترق الجذور Furcation involvement

- على الأرحاء جيوب عمودية وأفقية والعلاقة بينهما ليست على خط واحد دائما
- التشخيص سريري وشعاعي معا
- الشكل التشريحي للأرحاء يجعل من منطقة مفترق الجذور مشكلة أكثر تعقيدا سواء بالتشخيص أو المعالجة أو الإنذار.
- سبر أفقي للأرحاء في منطقة المفترق لتحري مدى تخرّب النسيج حول السنية 0





تصنف إصابات مفترق الجذور إلى 3 درجات :

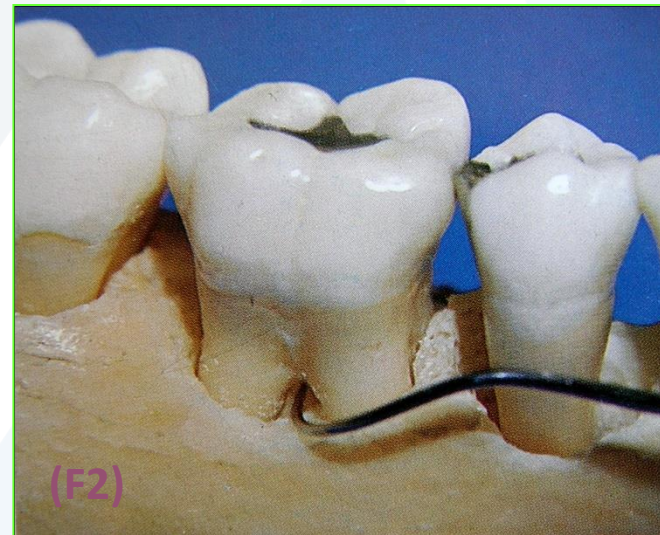
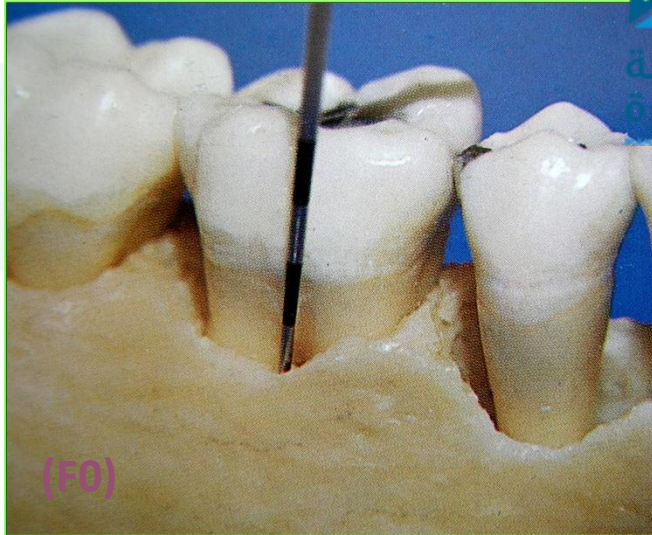
الدرجة I (F1) : إدخال المسبر اللثوي أفقياً "لمسافة حتى 3 ملم 0

الدرجة II (F2) : إدخال المسبر اللثوي أفقياً "لمسافة تزيد عن 3 ملم

دون خروجه من الطرف الآخر للسن.

الدرجة III (F3) : إدخال المسبر أفقياً " و خروجه من الطرف الآخر

للسن و هذا يعني التخرّب الكامل لمنطقة مفترق الجذور

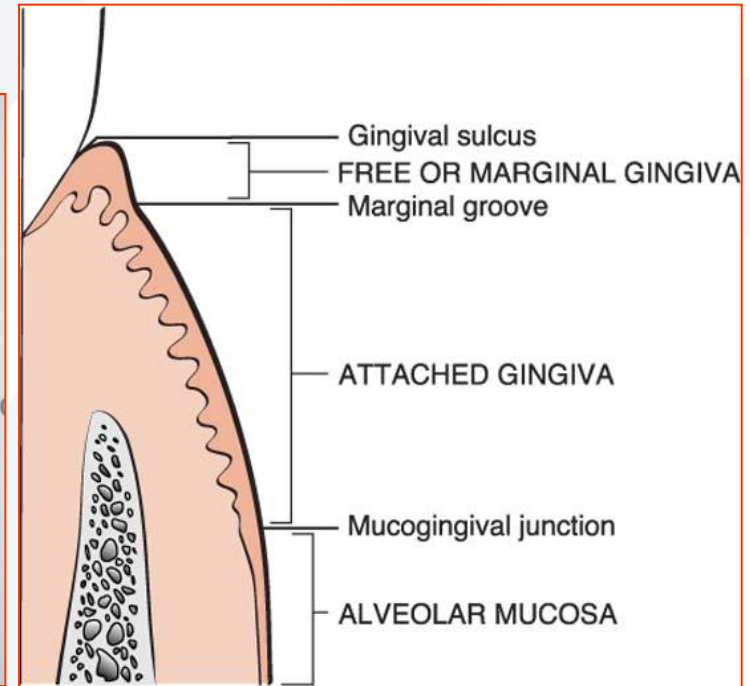
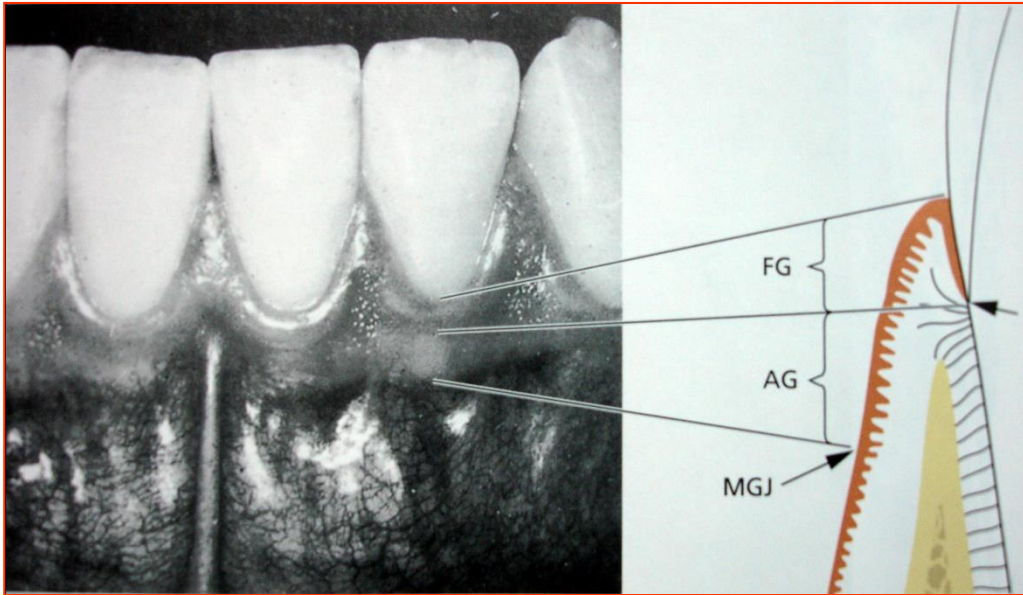


• طريقة السبر:

ندخل المسبر في الجيب بشكل عمودي لنصل إلى منطقة المفترق ثم نميله بشكل أفقي و نحاول إدخاله منطقة المفترق محددين درجة الإصابة و إذا لم يدخل المسبر فلا توجد إصابة .



اللثة الملتصقة هي شريط لثوي ملتصق بثبات على السمحاق،
حدودها من الثلم اللثوي (أو خط وهمي يوازي قاع الميزاب/أو الجيب، إلى
الملتقى اللثوي-المخاطي،
وظيفتها حماية الارتباط البشري واللثة الحرة من شد ألياف العضلات المجاورة ،
يساعد فقد اللثة الملتصقة على تخرب الارتباط البشري وتشكل الجيوب اللثوية
وبالتالي تطور امتصاص العظم السنخي0



Copyright © 2002, W.B. Saunders Company

الفك العلوي الناحية الدهليزية أكبر عرض للثة في
منطقة القواطع واقل عرض في منطقة الضواحك
في الفك السفلي من الناحية اللسانية تكون اللثة
ضيقة في منطقة القواطع وعريضة في منطقة
الارحاء
التفاوت يتراوح بين 1-9 ملم

اللثة المتقرنة keratinized gingiva :

- ونعني بها مجموع اللثة الحرة والملتصقة ، وهي المسافة من حافة اللثة الى الملتقى اللثوي المخاطي0
- يقاس عرض اللثة الملتصقة من الناحية الدهليزية ويساوي المسافة من الثلم اللثوي الذي يقع على خط واحد مع قعر الميزاب (الذي يوافق في اللثة السليمة الملتقى المينائي- الملاطي) إلى الملتقى اللثوي المخاطي ، اذن :



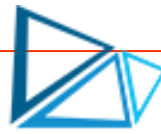
- عرض اللثة الملتصقة = اللثة المتقرنة – عمق الميزاب/الجيب

مشعر تقييم الحاجة للمعالجة حول السنية CPITN

Community Periodontal Index of Treatment Needs



- قدمت منظمة الصحة العالمية 1977 مشعر الحاجة للمعالجة حول السنية ، وبعد فترة من الدراسة والاختبار تم نشره عام 1982 (Ainamo et al 1982) ، وجرى استخدامه على نطاق واسع في مختلف أنحاء العالم0
- يستخدم هذا المشعر في الدراسات الوبائية عند عدد كبير من الأفراد لتقييم الحاجة للمعالجة ، ويمكن استخدامه في عيادة الأسنان 0
- يقسم الفم إلى ستة أجزاء، المنطقة الأمامية من الناب الأيمن إلى الناب الأيسر، ويحسب السدس إذا احتوى على سنين أو أكثر، وإذا احتوى السدس على سن واحد يحذف السدس ويضم السن إلى سدس مجاور0
- يسجل على البطاقة في كل سدس رقم واحد هو الرقم الأعلى 0
- مهمة هذا المشعر تحديد : (1- درجة الإصابة (2- ونوعية المعالجة (3- بالإضافة الى تحديد الكادر الطبي اللازم لتنفيذ هذه المعالجة على مستوى مجتمع محدد، فدرجة معالجة 1 تنفذه المساعدة السنية ، ودرجة معالجة 2 ينجزها طبيب الأسنان ، ودرجة المعالجة 3 تحتاج الى اختصاصي أمراض حول سنية 0



- صمم مع هذا المشعر ساير خاص يسمى ساير منظمة الصحة العالمية ، يهدف إلى سرعة إنجاز هذا المشعر على مجموعات واسعة من السكان ، لكن لآمانع من إنجازہ بأى ساير آخر عند العمل فى العيادات 0
- للعمل فى العيادات يتم تقييم جميع الأسنان ، بينما للعمل الوبائى على مجموعات واسعة من السكان ينتقى المشعر بعض الأسنان 0
- يتكون هذا السابر من كرة فى ذروته بقطر 0,5 ملم مع قطعة واحدة ملونة بين 3,5 – 5,5 ملم ، يدخل هذا السابر بين اللثة والسن ، فظهور كامل القطعة الملونة يعنى أن درجة الإصابة أقل من 3 ، بينما وجود حافة اللثة ضمن القطعة الملونة يعنى درجة إصابة 3 ، وعدم ظهورها يعنى درجة إصابة 4 0





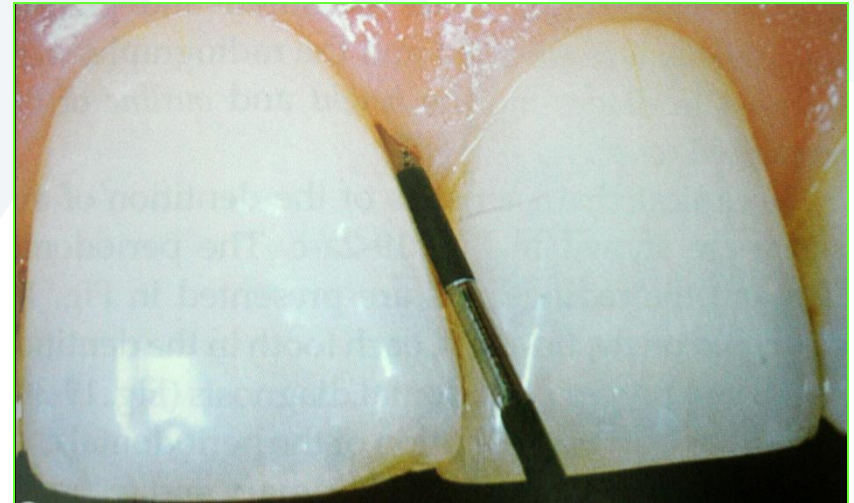
جامعة
المنارة
MANARA UNIVERSITY

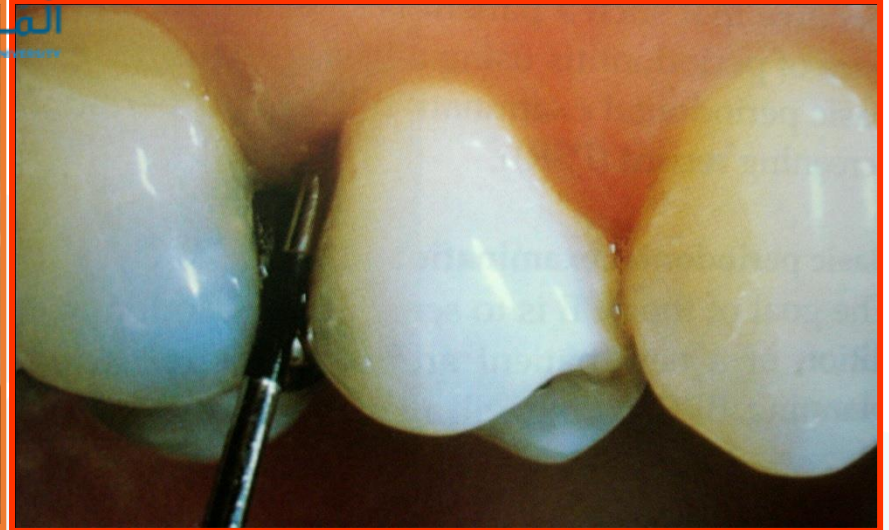
درجة ونوعية المعالجة (CPITN) درجة ونوعية الإصابة

0	0 = نسيج داعمة سليمة	(TN 0) = لا حاجة للمعالجة
	1 = تراكم لويحة، نزف لدى السبر	(TN 1) = توعية لتحسين الصحة الفموية
	2 = قلع و/أو عوامل مراكمة للويحة	(TN 2) = توعية وتقليل وتسوية جذر
	3 = جيب لثوي 4-5 ملم	(TN 2) = توعية وتقليل وتسوية جذر
	4 = جيب 6 ملم فأكثر	(TN 3) = معالجة حول سننية شاملة

درجة إصابة صفر :

- الجيب ≥ 3 ملم
- لا يوجد التهاب لثوي ، لا يوجد نزف لدى السبر
- لا يوجد لويحة جراثومية ولا قلع





درجة إصابة 2 :

- الجيب ≥ 3 ملم ،
- يوجد التهاب لثوي ونزف لدى السبر
- توجد لويحة سنية وتراكومات قلحية و / أو حشوات ناتئة 0

درجة إصابة 1 :

- الجيب ≥ 3 ملم ،
- يوجد التهاب لثوي والنزف لدى السبر إيجابي،
- توجد لويحة



جامعة
المنارة
MANARA UNIVERSITY



درجة إصابة 4 :

6 ملم ≤ الجيب

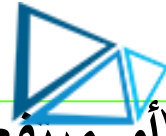
درجة إصابة 3 :

الجيب 4 - 5 ملم

ارتكاز الأجمة Frena Attachment

- اللجام Frenum هو جزء من الغشاء المخاطي الفموي يحتوي أليافا عضلية، يربط الشفاه والخد والمخاطية الفموية بالثة ملتصقة والسماق0

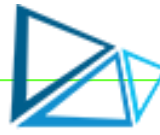




• يصبح ارتكاز اللجام غير طبيعي (أو مرفعا) **aberrant frenum** وبالتالي مشكلة تتطلب الحل ، عند امتداد اللجام إلى اللثة الحرة فيمكن عندها لحركة عضلات الشفاه والخد أن تشد اللجام وبالتالي الحافة اللثوية الحرة ، مما قد يؤدي إلى :

- * ضغطا مستمرا على الارتباط البشري وتفاقم تخربه ،
- * يمكن أن يساهم في تقدم الانحسار اللثوي ،
- * ويتداخل مع الشفاء بعد العمل الجراحي حول السني ،
- * قد يساهم في حدوث الفرجة بين السنية **diastema**





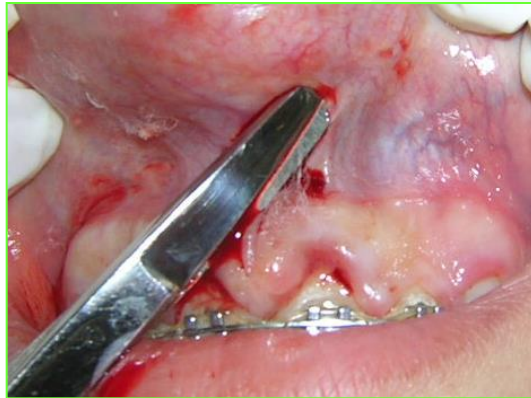
جامعة
المنارة
MANARA UNIVERSITY

• الفحص :

- نبعد الشفة باليد اليسرى و نضغط بظرفه المرآة السنية على اللجام
- (اختبار اللجام في حالة الوظيفة)** ، إذا كان الارتكاز غير طبيعي نشاهد : *
- حركة في الحافة اللثوية الحرة أو الحليمة بين السنية
- * أوقد نشاهد فقط ابيضاضا في مكان ارتباط اللجام على اللثة
- مما يشير الى امتداد ألياف اللجام ضمن اللثة الملتصقة الى اللثة الحرة
- واحداتها فقر دم موضعي 0



• المعالجة بقطع اللجام Frenotomy



الاختلاف بين التهاب اللثة والتهاب النسيج حول السنينة

التهاب اللثة	التهاب النسيج الداعمة
لا يحدث فقد في الارتباط البشري والعظم	يترافق مع فقد الارتباط البشري والعظم
مع الصحة الفموية المثلى يمكن أن تتراجع الحالة تماما وتزول	فقد الارتباط لا رجعة فيه مع أن الالتهاب يسيطر عليه تماما
ليست كل المواقع المصابة بالتهاب لثة تتقدم نحو التهاب نسيج حول سنينة	كل المرضى ذوي التهاب النسيج حول السنينة المزمن شهدوا من قبل التهاب لثة
نظير التهاب اللثة في حال الزرعات السنينة هو التهاب المخاطية حول الزرعة	نظير التهاب النسيج الداعمة في الزرعات السنينة هو التهاب ما حول الزرعة



جَامِعَةُ
الْمَنَارَةِ
MANARA UNIVERSITY

شدة المرض حول السني

- يمكن أن تستخدم هذه التصنيفات لوصف شدة المرض في الفم بأكمله أو جزء منه (على سبيل المثال : أرباع , أسداس) أو بناء على الحالة المرضية للأسنان مفردة ، كما يلي :
- التهاب نسيج حول سنية طفيف : عندما لايزيد فقد الارتباط السريري عن 1-2مم .
- التهاب نسيج حول سنية معتدل: عندما يكون فقد الارتباط السريري من 3-4مم.
- التهاب نسيج حول سنية شديد: عندما يكون فقد الارتباط السريري 5مم أو أكثر .

الضخامة اللثوية

- وهي زيادة في حجم النسيج اللثوي ناتجة عن تكاثر وازدياد عدد الخلايا والألياف والأوعية الدموية، ويجب التفريق بين :
 - فرط التصنع hyperplasia ضخامة ناتجة عن تكاثر وازدياد عدد الخلايا والمادة الأساسية بين الخلوية والألياف والأوعية الدموية وتكون الخلايا ذات شكل طبيعي.
 - فرط التضخم hypertrophy ضخامة ناتجة عن زيادة في حجم الخلايا وهي أقل شيوعاً في الضخامات اللثوية.

تصنيف الضخامات اللثوية:

1_ تبعاً للعوامل المسببة و الآلية الإمراضية:

•الضخامة اللثوية الالتهابية:

الضخامة التهابية مزمنة

الضخامة التهابية حادة

•الضخامات اللثوية غير الالتهابية :

دوائية: مضادات الاختلاج ،كابتات المناعة ،حاصرات قنوات الكالسيوم

مشروطة: هرمونية/حمل -بلوغ- سكري/

ابيضاض الدم

نقص فيتامين سي

غير مشروطة: ورمية:أورام سليمة- أورام خبيثة

تطورية: بزوغية.

مشعر الضخامة : حسب 1972 Angelo polous

يقسم الضخامة ل 4 أجزاء :

0 : لا يوجد ضخامة

1 : ضخامة خفيفة لا تتعدى 3/1 العنقي للتاج أو المسافة بين السنية.

2 : ضخامة لثوية معتدلة (تتجاوز الثلث العنقي للتاج و المسافة بين السنية و تكون موضوعة أو معممة)

3 : ضخامة لثوية شديدة تتجاوز 3\2 التاج و المسافة بين السنية و تكون موضوعة أو معممة).

الضخامة الالتهابية المزمنة:



- المظهر السريري:
- تبدأ بانتباج طفيف في اللثة الحليمية والحفافية .
- في المراحل المبكرة، يظهر انتباج حول الاسنان المشمولة مع المحافظة على شكل اللثة
- يمكن لهذا الانتباج أن يزداد من حجمه حتى أنه يغطي جزء من التيجان.
- قد تكون الضخامة موضعة أو معممة وتتقدم ببطء ودون ألم، ما لم تترافق
- بإنتان حاد أو رض الشكل (1)-(2).

- (1) السبب الرئيسي هو اللويحة السنوية المحدثة للالتهاب.
- (2) العوامل التي تزيد من تراكم اللويحة :
 - 1- ضخامة لثوية مترافقة مع معالجة تقويمية
 - 2- مترافقة مع التنفس الفموي
 - 3- مترافقة مع سوء ارتصاف الأسنان
 - 4- مترافقة مع ترميمات و تعويضات ذات حواف سيئة

الضخامة اللثوية المرافقة للتنفس الفموي

- غالباً ما يشاهد التهاب اللثة والضخامة اللثوية عند المرضى ذوي التنفس الفموي تظهر اللثة **حمراء** متوذمة ، مع سطح لامع منتشر على طول المنطقة المكشوفة. المنطقة **الأمامية العلوية** هي الموقع **شيوفاً** لهذه الحالة.
- في كثير من الحالات اللثة المتغيرة تعين حدودها بوضوح عن اللثة الطبيعية غير المتعرضة المجاورة (الشكل 4-9)
- **الآلية :** التي تسبب التغيرات اللثوية عند مرضى التنفس الفموي لم تثبت بعد ولكن **جفاف الفم** هو احد العوامل التي تزيد من التصاق اللويحة ونقص في اللعاب وما يحتويه من أجسام ضدية IgA الذي يمنع التصاق الجراثيم على السطوح السنية.



. ضخامة لثوية عند شخص من ذوي
التنفس الفموي ,

الضخامة اللثوية الحادة



- **الخراج اللثوي** : آفة موضعية مؤلمة، سريعة التوسع عادة تظهر فجأة، تقتصر عادة على اللثة **الحفافية** او **الحليمية** بين السنية سريرياً:
- في **مراحله المبكرة**، يظهر على شكل تورم أحمر مع سطح أملس لامع.
- في غضون 24 إلى 48 ساعة، تظهر الآفة متموجة (تنتوسر) وتظهر فوهة نقطية على سطحها
- تصريف النتحة القيحية لتتحول الى ناسور
- تكون الاسنان المجاورة للخراج حساسة للقرع
- عندما يتطور الخراج اللثوي يمكن أن ينفجر تلقائياً

الأسباب:

- تنتج الضخامة اللثوية الإلتهابية الحادة عن رض نتيجة **اندخال الأجسام الأجنبية** عميقا في النسيج حاملة معها الجراثيم (مثل شعرة فرشاة أسنان , قطعة من قشر تفاحة , حسكة سمك). تنحصر الآفة في اللثة، ويجب التمييز بينه وبين خراجات اللثة الجانبية او حول الذروية.
- **الخراج حول السني (الجانبية):** هو تجمع قيحي ضمن الجيب حول السني ينتج عن انسداد في فوهة الجيب مع يعيق تصريف النتحة التهابية الميزابية أو زيادة في الفوعة الجرثومية .
- **الخراج حول الذروي:** هو ضخامة لثوية التهابية حادة نتيجة لإنتان في النسيج حول الذروية و تترافق مع انتان ضمن القناة الجذرية



أمراض اللثة - Gingival diseases

• تشمل أمراض اللثة قسمين أساسيين :

أمراض لثة مسببة باللوحة

آفات لثوية غير مسببة باللوحة

- أمراض لثة مسببة باللوحة:
- التهاب لثة مسبب باللوحة فقط (مع أو بدون عوامل موضعية أخرى)
- التهاب لثة معدل بعوامل جهازية:
- - اضطرابات دموية (ابيضاض الدم)
- عوامل هرمونية (البلوغ، الحمل، داء السكري)
- التهاب لثة معدل بالأدوية (ضخامات لثوية)
- - التهاب لثة معدل بسوء التغذية (عوز فيتامين سي)

- آفات لثوية غير مسببة باللويحة:
- التهاب لثة من منشأ جرثومي خاضع (عصيات السل ،
التهاب الفم و اللثة الحاد المسبب بالعقديات)
- التهاب لثة من منشأ فيروسي (الحلأ)
- التهاب لثة من منشأ فطري (المبيضات)
- التهاب لثة من منشأ وراثي (ضخامة لثوية ليفية وراثية)
- التهاب لثة كتظاهر لحالة جهازية (الحزاز المنبسط ،
ردود فعل تحسسية)
- آفات رضية (كيميائية، فيزيائية، حرارية)
- ردود الفعل تجاه جسم أجنبي
- حالات أخرى غير محددة

التهاب فم ولثة حلي:

- شائع الحدوث خاصة عند الأطفال والمرضى مثبتي المناعة مثل مرضى الإيدز
- احمرار و تقرحات على اللثة والمخاطية الفموية مع نتحة فيبرينية
- قد يترافق بحمى وتوعك واعتلال عقد لمفاوية، يشفى تلقائيا خلال 10-14
- المعالجة غالبا بتدابير الصحة الفموية والمطهرات الفموية ، وفي الحالات الشديدة يمكن اللجوء إلى مضادات الفيروسات (acyclovir)

تصنيف التهاب اللثة

- حسب المظهر السريري وسرعة التطور:
 - :لون أحمر فاتح – نزف مثار – غير مؤلم : - Chronic مزمن
 - :لون أحمر قاني – نزف عفوي – عادة مؤلم : - Acute حاد
- • حسب الامتداد في الحفرة الفموية: انتشار أفقي :
- موضع: (يشمل أقل من 30 % من الأسنان) حتى 8 أسنان.
- معمم: (يشمل أكثر من 30 % من الأسنان) أكثر من 8 أسنان.
- • حسب شموله أجزاء اللثة (انتشار عمودي):
- يقتصر على اللثة الحفافية والحليمات : - Limited محدود
- يمتد حتى اللثة ملتصقة : - Diffused منتشر

التهاب النسج حول السنينة المزمنة

- يوجد نمطين أساسيين: - موضع - معم
- تطور بطيء
- أكثر ما يشاهد عند الكهول أكبر من 35 سنة وقد يشاهد عند الشباب و المراهقين.
- يترافق مع عناية فموية سيئة / حشوات وتيجان سيئة
- القلح تحت اللثوي كثير المشاهدة
- يمر بفترات هدوء و فترات نشاط
- مقدار التخرب العظمي يتوافق مع شدة العوامل الموضعية
- يترافق مع عوامل معدلة مثل التدخين ، الضغوط النفسية و أمراض جهازية

- حسب الامتداد في الحفرة الفموية (انتشار أفقي):
- موضع: يشمل أقل من 30 % من الأسنان حتى 8 أسنان
- معمم: يشمل أكثر من 30 % من الأسنان (أكثر من 8 أسنان
- • حسب شدة الإصابة : عمق الجيب حول السني:
- بدئي: 4-5 ملم
- متوسط: 6-7 ملم
- متقدم: أكثر من 7 ملم

التهاب النسيج حول السنينة الجانج

- يوجد شكلين أساسيين : - موضع - معمم
- تطور سريع
- يشاهد عند اليافعين والشباب أصغر من 35 سنة
- يترافق غالبا مع تراكم لويحة قليل
- تناظر الآفة (خاصة في الشكل الموضع)
- صفة عائلية وراثية للمرض
- غياب الأمراض الجهازية باستثناء المرض حول السنينة
- في معظم الحالات لا تتوافق شدة الإصابة مع كم العوامل الموضعية
- عيوب في وظائف الخلايا المناعية
- $A.a$ ، $P.g$ ، $T.f$ - كشف نسب مرتفعة من جراثيم

التهاب لثة تقرحي تموتي

- - نمط الإصابة: تكون الإصابة محصورة في اللثة فقط (وقد تصاب اللثة الحفافية و نادرا ماتصاب اللثة الملتصقة.
- - الأعراض العامة: ضخامة عقد لمفاوية مجاورة ، حمى وتوعك، رائحة فم كريهة.
- - الأعراض الفموية: تآكل و تموت قمة الحليمات بين السنية ، غشاء كاذب ، نزف



- التهاب نسج حول سنّية كظاهر لأمراض جهازية
- - مترافق باضطرابات دموية (ابيضاض الدم).
- - مترافق باضطرابات وراثية (تناذر داون، تناذر بابيون لوفيفر).

خراجات الجهاز الداعم للسن

- - توجد ثلاث أنماط أساسية لخراجات الجهاز الداعم للسن هي :
- - Gingival abscessخراج لثوي
- - Periodontal abscessخراج حول سني
- - Pericoronal abscessخراج حول التاج
- - تتميز الأنماط الثلاثة بصفات مشتركة :
- - تتظاهر على شكل آفات حمراء، متوذمة و تحدث ألم عند الجس.
- - تمتلك سطح لامع نتيجة تمدد النسيج اللثوية فوق منطقة الخراج .
- - وجود القيح.
- - Gingival abscessالخراج اللثوي
- - نمط الإصابة: تجمع قيحي محدود باللثة الحفافية والحليمية بين السنية دون وجود جيب حول سني.
- - السبب: غالبا نتيجة اندخال جسم أجنبي ضمن اللثة.

- - الخارج حول السني
- -نمط الإصابة: تجمع قيحي موضع ضمن الجيب حول السني.
- -السبب: يتشكل نتيجة إعاقة تصريف المفرزات القيحية إلى الفم أو بسبب زيادة فوعة الجراثيم الممرضة حول السنية.
- -الأعراض: وجود جيب حول سني، السن حي عادة، القرع الأفقي إيجابي و شعاعيا نجد فقد في الصفيحة
- العظمية الداخلية



- - الخراج حول التاج أو التواج
- -نمط الإصابة:

- - تجمع قيحي موضع ضمن النسيج المحيطة
بالسن البازغ جزئيا أو كليا

- وهو يتطور عن حالة التهاب -- - يحدث عادة
أثناء بزوغ الأرحاء الثالثة عند اليافعين بين
18 - 24 سنة

- -السبب: يحدث نتيجة انحصار الطعام و عدم
القدرة على تنظيف المنطقة بفعالية و بسبب
رض النسيج المحيطة بالسن مما يسبب
الالتهاب الذي يتفاقم بسبب غزو الجراثيم
للمنطقة.

- -الأعراض: - الفموية : ألم عفوي، انتباج
موضع، تقيح و طعم سيء.

- - العامة : صعوبة البلع، تضخم العقد اللمفية،
حمى و تحدد فتحة الفم.



خطة المعالجة

- تشمل خطة المعالجة الشاملة الإجراءات التالية:
- - **توعية المريض و تعليمات الصحة الفموية:**
- - العامل الأكثر أهمية في نجاح المعالجة حول السنية.
- - إزالة العوامل المساعدة على تراكم اللويحة السنية.
- - تعزيز إجراءات السيطرة على اللويحة.
- - **تدابير وقائية:**
- - استشارة طبية عامة.
- - تغطية وقائية بالصادات.
- - **المعالجة الميكانيكية التقليدية:**
- - تقليح فوق وتحت لثوي .
- - تسوية الجذور في حال وجود جيوب بسيطة إلى متوسطة العمق.
- - معالجات تكميلية قلع، مداواة، تعويض.

- - **العلاجات الدوائية الداعمة:**
- - استخدام الصادات الحيوية الجهازية و الموضعية.
- - غالبا تحتاج المعالجات حول السنية إلى وصف المطهرات الفموية (الكلور هكسدين) .
- - **الجراحات حول السنية التصحيحية:**
- - التجريف المفتوح الجيوب العميقة تعالج بعد رفع شريحة.
- - قطع اللثة الضخامة اللثوية إذا بقيت بعد إنجاز المرحلة الأولية تعالج.
- - قطع لجام في حالات اللجام المرتفع
- - تعميق ميزاب في حال غياب اللثة الملتصقة
- - تغطية الانحسار اللثوي خاصة الموضع المسبب لمشكلة تجميلية
- - **زيارات المتابعة الدورية و المعالجة حول السنية الداعمة:**
- - ضرورة للحفاظ على ما تم انجازه

- - مراقبة تحسن قدرة المريض في إجراءات السيطرة على اللويحة
- - إجراءات حول سنية إضافية

التغطية الدوائية

أصدرت الجمعية الأمريكية لأمراض القلب لتعديلات الخاصة بالقواعد الإرشادية الخاصة بالوقاية من التهاب شغاف القلب ADA لطب الأسنان و تضمنت هذه التعديلات:

1- تصنيف مجموعات المرضى حسب خطورة الإصابة بالتهاب شغاف القلب

2- تحديد الإجراءات العلاجية التي تحتاج للتغطية

3- تحديد النظام الصحيح للتغطية بالصادات الحيوية

- **الإجراءات العلاجية التي تحتاج للتغطية:**

- تقليح وتسوية وجذور - السبر حول السني.

- تطبيق موضعي لألياف التتراسيكلين تحت اللثة - جراحة حول سنية

- عمليات القلع - زرع الأسنان

- إزالة القطب الجراحية - الخزعات

- تخدير موضعي ضمن الرباط - تطبيق الأطواق التقويمية

- معالجات لبية خارج ذروة السن

- للتدخين تأثير على بقاء الأسنان من خلال:
- عوامل موضعية: تخريش لثوي مخاطي - تعديل التدفق اللعابي.
- عوامل جهازية: كبح الفعالية المناعية - رفع مستوى الأدرينالين (حدوث تضيق وعائي)
- التدخين يترافق مع مستويات منخفضة من التهاب اللثة تجاه اللويحة الجرثومية لذا يجب الاعتماد على النزف لدى السبر (العلامة التي لا تغيب)
- للقطران تأثير مخرش **مباشر** على النسيج اللثوي ويسبب تقبض الأوعية الدموية و بالتالي تقل التروية الدموية و تضعف المقاومة تجاه الإصابة.
- تنخفض العلامات السريرية للالتهاب عند المدخنين حيث يقل تعداد العدلات و البالعات في السائل الميزابي اللثوي مما يؤدي إلى زيادة مستويات انزيم الليزوزيم.



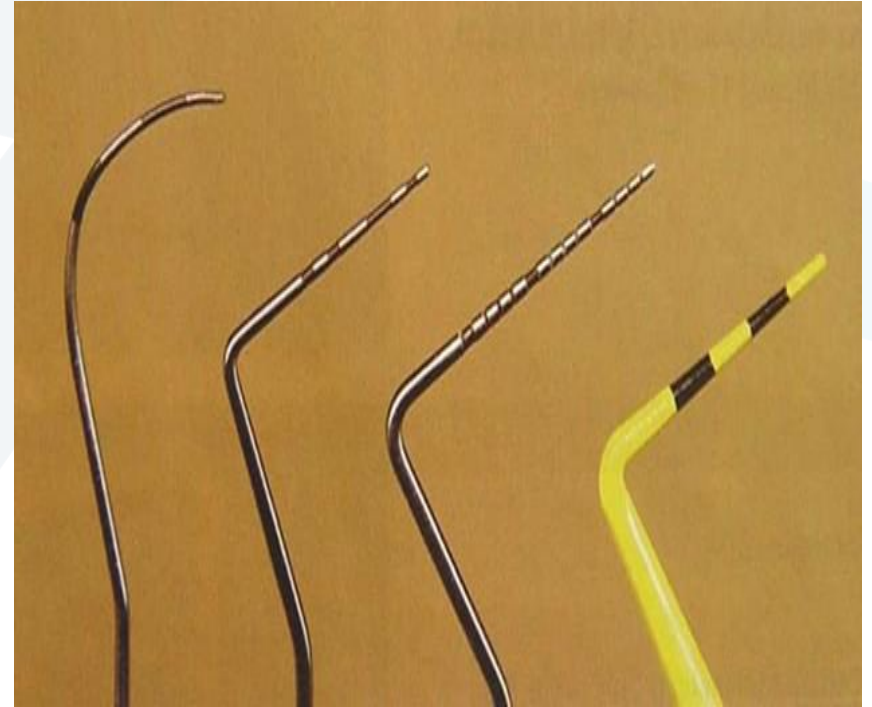
- يمكن تفسير المعدلات الأعلى من الترسيب القلحي عند المدخنين بسبب **التصبغات التبغية** و التي تلتصق بشدة على السطوح السنية حيث تشكل هذه التصبغات بؤر مثالية لتوضع القلح فوق اللثوي.
- بالنتيجة النزف لدى السبر والتهاب اللثة **ينخفض** لدى المدخنين و لكن يزداد خطورة و معدل انتشار و تخرب النسيج حول السنية.

تصنيف الأدوات حول السنية

- تصنف الأدوات حول السنية اعتماداً على وظائفها إلى :
 - 1- المسابر حول السنية **Periodontal probes**
 - 2- أدوات التقليل و التجريف و تسوية الجذور :
 - -المناجل **sickle scalers**
 - -المجارف **curettes**

• المسابر حول السنية Periodontal probes

- المسبر حول السني :
- _ هو أداة مدرجة ميليمتريا بانتظام ووضوح .
- النهاية العاملة مستقيمة و مستدقة .
- رأس المسبر اللثوي مدور وكليل عند الذروة، و مقطعه غالبا
- مستدير ، الثخانة المناسبة 0،5 ملم .
- العنق نحيل و بزاوية مناسبة ،الزاوية بين الرأس العامل و الساعد
- (غالبا 90 درجة) تسمح بإدخال المسبر بسهولة داخل الجيوب على
- مختلف السطوح السنية .



استخدامات المسبر اللثوي

- قياس عمق الجيوب حول السنية.
- تحدد مستوى الارتباط البشري.
- سبر مناطق مفترق الجذور.
- تحدد عرض اللثة الملتصقة .
- مقدار الانحسار اللثوي .
- تقييم النزف لدى السبر وهو علامة تشخيصية رئيسية تحدد الجيوب الفعالة من الجيوب الساكنة.
- تحري التوضعات تحت اللثوية و حواف الترميمات السنية.
- المساعدة في تحديد درجة تراكم اللويحة السنية.
- تحديد أبعاد الآفات الفموية.

أنواع المسابر اللثوية

❑ مجموعة مسابر : CP

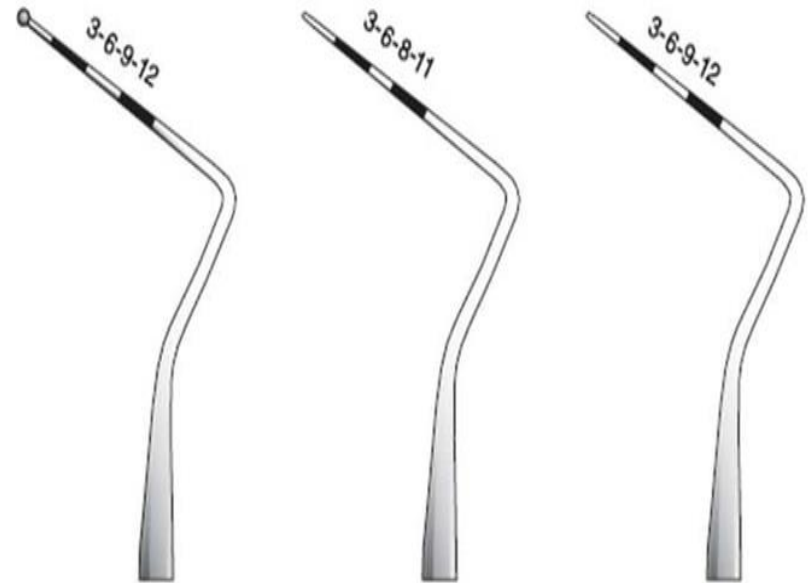
مسبر CP12: مدرج 3-6-9-12 ملم،
قطعة غامقة اللون

بالتناوب، قطره عند الذروة 0.3 ملم، يناسب
السبر الأفقي لمنطقة
مفترق الجذور.

مسبر CP12-S: المسبر السابق معدل
بإضافة كرة عند الذروة

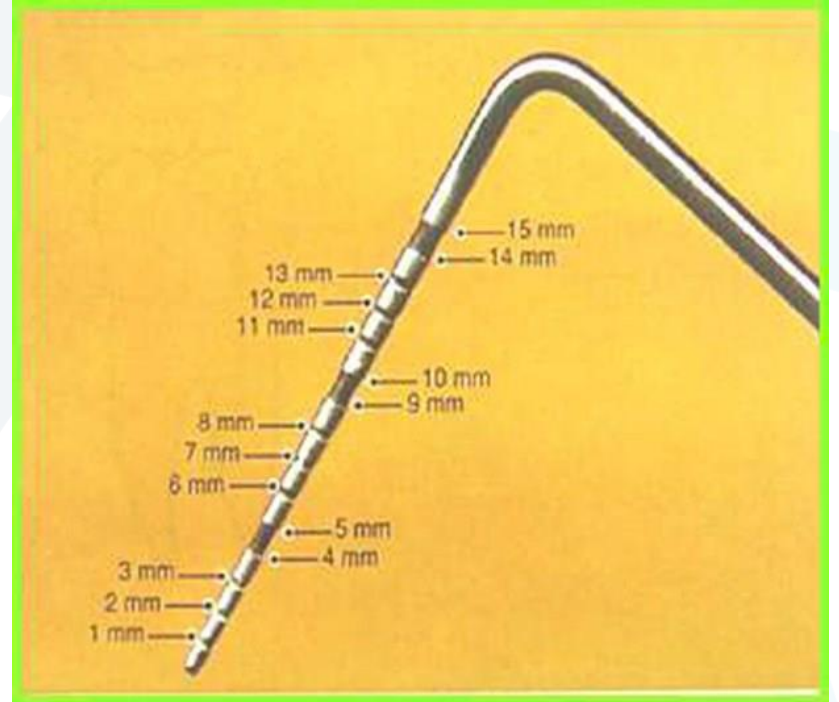
بقطر 0,5 ملم لتلاف سلبية القطر الرفيع
للسابر.

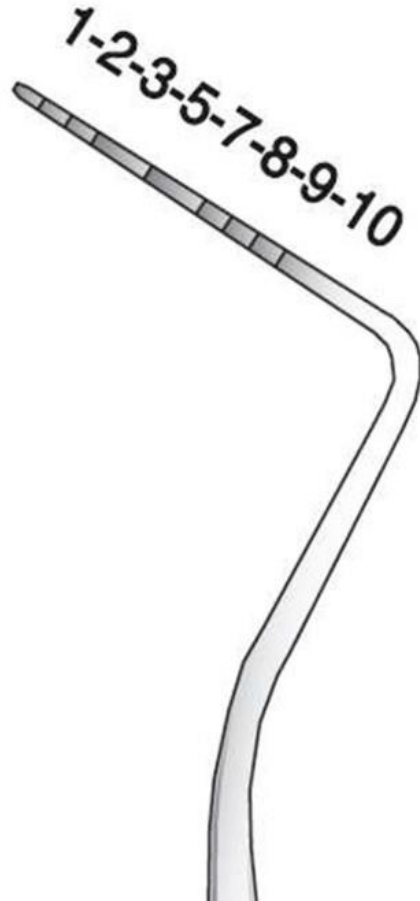
مسبر CP11: مدرج 3-6-8-11 ملم، قطعة
غامقة اللون بالتناوب.



• مسبر UNC-15

- : مدرج بفارق 1 ملم من 1 إلى 15
- -12-111-10-9-8-7-6-5-4-3-9-1
15-14-13
- مع تلوّن قطع غامقة اللون بين الأرقام 4-
15-14/10-9/5
- . نُصح باستعماله.





• مسير ويليامز Williams

- مدرج 1-9-3-5-7-8-9-10 ملم، المقطع دائري بقطر 5، 0 ملم عند الذروة
- تتناسب تدريجاته مع شدة الإصابة
- 5-4 ملم بسيطة
- 7-6 ملم متوسطة
- أكبر من 7 ملم شديدة
- بينما التدريجات حتى 3 ملم تشير إلى
- ميزاب لثوي ضمن الحدود
- الطبيعية . ينصح باستعماله.

• مسبر منظمة الصحة العالمية WHO

• مدرج 3.5-5.5-8.5-11.5 ملم مع قطعة غامقة بين التدريجتين 3.5-5.5

• تم استبدال النهاية الكليية بكرة قطرها 0.5 ملم لزيادة إحساس

• الطبيب عند السبر و عدم تجاوز الارتباط البشري .

• المسبر مصمم للعمل مع مشعر CPITN





- مسبر Nabers
- مسبر منحن مدرج كل 3 ملم يستخدم لسبر مفترق الجذور



جامعة
منارة
MANARA UNIVERSITY

أدوات التقلّيح و التجريف و تسوية الجذور البدوية:

• المنجل : sickle scaler أكثر الأدوات استخداما للتقلّيح فوق

اللتوي. والمنجل نوعان منحنٍ ومستقيم

• المجرفة : curette أدوات دقيقة تستخدم للتقلّيح تحت اللثوي و

تسوية سطح الجذر. و المجارف نوعان عامة وخاصة.

• تصميم الأدوات

تتألف أية أداة حول سنية من ثلاثة أجزاء :

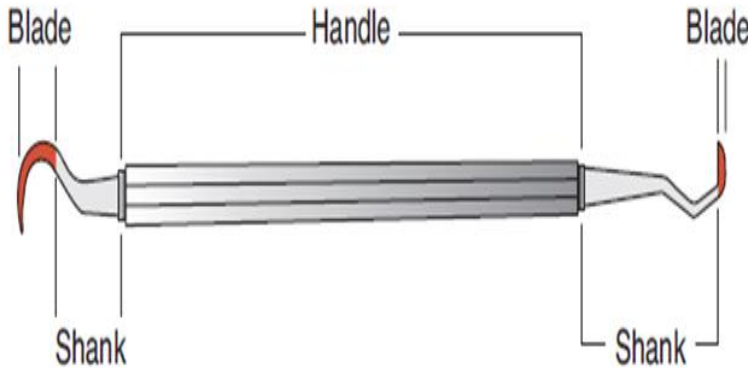
- A القبضة : handle الجزء من الأداة الذي يمسك باليد ، و تُصل بالساق.

- B الساق (العنق) : shank الجزء من الأداة الذي يصل بين القبضة والنهية العاملة ، قد يكون مستقيماً أو يحتوي على انحناء أو عدة انحناءات.

- النهاية العاملة (الشفرة)

working end : الجزء من الأداة

المصمم لإنجاز العمل المطلوب ، و سُمى شفرة الأداة ، تُصل مع الساق



• القبضة /handle:

تختلف أقطار قبضة الأدوات وهي تتراوح بين 5 إلى 10 ملم .

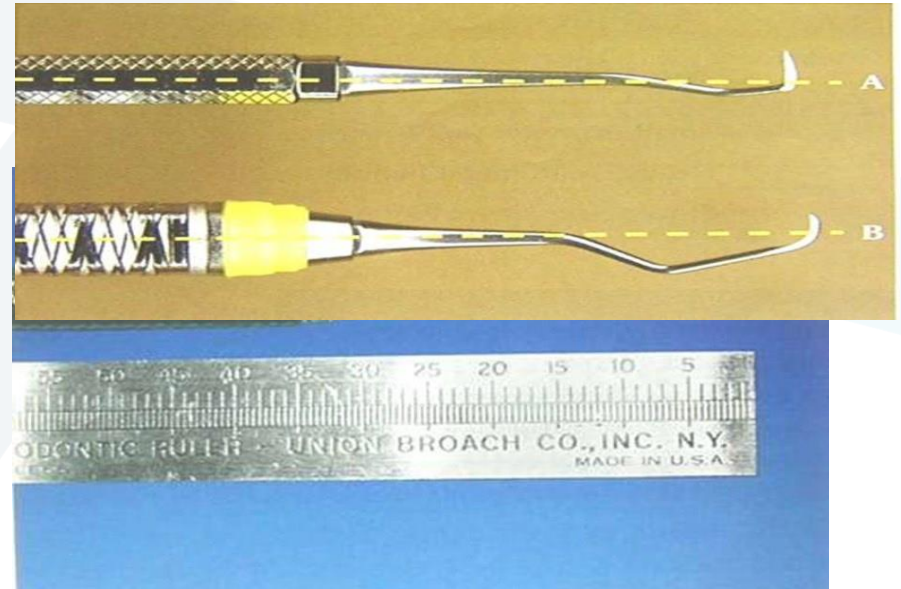
يعطي القطر الأكبر راحة أكثر أثناء العمل، وسيطرة أفضل على

الأداة مما يساعد في إنجاز العمل المطلوب بإتقان .

• العنق: shank

يمتد العنق من ملتقى القبضة مع العنق إلى النهاية العاملة

و هو يتراوح عادة بين 3- 4 سم



• العنق الوظيفي functional shank

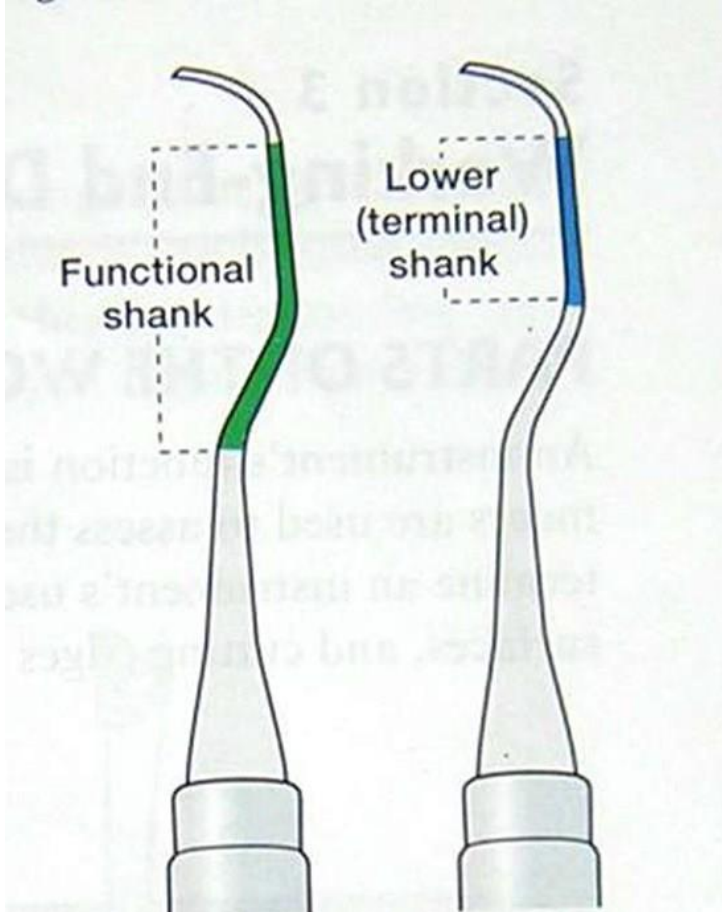
• هو المسافة من أول انحناء للعنق إلى النهاية العاملة للأداة وهو يختلف

• من أداة لأخرى ، و هناك حاجة لعنق وظيفي طويل عند العمل ضمن

• الجيوب العميقة، أو التيجان الطويلة أو السطوح الخلفية.

• العنق النهائي Terminal shank

• هو الجزء الأخير (القطعة الأخيرة) من العنق المتصل بالنهاية العاملة



النهاية العاملة working end الشفرة (blade)

تقسم الشفرة الى ثلاثة أقسام :

1- (H) قاعدة الشفرة : heel الثلث الأول
من النهاية العاملة المتصل بعنق الأداة

2- M الجزء المتوسط من الشفرة
: middle الثلث المتوسط

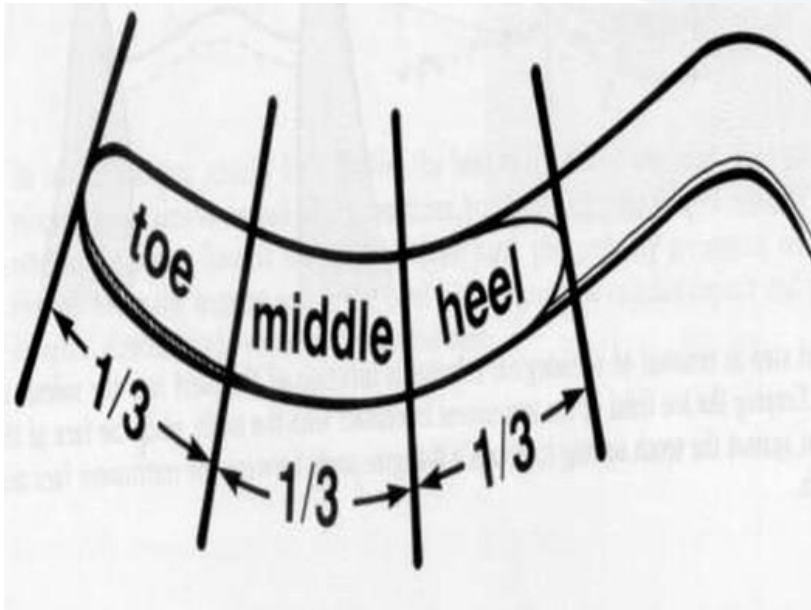
من النهاية العاملة .

3- نهاية الشفرة : الثلث الأخير من النهاية
العاملة و تدعى :

ذروة الشفرة tip في أدوات التقليل

طرف الشفرة toe في أدوات التجريف

كما



كما توجد التسميات التالية في المقاطع العرضية للشفرات :

(D) وجه الشفرة : the face هو السطح بين حافتين قاطعتين .

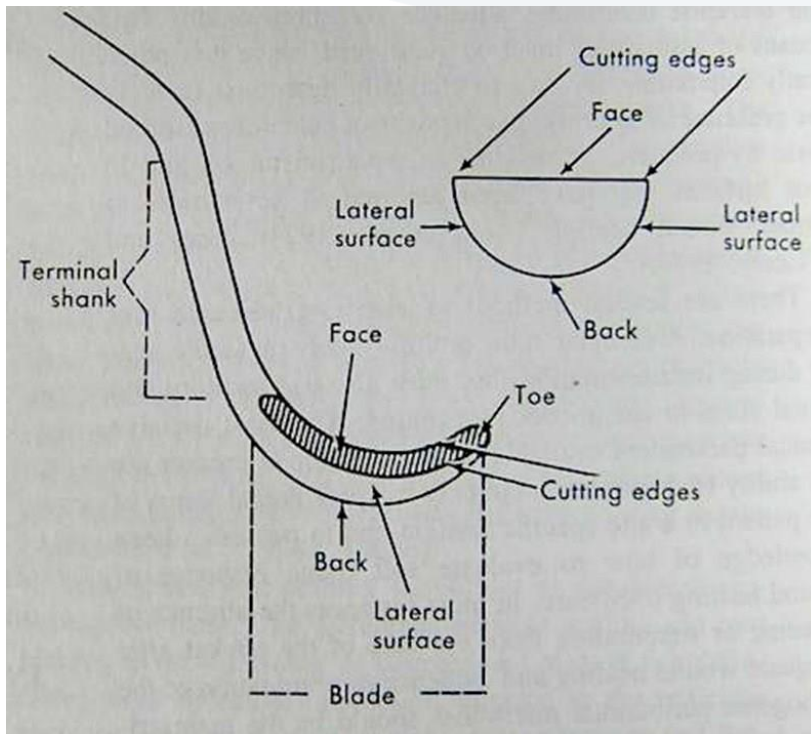
(F) ظهر الشفرة : the back السطح المقابل للوجه.

(G) جانب الشفرة lateral surface هو المنطقة بين الوجه والظهر.

(E) الحافة القاطعة cutting edge هي الخط المتشكل بين وجه الشفرة والسطح الجانبي.

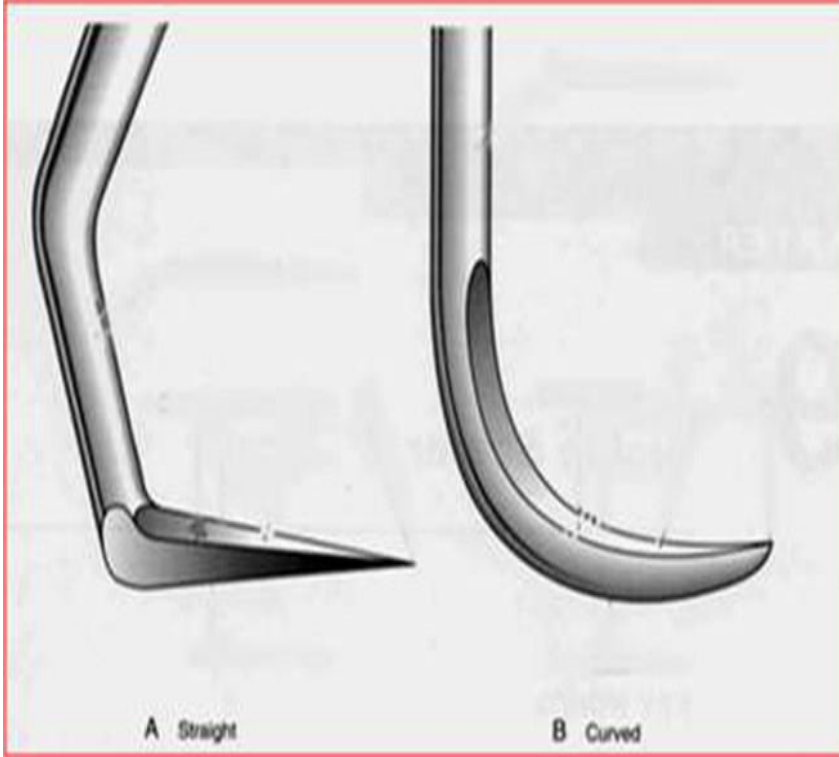
الزاوية الداخلية internal angle هي الزاوية في المقطع العرض بين الوجه والسطح الجانبي ، هذه الزاوية موحدة في أدوات التقطيع

. وتتراوح بين 70-80 درجة.



• المناجل Sickie scalers

- لها شكلان مستقيم و منحن . و نقصد بذلك شكل الشفرة ذاتها إما أن تكون الشفرة مستقيمة أو منحنية بغض النظر عن حالة العنق .



• الصفات الخاصة للمناجل :

• /نهاية مؤنفة / مقطع مثلثي /

• الصفات العامة :

• تشترك فيها مع غيرها من الأدوات:

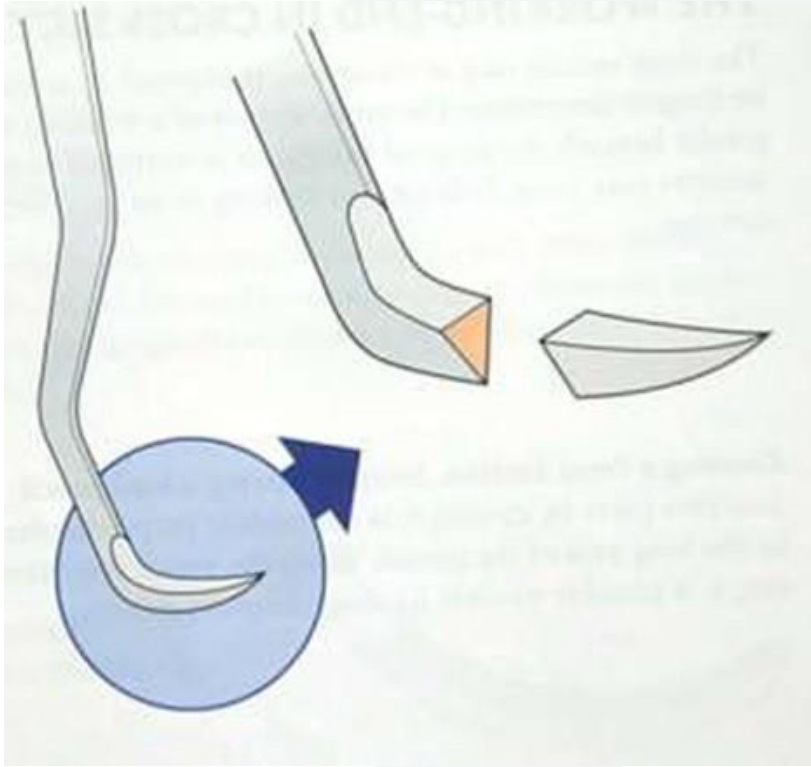
• / زاو ة قائمة بين وجه الشفرة

• والعنق النهائي / طرفان قاطعان /

• يستخدم المنجل لإزالة القلح فوق و تحت
اللتوي لعمق 1 ملم لصعوبة

• إدخاله في الميزاب دون إيذاء اللثة و ذلك
باستخدام الثلث النهائي من

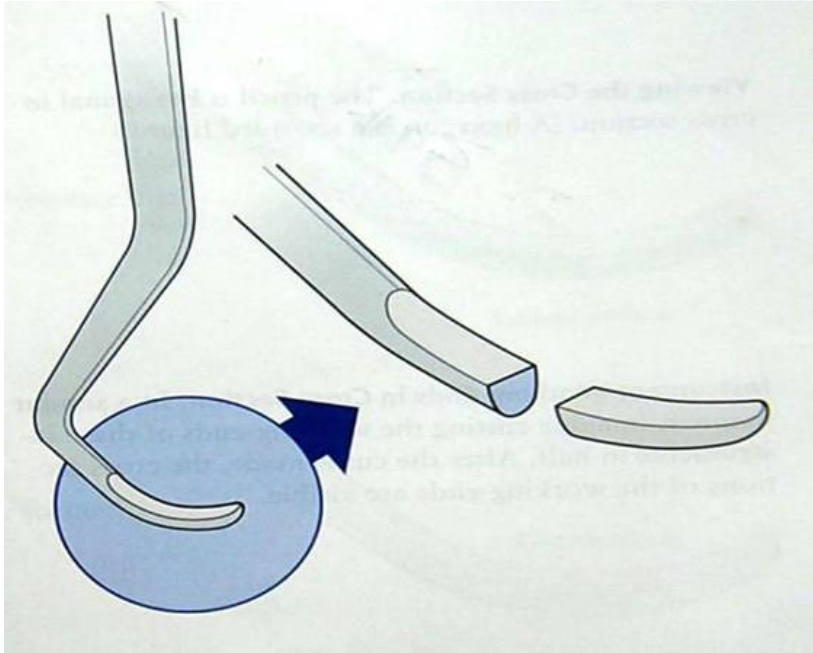
• الشفرة .



• المجارف currettes

الصفات الخاصة للمجارف :

- تختلف فيها عن المناجل -
- نهاية مدورة (كليلة)
- مقطع نصف دائري (و ظهرها محدب)



المجارف العامة

زاوية الشفرة في المجارف العامة 90 درجة (وهي الزاوية بين وجه الشفرة والقطعة النهائية من العنق).

- طرفا الشفرة قاطعان.

- التكيف مع جميع السطوح السنية بحيث يمكن تجريف كافة السطوح بمجرفة عامة واحدة بنهاية عاملة مضاعفة (مزدوجة النهاية)

- **المجارف الخاصة Area specific curette**
- مجموعة من المجارف مصممة للعمل في مناطق و سطوح محددة .
- - وجه الشفرة ليس عموديا على العنق النهائي بل بزاوية قدرها 70 درجة.
- حد قاطع واحد ف كل شفرة.
- لهذه المجارف انحناء جانبي .
- أشهرها عالميا **Graceycurette** وهي مجموعة أدوات صممها
- الدكتور Gracey عام 1930 ، وصمم كل مجرفة لتستعمل في منطقة معينة.

• الفرق بين المجارف العامة و الخاصة:

مجرفة غريسي	مجرفة عامة	
سطوح سنية محددة	جميع السطوح السنية	منطقة العمل
70 درجة	90 درجة	الزاوية بين وجه الشفرة و العنق النهائي
حافة قاطعة واحدة	حافتان قاطعتان	عدد الحواف القاطعة
لها انحناء جانبي	ليس لها انحناء جانبي	الانحناء

مجارف غريسي النظامية standard Gracey curette

سبع أدوات:

14 / 13 / 12 / 11 / 10 / 9 / 8 / 7

6 / 5 / 4 / 3 / 2 / 1

(موزعة حسب مناطق استعمالها كما يلي :

1-2/3-4 للأسنان الأمامية

5-6 للأسنان الأمامية و الضواحك

10-9/7-8 للأسنان الخلفية دهليزي و لساني
(سطوح عريضة)

11-12 للأسنان الخلفية السطوح الأنسية

14-13 للأسنان الخلفية السطوح الوحشية



- يمكن الاكتفاء بمجموعة مصغرة من أدوات غريسي مكونة

- من أربع أدوات هي :

- 5-6 : مخصصة للعمل على سطح الأسنان الأمامية. 5

- 7-8 : تعمل على السطوح العريضة الخلفية (دهليزي و لساني).

- 11-12 : للعمل على السطوح الأنسية للأسنان الخلفية.

- 13-14 : للعمل على السطوح الوحشية للأسنان الخلفية.



• التعديلات التي أجريت على المجارف الخاصة:

- 1 -تطويل العنق النهائي .
- 2 -تقصير الشفرة
- 3 -عنق غريسي و شفرة عامة
- 4- تعليم الحافة القاطعة
- 5 -ترقيق الشفرة
- 6- علامات ميليمترية على العنق النهائي

مزايا أ التقليل الآلي:

1. وقت أقل
2. راحة أكبر للمرض
3. احتمال تأثير مضاد للجراثيم من خلال الارذاذ وآليات عمله المختلفة.
4. وصول أفضل للجيوب العميقة و مفترق الجذور والسطوح المقعرة.
5. فعالية في وضع الراحة.
6. تستعمل بحركات خفيفة دون تطبيق ضغط.
7. لا تحتاج الى الحرص الشديد لتؤمن استناد أصابع اليد .
8. أذية أقل للنسج الفموية .
9. شفاء أسرع .
10. لا تحتاج الى شحذ أدوات
11. يوفر غسل الجيوب و إبعاد فضلات الطعام والدم والنسج المتموتة ورؤية أفضل.
- 12.. يمكن اضافة مواد مطهرة مع عملية تنظيف سطح الجذر .



جامعة
المنارة

- مساوئ التقليل الآلي:
- الارذاذ المتطايير من أجهزة التقليل الآلي يحوي العديد من الجراثيم التي ممكن أن تبقى على قيد الحياة لمدة 24 ساعة.
- التقليل من الإحساس اللمسي بسطح السن .
- خطورة محتملة على مرض حُمْل ناظم قلب Cardiac Pacemaker من النوع القديم . أما ناظم القلب الحديث فهو محمي من التأثيرات الكهربائية اليومية .
- ممكن أن تحدث أجهزة التقليل الآلي خدوش مجهرية على سطح الميناء.
- تؤدي أجهزة التقليل الآلي لحدوث تخرب بسيط في حواف الترميمات السنية –(خرف، كومبوزت) .
- انتقال العدوى : وتحدث بسبب الارذاذ وعدم القدرة على تعقيم كافة الأجزاء المكونة لأجهزة التقليل الآلي.



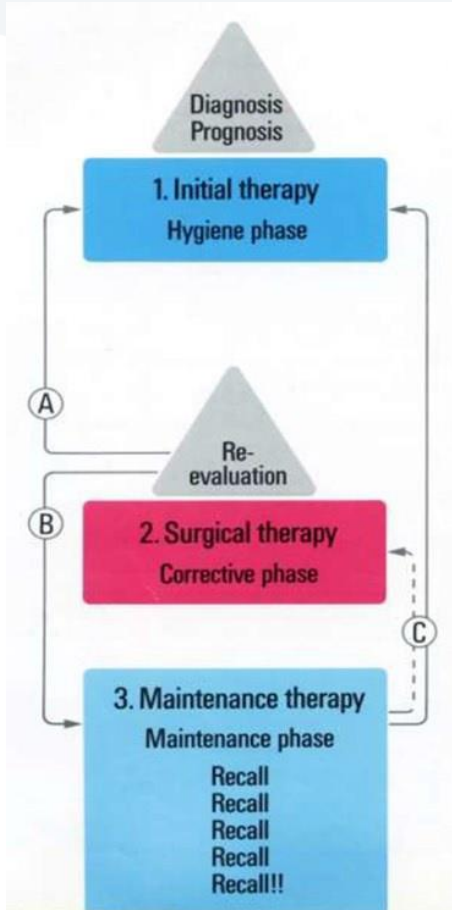
- - استعمال أجهزة التقلّيح الآلي إلى زوال الميعاء ناقصة لتمعدن طبشورية اللون.
- - تعتبر أجهزة التقلّيح الآلي مضاد استطبّاب عند المرضى ذوي الاستعداد العالي للإنتان قد يحدث تجرثم دم يؤدي لحدوث التهاب شغاف قلب إنتاني فعند مجموعة المرضى عاليي الخطورة يجب وصف صادات وقائية قبل البدء بتنظيف سطح الجذر .

• تعرفُ المعالجة الميكانيكية:

- المعالجة الميكانيكية: هي تنظيف سطح السن بالأدوات اليدوية أو الآلية
- من اللوحة والقلم والمواد السمية وعوامل موضعية أخرى مثبتة للويحة.
- تشمل :
- التقليح Scaling
- و تسوية الجذر Root Planing

- أهمية ودور المعالجة الميكانيكية:
- الإزالة الميكانيكية للويحة و القلح والمواد السمية من سطح الجذر.
- حجر الأساس لأية معالجة حول سنية.
- أي معالجة دوائية هي معالجة داعمة
- وأي معالجة جراحية هي معالجة تالية
- انه خطأ شائع الاقتصار على وصف الأدوية لمعالجة التهاب اللثة
- والتهاب النسج حول السنية.

- متى تتم المعالجة الميكانيكية؟
- تقسم المعالجة حول السنية إلى ثلاث مراحل رئيسية:
- أولاً : المرحلة البدئية: initial phase
- جملة التدابير التي تخلق بيئة صحية داخل الفم
- العمود الفقري هو التقليل وتسوية الجذر
- يعاد تقييم الحالة بعد 4-6 أسابيع.
- ثانياً: المرحلة التصحيحية: corrective phase
- رفع شريحة بهدف تأمين تنظيف ميكانيكي أفضل
- ثالثاً: الرعاية الدورية: maintanance phase
- المعالجة الميكانيكية أساس هذه المرحلة لمنع نكس الحالة.



• التقليل Scaling

هو عملية تنظيف تاج السن وإزالة ما عليه من
توضعات -

طرية (لويحة سنية ، مادة بيضاء ، فضلات
طعام) وتوضعات قاسية

(قلع) فوق وتحت اللثة بواسطة أدوات دقيقة.

• خطأ شائع الاقتصار على التقليل فوق اللثوي
، وعندها الفائدة

• محدودة ، لأن العملية الالتهابية موجودة ف
البيئة تحت اللثوية.

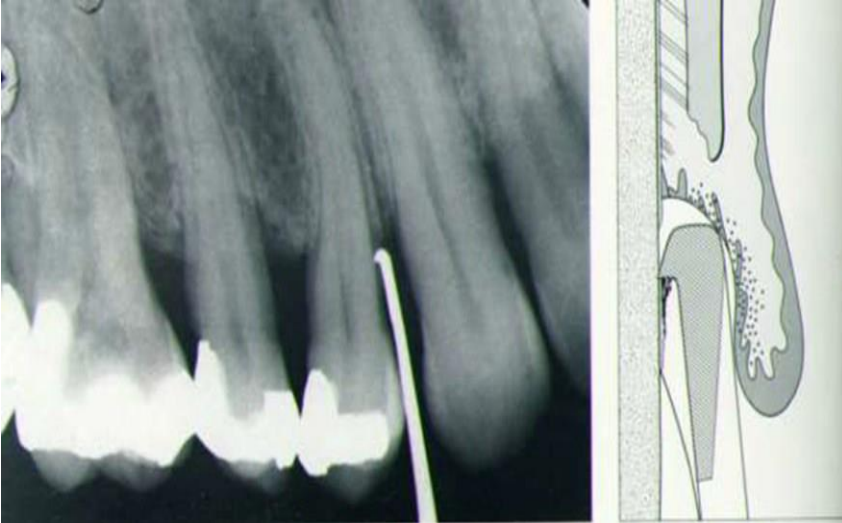


تبدأ المعالجة الميكانيكية عادة بالتقليح ، فقبل الدخول ف الجيوب العميقة تتم إزالة كافة التوضعات فوق اللثوية وقليلًا تحت اللثوية
ضمن إمكانات أدوات التقليح، وفي الجلسة التالية نبدأ العمل على تسوية الجذر.

• تسوية الجذر root planing

• تسعى تسوية الجذر لتحقيق الأهداف التالية:

- 1. إزالة القلح واللويحة من سطح الجذر
- 2. إزالة ميكانيكية لطبقة الملاط المندخلة بالذفانات الجرثومية
- 3. السطح الناعم أقل تجميعة للويحة ، لذلك المطلوب تنعيم سطح الجذر .



- التنضير حول السني يستعمل لوصف تنظيف هادئ لسطح الجذر بالطرق الآلية أو اليدوية لإزالة القلح واللويحة وطبقة الذيفانات الداخلية دون إزالة طبقة الملاط والمبالغة في التسوية ، بهدف أساسي هو تحسين الحالة الالتهابية و تنعيم سطح الجذر ولكن دون مبالغة .